# بخش اول

# تعریف و مبانی سلامت و معنویت

**فصل اول:** سلامت معنوی رکن اصلی سلامت معنوی

**فصل دوم:** مبانی سلامت معنوی از دیدگاه اسلام

**فصل سوم:** سلام تمعنوی در قرآن و حدیث

**فصل چهارم:** سلامت معنوی در پرتو مطالعه تطبیقی

**فصل پنجم:** رویکرد و روش‌های سنجش سلامت معنوی

**فصل ششم:** معنویت و سلامت

# فصل اول

## سلامت معنوی رکن اصلی سلامت بشر

### کلیات و تعاریف

اگرچه دو واژهٔ سلامت و معنوی در نوشته‌های پزشکی و عرفانی از قرن‌ها پیش به کار رفته‌اند همراهی این دو واژه با مفهوم جدید «سلامت معنوی» در دهه‌های اخیر معمول شده است. از این‌رو، قبل از ورود به بحث سلامت معنوی ابتدا مفهوم دو واژهٔ معنوی (معنویت) و سلامت را شرح می‌دهیم.

### تعریف سلامت

متقدمان پزشکی در نوشته‌های خود، تعاریف دقیق و جامعی از سلامت یا صحت آورده‌اند. ربیع بن احمد اخوینی در هدایة‌المتعلمین تعریف جامعی از حرفه طب کرده است که هنوز نیز معتبر است: «پزشکی پیشه‌ای بود که سلامت نگاه دارد و چون رفته باشد بازآرد به علم و عمل» (۱).

ابوعلی سینا در *قانون* صحت را این‌گونه تعریف کرده است: «صحت ملکه یا حالتی است که هر یک از اعضا و جوارح انسانی کار خود را درست انجام دهند و مرض در مقابل صحت آن است که هر عضوی از اعضای بدن کار خود را به‌خوبی نتواند انجام دهد» (۲).

سلامت تا قرن گذشته با واژه‌های سلبی یعنی «نبود بیماری» تعریف می‌شد. به طور حتم

این تعریف جامع و کامل نبود، مانند اینکه گفته شود زندگی یعنی، نبود مرگ. در اساسنامهٔ سازمان جهانی بهداشت مفهوم سلامت بازنگری و به این شکل تعریف شد: سلامت تامین رفاه (Well-being) کامل جسمی، روانی و اجتماعی است نه فقط نبودن بیماری و نقص عضو (۳). در این تعریف به دو بعد دیگر سلامت یعنی سلامت روانی و سلامت اجتماعی توجه شد. بنابراین، فردی را که فقط از نظر جسمی سالم باشد، نمی توان فرد سالمی دانست، بلکه باید از سلامت روانی و اجتماعی نیز برخوردار باشد.

پژوهش‌هایی که در نیمهٔ دوم قرن گذشته انجام شد، توجه پزشکان و دانشمندان را به بعد دیگری از سلامت معطوف کرد. در سال ۱۹۷۱ موبرگ «به‌زیستی معنوی» را مطرح کرد و سپس راسل و عثمان، صاحبنظران درگیر در امر سلامت بعد سلامت معنوی را در مفهوم کلی سلامت گنجانیدند (۴). همچنین، آرنولد توین‌بی متذکر شد که یک خلاء معنوی در بسیاری از قسمت‌های جهان و به‌ویژه کشورهای صنعتی غرب، وجود دارد که سبب ناایمن بودن روانشناختی گسترده شده و آثار بسیار نامطلوبی در سلامت جسمی و روانی آن جوامع به جای گذاشته است.

در سال ۱۹۸۳ میلادی (۱۳۶۲ شمسی) در اجلاس سالیانه بهداشت جهانی نمایندهٔ نروژ، پملبای اظهار کرد که دست کم در کشور او، اختلالات بهداشت روانی، مانند اعتیاد به الکل، جنایت، اعتیاد به مواد مخدر، انحرافات اجتماعی، مأیوس بودن از زندگی و ترس از آینده دیده می‌شود ، در حالی که کشور او موقعیت اجتماعی و اقتصادی بسیار مناسبی دارد. او این نکته را متذکر شد که به تحقیقات بیشتری در تعیین‌کننده‌های رفتارها در امر سلامت و احیانا ابعاد دیگری از سلامت نیاز است (۵). متعاقباً در اجلاس سی و ششم بهداشت جهانی، مسئله بعد معنوی سلامت مطرح و به بحث و تبادل نظر گذاشته شد. از نظر تاریخی این نخستین جلسه مهمی بود که در سطح جهانی چنین موضوع مهمی به‌دقت بررسی می‌شد (۶). دو گروه مشخص در بحث‌ها شرکت می‌کردند، موافقان بعد معنوی سلامت و کشورهایی که دین جایگاهی در آن‌ها نداشت و البته گروه سوم که سخنی نداشتند، یعنی کشورهایی که دین در امور حکومتی جایگاهی نداشت و نمایندهٔ آن ساولیو از شوروی سابق بود و پیش‌نویس تهیه شده را امضا نکردند اما در انتهای بحث اعلام کردند مانعی ندارد که بعد معنوی مراقبت‌های بهداشتی در بعضی کشورهای جهان پذیرفته شود (۷).

هاندان ماهلر مدیر کل سازمان جهانی بهداشت در سخنرانی خود «راهبرد جهانی سلامت برای همه تا سال ۲۰۰۰» به بعد معنوی سلامت اشاره و اعلام کرد: «هر انسانی، بدون توجه به دین، نژاد، فرهنگ و هوش و استعدادش ممکن است به درجاتی برسد که آن را ابعاد معنوی

می‌نامند و این می‌تواند بر سلامت او تاثیرگذار باشد». او ادامه داد که واژه "Spirit" در *لغت‌نامه انگلیسی آکسفورد* به معنای روح و بخش غیر مادی بشر، آورده شده است. از "Spiritual" منسوب به روح تعاریف گوناگونی می‌شود که همه یک وجه مشترک دارند: پدیده‌ای که در اصل مادی نیست بلکه متعلق به افکاری است که در مغز تبلور می‌یابد و با روح انسان ارتباط دارد. تاریخ بشر نشان می‌دهد که انسان‌ها از طریق افکاری که در مغز آن‌ها تبلور می‌یابد به حرکت در می‌آیند. بنابراین، بعد سلامت فکری می‌تواند آثار عمیقی بر ابعاد دیگر جسمی، روانی و اجتماعی سلامت در جوامع مختلف داشته باشد. جوامع بشری هنگامی به طور کامل در مسئله‌ای درگیر می‌شوند که با ارزش‌ها، اعتقادات، رفتارها، عادات و فرهنگ آن‌ها مطابقت داشته باشد. ارزش آن‌ها ممکن است به صور مختلف خود را نشان دهد مانند اعتقادات و عادات مذهبی و ...(۸).

مصوبه WHA 37.13 در سی و هفتمین اجلاس سالیانه بهداشت جهانی (سال ۱۹۸۴)یک تصمیم تاریخی به شرح زیر بود: «بعد معنوی بخش جدانشدنی راهبردهای سلامت در کشورهای عضو سازمان جهانی بهداشت است» (۹). همچنین تاکید بر این باور بود که بعد معنوی از جنس امور مادی نیست بلکه متعلق به افکار، باورها، ارزش‌ها و اخلاقیاتی است که در مغز انسان‌ها تبلور می‌یابد. این مصوبه در پایان کشورهای عضو را دعوت می‌کند که در «راهبرد سلامت برای همه» در کشور خود بعد معنوی سلامت را، به صورتی که در این مصوبه آمده است، در نظر داشته باشند و به صورتی که با روندهای اجتماعی و فرهنگی آن‌ها مطابقت دارد، به کار گیرند.

هیئت امنای سازمان جهانی بهداشت (WHO Executive Board) در سال ۱۹۹۷ میلادی (۱۳۷۶ شمسی) تعریف زیر از سلامت را تصویب کرد: «سلامت یک حالت دینامیک از تامین رفاه کامل جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی است و نه فقط نبودن بیماری و نقص عضو (۱۰). اما این مصوبه در اجلاس سال‌های بعد سازمان جهانی بهداشت مطرح نشد. از آن زمان و در هنگام ریاست مدیرکل‌های بعد سازمان جهانی بهداشت بر این بعد از سلامت تأکیدی نشد و طبق آخرین مصوبه، در نظر گرفتن بعد معنوی در راهبردهای سلامت به کشورها واگذار شد.

ICD-10 سازمان جهانی بهداشت در تقسیم‌بندی بیماری‌ها «بعد معنوی» را اضافه کرده است. به عبارت دیگر، همان‌گونه که ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی با هم ارتباط دارند و در هم تأثیر می‌گذارند، بعد معنوی انسان و سلامت معنوی او با سایر ابعاد سلامت در ارتباط و تأثیرگذار است، و باید برای ارتقای سلامت مورد توجه قرار گیرد (۱۱). همچنین، گروهی از دانشمندان اظهار کرده‌اند که پیشرفت‌های عمده در قرن پیش‌رو از طریق فناوری عاید نمی‌شود

بلکه منوط به شناخت عمیق انسان و جنبه‌های معنوی اوست. اگر کانون توجه علمی در قرن بیستم میلادی «محیط خارج» بود، در قرن بیست و یکم توجه علمی به «درون» انسان معطوف شده است. به عبارت دیگر، وارد زمانی می‌شویم که اکتشافات مهم در محیطی نیست که ما را احاطه کرده است بلکه در دنیای درون ماست (۱۲).

## مفهوم معنویت

واژه معنویت و مشتقات آن در منابع اصلی اسلامی یعنی قرآن کریم، سنت و روایات منقول از پیامبر و ائمه دیده نمی‌شود ؛ ولی در نوشته‌های مسلمانان به‌ویژه دیوان شاعران، در زبان فارسی و عربی، به کار رفته است. برخی از مهم‌ترین واژگان در فرهنگ و ادب اسلامی و فارسی معادل معنوی عبارت‌اند از: روحانی، باطنی، قدسی، حقیقی، ربانی، ملکوتی و علوی.

معنویت با «معنا» پیوند دارد و معنا دارای دو لایهٔ ظاهر و باطن است. متن معنادار متنی است که کلمات و عبارات آن به حقایقی در جهان (ظاهری) یا حقایقی ذهنی (باطنی) اشاره داشته باشد و اگر متنی شامل هیچ یک از این دو نشود آن‌را «بی‌معنا» می‌دانیم. در علوم اجتماعی نیز سخن از رفتار معنادار است؛ یعنی هر عمل را انسان برای رسیدن به مقصود و هدفی انجام می‌دهد و اگر هدفی برای انجام کار وجود نداشته باشد، عمل بی‌معناست. بینش ما از هستی و درک واقعی معنای زندگی برای هر شخصی بر اساس شناخت او از ماهیت هستی و جایگاه انسان و زندگی او در جهان است (۱۳).

معنویت فراروی از حس و ماده است و در گذر از سه مهم (مادیت، منیت و موقعیت) تحقق می‌یابد. برای داشتن معنویت نخستین شرط آن است که همهٔ اعمال و رفتارهای فرد در راستای هدف واحدی باشد و در جهت رسیدن به یک هدف غایی تنظیم شود. در ادبیات قرآنی و سایر متون اسلامی، ذات لایزال الهی منبع و سرچشمهٔ وجود و همهٔ کمالات و نزدیک شدن به خداوند متعال و رسیدن به کمال هدف اصلی آفرینش انسان است. رهبر انقلاب می‌فرماید: معنویت یعنی «رابطه و اتصال قلبی با خداوند» و «مجذوب شدن در مقابل لطف الهی» (۱۴). بدیهی است رابطه با خداوند و اتصال قلبی با ذات لایزال او، گسترده‌تر از مجذوب شدن در مقابل لطف الهی است و مجذوب شدن رابطه‌ای بسیار نزدیک و خاص است. رابطهٔ قلبی با خداوند و مجذوب شدن در لطف او، ماهیتی پویا و وسیع دارد که در یک سوی آن حقیقت بی‌کران، نور، قدرت و رحمت و در سوی دیگر آن مخلوقی محدود و نیازمند است. لذا معنویت عبارت است از ارتباط و رشد پاینده با خداوند که با دفع جاذبه‌های ظاهری دنیا، قلب انسان را در جاذبه لطف الهی توسعه می‌دهد و پشتوانهٔ درونی فضیلت‌ها و رفتارهای اخلاقی است (۱۵).

انسان دو بعد جسم و نفس دارد که هر دو بعدش از کلمات الله است و کلمات الله تمام نشدنی هستند (۱۶). جسم انسان به عنوان اولین تجلی وجود او از جانب خداوند، اسباب تمام کمال و یا تمام گمراهی بشری است. زیرا روح انسان به صورت مستقیم در هیچ عالمی از عوالم هستی بدون ابزاری به نام جسم، در سعادت و شقاوت خود مؤثر نیست. جسم انسان پس از مرگ متلاشی می‌شود و در این جهان باقی می‌ماند ولی هر آنچه در این عالم صورتی محسوس دارد، ظهور و بروز حقیقتی از ماده است که ملکوت آن نامیده می‌شود یعنی باطن جسم که به سوی پروردگار متعال است (۱۷).

آیات قرآن که فرآیند آفرینش انسان را تبیین می‌کنند، دمیده شدن روح الهی پس از آفرینش جسم انسان را نشان می‌دهند (۱۸-۲۰). انتساب روح انسان به خدا، به معنای شرافت و عظمت آن است، و گرنه خدا روح نیست که چیزی از خود در وجود انسان بدمد.

جسم انسان، مدبری به نام نفس دارد. درک لذت‌ها و دردها به واسطه جسم است، یعنی حقیقت انسان فراتر از جسم است. جسم مَرکَب روح و تنها واسطه ثبوت برای درک لذت توسط روح است. عبادات ، توبه‌ها و انابه‌ها، خدمات، از خودگذشتگی‌ها و ایثارها، از جسم بر می‌خیزد و به اعتلای روح می‌انجامد تا آنجا که روح انسان مشمول رحمت حق می‌شود و به اعلی علیین می‌رسد (۲۱). برای یک پزشک یا پرستار معتقد، تحمل بی‌خوابی، شب‌زنده‌داری، تحصیل علوم و مشقات حاصل از کشیک‌های طولانی برای سلامتی انسان‌ها، سبب می‌شود تا روح او از بار گناهان پاک شود. با همین اعضا و فعالیت‌های جسم است که بیمار مراقبت یا احیا می‌شود و روح در سایه آن به ملکوت پرواز می‌کند.

انسان در حجاب‌های ظلمانی حس مستور است و قادر نیست مفاهیم ماورای ماده را آن‌چنان‌که هست، دریابد. آموزه‌های دینی و آسمانی از این‌گونه مفاهیم سخن می‌گویند که در حوزهٔ حس و تجربه بشر نیست. کلمهٔ روح در قرآن در بیست و یک مورد با معانی مختلف وجود دارد. روح در لغت به معنای مایه حیات و زندگی است. در برخی از آیات روح به معنی جبرئیل امین (ع)، وحی یا خود قرآن، بزرگ‌ترین ملائکه، حضرت عیسی مسیح (ع) به کار گرفته شده و در پاره‌ای از آیات روح به معنای حقیقت مجرد انسان است (۲۲ و ۲۳).

منظور از روح در مورد انسان، همان حقیقت ناشناخته غیر مادی است که خداوند آن را می‌آفریند. قرآن کریم می‌فرماید که دربارهٔ روح از تو می‌پرسند. بگو روح از فرمان پروردگار من است و به شما از دانش جز اندکی داده نشده است (۲۴)؛ لذا علم به حقیقت روح برای انسان دست نیافتنی است. منظور از نفس همان روح است که با جسم پیوند می‌خورد و کمال خود را به وسیله جسم به دست می‌آورد. نفس به دلیل رابطه حقیقی که با جسم دارد، مادامی‌که حیات

مادی برقرار باشد، از جسم متاثر می‌شود و بر آن اثر مـی‌گـذارد (۲۵). از ایـن‌رو، نفـس مراتـب گوناگونی دارد که می‌تواند نازل و دانی ( نفس اماره) و یا عالی (نفس مطمئنه) باشد (۲۶و ۲۷).

روح برخلاف جسم بقای جاودانه دارد و پس از مرگ در عالمی دیگر حیات ابدی می‌یابد. بـا این حال، روح در هر عالمی متناسب با ویژگی‌های همان عالم، دارای جسـم اسـت. روح انسـان چهار مرحله جنینی، دنیوی، برزخی و حیات اخروی را طی می‌کند تا در مقصد نهایی به سکون و جاودانگی برسد. روح انسان به عنوان حقیقت وجود او، جنبه اصـیل هسـتی انسـان محسـوب می‌شود . بنابراین، روح بخشی از وجود انسان بلکه تمام حقیقت اوست. کمال و نقص یا زشتی و زیبایی انسان، به روح او منتسب است. روح است که به سرای جاوید می‌رود و موجب رحمت یـا غضب الهی به طور جاودانه قرار می‌گیرد.

تعریف «معنویت» به نوعی مستلزم یک تعریف تحلیلی و فلسفی از آن است کـه بتوانـد بـه پرسش‌های مختلفی در این حوزه پاسخ دهد و ارتباط معنویت را با مفاهیمی مانند دین، اخـلاق و ارزش روشن کند و رابطه آن را با عالم «طبیعت» یعنی آنچه که در دایـره محسوسـات انسـان است، تبیین کند.

معنویت معادل واژه Spirituality و از کلمهٔ لاتین اسپریتوس (Spiritus) به معنـای تـنفس است (۲۸). برخی معتقدند ابعاد معنویت شامل تلاش برای معنا و هدف، تفـوق و برتـری (بـرای مثل احساس اینکه انسان بودن فراتر از وجود مادی ساده است)، اتصال(بـرای مثـال، اتصـال بـه دیگران، طبیعت یا الوهیت) و ارزش‌ها (مانند عشق، دلسوزی و عدالت) می‌شود . ایـن در حـالی است که معنا و هدف در زندگی، خودآگاهی، اتصال به خود، دیگران و یک واقعیت برتر از اجزای سلامت معنوی نیز شمرده شده‌اند. اگر چه برخی افراد که خـود را معنـوی مـی‌داننـد، بـر یـک مذهب رسمی اتصال ندارند. در اغلب موارد مـذهبی بـودن و معنویـت، مفـاهیمی هسـتند کـه همپوشانی دارند (۲۹). بدیهی است که این برداشت از معنویت با معنویت اسلامی که بر اسـاس خدامحوری و معادباوری است تفاوت عمده دارد.

انسان دو بعد جسم و روح دارد یعنی علاوه بر بدن مـادی، از روحـی غیـر مـادی برخـوردار است که با بدن در تعامل و تاثیر متقابل می‌باشـد. روح انسـان اسـتعدادهای فـراوان و متنـوعی دارد. از دیدگاه اسلام، از آنجا که حقیقت وجود انسان روح جاودانه و زندگی دنیوی انسـان تنهـا مقدمه‌ای برای زندگی اخروی اوست، هدف نهایی انسان باید متناسب با کمـال حقیقـی روح در جهات جاودانه او تعیین شود و همه اهداف دیگر در جهت آن قرار گیرد. با این تعـاریف اگرچـه سلامت روح و جسم انسان در یکدیگر تاثیر متقابل دارند ولی سـلامت روح نسـبت بـه سـلامت جسم از اصالت برخوردار است.

انسان دارای حب ذات است، گرایش سیری‌ناپذیر به کمال دارد و چون از اختیار برخوردار است، کمال وی در گرو افعال اختیاری اوست. روح انسان با بهره‌گیری از قوهٔ تعقل و گرایش‌ها و توانایی‌های انسانی می‌تواند شناخت آگاهانه از مبدأ هستی، خداجویی، خداپرستی، خضوع، تسلیم، رضا، توکل و لذت مناجات را تجربه و آن را در همهٔ اعمال و رفتار خود با اختیار و آگاهی نمایان کند. بنابراین، هدف نهایی و کمال و تعالی حقیقی انسان نزدیک شدن هرچه بیشتر به خدای متعال است (۳۰).

این مرتبه متعالی روح را بعد معنوی انسان می‌نامیم. بدین ترتیب، معنویت از دیدگاه اسلام، تنها در سایه ارتباط با خداوند و از طریق عبودیت و پذیرش و تسلیم در برابر دین حق شدنی است. بدین جهت در تعریف سلامت معنوی لازم است به مصداق درست تعالی که همان تقرب یافتن به خداوند متعال است، اشاره شود. در واقع، «معنویت» در تعبیر «سلامت معنوی»، مانند «جسم» در «سلامت جسمانی»، روان در «سلامت روانی» و «اجتماع» در «سلامت اجتماعی» بستری است که سلامت و بیماری باید در آن تعیین شود.

به این ترتیب انسان‌ها بر اساس اعتقادات و باورها و جهان‌بینی خود، در ارتباط با معنویت به شش گروه تقسیم می‌شوند (۱۵ و ۳۱ و ۳۲):

۱. ***بدون معنویت***. شرط اول داشتن درجاتی از معنویت باور به جنبهٔ متافیزیکی انسان و قوه‌ای مافوق ذات مادی انسان است. از این‌رو، آن‌ها که اصول جهان‌بینی‌شان بر محوریت انسان مستقر است بدون معنویت هستند. نمونه این گروه معتقدان به اومانیسم هستند. مهم‌ترین مبانی این نوع طرز فکر عبارت‌اند از:

الف) انسان محصول تکامل طبیعی است. ذهن عملکرد مغز است و انسان پس از مرگ ادراکی ندارد و از بین می‌رود.

ب) ماورای طبیعت وجود ندارد و عالم در طبیعت مادی خلاصه شده است.

ج) انسان با تکیه بر عقل و روش‌های علمی می‌تواند همه مسائل خود را حل کند و به وحی و آموزه‌های دینی نیاز ندارد.

د) انسان آزادی انتخاب و عمل دارد و می‌تواند سرنوشت خود را ترسیم کند.

ه) تمامی ارزش‌های انسانی و اخلاق، در ارتباطات و تجارب دنیای مادی به دست می‌آید و هدف نهایی زندگی شادکامی دنیوی، آزادی و رشد اقتصادی و فرهنگی است.

بنابراین، از یک طرف آنچه غیر مادی است و حیات جاوید و بعد روحانی و معنوی انسان انکار شده و خودبسندگی و بی‌نیازی از هدایت وحیانی ترویج شده است. داشتن ارادهٔ آزاد به طور مطلق و اخلاق مادی‌گرایانه مبنای زندگی انسان قرار گرفته، به نحوی که انسان به جای

خدا در مقام تقیین نشسته، خوب و بد وضع می‌کند. همه چیز مادی است و تدارک زندگی دنیوی تا حد لایتناهی مقصد اصلی است و از معنویت خبری نیست (۲۱).

۲. ***معنویت دنیوی.*** معنویتی است که برانگیزه‌ها و مقاصد دنیوی استوار است. به گفتهٔ رهبر انقلاب خامنه‌ای این نوع معنویت «فداکاری، ناشی از یک احساس معنوی است. آن احساس معنوی، می‌تواند دین باشد و یک جا هم می‌تواند ناسیونالیسم باشد» (۲۳). کسی که فداکاری می‌کند، مبارزه می‌کند حتی از جان خود می‌گذرد معنویتی دارد که او را برانگیخته ولی عامل اصلی ممکن است خدایی و غیبی نباشد بلکه دنیوی باشد. برای میهن خود، نژاد خود، خانواده خویش و یا هر علت مادی و دنیوی از خود گذشتگی کند و از انجام این فداکاری لذت ببرد.

۳. ***معنویت متحجر.*** این نوع معنویت با گریز از دنیا و دست کشیدن بی‌جهت از همه مواهب دنیوی است. به فرمودهٔ رهبر انقلاب «بسیاری از گرفتاری‌هایی که در مجموعه دین‌داران در گذشته اتفاق افتاده، اقبال به مسائل اخروی و دینی و بی‌توجهی به مواهب عالم حیات و استعدادهایی است که خداوند متعال در این عالم قرار داده است ... . اگر آخرت را به خاطر دنیا ترک کردید، در این امتحان مردودید، اگر دنیا را هم به خاطر آخرت ترک کردید در این امتحان مردودید .... (۳۴). این افراد که از استعدادهای بی‌پایان که در عالم ماده وجود دارد می‌گریزند، از ارتباط با نعمت‌ها و الطاف الهی که به صورت جهان مادی به بشر ارزانی شده باز می‌مانند و برخی راه‌های معنوی را که خداوند گشوده است، به روی خود می‌بندند.

۴. ***معنویت سلطه‌پذیرانه.*** هدف از این نوع معنویت به انقیاد درآوردن مردم است. معنویت سلطه‌پذیرانه می‌تواند از بستر فطری و روانی انسان‌ها استفاده کند و همچنین می‌تواند در قالب بستر سیاسی از طریق اهداف سلطه‌گرانه قدرت‌ها اعمال شود. شالودهٔ هستی و حیات انسان‌ها تمایل به معنویت دارد و زندگی بدون معنویت تحمل‌ناپذیر است. شیادان از این بستر فطری و روانی انسان‌ها استفاده می‌کنند و آنان را با عرفان‌های دروغین، فریب می‌دهند.

۵ . ***دارای معنویت حداقلی.*** آن‌ها که به مرجعی مافوق ماده و زندگی جسمانی باور دارند ولی آن‌را به عنوان خالق، تقدیرکننده و مالک جهان نمی‌شناسند. معنویت حداقلی ندارد؛ برای مثال، هدف‌داری زندگی و بیهوده نبودن آن در نگاه فرد می‌تواند یکی از شاخص‌های سلامت معنوی وجودی به شمار آید، بدون اینکه فرد با مبدأ عالم بستگی داشته باشد.

۶. ***معتقدان به ادیان الهی.*** این گروه به خالق دنیا اعتقاد دارند و بر اساس باورهای خود به

درجه‌های مختلفی از معنویت نایل می‌شوند. معنویت حداکثری را می‌توان مخصوص کسانی دانست که به ذات لایزال الهی با توجه به توحید ذاتی، صفاتی و افعالی به طور کامل اعتقاد دارند و این باور در ارتباط با خود، با دیگران و با جهان پیرامون آن‌ها تجلی کافی و وافی ایجاد می‌کند.

معنویت حقیقی و رهایی‌بخش سه شاخص دارد: نخست، بر اساس انگیزهٔ الهی و ارتباط با خدا بنا شده؛ دوم، معنویتی جامع بین دنیا و آخرت است؛ و سوم، ستم‌ستیز و عزت‌آفرین است.

## سلامت معنوی با رویکرد اسلامی

باید اذعان کرد که اسلام به معنای تسلیم در برابر خداوند است و پیشگیری و دور بودن از هرگونه آفت و زیان بدنی و روانی از نتایج آن است. در این معنا، اسلام مفهوم سلامت‌بخشی، گسترش سلامتی یا سالم‌سازی فردی، خانوادگی و اجتماعی را بیان می‌کند. قرآن خود را کتاب شفای جسم و جان معرفی می‌کند و آیات الهی بسیاری بر معنای سلامت‌بخشی اسلام و هدایت و رحمت برای مردم و مؤمنان دلالت دارد .تمثیل طبیب برای پیامبران الهی و به‌ویژه پیامبر اسلام (ص) کنایه از وظیفهٔ اساسی آنان در تحقق سلامت و در شفای جسم و روان بشر است.

اگرچه واژهٔ معنویت در قرآن کریم و سنت پیامبر و ائمه به کار نرفته، ولی در بیان مسلمانان، هم در زبان عربی و هم در زبان فارسی، واژهٔ معنویت و معنوی و نیز لغات نزدیک آن مانند روحانی، روحانیت، و متغیرهای عینی و مصادقی آن رواج داشته است. در زبان‌های اروپایی و در بستر مفهومی مسیحی معنویت طیف وسیعی را در بر می‌گیرد مانند عالی‌ترین رابطهٔ انسانی با چیزی غیر از ماده، جستجوی یک معنای وجودی، بعد متعالی انسان، دیدگاه‌ها و رفتارهای شخصی که حس تعلق به یک بعد متعالی یا چیزی فراتر از خود را بیان می‌کند. از سوی دیگر، در نگاه مکاتب الهی معنویت عبارت است از: خداشناسی، خداجویی و خدامحوری با شناخت هدف خلقت و زندگی، تلاش در جهت تکامل معنوی و خودسازی (مکارم اخلاقی و قلب سلیم و نفس راضی و مطمئن) و اندوختن توشه‌ای برای حیات ابدی.

برای پرداختن به مبانی سلامت معنوی در اسلام باید توجه کرد که از دیدگاه اسلام، انسان‌ها علاوه بر امور مادی و محسوس قادر به شناسایی موجودات نامحسوس نیز هستند. به عبارت دیگر، راه‌های شناخت منحصر به حس و تجربه نیست بلکه شهود باطنی و علم حضوری و شناخت عقلانی و به طور کلی معرفت‌شناختی نیز ارزشمندند. با پذیرش این تعریف مبنایی می‌توان وجود خالق، روح، وحی، کمال انسان و دست‌یابی به سعادت انسان را تبیین کرد و شناخت (۳۰).

اعتقاد به اینکه ذات خدای متعال یکتاست و شریکی در ذات برای او نیست (توحید ذاتی)،

و اینکه صفاتی که به خدای متعال نسبت می‌دهیم چیزی غیر از ذات خدا نیست (توحید صفاتی) و اینکه خدا در کارهای خود به کمک و یار و یاور نیاز ندارد (توحید افعالی)، توصیف خداوند یگانه، واجد همهٔ کمالات، مالک، تدبیر کننده و اداره کننده همه عالم را که سرنوشت همهٔ موجودات به دست اوست و هرچه را در حال هستی اتفاق می‌افتد وابسته به ارادهٔ اوست می‌نمایاند. از دیدگاه اسلام، هدف آفرینش جهان، دست‌یابی انسان به بالاترین مراحل کمال است و انسان با فطرتی الهی و با برخورداری از کرامت تکوینی می‌تواند به تمامی‌کمالات دست‌یافتنی برسد و به کرامت اکتسابی نایل شود. این باور دریچهٔ امید به آینده‌ای روشن و درخشان را پیش روی انسان‌ها می‌گشاید تا با توجه به هدف‌مندی خود در جهت غایت و هدفی یگانه و متعالی حرکت کند.

برای برخورداری از معنویت، نخستین شرط آن است که فرد همه اعمالش را در زندگی در مسیر هدفی واحد تنظیم کند، به‌طوری که فقط یک هدف غایی برای او مطرح باشد. بدیهی است که هر هدفی به عنوان هدف غایی نیز به معناداری زندگی منجر نمی‌شود. بلکه به هدفی از ظرفیت معنادار کردن حیات نیاز است تا بالاترین استعداد انسان برای پیش رفتن در مراتب هستی و عالی‌ترین مراتب کمال ممکن انسانی را نشان دهد. در قرآن و متون اسلامی، خداوند متعال به مثابه منبع و سرچشمه وجود همهٔ کمالات و نزدیک شدن به او هدف اصلی آفرینش انسان است. عالی‌ترین کمال انسانی نیز بالاترین نقطه ممکن در مراتب قرب به خداست. علامهٔ طباطبایی فرموده است: «سیر باطنی و حیات معنوی» روی این اساس استوار است که کمالات باطنی و مقامات معنوی انسان، یک رشته واقعیت حقیقی بیرون از واقعیت طبیعت و جریان ماده است و «عالم باطن» که موطن حیات معنوی است، جهانی است بسیار اصیل‌تر و واقعیت‌دارتر و پهناورتر از جهان «ماده و حس» (۳۵).

معنویت در الهیات اسلامی معرفت و ایمان به غیب و تبیین توحیدی از نظام هستی «هو الاول و الاخر و الظاهر و الباطن و هو بکل شی علیم» است. اگر کسی این جهان‌بینی را داشته باشد که هرگونه حرکت و سکونی متکی به مبدأ هستی لایزال و ابدی است، هرگونه غم و اندوه و مشکلات روانی را به خود راه نمی‌دهد. به‌علاوه از آیات و روایات این‌گونه استنباط می‌شود که سلامت معنوی اعم از سلامت جسمی، روانی و اجتماعی است و نه تنها در دنیا مفید است بلکه انسان را برای حیات باقی و آخرت مهیا می‌کند.

## مفاهیم سلامت معنوی اسلامی

در تفکر اسلامی، سلامت امری چندجانبه است و ابعاد آن، تابع همهٔ ابعاد وجود انسان است، از

این‌رو، همهٔ ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و روحانی ( معنوی) را در بـر مـی‌گیـرد. چنانچـه بـه سلامت به صورت جامع و متناسب با همه ابعاد انسان توجه شود، می‌تواند مهم‌ترین ابزار حرکت انسان به سوی کمال باشد، یعنی مقوله‌ای که هدف اصلی از خلقت انسان تلقی می‌شود .

سلامت از ریشه سَلَمَ به معنای دوری از هر عیب و نقص است و سلام از اسماء الهـی اسـت. سلامی‌که مسلمانان در ملاقات با یکدیگر می‌گوینـد هـم آرزوی سـلامت مخاطـب اسـت و هـم اطلاع دادن که مخاطب از جانب انسان در سلامت و امنیت است. مسلم یا مسلمان کسی اسـت که دیگران از دست و زبان او در آسـایش و امنیـت باشـند (۳۶). خداونـد متعـال آغـاز و پایـان سلامت است؛ سلامت از اوست و به او باز می‌گردد. پس آنچه از سلامت در دنیا به‌دست می‌آیـد نسبی است و سلامت همه‌جانبه در جوار خداوند است که دارالسلام نام دارد (۳۷).

«قلب سلیم» در دو جا در قرآن آورده شده است و در هـر دو مـورد بـه ویژگـی زلال بـودن حقیقت انسان از گناه دلالت می‌کند که در فرایندی اختیاری کسب شده باشد (۳۸ و ۳۹). قلب سلیم مبنای همهٔ استنباط‌ها و تصمیم‌گیری‌های عقلانی به شمار می‌رود.

مهم‌ترین ویژگی قلب سلیم این است کـه از هواهـای نفسـانی بـه دور اسـت. زیـرا یکـی از ریشه‌های خطای ذهن از نظر مطهری هوای نفس است (چهار ریشه دیگر پیروی از ظن، تقلیـد از گذشتگان، سرعت در قضاوت و پیروی از کبر است). به فرمودهٔ قرآن فعالیت‌هـا و تـلاش‌هـای علمی و شغلی انسان در این دنیا، هر چند ارزشـمند و متعـالی باشـند، هنگـامی فوایـد و نتـایج اخروی دارند که انسان قلب سلیم داشته باشد (۳۸).

ارتباط تعقل و قلب سلیم از مباحث کلیدی در معارف اسلامی است. مهم‌ترین آفت عقلانیت و داشتن قلب سلیم پیروی از شهوات و تمنیات نفسانی است. با فعلیت عقـل اسـت کـه خـدای رحمان پرستیده می‌شود و بهشت بـه دسـت مـی‌آیـد (۴۰). سـرلوحهٔ تفکـر اسـلامی، ارتقـای معنویت برخاسته از معرفتی است که جهان را تحت مدیریت خدایی حکیم می‌داند کـه مراقـب اوست. امام صادق (ع) فرموده‌اند: قلب سلیم قلبی است که خدا را ملاقات کند در حالی که هیچ کس جز خداوند در آن نباشد.

بر مبنای اندیشه اسلامی سلامت بستر حرکت انسان به سوی تکامـل اسـت. جسـم و امـور دنیوی محکوم به فناست مگر آنکه در مسیر زندگی جاوید قرار گیـرد. از ایـن‌رو، انسـان مـومن سلامت جسم را در افق جاودانگی و برای تامین حیات باقی می‌طلبد. او خواسـتار حیـات طیبـه است یعنی سبکی از زندگی که در آن تلاش دنیـوی، بـه سـلامت جسـم و روح در ایـن دنیـا و رستگاری در سرای جاوید و سعادت ابدی منجر شود. آنانی حیات طیبه دارند کـه نورانیـت دل، تایید الهی، کسب نعمت‌های معنوی، فرشته‌خویی و مشاهده ملکـوت در آن‌هـا دیـده مـی‌شـود.

حیات طیبه محصول داشتن اندیشه صحیح و ایمان به خدا و نیز عمل زلال و رفتار مبتنی بر ایمان یعنی عمل صالح است (۴۲ و ۴۳). هر انحرافی از مسیر توحید سلامت معنوی فرد را به مخاطره می‌افکند و از رسیدن به حیات طیبه جلوگیری می‌کند. شرک به خداوند و شرک خفی (گناه) انسان را از مسیر هدایت و سلامت معنوی دور می‌کند. سلامت و سعادت اخروی دو عنصر در هم تنیده و لازم و ملزوم یکدیگرند.

مَنْ عَمِلَ صالِحاً مِّن ذَکَرٍ أَوْ أُنثی وَ هُوَ مُؤْمِنٌ فَلَنُحْیِیَنَّهُ حَیَوةً طَیِّبَةً وَ لَنَجْزِیَنَّهُمْ أَجْرَهُم بِأَحْسَنِ مَا کانُوا یَعْمَلُونَ

هر مومنی چه مرد و چه زن، عمل صالح به شرط ایمان به خدا انجام دهد، او را به زندگی پاک و پاکیزه‌ای حیات می‌بخشیم و اجری بسیار بهتر از عمل نیکی که می‌کردند به آن‌ها عطا می‌کنیم (۴۴).

جوادی آملی در تفسیر حیات طیبه می‌فرمایند:

«معنی آیه فوق این است که حیاتی غیر از آنچه قبلاً داشت و زندگی نو و تازه‌ای را به مومنی که عمل صالح انجام دهد، اعطا می‌کنیم و به او حیاتی نو می‌بخشیم. (فلنحیینه حیوةطیبه). حیات پاک و پاکیزه آن آست که در اثر عمل صالح، خدای سبحان به مومنین القا و افاضه می‌کند و آن زندگانی خالص و پاکی است که طهارت در همه شئون آن سرایت کرده و راه را بر آلودگی‌ها و خبائث زندگی مادی و طبیعی مسدود می‌کند و این معنی در همین دنیا حاصل می‌شود و البته نتیجه و ثمرهٔ آن در آخرت نیز این خواهد بود که بهترین پاداش و اجر را به آن‌ها عطا خواهد کرد. بنابراین، حیات طیبه آن حیاتی است که در آن جهان طبیعت و ماده در خدمت انسان و کمالات الهی و انسانی او و محکوم وی باشد».

حیات طیبه آثار و نتایج و ثمراتی دارد که اهم آن‌ها عبارت‌اند از:

الف) انسان برخوردار از حیات طیبه و پاک با عزت و عزیز می شود.

ب) انسان پاک یا کلمهٔ طیبه، استعداد و قابلیت عروج و صعود الی الله را که مقام شامخی است، دارد.

ج) جاودانگی نتیجه دیگر حیات طیبه است. جان انسانی که بر اثر حیات پاکیزه به سمت الله حرکت کند، جاودانه خواهد بود و از ابدیت خاص برخوردار می‌شود .

د) انسان برخوردار از حیات طیبه حاضر، زنده، پربار و ثمربخش است.

ه) ثبات کلام و ثابت بودن سخن ویژگی حیات طیبه است.

و) لقاءالله ثمرهٔ دیگری از حیات طیبه است.

ز) یاری خداوند و نصرت انسان‌های پاک ثمرهٔ دیگر حیات طیبه است.

ح) در حیات طیبه هیچ هراسی در قلب انسان‌ها راه پیدا نمی‌کند.

رهبر انقلاب به دفعات به حیات طیبه در سخنرانی‌های خود اشاره کرده‌اند که برخی از آن‌ها در این نوشته آورده می‌شود (۴۵):

«یک مساله اساسی اسلامی است که در آیات کریمه قران از آن یاد شده و ما ملت ایران باید به آن توجه دائمی داشته باشیم و آن عبارت است از حرکت به سمت حیات طیبه الهی و اسلامی»: «یا ایها الذین امنو استجیبوا لله و للرسول اذا دعاکم لما یحییکم». خداوند و پیغمبر شما را دعوت می‌کنند به حیات و زندگی طیب و پاکیزه. حیات پاکیزه فقط خوردن و لذت بردن و شهوترانی نیست. اینکه دعوت خدا و رسول، نفس هر انسانی را به زندگی حیوانی دعوت نمی‌کند، برای این است که همهٔ حیوانات دنبال غذا می‌روند و دنبال اطفای شهوت حرکت می‌کنند. آن‌ها برای شکم و برای ساعتی بیشتر زنده ماندن مبارزه می‌کنند و لذا حیات طیبه آن است که این زندگی در راه خدا و برای رسیدن به هدف‌های عالی باشد و هدف عالی انسان فقط این نیست که شکمی را به هر شکلی پر کند. این کمترین چیزی است که یک حیوان می‌تواند به عنوان هدف خود انتخاب کند. لکن هدف عالی برای انسان عبارت است از وصول به حق و رسیدن به قرب باری تعالی و تخلق به اخلاق الهی. و برای رسیدن به چنین هدفی، انسان ابزارهای مادی لازم دارد. غذا لازم است، اما برای اینکه انسان حرکت کند به سمت هدف، زندگی راحت برای بشر لازم و ضروری است و اسلام انسان‌ها را با قوانین و مقررات خود به سمت رفاه و آسایش زندگی سوق می‌دهد، اما این آسایش زندگی به خودی خود هدف نیست...».

*«معنای حیات طیبه این نیست که کسانی فقط نماز بخوانند و عبادت کنند و اصلا به فکر زندگی و مادیات نباشند بلکه حیات طیبه ، دنیا و آخرت و ماده و معنا را با هم داشتن است...».*

«حیات طیبه ملت‌ها این است که تلاش و سازندگی کنند و صنعت و بازرگانی و کشاورزی را به اوج برسانند و قدرت علمی و تکنیکی پیدا کنند و در همه جهت پیشرفت‌های گوناگونی به دست آورند اما در همه این حالات دل‌های آن‌ها با خداست و روز به روز هم با خدا آشناتر می‌شوند. این هدف نظام اسلامی است و آن هدفی است که انبیای عظام اعلام کردند و مصلحان عالم گفتند ...».

«... اسلام می‌خواهد انسان‌ها را آن‌چنان بالا ببرد و دل‌ها را آن‌چنان نورانی کند و بدی‌ها را آن‌چنان از سینه من و شما بیرون بکشد که ما آن حالت لذت معنوی را نه فقط

در محراب عبادت، بلکه در همه لحظه‌های زندگی‌مان احساس کنیم، حتی در محیط کار و در حال درس و در میدان جنگ و در هنگام تعلیم و تعلم و در هنگام سازندگی. اینکه گفته‌اند: خوشا آنان که دایم در نمازند، یعنی در حال کسب و کار با خدا بودن، و در حال خوردن و آشامیدن هم باز به یاد خدا بودن محیط زندگی و محیط عالم را نورانی می‌کند و لذا اگر دنیا بتواند چنین انسان‌هایی تربیت کند ریشه جنگ‌ها و ظلم‌ها و نابرابری‌ها و پلیدی‌ها کنده خواهد شد و این همان حیات طیبه است...».

«ما برادران و خواهران، هدف‌هایمان روشن است. هدف‌های ما در اسلام خلاصه می‌شود. اسلام فقط یک اعتقاد نیست. اسلام زندگی طیبه انسان‌هاست. وقتی ما می‌گوییم حیات اسلامی و نظام اسلامی، یعنی آن نظام و آن حیات طیبه‌ای که همه خیراتی که انسان به آن‌ها علاقه‌مند است در آن هست، یعنی صفای معنوی هست، رفاه مادی هم هست. یعنی امنیت اجتماعی هست، امنیت روحی هم هست. یعنی علم و سواد و دانش و بینش و تحقیق هست، تعبد و خلوص و توجه به خدا و عبادت هم هست. این حیات طیبهٔ اسلامی است. ما این را می‌خواهیم تامین کنیم. اسلام این را به ما می‌دهد و اسلام امتحان داده است...».

«حیات طیبه انسان در سایهٔ حاکمیت دین خدا وقتی حاصل خواهد شد که انسان‌ها خود را با یاد خدا زنده نگه دارند و به کمک آن بتوانند با همهٔ جاذبه‌های شر و فساد مبارزه کنند و همه بت‌ها را بشکنند و دست تطاول همه شیطان‌های درونی و برونی را از وجود خود قطع کنند...».

با توجه به بحث فوق نتیجه‌گیری می‌شود که از دیدگاه اسلامی شاخص‌های انسان سالم در سطح بین‌المللی به نحو مطلوب تعریف نشده‌اند و همهٔ ابعاد چهارگانه سلامت را در بر نمی‌گیرند و برای تعیین راهبردهای سلامت همه‌جانبه، نمی‌توان از این شاخص‌ها و ملاک‌ها استفاده و پایش و کنترل سلامت خود و افراد جامعه را تنظیم کرد. شاخص‌های کنونی انسان سالم بر اساس نگرش اومانیسم و بدون توجه به جنبه‌های روحانی و معنوی انسان‌ها تنظیم شده و در نتیجه کاربرد آن‌ها در زمینهٔ سلامت جسمی، و تا حدودی روانی و اجتماعی است. از منظر متون دینی، انسان سالم به اعتبار ساختار شناختی (معرفتی)، نگرشی، عاطفی و عملکردی دارای مشخصاتی است (۲۱)، که باید برای سنجش سلامت معنوی افراد از آن استفاده شود.

با توجه به نکات فوق می‌توان استنباط کرد که سلامت انسان فقط در سلامت جسمی، روانی و اجتماعی خلاصه نمی‌شود بلکه سلامت معنوی مهم‌ترین بخش از سلامت انسان و بلکه

ضامن حفظ گوهر وجودی و تضمین کننده حیات جاودانه اوست. حیات حقیقی در هدایت و مرگ حقیقی در ضلالت است.

در شکل یک حوزه‌های درونی و بیرونی سلامت معنوی که اتصال دو ارتباط با خداوند و تعامل با دیگر مخلوقات و طبیعت است نشان داده شده است.

بیماری‌ها و اختلالات جسمی، روانی و اجتماعی نیز می‌توانند بر سلامت معنوی تاثیر بگذارند. پرحرفی، شکم‌بارگی و پرخوابی، بیماری‌های روانی چون حقد، حسد، غیبت، تهمت و پرده‌دری ایمان فرد را تهدید و تخریب و سلامت معنوی را آزرده می‌کند.

## مفهوم سلامت معنوی

برای سلامت معنوی (spiritual health) تعریف واحدی وجود ندارد و عملاً تعیین، تبیین، تعریف و اندازه‌گیری مؤلفه‌ها و شاخص‌های آن دشوار است. بدون شک معنی کامل سلامت معنوی منحصر به اثر دعاها و حالات معنوی در بهبودی بیماری‌ها و جانشین‌شدن آن برای درمان‌های رایج طبی یا طب مکمل نیست. برخی انگاشته‌اند که چون بعد معنوی بر آگاهی، باورها، نگرش‌ها، ارزش‌ها و رفتارها تأثیر عمیق دارد و بر بیوشیمی و فیزیولوژی بدن تأثیر می‌گذارد، این تأثیر بر فکر و بدن سلامت معنوی گفته می‌شود (۴۶). حال آن که در اسلام سلامت معنوی اصالت دارد زیرا تاثیر آن نه تنها در زندگی کوتاه این جهان بلکه در زندگی ابدی، پس از مرگ جسم، پایدار و رهابخش است.

به نظر می‌رسد، چالش اصلی در تعریف جامع از«سلامت معنوی» پرداختن به مفهوم

**شکل ۱.** سلامت معنوی و حوزه‌های درونی و بیرونی آن

معنویت باشد؛ زیرا مقصود از تعریف کردن«سلامت» تعریف تحلیلی از آن نیست، بلکه سلامتی با شاخص‌هایی توصیف می‌شود ، اما در مورد «معنویت» بحث این‌گونه پایان نمی‌یابد؛ بلکه همان‌طور که گفته شد، از نظر تاریخی و تطبیقی فقط می‌توان از کثرت معنویت سخن گفت و معنویت‌های گوناگون و مکاتب معنویت بسیاری می‌توان یافت که تعابیر فرهنگی خاصی از آرمان‌های دینی و سنت‌های گوناگون را نشان می‌دهند. اخلاقیات یا معنویات یا به عبارتی ارزش‌ها جزء جدایی‌ناپذیر هر فرهنگ است. در واقع، هیچ جامعه‌ای وجود ندارد که برای اشاعه معنویات و اخلاقیات تلاش نکند. به طوری که بیشتر جامعه‌شناسان بزرگ به پدیدهٔ مذهب و مسائل مذهبی به عنوان منابع معنوی و اخلاقی توجه زیادی داشته‌اند. این باور وجود دارد که سلامت معنوی فرایندی مبهم و پیچیده از تکامل انسان است که رابطه هماهنگ را بین نیروهای درونی فرد فراهم می‌کند و با ویژگی‌های آن در نظریه‌های مختلف به صورت ثبات در زندگی، صلح، داشتن ارتباط نزدیک با خدا، خود، جامعه و محیط عرضه می‌شود (۴۷). در اسلام سلامت معنوی اصالت دارد ولی با دیدگاه غربی سلامت معنوی در هر جامعه، مطابق موازین شناخته شده آن جامعه، تعریف می‌شود ، زیرا این امر بیش از هر چیزی امری درونی است و با ارزش‌ها و آموزه‌های هر فرهنگ ارتباط پیدا می‌کند .برای نمونه، ایمان به پروردگار، امری اعتقادی و درونی است که هر فرد آن را با آموزه‌های دینی و فرهنگی جامعه خود می‌آموزد و می‌پذیرد و آرامش خود را در پرتو آن باز می‌یابد. در سطح جهانی با وجود گسترهٔ عظیم پژوهش‌های انجام شده، مشکلات بسیاری مانند ابهام در تعریف سلامت معنوی، توافق نداشتن کلی بر مفاهیم اساسی مربوط به مسئله، مشخص نشدن مرزهای سلامت معنوی و معنویت، دستیابی نداشتن به ابزارهایی مناسب برای سنجش سلامت معنوی (طراحی ناصحیح پرسش‌ها، سنجش دیگر حیطه‌های سلامت، اعتبار نداشتن و پایایی برخی ابزارهای سنجش و... ) و استفاده از نمونه‌های کوچک و غیر قابل تعمیم هم‌چنان دیده می‌شود (۴۸).

***دین و معنویت.*** دانشمندان غربی معتقدند که دین و معنویت یک چیز نیستند. با این حال، اکثر آنان که در زمینهٔ سلامت معنوی تحقیق می‌کنند، در ارتباط آن با باورهای دینی به اجماع رسیده‌اند (۴۹ و ۵۰). در مقالات علمی رابطهٔ بین معنویت و «دین» به انواع مختلف تعریف شده است. دین یعنی همان دستورالعمل جامع و راهنمای کاملی که هدف را نشان می‌دهد و راه رسیدن به آن را به انسان می‌آموزد. معنویت نیز ابعادی مانند خلوص، از خود گذشتگی، مهار نفس اماره (امرکننده به بدی)، نیکوکاری و خیرخواهی دارد. ابعاد معنوی سبب می‌شود انسان با خود و جهان و مبدأ متعالی و لایتناهی هستی هماهنگ باشد. به‌ویژه در موارد فشارهای روحی، بیماری‌های جسمی و روانی و مرگ و بهبودی در انسان‌ها ارزش توجه به این

بعد نمایان‌تر می‌شود. برخی معتقدند: معنویت باورها، رفتارها و اعمالی هستند که انسان‌ها را به سوی خداوند یا نیروهای فوق طبیعی در جهان سوق می‌دهند زیرا انسان‌ها می‌خواهند به سوی تکامل سیر کنند که موجودیت آن‌ها منوط به آن است (۱۲). با این تعریف اگرچه بسیاری به همپوشانی بین معنویت و دین قائل‌اند این دو را از یکدیگر متمایز می‌دانند (۴۹ و ۵۰). از دیدگاه اسلام دین مجموعهٔ اعتقادات، اعمال و احساسات (فردی و جمعی) است که بر محور مفهوم حقیقت غایی (خداوند) سامان یافته است. ساختارهای حیات دینی عبارت‌اند از:

۱. *نگرش ویژه به جهان*؛ اعتقاد به عالم غیب، خداوند و موجودات فوق طبیعی.
۲. *تأثیر امور ماورای طبیعت در جهان*؛ تحقق مشیت الهی در انسان به شکل تجربهٔ دینی، مکاشفات و رؤیاهای معنوی؛ و در جهان به صورت سنت‌ها و قوانین طبیعی.
۳. *جاودانگی انسان*؛ باور به اینکه انسان روح جاودانه و ابدی دارد.
۴. *مکتوبات مقدس*؛ کتب آسمانی و مأثورات مؤسسان دین که راه و رسم دینداری را بیان می‌کند.
۵. *رستگاری و قانون اخلاقی*؛ مصوب از ناحیه خداوند که امور اخلاقی و مصداق و راه وصول به رستگاری را بیان می‌کند.
۶. *امور مقدس*؛ مکان‌ها، زمان‌ها و اشیای مقدس که آداب مذهبی ویژه دارند.
۷. *بعد عقلی و معرفتی ایمان*؛ معرفت نسبت به عقاید دینی و سیرهٔ مؤسسان و قدیسان، اندیشه در دین، الگوها، اسوه‌ها و نهادها و رمز و رازهای آن.
۸. *جنبهٔ عاطفی و احساسی ایمان*؛ حالت نیایش و آرامش دینی ویژه مانند خوف، خشیت، بهجت و... .
۹. *جنبه‌های عملی ایمان*؛ نماز، روزه، نذر، قربانی، و مناسک که عمدتاً در معابد و عبادتگاه‌ها انجام می‌شود .
۱۰. *گروه اجتماعی مؤمنان*؛ در رأس این گروه روحانیان و کاهنان هستند و دیگران متناسب با مرتبهٔ ایمانی خود قرار می‌گیرند.

***دینداری و معنویت‌گرایی در کشورهای جهان.*** در کشورهای اروپایی، به‌ویژه آن‌هایی که از قدیم کاتولیک مذهب بوده‌اند، اگرچه کلیساهای فراوانی نیز وجود دارد بیشتر مردم از دین پیروی نمی‌کنند. مطالعات انجام شده در کشورهای اتریش، سویس، بلژیک، هلند، لوکزامبورگ، آلمان و فرانسه نشان داد که دیندار بودن (شامل ارتباطات مذهبی، شرکت در مجالس و دعاهای مذهبی، خود را دیندار دانستن و دین را در زندگی خود مهم دانستن) از امتیاز ۰/۳ ــ ۰/۸ در ۹۰ ساله‌ها به حدود صفر در ۵۵ ساله‌ها و به امتیاز ۰/۶- تا ۱/۲- در سنین ۱۲-۱۵

سالگی رسیده است. ارقام دینداری در فرانسه و آلمان از سایر کشورها پایین‌تر است. اروپایی‌هایی که معنوی هستند، به یک قدرت بالاتر (و نه خداوند متعال) باور دارند.

از سوی دیگر، امریکایی‌ها ابراز می‌کنند که بیشتر آن‌ها تمایلات دینی دارند و به خداوند باور دارند. ۹۵ درصد به خدا (با تعریف و مفهوم مشخصی) اعتقاد دارند، ۷۵ درصد دست کم یک مرتبه در روز دعا می‌کنند، ۶۱ درصد می‌گویند که دین برای زندگی آن‌ها بسیار مهم است و ۴۳ درصد در زمان پاسخ به پرسش‌ها دست کم یک بار در مراسم دینی شرکت کرده بودند (۵۱). با این همه تنها ۲۰/۶ درصد آن‌ها اعتقادات دینی قوی و بسیاری از آن‌ها تمایلات ضد کلیسایی دارند. آن‌ها که به تشکیلات دینی ملحق هستند، حتی در مسائل سیاسی مانند انتخابات سیاست و دین را مخلوط می‌کنند و از این امتزاج نهایت استفاده را می‌برند.

***سلامت معنوی در نگاه اومانیستی.*** در نگاه مادی و اومانیستی، انسان موجودی است تک‌ساحتی که از ماده تشکیل شده است و تمامی احساسات و عواطف و حتی مسائل روانی و معنوی در این دیدگاه نوعی ارتباط با بعد مادی انسان پیدا می‌کند. به همین دلیل، برخی معتقدند، ریشه مسائل روانی در جسم و عصب انسان‌ها نهفته است و اگر سخنی هم از معنویت به میان می‌آید با معنویتی که در نگاه دینی مطرح است کاملا تفاوت دارد. در این نگاه، معنویت تنها شامل هنجارها، عکس‌العمل‌ها و عناصری است که با استفاده از آن می‌توان روان بیمار را متأثر ساخت تا بتواند در مقابل بیماری‌های جسمی مقاومت کند. حال آن عناصر می‌تواند حقیقی باشد یا غیر حقیقی، اصیل باشد یا غیر اصیل، خرافی باشد یا غیر خرافی (۱۳).

برخی متفکران غربی مادی‌گرا معنویت را امری ظاهری فرض می‌کنند و تنها چیزی که از آن فهم می‌کنند احساسات ملموسی مانند امید، آرامش، و رضایت‌مندی است. این افراد ارزش والای معنویت را به‌حدی تنزل داده‌اند که برای دستیابی به معنویت و سلامت معنوی فعالیت‌هایی مانند نواختن و یا گوش کردن به موسیقی، انجام فعالیت‌های هنری، ورزش، روش‌های تمدد اعصاب و تمرکز را توصیه می‌کنند. این افراد اگر هم سخنی از دین و معنویت به زبان می‌آورند آن را ابزاری برای آرامش انسان‌ها تلقی می‌کنند (۳۱).

***سلامت معنوی با نگرش دینی.*** همان گونه که اشاره شد در نگاه مادی و اومانیستی سلامت معنوی تنها به عنوان یک ابزار در اختیار درمان جسمی بیماران قرار می‌گیرد. علاوه بر آن، معنویت در آن نگاه الزاما منشا قدسی (غیر مادی) ندارد و شامل هر عنصر معنوی است که بتواند در بهبود بیماران موثر باشد. در نگاه دینی برای سلامت معنوی جایگاه وسیع‌تر و گسترده‌تری وجود دارد؛ چون سلامت در این نگاه فقط شامل جسم انسانی نیست چون انسان علاوه بر جسم دارای روح هم هست و ادیان ابراهیمی ترویج می‌کنند که همان گونه که جسم

مریض می‌گردد روح هم مریض می‌شود و همان‌گونه که درمان جسم نیازمند پزشک و دارو و تجویزهای خاص است، نفس انسان نیز بیمار شده و نیازمند مداوا می‌شود . انسان نیازمند پزشک و داروست.

این پرسش مطرح است آیا کشورهایی که توانسته‌اند به ماه بروند و یا نقشه ژنوم انسانی را مشخص کنند اولی‌تر هستند که سلامت معنوی را تعریف و ابعاد آن را اندازه‌گیری کنند و در نهایت این بعد مهم سلامت را در تأمین، حفظ و ارتقای سلامت جامعه به کار برند؟ برخی نویسندگان غربی بر این باورند که همان گونه که در سایر امور فیزیکی پیش‌قراول علمی بوده‌اند، در مورد سلامت معنوی نیز چنین خواهد بود (۳۱ و ۵۲)، در حالی که با تفکر عمیق می‌توان به این نتیجه رسید که کلید حل مشکل در دست جوامع مذهبی است که تبعیت کامل از دین و معنویات در امور فردی و اجتماعی را برای رسیدن به جامعه نمونه و آرمانی مؤثر می‌دانند.

## تعاریف سلامت معنوی

تعاریف سلامت معنوی مبتنی بر هستی‌شناسی، انسان‌شناسی، معرفت‌شناسی و باورهای اعتقادی او به ذات لایزال الهی، روح و وحی است. محققانی که نخواسته‌اند به خالق انسان و امور غیر حسی و معرفت‌شناختی توجه نمایند، تعریف عامی از سلامت معنوی نموده‌اند که در بسیاری از مقالات و کتب خارجی آورده شده و برخی از صاحبان ادیان نیز به کرات به عنوان منبع به آن ارجاع داده‌اند. این تعریف به شرح زیر است:

سلامت معنوی عبارت است از حالت اطمینان، امنیت، آرامش و سکون قلبی و روحی که از اعتقاد و اعتماد به منبع و قدرتی برتر و متفاوت از عوامل مادی و پیرامونی ناشی می‌شود و باعث افزایش امید، رضایت‌مندی و نشاط درونی می‌گردد و در نهایت به سلامت و تعالی همه‌جانبهٔ انسان و انسانیت کمک می‌کند (۵۳).

با توجه به مبانی اعتقادی اسلامی چنین تعریفی کامل نیست زیرا مولفه‌هایی همچون آرامش، امید، شادی و رضایت‌مندی که کمابیش در حیوانات نیز وجود دارد و ممکن است در کوتاه‌مدت و به طور ناقص، به شیوه‌هایی حاصل شوند که در نهایت، با کمال حقیقی انسان تضاد داشته باشند. از این رو، نمی‌توانند به طور مطلق، به مثابهٔ شاخص‌های اصلی سلامت معنوی قرار گیرند.

شرط اول سلامت معنوی خودآگاهی، کسب تقوای الهی، پالایش روح از هر بدی و پلیدی، احساس خضوع به ربوبیت الهی، توکل، توسل، تسلیم و شکر در برابر او و درک معنا، احساس

آرامش و امید و هدفمندی زندگی در راستای تقرب به خدا با تکیه به قدرت خداوند و استفاده از نیروی خدادادی خویش، صبر و شکیبایی است و در سطح جامعه سلامت معنوی همهٔ تلاش‌های پویا و فراگیر معنوی مبتنی بر جامعه در راستای توسعهٔ سلامت‌محور، 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 افراد است (۵۴).

از میان تعاریف سلامت معنوی دو تعریف زیر بسیط‌تر و کامل‌تر بیان شده‌اند که در برگیرندهٔ مبانی سلامت معنوی از دیدگاه اسلام است. از این تعاریف در مولفه‌ها و شاخص‌ها برای به کارگیری در پرسشنامه‌ها و ارزیابی‌ها استفاده می‌شود.

«سلامت معنوی وضعیتی است دارای مراتب گوناگون، که در آن متناسب با ظرفیت‌ها و قابلیت‌های فرد، بینش، گرایش و توانایی لازم برای تعالی روح که همان تقرب به خدای متعال است فراهم می‌باشد، به گونه‌ای که همه امکانات درونی به طور هماهنگ و متعادل، می‌توانند در جهت هدف کلی مزبور به کار گرفته شوند و همراه با امکان انتخاب، رفتارهای اختیاری درونی و بیرونی متناسب با آن‌ها نسبت به خدا، فرد، جامعه و طبیعت ظهور یابند» (۳۰).

«سلامت معنوی وضعیتی است هدفمند و معنادار از حیات انسانی که حاصل ایمان و اعتقاد و ارتباط فرد با قدرت و کمال لایتناهی الهی و زندگی ابدی پس از مرگ است. سلامت معنوی به نشاط، امید، رضایت‌مندی، اطمینان قلبی، آرامش و داشتن قلب سلیم در فرد و رستگاری در دنیا و آخرت منجر می‌شود و ارتباط پویای مبتنی بر مکارم اخلاق، عشق و محبت با خود، دیگران و جهان پیرامون ایجاد می‌کند» (۲۹).

از این تعاریف می‌توان شش شاخص سلامت معنوی را استخراج کرد که در جدول ۱ دیده می‌شود .

## ارتباط سلامت معنوی با سایر ابعاد سلامت

سلامت معنوی نیز مانند سایر ابعاد سلامت درجاتی دارد که در یک طیف وسیع در نهایتا به سلامت معنوی کامل می‌انجامد. سلامت معنوی تام عبارت است از داشتن معرفت، به غیب و تبیین توحیدی از نظام هستی که هرگونه حرکت و سکونی متکی به مبدأ هستی لایزال و ابدی است و هر عارضهٔ جسمی، روانی و اجتماعی در مقابل عظمت الهی و هدف غایی انسان که تقرب درگاه الله است، بسیار ناچیز می‌باشد (۵۵ و ۵۶). در آن حالت جسم نیز مضمحل نمی‌شود و به طرف اکمال می‌رود و مشکلات ظاهری جسمی در برابر تعالی بشری ناچیز

**جدول ۱. شاخص‌های سلامت معنوی**

- اعتقاد به وجود قدرت لایتناهی هستی: اعتقاد به وجود ذات اقدس خداوندی که خالق و پروردگار عالم است.
- ارتباط با منشأ لایتناهی هستی: شامل ارتباط از طریق وحی و کتب الهی و نیز ارتباط مستقیم با خداوند متعال.
- ارتباط و توجه به ابعاد مختلف عالم پیرامون: از جمله خود، سایر انسان‌ها و سایر اجزای طبیعت و احترام به آن‌ها و تلاش برای حفظ و توسعهٔ جهان پیرامون.
- احساس رضایت و امید به زندگی: مبتنی بر اعتقاد و ارتباطات مذکور.
- هدفمندی در زندگی: شامل هدفمندی کلی جریان زندگی و اعتقاد به معاد و نیز هدفمندی در زندگی روزمره و تلاش برای دست‌یابی به آن.
- معناداری زندگی: شامل معناداری کلی جریان زندگی و اعتقاد به معاد و نیز معناداری در زندگی روزمره و تلاش برای آن.

پنداشته می‌شود.

بدیهی است سلامت معنوی نیز مانند سایر ابعاد سلامت دارای بخش‌های پیشگیری و درمانی است. آثار سلامت معنوی در پیشگیری و ارتقاء سلامت بسیار اهمیت دارد و تلاش برای شناخت و به کارگیری آن در برنامه‌های کشوری ضروری است. برای نشان دادن ارتباط سلامت معنوی با سه بعد دیگر سلامت، چهار الگو برای ابعاد مختلف سلامت پیشنهاد شده که در شکل ۲ آورده شده‌اند. الگوی ۱ و ۲ ارتباط کمی را بین چهار بعد سلامت نشان می‌دهند در حالی که

**شکل ۲. الگوهای مختلف پیشنهاد شده برای ارتباط ۴ بعد سلامت**

به دلیل اصالت سلامت معنوی باید آن‌را محاط به ۳ بعد سلامت دانست که این امر در الگوهای ج و د نشان داده نشده است. به نظر می‌رسد که الگوی د مناسب‌ترین وجه نشان دادن این ارتباط باشد. سلامت معنوی نه در کنار سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی بلکه به عنوان عنصری تعیین کننده در نظام انسان و محاط بر سه بعد دیگر سلامت، محسوب می‌شود.

در جدول ۲ تفاوت‌های تعریف و مفهوم سلامت معنوی در ادبیات جهانی و برداشت اسلامی نشان داده شده است. همان طور که مشاهده می‌شود ، سلامت معنوی در برداشت اسلامی متکی به باور به ذات لایزال الهی و تلاش برای تقرب به خدای متعال است. بر اساس باور به همهٔ جنبه‌های کامل توحیدی شامل توحید ذاتی و توحید افعالی سلامت معنوی مطلوب حاصل می‌شود و موجب سکون قلبی و اطمنیان و تکامل فردی و نیز بهبود ارتباطات انسان با دیگران و جهان پیرامون او می‌شود.

**جدول ۲. سلامت معنوی در ادبیات جهانی و برداشت اسلامی**

| ادبیات جهانی | برداشت اسلامی |
|---|---|
| سلامت معنوی عبارت است از حالت اطمینان، امنیت، آرامش و سکون قلبی و روحی که از اعتقاد و اعتماد به منبع و قدرتی برتر و متفاوت از عوامل مادی و پیرامونی ناشی می‌شود و باعث افزایش امید، رضایت‌مندی و نشاط درونی می‌گردد و در نهایت به سلامت و تعالی همه‌جانبهٔ انسان و انسانیت کمک می‌کند. | سلامت معنوی وضعیتی است دارای مراتب گوناگون، که در آن متناسب با ظرفیت‌ها و قابلیت‌های فرد، بینش، گرایش و توانایی لازم برای تعالی روح که همان تقرب به خدای متعال است فراهم می‌باشد، به گونه‌ای که همهٔ امکانات درونی به طور هماهنگ و متعادل، می‌توانند در جهت هدف کلی مزبور به کار گرفته شوند و همراه با امکان انتخاب، رفتارهای اختیاری درونی و بیرونی متناسب با آن‌ها نسبت به خدا، فرد، جامعه و طبیعت ظهور می‌یابند. |
| مهم نیست که قدرت مافوق را خدا، الله، بودا و یا هر چیز دیگر بخوانیم، آنچه اهمیت دارد این است که انسان به نقش یک قدرت مافوق در زندگی خود معتقد باشد. | باور به ذات لایزال الهی با همهٔ جنبه‌های کامل توحیدی (ذاتی، صفاتی، افعالی) برای داشتن سلامت معنوی مطلوب ضروری است. |
| رشد سلامت معنوی در دو جهت افقی و عمودی است؛ ولی می‌تواند فقط افقی باشد مانند رفتارهای خوب با دیگران، سبک زندگی بهتر، هنر و ارزش‌های والا، بدون اعتقاد و ارتباط با قدرت مافوق (خدا) و یا اعتقاد به خدا بدون رشد خصوصیات سلامت معنوی در خود و دیگران | سلامت معنوی از باور به خداوند لایزال منشا می‌گیرد و رشد و توسعه این ارتباط در پیشرفت و بهبود ارتباطات با خود و دیگران و جهان اطراف موثر است. اعمال صالح زائیده این باور و ایمان است. |

برگرفته از منابع ۳۱ و ۵۷

## تاریخچهٔ معنویت و سلامت

قدیمی‌ترین تجربهٔ پزشکی برای حفظ سلامت انسان‌ها از طریق باورهای دینی و عقیده به اینکه خداوند (یهوه، اهورامزدا، و ....) شفا می‌دهد، همیشه بین پیروان ادیان وجود داشته است. شروع پزشکی «علمی» از زمان بقراط به بعد، به‌تدریج این باور را ایجاد کرد که خداوند شفا دهنده و منشأ علم پزشکان وحی الهی و تجارب پزشکی است و اطباء وسیله تشخیص و درمان و رساندن شفا به بیماران هستند. این باور در اعصار مختلف ادامه داشت و از یهودیان به مسیحیان نیز منتقل شد (۵۸). در دین مبین اسلام نیز این باور وجود دارد که شفای بیماری از خداوند است و طبیب مشمول عنایات پروردگار قرار گرفته که در تأمین، حفظ و ارتقای سلامت انسان‌ها کوشا باشد. الذی خلقنی فهو یهدین، و الذی هو یطعمنی و یسقین، و اذا مرضت فهو یشفین، و الذی یمیتنی ثم یحیین (۵۹).

در طی تاریخ، علم پزشکی با معنویت و مذهب به هم آمیخته بوده است. طبیب یا حکیم در کشور ما علاوه بر علم پزشکی به مسائل اجتماعی، فقهی، فلسفه، حکمت و در مواردی نیز به ستاره‌شناسی، ریاضیات و ادبیات اشراف داشت. به نحوی که واژهٔ طب روحانی در بسیاری از کتب پزشکی کهن به کار رفته است. حکیم جرجانی، صاحب اولین کتاب جامع پزشکی به زبان فارسی که حدود ۱۰۰ سال پس از بوعلی سینا می‌زیسته، طبیب روحانی را عارفی می‌داند که از طریق ارشاد و نفوذ روحی، قدرت انجام حرفه پزشکی را داراست (۶۰). به عبارت دیگر، طب روحانی مجموعه‌ای از علوم بود که به حفظ صحت و اعتدال آن، تدبیر کردن منفعت آنچه از اغراض نفسانی نافع است و دفع ضرر آنچه مضر بود پرداخته و کمالات قلوب و درمان امراض با دارو و نفس روحانی را شامل می‌شد (۶۱). باور دینی و اعتقاد به ذات لایزال الهی در میان متقدمان پزشکی ما به حد اکمل وجود داشت و نمونهٔ آن جملاتی است که شیخ‌الرئیس ابوعلی‌سینا در آغاز کتاب *قانون* به کار برده است: ستایش باد خداوند را که سزاوار ستایش است به سبب بزرگواریش و کثرت الطافش و درود بر سرور پیامبران محمد (ص) و دودمان او (۲).

ادیان توحیدی، از جهان هستی و نقش انسان در این جهان بحث می‌کنند؛ الگوی یک زندگی سالم و متعادل را به تصویر می‌کشند؛ و راه را برای ایجاد ارتباط مستحکم میان انسان و خداوند به انسان نشان می‌دهند. این هدف از طریق انجام اعمال و عبادات خاصی که به شکلی نمادین در آمده است محقق می‌شود.

در طی تاریخ؛ معنویت، که محصول مشترک تمام ادیان توحیدی است، به زندگی انسان‌ها جهت داده است. حضور معنویت در متن زندگی، الم و اضطراب را زایل کرده و رضایت‌مندی انسان را میسر ساخته است.

با توجه به اینکه پزشکان دیگر کشورها از کتب پزشکی اسلامی قرن‌ها استفاده کرده‌اند تفکر عرضهٔ خدمات سلامت عمومیت یافته است. با این همه، در اروپا مسئله معنویت و علم طی قرون دچار چالش‌های عبرت‌انگیزی شده است. در تاریخ اروپا، تقسیم کردن زندگی به دو نیم، پیشینه درازی دارد. با مطالعهٔ تاریخ اروپا مشاهده می‌کنیم که در یک عصر، پرهیز از زخارف دنیا بر زندگی مردم حاکم بوده است. اقبال مردم به زهد و رهبانیت زیاد بوده؛ «شهر خدایی» مطلوب همگان بوده است و دوری از تمتعات دنیوی مطبوع طبع مردم واقع می‌شده است. در دورهٔ دیگر، شاهد گرایش مردم به لذات دنیوی، و تلاش برای ساختن «شهر زمین» هستیم.

قرون وسطی دوره‌ای است که طی آن، تحت تعالیم کلیسا، پرورش روح، و توجه به روح ملکوتی انسان، سرلوحهٔ زندگی مردم قرار گرفت. علت انتخاب این عنوان برای قرون وسطی آن است که این دورهٔ از تاریخ اروپا میان دو دورهٔ درخشان تاریخی واقع شده است. دوران میانی، حکم حایلی را دارد که قبلش دوران عظمت و مجد امپراتوری رم قرار دارد (دورهٔ باستانی) و بعدش دوران نوزایی یا روشنگری (دورهٔ رنسانس) واقع شده است.مورخان، این دورهٔ تاریخی اروپا را «دورهٔ فترت» یا حتی «دورهٔ تاریکی» هم گفته‌اند. برتراند راسل و ویلیام هال، فاصلهٔ میان قرن ششم و پانزدهم را دوران ظلمت اروپا نامیده‌اند.

در آستانهٔ رنسانس، انرژی متراکمی در مردم اروپا جمع شده بود، که به دنبال روزنه‌ای برای آزاد شدن، به هر در بسته می‌زد. جرج سارتون، در کتاب *شش بال: مردان علم در رنسانس* آغاز رنسانس را سال ۱۴۵۰ و پایان آن را سال ۱۶۰۰ اعلام می‌کند. سارتون، رنسانس را قیام و انقلاب علیه روش‌ها و مفاهیم سخت‌گیرانه دوران میانی، (قرون وسطی) در بعد سلبی؛ و اختراع فن چاپ، در بعد ایجابی توصیف کرده است. کار خارق‌العاده پیام‌آوران نوزایی برای مردم خسته، فقیر و تحقیر شده، ترغیب آنان به ساختن بهشتی بود که انسان می‌توانست آن را ببیند، لمس کند و در آن احساس خوشبختی نماید. این سخن، برخلاف وعده‌هایی بود که لذت، خوشبختی و آسایش را موکول به سرای دیگر می‌کرد. وعده‌هایی که دیگر حتی شنیدنش نیز خوشایند نبود، و بیشتر به سراب شباهت داشت (۶۲).

انسان رها شده از قیود دست و پاگیر دوران میانی، دل از گرو آسمان ملکوتی رهانید، و با دستانش شروع به ساختن بهشت زمینی کرد. نیچه، با رساترین جملات، این تقلب احوال اروپاییان را شرح داده است: «دو هزار سال تاریخ فلسفه، به جای آنکه بشر را با زمین و زمان آشتی دهد، موجب شده است که انسان به زمین پشت کند و نجات را در ملکوت بجوید. در این دورهٔ دو هزار ساله، علم وسیله و پلکان صعود به آسمان و ملکوت بوده است، اما اکنون باید این وسیله به خدمت بشر در آید تا او سلطان زمین و آسمان شود». با شروع رنسانس علمی در اروپا

تلسکوپ دل آسمان‌ها را می‌شکافت و گردش سیارات را کشف می‌کرد. کرهٔ ما، دیگر مانند دانهٔ شنی در فضای لایتناهی شناور بود. خورشیدمداری جایگزین دید زمین‌مداری قرون وسطی می‌گشت، و این، به گفتهٔ «فروید» اولین زمین‌لرزه‌ای بود که بشریت جدید را تکان می‌داد؛ و در نتیجه، اولین اثر بیگانگی به شمار می‌رفت. انسان از کانون گرم همیشگی‌اش به بیرون پرتاب می‌شد. بهشت و دوزخ پنهان می‌شد، و فضاهای لایتناهی، که به قول «پاسکال» دلهره‌ای چنین هراس‌انگیز در دل ما برمی‌انگیزند، دامن می‌گشودند، و انسان، خویش را تنها و رها شده، در ساحلی می‌یافت که هیچ نظام ملموسی آن را مهار نمی‌کرد. از این رو، نگاهش را از خارج بر می‌گرفت و به درون می‌دوخت؛ به زمین پناه می‌برد و به ژرفنای روان خویش فرو می‌رفت تا شاید بهشت گمگشته را در درون دوزخ خویش بازیابد.

تمدن مغرب‌زمین در دوران جدید با دو جهش بزرگ ۱) کشف توانایی‌های عقلانی در انسان، و ۲) و کشف اسرار نهفته در طبیعت توانست به بسیاری از نیازهای آدمی پاسخ دهد، لیکن غفلت و نادیده انگاشتن خواسته‌های درونی و معنوی ضربهٔ مهلکی به انسان در عصر جدید وارد ساخت. نظام معرفتی الهی که پاسخ‌گوی مجموعه‌ای از نیازها و پرسش‌ها بود در دوران جدید به کناری گذاشته شد و معرفت انسانی به جای معرفت یقینی نشست.

در طی دورهٔ رنسانس معنویت‌زدایی در چهار مرحله به تصویر کشیده شد (۶۲):

۱) معنویت‌زدایی از طبیعت؛ ۲) معنویت‌زدایی از عقل؛ ۳) معنویت‌زدایی از جان؛ ۴) معنویت‌زدایی از طبیعت انسانی (فطرت)

۱. **معنویت‌زدایی از طبیعت.** بنا به توصیهٔ کپرنیک، گالیله و نیوتن انسان در راهی گام نهاد که آمالش شناختن دنیایی بود صرفا مادی، در این دنیا تنها زبان ریاضی اصالت داشت. در این جهان‌بینی جهان منظومه‌ای است که خورشید در مرکز آن واقع شده و انسان از نردبان سلسله‌مراتبی عالم پایین آمده است و همانند سایر پدیده‌ها در طبیعت زندگی می‌کند. انسان دوران جدید، موجودی است زمینی، مستقل و رها که از چهار دیواری تنگ و تاریک سنت‌های خرافی آزاد شده است. برونو از مکتب کپرنیک به عنوان اولین قدم اساسی که انسان در راه آزاد کردن خویشتن برداشت یاد کرده است، در مکتب کپرنیک عقل این امکان را یافت تا با قدرتی افسون‌گر کهکشان‌ها را تصرف کند و بدون اتکا به منبعی بیرونی (وحی) همهٔ عرصه‌ها را در هم نوردد.

۲. **معنویت‌زدایی از عقل.** فلاسفه دوران جدید با نفی تمام امتیازات و ویژگی‌های عقل شهودی انسان در دوران میانی از عقل تعریف جدیدی به دست دادند، در این دوران عقل مجاز بود تا به اموری بپردازد که قابل فهم و عینیت بود. معیار بالا حتی امور متافیزیکی را

نیر در برمی‌گرفت، در نتیجهٔ رابطه انسان و خدا واژگون شد و عقل انسان از منبع روحانی محروم گشت. در مقابل این عده گروهی از دانشمندان با تعمیم روش‌های تجربی به علوم انسانی به مخالفت برخاستند، هوسرل در این رابطه می‌گوید، معرفتی که از راه علوم تجربی به دست می‌آید، معرفتی حصولی است در حالی که معرفت انسانی، معرفتی حقیقی باید باشد. به نظر هوسرل استفاده از قوانین تجربی در علوم انسانی به بحران در این علوم می‌انجامد، چرا که روش علوم تجربی سنخیتی با محتوای علوم انسانی ندارد، در علوم انسانی روشی پذیرفته شده است که بتواند انسان را به یقین برساند.

۳. **معنویت‌زدایی از جان**. در این شرایط لازم بود انسانی خلق شود که استعداد زندگی در دنیای جدید را داشته باشد. داروین و سایر زیست‌شناسان این مهم را به عهده گرفتند، و با نظریه تطور جریان معنویت‌زدایی را غنی بخشیدند، کار مهم زیست‌شناسان برداشتن فاصلهٔ انسان و حیوان بود. آن‌ها ابتدا تفاوت آناتومی و فیزیولوژی انسان و حیوان را نفی کردند، سپس با تعریف جدید از غریزهٔ پروژه معنویت‌زدایی را کامل ساختند، در نتیجه انسان تک‌بعدی، ساده، تکامل‌یافته که روی دو پا راه می‌رفت و سخن می‌گفت خلق شد.

۴. **معنویت‌زدایی از فطرت**. در آخرین مرحله نوبت به فروید رسید، فروید با کشف منبع ناخودآگاه به عنوان محل تجمع غرایز سرکوب شده پروسه معنویت‌زدایی را به تکامل رساند. فروید به دلیل تاثیرپذیری از مکتب جبرگرایی ضمیر ناخودآگاه را تهی از روح جمعی دانست، و در شناخت درون انسان به تمام ابعاد وجودی آدمی توجه نکرد بلکه اهتمامش به شناخت ناخودآگاه فردی معطوف شده و زیربنای تمدن را در محدودیت غرایز و ارضاء ناشدن آمال و خواهش‌های نفسانی استوار می‌دانست. در این تعریف، فروید سنگ بنای تمدن‌های بشری را با تمام عظمت و پیچیدگی که دارند، محصول سرکوب غرایز پس‌رانده شده جنسی ذکر کرده است. فروید، از مذهب به عنوان «بیماری عمومی» یاد کرده، در تحلیل‌هایش، به تشریح اضمحلال مذهب در طول تاریخ پرداخته است؛ چرا که مذهب، مشتمل بر اموری به طور صرف ذهنی، در تزاحم با عقل، سرکوبگر غرایز، و در تقابل با قوای عقلانی و منطقی انسان است. پذیرش چنین بینشی، به این مفهوم بود که، معنویت و تجارب متعالی انسان جنبهٔ بیرونی و ظاهری دارد؛ از درون نهاد آدمی برنخاسته است؛ و با توجه به معیارها و ظوابط تمدن‌های بشری، ممکن است وجود داشته، یا نداشته باشد.

در دوران جدید فرهنگ غرب به نیازهای غریزی و مادی که مرتبط با جسم و شیء بودن انسان است پرداخت و سربلند و کامیاب بود و توانست بهترین ابزار و وسایل آسایش بدن را تدارک ببیند، اما در ارضای نیازهای فطری یا معنوی که مرتبط با بعد روحی یا شوق می‌شود ،

متاسفانه توفیقی به دست نیاورد. این واقعیت تلخ به این علت بود که بنیان‌گذاران دوران جدید نتوانستند میان نفس و بدن انسان پیوند منطقی و مستحکمی ایجاد کنند.

در دوران میانی انسان مرکز کائنات و کانون هستی بود؛ در صورتی که در دوران جدید این مرکزیت از انسان گرفته شد. در دوران میانی انسان مرکز کائنات بود اما این مقام به اعتبار نفس وجود او نبود، انسان به این دلیل در مرکز توجه بود که بتواند به کمال و تعالی دست پیدا کند. رسیدن به این مهم جز از راه شناخت درونی و بیرونی و سفر از زمین خاکی به آسمان ممکن نبود، انسان با آغاز سفر خود متوجه می‌شد که در سلسله‌مراتب نظام هستی جایگاه او در دنیای زمینی و خاکی کجاست و برای رسیدن به جایگاه اصلی باید روحش را در آسمان‌ها پرواز دهد و خودش را به منبع نورانیت برساند.

ادیان توحیدی به انسان آموخته بودند که اهمیت و منزلت وجود او تابعی است از وجود واجب‌الوجود که از او حیات گرفته و به سوی او ره می‌سپارد. انسان از خودش چیزی ندارد و بدون منبع نورانیت وجودش پدیده‌ای است پست و نازل مانند سایر پدیده‌ها، ارزش گوهر وجودی او به واسطهٔ ارتباطی است که با منبع فیض کامل عالم دارد و بدون این ارتباط پدیده‌ای است مادی، فانی و رو به عدم و نیستی. ولی در دوران جدید با شکل‌گیری نهضت اومانیست، انسانی خلق شد که به قول کانت عقل او قوانین را بر طبیعت تحمیل می‌کرد. انسان جدید مانند انسان یونانی متصف به صفات آفرینندگی و خلاقیت بود، انسانی که بیرون از حوزهٔ دین زندگی می‌کرد، نفس می‌کشید و به حیات خود به‌خوبی و خوشی ادامه می‌داد بدون اینکه او را امر و نهی کنند. در دوران جدید انسان موجودی گناه‌کار و رانده شده نبود، بلکه او موجودی است آزاد از خدا، خالق خویش و بدون حد و مرز بیرونی. این شاهکار با اقتدار جای خداوند نشست و عقلش معیار همه چیز شد، رسالت او تسلط بر همه اجزا و عناصر طبیعت در جهت رسیدن به لذت و رفاه بیشتر بود. انسانی که حتی قادر بود خودش را نیز چون پدیده‌ای طبیعی بررسی کند و مشغلهٔ همیشگی ذهنش خودآگاهی باشد نه خدا آگاهی. در دنیای جدید انسان نه آرمانی دارد نه انبساط خاطری و در دل و دماغش هیچ شور و وجدی جوانه نمی‌زند، او فقط باید صبر کند تا زمانی که در جهان مادی و نامتناهی از هستی ساقط شود.

پیرو روند معنویت‌زدایی و با افزایش کمی و ارتقای کیفی علوم در کشورهای اروپایی و سپس امریکایی (که از همان افراد اروپایی تشکیل شده بود)، صاحبان فلسفه علم به‌تدریج پدیده‌های جسمی را از معنوی - اعتقادی جدا نمودند. ارتقای سلامت بدن و دنیای جسم برای تحقیقات علمی و پدیده‌های معنوی - اعتقادی برای کلیساها و مراکز مذهبی در نظر گرفته شد. به‌تدریج که باورهای سکولاریسم قدرت گرفت و فرهنگ آکادمیک غربی را تحت‌الشعاع

قرار داد، جدایی بین پدیده‌های جسمی و حالات معنوی - اعتقادی بیشتر شد (۶۳). از حدود پنجاه سال پیش، به‌تدریج تحقیقاتی انجام شد که نتایج آن‌ها نشان می‌داد که عوامل دینی و اعتقادی با شاخص‌ها و پیامدهای جسمی مانند مرگ ارتباط دارند. از آن زمان شاخص‌های دیگری در تعریف سلامت وارد شد. دانشمندان پی بردند که سلامت و بیماری انعکاسی از تداخل عوامل زیست‌شناسی، روانی و اجتماعی است (۶۴).

موبرگ مفهوم سلامت معنوی را نخستین بار در سال ۱۹۷۱ با عنوان به‌زیستی معنوی مطرح کرد. پیشنهاد و گنجاندن بعد سلامت معنوی در مفهوم سلامت از سوی راسل و عثمان یک بعد مهم از زندگی فردی و گروهی را فراروی صاحب‌نظران امر سلامت قرار داد (۵۸). در سال ۱۹۷۹، سازمان جهانی بهداشت بحثی را عنوان کرد که آیا جنبه‌های معنوی (spiritual) را باید در تعریف سلامت (Health) وارد نمود؟ (۶۵). چند سال بعد افزودن سلامت معنوی (spiritual health) به ابعاد جسمی، روانی و عوامل اجتماعی سلامت پیشنهاد شد (۶۶ و ۶۷). در سال‌های آخر قرن بیستم، دولت‌های کشورهای اروپایی در «معاهدهٔ کپنهاک در توسعهٔ اجتماعی» متعهد شدند که به نیازهای معنوی جامعه‌های خود در سطح فردی، خانوادگی و جامعه توجه کنند و سیاست‌های خود را با دید سیاسی، اقتصادی، اخلاقی و معنوی برای توسعهٔ اجتماعی متمرکز نمایند (۶۸).

با همهٔ این پیشرفت‌ها در پذیرفتن جنبهٔ معنوی سلامت، بجز روان درمانی‌ها و مشاوره‌های دینی و معنوی در بیمارانی که در انتهای زندگی هستند و یا برخی مبتلایان به بیماری‌های صعب‌العلاج، بعد معنوی در مباحث و تصمیم‌گیری‌ها و برنامه‌های سلامت عمومی و ارتقای سلامت در همهٔ جهان مغفول مانده است. این امر در نوشته‌ها و تحقیقات سلامت نیز هویداست، به طوری که از مجموعهٔ ۶۰۰ خلاصه مقاله‌ای که برای کنفرانس سالانه انجمن اروپایی بهداشت عمومی در سال ۲۰۱۰ ارسال شده بود فقط یک خلاصه مقاله به بعد معنویت در سلامت پرداخته بود. در عین حال‌تحقیقات در این زمینه ارتباط بین باورهای دینی- معنوی را با بهبود سلامت جسمی، اجتماعی و روانی نشان داده‌اند. این ارتباط‌ها شامل کاهش مرگ و میر و بیماری، استرس، هیجان، افسردگی، خودکشی و اعتیاد در افرادی است که باورهای دینی- معنوی قوی‌تر دارند (۶۹).

با وجود این، یافته‌ها سبب نشده‌اند که تغییری در آموزش علوم پزشکی با تأکید بر جنبه‌های معنوی داده شود و یا این بعد مهم سلامت در خدمات پزشکی روزمره وارد شود. به طور مثال، اگرچه ۹۰-۹۵ درصد مردم امریکا می‌گویند که خدا را می‌شناسند و ۶۰ درصد آن‌ها اظهار می‌دارند که «دین» در زندگی آن‌ها بسیار مهم است (۷۰)، حتی در مراکز مشاوره

دانشگاهی فقط در ۲۱ درصد موارد آثار دین و معنویت در سلامت افراد مطرح می‌شود (۶۹).

## عوامل و موانع معنویت

کمال انسان در گرو افعال اختیاری خود اوست و از آنجا که انسان بر اساس بینش‌ها، گرایش‌ها و توانایی‌های خود عمل می‌کند و در واقع، سه مبدأ بینش، گرایش و توانایی، مبادی رفتار اختیاری او را تشکیل می‌دهند. سلامت معنوی انسان، تنها در سایه سلامت از هر سه جهت بینش، گرایش و توانایی تامین می‌شود و شاخص‌های سلامت باید برای هر سه جهت تعیین شوند.

تشکیل انسان از دو بعد روح و بدن و مراتب و شئون گوناگون انسان، وی را از قابلیت‌ها و استعدادهای متنوعی برخوردار ساخته است که هیچ یک از آن‌ها لغو و بیهوده نیست، بلکه همهٔ آن‌ها به مقتضای حکمت الهی در وی نهاده شده و همگی در وصول او به کمال حقیقی انسان تاثیر دارند و چنان چه به طور متناسب و متعادل رشد یابند، می‌توانند انسان را به سعادت و کمال حقیقی رهنمون شوند. بدین ترتیب، برای سلامت انسان، باید همهٔ ابعاد سلامت به طور هماهنگ در نظر گرفته شود. از سوی دیگر، برای تامین سلامت معنوی نیز باید همهٔ مولفه‌های موثر در سلامت معنوی به صورت متعادل و هماهنگ رشد یابند.

انسان می‌تواند با خودسازی، تقویت فضایل اخلاقی و رفتار مثبت، خود را تعالی بخشد یا با دنباله‌روی و تثبیت رذایل اخلاقی، خود را به انحطاط بکشاند، اما او همچنین با همهٔ انواع موجودات در ارتباط است و رفتارهایی که در ارتباط با آن‌ها انجام می‌دهد نیز در تعالی یا انحطاط او تاثیر دارند. به عبارت دیگر، انسان علاوه بر ساحت فردی، ارتباط وجودی دائمی با مبدأ هستی خویش، یعنی خداوند متعال دارد، به طوری که تمام هستی خود و نیز سایر نعمت‌ها را از او دریافت می‌کند و اطاعت و معصیت او در تعالی یا سقوط او تاثیر مستقیم دارد. همچنین، انسان زندگی اجتماعی دارد و از این طریق، با سایر انسان‌ها در جامعه روابطی برقرار می‌کند و با تعامل با آن‌ها، کاستی‌های خود را برطرف کرده، نیازمندی‌های مادی و معنوی خود را تامین می‌کند و بدین وسیله، زمینهٔ شکوفایی بسیاری از استعدادهای خود را فراهم می‌سازد، چنان‌که برای دیگران نیز می‌تواند همین نقش را ایفا کند و با طبیعت پیرامون خود، اعم از طبیعت بی‌جان، گیاهان و حیوانات در تعامل است و بر آن‌ها تاثیر گذارده از آن‌ها تاثیر می‌پذیرد. نوع تعامل و رفتار انسان با خود، خدا، طبیعت و سایر انسان‌ها می‌تواند بر سلامت او تاثیر مثبت یا منفی بگذارد و بدین ترتیب، در همهٔ ابعاد سلامت، از جمله در سلامت معنوی، باید به عوامل و شرایط موثر در سلامت در ساحت الهی و حیطه‌های فردی، اجتماعی و طبیعی توجه کرد و نیز باید در همهٔ این حیطه‌ها شاخص‌های سلامت معنوی را شناسایی کرد (۵۲).

از منظر قرآن مجید، انسان دارای دو بعد روحی و جسمی است و همان گونه که جسم او نیازمند تغذیه سالم و بهداشت است، روح او نیز باید تغذیه شود، تا رشد کند و تکامل یابد؛ با این تفاوت که در مقابل زندگی محدود و ناپایدار جسم، روح جاوید و پایدار است و پس از گذر از دنیای مادی در سرای باقی به زندگی خویش ادامه می‌دهد. از این رو، باید به غذای روح بیشتر از جسم اهمیت داد. رهبری درونی و بیرونی انسان به عهدهٔ روح است؛ چنان‌که ارزش واقعی او نیز به میزان معنویات اوست؛ اگر جسم آدمی به فرمان عقل سلیم باشد، سعادت دنیا و آخرتش را تامین خواهد کرد. برای غلبه قوای روحی بر جسمی، بهترین راهبرد، تقویت جنبه‌های روحی در برابر فشار هواهای نفسانی است. چنین کاری به طور پیوسته و تا پایان زندگی در دنیا باید ادامه یابد؛ چنان‌که قرآن مجید می‌فرماید:

واعبد ربک حتی یاتیک الیقین (حجر: ۹۹) و پروردگارت را تا زمان فرا رسیدن یقین بر تو (و فرو بستن چشم از جهان) پرستش کن.

موانع معنویت و عوامل معنویت‌افزا از کتاب معنویت اسلامی چیستی، چرایی و چگونگی (۵۲) به شرح زیر تخلیص شده‌اند:

موانع معنویت در دو بخش موانع فردی و موانع اجتماعی عبارت‌اند از:

### موانع فردی

جهل، کفر، شرک، نفاق، غفلت، پیروی از شیطان، هواپرستی، گناه، رذایل اخلاقی، ناسپاسی، دنیاگرایی، حرام‌خوری، سهل‌انگاری در انجام وظایف شرعی، دشمنی با دوستان خدا، فقر، تعصب، لهویات، مشغول شدن به سخنان بیهوده، پرحرفی، پرگویی و پرخوابی.

### عوامل اجتماعی

حاکمیت غیر دینی، مدیریت غیر دینی، نافرمانی ولی امر، عدم اجرای قوانین شرعی، ریاکاری، ظلم و ستم، تبعیض، ترویج نادرست معارف دین، ترک امر به معروف و نهی از منکر، بدعت و خرافه، رواج اشرافی‌گری، اختلاف و تفرقه، هم‌نشینی با بدان، ناامنی، ناهنجاری‌های اجتماعی.

عوامل معنویت افزا نیز در دو بخش فردی و اجتماعی عبارت‌اند از:

***عوامل فردی***

۱. ایمان،

۲. عمل صالح.

علم و تفکر، خودشناسی، احساس بندگی و نیاز، محبت به خداوند، ذکر الله، اخلاص، توکل

به خدا و استعانت از او، خوف و رجاء، صبر، شکر، توجه به آخرت، یاد مرگ، محبت به مـومنین، نماز، روزه، انفاق، ولایت‌محوری، مبارزه با ظالم و حمایت از مظلوم، زهد، انـس بـا قـرآن، دعـا و نیایش، توسل به معصومین، زیارت مشاهد مشرفه، ارشاد و راهنمایی، محاسبهٔ نفس، دوستی بـا خوبان.

### *عوامل اجتماعی*

حاکمیت دینی، مدیریت دینی، اجرای قـوانین الهـی، عـدالت اجتمـاعی، حاکمیـت ارزش‌هـای اخلاقی، اخوت، احسان، تعلیم شعائر دینی، نظارت اجتماعی، امنیت اجتمـاعی، رفـاه اجتمـاعی، خانوادهٔ سالم، دوستان صالح، نهاد روحانیت، اسوه‌های نیکو، استفاده بهینه از ابتلائـات، جهـاد و دفاع.

*راه‌کارهای تحقق عوامل و رفع موانع معنویت عبارت‌اند از:*

### *فردی*

خردورزی، دانش‌افزایی (معرفت‌افزایی)، تقویت عزم و اراده، تـداوم عمـل صـالح، کسـب حـلال، محاسبه نفس، استغفار و توبه، استعاذه (پناه بردن به خداوند).

### *اجتماعی*

حمایت و دفاع از حاکمیت دینی، اقامه واجبـات و پیشـگیری از محرمـات، گسـترش و تعمیـق معرفت دینی، مبارزه با فساد و تبعیض، تـرویج فرهنـگ انفـاق، احسـان، ایثـار، تعظـیم شـعائر، نهادینه‌سازی امر به معروف و نهی از منکر، مبارزه با بدعت و خرافه، مبـارزه بـا تجمـل‌گرایـی و اشرافی‌گری، فضاسازی معنوی، تحکیم نهاد خانواده، معرفی اسوه‌های نیکو.

*آثار و کارکردهای معنویت عبارت‌اند از:*

جلب عنایت الهی، روحیهٔ تکلیـف‌گرایـی، تقـوا، عـزت و کرامـت، بصـیرت و آگـاهی، آرامـش و اطمینان قلبی، شجاعت، ایثار و شهادت‌طلبی، مهرورزی، تواضع، قناعـت، خلاقیـت و شـکوفایی استعدادها.

## توجه به سلامت معنوی در جهان

بعد از چندین قرن توجه خاص به سلامت جسمی که حاصل آن پیشرفت‌های عظـیم و شـگرف

در شناسایی علل، فیزیوپاتولوژی، تشخیص و درمان بیماری‌های جسمی بود و برای رسیدن بر این آگاهی‌ها و ارتقای مراقبت‌ها فناوری‌های پیشرفته‌ای ابداع شد، در چند دهه اخیر توجه بشر به ابعاد دیگر سلامت انسان یعنی سلامت روانی، سلامت اجتماعی و به‌ویژه سلامت معنوی معطوف شده است. مراقبت‌های سلامت از صرف مراقبت جسمی به مراقبت کامل و تام و جامع که در برگیرنده همه ابعاد سلامت باشد، متمایل شده‌اند. در برخی کشورهای پیشرفته توجه به مراقبت‌های معنوی برای انسان‌ها مورد تاکید خاص قرار گرفته است (۷۰).

اگرچه بر این تاکید شده است که عرضه کنندگان خدمات سلامت، به‌ویژه پزشکان و پرستاران توانایی‌های لازم و کافی برای رفع احتیاجات معنوی بیماران خود را دارند و به ارتقای سلامت معنوی آن‌ها کمک می‌کنند، اما بسیاری از صاحبان این حرف به دلایل مختلف و به‌ویژه نداشتن آموزش و تبحر کافی، نگذاشتن وقت کافی برای ارزیابی و مراقبت‌های سلامت معنوی، کم اهمیت شمردن این نوع مراقبت‌ها و برخی علل دیگر از توجه خاص به این بعد از سلامت انسانی بی‌توجه هستند (۷۱ و ۷۲).

## مراقبت‌های سلامت معنوی

منظور از مراقبت‌های سلامت معنوی کمک به ارتقای باورهای توحیدی، خلوص و پاکی درونی و ارتباطات با انسان‌های دیگر است. عرضه کنندگان خدمات سلامت باید توانایی شناخت مراتب مختلف سلامت معنوی بیمار و خانواده‌اش را داشته باشند و بتوانند در ارتقای سلامت معنوی به او کمک کنند.

در هر جامعه مراقبت‌های سلامت معنوی باید در چهار سطح پیشگیری به مرحلهٔ اجرا درآید. سطح اول پیشگیری ابتدایی است به این معنی که هدف این است که از بروز عوامل خطر جلوگیری شود. سطح دوم پیشگیری اولیه است یعنی عوامل خطر وجود دارند و باید از شدت آن‌ها کاست یا عوامل خطر را حذف کرد. سطح سوم پیشگیری ثانویه است یعنی بیماری وجود دارد و باید آن‌را درمان کرد که شدت پیدا نکند و به عوارض منتهی نشود. سطح چهارم پیشگیری ثالثیه است به این معنی که بیماری منجر به عوارض و معلولیت‌هایی شده که باید مراقبت‌های مخصوص انجام داد تا به ناتوانی بیشتر و یا مرگ منجر نشود.

**الف)** ***پیشگیری ابتدایی:*** به این پیشگیری‌ها در ادیان مختلف و به‌ویژه در دین مبین اسلام توجه کامل معطوف شده است ولی در در نظام سلامت کشورها به کار گرفته نشده است. برای پیشگیری جسمی، انواع واکسیناسیون‌ها ابداع شده که موجب حذف همه‌گیری بیماری‌های واگیر (عفونی) شده و کودکان و نوجوانان را از ابتلا به بیماری‌های خطرناک

مصون کرده است ولی به‌روش‌های پیشگیری ابتدایی برای سلامت معنوی (یعنی جلوگیری از بروز عوامل خطر بیماری‌های معنوی) در هیچ جامعه‌ای به صورت عمومی توجه نشده و یا اگر در مواردی اجرا می‌شود بر اساس فرهنگ سنتی و بدون برنامه‌ریزی منسجم برای این هدف است. افزایش بینش و آگاهی و عملکرد والدین جامعه برای پیشگیری از بیماری‌های معنوی جهت ارتقای ابتدایی سلامت معنوی ضروری است. مقام معظم رهبری، پرداختن به ارتقای سلامت معنوی را در جامعه از وظایف روحانیون جامعه دانسته و فرموده‌اند (۷۳): «این واقعا کار علمای دین و روحانیون است و بدون کمک آن‌ها نمی‌شود این کار را کرد. یعنی باید حتما به حوزه‌های علمیه مراجعه کرد ...».

ب) ***پیشگیری اولیه:*** سازمان جهانی بهداشت و کشورهای عضو آن در قرن گذشته، اهتمام زیادی برای شناختن عوامل خطر بیماری‌ها معطوف نموده و در بسیاری از موارد با حذف یا تقلیل دادن این عوامل مانند اعتیاد به سیگار، تغذیه ناسالم، کمی فعالیت بدنی، استرس‌ها، مصرف الکل و ... توانسته‌اند از شدت بیماری‌های غیر واگیر به کاهند. ولی باید اذعان کرد که در همهٔ کشورهای جهان توجه به عوامل خطر موجود برای سلامت معنوی کودکان و نوجوانان و سایر افراد جامعه بسیار اندک بوده است.

چگونه است که سازمان‌های جهانی و مؤسسات سلامت کشورها در مورد رفع عوامل خطر و جلوگیری از ابتلا به بیماری‌های جسمی چنین حساس بوده‌اند ولی توجهی به عوامل خطر بیماری‌های معنوی و تلاش برای حذف عوامل خطر آن معطوف نکرده‌اند. درحالی که با افزایش و گسترش وسایل ارتباط جمعی و اینترنت، نفوذ فرهنگ‌های پلید و انحطاطات بشرساخته، این عوامل خطر در سه دههٔ اخیر به شدت افزایش یافته و سلامت معنوی کودکان و نوجوانان نسل بشر را به‌شدت تهدید کرده است.

ج) ***پیشگیری ثانویه و ثالثیه:*** در سال‌های اخیر به شناسایی و درمان بیمارانی که سلامت معنوی آن‌ها خدشه‌دار شده، توصیه می‌شود (۷۴ و ۷۵). این بخش هنوز در کشورهای اسلامی مورد مداقه قرار نگرفته و اگرچه روحانیون به صورت دسته جمعی موعظه می‌نمایند و در برخی کتب و نوشته‌ها به آن‌ها اشاره شده است. با این همه، هیچ برنامهٔ منظمی به‌ویژه برای مراقبت‌های انفرادی آن‌ها که از نظر معنوی ناسالمند، موجود نیست.

د) ***به کارگیری سلامت معنوی برای ارتقای سایر ابعاد سلامت:*** این بخش به فرمودهٔ مقام معظم رهبری «... خوب است؛ هدف برمی‌گردد به هدف جسمانی. بحث جسم است از طریق معنوی یا موسوم به معنوی...» (۷۳). به این امر امروز در مراکز بهداشتی، درمانی برخی کشورهای پیشرفته مانند امریکا، کانادا و انگلستان توجه خاص شده و روش‌های مناسبی

برای برخورد با بیمارانی که به علت بیماری‌ها بـه بیمارسـتان‌هـا مراجعـه نمـوده، بیمـاری صعب‌العلاج دارند یا در مراحل انتهایی زندگی و مشرف به مرگ هستند پیشـنهاد و بـه‌کـار گرفته می‌شود (۷۱ و ۷۶).

در جوامع مسلمانان به نظر می‌رسد که در چنین مواردی اقدامات سلامت معنوی، با تعامـل بین کادر پزشکی و روحانیون، باید در چند مرحله انجام شود:

۱. شناسایی: با چند سوال مراتب معنوی فرد را ارزیابی و نیازهای او را شناسایی نمود.
۲. توجه دادن به مبدأ: آنچه که منشا سلامت معنوی انسان‌هاست.
۳. ارتباط مناسب با دیگران و پیرامون خود: که حاصل سلامت معنـوی مناسـب در مـوارد بیماری است.
۴. توجه به مذهب: که در بسیاری از افـراد بـا دعـا و توسـل بـه ارتقـای سـلامت معنـوی می‌انجامد.
۵. توجه به مفهوم زندگی و مرگ: به‌ویژه در موارد انتهایی زندگی.
۶. استفاده از معنویت برای ارتقای سلامت جسمی، تحمل بیماری و داشتن نکات مثبت به زندگی.

دیدگاه معنوی از چهار طریق روی سلامت جسمی، روانی و اجتماعی تاثیر می‌گذارد (۴۶):

۱) رفتارهای بهداشتی: تعهد دینی و معنویت موجب فعال‌سازی مسـئولیت‌پـذیری شـخص در زمینهٔ اصول و باورهای مندرج شده در دین می شود، که آثار جسمانی و روانی را نیز به خود اضافه می‌کند. مانند رفتارهای تغذیه‌ای توصیه شده در ادیان.

۲) حمایت اجتماعی: انجام مناسک دینی و معنوی توصیه شـده در دیـن موجـب افـزایش حمایت اجتماعی شده که مؤلفهٔ اخیـر یکـی از تعیـین کننـده‌هـای اجتمـاعی سـلامت شناخته شده است. دین تعاملات اجتمـاعی را افـزایش داده و حمایـت اجتمـاعی را بـه عنوان یک منبع ارتقای سـلامت فـراهم مـی‌آورد. نقـش حمایـت اجتمـاعی در کـاهش واکنش‌پذیری قلبی و عروقی، تسهیل بهبودی پس از حمله قلبی و کاهش سایر عوامـل خطر و از جمله کاهش استرس تاثیر مثبت دارد. حمایـت اجتمـاعی بـا افـزایش میـزان جان به در بردن از انواع مختلف سرطان رابطه دارد.

۳) سایکونوروفیزیولوژیک: احساس رضایت ناشی از دیدگاه معنوی از طریق نوروپپتیـدهای پیام‌رسان روی دستگاه‌ها و ارگان‌های بدن مانند قلب و عروق، ایمنی و ... تـاثیر تقویـت کننده دارد.

۴) آثار مافوق طبیعی که برای انسان ناشناخته مانده است.

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

## چالش‌های عرضهٔ خدمات سلامت معنوی

مطالعات نشان داده‌اند که کارکنان بهداشتی درمانی کمتر از مردم عادی دیندار هستند. در حالی که ۷۲ درصد مردم امریکا اظهار می‌کنند که همه اقدامات زندگی من بر اساس باورهای دینی است؛ فقط ۳۳ درصد روانشناسان، ۳۶ درصد روانپزشکان، ۴۶ درصد مددکاران و ۶۲ درصد مشاورین درمانی خانواده‌ها این اعتقاد را دارند (۷۷). همچنین، در ایالت ورمانت امریکا ۹۱ درصد بیماران به خداوند اعتقاد داشته و ۷۴ درصد خود را به خدا نزدیک می‌دانستند در حالی که پاسخ ۱۴۶ پزشک خانواده برای دو مورد فوق فقط ۶۴ درصد و ۴۳ درصد مثبت بود. در همین مطالعه تنها ۱۱ درصد پزشکان خانواده گزارش کردند که همیشه یا اکثرا در زمینهٔ مسائل دینی با بیماران بحث می‌کنند و تقریبا همه ۱۳۵ بیمار که مصاحبه شدند به خاطر نداشتند پزشکی با آن‌ها در مورد مسائل دینی صحبت کرده باشد در حالی که ۴۰ درصد آن‌ها اعتقاد داشتند که پزشک می‌بایست در مورد دین و معنویت از آن‌ها پرسش‌هایی می‌کرده است (۷۸).

در ایالت کارولینای شمالی نیز وقتی از ۲۰۳ بیمار بستری در بیمارستان در مورد مسائل معنوی سؤال شد، ۸۰ درصد گزارش کردند که پزشکان هیچ وقت یا بسیار به‌ندرت در مورد مسائل معنوی با آن‌ها صحبت کرده‌اند، در حالی که ۷۷ درصد آن‌ها باور داشتند که پزشکان می‌بایست مسائل معنوی آن‌ها را جستجو کنند و حتی ۴۸ درصد باور داشتند که پزشکان باید با آن‌ها دعا کنند و ۴۲ درصد معتقد بودند که پزشکان باید در مورد تجربیات معنوی آن‌ها که سبب بیماریشان شده از آن‌ها سؤال می‌کردند (۷۹).

اگرچه بیشتر مطالعات در این زمینه در کشور امریکا و معدودی در کشورهای اروپایی انجام شده‌اند، مشاهدات و تجربیات نشان می‌دهند که پرسش‌های پزشک در مورد باورهای دینی و معنوی بیماران در کشورهای دیگر و به ویژه کشورهای اسلامی، نه تنها بهتر نیست بلکه در موارد بسیار استثنایی انجام می‌شود .

مطالعاتی که در کشور ما دکتر بحرینیان و همکارانشان انجام داده‌اند نشان می‌دهد که باور پزشکان متدین این است که پزشک می‌بایست به مسائل دینی و مذهبی بیمار اهمیت دهد و نیز بیماران نیز به مقدار زیاد این انتظار را از پزشکان دارند (۸۰ و ۸۱).

هدف اصلی پژوهش اول بررسی نگرش پزشکان تهرانی پیرامون تاثیر میزان معنویت آنان در روند درمان بود. بر اساس اظهارات خود پزشکان، آن‌ها به دو گروه مذهبی و کمتر مذهبی تقسیم شدند. یافته‌ها تاثیر نگرش مذهبی- معنوی پزشکان بر سلامت بیماران در دو گروه مذهبی از یکسو و گروه کمتر مذهبی را معنادار نشان داد. بدین معنی که پزشکان مذهبی در مقایسه با گروه مقابل بیشتر به تاثیر مذهب یا معنویت بر سلامت بیمار معتقد بودند. ۶۸ درصد پزشکان مذهبی اعتفاد داشتند که مذهب/ معنویت در حد زیاد و حتی خیلی زیاد بر سلامت بیمار موثر است، در صورتی که ۷۰ درصد پزشکان گروه دوم اعتقاد داشتند که مذهب/ معنویت کمی تا حدودی بر سلامت بیمار موثر است. از کل جمعیت پزشکان در پاسخ به این پرسش که مذهب- معنویت تا چه حد بر سلامت بیمار موثر است، ۱۸ درصد گزینه خیلی زیاد، ۴۳ درصد گزینه زیاد، ۳۵ درصد گزینه تا حدودی و ۴ درصد گزینه کمی را انتخاب کرده‌اند. لذا این مطالعه نشان داد که بیش از ۶۰ درصد از پزشکان تهرانی معتقدند که مذهب/ معنویت بر سلامت بیمار موثر است (۸۰).

هدف از پژوهش دوم بررسی نگرش بیماران تهرانی پیرامون تاثیر میزان معنویت آنان در روند درمان بود. ابعاد مختلف معنوی و مذهبی بودن، درجهٔ مذهبی بودن، کیفیت زندگی، استرس و علاقه به درمان توسط پزشک مذهبی - معنوی و اعتقاد به تاثیرگذاری معنویت در درمان با یک پرسشنامه سنجیده شد. یافته‌ها نشان داد که مذهبی بودن یا معنویت بیماران با کیفیت زندگی و درمان آنان رابطهٔ معنادار و مستقیم دارد. همچنین، رابطهٔ کیفیت زندگی و درجه‌بندی میزان معنویت بیماران معنی‌دار بود و رابطهٔ اعتقاد به تاثیرگذاری معنویت در درمان نیز با مذهبی بودن و معنوی بودن بیماران معنی‌دار بود. تفاوت مختصری بین دو جنس وجود داشت، به طوری که بین معنویت و مذهبی بودن مردان و استرس رابطه معنی‌داری نبود ولی در زنان رابطهٔ معکوس بین آن دو متغیر بود. لذا مذهبی بودن و معنویت بیماران با کیفیت زندگی آنان و اعتقاد به تاثیرگذاری معنویت در درمان آنان رابطهٔ مستقیم و معنی‌داری داشت (۸۱).

در یک مطالعه که با ۱۷۰ پزشک خانواده در ایالت میسوری کشور امریکا انجام شد، ۹۶ درصد آن‌ها اعتقاد داشتند که سلامت معنوی بخش مهمی از سلامت مطلوب است، ۸۶ درصد موافق بودند که بیمارانی که پرسش‌های معنوی دارند بهتر است به یک روحانی یا متخصص دینی معرفی شوند و ۵۸ درصد موافق بودند پزشک باید به مسائل معنوی بیماران خود توجه کند. ولی بیشتر این پزشکان هرگز در زمینهٔ امور معنوی از بیماران پرسش نمی‌کردند و در مورد باورهای آن‌ها صحبتی نمی‌کردند (۸۲) از این پزشکان سؤال شد که چه عواملی سبب

**جدول ۳. عواملی که سبب می‌شوند پزشک به امور معنوی بیماران بی‌توجه باشد***

| درصد | عامل |
|---|---|
| ۷۱ | کمبود وقت |
| ۵۹ | کمبود تجربه و نبود آموزش قبلی در مورد اخذ سؤالات معنوی. |
| ۵۶ | اطمینان از اینکه چگونه بیمارانی را پیدا کنند که علاقه‌مند به بحث در مورد امور معنوی باشند. |
| ۵۳ | واهمه از اینکه باورهای خود را به بیماران القا کنند. |
| ۴۹ | اطمینان نداشتن از اینکه چگونه با امور معنوی که بیمار ابراز می‌کند، برخورد کنند. |
| ۴۵ | اولویت نداشتن امور معنوی در مقابل مسائل حاد پزشکی. |
| ۴۲ | احساس راحتی نکردن با مطرح کردن مسائل معنوی. |
| ۳۱ | توجه به امور معنوی مناسبتی با نقش پزشک ندارد. |

* برگرفته از رفرانس ۸۲

می‌شود که پزشک به امور معنوی بیماران بی‌توجه باشد پاسخ به این سؤال در جدول ۳ آورده شده است.

در قرآن مجید بلافاصله پس از مسئله خلیفه بودن انسان، تعلیم اسماء خداوند به او ذکر می‌شود . از این رو، به نظر می‌رسد که اسما الله گوهر وجودی انسان بوده و مهم‌ترین ابزار تحقق خلاقیت الهی انسان است. خداوند اسماء را به انسان تعلیم داد و این وجه تمایز انسان با سایر مخلوقات است. به عبارت دیگر، تنها انسان مظهر کامل اسماء و صفات خداوند است و می‌تواند آینه‌وار آن‌ها را منعکس نماید (۸۳). چگونگی تحقق اسماء در وجود انسان و تعادل یا عدم تعادل آن‌ها، منشأ تمام فضایل و رذایل اخلاقی اوست. به همین دلیل، نحوه و نوع کار انسان در دنیا، اسماء الله را در وجود او به نحوی ظاهر می‌سازد که یا او را خلیفه خدا می‌سازد و منزلت او اعلی علیین (قرب و هم‌نشین خدا) است و یا تحت سرپرستی شیطان قرار می‌دهد و منزلت او اسفل سافلین (پست‌ترین مقام و قعر جهنم) است (۲۱).

تمامی فعالیت‌های علمی و عملی پزشک که به منظور حفظ، تامین و ارتقای سلامت تلاش می‌کند، به ظهور اسماء الله سلام، معافی (سلامت‌بخش)، دافع (برطرف کننده)، حفیظ (حفظ کننده) طبیب، شافی و محیی در انسان می‌انجامد. زیرا از طرفی سبب می‌شود که عوامل خطر بیماری‌ها به وجود نیایند یا اگر هستند به حداقل رسیده یا از بین بروند (پیشگیری ابتدایی و اولیه) که ظهور اسامی سلام، معافی، دافع و حفیظ است. از طرف دیگر، عضو گروه پزشکی بیماری‌ها را شناخته و از بروز عوارض جلوگیری کرده یا اگر عوارض ایجاد شده است درکاهش آن‌ها و مراقبت از آن‌ها برای جلوگیری از پیشرفت آن‌ها، معلولیت و مرگ و میر و نیز احیای

جان بیماران کوشش می‌کند (پیشگیری ثانویه و ثالثیه) کـه ظهـور اسـما الله شـافی، محیـی و طبیب است. فعالیت‌های طبیبی که در دنیا مظهر اسم الله محیـی اسـت، حیـات جـاودان‌هـای خواهد بود که نه تنها از عمل زیبای خود او بلکه از همه اعمال نیک انسان‌هـایی کـه بـه خـاطر تشخیص، درمان و اقدامات حیات بخش او در دنیا، توفیق عمل صـالح را کسـب نمـوده حاصـل می‌شود . به این معنی که طبیبی که سلامت و حیات را به افراد جامعـه انسـانی مـی‌بخشـد، در همه اقدامات شایسته و مفید آنان مشارکت دارد (۳۱).

علوم پزشکی به یک نیاز اساسی انسـان یعنـی «تـامین، حفـظ و ارتقـای سـلامتی» پاسـخ می‌دهد. در جهان‌بینی اسلام زندگی آدمی پوچ و بی هدف نیست بلکه جهت‌گیری کمال‌طلبانـه و سیر به تعالی دارد، بنابراین در این جهان‌بینی حفظ جان واجب است. دانش پزشکی که اقامـه کننده یک واجب الهی و دفع کننده بلا از انسان‌هاست، مورد عنایـت ویـژه اسـلام بـوده اسـت؛ مشروط به اینکه با انگیزه‌های الهی آمیخته و تلاش و سعی مسـئولانه، مبتنـی بـر آگـاهی‌هـای کافی و فارغ از اتکا به ظن و گمان و خودپسـندی باشـد و رعایـت مـوازین اخلاقـی ایـن حرفـه مقدس را سرلوحهٔ کار خود قرار دهد.

صاحبان حرف پزشکی باید دائم به درگاه الله شکرگزار باشند کـه چنـین حرفـهٔ مقدسـی را نصیب آن‌ها کرده است و هر قدمی که برای تبحر بیشتر در امور پیشگیری، تشـخیص و درمـان بر می‌دارند جزئی از عبادات خود برای تقرب به خدا حساب کنند. این واقعیت را بپذیرند که بـه آن‌ها عنایتی شده که بتوانند بیمار را که مورد رحمت خداوند است برای بهبود کمک کنند و او را آماده نمایند که با استفاده از قوای تن و اعمال صالح، موجبات تقرب خود به خداوند را فراهم سازد. چه سعادتی از این والاتر که زندگی انسـان در حیـات بـاقی، عصـارهٔ تمـام اعمـال صـالح انسان‌هایی باشد که در زندگی این دنیا با شفای آن‌ها و دمیدن حیات به آنان وابسته بوده است. بدیهی است که چنین توفیقی مرهون دو شرط است:

۱) نیتی خالص و آسمانی که از اعتقادات پاک به خالق یکتا و ایمان بـه غیـب و التـزام بـه لوازم آن حاصل می‌شود و می‌تواند با تلاش بـرای بـه دسـت آوردن رزق حـلال همـراه باشد که خود در قالب جهاد در راه خدا و بلکـه بـالاتر از آن همتـراز شـده اسـت (۳۶ و ۴۰).

۲) انجام کار درست و مباح یعنی خودداری از آلوده کردن فعالیت‌های پزشکی خود با فساد و مسائل نفسانی و مادی که مـی‌توانـد پزشـک را از بهشـتی بـودن محـروم کنـد. زیـرا خصیصهٔ اصلی افعال بهشت خلوص و پاکی است و نعمات بهشتی تجسم افعـال دنیـوی آنان است (۸۴). کسب حلال نیازمند تلاش‌های مسـتمر علمـی و عملـی اسـت. کسـی

می‌تواند در حفظ، تامین و ارتقای سلامت موثر باشد که در فراگرفتن علم از زمان دانشجویی تا ارائه خدمات بهداشتی درمانی و تا آخر عمر پزشکی خود به کسب دانش مفید پرداخته و در حیطهٔ عملیات پزشکی خود اطلاعات به‌روز داشته باشد و از تنبلی و بی حوصلگی بپرهیزد و استعدادهای نهفته خود را با کار و تلاش به منصهٔ ظهور برساند. طبابت حلال به جلب محبت و رضایت خدا از پزشک منجر می‌شود و حرکت او را در مسیر کمال تا رسیدن به نجات و سعادت رهنمون می‌شود .

در دین اسلام ارزش مشاغل به مصداق خدمات آن‌هاست. پزشکی از مشاغلی است که با انسان‌ها به مثابهٔ آینه تمام‌نمای خداوند در تجلی اسمای او تعامل دارد و لذا در صدر مشاغل دیگر است (العلم علمان، علم الادیان و علم الابدان). صاحبان حرف پزشکی باید تلاش کنندکه مسئولیت خطیر و مرحمت بی نهایت الهی به آن‌ها را که همان قرار گرفتن در زمرهٔ سفیدجامگان است در پیشگاه خداوند و انسان‌ها ( به ترتیب حق‌الله و حق‌الناس) به منصهٔ ظهور رسانند و رعایت عزت شغل مقدس پزشکی در دنیا را به‌نحوی نمایند که نتیجهٔ جاودانه حیات خود را کسب نمایند. این به یقین حقی است که روح انسان آن را طلب می‌کند(حق النفس).

هر صاحب شغلی در فعالیت‌های فردی و اجتماعی خود هر چه بیشتر برای ظهور آنچه خدا از انسان انتظار دارد بکوشد، اسم متناسب با آن فعالیت در وجود او آشکارتر می‌شود . به‌عبارت دیگر انسان همان مقدار که خداگونه عمل نماید، برای نامیده شدن به «خلیفه الله» شایسته‌تر و مقرب‌تر است. صاحبان حرف پزشکی داعیان و حافظان سلامت وحاملان اسماء الله «السلام»، «الشافی» و «محیی» اند. اینان به دو شرط، جلوه‌های جمیل خلافت الهی در زمین هستند و تجسم‌شان در قیامت، بهشت برین است: یکی نیکو اندیشیدن در کار خود و دیگری نیک عمل کردن. هر دوی این خصوصیات با عمری مجاهدت وتلاش صادقانه حاصل می‌شود (۲۱).

مبنای کرامت انسان در اسلام، خلافت الهی اوست که در سایهٔ پیروی از دستورهای ذات لایزال الهی به‌دست می‌آید. صاحبان حرف پزشکی که در جامعهٔ اسلامی خدمت می‌کنند باید متوجه باشند که کرامت انسان در اسلام برخورداری و رفاه مادی نیست. بر خلاف اومانیست‌ها که شعار آن‌ها این است که «هر که در این دنیا برخوردارتر است، گرامی‌تر است»، کرامت انسان ذاتی است و مبنای آن وجود روح منتسب با پروردگار عالم است که در زندگی انسان‌ها مبتنی بر اختیار و کسب تقواست (۸۵). در اسلام تمام ابنای بشر به دلیل انسان بودن شایسته آن هستند که حرمت و کرامت‌شان حفظ شود (۸۶). کرامت و حرمت انسان‌ها در برخورد و معاشرت صاحبان تمامی فعالیت‌های شغلی و علمی آنان باید سایه‌افکن باشد. زیرا اگر حرمت انسان‌ها بر پایهٔ نیتی الهی صورت گیرد موجب ارتقای سلامت معنوی صاحب حرفه پزشکی

شده و آثار نیک آن از زندگی این دنیا به سرای عقبی تسری خواهد یافت.

آیت الله جوادی آملی معتقدند که سلامت معنوی در گرو دین عالمانه و علم متدینّانه است. سلامت معنوی قوی‌تر، دقیق‌تر و پیچیده‌تر از سلامت بدن است و فهم صحیح آن مبتنی بر اثبات وجود روح، اثبات تجرد و غیر مادی بودن روح و ملکوتی بودن آن است (۴۲).

## ادغام سلامت معنوی در نظام خدمات سلامت

علاوه بر مطالب فوق و مسئولیت اصلی صاحبان حرف پزشکی، دلایل بسیاری وجود دارد که ادغام سلامت معنوی در خدمات بهداشتی درمانی را الزامی می‌دارد. برنامه‌ریزی برای چنین ادغامی در کشورهایی که قانون اساسی آن‌ها بر اساس بی‌تفاوتی به وحدانیت و باورهای مذهبی بنا شده بسیار دشوار و ناکامل است و منحصر به ادغام سلامت معنوی در امور بالینی بیماران بستری و به‌ویژه بیماران صعب‌العلاج می‌شود . دلایل ادغام را می‌توان به صورت زیر خلاصه کرد (۵۳ ، ۸۳ و ۸۴):

۱) با توجه به آثار مفید معنوی/ مذهبی بودن در بهبود شاخص‌های پیشگیری ابتدایی و پیشگیری اولیه، ضروری است تمهیداتی اتخاذ شود که سبب ارتقای سلامت جامعه شود.

۲) استانداردهای مصوب بسیاری از سازمان‌ها و انجمن‌ها ملزم می‌کند که عرضه کنندگان خدمات سلامت به مسائل فرهنگی، ارزش‌های دینی، باورها و ترجیحات افراد جامعه و بیماران احترام بگذرانند. اگر آن‌ها از باورهای افراد اطلاع نداشته باشند نمی‌توانند آن‌ها را محترم بدارند.

۳) بسیاری از بیماران اعتقادات معنوی/ مذهبی دارند و نیازهای معنوی مرتبط با بیماری‌های جسمی و روانی را احساس می‌کنند.

۴) مراتب معنوی / مذهبی بر توانایی افراد برای تطابق با فشارهای روحی و بیماری‌ها کمک می‌کند.

۵) باورهای معنوی/ مذهبی بیماران ممکن است با اقدامات درمانی برای آن‌ها مغایرت داشته باشد. در نتیجه همراهی و به کارگیری اقدامات درمانی را با مشکل روبه‌رو می‌سازد.

۶) تاثیر معنوی/ مذهبی بودن بر آثار درمانی شناخته شده است و پیامد معالجات بیماری را تحت‌الشعاع قرار می‌دهد.

۷) باورهای معنوی/ مذهبی خود پزشک هم می‌تواند بر تصمیمات پزشکی او در مورد

داروهای ضد درد، سقط، واکسیناسیون، جلوگیری از بارداری و ... اثر بگذرد.

۸) معنوی/ مذهبی بودن خانواده و جامعه در نوع حمایت‌هایی که بیمار پس از ترخیص از بیمارستان و در منزل خواهد داشت تاثیر می‌گذارد.

۹) تحقیقات نشان داده‌اند که توجه نکردن به نیازهای معنوی افراد سبب افزایش هزینه‌های درمانی، به‌ویژه در مراحل انتهای زندگی می‌شود (۸۵).

## چالش‌ها و آینده‌نگری در حیطهٔ سلامت معنوی

بعد سلامت معنوی به عنوان مهم‌ترین بعد از ابعاد چهارگانهٔ سلامت باید در ارتقای سلامت جامعه در نظر قرار گیرد و در آموزش، پژوهش و عرضه خدمات بهداشتی درمانی به کار رود. برنامه‌ریزی‌ها و تلاش‌هایی در این زمینه در کشورهای مختلف شروع شده است. برای مثال، کشور انگلستان در حال استانداردسازی خدمات سلامت معنوی در بیمارستان‌های خود است. به طور خلاصه می‌توان چالش‌های بکارگیری سلامت معنوی در نظام سلامت را در مورد ارتقای سلامت و عرضهٔ خدمات بهداشتی درمانی آموزش و پژوهش پزشکی مورد مداقه قرار داد:

**الف)** ***ارتقای سلامت.*** در کشور ایران که قانون اساسی آن بر اساس باورهای الهی و دینی است، ادغام سلامت معنوی به منظور ارتقای سلامت جامعه و پیشگیری ابتدایی و اولیه اولویت خاصی دارد. نحوهٔ چنین فعالیت‌هایی نیاز به بررسی جامعه توسط حوزه، دانشگاه‌ها، وزارت‌های بهداشت درمان و آموزش پزشکی، آموزش و پرورش، تحقیقات و فناوری و ارشاد و نیز صدا و سیما و رسانه‌های عمومی دارد. تعیین کمبودها و نیازهای بینش، نگرش و عملکرد افراد جامعه در زمینه‌های ارتباط با خدا، ارتباط با خود و ارتباط با سایرین و محیط می‌تواند نیازهای عمده را برای برنامه‌ریزی‌های ادغام مشخص نماید. پیشگیری ابتدایی و اولیه که با ارتقای سلامت از بروز علائم خطر و علائم بیماری جلوگیری می‌کنند، باید بیش از هر چیز مورد نظر برنامه‌ریزان و سیاستگذاران امر سلامت قرار گیرد. تحقیقات و اطلاعات در این مورد در سطح جهانی محدود است و بیشتر تلاش پژوهشگران در ارتباط با سلامت معنوی در پیشگیری‌های ثانویه و ثالثیه بوده است. لذا طراحی و اجرای تحقیقات مرتبط با فرهنگ اسلامی ایرانی در کشورمان ضروری است.

**ب)** ***آموزش پزشکی.*** بحث سلامت معنوی می‌بایست در کوریکولوم آموزشی رشته‌های علوم پزشکی وارد شود و جنبه‌های نظری و عملی آن به نحو مناسب تدریس شود. همچنین، مباحث سلامت معنوی در برنامه‌های آموزش مداوم صاحبان حرف پزشکی گنجانده شود. توجه به سلامت معنوی در آموزش نیازمند برنامه‌ریزی درسی مناسب است. برنامهٔ آموزشی

معنوی منتقل کنندهٔ مفاهیم معنویت از طریق محتوا و برنامه‌های آموزشی است و فراهم کنندهٔ زمینه دست‌یابی به سطوح بالاتر آگاهی و معنی‌دار کردن زندگی بوده و علاوه بر منطقی بار آوردن فراگیران، دست یافتن آنان به احساس عمیق‌تر و پر بارتر را فراهم می‌کند. برنامه آموزشی معنوی تنها وسیله‌ای برای درک محتوای آموزشی نیست بلکه حرکتی فراتر از استدلال و شیوه‌های تحلیلی و اندیشه‌ورزی است که معمولا در خلال آموزش صورت می‌گیرد.

در خصوص آموزش معنویت در حوزهٔ درمان و مراقبت، برنامه‌ریزان درسی باید به پرسش‌های زیر با دقت پاسخ دهند:

۱) نیاز آموزشی چیست؟ چه مسائلی ضرورت آموزش معنویت به گروه دانشجویان پزشکی را مشخص می‌کند؟ منظور از معنویت چیست؟ چه ابعادی ازمعنویت در درمان و مراقبت تأثیر بیشتری دارند؟ آیا نیازهای معنوی مؤثر بر درمان در تمام بیماران یکسان است؟

۲) محتوای آموزشی چیست؟ برای رفع نیازهای معنوی بیماران، مناسب‌ترین محتوا کدام است؟ آیا یافته‌های دینی در این زمینه کفایت می‌کنند؟ و یا نیاز به مطالب جدید وجود دارد؟ آیا در ایران نیاز به محتوای معنویت بومی وجود دارد یا می‌توان از مطالب سایر فرهنگ‌ها استفاده کرد؟

۳) روش‌های آموزشی کدام است؟ مناسب‌ترین روش برای آموزش معنویت به صاحبان حرف پزشکی در ایران کدام است؟ آیا روش‌های سنتی کفایت می‌کنند یا نیاز به روش‌های نوین است؟ بهترین افراد برای آموزش معنویت چه کسانی هستند؟

۴) ارزشیابی آموزشی چگونه صورت گیرد؟ چگونه از تغییرات معنوی صورت گرفته در خدمات بهداشتی درمانی اطمینان حاصل شود؟

**ج) خدمات بهداشت درمانی.** رعایت اخلاق و معنویت به خصوص توسط پزشکان و پرستاران از مهم‌ترین عوامل مؤثر در میزان رضایت بیماران و حتی درمان مؤثر بیماری آن‌ها خواهد بود. بنابراین، افراد دست اندرکار سلامت علاوه بر دانش و مهارت لازم دربارهٔ جسم، به اطلاعات دقیق در زمینهٔ مسائل معنوی بیماران نیز نیاز دارند. نحوهٔ بررسی ابتدایی و سپس استفاده از مشاوره با روحانیون در موارد ضروری توانایی است که هر یک از صاحبان حرف پزشکی می‌بایست بیاموزند.

فصل الخطاب دیدن ارادهٔ الهی و استعانت جستن از خالق همراه با اعتقاد عمیق به ضرورت به‌کارگیری تمام تلاش علمی و تجربی ممکن، ویژگی مشخص یک تربیت یافتهٔ مکتب پزشکی مبتنی بر معارف اسلامی است. لذا در هرگونه حرکت و برنامه‌ریزی با چنین تکیه‌گاه 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 (۴۶).

**د) پژوهش پزشکی**. بسیار ضروری است که پژوهشکده‌ها و مراکز تحقیقاتی در زمینهٔ جنبه‌های گوناگون سلامت معنوی تحقیق کنند. تقریبا تمامی مطالبی که در قسمت «بکارگیری سلامت معنوی در سلامت جامعه» در نوشتارهای پزشکی آورده شده است مربوط به پژوهش‌های کشورهای غربی به‌ویژه کشور امریکاست و نتایج پژوهش‌های مشابه از کشورهای اسلامی بسیار اندک است.

## نتیجه‌گیری

سلامت معنوی یعنی مهم‌ترین بعد سلامت انسان‌ها را سازمان بین‌المللی بهداشت و کشورهای عضو به عنوان بعد چهارم سلامت پذیرفته‌اند. ولی تبیین مفاهیم و بکارگیری این بعد سلامت نیاز تلاش بیشتری در جوامع مختلف دارد. شایان ذکر است که اهمیت ویژهٔ سلامت معنوی، ارتقای انسانیت انسان که هدف از خلقت اوست، با تسلیم در مقابل خداوند است که نتیجهٔ اصلی آن نیز رستگاری دنیایی و اخروی است. سلامت معنوی اصالت دارد و در ضمن سبب بهبودی سه بعد دیگر سلامت انسان‌ها می‌شود . بنابراین بحث در مورد دین، معنویت و سلامت به سرعت در حال رشد و توسعه است، پژوهش‌های فراوانی در این زمینه انجام شده است و دین و معنویت به‌تدریج وارد خدمات سلامت می‌شود . بکارگیری و ادغام سلامت معنوی و خدمات سلامت و خدمات بالینی به‌ویژه بیماران صعب‌العلاج متداول‌تر و برنامه‌ریزی آن تا حدودی آسان‌تر است. با این همه، آنچه نیاز به برنامه‌ریزی دقیق‌تر دارد و انجام آن نیز با اشکالات بیشتری همراه خواهد بود، ادغام سلامت معنوی در پیشگیری ابتدایی و اولیه برای ارتقای سلامت جامعه و ورود آن در آموزش گروه پزشکی در دانشگاه‌ها و برنامه‌های آموزش مداوم است. صاحبان حرف پزشکی می‌بایست با مفاهیم، آثار و دلایل و نحوه بکارگیری سلامت معنوی در نظام خدمات سلامت آشنایی داشته و به این باور برسند که حفظ، تامین و ارتقای سلامت جامعه و بیماران آن‌ها در صورتی کامل است که تمامی ابعاد مختلف سلامت اعم از جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی مورد نظر باشد.

## منابع


۱. مرندی ع، عزیزی ف، لاریجانی ب، جمشیدی ح ر. *سلامت در جمهوری اسلامی ایران*، تهران، فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران، ۱۳۹۳.

۲. ابن سینا حسین بن عبدالله. *قانون*. ترجمه عبدالرحمن شرفکندی، تهران، سروش، ۱۳۸۹.

3. WHO Basic Documets, (1996) p. 1, Constitution of the World Health Organization.
4. Osman J, Russell R. the spiritual aspects of health. *Journal of School Health* 1979; 49: 359.
5. Mellbye, F. (1983) The delegates speak. WHO chronicle, 37: 133.
6. World Health Organization (1983) *Thirty-six World Health Assembly*, 2-16 May, WHA36/1983/REC/1. WHA 36/1983/REC/2 and WHA 36/1983/REC/3.
7. Ibid, WHA36/1983/REC/3, p.222.
8. Ibid, WHA36/1983/REC/3, p.224.
9. World Health Organization (1985) *Handbook of Resolutions and Decisions*, Vol. II, p.5-6.
10. World Health Organization (1997) *Review of the Constitution*, EB 10 1/7, p.2.
11. International Statiscial Classification of Diseases and Health Releated problems ICD-10.2 ndEdition, Geneva, Switzerland. WHO 2005.
12. Krebs K. Complementary health care practices: The Spiritual aspects of healing: an integral part of health and healing. Gastroenterol Nurs 2003; 26: 212-4.

۱۳. مصباح علی. «واکاوی مفهومی معنویت. جستاری در سلامت معنوی»، *مجموعه مقاله‌های همایش مقدمه‌ای بر سلامت معنوی*، فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران، چاپ مؤسسه انتشارات نزهت، صفحات ۳۷-۶۷، ۱۳۸۹.

۱٤. بیانات مقام معظم رهبری حضرت آیت ا... خامنه‌ای ۶۹/۱/۱ و ۸۹/۲/۱.

۱۵. مظاهری سیف ح و. معنویت رهایی بخش، پژوهشی در باب معنویت با تاکید بر اندیشه‌های مقام معظم رهبری. ناشر: صبای یقین، قم، صفحات ۱۶ و ۱۷، ۱۳۹۳.

۱٦. قرآن کریم، سورهٔ کهف (۱۸): آیه ۱۰۹.

۱۷. قرآن کریم، سورهٔ یس (۳۶): آیات ۸۳ و ۸۴.

۱۸. قرآن کریم، سورهٔ مومنون (۲۳): آیه ۱۴.

۱۹. قرآن کریم، سورهٔ حجر (۱۵): آیه ۲۹.

۲۰. قرآن کریم، سورۀ ص (۳۸): آیه ۷۲.

۲۱. فیروزی، رضا، انسان در آموزه‌های وحیانی با تاکید بر آیات و روایات، قم، دفتر نشر معارف، ۱۳۹۳.

۲۲. قرآن کریم، سورۀ حجر (۱۵): آیه ۲۹.

۲۳. قرآن کریم، سورۀ ص (۳۸): آیه ۷۲.

۲٤. قرآن کریم، سورۀ اسراء (۱۷): آیه ۸۵.

۲۵. صدرالدین شیرازی، محمد بن ابراهیم، *الاسفار الاربعه*، بیروت، دار احیا التراث العربی، چاپ ۲، ۱۳۶۸، جلد۴، صفحه ۲۵۸.

۲٦. طباطبائی، سید محمد حسین، *تفسیر المیزان*، ترجمه سید محمد باقر موسوی همدانی، قم، دفتر انتشارات اسلامی جامعه مدرسین حوزه علمیه قم، چاپ ۵، ۱۳۷۴.

۲۷. مکارم شیرازی، ناصر و دیگران، *تفسیر نمونه*، تهران، دارالکتب الاسلامیه، چاپ۱، ۱۳۷۴.

28. Salarifar M R, Azarbayjani M, Rahiminejad A. Theoretical measures of religious. Theoretical and psychometrics scale religious selected conference papers. *Tehran: Seminiary and university publication* 2005.

۲۹. عباسی م، شمسی کوشکی ا، ابوالقاسمی م ج، ناصری راد م، ابراهیمی م ن، اکبری لاکه م. *بررسی مفهوم و مبانی نظری سلامت معنوی و جایگاه آن در طراحی الگوی ایرانی- اسلامی پیشرفت در عرصه سلامت*. گزارش پایانی طرح پژوهش، فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران، ۱۳۹۲.

۳۰. مصباح یزدی، مجتبی و همکاران. *مبانی و تعریف سلامت معنوی از دیدگاه اسلام*، موسسه آموزش، پژوهش امام خمینی (ره)، ۱۳۹۲.

۳۱. عزیزی، فریدون و همکاران، *سلامت معنوی چیستی*، چرایی و چگونگی، تهران، حقوقی،۱۳۹۳.

۳۲. عباسی محمود، شمسی کوشگی اسحان، ابولاقاسمی محمد جواد، *درآمدی بر سلامت معنوی*، تهران، حقوقی، ۱۳۹۲.

۳۳. بیانات آیتا... علی خامنه‌ای ۶۹/۶/۲۹.

۳٤. بیانات آیتا... علی خامنه‌ای ۸۸/۲/۲۷.

۳۵. طباطبائی م ح. «معنویت تشیع» در معنویت تشیع و ۲۲ مقاله دیگر، قم ، انتشارات تشیع، ۱۳۵۴.

۳٦. ابن بابویه، محمد بن علی، *من لایحضره الفقیه*، قم، دفتر انتشارات اسلامی جامعه مدرسین حوزه علمیه قم، چاپ۲، ۱۴۱۳ ق، جلد۴، ص ۳۶۲.

۳۷. قرآن کریم، سورۀ انعام (۶): آیه ۱۲۷.

۳۸. قرآن کریم، سورۀ شعرا (۲۶): آیه ۸۹.

۳۹. قرآن کریم، سورۀ صافات (۳۷): آیه ۸۴.

٤۰. کلینی، محمد بن یعقوب بن اسحاق، *الکافی*، تهران، دارالکتب الاسلامیه، چاپ۴، ۱۴۰۷ ق، جلد اول، ص ۱۱.

٤۱. قرآن کریم، سوره نساء (۲۴): آیه ۱.

٤۲. جوادی آملی، عبدالله، *توحید در قرآن*، قم، اسراء، چاپ اول، ۱۳۸۳، ص ۱۶۲.

٤۳. طباطبائی، سید محمد حسین، *تفسیر المیزان*، ترجمۀ سید محمد باقر موسوی همدانی، قم، دفتر انتشارات اسلامی جامعه مدرسین حوزه علمیه قم، چاپ۵، ۱۳۷۴، جلد ۱۲، صفحات ۴۹۲-۴۹۴.

٤٤. قرآن کریم، سوره نخل (۱۶): آیه ۹۷.

٤٥. جمع‌آوری شده از بیانات آیت ا.. سیدعلی خامنه‌ای در مورد حیات طیبه.

٤٦. دماری ب. *سلامت معنوی*. انتشارات طب و جامعه، تهران، چاپ اول، زمستان ۱۳۸۸.

٤٧. طاهری م، فتحعلی بیگی س. *مروری بر نظریه‌های سلامت معنوی و سلامت روحی*، چکیدهٔ مقالات همایش ملی سلامت معنوی و تعمیق تربیت اسلامی، قم، ۱۳۸۹.

٤٨. امیدواری س. *سلامت معنوی*، مفاهیم و چالش‌ها، پژوهش‌های میان رشته‌ای قرآن، ۱۳۸۷، سال اول، شمارهٔ اول، ۵-۱۷.دماری، بهزاد. *سلامت معنوی*. انتشارات طب و جامعه، تهران، چاپ اول، زمستان ۱۳۸۸.

49. Gadit AA. Spiritual dimension of mental health: do we have adequate insight? *J Pak Med Assoc* 2007; 57: 522-3.

50. Vader JP. Spiritual health: the next frontier. *Eur J Public Health* 2006; 16: 457.

51. (CNN/USA Today/Gallup Poll 1997).

٥٢. الهامی نیا ع ا و همکاران. *معنویت اسلامی، چیستی، چرائی و چگونگی*. پژوهشکده تحقیقات اسلامی، قم، انتشارات زمزم هدایت، ۱۳۹۰.

٥٣. بوالهری ج. ضرورت نهادینه‌سازی مفهوم معنویت در سلامت. «جستاری در سلامت معنوی»، *مجموعه مقاله‌های همایش مقدمه‌ای بر سلامت معنوی*، فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران، چاپ مؤسسه انتشارات نزهت، ۱۳۸۹.

٥٤. *محقق داماد م. «مقامات معنوی سلامت در الهیات اسلامی»، اخلاق پزشکی، ۱۳۸۹، سال چهارم، شماره ۱۴، ۵۳-۶۴.*

٥٥. عزیزی ف. سلامت معنوی چیست؟ «جستاری در سلامت معنوی» *مجموعه مقاله‌های همایش مقدمه‌ای بر سلامت معنوی*، فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران، چاپ مؤسسه انتشارات نزهت ۱۳۸۹.

٥٦. محقق داماد م. چیستی معنویت در الهیات اسلامی، «جستاری در سلامت معنوی» *مجموعه مقاله‌های همایش مقدمه‌ای بر سلامت معنوی*، فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران ، چاپ مؤسسه انتشارات نزهت، ۱۳۸۹.

57. Young C and Coopsen C. Spirituality, Health and Healing. 2nd Ed. *Jones and Barlett Publ. Boston*, 2011.

58. Amondesn D. Medicine, society and faith in the ancient and mediecal worlds.Baltimore, MD: *Johns Hopkins University press*, 1996; 127-157.

٥٩. قرآن کریم ،سورهٔ اسرا، آیات ۷۸ تا ۸۱.

٦٠. جرجانی اسماعیل. کتاب ذخیرهٔ خوارزمشاهی.

٦١. دهخدا، علی‌اکبر. *لغت‌نامه دهخدا*. چاپ سوم، تهران، دانشگاه تهران، ۱۳۷۷.

٦٢. زمانی ش. ماجرای معنویت در دوران جدید «از گالیله تا فروید». چاپ دوم، دفتر نشر فرهنگ اسلامی، تهران، ۱۳۸۴.

63. Sloan RP. Blind faith: the unholy alliance of religion and medicine. NewYork, NY: St. Martin's press 2006.

64. Rogers DL, Skidmore ST,Montgomery GT, Reidhead MA, Reidhead VA. Spiritual integration predicts self-reported medtal and physical health. J Relig Health 2010 Nov25.

65. Anonymous, Spiritual health is important, say our readers.WHO Chron. 1979; 33: 29-30.

66. http://WWW.healthpromotion jounal.com.
67. The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World, 2005. Availableat:http:// WWW.visionoffice.com/socdev/promotion//bangkok_charter_health_promotoon.pdf.
68. http://WWW.visionoffice.com/socdev/wssdco-3.htm.
69. Dake, Mrdjenovich AJ. JA, price JH, Jordan TR, Brockmyer JH. Providing Guidance on the health effects of religious /spiritual involvement: A National Assessment of University Counseling Profeesionals. J Relig Health 2010 Mar 14.
70. Campbell JD, Yoon DP, Jphnstone B. Determining relationship between physical health and spiritual experience, religious practices, and congergationl support in a heterogeneous medical sample. J Relig Health 2010; 49: 3-17.
71. Davidhizar R, Bechtel G A, Juratovac AL. Responding to the cultural and spiritual needs of clients. Journal of Practical Nursing 2000; 50(4): 20-23.
72. Draper P, McSherry W. A critical view of spirituality and spiritual assessment. Journal of Advanced Nursing 2002; 39(1): 1-2.

۷۳. ملاقات با مقام معظم رهبری قبل از برگزاری اولین همایش سلامت معنوی. فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران، آذر ۱۳۹۲.

74. Anandarajah G, Hight E. Spirituality and medical practice: using the HOPE questions as a practical tool for spiritual assessment. American Family Physician 2001; 63(1): 81-89.
75. Atchley RC. Spiritually and aging. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press. 2009.
76. Obrien M E. Spirituality in nursing: standing on holy ground (3rd Ed.). Sudbury MA: Jones and Bartlett. 2008.
77. Bergin AE. Values and religious issues in psychotherapy and mental health. Am Psychol 1991; 46(4): 394-403.
78. Maugans TA, Wadland WC. Religion and family medicine: a survey of physicians and patients. J Fam Pract 1991; 32(2):210-3.
79. King DE, Bushwick B. Beliefs and attitudes of hospital inpatients about faith healing and prayer. J Fam Pract 1994; 39(4): 349-52.

۸۰. بحرینیان ع، دلشاد ح، شاکری ن، عزیزی ف. «بررسی نگرش پزشکان پیرامون تاثیر میزان معنویت در روند درمان بیماران». *فصلنامهٔ اخلاق پزشکی*، سال ششم، شماره بیستم، تابستان ۱۳۹۱، صفحات ۱۲۷ تا ۱۵۳.

۸۱. بحرینیان ع، سعادت د، شاکری ن، عزیزی ف. «بررسی نگرش بیماران پیرامون تاثیر میزان معنویت در روند درمان آنان». *فصلنامهٔ اخلاق پزشکی*، سال ششم، شماره بیستم، تابستان ۱۳۹۱، صفحات ۳۲۲ تا ۳۲۳.

82. Ellis MR, Vinson DC, Ewigman B. Addressing spiritual concerns of patients: family physicians' attitudes and practices. J Fam Pract 1999; 48(2):105-9.
83. Pargament KI, Koenig HG, Tarakeshwar N, Hahn J. Religious struggle as a predictor of mortality among medically ill elderly patients: a 2-Year longitudinal study. Archives of Internal Medicine 2001; 161: 1881–1885.
84. McCord G, Gilchrist VJ, Grossman SD, et al. Discussing spirituality with patients: a rational and ethical approach. Annals of Family Medicine 2004; 2: 356–361.
85. Balboni T, Balboni M, Paulk ME, et al. Support of cancer patients' spiritual needs and associations with medical care costs at the end of life. Cancer, 2011.

۸۶. ابراهیمی دینانی، غلامحسین، *اسما و صفات حق*، تهران، سازمان چاپ و انتشارات، ج ۴، ۱۳۹۰، ص۳۸.

۸۷. قرآن کریم، سورهٔ محمد (۴۷): آیه ۱۵.

۸۸. قرآن کریم، سورهٔ حجرات (۴۹): آیه ۱۳.

۸۹. قرآن کریم، سورهٔ اسراء (۱۷): آیه ۷۰.

# فصل دوم

# مبانی سلامت معنوی از دیدگاه اسلام

## ۱. تعریف مبانی سلامت معنوی

با نگاهی به پیشینهٔ بحث سلامت معنوی، می‌توان دریافت که تلقی‌های متنوعی از آن وجود دارد. این تنوع و تفاوت که در تعریف سلامت معنوی انعکاس یافته است، به تفاوت دیدگاه‌ها در تعیین مؤلفه‌ها و شاخص‌های سلامت معنوی منجر شده و کار انتخاب معیار برای تهیهٔ پرسش‌نامه و ارزیابی سلامت معنوی را در افراد و گروه‌های مختلف و در پایان برنامه‌ریزی برای ارتقای این بعد از سلامت را با دشواری‌هایی مواجه ساخته است.

در واقع، همان‌گونه که در تعریف سلامت گفتیم، هنگامی می‌توان انسانی را برخوردار از سلامت دانست که تمام ابعاد انسانی کار خود را به درستی انجام دهد. همچنین، معنویت به ویژگی‌های متعالی روح انسان وابسته است، و بر این اساس، تشخیص سلامت معنوی وابسته به تشخیص کارکرد درست ویژگی‌های متعالی روح و روان انسان است. اما اختلاف نظرهایی که در این زمینه میان صاحب‌نظران بیان و در مکاتب مختلف متبلور شده است، موجب گردیده که تعریفی روشن، جامع و مانع از سلامت معنوی که همگان آن را بپذیرند، دشوار شود. در نتیجه، بدون اتخاذ دیدگاهی دقیق دربارهٔ بعد متعالی روح و ویژگی‌های آن و نیز کمال حقیقی انسان، نمی‌توان شاخص‌های لازم برای سنجش سلامت معنوی را به درستی تعیین کرد. برای مثال، چنانچه برای تعالی روح معیاری عینی در نظر نگیریم و آن را تابع نظر خود شخص تلقی کنیم،

و بینش‌ها، گرایش‌ها و رفتارهایی را که صرفاً از دیدگاه خود فرد ناظر بـه امـری متعـالی اسـت، معیار تعالی قرار دهیم، بدین نتیجه می‌رسیم که هندو، مسـیحی، یهـودی و مسـلمان، و حتـی شیطان‌پرست، همگی می‌توانند به طور یکسـان و در یـک سـطح از سـلامت معنـوی برخـوردار باشند. بدین ترتیب، ارائه تعریفی دقیق و قابل دفاع از سلامت معنوی، مبتنی بـر برخـی مبـانی انسان‌شناختی است. اما تعیین کمال انسان و جهت متعالی روح، با برخی مبانی ارزش‌شـناختی نیز مربوط است، مانند واقعی بودن ارزش و مراتب داشتن آن. از سوی دیگر، مجموع این مبـانی بر مبانی فلسفی یا هستی‌شناختی خاصی مبتنی است، مانند مراتب موجودات و تقسیم آن‌ها به مادی و مجرد. نیز تفاوت دیدگاه‌های مکاتب مختلف دینی و الحادی نسبت به آفرینش و جایگاه انسان در جهان، موجب تفاوت در دیدگاه‌های انسـان‌شـناختی و ارزش‌شـناختی آن‌هـا شـده، و دست آخر در تلقی آن‌ها از سلامت معنوی مؤثر بوده است. بدین ترتیب، تلقی‌هـای گونـاگون از سـلامت معنـوی،همچنین بـه مبـانی الهیـاتی مربـوط اسـت، و در نهایـت، برخـی مبـانی معرفت‌شناختی، در مبحـث سـلامت معنـوی مؤثرنـد، ماننـد ابزارهـای معرفـت و اعتبـار انـواع معرفت‌های حاصل از آن‌ها که نقش مهمی در روش تعیین شاخص‌های سلامت معنوی دارد.

با توجه به آنچه گفته شد، می‌توان دریافت که تفاوت دیدگاه‌ها دربارۀ سلامت معنوی ناشـی از اختلاف نظر در مبانی آن است و با توجه به ابتنای تعریف سلامت معنـوی بـر مبـانی مزبـور، انتخاب یا پیشنهاد یک تعریف، بدون تعیین مبانی آن موجه نیست. نظر به اینکه دیدگاه اسـلام دربارۀ مبانی پنج گانۀ مزبور، به تعریفی خاص برای سلامت معنوی می‌انجامـد و تبیـین عقلانـی این دیدگاه نیازمند توجه به اصول موضوعه نظریۀ اسلام و به تعبیـر دیگـر، مبـانی ایـن نظریـه است، برای بیان تعریفی جامع از سلامت معنوی، چاره‌ای جز بازخوانی مبانی پنج‌گانـه مزبـور از دیدگاه اسلام نیست. بدین جهت نگاهی به مجموع این مبانی خواهیم داشت.

مقصود از مبانی گزاره‌های خبری (توصیفی) زیربنایی است که در علوم دیگر اثبات می‌شوند و در بررسی و اثبات مسائل یک علم یا شاخه‌ای از علم از آن‌ها استفاده می‌شود.

نکتۀ قابل ذکر آنکه مقصود از مبانی اسلامی آن دسته از گزاره‌های مبنایی است کـه اسـلام آن‌ها را می‌پذیرد و منظور از دین اسلام مجموعۀ آموزه‌هایی است که در سعادت حقیقی انسـان تأثیر دارند و با وحی الهی (قرآن کریم)، سنت معصومین(ع) یا با عقل قطعی قابل کشف است.

چنان که گفتیم مبانی در علوم دیگر اثبـات مـی‌شـوند و بنـابراین، روش تحقیـق در آن‌هـا وابسـته اسـت بـه روش تحقیـق همـان علـوم. از آنجـا کـه مبـانی مزبـور، معرفـت‌شـناختی، هستی‌شناختی، الهیاتی، انسان‌شناختی یا ارزش‌شناختی هستند، با روش عقلـی، نقلـی و احیانـاً تجربی تحقیق می‌شوند. پس از ذکر عناوین مبانی در پنج دسته مبنای یاد شده، بـه خلاصـه‌ای

از مجموع آن‌ها اشاره خواهیم کرد و آنگاه درباره هریک از مبانی یاد شده توضیحی مختصر می‌آوریم.

## ۲. فهرست عناوین مبانی سلامت معنوی از دیدگاه اسلام

**الف) عناوین مبانی معرفت‌شناختی**

۱) امکان شناخت امور نامحسوس، ۲) تقسیم علوم به حضوری و حصولی، ۳) خطاناپذیری علم حضوری، ۴) مراتب علم حضوری، ۵) ابزارهای علم حصولی، ۶) مراتب علوم حصولی (حس، خیال و عقل)، ۷) وابستگی معرفت‌های عملی به معرفت‌های نظری ۸) ابزارهای معرفت دینی، ۹) اعتبار انواع معرفت‌های دینی.

**ب) عناوین مبانی هستی‌شناختی**

۱) مراتب داشتن موجودات، ۲) تقسیم موجودات به مادی و فرامادی، ۳) تدریجی بودن عالم ماده و موجودات متعلق به ماده، ۴) وجود تزاحم در عالم ماده.

**ج) عناوین مبانی الهیاتی**

۱) وجود خداوند کامل مطلق، ۲) توحید، ۳) قضا و قدر الهی، ۴) وحدت نظام هستی، ۵) وحدت غایت و هدف هستی، ۶) حکمت الهی، ۷) نظام احسن، ۸) عدل الهی، ۹) هدف از آفرینش جهان، ۱۰) هدایت تکوینی، ۱۱) هدایت تشریعی، ۱۲) خاتمیت، جامعیت و جهانی بودن اسلام، ۱۳) قرآن، کتاب تحریف‌ناپذیر آسمانی، ۱۴) ولایت و امامت پیامبر اسلام، ۱۵) ولایت و امامت امامان معصوم، ۱۶) غیبت امام دوازدهم، ۱۷) ولایت فقیه در زمان غیبت امام دوازدهم.

**د) عناوین مبانی انسان‌شناختی**

۱) ترکیب انسان از روح و بدن، ۲) غیرمادی بودن روح، ۳) اصالت روح، ۴) جاودانگی روح، ۵) مراتب طولی و شئون عرضی روح و وجود تزاحم در آن‌ها، ۶) تغییرپذیری تدریجی روح و بدن، ۷) تأثیرگذاری روح و بدن بر یکدیگر، ۸) وجود سرشتی مشترک و فطرتی الهی در همهٔ انسان‌ها، ۹) مختار بودن انسان، ۱۰) هدفمندی انسان، ۱۱) خود دوستی انسان، ۱۲) کمال‌جویی انسان، ۱۳) نامتناهی بودن کمال‌جویی انسان، ۱۴) کمال نهایی انسان: قرب به خداوند متعال، ۱۵) مقدمه بودن زندگی دنیوی انسان برای زندگی اخروی، ۱۶) وابستگی کمال

حقیقی انسان به افعال اختیاری، ۱۷) وابستگی فعل اختیاری بـه توانـایی، بیـنش و گـرایش او، ۱۸) کاستی‌های انسان در توانایی، بینش و گرایش، ۱۹) تأثیرگذاری انسان بر موجودات دیگـر و تأثیرپذیری از آن‌ها، ۲۰) اجتماعی بودن انسان، ۲۱) نیازمندی انسان به وحی برای دسـت‌یـابی به کمال حقیقی، ۲۲) وابستگی کمال حقیقی انسان به استفاده از همه قابلیت‌های او، ۲۳) تأثیر رشد متناسب با قابلیت‌های انسان در کمال حقیقی او، ۲۴) وجود موانع در راه رسیدن به کمال، ۲۵) تفاوت انسان‌ها در ظرفیت‌ها و قابلیت‌ها، ۲۶) بندگی در برابر خدا، ۲۷) مسئولیت انسان در برابر خدا در برابر خود و همهٔ موجودات دیگر، ۲۸) کرامت تکوینی و اکتسابی انسان.

**ه) عناوین مبانی ارزش‌شناختی**

۱) واقعی و اثبات‌پذیر بودن ارزش در دانش‌های عملی، ۲) وابستگی همهٔ ارزش‌هـای واقعـی بـه ارزش هدف نهایی، ۳) هدف نهایی: قرب به خداونـد، ۴) ثابـت و مطلـق بـودن اصـول ارزشـی و متغیر بودن ارزش امور دیگر، ۵) مراتـب داشـتن ارزش‌هـای دیگـر، ۶) تـأثیر نیـت و نـوع کـار اختیـاری در ارزش آن، ۷) انتخـاب معقـول در تـزاحم ارزش‌هـا، ۸) حـد نصـاب ارزش، ۹) راه تشخیص ارزش.

## ۳. مبانی در یک نگاه

اینک بدون تفکیک انواع مبانی به محتوای آن‌ها می‌پردازیم: از دیدگاه اسلام، موجودات به امـور مادی و محسوس منحصر نیستند و می‌توان موجودات نامحسوس را نیز شـناخت؛ زیـرا راه‌هـای شناخت، به حس و تجربه محدود نمی‌شود و علاوه بر آن، شهود باطنی و علـم حضـوری، و نیـز شناخت عقلانی نیز معتبر است، چنان که راه وحی کاملاً مصون از خطاست و معارف بسیاری از این راه به طور مستقیم در اختیار پیامبر و به واسطهٔ او در اختیار دیگران قرار مـی‌گیـرد. بـدون پذیرش این مبانی، نه وجود خدای متعال، نه وجود روح، نه کمال انسان، و نه راه دست‌یـابی بـه سعادت، تبیین‌پذیر و شناختنی است، و به تبع، نمی‌توان تلقی درستی از سلامت معنوی انسـان از دیدگاه اسلام داشت.

از سوی دیگر، معرفت‌های دینی نیز از راه‌های مختلف به دست مـی‌آینـد و برخـی از آن‌هـا یقینی و برخی غیر یقینی هستند. گرچه معرفت‌های غیر یقینی را نمی‌توان بـه طـور قطـع بـه دین نسبت داد، اما معرفت‌های ظنی که دلیل معتبری برای عمل به آن‌ها وجود دارد، در عمـل، معتبرند. همچنین، معرفت‌های عملی به معرفت‌های نظری وابسته‌اند و بدین جهت، ارزش‌هـای اخلاقی، واقعی و اثبات‌پذیرند.

از دیدگاه اسلام، خالق و وجودبخش همـهٔ موجـودات خداونـد یگانـه‌ای اسـت کـه در عـین

وحدت و بساطت، واجد همهٔ کمالات، مالک، تدبیر کننده و اداره کنندهٔ همهٔ عالم است. توجه به این امر که همهٔ آنچه در عالم هستی اتفاق می‌افتد وابسته به ارادهٔ خداوند است و سرنوشت همهٔ موجودات به دست اوست و نظام آفرینش به بهترین صورت ممکن آفریده شده و هر چیز در جای خویش قرار داده می‌شود، و هدف آفرینش جهان، دست‌یابی انسان به بیشترین کمال است، امید به آینده‌ای روشن و درخشان را پیش روی انسان می‌نهد تا با توجه به هدفمندی خود، با انگیزه‌ای فزون‌تر در راستای غایت و هدفی یگانه که بر نظام واحد هستی حکم‌فرماست حرکت کند.

همچنین، انسان‌ها سرشتی مشترک و فطرتی الهی دارند، و با برخورداری از کرامت تکوینی که مخصوص آن‌هاست، قابلیت آن را دارند که تمامی کمالات ممکن را به دست آورده، به کرامت اکتسابی دست یابند. وجود ویژگی‌های مشترک فطری، امکان دست‌یابی به تعریف واحد، تعیین شاخص‌های عمومی و قواعد کلی درباره سلامت انسان را شدنی می‌سازد.

از سوی دیگر، انسان علاوه بر بدن مادی، از روحی غیر مادی برخوردار است که به جهت تعلق به بدن، همچون خود بدن به‌تدریج تغییر می‌کند، و با بدن در تعامل و تأثیر متقابل است. بدین جهت، در مبحث سلامت انسان، باید به سلامت هر دو بُعد بدن و روح توجه داشت؛ اما با در نظر گرفتن اینکه حقیقت وجود انسان را روحِ جاودانهٔ او تشکیل می‌دهد، و زندگی این دنیایی انسان نیز به مثابهٔ موجودی هدفمند، تنها مقدمه‌ای برای زندگی جاودانهٔ اخروی اوست، باید هدف نهایی انسان نیز متناسب با کمال حقیقی روح در حیات جاودانه‌اش تعیین شود و همهٔ اهداف دیگر در راستای آن قرار گیرند و بدین ترتیب، گرچه سلامت روح و جسم انسان در یکدیگر تأثیر متقابل دارند، و هیچ یک بدون دیگری به طور کامل تأمین نمی‌شود، سلامت روح نسبت به سلامت جسم از اصالت برخوردار است.

همچنین، انسان که دارای حب ذات است، گرایش سیری‌ناپذیری به کمال دارد و نیز به جهت برخورداری از اختیار، کمال وی در گرو افعال اختیاری خود اوست و با توجه به اینکه روح او مراتبی طولی دارد، می‌تواند در مراتب وجود پیشرفته، به کمال شایستهٔ خود برسد. مراتب طولی روح، شامل مرتبه گیاهی، حیوانی و انسانی است، و در هر مرتبه شئون گوناگونی دارد، به طوری که در مرتبهٔ گیاهی، مانند گیاهان رشد و نمو، تغذیه و تولید مثل دارد و در مرتبهٔ حیوانی، کمابیش مشابه با حیوانات است، توانایی ادراک و حرکت ارادی دارد، و می‌تواند حب و بغض، شادی و لذت، درد و رنج، خشنودی و ناخشنودی، امید و ترس، هیجان، اضطراب و آرامش را تجربه کند. اما علاوه بر اینها، روح انسان دارای مرتبه‌ای است که در آن، از قوهٔ تعقل، و نیز گرایش‌ها و توانایی‌هایی برخوردار است که به واسطهٔ آن‌ها می‌تواند شناخت آگاهانه‌ای از

مبدأ هستی داشته، محبت به خدا و حس خداجویی و خداپرستی و نیز عشق، خضوع، تسلیم، رضا، توکل و لذت مناجات با او را تجربه کند و آن را در همهٔ اعمال و رفتار خود، با اختیار و آگاهی نمایان سازد. در واقع، بینش و گرایش انسان به کمال بی‌نهایت همراه با توان‌مندی‌های جسم و روح او،گام نهادن در مسیر کمال و نزدیک شدن هرچه بیشتر به مبدأ کمالات وجود ـ خدای متعال ـ را برای انسان ممکن ساخته است و بر همین اساس، از دیدگاه اسلام، هدف نهایی و کمال و تعالی حقیقی انسان نیز نزدیک شدن هرچه بیشتر به خدای متعال است و انسان سالم باید همه شرایط درونی لازم را برای حرکت به سوی این غایت والا داشته باشد. دست‌یابی به مقام قرب الهی، نشانه‌هایی دارد که باید با توجه به دلایل عقلی و نقلی، آن‌ها را شناسایی کرده، از آن‌ها به عنوان شاخص برای درجه عالی سلامت معنوی استفاده کرد. همچنین، با توجه به اینکه ارزش‌های ثابت بر اساس هدف نهایی تعیین می‌شوند و ارزش سایر اهداف متغیر است و وابسته به اینکه در راستای هدف نهایی باشند یا نه، مؤلفه‌هایی همچون آرامش، امید، شادی و رضایت که کمابیش در حیوانات نیز وجود دارد و ممکن است در کوتاه‌مدت و به طور ناقص، به شیوه‌هایی حاصل شوند که در نهایت، با کمال حقیقی انسان تضاد داشته باشند، نمی‌توانند به طور مطلق، به مثابهٔ شاخص‌های اصلی سلامت معنوی قرار گیرند.

اما چنان که گفتیم، کمال انسان در گرو افعال اختیاری خود اوست و از آنجا که انسان بر اساس بینش‌ها، گرایش‌ها و توانایی‌های خود عمل می‌کند و در واقع، سه مبدأ بینش، گرایش و توانایی، مبادی رفتار اختیاری او را تشکیل می‌دهند، سلامت معنوی انسان، تنها در سایهٔ سلامت از هرسه جهت بینش، گرایش و توانایی تأمین می‌شود و شاخص‌های سلامت باید برای هر سه جهت تعیین شوند.

تشکیل انسان از دو بعد روح و بدن، و مراتب و شئون گوناگون انسان، وی را از قابلیت‌ها و استعدادهای متنوعی برخوردار ساخته است که هیچ یک از آن‌ها لغو و بیهوده نیست، بلکه همه آن‌ها به مقتضای حکمت الهی در وی نهاده شده و همگی در وصول او به کمال حقیقی انسان تأثیر دارند و چنانچه به طور متناسب و متعادل رشد یابند، می‌توانند انسان را به سعادت و کمال حقیقی رهنمون شوند. بدین ترتیب، برای سلامت انسان، باید همه ابعاد سلامت به طور هماهنگ در نظر گرفته شود. از سوی دیگر، برای تأمین سلامت معنوی نیز باید همه مؤلفه‌های مؤثر در سلامت معنوی به صورت متعادل و هماهنگ رشد یابند.

گرچه هر انسان به خودی خود، فردی بیش نیست، و می‌تواند با خودسازی، تقویت فضایل اخلاقی و رفتار مثبت دربارهٔ خود، وجودش را تعالی بخشد یا در عوض، با دنباله‌روی و تثبیت

رذایل اخلاقی، خود را به انحطاط بکشاند، اما او همچنین با همه انواع موجودات در ارتباط است و رفتارهایی که در ارتباط با آن‌ها انجام می‌دهد نیز در تعالی یا انحطاط او تأثیر دارند. به عبارت دیگر، انسان علاوه بر ساحت فردی، ارتباط وجودی دائمی با مبدأ هستی خویش، یعنی خداوند متعال دارد، به طوری که تمام هستی خود و نیز سایر نعمت‌ها را از او دریافت می‌کند و اطاعت و معصیت او در تعالی یا سقوط او تأثیر مستقیم دارد. همچنین، انسان زندگی اجتماعی دارد و از این طریق، با سایر انسان‌ها در جامعه روابطی برقرار می‌کند و با تعامل با آن‌ها، کاستی‌های خود را برطرف کرده، نیازمندی‌های مادی و معنوی خود را تأمین می‌کند و بدین وسیله، زمینهٔ شکوفایی بسیاری از استعدادهای خود را فراهم می‌سازد، چنان که برای دیگران نیز می‌تواند همین نقش را ایفا کند. همچنین، انسان با طبیعت پیرامون خود، اعم از طبیعت بی‌جان، گیاهان و حیوانات در تعامل است و بر آن‌ها تأثیر گذارده و از آن‌ها تأثیر می‌پذیرد. نوع تعامل و رفتار انسان با خود، خدا، طبیعت و سایر انسان‌ها می‌تواند بر سلامت او تأثیر مثبت یا منفی بگذارد و بدین ترتیب، در همهٔ ابعاد سلامت، از جمله در سلامت معنوی، باید به عوامل و شرایط مؤثر در سلامت در هر یک از ساحت‌های چهارگانه الهی، فردی، اجتماعی و طبیعی توجه کرد و نیز باید در همه این ساحت‌ها شاخص‌های سلامت معنوی را شناسایی کرد. همچنین، با توجه به تزاحم مراتب و شئون مختلف انسان در بسیاری از موارد که برخاسته از تزاحم‌های عالم ماده است و موانع گوناگون درونی و بیرونی که بر سر راه تکامل انسان وجود دارد، انسان سالم باید بتواند با شناخت درست هدف نهایی، موانع وصول به این هدف و امور مزاحم با آن را شناسایی کرده و با وجود گرایش قوی‌تر به هدف نهایی، در مقام عمل، به رفع موانع اقدام کند و گزینه برتر را ترجیح دهد.

همچنین، از دیدگاه اسلام، به مقتضای توحید در ربوبیت تشریعی، باید تنها فرمانبردار خداوند بود و راه تقرب به خداوند متعال، اطاعت و بندگی اوست. بنده بودن انسان در برابر خداوند، مسئولیت در برابر او را در پی دارد، مسئولیتی که شامل وظایفی دربارهٔ خود، افراد دیگر و طبیعت نیز می‌شود. همچنین، با توجه به اینکه ارزش کار، علاوه بر نوع کار، به نیت فرد از انجام دادن آن نیز بستگی دارد، انسان علاوه بر آنکه باید نسبت به خداوند، وظیفه بندگی را انجام دهد، می‌بایست رفتارهایش را با خود، با دیگران، و با طبیعت، با انگیزه و نیت الهی و به عنوان مسئولیتی که از جانب خداوند بر عهدهٔ اوست به انجام رساند. بدین ترتیب، برای ارزیابی سلامت معنوی، می‌بایست رفتارهای انسان را در ساحت‌های الهی، فردی، اجتماعی و طبیعی از جهت نوع رفتارها و از جهت انگیزهٔ الهی از انجام دادن آن‌ها و نیز مبادی بینشی، گرایشی و توانشی آن‌ها ارزیابی کرد. به عبارت دیگر، سلامت معنوی به همه رفتارهای اختیاری و مبادی آن‌ها از جهت وجود رویکردی متعالی در آن‌ها مربوط است.

از سوی دیگر، خداوند همان‌گونه که به مقتضای حکمت بالغهٔ خود، همه موجودات را به سوی کمال شایسته هدایت می‌کند، این هدایت را دربارهٔ انسان‌ها که برای نیل به سعادت و کمال خود، علاوه بر عقل و تجارب محدود خود، نیازمند راهنمایی الهی هستند، با فرستادن پیامبران و نشان دادن راه سعادت بشر (دین آسمانی) که در آن وظایف گوناگون انسان‌ها را بیان کرده، و نیز با قرار دادن ولایت برای پیامبران تکمیل فرموده است. با بعثت حضرت محمد(ص) و نزول کتاب تحریف‌ناپذیر قرآن کریم، راه سعادت همه‌جانبه برای همهٔ انسان‌ها تا پایان زندگی در این جهان، تعیین شده و دین الهی با پیامبر خاتم در اسلام به کمال رسیده است و پس از پیامبر اسلام، تبیین دین و ولایت بر مردم و الگو بودن برای بشریت که پیش از این از شئون پیامبر اسلام بود، بر عهدهٔ جانشینان وی (امامان معصوم) قرار گرفته، و در زمان غیبت امام دوازدهم، وظیفهٔ تبیین دین به فقها و دانشمندان دین، و منصب ولایت بر مردم به ولی فقیه سپرده شده است. بدین ترتیب، بر اساس لزوم اطاعت خداوند، مردم باید راه سعادت را از پیامبر اسلام و ائمه اطهار، و در زمان غیبت امام، با استفاده از اجتهاد فقهای واجد شرایط، از تعالیم آن بزرگواران بجویند؛ چنان که اطاعت پیامبر اسلام، و ائمه اطهار، و در زمان غیبت امام، اطاعت ولی فقیه نیز بر همه مردم لازم است. بدین ترتیب، شناخت راه صحیح سعادت و کمال، گرایش به آن و ایمان و عمل مطابق با آن، از شرایط حصول کمال و دست‌یابی به حد نصاب ارزش است و از آنجا که انسان سالم باید همه شرایط لازم برای نیل به سعادت و کمال را داشته باشد، باید نسبت به دین اسلام و راه فهم احکام فرعی آن، شناخت و گرایش لازم را داشته، عملاً نیز به متابعت از آن التزام داشته باشد. بدین ترتیب، در تعیین شاخص‌های سلامت معنوی می‌بایست شناخت دین حق، گرایش به آن و التزام عملی به احکام دین و تبعیت از ولایت لحاظ گردد.

البته، با توجه به اینکه مبادی فعل اختیاری، اعم از بینش و علم حضوری و حصولی، گرایش و توانایی و نیز برخورداری از امکانات و شرایط بیرونی، دارای مراتب مختلف است، و به تبع، ارزش نیز مراتبی دارد، سلامت معنوی نیز مراتب گوناگونی دارد و بدین جهت، پس از تعیین شاخص‌ها می‌بایست میزان برخورداری از سلامت معنوی را اندازه‌گیری کرد. نیز از آنجا که هرکس تنها به اندازهٔ شناخت، گرایش و نیز توانایی و امکانات خود می‌تواند عمل کند، دامنهٔ تکلیف و مسئولیت او نیز محدود است و بنابراین، کسانی که در شناخت اصل دین حق یا جزئیات آن یا عمل مطابق آن، قصور داشته باشند، چنانچه در حد شناخت و توان خود عمل کنند، به درجاتی از کمال دست می‌یابند و بدین ترتیب، سلامت معنوی انسان از جهت شناخت، گرایش و توانایی، بسته به وسع افراد نیز متفاوت است. برای مثال، کسی که در

شناخت دین حق تلاش کرده و بدان موفق نشده است، اما مطابق عقل و درک خود از آنچه درست یافته متابعت کرده است، به لحاظ گرایش و متابعت حق، از درجه‌ای از سلامت معنوی برخوردار است، گرچه قطعاً از جهت بینش درست، ضعفی اساسی دارد، ولی کسی که به‌رغم شناخت دین حق، انگیزه کافی برای متابعت از آن نداشته، بدان عمل نکرده است، طبعاً از هیچ یک از جهات مزبور، حد نصاب لازم برای سلامت معنوی را ندارد.

نکتهٔ دیگر اینکه، انسان به مقتضای تدریجی بودن عالم ماده به طور طبیعی به‌تدریج رشد می‌کند و می‌توان برای رشد او مراحلی را هرچند تقریبی در نظر گرفت. بر این اساس، امکانات و شرایط انسان‌ها در مراحل گوناگون رشد یکسان نیست و شاخص‌های سلامت یا حد نصاب آن‌ها برای مراحل گوناگون رشد متفاوت خواهد بود. البته، خود این مراحل نیز بسته به آنکه کدام بعد یا جزء سلامت را ارزیابی می‌کنیم، متفاوت‌اند. برای مثال، تعداد و طول مراحل رشد جسمانی و معنوی لزوماً یکسان نیستند.

با توجه به اینکه همه انسان‌ها با فطرتی الهی پا به عرصه زندگی در این دنیا می‌گذارند، در ابتدا همه از سطحی از سلامت معنوی برخوردارند و به دیگر سخن، استعداد رسیدن به کمالات معنوی را دارند، گرچه می‌توان میزان آن را بر اساس برخورداری از شرایطی که پیش از تولد و به‌خصوص از طریق پدر و مادر برای آن‌ها فراهم شده تعیین کرد. اما، به‌تدریج انسان تحت تأثیر عوامل گوناگون قرار می‌گیرد و نیز می‌تواند با اختیار، وجود خود را تعالی بخشیده یا آن را به انحطاط بکشاند و از این مرحله است که ارزیابی مبادی اختیاری سلامت معنوی نیز اهمیت ویژه می‌یابد. همچنین، باید توجه داشت که انسان‌ها به رغم ویژگی‌های مشترک و قابلیت‌های متفاوتی که به مقتضای مراحل رشد، تفاوت‌هایی در ظرفیت‌ها دارند که ناشی از محیط، وراثت و مانند اینهاست و بنابراین، در ارزیابی سلامت معنوی، باید به این تفاوت‌ها نیز توجه داشت.

## ۴. مبانی پنج‌گانه سلامت معنوی

در ادامه به توضیح مبانی پنج‌گانه سلامت معنوی می‌پردازیم:

### مبحث اول: مبانی معرفت‌شناختی

#### *۱. امکان شناخت امور نامحسوس*

شناخت امور نامحسوس شدنی است. حس‌گرایان[1] و تجربه‌گرایان[1] تنها راه معتبر برای فهم

1. Empiricists.

واقعیت‌ها را حس و تجربه می‌دانند و بدین ترتیب، چنانچه از راهی دیگر، مانند عقل یا وحی، دربارهٔ موجودی نامحسوس، معرفتی به دست آید، آن را نامعتبر می‌دانند. از نظر ایشان، هرگونه معرفتی دربارهٔ وجود امور نامحسوس یا کیفیت وجودشان پذیرفتنی نیست.

اما حس‌گرایان و تجربه‌گرایان اساساً نمی‌توانند بر نفی اعتبار راه‌های دیگر معرفت، دلیلی اقامه کنند؛ زیرا چنین دلیلی طبعاً حسی یا تجربی نخواهد بود و از دیدگاه ایشان معتبر نیست. از سوی دیگر، فیلسوفان و منطق‌دانان مسلمان، علاوه بر آنکه پذیرفتنی نبودن نتیجه این سخن را که انحصار موجودات در امور محسوس است، اثبات می‌کنند،[۲] نشان می‌دهند که هم روش تجربی وابسته به عقل است[۳] و هم تصدیق به وجود محسوسات، به عقل و استدلال عقلی نیازمند است[۴] و با انکار اعتبار عقل، در واقع، اعتبار معرفت‌های حسی و تجربی نیز قابل تبیین نخواهد بود، و با پذیرش اعتبار عقل، هم می‌توان وجود موجودات نامحسوس را اثبات کرد، و هم اعتبار وحی را برای کشف حقایق نامحسوس پذیرفت.

همچنین، فیلسوفان مسلمان، با اعتقاد به وجود موجوداتی نامحسوس، همچون خداوند و روح انسان، و نیز اثبات وجود آن‌ها، در مباحث هستی‌شناسی و انسان‌شناسی فلسفی، نه تنها امکان، بلکه وقوع شناخت نسبت به امور نامحسوس را نشان می‌دهند.

بدون پذیرفتن این مبنا، وجود خدا، وحی و معاد که از اصول اولیهٔ معتقدات دین اسلام است، و نیز وجود روح، و کمال و سعادت آن، پذیرفتنی نبوده و در نتیجه، نمی‌توان تلقی درستی از سلامت معنوی انسان از دیدگاه اسلام داشت.

### ۲. *تقسیم علم به حضوری و حصولی*

برخی معرفت‌ها حضوری و برخی حصولی‌اند. علم، یا بدون واسطه به خود معلوم تعلق می‌گیرد و وجود آن به طور مستقیم برای عالِمْ منکشف می‌شود، یا آنکه عالم با واسطهٔ چیزی که نمایان‌گر معلوم است و اصطلاحاً صورت یا مفهوم ذهنی نامیده می‌شود از معلومْ آگاه می‌شود. قسم اول را «علم حضوری» و قسم دوم را «علم حصولی» می‌گویند. بدین ترتیب، در علم

---

1. Experimentalists.

۲. ر.ک: ابن سینا، الإشارات و التنبیهات، ج ۳، ص ۹.

۳. ر.ک: ابن سینا، *الإشارات و التنبیهات*، ج ۱، ص ۲۱۶ و ۲۱۷؛ بهمنیار، *التحصیل*، ص ۹۶؛ محمدتقی مصباح یزدی، *آموزش فلسفه*، ج ۱، ص ۱۱۰ـ۱۱۱، ۱۲۰ـ۱۲۱، و ۲۳۹ـ۲۴۰.

۴. ر.ک: ابن سینا، *التعلیقات*، ص ۶۸ ، ۸۸ و ۱۴۸؛ صدرالدین الشیرازی، *الأسفار*، ج ۳، ص ۴۹۸؛ سید محمدحسین طباطبایی، *نهایة الحکمه*، مرحله ۱۱، فصل ۳؛ محمدتقی مصباح یزدی، *آموزش فلسفه*، ج ۱، ص ۲۳۹.

حضوری، علم ما به معلوم، همان خود معلوم است، اما در علم حصولی، علم ما به معلوم، صورتی ذهنی از معلوم است، نه خود آن.

علم ما به خود و حالات درونی‌مان از قسم اول است؛ یعنی برای آنکه از وجود خود یا برای مثل از حالت شادی و امید خود آگاه شویم نیازی به تصور آن‌ها نداریم؛ بلکه خود و حالات خود را به طور مستقیم می‌یابیم و به اصطلاح، آن‌ها را «شهود» می‌کنیم. البته، باید توجه داشت که مقصود از «خود»، در علم حضوری به خود، همان وجود درک کننده است، وگرنه علم ما به رنگ و شکل و سایر ویژگی‌های بدن خود و اجزای آن، که مانند علم به سایر موجودات بیرونی، با ابزارهای ادراکی و با واسطه مفاهیم ذهنی شکل می‌گیرد، حضوری نیست.

در مقابل، علم ما به هر آنچه که با چشم و گوش و سایر ابزارها و حواس ظاهری درک می‌کنیم نمونه‌هایی از علوم حصولی هستند، و مثلاً چنان نیست که با دیدن درخت، خود درخت در ذهن ما تحقق بیابد و آن را بی‌واسطه درک کنیم؛ بلکه صورتی از آن در ذهن ما نقش می‌بندد و با واسطهٔ آن صورت، از وجود درخت بیرون از خود، آگاه می‌شویم.

با توجه به اینکه علم حصولی همواره از راه بکارگیری ابزارها و قوای خاصی حاصل می‌شود، گاه علم حضوری را با علم حصولی مقایسه کرده، می‌گویند علم حضوری از راه شهود حاصل می‌شود. اما باید دانست که مقصود از شهود، مشاهدهٔ حسی نیست؛ بلکه همان یافت درونی است که بدون واسطه و ابزار انجام می‌شود.

وجود هر دو قسم علم ـ حضوری و حصولی ـ روشن است و نیازی به استدلال بر وجود آن‌ها نیست. اما، باید توجه داشت که علم ما به خود صورت‌ها و مفاهیم ذهنی نیز از نوع علم حضوری است؛ یعنی، گرچه علم ما به بسیاری از امور، از طریق وساطت مفاهیم است، اما خود مفاهیم را نزد خود حاضر می‌یابیم و برای آگاهی از خود این مفاهیم، نیاز به مفهوم دیگری نیست، و اگر چنین بود، تسلسل پیش می‌آمد و هیچگاه از هیچ چیز آگاه نمی‌شدیم.

در دانش معرفت‌شناسی، علاوه بر علم به خود، علم به حالات خود، و علم به مفاهیم ذهنی، مصادیق دیگری را نیز برای علم حضوری برشمرده‌اند که عبارت‌اند از: علم به قوای نفسانی، مانند قوای حسی، فکری و حرکتی، علم به افعال بی‌واسطه خود، مانند اراده و تفکر، علم علت هستی‌بخش به معلول و مخلوق خود، و علم معلول به علت هستی‌بخش خود. توضیح آنکه ما همچنان که از حالات درونی خود، مانند شادی و امید، بی‌واسطه آگاه می‌شویم، نیز بدون واسطه می‌یابیم که قوهٔ بینایی و شنوایی و مانند آن را داریم و به همین جهت، بدون نیاز به آموزش نسبت به وجود این قوا، از ابتدا از آن‌ها استفاده می‌کنیم. همچنین، هنگامی که اراده می‌کنیم و بر انجام کاری تصمیم می‌گیریم، از خود اراده و تصمیم خود، بدون واسطه مطلع

می‌شویم. نیز، مخلوق با تمام وجودش در حضور خالق خود است و بنابراین، خداوند بدون هیچ واسطه‌ای از مخلوقات خود آگاه است و به آن‌ها، علم حضوری دارد و از آنجا که معلول در حضور علت هستی‌بخش خود است، و حضور، امری دو سویه است، می‌توان گفت اگر معلول نیز موجودی همچون انسان بوده، بتواند به چیزی علم داشته باشد، وجود علت هستی‌بخشِ خود را به اندازهٔ ظرفیت وجودی خود، بدون واسطه می‌یابد.[۱]

از سوی دیگر، همهٔ علوم عقلی، نقلی و تجربی از نوع علوم حصولی‌اند؛ زیرا در آن‌ها از مفاهیم ذهنی استفاده می‌شود. نیز مفاهیمی که ذهن از یافته‌های حضوری می‌سازد و بدین وسیله دربارهٔ آن علوم حضوری می‌اندیشد یا در این باره با دیگران به گفتگو می‌پردازد، از نوع علم حصولی هستند. بدین‌ترتیب، خود علوم حضوری قابل انتقال نیستند و تنها راه برای انتقال آن‌ها، ساختن مفاهیم ذهنی حاکی از آن‌ها و وارد ساختنشان به حوزهٔ علوم حصولی است تا به وسیلهٔ ابزاری مانند زبان، که بر مفاهیم دلالت دارند، آن مفاهیم به دیگران منتقل شوند.

از این مبنا، برای «خطاناپذیری علم حضوری» و «مراتب علم حضوری» که پس از این مورد بحث واقع می‌شوند، استفاده می‌شود. همچنین، توضیح اعتبار وحی به عنوان یکی از مهم‌ترین ابزارهای معرفت دینی به این مبنا وابسته است، و با توجه به وحدت علم و معلوم در علم حضوری، می‌توان از این مبنا برای تبیین کمال حقیقی انسان در مبانی انسان‌شناختی استفاده کرد.

### ۳. خطاناپذیری علم حضوری

علم حضوری خطاناپذیر است. چنان که گفتیم علم حضوری، علمی بدون واسطه است که در آن، عالم خود معلوم را می‌یابد، نه آنکه از طریق مفهوم معلوم از آن آگاهی یابد، و از آنجا که در علم حضوری، علم و معلوم یک چیز هستند، اساساً در چنین علمی خطا معنا ندارد؛ زیرا خطا در مقابل حقیقت، به معنای عدم مطابقت علم با واقع معلوم است و در جایی قابل فرض است که علم و معلوم دو چیز باشند؛ اما در صورتی که علم و معلوم یکی باشند، فرض عدم مطابقت علم با معلوم، فرض عدم مطابقت چیزی با خودش است که معنا ندارد. بنابراین، یکی از ویژگی‌های مهم علم حضوری که در دانش معرفت‌شناسی از آن استفاده می‌شود، خطاناپذیر

---

۱. برای توضیح بیشتر دربارهٔ علم حضوری و حصولی، ر.ک: صدرالدین الشیرازی، *الأسفار*، ج ۳، ص ۴۱۱ و ج ۶، ص ۱۶۱؛ سید محمدحسین طباطبایی، *اصول فلسفه و روش رئالیسم*، ج ۱، پاورقی ص ۸۳ و ۸۴، و ج ۲، پاورقی ص ۳۵ـ۴۶ از مرتضی مطهری؛ همو، *نهایة الحکمة*، ج ۲، ص ۱۹۵ و ۱۹۶، و ص ۲۵۶ و ۲۵۷ و تعلیقه ۳۵۱ و ۳۹۵ از محمدتقی مصباح یزدی؛ محمدتقی مصباح یزدی، *آموزش فلسفه*، ج ۱، ص ۱۷۱ـ۱۷۸.

بودن این گونه علوم است.[۱]

### ۴. مراتب علم حضوری

علم حضوری مراتبی دارد. علم‌های حضوری از نظر شدّت و ضعف، یکسان نیستند؛ بلکه گاهی علم حضوری، از قوّت و شدّت کافی برخوردار است و به صورت آگاهانه تحقّق می‌یابد، ولی گاهی هم ضعیف و کم‌رنگ است و به صورت نیمه‌آگاهانه و حتّی ناآگاهانه در می‌آید.

اختلاف مراتب علم حضوری، گاه معلول اختلاف مراتب وجود شخص درک کننده است؛ یعنی هر قدر روح انسان از نظر مرتبه وجودی، ضعیف‌تر باشد علوم حضوری‌اش ضعیف‌تر و کم‌رنگ‌تر است و هر قدر مرتبه وجودی‌اش کامل‌تر شود علوم حضوری آن کامل‌تر و آگاهانه‌تر می‌شود. تبیین این مطلب، مبتنی است بر دو مبنای «مراتب داشتن موجودات» (مبنای ۱ هستی‌شناختی) و همچنین «مراتب طولی روح انسان» (در مبنای ۵ انسان‌شناختی).

علاوه بر این، مراتب توجه شخص درک کننده نیز می‌تواند در شدت و ضعف علم حضوری مؤثر باشد. برای مثل بیماری که از درد، رنج می‌برد و درد خود را با علم حضوری می‌یابد، هنگامی که دوست عزیزی را می‌بیند و به او توجه می‌کند دیگر شدّت درد را درک نمی‌کند؛ و بر عکس، موقع تنهایی و به‌خصوص در شب تاریک که توجّهی به سایر امور ندارد، درد خود را با شدّت بیشتر درک می‌کند که علّت آن، شدّت توجّه است.

اختلاف مراتب علم حضوری می‌تواند در تفسیرهای ذهنی آن مؤثر باشد، مثلاً انسان در مراحل اوّلیه با اینکه علم حضوری به خویشتن دارد ممکن است در اثر ضعف این علم، ارتباط خود را با بدن به صورت «رابطهٔ عینیت» تصوّر کند و در نتیجه، بپندارد که حقیقت وجود او همین بدن مادّی یا پدیده‌های مربوط به آن است، ولی هنگامی که مراتب کامل‌تری از علم حضوری برای او حاصل شد و به عبارت دیگر، هنگامی که روح او تکامل یافت دیگر چنین اشتباهی رخ نمی‌دهد. همچنین، ضعف علم حضوری انسان به خودش، موجب می‌شود که بیشتر افراد، بسیاری از توان‌مندی‌ها و قابلیت‌های خود را به روشنی درک نکنند و ناگزیر برای کشف آن‌ها از تجربه کمک بگیرند.

همچنین، با اینکه می‌توان گفت انسان، نسبت به آفریدگار خویش، به نوعی علم حضوری

---

۱. ر.ک: سید محمدحسین طباطبایی، *اصول فلسفه و روش رئالیسم*، ج ۲، پاورقی ص ۳۸ از مرتضی مطهری، و محمدتقی مصباح یزدی، *آموزش فلسفه*، ج ۱، ص ۱۷۵. البته درباره خطاناپذیری علم حضوری، شبهه‌هایی مطرح شده که همگی ناشی از اشتباه گرفتن علم حضوری با علم حصولی است و در جای خود به آن‌ها پاسخ داده شده است (ر.ک: *آموزش فلسفه*، ج ۱، ص ۱۷۶ـ۱۷۸).

دارد، ولی در اثر ضعف مرتبهٔ وجودی و نیز در اثر توجّه به بدن و امور مادّی، این علم به صورت ناآگاهانه در می‌آید، و به همین جهت، با اینکه عموم انسان‌ها اجمالاً نوعی احساس وابستگی به چیزی دارند، ویژگی‌های موجودی را که به طور حقیقی بدان وابسته‌اند به روشنی نمی‌یابند و او را با موجودات دیگر اشتباه می‌گیرند، و در نتیجه، بدان‌ها دست نیاز دراز می‌کنند و به آن‌ها دل می‌سپارند و آن‌ها را خدای خود می‌پندارند، و برای تصحیح این خطا، به استدلال و علوم حصولی نیاز دارند. امّا، با تکامل روح و کاهش توجّه به بدن و امور مادّی و تقویت توجّهات قلبی نسبت به خداوند متعال، همان علم حضوری به مراتبی از وضوح و آگاهی می‌رسد تا آنجا که می‌گوید: «أ یکون لغیرك من الظهور ما لیس لك؟[1]»[2]

با توجه به این مبنا، گرچه سلامت معنوی درجاتی دارد، بالاترین درجهٔ آن در علم حضوری کامل به فقر وجودی و عین ربط بودن همه چیز نسبت به خداوند متعال حاصل می‌شود.

### ۵. ابزارهای علم حصولی

حس، خیال و عقل، ابزارهای اصلی علم حصولی‌اند، و انواع استدلال، تجربه، مرجعیت و تواتر از جمله راه‌های فرعی. عموماً پدید آمدن مفهوم در ذهن، از طریق ابزارها و قوای خاصی صورت می‌گیرد. برای مثال، مفهوم خاصی که از احساس دیدن شیء زردرنگ پیدا می‌کنیم، هنگامی در ما پدید می‌آید که قوهٔ بینایی، ابزار آن را که چشم است به کار بگیرد. در این صورت، چنانچه سایر شرایط لازم برای دیدن آن شیء، از قبیل نور کافی و فاصلهٔ مناسب، فراهم باشد، آن شیء دیده می‌شود و در ذهن، تصور خاصی که «تصور حسی» نامیده می‌شود پدید می‌آید. سایر حواس پنج‌گانه نیز با ابزارهای مناسب خود، انواعی از تصورات حسی را پدید می‌آورند.

قوهٔ خیال، به اصطلاح فیلسوفان، قوهٔ دیگری است که شبیه تصورات حسی را می‌یابد، به گونه‌ای که پس از قطع ارتباط ابزارهای حسی با محسوسات بیرونی، قابل یادآوری هستند. همچنین، ذهن با قوهٔ تخیل خود می‌تواند با ترکیب صورت‌های جزئی خیالی، صور جدیدی را خلق کند، مانند آنکه از ترکیب صورت اسب و پرنده‌ای خاص، صورت اسبی بال‌دار ایجاد می‌کند. این قابلیت ذهنی، می‌تواند منشأ آفرینش‌های هنری، همچون شعر و نقاشی، و نیز طراحی باشد.

عقل از دیگر ابزارهای علم حصولی در انسان است که بنا بر اصطلاح علوم فلسفی، کار ویژهٔ

---

۱. فرازی از دعای عرفه منقول از امام حسین(ع).

۲. ر.ک: آموزش فلسفه، ج ۱، ص ۱۷۷ و ۱۷۸.

آن درک مفاهیم کلی، مانند مفهوم انسان، تجزیه و ترکیب مفاهیم کلی، و تحلیل و ترکیب گزاره‌ها است. بدین ترتیب، عقل، علاوه بر انتزاع مفاهیم کلی از موارد خاص و جزئی، می‌تواند مفاهیم کلی‌ای را که در اختیار دارد به اجزای مفهومی، تحلیل کند، یا با ترکیب آن‌ها، زمینهٔ تعریف (معرفی مفهومی جدید) را فراهم نماید، چنان که می‌تواند با ترکیب انواع گزاره‌ها، استدلال کند و به قضیه‌ای جدید معرفت یابد، و نیز بدین وسیله، دیگران را در تحصیل معرفت به گزاره‌ای جدید یاری نماید.

بدین ترتیب، ابزارهای اصلی علم حصولی را می‌توان حس، خیال و عقل دانست.[۱] البته، برای کسب علم حصولی، ممکن است از ترکیبی از ابزارهای مزبور استفاده کنیم یا یکی از این ابزارها را به شکلی خاص به کار بگیریم که در این صورت، می‌توان راه‌های مزبور را راه‌های فرعی علم حصولی محسوب کرد. برای مثال، قیاس، استقرا و تمثیل، خود، سه نوع کلی از استدلال عقلی هستند. نیز «تجربه» استدلالی عقلی از نوع قیاس است که در آن از مقدمات حسی نیز استفاده می‌شود.

«مرجعیت» (اثوریته)[۲] نیز از دیگر راه‌های علم حصولی است که در آن برای تحصیل علم و پذیرفتن یک نظر، به رأی صاحب‌نظری استناد می‌شود، بدون آنکه برای کسب علم به موضوع، از همان راهی که آن صاحب‌نظر استفاده کرده است، به طور مستقیم استفاده کنیم، مانند آنکه برای دانستن راه درمان بیماری‌ها به نظر پزشکان استناد و به آن اعتماد کنیم. این راه نیز، در واقع، استفاده از نوعی استدلال عقلی است، که در آن، رأی شخص صاحب نظر و مرجع مورد اعتماد، درست و مطابق با واقع تلقی می‌شود. علم به وقایع تاریخی، که از طریق اعتماد به قول تاریخ‌نگاران حاصل می‌شود، علم از طریق اعتماد به شهادت شاهدان، و علم به خبری که کسی برای ما نقل می‌کند از طریق اعتماد به ناقل خبر از این نوع است. نیز علم به بسیاری از

---

۱. البته، فیلسوفان مشایی، وهم را نیز قوه‌ای مستقل برای ادراک معانی جزئی دانسته‌اند (ر.ک: بهمنیار، *التحصیل*، ص ۷۸۶؛ ابن سینا، *الشفاء*: الطبیعیات، الفصل الثالث من المقالة الرابعة من الفن السادس؛ همو، *الإشارات و التنبیهات*، ج ۲، ص )؛ اما ملاصدرا آن را قوه‌ای مستقل نمی‌داند (ر.ک: صدرالدین الشیرازی، *الأسفار*، ج ۳، ص ۳۶۱ و ۳۶۲ و ۵۱۷، و ج ۸، ص ۲۱۵ــ۲۲۱). نیز ر.ک: همان، ج ۳، ص ۳۶۲، تعلیقه علامه طباطبایی؛ و ملاهادی السبزواری، *شرح المنظومة*، ج ۵، تعلیقه استاد حسن‌زاده در ص ۶۵ــ۶۸؛ و محمدحسین طباطبایی، *نهایة الحکمه*، تعلیقه شماره ۳۶۰ از محمدتقی مصباح یزدی. نیز برخی از اندیشمندان مسلمان، میان حس و خیال نیز تفاوت اساسی نمی‌گذارند و آن‌ها را از یک سنخ می‌شمارند. (ر.ک: صدرالدین الشیرازی، *الأسفار*، ج ۳، ص ۳۶۲، حاشیه شماره ۲ از علامه طباطبایی).

2. Authority.

آموزه‌های دینی را که از طریق اعتماد به قول معصومین(ع) حاصل می‌شود، می‌توان از این نوع و معتبرترین اقسام آن دانست.

«تواتر» را نیز می‌توان از راه‌های فرعی علم حصولی دانست. در این راه کـه نـوعی اسـتدلال عقلی است، بدان دلیل علم به واقعه‌ای پیدا می‌کنیم که بسیاری از افراد آن را نقل کرده‌انـد، بـه طوری که باور نمی‌کنیم که همگی آن‌ها توافق کرده باشند که امری خلاف واقع را نقـل کننـد. البته، ممکن است این راه را نیز نوعی مرجعیت به حساب آوریم که در آن به نقل گفتهٔ بسیاری از افراد با شرایطی که گفتیم اعتماد می‌کنیم.

روشن است که اعتبار راه‌های فرعی علم حصولی، وابسته به اعتبار اموری است کـه در ایـن راه‌ها از آن‌ها استفاده می‌شود. برای مثال، تجربه نوعی استدلال عقلی است که نتیجهٔ آن، کشف قانونی کلی دربارهٔ ارتباط یک پدیدهٔ قابل تجربه با عوامل دخیل در پدید آمـدن آن اسـت، و در آن، علاوه بر مشاهدهٔ حسی موارد جزئی، یافتن علل و عوامل پدیدهٔ مورد مشاهده دخالـت دارد. بنابراین، اعتبار تجربه وابسته است به اعتبار هر دو مقدمهٔ استدلال، یعنی وابسته است به اعتبار مشاهدات حسی و اینکه تا چه اندازه درباره اینکه همه عوامل مـؤثر در آن پدیـده را بـه‌درسـتی شناسایی کرده‌ایم اطمینان داشته باشیم. نیز اعتبار مرجعیت، وابسته است به اعتبار دلیلـی کـه درستی آرا و دیدگاه‌های صاحب‌نظری را که به آرای او اعتماد می‌کنـیم اثبـات مـی‌کنـد. بـرای مثال، دلایل عصمت معصومین(ع) از خطا، پشتوانهٔ اعتبار استناد به اقوال ایشان است. نیز اعتبـار تواتر در نقل یک خبر، وابسته است به اینکه تا چه اندازه موجه است احتمال توافق ناقلین خبـر را بر اینکه خلاف واقع سخن بگویند، غیر قابل قبول یا ناممکن بدانیم.

توجه به این مبنا همراه با مراحل رشد، ما را به این مهمّ رهنمون می‌شود که در هر مرحلـه، تربیت معنوی باید با تأکید بر ابزار متناسب با آن مرحله صورت گیرد؛ برای مثال، بـرای تعمیـق باور کودکان به خداوند باید بیشتر بر مثال‌های محسوس تکیه نمود و در سنین بالاتر کـه ذهـن آماده دریافت مفاهیم و استدلال‌های عقلی است باید از ابزار عقل بیشتر استفاده کرد.

### *۶. مراتب علوم حصولی (حس، خیال و عقل)*

علم حصولی دارای مراتبی است. فیلسوفان، به‌خصوص پیروان حکمت متعالیه، با دقت در نحـوهٔ وجود علوم حصولی، نشان داده‌اند که هیچ یک از انـواع علـوم حصـولی، ویژگـی‌هـای اجسـام و مادیات را ندارند، و حتی مفاهیمی که از طریق احساس مستقیم حاصل می‌شوند، گرچه از امـور مادی و محسوس حکایت دارند و برای آنکه ذهـن بتوانـد آن‌هـا را درک کنـد بـه یـک سلسـله عملیات مادی و نیز به شرایط مادی خاص، همچون اعصاب، مغز و مانند آن نیازمنـد اسـت، امـا

خود مفاهیم حاصل، بخش‌پذیر نیستند، امتداد ندارند، جایی را اشغال نمی‌کنند و سایر ویژگی‌های اجسام را ندارند.

با این حال، در میان انواع مفاهیم حصولی که ذهن آن‌ها را درک و انتزاع می‌کند، از جهت دوری و نزدیکی به ویژگی‌های اجسام و مادیات، تفاوت وجود دارد و این امر، موجب می‌شود که علم حصولی دارای مراتبی باشد. مثلاً ادراک حسی، مانند موجودات جسمانی، جزئی و مشخص است و برای درک آن، ارتباط مستقیم با موجود جسمانی لازم است. اما ادراک عقلی، نه مانند اجسام، جزئی است، نه هنگام درک آن، لازم است با مصداقی محسوس از آن، ارتباط داشته باشیم. مفاهیم خیالی، حالت واسطه دارند، و با اینکه درکی جزئی و مشخص در اختیار ما قرار می‌دهند، نیازی نیست هنگام درک آن‌ها، با آنچه از آن حکایت می‌کنند ارتباط حسی داشته باشیم. بدین ترتیب، چنانچه مراتب درک و انتزاع علوم حصولی را از جهت نزدیکی و دوری به ماده و مادیات در نظر بگیریم، ابتدا مرتبهٔ حس قرار خواهد داشت، سپس مرتبهٔ خیال و در انتها، مرتبهٔ عقل[1].

در واقع، مفاهیم حسی به طور مستقیم از محسوسات دریافت می‌شوند و برای ادارک آن‌ها کافی است شرایط احساس آن‌ها فراهم باشد. مفاهیم خیالی برگرفته از محسوسات نیز پس از ادراک حسی ساخته می‌شوند و احیاناً با کمک تخیل با یکدیگر ترکیب می‌شوند. اما، تعمیم مفاهیم جزئی حسی و خیالی برگرفته از محسوسات و دست‌یابی به مفاهیم عقلی آن‌ها، مانند مفاهیم رنگ‌ها، و نیز درک مفاهیم عقلی برگرفته از اموری که به طور مستقیم با علم حضوری درک می‌شوند، مانند مفاهیم کلی شادی و غم، وابسته به این است که پیش از آن چنین ادراکاتی صورت گرفته باشد. به جهت وجود مراتب مزبور در درک و انتزاع علوم حصولی، درک امور حسی آسان‌تر از درک امور خیالی، و درک امور خیالی ساده‌تر از درک مفاهیم عقلی است. درک مفاهیم عقلی مرکب نیز در مرتبهٔ بعد قرار می‌گیرد؛ زیرا نیازمند ترکیب مفاهیمی است که از قبل، ادراک شده‌اند.

همچنین، در میان مفاهیم عقلی، درک مفاهیم منطقی و فلسفی، نیازمند تأمل و مقایسه‌های خاصی نیز هست و ذهن مخاطب باید آمادگی چنین انتزاع‌هایی داشته باشد تا بتواند آن‌ها را درک کند. در این میان، مفاهیمی که به مقایسهٔ کمتری احتیاج دارند و به محسوسات نزدیک‌ترند، مانند برخی مفاهیم ریاضی، راحت‌تر قابل انتزاع هستند تا مفاهیمی که به مقایسه‌های بیشتر نیاز دارند و از محسوسات دورترند، مانند مفاهیم «بهره‌وری»، «علیت»،

---

۱. ر.ک: ابن سینا، *الإشارات و التنبیهات*، ج ۲، ص ۳۲۴؛ و صدرالدین الشیرازی، *الأسفار*، ج ۶، ص ۴۱۶.

«عدالت» و «موجود بی‌زمان».

به همین جهت، درک استدلال‌های ریاضی و فلسفی، برای ذهن‌هایی که ورزیدگی کامل در انتزاع مفاهیم را نداشته باشند دشوارتر از درک علوم تجربی و نقلی است. نیز درک مفاهیم ریاضی، از آن جهت که به محسوسات مربوط می‌شوند، آسان‌تر از درک مفاهیم ماوراء طبیعی است.

بر اساس مبنای مزبور، در سلامت معنوی و رشد معنویت، باید در کنار توجه به مراحل رشد و ظرفیت و استعداد افراد در تجرید و انتزاع مفاهیم، به مراتب علم حصولی توجه داشت. برای مثال، تخیل امور عقلی و ماوراء طبیعی از راه تشبیه معقول به محسوس، می‌تواند درک آن‌ها را تا حدی آسان تر کند.

### ۷. وابستگی معرفت‌های عملی به معرفت‌های نظری

معرفت‌های عملی به معرفت‌های نظری وابسته‌اند . می‌دانیم که بسیاری از معرفت‌های ما دربارهٔ عمل نیستند؛ مانند اینکه «آب در صد درجهٔ سانتی‌گراد می‌جوشد» یا «نیرو و شتاب رابطهٔ مستقیم دارند». از سوی دیگر، شکی نیست که برخی معرفت‌ها به طور مستقیم به عمل مربوط می‌شوند. برای مثال، دانستن اینکه چه کاری خوب است یا چه باید کرد از معرفت‌های عملی محسوب می‌شوند. به اصطلاح، معرفت‌های نظری از هست و نیست‌ها سخن می‌گویند و معرفت‌های عملی از ارزش‌ها، بایدها و نبایدها. اما چنان نیست که میان این دو دسته از معرفت، مرز نفوذ ناپذیری وجود داشته باشد و معرفت‌های نظری و عملی کاملاً با یکدیگر بی‌ارتباط و بیگانه باشند.[1] برای مثال، دانستن اینکه چه کاری برای ما مفید و سودمند است یا

---

۱. گفتنی است که غالب اندیشمندان اسلامی احکام و گزاره‌هایی از نوع «عدالت خوب است» را از مشهورات دانسته و آن‌ها را در قبال ضروریات قرار داده‌اند و در نتیجه، تصریح کرده‌اند که از چنین گزاره‌هایی نمی‌توان در مقدمات برهان استفاده کرد. اما برخی از ایشان تصریح کرده‌اند که این گزاره‌ها از آن جهت از مشهورات محسوب می‌شوند که اعتقاد به آن‌ها به جهت شهرت آن‌هاست و در این صورت است که نمی‌توان آن‌ها را مقدمهٔ برهان قرار داد، اما برخی از همین گزاره‌ها را عقل با برهان و به طور یقینی نیز اثبات می‌کند؛ به علاوه، همه اولیات نیز به یک اعتبار از مشهورات هستند (ر.ک: ابن‌سینا، *الشفاء*: المنطق، ج ۳، کتاب البرهان، ص ۶۶؛ همو، منطق *دانش‌نامه علایی*، ص ۱۲۱ـ۱۲۲؛ نصیر الدین طوسی، *أساس الاقتباس*، ص ۳۴۶ـ۳۴۷) و لازمهٔ این سخن این است که از معرفت‌هایی عملی که با برهان عقلی اثبات شوند می‌توان در مقدمات برهان استفاده کرد. نیز بزرگانی همچون علامهٔ طباطبایی، این‌گونه ادراکات را از سنخ ادراکات اعتباری، و اقامهٔ برهان بر آن‌ها را ناممکن دانسته‌اند. اما دقت در سخنان ایشان نیز روشن می‌کند که ایشان تنها رابطهٔ مستقیم منطقی میان این

موجب سعادت و کمال ما است، از جمله معرفت‌های نظری است که با واسطه به عمل نیز مربوط می‌شود. زیرا، بنا بر مبانی ارزش‌شناختی، ارزش‌ها پشتوانهٔ واقعی دارند. بدین ترتیب، به طور قطع توجه به کمال حقیقی انسان و راه دست‌یابی به آن، راهنمای خوبی برای آن است که بدانیم در چه مسیری باید گام برداریم.[۱]

بر این مبنا، دستورالعمل‌های حفظ و ارتقای سلامت معنوی تبیین‌پذیر و استدلال‌پذیر هستند. به عبارت دیگر، با توجه به این مبنا در مبحث سلامت معنوی، می‌توان از معرفت به خدا و اوصاف او، رابطهٔ خداوند با مخلوقات، راه ارتباط با او، و هدف زندگی، و سایر بینش‌های مربوط، برای معرفت به رفتارهای لازم جهت حفظ و ارتقای سلامت معنوی استفاده کرد.

### ۸. ابزارهای معرفت دینی

ابزارهای معرفت دینی، عبارت‌اند از: وحی، الهام، تحدیث، شهود، تجربه دینی، عقل، حس و مرجعیت. با توجه به تعریف مورد نظر از دین، که «مجموعهٔ معارف لازم برای وصول انسان به سعادت و کمال اوست»، می‌توان گفت اولاً زبان دین، زبانی معرفت‌بخش است، نه صرفاً زبان بیان احساس یا تمثیل و اسطوره، و ثانیاً معرفت‌های دینی انواعی دارند و از راه‌های مختلف به دست می‌آیند.

معرفت دینی را نیز همچون معرفت‌های دیگر بشری، می‌توان به دو نوع حضوری و حصولی تقسیم کرد. در بخش معرفت حضوری، چنان که پیش از این گفتیم، می‌توان با اندکی مسامحه،

---

دو دسته معرفت را منکر شده‌اند، و با این حال، تصریح کرده‌اند که این اعتبار بر حقیقت استوار و دارای آثار واقعی است (ر.ک: سید محمدحسین طباطبایی، *اصول فلسفه و روش رئالیسم*، ج ۲، ص ۱۵۹، ۱۶۱، ۲۱۸ـ۲۱۹، و ۲۳۴؛ همو، *المیزان فی تفسیر القرآن*، ج ۳، ص ۲۹۹)، تشریع و قانون‌گذاری باید از بذر تکوین و وجود رشد یابد (ر.ک: همان، ج ۱، ص ۶۳) و همین قوانین و تکالیف هستند که ارتباط حقیقی با کمال انسان داشته موجب تحصیل عقائد، اخلاق و ملکاتی در انسان می‌شوند که ملاک سعادت در دنیا و آخرت هستند. (ر.ک: همان، ج ۸، ص ۴۸ـ۴۹) البته، به نظر می‌رسد با تحلیل دقیق مفاهیم ارزشی و الزامی همچون خوب و بد و باید و نباید، حتی می‌توان معرفت‌های عملی را به معرفت‌های نظری تحویل برد (ر.ک: محمدتقی مصباح یزدی، *فلسفه اخلاق*، ص ۵۳ـ۱۰۴).

۱. رابطهٔ جهان‌بینی و ایدئولوژی از جمله مصادیق رابطهٔ معرفت‌های نظری و عملی است. در این باره ر.ک: مرتضی مطهری، *مقالات فلسفی*، ج ۳، ص ۱۰۸ـ۱۰۹؛ همو، *مقدمه‌ای بر جهان‌بینی اسلامی*، ج ۳، ص ۹۷ــ۱۰۰؛ همو، *نقدی بر مارکسیسم*، ص ۵۱ـ۵۲؛ همو، *مسأله شناخت*، ص ۱۳ـ۱۵؛ محمدتقی مصباح یزدی، *مشکات*، ۱/۱، ص ۴۲۵ـ۴۳۲؛ همو، *ایدئولوژی تطبیقی*، ص ۵ و ۶. نیز درباره رابطه ارزش و واقع و تاریخچه آن، ر.ک: محسن جوادی، مسأله باید و هست: بحثی در رابطه ارزش و واقع.

راه یا ابزار کلی معرفت را «شهود» نامید. در حوزهٔ معرفت دینی، یافتن بی‌واسطهٔ رابطهٔ وجودی خود با خدای متعال، و تجربهٔ حالات مختلف درونی‌ای که در اثر توجه به این رابطه حاصل می‌شوند، همچون خوف و خشیت، رضا و تسلیم، توکل، صبر، محبت، اخبات، ذلت و عبودیت، که گاه «تجربهٔ دینی» نامیده می‌شود، با معرفت حضوری و شهودی اتفاق می‌افتد.

همچنین، وحی (القای پیام ویژهٔ رسالت به پیامبران)،[1] الهام (القای پیام مخفی به کسی)،

---

۱. وحی بنا بر معنای لغوی، به هر نوع اعلام سریع، پنهانی و اشاره‌وار گفته می‌شود (ر.ک: ابن‌منظور، لسان العرب، و الراغب الاصفهانی، *مفردات ألفاظ القرآن*). در قرآن کریم نیز این واژه به همین معنای عام در موارد متعدد، از جمله در تدبیر عمومی عالم هستی (ر.ک: فصّلت، ۱۲)، هدایت غریزی و فطری حیوانات، مانند وحی به زنبور عسل (ر.ک: نحل، ۶۸)، القای مطلب با اشاره، مانند اشاره حضرت زکریا(ع) به مردم بدون تکلم (ر.ک: مریم، ۱۰ـ۱۱) و القای به قلب یا الهام، مانند وحی به مادر حضرت موسی(ع) (ر.ک: قصص، ۷) یا وحی به حواریین حضرت عیسی(ع) (ر.ک: مائده، ۱۱۱) یا خطورات شیطانی (ر.ک: انعام، ۱۲۱) به کار رفته است. اما این واژه در اصطلاح خاص، تنها به نوعی الهام که القای پیام رسالت به پیامبران الهی است گفته می‌شود. وحی بدین معنای خاص ممکن است بدون واسطه از جانب خداوند باشد ـ همان‌گونه که در یک مورد، قرآن کریم، تنها وحی را به این معنای اخص اطلاق کرده است (ر.ک: شوری، ۵۱) ـ یا با واسطه‌ای باشد که آن واسطه القا کننده پیام نیست، مانند وحی به حضرت موسی(ع) با واسطهٔ درخت در کوه طور، و وحی به حضرت ابراهیم در خواب، یا با واسطه‌ای باشد که خود واسطه، القا کنندهٔ پیام و فرشته وحی است، که در این صورت نیز ممکن است فرشتهٔ وحی دیده شود یا صرفاً صدای او شنیده شود.

اما صرف‌نظر از انواع وحی رسالت، آنچه مقتضای براهین عقلی اثبات نبوت عامه است، لزوم انتقال پیام هدایت الهی به بشر است به گونه‌ای که از هرگونه تغییر، استنباط شخصی، نسیان، خطا و تحریف، از مرحله صدور از جانب خدای متعال تا مرحله ابلاغ به مردم، مصون و محفوظ باشد؛ مطلبی که مورد تأکید و تأیید دلیل نقلی نیز هست (**عَالِمُ الْغَيبِ فَلا يظْهِرُ عَلَي غَيبِهِ أَحَداً إلا مَن ارْتَضَي مِنْ رَسُول فَإِنَّهُ يسْلُكُ مِنْ بَينِ يديه وَمِنْ خَلْفِهِ رَصَداً لِيعْلَمَ أَنْ قَدْ أَبْلَغُوا رِسَالاتِ رَبِّهِمْ وَأَحَاطَ بِمَا لَدَيهِمْ وَأَحْصَي كُلَّ شَيءٍ عَدَداً**؛ جنّ، ۲۶ـ۲۸). در واقع، سایر ویژگی‌های وحی رسالت تنها با اخبار کسی که به او وحی شده قابل تبیین است و صحت مدعای چنین افرادی پس از اثبات نبوتشان با دلایلی همچون معجزه، به مقتضای دلایل عصمت پیامبران تضمین می‌شود. بنابراین گرچه ممکن است وحی را نیز نوعی الهام بدانیم، اما باید توجه داشت که در وحی، محتوای پیام و مفاهیمی که باید به مردم منتقل شود، بدون هیچ کم و کاست و تغییر، دریافت، حفظ و ابلاغ می‌شود و بنابراین با الهام‌هایی که برای افراد عادی حاصل می‌شود یا مکاشفاتی که به جهت کسب وارستگی‌های روحی یا از راه ریاضت‌های خاص برای همه حاصل شدنی است و تفسیرهای ذهنی آن‌ها خطاپذیر است و حتی ممکن است از نوع القائات شیطانی باشد کاملاً متفاوت است؛ چنان که وحی با تجربه‌ای دینی که به اختیار تجربه‌گر وابسته است و راه تحصیل آن آموختنی است و از سوی دیگر، صرف یافتن حالتی درونی است و تجربه‌گر با مفاهیمی که از پیش دارد حالت خود را تفسیر می‌کند، و در نتیجه، با استنباط شخصی و امکان اشتباه وی در تفسیر یافته‌های

تحدیث (سخن گفتن فرشتگان با معصومان یا برخی اولیای خدا)، می‌توانند از راه‌های القای برخی معارف و علوم دینی، به افرادی خاص باشند. معارفی که از این راه‌ها در درون دریافت کنندگانِ پیامْ ایجاد می‌شود از نوع علم حضوری و شهودی است؛ یعنی شخصی که چنین پیام‌هایی را دریافت می‌کند، بدون واسطه از وجودشان در درون خود آگاه می‌شود و آن‌ها را می‌یابد. البته، معرفتی که از این راه به امور دیگر پدید می‌آید، نسبت به آن امور، از نوع علوم حصولی است. برای مثال، چنان که پیامی درباره حکمی شرعی به کسی القا شود، معرفت نسبت به آن حکم شرعی از نوع علوم حصولی خواهد بود. بدین ترتیب، می‌توان این راه‌ها را که

---

خودش نیز کاملاً متفاوت است.

بدین ترتیب، وحی رسالت را چنانچه بتوان به یک معنا نوعی الهام یا تجربهٔ دینی پیامبر دانست، ویژگی‌هایی منحصر به خود دارد که آن را از هر نوع ادراک دیگر به کلی متمایز می‌کند: از جمله ویژگی‌های وحی این است که دریافت کننده وحی به سبب نبوغ خاص یا صرفاً به جهت کسب وارستگی‌هایی به دریافت آن نایل نمی‌آید، (. . . وَلَكِنَّ اللَّهَ يَجْتَبِي مِنْ رُسُلِهِ مَنْ يَشَاءُ . . .؛ آل عمران، ۱۷۹)، چه آنکه امامان معصوم از جهت وارستگی‌ها و فضایل باطنی از همه پیامبران بجز پیامبر خاتم برتر بودند و با این حال، به آن‌ها وحی رسالت نمی شده است. بنابراین، چنان نیست که با اختیار و کسب برخی ویژگی‌ها یا انجام ریاضت‌های ویژه، بتوان به دریافت وحی نایل آمد. دیگر آنکه وحی در اختیار شخصی که به پیامبری رسیده نیز نیست و چنان نیست که پیامبر هر وقت بخواهد یا هرگاه عملی خاص انجام دهد به دریافت وحی نایل شود؛ بلکه ممکن است پیامبر مدتی منتظر وحی باشد و به او وحی نشود (ر.ک: تفاسیر قرآن، ذیل سوره ضحی)؛ و در حالی که انتظار وحی را ندارد آن را دریافت کند (وَمَا كُنْتَ تَرْجُو أَنْ يُلْقَى إِلَيْكَ الْكِتَابُ إِلا رَحْمَةً مِنْ رَبِّكَ ...؛ قصص، ۸۶). بدین ترتیب، شخص پیامبر نیز در دریافت وحی هیچ اختیاری ندارد و منفعل محض است، و نوع وحی، و زمان یا مکان دریافت آن را انتخاب نمی‌کند. ویژگی دیگر وحی که آن را به لحاظ اعتبار معرفتی از مکاشفات، الهامات و تجارب دینی عادی ممتاز می‌کند آن است که پیامبر با وحی، پیام رسالت را از جانب خداوند دریافت می‌کند، نه آنکه صرفاً به حالی دست می یابد و با مفاهیم ذهنی و قوه خیال خود آن را به صورت رسالتی از جانب خداوند تفسیر می‌کند.

با توجه به آنچه در قرآن کریم دربارهٔ وحی به انبیا آمده است می‌توان گفت: پیامبر ممکن است علاوه بر دریافت مفاهیمی که باید به مردم ابلاغ شود، پیام وحی را نیز بشنود، مانند ندایی که به حضرت موسی (ع) وحی شد و به شنیدن آن دعوت گردید (ر.ک: طه، ۱۱ـ۱۳) یا آن را به صورت نوشته نیز ببیند، چنان که برای حضرت موسی (ع) الواح نازل شد (ر.ک: اعراف، ۱۴۵، ۱۵۰ و ۱۵۴)، و حتی ممکن است از طریق وحی، الفاظی معین به قلب پیامبر القا شود. در این صورت، ابزارهای ادراکی شخص پیامبر در تعیین الفاظ خاص برای انتقال مفاهیم نیز هیچ نقشی ندارند، چنان که به تصریح قرآن کریم، خود قرآن از همین نوع وحی بر پیامبر گرامی اسلام(ع) بوده و عین الفاظ قرآن به زبان عربی بر ایشان نازل شده است (ر.ک: یوسف، ۲؛ رعد، ۳۷؛ نحل، ۱۰۳؛ طه، ۱۱۳؛ شعرا، ۱۹۵، زمر، ۲۸؛ فصلت، ۳ و ۴۴؛ شوری، ۷؛ زخرف،۳؛ احقاف، ۱۲).

دارای دو حیثیت هستند از جهتی از راه‌های معرفت حضوری و از جهتی از راه‌های معرفت حصولی در دین به حساب آورد.

همچنین، ابزارهای حس و عقل نیز برای کسب بسیاری از معرفت‌های دینی به کار می‌روند. برای مثال، دیدن معجزهٔ انبیا که یکی از راه‌های اثبات نبوت آن‌هاست، دیدن یا شنیدن آیات قرآن کریم و روایات منقول از معصومان یا دیدگاه فقها و اسلام‌شناسان، که از راه‌های معمول ما برای کسب بسیاری از معرفت‌های دینی است با ابزارهای حسی صورت می‌پذیرد. چنان که پیش از این نشان دادیم، اتکا به کلام خداوند و سخنان منقول از معصومان برای معرفت به محتوای آن‌ها، از نوع مرجعیت است که از ابزارهای فرعی معرفت دینی در بخش معرفت‌های حصولی محسوب می‌شود. به علاوه، عقل ـ که در برخی تعابیر دینی به عنوان حجت باطنی معرفی شده است[1] ـ بنیادی‌ترین معارف دینی، از قبیل اثبات وجود خداوند و اوصاف او، لزوم اطاعت از خداوند متعال، و نیز لزوم نبوت و اثبات معاد را در اختیار ما قرار می‌دهد.

از این مبنا، در توضیح اعتبار برخی از انواع معرفت‌های دینی در مبنای بعد استفاده خواهیم کرد.

### ۹. اعتبار انواع معرفت‌های دینی

معرفت‌های یقینی دین معتبرند و نیز معرفت‌های ظنی که دلیل معتبری برای عمل به آن‌ها وجود دارد، در عمل، معتبرند.گفتیم که معرفت‌های دینی به دو دسته ـ معرفت‌های حضوری و حصولی ـ تقسیم‌پذیرند. معرفت‌های حضوری دینی مانند سایر معرفت‌های حضوری، خطاناپذیر و معتبرند. اما، همان‌گونه که گفتیم ممکن است این معرفت‌ها خود حاوی پیام و معرفت به اموری دیگر باشند، مانند معرفت از راه وحی و الهام. در این صورت، تضمین واقع‌نمایی محتوای این معارف، به استدلالی وابسته است که اعتبار آن‌ها را اثبات می‌کند. بنابراین، چنانچه استدلال معتبری واقع‌نمایی برخی از این راه‌ها را اثبات کند، معرفت‌های دینی حاصل از آن‌ها معتبر خواهند بود، همان‌گونه که دربارهٔ طریق وحی به پیامبران، یا الهام به معصومان(ع) و سخن گفتن فرشتگان با آن‌ها، چنین ضمانت صحت و اعتباری اثبات می‌شود. برای مثال، دلیل حکمت و قدرت الهی که مقتضای ارسال پیامبران و نشان دادن راه سعادت و کمال حقیقی به انسان‌هاست، مقتضی آن است که وحی ـ پیامی که پیامبران مأمور رساندن آن به انسان‌های دیگر هستند ـ کاملاً مصون از تغییر و خطا، دریافت، حفظ باشد و برای مردم بیان شود.

---

۱. ر.ک: الکلینی، *الکافی*، ج ۱، ص ۱۶؛ الحر العاملی، *وسائل الشیعه*، ج ۱۵، ص ۲۰۷.

همچنین، عصمت معصومان ضامن خطاناپذیری محتوای الهاماتی است که به آن بزرگواران می‌شود. اما معرفتی که فردی عادی از طریق خواب یا نوعی الهام، مثلاً دربارهٔ حکمی شرعی پیدا می‌کند، چنین ضمانت صحتی را ندارد، بلکه ممکن است برخی از آن‌ها القائات شیطانی باشد.

همچنین، معرفت‌های عقلی در حوزهٔ دین همچون دیگر معرفت‌های عقلی، چنانچه بر مبانی یقینی معرفتْ مبتنی باشند، کاملاً معتبرند. بدین ترتیب، اساسی‌ترین معتقدات دین اسلام، همچون وجود خدای متعال و توحید، و نیز نبوت عامه و معاد با استفاده از راه عقل اثبات می‌شوند. دلایل عقلی، همچنین پشتوانه اعتبار سایر راه‌ها و ابزارهای معرفت حصولی معتبر هستند. برای مثال، چنان که اشاره شد، عصمت پیامبر و امام، که پشتوانهٔ اعتبار مرجعیت قول آن‌هاست با دلیل عقلی اثبات می‌شود. نیز اعتبار معرفت‌های حسی در حوزهٔ دین، مانند دیدن معجزهٔ پیامبر یا دیدن و شنیدن قرآن کریم، روایات پیشوایان دین و دیدگاه‌های اسلام‌شناسان، همچون دیگر معرفت‌های حسی، نزدیک به بدیهی تلقی می‌شود، هرچند با دلایل عقلی می‌توان اعتبار آن‌ها را نیز اثبات نمود. قرآن کریم نیز به مهم‌ترین ابزارهای کسب معرفت اشاره کرده است: وَجَعَلَ لَكُمُ السَّمْعَ وَالْأَبْصَارَ وَالْأَفْئِدَةَ[1]؛ أَفَلا تَعْقِلُون[2].

مرجعیت گفتهٔ معصومان نیز با پشتوانهٔ دلیل عصمت آن بزرگواران، به محتوای کلام ایشان اعتبار کامل می‌بخشد. اما اخبار و روایاتی که دیگران از قول پیشوایان دین نقل کرده‌اند، در صورتی اعتبار معرفتی دارند که از راه تواتر یا قرائن قطعی دیگر، گفته معصوم را اثبات کنند، مانند حدیث متواتر غدیر خم، که صدور و نیز دلالت آن قابل تردید نیست. اما در صورتی که دلیل قطعی برای صدور آن‌ها از معصومان وجود نداشته باشد یا دلالت روشن و غیر قابل تردیدی نداشته باشند، به مفاد آن‌ها نمی‌توان یقین کرد.

البته، در صورت وجود دلیل قطعی بر اعتبار برخی اخبار باید آن‌ها را مبنای عمل قرار داد، هرچند به لحاظ معرفتی یقینی نباشند. بدین ترتیب، دلایل قطعی عقلی یا نقلی که پیروی عملی از برخی اخبار و روایات ظنی را لازم می‌دانند، پشتوانهٔ اعتبار عملی آن‌ها هستند، مانند اعتبار عملی اخباری که راویان آن شناخته شده و کاملاً مورد وثوق باشند[3].

---

۱. نحل، ۷۸؛ سجده، و ملک، ۲۳.

۲. بقره، ۴۴ و ۷۶؛ آل عمران، ۶۵؛ أنعام، ۳۲؛ أعراف، ۱۶۹؛ یونس، ۱۶؛ هود، ۵۱؛ یوسف، ۱۰۹؛ انبیاء، ۱۰و ۶۷؛ مؤمنون، ۸۰؛ قصص، ۶۰؛ صافّات، ۱۳۸.

۳. شرایط اعتبار و حجیت اخبار و روایات، هم از جهت صدور و هم از جهت دلالت در علم «اصول فقه»، به دقت بررسی می‌شود.

از آنجا که فهم معارف دینی از راه نقل، متوقف بر تشخیص روایات معتبر و فهم مفاد و مراد آن‌هاست، کسانی که با روش‌شناسی صحیح فهم دین (روش فقاهت)، معارف دینی را استنباط می‌کنند، مرجع نهایی قابل اعتماد برای ارائه این گونه معارف به دیگران هستند.

البته، بسیاری از معرفت‌هایی که با روش فقاهت استنباط می‌شوند یقینی نیستند، مانند معرفت‌های مربوط به اعتقادات فرعی و بسیاری از فروعات عملی دین. مسلم است که معرفت‌های ظنی مزبور درجه اعتبار معرفت‌های یقینی را نخواهند داشت و بنابراین، نمی‌توان آن‌ها را به طور قاطع به دین نسبت داد. به علاوه، ممکن است میان دین‌شناسانی که با روش درست به استنباط می‌پردازند، در برخی موارد اختلاف نظرهایی در فهم معارف دینی وجود داشته باشد. در این صورت، چنانچه معرفت‌های مزبور به عمل مربوط باشند، تنها آن دسته از آن‌ها برای عمل معتبرند که با بهره‌گیری از بالاترین توان علمی و به دور از تمایلات نفسانی، بر اساس روش فقاهت، از منابع دین استنباط شده باشند و از این جهت است که بر دیگر مسلمانان لازم است در حد توان بکوشند داناترین فقیه باتقوا را شناسایی کرده و دیدگاه او را مبنای عمل به وظایف دینی خود قرار دهند. به عبارت دیگر، این معرفت‌ها گرچه یقینی نیستند، اما برای عمل حجیت دارند و معتبرند.

بدین ترتیب، هر دیدگاهی دربارهٔ معارف دینی از جانب هر کس معتبر نیست و در فهم معارف دین، بجز معارف قطعی عقلی که برای همه به طور مستقیم قابل شناخت است، تنها می‌توان به اسلام‌شناسان واقعی که به طور روش‌مند از منابع دین استنباط می‌کنند، اعتماد کرد و در مواردی که معرفت باید مبنای عمل قرار گیرد، اما معرفت یقینی قابل حصول نیست و میان فقها نیز اختلاف نظر وجود دارد، باید نظر اعلم را مبنای عمل قرار داد.

## مبحث دوم: مبانی هستی‌شناختی

### *۱. مراتب وجودی*

موجودات دارای مراتب وجودی و برخورداری‌ها و دارایی‌های متفاوت‌اند. برای مثال، جسم دارای امتداد است و وجودش در جهات مختلف و نیز در زمان پخش است، جرم دارد و به نسبت جرمش، قوهٔ جذب اجسام دیگر را دارد همچنین؛ گیاه، علاوه بر اینها، رشد و نمو، تولید مثل و تغذیه دارد؛ حیوان، افزون بر موارد یاد شده، دارای احساس و حرکت ارادی است؛ و انسان، علاوه بر همهٔ اینها، دارای عقل و فکر است. همچنین، موجودات فرامادی، دارای وجود جمعی هستند، و از علم، اراده و سایر ویژگی‌هایی برخوردارند که موجودات مادی آن‌ها را ندارند.

اگر به تفاوت موجودات بر اساس برخورداری‌ها و دارایی‌هایشان توجه کنیم درمی‌یابیم که

می‌توان آن‌ها را بر حسب این برخورداری‌ها و دارایی‌ها مرتب کرد، به گونه‌ای که هر مرتبه بالاتر، وجودی برتر از مرتبهٔ پایین‌تر خود دارد. پس، می‌توان گفت: موجودات دارای مراتب مختلفی از برخورداری و دارایی وجودی‌اند. این برخورداری و دارایی را «کمال» می‌نامند. پس، موجودات دارای مراتب مختلفی از کمال وجود هستند.

با توجه به آنچه صدر المتألهین در *حکمت متعالیه* تحت عنوان «تشکیک وجود» بیان کرده و آن را بر «اصالت وجود» مبتنی نموده است، مراتب داشتن موجودات، به نحوی روشن‌تر قابل تبیین است. در این تبیین، اساساً کل عالم هستی از سنخی واحد و دارای حقیقتی یگانه و در عین حال، شامل مراتب مختلف است و از این جهت، همهٔ هستی شبیه نور است و تفاوت موجودات به تفاوت نورها، و اختلاف مراتب طولی وجود، به شدت و ضعف کمال آن‌هاست.

با ضمیمه کردن اینکه انسان دارای مراتب طولی است و به‌تدریج تغییر می‌پذیرد ـ چنان که در مبانی پنجم و ششم انسان‌شناختی از آن بحث قرار خواهد شد ـ می‌توان نتیجه گرفت: سلامت معنوی ذو مراتب و دارای مراحل طولی مختلف است.

### ۲. تقسیم موجودات به مادی و فرامادی

گرچه دربارهٔ اشیای پیرامون خود می‌توانیم به کمک ابزارهای حسی اطلاعاتی به دست آوریم، اما ابعاد جهان پهناور به اندازه‌ای وسیع است که شاید تا پایان عمر نیز نتوانیم اطلاعی از بسیاری از موجودات محسوس آن به دست آوریم؛ زیرا چه بسا صدها سال دیگر یا بیشتر برای آنکه حتی نوری از آن‌ها به چشم یا دستگاه‌های دریافت امواج برسند زمان نیاز باشد. با این حال، همه این موجودات را محسوس به حساب می‌آوریم، چه آن‌ها که تا کنون با ابزارهای حسی ادراک شده‌اند و چه موجوداتی که در صورت فراهم بودن شرایط، قابل ادراک حسی هستند.

همهٔ موجودات هستی، مادی و محسوس نیستند؛ در جهان هستی، موجوداتی فرامادی نیز وجود دارند که اساساً قابل درک حسی نمی‌باشند. بر این اساس، عالم هستی به عالم «شهادت»، که با حس قابل درک است، و عالم «غیب»، که قابل درک حسی نیست، تقسیم می‌شود[1].

---

۱. ر.ک: بقره، ۳؛ حشر، ۲۲؛ انعام، ۷۳؛ توبه ۹۴ و ۱۰۵؛ رعد، ۹؛ مؤمنون، ۹۲؛ سجده، ۶؛ زمر، ۴۶؛ جمعه، ۸ و تغابن، ۱۸. البته غیب و شهادت نسبی هستند و ممکن است چیزی نسبت به کسی غیب و نسبت به کسی دیگر شهادت باشد، و غیب مطلق، ذات خداوند متعال است که برای هیچکس قابل ادراک نیست. (ر.ک: محمدحسین طباطبایی، *المیزان*، ج ۱۱، ص ۳۳۷، ذیل آیهٔ ۹ از سورهٔ رعد).

موجودات فرامادی، بر خلاف مادیات، قابل ادراک حسی نیستند، و امتدادهای زمانی یا مکانی ندارند، یعنی چنان نیست که وجودشان در جهات مختلف مکانی، مانند بالا و پایین و چپ و راست، پخش و بخش‌پذیر باشد و در طول زمان به‌تدریج بخش‌هایی از وجودشان تحقق یابد؛ بلکه وجود جمعی دارند. بنابراین، موجودات فرامادی، قابل رؤیت نیستند، و نمی‌توان با اشاره، بخش‌های مختلف وجود آن‌ها را نشان داد یا از یکدیگر متمایز کرد.

چنان که در مبنای نخست از مبانی الهیاتی خواهیم گفت، خداوند متعال، که دارای بالاترین درجات کمال وجود است، موجودی غیر مادی و مجرد است. همچنین، در مبانی انسان‌شناختی توضیح خواهیم داد که روح انسان ویژگی‌هایی دارد که قابل تفسیر مادی نیستند. به همین جهت، هویت حقیقی انسان که مربوط به روح اوست، دیدنی نیست و با واحدهای طول، سطح یا حجم قابل اندازه‌گیری نمی‌باشد، و همین‌طور است حالات روحی، مانند شادی، لذت و امید که نه دیدنی هستند، و نه طول و عرض و ارتفاع دارند.

اینک در صدد تبیین موجودات فرامادی نیستیم و تنها به این بسنده می‌کنیم که بنا بر هستی‌شناسی اسلامی، موجودات هستی، به مادیات منحصر نیستند، و موجودات فرامادی نیز وجود دارند.

بدون این مبنا، وجود خداوند متعال به عنوان مهم‌ترین مبنای الهیاتی در سلامت معنوی از دیدگاه اسلام، قابل تبیین نیست. همچنین، با پذیرفتن این مبنا، امکان پذیرش روح، به عنوان بُعدی از ابعاد انسان که وجودی نامحسوس، فرامادی و جاودانه داشته و حقیقت وجودی انسان را تشکیل می‌دهد، فراهم می‌شود. از این مبانی و نتایج آن به تفصیل در انسان‌شناسی بحث خواهد شد.

### ۳. تدریجی بودن عالم ماده

همه موجودات مادی (جسمانی) و نیز موجوداتی که در فعل خود به مادیات و اجسام نیاز دارند، وجودشان تدریجی و دارای امتداد زمانی است.

هر موجود مادی، دارای زمان است و بخش‌های فرضی وجودش به‌تدریج موجود و معدوم می‌شود. همچنین، برخی از موجوداتی که ویژگی‌های فرامادی دارند، در انجام دادن کارهای خود به موجودی مادی نیازمندند و از طریق ارتباط با آن موجود مادی افعال خود را انجام می‌دهند. برای مثال، گرچه روح انسان فرامادی است، اما برای دیدن، شنیدن، فکر کردن، تصمیم گرفتن، حرکت دادن اجسام و دیگر افعال خود، به بدن نیاز دارد و همه این کارها را با واسطه‌گری ابزارهای مادی در بدن خود انجام می‌دهد. این گونه موجودات که در فعل خود

نیازمند جسم و متعلق به ماده هستند، به تبع آن جسم، به‌تدریج تغییر می‌کنند.

برای مثال، ما با آشنایی تدریجی با اشیای مختلف و افزایش دانسته‌های‌مان، اعم از دیدنی‌ها، شنیدنی‌ها و اطلاعات دیگر به‌تدریج بر اشیا و اشخاص پیرامون خود تأثیر می‌گذاریم: می‌سازیم، آموزش می‌دهیم، راهنمایی می‌کنیم؛ و نیز از اشیا و اشخاص پیرامون خود، به‌تدریج تأثیر می‌پذیریم: رشد می‌کنیم، می‌آموزیم و استعدادهای‌مان به‌تدریج شکوفا می‌شوند. پس، موجودات مادی و نیز دیگر موجوداتی که متعلق به ماده هستند، وجود تدریجی دارند.

تدریجی بودن عالم ماده و موجودات متعلق به ماده، با اثبات «حرکت جوهری» در حکمت متعالیه صدرایی، به صورتی روشن‌تر قابل تبیین است. بنا بر حرکت جوهری، همهٔ موجودات مادی، حقیقتی سیال و پویا دارند که وجودشان با همهٔ آثار و ویژگی‌های‌شان پیوسته در حال نوشدن است و هیچ بخشی از وجود سیال‌شان، ثابت و ساکن نیست. موجودات متعلق به ماده نیز گرچه در اصل وجودشان به ماده نیاز ندارند و می‌توانند با قطع تعلق از ماده، باقی بمانند؛ اما هنگامی که برای افعال خود به موجودی مادی تعلق دارند، این تغییر جوهری، پیوسته در وجود آن‌ها نیز راه می‌یابد و آن‌ها را دائماً متحول می‌کند.

از مبنای مذکور می‌توان به کمک مبنای اول انسان‌شناختی که انسان را مرکب از روح و بدن می‌داند، در تبیین این موارد استفاده کرد: روح و بدن انسان دارای وجودی تدریجی‌اند، و به تبع آن، رشد معنوی در مراتب گوناگون به‌تدریج و در مراحل متعدد تحقق می‌یابد. باید به این مراحل به صورت یک کل به هم پیوسته و بدون مرزهای کاملاً دقیق و مشخص توجه شود؛ و آزمون‌های سنجش سلامت معنوی نیز باید به تناسب تدریجی بودن فرایند رشد معنوی تعیین شوند.

### ۴. وجود تزاحم در عالم ماده

در عالم ماده تزاحم‌هایی وجود دارد. هر موجود مادی، فضایی مختص به خود اشغال می‌کند، موجودات زنده برای تغذیه و رشد و نمو خود، از موجودات دیگر استفاده می‌کنند، و بر اثر عوامل طبیعی به‌تدریج رو به افول می‌گذارند و از بین می‌روند. این ویژگی‌ها در بسیاری از موارد با اصل وجود، تداوم وجود یا برخی برخورداری‌های موجودات مادی دیگر، ناسازگار است. برای مثال، وقتی می‌گوییم هر موجود مادی (جسم) فضایی مختص به خود را اشغال می‌کند، بدین معناست که موجود مادی (جسم) دیگر نمی‌تواند همان فضا را اشغال کند؛ هنگامی که گوسفند برای ادامهٔ حیات خود از گیاه تغذیه می‌کند، وجود آن گیاه نمی‌تواند ادامه یابد؛ وقتی عوامل طبیعی موجب پژمرده شدن گل‌ها و گیاهان و پیر شدن حیوانات و انسان‌ها می‌شوند، در واقع،

مانع برخی برخورداری‌های آن‌ها از مواهب حیات می‌شوند و... .

از آنجا که فعالیت‌های درونی انسان، از قبیل تفکر، ادراک، تصمیم، و نیز رفتارهای بیرونی، مانند حرکت‌های بدنی و فعالیت‌های اجتماعی، با کمک ابزارهای مادی و با اثرگذاری بر موجودات مادی دیگر صورت می‌گیرند، این تزاحم در دامنهٔ افعال انسان نیز وجود دارد. برای مثال، در یک زمان مشخص نمی‌توانیم همه اشیای پیرامون خود را ببینیم، هم در تهران باشیم و هم در شهری دیگر، هم به کسب مهارت شنا بپردازیم و هم به رانندگی.

بر این مبنا انسان برخوردار از سلامت معنوی باید بتواند با شناسایی هدف اصلی و اهداف، انگیزه‌ها و رفتارهای مزاحم با آن، به هدف اصلی گرایش بیشتری نشان داده، رفتارهای متناسب با آن را بر رفتارهای مزاحم ترجیح دهد.

## مبحث سوم: مبانی الهیاتی

### *۱. وجود خداوند (کامل مطلق)*

در میان موجودات، موجودی با کمال بی‌نهایت وجود دارد و او خداوند متعال است. اعتقاد به وجود خداوند، در دین اسلام، همچون سایر ادیان آسمانی، محوری‌ترین عقیده است. دست‌یابی به کنه ذات خداوند برای کسی جز خود خداوند ممکن نیست، (لا یدْرِکه بُعدُ الْهِمَم و لا ینالُه غَوْصُ الْفِطَن؛[1] افکار ژرف‌اندیش ذات او را درک نمی‌کنند و دست غوّاصان دریای علوم به او نخواهد رسید) بدین جهت، خداوند را به اوصاف او می‌شناسیم و معرفی می‌کنیم. شاید از میان اوصاف الهی، خالقیت از برجسته‌ترین اوصاف او به شمار رود، یعنی عموماً خداوند را به عنوان کسی که سایر موجودات را خلق کرده و به وجود آورده است می‌شناسیم. اما خداوند دارای مجموعه‌ای از صفات ذاتی و فعلی، ایجابی و سلبی است، که خود این صفات حد و حصر معینی ندارند.

اگر بخواهیم خداوند را به صفات ذاتی و ایجابی او معرفی کنیم، یعنی بگوییم ذات پاک الهی چگونه است، مجموعه‌ای از اوصاف را می‌توان به خداوند نسبت داد که هریک بر جنبه‌ای از کمالات وجود دلالت دارند. از دیدگاه اسلام، وجود خداوند متعال، نه تنها نسبت به سایر موجودات از کمالات بیشتری برخوردار است، بلکه این کمالات به هیچ حدی محدود و به هیچ قیدی مقید نیست. بنابراین، وجود خداوند به گونه‌ای است که از همه کمالات موجودات دیگر برخوردار است بدون آنکه در او نقص و ضعفی راه داشته باشد و صفات کمال او به حدّی محدود

---

۱. *نهج‌البلاغه*، خطبه ۱.

باشد (لیس لِصفتِه حَدٌّ مَحدود؛[1] برای صفات او حد و مرزی وجود ندارد)، و به طور خلاصه، می‌توان گفت: از دیدگاه اسلام، خداوند کامل مطلق است.

از سوی دیگر، می‌دانیم همهٔ موجودات مادی، دارای امتداد و جرم‌اند. همان‌گونه که در مبنای چهارم از مبانی هستی‌شناختی در توضیح ویژگی‌های مادی گفتیم، این بدان معناست که موجودات مادی، وجود جمعی ندارند و در جهات مختلف مکانی و نیز در زمان، پخش و بخش‌پذیرند و به عبارت دیگر، در همه جا و در همه زمان‌ها حضور کامل ندارند. پس خداوند که کامل مطلق و از همهٔ نقایص مبرّاست، موجودی مادی نیست و از زمان و مکان و دیگر محدودیت‌های اجسام منزّه است. به همین دلیل، رشد و نمو و حرکت نیز که مستلزم نداشتن برخی کمالات در برخی مقاطع زمانی است از ساحت خداوند به دور است، و خداوند از آن‌ها نیز منزّه است.

خداوند دارای اوصاف و ویژگی‌هایی مانند علم، قدرت و حیات است که مستلزم هیچ ضعف و نقصی نیستند. می‌توان گفت: کمال مطلق خداوند که به معنای بی‌حد و بی‌نهایت بودن وجود اوست، به گونه‌ای است که در مراتب وجود، هیچ مرتبه‌ای نمی‌توان فرض کرد که هم‌تراز یا بالاتر از مرتبهٔ وجود خداوند باشد؛ بلکه ـ چنان که در مبنای ۲ـ۲ خواهد آمد ـ هر موجود دیگری فرض شود به تمام معنی، نیازمند اوست و به اصطلاحْ «عین فقر و ربط» به اوست.

از این مبنا می‌توان برای اثبات مصداق کمال انسان به عنوان هدف نهایی و معیار اصلی سلامت معنوی از دیدگاه اسلام ـ قرب به خدا ـ استفاده کرد. همچنین، بسیاری از مبانی الهیاتی دیگر مبتنی بر این مبناست که در ذیل به آن‌ها می‌پردازیم.

### ۲. *توحید*

گرچه توحید اساساً به معنای یگانه دانستن خداوند است، در مباحث الهیاتی، از جنبهٔ معرفتی و اعتقادی آن صرف نظر می‌کنیم و آن را به معنای یگانگی خداوند به کار می‌بریم.

یگانگی خداوند به عنوان موجود کامل مطلق، شامل توحید در همهٔ صفات کمالی خداوند می‌شود که فروع گوناگونی دارد. گرچه همهٔ این مبانی به عنوان اصل موضوع پذیرفته می‌شوند و در اینجا نیازی به اثبات آن‌ها نیست، با توجه به اهمیت این مبنا در مبحث سلامت معنوی، تنها ارتباط منطقی فروع توحید با یکدیگر را تبیین می‌کنیم.

---

۱. همان.

### ۱ـ۲) توحید ذاتی[۱]

ذات خداوند متعال یگانه و بسیط است. در بسیاری از مراتب هستی، می‌توان موجودات متعددی را فرض کرد؛ برای مثال، ممکن است دو جسم، دو گیاه، دو حیوان یا دو انسان از نظر کمال وجود، هم‌رتبه باشند اما موجودی که در بالاترین درجهٔ کمال وجود قرار دارد (خداوند) واحد است. پس هیچ موجودی هم‌رتبهٔ خدای یکتا نیست (... لَیسَ کَمِثْلِهِ شَیءٌ ...؛[۲] هیچ چیز مانند او نیست) و همهٔ موجودات دیگر از نظر رتبهٔ وجود در مراتب پایین‌تر قرار می‌گیرند. از این حقیقت، با عنوان «توحید در وجوب وجود» نیز یاد می‌شود.

برای اثبات بساطت و عدم ترکیب در خداوند، می‌توان گفت موجودات مرکب، نیازمند و معدوم شدنی‌اند و از آنجا که خداوند کامل مطلق است و به چیزی نیاز ندارد (... وَاللهُ الْغَنِی...؛[۳] و خداوند بی‌نیاز است) و همچنین وجودش ضروری است و معدوم شدنی نیست (ثُمَّ یبْقَی وَیفْنَی کُلُّ شَیء؛[۴] آنگاه او باقی می‌ماند و همه چیز فانی می‌شوند)، نتیجه می‌شود که خداوند مرکب از اجزا نیست[۵] (یوَحَّدُ وَلایبَعَّض؛[۶] یکتا و بدون جزء است).

اما می‌دانیم که همه اجسام به نوعی مرکب هستند و به همین دلیل، خداوند از قبیل اجسام و موجودات مادی نیز نیست؛ بلکه فرازمان و فرامکان است.

گفتنی است که از نتایج بسیط بودن ذات خداوند، «توحید صفاتی» نیز هست. توضیح آنکه گرچه خداوند به اوصاف متعدد کمال، مانند علم، قدرت و حیات، متصف می‌شود، اما در واقع، مفاهیم متعددِ این صفاتْ یک مصداق بیشتر ندارند و آن همان ذات خداوند است، نه آنکه علم خدا بخشی از وجود خدا را تشکیل دهد، قدرت او بخشی دیگر، حیات او بخش سوم، و همین‌طور؛ زیرا چنان که گفتیم، خداوند بسیط است و اجزا و بخش‌های مختلف ندارد. به

---

۱. باید توجه داشت که اصطلاح فیلسوفان و متکلمان دربارهٔ توحید ذاتی، با اصطلاح عرفا متفاوت است و آنچه در اینجا تحت عنوان توحید ذاتی بیان شده است مطابق مصطلح فیلسوفان و متکلمان است. برای توضیح بیشتر، ر.ک: محمدتقی مصباح یزدی، مشکات، ۱/۱، ص ۸۷ـ۹۷.

۲. شوری، ۱۱.

۳. محمد، ۳۸.

٤. از دعای امام جواد (ع) (ر.ک: الصدوق، توحید، ص ۴۸).

۵. فیلسوفان نشان می‌دهند که خداوند نه تنها به لحاظ خارج، بلکه به لحاظ ذهنی نیز بسیط است، یعنی اجزای ذهنی و مفهومی، مانند ترکیب از ماهیت و وجود، نیز ندارد. برای تفصیل بیشتر در این باره، ر.ک: ملاصدرا، *اسفار*، ج ۶، ص ۱۰۰ـ۱۰۵؛ محمدتقی مصباح یزدی، *آموزش فلسفه*، ج ۲، ص ۳۷۹ـ۳۸۲.

٦. در ضمن توصیف امام رضا (ع) از خداوند (ر.ک: الصدوق، *توحید*، ص ۴۷، ح ۹).

عبارت دیگر، صفات ذات الهی، در واقع، عین یکدیگر و عین ذات او هستند. عینیت ذات خداوند با صفات ذات او را «توحید صفاتی» می‌نامند.

توحید ذاتی، بدین معناست که خداوند هم یگانه است و هم بسیط، یعنی نه تعدد بیرونی دارد و نه ترکیب درونی.

با توجه به این مبنا می‌توان نتیجه گرفت که هدف حرکت استکمالی انسان هدفی یگانه است و ترسیم اهداف نهایی هم‌عرض برای انسان و نیز تعیین معیاری هم‌عرض قرب به خدا برای سنجش سلامت معنوی، نادرست است.

### ۲ـ۲) توحید در خالقیت

تنها خداوند متعال، آفریننده سایر موجودات است.[۱] آفریننده یعنی وجودبخش. بر این مبنا، همه موجودات دیگر در وجود خود نیازمند خداوند هستند و هیچ موجودی در هیچ حال، در وجود خود از خداوند بی‌نیاز نیست. مفهوم نیازمندی در وجود، خود گویای این حقیقت است که این نیازمندی به زمان یا جهتی خاص محدود نیست. یعنی چنین نیست که مخلوقی مانند انسان، تنها برای لحظه، پیدایش خود به خداوند نیازمند بوده، پس از آن از خدا بی‌نیاز شود. زیرا، این به معنای بی‌نیازی انسان در وجود خود پس از لحظهٔ پیدایش است. همچنین، نیازمندی انسان به خدا تنها برای تأمین خوراک، پوشاک و دیگر مایحتاج زندگی‌اش نیست؛ بلکه برای آنچه دارد نیز به خدا نیازمند است. زیرا، همهٔ دارایی‌ها و امکانات مادی و معنوی، از قبیل سلامت، امنیت، دانایی و توانایی که در اختیار اوست، نیز پیوسته از سوی خداوند و به ارادهٔ او در اختیار انسان قرار داده می‌شود و بنابراین، انسان در همهٔ شئون هستی خود نیازمند خدای متعال است (یا أَیهَا النَّاسُ أَنْتُمُ الْفُقَرَاءُ إِلَي اللَّهِ وَاللَّهُ هُوَ الْغَنِی الْحَمِیدُ؛[۲] ای مردم! شما به

---

۱. قرآن کریم خداوند را خالق همه چیز معرفی کرده (ر.ک: زمر، ۶۲؛ انعام، ۱۰۲؛ رعد، ۱۶ و مؤمن (غافر)، ۶۲)، بلکه با استفهام انکاری خالقیت را در خداوند منحصر دانسته است (ر.ک: فاطر، ۳). اما گفتنی است خالقیتی که فقط دربارهٔ خداوند اطلاق می‌شود، خالقیت استقلالی است؛ وگرنه خالقیت به معنای عرفی که شامل خالقیت واسطه‌ای می‌شود دربارهٔ غیر خدا هم به کار می‌رود. برای مثال، خداوند در قرآن کریم خالقیت واسطه‌ای را که در طول خالقیت خداوند و به اذن اوست، به حضرت مسیحی (ع) نسبت می‌دهد: إِذْ قَالَ اللهُ یا عِیسَي ابن مَرْیَم اذْکُرْ نعْمَتی عَلَیكَ وَعَلي وَالِدَتِكَ ... وَإِذْ تَخْلُقُ مِنَ الطِّینِ کَهَیئَةِ الطَّیرِ بِإِذْنی فَتَنْفُخُ فِیها فَتَکُونُ طَیراً بِإِذْنی ... (مائده، ۱۱۰) هنگامی که خداوند گفت: ای عیسی بن مریم! به یاد آور نعمتم را بر تو و بر مادرت ... و هنگامی که به اذن من از خاک به شکل پرنده خلق می‌کنی، پس در آن میدمی تا به اذن من پرنده شود.

۲. فاطر، ۱۵. همچنین، در دعای عرفه منقول از امام حسین (ع) آمده است: **إلهی أنا الْفَقیرُ فی غِنای فَکیفَ لا أکونُ**

خداوند نیازمندید و این خداوند است که بی‌نیاز و شایسته ستایش است)؛ چنان که سایر مخلوقات نیز در همهٔ شئون وجودشان به خداوند نیاز دارند.

بدین ترتیب، نیازمندی همهٔ مخلوقات به خداوند، همیشگی و در همهٔ شئون وجود است. در فلسفه اسلامی، نیازمندی مخلوقات را به خداوند، «امکان فقری» می‌نامند و در فلسفه صدرایی، دربارهٔ مخلوقات چنین تعبیر می‌شود که آن‌ها عین فقر و ربط به خداوند هستند.

توحید در خالقیت، مبنای توحید در مالکیت و ربوبیت، و وحدت نظام هستی است.

### ۳ـ۲) توحید در مالکیت

تنها خداوند، مالک حقیقی همه چیز است. توحید در خالقیت نوعی رابطهٔ وجودی میان خداوند با سایر موجودات را ترسیم می‌کند که بر اساس آن، همهٔ مخلوقات تکویناً در اختیار خداوند هستند؛ بدین معنا که هر چیز همان‌گونه موجود می‌شود که خداوند می‌خواهد. بنابراین، می‌توانیم چنین تعبیر کنیم که همه چیز در اصل وجود و همهٔ شئون وجودش کاملاً در اختیار خداوند و تحت تسلط اوست و به تعبیر دیگر، می‌توان گفت خداوند مالک همه چیز است (لَهُ مَا فِي السَّمَاوَاتِ وَمَا فِي الأَرْضِ وَمَا بَيْنَهُمَا وَمَا تَحْتَ الثَّرَى؛[1] آنچه در آسمان و زمین و میان آن‌ها و در دل خاک است از آن اوست).

البته، مالکیت در معنای عرفی خود، مفهومی است که برای کسی نسبت به چیزی اعتبار می‌شود تا بدین وسیله تصرفات او را در آن چیز معتبر و مجاز بدانند. برای مثال، وقتی کسی مالک کتابی می‌شود، گرچه با مالک شدن آن، رابطهٔ حقیقی و تکوینی او با آن کتاب تغییری نمی‌کند، اما بر اساس همین اعتبار مالکیت، تصرفات او را در آن کتابْ مجاز و برای نمونه، مطالعهٔ آن کتاب را بدون نیاز به اذن شخص دیگر، و خرید و فروش آن را حق وی می‌دانیم. اما مالکیت حقیقی، که همان سلطهٔ تکوینی است، نیازی به اعتبار ندارد و در نتیجه، جواز و حق تصرف مالک حقیقی در ملک خود، یعنی در آن چیزی که حقیقتاً در اختیار و تحت سلطهٔ اوست، ذاتی است و جواز و حق تصرف دیگران نیازمند رضایت و اذن مالک حقیقی، از جمله از راه جعل مالکیت اعتباری برای آن‌هاست.

بدین ترتیب، مالکیت حقیقی و مطلق الهی مستلزم حق انحصاری خداوند برای تصرف در همه چیز است؛ به این معنا که کسی جز خداوند متعال مجاز به تصرف در موجودات نیست مگر

---

**فَقیراً فی فَقْری**؛ معبودا! من در بی‌نیازی خود نیز نیازمندم؛ پس چگونه در نیازمندی خود نیازمند نباشم.

۱. طه، ۶.

به رضایت و اذن او.[۱]

با توجه به این مبنا، برای سنجش بینش، گرایش و رفتار توحیدی، از جمله باید به این مهم توجه کرد که فرد تا چه اندازه برای خود یا دیگران مالکیتی در عرض مالکیت خداوند قائل است.

### ۴ـ۲) توحید در ربوبیت تکوینی

همه چیز در عالم هستی به طور تکوینی تحت ربوبیت الهی است. پس از آنکه دانستیم تنها خداوند آفرینندهٔ سایر موجودات و نیز مالک حقیقی آن‌هاست، باید توجه کنیم که علاوه بر این، تنها اوست که ربّ العالمین است و عملاً در عالم خلقتْ تصرف و آن را اداره می‌کند. در واقع، ربوبیت به معنای تدبیر و اداره کردن است و مقصود از عمومیت ربوبیت تکوینی الهی نسبت به موجودات این است که همه چیز تحت اداره و تدبیر الهی است و هیچ موجود دیگری بدون اذن و مشیت او در اداره جهان دخالت ندارد. تدبیر و اداره موجودات، دارای مصادیق فراوانی، مانند حفظ و نگهداری کردن، حیات بخشیدن و میراندن، روزی دادن، به رشد و کمال رساندن، راهنمایی کردن و مورد امر و نهی قرار دادن است.

البته، این بدان معنا نیست که در ادارهٔ جهان هیچ موجود دیگری به هیچ وجه تأثیر ندارد و خداوند به طور مستقیم و بی‌واسطه همهٔ امور عالم را اداره می‌کند ـ حتی از تعبیر قرآن کریم (فَالْمُدَبِّرَاتِ أَمْراً[۲]؛ پس قسم به آنان (فرشتگانی) که کار را تدبیر می‌کنند)، می‌توان وجود چنین وسایطی در تدبیر جهان را برداشت کرد ـ بلکه مقصود این است که اولاً؛ خداوند کار ادارهٔ جهان را نیز خود انجام می‌دهد و چنین نیست که او تنها آفریننده باشد و موجوداتی دیگر تدبیرگر جهان باشند و ثانیاً؛ چنانچه موجوداتی دیگر نیز در ادارهٔ جهان خلقتْ نقشی داشته باشند، آن‌ها هم سرانجام تحت تدبیر خداوند کار می‌کنند؛ پس آن کسی که مستقل و بدون نیاز به تدبیر موجودی دیگر، کار ادارهٔ جهان را انجام می‌دهد خداوند متعال است و خداوند در کار ادارهٔ جهان شریکی ندارد و به اصطلاح، تدبیر استقلالی عالمْ تنها از آنِ خداوند است.

از این مبنا می‌توان برای توضیح ربوبیت تشریعی خداوند استفاده کرد. همچنین، می‌توان چنین نتیجه گرفت که معنویت حقیقی، در سایهٔ پرورش روحیهٔ توحید در استعانت و توحید در توکل حاصل می‌شود. به عبارت دیگر، کسی که از سلامت معنوی برخوردار است باید در اداره و

---

۱. برای توضیح بیشتر، ر.ک: محمدتقی مصباح یزدی، *نظریهٔ حقوقی اسلام*، ص ۱۱۴ـ۱۱۵؛ نیز همو، *حقوق و سیاست در قرآن*، ص ۹۷ـ۹۸.

۲. نازعات، ۵.

تدبیر زندگی خود تنها از خدا کمک استقلالی بخواهد و تنها به او اتکا و بـر او توکـل کنـد، و از خودمحوری و نیز از اتکا و اعتماد استقلالی به دیگران پرهیز کند.

### ۵ـ۲) توحید در ربوبیت تشریعی

تنها خدای متعال است که دارای ربوبیت تشریعی نسبت به موجودات مختار اسـت. گفتـیم کـه ربوبیت تکوینی تمام جهان خلقت از آن خداوند متعال است، بدین معنا کـه اداره و تـدبیر کـل جهان عملاً در دست اوست. از سوی دیگر، در میان موجودات جهان، برخـی، ماننـد انسـان، بـر اساس تدبیر الهی، دارای اراده و اختیار آفریده شـده‌انـد. امـا یکـی از پیامـدهای اختیـار و اراده داشتن موجوداتی همچون انسان ایـن اسـت کـه عمـلاً بتواننـد راه و روش‌هـای مختلفـی را در زندگی برای خود و دیگران برگزینند یا دیگران را بـه آن وادار کننـد، هرچنـد آن راه و روش بـا آنچه مورد رضایت الهی است متفاوت باشد.

از آنجا که ربوبیت تکوینی الهی عام است و شامل موجودات مختار نیز می‌شود، یعنی آن‌هـا را نیز در نهایت خداوند اداره و تدبیر می‌کند، خداوند متعال تنها کسی اسـت کـه سـزاوار اسـت برای موجودات مختاری همچون انسان، راه و روشی که مورد رضایت خودش است تعیین کند و بر اساس تدبیر عام خود، از آن‌ها بخواهد از اختیار و اراده‌ای که به آن‌ها عطا کرده است تنها در آن راهی که او راضی است استفاده کنند. به عبارت دیگر، تنها خداوند است کـه بـدون نیـاز بـه اذن دیگری، می‌تواند برای رفتار دیگران حد و مرز تعیین کرده، به آن‌ها امر و نهی کنـد، و ایـن دقیقاً به معنای انحصار حق قانون‌گذاری و تشریع استقلالی در خداوند است (... انِ الْحُکْمُ إلا لِلَّهِ ...؛[1] حکم تنها از آنِ خداوند است)، به طوری که اگر دیگران بخواهند قانونی وضـع کـرده، بـرای دیگران تکلیفی تعیین کنند، تنها باید با اذن و رضایت الهی باشد.

پس مقصود از توحید در ربوبیت تشریعی، که از توحید در ربوبیـت تکـوینی (مبنـای ۴ـ۲) نتیجه می‌شود، آن است که هیچ کس بدون اذن الهی حق ندارد قانون وضع کند، به دیگران امر و نهی کند یا دیگران را به انجام دادن کار یا ترک کاری وادار کند و در مقابل، همه موظف‌اند به همه اوامر و نواهی الهی گردن نهند و بی چون و چرا آن‌ها را دربارهٔ خود و دیگران اجرا کنند.

التزام به احکام شرع، به عنوان یکی از مؤلفه‌های عام رفتاری در مبحث سلامت معنـوی، بـر این مبنا قابل استنتاج است.

---

۱. یوسف، ۴۰.

### ۶ـ۲) توحید در الوهیت

هیچ کس جز خداوند متعال سزاوار پرستش نیست. از نتایج توحید در ربوبیت تکوینی و تشریعی، توحید در الوهیت است. زیرا، وقتی پذیرفتیم که تنها خداوند است که اداره و تدبیر کل جهان را در دست دارد و تنها اوست که حق قانون‌گذاری و صدور امر ونهی را دارد، و دیگران چنان که تکویناً تحت تدبیر او هستند باید تشریعاً نیز فرمان‌های او را پذیرا باشند، باید بپذیریم که تنها او این شایستگی را دارد که انسان خود را بی چون و چرا در اختیار او قرار داده، کاملاً مطیع و فرمان‌بردارش باشد.

در واقع، پرستیدن، چیزی نیست جز اظهار بندگی کردن و بی چون و چرا خود را در اختیار کسی قرار دادن. بنابراین، از توحید در ربوبیت تکوینی و تشریعی نتیجه می‌گیریم که تنها خداوند سزاوار پرستش است (لا إله الا الله) و این همان توحید در الوهیت است.

بر این مبنا، توحید در عبودیت، از مهم‌ترین شاخص‌های سلامت معنوی است. به عبارت دیگر، کسی که در برابر موجودی غیر از خدا بندگی می‌کند، از حد نصاب سلامت معنوی برخوردار نیست.

### ۷ـ۲) توحید افعالی

هر کاری در جهان در نهایت با اراده الهی انجام می‌شود. از جمله صفات کمال الهی این است که دارای اختیار مطلق است. اختیار مطلق الهی بدین معناست که همه چیز به خواست خداوند وابسته است؛ آنچه هست چون او خواسته هست و آنچه نیست چون او خواسته نیست. به عبارت دیگر، هیچ چیز در جهان از دایرهٔ خواست و ارادهٔ الهی بیرون نیست و چنین نیست که برخی امور بدون آنکه خداوند بخواهد یا به رغم اینکه خداوند خواسته که نباشند، تحقق یابند.

بدین ترتیب، افعال اختیاری دیگران نیز از دایرهٔ اختیار الهی بیرون نیستند و آن‌ها نیز از آن رو تحقق می‌یابند که خداوند خواسته است به اختیار موجودات دیگر تحقق یابند. بنابراین، هر کسی هر کاری را انجام می‌دهد، با ارادهٔ الهی انجام می‌دهد (وَ مَا تَشَاءُونَ إِلا أَنْ يشَاءَ اللهُ؛[1] و نمی‌خواهید جز اینکه خدا بخواهد).

در نتیجه، «تفویض»، یعنی واگذار شدن افعال اختیاری سایر موجودات به خود آن‌ها و خارج شدن این افعال از دایرهٔ اراده و اختیار الهی، سخنی درست و پذیرفتنی نیست. البته، این به معنای نفی تأثیر اراده‌های دیگران در کارهای خودشان نیز نیست؛ زیرا اراده‌های دیگر در

---

۱. و هیچ چیز را نمی‌خواهید جز آنکه خداوند بخواهد (انسان، ۳۰).

طول ارادهٔ الهی مؤثرند و در نتیجه، دیدگاه جبرگرایانه نیز پذیرفتنی نیست. از امام صادق(ع) نقل شده است که فرمودند: لا جَبْرَ وَلا تَفْویضَ؛ وَلکِنْ أمْرٌ بَینَ أمْرَین؛[1] نه (قول به) جبر درست است و نه تفویض؛ بلکه چیزی بین این دو است.

این امر مانند آن است که یک فعل خاص، مانند باز کردن قفل در، فاعل‌های متعددی در طول یکدیگر دارد؛ هم گردش کلید در قفل و هم کسی که کلید را می‌گرداند، هر دو در را باز می‌کنند، و این فعل به هر دوی آن‌ها قابل استناد است. اما این فاعل‌ها فعل مزبور را با مشارکت یکدیگر انجام نمی‌دهند، به طوری که نیمی از قفل را کلید، و نیمی دیگر را گردانندهٔ کلید باز کند، بلکه این دو در طول یکدیگر عمل می‌کنند. به همین ترتیب، یک فعل اختیاری نیز می‌تواند فاعل‌های متعدد طولی داشته باشد و فاعل همهٔ افعال، در نهایت خداوند و خواست و ارادهٔ اوست (اللهُ خَالِقُ کُلِّ شَیءٍ ...؛[2] خداوند آفرینندهٔ همه چیز است)، (وَاللهُ خَلَقَکُمْ وَمَا تَعْمَلُونَ؛[3] و خداوند شما و آنچه را انجام می‌دهید آفرید).

بر اساس آنچه گفتیم، هیچ موجودی جز خدا، از هیچ جهت استقلالی ندارد و سایر موجودات همهٔ هستی و کمال وجود خود را همواره از خداوند دریافت می‌کنند. در نتیجه، همهٔ مخلوقات نه تنها در آغاز خلقت خود، بلکه همواره محتاج خدایند و نه تنها در اصل وجود، که در دست‌یابی به هر مرتبهٔ دیگری از وجود نیز به خداوند و خواست و ارادهٔ او وابسته‌اند. همچنین، با توجه به این مبنا، مؤثر نهایی در عالم هستی تنها خداوند است و دیگران تنها به واسطهٔ آنکه قدرت، علم، اراده و سایر کمالات خود را از خداوند دریافت می‌کنند منشأ تأثیراتی هستند.

با توجه به همین نکته باید گفت، از نشانه‌های سلامت معنوی، اعتقاد به توحید افعالی است؛ به این معنا که فرد ورای نقش عوامل مستقیم و نزدیک، تأثیر خداوند را به عنوان مؤثر نهایی نیز درک کند. از این رو، انسان سالم باید تنها از خدا بترسد و تنها به او امید ببندند، و در نتیجه، ذکر، دعا و توسل در او وجود داشته باشد، نسبت به خداوند محبت داشته باشد، و دلبستگی وی به خدا او را از همه دلبستگی‌هایی که با آن منافات دارند، بازدارد. وجود روحیهٔ تواضع و پرهیز از تکبر و غرور و نیز روحیهٔ استکبارستیزی از دیگر نشانه‌های برخورداری از سلامت معنوی در دیدگاه اسلام است که بر اساس توحید افعالی و اینکه علم، قدرت و سایر

---

۱. الکلینی، *الکافی*، ج ۱، ص ۱۶، ح ۱۳.

۲. زمر، ۶۲. نیز ر.ک: انعام، ۱۰۲؛ رعد، ۱۶؛ مؤمن (غافر)، ۶۲.

۳. صافات، ۹۶.

کمالات همه موجودات به طور حقیقی از آن خداوند است، تبیین‌شدنی است.

### ۳. قضا و قدر الهی

خداوند همهٔ امور عالم هستی را مقدّر کرده است. واژهٔ «قدَر» به معنای اندازه، و «تقدیر» به معنای سنجش و اندازه‌گیری و ساختن چیزی با اندازه‌ای معین است، و واژهٔ «قضا» به معنای یکسره کردن و به انجام رساندن و داوری کردن (که آن هم نوعی به انجام رساندن است) استعمال می‌شود.

منظور از تقدیر الهی که در آیات قرآن کریم نیز به آن تصریح شده (إِنَّا كُلَّ شَيءٍ خَلَقْنَاهُ بِقَدَرٍ؛[1] ما هر چیز را به اندازه‌ای معین آفریدیم) این است که خدای متعال برای هر پدیده‌ای اندازه و حدود کمّی و کیفی و زمانی و مکانی خاصی قرار داده است که تحت تأثیر علل و عوامل تدریجی تحقق می‌یابد، و منظور از قضای الهی در معنای مورد بحث، که در قرآن کریم نیز به‌کار رفته (... اذَا قَضَي أَمْراً فَإِنَّمَا يقُولُ لَهُ كُنْ فَيكُونُ؛[2] هنگامی که قضای الهی به امری تعلق گیرد، به آن می‌گوید باش، پس تحقق می‌یابد)، این است که پس از فراهم شدن مقدمات و اسباب و شرایط یک پدیده، آن را به مرحلهٔ نهایی و حتمی می‌رساند. طبق این تفسیر، مرحلهٔ تقدیر قبل از مرحلهٔ قضا و دارای مراتب تدریجی، و نیز مشروط به فراهم شدن اسباب و شرایط است و در نتیجه، با تغییر بعضی از اسباب و شرایط تغییر می‌یابد؛ ولی مرحلهٔ قضا، دفعی و نیز حتمی و تغییرناپذیر است.

اما گاهی دو واژهٔ قضا و قدر به صورت مترادف و به معنای «سرنوشت» به کار می‌رود و از این روی، به حتمی و غیر حتمی تقسیم می‌شود و بدین لحاظ است که در روایات و ادعیه، از تغییر قضا یاد شده، و صدقه و دعا، از عوامل تغییر قضا معرفی گردیده است.[3]

بنابراین، مقصود از قضا و قدر عام الهی نسبت به همهٔ موجودات این است که سرنوشت مشروط و حتمی هر موجود، یعنی همهٔ مراحل وجود او با علم و اراده الهی تحقق می‌یابد. به عبارت دیگر، خداوند هم از پیش می‌داند که هر موجودی چه سرنوشتی خواهد داشت (قضا و قدر علمی) و هم با اراده و خواست اوست که سرنوشت هر کسی تحقق می‌یابد (قضا و قدر عینی). این مبنا از ربوبیت تکوینی الهی (مبنای ۴ ـ ۲) و توحید افعالی (مبنای ۷ ـ ۲) استنتاج می‌شود. زیرا، هنگامی که دانستیم خداوند کار ادارهٔ کل عالم هستی و تدبیر آن را بر عهده

---

۱. قمر، ۴۹.

۲. آل عمران، ۴۷.

۳. ر.ک: الکلینی، الکافی، ج ۲، ص ۴۶۹ـ۴۷۰ و الصدوق، من لا یحضره الفقیه، ج ۴، ص ۳۶۸.

داشته، همه چیز در نهایت با خواست و ارادهٔ او تحقق می‌یابد، پی می‌بریم که خداوند همهٔ مراحل وجود موجودات را تدبیر و ایجاد می‌کند، یعنی تحقق همهٔ مراحل وجود موجودات بر اساس تدبیر و با علم و ارادهٔ الهی است.

البته، همان‌گونه که در جای خود توضیح داده شده است، اعتقاد به قضا و قدر الهی و سرنوشت حتمی، مستلزم جبرانگاری نیست و نباید با آن اشتباه شود. انسان، همچون برخی موجودات دیگر، دارای اختیار است و به اندازهٔ اختیار خود در سرنوشت خود مؤثر، و نسبت به افعال اختیاری خود مسؤول است. اما از آنجا که ارادهٔ الهی در طول اختیار و ارادهٔ انسان قرار دارد، علاوه بر آنکه انسان در حیطهٔ اختیار خود در سرنوشت خود دخیل است، سرنوشت انسان سرانجام با اراده و خواست الهی تحقق می‌یابد و نیز خداوند از پیش به سرنوشت هر کسی، و از جمله به آنچه انسان با ارادهٔ خود انتخاب می‌کند و انجام می‌دهد آگاه است.[۱]

از این مبنا می‌توان نتیجه گرفت که کسی که از سلامت معنوی برخوردار است باید در عین باور داشتن به اختیار، به قضا و قدر معتقد بوده، و این اعتقاد موجب جبرانگاری و احساس بی‌مسؤولیتی در وی نشود. نیز از نشانه‌های برخورداری از سلامت معنوی وجود روحیهٔ زهد در فرد است، به گونه‌ای که با ایمان به اینکه سرنوشت او با تدبیر نیکوی الهی تعیین می‌شود، نه بر گذشته و نعمت‌های از دست رفته اندوهگین شود، و نه نسبت به آینده و نعمت‌های در اختیار، سرمست و مغرور شود.[۲]

### ۴. وحدت نظام هستی

مجموعهٔ اجزای عالم هستی نظامی واحد را تشکیل می‌دهند. بنا بر توحید در خالقیت (مبنای

---

۱. برای بحث تفصیلی دربارهٔ قضا و قدر و سرنوشت، ر.ک: مرتضی مطهری، *انسان و سرنوشت*؛ محمدتقی مصباح یزدی، *آموزش عقائد*، درس نوزدهم؛ نیز ر.ک: همو، *مشکات*، ۱/۱، ص ۲۰۷ـ۲۱۷.

۲. عن أمیر المؤمنین(ع): الزُّهْدُ کُلُّهُ بَینَ کَلِمَتین مِنَ الْقُرْآن؛ قَالَ اللهُ سُبْحَانَه: «لِکَیلا تَأْسَوْا عَلَي مَا فَـاتَکُمْ وَلا تَفْرَحُـوا بِمَـا آتَاکُمْ ...(حدید، ۲۳)» وَمَنْ لَمْ یاسَ عَلَی الْمَاضِی وَلَمْ یفْرَحْ بِالآتی فَقَدْ أَخَذَ الزُّهْدَ بِطَرَفَیه؛ تمام زهد میان دو عبارت قرآن است که خداوند سبحان فرمود: «تا بر آنچه از دست شما رفته اندوهگین نشده و به آنچه خداوند به شما داده است مسرور نشوید» و هرکس بر گذشته اندوهگین نشود و به آینده مسرور نگردد، دو طرف زهد را به دست آورده است (نهج‌البلاغه، حکمت ۴۳۹). در واقع، ایمان به قضا و قدر الهی، ایمان به این حقیقت است که بود و نبود هر نعمتی وابسته به تدبیر و اراده الهی است و از آثار چنین اعتقادی، زهد، یعنی دل نبستن و بی‌رغبتی به دنیا است. در این صورت است که انسان نعمت‌های دنیا را امانتی الهی برای امتحان می‌بیند و نه از داشتن آن‌ها مسرور و مغرور می‌شود و نه در از دست دادنشان اندوهگین می‌گردد.

۲-۲)، خالق و علت هستی‌بخش همه چیز، خداوند متعال است. بنابراین، اگر همهٔ موجودات عالم را در یک مجموعه در نظر بگیریم، باید بگوییم مجموعهٔ مزبور، با تأثیر و تأثراتی که اجزای آن در یکدیگر دارند، مجموعه‌ای منسجم و یک‌پارچه است. به عبارت دیگر، کل عالم هستی یک نظام به هم پیوسته است، و همهٔ شاخه‌های هستی با ارتباط وجودی با خدای متعال، به یک ریشه متصل‌اند، نه آنکه عالم هستی مجموعه‌ای پراکنده از موجوداتی باشد که صرفاً میان برخی از آن‌ها رابطهٔ علیت وجود داشته باشد.

از این مبنا برای استنتاج وحدت غایت و هدف هستی استفاده می‌کنیم. همچنین، می‌توان از این مبنا چنین برداشت کرد که نگرش درست توحیدی مقتضی آن است که فرد برخوردار از سلامت معنوی، نگاهی کل‌نگر و تعاملی به همهٔ اجزای هستی داشته باشد.

### ۵. وحدت غایت و هدف هستی

کل هستی دارای غایت و هدفی واحد است. چنان که در مبنای ۴ گفتیم، مجموعهٔ عالم هستی نظامی واحد است و این نظام‌مندی عالم هستی بر اساس توحید تبیین می‌شود. به عبارت دیگر، خداوند یکتا همه عالم را می‌آفریند. همچنین، بنا بر مبنای ۷ ـ ۲ (توحید افعالی)، هر آنچه در عالم هستی تحقق می‌یابد فعل اختیاری خداوند است. از سوی دیگر، چنان که در مبنای ۴ از مبانی هستی‌شناختی گفتیم، افعال اختیاری، همچون سایر امور ممکن، معلول علتی هستند که به وسیلهٔ آن تحقق می‌یابند. این گونه افعال، در واقع، به خواست و ارادهٔ فاعل وابسته‌اند و در صورتی تحقق می‌یابند که فاعل بخواهد آن‌ها را انجام دهد.

آنچه موجب می‌شود فاعل بخواهد کاری را انجام دهد، هدف و غایتی است که برای فاعلْ مطلوب است و از این جهت، «علت غایی» آن فعل نامیده می‌شود. همهٔ خواست‌های فاعل نیز منشأ واحد دارند که عبارت است از حب ذات. به عبارت دیگر، هر کسی ذاتاً خود را دوست دارد و با اختیار خود کاری را انجام می‌دهد که تناسبی با وجود و کمال خودش داشته باشد. بنابراین، می‌توان گفت علت غایی همه افعال اختیاری یک فاعل، خواستن و دوست داشتن خودش است. البته، این دوست داشتن و خواستن خود، که از آن به حب ذات تعبیر می‌شود، خودْ علت خواستن اموری دیگر می‌شود تا سرانجام به انجام دادن فعلْ منتهی گردد.

پس، می‌توان گفت: افعال اختیاری خداوند نیز مانند افعال هر فاعل مختار دیگر، دارای علت غایی است و علت غایی آن‌ها در نهایت، چیزی نیست جز حب ذات، یعنی خواستن و دوست داشتن خدا خودش را؛ و البته حب ذات، مانند علم، قدرت، حیات و دیگر صفات ذات خداوند، عین ذات اوست.

بدین ترتیب، کل هستی غایت واحدی دارد که بر محور توحید شکل می‌گیرد. به عبارت دیگر، چنان نیست که موجودات مختلف با انگیزه‌های مختلف، به طور تکوینی هستی را به سمت غایت‌های متفاوت سوق دهند؛ بلکه کل نظام هستی که فعل الهی است، غایتی واحد دارد (... وَإِلَيهِ يرْجَعُ الأَمْرُ كُلُّهُ...؛[1] و همه چیز به سوی او باز می‌گردد) و (... أَلا إِلَي اللَّهِ تَصِيرُ الأُمُورُ؛[2] همانا همه امور به سوی خداوند باز می‌گردند) و (إِنَّ إِلَي رَبِّكَ الرُّجْعَي؛[3] به درستی که بازگشت به سوی پروردگار توست).

البته، چنان که اشاره کردیم، عموماً حب ذات، خودْ منشأ خواست‌های دیگری است تا به خواستن و انجام دادن فعلی خاص منتهی شود. برای مثال، حب ذات در ما انسان‌ها عموماً منشأ خواستن رفع نیازها و نقایص‌مان است؛ یعنی کارهایی که ما انجام می‌دهیم معمولاً برای این است که نیازی از نیازهای ما برطرف شود. به عبارت دیگر، انسان چون خود را دوست دارد، می‌خواهد سودی ببرد و کامل‌تر شود و برای این منظور، کاری را انجام می‌دهد که به نظرش برای خود او سودمند و موجب تحصیل کمالی است، و به همین جهت، به کسب درآمد یا تحصیل علم و مانند آن می‌پردازد. اما دربارهٔ خداوند، این پندار که او برای به دست آوردن سود و تحصیل کمال کار می‌کند پندار نادرستی است؛ زیرا چنان که در مبنای ۱ گفتیم خداوند کامل مطلق است و نقص و نیازی ندارد تا برای برطرف کردن آن کاری انجام دهد.

دربارهٔ اینکه پس از حب ذات، علت غایی افعال الهی چیست، در مبنای ۶ (حکمت الهی) سخن خواهیم گفت. اما آنچه در اینجا بر آن تأکید داریم تنها این است که علت غایی افعال الهی در نهایت، امری واحد است و این وحدت علت غایی در افعال الهی، موجب نظام‌مندی غایی هستی بر محور توحید است.

از این مبنا برای تبیین حکمت الهی استفاده می‌شود. همچنین، با استفاده از این مبنا می‌توان نشان داد که هدف نهایی انسان و معیار اصلی سلامت معنوی، امری یگانه است.

### *۶. حکمت الهی*

همه افعال خداوند حکیمانه است و هدفی معقول دارد. حکمت ویژگی‌ای است که به موجب آن، فاعل مختاری که واجد این ویژگی است کارهایی را آگاهانه انتخاب می‌کند که با کمالات

---

۱. هود، ۱۲۳.

۲. شوری، ۵۳.

۳. علق، ۸.

حقیقی او سازگار بوده، و در نتیجه، با بیشترین خیر و کمال توأم باشد.[۱] از آنجا که عقل، انتخاب چنین کاری را ترجیح می‌دهد، کار حکیمانه را کار معقول نیز می‌نامند. بدین ترتیب، حکیمانه نبودن کار، یا به دلیل ناآگاهی انجام دهندهٔ آن کار از کمال حقیقی خود است یا به دلیل آنکه وی مراتب پست‌تر وجود خود را بر کمال حقیقی خود ترجیح می‌دهد. برای مثال، انسانی که تمام عمر خود را صرف خوردن، خوابیدن و سایر لذات حیوانی می‌کند، و از کمک به دیگران دریغ کرده، در کسب فضایل اخلاقی کوتاهی و کاهلی می‌ورزد، یا بدان جهت است که کمال انسانی را با کمالات حیوانات برابر می‌داند یا با اینکه می‌داند کمال انسانی برتر از کمالات حیوانی است، به همان لذت‌های حیوانی بسنده و دل خوش می‌کند، و در هر صورت کارهای وی حکیمانه نیست و عمر خود را بیهوده تلف می‌کند. همچنین، است اگر کسی در انجام دادن کاری خاص، هدفی معقول و متناسب با کمال حقیقی خود را در نظر نگیرد و مثلاً بدون محاسبهٔ سود و زیان درازمدت، در مصرف دارایی‌های خود زیاده‌روی و ولخرجی کند و آن‌ها را بیهوده هدر دهد، که در این صورت کار وی حکیمانه نیست.

البته، همان‌طور که در مبنای قبل توضیح دادیم، عموماً هدف انسان‌ها از کارهایی که انجام می‌دهند، پس از حب ذات، کمال‌طلبی است و بنابراین، در صورتی کار انسان حکیمانه نامیده می‌شود که آن کار، او را به کمال حقیقی‌اش نزدیک کند.

اما، چنان که گفتیم حب ذات در خداوند، که کامل مطلق است، نمی‌تواند منشأ کمال‌طلبی باشد؛ یعنی چنان نیست که خداوند برای به دست آوردن سود و کمال، کاری را انجام دهد. در عوض، حب ذات دربارهٔ خداوند موجب دوست داشتن کمالات موجود خود و نیز آثار این کمالات است، و در واقع، آنچه منشأ افعال خداوند است، حب به آثار کمالات خود اوست. توضیح آنکه، هنگامی که خداوند موجودی مانند انسان را می‌آفریند و مثلاً به او روزی می‌دهد، برای آن نیست که از این طریق سودی ببرد، بلکه برای آن است که لازمهٔ برخورداری از کمال مطلق، آفریدن او و روزی دادن به اوست؛ چنان که منبع نور، برای کسب نور، نورافشانی نمی‌کند؛ بلکه لازمهٔ اینکه چیزی منبع نور باشد، نورافشانی است.

پس هدف غایی از افعال الهی، حب ذات و در درجهٔ بعد، حصول کمال در هستی است. اما، ممکن نیست هیچ یک از کارهای خداوند غیر حکیمانه و بیهوده باشد. زیرا، چنان که گفتیم، غیر حکیمانه بودن کار یا ناشی از جهل فاعل به کمال حقیقی خود اوست یا ناشی از گرایش به

---

[۱]. ر.ک: العلامة الحلّی، *کشف المراد فی شرح تجرید الاعتقاد*، ص ۴۱۵ـ۴۱۶؛ همو، الألفین فی إمامة أمیر المؤمنین علی بن أبی طالب (ع)، ص ۴۲۷؛ مرتضی مطهری، مجموعه *آثار*، ج ۱ (*عدل الهی*)، ص ۴۶؛ محمدتقی مصباح یزدی، *آموزش عقائد*، ص ۹۱.

مراتب پست‌تر و ناقص‌تر وجود خود. اما از آنجا که خداوند کامل مطلق است (مبنای ۱)، هم از جهل، مبرّا و منزّه است و هم از مراتب پست و جهات نقص، و بنابراین همهٔ افعال او حکیمانه است و هیچ کار او عبث و بیهوده نیست (وَ مَا خَلَقْنَا السَّمَاوَاتِ وَالأَرْضَ وَمَا بَيْنَهُمَا لاعِبِينَ مَا خَلَقْنَاهُمَا إِلا بِالْحَقِّ ...؛[1] و ما آسمان و زمین را و آنچه میان آن‌هاست بازیچه نیافریدیم؛ ما آن‌ها را تنها به حق آفریدیم). بدین ترتیب، حکمت یکی از اوصاف کمال خداوند است که در همه افعال الهی بروز و ظهور می‌یابد.

به طور خلاصه، همهٔ کارهای خداوند حکیمانه است، و با کمال مطلق او تناسب دارد، بدین معنا که این کارها با کمالاتی که در ذات خداوند وجود دارند متناسب هستند، نه اینکه خداوند با انجام دادن این کارها به سود و کمالی دست می‌یابد. بنابراین، نتیجهٔ ویژگی حکمت خداوند و اینکه او در افعال خود دارای هدفی معقول است و کارهایش حکیمانه است، این است که از خداوند کامل مطلق، همواره بهترین کارهای ممکن صادر می‌شود و هر کاری را نیز به نحو اکمل انجام می‌دهد، به طوری که از این کارها در مجموع، بیشترین خیر و کمال حاصل می‌شود، و حتی قابلیت‌ها و ظرفیت‌هایی را که به موجوداتی مانند انسان عطا می‌کند، مقدمه و وسیله‌ای برای حصول و بروز برخی کمالات در آن‌هاست[2].

از این مبنا می‌توان احسن بودن نظام هستی را به عنوان مبنایی دیگر استنتاج کرد. نیز از این مبنا می‌توان در مبانی انسان‌شناختی نتیجه گرفت که ظرفیت‌ها و قابلیت‌های وجودی مختلف انسان، لغو و بیهوده نیستند و برای وصول انسان به هدفی حکیمانه در او به ودیعت نهاده شده‌اند.

### ۷. نظام أحسن

نظام هستی برترین نظام ممکن است که با حکمت الهی ایجاد شده است. چنان که در مبنای ۵ گفتیم، عالم هستی دارای غایتی واحد است. علت غایی افعال خداوند ـ مانند علت غایی فعل هر فاعل مختار دیگر ـ حب ذات است که عین ذات کامل مطلق الهی است؛ همان ذاتی که خیر محض نیز هست. چنان که در مبنای ۶ گفتیم، در درجهٔ بعد، هدف خداوند از افعال خود، ایجاد کمال در هستی است و بنا بر وصف حکمت الهی، این کارها به صورتی انجام می‌گیرند که در

---

۱. دخان، ۳۸ ـ ۳۹. نیز ر.ک: آل عمران، ۱۷۱؛ انعام، ۷۳؛ مؤمنون، ۱۱۵ و انبیاء، ۱۶ و ۱۷.

۲. ر.ک: محمد تقی مصباح یزدی، *مشکات*، ۱/۱، ص ۱۶۱ــ۱۷۳؛ نیز ر.ک: مرتضی مطهری، مجموعه آثار، ج۴ (معاد)، ص ۶۷۷ـ۶۸۰.

مجموع، کمال و خیر بیشتری حاصل شود.

از سوی دیگر، موجودات مادی همهٔ کمالاتی را که می‌توانند داشته باشند بالفعل ندارند و برای دست‌یابی به آن‌ها گاه مانع و مزاحم موجودات دیگر هستند. مثلاً حیوان برای زنده ماندن، از گیاه تغذیه می‌کند، و انسان، از گیاه و حیوان؛ و به عبارت دیگر، با توجه به مبنای ۴ هستی‌شناختی، عالم ماده، عالم تزاحم است، و کامل شدن یک موجود، مستلزم ایراد نقص و بروز کاستی در برخی موجودات دیگر است.

بنا بر وصف حکمت الهی، عالم ماده نیز به گونه‌ای آفریده می‌شود که در مجموع، بیشترین و برترین کمال از آن قابل دست‌یابی باشد و نظامی که بدین ترتیب حاصل می‌شود، اهدافی متناسب با کمال الهی دارد و حکیمانه نامیده می‌شود، و از آنجا که خداوند کامل مطلق است، تحقق نظامی از موجودات، کامل‌تر از آنچه او ایجاد می‌کند ممکن نیست.

بدین ترتیب، نقص‌ها و کمبودهایی را که در مخلوقات خداوند دیده می‌شود می‌توان به دو دسته تقسیم کرد: دسته اول، نقایص ذاتی است که مربوط به ضعف مرتبه وجود مخلوقات نسبت به خداوند است و اجتناب‌ناپذیر است؛ یعنی اگر بخواهد مخلوقی تحقق یابد طبعاً مانند خداوند کامل مطلق نخواهد بود و همچنین اگر قرار باشد مراتبی طولی از موجودات تحقق یابد، باید برخی ناقص‌تر از برخی دیگر باشند. دسته دوم از نقایص و کمبودها مربوط است به نقص عرَضی، که در تزاحم موجودات مادی با یکدیگر پدید می‌آید. مثلاً برای آنکه انسان وجود داشته باشد و بتواند به زندگی خود ادامه دهد لازم است که از برخی گیاهان و حیوانات تغذیه کند و به آن‌ها نقصی وارد کند؛ همچنین، اگر به طور طبیعی برخی انسان‌ها فقیر و برخی غنی باشند، امکان کسب کمالاتی همچون انفاق و صبر در انسان‌ها پدید می‌آید، و عمر محدود انسان، امکان انتقال به عالم آخرت و بهره‌مندی او از نعمت‌های ابدی را فراهم می‌کند، و بنابراین، برای وجود جهانی که در آن، کسب این کمالات اخلاقی ممکن باشد، وجود نقایصی از قبیل فقر و مرگ گریزناپذیر است. اما این گونه نقایص و کمبودها، به مقتضای حکمت الهی به گونه‌ای ترتیب می‌یابند که از مجموع آن‌ها بیشترین کمال و خیر ممکن قابل حصول باشد، و تا جایی که ممکن است مخلوقات بیشتر به کمالات بیشتری دست یابند و نظامی که بدین صورت به وجود می‌آید نظام احسن نامیده می‌شود (الَّذِی أَحْسَنَ کُلَّ شَیءٍ خَلَقَهُ؛[1] آن کس که هر چیزی را به نیکوترین وجه خلق کرده است).

البته، مقصود از نظام احسن این نیست که وضعیت هر موجود در هر زمان، بهترین وضعیت

---

۱. سجده، ۷.

ممکن برای آن است؛ بلکه مقصود آن است که مجموع این نظام در کل وجودش، کامل‌ترین نظامی است که امکان تحقق دارد. بنابراین، احسن بودن نظام هستی منافاتی با لزوم تلاش برای تکامل بیشتر و رفع کاستی‌ها و نقایص، و وصول خود و دیگران به اهداف متعالی ـ که خود بخشی از همین نظام است ـ ندارد.

از این مبنا می‌توان هدف حکیمانه از آفرینش انسان را در راستای هدف حکیمانه کلی از آفرینش جهان نتیجه گرفت و از آن در تعیین معیار کلی سلامت معنوی از دیدگاه اسلام استفاده کرد.

### ۸. عدل الهی

خداوند عادل است. عدالت در لغت به معنای برابری و برابر قرار دادن، و در عرف، به معنای «دادن حق هر کسی به گونه‌ای که استحقاق دارد» است و گویا نکتهٔ انتقال از معنای لغوی به عرفی، برابری و هم‌سنگی رفتار شخص عادل با حق طرف مقابل است. این واژه با توسعه در مفهوم آن، به معنای «قرار دادن هر چیز در جای شایستهٔ خود» نیز به کار می‌رود که در واقع، عام‌تر از معنای عرفی و تقریباً هم‌معنای حکمت است. از آنچه دربارهٔ اوصاف خداوند گفتیم، می‌توان نتیجه گرفت که خداوند، هم در خلقت و آفرینش موجودات، آن‌ها را به شایسته‌ترین وجه ـ که مطابق الگوی نظام احسن است ـ می‌آفریند، و بدین ترتیب، هر چیز را در جای خودش قرار می‌دهد (الَّذِی أَحْسَنَ کُلَّ شَیءٍ خَلَقَهُ؛[1] آن کس که هر چیزی را به نیکوترین وجه خلق کرده است)، هم به موجودات مختاری همچون انسان، مطابق استعداد و طاقت آن‌ها تکلیف می‌کند تا بتوانند به کمال خود راه یابند (لا یکَلِّفُ اللهُ نَفْساً إِلا وُسْعَهَا...؛[2] خداوند به کسی جز به اندازه توانایی‌اش تکلیف نمی‌کند)، هم در مقام قضاوت و داوری، متناسب با عمل آن‌ها قضاوت می‌کند تا استحقاق پاداش و کیفری که برای وصول به آن آفریده شده‌اند مشخص شود (... قُضِی بَینَهُمْ بِالْقِسْطِ وَهُمْ لا یظْلَمُونَ؛[3] میان آن‌ها به قسط داوری می‌شود و به ایشان ستم نمی‌شود)، و هم در مقام پاداش و کیفر، آن‌ها را به نتیجه‌ای که متناسب با عمل اختیاری خودشان است می‌رساند تا هدف از آفرینش آن‌ها تأمین شود (فَمَنْ یعْمَلْ مِثْقَالَ ذَرَّةٍ خَیراً یرَهُ وَمَنْ یعْمَلْ مِثْقَالَ ذَرَّةٍ شَرّاً یرَهُ؛[4] پس هر کس ذره‌ای کار خیر انجام دهد آن را می‌بیند و هر کس

---

۱. سجده، ۷.

۲. بقره، ۲۸۶.

۳. یونس، ۷و ۵۴؛ نیز ر.ک: زمر، ۶۹ و ۷۵و مؤمن (غافر)، ۲۰ و ۷۸.

۴. زلزله، ۷ و ۸ .

ذره‌ای کار بد انجام دهد آن را می‌بیند). بنابراین، ویژگی عدالت در خداوند متعال، با عقل قابل اثبات است و البته مقتضای آن، برابر قرار دادن همهٔ موجودات یا همهٔ انسان‌ها نیست.[۱]

با توجه به این مبنای الهیاتی، باید در میزان انتظارات و نحوهٔ ارزیابی افراد از جهت سلامت معنوی، هماهنگ با عدالت حاکم بر نظام خلقت، اصل تناسب و اعتدال را رعایت کرد.

### ۹. هدف از آفرینش جهان

هدف اصلی از آفرینش جهان هستی، انسان کامل است. بر اساس نظام‌مندی غایی هستی (مبنای ۵)، آفرینش غایت‌مند است. همچنین، بر اساس حکمت الهی (مبنای ۶)، آفرینش جهان حکیمانه و دارای هدفی معقول و متناسب با کمالات بی‌نهایت الهی است، که در درجهٔ اول، حب خداوند به ذات مقدس ربوبی است و در درجهٔ بعد، حصول و بروز کمال به نحو اکمل، و بنا بر نظام احسن (مبنای ۷)، نظام هستی به گونه‌ای آفریده می‌شود که در مجموع، بیشترین خیر و کمال از آن حاصل شود.

آنچه گفتیم هدف کلی از آفرینش مجموع عالم خلقت بود. اما با توجه به اینکه برخی مخلوقات زمینه را برای وجود یا تغییر برخی مخلوقات دیگر فراهم می‌کنند، می‌توان پرسش از هدف آفرینش جهان را به معنایی دیگر مطرح کرد و آن پرسش از آن موجودی است که دیگر موجودات برای تحقق آن آفریده شده‌اند. به عبارت دیگر، در این مرحله، سؤال دربارهٔ هدف آفرینش جهان، این است که: «مقصود اصلی از آفرینش مخلوقات، کدامیک از آن‌ها بوده است؟».

پاسخ این سؤال، بر اساس ملاک حکمت، این است که از میان مخلوقات، کامل‌ترین آن‌ها مطلوب و مقصود اصلی است و اگر حصول چنین مرتبه‌ای از کمال، نیازمند شکوفایی اختیاری ظرفیت‌ها و قابلیت‌هایی در آن موجود و نیز به وجود آمدن موجوداتی باشد که زمینه‌ساز پیدایش آن و نیز زمینه‌ساز شکوفایی کمال اختیاری او باشند، همه آن‌ها به تبع پیدایش و تکامل چنین موجودی، مطلوب و مقصود از آفرینش الهی واقع می‌شوند.

بنا بر مبانی انسان‌شناختی، در میان موجوداتی که می‌شناسیم، انسان موجودی است که با برخورداری از قدرت تعقل و انتخاب آگاهانه، امکان وصول به بالاترین درجات کمال ممکن برای یک مخلوق را دارد و بنابراین، می‌توان گفت هدف از آفرینش جهان، پیدایش انسان و فراهم شدن زمینه برای رشد و تعالی و تکامل او بوده است.

---

۱. ر.ک: محمدتقی مصباح یزدی، *آموزش عقائد*، درس بیستم.

قرآن کریم با اشاره به این هدف، خلقت آنچه را در زمین است برای انسان می‌داند (هُوَ الَّذِی خَلَقَ لَکُمْ مَا فِی الأَرْضِ جَمِیعًا ...؛[1] او همان کسی است که همهٔ آنچه در زمین است برای شما آفرید) و در روایاتی که از ائمه معصومین(ع) وارد شده، وجود گرامی رسول خدا(ص) و امیرمؤمنان، بلکه همه ائمه اطهار(ع) به عنوان هدف آفرینش سایر مخلوقات ذکر شده است.[2]

بدین ترتیب، می‌توان گفت هدف از آفرینش همهٔ مخلوقات، به وجود آمدن نوع انسان بوده است که قابلیت وصول به بالاترین درجات کمال را داشته باشد، هدفی که در وجود انوار پاک معصومان(ع) به فعلیت کامل رسیده است.

بر این اساس، هدف نهایی انسان که همان هدف از آفرینش جهان هستی است، دست‌یابی انسان به بیشترین کمالات اختیاری ممکن است. نیز با توجه به مبانی ۱ و ۲ از مبانی الهیاتی، بالاترین درجهٔ کمال هستی، مخصوص ذات یگانه خداوند متعال است و بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که هدف نهایی انسان، وصول انسان به عالی‌ترین کمالات وجود است که از آن به «قرب الهی» تعبیر می‌شود و امری ذو مراتب است و طبعاً هدف نهایی، رسیدن به بالاترین درجه ممکن قرب به خداوند است.

### ۱۰. هدایت تکوینی

خداوند همهٔ موجودات را به طور تکوینی، به بهترین مسیر هدایت می‌کند. بر اساس حکمت الهی (مبنای ۶)، آفرینش همهٔ موجودات دارای هدفی معقول است. از آنجا که بسیاری از موجودات وجودی تدریجی دارند، و در طول زمان با تغییراتی مواجه می‌شوند، حکمت خداوند مقتضی آن است که آن‌ها را به گونه‌ای بیافریند که با این تغییرات، سرانجام به مقصدی معقول برسند. از سوی دیگر، بنا بر توحید در ربوبیت تکوینی (مبنای ۴ ـ ۲)، کار ادارهٔ این موجودات با خداوند متعال است و اوست که با تدبیر حکیمانهٔ خود در تمام مدت وجودشان، زمینه‌ها و

---

۱. بقره، ۲۹.

۲. در حدیث قدسی که از امیرالمؤمنین علی(ع) دربارهٔ پیامبر اکرم(ص) روایت شده آمده است که «**لولاک ما خَلَقْتُ الأفْلاک**» (*بحار الأنوار*، ج ۵۴، ص ۱۹۹)؛ اگر وجود تو (مقصود) نبود، افلاک را نمی‌آفریدم. نیز در حدیثی قدسی به روایت امام صادق(ع) بعد از بیان نبوت پیامبر اکرم(ص) و امامت علی(ع)، آمده است که «**لولاهُما ما خَلَقْتُ خَلْقی**» (الحرّ العاملی، *الجواهر السنیه*، ص ۲۳۹)؛ اگر آن دو نبودند، چیزی را نمی‌آفریدم. همچنین، در حدیث قدسی معراج، بعد از تصریح به نبوت پیامبر و امامت ائمه معصومین(ع) خداوند می‌فرماید: «**فَلَوْلاکُمْ ما خَلَقْتُ الدُّنیا وَالآخِرَةَ و لا الْجَنَّةَ وَالنَّار**» (همان، ص ۲۳۹)؛ اگر شما (پیامبر و ائمه اطهار) نبودید، نه دنیا و آخرت، و نه بهشت و دوزخ را نمی‌آفریدم.

شرایط را برای آن‌ها به گونه‌ای فراهم می‌کند که بتوانند به سمت مقصد مزبور حرکت کنند و بر اساس مبنای نظام احسن (مبنای ۷)، آن‌ها را چنان اداره می‌کند که در مجموع بیشترین خیر و کمال از آن‌ها حاصل شود. فراهم کردن زمینه‌های عملی حرکت موجودات به سمت مقصد مطلوب از آفرینش آن‌ها، هدایت تکوینی نامیده می‌شود (وَالَّذِی قَدَّرَ فَهَدَي؛[1] و آن کس که (هر موجودی) را به اندازۀخویش مقدّر کرد آنگاه او را هدایت نمود).

پس، مقصود از هدایت تکوینی الهی این است که خداوند به مقتضای حکمت و بنا بر ربوبیت تکوینی خود و مطابق الگوی نظام احسن، شرایط تحقق و تغییر هر موجودی را به گونه‌ای تنظیم می‌کند که برای حصول بیشترین خیر و کمال از هستی، لازم است. در نتیجه، جهت حرکت عمومی پدیده‌های جهان، در مجموع، رو به رشد، کمال و تعالی است.

از این مبنا می‌توان وجود حس امید و خوش‌بینی و نشاط نسبت به آینده را به عنوان نشانه‌هایی از وجود سلامت معنوی نتیجه گرفت. همچنین، از این مبنا، هدایت تشریعی الهی نسبت به انسان نیز نتیجه می‌شود که خود در استنتاج برخی شاخص‌های سلامت معنوی مؤثر است.

### *۱۱. هدایت تشریعی*

خداوند موجودات مختار، مانند انسان را علاوه بر هدایت تکوینی عمومی، به صورت تشریعی نیز هدایت می‌کند. مقصود از هدایت تشریعی الهی ـ که ناشی از هدایت تکوینی و حکمت آفرینش موجودات مختاری چون انسان است ـ این است که خداوند موجودات مختار و از جمله انسان را، علاوه بر هدایت عام تکوینی خود که به موجب آن حتی موجودات فاقد شعور و اراده را نیز تدبیر و به سمت هدف مقصود از آفرینش آن‌ها هدایت می‌کند، با وسایل درونی (مانند عقل و سایر قوای ادراکی) و وسایل بیرونی (مانند ارسال پیامبران و فرستادن کتب آسمانی، و وضع قانون و شریعت) به راهی که تنها با انتخاب و پیمودن اختیاری آن می‌توانند به کمال خود نایل آیند، راهنمایی می‌کند.

توضیح آنکه با توجه به مبانی انسان‌شناختی، انسان موجودی مختار است و با توجه به موانع تعلیم و تربیت، در تشخیص راه کمال، پیوسته با محدودیت‌ها و موانعی روبه‌رو است و بدین دلیل، همواره برای تعیین راه دست‌یابی به کمال حقیقی خود، نیازمند راهنمایی است.

برای راهنمایی بشر به کمال حقیقی ممکن است راه‌های مختلفی ارائه شوند که به دلیل

---

۱. اعلی، ۳.

وجود محدودیت‌ها و موانع تعلیم و تربیت، تشخیص درستی یا نادرستی مستقیم آن‌ها بـه طـور کامل برای ما شدنی نیست. بدین ترتیب، تنها راه ممکن برای شناخت راه درست کمال، مراجعه به کسی است که آن راه را به طور کامل و بدون اشتباه بشناسد و مطمئن باشیم که به درسـتی آن را برای ما گزارش می‌کند.

بر اساس وجود خداوند کامـل مطلـق (مبنـای ۱)، خداونـد دارای علـم مطلـق اسـت و نیـز خیرخواه انسان و در گفتار خود صادق است. بنابراین، تنها خداوند است که مـی‌توانـد مـا را بـه سوی کمال حقیقی‌مان هدایت کند و راه درست وصول به آن را از طریق ابلاغ دین الهی، به مـا بشناساند (هُوَ الَّذِی أَرْسَلَ رَسُولَهُ بِالْهُدَي وَدِينِ الْحَقِّ؛[1] اوست آنکه پیامبر خود را با هدایت و دیـن حق فرستاد).

بدین ترتیب، ادیان و مکاتب زمینی و ساختهٔ دست بشر، از جمله عرفان‌های بدلی و مکاتـب مختلف اجتماعی، اقتصادی، سیاسی، حقوقی و تربیتی، که بر اسـاس اندیشـهٔ نـاقص و محـدود بشر، یا بر اساس توافق و قرارداد تعدادی از افراد، یا با نظر بیشتر مـردم، و بـدون اتکـا بـه دیـن آسمانی حق و در قبال روش‌های مورد قبول دین، ترویج می‌شوند، اعتبار کافی ندارند.

البته، کسانی که در تشخیص دین حق یا جزئیات آن قصور داشته باشند و دستشان از دین حق کوتاه باشد، یعنی یا از پی‌جویی و تحقیق دربارهٔ آن به کلی غافل باشند ـ مانند دیوانگـان و خردسالان ـ یا علی رغم پی‌جویی و تحقیق، نتوانند حقیقت را بیابند، معذورند و بلکه بـه انـدازهٔ تلاش خود مأجورند. اما کسانی که امکان جستجو و تحقیق دربـارهٔ دیـن حـق و جزئیـات آن و مراجعه به دین‌شناسان مورد اعتماد را دارند و با این حال، در این راه کوتاهی و تقصیر می‌کنـد، معذور نخواهند بود.

از این مبنا می‌توان نتیجه گرفت که برای سنجش سلامت معنوی، توجه به میزان پیروی از تعالیم و راهنمایی‌های دین الهی حق لازم است.

### ۱۲. خاتمیت، جامعیت و جهانی بودن اسلام

رسول گرامی اسلام، حضرت محمد(ص) آخرین پیامبر الهی است و دین او ـ اسلام ـ تـا ابـد تنهـا دین معتبر برای همگان و پاسخ‌گوی همهٔ نیازهای اساسی انسان برای سعادت است.

مقصود از خاتمیت این است که خداوند در راستای هدایت تشریعی، پس از ارسال پیـامبران متعدد، مانند ابراهیم، موسی و عیسی(ع) آخرین دیـن آسـمانی، یعنـی دیـن اسـلام را بـا بعثـت

---

۱. توبه، ۳۳؛ فتح، ۲۸ و صف، ۹.

آخرین پیامبر، حضرت محمد(ص)[۱] به بشر ارزانی داشته است. بنابراین، پس از این، نه پیامبری از جانب خداوند به رسالت مبعوث خواهد شد، و نه هیچ دین دیگری برای راهنمایی بشر به سعادت و کمالْ نازل می‌گردد.

همچنین چنان که در مبحث اسلام و قلمرو آن گذشت، دین اسلام از جامعیتْ برخوردار بوده، همه ساحت‌های حیات انسانی را در بر می‌گیرد و پاسخ‌گوی همه نیازهای اساسی برای تأمین سعادت بشر است.

از سوی دیگر، رسالت پیامبر اسلام نیز جهانی است و به قوم و قبیله‌ای اختصاص ندارد(وَ مَا أَرْسَلْنَاكَ إِلا كَافَّةً لِلنَّاسِ بَشِيراً وَنَذِيراً وَلَكِنَّ أَكْثَرَ النَّاسِ لا يَعْلَمُونَ؛[۲] و تو را جز بشارت‌دهنده و بیم‌دهنده‌ای برای همه مردم نفرستادیم ولی بیشتر مردم نمی‌دانند). به همین دلیل، پیامبر اسلام با نوشتن نامه‌های متعدد، سران کشورهای مختلف، مانند قیصر روم، پادشاه ایران، فرمانروایان مصر، حبشه و شامات، و نیز رؤسای قبایل مختلف عرب را به اسلام دعوت کردند.

---

۱. قرآن کریم به صراحت پیامبر اسلام را خاتم همهٔ پیامبران معرفی می‌کند: **مَا كَانَ مُحَمَّدٌ أَبَا أَحَدٍ مِنْ رِجَالِكُمْ وَلَكِنْ رَسُولَ اللهِ وَخَاتَمَ النَّبِيينَ ...** (احزاب، ۴۰)؛ محمد(ص) پدر هیچ یک از مردان شما نیست، بلکه فرستادهٔ خداوند و آخرین پیامبر است. همچنین، به خاتمیت پیامبر اکرم(ص) در صدها روایت تصریح و تأکید شده است که از جملهٔ آن‌ها حدیث منزلت است که در آن پیامبر اسلام، امیر المؤمنین علی(ع) را همچون هارون که جانشین موسی(ع) بود جانشین خود معرفی کرده و بلافاصله اضافه می‌کنند که با این تفاوت که پس از من پیامبری نخواهد بود. این حدیث را شیعه و سنی به تواتر از پیامبر اکرم(ص) نقل کرده‌اند (از جمله ر.ک: *بحار الأنوار*، ج ۳۷، ص ۲۵۴ـ۲۸۹؛ محمد بن اسماعیل البخاری، *صحیح بخاری*، ج ۴، ص ۲۰۸ و ج ۵ ، ص ۱۲۹؛ مسلم بن الحجاج النیسابوری، *صحیح مسلم*، ج ۷، ص ۱۲۰ و ۱۲۱؛ محمد بن یزید القزوینی، *سنن ابن ماجه*، ج ۱، ص ۴۳و ۴۵؛ محمد بن عیسی الترمذی، *سنن ترمذی*، ج ۵، ص ۳۰۲ و ۳۰۴؛ الحاکم النیشابوری، *المستدرک علی الصحیحین*، ج ۲، ص ۳۳۷ و ج ۳، ص ۱۰۹ و ۱۳۳؛ احمد بن حنبل، *مسند احمد*، ج ۱، ص ۱۷۰، ۱۷۳، ۱۷۵، ۱۷۷، ۱۷۹، ۱۸۲، ۱۸۴، ۱۸۵ و ۳۳۱، ج ۳، ص ۳۲، و ج ۶، ص ۳۶۹ و ۴۳۸؛ نیز برای فهرست تفصیلی مصادر این حدیث، ر.ک: حسین راضی، *سبیل النجاة فی تتمة المراجعات*، ص ۱۱۷ــ۱۲۳). همچنین، از آن حضرت نقل شده است که فرمودند: «**أيها النّاسُ إنَّهُ لا نَبِی بَعْدی ولا أمَّةَ بَعْدَكم**» (*بحار الأنوار*، ج ۲۱، ص ۳۸۱) و در حدیث دیگر از آن حضرت نقل شده که فرمودند: **أيها النّاسُ إنَّهُ لا نَبِی بَعْدی ولا سُنَّةَ بَعْدَ سُنَّتی**» (بحار الأنوار، ج ۲۲، ص ۵۳۱). موضوع ختم نبوت هم‌چنین از بیان علی(ع) در خطبه‌های ۱، ۶۹، ۸۳، ۸۷، ۱۲۹، ۱۶۸، ۱۹۳ و ۲۳۰ از *نهج البلاغه* نیز نقل شده و در روایات و ادعیه و زیارات از ائمه طاهرین(ع) بر آن تأکید شده است.

۲. سبأ، ۲۸.

قرآن کریم، نیز در آیات زیادی، همه مردم[۱] را مورد خطاب قرار داده، هدایت خود را شامل همه انسان‌ها دانسته،[۲] رسالت پیامبر را برای همهٔ مردم ثابت می‌داند[۳] و دعوت او را شامل همهٔ کسانی می‌داند که از آن اطلاع یابند،[۴] و از سوی دیگر، پیروان سایر ادیان را به عنوان «اهل کتاب» مورد خطاب و عتاب قرار داده[۵] و رسالت پیامبر را برای آن‌ها تثبیت کرده است و هدف از نزول قرآن بر پیامبر اکرم(ص) را پیروزی اسلام بر سایر ادیان دانسته است.[۶] پس، تنها دین معتبر برای راهنمایی همهٔ انسان‌ها به سعادت و کمال تا ابد، دین اسلام، به پیامبری خاتم پیامبران است (إِنَّ الدِّینَ عِنْدَ اللهِ الإِسْلامُ ...؛[۷] تنها دین نزد خدا اسلام است)، (وَ مَنْ یبْتَغِ غَیرَ الإِسْلامِ دِیناً فَلَنْ یقْبَلَ مِنْهُ وَهُوَ فِی الآخِرَةِ مِنَ الْخَاسِرِینَ؛[۸] و هر کس دینی اسلام را برگزیند از او پذیرفته نمی‌شود و در آخرت از زیان‌کاران خواهد بود).

از این مبنا می‌توان نتیجه گرفت که تنها شاخص‌های مبتنی بر اسلام است که می‌تواند نشان‌دهندهٔ سلامت معنوی حقیقی برای انسان باشد. نیز با توجه به وجود کاستی‌هایی در انسان که از مبانی انسان‌شناختی است، پیروی از تعالیم اسلام برای وصول به سعادت، امری ضروری است. این امر خود مستلزم ضرورت تلاش برای استنباط این تعالیم از منابع اصیل اسلامی است که در مبانی بعد به آن اشاره می‌شود.

### ۱۳. قرآن، کتاب تحریف‌ناپذیر آسمانی

قرآن، کتاب آسمانی پیامبر اسلام برای هدایت بشر، بدون تحریف باقی خواهد ماند. قرآن، معجزهٔ جاوید پیامبر اکرم(ص) و متن اصلی دین اسلام است که الفاظ آن عیناً بر پیامبر اسلام وحی شده و بر خلاف سایر کتب آسمانی، بدون هیچ تحریف و تغییری باقی مانده است، یعنی نه بر آن چیزی افزوده شده و نه از آن چیزی کاسته شده است (إِنَّا نَحْنُ نَزَّلْنَا الذِّکْرَ وَإِنَّا لَهُ

---

۱. ر.ک: بقره، ۲۱؛ نساء، ۱؛ فاطر، ۱۵؛ اعراف، ۲۶، ۲۷، ۳۱ و ۳۵ و یس ۶۰.

۲. ر.ک: بقره، ۱۸۵ و ۱۸۷؛ آل عمران، ۱۳۸؛ ابراهیم، ۱ و ۵۲؛ جاثیه، ۲۰؛ زمر، ۴۱؛ نحل، ۴۴؛ کهف، ۵۴؛ حشر، ۲۱؛ انعام، ۹۰؛ یوسف، ۱۰۴؛ ص، ۸۷؛ تکویر، ۲۷؛ قلم، ۵۲.

۳. ر.ک: نساء، ۷۹؛ حج، ۴۹؛ سبأ، ۲۸؛ انبیاء، ۱۰۷، فرقان، ۱.

٤. ر.ک: انعام، ۱۹.

۵. ر.ک: آل عمران، ۶۵، ۷۰، ۷۱، ۹۸، ۹۹، ۱۱۰؛ مائده، ۱۵ و ۱۹.

٦. ر.ک: توبه، ۳۳؛ فتح، صف، ۹.

۷. آل عمران، ۱۹.

۸. آل عمران، ۸۵.

لَحَافِظُونَ؛[۱] ما قرآن را نازل کرده و ما خود آن را حفظ می‌کنیم). این کتاب که در بر دارندهٔ پیام‌های اصلی لازم برای سعادت انسان تا قیامت است، شامل اعتقادات، نکات اخلاقی و احکام عملی است، چنان که همراه با نقل برخی وقایع تاریخی و مانند آن‌ها، حاوی نکات تربیتی مورد نیاز نیز هست.

خداوند متعال در قرآن کریم، مردم را به تدبّر و تفکر در آیات قرآن دعوت کرده[۲]، ولی مسئولیت تبیین محتوای وحی و تفصیل احکام و قوانین را بر عهدهٔ پیامبر اکرم(ص) گذاشته است.[۳]

هرچند در زمان نزول قرآن، برخی احکام دین به تناسب شرایط، تغییراتی داشته، مانند آنکه قبلهٔ مسلمانان تغییر کرده است، اما پس از اکمال دین در زمان پیامبر اکرم(ص)[۴] و پایان یافتن وحی الهی، تا ابد هیچ حکمی تغییر نخواهد کرد (فَحَلالُهُ حَلالٌ إلی یوْمِ الْقِیامَةِ و حَرَامُهُ حَرَامٌ إلی یوْمِ الْقِیامَةِ؛[۵] پس آنچه پیامبر حلال شمرده تا روز قیامت حلال است و آنچه او حرمتش را اعلام کرده تا روز قیامت حرام است).

اما تغییرات ظاهری در برخی احکام اسلام، در واقع از نوع تغییر موضوع احکام و شبیه حلال شدن شراب با تبدیل شدن آن به سرکه است، چنان که تغییر حکم غصب و برداشته شدن حرمت آن، در تزاحم با حکمی مهم‌تر همچون لزوم نجات جان انسان بی‌گناه، آنگاه که نجات جان او مستلزم تصرف در زمین یا مال غصبی باشد، از قبیل وارد شدن عنوان «تصرف غاصبانه» در موضوع مهم‌تر (نجات جان بی‌گناه و مقدمات آن) است که نتیجهٔ آن، لزوم رعایت حکم مهم‌تر است، و احکام حکومتی نیز از قبیل داخل شدن برخی مصادیق (مانند پرداخت انواع مالیات) در موضوع کلی «مصالح جامعهٔ اسلامی» هستند که رعایت آن‌ها از همه چیز مهم‌تر است. در واقع، در این گونه موارد، اسلام با مرتبط ساختن احتیاجات متغیر انسان با اصولی ثابت، برای برآوردن این گونه احتیاجات نیز راه‌کار کلی دائمی ارائه داده است.[۶]

---

۱. حجر، ۹.

۲. ر.ک: نساء، ۸۲؛ نحل، ۴۴؛ ص، ۲۹؛ و محمد، ۲۴.

۳. ر.ک: نحل، ۴۴ و ۶۴.

٤. ر.ک: مائده، ۳.

۵. این سخن از امام صادق(ع) در ضمن دو روایت مختلف نقل شده است (ر.ک: بحار الأنوار، ج ۱۶، ص ۳۵۴، ح ۳۸ و همان، ج ۴۷، ص ۳۵، ح ۳۳).

٦. ر.ک: مرتضی مطهری، مجموعه آثار، ج ۳، (ختم نبوت)، ص ۱۹۱ــ۱۹۲؛ محمد حسین‌زاده، *درآمدی بر معرفت‌شناسی و مبانی معرفت دینی*، ص ۱۶۸ـ۱۷۳.

### ۱۴. ولایت و امامت پیامبر اسلام(ص)

پیامبر اکرم(ص) علاوه بر منصب نبوت و رسالت، که مستلزم تلقی وحی و ابلاغ آن به مردم و تعلیم و تبیین همه اجزای دین اسلام نیز هست، با مهاجرت به مدینه و تشکیل حکومت اسلامی، منصب دیگری به عنوان فرمانروای جامعهٔ اسلامی یافتند که منصب‌های فرعی دیگر مانند قضاوت و فرماندهی نظامی نیز از آن اشتقاق می‌یافت، و بدین ترتیب، پیامبر عهده‌دار امامت و اجرای همهٔ احکام اقتصادی، حقوقی و سیاسی اسلام در عرصهٔ جامعه نیز بودند.

پیامبر به عنوان امام، ولی امر و رهبر جامعه، علاوه بر اجرای احکام اسلام، مصالح جامعه اسلامی را تشخیص داده، متناسب با آن حکم صادر می‌کردند. خداوند اطاعت از پیامبر اسلام و اجرای احکام و فرمان‌های صادر از جانب ایشان را در کنار اطاعت از خود، بر همهٔ مؤمنان لازم شمرده (قُلْ أَطِيعُوا اللهَ وَالرَّسُولَ ...؛[1] بگو از خدا و رسول اطاعت کنید)، پیامبر را بر مؤمنان صاحب ولایت دانسته (إِنَّمَا وَلِيكُمُ اللهُ وَرَسُولُهُ ...؛[2] همانا خدا بر شما ولایت دارد و رسول او) و (النَّبِي أَوْلَي بِالْمُؤْمِنِينَ مِنْ أَنْفُسِهِمْ ...؛[3] پیامبر بر مؤمنان از خودشان سزاوارتر است) و او را الگوی نیکو معرفی کرده است (لَقَدْ كَانَ لَكُمْ فِي رَسُولِ اللهِ أُسْوَةٌ حَسَنَةٌ لِمَنْ كَانَ يرْجُو اللهَ وَالْيوْمَ الآخِرَ وَذَكَرَ اللهَ كَثِيراً؛[4] همانا در رسول خدا برای شما الگویی نیکوست برای کسانی که به خداوند و روز بازپسین امید داشته، یاد خدا زیاد کنند).

### ۱۵. ولایت و امامت امامان معصوم(ع)

به عقیدهٔ شیعیان، امامان معصوم(ع) جانشینان بر حق پیامبر اکرم(ص) در تبلیغ دین و رهبری عام جامعه اسلامی و الگوی بشریت‌اند. همان‌گونه که شیعیان اثنی عشری معتقدند، پس از رحلت رسول گرامی اسلام، برای رهبری جامعه اسلامی از طرف خداوند افرادی معین شده‌اند تا ریاست همهٔ امور دین و دنیای جامعه، و به اصطلاح، امامت مسلمین را برعهده گیرند. ایشان که تعدادشان دوازده نفر است و رسول خدا آن‌ها را با نام تعیین کرده،[5] در واقع تمام مناصب

---

۱. آل عمران، ۳۲. نیز ر.ک: آل عمران، ۱۳۲؛ نساء، ۱۳، ۱۴، ۵۹، ۶۹ و ۸۰؛ مائده، ۹۲؛ انفال، ۱، ۲۰ و ۴۶؛ توبه، ۷۱؛ نور، ۵۱، ۵۲، ۵۴ و ۵۶؛ احزاب، ۶۶ و ۷۱؛ حجرات، ۱۴؛ فتح، ۱۷؛ محمد، ۳۳؛ مجادله، ۱۳، ممتحنه، ۱۲؛ تغابن ۱۲ و جنّ، ۲۳.

۲. مائده، ۵۵ .

۳. احزاب، ۶.

٤. احزاب، ۲۱.

۵. هنگامی که آیهٔ یا **أَيها الَّذِينَ آمَنُوا أَطِيعُوا اللهَ وَأَطِيعُوا الرَّسُولَ وَأُولِي الأَمْرِ مِنْكُمْ** ... (نساء، ۵۹) نازل شد، و اطاعت

پیامبر اسلام، اعم از تبیین و تبلیغ معارف دین، و زعامت جامعه اسلامی، بجز منصب نبوت و رسالت را بر عهده دارند، و همچون پیامبر اسلام، از طرف خدای متعال منصوب شده، دارای علم خدادادی،[۱] و معصوم از گناه و خطا هستند،[۲] و به موجب ولایت الهی که بر همهٔ مسلمانان دارند، اطاعت آن‌ها همچون اطاعت خدا و رسول او بر همگان واجب است و برترین الگوی قابل پیروی برای انسان‌هاست.

البته، زعامت جامعهٔ اسلامی تا کنون، جز در دورانی کوتاه در زمان امام علی و امام حسن مجتبی(ع)، عملاً در دست ائمه اطهار(ص) قرار نگرفته و ایشان تحت فشار حاکمان ستمگر، در حد ممکن عموماً به تبیین و ترویج دین اسلام پرداختند. اما ثبوت مقام ولایت و امامت برای ایشان، حجت را بر مردم تمام کرده است، به گونه‌ای که وظیفهٔ مردم، تلاش برای برقراری جامعهٔ اسلامی به امامت و زعامت ائمهٔ اطهار بوده و کسانی که از روی آگاهی و عمد، مانع تحقق عملی

---

اولی الامر را همسنگ اطاعت خدا و رسول به طور مطلق واجب دانست، جابر بن عبدالله انصاری از پیامبر پرسید: این اولی الامر که اطاعت‌شان مقرون به اطاعت شما شده چه کسانی هستند؟ حضرت در پاسخ وی فرمودند: «**هُم خُلَفائی یا جابِر و أئِمَّةُ الْمُسلمینَ مِن بَعدی. أوَّلُهُم علی بن أبی طالب، ثمّ الْحسَن و الحسین، ثمّ علی بن الحسین، ثمّ محمّدُ بن علی المعروفُ فی التّوراةِ بالْباقِر ـ و سَتُدْرِکُهُ یا جابِر، فإذا لقیتَهُ فَاقْرَأه منی السّلامَ ـ ثمّ الصّادق جَعفرُ بن محمّد، ثمّ موسی بن جعفر، ثمّ علی بن موسی، ثمّ محمّدُ بن علی، ثمّ علی بن محمّدٍ، ثمّ الحسنُ بن علی، ثمّ سَمیی وکَنیی حُجّةُ اللهِ فی أرْضِهِ و بَقیتُه فی عِبادِه ابن الحسن بن علی**» (الصدوق، *کمال‌الدین و تمام النعمه*، ج ۱، ص ۲۵۳، نیز ر.ک: القندوزی، *ینابیع المودّه لذوی القربی*، ج ۳، ص ۳۹۹). همچنین، روایات فراوانی نقل شده است که پیامبر در موارد متعدد، جانشین خود را علی بن ابی طالب معرفی کرده و ولایت خود را برای ایشان نیز ثابت دانستند، از جمله در حدیث متواتر غدیر، آن حضرت، به فرمان الهی، علی(ع) را رسماً به مردم معرفی کردند و فرمودند: «**مَنْ کُنْتُ مَوْلاهُ فَهَذا عَلی مَوْلاه**»، و سایر ائمه نیز امام پس از خود را به طور مشخص معرفی کردند. (ر.ک: *الکافی*، ج ۱، ص ۲۸۶ـ۳۲۹).

۱. ائمهٔ اطهار بجز علمی که از طریق رسول خدا دارند، از الهام و تحدیث برخوردارند (ر.ک: *الکافی*، ج ۱، ص ۲۶۴، ۲۷۰ و ۲۷۱) و با داشتن تمام علم کتاب، (ر.ک: همان، ص ۲۵۷) از هر آنچه بخواهند نیز آگاه می‌شوند (ر.ک: همان، ص ).

۲. از آنجا که عهد امامت به ائمه اطهار سپرده شده، عصمت ایشان را از آیه ۱۲۴ سورهٔ بقره که خداوند در آن، رسیدن عهد امامت را به ستمکاران نفی می‌کند، می‌توان استفاده کرد؛ زیرا هر نوع نافرمانی خداوند، ظلم و ستم است. همچنین، از آیهٔ ۵۹ سورهٔ نساء که اطاعت اولی الامر را قرین اطاعت خدا و رسول قرار داده و به طور مطلق واجب دانسته می‌توان عصمت ایشان را نتیجه گرفت. نیز آیه تطهیر (احزاب، ۳۳) دلالتی روشن بر عصمت کامل اهل بیت پیامبر دارد؛ زیرا این آیه، به شهادت روایات متواتر (بیش از هفتاد روایت) که غالب آن‌ها از اهل سنت روایت شده، در شأن خمسهٔ طیبه نازل شده است.

آن شدند نزد خداوند مسؤول و معاقب هستند.

بر همین اساس، در این زمان نیز همهٔ مسلمانان موظف‌اند در راه فراهم کردن زمینه‌های فردی و اجتماعی برپایی حکومت اسلامی با رهبری امام معصوم(ع)، تمام توان خود را به کار گیرند.

با توجه به قطعی و یقینی بودن انتساب قرآن کریم به خداوند متعال و صحت سنّت قطعی که از طریق پیامبر اکرم و ائمه معصومین(ع) در اختیار ما قرار گرفته است، می‌توان از سه مبنای اخیر، لزوم ابتنا و هم‌سویی شاخص‌ها و گویه‌های سنجش سلامت معنوی را با آموزه‌های قرآن و سنّت نتیجه گرفت.

### ۱۶. غیبت امام دوازدهم

امام دوازدهم زنده و از نظر غایب هستند. دوازدهمین امام زنده‌اند، و اینک در دورهٔ غیبت کبری به سر می‌برند؛ یعنی کسی از جایگاه ایشان آگاه نیست و با ایشان ارتباط ندارد. اما ایشان با اطلاع کامل از وضع انسان‌ها و بلکه با آگاهی کامل از تمام هستی، به عنوان خلیفهٔ الهی در روی زمین، جهان را اداره می‌کنند و همه از وجود ایشان، همچون آفتاب پشت ابر، نور و گرمی می‌گیرند (إنّهُم لَیَنْتَفِعونَ به و یسْتَضیئونَ بنور ولایتِه فی غَیبَتِه کَانْتِفاعِ النّاس بالشَّمْس و إنْ جَلَّلَها السَّحاب؛[1] ایشان از او سود می‌برند و در غیبت او از نور ولایتش نور می‌گیرند، چنان که مردم از خورشید پشت ابر سود می‌برند) و روزی که جهان آمادگی پذیرش حکومت سراسری عدل الهی را داشته باشد، به امر خداوند متعال از پس پردهٔ غیبت ظهور کرده، با تشکیل حکومت واحد جهانی، ادارهٔ ظاهری جهان را نیز بر عهده می‌گیرند و جهان را از عدل و داد پر می‌کنند.

باور به مهدویت و توجه عمیق به آن، موجب تقویت روحیه نشاط و امید به آینده و تلاش برای تحقق جامعهٔ آرمانی مهدوی است و از پوچ انگاری و سستی جلوگیری می‌کند. بر این اساس، می‌توان نتیجه گرفت که باور به مسأله مهدویت، انتظار ظهور و تلاش برای زمینه‌سازی ظهور امام عصر از نشانه‌های برخورداری از سلامت معنوی است.

### ۱۷. ولایت فقیه در زمان غیبت امام دوازدهم

ادارهٔ جامعه اسلامی در زمان غیبت امام دوازدهم بر عهدهٔ ولی فقیه است. در زمان فعلی که زمان غیبت آخرین امام معصوم است و دسترسی به ایشان برای تعلیم و تبیین مستقیم دین و

---

۱. ر.ک: *بحار الأنوار*، ج ۵۲، ص ۹۲ و ۹۳.

ادارهٔ جامعه اسلامی ممکن نیست، فقهای جامع شرایط فتوا، بر اساس قرآن و سنت رسول خدا و رهنمودهای ائمه معصوم(ع) احکام اسلام را با روش اجتهاد، استنباط و برای مردم بیان می‌کنند و در صورت امکان تشکیل حکومت اسلامی، از میان این فقها، ولی فقیه، یعنی برترین اسلام‌شناسی که جامع شرایط ادارهٔ جامعه اسلامی است و با معرفی فقهای عادل تعیین می‌شود، از جانب خداوند[1] دارای منصب ولایت و ادارهٔ جامعه است و حکم او برای همهٔ مسلمانان لازم الاجراست.[2]

از این مبنا، می‌توان باور نظری و التزام عملی به لزوم متابعت از ولی فقیه را از نشانه‌های برخورداری از سلامت معنوی دانست. همچنین، می‌توان بر اساس مبانی شش‌گانهٔ اخیر، کمک به تحقق و گسترش آموزه‌های اسلام ناب را نشانه‌ای دیگر برای سلامت معنوی قرار داد، چنان که از این مبانی می‌توان نتیجه گرفت که همهٔ مبانی، شاخص‌ها و گویه‌های سلامت معنوی باید مطابق و هم‌سو با آموزه‌های دین مبین اسلام باشند.

---

۱. ر.ک: امام خمینی، *صحیفهٔ امام*، ج ۱۰، ص ۳۲۲ و ج ۱۱، ص ۴۶۴.

۲. مسأله ولایت فقیه در زمان غیبت کبری، از دیرباز در فقه شیعه مطرح بوده، بلکه صاحب *جواهر* نیابت فقیه را از معصومین، ضرورت مذهب شیعه دانسته است (ر.ک: محمدحسن النجفی، *جواهر الکلام*، ج ۲۱، ص ۳۹۹). به رغم فراهم نبودن شرایط برای حکومت فقیه در اعصار گذشته، در برخی کتب فقهی پیشینیان، به منصب زعامت و ادارهٔ جامعه اسلامی و تصدی حکومت در زمان غیبت برای فقیه جامع الشرایط تصریح شده است (از جمله ر.ک: المفید، المقنعه، ص ۶۷۵؛ محقق اردبیلی، مجمع الفائدهٔ و البرهان، ج ۸، ص ۲۶۱؛ احمد النراقی، عوائد الأیام، ص ۱۸۸ـ۱۹۰؛ عبدالحسین لاری، *التعلیقهٔ علی المکاسب*، ج ۴، ص ۱۱۳، ۱۴۹ و ۱۵۹). اما با فراهم شدن شرایط اجتماعی برای برقراری حکومت اسلامی در عصر حاضر، امام خمینی این مسأله را به طور مبسوط در درس خارج فقه خود در کتاب *البیع* بحث کرده و در این خصوص، کتابی مستقل با نام *ولایت فقیه: حکومت اسلامی* نیز به نگارش درآوردند. از آن پس و با پیروزی انقلاب اسلامی در ایران، در خصوص ولایت فقیه در امر ادارهٔ حکومت، مباحث فقهی و استدلالی فراوانی طرح، و آثار بسیاری نگارش یافت. برای آگاهی از فهرست کتب مربوط به ولایت فقیه، ر.ک: اسماعیل محمدی کرمانشاهی، «کتاب‌شناسی ولایت فقیه»، حضور، شمارهٔ ۲۴، ۱۳۷۷، ص ۱۷۹ـ۱۹۴ و شمارهٔ ۲۶، ۱۳۷۷، ص ۱۹۵ـ۲۰۲، که در آن‌ها ۲۰۵ کتاب فهرست شده است. همچنین، برای فهرست مقالات مربوط به این موضوع، ر.ک: شهرام اصغرنیاوند، «فهرست مقالات ولایت فقیه»، حضور، شمارهٔ ۲۸، ۱۳۷۸، ص ۴۳۰ـ۴۴۱ و شمارهٔ ۲۹، ۱۳۷۸، ص ۴۲۷ـ۴۴۱ و شمارهٔ ۳۱، ۱۳۷۹، ص ۳۲۷ـ۳۶۱ که در آن‌ها ۸۶۸ مقاله در این خصوص معرفی گردیده است. نیز برای بحث استدلالی مختصر در این خصوص، ر.ک: محمدتقی مصباح یزدی، *نگاهی گذرا به نظریه ولایت فقیه*.

## مبحث چهارم: مبانی انسان‌شناختی

### *۱. ترکیب انسان از روح و بدن*

انسان موجودی مرکب از روح[۱] و بدن است.پرسش از ابعاد وجودی انسان پیشینه‌ای دیرینه دارد. از هزاران سال پیش، اندیشمندان بسیاری به «دو بُعدی» بودن انسان و ترکّب وجود او از روح و بدن اشاره کرده‌اند.[۲] هرچند کسانی را نیز می‌توان یافت که انسان را چیزی جز همین مجموعهٔ مشاهده‌پذیر نمی‌دانند.

به هر حال، وجود جسم امری بدیهی به شمار می‌آید؛ بنابراین، مهم آن است که وجود روح به اثبات رسد. برای اثبات وجود روح دلایل عقلی گوناگونی به کار می‌آیند که یکی از آن‌ها چنین است:[۳] همهٔ انسان‌ها از هنگام تولد تا مرگ «من» خود را یگانه می‌یابند و با وجود دگرگونی در سلول‌های بدن، تغییر در برخی از ویژگی‌های جسمی و روانی و گاه از دست دادن برخی از اندام‌ها و جایگزینی آن‌ها با اعضای دیگر، تفاوتی در آنچه «من» نامیده می‌شود، احساس نمی‌کنند. این حقیقت که با علم حضوری دریافت می‌شود، نشان‌دهندهٔ آن است که واقعیتی یگانه، به همهٔ مراحل زندگی انسان وحدت می‌بخشد و با وجود تغییرات گسترده در جسم آدمی، همواره ثابت می‌ماند.[۴]

---

۱. برای اشاره به این بُعد از وجود انسان، تعبیر «نفس» هم به کار می‌رود؛ هرچند گاه میان «نفس» و «روح» تفاوت‌هایی نیز نهاده می‌شود (ر.ک: *رسائل اخوان الصفا*، ج ۱، ص ۲۹۰ـ۲۹۱؛ ابوحیان التوحیدی، *الامتاع والمؤانسة*، ج ۲، ص ۱۱۳؛ همان، ج ۳، ص ۱۱۱؛ محمد بن الحسن الطوسی، *التبیان*، ج ۹، ص ۳۱ و ۳۹؛ نصیرالدین الطوسی، *تلخیص المحصّل*، ص ۳۸۷). در متون ادبی فارسی واژه‌هایی چون «جان» و «روان» نیز فراوان به همین معنا به کار رفته‌اند. در زبان انگلیسی (و زبان‌های مشابه اروپایی) دست‌کم چهار واژه را در این باره می‌توان یافت: soul, syche, mind, spirit. در بسیاری از لغت‌نامه‌های عمومی، این چهار واژه مترادف یکدیگر به شمار آمده‌اند؛ هرچند در متون تخصصی گاه تفاوت‌هایی میان آن‌ها نهاده شده است.

۲. در تاریخ اندیشه مکتوب بشری، سقراط (متوفای ۳۹۹ ق‌م) را می‌توان از اولین کسانی به شمار آورد که بر تمایز میان جسم و روح تأکید ورزیده‌اند. وی پاسخ این پرسش را که «چرا فیلسوفان آرزویی جز مرگ ندارند؟» با جملات زیر آغاز می‌کند: «[مگر] مرگ جز جدایی روح از تن است؟ و آیا مردن به حالتی نمی‌گوییم که تن و روح از یکدیگر جدا می‌گردند و هر کدام تنها و جدا از دیگری می‌ماند؟» (*دوره آثار افلاطون*، ج ۱، ص ۴۹۱).

۳. بر اساس آنچه در فصل نخست دربارهٔ دو اصطلاح «مبانی» و «اصول موضوعه» گذشت، اثبات مدعیات مطرح شده در مبانی بر عهده علوم دیگر است. با این همه، بیان برخی از ادله‌ای که به سادگی برای همگان قابل فهم‌اند، خالی از فایده نخواهد بود.

٤. ر.ک: فخرالدین الرازی، لباب الإشارات و التنبیهات، ص ۱۱۶؛ همو، شرح *عیون الحکمة*، ج ۱، ص ۷۱؛ همو، *النفس و الروح و شرح قواهما*، ص ۳۷ـ۳۸.

حالت فرضی زیر نیز بیان لطیفی است که اگر به‌درستی تصور شود، چاره‌ای جز تصدیق آن باقی نمی‌ماند: فرض کنید که در یک لحظه با اعضا و جوارحی کامل و عقل و هوشی طبیعی قدم به دنیا نهاده‌ایم و به دلایلی از حواس ظاهری خود نیز بهره نمی‌بریم. برای این منظور می‌توان تصور کرد که در فضایی کاملاً تاریک معلق هستیم، هوا چنان معتدل است که گرمی یا سردی آن بدن ما را نمی‌آزارد، صدایی به گوش نمی‌رسد و اعضای بدن نیز تماسی با یکدیگر ندارند. بی‌تردید در این حالت، با اینکه از «وجود بدن» آگاهی نداریم، از اصل هستی خود غافل نیستیم. بنابراین، آنچه در اینجا به عنوان «من» درک می‌شود، چیزی غیر از بدن است؛ زیرا فرض بر این است که هنوز درکی از بدن خود به وسیلهٔ ابزارهای حسی نداریم. پس روح ـ که از آن به «من» تعبیر می‌کنیم ـ متمایز از بدن است.[1]

وجود روح از منظر آیات و روایات نیز امری مسلم و تردیدناپذیر است؛ چنان که در قرآن کریم چنین می‌خوانیم: «فَإِذا سَوَّيْتُهُ وَنَفَخْتُ فِيهِ مِنْ رُوحِي فَقَعُوا لَهُ ساجِدِينَ؛[2] پس چون او را استوار بپرداختم و در آن از روح خود دمیدم، برای او به سجده درافتید».

با توجه به این مبناست که سلامت انسان در سلامت جسم او خلاصه نمی‌شود، و بدین ترتیب، لزوم لحاظ سلامت معنوی قابل تبیین خواهد بود.

### ۲. غیر مادی بودن روح

روح انسان ـ بر خلاف بدن ـ امری غیر مادی (مجرد) است. چنان که در مبنای دوم از مبانی هستی‌شناختی گذشت، برخی از موجودات عالم فرامادی‌اند. روح نیز چنین است؛ بسیاری از ادله‌ای که وجود روح را ثابت می‌کنند، غیر مادی بودن آن را نیز آشکار می‌سازند. با این حال، اندیشمندان شرقی و غربی دلایلی مستقل برای غیر مادی بودن روح اقامه نموده‌اند[3] که در این‌جا به بیان یکی از آن‌ها بسنده می‌کنیم: موجودات جسمانی مستقیم یا باواسطه تقسیم‌پذیرند؛ برای مثال، قطعه چوبی یک‌متری را می‌توان به دو قطعهٔ نیم‌متری تقسیم کرد. رنگ چوب نیز در پی این تقسیم دو پاره می‌شود. اما هنگامی که دربارهٔ روح خود می‌اندیشیم، آن را امری بسیط و تقسیم‌ناپذیر می‌یابیم؛ هیچ‌گاه نمی‌توان «من» را تجزیه کرد و دو «نیمه

---

۱. ر.ک: ابن‌سینا، النفس من کتاب الشفاء، ص ۲۶ (المقالة الاولی، الفصل الاول) و ص ۳۴۷ (المقالة الخامسة، الفصل السابع)؛ همو، *الإشارات والتنبیهات*، ج ۲، ص ۲۹۲ـ۲۹۳ (النمط الثالث، الفصل الاول).

۲. حجر، ۲۹؛ ص، ۷۲.

۳. برخی، شمار این دلایل را به هفتاد رسانده‌اند. ر.ک: حسن حسن‌زاده آملی، معرفت نفس، دفتر سوم، ص ۴۳۸.

من» پدید آورد.[۱] نه تنها روح، که فعالیت‌های روحی همچون ادراک نیز تقسیم‌ناپذیرند.[۲] برای مثال، هنگامی که تلاش می‌کنیم سیبی را در ذهن خود به دو نیم تقسیم کنیم، در واقع، در کنار تصویر سیب کامل، تصویرهایی از دو نیمه سیب پدید آورده‌ایم؛ زیرا اگر سیب کامل دو پاره شده و هیچ صورت ذهنی از آن به جا نمانده باشد، واژهٔ «همان» در جملهٔ «هر کدام از این دو نیمه، پاره‌ای از همان سیب نخست‌اند» به چه چیزی اشاره دارد؟

در قرآن کریم نیز شواهدی در تأیید غیر مادی بودن روح می‌توان یافت؛[۳] چنان که در یکی از آیات، مراحل آفرینش بدن انسان این‌گونه بیان شده است: «ثُمَّ خَلَقْنَا النُّطْفَةَ عَلَقَةً فَخَلَقْنَا الْعَلَقَةَ مُضْغَةً فَخَلَقْنَا الْمُضْغَةَ عِظاماً فَكَسَوْنَا الْعِظامَ لَحْماً؛[۴] آن‌گاه نطفه را به‌صورت خونِ بسته و سپس خون بسته را به صورت گوشت پاره درآوردیم، وسپس گوشت‌پاره را استخوان‌دار کردیم و آن‌گاه بر استخوان‌ها پرده‌ای گوشت پوشاندیم». در ادامهٔ آیه، واژه‌های به‌کار رفته دربارهٔ مرحلهٔ دیگر آفرینش (دمیدن روح) نشان‌دهندهٔ آن‌اند که این مرحله تفاوتی اساسی با مراحل پیشین دارد و از سنخی دیگر است:[۵] «ثُمَّ أَنْشَأْناهُ خَلْقاً آخَرَ؛ آن‌گاه انسان را آفرینشی دیگر بخشیدیم». این تفاوتِ تعبیر را می‌توان گویای آن دانست که روح ـ بر خلاف نطفه، علقه و مضغه ـ امری مجرد است.[۶] از این مبنا برای اثبات برخی از مبانی بعدی استفاده می‌شود.

### ۳. اصالت روح

بخش اصیل وجود انسان، روح اوست. بسیاری از ادله‌ای که وجود روح و غیر مادی بودن آن را اثبات می‌کنند، این حقیقت را نیز می‌نمایانند که آنچه به نام فعالیت‌های ذهنی خوانده می‌شود،

---

۱. ر.ک: رنه دکارت، *تأملات در فلسفه اولی*، ص ۱۳۲ـ۱۳۳.

۲. از این رو، بسیاری از فیلسوفان مسلمان ابتدا غیر مادی بودن فعالیت‌های روحی را اثبات می‌کنند و سپس با بهره‌گیری از آن به غیر مادی بودن روح می‌پردازند. برای مطالعه بیشتر، ر.ک: سید محمدحسین طباطبایی، *اصول فلسفه و روش رئالیسم*، ج ۱، ص ۵۴ـ۹۲.

۳. گفتنی است که در میان مسلمانان کسانی را می‌توان یافت که روح را نیز همچون بدن موجودی جسمانی می‌دانند، هرچند آن را «جسم لطیف» می‌خوانند و به آبی که در همهٔ اجزای گُل سریان دارد، همانند می‌کنند. ر.ک. محمد بن عبدالکریم الشهرستانی، *الملل والنحل*، ج ۱، ص ۵۵.

۴. مؤمنون، ۱۴.

۵. چنان که شیخ صدوق (متوفای ۳۸۱ ق) می‌گوید: «الاعتقاد فی الروح أنّه لیس من جنس البدن، و أنّه خلق آخر؛ لقوله تعالی: ثُمَّ أَنْشَأْناهُ خَلْقاً آخَرَ». (الصدوق، *الاعتقادات فی دین الامامیة*، ص ۲۸).

۶. ر.ک: سید محمدحسین طباطبایی، المیزان، ج ۱۵، ص ۲۰ـ۲۱؛ محمدتقی مصباح یزدی، *مشکات*، ۱/۱، ص ۴۴۶.

از روح آدمی سرچشمه می‌گیرد و بدن مادی در این عرصه، ابزاری بیش نیست. اگر احساس و اراده و تفکر و تعقل ـ که از مقومات وجود انسان‌اند ـ خاستگاهی جز روح ندارند، پس بخش اصیل وجود انسان روح اوست و انسانیت او در گرو همان است. بر این اساس، از نظر قرآن کریم، حضرت آدم(ع) هنگامی سزاوار سجدهٔ فرشتگان می‌گردد که روح الهی در او دمیده شود: «فَإِذا سَوَّيْتُهُ وَنَفَخْتُ فِيهِ مِنْ رُوحِي فَقَعُوا لَهُ ساجِدِينَ؛[1] پس چون او را استوار بپرداختم و در آن از روح خود دمیدم، برای او به سجده درافتید». همچنین، زمانی که مأموران الهی جان کسی را می‌گیرند، او را نابود نساخته‌اند، بلکه تمام حقیقت او را از عرصه‌ای به عرصهٔ دیگر انتقال داده‌اند:[2] «وَ هُوَ الْقاهِرُ فَوْقَ عِبادِهِ وَيُرْسِلُ عَلَيْكُمْ حَفَظَةً حَتّى إِذا جاءَ أَحَدَكُمُ الْمَوْتُ تَوَفَّتْهُ رُسُلُنا؛[3] و او بر بندگان خود چیره است و بر شما نگهبانانی می‌فرستد، و چون مرگ یکی از شما فرا رسد، فرشتگان ما او را می‌گیرند».

بر این مبنا، هدف اصلی انسان کمال روح است و بدن وسیله‌ای برای تکامل روح به شمار رود. بدین ترتیب، می‌توان گفت سلامت معنوی نه هم‌طراز سلامت جسمی است، و نه صرفاً مقدمه‌ای برای دست‌یابی به سلامت جسمی، بلکه سلامت جسمی مقدمه‌ای برای سلامت معنوی است.

### ۴. جاودانگی روح

روح انسان فناناپذیر و جاویدان است. تا کنون به این نتیجه دست یافتیم که روح ـ که بخش اصیل وجود انسان است ـ امری غیر مادی است. برخی از اندیشمندان مسلمان یکی از نتایج غیر مادی بودن روح را فناناپذیری آن دانسته‌اند.[4] دلایل عقلی دیگر بیانگر آن است که انسان پس از مرگ (در عالَمی دیگر) پاداش و عقاب اعمال این‌جهانی را دریافت می‌کند و به بیان دقیق‌تر، با صورت باطنی کردارهای خود روبه‌رو می‌شود. در این براهین، با بهره‌گیری از دست‌کم دو صفت «حکمت» و «عدالتِ» خداوند به این نتیجه دست می‌یابیم که خدای حکیم و عادل را نشاید که جهان را به فرجامی شایسته، و نیز درست‌کرداران و بدکاران را به ثواب و عقابی درخور نرساند. قرآن کریم نیز بارها آدمیان را به زندگی پس از مرگ توجه داده و حتی

---

۱. حجر، ۲۹؛ ص، ۷۲.

۲. قرآن کریم در این باره واژه توفّی را به کار می‌برد که به معنای «دریافت کامل» است. در همین باره، ر.ک: نساء، ۹۷؛ نحل، ۲۸، ۳۲، ۷۰؛ سجده، ۱۱؛ زمر، ۴۲؛ محمد، ۲۷.

۳. انعام، ۶۱.

۴. ر.ک: عبدالله جوادی آملی، ده *مقاله پیرامون مبدأ و معاد*، ص ۳۰۶.

در یک جا با به کارگیری چند واژه از واژگانی که کلام را مؤکد می‌سازند،[۱] تنها حیات اخروی را سزاوار نام «زندگی» دانسته است: «وَمَا هَذِهِ الْحَیاةُ الدُّنْیا إلا لَهْـوٌ وَلَعِـبٌ وَإِنَّ الـدَّارَ الآخِـرَةَ لَهِـی الْحَیوَانُ لَوْ کَانُوا یعْلَمُونَ؛[۲] و اگر می‌دانستند، زندگانی این جهان جز سرگرمی و بازیچه‌ای نیست؛ و بی‌گمان زندگی سرای واپسین است که زندگی (راستین) است». در سخنان پیشوایان معصوم نیز دنیا گذرگاهی موقت به شمار آمده که طلیعهٔ یک زنـدگی جاویـد اسـت؛ چنـان کـه رسـول گرامی اسلام(ص) می‌فرماید: «نه برای از میان رفتن، بلکه برای باقی ماندن آفریده شده‌اید؛ [آنچه هنگام مرگ روی می‌دهد] چیزی جز انتقال شما از سرایی به سرای دیگر نیست».[۳]

بر این مبنا، باید هدف انسان را به گونه‌ای لحاظ کنیم که نتیجهٔ آن، افزون بر سـامان‌یـافتن زندگی گذرای این جهان، فراهم‌شدن زمینهٔ دست‌یابی به سعادت جاودانهٔ اخروی نیز باشد.

### ۵. مراتب طولی و شئون عرْضی روح و وجود تزاحم در آن‌ها

روح انسان دارای مراتبی طولی و شئونی عرْضی است[۴] که در هر کدام از آن‌ها تزاحم‌هایی وجود دارد. بسیاری از فیلسوفان، انسان را دارای سه نفس دانسته‌اند: نباتی، حیوانی، و انسانی (ناطقه). در یکی از روایاتِ منسوب به امام علی(ع) قسم چهارمی به نام نفس الهی نیز افزوده شده اسـت.[۵] در روایاتی دیگر، از ارواحی پنج‌گانه سخن به میان آمده که برخی از آن‌هـا مخـتص مؤمنـان یـا پیشوایان معصوم است.[۶]

---

۱. مقصودْ کلمهٔ «إنّ»، «هی» (ضمیر فصل) و «لام» تأکیدی است که بر سر آن در آمده است.

۲. عنکبوت، ۶۴.

۳. مَا خُلِقْتُمْ لِلْفَنَاءِ بَلْ خُلِقْتُمْ لِلْبَقَاءِ وَإِنَّمَا تُنْقَلُونَ مِنْ دَارٍ إِلَي دَار (*بحار الأنوار*، ج ۵۸، ص ۷۸). در همـین بـاره، روایـت زیر نیز درخور توجه است: عن أمیر المؤمنین(ع): الدُّنْیا دَارُ مَمَـرٍّ إِلَـي دَارِ مَقَـرٍّ ... (همـان، ج ۷۰، ص ۱۳۰)؛ دنیـا سرای گذری است به سوی سرایی پایدار.

۴. برای بدن نیز می‌توان چنین مراتب و شئونی تصور کرد؛ برای مثال، چشم و گوش از شئون عرْضی بدن به شـمار می‌روند و هر کدام از آن‌ها در مراحل رشد انسان، از نظر قوت و ضعف، دارای مراتبی گوناگون‌اند.

۵. ر.ک: بحار الأنوار، ج ۵۸، ص ۸۴ـ۸۵.

۶. بر اساس این روایات، همه انسان‌ها در برخورداری از سه روح با یکدیگر مشـترک‌انـد: روح البـدن (روح المـدرج / روح الحیات)، روح القوه، و روح الشهوه. مؤمنان از روح چهارمی به نام «روح الایمان» نیز بهره می‌برند، و انبیـاء و اوصیاء از روحی پنجم به نام «روح القدس» هم برخوردارند. شاید بتوان این ارواح پـنج‌گانـه را بـر همـان مراتـب چند گانه نفس (نباتی، حیوانی و انسانی) تطبیق کرد؛ چنان کـه علامـه مجلسـی بـا اشـاره بـه یکـی از تفاسـیر احتمالی این روایات می گوید: «ویحتمل أن تکونَ روحُ القوة و الشهوة و المدرج کلُّها الروحَ الحیوانیة؛ و روحُ الایمـان و روحُ القدس النفسَ الناطقة بکمالاتها» (*بحار الأنوار*، ج ۲۵، ص ۵۳).

واقعیت آن است که هر انسانی بیش از یک روح (نفس) ندارد؛ و اقسام یادشده در حقیقت مراتب طولی آن به شمار می‌روند، که گاه از آن‌ها با عناوینی چون «قوای نفس» نیز یاد می‌شود. نفس انسان با وجود آنکه امری واحد و یگانه است، به امور مختلفی می‌پردازد که برخی از آن‌ها (همچون تغذیه) به مرتبهٔ نباتی انسان مربوط‌اند و برخی دیگر (مانند دیدن و شنیدن، و خشم و خشنودی) به بُعد حیوانی او تعلق دارند. بسیاری از آدمیان از این مراحل فراتر نمی‌روند و قدم در مرتبهٔ انسانی نمی‌نهند. مرتبهٔ انسانی خودْ درجات گوناگونی دارد که بالاترین آن‌ها مختص اولیای الهی و پیشوایان معصوم است.[۱]

افزون بر این، نفس در هر مرتبه از مراتب طولی خود، شئونی عرضی دارد. برای مثال، بر اساس یک تقسیم، نفس در مرتبهٔ حیوانی دارای دو بخش ادراکی و تحریکی است. بخش ادراکی خودْ مشتمل است بر قوایی ظاهری (حواس پنج‌گانه) و باطنی.[۲] روشن است که برای نمونه، حواس پنج‌گانهٔ ظاهری (بینایی، شنوایی، بویایی، چشایی و بساوایی) ترتبی بر یکدیگر ندارند و از شئون عرْضی نفس به شمار می‌روند.

نکتهٔ درخور توجه آن است که هر یک از این مراتب و شئون نیازهایی دارند که به طور معمول، نمی‌توان هم‌زمان به همهٔ آن‌ها توجه کرد و همه را برآورده ساخت. از همین رواست که انسان گاه چنان غرق مطالعه می‌شود که گرسنگی خود را فراموش می‌کند؛ چنان که زیاده‌روی

---

۱. ر.ک: محمدتقی مصباح یزدی، *دروس فلسفهٔ اخلاق*، ص ۱۳۹ــ۱۴۲. به تعبیر یکی از اندیشمندان معاصر: «خدای سبحان بیش از روح واحد در انسان نیافریده، تا هویت روحی او مرکّب از ارواح متعدد باشد؛ نفس آدمی مرکب از روح نباتی، روح حیوانی، روح انسانی و مانند آن نیست؛ بلکه انسان دارای روح واحد است و هر چه در اوست به منزلهٔ قوا و درجات گونه‌گون یک حقیقت است. گاهی نفس انسان در درجه‌ای از ضعف قرار دارد که تنها به پرورش بدن می‌اندیشد و جز خور و خواب، دغدغهٔ دیگری ندارد؛ یعنی ظهور آن در حدّ نفس نباتی است. چنین انسانی، نامی بالفعل و حیوان بالقوّه است. ... گاهی از این مرحله می‌گذرد؛ به گونه‌ای که تنها به فکر تغذیه و تنمیه و آرایش نیست؛ بلکه مسائل عاطفی و نیز برخی امور اجتماعی مانند خدمت به دیگران نیز برای او مطرح است. در این صورت حیوان بالفعل و انسان بالقوّه است؛ هر چند ممکن است برخی آثار ضعیف حیات انسانی در او ظهور ضمنی پیدا کند. سپس با گذر از این مرحله و آشنایی با مسائل عقلانی، معارف الهی، عدل و احسان، وحی و رسالت، عصمت و ولایت و امامت و خلافت به منطقهٔ انسانیت قدم می گذارد و دیگر برای او مرزی وجود ندارد؛ چون مرز بین انسان و لقای الهی نامحدود است. ... این درجات در روایاتِ ارواح خمسه، ارواح نام گرفته و آخرین درجه به روح القدس موسوم شده است» (عبدالله جوادی آملی، *تسنیم*، ج ۵، ص ۴۷۵ـ۴۷۷).

۲. برخی از فیلسوفان، از پنج قوهٔ زیر به عنوان قوای باطنی یاد کرده‌اند: حس مشترک، خیال، وهم، حافظه (ذاکره)، و متخیله (متصرفه). ر.ک: ابن سینا، *النجاة*، ص ۱۶۳؛ همو، *الاشارات و التنبیهات*، ص ۲۴۰.

در پرداختن به کمالات مربوط به مرتبهٔ نباتی و حیوانی، آدمیان را از اندیشیدن دربارهٔ کمالات بالاتر باز می‌دارد.[۱]

این مبنا، می‌توان مشخصهٔ اصلی معنویت را در تعالی یافتن انسان از مرتبهٔ حیوانی دانست و هدف انسان باید بر اساس شکوفایی مرتبهٔ انسانی انسان تعیین شود. نیز با توجه به مراتب طولی روح، باید گفت سلامت معنوی بر سایر ابعاد سلامت برتری داشته بر آن‌ها سایه می‌افکند و نیز می‌بایست برای سلامت معنوی مراحلی را در نظر گرفت. همچنین، با توجه به تزاحم میان مراتب و شئون یاد شده، باید توجه داشت که برای برخورداری از سلامت معنوی، تشخیص ویژگی‌های انسانی انسان که به موجب آن بر سایر حیوانات برتری می‌یابد و ترجیح دادن آن‌ها بر ویژگی‌های مزاحم لازم است.

### ۶. تغییرپذیری تدریجی روح و بدن

ویژگی‌های روحی و بدنی انسان به صورتی تدریجی قابل تغییرند. انسان در دو بعد جسم و روح تغییرپذیر است. این تغییر می‌تواند در جهت مثبت یا منفی باشد. تأثیر نوع تغذیه و مقدار تحرک اندام‌های بدن و حتی برخی از حالت‌های روانی بر سلامت یا بیماری جسم، پشتوانه‌ای علمی و شواهد تجربی دارد. تغییر در ویژگی‌های روحی نیز می‌تواند جایگاه انسان را، در سیری صعودی یا نزولی، فراتر از فرشتگان یا فروتر از حیوانات قرار دهد.

گفتنی است که از یک‌سو روح ـ چنان که گذشت ـ امری غیر مادی (مجرد) است؛ و از سوی دیگر، بنا بر مبانی هستی‌شناختی، امور غیر مادی تغییر نمی‌پذیرند. با این‌همه، نکتهٔ درخور توجه آن است که این تغییرناپذیری مخصوص مجرداتی است که هیچ وابستگی و تعلقی به ماده ندارند، نه موجودی چون انسان که برای انجام افعال خود نیازمند بدن است.

از سوی دیگر، بر اساس آنچه در مبنای سوم از مبانی هستی‌شناختی گذشت، موجودات مادی (مانند بدن) و وابسته به ماده (مانند روح) وجودی تدریجی دارند. این سخن بدین معناست که کمالات جسمی و روحی انسان به‌تدریج و با گذشت زمان به دست می‌آیند. انسان در هر مقطع از حیات خود، استعداد و قابلیت‌های خاصی دارد؛ چنان که کمالات طبیعی و اکتسابی به دست آمده در هر مقطع، آدمی را برای پذیرش کمالات بعدی آماده می‌سازند. از سوی دیگر، در فرایند رشد تدریجی انسان، مشابهت‌هایی میان مقاطع نزدیک به یکدیگر می‌توان یافت که بر اساس آن‌ها مراحلی چون نوزادی، کودکی، نوجوانی، جوانی، میان‌سالی و

---

[۱]. محمدتقی مصباح یزدی، *دروس فلسفهٔ اخلاق*، ص ۱۴۱ـ۱۴۲.

کهنسالی را از یکدیگر تفکیک می‌کنیم.[۱] همین نکته گروهی از روان‌شناسان را بر آن داشته است که دربارهٔ مراحل رشد انسان نظریه‌پردازی کنند و گاه برای این مرحله‌ها زمان‌هایی تقریبی نیز در نظر گیرند.[۲] در روایات اسلامی نیز نکاتی درخور توجه در این باره می‌توان یافت.[۳]

از این مبنا می‌توان نتیجه گرفت که دست‌یابی به درجات معنویت امری تدریجی و زمان‌بر است و باید متناسب با آن مراحلی برای سلامت معنوی در نظر گرفت. البته، مرزبندی میان این مراحل امری تقریبی است؛ زیرا گذر از یک مرحله به مرحله‌ای دیگر نیز نه به صورت دفعی و آنی، بلکه به‌تدریج روی می‌دهد.

### ۷. تأثیرگذاری روح و بدن بر یکدیگر

بی‌تردید روح و بدن بر یکدیگر تأثیر متقابل دارند؛ چنان که بیماری‌های جسمانی روان انسان را نیز آزرده می‌سازند؛ و فشارهای روانی در بدن انسان نیز بازتاب می‌یابند. این ارتباط به گونه‌ای است که امروزه بخش زیادی از تحقیقات پزشکی و روان‌پزشکی به بیماری‌های موسوم به «روان‌تنی» اختصاص یافته است.[۴]

بر این مبنا، گرچه برای سنجش کامل سلامت و تعیین ضعف و قوت و برنامه‌ریزی به منظور ارتقای سلامت فرد و جامعه، می‌بایست ابعاد سلامت را از یکدیگر تفکیک کینم، باید توجه داشته باشیم که این ابعاد در یکدیگر تأثیر دارند و سلامت یا بیماری در یک بعد در ابعاد دیگر نیز نمود خواهد داشت. بدین ترتیب، انسان سالم انسانی است که در ابعاد مختلف از سلامت

---

۱. آنچه در اینجا آمده، مراحل رشد انسان در نگاه متداول و عمومی است. در فصل مربوط به مراحل تعلیم و تربیت اسلامی، با بهره‌گیری از روایات، دسته‌بندی دیگری ارائه می‌دهیم.

۲. برخی از این نظریه‌پردازان مانند ژان پیاژه (۱۸۹۶ـ۱۹۸۰م) به بررسی مراحل رشد انسان تا سنینی خاص (مثلاً دوران نوجوانی) پرداخته‌اند؛ و گروه‌ی دیگر از آنان مانند اریک اریکسون (۱۹۰۲ـ۱۹۹۴م) تا دوران کهنسالی نیز پیش رفته‌اند. برای مطالعه بیشتر، ر.ک: حسن احدی و شکوه السادات بنی جمالی، *روان‌شناسی رشد*، ص ۱۱۳ـ۱۳۸.

۳. برای نمونه، ر.ک: *بحار الأنوار*، ج ۱۰۱، ص ۹۴ـ۹۶.

۴. برای نمونه، ر.ک: بنجامین ولمن، *اختلالات روان تنی*. گفتنی است که در گذشته‌های دور نیز این اختلالات مورد توجه بوده است؛ چنان که افلاطون در رساله *خارمیدس* از زبان سقراط می‌گوید: «پزشک هم‌چنان که نباید پیش از معالجه سر، چشم را مداوا کند، و پیش از مداوای تمام تن به معالجه سر بپردازد؛ مداوای تن را نیز نباید آغاز کند، پیش از آنکه روح را علاج کند. و علت آنکه پزشکان یونانی از مداوای بسی از بیماری‌ها ناتوان‌اند، این است که از کل غافل‌اند و نمی‌دانند که اگر کل بیمار باشد، هیچ یک از اجزاء آن تندرستی نمی‌پذیرد» (*دوره آثار افلاطون*، ج ۱، ص ۲۰۵).

برخوردار باشد.

### ۸. وجود سرشتی مشترک و فطرتی الهی در همهٔ انسان‌ها

ادمیان با وجود تفاوت‌هایی که با یکدیگر دارند، از فطرتی الهی و سرشتی مشترک برخوردارند. از شواهد وجود چنین سرشتی آن است که همهٔ انسان‌ها ـ از نژادها و فرهنگ‌های مختلف ـ در احکام اولیهٔ عقل نظری (مانند اجتماع دو نقیض محال است) و عملی (مانند باید عدالت ورزید) با یکدیگر اتفاق نظر دارند، و از تمایلاتی فراحیوانی (مانند حقیقت‌جویی، فضیلت‌خواهی و کمال‌طلبی) بهره می‌برند.[۱]

همچنین، با مراجعهٔ به آیات و روایات این نکته به دست می‌آید که درجاتی از شناخت شهودی خداوند و گرایش به او، از آغاز آفرینش در وجود همهٔ انسان‌ها نهاده شده‌اند؛ چنان که قرآن کریم می‌فرماید: فَأَقِمْ وَجْهَكَ لِلدِّينِ حَنيفاً فِطْرَةَ اللهِ الَّتِي فَطَرَ النَّاسَ عَلَيْهَا لا تَبْدِيلَ لِخَلْقِ اللهِ ذَلِكَ الدِّينُ الْقَيِّمُ وَلَكِنَّ أَكْثَرَ النَّاسِ لا يَعْلَمُونَ؛[۲] پس روی خود را با گرایش تمام به حقّ، به سوی این دین کن؛ با همان سرشتی که خدا مردم را بر آن سرشته است. آفرینش خدا تغییرپذیر نیست. این است همان دین پایدار، ولی بیشتر مردم نمی‌دانند.

برخی از روایات، این آیه را بیانگر فطری بودن توحید دانسته‌اند.[۳] از روایتی دیگر که در تفسیر آیهٔ معروف به میثاق (ذر) آمده،[۴] چنین برداشت می‌شود که شناخت فطری خدا، نه شناختی حصولی و با واسطهٔ مفاهیم، بلکه علمی حضوری و بی‌واسطه است.[۵] همچنین، فطرت

---

۱. ر.ک: محمود رجبی، *انسان‌شناسی*، ص ۱۲۶.

۲. روم، ۳۰.

۳. عن الصادق (ع) لَمّا سُئِلَ عَنْ قَوْلِ اللهِ «... فِطْرَةَ اللهِ الَّتِي فَطَرَ النَّاسَ عَلَيها ...» (روم، ۳۰):فَطَرَهُمْ جَميعاً عَلَي التَّوْحيد (الکافی، ج ۲، ص ۱۲)؛ حضرت دربارهٔ این آیه که خداوند می‌فرماید: «فطرت الهی که مردم را بر آن فطرت آفرید»، فرمود: همه را بر فطرت توحید آفرید.

۴. عن الصادق (ع) لَمّا سُئِلَ عَنْ قَوْلِ اللهِ«وَإِذْ أَخَذَ رَبُّكَ مِنْ بَنِي آدَمَ مِنْ ظُهُورِهِمْ ذُرِّيَّتَهُمْ وَأَشْهَدَهُمْ عَلي أَنْفُسِهِمْ أَ لَسْتُ بِرَبِّكُمْ قالُوا بَلي ...» (اعراف، ۱۷۲):ثَبَتَتِ الْمَعْرِفَةُ فِي قُلُوبِهِمْ وَنَسُوا الْمَوْقِفَ وَسَيَذْكُرُونَهُ يوْماً وَلَوْ لا ذَلِكَ لَمْ يدرِ أَحَدٌ مَنْ خَالِقُهُ وَلا مَنْ رَازِقُه؛ (*الکافی*، ج ۳، ص ۲۸۰)؛ از حضرت دربارهٔ این آیه سؤال شد که خداوند می‌فرماید: «و آنگاه که پروردگارت از پشت فرزندان آدم ذریه آنان را برگرفت و آن‌ها را بر خود گواه گرفت که آیا پروردگار شما نیستم؟ گفتند: چرا.» فرمود: این معرفت در دل های آن‌ها قرار گرفت و آن جای‌گاه را فراموش کردند و روزی آن را به یاد می‌آورند و اگر این نبود، کسی نمی‌دانست خالق و رازق او کیست.

۵. ر.ک: محمدتقی مصباح یزدی، مشکات، ۱/۱، ص ۴۷ـ۵۶.

توحید که راهنمای اولیهٔ انسان به سوی قله کمال است، در بدو تولد در همهٔ انسان‌ها مشترک است، اما در اثر عوامل گوناگون ممکن است به انحراف کشیده شود.[۱]

بر این مبنا، می‌توان شاخص‌ها و گویه‌های مشترکی برای سنجش سلامت معنوی به کار برد که ریشه همه آن‌ها فطرت الهی مشترک انسان‌هاست. نیز با توجه به این مبنا، همهٔ انسان‌ها با فطرتی الهی و برخوردار از سطح پایهٔ سلامت معنوی پا به عرصه زندگی دنیا می‌گذارند،گرچه با توجه به تأثیرات عوامل گوناگون پیش از تولد، مانند ویژگی‌های جسمی، روحی و تغذیه پدر و مادر، این سطح نیز می‌تواند متفاوت باشد. اما از آن هنگام که انسان تحت تأثیر تعلیم و تربیت معنوی قرار می‌گیرد و به خصوص از آن هنگام که با اختیار جهت حرکت خود را به سوی تعالی یا انحطاط تعیین می‌کند، مراقبت از سلامت معنوی او ضرورت بیشتری می‌یابد و باید سلامت مبادی افعال اختیاری او نیز ارزیابی شود.

### ۹. مختار بودن انسان

انسان موجودی مختار است. همهٔ آدمیان به صورتی روشن میان دو دسته از افعال خود تمایز می‌نهند: الف) اعمالی چون ضربان قلب و رعشهٔ دست که ما آن‌ها را برنگزیده‌ایم و به صورت معمول، توان متوقف‌ساختن آن‌ها را نیز نداریم؛[۲] ب) اعمالی چون سخن‌گفتن و عبادت‌کردن که با ارادهٔ ما انجام می‌گیرند و از میان راه‌های گوناگون پیش روگزینش می‌شوند. در این دستهٔ اخیر، همهٔ انسان‌ها در مقام عمل خود را مختار می‌بینند و از هم‌نوعان خود نیز ادّعای جبر را نمی‌پذیرند.

چنان که اشاره شد، مقصود از اختیار انسان، توانایی انتخاب یک گزینه از میان گزینه‌های پیش‌رو، پس از سنجش میان آن‌هاست؛[۳] هرچند انتخاب یکی از گزینه‌ها بسی دشوارتر از گزینه‌های دیگر باشد. بنابراین، حتی اشخاص مضطر (مانند کسی که تشنگی او را در شُرف مرگ قرار داده، و جز آبی ناپاک چیزی برای نوشیدن ندارد) و مُکرَه (مانند کسی که در اثر

---

۱. عن النبی(ص): **كُلُّ مَوْلُودٍ يُولَدُ عَلَى الْفِطْرَةِ حَتى يَكونَ أَبَوَاهُ يهوِّدَانهِ ويُنَصِّرَانهِ وَيُمَجِّسانه** (عوالی اللآلی، ج ۱، ص ۳۵، ح ۱۸)؛ هر نوزادی بر اساس فطرت [توحیدی اسلام] زاده می‌شود تا اینکه [احیاناً] پدر و مادرش او را یهودی، نصرانی و مجوسی کنند.

۲. البته ممکن است کسانی با انجام برخی از اعمال و ریاضت‌ها، بر اموری چون ضربان قلب نیز به گونه‌ای تسلط یابند.

۳. اختیار در معنایی عام آن است که عاملی بیرونی، فاعل را به انجام فعل وادار نسازد؛ هرچند گزینه‌های متعدد و سنجش و انتخاب نیز در کار نباشد. خدا و فرشتگان را بر اساس این معنا که می‌توان مختار دانست.

تهدید دزد، اموال خود را به او می‌سپارد) هم از نظر فلسفی مختار به شمار می‌روند؛ زیرا مضطر و مکره نیز بر انتخاب هر دو گزینهٔ پیش رو (هر چند یکی از آن‌ها به مرگ منتهی شود) توانایی دارند.[۱]

با این همه، برخی از شبهات، زمینهٔ مجبورانگاری انسان را پدید آورده‌اند. برای مثال، پاره‌ای از آموزه‌های دینی، همچون قضا و قدر و علم پیشین الهی، با اختیار انسان ناسازگار پنداشته شده و گروهی را به جبرگرایی کشانده‌اند. همچنین، برخی جامعه را دارای هویتی مستقل دانسته و فرد را چون خاشاکی به شمار آورده‌اند که به هیچ‌وجه نمی‌تواند در برابر سیلاب اجتماع مقاومت کند. گروهی دیگر برای تاریخ مراحلی برشمرده‌اند که هر کدام به صورتی جبری تحقق می‌یابد و مردم را به هر آنچه مقتضای آن مرحله است، می‌کشاند. دسته‌ای دیگر بر نقش عوامل زیستی و طبیعی تأکید ورزیده و تأثیر این امور را چنان برجسته ساخته‌اند که بر اساس آن، به جای تبیین غایی رفتار انسان باید به این نکته پرداخت که کدام عامل وراثتی به پیدایش حادثه‌ای خاص انجامیده، یا کدام فرایند الکتروشیمیایی در مغز، عضلات بدن را به حرکت واداشته است.[۲]

شرح بیشتر هر یک از این دیدگاه‌ها و بررسی تفصیلی کاستی‌های آن‌ها نیازمند بحثی گسترده‌تر است؛ در این‌جا تنها به بیان این نکته بسنده می‌کنیم که تأثیر عواملی چون جامعه، محیط و وراثت بر اعمال اختیاری انسان انکارناشدنی است؛ اما هیچ‌کدام از این عوامل، اختیار و آزادی انتخاب را به کلی از انسان نمی‌ستاند و او را به دستگاهی خودکار تبدیل نمی‌سازد. به بیان دیگر، عوامل یادشده هرچند انتخاب برخی از راه‌ها را برای انسان دشوار می‌سازند؛ اما در نهایت، اراده و اختیار انسان است که سبب گزینش یک راه از میان راه‌های گوناگون می‌گردد و حتی می‌تواند او را به مقابله با عوامل مذکور وادارد. در منابع دینی و تاریخی حکایت‌های عبرت‌آمیز فراوانی در این باره می‌توان یافت که داستان حضرت یوسف و آسیه همسر فرعون دو نمونه از آن‌هاست. یوسف در آغاز جوانی با آنکه همهٔ اسباب طبیعی را برای انجام گناه فراهم

---

۱. ر.ک: محمدتقی مصباح یزدی، *آموزش فلسفه*، ج ۲، ص۹۶ (درس سی و هشتم). در اینجا دو نکته درخور توجه است: الف) از نظر فقهی، اضطرار یا اکراه، حکم بسیاری از افعال را تغییر می‌دهد. ب) اگر به زور اموال کسی را از دستش بربایند ـ به گونه‌ای که توان مقاومت نداشته باشد ـ نمی‌توان حتی با نگاهی فلسفی، از عملی اختیاری با عنوان «سپردن مال به سارق» سخن گفت. همچنین، خوردن آب ناپاک می‌تواند به صورتی کاملاً جبری تحقق یابد؛ مثلاً به این صورت که دست و پای کسی را ببندند و آب را به زور در حلقش بریزند.

۲. ر.ک: محمدتقی مصباح یزدی، مشکات، ۱/۱، ص۳۷۳ـ۳۸۶؛ محمود رجبی، *انسان‌شناسی*، ص ۱۵۷ـ۱۷۶؛ احمد واعظی، *انسان از دیدگاه اسلام*، ص ۱۱۵ـ۱۳۵.

می‌دید، با استعانت از خداوند دامن به گناه نیالود و سرمشقی مثال‌زدنی برای همگان گردید. همسر فرعون نیز در محیطی شرک‌آلود شعار توحید سر داد و در این راه، تهدید و شکنجه و محرومیت از جایگاه والای اجتماعی را به جان خرید.

تنها با پذیرش این مبناست که می‌توان از ارتقای اختیاری سلامت معنوی سخن گفت. اگر فرد به اختیار خود باور نداشته باشد و خود را مقهور عواملی بیرونی بداند، کوششی از درون برای ارتقای وضعیت سلامت خویش نخواهد داشت. بدین ترتیب، برای ارتقای سلامت معنوی باید با شناسایی عواملی که در تقویت یا تضعیف ارادهٔ انسان نقش دارند،[1] زمینه را برای استفادهٔ درست از این نیرو فراهم ساخت. همچنین، قوت و ضعف اراده به عنوان فعل اختیاری مستقیم (جوانحی) انسان که مبدأ افعال اختیاری بیرونی (جوارحی) است شاخص مهمی برای ارزیابی سلامت معنوی از جهت توانایی‌های درونی است. از این مبنا همچنین در بسیاری از مبانی بعدی استفاده می‌شود.

### ۱۰. هدفمندی انسان

انسان موجودی هدفمند است. که در همهٔ افعال اختیاری خود هدفی را دنبال می‌کند؛ اعمال به ظاهر «بی‌هدف» نیز خالی از اهدافی چون «سرگرمی» نیستند. تفاوت انسان‌های مختلف با یکدیگر، نه در اصل هدفداری، بلکه در نوع اهدافی است که برای خود برگزیده‌اند.

این مبنا و با استفاده از برخی دیگر از انواع مبانی مانند مبانی الهیاتی و ارزش‌شناختی به تعیین هدف انسان و معیار اصلی سلامت معنوی می‌پردازیم.

---

۱. مداومت بر انجام کار نیک به‌ویژه در قالب عباداتی مانند روزه، در تقویت ارادهٔ انسان مؤثر است. از سوی دیگر، مهم‌ترین عاملی که اراده انسان را ضعیف می‌سازد، عادت به انجام گناه (و به طور کلی، کارهای ناشایست) است. در این میان، برخی از عادت‌ها مانند اعتیاد به مواد مخدر ـ به دلیل آثار زیان‌باری که هم‌زمان بر جسم و روح انسان به‌جا می‌گذارند ـ اهمیت بیشتری دارند. برخی از عارفان مسلمان، گوش‌سپردن به موسیقی حرام را نیز دارای نقشی برجسته در تضعیف اراده دانسته‌اند؛ چنان که امام خمینی می‌فرماید: «استاد معظم ما ـ دام ظله ـ می‌فرمودند: بیشتر از هرچه، گوش دادن به تغنیات، سلب اراده و عزم از انسان می کند» (*شرح چهل حدیث*، ص ۸).

### ۱۱. خوددوستی[1] انسان

انسان دارای حب ذات است. هر انسانی به صورت فطری «خود» را دوست دارد، و همهٔ اعمال او بر اساس «حب ذات» است. حتی کسانی که دست به خودکشی می‌زنند نیز از این گرایش فطری بی‌بهره نیستند؛ زیرا اینان از روی محبتی که به ذات خود دارند، ادامهٔ بقا را به دلایلی برای آن نمی‌پسندند و برای مثال، مرگ را عاملی برای رهایی از رنج‌های خود می‌پندارند. همچنین، اگر ناراحتی فرزند دل مادر را به درد نمی‌آورد، فضیلتی چون ایثار و از خودگذشتی نیز تحقق نمی‌یافت. تفاوت کسانی که حاضرند جان خود را فدای انسان‌های دیگر کنند، با دیگران در این نیست که از بند حب ذات ـ به معنای فلسفی و روان‌شناختی ـ رهایی یافته‌اند؛ بلکه در این است که خوشبختی خود را نه در آسایش شخصی در این دنیا، که در خوشی و آسایش دیگران دیده‌اند. از این مبنا در مبنای بعد استفاده می‌شود.

### ۱۲. کمال‌جویی انسان

انسان همواره در پی دست‌یابی به کمال است. از آنجا که انسان حب ذات دارد و خود را دوست دارد، کمالات خود را نیز دوست می‌دارد؛[2] و به دلیل آنکه معمولاً این کمالات در او بالفعل نیستند، خواهان دست‌یابی به آن‌هاست. از این مبنا در مبنای بعد استفاده می‌شود.

### ۱۳. نامتناهی بودن کمال‌جویی انسان

انسان بی‌نهایت کمال‌طلب است. هیچ انسانی (اعم از آنکه در پی دست‌یابی به قدرت، یا دانش‌اندوزی، و یا غیر آن باشد) به آن مرتبه از کمال که تا کنون بدان دست یافته است، خرسند نمی‌گردد و همواره کمالی بالاتر از آن را می‌جوید.[3] امام خمینی در پیام تاریخی خود به رهبر اتحاد جماهیر شوروی با اشاره به این حقیقت می‌نویسد:

---

۱. مقصود از خوددوستی در اینجا چیزی است که برخی از اندیشمندان غربی آن را خودگرایی روان‌شناختی (Psychological Egoism) نامیده و در برابر خودگرایی اخلاقی (Ethical Egoism) قرار داده‌اند. قسم دوم همان چیزی است که در زبان فارسی اغلب با تعابیری چون «خودخواهی» از آن یاد می‌کنیم و از صفات ناپسند به شمار می‌رود.

۲. هرچند ـ چنان که خواهد آمد ـ انسان‌ها در تشخیص مصادیق کمال با یکدیگر اختلاف دارند؛ و حتی ممکن است ضدکمال را کمال بپندارند.

۳. ر.ک: محمدعلی شاه‌آبادی، رشحات البحار، الانسان و الفطرة، ص ۳۵ـ۳۷ و ۴۸ـ۵۵؛ محمدتقی مصباح یزدی، دروس فلسفه اخلاق، ص ۱۶۴.

«انسان در فطرت خود هر کمالی را به طور مطلق می‌خواهد؛ و شما خوب می‌دانید که انسان می‌خواهد قدرت مطلق جهان باشد و به هیچ قدرتی که ناقص است، دل نبسته است. اگر عالم را در اختیار داشته باشد و گفته شود جهان دیگری هم هست، فطرتاً مایل است آن جهان را هم در اختیار داشته باشد. انسان هر اندازه دانشمند باشد و گفته شود علوم دیگری هم هست، فطرتاً مایل است آن علوم را هم بیاموزد».[1]

از این مبنا برای تعیین هدف نهایی انسان و معیار اصلی سلامت معنوی استفاده می‌شود. همچنین، با استناد به این مبنا می‌توان نیاز به سلامت معنوی را امری دائمی دانست که تا پایان حیات انسان استمرار دارد. از این مبنا همچنین در مبنای بعد استفاده می‌شود.

### ۱۴. کمال نهایی انسان: قرب به خداوند متعال

در کمال نهایی انسان که قرب به خداوند متعال است. دیدگاه‌های مختلفی وجود دارد. گروهی کمال انسان را در برخورداری هر چه بیشتر از لذت‌های مادی پنداشته‌اند؛ برخی بر رشد عقلانی و اخلاقی تأکید ورزیده‌اند؛ و دسته‌ای دیگر کمال آدمی را در پیشرفت‌های معنوی دانسته‌اند. ما در اینجا قصد بررسی تفصیلی این دیدگاه‌ها را نداریم؛ اما توجه به نکته‌ای که در مبنای پیشین گذشت ـ یعنی اینکه انسان به صورت فطری هر کمالی را به صورت نامحدود می‌خواهد ـ ما را به این حقیقت رهنمون می‌سازد که کمال نهایی انسان، تقرب جستن به خداوندی است که سرچشمهٔ پایان‌ناپذیر همهٔ کمالات است و در اثر قرب به او چنان بهجت و سعادتی برای آدمی فراهم می‌شود که با هیچ لذت و موقعیت دیگری قابل قیاس نیست.[2]

در آیات و روایات با تعابیری گوناگون به این حقیقت اشاره شده است؛ چنان که قرآن کریم، کسانی را که پیشگام در انجام کارهای نیک‌اند، مقربان درگاه الهی می‌خواند: «وَالسَّابِقُونَ السَّابِقُونَ أُولَئِكَ الْمُقَرَّبُونَ؛[3] و سبقت‌گیرندگان [به اعمال خیر] سبقت‌گیرندگان [به مغفرت و رحمت الهی] هستند و ایشان همان مقرّبان‌اند». همچنین، از دیدگاه قرآن کریم، پیامبر گرامی اسلام ـ که اسوه‌ای نیکو برای همگان است[4] ـ به بالاترین درجهٔ قرب دست یافته است: «ثُمَّ

---

۱. امام خمینی، صحیفه امام، ج ۲۱، ص۳۲۳؛ همچنین، ر.ک: همو، *شرح چهل حدیث*، ص۱۲۷ و ۱۸۱ـ۱۸۴؛ همو، *آداب الصلاة*، ص۱۱۷ و ۲۸۸؛ همو، *صحیفه امام*، ج ۱۴، ص ۲۰۵ـ۲۱۰.

۲. ر.ک: محمدتقی مصباح یزدی، مشکات، ۰۱ـ۵/۲، ص ۴۱ـ۴۴.

۳. واقعه، ۱۰ـ۱۱.

۴. لَقَدْ كانَ لَكُمْ فِي رَسُولِ اللَّهِ أُسْوَةٌ حَسَنَة (احزاب، ۲۱).

دَنَا فَتَدَلَّی فَکَانَ قَابَ قَوْسَینِ أَوْ أَدْنَی؛[1] سپس نزدیک و نزدیک‌تر شد؛ پس [فاصله] بـه انـدازهٔ دو کمان یا نزدیک‌تر بود». از روایات نیز چنین به دست می‌آید که اولیـای الهـی همـواره در طلـب قربِ بیشترند و وصول به خداوند را بالاترین مطلوب خود می‌دانند؛ چنـان کـه امـام علـی(ع) در فرازی از دعای کمیل از خداوند چنین می‌خواهد: «وَ اجْعَلْنی مِـنْ أَحْسَـنِ عَبیـدِكَ نَصِـیباً عِنْـدَكَ وَأَقْرَبِهِمْ مَنْزِلَةً مِنْكَ وَأَخَصِّهِمْ زُلْفَةً لَدَیك؛ و از میان بندگانت مرا از کسانی قرار ده که بهره‌شان نزد تو افزون‌تر و جایگاه‌شان به تو نزدیک‌تر و تقرب‌شان به تو بیشتر است». وی همچنین از خداوند می‌خواهد که پیوند او را از همه چیز بگسلد و دیدگان قلبش را به نور وجود خود روشـن سـازد: إِلَهی هَبْ لِی کَمَالَ الانْقِطَاعِ إِلَیكَ؛ وَأَنِرْ أَبْصَارَ قُلُوبِنَا بِضِیاءِ نَظَرِهَا إِلَیكَ؛ حَتَّی تَخْرِقَ أَبْصَـارُ الْقُلُـوبِ حُجُبَ النُّورِ، فَتَصِلَ إِلَی مَعْدِنِ الْعَظَمَةِ وَتَصِیرَ أَرْوَاحُنَا مُعَلَّقَةً بِعِزِّ قُدْسِكَ. ... إِلَهی وَأَلْحِقْنی بِنُورِ عِـزِّكَ الْأَبْهَجِ، فَأَكُونَ لَكَ عَارِفاً وَعَنْ سِوَاكَ مُنْحَرِفاً؛[2] معبودا، به من بریدن از همه و پیوستن بـه خـود را عطا کن؛ و چشمان دل‌مان را به روشنایی نظاره به خودت منور ساز؛ تا چشـمان دل پـرده‌هـای نورانی را درنَوَردند، و به سرچشمهٔ عظمت برسند و روح‌مان به مقام عزت قدسـی تـو راه یابـد ... خدایا، و مرا به نور عزت خود که بهجت و نشاطش از هر لذت بـالاتر اسـت درپیونـد، تـا بـه تـو معرفت یابم و از غیر تو کناره گیرم.

امام زین‌العابدین(ع) نیز بالاترین خواستهٔ خود را دسـت‌یـابی بـه قـرب خداونـد مـی‌دانـد (... وقُرْبُک غایةُ سُؤْلی ...؛[3] و قرب تو نهایت درخواست من است) و آن را یگانه راه از میان رفتن غـم و اندوه خود توصیف می‌کند: ... وغُلَّتی لایبَرِّدُها إلّا وَصْلُكَ، ولَوْعَتی لایطْفِئُها إلّـا لِقـاؤُكَ، وشَـوْقی إلیكَ لا یبُلُّهُ إلّا النَّظَرُ إلی وَجْهِكَ، و قَراری لایقِرُّ دونَ دُنُوِّی مِنكَ، ... و غَمّی لا یزیلُهُ إلّا قُرْبُك ...؛[4] و جز وصال تو سوز دلم را خنک نمی‌کند، و جز دیـدار تـو آتـش دلـم را فـرو نمـی‌نشـاند، و جـز دیدارت اشتیاقم را به تو سیراب نمی‌سازد، و جز به نزدیک تو قـرار نمـی‌گیـرم ... و چیـزی جـز قرب تو اندوه مرا از میان نمی‌برد.

گفتنی است که منظور از این قرب، نه قرب زمانی و مکانی و نه حتی شبیه‌شدن به خداونـد است؛ زیرا خداوند موجودی مادی نیست که در چارچوب زمان و مکان قرار گیرد؛ و نیـز مرتبـهٔ وجودی خالق و مخلوق چنان با یکدیگر متفاوت است که نمی‌توان از مشابهت آن‌ها بـا یکـدیگر سخن گفت. با این همه، رابطهٔ وجودی انسان و خدا مراتبـی از شـدت و ضـعف دارد کـه بـرای

---

۱. نجم، ۸ـ۹.

۲. قمی، عباس، کلیات مفاتیح الجنان، مناجات شعبانیه.

۳. *الصحیفة السجادیة*، مناجاة المریدین.

۴. *الصحیفة السجادیة*، مناجاة المفتقرین.

اشاره به آن‌ها می‌توان از اوصافی چون قرب و بُعد بهره گرفت و با تأمل در آثار وجودی‌شان به شناختی از آن‌ها دست یافت. از آثار قرب به خداوند، بر طرف‌شدن پرده‌ها و حجاب‌ها میان انسان و خدای متعال و در نتیجه، علم حضوری آگاهانهٔ انسان به نیازمندی و وابستگی وجودی خویش به خداوند است.[۱]

نکتهٔ درخور توجه دیگر آن است که انسان می‌تواند در پرتو قصد و نیت، همهٔ افعال اختیاری خود (حتی خوردن و آشامیدن) را به صورت عبادت در آورد و از آن‌ها برای افزایش قرب خود نزد خداوند بهره ببرد؛ بدین ترتیب، هیچ یک از سرمایه‌های زندگی انسان به هدر نمی‌رود و همهٔ آن‌ها در مسیر تکامل قرار می‌گیرد.[۲]

بر این مبنا، معیار اصلی سلامت معنوی «قرب الهی» است و همه بینش‌ها، گرایش‌ها و رفتارهای انسان هنگامی که جهتی الهی بیابند می‌توانند به تعالی حقیقی انسان کمک کنند؛ چنان که به فرمودهٔ پیشوایان معصوم، اگر کسی علم و دانش را نیز با انگیزه‌های پست و شیطانی بجوید، به سعادت جاودانی نخواهد رسید: «عَنْ الباقر(ع): مَنْ طَلَبَ الْعِلْمَ لِيبَاهِيَ بِهِ الْعُلَمَاءَ، أَوْ يُمَارِيَ بِهِ السُّفَهَاءَ، أَوْ يصْرِفَ بِهِ وُجُوهَ النَّاسِ إِلَيهِ، فَلْيَتَبَوَّأْ مَقْعَدَهُ مِنَ النَّارِ؛[۳] کسی که علم را با این انگیزه طلب کند که به وسیلهٔ آن بر عالمان فخر بفروشد، یا با کم‌خردان به مجادله بپردازد، و یا مردم را متوجه خود سازد، جایگاهش در آتش خواهد بود».

### ۱۵. مقدمه بودن زندگی دنیوی انسان برای زندگی اخروی

زندگی دنیوی انسان مقدمه‌ای برای زندگی اخروی است. چنان که گذشت، انسان دارای حیاتی جاودانه است و زندگی او با مرگ پایان نمی‌یابد. از سوی دیگر، در جای خود به اثبات رسیده است که همهٔ اعمال انسان تأثیری پایدار بر روح و روان او به جا می‌گذارند. بر این اساس، دو مرحلهٔ یادشده برای زندگی انسان (پیش و پس از مرگ) بی‌ارتباط با یکدیگر نیستند؛ بلکه یکی از آن‌ها مقدمهٔ دیگری است. در واقع، کیفیت حیات اخروی انسان در گرو چگونه زیستن در این جهان است و رابطهٔ میان افعال اختیاری این‌جهانی و نتایج اخروی آن‌ها نه امری اعتباری و

---

۱. همچنین، با توجه به مبنای شانزدهم از مبانی انسان‌شناختی (وابستگی کمال حقیقی انسان به افعال اختیاری او) مقصود از قرب به خدا در اینجا قربی اکتسابی است که با سیر اختیاری به‌دست می‌آید؛ و گرنه به لحاظ تکوینی، خداوند به همه موجودات احاطه دارد و به تعبیر قرآن کریم، از رگ گردن نیز به انسان نزدیک‌تر است: «نَحْنُ أَقْرَبُ إِلَيه مِنْ حَبْلِ الْوَرِيد (ق، ۱۶)؛ ما از رگ گردن به او نزدیک‌تریم».

۲. ر.ک: محمدتقی مصباح یزدی، مشکات، ۱۰ـ۵/۲، ص ۸۲ـ۸۳.

۳. الکافی، ج ۱، ص ۴۷.

قراردادی، بلکه رابطه‌ای تکوینی و حقیقی است.[۱] بر همین اساس، در برخی از آیات قرآن کریم بر این نکته تأکید شده است که انسان در روز قیامت «خودِ» اعمال خیر و شر خویش را می‌یابد: «یوْمَ تَجدُ کُلُّ نَفْسٍ مَا عَمِلَتْ مِنْ خَیرٍ مُحْضَرًا وَمَا عَمِلَتْ مِنْ سُوءٍ ...؛[۲] روزی که هر کس اعمال نیک و بدِ خود را درً برابر خویش حاضًر بیند». بنابراین، آنچه پاداش نیکوکاران یا جزای بدکرداران دانسته شده، در واقع چهرهٔ باطنی اعمال نیک و بد آنان است؛ چنان که به فرمودهٔ قرآن کریم، کسانی که از اموال حرام پرهیز نمی‌کنند، هم‌اکنون نیز آتش فرو می‌بلعند: «إنَّ الَّذِینَ یأْکُلُونَ أَمْوَالَ الْیتَامَی ظُلْماً إِنَّمَا یأْکُلُونَ فِی بُطُونِهِمْ نَاراً وَسَیصْلَوْنَ سَعِیراً؛[۳] در حقیقت، کسانی که اموال یتیمان را به ستم می‌خورند، جز این نیست که آتشی در شکم خود فرو می‌برند، و به‌زودی در آتشی فروزان درآیند».

بر این مبنا، برای ارزیابی سلامت معنوی، نباید هیچ یک از نگرش‌ها، گرایش‌ها و اعمال او را ـ هرچند خرد و بی‌اهمیت به نظر آیند ـ استثناء کرد؛ زیرا همهٔ اعمال اختیاری انسان و مبادی آن، در شکل‌دهی به زندگی جاویدان او مؤثرند.

### ۱۶. وابستگی کمال حقیقی انسان به افعال اختیاری او

کمال حقیقی انسان جز با انجام افعال اختیاری به دست نمی‌آید. چنان که اشاره شد، انسان همواره در پی دست‌یابی به کمال است. از سوی دیگر، چه بسا انسان در تشخیص کمال خود به خطا رود و چیزی را کمال بپندارد که مایهٔ نقصان و فرومایگی است. برای مثال، از آنجا که زندگی دنیوی انسان مقدمهٔ زندگی اخروی است (مبنای پانزدهم) اگر کسی تمام همت خود را متوجه بهره‌مندی هرچه بیشتر از تمتعات دنیوی سازد، هیچ‌گاه به کمال حقیقی دست نمی‌یابد. چنین انسانی ـ چنان که اشاره شد ـ گاه چنان در شهوات غرق می‌گردد که بر اثر آن حتی

---

۱. ر.ک: مرتضی مطهری، *مجموعهٔ آثار*، ج۴ (معاد)، ص ۶۲۴ـ۶۲۸؛ محمدتقی مصباح یزدی، *مشکات*، ۱/۱، ص ۴۹۶ـ۴۹۲.

۲. آل عمران، ۳۰. در همین باره، آیات زیر نیز درخور توجه‌اند: **لا تَعْتَذِرُوا الْیوْمَ إِنَّمَا تُجْزَوْنَ مَا کُنْتُمْ تَعْمَلُونَ** (تحریم، ۷)؛ عذری می‌آورید، جزای شما همان اعمالی است که مرتکب می‌شدید؛ **ثُمَّ تُوَفَّي کُلُّ نَفْسٍ مَا کَسَبَتْ وَهُمْ لا یظْلَمُونَ** (بقره، ۲۸۱ و آل عمران، ۱۶۱)؛ سپس هر کسی تمام آنچه را که به دست آورده است، دریافت می‌کند و به آنان ستم نمی‌شود. همچنین، ر.ک: نحل،۱۱۱.

۳. نساء، ۱۰. در آیه‌ای دیگر چنین آمده است: **إِنَّ الَّذِینَ یکْتُمُونَ مَا أَنْزَلَ اللهُ مِنَ الْکِتَابِ وَیشْتَرُونَ بِهِ ثَمَناً قَلِیلاً أُولَئِكَ مَا یاکُلُونَ فِی بُطُونِهِمْ إِلا النَّارَ** (بقره، ۱۷۴)؛ کسانی که آنچه را خداوند از کتاب نازل کرده، پنهان می‌دارند و بدان بهای ناچیزی به دست می‌آورند، آنان جز آتش در شکم‌های خویش فرو نبرند.

فرصت اندیشیدن دربارهٔ زندگی جاوید را ندارد. بر همین اساس است که انسان مسلمان به تبعیت از پیامبر گرامی اسلام (ص) همواره در مقام دعا از خداوند چنین درخواست می‌کند: «اللّهمّ ... لا تَجْعَلِ الدُّنیا أکْبَرَ هَمِّنا وَلا مَبْلَغَ عِلْمِنا؛[1] خدایا ... دنیا را بزرگ‌ترین همت ما و منتهای دانش ما قرار مده».

نکتهٔ درخور توجه آن است که بسیاری از موجودات با پشت سر نهادن مراحل زندگی خود، به صورتی طبیعی به کمالی که برای آنان متصوَّر است دست می‌یابند؛ اما از آنجا که آدمی موجودی مختار است، کمال حقیقی خود را جز با عمل اختیاری به چنگ نمی‌آورد. البته ممکن است وجود برخی از امکانات و فراهم‌شدن پاره‌ای از شرایط به عواملی خارج از قدرت و اختیار انسان وابسته باشد؛ ولی به هر حال، تأثیر نهایی آن‌ها در سعادت یا شقاوت انسان بستگی به اراده و اختیار خود او دارد. از این مبنا در مبانی بعد استفاده می‌شود.

### ۱۷. وابستگی فعل اختیاری به توانایی، بینش، و گرایش

تحقق اعمال اختیاری در گرو برخورداری از توانایی و بینش‌ها و گرایش‌هاست. یک عمل اختیاری هنگامی تحقق می‌یابد که بر انجام آن توانا باشیم،[2] چگونگی و چرایی آن را ـ به اندازه‌ای که میل و کششی در ما بر انگیزد ـ بدانیم، و آن را در شرایطی خاص، مطلوب‌تر از خواستنی‌های دیگری که با آن در تزاحم‌اند، بشماریم. برای مثال، وقوع سفر به مکهٔ معظمه برای زیارت خانهٔ خدا در گرو آن است که از انجام چنین کاری ـ به دلایلی چون بیماری ـ ناتوان نباشیم، چگونگی فراهم کردن مقدمات سفر و فایده یا لزوم[3] انجام این کار را بدانیم، و

---

۱. *سنن الترمذی*، ج ۵، ص ۱۹۰؛ *عوالی اللئالی*، ج ۱، ص ۱۶۰.

۲. گفتنی است که اراده، خودْ عملی اختیاری و از قبیل «فعل بالتّجلّی» است که مقدمه همه اعمال اختیاری دیگر است. بدین ترتیب، هنگامی که اراده برخاستن می‌کنیم و برمی‌خیزیم، دو عمل اختیاری رخ می‌دهند که نخستین آن‌ها خود اراده است. تحقق عمل اختیاری نخست (اراده) افزون بر بینش‌ها و گرایش‌های لازم، نیازمند وجود قدرت بر تصمیم‌گیری است؛ اما تحقق عمل اختیاری دوم (برخاستن) ــ از آنجا که عملی جوارحی به شمار می‌رود ـ به قدرت و قوت بدنی نیز نیاز دارد. بنابراین، تحقق اراده برخاستن از سوی کسی که از فلج شدن ناگهانی خود بی‌خبر است، به معنای آن نیست که عملی اختیاری (اراده) بدون وجود قدرت بر انجام آن، تحقق یافته است. همچنین، تحقق نیافتن عمل برخاستن از سوی چنین کسی به دلیل آن است که بخشی از قدرت‌های لازم برای انجام چنین کاری را در اختیار نداشته است.

۳. مقصود در اینجا فایده یا ضرورتی است که شخص فاعل در نظر می‌گیرد، نه لزوماً فایده و ضرورت واقعی. بر این اساس، حتی کسانی که با اغراضی غیر الهی به زیارت خانه خدا می‌روند، نیز فایده‌ای برای آن تصور کرده‌اند.

امیال دیگری چون میل به تفریح و خوشگذرانی در مناطق خوش آب و هوا را بر آن ترجیح ندهیم.

نکتهٔ درخور توجه آن است که پیدایش و افزایش بینش نسبت به سود یا زیان یک کار، رابطه مستقیم با پیدایش و افزایش گرایش نسبت به انجام یا ترک آن دارد. برای مثال، گرایش به خوردن دارویی تلخ، تنها در صورتی پدید می‌آید که از فواید آن باخبر شویم؛ و هرچه این آگاهی بیشتر شود، گرایش به استفاده از آن نیز افزایش خواهد یافت. از سوی دیگر، هر اندازه شناخت ما از مضرات ماده‌ای لذیذ فزونی یابد، انتظار آن است که به همان نسبت، گرایش به آن نیز کاستی پذیرد. با این همه، ممکن است کسانی چنان با تمایلات منفی خو بگیرند، که با وجود آگاهی از عواقب کارهای ناپسند، همچنان بر انجام آن‌ها اصرار ورزند.

بر این مبنا، در تعیین شاخص‌های سلامت معنوی، باید سه بُعد بینشی، گرایشی و توانشی انسان را از یکدیگر تفکیک کرد.[1]

### ۱۸. کاستی‌های انسان در توانایی، بینش و گرایش

انسان در توانایی، بینش و گرایش کاستی‌هایی دارد. چنان که اشاره شد، کمال حقیقی انسان جز با عمل اختیاری به دست نمی‌آید و تحقق عمل اختیاری نیز در گرو برخورداری از توانایی، بینش و گرایش است. اکنون خواننده را به این نکته توجه می‌دهیم که انسان در این سه بُعد کاستی‌هایی دارد؛ بدین معنا که از برخی از دانش‌ها، توان‌مندی‌ها، و عواطف، احساسات و انگیزه‌ها به‌کلی محروم است؛ یا برخورداری وی از آن‌ها به اندازهٔ کافی و یا در جهت مطلوب نیست. در کنار واقعیت مذکور، دو نکتهٔ زیر نیز درخور توجه‌اند:

الف) بسیاری از کاستی‌های یادشده را می‌توان به‌تدریج بر طرف ساخت. برای مثال، با شناسایی عواملی که در تقویت اراده مؤثرند و بهره‌گیری درست از آن‌ها، می‌توان قدرت تصمیم‌گیری را افزایش داد؛ چنان که پرورش و تربیت بدن، توان انسان را برای انجام آن دسته از افعال اختیاری که به فعالیت بدنی نیازمندند، بالا می‌برد. افزایش تدریجی بینش‌های انسان نیز بی‌نیاز از اثبات است. همهٔ ما زمانی را به یاد داریم که از بسیاری از آنچه امروزه می‌دانیم، آگاه نبودیم؛ چنان که هنگام تولد هیچ چیز نمی‌دانستیم: «وَ اللهُ أَخْرَجَكُمْ مِنْ بُطُونِ أُمَّهاتِكُمْ لا

---

۱. برای اشاره به بُعد سوم، از تعابیری چون بُعد «رفتاری» و «کنشی» نیز استفاده می‌شود؛ زیرا مقصود اصلی در اینجا آن است که رفتارهای مورد انتظار را برای مخاطب روشن سازیم تا قدرت خود را برای تحقق آن‌ها به کار گیرد.

تَعْلَمُونَ شَيْئاً؛[1] و خدا شما را از شکم مادران‌تان بیرون آورد، در حالی که چیزی نمی‌دانستید». گرایش‌های انسان نیز به جهت‌دهی یا تقویتْ نیاز دارند. برای مثال، اگر گرایش جنسی انسان در مسیر صحیح قرار نگیرد، می‌تواند پیامدهای زیانباری در این جهان و جهانی دیگر به همراه آورد. همچنین، توجه بیش از اندازه به گرایش‌های پست ـ چنان که در مبنای پنجم گذشت ـ گرایش‌های والا را از شکوفایی باز می‌دارد.

ب) تک‌تک انسان‌ها نمی‌توانند به‌تنهایی کاستی‌های یادشده را از میان ببرند؛ بلکه در این امر نیازمند یاری دیگران‌اند.

از این مبنا نتیجه می‌شود که برنامه‌ریزی و تربیت بعد معنوی انسان امری ضروری است و از باب مقدمه، سنجش و شناسایی نقاط ضعف این بعد باید صورت گیرد.

### ۱۹. تأثیرگذاری انسان بر موجودات دیگر و تأثیرپذیری از آن‌ها

انسان بر موجودات عالم طبیعت تأثیرگذار[2] و از دیگر موجودات (اعم از مادی و غیر مادی) تأثیرپذیر است. نگاهی هرچند گذرا به زندگی اجتماعی آدمیان و روابط آنان با یکدیگر گویای آن است که انسان بر هم‌نوعان خود تأثیر می‌گذارد و از آنان تأثیر می‌پذیرد. این رابطهٔ دوسویه، میان انسان و موجودات دیگر عالم طبیعت نیز به چشم می خورد. برای مثال، انسان می‌تواند به تخریب جنگل‌ها بپردازد؛ و در مقابل، از میان رفتن جنگل‌ها نیز می‌تواند پیامدهایی زیان‌بار برای زندگی انسان داشته باشد. همچنین، از دسته‌ای از آیات قرآن کریم چنین به دست می‌آید که دست‌کم برخی از بلایای (به ظاهر) طبیعی، ریشه در اعمال انسان دارند: «ظَهَرَ الْفَسادُ فِي الْبَرِّ وَالْبَحْرِ بِما كَسَبَتْ أَيدِي النَّاسِ؛[3] تباهی در خشکی و دریا به سبب کرده‌های مردمان پدیدار شد»؛ چنان که ایمان و عمل صالح نیز می‌توانند باب رحمت و برکت الهی را به روی آدمی بگشایند: «وَ لَوْ أَنَّ أَهْلَ الْقُرى آمَنُوا وَاتَّقَوْا لَفَتَحْنا عَلَيهِمْ بَرَكاتٍ مِنَ السَّماءِ وَالْأَرْضِ؛[4] و اگر مردم آبادی‌ها ایمان آورده و پرهیزگاری کرده بودند، هر آینه برکت‌ها از آسمان و زمین بر آنان می‌گشادیم». در روایات نیز بر نقش گناهان در پیدایش برخی از حوادث ناگوار (مانند زلزله، خشکسالی، بیماری، و فراموش کردن معلومات پیشین) تأکید شده است؛ چنان که در حدیثی

---

۱. نحل، ۷۸.

۲. بررسی امکان تأثیرگذاری انسان بر موجودات فراطبیعی و چگونگی آن فراتر از مقصود این نوشتار است.

۳. روم، ۴۱. علامه طباطبایی مقصود از این تباهی را حوادثی چون زلزله، نیامدن باران، قحطی، بیماری‌های مسری و جنگ و خونریزی می‌داند (ر.ک: سیدمحمدحسین طباطبایی، *المیزان*، ج ۱۶، ص ۱۹۵ـ۱۹۶).

۴. اعراف، ۹۶.

از پیامبر اکرم (ص) چنین می‌خوانیم: «إِنَّ الْعَبْدَ لَيذْنبُ الذَّنْبَ فَيَنْسَي بِهِ الْعِلْمَ الَّذِی كَانَ قَدْ عَلِمَهُ؛[1] بنده[ای از بندگان خدا] گناهی مرتکب می‌شود و اثر آن، دانشی را که پیشتر فراگرفته بود، از یاد می‌برد». با توجه به آنچه گذشت می‌توان گفت که آدمی افزون بر «خود» و «خدا»یی که آفرینندهٔ اوست، با «طبیعت» و «انسان‌های دیگر» نیز رابطه‌ای ناگسستنی دارد.

بر این مبنا، شاخص‌های سلامت معنوی به چهار دستهٔ الهی، شخصی، جمعی و طبیعی تقسیم می‌شوند.

### ۲۰. اجتماعی بودن انسان

انسان موجودی اجتماعی و به اصطلاح «مدنی بالطبع» است. آدمیان به صورت طبیعی دریافته‌اند که در سایهٔ زندگی اجتماعی، بهتر و سریع‌تر می‌توانند نیازهای مادی و معنوی خویش را بر آورند. برخی از ادیان و مکاتب با این گرایش به مبارزه برخاسته و دست‌یابی به برخی از کمالات معنوی را در گرو عزلت‌گزینی از جامعه دانسته‌اند؛ اما پیشوایان دین مبین اسلام پیروان خود را از انزوا و گوشه‌گیری نهی کرده و تجلی رهبانیت امت مسلمان را در «جهاد در راه خدا» دیده‌اند.[2]

بر این مبنا، یکی از ابعاد سلامت، که باید در کنار سایر ابعاد به آن توجه داشت، بعد سلامت اجتماعی است. همچنین، یک نوع از روابط فرد، روابط با انسان‌های دیگر است که باید در کنار رابطهٔ با خود، خدا و طبیعت در نظر گرفته شده، شاخص‌های سلامت معنوی در این نوع رابطه نیز لحاظ شود.

### ۲۱. نیازمندی انسان به وحی برای دست‌یابی به کمال حقیقی

انسان برای دست‌یابی به کمال حقیقی نیازمند وحی است. چنان که گذشت، کمال نهایی انسان قرب اختیاری به خداوند متعال است و نیز زندگی دنیوی مقدمهٔ زندگی اخروی است. اکنون این نکته را می‌افزاییم که انسان با عقل و دانش اندک خود نمی‌تواند به همهٔ آنچه در قرب به خداوند و سعادت اخروی مؤثر است، دست یابد. از سوی دیگر، بر اساس مبانی الهیاتی، خداوند متعال دارای حکمت است و از آفرینش انسان هدفی را در نظر داشته و او را به خود وا نگذاشته است. از این رو، انسان برای دست‌یابی به کمال به معرفت‌هایی ویژه نیازمند است که بندگان

---

۱. بحار الأنوار، ج۷۰، ص ۳۷۷.

۲. عن رسول الله (ص): ... إِنَّمَا رَهْبَانِيةُ أُمَّتِی الْجِهَادُ فِی سَبِيلِ الله ... (*بحار الأنوار*، ج ۸، ص ۱۷۰، ح ۱۱۲).

برگزیدهٔ خداوند از طریق وحی دریافت می‌کنند و به دیگران می‌رسانند. از برخی از آیات قرآن کریم نیز چنین به دست می‌آید که اگر پیامبران الهی نبودند، مردم می‌توانستند نارسایی ابزارهای عمومی معرفت را سبب گمراهی خود بخوانند و برای بی‌ایمانی خویش دلیلی فراهم سازند: «رُسُلاً مُبَشِّرِينَ وَمُنْذِرِينَ لِئَلَّا يكُونَ لِلنَّاسِ عَلَي اللهِ حُجَّةٌ بَعْدَ الرُّسُلِ وكَانَ اللهُ عَزِيزاً حَكِيماً؛[1] پیامبرانی که بشارتگر و هشداردهنده بودند؛ تا برای مردم، پس از [فرستادن] پیامبران، در مقابل خدا [بهانه و] حجّتی نباشد؛ و خدا شکست‌ناپذیر و حکیم است». امام رضا (ع) نیز در این باره می‌فرماید: لَمَّا لَمْ يكُنْ فِي خَلْقِهِمْ وَقُوَاهُمْ مَا يكْمِلُوا [يكْمِلُونَ] لِمَصَالِحِهِمْ وكَانَ الصَّانِعُ مُتَعَالِياً عَنْ أَنْ يرَي ... لَمْ يكُنْ بُدٌّ مِنْ رَسُولٍ بَينَهُ وَبَينَهُمْ مَعْصُومٍ يؤَدِّي إِلَيهِمْ أَمْرَهُ وَنَهْيهُ؛[2] از آنجا که در آفرینش مردمان و نیروها [و استعدادها]ی آنان، آنچه به طور کامل به مصالح‌شان رساند، وجود نداشت، و آفریدگار برتر از آن بود که [به چشم ظاهر] دیده شود [و ارتباط مستقیم با وی برقرار گردد] چاره‌ای جز این نبود که فرستاده‌ای معصوم میان او و انسان‌ها میانجی شود و امر و نهی الهی را به ایشان برساند.[3]

از این مبنا برای اثبات ضرورت التزام به دستورات وحی در سلامت معنوی استفاده می‌شود. توضیح آنکه نیازمندی انسان به وحی، به اموری چون شناخت احوال قیامت و جزئیات عباداتی خاص مانند نماز و روزه منحصر نمی‌شود؛ بلکه مؤمنان باید همهٔ اعمال فردی و اجتماعی خود را با میزان وحی بسنجند و چگونگی رابطهٔ این اعمال با کمال نهایی را از آورندهٔ شریعت بجویند. بر این اساس، انسان مسلمان برای تأمین سلامت معنوی، خود را بی‌نیاز از تعالیم وحیانی نمی‌داند.

### ۲۲. وابستگی کمال حقیقی انسان به استفاده از همهٔ قابلیت‌های او

کمال حقیقی انسان در گرو استفاده از همه قابلیت‌های اوست. بر اساس آنچه در مبانی الهیاتی گذشت، خداوند حکیم است و کار بیهوده نمی‌کند. بنابراین، هیچ یک از استعدادها و قابلیت‌هایی که در وجود انسان نهاده شده‌اند، لغو و گزاف نیست و اگر به‌درستی به کار گرفته شود، در دست‌یابی به کمال حقیقی او مؤثر خواهد بود. از این رو، کسانی که دست‌یابی به کمال حقیقی را برای مثال، در گرو سرکوبی غرایز جنسی پنداشته‌اند، از حکمت نهفته در آفرینش

---

[1]. نساء، ۱۶۵.

[2]. بحارالأنوار، ج ۱۱، ص ۴۰.

[3]. در منابع زیر، دو بیان گویای دیگر از امام صادق و امام مهدی (ع) آمده است: صدوق، *التوحید*، ص ۲۴۹ـ۲۵۰؛ *بحار الأنوار*، ج۴۴، ص ۲۷۳ـ۲۷۴.

غفلت ورزیده‌اند. بر این اساس، هنگامی که گروهی از اصحاب پیامبر گرامی اسلام (ص) با خود عهد کردند که روزها روزه بدارند و شب‌ها را به عبادت بپردازند، از به کارگیری بوی خوش بپرهیزند، پشمینه بپوشند، و از خوردن گوشت خودداری ورزند،[1] با این نهیب رسول خدا (ص) روبه‌رو شدند که «[هر که چنین کند، از سنت من روی گردانده؛ و] هر که از سنت من روی گرداند، از من نیست».[2]

با توجه به این مبنا، سلامت معنوی در گرو فراهم بودن شرایط تعالی در روابط چهارگانه انسان با خداوند، خود، انسان‌های دیگر و طبیعت پیرامون اوست.

### ۲۳. تأثیر رشد متناسب قابلیت‌های انسان در کمال حقیقی او

کمال حقیقی انسان وابسته به رشد هماهنگ و متناسب قابلیت‌های اوست. با توجه به مبنای پیشین، کمال حقیقی انسان در گرو استفاده از همه قابلیت‌های مختلف انسان است و برای کمال حقیقی باید به همه آن‌ها توجه داشت. اما نکتهٔ درخور توجه، لزوم «رشد هماهنگ و متناسب» همهٔ این استعدادها و قابلیت‌هاست؛ در غیر این صورت، انسانی ناموزون پدید خواهد آمد که می‌توان چهرهٔ باطنی او را به گونهٔ طنزآمیزی تصویر کرد که برای مثال، اندازهٔ سرش دو برابر مجموع اندام‌های دیگر باشد!

بر این مبنا، سلامت معنوی نه تنها در گرو فراهم بودن شرایط تعالی در روابط چهارگانه، بلکه در تعادل و تناسب آن‌ها با یکدیگر است، به گونه‌ای که امکان رشد هماهنگ انسان را به دور از افراط و تفریط فراهم کند.

### ۲۴. وجود موانع در راه رسیدن به کمال

انسان برای رسیدن به اموری که آن‌ها را کمالی برای خویش می‌داند، موانعی گوناگون پیش

---

۱. بر اساس پاره‌ای از روایات، برخی از اصحاب حتی در پی آن بودند که خود را از مردی بیندازند. «**هَمَّ بَعْضُهُمْ أَنْ يَجُبَّ مَذَاكِيرَه**». (ر.ک.: *بحار الأنوار*، ج ۴۰، ص۳۲۸).

۲. **إِنَّ لأَنْفُسِكُمْ عَلَيْكُمْ حَقّاً. فَصُومُوا وَأَفْطِرُوا؛ وَقُومُوا وَنَامُوا؛ فَإِنِّي أَقُومُ وَأَنَامُ وَأَصُومُ وَأُفْطِرُ وَآكُلُ اللَّحْمَ وَالدَّسَمَ. فَمَنْ رَغِبَ عَنْ سُنَّتِي فَلَيْسَ مِنِّي** (*بحار الأنوار*، ج ۶۲، ص ۱۱۲)؛ جانتان حقی بر شما دارد. پس [گاه] روزه بگیرید و [گاه] افطار کنید؛ [گاه] بخوابید و [گاه] به نماز قیام کنید؛ چرا که من [نیز] به نماز بر می‌خیزم و می‌خوابم، و روزه می‌گیرم و افطار می‌کنم، و گوشت و روغن می‌خورم. پس هر کس از سنت من روی گرداند، از من نیست. همچنین، ر.ک: *بحار الأنوار*، ج ۸، ص۱۷۰؛ ج ۲۲، ص۲۶۳؛ ج ۳۶، ص ۱۱۸؛ ج ۶۷، ص ۱۱۴؛ ج ۷۹، ص ۱۱۴؛ ج ۹۰، ص ۷۳.

روی خود دارد. برای مثال، کسی که کمال خود را در ثروت‌اندوزی می‌شمارد، همواره با رقیبانی روبه‌رو است که آنان نیز همین خواسته را در سر می‌پرورانند و ـ به دلیل محدود بودن منابع ثروت و تزاحم این خواسته‌ها با یکدیگر ـ او را از رسیدن به برخی از اهدافش باز می‌دارند. همچنین، برای دست‌یابی به علم و دانش (با هر انگیزه‌ای که باشد) باید بر موانعی درونی چون سستی و تنبلی، و نیز موانعی بیرونی مانند مشکلات اقتصادی غلبه کرد. به همین گونه، کسانی که کمال خود را در اموری چون بندگی خداوند می‌دانند، از درون و برون با وسوسه‌هایی روبه‌رو می‌شوند که دل سپردن به آن‌ها، آنان را از پی‌گیری اهدافشان باز می‌دارد.

بر این مبنا، باید به شناسایی موانع ارتقای معنویت و دسته‌بندی آن‌ها پرداخت، تا بتوان برای رفع آن‌ها اقدام کرد.

### ۲۵. تفاوت انسان‌ها در ظرفیت‌ها و قابلیت‌ها

انسان‌ها در ظرفیت‌ها و قابلیت‌ها با یکدیگر تفاوت دارند. انسان‌ها با وجود برخورداری از سرشتی مشترک (مبنای هشتم)، استعدادها و قابلیت‌های متفاوتی دارند. این تفاوت‌ها را می‌توان در عواملی گوناگون چون محیط، وراثت، جنسیت و مراحل رشد ریشه‌یابی کرد. همچنین، چگونگی شکوفایی قابلیت‌های انسان در هر مرحله از مراحل رشد، نقشی تعیین‌کننده در مقدار ظرفیت او در مراحل بعد دارد. در امور دینی و معنوی نیز تفاوت قابلیت و ظرفیت میان افراد وجود دارد. برای مثال، عموماً کودکان همچون جوانان و بزرگسالان قابلیت شناخت عقلانی نسبت به خداوند و انجام عبادات خالصانه ندارند. نیز یکی از عواملی که در شدت و ضعف معرفت و ایمان مؤمنان مؤثر است، همین تفاوت استعدادها و ظرفیت‌هاست.

بر این اساس، هنگامی که یکی از اصحاب امام صادق از گروهی از شیعیان به دلیل آنکه معرفت و ایمان آنان را فروتر از معرفت و ایمان خود می‌دید، بیزاری جست،[1] با این واکنش امام روبه‌رو شد که اگر چنین باشد ما نیز باید از شما بیزاری بجوییم؛ زیرا «... عِنْدَنَا مَا لَيسَ عِنْدَكُم...؛[2] ما مزایایی داریم که شما ندارید». در روایتی دیگر، امام (ع) ایمان را به نردبانی ده پله‌ای همانند کردند و سپس افزودند: «إِذَا رَأَيتَ مَنْ هُوَ أَسْفَلُ مِنْكَ بِدَرَجَةٍ فَارْفَعْهُ إِلَيكَ بِرِفْقٍ وَلَا

---

۱. إنَّا نَبْرَأُ مِنْهُمْ إنَّهُمْ لا يقُولُونَ مَا نَقُولُ. علامهٔ مجلسی در توضیح این قسمت می‌نویسد: «أی مِن مراتب فضائل الأئمة (ص) و كمالاتِهم و مراتب معرفة الله تعالى و دقائق مسائل القضاء و القدر و أمثال ذلك ممّا يختلف تكاليف العباد فيها بحسب أفهامهم و استعداداتهم» (*بحار الأنوار*، ج ٦٦، ص ١٦٣).

۲. *الكافی*، ج ۲، ص ۴۳، ح ۲.

تَحْمِلَنَّ عَلَیهِ مَا لَا یطِیقُ فَتَکْسِرَهُ ...؛[1] هنگامی که کسی را در پله‌ای پایین‌تر یافتی، با نرمی و ملاطفت او را به سوی خود بالا آور؛ نه آنکه با نهادن باری که توان تحمل آن را ندارد، او را بشکنی [و از پا اندازی]».

بر این مبنا، در سنجش سلامت معنوی و برنامه‌ریزی برای ارتقای معنویت، باید به تفاوت‌های موجود میان افراد مختلف توجه کرد.

### ۲۶. بندگی انسان در برابر خدا

انسان بندهٔ خداوند است. بر اساس مبانی ۲ ـ ۲ و ۳ ـ۲ از مبانی الهیاتی، تنها خداوند است که آفرینندهٔ موجودات دیگر و مالک حقیقی آن‌هاست. انسان نیز با همهٔ دارایی‌های مادی و معنوی‌اش مملوک خداوند است و به معنای واقعی کلمه، بندهٔ اوست.[2] این بندگی نه مایهٔ خجلت و شرمساری، بلکه ـ برای کسانی که حقیقت آن را دریافته‌اند ـ بزرگ‌ترین نشان افتخار و بالاترین ابزار آبرومندی است. امام علی (ع) همین واقعیت را چنین با خدا نجوا می‌کند: «کَفَي بی عِزّاً أَنْ أَکُونَ لَکَ عَبْداً وَکَفَي بی فَخْراً أَنْ تَکُونَ لِی رَبّاً أَنْتَ کَمَا أُحِبُّ فَاجْعَلْنی کَمَا تُحِبّ؛[3] خدایا، این عزت مرا کافی است که بندهٔ تو هستم؛ و این افتخار مرا بس است که پروردگار من هستی. تو چنانی که دوست می‌دارم؛ پس مرا چنان قرار ده که دوست می‌داری». با این همه، برخی از به اصطلاح انسان‌مداران حقیقت این عبودیت را در نیافته و در پی آن بر آمده‌اند که آدمی را ـ به گمان خود ـ از یوغ بندگی خداوند برهانند و او را به پرستش مقام انسانیت بکشانند![4] به گمان اینان، تنها با چنین نگرشی است که آدمی حقیقت انسانیت را درمی‌یابد و بیماری «از خودبیگانگی» خویش را درمان می‌کند؛[5] غافل از اینکه آن کس که آفریننده و مالک حقیقی خود را نادیده بگیرد، در واقع خود را نادیده گرفته است: «نَسُوا اللهَ فَأَنْساهُمْ أَنْفُسَهُم؛[6] خدا را

---

۱. *الکافی*، ج ۲، ص ٤٥.

۲. چنان که پیدا است، مقصود در اینجا بندگی تکوینی است؛ نه اینکه همگان به وظیفهٔ بندگی عمل می‌کنند و حق عبودیت را به جا می‌آورند.

۳. *بحار الأنوار*، ج ٧٤، ص ٤٠٢.

4. See: Auguste Comte, *Auguste Comte and Positivism: The Essential Writings*, p.381-389; 448-465 ;484-485; 488- 491.

۵. ر.ک: لودویگ فویرباخ، «خداوند به مثابه القاء (فرافکنی) ذهن بشری» در جان هیک (ویراستار)، *اثبات وجود خداوند*، ص ۲۳۳ـ۲۴۸.

٦. حشر، ۱۹.

فراموش کردند؛ پس خدا خودشان را فراموش‌شان ساخت».

بر این مبنا، سلامت معنوی در بعد رفتار باید در عنوان کلی بندگی خداوند نمود یابد. از این مبنا همچنین در مبنای بعد استفاده می‌شود.

### ۲۷. مسئولیت انسان در برابر خدا دربارهٔ خود و همهٔ موجودات دیگر

انسان در برابر خدا، دربارهٔ خود و همهٔ موجودات دیگر مسئول است. از آنجا که انسان بندهٔ خداوند است، مکلف به همهٔ دستوراتی است که پیشوایان دین از مصدر وحی دریافت کرده و در کتاب و سنت به ودیعت نهاده‌اند. بر اساس آموزه‌های اسلامی و بر خلاف دیدگاه مکاتبی که فرهنگ «لاابالی‌گری» و «بی‌تفاوتی» را در قالب اصولی چون «فردگرایی» و «نسبیت‌گرایی» تبلیغ می‌کنند، انسان مسلمان از کنار رفتارهایی که از افراد دیگر جامعه صادر می‌شود، بی‌تفاوت نمی‌گذرد و در حد توان خود به «امر به معروف» و «نهی از منکر» می‌پردازد. این مسئولیت در ارتباط با کسانی که پیوند نزدیک‌تری با فرد دارند، شدیدتر است؛ چنان که در قرآن کریم آمده است: «قُوا أَنْفُسَكُمْ وَأَهْلِيكُمْ ناراً وَقُودُهَا النَّاسُ وَالْحِجارَةُ؛[1] خود و خانوادهٔ خود را از آتشی که هیمهٔ آن مردم و سنگ [کافران و بت‌ها] باشند، نگاه دارید». هر یک از ما حتی دربارهٔ خود نیز وظایفی دارد که اگر آن‌ها را نادیده بگیرد، باید در برابر خداوند پاسخگو باشد. موجودات دیگر عالم طبیعت (اعم از جاندار و بی‌جان) نیز از قلمرو مسئولیت انسان بیرون نیستند و او نمی‌تواند جز از طریقی که در شریعت مقرر شده است، از این مواهب الهی بهره ببرد. قرآن کریم بر مسئولیت انسان در برابر همهٔ نعمت‌های الهی ـ که به شماره در نمی‌آیند[2] و برخی از آن‌ها آشکار و برخی دیگر نهان‌اند[3] ـ چنین تأکید می‌ورزد: «ثُمَّ لَتُسْئَلُنَّ يوْمَئِذٍ عَنِ النَّعِيمِ؛[4] سپس به یقین در آن روز (قیامت) دربارهٔ نعمت‌ها بازخواست می‌شوید».

---

۱. تحریم، ۶. از پیامبر اسلام نیز روایت شده است که فرمود: كُلُّكُمْ رَاعٍ وَكُلُّكُمْ مَسْئُولٌ عَنْ رَعِيتِهِ (*بحار الأنوار*، ج۷۲، ص ۳۸ و الاحسائی، عوالی اللئالی، ج ۱، ص ۳۶۴، ح ۵۱)؛ همهٔ شما نگاهبان و همهٔ شما دربارهٔ آنچه زیر نظر شما است، مسئول هستید.

۲. وَإِنْ تَعُدُّوا نعْمَتَ اللهِ لا تُحْصُوها (ابراهیم، ۳۴)؛ و اگر [بخواهید] نعمت خداوند را برشمارید، نمی‌توانید شمار کرد.

۳. أَلَمْ تَرَوْا أَنَّ اللهَ سَخَّرَ لَكُمْ ما فِي السَّماواتِ وَما فِي الأَرْضِ وَأَسْبَغَ عَلَيكُمْ نعَمَهُ ظاهِرَةً وَباطِنَة (لقمان، ۲۰)؛ آیا ندیده‌اید که خدا آنچه را که در آسمان‌ها و آنچه را که در زمین است، مسخّر شما ساخته و نعمت‌های ظاهر و باطن خود را بر شما تمام کرده است؟ همچنین، ر.ک: ابراهیم، ۳۲ و ۳۳؛ نحل، ۱۲ و ۱۴؛ حج، ۶۵؛ زخرف، ۱۳؛ و جاثیه، ۱۲ و ۱۳.

٤. تکاثر، ۸.

ناگفته پیداست که مسئولیت انسان صرفاً در حوزهٔ افعال اختیاری است؛ و تحقق افعال اختیاری ـ چنان که گذشت ـ وابسته به توانایی، بینش و گرایش است. با این همه، فراهم ساختن مقدمات انجام کار نیز گاه بر عهدهٔ افراد مسئول است. برای نمونه، اگر پدر و مادر را مسئول تأمین سلامت فرزندان دانستیم، بر آن‌ها لازم است مقدمات انجام چنین مسئولیتی را ـ در حد توان ـ فراهم آورند؛ برای مثال، بینش خود را در این باره افزایش دهند و موانع موجود را بر طرف سازند.

از مبنای یادشده این نتیجه به دست می‌آید که تلاش برای تأمین و بهبود سلامت، وظیفه‌ای همگانی است؛ به گونه‌ای که حتی اگر حکومتی اسلامی یا نهاد صالح دیگری (هنگام برقرار نبودن چنین حکومتی) بار اصلی این مسئولیت را بر دوش بگیرد، هیچ‌کس را نشاید که در این باره بی‌تفاوت باشد و مسئولیت خود را در برابر خداوند دربارهٔ سلامت خود و انسان‌های دیگر فراموش کند. همچنین، با استفاده از این مبنا می‌توان در بحث عوامل و موانع سلامت، مقدار مسئولیت افراد و نهادهای مختلف را تعیین کرد. همچنین، بر اساس همین مبنا، انسان برای تعالی خود می‌بایست انواع مسئولیت‌هایی را که در روابط چهارگانه با خود، خداوند، انسان‌های دیگر و طبیعت پیرامون خود دارد به انجام رساند.

### ۲۸. کرامت تکوینی و اکتسابی انسان

انسان دارای کرامت تکوینی و اکتسابی است. در میان موجودات جهان، انسان جایگاهی ویژه دارد. بشر در تجربه‌های ظاهری خود، تا کنون نشانه‌ای از موجوداتی هوشمندتر و خلاق‌تر از خود نیافته است. به نظر می‌رسد در میان موجودات محسوس که در این کرهٔ خاکی زندگی می‌کنند، تنها انسان است که دارای قدرت تعقل و انتخاب آگاهانه و بی‌نهایت کمال‌پذیر است. قرآن کریم نیز انسان را دارای روحی الهی می‌داند (وَ نَفَخْتُ فِيهِ مِنْ رُوحِي؛[1] و در او از روح خود دمیدم) و بر کرامت فرزندان آدم و برتری آنان از بسیاری از موجودات جهان تأکید می‌ورزد: «وَلَقَدْ كَرَّمْنا بَنِي آدَمَ ... وَفَضَّلْناهُمْ عَلي كَثِيرٍ مِمَّنْ خَلَقْنا تَفْضِيلا؛[2] و به راستی فرزندان آدم را گرامی داشتیم، ... و آنان را بر بسیاری از آفریدگان خویش برتری کامل بخشیدیم». این جایگاه ویژه در نظام آفرینش که می‌توان آن را «کرامت تکوینی» نامید، به خودی خود، مایهٔ فخر و مباهات نتواند بود؛ بلکه بهره‌گیری نادرست از این مواهب الهی حتی می‌تواند انسان را فروتر از

---

۱. حجر؛ ص، ۲۹.

۲. اسراء، ۷۰.

چارپایان قرار دهد: «وَ لَقَدْ ذَرَأْنا لِجَهَنَّمَ كَثِيراً مِنَ الْجِنِّ وَالْإِنْسِ لَهُمْ قُلُوبٌ لا يفْقَهُونَ بها وَلَهُمْ أَعْينٌ لا يبْصِرُونَ بِها وَلَهُمْ آذانٌ لا يسْمَعُونَ بِهاأُولئِكَ كَالْأَنْعامِ بَلْ هُمْ أَضَلُّ أُولئِكَ هُمُ الْغافِلُون؛[1] و در حقیقت، بسیاری از جنّیان و آدمیان را برای دوزخ آفریده‌ایم. [چرا که] دل‌هایی دارند که با آن [حقایق را] دریافت نمی‌کنند، و چشمانی دارند که با آن‌ها نمی‌بینند، و گوش‌هایی دارند که با آن‌ها نمی‌شنوند. آنان همانند چهارپایان بلکه گمراه‌ترند. [آری] آنان همان غافلان‌اند». تنها ایمان و عمل صالح ـ و به تعبیر دیگر، تقوا ـ است که سبب پیدایش «کرامت اکتسابی» است و هر که بهرهٔ بیشتری از آن داشته باشد، نزد خداوند گرامی‌تر است: «إِنَّ أَكْرَمَكُمْ عِنْدَ اللهِ أَتْقاكُم؛[2] همانا گرامی‌ترین شما نزد خداوند پرهیزگارترین شماست». چنین کرامتی انسان را در مسیر قرب الهی به آنجا می‌رساند که فرشتگان مقرب نیز راه بدان ندارند: «ثُمَّ دَنا فَتَدَلَّي فَكانَ قابَ قَوْسَينِ أَوْ أَدْنى؛[3] سپس نزدیک آمد و نزدیک‌تر شد؛ تا [فاصله‌اش] به‌قدرِ [طول] دو [انتهای] کمان یا نزدیک‌تر شد».

بر این مبنا، در مبحث سلامت معنوی باید با شناسایی ویژگی‌هایی که مربوط به کرامت تکوینی انسان‌اند، زمینهٔ دست‌یابی به کرامت اکتسابی را فراهم ساخت.

## مبث پنجم: مبانی ارزش شناختی

### *۱. واقعی و اثبات‌پذیر بودن ارزش در دانش‌های عملی*

ارزش در دانش‌های عملی، واقعیت عینی دارد. ارزش به اموری اطلاق می‌شود که به نحوی برای ما مطلوب باشند. اما مطلوبیت اهدافی که شایستگی آن را دارند که به دنبال آن باشیم، و نیز راه‌های وصول به این اهداف، تابع دستور، سلیقه یا قرارداد نیست، و در نتیجه، نمی‌توان آن‌ها را اموری ذهنی و وابسته به طرز تلقی خاص فرد یا افراد دانست.

در دانش‌هایی همچون پزشکی، روان‌شناسی، اقتصاد، حقوق، مدیریت، اخلاق و تعلیم و تربیت، اموری به عنوان اهداف واقعی تعیین می‌شوند که صرف نظر از سلایق و علایق ما، شایستگی آن را دارند که به دنبال آن‌ها باشیم، و در آن علوم، دربارهٔ راه‌های واقعی تحقق آن اهداف و ابزارهای لازم و متناسب با آن‌ها، تحقیق می‌شود. بنابراین، در این دانش‌ها می‌توان با

---

۱. اعراف، ۱۷۹.

۲. حجرات، ۱۸.

۳. نجم، ۸ ـ ۹. این آیات به جریان معراج رسول خدا(ص) اشاره دارند. در یکی از روایاتی که به تفسیر این آیات پرداخته‌اند، از زبان جبرئیل چنین می‌خوانیم: **لو دَنوتُ أُنْمُلةً لاحتَرَقْتُ**؛ (ر.ک: *بحار الأنوار*، ج ۱۸، ص ۳۸۲) اگر به اندازه سر انگشتی نزدیک شوم، می‌سوزم.

بررسی رابطهٔ برخی امور، از جمله کارهای اختیاری ما، با اهـداف مطلـوب، ارزش‌هـای واقعـی را تعیین کرد.

از این مبنا، می‌توان واقعی بودن ارزش سلامت و ارزش هدف متعالی انسانی را نتیجه گرفت و بر اساس مبانی اسلامی، آن را با روش عقلی تبیین کرد.

### ۲. وابستگی همه ارزش‌های واقعی به ارزش هدف نهایی

ارزش واقعی همهٔ امور به ارزش هدف نهایی وابسـته اسـت. بـا توجـه بـه اینکـه عمومـاً اهـداف مطلوب، سلسله‌ای را در طول یکدیگر تشکیل می‌دهند، و اهداف میانی، واسطه‌ای برای رسـیدن به اهداف بالاتر هستند، ارزش همهٔ اهداف میانی و نیز همهٔ کارهایی که مقدمهٔ رسیدن بـه ایـن اهداف هستند، بر حسب تأثیری که در هدف مطلوب نهایی دارنـد تعیـین مـی‌شـوند. در واقـع، اهداف میانی، به شهرهای بین راه در حرکت به سوی مقصدی نهایی شبیه هستند، که راه ما به سوی اهداف دیگر از آن‌ها عبور می‌کند و دست‌یابی به اهداف دیگر، جـز بـا حرکـت بـه سـمت آن‌ها و رسیدن به آن‌ها میسر نیست. پس مطلوبیت و ارزش‌مندی این اهداف به جهـت اهـدافی دیگر است، و به خودی خود مطلوب نیستند.

در اینجا باید به این نکته توجه داشت که مقصود از هدف در اینجا، چیزی است که شایسته است اشخاصْ آن را مطلوب خود قرار دهند و برای به دست آوردن آن تـلاش کننـد، نـه آنچـه بالفعل برای افراد مطلوب است، و در عمل، برای به دست آوردنش تلاش می‌کنند؛ زیـرا ممکـن است برخی اشخاص در تشخیص مطلوب شایسته یا راه به‌دست آوردن آن اشـتباه کننـد یـا بـه جهت غلبه انگیزه‌های مزاحم، در عمل، به دنبال اهدافی باشـند کـه خـود نیـز آن را ناشایسـت می‌دانند.

از این مبنا، می‌توان نتیجه گرفت که سلامت سایر ابعاد، هدف نهایی نیست و ارزش آن‌ها به جهت تأثیر در ارتقای معنوی انسان است. همچنین، با توجه به این مبنا، برای سنجش سـلامت معنوی و ارتقای معنویـت، بایـد ابتـدا آنچـه شایسـته اسـت هـدف نهـایی قـرار گیـرد و همـه شاخص‌های سنجش سلامت معنوی بر اساس آن تعیین شود. همچنین، ارزیابی عوامل و موانـع سلامت معنوی باید بر اساس هدف نهایی صورت گیرد.

### ۳. هدف نهایی؛ قرب به خداوند

هدف نهایی، کمال انسان (قرب به خداوند) است. بر اساس مبانی انسان‌شناختی، انسان ذاتـاً بـه دنبال کمال و کمال‌طلب است. نیز بر اساس مبانی هستی‌شناختی اسلام، برترین مرتبـهٔ کمـال

هستی، خداوند متعال است. بدین ترتیب، بر اساس دیدگاه اسلام، کمال حقیقی انسان در نزدیک شدن هر چه بیشتر به خداوند است. به عبارت دیگر، هدف مطلوب نهایی که شایسته است همهٔ اهداف دیگر در راستای آن قرار گیرند و همهٔ کارهای اختیاری انسان برای رسیدن به آن سامان یابند، قرب به خداوند است.

با توجه به این مبنا، معیار اصلی سلامت معنوی، قرب به خداوند است و همهٔ شاخص‌ها و گویه‌ها باید بر اساس این معیار اصلی تعیین شوند.

### ۴. ثابت و مطلق بودن اصول ارزشی و متغیر بودن ارزش امور دیگر

اصول ارزشی ثابت و مطلق هستند و ارزش سایر امور، متغیر و وابسته به تأثیرشان در هدف نهایی است. با توجه به مطلوبیت اصیل هدف نهایی (قرب به خدا)، همه اموری که در حقیقت موجب تقرب به خداوند می‌شوند بدون استثنا ارزش‌مند خواهند بود. زیرا، بنا بر آنچه گفته شد، ارزش همه امور دیگر وابسته به ارزش قرب به خداست.

اگر ویژگی مرتبهٔ قرب به خدا را در نظر بگیریم، می‌توانیم به اصولی ثابت و مطلق در ارزش‌ها دست یابیم. انسان با تکامل حقیقی و وصول به مقام قرب الهی، حقیقت وجود خود و نیز همه مخلوقات خدا را که عین فقر و نیازمندی به خداوند هستند، و در هیچ جهتی از او مستقل نیستند، به‌روشنی و با علم حضوری و شهودی می‌یابد. از این امر، نتیجه می‌شود که هر چیزی که بتواند انسان را به چنین شهود و علم حضوری آگاهانه‌ای برساند، همواره و برای همه انسان‌ها ارزش‌مند است. پس، توحید (اعتقاد به یگانگی خداوند و تنها مستقل دیدن او در همهٔ امور)، در همهٔ مراتب آن، از جمله توحید در عبودیت، رضا، توکل، محبت، خوف و رجا، که در واقع، مستلزم دست‌یابی به همهٔ فضایل حقیقی انسانی است، ارزش ثابت و مطلق دارد.

اما، بسیاری از اهداف میانی، تنها در شرایطی خاص می‌توانند در دست‌یابی به هدف نهایی و قرب به خداوند تأثیر مثبت داشته باشند و ارزش این امور، ثابت و مطلق نیست، بلکه محدود به همان شرایط است. برای مثال، کسب درآمد در صورتی که برای امرار معاش، کمک به نیازمندان و در نهایت جلب رضایت خداوند و با روش‌های مشروع و مورد رضایت او صورت گیرد، امری مطلوب و ارزش‌مند است؛ اما چنانچه با هدف رفاه مادی صرف، فخرفروشی و تکبّر، یا با روش‌های نامشروع صورت گیرد، نه تنها ارزش‌مند نیست که امری ضد ارزش به شمار می‌رود.

همچنین، استفاده از ابزارها و روش‌هایی که آثار تخریب‌گر آن‌ها برای فرد یا جامعه بیش از آثار مثبت آن‌هاست، ارزش‌مند نیست و نمی‌توان با استناد به برخی آثار مثبت، استفاده از آن‌ها

را تجویز کرد. برای مثال، خودارضایی، چنان آثار تخریبی بر جسم و روان فرد دارد که بـه هـیچ وجه نمی‌توان آن را به عنوان روشی برای اصلاح و درمان برخی بیماری‌های روانی تجویز کرد.[۱]

با توجه به این مبنا، اموری مانند آرامش، امید، شادی و رضایت که گاه به عنوان مؤلفه‌هـای اصلی سلامت معنوی برشمرده می‌شوند، به معنای رایج و به طـور مطلـق ارزش‌منـد نیسـتند و نمی‌توانند مؤلفه‌های حقیقی سلامت معنوی باشند. همچنین، روش‌هایی که بـا شـریعت اسـلام ناسازگارند نمی‌توانند تأمین‌کنندهٔ سلامت معنوی باشند.

### ۵. مراتب داشتن ارزش‌های دیگر

بجز هدف نهایی، ارزش امور دیگر دارای مراتب است. بجز هدف نهایی (قرب به خدا)، هر چیزی که تأثیری فزون‌تر در نیل به این هدف داشته باشد، ارزش‌مندتر خواهد بود و به هر میزان که از تأثیر در این هدف کاسته شود، ارزش آن نیز کاستی می‌گیرد. بـدین ترتیـب، ارزش امـور دیگـر بجز هدف نهایی، شدت و ضعف و مراتب مختلف دارد.

با توجه به این مبنا، بجز بالاترین مرتبهٔ معنویت که در بالاترین درجهٔ قرب بـه خـدا تـأمین می‌شود، می‌توان مراتبی دیگر نیز بـرای معنویـت در نظـر گرفـت، و متناسـب بـا هـر مرتبـه از معنویت درجه‌ای از سلامت معنوی را پذیرفت و برای سنجش سـلامت معنـوی، شـاخص‌هـایی تعیین کرد که مراتب گوناگونی دارند. بـدین ترتیـب، بـا طراحـی گویـه‌هـایی مـی‌تـوان میـزان برخورداری فرد از شاخص‌های سلامت معنوی را اندازه‌گیری کرد.

### ۶. تأثیر نیت و نوع کار اختیاری در ارزش آن

ارزش کار اختیاری وابسته به نوع کار و نیت فاعل است. با توجه بـه مبـانی گذشـته، ارزش کـار اختیاری، بر حسب تأثیر آن در وصول به هدف نهایی تعیین می‌شود. این تأثیر هـم وابسـته بـه نوع کاری است که انتخاب می‌کنیم و هم به نیت ما از انجام دادن آن کار زیرا، از یک سو، بـرای رسیدن به نتیجه‌ای مشخص، نمی‌توان از هر نوع کار بهره گرفـت و بنـابراین، نـوع کـار یکـی از عوامل تعیین کنندهٔ ارزش کارهای ماست، و از سوی دیگر، کار اختیاری با خواست فاعـل انجـام می‌شود و تا جایی ادامه می‌یابد که فاعل، برای انجام دادن آن کار انگیـزه داشـته باشـد. از ایـن

---

۱. با توجه به اینکه ممکن است آثار یک عمل، روش و مانند آن، تا پایان زندگی و مهم‌تر از آن، پـس از مـرگ نیـز ادامه داشته باشد، تشخیص همهٔ آثار مثبت یا منفی امور مزبور، از طریق عقلـی تجربـه میسـر نیسـت، و احکـام شریعت که بر مصالح و مفاسد واقعی استوار است، نشان‌دهندهٔ برآیند این آثـار اسـت. بـرای توضـیح بیشـتر، بـه مبنای نهم از مبانی ارزش‌شناختی مراجعه کنید.

جهت، انگیزه‌های درونی همچون نیرویی هستند که فاعل را به سمت هدفی خاص سوق می‌دهند. البته انگیزهٔ فاعل، خودْ تحت تأثیر بینش و گرایش اوست و بدین ترتیب، بینش و گرایش فرد، در تعیین هدف مورد نظر او دخالت دارند. بنابراین، اینکه فرد با انجام دادن کاری از نوع معین به چه نتیجه‌ای دست می‌یابد، علاوه بر نوع کار، بستگی دارد که او در نهایت وصول به چه نتیجه‌ای را قصد کرده است و برای چه هدفی آن کار را انجام می‌دهد. پس، ارزش کار اختیاری وابسته به نوع کار و نیت فاعل آن است.

بر این مبنا، در سنجش سلامت معنوی، هم باید نوع رفتارها و هم انگیزهٔ فرد از انجام دادن کارها سنجش شود. البته، به نظر می رسد سنجش انگیزه‌ها دشوارتر از سنجش خود رفتارهاست.

### ۷. انتخاب معقول در تزاحم ارزش‌ها

در امور متزاحم، ارزش برتر، ملاک انتخاب معقول است. با توجه به مبانی پیشین، ارزش کارهای اختیاری وابسته است به تأثیرشان در قرب به خداوند. از سوی دیگر، با توجه به وجود تزاحم در عالم ماده (مبنای چهارم هستی‌شناختی)، ممکن است میان کارهای اختیاری تزاحم رخ دهد؛ یعنی چنین نیست که همهٔ کارهای ارزش‌مند را بتوان با هم انجام داد. وجود تزاحم میان کارهای اختیاری، ما را ناگزیر می‌سازد که در این‌گونه موارد، دست به انتخاب بزنیم. با توجه به مراتب داشتن ارزش امور دیگر بجز هدف نهایی، در موارد تزاحمِ امور ارزش‌مند، آنچه ملاک انتخاب معقول است، درنظرگرفتن ارزش برتر است.

به عبارت دیگر، در تزاحم ارزش‌ها، باید همواره چیزی را ترجیح دهیم که ارزش بیشتری دارد یعنی گزینش خوب‌تر، یا مقدم داشتن اهم بر مهم. این نکته همچنین متضمن آن است که چنانچه ناگزیر از انتخاب میان بد و بدتر بودیم، ترجیح دادن بد، معقول است، و این یعنی دفع افسد به فاسد. روشن است که با این ملاک، در صورت تساوی دو کار متزاحم از جهت ارزش، انتخاب هریک از آن‌ها معقول است.

با توجه به این مبنا، از شاخص‌های مهم سلامت معنوی، تشخیص امور متزاحم با کمال و تعالی حقیقی انسان، گرایش بیشتر به تعالی و انتخاب رفتارهایی متناسب با این گرایش است.

### ۸. حد نصاب ارزش

حد نصاب ارزش، ایمان به اصول دین است. با استفاده از برخی مبانی ارزش‌شناختی، انسان‌شناختی و الهیاتی، می‌توان نشان داد که رسیدن به هدف نهایی تنها با ایمان به پروردگار،

و باور قلبی به اینکه با بازگشت به سوی او، به پاداش و کیفر رفتارهای خود دست می‌یابیم، و نیز ایمان به کسانی که راه صحیح زندگی و رسیدن به هدف مطلوب را از طرف خدای متعال نشان می‌دهند، ممکن است.

مبانی ارزش‌شناختی مورد استفاده از این قرار هستند: همهٔ ارزش‌ها به ارزش هدف نهایی وابسته‌اند (مبنای دوم)؛ هدف نهایی قرب به خداست (مبنای سوم)؛ و نیت در ارزش کار اختیاری تأثیر دارد (مبنای ششم). از این سه مبنا نتیجه می‌شود که در دیدگاه اسلام، کار اختیاری تنها در صورتی ارزش‌مند تلقی می‌شود که به نیت قرب به خداوند انجام شود. اما روشن است که چنین نیتی تنها در صورتی امکان‌پذیر است که فرد به وجود خداوند اعتقاد قلبی (ایمان) داشته باشد.

همچنین، بر اساس مبانی انسان‌شناختی، کمال حقیقی انسان، مربوط به روح جاویدان اوست که پس از مرگ باقی می‌ماند (مبنای سوم و چهارم). بر اساس تأثیر نیت در ارزش کار اختیاری، دست‌یابی به این کمال، بدون ایمان به بقای زندگی پس از مرگ و جاودانگی آن، ممکن نخواهد بود. نیز بر اساس مبانی الهیاتی، انسان برای یافتن راه کمال خود، نیازمند هدایت تشریعی خداوند با واسطهٔ انبیا است (مبنای یازدهم). بنابراین، کسی که به این راه هدایت ایمان ندارد، نمی‌تواند در اکثر موارد، راه کمال را تشخیص دهد تا آن را بپیماید.

بدین ترتیب، حد نصاب ارزش از دیدگاه اسلام، ایمان به اصول دین است و کارهایی که بدون ایمان صورت می‌گیرند، تنها می‌توانند زمینه‌ساز نزدیک شدن به حد نصاب ارزش باشند، وگرنه به خودی خود، از ارزش حقیقی و ذاتی برخوردار نیستند.

بر این مبنا، بدون تشخیص دین حق و اعتقاد به آن، فرد حد نصاب سلامت معنوی را ندارد، هرچند در ویژگی‌های جسمی، روانی و اجتماعی به طور نسبی از سلامت برخوردار باشد.

### ۹. راه تشخیص ارزش

راه تشخیص ارزش، عقل، تجربه و وحی است. تشخیص امور ارزش‌مند و نیز تشخیص ارزش برتر، تنها در مواردی کلی از راه عقل میسر است؛ یعنی در مواردی که موضوع ارزش، نشان‌دهندهٔ تأثیر مثبت در نیل به کمال حقیقی است؛ مانند ارزش عبادت خداوند، اخلاص در کارها برای او، عدالت، و تربیت دیگران در مسیر کمال. اما، در برخی از عناوین، تشخیص تأثیر در کمال، وابسته به تجربیات عملی است. برای مثال، علوم تجربی می‌توانند روش‌های مؤثر در سلامت جسمی را تا حدودی معین کنند. البته، تشخیص ارزش‌مندی این روش‌ها منوط به آن است که بدانیم در مجموع، تأثیری منفی در کمال حقیقی انسان ندارند.

آنچه باید بر آن تأکید کنیم این است که در بیشتر عناوینی که بر افعال خاص دلالت دارند و خود عنوان گویای رابطهٔ مستقیم با کمال انسانی نیست، و تجربه نیز مصداقی از آن را ثابت نمی‌کند، تنها راه تشخیص ارزش‌مندی کارها رجوع به وحی الهی و متون دینی است. در این موارد، همان‌گونه که در مبانی الهیاتی گذشت، هدایت تشریعی خداوند، راه‌های حقیقی به سوی کمال را به انسان نشان می‌دهند (مبنای یازدهم). همچنین، در تزاحم این کارها و بر اساس مضامین وحی می‌توان ارزش برتر را تشخیص داد. بدین ترتیب، یکی از شاخص‌های عمومی سلامت معنوی، التزام عملی به پیروی از دستورات اسلام است.

## ۵. تعریف سلامت معنوی بر اساس مبانی اسلامی

اکنون بر اساس مبانی مذکور، می‌توان گفت: سلامت معنوی وضعیتی است دارای مراتب گوناگون که در آن، متناسب با ظرفیت‌ها و قابلیت‌های فرد، بینش‌ها، گرایش‌ها و توانایی‌های لازم برای تعالی روح که همان تقرب به خدای متعال است فراهم می‌باشد، به گونه‌ای که همه امکانات درونی به طور هماهنگ و متعادل، در جهت هدف کلی مزبور به‌کار گرفته می‌شوند و رفتارهای اختیاری درونی و بیرونی متناسب با آن‌ها نسبت به خدا، فرد، جامعه و طبیعت ظهور می‌یابند.

### *۱. ویژگی‌های سلامت معنوی*

با توجه به تعریف فوق، می‌توان ویژگی‌های زیر را برای سلامت معنوی در نظر گرفت:

**۱ـ۲)** وضعیتْ بودن سلامت معنوی: سلامت معنوی وضعیت خاصی در فرد و حاصل فراهم بودن شرایط گوناگون است. تعیین شاخص‌های سلامت معنوی برای سنجش و ارزیابی میزان حصول این وضعیت و شناسایی قوت و ضعف آن لازم است.

**۲ـ۲)** مراتب داشتن سلامت معنوی: سلامت معنوی امری ذومراتب است و درجات گوناگون که وابسته است به قابلیت‌های عمومی مراحل رشد، و ظرفیت‌های خاص فردی.

**۳ـ۲)** رو به تعالی بودن سلامت معنوی: سلامت معنوی شرایط لازم را برای هدف والای زندگی و تعالی حقیقی انسان که تقرب به خدای متعال است فراهم می‌کند.

**۴ـ۲)** وجود ساحت‌های بینش، گرایش و توانایی در سلامت معنوی: سه عنصر مزبور که از مبادی فعل اختیاری هستند، همراه با فراهم شدن امکان انتخاب در مراحل رشد، از بدو تولد و توسعهٔ آن در مراحل بعد، می‌توانند در رویکرد متعالی انسان تأثیر مثبت یا منفی داشته باشند. البته، خداوند متعال از بدو تولد، بینش و گرایش غیر اکتسابی و فطری

نسبت به توحید را در انسان قرار داده، توانایی اولیه برای حرکت به سمت تعالی را فراهم کرده است، گرچه زمینه‌هایی که پیش از تولد در انسان فراهم آمده می‌توانند در قوت و ضعف این مبادی تأثیر داشته و سپس، به حرکت در مسیر فطرت یا انحراف از آن کمک کنند.

**۵ـ۲)** حصول سلامت معنوی در سایهٔ هماهنگی همهٔ امکانات درونی: سلامت معنوی با امکان بکارگیری و هماهنگی همهٔ امکانات درونی در جهت هدف یاد شد حاصل می‌شود. مقصود از امکانات درونی در اینجا، همه قوا و استعدادهایی است که به طور مستقیم به سلامت معنوی مربوط می‌شوند. این قوا و استعدادها شامل قوای ذهنی مربوط به شناخت هدف و راه تعالی انسان، قوای عاطفی مربوط به گرایش به این امور و دوری از آنچه با آن منافات دارد، و نیز قوهٔ تصمیم‌گیری و انتخاب کارهایی است که موجب تعالی انسان می‌شود و پرهیز از کارهایی است که با آن منافات دارد. هماهنگی این قوا بدین معناست که بینش‌ها، گرایش‌ها و توانایی‌ها به گونه‌ای متعادل باشند که برایندشان حرکت به سمت کمال حقیقی انسان باشد، نه آنکه بکارگیری ناموزون آن‌ها انسان را نامتعادل کرده، از تعالی حقیقی بازدارد، چنان که تمرکز بر شناخت صفت رحمت یا غضب خدا یا غلبه ترس از خدا بر امید به او یا به عکس، می‌تواند موجب بازدارندگی انسان از حرکت در مسیر صحیح تعالی باشد، یا بکارگیری نامتناسب و نامتعادل محبت و نفرت، یا خودگرایی و دیگرگرایی می‌تواند پیامدهای نامطلوبی داشته باشد.

**۶ـ۲)** تجلی سلامت معنوی با فراهم شدن امکان انتخاب، در رفتارهای اختیاری درونی و بیرونی: مقصود از رفتارهای اختیاری، رفتارهایی است که نتیجهٔ مبادی سه‌گانه بینش، گرایش و توانایی است و با ارزیابی آن‌ها، می‌توان مبادی مزبور را نیز ارزیابی کرد. رفتارهای مزبور به دو دسته رفتارهای درونی یا جوانحی، مانند فکر کردن، تصمیم گرفتن، پشیمان شدن، ترجیح دادن و ایمان آوردن، و رفتارهای بیرونی یا جوارحی، مانند نماز خواندن، انفاق کردن، ابراز محبت یا هم‌دردی کردن و رعایت حقوق دیگران، قابل تقسیم است.

**۷ـ۲)** ارتباط سلامت معنوی با ساحت‌های چهارگانهٔ الهی، فردی، اجتماعی و طبیعی: رفتارهای انسان را می‌توان با تقسیمی منطقی به رفتارهایی نسبت به خود و بیرون خود تقسیم کرد. دستهٔ دوم، به رفتارهایی نسبت به انسان‌های دیگر، سایر موجودات عالم طبیعت و فراطبیعت قابل تقسیم است. مبادی این رفتارها چنان که گفتیم، بینش، گرایش و توانایی است. بر این اساس، سلامت معنوی، در ساحت‌های چهارگانهٔ الهی، فردی،

اجتماعی و طبیعی و از سه منظر بینش، گرایش و توانایی، از جهت رویکرد متعالی در آن‌ها قابل بررسی و ارزیابی است و البته ظهور همهٔ آن‌ها در رفتارهایی است که در ساحت‌های چهارگانه تجلی می‌کنند.

## ۶. مؤلفه‌ها، شاخص‌ها، مستندات و گویه‌های سلامت معنوی

با توجه به تعریفی که از سلامت معنوی داشتیم، برای ساخت مقیاسی بدین منظور باید در ابتدا مؤلفه‌های این سازه را طراحی کنیم که در اینجا به ۱۲ مؤلفه بر اساس بینش‌ها، گرایش‌ها و رفتارهای فرد در ساحت‌های چهارگانه الهی، فردی، اجتماعی و طبیعی می‌رسیم. هر مؤلفه شاخص‌هایی برای اندازه‌گیری دارد. برای مؤلفه‌های مقیاس و شاخص‌های مربوط، به آیات و روایاتی از ائمه معصومین استناد شده است. هر شاخص نیز با گویه یا گویه‌هایی سنجش می‌شود. هر یک از گویه‌ها پنج گزینه دارند که عبارت‌اند از: «کاملاً موافقم»، «موافقم»، «نظری ندارم»، «مخالفم» و «کاملاً مخالفم». در ساخت مقیاس سلامت معنوی، تلاش شده است گویه‌ها به‌گونه‌ای طراحی شوند که مجموعاً همه ابعاد شاخص‌های خود را اندازه بگیرند. برای مثال، برای اندازه‌گیری شاخص «شناخت خداوند و رابطهٔ او با سایر موجودات» از مؤلفهٔ «بینش در ارتباط با خدا»، گویه‌های متنوعی طراحی شده‌اند تا میزان شناخت فرد را دربارهٔ اصل وجود خداوند متعال و مهم‌ترین صفات او مانند توحید، مادی نبودن، حکمت، قدرت، ربوبیت تکوینی و تشریعی، خالقیت، تأمین نیازمندی‌های موجودات، عنایت و محبت الهی نشان دهند. جدول زیر طرح کلی جدولی را نشان می‌دهد که مجموع گویه‌های مربوط به هر شاخص و شاخص‌های مربوط به مؤلفه‌های ۱۲ گانه را با مستندات خود نشان می‌دهد. جدول کامل در ضمیمه این پژوهش خواهد آمد.

قابل ذکر است که روایی محتوای درونی این آزمون با نظر کارشناسان حوزوی انجام شده و مرحلهٔ بعدی، هنجاریابی آن با اجرا بر روی جامعه و گروه نمونه، خارج از حوزهٔ این پژوهش است.

| ردیف | مؤلفه‌ها | شاخص‌ها | مستندات | گویه‌ها |
|---|---|---|---|---|
| ۱ | بینش در ارتباط با خدا | | | |
| ۲ | گرایش در ارتباط با خدا | | | |
| ۳ | رفتار در ارتباط با خدا | | | |
| ۴ | بینش در ارتباط با فرد | | | |

۵ گرایش در ارتباط با فرد
۶ رفتار در ارتباط با فرد
۷ بینش در ارتباط با اجتماع
۸ گرایش در ارتباط با اجتماع
۹ رفتار در ارتباط با اجتماع
۱۰ بینش در ارتباط با طبیعت
۱۱ گرایش در ارتباط با طبیعت
۱۲ رفتار در ارتباط با طبیعت

# فصل سوم

# سلامت معنوی در قرآن و حدیث

## ۱. مبنا و شاخص‌های سلامت معنوی در ارتباط با خدا

ارتباط با حقیقتی به نام «الله» که وجود مطلق و بی‌نهایت با صفات کمالیه بی‌نهایت است[۱]، برای انسان‌ها جز از طریق «ایمان به غیب» و باور به فراحس میسر نخواهد شد. نه تنها ارتباط با وجود مطلقی که شناخت ذات او برای بشر ناممکن است، بلکه ایمان به هر امر خارج از حوزه حواس بشری نوعی ایمان به غیب محسوب می‌شود. قرآن کریم ایمان به فرشتگان، ایمان به جهان پس از مرگ و ایمان به انبیای پیشین را از مصادیق ایمان به غیب معرفی می‌کند (اعراف:۱۴۳). ایمان به غیب زیربنای ارتباط با خالق هستی است و بدون این ایمان هیچ یک از شاخص‌های سلامت معنوی در ارتباط با خدا در حوزه‌های سه‌گانه تحقق نمی‌یابد.

### ایمان به غیب و هدایت

قرآن کریم میان تحقق هدایت الهی و ایمان به غیب رابطهٔ مستقیمی برقرار می‌کند و با عباراتی که معنی انحصار می‌دهند نظیر «انّما» این حقیقت را به رخ می‌کشد. در آیهٔ یازدهم سوره مبارکه یس می‌فرماید: «بیم دادن تو تنها کسی را سودمند است که کتاب حق را پیروی کند و

---

۱ .لَمْ يُطْلِعِ الْعُقُولَ عَلَي تَحْدِيدِ صِفَتِهِ وَ لَمْ يَحْجُبْهَا عَنْ وَاجِبِ مَعْرِفَتِهِ، (نهج البلاغه / خ ۴۹).

از خدای رحمان در نهان بترسد. [چنین کسی را] بـه آمـرزش و پاداشـی پـرارزش مـژده ده.»[۱] علامهٔ طباطبایی واژهٔ غیب را این‌گونه معنا می‌کند: «مراد از خشیت رحمان به غیب، خشـیت از خدا در عالم ماده یعنی در پس پرده مادیت است، قبل از آن که با قیامت مکشوف گردد».

از اهمیتی که قرآن کریم در خصوص ایمان به غیب قائل است، می‌توان نتیجـه گرفـت کـه ایمان به غیب به عنوان زیربنای ارتباط انسان بـا خـدا نقـش بسـیار مهمـی در ورود انسـان بـه راه‌های سلامت وعدهٔ داده شده قرآن، برای رسیدن به سعادت جاویدان دارد.

تأثیر ایمان به غیب در تغییر نگرش انسان و باورهای او بسیار حائز اهمیت اسـت. نخسـتین اثری که ایمان به غیب دارد، خروج از جمود ماده‌گرایی و باز نمودن دریچهٔ ذهـن و روح و قلـب انسان به افق‌های بی‌انتهای آفرینش است؛ همان‌طور که در توضیح آیـهٔ سـوم سـوره بقـره وارد شده ، مفهوم ایمان به غیب، ایمان به آن چیزی است که ماورای حس و معرفـت حسـی اسـت. قرآن کریم با طرح مسأله ایمان به غیب به دنبال توجه‌دادن انسان به قدرت ادراک عقلی بشـر و ابزارهای ادراکی است که انسان را از افق جهان مادی که جهان مشهود از طریق حـواس بشـری است به سوی درک و اعتراف به ابعاد هستی که پوشیده از حواس بشر است رهنمون مـی‌شـود. ایمان به غیب و باور آن و گرویدن به، گذر از عالم حیوانی و ورود به حوزه عالم انسانی است.

بنابراین، کسی که ایمان به غیب ندارد گویا از عالم حیوانی فراتر نرفته است؛ خـدای متعـال در قرآن کسانی را که از استعدادهای خدادادی در معرفت استفاده نمی‌کنند بـه حیـوان تشـبیه می‌فرماید.[۲]

## ۲. شاخص‌های سلامت معنوی در حوزه شناخت و نگرش

### مبحث اول: توحید و خداشناسی

نخستین شاخص سـلامت معنـوی در ارتبـاط بـا خـدا در حـوزهٔ نگـرش و شـناخت، توحیـد و خداشناسی است. توجه به آیات کریمه خواننده را متوجه این نکته می‌کند که در فرایند هدایت قرآنی، دعوت به خداشناسی و توحید اساس و پایه است. سؤالی که در اینجا مطرح می‌شود این است که چگونه توحید و خداشناسی شاخص سلامت معنوی است و خداشناسی و توحیـد چـه تاثیری بر سلامت معنوی انسان‌ها دارد؟ برای پاسخ به این پرسش‌ها نخست باید با نگاهی گـذرا

---

۱. إِنَّمَا تُنذِرُ مَنِ اتَّبَعَ الذِّكْرَ وَ خَشِي الرَّحْمَانَ بِالْغَيْبِ فَبَشِّرْهُ بِمَغْفِرَةٍ وَ أَجْرٍ كَرِيمٍ (اعراف / ۱۴۳).

۲. وَ لَقَدْ ذَرَأْنَا لِجَهَنَّمَ كَثِيرًا مِّنَ الجِنِ وَ الْانسِ لَهُمْ قُلُوبٌ لَّا يَفْقَهُونَ بِهَا وَ لَهُمْ أَعْيُنٌ لَّا يُبْصِرُونَ بِهَا وَ لَهُمْ ءَاذَانٌ لَّا يَسْمَعُونَ بِهَا أُوْلَئِكَ كَالْأَنْعَامِ بَلْ هُمْ أَضَلُّ أُوْلَئِكَ هُمُ الْغَافِلُونَ (اعراف / ۱۷۹).

به آیاتی که در مقام معرفی خداست توجه کرد.

**گفتار اول: معرفی خدای متعال و صفات او**

برای روشن شدن نگرش قرآن به خداشناسی و توحید و اینکه خدای قرآن چگونه خدایی است؟ چه صفاتی دارد؟ رابطه او با انسان چگونه است؟ اعتقاد به این خدا چه آثاری دارد؟ و چگونه خداشناسی و توحید قرآنی عامل سلامت معنوی است توجه به این آیات پاسخگوی پرسش‌های فوق است. (انعام:۷۳)[۱] (انعام:۱۰۱)[۲] (ابراهیم:۳۲)[۳] (نور:۴۵)[۴] (فرقان:۵۹)[۵] (روم:۲۱)[۶] (زخرف:۹)[۷] (زمر:۳۸)[۸] (حدید:۴)[۹] (بقره:۱۸۶)[۱۰] (رعد:۲۸)[۱۱] (طه: ۱۲۴-۱۲۶)[۱۲] (مائده:۱۶)[۱۳] (بقره:۱۶۳)[۱]

---

۱. وَ هُوَ الَّذِي خَلَقَ السَّمَاوَاتِ وَ الْأَرْضَ بِالْحَقِّ وَ يَوْمَ يَقُولُ كُن فَيَكُونُ قَوْلُهُ الْحَقُّ وَ لَهُ الْمُلْكُ يَوْمَ يُنفَخُ فِي الصُّورِ عَلِمُ الْغَيْبِ وَ الشَّهَدَةِ وَ هُوَ الْحَكِيمُ الْخَبِيرُ (انعام / ۷۳).

۲. بدِيعُ السَّمَاوَاتِ وَ الْأَرْضِ أَنَّى يَكُونُ لَهُ وَلَدٌ وَ لَمْ تَكُن لَّهُ صَاحِبَةٌ وَ خَلَقَ كلُ شيَءٍ وَ هُوَ بِكلُ شيَءٍ عَلِيمٌ (انعام / ۱۰۱)

۳. اللَّهُ الَّذِي خَلَقَ السَّمَاوَاتِ وَ الْأَرْضَ وَ أَنزَلَ مِنَ السَّمَاءِ مَاءً فَأَخْرَجَ بِهِ مِنَ الثَّمَرَاتِ رِزْقًا لَّكُمْ وَ سَخَّرَ لَكُمُ الْفُلْكَ لِتَجْرِيَ فِي الْبَحْرِ بِأَمْرِهِ وَ سَخَّرَ لَكُمُ الْأَنْهَرَ (ابراهیم / ۳۲).

۴. وَ اللَّهُ خَلَقَ كلَ دَابَّةٍ مِّن مَّاءٍ فَمِنهُم مَّن يَمْشِي عَلَيَ بَطْنِهِ وَ مِنهُم مَّن يَمْشِي عَلَيَ رِجْلَيْنِ وَ مِنهُم مَّن يَمْشِي عَلَيَ أَرْبَعٍ يخَلُقُ اللَّهُ مَا يَشَاءُ إِنَّ اللَّهَ عَلَيَ كُلِّ شيَءٍ قَدِيرٌ (نور / ۴۵).

۵. الَّذِي خَلَقَ السَّمَاوَاتِ وَ الْأَرْضَ وَ مَا بَيْنَهُمَا فِي سِتَّةِ أَيَّامٍ ثُمَّ اسْتَوَيَ عَلَيَ الْعَرْشِ الرَّحْمَانُ فَسئلْ بِهِ خَبِيرًا (فرمان / ۵۹)

۶. مِنْ ءَايَاتِهِ أَنْ خَلَقَ لَكمُ مِّنْ أَنفُسِكُمْ أَزْوَاجًا لِّتَسْكُنُواْ إِلَيْهَا وَجَعَلَ بَيْنَكُم مَّوَدَّةً وَ رَحْمَةً إِنَّ فِي ذَالِكَ لاَيَاتٍ لِّقَوْمٍ يَتَفَكَّرُونَ (روم / ۲۱).

۷. لَئِن سَأَلْتَهُم مَّنْ خَلَقَ السَّمَاوَاتِ وَ الْأَرْضَ لَيَقُولُنَّ خَلَقَهُنَّ الْعَزِيزُ الْعَلِيمُ (زخرف / ۹).

۸. وَ لَئِن سَأَلْتَهُم مَّنْ خَلَقَ السَّمَاوَاتِ وَ الْأَرْضَ لَيَقُولُنَّ اللَّهُ قُلْ أَ فَرَءَيْتُم مَّا تَدْعُونَ مِن دُونِ اللَّهِ إِنْ أَرَادَنِي اللَّهُ بضُرٍّ هَلْ هُنَّ كَشِفَاتُ ضُرِّهِ أَوْ أَرَادَنِي برَحْمَةٍ هَلْ هُنَّ مُمْسِكَاتُ رَحْمَتِهِ قُلْ حَسْبِي اللَّهُ عَلَيْهِ يَتَوَكَّلُ الْمُتَوَكِّلُونَ (زمر / ۳۸).

۹. وَ الَّذِي خَلَقَ السَّمَاوَاتِ وَ الْأَرْضَ فِي سِتَّةِ أَيَّامٍ ثُمَّ اسْتَوَيَ عَلَيَ الْعَرْشِ يَعْلَمُ مَا يَلِجُ فِي الْأَرْضِ وَ مَا يخَرُجُ مِنهَا وَ مَا يَنزِلُ مِنَ السَّمَاءِ وَ مَا يَعْرُجُ فِيهَا وَ هُوَ مَعَكمُ أَيْنَ مَا كُنتُمْ وَ اللَّهُ بِمَا تَعْمَلُونَ بَصِيرٌ (حدید / ٤).

۱۰. وَ إِذَا سَأَلَكَ عِبَادِي عَنِّي فَإِنِّي قَرِيبٌ أُجِيبُ دَعْوَةَ الدَّاعِ إِذَا دَعَانِ فَلْيَسْتَجِيبُواْ لِي وَ لْيُؤْمِنُواْ بِي لَعَلَّهُمْ يَرْشُدُون (بقره / ۱۸۶).

۱۱. الَّذِينَ ءَامَنُواْ وَ تَطْمَئِن قُلُوبُهُم بِذِكْرِ اللَّهِ أَلَا بِذِكْرِ اللَّهِ تَطْمَئِن الْقُلُوب (رعد / ۲۸).

۱۲. وَ مَنْ أَعْرَضَ عَن ذِكْرِي فَإِنَّ لَهُ مَعِيشَةً ضَنكاً وَ نَحْشُرُهُ يَوْمَ الْقِيَمَةِ أَعْمَي، قَالَ رَبِّ لِمَ حَشَرْتَنِي أَعْمَي وَ قَدْ كُنتُ بَصِيرًا، قَالَ كَذَالِكَ أَتَتْكَ ءَايَاتُنَا فَنَسِيتَهَا وَ كَذَالِكَ الْيَوْمَ تُنسيَ (طه / ۱۲۴ ـ ۱۲۶).

۱۳. يَهْدِي بِهِ اللَّهُ مَنِ اتَّبَعَ رِضْوَانَهُ سُبُلَ السَّلَمِ وَ يُخْرِجُهُم مِّنَ الظُّلُمَاتِ إِلَيَ النُّورِ بِإِذْنِهِ وَ يَهْدِيهِمْ إِلَيَ صِراطٍ مُّسْتَقِيم (مائده / ۱۶).

(آل عمران:۶)[۲] (آل عمران:۱۸)[۳] (نساء:۸۷)[۴] (طه:۸)[۵] (مومنون:۹۱)[۶]

صفات ذکر شده برای خداوند در این آیات عبارت‌اند از: او خالق آسمان‌ها و زمین است، بر نهان و آشکار داناست، فرمان او مساوی است با شدن، او فرزندی نداشته و همسر و همتایی ندارد، همه چیز را او آفریده، او دانای بر همه نیازهای بشر بوده و پیش از خلقت او همه نیازمندی‌های او را فراهم ساخته، از آسمان آب فرو فرستاده تا باعث رویش گیاهان و روزی انسان و میوه‌های رنگارنگ برای او گردد، طبیعت را مسخّر انسان ساخته تا تأمین‌کننده نیازهای انسان شود، او اصناف موجودات را آفریده، هر چیزی را با دانایی تمام اندازه‌گیری کرده بدون اینکه زیاده و نقصانی در او راه داشته باشد و آفرینش شایستهٔ هر موجودی را به او بخشیده است. خداوند برای شناختن و پی‌بردن به وجود او و شناخت صفات او انسان را دعوت به تفکر و استدلال می‌کند.

او صاحب لطف است؛ نه تنها نیازهای ضروری انسان را تدارک دیده بلکه اموری که مایهٔ شیرینی و دل‌انگیزی و راحتی زندگی انسان است نیز از نگاه وی دور نمانده است. خدای قرآن همواره در کنار انسان است، آماده شنیدن خواسته های انسان است، با اوست هر کجا که باشد و چون تنها فرمان او نافذ و جاری است و قدرتمند شکست‌ناپذیر است و دوستدار و خیرخواه انسان، پس باید تکیه‌کنندگان به او تکیه کنند و این مقتضای عقل است.

خدای قرآن، یگانه است، هیچ معبودی همراه وی نیست، وجود او، صفات او و ذات بی‌نهایت او گواه یگانگی او است، خرد، خردورزان و وجدان انسان بر یگانگی او دلالت می‌کند. پس، انسان باید تنها رو به سوی او داشته باشد و این دین و روش پسندیده و منطقی و عقلانی است؛ زیرا منطبق بر فطرت و حقانیت است، یگانه راه مستحکمی که تغییرناپذیر است. با توجه به صفات ذکر شده نقش اعتقاد به این صفات و باور آن در سلامت معنوی بررسی می‌شود.

---

۱. وَ إِلَهُكمُ إِلَهٌ وَاحِدٌ لَّا إِلَهَ إِلَّا هُوَ الرَّحْمَانُ الرَّحِيم (بقره / ۱۶۳).

۲. هُوَ الَّذِي يُصَوِّرُكُمْ فِي الْأَرْحَامِ كَيْفَ يَشَاءُ لَا إِلَهَ إِلَّا هُوَ الْعَزِيزُ الْحَكِيم (آل عمران / ۶).

۳. شَهِدَ اللَّهُ أَنَّهُ لَا إِلَهَ إِلَّا هُوَ وَ الْمَلَئِكَةُ وَ أُوْلُواْ الْعِلْمِ قَائمَا بالْقِسْطِ لَا إِلَهَ إِلَّا هُوَ الْعَزِيزُ الْحَكِيم (آل عمران / ۱۸).

۴. اللَّهُ لَا إِلَهَ إِلَّا هُوَ لَيَجْمَعَنَّكُمْ إِلَى يَوْمِ الْقِيَامَةِ لَا رَيْبَ فِيهِ وَ مَنْ أَصْدَقُ مِنَ اللَّهِ حَدِيثًا (نساء / ۸۷).

۵. اللَّهُ لَا إِلَهَ إِلَّا هُوَ لَهُ الْأَسْمَاءُ الْحُسْنَى (طه / ۸).

۶. مَا اتَّخَذَ اللَّهُ مِن وَلَدٍ وَ مَا كَانَ مَعَهُ مِنْ إِلَه إِذًا لَّذَهَبَ كلُّ إِلَهِ بِمَا خَلَقَ وَ لَعَلَا بَعْضُهُمْ عَلَي بَعْضٍ سُبْحَنَ اللَّهِ عَمَّا يَصِفُون (مؤمنون / ۹۱).

**گفتار دوم: نقش خداشناسی و توحید در سلامت معنوی**

با کمی تأمل می‌توان تأثیر شگرف خداشناسی و توحید قرآنی را بر سلامت معنوی انسان خداباور مشاهده نمود. بدیهی است که بینش و نگرش در هر زمینه‌ای برای شکل‌گیری عواطف و سامان‌دهی رفتار، شرط لازم به شمار می‌رود. بنابراین، نگرش توحیدی با ابعاد سه‌گانه‌اش زیربنای عملکرد توحیدی خواهد بود. انسان موحد و باورمند به خداوند با صفاتی که در قرآن برای او ذکر شده چنان که گذشت، در بعد سامان‌دهی رفتارهای فردی، اجتماعی و در شکل‌گیری عواطف تحت تأثیر این نگرش توحیدی، شاخص‌های ویژه‌ای از انسانیت را بروز خواهد داد.

خدای یگانه‌ای که خالق همه هستی است، حکیم و دانا و مهربان و بخشنده است، کار بیهوده انجام نمی‌دهد، حسابگر و داناست، قدرتمند و تواناست. باور به وجود چنین خالقی می‌تواند امیدی به زندگی بدهد که هیچ مانعی نتواند انسان را متوقف کند. حرکتی که انسان را از رکود و رخوت خارج کند، روشن‌بینی که جهان و خود را مثبت بیند و مثبت بیندیشد و مثبت عمل کند، ترس منفی و اضطراب را از انسان دور کند و آرامش لذت‌بخشی به انسان هدیه کند تا در صحنه زندگی با پشتوانه‌ای محکم گام بردارد.

**گفتار سوم: اعتقاد به توحید؛ منشأ یکپارچگی شخصیت**

تأثیر یگانه‌پرستی بر سلامت معنوی انسان موحد، اعتقاد به خدای یگانه‌ای است که هیچ مؤثر دیگری جز او نیست و فرمانروایی بی‌رقیب و شریک است. باور توحیدی انسان موحد، موجب وحدت شخصیتی می‌شود که او را از هرگونه تعارض روحی می‌رهاند. زیرا خود را پیرو یک فرمان و یک دستور می‌یابد که همه رفتارهای او را سامان‌دهی می‌کند. قرآن کریم می‌فرماید: «خداوند متعال مثلی زده است. مردی است که چند خواجهٔ ناسازگار در او شریک‌اند [که هر یک او را به کاری می‌گمارند] و مردی که تنها فرمانبردار یک کس است، آیا این دو در مثل یکسان‌اند؟ سپاس خدای را، بلکه بیشترشان نمی‌دانند.»[1]

این مثل ساده برای همگان قابل درک و فهم است. این آیه وضعیت روحی کسی را به تصویر می‌کشد که امیال و غرایز گوناگونی بر وجود او مسلط شده و در سیطره هواهای نفسانی سرکش خود قرار گرفته و هواها و تمایلات را هم چون خدایانی بر خود مسلط ساخته است[2] که

---

۱. ضَرَبَ اللَّهُ مَثَلًا رَّجُلًا فِيهِ شُرَكَاءُ مُتَشَاكِسُونَ وَ رَجُلًا سَلَمًا لِّرَجُلٍ هَلْ يَسْتَوِيَانِ مَثَلاً الْحَمْدُ لِلَّهِ بَلْ أَكْثَرَهُمْ لَا يَعْلَمُون (زمر / ۲۹).

۲. أَرَأَيْتَ مَنِ اتَّخَذَ إِلَهَهُ هَوَاهُ أَ فَأَنْتَ تَكُونُ عَلَيْهِ وَكِيلاً (فرقان / ۴۳).

هر یک او را به سویی می‌کشد و در این کشمکش، سرگردان و حیران از پا در خواهد آمد. اما کسی که فرمان خداوند را گردن نهاده و غرایز خود را مدیریت و آن‌ها را تابع فرمان خدا و عقل نموده است، هیچ‌گونه تعارضی در روح او نبوده و از سلامت معنوی بر خوردار خواهد بود. بنابراین، توحید باوری عامل سلامت است.

رابطهٔ توحید و سلامت معنوی در آیهٔ ۲۹ سورهٔ زمر به وضوح و آشکارا قابل ملاحظه است. چنان که برخی از مفسرین واژه «رجلاً سلماً لرجلٍ» را «رجلاً سالماً لرجلٍ» معنا کرده‌اند و نقطه مقابل آن شرک است که باعث چندپارگی شخصیت می‌گردد که عامل بیماری و دوری از سلامت است.

## مبحث دوم: فرجام‌اندیشی و معادباوری

### گفتار اول: جایگاه فرجام‌اندیشی در نگرش‌های بشری

از شاخص‌های سلامت معنوی در ارتباط انسان با خدا فرجام‌اندیشی و معادباوری در حوزهٔ نگرش و باور است. زیرا، یکی از دغدغه‌های دیرین بشر مسأله حیات جاوید و مرگ و زندگی است و موضع‌گیری نسبت به این مسأله تأثیر جدی در جهت‌گیری و کیفیت زندگی بشر دارد؛ تا آن جا که در میان اصول جهان‌بینی اسلامی بیشترین چالش نسبت به این اصل مشاهده می‌شود و لذا باورمندی و نبود باور نسبت به این اصل بیشترین تأثیر را در حوزه رفتار بشر دارد.

میل به یاد و نام نیک پس از مرگ، برنامه‌ریزی درازمدت برای زندگی، فرار از هر عاملی که برای حیات و زندگی مخاطره‌آمیز است، ترس و نگرانی از آینده، همگی حکایت از تمایل بنیادین بشر به حیات جاودان دارد. میل به حیات جاودان با سدّی به نام مرگ روبه‌روست و انسان‌ها آرزوهای خود را بر باد رفته می‌بینند، مگر آنان که دل در گرو ایمان به معاد و قول خداوند و پیامبرش در باورمندی به حیات پس از مرگ داشته باشند. آموزه‌های دینی مطمئن‌ترین تکیه‌گاه در باور نسبت به زندگی پس از مرگ است، هم به جهت باور به آن و هم به جهت درک کیفیت آن، که این دو بعد از عهده هیچ نهادی جز دین و وحی ساخته نیست. آموزه‌های دینی و وعده‌های مؤکد خداوند در تحقق معاد که در زیر به برخی از آن‌ها اشاره می‌شود، باور معنوی به معاد و فرجام بشر را ممکن و آثار این اعتقاد را قابل دسترسی می‌کند. خداوند متعال در قرآن کریم می‌فرماید: «آیا گمان کرده‌اید که ما شما را بیهوده آفریده‌ایم و شما به نزد ما باز نخواهید گشت.»[1]. خدای متعال در یک سوره کامل (سوره واقعه) به اوصاف

---

۱. أَ فَحَسِبْتُمْ أَنَّمَا خَلَقْنَاكُمْ عَبَثًا وَ أَنَّكُمْ إِلَيْنَا لَا تُرْجَعُونَ (مؤمنون / ۱۱۵).

قیامت، اصناف انسان‌ها در آن روز، رابطهٔ بهشتیان با یکدیگر، کیفیت غذای بهشتیان و دوزخیان، رابطهٔ اعمال در دنیا و پیامد آن در آخرت می‌پردازد.

رویارویی واقع‌بینانه با این حقیقت و یافتن پاسخ درست برای این پرسش و خود را آماده نمودن برای آن، یعنی همان راهی که ادیان واقعی بر سر راه انسان گشوده‌اند.

این نوع رویارویی که از سر ایمان و یقین است، اضطراب و نگرانی را به آرامش، ناامیدی را به امید، سختی‌ها را قابل تحمل، طبع بشر را بلند و دنیا را در نظر انسان کوچک می‌کند و به انسان حریت و آزادگی می‌دهد. اینها پیامدهای معادباوری است که تأمین‌کننده سلامت معنوی هستند. اما رویارویی دیگری هم مشاهده می‌شود که در درون خود به دو صورت آشکار می‌شود: گروه اول کسانی هستند که خود را به بی‌خبری و تغافل زده و از روش‌های روانشناختی بهره می‌گیرند و از این رهگذر چند صباحی خود را از رویارویی با این پرسش مهم رهایی می‌بخشید و به زندگی عادی ادامه می‌دهند و گروه دوم کسانی هستند که با این مسأله روبه‌رو شده و موفق به حل آن نگشته‌اند و سایه وحشتناک این کابوس زندگی آنها را به تباهی کشیده است. آنها سرانجام سر از پوچی و نهیلیسم درآورده و دچار یأس و حرمان که خود نوعی کفر و فرو رفتن در تاریکی خواهد بود می‌گردند و فرجام کارشان گاه به خودکشی می‌انجامد. در این دو گروه سلامتی معنوی در معرض آسیب است.

**گفتار دوم: آموزه‌های اسلام و معادباوری در قرآن و تأثیر آن بر سلامت معنوی**

با مراجعه به آموزه‌های اسلام که در قرآن و احادیث معصومین وارد شده، معادباوری و تأثیر آن بر سلامت معنوی از ابعاد گوناگونی مورد توجه قرار گرفته است:

***الف) جلوگیری از طغیان روحی انسان***

اعتقاد به معاد و زندگی مبتنی بر معادباوری انسان را مسئولیت‌پذیر و از طغیان و سرکشی او جلوگیری می‌کند«انسان می‌خواهد [برای فساد و عیاشی] راه‌های جلوی خویش را باز کند. [تا لجام‌گسیخته عمل نماید] از این رو می‌پرسد: قیامت کی واقع خواهد شد؟ [و قیامت را انکار می‌کند]»[1]. در حقیقت علت انکار قیامت، برای عمل لجام‌گسیخته است. از این آیه معلوم می‌شود کسی که به قیامت اعتقاد و ایمان داشته باشد نمی‌تواند لجام‌گسیخته عمل کند. بلکه رفتارهای او دارای چارچوب است و در راهی که به بهشت می‌انجامد قرار می‌گیرد.

---

۱. يُرِيدُ الْانسَانُ لِيَفْجُرَ أَمَامَهُ يَسْالُ أَيَّانَ يَوْمُ الْقِيَامَةِ (قیامت / ۵).

### ب) آرامش و نشاط

معادباوری و اعتقاد به حیات پس از مرگ و جاودانگی و وعده‌های تخلف‌ناپذیر خالق هستی، اضطراب‌ها و نگرانی‌ها را به آرامش و غم‌ها را به شادی تبدیل می‌کند[۱]. ایمان به آخرت و معاد که یکی از متعلقات ایمان است، اضطراب انسان را به آرامش مبدل می‌کند. این ایمان که برخاسته از معرفت و آگاهی است، یکی از علل ترس از مرگ را که همان جهل به ماهیت آن است از بین می‌برد.[۲]

### ج) وارستگی از دلبستگی به دنیا

پر واضح است که ریشه طغیان‌ها و ظلم‌ها و تعدی انسان‌ها به یکدیگر و آرزوهای بلندی که انسان را در فضای خیال و وهم فرو می‌برد، دلبستگی به لذت و کامجویی‌های دنیا و میل به ماندن در آن است. معادباوری این واقع‌بینی را اعطا می‌کند که انسان خود را مسافری بداند که در دنیا برای چند روزی توقف نموده و باید از آن برای آخرت توشه بر دارد؛ انسان معاد باور دل به دنیا نمی‌بندد و اسیر شهوات و لذات دنیا نمی‌شود.

### د) معنادارکردن رنج و درد و تحمل‌پذیر ساختن آن

انسان معاد باور گرفتاری‌ها و دردها و مصیبت‌های دنیا را نوعی امتحان تلقی می‌کند، چرا که دنیا «دار بالبلاء محفوفه» یعنی محل ابتلاء و امتحان برای احراز جایگاه شایسته‌تر در قیامت است. بنابراین هر که شایسته‌تر است، امتحان او جدی‌تر و سخت‌تر است[۳]. مؤمن و باورمند به آخرت در برابر هر رنجی که به او می‌رسد، منتظر پاداشی از جانب خداست و همواره دل به این خوش دارد که رنج و گرفتاری‌های او در این دنیا پایان خواهد پذیرفت و پیامد آن بخشش و مغفرت و بشارت حضرت حق است.

---

۱. الَّذِينَ ءَامَنُواْ وَ تَطْمَئِنُ قُلُوبُهُم بِذِكْرِ اللَّهِ أَلَا بِذِكْرِ اللَّهِ تَطْمَئِنُ الْقُلُوبُ (رعد / ۲۸).

۲. قیل لمحمد بن علی بن موسی صلوات الله علیه، ما بال هؤلاء المسلمین یکرهون الموت، قال لانّهم جهلوه فکرهوه و لو عرفوه و کانوا من اولیاء الله عزّوجل لاحبّوه و لعلموا انّ الاخرة خیر لهم من الدنیا ثم قال (ع) یا اباعبدالله ما بال الصبی و المجنون یمتنع من الدواء المنقی لبدنه و النافی للالم عنه قال لجهلهم بنفع الدواء، قال والذی بعث محمداً بالحق نبیاً ان من استعدَّ للموت حق الاستعداد فهو انفع له من هذالدواء لهذا المتعالج اما انهم لوعرفوا مأیؤدّی الیه الموت من النعیم لاستدعوه و احبّوه اشد ما یستدعی العاقل الحازم، الدواء لدفع الآفات و اجتلاب السلامة، مجلسی، ۱۴۰۴: ۶، ۱۵۷.

۳. وَ لَنَبْلُوَنَّكُم بِشيَءٍ مِّنَ الخَوْفِ وَ الْجُوعِ وَ نَقْصٍ مِّنَ الْأَمْوَالِ وَ الْأَنفُسِ وَ الثَّمَرَاتِ وَ بَشِّرِ الصَّابِرِينَ (بقره / ۱۵۵).

***ه) روشن‌دلی***

چشم به آخرت داشتن قلب را صیقل می‌دهد و سبب روشن‌دلی و پاک شدن زنگارهای درون می‌شود. پیامبر اکرم (ص) می‌فرمایند: «همانا قلوب انسان‌ها زنگار گرفته [و تیره می‌گردد] همچنان که پاره‌های آهن زنگار می‌گیرد. عرض شد: یا رسول‌الله جلای آن به چیست؟ فرمود: یاد مرگ و تلاوت قرآن دل را جلا می‌دهد[۱].»

***و) دلپذیرکردن زندگی دنیایی***

آنچه که زندگی دنیا را نامطلوب می‌سازد نارضایتی و زیاده‌خواهی است که باعث می‌شود انسان‌ها در آرزوی نداشته‌های خود، از داشته‌هایشان لذت نبرند. نگاه واقع‌بینانه به دنیا و توجه به آخرت، به انسان روح رضایت‌مندی و پرهیز از طغیان و سرکشی به هنگام بهره‌مندی می‌دهد.

## ۳. سلامت معنوی از حیث عاطفی (محبت و عشق به خدا)

بعد عاطفی ارتباط انسان با خدا به شکل محبت و عشق به خدا بروز می‌نماید. به طور طبیعی وقتی انسان در بعد نگرشی، به وجود خداوند تعالی و صفت کمالیه او آگاهی پیدا می‌کند، در قلب او محبت خدا بارور می‌شود؛ محبت به خدا از عوامل بسیار مهم و تأثیرگذار در حوزهٔ سلامت معنوی انسان است؛ به طوری که تأثیر آن به سایر حوزه‌ها نیز سرایت می‌کند که در مباحث آینده به آن پرداخته خواهد شد.

### مبحث اول: ماهیت محبت

«محبت کششی است درونی به سوی کسی یا چیزی که در آن احساس ملایمت و لذت وجود دارد[۲]». محبت پدیده‌ای است برخاسته از شناخت و معرفت اما خود از جنس تمایل و گرایش است که به کنش و عمل موافق می‌انجامد. محبت محرکی است قدرتمند که فرد را به سوی امر موافق به حرکت درمی‌آورد و وی را متوجه محبوب می‌کند و اگر شدت یابد می‌تواند به جذبه و کشش فوق‌العاده بینجامد که به شیدایی منجر شود و تمام وجود محبّ، پر از عشق محبوب شود و چیزی غیر از محبوب در جان وی باقی نماند.

سبب اول یعنی حب ذات می‌تواند از اسباب محبت نسبت به خدای تعالی باشد که خالق و

---

۱. احسائی، ۱۴۰۵: ۱، ۲۸۱.

۲. غزالی: ۴،۲۷۵.

آفریدگار همه هستی و انسان است. زیرا وقتی انسان خود را دوست می‌دارد و به منافع و مضار خود توجه دارد و آنچه که منفعت او را در پی دارد دوست می‌دارد و آنچه که به زیان اوست دشمن می‌دارد، لاجرم خالق خود را که علت آفرینش و بقای اوست دوست خواهد داشت.

در جهان هر چیز چیزی جذب کرد
گرم گرمی را کشیده سرد، سرد

**مبحث دوم: رابطهٔ محبت و عشق به خدا و سلامت معنوی**

با توجه به اینکه همه اسباب محبت در مورد محبت خدا وجود دارد، این محبت به عنوان عاملی بسیار قدرتمند در حوزه سلامت معنوی منشأ اثر بوده و آثار گوناگونی خواهد داشت که عبارت‌اند از:

الف) محبت خدا؛ سبب رهایی و وارستگی از سایر وابستگی‌ها.

ب) محبت خدا؛ سرمنشأ محبت هستی.

ج) محبوبیت خدا بر اساس اصل (محبوب المحبوب، محبوب).

د) مثبت‌نگر و زیبابین‌کردن محب.

ه) توانمندسازی محب و دورکردن روحیه ناتوانی و عجز.

برای مطالعه تفصیلی آثار محبت خدا در سلامت معنوی به کتاب مبانی و شاخص‌های سلامت معنوی در قرآن و حدیث تألیف دکتر مصطفی اسماعیلی مراجعه شود.

## ۴. شاخص‌های سلامت معنوی در حوزهٔ عمل و رفتار

### مبحث اول: عبودیت

#### گفتار اول: مفهوم عبودیت

از مهم‌ترین شاخص‌های سلامت معنوی در ارتباط انسان و خدا در حوزهٔ عمل، عبودیت است. زیرا مهم‌ترین آثار سلامت‌بخش بر این شاخص مترتب است. برای شناخت این عامل سلامت معنوی نخست عبودیت در فرهنگ واژگانی قرآن بررسی می‌شود.

عبودیت از ریشهٔ «عبد» و نهایت خضوع در قبال خالق همراه با اطاعت است. در فرهنگ قرآنی این معنا گاهی در تکوین رخ می‌دهد و گاهی در حوزه تشریع.

قرآن در خصوص عبودیت تکوینی می‌گوید: «هر که در آسمان‌ها و زمین است، جز بنده‌وار

به سوی خدای رحمان نمی‌آید.»[۱] یعنی آنچه در آسمان‌ها و زمین است در برابر خداوند، عبد و تسلیم است و یا می‌فرماید: «و اوست که بر بندگانش چیره است و اوست حکیم و آگاه» (انعام / ۱۸). «عبد» به این معنا، یعنی اینکه خداوند جهان را به کیفیتی آفریده که در مقابل فرمان او تسلیم و منقاد و مطیع است. پس عبودیت تکوینی به معنای تذلل و تسلیم به حسب تکوّن و آفرینش است نه به حسب اختیار ثانوی و به اقتضای تعقل و تفکر.

آیاتی از قرآن کریم بر عبودیت تشریعی دلالت می‌کنند. «ای مردم پروردگارتان را که شما را آفرید، پرستش کنید.»[۲] «خدا را بپرستید و از او پروا دارید و مرا فرمان برید.»[۳] «اینکه خدا را بپرستید و از او بترسید و او را اطاعت کنید، عبادت اختیاری تعبد و اطاعت به حسب تفکر و تعقل است[۴].»

**گفتار دوم: آثار عبودیت در تحقق سلامت معنوی**

***الف) تقویت روح و بعد متافیزیکی انسان***

عبودیت موجب قوی شدن روح و تبعیت غرایز و قوای ملکی انسان از آن می‌شود. آنچه که به عرفای حقیقی و بندگان واقعی خداوند در خصوص کرامات و انجام امور خارق‌العاده و فضایل اخلاقی نسبت داده شده نتیجه همین عبودیت است که وعدهٔ آن در کتاب خدا نیز داده شده است.

***ب) فعلیت یافتن نیروهای نهفته در درون انسان***

از جمله آثار عبودیت و بندگی نسبت به خدای تعالی فعلیت یافتن استعدادها و قوای درونی انسان است؛ به طوری که چشم درون بینا می‌گردد و نادیدنی‌ها را می‌بینند، گوش درون فعال شده و ناشنیدنی‌ها را می‌شنود و سرکشی دل در برابر حقیقت به تسلیم و جذبه مبدل می‌شود. امام عارفان علی (ع) می‌فرماید: «خداوند یاد خود را صیقل دل‌ها قرار داده است. دل‌ها بدین وسیله از پس ناشنوایی، شنوا و از پس نابینایی، بینا و از پس سرکشی و عناد رام می‌گردند.»

---

۱. إِن كُلُّ مَن فِی السَّمَاوَاتِ وَ الْأَرْضِ إِلَّا ءَاتِي الرَّحْمَانِ عَبْدًا (مریم / ۹۳).
۲. يَأَيُّهَا النَّاسُ اعْبُدُواْ رَبَّكُمُ الَّذِي خَلَقَكُمْ وَ الَّذِينَ مِن قَبْلِكُمْ لَعَلَّكُمْ تَتَّقُون (بقره / ۲۱).
۳. أَنِ اعْبُدُواْ اللَّهَ وَ اتَّقُوهُ وَ أَطِيعُون (نوح / ۳).
۴. مصطفوی،۱۴۱۷: ۸، ۱۳.

**مبحث دوم: توبه (عذر خطا)**

از دیگر شاخص‌های سلامت معنوی در ارتباط با خدا در حوزهٔ عمل و رفتار توبه و روحیهٔ عذرخواهی از خطاست. این عامل نقش مهمی در تأمین سلامت معنوی در زندگی انسان دارد؛ زیرا عبور انسان از پیچ و خم‌های زندگی و لغزش‌هایی که برای انسان غیرمعصوم وجود دارد، عاملی را می‌طلبد که بتواند این خطرها را تدارک و بازگشت انسان به مسیر سلامت برای طی طریق به سوی هدف زندگی را تضمین نماید.

**گفتار اول: مفهوم توبه**

همان‌طور که در *التحقیق* آمده است توبه به معنای رجوع از گناه و پشیمانی از آن است، هنگامی که در مورد انسان به کار رود. اما وقتی در مورد خدای متعال به کار می‌رود بازگشت همراه با رحمت و مغفرت از جانب خدای متعال است[1]. توبه بازگشت و پشیمانی از گناه و خطای پنداری، گفتاری و رفتاری است و در حقیقت توبه در مقابل اصرار بر ادامه خطا و گناه است. به عبارت دیگر، توبه ترک گناه در حال، تصمیم و عزم بر عدم بازگشت به گناه و خطا در آینده و جبران کوتاهی گذشته است.

**گفتار دوم: توبه؛ عامل سلامت معنوی**

توبه از سه بخش آگاهی و معرفت، حالتی روانی و عاطفی، رفتار و عملکرد بیانگر توبه تشکیل شده است.

مرحله اول معرفت و آگاهی و در حقیقت علم به زیان گناهان است.

دوم، انزجار از عمل بد و پشیمانی از عمل مرتکب شده که نشانهٔ سلامت روح و جهت‌گیری عاطفی انسان است. خو نگرفتن به بدی و گناه نشانهٔ سلامت است.

بعد سوم اقدام به زدودن آثار گناه و جبران مافات و تدارک چیزی است که از دست رفته و نشانهٔ صداقت فرد در دو بخش پیشین است.

توبه امیدآفرین است و امید از عوامل بسیار قدرتمند سلامت معنوی محسوب می‌شود؛ چنان که علی (ع) می‌فرماید: «تعجب است از کسی که ناامید می‌شود، در حالی که [عامل] نجات همراه اوست. پرسیده شد: عامل نجاتی که همراه اوست، چیست؟ فرمودند: توبه و

---

۱. مصطفوی،۱۴۱۷: ۱، ۲۳۳.

استغفار»[۱]

این وعدهٔ الهی انگیزهٔ بسیار قدرتمندی برای ترک زشتی و بازگشت به مسیر درست است. توبه عامل بیداری است. توبه رجوع به خدای متعال برای گشودن گره امتناع از قلب و برخاستن به تمام حقوق پروردگار است[۲]. توبه رجوع از مخالفت به موافقت و رجوع از ظاهر به باطن است[۳].

## مبحث سوم: دعا

سومین شاخص سلامت معنوی در حوزهٔ ارتباط با خدا دعاست. از نگاه قرآن دعا عامل جلب توجه حضرت حق به سوی انسان است و بدون آن، ظرفیتی که برای انسان بر اثر توجه خدا به انسان ایجاد می‌شود تحقق نخواهد یافت و انسان لایق این توجه نخواهد بود. بنابراین، بدون عنصر دعا انسان نه زندگی سالم معنوی در دنیا خواهد داشت و نه فرجام خوشایندی در آخرت. دعا آهنگ عشقی برانگیزاننده به سوی خالق همه زیبایی‌ها و کمالات است که بدون آن رشتهٔ پیوند میان خالق و خلق گسسته خواهد شد و سرنوشت انسان بدون پیوند با خدا، سرنوشت قطرهٔ جدا افتاده از دریا خواهد بود. این عنصر سلامت‌بخش ابعاد گوناگونی دارد که باید کاوش شود.

### گفتار دوم: دعا عامل سلامت معنوی

دعا در قرآن و روایات ابعاد گوناگونی دارد که برخی از آن‌ها به ماهیت دعا مربوط است و برخی به آثار دعا.

#### *الف) دعا گشاینده هر بن‌بست در زندگی*

امام صادق علیه‌السلام می‌فرماید: «دعا قضا را تغییر می‌دهد، حتی اگر از آسمان نازل و محکم شده باشد، محکم شدنی.»[۴]

---

۱. العجب عمن یقنط و معه النجاة و قیل ما النجاة قال التوبة والاستغفار، آمدی،۱۳۶۶: ۵۸.

إِلَّا مَن تَابَ وَ ءَامَنَ وَ عَمِلَ عَمَلًا صَالِحًا فَأُوْلَئِكَ يُبَدِّلُ اللَّهُ سَيِّئَاتِهِمْ حَسَنَاتٍ وَكَانَ اللَّهُ غَفُورًا رَّحِيمًا (فرقان / ۷۰).

۲. جرجانی،۱۳۷۰: ۴۸.

۳. فرغانی،۱۳۷۹: ۴۸.

۴. انّ الدعا یردُّ القضاء وقد نزل من السماء وقد ابرم ابراماً، کلینی،۱۳۶۵: ۲، ۴۶۹.

***ب) دعا ایجاد کنندهٔ ظرف توجه خدا به انسان***[۱]

## مبحث چهارم: شکر

شاخص دیگر سلامت معنوی در حوزهٔ رابطه انسان با خدا از حیث رفتاری شکر است. شکر در قرآن، در بعد نجات‌بخشی و سلامت‌آفرینی همپای ایمان شمرده شده است. شکر یعنی شناخت نعمت و احسان و انتشار آن. این صفت در تحقق زندگی سالم و رو به رشد معنوی و تعالی روحی نقش بسزایی دارد.

### گفتار اول: بن‌مایه‌های حقیقت شکر؛ زمینه‌ساز سلامت معنوی

شکر عبارت است از شناخت نعمت و شاد بودن به آن و عمل کردن به مقتضای آن. شکر از سه بخش تشکیل شده است: نخست ، معرفتی که بنیان شکر است. دوم ، ایجاد حال و عواطفی که به واسطه این معرفت به وجود می‌آید و به دنبال خود شادی و بهجتی برای فرد فراهم می‌آورد. سوم، رفتاری که پیامد این دو مرحله است که به تکمیل مراحل شکر می‌انجامد.

### گفتار دوم: آثار سلامت‌بخشی شکر در قرآن و حدیث

***الف) افزونی*** نخستین اثری که در قرآن بر شکر ذکر شده، «افزونی» است[۲].

***ب) سبب هدایت و راه‌یابی***[۳]

***ج) ثبات در مسیر هدایت***. امام صادق (ع) فرمودند: «شکر باعث در امان ماندن از دگرگونی‌هاست»[۴] که حکایت از ثبات رو به رشد است.

## مبحث پنجم: رضا

رضا و خشنودی از شاخص‌های مهم سلامت معنوی[۵] حاکی از تعالی روح انسان صاحب رضایت

---

۱. قُلْ مَا يَعْبَؤُاْ بِكُمْ رَبِّي لَوْ لَا دُعَاؤُكُمْ فَقَدْ كَذَّبْتُمْ فَسَوْفَ يَكُونُ لِزَامًا (فرقان / ۷۷).
۲. وَ إِذْ تَأَذَّنَ رَبُّكُمْ لَئِن شَكَرْتُمْ لَأَزِيدَنَّكُمْ وَ لَئِن كَفَرْتُمْ إِنَّ عَذَابِي لَشَدِيد (ابراهیم / ۷).
۳. نحل / ۱۲۱.
۴. الشکر زیاده فی النعم و امان من الغیر(کافی)، کلینی،۱۳۶۵: ۲، ۹۴.
۵. توبه / ۷۳.

است. در این مقام روح انسان با کلیّت هستی هماهنگ شده و به معنی واقعی کلمه از همه چیز لذت خواهد برد و جایی برای احساس ناخوشایند از هستی وجود نخواهد داشت که هر چه از دوست رسد نیکوست.

**گفتار اول: چیستی و مفهوم «رضا»**

رضا در لغت به معنی خشنودی و موافقت است[۱]. رضای بنده از خداوند این است که از قضای پروردگار نسبت به خود راضی باشد[۲]. در حقیقت رضا به نوع نگرش انسان به هستی باز می‌گردد. اگر انسان هستی را نتیجه یک مشیّت حکیمانه و معلول یک ارادهٔ مطلق برخاسته از علم و قدرت بی‌نهایت بداند، وضعیت موجود و نظام حاکم را بهترین وضعیت و نظام احسن می‌داند و به آنچه در این نظام واقع می‌شود، راضی خواهد بود. چنان‌که از امام حسن مجتبی (ع) نقل شده است که فرمودند: «چگونه مؤمن، مؤمن است؟ در حالی که به قسمت خویش ناراضی است و منزلت و جایگاهش را حقیر می‌شمارد، در حالی‌که کسی که در مورد او حکم می‌راند خداست»[۳]

این رضایت به معنی هماهنگی و موافقت با نظام آفرینش و پذیرش آن است و بر این اساس رضا را از ثمرات محبت الهی به شمار آورده‌اند[۴].

**گفتار دوم: نقش سلامت‌بخشی رضایت و خشنودی**

***الف) بی‌نیازی.*** آزمندی از علل بسیار مهم اضطراب‌ها و درگیری‌ها و ناراحتی‌هاست. امام صادق (ع) می‌فرماید: «به آنچه که خدا قسمت تو نموده راضی باش تا غنی باشی.»[۵]

***ب) راحتی جسم.*** رضایت و خشنودی باعث آسودگی جسم می‌شود. از امیرالمؤمنین علی علیه‌السلام نقل شده که فرمودند: «کسی که راضی باشد به آنچه که قسمت اوست بدن او آسوده خواهد بود.»[۶]

***ج) آسودگی روان:*** امام صادق (ع) در تأثیر رضایت و خشنودی بر آسودگی روان می‌فرماید:

---

۱ . ابن‌منظور، ۱۴۱۴: ۱۵۱.

۲ . راغب اصفهانی، ۱۴۱۲: ۳۵۶.

۳. کیف یکون المؤمن مؤمناً و هو یسخط قسمه و یحقّر نزلته و الحاکم علیه الله (بحار)، مجلسی،۱۴۰۴: ۴۳، ۳۵۱.

۴. فیض کاشانی،۱۴۱۷: ۸، ۹۰.

۵. ارض بما قسَّم لک تکن غنیاً، مجلسی،۱۴۰۴: ۷۸، ۱۹۲.

۶. من رضی من الله بما قسَّم له استراح بدنه، مجلسی،۱۴۰۴: ۷۱، ۱۳۹.

«آسودگی روان و راحتی در رضایت و یقین، و غصه و غم در شک و نارضایتی است.»[۱]

***د) از بین بردن غم و اندوه.*** علی (ع) می‌فرمایند: «رضایت و خشنودی غم را از بین می‌برد.»[۲]

***ه) گوارا و دلپذیرشدن زندگی.*** گوارا و دلپذیر شده زندگی از آثار رضا و خشنودی است. امام علی (ع) می‌فرمایند: «گواراترین زندگی از آن کسی است که به آنچه که خداوند روزی او کرده راضی باشد.»[۳]

از آنچه گذشت معلوم شد که روح رضایت‌مندی و خشنودی در بالاترین مرتبه انسان را به سوی سعادت جاودانه رهنمون شده و عامل جلب رضایت خداست و کمال بخش ایمان و یقین و تحقق توحید افعالی است. رضایت و خشنودی علاوه بر تحقق سلامت معنوی، بر زندگی سالم در ابعاد دیگر نیز سایه می‌گستراند و می‌تواند عامل تحقق سلامت جسمانی، سلامت روانی و سلامت اجتماعی باشد.

## مبحث ششم: صبر و شکیبایی و مدیریت عواطف

در آموزه‌های قرآنی و روایات معصومین علیه‌السلام، صبر که همان مدیریت عواطف و احساسات و هیجانات درونی و پایداری در برابر ناملایمات است، جایگاه بسیار والایی در تحقق سلامت معنوی و نیل انسان به اهداف آفرینش و وصول به سعادت مطلوب انسانی دارد. این صفت نقش به‌سزایی در ساماندهی رفتارهای انسان در ابعاد گوناگون فردی و اجتماعی نیز ایفا می‌کند که بدان اشاره می‌شود. بنابراین، بیقین می‌توان ادعا کرد که صبر و شکیبایی از شاخص‌های مهم سلامت معنوی است و فردی که فاقد آن است فاقد سلامت معنوی است.

### گفتار اول: معنای واژهٔ صبر

صبر به معنای خودنگهداری در تنگناست و معنای اصطلاحی آن، نگهداری و مراقبت از نفس به حسب مقتضای عقل و شرع است. صبر واژه‌ای است عام که کاربردهای گوناگون دارد[۴]. قرآن کریم مجموعهٔ این اقسام را در آیهٔ ۱۷۷ سورهٔ بقره[۵] توضیح داده است.

---

۱. الروح والراحه فی الرضا و الیقین و الهم والحزن فی الشک و السخط، مجلسی، ۱۴۰۴: ۷۴، ۱۷۱.

۲. الرضا ینفی الحزن (غررالحکم:۱۰۳).

۳. ان اهناً الناس عیشاً من کان بما قسّم الله له راضیاً، آمدی:۳۵۳.

۴. إِنَّکَ لَنْ تَسْتَطیعَ مَعِی صَبْراً (مریم/ ۵۶). اصْبِرْ عَلَي مَا اَصابَکَ (لقمان / ۱۷). و کهف / ۶۸ و ۷۶.

۵. وَ الصَّابِرِینَ فِی الْبَأْسَاءِ وَ الضَّرَّاءِ وَ حِینَ الْبَأْسِ أُوْلَئِکَ الَّذِینَ صَدَقُواْ وَ أُوْلَئِکَ هُمُ الْمُتَّقُون.

**گفتار دوم: صبر و شکیبایی عامل سلامت معنوی**

صبر و شکیبایی در قرآن و حدیث جایگاه والایی دارد ؛ صبر و شکیبایی از صفات پیامبران اولوالعزم به عنوان الگوهای سلامت معنوی است. صبر مهم‌ترین عامل پیروزی و موفقیت است. صبر باعث می‌گردد تا انسان بتواند موانع را به بهترین وجه مدیریت کند. وعده‌های الهی در سایه صبر و شکیبایی محقق می‌گردد و خداوند به صابران بشارت وصول به دارالسلام خود را می‌دهد.

***الف) صابران و شکیبایان محبوب خدایند***[1] امام علی (ع) فرمودند: «صبر نیکوترین زیور [معنوی] و والاترین اخلاق انسان است.»[2]

***ب) خداوند همراه شکیبایان است.***

در آیهٔ ۴۶ سوره انفال خداوند متعال به چند امر مهم هم‌چون اطاعت از اوامر و نواهی الهی، اطاعت از رهبری پیامبر، اختلاف و تفرقه نداشتن و صبر و شکیبایی فرمان می‌دهد. صبر است که به انسان فرصت تفکر صحیح می‌دهد. صبر به منزله خلوتی است که در هنگام هجوم افکار پریشان و صحنه‌های هول‌انگیز و مصائبی که از هر طرف روی می‌آورد به انسان فرصت می‌دهد که صحیح فکر نموده و رأی مطمئن و صد در صد اتخاذ کند[3]» چون خدا با صابران است.

***ج) صبر و شکیبایی تحقق‌بخش وعده‌های تخلف‌ناپذیر الهی است***[4] امام علی (ع) می‌فرمایند: «با صبر و شکیبایی می‌توان به اهداف عالی امور نایل شد.»[5]

***د) صبر و شکیبایی مهم‌ترین بخش ایمان.*** امام صادق علیه‌السلام می‌فرمایند: «صبر و ابتلاء به مؤمن روی می‌آورد. مؤمن به هنگام ابتلاء صبور است و ابتلاء هم به کافر روی می‌آورد و کافر به هنگام ابتلاء بی‌تاب است.»[6]

***ه) صبر و شکیبایی یکی از ارکان چهارگانه دین.*** رسول خدا (ص) فرمودند: «اسلام بر چهار

---

۱. آل عمران / ۱۴۶.

۲. الصبر أفضل سجیة و العلم أشرف حلیة و عطیة، آمدی،۱۳۶۶: ۲۸۱.

۳. طباطبایی،۱۴۱۷: ۹، ۹۶.

۴. اعراف / ۱۳۷.

۵. بالصبر تدرک معالی الامور، ری شهری، *میزان الحکمه*: ۲۶۰/۵.

۶. انّ الصبر والبلاء لیشتبقان الی المؤمن فیاتیه البلاء و هو صبور و انّ الجزع و البلاء لیستبقان الی الکافر فیاتیه البلاء و هو جزوعٌ، اسکافی،۱۴۰۴: ۶۳.

رکن بنا شده است: صبر و شکیبایی، یقین، جهاد و عدل.»[۱]

**و) صبر و شکیبایی ضامن موفقیت**. علی علیه‌السلام می‌فرمایند: «صبر تضمین‌کننده و کفیل پیروزی است.»[۲]

***ح) صبر و شکیبایی؛ پشتیبان انسان در تصمیمات و سایر امور***[۳]

امام علی (ع) می‌فرمایند: «صبر و شکیبایی یاری‌گر همهٔ کارهاست.»[۴]

امام حسن مجتبی (ع) می‌فرمایند: «آزمودیم ما و آزمودند اهل آزمون و هیچ چیز را سودمندتر از صبر و شکیبایی و فقدان آن را زیان‌مندتر از فقدان صبر و شکیبایی نیافتیم. صبر و شکیبایی چاره هر دردی است و درد ناشکیبایی درمان ندارد.»[۵]

**گفتار سوم: صبر و شکیبایی و سلامت معنوی**

از آن‌جا که انسان موجودی است که زندگی او در دامن طبیعت مادی رقم خورده، ناگزیر به تناسب محدودیت‌های در حوزهٔ طبیعت و با توجه به حقیقت وجودی انسان که مرکب از دو بعد مادی و معنوی است و با عنایت به وجود دو کانون گرایش بسیار قدرتمند در نهاد انسان یعنی شهوت و عقل، حرکت انسان به سرمنزل مقصود و حرکت سالم و همراه با سلامت به سوی هدف با دشواری‌هایی روبه‌روست. در قرآن کریم هم به این رنج و زحمت اشاره شده است: «ای انسان تو در حرکت مداوم و درد و رنج به سوی پروردگار خود بازگشته و او را ملاقات خواهی کرد.» تحمل رنج، به رنج اطاعت و بندگی و رنج چشم‌پوشی از هواها و هوس‌ها و مبارزه با نفس و تمایلات و تحمل ناملایمات و حوادث ناگوار در مسیر زندگی اشاره دارد و تحمل این امور نیز، نیازمند به نیرویی است که انسان را قادر به تحمل بار مسئولیت و حرکت در مسیر هدف نماید که این نیز همان قدرت صبر و شکیبایی است. بنابراین، صبر و شکیبایی در ناملایمات و فائق آمدن بر این موانع و مشکلات در حوزهٔ معنوی زندگی انسان همان نیروی غلبه بر بیماری‌های جسمانی و تحمل ناملایمات وارده بر جسم است که انسان بدون آن زنده نمی‌ماند. بدون صبر حیات معنوی هم در معرض مخاطره جدی است. صبر و شکیبایی شاخص سلامت معنوی است

---

۱. بنی الاسلام علی اربعه ارکان، علی الصبر و الیقین و الجهاد و العدل، شعیری،۱۳۶۳: ۳۷.

۲. الصبر کفیل بالظفر، آمدی،۱۳۶۶: ۲۸۳.

۳. بقره / ۱۵۳.

۴. الصبرعون علی کل امر، آمدی،۱۳۶۶: ۲۸۰.

۵. جرّبنا و جرّب المجرّبون فلم نرشیئاً انفع وجداناً ولا اضرّ فقداناً من الصبر، الصبر تداوی به الامور و لا یداوی هو بغیره، ابن ابی الحدید،۱۴۰۴: ۱، ۳۴۰.

و بر سایر ابعاد سلامت انسان نیز تأثیرگذار است؛ زیرا منشأ بسیاری از بیماری‌ها و از دست رفتن سلامتی، ناشکیبایی است. ناشکیبایی در رعایت اصول بهداشت فردی و اجتماعی، ناشکیبایی در تحمل محدودیت‌هایی که تأمین کننده سلامت است، ناشکیبایی در ادامهٔ فعالیت‌هایی که تضمین کنندهٔ سلامت است. صبر و شکیبایی عامل تعیین کننده در تحقق سلامت روانی و اجتماعی است. بنابراین، قرآن کریم صبر و شکیبایی را لازمهٔ یک زندگی سالم و انسان سالم معرفی می‌کند. صبر شاخص سلامت معنوی است که بدون آن امکان رسیدن به زندگی سعادتمند که در قرآن کریم به دارالسلام خداوندی معرفی شده، وجود نخواهد داشت.

## مبحث هفتم: توکّل

توکل که همان اعتماد به خدای تعالی در امور بنده است، از دیگر شاخص‌های سلامت معنوی به شمار می‌رود. چنان‌که قرآن کریم ضمن سفارشات مکرر در خصوص توکل نمودن بر خداوند، آن را از ارکان و نشانه‌های ایمان به شمار آورده است. در قرآن به مادهٔ «وکل» که از ریشهٔ توکل است هفتاد بار اشاره قرار گرفته شده که در پنجاه و هشت مورد مستقیماً به وکیل بودن خداوند و به توکل بندگان اشاره نموده است.

### گفتار اول: چرا توکل بر خدا ؟

نخستین پاسخ به این پرسش بر اساس حکم عقل و وجدان است زیرا انسان به مقتضای نیروی تفکر و خودآگاهی‌اش درمی‌یابد که دانش او در برابر نادانسته‌هایش بسیار اندک است. قرآن نیز بر این مسأله تأکید می‌فرماید[1]. بنابراین، حرکت انسان در جهان پر از اسرار، با دانش بسیار اندک بسیار هراسناک و خوف‌انگیز و ناامیدکننده خواهد بود و برای رهایی از این ترس و نگرانی نیازمند به کسی است که به او تکیه کند. کسی که تکیه‌گاهی مطمئن و شایسته اعتماد باشد.

برخدا توکل می‌کنیم چون: او دانای نهان آسمان‌ها و زمین است؛ هدایت‌گر واقعی است؛ مالک هستی است و فرمان آفرینش به دست اوست؛ زنده جاویدان است؛معبودی جز او نیست؛ یگانه و بی‌همتاست؛ دانای شکست‌ناپذیر و مهربان است.

### گفتار دوم: حقیقت توکل از جهت سلامت‌بخشی

حقیقت توکل مرکب از سه بعد آگاهی و معرفت و حال و عمل است. آگاهی و معرفت که باطن

---

۱. اسراء / ۸۵.

توکل است، بعدی از توحید و باطن آن عامل سلامت معنوی و ظاهر آن حال و عملی است که اعتماد بر خدا و واگذار نمودن امور خود به خداوند تبارک و تعالی را شامل می‌شود. در این صورت آثار سلامت معنوی همچون آرامش، طمأنینه، اطمینان خاطر، کفایت در امور، نشاط و امید، قدرتمندی و برخورداری از امدادهای غیبی خداوند آشکار می‌شود که در ادامه توضیح داده خواهد شد.

**گفتار سوم: آثار و پیامدهای توکل**

***الف) آرامش و طمأنینه.*** کسی که دارای صفت توکل است در حقیقت به این تکیه‌گاه مطمئن دست یافته است که مایهٔ آرامش او خواهد بود[۱].

***ب) بهره‌مندی از امدادهای الهی*** کسی که کار خود را به خداوند واگذار و به او توکل می‌کند خداوند از جهتی که بنده محاسبه نمی‌کند برای او کارسازی می‌کند[۲].

***ج) قدرت و شجاعت.*** پیامبر اکرم (ص) فرمودند: «کسی که دوست دارد تا قوی‌ترین مردمان باشد پس باید بر خدا توکل کند[۳].»

***د) بی‌نیازی*** دربارهٔ مفهوم توکل در روایات آمده که انسان به حقیقت توکل نمی‌رسد مگر اینکه به بی‌نیازی از مردم و یأس از آنچه در دست مردم است و به اعتماد و وثوق به آنچه در نزد خداست نایل شود.

***ه) امید و نشاط.*** انسان متوکل بر خدا همواره به آینده امیدوار و خوش‌بین است زیرا تکیه‌گاه او حکیم، مهربان، دانا، بخشنده، قدرتمند و شکست‌ناپذیر است. علی علیه‌السلام می‌فرماید: «کسی که به خدا اعتماد کند، خداوند او را در سرزمین شادی و سرور منزل می‌دهد»[۴].

***و) کفایت در امور.*** از جمله نتایجی که در روایات برای توکل وارد شده، کفایت امور شخص متوکل از طرف خداوند متعال است. علی (ع) می‌فرمایند: «کسی که بر خدا توکل کند خداوند کارهای او را کفایت می‌کند»[۵].

---

۱. آل عمران / ۱۷۳. انفال / ۴.

۲. طلاق / ۳.

۳. من احبّ ان یکون اقوی الناس فلیتوکل علی‌الله، شعیری،۱۳۶۳: ۳۷.

۴. من وثق بالله آواه السرور (جامع الاخبار)، شعیری،۱۳۶۳: ۱۱۷.

۵. من توکل علي الله [علیه] کفاه (غرر)، آمدی،۱۳۶۶: ۱۹۶.

## ۵ . مبانی و شاخص‌های سلامت معنوی در ارتباط انسان با خود

### مبحث اول: مبانی سلامت معنوی در ارتباط انسان با خود

زیرساخت شاخص‌های سلامت معنوی در ارتباط با خود، خویشتن را از آنِ خدا دیدن است. تا این رشته تعلق انسان به خدا به مرحلهٔ باور نرسد، هیچ یک از شاخص‌های سلامت معنوی از نگاه قرآن در ارتباط با انسان تحقق نمی‌یابد. در آموزه‌های دینی اسلام، به ماهیت تعلّقی انسان به خدا به صورت‌های گوناگون تأکید قرار شده که در زیر به آن‌ها اشاره می‌شود:

#### *الف) ماهیت از اویی و به سوی اویی انسان*

خداوند متعال در قرآن کریم می‌فرماید: «و بشارت بده به شکیبایان، همان کسانی که چون مصیبتی به آنان رسد، می‌گویند: ما از خدا هستیم و به سوی او باز می‌گردیم. برایشان درودها و رحمتی از پروردگارشان [باد] و راه یافتگان خود ایشان‌اند»[۱].

#### *ب) خود را به خدا نیازمند دیدن*

دومین جلوه تعلق به خدا، خود را به خدا محتاج دیدن و خدا را بی‌نیاز مطلق دانستن است. بر اساس این نگرش انسان هیچ‌گاه از خدا بی‌نیاز نمی‌گردد. نه تنها بی‌نیاز نمی‌گردد، بلکه هر چه انسان در مسیر تقرب بیشتر پیش می‌رود، فقر و نیاز جلوهٔ عمیق‌تری می‌یابد.

### مبحث دوم: شاخص سلامت معنوی در ارتباط با خود در حوزهٔ شناخت و نگرش

بررسی آیات قرآن کریم و روایات معصومین علیهم‌السلام به این حقیقت رهنمون می‌شود که هدایت انسان به سوی هدف آفرینش او در سایهٔ معرفت حقیقت وجودی انسان و درک ارزشمندی و پاس‌داشت این کرامت است.

از مهم‌ترین معارف قرآنی که می‌تواند منتج به پندار خودارزشمندی شود، تکریم انسان است که حاکی از ارزش وجودی انسان در نزد خداوند متعال است.

#### *الف) تکریم انسان توسط خداوند*

خداوند در آیهٔ ۷۰ سوره اسراء انسان را تکریم کرده است: «یعنی ما او را به وسیله قوه نطق و

---

۱. وَ بَشِّرِ الصَّابِرِينَ الَّذِينَ إِذَا أَصَابَتْهُم مُّصِيبَةٌ قَالُواْ إِنَّا لِلَّهِ وَ إِنَّا إِلَيْهِ رَاجِعُونَ- أُوْلَئِكَ عَلَيْهِمْ صَلَوَاتٌ مِّن رَّبِّهِمْ وَ رَحْمَةٌ وَ أُوْلَئِكَ هُمُ الْمُهْتَدُونَ (بقره / ۱۵۵ـ۱۵۷).

عقل و تشخیص و صورت نیکو و اندام معتدل و در امر معاش و زندگی و همچنین در فرجام و پایان کار و مسلط ساختن او در زمین و مسخّر او ساختن سایر حیوانات کرامت بخشیده و گرامی داشتیم و کریم کسی است که جامع انواع نیکی‌ها و خیرات و شرف و فضایل است[۱].»

### ب) جلوه‌های تکریم الهی در قرآن

**۱. دمیدن روح خدایی در انسان**[۲]

**۲. آفرینش انسان در تعادل و نیکوترین صورت**[۳]

**۳. انسان؛ دانش آموخته خدا.** در آیات متعددی خداوند خود را معلّم انسان معرفی می‌کند و انسان دانش‌آموخته خدای تعالی قرار می‌گیرد[۴].

**۴. هم‌پیمانی با خدا.** از جلوه‌های دیگر تکریم انسان توسط خداوند، هم‌پیمانی انسان با خداست. در این هم‌پیمانی یک طرف پیمان و عهد خدا و طرف دیگر انسان است. واژهٔ «عهد» ۴۶ بار در قرآن کریم ذکر شده است.

**۵. انسان محبوب خدا.** انسان محبوب خداست و به این معنا در آیات مختلفی اشاره شده است؛ از جمله: دوست داشتن انسان نیکوکار[۵]، انسان پاک[۶]، انسان باتقوا[۷]، انسان عادل[۸] و انسان مجاهد.[۹]

**۶. جانشینی خدا در زمین.** «مقام خلافت همان‌طور که از عنوان آن پیداست، تمام نمی‌شود، مگر به اینکه خلیفه نمایشگر مستخلف باشد و تمام شئون وجودی و آثار و احکام و تدابیر او را حکایت کند. البته آن شئون و آثار و احکام و تدابیری که به خاطر تأمین آن، خلیفه و

---

۱. الکریم صفة لکلّ ما یرضی ویحمد منه وجه الکریم ای مرضی فی حسنه وبهائه. قوله ولقد کرّمنا بنی آدم یعنی کرمناهم بالنطق والعقل والتغییر و الصورة و القامة المعتدله و امرالعاش والعاد وتسلیطهم علی ما فی الارض وتسخیر سایرالحیوانات لهم، طریحی، ۱۳۷۵ : ۱۵۳/۶.

۲. حجر / ۲۹.

۳. تین / ۲.

۴. سوره بقره / ۳۱، علق / ۴و۵ و الرحمن / ۲.

۵. وَ اللَّهُ یحُبُّ الْمحْسنینَ بقره / ۱۹۵.

۶. إنَّ اللَّهَ یحُبُّ التَّوَّابینَ وَ یحُبُّ الْمُتَطَهِّرینَ بقره / ۲۲۲.

۷. إنَّ اللَّهَ یحُبُّ الْمُتَّقینَ / توبه / ۴.

۸. إنَّ اللَّهَ یحُبُّ الْمُقْسطینَ مائده / ۴۲.

۹. یحُبُّهُمْ وَ یحُبُّونَهُ أذِلَّةٍ عَلیَ الْمُؤْمنینَ أعِزَّةٍ عَلیَ الْکَافِرینَ یجُاهِدُونَ فی سَبیلِ اللَّهِ مائده / ۵۴.

جانشین برای خود معین کرده»[۱].

**مبحث سوم: شاخص سلامت معنوی در ارتباط با خود در حوزهٔ عاطفی**

در حوزهٔ عاطفه‌ورزی و تمایلات نسبت به خود در اسلام با تکریم نفس انسان و مورد توجه و محبوب خدا بودن روبه‌رو هستیم که زیربنای خوددوستی است.

سلامت معنوی از بعد عاطفی در ارتباط با خود است که باید آن را دوست داشت و از آن مراقبت کرد و اسباب رشد آن را فراهم نمود و مانند یک شیء عزیز از آلوده شدن آن جلوگیری کرد. به همین دلیل، دوست داشتن جوهر ملکوتی و قدسی انسان نشانهٔ سلامت معنوی و دلبستگی و علاقه به بعد غریزی و حیوانی انسان نشانهٔ سلامت معنوی نداشتن و چه بسا نشانه بیماری معنوی تلقی می‌شود.

**مبحث چهارم: شاخص‌های سلامت معنوی در حوزهٔ رفتار**

خویشتن‌داری که در منطق قرآنی از آن به «تقوا» یاد شده مهم‌ترین شاخص سلامت معنوی در ارتباط انسان با خود در حوزهٔ عمل است. این شاخص هم عامل سلامت است و هم تضمین کننده سلامت معنوی انسان در سایر حوزه‌هاست.

بدون خویشتن‌داری و تقوا سلامت معنوی به دست نمی‌آید و همان‌گونه که در سلامت جسمی، دستورات ایجابی و سلبی، برای تأمین سلامت وجود دارد و انسان بدون مراقبت و خویشتن‌داری از عوامل سلبی و حفظ جوارح از عوامل مضرّ و رعایت فرامین ایجابی در تغذیه و رشد و حفظ حیات، سلامتش تإمین نمی‌شود، در حوزهٔ سلامت معنوی نیز همین قانون جاری است. حفظ سلامت روح، به حفظ روح از عواملی است که مضرّ به سلامت روح و آسیب‌رسان به آن است.

تقوا نیرویی است که به روح انسان شخصیت و قدرت می‌دهد و آدمی را مسلط برخویشتن و مالک خود می‌نماید.

***الف) تقوا و ترس از خدا.*** واژه‌شناسان قرآنی میان تقوا و خوف از خدا نوعی ملازمه قائل‌اند[۲]. در حقیقت ترس از عدالت نیز ترس از خود است، ترس از خطاهای خود و گرفتار آمدن به پیامدهای خطاکاری؛ بنابراین، ترس لازمهٔ تقواست. انسان بدون ترس، پرهیز و حذر و

---

۱. طباطبائی، ۱٤۱۷: ۱۱۵/۱.

۲. فاطر / ۲۸.

خویشتن‌داری نخواهد داشت. به همین دلیل در آیهٔ شریفه خشیت را بـه علمـا و آگاهـان و اهل معرفت و دانش نسبت می‌دهد. چنان‌که آن را که ترس نیست، آگـاهی نیسـت و آن را که آگاهی نیست ترس نیست.

***ب) تقوا معیار سلامتی عمل***[۱]. عملی در مسیر کمال و سعادت بشر مؤثر و مورد قبول اسـت کـه با معیار تقوا صورت پذیرد.

***ج) نقش تقوا در سلامت فکر***[۲]. در تفسیر *مجمع‌البیان* آمـده اسـت: «خداونـد در دل‌هـای شـما نوری قرار می‌دهد که به وسیله آن میان حق و باطل جدا کنید.[۳]»

***د) تقوا عامل هدایت.*** در *نهج‌البلاغه* آمده است: «بیشتر زمین خوردن‌های عقل [ناکارآمدی قوه تشخیص] به خاطر بـرق طمـع اسـت.[٤]» «ایـن [قـرآن] بـرای مـردم بیـانی اسـت و بـرای پرهیزگاران رهنمود و اندرز است.[٥]»

***ه) تقوا عامل هشدار نسبت به وقوع بیماری معنوی.*** قرآن کریم از قول خدای متعال در سـورهٔ اعراف می‌فرماید: «همانا کسانی که [از خدا پروا دارند] چـون وسوسـه‌ای از جانـب شـیطان بدیشان رسد متوجه شده و به ناگاه بینا می‌شوند. [از آن پرهیز می‌کنند][٦]».

***و) تقوا عامل سازگاری و محبت.*** تقـوا عـواملی را کـه باعـث ناسـازگاری و برخـورد و تـزاحم و کشمکش و اضطراب و در نهایت بیماری معنوی و روحی مـی‌شـود مهـار مـی‌کنـد و عامـل سازگاری و الفت و محبت می‌گردد که از نشانه‌های سلامت معنوی است.

***ز) تقوا عامل مصونیت از هر نوع بیمـاری معنـوی.*** علـی (ع) در خطبـه ۱۹۱ نهـج‌البلاغـه می‌فرماید: «آگاه باشید و تقوا را حفظ کنیـد تـا بـه وسـیله آن حفـظ شـوید و مصـونیت پیـدا کنید.»[۷].

---

۱. إِنَّمَا يَتَقَبَّلُ اللَّهُ مِنَ الْمُتَّقِينَ.

۲. انفال / ۲۹.

۳. طبرسی، ۱۳٦٦: ۱۰، ۳۰۱.

٤. اکثر مصارع العقول تحت بروق المطامع (*نهج‌البلاغه*، حکمت، ۲۱۹).

۵. هَذَا بَيَانٌ لِّلنَّاسِ وَ هُدًي وَ مَوْعِظَةٌ لِّلْمُتَّقِينَ (آل عمران / ۱۳۸).

۶. إِنَّ الَّذِينَ اتَّقَوْاْ إِذَا مَسهُمْ طَائفٌ مِّنَ الشَّيْطَانِ تَذَكَّرُواْ فَإِذَا هُم مُّبْصِرُونَ (اعراف / ۲۰۱).

۷. الا فصونوها و تصوّنوا بها، عبادالله اوصیکم بتقوی الله فانها حق الله علیکم والموجبه علی‌الله حقکم وان تستعینوا علیها و تستعینوا بها فانّ التقوی فی الیوم الحرز والجنّه وفی عذا الطریق الی الجنّه، .» (*نهج‌البلاغه*، خطبه ۱۹۱).

## ۶. شاخص‌های سلامت معنوی در ارتباط انسان با دیگران

### مبحث اول: مبانی شاخص‌های سلامت معنوی در ارتباط با دیگران

زیربنای شاخص‌های سلامت معنوی در ارتباط با مردم، پیوسته دیدن مردم به خداست. چنان‌که قرآن کریم انسان‌ها را مخلوقات خدا و فیض حضرت حق می‌داند[۱]. البته برای تحقق این هدف، انسان نیازمند به اختیار و آزادی عمل بود تا آن ظرفیت برای وی محقق شود و خداوند این اختیار را به او داد[۲].

### مبحث دوم: شاخص سلامت معنوی در ارتباط فرد با دیگران در حوزهٔ بینش

خوش‌بینی و نگرش مثبت به انسان‌ها در نگاه قرآن مبتنی بر مبانی بسیار روشن و مستحکمی است که بر اساس آن خوش‌بینی تحقق می‌یابد. این مبانی عبارت است از:

***الف) ارتباط انسان با خدا***[۳] بنابراین، در حوزه آفرینش سر و کار با مخلوقی است که از آفرینش برتر برخوردار است.

***ب) اهتمام ویژه خداوند به امور انسان.*** پیش‌بینی همه ابزارهای لازم از هدایت درونی و هدایت بیرونی[۴] و طراحی دستگاهی هشداردهندهٔ درونی و بیرونی برای مراقبت از او به هنگام خطرهای جسمی و روحی، به گونه‌ای که هیچ کمبود و کوتاهی از ناحیه آفرینش نسبت به او صورت نگرفته است.

---

۱. اللَّهُ الَّذِي خَلَقَكُمْ ثُمَّ رَزَقَكُمْ ثُمَّ يُمِيتُكُمْ ثُمَّ يُحْيِيكُمْ (روم / ۴۰).

ـ وَ اللَّهُ خَلَقَكُمْ ثُمَّ يَتَوَفَّاكُمْ وَمِنكُم مَّن يُرَدُّ إِلَىٰ أَرْذَلِ الْعُمُرِ لِكَيْ لَا يَعْلَمَ بَعْدَ عِلْمٍ شَيْئًا إِنَّ اللَّهَ عَلِيمٌ قَدِيرٌ (نحل / ۷۰).

ـ هُوَ الَّذِي خَلَقَكُم مِّن نَّفْسٍ وَاحِدَةٍ وَجَعَلَ مِنْهَا زَوْجَهَا لِيَسْكُنَ إِلَيْهَا (اعراف / ۱۸۹).

ـ وَ اللَّهُ خَلَقَكُم مِّن تُرَابٍ ثُمَّ مِن نُّطْفَةٍ ثُمَّ جَعَلَكُمْ أَزْوَاجًا وَمَا تَحْمِلُ مِنْ أُنثَىٰ وَلَا تَضَعُ إِلَّا بِعِلْمِهِ وَمَا يُعَمَّرُ مِن مُّعَمَّرٍ وَلَا يُنقَصُ مِنْ عُمُرِهِ إِلَّا فِي كِتَابٍ إِنَّ ذَالِكَ عَلَىٰ اللَّهِ يَسِيرٌ (فاطر / ۱۱).

ـ خَلَقَكُم مِّن نَّفْسٍ وَاحِدَةٍ ثُمَّ جَعَلَ مِنْهَا زَوْجَهَا وَأَنزَلَ لَكُم مِّنَ الْأَنْعَامِ ثَمَانِيَةَ أَزْوَاجٍ يَخْلُقُكُمْ فِي بُطُونِ أُمَّهَاتِكُمْ خَلْقًا مِّن بَعْدِ خَلْقٍ فِي ظُلُمَاتٍ ثَلَاثٍ ذَالِكُمُ اللَّهُ رَبُّكُمْ لَهُ الْمُلْكُ لَا إِلَهَ إِلَّا هُوَ فَأَنَّىٰ تُصْرَفُونَ (زمر / ۶).

ـ إِنَّ لَكُمْ فِي الْأَنْعَامِ لَعِبْرَةً نُّسْقِيكُم مِّمَّا فِي بُطُونِهِ مِن بَيْنِ فَرْثٍ وَدَمٍ لَّبَنًا خَالِصًا سَائِغًا لِّلشَّارِبِينَ (نحل / ۶۶).

۲. إِنَّا هَدَيْنَاهُ السَّبِيلَ إِمَّا شَاكِرًا وَإِمَّا كَفُورًا (انسان / ۳).

ـ وَهَدَيْنَاهُ النَّجْدَيْنِ (بلد / ۱۰)

۳. تین / ٤، مؤمنون / ١٤.

٤. قال موسی بن جعفر ع: یا هشام ان لله علی الناس حجتین، حجه ظاهره وحجه باطنه فاما الظاهره فالرسل والانبیاء و الائمه واما الباطنه فالعقول، کلینی، ١٣٦٥: ١، ١٥.

***ج) جایگاه انسان در بین مخلوقات.***[۱]

***د) ظرفیت کمال انسان***

از دیگر مبانی خوش‌بینی و مثبت‌اندیشی نسبت به انسان، ظرفیت کمال انسان در قرآن است. چنان که این ظرفیت بالاتر از ظرفیت فرشتگان بیان شده و به این جهت است که خدای تعالی فرشتگان را فرمان به سجده بر انسان نموده است.[۲]

## مبحث سوم: شاخص‌های سلامت معنوی در ارتباط با دیگران در حوزهٔ عاطفی

نوع‌دوستی شاخص سلامت معنوی انسان در ارتباط با دیگران در حوزه عاطفی است. این شاخص نقش بسیار مهمی در تأمین فضای سالم برای حرکت سالم انسان به سوی کمال و وصول به دارالسلام خداوندی دارد.

تردیدی نیست که انسان موجودی اجتماعی است، یعنی زندگی او در کنار دیگران معنی پیدا می‌کند. بنابراین ناچار از مراوده با دیگران بوده و هست و خواهد بود. از رهگذر مراوده با دیگران، انسان هم فرصت‌های بسیار مغتنمی برای رشد و کمال می‌یابد و هم احیاناً آسیب‌هایی نیز متوجه وی خواهد بود. عاطفه و نوع‌دوستی در هر دو بعد بسیار کارساز است. قرآن کریم در محبت‌ورزی پیامبر اکرم (ص) نسبت به مردم در آیه ۶ سوره کهف می‌فرماید: «گویی می‌خواهی به خاطر [اعمال] آنان خود را از غم و اندوه هلاک کنی، اگر به این گفتار [قرآن] ایمان نیاورند[۳].

محبت در جامعهٔ انسانی روابط انسان‌ها را تسهیل می‌کند. محبت باعث تحمل‌پذیر شدن آسیب‌های اجتماعی می‌گردد. محبت پلی است که مسیر احسان دیگران را آسان می‌کند. محبت رابطه‌ها را نزدیک و پیوندهای اجتماعی را تقویت می‌کند و آرامش روحی و آسایش روانی را برای افراد جامعه به ارمغان می‌آورد. پیامبراکرم (ص) فرمودند: «محبت به مردم نیمی از عقل است.[۴]» محبت تأمین کننده سلامت معنوی انسان‌ها در رابطه با دیگران است.

## مبحث چهارم: شاخص‌های سلامت معنوی در ارتباط با دیگران در حوزه رفتار

### گفتار اول: مدارا با مردم

زندگی در کنار سایر انسان‌ها یک نیاز اساسی است.

---

۱. بقره / ۲۹. جاثیه / ۱۳. لقمان / ۲۰.

۲. فَإِذَا سَوَّيْتُهُ وَنَفَخْتُ فِيهِ مِن رُّوحِي فَقَعُواْ لَهُ سَاجِدِينَ (حجر / ۲۹).

۳. فَلَعَلَّكَ بَاخِعٌ نَّفْسَكَ عَلَيَ ءَاثَارِهِمْ إِن لَّمْ يُؤْمِنُواْ بِهَذَا الْحَدِيثِ أَسَفًا (کهف / ۶).

۴. التودد الی الناس نصف العقل، مجلسی، ۱۴۰۴: ۱، ۲۲۴.

### ۱. مفهوم مدارا

واژهٔ مدارا به معنای نرمی و درشتی ملایم است. پیامبر (ص) فرمودند: «سر عقل بعد از ایمان به خدا مدارا با مردم است، یعنی نرمی و خوش‌رفتاری و تحمل آن‌ها به گونه‌ای که از اطراف شما پراکنده نشوند.[۱]» در قرآن کریم مدارا از مظاهر رحمت خداوندی به شمار رفته است.[۲]

### ۲. مدارا و تأثیر آن بر سلامت معنوی

#### الف) مدارا؛ رهایی از چالش و ستیز

کسانی که اهل مدارا با مردم نیستند، بخش اعظم نیرو و توانشان به جای اینکه صرف کمال و رشد و قرب الی‌الله شود، صرف ستیز و چالش با دیگران می‌گردد[۳]. از آثار مخرب چالش و ستیز از بین رفتن امنیت روانی و آسیب دیدن سلامت معنوی انسان است.

#### ب) مدارا؛ زمینه‌ساز بهره‌مندی از ظرفیت‌های دیگران

بخشی از ظرفیت‌های رشد معنوی انسان در ارتباط با دیگران نهفته است؛ از جمله خدمت‌رسانی به دیگران، دستگیری از نیازمندان، هدایت انسان‌ها، بهره‌مندی از انگیزه‌های معنوی مثبت دیگران (دعا)، آموختن از دیگران و آموختن به دیگران. با تحقق این ظرفیت‌ها، انسان در مسیر رشد و تقرب الی الله قرار می‌گیرد.

#### ج) مدارا؛ موجب پرهیز از گناه

امام صادق (ع) نقل می‌فرمایند: «شما را به تقوای الهی دعوت می‌کنم. بار [گناه] مردم را بر دوش خود نیندازید. پس با مردم به رفق و مدارا رفتار کنید. همانا خدای تبارک و تعالی در کتاب خویش فرمود: در مورد مردم به نیکی سخن گویید. سپس آن حضرت ادامه داد از مریضانشان عیادت کنید. در تشییع جنازه‌شان حاضر شوید. در مورد ایشان شهادت دهید [در اقامه عدل شرکت کنید] و در مساجدشان با آنان نماز گزارید.[٤]»

---

۱. و مداراة الناس المداجاه والملاینه ومنه الحدیث «رأس العقل بعد الایمان مداراة الناس» ای ملاینتهم وحسن صحبتهم واحتمالهم لئلاً ینفروا عنک، به نقل از *لسان العرب* ابن منظور، ۱۴۱۴: ۱۴، ۲۵۵.

۲. آل عمران / ۱۵۹.

۳. انفال / ۴۶.

٤. عبدالله بن سنان قال سمعت ابا عبدالله (ع) یقول. اوصیکم بتقوی الله عزّ وجل ولا تحملوالناس علی اکتافکم فتذلّوا ان الله تبارک و تعالی یقول فی کتابه: و قولوا للناس حسناً، ثم قال عودوا مرضاهم واشهدوا جنائزهم

***د) مدارا؛ عامل پذیرفتن و پذیرفته شدن***

از رسول خدا (ص) نقل شده که فرمودند: «برترین شما خوشخویان شما هستند. کسانی که با اطرافیان خود به نرمی رفتار می‌کنند، الفت و مهربانی می‌ورزند و الفت می‌پذیرند و بار ایشان را حمل می‌کنند. [از دوششان برمی‌دارند[1]]» از نیازهای طبیعی انسان برای یک زندگی سالم روانی و معنوی، محبت ورزیدن و محبت دیدن است.

***ه) مدارا؛ عامل تقویت عقل و ایمان***

مدارا با مردم باعث تقویت عقل و ایمان است؛[2] زیرا عامل ترک گناه و از بین برنده زمینه‌های گسترش گناه است و ترک گناه از عوامل تقویت ایمان است.

**گفتار دوم: تواضع و فروتنی**

تواضع و فروتنی زمینه‌ساز رشد فضیلت‌های انسانی و از بین برنده زمینه‌های تزاحم و چالش و در نتیجه فساد در رابطهٔ انسان با دیگران و عامل تأمین کننده سلامت معنوی انسان با دیگران است. در قرآن کریم عامل ضد تواضع، مهم‌ترین مانع از رستگاری انسان شمرده شده.[3]

جوادی آملی تواضع را گذرگاه و معیار معرفت می‌داند[4]. به همین دلیل است که اهل دانش واقعی هر چه در دانش پیشرفت نمایند به همان اندازه تواضع و فروتنی‌شان بیشتر می‌شود.

***۳. تواضع و سلامت معنوی***

تواضع کلید سلامت در دنیا و سند ورود به دارالسلام حضرت حق است. امام علی بن ابیطالب (ع) می‌فرماید: «تواضع برای تو سلامتی به ارمغان می‌آورد.[5]» از طرفی بدون داشتن شاخص سلامتی تواضع، اجازهٔ ورود بهشت به کسی داده نمی‌شود. خداوند متعال می‌فرماید: «سرای

---

واشهدوا لهم وعلیهم وصلوا معهم فی مساجدهم. عاملی، ۱٤۰۹.

۱. عاملی، ۱٤۰۹: ۱۳، ۱۵۷.

۲. قال رسول الله (ص) : مداراة الناس، نصف الایمان، (کافی) رأس العقل بعد الایمان بالله عزّوجل مداراة الناس، مجلسی، ۱۴۰۴: ۱، ۲۲۴.

۳. قصص / ۸۳.

۴. آملی: ۲، ۱٤۸.

۵. قال علی (ع): التواضع یکسبک السلامه (*کنزالفوائد*)، کراچکی، ۱٤۱۰: ۱، ۳۲۰.

آخرت را برای کسانی قرار داده‌ایم که در زمین اراده برتری‌جویی و فساد نداشته باشند.[۱]» زیرا بهشت جایی است که اهالی آن جز سلامت به یکدیگر هدیه نمی‌دهند[۲].

امام علی (ع) می‌فرمایند: «ثمره تواضع، محبت است.[۳]» تواضع محبت فرد متواضع را در دل‌ها رشد می‌دهد، تواضع از طریق محبت باعث وحدت و یگانگی جامعه می‌شود.

## ۷. مبانی سلامت معنوی در ارتباط انسان با طبیعت

زیربنای رابطه انسان با طبیعت از نگاه قرآن و احادیث معصومین علیهم‌السلام پیوسته دیدن طبیعت و هستی با خداست و طبیعت را فیض خدای متعال دیدن است. این مبنا برخاسته از بینش توحیدی قرآنی است که همه چیز در جهان آفرینش ماهیت از اویی و به سوی اویی دارد. در این خصوص می‌توان به این آیات زیر استشهاد کرد:[۴] عالم را فیض خدا دیدن و ماهیت از اویی و به سوی اویی برای طبیعت قائل شدن، پیامدهایی همچون نظام حقّانی جهان یعنی حق بودن نظام حاکم بر عالم، هدفمند و حکیمانه بودن نظام آفرینش و قوانین حاکم بر آن و بعد آیتی جهان آفرینش نسبت به خدای متعال را در پی خواهد داشت. بر این اساس شاخص‌های سلامت معنوی در ارتباط با جهان طبیعت شکل می‌گیرد که در زیر بدان پرداخته خواهد شد.

---

۱. تِلْكَ الدَّارُ الاَخِرَةُ نَجْعَلُهَا لِلَّذِينَ لَا يُرِيدُونَ عُلُوًّا فِي الْأَرْضِ وَلَا فَسَادًا وَالْعَاقِبَةُ لِلْمُتَّقِينَ (قصص / ۸۳).

۲. إِلَّا قِيلًا سَلَامًا سَلَامًا (واقعه / ۲۶).

۳. قال علی (ع) ثمرة التواضع المحبتة، آمدی، ۱۳۶۶: ۵۱۷۹).

۴. وَ اتَّقُواْ يَوْمًا تُرْجَعُونَ فِيهِ إِلَى اللَّهِ ثُمَّ تُوَفَّى كلُ نَفْس مَّا كَسَبَتْ وَ هُمْ لَا يُظْلَمُونَ (بقره / ۲۸۱).

ـ هَلْ يَنظُرُونَ إِلَّا أَن يَأْتِيَهُمُ اللَّهُ فِي ظُلَلٍ مِّنَ الْغَمَامِ وَ الْمَلَئكَةُ وَ قُضِيَ الْأَمْرُ وَ إِلَى اللَّهِ تُرْجَعُ الْأُمُور (بقره / ۲۱۰).

ـ هُوَ يُحْيِ وَ يُمِيتُ وَ إِلَيْهِ تُرْجَعُونَ (یونس / ۵۶).

ـ وَ إِذْ يُرِيكُمُوهُمْ إِذِ الْتَقَيْتُمْ فِي أَعْيُنِكُمْ قَلِيلًا وَ يُقَلِّلُكُمْ فِي أَعْيُنِهِمْ لِيَقْضِيَ اللَّهُ أَمْرًا كَانَ مَفْعُولًا وَ إِلَى اللَّهِ تُرْجَعُ الْأُمُور (انفال / ۴۴).

ـ وَ لِلَّهِ مَا فِي السَّمَاوَاتِ وَ مَا فِي الْأَرْض وَ إِلَى اللَّهِ تُرْجَعُ الْأُمُورُ (آل عمران / ۱۰۹).

ـ لَّهُ مُلْكُ السَّمَاوَاتِ وَ الْأَرْض وَ إِلَى اللَّهِ تُرْجَعُ الْأُمُورُ (حدید / ۵).

ـ أَفَغَيْرَ دِينِ اللَّهِ يَبْغُونَ وَ لَهُ أَسْلَمَ مَن فِي السَّمَاوَاتِ وَ الْأَرْض طَوْعًا وَ كَرْهًا وَ إِلَيْهِ يُرْجَعُونَ (آل عمران / ۸۳).

ـ وَ لِلَّهِ غَيْبُ السَّمَاوَاتِ وَ الْأَرْضِ وَ إِلَيْهِ يُرْجَعُ الْأَمْرُ كُلُّهُ فَاعْبُدْهُ وَ تَوَكَّلْ عَلَيْهِ وَ مَا رَبُّكَ بِغَافِلٍ عَمَّا تَعْمَلُونَ (هود / ۱۲۳).

ـ إِنَّا نَحْنُ نَرِثُ الْأَرْضَ وَ مَنْ عَلَيْهَا وَ إِلَيْنَا يُرْجَعُونَ (مریم / ۴۰).

## ۸. شاخص‌های سلامت معنوی در ارتباط انسان با طبیعت در حوزهٔ بینش

### مبحث اول: بینش آیه‌ای نسبت به طبیعت

قرآن کریم در آیات متعددی طبیعت را اعم از جان‌دار و بی‌جان، نشانه و آیت خدا معرفی می‌کند. در این نگرش مجموعهٔ طبیعت و اجزا و قوانین حاکم بر آن به عنوان آیات الهی مطرح می‌شود

### مبحث دوم: نظام‌مند دیدن هستی

شاخص دوم سلامت معنوی در ارتباط با طبیعت از بعد نگرشی، قانون‌مند و نظام‌مند دیدن هستی است. در این شاخص فرد همهٔ هستی را قانون‌مند و تابع حکم حکیمانهٔ خدا می‌داند. این قانونمندی هم در اجزای داخلی یک فرد و هم در رابطه اشیاء با یکدیگر جریان دارد.[۱]

### مبحث سوم: حقانی دیدن نظام هستی و طبیعت

در قرآن کریم علاوه بر اشاره به هدفمندی و نظام‌مندی به حقانی بودن این نظام نیز توجه ویژه شده است. خدای تعالی در آیهٔ ۷۳ سورهٔ انعام می‌فرماید: «او کسی است که آسمان‌ها و زمین را به حق آفریده و هرگاه که می‌گوید: «باش» بی‌درنگ موجود شود. سخنش راست است[۲]»

### مبحث چهارم: شعورمند دیدن طبیعت

شاخص دیگر شعورمند دیدن جهان آفرینش است.[۳]

### مبحث پنجم: طبیعت معلم انسان

طبیعت به عنوان آیتی از آیات الهی همواره برای انسان، پیامدار پیام‌های والایی است که درک این پیام‌ها راهنمای بشر به سوی سعادت و سلامت است.[۴] درس‌هایی همچون وحدت، تعادل، نظم، هماهنگی، زیبایی، جامعیت، علیت، کلیت، سلسله مراتب، هدف‌داری، توازن، حساب، اندازه،

---

۱. أَفَلَا یَنظُرُونَ إِلَی الْابِلِ کَیْفَ خُلِقَتْ وَ إِلَی السَّمَاءِ کَیْفَ رُفِعَتْ وَ إِلَی الجَبَالِ کَیْفَ نُصِبَتْ وَ إِلَی الْأَرْضِ کَیْفَ سُطِحَتْ (غاشیه / ۱۷ ـ ۲۰).

۲. وَ هُوَ الَّذِي خَلَقَ السَّمَاوَاتِ وَ الْأَرْضَ بِالْحَقّ وَ یَوْمَ یَقُولُ کُن فَیَکُونُ قَوْلُهُ الْحَقُّ وَ لَهُ الْمُلْکُ یَوْمَ یُنفَخُ فِی الصُّورِ عَلِمُ الْغَیْبِ وَ الشَهَدَةِ وَ هُوَ الحَکِیمُ الْخَبِیرُ (انعام / ۷۳

۳. اسراء / ۴۳. انبیاء / ۲۰. نور / ۴. زمر / ۷۵.

۴. غاشیه / ۱۷ ـ ۲۰. ملک / ۳ ـ ۴. شمس / ۱ ـ ۸.

تطور حیات و درس‌های بی‌شمار دیگری که می‌تواند با تأمین سلامت معنوی باعث ارتقای کیفیت زندگی انسان گردد و در عین حال راهنمای بشر به سوی درک عظمت خالق جهان و نزدیک شدن و قرب به خدای تعالی و سعادت دنیا و آخرت انسان باشد.

## ۹. سلامت معنوی در ارتباط با طبیعت درحیطه عاطفی (دوست داشتن طبیعت)

ثمرهٔ بررسی آیات و روایات در حوزه بینش طبیعت، محبت و دوست داشتن طبیعت است، چنان‌که سیرهٔ اولیای دین و پیامبر اسلام (ص) چنین بوده است. نوشته‌اند رسول خدا (ص) هنگام بازگشت از جنگ تبوک وقتی به نزدیکی شهر مدینه و به مجاورت کوه احد می‌رسند می‌فرمایند: «این سرزمین پاک است و این کوه احد کوهی است که ما را دوست دارد و ما نیز او را دوست می‌داریم.[۱]» روایات بی‌شمار در خصوص محبت اولیای دین به طبیعت جان‌دار و بی‌جان وارد شده است.

### الف) طبیعت؛ مایه نعمت و روزی انسان

از نگاه قرآن طبیعت مایه حیات و روزی انسان است. خداوند هر بخشی از طبیعت را مأمور تأمین یک نیاز انسان نموده است. بنابراین، طبیعت، عامل بقا و حیات انسان است، عاملی که از ریشه‌های محبت محسوب می‌گردد.[۲]

### ب) طبیعت مایه آرامش انسان[۳]

### ج) طبیعت زیباست

طبیعت مخلوق خدایی است که خود زیباست و زیبایی را دوست دارد.[۴] بنابراین، زیبایی که از علل و

---

۱. عن ابی حمید الساعدی قال اقبلنا مع رسول الله (ص) من غزوه تبوک حتی اذا اشرفنا علی المدینه قال هذه طابه و هذا احد جبل یحبّنا و نحبه، (اعلام الوری: ۱۵۳).

۲. بقره / ۲۲. نبأ / ۸ ـ ۱۶. انعام / ۱۴۲.

۳. بقره / ۲۲. نبأ / ۶ و ۱۰. انبیاء / ۳۱. فرقان / ۴۷.

۴. انّ الله جمیل و یحبّ الجمال، کلینی، ۱۴۰۴: ۶، ۴۳۸.

ـ إِنَّ فِی خَلْقِ السَّمَاوَاتِ وَ الْأَرْضِ وَ اخْتِلَافِ الَّیْلِ وَ النَّهَارِ وَ الْفُلْكِ الَّتِی تَجْرِي فِی الْبَحْرِ بِمَا یَنفَعُ النَّاسَ وَ مَا أَنزَلَ اللَّهُ مِنَ السَّمَاءِ مِن مَّاءٍ فَأَحْیَا بِهِ الْأَرْضَ بَعْدَ مَوْتِهَا وَ بَثَّ فِیهَا مِن كُلِّ دَابَّةٍ وَ تَصْرِیفِ الرِّیَاحِ وَ السَّحَابِ الْمُسَخَّرِ بَیْنَ السَّمَاءِ وَ الْأَرْضِ لَآیَاتٍ لِّقَوْمٍ یَعْقِلُونَ (بقره / ۱۶۴).

سرچشمه‌های محبت به شمار می‌رود در طبیعت موجود است.

### د) طبیعت نمودی از بهشت خداوند

طبیعت نمودی از بهشت خداوند است. چنان‌که برخی از مفسرین بهشتی را که حضرت آدم ابوالبشر در آن بوده در همین زمین یا آسمان می‌دانند. طبرسی در *مجمع‌البیان* در تفسیر «هذا الذی رزقنا من قبل و اوتوا به متشابهاً» اقوالی را از قول ابن عباس و ابن مسعود نقل می‌کند و می‌گوید مراد از این آیه این است که این‌ها قبلاً در دنیا روزی آن‌ها بوده است.

### ه) طبیعت آیت حق و نشان دوست

طبیعت نشان و آیت حضرت حق است و سرانگشتان قدرتمند و زیبایی‌آفرین او در جای جای طبیعت به چشم می‌خورد. طبیعت برای اهل دل و معرفت کمتر از پیراهن یوسف برای یعقوب نیست، مگر نه این است که امیرالمؤمنین (ع) فرمودند: «هیچ چیز را ندیدم مگر اینکه خدا را پیش از آن دیدم و با آن دیدم و بعد از آن دیدم و در آن دیدم. رؤیت حق در همهٔ اشیا همان اطلاق و عمومیت حکم شهود است و آن مشاهده جمال حق است در اصول و فروع مظاهر و از علائم این مشاهده تعشق به مظاهر وجود است.[۱]

## ۱۰. شاخص‌های سلامت معنوی در ارتباط با طبیعت در حوزهٔ رفتار

### مبحث اول: احترام به طبیعت

احترام به طبیعت سبب نوسازی معنوی و الفت انسان با طبیعت و سازگاری و حس احترام نسبت به آن خواهد شد و بی‌حرمتی به طبیعت و هستی بی‌حرمتی به خداست و نتیجهٔ دورشدن از حقیقت هستی و در نتیجه از دست دادن سلامت معنوی است.

---

ـ وَ هُوَ الَّذِي مَدَّ الْأَرْضَ وَ جَعَلَ فِيهَا رَوَاسِيَ وَ أَنْهَاراً وَ مِن كلُ الثَّمَرَاتِ جَعَلَ فِيهَا زَوْجَيْنِ اثْنَيْنِ يُغْشِي الَّيْلَ النهَّارَ إِنَّ فِي ذَالِكَ لاَيَاتٍ لِّقَوْمٍ يَتَفَكَّرُونَ (رعد / ۳).

ـ وَ سَخَّرَ لَكُمُ الَّيْلَ وَ النَّهَارَ وَ الشَّمْسَ وَ الْقَمَرَ وَ النُّجُومُ مُسَخَّرَاتُ بِأَمْرِهِ إِنَّ فِي ذَالِكَ لاَيَاتٍ لِّقَوْمٍ يَعْقِلُونَ (نحل / ۱۲).

ـ وَ مِن ثَمَرَاتِ النَّخِيلِ وَ الْأَعْنَابِ تَتَّخِذُونَ مِنْهُ سَكَرًا وَ رِزْقًا حَسَنًا إِنَّ فِي ذَالِكَ لاَيَةً لِّقَوْمٍ يَعْقِلُونَ (نحل / ۶۷).

۱. الطبرسی فی المکارم عن ابی ذرّ قال: اهدی الی النبی ص طبق علیه تین فقال لاصحابه کلوا فلو قلت فاکهه نزلت من الجنّة لقلت هذه. فرغانی، ۱۳۷۹: ۱۸۶.

**مبحث دوم: آبادکردن طبیعت**

خداوند متعال طبیعت را به عنوان بستر حیات و منشأ روزی انسان قرار داده و برای اینکه این منبع به یک منبع پایدار تبدیل شود آبادانی آن را از انسان خواسته است. چنان که گفته می‌شود ««بحران زیست‌بومی تنها جلوهٔ بیرونی یک رخوت و ضعف باطنی است »[۱] آبادانی طبیعت از نگاه اسلام، یک عمل عبادی و ارزشمند و موجب تقرب به خدای متعال است.[۲]

**مبحث سوم: احترام به حق حیات طبیعت**

حق حیات از امور مقدسی است که در آموزه‌های دینی به طور گسترده‌ای به آن پرداخته شده است.[۳] حفظ حیات در هر شکل آن مطلوب است و اصل اولیه بر حفظ حیات و عدم تعرض به آن پایه‌ریزی شده است، مگر به جهت مصلحت قوی‌تری که آن هم با اذن پروردگار و خدای حیات‌آفرین خواهد بود.

از رسول خدا (ص) نقل شده که فرمودند: «اگر کسی گنجشکی را بدون دلیل بکشد، آن گنجشک روز قیامت نزد خدای تعالی شکایت خواهد کرد و خواهد گفت پروردگارا این شخص مرا بیهوده کشت بدون اینکه از کشتن من سودی ببرد و نگذاشت تا من از حشرات زمین بخورم و زندگی کنم.[۴]» در سیره پیامبر اکرم (ص) نقل شده که ایشان شکار حیوانات را دوست نمی‌داشت و گفته‌اند که آن حضرت گوشت شکار را می‌خورد ولی خود شکار نمی‌کرد[۵]. همچنین، آن حضرت از شکار نهی فرموده و می‌گفت سه چیز است که قساوت قلب می‌آورد: «شنیدن لهو، به دنبال صید رفتن و بر درگاه سلاطین رفتن.[۶]»

**مبحث چهارم: پاسداشت حیات**

بنا بر آنچه ذکر شد، اسلام نه تنها گرفتن جان جانداران و موجودات ذی‌روح را جز به ضرورت جایز نمی‌داند، بلکه پاسداشت حیات و احترام به زندگی و تلاش برای حفظ حیات موجودات را

---

۱. نصر، ۱۳۷۷. به نقل از مجلهٔ *نقد و نظر* تابستان و پائیز ۱۳۷۷).

۲. مریم / ۴۰.

۳. بقره / ۲۵۸ . آل عمران / ۱۵۶.

۴. من قتل عصفوراً عبثاً جاء یوم القیامة یعج الی الله تعالی یقول یا رب ان هذا قتلنی عبثاً لم ینتفع بی و لم یدعنی فآکل من حشارة الارض، مجلسی، ۱۴۰۴: ۶۴، ۴.

۵. کان رسول الله (ص) یاکل الصید و لا یصیده (*منتهی الآ مال فی تواریخ النبی و الآل*).

۶. مجلسی، ١٤٠٤: ٦٥، ٢٨٣.

از امور بسیار مهم معنوی می‌داند که تضمین کنندهٔ سلامت معنوی است .امام علی(ع) در نامهٔ به کارگزاران جمع‌آوری زکات می‌فرمایند: «میان مادهٔ شتر و بچهٔ شیرخوارش جدایی میفکن. شیر مادر را چنان ندوشان که برای بچه شیرخوارش چیزی نماند. و بر آنان مگمار جز خیرخواهی مهربان و درستکار که بر آنان درشتی نکند، زیانشان نرساند، مانده‌شان نسازد و خسته‌شان نگرداند» و «گوسفند را نزد گوسفند و شتر را نزد شتر ذبح می‌کنید در حالی که آن دیگری به او می‌نگرد».[۱]

ارتباط انسان با طبیعت از نگاه اسلام مسأله‌ای فراتر از نگاه ابزاری به طبیعت است[۲].

---

[۱]. *نهج‌البلاغه*، نامه ۲۵.

[۲]. برای مطالعه بیشتر مراجعه شود به کتاب «مبانی و شاخص‌های سلامت معنوی» تألیف مصطفی اسماعیلی.

# فصل چهارم

## سلامت معنوی در پرتو مطالعه تطبیقی

### مقدمه

این مبنا که سلامت معنوی را پیش از همه، بایستی در یک بافتار[1] اجتماعی و فرهنگی مطالعه کرد. می‌توان تا حد یک «ضرورت پیشینی روش‌شناختی» پذیرفت چرا که آنچه که مورد پژوهش است، معنویت همراه با کنش متقابل اجتماعی است. بررسی علمی هر موضوعی، به پشتوانه‌های نظری آن به صورت تحلیلی و معرفی ساختار علمی پژوهش با استناد به منابع و مدارک معتبر نیازمند است. برای پژوهش دربارهٔ بنیاد «مطالعهٔ علمی سلامت معنوی»، استفاده از تقسیم‌بندی ثنویت مقدس- نامقدس[2] به وجهی خاص شیوهٔ مناسبی به نظر می‌رسد. ما «ثنویت مقدس - نامقدس» را در اینجا از آن جهت که به خود «پژوهش» تعلق دارد بررسی می‌کنیم. به عبارت ساده‌تر، مقصود ما در اینجا پاسخی است که پژوهشگر باید پیش از آغاز «مطالعه علمی تعاریف سلامت معنوی» به پرسشی از این دست بدهد: «آیا امر مقدس، صرف نظر از ذهن، تجربه، بافت تاریخی، بافت اجتماعی و... حقیقی است؟». به عبارت ساده‌تر، «آیا صرف نظر از انسان و شرایط انسانی، امر مقدس حقیقت دارد؟» برای سهولت در بحث، پاسخ مثبت به این پرسش را «اعتقاد به حقیقی‌بودن امر مقدس» و پاسخ منفی را «اعتقاد به

---

1. Context
2. Sacred - Unsacred

حقیقی‌نبودن امر مقدس» می‌نامیم. صرف نظر از اعتقاد به هر یک از این‌رو نوع، هیچ‌کس در این مطلب تردیدی ندارد که امر مقدس، اگر حقیقتی مستقل از انسان و شرایط انسانی داشته باشد، بنا به تعریف (و به نحوی پیشینی) امری غیر مادی، نازمان‌مند، متعالی و نامتغیر خواهد بود. افزون بر دلالت هستی‌شناختی ثنویت مقدس - نامقدس به گونه‌ای که در این نوشتار مورد نظر است، دلالت «معرفت‌شناختی[1]» آن نیز برای ادامه پژوهش ما ضروری است: «آیا امر مقدس، صرف نظر از حقیقی‌بودن یا حقیقی‌نبودن، با روش علمی «شناخت‌پذیر» است؟ مطالعهٔ علمی، سلامت معنوی را بدون داوری دربارهٔ صحت و سقم دعاوی آن و صرفاً از آن جهت که پدیده‌ای انسانی است، بررسی می‌کند. به عبارت دیگر، مطالعهٔ علمی سلامت معنوی، مطالعهٔ «امر مقدس فی نفسه» نیست، بلکه مطالعهٔ وجوه انسانی امر مقدس است.

تغییرات دنیای امروز ، انتقادات جدی به تعریف سازمان جهانی بهداشت از سلامت را به دنبال داشته است. تا آنجا که در ادبیات علمی و پژوهشی اخیر، فراتر از ابعاد سه‌گانهٔ فیزیکی، روانی و اجتماعی، از بعد معنوی سلامت و نحوهٔ تعامل آن با دیگر ابعاد بحث شده است. همچنین، مطالعهٔ آن به عنوان یک عرصهٔ پژوهشی و مصلحت عمومی پدیدار مطالعه شده است (۱). به تناسب وجود دیدگاه‌های مختلف در رابطه با مفهوم معنویت و سلامت معنوی، ابزارهای گوناگونی برای سنجش این بعد از سلامت طراحی و معرفی شده است. اما اگر تصویر درستی از معنویت و سلامت معنوی نداشته باشیم، نمی‌توانیم به خواستهٔ خود که سنجش سلامت معنوی است، دست یابیم ؛ مسلم است که سلامت معنوی، ایمان، تقوا و مقوله‌هایی از این دست، واقعیت‌های مادی نیستند که بتوان مصداقی از آن‌ها را به همگان نشان داد تا بدانند منظور از آن‌ها چیست و مراجعه به فرهنگ‌های لغت نیز بنا به دلایل مختلف در این مورد کاربرد ندارد. از این رو، مطالعهٔ حاضر با هدف مروری بر تعاریف سلامت معنوی و تبیین مفهوم سلامت معنوی در جامعهٔ ایرانی- اسلامی انجام شده است.

***روش مطالعه.*** این مطالعه توصیفی یک مرور روایتی[2] است، برای ارائه تعاریف سلامت معنوی از روش جستجوی نظام‌مند استفاده شد. برای این امر، واژه‌های معنویت یا سلامت معنوی، بدون محدودیت زمانی، در پایگاه‌های اطلاعاتی به صورت اینترنتی، و کتب و طرح‌های تحقیقاتی به صورت دستی در منابع و پایگاه‌های اطلاعات علمی داخل و خارج کشور به شرح زیر انجام گرفت:

---

1. Epistemology

2. Narrative review

پایگاه اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی ایران (SID)، بانک اطلاعات نشریات علمی کشور (Magiran)، نمامتن (Namamatn) و پژوهشگاه اطلاعات و مدارک علمی ایران (Irandoc)

PubMed, ProQuest, ISI, Scopus, Google Book, Google Scholar, Jstore, IEEE,

در مرور و تحلیل متون و مقالات مرتبط دو نکته مد نظر قرار گرفت. الف) برای رسیدن به مفهوم جامعی از سلامت معنوی، بر این باور باشیم که لفظ معنویت در متون معنوی «مشترک معنوی باشد» (نه مشترک لفظی) و بر این اساس بتوان ادعا کرد که تمامی اوصاف و شاخصه‌های استخراج‌شده، ویژگی‌های یک واقعیت هستند نه واقعیت‌های متفاوت. وگرنه، اصولاً تصویر شکل‌گرفته در ذهن ما از سلامت معنوی هیچ‌گونه مصداقی در عالم خارج نخواهد یافت. برای هر یک از مولفه‌های ارائه‌شده برای سلامت معنوی باید معنا و مفهومی از درون چارچوب متون معنوی استخراج کنیم و به معانی عرفی آن‌ها بسنده ننماییم؛ برای مثال، اگر از ایمان، صبر و صداقت به عنوان مولفه‌های سلامت معنوی یاد می‌کنیم، برای هر یک از این مفاهیم، تصویری روشن به دست آوریم. دیگر اینکه، مطابق نظریهٔ گشتالت، تصویر ذهنی شکل‌گرفته از یک پدیده، با انباشت عناصر و اجزای گوناگون به دست نمی‌آید و غالباً تصویر شکل‌گرفته در قالب یک فهم و تغییر گشتالتی به وجود می‌آید؛ به بیان دقیق‌تر، تمامی اجزایی که قرار است به عنوان اجزا و عناصر معنوی در ساخت تصویر معنویت به ما کمک کنند، تنها زمانی درک خواهند شد که به آن‌ها در متن و چارچوب معنوی مربوط به خودشان بنگریم. به بیان دیگر، وقتی ما به آیات و روایات و متون معنوی می‌نگریم، در واقع به جای مجموعه‌ای از اجزا و عناصر، یک «کل» یکپارچه را درک می‌کنیم (۲).

## یافته‌های مطالعه

### ۱. سلامت معنوی

واژه «سلامت معنوی»[1] واژه‌ای است که به صورت عمده در حوزهٔ عرفان و بعد معنوی انسان و جامعه معنی پیدا می‌کند و خاستگاه و جایگاه اصلی آن قلب انسان است، قلب انسان که از آن به روح، فطرت، جان، نفس و حتی عقل تعبیر می‌شود، مخزن و عقبهٔ حواس ظاهری و مادی انسان به حساب می‌آید و به تعبیر دیگر لایهٔ زیرین و درونی جسم آدمی است و حالت‌های مختلف آن در بعد بیرونی انسان که گفتار و رفتار اوست، تجلّی می‌یابد. به همین دلیل، ثمره و نماد اصلی و بیرونی سلامت معنوی در این فرهنگ، سلامتی گفتار و رفتار است. سلامت معنوی

1. Spiritual health

دو رویه ظاهری و باطنی دارد، رویه باطنی همان قلب است و رویه ظاهری گفتار و رفتار است. به همین دلیل، مصلحانی که در پی اصلاح جامعه و توسعه سلامت معنوی‌اند در گام نخست به سراغ کانون سلامت معنوی یعنی قلب می‌روند، آن را می‌شناسند، عوامل تأثیرگذار، تقویت کننده و تضعیف کننده را شناسایی می‌کنند و اقداماتی را سامان می‌دهند که بر قلب و لایهٔ درونی سلامت معنوی اثر بگذارند (۳).

***رویکردهای متفاوت در سلامت معنوی.*** با بررسی‌های به عمل آمده در اسناد سازمان بهداشت جهانی،کتب و مقاله‌های منتشر شده، به دلیل روشن نبودن کاربرد اصلی واژهٔ «سلامت معنوی»، مجموعهٔ تعاریف ارائه‌شده و دستورالعمل‌های صادره دارای ابهام و سردرگمی کامل است؛ به‌ویژه اینکه واژهٔ «معنویت» که به عنوان صفت «سلامت» به کار برده شده است، طیف گسترده‌ای را شامل می‌شود. در نگاه معنویت‌گرای حداکثری، امور معنوی دارای جایگاه و شخصیّت حقیقی و حقوقی است و ابعاد گسترده‌ای را شامل می‌شود.

بنابراین، در این نوشتار؛ سعی خواهد شد تا تصویر نسبتاً روشنی از رویکردها به سلامت معنوی با نگرش اسلامی و جهان‌بینی دینی و عرفانی عرضه شود. واژه سلامت معنوی با دو رویکرد متفاوت قابل بررسی و پیگیری است:

الف) سلامت معنوی به عنوان وسیله و راهی برای درمان بیماران جسمی و روانی.

ب) سلامت معنوی به عنوان بعدی از سلامت که در کنار سلامت جسمی و سلامت روانی و در افقی بالاتر از آن‌ها قرار می‌گیرد.

آنچه که در نگاه اول از تعریف سلامت ارائه شده از سوی سازمان بهداشت جهانی فهمیده می‌شود؛ سلامت معنوی به معنای دوم است، یعنی اینکه سلامت معنوی در کنار سلامت جسمی، روانی و اجتماعی است، ولی وقتی این تعریف وارد حوزه دانش پزشکی می‌شود به سوی رویکرد اول تمایل پیدا می‌کند؛ یعنی وسیله‌ای است برای کمک به درمان بیمار و از شواهد و نمونه‌هایی استفاده می‌شود که با توصیه‌ها و تجویزهای معنوی می‌توان به درمان جسمی بیماران کمک کرد. این نوع نگاه، ابزاری است و به تعبیر علمی «طریقیت» دارد، نه «موضوعیت». چون سلامت معنوی راهی است برای کمک به درمان جسمی بیماران؛ در صورتی که اگر سلامت معنوی در کنار سلامت جسمی و روانی قرار گیرد موضوعیت پیدا می‌کند و به عنوان یک موضوع حقوقی مستقل قابل بررسی است. در این صورت، سلامت انسان به صورت کلی مطرح و درمان‌های معنوی برای بیماران معنوی ارائه می‌شود (۳).

از این رو، در حوزهٔ سلامت معنوی دو رویکرد و نگرش متفاوت پدید آمده است. نگاه محدود و حداقلی، و نگاه غیر محدود و حداکثری. آنچه در این نوشتار به آن اشاره خواهد شد، مبتنی

بر نگرش ویژه و خاص اسلامی و عرفانی به حوزه سلامت معنوی است. در این نگاه سلامت معنوی پا را از حوزهٔ زیستی و پزشکی فراتر گذاشته و کلیّت انسان را مطالعه می‌کند.

سلامت معنوی اصطلاحی است که در دانش جدید پزشکی در بازهٔ زمانی سال ۱۹۷۹میلادی سازمان بهداشت جهانی آن را به عنوان رکن چهارم سلامت مطرح کرد و در معاهده کپنهاک برای توسعهٔ اجتماعی مورد توافق دولت‌های اروپایی قرار گرفت(۴). بیان تعریفی واحد از سلامت معنوی به دلیل تفسیرپذیری دو مفهوم «سلامت» و «معنویت» از یک سو و تعابیر متفاوت ارائه شده از سوی دیگر، دشوار و چالش‌برانگیز است (۵). شاید بتوان گفت دلیل اصلی نبود توافق به وجود دیدگاه‌های متنوّعی که در باب واژهٔ «سلامت» و واژه‌های «معنوی» و «معنویت» وجود دارد مربوط می‌شود. به همین دلیل، قبل از ورود به تبیین «سلامت معنوی» و مسائل تخصصی آن شایسته است این سه واژه واکاوی شود.

**۱-۱) مفهوم سلامت**

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 به‌خوبی انجام دهد. واژهٔ سلامت یا سالم بودن به هر چیزی اطلاق می‌شود که آن چیز به‌خوبی در مدار صحیح قرار گرفته باشد و کارویژهٔ خود را به‌خوبی انجام دهد. بنابراین، جسمی سالم است که مجموعه اعضاء و جوارح آن به‌خوبی 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 به‌خوبی هدایت کند و انسانی سالم است که همهٔ ابعاد جسمی، روحی و ذهنی آن در مسیر تعالی انسان و نشاط او قرار گیرد و به تعبیر دیگر بتواند خوب‌زیستی و نشاط او را تأمین کند.

«ابن سینا» در دو کتاب *شفا* و *قانون*، صحت را تعریف کرده است و در هر دو کتاب، صحت را ملکه یا حالتی می‌داند که هر یک از جوارح و اعضای انسانی کار مربوط به خود برای مثل، مزاج انسانی امر جذب و دفع را خوب انجام دهد (۶). این تعریف اختصاص به انسان تنها ندارد و شامل گیاهان و دیگر جانداران نیز می‌شود. در مقابلِ صحت، مرض قرار دارد و آن کیفیتی است که هر عضوی نتواند کار مربوطه را به‌خوبی انجام دهد (۷).

«محمد صالح مازندرانی» در *شرح اصول کافی* می‌گوید: «صحت» حالت یا ملکه‌ای است که کارها به واسطهٔ آن حالت و یا ملکه به‌خوبی انجام می‌شود و در مسیر کمال قرار می‌گیرد و در مقابل آن «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 (۸).

در این نگاه، سلامت صرفاً عدم بیماری نیست، شخص ممکن است از نظر آسیب‌شناسی هیچ‌گونه مشکل و عیبی نداشته باشد، ولی با وجود این سالم هم نباشد. سلامتی و بیماری، فقط به شرایط فیزیولوژیک وابسته نیستند، بلکه بر افکار، هیجانات و انگیزه‌های فرد نیز وابسته‌اند (۹).

**۲-۱) مفهوم معنا و معنوی**

معنا در مقابل ماده قرار دارد و معنوی در مقابل مادی است. معنوی منسوب به معنا و لفظ، باطنی و روحانی در مقابل مادی و مقابل صوری، ظاهری است، معنایی که فقط به وسیله قلب شناخته می‌شود (۱۰).

ماده عبارت است از اشیایی که با حواس ظاهر و به صورت طبیعی قابل حس یا لمس است و شامل اموری می‌شود که قابل مشاهده، تجربه و تعمیم است. در مقابل، معنا عبارت است از پندارها و واقعیت‌هایی که با حس درونی درک می‌شود و با حواس ظاهری قابل درک نیست و امکان تجربه و تعمیم آن وجود ندارد. لذا اموری معنوی است که قابلیت احساس و دریافت قلبی و روحی و درونی دارد، ولی امکان اندازه‌گیری و سنجش آن با عوامل مادی، ظاهری و طبیعی وجود ندارد.

با عنایت به آنچه بیان شد معنوی در مقابل مادی و عینی قرار دارد و عبارت است از: «هر ادراک، رفتار و پدیده‌ای که منبع، منشأ، مصدر، مأخذ یا غایت و نتیجهٔ آن مادی نباشد». بنابراین، امور معنوی شامل امور ذهنی، عقلی، روحی، فطری، روانی و مذهبی می‌شود. چون همهٔ این موارد یا اینکه منشأ و مصدری غیر مادی دارند و یا اینکه نتیجه و غایت آن غیر مادی است (۳).

**۳-۱) مفهوم معنویت[1]**

معنویت به معنای برخورداری از زندگی هدف‌دار و با معناست، بر این اساس، اولین عنصر ضروری برای معنادارشدن و هدفمندی شخص در زندگی شناخته می‌شود. واژهٔ فرانسوی Spritualite (معنویت) نخستین بار در زبان فرانسه به وسیلهٔ بعضی از متألهین کاتولیک قرن نوزدهم به کار برده شد. اینک این واژه عمومیت یافته است و بسیاری از مردم می‌گویند ما دیندار نیستیم، بلکه اهل معنویت هستیم (۱۱). واژهٔ «معنویت» به طور گسترده‌ای به شیوه‌های

1. Spirituality

مختلف حیرت‌برانگیزی با دلالت مثبت به کار می‌رود، در حالی که بـه رغـم گسـترهٔ اسـتفاده از آن، تنها افراد بسیار کمی می‌دانند مرادشان از معنویت چیست (۱۲). در پشت سادگی ظـاهری اصطلاح «معنویت»، تغییرات اساسی معانی و جزئیات دقیقی در قالب یک طیف، از الحاد گرفته تا گونه‌های مختلف عرفی شدن، قابل ملاحظه است. تلقی رایج جدایی «معنویـت» از دینـداری، به ویژه در کشورهای برخوردار از بسترهای فرهنگی و اجتماعی سکولار که در آن‌ها مردم خـود را بیشتر معنوی می‌دانند تا مذهبی، ابزارهای سنجش معنویت را نیز متأثر ساخته است (۱۳).

یکی از معروف‌ترین تعاریف معناداری زندگی، تعریف فرانکل در سال۱۹۸۴ است. وی معتقد است هنگامی که انسان به فعالیت‌های مورد علاقه‌اش می‌پردازد، با دیگران ملاقات می‌کنـد، بـه تماشای آثار هنری، ادبی می‌پردازد یا به دامان طبیعـت پنـاه مـی‌بـرد، وجـود معنـا را در خـود احساس می‌کند. همچنین ، هنگامی که احساس می‌کند که وجود و هسـتی‌اش بـه یـک منبـع لایزال پیوند خورده است و خود را متکی به چارچوب‌ها و تکیه‌گاه‌های گسـترده و قابـل اتکـایی مانند مذهب و فلسفه‌ای که برای زندگی کردن انتخاب کرده است، می‌بیند معنا را در می‌یابـد و آن را احساس می‌کند (۱۴). مایر یکی از نظریه‌پردازان حوزهٔ مطالعات سلامت معنوی، معنویـت را جستجوی مداوم برای یافتن معنا و هدف در زندگی می‌داند و معتقد است کـه ایـن جسـتجو می‌تواند فرد را به درک عمیقی از زندگی در پهنه گیتی و نظام باورهای شخصی برساند (۱۵).

در یک برداشت کلی از این تعاریف می‌توان دریافت که آن‌ها در دو جنبـه بـا هـم اشـتراک دارند (۱۶): معنا روشی کلی و عام از ارزیابی زندگی است (۱۷) و منجر به پـایین آمـدن سـطح عواطف منفی (چون افسردگی واضطراب) و کاهش خطر ابتلا به بیماری روانی می‌شود (۱۸).

بنا به عقیدهٔ اسوینتون، معنویت تجربه‌ای است برون ـ درون ـ و فراشخصی که تجربـه‌هـای فرد و جامعه‌ای که در آن زندگی می‌کند، به طور مستقیم آن را شکل می‌دهد. به عبارت دیگـر، معنویت پدیده‌ای است متشکل از عناصر بیرونی، گروهی، اجتماعی و مافوق طبیعی (۱۹).

یونگ با تأیید واقعیت روانی نیاز معنوی یا مذهبی در نوع انسان مـی‌گویـد: «رنـج هـر فـرد رنجور را می‌باید در نهایت به عنوان رنجی برای روح او به شمار آورد که هنوز معنای خـود را در نیافته است». یونگ معتقد است که روان‌رنجوری‌های انسان عللی هم در گذشته و هم در حـال دارد وگرنه این روان‌رنجوری‌ها فعال نمی‌ماندند. وی نتیجه می‌گیرد کـه مشـکل مـذهبی را کـه مراجعه کننده توضیح می‌دهد می‌توان هم دلیل احتمالی و هم دلیل واقعی بـرای روان‌رنجـوری او به حساب آورد (۲۰) و به این ترتیب یونگ برخلاف نظر فروید تجربه‌های معنوی و روحـی را به عنوان جنبه‌های بالقوه سالم و سلامت از هستی انسان در نظـر مـی‌گیـرد. طبـق نظـر کـارل یونگ، حدود دورهٔ میانی حیات، فرد توجه خود را به درون معطوف می‌کند تا جنبه‌های معنـوی

بیشتری را در خود بکاود. آگاهی از فناپذیری و تناهی که در اواسط عمر به وجود می‌آید، تأکید و توجه فرد به موفقیت این جهان را کاهش می‌دهد و به معنوی‌تر شدن زندگی فرد کمک می‌کند. ویکتور فرانکل دین را عبارت از تحقق خواست معنای غایی در زندگی می‌داند. وی با استناد به نظر آلبرت اینشتین مبنی بر یکسان‌انگاری «مذهبی بودن و پاسخ برای چیستی معنای زندگی» و نیز دیدگاه ویتگنشتاین با مضمون «مرادف بودن اعتقاد به خدا و معناداری زندگی»، به این نتیجه می‌رسد که هر سه آن‌ها در مقام فیزیکدان، فیلسوف و روان‌پزشک به تعاریف مشترک و قابل انطباقی از دین رسیده‌اند (۱۴).

معنویت در مفهومی جامع‌تر از دین و مذهب تعریف شده تمامی باورها و رفتارهای غیرمادی انسان با ابعاد و شاخص‌های متنوعی را در بر می‌گیرد (۲۱). دین یا مذهب، نظامی از باورها و اعمال سازماندهی شده است که به افراد کمک می‌کند تا به درک معنوی بالاتری از خداوند، خود و دیگران برسند (۲۲). معنویت در الهیات اسلامی زیربنای عبادات و روابط اجتماعی است و در اعمال روزمرهٔ زندگی آدمی موثر است. در قرآن مجید و احادیث وارده از اهل بیت، تمام احکام شریعت و اعمال اخلاقی بر محور معرفت و جهان‌بینی الهی یعنی همان معنویت استوار است که در تمامی افعال و حالات انسان از جمله در دوران بیماری و شفا موثر است. استاد محقق داماد(۱۳۸۹) می‌فرمایند(۲۳): «اگر کسی چنین جهان‌بینی داشته باشد که هرگونه حرکت و سکونی متکی بر مبدأ هستی لایزال و ابدی است، هرگز غم و اندوه به خویشتن راه نمی‌دهد».

بر این اساس، معنویت گرایش‌ها و رفتارهایی است که حس تعلق به یک بعد متعالی یا چیزی فراتر از خود را بیان می‌کند (۲۴). در واقع، ایمان به خدای یکتا (توحید)، پایه و شالودهٔ حقیقی معنویت است. در این بین هر آنچه که موجب پیوند انسان با خدا شود و یا منشأ اثر حرکت و توجه به او شود، از جمله زیبایی‌های طبیعت و هنر می‌تواند جلوه‌ای از معنویت باشد.

توکل و همکاران (۲۰۱۵) در مطالعهٔ کیفی خود ادراک پزشکان از معنویت را در قالب سه مفهوم «معنویت مبتنی بر مذهب»، «معنویت متعالی»، و «معنویت افقی» گزارش کرده‌اند (۲۵). همچنین، آنان در مطالعهٔ دیگری ادراک از معنویت را در میان ارائه دهندگان خدمات درمانی در قالب مفاهیم «معنویت مبتنی بر هستی‌شناسی قدسی»، «معنویت انتفاعی متعالی»، «معنویت انتفاعی افقی» و در میان دریافت کنندگان خدمات درمانی در قالب «معنویت آیینی»، «معنویت عرفی و فرهنگی» و «معنویت معطوف به حقوق قانونی» تبیین کرده‌اند. در «معنویت مبتنی بر هستی‌شناسی قدسی» قول و فعل خداوند منبع معناست. «معنویت انتفاعی متعالی» بر انگیزه‌های مقدم بر رفتار به عنوان امر برتر تأکید دارد. «معنویت انتفاعی افقی» و

نیز سنخ‌های شناسایی شده در میان دریافت کنندگان خدمت در مجموع ناظر به تلفیق عرفی و فرهنگی از مبانی عمودی و اجتماعی معنا هستند. آنان نتیجه گرفته‌اند که در هم آمیختگی نسبی مفهوم معنویت و اخلاق دلالت‌های مهمی را در نهادینه‌سازی آن دو در مناسبات پزشکی در بستر فرهنگی جامعهٔ ایرانی ایجاب می‌کند. کنشگران اجتماعی بر حسب نوع جامعه‌پذیری مصادیق متعدد را حمل بر معنویت می‌کنند؛ با این وصف، معنویت در معنایی که متضمن امور غیر محسوس و عناصر غیر مادی معطوف به «ناظر آرمانی» باشد، می‌تواند روح آدمی را به استناد مقولاتی همچون «فلسفه سلامت و بیماری» و «معناداری هستی» از چندگانگی بلاوجه برهاند و با نائل نمودن آن به «وحدت»، در حکم یک سرمایهٔ معنوی نقش خود را در مناسبات سلامت و بیماری ایفا نماید. خروج معنویت از تلقی ابزارانگارانه فعلی آن، که صرفاً در شرایط اضطرار بروز پیدا می‌کند، متضمن تجدید نظر در رویه‌های جامعه‌پذیری جدید است که مرگ را به حاشیه‌ای‌ترین مرزهای وجودی سوق داده و انواع سازوکارهای تغافل را در مواجهه با آن سامان بخشیده است؛ ساز وکارهای مذکور در شرایط بیماری مدخلیت خود را از دست می‌دهند و انسان‌ها را در معناسازی معقول از بیماری و مرگ ناتوان می‌سازند (۲۶).

معنویت، موضوعی است که اغلب ادیان بدان توجه دارند؛ ویژگی‌های مشترکی را که تقریباً در همهٔ ادیان وجود دارد و با معنویت فرادینی پیوند می‌خورد می‌توان در موارد زیر برشمرد (۲۷):

- اعتقاد و ایمان به خدا و نیروی برتر؛
- تأکید بر ایمان، عبادت و آرامش درونی؛
- تأکید بر محوریت مردم و خدمت به خلق (سازمانی- خانوادگی)؛
- تعهد در روابط بهتر با دیگران و کمک به صلح و توازن جهانی؛
- حرکت تکاملی با بشر و جهان به سوی کمال و خوبی؛
- تعهد به یک محیط پایدار و همزیستی مسالمت‌آمیز با طبیعت، برای دنیایی بهتر برای نسل‌های آینده؛

همان‌گونه که اشاره شد، هرچند در فرهنگ اسلامی به صورت مستقیم از واژهٔ معنویت استفاده نشده است، ولی سرچشمهٔ معنویت اسلامی، قرآن کریم و فرموده‌های حضرت محمد(ص)، پیامبر خداست. در فرهنگ اسلامی برای واژه غربی (Spirituality) از اصطلاحات گوناگونی استفاده شده است. این اصطلاحات در برگیرندهٔ این معانی است: باطن، حق، عالَم معنا، مقام لطف الهی، مفهوم کمال اخلاقی، دعا، جان و ذکر خدا و دیگر اصطلاحات مشابه. از

دیدگاه مسلمین، زندگی معنوی، هم بر ترس خدا مبتنی است و هم بر عشق او؛ هم تسلیم در برابر ارادهٔ خدا و هم جست و جو برای شناخت او که هدف نهایی آفرینش است(۲۸).

## ۱. تعاریف گوناگون سلامت معنوی

حکمای طب کل‌نگر، مدیریت بدن را تابع مزاج و اختلال در مزاج را بیماری می‌دانستند. یعنی جدا از اجزای بدن، برای کل بدن شأن مستقلی قائل بودند واختلال اجزا را در بدن ناشی از برهم خوردن تعادل آن حقیقت کلی می‌دانستند. مبحث سته ضروریه یا اصول شش‌گانه پیشگیری که در کتب حکمای طب سنتی ایران، از جمله در تألیفات جرجانی آمده است، عبارت‌اند از: هوا، حرکت و سکون، خواب و بیداری، خوردنی و آشامیدنی، استفراغ و احتقان، و اعراض نفسانی. از دیدگاه جرجانی اثر اعراض نفسانی بر سلامت فرد در مقایسه با سایر اصول شش‌گانه موثرتر بوده و اثر آن سریع‌تر اعمال می‌شود. بنابراین، پزشک باید از اعراض نفسانی بیمار اطلاع کافی داشته باشد و آن را رفع نماید (۲۹).

بوعلی سینا حوزهٔ نظری طب را مطالعه و نظریات علمی و تجربی بزرگان زمان خود از جمله رازی و علی بن عباس اهوازی و ابوسهل مسیحی و پیشینیانی چون بقراط و جالینوس را با بهره‌گیری از آموزه‌های اسلامی مطالعه و جمع‌بندی کرد و دیدگاه‌های اجتهادی خود را اعلام نمود، کتاب *قانون* بیش از ۵ قرن معیار و مرجع علم پزشکی بود. وی در کتاب اول *قانون* در طب می‌نویسد (۳۰):«منشأ زندگی قلب و روح است که این دو بسیار گرم هستند و تمایل به افراط دارند».

از دیگر پزشکان برجستهٔ تمدن اسلامی که به کندوکاو در نفس انسان در عرصهٔ طبابت پرداخته است حکیم محمد بن زکریای رازی (۲۵۱-۳۲۳) است. ابوبکر محمد بن زکریای رازی بزرگ‌ترین پزشک بالینی جهان می‌نویسد: «طبیب جسم باید طبیب نفس باشد». از این رو، سیمای پزشک را سیمای روحانی می‌بخشد و در رسالهٔ «طب الروحانی» وی به یک اندرزگوی اخلاق مبدل می‌شود و در ساختاری علمی از واکنش‌های روان - تنی سخن گفته و درمان‌های خود را انجام می‌دهد.

او *طب روحانی* را در برابر *طب منصوری* خود قرار داده است. کتاب *طب منصوری* دارای شهرت بین‌المللی است، ولی طب روحانی او اخیراً مورد توجه دانشمندان قرار گرفته است. غایت *طب روحانی* رازی، اصلاح اخلاق نفس و مشتمل بر ۲۰ بهر است. اصل اساسی رازی در رفتار انسانی (افعال نفس) و نسخهٔ طب روحانی وی همانا «میانه‌روی» در تمام کنش‌ها و واکنش‌های روانشناختی در همه حال است. نظر وی آن است که انسان باید هم با طب

جسمانی که به همان تن‌پزشکی معروف است، کوشش نماید و هم با طب روحانی که همانا استدلال با برهان در تعدیل افعال نفس است.

*طب روحانی* رازی در مفهوم معاصرانه همان روانشناسی اخلاقی یا از حیث حکمی فلسفه اخلاق در برابر طب جسدانی و آن اقناع با برهان‌ها در تعدیل افعال نفس‌های سه‌گانه (ناطقه، غضبی، شهوی) است. رازی در *طب روحانی* کوشیده است تا تعادل را در قوای مختلف بدن انسان به وجود آورد و عیوب نفس را تعدیل نماید. از این رو، روش او در این کتاب توجه به عیوب و دوری از رذایل اخلاقی هوای نفس و اعتدال و میانه‌روی در امور است تا به واسطهٔ آن قوای عاقله و ناطقهٔ انسان هرچه بیشتر و بهتر فعال شده و به سوی فلاح حرکت نماید. بهر اول در باب برتری خرد و ستایش آن و بهر دوم در باب سرکوبی هوا و راندن آن است.

نظام اخلاقی رازی، سلامت‌محور است، به این معنا که نفس انسان دچار عارضه و آسیب می‌شود و طب روحانی به دنبال پیشگیری و درمان این عوارض است. عقل، سنجشگر است و با سنجهٔ عقل می‌توان خوبی و بدی رفتار را سنجید و بایدها را از نبایدها بازشناخت. سلامتِ انسان در گروی حاکمیت فرمان عقل سنجشگر بر همهٔ شئون انسانی است. اگرچه وضعیت طبیعی انسان، سلامت است، اما انسان بالطبع از این سلامت گریزان است. عامل درونی گریز از سلامتی، هواست. چالش مستمر بین عقل و هوا، سرنوشت سلامت و بیماری را رقم می‌زند. حاکمیت عقل سنجشگر بر همهٔ زوایای وجود آدمی، تعریف سلامت نفس است. در بهر یازدهم در باب راندن دلنگرانی‌ها آمده است «سزاست که خردمند تن را از آن دو (فکر و غصهٔ زیاد) راحت بدارد و از سرگرمی و شادی و خوشی به اندازه‌ای که آن را بهین سازد، و تندرستی را بر آن نگاه دارد به حاصل نماید؛ مبادا سست و شکسته و رنجور و نزار شود، و ما را از هدف خویش بازایستاند» (۳۱). سخن رازی در مقام تشخیص سلامت، یعنی در بیان تعیین مصداق تابع عقل بودن رفتار، گوناگون است: «اعتدال» به معنای دوری از افراط و تقصیر؛ «اجتناب» از لذتی که به نحوی به الم می‌انجامد و «بسنده کردن» به حداقل نیاز و رعایت حد کفایت در برخورداری، سه ملاکِ عمدهٔ تبعیت از عقل هستند که در مواضع مختلف به کار می‌آیند.

مفهوم سلامت‌محور بودن نظام اخلاقی رازی را در مقایسه با نظام‌های اخلاقی فیلسوفان پسین در دورهٔ اسلامی که در پی تأسیس نظام اخلاقی کمال‌محور بوده‌اند، بیشتر می‌توان تحلیل کرد. هدف اخلاق، در نظام اخلاقی سلامت‌محور، پیشگیری و درمان بیماری‌های عارض بر نفس است و این امر در گروی شناخت این بیماری‌هاست. انسان سالم برای حفظ سلامت نفس باید به صورت مستمر بیماری‌های نفس را بشناسد و بر همین اساس گام نخست در نظام اخلاقی رازی، خودشناسی به معنای شناخت عیوب نفس است. رازی نیز همانند سایر فلاسفه

عقلانیت و خردورزی را ارج وافر نهاده و ملاک تمییز انسان از سایر موجودات را قوه عقلانی برشمرده است؛ وی در فصل اول کتاب در برتری خرد می‌نویسد: «خرد بزرگ‌ترین نعمت خداوند نزد ما و سودمندترین چیزهاست که بهتر از آن نباشد». اما بهره‌گیری از این قوه زمانی میسر می‌شود که انسان بر هوای خویش لگام زده و از حد طبع و طبیعت گام فراتر ننهد و از همین رو می‌انگارد: «پس گوییم که هوا و طباع همیشه فراخوان به پیروی از لذت‌های حال و ترجیح نهادن آن‌ها بدون تفکر و تامل در عاقبت امر باشند. از این رو سزاوار است که خردمند هوای و طبع را باز دارد و سرکوبشان نماید» (۳۲).

وی معتقد است برای درمان عیوب نفس، انسان باید از فردی عاقل کمک بگیرد تا به وسیلهٔ راهنمایی‌های او از عیوب خویش آگاه شود و در درمان آن بکوشد. وی در این باره در بهر چهارم *طب روحانی* می‌نویسد:«نظر به آنکه هریک از ما نمی‌توانیم هوا را بازداریم از بابت دوست‌کامی‌اش و درست شمردن و نیکو دانستن کنش‌هایش و هم نتوان با دیدهٔ خرد ناب و پاک به خوی‌ها و رفتارش نگریست نزدیک است که عیب‌های موجود و چیزهای نکوهیدهٔ آن فاش نگردد... در کار برانداختن عیب‌ها بایسته است که آدمی امر خویش در این خصوص بر مردی خردمند کند کسی که بسیار با وی همراه و پیوسته بوده باشد».

رازی در فصول مختلف این کتاب دربارهٔ رذایل و بیماری‌های نفس از قبیل بخل و خشم و دروغ و خودبینی، دل‌نگرانی و... سخن به میان می‌آورد و فصل آخر اثر را به ترس از مرگ اختصاص می‌دهد و در آن توضیح می‌دهد که حالات نفس پس از مردن بسیار بهتر از دوران حیات است، وی می‌نویسد: «همانا این پدیده [ترس از مرگ] را نمی‌توان به طور کامل از نفس راند مگر اینکه قانع شد که نفس پس از مرگ به حالی در می‌آید که همانا بهتر است از آنچه در آن می‌بوده». سپس از حیث دیگر بیان می‌دارد که علت دیگر ترس از مرگ، بیم آزاری است که هنگام مرگ می‌رسد و آن نیز نادرست است چه حس در اندام‌ها به سبب وجود نفس در بدن است و اگر نفس از بدن فارغ شود دیگر حس و احساسی در بدن وجود نخواهد داشت(۳۱).

غزالی نیز (۴۵۰-۵۰۵ ق) در نظامِ اخلاقیِ تلفیقی خود رهیافت سلامت‌محور را مد نظر دارد و ربع مهلکات *احیاء علوم دین* را به بررسی بیماری‌های نفس اختصاص می‌دهد، وی در نخستین کتاب این بخش به معرفت نفس و در دومین کتاب با عنوان ریاضت نفس به بحث درباره راه‌های شناخت عیوب نفس می‌پردازد. این مبحث را به گونه‌ای می‌توان شرح مباحث رازی پنداشت. غزالی در این رابطه می‌گوید (۳۳):

«هر عضوی از بدن برای انجام کاری که می‌تواند انجام دهد، آفریده شده است و زمانی آن عضو مریض خواهد بود که نتواند آن کار را انجام دهد. حال یا اینکه اصلاً نمی‌تواند انجام دهد و

عضو از کار می‌افتد و یا اینکه خوب انجام نمی‌دهد. برای مثال، چشم وقتی مریض می‌شود 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 آن 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 به‌خوبی انجام دهد، این قلب مریض است».

متون پیش گفت بر دیدگاه کل‌نگر حکمای ایرانی در درمان بیماران و توجه آنان به بعد معنوی و سلامت نفس انسان به عنوان بعدی که بر سلامت جسمانی تاثیر می‌گذارد، دلالت دارد. از نظر آنان نیز خاستگاه معنویت همانا قلب و دل انسان است که باید در گروی دوستی خداوند بوده و پاکیزه نگاه داشته شود تا سلامت معنوی حاصل و درمان بیماری میسر شود.

پس از آن مؤلفان تعاریف متفاوتی از سلامت معنوی داده‌اند. در یکی از اولین تعاریف، سلامت معنوی در قالب ارتباط با خدا، خود، جامعه و محیط تعریف شده است. حوزه‌های مطرح شده توسط این تعریف به اشکال مختلف در دیگر تعاریف از سلامت معنوی به چشم می‌خورد (۳۴). برای مثال سلامت معنوی از دیدگاه یانگ در قالب ارتباط جسم، ذهن و روح در پیش‌زمینه‌ای از آرامش درونی، ارتباطات مثبت و دوستانه با دیگران و همچنین ارتباط با طبیعت و خداوند به عنوان محوریت باورهای فرد تعریف شده است (۳۵). علاوه بر این، فیشر با استناد به حوزه‌های چهارگانه در تعاریف پیش گفت، سلامت معنوی را بعدی اساسی از سلامت و به‌زیستی فرد می‌داند که موجب یکپارچگی و هماهنگی سایر ابعاد سلامت از جمله ابعاد جسمانی، روانی، اجتماعی و عاطفی می‌شود (۵).

هانگلمان و همکارانش سلامت معنوی را به عنوان «حسی از متصل‌بودن، هماهنگی بین خود، دیگران، طبیعت و وجود متعالی که از طریق یک فرایند رشد پویا و منسجم دست‌یافتنی است و به یک شناخت هدف نهایی و معنای زندگی منجر می‌شود» می‌دانند (۳۶).

میلر سلامت معنوی را این‌گونه تعریف کرده است (۳۷): «کیفیت ذاتی و اصلی انسانی که دربرگیرنده باور به چیزی بزرگ‌تر از خود بوده و ایمان به اینکه به طور قطع زندگی را تأیید و تصدیق می‌کند».

گومز و فیشر (۲۰۰۳) خوب‌زیستی معنوی را با اصطلاح «حالتی از بودن، احساسات مثبت، شناخت ارتباط فرد با خود، دیگران و یک نیروی ماورایی و نیز فطرت» تعریف می‌کنند که در

صورت دارا بودن آن (سلامت معنوی) فرد احساس هویت، کمال، رضایت‌مندی، لذت، خرسندی، زیبایی، عشق، احترام، نگرش مثبت، آرامش، و تعادل درونی می‌کند و دارای هدف زندگی می‌شود (۳۸).

بنزلی با مرور کامل ادبیات سلامت معنوی به این نتیجه رسید که یک تعریف پذیرفته شده عام از سلامت معنوی وجود ندارد(۳۹). او با بیان ترکیبی از سلامت معنوی تعاریف موجود را در شش دیدگاه دسته‌بندی کرد: ۱) حس رضایت در زندگی؛ ۲) ارزش‌ها و باورهای اجتماع 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.

از آنجا که معنویت طیف وسیعی از رفتارهای معنوی انسان و اعتقادات متنوع دینی جوامع را در بر می‌گیرد، بیان تعریف و مفهومی کاربردی از سلامت معنوی و تعیین ابعاد و شاخص‌های آن امری دشوار است و با توجه به ویژگی‌های اعتقادی و فرهنگی افراد جامعه و نیز زمینه‌های اجتماعی جوامع مختلف می‌تواند متنوع و تا حدودی متفاوت باشد (۴۰). اما آنچه امروزه بر اساس شواهد علمی فراوان که در ادبیات این حوزه به آن اشاره شده است و میان صاحب‌نظران بر آن توافق نظر وجود دارد، وجود رابطهٔ معنادار و قوی میان متغیرهای معنویت و سلامت است (۴۱). چنان که در تعریف سلامت معنوی می‌توان گفت، دیدگاه معنوی روی باورها، نگرش‌ها، ارزش‌ها و رفتار افراد تاثیر عمیق دارد و بر بیوشیمی و فیزیولوژی بدن تاثیر می‌گذارد، این تاثیر روی فکر و بدن تندرستی معنوی نامیده می‌شود (۲۴).

در این نگاه، سلامت معنوی علاوه بر آنکه می‌تواند در خدمت سلامت جسمی قرار بگیرد، هویت و شخصیت مستقل نیز دارد. در نتیجه همان گونه که در واژه‌شناسی سلامت اشاره شد، دایرهٔ سلامت محدود به سلامت جسمی نیست و سلامت روانی و روحی را نیز شامل می‌شود و لغت‌شناسان و اصطلاح‌پردازان بر آن اتفاق نظر دارند و دستگاه روانی انسان را یک دستگاه مستقل می‌دانند.

پس ممکن است انسان از نظر روانی بیمار و معیوب باشد، همچنان که ممکن است از این نظر سالم باشد. قرآن بر این اصل صحه گذاشته است، می‌فرماید: «فِی قُلُوبهم مَّرَضٌ فَزَادَهُمُ اللّهُ مَرَضاً / در دلهای آنان یک نوع بیماری است؛ خداوند بر بیماری آنان افزوده» [قرآن کریم، ۲: ۱۰]؛ در دل و روحشان بیماری است. امیرالمؤمنین(ع) می‌فرماید: الا وَ انَّ مِنَ الْبَلاءِ الْفاقَةَ / از جمله بلایا و شداید فقر است، وَ اشَدُّ مِنَ الْفاقَةِ مَرَضُ الْبَدَنِ / و از فقر بدتر، مریضی بدن است، وَ

اشَدُّ مِنْ مَرَضِ الْبَدَنِ مَرَضُ الْقَلْبِ[۱] / و از بیماری تن بدتر و شدیدتر، بیماری دل و قلب انسان است(۴۲).

**۱-۲) تعریف سلامت معنوی**

همه کسانی که در پی تبیین و ترویج اندیشه سلامت معنوی بویژه با نگرش اسلامی‌اند، اتفاق‌نظر دارند که «تعریف سلامت معنوی بسیار دشوار است و نمی‌توان آن را در حوزهٔ خاصی محدود کرد» (۴). شاید بتوان گفت علت اصلی مشکل بودن تعریف، به دو عامل اصلی بر می‌گردد. نوع جهان‌بینی، نگرش و پارادایم حاکمی که معمولاً در پس هر نگاه و قضاوتی وجود دارد. بسیار روشن است، نگاه کسی که صرفاً مادی یا صرفاً معنوی و یا التقاطی به انسان، خدا، طبیعت، فرا طبیعت و دیگر حقایق و ارزش‌ها می‌نگرد، متفاوت است و به صورت طبیعی وقتی نگاه، ادراک و احساس متفاوت شد قضاوت‌ها، رفتارها، کنش‌ها و منش‌ها نیز متفاوت می‌شود. عامل دیگری که در مرحلهٔ دوم نقش آفرینی می‌کند و به نوعی وابسته به همان عامل اول است، عبارت است از: عدم توافق در مفهوم واژگانی چون سلامت، معنویت، دین، روح، روان، بیماری و دیگر عناصر مرتبط. این دو عامل اصلی باعث شده است که امکان تعریف منطقی از سلامت معنوی را با مشکل جدی همراه سازد.

با توجه به آنچه بیان شد در این بخش تلاش شده است؛ اولاً تعریف‌ها و تبیین‌ها مبتنی بر جهان‌بینی دینی، اسلامی و عرفانی باشد. ثانیاً، با همین نگاه، واژگان مرتبط تبیین شود. در این تحقیق دریافت شد که «سلامت معنوی» در اصطلاح پزشکی با رویکرد مادی‌گرا، فرایندی است که با بهره‌گیری از آن می‌توان به درمان بیماران جسمی کمک کرد. ولی در اصطلاح غیر پزشکی یا پزشکی معنی‌گرا سلامت معنوی فرایندی است که علاوه بر بهره‌گیری در درمان جسمی بیماران می‌تواند در درمان روحی و روانی بیماران نیز مفید باشد و از آن بالاتر می‌تواند شرایطی را در جامعه پدید آورد که سلامت اجتماعی را نیز افزایش دهد و در نهایت به کمال و تعالی همه‌جانبهٔ انسان و انسانیت و صعود او به بی‌نهایت خوبی‌ها کمک کند.

از این رو، دو نوع نگاه محدود و غیرمحدود به سلامت معنوی شکل می‌گیرد. نگاهی ابزاری و محدود به درمان جسمی بیماران با بهره‌گیری از عناصر و مؤلفه‌های معنوی و نگاهی فراتر از نگاه ابزاری.

در نگاه حداکثری و غیر ابزاری سلامت معنوی در عرض سلامت جسمی و در افقی بالاتر

---

۱ . *نهج البلاغه*، حکمت ۳۸۸ .

قرار می‌گیرد و به دنبال توسعه سلامتی به معنای عام و فراگیر آن در فرد و جامعه است.

نگاه غیر محدود به سلامت معنوی در پی توسعهٔ سلامت همه‌جانبهٔ فردی و اجتماعی جامعه است به گونه‌ای که معنویت در خدمت همه ابعاد سلامت و اعتلای جامعه قرار می‌گیرد. در نگاه محدود معنویت زیرساخت نیست، بلکه روساخت است و فقط به عنوان یک ابزار می‌تواند در خدمت پزشکی جسمی و روانی قرار گیرد. با عنایت به آنچه بیان شد شبه‌تعریفی از سلامت معنوی ارائه شده است که به شرح زیر است (۳۳):

«سلامت معنوی با نگاه محدود و حداقلی، عبارت است از بهره‌وری معنویت و امور معنوی در سلامت جسمی؛ ولی در نگاه غیر محدود و حداکثری عبارت است از : حالت امنیت، اطمینان، آرامش و سکون قلبی و روحی که از اعتقاد و اعتماد به منبع و قدرتی برتر و متفاوت از عوامل مادی و پیرامونی که در فرهنگ اسلامی غیر از خداوند نمی‌تواند باشد ناشی می‌شود و باعث افزایش امید، رضایتمندی و نشاط درونی می‌گردد ودر نهایت باتقویت و معنی بخشی به دیگر ابعاد سلامت چون سلامت جسمی، روانی، اجتماعی؛ منجر به سلامت و تعالی همه‌جانبهٔ انسان وانسانیت می‌شود». (مدل مفهومی زیر را ببینید)

**الگوی مفهومی سلامت معنوی با نگرش اسلامی**

**تبیین مدل**

- در تعریف، هر دو نگاه حداقلی وحداکثری در نظر گرفته شده است؛
- در نگاه اول معنویت ابزاری و وابسته است ولی در نگاه دوم حقیقی و اصیل است؛
- سلامت معنوی نوعی حالت و دریافت قلبی و روحی اطمینان‌بخش است؛
- خاستگاه اصلی سلامت، قلب است؛
- این حالت، از اعتقاد و اعتماد به قدرتی برتر(ذات لایزال الهی) و متفاوت از عوامل مادی و پیرامونی ناشی می‌شود؛
- نتیجهٔ این حالت، باعث افزایش امید، رضایت‌مندی و نشاط درونی می‌شود؛
- حالت متصَور که در تعریف آمده است، قطره را به دریا وصل می‌کند و به یاری انسان غریب وگمشده در کویر یأس می‌آید و در نهایت می‌تواند به تعالی همه‌جانبهٔ انسان و انسانیت در همهٔ ابعاد کمک کند، چون این حالت، وجود و هستی انسانی را توسعه می‌دهد و زمینهٔ إعتلای آن را فراهم می‌سازد.
- حالت توصیف شده در سلامت معنوی محدود به بیمار تنها نیست، بلکه شامل سایر عوامل موثر در ارتقای سلامت فردی، اجتماعی، محیطی و در گستره جهانی می‌شود؛ بدین معنا که این حالتِ اعتماد برای هر فرد و جامعه‌ای و در هر شرایطی که پدید آید، باعث افزایش نشاط و امید می‌شود. حال، آن فرد می‌تواند بیمار باشد، سالم باشد، پزشک باشد، و یا ... .
- خاصیت عمومی حالت اعتمادِ گفته شده برای هر فرد و جامعه‌ای که به آن دست پیدا کند، افزایش امید، رضایت‌مندی و نشاط است. به صورت طبیعی یکی از بهره‌گیران اصلی آن بیمار جسمی است، چون بیش از دیگران نیازمند اُمید و نشاط شخصی است و محتاج درک محیط پیرامون و حمایت آنان است.
- هر چند قدرت برتر و بی‌نهایت خوبی در نگاه دینی غیر از خداوند نمی‌تواند باشد ولی الزاماً نمی‌توان گفت آن قدرت برتر در نگاه بیمار حتماً باید آن خدایی باشد که ادیان الهی معرفی می‌کنند، بلکه می‌تواند شامل هر قدرت ماورایی باشد.
- هر چند وجود زمینه‌ها و ریشه‌های تربیتی و دینی در استمرار و ماندگاری حالت معنوی بسیار مؤثر است ولی حالت پدید آمده برای بیمار می‌تواند عمیق و مستمر نباشد، چون امکان دارد انسان بیمار به صورت ناخودآگاه و لحظه‌ای تحت تاثیر یک جریان خاص قرار گیرد و نگاهش متوجه عالمی غیر از این عالم و قدرتی غیر از این قدرت موجود شود و همین حالت و احساسی که پیدا می‌کند باعث تغییر و تحول در روح و جسم او شود.
- تعریف ارائه شده تعریفی است شمول‌گرا و شامل تمامی ابعاد و عرصه‌های سلامت می‌شود.

چون این نوع سلامت می‌تواند برای معالجهٔ بیمار به کمک پزشک بیاید، می‌تواند آستانه تحمل بیمار را بالا ببرد، می‌تواند پرستاران را در حمایت از بیمار بانشاط سازد، خانواده و محیط اجتماعی را برای تحمل بیمار و رسیدگی به آن فعال‌تر سازد، از عوامل فردی، اجتماعی، محیطی در گسترهٔ ملی و جهانی که باعث گسترش بیماری می‌شوند بکاهد و از همه مهم‌تر، سلامت معنوی دیگر اضلاع سلامت، چون سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و محیطی را تقویت می‌کند و معنی می‌بخشد و در نتیجه باعث تعالی و سلامت همه‌جانبهٔ انسان و انسانیت می‌شود.

- در این نگاه، سلامت معنوی به منزلهٔ مادر و اساس سلامتی است و سایر اضلاع و عرصه‌های دیگر سلامت در آغوش سلامت معنوی قرار می‌گیرند و از او ارتزاق می‌کنند.

**۲-۲) تعریف جامع سلامت معنوی**

عباسی و همکاران (۱۳۹۱) در یک رویکرد روش‌شناختی، سلامت معنوی را برخورداری از حس پذیرش، احساسات مثبت، اخلاق و حس ارتباط متقابل مثبت با یک حاکم و قدرت برتر قدسی، دیگران و خود اطلاق نموده‌اند که طی فرایند پویا و هماهنگ شناختی، عاطفی، کنشی و پیامدی شخصی حاصل می‌آید. آنان در مطالعه اسنادی خود دریافتند که سلامت معنوی افراد، از کنش متقابل انسان در جهان هستی و یک قدرت برتر و حاکم قدسی حاصل می‌شود (۴۳).

در این راستا، گروه سلامت معنوی فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران، مطالعات فراوانی را از دانشمندان مختلف، فراخوان نموده و پس از بحث و تبادل نظر، تعریف جامع سلامت معنوی به شرح زیر به نقل از مصباح، ۱۳۹۳مورد توافق قرار گرفت (۴۴):

«سلامت معنوی وضعیتی است دارای مراتب گوناگون که در آن متناسب با ظرفیت‌ها و قابلیت‌های فرد، بینش‌ها، گرایش‌ها و توانایی‌های لازم برای تعالی روح که همان تقرب به خدای متعال است فراهم می‌باشد، به گونه‌ای که همهٔ امکانات درونی به طور هماهنگ و متعادل در جهت هدف کلی مزبور به کار گرفته می‌شوند و رفتارهای اختیاری درونی و بیرونی متناسب با آن‌ها نسبت به خدا، فرد، جامعه و طبیعت ظهور می‌یابد».

حاجی اسماعیلی و همکاران(۱۳۹۳) در مطالعهٔ خود با عنوان «تبیین مفهوم سلامت معنوی: یک مطالعه هیبرید» به تعریف مشابهی دست یافتند (۴۵):

«سلامت معنوی مفهوم چندبعدی دارای مراتب گوناگون بوده که در صورت فراهم بودن پیشایندهای وضعیت بودن، مراتب داشتن، وجود ساحت‌های بینش، گرایش، توانایی و

ظرفیت‌های فرد در حضور ویژگی‌های رو به تعالی بودن، حصول در سایهٔ هماهنگی همهٔ امکانات درونی، فراهم شدن امکان انتخاب در رفتارهای اختیاری درونی و بیرونی و ارتباط با ساحت‌های چهارگانه الهی، فردی، اجتماعی و طبیعی به هدف غایی و پیامد خود که قرب الهی یا تقرب به خدای متعال است، نائل خواهد شد. شناخت معنوی، عواطف معنوی، کنش معنوی، ثمره‌های معنوی، تعالی معنوی و باورهای معنوی مولفه‌های اصلی تشکیل دهندهٔ معنویت هستند».

همچنین، حاجی اسماعیلی و همکاران(۱۳۹۵) در مطالعهٔ خود با عنوان «تبیین مفهوم سلامت معنوی در جامعه ایرانی: تحلیل مفهوم تکاملی و مرور روایتی» الگوی مفهومی را ترسیم نموده‌اند (۴۶). به نظر می‌رسد این الگوی مفهومی بتواند، شکافت عدم وجود تعریف واضح در مورد معنویت و سلامت معنوی را پر کند. شاهد این ادعا این است که در الگوی پیشنهادی به بیشتر ابعاد درونی و بیرونی وجودی انسان به طور عملیاتی و در سطح مراقبتی درمانی بیمار در واحدهای درمانی اشاره شده است؛ موضوعی که کمتر و به طور پراکنده در الگوهای مفهومی به آن اشاره شده است.

آنان نتیجه گرفته‌اند که تحلیل و بررسی بیشتر ابعاد سلامت معنوی و مولفه‌های آن ضرورت دارد. لازمهٔ این اقدام این است که بعد از وضوح تعریف و تعیین حیطه‌های مفهومی، با توجه به شرایط بومی و فرهنگی حاکم که یقیناً می‌توانند با نقش مهارکنندگی یا تسهیل‌کنندگی، تاثیر عملیاتی و کاربردی پروتکل‌های طراحی شده را تقویت یا تضعیف کنند؛ شیوه‌ها و کاربردهای خاصی را طراحی کنیم.

**۳-۲) ابعاد و مولفه‌های سلامت معنوی**

از نظر الیسون (۱۹۸۳) مفهوم به‌زیستی معنوی از دو مؤلفه تشکیل شده است که به‌زیستی مذهبی نشانهٔ ارتباط با یک قدرت برتر یعنی خدا و به‌زیستی وجودی یک عنصر روانی اجتماعی و نشانهٔ احساس فرد است از اینکه کیست، چه کاری و چرا انجام می‌دهد و به کجا تعلق دارد. این دو بعد در عین منفک بودن با هم تعامل و همپوشانی دارند (۳۴).

از دیدگاه راس چهار بعد مطرح شده در تعریف سلامت معنوی عبارت‌اند از: پذیرش زندگی در ارتباط با خدا، خود، جامعه و محیط که کامل بودن فرد را تضمین کرده و از آن تقدیر می‌کند (۴۷).

در الگوی سلامت معنوی فیشر (۱۹۹۹) حوزه‌های سلامت معنوی به صورت حوزهٔ شخصی، اجتماعی، محیطی و متعالی مطرح شده است (۳۹).

**الگوی مفهومی سلامت معنوی در جامعه ایرانی: حاجی اسماعیلی و همکاران(۱۳۹۵)**

گومز و فیشر (۲۰۰۳) چهار حوزه متفاوت به‌زیستی معنوی را ارائه داده‌اند که عبارت‌اند از (۳۸): ۱) به‌زیستی جمعی، ۲) به‌زیستی متعالی، ۳) به‌زیستی شخصی و ۴) به‌زیستی محیطی. طبق نظر آنان حوزه جمعی با کیفیت و عمق روابط بین شخصی، و بین خود و دیگران بیان

می‌شود و در برگیرنده عشق، عدالت، امید، و ایمان در انسانیت است. حوزهٔ متعالی با رابطهٔ خود با چیزی یا کسی فراسوی سطح انسانی نظیر یک نیروی نامتناهی، واقعیت متعالی یا خدا سر و کار دارد. حوزهٔ شخصی با این امر سر و کار دارد که چگونه فرد روابط درونی خود دربارهٔ معنا، هدف و ارزش‌های زندگی را ایجاد می‌کند. حوزهٔ محیطی با مراقبت و پروراندن دنیای زیستی و جسمی سر و کار دارد و شامل احساس هیبت و شکوه، شگفتی و یکدلی با محیط است.

مرزبند و زکوی(۱۳۹۱) بر این باورند که در رویکردهای معاصر، عده‌ای معنویت را در حد مجموعه‌ای از توانایی‌های به هم مرتبط و یا نوعی هوش تلقی کرده‌اند(۴۸). گروهی هم معنویت را جریان و رویکردی می‌دانند که به رضایت باطنی منتهی می‌شود. لیکن در آموزه وحیانی، بدون در نظر گفتن معنایی معقول، نمی‌توان از معنویت سخنی گفت؛ چنین معنایی جز خداوند چیز دیگری نیست. سلامت معنوی در بردارنده مؤلفه‌های شناختی، احساسی، رفتاری و پیامدی است. انسان معنوی، برخوردار از اندیشه یا تعقل ویژه نسبت به خدا، انسان و خلقت و رابطه متقابل آن‌هاست. تعقلی که پردهٔ ظواهر را کنار زده و به حقیقت باطنی دست یافته است همهٔ زندگی او جهت‌گیری الهی پیدا می‌کند و از حالات معنوی ویژه‌ای چون حب به خداوند، دگردوستی، توکل و شرح صدر برخوردار است و از سلامت جسمی و روانی بیشتری بهره می‌برد. بنابراین، مولفه‌های سلامت معنوی، تنها سنخی از رفتارها یا احساسات روانشناختی از قبیل رضایت باطنی و یا آرامش درونی نیست. بلکه سلامت معنی معطوف به همه زندگی انسان معنوی می‌شود. بیان چنین تصویری از معنویت مبتنی بر معرفت شناسی، انسان‌شناسی و جهان‌شناسی قرآنی است. بنا به تعریف عباسی و همکاران (۱۳۹۱) از سلامت معنوی، شناخت معنوی، کنش معنوی، عواطف معنوی و ثمره‌های شخصی معنوی چهار مؤلفه اصلی تشکیل دهندهٔ سلامت معنوی‌اند که شاخص‌های کلی پذیرش معنوی، احساسات مثبت و منفی، عبادات، اخلاق، حس ارتباط متقابل با یک قدرت حاکم و برتر قدسی، دیگران و خود را دربر می‌گیرد (۴۳).

سنجش ابعاد و مولفه‌های سلامت معنوی مستلزم آن است که این ابعاد و مولفه‌ها به صورت شاخص‌های قابل سنجش تعریف شوند. در یک مرور روش‌مند، ۳۵ ابزار برای سنجش سلامت معنوی شناسایی شده است و از دو طبقه‌بندی مفهومی و عملکردی برای طبقه‌بندی این ابزار استفاده شده است. طبقه‌بندی مفهومی شامل چهار بعد معنویت عمومی، به‌زیستی معنوی، نیاز معنوی و سازگاری معنوی است که بر اساس طبقه‌بندی عملکردی برای هر یک از این ابعاد یا حیطه‌های چهارگانه، گویه‌های سنجش می‌بایست در قالب سه سازهٔ اصلی شناخت، گرایش و رفتار طرح شود (۴۹). در مقیاس سنجش سلامت معنوی جامعه ایرانی- اسلامی ۴۸ گویه تحت

سه سازه اصلی عملکردی نامبرده، طراحی و اعتبارسنجی شده است (۵۱-۵۰).

## بحث و نتیجه‌گیری

با عنایت به آنچه بیان شد؛ در فرهنگ اسلامی واژهٔ معنویت، به صورت روشن و صریح نیامده ولی در لغت و در اصطلاح معنویت به معنای معنوی بودن است و معنوی در مقابل مادی قرار دارد؛ بنابراین، هر عقیده، رفتار، کنش و منشی که ریشهٔ مادی و فیزیولوژیک ندارد و در مسیر تعالی و کمال انسانی قرار دارد و از طریق فطرت و قلب انسان قابل دریافت و شهود است می‌تواند پایه‌های معنویت را شکل دهد.

با توجه به آنچه بیان شد می‌توان پژوهش‌های آینده را در این چارچوب سازماندهی کرد و با استفاده از منابع دینی به ویژه قرآن مجید و رهنمودهای پیامبر اکرم(ص) و عترت (ع) دست‌مایه و سرمایه گسترده‌ای در اختیار اندیشمندان جهان گذاشت و ذخیره دانش بشری را افزایش داد.

معنویت مسیری را پیش روی افراد قرار می‌دهد تا خود را از احساس بار سنگین مسئولیت اضافی رها کنند و اجازه دهند خداوند تأثیر خود را در چگونگی حل مسائل و مشکلات زندگی آشکارا نشان دهد. معنویت به افراد نگرشی شفابخش در زندگی در رابطه با مشکلات عطا می‌کند. معنویت چارچوبی برای معنادادن به تمام مشکلات، اضطراب‌ها، ترس‌ها و نیازهای انسان فراهم می‌آورد. آنچه در زندگی توان مقابله با تلخی‌ها، سختی‌ها و ناملایمات را به فرد می‌دهد، باور داشتن به تکامل و شکوفایی خود است، یعنی فرد باور داشته باشد در اثر این سختی‌ها ساخته می‌شود. به علاوهٔ اعتقاد به طرح الوهی در زندگی شخصی به فرد کمک می‌کند که سختی‌ها و ناملایمات را معنی کند و آن‌ها را سکوی پرش به سوی معنویت بداند.

سلامت معنوی در اصطلاح پزشکی با رویکرد مادی‌گرا، فرایندی است که با بهره‌گیری از آن می‌توان به درمان بیماران جسمی کمک کرد. ولی در اصطلاح غیر پزشکی یا پزشکی معناگرا سلامت معنوی فرایندی است که علاوه بر بهره‌گیری در درمان جسمی بیماران می‌تواند در درمان روحی و روانی بیماران نیز مفید باشد و از آن بالاتر می‌تواند شرایطی را در جامعه پدید آورد که سلامت اجتماعی را نیز افزایش دهد و در نهایت به کمال وتعالی همه‌جانبهٔ انسان و انسانیت کمک کند.

لذا دو نوع نگاه محدود حداقلی و غیر محدود حداکثری به سلامت معنوی شکل می‌گیرد. نگاهی ابزاری و محدود به درمان جسمی بیماران با بهره‌گیری از عناصر و مؤلفه‌های معنوی و نگاهی فراتر از نگاه ابزاری.

در نگاه غیر محدود و غیر ابزاری سلامت معنوی در عرض سلامت جسمی و در افقی بالاتر قرار می‌گیرد و به دنبال توسعهٔ سلامتی به معنای عام آن در فرد و جامعه است.

نگاه غیر محدود به سلامت معنوی به عنوان زیر ساخت در پی توسعه سلامت همه‌جانبه فردی و اجتماعی جامعه است به گونه‌ای که معنویت در خدمت همه ابعاد سلامت جامعه قرار می‌گیرد. ولی در نگاه محدود معنویت زیر ساخت نیست بلکه روساخت است و فقط به عنوان یک ابزار می‌تواند در خدمت پزشکی جسمی و روانی قرار گیرد.

یافته‌ها نشان دهندهٔ آن است که دسته‌بندی‌های زیر را برای ابعاد سلامت معنوی قائل شده‌اند:

ابعاد شناختی(با شاخص‌های جستجوی معنا، هدف، حقیقت در زندگی، عقاید و ارزش‌ها)، عاطفی (با شاخص‌های احساس امید، عشق، پیوند، آرامش درونی، آسایش و حمایت)، رفتاری (با شاخص‌های رویه‌ای که یک فرد عقاید معنوی درونی خود را در جهان خارج آشکار می‌کند)، و بالاخره پیامدها یا ثمره‌های سلامت معنوی از جمله آرامش.

شاخص‌های سلامت معنوی را می‌توان چنین برشمرد:

۱. اعتقاد به وجود قدرت لایتناهی الهی اعتقاد به وجود ذات اقدس خداوندی که خالق و پروردگار عالم است؛
۲. ارتباط با منشأ 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 انسان‌ها و سایر اجزای طبیعت و احترام به آن‌ها و تلاش برای حفظ و توسعهٔ 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.

شواهد نشان دهنده نیاز به تعریف ساده و کاربردی از سلامت معنوی در نظام سلامت است. ضمن آنکه مولفه‌های سلامت معنوی در حیطه‌های چهارگانه مفهومی مورد اشاره، شناسایی و دسته‌بندی شده و مفهوم هر یک از شاخص‌ها نظیر امید، آرامش و ... مطابق با متون علمی و آموزه‌های اسلامی تبیین شود.

## منابع:


1. Miller WR, Thoresen CE. Spirituality, "religion, and health: An emerging research field." *American psychologist* 2003; 58(1):24.

۲. ملکیان، مصطفی. *سیری در سپهر جان: مقالات و مقولاتی در معنویت*، تهران: نگاه نو، ۱۳۸۱: ۱۵۸-۱۶۲.

3. Abolghasemi MJ.Semantics of Spiritual Health and its Religious Scope. Med Ethics J 2012; 20(6): 45-68.

۴. فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران. *جستاری در سلامت معنوی: مجموعه مقاله‌های همایش مقدمه‌ای بر سلامت معنوی*. تهران، فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران، ۱۳۸۹.

5. Fisher JW, Francis LJ, Johnson P. Assessing spiritual health via four domains of spiritual wellbeing: The SH4DI. Pastoral psychology2000; 49(2):133-45.

۶. التهانوی محمد علی. کشاف اصطلاحات الفنون و العلوم. مکتبه لبنان ناشرون، ۱۹۹۶م، جلد۲، ص۱۰۶۲ .

۷. ابن سینا، ترجمه قانون در طب، ترجمه علیرضا مسعودی، تهران: انتشارات مرسل، ۱۳۸۶، ص ۶۷.

۸. مولی محمد صالح مازندرانی، شرح اصول کافی، ۱۰۸۲هـ ق ، جلد ۵، ص ۶۳ .

۹. دیماتئورابین، روانشناسی سلامت، ترجمه محمد کاویانی و دیگران، تهران: سازمان سمت،۱۳۸۷، جلد۱، صفحات۵،۱۳، ۱۹۲.

۱۰. دهخدا علی اکبر، لغت نامه دهخدا، تهران: موسسه انتشارات و چاپ دانشگاه تهران، چاپ دوم، ۱۳۷۷،ص ۱۸۷۱۱.

۱۱. نصر، سید حسین، در جستجوی امر قدسی، ترجمه سید مصطفی شهرآیینی، تهران: نشر نی.چاپ پنجم، ۱۳۸۹.

12. Spalek B, Imtoual A. Religion, Spirituality and the Social Sciences: Challenging Marginalisation. Policy Press; 2008.

13. Zwingmann C, Klein C, Büssing A. Measuring religiosity/spirituality: Theoretical differentiations and categorization of instruments. Religions 2011; 2(3):345-57.

۱۴. فرانکل، ویکتور، *انسان در جستجوی معنای غایی*. ترجمه احمد صبوری و عباس شمیم، تهران: انتشارات آشیان،چاپ اول، ۱۳۹۰، ص ۶۵و ۱۵۹.

15. Mayer JD, DiPaolo M, Salovey P. Perceiving affective content in ambiguous visual stimuli: A component of emotional intelligence. Journal of personality assessment. 1990;54(3-4):772-81.

16. World Health Organization. The World Health Report 2001: Mental health: new understanding, new hope. World Health Organization; 2001.

17. Jacelon CS. The trait and process of resilience. Journal of advanced nursing. 1997 Jan 1;25(1):123-9.

18. Feldman DB, Snyder CR. Hope and the meaningful life: Theoretical and empirical associations between goal-directed thinking and life meaning. Journal of Social and Clinical Psychology. 2005 May 1; 24(3):401.
19. Swinton J. Spirituality and mental health care: Rediscovering a'forgotten'dimension. Jessica Kingsley Publishers; 2001 Feb 15.
20. Jung CG. The Practice of Psychotherapy, Collected Works, 1954; Vol. 16, Bollingen Series XX.
21. Puchalski C, Romer AL. Taking a spiritual history allows clinicians to understand patients more fully. Journal of palliative medicine2000; 3(1):129-37.
22. Haynes J. Religion, Fundamentalism and Ethnicity. A global perspective. Geneva: United Nations Research Institute for Social Development, 1995.
23. Mohaghegh Damad SM. Spiritual Foundations of Health in Islamic Theology. Med Ethics J 2010; 4(14): 51-63.
24. Damari B. Spiritual health. Tehran: Tebojameah, 1th edition, 1388.
25. Tavakol M, Ekhlasi E, Tabei SZ. An Interpretative Study of Physicians' Perception of Spirituality with Special Reference to Its Neglect in Medical Care System. IOSR Journal of Humanities and Social Science (IOSR-JHSS) 2015; 20(1):28-29.
26. Tavakol, M. Ekhlasi, E. Tabei, SE. A Typology of Spirituality - related Perceptions among Actors of the Medical Care System. J Med History2015; 7(25): 51-100.
27. Hill JA, HICKS DA. Religion and the Workplace: Pluralism, Spirituality, Leadership.
۲۸. ابوالقاسمی، محمدجواد. طرح تحقیقاتی«بررسی سلامت معنوی در آموزه‌های دینی و عرفان اسلامی». به سفارش فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران،۱۳۹۲.
۲۹. جرجانی، اسماعیل بن حسن، *ذخیرهٔ خوارزمشاهی*. (به کوشش محمدتقی دانش پژوه، ایرج افشار.) تهران: المعی. ۱۳۸۴.
۳۰. سینا ابوعلی. *ترجمهٔ قانون در طب*. مترجم: عبدالرحمن شرفکندی. تهران: انتشارات سروش.کتاب اول، چاپ ششم، ۱۳۷۰، ص ۱۷.
۳۱. رازی، محمدبن زکریا، *طب الروحانی*. مترجم : پرویز اذکائی. تهران:موسسه فرهنگی اهل قلم. چاپ اول، بهار ۱۳۸۱.
32. Faramarz Qaramaleki A. Razi's self-knowledge theory in spiritual medicine and its place in his system of ethics. Religious Anthropology 2011; 8(25): 5-20.
۳۳. غزالی محمد بن محمد، احیاء علوم الدین. مترجم: مویدالدین محمد خوارزمی، تهران: انتشارات علمی و فرهنگی، چاپ هشتم، ۱۳۹۲.
34. Ellison, C. Spritual well- being: conceptualization and measurment. J Psychol Theol 1983;11(4): 330-340
35. Young EW. Spiritual health—an essential element in optimum health. Journal of American College Health1984 Jun 1; 32(6):273-6.
36. Hodges SD, Humphreys SC, Eck JC. Effect of spirituality on successful recovery from spinal surgery. Southern medical journal. 2002 Dec 1; 95(12):1381-5.
37. Miller MA. Culture, spirituality, and women's health. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 1995; 24:257–263.
38. Gomez R, Fisher JW. Domains of spiritual well-being and development and validation of the Spiritual Well-Being Questionnaire. Personality and individual differences. 2003 Dec 31; 35(8):1975-91.

39. Fisher JW. Spiritual health: Its nature and place in the school curriculum. UoM Custom Book Centre; 2010.

40. Marandi SA, Azizi F. Position, Definition and Difficulties of Establishing the Concept of Spiritual Health in the Iranian-Islamic Society. Med Ethics J 2010; 4(14):11-21.

41. Bahreynian SA-M, Delshad H, Shakeri N, Azizi F. Survey on Physicians Attitudes toward the Impact of the Spirituality Quantity on the Process of Patients' Treatment. Med Ethics J 2012; 6(20):127-151.

۴۲. شهید مطهری، *مجموعه آثار*، (کتابخانه الکترونیک)، ج ۲۳، ص ۱۰۰http://lib.motahari.ir .

43. Abbasi M, Azizi F, Shamsi Gooshi E, Naseri-Rad M, Akbari Lakeh M. Conceptual definition and operationalization of spiritual health: A methodological study. Med Ethics J 2012; 6(20): 11-44.

۴۴. مصباح، مجتبی. *سلامت معنوی از دیدگاه اسلام؛ مفاهیم، شاخص‌ها، مبانی*. تهران: انتشارات حقوقی، چاپ اول، ۱۳۹۲

45. Hajiesmaeili, MR. Abbasi, M. Safaiepour, L. Fani, M. Abdoljabari, M. Hosseini, SM. et al. Spiritual Health Concept: A Hybridized Study. Medical History J 2014;6 (21):15-49

46. Hajiesmaeili, MR. Abbasi, M. Safaiepour, L. Fani, M. Abdoljabari, M. Hosseini, SM. et al. Spiritual Health Concept in Iranian Society: Evolutionary Concept Analysis and Narrative Review. Med Ethics J 2016; 10 (35): 77-115.

47. Ross L. Spiritual care in nursing: an overview of the research to date.Journal of Clinical Nursing 2006; 15(7): 852-62.

48. MarzbandR, Zakavi AA. Indicators of Spiritual Health Based on Quran Perspective. Med Ethics J 2012; 6 (20):69-99.

49. Monod S, Brennan M, Rochat E, Martin E, Rochat S, Büla CJ. Instruments measuring spirituality in clinical research: a systematic review. Journal of General Internal Medicine. 2011 Nov 1; 26(11):1345-57.

50. Amiri P, Abbasi M, Gharibzadeh S, Asghari Jafar Abadi M, Hamzavi Zarghani N, Azizi F. designing and psychometric assessment of a comprehensive spiritual health questionnaire for Iranian population. Med Ethics J 2014; 8(30): 25-55.

۵۱. عباسی محمود، یاهک سجاد، اکرمی فروزان، ناصری راد محسن، آریـن‌نیـا حمیـده. طـرح تحقیقـاتی «طراحـی و سـاخت مقیاس سنجش سلامت معنوی ایرانی» به سفارش فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران،۱۳۹۳ .

## ۲. سلامت معنوی در شرق؛ سلامت معنوی در ادیان غیرابراهیمی

### مقدمه

در آثار پژوهشگران عرفان، چه در حوزهٔ نظر و چه در حوزهٔ عمل، بحث‌های بسیاری در خصوص چیستی سلامت معنوی در آیین‌های زرتشت، بودا و هندو صورت پذیرفته است. در این ادیان، برای برخی، سلامت معنوی به مثابهٔ درونی‌ترین بخش که موجد امید و احساس قوت است، یا معنویت در معنای نزدیکی تام به خدا و امید آن جهانی، و برای برخی دیگر در معنای رشد در روابط شخصی با دیگران یا به واسطهٔ صلح با طبیعت و امثال آن تبلور یافته است.

معنویت و سلامت معنوی بر احساس نیاز مردم به نوعی متفاوت از مراقبت‌های سلامت نیز تاثیر می‌گذارد، درست همان‌گونه که فراهم‌کنندگان این مراقبت‌ها و خدمات و دولت‌ها را متاثر می‌کند. اما در این میان تعاریف و مفهوم‌پردازی‌هایی که از اصطلاح سلامت معنوی شده است، بسیار متکثر است و بر سر آن توافق وجود ندارد. سلامت، بهداشت، و پزشکی مفاهیم عینی هستند که مجزای معنای کلاسیکی که به ذهن متبادر می‌کنند، در سال‌های اخیر در روند دگردیسیِ شکوفنده‌ای قرار گرفته‌اند. مفاهیمی که بررسی‌شان در موبینه‌گی‌های فرهنگی و اجتماعی و در تکثر مذهبی تناوردگی گرفته است و حوزه‌های مطالعاتی جدیدی را پدید آورده است که این مفاهیم را در ارتباط با انسان در یک تمامیت بررسی می‌کنند؛ حوزه‌ها و نظرگاه‌های منتج از دیدگاه‌های فلسفی انسان‌شناسی معاصر که حوزه‌های مطالعاتی، در هر دو دسته، چه در گروه پزشکی و زیر شاخه‌های آن و چه در علوم فرهنگی- اجتماعی قرار دارند.

سلامت در گروه پزشکی، از جمله پزشکی آلترناتیو و پزشکی همیوپاتیک که منتج از دیدگاه‌های انسان‌شناسی معاصر است، در مفهومی از تمامیت ریشه دارد. در این معنا انسان به مثابهٔ موجودیتی که بدن، ذهن و روان، عواطف و روابط و نیازهای معنوی دارد، انگاشته می‌شود. اگرچه دیدگاه انسان‌شناسی انتقادی هرگز در پی تعریف جزمی از مفهومی نیست، اما با تدقیق آن بر اساس متون اصلی ادیان و پژوهش بنیادی بر این مفهوم می‌توان دریچه‌های کاربردی کردن آن را گشود. از طرفی، جنبش‌های تجدید حیات معنوی همچون شاخه‌های مختلف التقاطی یا سره از بودیسم و هندوئیسم که در جوامع جدید و نیز جامعهٔ در حال گذار ایران رو به فزون است و در صدد به وجود آوردن هدف‌ها و نمادها و امیدهایی نو است در واکنش به فقدان تغذیهٔ معنوی و نیز از هم‌گسیختگی فردی-اجتماعی پدید می‌آید. از این رو، انجام این مطالعه برای جلوگیری از آسیب‌زایی اجتماعی- فرهنگی نیز ضروری است و پژوهشی بنیادی است که دریچه‌هایی را برای مطالعاتی که به درک جایگاه فرد در جهان و تعاملات اجتماعی می‌پردازند، می‌گشاید. هدف از این گفتار، ارائه برساخت عینی مفهوم سلامت معنوی در آیین

زرتشت، بودا و هندو است تا زمینه برای طرح‌ریزی بعد سلامت معنوی و گنجاندن آن در مفهوم سلامت به طور عام و نیز مفهوم‌سازی و عملیاتی‌سازی سلامت معنوی در شرایط بین فرهنگی فراهم شود.

***روش مطالعه:*** در این مطالعهٔ توصیفی، ابتدا جستجوی متون در منابع و پایگاه‌های اطلاعاتی داخلی و خارجی زیر، بدون محدودیت زمانی انجام شد:

پایگاه اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی ایران (SID)، بانک اطلاعات نشریات علمی کشور (Magiran)، نمامتن (Namamatn) و پژوهشگاه اطلاعات و مدارک علمی ایران (Irandoc)

Jstore, PubMed, ProQuest, ISI, Scopus, Google Book, Google Scholar, IEEE, pdf Search Engine

سپس، برای تحلیل یافته‌ها از روش هرمنوتیک عینی اوورمان و همکاران (۱۹۷۹) استفاده شد. تحلیل در هرمنوتیک عینی «کاملاً متوالی» است به این معنی که به هنگام تحلیل و تفسیر از توالی زمانی رویدادها یا متن پیروی می‌شود (۱).

## یافته‌ها

### *زرتشت*

زرتشت که نام او را در ایران باستان زرتوشتره و در یونانی آن را زوروآستر (Zoroaster) تلفظ می‌نمودند، به معنی دارندهٔ شتر زرد، یکی از نخستین پیامبران در تاریخ ادیان است. او معتقد بود که خداوند (اهورامزدا) را در شهودهایش دیده است و برای اجرای ماموریت روحانی و پیامبری در نظر گرفته شده است. او تعلیم می‌داد که در برابر هر نیکی یک بدی است و در برابر حیات و زندگانی، مرگ است. اساس اخلاق در آیین زرتشت این قاعده است که نفس و ضمیر هر انسان، یک میدان نبرد دائمی بین خیر و شر است؛ از این رو، هر فرد آزاد است که در دل خود بین آن دو منادی یکی را اجابت کند. فرشته نیک را اطاعت کرده و خوبی را اختیار کند یا آنکه سخن دیو را شنیده و راه بد را انتخاب کند؛ راست‌کرداران با بدی مبارزه می‌کنند و از آفریدگان نیکو مراقبت می‌کنند؛ راست‌کرداران به بهشت خواهند رفت و بدکاران به دوزخ (۲).

در ایران باستان پیش از زرتشت پیامبر و در زمان وی، در کتاب‌های مقدس زرتشتیان از طب و بهداشت صحبت رفته است، خوبی و تندرستی و روشنی پیوسته در مبارزه با بدی و بیماری و تاریکی بودند و چون عقاید ایرانیان باستان مبنی بر پندار نیک،گفتار نیک و کردار نیک بوده است، همه می‌خواستند سالم باشند و به عقیدهٔ آن‌ها باید نور بر ظلمت غلبه پیدا کند. حصهٔ سوم از کتاب *اوستا* که به‌نام ویدیوداد است و به غلط به آن وندیداد می‌گویند،

مشتمل بر بیست و دو باب است؛ سه بابش کاملا طبی است همانند آنکه این سه باب را طبیب نوشته باشد،نوزده باب دیگرش غیر طبی است. در خلال این کتاب از طهارت و پاکی، آلوده نکردن آب، از عفونت و پلیدی و مانند آن بسیار صحبت شده، این مطالب برای آن است که ایرانیان باستان به امر بهداشت بسیار اهمیت می‌دادند. برای مثال، منازل و مساکن را با کندر و عود و امثال این‌ها دود می‌داده و ضد عفونی می‌کردند. در ویدیوداد آمده مردمی که با مرده‌ها سروکار دارند نباید در شهر بیایند. آنان از شهر دور بودند و مردم شهر از آن‌ها پرهیز می‌کردند (۳). در آیین زرتشت بیماری را از جانب اهریمن می‌دانستند و درمان آن را ودیعه اهورامزدا. در دوران باستان حمل و تجویز مواد دارویی در اختیار موبدان یا مغ‌ها که بالاترین طبقه از طبقات چهارگانه اجتماع بودند، قرار داشت.کودکان این طبقه به طور هم‌زمان در امور مذهبی و پزشکی تعلیم می‌دیدند. ایرانیان قدیم آب را مقدس دانسته و خاصیت شفابخشی برای آن قائل بودند (۴).

یکی از ویژگی‌های اساسی هرگونه نیایش درکتاب مقدس *اوستا* که بر محور آتش دور می‌زند، پاکی جسمانی و اخلاقی است. انسان‌ها وظیفه دینی دارند که هم از جنبه‌های مادی و هم معنوی وجود خویش مراقبت کنند (۵). در سروده‌های گاهانی، توجه ویژه‌ای به کسب نیکی‌های اخلاقی و پرهیز از زشتی‌ها شده است. مزین شدن به سه اصل بنیادین اخلاقی، یعنی اندیشه نیک، گفتار نیک، و کردار نیک نه تنها موجب بهره‌مندی از زندگی خوب، سالم، با نشاط و شادمانه است، بلکه سبب فزونی نعمت و برکت و وصول به حق و حقیقت است. سه اصل اخلاقی دیگری که برای رستگاری پیشنهاد می‌کند، توجه به خدا، کوشش برای کسب دانش و معرفت، و نیز پیروی از دانایان و خردمندان و نیکان است. در برابر بیان راه اخلاقی درست، بدی‌ها و رذایل اخلاقی نیز مطرح شده‌اند و از انسان می‌خواهد که از آن‌ها رهایی یابد، مانند بی‌دینی، پیروی از رهبران بد، و شکستن عهد و پیمان (۶).

نقطهٔ اصلی و پایه اساسی اخلاق در آیین زرتشت بر این قاعده است که نفس و ضمیر هر فرد یک میدان نبرد نزاع دائمی بین خیر و شر است. دین زرتشت نخستین مذهبی است که در جهان از حیات عقبی و قیامت سخن به میان آورده و آخرالزمان را به مفهوم کامل خود طرح کرده است (۲).حقیقت دین یعنی اعتقاد به توحید و نبوت و معاد که نخستین بار به صورت مدون در طول تاریخ، در گاتاها مطرح شده است. مفهوم دین یا دئنو در باور زرتشت پای‌بندی به وجدان است.کار دین خداشناسی و انسان‌دوستی و پیمودن راه زندگی اخلاقی تا رسیدن به غایت معنویت و پیوستن به اهورامزداست. اختیار برای هر فرد بخشی اساسی از دین زرتشت است. گرچه انسان متحد خداست، اما همهٔ آدمیان باید میان راستی و دروغ یکی را برگزینند.

اعتقاد به سرنوشتی از پیش مقدر شده از دید اخلاقی زرتشتیان نکوهیده است، زیرا این کار از عدل و نیکی خدا می‌کاهد (۵).

عبادت و نماز در دین زرتشت شباهت زیادی با دین اسلام دارد. در دین مزدیسنا پنج نماز روزانه از واجبات شمرده می‌شود و هر فرد زرتشتی که به سن پانزده سالگی رسیده باشد، موظف است پنج نماز روزانه را پس از تطهیر سر و دست و پاها به‌جای آورد. همچنین، در آداب سوگواری در دین زرتشتی شیون و زاری بیش از حد برای مردگان جایز نیست و آن را موجب آزرده شدن روان درگذشته و ضعف و کم‌طاقتی بازماندگان می‌دانند.

با توجه به آنچه گفته شد می‌توان فهرستی از مفاهیم و مولفه‌های سلامت معنوی در آیین زرتشت به شرح زیر ارائه داد :

- دینداری و ایمان؛ نقش دین در سلامتی آدمیان.
- راستی و پیروی از زرتشت (یاور).
- ارتباط اخلاق‌مدار با دیگران(پندار نیک، گفتار نیک، کردار نیک).
- همبستگی و وحدت اجتماعی، و نقش آن در سلامت و رسیدن به امید و آرامش.
- ستایش طبیعت و نقش آن در سلامت نفس.
- مهر و اعتقاد به آن و نقش آن در ایجاد آرامش.
- شادی و امید؛ راه رسیدن به آرامش.
- اعتقاد به روز رستاخیز ، عاملی برای امیدواری وامیدبخشی.

### *هندوئیسم*

اصول دین هندو عبارت‌اند از اعتقاد و احترام به کتاب‌های باستانی و سنت‌های دینی برهمنان و پرستش خدایانی که به ظهور آن‌ها در دوره‌های قدیم عقیده دارند. اعتقاد به تناسخ و رعایت مقررات طبقات اجتماعی در معاشرت و ازدواج، همچنین احترام به موجودات زنده، مخصوصا گاو از اصول این دین است. لفظ اُم (Om) به معنای آمین برای هندوان بسیار تقدس دارد و اسم اعظم الهی به شمار می‌رود و از این نظر به اسم اعظم یهوه در دین یهود شباهت دارد. هندوان به عده بی‌شماری از خدایان آسمانی و زمینی با اسما و صفات عجیب و غریب معتقدند و به آن‌ها کرنش می‌کنند و برای هر یک بتخانه‌های با شکوهی می‌سازند. اعتقاد به جلوه‌گری خدایان به شکل انسان و حیوان در ادوار مختلف، نیز بسیارجلب نظر می‌کند. دسته‌بندی خدایان در ارتباط با طبقات اجتماعی نیز مشهود است.

ادعیه و آیین‌های هندوان در مجموعه‌ای به نام(Vedas) به معنای دانش، به زبان سانسکریت گرد آمده است و به آن شروتی (Sruti) یعنی وحی و الهام و علوم مقدس موروثی لقب داده‌اند. پژوهشگران تاریخ تصنیف وداها را بین ۱۴۰۰ تا ۱۰۰۰ ق .م . می‌دانند، و بر این اساس سال‌های ۱۵۰۰- ۸۰۰ ق .م. را دورهٔ ودایی می‌خوانند.

آریاییان هندوستان مانند سایر مشرکان، به خدای حقیقی جهان معتقد بودند و او را برهمن (Brahman) به معنای قائم به ذات و ازلی و ابدی می‌نامیدند. آنان در آغاز بت و بتخانه نداشتند و مراسم عبادی خویش را در فضای باز انجام می‌دادند و به خدایانی مذکر که معمولاً نماد اجرام آسمانی بودند، عقیده داشتند. دردوران‌های بعد بتهایی بی شمار و بتخانه‌هایی باشکوه و گوناگون ساختند و خدایانی مانند الههٔ مادر، الههٔ زمین، مار کبری و جز این‌ها را به مجموعهٔ خدایان خود می‌افزودند. در بودیسم یا زرتشت، هیچ کدام به این شدت نبوده که در دوره‌های اول مسئله‌ای مانند تناسخ را قبول داشته باشند و در دوره‌های متاخر قبول نداشته باشند. البته، شاید همین امر باعث به وجود آمدن شاخه‌های مختلف هندوئیسم بوده است. اما، در همهٔ مذاهب تلاش برای پیروزی خوبی بوده، شاید همین امر این امید را می‌دهد که در شرایطی هم که پلیدی حاکم است، درنهایت نیکی پیروز می‌شود.

اصل کرما وقتی از پاداش اعمال نیک و بد حرف می‌زند، یعنی این دنیا ناقص است و امید انسان بیشتر می‌شود. اینکه جهان دیگری هست و اینکه برای انسان قدرت تغییر قائل است، یعنی که انسان را در سکون نمی‌بیند و عقیده جبرگرایانه ندارد. این عقیده هندوها این طرز فکر را برایشان ایجاد کرده است که همچنان راهی و فرصتی برای جبران هست، باعث می‌شود تا خود را در هیچ قید وبندی حس نکنند برخلاف زرتشت که اگر از آدابش تخطی می‌کردی می‌گفت به راستی و رستگاری نمی‌رسی، به نظر می‌رسد که انعطاف‌پذیری در این دین بیشتر است. آن چیزی که آیین هندو بر آن تاکید دارد شناخت است و شاید به طور دقیق‌تر بتوان گفت شناخت حقیقت و زندگی بر اساس آنکه نهایتا به آرامش و امید و سعادت ختم می‌شود.

اینکه اوپانیشاد از اطاعت کورکورانه بیزار است یا عبادت‌ها و ستایش‌ها را اجبار نمی‌کند، بت یا مکان مقدسی ندارد، همه و همه تا کید بر این اصل است که آفریدگار یا همان وجود مطلق یا براهمن همه جا هست، ساری و جاری در زندگی همهٔ ماست، این یعنی اعتماد، آرامش. به عبارت دیگر هندوئیسم می‌خواهد که انسان‌ها از درون به این باور و به این اصل برسند که آفریدگار هست... و نگهدار ماست. ایمان و دل قوی داشتن و رهایی از دست آرزوها و امیال خویشتن راه زدن به دل زندگی است...تنها با همین دوتاست که می‌توان سختی‌ها و پستی و بلندی‌های زندگی را تاب آورد و تاکید اوپانیشاد بر این است که در این مرحله روح

جایگاهش را می‌شناسد.

آیین هندو تاکید می‌کند که شناخت آفریدگار باعث رستگاری می‌شود. آن آفریدگار در همه کس و همه چیز هست. هر کس بتواند حضور آفریدگار را در همه چیز و همه کس ببیند کم کم به شناخت او می‌رسد. اگر به شناخت برسی آن وقت همه چیز را داری و به رستگاری و آرامش می‌رسی. تعلیمات هندو کمک می‌کند که انسان در این دنیا عمر مفیدتری داشته و نیایش به درگاه خدا به آسایش و کامیابی او ختم شود و مانند بودیسم تلاش می‌کند که انسان‌ها در بند غرایز و احساسات خود نباشند و بتوانند ورای اینها تصمیم بگیرند. وقتی انسان در این سطح باشد به ثبات و آرامش می‌رسد و هیچ چیز او را از مسیری که می‌رود منحرف نمی‌کند (۷).

***بودیسم***

دین بودا، اولین دین جهان بود که صورت بین‌المللی به خود گرفت، گرچه از جنبهٔ نظری نامیدن آن به منزله یک دین با مخالفت‌هایی مواجه شده است. در اشتراک با دیگر سنت‌های آسیایی، بودیسم معتقد به تناسخ بوده و می‌آموزد که افراد به طور بالقوه تحت یک دوره تجدد حیات نامحدودند و به دنبال آموزه‌های بودا (دارما)، به پایان دادن به تولد دوباره از طریق رسیدن به وضعیت متعالی (نیروانا) امید دارند (۸).

همان طور که اشاره شد بودیسم یک مذهب جهانی با پیروانی در آسیا و غرب است. به طور کلی، بودایی‌ها تحت نفوذ دو عامل‌اند: ۱) آموزه‌های مذهبی، ۲) باورها، فرهنگ و عرفیات بومی، که در برخی موارد عامل دوم بر عامل اول غالب است. در کشورهای بودایی سنتی، خانواده نسبت به فرد در مسائل اخلاقی ارجحیت دارد، بنابراین، این تحلیل‌ها بیشتر بر مبنای وظایف است تا حقوق و ملاحظات قانونی و فرهنگی متنوعی که در مناطق آسیایی با حاکمیت بودیسم وجود دارد و منشأ تکثرگرایی است.

بودیسم یک دین انعطاف‌پذیر بوده و خلوص مذهبی کمی در آن است. قوانین مذهبی الزامات و محدودیت‌های نه در بهداشت و نه در درمان و رژیم غذایی تحمیل نمی‌کنند(در حالی‌که بسیاری از بودایی‌ها گیاه‌خوارند و سوزاندن مرده‌ها متداول‌ترین روش برای دفن آنهاست). بر خلاف روحانیون غربی، راهبان بودایی به عنوان کشیش با نقش معنوی و انجام خدمات مذهبی در بالین بیماران ظاهر نمی‌شوند.

از دیگر ویژگی‌های آیین بودیسم تاکید بر اندیشه و ذهن است، به‌ویژه وقتی که یک بیمار در شرف مرگ باشد، معتقدند مرگ می‌تواند به تولدی دوباره و برتر منجر شود، بنابراین ممکن

است تمایلی به دریافت داروهای ضد درد و سداتیو قوی حتـی در شـرایط پایـانی عمـر نداشـته باشند و ترجیح می‌دهند تا آنجا که ممکن است هوشیار باقی بمانند، تا ظرفیت ذهنـی و حسـی آن‌ها مختل نشود (۹).

بودایی‌ها به اصل تناسخ روح و چرخهٔ حیات معتقدند، بدین صورت که هر کس رونـد تولـد، زندگی و مرگ را می‌پیماید. پس از این چرخه، اگر فرد وابستگی خود به جسم و علایـق را رهـا کند، می‌تواند نیروانا را کسب کند. همهٔ فرقه‌های اصلی بودیسم دوره‌هایی برای روزه دارنـد کـه معمولاً روزهای چهـاردهم مـاه و دیگـر روزهـای مقـدس اسـت. روزهٔ بوداییـان روشـی و بـرای پاک‌سازی است. راهبان بودایی برای آزادسازی ذهن برای کمک به رسیدن اهـداف یوگـا، نظیـر انرژی درونی، از روزه بهره می‌گیرند. آنان معتقدند که آدمی بیمـار اسـت. بـودا راه درمـان ایـن بیماری را درک چهار حقیقت می‌داند:

کار حقیقت نخست، از چهار حقیقت اصیل، تشخیص این بیماری به عنوان بیماری رنـج در انسان‌هاست. حقیقت دوم، دلبستگی‌ها را به عنوان باعث و بـانی ایـن بیمـاری بـاز مـی‌شناسـد. سومین حقیقت، شرایط را سنجیده و اعلام می‌کند کـه بهبـود ممکـن اسـت. حقیقـت چهـارم، تجویز دارو برای دست یافتن به سلامت است. درک این حقایق و اصول، به تمرکز و مراقبه نیـاز دارد. این درک باعث احساس مهرورزی نسبت به همهٔ موجودات می‌شود. ایـن آمـوزه‌هـا، آیـین بودا (دارما) را تشکیل می‌دهند. بودا، آیین خود را مانند قایقی می‌نامد که برای چرخـه‌شـکنی و رسیدن به ساحل رستگاری به آن نیاز است. رسیدن به ساحل رستگاری آدمـی را بـه آرامـش و تعادل مطلق می‌رساند. آن‌جاست که شمع تمامی خواهش‌ها و دلبستگی‌ها خاموش می‌شود. بـه این روی، این پدیده را در سانسکریت نیروانا یعنی خاموشی می‌نامند.

راه اصیل هشتگانه که نسخهٔ تجویز بیداردل (بودا) برای درمـان رنـج‌هـایی اسـت کـه همـه بُوَندگان (موجودات) دچار آن هستند، خود به سه گـروه دسـته‌بنـدی مـی‌شـود: درسـت‌کـاری (شیلا)، یکدله شدن (سامادی) و فراشناخت (پرگیا). این سه مفهوم هستهٔ تمرین‌هـای روحـانی بوداگرایی را می‌سازند.

هدف رسیدن به نیروانا و آرامش یعنی رسیدن بـه کمـال و سـعادت و راه‌هـای رسـیدن بـه نیروانا در متون بودایی بسیار است و مولفه‌هایی از سلامت معنوی محسوب می‌شود. بـودا بـرای هیچ چیز پایداری قائل نیست و همه چیز را در حال گذار می‌بیند و چون این‌گونـه مـی‌بینـد از نظر او همهٔ چیزهای ناپایدار ناخوشـایندند و پـس از آن حتـی انسـان را هـم فاقـد روح پایـدار می‌داند و این اندیشه به عدم وابستگی به دنیا می‌انجامد که این عدم وابستگی باعث خوشـحالی و شادی می‌شود. در هندوئیسم هم بسیار بر عدم وابستگی تاکید می‌شود اما می‌گوید با شناخت

به این عدم وابستگی می‌توان رسید. کنترل دل یا همان کنترل احساسات باعث می‌شود وابستگی کمتری به دنیا داشته باشی و همین عدم وابستگی باعث شادی می‌شود. در اینجا یکدلی به معنای آرامش است و از دست دادن آرامش را سرچشمهٔ همهٔ بدی‌ها می‌داند. می‌توان گفت این اصل به تاکید بر عاقلانه رفتار کردن و همچنین رنج و درد زندگی را پذیرفتن اشاره دارد. یاری دادن و محبت کردن به دیگران باعث تقویت پیوند و یاوری در اجتماع می‌شود و باعث می‌شود که آدم‌ها احساس معناداری کنند.

یکی از مهم‌ترین مفاهیم بودیسم رهایی از رنج است و اینکه برای رسیدن به این موضوع راه میانه‌ای را بر می‌گزینند که شریف و شاد است و در بودیسم به آن دَرمه می‌گویند. این راه هشت مرحله دارد که آن را راه هشتگانه جلیل می‌نامند و با پیمودن این طریقت هشتگانه به حقیقت می‌رسند. این طریقت هشتگانه بودا شامل راستی و درستی در شناخت، اندیشه، گفتار، کردار، زیستن، کوشش، آگاهی، و یکدلی است.

«هم به کردار گل نیلوفر که در مرداب می‌دمد، در آب می‌روید، بر آب می‌آید اما به گل و لای آبدان آلوده نمی‌شود، من نیز همین گونه در جهان برخاسته، از آن گذشته و به آن آلوده نگشته‌ام»

ده کمال زیر که رهرو را به مقام بوداگی می‌رساند، در حقیقت مسیر معنویت را نشان می‌دهد:

بخشندگی، سلوک، آزادی از وجود، فراشناخت، مردانگی، بردباری، حقیقت، پایداری، مهر و یکسانی در رنج و خوشی (۱۰-۱۲).

## بحث و نتیجه‌گیری

آداب و احکام دین زرتشت شباهت‌های بسیاری با ادیان دیگر به ویژه دین اسلام و دین یهود دارد. ضمن اینکه به دلیل ریشه و پیشینهٔ مشترک ویژگی‌های کمابیش نزدیکی بین این دین و دین هندو نیز به چشم می‌خورد. در دین زرتشت، تاکید بر نماز به عنوان راهی برای رسیدن به سلامت و تعادل ذهن، آرامش و امید توصیه شده است و بر از بین بردن دروغ چون راستی را به خطر می‌اندازد و راه رسیدن به امید را به خطر می‌اندازد و بر داشتن مذهب و مطابق آن رفتار کردن برای زندگی با آرامش بیشتر تاکید شده است.

رویکرد دین بودایی به منظور سلامت و شفا، تاکید بر عمل معنوی است. بودیسم ادعا داردکه عمل معنوی باعث می‌شودکه یک فرد در مواجههٔ با سختی، از جمله بیماری و جراحت را فرصتی بداند و از این فرصت برای تحول فردی و تعالی خود استفاده کند و اجازه می‌دهد تا

با آگاهی عمیق از علت و نتیجه، و درک و بینش کلی نسبت به ماهیت وابستگی متقابل عوامل، و علت و پیامد این رنج‌ها، بیمار بودایی با کنترل بر انتخاب و عمل، از بیماری خود کمتر رنج ببرد و حس اعتماد به نفس و به‌زیستی در او افزایش یابد. اعمال معنوی می‌توانند احساس بیمار را از یک قربانی به یک فاتح تغییر داده و به بیمار برای دیدن جهان به عنوان اجزایی به هم پیوسته و موجودات زنده به عنوان برادران و خواهران او الهام بخشیده، و در نهایت افکار او را نسبت به نیروانا و به‌زیستی تمام موجودات زنده معطوف می‌سازد. بودیسم به بیمار می‌گوید در این بیماری او نیاز به انجام چه عملی دارد. چرا که از دیدگاه بودیسم بیمار بودایی نمی‌تواند گذشته را تغییر دهد، اما اگر با مهارت و نظم در حال حاضر عمل کند، می‌تواند بر آینده خود کنترل داشته باشد. در بودیسم در مورد، «چرا من؟» صحبتی نیست بلکه صبحت این است که«چگونه می‌توانم در عمل از این آموزه‌ها استفاده کنم؟»

تعلیمات دین هندو کمک می‌کند که افراد در این دنیا عمر مفیدتری داشته باشند و نیایش به درگاه خدا به آسایش و کامیابی ختم می‌شود. بنابراین، همانند بودیسم تلاش می‌کند که آدم‌ها در بند غرایز و احساسات خود نباشند و بتوانند ورای این‌ها تصمیم بگیرند. وقتی انسان‌ها در این سطح باشند به ثبات و آرامش رسیده و هیچ چیز آنان را از مسیری که می‌روند منحرف نمی‌کند. این عقیده هندوها، این فکر را برای آن‌ها ایجاد کرده است که همچنان راهی و فرصتی برای جبران هست وباعث می‌شود خود را در هیچ قید وبندی حس نکنند. برخلاف زرتشت که اگر از آدابش تخطی می‌کردی می‌گفت به راستی و رستگاری نمی‌رسی، انعطاف‌پذیری بیشتری در این دین وجود دارد.

شباهت‌ها در توصیه به معنویت و مولفه‌های آن، بسیار در متون این سه دین به چشم می‌خورد. در هر سه آن‌ها، به‌رغم وجود شرک یا کفر ورزیدن به خداوند یکتا، تعالیمی برای مهار ذهن از افکار منفی و همچنین رسیدن به آگاهی و دست‌یابی به آرامش ذهن، بری کردن نفس از ناپاکی‌ها داده شده است. چگونگی شیوهٔ عمل و رفتار با دیگران و در شرایط مختلف از جمله انتهای حیات، و امید به عنوان مسیری برای معنویت بیان شده است. در شناساندن راه رهایی، می‌توان گفت که این ادیان هم‌پوشانی وجود دارد. راه رهایی که بودیسم مطرح می‌کند از همه عام‌تر است و هندوئیسم راه رهایی را تنها در شناخت و رسیدن به حقیقت می‌داند و دین زرتشت راستی و کردار و گفتار و پندار نیک را توصیه می‌کند. در دین هندو رهایی از رنج برای رسیدن به نیروانا و آرامش یک جز ضروری است. در همهٔ این ادیان تلاش برای پیروزی خوبی بوده است؛ شاید همین امر این امید را می‌دهد که در شرایطی هم که پلیدی حاکم است، در نهایت نیکی پیروز می‌شود؛ «امید یعنی سلامت معنوی».

## ۳. سلامت معنوی در ادیان ابراهیمی

### مقدمه

در نظر کارکردگرایان، از میان نهاده‌های اصلی جامعه، نهاد مذهب نقش مهمی در حفظ یکپارچگی و بقای نظام اجتماعی دارد؛ چرا که زمانی که افراد و گروه ها برای عبور از واقعیت‌های مدرن و پست‌مدرن تلاش می‌کنند، نقش دین برجسته می‌شود. در این رویکرد نه تنها اعتقادات و آداب و رسوم در سطح فرد یا اعضا در گروه های اجتماعی خاص فراهم می شود، بلکه یک نظام معنادا ایجاد می‌کند که از انسان در مقابل ترس محافظت می‌کند (۱۳).

متفکران این حوزه بر نقش دین در ساخت معنا تاکید دارند و استدلال می‌کنند جامعه یک پدیدهٔ دیالکتیک است که بر انسان های آفرینندهٔ این محصول، تاثیر می گذارد. فرایندی که از طریق آن می‌توان به واسطهٔ فعالیت ذهن و جسم، جهان اجتماعی را آفرید و آن‌را مانند واقعیت خارجی و مستقل تجربه کرد؛ از طریق ساز و کار این فرایند، نظم معناداری بر تجربهٔ افراد حاکم می‌شود (۱۴).

یکی از منابع مهم فرهنگ، در انتقال باورها، ارزش‌ها و نمادهای بیان شده، ادیان است. از یکسو دین با ایجاد معنا زندگی را معنادار می‌سازد و از سوی دیگر با بیان بعد تکلیف شناختی، برای پیروان ادیان، ارتباط فرد در فضای کنش را که بنا بر حصر منطقی از حیث طرف رابطه، به چهار حالت ارتباط با «این جهان»، «خود»، «دیگر یا جامعه» و «غایت یا آن جهان» تقسیم می‌شود، مشخص می‌کند.

با توجه به کارکرد دین در معنابخشی به زندگی، می توان آن را یکی از مهم‌ترین منابع که افراد از طریق آن وجودشان را معنادار می کنند و به واقعیت، وجود و فرد معنا می‌دهد در نظر گرفت. معنویت و مذهب که گاهی افراد آن را سلامت معنوی و اعمال مذهبی تعبیر می کنند، با یکدیگر هم‌پوشانی دارند؛ به این ترتیب که هر دو، چارچوب‌هایی ارائه می‌دهند که از طریق آن‌ها انسان می‌تواند معنی، هدف و ارزش متعالی زندگی خود را درک کند (۱۵).

هستهٔ اصلی نظریهٔ سورن کی‌یر کیگارد، در باب تحولات وجودی مبتنی بر «انسان‌شناسی دینی» است. از نظر وی، حضرت ابراهیم(ع) الگوی انسان کامل در تحولات وجودی است. بر این مبنا، انسان می‌تواند از زندگی حیوانی عاری از اصالت وجود آدمی آغاز کند و تا بصیرت ایمانی بالا رود؛ از جمادی بمیرد و نامی شود؛ و از حیوانی بمیرد و انسان شود و بالاخره آنچه اندر وهم نیاید، آن شود. کی‌یر کیگارد تحول وجودی را اساس هر گونه تغییر رفتار آدمی در نظر می‌گیرد و آن را در قالب چهار مرحلهٔ مشتمل بر «زندگی استحسانی حیوانی»، «زندگی اخلاقی عقلانی»، «زندگی اخلاقی دینی» و «حیات ایمانی» به تصویر می‌کشد (۱۶). از این رو، این

مطالعه با هدف تبیین مفهوم سلامت معنوی و ابعاد آن در ادیان ابراهیمی صورت گرفته است.

**روش مطالعه**

در این پژوهش توصیفی، گردآوری داده‌ها با استفاده از روش اسنادی انجام شده است. در این مطالعه به کتب مقدس عهد عتیق و عهد جدید به عنوان دو منبع موثق دینی استناد شده است. برای تحلیل داده‌ها، از روش تحلیل محتوا استفاده شده است. تحلیل محتوا از روش‌های اسنادی در پژوهش علوم اجتماعی است. در این پژوهش از طریق تحلیل ترکیبی از محتوای عرفی و تحلیل محتوای تلخیصی به تفسیر متون کتب مقدس عهد عتیق (امثالِ سلیمان، پیدایش ، خروج ، لاویان ، اعداد ، تثنیه ، یوشع، ساموئیل اول-دوم، پادشاهان اول-دوم ، تواریخ اول ـ دوم ، نحمیا، ایوب ، مزامیر (کتاب حضرت داوود)، جامعه، اشعیا، ارمیا، مراثی، حزقیال، دانیال، هوشع ، ناحوم نبی، صفنیای نبی، ملکی، حبقوق، عاموس، زکریای نبی، ملاکی) و کتب مقدس عهد جدید (انجیل متی، انجیل مرقس، لوقا، یوحنا، اعمال رسولان، رومیان، نامه‌های پولسی، عبرانیان، یعقوب، پطرس، یوحنا) پرداختیم. مشخص نمودن واحد تحلیل در پژوهشِ مبتنی بر تحلیل محتوا امری مهم است؛ به منظور اهمیت اعتبار منابعی که مورد تحلیل قرار گرفته‌اند، در این پژوهش هر کدام از کتب مقدس از روی دو منبع تحلیل شدند؛ واحد معنا از کتابی استخراج شده است که ترجمه لغت به لغت عهد عتیق و عهد جدید است؛ و به منظور درک معنای فشرده، از ترجمهٔ تفسیری کتب مقدس استفاده شده است.

در این مطالعه موضوع سلامت معنوی در متون یهودیت و مسیحیت، واحد تحلیل در نظر گرفته شده است. ابتدا، مناطقِ محتوایی متن مشخص شدند و سپس بخش‌هایی از متن که با موضوع ویژه ای ارتباط داشتند، تعیین شدند. بر اساس تعریف مفهوم سلامت معنوی، که افراد با توجه به معنایی که از زندگی در نظر دارند، روابط خود را با چهار عنصر مطرح شده یعنی ابعاد فردی، اجتماعی، محیطی و متعالی تنظیم می کنند، مناطق محتوایی متن به چهار بخش منطقهٔ محتوایی رابطه با خود، منطقهٔ محتوایی رابطه با دیگران، منطقهٔ محتوایی رابطه با جهان و منطقه محتوایی رابطه با قدرت برتر تقسیم‌بندی شدند؛ و بخش‌هایی از متن که با هر یک از مناطق محتوایی مورد نظر مرتبط بودند، تفکیک شدند. در مرحلهٔ بعد که مرحلهٔ قبل از کدگذاری متون است، واحدهای معنا فشرده شده یا به عبارت دیگر از انتزاع استفاده شده است، چرا که این واژه بر توصیف و تفسیر در سطحی منطقی‌تر تأکید می‌کند. سپس، به هرکدام‌یک از واحدهای معنای فشرده شده، کدهایی اختصاص داده شده و در هر یک از منطقه‌های محتوایی، کدهای گوناگون بر اساس تفاوت‌ها و شباهت‌ها مقایسه و به تعدادی مقوله

دسته‌بندی شده‌اند که محتوای آشکار را نشان می‌دهند. مقوله‌بندی‌های آزمایشی بین دو محقق بحث و ارزیابی شده و پس از توافق در دسته بندی کردن کدها، سرانجام مضمون و معنای اساسی یا به عبارت دیگر محتوای پنهان به وسیلهٔ مقوله بندی درون یک تیم قرار گرفتند. مقولات استخراج شده در هر چهار حوزهٔ ارتباطی، در درون دو تم ارتباط ذهنی و ارتباط عملی قرار گرفته‌اند؛ ارتباط ذهنی دلالت بر ارتباطی دارد که در حوزهٔ ذهن فرد است؛ و ارتباط عملی، بر ارتباطی تاکید دارد که به صورت بیرونی در رفتار نمود می یابد. برای مثال، در ارتباط با نیروی برتر مقولات تقوا، ایمان، توکل و ... در درون ذهن فرد بوده و دلالت و نماد بیرونی ندارد، ولی اطاعت و عبادت خدا و وفای به عهد (ادای نذر)، ارتباطی است که اعمالی را به همراه دارد و در تم ارتباط عملی قرار می‌گیرند.

## یافته‌ها

### مفاهیم حوزه‌های محتوایی

#### *۱. رابطه با قدرت برتر*

در اندیشهٔ برخی از صاحب‌نظران، معنویت دربرگیرندهٔ دو بعد عمودی و افقی است؛ بعد عمودی، منعکس کنندهٔ ارتباط با خدا یا یک قدرت بی‌نهایت است؛ در این مطالعه مفهوم مورد نظر در متن شامل واحد معناهایی می شود که در ابتدا نسبت به نیروی مافوق و جایگاه نیروی برتر، حس پذیرش، احساسات مثبت و شناخت جامع ایجاد می کند مانند ایمان و توکل به نیروی برتر؛ و از سوی دیگر وظایف انسان همچون تقوا، وفای به عهد، احترام و.. را در مقابل نیروی مافوق (خدا) مشخص نموده و رابطه‌ای متقابل میان فرد و نیروی برتر را ترسیم می‌کند. لذا پس استخراج واحدهای معنای مرتبط، به ترتیب واحد معنای فشرده و سپس کدهای مرتبط با آنها انتزاع شده و کدهای به دست آمده بر اساس تفاوت‌ها و شباهت‌هایشان در تعدادی از مقولات دسته‌بندی شده‌اند؛ مقولات استخراج شده نیز با توجه به معنای پنهان در تم‌های ارتباط ذهنی، ارتباط عملی و ارتباط شناختی تفکیک شده‌اند. ارتباط ذهنی بر ارتباطی دلالت دارد که در حوزهٔ ذهن فرد است؛ و ارتباط عملی، بر ارتباطی تاکید دارد که در رفتار نمود می‌یابد؛ تم ارتباط شناختی نیز بر مقوله و کدهایی دلالت دارد که شناخت نسبت به نیروی برتر را به همراه دارد.

#### *۲. رابطهٔ انسان با خود*

این نوع از ارتباط بیش از هر چیز بر این اصل تاکید دارد که انسان نباید از احوالات خود غافل

شود و باید پرورش برخی از صفات از جمله فروتنی، خیرخواهی، عطوفت، قناعت و ... را بر خود ملزم کند، چرا که تحقق این امر پیش زمینه‌ای برای ارتباطات یاد شده در بالا (ارتباط با قدرت برتر، دیگران و محیط) است. به ارتباط انسان با خود در بسیاری از واحدهای معنای استخراج شده از کتب مقدس عهد عتیق و عهد جدید توجه شده است.

در آیات متونِ مقدس، خداوند یا مستقیم انسان را مخاطب قرار داده است. برای مثال، «سخنان تکبر آمیز مگویید، و غرور از دهان شما صادر نشود، زیرا یهوه خدای علام است و به او اعمال سنجیده می‌شود (عهد عتیق:کتاب اول سموئیل:۲: ۳)» و یا غیر مستقیم به اعمال برخی افراد اشاره نموده است؛ برای مثال، «خداوند می‌گوید: از این جهت که دختران صهیون متکبرند و با گردن افراشته و غمزات چشم راه می‌روند و به ناز می‌خرامند و به پاهای خویش خلخال‌ها را به صدا می‌آورند، بنابراین خداوند فرق سر دختران صهیون را کل خواهد ساخت و خداوند عورت ایشان را برهنه خواهد نمود (عهد عتیق:کتاب اشعیا: ۳: ۱۶، ۱۷)»؛ و بدین صورت برخی از الزامات اخلاق فردی مورد توجه قرار گرفته است.

### ۳. رابطهٔ با دیگران

یکی از ابعاد سلامت معنوی، ایجاد ارتباط هماهنگ در رابطه با دیگران است؛ احساس ارتباط نزدیک با جامعه، احترام، انصاف،گذشت و... نسبت به دیگران از جمله مفاهیمی است که در این بعد از سلامت معنوی در نظریات موجود در رابطه با این مفهوم توجه شده است؛

از آنجای که اخلاق در ارتباط با دیگران معنا می‌یابد، و مفهوم سلامت معنوی در رابطه با دیگران، متناظر با مفهوم روابط اخلاقی با دیگران است به منظور تحلیل مفهوم سلامت معنوی در متون دینی در بعد «رابطه با دیگران» از یک سو دستورات دینی که هنجارهایی را در بعد رابطه با دیگری تنظیم می‌کنند، و از سوی دیگر گسترهٔ کنش‌هایی که در رابطهٔ با دیگری در این ادیان مورد نظر می‌باشد، مورد توجه قرار گرفته است. گسترهٔ کنش اخلاقی به این معناست که دایره افراد و یا گروه‌هایی که فرد خود را ملزم به رعایت اصول اخلاقی در قبال آن‌ها می‌داند، شامل چه کسانی یا چه گروه‌هایی می‌شود؛ به زبان جامعه‌شناختی از دیگران مهم آغاز و تا دیگری انضمامی و حتی انتزاعی گسترش می‌یابد.

### ۴. رابطهٔ با محیط

این بعد از ارتباط در مفهوم سلامت معنوی، رابطهٔ انسان را با حیوانات، گیاهان و به طور کلی طبیعت و محیط اطراف بیان می‌دارد و بدین منظور واحدهای معنایی مورد نظر است که به

الزامات ارتباط انسان با محیط در آن توجه می‌شود.

بنا بر توضیحات بیان شده، و با توجه به هر یک از حوزه‌های رابطه‌ای، رابطه با قدرت برتر، رابطهٔ با خود، دیگران، و محیط، جداولی ترسیم شده که به ترتیب شامل واحد معنا، معنای فشرده و کد هستند. پس از مشخص نمودن حوزهٔ معنایی آیات، کدهای استخراج شده از آیات بر اساس شباهت‌ها و تفاوت‌های آن در مقولات متناسب قرار داده شد. همچنین گفتنی است، از آنجا که در بسیاری از موارد مقولات به حد کفایت گویای محتوای کدها بودند از تقلیل آن‌ها به زیرمقوله‌ها پرهیز شده است. در مقوله‌بندی آیات نیز با در نظر گرفتن تفسیر کدها، ما به ازای اخلاقی، هر یک، در غالب یک صفت مثبت بیان شده است. برای مثال:

| شماره آیه- باب | واحد معنا | معنای فشرده | کد | مقوله |
|---|---|---|---|---|
| کتاب امثالِ سلیمان: ۱۵: ۲۵ | خداوند خانهٔ متکبران را منهدم می‌سازد، اما حدود بیوه‌زن را استوار می‌نماید. | خداوند خانهٔ متکبران را منهدم می‌سازد، | پرهیز از رفتار تکبرآمیز | تواضع |

پس از مقوله‌بندی آیات، جداولی که دربردارندهٔ تم، کد یا رمز و مقولات هستند، به‌ترتیب در ارتباط با عهد عتیق و عهد جدید ارائه شده است.

### *حوزهٔ معنایی رابطه با نیروی برتر در عهد عتیق*

پس از انتزاع کد از واحدهای معنایی مرتبط با حوزهٔ محتوایی رابطه با نیروی برتر، کدها بر اساس شباهت‌ها و تفاوت‌های‌شان، در ۸ مقوله تقوا، ایمان، وفای به عهد، احترام، فروتنی، توکل و صبر قرار داده شده‌اند (جدول شماره ۱).

جدول ۱. مقوله‌بندی حوزه معنایی رابطه با نیروی برتر در عهد عتیق

| تم | ارتباط ذهنی | | | | | ارتباط عملی | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| مقوله | تقوا | ایمان | صبر | توکل | فروتنی | اطاعت از خدا | وفای به عهد | احترام |
| کد | ترس از خداوند، التزام به شریعت | پرهیز از بت‌پرستی، پرهیز از پرستش خدایی غیر خداوند، ایمان آوردن به خداوند، مومن بودن به نام خداوند | صبر در برابر امتحان پروردگار | توکل به خداوند، پناه بردن به خداوند | پرهیز از تکبر، تواضع در برابر پروردگار | اطاعت از اوامر خداوند، انجام اوامر پروردگار، عبادت خداوند، التزام به اوامر خداوند، پرهیز از پرستش غیر خداوند | به‌جا آوردن نذر، وفاداری به عهد با پروردگار، پرهیز از خیانت به عهد با خداوند | تکریم پروردگار |

### حوزۀ معنایی رابطه با خود در *عهد عتیق*

پس از انتزاع کد از واحدهای معنایی مرتبط با حوزۀ محتوایی رابطه با خود، کدها بر اساس شباهت‌ها و تفاوت‌های‌شان در ۱۳ مقوله قرار داده شده‌اند (جدول شماره ۲).

جدول۲. مقوله‌بندی حوزۀ معنایی رابطه با خود در عهد عتیق

| تم | ارتباط ذهنی | | | | ارتباط عملی | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| مقوله | صبر | خیرخواهی | شادمانی | گذشت | تلاش | نیکوکاری | قناعت |
| کد | تحمل سختی و مشقت | پرهیز از ظلم و شرارت، پرهیز از حسد | لذت بردن از زندگی، پرهیز از غم و اندوه | فروبردن خشم | پرهیز از تنبلی | انجام اعمال نیک | پرهیز از طمع و آز، پرهیز از ثروت‌اندوزی، پرهیز از حرص و طمع |

| تم | ارتباط عملی | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| مقوله | پاکدامنی | انصاف | درستکاری | عطوفت | صداقت | سخاوت‌مندی |
| کد | وفاداری به همسر | عدالت در امور، پرهیز از تقلب در امور، عادلانه رفتارکردن، پرهیز از بی‌عدالتی در جمع‌آوری مال | پرهیز از رشوه‌خواری، کسب روزی حرام، درستی در شیوۀ مال‌اندوزی، درستی در رفتار و کردار، پرهیز از دزدی | کلام محبت‌آمیز پرهیز از نزاع، پرهیز از ظلم و جور، مهربان بودن | پرهیز از دروغ، پرهیز از قسم دروغ | پرهیز از خساست |

### حوزۀ معنایی رابطه با دیگران در *عهد عتیق*

پس از انتزاع کد از واحدهای معنایی مرتبط با حوزۀ محتوایی رابطه با دیگران، کدها بر اساس شباهت‌ها و تفاوت‌های‌شان در ۱۵ مقوله قرارداده شده‌اند (جدول شماره ۳).

جدول۳. مقوله‌بندی حوزۀ معنایی رابطه با دیگران در *عهد* عتیق

| تم | رابطۀ عملی | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| مقوله | انصاف | صداقت | امانت‌داری | سخاوت‌مندی | نیکوکاری |
| کد | پرهیز از ضایع کردن حقوق دیگران، پرهیز از نپرداختن مزد به حقِ دیگران، پرهیز از پنهان نمودن حقیقت در محکمه، مروت در حق فقرا، عدالت در داوری، مروت با دشمنان،پرهیز از تضییع حقوق فقیران، عدالت در امور، پرهیز از تضییع حقوق افراد غریب و یتیم | پرهیز از دروغ، سخن راست گفتن، پرهیز از شهادت دروغ، پرهیز از فریبکاری | پرهیز از خیانت به اموال دیگری | بخشیدن از مال خود به نیازمندان، گشاده‌دستی نسبت به فقرا، بخشندگی در حق زیردستان، بخشندگی نسبت به دیگران | احسان در حق نیازمندان، برآوردن حاجت نیازمندان |

| تم | رابطهٔ عملی | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| مقوله | پاکدامنی | احترام | عطوفت | وفای به عهد | رازداری | قناعت | درست کاری |
| کد | پرهیز از زنا، پرهیز ز شهوترانی | حترام به والدین، حترام به سالمندان، پرهیز از تحقیر دیگران، طاعت از اوامر پدر و مادر، پرهیز از ستهزای دیگران، پرهیز از بدرفتاری با پدر و مادر | پرهیز از ظلم بر غریب، پرهیز از ظلم به افراد یتیم و بیوه، پرهیز از زار افراد ناتوان، مهربانی با فقرا، مهربانی با اسیران، توجه به فقرا، پرهیز از خصومت، پرهیز از رنجاندن خانواده، ترحم بر فقرا، مهربانی با دشمنان | پرهیز از خیانت به همسر | پنهان گه‌داشتن عیب دیگران، پرهیز از فشای راز دیگران | پرهیز از طمع و آز، پرهیز از نبار محصول برای سود بیشتر، پرهیز ز ربا، پرهیز ز ثروت‌اندوزی | پرهیز از رشوه‌خواری، پرهیز از دزدی، درستی در رفتار و کردار |

| تم | رابطهٔ ذهنی | | |
|---|---|---|---|
| مقوله | گذشت | تواضع | حسن نیت |
| کد | پرهیز از کینه‌ورزی، فروبردن خشم، تحمل در برابر خشم دیگران | دوری از تکبر و غرور، تواضع داشتن | پرهیز از بدگمانی |

**حوزهٔ معنایی رابطه با محیط در *عهد عتیق***

پس از انتزاع کد از واحدهای معنایی مرتبط با حوزهٔ محتوایی رابطه با محیط، کدها بر اساس شباهت‌ها و تفاوت‌های‌شان در ۲ مقوله قرار داده شده‌اند (جدول شماره ۴).

جدول٤. مقوله‌بندی حوزهٔ معنایی رابطه با محیط در *عهد عتیق*

| تم | رابطهٔ عملی | |
|---|---|---|
| مقوله | عطوفت | پاکدامنی |
| کد | مهربانی با حیوانات، توجه به زندگی سایر جانداران | پرهیز از رابطهٔ جنسی با حیوانات |

**واحدها معنای استخراج شده در *عهد جدید***

**مقوله‌بندی حوزه معنایی رابطه با نیروی برتر در عهد جدید**

پس از انتزاع کد از واحدهای معنایی مرتبط با حوزه محتوایی رابطه با نیروی برتر، کدها بر اساس شباهت‌ها و تفاوت‌های‌شان در ۹ مقوله قرار داده شده است (جدول شمارهٔ ۵).

جدول۵ . مقوله‌بندی حوزهٔ معنایی رابطه با نیروی برتر در *عهد جدید*

| تم | رابطه ذهنی | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| مقوله | تقوا | ایمان | صبر | توکل | فروتنی |
| کد | ترس از خداوند در دل داشتن | ایمان به خدایی گانه، ایمان به قدرت خداوند، استواری در ایمان، زندگی با ایمان به خداوند، ایمان داشتن به خداوند برای نجات، ایمان همراه با عمل، ایمان در برابر وسوسه‌های شیطان، پرهیز از ترک ایمان، ایمان به مسیح، نجات با ایمان به مسیح، دست‌یابی به آرامش با ایمان به خدا، شفا به وسیله ایمان به خداوند، تسلط بر عالم و طبیعت با ایمان به خداوند، زندگی جاوید با ایمان، زنده کردن مرده با ایمان به خداوند | تحمل سختی و رنج در راه مسیح، از خودگذشتگی به‌خاطر مسیح، گذشتن از جانب رای مسیح تحمل سختی‌هایی که از جانب خداوند نازل می‌شود، تحمل سختی‌ها و زحمات در برابر امتحان الهی، تحمل رنج و سختی برای حیات جاودان، صبر در انجام خواست خدا، تحمل رنج برای خدا، از خودگذشتگی در راه پروردگار | توکل بر خدا، توکل بر خدا در مشکلات | فروتنی در برابر خدا، تواضع در برابر پروردگار |

| تم | رابطهٔ ذهنی | رابطهٔ عملی | رابطهٔ شناختی | |
|---|---|---|---|---|
| مقوله | محبت | اطاعت از خدا | دعا | صفات خدا |
| کد | توجه به ارادهٔ خدا در مقابل خواست خود، توجه به خواست خدا، توجه به رضایت خدا، دوست داشتن خداوند، محبت به خداوند | اطاعت از اوامر مسیح، اطاعت از فرمان خداوند، الزام به اوامر خدا، اجرای اوامر خداوند، عمل کردن به کلام خدا، خدمت به خداوند، از خودگذشتگی به‌خاطر مسیح، عبادت خدا در پنهان، پرهیز از پرستش غیر خداوند، پرستش خدای واحد، شکرگزاری خداوند | دعا همراه با ایمان، دعا، کسب آرامش با دعا و شکر، تداوم در دعا کردن | مهربانی خدا نسبت به همه، صداقت خداوند، عام بودن فیض خدا، عدالت، وفای به عهد، مالک آسمان و زمین، حیات‌بخش، داوری عادلانه و بدون تبعیض، آزمون انسان به اندازهٔ توانش، بی‌نیازی، خشنودی خدا از توبه و بازگشت انسان به سوی او، قدرت و توانایی خداوند |

**مقوله‌بندی حوزهٔ معنایی رابطه با خود در *عهد جدید***

پس از انتزاع کد از واحدهای معنایی مرتبط با حوزهٔ محتوایی رابطه با خود، کدها بر اساس شباهت‌ها و تفاوت‌های‌شان در ۸ مقوله قرار داده شده است (جدول شماره ۶).

جدول٦. مقوله‌بندی حوزه معنایی رابطه با خود در *عهد جدید*

| تم | ارتباط ذهنی | | | | ارتباط عملی | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| مقوله | صبر | فروتنی | هدف زندگی | یکپارچگی شخصیت | تلاش | نیکوکاری | قناعت | پاکدامنی |
| کد | صبوری در مصیبت، تحمل مشکلات | دیدن عیوب خود | زندگی آرام و حیات جاودان | پرهیز از دورویی، پرهیز از ریاکاری، داشتن باطن نیکو | پرهیز از تنبلی، تلاش برای امرار معاش و زندگی | گشاده‌دستی در انجام کار خیر، پرهیز از گناه، دوری از هر نوع بدی | قناعت داشتن، پرهیز از طمع و آز، پرهیز از ثروت اندوزی | اجتناب از گناه جنسی، پرهیز از شهوت‌رانی، |

**مقوله‌بندی حوزه معنایی رابطه با دیگران در *عهد جدید***

پس از انتزاع کد از واحدهای معنایی مرتبط با حوزهٔ محتوایی رابطه با دیگران، کدها بـر اسـاس شباهت‌ها و تفاوت‌های‌شان در ۱۵ مقوله قرار داده شده است (جدول شمارهٔ ۷).

جدول ۷. مقوله‌بندی حوزهٔ معنایی رابطه با دیگران در *عهد جدید*

| تم | رابطهٔ عملی | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| مقوله | انصاف | صداقت | امانت | سخاوت‌مندی | نیکوکاری | پاکدامنی | احترام |
| کد | پرداخت حق دیگران، رعایت مساوات، پرهیز از قضاوت دیگران، پرهیز از انتقاد از دیگران | پرهیز از دروغ، راستگویی، پرهیز از شهادت دروغ | پرهیز از آسیب به اموال دیگران | بخشش به نیازمندان، بخشش مال به دیگران، بخشش مال به نیازمندان، اطعام فقرا، سخاوتمندی در بخشش مال پرهیز از طمع و آز | خدمت به دیگران، یاری رساندن به ضعفا، یاری رساندن به یکدیگر، کمک به یتیمان و بیوه‌زنان، نیکی در حق دیگران، رفع نیاز اعضای خانواده، رفع نیاز مومنان، انجام اعمال نیک، صلح با دیگران، مصالحه کردن با مدعی، میهمان‌نوازی با خوش‌رویی | پرهیز از شهوت‌رانی، پرهیز از زنا | احترام به پیشوای دینی، احترام به بزرگ‌تر، احترام به پدر و مادر، احترام به دیگران، احترام و ملاحظهٔ همسر، اطاعت از والدین، اطاعت زن از همسر |

| تم | ارتباط عملی | | | | ارتباط ذهنی | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| مقوله | عطوفت | وفای به عهد | صداقت در عمل | اجتناب از آسیب‌رسانی | تسلط بر زبان | گذشت | تواضع | هم‌ذات پنداری |
| کد | محبت به دیگران، محبت به فرزندان، محبت به همسایه، محبت مردان به همسران، مهربانی با افراد غریبه، مهربانی نسبت به یکدیگر، محبت با دشمنان، عطوفت با ضعیفان، عطوفت نسبت به یکدیگر، رحم بر همسایه، رحم بر دیگران | پرهیز از طلاق، وفاداری به عهد زناشویی | پرهیز از ریاکاری | پرهیز از قتل، پرهیز از دزدی | پرهیز از ناسزاگویی پرهیز از بدگویی، پرهیز از لعنت کردن یکدیگر | گذشت نسبت به خطای دیگران، گذشت نسبت به دشمنان، پرهیز از انتقام، مدارا کردن با خطاکار، پرهیز از خشم، پرهیز از خشونت، پرهیز از خشونت با فرزندان، پرهیز از خشونت با مخالفان | فروتنی، فروتنی در اصلاح دیگران، فروتنی نسبت به یکدیگر، تواضع در برابر دیگران، تواضع نسبت به زیردستان، پرهیز از حقیر شمردن دیگران، پرهیز از تحقیر یکدیگر، پرهیز از تحقیر فقرا، پرهیز از تکبر، پرهیز از غرور | همدلی با یکدیگر، متحد بودن با یکدیگر، توجه به خیر و منفعت دیگران، رعایت مساوات، تحمل مشکلات یکدیگر |

## بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش به منظور تدقیق در مفهوم سلامت معنوی شکل گرفته است؛ مفهومی که در حال حاضر یکی از ابعاد مهم سلامت است و بسیاری از نیروهای مختلف نسبت به آن حساس شده‌اند؛ با لحاظ مفهوم سلامت معنوی به عنوان یکی از ابعاد سلامت، زندگی سالم مبتنی بر ارتباط سالم است، که تنها در رابطه با دیگران خلاصه نمی‌شود و چهار حوزهٔ طرف رابطه (نیروی برتر، خود، دیگران و محیط) را شامل می‌گردد. مفهوم سلامت معنوی، دلالت بر سلامت ارتباط فرد در هر چهار حوزه طرف رابطه دارد؛ به عبارت دیگر، افراد با توجه به معنایی که از زندگی در نظر دارند، روابط خود را با چهار حوزهٔ مطرح شده یعنی ابعاد فردی، اجتماعی، محیطی و متعالی تنظیم می‌کنند و چنانچه توازن و هماهنگی میان این ابعاد برقرار باشد، آنان از سلامت معنوی برخوردار خواهند بود.

با در نظر گرفتن اهمیتی که معنا بر معنویت و سلامت معنوی دارد، فرایند ورود معنی در ذهن کنشگر (عامل اجتماعی) درخور توجه است.

ادیان یکی از منابع مهم فرهنگی در انتقال باورها، ارزش‌ها و نمادهای بیان شده‌اند و دین از دو طریق بر مفهوم مورد بررسی در این پژوهش، تاثیرگذار است؛ از یک سو دین با ایجاد معنا برای افراد زندگی آن‌ها را معنادار می‌سازد و از سوی دیگر نهادِ دین با بیانِ بعدِ تکلیف‌شناختی، برای پیروان ادیان، ارتباط فرد در فضای کنش را که بنا بر حصر منطقی از حیث طرف رابطه، به چهار حالت ارتباط با «این جهان»، «خود»، «دیگری یا جامعه» و «غایت یا آن جهان» تقسیم می‌شود، مشخص می‌کند.

بر اساس یافته‌های به دست آمده از این پژوهش در بسیاری از آیاتِ *عهد عتیق* و *عهد جدید*، ادیان با ساخت دیدگاهی جامع و چندبعدی از هستی، رابطه‌ای معنایی میان ظاهر و باطن جهان ارائه می‌دهند و در این میان سلامت معنوی حول مفاهیمی کلیدی شکل می‌گیرد تا فرد همهٔ روابط خود را در راستای هدفی واحد که مطلوبیت ذاتی دارد و توسط این مفاهیم ارائه شده‌اند، تعریف کند. بدین طریق در بخش گسترده‌ای از آیات، ادیان ضمن معناسازی برای افراد، دستوراتی برای ایجاد ارتباط با چهار حوزهٔ طرف رابطه عرضه کرده‌اند که در جدول زیر خلاصه شده است.

**خلاصه. مقولات استخراج شده از کتب *عهد عتیق* و *عهد جدید* به تفکیک چهار حوزهٔ طرف رابطه**

| | تم | رابطهٔ با خدا | رابطهٔ با خود | رابطهٔ با دیگران | رابطهٔ با محیط |
|---|---|---|---|---|---|
| عهد عتیق | ارتباط ذهنی | تقوا، ایمان، توکل، صبر، فروتنی | صبر، خیرخواهی، شادمانی، گذشت | گذشت، تواضع، حسن نیت | - |
| | ارتباط عملی | اطاعت خداوند، وفای به عهد، احترام | تلاش، نیکوکاری، قناعت، پاکدامنی، انصاف، درستکاری، عطوفت، صداقت، سخاوتمندی | عدالت، انصاف، صداقت، امانت‌داری، سخاوتمندی، نیکوکاری، پاکدامنی، احترام‌گزاردن، عطوفت، وفای به عهد، رازداری، قناعت، درستکاری | عطوفت، پاکدامنی |
| عهد جدید | ارتباط ذهنی | تقوا، ایمان، صبر، توکل، فروتنی، محبت | صبر، فروتنی، هدفداری زندگی، یکپارچگی شخصیت | گذشت، تواضع، درستی و هم‌ذات پنداری | احترام قائل برای محیط |
| | ارتباط عملی | اطاعت و بندگی خداوند، دعا و نیایش | تلاش، نیکوکاری، قناعت، پاکدامنی | عدالت، انصاف، صداقت، امانت‌داری، سخاوتمندی، نیکوکاری، پاکدامنی، احترام، عطوفت، وفای به عهد، صداقت در عمل، اجتناب از آسیب‌رسانی، تسلط بر زبان | احترام گذاشتن به محیط |
| | ارتباط شناختی | صفات خداوند | شناخت خود و تهذیب نفس | - | - |

به طور کلی، همان‌طور که تفاسیر آیات کتب *عهد عتیق* و *عهد جدید* نشان می‌دهد، گرچه ترکیب سلامت معنوی به طور مستقیم در آیات وجود ندارد، اما در تمامی آیات این کتب به آن اشاره شده است و مولفه‌هایی که اندیشمندان برای مفهوم سلامت معنوی در نظر گرفته اند در متون بررسی و تشخیص داده شده است. این امر موید آن است که برای دست‌یابی به سلامت معنوی می‌توان به ادیان ابراهیمی به عنوان یکی از مهم‌ترین نظام‌های معناسازی و تکلیف‌شناسی رجوع کرد.

مطالعات جدید در تبیین نقش معنویت و فضایل اخلاقی در سلامت عمومی بر این باورند که برای چندین دهه گذشته، مفهوم «ساختارها» در اخلاق کلامی ، تقریبا به طور انحصاری، بر ساختارهای اجتماعی در نیاز به تغییر متمرکز شده است (۱۶-۱۵). ساختارهایی که موقعیت‌های ناعادلانه را تداوم بخشیده و موانع روش‌مند را برای توسعه انسانی ایجاد می‌کنند به عنوان «ساختارهای گناه» طبقه‌بندی می‌شدند و بنابراین اهداف نقد اجتماعی و الهی بودند. از طرف دیگر، متخصصان سلامت عمومی و سیاستگذاری سلامت، در تلاش برای ایجاد ساختارهای جدیدی هستند که تاثیر مثبت بر زندگی افراد و جوامع می‌گذارند. این ساختارهای اجتماعی توسط ویژگی‌ها و فضایل اخلاقی فردی به عنوان واحدهای ارزشی بنیادی که رفتارها و عادات فرد را می‌سازند، شکل گرفته و نیز به آن شکل می‌دهند. بنابراین، ساختارهای اجتماعی سلامت می‌بایست به گونه‌ای عمل کنند که رفتارهای سالم را درونی و عادتی بسازند تا بتوانند ارزش‌های انسانی- اسلامی را در جامعه نهادینه نمایند.

## منابع:


۱. منوچهری عباس. *هرمنوتیک، دانش و رهایی*. تهران: بقعه، ۱۳۸۱.

۲. ناس جان بایر. مترجم: علی‌اصغر حکت. *تاریخ جامع ادیان*. تهران: نشرعلمی و فرهنگی، ۱۳۹۲.

۳. نجم‌آبادی محمود. «تاریخ طب و بهداشت در ایران باستان». *مجلهٔ دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه اصفهان ۱۳۵۰*: دورهٔ ۱، شمارهٔ ۷: ۸۱- ۹۴.

۴. ارجمند، محسن. «گذشته چراغ راه آینده است (نگاهی به تاریخ طب در ایران)»، *مجلهٔ کتاب ماه علوم و فنون۱۳۸۴*، دورهٔ ۸، شمارهٔ ۲: صفحات ۱۰-۲۱.

۵. هینلز جان راسل، پاشایی. *فرهنگ ادیان جهان*. قم: حوزهٔ علمیه ، مرکز مطالعات و تحقیقات ادیان و مذاهب، ۱۳۸۹،ص ۳۶۰-۳۶۱.

۶. پورداود ابراهیم. *یسنا: بخشی از کتاب اوستا*. تهران: نشر اساطیر، ۱۳۸۷.

۷. *اوپانیشاد* (سراکبر). ترجمه محمد داراشکوه فرزند شاه‌جهان، تهران: علمی، ۱۳۶۸.

۸. توفیقی حسین. *آشنایی با ادیان بزرگ*. تهران: سازمان مطالعه و تدوین کتب علوم انسانی دانشگاه‌ها (سمت)، موسسه فرهنگی طه، ۱۳۸۹.

9. Singer PA, Viens AM. *The Cambridge Textbook of Bioethics*: Cambridge University Press; 2008.

۱۰. پاشایی عسگر. فراسوی فرزانگی (پرگیا پارَمیتا). تهران: نشر نگاه معاصر، ۱۳۸۰ .

۱۱. پاشایی عسگر. پژوهشی در سورهٔ نیلوفر همراه با سورهٔ معانی بی‌شمار و فرهنگ سورهٔ نیلوفر. تهران: شرکت نشر فراروان، ۱۳۷۸.

۱۲. نثاری حقیقی‌فرد شیما. از آیین هندو، بودا تا بینهایت: انتشارات مهر امیرالمومنین، ۱۳۹۰.

13. Back L, Bennett A, Edles LD, Gibson M, Inglis D. Cultural sociology: an introduction: John Wiley & Sons; 2012.

14. Hamilton MB. The sociology of religion: Theoretical and comparative perspectives: Psychology Press; 2001.

15. Rogers WA. Virtue ethics and public health: a practice-based analysis. Monash bioethics review. 2004;23(1):10-21.

16. Rozier MD. "Structures of Virtue as a Framework for Public Health Ethics". Public Health Ethics. 2016;9(1):37-45.

## ۴. سلامت معنوی غیرمرتبط با دین

### مقدمه

متفکران اجتماعی برجسته در اواخر قرن نوزدهم، نه رواج دوباره، که افول دین‌داری در ایالات متحده و همچنین، در جهان را پیش‌بینی کردند. برای مثال، ماکس‌وبر[1] (۱۹۵۸)، اظهار نموده است که افزایش عقلانیت اجتماعی، به سکولار شدن ساختار جامعه منجر خواهد شد. سایر عالمان اجتماعی نیز، پیش‌بینی کرده‌اند، گسترش علم به عنوانِ ابزاری برای توضیح جهان، کاهش وابستگی دینی را به دنبال خواهد داشت. در اندیشهٔ آن‌ها قرار گرفتن در معرض تبیینات و نگرش‌های علمی دربارهٔ دنیا ممکن است، معقول بودن یک سنت را مورد پرسش و چالش قرار دهد. وبر معتقد است، رشد و نفوذ گرایش‌های صنعتی و علمی در زندگی لزوماً به افزون‌زدایی از جهان- فقدان معنای غایی- منجر می‌شود؛ رویکردی که قائل به کاهش نقش دین و معنویت در دنیای جدید است و نقش حداقلی برای آن متصور است (۱). بی‌تردید جهان به طور فزاینده‌ای مدرن و سکولار می‌شود و دانش دینی شدیداً در حال کاهش، و تعداد مردمی که خود را «ملحد» یا «لاادری» در نظر می‌گیرند، رو به افزایش است (۲).

تقریباً از نیمه دوم قرن نوزدهم در اروپا و در غرب به طور کلی اعم از اروپای باختر و امریکا و کانادا بحثی با عنوان معنویت مطرح و گفته شد که همه نظام‌های اجتماعی در چیزی با عنوان معنویت مشترک هستند و با وجود تعلق به ادیان و مذاهب مختلف، در معنویت اشتراک دارند (۳). با وجود این، گرایش به معنویت را از لحاظ تاریخی می‌توان به مسیحیانی باز گرداند که میان مکاتب گوناگون معنویت، مانند معنویت عرفای اسپانیا یا فلاندری، یا مثلا ارتدکس روسی، تفاوت قائل شده‌اند. در واقع، برخی از نویسندگان غربی به خطا بر این باورند که واژهٔ معنویت صرفاً در دهه‌های اخیر به کار رفته است. اما این واژه پیش از این در زمینه‌های مقایسهٔ اجتماعی در قرن نوزدهم و آن هنگامی به کار رفته بود که اصلاح‌گران هندو، معنویت هندی را با مادیگرایی غربی به مقابله نشاندند و ادعا کردند که هند حاوی گنجینهٔ معنویتی است که غرب باید همچنان در جستجوی آن باشد (۴).

معنویت سکولار می‌کوشد تا جنبه‌هایی از زندگی و تجربه انسانی را که با دیدگاه‌های ماتریالیستی و مکانیکی صرف به دست نیامده است، تشخیص دهد، بدون آنکه به معنویت اعتقاد داشته باشد. این رشته ممکن است انواعی از تمرین‌های معنوی مانند مدیتیشن یا تمرکز حواس را برای انسان مفید یا حتی لازم بداند، بدون آنکه اعتقادی به توضیحات یا توجیهات

1. Weber, M

فراطبیعی در انسان داشته باشد. در واقع، اصلاً ارتباطی بین معنویت و اعتقاد مذهبی در کار نیست و «معنویت» صرفاً به دیدگاه‌های غالباً شخصی و غیرنظام‌مند که ویژگی کثرت‌گرایانه دارند مربوط است. از این رو، در این بخش به تبیین سلامت معنوی غیرمرتبط با دین پرداخته می‌شود تا نقش مهم دین در معنویت، بیش از پیش روشن شود.

## روش مطالعه

این مطالعه، بر مبنای یک رویکرد نظری صورت گرفته است. داده‌ها با روش اسنادی گردآوری شده است. برای تدوین این بخش، همچنین، پایگاه‌های اطلاعاتی داخلی و خارجی به صورت هدفمند جستجو شده و متون به دست آمده مرور و تحلیل شد.

## یافته‌ها

واژه سکولاریسم برگرفته از واژهٔ لاتینsecularissecularis، مشتق از ، seculim، به معنای «دنیا»، یا « گیتی»، در برابر « مینو» است و مفهوم کلاسیک مسیحی آن نقطهٔ مقابل ابدیت و الوهیت است. سکولار یعنی آنچه به این جهان تعلق دارد و به همان اندازه از خداوند و الوهیت دور است و سکولاریسم به لحاظ تبار لغوی خود، همان مخالفت با تعالیم شرع و مطالب دینی، عرف‌گرایی و اعتقاد به اصالت دنیوی است. مثلا secular mysticism به معنای عرفان ناسوتی و secular laws به معنای قوانین عرفی است. از نظر اصطلاح این واژه در سیر تاریخی خود، معانی گوناگونی گرفته است. اولین بار در معاهده وستفالی (۱۶۸۴) به مفهوم خروج سرزمین‌هایی از تملک کلیسا به کار رفت. پس از آن به مرور، معانی دیگری همچون، ترخیص کشیشیان، تفکیک دین از سیاست ، تفوق بر کلیسا، تقلیب دین، و در نهایت طرد دین از ساحت اجتماعی انسان را به خود گرفت. شاید بتوان به عنوان یک تعریف نسبتاً جامع در معنای نهایی و مصطلح آن بگوییم: سکولاریسم گرایشی است که طرفدار و مروج حذف یا بی‌اعتنایی و به حاشیه راندن نقش دین در ساحت‌های مختلف، حیات انسانی- از قبیل سیاست، حکومت، علم، عقلانیت، اخلاق، و ... است. سکولاریسم در این معنای مشخص عمدتاً یکی از ویژگی‌های تمدن و فرهنگ دوره‌های جدید است؛ و یکی از مولفه‌های مدرنیته غربی محسوب می‌شود. قرار دادن یک معادل در برابر واژهٔ سکولاریسم کار آسانی نیست. با وجود این واژه‌هایی چون «دنیاگرایی»، «دنیازدگی»، «دنیوی‌گرایی»، «جداانگاری دین و دنیا»، «لادینی»، «دین‌گریزی»، و «عرفی‌گرایی»را برای این مفهوم گسترده به کار می‌برند. در زبان عربی واژه«عَلَمانیّه»، به معنای علم‌گرایی که در خود فحوایی مقابل دینی دارد و در بردارندهٔ عقلانیت ابزاری است و

نیز« علمانیه» مشتق از عالم ( دنیا) را در برابر این واژه به کار می‌برند. سکولاریسم یک گونه ایدئولوژی یا مرام و مکتب و طرز فکر است؛ که جنبه توصیه‌ای نیز دارد و مبتنی بر مبانی نظری و پیش‌فرض‌های خاصی است.

به تعبیر بسیاری از جامعه‌شناسان سکولاریسم، یک گرایش دین‌ستیزانه است که در مواردی که ممکن باشد، معتقد به حذف دین به طور کلی و استغنای آدمی از وحی و شریعت است. علاوه بر این، نگرش سکولاریستی و حذف نقش دین به تمامی حوزه‌های اجتماعی مربوط می‌شود که نه تنها به سیاست، بلکه حوزه‌های انسانی، اخلاق و هنر و علم و تعلیم و تربیت و اقتصاد نیز مربوط می‌شود (۵ و ۶).

یکی از پژوهشگران غربی درباره سکولاریسم می‌نویسد:

«اگر بخواهیم جداانگاری دین و دنیا را به اجمال تعریف کنیم، می‌توانیم بگوییم فرایندی است که طی آن وجدان دینی، فعالیت‌های دینی و نهادهای دینی، اعتبار و اهمیت اجتماعی خود را از دست می‌دهند. این بدان معناست که دین در عملکرد نظام اجتماعی به حاشیه رانده می‌شود و کارکردهای اساسی در عملکرد جامعه با خارج شدن از زیر نفوذ و نظارت عواملی که اختصاصاً به امر ماورای طبیعی عنایت دارند، عقلانی می‌گردد. جداانگاری دین و دنیا مفهومی غربی است» (۷).

این اندیشه در تمام زمینه‌های فردی، اجتماعی، سیاسی، فرهنگی و ...دارای باورهای خاص ضد دینی است. در جامعهٔ سکولار دین در امور دنیایی امری مؤثر نیست و نسبت به دنیا بی ربط تلقی می‌شود و محدودهٔ دین چنان کاهش یافته که دین صرفاً اعتقادی شخصی است. در اندیشه سکولار چون راه بر هر گونه امور ماورای طبیعت و وحی و خدا بسته شده، خدامحوری که اندیشهٔ حاکم بر جوامع اسلامی است، رخت بر بسته و انسان محور می‌گردد. حلال، حرام، مجاز و ممنوع جایگاهی نداشته و فقط امور قانونی و غیر قانونی مطرح است. این قوانین را نیز رأی اکثریت تعیین می‌کند و هیچ‌گونه ارزش ثابتی وجود ندارد.

واژه معنویت از کلمهٔ لاتین اسپریتوس[1] به معنای تنفس[2] است و به طور اولیه یک روند پویا، شخصی و تجربی[3] است. برخی معتقدند ابعاد معنویت شامل تلاش برای معنا و هدف[4]، تفوق و برتری (مثلاً احساس اینکه انسان بودن فراتر از وجود مادی ساده است)، اتصال[5] (مثلاً

1. Spiritus
2. Breathe
3. Experiential
4. Meaning and purpose
5. Connectedness

اتصال به دیگران، طبیعت یا الوهیت) و ارزش‌ها (مانند عشق، دلسوزی و عدالت) است. این در حالی است که معنا و هدف در زندگی، خودآگاهی، اتصال به خود، دیگران و یک واقعیت برتر از اجزای سلامت معنوی نیز شمرده شده‌اند. اگرچه برخی افراد که خود را معنوی می‌دانند، بر یک مذهب رسمی صحه نمی‌گذارند، مذهبی بودن و معنویت، مفاهیمی هستند که همپوشانی دارند. به صورت تجربی، ممکن است هر دو جستجوی معنا و هدف، تفوق، اتصال و ارزش‌ها را شامل شود.

برخی معتقدند معنویت فراتر از مذهب و شامل مفاهیم دیگری همچون سلامت معنوی[1] آرامش و راحتی ناشی از ایمان و تطابق معنوی تجربیات و تظاهرات روحی فرد در یک روند بی‌همتا و پویا که منعکس کننده ایمان به خدا یا یک قدرت بی‌نهایت است، اتصال (به یک فرد، دیگران، طبیعت یا خدا) و یکپارچگی همه ابعاد انسانی است. بحث‌های موجود در زمینهٔ معنویت، منجر به این شده است که معنویت امری ذهنی[2]، مبهم[3] و قطبی[4]شود. در یک انتهای طیف، به معنویت مترادف با مذهب نگریسته شده است در حالی که در انتهای دیگر طیف برای تمام افراد فاقد ایمان یا اعتقاد به خدا نیز به کار می‌رود. همان‌گونه که اشاره شد برخی معتقدند امروزه معنویت یک پدیدهٔ جهانی است که برای همه (معتقدان و نیز غیر معتقدان) به‌کار می‌رود. گفته می‌شود معنویت برای افراد مختلف، بسته به نگرش آن‌ها به جهان یا فلسفه زندگی آن‌ها معانی مختلفی دارد. درحالی که برخی دیگر قاطعانه اظهار می‌کنند که هنگامی که معنویت از همراهی با مذهب جدا شود، عاری از هرگونه معنا یا مفهوم واقعی می‌شود. طبق این دیدگاه، در حال حاضر اصطلاح معنویت از زمینهٔ تاریخی خود جدا شده است و به نظر می‌رسد نتیجهٔ آن پدیدار شدن شکلی از معنویت است که به صورت فردی تعیین می‌شود و منجر به کم‌رنگ شدن اصطلاح معنویت می‌شود و ممکن است سبب از دست رفتن هویت معنوی شود. در این‌حالت اشکال متعددی از معنویت که «فرد» تعیین می‌کند، ظاهر می‌شود. برخی دیدگاه‌ها بیانگر آن است که فعالیت‌هایی همچون مراقبه[5] وفعالیت‌های حمایتی و گروهی ممکن است اجزای مختلف سلامت معنوی همچون معنا و هدف در زندگی، خودآگاهی 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 می‌کنند، ذکر می‌شود: کار اجتماعی یا داوطلبانه، نیایش، خواندن

1.. Spiritual well-being
2.. Subjective
3.. Confused
4.. Polarized
5.. Meditation

آوازهای عبادی، خواندن کتاب‌های وحی، پیاده‌روی 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 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 و یا حساس راحتی، امید، معنا و آرامش درونی به ارمغان آورد و مطالب فوق نتیجه طبیعی این دیدگاه است. در این راستا بیان می‌شود که برخی از طریق موسیقی، هنر یا ارتباط با طبیعت و برخی از طریق مذهب به معنویت دست می‌یابند. برخی دیگر آن را در ارزش‌ها و اصول خود می‌یابند. طبق نظر راسل، معنویت و سلامت معنوی می‌توانند به طرق مختلف تظاهر کنند: تبادلات روزانه با دیگران، تعاملات معنوی مشخص به وسیلهٔ عشق، احترام، اعتماد، صداقت و درستکاری، یکپارچگی، فداکاری و دل سوزی، تجربیاتی در مورد طبیعت که احساس نزدیکی و اتحاد با دنیای طبیعی را ایجاد کند، ارتباط با ارواح جدا شده از جسم، ارتباط غیر شخصی با برخی نیروهای برتر یا قدرتی که جهان را هدایت می‌کند یا با یک خدای شخصی که فرد را می‌شناسد و از او مراقبت می‌کند. برخی معتقدند معنویت یک تجربه شخصی است که از فردی به فرد دیگر شکل آن متفاوت است. در این دیدگاه، زمینه‌های مشترک که در تمام تظاهرات معنوی گسترده‌اند عبارت‌اند از: احساسات دوست داشتن و دوست داشته شدن، کمک کردن به دیگران، لذت را تجربه کردن، یک هدف اساسی در زندگی داشتن، تجربهٔ کمال آرامش در زندگی. همان‌گونه که ملاحظه می‌شود آنچه از آن به عنوان سلامت معنوی در منابع مختلف، بحث می‌شود، مفاهیم مختلفی است که اجماع کلی بر آن وجود ندارد (۸).

به طور کلی، سه چشم‌انداز در معنویت و تعالی انسان‌ها وجود دارد که مدرنیسم، پست‌مدرنیسم و معنویت حنیف را شامل می‌شود (۹):

***۱. معنویت مدرنیسم:*** از آغاز عصر روشنگری، مدرنیست‌ها بر این بوده‌اند که همهٔ ادیان مختلف با یک فلسفهٔ سکولار و عقلانی به پایان خواهند رسید. در ساده‌ترین نوع نگاه مدرنیستی، جنبش روشنگری و عرفی‌سازی به‌تدریج از نخبگان تحصیل‌کرده 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 حاشیه‌ای تشکیل شده باشد. آن‌ها مردمی را که به لحاظ جغرافیایی، اقتصادی و قومی و قبیله‌ای به حاشیه رانده شده‌اند، اقلیت‌های مذهبی نامیدند. در حال حاضر، دیدگاه عمومی مدرنیسم، بازار آزاد و لیبرال دموکراسی را 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 اینکه همه چیز را باید از دریچهٔ دنیای مادی نگریست. این تفکر، یک جریان رو به پیش در تفکر غرب، در دوران مدرن بود. در فلسفهٔ سکولار نه تنها دربارهٔ 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 می‌شود.

***۲. معنویت پست‌مدرنیسم:*** دیدگاه پساروشنفکری و پست‌مدرنیستی، با دیدگاه روشنگری و مدرنیستی، به نوعی طرد و نفی دین‌های سنتی و پیشامدرن هم هست. اما دیدگاه پست‌مدرنیسم، همچنین ارزش‌های روشنگری و مدرنیستی نظیر عقل‌گرایی و تجربه‌گرایی را همراه با ساختارهای مدرنیستی و روشنگری نظیر سرمایه‌داری و دیوان‌سالاری و حتی لیبرالیسم را رد می‌کند. ارزش اصلی و اساسی پست‌مدرنیسم، فردگرایی پر شور و حرارت است. دیدگاه پست‌مدرنیستی می‌تواند شامل «تجربه‌های معنوی، مذهبی و فرا طبیعی» شود. البته فقط تجربه‌هایی که قید و بندهای دینی ندارند. جنبش عصر مدرن را می‌توان به مثابه احساس معنوی پست‌مدرنیستی ایده‌آل به حساب آورد. پست‌مدرنیست‌ها به انواع خاصی از دین‌های شرقی ساختگی و امریکایی شده، توجه دارند. به‌خصوص بودیسم و هندوئیسم، آن‌ها همچنین از نوع امریکایی پرستش طبیعت - که نوعی الحاد نوین است – الهام می‌گیرند. از این دیدگاه پیشامدرن، بسیاری از ایدئولوژی‌های بزرگ مدرن و سکولار، در دهه‌های (۱۹۷۰-۱۹۸۰) با شکست مواجه شده‌اند. این امر در مورد کمونیسم 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 پست‌مدرنیسم آشکار می‌شود که معنویت حنیف در صحنهٔ اجتماعی برنامه‌ریزی شده و در سطوح مختلف جامعه، روشنفکران، متخصصان و مدیران تأثیرگذار بر معنویت حنیف با توانایی و آگاهی به راهبری جامعه بپردازند. در زمان ما به نظر می‌رسد امپراتوری امریکا در حال گستراندن پروتستان تغییر شکل یافته در سراسر جهان مدرن است. اما پروتستان تغییر شکل یافته شروع به تضعیف امپراتوری امریکا کرده و آن را زیر سؤال برده است.

***۳. معنویت حنیف:*** از اصیل‌ترین نیازهای فطری که قرآن برای انسان در نظر می‌گیرد، گرایش انسان به خداست. اعتقاد به خدا در نهاد همهٔ افراد وجود دارد، فطرت عبارت است از «نحوهٔ وجود آدمی» که طبعاً معادل با وجود ملکوتی اوست: اما عقل بخشی از وجود یا قوه‌ای از قوای

نفس قلمداد می‌شود 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 برهان‌ورزی نیست. از این رو، اثبات فطرت حنیف فی‌نفسه محتاج اقامه برهان نیست. فطرت علاوه بر کارکرد معرفتی همچون عقل کارکرد احساسی، گرایشی و منشی دارد. آیات قرآن مبتنی بر فطرت حنیف بیانگر این است که دیانت و دین‌داری ما از حب و شوق به دین‌گرایی و دین‌پذیری سرچشمه می‌گیرد. 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 (۹).

در نگاه مادی و اومانیستی، انسان موجودی است تک‌ساحتی که از ماده تشکیل شده است و تمامی احساسات و عواطف و حتی مسائل روانی و معنوی در این دیدگاه نوعی ارتباط و علاقه با بعد مادی انسان پیدا می‌کند. به همین دلیل معتقدند، ریشه مسائل روانی در جسم و عصب انسان‌ها نهفته است و اگرسخنی هم از معنویت به میان می‌آید با معنویت در نگاه دینی، کاملاً متفاوت است. در این نگاه، معنویت تنها شامل هنجارها، عکس‌العمل‌ها و عناصری می‌شود که با استفاده از آن می‌توان روان بیمار را تحت تاثیر قرار داد تا بتواند در مقابل بیماری‌های جسمی مقاومت کند. حال آنکه عناصر آن می‌تواند حقیقی باشد یا غیر حقیقی، اصیل یا غیر اصیل، خرافی یا غیر خرافی (۱۰).

این تفکر غیر دینی حتی به حوزه‌های بسیار شهودی مثل اخلاق هم وارد می‌شود به شکلی که نظریه‌های جدید اخلاقی از جمله اخلاق وظیفه‌گرای کانتی در عالم اخلاق ظهور می‌کند. کانت در بیان حقیقت ذات انسان از تعابیر «وجدان»، «ذهن» و «روح» استفاده می‌کند. وجدان عبارت است از آگاهی که فی‌نفسه تکلیف است. پس وجدان مبدأ افعال اخلاقی است. جهت اخلاقی رفتار انسان قائم به وجدان او بدون تاثیرپذیری از هر مرجعیت خارجی از جمله مذهب است(۱۱).

کسانی که از معنویت خارج از دین سخن می‌گویند، غالباً خود را افراد معنوی غیر دینی می‌خوانند. طبق یک نظرسنجی حدود یک‌چهارم مردم امریکا خود را افرادی معنوی ولی غیر دینی می‌دانند. می‌توان چنین گفت که دین نوعی جستجوی بیرونی رسمی است درحالی که معنویت جستجوی درون است. برخی از کسانی که تمایل به شکاکیت در باب ادعاهای فراطبیعی و وجود واقعی روح دارند، معنویت را افکار، احساسات، کلمات و رفتارهای پیشرفته‌ای می‌دانند که به‌گونه‌ای با کل کائنات در ارتباط است. معنویت به این معنا با شکاکیت دربارهٔ عالم

ماورا سازگار است. می‌توان گفت معنویت به جای آنکه هدف باشد خود مسیر است؛ یعنی گرایش و شیوه‌ای که فرد برای زندگی بر می‌گزیند نه هدفی که باید به آن برسد (۱۲).

افرادی که از دیدگاه انسان‌گرایانه دربارهٔ معنویت اظهار نظر کرده‌اند، معمولاً موضعی مثبت، یا دست کم خنثی ایجاد کرده‌اند. برای مثال، کارل راجرز یکی از پایه‌گذاران درمان انسان‌گرایانه، پس از تربیت مذهبی در سال‌های اولیهٔ زندگی و ورود به مدرسه علوم دینی برای درآمدن به کسوت کشیشی، از مذهب رویگردان شد. با این حال، در بقیهٔ زندگی خود، بعد جدیدی از معنویت را در کارش وارد ساخت که به شرایط جامع و مؤثر مشاوره خود (توجه مثبت بدون شرط، خلوص و درک همدلانه)، ویژگی‌های دیگری را افزود که در خود و مشاوران باتجربه دیگر مشاهده کرده بود (۱۳).

با در نظر گرفتن اهمیتی که معنا در معنویت و نیز سلامت معنوی دارد، فرایند ورود معنی در ذهن کنشگر (عامل اجتماعی) درخورِ توجه است؛ در چهارچوب مفهومیِ کنش، نظام فرهنگی به نظام اجتماعی معنا می‌بخشد و هم زمان آن را مشروع می‌سازد. در واقع، نهادینه‌سازی فرایندِ ورود معانی (ارزش‌ها، باورها و نمادها) به درون نظام اجتماعی از طریق نظام فرهنگی صورت می‌گیرد و برون‌دادِ نظام فرهنگی معنا (ارزش‌ها، باورها و نمادها) ست (۱۴).

## بحث و نتیجه‌گیری

انسان موجودی است که رشد و تعالی وی حد و مرزی ندارد. شریعت سازگار با زمان، به مانند «تحول تقریبی تعالی انسان» مطرح می‌شود که قرآن و سیره نبوی بعد ثابت آن را تشکیل می‌دهد و بعد متغیر آن احکام عملی دین بر اساس شرایط زمانی و مکانی است. دوراندیشی رهبری اسلامی در طیف پویا «تعالی‌جویی 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. کوته سخن اینکه هنگامی که معنویت از مذهب جدا شود، عاری از هرگونه معنا یا مفهوم واقعی می‌شود.

بحران‌های زندگی و بیماری‌های مزمن و صعب‌العلاج می‌توانند آثار نامطلوب در سلامت جسمی و روحی داشته باشند. بر اساس الگوی برتر در مراقبت‌های پزشکی، توجه به کل بیمار و نه صرفاً بیماری و تأکید بر مراقبت کل‌نگر، ضروری است. به این ترتیب، کوشش‌هایی در

جبهه‌های مختلف برای جبران این نارسایی‌ها به عمل آمد که مبنای انگیزشی اکثر آن‌ها بیماران بودند؛ بیمارانی که ضرورت توجه به «کلی تشخص»یا «انسان به منزلهٔ یک مجموعه» را به پزشکی باز گرداندند. بدین ترتیب، علوم پزشکی یعنی قلمروی که همواره ذهن را از بدن متمایز می کرد 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 برنامه‌های آموزشی دانشکده‌های پزشکی و در سطح کار بردی بالینی و پژوهش،گواهی برابر این مدعاست. در حال حاضر، هفتاد و دو دانشکده پزشکی در امریکا، درس‌هایی را عرضه می‌کنند تا به دانشجویان بیاموزند که چگونه به ارزشیابی جنبه‌های معنوی بیماران بپردازند یا چگونه دل‌مشغولی‌های معنوی را در طرح‌های درمان‌گری بگنجانند.

با عنایت به آنچه بیان شد، سلامت معنوی در نگرش دینی با سلامت معنوی در نگرش غیر دینی متفاوت است. چون نگاه دینی مبتنی بر جهان‌بینی توحیدی است و در این دستگاه، نوع نگاه به سازه‌های سلامت معنوی متفاوت است. ولی در نگاه مادی و اومانیستی مبتنی بر جهان‌بینی غیر توحیدی و گاه غیر الهی است.

## منابع:


1. Weber, M. The Protestant Ethic and the Spirit of Capitalism, Scribner, New York, 1985.
2. Hout M, Fischer CS. Why more Americans have no religious preference: Politics and generations. American Sociological Review2002; Apr 1:165-90.
3. Fry LW. Toward a theory of spiritual leadership. The leadership quarterly. 2003 Dec 31; 14(6):693-727.

۴. رستگار عباس‌علی. *معنویت در سازمان با رویکرد روان‌شناختی*، قم: انتشارات دانشگاه ادیان و مذاهب، ، ۵۴ ، ۱۳۸۹.

۵. شهید مطهری، مجموعه *آثار*، (کتابخانه الکترونیک)، ج ۱، ص ۴۷۹ - ۴۹۱. http://lib.motahari.ir

۶. علی ربانی گلپایگانی، *ریشه‌ها و نشانه‌های سکولاریسم*، تهران: موسسه فرهنگی دانش و اندیشه معاصر، ۱۳۷۹.

۷. میرچا الیاده، *فرهنگ و دین*، ترجمه هیأت مترجمان، مقاله «جدا انگاری دین و دنیا» نویسنده «براین ر. ویلسون» ص ۱۲۹ و ۱۴۲.

۸. امیدواری، سپیده. «سلامت معنوی؛ مفاهیم و چالش‌ها»، *پژوهش‌های میان رشته‌ای قرآنی*، ۱۳۸۷: سال اول، شماره اول، ۵-۱۷.

۹. شجاعی، محمد صادق. (۱۳۸۹). «نیازهای اساسی و نقش آن در سلامت معنوی»، چکیده *مقالات همایش ملی سلامت معنوی و تعمیق تربیت اسلامی*، قم، ۱۳۸۹.

۱۰. ابوالقاسمی، محمدجواد. طرح تحقیقاتی «بررسی سلامت معنوی در آموزههای دینی و عرفان اسلامی». به سفارش فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران،۱۳۹۲.

11. Kirschenbaum HE, Henderson VL. Carl Rogers. Dialogues: Conversations with Martin Buber, Paul Tillich, BF Skinner, Gregory Bateson, Michael Polanyi, Rollo May, and others. Houghton, Mifflin and Company; 1989.
12. Debats DL. The life regard index: reliability and validity. Psychological Reports1990 Aug 1; 67(1):27-34.

۱۳. چلبی، مسعود . تحلیل اجتماعی در فضای کنش. تهران، نشر نی، ۱۳۸۵،صفحات ۴۷-۱۳.

14. Campbell JD, Yoon DP, Jphnstone B. Determining relationship between physical health and spiritual experience, religious practices, and congergationl support in a heterogeneous medical sample. J Relig Health 2010; 49: 3-17.

۱۵. ملاقات با مقام معظم رهبری قبل از برگزاری اولین همایش سلامت معنوی. فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران، آذر ۱۳۹۲.

# فصل پنجم

# رویکرد و روش‌های سنجش سلامت معنوی

## مقدمه

گسترش رویکرد کل‌نگر به مقولهٔ سلامت و مطرح شدن سلامت معنوی به عنوان یکی از ابعاد چندگانهٔ آن، تعاریف متعددی از این مفهوم را به دنبال داشته است. محققان، تعدد این تعاریف را به تفسیرپذیری دو مفهوم «سلامت» و «معنویت» و همچنین تغییر و تحولات موجود در تفاسیر ارائه شده، نسبت می‌دهند که به نوعی تعریفی واحد از آن را دشوار ساخته است (۱). در یکی از اولین تعاریف، سلامت معنوی در قالب ارتباط با خدا، خود، جامعه و محیط تعریف شده است. چهار حوزهٔ مطرح شده در این تعریف به اشکال مختلف در دیگر تعاریف از سلامت معنوی به چشم می‌خورد (۲). سلامت معنوی از دیدگاه یانگ[1] در قالب ارتباط جسم، ذهن و روح در پیش‌زمینه‌ای از آرامش درونی، ارتباطات مثبت و دوستانه با دیگران و همچنین ارتباط با طبیعت و خداوند به عنوان محوریت باورهای فرد تعریف شده است (۳). علاوه بر این، فیشر[2] با استناد به حوزه‌های چهارگانه ارائه شده در تعاریف پیش‌گفت، سلامت معنوی را بعدی اساسی از سلامت کلی و به‌زیستی فرد می‌داند که موجب یکپارچگی و هماهنگی سایر ابعاد سلامت از

---

1. Young
2. Fisher

جمله ابعاد جسمانی، روانی، اجتماعی و عاطفی وی می‌شود (۱). به باور لین[1] سلامت معنوی دو بعد عمودی و افقی دارد که بعد عمودی منعکس‌کنندهٔ ارتباط با خداوند و یا قدرت بی‌نهایت بوده و بعد افقی به اتصال درونی افراد با خود، دیگران و طبیعت اشاره دارد و در برگیرندهٔ توانمندی افراد در زمینهٔ یکپارچه‌سازی ابعاد مختلف وجودی خود و تصمیم‌گیری و انتخاب است (۴).

در حالی که برخی از تعاریف از سلامت معنوی، مرز مشخصی برای معنویت و مذهب قائل نشده‌اند برخی دیگر هر چند بر اشتراک عمیق بین این دو مفهوم اذعان دارند آن‌ها را یکسان تلقی نمی‌کنند (۵). آن دسته از تعاریفی که مبنای مذهبی دارند، عمدتاً دیدگاهی برگرفته از مذاهب غیر اسلامی داشته‌اند. از این رو، تلاش‌های اندکی در خصوص تعریف سلامت معنوی از دیدگاه دین مبین اسلام صورت پذیرفته است. شاید بتوان تعریف مصباح و همکاران را از معدود تعاریف سلامت معنوی از دیدگاه اسلام دانست که حاصل تلاش استادان و محققان فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران در جمع‌آوری آراء و اندیشه‌های دانشمندان علوم دینی، انسانی، پزشکی و بهداشت در سال‌های اخیر است. بر این اساس از دیدگاه اسلام، سلامت معنوی، وضعیتی دارای مراتب گوناگون است که در آن متناسب با ظرفیت‌ها و قابلیت‌های فرد، بینش‌ها، گرایش‌ها و توانایی‌های لازم برای تعالی روح که همان تقرب به خدای متعال است فراهم می‌شود، به گونه‌ای که همهٔ امکانات درونی به طور هماهنگ و متعادل در جهت هدف کلی مزبور به کار گرفته می‌شوند و رفتارهای اختیاری درونی و بیرونی متناسب با آن‌ها نسبت به خدا، فرد، جامعه و طبیعت ظهور می‌یابد (۶).

به تناسب وجود دیدگاه‌ها و تعاریف مختلف، روش‌های متعددی برای سنجش سلامت معنوی معرفی شده است که می‌توان آن‌ها را در قالب دو رویکرد کلی طبقه‌بندی کرد. یک رویکرد کیفی است که در آن دیدگاه‌ها، تجارب و ادراک افراد در خصوص سلامت معنوی و عوامل مرتبط با آن از طریق به کارگیری روش‌های مختلف جمع‌آوری داده، همچون مصاحبه‌های عمیق، مشاهده و بررسی خاطرات سنجیده می‌شود و دیگری رویکرد کمی است که داده‌های عددی و آزمون‌های آماری، همچنین مقیاس‌ها و پرسشنامه‌ها را شامل می‌شود. در بعد سنجش کمی، همان‌گونه که پیش از این اشاره شد، به دلیل تعدد تعاریف ارائه شده از سلامت معنوی، شاهد ابزارهای گوناگون هستیم که بر اساس دیدگاه غالب آن‌ها، ابعاد مختلفی را برای سلامت معنوی در نظر می‌گیرند. در این میان پرسشنامهٔ به‌زیستی معنوی[2] (پولتزین و

1. Lane
2. Spiritual Well-Being Scale- Paloutzian & Ellison

الیسون، ۱۹۸۲)- به عنوان یکی از شناخته شده‌ترین ابزارهای سنجش سلامت معنوی در دهه‌های گذشته- سلامت معنوی را در دو بعد سلامت وجودی[1] و سلامت مذهبی[2] می‌سنجد (۷). هارتز[3] معتقد است که اغلب تعاریف در حوزهٔ سلامت معنوی دربرگیرندهٔ همین دو بعد وجودی و مذهبی هستند. بعد وجودی به تجارب روان‌شناختی خاصی که در واقع ارتباطی با وجود مقدس یا واقعیت غایی ندارد اطلاق شده و بعد مذهبی به مفهوم فرد از وجود مقدس یا واقعیت غایی به سبک مذهبی اشاره دارد (۸). از سوی دیگر، برخی از ابزارهای سنجش سلامت معنوی برای عموم جامعه طراحی شده که غالباً وابستگی به مذهب، فرهنگ و یا زیر گروه‌های اجتماعی خاصی ندارد (۷). برخی دیگر برای گروه‌های مذهبی خاص (۹) و یا بیماران (۱۰) طراحی شده است. به دلیل تعدد پرسشنامه‌های طراحی شده در این حوزه، در سال‌های اخیر تلاش‌هایی برای شناسایی و طبقه‌بندی آن دسته از پرسشنامه‌هایی که حداقل معیارهای روایی و پایایی را دارند صورت گرفته است. بر این اساس، در مطالعهٔ مروری گیجزبرتز[4] و همکاران (۱۱)، ۳۶ ابزار تدوین شده در فاصلهٔ سال‌های ۱۹۸۰ ـ ۲۰۰۹ که عمدتاً برای سنجش سلامت معنوی بیماران در پایان زندگی استفاده شده‌اند، ارزیابی شدند. بعد از بررسی اولیه، ۹ ابزار حداقل معیارهای روایی و پایایی را داشتند که با هدف سنجش به‌زیستی معنوی، زمینه‌های شناختی- رفتاری معنویت و مقابله معنوی، تدوین و به کار گرفته شده بودند اما در بین آن‌ها هیچ یک از ابزارها رضایت بیمار از مراقبت معنوی را بررسی نمی‌کرد. همچنین، در مطالعه مروری دیگری با عنوان «سنجش معنویت در طب تسکینی و محتوای ابزارهای معتبر میان‌فرهنگی»، سلمان[5] و همکاران (۱۲) به شناسایی و طبقه‌بندی ابزارهای میان فرهنگی سنجش معنویت پرداخته‌اند که در فاصلهٔ سال‌های ۱۹۸۱ ـ ۲۰۱۰ در طب تسکینی استفاده شدند. در این مطالعه ابزارها در دو گروه ۳۸ و ۹ تایی تقسیم شده‌اند. دستهٔ اول شامل ابزارهایی است که در میان بیماران نیازمند مراقبت تسکینی از جمله مبتلایان به سرطان پیشرفته و ایدز به کار برده شده و دستهٔ دوم ابزارهایی را در بر می‌گیرد که سنجش معنویت را در قومیت‌های مختلف بررسی کرده‌اند. علاوه بر این، مونود[6] و همکاران (۱۳)، پس از انجام مطالعهٔ مروری روی ابزارهای سنجش سلامت معنوی که در فاصلهٔ سال‌های ۱۹۸۳-۲۰۱۰ در تحقیقات بالینی

1. Existential well-being
2. Religious well-being
3. Hartz
4. Gijsberts MJ, et al
5. Selman L, et al
6. Monod

استفاده شده‌اند، ۳۵ ابزار را که از حداقل معیارهای لازم را داشتند، طی دو مرحلهٔ مفهومی و کاربردی طبقه‌بندی نمودند. در مرحلهٔ نخست، ابزارها بر اساس مفهوم محوری که هدف اصلی تدوین آن‌ها بود در قالب یکی از چهار دستهٔ معنویت عام، به‌زیستی معنوی، نیازهای معنوی و مقابلهٔ معنوی قرار داده شدند و سپس در مرحلهٔ دوم به منظور طبقه‌بندی کاربردی، حیطه‌های شناختی، عاطفی و عملکردی هر پرسشنامه بر اساس ماهیت گویه‌های آن شناسایی شد. با استناد به طبقه‌بندی اخیر، غالب ابزارها دو بعد شناختی و عاطفی را در برگرفته و کمتر از نیمی از آن‌ها هر سه بعد را سنجش کردند. در ادامهٔ این مبحث، ضمن بیان مختصری از روش‌های کیفی سنجش سلامت معنوی، به معرفی تعدادی از پرسشنامه‌های این حوزه که بیشترین کاربرد را در تحقیقات و ادبیات علمی چند دههٔ گذشته داشته‌اند می‌پردازیم. همچنین، شرح مختصری در خصوص مراحل تدوین و روانسنجی «پرسشنامهٔ جامع سنجش سلامت معنوی در جامعهٔ ایرانی» به عنوان یکی از اولین ابزارهای سنجش سلامت معنوی از دیدگاه اسلام، مطابق با شرایط فرهنگی و مذهبی جامعهٔ ایران عرضه می‌شود.

## روش گردآوری مطالب

به منظور تدوین این بخش از روش کتابخانه‌ای استفاده شد. در این راستا پس از تعیین موضوع به مطالعه منابع و کتب مرتبط پرداخته شد. با توجه به جدید بودن حوزهٔ مورد نظر، منابع موجود در این زمینه – به‌ویژه منابع داخلی- محدود و جدید بودند. سپس با جستجو در سایت‌های علمی خارجی (MEDLINE، Pubmed ، INFO Psycho ، EBSCO ، Google scholar) و داخلی (SID ، Magiran ، Irandoc) مقالات معتبر انتخاب و مطالعه شد. مطالعاتی که از ابزار سنجش سلامت معنوی استفاده نکرده بودند، کنار گذاشته شد و از بین ابزارهای موجود، معتبرترین آن‌ها دسته‌بندی و یادداشت شد و نتایج مربوط به این مطالعات در قسمت یافته‌ها ارائه شده است.

## یافته‌ها

### الف) روش‌های کیفی سنجش سلامت معنوی

اگرچه در مطالعات انجام شده، رویکرد قالب سنجش سلامت معنوی، کمی بوده است، با این حال به این روش نقدهایی نیز وارد است، از جمله اینکه نتایج مطالعات مذکور متأثر از ارزش‌ها و دیدگاه‌های محققان است. به عبارت دیگر، روش‌های کمی پیش‌فرضی از واقعیت داشته و امکان گفتگو و به اشتراک گذاشتن تجربیات شخصی را از پاسخ‌دهنده سلب می‌کنند، از این رو،

پاسخ‌دهندگان خود را محدود به چارچوب از پیش تعیین شدهٔ پرسش‌های مطرح شده در پرسشنامه‌ها کرده و ممکن است از بخش مهمی از اطلاعات غفلت شود. این در حالی است که برخی از دانشمندان معتقدند کمی‌سازی معنویت به عنوان یک مفهوم ذهنی امر ساده‌ای نیست و پاسخ گویی برای بسیاری از افراد بی‌سواد و یا حتی کم سواد بسیار مشکل است و امکان اشتباه در ارزیابی را فراهم می‌سازد. از شناخته شده‌ترین روش‌های کیفی سنجش سلامت معنوی، تاریخچهٔ مذهبی و معنوی، شجره‌نامهٔ معنوی و نقشهٔ علمی است که شرح مختصری از هرکدام در زیر آمده است:

***تاریخچهٔ مذهبی/ معنوی.*** یکی از مهم‌ترین روش‌های سنجش کیفی اخذ تاریخچهٔ مذهبی و معنوی است. این فرایند مشابه اخذ تاریخچهٔ خانوادگی است. در این روش به طور کلی عقیدهٔ مذهبی والدین، رفتارها و باورهای معنوی فرد و میزان یکپارچگی با جامعهٔ مذهبی بزرگ‌تر، بررسی می‌شود. تاریخچهٔ معنوی معمولاً در بستر گفتگویی همدلانه، از تعدادی پرسش برای بررسی زمینهٔ معنوی و مذهبی استفاده می‌کند (۱۴).

شجره نامهٔ معنوی: ترسیم شجره‌نامه به همراه اخذ تاریخچهٔ مذهبی / معنوی، روشی برای سازمان دادن به داده‌هاست که در واقع نشان دهندهٔ تعاملات معنوی پیچیدهٔ بین‌نسلی است (۱۴ و ۱۵).

نقشهٔ معنوی: نقشه‌های معنوی تصویری از سیر معنوی فرد ارائه می‌دهند و بیانگر آن هستند که از کجا آمده‌ایم، کجا هستیم و به کجا می‌رویم. از جمله مزایای این نقشه‌ها این است که با قرار گرفتن فرد در محور سنجش، وی درگیر فرایند درمان می‌شود. بنابراین، پیام آشکار این روش این است که فرد در فرایند درمان، فعال، خودهدایت‌گر و کاملاً درگیر است. همچنین، ممکن است با استفاده از نقشهٔ معنوی که تصویری و غیرکلامی است، اضطراب و مقاومت فرد بهبود یابد (۱۵).

**ب) روش‌های کمی سنجش سلامت معنوی (ابزارهای سنجش سلامت معنوی)**

همان‌گونه که پیش از این اشاره شد طی سال‌های اخیر ابزارهای متعددی در خصوص سنجش سلامت معنوی تدوین و به کار گرفته شده است. در این بخش، تعدادی از شناخته شده‌ترین ابزارهای سنجش سلامت معنوی در قالب ۵ گروه سنجش سلامت و به‌زیستی معنوی، سنجش معنویت، شرح حال معنوی، سنجش دینداری و پرسشنامه‌های دنیای اسلام (تدوین شده در ایران و دیگر جوامع مسلمان) معرفی خواهند شد.

**سنجش سلامت و به‌زیستی معنوی**

***مقیاس به‌زیستی معنوی[1] (۱۹۸۲):*** این مقیاس را پولتزین و الیسون[2] (۷) طراحی کردند که دارای دو زیر مقیاس به‌زیستی مذهبی و وجودی است. در مجموع دارای ۲۰ پرسش است که نمره‌گذاری آن بر طبق مقیاس ۶ وجهی لیکرت از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم صورت می‌گیرد. امتیاز به‌زیستی معنوی از مجموع دو زیر مقیاس پیش‌گفت حاصل می‌شود. روایی و پایایی نسخه ایرانی این پرسشنامه را جعفری و همکاران بررسی و گزارش کرده‌اند (۱۶) و از آن در مطالعات متعدد دیگری استفاده شده است.

***مقیاس سنجش معنویت، مذهب و باورهای شخصی سازمان جهانی بهداشت (۲۰۰۲)***[3]. این ابزار ۱۰۵ پرسش دارد که با همکاری ۱۸ مرکز در سراسر جهان تدوین شده و است. نسخه نهایی پرسشنامه با ۳۲ پرسش در قالب طیف پنج گزینه‌ای لیکرت به سنجش معنویت، مذهب و باورها می‌پردازد. این ابزار بخشی از پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت[4] است (۱۷).

***پرسشنامهٔ سلامت معنوی و جهت زندگی (۱۹۹۹)***[5]. این مقیاس ۲۰ سؤالی را که به اختصار شالوم[6] نامیده می‌شود، فیشر[7] به منظور ارزیابی معنویت و به‌زیستی در زندگی ساخته است که که چهار حیطهٔ شخصی، همگانی، محیطی و متعالی را ارزیابی می‌کند (۱۸, ۱۹). شالوم دو بخش زیر را بررسی می‌کند: بخش اول شامل تجارب زندگی فرد و واکنشی است که در آن لحظه از زندگی انجام می‌دهد و بخش دوم شامل ایدئال‌های فرد برای سلامت معنوی است که در برگیرندهٔ چهار شکل ارتباط با خود، دیگران، محیط و خداست.

***مقیاس ارزیابی عملکردی بیماری‌های مزمن و به‌زیستی معنوی (۱۹۹۹)***[8]. این مقیاس ۱۲ سوالی برای اندازه‌گیری جنبه‌های مهم معنویت مانند معنا در زندگی، هماهنگی، آرامش، حس قدرت و آسایش ناشی از ایمان فرد، طراحی شده (۲۰) و در مطالعات متعدد (خارجی- ایرانی) از آن استفاده شده است (۲۱-۲۶).

---

1. Spiritual Well-Being Scale
2. Paloutzian & Ellison
3. WHOQL SRPB Group
4. WHOQOL-100
5. Spiritual Health And Life-Orientation Measure (SHALOM)
6. SHALOM
7. Fisher
8. The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy–Spiritual Well-Being

***شاخص معنوی به‌زیستی (۲۰۰۴)***[1]. مقیاسی است کـه دالمـان و فـری[2] (۲۷) طراحـی کردنـد و شامل ۱۲ پرسش است که ۶ پرسش خودکارآمدی[3] و ۶ پرسـش طرحـوارهٔ زنـدگی[4] فـرد را در طیـف پـنج گزینـه‌ای لیکـرت مـی‌سـنجد. آلفـای کرونبـاخ بـرای کـل مقیـاس ۰/۹۱ و بـرای خرده‌مقیاس‌های خودکارآمدی و طرحوارهٔ زندگی به ترتیب ۰/۸۶ و ۰/۸۹ به دست آمد (۲۷).

## سنجش معنویت

***سنجش تجلی معنویت (۲۰۰۰)***[5]. این مقیاس را مک‌دونالد[6] به منظـور ارزیـابی "معنویـت ابـراز شده" تدوین کرده است. مقیاس مذکور شامل ۹۸ پرسش اسـت کـه پـنج عامـل جهـت‌گیـری شناختی در معنویت، بعـد تجربـی/ پدیدارشناسـی[7]، سـلامت وجـودی، باورهـای فراطبیعـی[8] و مذهبی بودن را می‌سنجد. آلفای کرونباخ این ابزار بین ۰/۸۵ تا ۰/۹۷ به دست آمده است (۲۸).

***مقیاس باورها و مشارکت معنوی (۱۹۹۸)***[9]. مقیاسی ۲۶ پرسشی است که هـیچ[10] در طیـف ۵ امتیازی لیکرت (از ۱=کاملاً مخالف تا ۵=کاملاً موافق) تدوین کـرده اسـت. نسـخهٔ تجدیـد نظـر شده این پرسشنامه ۲۲ دارد که به صورت مقیاس ۷ امتیازی است (۲۹).

***مقیاس مفاهیم معنوی (۲۰۰۶)***[11]. این مقیاس ۱۵ پرسش با دامنه‌ای از ۱ (کـاملاً مخـالف) تـا ۵ (کاملاً موافق) دارد که ماسکارو و روزن[12] تدوین کـرده‌انـد و روی ۱۴۳ دانشـجو ارزیـابی شـده است. شاخص آلفای کرونباخ برابر ۰/۹۱ بوده است (۳۰). در ایران نیز در مطالعه صورت گرفتـه روی ۳۲۰ دانشجوی تهرانی آلفای کرونباخ نسخه ترجمه شده آن را برابر ۰/۸۷ نشان داد (۲۹).

## شرح حال معنوی

پرسشنامه‌های این حیطه، مجموعـه‌ای از سـؤالات بـاز اسـت کـه موجـب شناسـایی بخشـی از

1. The Spirituality Index of Well-Being
2. Daaleman & Frey
3. Self-efficacy
4. Life scheme
5. Expression of Spirituality Inventory
6. Mc Donald
7. Phenomenological
8. Paranormal
9. Spiritual Involvement and Beliefs Scale-Revised
10. Hatch
11. Spiritual Meaning Scale
12. Mascaro & Rosen

اعتقادات و تجارب معنوی بیماران می‌شود که می‌تواند بر فرایند مراقبت و درمان آنان مؤثر واقع شود. پرسشنامه‌های این حوزه برخی برای گروه‌های خاص و برخی دیگر برای عموم بیماران طراحی شده است که معروف‌ترین آن‌ها عبارت است از چهار ابزار SPIRIT ، FICA،BEILIF و HOPE است.

SPIRIT[1]. این ابزار (موگانز[2]، ۱۹۹۶) ، برای کمک به مراقبان بهداشتی برای دریافت سابقه سابقه معنوی بیمار است و می‌تواند چارچوبی را برای ترویج بحث‌های عمومی و خاص در مورد معنویت ارائه دهد که سازگار با علاقه و تمایل بیمار باشد.

FICA[3]. فیکا (پوچالسکی و رومر[4] و ، ۲۰۰۰) ابزاری است که در مورد نقش دین و معنویت معنویت و معنویت در سلامت و بهبودی بیماران بحث می‌کند و به مراقبان بهداشتی در گرفتن شرح حال معنوی بیمار و فراهم نمودن شرایط مثبتی که باورهای معنوی و دینی بتوانند بر رفاه جسمی بیمار اثر بگذارد، کمک می‌کند.

BEILIF[5]. بیلیف (دوبی[6] و همکاران، ۲۰۰۰) یک ابزار آموزش بالینی برای استخراج باورهای معنوی بیماران است که مراقبان بهداشتی می‌توانند از این ابزار برای افزایش و تقویت درک خود از چگونگی تأثیر باورهای معنوی بر مراقبت بیماران بهره‌مند شوند.

HOPE[7] . هوپ (آناندراجاه و هایت[8] ،۲۰۰۱) ابزاری با قابلیت انعطاف و انطباق برای کمک کمک به مراقبان بهداشتی در ارزیابی معنوی و وارد شدن به مباحث مربوط به دین و معنویت با بیمارانشان است. این ابزار می‌تواند به شاغلان حرفه‌های بهداشتی کمک کند تا به وجود و تأثیر معنویت در خود و کارشان آگاه شده و از آن بهره ببرند (۳۱).

---

1. Spiritual belief system; Personal spirituality; Integration with a spiritual community; Ritualized practices and restrictions; Implications for medical care; Terminal events planning.
2. Maugans
3. Faith or beliefs; Importance and Influence; Community; Address.
4. Puchalsk & Romer
5. Beliefs; Explanation; Learn; Impact; Empathy; Feelings
6. Dobbie
7. H:Sources of hope, meaning, comfort, strength, peace, love, and connection; O: Role of organizational religion; P: Personal spirituality/practices; E: Effects on medical care/end-of-life issues
8. Anandarajah &Hight

## سنجش دینداری

***پرسشنامهٔ فعالیت‌های عبادی (۱۹۹۱)*** [1]. این پرسشنامه را پولوما و پندلتون[2] برای اندازه‌گیری تواتر دعا کردن و تجربهٔ قبلی دعا تهیه کرده‌اند و مراویگلیا[3] (۲۰۰۲) پس از بازنگری پرسشنامه پرسشنامه از آن در بیماران مبتلا به سرطان استفاده کرد. این ابزار ۳۲ پرسش دارد که ۱۷ پرسش در مورد تواتر دعا کردن با مقیاس لیکرت هفت گزینه‌ای و ۹ پرسش در رابطه با تجربهٔ قبلی دعا کردن از زمان تشخیص است. این پرسشنامه را در کشور ما سید فاطمی و همکاران روی ۳۶۰ بیمار سرطانی تحت شیمی درمانی اعمال کردند (۳۲).

***الگوی دینداری گلاک و استارک (۱۹۶۸)*** [4]. به نظر گلاک و استارک، همهٔ ادیان جهانی به رغم تفاوت بسیار در جزئیات، دارای حوزه‌های کلی دینداری‌اند، حوزه‌هایی که می‌توان آن‌ها را به مثابهٔ ابعاد اصلی دینداری در نظر گرفت. گلاک برای دین‌گرایی پنج بعد مختلف را مشخص کرد که عبارت‌اند از بعد تجربی، آیین‌گرایانه، ایدئولوژیک، عقلانی و تبعی یا پیامدی (۳۵). این پرسشنامه در کشور ما نیز در پژوهش‌های بسیاری استفاده شده است (۳۴-۳۶).

## پرسشنامه‌های دنیای اسلام

***مقیاس چندبعدی سلامت معنوی*** [5] ***(۲۰۱۴)***. این مقیاس را به منظور سنجش چندبعدی سلامت معنوی با رویکرد اسلامی، در پاکستان دستی و سیتوات[6] ساختند که به طیف پنج گزینه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شود. این پرسشنامه شامل ۱۵۷ پرسش است که ۶ حوزهٔ معنویت را می‌سنجد: ۱) جستجو برای الوهیت، معنا و هدف زندگی[7]، ۲) شیوه‌های اخلاقی[8]، ۳) خودتنظیمی[9]، ۴) مسئولیت و تعهدات[10]، ۵) احساس حضور/ حس ارتباط با خدا[11] و ۶) آداب اسلامی[12]. نمرهٔ بالاتر نشان‌دهندهٔ وضعیت بهتر سلامت معنوی است. این مقیاس از ویژگی‌های

1. prayer activity questionnaire
2. Poloma & Pendleton,
3. Meraviglia
4. Glock & Stark
5. Multidimensional Measure of Islamic Spirituality
6. Dasti & Sitwat
7. Search For Divinity & Meaning & Purpose In Life
8. Moral Practices
9. Self-Discipline
10. Responsibilities and Obligations
11. Feeling of Presence/Sense of Connectedness with The Almighty Allah
12. Islamic Practices

روانسنجی مناسبی برخوردار است (۹).

***مقیاس نگرش مذهبی مسلمانان[1] (۱۹۹۷).*** این مقیاس به منظور سنجش نگرش دینداری مسلمانان در ۱۴ پرسش، تحت نظارت دانشگاه جامعه مسلمانان Essex تهیه شد. هر یک از پرسش‌های در مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت از کاملاً مخالف (۱) تا کاملاً موافق (۵) نمره‌گذاری می‌شود. دامنهٔ نمرات از ۱۴ تا ۷۰ است و بالاترین نمره نشان‌دهندهٔ نگرش مذهبی مثبت‌تری است. آلفای کرونباخ مقیاس برای ۵۰ نفر از مسلمانان ۰/۹۳ به دست آمد (۳۷).

***مقیاس اسلامی مذهبی بودن[2] (۲۰۰۷).*** این پرسشنامه را جانا ماسری[3] با هدف اصلاح نقایص موجود در پرسشنامه‌های پیشین سنجش مذهبی بودن از دیدگاه اسلام و قرآن تدوین کرد (۳۸). بر همین مبنا پرسشنامه مشتمل بر ۱۹ پرسش در زمینهٔ عقاید اسلامی و ۱۹ پرسش در زمینهٔ اعمال و آداب اسلامی است. با وجود تصریح این مطلب که پرسش‌ها بر اساس مفاهیم قرآن تدوین شده است در بخش روش‌شناختی مقاله در مورد چگونگی تنظیم پرسش‌ها هیچ توضیحی داده نشده است. در نهایت، اعتبار محتوای پرسشنامه را چند عالم دینی بررسی و ارزیابی کرده‌اند و اصلاحات لازم انجام شده است. در مرحلهٔ تجزیه و تحلیل در نهایت ۱۱ پرسش از زیرمقیاس عقاید اسلامی و ۸ پرسش از زیرمقیاس اعمال و آداب اسلامی حذف شد و پرسشنامه با ۱۹ پرسش باقی مانده در دو زیرمقیاس با پایایی مورد قبول ارائه شد (۳۹).

***مقیاس جهت‌گیری مذهبی مسلمانان- مسیحیان[4] (۲۰۰۲).*** این مقیاس را قربانی و همکاران (۴۰) بر اساس مقیاس جهت‌گیری مذهبی آلپورت و راس[5] (۱۹۶۷) برای ارزیابی جهت‌گیری مذهبی در دو دین اسلام و مسیحیت تدوین کردند که در میان دانش‌آموزان مسلمان ایرانی و مسیحی امریکایی سنجیده شد.

***مقیاس دینداری تجربی مسلمانان[6] (۲۰۱۴).*** این مقیاس دربرگیرندهٔ ۱۵ پرسش در مورد دینداری تجربی مسلمانان است که همهٔ پرسش‌ها با استناد به مضامین قرآن کریم و بر اساس تسلیم، قرب الی الله و عشق تدوین شده است (۴۱).

***مقیاس مراقبت معنوی[7] (۲۰۱۲).*** این پرسشنامه را ایران‌منش و همکاران تدوین کردند و در بین

1. The Moslem Attitude towards Religiosity Scale (MARS)
2. Religiosity of Islam Scale(ROIS)
3. Jana-Masri
4. Muslim-Christian Religious Orientation Scales
5. Allport and Ross
6. The Muslim Experiential Religiousness Scale
7. Spiritual Care Questionnaire

بین دانشجویان پرستاری، پایایی و اعتبار محتوای آن ارزیابی شد. بعد از اعتباریابی ۳۳ پرسش از ۵۰ پرسش باقی‌مانده در چهار مولفهٔ ۱) ملاقات با بیمار به عنوان فردی معناگرا و امیدوار، ۲) ملاقات با بیمار به عنوان فردی دارای ارتباط، ۳) ملاقات با بیمار به عنوان فردی مذهبی، ۴) ملاقات با بیمار به عنوان فردی دارای استقلال نهایی شد (۴۲).

***پرسشنامه به‌زیستی معنوی ( ۱۳۸۸)***. این پرسشنامه را دهشیری و همکاران بر اساس الگوی پیشنهادی انجمن ملی بین مذاهب و بر اساس نمونه‌ای از دانشجویان دانشگاه‌های تهران ساختند که شامل چهل سوال پنج گزینه‌ای از " کاملاً موافقم" تا " کاملاً مخالفم" است. این پرسشنامه دارای چهار خرده مقیاس به ترتیب زیر است: ۱) ارتباط با خدا، ۲) ارتباط با خود، ۳) ارتباط با طبیعت، ۴) ارتباط با دیگران. ضریب آلفای کرونباخ کل برابر ۰/۹۴ و ضرایب آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌ها بین ۰/۸۰ تا ۰/۹۳ محاسبه شده است (۴۳).

***مقیاس سرمایه معنوی و به‌زیستی معنوی سالمندان (۱۳۹۴)***. این مقیاس با هدف سنجش سرمایهٔ معنوی و همچنین به‌زیستی معنوی سالمندان تدوین شده است. بر این اساس پس از بررسی منابع موجود ۳۴ گویهٔ اولیه تدوین شد که پس از انجام تحلیل عاملی اکتشافی مشخص شد که بیست و یک پرسش به عنوان پرسش‌های اصلی این مقیاس برگزیده شدند (۴۴).

***مقیاس سلامت معنوی (۱۳۹۰)***. این مقیاس با بهره‌گیری از ابزارهای تدوین شده در حوزهٔ سلامت و به‌زیستی معنوی و با هدف سنجش تأثیر مشارکت در گروه‌های حمایت‌گر بر سلامت معنوی سالمندان مبتلا به آلزایمر و همچنین فشار مراقبتی مراقبین آن‌ها تدوین شده است. اعتبار صوری و محتوای ابزار را ۱۰ نفر از استادان و صاحب‌نظران حوزهٔ سالمندشناسی، روانشناسی و پرستاری تایید کردند که در مطالعه مقدماتی از پایایی قابل قبولی برخوردار بوده است (۴۵).

***مقیاس سازگاری مذهبی[1] (۲۰۱۱)***. افلاک سیر و کلمان، مقیاس سازگاری معنوی را برای ایرانیان طراحی کردند که دارای پنج عامل عملکرد مذهبی، بازارزیابی خیرخواهانه، احساسات منفی نسبت به خدا و مقابلهٔ مذهبی فعال و غیر فعال است. در این پرسشنامه ۱۸۵ دانشجوی ایرانی ارزیابی و روایی و پایایی آن تأیید شد (۴۶).

***مقیاس دانشجویی دینداری (۱۳۸۵)***. این ابزار یک مقیاس ۱۱۳ سؤالی است که خدایاری فرد و همکاران با در نظر گرفتن ابعاد اساسیِ شناختی، عاطفی و رفتاری و هماهنگ با سه عنصر اساسیِ عقاید، اخلاقیات و احکام مذهبی تدوین کردند. پرسشنامه مبتنی بر چهار

1. Religious Coping Scale

حوزهٔ رابطهٔ انسان با خدا، خود، دیگران و جهان هستی است که در دو گونهٔ موازی الف و ب تدوین شده است. این ابزار شامل چهار خردهمقیاس شناخت دینی، باور دینی، علایق و عواطف دینی و التزام به وظایف دینی است. سنجش روایی این مقیاس بر مبنای ساختار نظری دینداری و با مراجعه به آیات، احادیث و کتب معتبر و نیز تأیید جمعی از متخصصان صاحبنظر در حوزههای روانشناسی، روانسنجی و علوم دینی صورت گرفت و تایید شد. برای اندازهگیری پایایی مقیاس از روش بازآزمایی (با فاصلهٔ ۶ هفته بین دو بار اجرا) استفاده شده است که نتایج آن ضریب همبستگی مثبت و معناداری را در بین امتیازات مؤلفهها و همچنین نمرهٔ کل پرسشنامه در دو مرحلهٔ اندازهگیری نشان داد. همچنین، ضرایب آلفا برای شناخت دینی ۰/۸۳، گرایش و عواطف دینی ۰/۷۶، باور دینی ۰/۹۰، التزام به وظایف دینی ۰/۹۲، و دینداری کل ۰/۹۵ بود که نشاندهنده هماهنگی درونی بالای این مقیاس است (۴۷).

***الگوی سنجش دینداری و ساخت مقیاس آن در سطح ملی (۱۳۸۹).*** منبع اصلی ساخت پرسشنامهٔ سنجش دینداری، پرسشنامههای فرم الف و ب مطالعهٔ خدایاری فرد و همکاران (۱۳۸۵) بود. با استفاده از ۹۳ پرسش مناسب پرسشنامههای خدایاری فرد و همکاران (۱۳۸۵) و تدوین ۶۱ پرسش دیگر، در نهایت پرسشنامهای با ۱۵۴ پرسش نهایی شد. اجرای نهایی برای سنجش دینداری در سطح اقشار مختلف در گروه نمونه ۱۵۳۸۶ نفری در دوازده استان کشور انجام شد. ساختار و محتوای مقیاس سنجش دینداری، مبتنی بر آیات قرآن و احادیث معتبر با الگوی نظری سنجش دینداری چندمؤلفهای است که بر اساس آن منبع پرسشها تهیه شد. یافتههای این مرحله ضمن تأیید خصوصیات روانسنجی مقیاس، دارای اعتبار مناسب با روش بازآزمایی بود که پرسشنامهای با ۹۷ پرسش را برای اجرای گروهی در بین اقشار مختلف و در سطح ملی ارائه کرد (۴۸).

***پرسشنامهٔ جامع سنجش سلامت معنوی در جامعهٔ ایرانی.*** این ابزار را امیری و همکاران (۴۹) با مشارکت و نظارت گروه سلامت معنوی فرهنگستان علوم پزشکی طراحی و تدوین کردند. چارچوب نظری این ابزار بر پایهٔ تعریف سلامت معنوی از دیدگاه اسلام است (۶). در یک مطالعهٔ روشمند و مقطعی، ۶۹ گویهٔ اولیه، در چهار حیطهٔ ارتباط با خدا، ارتباط با خود و ارتباط با دیگران و محیط با استناد به منابع و متون معتبر اسلامی و تأیید شده توسط جمعی از صاحب نظران علوم دینی، انسانی، پزشکی و بهداشت تدوین شد. به منظور سنجش اعتبار از روشهای آزمون- بازآزمون و سنجش هماهنگی درونی استفاده شد. روایی صوری، محتوا و سازهٔ پرسشنامه ارزیابی شد. در مجموع ۴۸ گویه را متخصصان و همچنین جامعهٔ مخاطب، ضروری، مرتبط و قابل فهم تشخیص دادند. نمرهگذاری ابزار به صورت طیف لیکرتی پنج

قسمتی از نمرهٔ ۱ (کاملاً مخالف) تا ۵ (کاملاً موافق) است که پس از آن نمره‌ها در قالب ۰ تا ۱۰۰ (۱۰۰=۱، ۷۵=۲، ۵۰=۳، ۲۵=۴، ۰=۵) تغییر داده می‌شود، به صورتی که نمرهٔ بالاتر نشان‌دهندهٔ برخورداری از سلامت معنوی بهتر است. روایی محتوا را متخصصان تأیید کردند. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی روی ۵۰۶ نفر از ساکنان شهر تهران، وجود الگوی ۶ عاملی را در ساختار گویه‌های تدوین شده نشان داد و الگوی بهینه در قالب دو مولفهٔ ۱) شناختی- عاطفی، و ۲) رفتاری تبیین شد. برازش الگوی استخراج شده توسط تحلیل عاملی تأییدی در سطح مطلوب تأیید شد. هماهنگی درونی سازه‌ها و تمامی زیرسازه‌های پرسشنامه مطلوب بود (آلفای کرونباخ بیش از ۰/۷). نتایج به دست آمده از آزمون- بازآزمون در تمامی سازه‌ها و زیرسازه‌ها اعتبار پرسشنامه را تأیید کرد. نتایج به دست آمده از مطالعهٔ اولیه، نشان‌دهندهٔ روایی و اعتبار مطلوب پرسشنامهٔ جامع سنجش سلامت معنوی در جامعهٔ شهری ایرانی است.

## نتیجه‌گیری

به‌رغم پژوهش‌های بسیاری که در زمینهٔ سلامت معنوی در طی دهه‌های گذشته انجام شده، نبود یک تعریف جامع و پذیرفته شده از آن کماکان مشاهده می‌شود (۵۰). همان‌گونه که در این بخش به اختصار اشاره شد، به تناسب وجود دیدگاه‌های مختلف در رابطه با مفهوم معنویت و سلامت معنوی، ابزارهای گوناگونی برای سنجش این بعد از سلامت طراحی و معرفی شده است که گاه پژوهشگران این حوزه را دچار سردرگمی و تردید در تشخیص و انتخاب رویکرد و روش مناسب برای سنجش سلامت معنوی می‌سازد. از جمله مهم‌ترین چالش‌های سنجش سلامت معنوی می‌توان به موارد ذیل اشاره کرد:

۱. ***فقدان چارچوب نظری و یا عدم شفافیت آن.*** بر اساس مطالعات مروری انجام شده، بسیاری از ابزارهای موجود در حوزهٔ سنجش سلامت معنوی تعریف و چارچوب نظری مشخص و شفافی ندارند. از این رو، بسیاری از ابزارها بیش از آن‌که ارزیابی‌کنندهٔ سلامت معنوی باشند به سنجش دینداری، سلامت روان و یا موضوعی مشترک بین این حیطه‌ها می‌پردازند (۳۹).

۲. ***تاثیرپذیری ابزارها از دیدگاه‌های شخصی، فرهنگی و مذهبی طراحان.*** در راستای طراحی و تدوین ابزارها، اگر چه محققان سعی بر دخالت ندادن دیدگاه‌های خویش در تبیین مفاهیم می‌نمایند؛ منابع موجود تأثیر ارزش‌های فردی و جهان‌بینی آنان را در بیان مفاهیم نظری ذکر کردند؛ از این رو، تمامی ابزارها بر اساس تعاریف و ارزش‌های غالب جامعهٔ مبنا شکل می‌گیرند. ارزش‌ها و هنجارهای اجتماعی در گروه‌ها و جوامع مختلف متفاوت است.

این مسئله در خصوص مذهب و اعتقادات دینی به شکل بارزتری به چشم می‌خورد در نتیجه اقتباس بی کم و کاست ابزارها و پرسشنامه‌های تدوین شده در جوامعی که از نظر فرهنگی و مذهبی متفاوت با جامعهٔ مورد تحقیق است می‌تواند نتایج مغایر با واقعیت را به دنبال داشته باشد (۵۱ و ۵۲).

۳. ***عدم سنجش روایی و پایایی ابزارها.*** در سال‌های اخیر با وجود ابزارهای متعدد به منظور سنجش سلامت معنوی، روایی و پایایی درصد کمی از آن‌ها با استفاده از روش‌های معتبر علم روانسنجی بررسی و تأیید شده است (۱۱-۱۳). در برخی از مطالعات، سلامت معنوی نه در قالب یک ابزار ساختارمند بلکه تنها با یک یا چند پرسش محدود سنجیده شده است. طراحی نادرست و جهت‌دار پرسش‌ها، نمونه‌های کوچک و تعمیم‌ناپذیر و گاه تقلیل سلامت معنوی به مفاهیم محدودتر همچون تجربه‌ی معنوی را می‌توان از دیگر مصادیق ضعف روایی و پایایی بسیاری از ابزارهای موجود دانست (۳۹).

۴. ***قدرت تفکیک نامطلوب.*** از آن جا که معنویت، مفهومی در حیطهٔ شخصی و خصوصی زندگی افراد محسوب می‌شود، سنجش آن با دشواری‌هایی چون عدم پاسخگویی صریح و شفاف به پرسش‌ها روبه‌روست. این مسئله در سنجش سلامت معنوی در سطح فردی و در جوامع مذهبی اهمیت بیشتری دارد. به اعتقاد الیسون کسب حداکثر امتیاز از سوی بخش قابل توجهی از افرادی که پرسشنامهٔ به‌زیستی معنوی را تکمیل می‌نمایند به‌ویژه در جوامع مذهبی، یکی از مهم‌ترین محدودیت‌های این ابزار محسوب می‌شود (۵۳) از این رو، طراحی پرسش‌هایی که حساسیت بیشتری در تمایز افراد به‌ویژه در حوزهٔ اعتقادات و باورهای مذهبی دارند بسیار ضروری است.

۵. ***تمرکز بر گروه‌های خاص.*** بر اساس شواهد موجود، گروه هدف بسیاری از پرسشنامه‌های معتبر در حوزهٔ سلامت معنوی، بیماران نیازمند طب تسکینی همچون مبتلایان به سرطان‌ها و ایدز بوده‌اند. علاوه بر این، برخی از ابزارها گروه‌های خاص جمعیتی نظیر سالمندان و دانشجویان و یا مذهبی و قومی را مد نظر قرار داده‌اند.

۶. ***تمرکز بر جامعه و نه فرد.*** به دلیل دشواری سنجش سلامت معنوی در سطح فردی، بخش عمده‌ای از ابزارهای موجود به سنجش سلامت معنوی در سطح جامعه اختصاص یافته‌اند و ارزیابی این بعد از سلامت در سطح فردی بیشتر با روش‌های کیفی صورت گرفته است. از این رو، نتایج به دست آمده از این پیمایش‌ها برای ارزیابی کلیت جامعه به کار گرفته شده و قابلیت ارزیابی قضاوت فردی ندارد. در این میان شاید بتوان دریافت شرح حال معنوی را روشی میانه در نظر گرفت که علاوه بر برخورداری از پرسش‌های از پیش تعیین شده به

افراد اجازهٔ بیان تجربیات و ادراکات فردی نیز داده می‌شود.

همان‌گونه که در بخشی از این نوشتار اشاره شد، در پاسخ به محدودیت‌های پیش گفت، تلاش‌هایی در دنیای اسلام و همین طور ایران با هدف ارائهٔ ابزاری مناسب برای سنجش سلامت معنوی در جمعیت مسلمان صورت گرفته است. در این میان، گروه سلامت معنوی فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران ضمن بررسی مطالعات انجام شده در این حوزه و بهره‌گیری از دیدگاه‌ها و تجربیات علماء، اندیشمندان و پژوهشگران علوم دینی، انسانی، پزشکی و بهداشت اقدام به تدوین و معرفی ابزاری نظریه‌محور و منطبق بر شرایط فرهنگی و مذهبی جامعهٔ ایرانی بر پایهٔ تعریف سلامت معنوی از دیدگاه دین مبین اسلام نمود. ابزار تدوین شده قادر به سنجش سلامت معنوی تمامی افراد بالای ۲۰ سال ایرانی است. از این رو، با محدودیت بسیاری از پرسشنامه‌های تدوین شده در کشور، مبنی بر تمرکز بر گروه خاصی از جمعیت روبه‌رو نیست. از آنجا که یکی از چالش‌های بزرگ ابزارهای موجود، برخوردار نبودن از حداقل معیارهای قابل قبول روایی و پایایی است، پس از تدوین گویه‌های پرسشنامه از روش‌های مختلف و متعدد کیفی و کمی برای اطمینان از روایی و پایایی آن استفاده شد. با این حال، محدودیت قدرت تفکیک افراد در کسب امتیازات بالا برای این پرسشنامه نیز همچون برخی از پرسشنامه‌های پیشین مطرح است؛ بدین معنا که بخش قابل توجهی از جمعیت تکمیل‌کنندهٔ پرسشنامه، حداکثر امتیاز ممکن را در حیطه‌های بینش، گرایش و عملکرد کسب کردند. هر چند تبیین الگوی دو عاملی شناختی- عاطفی و رفتاری، افزایش قدرت تفکیک پرسشنامه را به دنبال داشت. بدیهی است انجام تحقیقات بیشتر در گروه‌ها و جمعیت‌های مختلف موجب رفع نقایص و ارتقای این ابزار و دیگر ابزارهای موجود برای سنجش هر چه بهتر مفهوم سلامت معنوی در جامعه اسلامی ایران خواهد شد.

## منابع:


1. Fisher JW, Francis LJ, Johnson P. "Assessing spiritual health via four domains of spiritual wellbeing: The SH4DI". *Pastoral psychology* 2000; 49(2): 133-145.
2. Ellison C. "spritual well- being: conceptualization and measurement". *Journal of Psychology and Theology 1983*; 11(4): 330-340.
3. Young EW. "Spiritual health—an essential element in optimum health. Journal of American College Health 1984; 32(6): 273-276.
4. Lane JA. "The care of the human spirit". *Journal of professional Nursing 1987*; 3(6): 332-337.
5. Hill PC, Pargament KI. *Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality: Implications for physical and mental health research 2008*: 3.
6. مصباح م، مهکام ر، مصلحی ج، جهانگیرزاده قمی م. *سلامت معنوی از دیدگاه اسلام*. تهران: انتشارات حقوقی؛ ۱۳۹۲.
7. Paloutzian R, Ellison C. "Spiritual well-being scale". Measures of religiosity 1982; 382-385.
8. Hartz GW. Spirituality and mental health: Clinical applications: Psychology Press; 2005.
9. Dasti R, Sitwat A. Development of a multidimensional measure of islamic spirituality (MMIS). Journal of Muslim Mental Health 2014; 8(2).
10. Peterman AH, Fitchett G, Brady MJ, Hernandez L, Cella D. Measuring spiritual well-being in people with cancer: the functional assessment of chronic illness therapy—Spiritual Well-being Scale (FACIT-Sp). Annals of behavioral medicine 2002; 24(1): 49-58.
11. Gijsberts M-JH, Echteld MA, van der Steen JT, Muller MT, Otten RH, Ribbe MW, et al. Spirituality at the end of life: conceptualization of measurable aspects—a systematic review. Journal of palliative medicine 2011; 14(7): 852-863.
12. Selman L, Harding R, Gysels M, Speck P, Higginson IJ. The measurement of spirituality in palliative care and the content of tools validated cross-culturally: a systematic review. Journal of pain and symptom management. 2011; 41(4): 728-753.
13. Monod S, Brennan M, Rochat E, Martin E, Rochat S, Büla CJ. Instruments measuring spirituality in clinical research: a systematic review. Journal of General Internal Medicine 2011; 26(11):1345-1357.
14. Hodge DR. Spiritual assessment: A review of major qualitative methods and a new framework for assessing spirituality. Social work 2001; 46(3): 203-214.
15. Hodge DR. Developing a spiritual assessment toolbox: A discussion of the strengths and limitations of five different assessment methods. Health & Social Work 2005; 30(4): 314-323.

16. Jafari E, Dehshiri GR, Eskandari H, Najafi M, Heshmati R, Hoseinifar J. Spiritual well-being and mental health in university students. Procedia-Social and Behavioral Sciences 2010; 5: 1477-1481.

17. Group WS. WHOQOL Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs (SRPB) field-test instrument. WHO, Geneva, Switzerland; 2002.

18. Fisher JW, editor. Developing a spiritual health and life-orientation measure for secondary school students. Proceedings of the University of Ballarat annual research conference; 1999.

19. Fisher JW. It's time to wake up and stem the decline in spiritual well- being in Victorian schools. International Journal of Children's Spirituality 2007; 12(2): 165-177.

20. Brady MJ, Peterman AH, Fitchett G, Mo M, Cella D. A case for including spirituality in quality of life measurement in oncology. Psycho oncology 1999; 8(5): 417-428.

21. Jafari N, Zamani A, Lazenby M, Farajzadegan Z, Emami H, Loghmani A. Translation and validation of the Persian version of the functional assessment of chronic illness therapy—Spiritual well-being scale (FACIT-Sp) among Muslim Iranians in treatment for cancer. Palliative and Supportive Care 2013; 11(01): 29-35.

22. Webster K, Cella D, Yost K. The F unctional A ssessment of C hronic I llness T herapy (FACIT) Measurement System: properties, applications, and interpretation. Health and quality of life outcomes 2003; 1(1): 1.

23. Cella D. Manual of the Functional Assessment of Chronic Illness Therapy (FACIT) Scales: version 4. Evanston, IL: Center on Outcomes Research and Education, Evanston Northwestern Healthcare and Northwestern University; 1997.

24. Lauren Lent EH, Sonya Eremenco, Kimberly Webster, David Cella, Lauren. Using cross-cultural input to adapt the Functional Assessment of Chronic Illness Therapy (FACIT) scales. Acta Oncologica 1999; 38(6): 695-702.

25. Ghaneh Ezzabadi S, Maghsoudi Z, Beigomi A. Validity and Reliability of the Functional Assessment of Chronic Illness Treatment (FACIT) Fatigue scale in a Persian-Speaking Aging Population. Elderly Health Journal 2015; 1(1): 32-35.

26. Wang S-Y, Zang X-Y, Liu J-D, Gao M, Cheng M, Zhao Y. Psychometric properties of the functional assessment of chronic illness therapy-fatigue (FACIT-Fatigue) in chinese patients receiving maintenance dialysis. Journal of pain and symptom management 2015; 49(1): 135-143.

27. Daaleman TP, Frey BB. The Spirituality Index of Well-Being: A new instrument for health-related quality-of-life research. The Annals of Family Medicine 2004; 2(5): 499-503.

28. MacDonald DA. The Expressions of Spirituality Inventory: Test development, validation, and scoring information.Unpublished test manual 2000; 68(1), 153–197.

29. Joshanloo M, Daemi F. Self- esteem mediates the relationship between spirituality and subjective well- being in Iran. International Journal of Psychology 2015; 50(2): 115-120.

30. Mascaro N, Rosen DH. The role of existential meaning as a buffer against stress. Journal of Humanistic Psychology 2006; 46(2): 168-190.

۳۱. معماریان ن، دوست‌علی‌وندە، مهرابی م، رسولی م، قائم پناه ز. *چگونه شرح حال معنوی بگیریم*. فقه پزشکی ۱۳۹۲؛ ۵ (۱۵-۱۶): ۱۳۵-۱۵۴.

32. Seyed F, Rezaei M, Givari A, Hosseini F. Prayer and spiritual well-being in cancer patients. 2006: 5(4): 295-303.

۳۳. محبوبی ر. «ساخت مقیاس (بومی) برای سنجش دینداری». مدیریت در دانشگاه اسلامی ۱۳۹۴؛ ۴(۹): ۱۱۷-۱۳۴.

۳٤. سراج زاده ح، پویانفر م. «مقایسهٔ تجربی سنجه‌های دینداری: دلالت‌های روش‌شناسانه کاربرد سه سنجه در یک جمعیت». مجله جامعه‌شناسی ایران ۱۳۸۶؛ ۸(۴): ۳۷-۷۰.

۳۵. موسوی م، علوی ف. «بررسی رابطه نوگرایی و دینداری (مطالعه در بین دختران جوان منتخب از مناطق ۱و ۶ و ۱۹ شهر تهران)». زن و مطالعات خانواده ۱۳۸۸؛۱(۴): ۱۵۹-۱۸۸.

۳۶. میرزایی م. «بررسی جامعه شناختی میزان دینداری دانشجویان دانشگاه افسری امام علی (ع) با استفاده از یک مدل بومی». مدیریت نظامی ۱۳۹۰; ۱۱(۴۲): ۱۸۱-۲۱۲.

37. Wilde A, Joseph S. Religiosity and personality in a Moslem context. Personality and Individual Differences 1997; 23(5): 899-90.

38. Jana-Masri A, Priester PE. The development and validation of a Qur'an-based instrument to assess Islamic religiosity: The religiosity of Islam scale. Journal of Muslim Mental Health 2007; 2(2): 177-188.

۳۹. امیدواری س. «سلامت معنوی، مفاهیم و چالش‌ها». *فصلنامهٔ تخصصی پژوهش‌های میان‌رشته‌ای قرآنی ۱۳۸۷*; ۱(۱):۱۷-۵۸.

40. Ghorbani N, Watson P, Ghramaleki AF, Morris RJ, Hood Jr RW. Muslim-Christian religious orientation scales: Distinctions, correlations, and cross-cultural analysis in Iran and the United States. The International Journal for the Psychology of Religion 2002; 12(2): 69-91.

41. Ghorbani N, Watson P, Geranmayepour S, Chen Z. Measuring Muslim spirituality: Relationships of Muslim experiential religiousness with religious and psychological adjustment in Iran. Journal of Muslim Mental Health 2014; 8(1): 77-94.

42. Iranmanesh S, Tirgari B, Cheraghi MA. Developing and testing a spiritual care questionnaire in the Iranian context. Journal of religion and health 2012; 51(4): 1104-1116.

۴۳. عیسی ج، دهشیری غ، سهرابی اسمرود ف، نجفی م. «رابطهٔ بین بهزیستی معنوی و سلامت روانی دانشجویان». پژوهش‌های مشاوره ۱۳۸۸; ۸(۳۱): ۶۵-۷۸.

۴۴. گلپرور م، مصاحبی م، عابدینی ح، ادیبی ز، عبدلی ف. «ساخت و اعتباریابی مقیاس سرمایه معنوی و به‌زیستی معنوی سالمندان». اندازه‌گیری تربیتی. ۱۳۹۴; ۶(۱۹): ۱۳۰-۱۴۹.

۴۵. محمدی ف، بابایی م. «تاثیر مشارکت در گروه های حمایتگر بر سلامت معنوی و فشار مراقبتی در «مراقبین عضو خانواده» سالمندان مبتلا به آلزایمر». سالمند. ۱۳۹۰; ۶ (۱۹): ۲۹-۳۷.

46. Aflakseir A, Coleman PG. Initial development of the Iranian religious coping scale. Journal of Muslim Mental Health 2011; 6(1): 44-61.

۴۷. اکبری زرادخانه سعید، شهابی روح‌الله، خدایاری فرد محمد. «دینداری، خودکنترلی و گرایش به مصرف مواد در دانشجویان». رفاه اجتماعی ۱۳۸۸; ۹ (۳۴) :۱۳۰-۱۱۵.

۴۸. خدایاری فرد م، رحیمی نژاد ع، بناب ب، شکوهی یکتا م، فقیهی ع، آذربایجانی م، و همکاران. «مدل سنجش دینداری و ساخت مقیاس آن در سطح ملی». مجلهٔ پژوهش‌های روانشناختی کاربردی ۱۳۸۹; ۱(۱):۱-۲۴.

49. P.Amiri, M.Abbasi, S.Gharibzadeh, Jafarabadi MA, Zarghani NH, F.Aziz. Designation and psychometric assessment of a comprehensive spiritual health questionnaire for Iranian populations. Medical Ethics 2014; 8(30): 25-56.

50. Vader J-P. Spiritual health: the next frontier. The European Journal of Public Health. 2006; 16(5):457.

51. Fisher J. Development and application of a spiritual well-being questionnaire called SHALOM. Religions 2010; 1(1): 105-21.

52. Moberg DO. Assessing and measuring spirituality: Confronting dilemmas of universal and particular evaluative criteria. Journal of adult development 2002; 9(1):47-60.

53. Ellison, L. A review of The Spiritual Well-Being Scale. NewsNotes 2006; 44(1).

# فصل ششم

# معنویت و سلامت

## مقدمه

واژه معنویت و مشتقات آن گرچه در منابع اصیل اسلامی بـه کـار نرفتـه اسـت، ولـی در متـون مسلمانان، هم در زبان عربی و هم در زبان فارسی، رواج یافته است. به نظـر مـی‌رسـد ایـن واژه ابتدا در زبان‌های اروپایی و در بستر مفهومی مسیحی به شکل Spirituality به‌کـار رفتـه باشـد. آن‌گونه که کاربرد این واژه نشان می‌دهد، این واژه با «معنا» در ارتباط است، کمـا اینکـه ریشـهٔ لغوی معنویت (که از ریشه معناست) همین امر را تأیید می‌کند. معنا به موقعیتی اشاره دارد که دست کم شامل دو لایه باشد: یکی ظاهر که حکایتگر است و دیگری باطن که محکّی است (۱).

از دیگر سوی، مفهوم سلامت و واژه‌های مهم‌تر از آن، از مفاهیمی هستند که همواره انسـان بدان توجه کرده و برای دست‌یابی به آن کوشیده است. سلامتی کیفیتـی از زنـدگی اسـت کـه تعریف آن مشکل و اندازه‌گیری واقعی آن تقریباً ناممکن اسـت (۲) بـا وجـود ایـن، بحـث از آن همواره مورد توجه پزشکان، فیلسوفان و روانشناسان بوده که رویکردها و الگوهای مختلفی را در تعریف سلامت شکل داده‌اند (۳).

در این بخش پس از مرور تعاریف معنویت و سلامت به‌طور مجزا، به ارکان معنویـت و ابعـاد سلامت خواهیم پرداخت، آنگاه ارتباط ابعاد مختلف سلامت با یکدیگر بررسی و به فرضـیه‌هـای ارائه شده در این رابطه اشاره خواهد شد، و تاریخچـهٔ مبسـوطی از سـلامت معنـوی از دیـدگاه

سازمان جهانی بهداشت بیان خواهد شد و در انتها ارتباط بین سلامت معنوی با سایر ابعاد سلامت یعنی سلامت جسمی، اجتماعی و روانی واکاوی خواهد شد.

## معنویت در اندیشهٔ مقام معظم رهبری

در اندیشه مقام معظم رهبری موضوع معنویت بارها تکرار و از زوایای مختلف بازخوانی و پیرامون آن نکات متعددی مطرح شده است؛ ایشان اظهار می‌دارند: امروز انسان‌ها در همهٔ نقاط دنیا تقریباً به خصوص در همین کشورهای غربی و مادی از مادیت دلزده شده‌اند دلشان برای یک معنویتی که درست هم آن معنویت را نمی‌شناسند پر می‌زند و جوان‌ها سر در گم دنبال چیزی ورای این ظواهر مادی و این لذات مادی هستند که برای آن‌ها عادی شده، دنبال معنویت‌اند اما قدرت‌های اداره‌کنندهٔ عالم مدیریت‌های اقتصادی دنیا یعنی همین غارتگران و چپاولگران یعنی همین که شما به آن استکبار جهانی می‌گویید نمی‌گذارد ملت‌ها به سمت معنویت راه پیدا کنند. شوق هست اما مانع هم هست در یک چنین دنیایی جمهوری اسلامی یعنی یک ملت یک کشور بزرگ در یک نقطهٔ حساس با این همه جوان با این ثروت‌های مادی و معنوی که درس هست و همه هم می‌دانند پرچم معنویت را در دست گرفته می‌گوید من می‌خواهم انسان‌ها را در سایهٔ معنویت به سعادت به خوشبختی به رفاه به امنیت به پیشرفت علمی و به استقلال برسانم و ثابت کرده که این شدنی است این یک هماوردطلبی بزرگ نسبت به استکبار جهانی است (۱۹/۰۲/۱۳۸۶) (۴).

انسان معنوی دو حوزهٔ بینش و رفتار را، مبنای تحول معنوی خویش قرار می‌دهد و با تحول و تغییر در این دو محور است که تفاوت انسان معنوی با غیر او معلوم می‌شود. انسان معنوی قبل از عمل به ایجاد بینش معنوی همت می‌گمارد و البته در گام‌های بعدی آن را با عمل تقویت و تثبیت می‌نماید. هر آنچه که انسان در عرصهٔ بینش و نگرش باید در عرصه حیات معنوی داشته باشد و ذهن جویندگان معنویت به آن نیازمند است، بینش معنوی گفته می‌شود. بینش معنوی بر سه پایهٔ توحید، خردورزی و مسئولیت‌محوری استوار است. این سه محور، مهم‌ترین ارکان بینش معنوی را تشکیل می‌دهند:

### ۱. توحید محوری

معنویت باید بر محور توحید و نگرش توحیدی بنا شود، در غیر این صورت احساسِ به ظاهر معنوی، که به انسان عارض می‌شود، حالتی است که به تعالی معنوی انسان هیچ کمکی نمی‌کند. (۱۳۸۱/۳/۱۴). توحید مبنای زندگی معنوی است و اعتقاد به وحدانیت خداوند باید به

قاعدهٔ زندگی تبدیل شود (۶۸/۹/۲۹). معنا و روح توحید عبارت است از اینکه انسان بر غیر خدا عبودیت نکند و در مقابل غیر خدا، جبههٔ بندگی به زمین نساید. این معنای عبودیتِ کامل و خالص است (۷۳/۱۰/۱۰). چنین نگرشی اگر زیربنای حرکت معنوی انسان قرار گیرد، ضامن تداوم فضایل اخلاقی در افراد گردیده و به تداوم معارف انبیا که همان کلمهٔ توحید است، منتهی خواهد شد (۷۴/۱۰/۵). توحیدمحوری در دل انسان‌ها «بینش امید» را متولد می‌کند و نشاط‌آور، تلاش‌آفرین و حرکت‌بخش است (۷۴/۱۰/۱۷). [معنویت] در عرصهٔ عمل با عنصر «توکل» تکمیل شده و سپردن نتیجه کارها به ذات مقدس الهی و دوری از نتیجه‌گرایی از لوازم آن است (۸۵/۶/۹). توحید در بینش معنوی تنها در اذعان به وجود خداوند خلاصه نمی‌شود، بلکه پذیرش اصولی، مانند جایگاه پیامبران الهی و معصومین(ع) که همگی با نصب تشریعی الهی حجیت یافته‌اند، در این بینش تعبیه شده است (۱۳۷۵/۲/۱۸) و (۸۳/۱/۲). بینش توحیدی فرد معنوی، در پذیرش ربوبیت تکوینی الهی خلاصه نمی‌شود و مرز آن تا سرسپردن به ربوبیت تشریعی الهی ادامه دارد. ربوبیت تشریعی به معنای این است که انسان معنوی آن گونه که خود بخواهد و بفهمد، نمی‌تواند به ساحت عالم معنا قدم گذارد؛ بلکه طبق نقشهٔ راهی که رسولان الهی از طرف خداوند برای انسان‌ها ترسیم کرده‌اند، حرکت کرده و سلوک معنوی خویش را در چهارچوب دین ترسیم نماید.

### ۲. خرد ورزی

خردورزی به معنای اکتفا به عقل و به حاشیه راندن شریعت نیست. اگرچه در متون دینی به عقل، پیامبر درونی انسان‌ها خطاب شده و دستور به احیای این رسول باطنی داده شده، اما عقل رقیب دین شمرده نشده و پرورش قوهٔ عاقله و تربیت آن از مهم‌ترین رسالت‌های ادیان الهی معرفی شده است. انسان معنوی باید تقوای فکر و عقل داشته باشد؛ یعنی عقل را از انحراف نگه‌داشتن، از خطاها و لغزش‌ها بازداشتن، از تعطیل و بیکارگی نجات دادن و خرد را در امور زندگی به کار بستن (۸۴/۵/۲۸). پرداختن به عقل و به کارگیری دستورات و راهنمایی‌هایش، شاخص مهم زندگی معنوی است که در کنار میزان شریعت، عامل مهمی در تعالی روحی خواهد بود که البته خردورزی، نباید به صورت محافظه کاری و پرهیز از تحول خود را نشان دهد (۸۴/۸/۶) (۴).

**معنویت / معنوی**

از نظر لغوی، معنوی شـامل آن چیزهـایی اسـت کـه در زمینـهٔ بـاطن شـخص و روح او باشـد؛ مقامات، درجات عالم باطن، شخصی که در عالم معنی سیر کند از دیگر معانی و حـوزه کـارکرد معنویت است. واژهٔ معنویت در واقع برگرفته از کلمه لاتین اسپریتوس به معنـای تـنفس اسـت (۵) واژهٔ Spirituality نیز به روحانیت، معنویت، عالم روحانی و روحیهٔ مذهبی ترجمه شده است (۶). حضرت امام خمینی(ره) معتقدند: «معنویت مجموعـه صـفات و اعمـالی اسـت کـه شـور و جاذبه قوی و شدید و در عین حال منطقی و صحیح را در انسان بـه وجـود مـی‌آورد تـا او را در سیر به سوی خدای یگانه و محبوب عالم به طور اعجاب‌آوری پیش ببرد» (۷). مطهری معنویت را نوعی احساس و گرایش ذاتی انسان نسبت بـه امـور غیـر مـادی ماننـد علـم و دانـایی، خیـر اخلاقی، جمال و زیبایی، تقدس و پرستش می‌داند که وجه تمایز انسان و موجودات دیگر اسـت (۸).

در متون علمی از معنویت تعاریف مختلفی شده است: مایر(۱۹۹۰)معتقد اسـت: «معنویـت، جست و جوی مداوم برای یـافتن معنـا و هـدف زنـدگی، درک عمیـق و ژرفـای ارزش زنـدگی، وسعت عالم، نیروهای طبیعـی موجـود و نظـام بـاورهـای شخصـی اسـت (۹). هـاینلز (۱۹۹۵) معنویت را به عنوان تلاشی در جهت پرورش حساسیت نسبت به خـویش، دیگـران، موجـودات غیر انسانی و خدا، یا کندوکاوی در جهت آنچه برای انسان شدن مورد نیاز است و جست‌وجویی برای رسیدن به انسانیت کامل دانسته‌اند.» (۱۰). بالبونی معتقد است معنویت مفهومی وسیع‌تـر از مذهب دارد و به یک روند پویا، شخصی و تجربی اشاره مـی‌کنـد. مـذهب و معنویـت بـا هـم همپوشانی دارند (۱۱)، چرا که هر دو چارچوب‌هایی ارایه می‌دهند کـه از طریـق آن‌هـا، انسـان می‌تواند معنی، هدف و ارزش‌های متعالی زندگی خود را درک کند (۱۲). بـه عبـارتی، معنویـت به مثابهٔ آگاهی از هستی یا نیرویی فراتر از جنبه‌های مادی زندگی اسـت و احسـاس عمیقـی از وحدت یا پیوند با کائنات را به وجود می‌آورد (۱۳و ۱۴).

با توجه مطالبی که در باب معنویت در منابع مختلف می‌توان یافت شاید بتوان معنویت را از دو دیدگاه، یکی نگاه عمومی و متمایل به لائیسم و دیگری نگاه مکاتب الهی، به طـور خلاصـه و فهرست‌وار به‌صورت زیر معرفی نمود:

**الف) از نگاه عمومی و جهانی**

- هدفمندی در زندگی،
- تجربه ارتقاء و تعالی،

- نمود اجتماعی،
- پای‌بندی به بایسته‌های(کدهای) تعریف شدهٔ اخلاقی.

**ب) از دیدگاه مکاتب الهی**

- خداشناسی، خداجویی و خدامحوری،
- شناخت هدف خلقت و زندگی،
- تلاش در جهت تکامل معنوی و خودسازی،
- توکل (شناخت خدا به عنوان قدرت و حکمت مطلق، انجام وظایف فردی و در عین حال همواره خدا را در جایگاه خدایی و بی‌نهایت دیدن) (۱۵).

## ارکان معنویت

در منابع مختلف سازوکارها و ارکان مختلفی برای معنویت عنوان شده است اما آنچه مسلم است در اسلام معنویت بر دو پایه استوار است: معرفت و ایمان که هریک از آن‌ها جایگاه و تأثیر خود را در معنویت انسان دارند. معرفت، مجموعهٔ آگاهی‌های لازم است که از منابع اسلامی به دست می‌آید. آشنایی و دانستن معارف اسلامی از ضروریات توانمندی حرکت در مسیر حق و قرب اوست. معرفت دینی سبب می‌شود تا راه به درستی شناخته شود و عوامل سد کننده و انحرافی نتوانند سالک الی الله را به بیراهه بکشانند و از خدا غافل سازند (۱۶). ایمان در واقع باور، آگاهی‌ها و دانستنی‌ها و معرفت دینی به قلب است. نیرویی که باورها را در زندگی عینیت می‌بخشد و به صحنه عمل می‌آورد ایمان است (۱۷).

## مفهوم سلامت

نگاهی به این تعاریف، می‌تواند به‌گونه‌ای از سیر تکاملی از کلمهٔ سلامت و به هر حال دیدگاه‌های مختلفی که در طول قرن‌ها وجود داشته است حکایت کند: واژهٔ سلامت به معنای اعم آن، دوری از هر آفتی است. راغب اصفهانی دربارهٔ واژهٔ سلامت می‌گوید: «سلم و سلامت دوری از آفات ظاهری و باطنی است؛ چنانچه خداوند متعال فرموده: «اذ جاء ربُه بِقلْب سلیم» (صافات: ۸۴) که مراد دور بودن از فساد درونی است و همچنین در آیه «مسلَمه لا شِی فیها» (بقره: ۷۱) دوری از عیوب ظاهری است. سلم همچنین به معنای صلح آمده است، مانند آیه: «و ان جَنحوا للسلم فَاْجَنْح لَها» (انفال: ۶۲) اگر کفار مایل به صلح و سازش شدند تو نیز تمایل خویش را به صلح نشان بده. برخی دیگر از لغت‌شناسان نیز این معنا را آورده‌اند. صاحب کتاب *التحقیق فی کلمات القرآن الکریم* پس از بررسی نظریات واژه‌شناسان بزرگی همچون خلیل بن

احمد، زهری، ابن فارس، ابن درید، فیومی، زمخشری، ابن منظور و راغب چنین می‌گوید: «معنای اصلی این ماده آن چیزی است که در مقابل خصومت قرار گرفته و مبنای موافقت و هماهنگی شدید میان ظاهر و باطن است، به طوری که مخالفتی در بین نباشد و از لوازم این معنا گردن نهادن، تسلیم شدن، صلح و رضاست. اگر این کلمه به صورت لازم اخذ شود، مفهوم آن حصول وفاق، هماهنگی و رفع خصومت در خود موضوع سلامت است، چه نسبت به خود آن پدیده ملاحظه شود و چه به غیر آن و هنگامی که در خصوص خودش ملاحظه شود به معنای اعتدال و نظم و محفوظ بودن از نقص و عیب و درد و آفت است و به جهت نبودن تضاد و تخالف بین اجزا و اعضای آن و حاصل بودن توافق و هماهنگی کامل و نظم و اعتدال در آن به معنای سلامت و صحت در خود پدیده و اجزای آن است. بنابراین، صحت یکی از مصادیق اصلی این واژه است. بر اساس آنچه از بررسی واژهٔ سلامت به دست می‌آید نشانه‌های سلامت عبارت‌اند از: موافقت بین اجزای موضوع سلامت، رفع خصومت و عدم تضاد بین اجزا، هدف‌محوری عملکرد اجزا، اعتدال، نظم، تسلیم، صحت، عاری از عیب بودن؛ لذا هر عاملی که یکی از این علامت‌ها را داشته باشد عامل سلامت شمرده شده و ضد آن عامل بیماری و نبود سلامت خواهد بود (۱۸).

از دیگر سوی، می‌توان گفت سلامت مصدر است به معنی سالم بودن. بنابراین به ادراک، رفتار و پدیدهای سالم می‌گویند که کار خود را متناسب با آنچه برای او ایجاد شده است به‌خوبی انجام دهد. واژهٔ سلامت یا سالم بودن به هر چیزی اطلاق می‌شود که آن چیز به‌خوبی در مدار صحیح قرار گرفته باشد و کارویژه خود را به‌خوبی انجام دهد از این رو، جسمی سالم است که مجموعه اعضا و جوارح آن به‌خوبی 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 به‌خوبی هدایت کند و انسانی سالم است که همهٔ 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 (۱۹).

### ارتباط سلامت معنوی با سایر ابعاد سلامت

سلامت معنوی نیز مانند سایر ابعاد سلامت درجاتی دارد. در یک طیف وسیع که در نهایت به سلامت معنوی کامل می‌انجامد (Optimum) سلامت معنوی **تام** عبارت است از داشتن معرفت، **به غیب** و تبیین توحیدی از نظام هستی که هرگونه حرکت و سکونی متکی به مبدأ هستی لایزال و ابدی است و هر عارضهٔ جسمی، روانی و اجتماعی در مقابل عظمت الهی و هدف غایی

انسان یعنی تقرب درگاه الله بسیار ناچیز است (۳۷ و ۴۱). در آن حالت جسم نیز مضمحل نمی‌شود و به‌طرف اکمال می‌رود و مشکلات ظاهری جسمی در برابر تعالی بشری ناچیز پنداشته می‌شود. بدیهی است سلامت معنوی نیز مانند سایر ابعاد سلامت دارای بخش‌های پیشگیری و درمانی است (سلامت معنوی، چیستی و چرایی (۳۱).

آثار سلامت معنوی در پیشگیری و ارتقای سلامت (Health promotion) حائز اهمیت بسزا است و تلاش برای شناخت و به‌کارگیری آن در برنامه‌های کشور ضروری است. برای نشان دادن ارتباط سلامت معنوی با سه بعد دیگر سلامت، چهار الگو برای ابعاد مختلف سلامت پیشنهاد شده که در شکل زیر آورده شده‌اند. به نظر می‌رسد که مدل «دِ» مناسب‌ترین وجه نشان دادن این ارتباط باشد:

الف

ب

ج

د

## منابع:


۱. «واکاوی مفهومی معنویت و مسئله معنا»، علی مصباح، *فصلنامهٔ اخلاق پزشکی*، سال چهارم، شمارهٔ چهاردهم، زمستان ۱۳۸۹.

۲. باباپور خیرالدین و دیگران، ۱۳۸۲ش، ص۴.

۳. «شاخص‌های سلامت معنوی از منظر آموزه‌های و حیانی»، رحمت اله مرزبند علی اصغر زکوی، *فصلنامهٔ اخلاق پزشکی*، سال ششم، شماره بیستم، تابستان ۱۳۹۱.

٤. منبع : خبرگزاری رسا، حجت الاسلام حمزه شریفی‌دوست، پژوهشگر و کارشناس ارشد معنویت‌های کاذب؛

٥. سالاری فر و دیگران، ۲۰۰۵ م.

٦. آریانپور، ج ۲، ص ۲۱۳۷.

۷. *صحیفه امام*، ج ۱۶، ص ۸.

۸. مطهری، ۱۳۷۲ ش.

۹. مایر، ۱۹۹۰، به نقل از رستگار، ۱۳۸۵.

۱۰. رستگار، ۱۳۸۵، ص ۴۴.

۱۱. بالبونی و دیگران، ۲۰۰۷ م.

۱۲. ریپنتراپ و دیگران، ۲۰۰۶ م.

۱۳. مولر و دیگران، ۲۰۰۱ م.، صص۱۲۲۵-۱۲۳۵.

۱٤. «تعریف مفهومی و عملیاتی‌سازی سلامت معنوی، یک مطالعه روش شناختی»، دکتر عباسی، *فصلنامهٔ اخلاق پزشکی*، سال ششم، شمارهٔ بیستم، تابستان ۱۳۹۱.

۱٥. «سلامت معنوی و دیدگاهها، سیدمهدی اصفهانی»، *فصلنامهٔ اخلاق* پزشکی، سال چهارم، شمارهٔ چهاردهم، زمستان ۱۳۸۹.

۱٦. اداره تبلیغات نمایندگی ولی فقیه در سپاه، ۱۳۸۶، ص ۱۸.

۱۷. *فصلنامه مطالعات مدیریت انتظامی*، سال سوم، شمارهٔ دوم، تابستان ۱۳۸۷حسن بختیاری.

۱۸. *مفهوم‌شناسی سلامت از دیدگاه قرآن و حدیث*، رضا فیروزی، مصطفی اسماعیلی،عبدالله معتمدی.

۱۹. التهانوی، ۱۹۹۶.

۲۰. اخوینی، ربیع بن احمد. *هدایه المتعلمین فی الطب*. به اهتمام متینی، جلال. مشهد: انتشارات دانشگاه فردوسی ۱۳۷۱؛ ص ۱۶.

۲۱. ابن سینا، ۱۳۸۶ ش، ص ۶۷.

۲۲. صالح مازندرانی، ۱۰۸۲ق، ص۶۳.

۲۳. دیماتئو،۱۳۵۷1 ش، ص۱۹۲.

۲٤. یبلا

۲۵. شولتز، دوان. پی، و سیدنی آلن شولتز، *تاریخ روان‌شناسی نوین*، ترجمه علی‌اکبر سیف و همکاران، تهران، دوران، ۱۳۷۸.

۲٦. شولتز، دوان. پی، و سیدنی آلن شولتز، ترجمهٔ یحیی سیدمحمدی، نظریه‌های شخصیت، تهران، ویرایش، ۱۳۸۷.

۲۷. دوآن شولتس، *روان‌شناسی کمال، الگوهای شخصیت سالم*، ترجمهٔ گیتی خوشدل، ص ۵۳.

۲۸. بهروز میلانی‌فر، *بهداشت روانی*، ص ۱۵.

29. – Keyes, Corey Lee.M, (1998), Social well-being, social Psychology uarterly. (61) 2: 121-190.

# بخش دوم

# پیشگیری‌های ابتدایی، ثانویه و ثالثیه سلامت و معنوی

**فصل هفتم: پیشگیری‌های ابتدایی ـ اولیه**

**فصل هشتم: پیشگیری‌های ثانویه و ثالثیه**

# فصل هفتم

# پیشگیرهای ابتدایی ـ اولیه

## ۱. پیشگیری از بروز عوامل خطر بیماری‌ها

### مقدمه

با در نظر گرفتن تمام ابعاد وجودی انسان اعم از جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی می‌توان برای نیازهای واقعی و در حال تغییر وی راه حل‌های مناسبی یافت. فراموش کردن هرکدام از ابعاد می‌تواند موجب ارزیابی نادرست شده و هرگونه اقدام و راه حلی به شکست منجر شود.

انسان تجارب متعددی در از دست دادن و حفظ سلامت را در طی سال‌ها تجربه می‌کند و آنچه بیش از همه بر آن تاکید می‌شود، توجه بیشتر به پیشگیری ابتدایی و قبل از وقوع عوامل خطر بیماری‌ها در انسان است. در واقع باید رویکردی بر انسان و بر سیاست‌ها حاکم شود که رفتارهای پیشگیرانه در انسان شکل گرفته و نهادینه شود به گونه‌ای که حتی شاهد بروز عوامل خطر در ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی نباشیم.

در طی سال‌های متمادی پیشرفت‌های گسترده‌ای در بعد سلامت انسان صورت گرفته است به گونه‌ای که در زمینه‌های مختلف، تخصص‌ها و فوق تخصص‌های متنوعی شکل گرفته و درصدد رفع نیازهای جسمی انسان هستند. در چنین رویکرد جزءگرایانه‌ای، گاه به وضوح مشاهده می‌شود که نگاه میکروسکوپی ما به انسان موجب فراموشی پیچیدگی مخلوقی شده است که خداوند پس از خلقت وی به خود تبریک گفت «تبارک الله احسن الخالقین». تعبیر

درست این اتفاق همان جمله است که می‌گوید ما آن‌قدر به اکتشاف برگ و مویرگ‌های آن نزدیک شده‌ایم که از انبوه و شکوه و شگفتی جنگل غافل شده‌ایم.

گرچه در گذشته برای شناخت درمان انسان با وجود کمبود امکانات تخصصی و فوق تخصصی از چنین رویکرد کل‌گرایانه‌ای بهره می‌جستند اما پس از آن شاهد فراموش شدن آن در سال‌های متمادی بوده‌ایم. البته، شواهد فعلی حاکی از آن است که تمامی دست‌آوردهای علم پزشکی، نتوانسته است بر پیچیدگی و وسعت وجودی انسان فائق آید و رویکردهای جدید بر توجه به ابعاد مختلف وجودی انسان تاکید دارد. آن بعدی که یقینا در زیر فوق مدرن‌ترین میکروسکوپ‌ها و اسکن‌ها قابل شناسایی و تجزیه و تحلیل نیست و جستجوی روش‌های دیگر را می‌طلبد.

شاید چنین شواهدی موجب شده است که تلاش‌ها برای افزودن بعد سلامت معنوی به ابعاد سلامت، فزونی یافته و در حال گسترش باشد. بدون تردید راهی بسیار سخت و ناهموار در پیش روی آیندگان است تا این بعد فطری و خدایی انسان را شناسایی کنند. اگر شناخت بعد جسمی انسان که آشکار و آسان‌یاب است، قرن‌هاست دنیا را به خود مشغول ساخته و هر روز نیز بر پرسش‌های بی‌پاسخ آن افزوده می‌شود، باید بپذیریم که بعد معنوی انسان که همان روح خدایی است که در جسم انسان دمیده شده است، به سادگی قابل اکتشاف و شناسایی نخواهد بود و لذا راه طولانی در پیش‌روی است.

## روش جمع‌آوری اطلاعات

با بررسی متون مختلف اعم از چاپی و مراجعه به کتابخانه ملی ایران با جستجوی کلمهٔ معنویت و سلامت معنوی، و منابع الکترونیکی در وب‌گاه‌های فارسی اعم از SID.ir و گوگل فارسی با جستجوی کلمه‌های معنویت، سلامت معنوی، فعالیت بدنی، عوامل خطر، پیشگیری از بیماری، ارتقای سلامت و کیفیت زندگی و بدون محدودیت زمانی و در منابع الکترونیک انگلیسی اعم از Pubmed.com، Google Scholar، و منابع انگلیسی از SID.ir با استفاده از واژه‌های مختلف Spirituality، Spiritual Health، Risk factor، disease prevention، Health promotion، و بدون محدودیت زمانی به دلیل محدودیت منابع، تمامی موضوعات مختلف سلامت معنوی که با جستجوی واژه‌های کلیدی متعدد صورت گرفت و حتی در مواردی منابع استفاده شده در متون برای دست‌یابی به منابع بیشتر جستجو شد. در میان مطالب مختلف به مواردی استناد شد که دارای منابع قوی و نیز مطابق با آموزه‌های دینی اسلام باشد.

**وضعیت عوامل خطر بیماری‌ها**

بر طبق تخمین سازمان جهانی بهداشت، بیماری‌های مزمن تقریبا سه چهارم همهٔ مرگ‌های تا سال ۲۰۲۰ را در کشورهای در حال توسعه به خود اختصاص خواهد داد.

یافته‌های مطالعه‌ای در ایران نشان داد که شواهد قابل توجهی برای متخصصان بهداشت وسیاستگذاران در مورد شیوع بالای اضافه وزن و چاقی در ایران وجود دارد. ضمناً عادت‌های ناسالم سبک زندگی از جمله کم‌تحرکی در جامعه و سایر عوامل حاکی از ضرورت توجه به مشکلات بهداشت عمومی ناشی از آن در جامعه است (۱).

مطالعات در زمینهٔ شیوع اضافه وزن و چاقی در امریکا نشان می‌دهد که این آمار از سال ۲۰۰۰ تا ۲۰۰۱ افزایش یافته است (۲).

مطالعه‌ای در ایران در مورد زنان نشان داد که عوامل خطر بیماری‌های عروق کرونر در زنان مناطق مرکزی ایران شیوع قابل توجهی دارد و باید با تغییر شیوه زندگی، تلاش وسیعی به‌منظور کنترل عوامل خطر بیماری عروق کرونر انجام شود تا به دنبال آن شاهد کاهش شیوع مرگ و میر ناشی از بیماری‌های عروق کرونر در زنان باشیم (۳).

نتایج مطالعات متعدد از اهمیت پرداختن به موضوع پیشگیری از بروز عوامل خطر بیماری‌های مزمن حکایت دارد که در جوامع به دلیل افزایش روزافزون سبک زندگی ناسالم رو به افزایش است. در این زمینه تلاش‌های بسیاری در حال شکل گیری است، اما با توجه به دشواری تغییر در سبک زندگی انسان این موضوع از جمله مشکلات سلامت است.

**نقش معنویت در پیشگیری از بروز عوامل خطر بیماری‌ها**

با وجود تمایل بسیار به شناسایی روش‌های احتمالی افزایش معنویت به عنوان یک بعد سلامت، هنوز پیشرفت کمی در این زمینه حاصل شده است. مطالعه ۷۱ مقاله در مورد روش‌های مداخله در سلامت معنوی نشان داده است که روش‌های تصویرسازی، آرام‌سازی و فعالیت‌های حمایت گروهی می‌تواند در معنی و هدف زندگی، خودآگاهی و ارتباط با خود و دیگران تاثیر داشته باشد. همچنین، تغییرات مثبتی در رفتارهایی مثل ارتباط، تغذیه، پذیرش درمان، کاهش بیماری‌های قلبی، مرگ بر اثر سرطان، اضطراب و بهبود وضعیت روانی افراد داشته باشد، از این رو توصیه شده است که آموزش دهندگان سلامت در طراحی، اجرا و ارزشیابی مداخلات سلامت معنوی در برنامه‌های جامع می‌توانند نقش بازی کنند. نیاز به آموزش نظری و عملی برای این مداخلات و تحقیق در مورد نتایج آن توصیه شده است (۴).

مطالعات متعدد نشان داده است که اعتقادات مذهبی قوی یک عامل پیشگیری کننده در

مقابل رفتارهای پرخطر مثل سیگار، الکل، مواد مخدر، خشونت و رفتارهای جنسی در نوجوانـان بوده است (۵). یک مطالعه مروری منظم نشان داد که روان درمانی بـر پایـهٔ میـانی اسـلامی در بهبودی اضطراب و افسردگی در مسلمانان تاثیر مثبت داشته است (۶).

مطالعه‌ای دیگر نشان داد که در دانـش آمـوزان دبیرسـتانی، نوجوانـان مـذهبی نسـبت بـه همسالان خود کمتر تمایل به رفتارهایی دارند که سلامت آنان را به خطر می‌اندازد (مثل حمـل اسلحه، درگیری، مصرف الکل، رانندگی پرخطر)، در حالی‌که بیشتر تمایل بـه رفتارهـایی دارنـد که سلامت آنان را بهبود ببخشد (مثل تغذیه مناسب، فعالیت بـدنی، و اسـتراحت) (۷). در یـک مطالعهٔ ملی در امریکا، مذهب به عنوان یک عامـل پیشـگیری کننـده پیامـدهای روحـی روانـی نوجوانان سیاه‌پوست شناخته شده است (۸).

مطالعه‌ای در مورد دانشجویان دانشگاه‌ها نشان داد که رضایت از زندگی تحت تـاثیر میـزان مذهبی بودن و معنویت قرار دارد (۹).

در مورد تاثیر معنویت بر پیشگیری از بیماری‌ها، ابهامات بسیاری وجود دارد بـه‌طـوری کـه نتایج حاصل از مطالعات کاربردی هنوز به طـور کامـل قابـل توجیـه نیسـتند. هنـوز نمـی‌تـوان به‌درستی در مورد چگونگی و ساز و کار تاثیرگذاری عامل معنویت بـر سـلامت و بیمـاری افـراد توضیح مشخص داد. پیشگیری نخستین با هدف پیشگیری از بیماری صورت می‌گیرد. معنویت به افراد امکان می‌دهد تا در زندگی خود معنی و مفهوم واحدی را پیـدا کـرده و نیـروی برتـر از خود را تجربه کنند. از مهم‌ترین عوامل و ساز و کارهای بالقوه و مفروض بر تاثیرگذاری سـلامت معنوی بر پیشگیری از بیماری‌ها می‌توان به شبکه‌های اجتماعی، حمایت‌های اجتماعی و عوامل و ساز و کارهای روانی و فیزیولوژیک اشاره کرد (۱۰).

به نظر مارکس، بسیاری از رفتارهای پیشگیرانه (نظیر رفتارهای جنسی پرخطر و استفاده یا اجتناب از مصرف الکل، تنباکو و مواد مخدر) تحت تاثیر باورهای معنوی است. توجه به معنویت طبیعتاً موجب فعال‌سازی مسئولیت‌پذیری شخص در زمینهٔ دسته‌ای از اصول و باورهای مندرج در دین می‌شود که آثار جسمانی نیز دارند (۱۱).

از دیدگاه صاحب‌نظران علوم انسانی سلامت، انسان یک کل است. بر این اساس رفتار انسان تحت تاثیر همه ابعاد وجودی او قرار دارد. اگر بیماری به عنوان یک رفتار در نظر گرفتـه شـود، بدیهی است که این رفتار تحت تـاثیر ابعـاد زیسـتی، روانـی، اجتمـاعی و معنـوی او قـرار دارد. بنابراین، دست‌اندرکاران سلامت، علاوه بر دانش و مهارت لازم درباره جسم، به اطلاعـات دقیـق در زمینهٔ سلامت معنوی نیز نیاز دارند (۱۰).

امروزه توجه ایمان و معنی در درمان، جایگاه محکمی در بین روش‌های طب رایج دنیا پیـدا

نموده است. پاسخ به نیازهای معنوی بیماران، جزء وظایف مراکز درمانی محسوب می‌شود. البته، تجارب زندگی و تندرستی معنوی دست‌اندرکاران می‌تواند در پیش‌بینی و تعیین مراقبت معنوی موثر باشد (۱۰).

در مورد اینکه معنویت و مذهبی بودن چگونه به سلامت افراد کمک می‌کند تبیین‌های مختلفی طرح شده است. کیم و سیدلتیز (۲۰۰۲) بیان می‌کند که معنویت به عنوان یک مهارت مقابله‌ای از آثار مختلف فشارهای روحی و روانی بر سلامت افراد از طریق تاثیر بر چهار حوزه شناخت، هیجان، رفتار و تعالی محافظت می‌کند. باورهای معنوی و مذهبی، اعتماد به نفس افراد را افزایش می‌دهد و حس خوش‌بینی و امید را در انسان‌ها زنده نگه می‌دارد.

رفتارهای مذهبی و معنوی مانند دعا، نیایش و عبادت آثار آسیب‌زای استرس را از طریق ایجاد شبکه‌های حمایتی و ارتقای رفتارهای سالم تعدیل می‌کنند. همه سنت‌های مذاهب مختلف، با احکام و دستورات بازدارنده و تجویزی خود، پیروان خود را در ایجاد یک سبک زندگی سالم و رفتارهای ارتقا دهندهٔ سلامت تشویق می‌کنند. برای مثال، در اکثر مذاهب و سنت‌های معنوی مصرف مشروب و مواد مخدر نهی می‌شود و در مقابل رفتارهای مختلف مانند تفریحات سالم، تغذیه، ورزش، عبادت، رفتارهای اخلاقی مبتنی بر آسیب نرساندن به خود و دیگران و جامعه توصیه می‌شود (۱۱).

بیمارانی که مداخله‌های مبتنی بر معنویت را دریافت کرده‌اند از معنویت به عنوان عامل مهمی در کاهش وسوسه و رفتارهای پرخطر مانند ایدز و افزایش امید و خوشبختی یاد می‌کردند. نتایج تحقیقات نشان می‌دهد اعتقادات مذهبی عامل پیشگویی کننده مهمی برای مصرف مواد در آینده است و افراد غیر مذهبی بیش از دیگران در معرض استفاده از مواد مخدر در آینده هستند (۱۱).

رابطه داشتن و وصل بودن به خداوند که در تجربه‌های مذهبی و عبادت تجربه می‌شود به عنوان نوعی رابطهٔ اجتماعی حمایت و ایجاد امنیت و آرامش برای افراد عمل می‌کند. تشریفات و مناسک مذهبی احساس اتحاد و همبستگی با دیگران را برای افراد فراهم می‌کند. همچنین، مذهب و معنویت با ایجاد آرامش، امید و هیجان مثبت باعث بهبود عملکرد دستگاه ایمنی بدن و پیشگیری و افزایش بهبود از انواع بیماری‌های جسمی و روانی می‌شود. همه این عوامل در به‌زیستی و ایجاد سلامت افراد نقش دارند. (۱۱).

**مطالعات مرتبط با نقش معنویت در پیشگیری از بروز عوامل خطر**

به چند تحقیق انجام شده در این باره اشاره می‌کنیم

کومستاک و همکارانش پس از ۸ سال تحقیق روی ۵۰۰۰۰ نفر دریافتند زنانی که به طور منظم (هفته‌ای یکبار یا بیشتر) در مراسم مذهبی شرکت می‌کردند، در مقایسه با زنانی که در این مراسم شرکت نمی‌کردند، کمتر در معرض بیماری‌های متعدد از جمله ۵۲٪ کمتر در معرض بیماری‌های قلبی عروقی قرار داشتند. همچنین، اضطراب و ترس از مرگ یا احتضار در این گروه کمتر بود.

در تحقیق دیگر در سال ۱۹۹۸ معلوم شد تدین و کثرت حضور در مراسم دینی در کاهش بیماری شریان کرونری، آمفیزم (اتساع مجاری و حباب‌های ریه)، سیروز، خودکشی، فشار خون موثر بوده و بهداشت بهتر و پذیرش رژیم دارویی را به دنبال داشته است.

همچنین، تحقیقات بسیاری دربارهٔ ارتباط تدین و میزان فشار خون، سکته مغزی و بیماری‌های قلبی عروقی انجام شده که نتیجهٔ بیشتر آن‌ها این مطلب را تصدیق می‌کند که التزام دینی داشتن، در پیشگیری و درمان این بیماری‌ها نقش موثری دارد. برای مثال، با بررسی آثار حضور در مراسم مذهبی ۴۰۷ مرد در ایالت جورجیای امریکا این نتیجه به دست آمد مردانی که یا غالبا در مراسم کلیسا شرکت کردند (یک بار در هفته یا بیشتر) یا گزارش دادند که دین برای آن‌ها بسیار مهم است، فشارهای خون پایین‌تری داشتند تا آن‌هایی که پیوندهای دینی نداشتند.

نیز چهار مطالعه، طول عمر روحانیون را بررسی نموده که در همگی مشخص شد این صنف، طول عمر بیشتری از عموم افراد جامعه دارند. در بعضی از پژوهش‌ها نیز نکته جالبی به دست آمد و آن اینکه عنصری از دین که بزرگ‌ترین اثر را بر مرگ و میر دارد حضور در کلیسا نبوده بلکه دریافت آرامش از دین است.

در یک پژوهش طولانی ۲۸ ساله روی ۵۲۸۶ نفر در ایالات متحده محققان دریافتند که در میان زنانی که هر هفته به کلیسا می‌روند، ۳۴ درصد با کاهش مرگ و میر مواجه بودند.

گسترده‌ترین تحقیق موجود، تحقیق هامر و دیگران (سال ۱۹۹۹) است که از نمونه‌گیری تصادفی ۲۱۲۰۴ نفر بزرگسال بومی در ایالات متحده در فاصله سال‌های ۱۹۸۷ تا ۱۹۹۵ به عمل آمد. در این تحقیق مشخص شد میانگین سنی افراد حضور نیافته در کلیسا ۷۵ سال بود، در حالی که این میانگین در افرادی که هرهفته در کلیسا حاضر می‌شدند، ۸۱ سال بود.

در کل، تدین به گونه‌ای مستقیم و غیر مستقیم بر سلامت جسمانی تاثیر می‌گذارد و بیشتر تحقیقات دانشمندان علوم تجربی نیز این را تأیید می‌کند.

در مقاله‌ای از سایت www.salamatiran.com در بخش مصونیت با دین می‌خوانیم:

دین و معنویت شکل دهندهٔ رفتارهای فرد در زندگی و اجتماع نیز هستند و بهره‌گیری از

این توان می‌تواند فرد را در برابر بسیاری از بیماری‌ها مصون و جامعه را ایمن نماید که قطعاً در جهان امروز به دلایل مختلف به‌خوبی به آن توجه نشده است. متأسفانه در ایران تحقیقی که بتواند میزان اعتقاد مردم را به معنویت مذهبی در اصلاح نارسایی‌های سلامت نشان دهد ارائه نشده است، اگر چه در ظاهر قضیه این امر کاملاً معنی‌دار است. همچنین در کشورهای اسلامی نیز تحقیقات قابل قبولی برای ابراز این مسئله پیدا نشد، اما در تحقیقات بین‌المللی که در جوامع غیر مسلمان صورت گرفته است اطلاعات جامعی دیده می‌شود. در یکی از این مستندات معلوم شد که ۹۰درصد افراد بالغ به عالم غیب و وجود حضرت حق تعالی اعتقاد دارند. بیش از ۷۰ درصد مردم مذهب را عامل موثری در زندگی خود می‌دانند. در مطالعهٔ دیگری که روی بیماران بستری در بیمارستان انجام شد ۷۷ درصد بیماران انتظار دارند پزشکان معالج مسائل معنوی را در فرایند درمان آن‌ها مدّ نظر قرار دهند و ۳۷ درصد آن‌ها انتظار دارند که پزشکان به طور مکرر اعتقادات مذهبی را مطرح کرده و بیماران را به توجه به آن‌ها دعوت کنند. اگر به این تقاضای بزرگ اجتماعی توجه کنیم مطمئناً لازم می‌دانیم از این سرمایه در سلامت مردم در ابعاد مختلف پیشگیری، تشخیص و درمان و توان‌بخشی استفاده کنیم (۹).

### توصیه‌ها و دستورات دینی

توصیه‌ها و دستورات دینی زیر می‌تواند از مصادیق تاثیرگذاری مستقیم آموزه‌های دینی بر سلامت جسمانی محسوب شود :

- تاکید کلی بر پاکیزگی [برای مثال: عن النبی(ص) :فتَنَظّفوا بکلّ ما استطعتم فان الله تعالی بنی الاسلام علی النظافه. هر اندازه که می‌توانید خودتان را با نظافت (و پاکیزه) کنید؛ زیرا خداوند متعال، اسلام را بر نظافت بنا نهاده است.
- وجوب حفظ سلامتی و لزوم مراجعه به طبیب در هنگام بیماری و عدم کتمان مرض (که خود موجب تشخیص سریع بیماری می‌شود. برای مثال، عن علی علیه السلام :من کتم الاطباء مرضه خان بدنه. هر کس بیماری خود را از پزشکان پنهان دارد، به بدن خود خیانت کرده است.
- توصیه موکد به انجام اعمالی مثل مسواک زدن (با توجه به اینکه همان طور که ذکر شد، پوسیدگی دندان پس از سرماخوردگی، شایع ترین بیماری دنیاست) برای مثال خواندن دو رکعت نماز با مسواک، با فضیلت‌تر از هفتاد رکعت بدون مسواک است.
- توصیه به شستشوی دست‌ها قبل و بعد از غذا خوردن (که در پیشگیری از بسیاری از بیماری‌ها موثر است برای مثال: غسل الیدین قبل الطعام وبعده زیادة فی العمر.

- اجتناب از تماس با بیمارانی که بیماری مسری دارند. [برای مثال، عن الرسول (ص): اتقوا المجذوم کما یتقی من الاسد.
- نهی از شرب مشروبات الکلی.
- نهی از روابط ناسالم و نامشروع جنسی (که در پیشگیری از بیماری‌های شایع و خطرناکی چون ایدز و هپاتیت موثر است).
- نهی از مصرف مواد مضر (که سیگار و انواع مواد مخدر و روان‌گردان می‌توانند مصداق آن‌ها باشند) و فروش و قاچاق آن‌ها (با توجه به اینکه این عوامل علت بسیاری از بیماری‌ها، خودکشی‌ها، نابسامانی‌های روانی، بزهکاری‌های اجتماعی و جنایات‌اند).
- نهی از خودکشی، خشونت و دیگرآزاری.

اگر تبعات روانی و اجتماعی برخی از این عوامل - مثل شرب مشروبات الکلی، تجارت و مصرف مواد مخدر و روابط ناسالم جنسی - را نیز در نظر بگیریم (تبعاتی مثل اضطراب، افسردگی، خودکشی، قتل، اختلافات خانوادگی، افزایش تصادفات رانندگی و ...) آنگاه در می‌یابیم که انجام دستورات دینی فوق، چه تاثیر شگرفی در پیشگیری از بروز این مصائب دارد. تاثیر غیر مستقیم تدین بر سلامتی جسمانی، بسیار گسترده‌تر است. این تاثیر از طرق مختلفی انجام می‌پذیرد: از طریق تغییر نگرش به زندگی و شیوه آن، از طریق دریافت حمایت‌های اجتماعی، از طریق افزایش قدرت مقاومت در برابر فشارهای روحی و غیره که باید به آن توجه شود.

## منابع:


1. Kelishadi R, et al, Obesity and associated lifestyle behaviours in Iran: findings from the First Nationa Non-communicable disease risk factor surveillance survey. Public Health Nutritionm March 2008, Vol 11, Issue 03, 246-251.
2. Must A, Spadano J, Coakley EH, Field AE, Colditz G, Dietz WH. The disease burden associated with overweight and obesity. JAMA.1999;282:1523-1529.

۳. کلیشادی رویا، عقدک پژمان، شیرانی شاهین، روح‌افزا حمیدرضا، صادقی معصومه، «شیوع عوامل خطر بیماری قلبی عروقی در زنان مناطق مرکزی ایران: برنامه قلب سالم اصفهان»، *مجلهٔ علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین*، تابستان ۱۳۸۴، دورهٔ ۹، شماره ۲، ۸۳-۷۶.

4. Steven R. Hawks, Melisa L. Hull, Rebecca L. Thalman, and Paul M. Richins (1995) Review of Spiritual Health: Definition, Role, and Intervention Strategies in Health Promotion. American Journal of Health Promotion: May/June 1995, Vol. 9, No. 5, pp. 371-378.
5. Mccree DH, Wingood Gm., Diclemente R., Davies S., Harington K., Religiosity and Risky Sexual Behavior in African-American Adolescent Females, JOURNAL OF ADOLESCENT HEALTH 2003;33:2–8
6. Williams DR., Sternthal MJ., Spirituality, religion and health: evidence and research directions, MJA 2007; 186: S47–S50.
7. Wallace JM., Religion's Role in Promoting Health and Reducing Risk Among American Youth, Health EducBehav December 1998 vol. 25 no. 6 721-741.
8. Butler-Barnes Sh., Martin P., Copeland-Linder N., & et al., The Protective Role of Religious Involvement in African American and Caribbean Black Adolescents' Experiences of Racial Discrimination, Social Sciences, 1 Feb 2016.
9. ZulligKJ., Ward RM., Horn Th., The Association Between Perceived Spirituality, Religiosity, and Life Satisfaction: The Mediating Role of Self-Rated Health, Social Indicators Research,November 2006, 79:255.

۱۰. عباسیان ل.، عباسی م.، شمسی کوشکی ا.، معماریانی ز.، «بررسی جایگاه علمی سلامت معنوی و نقش آن در پیشگیری از بیماری‌ها یک مطالعه مقدماتی»، فصلنامهٔ اخلاق پزشکی، سال چهارم، شمارهٔ چهاردهم، زمستان ۱۳۸۹.

۱۱. دباغی پ.، «بررسی نقش معنویت و مذهب در سلامت»، مجلهٔ دانشکده پیراپزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران، سال چهارم شمارهٔ ۱ بهار و تابستان ۱۳۸۸ شماره مسلسل ۶.

۱۲. عرفانی‌فر داوود، ارتباط دین و سلامت: نقش دین و مذهب در پیشگیری و درمان بیماری‌ها به چه صورت است؟، پژوهشکده باقرالعلوم.

## ۲. دوران رشد ابتدایی کودکی

### مقدمه

رشد معنویت هر انسانی یک روند پویا و فعال است که در طی یک دوران رخ می‌دهد. در طی این روند، انسان به طور فزاینده‌ای به معنی، هدف و ارزش‌های زندگی پی می‌برد (۱). متاسفانه تحقیقات در این زمینه اغلب در افراد بالغ صورت گرفته و مطالعات در زمینه رشد معنویت و دین در کودکان اندک است که شاید یکی از دلایل آن دشوار بودن این نوع مطالعات است. رشد معنویت در کودک بسیار پیچیده است و تحت تاثیر عوامل متعددی نظیر خانواده، رسانه‌ها، افراد مسئول جامعه و پیوندهای فرهنگی است. امروزه، تاثیر رسانه‌ها به‌ویژه تلویزیون، اینترنت و فیلم‌های سینمایی انکارناپذیر است. دوگانگی تاثیر این عوامل مثلاً رشد کودک در یک خانواده مذهبی که در معرض رسانه‌های هالیوودی مستمر است بسیار پیچیده و پر از تعارض است (۲).

تجربه‌های معنوی و دینی می‌تواند آثار قوی در زندگی کودکان داشته باشد؛ رشد اخلاقی آن‌ها را تحت تاثیر قرار دهد، ارتباطات اجتماعی را تقویت کند و راه ارتباط با خود و رفتارهایشان را تنظیم نماید (۳).

هر کودک، موجود منحصر به فردی محسوب می‌شود که دارای خلق و خو، سبک یادگیری و الگوی رشد و تکامل مخصوص به خود است. هم چنان که کودک در مسیر تکاملی خویش به جلو می‌رود، به انواع مختلفی از محرکات و تعاملات نیاز دارد تا مهارت‌هایش پرورش یافته و کامل شوند. از نظر اسلام، تربیت کودک از بیست سال قبل از تولد وی آغاز می‌شود. طبق نظریهٔ کولبرگ و پیاژه همان طور که کودک از نظر جسمی رشد و تکامل می‌یابد، به تدریج از نظر معنوی، اخلاقی، اجتماعی و فرهنگی نیز تکامل پیدا می‌کند. سال‌های اولیه عمر مهم‌ترین زمان تکامل در طول عمر فرد محسوب می‌شود. تعامل بین ژنتیک و فیزیولوژی و تجارب و مواجهات محیطی در تکامل کودک نقش زیربنایی دارند. خانواده در زمینهٔ تکامل معنوی دوران کودکی تاثیر اولیه و بسیار مهمی دارد (۴).

عوامل تاثیرگذار بر تکامل معنوی دوران ابتدای کودکی عبارت‌اند از:

- فردی؛
- خانوادگی؛
- اطرافیان و همسایگان؛ ارتباطات اجتماعی؛
- خدمات و برنامه‌های تکامل معنوی ابتدای کودکی؛
- محیط ملی و منطقه‌ای؛
- سطح جهانی؛

- وضعیت اجتماعی، اقتصادی، و فرهنگی.

توجه به سلامت معنوی کودکان یک ضرورت است و کسانی که سلامت معنوی کودکان و نوجوانان خود را از وظایف خویش به حساب نمی‌آورند و بیشتر به امور روزمره می‌پردازند، باید منتظر پیامدهای این بی‌توجهی‌ها باشند. عمق بخشیدن به آموزه‌های معنوی در کودکان و نوجوانان، آنان را از آسیب‌های اخلاقی و اجتماعی مصون می‌دارد؛ چرا که بسیاری از شرارت‌های افراد ناشی از ضعف معنویت است و درونی شدن ارزش‌های معنوی باعث می‌شود آنان در برابر این انحرافات مقاومت بیشتری داشته باشند.

## روش بررسی

تحقیق به صورت کتابخانه‌ای است. این مقاله مروری بوده که جهت انجام آن از کتاب‌ها و مقالات جدید پیرامون سلامت معنوی و بارداری و سایت‌های google scholar ، cochrane library ، pubmed ، SID.و..... استفاده شده است. مقالات و کتب مندرج در حوزه سلامت معنوی بررسی و مطالب مربوط به مراحل مختلف رشد معنوی در کودکان و نوجوانان استخراج و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است.

## یافته‌ها

### معنویتِ کودکان و رهیافت‌های غیر بومی

گسترش روزافزون فناوری در عصر حاضر، به پیچیدگی زندگی بشر و دوری او از فطرت طبیعت‌گرای خود منجر شده است و متاسفانه در این میان، نادیده انگاشتن سایر جنبه‌های وجود آدمی مانند جنبهٔ روانی و معنوی از سوی نظام آموزشی، آموختن را به انباشتن توده‌ای از اطلاعات غیر قابل هضم تبدیل کرده که موجب پنهان شدن حس طبیعی کنجکاوی و جست و جو در کودکان می‌شود که خود سر منشأ «معنویت» است. هوش معنوی به عنوان هوش یکپارچه کننده‌ای است، که موجب معنادار شدن اطلاعات دریافت شدهٔ هشت هوش دیگر می شود و نادیده گرفتن آن در نظام آموزشی موجب اختلال در روند تکامل معنوی کودکان می‌شود (۵).

زوهر و مارشال هوش معنوی را هوشی تعریف می‌کنند که «با آن به مسائل معنایی و ارزشی می‌پردازیم و آن‌ها را حل می‌کنیم؛ هوشی که با آن اعمال و زندگی را در شرایط گسترده‌تر، غنی‌تر و معنادارتر قرار می‌دهیم و با کمک آن رشته‌ای از رفتار یا یک مسیر زندگی را معنادارتر از دیگری برآورد می کنیم.» بنا بر تعریف مارشال و زوهر معنویت برای موسسات

آموزشی مبحثی کلیدی است (۶).

زوهر و مارشال با بهره‌برداری از شواهد روانشناسی، عصب‌شناسی و سن تدینی به طور گسترده در باب معنویت تحقیق نموده و معتقدند هوش معنوی به دلیل نقشی که در درون افراد دارد، هوشی یکپارچه کننده است. آن‌ها سه هوش را مطرح کرده‌اند که عبارت‌اند از: هوش منطقی[1] که با تست IQ سنجیده می‌شود، هوش هیجانی[2] EQ و هوش معنوی که آن‌ها آن را SQ می‌نامند. هوش معنوی هوشی یکپارچه‌کننده تلقی می‌شود، چون به افراد کمک می‌کند به جهان اطراف خود معنا دهند. زوهر و مارشال، شاخص‌های هوش معنوی را شامل موارد زیر می‌دانند:

ظرفیت انعطاف‌پذیری: درجه بالای خودآگاهی؛ ظرفیت مواجهه و سود بردن از رنج؛ ظرفیت مواجهه و فراتر رفتن از رنج؛

کیفیت الهام گرفتن از مکاشفه و ارزش‌ها: اکراه از وارد کردن آسیب؛ گرایش به مشاهدهٔ پیوندها میان امور مختلف؛ گرایشی مشخص برای پرسیدن پرسش هایی مانند «چرا؟» یا «چه می‌شد اگر» و طلب کردن پاسخ‌های بنیادین؛ مستقل از زمینه بودن یعنی، قابلیت داشتن برای عمل کردن برخلاف عرف (۶).

روبرت کولز، یکی از معدود تحقیقات جامع در باب معنویت در کودکان را نگاشته که از مصاحبه با کودکان خردسال از کشورهای گوناگون و مسلک های معنوی مختلف به دست آمده است. کولز متوجه شد که با وجود پس‌زمینه‌های متفاوت کودکان، آن‌ها همچنان علایق و آرزوهای معنوی مشابهی بروز می‌دهند. او توضیح می‌دهد که معنویت کودکان و تمایل آن‌ها به دانستن، نه فقط پرسش «چه» بلکه «چرا» را نیز پدیدار می کند. به علاوه، هر جنبه از زندگی روانی آن‌ها به تفکر معنوی‌شان مرتبط می‌شود. به‌ویژه نگرش‌های اخلاقی و احساساتی مانند شرمساری و گناه، بنیاد بیشتر ادراکات معنوی اولیه آن‌ها را شکل می‌دهد.

تحقیق کولز بر این امر مبتنی است که حرکت به سوی معنویت از حس کنجکاوی ذاتی و شگفتی در بارهٔ جهان ناشی می‌شود و از این رو از سن ابتدایی مشهود است (۷).

به همین قیاس کارلسون و پیاژه، استدلال کردند که کودکان تا پنج سالگی، پرسش‌هایی در مورد خداوند، مطرح و شروع به صورت‌بندی نظریه‌هایی درباره معنای زندگی می‌کنند. کولز از مکالمات خود با کودکان برای توضیح این موضوع استفاده کرده که آن ها بدون توجه به توانایی، سن، تجربه یا فرهنگ‌شان نسبت به پرسش‌های الهیاتی و فلسفی شگفت‌زده هستند. او نتیجه

1. Rational Intelligence
2. Emotional Intelligence

گرفت که معنویت، انسانیت کودکان را تایید می‌کند بنابراین والدین و مربی‌ها، وظیفه تقویت شگفتی معنوی کودکان را بر عهده دارند (۸).

با آنکه درباره تکامل ادراک معنوی کودکان پژوهش کمی انجام شده است، اما با این حال آثاری وجود دارد که دربارهٔ گنجاندن نظرگاه‌های معنوی در آموزش‌های والدین و خانواده و نیز برنامهٔ درسی مدارس بحث می‌کنند. چنین تلاش‌هایی برای موثر بودن باید بر مفهوم روشن‌تری از چگونگی ادراکات کودکان از تکامل معنوی مبتنی باشد اما ممکن است تکیه بر نمونه‌های کنونی تکامل معرفتی، اخلاقی و احساسی کافی نباشد. در این صورت درست کردن طرح تکامل معنوی کودکان، به عنوان پیش‌نیازی برای گنجاندن معنویت در برنامه‌های درسی مدارس ضروری است (۹).

پیشگامان نظام‌های آموزشی تاثیرگذار مانند پستالوزی[1]، مونتسوری[2] و استینر[3]، نمونه‌های آموزشی خود را بر این اعتقاد مبتنی کرده‌اند که جست و جوی معنا از سوی کودکان، تنها از پیوستگی‌شان با دیگران با طبیعت و جهان تحقق می‌یابد. با وجود تفاوت ویژگی‌های این نمونه‌ها، همگی در نظر دارند که پرسش‌های کودکان باید در مرکز برنامه‌های آموزشی خانواده و برنامه‌های درسی مدارس جای بگیرد. به همین قیاس، نویسندگان معاصر نیز استدلال کرده‌اند که مدارس باید به مکان‌هایی برای تکامل معنویت تبدیل شوند، نه اینکه به جایگاه تجمع محض دانش، حقایق و ارقام مبدل شوند (۹).

کمپبل استدلال کرده است که داستان و به ویژه افسانه با درک معنوی خواننده ارتباط دارد از این رو گفت و گو دربارهٔ داستان‌ها فرصتی برای افزایش معنویت کودکان فراهم می‌کند. کسلر و پالمر معتقد بودند که پرسش های معنوی باید در متن برنامه درسی مدارس گنجانده شود. همچنین، آنچه بسیاری از این پیشنهادها بر آن تاکید دارند، مفهوم «پیوستگی» است. قهرمان شکوفایی تخیل، کیرنایگان از عقیدهٔ افلاطون مبنی بر نقش ابتدایی آموزش برای به چالش کشیدن باورهای متعارف کودکان بهره‌برده و معتقد است: «آموزش، به حداکثر رساندن فراگیری محصولات فرهنگی تولید شده به وسیله انسان‌های دیگر توسط کودکان است، به طوری که این محصولات فرهنگی مبدل به آن چیزی شوند که ممکن است به طور نامناسبی، ابزار معرفتی نام گیرند. هرچه ابزارهای بیشتری برای معنا بخشیدن به جهان و تجربیات آن فراهم باشد، فرصت بهتری برای درک مکاشفات تجربهٔ انسانی داریم که در مجموع معنویت

1. Pestalozzi
2. Montessori
3. Steiner

خوانده می‌شود. ایگان به طور خلاصه پنج مولفه را برای برنامه آموزشی مختص «پیشبرد تکامل معنوی کودکان» مشخص کرد: ۱) تشویق کودکان برای زیر سوال بردن عقاید متعارف خود دربارهٔ جهان و تجربیات؛ ۲) آشنا کردن آن‌ها با راه‌های گوناگون تلاش انسان‌ها برای روشن کردن گستره‌ای از تجربیات سخت انسانی؛ ۳) معرفی فضایل عالمانه به آن‌ها مانند دقت، هوشیاری، مشاهده دقیق و مشتاقانه و حظ بردن از اکتشاف؛ ۴) تشویق آن‌ها برای لذت بردن از خودگذشتگی برای خیر دیگران؛ ۵) وارد کردن آن‌ها در کشف گذشته و اینکه چگونه گذشته، زمان حال را شکل می‌دهد (۱۰).

نقطهٔ آغاز نویدبخش دیگر برای وارد کردن ابعاد معنویت در آموزش خانه و مدرسه، راهبرد فلسفه برای کودکان است. (۳و۴و۵) لورنس اسپلیتر این برنامه را پرورش داده است. او این برنامه را وسیله‌ای برای درگیر کردن کودکان در باب پرسش‌های بزرگ وجودی و «به چیز بزرگ تری به غیر خود تعلق داشتن اما نه به هزینه حس وجودی شخص» (صفحه ۱۱۳) می‌داند. اسپلیتر عقیده دارد که در جو آموزشی که بر تجمع واقعیت‌ها تاکید دارد، کودکان فرصت نمی‌یابند که دربارهٔ راه‌های توانا شدن در گرفتن تصمیمات و قضاوت‌های درست فکر کنند. راهبرد جایگزین دیگر برای تشویق به یادگیری، تفکر عمیق‌تر و معنادارتر، وارد کردن دانش‌آموزان در فضای تحقیق و تفحص است. چنین راهبردی به دانش‌آموزان در جایگزینی درک به جای دانستن صرف کمک خواهد کرد (۹).

در ساختار معنویت، خواه بتواند به طور دقیق هوش نام گیرد یا نه، باید برای معنویت کودکان ارزش قائل شد و آن را در محیط های آموزشی، پرورش داد. مهم است دربارهٔ چگونگی تکامل معنویت در کودکان، چگونگی بروز آن و چگونگی ارتباط آن با سایر جنبه‌های تکاملی کودکان درک بیشتری داشته باشیم (۱۰).

در عنصر هوش معنوی به موارد زیر می‌توان اشاره کرد: ۱) معنویت به عنوان اهتمام به موضوعات وجودی؛ ۲) باورهای سنتی که بیشتر معنوی تلقی می‌شوند، به ارتباط انسان‌ها با یکدیگر و جهان طبیعی مربوط است؛ ۳) مشاهدات کولز و کارلسون- پیاژه، مبنی بر کنجکاوی طبیعی کودکان پنج ساله دربارهٔ چرایی وجود جهان «بدین گونه که هست» و تعمق درباره معنای زندگی؛ ۴) اهمیت ارتباط با طبیعت که پیشگامان ابتدایی آموزش مانند پستالوزی، استینر و مونتسوری بر آن تاکید کرده‌اند؛ ۵) فراخوانی مربیان امروزی برای فراهم کردن فرصت‌هایی برای ارتباط با طبیعت؛ ۶) محوریت داستان در ترغیب کودکان به تفکر دربارهٔ پیوندشان با یکدیگر و با جهان طبیعی؛ ۷) اهمیت مشارکت دادن کودکان در مباحث مربوط به ماهیت حیات، آن‌گونه که ایگان و اسپلیتر بیان کرده‌اند (۱۰).

در یک بررسی، کودکان با فرصت صحبت در گروه‌های کوچک دربارهٔ افکاری که برایشان مهم بود، به میزان زیادی مشغول می‌شدند. در برنامه‌های آموزگاران همیشه فرصتی برای کودکان برای شرکت در چنین تفکر وجودی مداوم[1] وجود ندارد و به طور مبرمی به این فضا نیاز است. اولین پیشنهاد برای انجام، آن است که مدارس فضایی فراهم آورند و کودکان را به تفکر دربارهٔ پرسش‌های فلسفی و اخلاقی تشویق کنند. خطر و شاید ترسی از این وجود دارد که بعضی از معلمان از چنین فرصت‌هایی به عنوان ابزاری برای تلقین مجموعه‌ای از ارزش‌های خاص به کودکان استفاده کنند، به جای اینکه به آن‌ها اجازه دهند که دربارهٔ دیدگاه‌های مختلف تعمق کنند. بنابراین، توصیه می‌کنیم که تلاش‌های سنجیده‌ای برای قرار گرفتن داستان‌ها و دیدگاه‌هایی از جنبه‌های مختلف در دسترس کودکان انجام شود. برنامهٔ درسی مدرسه باید به صورتی پیش رود که حاوی مفادی باشد که مورد نیاز جامعه است. ظاهرا از مدارس انتظار می‌رود کودکان را برای هر احتمالی آماده کنند. مدارس باید بیشتر تمایل به توسعهٔ روش‌های فکری داشته باشند تا کودکان را قادر کنند که «زندگی‌های خوبی» را سپری کنند (۱۱). منظور ما از «زندگی خوب» زندگی‌ای است که در عین حال که در جامعه‌ای بازارمحور و پیچیده شرکت دارد، بالاترین معیارهای اخلاق فردی و اجتماعی را در برداشته باشد[2]. مدارس نقش مهمی در پرورش شهروندان آینده بر عهده دارند و شیوهٔ انجام دادن این عمل تصدیق و پرورش معنویت در کودکان است. افراد ذی‌نفع، مانند والدین و معلمان، نقش بسیار مهمی در تقویت «درک معنوی» دارند. تفکر معنوی برای جهان در حال تغییر سریع و بدون مرزی که در آن سکونت داریم ضروری است (۱۱).

**اسلام و سلامت معنوی کودکان**

والدین و مربیان اگر بخواهند کودکان را با معارف معنوی آشنا کنند و این امر را در آنان نهادینه سازند، باید از سنین کودکی و نوجوانی شروع کنند، زیرا فردا دیر است. در نظام اسلامی آغاز تعلیم و تربیت معنوی، استفاده از روش شناسی و بررسی شیوه‌های صحیح تربیتی جایگاه ویژه‌ای دارد. درخت پر ثمر تربیت آنگاه به بار می‌نشیند که نظریه‌های تربیتی در قالب شیوه‌های صحیح و درست به اجرا در آید. روش‌های الگوآفرینی، محبت، تشویق، بصیرت‌بخشی و روش قصه‌گویی مؤثرترین روش‌های قرآنی هستند که والدین و مربیان را در درونی کردن آموزه‌های معنوی در کودکان و نوجوانان یاری می‌دهند. حضرت علی علیه السلام دربارهٔ

1. sustained Existential reflection
2. Gardner, Csikszentmihalyi& Damon,2001

تربیت‌پذیر بودن کودکان و جوانان به امام حسن علیه السلام می‌فرماید: «إِنَّمَا قَلْبُ الْحَدَثِ كَالْأَرْضِ الْخَالِيَهِ مَا أُلْقِيَ فِيهَا مِنْ شَيْءٍ قَبِلَتْهُ»[1] (۱۲). قلب نونهال مانند زمین خالی است که هر تخمی در آن افشانده شود می‌پذیرد. مولوی در بارهٔ اینکه هرچه انسان بزرگ‌تر می‌شود صفات او قوی‌تر و ریشه‌دارتر می‌گردد مثلی می‌آورد آنجا که می‌گوید: مردی خاری در معبر کاشت و مردم از این بوته خار در رنج بودند. او قول داد که سال دیگر آن را بکند و سال دیگر نیز کار را به سال بعد موکول کرد و سال‌های بعد نیز به همین ترتیب عمل کرد. از طرفی، درخت، سال به سال ریشه‌دارتر می‌شد و خارکن ضعیف‌تر. یعنی میان رشد درخت و قوت او نسبت معکوس برقرار بود. حالات انسان نیز مانند خاربُن و خارکن است. روز به روز صفات در انسان ریشه‌های عمیق‌تری پیدا می‌کند و ارادهٔ انسان را ضعیف‌تر می‌کند، بنابراین، قدرت یک جوان در اصلاح نفس خود، از یک پیر بیشتر است[2] (۱۳). سعدی نیز می‌گوید:

هر که در خوردیش ادب نکنند — در بزرگی ادب از او برخاست
چوب تر را چنان که خواهی پیچ — نشود خشک جز به آتش راست

برای موفقیت در هر کاری، آگاهی به اسباب و وسایلی که بتواند به گونه‌ای سریع و آسان، ما را در رسیدن به هدف یاری کند، لازم است. اتخاذ روش‌هایی که بتواند ما را به آسانی در پیمودن جادهٔ موفقیت یار و مددکار باشد، از شرایط توفیق در انجام هر کاری است. در قرآن کریم آمده‌است: لَيسَ الْبرُّ بأَنْ تَأْتُوا الْبُيُوتَ مِنْ ظُهُورهَا وَلَكِنَّ الْبرَّ مَن اتَّقَي ۗ وَأْتُوا الْبُيُوتَ مِنْ أَبْوَابهَا ۚ وَاتَّقُوا اللّهَ لَعَلَّكُمْ تُفْلِحُونَ»[3]. نیکوکاری بدان نیست که از پشت دیوار به خانه در آیید (چه این کار ناشایسته است) نیکی آن است که پارسا باشید و در هر کاری از راه آن وارد شوید. در تفسیر آیهٔ فوق فرموده‌اند: «وَأْتُوا الْبُيُوتَ مِنْ أَبْوَابِهَا» یعنی باید هر کاری را از راه خودش انجام داد. در اهمیت داشتن روش، امام صادق (ع) فرمود: « اَلْعَامِلُ عَلَى غَيْرِ بَصِيرَةٍ كَالسَّائِرِ عَلَى غَيْرِ اَلطَّرِيقِ لاَ يَزِيدُهُ سُرْعَةُ اَلسَّيْرِ إِلاَّ بُعْداً»[4] (۱۴) عمل کنندهٔ بی بصیرت مانند رهنوردی است که به بی‌راهه می‌رود. سرعت حرکت او را به هدف نمی‌رساند بلکه وی را از هدف دور می‌سازد. حضرت علی (ع) به مردم سفارش می‌کند: «ای مردم آن کس که راه آشکار را بپیماید به آب در آید و آن کس که راه بی‌راهه را در پیش گیرد، در بیابان بی‌نشان می‌افتد» (۱۵).

موضوع معنویت، از دیرباز جزو موضوعات اساسی و بنیادی اسلام بوده است. در دنیای امروز

---

۱. *نهج‌البلاغه*، نامه ۳۱.
۲. مرتضی مطهری، ۱۳۷۱، ص ۸۰-۷۹.
۳. بقره، ۱۸۹.
۴. *تحف العقول*، ص ۳۷۹

با توسعه و رشد مهارناپذیر فناوری و پیشرفت‌های چشمگیر آن، و نیز در عصر رویکرد دوبارهٔ بشر به مسئله دین و سلامت معنوی موضوع معنویت کودکان، هم‌چنان چشم‌گیر می‌نماید. امروزه حتی خانواده‌های غربی نیز به‌خوبی دریافته‌اند که بازی‌های رایانه‌ای، سایت‌های سرگرمی، چت‌های اینترنتی، تلویزیون، سینما، و موارد مشابه، نیازهای معنوی فرزندشان را تأمین نمی‌کند و بنیان خانواده را اکسیری جز سلامت معنوی کودک و خانواده، استوار نخواهد نمود.

از ویژگی‌های دین اسلام تاکید بر پرورش همهٔ ابعاد زندگی انسان است. هر چند در تربیت اسلامی پرورش ابعاد معنوی هدف اصلی و نهایی است؛ اما دستیابی به آن هدف بزرگ در پرتو داشتن جسمی سالم و روانی با نشاط شدنی است. در سیرهٔ تربیتی امام رضا (ع)، علاوه بر تاکید بر سایر ابعاد، به رعایت بهداشت، تغذیه سالم و نیز عوامل غیر مادی مؤثر در سلامتی مانند صدقه و عقیقه توجه خاص شده است.

کارشناسان ارتقای تکامل همه‌جانبهٔ کودک اذعان می‌دارند، بهترین دوره برای این مهم، دوران کودکی است. زیرا در این سنین حس تقلید و نیز حس پذیرش آموزه‌های مختلف خصوصا آموزه‌های معنوی، در سطح بالایی از توانمندی قرار دارد و کودک به‌خوبی آنچه را که به او آموخته می‌شود، فرا می‌گیرد. امیرالمؤمنین علیه‌السلام به فرزند خود امام مجتبی علیه‌السلام می‌فرماید: «قلب کودک نورس همانند زمین کاشته نشده، آمادهٔ پذیرش هر بذری است که در آن پاشیده شود. از این رو، در تربیت تو شتاب کردم، پیش از آنکه دل تو سخت شود و اندیشه‌ات به چیز دیگری مشغول گردد، تا به استقبال کارهایی بشتابی که صاحبان تجربه، زحمت آزمودن آن را کشیده‌اند و تو را از تلاش و یافتن بی‌نیاز ساخته‌اند.»

در سیرهٔ معنوی امام رضا (ع)، بر تدریجی بودن آموزش‌ها، انتخاب همسر صالح و شایسته، رعایت آداب ازدواج، مراقبت‌های ایام بارداری، نامگذاری مناسب، مراقبت از کودک، کودک و سلامتی،صحبت با کودک، محبت، احترام، تشویق وی، نظارت والدین بر کودک، خوداتکایی و پرورش بعد عقلانی و معنوی در دوران کودکی تاکید ویژه‌ای شده است.

اسلام عالی‌ترین توجه را به کودک دارد، آیاتی که نسبت به حقوق کودک در اسلام وجود دارد و نیز روایات موجود همه حکایت از اهمیت قائل شدن اسلام برای کودکان و حقوق ایشان دارد. رسول اکرم (ص) بیان می‌دارد همان طور که پدران و مادران، حقوقی بر فرزندان خود دارند و فرزندان در صورت ترک آن حقوق عاق می‌شوند، فرزندان نیز حقوقی بر پدر و مادر دارند که «پدران و مادران در صورت رعایت نکردن آن عاق فرزندان می‌گردند.» والدین مسئول تأمین تمام نیازهای کودک اعم از مادی و معنوی‌اند. نیازمندی‌های جسمانی کودک از قبیل

نمو جسمانی با فراهم ساختن وسایل مادی امکان‌پذیر است تا از این طریق نیازهای بدنی او تأمین شود. این رشد و نمو با تغذیه، بهداشت کافی، آب و هوا، مسکن، خواب، بازی و امثال آن، به دست می‌آید. اسلام در آموزش معنوی کودک و دعوت او به سوی کمال و فضیلت هیچ‌گاه به تنبیه و زور متوسل نمی‌شود؛ بلکه در کسب هنر و کمال توصیه می‌کند و کسانی که تلاش بیشتری دارند و هنر خود را بهتر آشکار می‌کنند، مورد لطف و محبت بیشتر قرار می‌گیرند. در وجود انسآن‌ها بذرهای سعادت و خوشبختی نهفته است که با پرورش صحیح، هر یک از آن‌ها شجرهٔ طیبه خواهد بود که در تعالی و کمال انسان نقش بسزایی دارد که یکی از آن‌ها بذرهای سعادت داشتن فرزند صالح است که پیامبر فرمودند: «از سعادت انسان داشتن دوستان صالح و فرزند نیکوکار است».

رفتار فرزند منهای آداب اکتسابی او از جامعه، بیانگر فرهنگ و اخلاق و ایمان و ارزش‌های حاکم نهادینه شده بر وجود والدین و خانواده است. چرا که پدر و مادر بذر کمالات وجودی خویش را در وجود فرزندشان پروش می‌دهند، فرزندان، آن‌گونه که می‌خواهیم پرورش نمی‌یابند، بلکه آن‌گونه که هستیم، خواهند بود و از این رو پیامبر اعظم (ص) فرمودند خداوند متعال فرزند را با فطرت سالم سعادتمند به انسان عطا می‌فرماید و این والدین هستند که او را آن‌گونه که خود هستند می‌کنند. پیامبر اکرم (ص) بر کوشا بودن پدر و مادر و تربیت فرزندان دستور داده و فرموده‌اند: فرزندانتان را گرامی بدارید و آنان را به آداب نیکو بیارایید. برای بررسی جایگاه پرورش حس معنوی در تربیت معنوی کودکان لازم است به اصول تربیت معنوی کودکان توجه و سهم پرورش حس معنوی در گرایش به دین و مذهب و دین‌باوری توجه شود تا بهتر بتوانیم از این ابزار در جهت هدایت فرزندانمان استفادهٔ مطلوب داشته باشیم.

**مراحل مختلف رشد معنوی**

در زمینهٔ مراحل رشد معنوی اتفاق نظر کامل وجود ندارد. با این همه، به نظر می‌رسد که در کودک نیز مانند افراد بالغ رشد معنویت در دو جهت عمودی ارتباط (با خداوند) وافقی (ارتباط با خود، دیگران و پیرامون) از ابتدای شروع ارتباط با والدین صورت می گیرد. برخی معتقدند که در رشد معنویت سه دوره وجود دارد (۱۶).

۱. دوران اولیه کودکی. هنگامی که کودک به طور ساده «خوب» و «بد» را با توجه به تشویق و تنبیه‌ها می‌پذیرد.
۲. دوران دیررس کودکی و نوجوانی. هنگامی که کودک / نوجوان فهم بهتری از اخلاقیات کسب می‌کند.

۳. دوران بلوغ. هنگامی که فرد، نظرات جامعه را در مورد خوبی و بدی می‌پذیرد.

بیشتر نظریه‌های رشد معنوی بر اساس نظریه‌های اریکسون آلمانی، پیاژه سویسی و بولر امریکایی بنا نهاده شده است که قسمتی از آن‌ها در زیر آورده می‌شود. با وجود این، باید اذعان داشت که امکان تطبیق آن با سایر جوامع و ادیان بدون بررسی آن‌ها در این محیط‌ها ممکن نیست و چه بسا برای جوامع اسلامی مورد نظر نباشد.

**دوران کودکی.** بیشتر کودکان برای رفع نیازهای خود به محیط اطراف وابسته‌اند. اگر چه اکثراً باور دارند که کودکان بدون هیچ‌گونه معنویت و یا ارزش‌های دینی متولد می‌شوند ولی در دین اسلام اعتقاد به فطرت انسانی در ابتدای تولد بشر وجود دارد (۱۷). سال‌های اول زندگی، زمان بسیار مهمی برای رشد و توسعه دینی و ابعاد معنویت شخصی است که معمولاً از طریق ارتباط با والدین (یا مراقبت کننده طفل) حاصل می شود (۱۸). اریکسون، این دوران را از صفر تا ۲ سالگی می پندارد و زمان اطمینان کودک از کسانی که او را مراقبت می کنند می داند. طفل به همه اعتماد دارد و از حضور افراد لذت می‌برد ولی در زمان‌های بعد حضور افراد غریبه سبب هیجان او می شود. در این مرحله فهم طفل از «خداوند» مبهم است. او به محیط پر از عشق و گرمی جواب می دهد و نه به محیطی که با تنبیه همراه باشد (۱۹). این دوران را دوران نهفتگی معنوی نیز می‌نامند. بینش و انگیزش معنوی با انباشته شدن ذهن از تجارب حسی و حرکتی فرد پوشیده می شود. به نظر می رسد که همهٔ دریافت کودک از خود و جهان اطرافش با حس‌های او شکل می‌گیرد و شاید اگر با کودک به‌خوبی رفتار شود، به آن‌ها که در کنارش هستند اعتماد ورزد (رشد افقی معنویت) و زمینه‌ای برای اطمینان بیشتر و با باور به خداوند شود (رشد عمودی معنویت). بسیاری از محققان بر لزوم ایجاد این اطمینان و اعتماد در ابتدای زندگی طفل برای رشد عمودی معنویت او و اعتقاد به خداوند تاکید دارند. بدیهی است که این شرایط را والدین و به‌ویژه مادر مهیا می‌کند (۱۸).

زمانی که طفل راه می‌افتد احساس می‌کند که فرد با ارزشی است. زیرا مهارت‌های جدید راه رفتن، دویدن، بالا رفتن، لباس پوشیدن و توالت کردن را فرا گرفته است. با به دست آوردن اراده خیلی از موارد به والدین خود «نه» می‌گوید. اریکسون دوران ۱-۳ سالگی را زمان «خودمختاری در برابر شک و تأسف» می داند. طفل مشتاق است که کارهای خود را انجام دهد ولی اکثراً ناموفق است ولذا دچار شک و تردید و تاسف و کاهش خودباوری می شود. اینجاست که واکنش‌های اطرافیان به او کمک می‌کند تا خودباوری را باز یابد. اگر در این زمان اطرافیان از خداوند با احترام و محبت صحبت کنند، طفل می‌آموزد که «خداوند» چیز خاصی است. او مراسم مذهبی (نماز) را در این دوران تقلید می کند. اگر اطرافیان درمورد خدا صحبتی نکنند،

در طفل هیچ‌گونه احساس در ارتباط با خداوند ایجاد نمی‌شود (۱۹). بـدیهی اسـت کـه در ایـن زمان طفل هیچ‌گونه برداشتی از خداوند به عنـوان قـدرت مـافوق و ذات لایـزال نـدارد. او بـین واقعیات و آنچه فوق طبیعی است تفاوت می گذارد. چه بسا در ذهن او خداونـد بـه‌صـورت یـک حامی و یک فرد دوست‌داشتنی جلوه نماید (۲۰). برخی معتقدند که اگـر در خـانواده باورهـای مذهبی/ معنوی وجود نداشته باشد، طفل برای خود یک وجهی از «قـدرت مـافوق» را طراحـی می‌کند. ارائهٔ محبت، عشق، توجه، راهنمایی‌ها و مشاوره‌های مطلوب در این زمان بر رشد هر دو جنبهٔ عمودی و افقی سلامت معنوی کمک می‌کند.

**دوران قبل از مدرسه**. در این دوران که بین ۴-۷ سالگی است، کودک می‌آموزد که تفکـر کنـد ولی فکر کردن او ممکن است روش‌مند و منطقی نباشـد، اگرچـه کـودک منطـق خـود را دارد. کودک اکثراً در یک قسمت متمرکز می شود و از سایر زوایای یک موضوع غافـل اسـت. در ایـن زمان واقعیت را از چیزهای غیر واقعیت تمیز نمی‌دهـد. برداشـت او از «خداونـد» ممکـن اسـت متفاوت از افراد بالغ باشد زیرا محدودیت هایی که افراد بـالغ در تفکـر و گفتـار خـود دارنـد، در کودک موجود نیست. رشد مذهبی در ایـن دوران آینـه‌نمـای رفتارهـای دینـی والـدین اسـت. داستان‌ها، مراسم مذهبی و فعالیت‌های دینی سخت آن‌ها را تحت تاثیر قرار می‌دهد. این دوران را دورهٔ آشکاری معنوی نیز می نامند. بینش معنوی که بر اثر غلبهٔ ذهن انباشـته از محسوسـات پنهان شده بود، به‌تدریج سر بر می‌آورد و به صورتی مبـدل در سـطح تخـیلات فـرو مـی‌آیـد و قدرت تخیل کودک رشد می کند. با شروع رفتن مدرسه با افراد دیگـری غیـر از والـدین تمـاس حاصل می کند که می تواند بر باورهای او تاثیر بگذارد. در این دوران کودک رشد وجدانی دارد و خداوند را به عنوان یک قدرت برتر فهم می‌کند. خداوندی که می‌تواند تشویق و تنیبـه کنـد. در این دوران، ترساندن کودک از خداوند (مثلاً اگر چنان کنی خداوند تنیبه می‌کند و ...) زیـان‌آور خواهد بود.

**دوران آخر کودکی**. بـین سـنین ۶-۱۲ کـودک تکامـل فکـری بیشـتری صـورت مـی گیـرد و مهارت‌های منطقی را فرا می‌گیرد (۲۱). اگر تربیت مناسبی انجام شود، کودک شرکت فعـال در امور مذهبی/ معنوی و ارتباط صحیح با دیگران را انجام می‌دهد. در اینجا کودک متوجه می‌شود که خداوند حقیقتاً همان قدرت لایتناهی است که والدین و جامعه به او عرضه کرده بودنـد. اگـر با نکتهٔ انحرافی، خلاف آن‌ها که آموخته بود، مواجه شود، آن‌را «غلط» می‌داند و رد مـی‌کنـد. از آنجا که در این سنین، طفل به دنبال مهارت‌هاست، خیلی مشتاق است کـه بدانـد خداونـد چـه انجام می‌دهد؟ و چگونه انجام می‌دهد؟ (۲۲).

**دوران نوجوانی**. این دوران، دوران آمادگی معنوی نامیـده مـی‌شـود. نوجـوان مـی‌توانـد جهـان

معنوی را درک کند. دوره‌ای است که با طغیان در مورد قدرت‌ها و تعارضات بـا آنچـه در مـورد باورها و ارزش‌ها کسب کرده بود، همراه است. نوجوانان محدودیت‌های خود را آزمون می‌کننـد، سعی بر جدایی از والدین دارند، و مایل‌اند تصویر جداگانه‌ای از خود ایجاد کنند. رفقا و دوسـتان او در این مرحله بسیار مهم هستند و می توانند جهت رشد معنوی او را بنمایانند. در ایـن دوران تعارضات در ماهیت خود، معنای زندگی خویش و اهداف آینده، زندگی فکر نوجوان را به شـدت مشغول می کند. نوجوان از آنچه قبلاً در مورد خدا آموخته، حقایقی در مـورد خداونـد و جهـان پیرامون خود را می‌پذیرد و به برخی مطالبی که والدین آن‌ها گفته‌اند، به طـور پرسـش برانگیـز نگاه می‌کند (۲۳).

در این دوران، تضاد وجود دارد، جوان می‌خواهد که ارزش‌های والدین خـود را دور بریـزد و مایل است با همسالان خود رفتارها و ارزش‌های گروهی را رشد دهد. ایـن مرحلـه‌ای اسـت کـه بعضی از جوانان، عقاید و باورهای مذهبی والدین خود را کنار می‌گذارند، در حـالی کـه دیگـران مراسم سازمان یافته مذهبی را که در آن فعالیت‌های گروهی بـا هـم‌سـالان خـود دارنـد بسـیار جذاب و گیرنده می‌یابند. این مراسم، می‌توانـد موقعیـت مناسـبی بـرای جوانـانی باشـد کـه در خانواده آن‌ها باورهای مذهبی/ معنوی وجود نداشته است (۲۴).

در مطالعات غربی‌هـا، جوانـانی کـه از کیفیـت بـالای سـلامت معنـوی برخوردارنـد، علائـم افسردگی را کمتر از سایرین نشان می‌دهند و رفتارهای پـرخطـر دوران جـوانی را کمتـر انجـام می دهند (۲۵ و ۲۶). این افراد به رفتارهای مرتبط با ارتقای سلامت بیشتر از جوانانی که کمتـر مذهبی هستند، اقدام می‌کنند (۲۷).

## نتیجه‌گیری

با توجه به یافته‌های غیر بومی و منابع غنی اسلامی، تربیت معنوی فرزند یک ضـرورت اسـت و کسانی که تربیت کودکان و نوجوانان خود را از وظایف خویش به حساب نمی‌آورند و بیشـتر بـه امور روزمرهٔ می‌پردازند، باید منتظر پیامدهای ایـن بـی‌تـوجهی‌هـا باشـند. عمـق بخشـیدن بـه آموزه‌های دینی در کودکان و نوجوانان، آنان را از آسیب‌های اخلاقی و اجتماعی مصون می‌دارد؛ چرا که بسیاری از شرارت‌های افراد ناشی از نداشتن تربیت دینی و اخلاقی است و درونی شـدن ارزش‌های دینی باعث می‌شود آنان در برابر این انحرافات مقاومت بیشتری داشته باشند. والدین و مربیان اگر بخواهند کودکان را با معارف دینی آشنا کنند و این امر را در آنان نهادینـه سـازند، باید از سنین کودکی و نوجوانی شروع کنند. در نظام تربیتی اسـلامی آغـاز تعلـیم و تربیـت بـا استفاده از روش‌شناسی و بررسی شیوه‌های صحیح تربیتی جایگاه ویـژه‌ای دارد. درخـت پرثمـر

تربیت آنگاه به بار می‌نشیند که نظریه‌های تربیتی در قالب شیوه‌های صحیح و درست بـه اجـرا در آید. روش‌های الگوآفرینی، محبـت، تشـویق، بصـیرت‌بخشـی و روش قصـه‌گـویی مـؤثرترین روش‌های قرآنی هستند که با در نظر گرفتن مراحل مختلف رشد معنوی و برنامه‌ریزی دقیـق و منسجم، والدین و مربیان را در درونی کردن آمـوزه‌هـای دینـی در کودکـان و نوجوانـان یـاری می‌دهند.

## منابع:


1. Fulton RB, Moore CM. "Spiritual care of the school-age child with a chronic condition". *Journal of Pediatric Nursing 1995*; 10(4): 224-31.
2. *Nurturing child and adolescent spirituality: Perspectives from the world's religious traditions* (pp. 1-14). Lanham, MD: Rowman & Littlefield.
3. Barnes LL, Plotnikoff GA, Fox K, Pendleton S. "Spirituality, religion, and pediatrics: intersecting worlds of healing". *Pediatrics 2000*; 106(4): 899-908.

٤. - اسمیت، فیلیپ، *فلسفهٔ آموزش و پرورش*، مترجم: سعید بهشتی، مشهد، انتشارات آستان قدس رضوی، ۱۳۷۷.

5. Learning and learner: exploring learning for new times university of Wollongong, 2008,236p.
6. Zoher D.,Marshal I., Spiritual intelligence, New Yourk,NY,USA,:Bloomsbury,2000.
7. Robert Coles, The Spiritual Life of Children, Houghton Mifflin Harcourt Trade & Reference, Publishers, 1990.
8. Jennifer Mata , Spiritual Experiences in Early Childhood Education ,New Yourk,2015.
9. Wilma Vialle, Pauline Lysaght, Irina Verenikina, Psychology for Educators,1999.
10. Vader, John-Paul. (2006, October). "Spiritual health: The next frontier". European Journal of Public Health, 16(5): 457. http://eurpub.oxfordjournals.org/content/16/5/457.full
11. Richard M. Lerner, Willis F. The Handbook of Life-Span Development, Cognition, Biology, and Methods,2001

۱۲. اخوان الصفا و خلان الوفا، الرسائل، قم، مکتب الاعلام الاسلامی، ۱۴۰۵ ق .

۱۳. خزاعی، سهیلا، سلامت معنوی و سبک زندگی سالم، انتشارات اندیشه‌اور، ۱۳۹۳.

۱٤. تحف‌العقول، ص ۳۷۹.

۱۵. فرامرز قراملکی، احد، پرده پندار، تحلیلی از غفلت در پرتو خطبهٔ ۱۷۴ نهج‌البلاغه، تهران، آفتاب توسعه، چاپ دوم، ۱۳۸۱ .

16. Fulton RB, Moore CM. "Spiritual care of the school-age child with a chronic condition". Journal of Pediatric Nursing 1995; 10(4): 224-31.
17. Nurturing child and adolescent spirituality: Perspectives from the world's religious traditions (pp. 1-14). Lanham, MD: Rowman & Littlefield.
18. Barnes LL, Plotnikoff GA, Fox K, Pendleton S. Spirituality, religion, and pediatrics: intersecting worlds of healing. Pediatrics 2000; 106(4): 899-908.
19. Obrien ME. Spirituality in nursing: standing on holy ground (3rd ed.). Sudbury, MA: Jones and Bartlett. 2008.

20. Carson VB. Spiritual dimensions of nursing practice. Philadelphia:W.B.Saunders. 1989.
21. Fosarelli P. "The psycho spiritual lives of ill or suffering children and adolescent:What we should know, what we should do." In V.B. Carson & H. G. Koenig (Eds), Spiritual dimensions of nursing practice (pp. 154-192). West Conshohochen, PA: Templeton foundation press. 2008.
22. Betz JD. Faith development in children. Pediatric Nursing 2001; 7(2): 22-25.
23. Hitchcock JE. Schubert PE, Thomas SA. Community health nursing: caring in action. Albany, NY: Delmar Thomson Learning. 1999.
24. Macrae JA. Nursing as a Spiritual practice: A contemporary application of Florence Nightingales views. New York: Springer. 2001.
25. Cotton S, Larkin E, Hoopes A, Cromer BA, Rosenthal SL. "The impact of adolescent spirituality on depressive symptoms and health risk behaviors". Journal of adolescent health 2005; 36(6): 529.
26. Rew L, Wong YJ. "A systematic review of associations among religiosity/spirituality and adolescent health attitudes and behaviors". Journal of adolescent health 2006; 38(4): 433-42.
27. Brown JD. "Body and spirit: Religion, spirituality, and health among adolescents". Adolescent Medicine 2001; 12(3): 509-23.

## ۳. معنویت و فعالیت بدنی

### مقدمه

فعالیت بدنی (Physical Activity) واژه‌ای متفاوت از ورزش (Sport) است. ورزش بیشتر زمانی کاربرد دارد که هدف قهرمانی و مسابقه مد نظر باشد و لذا به گروه خاصی از افراد مربوط می‌شود و عمومیت ندارد، در حالی که فعالیت بدنی واژه‌ای است که برای همگان کاربرد دارد و شامل تمامی فعالیت‌های انسان می‌شود که در آن عضلات بدن درگیرند.

فعالیت بدنی یکی از عوامل پیشگیری کننده از بیماری‌های مزمن شناخته شده و مطالعات متعدد در سال‌های اخیر حاکی از اهمیت آن به عنوان یک عامل بازدارندهٔ خطر برای بیماری است. لذا توصیهٔ اکید بر آن است که تمامی افراد از زمان تولد حتماً چنین فعالیتی داشته باشند تا به کمک آن از بروز بیماری‌ها جلوگیری شود.

آنچه در ذیل آمده است به تعاریف مربوط به فعالیت بدنی، اهمیت آن، وضعیت آن در جامعه، گروه‌های در معرض خطر، نتایج تحقیقات داخلی و خارجی و در نهایت نظر اسلام در مورد آن می‌پردازد.

### روش جمع‌آوری اطلاعات

با بررسی متون مختلف اعم از چاپی و با مراجعه به کتابخانهٔ ملی ایران و با جستجوی کلمهٔ معنویت و سلامت معنوی، و منابع الکترونیکی در وب‌گاه‌های فارسی اعم از SID.ir و گوگل فارسی با جستجوی کلمه‌های معنویت، سلامت معنوی، فعالیت بدنی، عوامل خطر، پیشگیری از بیماری، ارتقای سلامت و بدون محدودیت زمانی و در منابع الکترونیک انگلیسی اعم از Pubmed.com، Google Scholar، و منابع انگلیسی از SID.ir با استفاده از واژه‌های مختلف Spirituality، Spiritual Health، Risk factor، disease prevention، Health promotion، physical activity و بدون محدودیت زمانی به دلیل محدودیت منابع، تمامی موضوعات مختلف سلامت معنوی که با جستجوی واژه‌های کلیدی متعدد صورت گرفت و حتی در مواردی منابع استفاده شده در متون برای دست‌یابی به منابع بیشتر جستجو شد. در میان مطالب مختلف به مواردی استناد شد که دارای منابع قوی و نیز مطابق با آموزه‌های دینی اسلام باشد. البته، باید متذکر شد که در ترکیب واژه‌های فعالیت بدنی و معنویت چه در منابع فارسی و چه در انگلیسی در زمان تهیه این نوشتار هیچ منبعی شناسایی نشد.

**تعریف فعالیت بدنی**

فعالیت بدنی به هر نوع حرکات بدنی گفته می‌شود که به وسیله عضلات اسکلت صورت گرفته و باعث صرف انرژی می‌شود (۱).

توصیه سازمان جهانی بهداشت در خصوص میزان فعالیت بدنی مورد نیاز برای افراد ۱۸-۶۵ سال، حداقل ۱۵۰ دقیقه فعالیت بدنی متوسط در هفته و یا ۷۵ دقیقه فعالیت بدنی شدید در هفته و یا ترکیبی متعادل از فعالیت‌های متوسط و شدید است. همچنین، تمرینات تقویت کننده ماهیچه‌ها که گروه ماهیچه‌های بزرگ بدن را درگیر می‌کند به تعداد دو یا چند روز در هفته نیز باید انجام شود (۲).

**اهمیت و شیوع فعالیت بدنی**

تحرک نداشتن به عنوان چهارمین عامل خطر برای بیماری‌ها در جهان است. به‌هرحال تحرک نداشتن علت اصلی تقریباً ۲۱-۲۵٪ سرطان سینه و کولون و تقریبا ۳۰٪ بیماری‌های قلبی عروقی است.

فعالیت بدنی کافی و منظم در بزرگسالان باعث کاهش خطر فشارخون، بیماری قلبی عروقی، حمله قلبی، دیابت، سرطان سینه و کولون، و افسردگی می‌شود. همچنین، سلامت استخوان و عملکرد آن را بهبود می‌بخشد و یک تعیین کننده مهم در مصرف انرژی و تعادل کالری مصرفی و وزن می‌شود (۱). همچنین، فعالیت‌های بدنی باعث فعال شدن مجموعه‌ای از پاسخ‌های هورمونی و ایمونولوژیکی در بدن می‌شود که می‌تواند نقش حفاظتی داشته باشد (۳). بین فعالیت بدنی و چاقی با استفاده از شاخص‌های WHR و BMI همراهی بسیار قوی مشاهده شده است (۴).

نداشتن فعالیت بدنی یکی از عوامل خطر اصلی است که باعث چاقی و آرتروز می‌شود. میزان فعالیت بدنی بر مقدار افزایش افراد که در طول دوران زندگی اتفاق می‌افتد تاثیر دارد (۵).

دریافت زیاد کالری و کم‌تحرکی مهم‌ترین عوامل خطر برای اپیدمی چاقی‌اند. مطالعات اولیه مستنداتی مبنی بر ارتباط بین کم‌تحرکی (رفتار نشتن) با چاقی و نیز ارتباط معکوسی بین عادت به فعالیت بدنی و چاقی است و فعالیت بدنی یک عامل بسیار مهم در پیشگیری از اضافه وزن است. اخیراً در یک مطالعه با پیگیری ۳۰ ساله نشان داده شد فعالیت بدنی مداوم باعث کاهش اضافه وزن و کوچک‌تر شدن دور کمر می‌شود حتی وقتی عوامل زمینه‌ای ژنتیکی و محیطی کنترل شدند (۶).

فعالیت بدنی و سالمندان نشان داده است که اثر مثبتی بر بیماری قلبی، بهبود ایمنی، سلامت روان و وضعیت شناختی آنان دارد. همچنین، فعالیت بدنی اثر کاملاً مثبتی بر کاهش هیجانات روحی دارد. حتی می‌توان مشخص نمود که چه نوع فعالیت بدنی، بر عملکرد ایمنی و هورمونی این گروه سنی اثر بیشتری دارد (۷).

فعالیت بدنی می‌تواند به بیماران مبتلا به سرطان در طول درمان کمک کند تا عوارض جانبی کاهش یافته و کیفیت زندگی افزایش یابد. مطالعات متعدد نشان داده است که خودکارآمدی و لذت‌بخشی دو پیشگویی کننده مهم در فعالیت بدنی مداوم است (۸).

نتایج سه دوره بررسی عوامل خطر بیماری‌های غیر واگیر در ایران نشان می‌دهد که ۴۰٪ بزرگسالان ایرانی (۳۱/۶ مردان و ۴۸/۶٪ زنان) فعالیت بدنی در حد کم دارند و در طی این سه دوره مطالعه تقریباً ۱۵٪ بزرگسالان ایرانی هیچ نوع فعالیت بدنی نداشته‌اند. از آنجا که عدم تحرک در ایران خصوصا در زنان بزرگسال رایج است و برای پیشگیری از افزایش سریع بیماری‌هایی مانند دیابت و قلبی عروقی لازم است بر روی فعالیت بدنی تاکید بیشتری صورت گیرد (۹).

به دلیل افزایش مصرف غذاهای پرکالری، استفاده از فناوری‌های نوین، سبک زندگی کم‌تحرک در سنین بالا، ارتقای فعالیت بدنی یکی از اولویت‌های مراقبت‌های بهداشتی اولیه در گروه جوانان در کشورهای در حال توسعه و توسعه‌یافته است (۱۰). در حال حاضر حدود ۸۰٪ نوجوانان فعالیت بدنی شدید و متوسط یعنی در حدود ۶۰ دقیقه فعالیت در روز ندارند (۱۱).

در ایران طی مطالعه‌ای در سال ۲۰۱۰ فعالیت بدنی در نوجوانان حدود ۶۰٪ بود که حاکی از کمبود فعالیت بدنی در این گروه سنی است (۱۲).

کم‌تحرکی در منطقه مدیترانه شرقی، بیشتر از هر منطقهٔ دیگری در جهان است به طوری که بیش از یک سوم مردان و تقریبا نیمی از زنان این منطقه از نظر فیزیکی غیر فعال‌اند. بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت شیوع بی تحرکی در مناطق شهری و روستایی با تاکید بر انجام فعالیت بدنی اوقات فراغت بین زنان و مردان ایرانی در گروه سنی ۱۵-۶۴ سال به ترتیب ۵۸/۸٪ و ۷۶/۳٪ و در مجموع در همان ردهٔ سنی ۶۷/۵٪ بوده است. برخی از مطالعات انجام شده در ایران، میزان کم‌تحرکی را بیش از این مقدار گزارش نموده‌اند. طبق آمارهای جهان و همچنین ایران، زنان نسبت به مردان کم‌تحرک‌تر هستند (۲).

همان‌گونه که ملاحظه می‌شود مطالعات مختلف در ایران نتایج متعددی را نشان می‌دهند که البته در همه موارد به کم‌تحرکی در جامعهٔ ایرانی اشاره شده است و ضرورت دارد این موضوع به عنوان یک عامل خطر مد نظر قرار گیرد.

**فواید و اهداف فعالیت بدنی**

- نظم ضربان قلب و حرکات تنفسی، پس از مدتی فعالیت کردن بهتر می‌شود.
- گنجایش ریه‌ها بیشتر می‌شود و اکسیژن بیشتری به بدن می‌رسد.
- بر اثر فعالیت کردن، بدن بهتر از مواد غذایی خود استفاده می‌کند.
- با ورود اکسیژن بهتر و بیشتر به بافت‌های بدن، رشد و نمو بهتر انجام می‌گیرد.
- قوهٔ دفع و جذب بهتر می‌شود.
- از به وجود آمدن خستگی، زیاد شدن ضربان قلب و تنفس، و تنگی ناگهانی جلوگیری می‌شود.
- جریان خون سریع‌تر صورت می‌گیرد.
- کارهای روزانه با شادابی فراوان پیش می‌رود و شخص فعال کمتر به ضایعات عروقی مبتلا می‌شود و از سکته‌های قلبی جلوگیری می‌کند.

**فعالیت بدنی و اسلام**

اسلام به ورزشکار به دیده احترام می‌نگرد. زیرا در این دین الهی هر عملی که انسان را در راه رسیدن به کمال یاری نماید ارزشمند خواهد بود. بنابراین، اگر ما غرض از خلقت انسان را قرب به خداوند متعال بدانیم باید به نقش و تأثیر ورزش در رسیدن به این هدف عالی انسانی توجه داشته باشیم.

آیا بدون داشتن بدنی سالم و نیرومند می‌توان عباداتی همچون جهاد در راه خدا و روزه را به خوبی انجام داد؟آیا اگر بدن انسان با ورزش سالم شود نمی‌تواند بهتر به تکالیف الهی و حتی کارهای روزمره برسد؟ با توجه به همین موارد می‌توان به ارزشمندی ورزش در اسلام پی برد. اگر اسلام به امر ورزش تاکید دارد به دلیل آثار خوب و سودبخش آن است. مطالعات بسیاری در علوم بهداشتی و پزشکی نیز به اهمیت فعالیت بدنی در پیشگیری از عوامل خطر بیماری‌ها و ابتلا به بیماری‌های مختلف اشاره کرده است.

تربیت بدنی یکی از نظام‌های مهم تربیتی اسلام است که از پشتوانه نیرومندی در قرآن کریم و سنت پاک برخوردار است. چنان که رخدادهای زندگی اجتماعی نیاکان در قبل و بعد از بعثت رسول خدا (ص) و در دورهٔ خلفای راشدین آکنده از وقایع ورزشی است و همواره از حمایت و تأیید مردم و پیشوایان و علمای دین برخوردار بوده است. دلبستگی مسلمانان به شمشیربازی و اسب سواری از فعالیت‌های پسندیده و ستایش شده در اسلام است و حتی رسول خدا (ص) و خلفا و نیز برخی از صحابه و علما و فقها در طول تاریخ تمدن اسلامی به

انواع ورزش‌ها می‌پرداختند.

جالب‌تر اینکه خود آن حضرت، در مسابقه اسب دوانی شرکت می‌کردند و نه تنها تعیین جایزه را در این مورد جایز دانسته، بلکه گاه مخارج جوایز برندگان مسابقه را نیز خود به عهده می‌گرفتند. همچنین، در مورد ورزش‌های تیراندازی و شنا سفارش می‌نمودند و می‌فرمودند حق فرزند بر پدرش آن است که به او نوشتن، شنا کردن، و تیراندازی آموزش دهد و روزی او را تنها از راه حلال و پاکیزه تهیه کند.

به نظر می‌رسد فعالیت بدنی در بهبود کیفیت زندگی خانواده‌ها بسیار موثر است زیرا نگرش نسبت به خود و خانواده بیشتر می‌شود. سبب کاهش فشارهای روحی می‌شود، ظرفیت و یا حوصلهٔ خانواده بیشتر می‌شود، کمک به خواب را بهتر می‌کند، توانایی جسمی و روانی را افزایش می‌دهد، و می‌تواند لذت‌بخش نیز باشد. بنابراین، فعالیت بدنی بستر مناسب برای سلامت خانواده است و علاوه بر اینکه تاثیرات فیزیکی و فیزیولوژیک بر بدن انسان داشته، بر روح و روان و شخصیت اجتماعی خانواده تاثیر مطلوب می‌گذارد (۱۳).

پیروان اسلام باید مراقب سلامت جسمی، روانی و معنوی خود باشند. بدن ما با تمام پیچیدگی‌هایش به عنوان یک امانت در اختیار ما قرار دارد و نباید مورد آزار و یا فراموشی قرار گیرد. پیامبر اسلام به پیروانش توصیه می‌نمود تا کار کنند، پرانرژی باشند، اول صبح شروع به کار کنند و همه آنچه را که برای داشتن بدن سالم لازم است انجام دهند.

در قران کریم نیز آیه وَأَعِدُّوا لَهُم مَا استَطَعتُم مِن قُوهٍ (سوره انفال، آیهٔ ۶۰) هر مقدار که می‌توانید در برابر دشمنان توانایی و قدرت کسب کنید وَ زادَهُ بَسطَهً فِی العِلمِ و الجِسم: (سوره بقرهٔ آیهٔ ۲۴۷) خداوند حضرت طالوت را از نظر علم و قدرت بدنی وسعت بخشیده است، حاکی از آن است که خداوند در آیات فوق نیرومندی و قوای جسمی را کنار و قرین با جایگاه علم آورده است. گویا از نظر قرآن نوعی ارتباط بین کمال جسمی و آمادگی جهت کسب دانش، بینش، حکومت و قضاوت وجود دارد.

پیامبر اکرم (ص) می‌فرمایند: مومنی که قوی و نیرومند باشد از مومن ضعیف، بهتر و دوست داشتنی‌تر است (۱۳). پیامبر اکرم(ص) نیز می‌فرمایند: خوشبختی برای کسی است که دین اسلام را پذیرفته و در آمدش او را تامین می‌کند و دارای بدنی توانا و قوی است (۱۴).

## نتیجه‌گیری

این مختصر نشان می‌دهد که گرچه جهان علم در سال‌های اخیر به موضوع تحرک بدنی پرداخته و آن را به عنوان یک عامل باز دارندهٔ خطر معرفی کرده است، اما دیدگاه پیشرو اسلام

به پیشگیری از قرن‌ها پیش، پیروان خود را به داشتن تحرک بدنی تشویق می‌نموده است. گرچه در حال حاضر نمی‌توان مستندات علمی در مورد ارتباط بین فعالیت بدنی و معنویت یافت با توجه به مترقی بودن دین اسلام در تمامی ابعاد انسانی بدون شک، این توصیه می‌تواند نه تنها در ابعاد جسمی و روانی و اجتماعی انسان بلکه در بعد معنوی نیز موثر باشد. از آنجا که مطالعات در زمینه سلامت معنوی و خصوصاً نقش آن در پیشگیری از عوامل خطر بیماری بسیار کم است و از طرف دیگر در ارتباط آن با فعالیت بدنی نمی‌توان به مستند علمی اشاره کرد، ضرورت دارد، محققان در این زمینه، به مطالعه بپردازند و زوایای ناشناختهٔ را روشن سازند.

## منابع:


1. *WHO, Global strategy on diet, physical activity and health*, WHO, 2016.

۲. کشاورز محمدیان سکینه، فرمانبر ربیع اله، محتشم امیری زهرا، عطرکار روشن زهرا، *الگوی مراحل تغییر مرتبط با فعالیت بدنی: عوامل مرتبط با فعالیت بدنی براساس الگوی مراحل تغییر در رابطین بهداشتی شهر رشت*، «آموزش بهداشت و ارتقای سلامت»، پاییز ۱۳۹۴، دوره ۳، شمارهٔ ۳، ۲۵۳-۲۶۵.

3. Barry A, et al. Impact of exercise on innate immunity in Multiple Sclerosis Progression and Symptomatology. Front Physiol. 2016.
4. Lee O, et al. Associations between physical activity and obesity defined by Waist-to-Height ration and Body Mass Index in the Korean population. PLOS One, 2016.
5. Hill Jo, Wyatt HR. Role of physical activity in preventing and treating obesity. J ApplPhysiol, 2005;99(2):765-770.
6. Mustelin L, Silventoinen K, Pietilainen K, Rissanen A, and Kaprio J. Physical activity reduces the influence of genetic effects BMI and Waist Circumference: a study in young adult twins. International Journal of Obesity, 2009, 33, 29-36.
7. Teixeira AM, et al. Study protocol on hormonal mediation of exercise on cognition, stress and immunity (PRO-HMECSI): effects of different exercise programmes in institutionalized elders. Front Public Health, 2016.
8. Ungar N, et al. Physical activity enjoyment and self-efficacy as predictors of cancer patients' physical activity level, Front Psychol, 2016.
9. Esteghamati A, et al, Physical activity in Iran, results of the third national surveillance of risk factors of non-communicable diseases (SURFNCD-2007), J Phys Act Health, 2011, Jan;8(1):27-35.
10. Abasi MH, Eslami AA, Rakhshani F., Introducing an outcome expectation questionnaire and its psychometric properties regarding leisure time physical activity for Iranian male adolescent, Iran Red Crescent Med J., 2015 May;17 (5):e21509.
11. Abasi MH, Eslami AA, Rakhshani F, Shiri M, A self-efficacy questionnaire regarding leisure time physical activity: psychometric properties among Iranian male adolescents. Iran J Nurs Midwifery Res. 2016 Jan-Feb;21(1):20-28.
12. Abasi MH, Eslami AA, Rakhshani F, Shiri M, Development and psychometric properties of a self-regulation scale about leisure time physical activity in Iranian male adolescents. Iran J Nurs Midwifery Res. 2016 March-April, Vol 21, Issue 2, 183-190.

۱۳. الاسلام و الطب، ص ۲۶۳.

۱٤. بحارالانوار، ج ۷۲.

۱۵. کنزالعمال، ج ۴ ـ ص۳۴۴.

۱٦. نهج الفصاحه، ۱۰۵ / ح ۵۳۱.

## ۴. تغذیه و سلامت معنوی

### مقدمه

پیامبرگرامی اسلام از سلامت به «نعمت پنهان و ناشناخته» یاد کرده است، (روضه الواعظین، ج ۲، ص ۴۷۲) زیرا یکی از عوامل آرامش زندگی و بندگی خدا، برخورداری از جسم و جان سالم است از این‌رو، حفظ تندرستی و حفظ نفس لازم و واجب شمرده شده است. ریشه مشترک «سلم» در عناوین دین مبین اسلام و سلامت، بیان‌گر ارتباط مفاهیم سلامت جسمی و معنوی است. واژه «سلام» در معنای عافیت، به‌صورت منفرد و یا در ترکیب با کلمات دیگر، ۳۳ بار در قرآن کریم تکرار شده است. برای نمونه، خداوند متعال در آیه ۱۶ سوره مائده فرموده است: «يَهْدِي بِهِ اللّهُ مَنِ اتَّبَعَ رِضْوَانَهُ سُبُلَ السَّلاَمِ وَيُخْرِجُهُم مِّنِ الظُّلُمَاتِ إِلَي النُّورِ بِإِذْنِهِ وَيَهْدِيهِمْ إِلَي صِرَاطٍ مُّسْتَقِيمٍ؛ خدا هر که را از خشنودی او پیروی کند به‌وسیله آن [کتاب] به راه‌های سلامت رهنمون می‌شود و به توفیق خویش آنان را از تاریکی‌ها به‌سوی روشنایی بیرون می‌برد و به راهی راست هدایتشان می‌کند» (۱).

مفهوم سلامت معنوی توسط سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۷۹ میلادی به عنوان رکن چهارم سلامت مطرح گردید. در آموزه‌های وحیانی، معنویت همان نسبت یافتن با خداوند در اندیشه و رفتار است. سلامت معنوی به برخورداری از حس پذیرش، احساسات مثبت، حسن اخلاق و ارتباط مثبت با یک قدرت حاکم برتر، دیگران و خود اطلاق می‌شود که طی یک فرآیند پویا و هماهنگ شناختی، عاطفی، کنشی و پیامدی حاصل می‌آید. برخورداری از سلامت معنوی و یا به تعبیر قرآن قلب سلیم تنها سرمایه نجات انسان در روز قیامت شمرده می‌شود (۲).

امروزه مشخص شده است که بار بسیاری از بیماری‌های غیرواگیر مانند بیماریهای قلبی عروقی، سرطان و دیابت نوع ۲ رو به تزاید است که این بیماری‌ها عوامل خطر قابل پیشگیری و مشترکی از جمله تغذیه نامناسب دارند (۳). جامعه‌ی متعالی و مطلوب نیازمند انسان‌هایی سالم در تمام ابعاد تربیتی می‌باشد. ارزش و شخصیت انسانی به طرز فکر و اندیشه اوست و نوع تغذیه است که آن را می‌سازد و ارزش ذاتی به انسان می‌دهد. عقل سالم به انسان حکم می‌کند که با مصرف غذاهای پاک و طیب این ارزش والا را حفظ کند تا بتواند به اهداف عالیه خود که مقام بندگی است، برسد؛ بنابراین زیربنای سلامت جسمی و روانی افراد جامعه بهره‌مندی از مواد غذایی سالم و پاکیزه است (۴). در واقع، تغذیه اگرچه امری کاملا طبیعی است، اگر تنوع و تعادل در آن رعایت نشود، اختلال‌های تغذیه‌ای بروز خواهد کرد. پژوهشگران طی سال‌ها مطالعه نشان داده‌اند که تغذیهٔ سالم و مناسب می‌تواند راه بهتر و به صرفه‌تری در پیشگیری از

بیماری‌ها و برقراری سلامت باشد (۳). تدبر در آیات قرآنی بیانگر آن است که در تغذیهٔ قرآنی به معنویت در سلامت به‌طور گسترده توجه شده است. مراقبت از تغذیه و اینکه انسان بداند که چه باید بخورد و چه نباید بخورد و اینکه اگر جایز به خوردن باشد، چه میزان و چگونه باید خورده شود، موجب پیشگیری از ابتلا به انواع بیماری‌های جسمی و به دنبال آن آلام روحی می‌شود. انسان‌ها باید در مسیر تلاش برای کسب شناخت و آگاهی‌های لازم برای مدیریت تغذیهٔ سالم و رسیدن به تندرستی قرار گیرند (۲). به‌طور کلی، این توجهات ناظر بر ترغیب انسان به اندیشه در غذای مورد مصرف از جنبه‌های گوناگون مادی و معنوی و آثار مترتب بر آن از جمله ابعاد اجتماعی، دنیوی و اخروی است. در حقیقت یکی از راهکارهای مهم در مدیریت سلامت تغذیه، هدفمند کردن زندگی مادی با تفکر و اعتقادات معنوی است (۴).

بنابراین، هدف از این نوشتار، مروری بر مطالعات پژوهشی و کتابخانه‌ای انجام شده در زمینه ارتباط دین و معنویت با تغذیهٔ سالم است.

## روش جمع‌آوری اطلاعات

مقالات مرتبط با موضوع مطالعه در پایگاه‌های اطلاعاتی مختلف شامل Pubmed, Google Scholar, Iran Medex, Magiran جستجو شد. این جستجو با کلید واژه‌های "تغذیه" و "سلامت معنوی" برای مقالات فارسی و "Nutrition AND Spiritual" ، با محدودیت زمانی سال ۲۰۰۵ تا کنون، انجام گرفت. در مجموع ۶ مقالهٔ فارسی و ۸۲ مقالهٔ انگلیسی از جستجو به دست آمد و چکیده و عنوان مقالات مطالعه شد. برای نگارش این مبحث، از مقالات مرتبط، با کیفیت و با ارجاعات بالا یعنی ۴ مقالهٔ مروری به زبان فارسی و ۴ مقالهٔ پژوهشی و ۱ مقالهٔ مروری به زبان انگلیسی استفاده شد.

## مروری بر مطالعات انجام شده در زمینه ارتباط معنویت و رفتارهای تغذیه‌ای سالم

تمام مذاهب بر مسئولیت هر فرد بر مراقبت و تغذیه خود تأکید دارند و تمام رفتارهایی را که به صدمه به بدن منجر می‌شود از سوی مذاهب نهی کرده‌اند. تغذیهٔ سالم دربرگیرندهٔ دریافت کافی از منابع فیبر، سبزی‌ها، میوه‌ها، ماهی، مصرف کم و متعادل از میان‌وعده‌های شور و شیرین، غذاهای فراوری شده و چربی‌ها است. رفتارهای تغذیه‌ای سالم شامل پیروی از راهنماهای تغذیه‌ای توصیه شده از جمله مصرف مکرر صبحانه می‌باشد. از مجموع مطالعات انجام شده درمورد ارتباط معنویت و تغذیهٔ سالم، اکثر مطالعات ارتباط مثبتی بین مذهب/ معنویت و تغذیه سالم یافته‌اند؛ افرادی که مذهب و معنویت بالاتری داشتند، از کیفیت تغذیه

بالاتری برخوردار بودند (۵).

مجموع مطالعات انجام شده در مورد ارتباط مذهب/ معنویت با میزان کلسترول خون نشان می‌دهد که افراد با مذهب/معنویت بالاتر، میزان کلسترول خون پایین تری داشتند (۱۲ مطالعه) و تنها سه مطالعه ارتباط مثبتی را بین مذهب/ معنویت با کلسترول خون نشان دادند (۵).

در پاسخ به مداخله برای کاهش کلسترول خون همراه با مداخله معنوی، پنج مطالعه کاهش کلسترول را نشان دادند، یک مطالعه در پاسخ به این مداخله افزایش کلسترول را در مردان آمریکایی مکزیکی نشان داد (۴).

از ۳۶ مطالعه انجام شده در مورد ارتباط بین وزن یا نمایه توده بدنی و مذهب/ معنویت، در اکثر آنها ارتباط مثبتی دیده شد؛ بدین صورت که مذهب/ معنویت با وزن بالاتری در ارتباط بود و مطالعات معدودی ارتباط معکوسی را نشان دادند. اغلب افراد با معنویت و اعتقادات مذهبی تمایل به تغذیه سالم دارند که میزان بیشتری از آن را مصرف می‌کنند؛ این رفتار اغلب موجب می‌شود که افراد با معنویت و اعتقادات مذهبی درمعرض خطر بالاتری برای چاقی باشند (۵).

وزن کمتر در افراد با اعتقادات مذهبی گروههای Amish, Jews و Buddhists دیده شد. همچنین در پاسخ به مداخلات کاهش وزن همراه با مداخله معنوی، وزن کمتر در گروههای سفید پوست با سن و تحصیلات بالاتر دیده شد که نشان می‌دهد برنامه‌های کاهش وزن برمبنای اعتقادات مذهبی و معنوی در حوامع مذهبی موثر و کارآمد می‌باشد (۵).

مطالعه انجام شده بر روی نوجوانان پسر آمریکایی آفریقایی نشان داد که معنویت به عنوان یک عامل مهم در آموزش سلامتی و تلاش برای ارتقاء سلامت برای کاهش خطر چاقی و عوامل وابسته به آن می‌باشد. یافته‌های این مطالعه نشان داد که معنویت ارتباط قوی با مدیریت وزن در این نوجوانان دارد و به عنوان یک عامل محافظتی موجب کاهش خطر چاقی و بیماری‌های مزمن وابسته به آن می‌گردد (۶).

برنامه پیشگیری از دیابت در ساکنین کم درآمد نیویورک شامل آموزش تغذیه و فعالیت بدنی همراه با آموزش‌های کتاب مقدس برای تشویق به شیوه زندگی سالم نشان داد که این نوع مداخله برای کاهش چاقی و پیشگیری از دیابت موفق بوده است، بدین ترتیب که بهبود رفتارها و عملکرد در مقایسه با ابتدای مطالعه در گروه مداخله دیده شد (۷).

همچنین، در زنان بدون خانه ارتباط مثبتی بین نمره درک معنویت و رفتارهای ارتقای سلامت شامل تغذیهٔ سالم، فعالیت بدنی، روابط سالم و مدیریت استرس، داشت (۸).

آنشل و همکاران در مقالهٔ خود به نقش رهبران مذهبی در ارتقای رفتارهای سلامتی تأکید داشته‌اند؛ بدین ترتیب که این رهبران می‌توانند پیام‌های سلامتی، تغذیه مناسب و سالم را با

تأکید بر نیاز به شیوه زندگی سالم و صحیح به پیروان خود انتقال دهند (۹).

**ارتباط سلامت معنوی و تغذیه از دیدگاه اسلام**

اسلام نوع غذای مصرفی انسان را کنترل می‌کند تا آن غذا مانع از رشد و کمال او نشود. هدف اصلی از نزول قرآن تربیت معنوی و هدایت انسان‌ها به سوی کمال و سعادت است و رسیدن به کمال نیازمند پرورش روح و سلامت جسم است. قرآن به سلامت جسم که مقدمهٔ سلامت روح است توجه کامل دارد و در این نگاه سلامت تغذیه از جایگاه بالایی برخوردار است و برای نیل به آن ضرورت دارد تا از گذرگاه معنوی و جهان‌بینی توحیدی عبور شود، زیرا در نبود سلامتی انسان از مسیر تعالی روح باز می‌ماند. داشتن تن سالم و جسم سالم و نیرومند از نظر قرآن یک ارزش است. در قرآن کریم به خوردن طیبات و دوری از خبائث امر شده، یعنی نه تنها به بهداشت ظاهری عنایت شده، بلکه بهداشت معنوی تغذیه نیز لحاظ شده است. قوانین و مقررات قرآن با نظم طبیعت و سلامت جسم و روح انسان همگون است، به این معنا که نمی‌توان در قرآن مسئله‌ای را یافت که با سلامت انسان درتضاد باشد. اکثر مطالب علمی قرآن درباره بهداشت و پیشگیری است. برخی از توصیه‌های مؤکد بهداشتی و درمانی معصومان نیز به صورت مجموعه‌های پزشکی و بهداشتی مدون شده است که نشان می‌دهد سبک تغذیهٔ سالم از مهمترین برنامه‌های هدایتی و تربیتی آن‌ها بوده است.

اگر انسان‌ها با الهام‌گیری از دستورات حیات‌بخش قرآن به مراقبت و مدیریت غذایی بپردازند و به جنبه‌های اعتدال در تغذیه، ارتزاق از روزی‌های حلال و خوردن طیبات و افراط نکردن در آن و پرهیز از خوردنی‌های حرام و غیر مجاز توجه نمایند و هدف از زیستن سالم و مطلوب در این دنیا را بشناسند و این اعتقاد را داشته باشند که همه چیز به خواست و اراده خداوند دراختیار انسان‌ها قرار گرفته و انسان‌ها موظف‌اند به عنوان یک امانت خوب و مقبول از آن‌ها بهره‌مند شوند، به‌طور یقین به زندگی سالمی خواهند رسید (۲ و ۴).

**دعوت به خوردن غذاهای پاکیزه و پرهیز از غذاهای مضر در قرآن کریم**

خداوند در قرآن کریم در قالب آیه‌های بسیار استفاده از مواد غذایی حلال، پاکیزه و بهداشتی پرهیز از مصرف غذایی حرام و غیرپاکیزه اشاره کرده است. این دو دستور سلامتی جسم انسان را تامین می‌کند، همانگونه که آرامش روانی و بهداشت اجتماعی انسان‌ها را با قید حلال بودن تامین می‌کند. آنچه که انسان می‌خورد و می‌نوشد، در روح و روان و نیز جسم او تاثیرگذار است، از این رو خداوند برخی از آنها را حرام و برخی دیگر را حلال اعلام کرده است. آیات

متعددی در رابطه با خوردنی‌های طیب و روزی‌های حلال برای انسان‌ها نازل شده که در اغلب آنها به پرهیز از شیطان و راه شیطانی و رعایت تقوا و انجام عمل صالح دعوت به عمل آمده است. درواقع بین خوردنی‌های حلال و طیب و تاثیر آن در انجام اعمال صالح و رعایت تقوا ارتباط مستحکمی وجود دارد و اینکه غذاها و خوردنی‌ها در فعالیت‌های انسان و سلامت جسمی و روحی او تاثیرگذار است. از ویژگیهای مهم روزی‌های طیب این است که موجب شکر و عبادت می‌شود. در آیه ۱۱۸ سوره انعام به نوعی ارتباط بین معنویت و ذکر نامهای مقدس و افکار مثبت و نیات پاک و تاثیرگذاری آن بر خوردنی‌ها و مجازبودن آنها برای مصرف اشاره شده است (۴).

نکته قابل اهمیت در این خوردنی‌های حرام این است که برخی از آنها به دلیل منافات داشتن با روح توحید و یگانه پرستی مورد نهی قرار گرفته‌اند که خود نشان از تأکید دین اسلام بر مساله‌ی توحید در تمام محورهای زندگی فردی و اجتماعی انسان‌ها دارد. مصرف خوردنی‌های غیر طیب و بی توجهی به خوردن لقمه‌های غیرحلال انسان را در وادی شیطان می‌افکند که از تبعات شوم آن گرفتار شدن در گرداب اعمال سوء و غیرتوحیدی می‌باشد. در دو سوره بقره و مائده حدود دوازده نوع خوردنی و آشامیدنی مورد تحریم قرار گرفته است که همگی دارای آثار زیانبار مادی و معنوی هستند، چنانچه مصرف الکل و شراب در قرآن کریم به شدت مذمت و حرام اعلام شده است و "مسکرات" را در مقابل "رزق حسن" قرار داده است. مرحوم علامه طباطبایی در تفسیر آیات در مورد تشدید و تأکید حرمت شراب چنین بیان می‌کند که در آیات الهی علاوه بر آنکه شراب را پلید و رجس خوانده است و در اجتناب از آن امید، انتظار و رستگاری است و خوردن شراب مشتمل است بر مفاسدی که بر آن مترتب است. از آنجا که شراب عقل انسان را می‌پوشاند به آن خمر گفته شده، زیرا سبب مستی است و مستی پرده‌ای بر روی عقل می‌افکند و نمی‌گذارد که انسان خوب و بد را تشخیص دهد (۴و۲).

اسلام به مسلمانان سفارش می‌کند که با کار و تلاش، روزی حلال به دست آورند. اگر تغذیه مادر، از راه حرام یا شبهه‌ناک باشد، سلامت روحی طفل به خطر می‌افتد و زمینه بدبختی و پستی او فراهم می‌شود. پس مادران باید مراقب نوع تغذیه خود باشند. همان‌گونه که غذاهای فاسد و آلوده، انسان را بیمار می‌کند، شیری که با تغذیه حرام و شبهه‌ناک به وجود آمده باشد، بر قلب و روح انسان تأثیر می‌گذارد. بنابراین مادر شیر ده، باید توجه داشته باشد که از غذای حرام و شبهه ناک تغذیه نکند، تا روح فرزندش از آثار نامطلوب آن در امان باشد. همچنین باورها و ویژگی‌های روحی و فکری مادر، بر کودک شیرخوار تأثیر می‌گذارد و او را به سوی خوبی یا بدی سوق می‌دهد (۱۰).

خوردنی‌ها و غذاهای سالم و مجاز بسیار متعددند استفاده از غذاهای متنوع از گروههای غذایی یکی از اصول اساسی تغذیه صحیح است. قرآن اصل تنوع را در آیات متعددی مطرح می‌کند و درمیان غذاهایی که قرآن امر به استفاده از آنها کرده است، تعداد بیشتری غذاهای گیاهی مانند سبزیجات، میوه ها، حبوبات است که نشان از سالم تر بودن آن‌ها است و البته در بین غذاهای گوشتی به گوشت پرندگان و ماهی توجه بیشتر می‌کند. از طرفی دیگر شیر و لبنیات را یکی از الطاف خداوند به انسان دانسته است.

اسامی برخی میوه‌ها در آیات قرآن به طور خاص اشاره شده است که فایده و خواص آنها از نظر علمی نیز ثابت شده است؛ انگور یا عنب، ۱۱ بار در آیات مختلف قرآن، خرما یا نخل ۲۱ بار، انار یا رمان ۳ بار، زیتون و روغن آن ۶ بار ذکر شده است. انجیر یا تین یک بار در آیه اول سوره تین مورد قسم یاد شده که می‌تواند مزیتی برای این میوه باشد. خیار، سیر، پیاز که در آیه ۶۱ سوره بقره از آنها نام برده شده و کدو یا یقطین در سوره صافات نام آن آمده است.

غذاهای با منشا حیوانی شامل انواع گوشت‌های چهارپایان، پرندگان و ماهی و فرآورده‌های دیگر مثل شیر و عسل می‌باشد. در آیه ۲۱ سوره واقعه گوشت پرندگان را غذای بهشتی معرفی می‌کند که ارزشمندی گوشت طیور را نسبت به گوشت انعام یا چهارپایان نشان می‌دهد. در سوره نحل و فاطر به گوشت ماهیان تازه به عنوان نعمت غذایی یاد شده است و در سوره کهف، گوشت ماهی را به عنوان غذای حضرت موسی و همراهانش ذکر می‌کند که می‌تواند بیانگر مزیت گوشت ماهی بر دیگر گوشت‌ها باشد (۴ و ۲).

در قرآن کریم از عسل به عنوان شفا نام برده است (سوره نحل آیه ۶۹) و گاهی اوقات در ترکیب داروها و عوامل شفابخش، عسل را به گونه‌ای توصیه کرده اند. در حقیقت در ساختمان عسل آنزیم‌ها و عوامل شناخته شده و ناشناخته‌ای وجود دارند که شفابخشی مربوط به آن است و تنها به دلیل ترکیب قندی فروکتوز و ساکاروز آن نیست (۱۱). بیان روشن عسل به عنوان غذای بهشتی در آیه ۱۵ سوره محمد آمده است (۴).

از لبن یا شیر نیز سه بار در قرآن نام برده شده است؛ سوره نحل آیه ۶۶ و سوره مومنون آیه ۲۱ به عنوان غذای توصیه شده و در آیه ۱۵ سوره محمد به عنوان غذای بهشتی ذکر شده است (۴ و ۲).

از آنجا که آب یکی از آفریده‌های مهم و حیاتی در این جهان است، خداوند متعال در آیات متعددی انسان را به تفکر در آب و شکرگزاری این نعمت بزرگ یادآور شده است (۳). در قرآن کریم به آب باران "و انزلنا من السماء مبارکا" اشاره شده است، پس آب باران مبارک است. به همین دلیل برخی از بزرگان در گذشته سعی می‌کردند از آب باران و عسل برای تهیه بعضی

داروها استفاده کنند[۱۱]. از ماده غذایی چربی‌ها فقط در آیه ۲۰ سوره مومنون یاد شده است (۴).

**تغذیه با شیر مادر**

یکی از نعمت‌های بی‌نظیر پروردگار مهربان و نمونه‌ای آشکار از لطف وعنایت او نسبت به انسان بخصوص در آغاز زندگی، نعمت ارزشمند شیر مادر است. تفکر در ترکیبات شیر مادر از آغاز ترشح که بصورت کلستروم می‌باشد تا پایان زمان شیردهی و بررسی اثرات آن بر تامین مواد غذایی مورد نیاز شیرخوار و آثار مفید آن در حفظ وارتقاء رشد و تکامل مطلوب کودک و تامین تندرستی مادر نشانه بارزی از حکمت الهی است. تقریبا هر ماهه اطلاعات جدیدی که حاکی از بی مانندی شیر مادر برای حفظ و ارتقای سلامت، رشد و تکامل مطلوب کودکان و حتی باقی ماندن آثار استثنایی آن بر سلامت دوران بزرگسالی کسانی که دوران شیرخواری با بهره‌گیری از شیر مادر پشت سر گذاشته‌اند، منتشر می گردد و سودمندی‌های ویژه تغذیه با شیر مادر برای کودک، مادر و جامعه تآکید می‌شود (۱۳-۱۲). شیر مادر حاوی صدها تا هزاران ترکیبات زیست فعال است که نوزاد را در مقابل بیماریهای عفونی و التهابات محافظت کرده و سیستم ایمنی نوزاد را تقویت و موجب نمو اعضا بدن نوزاد می‌گردد (۱۴). همچنین شیر مادر کودکان نارس حاوی پروتئین و ترکیبات زیست فعال بالاتری از شیر مادران نوزادان رسیده می‌باشد و برمبنای تحقیقات انجام شده، آکادمی کودکان آمریکا توصیه می‌کند که برای رشد کافی نوزادان نارس و پیشگیری از بیماریهای گوارشی و عفونت‌ها باید شیر مادر را به غذای آنان اضافه کرد. به علاوه کودکان نارسی که از شیر مادر تغذیه می‌شوند، در مقایسه با کودکان نارسی که از شیرهای فرمولا تغذیه می‌شوند، شیوع کمتری از سندرم متابولیک، فشارخون بالا، دیس‌لیپیدمی و مقاومت انسولینی را در نوجوانی دارند (۱۵).

قرآن کریم به عنوان مهمترین واصلی‌ترین رکن معارف اسلامی، در چند آیه مسئله شیر مادر را مطرح نموده و در هر آیه بر نکته خاصی تأکید کرده است که در اینجا به آنها می‌پردازیم: الف) سوره بقره آیه ۲۳۳: به جرات می‌توان گفت یکی از مهمترین آیات در خصوص شیر مادر است که فرموده: مادرانی که می‌خواهند به نحو کامل به فرزندان خود شیر بدهند لازم است ۲سال تمام به آنها شیر خود رابدهند و در این مدت بر پدران است که خوراک و پوشاک آنها را به اندازه متعارف فراهم کنند. ب) سوره احقاف آیه ۱۵: به انسان نیکی کردن به پدر و مادرش را سفارش کردیم، مادرش او را با ناراحتی حمل کرده و با ناراحتی زایید ، دوران حمل و از شیر باز گرفتنش سی ماه است. در این آیه ضمن سفارش به نیکی کردن به پدر ومادر بر رعایت حقوق مادری که به فرزندش شیر داده است تآکید شده است. ج) سوره لقمان

آیه ۱۴: و ما به انسان درباره پدر و مادرش سفارش کردیم، مادرش او را با زحمت حمل کرد و دوران شیر خوارگی او در دو سال پایان می‌یابد د) در سوره نساء آیه ۲۲ به مساله خویشاوندی رضاعی(شیردادن) و در سوره حج آیه ۲ در مورد پیوستگی وانس مادر شیرده و طفل شیر خواراشاره شده است واز مضمون این آیه نیز میتوان به هم آغوشی مادر و شیر خوار تعبیر کرد و در سوره طلاق آیه ۶: اگر زنان مطلقه برای شما فرزند را شیر دهند، پاداش آنها را بپردازید (درباره فرزندان، کار را) با مشاوره شایسته انجام دهید و اگر به توافق نرسیدند، زن دیگری شیر دادن آن بچه را به عهده گیرد. ه) سوره قصص آیه ۱۲: شرح وقایع به آب افکندن موسی و از آب گرفتن او توسط دربار فرعون وتوجه پروردگار به مساله تغذیه با شیر مادر خود است. نکات مهمی که از آیات قرآنی مربوط به شیر مادر می‌توان آموخت: ۱) حق شیر دادن وشیر خوردن ۲) مسئولیت پدر وسرپرست ۳) مدت توصیه شده و حداقل مدت آن ۴) اجتناب از زیان رساندن به مادر و پدر ۵) ضرورت مشاوره فنی وکارشناسی در خصوص از شیر گرفتن ۶) حساسیت موضوع تغذیه کودک با شیر مادر و ضرورت مراعات امر و نهی پروردگار ۷) شیر مادر، برای کودکان نارس نیز مناسب‌ترین غذااست ۸) شیر مادر و مسئله خویشاوندی رضاعی ۹) هم آغوشی مادر و کودک ۱۰) حقوق مادری (۱۳-۱۲).

**بررسی کیفی و کمی خوردنی‌ها**

تفکر و تامل در کیفیت و کمیت غذاها از نگاه قرآن بسیار اهمیت دارد. در آیات خداوند از انسان می‌خواهد که به نوع طعام خود و مسیر تهیه آن بنگرد. بدین طریق خداوند از بشر دعوت می‌کند که به کیفیت و چگونگی تهیه و مواد تشکیل دهند غذایش توجه نماید. در آیه‌ای دیگر با یک دستور جامع نسبت به میزان مصرف کمی تغذیه به انسان‌ها هشدار داده می‌شود؛ کلوا و اشربوا و لا تسرفوا (بخورید و بیاشامید ولی اسراف نکنید). از اعجازهای پزشکی قرآن که نقش مهمی در سلامتی روانی و جسمی جامعه دارد سرزنش افراط گرایان در امر خوردن و آشامیدن است؛ زیرا تغذیه متعادل نه تنها به رشد تندرستی و طول عمر می‌انجامد، بلکه با تأثیر بر روی اعصاب و روان، سبب رشد فکری و عقلانی نیز می‌شود. و از مهم‌ترین دستورات اسلام درباره‌ی مقدار تغذیه، رعایت کم خوری و پرهیز است؛ چرا که بسیاری از بیماری‌ها بر اثر پرخوری به وجود می‌آید. اساساً، کم خوری از مقولاتی است که به دلیل در برداشتن منافع ظاهری و باطنی فراوان در میان تمامی عقلای عالم، امری ممدوح و پسندیده می‌باشد.

سرچشمه بسیاری از بیماری‌ها غذاهای اضافی است که به صورت جذب نشده در بدن انسان باقی می‌ماند و منجر به بیماری می‌شود چون پایه بسیاری از بیماری‌ها پرخوری است و با

رعایت کم خوری در بحث تغذیه مـی‌تـوان از بسـیاری از دردهـا و بیمـاری‌هـا جلـوگیری کـرد (۱۶و۴).

یکی از مهم‌ترین اثرات سوئی که برای پرخوری می‌توان بیان کرد این امر کـه، زیـاده روی و پرخوری در امر خوردن انسان را از یاد خداوند غافل می‌سازد و او را سرگرم لذات و خوشی‌هـای زندگی می‌کند (۱۶و۴).

**روزه‌داری**

روزه‌داری علاوه بر بسیاری منافع دیگر از بروز چاقی جلوگیری می‌کنـد. از دسـتورات قـرآن بـه بشر، گرفتن روزه است. روزه داری بهترین راه برای دور ریختن زواید و سموم متـراکم و فـراهم نمودن فرصت برای سلول‌ها و اندام‌ها است تا به نحـو کامـل‌تـر بـه وظـایفش اقـدام نمایـد، بـه خصوص در مورد معده، کبد و روده‌ها و همچنین کم کارکردن کلیه‌هـا و دسـتگاه ادراری بـرای مدتی که در روزه‌داری می‌گذرد. گرسنگی بعد از روزه در جسم عکس‌العملی را ایجاد مـی‌نمایـد که با رغبت به غذا و احساس نشاط زندگی در روزه‌دار آشکار می‌شود (۲و۴).

**تغذیه و شاخص‌های سلامت روانی**

تغذیه به ظاهر یکی از رفتارهای طبیعی برای رفع نیازهای جسمانی است اما انسان می‌توانـد بـا نگرش و رفتارهای معنوی در تغذیه، سلامت معنوی را برای خود محقق سازد.

بهره‌مندی از رهنمودهای بسیار ارزنده قرآن و کـلام معصـومین در امـر تغذیـه، اسـتفاده از روزی‌های حلال و طیب و پرهیز از روزی‌های حرام و خبیث، سبب پای‌بنـدی انسـان در مسـیر توحیدی می‌شود و هر انسان مومنی در تغذیه خود باید بدان توجه کند.

توجه به رازقیت خداوند، یکی از نگرش‌های معنوی است. یکی از نکات مهـم هنگـام تغذیـه آن است که آدمی توجه کند که چه کسی به او روزی داده است و منشا تغذیه او کیست؟ علاوه بر آن وسعت رزق یا تنگ روزی را از خداوند و تابع حکمت و مصلحت الهی بداند. چنین نگرشی آرامش روان که از شاخصه‌های سلامت معنوی است را به دنبال دارد. رزق آن چیزی اسـت کـه تداوم و قوت حیات دریافت کننده آن منوط به استمرار در دریافت آن است، لذا پرواضـح اسـت که قوت روزانه یا طعام مصداق بارز رزق است.

شکرگزاری از نعمت الهی از آثار روانی معرفت الهی است. اگر انسان توجه کند که هرآن چه که از آن برخوردار است همه از جانب خداوند بـوده، طبعـا ایـن معرفـت، حالـت شـکرگزاری و سپاس از خداوند را در وجود انسان شکوفا می‌سازد. شـکر حقیقـی بـدان معناسـت کـه انسـان

نعمت‌های الهی را بدرستی مصرف کند.

از آنجا که انسان دین مدار به رزق طیب التزام دارد، به واسطه آن عمل صالح از او صادر می‌شود، از جهت تاثیر غذای پاک بر صفای قلب، و از جهت تحریک حس شکرگزاری و از جهت توجه دادن به اینکه خداوند شاهد و ناظر اعمال آدمی است. چنانکه در روایات حرام خوردن را موجب بداخلاقی، عصبانیت و قساوت قلب و از بین رفتن مهر و عطوفت می‌داند. رسول خدا می‌فرماید که خود را از غذاهای اضافی و حرام دور نگه دارید چون گوش را از شنیدن موعظه کر می‌کند و حالت پندپذیری را می‌گیرد.

قرآن در راستای تحقق امنیت غذایی در جامعه ساز وکارهای متعددی ازجمله توزیع عادلانه غذا و اطعام به فقرا را مطرح می‌کند. انفاق رزق و اطعام به مستمندان را می‌توان از جمله شاخص‌های سلامت اجتماعی در امر تغذیه برشمرد (۱۶).

## نتیجه‌گیری

بررسی مطالعات نشان می‌دهد که سلامت جسمی از طریق استفاده از غذای سالم، تنوع غذایی و تعادل در مصرف دنبال می‌شود. نگرش معنوی و مذهبی به نوع تغذیه بر سلامت تغذیه‌ای تاثیرگذار است، به طوری که در قرآن کریم ارشادات و دستورات مهمی در باب تغذیه ارائه شده است که عمل کردن به آن نتایجی را در پی دارد که مهم‌ترین آن سلامتی و تندرستی جسم است. با مصرف غذای حلال و پرهیز از غذای حرام با نگرش خداوند به عنوان روزی دهنده، می‌توان بعد معنویت را در سلامت تغذیه جستجو کرد. این نوع نگرش معنوی به رزق، شاخص‌های سلامت روان از قبیل آرامش، اخلاق مداری و عمل صالح را به دنبال دارد. مطالعات جهانی نیز اتخاذ بیشتر تغذیه سالم توسط افراد معنوی/ مذهبی را در مقایسه با افراد غیرمعنوی را به وضوح نشان داده‌اند. بدیهی است که پیروی از تغذیه سالم توسط فرد می‌تواند از بسیاری از بیماری‌ها منجمله سرطان‌ها، بیماری‌های قلبی عروقی، دیابت، چاقی و بسیاری از بیماری‌های عمده غیرواگیر پیشگیری نماید و در ارتقاء سلامت فرد و جامعه موثر باشد.

## منابع:


۱. اصفهانی، محمد مهدی. *آیین تندرستی*، چاپ ششم، انتشارات تندیس، ۱۳۸۵.

۲. مرزبند ر، افضلی م. «جهت‌گیری بهداشت تغذیه با تأکید بر آموزه‌های قرآنی». مجلهٔ دین و سلامت، دورهٔ اول، شمارهٔ ۱، ۱۳۹۲ ، ص ۹-۱۸.

3. Azizi F, Mirmiran P, Momenan A, Hadaegh F, Moeini A, Hosseini F, et al. "The effect of community-based education for lifestyle intervention on the prevalence of metabolic syndrome and its components: Tehran Lipid and Glucose Study". International Journal of Endocrinology and Metabolism 2013; 11(3): 145-53.

٤. خالداری ف، امیری ن، خانجانی ن. «دیدگاه قرآن در مورد عوامل خطر بیماریهای غیر واگیر». طب و تزکیه، پاییز و زمستان ۱۳۹۳، دورهٔ ۲۳، شمارهٔ ۳ و ۴، ص ۸۷ تا ۱۰۰.

5. Koenig. HG. " Religion, spirituality, and health: The research and clinical implications". ISRN Psychiatry, 2012; 33 pages.

6. Marino A. Bruce, Bettina M. Beech, Derek M. Griffith & Roland J. Thorpe, Jr." Spirituality, religiosity, and weight management among African American adolescent males: The Jackson Heart KIDS Pilot Study". 2016; Behavioral Medicine 42:3, 183-189.

7. Gutierrez J, Devia C, Weiss L, Chantarat T, Ruddock C, Linnell J, et al. "Health, community, and spirituality: evaluation of a multicultural faith-based diabetes prevention program". Diabetes Education 2014; 40(2):214-22.

8. Hurlbut JM, Robbins LK, Hoke MM. "Correlations between spirituality and health-promoting behaviors among sheltered homeless women". Journal of Community Health Nursing 2011; 28(2):81-91.

9. Anshel MH, Smith M. "The role of religious leaders in promoting healthy habits in religious institutions". Journal of Religion and Health 2014; 53(4):1046-59.

۱۰. مظاهری ح. تربیت فرزند از منظر اسلام. سازمان تبلیغات اسلامی، تهران، ۱۳۹۲.

۱۱. اصفهانی محمد مهدی، تدابیر نفسانی و معنوی در پیشگیری و درمان بیماری‌ها و ارتقاء سلامت، انتشارات طب سنتی ایران، تهران: ۱۳۹۵.

۱۲. مجموعه آموزشی ترویج تغذیه با شیر مادر، انجمن ترویج تغذیه با شیرمادر به سفارش معاونت سلامت وزارت بهداشت ،درمان وآموزش پزشکی.

۱۳. اصفهانی، محمدمهدی، تغذیهٔ کودکان با شیر مادر، انتشارات تندیس، تهران، ۱۳۸۶.

14. Ballard O, Morrow AL. "Human milk composition: nutrients and bioactive factors". Pediatric Clinics of North America 2013; 60(1):49-74.

15. Underwood MA. Human milk for the premature infant. Pediatr Clin North Am. 2013;60(1): 189-207.

۱۶. غفاری ف. «تغذیه سالم از نگاه قرآن». مجلهٔ علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی زنجان، فروردین و اردیبهشت ۱۳۹۳، دورهٔ ۲۲، شمارهٔ ۹۰، ص ۹۷-۱۰۹.

## ۵. معنویت و رفتار بهداشتی

### مقدمه

دیدگاه معنوی بر باورها، نگرش‌ها، ارزش‌ها و رفتارها تأثیر عمیق دارد و بر بیوشیمی و فیزیولوژی نیز تأثیر می‌گذارد. این تأثیر روی فکر و بدن تندرستی معنوی نامیده می‌شود. در بیشتر الگوهای سلامت، سلامت معنوی به عنوان یکی از ابعاد اساسی وارد شده است. سلامت معنوی بعد مهمی است که کارکرد روانی و سازگاری فرد را تقویت می‌کند و باعث ارتقای سایر ابعاد سلامت می‌شود. رشد معنوی در تعادل با دیگر ابعاد سلامت، فرد را در رسیدن به نقطه مطلوب سلامت، شادی و تعهد بیشتر یاری می‌رساند (۱). مطابق بررسی متون دیدگاه معنوی از طریق رفتارهای بهداشتی، حمایت اجتماعی، سایکونوروفیزیولوژیک و آثار مافوق طبیعی روی سلامت جسمی، روانی و اجتماعی تأثیر می‌گذارد (۲). رفتارهای بهداشتی باعث تعهد دینی و معنوی و موجب فعال‌سازی مسئولیت‌پذیری شخص در زمینهٔ اصول و باورهای مندرج شده در دین می‌شود که آثار جسمانی و روانی را نیز به خود اضافه می‌کند مانند رفتارهای تغذیه‌ای توصیه شده در ادیان. در مورد حمایت اجتماعی ، انجام مناسک دینی و معنوی توصیه شده در دین موجب افزایش حمایت اجتماعی می‌شود که مولفهٔ اخیر یکی از تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت شناخته شده است. دین تعاملات اجتماعی را افزایش داده و حمایت اجتماعی را به عنوان یک منبع ارتقای سلامت فراهم می‌آورد. نقش حمایت اجتماعی در کاهش واکنش‌پذیری 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) و سایکونوروفیزیولوژیک احساس رضایت ناشی از دیدگاه معنوی از طریق نوروپپتیدهای پیام‌رسان روی سیستم‌ها و ارگان‌های بدن مانند قلب و عروق، ایمنی و ... تأثیر تقویت کننده دارد و آثار مافوق طبیعی آن برای انسان ناشناخته مانده است. سلامت معنوی ابعاد مختلفی دارد شامل رفتارهای آشکار، اعتقادات و انگیزه‌ها، ارزش‌ها و اهداف، تجارب نفسی و در یک تقسیم‌بندی دیگر ابعاد سلامت معنوی شامل جنبهٔ شناختی، جنبهٔ تجربی و جنبهٔ رفتاری است. جنبهٔ شناختی شامل جستجوی معنی، هدف، حقیقت در زندگی (۳) عقاید و ارزش‌هاست که به معنای تلقی خوب یا بد یک فرد از یک چیز است. به عبارتی دیگر، ارزش آن چیزی است که از نظر معنوی خوب و مطلوب و مناسب، یا بد و غیر مطلوب و نامناسب تلقی می‌شود. ارزش‌ها بر رفتار افراد اثر می‌گذارند و از آن‌ها به عنوان ضابطه‌ای برای ارزیابی اعمال دیگران استفاده می‌شود (۴). جنبهٔ تجربی شامل احساس امید، عشق، پیوند، آرامش درونی، آسایش و حمایت است (۳) که نحوهٔ رویارویی بیمار با مشکلات و تنش ناشی از

بیماری است که فرد را به احساس هویت، کمال، رضایتمندی، خرسندی، زیبایی، عشق، احترام، نگرش مثبت، آرامش، توازن درونی و هدف در زندگی متمایل می‌کند (۴). جنبهٔ رفتاری شامل روشی است که یک فرد عقاید معنوی درونی خود را در خارج آشکار می‌کند (۳) به طوری‌که مردم آثار مثبت معنوی را در رفتار افراد به شکل عینی مشاهده کنند (۴). یکی از ایرادات مطالعات مربوط به سلامت معنوی تا زمان حاضر ناتوانی آن‌ها در تجزیهٔ ابعاد مختلف معنویت بوده است. ماهیت پیچیده و درهم تنیده شده معنویت و دین نیز باعث برداشت سوء دربارهٔ تساوی این دو در نتیجهٔ سردرگمی شده است (۱). نویسندگان از زوایای مختلفی به معنویت نگاه کرده و تعاریف گوناگونی از آن ارائه داده‌اند به طوری که می‌توان گفت هیچ اجماعی بر سر تعریف معنویت وجود ندارد. اما از طرف دیگر، در متون مرتبط، بین نویسندگان و پژوهشگران این اجماع عمومی وجود دارد که سلامت معنوی یک خرده مفهوم معنویت است، طوری که در بررسی مفهوم سلامت معنوی، قبل از همه، بایستی به واکاوی مفهوم معنویت پرداخت. عدم افتراق سلامت معنوی از معنویت در بسیاری از منابع، خود یکی از مباحث قابل توجه است. اگرچه می‌توان به طور منطقی همپوشانی‌هایی فرض کرد که بین تعریف سلامت معنوی و معنویت وجود دارد (۵). در این بخش از کتاب ما تلاش می‌کنیم ارتباط بین سلامت معنوی و رفتارهای پیشگیرانه را تعریف کرده و شاخص‌های آن را بر اساس آموزه‌های دینی و عرفانی، اما نه آن‌گونه که غربی‌ها معتقدند، تعریف و ضمن تبیین اهداف و شاخص‌های آن، اهداف و عوامل مؤثر بر آن را بیان کنیم.

داده‌ها در بازهٔ زمانی سه ماهه از پایگاه‌های اطلاعاتی scopus، pubmed، SID، Magiran، google Scoular با هدف یافتن مطالعات مرتبط جستجو شد.

**سلامت معنوی و رفتارهای بهداشتی**

در سال ۱۹۷۸ سازمان بهداشت جهانی برای اولین بار بحثی را مطرح کرد مبنی بر اینکه به «سلامت معنوی»به عنوان بُعد چهارم سلامت در کنار سلامت فردی و روانی و اجتماعی توجه شود. برخی از کشورها مانند اتحاد جماهیر شوروی در آن زمان مخالف طرح این گونه مباحث بودند و به همین دلیل این پیشنهاد که کشور نروژ مطرح کرد، تصویب نشد ولی در هر حال مورد توجه قرار گرفت؛ به نحوی که پس از آن و به‌تدریج نمایندگان کشورهای اسلامی به عنوان موافق این طرح صحبت کردند، و در نتیجه در برنامه‌های پیشنهادی سازمان بهداشت جهانی تصویب شد. با توجه به اینکه مبنای تفکر کشورهای غربی سکولار، به معنای جدایی مذهب از سیاست است، و با توجه به اینکه رویکرد تفکر اومانیستی و انسان‌گرایی در آنجا حاکم

است، به معنویت نیز به گونه‌ای متفاوت توجه شد (۶). از دید آن‌ها قدرت برتری وجود دارد که در مواقع خاص می‌تواند به کمک بیاید، و الزاما ممکن است، خدا نباشد. ولی در هر صورت در تفکر اومانیستی و سکولار غربی نیز به این موضوع توجه شد که به هر حال سلامت معنوی می‌تواند در بهبود سریع‌تر بیماران مؤثر باشد. بنابراین، تحقیقاتی حول محور این موضوعات انجام شد؛ برای مثال پیشنهاد کردند در هر بیمارستانی یک دپارتمان سلامت معنوی ایجاد شود و بسته به مذهب بیماران، یک روحانی کشیش یا خاخام بر سر بالین بیمار آمده و برایش دعا کند و به قول خودشان انرژی مثبت به او بدهد، چرا که این کار در سلامتی و بهبود سریع‌تر آن بیمار مؤثر است (۷). نگاه غربی‌ها به سلامت معنوی از پایین به بالاست یعنی در حقیقت گفته می‌شود که سلامت معنوی، به عنوان بُعدی از سلامت در معالجه و درمان بیماران مؤثر است و می‌تواند نقشی حمایتی داشته باشد. به نظر ما این نگاه ناشی از یک دید حداقلی نسبت به سلامت معنوی است (۸). در ایران در دهۀ اخیر کم و بیش مطالبی مرتبط با این موضوع مطرح شده و مقالاتی نیز در این زمینه به رشتۀ تحریر درآمده است. با توجه به خاستگاه عظیمی که در فرهنگ وتمدن ایران و اسلام و آموزه‌های دینی ما وجود دارد، از حدود ۴ سال قبل فرهنگستان علوم پزشکی با تأسیس گروه سلامت معنوی این موضوع را در سرلوحه برنامه‌های خود قرار داد. سازمان جهانی بهداشت (۱۹۴۷) سلامتی را به عنوان «حالتی از رفاه کامل جسمانی، روانی و اجتماعی و نه فقط فقدان بیماری یا ناتوانی» تعریف کرده است. در طول دهه‌ها، سلامتی بر اساس این ابعاد - سلامت جسمی، روانی و اجتماعی- تحلیل می‌شد. راسل و عثمان پیشنهاد گنجاندن بعد سلامت معنوی را در مفهوم سلامت، یک بعد مهم از زندگی فردی و گروهی فرا روی صاحبنظران درگیر در امر سلامت قرار داد (۹). یک دهه پیش، تمامی دولت‌های اروپایی، بیانیۀ کپنهاگ را در زمینۀ رشد اجتماعی امضا کردند که آن‌ها را متعهد می‌ساخت تا به نیازهای معنوی مردمشان بپردازند. اخیراً نیز در منشور بانکوک بر بعد معنوی سلامت، در زمینۀ ارتقای سلامت، تأکید شد. انسان دارای ابعاد مختلفی مانند ابعاد شناختی، عاطفی، اجتماعی و معنوی می‌باشد که عدم توجه به هر یک از این ابعاد سبب حذف بخش مهمی از وجود انسان می‌شود. لازم است اندازه‌گیری سلامت و ارزیابی مداخلات بهداشتی تنها به شاخص‌های تغییر در فراوانی و شدت بیماری محدود نباشد، بلکه وضعیت سلامت افراد به طور کامل در نظر گرفته شود. کلید سلامت مثبت تلاش در جهت دست‌یابی به هر یک از ابعاد سلامت و حفظ تعادل بین آن‌هاست. ابعاد معنوی، جسمانی، روانی، اجتماعی و عاطفی سلامت به شیوه‌ای پیچیده با یکدیگر در تعامل بوده بر یکدیگر اثر می‌گذارند. در زمان بروز بحران‌ها، معنویت یک منبع قدرتمند است که مانعی جدی در مقابل فشارهای روانی و

افسردگی ایجاد کرده با ایجاد تجربه‌ای عمیق از صلح، منجر به احساس آرامش، سلامت و شادابی در فرد می‌شود. معنویت/ مذهب با تشویق فرد به رفتارهای بهداشتی سلامت کلی را بهبود می‌بخشد. بسیاری از برنامه‌های آموزش بهداشت این موضوع را مسیر مناسبی برای دسترسی به تعداد بسیاری از افراد به منظور تغییر رفتارهای آن‌ها (۱۰). سلامت معنوی اطلاعات مهمی دربارهٔ نیازهای مراقبت بهداشتی و توانایی افراد جهت سازگاری و مقابله با بحران‌های مراقبت بهداشتی فراهم می‌آورد و خود دربرگیرندهٔ دو بعد وجودی و مذهبی است. سلامت مذهبی به رضایت ناشی از ارتباط با یک قدرت برتر و سلامت وجودی به تلاش برای درک معنا و هدف در زندگی گفته می‌شود و نشان دهنده احساس فرد نسبت به این موضوع است که کیست و چرا در این دنیا هست. بیش از ۹۰ درصد افراد به یک وجود برتر ، اعتقاد دارند و اکثر بیماران، خواهان رسیدگی و برآورده شدن نیازهای معنوی و مذهبی خود هستند. بیماری‌های ناتوان کننده و مزمن، فرد را با سوالاتی دربارهٔ معنا و هدف در زندگی مواجه می‌کند. در یک نگاه کلی ارزیابی سلامت نه تنها می‌بایست به اندازه‌گیری شیوع و شدت بیماری‌ها بپردازد، بلکه برآورد درک و نظر بیماران یا افراد سالم نسبت به وضعیت سلامت خود نیز ضرورت دارد. قرآن کریم و توصیهٔ پیامبران و ائمهٔ اطهار در قالب آیات و احادیث و سیره بر ضرورت و اهمیت موضوع سلامتی و بهداشت و تاثیر آن در زندگی دنیوی و اخروی اشاره فراوان دارند (۱۱). بر این اساس، در مبانی بهداشت رعایت و حفظ سلامتی از مصالح عمومی نظام اجتماعی و بخشی از مسئولیت همگانی شمرده می‌شود که ایمان و فطرت بزرگ‌ترین خاستگاه و انگیزه‌اش است و از این رو جامعیت دارد. در نظام بهداشت و سلامتی اسلام، بهره‌مندی انسان از نعمت‌ها برای رسیدن به تکامل و خشنودی خداوند ضروری است و مواظبت و پیشگیری از آلودگی‌ها واجب دانسته می‌شود. به گونه‌ای که برای رسیدن به این حقیقت در ابعاد جسمانی و معنوی – در سه حیطه شناختی، رفتاری و عاطفی – نظامی مدون و اصول و قواعدی برای حفظ سلامتی انسان و رستگاری او ارائه می‌دهد و برنامهٔ زندگی‌ش را از آغاز شکل‌گیری تا رسیدن به روز رستاخیز در ابعاد مختلف فردی – اجتماعی، در قالب وظایفی مثل رعایت بهداشت تغذیه ،سلامتی جسمی، روحی و جنسی تنظیم می‌کند و در اختیار جامعه بشری قرار می‌دهد (۱۲). قرآن و سنت بر اهمیت و تأثیر بهداشت در زندگی دنیوی و اخروی اشاره فراوان دارد، برای نمونه می‌توان به استناد یکی از مصادیق آیهٔ شریفه ضرورت رعایت بهداشت را برای پیشگیری از هلاکت استنباط کرد و چون مقدمهٔ واجب، واجب است پیشگیری از بیمارها برای حفظ جان مسلمانان واجب خواهد بود و اگر آگاهانه و از روی عمد در حفظ جان مسلمانان کوتاهی شود، کاری بسیار ناپسند و شایستهٔ عقوبت خواهد بود. اسلام چون سلامتی را نیاز

اساسی و ضامن بقای نسل آدمی می‌داند، راهکارهـای فراوانی برای حفظ و تأمین آن پیش روی بشر قرار می دهد. آموزهای دینی به صدها رهنمود در زمینهٔ تغذیه، کار، خواب، آمیزش جنسی و محیط بر می‌خوریم که پی کشاندن انسان به سلامت فردی‌انـد. عـلاوه بـر ایـن، رهنمودهـای فراوانی دربـارهٔ سـلامت روحـی، روانـی، خـانوادگی، اجتمـاعی و غیـره وجـود دارد کـه گویـای جامع‌نگری اسلام به موضوع سلامت است (۱). قوانین بهداشتی اسلام با ظرافت خاصی طراحـی و بیان شده است تا با طبیعت و فطرت انسان سازگار باشد. شاید قرار دادن بهداشت و پـاکیزگی در بطن دین، به این جهت باشد که خداوند طلب پاکیزگی و بیزاری از ناپاکی (اعـم از جسـمی، روانی ،روحی ...) با میل و گرایش به پاکیزگی و تنفر از ناپاکی‌ها را در فطـرت آدمـی بـه ودیعـه نهاده است. اسلام بر بهداشت و نظافت تاکید فراوان کرده و آن را بخشـی از ایمـان و لازمـهٔ آن معرفی کرده است. در واقع، یکی از ویژگی‌های اسلام تشویق به رعایت پاکی در ابعـاد گونـاگون زندگی دوری از آلودگی جسمی و روحی خواسته فطری هر انسانی اسـت. اسـلام بـا قـرار دادن نظافت در برنامهٔ عبادی فرد مسلمان، انگیزهٔ لازم را برای رعایت بهداشت و پاکیزگی در او ایجاد نموده است. بنابراین نظافت و بهداشت در اسلام نظام خاصی دارد، به گونه‌ای که فـرد مسـلمان خود را ملزم می‌داند بهداشت را امری شرعی و دینی بداند و آن را در هر حال و به طور مسـتمر رعایت کند. نظام بهداشتی اسلام، برنامه‌ای فراگیر است که از بهداشت فردی در بعـد جسـمی و روانی آغاز می‌شود و آنگاه به ارتباط فرد با دیگران می‌پـردازد و بـا عنـوان بهداشـت خـانوادگی، اجتماعی، حرفه‌ای، محیط، مسکن تغذیه، اقتصادی و ... می‌تـوان آمـوزه‌هـای بسـیاری در دیـن اسلام یافت. انسان (مادی و معنوی) قرآن به هر دو بعد توجه دارد و مـی‌خواهـد هـر دو بعـد را شفا دهد (۱۳).

**رفتارهای خدامحورانه**

از آنجا که انسان معنوی معرفت ویژه‌ای نسبت به خدا، انسان و جهان هستی دارد تلاش می‌کند اعتقادات و باورهای خود را در عبادات، ارزش‌های اساسـی و در شـیوهٔ زنـدگی نشـان دهـد؛ در حقیقت نماز من و سایر عبادات و زندگی و مرگ من برای خدا و پروردگار جهانیان است (انعام/ ۱۶۲ ) (۲). از این رو، مبنای زنـدگی انسـان معنـوی، خـدامحوری اسـت. در همـهٔ رفتارهـایش اخلاص در نیت دارد، یعنی نهاد و نهان خویش را از هر چه غیر خداست می‌پیراید. خـدامحوری در فرهنگ دینی گاهی به صورت رفتارهای عبادی اسـت کـه بـه طـور مسـتقیم در ارتبـاط بـا خداوند قرار می‌گیرد. ذکر زبانی خداوند، از سنخ رفتارهای معنوی است که در ارتبـاط مسـتقیم با او قرار دارد. خداوند از اهل ایمان می‌خواهد که هماره به ذکر و یاد او بپردازند: ای کسانی کـه

ایمان آورده‌اید خدا را بسیار یاد کنید (احزاب/ ۴۱ ). انسان‌های معنوی نماز را به جهت یاد او به پای می‌دارند (طه/ ۱۴ ). به دعا و نیایش می‌پردازند چرا که خدای خود را نزدیک و درخواست خود را مورد اجابت از ناحیه حق تعالی می‌دانند (بقره/ ۱۸۶ ). گونه‌ای دیگر از رفتارهای خدامحورانه ذکر عملی است به طوری که غیر مستقیم با خداوند ارتباط پیدا می‌کند؛ 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 می‌دهد و از عملی که معصیت اوست اجتناب می‌ورزد (کلینی، ۱۳۶۵ ش.، ج ۲، ص ۸۰). چنین انسانی در تعامل با دیگران، رضایت الهی را در نظر می‌گیرد: ما برای خشنودی است که به شما می‌خورانیم (انسان/ ۹) (۲). از این رو به عدل و احسان با دیگران رفتار می‌کند (نحل/ ۹۰ ). مشارکت و مسئولیت‌پذیری دارد (کلینی،۱۳۶۵ ش.، ج ۲، ص ۱۶۴ ). به دیگران نیکی می‌کند و نیکی دیگران را با نیکی پاسخ می‌دهد (نساء/ ۸۶ ). حتی بدی را با بدی پاسخ نمی‌دهد (نحل/ ۱۲۶). اگر به کسی نیکی کرد او را با منت نمی‌آزارد و منت‌گذار و فزون‌طلب نیست (مدثر/ ۶۰ ). تلاش دارد که موانع دوستی و پیوند قلبی را از سر راه بردارد (حجرات/ ۱۲ و ۱۳ ). انسان معنوی همیشه درصدد شناخت خود است (مائده/ ۱۰۵ ). به جهاد با نفس می‌پردازد؛ در اینجا مراد از نفس، همان نفس اماره و منظور از جهاد با نفس، مبارزه با خواهش‌های نامشروع نفسانی است (یوسف/ ۵۳ ). از منظر متون دینی، نفس به مثابهٔ بزرگ‌ترین دشمن انسان است که باید به مقابلهٔ با آن برخاست. چنان‌که پیامبر دربارهٔ دشمنی نفس با انسان فرمود: دشمن‌ترین دشمن نفس توست که در میان دو پهلوی توست. از این رو، خداوند از همهٔ مؤمنان می‌خواهد که مراقب خود باشند (مائده/ ۱۰۵ ). بنابراین، انسان معنوی به محاسبه نفس می‌پردازد لیکن مبارزه با هوای نفس و محاسبه او را به تحقیر نفس سوق نمی‌دهد. چرا خداوند بنی‌آدم را گرامی داشت و با کرامت آفرید (اسراء/ ۷۰ ) (۶). لذا از اموری که او را از پایگاه بلند انسانی‌اش فروتر می‌نشاند پرهیز می‌کند. شهید مطهری می‌نویسد: عزت نفس، نوعی بازگشت انسان به خود و متوجه کردن انسان به شرافت و کرامت ذاتی خود است. عزت نفس موجب می‌شود انسان روح خود را به منزلهٔ یک شیء نفیس بشناسد و فضایل اخلاقی را به عنوان اشیای متناسب با این شیء و رذایل را به عنوان اشیای نامتناسب با آن شیء درنظر گیرد که آن شیء نفیس را از ارزش می‌اندازد. چنین انسانی در تعامل با طبیعت، مسئولیت عمران و آبادانی زمین را به عهده می‌گیرد، تا محیط زیست سالم شکل گیرد. در سورهٔ هود آمده است: خداوند شما را از زمین پدید آورد و آبادی آن را به شما واگذاشت (هود/ ۶). عمارت به معنی قرار دادن زمین در حالتی است که بتوان از فواید مترتب بر آن انتقاع جست. رفتارهای فسادانگیز در زمین انجام

نمی‌دهد، همچنان که خداوند در قرآن می‌فرماید: در زمین پس از اصلاح آن فساد نکنید (اعراف/ ۵۶). همان‌گونه که در آیه، واژه فساد همراه با «فی‌الارض» آمده است، نشان می‌دهد که فساد در زمین شامل فساد در طبیعت و محیط زیست نیز خواهد بود. خداوند در آیهٔ دیگر با بیان عناصر طبیعت، و محیط زیست، تخریب و نابودی آن‌ها را مصداق بارز فساد معرفی کرده است: هنگامی که روی بر می‌گردانند (و از نزد تو خارج می‌شوند) در راه فساد در زمین کوشش می‌کنند و زراعت‌ها و چهارپایان را نابود می‌سازند با اینکه می‌دانند خدا فساد را دوست نمی‌دارد (بقره/ ۲۰۵) (۱۲).

## مذهب و سلامت جسمانی

دانشمندان در تحقیقاتشان نشان داده‌اند که آموزه‌های دینی با تغییر سبک زندگی و سامان‌دهی به روابط بین فردی و سلامت اخلاقی و معنوی همبستگی دارد و پایبندی عملی به باورهای مذهبی باعث افزایش سلامت معنوی و اخلاقی در افراد می‌شود. این پژوهشگران دیدگاهی معنوی ـ اجتماعی را برای توجیه همین رابطهٔ بین مذهب و سلامت معنوی پیشنهاد کرده‌اند. برخی از محققان نشان داده‌اند که معنویت ارتباط بسیاری با سلامت کلی فرد دارد؛ به طوری که معنویت به عنوان منابع مهمی برای سازگاری با وقایع تنش‌زای زندگی در نظر گرفته می‌شود. معنویت نه تنها بر حالت‌های خلقی و سلامت روانی افراد موثر است، بلکه شرایط جسمانی آن‌ها را نیز بهبود می‌بخشد. افزایش سطح معنویت موجب کاهش مرگ و میر در بیماران قلبی و کاهش فشار خون در بیماران مبتلا به پرفشاری خون و بهبود سریع‌تر افسردگی می‌شود (۳). همچنین، معنویت در سازگاری با بیماری‌های شدید مانند سرطان موثر است و موجب کاهش درد در بیماران مبتلا به دردهای شدید عضلانی و اسکلتی می‌شود. تحقیقات نیز از ارتباط سلامت معنوی با مصونیت بیشتر در برابر برخی بیماری‌ها حکایت دارد. بعد معنویت در مواقع بروز بحران و اضطراب به شکل بارزی نمود پیدا کرده، سبب خلق معنا در زندگی شده و الهام‌بخش فرد در رویارویی با مشکلات می‌شود. افرادی که از سلامت معنوی برخوردارند افرادی توانمند، قوی، دارای قدرت کنترل، و حمایت اجتماعی بیشترند. نتایج تحقیقات مختلف نشان می‌دهد بین مرگ و میر ناشی از بعضی بیماری‌ها و مذهب رابطه وجود دارد. کامستوک (Comstock) و پارترچ (Partridge) در سال ۱۹۷۲ در بررسی‌های خود به این نتیجه رسیدند که میزان مرگ و میر ناشی از بیماری‌های قلب و عروق (بیشتر ناشی از استعمال دخانیات و تغذیه) سیروز کبدی (ناشی از مصرف الکل)، مشکلات ریوی (ناشی از مصرف سیگار)، سرطان دهانه رحم (ناشی از بی بند و باری جنسی) و ایدز و سایر بیماری‌های عفونی (ناشی از

رفتارهای پر خطر جنسی) در افراد مذهبی و کسانی که در مراسم مذهبی شرکت می‌کنند به صورت معناداری کمتر است. علت اصلی پایین‌تر بودن میزان مرگ و میر ناشی از این بیماری‌ها و طول عمر بیشتر در افراد مذهبی سبک زندگی سالم‌تر، اجتناب از رفتارهای پر خطر جنسی، مصرف کمتر سیگار، الکل و تغذیه و آرامش مناسب است. همچنین، تحقیقات نشان می‌دهد استرس و فشار روانی سیستم ایمنی بدن را تضعیف می‌کند و خلق مثبت، آرامش و ادراک حمایت اجتماعی باعث ارتقای عملکرد سیستم ایمنی بدن می‌شود (۱۴).

**مذهب، معنویت و سلامت روان**

سلامت معنوی یکی از راه‌های مهم اعتلای اعتماد به نفس و در نتیجه کاهش اضطراب اجتماعی است. تحقیقات نشان می‌دهد ایمان مذهبی و معنویت با پیامدهای مثبت سلامت جسمانی و روانی ارتباط دارد. ماتیوز و همکاران در ۱۹۹۳ با مرور تحقیقات به این نتیجه رسیدند که عوامل مذهبی و معنویت با مصرف کمتر مواد مخدر و عاطفهٔ منفی، بهبود کیفیت زندگی زناشویی، نوع‌دوستی و اعتماد به نفس بالا، مقابله با تنش‌های زندگی رابطه دارد. همچنین، نتایج تحقیقات دیگری نشان می‌دهد مذهبی بودن و معنویت با کاهش فشار خون، افزایش وضعیت سلامت عمومی، افزایش طول عمر، افزایش مهارت‌های مقابله‌ای و کاهش و کنترل فشار روحی رابطه دارد (۱۳).

با توجه به نتایج تحقیقات مختلف در حوزهٔ معنویت و مذهب و رابطه آن با سلامت، تعداد بسیاری از محققان قرن اخیر را قرن بازگشت به مذهب، معنویت و اخلاق می‌نامند. انسان سرگشته و ناامید از ناملایمات و سختی‌های حاصل از زندگی ماشینی و صنعتی، وارضا نشده از لذت‌های زودگذر بیرونی و مصنوعی خلأ وجودی و معنوی عمیقی احساس می‌کند که جز پناه بردن به معنویت، اخلاق، ارزش‌ها و ماهیت فطری و اصیل خود طعم شیرین خوشبختی، آرامش و سعادت را تجربه نخواهد کرد (۱۳).

**فشارهای روانی و مذهب**

مذهبی بودن محافظ مهمی در برابر فشارهای روحی در وقایع کنترل ناپذیر زندگی است. مکینتاش فردی که مرگ کودک خود را تجربه کرده بود، در بررسی‌ای به این نتیجه رسید که شرکت منظم در مراسم مذهبی و حمایت اجتماعی میزان ناراحتی ناشی از مرگ فرزند را کاهش می‌دهد. مقابلهٔ معنوی نوعی تفکر یا رفتار است که با آن فشارهای روحی کاهش داده می‌شود.

مذهبی بودن در به‌زیستی روانی، به‌زیستی وجودی سلامت روانـی و جسـمانی و شـادکامی تأثیر مثبت دارد. یکی از مهم‌ترین علت‌های این تاثیرات، حمایت‌های اجتماعی ایجـاد شـده بـه دست گروه‌های مذهبی است که باعث فراهم کردن انواع کمک‌های عاطفی و عملی بـرای افـراد می‌شود. تغییر در باورها و نگرش‌های افراد و ایجـاد معنـا و هـدف در زنـدگی جـاری و پـس از مرگ، از جمله تاثیرات دیگر مذهبی بودن است. رابطه داشتن و وصل بودن بـه خداونـد کـه در تجربه‌های مذهبی و عبادت تجربه می‌شود به عنـوان نـوعی رابطـهٔ اجتمـاعی حمایـت و ایجـاد امنیت و آرامش بـرای افـراد عمـل مـی‌کننـد. تشـریفات و مناسـک مـذهبی احسـاس اتحـاد و همبستگی با دیگران را برای افراد فراهم می‌کند. همچنین، مذهب و معنویت با ایجـاد آرامـش، امید و هیجان مثبت باعث بهبود عملکرد سیستم ایمنی بدن و پیشگیری و افـزایش بهبـودی از انواع بیماری‌های جسمانی و روانی می‌شود، همهٔ این عوامل در به‌زیستی و ایجاد سـلامت افـراد نقش دارند (۱۵).

**سلامت معنوی و نقش آن در پیشگیری اولیه از بیماری‌ها**

پژوهشگران برای پیشگیری از بیماری‌ها سه سطح مشخص کرده‌اند: پیشگیری مرحلهٔ نخستین، پیشگیری مرحلهٔ دوم و پیشگیری مرحلهٔ سوم. پیشگیری نخستین با هدف پیشگیری از شـروع بیماری صورت می‌گیرد. پیشگیری مرحلهٔ دوم با هدف شناسـایی و درمـان بیمـاری در مراحـل اولیهٔ بیماری و اقدام‌هایی برای کاهش و تخفیف علائم صورت می‌پذیرد پـیش از آنکـه بیمـاری سبب مشکلات برگشت‌ناپذیر شود. پیشگیری مرحلهٔ سوم با هدف کنترل، کاهش آثار یا کـاهش پیشرفت یک بیماری تقریباً تثبیت شده و برگشت‌ناپذیر صورت می‌گیرد. اثر معنویت بر سلامت جسمی به دلیل زیرساختارهای فردی و اجتماعی که ایجاد می‌کند از شـروع بیمـاری و عوامـل موجود آن تا مرگ تأثیرگذار است و با سازوکارهای گونـاگون موجـب پیشـگیری از بیمـاری‌هـا می‌شود. معنویت به افراد امکان می‌دهد در زندگی معنی و مفهوم واحدی پیـدا کـرده و نیـروی برتر را تجربه کنند (۱۶). سلامت معنوی می‌تواند اثری مثبت بر سلامت روانی و جسمی داشـته باشد. از مهم‌تـرین عوامـل و سـازوکارهای بـالقوه و مفـروض تأثیرگـذاری سـلامت معنـوی بـر پیشگیری از بیماری‌ها می‌توان بـه شـبکه‌هـای اجتمـاعی، حمایـت‌هـای اجتمـاعی و عوامـل و سازوکارهای روانی و فیزیولوژیک اشاره کرد. حمایت نهادهای و شبکه‌ها و رهبری معنوی عامـل بسیار ارزشمندی برای پیشـگیری از بیمـاری محسـوب مـی‌شـود. توجـه بـه معنویـت موجـب فعال‌سازی مسئولیت‌پذیری شخص در زمینهٔ اصول و باورهای مندرج شده در دین می‌شـود کـه آثار جسمانی نیز دارند .کنش‌های معنوی موجب افـزایش سـلامت اجتمـاعی شـده و تعـاملات

اجتماعی را افزایش می‌دهد و حمایت اجتماعی را به عنوان یک منبع ارتقای سلامت جسمی فراهم می‌آورد. بنا به نظر بالداچینو و دراپر (۲۰۰۱) اعمال معنوی می‌تواند خودبهبودی را افزایش دهد. در سازوکار سایکونوروفیزیولوژیک نیز احساس رضامندی ناشی از فواید معنوی از طریق تأثیر بر سازوکارهای شناخته شده مغزی و به روی سیستم‌ها و اندام‌های بدن مانند قلب و عروق، به وسیله نوروپپتیدهای پیام‌رسان ایمنی و... تأثیر تقویت کننده دارد که نتیجه این تأثیرات پیشگیری از بیماری، کاهش شیوع بیماری‌ها، افزایش تحمل بیماری، بهبود سریع‌تر بیماری است که در تحقیقات مختلف این موضوع نشان داده شده است (۱۷).

## منابع:


۱. محمودی ع، عزیزی ف. «تعریف مفهومی و عملیاتی‌سازی سلامت معنوی (مطالعهٔ روانشناختی)». فصلنامهٔ اخلاق پزشکی. ۱۳۹۱;۶ (۲۰): ۲-۱۲.

۲. مرزبندی؛ ر، زکوی. عا. «شاخص‌های سلامت معنوی از منظر آموزه‌های وحیانی». فصلنامهٔ اخلاق پزشکی. تابستان ۹۱؛ ۶ (۲۰): ۲-۳۰.

۳. دباغی پ. .«بررسی نقش معنویت و مذهب در سلامت». مجلهٔ دانشکدهٔ پیراپزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران. بهار و تابستان ۸۸؛ ۴(۱) :۱-۴.

٤. بوالهری ج. «نهادینه‌سازی معنویت در مفهوم سلامت معنوی». فصلنامهٔ اخلاق پزشکی. زمستان ۸۹؛ ۴ (۱) :۷-۲.

٥. ابوالقاسمی م. «مفهوم‌شناسی سلامت معنوی و گستره آن در نگرش دینی». فصلنامهٔ اخلاق پزشکی. تابستان ۹۱;۶ (۲۰): ۲-۲۳.

٦. مرندی؛ سع, عزیزی ف. «جایگاه، تعریف و دشواری‌های پایه‌ریزی مفهوم سلامت معنوی در جامعه ایرانی ـ اسلامی». فصلنامهٔ اخلاق پزشکی. زمستان ۸۹;۴(۴): ۳-۱۱.

7. Amondsen D. Medicine, society and faith in the ancient and medieval world.,(1996).

۸. عبدالرحیمی م. «جایگاه «سلامت» در دین اسلام و تبیین نقش عقل و قلب در «سلامت معنوی». مجلهٔ بصیرت و تربیت اسلامی. ۱۳۹۴;۱۲(۳۲): ۲-۳۳.

9. Rumbold B. "A review of spiritual assessment in health care practice". Med J Aust. 200) 186; 7S60-2.

۱۰. گرگری؛ رب, فرید. ا.. «رابطهٔ بین جهت گیری مذهبی درونی و رفتارهای سلامت جسمی ،روانی و معنوی و نقش واسطه‌ای ارزیابی چالش برانگیز بودن». مجلهٔ راهبرد فرهنگ. ۱۳۹۱(۲۰): ۲-۱۴.

۱۱. موسوی، سرام. «انسان سالم ( هنجار و نرم ) و نقش آن در سلامت معنوی و بهداشت روان، از دیدگاه رنه دکارت و علامه طباطبایی بر اساس نگرش تفسیر المیزان». مجلهٔ علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی زنجان. فروردین و اردیبهشت ۹۳;۲۲(۹۰):۳۳-۴۴.

۱۲. عباسیان؛ ل, عباسی؛ م, احسان؛ شگ, معماریانی ز. «بررسی جایگاه علمی سلامت معنوی و نقش آن در پیشگیری از بیماری‌ها: یک مطالعه مقدماتی». فصلنامهٔ اخلاق پزشکی. زمستان ۸۹;۴(۱):۲-۲۰.

۱۳. فولادوندی؛ م, فروزی؛ مع, غلامرضا،فولادوندی.. «ارتباط سلامت معنوی با نگرش به معنویت و مراقبت معنوی در بیماران همودیالیزی شهر بم». فصلنامهٔ علمی پژوهشی طب مکمل ۱۳۹۴; (۲): ۲-۱۲.

۱۴. بحرینیان؛ س, دلشاد ح, شاکری ن.. «بررسی نگرش پزشکان نسبت به تاثیر میـزان معنویـت در رونـد درمـان بیمـاران». فصلنامهٔ اخلاق پزشکی. ۱۳۹۱;۶(۲۰):۲-۲۰.

۱۵. امیدواری س.. «سلامت معنوی؛ مفاهیم و چالش‌ها». فصلنامهٔ تخصصی پژوهش‌های میان‌رشته‌ای قرآنی. ۱۳۸۷;۱(۱):۲-۱۲.

۱۶. بخشیان؛ م،جعفرپورعلوی؛، پرویزی س.. «ارتباط سلامت معنوی و کیفیت زندگی در مبتلایان به مولتیپل اسکلورزیس». . مجلهٔ تحقیقات علوم پزشکی زاهدان. ۱۳۸۹;۱۲(۳):۵-۱.

۱۷. محبوبی، م, اعتمادی، م, همکاران. «رابطهٔ سلامت معنوی و اضطراب اجتماعی در جانبازان شیمیایی». مجلهٔ طب نظامی. ۱۳۹۱;۱۴(۳):۱۸۶-۹۱.

## ۶. کیفیت زندگی و سلامت معنوی

### مقدمه

کیفیت زندگی از جمله مسائل مهمی است که ابتدا دانشمندان با گسترش همه‌جانبهٔ فناوری و فرایند صنعتی شدن در کشورهای غربی به آن توجه اندیشمندان کردند. مشکلات متعدد زندگی شهری، آلودگی هوا، تخریب محیط زیست و اضافه شدن فشارهای روحی و روانی، صدمات جبران‌ناپذیری به بشر وارد کرده است. به همین دلیل، توجه بسیاری از دانشمندان و صاحب‌نظران به مفهوم کیفیت زندگی معطوف شده تا از این طریق تلاش‌هایی در راستای ارتقای شرایط زندگی و بهبود بخشیدن به بعد کیفی زندگی بشر صورت گیرد.

در ابتدا مطالعهٔ کیفیت زندگی روی افراد سالخوره و بیماران صورت می‌گرفت. اما در حال حاضر، گسترهٔ شمول این مفهوم به حوزه‌هایی فراتر از افراد مذکور کشیده شده است و تمامی شهروندان یک جامعه را در بر می‌گیرد.

بیشترین مطالعات در این زمینه در حیطهٔ علوم پزشکی صورت گرفته است در حالی که این موضوع بیشتر از بعد اجتماعی نیاز به بررسی دارد. از طرف دیگر، کیفیت زندگی با عوامل متعددی ارتباط دارد که از جمله می‌توان به سلامت معنوی اشاره کرد.

در این قسمت به تعاریف کیفی زندگی و ارتباط آن با سلامت معنوی با استفاده از منابع مختلف پرداخته شده است.

### روش جمع‌آوری اطلاعات

با بررسی متون مختلف اعم از چاپی و با مراجعه به کتابخانه ملی ایران با جستجوی کلمهٔ معنویت و سلامت معنوی، و منابع الکترونیکی در وب‌گاه‌های فارسی اعم از SID.ir و گوگل فارسی با جستجوی واژه‌های معنویت، سلامت معنوی، عوامل خطر، پیشگیری از بیماری، ارتقای سلامت و کیفیت زندگی و بدون محدودیت زمانی و در منابع الکترونیک انگلیسی اعم از Pubmed.com، Google Scholar و منابع انگلیسی از SID.ir با استفاده از واژه‌های مختلف Spirituality ، Spiritual Health، Risk factor، disease prevention، Health promotion، Quality of life، و بدون محدودیت زمانی به دلیل محدودیت منابع، تمامی موضوعات مختلف سلامت معنوی با جستجوی واژه‌های کلیدی متعدد صورت گرفت و حتی در مواردی منابع استفاده شده در متون برای دست‌یابی به منابع بیشتر جستجو شد. در میان مطالب مختلف به مواردی استناد شد که دارای منابع قوی و نیز مطابق با آموزه‌های دینی اسلام باشد.

**تعریف کیفیت زندگی**

کیفیت زندگی، یک مفهوم جدید نیست و در بسیاری علوم مانند جامعه‌شناسی، روان‌شناسی، و اقتصاد از آن استفاده شده است. سازمان جهانی بهداشت، کیفیت زندگی را پندارهای فرد از وضعیت زندگی خود با توجه به فرهنگ و نظام ارزشی که در آن زندگی می‌کند و ارتباط این دریافت‌ها با اهداف، انتظارات و استانداردها و اولویت‌های مورد نظر او تعریف می‌کند. بسیاری از اوقات کیفیت زندگی با مفاهیمی چون سلامت و رضایت از زندگی به صورت مترادف استفاده می‌شود (۲).

به لحاظ آکادمیک، مفهوم کیفیت زندگی به عنوان یک زمینهٔ تحقیقی از اوایل دههٔ ۱۹۹۰ میلادی مطرح شد. از سال ۱۹۸۵ تا ۲۰۰۴ میلادی بیش از ۲۰۹۰۰ مقاله که اصطلاح کیفیت زندگی را در عنوان خود داشته، در عرصهٔ بین‌المللی به چاپ رسیده‌اند. در تحلیلی که شالوک و ورودگو (۲۰۰۲) بر اساس مطالعهٔ ۹۷۴۹ چکیده مقاله، ۲۴۵۵ مقاله و ۸۹۷ مطالعه عمیق با استفاده از دقیق‌ترین معیارها انجام دادند، سه مورد از معمول‌ترین شاخص‌ها در هر یک از ابعاد هشت گانه تشکیل دهندهٔ مفهوم کیفیت زندگی مشخص شدند که در زیر به آن‌ها اشاره می‌شود:

الف) از بعد احساس به‌زیستی هیجانی: رضایت، مفاهیم مربوط به خود (هویت، خودارزشمندی، عزت نفس)، نبودن فشارهای روحی (پیش‌بینی‌پذیری، کنترل)

ب) روابط بین شخصی: کنش متقابل (شبکه‌های اجتماعی، تماس‌های اجتماعی)، ارتباطات (خانواده، دوستان، همسالان)، حمایت‌ها (احساس، فیزیکی، مالی، بازخورد).

ت) احساس به‌زیستی مادی: شاخص‌های پایگاه مالی (درآمد، سود)، وضعیت اشتغال (وضعیت کار، محیط کاری)، مسکن (نوع اقامت و مالکیت).

ث) بعد رشد فردی: آموزش (دستاوردها، پایگاه تحصیلی)، شایستگی فردی (شناختی، اجتماعی، عملی)، عملکرد (موفقیت، دستاورد و کارآمدی).

ج) حق تعیین سرنوشت خود: استقلال / کنترل شخصی (عدم وابستگی)، اهداف و ارزش‌های شخصی (آرزوها، انتظارات)، انتخاب‌ها (فرصت‌ها، گزینه‌ها، ترجیحات).

ح) احساس به‌زیستی فیزیکی سلامت (کارکردی، نشانه‌های بیماری، تناسب اندام، تغذیه)، فعالیت جسمی زندگی روزانه (مهارت‌های مراقبت از خود، تحرک)، فراغت (تفریح و سرگرمی).

خ) پذیرش و ادخال اجتماعی مشارکت و ادغام در اجتماع، نقش‌های اجتماعی (کمک کننده، داوطلب)، حمایت‌های اجتماعی (شبکه‌های حمایت، خدمات).

د) حقوقی حقوق بشر (احترام، شان، برابری)، حقوق قانونی (شهروندی، برخورداری، فرآیندی).

البته، در مورد ابعاد مفهومی کیفیت زندگی الگوهای گوناگونی پیشنهاد شده که در جوامع مختلف نیز بومی‌سازی شده است.

در مطالعه‌ای در اصفهان از اجزای احساس به‌زیستی، احساس رضایت، استانداردهای شهروندی و منزلت نقشی برای تعیین کیفیت زندگی استفاده و مشخص شده است که کیفیت زندگی از نصف بالاتر و نزدیک به عدد چهار است. بیشترین مقدار در ابعاد مربوط به منزلت نقشی و کمترین مربوط به رضایت زندگی در اجتماع بوده است.

البته، محققان در پایان اذعان داشته‌اند که به دلیل نداشتن تعریف دقیق از کیفیت زندگی و عناصر تشکیل دهندهٔ آن در ایران محققان نمی‌توانند ادعا کنند که با آنچه به عنوان کیفیت زندگی اندازه‌گیری شده است چقدر به واقعیت نزدیک است، چه بسا عناصر و عواملی که از چشم محقق دور مانده است.

محقق، طراحی الگویی جامع و کامل را نیز که تمامی عوامل شناختی را مد نظر قرار دهد و مبتنی بر فرهنگ ایرانی باشد ضروری دانسته است (۱).

مطالعات در زمینهٔ کیفیت زندگی نشان‌دهندهٔ تعدد تعاریف این مفهوم است که چه بسا برآمده از سه عامل مختلف می‌باشد، یکی چندبعدی بودن آن، دیگری کارکرد آن در حوزه‌های حرفه‌ای متفاوت همچون پزشکی، روان‌شناسی، جغرافیای انسانی، مطالعات توسعه، اقتصاد و جامعه‌شناسی و سرانجام سطح تحلیل که ممکن است به عاملان فرایندها، موقعیت‌ها و یا ساختارها مربوط باشد. بنابراین، کیفیت زندگی مفهومی پیچیده و چندبعدی است که از مولفه‌هایی چون زمان، مکان، و نیز ارزش‌های فردی و اجتماعی تاثیر می‌پذیرد و از این رو، از دیدگاه افراد و گروه‌های مختلف با معانی گوناگون همراه است (۳).

مطالعه‌ای با هدف تعیین عوامل مرتبط با کیفیت زندگی در سربازان نظام‌وظیفه نشان داد که متغیرهایی مانند جهت‌گیری مذهبی، مدت زمان خدمت سربازی سپری شده، عزت نفس، تحصیلات و وضعیت مسکن با کیفیت زندگی ارتباط دارد (۴).

مطالعه‌ای در شهرستان سقز نشان داد که میانگین نمرهٔ کیفیت زندگی در پاسخگویان از مقدار میانگین بیشتر است و رابطهٔ معنی‌داری با سرمایهٔ اجتماعی، اعتماد اجتماعی، مشارکت اجتماعی، شبکه‌های اجتماعی و میزان درآمد فرد پاسخگو و سطح تحصیلات وی دارد (۵).

مطالعه‌ای به منظور بررسی رابطهٔ هوش معنوی و تاب‌آوری با کیفیت زندگی معلمان نشان داد که هوش‌مندی و تاب‌آوری در ترکیب با یکدیگر ۳۰٪ واریانس کیفیت زندگی معلمان را تبیین می‌کند و لازم است با افزایش هوش معنوی و تاب‌آوری به بهبود کیفیت زندگی کمک

شود (۶).

مراقبان افراد مبتلا به سرطان نقش اصلی و اساسی در مراقبت، نظارت و مدیریت نشانه‌ای تجربه شده در بیماران مبتلا به سرطان، حمایت و پیگیری درمان این بیماران ایفا می‌کنند. مطالعه‌ای به منظور بررسی تاثیر مداخله معنوی بر کیفیت زندگی خانواده‌های این بیماران انجام شد. یافته‌های این پژوهش و سایر پژوهش‌ها نشان می‌دهد که مداخله معنوی می‌تواند کیفیت زندگی این خانواده‌ها را افزایش دهد.

همچنین، مطالعات نشان داده‌اند که مداخلهٔ معنوی با رضایت از زندگی، احساس شادمانی و روحیهٔ بالاتر ارتباط مثبت و با افکار خودکشی و اقدام به خودکشی رابطهٔ منفی دارد. این یافته‌ها بدین معنی است که معنویت / مذهب به بیماران مبتلا به سرطان و خانواده‌های آنان، یک سازوکار دفاعی موثر را به عنوان یک سپر ضربه‌گیر عرضه می‌کند و به این ترتیب کیفیت زندگی آنان را ارتقا می‌بخشد (۷).

**ارتباط سلامت معنوی و کیفیت زندگی**

تعداد مطالعات انجام شده در زمینهٔ ارتباط کیفیت زندگی و سلامت معنوی محدود است و این مطالعات محدود نیز کمتر روی جمعیت عمومی انجام شده است. در ذیل به نتایج این مطالعات می‌پردازیم:

سلامت معنوی و کیفیت زندگی پرستاران در یک مطالعه در حد متوسط بود و سلامت معنوی با ابعاد مختلف کیفیت زندگی ارتباط مثبت و معنی‌دار داشت. آزمون رگرسیون لجستیک نشان داد که با افزایش ۱۰٪ به نمرهٔ سلامت معنوی، نسبت شانس کیفیت زندگی خوب، ۱/۷ برابر خواهد بود (۸).

مطالعه‌ای روی جوانان مبتلا به تالاسمی ماژور نیز نشان داد که افزایش سلامت معنوی با کیفیت زندگی ارتباط دارد (۹). بین سلامت معنوی و کیفیت زندگی مبتلایان مولتیپل اسکلروزیس ارتباط معنی‌دار وجود دارد (۱۰).

ارتباط سلامت معنوی با کیفیت زندگی در سالمندان مقیم آسایشگاه کهریزک هم معنی‌دار مثبت بوده است (۱۱). سلامت معنوی و کیفیت زندگی در بیمارن مبتلا به دیابت نوع ۲ ساکن بندرعباس ارتباط معنی‌دار داشت (۱۲). در بین ابعاد سلامت معنوی، بعد سلامت وجودی با شاخص‌های کفایت دیالیز همبستگی معنی‌دار نشان داد (۱۳).

در تحقیقی که در دانشگاه مک گیل کانادا برای کیفیت زندگی انجام شده ، مهم‌ترین عوامل موثر در آن ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی، و جنسی شناخته شده است، اما موضوع

معنویت را به عنوان زمینهٔ اصلی در همهٔ این ابعاد موثر قلمداد کرده است و آن را پیش‌زمینهٔ کیفیت زندگی مناسب شناخته است. اگر چه معنویت بر کمیت زندگی نیز تاثیرگذار است و به طور طبیعی در جامعه شاهد طول عمر بیشتر افراد معنوی هستیم، اما برای اثبات این مدعا تحقیقات بسیاری لازم است صورت گیرد (۱۴).

## کیفیت زندگی و سلامت معنوی در اسلام

الْحَمْدُلِلَّهِ الَّذِي أَنزَلَ عَلَي عَبْدِهِ الْكِتَابَ وَلَمْ يَجْعَل لَّهُ عِوَجاً (کهف، آیهٔ ۱).

در تفسیر نور ذیل همین آیه می‌خوانیم: بندگی خدا، زمینه‌ساز دریافت کمالات معنوی است. «انزل علی عبده». آرامش و شادزیستی و سلامت روانی انسان از نتایج رسیدن به کمالات معنوی است که با توجه به آموزه‌های دینی در سایهٔ عبادت و ارتباط با خداوند تأمین می‌شود. بسیاری از افراد پوچ‌گرا تفسیر و تبیین رضایت‌بخشی از حیات و هدف زندگی خود ندارند، از این رو، شناخت هدف زندگی به منظور کسب آرامش و سلامت روان کاملا ضروری است.

برخی تحقیقات نشان می‌دهد فاکتورهایی مانند امید، باورهای مثبت، آسایش و توانمندی که از اعتقاد ات مذهبی، ارتباط با خدا و دعا به دست می‌آیند اثر شفابخش دارند و باعث بهبود می‌شوند.

در واقع، یکی از عوامل موثر در ایجاد سلامت روان و نشاط و شادی و امید در زندگی، از همین اعتقاد دینی سرچشمه می‌گیرد. کسانی که ایمان واقعی به لقای پروردگار و بازگشت به سوی او دارند، هرگز دچار پوچی و نا امیدی و افسردگی روحی نخواهند شد.

امید که از معرفت و شناخت نسبت به مبدأ و معاد حاصل می‌شود، اساس همهٔ تلاش‌های مفید و پرثمر انسانی و نیز منشأ اصلاح امور در جامعه و رسیدن شخص به سعادت ابدی است. همان‌گونه که ناامیدی و قطع امید نسبت به خدا و روز قیامت منشأ فسادها و تبه‌کاری‌ها و منتهی شدن کار انسان به شقاوت ابدی است (۱۴).

همین که انسان به آینده‌ای روشن امید داشته باشد، احساس نیکو و حالتی شاد به وی دست داده، باعث نشاط وی می‌شود و در او انگیزه کار و تلاش ایجاد می‌شود، او را به فعالیت‌های صحیح زندگی وادار می‌کند. یکی از نویسندگان خارجی می‌گوید: حتی بیمارانی که مرگ آنان نزدیک است، با امیدِ به آینده می‌توانند روحیهٔ خویش را حفظ کرده، روزها، هفته‌ها و ماه‌ها درد و رنج را به راحتی تحمل کنند (۱۵).

باور به معاد، حتی در حد امید، اهرمی کارآمد در گرایش به عمل است و در تنظیم زندگی سالم و تصحیح رفتارها و باورهای انسان نقش مهمی دارد. بدون توجه به بعد معنوی انسان،

نمی‌توان جسم، روان و همین‌طور شخصیت اجتماعی او را شناخت و برای سلامت آن کاری کرد. در واقع، دین و معنویت می‌تواند به ارتقای بهداشت روانی کمک کند، البته اعتقاد به مسائل معنوی و باورهای دینی، باید در عمق جان انسان وجود داشته باشد. آیات بررسی شده در سورهٔ کهف و همچنین بسیاری دیگر از آیات شریف قرآن مؤید این مطلب است که هر کس دلش با یاد خدا مطمئن و محکم شود و از سلامت روحی و معنوی برخوردار باشد، آرامش روحی و روانی داشته و هیچ هراسی از غیر خدا ندارد و امیدوار و آرام است چون متّکی به قدرت و عظمت الهی است و انوار الهی در درونش رسوخ کرده و یاد خدا عامل طمأنینه او شده است.

دیل کارنگی، روان‌شناس معروف امریکایی می‌نویسد: هنگامی که کارهای سنگین قوای ما را از بین می‌برد و اندوه‌ها هر نوع اراده‌ای را از ما سلب می‌کند و بیشتر اوقات، که درهای امید به روی ما بسته می‌شود، به سوی خدا روی می‌آوریم، ولی اصلاً چرا بگذاریم روح یأس و ناامیدی بر ما چیره شود؟ چرا همه‌روزه به وسیله خواندن نماز و دعا و به‌جا آوردن حمد الهی، قوای خود را تجدید نکنیم (۱۶).

امام صادق(علیه السلام) فرمودند: چه مانعی دارد که چون یکی از شما غم و اندوهی از غم‌های دنیا بر او در آید، وضو بگیرد و به مسجد رود و دو رکعت نماز بخواند و برای رفع اندوه خود، خدا را بخواند؟ مگر نشنیده‌اید که خداوند می‌فرماید: از صبر و نماز یاری بجویید (۱۷).

معنویت بر عملکرد دستگاه ایمنی بدن تاثیر می‌گذارد. معنویت ، ایمان ، حضور در مکان‌های مذهبی عملکرد دستگاه ایمنی را به طریقی که قابل سنجش باشد مانند افزایش گلبول‌های سفید خون، بهبود می‌بخشد. در مورد سلامت، زمانی که بدن احساس امنیت می‌کند و در آرامش قرار دارد، دستگاه عصبی قادر است آرامش خود را حفظ نموده و حالت طبیعی داشته باشد، بنابراین دستگاه ایمنی قادر است بهتر عمل کند. در واقع، در این حالت همهٔ اعضای بدن در مقابله با بیماری‌ها موفق‌ترند (۱۸).

### راه‌های پیشنهادی بر اساس مبانی دینی

با مروری بر درمان‌های معنوی به عنوان درمانی موثر در اضطراب، می‌توان آن‌ها را به شرح زیر جمع‌بندی کرد:

۱. گوش دادن به آوای قرآن، مداخله‌ای نظام‌مند و درمانی مکمل است که می‌تواند به کاهش اضطراب و علائم حیاتی کمک کند. روشی آسان، ارزان، غیر تهاجمی، بدون خطر و در زمان کوتاه است.

۲. علاوه بر آثار تربیتی فوق العاده، آثار بهداشتی و نیز آثار اخلاقی تربیتی جلوه‌های زیبایی از ویژگی‌های بهداشتی درمانی نماز است. نماز به عنوان یک واکسن موثر در پیشگیری از مشکلات جسمی روانی است.
۳. توکل بر خدا موجب می‌شود شخص در تمام کارهایش به خداوند متعال اعتماد کند و در دل او آرامشی ایجاد شود که نقش موثری در افزایش سلامت روان دارد.
۴. تکرار اذکار مستحبی روشی مبتنی بر فرهنگ جامعه اسلامی است که موجب کاهش اضطراب در افراد می‌شود.
۵. یافته‌های پژوهش ما نشان می‌دهد که افراد با اعتقادات مذهبی و با توکل و تکیه به یک مبدا و اتصال به نیروی عظیم آن می‌توانند سلامت روان خویش را حفظ کنند تا در مقابل سختی‌ها دچار اضطراب، ناامیدی و افسردگی و .... نشوند.
۶. صبر یکی از آموزه‌های مهم و دینی است که در افزایش شادکامی موثر است. با آموزش صبر افراد یاد می‌گیرند که از تمام توان و امکانات مادی و معنوی برای رسیدن به هدف یا برطرف کردن موانع استفاده کنند. این وضعیت باعث گسترش شکوفایی فرد می‌شود.
۷. در پژوهشی نشان داده شده است که تاکید بر آموزه‌های اسلام که مداخلاتی چون دعا و نیایش، مطالعه متون مقدس، بخشایش، مراقبه و تصویرسازی معنوی، عبادات و مناسک مذهبی، نوشتن در مورد احساسات معنوی، توبه و استفاده از نظام حمایتی مذهبی را در بر می‌گیرد، بر کاهش اضطراب دانشجویان تاثیر معنی‌داری دارد (۱۹).

در مطالعه‌ای کیفی مشخص شد که پزشکان موافق بودند که دین تاثیر مهمی بر سلامت دارد و اکثراً تاکید داشتند که این تاثیر در درجه اول مثبت است (۲۰).

مذهب از طریق ایجاد تعهد بیشتر موجب درگیری کمتر در زندگی خانوادگی و افزایش رضایت و ثبات در ازدواج می‌شود. دین و معنویت پیامدهای مثبت مهمی در روابط زندگی، به‌ویژه کیفیت زندگی خانوادگی، حمایت معنوی بالاتر و افزایش روابط حمایتی بین والدین و کودکان داشته است (۲۱).

یافته‌های یک پژوهش نشان داد که بین نگرش دینی (معنویت) و عملکرد شغلی، روابط مثبت وجود دارد بدین‌گونه که هرچه فرد از درجه ایمان بالاتری برخوردار باشد، در برخورد با سختی‌ها و گرفتاری‌ها و فشارهای روحی و روانی احتمالا خویشتن‌داری و عملکرد شغلی بهتری خواهد داشت (۲۲).

افراد مذهبی از زندگی خشنودی، شادمانی و نشاط بیشتری دارند و در مواجهۀ با رویدادهای زندگی، پیامدهای روانی – اجتماعی منفی کمتری را نشان می‌دهند. مذهب و

ارزش‌های معنوی در ارتقای سلامت روانی فرد و جامعه و کاهش رفتارهای بزهکارانه نقش دارد (۲۳).

مطالعه‌ای در بندرعباس نشان داد که بین مولفه‌های معنویت و سلامت روانی دانشجویان رابطهٔ بسیار قوی و مثبت وجود دارد (۲۴).

بررسی در مطالعات مختلف نشان می‌دهد در افرادی که از معنویت و سلامت معنوی بالایی برخوردارند موارد ذیل وجود دارد: برخورداری از سبک زندگی سالم و مولد، با کیفیت توام با طول عمر قابل قبول و کاهش میزان مرگ و میر و پیشگیری از بیماری، افزایش تحمل بیماری، بهبود سریع‌تر بیماری، احساس رضایت‌مندی از زندگی، کاهش میزان استفاده از خدمات بهداشتی درمانی و تعامل سالم فرد در اجتماع و در نهایت اینکه اکثر قریب به اتفاق مطالعات حاکی از تاثیر مثبت معنویت و سلامت معنوی در کیفیت زندگی افراد بوده و پژوهشگران لزوم استفاده از معنویت را در کنار درمان‌های طبی جهت کنترل و درمان بیماری و بهبود کیفیت زندگی پیشنهاد می‌کنند.

مطالعهٔ سازمان جهانی بهداشت و مطالعات مشابه در نقاط مختلف جهان نشان داده که معنویت می‌تواند توان مقابله با مشکلات را بالا ببرد و سلامت جسمی و روحی بیشتری را به ارمغان آورد که یادآور آیهٔ قرآن است که آگاه باشید که با یاد خدا دل‌ها آرام می‌گیرد (۲۵). مطالعه‌ای دیگر نشان داد که هر چه نگرش مذهبی بالاتر باشد سلامت روان در دانشجویان بالاتر است (۲۶).

سورهٔ یونس، آیهٔ ۵۷ می‌فرماید: «ای مردمان آمد به سوی شما پندنامه‌ای که از جانب پروردگار شماست و شفای آنچه در دلهای شماست.» قرآن کتاب شفاست، شفای بیماری‌های جسمی و بیماری‌های قلبی و روانی، همان‌طور که در روایت آمده است بیماری قلب و بیماری تن.

رازی در کتاب *طب روحانی* از بیماری‌های روحی و قلبی چون تکبر، حسد، بخل، مکر و حیله، دروغ و غیره سخن می‌گوید و این نوع بیماری‌ها را مخالف صحت و بهداشت بدن دانسته، مزاج جسم را تابع اخلاق نفس می‌داند.

این نظریهٔ رازی که بیماری‌های جسمی از بیماری‌های روحی و اخلاقی سرچشمه می‌گیرد مطابق «طب القرآن و طب النبی» است. در طب امام علی (ع) آمده است صحت جسد از کمی حسد است. حسد برای نفس انسان ضرر دارد و او را از اندیشه و فکر باز می‌دارد و ضرر حسد برای جسم آن است که بر اثر غم و ناراحتی‌ها، خواب و خوراک از انسان حسود سلب می‌شود و این سبب می‌شود هم اثر بد در چهره ظاهری او داشته باشد و هم مبتلا به سوء هاضمه گردد و

رنگ چهرهٔ او تغییر پیدا کند.

خشم و غضب از جمله صفات ناپسندی است که در صورتی که از حد تجاوز کند و به افراط برسد، عقل را ازبین می‌برد و به خود فرد و اطرافیان آسیب می‌رساند. دروغگویی از صفات ناپسندی است که حتی اگر فرد به آن عادت کرده باشد همیشه از رسوایی فاش شدن دروغ رنج می‌برد و آسایش او مختل می‌شود.

نگرانی و اندوه در آیهٔ ۵۳ سورهٔ آل عمران آمده است: و خداوند غم به روی غم برایتان آورد تا به آنچه از دست داده‌اید و یا آنچه به شما می‌رسد غم و اندوه نخورید. غم موجب کدورت فکر و آزار جسم و جان می‌شود، انسان عاقل کامل، بر حالتی که زیان او را در بردارد توافق نمی‌کند و درصدد بررسی منشا غمی بر می‌آید که بر او وارد شده است. بدیهی است غمناک شدن هیچ نفعی ندارد و دارای ضرر و زیانی زودرس است که به زیانی دیررس منجر می‌شود.

پرخوری از عوارض زیانباری است که به جسم آسیب می‌رساند، پرخوری پیروی کردن از هوای نفسانی و تصور لذت غذاهای لذیذ و خوشمزه است. فیلسوفی در پاسخ به شخصی که به بسیار کم خوردن او اشاره داشت گفت: «من می‌خورم برای اینکه زنده بمانم، اما تو می‌خواهی زنده بمانی برای اینکه بخوری». (۲۷)

## نتیجه‌گیری

با ارائه این مختصر مطالب به راحتی می‌توان پی‌برد که با پیش گرفتن خصایص نیک و پسندیده و توکل و امید به خداوند می‌توان از کیفیت زندگی شایسته‌ای برخوردار بود. در واقع، هر انسانی برای داشتن زندگی با کیفیت باید تلاش نماید، لذا رشد معنویت از ابتدای کودکی تا سنین بالاتر باید در برنامهٔ خانواده‌ها و موسسات آموزشی و فرهنگی قرار گیرد.

## منابع:


۱. ربانی خوراسگانی علی، کیانپور مسعود، «مدل پیشنهادی برای سنجش کیفیت زندگی»، مجلهٔ دانشکده ادبیات و علوم انسانی، پاییز و زمستان ۱۳۸۶، سال ۱۵، شمارهٔ ۵۸، ۶۷-۱۰۸.

2. Fewans CE, "Quality of life, concept issues". *SeminOncol Nurse, 1990*;6(4):245-55.

۳. فرجی سبکبار حسنعلی، صادقلو طاهره، سجاسی قبداری حمدالله، «سنجش کیفیت زندگی در مناطق روستایی: مطالعه موردی دهستان آق بلاغ استان زنجان»، فصلنامهٔ روستا و توسعه، سال ۱۴، شمارهٔ ۴، زمستان ۱۳۹۰، ۲۷-۴۸.

٤. آقاپور اسلام، مصری مهدی، «بررسی اثر عوامل اجتماعی فرهنگی بر کیفیت زندگی در گروهی از سربازان مبتنی بر آموزه‌های قرآنی»، قرآن و طب، ۱۳۹۰، (۲) ۱، ۹-۲۳.

٥. قادری احمد، تقوی نعمت الله، «بررسی رابطه سرمایه اجتماعی با کیفیت زندگی شهروندان شهر سقز»، مطالعات اجتماعی، سال پنجم، شمارهٔ نوزدهم، تابستان ۱۳۹۲، ۱۱۱-۱۳۶.

٦. کیانژاد اندواری نسرین، قمری محمد، فتحی اقدم قربان، «رابطهٔ هوش معنوی و تاب‌آوری با کیفیت زندگی معلمان»، ششمین کنگره بین‌المللی روانشناسی کودک و نوجوان، تبریز ۱۳۹۲.

۷. لطفی کاشانی فرح، وزیری شهرام، قیصر شروین، موسوی سیدمهدی، هاشمیه مژگان، «اثربخشی مداخلهٔ معنوی و ارتقای کیفیت زندگی مادران کودکان مبتلا به سرطان»، فصلنامهٔ فقه پزشکی، سال چهارم، شمارهٔ ۱۱ و ۱۲، بهار و تابستان ۱۳۹۱، ۱۲۵-۱۴۹.

۸. عصاررودی عبدالقادر، گل افشانی اصغر، اکابری سید آرش، «ارتباط سلامت معنوی و کیفیت زندگی در پرستاران»، مجلهٔ دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، زمستان ۱۳۹۰، دورهٔ سوم، شمارهٔ ۴، ۷۹-۸۸.

۹. ضیغمی محمدی شراره، تجویدی منصور، قاضی‌زاده شراره، «رابطهٔ بین سلامت و کیفیت زندگی و سلامت روان جوانان مبتلا به بتا تالاسمی ماژور»، فصلنامهٔ پژوهشی خون، تابستان ۱۳۹۳، دورهٔ ۱۱، شمارهٔ ۲، ۵۴-۱۴۷.

۱۰. اله بخشیان مریم، جعفرپور علوی مهشید، پرویزی سرور، حقانی حمید، «ارتباط سلامت معنوی و کیفیت زندگی در مبنلایان به مولتیپل اسکلروزیس»، مجلهٔ تحقیقات علوم پزشکی زاهدان (طبیب شرق)، ۱۳۷۹، دورهٔ ۱۲، شمارهٔ ۳، ۲۹-۳۳.

۱۱. جدیدی علیرضا، فراهانی‌نیا مرحمت، جان محمدی سارا، حقانی حمید، «بررسی ارتباط بین سلامت معنوی و کیفیت زندگی سالمندان مقیم آسایشگاه کهریزک»، نشریهٔ پرستاری ایران، آبان ۱۳۹۰، دورهٔ ۲۴، شمارهٔ ۷۲، ۴۸-۵۶.

۱۲. رمضانخانی علی، قائدی معصومه، حاتمی حسین، تقدیسی محمدحسین، گل میرزایی جواد، بهزاد احمد، «بررسی رابطه سلامت معنوی و کیفیت زندگی در بیمارن مبتلا به دیابت نوع ۲ ساکن بندرعباس»، مجلهٔ پزشکی هرمزگان، مرداد و شهریور ۱۳۹۳، دورهٔ ۱۸، شمارهٔ ۳، ۳۷-۲۲۹.

۱۳. اشرفی زهرا، ابراهیمی حسین، صراف‌ها جواد، «بررسی رابطه کفایت دیالیز با کیفیت زندگی و سلامت معنوی بیماران تحت درمان با همودیالیز»، بالینی پرستاری مامایی، پاییز ۱۳۹۳، دورهٔ ۳، شمارهٔ ۳، ۴۴-۵۰.

۱٤. مصباح محمدتقی، اخلاق در قرآن، تحقیق و نگارش محمد حسین اسکندری، قم، مؤسسه آموزشی پژوهشی امام خمینی (ره)، ۱۳۷۶، ج ۱، ص ۴۰۰.

۱۵. معتمدی غلامحسین، انسان و مرگ (درآمدی بر مرگ‌شناسی)، تهران، نشر مرکز، ۱۳۷۲، ص ۴۰.

۱٦. راشدی حسن، نمازشناسی، تهران، ستاد اقامه نماز، ۱۳۷۷، ج ۲، ص ۶۷ / ص ۴۳.

۱۷. فضل بن حسن طبرسی، مجمع البیان، ج ۱، ص ۱۰۰.

۱۸. عرفانی‌فر داوود، ارتباط دین و سلامت: نقش دین و مذهب در پیشگیری و درمان بیماری‌ها به چه صورت است؟، پژوهشکده باقرالعلوم.

۱۹. عسیسی شیلان، محققی جابر، «درمان معنوی در اضطراب بارداری مبتنی بر آموزه‌های اسلام». نخستین همایش اسلام و سلامت روان، بندرعباس، اسفند ماه ۱۳۹۱.

۲۰. تیموری پروانه، «تبیین دیدگاه پزشکان درباره ارتباط دین با معنویت با سلامتی»، دومین کنگره بین المللی تفکر و پژوهش دینی، ۲۴ آذر ۱۳۹۴، اردبیل، ایران.

۲۱. کرمی، حوریه، خاکباز حمید، معین الدینی، زهرا و همکاران، «معنویت، زندگی زناشویی و سلامت روان»، نخستین همایش اسلام و سلامت روان، بندرعباس، اسفند ۱۳۹۱.

۲۲. موران، محمدرضا، «بررسی ارتباط معنویت (نگرش دینی) با سلامت روانی در جامعه ایمن»، دومین همایش جامعه ایمن شهر تهران.

۲۳. خانزاده حسین، حیدری عباسعلی، زارعی اقبال حسین، محمدی حاتم، طاهر محبوبه، «نقش بازدارندهٔ ارزش‌های دینی از رفتارهای بزهکارانه و ضداجتماعی»، نخستین همایش اسلام و سلامت وران، بندرعباس، اسفند ۱۳۹۱.

۲٤. صباحی‌زاده محمود، «بررسی نقش معنویت در سلامت روانی دانشجویان دانشگاه های شهر بندرعباس»، نخستین همایش اسلام و سلامت روان، بندرعباس، اسفند ۱۳۹۱.

۲۵. حشمتی‌فر نرجس، محسن‌پور محدثه، موسی‌زاده اسماعیل، «نقش معنویت و سلامت معنوی بر کیفیت زندگی»، فصلنامهٔ کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سال ۱۸، شمارهٔ ۳ و ۴، ۱۳۹۲.

۲٦. صدقی ناصر، مهربان شفیق، پاغوش عطاالله، عباسی سعید، کرمی روح الله، «بررسی ارتباط سلامت روان و نگرش مذهبی در دانشجویان مقطع کارشناسی دانشگاه اردبیل»، نخستین همایش اسلام و سلامت روان، بندرعباس، اسفند ۱۳۹۱.

۲۷. رازی محمدبن زکریای، بهداشت روانی (طب روحانی)، ترجمهٔ جمعی از استادان حوزه و دانشگاه الزهرا(س)، انتشارات سازمان انجمن اولیا و مربیان، چاپ دوم، ۱۳۷۹.

## ۷. دوران ازدواج و بارداری و سلامت معنوی

### مقدمه

از مفهوم سلامت باروری از سال ۱۹۹۰ به بعد تعریف جامع‌تری شد که همهٔ جنبه‌های جسمی و معنوی و حتی اقتصادی، اجتماعی و روانی و فرایند باروری به طور سالم را شامل گردید. نگاه سلامت باروری تنها این نیست که یک زن از زمان بارداری تا زمان زایمان باید تحت نظر و مراقبت باشد بلکه از همان دوران کودکی باید مراقبت‌های پزشکی انجام شود: تغذیهٔ خوب، آموزش خوب، تحصیلات خوب و همهٔ زمینه‌های اقتصادی- اجتماعی و روانی و معنوی که می‌تواند مقدمه‌ای برای یک باروری سالم باشد (۱و۲).

آموزش‌های معنوی که باید در دوران نوجوانی و جوانی داده شود و همچنین آموزش جلوگیری از رفتارهای پرخطر برای زندگی آیندهٔ دختران و پسران جوان بسیار مهم است. سلامت باروری فرایندی است که از تولد شروع شده و تا پایان زندگی ادامه می‌یابد (۳). سلامت باروری به این نکته دقت دارد که باروری در زمان مناسب انجام شود و فاصلهٔ بین زایمان‌ها مناسب باشد و در طول بارداری مراقبت‌های لازم از فرد باردار انجام شود. سلامت باروری تنها در حوزهٔ پزشکی نیست و همهٔ حوزه‌های اقتصادی ـ فرهنگی –اجتماعی و روانی و معنوی را در بر خواهد گرفت و هر زنی که می‌خواهد یک باروری سالم داشته باشد باید همه مؤلفه‌ها را رعایت کند. بر اساس تعریف سازمان جهانی بهداشت، بهداشت باروری به معنای سلامتی کامل جسمی، روانی و اجتماعی و معنوی نظام باروری در سر تا سر طول زندگی (پیش از تولد تا مرگ) است. سلامت معنوی یکی از ابعاد سلامتی است که در ارتباط با زندگی و رستگاری در دنیا و پس از آن است و با احساسات عمیق و عقاید انسان به‌ویژه در بعد مذهبی و جدای از بخش مادی و جسمانی زندگی ارتباط دارد (۴ و ۵).

معنویت، عامل مهم در سلامت باروری است. ارتباط با خدا در سختی‌ها و مشکلات و بحران‌های زندگی، به انسان آرامش می‌دهد.

متاسفانه با وجود تحولات علمی و صنعتی در قرن حاضر و پیشرفت‌های مهم پزشکی در دهه‌های اخیر، مشکلات روحی و روانی در جامعهٔ بشری رو به افزایش است و اختلالات عاطفی، معضل اعتیاد، آمار طلاق و ناسازگاری‌های فردی و اجتماعی، زیاد شده است. بنابراین، موضوع سلامت معنوی اهمیت بسزایی دارد؛ زیرا جسم و روح مانند تار و پود یکپارچه به هم تنیده شده‌اند و اگر یکی از این دو آسیب ببیند، دیگری هم آسیب خواهد دید. سلامت معنوی یعنی اینکه فرد بتواند با اعتقاد و ایمان به خداوند، عملکرد موفق و عالی از نظر تفکر، خلق و خو، و رفتار داشته باشد. همچنین، فعالیت‌های مفیدی در جامعه داشته باشد، روابط مثبت با دیگران

برقرار کند، با مشکلات و ناملایمات زندگی کنار آید و توانایی کمک بـه دیگـران را هـم داشـته باشد. هسته اولیه بهداشت و سلامت معنوی در خانواده گذاشته می‌شود، بنابراین پدر و مـادر بـا تربیت سازنده و صحیح خود و ایجاد فضای گرم و صمیمی، مـی‌تواننـد فرزنـدانی سـالم از نظـر سلامت معنوی تربیت کنند (۶ و ۷).

از مهم‌ترین مسائل مورد توجه در نظام تعلیم و تربیت اسلامی، رشـد شخصـیتی متعـادل و سلامت معنوی خانواده است. بر اساس آموزه‌های دینی، برای ارتقـای سـلامت معنـوی، بایـد از اقدام‌های ناآگاهانه، نگرش‌هـای غلـط، ارتبـاط‌هـای عـاطفی ضـعیف و ماننـد آن پرهیـز شـود. همچنین، آشنایی افراد با اهداف زندگی مشترک، تمایلات طبیعی و فطـری زن و مـرد، حقـوق زن و مرد نسبت به یکدیگر، نگرش مثبت و خوش‌بینانه نسبت بـه همسـر، کسـب مهـارت‌هـای معاشرتی و کوشش برای انجام وظایف شرعی و همکاری در جهت قـرب الهـی، زمینـه سـلامت معنوی آن‌ها را فراهم می‌سازد (۸ و ۹).

## روش جمع‌آوری اطلاعات

این مقاله مروری اسـت بـر کتـاب‌هـا و مقـالات جدیـد پیرامـون سـلامت معنـوی و بـارداری و سایت‌های pubmed،.SID و جز این‌ها.

## یافته‌ها

باورهای دینی دربارهٔ ارزشمندی افراد آدمی و حقوق آنان، افراد را بـه سـوی تعـادل شخصـیت، معنویت و روابط اخلاقی می‌کشاند. در میان جامعهٔ روان‌پزشکان امریکا، از اولین کسانی کـه بـه اهمیت مطالعات مذهبی - معنوی اشاره کردند، می‌توان از *بنیامین راش* پدر روان‌پزشکی امریکا، (۱۰ و ۱۱) یاد کرد. وی اظهار نموده: مـذهب آن‌قـدر بـرای پـرورش و سـلامت معنـوی آدمـی اهمیت دارد که هوا برای تنفس. *مانسون* با مرور جامعی از بررسی‌ها، دعـا را یکـی از رفتارهـای مذهبی مرتبط با سلامت و تندرستی گزارش کرده است (۱۲). *مـایرز* معنـوی‌شـناس برجسـتهٔ اروپایی در تحقیق روی مراجعان کلینیک خود، آثار مذهب را در ارتقای بهداشت معنوی گزارش نموده است (۱۲). *فرانکل* سه عاملِ معنویت، آزادی و مسئولیت را جوهر وجـود انسـان دانسـته است و بر این باور است که در معنای انسـان سـالم، معنویـت مسـتتر اسـت و در سـایهٔ همـین «سلامتی معنوی» است که فرد به کمال مـی‌رسـد و در ابعـاد عینـی و مـادی زنـدگی حرکـت می‌کند. در یک بررسی روی دانش‌آمـوزان ایرانـی، یافتـه‌هـا حـاکی از همبسـتگی منفـی بـین افسردگی و نگرش مذهبی بوده است (۶و۱۳).

*پارگامنت* از جمله پژوهشگرانی است که نظریهٔ جامعی در زمینهٔ نقش مذهب در مقابله با عوامل فشارزا مطرح کرده است. او به سه شیوهٔ تأثیر دین در مقابله با عوامل فشارزا و فراهم‌سازی سلامت معنوی اشاره دارد (۱۴): ۱) نحوهٔ ارزیابی فرد از عامل تهدیدکننده و شدت آن؛ ۲) کمک در تعریف مجدد از مشکل به گونه‌ای قابل حل؛ ۳) برداشت و تفسیر افراد از رویدادهای زندگی و پیامدهای آن. *والریت* و *لاری* در تحقیقاتشان نشان داده‌اند که آموزه‌های دینی با تغییر سبک زندگی و سامان‌دهی به روابط بین فردی و سلامت اخلاقی و معنوی همبستگی دارد (۱۵و۱۶) و پای‌بندی عملی به باورهای مذهبی باعث افزایش سلامت معنوی و اخلاقی در افراد می‌شود. این پژوهشگران دیدگاهی معنوی ـ اجتماعی را برای توجیه همین رابطهٔ بین مذهب و سلامت معنوی پیشنهاد کرده‌اند. می، روانشناس بالینی نیز معتقد است: دین راستین از دو جهت در سلامت معنوی و پرورش شخصیت سالم در فرد مؤثر است، یکی از آن جهت که هدف زندگی را مشخص می‌کند و به زندگی معنا می‌بخشد. و دوم از آن جهت که آموزه‌های دینی گرایش به خیر، ارزشمندی، اخلاق و مسئولیت را در روابط خود با دیگران و از جمله با همسر تقویت می‌کنند (۱۵). *ویلیام جیمز*، دین‌داری واقعی را دارای آثار گران‌بها، از جمله گسترهٔ حیات انسانی از زندگی موقت دنیا به زندگی دائمی آخرت، ارتباط با خدا و پیوند دوستانه با رحمت و قدرت نامحدود او و ارتقای سلامت معنوی و پرورش روح معنویت و اخلاق (خلوص، مهرورزی، نیایش، شکیبایی و دیگر صفات برجسته انسانی) دانسته است و بر این نکته تأکید دارد که زندگی سالم خانوادگی و اجتماعی افراد، با سلامت معنوی برخاسته از عمل به آموزه‌های دینی تأمین می‌شود (۱۶ و ۱۷).

در نظام تعلیم و تربیت اسلامی و در راستای رسیدن انسان به سعادت و قرب الی‌اللّه، مهم‌ترین هدف تربیتی، رشد شخصیتی متعادل زن و مرد بر محور معنویت و افزایش سلامت معنوی است. سلامت معنوی را می‌توان شناخت خالق، دوست داشتن او و تلاش برای قرب به او تبیین کرد که می‌تواند زمینه‌های دیگری نظیر احساسات، دوست‌داشتن و دوست‌داشته‌شدن، کمک کردن به دیگران، تجربه کردن لذّت، داشتن یک هدف اساسی در زندگی و تجربه کمال و آرامش زندگی را دربر گیرد. سلامت معنوی در شناخت و ارتباط دوستانه با خدا و بندگان و تحقق فضایل در خویشتن، مفهوم می‌یابد و از ارکان آن، نوع ارتباطات ضابطه‌مند زن و مرد است که موفقیت در ارکان دیگر سلامت معنوی را تسهیل می‌کند و بر بسیاری از ابعاد زندگی فردی، اجتماعی و معنوی تأثیر می‌گذارد. در حقیقت، سنگ بنای زناشویی باید به گونه‌ای نهاده شود که عملکرد مطلوب خانواده و ارتقای سلامت معنوی اعضای آن را به دنبال داشته باشد. از این روست که در دیدگاه اسلامی، ازدواج از قداست ویژه‌ای برخوردار است و از آن به عنوان

محبوب‌ترین بنیاد نزد پروردگار یاد شده است؛ زیرا انتخاب همسر و ازدواج، مسیر سعادتمندی افراد را در زندگی آسان می‌سازد. همچنین، ازدواج به عنوان مهم‌ترین رفتار اجتماعی برای دست‌یابی به نیازهای عاطفی و کسب امنیت و آرامش شناخته شده است و می‌تواند موجبات رشد و پیشرفت انسان‌ها را فراهم آورد و روشن است که نسل جوان، که بهترین و سازنده‌ترین نیروهای جامعه بوده و پیشرفت و تعالی هر جامعه، بستگی به تلاش و همت این قشر دارد نیازمند به آن است (۱۸). البته، آنچه از خود ازدواج مهم‌تر به شمار می‌رود، موفقیت در ازدواج و احساس خوشبختی و رضایت زوجین از یکدیگر و سلامت همه‌جانبهٔ خانواده است که در سایهٔ معنویت شکل می‌گیرد. بر اساس آیات و احادیث مورد بررسی، تحقق این موفقیت‌ها و سلامت معنوی، مبتنی بر آموزه‌های ویژه‌ای است که زن و مرد باید آن‌ها را بیاموزند. سلامت معنوی می‌تواند برای بهبود کیفیت زندگی مشترک زن و مرد و نیز حمایت‌های بین فردی که فرد از دیگران به خصوص خانواده می‌گیرد، سودمند باشد. با توجه به اهمیت و نقش سلامت معنوی در سالم‌سازی زندگی انسان به‌ویژه زندگی خانوادگی و فراهم‌سازی زمینهٔ نیل به کمال و رضوان الهی، در متون دینی، به آموزه‌های معنوی‌شناختی، تربیتی و اخلاقی ویژه‌ای اقدام شده که می‌تواند ارتقای سلامت معنوی زنان و مردان را به دنبال داشته باشد.

زنان و به‌ویژه زنان باردار از گروه‌های آسیب‌پذیر جامعه هستند و سلامت معنوی آنان تعیین کننده سلامت جنین و نوزاد است. امروزه سلامت معنوی در محور مرکزی سلامت روحی روانی و جسمی قرار دارد. باورها و اعتقادات معنوی مادران در سطوح مختلف به عنوان عامل مستقل بر پیامدهای مادری و نوزادی نقش دارد. برخی از مطالعات انجام شده بر اساس نظرسنجی‌های مادران باردار نشان داده که مادران بر این باورند که سلامت معنوی بر پیامدهای مادری و نوزادی تاثیرگذار است (۲۰). تجلی منبع لایزال قدرت معنوی در انسان موجب آرامش خاطر (الا بذکر الله تطمئن القلوب) و تعیین کنندهٔ سلامت جسمی و روحی و روانی است. اما وجود عوامل تنش‌زای محیطی و فشارهای روحی روانی ناشی از مدرنیزه شدن شیوهٔ زندگی و تغییرات روابط و مناسبات اجتماعی و گسترش نیازها در بعد مادی و انتظارات و تمایلات نامحدود مادی از عوامل تاثیرگذار در سلامت معنوی در سال‌های اخیر بوده‌اند.

حاملگی دورانی پرخطر را برای زن، همسر و خانواده‌اش به وجود می‌آورد. بسیاری از زنان اعتقادات مذهبی و معنوی‌شان را برای بهتر کردن وضعیت‌شان به کار می‌گیرند. کارکنان و مراقبان بهداشتی شامل پرستاران و ماماها و پزشکان می‌توانند مراقبت‌های معنوی موثر وحمایت‌های مداوم و پی‌گیر را در محدودهٔ شغلی‌شان به کار گیرند. مداخلاتی که بر اساس اعتقادات معنوی انجام می‌شود، می‌تواند در جهت کاهش اضطراب کمک کننده باشد و می‌تواند

یک روش مطمئن جهت اداره کردن حاملگی‌های عارضه‌دار باشد (۱۹).

یسه[1] در مطالعهٔ خود روی زنان باردار نشان دادکه اعتماد به نفس پایین، استفاده از داروهای غیر مجاز و الکل در مادران باردار سبب کوتاه شدن زمان حاملگی و افزایش میزان حاملگی پره ترم می‌شود. پایین بودن سطح اعتماد به نفس و درک منفی از حاملگی در زنان باردار به طور معنی‌داری پیش‌بینی کننده حاملگی پره ترم بود (۲۰).

همچنین، اعتقادات معنوی سبب رضایت‌مندی بیشتر از حمایت‌های اجتماعی، افزایش میزان اعتماد به نفس،کاهش میزان مصرف سیگار، کاهش فشارهای روحی وکاهش میزان رفتارهای مخاطره‌آمیز بود. افزایش اعتقادات معنوی و کاهش فشارهای روحی در زنان باردار با بهتر شدن سطح سلامتی در آن‌ها همراه بود (۲۱).

در مطالعه یسه که تاثیر ایمان و اعتقادات معنوی را در حاملگی بررسی کرده است، ۴۷٪ از زنان باردار ابراز داشتند که اعتقادات معنوی تاثیر مثبت در زندگی‌شان داشت و ۴۵٪ ابراز داشتند که اعتقادات معنوی روی آن‌ها تاثیر نداشت و ۵/۴٪ هم مطمئن نبودند. افرادی که اعتقادات معنوی را مثبت قلمداد کردند تاثیر آن را در بارداری نظیر مشاوره و حمایت، محافظت، رحمت یا اجر و پاداش، راهی برای ارتباط با خدا، نیرو و اعتماد، کمک کننده در زمان‌های سخت تصمیم‌گیری و یک تاثیر مثبت کلی قلمداد کردند (۲۲).

همچنین، در مطالعهٔ پرایس[2] بر روی حاملگی‌های پرخطر، زنان باردار اعتقادات معنوی خود و خانواده‌شان را سبب کاهش فشارهای روحی در ارتباط با حاملگی پرخطرشان می‌دانستند و همچنین بر این باور بودند که اعتقادات معنوی، تاثیر خوبی بر بهتر شدن پیامدهای بارداری و نوزاد متولد نشده آن‌ها داد (۲۳).

### توصیه‌های اسلامی، معنویت

فرزندان، حاصل زندگی انسان‌ها هستند و اهتمام بی‌وقفه برای به ثمر نشاندن آن‌ها، امری است سرشتی و فطری که از جانب حضرت حق در محمل نورانی محبّت پدرانه و مهر مادرانه، در وجود والدین به ودیعت گذاشته شده است. در دنیای امروز و به‌ویژه در کشور ایران شاهد آن هستیم که در سطوح مختلف، تلاش بی‌وقفه‌ای برای ارتقای سطح سلامت جسمانی کودکان و نوزادان در حال انجام است؛ امّا متاسّفانه به نظر می‌رسد که به‌رغم این همّت همه‌گیر، کمتر کسی به فکر آن است که برای ارتقای سطح سلامت روحانی و معنوی اطفال چاره‌ای بیندیشد؛

1. Yeses
2. price

به همین دلیل می‌بینیم والدین در مورد آنکه در دوران مختلف زندگی فرزند خود - حتّی قبل از انعقاد نطفه او - چه باید بخورند اطّلاعات گسترده‌ای دارند؛ امّا از آن غافل هستند که اگر بهترین تغذیه و والاترین مراقبت جسمانی در فضایی غیر روحانی و در محملی غیر نورانی شکل بگیرد غایت‌آمال والدین یعنی پرورش نسلی صالح که «روشنی چشم» باشند به انجام و سرانجام نخواهد رسید (۲۴و۲۵).

پر واضح است امکان اینکه فرزندان با جسمی ناسالم، «همای اوج سعادت به دامان دارند» (۲۶) همواره وجود دارد؛ امّا با روح ناپاک هرگز کسی شاهد رستگاری را در آغوش نکشیده است. پرداختن به آنچه که در دوران بارداری بر شکل‌گیری شخصیت معنوی کودکان ما موثّر است، اهمیت ویژه دارد.

جنین از همان زمان انعقاد نطفه، موجودی است زنده و از شمار بندگان خدای متعال که دیگر بندگان، موظّف به حفظ و حقوق او هستند. طبق نظر قرآن، موجودی است که تسبیح حق تعالی می‌گوید و قابل احترام است. تمام حالات روحی و جسمی مادر و نیز محیط زندگی او بر کیفیت رشد معنوی او موثّر خواهند بود. بنابراین، باید دقّت داشته باشیم که تمام آنچه که مادر می‌خورد، می‌پوشد، می‌شنود، می‌گوید، می‌بیند، لمس می‌کند، احساس می‌کند و نیز تمام کنش‌ها و واکنش‌های قلبی و روحی او و حتّی تمام اتّفاقات پیرامون یا و – یعنی فضای زندگی، رفتار همسر، همنشینان و... - همه و همه بر تربیت روحی و معنوی جنین موثّرند (۲۷).

پس اگر فرزند صالح می‌خواهیم، باید هم صالح باشیم و هم مصلح؛ یعنی هم خودمان به سمت اصلاح حرکت کنیم و هم اطرافیان و محیط زندگی و ... را به سوی اصلاح مادّی و معنوی پیش ببریم.

- این امر که تربیت فرزند از دوران جنینی شروع می‌شود، در علوم امروزی نیز امری پذیرفته شده است
- اعتقاد بسیاری بر این است که تاثیرپذیری جنین از عوامل تربیتی از ماه چهارم و پس از ولوج روح شروع می‌شود. در صورتی که علاوه بر تاثیرات گوناگون قبل از انعقاد نطفه، جنین از همان لحظهٔ انعقاد نطفه نیز متاثّر از عوامل اطراف خود است و لذا تربیت کودک از همان لحظه تشکیل نطفه آغاز می‌شود. البته، چنان‌که گفتیم این مسئله نیز با قدری مسامحه بیان می‌شود و گرنه تربیت کودک روندی است مستمر و دائمی که از مدّت‌ها قبل از انعقاد نطفه او آغازشده است.

پیامبر خدا (صلّی‌الله علیه و آله و سلّم) می‌فرمایند: « اِنَّ الْوَلَدَ الصَّالِحَ رَیحَانَه مِنْ رَیاحِینِ الْجَنَّه (۲۸): فرزند صالح، ریحانی از ریاحین بهشت است» (۴). بدیهی است که پرورش چنین

ریحان‌هایی که با ریاحین بهشتی هم‌آوردی نماید نیاز به مراقبتی والا و آماده‌سازی تمام شرایط - پیش از افشاندن بذر تا زمان به ثمر نشستن آن – دارد. در واقع، تمام پیامبران الهی (علی نبینا و آله و علیهم السّلام) آمده‌اند تا همین یک هدف، یعنی پرورش انسانی را که لایق جنّت و لقای پروردگار باشد تعقیب نمایند. در این میان، خانواده و والدین به عنوان یکی از اصلی‌ترین محمل‌های رشد و بالندگی کودک، در سعادت یا شقاوت آینده او نقش اساسی دارند؛ امام صادق (علیه السّلام) می‌فرمایند: «ما مِنْ مَوْلُودٍ یولَدُ اِلَّا عَلَی الْفِطْرَهِ فَاَبَوَاهُ اللَّذَانِ یهَوِّدَانهِ وَ ینَصِّرَانهِ وَ یمَجِّسَانه: هر نوزادی به فطرت الهی به دنیا می‌آید؛ پس پدر و مادر، او را به دین یهود و نصرانی و زردشتی گرایش می‌دهند.» (۲۹).

بنابراین، برای آنکه نسل‌های آینده، بنده باشند و بندگی خداوند قادر را کنند، والدین امروزی باید دست به مجاهده و تلاشی بزرگ بزنند و شاید آنچه که در برخی روایات از ثواب‌های بی‌شمار بارداری، شیردهی و ... برای مادران بر شمرده شده است ناظر به همین مراقبت مجدّانه‌ای است که انتظار می‌رود در این دوران رعایت شود:

پیامبر خدا(ص) فرمودند: «اِذَا حَمَلَتِ الْمَرْاَهُ کَانَتْ بمَنْزِلَهِ الصَّایمِ الْقَایمِ الْمُجَاهِدِ بنَفْسهِ وَ مَالِهِ فِی سَبیلِ اللَّهِ فَاِذَا وَضَعَتْ کَانَ لَهَا مِنَ الْاَجْرِ مَا لَا تَدْری مَا هُوَ لِعِظَمِهِ فَاِذَا اَرْضَعَتْ کَانَ لَهَا بکُلِّ مَصَّهٍ کَعِدْلِ عِتْقِ مُحَرَّرٍ مِنْ وُلْدِ اِسْمَاعِیلَ فَاِذَا فَرَغَتْ مِنْ رَضَاعِهِ ضَرَبَ مَلَکٌ عَلَی جَنْبهَا وَ قَالَ اسْتَاْنفِی الْعَمَلَ فَقَدْ غُفِرَ لَکِ: هنگامی که زنی باردار می‌شود، مانند کسی است که[روزها] روزه بگیرد و [شب‌ها در عبادت خدا] شب زنده‌دار باشد و با جان و مال خود در راه خدا جهاد کند؛ هنگامی هم که وضع حمل کند پاداشی به او تعلّق می‌گیرد که از عظمت نمیدانی به چه اندازه است؛ و زمانی که [به کودک] خود شیر می‌دهد؛ به ازای هر بار مکیدن کودک، معادل آزاد کردن فرزندی از فرزندان اسماعیل اجر می‌برد و وقتی از شیر دادن فراغت پیدا می‌کند فرشته‌ای بر پهلوی او می‌زند و به او می‌گوید که عملت را از نو شروع کن که[تمامی گناهانت] بخشیده شد» (۳۰).

همچنین، آن حضرت می‌فرمایند: «لِلْمَرْاَهِ مَا بَینَ حَمْلِهَا اِلَی وَضْعِهَا اِلَی فِطَامِهَا مِنَ الْاَجْرِ کَالْمُرَابطِ فِی سَبیلِ اللَّهِ فَاِنْ هَلَکَتْ فِیمَا بَینَ ذَلِکَ کَانَ لَهَا مِثْلُ مَنْزِلَهِ الشَّهیدِ: زن از ابتدای بارداری تا وضع حملش و پس از آن تا از شیر گرفتن کودک، اجری به مانند رزمندهٔ در راه خدا دارد و اگر در این دوران از دنیا برود منزلتی به مانند منزلت شهید دارد» (۳۱).

به زبان ساده، در اسلام، فرزند، عین خود انسان است و هر چه که از صلاح و فساد در آینده او رقم بخورد عین صلاح و فسادی است که برای خود انسان رقم می‌خورد؛ بنابراین، هر تلاشی برای به ثمر نشاندن «نسلی صالح»، عین تلاش برای اصلاح امور خود انسان خواهد بود: «اِنْ

اَحْسَنْتُمْ اَحْسَنْتُمْ لِاَنْفُسِکُمْ وَ اِنْ اَسَأْتُمْ فَلَها: اگر نیکی کنید؛ به خود نیکی کرده‌اید و اگر بدی نمایید؛ به خودتان بدی کرده‌اید» (۳۲).

**توصیه‌های عمومی**

۱. بهتر است که در ابتدای بارداری – و حتّی از آن زمان که تصمیم به بارداری می‌گیرید – از گناهان گذشته خود توبه کنید و از خدای متعال بخواهید که توفیق پرهیز از گناه را به شما عطا کند و نیز بخواهید که آثار گناهان گذشته شما بر نسل آینده را پاک کند. اگر در این دعا صادق باشید مطمئن باشید که خداوند متعال نیز رحمت خاصّ خود را نصیب شما و فرزندتان خواهد کرد.

۲. مهم‌ترین توصیه در دوران بارداری، همان مهم‌ترین نیاز زندگی معنوی همهٔ ما انسان‌ها یعنی ترک گناه است. «انجام واجبات و ترک محرّمات» در عین اینکه عبارات ساده‌ای هستند تمام آن چیزی را که برای سلوک روحانی انسان‌ها نیاز است را در خود دارند. پیامبر اکرم(ص) فرموده‌اند: «قالَ اللّه عزّ وجلّ: ما تَقَرّبَ الی عَبدٌ بشَیءٍ احَبَّ الی مِمّا افْتَرَضْتُ علَیه: خداوند فرموده است: هیچ بنده‌ای با چیزی محبوب‌تر از واجبات به من نزدیک نشده است» (۳۳).

ـ شاید یکی از ساده‌ترین و عملی‌ترین راه‌ها برای وصول به این هدف، عادت به مطالعه روزانه باشد.

ـ نکتهٔ مهم آن است که این وظیفه اگر چه در دوران بارداری اهمیت بیشتر می‌یابد، امّا تنها مختصّ این دوران نیست.

ـ تذکّر مهمّ دیگر اینکه همچنان که گذران امور عادّی زندگی، مشترکاً بر عهدهٔ زن و مرد است؛ مراقبت از سلامتی روحانی خانواده نیز همراهی هر دوی آن‌ها را می‌طلبد و نباید تصوّر کرد که چون در مورد زمان بارداری صحبت می‌کنیم، مرد می‌تواند فارغ از این حسّاسیت‌ها باشد.

۳. در انجام اعمال مستحبّی، نشاط، شرط اصلی است. از تحمیل حجم زیادی از اعمال مستحبّی به خود که پس از مدّتی شما را خسته و آزرده می‌کند بپرهیزید. امیرالمومنین (علیه السّلام) می‌فرمایند: «قَلِیلٌ مَدُومٌ عَلَیهِ خَیرٌ مِنْ کَثِیرٍ مَمْلُول مِنْهُ: کار اندکی که ادامه پیدا کند بهتر از کار زیادی است که خستگی به بار بیاورد» (۳۴ و ۳۵).

**نماز و روزه**

۱. مراقبت از نماز اوّل وقت را فراموش نکنید:

«آیت‌الله بهجت از مرحوم آقای قاضی رحمه اللّه نقل می‌کردند که ایشان می‌فرمود: «اگر کسی نماز واجبش را اول وقت بخواند و به مقامات عالیه نرسد مرا لعن کند!» ... و همین که نمازگزار اهتمام داشته باشد و مقید باشد که نماز را اوّل وقت بخواند فی حدّ نفسه آثار زیادی دارد، هر چند حضور قلب هم نباشد» (۳۴).

۲. اگر اوایل بارداری با ماه مبارک رمضان مصادف شد سعی کنید با وسواس بیشتری با روزه‌داری برخورد کنید و اگر وضعیت جسمانی شما اقتضای روزه گرفتن حتّی به صورت متناوب را داشت از این رحمت بی دریغ محروم نشوید.

۳. در صورت امکان، مرد چهل روز (یا به مقدار توانش) روزه بگیرد و تطهیر شود.

**تلاوت قرآن**

تلاوت قرآن باید جزء ثابت برنامه‌های دوران بارداری باشد:

پیامبر اکرم(صلّی الله علیه و آله و سلّم) می‌فرمایند: «نَوِّرُوا بُیوتَکُمْ بِتِلَاوَةِ الْقُرْآنِ ... فَاِنَّ الْبَیتَ اِذَا کَثُرَ فِیهِ تِلَاوَةُ الْقُرْآنِ کَثُرَ خَیرُهُ وَ اتَّسَعَ اَهْلُهُ وَ اَضَاءَ لِاَهْلِ السَّمَاءِ کَمَا تُضِیءُ نُجُومُ السَّمَاءِ لِاَهْلِ الدُّنْیا :خانه‌های خود را به تلاوت قرآن روشن کنید؛ ... هر گاه در خانه‌ای، قرآن زیاد تلاوت شود، خیر و برکت آن خانه زیاد می‌شود و اهل آن به وسعت می‌رسند و آن خانه برای اهل آسمان درخشندگی پیدا می‌کند؛ چنان‌که ستارگان آسمان برای اهل زمین می‌درخشند» (۳۶).

امّا نکتهٔ مهم آن است که این برنامه باید به صورت منظّم و مداوم دنبال شود؛ به همین دلیل بهتر است که روزانه تعداد صفحات نسبتاً ثابتی را متناسب با وضعیت روحی خود تلاوت کنید به نحوی که نشاط روحی کافی برای ادامه کار داشته باشید و هرگز به هنگام خواندن قرآن احساس ملالت و خستگی نکنید. تداوم در تلاوت منظّم حجم کمی از قرآن بسیار بهتر از آن است که یک روز به مدّتی طولانی قرآن بخوانید و روز دیگر شوق چندانی به تلاوت نداشته باشید. شاید بهتر باشد که از ابتدای بارداری بنا بر ختم قرآن بگذارید. دست‌کم یک بار قرآن را ختم خواهید کرد. و در صورت احساس توانایی، می‌توانید این مقدار را افزایش دهید.

**مرور عقاید**

با کودک خود گفتگو کنید؛ سعی کنید در طول بارداری همه‌روزه وقتی را به گفتگو با کودکی

که در رحم دارید اختصاص دهید و به‌تدریج، اصول عقاید خود را برای او مرور کنید. آنچه که از توحید و خداشناسی می‌دانید و می‌فهمید به زبان ساده برایش توضیح دهید؛ قرآن را به او بشناسانید و در مناسبت‌های مختلف، ائمه اطهار و اولاد ایشان (علیهم السّلام) را به او معرّفی کنید؛ مفاهیمی چون مسلمانی، شیعه بودن، ولایت، تولّی، تبرّی، نماز، روزه، عبودیت، معاد و ... را به زبان ساده با هم مرور کنید و وظایفی را که در آینده به عنوان یک بنده خدا در دنیا به عهده اوست برایش بیان کنید. سعی کنید در طول این ۹ ماه، نکته‌ای از عقاید شما باقی نماند که به او نیاموخته باشید.

**وضو**

۱. داشتن وضو همیشه امری است پسندیده تا آن حد که در آموزه‌های دینی ما، «دائم الوضو بودن» یک ارزش انکارناپذیر به حساب می‌آید؛ برای مثال، حضرت ختمی مرتبت، محمّد مصطفی (صلّی الله علیه و آله و سلّم) می‌فرمایند: «اِنِ اسْتَطَعْتَ اَنْ تَکُونَ باللَّیلِ وَ النَّهَارِ عَلَی طَهَارَهٍ فَافْعَلْ فَاِنَّکَ تَکُونُ اِذَا مِتَّ عَلَی طَهَارَهٍ مِتَّ شَهیداً: اگر می‌توانی که در تمام شبانه‌روز با وضو باشی این کار را بکن که اگر در حال طهارت بمیری، شهید از دنیا رفته‌ای» (۳۷).

۲. وضو گرفتن نورانیت وجود انسان را می‌افزاید؛ در روایتی آمده است که: «اَنَّ الْوُضُوءَ عَلَی الْوُضُوءِ نُورٌ عَلَی نُورٍ وَ مَنْ جَدَّدَ وُضُوءَهُ مِنْ غَیرِ حَدَثٍ آخَرَ جَدَّدَ اللَّهُ عَزَّ وَ جَلَّ تَوْبَتَهُ مِنْ غَیرِ اسْتِغْفَارٍ: وضو گرفتن روی وضوی قبلی نوری است روی نور؛ و هرکس بدون اینکه احتیاج به وضوی جدید پیدا کند وضوی خود را تجدید نماید خدای عزوجلّ نیز بدون طلب استغفار و بخشایش توبه او را تجدید می‌نماید» (۳۸).

این موضوع برای زن باردار به طریق اولی قابل اثبات است؛ چرا که انجام این مستحبّ، نورانیت وجود او و فرزندش را توامان به دنبال خواهد داشت. بنابراین، بهتر آن است که زنان باردار همیشه با وضو باشند.

۳. علاوه بر این، در روایات تصریح شده است که زن و مرد به هنگام رابطهٔ زناشویی در دوران بارداری حتماً با وضو باشند؛ امری که در دوران غیر بارداری نیز مستحبّ است؛ امّا در این دوران مورد تاکید قرار گرفته است:

* پیامبر گرامی اسلام(ص) خطاب به امیرالمومنین(ع) فرمودند: «یا عَلِی اِذَا حَمَلَتِ امْرَاَتُکَ فَلَا تُجَامِعْهَا اِلَّا وَ اَنْتَ عَلَی وُضُوءٍ فَاِنَّهُ اِنْ قُضِی بَینَکُمَا وَلَدٌ یکُونُ اَعْمَی الْقَلْبِ بَخِیلَ الْیدِ: یا علی! هنگامی که همسرت باردار است تنها با وضو آمیزش کن چرا که [اگر این کار را نکنید و] فرزندی به شما داده شود؛ کور دل و بخیل خواهد بود» (۳۹).

۴. از وضو گرفتن قبل از خواب نیز غفلت نشود؛ چرا که نورانیت آن در طول زمان استراحت برقرار خواهد بود. این امر نزد حق تعالی آن قدر پسندیده است که در روایات شریف توصیه شده است که اگر به هنگام خوابیدن یادتان آمد که وضو ندارید می‌توانید بر همان رو انداز خود دست زده تیمّم کنید تا از ثواب وضوداری بهره‌مند شوید:

امام صادق (علیه‌السلام) می‌فرمایند: «مَنْ تَطَهَّرَ ثُمَّ اَوَی اِلَی فِرَاشِهِ بَاتَ وَ فِرَاشُهُ کَمَسْجِدِهِ فَاِنْ ذَکَرَ اَنَّهُ عَلَی غَیرِ وُضُوءٍ فَلْیَتَیمَّمْ مِنْ دِثَارِهِ کَایناً مَا کَانَ فَاِنْ فَعَلَ ذَلِکَ لَمْ یزَلْ فِی الصَّلَاهِ وَ ذَکَرَ اللَّهَ عَزَّ وَ جَلَّ: هر که وضو بگیرد و به بستر رود و بخوابد، آن شب، بستر او به منزلهٔ مسجد اوست و اگر یادش آمد که وضو ندارد به همان رو انداز خود ـ هر چه می‌خواهد باشد – تیمم کند که اگر چنین کرد پیوسته در نماز و ذکر خداوند خواهد بود» (۴۰).

**غذای حلال**

کمتر موضوعی است که بتواند به اندازهٔ لقمهٔ حرام یا شبهه‌ناک، انسان را از درک سعادت محروم کند و در عین حال - و متاسّفانه - در این روزها، شاید کمتر مسئله شرعی باشد که به این اندازه از آن غفلت شده است.

**اهمّیت توجه به حلال و حرام لقمه و تاثیر آن بر تربیت معنوی انسان**

۱. در تاریخ آمده است که امام حسین (علیه السلام) به لشکر عمر سعد فرمودند: «شکم‌هایتان از حرام پر شده و بر دل‌هایتان مهر خورده است. دیگر حق را نمی‌پذیرید و به آن گوش نمی‌دهید» (۴۱).

به زبان ساده، تأثیر لقمهٔ حرام بر روح آدمی تا آن حد است که کسی که به خوردن آن عادت کرده است از سخنان امام معصوم (علیه السلام) نیز متاثر نخواهد شد و سرنوشت چنین انسانی البته معلوم است.

۲. در حالات بعضی از اولیاء الله و بزرگان آمده است که گاه با خوردن یک لقمهٔ شبهه‌ناک ـ و نه حرام - آن‌هم به صورت اتفاقی ـ و نه عمدی - تا مدت‌ها از توفیق نماز شب محروم شده‌اند.

۳. علامه جعفری می‌گوید: «لقمهٔ حلال برای دل انسان، علم و حکمت و عشق و ظرافت ایجاد می‌کند و هنگامی که دیدی حسادت و جهل و غفلت تو روزافزون است بدان که نتیجه همان لقمه‌های حرامی است که خورده‌ای... لقمهٔ حلال عالی‌ترین پدیده‌ای را که برای انسان ممکن است ایجاد می‌کند» (۴۲).

۳. احادیث وارد شده در این زمینه بسیارند امّا تنها از باب تذکّر به دو نمونه بسنده می‌کنیم:

پیامبر اکرم(ص) می‌فرمایند: «مَنْ اَکَلَ الْحَلَالَ قَامَ عَلَی رَأْسِهِ مَلَکٌ یسْتَغْفِرُ لَهُ حَتَّی یفْرُغَ مِنْ اَکْلِهِ ... اِذَا وَقَعَتِ اللُّقْمَة مِنْ حَرَام فِی جَوْفِ الْعَبْدِ لَعَنَهُ کُلُّ مَلَکٍ فِی السَّمَاوَاتِ وَ الْاَرْض وَ مَا دَامَتِ اللُّقْمَة فِی جَوْفِهِ لَا ینْظُرُ اللَّهُ اِلَیهِ وَ مَنْ اَکَلَ اللُّقْمَة مِنَ الْحَرَام فَقَدْ باءَ بغَضَب مِنَ اللَّهِ فَاِنْ تَابَ تَابَ اللَّهُ عَلَیهِ وَ اِنْ مَاتَ فَالنَّارُ اَوْلَی بهِ: هرکه از حلال غذا بخورد، فرشته‌ای بالای سر او می‌ایستد و تا هنگامی که دست از خوردن بکشد برایش استغفار می‌کند... اگر لقمه‌ای از حرام در شکم بنده وارد شود، تمامی فرشتگان آسمان و زمین او را لعنت می‌کنند و تا آن هنگام که آن لقمهٔ داخل شکمش است خداوند به او نظر نمی‌کند و هر کس که لقمه حرامی بخورد غضب خدا را برای خود فراهم ساخته است؛ پس اگر توبه کند، خدا نیز به سوی او باز می‌گردد و اگر[در این حال] بمیرد پس آتش او را سزاوارتر است» (۴۳).

همچنین، حضرتش(ص) فرموده‌اند: «مَنْ اَکَلَ لُقْمَة حَرَام لَمْ تُقْبَلْ لَهُ صَلَاة اَرْبَعِینَ لیلَةً وَ لَمْ تُسْتَجَبْ لَهُ دَعْوَة اَرْبَعِینَ صَبَاحاً وَ کُلُّ لَحْم ینْبُتُهُ الْحَرَامُ فَالنَّارُ اَوْلَی بهِ وَ اِنَّ اللُّقْمَة الْوَاحِدَة تُنْبِتُ اللَّحْمَ: کسی که لقمه حرامی بخورد، تا چهل شب نمازش قبول نمی‌شود و تا چهل صبح دعایش مستجاب نمی‌گردد و هر گوشتی که در بدن او از حرام روییده شود، به آتش جهنّم سزاوارتر است و هر یک لقمه حرام، باعث روییدن گوشت در بدن می‌شود» (۴۴).

۴. در این جا این ابیات زیبا از شیخ بهایی را نیز مرور می‌کنیم؛ ابیاتی که تاکید می‌کنند که لقمه اگر دارای بهترین شرایط باشد امّا از حرام تهیه شده باشد؛ دین آدمی را به تباهی خواهد کشاند:

چند مال شبهه ناک آری به کف؟ تا که باشی نرم‌پوش و خوش‌علف
عاقبت سازد تو را از دین بری این خودآرایی و این تن‌پروری
لقمه کآید از طریق مشتبه خاک خور خاک و بر آن دندان منه
کان تو را در راه دین مغبون کند نور عرفان از دلت بیرون کند
لقمهٔ نانی که باشد شبهه‌ناک در حریم کعبه، ابراهیم پاک
گر، به دست خود فشاندی تخم آن ور به گاو چرخ کردی شخم آن
ور مه نو در حصارش داس کرد ور به سنگ کعبه‌اش دستاس کرد
ور به آب زمزمش کردی عجین مریم‌آیین‌پیکری از حور عین
ور بخواندی بر خمیرش بی‌عدد فاتحه با قل هو اللّه احد
ور بود از شاخ طوبی آتشش ور شدی روح‌الامین هیزم کشش
ور تو برخوانی هزاران بسمله بر سر آن لقمهٔ پر ولوله

عاقبت، خاصیتش ظاهـر شـــود نفس از آن لقمه تو را قاهر شود
در ره طاعت، تو را بی جان کند خانهٔ دین تـــو را ویـــران کنـــد
درد دینت گر بود ای مـــرد راه چاره خود کن که دینت شد تباه (۴۵)

**اثر مال حرام بر نطفه**

۱. نطفه برایند غذاهایی است که پدر و مادر مصرف می‌کنند؛ بنابراین، بسیار بدیهی خواهد بـود که درآمدهای حرام بر نسل انسان تاثیر منفی بگذارند:

امام صادق(علیه السّلام) می‌فرمایند: «کَسْبُ الحَرامِ یبینُ فی الذّرّیة: اثر درآمد حرام در فرزندان آدمی آشکار می‌شود» (۴۶).

۲. اگر درآمد خانواده از راههای نامشروع تامین شود راه بر دخالت شیطان در تشکیل نطفـه بـاز می‌شود:

* خداوند متعال در قرآن کریم می‌فرمایـد: «اذهَبْ فَمَن تَبعَکَ مِنْهُمْ فَاِنَّ جَهَنَّمَ جَزَآوکُمْ جَـزَاءً مَوْفُورًا... وَشارِکْهُمْ فِی الاَمْوَالِ وَالاَوْلادِ: [.. ای شیطان] بروا هر کس از آنـان کـه از تـو تبعیـت کند، جهنّم کیفر شماست؛ کیفری فراوان...، و در ثروت و فرزندانشان شرکت جوی» (۴۷).

بر اساس روایات، شراکت شیطان در فرزندان آدمی وقتی محقّق می‌شود که نطفـهٔ آن‌هـا از مال حرام منعقد شده باشد:

از امام محمّـد بـاقر در مـورد چگـونگی شـراکت شـیطان در آیـه «وَشـارِکْهُمْ فِـی الاَمْـوَالِ وَالاَوْلادِ... : (ای شیطان) و در ثروت و فرزندانشان شرکت جـوی...» پرسـیده شـد؛ فرمودنـد: «مَا کَانَ مِنْ مَال حَرَام فَهُوَ شِرْکُ الشَّیطَانِ ... وَ یکُونُ مَعَ الرَّجُل حِینَ یجَامِعُ فَیکُونُ الْوَلَدُ مِنْ نُطْفَتِهِ وَ نُطْفَة الرَّجُل اِذاً کَانَ حَرَاماً: آنچه از مال حرام باشد شیطان در آن شـریک اسـت... وقتـی کـه شخص با همسر خویش نزدیکی می‌کند شیطان با او همراهی می‌کند و اگر مال از حـرام باشـد، قسمتی از فرزند از نطفهٔ شیطان و قسمتی، از نطفهٔ خود شخص خواهد بود» (۴۸).

۳. بدیهی است نطفه‌ای که با مشارکت شیطان منعقد شود، فرزندی بـه بـار خواهـد نشـاند کـه گرایشش به گناه، بیشتر و تربیت او سخت‌تر است و راه رسیدن او بـه مـدارج عالیـهٔ اخلاقـی طولانی‌تر خواهد بود. این تاثیر تا حدی است که در بزرگسالی نیز نشانه‌هایی آشکار در رفتـار و کردار این‌گونه افراد دیده می‌شود:

امام صادق (علیه السّلام) می‌فرمایند: «من لم یبال ما قال و لا ما قیل فیه فهو شرک شـیطان و من لم یبال ان یراه الناس مسیئاً فهو شرک شیطان و من اغتاب اخاه المومن من غیر تره بینـهما فهـو شرک شیطان، و من شغف بمحبة الحرام و شهوة الزنا فهو شرک شیطان: کسی که پروایی نـدارد کـه

چه بگوید یا چه درباره‌اش بگویند، یک شیطان است؛ و کسی که ابایی نداشته باشد از اینکه مردم او را در حال گناه ببینند، شریک شیطان است؛ و کسی که غیبت برادر مومنش را بکند، شریک شیطان است وکسی که دلباختهٔ محبت حرام و شهوت زناست، شریک شیطان است» (۴۹).

۴. عالم بزرگ مرحوم شیخ علی‌اکبر نهاوندی می‌گوید: «چون غذای حرام به شکم وارد شد مصداق آیه: «و الذی خبث لا یخرج الا نکداً: از خبیث چیزی جز خبیث خارج نشود» و مصداق آن در ضرب‌المثل‌ها این بیت است که: «از کوزه همان برون تراود که در اوست ...» و قوت یافتن و بسته شدن نطفه‌ای که با لقمهٔ حرام بسته و رشد یافته چیزی جز خباثت نیست و چگونه می‌توان به چشم او امیدوار بود که با زبان غیبت نکند؟ و این چنین است حال سایر اعضا نسبت به معاصی صادر شده از شخص» (۵۰).

۵ . عالم ربانی مرحوم ملّا احمد نراقی در کتاب *معراج السعاده* می‌نویسد: «دلی که از لقمهٔ حرام روییده باشد، کجا و قابلیت انوار عالم قدس کجا و نطفه‌ای که از مال حرام هم رسیده باشد به مرتبهٔ رفیع انس با پروردگار چکار، چگونه پرتو عالم نور به دلی تابد که غذای حرام آن را تاریک کرده و کی پاکیزگی و صفا برای نفسی حاصل می‌شود که کثافات مال شبهه‌ناک آن را آلوده و چرک‌آلود نموده باشد» (۵۱).

۶. حضرت آیت‌الله مظاهری نیز در مورد تاثیر غذا می‌فرمایند: «غذای حلال در آن وقت [انعقاد نطفه] تاثیر عجیبی روی بچه دارد چنانچه غذای حرام در شقاوت اولاد تاثیر عجیبی دارد... غذای حرام، مال حرام، از هر آتشی بدتر است؛ اگر نطفهٔ بچه منعقد شود از غذای حرام، رستگار شدن او کاری است بس مشکل» (۵۲).

۷. نکتهٔ آخر را نیز از کلام حاج آقای قرائتی نقل می‌کنیم: «به بزرگی گفتند بچهٔ شما بی‌ادب است. گفت: چه کرده است؟ گفت: سقایی مشک آبی روی دوشش بود و می‌رفت بچهٔ شما یک سوزن به مشک آب فرو کرد و آب‌های مشک خالی شد. خیلی ناراحت شد، رفت به مادرش گفت، مادر منقلب شد و گفت: باید این‌طور باشد، پرسید: چرا؟ گفت: من وقتی حامله بودم، از کنار درخت اناری گذشتم، انار مردم بود. دهنم پر آب شد، یک سوزن در انار فرو کردم و از این سوراخ، آب انار را خوردم. آن آب انار خلافی که خوردم، باید... من سوزن به انار زدم، باید بچه‌ام به مشک سوزن بزند».

### فضای معنوی و آرام خانواده

یکی از مهم‌ترین عوامل در آرامش روحی فرزندان در زندگی آینده، آرامش روحی مادر در

دوران بارداری است. در واقع هرگونه فشار روحی و روانی مادر در دوران بارداری، تنش‌های روحی فرزند در زندگی آینده را به دنبال خواهد داشت و این امری است هم مورد تایید شرع مقدّس و هم دارای پشتوانه در علم امروز. از سوی دیگر، هر قدر فضای خانه در دوران بارداری از آلودگی گناه و اشتغالات غیر معنوی به دور باشد جنین نیز که در چنین بستری رشد می‌کند در آینده، انس و الفت بیشتری با این مسائل خواهد داشت؛ بنابراین توصیه می‌کنیم:

۱. تنش‌های روحی بین اعضای خانواده به حدّاقل برسد. اندکی گذشت و کمی محبّت، این زمینه را فراهم خواهد کرد. بسیاری از تنش‌ها در خانواده‌ها بر سر مسائل مادّی است. کم کردن سطح توقّعات طرفین و افزایش اعتماد و توکّل به خدای متعال در اداره امور مادّی زندگی، هم زندگی را زیباتر می‌کند و هم شما و فرزندتان را به خدای تعالی نزدیک‌تر می‌سازد. به‌ویژه توصیه اکید می‌کنیم که در این دوران و در صورت بروز تنش، مرد سعی کند که از همسر خود کدورتی به دل نگیرد و اگر هم از دست همسر خود ناراحت شد، فوراً آن را از دل خود بیرون کند. کمی لبخند، چند کلمه محبّت‌آمیز و در آغوش گرفتن همسر، معمولاً اثری خارق العاده در دفع آنی کدورت بین طرفین دارند.

۲. مادر باید در همه حال از جنین خود رضایت داشته باشد. نارضایتی مادر از جنین تاثیر منفی زیادی در روحیات آینده کودک و به‌ویژه ارتباط عاطفی او با مادر دارد. بیشترین دلیل این نارضایتی‌ها معمولا به دلیل ناخواسته بودن جنین است. در این مواقع بهتر است پدر و مادر به این نکته ظریف توجّه کنند که فرزندان قبلی را خود آن‌ها خواسته‌اند و این فرزند را خدا! برای قبلی‌ها خود آن‌ها برنامه‌ریزی کرده‌اند و برای این یکی خدا! توجّه به همین نکته لطیف کفایت می‌کند تا مادر اتّفاقا به این فرزند توجّه و لطف ویژه‌ای داشته باشد؛ در واقع، اگر به جای واژهٔ «ناخواسته» عبارت «خداخواسته» را در ذهنتان جایگزین کنید همه چیز حل می‌شود.

دغدغه‌های دیگری همچون مطابق میل نبودن جنسیت جنین و مواردی از این دست نیز با اتّکا به حق تعالی و رضایت به خواست حضرتش به آسانی از ذهن ما دور خواهد شد.

۳. سعی شود که جوّ غالب خانواده، جوّی معنوی باشد و حتّی‌المقدور از ورود در بحث‌ها و گفتگوهایی که متضمّن گناه هستند (مثل غیبت، شکایت از زمانه و ...) خودداری شود.

۴. در این دوران، راه را بر ورود امواج گناه‌آلود انواع فیلم‌ها و موسیقی‌های نامناسب به خانه مسدود کنید. پخش ملایم قرآن در خانه در ساعات مناسبی از روز، شاید بیش از هر کسی جنین را خوشحال و مسرور کند.

۵ . زن باردار برای ساعات فراغت خود باید فعّالیتی مناسب در نظر بگیرد.

**همنشین**

یکی از موثّرترین اتّفاقات در مورد سلامت روحی فرزند همنشینی‌های مادر در دوران بارداری است. هر «هم‌صحبتی» و «هم‌نفسی»، به اندازه خود، جنین را تحت تاثیر قرار خواهد داد. همان‌گونه که همنشینی با خوبان، در سعادت انسان تاثیر شگرفی دارد؛ هم‌صحبتی با اهل گناه یا حضور در مجلس گناه هم می‌تواند عاقبت ناخوشایندی برای فرزند رقم زند:

پیامبر اکرم (صلّی الله علیه و آله و سلّم) می‌فرمایند: «مثل الجلیس الصالح مثل الداری ان لم تجد عطره علقک ریحه و مثل جلیس السوء مثل صاحب الکیر ان لم یحرقک شرار ناره علقک من نتنه: حکایت همنشین صالح، مثل عطّار است که اگر از عطر خود، تو را بهره‌مند نسازد؛ بوی خوش آن در تو آویزد؛ و حکایت همنشین بد، مثل آهنگر است که اگر شعلهٔ آتش آن تو را نسوزاند، بوی بد آن در تو آویزد» (۵۳).

در این زمینه باید گفت:

۱. زن، بیشترین همنشینی را با همسر خود دارد. باید سعی شود مکالمات زوجین خارج از موضوعات گناه‌آلود باشد.

۲. بسیاری از پیامک‌ها مصداق گفتگوی گناه‌آلود هستند؛ پس در دوران بارداری باید، این کار را به حدّاقل برسانید.

۳. توصیه این است که حتّی در انتخاب پزشک یا مامای معالج خود نیز به دنبال کسی باشید که صاحب ایمان و نفَس پاکی باشد.

۴. مشکلات بارداری بهانهٔ بسیار خوبی را برای شما فراهم می‌کند تا از حضور در مجالس و میهمانی‌هایی که می‌دانید در آن‌ها مجبور به معاشرت‌های ناخواسته هستید پرهیز کنید.

**دعا**

۱. دعا و درخواست از محضر حق تعالی از والاترین مصادیق بندگی است تا آنجا که در قرآن کریم آمده است که: «قُلْ ما یعْبَوُا بِکُمْ رَبِّی لَوْ لا دُعاوُکُمْ: بگو اگر دعاهای شما نبود پروردگارم به شما اعتنا نمی‌کرد» (۵۴).

۲. یکی از آثار دعا به‌خصوص اگر با نیاز واقعی درونی، تضرّع و استمرار همراه باشد آن است که پیشامدهای ناخوشایند آینده را تغییر می‌دهد:

حضرت صادق (علیه السّلام) فرمودند: «الدُّعَاءُ یرُدُّ الْقَضَاءَ بَعْدَ مَا أُبْرِمَ إِبْرَاماً فَأَکْثِرْ مِنَ الدُّعَاءِ فَإِنَّهُ مِفْتَاحُ کُلِّ رَحْمَة وَ نَجَاحُ کُلِّ حَاجَة وَ لَا ینَالُ مَا عِنْدَ اللَّهِ عَزَّ وَ جَلَّ إِلَّا بِالدُّعَاءِ وَ إِنَّهُ لَیسَ بَابٌ یکْثَرُ قَرْعُة إِلَّا یوشِکُ أَنْ یفْتَحَ لِصَاحِبِهِ: دعا، قضای مبرم شده (حتمی) را بر می‌گرداند؛ پس بسیار

دعا کن که دعا، کلید هر رحمت و پیروزی در هر حاجت است و آنچه که نـزد خداونـد عزّوجـلّ است جز با دعا به دست نمی‌آید و هیچ دری نیست که زیـاد کوبیـده شـود مگـر آنکـه بـه روی کوبندهٔ آن باز می‌شود» (۵۵).

بنابراین، همیشه برای داشتن نسلی صالح دعا کنید و از این کار هیچ گاه خسته نشـوید. در این زمینه توجّه به اوقات استجابت دعا بسیار کمک کننده است. به هنگـام دعـا بـرای فرزنـدان فعلی و آینده خود، اصرار، جدّیت و استمرار داشته باشید؛ در عین حال، باید تسلیم امر حضـرت حق «جلّ و علا» بود و در نهایت امور را به او تفویض کـرد. فرامـوش نکنیـد کـه در دعـا بـرای فرزندی که در رحم مادر است علاوه بر خواسته‌های معنوی و روحانی، بر سلامتی جسمی او نیز تاکید کنید. دعاهای قرآنی ذیل، بهترین دعاها در این زمینه هستند و توصیه مـی‌کنـیم کـه بـا آن‌ها انس داشته باشید:

«رَبِّ هَبْ لی مِنْ لَدُنْکَ ذُرِّیهً طَیِبَهً اِنَّکَ سَمیعُ الدُّعاءِ: پروردگارا؛ از نزد خودت بـه مـن نسـلی پاکیزه عطا فرما؛ همانا تنها تویی که شنوندهٔ خواسته‌هایی» (۵۶).

«رَبَّنا هَبْ لَنا مِنْ اَزْواجِنا وَ ذُرِّیاتِنا قُرَّهَ اَعْیِن وَ اجْعَلْنا لِلْمُتَّقینَ اِماماً: پروردگار ما؛ از همسـران و فرزندانمان به ما روشنی دیدگانمان را عطا فرماً و ما را پیشوای پرهیزگارانت قرار ده» (۵۷).

**صدقه**

یکی از آثار موکّد صدقه، دفع انواع بلا و شرور است:

پیامبر اکرم (صلی الله علیه وآله و سلّم) فرمودند: «الصَّدَقَهُ تَسُدُّ سَبْعِینَ بَاباً مِـنَ الشَّـرِّ: صـدقه هفتاد باب شر را مسدود می‌کند».

و چه بلایی بالاتر از داشتن فرزند ناصالح و یا چه ابتلایی سخت‌تر از دیدن معلولیت جسمی جگرگوشه‌هایمان؟ بنابراین، به صدقه دادن روزانه اهتمـام ویـژه‌ای داشـته باشـید و آن را تـرک نکنید. البته بهتر آن است که اگر بتوانید با رعایت شرایط، صدقه را شخصاً به نیازمنـدان واقعـی برسانید (۵۸).

**نذر**

در روایات وارد شده است که امام حسن و امام حسـین(علیهمـا السـلام) بیمـار شـدند. پیـامبر اکرم(صلی الله علیه وآله و سلّم) با مردم به عیادت آنان آمدند و به حضرت علـی(علیـه السـلام) پیشنهاد کردند که برای سلامتی دو کودک عزیز خود نذر کنند کـه روزه بگیرنـد. پـس از آنکـه حسنین (علیهما السلام) بهبود یافتند، حضرت علی و حضرت فاطمـه(علیهمـا السـلام) سـه روز

روزه گرفتند.

از این واقعه می‌توان نتیجه گرفت که ما هم می‌توانیم برای فرزندی که در راه داریم نذر کنیم تا ان‌شاءالله خداوند کودکی صحیح و سالم به ما عنایت نماید. اینکه نذر چه باشد بر عهدهٔ خود ماست. اگر در نیت خود خالص باشیم می‌توانیم مطمئن باشیم که خداوند کریم بهترین مصلحت را برای ما رقم خواهد زد.

**عهد**

در ابتدای بارداری یا زمانی که تصمیم به بارداری می‌گیرید با خداوند متعال عهد کنید که تلاش خواهید کرد که این فرزند را به سوی مسیر بندگی او رهنمون شوید و از او بخواهید که یاریگر شما باشد. چه خوب است علاوه بر این عهد، فرزند خود را به طور خاصّ به یکی از حضرات معصومین(علیهم السّلام) بسپارید و از ایشان بخواهید که او را در پناه محبّت و حمایت خود گیرد و به سمت و سویی که صلاح می‌داند رهنمون کند.

**نتیجه‌گیری**

سلامت یک جامعه در گرو وجود نسلی پویا و سازنده است. اگر یک ازدواج بر اساس اصول درست پایه‌های زندگی مشترک شکل گرفته باشد فرزندانی سالم پرورش پیدا می‌کنند و سلامت همه‌جانبهٔ خانواده و از جمله سلامت معنوی آن نیز تضمین می‌شود. در این میان زنان علاوه برمسئولیت‌هایی که در خانواده به عهده دارند می‌توانند نقش‌های اجتماعی نیز در بیرون از خانه داشته باشند. برای داشتن یک جامعه سالم در همهٔ ابعاد، عوامل متعدد باید دست به دست هم بدهند، عواطف و احساسات فردی با عواطف اجتماعی پیوند و رابطه مستقیم دارد. از این‌رو، در دوران بارداری باید به زنان توجه ویژه‌ای داشت و تقریباً در تمام جوامع، خانواده و اجتماع نقش بسیار تاثیرگذاری در این دوران دارند. بنابراین، همهٔ عوامل باید به یاری مادر آیند تا در طی کردن این دوره دچار آسیب نشود. زنان معمولاً از دوران بارداری و کسب تجربیات مادر شدن به عنوان لحظاتی طلایی یاد می‌کنند. کارشناسان حوزه‌های مختلف نقش‌هایی را که خانواده، محیط کار، جامعه و ... به عهده دارند تا این روند به بهترین نحو سپری شود بررسی کرده‌اند و سهم هرکدام از این عوامل حمایتی را مشخص کرده‌اند. آگاهی به این موارد در گذراندن این مسیرکمک می‌کند تا به وظایف خود واقف باشند.

در عصر جدید، زندگی خانوادگی و کار دو مقوله جدا از هم شده است. از این رو، کار به نهادها و سازمان‌ها واگذار شده و این محیط اجتماعی خارج از قوانین و قواعد به مشکلات یک

فرد و سلامت معنوی محیط کار توجهی ندارد و فقط در حوزهٔ فعالیت‌های خود از یک فرد شاغل (زن و مرد) کار می‌خواهد. سازمان‌ها و نهادها یک حوزهٔ کاری کاملاً مستقل هستند که با ارزش‌ها و منطق خود مشاغل را تعریف کرده‌اند. بنابراین، به سایر جنبه‌های زندگی یک فرد خصوصا جنبه‌های معنوی اهمیتی نمی‌دهند. از این رو، یک فرد با منطقی جدای از خانواده باید در اجتماع، اهداف خود را دنبال کند. به همین دلیل، زمانی که یک زن شاغل تصمیم به بارداری می‌گیرد با مشکلات مضاعفی روبه‌رو می‌شود چون جامعه و محیط کار نظام حمایتگرانه‌ای برای این دوره از زندگی را به معنای اصولی تعریف نکرده است. تغییرات جسمی در دوران بارداری در عملکرد فیزیولوژیکی و ساختمانی نیز تغییراتی به وجود می‌آورد خصوصا اگر این تغییرات با فشارها و مشکلات روحی و روانی همراه شود. مسائل دوران بارداری در روابط اجتماعی، روحیه و ایجاد مشکلات روانی زنان تأثیر دارد. از این رو، خانواده به‌ویژه همسر باید تلاش کند تا مشکلات را به حداقل برساند. باید گفت حمایت روانی و عاطفی و معنوی خانواده و درک شریک زندگی بهترین همراهی تلقی می‌شود.

در بسیاری از خانواده‌ها یکی از اهداف مهم در زندگی مشترک فرزندآوری است. کودکان به زندگی خانوادگی معنا، شادابی و طراوت می‌بخشند. توجه به نیازهای عاطفی، روانی و معنوی و جسمانی زنان باردار باعث می‌شود تا مادران روند بارداری سالمی را در پیش گرفته و فرزندان سالمی به لحاظ روحی و روانی و معنوی متولد شوند. تحقیقات نشان می‌دهد اگر مادران به لحاظ عاطفی در آرامش باشند فرزندان‌شان در آینده افرادی مستقل خواهند شد. از این رو، توجه به حساسیت‌های زنان باردار در این دوران مهم به داشتن کودکان و فرزندانی مفید در جامعه کمک خواهد کرد. زنان وقتی از سوی خانواده خود، همسر و اطرافیان مورد توجه قرار می‌گیرند احساس ارزشمندی می‌کنند و این احساس خوشایند باعث می‌شود، حتی اگر فرزند ناخواسته باشد و زن آمادگی لازم برای مادر شدن را نداشته است به راحتی با این موضوع کنار آمده و کمتر با آسیب روانی مواجه شود و به طور قطع فرزند متولد شده هم در آینده کمتر آسیب می‌بیند. بدیهی است که سلامت معنوی والدین به آرامش و اطمینان و رضایت آن‌ها اززندگی حتی درصورت مواجهه با مشکلات و تنش‌های روانی کمک قابل توجهی خواهد کرد.

تحقیقات نشان می‌دهد اغلب کودکانی که مادران‌شان طی این مرحله دچار اضطراب‌های شدیدی بوده‌اند برکیفیت زندگی‌شان در بزرگسالی تأثیر گذاشته است. بیشتر اختلالات روان‌شناختی و معنویت مغفول مانده در بزرگسالی ریشه در دوران بارداری مادر دارد. فضای خانوادگی باید پر از نشاط و معنویت باشد تا زنان باردار بعد از زایمان در فضایی مملو از عاطفه و سلامت معنوی به فرزند تازه متولد شده رسیدگی کنند تا دچار اختلالاتی مانند افسردگی

پس از زایمان نشوند. در دوران بارداری مادران گاهی اوقات دچار غمگینی و کرختی مـی‌شـوند بنابراین برخورد اطرافیان در ایجاد خلقیات مثبت و منفـی تاثیرگـذار اسـت. احسـاس حقـارت، خودکم‌بینی، افسردگی و نداشتن ارزش از مشکلاتی است که اغلب زنان در روند بارداری بـا آن روبه‌رو هستند که درصورت توجه به مولفه‌های سلامت معنوی به طور قابل توجـه از شـیوع آن کاسته خواهد شد. هرچه فضای خانوادگی صمیمی‌تر و دوستانه‌تر باشد، کمتـر دچـار مشـکلات این دوره می‌شوند وتولد یک نوزاد سالم، به بهداشت معنـوی و روانـی و جسـمانی مـادر کمـک می‌کند. سلامت معنوی در محیط کار، جامعه، خانواده و ... در پیشگیری از بسـیاری مشـکلات، تاثیرگذار خواهد بود.

## منابع:


۱. علی اکبر سیف، *تغییر رفتار و رفتار درمانی*، انتشارات دوران، ۱۳۷۹، فصل ۱۶.

۲. مرتضایی، علیرضا، *اعتقادات و سلامت معنوی*، تهران.

۳. دوان شولتز، *معنوی‌شناسی کمال، الگوهای شخصیت سالم*، ترجمهٔ گیتی خوشدل.

٤. -صغری ابراهیمی‌قوام، «معنوی‌شناسی و تحول مذهبی در انسان»، *تربیت*، دورهٔ دوازدهم.

٥. سپیده سهرابی، به نقل از: محمدعلی خرازی و همکاران، «بررسی دیدگاه دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد پیرامون عوامل مؤثر بر ازدواج»، *مجلهٔ دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ـ درمانی شهید صدوقی یزد*، ش ۱ ۹.

٦. شکوه‌السادات بنی‌جمالی و همکاران، «ریشه‌یابی علل از هم‌پاشیدگی خانواده‌ها در رابطه با ویژگی‌های معنوی ـ اجتماعی دختران و پسران قبل از ازدواج»، *مجلهٔ معنوی‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه شهید چمران اهواز*، ش ۱و۲ ۱۱.

۷. خزاعی سهیلا، خزاعی سعید، *سلامت معنوی و سبک زندگی سالم*، تهران ، انتشارات اندیشه آور،۱۳۹۳.

۸. سپیده امیدواری، «تعریف سلامت معنوی: مفاهیم و چالش‌ها»، *پژوهش‌های میان‌رشته‌ای قرآن کریم*، ش ۱.

۹. میرزا حسین نوری، *مستدرک‌الوسائل*.

10. May Rollo, "The Relation Between Psychotherapy and Religion", in E. Fairchild (ed), *Personal Problems & Psychological Frontiers*, p. 168-187.
11. W. James, *The Verities of Religious Experience Century edition*, p. 203-359.
12. Spirituality and Aboriginal People's Social and Emotional Wellbeing: A Review , Nerelle Poroch1, Kerry Arabena2, Julie Tongs1, Steve Larkin2,Jodie Fisher3, Graham Henderson2,ISBN 978-0-7340-4138-8First printed in December 2009
13. *Making Sense of Spirituality in Nursing and Health Care Practice*,Wilfred McSherry, First published in 2006by Jessica Kingsley Publishers
14. God, Faith,and Health,Jeff Levin, Ph.D. 2001 Published by John Wiley & Sons, Inc.
15. Young C, Koopsen C. *Spirituality, health, and healing: An integrative approach*. Sudbury: Jones and Bartlett; 2011.
16. Ping Luo V, Hill D. *Spiritual health and healing: The art of living*. Bloomington, Indiana: Trafford Publishing; 2010.
17. Aghadiuno M. *Soul matters: The spiritual dimension within healthcare*. Oxford: Radcliffe Pub; 2010.
18. Price s,Lake M ,Breen G, Carson G, Quinnc , Oconnor T . “The spiritual experience of High – risk pregnancy”. *J obstet Gynecol Neonatal Nurs.2007*; 6(1):63-70.

19. Breen GV, Price S, Lake M. “Spirituality and high –risk pregnancy: another aspect of patient care”. *AWHONN Life Lines 2007*;10(6):466-73.
20. Yess DE, Aligood MR. “Holistic obstetrical problem evaluation .(HOPE)testing to predict birth outcomes in a group of women from Appalachia”. *Health core women int. 2002*; 23(6-7):587-99.
21. Yess DE,Reed PG . “Effect of spirituality and psychosocial well-being on health risk behaviors in application pregnant women”. *J Obstet Neonatal Mars 2004*; 33(6):739-47.
22. Yess D.E, Schoneboom C, Blanchard A. “The Effect of faith or spirituality in pregnancy”. *Jornal of Holistic Nursiry, 2007*; 25(3):151 -158.
23. Price S, Lake M ,Breen G, Carson G, Quinnc , Oconnor T. “The spiritual experience of High – risk pregnaney”. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.2007*;36(1);63-70.

۲٤. «رَبَّنَا هَبْ لَنَا مِنْ أَزْوَاجِنَا وَذُرِّيَّاتِنَا قُرَّةَ أَعْيُنٍ وَاجْعَلْنَا لِلْمُتَّقِينَ إِمَامًا: پروردگار ما؛ از همسران و فرزندان‌مان به ما روشنی دیدگانمان را عطا فرماَ و ما راَ پیشوای پرهیزگارانت قرارده.» (فرقان، ۷۴)

۲۵. قَالَ رَسُولُ اللَّهِ (ص) اَوْلَادُنَا اَکْبَادُنَا صُغَرَاوُهُمْ اُمَرَاوُنَا وَ کُبَرَاوُهُمْ اَعْدَاوُنَا فَاِنْ عَاشُوا فَتَنُونَا وَ اِنْ مَاتُوا اَحْزَنُونَا: فرزندان ما، جگرهای ما هستند؛ کوچک‌هایشان، امیر مایند و بزرگ‌هاشان، دشمن ما؛ اگر زنده باشند ما را به فتنه دچار می‌کنند و اگر بمیرند، محزون‌مان می‌کنند. (*مستدرک الوسایل*، ج ۱۵، ص ۱۷۰).

۲٦. اشاره به غزلی از جناب حافظ با این مطلع: «همای اوج سعادت به دام ما افتد / اگر تو را گذری بر مقام ما افتد».

۲۷. مشهورترین این تحقیقات، یافته های «دکتر ایموتو» ژاپنی در مورد واکنش مولکول‌های آب به محیط اطراف است که به فراوانی در اینترنت قابل دسترسی است.

۲۸. *الکافی*؛ ج ۶؛ ص ۳.

۲۹. *وسایل الشیعه*، ج ۱۵، ص ۱۲۵.

۳۰. *بحارالانوار*، ج ۱۰۱، ص ۱۰۷.

۳۱. *من لا یحضره الفقیه*، ج ۳، ص ۵۶۱.

۳۲. سوره مبارکهٔ اسراء، آیه ۷.

۳۳. *الکافی*؛ ج ۲، ص ۸۲.

۳٤. کتاب *برگی از دفتر آفتاب*.

۳۵. *وسایل‌الشیعه*، ج ۱، ص ۱۱۸.

۳٦. *الکافی*؛ ج۲؛ ص۶۱۰.

۳۷. *وسایل‌الشیعه*؛ ج ۱؛ ص ۳۸۳.

۳۸. *من لا یحضره الفقیه*، ج ۱، ص ۴۱.

۳۹. *من لا یحضره الفقیه*؛ ج ۳؛ ص ۵۵۳.

٤۰. *بحارالانوار*؛ ج ۷۳ ؛ ص ۱۸۲.

٤۱. شیخ عباس قمی، *نفس المهموم*، قم، مکتبه بصیرتی، ص ۲۴۵.

٤۲. علامه جعفری، *شرح مثنوی*، ج ۱، ص ۷۱۹.

٤۳. *بحارالانوار*، ج ۶۳، ص ۳۱۴/

٤٤. *بحارالانوار*، ج ۶۳، ص ۳۱۴/

45. www.hawzah.net.

٤٦. *الکافی*، ج ۵، ص ۱۲۴/

۴۷. سورهٔ مبارکهٔ اسراء؛ آیات ۶۳ و۶۴.

۴۸. *بحارالانوار*؛ ج۱۰۱؛ ص۱۳۶.

۴۹. *تفسیر نور الثقلین*، ج ۳، ص۱۸۳.

۵۰. *خزینه الجواهر*، ص ۴۳۰، موعظه در تاثیر اغذیه از حدیث حلیت و حرمت در انسان.

۵۱. نراقی، ملا احمد، *معراج السعاده*، انتشارات مطبوعاتی حسینی، ص ۳۱۳، چاپ ۱۳۷۵.

۵۲. *تربیت فرزند از نظر اسلام*، انتشارات ام ابیها، سال ۷۸، صص ۴۳ و ۵۰ .

۵۳. *جامع‌الاخبار*؛ ص ۱۸۳.

۵۴. سورهٔ مبارکهٔ فرقان، ۷۷.

۵۵. *الکافی*؛ ج ۲؛ ص۴۷۰.

۵۶. سورهٔ مبارکهٔ آل عمران، آیه ۳۸.

۵۷. سورهٔ مبارکهٔ فرقان، آیه ۷۴.

۵۸. *بحارالانوار*، ج ۹۳، ص ۱۳۲.

# فصل هشتم

# پیشگیری‌های ثانویه و ثالثیه و بیماری‌های روانی

## ۱. پیشگیری‌های ثانویه و ثالثیه

دغدغه جستجوی حقیقت، نیاز ضروری و فوری به رفع درد از خود، حس همدردی و تلاش برای رفع درد از دیگران، عشق و علاقه به زندگی و شادابی و گریز طبیعی از مرگ و بیماری موجب شدند تا دانش پزشکی به سرعت (و احتمالا زودتر از بسیاری دانش‌های دیگر ) شکل گیرد و بستر و زمینه ظهور دانش‌های دیگر را به‌تدریج فراهم کند. کشف پزشک عصر یخ که ۱۷ هزار سال پیش می‌زیسته است. شواهدی از دانش و اعمال پزشکی در عصر حجر و سپس تاریخچهٔ پزشکی مصر، چین، قوم یهود، هند و بین‌النهرین ۱۵۰۰ ـ ۳۰۰۰ سال قبل از ظهور اسلام و سرانجام شکوفایی علم طب در یونان ، روم و ایران شواهد ارزنده‌ای از تلاش انسان برای تامین، حفظ و ارتقا سلامت خود نشان می‌دهد (۱).

ادیان و علوم پزشکی و خدمات سلامت از قرن‌های پیش با هم عجین بوده‌اند. آیین زرتشت نیز بر این باور بودکه انسان مرکب از جسم و روان است که سلامتی و بیماری هر یک بر سلامتی و بیماری دیگری اثر می‌گذارد. به اینکه باور خداوند شفا دهنده و منشأ علم پزشکان وحی الهی و تجارب پزشکی است از دیرباز در پیروان مذاهب مختلف به‌ویژه یهودیان، مسیحیان و مسلمانان وجود داشته و به زیباترین شکل در باورهای فرد مسلمان جلوه‌گر شده که شفای بیماری از خداوند است و طبیب مشمول عنایات پروردگار قرار گرفته که در تامین، حفظ و

ارتقای سلامت انسان‌ها کوشا باشد (۲).

در تاریخ پزشکی اروپا و کشورهای آسیایی بسیاری از موبدان، کشیش‌ها و روحانیون وظیفهٔ درمان جسمی و روانی را به عهده داشتند و دانشمندان پزشکی جهان نیز به مسائل معنوی توجه می‌کردند. با شروع رنسانس علمی در اروپا و به صورت یک واکنش برگشتی به اختناق فکر و علم تحت سلطهٔ کلیسا، به‌تدریج معنویت‌زدایی از علم آغاز شد و در چهار مرحله اتفاق افتاد. به این ترتیب مراقبت بیماری‌ها به طور کل از دین و مذهب جدا شد؛ این پدیده بیشتر در کشورهای اروپایی و پس از تشکیل کشورهای امریکا و کانادا در آنجا نیز دیده می‌شد.

برگشت به مراقبت‌های جسمی معنوی، بیشتر برای بیماران روانی، از دو دهه پیش در انگلستان و سپس امریکا رواج یافت. از این رو، توجه جامعه پزشکی به اهمیت معنویت در سلامت جسم در چند دهه اخیر با افزایش تعداد مقالات پزشکی که ارتباط بین سلامت جسمی و سلامت معنوی / مذهبی را نشان می‌داد، معطوف گردید (۳).

تعداد مقالات مرتبط با معنویت و سلامت از دهه ۹۰ قرن بیستم به‌تدریج افزایش یافت و طی ده سال به چندین هزار مقاله در سال رسید (۴). شکل ۱ مقالات منتشر شده در فاصله‌های سه ساله را در سطح بین‌الملل نشان می‌دهد.

بیشتر تحقیقات و مقالات منتشر شده در چند دهه اخیر آثار مثبت مذهبی/ معنوی بودن در پیشگیری از بیماری، افزایش تحمل بیماری، بهبود سریع‌تر بیماری، کاهش میزان استفاده از

**شکل ۱. سیر افزایش مقالات در ارتباط مذهب و معنویت با سلامت به تفکیک هر سه سال** (منبع شماره ٤)

خدمات بهداشتی - درمانی را نشان داده است. بیشتر مقالاتی که در دو دهۀ گذشته در زمینۀ سلامت جامعه منتشر شده‌اند آثار درمانی و بهبود بخشیدن وضعیت بیماران بستری در بیمارستان‌ها و به‌ویژه بیماران مبتلا به امراض قلبی، سرطانی و روانی را بررسی و اثار مفیدی گزارش کرده‌اند.

هدف از نگارش این بخش، جمع‌آوری اطلاعات در مورد آثار سلامت معنوی در رفتارهای مرتبط با سلامت، ارتباط سلامت معنوی و بیماری‌های جسمی و سلامت معنوی در مراقبت‌های بالینی است که در مجموع به عنوان سلامت معنوی و پیشگیری‌های ثانویه و ثالثیه نام‌گذاری شده است.

**روش بررسی.** خلاصۀ تمام مقالات در MEDLINE با کلید واژه‌های معنوی، سلامت معنوی، مذهب، دین، تغذیه، فعالیت بدنی، دخانیات، رفتارهای جنسی، استرس، سیستم ایمنی، سیستم آندوکرین، درد، دیابت، بیماری‌های کلیوی، کیفیت زندگی، مرگ و میر مطالعه شد و با حذف موارد مربوط به سلامت روان و بیماری‌های روانی، از میان سایر مقالات، آن‌ها که با اهداف این نوشته مطابقت داشت انتخاب و یافته‌های آن‌ها در زیر فصل‌های این مقاله گنجانده شد. به علاوه در نوشتن بخش‌های مختلف از رفرانس ۴ که مقالۀ مروری در زمینۀ موضوع کنونی است، بهره‌برداری شد.

## سلامت معنوی و رفتارهای مرتبط با سلامت

مذاهب توحیدی مجموعه‌ای از ایمان به خدای یکتا، باورهای مذهبی، اعمال صالح و انجام واجبات و احتراز از محرمات هستند و پیروان خود را به یک مجموعه‌ای از رفتارها و اعمال هدایت و از انجام برخی اعمال نفی می‌کنند. یکی از توصیه‌های ادیان الهی حفظ الصحه (نگهداشتن سلامت) است (۵-۷) که امر به کارهایی است که برای ابعاد چهارگانۀ سلامت (معنوی، جسمی، روانی و اجتماعی) مفید است و منع کردن رفتارهایی است که خطر احتمالی برای سلامت انسان دارند.

**تغذیه.** اکثریت مطالعاتی که ارتباط بین معنوی / مذهبی بودن و رژیم غذایی سالم را بررسی کرده‌اند، نشان داده‌اند که ارتباط مثبتی بین این دو وجود دارد. نتایج این مطالعات نشان می‌دهد که افراد معنوی/مذهبی که دریافت بیشتری از فیبر، سبزی‌ها، میوه‌ها و ماهی دارند و دریافت کمتری از غذاهای حاضر و فوری (Fast Food) و چربی‌ها داشته، در مجموع تغذیۀ سالم‌تری دارند(۸-۱۱).در یک مقالۀ مروری ۱۵۲۰ نفر، از طریق بررسی تلفنی، اطلاعات در مورد رفتارهای تغذیه‌ای و محیط اجتماعی افراد جمع‌آوری شد، این مطالعه نشان داد که

تقویت کردن محیط اجتماعی درون سازمان‌های مذهبی سبب می‌شود تا پیروان آن رفتارهای تغذیه‌ای بهتری داشته، چربی کمتری مصرف کنند و دریافت میوه و سبزی‌ها را بالا ببرند (۱۲).

**فعالیت بدنی.** تقریبا دو سوم مقالاتی که ارتباط معنوی / مذهبی بودن و فعالیت بدنی را بررسی کرده‌اند ارتباط مثبتی را گزارش کرده‌اند (۱۳). این ارتباط در مطالعه بزرگ NHANES امریکا نیز مشاهده شده است (۱۴ و ۱۵).

**اعتیاد به سیگار.** نزدیک به ۱۳۷ مطالعه، ارتباط معنوی/ مذهبی بودن و استعمال دخانیات را بررسی و ۹۰ درصد آن‌ها ارتباط منفی را گزارش کرده‌اند (۱۶-۱۹). بدیهی است که این امر با کاهش بیماری‌های مزمن ریوی، انواع سرطان‌ها، فشار خون، سکته‌های مغزی و قلبی و بیماری‌های قلبی همراه است.

مطالعهٔ Cardia (Coronary Artery Risk Development in Young Adults) در ۴۵۴۴ داوطلب که پرسشنامهٔ این بررسی را کامل کرده بودند نشان داد که ۳۴٪ از آن‌ها که کمتر از و ۲۳٪ از آن‌ها که دست‌کم یک‌بار در هفته در اجتماعات مذهبی شرکت می‌کردند، سیگاری بودند؛ ضریب شانس ۱/۷ (فاصله اطمینان ۱/۵-۲، $P < ۰۰۱/$). در سه سال پیگیری این گروه، آن‌ها که قبلاً سیگاری نبودند و به اجتماعات مذهبی نمی‌رفتند یا کم شرکت می‌کردند ۱/۹ برابر بیشتر شانس شروع سیگاری شدن را از آن‌هایی داشتند که مذهبی بودند، این مطالعه نیز مانند برخی مطالعات دیگر نشان داد که مذهبی بودن و به‌ویژه شرکت در مراسم مذهبی می‌تواند عامل موثری برای احتراز از اعتیاد به سیگار باشد (۲۰).

در مطالعهٔ طولانی‌مدت ملی سلامت نوجوانان در امریکا نشان داده شده است که مذهبی بودن به صورت شخصی و اجتماعی در جامعه سبب کاهش مصرف سیگار، الکل و ماری‌جوانا می‌شود و این امر در آن‌ها که به صورت مشخص و در خلوت نیز اعمال مذهبی انجام می‌دهند، بسیار واضح‌تر است. هر دو نوع مذهبی بودن شخصی و اجتماعی با کاهش یا نبود اعمال زناشویی در نوجوانان و نیز با کاهش جنجال‌آفرینی و خشونت همراه بود. مذهبی بودن اجتماعی سبب کاهش فشارهای هیجانی بود. بنابراین، این مطالعه نشان داد که باورهای مذهبی و شرکت در جلسات مذهبی اجتماعی می‌تواند در سلامت روانی و اجتماعی نوجوانان آن‌هم در کشور بی‌بند و باری چون امریکا موثر باشد (۲۱).

**وزن بدن.** اگرچه افراد معنوی/ مذهبی غذای سالم‌تری مصرف می‌کنند و فعالیت بدنی بیشتری هم دارند ولی به نظر می‌رسد که مصرف غذای آن‌ها احتمالا بیشتر است. بیشتر مقالات کشورهای غربی ارتباط مستقیمی بین معنوی/ مذهبی بودن با وزن بیشتر را نشان می‌دهد (۲۲،۲۳). یک پنجم مقالات نیز دریافته‌اند که معنوی/ مذهبی بودن با وزن کمتری

همراه است (۲۴).

**رفتارهای جنسی**. ارتباط بین معنوی/مذهبی بودن و رفتارهای جنسی در بیش از ۱۰۰ مقاله گزارش شده است. بیشتر مقالات در کشورهای غربی ارتباط منفی بین مذهبی بودن و رفتارهای جنسی پرخطر را نشان داده‌اند. هیچ‌یک از مقالاتی که از نظر روش‌شناسی کیفیت بالایی داشته‌اند ارتباط مستقیمی از رفتارهای جنسی پرخطر را با معنوی/مذهبی بودن نشان نداده‌اند (۴). به این ترتیب، موارد بیماری‌های مقاربتی مانند سیفلیس، سوزاک، تبخال تناسلی، شانکرویید، کلامدیا و نیز هپاتیت ویروسی و HIV در افراد مذهبی کمتر از سایرین است (۲۵-۲۸).

با مطالعه‌ای که روی ۱۹۳۰۷ فرد بالغ استرالیایی ۱۶-۵۹ ساله انجام گرفت، نشان داده شد آن‌هایی که به طور منظم و مکرر در مراسم مذهبی شرکت داشتند نسبت به افراد دیگر (و نیز افراد غیر مذهبی) رفتارهای جنسی مناسب‌تری داشتند. تعداد کمتری قبل از ازدواج عمل زناشویی انجام داده بودند و برای درصد کمتری از آن‌ها ارتباطات دو جنس قبل از ازدواج پذیرفتنی بود. همچنین مشاهده کمتر فیلم‌های جنسی و روابط جنسی با غیر همسر و ، سقط جنین و طلاق کمتر در پی داشت (۲۸).

**استرس**. برخی از مطالعات نشان داده‌اند که استرس، افسردگی و اضطراب آثار روانی نامطلوبی دارند. زیرا، تعادل روانی بر سلامت جسمی و شفای از بیماری‌ها آثار مفیدی دارد، استرس می‌تواند زمینه را برای ابتلای بر بیماری‌های جسمی‌مساعد و نیز پیامدهای نامناسبی را ایجاد کند (۲۹-۳۱). مجموعه مقالاتی که در این زمینه منتشر شده‌اند نشان می‌دهند که افسردگی، اضطراب و بیماری‌های روانی در افراد مذهبی/معنوی کمتر و تطابق آن‌ها با موارد استرس‌زا مطلوب‌تر از سایرین است (۴،۳۲،۳۳).

**رفتارهای اجتماعی**. در بیشتر مطالعات، در افراد معنوی/ مذهبی به میزان کمتری انحرافات اجتماعی، اعتیاد، جنایت، طلاق و جدایی دیده شده است. این تاثیر مثبت به دلیل خصوصیاتی است که معنویت و مذهبی شدن در انسان‌ها ایجاد می‌کند که مهم‌ترین آن‌ها صداقت، خلوص، عفو، قناعت، بخشش، خودنگهداری، صبر، انسانیت، تواضع و سایر خصوصیاتی است که به ارتقای ارتباطات اجتماعی می‌انجامد و احساس سالم بودن در افراد معنوی/مذهبی بیشتر از افراد دیگر است. بیشتر مطالعات نشان داده‌اند که معنوی/مذهبی بودن با احساس سالم بودن بیشتری همراه است (۳۴-۳۶). در ۱۰ درصد گزارش‌ها افراد معنوی/مذهبی احساس سالم بودن کمتری داشته‌اند و در بقیه تاثیری مشاهده نشده است. همچنین، بیشتر ۳۲۶ مقاله‌ای که احساس خوب بودن (Well-being) را در افراد معنوی/ مذهبی نشان داده‌اند رابطهٔ مثبتی را

گزارش کرده‌اند. سایر شاخص‌های سلامت اجتماعی مانند میزان درگیری جامعه، داوطلب شدن، اطمینان و اعتماد بین افراد جامعه و نیز حمایت‌های اجتماعی (Social Support) در افراد معنوی/مذهبی بیشتر از سایر افراد است (۳۸). شکل ۲ ارتباط بین سلامت معنوی و شاخص‌های سلامت را نشان می‌دهد.

## سلامت معنوی و بیماری‌های جسمی

با توجه به کاهش عوامل خطر بیماری‌ها به‌ویژه بهتر بودن وضعیت تغذیه و فعالیت بدنی، مصرف کمتر دخانیات، شیوع کمتر رفتارهای پرخطر جنسی، افسردگی و اضطراب و تطابق بهتر با فشارهای روحی در افراد مذهبی/معنوی، می‌توان انتظار داشت که شیوع و شدت بروز بیماری‌های مختلف و نیز مرگ و میر در این افراد کمتر از سایر افراد جامعه و تحمل آنان در مورد بیماری‌ها بیشتر و رجوع آن‌ها به حالات سلامت جسمی و روانی نیز سریع‌تر انجام باشد (۴).

**فعالیت ایمنی بدن.** فعالیت ایمنی طبیعی بدن انسان برای نگهداری سلامت و پیشگیری از بیماری‌ها نقش اساسی بازی می‌کنند. فعالیت این سیستم از طریق ایمنی سلولی، ایمنی هومورال و اندازه‌گیری میزان سایتوکاین‌ها انجام می‌شود. مطالعات نشان داده‌اند که افراد معنوی/مذهبی مقاومت بیشتری نسبت به بیماری‌های عفونی دارند (۳۹) و به میزان کمتری به HIV دچار می‌شوند (۴۰). همچنین، فعالیت دستگاه ایمنی بدن آن‌ها نسبت به سایر افراد بهتر

**شکل ۲. ارتباط بین سلامت معنوی و شاخص‌های سلامت.جمع آوری شده از منبع شمارهٔ ۴.**

(اعداد بالای ستون‌ها درصد مقالات با این اثر را نشان می‌دهد).

پاسخ می‌دهد (۴۱،۴۲). از ۵۵۷ نفر مرد و زن که به طور دائم و بیش از یکبار در هفته به کلیسا می‌رفتند، سطح عمومی اینترلوکین-۶ بالاتر و میزان مرگ و میر سالانه آن‌ها کمتر بود. اختلاف معنی‌داری در مورد نسبت مرگ و میر تا ۳۲٪ (ضریب اطمینان ۰/۱۵ تا ۰/۹۷، $P < ۰/۰۱$) در مقایسه با آن‌ها که هیچ وقت به کلیسا نمی‌روند، مشاهده شد (۴۳). این نتایج با حذف همه عوامل مداخله‌گر مانند سن، جنس، رفتارهای بهداشتی، بیماری‌های مزمن، حمایت اجتماعی و افسردگی به دست آمد. محققان بر این باورند که افزایش اینترلوکین-۶ در افراد مذهبی نقش مهمی در کاهش مرگ و میر این افراد دارد.

**غدد مترشحهٔ داخلی**. ارتباط مثبتی بین هورمون‌های استرسی مانند کورتیزول، اپی‌نفرین و نوراپی‌نفرین و به طور کلی فعالیت سیستم آندوکرین با معنوی/ مذهبی بودن گزارش شده است (۴۴-۴۶). سازوکارهایی که ارتباط بین مذهبی/ معنوی بودن را با ابعاد مختلف سلامت نشان می‌دهند، اهمیت دارند و تحقیق در مورد آن‌ها توصیه شده است (۴۷). سازوکارهای مهمی در این زمینه عنوان شده‌اند؛ مانند باورهای سلامتی، منابع اجتماعی، قدرت تطبیق، ارتقای هیجانات مثبت (مانند بخشش) و حالات خاصی که از برخی اعتقادات و عادات مذهبی و ایمان شخصی حاصل می‌شود (۴۸). راه دیگر توجیه این سازوکارها، تحقیق در واسطه‌ها و متغیرهای فیزیولوژیک مانند عوامل نوروهومورال و قلبی عروقی و هورمونی است (۴۹). تحقیقات بسیاری در این زمینه انجام شده است که به طور کلی دو موضوع را عرضه می‌کند: یک، افزایش شاخص‌های فیزیولوژیک در یک روند مزمن و مداوم و دیگری واکنش حاد به محرک‌های موقتی.

افزایش مزمن و مستمر کورتیزول از طریق محور هیپوتالاموس- هیپوفیز و آدرنال می‌تواند خطر بیماری‌های رفتاری، دیابت، بیماری‌های قلبی عروقی و سایر بیماری‌ها را افزایش دهد (۵۰). تحریکات قلبی- عروقی می‌تواند با پرفشاری فوری با صدمات بافتی و نیز با پیشرفت بیماری قلبی عروقی همراه باشد (۵۱). یک مقاله گزارش کرده آن‌هایی که امتیازات بالای معنوی/مذهبی دارند غلظت کورتیزول سرم در آن‌ها که از AIDS زنده مانده‌اند کمتر است (۵۲). به طور کلی، کسانی که امتیازات معنوی/ مذهبی بالا دارند، درجه‌های بخشش بالاتری را عرضه می‌کنند و بیشتر به نماز و مناسک مذهبی می‌پردازند، پاسخ‌های کورتیزول پایین‌تری به محرک‌های آزمایشگاهی و فشار خون کمتری دارند (۴۸، ۵۳).

**اختلالات لیپیدی‌های سرم**. بیش از نیمی از مقالاتی که ارتباط بین معنوی/ مذهبی بودن و کلسترول سرم را بررسی کرده‌اند ارتباط معکوسی را نشان داده‌اند (۱۹، ۵۴). همچنین، مداخلات مذهبی/ معنوی (مانند روزه‌داری) سبب کاهش بیشتر کلسترول می‌شود (۱۰ ، ۵۵).

**دیابت**. مقالات متعددی در زمینهٔ اهمیت معنوی بودن در تطابق با بیماری مزمن دیابت و نیز کاهش افسردگی و حتی کنترل بهتر قند خون منتشر شده‌اند (۵۶-۵۸). از این رو، محققان توصیه کرده‌اند که در مراقبت از بیماران دیابتی، توجه به باورهای مذهبی/ معنوی آن‌ها و تقویت معنویت به عنوان یکی از راهبردهای مراقبت به‌کار گرفته شود.

**پرفشاری خون**. بیشتر مطالعات نشان داده‌اند که فشار خون در افرادی که بیشتر جنبه‌های معنوی مذهبی بودن را دارند پایین‌تر از دیگر افراد است (۵۹) و این افراد بهتر به داروها پاسخ می‌دهند (۶۰-۶۲). در مسیحیت، برای بررسی اثر مذهبی بودن بر سلامت جسم، به‌ویژه بیماری‌های قلبی و فشار خون از دو متغیر استفاده کرده‌اند: یکی «تعداد شرکت در جلسات مذهبی کلیسا» و دیگر « اهمیت ایمان دینی قوی». بیشتر مطالعات نشان داده‌اند که شرکت در جلسات کلیسا یکی از متغیرهای مهم برای کاهش فشار خون نسبت به کسانی است که به کلیسا نمی‌روند (۶۳). همچنین، افرادی که دین برای‌شان اهمیت داشت کاهش قابل اهمیتی از فشار خون و به‌ویژه فشار خون دیاستولی را نشان دادند (۵۹). از آنجا که کاهش ۲-۴ میلی‌متر فشار خون خطر بیماری‌های قلبی عروقی را ۱۰-۲۰ ٪ کاهش می‌دهد (۶۴)، اهمیت معنوی/ مذهبی بودن در کاهش فشار خون و عوامل قلبی عروقی مشخص می‌شود.

در سیاه‌پوستان امریکایی مرگ و میر توتال بیشتر از سفیدپوستان است. بیماری‌های قلبی عروقی، به‌ویژه بیماری‌های عروق کرونر و سکتهٔ مغزی علل اصلی این اختلال هستند (۶۵). در این تحقیق اثر TM را به مدت ۶- ۹ ماه بررسی کرده و نشان دادند که ضخامت intima-media کاروتید در گروه TM به طور معنی‌داری کاسته شد. درحالی‌که در افرادی که فقط آموزش سلامت معمولی را دریافت کرده بودند، افزایش نشان داد (۶۶).

پرفشاری خون می‌تواند ریشهٔ در کودکی داشته و با شیوه زندگی، رفتارها و مسائل روانی اجتماعی ارتباط داشته باشد (۶۷). با وجود این، مداخله‌های مربوط به شیوه زندگی آثار متفاوتی در پیشگیری و کنترل فشار خون را نشان داده‌اند. یکی از مطالعاتی که آثار مداخلهٔ معنوی را بررسی کرده، کاهش میزان ۲۴ ساعته فشار خون را در گروه مداخله نشان داده است (۶۸).

**بیماری‌های عروقی قلب**. با توجه به اینکه علائم خطر بیماری‌های قلبی و فشارهای روانی در افراد معنوی/ مذهبی کمتر است، این بیماری‌ها در چنین افرادی به مراتب کمتر از افراد دیگر دیده می‌شود. ۶۳ درصد مطالعاتی که این ارتباط را بررسی کرده‌اند، رابطهٔ این دو را منفی گزارش کرده اند (۱۰، ۶۹، ۷۰). همچنین، رابطهٔ مثبتی بین معنوی/مذهبی بودن و پیامدهای مفید پس از عمل جراحی قلب و نیز کاهش متغیرهای التهابی مانند CRP و فیبرینوژن گزارش

شده است (۷۱-۷۴). در یک مطالعه که روی ۵۴۷۸ نفر (۵۲/۴ ٪ زن) با متوسط سن ۶۳ سال شامل ۳۰ ٪ افراد سفید پوست، ۳۰ ٪ سیاه پوست، ۲۰ ٪ اسپانیایی و ۱۰٪ چینی برگزار شد، پس از پیگیری ۴ ساله تفاوتی از عوامل خطر بیماری‌های قلبی عروقی در بین آن‌ها مشاهده نشد و ارتباطی بین مذهبی بودن با وجود و یا شدت بیماری‌های عروقی قلبی و با پیامدهای قلبی عروقی و یا نشانه‌های بیماری‌های زیربالینی قلبی عروقی مشاهده نشد (۱۹).

تجربهٔ بسیار جالب از یک مطالعه در کشور آلبانی به دست آمده است که حدود ۵۰ سال پیش (۱۹۶۷ میلادی) دیکتاتور آلبانی (Hoxha) خداشناسی را ممنوع کرد و دستور داد که همه موسسات مذهبی و مکان‌های عبادت تخریب و یا تبدیل به محوطه‌های ورزشی شوند. از آن زمان کشور آلبانی به عنوان یک کشور بی دین و Secular شناخته شده است (۷۵). ولی واقعیت این است که اگرچه دین به صورت ظاهر یک شاخصهٔ مهم در جمعیت آلبانی برای نیم قرن نبوده است ولی از سال ۱۹۹۱ میلادی دینداری در این کشور آزاد شد و تعداد زیادی مسجد و کلیسا در این کشور شروع به کار نمودند. به نظر می‌رسد که ۷۰ ٪ مردم خود را مسلمان، ۲۰ ٪ ارتودوکس و ۱۰ ٪ کاتولیک رومی می‌دانند (۷۶). یک مطالعه مورد شاهدی در پایتخت آلبانی (تیرانا) بین سال‌های ۲۰۰۳-۲۰۰۶ انجام شد و ۴۶۷ نفر مبتلا به سندرم کرونری حاد شامل ۳۷۰ مرد و ۹۷ زن و ۷۳۷ نفر افراد شاهد شامل ۴۶۹ مرد و ۲۶۸ زن مطالعه شدند. مذهبی بودن از یک فرمول امتیازدهی شامل تعداد مراجعه به مسجد/کلیسا و تعدد نماز و دعا و روزه‌داری به‌دست آمد. تعداد افرادی که دستورات مذهبی را رعایت نمی‌کردند زیاد بود، (۶۷ ٪ مسلمانان شاهد و ۵۵ ٪ مسیحیان شاهد). با این همه، انجام اعمال مذهبی به طور معکوس با سندرم کرونری حاد ارتباط داشت: ۰/۴۵ (فاصلهٔ اطمینان ۰/۷۷ - ۰/۲۶) برای مسلمانان و ۰/۵۸ (فاصلهٔ اطمینان ۱/۳۱-۰/۲۵) در مسیحیان. بیشترین ارتباط با انجام نماز و روزه‌داری به دست آمد (۷۷). لذا این مقاله به خوبی نشان داد که حتی در یک کشور که در آن امور مذهبی برای مدت‌ها منع شده بود، مسلمانانی که مذهبی / معنوی هستند در مقایسه با آن‌هایی که نیستند بسیار کمتر دچار عارضهٔ عروق قلبی می‌شوند. همین مزیت در مورد افراد مسیحی مومن در درجهٔ پایین‌تری نیز مشاهده شد.

در یک گروه ۲۲۹ نفره از افراد میانسال و مسن، ارتباط بین مذهبی/معنوی بودن و کنترل اعصاب خودکار قلب بررسی شد. کنترل قلبی پاراسمپاتیک با تغییرات ضربان قلب و سمپاتیک در دوره Pre-ejection مطالعه شد. معنوی/مذهبی بودن با افزایش کنترل قلبی اعصاب خودکار، هم پاراسمپاتیک و هم سمپاتیک، همراه بود و لذا CAR (Cardiac Automatic Regulation) افزایش یافته بود، بدون اینکه تعادل اتونومی قلب تغییر کند. این یافته‌ها از نظر سلامت قلبی

ارزشمندند (۷۸).

**بیماری‌های عروقی مغز.** بیشتر مطالعات در زمینهٔ بیماری‌های عروقی مغز و سکته‌های مغزی نشان داده‌اند که این بیماری‌ها در افراد معنوی/ مذهبی کمتر از سایر افراد است (۷۹).

**بیماری‌های کلیوی.** مطالعه‌ای روی ۲۷۶ بیمار همودیالیزی در تهران نشان داده است که مذهبی بودن نقش مهمی را در کیفیت زندگی بیمارانی که همودیالیز می‌شوند بازی می‌کند و لذا تقویت این باورها و تعلیمات برای این نوع بیماران توصیه شده است (۸۰).

**سرطان‌ها.** بیشتر مطالعات نشان داده‌اند که خطر سرطان در افراد معنوی/ مذهبی به مراتب کمتر از دیگر افراد است (۸۱ -۸۳). برخی از این کاهش را باید به علت کم مصرف کردن الکل، سیگار و کاهش سایر عوامل خطر بیماری‌های غیر واگیر در افراد معنوی/ مذهبی دانست. بررسی ۷۳۷ مبتلا به سرطان کولون و ۱۰۴۳ فرد شاهد نشان داد که فعالیت‌های مذهبی کم و نیز کاهش سطح حمایت‌های اجتماعی با خطر سرطان کولون همراه است (۸۴). در این زمینه پرسش‌های بسیار زیادی وجود دارد که باید تحقیقات آینده به آن‌ها پاسخ دهد.

**مرگ و میر.** از بین ۱۲۱ مطالعه که ارتباط مرگ با معنوی/ مذهبی بودن را بررسی کرده‌اند، دو سوم آن‌ها نشان داده‌اند که درجات بهتر معنوی/ مذهبی بودن عاملی است که طول عمر بیشتر را پیش‌بینی می‌کند (۸۵-۸۷). در افرادی که در مراسم مذهبی بیشتر شرکت می‌کنند به طور متوسط ۳۷ درصد افزایش طول عمر گزارش شده است. این درصد افزایش، بیشتر از اثر مصرف استاتین‌ها در کاهش کلسترول و نیز بیشتر از آثار فعالیت بدنی در طول عمر بیماران پس از سکته‌های قلبی است (۸۸). در یک مطالعهٔ مروری روش‌مند نشان داد که ۶۹ بررسی و ۲۲ بررسی ارتباط بین مذهبی/معنوی بودن و مرگ و میر را به ترتیب در افراد سالم و در افراد بیمار مطالعه کرده‌اند. متاآنالیز این بررسی‌ها نشان داد که معنوی/ مذهبی بودن با کاهش مرگ و میر در افراد سالم همراه بود. ضریب شانس ۰/۸۲ (با ضریب اطمینان ۰/۷۶-۰/۸۷، ۰/۰۰۱> P) ولی این همراهی در افراد بیمار وجود نداشت. اثر ممانعتی از مرگ و میر در افراد مذهبی / معنوی ارتباطی با عوامل رفتاری (مانند سیگار کشیدن، مشروب خوردن، فعالیت بدنی و مرتبه اجتماعی- اقتصادی) نداشت. در این بررسی فعالیت‌های مذهبی سازمان یافته (مانند رفتن به کلیسا) با افزایش شانس زنده بودن افراد سالم همراه بود. این مطالعه نشان داد که در جمعیت سالم، مذهبی / معنوی بودن به طور معکوس با مرگ و میر قلبی عروقی مرتبط است. از این رو، مذهبی/معنوی بودن آثار مناسب و مفیدی در کاهش مرگ و میر کلی و مرگ و میر قلبی عروقی دارد (۸۹).

در بررسی ۹۱۹۰۹ نفر در ایالت‌های واشنگتن و مریلند امریکا آن‌هایی که حداقل یک بار

در هفته به کلیسا می‌رفتند نسبت به کسانی که نمی‌رفتند تفاوت‌های عمده‌ای در مرگ ناشی از بیماری‌ها نشان دادند و به ترتیب ۵۰ ، ۵۶ ، ۷۴ و ۵۳ درصد مرگ و میر کمتری از بیماری‌های عروقی قلب، آمفیزم، سیروز کبدی و خودکشی داشته‌اند (۹۰).

**سلامت معنوی و مراقبت‌های بالینی.** آموزش طب کنونی فقط به جسم و به میزان کمتری به روان و مسائل اجتماعی می‌پردازد و ارتباطی با بعد معنوی انسان برقرار نمی‌کند و در نتیجه ابعاد سلامت بیماران را به طور کامل و تمام بررسی نمی‌کند و نیز در مراقبت‌های پزشکی سلامت کامل را برای انسان‌ها تامین نمی‌کند. منشأ بسیاری از نارضایت‌ها در بیماران، افراد جامعه و نیز خود پزشکان از مراقبت‌های بهداشتی درمانی را می‌توان در این نکته جستجو کرد.

به طور یقین، برای کسانی که طب را به آن نحو فرا گرفته‌اند، بسیار دشوار است که اهمیت ارتباط بین بعد سلامت معنوی با سایر ابعاد سلامت و لزوم ورود آن در آموزش پزشکی و مراقبت‌های بهداشتی درمانی را به سادگی درک کنند. چرا که استادان آن‌ها برای دهه‌های متوالی فقط به مسائل جسمی انسان توجه کرده‌اند و بهبودی مستمر و طولانی‌مدت در همهٔ ابعاد انسانی در زمره اهداف پزشکی آن‌ها نبوده است. ولی شواهد علمی‌جدید که در قالب مقالات تحقیقاتی و کتب ارزنده علمی ارائه شده‌اند، ارتباط تنگاتنگ و تاثیرگذار سلامت معنوی با سایر ابعاد سلامت یعنی سلامت جسمی، اجتماعی و روانی را به وضوح نشان می‌دهند و همچنین سبب شده است موسسات پزشکی به لحاظ کردن سلامت معنوی در آموزش پزشکی و مراقبت‌های بهداشتی درمانی روی آورند. در کشورهای امریکا و کانادا مراجع ذیربط آن‌ها بارها از تیم‌های مراقبت بهداشتی درمانی خواسته‌اند که به نیازها و ارزش‌های معنوی بیماران در هنگام عرضهٔ خدمات توجه ویژه داشته باشند.

در سال ۱۹۹۲ فقط سه دانشکده پزشکی در امریکا دروس مذهبی و معنوی داشته‌اند ولی در سال ۲۰۰۶ بیشتر از ۱۰۰ دانشکده از ۱۴۱ دانشکده پزشکی امریکا و کانادا این دروس را عرضه می‌کنند که در ۷۰ درصد آن‌ها این واحدهای درسی اجباری است. برخی از دانشکده‌های پزشکی (مانند دانشگاه کانزاس‌سیتی میسوری) دروس عملی سلامت معنوی را نیز با کمک کشیش‌ها و سایر افراد برای دانشجویان پزشکی فراهم کرده‌اند. دانشجویانی که در ابتدا خیلی مایل نبودند دروه‌های عملی را بگذرانند، پس از کسب مهارت، آن را بسیار مثبت و مفید در عرضه خدمات بهداشتی و درمانی دانسته‌اند.

در حال حاضر محدودیت‌ها و موانع زیادی برای خدمات سلامت معنوی به بیماران وجود دارد. اگرچه بسیاری از ارائه دهندگان خدمات بهداشتی درمانی معتقدند بین ابعاد مختلف سلامت و به‌ویژه سلامت جسمی و سلامت معنوی ارتباط تنگاتنگی وجود دارد، ولی بسیاری از

آن‌ها برای کسب مهارت‌هایی که آن‌ها را برای آشنایی از سلامت معنوی بیمار و نیز خدمات سلامت معنوی به آن‌ها توانمند می‌کند، احتراز می‌کنند. در یک بررسی نشان داد شد که ۷۷ درصد بیماران نیاز دارند که به سلامت معنوی آن‌ها در مجموعهٔ مراقبت‌های پزشکی توجه شود. ولی در مطالعه دیگری گزارش شده است که ۵۲ درصد پرستاران با بیماران خود دعا نمی‌کنند، ۶۶ درصد به هیچ وجه با مسائل مذهبی و معنوی بیمار آشنا نیستند و بیشتر آن‌ها توکل به خداوند را با بیماران خود درمیان نمی‌گذارند. علل اصلی تمایل نداشتن نیروی بهداشتی درمانی برای توجه به خدمات سلامت معنوی عبارت‌اند از:

۱. *نبود آموزش و آگاهی:* در برنامه‌های بیشتر دانشکده‌های گروه پزشکی اثری از اطلاعات مربوط به سلامت معنوی وجود ندارد. در دوره‌های بازآموزی گروه پزشکی نیز از مباحث سلامت معنوی خبری نیست.
۲. *عدم اعتماد به توانمندی خود:* تقریباً تمامی نیروهای ارائه دهندهٔ خدمات بهداشتی درمانی احساس می‌کنند که توانمندی کافی برای ارزیابی مشکلات معنوی و ارائه عرضهٔ خدمات مناسب ندارند.
۳. *نداشتن وقت کافی:* بسیاری از مجریان خدمات سلامت احساس می‌کنند که وقت کافی برای پرداخت به موضوعات مربوط به سلامت معنوی وجود ندارد.
۴. *عدم وجود محیط مناسب:* برخی اعتقاد دارند که در محیط بیمارستان و درمانگاه فضای مناسب برای پرداختن به این نوع موضوعات و عرضهٔ خدمات و مراقبت‌های سلامت معنوی وجود ندارد. مدت تماس با بیماران کافی نیست، ترس از ورود به حریم شخصی بیماران وجود دارد، محیط مناسبی برای پرداختن به کنه باورها و نگرش‌های سلامت معنوی مهیا نمی‌شود و... .
۵. *علمی نبودن نحوهٔ عرضهٔ خدمات سلامت معنوی:* با کمال تاسف آموزش پزشکی و پرستاری در قرن گذشته به نحوی عرضه شده است که فارغ‌التحصیلان احساس می‌کنند یک حرفهٔ علمی را کسب کرده‌اند و کمتر احساس می‌کنند یک حرفه خدماتی به آن‌ها تعلیم داده شده است و آن‌ها باید در مقابل نیازهای همه چهار بعد سلامت جامعه پاسخگو باشند.

از مطالب فوق نتیجه‌گیری می‌شود که پزشکان، پرستاران و صاحبان سایر حرف پزشکی که باید خدمات سلامت را در سطح عالی در همهٔ ابعاد چهارگانه سلامت عرضه کنند، ممکن است احساس کنند که بسیاری از اصول خدمات اجتماعی، روانی و به‌ویژه معنوی غیر علمی است و در حیطهٔ وظایف آن‌ها نیست. در حالی که پزشکی یک حرفه است و یکی از مقدس‌ترین خدمات یعنی حفظ، تامین و ارتقای سلامت جامعه را به عهده دارد و لذا توجه کادر پزشکی و

پاسخگویی آن‌ها به ابعاد مختلف معنوی، جسمی، روانی و اجتماعی سلامت ضروری است.

به هنگام بروز بیماری‌های مزمن و یا صعب‌العلاج که به بروز حالت پریشانی و عدم اعتماد، ترس واقعی و افسردگی در بیمار می‌انجامد پزشک و پرستار در نقش یک مشاور روحی و معنوی، بهترین کمک برای بیماران به شمار می‌رود. پذیرش و احترام به عقاید دینی و معنوی بیماران و استفاده از عقاید آن‌ها در درمان، تاثیر به سزایی در بهبود آنان خواهد داشت. بیمار پزشک و پرستاری را که به او اجازهٔ مشورت می‌دهد به عنوان یک منبع امید می‌شناسد.

ابراز عقاید مذهبی و به کاربردن آن‌ها برای بیماران همواره امری مهم است. یک پزشک یا پرستار ماهر با درست اندیشیدن ، ارتباط صحیح و اهمیت دادن به بیمار، خود تبدیل به منبع امید برای وی شده و می‌تواند موضوعاتی را که در امیدوار شدن بیمار موثرند شناسایی و تقویت کند. بنابراین، می‌توان با مراقبت روحی در تقویت نیروی شخصی آن‌ها کوشید. با در نظر گرفتن منافع بسیاری که توجه به نیازهای روحی و معنوی بیماران دارد، صاحبان حرف گروه پزشکی نیازمند بازنگری مجدد در نحوهٔ ارائه مراقبت‌های معمول‌اند، زیرا آموزش مراقبت‌های جسمی، روانی، اجتماعی، پاسخگوی همه نیازهای مراقبتی بیماران نیست و باید با ارتقای مراقبت‌های معنوی و روحی در بیمار، ضمن کمک به بهبود و ارتقای سلامت وی، جایگاه رفیع انسانی را بیش از پیش توسعه بخشید.

تحقق این امر تحول اساسی در آموزش نظری و عملی دانشجویان گروه پزشکی و نیز نگرشی دوباره به برنامه‌های آموزش مداوم پزشکی را طلب می‌کند.

## منابع:


۱. عزیزی ف. آموزش علوم پزشکی؛ *چالش‌ها و چشم‌اندازها*، مرکز تحقیقات غدد درون‌ریز و متابولیسم، نشر معاونت آموزش و امور دانشجویی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، پاییز ۱۳۸۲.

۲. عزیزی ف. *سلامت معنوی، چیستی و چرائی و چگونگی*. گروه سلامت معنوی فرهنگستان علوم پزشکی و پژوهشکده غدد درون‌ریز و متابولیسم، انتشارات حقوقی، ۱۳۹۳.

3. Ellison CW. "Spiritual well-being: conceptualization and measurement". *J Psycholtheol 1983*; 11:330-340.
4. Koenig HG. "Religion, spirituality, and health: the research and clinical implications". *ISRN Psychiatry 2012*; 2012: 278-730.

۵. قرآن مجید

6. *The Holy Bible*, New Kings James Version, Thomas Nelson Publishers, Nashville, Tenn, USA, 1982.
7. Conrad L. *Islam and the body*. 2010, http://www.answers.com/topic/islam-and-the-body.
8. Lytle LA, Varnell S, Murray DM, Story M, Perry C, Birnbaum AS, et al. "Predicting adolescents' intake of fruits and vegetables". *J Nutr Educ Behav 2003*;35(4):170-5.
9. Holt CL, Haire-Joshu DL, Lukwago SN, Lewellyn LA, Kreuter MW. "The role of religiosity in dietary beliefs and behaviors among urban African American women". *Cancer Control* 2005;12 Suppl 2:84-90.
10. Obisesan T, Livingston I, Trulear HD, Gillum F. "Frequency of attendanceat religious services, cardiovascular disease, metabolic risk factors and dietary intake in Americans: an age-stratified exploratory analysis". *Int J Psychiatry Med 2006*;36(4):435-48.
11. Hart A, Jr., Bowen DJ, Kuniyuki A, Hannon P, Campbell MK. "The relationship between the social environment within religious organizations and intake of fat versus fruits and vegetables". *Health Educ Behav 2007*;34(3):503-16.
12. Hart A, Jr., Bowen DJ, Kuniyuki A, Hannon P, Campbell MK. "The relationship between the social environment within religious organizations and intake of fat versus fruits and vegetables". *Health Educ Behav 2007*;34(3):503-16.
13. Hill TD, Burdette AM, Angel JL, Angel RJ. "Religious attendance and cognitive functioning among older Mexican Americans". *J Gerontol B Psychol Sci 2006*; 61: P3–P9.
14. Gillum RF. "Frequency of attendance at religious services and leisure-time physical activity in American women and men: the Third National Health and Nutrition Examination Survey". *Ann Behav Med 2006*; 31: 30–35.
15. Gillum RF, King DE, Obisesan TO, Koenig HG. "Frequency of attendance at religious services and mortality in a U.S. national cohort". *Ann Epidemiol 2008*; 18: 124–129.

16. Whooley MA, Boyd AL, Gardin JM, Williams DR. "Religious involvement and cigarette smoking in young adults: the CARDIA study (Coronary Artery Risk Development in Young Adults)study". *Arch Intern Med. 2002*;162(14):1604-10.
17. Nonnemaker JM, McNeely CA, Blum RW, "National Longitudinal Study of Adolescent H. Public and private domains of religiosity and adolescent health risk behaviors: evidence from the National Longitudinal Study of Adolescent Health". *SocSci Med. 2003*;57(11):2049-54.
18. Yong HH, Hamann SL, Borland R, Fong GT, Omar M, team I-Sp. "Adult smokers' perception of the role of religion and religious leadership on smoking and association with quitting: a comparison between Thai Buddhists and Malaysian Muslims". *SocSci Med 2009*;69(7):1025-31.
19. Feinstein M, Liu K, Ning H, Fitchett G, Lloyd-Jones DM. "Burden of cardiovascular risk factors, subclinical atherosclerosis, and incident cardiovascular events across dimensions of religiosity: The multi-ethnic study of atherosclerosis". *Circulation. 2010*;121(5):659-66.
20. Beyers JM, Toumbourou JW, Catalano RF, Arthur MW, Hawkins JD. "A cross-national comparison of risk and protective factors for adolescent substance use: the United States and Australia". *J Adolesc Health 2004*;35(1):3-16.
21. Nonnemaker JM, McNeely CA, Blum RW, "National Longitudinal Study of Adolescent H. Public and private domains of religiosity and adolescent health risk behaviors: evidence from the National Longitudinal Study of Adolescent Health". *SocSci Med2003*;57(11):2049-54.
22. Kim KH, Sobal J, Wethington E. "Religion and body weight". *Int J Obes Relat Metab Disord 2003*; 27: 469–477.
23. Bruce MA, Sims M, Miller S, Elliott V, Ladipo M. "One size fits all? Race, gender and body mass index among U.S. adults". *J Natl Med Assoc 2007*;99(10):1152-8.
24. Musick MA, House JS, Williams DR. "Attendance at religious services and mortality in a national sample". *J Health SocBehav 2004*; 45: 198–213.
25. Cochran JK, Chamlin MB, Beeghley L and Fenwick M. Religion, "Religiosity, and Nonmarital Sexual Conduct: An Application of Reference Group Theory". *Sociological Inquiry. 2004*; 74(1):102-158.
26. Lammers C, Ireland M, Resnick M, Blum R. "Influences on adolescents' decision to postpone onset of sexual intercourse: a survival analysis of virginity among youths aged 13 to 18 years". *J Adolesc Health 2000*;26(1):42-8.
27. Whisman MA, Gordon KC, Chatav Y. "Predicting sexual infidelity in a population-based sample of married individuals". *J Fam Psychol 2007*; 21(2): 320-4.
28. De Visser RO, Smith AM, Richters J, Rissel CE. "Associations between religiosity and sexuality in a representative sample of Australian adults". *Arch Sex Behav 2007*;36(1):33-46.
29. McEwen BS. "Protective and damaging effects of stress mediators". *N Engl J Med 1998*;338(3):171-9.
30. Kiecolt-Glaser JK, Preacher KJ, MacCallum RC, Atkinson C, Malarkey WB, Glaser R. "Chronic stress and age-related increases in the proinflammatory cytokine IL-6. Proc" *Natl AcadSci U S A 2003*;100(15):9090-5.
31. Kubzansky LD, Thurston RC. "Emotional vitality and incident coronary heart disease: benefits of healthy psychological functioning". *Arch Gen Psychiatry 2007*; 64(12):1393-401.
32. Koenig HG, Cohen HJ, Blazer DG, Pieper C, Meador KG, Shelp F, et al. "Religious coping and depression among elderly, hospitalized medically ill men". *Am J Psychiatry 1992*;149(12):1693-700.
33. Krause N. "Religious Involvement, Gratitude, and Change in Depressive Symptoms Over Time". *Int J Psychol Relig 2009*;19(3):155-72.
34. Balboni T, Balboni M, Paulk ME, Phelps A, Wright A, Peteet J, et al. " Support of cancer patients' spiritual needs and associations with medical care costs at the end of life". *Cancer. 2011*;117(23):5383-91.
35. McCullough M.E, Laurenceau J.P. "Religiousness and the trajectory of self-rated health across adulthood". *PersSocPsychol Bull 2005*; 31: 560–573.

36. Krause N. "Church-based volunteering, providing informal support at church, and self-rated health in late life". *J Aging Health 2009*; 21: 63–84.
37. Greene K.V, Yoon B.J. "Religiosity, Economics and Life Satisfaction". *Rev Soc Econ 2004*;62:245-273.
38. Glanville JL, Sikkink D, Hernández EI. "Religious involvement and educational outcomes: the role of social capital and extracurricular participation". *Sociol Q 2008*; 49: 105–137.
39. Tully J, Viner RM, Coen PG, Stuart JM, Zambon M, Peckham C, et al. "Risk and protective factors for meningococcal disease in adolescents: matched cohort study". *Bmj. 2006*;332(7539):445-50.
40. Ironson G, Stuetzle R, Ironson D, Balbin E, Kremer H, George A, et al. "View of God as benevolent and forgiving or punishing and judgmental predicts HIV disease progression". *J Behav Med 2011*;34(6):414-25.
41. Lutgendorf SK, Russell D, Ullrich P, Harris TB, Wallace R. "Religious participation, interleukin-6, and mortality in older adults". *Health Psychol 2004*; 23(5):465-75.
42. McCain NL, Gray DP, Elswick RK, Robins JW, Tuck I, Walter JM, et al. "A randomized clinical trial of alternative stress management interventions in persons with HIV infection" *J Consult ClinPsychol 2008*;76(3):431-41.
43. Lutgendorf SK, Russell D, Ullrich P, Harris TB, Wallace R. "Religious participation, interleukin-6, and mortality in older adults". *Health Psychol 2004;* 23(5): 465-7.
44. Tartaro J, Luecken LJ, Gunn HE. "Exploring heart and soul: effects of religiosity/spirituality and gender on blood pressure and cortisol stress responses" *J Health Psychol 2005*;10(6):753-66.
45. Maselko J, Kubzansky L, Kawachi I, Seeman T, Berkman L. "Religious service attendance and allostatic load among high-functioning elderly". *Psychosom Med 2007*; 69(5):464-72.
46. Bormann JE, Aschbacher K, Wetherell JL, Roesch S, Redwine L. "Effects of faith/assurance on cortisol levels are enhanced by a spiritual mantram interven-tion in adults with HIV: a randomized trial". *J Psychosom Re s2009*;66(2):161-71.
47. Thoresen CE, Harris AH. "Spirituality and health: what's the evidence and what's needed? " *Ann Behav Med 2002*;24(1):3-13.
48. Bormann JE, Aschbacher K, Wetherell JL, Roesch S, Redwine L. "Effects of faith/assurance on cortisol levels are enhanced by a spiritual mantram intervention in adults with HIV: a randomized trial". *J Psychosom Res 2009*; 66(2): 161-71.
49. Seeman TE, Dubin LF, "Seeman M. Religiosity/spirituality and health. A critical review of the evidence for biological pathways". *Am Psychol 2003*;58(1):53-63
50. McEwen BS. "Stress, adaptation, and disease. Allostasis and allostatic load". *Ann N Y Acad Sci1998*;840:33-44.
51. Lynch JW, Everson SA, Kaplan GA, Salonen R, Salonen JT. "Does low socioeconomic status potentiate the effects of heightened cardiovascular responses to stress on the progression of carotid atherosclerosis? " *Am J Public Health 1998*; 88(3):389-94.
52. Ironson G, Solomon GF, Balbin EG, O'Cleirigh C, George A, Kumar M, et al. "The Ironson-woods Spirituality/Religiousness Index is associated with long survival, health behaviors, less distress, and low cortisol in people with HIV/AIDS". *Ann Behav Med 2002*;24(1):34-48.
53. Tartaro J, Luecken LJ, Gunn HE. "Exploring heart and soul: effects of religiosity/spirituality and gender on blood pressure and cortisol stress responses". *J Health Psychol2005*;10(6):753-66.
54. Beeri MS, Davidson M, Silverman JM, Schmeidler J, Springer RR, Noy S, et al. "Religious education and midlife observance are associated with dementia three decades later in Israeli men". *J Clin Epidemiol 2008*;61(11):1161-8.
55. Bijlani RL, Vempati RP, Yadav RK, Ray RB, Gupta V, Sharma R, et al. " A brief but comprehensive lifestyle education program based on yoga reduces risk factors for cardiovascular disease and diabetes mellitus". *J Altern Complement Med2005*;11(2):267-74.

56. Newlin K, Melkus GD, Tappen R, Chyun D, Koenig HG. "Relationships of religion and spirituality to glycemic control in Black women with type 2 diabetes". *Nurs Res2008*; 57(5): 331-9.
57. Lynch CP, Hernandez-Tejada MA, Strom JL, Egede LE. "Association between spirituality and depression in adults with type 2 diabetes". *Diabetes Educ 2012*; 38(3): 427-35.
۵۸. رمضانخانی ع، قائدی م، حاتمی ح، تقدیسی م ح، گل میرزایی ج، بهزاد ا. «بررسی رابطهٔ سلامت معنوی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به دیابت نوع۲ ساکن بندرعباس». *مجلهٔ پزشکی هرمزگان*، ۱۳۹۳. ۱۸(۳):۲۲۹-۲۳۷.
59. Larson DB, Koenig HG, Kaplan BH, Greenberg RS, Logue E, Tyroler HA. "The impact of religion on men's blood pressure". *J Relig Health1989*;28(4):265-78.
60. Barnes VA, Treiber FA, Johnson MH. "Impact of transcendental meditation on ambulatory blood pressure in African-American adolescents. Am" *J Hypertens 2004*; 17(4):366-9.
61. Paul-Labrador M, Polk D, Dwyer JH, Velasquez I, Nidich S, Rainforth M, et al. "Effects of a randomized controlled trial of transcendental meditation on components of the metabolic syndrome in subjects with coronary heart disease". *Arch Intern Med 2006*;166(11):1218-24.
62. Schneider RH, Alexander CN, Staggers F, Orme-Johnson DW, Rainforth M, Salerno JW, et al. "A randomized controlled trial of stress reduction in African Americans treated for hypertension for over one year". *Am J Hypertens 2005;* 18(1):88-98.
63. Graham TW, Kaplan BH, Cornoni-Huntley JC, James SA, Becker C, Hames CG, et al. "Frequency of church attendance and blood pressure elevation". *J Behav Med1978*;1(1):37-43.
64. Marmot, M.G., "diet, hypertension, and stroke." In Turner, M.R., ed., "Nutrition and Health". *New York, Alan R. Liss, 1982*, p. 243.
65. NIH-National Heart, Lung, and Blood Institute. Morbidity and Mortality: 1996 Chartbook of Cardiovascular, Lung, and Blood Diseases. Washington, DC: National Institutes of Health; 1996.
66. Castillo-Richmond A, Schneider RH, Alexander CN, Cook R, Myers H, Nidich S, et al. "Effects of stress reduction on carotid atherosclerosis in hypertensive African Americans". *Stroke2000*;31(3):568-73.
67. Alpert BS, Murphy JK, Treiber FA. "Essential hypertension: approaches to prevention in children". *Med Exercise Nutr Health. 1994*; 3: 296-307.
68. Barnes VA, Monto A, Williams JJ, Rigg JL. "Impact of Transcendental Meditation on Psychotropic Medication Use Among Active Duty Military Service Members With Anxiety and PTSD". *Mil Med2016*;181(1):56-63.
69. Obisesan T, Livingston I, Trulear HD, Gillum F. "Frequency of attendance at religious services, cardiovascular disease, metabolic risk factors and dietary intake in Americans: an age-stratified exploratory analysis". *Int J Psychiatry Med 2006*; 36(4):435-48.
70. Burazeri G, Goda A, Kark JD. "Religious observance and acute coronary syndrome in predominantly Muslim Albania: a population-based case-control study in Tirana". *Ann Epidemiol 2008*;18(12):937-45.
71. Berntson GG, Norman GJ, Hawkley LC, Cacioppo JT. "Spirituality and autonomic cardiac control". *Ann Behav Med2008*;35(2):198-208.
72. King DE, Mainous AG, 3rd, Pearson WS. "C-reactive protein, diabetes, and attendance at religious services". *Diabetes care. 2002*;25(7):1172-6.
73. Loucks EB, Berkman LF, Gruenewald TL, Seeman TE. "Social integration is associated with fibrinogen concentration in elderly men". *Psychosom Med 2005*; 67(3):353-8.
74. Chen YY, Gilligan S, Coups EJ, Contrada RJ. "Hostility and perceived social support: interactive effects on cardiovascular reactivity to laboratory". *stressors Ann Behav Med 2005*;29(1):37-43.
75. Nuri B, Tragakes E, editors. "Health care systems in transition: Albania. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems; 2002". Available at: www.euro.who.int/ document/E80089.pdf. Accessed 12 June 2008.

76. United Nations Development Program. *Albanian human development report 1996*. Tirana. 1996.
77. Burazeri G, Goda A, Kark JD. "Religious observance and acute coronary syndrome in predominantly Muslim Albania: a population-based case-control study in Tirana". *Ann Epidemiol2008*;18(12):937-45.
78. Berntson GG, Norman GJ, Hawkley LC, Cacioppo JT. "Spirituality and autonomic cardiac control". *Ann Behav Med2008*;35(2):198-208.
79. Castillo-Richmond A, Schneider RH, Alexander CN, Cook R, Myers H, Nidich S, et al. "Effects of stress reduction on carotid atherosclerosis in hypertensive African Americans". *Stroke 2000*;31(3):568-73.
80. Saffari M, Pakpour AH, Naderi MK, Koenig HG, Baldacchino DR, Piper CN. "Spiritual coping, religiosity and quality of life: a study on Muslim patients undergoing haemodialysis". *Nephrology 2013* Apr; 18(4):269-75.
81. Van Ness PH, Kasl SV, Jones BA. "Religion, race, and breast cancer survival". *Int J Psychiatry Med 2003*;33(4):357-75.
82. Kinney AY, Bloor LE, Dudley WN, Millikan RC, Marshall E, Martin C, et al. "Roles of religious involvement and social support in the risk of colon cancer among Blacks and Whites". *Am J Epidemiol 2003;*158(11):1097-107.
83. Daniels M, Merrill RM, Lyon JL, Stanford JB, White GL, Jr. "Associations between breast cancer risk factors and religious practices in Utah". *Prev Med 2004*; 38(1):28-38.
84. Kinney AY, Bloor LE, Dudley WN, Millikan RC, Marshall E, Martin C, et al. "Roles of religious involvement and social support in the risk of colon cancer among Blacks and Whites". *Am J Epidemiol2003*;158(11):1097-107.
85. Hummer RA, Benjamins MR, Ellison CG, and Rogers RG. “Religious involvement and mortality risk among pre-retirement aged U.S. adults,” in Religion, Families, and Health: Population-Based Research in the United States, Ellison CG and Hummer RA, Eds., pp. 273–291, Rutgers Press, Piscataway, NJ, USA, 2010.
86. McCullough ME, Laurenceau JP. "Religiousness and the trajectory of self-rated health across adulthood". *PersSocPsychol Bull2005*;31(4):560-73.
87. Chida Y, Steptoe A, Powell LH. "Religiosity/spirituality and mortality. A systematic quantitative review*". Psychother Psychosom2009*;78(2):81-90.
88. McCullough M, “Religious involvement and mortality,” in *Faith and Health: Psychological Perspectives*, T. G. Plane and A. C. Sherman, Eds., pp. 53–74, Guilford Press, New York, NY, USA, 2001.
89. Chida Y, Steptoe A, Powell LH. "Religiosity/spirituality and mortality. A systematic quantitative review". *Psychother Psychosom* 2009;78(2):81-90.
90. Comstock GW, Partridge KB. "Church attendance and health". *J Chronic Dis. 1972*; 25(12):665-72.

## ۲. بیماری‌های روانی

### مقدمه

معنویت به عنوان یکی از ابعاد مهم وجود انسان (زیستی، روانی، اجتماعی، معنوی) مورد توجه متخصصان سلامت روان بوده است. در چند دهۀ اخیر توجه خاصی بر مفاهیم معنویت و دینداری شده است. بسیاری از پژوهشگران حوزۀ سلامت و روان‌درمانی تأثیر این مفاهیم را بر مؤلفه‌های سلامت روان و نیز پیشگیری و درمان اختلالات روان‌شناختی بررسی کرده‌اند. همچنین، معنویت و دینداری به عنوان یک راهبرد مقابله‌ای مؤثر در افزایش تاب‌آوری در بیماری‌های مزمن نقش قابل توجهی داشته است. علاوه بر این، معنویت و دینداری در به‌زیستی و افزایش کیفیت زندگی افراد نقش بسزایی دارد.

اهمیت معنویت و رشد معنوی انسان در چند دهۀ گذشته به صورتی روز افزون توجه روان‌شناسان و متخصصان بهداشت روان را جلب کرده است (۱ـ۵). برخی از مطالعات معنویت و سلامت را مرتبط به هم می‌دانند و به جنبه‌های مثبت این ارتباط، مانند حفاظت از سلامت جسمی، روانی و اجتماعی، اشاره می‌کنند. اعمال و باورهای مذهبی بر اینکه چگونه افراد از سلامتی خود مراقبت کنند، تأثیر می‌گذارد و ممکن است به آن‌ها برای اجتناب ازموقعیت‌های مخاطره‌آمیز کمک کند (۶). از مهم‌ترین دلایل توفیق نداشتن برخی از درمان‌های روان‌شناختی، ناتوانی در توجه هماهنگ و یک‌پارچه به ابعاد چندگانۀ زیستی – روانی و اجتماعی معنوی انسان در مواجهۀ با مشکلات و نابهنجاری رفتاری است (۷). پیشرفت روانشناسی و ماهیت پیچیده و پویای جوامع نوین باعث شده نیازهای معنوی بشر اهمیت بیشتری بیابند (۸).

دینداری و معنویت تجربه‌های انسانی شخصی در عوالم مقدس هستند که برای هر کس منحصر به فردند. متفکران اجتماعی غربی بین دینداری و معنویت تمایز نهاده‌اند. حال آنکه در ادیان الهی، از جمله دین اسلام، دینداری منشأ معنویت است و بدون اعتقاد به خالق یکتا و وحی معنویت جایگاه مهمی ندارد. از دیدگاه محققان غربی، مذهب مجموعه‌ای از باورها، تکالیف، راهنمایی‌های رسمی است که یک فرد پذیرفته و پیگیری می‌کند و دینداری شامل مشارکت در جامعه‌ای از مردم است که برای پرستش یک راه مشترک گرد هم می‌آیند (۹). آلمیدا و کونیگ (۲۰۰۶) معنویت را جستجوی شخصی در جهت فهم پاسخ به پرسش‌های غایی دربارۀ زندگی، معنا، و رابطه با مقدسات و متعالیات تعریف کرده‌اند؛ که ممکن است منجر به ایجاد آیین‌های دینی و شکل‌گیری جوامع دینی شود (یا نشود). از طرفی آن‌ها دینداری را نظام سازمان یافته‌ای از عقاید، آداب و رسوم، آیین‌ها، و نمادها تعریف کرده‌اند که به منظور سهولت

نزدیکی به مقدسات یا متعالیات (خدا، نیروی برتر، حقیقت یا واقعیت غـایی) طراحـی شـده‌انـد (۱۰).

مطالعات نشان می‌دهد ایمان، انجام دستورات مذهبی و شرکت در مراسم مذهبی مـی‌توانـد نقش مؤثری در جلوگیری از ابتلا به مشکلات روانی افـراد و درمـان آن داشـته باشـد و موجـب ارتقای سطح سلامتی و به‌زیستی افراد شود (۱۱ و ۱۲).

مطالعهٔ دین در حوزه‌های سلامت و پزشکی در سی سال گذشته بـه‌سـرعت افـزایش یافتـه است (۱۳) ، شواهد فزاینده‌ای مبنی بر این وجود دارند که تجارب معنوی و دینی افراد می‌تواند نقش مهمی در کیفیت زندگی ایفا کند. مطالعات نشان داده‌اند که متغیرهـای معنـوی و دینـی برای مقابله با بیماری‌ها اهمیت دارند (۱۴ و ۱۵).

## روش اجرا و روش گردآوری داده‌ها

در این روش، با مراجعهٔ به منابع دست اول، و مروری بر مقالات و نشـریات مـرتبط بـا سـلامت روانی و سلامت معنوی و درمان‌هـای روانـی و معنـوی، مجموعـه کـاملی از منـابع اطلاعـاتی و داده‌ها، طبقه‌بندی و عناصر مفهومی مختلف در مجموعه‌ای مبتنی بـر نگـرش واحـد و تشـکیل نظامی منسجم و هماهنگ برای سلامت روانی و سلامت معنـوی تنظـیم شـد. داده‌هـا بـا روش تحلیلی و اسنادی گردآوری و طبقه‌بندی شدند و مفاهیم، شاخص‌ها و مؤلفه‌های مختلف واحـد طبقه‌بندی و تحلیل شد. سپس مطالب گردآوری شده با توجـه بـه اهـداف و سـوالات پـژوهش دسته‌بندی و تجزیه و تحلیل شد.

## عوامل مسبب بیماری معنوی

برخی از عواملی که از دیدگاه اسلام زمینه‌ساز، تسریع کننده یا مسبب بیماری معنوی در انسان یا مانع تحقق سلامت معنوی در فرد می‌شود، به اختصار بدین شرح است (۱۶):

### ۱. جهل

جهل به معنی نادانی یا نیندیشیدن، نوعی بیماری معنوی اسـت کـه اگـر جلـوی آن گرفتـه یـا درمان نشود خود مسبب بسیاری از بیماری‌ها، گناهان و انحرافات عملی می‌شود. قرآن (۱۷) در این زمینه می‌گوید:

إِنَّ شَرَّ الدَّوَابِّ عِنْدَ اللَّهِ الصُّمُّ الْبُكْمُ الَّذِينَ لَا يَعْقِلُونَ (انفال، ۲۲). به‌درستی بدترین جنبنـدگان در نزد خدا، کرها و لال‌هایی هستند که نمی‌اندیشند. سازوکار این رفتار بدین ترتیب اسـت کـه

فرد ندانسته ممکن است در زندگی خود دست به تصمیم‌گیری‌های جاهلانه یا اعمالی بزنـد کـه پیامد آن‌ها در جازدن، تثبیت در وضعیت موجود و متوقـف شـدن در مرحلـه‌ای از رشـد روانـی است که در مجموع به شکل‌گیری بعضی از بیماری‌های روانی مثل اضطراب، افسردگی، وسواس و ... منجر می‌شود. در نتیجه، مبارزه با جهل مـی‌توانـد در سـطوح مختلـف پیشـگیری مـانع از شکل‌گیری مشکلات روانی و معنوی در فرد شود.

**۲. کفر**

کفر کانون تیرگی و نقطه مقابل ایمان است و بسـیاری از گناهـان و انحرافـات از آن سرچشـمه می‌گیرد و مانع رشد معنوی انسان می‌شود. قرآن می‌گوید:

أَوَمَنْ كَانَ مَيْتًا فَأَحْيَيْنَاهُ وَجَعَلْنَا لَهُ نُورًا يَمْشِي بِهِ فِي النَّاسِ كَمَنْ مَثَلُهُ فِي الظُّلُمَاتِ لَيْسَ بِخَـارِجٍ مِنْهَا كَذَلِكَ زُيِّنَ لِلْكَافِرِينَ مَا كَانُوا يَعْمَلُونَ (انعام، ۱۲۲) و آیا کسی که مرده (جهل و ضلالت) بود ما او را زنده کردیم و به او روشنی (علم و دیانت) دادیم تا به آن روشنی میـان مـردم (سـرافراز) رود، مثل او مانند کسی است که در تاریکی‌های (جهل) فرو رفته و از آن بـه در نتوانـد گشـت؟ (آری) کردار بد کافران در نظرشان چنین جلوه‌گر شده است. ایمان و عشق به خداونـد موجـب فراروندگی رشد روانی و معنوی در فرد می‌شود و کفر که نقطهٔ مقابل ایمان است می‌توانـد فـرد را از از هرگونه رشد و بالندگی باز دارد و او را در برابر بسیاری از مشکلات و آسیب‌های روانـی و معنوی شکننده سازد.

**۳. شرک**

شرک به خداوند مانع دیگر ورود معنویت به دل انسان است و دل را از پـاکی و توفیـق دریافـت انوار معنوی محروم می‌سازد. قرآن در این زمینه می‌گوید: هـرکس بـه خـدا شـرک ورزد چنـان است که گویی از آسمان فروافتاده و مرغان (شکاری) او را ربوده‌اند یـا بـاد او را بـه دور افکنـده است:

وَمَنْ يُشْرِكْ بِاللَّهِ فَكَأَنَّمَا خَرَّ مِنَ السَّمَاءِ فَتَخْطَفُهُ الطَّيْرُ أَوْ تَهْوِي بِهِ الرِّيحُ فِي مَكَانٍ سَحِيقٍ (حـج، ۳۱). کسی که در زندگی فردی و اجتماعی خود عملاً برای خداوند نقـش تعیـین کننـده قائـل نیست و به او توکل نمی‌کند ممکن است سرانجام دچار تنهایی و پوچی شود، هوش اجتماعی و هوش معنوی در او رشد نیابد، خداوند را به عنوان حامی خود در دسترس نبیند ومستعد ابـتلاء به بسیاری از بیماری‌های روانی و معنوی شود.

**۴. نفاق**

نفاق و دورویی نوعی بیماری است که در حوزه‌های باور، اخلاق و رفتار انسان اثرگذاشته و مانع رشد و زمینه‌ساز بیماری معنوی می‌شود. قرآن درباره منافقان می‌گوید: بر دل‌های‌شان مهر زده شده و دیگر نمی‌فهمند: فَطُبِعَ عَلَىٰ قُلُوبِهِمْ فَهُمْ لَا يَفْقَهُونَ (منافقون، ۳). شیوهٔ این رخ داد چنین است که نفاق و دورویی موجب ایجاد شکاف و عدم انسجام و یکپارچگی در شخصیت فرد می‌شود که این تشتت و به‌هم ریختگی می‌تواند بیماری معنوی را در فرد ایجاد کند.

**۵. غفلت**

از دیگر موانع رشد سلامت معنوی، غفلت از خویشتن، غفلت از خداوند و روز قیامت است که سبب رشد و ایجاد بیماری معنوی در انسان می‌شود. قرآن می‌فرماید: وَلَقَدْ ذَرَأْنَا لِجَهَنَّمَ كَثِيرًا مِنَ الْجِنِّ وَالْإِنْسِ ۖ لَهُمْ قُلُوبٌ لَا يَفْقَهُونَ بِهَا وَلَهُمْ أَعْيُنٌ لَا يُبْصِرُونَ بِهَا وَلَهُمْ آذَانٌ لَا يَسْمَعُونَ بِهَا ۚ أُولَٰئِكَ كَالْأَنْعَامِ بَلْ هُمْ أَضَلُّ ۚ أُولَٰئِكَ هُمُ الْغَافِلُونَ (اعراف، ۱۷۹). بسیاری از جن و انس را برای جهنم آفریده‌ایم، دل‌هایی دارند که با آن درک نمی‌کنند و چشم‌هایی دارند که با آن نمی‌بینند و گوش‌هایی دارند که با آن نمی‌شنوند، ایشان چون چهارپایان‌اند، بلکه از آن‌ها گمراه‌تر هستند و ایشان همان غفلت زدگان‌اند. (ذرأ) به معنای آفریدن است، در این آیه خدای متعال جهنم را غایت و هدف آفرینش بسیاری از جن و انس دانسته و این غایتی تبعی و ضروری است، اما غایت اصلی همان است که در جای دیگر فرمود: (وماخلقت الجن والانس الا لیعبدون) (۴۸)، (ما جن و انس را نیافریدیم، جز برای آن‌که ما را عبادت کنند). به لحاظ روانی غفلت از خود و نیازهای خود موجب از خود بیگانگی فرد می‌شود که این امر نه تنها کیفت زندگی را کاهش می‌دهد و فرد را از لذت بردن و احساس رضایت از زندگی باز می‌دارد بلکه ادراک حمایت خداوند از وی را از دست داده خداوند را در هنگامهٔ پرمشکل زندگی در کنار خود نمی‌یابد. این سازوکار موجب ایجاد حس تنهایی و رهاشدگی و سرانجام مسبب بیماری معنوی در فرد می‌شود.

**۶. پیروی از شیطان**

تمام تلاش شیطان که با وسوسه‌های متنوع به سراغ آدمی می‌آید، بازداشتن انسان از رشد اخلاقی و سیر و سلوک معنوی و ساقط کردن وی از منزلت والای انسانی و سلامت معنوی است که این خود موجد بسیاری از مشکلات روانی می‌شود و در حقیقت پیروی نکردن از شیطان موجب به دام نیفتادن در دام بسیاری از مشکلات ریز و درشت در انسان می‌شود. قرآن

در این زمینه می‌فرماید: قَالَ فَبِمَا أَغْوَيْتَنِي لَأَقْعُدَنَّ لَهُمْ صِرَاطَكَ الْمُسْتَقِيمَ. ثُمَّ لَآتِيَنَّهُمْ مِنْ بَيْنِ أَيْدِيهِمْ وَمِنْ خَلْفِهِمْ وَعَنْ أَيْمَانِهِمْ وَعَنْ شَمَائِلِهِمْ (اعراف، ۱۶-۱۷). شیطان گفت: (پروردگارا) چون تو مرا گمراه کردی، من نیز بر سر راه راست تو می‌نشینم (و بندگانت را گمراه می‌گردانم). آنگاه از پیش رو و از پشت سر و از طرف راست و چپ برآنان می‌تازم. پیروی از شیطان در هر فرهنگی معادل با زیر پاگذاشتن و نادیده گرفتن ارزش‌های منطقی و عقلانیت حاکم بر زندگی فردی یا اجتماعی است و تحقق این امر با در معرض قرار گرفتن تمامی مفاسد فردی و اجتماعی همراه است. در نتیجه، همین رخداد می‌تواند مسبب بسیاری از بیماری‌های معنوی در انسان شود.

۷. هواپرستی

هواپرستی یعنی پیروی از امیال و افتادن به نوعی بت‌پرستی و به تبع آن اجتناب از معنویت. قرآن می‌فرماید: أَفَرَأَيْتَ مَنِ اتَّخَذَ إِلَهَهُ هَوَاهُ وَأَضَلَّهُ اللَّهُ عَلَىٰ عِلْمٍ وَخَتَمَ عَلَىٰ سَمْعِهِ وَقَلْبِهِ وَجَعَلَ عَلَىٰ بَصَرِهِ غِشَاوَةً فَمَنْ يَهْدِيهِ مِنْ بَعْدِ اللَّهِ ۚ أَفَلَا تَذَكَّرُونَ (جاثیه، ۲۳). پس آیا دیدی کسی را که هوس خویش را معبود خود قرار داده و خدا او را دانسته گمراه گردانیده و بر گوش و دلش مهر زده و بر دیده‌اش پرده نهاده است؟ آیا پس از خدا چه کسی او را هدایت خواهد کرد؟ سازوکار روانی به دام افتادن در هواپرستی گرفتار شدن در مشکلاتی است که هرکدام از آن‌ها می‌تواند موجب یک بیماری روانی شود. برای مثال، افتادن در دام مواد مخدر، الکل، خودخواهی‌ها و جز این‌ها می‌تواند بسیاری از مشکلات یا اختلالات روانی و بیماری‌های معنوی را به‌دنبال داشته باشد.

۸ . گناه

گناه موجب ایجاد تیرگی در دل‌ها و دور شدن فرد از معنویت می‌شود. گناه بیماری دل است. قرآن می‌فرماید: كَلَّا ۖ بَلْ ۜ رَانَ عَلَىٰ قُلُوبِهِمْ مَا كَانُوا يَكْسِبُونَ (مطففین، ۱۴). نه چنین است، بلکه آنچه مرتکب می‌شدند زنگار بر دل‌های‌شان بسته است. آلوده شدن به گناه و جدا شدن از راه راست و هدایت نیافتن و غرق شدن در مرداب کژی‌ها و کاستی‌ها می‌تواند به منزلهٔ دورشدن از سلامت معنوی باشد.

۹. رذایل اخلاقی

رذایل اخلاقی فرد را از معنویت دور می‌سازد. دو رذیلهٔ اخلاقی که از بقیه مهم‌ترند بخل و دروغگویی است. امام علی (ع) می فرماید: الْبُخْلُ جَامِعٌ لِمَسَاوِئِ الْعُيُوبِ- وَ هُوَ زِمَامٌ يُقَادُ بِهِ إِلَي

کُلِّ سُوءٍ (*مستدرک الوسائل*، جلد ۷، ص ۲۹)؛ بخل ورزیدن کانون تمام عیب‌هاست و افساری است که (بخیل) با آن همه بدی‌ها را به سوی خود می‌کشاند. به طریق اولی افتادن در گرداب رذایل اخلاقی و بدی‌ها که تعداد آن‌ها هم کم نیستند می‌تواند در نقطهٔ مقابل سلامت معنوی باشد.

**۱۰. ناسپاسی**

کفران نعمت و شکرگزار نبودن نسبت به خداوند از رذایل اخلاقی است که تبعات منفی و ضد سلامت معنوی را در بردارد. کسی که نسبت به خداوند شکرگزار نباشد نسبت به همه ناسپاس است. قرآن در این زمینه می‌فرماید: وَمَنْ يَشْكُرْ فَإِنَّمَا يَشْكُرُ لِنَفْسِهِ ۖ وَمَنْ كَفَرَ فَإِنَّ اللَّهَ غَنِيٌّ حَمِيدٌ (لقمان، ۱۲). هر که سپاس بگزارد، تنها برای خود سپاس می‌گزارد و هر کس کفران کند، در حقیقت، خدا بی‌نیاز ستوده است. بنابراین، کفران نعمت می‌تواند به سادگی فرد را از ولی نعمت خوددور سازد که این خود دور شدن از همهٔ خوبی‌ها و زیبایی‌ها و سقوط در گرداب بیماری‌های معنوی است.

**۱۱. دنیاگرایی**

دنیاگرایی به معنی دل خوش داشتن به دنیا و مادیات و تمام هم خویش را مصروف آن کردن واز خدا غافل شدن. قرآن می‌فرماید: إِنَّ الَّذِينَ لَا يَرْجُونَ لِقَاءَنَا وَرَضُوا بِالْحَيَاةِ الدُّنْيَا وَاطْمَأَنُّوا بِهَا وَالَّذِينَ هُمْ عَنْ آيَاتِنَا غَافِلُونَ أُولَٰئِكَ مَأْوَاهُمُ النَّارُ بِمَا كَانُوا يَكْسِبُونَ (یونس، ۷-۸). کسانی که امید به دیدار ما ندارند و به زندگی دنیا دل خوش کرده و بدان اطمینان یافته‌اند و کسانی که از آیات ما غافل‌اند، آنان به (کیفر) آنچه به دست می‌آورند، جایگاه‌شان آتش است. مسلما رفتاری که فرد را به جهنم بیندازد مسبب بیماری معنوی هم هست.

**۱۲. حرام خواری**

حرام‌خواری در اسلام از گناهان کبیره است که دل را تیره می‌سازد و مانع رشد معنوی انسان می‌شود: وَتَرَىٰ كَثِيرًا مِنْهُمْ يُسَارِعُونَ فِي الْإِثْمِ وَالْعُدْوَانِ وَأَكْلِهِمُ السُّحْتَ ۚ لَبِئْسَ مَا كَانُوا يَعْمَلُونَ (مائده، ۶۲). بسیاری از آن‌ها را می‌بینی که به سوی گناه و دشمنی و رشوه‌خواری می‌شتابند، راستی چه اعمال بدی انجام می‌دادند. حرام‌خوری موجب دور شدن فرد از حق‌گویی و حق‌جویی و عدالت خواهی است و بودن چنین صفات ناپسند در یک انسان دور شدن وی را از سلامت معنوی به دنبال دارد.

**۱۳. سهل‌انگاری در انجام وظایف شرعی**

خداوند حفظ ایمان و رعایت تقوا را سبب ریزش برکات مادی و معنوی برای انسان دانسته است. قرآن می‌فرماید: وَلَوْ أَنَّ أَهْلَ الْقُرَىٰ آمَنُوا وَاتَّقَوْا لَفَتَحْنَا عَلَيْهِمْ بَرَكَاتٍ مِنَ السَّمَاءِ وَالْأَرْضِ وَلَٰكِنْ كَذَّبُوا فَأَخَذْنَاهُمْ بِمَا كَانُوا يَكْسِبُونَ (اعراف، ۹۶). و اگر اهل آبادی‌ها ایمان آورده و تقوی می‌ورزیدند، هرآینه باب‌های ایمان و تقوا سبب می‌شود که برکات آسمان و زمین به سوی انسانها سرازیر شود؛ و به عکس، تکذیب آیات الهی (و بی‌تقوایی) سبب نزول عذاب می‌شود. و در نتیجه نزول عذاب الهی خود و هر رفتاری که قرین بدین مضمون است مسبب بیماری معنوی است.

**۱۴. دشمنی با دوستان خدا**

دوستی با پیامبر و امامان معصوم و پیروان آن‌ها و مومنین سبب رشد معنوی در انسان می‌شود و به عکس: الَّذِينَ آمَنُوا وَكَانُوا يَتَّقُونَ (یونس، ۶۳) آنان (کسانی‌اند که) ایمان آورده و پرهیزکاری ورزیده‌اند. امام علی (ع) در تفسیر این آیه می‌فرماید: آنان، ما هستیم و پیروانمان (*بحار الانوار*، جلد ۸۰، ص۲۱). بنابراین، دشمنی با مردان خدا دشمنی با بسیاری از ارزش‌های متعالی و صفات پسندیده است که می‌تواند بیماری معنوی را به دنبال داشته باشد.

**۱۵. فقر**

حضرت رسول می‌فرماید: (*کافی*، جلد ۲، ص۳۰۷ ـ *بحار الانوار*، جلد۶۳، ص۲۷۰). کاد الفقرُ أن یکون کفراً؛ بیم آن است که فقر به کفر انجامد. و همان‌گونه که قبلا گفته شد داشتن هرگونه رفتار کفرآمیز می‌تواند مسبب بیماری معنوی در انسان باشد.

**عوامل معنوی مسبب بیماری از نظر هانا کروگر**

هانا کروگر (۱۸) درکتاب *هفت عامل معنوی مسبب بیماری* به عوامل معنوی مرتبط با سلامتی و بیماری می‌پردازد. از گفته این نویسنده که همه کتاب خود را به توضیح این هفت عامل اختصاص داده است، به اختصار عوامل مزبور بدین شرح‌اند:

۱. **غفلت**. انسان‌ها علائم هشدار را یکی پس از دیگری نادیده می‌گیرند و چراغ‌های قرمز را یکی پس از دیگری رد می‌کنند، و از پاسخگویی به نیازهای درونی خود غافل می‌مانند، تا اینکه یک روز به خود می‌آیند که چه باید کرد؟. غفلت از ذهن و نیروی خلاق آن و نیازهای فردی و روانی، بی‌شک پراهمیت‌ترین عوامل تاثیرگذار در زندگی و سلامت هستند. قرن‌هاست که

ادیان مختلف روزه گرفتن در زمان‌های مشخصی از سال را توصیه می‌کنند. در مذاهب اسلامی، در ماه رمضان یک ماه از سال، غذا و نوشیدنی در طول روز مصرف نمی‌شود که این در تابستان بسیار سخت است. چرا روزه گرفتن همواره بخشی از ادیان مختلف است؟ این تلاشی در جهت رسیدن به خلوص درونی و توجه کردن به نیازهای درونی افراد است. افرادی که با خود و محیط اطرافشان در صلح به سر می‌برند، به احتمال خیلی کمتری بیمار می‌شوند.

**۲. تروما**[1]. تروما یک آسیب است. گاهی اوقات آسیب در جسم اتفاق می‌افتد و گاهی در سطح روانی و معنوی. اگر آسیبی در این سطح وجود دارد، باید به طور کامل شفا یابد، در غیر این صورت فرد آن گوهر ارزشمندی که خالقمان قصد خلقش را داشت، نمی‌شود. هر گونه فقدان، مشکل، کمبود، خلأ یا بیماری روانی ممکن است موجب وارد شدن آسیب به فرد شود و تا زمانی‌که این آسیب‌ها برطرف، درمان، یا کنترل نشود بر سلامت معنوی فرد تاثیر می‌گذارد. بنابراین، تا زمانی‌که فرد از شر تجارب تروماتیک رها نشود زندگی فرد آن‌گونه که باید متحول نمی‌شود.

**۳. انسداد**[2]. یاد بگیرید چگونه چاکراهای مغناطیسی[3] بدنتان را بگشایید. یاد بگیرید که وجودی الهی و مقدس، و مسیری برای عبور نیروهای روشنایی باشید. همه ما قادر به شفا یافتن، و هرکس قادر به شفای خویشتن و آموزش به دیگران برای شفای خودشان است. در واقع وقتی که خود را وقف کمک به دیگران می‌کنیم، به خودمان کمک بیشتری می‌شود. نیروی خفته درون خود را بیدار کنید. این مراکز انرژی می‌بایست با یکدیگر به تعادل رسیده و هیچ یک از آن‌ها نباید مسدود شود. اگر یکی از این مجراها، یا به عبارتی چاکراها، بسته شوند، انسداد در میدان مغناطیسی رخ می‌دهد و این بار فاحشی بر سلامت فیزیکی و روانی ما دارد. اگر به اندازه کافی نیروی زندگی جذب نکنید و خروجی زیادی داشته باشید، ضعیف خواهید شد.

**۴. کارما**[4]. بدهی‌های کارمیک همان کارهای ناتمام[5]، بدهی‌هایی به خودمان، خدا و دیگر انسان‌ها هستند. ما وجود خود را با احساس گناه نسبت به گذشته مسدود می‌کنیم. راه حل

1. trauma
2. congestion
3. Magnetic Chakras
4. karma
5. entities

این مسئله بخشش است، با بخشش بدهکارانمان می‌توانیم بدهی‌های‌مان را حل و فصل کنیم (ببخش تا بخشیده شوی). قوانین کارمیک، همان قوانین الهی هستند. دانش ناکافی بشر دربارهٔ خدا و شیوه‌هایی که خدا و قوانین خدا عمل می‌کنند، باعث می‌شود که بنشیند و منتظر سرنوشت شود. شما نمی‌توانید قوانین خدا را بشکنید، بلکه خود در مقابل این قوانین می‌شکنید. به طور ساده، کارما همان قانون علت و معلول و کنش و واکنش است؛ بدین معنا که هر کاری که در هر زمانی انجام می‌دهیم پیامدی در رخدادهای آینده خواهد داشت.

۵. **موجودیت‌ها**[1]. با اینکه ما در قرون وسطی زندگی نمی‌کنیم، و زمانهٔ ما زمانهٔ علم است و آنچه در آزمایشگاه‌ها در زیر میکروسکوپ قابل اثبات نباشد برای بسیاری از مردم وجود ندارد؛ با این‌حال زمان آن رسیده است که به پدیده‌هایی که وجود داشته ولی هنوز ناشناخته و غریب هستند، بپردازیم. البته، این پدیده‌ها آن‌چنان هم ناشناخته نیستند. موفقیت نیروهای تاریکی به ناامیدی ما از نیروهای روشنایی بازمی‌گردد؛ زمانی‌که افراد می‌گویند خدایی وجود ندارد یا خدا مرده است این زمانی است که شیاطین قدرت می‌گیرند و بر ما و دنیای‌مان مسلط می‌شوند.

۶. **هیجانات**[2]. یک بحران هیجانی تنها روان شما را تحت تأثیر قرار نمی‌دهد، بلکه سلامتی جسمانی شما را نیز به خطر می‌اندازد. تغییر در خلق می‌تواند واقعیت فیزیکی بدن را تغییر دهد. تحت فشار روحی و روانی مداوم دستگاه ایمنی از هم می‌پاشد و این به آمادگی بیشتر در برابر بیماری می‌انجامد. برای مثال، هیجان خشم می‌تواند سازگارانه و از لحاظ تکاملی با ارزش باشد و از فرد یا آنچه برای وی اهمیت دارد محافظت کند. اگر خشم به طور مناسب رها نشود تبدیل به غضب، خشونت، تخریب و خصومت می‌شود و مشکل و بیماری ایجاد می‌کند. ترس جنبه دیگری از هیجانات است. ترس نیز در عین اینکه می‌تواند فرد را از خطر دور نگه دارد، قادر است فرد را فلج کند؛ او را متوقف کرده و به اجتناب یا فرار وادارد.

۷. **ایمان**[3]. طبق یکی از روایات انجیل هنگامی که از مسیح پرسیده شد که چرا این مرد از کودکی نابیناست؟ آیا تقصیر والدینش است؟ آیا مقصر خودش است؟ (دلایل کارمیک) وی پاسخ داد هیچ یک؛ بلکه به این دلیل که معجزه من شناخته شود؛ و سپس چشمان مرد نابینا را لمس کرد و او بینا شد. ما واقعاً چقدر می‌دانیم؟ چقدر بر ما آشکار شده است؟ اگر

---

1. entities

2. entities

3. Faith

کودکی نابینا یا دچار نقص عضو یا هر مشکل یا اختلال دیگری دارید نـا امیـد نشـوید. شـاید کودکی ارزشمند به شما اعطا شده که از بهر مأموریتی بـه ایـن دنیـا آمـده اسـت. شـما یـاد می‌گیرید که صبور، از خود گذشته و مقاوم باشید. سهیم شدن یأس و امید را یاد می‌گیرید و هر روز به خداوند نزدیک‌تر می‌شوید. در سرتاسر *انجیل* و یا هر کتاب مقدس دیگری بر ایمان تأکید شده است. دین بدون ایمان تصورناپذیر است. ایمان ارتباط شما با جهان هستی اسـت، مسیری میان شما و پروردگار، اعتماد به نادیده‌ها.

ارتباط معنویت با حیطه‌های مختلف سلامت روان در پـژوهش‌هـای بسـیاری بررسـی شـده است. گروهی از این مطالعات رابطهٔ معنویت و سلامتی، برخی چگـونگی پیشـگیری معنویـت از بیماری‌های روانی را بررسی کرده‌اند، برخی دیگر به رابطهٔ بین معنویـت و بیمـاری‌هـای روانـی پرداخته‌اند. سایر پژوهش‌ها ارتباط بین سلامت معنوی و سلامت را روان در بیماری‌های جسمی بررسی کرده‌اند که به اختصار در ذیل به این موضوعات پرداخته می‌شود:

**رابطه میان معنویت، دین، و سلامتی:**

*کارولین یانگ*[1] (۱۹) در کتاب *معنویت، سلامت، و شفا*[2] به رویکردی یک‌پارچه در زمینهٔ رابطـهٔ معنویت و سلامت می‌پردازد.

در بسیاری از فرهنگ‌های دنیا معنویت و سلامت به طور نزدیکی با هم مرتبط‌اند. بکارگیری دین و معنویت در زمینه سلامتی و بیماری به ابتدای تاریخ انسان باز می‌گردد. درحالی که طب مدرن غربی به طور فزاینده‌ای بر جنبه‌های فیزیولوژیک بیماری و بکارگیری فناوری برای درمان تأکید می‌کند، بسیاری از ارائه‌دهندگان خدمات سلامت بر فرد کامل، که شامل بعد معنوی هـم می‌شود، تمرکز می‌کنند. ادبیات پزشکی، علوم اجتماعی، و روان‌شناختی، همگی از رابطهٔ مثبـت میان دین و معنویت و سلامتی حمایت می‌کنند. باورها و اعمال مذهبی، همچون نماز و نیایش، اعتماد (توکل) بر خدا یا نیروی برتر، سپردن مشکلات به دست خدا یا آن نیروی برتـر، حمایـت از جانب یک روحانی و گروه‌های مـذهبی بـرای سـلامت بیمـاران جسـمانی اهمیـت دوچنـدان یافته‌اند. این تأثیر به‌خصوص در سالمندان اهمیت بیشتری می‌یابد. بر طبق نظر اسکوکان و بادر (۲۰۰۰)، معنویت می‌تواند سه ارمغان برای فـرد بیمـار داشـته باشـد: امیـد، قـدرت، و حمایـت هیجانی، که در نتیجه افراد معنوی در هنگام مواجهه با بیماری نیز می‌توانند رضـایت از زنـدگی

1. Caroline Young

2. Spirituality, Health, and Healing

را تجربه کنند.

**یافته‌های پژوهشی**. در طول قرن بیستم بیش از ۱۲۰۰ مطالعه به بررسی رابطهٔ میان دین و سلامت پرداختند که اکثر آن‌ها به رابطه مثبت معناداری دست یافتند. بسیاری از این مطالعات با طراحی روش‌شناختی قوی‌تر و علمی‌تر در ابتدای قرن بیست و یک تکرار شده و به نتایج مشابهی دست یافتند (۲۰). تحقیقات انجام گرفته اغلب به رابطه میان دین با سلامت پرداخته‌اند، چرا که دین و شرکت در فعالیت‌های مذهبی قابلیت مشاهده و سنجش بیشتری نسبت به معنویت دارند. در مطالعات مشخص شده معنویت و دینداری با متغیرهای زیر در ارتباط‌اند:

کند شدن تخریب شناختی در سالمندان (۲۱) ؛ کاهش نیاز به استفاده از خدمات سلامت، ابتلای کمتر به بیماری‌های خفیف و بهبود کامل‌تر از این بیماری‌ها؛ سلامت جسمانی و روانی (۲۲ و ۲۳) ؛ احتمال کمتر ابتلا شدن به افسردگی (۲۴) ؛ کاهش نرخ خودکشی و نگرش‌های منفی بیشتر نسبت به آن؛ نیرومند کردن کارکرد دستگاه ایمنی بدن و تسهیل بهبود و جلوگیری از عفونت پس از عمل جراحی؛ افزایش به‌زیستی و هیجانات مثبت همچون لذت، امید و خوشبینی؛ تأثیر مثبت بر رژیم غذایی و فعالیت جنسی (۲۵) ؛ مقابله با مشکلات سلامت جسمانی و هیجانات مرتبط با عمل جراحی (۲۶) ؛ تغییر در ادراکات فرد درباره ناتوانی خود (۲۳) ؛ کاهش احتمال ابتلا به فشار خون؛ (۲۴ و ۲۷) رفتارهای مثبت و سلامت‌محور بیشتر (۲۸ و ۲۹) ؛ مقابله و سازگاری با شکست‌ها و مشکلات شخصی (۳۰) ؛ کاهش احتمال مصرف سیگار، الکل و موادمخدر (۲۴ و ۲۵) ؛ حل و فصل سریع‌تر و کامل‌تر سوگ پس از مرگ عزیزان (۳۱) ؛ زندگی طولانی‌تر، امیدواری بیشتر، افسردگی کمتر، سبک زندگی سالم‌تر، ازدواج‌های بلندمدت‌تر، و شبکه اجتماعی گسترده‌تر (۳۲ و ۳۳) ؛ کاهش احتمال بیماری قلبی- عروقی و سرطان (۳۴). همچنین، مشخص شده است که میان دینداری و معنویت و متغیرهای زیر نیز رابطه وجود دارد:

به‌زیستی در زنان دچار سرطان سینه (۳۵) ؛ بهبود از بیماری‌های حاد و عمل‌های جراحی و نیز سکته قلبی حاد (۲۶ و ۳۶) ؛ افزایش تاب‌آوری، به‌زیستی و توانایی مقابله با مشکلات زندگی در افراد مبتلا به HIV/AIDS (۲۲ و ۲۶) ؛ کاهش رفتارهای خطرساز HIV و روابط خارج زناشویی (۳۷) ؛ بهبودی فیزیکی کوتاه و بلندمدت در افراد مبتلا به آرتریت روماتوئید؛ افزایش توانایی مقابله با بیماری‌های مزمن شامل سیستیک فایبروزیس، دیابت، بیماری مزمن کلیوی، بیماری قلبی- عروقی، و آسیب نخاعی (۳۸) ؛ افزایش قدرت و امید در مراقبت‌های اواخر زندگی (۲۷).

در رویکردهای معاصر، عده‌ای معنویت را در حد مجموعه‌ای از توانایی‌های به هم مرتبط و یا نوعی هوش تلقی کرده‌اند. گروهی هم معنویت را جریان و رویکردی می‌دانند که به رضایت باطنی منتهی می‌شود. لیکن در آموزهٔ و حیانی، بدون در نظر گرفتن معنایی معقول، نمی‌توان از معنویت سخن گفت؛ چنین معنایی جز خداوند چیز دیگری نیست. سلامت معنوی دربردارندهٔ مؤلفه‌های شناختی، احساسی، رفتاری و پیامدی است. انسان معنوی برخوردار از اندیشه یا تعقل ویژه نسبت به خدا، انسان و خلقت و رابطهٔ متقابل آن‌ها است. تعقلی که پرده ظواهر را دریده و به حقیقت باطنی دست یافته است. همهٔ زندگی او جهت‌گیری الهی پیدا می‌کند. از حالات معنوی ویژه‌ای چون حب به خداوند، دگردوستی، توکل و شرح صدر برخوردار است. اضطراب که منشأ بسیاری از بیماری‌های روانی است در او به حداقل رسیده و از تعادل روانی، شادابی و سلامت روانی برخوردار می‌شود. این یافته، اگرچه برآمده از معنویت اسلامی است که کاملاً بر آموزه‌های وحیانی دین اسلام منطبق است، کاملاً همسو با نتایج جمع کثیری از منابع و پژوهش‌های غربی اشاره شده در این مقاله است که بین سلامت معنوی و سلامت روانی به رابطه‌ای مثبت قائل است است و به عکس.

شاخص‌های سلامت معنوی، تنها سنخی از رفتارها یا احساسات روان‌شناختی از قبیل رضایت باطنی و آرامش درونی نیست. بلکه سلامت معنوی معطوف به همه زندگی انسان معنوی می‌شود. عرضهٔ چنین تصویری از معنویت مبتنی بر معرفت‌شناسی، انسان‌شناسی و جهان‌شناسی قرآنی است. مفهوم سلامت و واژه‌های هم تراز آن، از مفاهیمی هستند که همواره انسان بدان توجه کرده و برای دست‌یابی به آن کوشیده است (۳۹) .

## معنویت و پیشگیری از بیماری‌ها

بسیاری از تحقیقاتی که رابطه بین معنویت و سلامت روان را بررسی می‌کنند بر آن‌اند تا سازوکارهایی را که به واسطهٔ آن‌ها این آثار بالقوه به وقوع می‌پیوندد، مطالعه کنند. این سازوکارها شامل موارد زیر هستند: سبک‌های مقابله‌ای، منبع کنترل، حمایت‌های اجتماعی و شبکه‌های اجتماعی، سازوکارهای فیزیولوژیکی و در نهایت محیط و معماری بناها. سبک مقابلهٔ مذهبی اشتراکی بیشترین ارتباط را با سلامت روان دارد. به همین ترتیب، به نسبت دادن رویدادهای منفی به علل بیرونی و نیز نسبت دادن رویدادهای مثبت به علل درونی اساساً تحت عنوان سبک اسناد خوش‌بینی توجه می‌شود و با سلامت روان بالاتر در ارتباط است. مانند سایر اشکال حمایت اجتماعی، حمایت معنوی و مذهبی نیز می‌تواند منبع ارزشمندی برای عزت نفس، اطلاعات، همیاری و کمک باشد، در این صورت این حمایت به افراد در مقابلهٔ با هیجات

روحی و رویدادهای ناخوشایند زندگی و اعمال بهترین رویه ممکن یاری می‌رساند (۴۰).

پین و همکاران (۱۹۹۱) پس از بررسی چندین مطالعه در زمینهٔ ارتباط مذهب و اختلالات روانی گزارش کردند که ارتباط مثبتی بین معنویت و متغیرهای خانوادگی، به‌زیستی و عزت نفس، سازگاری شخصی، رفتار اجتماعی، سوء مصرف مواد و الکل، بی‌بند و باری جنسی و خودکشی وجود دارد. اما شواهد اندکی در حمایت از تأثیر مذهب بر پیشگیری از بیماری‌های جدی بالینی مانند اختلالات دو قطبی، افسردگی اساسی، اسکیزوفرنیا، وسواس و اختلال پنیک یافتند (۴۱). شاید این بدین دلیل باشد که پاره‌ای از بیماری‌های جدی و عمیق روانی احتمالا بیشتر تحت تاثیر نارسایی‌های مغزی و نورولوژیک است تا عوامل دیگر. شواهد نشان دهندهٔ آن است که ایمان مذهبی نیز با نتایج مثبت سلامت روان مانند سطوح پایین‌تر افسردگی و خودکشی (۴۲) ، و سطوح بالاتر عزت نفس، رضایت از زندگی و سازگاری شخصی (۴۱) مرتبط است. همچنین، مطالعات در این زمینه نشان داده‌اند که بین مشارکت در اعمال عبادی و مراسم مذهبی و جستجوی آسایش معنوی، از یک سو، و اختلالات افسردگی و اضطرابی و افکار اقدام به خودکشی از سوی دیگر ن در افرادی که حداقل سالی یک بار از خدمات مذهبی بهره می‌برند احتمال اقدام به خودکشی کمتر است. همچنین، جستجوی آسایش معنوی در خط پایه با کاهش احتمال افکار خودکشی همراه بود. بنابراین، مشارکت مذهبی و جستجوی معنویت احتمالا می‌توانند عاملی در پیشگیری از اقدام به خودکشی باشند (۴۳).

واعظی و کجباف (۱۳۸۸) در پژوهشی توصیفی گزارش کردند کسانی که به اعتقادات و باورهای مذهبی در زندگی بیشتر عمل می‌کنند سلامت روانی بیشتری داشته‌اند و خاطر نشان می‌کنند که فطرت، عقل و قلب به‌خصوص قلب سلیم و نفس مطمئنه از مفاهیم بنیادی انسان‌شناسی در اسلام است که به موضوع سلامت روانی پرداخته است (۴۴).

در پژوهشی با هدف بررسی رابطهٔ ساده و چندگانه بین هویت دینی، سلامت روان و خوش‌بینی در دانشجویان ۱۸۶ نفر (۹۳ پسر و ۹۳ دختر) از طرح پژوهشی علی همبستگی یا پس رویدادی با استفاده از ابزارهای پرسشنامه هویت دینی کراسکیان موجمباری، پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ و پرسش‌نامه جهت‌گیری به زندگی شیرو کارور، مطالعه شدند. نتایج تحقیق نشان داد که بین هویت دینی و خوش‌بینی با سلامت روان رابطه معناداری وجود دارد. همچنین، نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه نشان داده است که هویت دینی بیشترین سهم را در تبیین و پیش‌بینی سلامت روان داشته است (۴۵).

**رضایت از زندگی و بهبود کیفیت آن**

کیفیت زندگی (QOL) به عنوان یک ساختار چندوجهی در نظر گرفته شده است که توانایی‌های شناختی و رفتاری یک فرد، به‌زیستی هیجانی و توانایی‌های مورد نیاز برای کارکردهای شخصی، حرفه‌ای و اجتماعی را در برمی‌گیرد (۴۶). سازمان بهداشت جهانی (WHO) کیفیت زندگی را به عنوان ادراک فرد از موقعیت خود در زندگی در بافت فرهنگی و نظام ارزش‌هایی که فرد در آن زندگی می‌کند و در ارتباط با اهداف، انتظارات، استانداردها و نگرانی‌هایش تعریف کرده است. مفهوم کیفیت زندگی دو جزء عینی و ذهنی دارد: جزء ذهنی به مفهوم «به‌زیستی»، «رضایت از زندگی» یا «شادکامی» اشاره دارد در حالی که جزء عینی آن بر جنبه‌های کارکرد اجتماعی و محیط متمرکز است. معنویت بیشتر با تجربهٔ مستقیم آگاهی بالاتر نهفته درون یک فرد سر و کار دارد. در سال‌های اخیر به طور روزافزونی شاهد این بوده‌ایم که تجارب مذهبی و معنوی فرد نیز در کیفیت زندگی سهم دارند (۴۷).

نتایج یک مطالعه بین فرهنگی در ۱۸ کشور جهان با نمونهٔ ۵۰۸۷ شرکت کننده، روی معنویت، دین، و عقاید شخصی[۳] (SRPB) به عنوان مؤلفه‌های کیفیت زندگی[۴] (QOL) نشان داد که SRPB همبستگی بالایی با تمام حیطه‌های QOL، به‌خصوص در حیطه‌های روان‌شناختی و اجتماعی و نیز کیفیت زندگی کلی فرد داشت؛ بنابراین، SRPB باید بیشتر در ارزیابی QOL وارد شود، چرا که می‌تواند تغییر قابل ملاحظه‌ای در QOL به‌خصوص در افراد بیمار و نیز آن‌هایی که در پایان عمر خود به‌سر می‌برند، موجب شود (۱۰).

حاجلو و جعفری (۱۳۹۳) در پژوهشی به منظور شناسایی ارتباط به‌زیستی معنوی و امید با رضایت از زندگی در سالمندان با روش توصیفی – همبستگی که در آن ۱۰۰ سالمند با روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شده بودند نشان دادند بین به‌زیستی مذهبی و امید؛ به‌زیستی مذهبی و رضایت از زندگی؛ به‌زیستی وجودی و امید؛ به‌زیستی وجودی و رضایت از زندگی و امید و رضایت از زندگی رابطه مثبت معنادار وجود دارد. همچنین، معلوم شد که رضایت از زندگی سالمندان توسط متغیرهای به‌زیستی معنوی و امید به‌خوبی قابل پیش‌بینی است. سهم این متغیرها در پیش بینی رضایت از زندگی سالمندان حتی با در نظر گرفتن جنسیت، سن، و تحصیلات آن‌ها، قابل توجه است (۴۸).

مؤمنی و شهبازی‌راد (۱۳۹۱) در پژوهشی با هدف تعیین رابطهٔ بین معنویت، تاب‌آوری و راهبردهای مقابله‌ای با کیفیت زندگی و توان پیش‌بینی این مفاهیم در کیفیت زندگی دانشجویان، ۳۷۵ نفر را با ابزارهای مقیاس تجربیات معنوی غباری، پرسشنامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون (CD-RISC)، مقیاس راهبردهای مقابله‌ای لازاروس و فولکمن (WOCQ) و

پرسشنامه کیفیت زندگی (SF-36) بررسی کردند. نتایج نشان داد که معنویت، تاب‌آوری و راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار ۳۸ درصد واریانس کیفیت زندگی را پیش‌بینی کرده است. بین تاب‌آوری، معنویت و راهبرد مقابله‌ای مسئله‌مدار با کیفیت زندگی رابطهٔ مثبت و بین راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار با کیفیت زندگی رابطهٔ منفی مشاهده شد (۴۹)

مشخص شده است که دین‌داری و مذهب با هیستری، روان‌رنجوری، هذیان‌های روانی مرتبط است. مطالعات اخیر نشان داده‌اند که مذهب می‌تواند به عنوان یک منبع روان‌شناختی و اجتماعی برای مقابله با فشارهای روحی و روانی در نظر گرفته شود (۵۰).

**اسکیزوفرنی**

در مطالعه‌ای به موضوع شباهت تجارب معنوی به نشانه‌های تجزیه‌ای یا روانپریشی پرداخته شده که ممکن است موجب تشخیص اشتباه در هر دو زمینه شود: برچسب اشتباه اختلال روانی بر تجربه معنوی یا از طرف دیگر در نظر گرفتن بیماری روانی به عنوان تجربهٔ معنوی. عدم پریشانی روان‌شناختی و آسیب در عملکرد اجتماعی - شغلی؛ فقدان هم آیندهای روانپزشکی؛ ظرفیت درک غیر طبیعی بودن تجربه و بینش؛ مطابقت با سنن معنوی؛ کنترل داشتن بر تجربه؛ و ارتقای رشد شخصی در طول زمان؛ ملاک‌های افتراقی در این زمینه هستند (۵۵).

در پژوهشی به منظور بررسی تغییرات در فراوانی و نشانه‌های مذهبی در یک نمونه از بیماران بستری در بخش روانپزشکی در مصر که مبتلا به نوعی بیماری روانی در طول سال‌ها ۱۹۷۵ تا سال ۱۹۹۶بودند، حضور یا غیبت علائم «مذهبی» مطالعه شدند. نوسانات قابل توجهی در تکرار علائم مذهبی در طول دورهٔ مطالعه گزارش شده است. تکرار علائم مذهبی در اواسط دهۀ ۱۹۷۰ تا اوایل دهۀ ۱۹۸۰ و همچنین در اوایل و اواسط دهه۱۹۹۰، نسبت به دیگر دوره‌های زمانی به اوج خود رسید. تجزیه و تحلیل بیشتر تغییرات در تکرار موضوع‌ها یا نشانه‌های مذهبی خاص نشان داد که رفتارهای مذهبی (مثلاً افزایش خواندن متون مذهبی، موعظه، و انواع دیگر بیان مذهبی آشکار)، الگوهای قابل توجه و پایداری از تغییر را نشان داد. این یافته‌ها در پرتو نوسان تأکیدات در مورد مذهب و وابستگی مذهبی در زندگی روزمره در مصر در طول دورهٔ مطالعه تفسیر می‌شود. در حالی که تکرار کلی موضوعات توهم مذهبی در مصر به تغییرات اجتماعی در طول زمان حساس است، محتوای خاص این توهمات پایدار باقی می‌ماند. از سوی دیگر، اهمیت نسبی سبک رفتاری بیان مذهبی پاتولوژیک با تغییر الگوهای تاکید مذهبی در جامعهٔ مصر به شدت تحت تاثیر قرار می‌گیرد (۵۶).

**اضطراب**

گلاس (۲۰۰۷) بیان می‌کند که پس از پایان قرن ۱۹، فلاسفه، دانشمندان علوم اجتماعی و آسیب‌شناسان روانی اضطراب را با تحول فرهنگی و معنوی که به هنگام تبدیل ترتیبات اجتماعی فئودال به جامعه مدرن با فردگرایی و ناامنی فراگیر آن، اتفاق افتاد، مرتبط می‌دانند (۵۷).

باورها و رفتارهای معنوی/مذهبی نقش مهمی در دورهٔ اواخر نوجوانی دارد که در طی آن جوانان برای رسیدن به یک دیدگاه یک‌پارچه از خود، از جمله الگوی شخصی باورها، اهداف، و انگیزه تلاش می‌کنند. ساختار معنوی/مذهبی دستخوش تغییرات سریع و گسترده در جوانان می‌شود که غالباً به بخشی حیاتی از تلاش‌های فرد برای یافتن معنا در زندگی تبدیل می‌شود (۵۸).

در مطالعهٔ دیگری که ارتباط بین سلامت معنوی و اضطراب در نوجوانان در معرض خطر با استفاده از پرسشنامه اضطراب حالت-صفت، مقیاس به‌زیستی معنوی، مقیاس جهت‌گیری مذهبی تجدید نظر شده آلپورت-راس و مقیاس مقررات اجتماعی انجام شد، مشخص گردید که سطوح بالاتر به‌زیستی معنوی، به‌زیستی وجودی، به‌زیستی مذهبی و جهت‌گیری مذهبی درونی در میان مردان با اضطراب کمتر مرتبط بود. در میان زنان فقط به‌زیستی وجودی با اضطراب کمتر ارتباط داشت (۵۹).

در مطالعه‌ای به منظور بررسی ارتباط بین مذهب، معنویت و اضطراب در میان زنان باردار مشخص شد که به طور کلی مذهب یا معنویت و حمایت اجتماعی به طور معناداری با احتمال پایین‌تر اضطراب مرتبط بود. همچنین میزان خود - نمره‌دهی به مذهب و معنویت و مشارکت در فعالیت‌های مذهبی سازماندهی نشده با احتمال پایین‌تر اضطراب به طور معناداری ارتباط داشت. بنابراین مذهب و معنویت با اضطراب کمتر در زنان باردار مرتبط است (۶۰).

در مطالعه‌ای در کره روی ۲۱۰ پرستار بیمارستان تخصصی سرطان در سئول، مشخص شد که سطوح معنویت با فرسودگی شغلی ناشی از اضطراب مرگ ارتباط منفی داشت و اضطراب مرگ با فرسودگی شغلی مرتبط بود. پرستارانی که سطوح بالاتری از معنویت داشتند، سطح تحصیلات بالاتر و تجربه آموزش معنوی – باور به وجود خدا- نیز داشتند. در مقابل، اضطراب مرگ و فرسودگی شغلی در بین پرستارانی که آموزش معنوی کمتری داشتند، آتئیست بودند و آن‌هایی که معتقد بودند مذهب تأثیر کمی در زندگی دارد، بالاتر بود. برای پرستارانی که مراقبت از بیماران سرطانی را بر عهده دارند، فراهم کردن مداخلات معنوی برای گسترش معنویت‌شان، کاهش اضطراب مرگ و پیشگیری از فرسودگی شغلی برای آنان، ضروری است (۶۱).

راسموسن و جانسون در مطالعه‌ای برای ارزیابی نسبی معنویت و دینداری به سطوح اضطراب مرگ، ۱۳۴ زن و هفتاد و چهار مرد دانشجوی مقطع کارشناسی را با مقیاس اضطراب مرگ تمپلر (TDAS) و مقیاس به‌زیستی معنوی (SWBS) بررسی کردند. نتایج نشان داد که معنویت یک رابطه معنادار منفی با اضطراب مرگ، برای مثال با توجه به درجه قطعیت درمورد زندگی پس از مرگ داشت. هر چه سطوح بالاتر رضایت از زندگی، و احساس داشتن هدف در زندگی افزایش یابد، سطوح اضطراب مرگ کاهش پیدا می‌کند. در این مطالعه هیچ ارتباط معناداری بین مذهب و اضطراب مرگ مشاهده نشد (۶۲).

در مطالعه‌ای به منظور بررسی ارتباط بین قدردانی، متغیرهای معنویت/مذهب، اضطراب و افسردگی پس از تروما و فقدان در میان گروه‌های با چندین مذهب، میزان قدردانی، مذهبی بودن، اعمال مذهبی، و باورهای مرکزی مثبت در مورد خدا (اعتماد به خدا) در کنار میزان اضطراب و افسردگی ۱۲۰ نفر مسیحی و ۲۳۴ یهودی ، ارزیابی شد. نتایج نشان داد که قدردانی و معنویت، عوامل محافظتی در برابر اضطراب و افسردگی هستند (۶۳).

**سوء مصرف مواد و الکل**

هاج و همکاران (۲۰۰۱) گزارش کردند که شواهد نیرومندی مبنی بر نقش معنویت و دینداری در کاهش خطر مشکلات مرتبط با الکل و مواد و نیز وابستگی به آن‌ها داشته است. به عقیده آن‌ها معنویت می‌تواند خود - طردی و انحرافات را با پرورش یک خودپنداره مثبت و تأمین معیارهای شخصی که از مصرف مواد جلوگیری می‌کنند، خنثی سازد (۶۴). فرهنگ و معنویت هر دو به عنوان عوامل محافظ در پیشگیری از اعتیاد و همچنین کمک کننده به روند بهبود آن، شناخته شده‌اند. راهبردهای مقابله‌ای فرهنگی- معنوی فرایندی از ارزیابی، تغییر و ارتباط هستند که فرد را به سوی دستیابی به یک ساختار اصلی، حس انسجام، هدایت می‌کنند که به پیشگیری از سوء مصرف مواد و الکل کمک می‌کند (۶۵). سیگار کشیدن و شراب‌خواری با نمرات معنویت همبستگی منفی دارد، هرچه نمرات معنویت افزایش یابد، مصرف الکل و تنباکو کاهش می‌یابد. بنابراین، معنویت می‌تواند با کاهش مصرف مواد مرتبط باشد (۶۶). نتایج پژوهش سوکوال و سومان[1] (۲۰۱۳) روی ۲۳۶ دانشجوی دختر و پسر ۲۱-۱۸ ساله نشان داد که معنویت و دینداری بیشتر، در هر دو مؤلفه دینداری – هشیاری نسبت به خدا و آیین‌های رسمی – با پذیرش پایین‌تری نسبت به نوشیدن الکل و الکلیسم ارتباط داشت؛ بنابراین،

1. Sukhwal & Suman

مداخلات معنوی و ارتقا دینداری راهبردهای مؤثری در این زمینه محسوب می‌شوند (۶۷). یافته‌های کنونی نشان می‌دهند که مشارکت معنوی/مذهبی می‌تواند عامل محافظ مهمی در پیشگیری از سوء مصرف مواد و الکل باشد. افرادی که در حال حاضر از سوء مصرف مواد و الکل رنج می‌برند، مشارکت مذهبی و تعاملات معنوی پایینی دارند (۶۸).

## نوجوانی

نتایج فراتحلیل ۷۵ مطالعه انجام شده روی ۶۶۲۷۳ نوجوان و جوان در زمینه رابطه میان معنویت و دینداری[۲] (S/R) با پیامدهای روانشناختی که توسط یونکر[۳]، همکاران (۲۰۱۲) انجام شد، اندازه اثر معناداری برای S/R بر پیامدهای زیر نشان داد: رفتار پرخطر (۰/۱۷-)، افسردگی (۰/۱۱-)، به‌زیستی (۰/۱۶)، عزت نفس (۰/۱۱)، و مقیاس‌های شخصیتی وجدان (۰/۱۹)، توافق (۰/۱۸)، گشودگی (۰/۱۴). به طور کلی نتایج نشان داد که S/R تأثیر مثبتی بر پیامدهای روانشناختی در این گروه داشت (۶۹).

کاتن[۵] و همکاران(۲۰۰۶) در مرور روش‌مند در زمینه دینداری/معنویت و پیامدهای سلامت نوجوانان که به جای متغیرهایی چون شرکت در مراسم مذهبی، فراوانی دعا، نیایش و عبادت، و دینداری خودگزارشی، به متغیرهایی مانند معنا، صلح، حمایت و مقابله دینی پرداخته بود، مشخص کردند که بیشترین مطالعات متعلق به سازه‌هایی است همچون مقابله معنوی و تصمیم‌گیری دینی با پیامدهای سلامتی ارتباط مثبتی دارند (۷۰).

## رابطهٔ معنویت و بیماری‌های روانی

در پژوهشی داخلی با عنوان اثربخشی معنویت‌درمانی بر سلامت روان زنان مطلقه، یافته‌های پژوهش روی ۳۰ شرکت‌کننده نشان داد که معنویت‌درمانی بر سلامت عمومی این گروه تأثیر گذاشته و باعث کاهش علائم جسمانی، اضطراب و اختلال خواب شده است؛ در حالی که بر اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی تأثیری نداشته است (۷۱).

## افسردگی

مطالعات نشان می‌دهند که معنویت و دین‌داری با کاهش نرخ بیماری‌های روانی مرتبط هستند. برای مثال، سوت‌ویک و همکاران در یک مطالعهٔ مروری که به بررسی عوامل نروبیولوژیکی و روان‌شناختی مرتبط با افسردگی ناشی از هیجانات به تأثیر هیجان‌های مثبت، خوش‌بینی، شوخ‌طبعی، دین‌داری/معنویت، نوع دوستی و... اشاره کرده و خاطر نشان کردند رویکردهای

اجتماعی، معنوی و نوروبیولوژیک به افزایش انعطاف‌پذیری نسبت بـه تحمـل فشـارهای روحـی کمک کرده و احتمال ابتلا به افسردگی ناشی از هیجانات را کـاهش مـی‌دهـد (۵۱). همچنـین، برخی از مطالعات نرخ پایین‌تر خودکشی در جوامع مـذهبی را نشـان داده‌انـد. در پژوهشـی بـه منظور بررسـی ارتبـاط بـین مـذهب، معنویـت و رفتارهـای خودکشـی‌گرایانـه و ارتبـاط آن بـا حمایت‌های اجتماعی مشخص شد که مشارکت مذهبی با کاهش اقدام به خودکشی در جمعیت عمومی و در افراد مبتلا به بیماری‌های روانی مستقل از آثـار حمایـت اجتمـاعی مـرتبط اسـت (۵۲).

تأثیر مذهب بر کاهش نشانه‌های افسردگی می‌تواند به وسیله کاهش آسیب‌پذیری نسبت به نشانه‌های افسردگی از طریق سازوکارهای روانی اجتماعی باشد، از جملـه: مصـرف مـواد کمتـر، حمایت اجتماعی، ارزیابی رخدادهای زندگی، کنار آمدن با فشارهای روحی (۵۳). همچنـین، در پژوهشی که به منظور بررسی میزان اهمیت معنویت درونی در جنبه‌هـای مختلـف مراقبـت در افسردگی بـر روی ۷۶ نفـر انجـام شـد، مشـخص گردیـد کـه بیمـاران افریقـایی - امریکـایی و سفیدپوست اهمیت تمام جنبه‌های مراقبت در افسردگی را مشابه به هم در نظر گرفتند و تنهـا معنویت بود که در مقایسه با سایر عوامل درمانی نقشی موثر وتفاوت معنادار داشت ؛ افریقـایی- امریکایی‌تباران تاثیرآن را در مقابل سایر عوامل درمانی سه برابر مهم‌تر دانسـتند. ایـن پـژوهش مشارکت مذهبی در افریقایی- امریکایی‌تباران را با به‌زیستی روان‌شناختی مرتبط مـی‌کنـد کـه نشان می‌دهد، نماز و نیایش شیوه مهم و معناداری در کنار آمدن بـا مشـکلات شخصـی شـدید است. این معنویت درونی و شخصی بیانگر راهبردهای مقابله فعـال بـا نشـانه‌هـای افسـردگی از قبیل احساس گناه و نا امیدی است (۵۴).

بیشتر تحقیقات ارتباط معکوسی بین مذهب و افسردگی نشان داده‌اند. در مطالعهٔ اسمیت و پل با متاآنالیز ۱۴۷ مطالعه شامل ۹۸۹۷۵ آزمودنی، نشان داده شد که همبستگی بین مـذهبی بودن و نشانه‌های افسردگی ۰٫۰۹۶- بود که نشان دهندهٔ این اسـت دینـداری بیشـتر بـه طـور متوسط با نشانه‌های کمتر افسردگی است. ارتباط بین مذهبی بودن-افسردگی در مطالعـاتی بـا آزمودنی‌هایی که به علت رویدادهای اخیر زندگی تحت فشـارهای روحـی بودنـد، قـوی‌تـر بـود. جهت‌گیری مذهبی بیرونی و راهبردهای مـذهبی منفـی (مثـل اجتنـاب از مشـکلات از طریـق فعالیت‌های مذهبی، سرزنش خدا به دلیل مشکلات) با سطوح بالاتر نشانه‌های افسردگی ارتبـاط داشت، که با تمام یافته‌های مرتبط با مذهب و افسردگی مغایرت دارد (۵۳).

کیم در مطالعه‌ای روی ۲۳۲ بیمار سـرپایی مبـتلا بـه اخـتلالات افسـردگی کـه نـرخ پایـه نشانه‌های روان‌شناختی، تعصب مذهبی و معنویت آن‌ها اندازه‌گیری شـده بـود، آنالیزهـای یـک

راهه نشان دادند که پاسخ درمانی با وضعیت تأهل، مدت طولانی‌تر درمان، علائم کمتر در خط پایه، اهمیت شخصی بیشتر برای مذهب و معنویت بیشتر در ارتباط بود. در آنالیز رگرسیون لجستیک، اهمیت درونی برای مذهب و معنویت به طور معناداری با پاسخ‌درمانی بعد از کنترل وضعیت تأهل، طول مدت درمان و شدت نشانه‌ها در خط پایه مرتبط بود (۷۲).

دو[1] و همکاران در یک مطالعهٔ آیندنگر روی دین‌داری/ معنویت و نشانه‌های افسردگی در بیماران روانپزشکی نوجوان، نتایج پژوهش روی ۱۴۵ شرکت‌کننده در سنین ۱۲-۱۸ سال نشان داد که چندین جنبه دینداری/معنویت به طور مقطعی با نشانه‌های افسردگی در این گروه رابطه دارند؛ همچنین، عدم ایمان ممکن است شاخصی از پیش‌آگهی منفی در میان نوجوانان افسرده باشد (۷۳). همچنین، کونیگ و همکاران در مطالعه روی ۹۴ بیمار مبتلا به بیماری‌های جسمی بالای ۶۰ سال که همچنین مبتلا به افسردگی بودند، ۴ پیگیری ۱۲ هفته‌ای پس از ترخیص (۴۷ هفته) نشان داد که دینداری درونی به‌طور معناداری با زمان بهبود مرتبط بود، اما با حضور در کلیسا و فعالیت‌های مذهبی مرتبط نبودند. بیماران افسرده با دینداری درونی بهبود سریع‌تری داشتند (۲۴).

افسردگی بر مذهب تأثیر می‌گذارد زیرا افرادی که سطوح بالاتر نشانه‌های افسردگی را تجربه می‌کنند ممکن است دچار فقدان لذت در مشارکت مذهبی شوند که به مرور زمان موجب کاهش اشتغال با ایمان مذهبی فردی و عمومی آنان می‌شود. همچنین، با توجه به اینکه نشانه‌های افراد افسرده شامل کمبود انرژی و ناتوانی جسمی است، افرادی که سابقاً مذهبی بوده‌اند ممکن است نتوانند مسائل مذهبی را پیگیری کنند (۵۳).

**اسکیزوفرنی.** کمپتون و فورمن (۲۰۰۵) در پژوهشی به منظور بررسی همبستگی بین شدت آسیب‌شناسی روانی و به‌زیستی معنوی، بیماران مبتلا به اختلال اسکیزوفرنی دورهٔ اول ۱۸ بیمار افریقایی امریکایی بستری در بیمارستان را مطالعه کردند. نتایج نشان داد که شدت علائم منفی با به‌زیستی معنوی به طور معکوس در ارتباط بود (۷۴).

در یک مطالعهٔ تجربی، ۴۵ دانش‌آموز دارای سطوح بالای اضطراب به مدت ۸ هفته در شناخت درمانگری مذهبی شرکت کردند. جلسه هفته‌ای یک‌بار تشکیل شد و گروه مراقب هیچ درمانی دریافت نکرد. مقیاس اضطراب کتل به‌عنوان پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به‌کار برده شد. تحلیل داده‌ها نشان داد که میانگین نمرات اضطراب در گروه‌های آزمایشی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری به طور معناداری پایین‌تر از گروه مراقب بود (۷۵).

1. Dew

همچنین، در مطالعه دیگری مشخص شد که معنویت اثر تعدیل‌کنندهٔ معناداری بر افسردگی و اضطراب می‌گذارد (۷۶).

در مطالعات دیگری رابطهٔ سوء مصرف مواد و الکل از یک سو و معنویت از سوی دیگر بررسی شد که تاثیر معنویت در بهبود این بیماری را به طور معناداری نشان داد (۸۵ـ۹۰).

## بحث و نتیجه‌گیری

با نگاه اجمالی به رشد روزافزون پژوهش در حیطهٔ معنویت و دین‌داری، نقش بسزای این مؤلفه‌ها در حیطه‌های مختلف سلامت نسبت به گذشته پررنگ‌تر و برای متخصصان روشن‌تر گشته است. به طور کلی، در حوزهٔ سلامت روان معنویت و دین‌داری ارتباطی مثبت با متغیرهای خانوادگی، بهزیستی، عزت نفس، سازگاری شخصی، رفتار اجتماعی، خوش‌بینی افراد، هیجانات مثبت، ارتباطات اجتماعی سالم و حتی سلامت روان گروه‌های خاصی مانند افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن و زنان مطلقه وجود دارد. همچنین، تجارب معنوی و مذهبی در کیفیت زندگی از طریق افزایش میزان امید، رضایت از زندگی، شادکامی افراد مؤثرند و این مؤلفه‌ها میزان تاب‌آوری افراد و راهبردهای مقابله‌ای سازگارانه آن‌ها را افزایش می‌دهند. معنویت و دین‌داری با سطوح پایین‌تر خودکشی و با نرخ پایین‌تر مرگ و میر ناشی از بیماری‌های قلبی عروقی مرتبط هستند.

در رابطه با افسردگی، معنویت و دین‌داری با شدت و میزان نشانه‌های خط پایهٔ کمتر، پاسخ بهتر و سریع‌تر به دارودرمانی، طول مدت کوتاه‌تر درمان در ارتباط هستند. همچنین، ایمان به معنویت نداشتن شاخص پیش‌آگهی منفی در نوجوانان است. مداخلات درمانی همراه با معنویت به کاهش افسردگی کمک می‌کنند.

در اسکیزفرنی، شدت علائم منفی با به‌زیستی معنوی ارتباط معکوس دارند. معنویت و دین‌داری انزوای اجتماعی و خطر خودکشی را کاهش و پایبندی به درمان را افزایش می‌دهد.

شناخت درمانی مذهبی بر سطوح بالای اضطراب همسو با درمان شناختی رفتاری مؤثر است. همچنین، معنویت و دین‌داری بر تشکیل یک هویت یکپارچه در نوجوانی و کاهش استرس در این دوره رشدی تأثیر گذارند.

با توجه به پژوهش‌های انجام شده، ریشهٔ اولیهٔ افزایش علاقه‌مندی گسترده به استفاده از معنویت و مذهب در گروه‌های حمایتی به عنوان یک وسیله برای درمان اختلالات اعتیادی باز

می‌گردد (مثل AA[1] و NA[2]). در مجموع، معنویت و اهمیت مذهبی می‌تواند در درمان اختلالات سوء مصرف مواد مؤثر باشد، زیرا این مؤلفه‌ها، افراد در دورهٔ ترک را به گرایش‌های خوش‌بینانه در زندگی، حمایت اجتماعی بیشتر و قدرتمند شدن در برابر فشارهای روحی و احساسات منفی مجهز می‌کنند. همچنین، دین‌داری و معنویت در پیشگیری از سوء مصرف مواد و الکل و داشتن هدف در زندگی افراد وابسته به مواد و الکل و در کاهش تعداد جلسات الکلی‌های گمنام تأثیر گذارند. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که افراد مبتلا به سوء مصرف مواد و الکل تمایل دارند که معنویت به درمان آن‌ها اضافه شود. معنویت و دین‌داری در حیطهٔ درمان و ترک مواد و الکل با افزایش اطاعت درمانی، باقی ماندن در درمان، کاهش مصرف مواد و علائم جسمانی ترک مرتبط است.

در دو دههٔ اخیر، تحقیقات گسترده ای رابطهٔ بین مذهب، معنویت، و مقابله با فشارهای روحی را نشان داده‌اند. به طورکلی، نتایج آثار مثبت عوامل معنوی و مذهبی در سبک‌ها و راهبردهای مقابله‌ای، به‌زیستی، عزت نفس، گشودگی به تجربه و جز این‌ها را نشان می‌دهند.

معنویت کیفیتی از ابعاد زندگی است، به‌خصوص در افراد مبتلا به بیماری مزمن و یا لاعلاج. مداخلات معنوی و معنویت‌درمانی در کاهش اضطراب، افسردگی و پریشانی افراد مبتلا به سرطان نقش دارد.

با توجه به مطالعاتی که نشان دهندهٔ توفیق نداشتن برخی درمان‌های روان‌شناختی و نتایج روزافزون تأثیرات معنویت و دین‌داری در بهبود سلامت روان هستند، اهمیت به نیازهای معنوی بشر برای پژوهشگران و درمانگران بیشتر شده است.

از سوی دیگر، سلامت مذهبی و سلامت معنوی در اسلام مترادف یکدیگر شناخته شده‌اند وتنگاتنگ با سلامت روان بلکه به لحاظ ماهوی آمیخته در سلامت روان عمل می‌کند که سازمان شخصیت فرد را شکل می‌دهند و در این زمینه به شواهد، آیات و احادیث که از این موضوع حمایت می‌کنند اشاره می‌شود.

(وَنُنَزِّلُ مِنَ الْقُرْآنِ مَا هُوَ شِفَاءٌ وَرَحْمَةٌ لِلْمُؤْمِنِينَ ۙ وَلَا يَزِيدُ الظَّالِمِينَ إِلَّا خَسَارًا) (اسراء: ۸۲)

(الَّذِينَ آمَنُوا وَتَطْمَئِنُّ قُلُوبُهُمْ بِذِكْرِ اللَّهِ ۗ أَلَا بِذِكْرِ اللَّهِ تَطْمَئِنُّ الْقُلُوبُ) (رعد: ۲۸)

بنابراین، یکی از مهم‌ترین گام‌ها به سوی سلامت نفس و بهبودی از بیماری‌های روحی و روانی انسان ورسیدن به آرامش و اطمینان درونی، یاد خداوند است. همچنین یکی از راه‌های

1. Alcoholics Anonymous

2. Narcotics Anonymous

درمان غفلت و حرکت در مسیر سازندگی و شکوفایی استعدادهای انسانی، «ذکر» است.

در یک نگاه کلی با استناد به آیات قرآن و احادیث موانع رشد و سلامت معنوی در اسلام و ارتباط آن با بیماری‌های روانی به طور کامل و جامع مورد بررسی دقیق قرار گرفته است و جملگی شواهد بر این واقعیت تأکید دارند، در صورتی‌که افراد رهنمودهای دینی را به طور صحیح در زندگی خود به کار گیرند از حیات سالم و بیماری روانی کمتر و شادابی و توازن و تعادل روانی بیشتر در زندگی برخوردار خواهند بود.

## منابع:


۱. حبیب‌وند ع. رابطه جهت‌گیری مذهبی با اختلالات روانی و پیشرفت تحصیلی. روانشناسی و دین. ۱۳۸۷;۱(۳):۷۹-۱۰۷.

2. Spilka B, Hood RW, Hunsberger B, Gorsuch R. The psychology of religion: An empirical approach: Guilford Press; 2003.
3. Aten JD, Schenck JE. Reflections on religion and health research: An interview with Dr. Harold G. Koenig. J Relig Health. 2007;46(2):183-90.
4. Aten JD, Worthington EL. Next steps for clinicians in religious and spiritual therapy: An endpiece. J ClinPsychol. 2009;65(2):224-9.
5. Kézdy A, Martos T, Boland V, Horváth-Szabó K. Religious doubts and mental health in adolescence and young adulthood: The association with religious attitudes. J Adolesc. 2011;34(1):39-47.
6. Ellison CG LJ. The religion-health connection: evidence, theory, and future directions. Health Educ Behav. 1998;25.

۷. شریفی‌نیا م. ارزیابی تاثیر درمان یک‌پارچه توحیدی در کاهش مصرف موادمخدر و رفتارهای پر خطر زندانیان زندان مرکزی قم: دانشگاه تربیت مدرس ; ۱۳۸۷.

۸. فردریکسون ب. ترجمه موسوی ه. چگونه معنویت به سلامت و به‌زیستی ما کمک می‌کند؟ آیا هیجانات مثبت عناصر فعالان هستند؟ روان‌شناسی و دین. ۱۹۹۴;۱(۳):۷۹-۱۰۷.

9. Zinnbauer BJ, Pargament, K.I., Scott, A.B. The emerging meanings of religiousness and spirituality: problems and prospects. J Pers. 1999;67:889–919.
10. Moreira-Almeida A, Koenig HG. Retaining the meaning of the words religiousness and spirituality: A commentary on the WHOQOL SRPB group's “A cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life”Soc Sci Med. 2006;63(4):843-5.
11. Hackney CH, Sanders GS. Religiosity and mental health: A meta–analysis of recent studies.JSSR. 2003;42(1):43-55.
12. Hills P, Francis LJ, Argyle M, Jackson CJ. Primarypersonality trait correlates of religious practice and orientation. Pers Individ Dif. 2004;36(1):61-73.
13. Koenig HG. Religion, spirituality, and medicine: research findings and implications for clinical practice. South Med J. 2004;97(12):1194-200.

14. O'Connor AP, Wicker CA, Germino BB. Understanding the cancer patient's search for meaning. Cancer Nurs. 1990;13(3):167-75.
15. Johnson SC, Spilka B. Coping with breast cancer: The roles of clergy and faith. J Relig Health. 1991;30(1):21-33.
۱۶. الهامی نیا ع. معنویت اسلامی، چیستی، چرایی و چگونگی. قم: پژوهشکده تحقیقات اسلامی; ۱۳۹۰.
۱۷. قرآن کریم.
18. Hanna K. The Seven Spiritual Causes of Ill Health: Kroeger Herb; 1988.
19. Young C, Koopsen C. Spirituality, health, and healing: An integrative approach: Jones & Bartlett Publishers; 2010.
20. Koenig HG. Spirituality in patient care: Why, how, when, and what: Templeton Foundation Press; 2013.
21. Hill TD, Burdette AM, Angel JL, Angel RJ. Religious attendance and cognitive functioning among older Mexican Americans.J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 2006;61(1):P3-P9.
22. Koenig HG, George LK, Peterson BL, Pieper CF. Depression in Medically Ill Hospitalized Older Adults: Prevalence, Characteristics, and Course of Symptoms According to Six Diagnostic. Am J Psychiatry. 1997;154(10):1376-83.
23. George LK, Larson DB, Koenig HG, McCullough ME. Spirituality and health: What we know, what we need to know. J Soc Clin Psychol. 2000;19(1):102-16.
24. Koenig HG, George LK, Peterson BL. Religiosity and remission of depression in medically ill older patients. Am J Psychiatry. 1998.
25. Koenig HG. Religion and depression in older medical inpatients. The American journal of geriatric psychiatry. 2007;15(4):282-91.
26. Boudreaux ED, O'Hea E, Chasuk R. Spiritual role in healing: An alternative way of thinking. Prim Care. 2002;29(2):439-54.
27. Mueller PS, Plevak DJ, Rummans TA, editors. Religious involvement, spirituality, and medicine: implications for clinical practice .Mayo Clin Proc; 2001: Elsevier.
28. Levin JS, Markides KS, Ray LA. Religious attendance and psychological well-being in Mexican Americans: A panel analysis of three-generations data. The Gerontologist. 1996;36(4):454-63.
29. Koenig HG. Religion and mental health: what should psychiatrists do? The Psychiatrist. 2008;32(6):201-3.
30. Koenig HG. Religion, spirituality, and medicine: Application to clinical practice. JAMA. 2000;284(13):1708.-
31. Walsh K, King M, Jones L, Tookman A, Blizard R. Spiritual beliefs may affect outcome of bereavement: prospective study. BMJ. 2002;324(7353):1551.
32. Larson DB, Koenig HG. Is God good for your health? the role of spirituality in medical care. Cleve Clin J Med. 2000;67(2):80, 3-4.
33. Westlake C, Dracup K. Role of spirituality in adjustment of patients with advanced heart failure. Prog Cardiovasc Nurs. 2001;16(3):119-25.
34. Mull CS, Cox CL, Sullivan JA. Religion's Role in the Health and Well- being of Well Elders. Public Health Nurs. 1987;4(3):151-9.
35. Mickley JR ,Soeken K, Belcher A. Spiritual well- being, religiousness and hope among women with breast cancer. Image: The Journal of Nursing Scholarship. 1992;24(4):267-72.
36. Walton J. Spirituality of patients recovering from an acute myocardial infarction a grounded theory study. J Holist Nurs. 1999;17(1):34-53.
37. Trinitapoli J, Regnerus MD. Religion and HIV Risk Behaviors Among Married Men: Initial Results from a Study in Rural Sub- Saharan Africa. JSSR. 2006;45(4):505-28.
38. Matthews DA. Prayer and spirituality. Rheumatic disease clinics of North America. 2000;26(1):177-87.

۳۹. فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران. جستاری در سلامت معنوی: مجموعه مقاله‌های همایش مقدمه‌ای برسلامت معنوی. تهران: فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران; ۱۳۸۹.

۴۰. ساعدا, روشنر. «مکانیزم‌های اثر معنویت بر سلامت روان». تازه‌های روان درمانی. ۱۳۸۷;۱(۱۳):۴۹-۶۸. fa.

41. Payne IR, Bergin AE, Bielema KA, Jenkins PH. Review of religion and mental health: Prevention and the enhancement of psychosocial functioning. Prev Hum Serv.۴۰-۱۱:(۲)۹;۱۹۹۱ .
42. Donahue MJ, Benson PL. Religion and the well- being of adolescents. Journal of social issues. 1995;51(2):145-60.
43. Rasic D, Robinson JA, Bolton J, Bienvenu OJ, Sareen J. Longitudinal relationships of religious worship attendance andspirituality with major depression, anxiety disorders, and suicidal ideation and attempts: Findings from the Baltimore epidemiologic catchment area study. J Psychiatr Res. 2011;45(6):848-54.

۴۴. و اعظیم, کج بافم. دین ورزی و سلامت روانی. تازه‌های روان درمانی. ۱۳۸۸;۱(۱۵):۲۹-۵۵. fa.

۴۵. حمیدن, گلستانی پورم, کریم نژادف. رابطه ساده و چندگانه هویت دینی، سلامت روان و خوشبینی. روان شناسی و دین. ۱۳۹۲;۱(۶):۷۹-۹۳. fa.

46. Saxena S, Orley, J. Quality of life assessment: the world health organization perspective .Eur Psychiatry. 1997;12(3): 263S–6S.
47. Bigelow AB, McFarland, B.H., Olson, M.M. Quality of life of community mental health program clients: validating a measure. Community Ment Health J. 1991;27:43–56.

۴۸. اجلون, جعفریع. رابطه بین بهزیستی معنوی و امید با رضایت از زندگی در سالمندان. روانشناسی و دین. ۱۳۹۳;۴(۷):۷۹-۹۰. fa.

۴۹. مؤمنی خ, شهبازی‌رادا. رابطه معنویت، تاب آوری و راهبردهای مقابله‌ای با کیفیت زندگی دانشجویان. علوم رفتاری. ۱۳۹۱;۲(۶):۹۷-۱۰۴. fa.

50. Koenig HG. Research on religion, spirituality ,and mental health: A review. The Canadian Journal of Psychiatry. 2009;54(5):283-91.
51. Southwick SM, Vythilingam M, Charney DS. The psychobiology of depression and resilience to stress: implications for prevention and treatment*. Annu Rev Clin Psychol. 2.۹۱-۱:۲۵۵;۰۰۵
52. Rasic DT, Belik S-L, Elias B, Katz LY, Enns M, Sareen J, et al. Spirituality, religion and suicidal behavior in a nationally representative sample. J Affect Disord. 2009;114(1):32-40.
53. Smith TB, McCullough ME, Poll J. Religiousness and depression: evidence for a main effect and the moderating influence of stressful life events. Psychol Bull. 2003;129(4):614.
54. Cooper LA, Brown C, Thi Vu H, Ford DE, Powe NR. How important is intrinsic spirituality in depression care? J Gen Intern Med.۸-۶۳۴:(۹)۱۶;۲۰۰۱ .
55. Moreira-Almeida A. Assessing clinical implications of spiritual experiences. Asian J Psychiatr. 2012;5(4):344-6.
56. Atallah S, El-Dosoky A, Coker E, Nabil K, El-Islam M. A 22-year retrospective analysis of the changing frequency and patterns of religious symptoms among inpatients with psychotic illness in Egypt. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2001;36(8):407-15.
57. Glas G. Anxiety, anxiety disorders, religion and spirituality. South Med J. 2007;100(6):621-6.
58. Boyd D, & Bee ,H. Lifespan development. Boston: Pearson; 2012.
59. Davis TL, Kerr BA, Kurpius SER. Meaning, Purpose, And Religiosity In At-Risk Youth: The Relationship Between Anxiety And Spirituality. J Psychol Theol. 2003;31(4.(
60. Mann J, McKeown R, Bacon J, Vesselinov R, Bush F. Religiosity, spirituality and antenatal anxiety in Southern US women. Archives of women's mental health. 2008;11(1):19-26.
61. Kim K, Yong J. Spirituality, death anxiety and burnout levels among nurses working in a cancer hospital. The Korean Journal of Hospice and Palliative Care. 2013;16(4):264-73.
62. Rasmussen CH, Johnson ME. Spirituality and religiosity: Relative relationships to death anxiety. OMEGA-Journal of Death and Dying. 1994;29(4):313-8.
63. Rosmarin D, Krumrei E, Pargament K .Are gratitude and spirituality protective factors against psychopathology. Int J Existential, Psychol Psychother. 2010;3.

64. Hodge DR, Cardenas P, Montoya H. Substance use: Spirituality and religious participation as protective factors among rural youths. Soc Work Res. 2001;25(3):153-61.
65. Hazel KL, Mohatt GV. Cultural and spiritual coping in sobriety: Informing substance abuse prevention for Alaska Native communities. J Community Psychol. 2001;29(5):541-62.
66. Leigh J, Bowen S, Marlatt GA. Spirituality, mindfulness and substance abuse. Addict Behav. 2005;30(7):1335-41.
67. Sukhwal M, Suman L. Spirituality, religiosity and alcohol related beliefs among college students. Asian J Psychiatr. 2013;6(1):66-70.
68. Miller WR. Researching the spiritual dimensions of alcohol and other drug problems. Addiction. 1998;93(7):979-90.
69. Yonker JE, Schnabelrauch CA, DeHaan LG. The relationship between spirituality and religiosity on psychological outcomes in adolescents and emerging adults: A meta-analytic review. J Adolesc. 2012;35(2):299-314.
70. Cotton S, Zebracki K, Rosenthal SL, Tsevat J, Drotar D. Religion/spirituality and adolescent health outcomes: A review. J Adolesc Health. 2006;38(4):472-80.
۷۱. بشلیده ک، غلامی ع. «اثر بخشی معنویت درمانی بـر سـلامت روان زنـان مطلقّـه». فصـلنامۀ مشـاوره و روان درمـانی خـانواده. ۱۳۹۰;۱(۳):۳۳۱-۴۸.
72. Kim N-Y, Huh H-J, Chae J-H. Effects of religiosity and spirituality on the treatment response in patients with depressive disorders. Compr Psychiatry. 2015;60:26-34.
73. Dew R, Daniel SS, Goldston D, McCall WV, Kuchibhatla M, Schleifer C, et al. A prospective study of religion/spirituality and depressive symptoms among adolescent psychiatric patients. J Affect Disord. 2010;120(1):149-57.
74. Compton MT, Furman AC. Inverse correlations between symptom scores and spiritual well-being among African American patients with first-episode schizophrenia spectrum disorders. The Journal of nervous and mental disease. 2005;193(5):346-9.
۷۵. وحیدی مطلقل, کج بافم, صالحزاده م. اثر بخشی درمـان شـناختی - رفتـاری و شـناخت درمـانی مـذهبی بـر اضطراب دانش آموزان. علوم رفتاری. ۱۳۹۰;۳(۵):۱۹۵-۲۰۲. fa.
76. Young JS, Cashwell CS, Shcherbakova J. The moderating relationship of spirituality on negative life events and psychological adjustment. Counseling and Values. 2000.۴۹:(۱)۴۵;

# بخش سوم

# آموزش پزشکی و مراقبت‌های معنوی

**فصل نهم:** **آموزش پزشکی و سلامت معنوی**

**فصل دهم:** **ارایه مراقبت‌های معنوی**

**فصل یازدهم:** **مسایل اخلاقی مراقبت‌های معنوی**

# فصل نهم

# آموزش پزشکی و سلامت معنوی

## مقدمه

مجموعه نظام آموزش پزشکی، ناظر بر آموزش سلامت به معنای عام (کلاسیک - مداوم - عمومی) و معانی خاص، شامل ابعاد، ساحات، راهبردهای تأمین، حفظ، و ارتقای سلامت است. پیشگیری از بیماری‌ها و بازگشت سلامت در موارد بیماری، نیز از موضوعات آموزش سلامت است که شیوه‌های معتبر آن در این نظام آموزشی تدبیر و عرضه می‌شود. سلامت، نعمت ناشناختهٔ الهی، و مورد نیاز همه انسان‌ها در سراسر زندگی، از قبل از ولادت تا پایان عمر است. بیماری نیز که نقض و تهدید حالت سلامت به‌شمار می‌رود، تجربه‌ای است که مراتبی از آن را همهٔ انسان‌ها در طول عمر خود، درک و تحمل می‌کنند. تقریباً بیشتر درجاتی از ایمان و سطوحی از معنویت دارند، و نیازهای معنوی در دوران بیماری بیشتر متجلی می‌شود. باورهای معنوی و مذهبی، بیش از باورهای فرهنگی و اجتماعی و ساختار روان‌شناختی، بر بیماران تأثیر می‌گذارد. در شرایط دشوار بیماری‌های سخت و صعب‌العلاج، نیازهای معنوی بیشتر احساس می‌شود و باورهای معنوی و مذهبی بر تصمیمات درمانی تأثیر بیشتری می‌گذارد (۱ و ۲). تلفیق آموزش سلامت معنوی در برنامه‌های آموزشی رشته‌ها و مقاطع مختلف تحصیلی علوم پزشکی، ضرورتی مبرم و نیازی است که از آن غفلت شده است و تحقق آن مرهون تلاش و درایت مسئولان و سیاست‌گذاران، مدیران و برنامه‌ریزان، استادان و مربیان و دانشجویان و

دانش‌آموختگان نظام آموزش پزشکی کشور است. ابعاد این تحول بنیادی در نظام آموزش پزشکی شامل مفاهیم، فلسفه، شناسایی نیازها، ترسیم انتظارات و مهارت‌ها، روش‌های آموزش و ارزشیابی، تدوین درسنامه‌ها، شناسایی و تأمین نیازهای مدرسان، شناسایی موانع، ابعاد تحقیقاتی و ابعاد مدیریتی آموزشی است. در این مطالعه، ضمن تحلیل ابعاد مختلف فوق، تلفیق آموزش‌های ضروری سلامت معنوی، در محتوا و برنامهٔ تفصیلی، به صورت افقی (در طول دوره) و عمودی (در روش‌های تدریس و محتوای برنامه‌ها) طراحی و پیشنهاد شده است.

شالودهٔ طب از تاریخ تأسیس که به قدمت تاریخ خلقت انسان می‌رسد، بر اساس معنویت، خدمت، اخلاق، و انسانیت استوار بوده است. در ادوار مختلف انحرافاتی از مسیر اصلی و اصولی در آن عارض شده است، اما این کیمیای گرانبهای تمدن انسانی همواره دغدغه معنویت و مفید بودن را داشته است. این میراث گرنبار بشری، در زمان حاضر برای تداوم و اعتلا و تکامل دانشکده‌های طب و دانشگاه‌ها ودیعت گذاشته شده است. معنویت و دغدغهٔ آموزش و تربیت بر پایه آن در برنامه‌ها، بعد از یک دوران طولانی، بار دیگر کانون توجه برنامه‌ریزان و درایت مدیران و درس معلمان نظام‌های آموزشی قرار گرفته است. نظام آموزش پزشکی کشور ما نیز که از پشتوانه تمدنی چندین هزار ساله برخوردار است، دوران پرتلاطم، تحول، مرجعیت، خلاقیت، اخلاق، انسانیت، خدمت و در نهایت الهام‌بخشی و الگو بودن را تجربه می‌کند. تلفیق معنویت و ترجمان آن در سلامت، و راهیابی آموزش معتبر آن در دوره‌ها و مقاطع مختلف آموزش علوم پزشکی، موضوع مطالعه و نوشته حاضر است.

## روش مطالعه

این مطالعه بیشتر کتابخانه‌ای است و با مرور منابع مستندات مورد نیاز شناسایی، طبقه‌بندی، استخراج و تحلیل شده است. محدوده زمانی ۳۰ ساله اخیر و به‌ویژه نوشتجات مرتبط ۵ سال اخیر بررسی شده است. بخشی از مطالعه نیز به جلسات بحث متمرکز با صاحب‌نظران و جمع‌بندی نظریات ایشان به‌روش بحث متمرکز گروهی[1] اختصاص داشته است.

**گل واژه‌ها**

**فارسی:** آموزش پزشکی، معنویت، سلامت، سلامت معنوی، مرجعیت علمی

**لاتین:** Medical Education, Spirituality, Health, Spiritual Health, Scientific Excellency

1. Focus Group Discussion

## نتایج مطالعه

### معنویت در پیشینهٔ تمدنی طب در ایران و اسلام

در *کلیله و دمنه* اثر فاخر ادبیات پارسی، در باب برزویهٔ طبیب، توصیف مستوفایی در همبستگی معنویت با طب و سلامت آورده شده است. در فراز زیبایی از این متن معنوی چنین آمده است:

..... و پوشیده نماند که علم طب نزدیک همه خردمندان و در تمامی دین‌ها ستوده‌ست. و در کتب طب آورده‌اند که فاضل‌تر اطبا آن‌ست که که بر معالجت از جهت ذخیرت آخرت مواظبت نماید، که به‌ملازمت این سیرت نصیب دنیا هرچه کامل‌تر بیابد .... .

جندی‌شاپور، مهد تمدن‌پرور و تمدن‌ساز ملت ایران، در دوره‌های قبل و بعد از اسلام، به‌ویژه در حوزه طب و سلامت، تاریخچه‌ای پرشکوه و معنوی دارد. مکتب پزشکی جندی‌شاپور، آمیزه‌ای از تعالیم اخلاقی و معنوی و عرصه‌ای برای هنرنمایی دانشمندان و استادان بزرگ و معنوی و ارائه خدمات ناب پزشکی به مردم زمان خود بوده است.

ارتباط معنویت و سلامت ارتباطی تاریخی است به گونه‌ای که همواره منشأ اعطای سلامتی به انسان، به‌ویژه انسان بیمار در ورای عالم مادی جستجو شده است. این واقعیت در بستر تاریخی ادیان بزرگ به‌خصوص ادیان ابراهیمی به صورتی کاملاً واضح مضبوط و مثبوت شده است به گونه‌ای که یهودیان و مسیحیان، و به نحوی بسیار کامل‌تر مسلمانان، به اینکه شفا دهندهٔ اصلی خداوند بزرگ است اعتقاد داشته‌اند و طبیب را دوا دهنده و خداوند را شفا دهنده می‌دانسته‌اند. از مهم‌ترین بایسته‌های علم طب در فرهنگ و تمدن ایرانی و اسلامی، نیل به مدارج عالی در فلسفه و کلام و سایر علوم انسانی زمان بوده است. انتخاب عنوان پرمعنای لقب حکمت برای طبابت در این فرهنگ، ریشه در نظام آموزشی و الزامات معنوی و علوم انسانی آن دارد (۳). اطلاق واژهٔ حکیم، به اطبا در برخی از دوره‌های 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 می‌زند و گاه از طبابت کردن به «حکمت کردن» یاد می‌شود (۴).

این درهم تنیدگی تاریخی معنویت و سلامت در آثار بسیاری از مفاخر پزشکی ایران به‌ویژه مفاخر مسلمانان کاملاً مشهود است.

حکیم سیداسماعیل جرجانی تحت تأثیر عمیق دین و عرفان اسلامی بود. شخصیت دینی و معرفتی سید در سراسر مباحث اعمال بدن آدمی (فیزیولوژی) در کتاب فاخر *ذخیرهٔ خوارزمشاهی* منعکس است. تأثیر ایمان عمیق به اراده و مشیت الهی هم در حد اعلای آن در آثار جرجانی مشهود است. اشارهٔ مکرر جرجانی به عنایت ایزدی و ستایش حق تعالی در سراسر کتاب *ذخیرهٔ خوارزمشاهی* به چشم می‌خورد (۵).

پدید آمدن آثاری چون *الطب الروحانی* به طور واضح به بعد فرامادی طبابت اشاره می‌کند و به نحوی درمان امراض روح را نیز نوعی طبابت می‌داند. دکتر مهدی محقق، استاد برجستهٔ تاریخ طب در فیلادلفیا در مورد رساله *طب روحانی* رازی سخنرانی مبسوطی ایراد نموده‌اند، در توضیح کلمهٔ طب روحانی می‌نویسد: «برای توضیح بیشتر در کلمهٔ طب روحانی، ناچاریم که مقدمه‌ای را ذکر کنیم و آن اینکه پیشینیان معتقد بودند که همچنان که بدن صحت و سقم دارد، یعنی دارای تندرستی و بیماری است؛ همچنین، روح انسانی و نفس آدمی هم دچار بیماری می‌گردد و همچنان که وقتی بدن علیل شد باید به پزشک جسمانی مراجعه بکنیم و تحت درمان او خود را مداوا سازیم، آن کسی هم که از نظر روح و نفس بیمار است، او هم محتاج است که به یک طبیب و پزشک روحانی، که روح و نفس او را درمان بکند رجوع نماید و از آنجایی که نفس و بدن ما هر دو در یکدیگر تأثیر دارند، گاه اتفاق می‌افتد که بیماری روحی منجر به بیماری جسمی هم می‌شود. از این جهت هر کس باید توجه به بیماری روح خود داشته باشد و در مواقع مقتضی به طبیب روحانی مراجعه کند» (۶).

محمد فنایی اشکوری، در جامعیت شخصیت ابن سینا چنین می‌گوید: ... سرّ اینکه حکمت سینوی و حکمت ابن سینایی تمدن‌ساز بوده است و می‌تواند تمدن‌ساز باشد این است که بین همهٔ عناصری که برای تمدن لازم است جمع کرده است. برای تمدن، به عقلانیت به عنوان مبنایی‌ترین اصل نیاز است، ... برای تمدن علم را لازم داریم و برای تمدن اخلاق و معنویت لازم داریم. همهٔ این عناصر در اندیشه‌ها و آثار و افکار و محصولات و تولیدات فکری ابن سینا دیده می‌شود و آنچه او را متمایز می‌کند همین جامعیت است (۷).

## طب و معنویت در آموزه‌ها و نظام ارزشی اسلام

در دین مبین اسلام، تندرستی انسان اهمیت ویژه‌ای دارد. اسم خداوند دواء و ذکر او شفاء، سلامتی از نعمت‌های ناشناخته پروردگار، علم ناظر بر آن در ردیف علم الادیان و حفظ آن در ردیف آداب واجب دینی برشمرده شده است. اعتقاد به شافی و عرفان و معنویت اسلامی به عنوان والاترین عامل تأثیرگذار بر سلامت فرد مؤمن، توصیفی از سلامت معنوی بر اساس آموزه‌های اسلامی است (۸). حتی ادای احکام واجبی مانند روزه‌داری در ماه مبارک رمضان، قرین سلامت و موجب تقویت آن است و چنانچه به تندرستی لطمه‌ای وارد نماید، نه تنها انجام آن از نظر شرعی لازم نیست، بلکه در چنین شرایطی حرام دانسته شده است. در تعابیر دینی علم الادیان برای تعدیل و سلامت روح و روان و جان انسان و علم الابدان برای سلامت جسم و در ردیف و مکمل یکدیگر شناخته شده‌اند. حرفه، طب نیز پیشه‌ای معنوی و مقدس است که از

مشاغل مفید و مورد نیاز همه مردمان در همهٔ زمان‌هاست و کسب مهارت‌ها و صلاحیت‌های آن، خاصه آداب و احکام و اخلاقیات ناظر بر امر خطیر طبابت بر علاقه‌مندان، دانشجویان و صاحبان پیشه واجب کفایی است. طبیب اسم شافی خداوند تبارک و تعالی است که در عالم ملک ظهور کرده است و طب پیشه‌ای مفید و فراگیری آن فریضه‌ای مقدس است (۹).

## تاریخچهٔ معنویت در روان‌شناسی و آموزش عالی

قبل از ورود به آموزش عالی، موضوع معنویت در روان‌شناسی مطرح شد تا پاسخگو و جانشین کاستی‌های رویکردهای رایج این حوزه و نیازهای سطح بالای روحی و معنوی باشد. به‌تدریج از دل روان‌شناسی انسان‌گرا، روان‌شناسی فراشخصیتی[1] شکل گرفت که عمدتاً بر مناسک معنوی، مراقبه و مراتب برتر آگاهی تأکید داشت (۱۰).

توجه به معنویت در آموزش و پرورش در واقع توجه به هدف و معناست؛ فهم عمیق از هدف و معنای درس و کار و برنامه. از مربیان انتظار می‌رود که در راستای توجه به معنویت، فهم عمیقی از خود، هدف و معنای کار خود و رابطه بین آن‌ها داشته باشند. در حوزهٔ آموزش عالی عوامل متعددی پژوهشگران و برنامه‌ریزان را بر آن واداشت که به معنویت توجه کند. برخی از این عوامل به شرح زیرند (۱۰):

اختلاط گسترده فرهنگ‌های مختلف که خود در پی گسترش پدیدهٔ مهاجرت رخ داده است،

تغییرات گسترده در نگرش‌ها و شیوه‌های زندگی دانشجویان،

مشاهدهٔ عمیق‌تر شدن فاصلهٔ بین نسل‌ها، عدم کارایی دانشگاه‌ها در پرورش جنبه‌های معنوی و دینی دانشجویان،

شدت گرفتن افت تحصیلی در میان دانش‌آموزان و دانشجویان.

پارک پالمر (۱۹۹۸)، رابرت ناش (۱۹۹۹)، کسلر(۲۰۰۰)، آرجیناش (۲۰۰۲)، تیسدل (۲۰۰۳)، آرتور چیکرینگ، جان دالتون، لیزا استام (۲۰۰۵ ) و لارا جونز (۲۰۰۵)، در زمرهٔ پژوهش‌گران آموزش عالی هستند که مصرانه درخواست کردند که دانشکده‌ها درهای خود را به روی گفتمان‌های دینی و معنوی بازکنند و برنامه‌ریزان معنویت را بخش مهمی از برنامه‌های آموزشی به حساب آورند (۱۰).

1. Transpersonal Psychology

پروفسور لوئیس، رئیس دوره‌های کارشناسی دانشگاه هاروارد نیز در سال ۲۰۰۶، کتابی را با عنوان *فضیلت بی‌روح: چگونه یک دانشگاه بزرگ از آموزش و پرورش غافل نمود*، منتشر کرد و در آن، دانشگاه هاروارد و البته به طریق اولی دیگر دانشگاه‌ها و بلکه نظام آموزش عالی امریکا را متهم کرد که آموزش و پرورش را از درون تهی کرده است. او در این کتاب ادعا می‌کند که برنامه‌های آموزشی دانشگاه با جزئی‌نگری‌های مفرط باعث می‌شود که دانشجویان دربارهٔ آنچه باید یاد بگیرند و اینکه چرا باید آن‌ها را یاد بگیرند بصیرت نداشته باشند (۱۰).

کوتینگ و کومبز (۲۰۰۵ )، دالتون و کراسبی (۲۰۱۰) نیز بر این مسئله تأکید کردند که هر چند طی پنجاه سال گذشته، به دلیل سلطه روزافزون سکولاریسم، عینی‌گرایی علمی، شکاف میان حیات درونی دانشجویان با معیارها و ترجیحاً تعلمی و دانشگاهی، جدایی فزاینده میان وظایف آموزشی دانشجویان و وظایف اخلاقی در قبال دیگران و خدمات عام المنفعه‌های که باید انجام داد، نقش دانشگاه‌ها در پرورش شخصیت اخلاقی و رشد معنوی دانشجویان به‌تدریج کم و کمتر شده ولی در دو دههٔ گذشته دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالی منابع و انرژی زیادی را صرف برنامه‌هایی کرده‌اند که برای رشد منش و شخصیت اخلاقی و معنوی دانشجویان طراحی شده‌اند و این حاکی از محوریت پیداکردن موضوع معنویت به‌خصوص برای جوانان در دورهٔ دانشجویی و در محیط دانشگاهی است.

یکی از پژوهش‌های مهم این عرصه به دست پروفسور آستین در مؤسسه تحقیقاتی آموزش عالی وابسته به دانشگاه کالیفرنیا انجام شده است (11). از سال ۲۰۰۳ جمعاً ۱۴۵۲۷ دانشجو را در ۱۳۶ دانشگاه و کالج مطالعه کرد. پژوهش نشان داد که معنویت در زندگی دانشجویان جایگاهی حیاتی دارد، جایگاهی بسیار بیش از آنکه تصور می‌شد. معیارهای مورد استفاده مطالعهٔ فوق برای سنجش معنویت در دو گروه به‌شرح زیر بوده است:

*الف) معیارهای مربوط به کیفیت‌های معنوی:*

- معیار تلاش و تحقیق معنوی[1]
- نگاه عام و جهانی داشتن[2]
- اخلاق مراقبت[3]
- مشارکت در انجام امور خیریه[1]

1. Spiritual Quest
2. Ecumenical Worldview
3. Ethics of Caring

- معیار وقار و آرامش[2]

*ب) معیارهای مربوط به کیفیت‌های مذهبی:*

- تعهد دینی[3]
- درگیرشدن در انجام مناسک دینی[4]
- پرواداری دینی – اجتماعی[5]
- شک و تردید دینی[6]
- کشمکش دینی[7]

معنویت‌گرایی در آموزش عالی، بعد از موج ویرانگر سکولاریسم، با تأخیری تاریخی به آموزش عالی بازگشت و دوره اخیر روندی تزایدی و رو به تعالی داشته و آینده آموزش عالی، شاهد اعتلای ابعاد مختلف معنویت خواهد بود.

## تحلیلی بر برنامهٔ جاری آموزش پزشکی

آموزش پزشکی در ایران از ویژگی‌های ممتازی برخوردار است که در بعضی جهات برای سایر نظام‌های آموزشی الگو و الهام‌بخش محسوب می‌شود و در مناسبت‌های مختلف به آن اشاره شده است. همچنین، ضعف‌ها و کاستی‌های مهمی این نظام آموزشی را تهدید می‌کند که در تلاش‌های شایسته اخیر برای جبران آن‌ها اهتمام شده است. در این نوشته با مرور اهم این موارد به قوت‌ها و ضعف‌های معنوی به طور خاص اشاره خواهد شد (مراجعه به منابع ۱۲-۱۴).

## رئوس نقدهای وارد بر نظام آموزش پزشکی ایران

- سیاست‌گذاری و توسعه آموزش پزشکی، بر پایهٔ مطالعات معتبر علمی استوار نیست و از پشتوانهٔ صاحب‌نظران و کارشناسان آموزشی و مشاوران خبره بین‌المللی برخوردار نیست.
- آموزش پزشکی ایران در حد افراط دولتی است و بخش خصوصی فرصت سرمایه‌گذاری

1. Charitable Involvement
2. Equanimity
3. Religious Commitment
4. Religious Engagement
5. Religious/Social Conservatism
6. Religious Skepticism
7. Religious Struggle

و مشارکت و فضاهای لازم رقابتی را پیدا نکرده است و از موسسات و ابتکارات آموزش پزشکی خوب و نوآور بر این اساس محروم است.

- انتصاب دولتی روسای دانشگاه‌ها، ترکیب دولتی هیئت‌های امنای دانشگاهی، دخالت نداشتن جامعهٔ دانشگاهی در مدیریت ارشد دانشگاه‌ها و بی ثباتی مدیریت‌های آموزشی.
- خلاقیت و نخبه‌پروری جایگاه مناسبی ندارد و استعدادها کمتر شکوفا می‌شوند و از فعالیت‌های خلاقانه پشتیبانی نمی‌شود و ساختارها بر این اساس طراحی نشده‌اند.
- نوآوری وجه اصلی توجه برنامه‌ریزان و بسیاری از برنامه‌ها قدیمی هستند و بازنگری نشده‌اند.
- تولید دانش و حرکت در مرزهای دانش دغدغهٔ برنامه‌ریزان و گروه‌های آموزشی و دانشجویان نیست.
- به‌دلایل ساختاری و قانونی، آموزش پزشکی از بدنهٔ اصلی آموزش عالی فاصله گرفته و عرصه‌های بین بخشی در هر دو نظام آموزشی شکوفایی مورد انتظار را نداشته‌اند.
- به‌رغم توسعهٔ کمی و کیفی، و ساختار ادغام یافته که در نوع خود در دنیا بی نظیر است، این نظام آموزشی پاسخگوی جامعه نبوده است.
- دانشگاه‌های علوم پزشکی از ساختار اداری بوروکراتیک و نظام شبه‌دیوانسالار رنج می‌برند و افراد (دانشجویان، کارمندان، مراجعان، صاحب‌نظران)، که واجد همه توانمندی‌ها هستند، نقش تعریف شده‌ای در ادارهٔ امور و تحولات ندارند (استیلای ساختار بر عاملیت دانشگاهیان و اندیشمندان).
- استقلال و قدرت ابتکار در دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران، به‌ویژه در هماهنگی فعالیت‌ها و مسئولیت‌های درمانی و بهداشتی با مأموریت‌های دانشگاهی، آموزشی و پژوهشی، ضعیف است.
- به‌رغم پیشینهٔ بسیار درخشان و افتخار آمیز، پایه‌های نظام آموزش پزشکی ایران بر شالوده فرهنگ غربی و نظام‌های آموزش بیگانگان مبتنی و به فرهنگ و ابتکارات بومی، نیازهای ملی، و استعدادهای بالقوهٔ داخلی بی‌توجهی شده است. رقابت سالم و شور و نشاط علمی و آموزشی، به‌دلایلی نظیر ضعف انگیزه‌های استادان و دانشجویان و بی‌تفاوتی مدیران و قوی بودن انگیزه‌ها و انگیزاننده‌های مادی و معیشتی رواج چندانی ندارد.
- نماگرهای سرپیچی از نظم و انضباط نمادین دانشگاه، نظیر اعتیاد و رفتارهای بزهکارانه، برخلاف انتظار، روند رو به رشد داشته است.

- نظام آموزش پزشکی اشتغال‌زا و کارآفرین نیست و بلکه در بعضی جهات به معضل اجتماعی بیکاری دامن زده است.
- مدیران آموزشی در بهره‌وری و کارایی بهینه و واقعی توانمندی‌ها و مزیت‌های دانشجویان، استادان، کارمندان، حامیان و ناقدین نظام آموزش پزشکی، کم‌توان و ناراضی بوده، ناخواسته ابتکارات خود را صرف امور روزمره و عوارض تحمیلی می‌نمایند.
- به‌رغم مزایای فرهنگی، پیشینهٔ طب سنتی ایرانی - اسلامی، و شخصیت‌های بی‌بدیل علمی و فرهنگی، از مناسبت‌های فرهنگی، تنوعات فرهنگی، قومی و جنسیتی، در تعالی فرهنگ سلامت و ارتقای توانمندی‌های نیروی تخصصی و سرمایه‌های فرهنگی بخش سلامت و آموزش، در دانشگاه‌های علوم پزشکی بهره‌برداری لازم و شایسته انجام نمی‌شود.
- نظام انتخاب و پذیرش دانشجو قدیمی، ناکارامد و ایجاد کنندهٔ نارضایتی در جامعه است و تحولی در آن صورت نگرفته است.
- نظام جذب استادان، به‌رغم تحولات اخیر، لزوماً به انتخاب شایسته‌ترین‌ها منجر نمی‌شود و بسیاری از نخبگان دانشگاه را بر شرایط و جاذبه‌های دیگر، ترجیح نمی‌دهند و افراد با قابلیت‌ها و توانایی‌ها و تجربه‌های متفاوت امکان بروز و ظهور خود در نظام آموزش پزشکی را پیدا نمی‌کنند.
- مدرک‌گرایی از آفات اصلی آموزش عالی در ایران است که نظام آموزش پزشکی نیز بشدت از آن رنج می‌برد.
- همکاری‌های بین المللی دانشگاه‌های علوم پزشکی با مراکز معتبر آموزش پزشکی دنیا به طور مطلوب توسعه نیافته است.
- ظرفیت پذیرش دانشجو، بدون ملاحظاتی مانند ظرفیت واقعی آموزشی و توسعه متناسب فضاها، امکانات و بودجه‌ها بی‌رویه افزایش یافته است.
- بین رشد آموزش، رشد پژوهش و رشد خدمات مشاوره ای، نسبت به توسعه خدمات سلامتی به جامعه، در دانشگاه‌های علوم پزشکی تناسب وجود ندارد.
- برنامه‌های آموزشی کاستی‌های فراوانی دارند، شاخص‌ترین آن‌ها نسبت بین مجموعهٔ آموزه‌های سلامت جسمانی، با آموزه‌های مرتبط با سلامت معنوی، اجتماعی و بهداشت روانی است. به این معضل در این پرداخته شده و الگویی نیز به‌تناسب ارائه شده است.

لزوم بازنگری برنامهٔ جاری آموزش عالی سلامت با رویکرد تحولی

آموزه‌های طب از امور تجربی و آزمودنی و تحـول در برنامـه‌هـای آمـوزش پزشـکی از امـور بدیهی و همیشگی است. شرایط جاری ابعاد این تحول به‌شرح زیر خلاصه شده است:

- تأمین نیروی انسانی بخش سلامت متناسب با نیازهای کمی و کیفی و تحولی و روزافزون: وظیفه‌محوری؛
- پژوهش در همهٔ ابعاد سلامت : دومین وظیفهٔ کلان و ملی،
- توسعه فناوری ملی در بخش سلامت؛
- توسعهٔ دانش‌بنیان؛
- برونداد مناسب‌تر و روزافزون؛
- توسعه بر پایهٔ تحقیق؛
- تولید و کاربرد علوم و فناوری و قطع وابستگی‌های علمی و فناوری در حوزهٔ سلامت؛
- تولید علم در حیطهٔ سلامت (که مترادف با تولید ثروت و قدرت ملی است)؛
- رقابت سالم در تولید علم و فناوری؛
- شناسایی و نهادینه‌سازی راهبردهای تولید علم و فناوری سلامت؛
- تحول در مدیریت آموزش پزشکی: با رویکرد مدیریت علمی، نظام‌مند و متعهدانه؛
- کارآفرینی علمی در حوزهٔ سلامت؛
- تحول در حوزهٔ تصدی‌گری ملی و ادارهٔ آموزش پزشکی؛
- تحول در حوزهٔ وظایف حاکمیتی آموزش عالی سلامت: برنامه‌ریزی و نظارت و رصد کلان؛
- تغییرات تحولی در نظام آموزش عالی سلامت؛
- توسعهٔ نهادهای مبتنی بر دانش؛
- تحول نخبگانی و تربیت دانش‌آموختگان ماهر و نخبه (واجد دانش و مهارت کافی کاربری و بهره‌برداری از فناوری، رهبری و مدیریت، استفادهٔ بهینه و بهینه‌سازی فناوری‌های موجود، پاسخگویی به نیازهای مشتری)؛
- تحول در نظام گزینش و ارزیابی مدیریت آموزشی؛
- نقد از درون و بیرون؛
- ایجاد دانشگاه‌های جامع یا دانشگاه‌های اختصاصی؛
- استفاده از ظرفیت‌های مردم‌نهاد در راستای اهداف توسعه‌ای سلامت و اهداف رقابتی علم و فناوری؛

- تحول در حوزهٔ دیپلماسی علمی در حوزهٔ سلامت؛
- تحول با رویکرد احیا و توسعهٔ طب و داروسازی سنتی؛
- سایر تحولات ضروری در آموزش عالی سلامت؛
- و احسن الحال تحول نظام آموزش پزشکی: تحول معنوی و تحقق سلامت معنوی در زمینه و متن و تمام شئون آموزش عالی سلامت.

## تاریخچهٔ اخیر سلامت معنوی در آموزش پزشکی در دنیا

باورهای دینی از دیرباز به عنوان قدیمی‌ترین تجربهٔ پزشکی برای حفظ سلامت انسان‌ها بـه‌کـار رفته است. معنویت بعد ضروری انسانیت و کیمیای گرانبهای به ودیعت نهاده شده در سرشت و خلقت انسان‌هاست. معنویت، اخلاق، انسان‌دوستی، مشـاوره و هـدایت مـردم توسـط طبیبـان و حکیمان و پرستاران ریشه‌های کهن و باستانی وتاریخچه‌ای به قدمت تاریخ طب دارد. طب نیـز تاریخچه‌ای به قدمت تاریخ خلقت انسان دارد (۱۵). تاریخچهٔ ورود آمـوزش معنـوی بـه برنامـهٔ درسی دانشکده‌های پزشکی در جدول ۱ خلاصه شده است. در امریکا در سال ۱۹۹۳ فقط سـه دانشکدهٔ پزشکی آموزش‌های سلامت معنوی را در برنامه‌های خـود ارائـه مـی‌نمودنـد. در سـال ۲۰۱۱ این تعـداد بـه بـیش از ۱۰۰ دانشـکده افـزایش یافـت (۱۶). انسـتیتوی ملـی مطالعـات مراقبت‌های سلامت[1] (NIHR)، در سال ۱۹۹۴ گرانتی برای تدوین برنامـهٔ معنویـت در سـلامت به ۱۹ دانشکدهٔ پزشکی اعطا نمود. طی دو سال ۲۹ دانشکده با موفقیـت برنامـه‌هـای مناسـبی طراحی نمودند. موضوعات مشترک برنامه‌های این دانشگاه‌ها به‌شرح زیر بوده است (۱۷):

- ارزیابی معنوی،
- شرح حال معنوی،
- نقش معنویت در خدمات سلامتی بر اساس تحقیقات،
- مشاوران مذهبی و نقش آن‌ها در تیم درمان،
- ارتباط مؤثر بین بیماران و درمانگران در همه موارد،
- ارتباط مؤثر بین بیماران و درمانگران در شرایط انتهای زنـدگی و شـرایط بـدون نتیجـهٔ درمان‌ها.

علاوه بر وجوه مشترکی نظیر عناوین بالا که از مرور نوشته‌های علمی قابل دست‌یابی اسـت، برحسب نیازهای بومی و ملی هر کشور، منابع متناسبی در حیطهٔ سلامت معنوی تولید شده

1. National Institute for Healthcare Research (NIHR)

**جدول ۱. ورود سلامت معنوی در برنامه‌های درسی دانشکده‌های گروه پزشکی**

| ردیف | تاریخ | مرکز/مراکز | توضیحات |
|---|---|---|---|
| ۱ | ۱۹۹۱ | انستیتوی ملی تحقیقات مراقبت‌های پزشکی امریکا | طول عمر بیشتر افراد مذهبی/ معنوی و کاهش مرگ و میر آن‌ها از بیماری‌های قلبی، سرطان و بیماری‌های ریوی |
| ۲ | ۱۹۹۲ | دانشکده‌های پزشکی امریکا | فقط سه دانشکدهٔ پزشکی درس سلامت معنوی را ارائه داده‌اند. |
| ۳ | ۲۰۰۵ | دانشگاه جان هاپکینز[1] | برگزاری کنفرانس با عنوان: سلامت معنوی: فرد، جامعه، و مؤسسات سلامت |
| ۴ | ۲۰۰۶ | دانشکده‌های پزشکی آمریکا | از ۱۴۱ دانشکده پزشکی ۱۰۰ دانشکده درس سلامت معنوی را ارائه می‌دادند. |
| ۵ | ۲۰۱۰ | دانشگاه جان هاپکینز | برگزاری کنفرانس با عنوان: (عناوین نوظهور با ادغام معنویت در طب) |
| ۶ | ۲۰۱۱ | دانشکده‌های پزشکی برزیل | حدود ۴۰٪ دانشکده نوعی آموزش مرتبط ارائه می‌نمودند. |
| ۵ | ۲۰۱۴ | دانشکده‌های پزشکی اروپا | حدود ۵۶٪ دانشکده‌ها نوعی آموزش مرتبط ارائه می‌دهند. |
| | ۲۰۱۵ | دانشکده‌های پزشکی امریکا و کانادا | در ۹۰٪ دانشکده‌ها درس سلامت معنوی ارائه می‌شد. |

است یا توصیه می‌شود تهیه شود (۱۸).

در دورهٔاخیر دانشمندان آموزش علوم پزشکی و صاحب‌نظران خدمات سلامتی، در دو حیطه کلان، آکادمیک و حرفه‌ای، در تلاش‌اند که شیوه‌های سلامت معنوی را در اداره بالینی بیماران ادغام نمایند (۱۹).

- اهداف و آرمان‌های درس سلامت معنوی در دوره‌ها و مقاطع آموزشی علوم پزشکی:

**هدف اصلی**

- شناسایی مصادیق و شیوه‌های آموزش سلامت معنوی در نظام آموزش پزشکی

**اهداف عمومی**

- آشنایی با رشد و تکامل روحانی و نفسانی انسان و ارزش‌های تأثیرگذار بر آن؛
- آشنایی با معنویت و ارزش‌های معنوی؛
- آشنایی با تعریف و مفهوم و ابعاد و مصادیق سلامت معنوی در طول دورهٔ آموزشی؛
- تقویت ایمان و باورهای معنوی و متعالی و آراستگی‌های اخلاقی و توانمندی‌های رفتاری در دانشجویان و دانش‌آموختگان؛

1. JohnsHopkinsInstituteforSpiritualityandMedicine

- زمینه‌سازی برای تحقق نظام سلامت معنوی در یک جامعه معنوی (هدف غایی و نهایی تمام برنامه‌های آموزشی).

**اهداف اختصاصی**

- تحلیل معنوی طب در تمدن اسلام و ایران؛
- تحلیل معنوی نظام جاری آموزش پزشکی؛
- تحلیل تاریخچهٔ معاصر سلامت معنوی؛
- مهارت‌های مورد انتظار از تلفیق درس سلامت معنوی در دوره‌ها و مقاطع آموزش پزشکی؛
- تعیین مصادیق و شیوه‌های تلفیق سلامت معنوی در اجزای آموزش پزشکی (دوره‌های کارشناسی منتخب، دوره‌های دکترای حرفه‌ای عمومی، مقاطع کارشناسی ارشد، دکترای علوم پایهٔ پزشکی، تخصصی بالینی)؛
- تعیین راهبردها و راهکارهای تحول نظام جاری آموزش پزشکی با رویکرد سلامت معنوی؛
- تحلیل موانع ادغام سلامت معنوی در آموزش پزشکی و پیشنهاد راه حل؛

## قابلیت‌ها و مهارت‌های مورد انتظار از ادغام سلامت معنوی در برنامه آموزشی رشته‌های مختلف علوم پزشکی

عموم رشته‌های سلامت‌محور به سطوحی از آموزه‌های معنوی نیاز خواهند داشت. هدف از ارائهٔ این آموزش‌ها در طول دوران تحصیلی کسب و احراز توانمندی‌های حرفه‌ای لازم در زمینهٔ شناخت، ابعاد، مصادیق و کاربردهای عینی سلامت معنوی در ارائهٔ خدمات حرفه متناسب با رشته تحصیلی است. این ابعاد در برنامه‌های آموزشی جاری کشور، به صورت رسمی و روش‌مند مطالعه و بررسی و شناسایی نشده‌اند. در برنامه‌های آموزش پزشکی مراکز معتبر دنیا در ۲۵ سال اخیر رویکرد ادغام سلامت معنوی در آموزش پزشکی مشهود و رو به تعالی بوده است (جدول ۲). نوشتهٔ حاضر اولین تلاش نظام‌مند برای طرح سلامت معنوی در نظام آموزش پزشکی کشور است و از تجربیات آکادمیک مراکز معتبر دنیا بهره برده است. اولین کتاب مرجع در زمینه معنویت و سلامت در سال ۲۰۱۲ در آکسفورد تألیف شد (۲۰). در یک کنفرانس با حضور استادان هفت دانشکدهٔ پزشکی امریکا مهارت‌ها و قابلیت‌های ملی معنویت و سلامت[1]

1. National Competencies in Spirituality and Health

**جدول ۲: سلامت معنوی در برنامه‌های درسی دانشکده‌های پزشکی ایالات متحده امریکا، برزیل، انگلستان**

| کشور | کل دانشکده پزشکی/دریافت پاسخ(تعداد) | وجود سلامت معنوی در برنامه‌های درسی (٪) | دروس اجباری(٪) | باور به اهمیت معنویت / مذهب (٪) |
|---|---|---|---|---|
| ایالات متحده[1] | ۱۲۲/۱۰۴ | ۹۰ | ۷۳/۰ | ۳۹ |
| برزیل[2] | ۱۸۰/۸۰ | ۵۱ | ۱۰/۴ | ۵۴ |
| انگلستان[3] | ۵۹/۳۶ | ۶۳ | ۵/۶ | ----- |

مشخص شد و به اجماع رسید. نشریهٔ آکادمیک مدیسین نتایج فوق و مستندات و مقالات مرتبط دیگر را طی یک متن پیشنهادی[4] منتشر کرده است (۲۱).

برداشت تطبیقی مهارت‌های ضروری در حوزهٔ معنویت و سلامت برای ملاحظه در برنامه‌ریزی آموزش پزشکی آینده کشور در زیر به طور اجمال ارائه می‌شود:

### مهارت‌ها در حوزهٔ «نظام سلامت[5]»

توضیح: بکارگیری مبانی و منابع نظری نظام سلامت برای حمایت از تلفیق سلامت معنوی در مراقبت از بیمار[6].

- توصیف و استدلال در باب اهمیت ادغام مراقبت معنوی[7] در نظام سلامت؛
- توصیف و ارزیابی منابع معنوی[8] در جامعه و نظام سلامت؛
- مقایسه تفاوت‌ها و شباهت‌های منابع سلامت معنوی در نظام‌های مختلف سلامت؛
- توصیف علل و مسیرهای منتهی به ابهام و مخالفت نظام‌های سلامت با مراقبت‌های معنوی؛
- بحث در مورد نحوهٔ توسعه مراقبت معنوی به سطوح دیگر نظیر پرستاری، برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری سلامت، مشاوره[9] در نظام سلامت؛

1. Koenig HG. J Psychiatry in Medicine 2010; 40: 391.
2. Lucchetti G, et al. BMC Medical Education 2012; 12: 78.
3. Culatto A, Summerton CB. J Relig Health Published Online: 26 Number 2014.
4. Commentary
5. Health Care System
6. Patient Care
7. Spiritual Care
8. Spiritual Resources
9. Counseling

- بحث در زمینهٔ چگونگی مداخله عوامل قانونی، سیاسی و اقتصادی نظام سلامت بر مراقبت‌های معنوی؛
- توضیح و استدلال در زمینهٔ نتایج مثبت مراقبت‌های مؤثر معنوی بر کیفیت کلی و بهبود مراقبت از بیمار؛
- توصیف چگونگی ارائه خدمات سلامت معنوی توسط اعضای تیم بین بخشی[1] سلامت و منابع اجتماعی[2]؛
- بکارگیری مهارت‌های جلب حمایت از ادغام مراقبت‌های معنوی در نظام سلامت، اعم از سطوح محلی، منطقه‌ای و ملی.

## ۱. مهارت‌ها در حوزه دانش نظری[3]

توضیح: کسب دانش پایهٔ مورد نیاز برای ادغام معنویت در مراقبت از بیمار.

- مقایسه و اظهار نظر در زمینه معنویت (به معنای عام و براساس مذاهب)؛
- بحث پیرامون ارتباطات و تعاملات فیمابین معنویت، باورهای مذهبی و آداب و رسوم فرهنگی؛
- بحث در مورد تداخل معنویت با طب مکمل و جایگزین[4]؛
- بحث پیرامون آداب و رسوم مذهبی (اسلامی) مرتبط با مراقبت از بیمار؛
- توضیح در مورد تفاوت بین «شرح حال معنوی[5]»، «غربالگری معنوی[6]» و «سنجش معنوی[7]»؛
- تشریح مشکلات مهم معنوی (مذهبی که ممکن است در مراقبت‌های بالینی رخ دهد.)؛
- مقایسه و تحلیل علل و ریشه‌های تقویت معنوی و اختلال (بیماری) معنوی[8]؛
- افتراق بین معنویت و عوامل روان‌شناختی[9] نظیر غم[10]، امید[1]، و احساس[2]؛

1. Interdisciplinary team members
2. Community Resources
3. Knowledge
4. Alternative and Complementary Medicine
5. Spiritual History
6. Spiritual Screening
7. Spiritual Assessment
8. Spiritual Distress
9. Psychological
10. Grief

- تشریح موانع در ارائه مراقبت‌های معنوی؛
- ترسیم یافته‌های کلیدی تحقیقات «سلامت معنوی»؛
- شناسایی و جستجو در منابع معنوی/مذهبی مرتبط اعم از برخط و مکتوب؛
- تشریح چگونگی تأثیرگذاری معنویت بیمار بر رمینه‌های خاص از محتوای مراقبت بالینی[۳]؛

## ۲. مهارت‌ها در حوزهٔ مراقبت از بیمار

توضیح: ادغام معنویت در مراقبت‌های روتین بالینی.

- کاربرد مناسب شبکه حمایت‌های معنوی از بیماران[۴]؛
- گرفتن تاریخچه معنوی بیمار با جزئیات در زمان‌های مناسب؛
- انجام غربالگری معنوی در زمان‌های مناسب؛
- انجام ارزیابی‌های مواجههٔ بیمار[۵] با آزردگی معنوی؛
- ادغام موضوعات و منابع معنوی بیمار در برنامه‌های جاری تشخیص و درمان؛
- مشارکت با پرسنل، خانواده، مراقبین قبلی، و سایر اعضای تیم مراقبت برای تأمین مراقبت‌های معنوی مورد نیاز هر بیمار؛
- دعوت از بیماران برای شناسایی و تشریح و اطلاع از معنویات یا نیازهای زندگی شخصی ایشان؛
- پاسخ مناسب به علائم شفاهی و غیرشفاهی آزردگی معنوی؛
- ارجاع به هنگام به مشاورین معنوی / مذهبی؛
- احترام به باورهای معنوی و عقاید مذهبی بیمار؛

## ۳. مهارت‌های حوزهٔ مسئولیت‌پذیری و تکریم[۶]

توضیح: جوهرهٔ اصلی خدمات سلامت مسئولیت و پاسخگویی است، ابعاد آن در سطح درمانگران به‌شرح زیر است:

---

1. Hope
2. Meaning
3. Context-specific Clinical Care
4. Patient’s spiritual network and supports
5. Coping assessments
6. Compassionate Presence

- استدلال در مورد اینکه خدمت به بیمار افتخار است؛
- تشریح عوامل شخصی و خارجی که توانمندی شما را در تکریم کامل بیمار محدود می‌سازد؛
- بحث در این مورد که چرا درک و توصیف بیمار از بیماریش و گوش فرا دادن به بیمار در رابطهٔ پزشک و بیمار از ضروریات و حائز اهمیت است؛
- بحث در چگونگی تأثیرپذیری پزشکان و سایر مراقبان از معنویات بیماران؛
- نشان دادن توانمندی و مهارت تکریم کامل بیمار؛
- توصیف و تشریح راهبردهای تکریم بیماران

## ۴. مهارت‌های ارتقای شخصی و حرفه ای[1]

توضیح: ادغام معنویت در برنامه‌های پیشرفت شخصی و ارتقای حرفه‌ای.

- تشریح علل و مشوق‌ها و انگیزه‌های خود از انتخاب حرفه طب؛
- کشف و مداقه در نقش معنویت بر زندگی حرفه‌ای؛
- تحلیل نشانه‌ها و واکنش در بحران‌های معنوی[2] و شیوه‌های مداخله و کنترل آن‌ها؛
- شناسایی نقاط قوت و ریشه‌های تقویت معنوی[3] خود؛
- توصیف چگونگی ایفای نقش معنویت در برقراری ارتباط با تیم مراقبت، بیماران و خانواده؛
- شناسایی محیط‌های حمایت معنوی شخصی و حرفه‌ای؛

## ۵. مهارت‌های ارتباطی[4]

توضیح: ارتباط با بیماران، خانواده‌ها و نظام سلامت راجع به موضوعات معنوی.

- تمرین عمیق گوش دادن و کشف تأثیر الفاظ و کلمات بر عواطف؛
- تمرین پرسش جدی، بدون ذهنیت قبلی، قضاوت و انتظار؛
- تمرین واکنش‌های ادراکی[5]؛
- برقراری ارتباط حرفه‌ای با مراقبان معنوی و سایر اعضای تیم مراقبت در باره عوامل تقویت یا آزردگی معنوی بیمار؛
- کاربرد و واکنش با رفتارهای غیرکلامی در برابر علایق ابراز شدهٔ بیماران؛

1. Personal and professional Development
2. Spiritual crisis
3. Spiritual strengths
4. Communication skills
5. Perceptive reflections

- نشان دادن وقار و متانت[1] در ارتباط با بیمار.

## ۶. مهارت‌های تدریس

توضیح: طیفی از مهارت‌های تدریس برای ارائهٔ شایستهٔ آموزه‌های سلامت معنوی مورد نیاز استادان و مدرسینی است که وظیفهٔ تدریس را در مقاطع مختلف بر عهده خواهند داشت. بعضی از این مهارت‌ها عمومی است و گروه دیگری اختصاصی . به گزیده‌ای از این گروه مهارت‌ها اشاره می‌شود:

- هنرهای صوتی و تصویری مورد نیاز برای بیان موضوع و ابعاد آن و بکارگیری مناسب آن‌ها در تدریس؛
- گذراندن دورهٔ آشنایی با ابعاد مختلف اخلاق زیستی و اخلاق حرفه‌ای؛
- آشنایی با شیوه تدریس بر اساس موارد[2] و توانمندی ادارهٔ کلاس درس به این روش؛
- آشنایی با مهارت‌های ارتباطی و بکارگیری آن‌ها در تدریس؛
- شرکت در کارگاه‌ها/ برنامه‌های اختیاری/ انتخابی در باب سلامت معنوی؛
- تمرین ایفای نقش سیاست‌گذاران محلی؛
- تمرین ایفای نقش مربی و مراقب محلی؛
- تمرین ایفای نقش معلول؛
- مهارت پس‌خوراند (فیدبک) به آموزش‌گیرندگان؛
- مهارت‌های سخنرانی پویا؛
- شرکت فعال در تیم‌های بین بخشی[3]؛
- شرکت فعال در بحث گروهی[4]؛
- آشنایی، طراحی و ادارهٔ شیوهٔ ارزشیابی عینی بالینی ساختارمند[5] (با موضوعات سلامت معنوی)؛
- طراحی و ارائهٔ آموزش بر اساس حل مسئله[6] با موضوعات سلامت معنوی؛
- الگو بودن و ایفای نقش[1] در مقام معلم واجد سلامت معنوی؛

1. Silence
2. Case-based learning
3. Interdisciplinary team training
4. Panel discussion
5. based learning Objective Structured Clinical Examinations (OSCEs
6. Problem-based learning

- مهارت شرکت / اداره بحث در گروه کوچک[2]؛
- مهارت شناخت و کاربرد فضای مجازی در مطالعه / تدریس / اطلاع‌رسانی / تحقیق.

## ۷. مهارت‌های ارزشیابی کارآمدی

- مهارت‌های ارزیابی (خود/ همکار/ مدیریت آموزش/ برنامه/ دانشجو)؛
- بازخوراند[3]؛
- طراحی/ اجرا/ بازخوراند روش‌های متناسب و مختلف ارزشیابی.

## تحلیل ضرورت و جایگاه سلامت معنوی در دوره‌ها و مقاطع آموزش رشته‌های پرستاری و مامایی پرستاری

در بین مشاغل بخش سلامت، پرستاران بیش از سایرین با بیماران در تماس هستند و نقش حساسی در بازگشت سلامت و جبران عوارض و رنج‌ها بر عهده دارند. تسکین آزردگی‌های جسمانی و رفع رنج‌های روانی و جبران نیازهای معنوی، ترجمان هنرمندانهٔ رسالت حرفهٔ مقدس پرستاری است. بر این اساس ادغام آموزه‌های سلامت معنوی در دوره‌های آموزش پرستاری از اولویت و اهمیت والاتری نسبت به سایر رشته‌ها برخوردار است. ویژگی‌های این ضرورت آموزشی به شرح زیر است (۲۲ و ۲۳).

- ادغام آموزش سلامت معنوی در طول دورهٔ آموزش پرستاری؛
- مبانی نظری مرحله مقدماتی (مفاهیم، تعاریف، معنویت در فرهنگ اسلامی، معنویت در ادبیات فارسی، تاریخچهٔ طب در فرهنگ و تمدن اسلام و ایران، تاریخچهٔ در طب دورهٔ کلاسیک جدید، مصادیق در حرفهٔ پرستاری ...) و مرحلهٔ پیشرفته (مراقبت جامع یا کل‌نگر پرستاری، تحلیل نیازهای معنوی گروه‌های مختلف سنی و جنسی و در بیماری‌های مختلف، ارزیابی نیازهای معنوی بیماران، معنویت درمانی ...)؛
- الگوهای آموزش بالینی بر اساس موارد واقعی در اجزا و طول دورهٔ بالینی (شرح حال معنوی، مشاوره معنوی، حمایت معنوی، دفاع معنوی از حقوق بیمار، مدیریت بحران معنوی، ارائه مراقبت معنوی، ارتقای کیفیت مراقبت معنوی، ارجاع بیمار برای مشاوره و دریافت خدمات کیفی مراقبت معنوی، کمک به بیمار برای ادای فرایض و تأمین

1. Role modeling
2. Small-group discusssion
3. Feedback

نیازهای روزمرهٔ معنوی، تشخیص نیازهای معنوی خانواده و بستگان و راهنمایی و ارجاع به افراد/ نهادهای مرجع معنوی/ مذهبی، احترام به باورهای مذهبی/ معنوی بیمار بدون تعصب حتی در موارد متفاوت یا مخالف باورهای خود ...)؛

- الگوهای مهارتی، ارزیابی نیازهای معنوی، مراقبت معنوی، آموزش مهارت‌های معنوی، تحقیق، رساله، مقاله، کنفرانس و امثال آن؛
- آشنایی با و استفاده از پرسشنامه ارزیابی سلامت / نیازهای معنوی بیماران؛
- مستندسازی تجارب سلامت معنوی در دوره آموزشی و توصیه‌های راهبردی و کاربردی برای دیگران.

**روش‌های تدریس سلامت معنوی در دورهٔ آموزش پرستاری (۲۴):**

- تدریس مبانی نظری، سمینار و بحث در گروه‌های کوچک[1]؛
- تدریس بر اساس معرفی موارد واقعی[2] یا شبیه‌سازی شده[3]؛
- ایفای نقش[4] در جلسات تدریس براساس معرفی موارد؛
- برنامه‌های خودآموزی[5] برای ارتقای دانش در زمینهٔ مهارت‌های ارتباطی؛
- مطالعات کتابخانه‌ای دانشجویان در زمینه تاریخچه معنویت به عنوان یک حیطه مهم خدمات پرستاری.

**تحلیل ضرورت و جایگاه سلامت معنوی در دوره‌ها و مقاطع مختلف آموزش بهداشت**

نقش معنویت در تأمین، حفظ و ارتقای سلامت، عرصه بزرگ تعاملات و مناقشات علوم انسانی و علوم زیستی در دورهٔ اخیر است. تغییر رویکرد در تعریف سلامت و اهمیت بعد مغفول آن یعنی سلامت معنوی، لزوم بازبینی در برنامه‌های آموزشی رشته‌ها و مقاطع بهداشت را اجتناب‌ناپذیر می‌کند. تحلیل نقش سلامت معنوی در پیشگیری از بیماری‌ها دشوار و ابعاد آن چندان روشن نیست. بعضی مطالعات یا سخنرانی‌های همایش‌های علمی به این موضوع ورود کرده و پیشنهادهای باارزشی ارائه نموده‌اند (۲۵).

- نقش معنویت در پیشگیری سطح اول از بیماری‌ها؛

1. Small group discussion
2. Case studies
3. Simulated cases
4. Role-playing
5. Self-study programs

- نقش معنویت در پیشگیری سطح دوم از بیماری‌ها؛
- نقش معنویت در پیشگیری سطح سوم؛
- تأثیر مذهب و معنویت، به عنوان یک عامل تأثیرگذار اجتماعی بر آموزش و ارائهٔ خدمات و تحقیقات بهداشت عمومی[1]؛
- شناسایی و تحلیل باورها و رفتارهای بهداشتی مردم، تحت تأثیر آموزه‌های دینی و معنوی بر بهداشت فردی و عمومی[2]؛
- تحلیل سازمان جهانی بهداشت از سلامت معنوی و آشنایی با اسناد و توصیه‌های آن؛
- آشنایی با خدمات بهداشتی و امدادی نهادهای مذهبی، مردم‌نهاد، خیریه، داوطلبانه در مناطق محروم روستایی و شهری[3]؛
- تحقیق در تأثیر مذاهب در سلامت جهانی[4].

**تحلیل ضرورت و ابعاد سلامت معنوی در مقاطع مختلف رشته روان‌شناسی بالینی**

بر اساس یافته‌های مستند و صریح مطالعات علوم رفتاری، پرداختن به بعد معنوی انسان و آموزش آن ضروری است. یکی از مهم‌ترین جایگاه‌های این آموزش دوره‌های آموزشی روان‌شناسی بالینی است. دکتر بولهری و همکاران در کتاب ارزشمند *آموزش مهارت‌های معنوی ویژهٔ مربیان* به این مهم پرداخته‌اند (۲۶). در این اثر به مهارت‌های زندگی، معنویت، ابعاد معنوی انسان، رویکردهای کل‌نگر، رویکردهای نظام‌مند و حیاتی به انسان (از جمله رویکرد روانی، اجتماعی، معنوی)، مشاوره و روان‌درمانی با رویکرد معنوی – دینی، پرداخته شده است. منابع کلاسیک آموزش روان‌شناسی بالینی در دورهٔ اخیر به موضوع معنویت عنایت خاص داشته‌اند. با برگیری از منبع فوق و منتخبی از دیگر منابع معتبر فهرستی از عنوان‌ها برای منظور نمودن در این دوره آموزشی به شرح زیر پیشنهاد می‌شود (۲۶ - ۲۹):

- تعریف معنویت دینی و مؤلفه‌های آن؛
- معنویت لازمهٔ سلامت روانی (تشابهات و تفاوت‌های سلامت روان و سلامت معنوی)؛
- امید به آینده، دینداری و سایر شاخص‌های سلامت معنوی؛
- رابطهٔ معنویت با سلامت هیجانی، سازگاری شخصی، تحصیلی و اجتماعی؛

1. Public health
2. Individual and Community Health
3. Rural and Urban
4. Research into “Religion's influence on global health”

- روان‌درمانی معنوی؛
- معنویت، امید، خوش‌بینی و رضایت؛
- سیر تحول معنویت در کودکان و نوجوانان؛
- روش‌های مقابلهٔ معنوی - مذهبی؛
- معنویت و خردورزی؛
- زیربنای زیستی و عصب‌شناختی معنویت؛
- سنجش معنویت دینی و سلامت معنوی و سلامت روانی؛
- مهارت‌های زندگی پایه / مهارت‌های معنوی؛
- آموزش مهارت‌های معنوی؛
- مفاهیم و ویژگی‌های انسان معنوی؛
- رویکرد معنوی در آموزش (مفهوم سلامت معنوی، مشاوره و روان‌درمانی دینی و اسلامی، شرح حال معنوی...)؛
- مشاوره و روان‌درمانگری دینی و معنوی (لزوم، نظریه منسجم، شناسایی و درمان آسیب‌های معنوی، سنجش ویژگی‌های معنوی و مشکلات روانی، ارتباط آسیب‌های روانی با آسیب‌های معنوی، انواع درمان‌های معنوی و بکارگیری نوع درمان با توجه به نوع مشکل، سنجش اثربخشی درمان‌ها)؛
- مهارت خودآگاهی معنوی (تعریف و انواع خودآگاهی، اهمیت معنویت در خودآگاهی، رابطهٔ خودآگاهی، معنویت و سلامت ...)؛
- حل مسئله با رویکرد معنوی؛
- مهارت بخشایش‌گری در ترمیم روابط بین فردی؛
- ذکر به عنوان یک مهارت معنوی.

## قابلیت‌ها و مهارت‌های[1] مورد انتظار از دانش‌آموختگان روان‌شناسی بالینی در حیطهٔ سلامت معنوی (۲۹):

- **در حیطهٔ نگرش[2]:**
  - نشان دادن احترام، همدردی[3] و تقدیر نسبت به زمینه‌ها، گرایش‌ها و وابستگی‌های

1. Competencies
2. Attitude
3. Empathy

مختلف مذهبی، معنوی یا سکولار مراجعین؛

- قائل بودن به معنویت و مذهب به عنوان یکی از وجوه تمایز انسان‌ها، نظیر نژاد، فرهنگ، و گرایش‌ها و تمایلات وضعیت اجتماعی و اقتصادی، ناتوانی، جنسیت، و سن؛
- آگاهی از تأثیر متقابل باورها و زمینه‌های معنوی و مذهبی روانشناسان بر تجارب بالینی، گرایش‌ها، ادراکات و فرضیاتشان در بارهٔ ماهیت فرایندهای روانشاسی.

- **در حیطهٔ دانش:**
  - اطلاع از وجود انواع مختلف معنویت و اعتقادات مذهبی، و توانمندی بحث پیرامون باورهای معنوی و مذهبی، ارتباطات و تجارب حایز اهمیت برای مراجعان؛
  - توصیف تداخلات معنوی و مذهبی بر سلامت؛
  - شناخت احتمال وجود تجربیات بر اساس باورهای دینی و معنوی در مراجعان که افتراق آن‌ها از نشانه‌های پسیکوپاتولوژی دشوار است؛
  - تشخیص اینکه باورها، تجربیات، و رفتارهای مذهبی و معنوی در طول عمر شکل گرفته و تغییر می‌کنند؛
  - آگاهی از منابع داخلی و خارجی معنوی یا مذهبی که بر اساس تحقیقات علمی موجب احساس نشاط و شادابی روانی[1] یا بهبودی از اختلالات روانی می‌شوند؛
  - شناخت از باورها، تجارب و رفتارهای معنوی و مذهبی که توان تأثیرگذاری منفی بر سلامت روان[2] دارند؛
  - تشخیص موضوعات قانونی و اخلاقی مرتبط با جنبه‌های معنوی و مذهبی که در زمان انجام وظیفه حرفه‌ای محتمل است از آن‌هاغفلت شود.

- **در حیطهٔ مهارت‌ها[3]:**
  - توانمندی هدایت روان‌درمانی مؤثر و دلسوزانه[4] برای مراجعان دارای زمینه‌های مختلف معنوی و مذهبی، وابستگی، و درجات مختلف ابتلا؛
  - شرح حال استاندارد معنوی شامل پرسش از زمینهٔ معنوی / مذهبی، تجارب،

1. Psychological well-being
2. Psychological health
3. Skills
4. Empathic and effective psychotherapy

رفتارها، گرایش‌ها و باورها؛

- کمک به مراجعان برای کندوکاو و دسترسی به نقاط قوت و منابع معنوی و مذهبی خود؛
- توانمندی تشخیص و گزارش و پیگیری مشکلات معنوی و مذهبی در تجربهٔ بالینی و ارجاع در صورت لزوم؛
- حفظ روزآمدی در زمینهٔ آموزه‌ها و تحقیقات و پیشرفت‌های حرفه‌ای در زمینهٔ معنویت و سلامت.
- تشخیص محدودیت‌ها و توانمندی‌های خود در حیطهٔ معنویت و سلامت و مشاوره با صاحب‌نظران دیگر و آموزش و کسب تجربهٔ بیشتر و ارجاع مناسب مراجعان به همکاران و مراکز ورزیده‌تر.

## مصادیق سلامت معنوی برای تلفیق در برنامهٔ علوم پایهٔ پرشکی از دورهٔ پزشکی عمومی

دورهٔ علوم پایهٔ پزشکی، مقطع سرنوشت‌سازی است که دانشجویان برای کسب آمادگی‌های لازم برای ورود به عرصه‌های بالینی طی می‌نمایند. شخصیت علمی به‌نوعی در این دورهٔ مهم شکل می‌گیرد و مسیر آینده به‌تدریج انتخاب می‌شود. در نظام جاری آموزش پزشکی موقعیت‌های مغتنمی برای آشناسازی دانشجویان با بعد معنوی سلامت و تعلیم آموزه‌های ارزشی و انسانی و رویکرد معنویت‌گرا و ارزش‌مدار به بیماران و مخاطبان و مراجعان حرفه‌ای، وجود دارد. در زیر عناوین برخی از دروسی که در دوره علوم پایه پزشکی ارائه می‌شوند ذکر و توصیف مصداقی کوتاهی در ارتباط موضوع منتخب با مقوله سلامت معنوی، به‌دنبال خواهد آمد:

- **مراسم ورود و معارفه اولیه**:
  - این مراسم تقریباً به عنوان یک سنت حسنه در همهٔ مراکز آموزشی برگزار می‌شود. سخنان استادان و مسئولان معمولاً بیادماندنی و تأثیرگذار است. معمولاً از جایگاه انسانی و والای حرفه طب، مفید بودن آن، فرصت‌های خدمات انسان‌دوستانه، اخلاقیات و معنویات و آداب حرفه‌ای و مقوله‌های متنوع دیگر سخن به میان می‌آید. این مراسم باید نهادینه شود و با برنامه‌ریزی و تنظیم محتوا و چارچوب ساختارمند و یک دوره زمانی قریب یک هفته‌ای ارائه شود. تعریف سلامت و بعد معنوی آن برای نخستین بار در این فرصت قابل طرح است.

- **درس فیزیولوژی**:
  - فیزیولوژی که در طب سنتی به وظایف الاعضاء تعبیر شده، شاخه‌ای از توحید و روشی برای ادراک نظام خلقت، از طریق شناخت و تدبر در ظرایف خلقت کامل‌ترین مخلوق (احسن‌الخالقین) محسوب می‌شود. هماهنگ در این دوره جذاب و پرهیجان صحبت از معنویت و تلفیق مصادیقی از سلامت معنوی، در متن محتوای تجربی و توصیفی دروس مختلف مفید و با اهداف آموزشی هماهنگ است. فرازی از سخنان آیت الله مصباح یزدی زینت‌بخش این حیطه می‌باشد:

    ..... روایت «من عرف نفسه فقد عرف ربه[1]» که به سندهای متعدد از طرق شیعه و سنی نقل شده است نیز مؤید ملازمهٔ بین خودشناسی و خداشناسی است و البته عکس آن نیز صادق است؛ نَسُوا اللَّهَ فَأَنسَاهُمْ أَنفُسَهُمْ[2]. وقتی خود را بشناسید، خدا را می‌شناسید و وقتی خدا را فراموش کنید، خودتان را هم فراموش می‌کنید .... .

در دروس فیزیولوژی عناوین و محتوای گسترده‌ای با مضامین معنوی قابل احصاء است.

- **دروس آناتومی و جنین‌شناسی** (۳۰):
  - درس آناتومی نیز آشنایی با عجایب خلقت انسان به طور عینی و شهودی است. تاریخچهٔ آناتومی در تمدن ایران و اسلام، تاریخچه‌ای عبرت‌آموز و مشحون از اشارات معنوی و روحانی است. در معارف اسلامی خودشناسی مقدمه و لازمه خداشناسی دانسته شده است. علم تشریح نیز به همین اعتبار نزد دانشمندان اسلامی جایگاهی والا داشت و برای ترویج و پیشرفت آن تلاش می‌کردند. طیف وسیعی از کشفیات و دست‌آوردهای علمی این حوزه مرهون تمدن اسلامی است. بسیاری از فقها، علما و متکلمین دانستن علم تشریح و اهتمام در یادگیری آن را لازم و مقدمهٔ خداشناسی می‌دانستند. در برنامهٔ جاری آموزش آناتومی و در مقدمات، و بخش نظری دروس زیر پیشنهاد می‌شود:
    - آشنایی با تاریخچهٔ آناتومی در بین مسلمانان؛
    - آشنایی با فصل اول قانون ابن‌سینا: تشریح بدن انسان؛

---

۱. غرر الحکم و درر الکلم، ص ۵۸۸ .
۲. قرآن مجید، سورهٔ حشر، آیه ۱۹.

- اشارات معنوی و خداشناسی با الهام و اندیشه در ظرایف و شگفتی‌های آفرینش انسان؛
- جنین‌شناسی: تفکر در انسجام و نظم بی‌نهایت در خلقت انسان.

- **دروس معارف اسلامی** (۳۱):

در بین دروس عمومی، معارف به طور مستقیم با سلامت معنوی ارتباط دارد. بازنگری دروس اختیاری معارف در این راستا بسیار راه‌گشا است. بعضی از عناوین پیشنهادی به‌شرح زیر است:

- مفهوم و ابعاد سلامت در معارف اسلامی؛
- تحلیل و تفسیر سخن نورانی پیامبر گرامی اسلام (ص): «النّظافة من الایمان»؛
- تحلیل اصل اسلامی «وجوب طلب العلم»؛
- تحلیل اصل اسلامی «وجوب کفایی تحصیل علم طب»؛
- ارزش‌های معنوی حفظ حیات و احیای نفوس انسانی «تحلیل و تفسیر آیهٔ نورانی قرآن مجید»؛
- قواعد معنوی و احکام ناظر بر حرفه طب

طیف وسیعی ازموضوعات مرتبط با سلامت و معنویت، با بهرگیری از فرهنگ غنی و پویای اسلام قابل بررسی و منظور نمودن در محتوای دروس معارف اسلامی، ویژه علوم پزشکی خواهد بود و مرهون تلاش برنامه‌ریزان و سیاست‌گذاران این بخش مهم از دوره علوم پایه پرشکی به‌شمار می‌رود.

- **تاریخ، فرهنگ و تمدن اسلام و ایران** (۳۲ و ۳۳):

بررسی و کند و کاو در تاریخ فرهنگ و تمدن اسلام و ایران، مطالعه در تطور علم، اخلاق و معنویت است. در فرصت ارائه درس دو واحدی در برنامه جاری عناوینی به‌شرح زیر، در راستای سلامت معنوی پیشنهاد می‌شود:

- انحطاط معنوی و بحران‌های درونی دنیای مدرن (از عناوین موجود)؛
- فلسفهٔ فرهنگ (پیشنهادی)؛
- ارتقای معنوی با الهام از پیشینه درخشان تمدن اسلام و ایران (پیشنهادی)؛
- تحلیل معنویت در طب سنتی ایران و اسلام (پیشنهادی)؛
- حکمت و فلسفه در تاریخ طب (پیشنهادی).
- تحلیل زندگی معنوی حکیم سیداسماعیل جرجانی (پیشنهادی)،
- تحلیل و تعمق در کتاب *طب روحانی* محمد ابن زکریای رازی.

- **اخلاق پزشکی** (۳۴ تا۳۷)

اخلاق پزشکی، مترادف و ترجمان معنویت در طب است. عناوین زیر در قالب درس جاری اخلاق پزشکی پیشنهاد می‌شود:

- نقش اخلاق و دین‌مداری پزشک در روند معالجه و درمان بیماران؛
- امید و اعتماد کلیدهای اخلاقی و معنوی پیشگیری و درمان؛
- نقش معنویت و اخلاق در رشد و بالندگی خدمات پزشکی؛
- آشنایی با اخلاق پزشکی معنویت گرا: اخلاق پزشکی در خلاصهٔ الحکمه؛
- معنویت اساس اخلاق پزشکی: بنیادهای اخلاق پزشکی از دیدگاه متون اسلامی و مفاخر پزشکی ایران؛
- **روان‌شناسی**: مراجعه به مبحث روان‌شناسی بالینی در بالا؛
- **بهداشت**: مراجعه به مباحث بهداشت در بالا.

- **سایر دروس علوم پایه پزشکی: حسب مورد**

در بسیاری از دروس و مباحث نظری و عملی دورهٔ علوم پایهٔ پزشکی، عناوین مستقیم یا غیر مستقیم متناسب با اهداف و توانمندی‌های مورد انتظار از درس سلامت معنوی قابل بررسی است. لازم است برنامه‌ریزان آموزشی برنامه‌های درسی را با این رویکرد بازنگر می‌کنند.

## مصادیق سلامت معنوی برای تلفیق در برنامه دورهٔ فیزیوپاتولوژی از دورهٔ پزشکی عمومی (۳۸ و ۳۹):

دورهٔ فیزیوپاتولوژی، انتقال از مرحلهٔ نظری و توصیفی به مرحلهٔ تحلیلی و توجیهی و استدلالی است. بیش از ۲۵ سال از ارائه دروس فیزیوپاتولوژی، بعد از علوم پایهٔ پزشکی در برنامهٔ دورهٔ پزشکی می‌گذرد و بازبینی اساسی در آن صورت نپذیرفته است. اسلامی و خادمی از دانشگاه علوم پزشکی شیراز، این دوره را با مطالعه خود به بوته نقد کشیده‌اند بازنگری در این دوره در شرایط جاری اجتناب‌ناپذیر است. در بازنگری عناوینی نظیر گزاره‌های ذیل در این دوره برای تحلیل و شناخت معنویت و سلامت معنوی و عینی، ضروری و مفید است:

- نقش معنویت در حفظ و ارتقای سلامت؛
- ایمان و معنویت، در پیشگیری از ابتلا به امراض و تهدیدهای سلامت؛
- اعتقاد به شفا و نقش آن در بهبودی و بازگشت سلامت؛
- تحلیل معنوی بیماری و فراز و نشیب‌های آن؛

- شناخت حالات معنوی و روحانی بیماران؛
- زیربنای ژنتیکی معنویت؛
- تحلیل فیزیوپاتولوژیک مزاج‌های چهارگانهٔ طب سنتی و مقایسه با ساختار ایمنی بدن
- تشخیص اهمیت معنویت به عنوان عاملی که بر سلامت بیمار تأثیر داشته و اهمیت معنویت در مراقبت‌های بشر دوستانه[1] ؛
- تداخلات متفاوت بین الهیات، سلامت و بیماری، مراقبت از بیمار ـ درد، رنج، ابعاد اجتماعی درمان ناخوشی و سلامت[2] ؛
- مراقبت از بیمار با رویکرد دو شیوه ادغام یافته زیستی ـ روانی ـ اجتماعی ـ معنوی[3] ؛
- تدبیر تفاوت‌های مذهبی و فرهنگی در مراقبت از بیماران[4] ؛
- ادغام جامع طب با فلسفه معنوی مذاهب مختلف[5] ؛

## مصادیق سلامت معنوی برای تلفیق در برنامه‌های آموزش بالینی (کارآموزی و کارورزی) دورهٔ پزشکی عمومی

دوره‌های آموزشی کارآموزی و کارورزی از دورهٔ پزشکی عمومی، عمدتاً بالینی و بر پایهٔ شرح حال، معاینهٔ فیزیکی، اقدامات و مداخلات تشخیصی و درمانی و پیگیری‌های بعد از درمان استوار است. برنامه‌های جدید، توصیه‌های بین‌المللی و رویکردهای تحولی بر توسعه آموزش‌های این دوره‌ها تأکید دارند. باید این دوره‌ها در برنامه‌های تحولی هرچه سریع‌تر شروع شود. شخصیت حرفه‌ای پزشک در این دوران شکل می‌گیرد. تجارب به دست آمده تأثیر سرنوشت‌سازی بر سایر مراحل زندگی حرفه‌ای برجای خواهد گذاشت. اهتمام برنامه‌ریزان در جهت ادغام ضروری‌ترین آموزه‌های سلامت معنوی باید متوجه این بخش از آموزش دورهٔ پزشکی عمومی باشد. علاوه بر منابع نظری، الگوی رفتاری و سیرهٔ حرفه‌ای و شیوهٔ تدریس استادان بالینی نقش اصلی را در جهت دادن و تکامل این بخش مهم از آموزش بر عهده خواهد داشت. یک مطالعه، کیفی با موضوع معنویت در دورهٔ پرشکی عمومی، نتایج بسیار ارزشمندی را در

1. Realize the importance of spirituality as a factor that can impact patient's health and importance of spirituality in humanization of patient’s care.
2. The different interrelationships between Theology, Health and Diseases, patient care, pain, suffering, community treatment, illness and health.
3. patients’ management according to the integrative bio-psycho-socio-spiritual integrative model.
4. Dealing with cultural and religious pluralism, while managing patients.
5. Comprehensively integrate medicine with spiritual philosophy knowledge from different religions.

اختیار قرار داده است (۴۰). خلاصهٔ نتایج این مطالعه برای استفاده در برنامهٔ آموزشی دوره‌های بالینی پزشکی عمومی در زیر ارائه می‌شود:

*الف) نقش پرشک عمومی به عنوان ارائه کننده مراقبت معنوی:*

- شناسایی و ارزیابی نیازهای معنوی؛
- تسهیل کننده و تشویق کننده ارزش‌های معنوی بیمار؛
- تأمین مراقبت معنوی مناسب با باورهای بیمار؛
- تحمیل نکردن باورها و ارزش‌های مورد توجه خود به بیمار؛
- ارائه حالت مراقبت معنوی صادقانه و خالصانه بر پایهٔ قضاوت درست؛
- مواجهه با بحث/مذاکره معنوی با وقار، احترام، شکیبایی و حساسیت و تمام عیار؛
- همراه و دلسوز بیمار بودن؛
- ارزیابی معنوی ساختارمند[1] و غیر ساختارمند.

ایفای این نقش‌ها وظایف با گوش فرا دادن به بیمار، خاصه در نقاط بحرانی مراقبت، اعتبارسنجی باورهای بیمار، در کنار بیمار بودن در زمان‌های نیاز، و احترام به باورها و معتقدات بیمار میسر می‌شود.

*ب) آشنایی با موانع ارائه مراقبت معنوی مؤثر:*

- موانع مرتبط با پزشک: احساس مطمئن نبودن برای شروع مذاکره معنوی ترس از تعبیر و تلقی نادرست بیماران از بحث معنوی به عنوان الغای اعتقادات دینی، نگرانی از نقص خلوت و خودمختاری بیماران، ترس از ایجاد ناراحتی، ناآشنایی با زبان و ادبیات معنوی، اعتقاد به اولویت نداشتن موضوعات معنوی نسبت به سایر ضروریات طبی، اعتقاد به تأثیر نداشتن مذاکرهٔ معنوی بر حیات بیمار، فقدان/کمبود دانستنی‌های معنوی در پزشک، نظام اعتقادی متفاوت بین پزشک و بیمار؛
- موانع مرتبط با بیمار: فقدان آموزش/بدآموزی، محدودیت زمانی، مناسب نبودن فضاها مانند اتاق معاینه، مهارت نداشتن مراقبان، تداوم نداشتن ارتباط؛
- موانع زمینه‌ای: نبود برنامه آموزشی رسمی و راهبردهای مناسب.

1. Structured spiritual assessment

*ج) آشنایی با عوامل تسهیل کننده مراقبت مؤثر معنوی:*

- فراگرفتن روش‌های ارتباط مؤثر؛
- اطمینان بخشیدن به بیماران؛
- روش‌های بیمار محور[1]؛
- مواظبت بر سوء استفاده نکردن از موقعیت؛
- روش دیپلماتیک در مواردی که اعتقادات بیمار و پزشک متفاوت است؛
- پزشکان از نظر معنوی پای‌بندی بیشتر داشته باشند؛
- بیماران، پزشکان را مکرر ملاقات کنند؛
- مناسب‌سازی فضاهای معاینه و مداوا؛
- هماهنگی فرهنگی بالا بین پزشکان و بیماران؛
- ملاقات بیماران در بالین یا منزل.

**مصادیق سلامت معنوی در دوره‌های آموزش دندان‌پزشکی و داروسازی** (۴۱ و ۴۲)

سلامت معنوی یک حوزهٔ میان‌بخشی است. در عموم رشته‌ها و مقاطع علوم پزشکی سطوحی از آموزش‌های مرتبط موضوعیت دارد. دردورهٔ علوم پایهٔ این رشته‌ها که با علوم پایهٔ رشتهٔ پزشکی عمومی شباهت دارد باید در زمینهٔ آشنایی دانشجویان با مفاهیم سلامت معنی تلاش نمود. گزیده‌ای از مطالب مشروح در دوره علوم پایهٔ پزشکی در این رشته‌ها نیز کاربرد خواهد داشت. علاوه بر موارد اشاره شده فوق بعضی از موضوعات اختصاصی به شرح زیر نیز می‌تواند مفید باشد:

- زندگی‌نامهٔ علمی و معنوی جابرابن حیان، و خدمات عظیم وی به عالم بشریت؛
- آشنایی با زندگی معنوی بنیان‌گذار داروسازی نوین ایران، دانشمند فقید دکتر عباس شفیعی ؛
- آشنایی با تاریخچهٔ دندان‌پزشکی در تمدن اسلامی؛
- دوا و شفا در فرهنگ اسلامی؛
- اصلاح عوامل خطر اصلی بیماری‌های دهان و دندان با رویکرد سلامت معنوی؛
- تاریخ دندان‌پزشکی در اسلام و ایران؛
- دستورات و روایات اسلامی در باب سلامت دهان و دندان.

1. Patient-centered approach

**ابعاد پژوهشی سلامت معنوی، در پایان‌نامه‌های دوره‌های دکترای حرفه‌ای/ دکترا و کارشناسی ارشد**

سلامت معنوی در آموزش پزشکی، عرصه‌ای پویاست که بالندگی آن مرهون تحقیقات است. تحقیقات در این عرصه ویژگی‌های زیر را دارد (۴۳):

- از نوع تحقیقات در نظام سلامت[1] است؛
- از سنخ تحقیقات کیفی[2] است؛
- از جنس تحقیقات میان‌بخشی[3] است؛
- دارای ابعاد نظری (علوم انسانی و پایه[4]) و بالینی[5] است؛
- در ردیف تحقیقات در آموزش پزشکی[6] است.

مناسب‌ترین راهکار توسعه این نوع تحقیقات، ارائه آن در پایان‌نامه‌های مقاطع و دوره‌های آموزشی ذی‌ربط است. فهرستی از موضوعات برای این تحقیقات به‌شرح زیر است (۴۳):

- موضوع‌شناسی تحقیقات سلامت معنوی؛
- اولویت‌بندی تحقیقات سلامت معنوی؛
- ادغام سلامت معنوی در نظام آموزش پزشکی؛
- ادغام سلامت معنوی در نظام ارائهٔ خدمات سلامت؛
- کل‌نگری، جامع‌نگری، جامعه‌نگری؛
- سلامت معنوی، مفاهیم، مبانی، موانع و چالش‌ها؛
- مبانی عرفانی سلامت معنوی (۴۴)؛
- نظریه نیازهای معنوی از دیدگاه اسلام و تناظر آن با سلسله مراتب انگیزه‌های مازلو (۴۵)؛
- مطالعه در حیطهٔ پرسشنامه‌های سلامت معنوی؛
- مطالعه در باب شفا و دوا؛
- رابطهٔ سلامت معنوی با سلامت روان (نقش سلامت معنوی بر بهداشت روانی انسان)؛
- هوش معنوی: دیدگاه‌ها و چالش‌ها (معنویت، خودشکوفایی و هوش معنوی در محیط کار)؛

1. Health System Research (HSR)
2. Qualitative Research
3. Inter-disciplinary Research
4. Basic Sciences Research
5. Clinical Research
6. Medical Education Research

- مطالعهٔ رابطه بین انجام مناسک مذهبی (نماز، دعا و نیایش، روزه ...) با سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی و معنوی؛
- شناسایی شاخص‌های سلامت معنوی؛
- بررسی نیازهای معنوی در بیماری‌ها و گروه‌های سنی مختلف؛
- کاربرد سلامت معنوی در طب تسکینی؛
- کاربرد سلامت معنوی در ترک اعتیاد و نظارت بر سوء مصرف مواد (مقایسه هوش معنوی و سلامت روان در افراد معتاد و غیرمعتاد و ...)؛
- مراقبت‌های مذهبی بیماران بستری و موانع آن؛
- باورهای معنوی و کیفیت زندگی؛
- مدیریت آموزش پزشکی با رویکرد معنوی؛
- مدیریت نظام سلامت با رویکرد معنوی؛
- بررسی نیازهای معنوی دانشجویان علوم پزشکی،
- نگرش پرستاران به معنویت و مراقبت معنوی و سایر ابعاد سلامت معنوی در آموزش و خدمات پرستاری.

فهرست گسترده‌ای با مراجعه به مطالعات و انتشارات قابل دست‌یابی است. در ذیل به ۲۰ موضوع منتخب، برگرفته از منابع معتبر اشاره می‌شود:

1. Spirituality and Health Research: Methods, Measurements, Statistics, and Resources.
2. The role of spirituality in health care.
3. Spirituality and Healing.
4. Religion, Spirituality, and Health: The Research and Clinical Implications.
5. Conceptualizing spirituality for medical research and health service provision.
6. Levels of spirituality and religious beliefs and behavior.
7. Association between religious involvement and multiple indicators of health.
8. Measuring spirituality as distinct from religion.
9. What Role Do Religion and Spirituality Play In Mental Health?
10. Spirituality and stress relief.
11. Measuring Multiple Dimensions of Religion and Spirituality for Health Research.
12. Nursing Research on Spirituality and Religiosity.
13. Religiosity, Spirituality, and Substance Abuse
14. Spirituality and ageing: implications for the care and support of older people.

15. Spiritual Health: Its ature and Place in the medical education Curriculum.
16. The Relationship between Spirituality and the Health of Students.
17. Spirituality in Cancer Care.
18. Spirituality, Health and Coping: Aspects of Well-Being.
19. Religious Involvement and Spirtualty in Terminally ill Patents.
20. Many other issues.

## تجارب مستند از سلامت معنوی در دوره‌های آموزشی تخصصی بالینی

مطالعات نظام‌های آموزشی غربی نشان داده است که باورهای معنوی و مذهبی بر نتایج سلامت بیماران تأثیر مثبت دارد (۴۶).کارآزمایی‌های کنترل شده و تصادفی بالینی[1] نشان داده است که مداخلات معنوی در بیماران افسرده و صعب‌العلاج و در مراحل پایانی زندگی موجب احساس بهبودی و کاهش عود می‌شود (۴۷).

## جایگاه بایستهٔ سلامت معنوی در برنامه‌های آموزش دستیاری تخصصی بالینی

دوره‌های آموزشی تربیت دستیار تخصصی بالینی نخستین و برترین جایگاه آموزش تعالیم سلامت معنوی را دارد.. اساس آموزش در این دوره‌ها بر پایهٔ معاینه و مراقبت و مداوای بیماران است. در بعضی رشته‌ها نظیر کودکان، زنان و زایمان، روان‌پزشکی، انکولوژی، و طب تسکینی، سلامت معنوی و آموزه‌های آن عینی‌تر و کاربردترند. شایسته است بازنگری برنامه‌های آموزشی عموم رشته‌های تخصصی بالینی با رویکرد ادغام سلامت معنوی در طول دوره صورت پذیرد. در زیر منتخبی از عناوین با الهام از مطالعات انجام شده پیشنهاد می‌شود. بدیهی است که عناوین عمومی و اختصاصی هر رشته به دست مسئولین برنامه‌ریزی آموزشی همان رشته قابل احصاء خواهد بود (۴۸).

- تعاریف و مفاهیم معنویت، سلامت، سلامت معنوی و جهان‌بینی[2]؛
- آگاهی و بازنگری دستیاران از معنویاتی که به آن‌ها اعتقاد و باور دارند و تقویت آن‌ها؛
- شناخت بهتر و یادآوری فرهنگ و ارزش‌های فرهنگی جامعهٔ دستیاران به آن تعلق دارند؛
- رابطه بین معنویت و حرفه‌ای‌گری[3] شامل جنبه‌های اخلاقی و فرهنگی که جامعه و

1. Randomized clinical controlled trials
2. Worldview
3. Professionalism

بیماران نسبت به آن‌ها حساس هستند و چگونگی حل تضادها و تعارضات در این حیطه‌ها؛

- مدیریت فشارهای روحی[1] و چگونگی مواجهه صحیح با بیماران دشوار[2]؛
- اعتبار، ضرورت و اهمیت ادغام معنویت در ارزیابی و مراقبت از بیماران؛
- ارزیابی معنوی[3] بیماران و بستگان ایشان؛
- ارزیابی عمیق معنوی[4]، شامل تاریخچه تکوین معنویت، باورها، خداشناسی، تجارب معنوی و اجتماعی؛
- ابعاد زیستی، اجتماعی، روان‌شناختی و معنوی[5] سلامت، شکل‌گیری و کاربرد آن‌ها؛
- تأثیر باورها و آداب و رسوم مذهبی بر روند و نتیجه مراقبت‌های بالینی؛
- چگونگی همکاری و استفاده از خدمات شاغلان / مراقبان مذهبی/روحانیون؛
- تجویز داروها با ملاحظات مذهبی ـ معنوی و قومیتی[6] رابطه بین معنویت و باورهای اجتماعی با طب جایگزین[7] و رابطهٔ بین نژاد و قومیت با متابولیسم داروها؛
- رابطه بین معنویت با درمان اعتیاد[8]؛
- رابطه بین معنویت و مواجهه و مقابله با بیماری‌های مزمن؛
- معنویت و مراحل انتهایی زندگی؛
- مراحل تکامل معنوی[9] در کودکان؛
- آسیب‌شناسی روانی[10] و معنویت، عوامل حفاظتی[11] و عوامل خطر[12] در کودکی و دوران بلوغ.

---

1. Stress management
2. Challenging patients
3. Spiritual assessment
4. In-depth
5. The Bio-Psycho-Social-Spiritual
6. Ethnicity
7. Alternative medicine
8. Recovery from addiction
9. Spiritual Development
10. Psychopathology
11. Protective factors
12. Risk factors

## تحلیل ضرورت و نحوهٔ ادغام شایستهٔ سلامت معنوی در برنامه‌های آموزش روانپزشکی و روان‌شناسی بالینی

مطالعهٔ ف ـ الف کرلین[1] و همکارانش نشان داد که بیشتر روان‌پزشکان نسبت به مذهب یا معنویت، حداقل در یک سطح عملیاتی[2] اهمیت و احترام قائل‌اند (۴۹). در زمینهٔ کاربرد موضوعات مذهبی و معنوی در حیطه‌های بالینی، روان‌پزشکان در مقایسه با سایر متخصصان، ورزیده‌تر و راحت‌تر هستند.

یک برنامهٔ ترویجی به مدیریت دانشگاه جرج واشینگتن[3]، برنامه‌های دستیاری روانپزشکی را که به موضوع معنویت و سلامت پرداخته‌اند، شناسایی و جایزه اهداء می‌کند (۵۰). این جایزه تدوین برنامه‌های نوآور و معتبر در این حیطه را ترغیب می‌نماید. علاوه بر این، یک گروه وفاق و اجماع از روان‌پزشکان، نظریه‌ها و موضوعات کلیدی در زمینه طب و معنویت برای تدریس در دورهٔ دستیاری روانپزشکی را شناسایی و ارائه می‌کنند (۵۰).

بعضی از ابعاد و محورهای سلامت معنوی در سطح بالینی، برای لحاظ نمودن در برنامهٔ آموزشی تخصصی روانپزشکی به‌شرح زیر است:

- معنویت و باورهای معنوی، نیاز محوری بیماران[4] (۵۰)؛
- تعامل و مذاکره با بیماران در مورد مسائل معنوی / مذهبی مورد علاقه یا تأثیرگذار بر آن‌ها؛
- آشنایی با تأثیرات مثبت بالقوه معنویت / مذهب بر سلامت، مواجهه با بیماری، امیدواری، تحمل مرارت‌های بیماری و درمان، دریافت حمایت، شفاء و بازگشت سلامت؛
- آشنایی با و بکارگیری تجربیات مثبت و نمونه‌های موفق و توصیه به آن‌ها؛
- درمان وسواس بر اساس آموزه‌های دینی؛
- درمان اعتیاد با روش‌های سنتی/فرهنگی و مذهبی؛
- پیشگیری از اقدام به خودکشی در اختلالات روانی و گروه‌های آسیب‌پذیر بر اساس آموزه‌های مذهبی / معنوی.

## جمع‌بندی و توصیه‌های راهبردی و کاربردی

- معنویت، بعد چهارم سلامت و محور اصلی تحول در نظام جاری آموزش پزشکی لازم

1. Farr A. Curlin
2. At a functional Level
3. The John Templeton Spirituality and Medicine Award Program administered by George Washington University
4. A core patient need

است بـا رعایـت ارزش‌هـای دینـی و فرهنگـی مـورد اهتمـام سیاسـتگذاران، محققـان، برنامه‌ریزان، مدیران، مدرسان و دانشجویان علوم پزشکی قرار گیرد؛

- اهداف ادغام آموزش معنوی در نظام آموزش پزشـکی در حیطـه‌هـای دانـش، نگـرش و عملکرد، در این مطالعه تبیین و پیشنهاد شده است؛
- مهارت‌های مورد انتظار از دانشجویان و دانش آموختگان با گیری از مراجع معتبر و قابل احصاء در نظام آموزش پزشکی ارائه شده است؛
- آموزه‌های سلامت معنوی به تفکیک رشته‌ها و مقاطع آموزش پزشکی در مطالعه حاضر شناسایی و ارائه شده است؛
- مشخصات تحقیقات و عناوین پیشنهادی برای مطالعات این حیطه ارائه شده است؛
- شیوه‌های مختلف آموزش برای هدف‌های مختلف آموزشی، سطوح و مقـاطع و عنـاوین اختصاصی به تناسب در مطالعه حاضر پیشنهاد شده است؛
- به روش‌های ارزیابی برحسب اهداف و محتوای آموزشـی، حسـب مـورد در مـتن اشـاره شده است؛
- این مطالعه می‌تواند محور مطالعات بیشتر و جامع‌تر و اختصاصی‌تر برای راهیابی اجرایی و عملیاتی ادغام آموزش سلامت معنوی در نظام آموزش پزشکی قرار گیرد؛

## منابع:


۱. بولهری، جعفر، دوس علی‌وند، هدی، میرزایی، مصلح: «رویکرد معنوی در آموزش پزشکی و علوم انسانی». *فصلنامهٔ اخلاق پزشکی*، سال ششم، شمارهٔ ۲۰، تابستان ۱۳۹۱.

۲. دماری، بهزاد. *سلامت معنوی*. انتشارات طب و جامعه – ۱۳۸۸.

۳. نهاردانی، سیده زهرا: «معنویت اسلامی در آموزش پزشکی: ضرورت یا سلیقه»: *مجلهٔ ایرانی آموزش در علوم پزشکی* دورهٔ ۱۵، شمارهٔ ۶، ۱۳۹۴.

۴. http://www.mehrnews.com/news/ نسبت سلامت و معنویت در ادیان ابراهیمی.

۵. حکیم سید اسماعیل جرجانی: *ذخیرهٔ خوارزمشاهی*. تصحیح و تحشیهٔ دکتر محمدرضا محرری، ۱۳۸۰.

۶. سخنرانی دکتر مهدی محقق در دانشگاه فیلادلفیا: . http://www.aftabir.com/articles/view/health_therapy/medical_science

۷. اشکوری فنایی، محمد: جمع بین عقلانیت، علم، و معنویت، سرّتمدن‌سازی حکمت سینوی: http://www.iqna.ir/fa/news/1441929

۸. مرندی، سیدعلیرضا، عزیزی، فریدون: «جایگاه، تعریف و دشواری‌های مفهوم سلامت معنوی در جامعه ایرانی - اسلامی». *فصلنامهٔ اخلاق پزشکی*، سال چهارم، شمارهٔ چهارم، زمستان ۱۳۸۹، صفحات ۱۱-۱۹.

۹. طب و پزشکی در تمدن اسلامی: www.4txt.ir

۱۰. مسعود صفایی مقدم. «مطالعهٔ تحلیلی نهضت معنویت‌گرایی و ارائه رویکردی برای آموزش عالی معنویت‌گرا:رویکردی اخلاق بنیان»: *راهبرد فرهنگ*، شمارهٔ دوازدهم و سیزدهم، زمستان و بهار ۱۳۸۹.

11. Astin, A.; H. Astin; A. Bryant; S. Calderone; J. Lindholm & K. Szelenyi. (2005), "the spiritual life of college students: a national study of college students, search for meaning and purpose. (full report)". From: http://www.spirituality.Ucla.Edu./spirituality/reports/ FINAL %20 REPORT.pdf

۱۲. بیگلر، محمود، باستانی، پیوند، و وطن خواه سودابه: «چالش‌های تولیت در نظام آموزش پزشکی ایران: رویکرد کیفی». *مجلهٔ دانشکده پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران (پیاورد سلامت)*، دورهٔ ۷، شمارهٔ ۴، ۱۳۹۲: ۲۹۹-۳۱۱.

۱۳. عزیزی، فریدون: «چالش‌ها و چشم‌اندازهای آموزش پزشکی در ایران. پژوهش در پزشکی»، *فصلنامهٔ علمی پژوهشی، دانشکده پزشکی*، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی شهید بهشتی، دورهٔ ۳۹، شماره ۱، ۱۳۹۴، صفحات ۱-۳.

۱۴. امیر اسماعیلی، محمدرضا، نکویی مقدم، محمود، موسی‌زاده، محمود، پهلوان، الهه: «چالش‌های آموزش پزشکی عمومی در ایران: یک مطالعه کیفی». *مجلهٔ گام‌های توسعه در آموزش پزشکی*، دورهٔ نهم، شمارهٔ دوم، ۱۳۹۱، صفحات ۱۱۸-۱۳۱.

15. Amondsen D. *Medicine, society and faith in the ancient and medieval world*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press. 1996; 127-157.
16. Lucchetti G., Lucchetti A. L. G., and Puchalski C. M. "Spirituality in medical education: global reality?" *Journalof Religion and Health. 2012*; 51(1): 3–19.
17. Puchalski C. M. and Larson D. B. "Developing curricula in spirituality and medicine". *Academic Medicine. 1998*; 73(9):970–974.
18. Kattimani S." Spirituality and medical education in India: are we ready?" *Journal of Research in Medical Sciences. 2012*; 17(5): 500–501.
19. Lucchetti G, Lucchetti A.L.G., Espinha D.C.M. et al." Spirituality and health in the curricula of medical schools in Brazil". *BMC Medical Education. 2012;* 12(78):12-78.
20. Cobb M, Puchalski CM, Rumbold BD, Oxford "Textbook of Spirituality in Healthcare, Oxford, England": *Oxford Universuty Press; 2012*.
21. Cristina M. Puchalski, Benjamin Blatt, Mikhail Kogan, and Amy Butler. "Spirituality and Health: The Development of a Field". *Academic Medicine. 2014*; 89(1): 10-16
22. Korrami Markani A, Yaghmaei F, Izadi A. "Education of spirituality and spiritual care in nursing: a challenge for educational program". *Shahid Beheshti Journal of Nursing and Midwifery. 2010*; 20(68): 41-49.

۲۳. اسراء ناصحی، حسین رفیعی، مجتبی جعفری، فریبا برهانی، سکینه سبزواری، محمدرضا بانشی، محمد رحیمی مدیسه: «بررسی صلاحیت دانشجویان رشته پرستاری در ارائه مراقبت‌های معنوی به بیماران». *مجلهٔ بالینی پرستاری و مامایی*، دورهٔ ۲، شمارهٔ ۲، تابستان ۱۳۹۲، صفحات ۱-۹.

24. Bennett V, Thompson M. L. "Teaching spirituality to student nurses". Journal of Nursing Education and Practice. 2015; 5( 2): 26-33.
25. Blevins J. et al. "Religion/Spirituality in the Public Health Curriculum: A Model for Global Health Education". Conference Paper · November 2014 , at: https://www.researchgate.net/ publication/ 266786380_ReligionSpiritualityinthePublicHealthCurriculum, A_Model_ for_ Global_ Health_Education

۲۶. بولهری، جعفر، غباری بناب، باقر، قهاری، شهربانو، میرزائی، مصلح، راقبیان، رویا، دوس‌علی‌وند، هدی، زارعی‌دوست، الهام: «آموزش مهارت‌های معنوی ویژه مربیان». مرکز مشاوره دانشگاه تهران. http://counseling.ut.ac.ir. بهار ۱۳۹۲.

۲۷. زهرا طاهری خرامه، فاطمه شریفی‌فرد، مصطفی علیزاده، وحید وحیدابی، حسام میرحسینی، رضا امیدی: «بررسی همبستگی مولفه‌های بهزیستی معنوی - مذهبی با سلامت روان در دانشجویان». مجلهٔ دانشگاه علوم پزشکی قم، سال دهم، شمارهٔ ۴ (پیاپی ۵۱).

۲۸. اولین همایش ملی سلامت، معنویت و شادی: http://manaviatisf.ui.ac.ir/fa

29. Vieten C, Scammell S, Pilato R, Ammondson I, Kenneth I. and Lukoff D. "Spiritual and Religious Competencies for Psychologists". *Psychology of Religion and Spirituality. 2013*; 5( 3): 129 –144

۳۰. مسعود کثیری، «تاریخچهٔ تشریح در بین مسلمانان» https://www.rasekhoon.net/۱۳۹۲-/

۳۱. فیروزی، رضا. «آسیب‌شناسی دروس و جایگاه استادان معارف اسلامی با توجه به دیدگاه‌های دانشجویان علوم پزشکی ارومیه در دوره‌های دکتری حرفه‌ای». فصلنامهٔ مطالعات معرفتی در دانشگاه اسلامی، پی در پی ۶۳، سال ۱۹، شمارهٔ ۲، تابستان ۱۳۹۴.

۳۲. ولایتی، علی‌اکبر. پویایی فرهنگ و تمدن اسلام و ایران. مجموعهٔ ۴ جلدی، ۱۳۹۲، مرکز چاپ و انتشارات وزارت امور خارجه.
۳۳. رشاد، علی اکبر: «دربارهٔ فلسفه فرهنگ»، راهبرد فرهنگ، شمارهٔ ۱۲ و ۱۳، زمستان ۱۳۸۹ و بهار ۱۳۹۰، صفحات ۷-۱۵.
۳۴. رمزی، صمد، حاجیلو، جلیل. «بررسی نفش معنویت و اخلاق در رشد و بالندگی خدمات پزشکی»، http://www.civilica.com
۳۵. مظاهری سیف - حمیدرضا: معجزه اخلاق مداری و معنویت پزشک در روح و جسم بیمار، http://www.mashreghnews.ir/fa/news
۳۶. تابعی، سید ضیاءالدین. اخلاق‌پزشکی در خلاصهٔ الحکمه.
۳۷. طباطبایی، سیدمحمود، کلانتر هرمزی، عبدالجلیل. «بنیادهای اخلاق پزشکی از دیدگاه متون اسلامی و مفاخر پزشکی ایران». پژوهش در پزشکی، دورهٔ ۳۵، شمارهٔ ۱، بهار ۱۳۹۰، صفحات ۱-۶.
38. Eslami J, Khademi M. An evaluation of the elements of internal medicine physiopathology curriculum in general practice based on the perspectives of faculty members of Shiraz University of Medical Sciences. J Adv Med Educ Prof. 2015; 3 (2)
39. LucchettiG,Lucchetti A. L. G. , Espinha D. C. M. , Oliveira L.R, Leite JRand KoenigH. G. Spirituality and health in the curricula of medical schools in Brazil. BMC Medical Education. 2012;12:78
40. Vermandre M, Lepelerie J. D, Smiths L, Haness K,Mechelen W. V, warmenhoven F, Rijswijk E, and Aertegeerts B. Spirituality in General Practice: A Qualitative Evidence Synthesis. British J. of General Practice. 2011: 749-760
41. Cooper J. B, Brock T. P, and Ives T. J. The Spiritual Aspect of Patient Care in the Curricula of Colleges of Pharmacy.American Journal of Pharmaceutical Education. 2003; 67 (2) : Article 44.
42. de Faria D'assunção A. A, B. de Oliveira L. V, Santana Mendes da Silva T. W, Lopes C, Lemos S., Cardoso C. G., Cessel Chagas F.L.M. Integrating Curricular Scenarios in the Dentistry Course: the Academic Disciplines of Dental Clinic and Dentistry and Society.Brazilian Research in Pediatric Dentistry and Integrated Clinic. 2016; 16(1):79-89
۴۳. امیر واحدیان عظیمی، فروزان اکرمی، محمدرضا حاجی اسماعیلی، محمود عباسی، لیلا صفایی پور، محمد فانی، مرتضی عبدالجباری، سید مرتضی حسینی، فرزانه باقرنژاد، علی اکبر شاه حسینی: فصلنامه اخلاق پزشکی، شماره ۳۵، بهار ۱۳۹۵ صص ۷۷-۱۱۵
۴۴. یزدانی، علی اصغر، عباسی، محمود، ابراهیمی محمدنبی. «مبانی عرفان سلامت معنوی». فصلنامهٔ اخلاق پزشکی، سال ۴، شمارهٔ ۱۴، زمستان ۱۳۸۹، صفحات ۶۵-۸۲.
۴۵. شجاعی، محمدصادق. «نظریهٔ نیازهای معنوی از دیدگاه اسلام و تناظر آن با سلسله مراتب انگیزه‌های مازلو». دو فصلنام، مطالعات اسلام و روان‌شناسی، پائیز و زمستان ۱۳۸۴، صفحهٔ ۸۷.
46. Bohnlein J : Religious and spirituality in psychiatric care: looking back ahead. Transcult Psychiatry 2006; 43: 634-651
47. D'Souza RFF, Rodrigo A: Spiritually-augmented cognitive-behaviouraltherapy. Aust Psychiatry 2004; 12: 148-152
48. Campbell N, Stuc,k C and Frinks L. Spirituality Training in Residency: Changing the Culture of a Program; Academic Psychiatry. 2012; 36(1: 56-59
49. Curlin F.A, Lawrence R.E, Odell S, Chin M.H, Lantos J.D, Koenig H.J, and Meador K.G. Religion, Spirituality, and Medicine: Psychiatrists' and Other Physicians' Differing Observations, Interpretations, and Clinical Approaches. Am J Psychiatry. 2007; 164(12): 1825-31
50. Puchalski C.M, Larson D.B&Lu F.G. Spirituality in psychiatry residency training programs. International Review of Psychiatry. 2001; 13(2): 131-138

# فصل دهم

# مراقبت‌های سلامت معنوی

## ۱. اهمیت سلامت معنوی با مراقبت معنوی حرفه‌ای در نظام سلامت

### مقدمه

اندیشمندان، امروزه معتقدند انسان‌ها موجوداتی زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی هستند. (اصفهانی، ۱۳۸۹) که جوامع انسانی با فرهنگ خاص خود، سبک زندگی آن‌ها را تعیین می‌کنند. (محسنی، ۱۳۸۴) فرهنگ جوامع بر نظام نیازمندی‌های اجتماعی مردم جامعه تأثیر می‌گذارد (پیروزمند،۱۳۸۶). تفاوت‌های فاحش فرهنگی در جوامع بر مفهوم سلامت و بیماری، انتخاب نحوۀ درمان و مراقبت، شناخت اتیولوژی بیماری و عکس‌العمل بیمار به بیماری موثر است (محسنی، ۱۳۸۴) و به سلامت و بیماری مفهوم اجتماعی می‌دهد (کوکرهام، ۱۹۹۲). و لذا جامعه‌نگری در ارائه خدمات بهداشتی - درمانیرا ضروری قلمداد می‌کنند (شکروشو خاکپور، ۱۳۸۹).

همچنین، جهت ارائه خدمات جامعه‌نگر، شناخت ارزش‌ها و اعتقادات هر جامعه، فرهنگ و نظام نیازمندی‌های مردم را ضروری می‌دانند (گریفیت، ۱۹۹۸). و معتقدند که ارائه اقدامات درمانی هماهنگ با باورهای مددجویان و بیماران، سبب پذیرش دانش و اهداف عملکردی درمان و روش مراقبت از طرف ایشان می‌گردد،که می‌تواند نتایج رضایت‌بخش‌تری را ایجاد کند (تومی، ۱۹۸۹). بنابراین ارائه تعریف جامعه‌نگر از سلامت و بیماری برای جوامع دارای فرهنگ

دینی ضروری است.

از طرف دیگر شکست دیدگاه تجرید نگر دکارت که از قرن هفدهم، انسان را واجد جسم و ذهن معرفی کرد و ابراز داشت که با شناخت اجزای یک کل می‌توان به شناخت کل رسید، و روانپزشکی را متکفل درمان بیماری‌های ذهن بشر و پزشکی را کاملاً جدا از آن و مسئول درمان بیماری‌های جسمی دانست، سبب شد تا بر مبنای دیدگاه کوانتوم، رویکرد کل‌نگری در ارائه خدمات بهداشتی و درمانی مطرح گردد به نحوی که خدمات مذکور باید به تمام ابعاد وجودی انسان و نیازهای او (زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی) بپردازد. چراکه در دیدگاه کل‌نگری، انسان یک کل یکپارچه بوده از ابعاد وجودی غیر قابل تفکیک تشکیل شده که این ابعاد با هم در حال تعامل دائمی هستند و عملکرد کل، حاصل جمع جبری اجزاء نیست (جورج،۲۰۱۰).

اما پرسش اساسی این است که کدام یک از دیدگاه‌های فلسفی و نظریه‌های علمی در جهان از چنان جامعیت و کل‌نگری برخوردارند، که بتوانند به‌درستی و به‌طور کامل، انسان را با تمام ابعاد وجودی (زیستی، روانی، اجتماعی، معنوی) وتمام نیازها و مشکلاتش شناخته و برای درمان و مراقبت او راه حل ارائه کنند؟ کدام دیدگاه می‌تواند مهم‌ترین بعد وجودی انسان و جهان را که روح ملکوتی از عالم غیب است، شناخته برای نیازهای روحی و سلامت معنوی او دستورالعمل صادر کند؟ و اینکه کدام یک از الگوهای درمان و مراقبت در جهان با مبانی فلسفی و باورهای دینی و معنوی پیروان ادیان ابراهیمی هماهنگی دارد؟ و توانسته به شناخت روح و تاثیر آن بر جسم توجه کند؟ آیا دستاوردهای علمی جهان سکولار که به روح و عالم غیب و حیات پس از مرگ باور ندارد، می‌تواند برای مردم مسلمان ایران و پیروان ادیان ابراهیمی جهان عینا کار برد داشته باشد؟ (اسدزندی، ۱۳۹۲).

با توجه به اینکه در دیدگاه فلسفی اسلام، انسان موجودی است واجد روح ملکوتی از عالم غیب و اشرف مخلوقات که امکان خلیفه و جانشین خدا شدن در زمین را دارد و ابعاد وجودی او علاوه بر جسم و ذهن، شامل روح است که بیشترین سهم و تاثیر را در زندگی، سلامت و بیماری او دارد، و دارای اصالت و حیات جاودان است؛ می‌تواند انسان را با قدرت برتر[1] یعنی حضرت حق مرتبط ساخته و این کوچک را در ارتباط با آن بسیار بزرگ رحمان و رحیم قرار دهد (اسدزندی،۱۳۸۶). مفسران شیعی معتقدند: «روح لطیفهٔ ربانیه و جوهر روحانیه، شناسا، دانا، توانا، مورد تکلیف الهی و محل عواطف و احساساتی چون غم و شادی، ترس و اضطراب، آرامش وامنیت و... مورد تکلیف الهی است که ثواب و عقاب برای اوست (دستغیب

1. Super Power

شیرازی،۱۳۴۲) و علاوه بر شناخت و آگاهی یافتن از عالم ناسوت طبیعت می‌تواند با سایر عوالم (ملکوت و جبروت و لاهوت) مرتبط شود و به انسان قدرت تفکر و شناخت (تعقل) عطا کند (قانعی و همکاران، ۱۳۹۲). *سوال این است که:کدام الگوی مراقبت معنوی توانسته است به این بعد مهم وجودی انسان و نیازهای روحی(معنوی) انسان توجه کند؟*

اگرچه خوشبختانه تحقیقات در دهه اخیر قویا حاکی از آن است که نیازهای معنوی به عنوان نیازی که به بیماران آرامش، نیرو و نشاط وصف‌ناپذیری می‌بخشد. مورد توجه خاص نظریه پردازان است (نیکبخت،۱۳۸۲). درمان و مراقبت که قبل از رنسانس ریشه در مذهب داشت مجددا توسط پارادایم‌های علمی و انواعی از نظریه‌ها و رویکردهای روانشناختی، از جمله دیدگاه مکتب سوم روان‌درمانی وین که در آن دکتر ویکتور فرانکل، انسان را موجودی در جستجوی معنایی برای زندگی تعریف کرد (فرانکل،۱۳۷۴) در هزارهٔ اخیر، تحت تأثیر قرار گرفته، و این عوامل سبب توجه به معنویت و تاثیر عوامل معنوی در بهبود بیماری و ارتقای سطح سلامت افراد گشته‌اند (مکشری، ۲۰۰۰۹). به نحوی که امروزه در تمام دنیا معنویت بعد مهمی از درمان و مراقبت کل‌نگر است. باورهای معنوی انسان‌ها می‌تواند با ایجاد سبک زندگی سالم به ارتقای سلامت مددجویانی که تغییرات فیزیولوژیک دوران رشد و تکامل خود را طی می‌کنند و به لحاظ جسمانی سالم هستند، در سطح پیشگیری مقدماتی با کاهش و ممانعت از ایجاد عوامل خطر بیماری کمک کنند و همچنین در سایر سطوح پیشگیری به بازیابی سلامت افرادی که بیماری‌های حاد، مزمن و شدید جسمی یا عاطفی را تجربه می‌کنند، مساعدت کنند (اسدزندی، ۱۳۹۵) اما *متاسفانه و با وجود این مطالعات کمی در مراکز تحقیقاتی دربارهٔ درمان و مراقبت معنوی موجود است (مک‌شری،۲۰۱۰).*

امروز این حقیقت مشخص است که معنویت جزء لاینفک وجود انسان‌هاست که بر تمام ابعاد وجودی انسان از تولد تا مرگ و بر سطوح رفتاری، تعاملات انسان با محیط و دیگران تاثیر می‌گذارد (تارکو،۲۰۰۲) و در نظر گرفتن معنویت برای درمان و توجه مراقبتی صحیح به مددجو لازم است. چنان‌که در هر نظامی که سعی دارد مراقبت جامع را ارائه نماید، مراقبت معنوی یک بخش ضروری و حیاتی مراقبت دهنده است (نیومن،۱۹۹۵) و با وجود اینکه در سال ۱۹۸۸، تشخیص پرستاری «دیسترس معنوی» در طبقه‌بندی انجمن تشخیص پرستاری امریکای شمالی پذیرفته شده است (کارپنیتول، ۱۹۹۹) و در حال حاضر در ایالات متحده امریکا، در جوامع متعدد، مفهوم پرستار کلیسایی در حال اجراست و این پرستاران با احترام و توجهی که به کل فرد می‌گذارند، تاکید می‌کنند که معنویت یک بعد کلیدی برای سلامت و بهبودی است، (چین، ۲۰۰۴) اما هنوز پزشکان و پرستارانی که مراقبت‌های معنوی را فراهم

می‌کنند و از آن حمایت می‌نمایند، در اقلیت هستند و همهٔ آن‌ها آن را ثبت نمی‌کنند و برخی از کارکنان درمانی اصلا از فعالیت‌های معنوی برای مراقبت بیماران و رفاه فردی آنان اطلاع و آگاهی ندارند (کاوندیش،۲۰۰۵).

نتایج مطالعات مختلف نشان می‌دهدکه بیشتر از ۵۰٪ پرستاران در عمل چندان به مراقبت‌های معنوی بیماران اهتمام نمی‌ورزند و احساس می‌کنند، مهارت و توانایی لازم را در این حیطه کسب نکرده‌اند. اغلب در متون پزشکی و پرستاری به بعد معنوی وجود انسان تاکید نمی‌شود. *چرا که به اندازهٔ کافی در این زمینه مطالب علمی وجود ندارد یا اینکه ارائه دهندگان مراقبت، خودشان به خدا یا یک موجود برتر معتقد نیستند (مظاهری، ۱۳۸۷).*

پولن و همکاران (۱۹۹۶) دلایل توجه نکردن پرستاران به مسئلهٔ معنویت را شامل خودآگاهی معنوی پایین پرستاران، ترس از تاثیر عقاید شخصی بر بیمار، محدودیت‌های زمانی، و کمبود آموزش در زمینه مداخلات مربوط به معنویت می‌دانند. یاردلی سختی تعیین نیازهای معنوی بیماران، تعیین فرد مسئول ارائه دهنده این مراقبت‌ها، و تعیین درج، اطمینان به صحت و دقت مداخلات معنوی را چالش‌های اجرایی مراقبت معنوی می‌داند (والوتز، ۲۰۰۵).

متاسفانه در بالین بیماران دستگاه‌های مدرن مراقبت‌های سلامتی تنها به مراقبت جسمانی توجه دارد و حیطهٔ مراقبت معنوی، حیطه‌ای است که مکرراً نادیده گرفته شده و یا در برخی کشورها به یک رهبر مذهبی تفویض می‌شود (ماکیجا، ۲۰۰۴). اگرچه پرداختن به نیازهای معنوی به عنوان جزء ضروری مراقبت کل‌نگر شناخته شده و در منابع، مراقبت جامع و کل‌نگر به عنوان مراقبت جسم، ذهن و روح توصیف شده (نارایان اسامی، ۲۰۰۲) مراقبت به‌شدت فن‌محور و فیزیولوژیک است و از این رو ایده مراقبت معنوی سبب احساس ناراحتی برخی از پزشکان و پرستاران می‌شود.

اعضای تیم بهداشت و درمان فکر می‌کنند که موضوعات معنوی به آن‌ها ربطی ندارد و در حیطهٔ کار روحانیون قرار می‌گیرد، در حالی‌که وقتی افراد وارد سیستم مراقبت بهداشتی می‌شوند، باورهای معنوی‌شان را نیز با خود به همراه دارند (تارکو، ۲۰۰۲). تحقیق هیلتون در سال ۲۰۰۲ نشان داد که هر چند خدمات پرستاری سعی در کل‌نگر بودن و ارائه مراقبت همه‌جانبه دارند، ولی وقتی مراقبت‌های ارائه شده دقیق ارزیابی می‌شوند با نارضایتی بیمار و فراموشی نیازهای معنوی آنان مواجه می‌شویم. بنابراین، لازم است پرستاران و پزشکان از معنویت و نقش آن در آرامش بیماران بستری در بخش‌ها، آگاهی لازم را کسب نمایند. چراکه اگر از بعد معنوی در بیماران و ارتباط آن با سلامتی چشم‌پوشی کنند، قطعاً به بیماران و فرایند درمان و مراقبت صدمات جبران‌ناپذیری خواهند زد (ماک، ۲۰۰۴).

برای آن دسته از کارکنان درمانی که خود در پی شناخت نیازهای معنوی بیماران و ارائه مراقبت معنوی هستند و آموزش معنویت جهت ارائه مراقبت کل‌نگر را ضروری می‌دانند تا بتوانند نقش فعالی در رفع نیازهای معنوی بیماران داشته باشند (آندروو، ۲۰۰۳). متأسفانه بیشتر کتب مرجع درسی، بر نیازهای جسمی و روانی بیماران نسبت به نیازهای معنوی تاکید دارند (مک‌شری، ۲۰۱۰). و متون علمی فاقد محتوای آموزشی کافی در مورد مراقبت‌های معنوی است (آنونیموس، ۱۹۹۷) و در مورد بعد معنوی مطالب علمی چندانی وجود ندارد (همتی، ۱۳۸۹) تنها اقدام صورت گرفته، طراحی واحد درسی به نام نحوهٔ حساس‌سازی معنوی دانشجویان به مراقبت معنوی است (پل، ۲۰۰۶، سارا، ۲۰۰۶).

اگرچه همهٔ دانشکده‌های علوم پزشکی، آموزش می‌دهند که درمان و مراقبت، متمرکز بر ابعاد زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی است، اما محتوای مراقبت معنوی، معمولاً در حداقل ارائه می‌شود. اغلب مراقبت معنوی در متون به عنوان بخشی از مراقبت روانی- اجتماعی با بیان جمله‌ای نظیر توجه به عقاید معنوی بیماران مطرح می‌شود (نیکبخت، ۱۳۸۲) و یا در قالب استفاده از روش‌های درمانی طب مکمل و تسکینی به آن توجه می‌شود (اسدزندی، ۱۳۹۵).

متاسفانه در تحصیلات آکادمیک پزشکان و پرستاران ایران نیز در هیچ یک از واحدهای درسی به چگونگی و گاه به ضرورت مراقبت معنوی از بیماران پرداخته نشده و این مهم نادیده انگاشته می‌شود. فرایند آموزش مراقبت معنوی در ایران، که در برگیرنده مفهوم مراقبت بیمارمحور است، فرایندی پویا، غیر نظام‌مند و پنهان در تعاملات اجتماعی است، که غالباً در عرصه بالین، تحت تأثیر اندوخته‌های مذهبی ـ معنوی، فرهنگی دانشجویان، و با الگوپذیری از رفتار و شخصیت استادان / مربیان، اطرافیان و تحت تأثیر جو حاکم آموزشی، بدون برنامه‌ریزی و به طور غیر رسمی شکل می‌گیرد. الگوپذیری بالینی و یادگیری غیر رسمی از طرف دانشجویان، با گزینش افراد محبوب، متصف به صفات اخلاقی و معنوی خداپسندانه که تعاملات خوبی دارند، صورت می‌گیرد (تذکری، ولیزاده، محمدی، حسنخانی، ۱۳۹۲).

در مراکز درمان بالینی ایران نیز شاهد تمرکز مداخلات درمانی بر مشکلات جسمی بیمار هستیم و الگوی طبی مراقبت، بر اساس بیماری‌محوری علم پزشکی، نحوهٔ کارکرد پرستاران را در بالین مشخص می‌کند، به نحوی که اختلال دیسترس معنوی نا شناخته بوده و اختلالات عاطفی بیمار تنها در موارد شدید به مشاور روانشناس بالینی یا روانپزشک ارجاع داده می‌شود. در درمان نیز متاسفانه، به‌رغم شکست دیدگاه تجریدنگر دکارت، هنوز بیمار به عنوان سیستمی شامل اجزای مختلف (زیر سیستم‌های متفاوت) که تنها باید اختلال در ساختمان یا عملکرد آنان را بر طرف نمود، توجه می‌شود و هر زیر سیستم بر عهدهٔ یک پزشک با یک تخصص خاص

واگذار شده و هیچ کس متکفل کل وجود بیمار نیست. تمام اقدامات تنها برای بازگرداندن ساختار یا عملکرد ارگان‌های آسیب دیده به حالت عادی صورت گرفته و واکنش‌های روحی (معنوی)، روانی، اجتماعی بیمار به بیماری مورد غفلت و بی‌توجهی قرار می‌گیرد.

حاکمیت الگوی طبی بر مراقبت سبب شده به جای مسئلهٔ بیمارمحوری، تمرکز بر علائم و نشانه‌های بیماری باشد. این امر در پرستاری مبتنی بر شواهد هم دیده می‌شود. چرا که این روش نیز متمرکز بر رفع علائم و نشانه‌های بیماری است. اقدامات پرستاری و دستورالعمل‌های مبتنی بر شواهد علمی، بر اساس تشخیص بیماری تهیه می‌شود. این در حالی است که شواهد تحقیقی به وضوح ثابت نموده که بعد معنوی، باعث تفاوت قابل‌توجهی در پیامدهای جسمی و روان شناختی شده است. پایه تجربی و علمی رابطهٔ بین ایمان و سلامتی، رشد فزاینده‌ای را شاهد است. همبستگی‌های مثبت بین عوامل دینی و سلامتی جسمانی یافت شده است (وو، ۱۹۹۲) با توجه به ضرورت جامعه‌نگری خدمات بهداشتی درمانی از سوی کشورهای عضو سازمان بهداشت جهانی از سال ۱۹۷۷ مورد تاکید قرار گرفته و ما در یک جامعه دینی زندگی می‌کنیم و بیماران اکثرا دارای باورهای عمیق مذهبی و دینی هستند و در هنگام بستری باورهای خود را همراه دارند، نیازمند مراقبت مبتنی بر معنویت دینی به عنوان مراقبت کل‌نگر و جامعه‌نگر هستند. (اسدزندی، تحلیل تئوری‌های پرستاری، ۱۳۹۲).

### شیوهٔ جمع‌آوری اطلاعات

در پاسخ به دو سوال مهم ۱) چرایی ابتلای افراد به بیماری و پیامدهای آن ۲) چگونگی تسکین آلام روحی بیماران، این مطالعه که حاصل مراحل هفتگانه ذیل است در بیش از یک و نیم دهه از عمر مولف انجام شد:

۱. نظریه‌های مطرح در شناخت اتیولوژی بیماری‌ها بر نظریهٔ تک عامل لویی پاستور در معرفی بیماری‌های عفونی، نظریهٔ استرس و سازگاری هانس سلیه پدر علم استرس در شناخت بیماری‌های پسیکوسوماتیک (روان‌تنی) و دیدگاه پسیکو-نرو-اندوکرینو-ایمنولوژی که توسط آدر وکوهن در ۱۹۹۰ میلادی مطرح شده و به تاثیر حالات روحی بر سلامت تاکید دارد. بررسی مکاتب روان‌درمانی وین در روان‌پزشکی از دیدگاه لذت‌طلبی فروید تا نظریهٔ انسان قدرت‌طلب آدلر و دیدگاه لوگوتراپی ویکتور فرانکل در معرفی انسان به عنوان موجودی در جستجوی معنا، مطالعه نظریهٔ نظام‌مند برتالنفی در زیست‌شناسی و هموستاز کنون در فیزیولوژی، نظریه کوانتوم و قوانین فیزیک، هرم نیازهای انسان از ابراهام مازلو و ویژگی انسان کامل در روان‌شناسی، و بررسی بیش از ۳۵ الگوی مراقبت (از بدو ایجاد تا

۱۹۹۰ میلادی).

- نتایج مطالعات این مرحله نشان داد که در مراقبت از بیمار برای: تعریف انسان و نیازهای او، سلامت و بیماری، عوامل محیطی موثر بر سلامت و شیوهٔ مراقبت از بیمار به شیوهٔ قیاسی به عنوان پیش فرض‌های ذهنی نظریه‌پرداران از علوم پایه یعنی زیست‌شناسی و فیزیولوژی اخذ شده و در علوم تحت شمول چون پزشکی و پرستاری مورد استفاده می‌شود (برای مطالعه بیشتر به کتاب *مفاهیم و نظریه‌های پرستاری*، نویسنده مراجعه شود).

۲. در مرحله اول پژوهش تحلیل هفت الگوی مراقبت جهانی بر اساس روش نسبت‌سنجی تام که قابل مقایسه با روش تحلیل ادراکی و تحلیل ارتباطی کارلی ۱۹۹۲ در پرستاری است (واکر اوانت، ۲۰۰۵) انجام شد (اسدزندی،۱۳۸۰).

- نتایج این مرحله نشان داد که موضوع روح ملکوتی انسان و عالم غیب در جهان از منظر علمی مغفول مانده است و این بعد مهم وجودی انسان در علوم پزشکی مورد بی‌توجهی قرار گرفته است.

۳. سپس با اقتباس مفهوم روح از پارادایم ادیان ابراهیمی و مفهوم قلب سلیم از قرآن و احادیث بر اساس روش اقتباس مفهوم (واکر اوانت، ۲۰۰۵) مفاهیم متاپارادایمیک الگوی مراقبت (انسان، سلامت، محیط، بیماری و پرستاری) تبیین شد.

- نتایج این مرحله نشان داد که از منظر قرآن کریم انسان دارای روح ملکوتی (قلب ) است و حالت‌های مختلف قلبی در قرآن شامل: قلب سلیم در انسان‌های سالم، قلب منیب توابین، و قلب مریض غافلین است. صاحبان قلب سلیم به عنوان انسان کامل دارای ویژگی‌های سلامت معنوی هستند (اسدزندی، ۱۳۹۶).

۴. با توجه به مفهوم مرکزی (قلب سلیم) با راهبرد گراندد تئوری،گزاره‌های کاربردی الگو، ارتباط بین مفاهیم متاپارادایمیک و الگو مراقبت معنوی قلب سلیم از منظر ادیان ابراهیمی طراحی شد (اسدزندی، ۲۰۱۴).

- نتایج این مرحله نشان داد همچنان که جسم بیمار می‌شود و نیازمند مراقبت است، روح ما نیز به مراقبت معنوی نیاز دارد.ای بسا انسان‌های سالم به لحاظ جسمی که بیماری‌های نفس آن‌ها تهدید می‌کند و سلامت معنویشان را به خطر می‌اندازد. چه بسیار انسان‌های بیماری هستند که به واسطه ابتلای به بیماری دچار بحران و دیسترس معنوی شده و نیازمند مراقبت معنوی هستند (برای مطالعه تفصیلی مدل به کتاب *مراقبت معنوی* مولف مراجعه فرمایید).

۴- جهت بررسی مفهوم قلب سلیم در محیط واقعی و بیان شاخصه‌های تجربی، طبقات و دسته‌جات این مفهوم در طی مصاحبه با بیماران و خانواده آن‌ها، مشاهده بالینی درطول عمرحرفه‌ای پژوهشگر، مبتنی بر گزارش در عرصه، طی مصاحبه با پرستاران بالینی و استادان این رشته، و مصاحبه با روان‌شناسان بالینی و روان‌پزشکان، گزاره‌ها استخراج و با گزاره‌های بیان شده از طرف گروه مشارکت کننده، انواع تشخیص‌های معنوی از منظر دینی تبیین و ابزار بررسی پاسخ معنوی بیمار به بیماری طراحی شد (اسدزندی و عبادی، ۱۳۹۱).

- نتایج این مرحله نشان داد که انسان صاحب قلب سلیم و دارای سلامت معنوی از غم و اندوه گذشته و اضطراب و ترس از آینده، رنج نمی‌برد. در حال زندگی می‌کند و بر نعمات الهی و ابتلائات حضرت حق صبر و شکر می‌کند. این ویژگی انسان‌های صاحب قلب سلیم، از طرف سازمان بهداشت جهانی است به عنوان ویژگی افراد دارای سلامت روان معرفی شده حال آن که قرآن عظیم‌الشان ما در ۱۴ قرن پیش آن را بیان فرموده است. فروید هم با معرفی اضطراب و افسردگی به عنوان مادر بیماری‌های روانی به شهرت جهانی دست یافته است.

۵. طراحی و اعتبار بخشی ۲۵ دستورالعمل مراقبت معنوی مبتنی بر شواهد دینی و علمی: طی پژوهش تکاملی متمرکز بر سوال «چیستی دستورالعمل‌های مراقبت معنوی»، برای ارتقا و تکامل دانش موجود با استفاده از فرایند روش‌مند، علمی و قابل توجیه مراحل زیر انجام شد: ۱) مشخص کردن نیاز به دستورالعمل و محدوده دستورالعمل، شامل هدف و جمعیت مورد نظر: با بررسی کیفیت کلیه دستورالعمل‌های مراقبت معنوی موجود در وزارت بهداشت و درمان بر اساس تشخیص‌های پرستاری ناندا و دستورالعمل‌های بیمارستان بقیه‌الله تهران به‌وسیله ابزار اگری و گلیا؛ ۲) مرور بر شواهد و جستجوی مقالات مطالعه علمی و دینی بر اساس روش Pico (با بررسی شواهد دینی، فیش‌برداری از آیات مرتبط با استفاده از *المعجم*، کتب معتبر تفسیری شیعه، احادیث موثق مرتبط بر اساس علم رجال و درایه از کتب *بحارالانوار*، *اصول کافی*، و کتب معادشناسی و سرنوشت انسان)؛ ۳) طراحی دستورالعمل‌های جدید بر مبنای فرایند پرستاری و با اجرای چهار مرحله از الگوی Settler شامل: الف) آمادگی؛ ب) اعتباربخشی: (نقد و بررسی مقالات و تدوین دستورالعمل‌ها بر اساس آخرین متون در سه راند دلفی با نظرخواهی از حداقل ده نفر اعضای هیات علمی، استادان حوزه‌های علمیه، استادان روان‌شناسی و مربیان آموزشی به عنوان گروه خبرگان)؛ ج) بررسی

مقایسه‌ای: تعیین عملی بودن دستورالعمل‌ها در بخش و بررسی فواید و خطرها برای بیمار و پرستار در گروه متمرکز متشکل از ۱۵ نفر کارشناس یا کارشناس ارشد پرستاری که حداقل یک سال سابقه کار بالینی در بخش داشتند؛ د) کاربرد: طی جلسات بحث گروهی متمرکز و تعیین نحوه عملیاتی کردن و چگونگی استفاده از این دستورالعمل‌ها در بالین. ۴) ارزشیابی کیفیت دستورالعمل‌های جدید طراحی شده با قبل مقایسه شد (عزیزان علاقه‌مند می‌توانند سایر دستورالعمل‌ها را در کتاب *خودمراقبتی معنوی* از مولف مطالعه کنند).

۶. پس از شکل‌گیری نظریهٔ توصیفی، جلسات گروه‌های متمرکز با نوجوانان و جوانان، استادان آموزش بهداشت، پرستاری و روان‌شناسی تشکیل شد. تحلیل محتوی الگوهای آموزش بهداشت و نظریه‌های انگیزش صورت گرفت. با توجه به سازه‌های الگوی مراقبت معنوی قلب سلیم، پس از پردازش پایه‌های اساسی الگو، مجموعه مفاهیم مرتبط و سازگار جهت عملیاتی کردن الگوی آموزشی اقتباس و در یک کل مرتبط، در قالب یک الگو سازماندهی شد. الگو مشاوره مراقبت‌های سلامت معنوی قلب سلیم در بیماران (که به تفصیل در کتاب *مشاورهٔ معنوی* مولف آمده) و مددجویان (در کتاب *خودمراقبتی معنوی* مولف به تفصیل بیان شده است) با روش سه مرحله‌ای سنتز نظریه واکر و اوانت طراحی شد.

## دقت و پایایی تحلیل داده‌های کیفی

به‌منظور روایی وپایایی داده‌های پژوهش کیفی موارد زیر انجام شد:

۱) درگیری طولانی‌مدت و مشاهده مداوم: با تخصیص زمان کافی برای جمع‌آوری داده‌ها و درگیری طولانی‌مدت با مددجویان جوان، و بیماران بستری، حس ارتباط محقق تقویت شده و زبان، فرهنگ و دیدگاه‌های مشارکت‌کنندگان قابل درک شد.

۲) تلفیق در تحقیق: با استفاده از منابع متعدد، نظرخواهی از افراد صاحب‌نظر، شرکت خانواده مددجویان در پژوهش، و استفاده از راهنمایی استادان و ارائه مطالب در کنگرهای کشوری و بین‌المللی از نظر صاحب‌نظران رشته‌های مرتبط استفاده شد.

۳) بازنگری ناظران: ارائه الگو در محافل آکادمیک و علمی و بین‌المللی سبب استفاده از نظرات تکمیلی همکاران گردید و چاپ کتاب‌های محقق در این رابطه نیز به این موضوع کمک بسیار کرد.

۴) جستجو برای شواهد مغایر: محقق بدون سوگیری با استفاده از نظر منتقدان تلاش کرد تا از آن نظرات در اصلاح الگو استفاده کند.

۵) مقبولیت پژوهشگر: محقق سعی نمود تا خود به تهذیب نفس بپردازد، و عامل به حاصل پژوهش‌ها باشد و با خلوص نیت تمام آموخته‌هایش را ارائه کند.
۶) تعین: یافته‌های اولیه پژوهش به استادان پرستاری، روان‌شناسی، فرهنگستان علوم اسلامی قم و فرهنگستان علوم پزشکی کشور ارائه شد تا مورد بررسی و اصلاح قرار گیرد.
۷) بازنگری مشارکت‌کنندگان: الگو در اختیار گروهی از مشارکت‌کنندگان قرار گرفت تا نظرات اصلاحی و تکمیلی خود را بیان کنند (استروبرت، ۱۹۹۹).

## یافته‌ها

### آسیب‌شناسی مراقبت معنوی در دیگر کشورها

عدم قطعیت وقایع زندگی در شرایط سلامت جسمی و بحران بیماری، باعث پدیدار شدن نیازهای معنوی می‌شود. وقایع زندگی، اتفاقاتی منحصر به فرد هستند که یک پاسخ معنوی را برمی‌انگیزند و فرصت‌هایی برای تأمین مراقبت معنوی فراهم می‌کنند (کاوندیش، ۲۰۰۳). به لحاظ اینکه انسان‌ها موجوداتی زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی هستند، در تمام ابعاد وجودی نسبت به حوادث زندگی خود و یا بیماری واکنش نشان داده و با کل وجود درگیر می‌شوند، در مواقع بیماری علاوه بر علائم و نشانه‌های جسمی، واکنش‌های روانی، اجتماعی و معنوی به بیماری نشان می‌دهند (اسدزندی، ۱۳۹۲). اصولا مراقبت معنوی مستلزم فهم عقاید معنوی مددجو یا بیمار و شناخت نیازهای معنوی اوست (مک شری،۲۰۰۳). پرداختن به نیازهای معنوی به عنوان جزء ضروری درمان و مراقبت کل‌نگر شناخته شده و در منابع، مراقبت جامع و کل‌نگر به عنوان مراقبت جسم، ذهن و روح توصیف شده است (نارایان اسامی، ۲۰۰۲). امروزه اندیشمندان معتقدند که به منظور دستیابی به سلامت معنوی و ایفای مراقبت معنوی، اعضای تیم بهداشتی درمانی باید دانش خود را در مورد معنویت و چگونگی تاثیر عقاید معنوی بر سبک زندگی (الگوی خواب و فعالیت فیزیکی، وضعیت تغذیه، مدیریت استرس‌ها و اجتناب از اعتیاد به مواد مخدر) مراجعان و پاسخ بیماران به بیماری، انتخاب نحوه مراقبت و انتخاب شیوه درمانی افزایش دهند. معنویت را در درمان بیماری و مراقبت‌های دوران رشد و تکامل تلفیق کنند و برای رسیدن به بازخورد مثبت از مراقبت‌ها، ارتباط خود را با بیماران و خانواده‌هایشان بهبود بخشند (مظاهری، ۱۳۸۷). چرا که در درمان و مراقبت کل‌نگر، اگر هر یک از این ابعاد وجودی انسان‌ها نادیده انگاشته شود، بخشی حیاتی از انسانیت فرد و نیز نتایج قابل توجهی که برکل زندگی دارد، آسیب می‌بیند (کارسون،۲۰۰۰).

اگرچه درمان و مراقبت معنوی را مرکز و قلب موجودیت انسان می‌دانند و معتقدند کسانی

که مراقبت معنوی را ارائه می‌نمایند، در قلب افرادی‌که از آن‌ها مراقبت می‌کنند، جای دارند به نحوی‌که این سطح مراقبت تمایلات، معانی و خاطراتی می‌آفریند که برای مراقب و نیز برای بیمار، زندگی‌بخش و سلامت‌آفرین است (وانس، ۲۰۰۱)، اما معتقدند که فعالیت‌های مراقبت معنوی شامل طیف وسیعی از مداخلات منحصر به فرد است. موهر (۲۰۰۳) بیان می‌دارد که مراقبان معنوی باید منحصر به فرد بودنِ عاطفی، جسمی و روانی هر بیمار را مد نظر داشته و بدانند که بیماران خواستار آن‌اند که به عنوان اشخاص کامل در نظر گرفته شوند و نه تنها به عنوان بیمار صرف. منظور از یک شخص کامل، در نظر گرفتن ابعاد معنوی، اجتماعی، روانی و جسمی بیمار است. نادیده گرفتن هر یک از این جنبه‌ها ممکن است سبب احساس ناکامل بودن بیمار شده و حتی با فرایند بهبودی تداخل نماید. اما متاسفانه این نحوهٔ نگاه به مسئله مراقبت معنوی، مراقبت‌های سلامت معنوی را در سطح هنر مراقبت تنزل داده و مانع ارائه الگوی جامعی برای درمان و مراقبت معنوی در سایر کشورهای جهان شده است به نحوی که برای انجام دادن مراقبت معنوی پس از تشخیص ضرورت انجام آن، بیمار را به پرستاران کلیسایی و روحانیون تیم درمانی ارجاع می‌دهند (دماری، ۱۳۸۸).

همچنین، در دیگر کشورهای جهان انجام دادن مراقبت معنوی، تنها برای رفع نیازهای معنوی بیماران ضروری شناخته شده است؛ چرا که بحران بیماری، سبب بروز پاسخ‌های زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی به بیماری می‌شود. بر اساس تعریف انجمن پرستاران امریکا و کانادا در ۱۹۸۰ میلادی پرستاران متکفل تشخیص، درمان و مراقبت از واکنش‌های زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی بیماران به مشکلات بالقوه و بالفعل سلامت هستند، لذا در دیدگاه درمان و مراقبت کل‌نگر، بر انجام مراقبت معنوی از بیماران تاکید می‌شود. اما جهان امروز به ضرورت خودمراقبتی معنوی در تمام انسان‌ها و حتی افراد سالم از نظر جسمی توجهی ندارد (اسدزندی، ۱۳۹۵).

## آسیب‌شناسی مراقبت معنوی در ایران

- با توجه به رویکرد جهانی به مسئله سلامت معنوی به عنوان بعد چهارم سلامت و ضرورت ارائه مراقبت معنوی به بیماران در جهان، در سال ۱۳۸۸ دکتر بهزاد دماری در کتاب *سلامت معنوی* با ترجمهٔ کتاب *معنویت در مراقبت از بیمار* نوشتهٔ دکتر جورج هارولد کوئینگ از دانشگاه دوک ایالات متحده، توانستند روش مراقبت معنوی را که در امریکا ارائه می‌شود به ایران معرفی کنند. سپس، در دو بیمارستان استان قزوین، با کمک استاندار قزوین، انجام مراقبت معنوی را برای بیماران بر اساس پیشنهاد دکتر کوئینگ در انتخاب

بیمارانی که نیازمند مراقبت معنوی هستند، به شکل رسمی و رسانه‌ای شروع نمایند. ایشان پس از انتخاب گروه خاصی از بیماران و کسب رضایت از ایشان، بر اساس مطالب کتاب *چگونگی گرفتن شرح حال معنوی ویژه درمانگران* اقدام به گرفتن شرح حال معنوی از بیماران نمودند. اما به جهت این‌که در ارائه مراقبت معنوی دکتر کوئینگ مطالبی را بر اساس تجربیات بالینی خود و عقل سلیم بیان کرده‌اند و ضرورت کاربرد الگوی مراقبت جامعه‌نگر وکل‌نگر را مغفول گذاشته‌اند، این امر در کار عزیزان ما در استان قزوین هم دیده شد. گروه تحقیق برای ارائه مراقبت معنوی بر اساس دیدگاه دکتر ویکتور فرانکل پایه‌گذار مکتب سوم روان‌درمانی وین از دانش آموخته این رشته استفاده نموده و لوگوتراپی انجام دادند و با توجه به این‌که لوگوس‌ها در این دیدگاه فانی هستند، پس دل بستن به موجودی فانی همیشه با ترس و اضطراب از دست دادن او همراه است و این مهم کار مراقبت معنوی را با معضل بزرگی روبه‌رو می‌سازد. لذا بنابر اظهار این بزرگوار تلاش‌های ایشان نتوانست موفقیت شایانی به‌دست آورد.

- در انستیتو روان‌پزشکی تهران پس از تحقیق و تهیه «سند چشم‌انداز سلامت روان» که موضوع مهم و اساسی سلامت معنوی را به عنوان جزئی از اجزای سلامت روان در نظر گرفته است، اقدام به تهیه کتاب *چگونگی گرفتن شرح حال معنوی ویژه درمانگران* وتدوین دو کتاب آموزشی با محتوای مشابه، درباره مهارت‌های زندگی شد که بعد از مدتی به مهارت‌های معنوی تغییر نام یافت تا امکان آموزش این مهارت‌ها فراهم شود. ولی متاسفانه با توجه به دیدگاه دکتر کووئینگ، ایشان هم اخذ شرح‌حال معنوی را تنها به بیماران اختصاص داده و مددجویان که بخش عظیمی از آحاد جامعه را تشکیل می‌هند، مغفول گذاشته‌اند. مضاف بر آن بیان نشده که اخذ شرح‌حال معنوی منجر به کدام تشخیص‌های معنوی می‌شود؟ کدام مهارت معنوی را باید برای چه کسی (مددجو یا بیمار) و با چه تشخیصی به کار برد یا آموزش داد؟ هدف از مراقبت معنوی چیست؟ دستیابی به سلامت معنوی با کدام روش و معیاری ارزیابی می‌گردد؟ ضمن اینکه دیدگاه غالب گروه این بوده که استفاده از آیات و روایات باید به اهل فن و علمای حوزه واگذار شود و افرادی که تحصیلات آکادمیک دانشگاهی دارند، نباید در این حوزه وارد شوند. با توجه به اینکه علم روز کارکردهای روانی انسان‌ها را به عملکرد سیستم عصبی مرکزی و میزان واسطه‌های شیمیایی و نروترانس میترهای عصبی مربوط می‌داند. اما دین، روح را به عنوان بعد ملکوتی انسان معرفی کرده که «روح جوهر روحانیه و لطیفه ربانیه، شناسا، دانا، توانا، مورد تکلیف الهی، محل احساسات و عواطفی چون ترس، امید، غم ، شرمساری و .. ، مدرک محیط

اطراف و مورد خطاب خدا است که ثـواب و عقـاب بـرای اوسـت.» (دسـتغیب، ۱۳۴۲). لـذا ایشان با محدودیت روش‌های شناخت‌شناسی علمی، در شناخت روح ملکوتی انسان مواجـه هستند.

- ❖ در اصفهان نیز با هدف تغییر نگرش و ایجاد بینش و نگرش جدید به بیماری توسط دعا، بـه ارائه مراقبت معنوی پرداخته می‌شود. حال آن که دعا، به فرمـایش اسـتاد شـهید مطهـری، حلقه‌ای از زنجیر درمان است و سایر ابعاد درمان معنوی (ایمان درمـانی) کـه شـامل طیـف وسیعی از مداخلات است نظیر دعادرمانی، ذکر، لمس توام با نیـایش شـفا بخـش و ... بایـد مورد توجه باشد. در روش‌های مکمل در سطح جهانی هـم، دعادرمـانی بـه عنـوان یکـی از روش‌های جایگزین معرفی شده است. مضاف بر آن متاسفانه این عزیزان به این مسـئله کـه شرایط بیماران باید چگونه بررسی گردد؟ پـس از بررسـی وضـعیت بیمـار یـا مـددجو، چـه تشخیص‌های معنوی مطرح می‌شود؟ هدف از دعادرمانی رسیدن به کـدام نگـرش و بیـنش است ؟ و روش استاندارد دعادرمانی چگونه است؟ افراد ارائه کننده این مراقبت چـه کسـانی هستند؟ کدام دعا برای کدام بیمار یا مددجو توصیه می‌شود و چرا؟ الگویی ارائه نکرده‌انـد و اقدامات بر اساس نظر محققان محترم انجام می‌گردد.
- ❖ در موسسهٔ خیریه آلائ و بیمارستان شهدای تجـریش اسـتاد بزرگـوار جنـاب آقـای دکتـر اکبری با گروه پژوهشی خود به ارائه مراقبت معنوی می‌پردازند.
- ❖ جمعی از علمای عظام از ستاد اقامه نماز در سراسر کشـور، در ۶۲ بیمارسـتان از شـهرهای مختلف ایران به حوزه سلامت معنوی وارد شده‌اند و به ارائه مراقبـت معنـوی پرداختـه‌انـد. تاکید ایشان بر اقامه نماز بوده و بیماران را با احکام مربوط به آن آشنا کرده و حسب مـورد به سوالات بیمار یا خانواده وی در باره احکام شرعی پاسخ می‌دهنـد. حـال آن کـه بایـد بـه معنویت دینی در سه حوزهٔ عقاید و باورها، اخلاقیات و عواطف، و احکام رفتاری توجه شـود و ضروری است که بر تفقه در دین و رسیدن به مکارم اخلاق هم تاکید شود. به‌علاوه ایشان درباره سلامت معنوی و مراقبت معنوی مشابه کشیشان مسیحی یا پرسـتاران کلیسـایی در امریکا و اروپا نیستند که دوره‌های تحصیلی خاص و اضافه‌ای را سپری کرده باشند. تنها بـر مبنای معنویت دین اسلام و دروس حوزه عمل می‌کنند ولی دوره‌های مرتبط بـا سـلامت و مراقبت معنوی، علاوه بر تحصیلات حوزوی را نگذرانده‌اند و برای کارخود الگـوریتم اجرایـی ارائه ننموده‌اند.
- ❖ اسد زندی موفق به عرضهٔ الگوی مراقبت معنوی قلب سلیم در پارادایم ادیان ابراهیمی شده که می‌تواند آسیب‌های موجود در حوزه مراقبت‌های سلامت معنوی را مرتفع کند. چـرا کـه

محقق پس از تحلیل الگوهای مراقبت در جهان، بر اساس روش علمی اقتباس مفهوم، بر مبنای شناخت‌شناسی و حیانی با استعانت از تفاسیر معتبر شیعه و احادیث معتبر شیعی بر اساس علم رجال و درایه، ضمن توجه به بعد ملکوتی انسان، مفاهیم متاپارادایمیک الگوی (مفهوم انسان و نیازهای انسانی، مفهوم محیط و عوالم موجود در عالم خلقت، مفهوم سلامت یعنی برخورداری از قلب سلیم و مفهوم بیماری‌های نفس در کنار روش مراقبت) را بیان نموده و با روش گراندد تئوری اقدام به طراحی الگو کرده و در بالین میزان تاثیر آن را بررسی کرده است که نتایج درخشانی داشته است. الگوی مذکور بدون اینکه در حوزهٔ عقاید وارد شود و به سمت تفتیش عقاید برود، با تعیین تشخیص‌های معنوی برای هر بیمار یا مددجو در قالب عواطف مخرب و آسیب‌رسان سلامت، عادات رفتاری غیر بهداشتی یا سبک زندگی پرخطر، بدون ورود به حوزهٔ کاملا شخصی سنجش و قضاوت دربارهٔ باور ایمانی فرد که کاملا بین فرد با خدای ستارالعیوب او باید محفوظ بماند، با هدف درازمدت رسیدن به قلب سلیم، به آموزش روش مراقبت معنوی در قالب الگوی مشاوره‌ای (آموزشی ـ تجویزی) می‌پردازد. گام‌های اجرایی برای مددجویان و بیماران را به صورت جداگانه متناسب با نیازهای معنوی ایشان در هر مرحله از مشاورهٔ معنوی بیان می‌کند. بر مبنای خودارزیابی معنوی و خودمراقبتی معنوی، مددجو و بیمار و خانوادهٔ وی (مهم‌ترین فرد در زندگی او) را در مراقبت مشارکت داده و ایشان را مسئول حفظ و ارتقای سلامت معنوی معرفی می‌کند. پس از انجام مراقبت و ارائهٔ مشاورهٔ معنوی به ایشان، امکان خاتمه دادن به ارتباط درمانی تا رسیدن بیمار یا مددجو به قلب سلیم (که در بردارندهٔ رفتار و عقل سلیم است) را می‌هد. الگو با تاکید بر بیمار و خانواده‌محوری، مراقبت از خود، مراقبت در منزل، روش مراقبت پیگیر را مد نظر داشته و بیمار و خانواده یا مددجویان را در انتخاب مهارت‌های معنوی مناسب و استفاده از آن‌ها مساعدت می‌کند.

**ناامیدی از رحمت حق (قنوط) و خلأ معنوی، منشأ بیماری‌های نفس از دیدگاه ادیان**

اسلام عزیز که موید تمام ادیان ابراهیمی «کل الدین عند الله الاسلام» است، انسان را دارای روح ملکوتی (قلبی) از عالم غیب «ونفخت فیه من روحی» و حیات جاودان می‌داند. (مطهری، ۱۳۶۲،۱۳۶۷) روح پس از الحاق به بدن، نام نفس می‌گیرد و قابلیت پذیرش حالاتی از: امر به بدی‌ها (نفس اماره) و فریب دهندگی (مسوله) یعنی قلب مریض، تا سرزنش کنندگی و دعوت کننده به توبه (نفس لوامه) یعنی قلب منیب، وملهم از فضل خدا برای تشخیص خوب و بد (ملهمه) را یافته، گاهی با عنایت خاصه پروردگار به اطمینان و آرامش ناشی از یقین (نفس

مطمئنه) قلب سلیم می‌رسد (زمردیان، ۱۳۴۴). در این حال از، هر آنچه خدا برایش مقدر کرده راضی (نفس راضیه ) و خدا نیز از او خشنود می‌گردد (نفس مرضیه) (مطهری، ۱۳۶۹) و به شادی و نشاط، رضایت از سرنوشت، عشق و امید، خوش‌بینی و حسن ظن، صبر بر بلا و شکر بر نعمات می‌رسد (اسدزندی، ۲۰۱۵).

از آن‌جا که زندگی انسان‌ها در این جهان یک زندگی کوتاه‌مدت و مقدمه‌ای برای حیات جاودان ایشان است، از منظر تمام ادیان ابراهیمی باور به معاد یک اصل مهم ایمانی است. پس خداوند متعال به عنوان یک سنت عمومی تمام بندگان خود را مورد آزمایش و امتحان قرار می‌دهد تا بر اساس نوع واکنش آن‌ها به این ابتلائات که هم شامل خوشی‌ها و هم شامل ناخوشی‌هاست، کیفیت زندگی اخروی افراد تعیین شود. برای تمام پیروان ادیان توحیدی با رسیدن به سن تکلیف مسئلهٔ ضرورت خودسازی و تهذیب نفس مطرح شده و همهٔ افراد اعم از بیمار و سالم موظف به خودمراقبتی معنوی‌اند. چنانچه حضرتش فرموده: «یا ایها الذین آمنوا علیکم انفسکم» ای‌کسانی که ایمان آورده‌اید مراقب خودتان باشید، بنابراین در ایران بر خلاف سایر کشورهای جهان سلامت معنوی برای تمام اقشار جامعه مورد توجه است. البته در بیماران، ترس حاصل از ابتلا به بیماری حاد و وخیم، و غم و اندوه سلامت از دست رفته در بیماری‌های مزمن ناشی از نا امیدی از رحمت خدا، اهمیت توجه به سلامت معنوی بیماران را بیشتر نمودار می‌کند. زیرا اگرچه تاثیر عوامل ژنتیک یا شرایط نامساعد محیطی یا عادات فردی و رفتارهای پرخطر منجر به بروز بیماری‌های جسمی می‌شود، در صورتی که واکنش بیمار در برابر بیماری به شکل ترس و اضطراب آینده یا غم و اندوه گذشته باشد در این حال علاوه بر رنج بیماری جسمی، بیمار مبتلا به بیماری معنوی هم خواهد شد. این احساسات امکان تغییر یا اصلاح شرایط را سلب نموده و به عنوان مانعی درک می‌شود به نحوی که بیمار اعتقاد پیدا می‌کند که پیگیری رفتار صحیح بهداشتی دارای هزینه بالایی است یا مورد بی‌مهری خداوند قرار دارد و لذا دچار نا امیدی از رحمت حضرت حق می‌شود. در این حال، احساس ناامنی و بی‌اعتمادی به خدا در هنگام قرار گرفتن در بحران بیماری و حوادث، به عنوان تهدید درک شده، سبب احساس ترس در بیمار می‌شود و بر نحوهٔ ارتباط بیمار با خدا اثر منفی گذاشته و خوش‌بینی و امید وی را از بین می‌برد و بیمار تلاشی برای تغییر شرایط یا اصلاح و رفع مشکلات نمی‌کند (اسدزندی، ۱۳۹۵). از این رو، ضروری است که ابتدا تمام کارکنان درمانی و نیز بیماران متوجه باشندکه: *به فرموده معصوم، بزرگ‌ترین خطای انسان، یأس از رحمت خدا (قنوط) است* که پیامدهایی چون احساس طرد شدن و بی پناهی داشته و به دنبال آن با از دست رفتن حلاوت راز و نیاز با معبود، شک و تردید در باور به حکمت و عدل و شفقت الهی ایجاد می‌گردد. فرد

دچار سوء ظن به خدا شده و احساس نا امنی و بی‌اعتمادی کرده، از آنچه‌که برایش مقدر فرموده، ناراضی می‌شود (عالی، ۱۳۹۳). نارضایتی از سرنوشت (سخط) در وی احساس بدبینی به آینده و در نتیجه اضطراب و نگرانی و نیز ترس و عدم امنیت ایجاد می‌کند و حسرت و اندوه گذشته را به وجود می‌آورد (دستغیب، ۱۳۴۵).

چنانچه این عواطف آسیب‌رسان درمان نشوند، ترس و اندوه سبب ایجاد هیجان خشم به عنوان یک وسیلهٔ دفاعی شده، فرد به پرخاشگری کلامی (توهین و تحقیر، فحاشی، تمسخر و ...) یا رفتاری (درگیری، خودزنی، و ...) مبتلا می‌گردد (اسدزندی، ۱۳۹۴). در این حال، احتمال آسیب زدن به خود یا دیگران تقویت شده، چنانچه فرد خشمگین، نتواند خشم خود را از بین ببرد، به شکل احساس نفرت و انتقام‌جویی از صاحبان نعماتی که او فاقد آن نعمات است، یا به شکل حسد، کینه، عداوت و دشمنی با خدا و خلق بروز کرده و فرد به تدریج به انزوای اجتماعی (قطع رحم) و در نهایت به قساوت قلب دچار می‌شود (اسدزندی، ۱۳۹۵).

پیامد دیگر قنوط، احساس غم و اندوه، ناامیدی، جزع و بی‌تابی، احساس تنهایی، احساس کسالت و افکار خودکشی، سپس مهر خوردن قلب و احساس عناد با حضرت حق است (عالی، ۱۳۹۲). بی‌اعتماد شدن فرد نسبت به خدا باعث می‌شود تا دلبسته به خلق شده و آن‌ها را موثر در سلامت و بیماری و سرنوشت خود بداند (به شرک خفی دچار شود) و به جای خداپرستی یا دنیاپرست شده یا خودپرست می‌شود یا بت پرست (مطهری، ۱۳۷۶). انسان دل‌بریده از خدا به جای آن که باور داشته باشد که «ربی الذی یحیی ویمیت» بیمارستان را بت حیات و ممات خود دانسته و تمام اعتماد و امیدش پزشک و پرستار و... بوده و شفا و عافیت خود را از آن‌ها می‌خواهد. غافل از اینکه این خود بت‌پرستی است و در عالم جز خدا احدی موثر نیست و همه چیز و همه کس وسیله و مجاری رحمت حق هستند (حسینی الهاشمی، ۱۳۷۶).

کسی که دلبسته به موجودات فانی است، همیشه نگران و مضطرب است که مبادا آن‌ها را از دست بدهد (میرباقری، ۱۳۹۲). اگر امیدها و آرزوهایش توسط بندگان خدا بر آورده نشود یا دچار غم و اندوه و نا امیدی و حسرت شده و یا دچار سوء ظن می‌شود. به این دلیل که آن‌ها می‌توانستند مشکل مرا مرتفع کنند ولی تعمدا نخواستند کمکی نمایند. این سوء ظن به مردم در ابتدا به شکل احساس گناه و شرمساری بروز کرده، ولی پس از مدتی احساس ترس، ناامنی و عدم امنیت فرد را به سوی دفاع از خود با خشم و عصبانیت سوق داده و با احساس کینه و حسادت و عداوت نسبت به مردم، سر انجام به انزوای اجتماعی و قساوت قلب دچار. (دستغیب،۱۳۶۰). حال آنکه آزمایش‌ها و ابتلائات دوران زندگی از جمله بیماری به عنوان یک سنت الهی «ولنبلونکم بشئ من الخوف والجوع ونقص من الاموال والانفس والثمرات فبشر

الصابرین» به خواست خدا پیش می‌آید تا خدا میزان صدق گفتار بندگانش را در اظهار ایمان بسنجد «احسب الناس ان یترکوا ان یقولوا امنا و هم لایفتنون» و قلب آن‌ها را به سوی خود متوجه کرده و به ازای صبر بر بلا و شکر بر نعمات به آن‌ها پاداش داده و با ضیافت بلا آنان را تطهیر کرده و به سوی محبت خود فرا می‌خواند «فبشر الصابرین الذین اذا اصابتهم مصیبة قالوا انا لله وانا الیه راجعون» (میرباقری، ۱۳۹۲).

بنابراین، باید به مددجویان سالم، بیماران و خانواده ایشان آموزش داد همچنان‌که جسم نیازهایی دارد و محتاج مراقبت است، نفس هم نیازهایی دارد و به مراقبت معنوی محتاج است «یا ایها الذین امنوا علیکم انفسکم» (مائده، ۱۰۵) تا مراتب کمال را طی نموده و از بیماری جلوگیری شود «ان النفس لامارة بالسوء الا ما رحم ربی» و در صورت بروز بیماری معنوی، نیازمند درمان روحانی است «یا ایها الناس استجیبو لله وللرسول اذا دعاکم لما یحییکم» تا سلامت خود را مجدد باز یابد (اسدزندی، اسکندری، خادم الحسینی، حاجی عبدالباقی، ۱۳۹۲). سلامت معنوی که برخورداری از قلب سلیم است (اسدزندی، ۱۳۹۳، اسدزندی، تدریسی، ۱۳۸۵) سبب ارتباط مناسب انسان با خود و مردم و عالم طبیعت، در پرتو ایمان به خدا می‌شود «ان الصلوٰتی ونسکی ومحیای ومماتی لله رب العالمین» به همهٔ اعمال و رفتار و نیات انسان رنگ خدایی می‌دهد «صبغة الله و من احسن من الله صبغة» سبب می‌شود که فرد دچار ترس و اضطراب از آینده و غم و اندوه گذشته نشده، در حال زندگی کند و سختی‌های ابتلای به بیماری یا سایر امتحان‌های الهی (فقر و تنگدستی، و ...) را با صبوری پشت سر گذاشته و به آینده امیدوار و خوش‌بین بماند. اما هرگونه اختلال ارتباطی با خدا، چه در بیمار و چه در فرد سالم به لحاظ جسمی، سبب بروز رفتارهای پرخطر بهداشتی، سبک غلط زندگی، عادات ناسالم، پاسخ‌های هیجانی آسیب‌رسان و اختلال در سایر ارتباطات انسان گشته و نشانه‌های دیسترس روحی در رفتارهای فردی و اجتماعی، نحوهٔ گفتار و افکار و نیات و اخلاق فرد متجلی شده و به شکل رفتارهای کلامی یا غیرکلامی خارج از هنجار آن ظهور می‌کند (اسدزندی، ۱۳۹۲). بنابراین، ضروری است که به همهٔ افراد جامعه (مددجویان در مدارس، دانشگاه‌ها، کارخانجات، و...) نحوهٔ خودارزیابی معنوی و محاسبهٔ روزانهٔ نفس آموزش داده شود. در مراکز درمانی هم فهرست بررسی دارای اعتبار علمی را در اختیار پزشکان و پرستاران قرار داد تا بتوانند با تشخیص رفتارها و هیجانات مخرب، شرح حال معنوی از افراد سالمی که برای چکاپ سالیانه یا انجام اقدامات بهداشتی مراجعه می‌کنند بگیرند (واکسیناسیون، کنترل فشار خون، کنترل قند خون، معاینات روتین بارداری، و ...) و در بیمارستان‌ها به ارزیابی پاسخ معنوی بیمار به بیماری بپردازند (اسدزندی، عبادی، ۱۳۹۲).

**روش گرفتن شرح حال معنوی در دیگر کشورها**

دکتر جورج هارولد کوئینگ در کتاب *معنویت در مراقبت از بیمار* (۲۰۰۷) دربارهٔ دلایل ضرورت شرح حال معنوی می‌نویسد به دلایل زیر اخذ شرح حال معنوی ضروری است:

- به منظور آشنایی با عقاید مذهبی بیمار که بر تصمیمات درمانی و شیوه مراقبت موثرند؛
- به منظور پی‌بردن به نقش مذهب در سازش با بحران و فشارهای روحی بیماری؛
- برای شناسایی نیازهای معنوی بیماران؛
- برای توجه دادن به بیمار که بعد سلامت معنوی وی برای پزشک و کادر درمان مهم و قابل احترام است؛
- به منظور پی‌بردن به انگیزه‌های رفتارهای پر خطر یا سالم و بهداشتی در بیمار؛
- به منظور شناخت گروه‌های حمایتی در دسترس بیمار و نظام حمایتی وی در خانواده و جامعه؛
- برای مطلع کردن بیمار که چنانچه مایل به صحبت دربارهٔ نیازهای ودیسترس‌های معنوی خود باشد، افرادی مایل‌اند که به او کمک کنند؛

ایشان معتقد است که پرسش‌های در زمینهٔ شرح حال باید دارای اعتبار علمی و کوتاه باشد و به راحتی به خاطر سپرده شود و بتواند اطلاعات مفیدی را جمع‌آوری کند و متمرکز بر عقاید بیمار بوده و از هرگونه قضاوت دربارهٔ بیمار جدا خودداری کند:

- آیا بیمار از مذهب و معنویت برای سازش با بیماری کمک می‌گیرد یا فقط برای او استرس و اضطراب ایجاد می‌کند ؟
- آیا بیمار عضو یک گروه مذهبی و معنوی مددکاری است؟
- آیا بیمار پرسش‌ها یا نگرانی‌های معنوی دارد که او را آزار دهد؟
- آیا بیمار باورهای خاصی دارد که مراقبت‌های درمانی او را تحت تاثیر قرار دهد؟

میتوو تنها دو پرسش را کافی می‌داند:

- آیا دین و ایمان به شما کمک می‌کند تا با بیماری خود کنار بیایید؟
- برای حمایت از پای‌بندی شما به مذهب یا ایمان چه کاری از من ساخته است؟

کریستینا پوچالس کی پرسش‌های زیر را در روش خود به نام (FICAA) مطرح کرده است:

- Faith ، روش ایمان شما چیست؟

- Important ایمان برای شما تا چه حد اهمیت دارد؟
- Church آیا عضو کلیسا یا گروه اعتقادی هستید؟
- Apply باورهای مذهبی یا معنوی چه کاربردی برای سلامتی شما دارد؟
- Address چگونه به نیازهای معنوی خود می‌پردازید؟

هم چنان‌که در سوالات ایشان مشهود است به علت نوع نگرش ایشان به مذهب و معنویت، از مذهب در سطح ابزاری و حداقلی به منظور وسیله‌ای برای رسیدن یه توان مقابله با استرس بیماری و یا ابزاری برای کسب آرامش استفاده می‌شود که این نحوه نگرش، با دیدگاه پیروان ادیان که معتقدند شریعت (دین و اعتقادات) طریقت و راه رسیدن به حقیقت (کمال و سعادت دنیا و آخرت انسان و مقام محمود) را نشان می‌دهد فاصله بسیار دارد. لذا برای پیروان تمام ادیان ابراهیمی مسئله خود ارزیابی معنوی چه در زمان سلامت جسمی و چه در زمان بیماری مورد تاکید است. کاربرد فهرست نویسنده مسئول برای شناخت دیسترس‌های روحی افراد که «در دین به بیماری‌های نفس» معرفی شده، برای پیروان تمام ادیان ابراهیمی در ایران و جهان کاربردی‌تر خواهد بود.

## نیازهای معنوی بیماران در سایر کشورها

در مطالعات انجام شده درباره نیازهای معنوی بیماران، فلوتن، ۱۹۹۵ نیازهای زیر را برشمرده:

- نیاز به معنا و هدف در زندگی؛
- نیاز به دریافت عشق و مهر ورزی و ارتباط؛
- نیاز به امیدواری و خلاقیت؛
- نیاز به بخشش؛
- نیاز به روابط صادقانه با خود، دیگران و خدا یا یک

استول، ۱۹۹۷ در ارزیابی معنویت مفهوم فرد از خدا یا الوهیت، منبع قدرت و امید در فرد، اهمیت اعمال و مناسک مذهبی برای فرد، درک فرد از رابطهٔ بین عقاید شخصی خود و وضعیت سلامتی‌اش را مورد توجه قرار داده است.

نتایج مطالعات (بوتل و بوزت،۱۹۹۰) نشان داده که چهار بخش از معنویت که معمولاً در بیماران مورد ارزیابی قرار می‌گیرد عبارت‌اند از:

- ترس از اقدامات پزشکی؛
- منابع قوت درونی بیماران؛
- احساس امیدواری؛

- ارتباط اعمال مذهبی با جراحی.

و جنبه‌ای از ارزیابی معنوی که کمتر گزارش شده، یکپارچگی (تمامیت وجود بیمار) است.

**تشخیص‌های معنوی انجمن پرستاران امریکا و کانادا**

تشخیص‌های معنوی انجمن پرستاران امریکا و کانادا شامل موارد زیر است:

اضطراب و اضطراب مرگ، خستگی، ترس، غم پیش‌بینی شده، اندوه مزمن، تطابق اجتماعی غیر موثر، انزوای اجتماعی، ناامیدی، مستعد تنهایی، ناتوانی در مراقبت از خود، انکار غیر موثر، مستعد تهاجم به خود یا دیگران، اختلال در حفاظت، اختلال در تعیین هویت فرد، اختلال در ایفای نقش، اختلال در اعتماد به نفس به عنوان موارد اختلال در ادراک از خود و بالاخره دیسترس روحی (انجمن پرستاران امریکا، ۲۰۱۰).

**تشخیص‌های معنوی مبتنی بر الگوی قلب سلیم**

مولف طی مرور نظام‌مند شواهد دینی از جمله:

- تفاسیر معتبر دربارهٔ آیات مرتبط با مفهوم ابتلا،
- شرح حدیث جنود عقل و جهل حضرت امام صادق علیه السلام،
- خطبهٔ حمام نهج‌البلاغه در بیان ویژگی‌های متقین،
- حدیث عنوان بصری،
- *بررسی سیرهٔ پیامبر اکرم* (فرحزاد، ۱۳۹۱، *سیرهٔ پیامبر اکرم در محبت و رحمت*،۱۳۹۰، *سیره پیامبر اکرم در محبت زنان و کودکان*، مطهری، ۱۳۶۲، *سیرهٔ نبوی*، قرائتی، ۱۳۸۵، *سیرهٔ پیامبر اکرم با نگاهی به قرآن کریم* و )
- *بررسی قلب سلیم و گناهان کبیره* شهید دستغیب

ضمن تحلیل محتوای منابع و شواهد دینی، نشان داد که ۷۶ تشخیص معنوی در چهار حیطهٔ ارتباطی برای افراد سالم جسمی (مددجویانی که دوران‌های مختلف رشد و تکامل خود را سپری می‌کنند) و بیماران قابل طبقه‌بندی است. مقایسه تشخیص‌های معنوی مستخرج از شواهد دینی با گزاره‌های بیان شده از طرف گروه مشارکت کننده و فهرست تشخیص‌های پرستاری انجمن پرستاران امریکا و کانادا (۲۰۱۰) و گزاره‌های موجود در ابزارهای بررسی ایرانی و جهانی مرتبط با مشکلات معنوی (۲۵ مورد) نشان داد که می‌توان آسیب‌های معنوی را در سه گروه دسته‌بندی کرد:

- تشخیص‌های معنوی مرتبط با بیمار و خانواده؛

- تشخیص‌های معنوی مرتبط با مددجویان؛
- پرسنل بهداشتی، درمانی که عهده‌دار مراقبت و درمان بیمار هستند. *و اینکه تعدادی از پاسخ‌های معنوی بیمار به بیماری در شواهد دینی وجود دارد که در علم مغفول مانده است.*

## تشخیص‌های معنوی مرتبط با بیمار و خانوادهٔ وی

این تشخیص‌ها را می‌توان در سه حوزهٔ عقاید و باورها و افکار، احکام و رفتارهای کلامی و غیرکلامی، و بالاخره در حوزهٔ اخلاق و عواطف دسته‌بندی کرد. اما، از آن‌جا که کار کادر درمانی نباید به هیچ وجه (چه در مددجوی سالم و چه در بیمار بستری) منجر به تفتیش عقاید شود. لذا بر خلاف سایر کشورهای جهان که به راحتی به خود اجازه می‌هند تا باورها و اعتقادات بیماران را بررسی کنند و در کلیسا با گرفتن اعتراف اسم ستارالعیوب حضرت حق را به نام دین، مورد اهانت قرار دهند، و البته در حوزهٔ سلامت معنوی به مددجویان سالم اصلا نمی‌پردازند! موضوع عقاید و باورها به طور عمدی از فهرست تشخیص‌های معنوی حذف و به عواطف و رفتارها پرداخته شد. در نتیجهٔ، در چهار حوزهٔ ارتباط با خدا، ارتباط با خود، ارتباط با مردم و ارتباط با عالم خلقت (و نه عالم طبیعت) تشخیص‌های زیر به دست آمد:

در حوزهٔ اختلال ارتباط با خدا شامل

۱) احساس ناامنی مربوط به بی‌اعتمادی به قدرت، حکمت، رحمت خدا، ۲) شرک خفی و پزشک را شفا دهنده دانستن به دلیل توکل و تفویض نکردن امر درمان و شفا به خدا، ۳) احساس ناآرامی و بی‌قراری مربوط به سوءظن به خدا، ۴) بدبینی به آینده و سرنوشت مربوط به یاس از رحمت خدا، ۵) جزع و بی‌تابی به دلیل نداشتن صبر، ۶) قنوط مربوط به یاس از رحمت خدا، ۷) معصیت و نافرمانی خدا احساس محبت نداشتن به خدا، ۸) شک و تردید و سوء ظن به باورهای دینی مربوط به تفقه نداشتن در دین، ۹) امن از مکر خدا به دلیل نشناختن قدرت و حکمت خدا، ۱۰) سخط و عدم رضایت از سرنوشت به دلیل نپذیرفتن تاثیر اعمال در ایجاد سرنوشت، ۱۱) ترک واجبات به دلیل خشم و قهر از خدا در رابطه با بیماری پیش آمده (انتقام‌جویی از خدا)، ۱۲) غفلت و فراموش کردن خدا به دلیل بی‌توجهی به دستوراتش و نداشتن محبت به خدا).

**در حوزهٔ اختلال ارتباط با مردم شامل**

۱) احتمال صدمه به دیگران به دلیل قهر و خشم و غضب، ۲) دوری و کناره‌گیری از مردم (انزوای اجتماعی) به دلیل مقصر دانستن آن‌ها در بروز بیماری، ۳) عداوت و دشمنی با مردم به دلیل احساس حسد ناشی از سالم بودن آن‌ها و بیماری خود، ۴) بغض و تنفر حقد و کینه و انزجار به دلیل خشم درمان نشده و نداشتن عفو و گذشت، ۵) انتقام‌جویی و بدخواهی به دلیل نشناختن علت‌های بروز بیماری و سوء ظن به مردم، ۶) پرخاشگری کلامی (فحاشی) و درگیری و تهاجم به دیگران به شکل‌های مختلف چون: عیب‌جویی و عیب‌گویی، افشای سر مردم و پرده‌دری، مکر و نیرنگ، افترا و دروغگویی، سرزنش کردن مردم، القاب زشت دادن به مردم، نمامی و سخن‌چینی، غیبت کردن، بهتان و تهمت، فتنه‌گری، ریختن آبروی مومن، ۷) قساوت قلب و سنگدلی به دلیل احساس انتقام‌جویی از مسببان بیماری، ۸) احساس گناه و شرمساری به دلیل احساس نیاز به کمک و حاجت خواستن از مردم، ۹) احساس خطر از جانب دیگران به سوء ظن به آن‌ها، ۱۰) پیمان‌شکنی (عدم وفای به عهد) و خیانت در امانت به دلیل احساس بی‌مهری به مردم، ۱۱) در مصیبت مردم شاد بودن، قطع رحم، عقوق والدین به دلیل احساس خشم و کینه.

**در حوزهٔ اختلال ارتباط با خود**

۱) اضطراب و نگرانی، ۲) ترس و خوف، ۳) حزن و غم واندوه، ۴) ناامیدی، ۵) احساس تنهایی و بی‌پناهی، ۵) افکار خودکشی، ۶) تهاجم به خود (خودزنی) به دلیل خشم و عصبانیت، ۷) احساس کسالت و سستی و خستگی، ۸) عدم رعایت بهداشت و نظافت، ۹) پیروی از هوای نفس به دلیل بی‌توجهی به نقش اعمال و نیات در بروز بیماری، ۱۰) نداشتن توانایی مراقبت معنوی از خود.

**اختلال ارتباط با طبیعت و عالم دنیا**

۱) حرص و آز و طمع، ۲) بخل و خست، ۳) فقر و تنگدستی، ۴) کفران نعمت، ۵) ناشکری نعمات، ۶) اسراف و تبذیر، ۷) دنیادوستی (حب دنیا)، ۸) افزون‌طلبی و تکاثر.

## تشخیص‌های معنوی مددجویان سالم و پرسنل بهداشتی ـ درمانی

**اختلال ارتباط با خدا**

شرک عملی به خدا، ریا، معصیت و نافرمانی، شک و تردید، سوء ظن به باورهای دینی (عدم

تفقه در دین)، یاس و قنوط از رحمت حق، امن از مکر خدا (خود را خارج از دایرهٔ مشیت الهی دیدن)، بازداشتن از راه خدا، ترک واجبات، سخط و نداشتن رضایت از سرنوشت، ناپاکدلی و اخلاص نداشتن، بلندی جستن و استکبار در برابر خدا و خلق.

**اختلال ارتباط با طبیعت**

دنیا دوستی (حب دنیا)، افزون‌طلبی و تکاثر، حرص و آز و طمع، بخل و خست

**اختلال ارتباط با خود**

پیروی از هوای نفس، خودپرستی، بلندی جستن، تکبر و خودبرتربینی،

**اختلال ارتباط با مردم**

پیمان‌شکنی (وفای به عهد نکردن)، خیانت در امانت، افشای سر مردم و پرده‌دری، عیب‌جویی و عیب‌گویی، مکر و نیرنگ، فتنه‌گری، صدوا عن سبیل الله، ریختن آبروی مومن، افترا و دروغگویی، سرزنش کردن مردم، القاب زشت دادن به مردم، نمامی و سخن‌چینی، غیبت کردن، بهتان و تهمت، در مصیبت مردم شاد بودن، قطع رحم، عقوق والدین، یاری کردن ستمگر و عدم یاری ستمدیده، حکم ناحق، دشمنی با مومن، ریختن آبروی مومن.

**مراقبت معنوی برای چه کسانی ضروری است؟**

- بنا بر آنچه تبیین شد از دیدگاه اسلام و تمام ادیان توحیدی توجه به معنویت و انجام مراقبهٔ نفس برای تمام انسان‌ها (چه در زمان سلامت جسم و چه در هنگام بیماری) ضروری است و ادیان به واسطهٔ توجه به مسئلهٔ روح، اصالت روح و باور به معاد و حیات جاودان، همهٔ افراد را پس از رسیدن به سن تکلیف موظف به انجام اوامر الهی و تلاش برای تهذیب نفس و کسب مکارم اخلاق می‌کنند. پیامبر اکرم فرمودند: «انی بعثت لاتمم مکارم اخلاق» (اسدزندی، ۱۳۹۵).
- البته در بیماران، وقتی که بحران بیماری سبب بروز نیازهای معنوی جدیدی می‌شود و ابتلا به بیماری از طرف بیمار و خانواده یک عامل استرس تلقی می‌شود، به نحوی که بی‌توجهی به آنها، بیمار و خانواده او را در معرض دیسترس و آسیب معنوی قرار می‌دهد، اهمیت انجام مراقبت معنوی دو چندان می‌شود. (اسد زندی، الگوی آموزش مراقبت معنوی بیماران، ۱۳۹۵)

- اگرچه افرادی چون دکتر هارولد جورج کوئینگ در ۲۰۰۷ با توجه به نوع نگرش متفاوت خود به مسئله معنویت و مراقبت‌های معنوی که آن را تنها، عاملی برای ایجاد آرامش و سازگاری با بحران بیماری می‌دانند، بیان فرموده:
- پزشکان نباید به انجام ارزیابی معنوی برای بیماران سرپایی که برای برداشتن زگیل، سرماخوردگی، انجام پاپ اسمیر، و ... مراجعه نموده‌اند یا در موقعیت مراقبت‌های ویژه بسر می‌برند، بپردازند، مگر اینکه موقعیت حاکی از ضرورت باشد.
- کند و کاو در باره مسائل معنوی بیمار صحیح نیست، مگر اینکه پزشک ارتباط دیرینه‌ای با بیمار داشته باشد. به جز در مواردی که پزشک در حال پذیرش و بستری بیمار در بیمارستان است و نمی‌توان با پزشک عمومی مراقبت‌های اولیه (پزشک خانوادگی) بیمار ارتباط برقرار کرد، این کار را می‌توان انجام داد.

**چه زمانی انجام مراقبت معنوی لازم است؟**

- کوئینگ بهترین زمان انجام ارزیابی معنوی را در موارد زیر می‌داند:
- هنگام گرفتن شرح حال اولیه به عنوان بخشی از ارزیابی یک بیمار جدید (در مطب یا بیمارستان).
- وقتی که بیماری برای یک مشکل جدید یا وخیم شدن بیماری قبلی در بیمارستان پذیرش می‌شود.
- زمانی که بیمار در آسایشگاه سالمندان یا سایر مراکز نگهداری، پذیرش می‌شود.
- در معاینات برای چکاپ سلامتی بیماران
- وقتی که تصمیمات پزشکی باید تحت تاثیر باورهای مذهبی اخذ شود.

- ایشان بهترین زمان برای بررسی معنوی بیمار را در حین گرفتن شرح حال پزشکی و پس از شرح حال اجتماعی می‌داند.

وی معتقد است که پرداختن به مسائل معنوی، وقتی بسیار اهمیت دارد که:

- یک بیماری جدی، حاد یا مزمن، زندگی وکیفیت زندگی فرد را تهدید می‌کند.
- وقتی که وجود یک عامل تنش‌زای روانی اجتماعی سبب تغییر در زندگی می‌شود نظیر طلاق، مرگ نزدیکان و ... .
- زمانی که بیمار باید متحمل یک جراحی مهم یا روش‌های درمانی شود که نتیجهٔ مطمئنی ندارد و بیمار به سختی می‌تواند با آن کنار بیاید (دماری، ۱۳۸۸).

اما بر طبق آیهٔ شریفهٔ قرآن که فرموده: یا ایها الناس علیکم انفسکم «ای مردم مراقب نفس خود باشید» برای دست‌یابی به سعادت و سلامت دنیا و آخرت، همهٔ مردم و نه تنها بیماران، باید مراقب نفس خود باشند. که فرموده: ان النفس لامارة بسوء الا ما رحم ربی «نفس اماره ما را به سوی بدی‌ها می‌کشاند مگر آنکه خدا ترحم نماید» از این رو، در مددجویان سالم و در بیماران هر دو انجام مراقبت معنوی برای رسیدن به سلامت معنوی ضروری است و این امر تنها مختص بیماران مشرف به مرگ و در حال احتضار نیست. برای بیمار و خانواده او چون در معرض آزمایش الهی با بلا و گاه مصیبت قرار دارند، گاه انجام آن از نظر پرسنل درمانی ضروری‌تر است. ولی نباید از سلامت معنوی آحاد جامعه که وظیفه تمام پرسنل بهداشتی درمانی است، غفلت شود.

**عرضه کنندگان مراقبت‌های معنوی: چه کسانی عهده‌دار مراقبت معنوی هستند؟**

خود مراجع یا بیمار و اعضای خانواده او در اولویت نخست حفظ و ارتقای سلامت خود به عنوان و امانت الهی هستند. سپس، پزشکان، پرستاران و پیراپزشکان، روحانیون، دیگر صاحبان مشاغلی که با مسائل معنوی در ارتباط هستند.

- حضرتش سفارش فرموده‌اند: قل انما اعظکم به واحده ان تقوموا لله مثنی وفرادا «من شما را تنها به یک امر شفارش می‌کنم و آن اینکه برای اقامه دین خدا به تنهایی یا دوتایی قیام کنید». بنابراین، مهم‌ترین وظیفه را مبلغان و روحانیون در سطح عموم جامعه بر عهده دارند تا امکان تفقه در دین برای همه اقشار جامعه فراهم شود و روش خودمراقبتی معنوی را به آحاد جامعه آموزش داده و خود در این راه به عنوان منتور (مرشد و راهنما) عمل کنند.
- مشاوران دینی و روحانیون باید با آموزش سبک زندگی سالم، و ارائه دستورالعمل‌های مدیریت هیجانات مخرب و بر حذر داشتن تمام افراد جامعه از رذایل اخلاقی (چون کبر، حسد، مکر و فریبکاری و دروغگویی که ویژگی‌های شیطان رانده شده است و یا کینه، سوءظن، خشم و انتقام‌جویی، ترس و نگرانی، غم و اندوه و ناامیدی، و ...) که در دیدگاه دینی به عنوان گناهان کبیره معرفی شده است، تمام آحاد جامعه را به سوی مکارم اخلاق و قلب سلیم که همانا برخورداری از سلامت معنوی است، دستگیری کنند (اسدزندی، ۱۳۹۵).
- در ۶۲ بیمارستان کشور روحانیون از ستاد اقامهٔ نماز علاوه بر اقامهٔ نماز جماعت در بیمارستان، بر بالین بیماران حاضر می‌شوند و ضمن بیان احکام نماز و غسل و پاسخ به

پرسش‌های بیماران از ایشان عیادت کرده و به بیمار توصیه بر صبر می‌کنند. اگر چه زحمات ایشان قابل تکریم است که خدا خود فرموده نماز ذکر الله اکبر است و فرموده «من اعرض عن ذکری فان له معیشتا ضنکا ونحشره یوم القیامه اعمی» و نماز ستون دین اسلام است و اولین موقفی است که در قیامت مورد سوال قرار می‌گیرد. اما باید به تفقه در دین در حوزهٔ عقاید و توجه به مکارم اخلاق که نبی مکرمش فرموده: «انی بعثت لاتمم مکارم الاخلاق» نیز در کنار احکام توجه کرد.

- پرسنل بهداشتی و درمانی (اعم از پزشک، پرستار، مددکار اجتماعی، روان‌شناس بالینی و ...) موظف‌اند که برای اصلاح و تزکیه نفس خود بکوشند و خود را به اخلاق حمیده متصف نمایند و در تمام مراکزی که با بیماران و مددجویان در ارتباط‌اند به ارائه مراقبت‌های سلامت معنوی بر اساس اصول و دستاوردهای دینی و علمی بپردازند.
- خانواده: به دلیل اینکه اسلام، انسان را فاعل مختار دارای قدرت اراده می‌داند و در جهان رویکرد مراقبت از خود مطرح است و اسلام ما را مسئول حفظ سلامت به عنوان امانت الهی می‌داند، پس در حد توان ابتدا باید تک تک افراد بالاتر از سن تکلیف خود شخصا و دربارهٔ کودکان و نوجوانان قبل از سن تکلیف، پدر و مادر، مسئول مراقبت معنوی باشند.
- از آن‌جا که تک تک افراد جامعه گاه روش انجام مراقبت معنوی را نمی‌دانند، این وظیفه بر عهدهٔ تمام پرسنل بهداشتی درمانی (بهورزان خانه‌های بهداشت، پزشکان خانواده، مربیان بهداشت در مدارس و مهدهای کودک، روحانیون در مساجد، پرستاران در بازدید از منازل تحت پوشش و در مراکز درمانی) است. در این میان نقش پرستاران بیشتر است زیرا به خدمت‌رسانی بالینی در تمام ساعات شبانه روز مشغول‌اند، و مدت بیشتری را با بیماران سپری می‌کنند (اسدزندی، ۱۳۹۵).

## برنامه‌ریزی و اجرای مراقبت‌های معنوی

### روش مراقبت معنوی در دیگر کشورهای جهان

مک شری (۲۰۰۵) نظام طبقه‌بندی مداخلات پرستاری، القای امید، حمایت معنوی و تسهیل رشد معنوی را به عنوان مداخلات معنوی طراحی کرده و برای تأمین مراقبت معنوی مهارت‌هایی چون: هماهنگی توأم با توجه، ارتباطات غیرکلامی، حساسیت، صداقت، گسترش اعتماد، مهارت‌های ارتباطی بین فردی، خودآگاهی، تشریک مساعی، شناخت محدودیت‌های خود و نیازهای مذهبی را ضروری می‌داند. فلوتن (۱۹۹۶) معتقد است مراقبت معنوی در برگیرندهٔ تمرین و فعالیت در زمینه‌هایی مانند حفظ خلوت و ارزش بیمار، با توجه گوش دادن

به سخنان بیمار، قادر ساختن افراد بستری به انجام اعمال مذهبی، احترام به و حفظ وقار بیمار، و یاری به بیمار برای درک و فهم معنای بیماریش از سوی پرستاران است. شلی (۱۹۹۸) معتقد است مداخلات می‌تواند شامل گوش دادن به بیم‌ها و نگرانی‌ها، عبادت به همراه مددجو، خواندن کتب مقدس دینی، اظهار امیدواری و تبیین اهمیت نگرانی‌های معنوی در مرحلهٔ انتهایی زندگی، ارجاع به روحانی یا سایر ارائه‌دهندگان معنویت باشد. لواسانی (۱۳۸۷). معتقد است هدف تیم بهداشت و درمان ارتقای سلامت، پیشگیری از بیماری، حفظ سلامتی و برطرف کردن درد و ناراحتی بیمار است و درمان و مراقبت معنوی سهم موثری در دست‌یابی به این اهداف دارد و می‌تواند سبب کاهش فشارهای روانی بیمار در طی مدت اقامت وی در بیمارستان شده و با ایجاد محیطی درمانی و با تمرکز بر نیازهای روحی و روانی بیمار انجام می‌شود. *اما روش انجام دادن درمان و مراقبت معنوی مانند مراقبت‌های جسمانی در کتب مرجع علوم پزشکی مطرح نشده است.*

## ایمان‌درمانی رکن اصلی مراقبت معنوی دینی

برای بسیاری از مراجعان چرایی بروز حوادث زندگی و معنای این حوادث اهمیت دارد. برای بیماران هم نکتهٔ حائز اهمیت از لحاظ معنوی، روشن شدن چرایی ابتلای آن‌ها به بیماری است. پرسش‌های بیمار نظیر اینکه: چرا من مبتلا شده‌ام؟ آیا بیماری تاوان خطاهای من است؟ آیا تنبیه خداست؟ پاسخی فلسفی می‌طلبند تا باورها و عقاید و سلامت معنوی بیمار به خطر نیفتد (اسدزندی، ۱۳۹۲). بروز بیماری، باعث پدیدار شدن نیازهای معنوی در بیمار شده و پاسخ معنوی را در بیماران بر می‌انگیزد که نیازمند مراقبت معنوی است (کاوندیش، ۲۰۰۵).

معنویت یکی از عمیق‌ترین لایه‌های وجودی انسان است، و سبب می‌شود تا ما انسان‌ها که در این جهان خود را غریب و سرگردان احساس کرده به دنبال معنایی از اتفاق‌های این جهان هستیم، با اتصال به مبدئی بتوانیم خود را از غربت و تنهایی نجات داده، و بدانیم: کجا هستیم، از کجا آمده‌ایم و به کجا می‌رویم؟ منزل‌گاه واقعی ما کجاست؟ دلیل وقوع اتفاقات زندگی‌مان چیست؟ (ریزاتو وکلز، سایت روان‌شناسی بالینی) جستجوی امر مقدس و معنا و هدف در زندگی (هیل و پارگامانت، ۲۰۰۳)، اشتغال به امور خدایی و ماورای زندگی مادی (میلر وتورسن، ۲۰۰۳) رابطهٔ فرد با خدا و قدرت متعال، واگذاری امور به او، اعتماد به قدرت و هدایت همه‌جانبهٔ خدا، و جستجوی معنای زندگی است که با ایجاد وحدت و اتحاد با هستی، سبب هدفمند و جهت‌دار دیدن زندگی شده، انسان را به فراروندگی از خود و خودمحوری، فرا رفتن از تمایلات، آرزوها و نیازهای نفسانی، و پرورش فضایل انسانی از قبیل: عشق الهی، مهربانی،

مودت و بخشایش‌گری فرا می‌خواند. مواجه شدن با وجود متعالی که موجب عشق، اعجاب، خشوع و حتی بی‌خودی فرد در مقابل آن نیرو شود، باعث قدسی‌پنداری طبیعت، هستی و معنایابی در زندگی می‌شود (تورسون وپلانته، سایت روان‌شناسی بالینی).

مشاوره مراقبت‌های سلامت معنوی در مراجعان و افراد سالمی که مراحل رشد و تکامل خود را می‌گذرانند و گاهی به سبب سلامت و قدرت جسمی از یاد خدا غافل می‌شوند با گوشزد کردن و حساس‌سازی ایشان به عوامل خطر بروز بیماری است. باید مددجو متوجه تاثیر عوامل خطر در بروز بیماری‌های معنوی شده و خود را از آن‌ها دور نگه‌دارد. یعنی با توسعهٔ ارتباط وی با عالم خلقت، و توسعهٔ ارتباطات اجتماعی سالم، در وی خودآگاهی معنوی ایجاد کرد و از خودشناسی وی را به خداشناسی دعوت نمود تا مراجع باور کند که دوری از ذکر خداوند می‌تواند سلامت معنوی را به مخاطره اندازد. در این گروه ایجاد باورهای هنجاری و هنجارهای ذهنی از طریق قصه درمانی و هنر درمانی بسیار راه‌گشاست.

## نتیجه‌گیری

از آن‌جا که مراقبت معنوی در افراد سالم، درمان بیماری‌های نفس است و در بیماران اصلاح پاسخ معنوی بیمار به بیماری، پس باید بر اساس روش حل مشکل به این موضوع مهم پرداخت. باید با فهرست بررسی خاص، سطح سلامت معنوی افراد سالم را سنجید و پس از مشخص شدن و تشخیص بیماری‌های نفس، برای رسیدن به هدف دراز مدت قلب سلیم برنامه‌ریزی نمود و به بیمار یا مددجو در اجرای خودمراقبتی معنوی کمک کرده و ابزار خودارزیابی معنوی را در اختیار وی گذاشت و شیوهٔ محاسبهٔ نفس را به وی آموزش داد. نکتهٔ حائز اهمیت این است که انجام مراقبت معنوی نیازمند استفاده از الگوی مراقبت است که بتواند در چارچوب روش حل مشکل، ضمن تشریح چرایی ابتلا به بیماری برای بیمار و خانوادهٔ او، نیازهای معنوی مددجویان و بیماران را شناخته و با به کارگیری مهارت‌های برقراری ارتباط درمانی، موفق به تشخیص آسیب‌های معنوی بیمار شود. سپس، بر اساس الگوی تجویزی - آموزشی، مراحل و گام‌های اجرایی آموزش و مشاوره معنوی را معین کرده و با استفاده از دستورالعمل‌های مبتنی بر شواهد دینی و علمی، با هدف درازمدت رسیدن به قلب سلیم، امکان خودارزیابی و خودمراقبتی معنوی را برای بیمار و خانواده او و نیز برای مددجویان فراهم کند.

در الگوی مراقبت معنوی قلب سلیم، که الگوی کل‌نگر فلسفی است، به تمام واکنش‌های (زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی) بیمار و مددجو توجه می‌شود. پزشک و پرستار، مشاور معنوی دینی، اختلال ارتباطات چهارگانه فرد ( ارتباط با خدا، ارتباط با خود و ارتباط با مردم و

عالم خلقت) را تشخیص داده و سپس با هدف درازمدت رسیدن به قلب سلیم بر اساس دستورالعمل‌های مبتنی بر شواهد دینی و علمی با محوریت ایمان‌درمانی به مراقبت می‌پردازد تا عواطف نشأت گرفته از اضطراب و ترس یا غم و اندوه و نا امیدی را به عواطفی سرشار از احساس امنیت و اعتماد به خدا، خوش‌بینی و مثبت‌اندیشی و امیدواری، تسلیم و رضای به قضای الهی تبدیل کند. پس آشنایی با الگوی مراقبت معنوی قلب سلیم برای کارکنان بهداشتی درمانی هم به جهت اجرای آن در تزکیه نفس خود و هم برای خدمت به مددجویان سالم و بیماران (سرپایی، بستری، شدیدا بدحال و حتی محتضر ) ضروری است تا فرد با یافتن معنایی برای زندگی خود در شرایط سخت و بحرانی، بتواند رنج‌ها را تحمل کند و به رنج خود تقدس ببخشد (فرانکل، ۱۳۷۷ و ۱۳۹۰). به طور مسلم جلب اعتماد بیمار و ایجاد احساس امنیت، حین برقراری ارتباط درمانی با وی سبب می‌شود تا بیمار تمام مشکلات خویش را مطرح کرده و به چاره‌اندیشی برای رفع واکنش‌های هیجانی ناشی از بیماری اعتماد کرده و همکاری نماید (اگلتون، ۱۳۸۹).

**وظیفهٔ کادر درمانی: تلاش برای تزکیه و تنویر خود و تقویت معنویت در بیمار**

تجربهٔ بشری در تمام فرهنگ‌ها نشان داده است که انسان همواره در شرایط بحرانی (پاتر، ۲۰۰۵) و هنگامی که بیماری، زندگی وی را تهدید می‌کند (دماری، ۱۳۸۸) از یک منبع مقدس و الهی کمک طلبیده و به عزیز شکست‌ناپذیری پناهنده می‌شود (جوادی، ۱۳۸۸) و نیاز به معنویت در او اهمیت زیادی پیدا می‌کند (دماری، ۱۳۸۸) چرا که معنویت به سفر زندگی شکل داده (ابراین، ۲۰۰۴) و جنبه‌های فیزیکی انسان را شامل شده و از طریق ارتباط زندگی انسان با خدا، خود، دیگران و طبیعت تجربه می‌شود (هاروی، ۲۰۰۷ فلاحی، ۱۳۸۷، بورکهارت، ۲۰۰۸). اعتقادات معنوی با تمام جنبه‌های سلامتی و بیماری فرد همراه بوده، عادات روزانه زندگی را هدایت کرده و منشأ حمایت، قدرت و بهبودی است. بعد معنوی یکی از ابعاد چهارگانهٔ مراقبت کل‌نگر بوده و مانند ابعاد زیستی، روان‌شناختی و اجتماعی انسان از اهمیت خاصی برخوردار است (مک شری، ۱۹۹۸). مطالعات نشان داده که معنویت و اعتقادات معنوی، توانایی مقابله یک بیمار را با وقوع یک بیماری، بالا برده و سرعت بهبودی را افزایش می‌دهد (پاتر، ۲۰۰۳، همتی، ۱۳۸۹) و باعث می‌شود که انسان احساس بهتری نسبت به خود داشته باشد و در نتیجه، قدرت بیشتری برای مقابله با بیماری‌ها به دست آورد و همین امر، حتی اگر بیماری را شفا ندهد سبب بهتر شدن بیمار می‌شود یا کمک می‌کند بیمار بهتر با بیماریش کنار بیاید. بهترین دلیل برای رسیدگی به جنبه‌های معنوی بیماری، نیازهای معنوی بیماران است. بیشتر

مراجعه‌کنندگان به بیمارستان‌ها معتقدند که سلامت معنوی به اندازه سلامت جسمی اهمیت دارد و علاقه‌مند به پرسش در مورد نیازهای معنوی‌شان هستند (دماری، ۱۳۸۸). فرد در مواجهۀ با بیماری، با تمام ابعاد وجودی خود به بیماری پاسخ می‌دهد. از آنجا که سلامتی کامل یک فرد به تعادل بین تمام ابعاد سلامتی جسمی، روحی، روانی، اجتماعی و معنوی وی بستگی دارد (پاتر، ۲۰۰۵). پس بدون توجه به بعد معنوی انسان، نمی‌توان جسم، روان و همین‌طور شخصیت اجتماعی او را شناخت و برای سلامت وی کاری کرد. مراقبت معنوی به عنوان مهم‌ترین عامل کمک کننده برای رسیدن به تعادل در حفظ سلامتی و مقابله با بیماری‌ها، شناخته شده است (پاتر، ۲۰۰۵) و ضروری است که در جوامع موحد در سراسر جهان مبتنی بر شناخت‌شناسی وحیانی و فلسفه اسلامی به تعریف سلامت به معنای برخورداری از قلب سلیم توجه شود.

پزشکان، استادان و محققان پرستاری و سایر شاغلان بهداشت و درمان برای دریافت نورانیت علم و آموزش آن به دانشجویان و اجرای این روش‌ها در بالین بیماران، باید ابتدا حقیقت بندگی و تهذیب را در خود پرورش داده و مبدل به مومن ممتحن شده با تسلیم در برابر خواست خدا و صبر بر تطهیر توسط بلا و شکر بر نعمات الهی بتوانند شایستۀ دریافت نورانیت علم از دست مبارک معصوم شوند. وآن‌گاه که در زمرۀ اهل تنویر قرار گرفتند با قلب سلیم به خدمتگزاری بپردازند.

**تقدس بخشیدن به نیات عامل رضایت شغلی**

اگر انسان به عنوان موجودی صرفاً مادی و محصور در این دنیای فانی تعریف شود (نظیر آنچه فروید و آدلر معرفی می‌کنند) پس باید در پی حداکثر لذت‌های مادی و کسب قدرت، ثروت و ... باشد. چرا که زندگی وی محدود به چند سال عمر دنیایی اوست و پس از آن با مرگ به نابودی می‌رسد؛ در این حال، اولویت برای او نیازهای زیستی است تا امکان ادامۀ حیات بیابد و سپس نیازهای روانی و اجتماعی وی را در رسیدن به لذایذ دنیایی یاری رساند و رفاه خود را در اولویت (حتی نسبت به سایر افراد جامعه) قرار داده و ایثار و فداکاری غیر عقلانی می‌شود.

در دیدگاه پیروان ادیان توحیدی اولویت نخست، نیازهای روحی است که در قیامت مورد باز خواست است و برایش امان می‌طلبیم: «اللهم انی اسئلک الامان یوم لا ینفع مال ولا بنون الا من اتی الله». در این دیدگاه مفاهیمی چون ایثار و از خود گذشتگی، دلسوزی و شفقت، ترحم به نیازمندان، دستگیری از بیماران و ... و بالاخره اخلاص در عمل (همه کار را تنها برای رضای خدا انجام دادن و رضایت و خشنودی حضرتش را طلبیدن) معنا می‌یابد و خداپرستی (و نه

خودپرستی) محور اعمال انسان‌ها می‌شود. لذا نمی‌توان بدون توجه به تأثیر فرهنگ بر زندگی انسان‌ها به تحلیل نیازهای آنان پرداخت و بدون توجه به معنویت دینی حاکم بر نیات و افکار و اعمال انسان‌ها برایشان عوامل انگیزشی را بر شمرد.

در نگرش هستی‌شناسی ادیان ابراهیمی، عالم محضر حضرت حق است و انسان دارای آزادی و اختیار و ملهم به خوبی‌ها و بدی‌هاست. خدایی که فطرت پاک خداجو را متمایل به خیر و خوبی‌ها آفریده با محبت خویش هر لحظه به سوی بنده‌اش باز می‌گردد تا او را به بازگشت دعوت کرده و سپس بر اساس اسم غفور خویش، بازگشت بندهٔ خطا کارش را پذیرفته و او را در پناه مهر خود قرار داده، تمام خطاهای او را عفو نموده و برایش اجر بهترین اعمالش را درنظر می‌گیرد.

حضرتش در نهایت مهربانی، هر لحظه به بنده‌اش توجه دارد که «انک باعیننا» به غمخواری از بندهٔ خویش می‌پردازد و هر کس را که تلاش کند تا غم و اندوهی را از دل فردی بزداید، پاداش بیکران عطا می‌کند.

پزشکی و پرستاری را که عهده‌دار درمان و مراقبت از بیمار و مددجوی نیازمند است، به عنوان حرفه‌ای مقدس معرفی کرده و اعمال ایشان را (در صورتی‌که به نحو صحیح ارائه شود)، عبادتی بر فراز عبادت‌های رتبه اول می‌داند و به ایشان وعده می‌کند که اگر برای کمک به بیماری بپاخیزند ایشان را از پل صراط چون برق جهنده‌ای گذرانده و با ابراهیم خلیل الرحمن محشور می‌فرماید.

حضرتش میزان سنجش اعمال را نیات معرفی کرده (الاعمال بالنیات) و در نیت عمل به سبب غیرت خویش، هیچ شائبه‌ای از شرک و ریا را نمی‌پذیرد و فرموده که اگر کاری را تنها برای رضا و خشنودی من انجام دهی می‌پذیرم والا اگر جز من دیگری را در نیت خود سهیم بدانی، کل عمل شما را به او واگذار می‌کنم تا پاداش خود را از ایشان بگیرید. حضرتش برای مخلصین وعدهٔ بهشت رضوان و مقام قرب خود را به عنوان وعده صدق داده و ایشان را در همه حال در پناه خود، پناهنده می‌کند. اما برای رسیدن به این مقام تلاش‌هایی را از سوی بندگان ضروری می‌داند و آن اینکه با شناخت جنود عقل و جهل (مکارم اخلاق وسیئات آن) در همه حال به جهاد اکبر (جهاد با هواهای نفسانی پرداخته و خود را از هرگونه کبر و خودپسندی ریا و شرک، خودبینی و قساوت قلب، حسد و کینه و نفاق و ...) دور نگه دارند و برای رسیدن به قلب سلیم تلاش کنند.

رسیدن به احساس امنیت را در پرتو وجود قدرتمند و عزیز (شکست‌ناپذیر) خویش ممکن ساخته و وعده فرموده که: «نرید انمن علی الذین استضعفو فی الارض و نجعلهم ائمه و نجعلهم

الوارثین» هر کسی که در حزبش قرار گیرد «الا ان حزب الله هم الغالبون» در همه حال پیروز و سر بلند می‌گرداند و در پناه خویش ایشان را محفوظ می‌دارد و به واسطه فرشتگان محافظ از بلاها دور می‌گرداند.

خداوند از نهایت مهرش بنده‌اش را برای بهشت رضوان آفرید و راه رسیدن به آن را سیر معنوی به سوی قلب سلیم و پیروی از سیرهٔ پیامبر و اهل بیت ایشان و اجرای فرامین قرآن کریم قرار داده و مسیر این سلوک را با گذراندن همین زندگی دنیایی با مشارطه، مراقبه، محاسبهٔ نفس و تنبیه و تذکر روزانه به خود و الگو گرفتن از انسان‌های کامل و سراج منیر خود، ممکن ساخته و الگوهای رفتاری و گفتاری را در رفتار و گفتار ایشان آموزش داده «لقد لکم فی رسول الله اسوة حسنه» وفرموده «قل انما اعظکم به واحدة ان تقوموا لله مثنی وفرادا» خود به عنوان اولین معلم عالم، اسماء را به آدم آموخته و قبل از آموختن، مقام الرحمن را برای خویش فرض کرده و فرموده که در همه حال «سبقت رحمتی علی غضبی» و با پیامبر رحمتش، پرستار را نیز به مهرورزی و رحمت و رأفت در حق بیمار شفارش نموده خود را حسیب نامیده که محاسبهٔ اعمال بر عهدهٔ اوست اما باید قبل از روز حساب بندگان خود به اعمالشان رسیدگی کنند «حاسبوا قبل از تحاسبوا». با رنگ و صبغهٔ الهی زدن به افکار، رفتار، گفتار و نیاتشان «ان الصلاتی ونسکی ومحیای ومماتی لله رب العالمین» به عنوان عامل انگیزشی قوی حتی در نبود مدیر (رئیس) به اجرای وظایفی که مرضی حضرت حق باشد، بپردازند.

موحدی که خدا را حبیب و معشوق خود می‌داند باور دارد که هر آنچه از جانب دوست می‌رسد خیر و نیکوست و اگر ابتلایی وجود دارد از اشتباهات خود بنده است. «وما اصابکم من مصیبة الا باذن ا...» و اجازه و اذن الهی بر ایجاد ابتلا یک آزمایش الهی است تا بیمار را به بیماریش و پزشک و پرستار را به ابتلای مریض بیازماید.

پرستاری که قلبش را از حب خدا آکنده نموده، محبت بندگان مریض و نیازمندان را نیز در دل خود جای داده و با خشنود کردن بیماران خشنودی حضرت حق را می‌طلبد و او هم بر سختی‌های امر مراقبت از بیمارش صبر می‌کند چرا که باور دارد «انک باعیننا» در همه حال پیش چشمان محبوب است و می‌گوید «الهی همینکه تو مرا می‌بینی مرا بس».

وی با توکل و تفویض امور به خدا و با قلب سرشار از مهرش به عبادالله (که عیال خدا) هستند خدمت می‌کند، دست‌هایش را مجرای رحمت خدا برای بندگان قرار داده و در قلوب ایشان عزیز و محترم می‌شود که «ان العزة لله جمیعا» و اوصاف جمال حضرت حق را در زندگی (افکار، گفتار و رفتار و خلقیات) خویش به ظهور می‌رساند و صاحب مقام محمود شده و بر اخلاصش می‌افزاید، که مرتبه بالای یقین است. پس جز حضرتش هیچ چیز را موثر در عالم

نداشته و جز برای جلب رضای او تلاش نمی‌کند. هرچه در وادی عشق و اخلاص پیشتر می‌رود، ارتقای منزلت معنوی در سلوک الی الله یافته و از جانب خدا امکان دستگیری بیشتری می‌یابد و چون رسول مکرم و ائمه معصومین خود مبدل به رهبری معنوی می‌گردد که بیماران را از وادی ایمان‌درمانی به قلب سلیم می‌رساند و خود برای رسیدن به سلامت قلب تلاش می‌کند.

**ملاحظات اخلاقی در ارائه مراقبت معنوی کدام‌اند؟**

اگرچه در سال ۱۹۵۰ میلادی هیلدگارد پپلو در الگوی پرستاری پسیکو دینامیک خود بر اساس دیدگاه فروید و با الهام از سولیوان، پرستاری را برقراری ارتباط بین فردی نامید که در پی رفع احساس نارضایتی و ناامنی بیماران است و باید به مشکل اضطراب بیماران توجه کند و گام‌هایی برای برقراری ارتباط مطرح کرد، ولی آنان ابراز کردند که برقراری این ارتباط به درخواست بیمار و به دنبال احساس نیاز اوست. همان‌طور که خاتمه دهنده ارتباط نیز بیمار است (اگلتون، ۱۳۹۳). این در حالی است که در بسیاری از مواقع بیمار به علت عدم آگاهی ممکن است از نیاز به درمان و مراقبت بی‌خبر باشد. (اسد زندی، تحلیل نظریه‌های پرستاری، ۱۳۹۲)

اسلام پرستاری از بیمار را عبادت و یک خدمت ارزشمند اجتماعی (جورج، ۲۰۰۷) می‌داند؛ چنان که در روایتی از امام صادق آمده است: ما قَضي مُسلِمٌ لِمُسلِمٍ حاجةً اِلاّ ناداهُ اللّهُ تبارکَ و تعالی عَليَّ ثوابُکَ وَلا اَرْضي لَکَ بِدُونِ الجَنّةِ. هیچ مسلمانی حاجت مسلمان دیگری را روا نمی‌سازد، مگر اینکه خداوند تبارک و تعالی به او خطاب کند که پاداش تو به عهده من است و کمتر از بهشت برایت نمی‌پسندم. (کلینی، اصول کافی، ج ۳، ص ۲۸۵) پزشک و پرستار به مثابه یک مصلح اجتماعی پیش‌گام بر قراری ارتباط و ارائه کمک به بیمار بوده و چنانچه برای برقراری ارتباط و ادای وظیفه بر اساس وظایف انسانی و شرعی خود به شرح زیر عمل کند، البته عبادتی در فراز عبادت‌های رتبه اول را انجام داده است (امام خمینی، ج ۱۲، ص ۸۱).

اما از آنجا که توصیهٔ معصومین بر این است که انسان‌ها را نه با زبان که با رفتار خود به اسلام و ایمان دعوت کنید، ضروری است که تمام پرسنل بهداشتی درمانی در هنگام دستگیری بیماران برای رسیدن به سلامت معنوی اصول برقراری ارتباط درمانی را بر اساس آنچه معصومین ارشاد فرموده‌اند، انجام دهند.

۱) رفق و مدارا کردن با بیمار: که پیامبر فرمود: همان‌گونه که پروردگارم مرا به انجام واجبات فرمان داده، به مدارا با مردم دستور داده است. (محمدی ری‌شهری، ج ۴، ص ۱۵۷) چون از نظر اسلام انسان خلیفه خدا، مسجود ملائک، دانش آموخته حضرت حق و امانت الهی است

و دارای شأن و کرامت انسانی است، و در هنگام بیماری شامل انک باعیننای خدا بوده و به فرموده پیامبر اکرم صلی الله علیه و آله «دُعاؤُکَ فیها مُسْتَجابٌ؛ دعایش در هنگام بیماری مستجاب است. (مجلسی، ج ۸۱، ص ۲۱۹) پس آداب حضور در محضر بیمار توام با ادب و احترام است و هر بار خدمت به بیمار عیادتی است که پیامبر می‌فرماید: کسی که یک روز و یک شب پرستاری بیماری را به عهده بگیرد، خداوند او را با ابراهیم خلیل علیه السلام محشور می‌کند. پس همچون درخشش برقی از صراط عبور می‌کند (مجلسی، ج ۷۶، ص ۳۶۸) و حضرت صادق فرمودند: کسی که در برطرف کردن نیازهای مریض تلاش کند و نیازهای او را برآورد، همانند روزی که از مادر متولد شده است، از گناهان پاک می‌شود (حر عاملی، ج ۲، ص ۶۴۳). لذا:

۲) باید در برقراری ارتباط درمانی و خدمت رسانی به بیمار و با ادب و تهیت و سلام خود را معرفی کرد پیش قدم شد.

۳) با دلسوزی و شفقت و خیرخواهی اقدام به مراقبت کرد. قرآن مجید در سورهٔ فتح، مؤمنین را چنین وصف می‌کند:«اشداء علی الکفار رحماء بینهم» و خدا به موسی کلیم الله فرمود بیمار شدم به عیادتم نیامدی. موسی عرض کرد منزه است ذات احدیت از ابتلا به بلا. پس فرمود فلان بنده‌ام بیمار بود اگر به عیادتش می‌رفتی مرا عیادت می‌کردی. حضرت امام خمینی رحمة الله می‌فرماید: بیماران احتیاج دارند به محبت، بیش از آنکه احتیاج به دوا دارند. یک مریضی که از خانه‌اش آمده است در بیمارستان، این مریض خودش را مثل یک غریب می‌داند. اگر چنانچه این پرستارها با او با ملایمت، با رفتار انسانی، با محبت، مثل برادر و خواهر با او رفتار کنند، این حس غربت از او منفصل (جدا) می‌شود و آرامش برایش حاصل می‌شود و این آرامش روحی، در بهبود او کمک می‌کند. (*صحیفهٔ نور*، ج ۱۲، ص ۸۲).

۴) در هنگام ورود به اتاق بیمار در زده و کسب اجازه کند تا فرمان حضرتش را اطاعت کرده باشد:یا أیها الذین آمنوا لاتدخلوا بیوتاً غیر بیوتکم حتّي تستأنسوا... (نور، ۲۷) و با این عمل آسایش وآرامش بیمار فراهم شده وحریم مکانی وی مورد احترام قرار گیرد.

۵) در برقراری ارتباط درمانی با ادب بیمار را مورد خطاب قرار می‌دهد. مراقب و درمانگر می‌داند اکثر مردم نام خود را به همهٔ نام‌های عالم ترجیح می‌دهند! اگر اسم آن‌ها را بیاد آورد و آن را به آسانی و درستی تلفظ کند برای صاحب اسم به منزلهٔ لطیف‌ترین تعارفات و گرانبهاترین توجهات است. اما اگر آن را فراموش کند یا به‌خوبی از عهدهٔ تلفظش بر نیاید، موجب رنجش خاطر مخاطب خود خواهد شد. پس باید اسم بیماران را به خاطر سپارد تا

نشان دهد که چقدر برایش عزیز و محترم هستند.

۶) همواره نسبت به بیمار مؤدب و با نزاکت بوده، همیشه از فرصت‌هایی برای تبریک گفتن به آن‌ها و یا اظهار همدردی در غم‌ها و ناکامی‌های‌شان؛ استفاده کند. خداوند متعال می‌فرمایند: وَ إِذْ أَخَذْنَا مِيثَاقَ بَنِي إِسْرَائِيلَ لاَ تَعْبُدُونَ إِلاَّ اللّهَ وَبِالْوَالِدَيْنِ إِحْسَانًا وَذِي الْقُرْبَى وَالْيَتَامَى وَالْمَسَاكِينِ وَقُولُواْ لِلنَّاسِ حُسْنًا ( بقره، ۸۳) و با مردم به زبان خوش سخن بگویید.

۷) در همه حال به بیمار لبخند زده و از ترشرویی به او بپرهیزد که خدا این‌کار را حتی در برابر نابینا نهی فرموده: «عبس وتولی ان راه استغنی». بیمار برای اینکه از شدت بیماری خود آگاه شود، آن را در آیینهٔ نگاه دیگران جستجو می‌کند. گاهی نگاه اطرافیان و پرستاران، از روی خشنودی و خرسندی است و گاه آمیخته با تأسف و نگرانی. این دو نوع نگاه، تأثیری متفاوت بر روحیه بیمار دارد؛ نگاه آمیخته با رضا او را امیدوار و نگاه تأثربرانگیز، او را مضطرب و ناامید می‌سازد. از این رو، امام صادق می‌فرماید: لا تَنْظُرُا اِلی اَهْلِ البَلاءِ فَاِنّ ذلِکَ یَحزُنُهُمْ. به اهل بلا و کسانی که مبتلایند، نگاه (غیرعادی) نکنید که موجب حزن و اندوه آنان می‌شود. (مجلسی، ج ۷۵، ص ۱۶)

۸) و در نگاهش عفاف را مراعات کند. قبل از مراقبت کسب اجازه کرده و در حین مراقبت اقدامات را با نرمی و ملاطفت انجام داده، ضمن اجتناب و پرهیز از اختلاط میان زنان و مردان بر عفت نفس تاکید نموده (قصص آیه ۲۳). با حفظ پوشش مددجو و بیمار حریم شخصی وی را محترم می‌دارد (سوره اعراف، آیه۲۶) که حجاب و حفظ حریم آن (نور آیه ۶۰ و احزاب آیه ۵۵ و ۵۹) و حفظ و نگهداری از نگاه نامحرمان (نور آیه ۳۰ و ۳۱) و حیا و ستر عورت و پوشاندن آن (اعراف آیه ۱۹ تا ۲۴ و طه آیه ۱۲۱) سفارش شده از جانب حضرت حق است.

۹) از تمسخر و تحقیر، نامیدن با القاب زشت، و هرگونه توهین به شخصیت بیمار به فرموده حضرتش جدا بپرهیزد، چرا که خدا را رقیب و حسیب است و کوچک‌ترین بی‌ادبی در محضر اوست. (سوره حجرات، آیه ۱۱، ۱۲، ۱۹). خداوند حق مردم را بر حق خود مقدم دانسته است (نهج‌البلاغه، خطبه ۲۱۶). و خدا در آیات متعدد انسان را به عفت بیان سفارش نموده است (آیه ۱۸۷ و ۲۲۲ و ۲۳۶ و ۲۳۷ سوره بقره و نیز ۳۴ و ۴۳ سوره نساء و ۶ سوره مائده و ۸۰ و ۸۱ سوره اعراف و آیاتی چون ۲۳ و ۲۴ و نیز ۶۱ تا ۶۷ سوره حجر و ۱۶۵ و ۱۶۶ سوره شعراء).

۱۰) از نجوا کردن در حضور بیمار بپرهیزد: به آهستگی سخن گفتن در حضور بیمار نیز حساسیت‌ها و دقت او را به سوی نجوا کنندگان جلب می‌کند و می‌پندارد نا گفتنی‌هایی در

مورد بیماری او وجود دارد که اطرافیان نمی‌خواهند وی از آن آگاه شود. به همین خاطر دچار دلهره و ناراحتی می‌شود. امام صادق می‌فرماید: هرگاه تعداد افراد به سه نفر رسید، نباید دو نفر آنان نجوا کنند و گفت و گوی خود را از نفر دیگر پنهان بدارند؛ چرا که این‌گونه گفت و گو موجب اندوه آن شخص می‌شود و او را می‌آزارد (میزان‌الحکمه، ج ۱۰، ص ۱۴). هنگام برقراری ارتباط به هیچ‌وجه دربارهٔ بیمار قضاوت ننموده، بداند که قاضی روز جزا احکم الحاکمین است.

۱۱) بر اساس اسم ستار العیوب خدا، هرگونه خطا در شیوه زندگی بیمار را، پوشانده و برای اصلاح آن مثل مصلحی دلسوز تلاش کند. امام کاظم فرمودند: نیز کسی را که راز برادر مسلمان خود را بپوشاند، روز قیامت در سایه عرش الهی می‌بیند. (شیخ عباس قمی، *سفینة البحار*، دارالاسوه، ۱۴۴۴ ه . ق، ج ۷، ص ۴۳۶) از تهمت زدن به بیمار وفاش نمودن عیوب او اجتناب کند تا آبروی افراد که حرمتی به اندازه خانه کعبه دارد، حفظ شود (سوره نسا، آیه ۱۱۲، ۱۴۸).

۱۲) سر بیمار را پنهان داشته، از راز او امانتداری کند. یعنی اسراری که از بیمار می‌داند، و به عنوان امانت نزد او بازگو شده است، حفظ نموده و افشا ننماید. امام علی (ع) می‌فرماید: حضرت رسول اکرم ساعتی پیش از وفاتش سه بار بمن فرمود: ای اباالحسن امانت را ادا کن چه مال انسان نیک باشد چه انسان فاجر چه کم باشد و چه زیاد حتی اگر آن امانت سوزن یا نخ باشد. در حدیثی از پیامبر اکرم (ص) امانتداری معیار نیکی معرفی شده است: هرگز بسیاری نماز و روزه و کثرت حج و نیکوکاری و زمزمه شبانه اشخاص را منگرید، بلکه راستی گفتار و امانتداری آن‌ها را معیار نیکی و بدی قرار دهید. پس باید به فرموده قرآن کریم در آیات ۱۱ الی۱۷ سوره مبارکه نور به حفظ آبروی بیمار اهمیت دهد.

۱۳) بیمار را با هر فرهنگ و زبان و رنگ و نژاد اکرام کرده و به عدالت برای تمام بیماران به مراقبت می‌بپردازد چراکه «ان اکرمکم عند الله اتقکم» را از حضرتش آموخته و باور دارد که تنها مایه برتری انسان‌ها در تقوی الهی است.

۱۴) به علایق بیمار احترام گذاشته و اجازه دهد دوست داشته‌هایش را که برای سلامت او مضر نیستند همراه آورده و حفظ کند.

۱۵) بیمار را برادر خود دانسته (انما امومنون اخوه فاصلح بین اخویکم) و به اصلاح ارتباط بیمار با خدا، خود، مردم و عالم خلقت بپردازد. بخشش و گذشت و عفو را در بیمار تشویق کند. که خذ العفو فرمان اوست که حضرتش خود ذوالعفو است و توبه‌پذیر. پیامبر فرمود: بر شما باد گذشت و بخشش؛ زیرا گذشت جز عزت چیزی بر شما نیافزاید. بداند عفو در قلب بیمار

احساس انتقام جویی و کینه را از بین می‌برد و به او آرامش می‌دهد.

۱۶) آنچه برای خود می‌پسندد برای بیمار و خانواده او بپسندد که سفارش مولای متقین است: یا بُنَّی اِجْعَلْ نَفسَکَ میزانا فیما بَینَکَ وَ بینَ غَیرِکَ فَاَحِبِبْ لِغَیرِکَ ما تُحِبُّ لِنَفسِکَ وَاکْرَهْ لهُ ما تَکْرَهُ لَها. پسرم! خویشتن را معیار و مقیاس قضاوت بین خود و دیگران قرار ده! پس آنچه را برای خود دوست می‌داری، برای دیگران دوست‌دار و آنچه را برای خود نمی‌پسندی، بر دیگران نیز مپسند (نهج‌البلاغه، ج ۳، ص ۷۰).

۱۷) از آنجاکه قنوط و نا امیدی از رحمت حق اعظم کبائر است به فرموده امام صادق به بیمار امید دهدکه فرمود: اذا دَخَلْتُم عَلَی المَریض فَنَفِّسُوا لَهُ فِی الاَجَل، فَاِنَّ ذلِکَ لا یرُدُّ شیئا و هُوَ یطَیبُ النَّفْسَ. هرگاه بر بیمار وارد شدید، او را به (سلامت و) طول عمر امیدوار سازید. گرچه این امیدوار ساختن، در قضا و قدر مؤثر نیست، ولی بیمار را دلخوش می‌سازد و آرامش و تسکین او را موجب می‌شود. در این حال حتی اگر بیمار از این دنیا هم برود، با یک روح امیدوار و شیرین از این دنیا می‌رود و این برای شما ارزشمند است (*بحارالانوار*، ج ۸۱ ، ص ۲۲۵). بداند که امیدواری به رفع بیماری موجود و رویداد حوادث خوش آیند و احساس امنیت با پناه بردن به رحمت الهی، از اصول اساسی مراقبت معنوی بوده که با ایمان درمانی قابل دسیابی است. و خداوند ایمان را مایه رهایی از خوف و حزن معرفی کرده (سوره مائده / ۶۹ و آیه ۴۸ سوره انعام) و آن را عامل آرامش می‌داند (فتح /۴).

۱۸) حسن ظن و خوش بینی نسبت به خدا و مردم را در بیمار و خودش تقویت کندکه امام رض ا(ع) فرمودند: «إحسَن با لله الظِّن فَانِّ الله عَزَوَجَل یقوُل انا عِندَ حُسنَ ظَنّ عبدی المؤُمِن بی إن خَیرُ فَخَیرَوإن شَرٌّ فَشَر» ظن نیکو به خداوند داشته باشید. به‌درستی که خداوند در ظن نیکوی بنده مؤمن است. اگر ظن نیکو داشته باشد نیکی می‌بیند و اگر ظن خوب نداشته باشد خوبی نمی‌بیند (تفسیر المعین ص ۱۴۲) و امیرمومنان (ع) فرمود: هر کس گمان خیری نسبت به تو داشت گمانش را تصدیق نموده آن‌طور که درباره‌ات گمان داشته با او رفتار کن. نسبت به مردم خوشبین باشید خدای بزرگ از مردم خواسته و بر زبان اولیائش جاری کرده که گمان نیک دیگران در حق خود را تصدیق نمایند خود بدین امر سزاوارتر است. از روایات چنین بر می‌آید که: حق تعالی حسن ظن به هر چیزی را (نه فقط خداوند) تصدیق کرده و امر را بر وفق گمان نیک وی پیش می‌برد. گویا چنین گمان نیکی از مصادیق حسن ظن به الله است. زیرا با فرض اینکه همه خیرها از ناحیه اقدس خداوند است سرانجام گمان خیر در حقی کش خصبه این است که حق تعالی آن خیر را در او به ودیعت نهاده است.

۱۹) به بیمار ابراز محبت قلبی کند که رحمت از اسمای الهی بوده و پیامبرانش همه رحمت برای عالم بوده‌اند و حبیبش رحمة للعالمین است. بداند برای جلب قلوب دیگران باید آن‌ها را دوست بدارد. اگر واقعا به‌دیگران علاقه‌مند شود و صمیمانه و در نهایت اخلاص به آن‌ها مهر بورزد، حس خوبی در طرف مقابل ایجاد می‌کند با این‌کار به طرف مقابل می‌فهماند که شما برایم عزیز و مهم هستید و من به شما علاقه دارم.

۲۰) برای عقاید بیمار احترام قائل شده و به ارشاد او بپردازد. گاهی سبک غلط زندگی یا اخلاق نامناسب بیمار به این دلیل است که آن را اشتباه نمی‌داند. پزشک و پرستاری که قصد ارشاد دارد، باید تنها با حکمت و منطق وارد شده و با ملایمت و شفقت بیمار را متوجّه اشتباهش نماید. قرآن کریم در این باره می‌فرماید: (وَ لا تَسُبُّوا الَّذینَ یَدْعُونَ مِنْ دُونِ اللّهِ فَیَسُبُّوا اللّهَ عَدْواً بِغَیْرِ عِلْمٍ کَذلِكَ زَیَّنّا لِکُلِّ اُمَّةٍ عَمَلَهُمْ ...) به معبود کسانی که غیر خدا را می‌خوانند، دشنام ندهید! مبادا آنان نیز از روی (ظلم یا جهل) به خدا دشنام دهند!

۲۱) هیچ‌گاه خود را در امان از مکر الهی نداند چرا که ممکن است روزی خود بیمار و نیازمند مراقبت شود. امام صادق علیه السلام در توصیه‌ای می‌فرماید: النّاسُ رَجُلانِ مُبْتَلی و مُعافی فَارْحَمُوا الْمُبْتَلی وَ احْمَدوُا اللّه عَلَی العافِیةِ. مردم دو دسته‌اند: یک دسته مبتلا به بیماری هستند و دستهٔ دیگر در سلامت به سر می‌برند. بنابراین، نسبت به مبتلایان مهر بورزید و از آنان دلجویی کنید و بر عافیت و سلامتی خود، خداوند را سپاس گویید.

بداند سلوک شایسته با دیگران، رمز محبوبیت و سروری و خوش‌نامی است. با «حسن خلق»، می‌توان فاتح قلعهٔ دل‌ها شد. در طی ارتباط‌درمانی با بیمار، ضمن بررسی پاسخ معنوی وی به بیماری، موفق به تشخیص آسیب‌های معنوی وی بر اساس فهرست بررسی و تشخیص‌های معنوی شده و با هدف درازمدت رسیدن بیمار به قلب سلیم، برنامهٔ مراقبت معنوی را با مشارکت بیمار و خانواده و با تاکید بر مراقبت از خود و مراقبت در منزل و کمک از محارم (لوگوس) بیمار طراحی و اجرا نمایند و در همه حال بیمار را به عنوان کل یک‌پارچه در نظر بگیرد.

هدف آفرینش رشد معنوی و اختیاری انسان است و آزمایش‌های خدا بستر این رشد را فراهم می‌کنند و خدا بندگانش را تحت آزمایش قرار می‌دهد تا واکنش آن‌ها را بسنجد. بیماری باعث بروز واکنش‌های (جسمی، فکری و روحی) در بیمار و خانواده او می‌گردد. وظیفهٔ کارکنان بهداشتی درمانی تشخیص، درمان، مراقبت از واکنش‌های فرد نسبت به مشکلات بالقوه و بالفعل سلامت است. پس باید بر اساس فرایند حل مشکل ابتدا به بررسی مشکلات بیمار و خانواده او پرداخت.

ـ باید در در حین خدمت‌رسانی به بیمار از هرگونه قضاوت و داوری در مورد بیمار و خانواده او اجتناب کرد (که قاضی کس دیگری است).

– قطع ارتباط درمانی باید زمانی صورت گیرد که بیمار از درمان و مراقبت (کادر درمان) بی‌نیاز شده باشد و خود تصمیم به قطع ارتباط بگیرد.

ـ در طول مراقبت باید تمام تلاش برای ایجاد استقلال و بی‌نیازی در بیمار و خانواده (از کادر درمان) صورت گرفته و بیمار به سمت مراقبت از خود به پیش رود.

ـ در طول مراقبت باید تمام تلاش‌ها برای مراقبت در منزل باشد چرا که خانه را خداوند محل امن و آرامش قرار داده است.

و تا حد امکان از طریق محارم بیمار و افراد مهم زندگی او امر مراقبت صورت گیرد (که روش معنا درمانی فرانکل است).

از فرزند یا لوگوس بیمار به عنوان عوامل اولیه امیدبخشی به بیمار استفاده شود و بیمار و خانواده او را محور مراقبت قرار گیرد.

پس از برقراری ارتباط درمانی و جلب اعتماد بیمار و خانواده او، بر اساس فهرست به واکنش‌های بیمار و خانواده در تمام ابعاد وجودیشان (بعد روحی، فکری و جسمی) پرداخته و با دید کل‌نگر این واکنش‌ها را مورد بررسی قرار می‌دهد.

باید به خاطر داشت که خدا فرموده انسان‌ها در برابر سلب نعمت (سلامت) دچار یأس و ناامیدی می‌شوند، چنانچه در برابر نعمات نیز دچار شادی توأم با فخر و غرور. و لَئِن اذقنا الانسان منا رحمه ثم نزعناها منه انه لیوس کفور (هود ۹) و اگر به انسان از جانب خود نعمتی بپوشانیم، سپس آن‌را از او باز پس بگیریم، او ناامید و ناسپاس خواهد بود (یأس و رحمت خدا مقدمه کفر و ناسپاسی است. چنانچه در ۸۷ یوسف نیز آمده «لاییاس من روح الله الاالقوم الکافرون». «و لئن اذقنه نعماء بعد ضرّآء مسته لیقولن ذهب السیئات عنی انه لفرح فخور» اگر پس از سختی و محنتی که به انسان رسیده نعمتی به او بچشانیم (مغرور می‌شود) و می‌گوید: همانا گرفتاری‌ها از من دور شد (دیگر به سراغم نخواهد آمد) بی‌گمان او شادمان و فخر فروش است (هود ۱۰).

باید توجه داشت که شخصیت بعضی انسان‌ها متزلزل و وابسته به حوادث بیرونی است (نه کمالات درونی) گاهی ناامید کفور و گاهی فرح فخور است، حال آن‌که سختی‌ها و شادی‌ها زودگذرند، (مومن نه یأس دارد و نه کفران و نه تفاخر، بلکه نشکن و مقاوم است).

به فرمایش مولا علی (ع): روزگار دو چهره دارد، گاهی با تو و گاهی علیه توست. آنگاه که به نفع توست مغرور مشو و آنگاه که به ضرر توست، صبر پیشه کن، زیرا در هر حال مورد آزمایش

الهی هستی (بحار، ،ج ۷۳ حق ۸۱).

در بررسی واکنش‌های روحی (پاسخ معنوی) بیمار باید به احساس خوف (ترس و اضطراب) و پیامد آن احساس حزن و غم، خشم و عصبانیت نسبت به اینکه چرا که من بیمار شده‌ام، احساس حسد، که چرا بقیه سالمند، ای‌کاش بیماری من مال آن‌ها بود. احساس کینه، که از عامل بیماری‌ام باید انتقام بگیرم. احساس سوءظن به اینکه بقیه نقشه کشیده بودند تا مرا بیمار کنند و ... مبتنی بر اسلام مرتفع گردد.

-تمام عواطف آسیب‌رسان باید در بیمار سنجیده شده و با دستورالعمل‌های مبتنی بر شواهد مرتفع گردند.

ـ باید توجه کند دو چیز شادی را خطرناک می‌کند: یکی تحلیل غلط، (ذهب اسیئات عنی) و دیگر آنکه این شادی سبب تحقیر دیگران و فخرفروشی خود شود (مفرح فخور).

ـ هدف از مراقبت معنوی در درازمدت تبدیل عواطف و احساسات نشأت گرفته از ترس و اندوه به حالاتی سرشار از آرامش و اعتماد، امنیت، عشق، سرور و بهجت است.

ـ باید تلاش کرد تا بیمار ضمن رسیدن به توانایی مراقبت از خود و انجام فعالیت‌های روزمرۀ زندگی، دارای قلب سلیم باشد.

ـ بیمار نباید خود را موجودی ناتوان و قربانی سرنوشت و گرفتار شرایط پیرامون خود بپندارد، بلکه باید (با شناخت درمانی) به تأثیر انتخاب‌های چهارگانه و شیوۀ زندگی نادرست خود، در ایجاد و بروز بیماری پی برده و مسئولیت آن‌ها را بپذیرد.

ـ برای اجرای مراقبت‌های معنوی پس از بررسی ابعاد وجودی بیمار و نحوۀ ارتباطات چهارگانه او (با خدا و معنویت، با مردم، با خود و با طبیعت پیرامونی) علاوه بر استفاده از روش‌های مداخلات فرعی و ثانویۀ طب مکمل، از روش‌های اسلامی تسکین آلام استفاده کرد.

گفتنی است که پرستار در زمان مراقبت این روش‌ها را به بیمار و خانواده‌اش پیشنهاد می‌کند و هر بیماری بسته به علاقه و توان خود، به انتخاب آن‌ها می‌پردازد. ممکن است که بیماری بگوید اهل نماز خواندن نیستم در این حال به‌جای اینکه محوریت کار خود را بر ایمان‌درمانی قرار دهیم از ارتباط او با عالم طبیعت، سپس ارتباط با مردم و خودش به سمت ارتباط با معنویت پیش می‌رویم تا بتوانیم سبک زندگی بیمار را بر اساس سیرۀ پیامبر و ائمۀ اطهار تغییر دهیم و در او احساس امنیت ایجاد کنیم.

بیماری تنها اختلال در ساختار یا عملکرد ارگان‌های جسمی نیست، بلکه داشتن افکار و نیات قلبی غلط نیز که سبب بروز سیئات اخلاقی و شیوۀ غلط زندگی می‌شود، بیماری است.

سلامتی بزرگ‌ترین نعمت عطا شده به بشر در کنار نعمت امنیت و ولایت رهبر معصوم است، همه موظف به حفظ و حراست از آن بوده باید برای پیشگیری، تشخیص به موقع، درمان سریع و بازتوانی از آن در تمام سطوح پیشگیری برنامه‌ریزی نموده تا به بالاترین سطح سلامت که قلب سلیم است، دسترسی پیدا کنند.

باید توجه داشت که احساس ناامنی و ناتوانی (ارزشمند نبودن) سبب ترس بیمار شده و این ترس و اضطراب سبب عواطفی چون: خشم و عصبانیت، انتقام‌جویی، لجبازی،کینه‌توزی، حسادت، تنفر، وسواس، حرص و طمع می‌شود.

باید بدانیم که هر چه بترسیم بخش‌هایی از اختیار ما خارج و به دست دیگران فعال می‌شود. ولی پذیرش مسئولیت آنچه انتخاب یا خلق کرده‌ایم، سبب رشد معنوی شده و این انتخاب متعهدانه سبب معنا دادن به زندگی و تمام ترس‌هاست (زوکا فرانسیس، ۱۳۸۹).

**مراقبت معنوی باید با چه اصول و قواعدی انجام شود؟**

بنابراین آداب برقراری ارتباط‌درمانی با بیمار و خانواده او باید بر اساس رهنمودهای دین مبین اسلام باشد که ذکر شد. کارکنان بخش‌های مختلف بهداشتی درمانی باید خود را ملزم به این کار مهم نمایند و علاوه بر سایر وظایف خود را متکفل چنین امر مهمی بدانند.

**ضرورت استفاده از دستورالعمل‌های گرفته شده از شواهد دینی در مراقبت معنوی**

در جهان امروز، شاهد نوآوری‌ها و تحولاتی سریع در عرصهٔ مراقبت‌های بهداشتی و درمانی هستیم (رضایی، حبیبی، فزونخواه، ۲۰۰۷). از چند سال پیش وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی ایران در راستای عمل به ماموریت اصلی خود (نظارت و کنترل)، برای اطمینان از ارائه مراقبت کیفی، ایمن و مبتنی بر شواهد علمی روز، ضمن سیاستگذاری نظام سلامت، جایگزینی الگوی اعتباربخشی را به‌جای ارزشیابی مراکز درمانی کشور در دستور کار خود قرار داد.

اعتباربخشی فرایندی است که طی آن علاوه بر ارزشیابی دقیق کارایی و اثربخشی روش‌های موجود، فعالیتی مستمر برای بهبود کیفیت و ایمنی بیمار، اطمینان از محیط مراقبتی ایمن و کاهش خطرهایی که بیماران و کارکنان را تهدید می‌کند، فراهم کرده و به منظور ایجاد اعتماد عمومی از وجود و اجرای فرایندهای مبتنی بر استاندارد به عنوان یک ابزار نظام‌مند و هدفمند برای تامین ایمنی و بهبود مستمر کیفیت خدمات بیمارستانی، بهره‌مند می‌شود تا با ارتقای کیفیت خدمات بهداشتی، این خدمات اثربخش، کارا و مقرون به صرفه باشد (مارکوس، هاستون، ۲۰۰۳).

برای بررسی و ارزشیابی و ارتقای کیفیت خدمات پرستاری و بهبود عملکرد پرستاران، ناگزیر به استفاده از استانداردهای بین‌المللی و علمی هستیم. پیچیدگی مراقبت‌های سلامتی در دو دهۀ گذشته و مشکل شدن تصمیم‌گیری‌های بالینی بر اساس منافع بیمار و منافع مالی سازمان، سبب شد تا برای تسهیل تصمیم‌گیری‌های بالینی، این اطلاعات به صورت راهکارهای تصمیم‌گیری بالینی (دستورالعمل) منتشر شوند (ادیب، ۲۰۰۵).

اجرای دستورالعمل‌های پرستاری بالینی با هدایت تحقیقات به سوی استانداردسازی مراقبت‌ها برای ارتقای کیفیت مراقبت موثر است (نانسی آلبرت، ۲۰۰۶). دستورالعمل‌های مراقبت پرستاری یکی از اجزای کلیدی در سیاست‌های بالینی و یکی از مهم‌ترین ابزارهای افزایش کیفیت مراقبت است (فرنچ، ۲۰۰۲) که برای به‌روز کردن آن‌ها بر اساس آخرین تحقیقات و بهترین شواهد در دسترس و به صورت هماهنگ و نظام‌مند تلاش می‌شود (هولشوف، ۲۰۰۶، یوش و همکاران، ۱۹۱۹).

شواهد به هر مفهومی مانند یک دستور، یک تجربۀ ثبت شده یا مقالات حاصل از تحقیقات علمی اطلاق می‌شود. امروزه، ضرورت استفاده از شواهد علمی در حرفۀ پرستاری محرز است. چنان‌که «عمل مبتنی بر شواهد» (Evidence Based Practice یا EBP ) از پزشکی مبتنی بر شواهد استخراج و بنا به ضرورت مفهوم دیگری با نام «پرستاری مبتنی بر شواهد» در رشته پرستاری مطرح می‌شود (فرنچ، ۲۰۰۲). اسکات و همکاران مراقبت مبتنی بر شواهد را کاربرد نتایج بهترین تحقیقات همراه با دانش، تخصص، تجارب بالینی و نیز توجه به ارزش‌های بیمار در مراقبت به شمار می‌آورند (حاج باقری، ۲۰۰۶). گیبس پرستاری مبتنی بر شواهد را اولویت دادن به منافع بیمار از طریق تصمیم‌گیری بالینی با استفاده از بهترین شواهد در مراقبت از مددجو تعریف کرده است (حاج باقری، ۲۰۰۶).

واضح است که مراقبت‌های پرستاری نیازمند استفاده از مجموعه‌ای از شواهد پژوهشی است (تامسون، کالوم، ۱۹۹۹). پرستاری مبتنی بر شواهد به یافته‌های منتشر شده از تجارب و تحقیقات علوم پزشکی استناد کرده و به عنوان شیوه‌ایی برای مراقبت بر اساس جدیدترین یافته‌ها عمل می‌کند، اما پرستاران در عملکرد مبتنی بر شواهد با مشکل مواجه هستند (اسپکتور، ۲۰۲۱).

پژوهشگران طی یک مطالعۀ تحقیقی با بررسی دیدگاه و نیازهای پرستاران در بارۀ عملکرد مبتنی بر شواهد گزارش داده‌اند که به عقیدۀ پرستاران، انجام اعمال بالینی بر اساس شواهد تحقیقی، منجر به افزایش کیفیت مراقبت می‌شود، اما تنها ۴۶ درصد از پرستاران اعمال بالینی خود را بر مبنای شواهد تحقیقی می‌دانستند. آن‌ها معتقد بودند که عواملی مانند کمبود وقت،

دسترسی نداشتن به منابع، حمایت مالی نکردن، افکار سنتی، کمبود دانش و نیز حمایت نکردن مدیران و پزشکان، مانع عملکرد مبتنی بر شواهد می‌شود (ادیب، ۲۰۰۵).

شواهد اطلاعات کسب شده برای پیدا کردن راه حل یک مشکل بالینی، شامل ایدهٔ افراد صاحب‌نظر، یک دستور، یک تجربهٔ ثبت شده و یا مقالات حاصل از تحقیقات علمی است (نحریر، رژه، عبادی، ۱۳۹۲)، و «پرستاری مبتنی بر شواهد» با کاربرد نتایج بهترین تحقیقات، همراه با دانش، تخصص، تجارب بالینی با توجه به ارزش‌های بیمار در عرضهٔ مراقبت در جهت منافع مددجو، انجام می‌شود (حاج باقری، ۲۰۰۶).

مراقبت‌های پرستاری نیازمند شواهد پژوهشی است (تامسون، کالوم، ۲۰۰۷) تا با استناد به تجارب و تحقیقات، بهترین مراقبت را میسر کند (اسپکتور، ۲۰۱۲) و در هرم پرستاری مبتنی بر شواهد برای هر شاهد درجهٔ اهمیت خاصی قائل شده‌اند از جمله نظر صاحب‌نظران را به عنوان یک گروه از شواهد می‌پذیرند، اما متاسفانه هنوز در بین استادان ایرانی، قرآن و روایات معصومین به عنوان شواهد متقن و بدون خدشه پذیرفته نشده و استفاده از شواهد دینی مورد پذیرش نیست، چرا که به زعم ایشان به ۱۴۰۰ سال قبل بر می‌گردد و به‌روز و قابل پاسخگویی به مشکلات امروز بشر نیستند. مگر اینکه در یکی از منابع علمی نکات تایید کننده‌ای برای آن‌ها وجود داشته باشد.

این در حالی است که بیمار به عنوان یک کل چندبعدی یکپارچهٔ زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی (اصفهانی و همکاران، ۱۳۸۹) در هر یک از ابعاد وجودی خود نیازهایی دارد که باید در مراقبت کلی‌نگر پرستاری به آن توجه شود (اسدزندی، ۱۳۹۲) و پرستاری وظیفه تشخیص، درمان و مراقبت از واکنش‌های بیمار یا مددجو به مشکلات بالقوه و بالفعل سلامت (ناندا،۱۹۸۰) را در طول عمر و در طیف سلامت بر عهده دارد، (گریفیت، ۱۹۹۲) در تمام سطوح پیشگیری خدمت‌رسانی می‌کند (تومی، الیگود، ۲۰۰۶). با رویکرد ارتقای سلامت در پی افزایش سطح سلامت و بهداشت اشخاص و جوامع است (پندر، ۲۰۰۲، پارسی‌نیا، رفیعی‌فر، یار، پوراسلامی محمد، ۱۳۸۰). اما از، آن‌جا که در الگوهای مراقبت پرستاری جهانی، مفهوم روح ملکوتی از عالم غیب پذیرفته نشده یا اصلا به آن نپرداخته‌اند، این مسئله قابل پیش‌بینی است که برای رفع مشکلات و آلام روحی بیماران در پی دستورالعمل‌های دینی نباشند.

در حالی که این موضوع برای پیروان دین توحیدی اسلام خصوصاً مسلمانان شیعه و اندیشمندان ایرانی که دارای منبع تحریف نشده‌ای چون قرآن کریم و روایات متواتر (با تایید در علم رجال و درایه) و موثقی در کتب روایی هستند جای پرسش است که چرا هنوز به موضوع مهم تولید علم دینی توجهی نشده و برای گروهی این مسئله بعید یا غیر ممکن به نظر می‌رسد؟

**مفهوم مرگ: نمونه‌ای از تاثیر انتولوژی بر یافته‌های علمی**

نمونه‌ای از این اختلافات فاحش بین دیدگاه پیروان ادیان ابراهیمی با مطلق‌گرایان حسی مسئلهٔ مرگ است. مواجه شدن با مرگ قریب‌الوقوع برای بیماران مشکلات معنوی و واکنش‌های ایجاد می‌کند که الیزابت کوبلر راس آن‌ها را در فرایند ماتم شامل مراحل پنچگانه شوک و انکار، خشم و عصبانیت ناشی از احساس ترس و تنهایی، چانه زدن و معامله کردن، افسردگی و اندوه شدید و حتی افکار خودکشی، و در بعضی موارد پذیرش می‌داند (کاپلان، ۲۰۰۷). البته، واکنش بیماران به مرگ به نحوهٔ نگرش بیمار به بیماری و باورها و اعتقادات او و نوع نگرش وی به جهان بستگی دارد که آیا مرگ فنا و نابودی است یا شروع دوران تازه‌ای از حیات؟ آیا حیات پس از مرگ ادامه دارد؟ آیا پس از مرگ آسایش و راحتی در انتظار اوست یا شروع رنج‌های بی‌پایان است؟

به عبارت دیگر، مفهوم مرگ در فرهنگ‌های مختلف متفاوت است (محسنی، ۱۳۸۴، کوکرهام، ۱۳۹۲). در دیدگاه فلسفی ادیان ابراهیمی و اسلام اولین شرط اسلام، اعتقاد و اقرار به خدا، پیامبران و ملائکه، مدبرات امر پروردگار، وجود عالم غیب و روح ملکوتی موجودات و حیات پس از مرگ و معاد است (آل عمران ۷۹-۸۰). «ذلک الکتاب لاریب فیه هدی للمتقین الذین یومنون بالغیب» (بقره، ۲) که امکان شناخت آن تنها از طریق شناخت‌شناسی وحیانی میسر است نه آزمون و تجربه و این امر یک پیش‌فرض پذیرفته شدهٔ اعتقادی است (مطهری، ۱۳۶۰). پس حیات و مرگ به عالم مادی دنیا خلاصه نشده و عالم دنیا جزئی از کل عوالم به حساب می‌آید. ابزار مادی و توانمندی‌های فکری و حسی بشر تنها پاسخگوی بخشی از مجهولات در کل عوالم است، و تنها وحی (آیات و روایات معصومین) می‌تواند ما را با عوالمی غیر از این عالم ماده آشنا و مأنوس سازد از جمله روح ملکوتی جانداران عالم «یسئلونک عن الروح، قل الروح من امر ربی و ما اوتیتم من العلم الا قلیلا» (سورهٔ اسرا، آیهٔ ۸۵) که ملاک شخصیت واقعی و رمز جاودانگی حیات بوده (حسین الهاشمی، ۱۳۷۲) و مبدأ حیات است که قدرت و شعور از آن ناشی می‌شود و جانداران با آن قادر به احساس کردن، و حرکت و آزادی می‌شوند (دستغیب، ۱۳۴۴) و از تجلیات آن اختیار و تصمیم است و چیزی مجرد و فراتر از جهان ماده است (زمردیان، ۱۳۷۶). از آیات قرآنی برمی‌آید که ما یک نحوهٔ زندگی در عالم ذر (قبل از زندگی در عالم دنیا) داشته‌ایم، (میرباقری، ۱۳۹۳) سپس زندگی در عالم دنیا به دست خدا با نفخهٔ روح آغاز شده «و نفخت فیه من روحی» و مرگ نیز به امر خداوند «الذی خلق الموت و الحیوة» (ملک، ۲۰) «ربی الذی یحی و یمیت» (بقره، ۲۵۸) با مفارقت روح از بدن واقع می‌شود. «الله یتوفی الانفس حین موتها و التی لم تمت فی منامها، فیمسك التی قضی علیها الموت و

یرسل الاخری الی اجل مسمی ان فی ذالك لایات لقـوم یتفکـرون» (زمـر، ۴۲). در هنگـام مـرگ حقیقت ما فوق مادی وجود به دست فرشته قبض کننده ارواح (حضرت عزرائیل) بـاز سـتانده و تحویل گرفته می‌شود و روح به عالم (نشئه) دیگری منتقل می‌شود باور به معاد و زندگی پس از مرگ سبب می‌شود که ایشان مرگ را تنها پدیده مسلم زندگی و جزء لاینفک آن بداننـد «کـل من علیها فان ویبقی وجه ربک ذوالجلال والاکرام»، (سوره الرحمن، آیـات ۲۶- ۲۷). «کل نفـس ذائقه الموت» (سوره انبیا ۳۵) امری وجودی، اصیل و همانند زندگی، یکـی از مخلوقـات خـدا (او خداوندی است که مرگ و حیات را آفرید تا شما را امتحان کنـد کـه کـدام یـک نیکوکارتریـد) (سوره ملک، آیه ۲) (اخوی ۱۳۹۰، ص ۱۷) پس مرگ به معنای وفات است نه فوت. زیـرا فـوت به معنای زوال و نابودی است ولی وفات یعنی اخذ تمام و در اختیار گرفتن کامل یک حقیقت و انتقال آن به سرای دیگر (جوادی آملی، ج۴ ، ص ۱۸۱) این امر از جمله مقدرات الهی است کـه در زمان مشخص، و مکان خاص به واسطه ملک‌الموت و به اذن الهی صورت مـی‌گیـرد و گرچـه برای بسیاری از افراد، زمان، مکان و نحـوه بـروز آن نـامعلوم (مکنـون) اسـت ولـی تغییرناپـذیر می‌باشد. «انا نحن نحی الموتی ونکتب ما قدموا واثارهم وکل شی احصیناه فی امام مبین» (یس، آیـه ۱۲) (آیت ا... طهرانی، دستغیب شیرازی، مفاتیح الجنان، قرآن). در واقـع بـرای هـر کـس اجـل مسمایی وجود دارد که در لوح محفوظ الهی ثبت است و زمانی که فرا رسد، لحظه‌ای دیر یا زود نخواهد بود «نحن قدرنا بینکم الموت و ما نحن بمسبوقین» (تقی‌زاده، اسد زندی، تدریسی، عبادی، ۱۳۸۸، ۱۳۹۰) و جسم تنها لباسی برای روح است که ماهیتی از عالم غیب دارد. حیـات مـا در این زندگی دنیایی تنها بخشی از کل دوران حیات را شامل شده و تـا قیامـت و حیـات جـاودان ادامه دارد (مطهری، ۱۳۶۷،۱۳۶۳،۱۳۶۲) جایی که به تعبیر حضـرت مـولا «اللـهم انی اسـئلک الامان یوم لا ینفع مال و لا بنون الا من اتی ا... بقلب سلیم» خداونـد از بنـدگانش قلـب سـلیم را می‌پذیرند، همان نفس ناطقه انسانی که اصالت دارد و به اذن خدا خلق شده و در آخر با حیات جاودان، به زندگی خود ادامه می‌دهد. (زوکاو ۱۳۷۸، اسد زندی و تدریسی، زندگی بخشیدن بـه سال‌های عمر در پرتو نیایش، ۱۳۸۵) چنانچه حضرت پیامبر اکرم(ص) می‌فرمایند: گمـان نبریـد که با مرگ نابود می‌شوید بلکه از خانه‌ای به خانه دیگر کوچ می‌کنید. (مجلسی، ج ۶، ص ۲۲۹) دنیا زندان مومن است و بهشت کافر و مرگ پلی است که مومنان را به بهشـت و کـافران را بـه دوزخ می‌رساند (مجلسی، ج ۶، ص ۱۵۴) و حضرت مولای متقین علـی (ع) مـی‌فرماینـد: بـرای من هیچ چیز بهتر از مرگ نیست و گرامی‌ترین مرگ در نزد خدا شهادت است (*نهج‌البلاغـه*). و امام سجاد(ع) می‌فرماید: مرگ برای مومن مانند کندن لباس آلـوده و چـرک و گشـودن غـل و زنجیرهای سنگین و تبدیل آن به فاخرترین لباس‌ها و خوش بوترین عطرهاست (مجلسی، ج ۶،

ص ۱۵۵ و میزان الحکمه، ج ۴، ص ۲۹۵۹). مرگ برای مؤمن همچون گذشتن از تیره‌روزی‌ها و زیان‌ها، رفتن به‌سوی بهشت پهناور و نعمت‌های جاودان است (اسدی، ۱۳۷۲) امام صادق(ع) می‌فرماید: مرگ برای مؤمن همانند بو کردن بهترین گلهاست و با مرگ تمام دردها و رنج‌ها از بین می‌رود (علامه مجلسی ج ۶، ص ۱۵۲).

این نوع نگرش به مرگ و اشتیاق به لقای پروردگار، ویژه کسانی است که در مراتب سیر و سلوک معنوی درجات اسلام و ایمان و تقوی و یقین و اخلاص در عمل را سپری کرده و به مقام محمود صاحبان قلب سلیم (واجدان مکارم اخلاق) رسیده‌اند ایشان مرگ را شیرین‌تر از عسل می‌دانند (اسد زندی، مقاله، ۱۳۹۳). کسانی که دین را مجموعه‌ای یکپارچه از باورها و اعتقادات، احکام رفتاری و گفتاری و ملکات اخلاقی دانسته، و صاحب قلب سلیم می‌شوند و با روحی آرام و مطمئن، و قلبی امیدوار به وقایع زندگی نگریسته، از غم و اندوه گذشته و ترس و اضطراب آینده رهایی یافته، با حسن ظن به خدا، همه وقایع زندگی را تحت مشیت او به اذن او دانسته و در دل هر شری، خیری عظیم می‌بیند و رنج حاصل از بیماری برایشان مقدس می‌شود، عالم را محضر خدا دانسته، با رضا و تسلیم در برابر خواست خدا بر محنت بیماری صبر و بر سلامت خویش شکر می‌کنند، کمتر دستخوش استرس شده و نگاهی امیدوارانه و خوش‌بینانه به فضل الهی دارند، این روح امیدوار و خرسند، حتی در لحظه جان دادن به ایشان آرامش می‌دهد *(اسد زندی، تحلیل مفاهیم و نظریه‌های پرستاری به همراه ارائه مدل قلب سلیم، ۱۳۹۲)*.

اما در دیدگاه مطلق‌گرایی حسی پس از رنسانس، که جهان سراسر ماده و انرژی معنا شده و حیات به حیات مادی در عالم دنیا خلاصه گشته و اعتقادی به عالم غیب وجود ندارد، پدیده مرگ و فنا امری جبری ناشی از قوانین عالم طبیعت (اسد زندی، تأثیر فیزیک کوانتوم بر تئوری وجود انسان از مارتا راجرز، ۱۳۸۵) و توقف برگشت‌ناپذیر اعمال حیاتی است که هرگاه بدن نتواند خود را با شرایط جدید وفق دهد و فعالیت‌های حیاتی امکان‌پذیر نباشد، فرا می‌رسد (معماریان، ۱۳۹۲). از بین رفتن کار نیم‌کره‌ها و ساقه مغز به عنوان مرگ معرفی شده (شیرزادی، ۱۳۷۳) و عدم فعالیت‌های حیاتی سلول به صورت برگشت‌ناپذیر نشانه آن است. (پورمحمدی، ۱۳۷۳) به زعم ایشان مرگ فرایندی تدریجی است نه یک واقعه ناگهانی که با فرایندهای تحلیل و فرسودگی در زمان حیات شروع می‌شود و یک مرز مشخص و روشن بدون ابهام میان مرگ و زندگی وجود نداشته و اعلام زمان و لحظه دقیق مرگ فوق‌العاده مشکل است (کاپلان، ۱۳۹۰). ایشان معتقدند ابتدا حیات انسانی (که انسان در حال بیداری و هوشیاری از آن بهره‌مند است و مشتمل بر حس و حرکت و شعور می‌باشد) مختل شده و

سپس حیات جسدی و عضوی، بافتی و سلولی (جبیی، ۱۳۸۰). و انواع مرگ شامل: مرگ ظاهری یا بالینی: توقف برگشت‌پذیر قلب و ریه در زمان طلایی، مرگ حقیقی یا بیولوژیک، به صورت مختل شدن حیات انسانی و توقف برگشت‌ناپذیر تمامی اعمال حیاتی بدن، مرگ جسدی یا عضوی، و دست آخر نکروز بافتی یا مرگ سلول است (معماریان، ۱۳۷۸). برای انسان که کل یکپارچه‌ای از واحدهای ماده و انرژی است، مرگ زمانی پدید می‌آید که تمام ارگانیسم نمی‌تواند به صورت یک کل واحد عمل کند (زاهد حسین‌خان، ۱۳۷۳).

بر اساس تعریف دانشگاه هاروارد مرگ یک ناآگاهی کامل نسبت به تحریکات خارجی و نیازهای درونی و فقدان کامل پاسخ به آن‌هاست (ویسک جن، ۱۳۷۶). شخص مرده، فرد فاقد شخصیت و فردیت است پس بیماران دچار زندگی نباتی یا دمانس شدید مغزی و ... نیز مرده‌اند. چرا که حیات زمانی معنا پیدا می‌کند که اجزای اساسی فرد و کیفیاتی چون شناخت و هوشیاری وجود دارد و حیات عاری از این معیارها، ناگزیر ارزش ندارد (طهماسبی، ۱۳۷۳). از این رو عده‌ای آن را یک اهانت تلقی کرده و احمقانه‌ترین و زشت‌ترین چیزی می‌دانند که می‌تواند بر سر یک انسان بیاید (ویسیک جن، ۱۳۷۶، حبیبی، ۱۳۸۰). اینان در اندیشه‌های خود مرگ را واپس زده و برای گفتگو در مورد آن دچار ترس و تردید و دودلی هستند (اخوی، ۱۳۹۰). بحث دربارهٔ مرگ برایشان هول انگیز و اضطراب‌آور است (رضایی، اسدزندی، سالاری، ۱۳۸۵). ایشان در طول دوران سلامت آن را به فراموشی سپرده و مهیای آن نمی‌شوند و هنگام مواجههٔ با مرگ که ناگهان به سراغ انسان آمده و امکان مراجعه به اهل و منزل را ناگهان سلب می‌کند «فلا یستطیعون توصیه ولا الی اهلهم یرجعون» (یس، ۵۰) دچار هیجانات معنوی آسیب‌رسان می‌شوند.

دلان و لادنر (۲۰۰۸) معتقدند پرستاران موظف هستند، مفهوم مرگ را شناخته و توانایی گوش دادن توأم با همدردی بدون قضاوت در بارهٔ بیمار را یافته و با عملکردی مقبول، اضطراب و ترس از مرگ را شناخته، بتوانند دیدگاه خود را در این باره متناسب با فرهنگ و باورهای اجتماعی جامعهٔ دینی تصحیح نموده، از ترس، اضطراب، غم و اندوه بیماران مشرف به مرگ بکاهند (قاسمی، ۱۳۸۴). علاوه بر ایفای نقش مراقبتی- آموزشی خود به عنوان یکی از اعضای تیم درمان برای تسکین آلام بیماران تلاش کرده و در احیای آنان بکوشند (اسد زندی، ۱۳۸۹) و زمانی‌که پیشگیری از مرگ غیر ممکن است و مراقبت‌های پزشکی در درازمدت میسر و مفید نیست، سعی کنند با فراهم کردن راحتی و بر طرف ساختن درد بیمار، و تسلی دادن به بیمار و خانواده، آرامش آن‌ها را در روزهای آخر عمر بیمار فراهم کرده تا حتی‌الامکان این مدت با رنج کمتری سپری شود (آتش‌خانه، ۱۳۸۹).

ایشان به خود اجازه تصمیم‌گیری برای توقف مراقبت علاج بخش و شروع مراقبت تسکینی برای کاهش درد و رنج‌های ناشی از بیماری، که آن را مهم‌ترین اقدام در مراحل پایانی زندگی و نخستین علامت ملموس مرگ قریب‌الوقوع می‌دانند داده، با قطع مانیتورها،کاتترهای محیطی، اندازه‌گیری علائم حیاتی و حتی اکسیژن کمکی اجازه می‌دهند که بیمار در یک اتاق خلوت و آرام و در کنار خانواده با درمان علائم و نشانه‌های جسمی و مشکلات روانی مرگ راحت و با وقاری داشته باشد (کاپلان، ۲۰۰۷).

راه‌اندازی آسایشگاه پایان زندگی در سال ۱۹۶۷توسط سیسیلی ساندرز در انگلستان برای تداوم مراقبت از بیمار و خانواده و پیگیری اعضای خانواده پس از مرگ بیمار با تاکید بر مراقبت در منزل توسط افراد داوطلب و به منظور کنترل درد بیمار توسط داروهای مخدر و کنترل سایر علائم بیماری با رویکردهای بین رشته‌ای از جمله تلاش‌های صورت گرفته، در امریکا و بعضی کشورهای دیگر دنیا به این جهت است (کاپلان، ۲۰۰۷).

در پژوهشی که در کشور ژاپن در خصوص مرگ خوب در پنج مرکز تخصصی بیماران سرطانی انجام شد، علائم و مشخصات یک مرگ خوب از نظر بیماران، خانواده آن‌ها، پرستاران و پزشکان به شرح زیر عنوان شد:

- رهایی از درد یا مشکلات جسمی و روحی؛
- داشتن روابط خوب با خانواده؛
- داشتن روابط خوب با کادر درمانی؛
- مردن در محلی که مورد علاقه بیمار محتضر بوده و آنجا را دوست دارد؛
- تحمیل نکردن خود به دیگران (وبال گردن دیگران نشدن)؛
- حفظ شأن و جایگاه اجتماعی مددجو؛
- زندگی کردن تا آخرین لحظه؛
- امیدوار بودن؛
- حفظ آبرو و سربلندی؛
- کنترل آینده؛
- آگاه نشدن از مرگ؛
- قدردانی و تشکر از دیگران؛
- داشتن ایمان.

از بین پاسخ‌های داده شده، بیشترین فراوانی مربوط به «رهایی از درد و علائم جسمی» و کمترین فراوانی مربوط به «داشتن ایمان»!! گزارش شد (کی هیراری، ۲۰۰۶). در ایران

معماریان (۱۳۹۰) برخی از حقوق فرد در حال مرگ را این گونه توصیف می‌کند:

- از بیماری و شرایط وخیم خود آگاه شود؛
- محیطی آرام و همراه با احترام برای مددجو و خانواده او فراهم شود؛
- نزدیکان بیمار در کنار او باشند؛
- به‌خوبی مراقبت شود؛
- دستگاه‌هایی که برای حفظ حیات به مددجو وصل هستند او را اذیت نکنند.

قاسمی در پژوهشی توصیفی که در برخی از مراکز درمانی شهر زنجان انجام داده است، بیان می‌دارد: با وجود حکم وجوب برخی از احکام محتضر، ۵۰/۱ درصد پرستاران مورد پژوهش اعلام نمودند که این احکام در بخش درمانی محل کار آن‌ها اجرا نمی‌شود و ۱۵/۵۱ درصد علت عدم اجرای احکام فوق را کمبود اطلاعات و ۱۳/۷۹ درصد کمبود امکانات بخش بیان نمودند. آگاهی پرستاران از این احکام و آداب بسیار لازم و ضروری به نظر می‌رسد. در پژوهش انجام شده در دانشگاه‌های ماینز و برلین در کشور آلمان، دانش و نگرش دانشجویان پزشکی در خصوص مسائل اخلاقی و قانونی مرتبط با بیمار محتضر مورد بررسی قرار گرفت. از میان ۵۶۹ نفر دانشجوی پزشکی مورد پژوهش، فقط تعداد اندکی در این خصوص آموزش دیده بودند (وبر، ۲۰۰۴). در پژوهش دیگری در ایالات متحده امریکا رنه در سال ۲۰۰۶ نظر پرستاران بخش‌های ویژه را در خصوص بیماران در حال مرگ جویا شدند. از مجموع ۸۶۱ نفر پرستاری که به پرسشنامه پاسخ دادند، تعداد ۴۸۵ پیشنهاد دریافت شد که در نهایت با تجزیه و تحلیل پیشنهادها موارد زیر به ثبت رسید:

تنها نگذاشتن بیمار محتضر در لحظات آخر، حفظ ارتباط مؤثر با آنان، برآوردن آخرین آرزوها و خواسته‌های آنان، کنترل و ادارهٔ درد، اضطراب و نگرانی آنان، انجام ندادن پروسیجرهای دردناک و تهاجمی در ایشان و در غیر این صورت کوتاه کردن زمان انجام آن‌هاست.

با توجه به اینکه هدف از مراقبت پرستاری در بیمار مشرف به مرگ، فراهم آوردن شرایطی برای مرگ خوب و راحت با دلی آرام، قلبی مطمئن و روحی امیدوار به رحمت مهربان‌ترین مهربانان، همراه با حفظ شخصیت و احترام است که رضایت قلبی بیمار، خانواده و کادر درمانی فراهم شود. به دلیل وجود فرهنگ‌ها، آداب و رسوم گوناگون و همچنین اعتقادات و باورهای مذهبی در جامعه، پرستاران باید از اطلاعات کافی در این خصوص برخوردار باشند و با آگاهی از تشخیص‌های پرستاری برای بیماران در حال احتضار و مشرف به مرگ علائم و نشانه‌ها مرگ را بشناسند، و ضمن درک عقاید و نیازهای منحصر به فرد بیماران و خانواده ایشان، به مراقبت

معنوی از بیمار بر اساس دستورالعمل‌های شرع مقدس بپردازند تا بیمار را برای سفر آخرت و رسیدن به دروازه‌های ملکوت برزخ آماده کنند (اسدزندی، ۱۳۸۵).

**مراقبت معنوی از بیمار محتضر**

مسلمان محتضر یعنی در حال جان دادن را مرد باشد یا زن، بزرگ باشد یا کوچک، باید به پشت بخواباند به طوری که کف پاهایش به طرف قبله باشد؛ و بنا بر احتیاط واجب تا اندازه‌ای که ممکن است، باید به این دستور عمل کنند. چنانچه خواباندن او به هیچ قسم ممکن نباشد به قصد احتیاط او را رو به قبله بنشانند و اگر آن هم نشود، باز به قصد احتیاط او را به پهلوی راست یا به پهلوی چپ، رو به قبله بخوابانند.

یادآوری داستان مکالمهٔ حضرت ابراهیم و حضرت عزرائیل و اینکه نحوهٔ جان دادن مومنان با بوییدن دو گل بهشتی به نام‌های مسخیه و منسیه همراه است که هر چه غم و اندوه است از مومن دور می‌کند. بر اساس بررسی‌های انجام شده در حال احتضار یعنی زمان حاضر شدن ملائکه قبض روح و باز شدن چشمان برزخی و مشاهدهٔ عالم ملکوت و موجودات برزخی (سورهٔ یونس، ۹۰) فرد جایگاه برزخی خود، و ملک‌الموت و ملائکهٔ کاتب اعمال و اهل بیت و شیاطین را مشاهده کرده، صورت مثالی اولاد و احوال و اعمال در نظرش حاضر می‌شوند، پس نیاز به بشارت دارد و این نیاز از زمان شروع شدت وخامت حال بیمار شروع می‌شود. اما قبل از اینکه مرگ آغوش بگشاید باید آمادگی مواجههٔ با آن‌را داشت و این آمادگی نداشتن یکی از مشکلات است:

922. Lack Of Preparation For death

| | | | |
|---|---|---|---|
| تشخیص پرستاری | | | |
| عدم آمادگی برای مرگ در زمان صحت و عافیت مربوط به: ناگهانی بودن مرگ | | | |
| معیارهای ارزشیابی | | | |
| تدریجی دانستن وقوع مرگ، بی‌فکری درباره مرگ، دور و بعید دانستن مرگ | | | |
| اقدامات پرستاری | | | |
| | | ۱ | بررسی ارزش‌های مددجو و خانواده (۶) |
| | | ۲ | بررسی میزان اعتقاد مددجو به زندگی ابدی (۵،۷،۹،۸) |
| | | ۳ | توصیه به جبران حقوق ضایع شده (حق‌الناس و حق‌الله) (۱،۲) |
| | | ۴ | توصیه به نوشتن وصیت (۳) |
| | | ۵ | توصیه به تهیه کفن و نگاه کردن به آن (۴) |
| | | ۶ | توصیه به شنیدن موعظه‌های آخرتی (خواندن کتبی چون: *منازل الآخرة* محدث قمی، *سیاحت غرب* آقا نجفی قوچانی) |
| | | ۷ | توصیه به رفتن به قبرستان (در شادی و غم) و تامل در احوال اهل قبور (۸) |

923. Fear Of Death, Dying

| | | | |
|---|---|---|---|
| تشخیص پرستاری | | | |
| ترس از مرگ در حال احتضار مربوط به:<br>عدم آگاهی از مرگ و عوالم پس از آن و مشاهدهٔ عالم برزخ<br>دلبستگی به عزیزان و تعلق به دنیا<br>خطاهایی که مرتکب شده و توجه نکرده‌ایم<br>ترس از بزرگی حضرت حق<br>ترس از توشهٔ اندک برای آخرت | | | |
| معیارهای ارزشیابی | | | |
| بیان مددجو درمورد ترس از مردن، دل‌شوره، | | | |
| اقدامات پرستاری | | | |
| | ۱ | | بررسی ارزش‌های مددجو |
| | ۲ | ☐ | رو به قبله خواباندن بیمار محتضر (۱۰،۱۱) |
| | ۳ | | تلقین محتضر به گفتن شهادتین (۱۲،۱۳) |
| | ۴ | | توصیه به تکرار: «اللهمّ اغْفِرْ لِی الکثِیرَ مِنْ مَعاصِیک، وَاَقْبَلْ مِنِّی الیسِیرَ مِنْ طاعَتِک، یا مَنْ یقْبَلُ الیسِیرَ وَیعْفُو عَنِ الکثِیرِ، اِقْبَلْ مِنِّی الیسِیرَ وَاعْفُ عَنِّی الکثِیرَ، إنَّک اَنْتَ العَفُوُّ الغَفُورُ، اللهمَّ ارْحَمْنِی فَاِنَّک رَحِیمٌ» |
| | ۵ | | توصیه به انتقال فرد به جایی که نماز می‌خوانده است. |
| | ۶ | | توصیه به قرائت سورهٔ مبارکهٔ «یس» و «الصافات» و «احزاب» و «آیة الکرسی» و آیهٔ پنجاه و چهارم از سورهٔ اعراف و سه آیهٔ آخر سورهٔ بقره، بلکه هرچه از قرآن ممکن است. |
| | ۷ | | توصیه به تکرار شهادتین و اقرار به دوازده امام علیهم السلام و سایر عقاید حقه |
| | ۸ | | توصیه به دعای حضرت امیرالمومنین (ع) (۱۶) |
| | ۹ | | توصیه به خواندن دعای عدیله (۱۵،۱۴) |

924. Risk For Quicken Hard

| تشخیص پرستاری | | | |
|---|---|---|---|
| احتمال سکرات و غمرات موت (سختی هنگام جان دادن) مربوط به:<br>حسرت دوری از دنیا و جدا شدن از امور مورد علاقه<br>ترس از موجودات برزخی و عوالم ناشناخته<br>فشار جدا شدن روح از بدن | | | |
| معیارهای ارزشیابی | | | |
| مشاهده بالینی وجود علائم زیر در محتضر:<br>سستی اعضای بدن، تغییر رنگ پوست، سلب شدن قدرت تکلم، (توجه به اینکه هنوز گوش و چشم کار می‌کند). | | | |
| اقدامات پرستاری | | | |
| | ۱ | | |
| بررسی محتضر درباره علائم سکرات مرگ (۴۰،۴۱) | | | |
| | ۲ | | |
| یادآوری اینکه پس از هر سختی راحتی است (در زمان حیات) | | | |
| | ۳ | | |
| یادآوری اینکه انجام عمل صالح باعث افزایش باور قلبی و یقین می‌شود (در زمان حیات) (۱۸) | | | |
| | ۴ | | |
| یادآوری داستان مکالمه حضرت ابراهیم و حضرت عزرائیل (۱۹،۲۰،۲۱،۲۲،۲۳،۲۴،۲۵) | | | |
| | ۵ | | |
| یادآوری اینکه محبت حضرت امیرالمومنین باعث نجات است (۲۶،۲۷) | | | |
| ○ | ☐ | ۶ | |
| ملاقات بستگان و امکان نیکی به والدین روزانه (۲۸،۲۹) | | | |
| | ۷ | | |
| نصب دعای پیامبر بر بالین بیمار (یا مَن یقبَلُ الیسیر وَ یعفُوا عَنِ الکَثیرِ اقبَل مِنّی الیسیرَ وَاعفُ عَنّی الکَثیر انّکَ اَنتَ العَفُورُ الرَّحِیمُ) | | | |
| | ۸ | | |
| توصیه به بیمار در مداومت بر نماز اول وقت (۳۰) | | | |
| | ۹ | | |
| توصیه به بیمار در مداومت بر تسبیحات حضرت زهرا پس از هر نماز (۳۱) | | | |
| | ۱۰ | | |
| توصیه به استفاده از انگشتر عقیق در دست راست (۳۳،۳۳) | | | |
| | ۱۱ | | |
| توصیه به خواندن ۷ بار بسم الله الرحمن الرحیم لاحول و لاقوه الا بالله در تعقیب نماز صبح و مغرب (۳۴،۳۵) | | | |
| | ۱۲ | | |
| توصیه به خواندن دعای عدیله و امانت سپردن ایمان نزد خدا توسط خود بیمار یا یکی از اقوام درجه اول او به نحوی که بیمار آن را بشنود | | | |
| | ۱۳ | | |
| توصیه به خواندن تعقیبات مشترکه (رضیت بالله ربا و به محمد صل الله علیه وآله رسولا و ...) پس از همه نمازهای واجب (۷۲) | | | |
| | ۱۴ | | |
| توصیه به خواندن سورهٔ توحید پس از هر نماز (۳۶،۳۷) | | | |
| | ۱۵ | | |
| توصیه به روزه ماه رجب (حداقل در یک روز آن) (۳۸،۳۹) | | | |

925. Risk For Grave Horror

| | | | |
|---|---|---|---|
| تشخیص پرستاری | | | |
| احتمال وحشت قبر مربوط به:<br>ورود به یک عالم ناشناخته و نامانوس<br>نداشتن قلب سلیم و شرح صدر<br>تعلق به دنیا<br>غیبت کردن<br>اسراف کردن<br>بداخلاقی و خشونت با خانواده<br>دوری جستن از همسر و کناره‌گیری از او<br>سبک شمردن نماز<br>بی‌مبالاتی به نجاست‌ها | | | |
| معیارهای ارزشیابی | | | |
| ترس از تاریکی و تنهایی قبر | | | |
| اقدامات پرستاری | | | |
| | ۱ | | بررسی ارزش‌های مددجو |
| | ۲ | | شهادت چهل نفر مومن به خوبی میت با ذکر: اللّهمّ إنّا لا نَعلمُ مِنهُ إلّا خَیراً و أنتَ أعلَمُ بِه مِنّا (۴۷،۴۸) |
| | ۳ | | توصیه به رکوع نماز را کامل انجام دادن در زمان حیات (۴۳،۴۴) |
| | ۴ | | توصیه به محبت اهل بیت را در دل داشتن (۴۵) |
| | ۵ | | توصیه به خواندن نماز شب اول قبر برای میت توسط بازماندگان بعد از نماز عشا (۷۲) |
| | ۶ | | توصیه به خواندن قرآن و دعا برای میت (۴۶) |
| | ۷ | | توصیه برای تهیه توشه آخرت در زمان حیات و تشویق به انس با خدا در زمان حیات (۴۲) |
| | ۸ | | توصیه به ذکر صلوات بر پیامبر و آل اطهارش (۴۹،۵۰) |
| | ۹ | | توصیه به صدقه دادن برای میت (۵۱،۵۲،۵۳) |
| | ۱۰ | | توصیه به خواندن نماز شب در طول زندگی توسط خود فرد (۵۴،۵۵) |
| | ۱۱ | | توصیه به خواندن سورهٔ تکاثر در شب هنگام خواب و مداومت بر سورهٔ زخرف (۵۶،۵۷،۵۸) |
| | ۱۲ | | توصیه به پذیرش محبت و ولایت اهل بیت (۵۹،۶۰،۶۱) |
| | ۱۳ | | توصیه به گریه بر امام حسین و توسل به حضرت و زیارت اباعبدالله در زندگی (۶۲،۶۳) |
| | ۱۴ | | توصیه به صدقه دادن در ساعات اولیه مرگ میت |
| | ۱۵ | | توصیه به نماز لیلة الدفن |
| | ۱۶ | | توصیه به خواندن یس و ملک بر قبر میت (۶۴،۶۵،۶۶) |
| | ۱۷ | | توصیه به پاشیدن آب روی قبر هنگام دفن (۶۷) |
| | ۱۸ | | توصیه به گذاشتن جریدتین (دو چوب نازک تازه) درکفن زیر بغل‌های میت (۶۸،۶۹) |
| | ۱۹ | | توصیه به دفن در اماکن مقدس (۷۰) |
| | ۲۰ | | بشارت به بانوانی که: |

## منابع دستورالعمل‌های بیماران مشرف به مرگ


۱. ابن بابویه، محمد بن علی، (۱۳۷۸ ) *عیون اخبار الرضا (ع)*. نشر جهان، تهران، چاپ اول، ج ۱، ص ۲۹۷.
۲. مجلسی، محمد باقر بن محمدتقی، (۱۴۰۳) *بحارالانوار*. دار احیاء التراث العربی، بیروت، چاپ دوم، ج ۴۱، ص ۷.
۳. قرآن کریم، سورهٔ بقره، ۱۸۰.
٤. *سیرهٔ آیت ا.. .آقا موسی زنجانی.*
٥. دکتر عالی، سیره آیت ا... گلپایگانی.
٦. پادریا، س. اولریچ، و یلند، س. *راهنمای برنامه‌ریزی مراقبت‌های پرستاری*. انتشارات گلبان. ۱۳۸۴. صفحه ۱۵۰.
۷. قرآن کریم، سورهٔ الرحمن آیات ۲۶-۲۷.
۸. قرآن کریم، سورهٔ انبیا. آیه ۳۵.
۹. قرآن کریم، سورهٔ ملک.
۱۰. ابن بابویه، محمد بن علی، (۱۴۱۳ ق) *من لا یحضره الفقیه*. دفتر انتشارات اسلامی، قم، چاپ اول، ج ۱، ص ۱۳۳.
۱۱. ابن بابویه، محمد بن علی، (۱۴۰۶ ق). *ثواب الاعمال و عقاب الاعمال* . دارالشریف الرضی للنشر، قم، چاپ دوم، ص ۱۹۵.
۱۲. کلینی، محمد بن یعقوب بن اسحاق، (۱۴۰۷) *الکافی*. دارالکتب الاسلامیه، تهران، چاپ چهارم، ج ۳، ص ۱۲۴.
۱۳. مجلسی، محمد باقر بن محمد تقی، (۱۴۰۳) *بحارالانوار*. دار احیاء التراث العربی، بیروت، چاپ دوم، ج ۷۸، ص۲۴۰.
۱٤. ابن بابویه، محمد بن علی، (۱۴۱۳ ق) *من لا یحضره الفقیه*. دفتر انتشارات اسلامی، قم، چاپ اول، ج ۱، ص ۱۳۲.
۱٥. مجلسی، محمد باقر بن محمد تقی، (۱۴۰۳) *بحارالانوار*. دار احیاء التراث العربی، بیروت، چاپ دوم، ج ۷۸، ص ۲۳۲.
۱٦. قمی، حاج شیخ عباس، *کلیات مفاتیح الجنان*، قم، انتشارات نویدالاسلام، ۱۳۸۹، ص ۷۲۷.
۱۷. قمی، حاج شیخ عباس، (۱۳۸۲ ) *منتهی الآمال*. موسسه انتشارات هجرت، قم، چاپ پانزدهم، ج ۲، ص ۱۸۸.
۱۸. قرآن کریم، سورهٔ حجر، آیه ۹۹.
۱۹. ابن بابویه، محمد بن علی، (۱۳۷۶). *الامالی* (للصدوق) کتابچی، تهران، چاپ ششم، ص ۱۹۷.
۲۰. مجلسی، محمد باقر بن محمد تقی،(۱۴۰۳) *بحارالانوار*. دار احیاء التراث العربی، بیروت، چاپ دوم، ج ۶، ص ۱۲۷.
۲۱. روایت قدسی از امام سجاد.
۲۲. طوسی، محمد بن الحسن، (۱۴۱۴ ) *الامالی* (للطوسی). دارالشقافه، قم، چاپ اول، ص ۴۱۴.
۲۳. حر عاملی، محمد بن حسن،(۱۳۸۰ ) *الجواهر النسیه فی الاحادیث القدسیه*. انتشارات دهقان، تهران، چاپ سوم، ص ۶۲۵.
۲٤. مجلسی، محمد باقر بن محمد تقی،(۱۴۰۳) *بحارالانوار*. دار احیاء التراث العربی، بیروت، چاپ دوم، ج ۶، ص ۱۵۲.
۲٥. ابن بابویه، محمد بن علی، (۱۳۷۸ ) *عیون اخبار الرضا* (ع). نشر جهان، تهران، چاپ اول، ج ۱، ص ۲۷۴.
۲٦. کلینی، محمد بن یعقوب بن اسحاق، (۱۴۰۷) *الکافی*. دارالکتب الاسلامیه، تهران، چاپ چهارم، ج ۱، ص ۴۳۷.
۲۷. بحرانی، سید هاشم بن سلیمان،.(۱۳۷۴ ) *البرهان فی تفسیر القرآن*. موسسه بعثه، قم، چاپ اول، ج ۴، ص ۳۴۴.
۲۸. طبرسی، علی بن حسن، (۱۳۸۵ ) *مشکاه الانوار فی‌غررالاخبار، المکتبة الحیدریه*، نجف، چاپ دوم، ص ۱۶۲.
۲۹. مجلسی، محمد باقر بن محمد تقی،(۱۴۰۳) *بحارالانوار*. دار احیاء التراث العربی، بیروت، چاپ دوم، ۷۹، ص ۶۵.
۳۰. حر عاملی، محمد بن حسن، (۱۴۰۹) *وسائل الشیعه*. موسسه آل بیت (ع) قم، چاپ اول ج ۲، ص ۴۵۵.
۳۱. مجلسی، محمد باقر بن محمد تقی، (۱۴۰۳) *بحارالانوار*. دار احیاء التراث العربی، بیروت، چاپ دوم، ج ۸۲، ص ۳۲۸.
۳۲. کلینی، محمد بن یعقوب بن اسحاق، (۱۴۰۷) *الکافی*. دارالکتب الاسلامیه، تهران، چاپ چهارم، ج ۲، ص ۴۷۱.
۳۳. ابن بابویه، محمد بن علی، (۱۴۰۶ ق) *ثواب الاعمال و عقاب الاعمال دارالشریف الرضی للنشر*، قم، چاپ دوم، ص ۱۷۳.

۳٤. کلینی، محمد بن یعقوب بن اسحاق، (۱۴۰۷) *الکافی*. دارالکتب الاسلامیه، تهران، چاپ چهارم، ج ۲، ص ۵۳۱.

۳۵. مجلسی، محمد باقر بن محمد تقی،(۱۴۰۳) *بحارالانوار*. دار احیاء التراث العربی، بیروت، چاپ دوم، ج ۹۰ ص ۱۹۲.

۳٦. مجلسی، محمد باقر بن محمد تقی،(۱۴۰۳) *بحارالانوار*. دار احیاء التراث العربی، بیروت، چاپ دوم، ج ۸۹ ص ۳۶۱.

۳۷. ابن طاووس، علی بن موسی، (۱۴۱۱ ق) *المجتنی من الدعاء المجتبی*. دارالذخائر، قم، چاپ اول، ص ۲۵.

۳۸. ابن بابویه، محمد بن علی، (۱۳۷۶)*الامالی* (للصدوق) کتابچی، تهران، چاپ ششم، ص ۱۵.

۳۹. مجلسی، محمد باقر بن محمد تقی،(۱۴۰۳) *بحارالانوار*. دار احیاء التراث العربی، بیروت، چاپ دوم، ج ۹۴، ص ۳۳.

٤۰. پادریاس. اولریچ، ویلند، س. *راهنمای برنامه‌ریزی مراقبت‌های پرستاری*- انتشارات گلبان. ۱۳۸۴. صفحه ۱۴۷ـ۱۴۸.

٤۱. قرائتی محسن. *تفسیر نور*. مرکز فرهنگی درس‌هایی از قرآن. تهران،۱۳۹۲، ج ۱، صفحه ۵۲.

٤۲. مفید، محمد بن محمد، (۱۴۱۳) *الامالی* (للمفید). کنگرهٔ شیخ مفید، قم، چاپ اول، ج ۲، ص ۲۴۰.

٤۳. کلینی، محمد بن یعقوب بن اسحاق، (۱۴۰۷) *الکافی*. دارالکتب الاسلامیه، تهران، چاپ چهارم، ج ۳، ص ۳۲۱.

٤٤. مجلسی، محمد باقر بن محمد تقی، (۱۴۰۳) *بحارالانوار*. دار احیاء التراث العربی، بیروت، چاپ دوم، ج ۸۲، ص ۱۰۷.

٤۵. ابن بابویه، محمد بن علی، (۱۳۶۲) *الخصال*. جامعه مدرسین، قم، چاپ دوم، ج ۲، ص ۳۶۱.

٤٦. وصیت حضرت زهرای اطهر روحی فداه.

٤۷. ابن بابویه، محمد بن علی، (۱۴۱۳ ق) *من لا یحضره الفقیه*. دفتر انتشارات اسلامی، قم، چاپ اول،ج ۱، ص ۱۶۵.

٤۸. حر عاملی، محمد بن حسن، (۱۴۰۹) *وسائل الشیعه*. موسسه آل بیت (ع) قم، چاپ اول، ج ۳، ص ۲۸۵.

٤۹. قطب الدین راوندی، سعید بن هبه الله. (۱۴۰۴) *الدعوات* (راوندی). انتشارات مدرسه امام مهدی (عج الله تعالی فرجه الشریف)، قم، چاپ اول، ص ۲۱۶.

۵۰. مجلسی، محمد باقر بن محمد تقی،(۱۴۰۳) *بحارالانوار*. دار احیاء التراث العربی، بیروت، چاپ دوم، ج ۷۹ ص ۶۴.

۵۱. ابن طاووس، علی بن موسی، (۱۴۰۶ ق) *فلاح السائل و نجاح المسائل*. بوستان کتاب، قم، چاپ اول، ص ۸۷.

۵۲. مجلسی، محمد باقر بن محمد تقی،(۱۴۰۳) *بحارالانوار*. دار احیاء التراث العربی، بیروت، چاپ دوم، ص ۵۸۱.

۵۳. نوری، حسین محمد تقی، (۱۴۰۸) *مستدرک الوسائل و مستنبط المسائل*. موسسه آن البیت (ع)، قم، چاپ اول، ج ۶ ص ۳۴۴.

۵٤. فتال نیشابوری، محمد بن احمد، (۳۷۵) *روضه الواعظین و تبصره المتعظین* انتشارات رضی، قم، چاپ اول، ج ۲، ص ۳۲۰.

۵۵. مجلسی، محمد باقر بن محمد تقی، (۱۴۰۳) *بحارالانوار*. دار احیاء التراث العربی، بیروت، چاپ دوم، ج ۸۴ ص ۱۶۱.

۵٦. ابن بابویه، محمد بن علی، (۱۴۰۶ ق) *ثواب الاعمال و عقاب الاعمال*، دارالشریف الرضی للنشر، قم، چاپ دوم، ص ۲۳۲.

۵۷. ابن بابویه، محمد بن علی، (۱۴۱۳ ق) *من لا یحضره الفقیه*. دفتر انتشارات اسلامی، قم، چاپ اول، ج ۱ ص ۱۳۸.

۵۸. نوری حسین محمد تقی. (۱۴۰۸). *مستدرک الوسائل و مستنبط المسائل*. موسسه آن البیت (ع)، قم، چاپ اول، ج ۱ ص ۳۰۱.

۵۹. ابن بابویه. محمد بن علی.(۱۳۶۲ ). *الخصال.جامعه مدرسین*، قم، چاپ دوم، ج ۲، ص ۳۶۰.

٦۰. حر عاملی محمد بن حسن. (۱۴۰۹). *وسائل الشیعه*. موسسه آل بیت (ع) قم، چاپ اول، ص ۶.

٦۱. مجلسی، محمد باقر بن محمد تقی،(۱۴۰۳) *بحارالانوار*. دار احیاء التراث العربی، بیروت، چاپ دوم، ج ۷ ص ۲۴۸.

٦۲. ابن قولویه، جعفر بن محمد،(۱۳۵۶) *کامل الزیارات*، دالمرتضویه، نجف اشرف، چاپ اول، ص ۱۴۳.

٦۳. مجلسی، محمد باقر بن محمد تقی،(۱۴۰۳) *بحارالانوار*. دار احیاء التراث العربی، بیروت، چاپ دوم، ج ۹۸ ص ۱۸.

٦٤. ابن بابویه، محمد بن علی، (۱۴۰۶ ق) *ثواب الاعمال و عقاب الاعمال*. دارالشریف الرضی للنشر، قم، چاپ دوم، ص ۲۲۳.

٦٥. ابن بابویه، محمد بن علی، (۱۴۱۳ ق) *من لا یحضره الفقیه*. دفتر انتشارات اسلامی، قم، چاپ اول، ج ۱ ص ۱۳۸.

٦٦. نوری، حسین محمد تقی، (۱۴۰۸) *مستدرک الوسائل و مستنبط المسائل*. موسسه آن البیت (ع)، قم، چـاپ اول، ج ۱ ص ۳۰۱.

٦٧. حر عاملی، محمد بن حسن،(۱۳۸۰ ) *الجواهر النسیه فی الاحادیث القدسیه*. انتشارات دهقان، تهران، چاپ سوم، ص ۳۳.

٦٨. کلینی، محمد بن یعقوب بن اسحاق،(۱۴۰۷ ) *الکافی*. دارالکتب الاسلامیه، تهران، چاپ چهارم، ج ۳ ص ۱۵۳.

٦٩. مجلسی، محمد باقر بن محمد تقی،(۱۴۰۳) *بحارالانوار*. دار احیاء التراث العربی، بیروت، چاپ دوم، ج ۶ ص ۲۱۵.

۷۰. دیلمی، حسن بن محمد، (۱۴۱۲) *ارشاد القلوب الی الصواب* (للدیلمی) الشریف الرضی، قم، چاپ اول ج ۲، ص ۳۴۷.

۷۱. حر عاملی، محمد بن الحسن الحسینی،(۱۳۸۴ ) *المواعظ العددیه*، طلیعه النور، قم، چاپ اول. ص ۱۶۲.

۷۲. قمی، حاج شیخ عباس، کلیات *مفاتیح الجنان*، قم، انتشارات لاهوت، ۱۳۹۲.

## منابع:


۱. ابویی مهریزی، محبوبه، طهماسیان، کارینه، خوش کنش، ابوالقاسم (۱۳۸۹)، «تاثیر آموزش مدیریت خشم بر مهارت خود نظم دهی خشم و تعارضات والو و نوجوان در دختران دورهٔ راهنمایی شهر تهران». *فصلنامهٔ خانواده‌پژوهی*. ۶(۲۳):۳۹۳-۴۰۴.

۲. اژه‌ای، جواد (۱۳۸۵) «انسان قرآن از دیدگاه فردی و اجتماعی». *مجله روان‌شناسی و علوم تربیتی* سال ۳۶. شماره۳ و ۴ ص ۱-۲۳.

۳. آذربایجانی، مسعود (۱۳۸۹) «انسان کامل از دیدگاه اسلام و روان‌شناسی»، *فصلنامهٔ حوزه و دانشگاه*، شمارهٔ ۹ ص ۶-۲۱.

٤. اکبری زردخانه، سعید و همکاران (۱۳۸۸) «بررسی اثربخشی روان درمانگری شناختی - رفتاری گروهی و فردی زندانیان در زندان رجایی شهر، روان‌شناسی معاصر» - *دو فصلنامهٔ انجمن روان‌شناسی ایران*، ۳ (۲۰) ۱-۱۴.

۵. امامی نائینی، نسرین (۱۳۸۹) :*احساسات و هیجانات*. تهران: نشر هنر آبی.

٦. آقا محمدیان حمیدرضا، نیکخواه. (۱۳۸۳) «بررسی اثربخشی آموزش گروهی مهارت‌های ارتباطی با رویکرد شناختی رفتاری در رضایت‌مندی زناشویی». *نخستین کنگره سراسری آسیب‌شناسی خانواده در ایران*. تهران دانشگاه شهید بهشتی: ۲۴۷.

۷. ابوالفتح محمد بن عثمان کراجکی (۴۴۹ هـ) *معدن الجواهر و ریاضه الخواطر* (تحقیق: سیداحمد حسینی ۱۳۹۰) تهران: انتشارات کتابخانه مرتضوی.

۸. اسدزندی، مینو (۱۳۹۵) *مراقبت معنوی*، تهران: انتشارات رسانه تخصصی.

۹. اسدزندی و همکاران (۱۳۹۵) *مشاوره معنوی.تهران*: انتشاران رسانه تخصصی (زیر چاپ).

۱۰. اسدزندی، سیاری، سنایی نسب، عبادی، (۱۳۹۴)، «تأثیر آموزش آداب اسلامی خواب بر اختلالات اولیه خواب پرستاران»، در *فصلنامهٔ اخلاق پزشکی*، سال نهم، شمارهٔ ۳۴.

۱۱. اسدزندی (۱۳۹۴)، «دستورالعمل مراقبت معنوی پرستاری مبتنی بر شواهد دینی در مدیریت خشم: مرور نظام‌مند». *نشریه اخلاق زیستی*، سال ۵، شمارهٔ ۱۶.

۱۲. -اسدزندی، (۱۳۹۴)، «ارتباط درمانی گام نخست مراقبت معنوی در مدل قلب سلیم». *نشریه اخلاق زیستی*، سال ۵، شمارهٔ ۱۵.

۱۳. اسدزندی، مینو، شکاری‌فرد، محمد، عبادی، عباس، مروتی شریف‌آباد، محمدعلی، سالاری، محمد مهدی (۱۳۹۳)، «تاثیر آموزش مدیریت خشم مبتنی بر مدل پندر بر رفتار پر خطر درگیری در سربازان»، *نشریهٔ روان‌پرستاری*، دورهٔ ۲، شمارهٔ ۴، ص: ۶۸-۷۹.

۱۴. اسدزندی، مینو. (۱۳۹۳)، «رهیافت قلب سلیم در مفهوم‌شناسی سلامت معنوی». *فصلنامهٔ فقه پزشکی مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی*. ۶ (۱۸): ۱۱-۴۳.

۱۵. اسدزندی، مینو (۱۳۹۲)، *تحلیل مفاهیم و نظریه‌های پرستاری به همراه ارائه مدل قلب سلیم*. تهران: انتشارات حیدری.

۱۶. اسدزندی، اسکندری، خادم الحسینی، حاجی عبدالباقی (۱۳۹۲). *طراحی و اعتبارسنجی دستورالعمل‌های مراقبت معنوی مبتنی بر شواهد دینی بر اساس مدل قلب سلیم در بیماران بزرگسال*، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله اعظم (عج).

۱۷. اسدزندی، مینو. عبادی، عباس (۱۳۹۱)، *طراحی و تعیین ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه بررسی پاسخ معنوی (عکس‌العمل‌های روحی) بیمار به بیماری*، دانشکدهٔ پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله اعظم (عج).

۱۸. اسدزندی، مینو. (۱۳۸۸). *مفاهیم و نظریه‌های پرستاری*. تهران: مرکز تالیف کتاب‌های درسی معاونت تربیت، آموزش و فرهنگ پاسداری.

۱۹. اسدزندی، عبادی، کریمی زارچی، غلامی، فارسی (۱۳۸۶)، «بررسی ارتباط بین درک پرستاران از رفتارهای توانمند کننده سرپرستاران و درک آنان از اثربخشی کار خود». *مجلهٔ علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران*، دورهٔ ۵، بهار، شمارهٔ ۱، صفحات ۱۱۳۳-۱۱۳۹.

۲۰. اسدزندی، فارسی، نجفی مهری، کریمی زارچی (۱۳۸۵) «بررسی تاثیر آموزش در چارچوب مدل اعتقاد سلامت بر باورهای بهداشتی، آگاهی و رفتار بیماران دیابتی». *مجلهٔ دیابت و لیپید ایران*، دورهٔ ۶، زمستان، شمارهٔ ۲، صفحات ۱۶۹-۱۷۶.

۲۱. اسدزندی، مینو. تدریسی، داوود. (۱۳۸۵). «سلامتی یعنی برخورداری از قلب سلیم». سخنرانی برگزیده همایش کشوری طب النبی.

۲۲. اسدزندی، مینو. تدریسی، داوود. (۱۳۸۵). «سیر تحول مفهوم سلامت در دیدگاههای فرهنگی مختلف». سخنران همایش بین‌المللی گفتگوی علم و دین، مفهوم حیات انسان و مباحث کاربردی.

۲۳. اسدزندی، مینو. تدریسی، داود. (۱۳۸۵). «خدا معنای زیبای زندگی». پوستر همایش بین‌المللی گفتگوی علم و دین. مفهوم حیات انسان و مباحث کاربردی.

۲۴. اسدزندی، مینو. تدریسی، داوود. (۱۳۸۵). «چالشی پیرامون مفهوم روح». پوستر همایش طب النبی.

۲۵. -اسدزندی، مینو. تدریسی، داود. (۱۳۸۵). «تأثیر فیزیک کوانتوم بر تئوری وجود انسان از مارتا راجرز». سخنران همایش بین‌المللی گفتگوی علم و دین.مفهوم حیات انسان و مباحث کاربردی.

۲۶. – اسدزندی، مینو. تدریسی، داوود (۱۳۸۵) «مقایسه شاخصه‌های سلامتی از دیدگاه علم روز و اسلام»، پوستر همایش سراسری طب النبی.

۲۷. اسدزندی، مینو. تدریسی، داوود (۱۳۸۵) «مقایسه شاخصه‌های سلامت روان ازدیدگاه روان‌شناسی انسان‌گرا و اسلام»، پوستر همایش سراسری طب النبی.

۲۸. اسدزندی، مینو. تدریسی، داوود (۱۳۸۵) «اصلاح شیوه زندگی در پرتو اجرای احکام اسلام». پوستر همایش کشوری طب النبی.

۲۹. اسدزندی، مینو. تدریسی، داوود (۱۳۸۵) «دست‌یابی به سلامت در پرتو ایمان به خدا»، پوستر همایش کشوری طب النبی.

۳۰. اسدزندی، مینو. تدریسی، داوود (۱۳۸۵) «زندگی بخشیدن به سال‌های عمر در پرتو نیایش»، سخنران همایش بین‌المللی گفتگوی علم و دین – مفهوم حیات انسان و مباحث کاربردی.

۳۱. اسدزندی، مینو. تدریسی، داوود. (۱۳۸۴). «جامعه‌نگری در علم پرستاری»، سخنران همایش آسیب‌شناسی پزشکی. دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله.

۳۲. اسدزندی، مینو. تدریسی، داوود. (۱۳۸۴). «کاربرد درمان‌های مکمل و جایگزین راهکار ارائه خدمات جامعه‌نگر. کل‌نگـر»، پوستر همایش کشوری گفتگوی علم و دین. مفهوم حیات انسان و مباحث کاربردی.

۳۳. اسدزندی، مینو و تدریسی، داوود (۱۳۸۴) «مفهوم انسان از دیدگاه نظرپردازان پرسـتاری جهـان و مقایسـه آن بادیـدگاه فلسفی اسلام». پوستر همایش کشوری گفتگوی علم و دین، مفهوم حیات انسان و مباحث کاربردی.

۳٤. اسدزندی، مینو. تدریسی، داوود (۱۳۸۴) «لمس درمانی از منظر فلسفه پوزیتویسمی و فلسفه اسلام»، سـخنران همـایش کشوری گفتگوی علم و دین، مفهوم حیات انسان و مباحث کاربردی.

۳۵. اسدزندی، مینو، تدریسی، داوود (۱۳۸۳) «لمس درمانی از منظر فلسفه پوزیتویسمی و فلسفه اسلام»، *فصلنامهٔ دانشـکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی*، دورهٔ ۱۴، پاییز، شمارهٔ ۴۶: صفحات ۳-۱۱.

۳٦. -اسدزندی، مینو. تدریسی، داوود. (۱۳۸۳).« ضرورت جامعه‌نگری در پرستاری از دو منظر فرهنگی و پژوهشی». سخنران همایش سراسری پرستاری ایران سال ۱۴۰۰ افق‌ها و چالش‌ها. دانشگاه علوم پزشکی تهران.

۳۷. اسدزندی، مینو. عزیزی، پروین. (۱۳۸۳). «مدیریت استرس و پسیکونر و ایمونولوژی»، پوستر ششمین سمینار سراسـری دانشکده پرستاری و مامایی شیراز.

۳۸. اسدزندی، مینو. عزیزی، پروین. (۱۳۸۳). «تأثیر درمان‌های فرعی و مکمل پرستاری و لوگوتراپی در کاهش استرس و درد بعد از عمل». همکار سخنران ششمین سیمنار سراسری دانشکده پرستاری و مامایی شیراز.

۳۹. اسدزندی، مینو. تدریسی، داود. (۱۳۸۳). :لوگوتراپی راهکار تکمیلی مدل روی در کاهش استرس جراحی». پوستر بیسـت و هشتمین کنگره سالانه پرستاری جراحی جامعه جراحان ایران.

٤۰. اسدزندی، مینو. تدریسی، داود. (۱۳۸۳). «مفهوم انسان از دیدگاه تئوریسیت‌های پرستاری جهان و مقایسه آن با دیـدگاه فلسفی اسلام». *فصلنامهٔ دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی*.

٤۱. اسدزندی، مینو. عزیزی، پـروین. (۱۳۸۲). «تبـین اسـتدلالی مفهـوم و ابعـاد محـیط و تـأثیر آن بـر سـلامت از دیـدگاه تئوریسن‌های پرستاری». سخنران همایش سراسری ارتقاء سلامتی دانشکده مامایی زنجان.

٤۲. اسدزندی، مینو. تدریسی، داوود. (۱۳۸۱). «مفهوم و ابعاد سلامت از دیدکاه فلسفه پوزیتوتیسم و فلسفه اسلام». سخنران برگزیده همایش سلامت و اسلام (دانشگاه تهران).

٤۳. اسدزندی، مینو، عزیزی، پروین. (۱۳۸۰). «پسیکونر و ایمنولوژی و کاهش عفونت‌های بعد از عمل جراحی». پوستر بیست و هشتمین کنگره سالیانه جامعه جراحان ایران.

٤٤. اسدزندی، مینو. (۱۳۸۰). «نقد و نقض مدل‌های مراقبت پرستاری در سطح مفاهیم و معادلات کاربردی و طراحـی مـدل در سطح نظام تعاریف». پایان‌نامه دکترا. دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله اعظم (عج).

٤۵. اسدی، مریم، اسدزندِی، مینو، عبادی، عباس (پذیرش پاییز ۱۳۹۳) «بررسی تاثیر مراقبت معنوی مبتنـی بـر مـدل قلـب سلیم در کاهش اضطراب بیماران کاندید عمل پیوند عروق کرونر»، *نشریهٔ مراقبت‌های ویژهٔ پرستاری بقیةالله*.

٤٦. اسدی، مریم، اسدزندِی، مینو، عبادی، عباس (۱۳۹۳ )، «تأثیر مراقبت معنوی مبتنی بر مدل قلب سلیم بر تجربه معنـوی بیماران کاندید عمل پیوند عروق کرونر». *مجلهٔ قلب و عروق*. سال ۲. دورهٔ ۲. ص:۳۰-۳۸.

٤۷. آقاجانی محمد، میرباقر ندا. (۱۳۹۱) «مقایسه تأثیر آوای قرآن کریم و موسیقی بر میزان اضطراب و علائم حیاتی بیماران قبل از اعمال جراحی شکم». *سبک زندگی اسلامی با محوریت سلامت*، بهار؛ شمارهٔ اول: ۶۶-۸۴.

٤۸. اکبری، محمدرضا. (۱۳۹۰) *عصر شکوهمند رجعت*. قم: انتشارات مسجد مقدس جمکران.

٤۹. اگلتون،کالمرز (۱۳۹۲) *تئوری‌های پرستاری - کاربرد عملی مدل‌های پرستاری* (رسول تبری ) تهران: انتشارات بشری.

۵۰. آلفارو، روزالیندا (۱۳۸۹ ) *راهنمای گام به گام کاربرد فرایند پرستاری*، (ترجمه: اقدس دواچی، فاطمه بنـی‌اسـد) تهـران: انتشارات شهرآب.

۵۱. انصاری، محمدعلی. (۱۳۷۶) *تصنیف غررالحکم و دررالکلم*. ج دوم. چ دوم. انتشارات دارالکتاب؛ ص ۲۹۹.

۵۲. اشرفی، منصور (۱۳۶۷) *اخلاق پزشکی*. تبریز: انتشارات دانشگاه آزاد اسلامی.

۵۳. اصفهانی، محمد مهدی و همکاران. (۱۳۸۹). *آیین تندرستی*. تهران: مدیریت ارتباطات و آموزش سلامت، معاونت سلامت، وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی. ص: ۱۵-۱۶.

۵۴. ایزوتسو، توشیهیکو. (۱۳۶۱ ش). *خدا و انسان در قرآن*. ترجمه‌ی احمد آرام. تهران: سهامی انتشار.

۵۵. ارگایل، مایکل (۱۳۸۲) *روان‌شناسی شادی* (ترجمه: فاطمه بهرامی و دیگران) جهاد دانشگاهی اصفهان، چاپ اول.

۵۶. بشارت، محمد علی (بهار ۱۳۸۹) *کمالگرایی و خشم*، مجلهٔ روان‌شناسی دانشگاه تبریز: ۵(۱۷):۲۷-۴۶.

۵۷. بهشتی، محمدحسین. (۱۳۵۷). *روش برداشت از قرآن کریم*. تهران: نشر شاهد.

۵۸. پارسی‌نیا، سعید، رفیعی‌فر، سعید، یار، سمیرا، پوراسلامی، محمد، (۱۳۸۰) *تحقیق در ارتقای سلامت*، چاپ اول: تهران: وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی.

۵۹. پاینده، ابوالقاسم، (۱۳۸۲)، *نهج‌الفصاحه*. دنیای دانش، تهران، چاپ چهارم.

۶۰. پورسیف، عباس. (۱۳۸۳). *خلاصه تفاسیر قرآن مجید* (المیزان ونمونه). تهران: نشر شاهد.

۶۱. پیروزمند، علیرضا. (۱۳۸۶). *تبیین رابطه ایمان و علم* (جهت‌داری علوم). تهران: انتشارات چهر.

۶۲. پیروزمند، علیرضا. (۱۳۷۶). *روش تولید معادلات کاربردی*. قم: فرهنگستان علوم اسلامی.

۶۳. تاوریس، کارول (۱۳۸۴) *روان‌شناسی خشم*. ترجمه احمد تقی‌پور، سعید درودی. تهران: انتشارات دایره.

۶۴. تذکری، ولی‌زاده، محمدی، حسنخانی، (۱۳۹۲) «تبیین فرایند یادگیری مراقبت معنوی در دانشجویان پرستاری ایران – یک مطالعه نظریه زمینه‌ای». *مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه*. دورهٔ دهم، شمارهٔ اول، ص ۵۱-۶۳.

۶۵. تقی‌زاده، اسدزندی، تدریسی، عبادی (۱۳۹۰)، «تاثیر دعا بر شدت وخامت حال بیماران در بخش‌های مراقبت ویژه»، *نشریهٔ مراقبت‌های ویژه پرستاری بقیه‌الله*. دورهٔ ۴. شمارهٔ ۱. ص: ۱-۶.

۶۶. تقی‌زاده، اسدزندی، تدریسی، عبادی. (۱۳۸۸)، *بررسی تأثیر دعا بر میزان مرگ و میر و شدت وخامت حال بیماران بدحال بستری در بخش‌های مراقبت ویژه بیمارستان بقیه ا... اعظم (عج)*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشکده پرستاری بقیه الله.

۶۷. تمیمی آمدی، عبدالواحد بن محمد، (۳۸۵)، *غررالحکم و دررالکلم* (کلمات قصار امیر المومنین). ترجمهٔ محمد علی خوانساری. قم: دارالکتاب الاسلامی.

۶۸. ترمذی، محمد (۲۰۹ - ۲۷۹ هجری)، *سنن ترمذی.بیروت*: دارالرائد العربی.

۶۹. عبدالباقی، محمدفؤاد. (۱۳۴۵)، *المعجم المفهرس لالفاظ قرآن الکریم*. تهران: انتشارات اسلامی.

۷۰. جعفری، غلامعلی و همکاران (۱۳۸۹)، *استانداردهای اعتبار بخشی بیمارستان در ایران برای وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، معاونت درمان، دفتر نظارت و اعتبار بخشی امور درمان، اداره ارزشیابی مراکز درمانی*. تهران: مرکز نشر صدرا.

۷۱. جولاییها، سکینه، اصغری مقدم، محمد علی. (۱۳۸۷)، «بررسی نقش خشم و ادراک خطا در سازگاری با درد مزمن»، *مجلهٔ روانشناسی، تهران*: دانشکده علوم انسانی، دانشگاه شاهد.

۷۲. جوادی آملی، عبدا... (۱۳۹۱)، *مفاتیح الحیاة*. چاپ اول. قم: مرکز نشر اسراء؛ بهار: ص ۲۱۶و۶۴۵و۶۹۰-۷۱۵.

۷۳. جوادی آملی، عبدا.. .(۱۳۹۰)، *تفسیر تسنیم*، تفسیر قرآن کریم.

۷۴. جوانی، یدالله. (۱۳۸۷)، «نقش معنویت در تولید قدرت ملی»، *فصلنامهٔ مطالعات* بسیج. سال یازدهم، شمارهٔ ۳۹: ۳۱.

۷۵. جوادی، ایلچی‌علیا، محمد. (۱۳۸۸)، *بررسی رابطه باورهای دینی، بهداشت و سلامت روانی* (آسیب‌دیدگی روانی) *دانش‌آموزان و معلمان سازمان آموزش و پرورش شهرستان‌های تهران*. پایان‌نامه دانشجویی.

۷۶. حالت، ابوالقاسم (۱۳۶۱)، *شکوفه‌های خرد سخنان امیر مومنان*. تهران: نشر علی اکبر علمی.

۷۷. حر عاملی، محمد بن حسن، (۱۴۰۹)، *جهاد النفس وسائل الشیعه*. موسسه آل‌بیت (ع) قم، چاپ اول.

۷۸. حاج باقری ا. پرویزی س. صلصالی م. (۱۳۹۰)، *روش‌های تحقیق کیفی*. تهران: انتشارات بشری.

۷۹. حر عاملی، محمد بن حسن، (۱۳۸۰)، *الجواهر النسیه فی الاحادیث القدسیه*. تهران: انتشارات دهقان.

۸۰. -حرانی، حسن بن شعبه. (۱۴۰۴ قمری)، *تحف العقول*.قم. انتشارات جامعه مدرسین.

۸۱. حکیمی،محمدرضا (۱۳۸۰)، *ترجمه الحیاه*. مترجم احمد آرام.تهران: دفترنشرفرهنگ اسلامی.

۸۲. -حسینی،سید ابوالقاسم. (۱۳۶۳)، *اصول بهداشت روانی*، مشهد: انتشارات دانشگاه فردوسی ص ۸۹.

۸۳. حسینی الهاشمی. (۱۳۷۵)، *فلسفه نظام ولایت*. قم: فرهنگستان علوم اسلامی.

۸٤. خدایاری علی‌نقی، برنجکار رضا، *انسان شناسی اسلامی*. چاپ اول. قم: نشر معارف؛ ۱۳۹۰: ۱۱۶-۲۱۷.

۸۵. حیدری محمد، شهبازی سارا. (تابستان ۱۳۹۲)، «بررسی تأثیر آوای قرآن و موسیقی بدون کلام بر اضطراب بیماران کاندید آندوسکوپی». *فصلنامهٔ دانش و تندرستی*؛ دورهٔ ۸ ، شمارهٔ ۲:۷۰-۶۷.

۸٦. حجت محسن، زهادت‌پور زهرا، نصراصفهانی مائده. (تابستان ۱۳۸۹)، «مقایسه تأثیر آوای قرآن با شرایط عادی، سکوت، موسیقی عربی و موسیقی ایرانی بر کفایت دیالیز». *مجلهٔ پرستاری مراقبت ویژه*؛ دورهٔ ۳، شمارهٔ ۲: ۶۹-۷۴.

۸۷. خدری *مسلم. سلامت از دیدگاه قرآن* با توجه به سوره کهف. Available from: www.aftab.com.

۸۸. خدایاری علی‌نقی، برنجکار رضا. *انسان‌شناسی اسلامی*. چاپ اول. قم: نشر معارف؛ ۱۳۹۰: ۱۶۱-۲۱۷.

۸۹. دستغیب شیرازی. (۱۳۴۱). *معاد*، قم: انتشارات دارالکتاب.

۹۰. دستغیب شیرازی. (۱۳۴۲). *قلب سلیم*. دو جلد. قم: انتشارات دارالکتاب.

۹۱. دستغیب شیرازی. (۱۳۶۳). *گناهان کبیره*. دو جلد. قم: انتشارات صبا.

۹۲. دستغیب شیرازی. (۱۳۶۱). *اخلاق اسلامی*. قم: نشر محراب.

۹۳. دستغیب شیرازی (۱۳۶۳) *استعاذه*. قم: نشر محراب.

۹٤. راغب اصفهانی، حسین بن محمد. (۱۴۰۴ ق). *مفردات الفاظ قرآن کریم*. تهران: دفتر نشر کتاب ماده «سلم».

۹۵. رمضانی گیلانی، رضا، (۱۳۹۱)، *علم آموزی و معرفت اندوزی* (شرح حدیث عنوان بصری). چاپ سوم تهران: انتشارات سروش.

۹٦. رحیمی اصفهانی، غلامحسین (۱۳۷۴)، *درس‌هایی از اخلاق اسلامی*. ج ۴، انتشارات عسگریه.

۹۷. رفعتی، فوزیه، شریف، فرخنده، احمدی، جمشید، شفیعی، نعمت الله (۱۳۸۹)، «تاثیر وضعیت بهداشت روانی دانشجویان بر پیشرفت تحصیلی آنان». *مجلهٔ دانشگاه شهید صدوقی یزد*، ص ۸۱-۸۲.

۹۸. رضی، محمد بن حسین، (۱۴۱۴) *نهج‌البلاغه*. هجرت، قم، چاپ اول.

۹۹. رضایی، اسدزندی، سالاری، (۱۳۸۶) *آداب محتضر*، سخنران دومین همایش علمی دانشجویان پیراپزشکی کشور، دانشگاه تهران.

۱۰۰. زمردیان، احد.(۱۳۴۴ ). *حقیقت روح - دانشی اندک از علم الارواح*. تهران: دفتر نشر فرهنگ اسلام.

۱۰۱. زوکاو، گری. فرانسیس، لیندا. (۱۳۸۷ ). *جایگاه روح*. مترجم: امیر بهنام. تهران: مؤسسه فرهنگی پازینه.

۱۰۲. زوکاو، گری. فرانسیس، لیندا. (۱۳۸۷). *قدرت روح*. مترجم: امیر بهنام. تهران: مؤسسه فرهنگی پازینه.

۱۰۳. زوکاو، گری. فرانسیس، لیندا. (۱۳۸۷). *قلب روح*. مترجم: امیر بهنام. تهران: مؤسسه فرهنگی پازینه.

۱۰٤. دماری، بهزاد (۱۳۸۸). *سلامت معنوی*. چاپ اول. تهران: انتشارات طب و جامعه.

۱۰۵. دهخدا، علیاکبر (۱۳۷۷) *لغت‌نامه دهخدا*. تهران: دانشگاه تهران.

۱۰۶. سعیدی طاهری، زهرا، اسدزندی، مینو، عبادی، عباس (۱۳۹۲)، «تاثیر مراقبت معنوی مبتنی بر قلب سلیم بر تجربه معنوی بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر». *مجلهٔ روان‌پرستاری*. دورهٔ ۱ شمارهٔ ۳ ص ۴۵-۵۳.

۱۰۷. سعیدی طاهری، زهرا، اسدزندی، مینو، عبادی، عباس (۱۳۹۲)، «تاثیر مراقبت معنوی مبتنی بر قلب سلیم بر اختلال خواب بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر». *نشریهٔ مراقبت‌های ویژه پرستاری بقیه الله*. پذیرش شده تابستان ۹۳.

۱۰۸. سعیدی طاهری، زهرا، اسدزندی، مینو، عبادی، عباس (۱۳۹۰)، *تاثیر مراقبت معنوی مبتنی بر قلب سلیم بر اختلال خواب بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر*. پایان‌نامه جهت اخذ کارشناسی ارشد. دانشکده پرستاری بقیه الله.

۱۰۹. سیاری، اسدزندی، عبادی، صناعی نسب. (۱۳۸۸)، *بررسی به‌کارگیری الگوی پرسید –پروسید بر اختلالات اولیه خواب پرستاران با تاکید بر آداب اسلامی خواب در بیمارستان بقیه ا... اعظم (عج)*؛ پایان‌نامه جهت اخذ کارشناسی ارشد. دانشکده پرستاری بقیه الله.

۱۱۰. شکاری فرد، اسدزندی، تدریسی (۱۳۸۸)، آلزایمر در آینه قران و علم، مجموعه مقالات قرآن و طب. جلد دوم. مشهد: بنیاد پژوهش‌های قرآنی حوزه و دانشگاه؛ تهران: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی.

۱۱۱. سیمون، سیدنی بی، سیمون، سوزان (۱۳۷۱)، *بخشیدن*. (ترجمه مهدی قراچه داغی) تهران: نشر موفق.

۱۱۲. شهمیری، حسین. (۱۳۸۹)، *رجعت بازگشت بزرگ در هنگام ظهور*. تهران: اننتشارات پژوهشگاه فرهنگ و معارف.

۱۱۳. شرقاوی، حسن محمد. (۱۳۴۴ )، *گامی فراسوی روانشناسی اسلامی یا اخلاق و بهداشت روانی در اسلام*. مترجم: دکتر سید محمد باقر حجتی. تهران: دفتر نشر فرهنگ اسلامی.

۱۱۴. شبر، عبدالله (۱۳۸۳)، *الاخلاق*. ترجمه: محمدرضا جباریان. قم: نشر هجرت.

۱۱۵. شکوهی یکتا، محسن زمانی، نیره، پرند، اکرم (۱۳۸۶)، «تأثیر کارگاه آموزشی مدیریت خشم بر مادران کودکان کم توان ذهنی آموزش پذیر و دیرآموز»، *فصلنامهٔ توانبخشی*، ۶ (۳۱)۱-۳.

۱۱۶. شکوهی یکتا، محسن زمانی، نیره، پرند، اکرم (۱۳۸۷)، «تاثیر آموزش مدیریت خشم بر تعامل مادران با فرزندان کم توان ذهنی»، *مجلهٔ علوم روان‌شناختی*، ۶ (۱۵): ۷- ۲۸.

۱۱۷. شکوهی یکتا، محسن زمانی، نیره (۱۳۸۷)، «اثربخشی آموزش مدیریت خشم بر ارتباط مادران با فرزندان کم توان ذهنی و دیرآموز»، *فصلنامهٔ خانواده پژوهی*.۷(۱):۴-۱۵.

۱۱۸. شکوهی یکتا، محسن، به پژوه فاحمد، غباری بناب، باقر، زمانی، نیره (۱۳۸۷)، «تاثیر آموزش مهارت‌های مدیریت خشم بر مادران کودکان کم توان ذهنی آموزش پذیر و دیر آموز»، *پژوهش در حیطه کودکان استثنایی*، ۱۰ (۱): ۱-۳۰.

۱۱۹. شکوهی یکتا، محسن، به پژوه فاحمد، غباری بناب، باقر، زمانی، نیره، پرند، اکرم (۱۳۸۷)، «تاثیر آموزش مهارت‌های مدیریت خشم بر کنترل خشم مادران دانش آموزان کم توان ذهنی و دیر آموز»، *پژوهش در حیطه کودکان استثنایی*. ۱۰ (۱):۸-۴.

۱۲۰. شجاعی، محمد صادق (۱۳۸۶)، «نظریه نیازهای معنوی از دیدگاه اسلام و تناظر آن با سلسله مراتب نیازهای مازلو»، *دو فصلنامهٔ علمی – پژوهشی مطالعات اسلام و روانشناسی*. سال ۵ شمارهٔ ۸، ص ۱۳۲-۱۱۱.

۱۲۱. شریعتی،صدر الدین (۱۳۹۲)، «در آمدی بر سبک زندگی اسلامی در آیات و روایات». *فصلنامهٔ فرهنگ مشاوره و روان درمانی*. سال ۴. شمارهٔ ۱۳۵ ص ۱۰-۱.

۱۲۲. شهید ثانی (۱۳۵۹)، *منیه المرید فی آداب المفید و المستفید.- آداب تعلیم و تعلم در اسلام*. (مترجم: سیر محمد باقر حجتی، قم: دفتر نشر فرهنگ اسلامی.

۱۲۳. طباطبایی،محمد حسین. (۱۳۵۰)، *المیزان فی تفسیر القرآن*. قم: مؤسسه نشر اسلامی.

۱۲۴. عبدالباقی، محمدفؤاد. (۱۳۴۵)، *المعجم المفهرس لالفاظ قرآن الکریم*. تهران: انتشارات اسلامی.

۱۲۵. عالی، مسعود. *یاد مرگ*. از سلسله برنامه‌های سمت خدا. ۱۳۹۰. قابل دسترس. WWW.samtekhoda3.ir.

۱۲۶. عبدالواحد، آمدی. (۱۳۶۶). *غرر الحکم و درر الکلم*. قم: دفتر تبلیغات اسلامی.

۱۲۷. عرفان، حسن (۱۳۷۳)، *موضوعات تحقیقی معارف اسلامی*. قم: مرکز تحقیقات علوم اسلامی.

۱۲۸. غزالی،محمد (۱۳۶۲)، *کیمیای سعادت به کوشش حسین خدیو جم*. تهران: وزارت فرهنگ و آموزش عالی.

۱۲۹. غزالی، ابو حامد محمد (۱۳۵۱)، *احیاء علوم الدین، ترجمه موید الدین محمد خوارزمی*، به کوشش حسین خدیو جم، انتشارات علمی و فرهنگی.

۱۳۰. فرحزاد،حبیب الله (۱۳۹۱ )، *سیره پیامبر اکرم در محبت و رحمت*. قم: انتشارات طوبای محبت.

۱۳۱. فرحزاد، حبیب الله. (۱۳۹۰) سیره پیامبر اکرم در محبت زنان وکودکان - قم: انتشارات طوبای محبت.

۱۳۲. فلاحی خشکناب، مسعود. مظاهری، منیره سیدباقر مداح، سادات. رهگذر، مهدی (۱۳۸۷) معنویت، مراقبت معنوی و معنویت درمانی. فصلنامهٔ پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی. سال هشتم. شمارهٔ اول. ص ۳۱-۳۷

۱۳۳. فیض کاشانی، ملامحسن، (۱۴۱۷)، *المحجة البیضاء*. د فتر انتشارات اسلامی، قم، چاپ چهارم.

۱۳٤. فیض کاشانی، محمد بن شاه مرتضی، (۱۴۱۵)، *تفسیر الصافی*. مکتبه الصدر، تهران، چاپ دوم.

۱۳۵. فرح بخش سعید، غلامرضایی سیمین، نیک پی ایرج. «بررسی بهداشت روانی دانشجویان در رابطه با عوامل تحصیلی». *فصلنامهٔ اصول بهداشت روانی*، سال هشتم بهار و تابستان ۱۳۸۶ صفحه ۶۱-۶۶.

۱۳٦. فرانکل، ویکتور (۱۳۷۷) *پزشک و روح*. (مترجم فرخ سیف بهزاد). تهران: انتشارات درسا.

۱۳۷. فرانکل، ویکتور (۱۳۹۰). *انسان در جستجوی معنی* (مترجم دکتر نهضت صالحیان، مهین میلانی) چاپ بیست و ششم تهران: انتشارات درسا.

۱۳۸. قرائتی، محسن. (۱۳۸۵). *تفسیر نور*. مجموعه ۱۲ جلدی. ویراست دوم. تهران:مرکز فرهنگی درس‌هایی از قرآن.

۱۳۹. قرائتی، محسن (۱۳۸۴) *سیره پیامبر اکرم صل الله علیه با نگاهی به قرآن کریم*. تهران:نشر اداره آموزش عقیدتی سیاسی سپاه.

۱٤۰. قاسمیان حسن. (۱۳۸۳) *احکام بیماران، پزشکان و پرستاران*. چاپ اول. قم: انتشارات زمزم هدایت؛ ص: ۱۲-۶۰.

۱٤۱. قمی،شیخ عباس (۱۳۷۰) *خلاصه معراج السعاده*. قم: موسسه در راه حق.

۱٤۲. کلینی، ابی‌جعفر محمد بن یعقوب بن اسحاق. (۱۳۶۸.ق). *اصول کافی*. (مجموعه ۴ جلدی) مترجم. جواد مصطفوی، جلد ۱، ص ۱۶ تهران: دفتر نشر فرهنگ اهل بیت علیه السلام.

۱٤۳. کاشانی، محسن (۱۳۷۹)، *راه روشن*. ترجمه: محمد صادق عارف. مشهد: بنیاد پژوهش‌های اسلامی.

۱٤٤. کارل، آلکسیس،(۱۳۵۸ )، *نیایش*. (ترجمه محمدتقی شریعتی) تهران: حسینیه ارشاد.

۱٤۵. کریم‌اللهی منصوره، عابدی حیدرعلی. (۱۳۸۸)، *مراقبت معنوی در پرستاری ایران*: یک مطالعه گراندد تئوری (پوستر). دومین همایش تحقیقات کیفی در علوم اسلام در کرمان.

۱٤٦. کشاورز، سوسن (۱۳۸۷)، *شاخص‌های کرامت نفس در آموزه‌های دینی*. نشریه آموزشی – تربیتی پیوند. شمارهٔ ۳۴۲.

۱٤۷. گلمن، دانیال (۱۳۸۰)، *هوش هیجانی، توانایی محبت کردن و محبت دیدن*. ترجمه: نسرین پارسا. تهران: نشر رشد.

۱٤۸. -لواسانی، مسعود،کیوان‌زاده محمد، ارجمند ندا. (۱۳۸۷)، *بررسی میزان و رابطه معنویت، استرس شغلی*، تعهد سازمانی و رضایت شغلی در پرستاران شهر تهران. نشریه روانشناسی معاصر، دورهٔ ۳، شمارهٔ ۲، ص: ۶۱-۷۳.

۱٤۹. محمدی رخشنده. (۱۳۸۹)، *پرستاری بهداشت جامعه*. تهران. نشرنی.

۱۵۰. معتمدی، عبدالله (۱۳۹۲)، «سبک زندگی مطلوب بر اساس دیدگاه ارتباطی». *فصلنامهٔ فرهنگ مشاوره و روان درمانی*. سال ۴. شمارهٔ ۱۳ ص ۱۴۲-۱۲۵.

۱۵۱. محمدی، محمد تقی، سالاری‌فر، محمدرضا (۱۳۹۰)، «نگاهی روان شناختی به انسان کامل از دیدگاه قرآن». *دو فصلنامهٔ علمی – پژوهشی مطالعات اسلام و روان‌شناسی*. سال ۵ شمارهٔ ۹ ص ۳۳-۵۶.

۱۵۲. محسنی، منوچهر (۱۳۸۴)، *جامعه‌شناسی پزشکی*. چاپ پنجم. تهران: کتابخانه طهوری تابستان.

۱۵۳. میر باقری (۱۳۹۰)، *ضیافت بلا* – شرحی بر زیارت عاشورا. قم: فرهنگستان علوم اسلامی.

۱۵٤. مظاهری منیر، فلاحی خشکناب مسعود، مداح باقر، رهگذر مهدی. (۱۳۸۷)، «نگرش پرستاران به معنویت و مراقبت معنوی». *فصلنامهٔ پایش*. سال ۸ . ص: ۳۱-۳۷.

۱۵۵. مجلسی(ره) محمدباقر.(۱۳۷۹ )، *حلیه‌المتقین* (در آداب وسنن و اخلاق اسلامی) با تصحیح عبدالرّزاق اعلمی. چاپ اول. تهران: نشر باقرالعلوم: ۲۰و۱۶۵و۱۷۳و۱۸۱.

۱۵٦. مجلسی، محمد باقر. (۱۴۰۳ قمری )؛ *بحار الانوار*. ج ۶۷، ص ۲۱۰، موسسه الوفاء، بیروت، ۱۷۵.

۱۵۷. محدث نوری. (۱۴۰۸ قمری )، *مستدرک الوسایل*. جلد ۱ ص ۱۱۳. قم: موسسه آل البیت.

۱۵۸. مکارم شیرازی، ناصر. (۱۳۷۹). تفسیر نمونه. جلد ۱۹.ص ۹۷. تهران: دار الکتب الاسلامیهٔ.

۱۵۹. معماریان، ربابه (۱۳۷۶)، *کاربرد مفاهیم و نظریه‌های پرستاری تهران*: مرکز نشر آثار علمی دانشگاه تربیت.

۱٦۰. مطهری مرتضی. (۱۳۷۲)، *فلسفه اخلاق*، ج ۱۵. قم: نشر صدرا.

۱٦۱. مطهری، مرتضی (۱۳۶۰)، *سیره نبوی*. قم: دفتر انتشارات اسلامی.

۱٦۲. مطهری،مرتضی (۱۳۶۲)، *اصالت روح*. قم: انتشارات صدرا.

۱٦۳. مطهری، مرتضی –*قرآن و مسئله‌ای از حیات*. قم: انتشارات صدرا.

۱٦٤. مطهری، مرتضی. (۱۳۶۷)، *قرآن و مسئله‌ای از حیات*. قم: انتشارات صدرا.

۱٦۵. مطهری، مرتضی. (۱۳۶۵). *انسان و سرنوشت*. قم: انتشارات صدرا.

۱٦٦. مطهری، مرتضی. (۱۳۶۴)، *مقدمه‌ای بر جهان بینی اسلامی – وحی و نبوت*. قم: انتشارات صدرا.

۱٦۷. مطهری، مرتضی. (۱۳۶۳)، *مقدمه‌ای بر جهان بینی اسلامی - زندگی جاوید یا حیات اخروی*. قم: انتشارات صدرا.

۱٦۸. مطهری، مرتضی. (۱۳۶۱)، *فطرت*. *قم*: انتشارات صدرا.

۱٦۹. مطهری، مرتضی. (۱۳۵۴)، *ده گفتار*. قم: انتشارات صدرا.

۱۷۰. معماریان، ربابه. (۱۳۷۶)، *کاربرد مفاهیم و نظریه‌های پرستاری تهران*: مرکز نشر آثار علمی دانشگاه تربیت.

۱۷۱. مهدی‌زاده، حسین. (۱۳۸۳ ش)، *در آمدی بر معناشناسی عقل در تعبیر دینی*. معرفت، ش ۷۴، ص ۳۰.

۱۷۲. مسعودنیا، ابراهیم (۱۳۸۹)، «خصومت، خشم و خطر بروز اترو اسکلروز عروق کرونر». *مجلهٔ علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی یزد*.

۱۷۳. مصباح، علی (۱۳۷۴)، *روان‌شناسی رشد*. تهران: نشر سمت.

۱۷٤. مظاهری منیر، فلاحی خشکناب مسعود، مداح باقر، رهگذر مهدی. (۱۳۸۷)، «نگرش پرستاران به معنویت و مراقبت معنوی». *فصلنامهٔ پایش*. سال ۸ . ص: ۳۷-۳۱.

۱۷۵. موسوی خمینی،روح الله. (۱۳۸۵)، *صحیفه امام*. ج۱۸، ص۴۴۴، نامه به خانم فاطمه طباطبایی. تهران: مؤسسه تنظیم و نشر آثار امام خمینی(س).

۱۷٦. موسوی‌الخمینی(ره) *روح.... سرّالصّلوه* (معراج‌السالکین و صلوه‌العارفین). چاپ چهارم. مؤسسه تنظیم و نشر آثار امام خمینی(ره)؛ پاییز ۱۳۷۵: ۵-۴۳.

۱۷۷. موسوی خمینی، روح‌الله. (۱۳۸۰)، *شرح چهل حدیث*. تهران: مؤسسه تنظیم و نشر آثار امام خمینی (س).

۱۷۸. موسوی خمینی، روح الله. (۱۳۸۴)، *آداب الصلوهٔ*. ص ۲۰۳، تهران، مؤسسه تنظیم و نشر آثار امام خمینی (س).

۱۷۹. میرزایی، رضا، رئیسی، زهره، کاظمی، حمید (۱۳۹۲)، «اثر بخشی آموزش مهارت‌های حل مسئله و مدیریت خشم بر کاهش افسردگی در زندانیان». *مجلهٔ علوم پزشکی صدرا*. دورهٔ ۲، شماره۱ ص: ۵۵-۶۴.

۱۸۰. نظام‌زاده، مریم، خادم‌الحسنی، محد، مختاری نوری، جمیله، عبادی، عباس (۱۳۹۰)، «طراحی دستورالعمل‌های مراقبت پرستاری مبتنی بر شواهد در بیماران مبتلا به آنژین صدری»، *مجلهٔ مراقبت ویژه*، شمارهٔ ۴، دورهٔ ۴. ص: ۱۶۹-۱۷۶.

۱۸۱. نلسون رالد آامرسون (۱۳۹۰)، *مبانی طب کودکان* (ترجمه محمد رحمتی) تهران: موسسه انتشاراتی اندیشه. ص ۱۳۶.

۱۸۲. نجاتی، محمد عثمان (۱۳۶۷)، *قرآن و روان‌شناسی*. ترجمه عباس عرب. مشهد: بنیاد پژوهشهای اسلامی آستان قدس.

۱۸۳. نقدی، هادی، ادیب‌راد، نسترن، نورانی‌پور، رحمت الله (۱۳۸۹)، «اثر بخشی آموزش هوش هیجانی بر پرخاشگری دانش آموزان پسران». *فصلنامهٔ علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه* (بهبود). سال سوم، شمارهٔ ۱۴.

۱۸٤. نحریر، بتول، رژه، ناهید، عبادی، عباس (۱۳۹۲)، «پرستاری مبتنی بر شواهد». *نشریهٔ آموزش پرستاری*. دورهٔ ۲ شمارهٔ ۳ بهار ۹۲ صفحه ۵۰-۵۷.

۱۸۵. نویدی، احد (۱۳۸۵)، *آزمودن تأثیر آموزش مدیریت خشم بر مهارت‌های خودنظم‌دهی خشم، سازگاری و سلامت عمومی پسران دو ره متوسطه شهر تهران*. پایان‌نامه دکترای روان‌شناسی. دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه علامه طباطبایی.

۱۸٦. نویدی، احد (۱۳۸۷)، «تأثیر آموزش مدیریت خشم بر مهارت‌های سازگاری پسران دو ره متوسطه شهر تهران». *مجلهٔ روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*. سال ۱۴. شمارهٔ ۴ ص ۳۹۴-۴۰۳.

۱۸۷. نویدی، احد (۱۳۸۷). «بررسی تاثیر آموزش مدیریت خشم بر سلامت عمومی». *مجلهٔ روان‌شناسی*: ۱۲ ص ۴۲۸-۴۱۴.

۱۸۸. نویدی، احد، برجعلی، احمد (۱۳۸۶)، «اثرات اجرای یک برنامه مدیریت خشم بر مهارت‌های خود نظم‌دهی خشم پسران دبیرستانی». *مجلهٔ پژوهش‌های روان‌شناختی*، ش ۱۰ (۳و۴) ص ۵۹-۸۱.

۱۸۹. نراقی، مهدی بن ابی ذر (۱۳۸۱)، *جامع‌السعادات، علم اخلاق اسلامی*، سه جلدی، ترجمهٔ جلال‌الدین مجتبوی، تهران: نشر دهقان

۱۹۰. نراقی، ملا احمدبن محمدمهدی (۱۳۷۶)، کتاب *معراج السعاده*، تهران: نشر دهقان

۱۹۱. هرگنهان، السون (۱۳۸۳)، *مقدمه‌ای بر نظریه‌های یادگیری*. ترجمه: علی‌اکبر سیف. تهران: نشر دوران

۱۹۲. همتی مسلک‌پاک معصومه، احمدی فضل‌الله، انوشه منیره.(۱۳۸۹)، «اعتقادات معنوی و کیفیت زندگی: یک مطالعه کیفی از دیدگاه دختران نوجوان مبتلا به دیابت». *کومش*. جلد ۱۲، شمارهٔ ۲ (پیاپی ۳۸): ۱۵۱-۱۴۴.

۱۹۳. همدانی‌زاده, محمودزاده زرندی, عبادی, اسدزندی, کچویی (۱۳۸۹)، «تاثیر اجرای برنامه خود مراقبتی اورم بر شاخص‌های سر درد بیماران مبتلا به میگرن». *مجلهٔ پزشکی کوثر*، ۱۳۸۹; دورهٔ ۱۵، پاییز، شمارهٔ ۳: صفحات ۱۵۵-۱۶۱.

194. Asadzandi (2015)Sound Heart: Spiritual Nursing Care Model from Religious Viewpoint Journal of Religion and Health.volume 54.number 2

195. Asadzandi, Taghizade karati, Tadrisi, Ebadi (2012Estimation of the mortality rate using the APACHE II standard disease severity scoring system in intensive care unit patients.Iranian Journal of Critical Care Nursing;4(4):209-214.

196. Asadi, Asadzandi, Ebadi(2014) Effects of spiritual care based on Ghalb Salim nursing model in reducing anxiety of patients undergoing CABG surgery Iran J Crit Care Nurs.;6(4):142-151

197. American psychological Association (2004) Controlling anger before it cotrols you .http://www.google.com

198. American Nursing Association. (1980)Definition of nursing.Washington DC.American Nursing Publishing

199. Adib-hajbagheri M. (2006). Nurses Perception about the Evidence-Based Nursing: A Qualitative Study. Feiz Quarterly; 11(2): 44-52.

200. Andrew MM, Boyle JS. (2003) Tran cultural concepts in nursing (4th Ed).Lippincott company; 435-436

201. Averill R (1982) Anger and Aggression: an essay on Emotion, New York: Springer –Verlag

202. Alligood MR, Mariner M, Tomey AN (2009) Nursing theory, Utilization and Application.St. Louis: Mosby com.
203. Alderfer, CP. (1972) Existence, Relatedness and Growth Human Needs in Organizational Settings. - Ellis, St.Levis, C.V.Mosby com.
204. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH. Hospital nurses staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. The Journal of American Medical Association 2002; 288:1987-93
205. Abu Ajamieh AR, Misener T, Haddock K S, Gleaton J U. Job satisfaction correlates among Palestinian nurses in the West Bank. International Journal of Nursing Studies.1996; 33(4): 422–432.
206. Burns N. Grove G. (1999).The practice of Nursing Research (conduct, critique and Utilization). Second edition. Philadelphia: W.B. Saunders com.
207. Baldachino D. (2007) Teaching on the spiritual dimension in care to undergraduate nursing students: The content and teaching methods, Nurse Education Today.; 28 (4): 501- 512.
208. Burkhart L, Hogan N.(2008) an experiential theory of spiritual care in nursing practice. Qual Health Res 18(7):928-38
209. Boutell, K.A. Bozett, F.W. (1990).Nurses'assessment of pationts' spirituality: continuing education implications. Jornal of Continuing Education in nursing.21 (4):172-176
210. -Blegen MA. Nurses' job satisfaction: A meta-analysis of related variables. Nursing
211. Research.1993; 42 (1): 36–41.
212. Best MF, Thurston NE. Measuring nurse job satisfaction. Journal of Nursing
213. Administration. 2004; 34(6):283–290.
214. Bjork IT, Samdal GB, Sætre HB, Hansen BS, Torstad SA, Hamilton G. Job
215. Satisfaction in a Norwegian population of nurses: A questionnaire survey. International Journal of Nursing Studies. 2007; 44(5):747–457.
216. Bjorvell H, Brodin B. Hospital staff members are satisfied with their jobs. Scandium Journal of Caring Sciences 1992; 6: 9-16
217. Castle NG. An instrument to measure job satisfaction of nursing home administrators. BMC Medical Research Methodology 2006; 6: 47
218. Clarke JA. Discussion paper about 'meaning' in the nursing literature on spirituality: an interpretation of meaning as ultimate concern using the work of Paul Tillich. International Journal of Nursing Studies 2006;43: 915-21
219. Clarke J. Religion and spirituality: a discussion paper about negativity, reductionism and differentiation in nursing texts. International Journal of Nursing Studies 2006; 43: 775-85
220. Coomber B, Barriball KL. Impact of job satisfactions on intent to leave and turnover for hospital based nurses: a review of the research literature. International Journal of Nursing Studies2007; 44: 297-314
221. Cimete G, Gencalp N, Keskin G. Quality of life and job satisfaction of nurses. Journal of Nursing Care Quality 2003; 18: 151-8
222. Chiu L, Emblen JD, Hofwegen LV, Sawatzky R, Meyerhoff H. An Integrative review of the concept of spirituality in the health sciences. Western Journal of Nursing Research 2004; 26: 405
223. Carpenito, L.J. (1999).Handbook of Nursing Diagnosis, 8th ed. Philadelphia: Lippincott, Williams and Wikins
224. Chin, p. L. and Kramer, M.K. (2004).Integrated Knowledge development in nursing, Mosby patients. British journal of nursing, 12(11):1470-1461
225. Cavendish, R.Konecny, L.;Mitzeliotis, C.;Russo,D., rt al. (2003).Spiritual care activities of nursing using nursing intervention classification (NIC)labels, International Journal of Nursing Terminologies and classifications,

226. Cocker ham W.C. (2008).Medical Sociology. 5th edition. New Jersey: prentice Hall.
227. CavendishR, LuiseB, Horne K, Bauer M, Gallo M. Medefindt J, Carson B (2002). Mental Health Nursing.Philadelphia: WB Saunders com;
228. Dahlen, C&Deffenbacher (2010) Diagnosis of anger disorders.Washingtin DC: Taylor &Francisss.
229. Delaine S, Lander P (2008) fundamentals of nursing standard and practice. Albany international Thomson Publishing
230. Daniels D, Franz RS, Wong KA. Classroom with a worldview: making spiritual assumptions explicit in management education. Journal of Management
231. Drgas, Beverly, witter (1987) Introduction to patient care. Philadelphia; W.B. Sanders com.
232. Dyson J, Cobb M, Forman D. The meaning of spirituality: a literature review. Journal of Advanced Nursing 1997; 26: 1183-8
233. Ellenbecker CH, Byleckie JJ. Home healthcare nurses' job satisfaction scale: refinement and psychometric testing. Journal of Advanced Nursing 2005; 52: 70-8
234. Emami A, Nasrabadi AN. Two approaches to nursing: a study of Iranian nurses. International Nursing Review 2007; 54: 137-43
235. Flanagan NA, Flanagan TJ. An analysis of the relationship between job satisfaction and job stress in correctional nurses. Research in Nursing & Health. 2002; 25(4):282–294.
236. Fulton, R.A.B. (1996) Spirituality and nursing education. Review of research in nursing education, 7,147-127
237. French P. (2002) what is the evidence on evidence-based nursing? An epistemological concern. J Adv Nurs 2002; 37(3):250-7.
238. Fawcett J. (1984). Analysis and Evaluation of conceptual Models of Nursing. Philadelphia: Davis com.
239. Fawcett J. (2006).Contemporary Nursing Knowledge analysis and evaluation of nursing models and theories.Second edition.Philadelphia: F.A. Davis com.
240. Fry LW. Toward a theory of spiritual leadership. The Leadership Quarterly 2003; 14: 693-727
241. Golbasi Z, Kelleci M, Dogan S. Relationships between coping strategies, individualcharacteristics and job satisfaction in a sample of hospital nurses: Cross-ectionalquestionnaire survey. International Journal of Nursing Studies. 2008; 5(12):1800–1806.
242. Griffith, Christensen. (1982). Nursing process application of theories, frameworks and Models. London: Mosby com.
243. GeorgeJ (2007) Nursing Theories,the base for professtional nursing practice (3rd edition )U.S.A.Prentice Hall Com
244. Hark reader H,(2000) Fundamentals of nursing caring and clinical judgment. Philadelphia W.B.Saunders Com.
245. Hulshof C, Hoenen J,(2006). Evidence-based practice guidelines in OHS: Are they AGREE-able? Elsevier
246. Harvey IS, Silverman M.(2007) Role of spirituality in the self-management of chronic illness among older African and Whites. J Cross Cult Gerontol.22(2):205-20.
247. Jackson Personality Research Manual port wuron. Research Psychologists Press. 2000; 24: 540-61
248. Jameson C. Helping people change, Part 2: The magic of motivation. Dent Today 2000; 19(1): 78-81.
249. Kalliath T, Morris R. Job satisfaction among

250. Krahnke K, Giacalone R, Jurkiewicz C. Point counterpoint: measuring workplace spirituality. Journal of Organizational Change Management 2003; 16: 396-405
251. Karren KJ, Hafen BQ, Gordon KJ, Smith NL.(2006) Mind/Body Health: The Effects of Attitudes, Emotions and Relationships. Benjamin Cummings, 3th Edition,
252. Lee L, Connor K, Davidson J. (2008).Eastern and western spiritual beliefs and violent trauma: A U.S. national community survey. Traumatology.14(3):68-76
253. Lunderen S, Nordholm L, Segesten KM. Job satisfaction in relation to change to all-RN staffing. Journal of Nursing Management 2005; 13: 322-8
254. Liu LF. Job satisfaction of certified nursing assistants and its influence on the general satisfaction of nursing home residents: an exploratory study in Southern Taiwan. Geriatric Nursing 2007; 28: 54-62
255. Lu H, While AE, Barriball KL. Job satisfaction among nurses: A literature review.Journal of Nursing Studies. 2005; 42(2):211-227.
256. Lundmark Mikael. Vocation in theology-based nursing theories. Nursing Ethics 2007; 14: 767-80
257. Mooney Bn, Timmins F. Spirituality as a universal concept: student experience of learning about spirituality through the medium of art. Nurse Education in Practice 2007; 7: 275-84
258. Martsolf DS, Mickley JR. The concept of spirituality in nursing theories: differing world-views and extent of focus. Journal of Advanced Nursing 1998; 27: 294-303
259. Manojlovich M, Laschinger S, Heather K. The relationship of em powerment and selected personality characteristics to nursing job satisfaction. Journal of nursing dministration 2002; 32: 586-95
260. McNeese-Smith DK. A content analysis of staff nurse descriptions of job satisfaction and dissatisfaction. Journal of Advanced Nursing 1999; 29: 1332
261. Milliman J, Czaplewski AJ, Ferguson J. Workplace spirituality and employee work attitudes: An exploratory empirical assessment. Journal of Organizational Change Management 2003; 426: 16-47
262. Miner-Williams D. Putting a puzzle together: making spirituality meaningful for nursing using an evolving theoretical framework. Journal of Clinical Nursing 2006; 15: 811-21
263. Makhija N. (2004) Spiritual coping mechanism chronically ill patients, British Journal of Nursing.; 11(22):70
264. Matthew D.(2000) can every nurse give spiritual care? Kansa Nurse. 75(10):4-6
265. McSherry W. Draper P (1998).The debates emerging in the literature surrounding the concept of spirituality as applied to nursing, Journal of Advanced Nursing.; 27
266. Mauk Kl, Shmidt NK. (2004)Spiritual care in nursing practice. Lippincott Company. 51-52
267. Matthew,D.(2010). Can every nurse give spiritual care? Kansa Nurse, 75(10), 6-4;
268. Marquis BL, Huston CJ, (2003) Leadership roles and management functions in nursing. 4th edition. Philadelphia: Lippincott Co.; 2003
269. Makhija N. (2004) Spiritual coping mechanism chronically ill patients, British Journal of Nursing.; 11(22):70
270. McSherry W. Draper P (1998).The debates emerging in the literature surrounding the concept of spirituality as applied to nursing, Journal of Advanced Nursing.; 27
271. Mc Ewen M (2005) Community-based nursing: An introduction.Philadelphia: Saunders
272. Novaco, R (1994) Anger as a risk factor for violence among the mentally disorders
273. Narayanasamy A. (2002) Spiritual Coping mechanisms in chronically ill patients. British journal of nursing. 12(11):1470-1461-
274. Newman B. (1995) the Newman System Model. 2nd ed. Appleton and Lange: Norwalk;

275. Potter PA, Perry AG.(2003). Basic nursing.5th ed. St Louis: Mosby Company. 21-4
276. Pullen L, Tuck I, Mix K. (1996) mental health nurses spiritual perspectives. Journal of Holistic Nursing. 14(2): pp 85-97
277. Pender, NJ. Murdaugh, CL. & Parsons, MA (2002) Health Promotion in Nursing Practice. 4th edition. Prentice Hall. USA.
278. Potter P, Perry A. (2005) Fundamentals of nursing. Second edition. Elsevier. -Potter PA, Perry AG.(2003) Basic Nursing. Mosby Company. 5th ed. p.421-422
279. Pullen, L. Tuck, I. Mix, K. (2006) mental health nurse's spiritual perspectives. Journal of Holistic Nursing. 14(2): pp 85-97
280. Rayburn A. (2004) Religion, Spirituality, and Health. American Psychologist, 59(1): 52-53
281. Russell, A &Fehr, B (1994) Fuzzy cocepts in a fuzzy hierarchy: Varieties of anger.Journal of Personality &Psychology.67, pp186-205
282. Rassool GH. The crescent and Islam: healing, nursing and the spiritual dimension. Some considerations towards an understanding of the Islamic perspectives on caring. Journal of Advanced Nursing 2000; 32: 1476-84
283. Rantz MJ, Scott J, Porter R. Employee motivation: new perspectives of the age-old challenge of work motivation. Nurs Forum 1996; 31(3): 29-36.
284. Redfern S, Hannan S, Norman I, Martin F. Work satisfaction, stress, quality of care and morale of older people in a nursing home. Health & Social Care in theCommunity 2002; 10: 512-7
285. Ruggiero JS. Health work variables and job satisfaction among nurses. Journal of Nursing Administration 2005; 35: 254-63
286. Shaver KH, Lacey LM. Job and career satisfaction among staff nurses effects of job setting and environment. Journal of Nursing Administration 2003; 33: 166-72
287. Saeidi Taheri, Asad zandi, , Ebadi (2014) The effect of spiritual care based on Ghalbe Salim model on the sleep quality of the patients with coronary artery disease. Iran J Crit Care Nurs ;7(2):94-103
288. Schmidt NA, Brown JM.(2009) Evidence-based practice for nurses.canada: Janes and Bartlett.p.5-30.
289. Spector N. (2006) Evidence-based nursing in nursing regulation.Available from: URL: http://www.ncsbn.org/
290. Smith,C.(2004).Fireworks. Retrieved September12, 2006, from URL: http://www.ksu.edu/wwparent/courses/index.htm.
291. SmithSlep,M &Oleary ,S(2007)Multivariate models of mothers and fathers aggression toward their children.Journal of Consulting and Clinidal Psychologu,75.pp739-751
292. Stoll, R. L. (2007) Guidelines for spiritual assessment. American journal of Nursing. 1, 9,577-574
293. Spielberger, C Barker, LRussell R Crane L Westberry J (1999) Anger manangement in parent-adolescent conflict. Journal American of family therapy 27.pp181-193
294. Shelly, J. A., fish, S. (1988). Spiritual care the nurse's role, 3rd ed. Intervarsity press. Illinois
295. Streubert Carpenter. (1990). Qualitative Research in Nursing (advancing the Humanistic Imperative).Philadelphia: Lippincott com.
296. ShellyJ, fish S (1998) Spiritual Care the nurse's role. 3rd ed. Intervarsity press: Illinois;
297. Tarko M (2002). A grounded theory study of the experience of spirituality among persons living with schizophrenia.The University of British Columbia.; 40- 69

298. TaghizadehKarati Keyvan, Asadzandi Minoo, Tadrisi Seyyed Davvod, Ebadi 2010) Effect of Prayer on Severity of Patients Illness in Intensive Care Units.Iranian Journal of Critical Care Nursing;4(1):1-6.
299. Taylor ,G&Navaco R(2005) Anger treatment for people with developmental lities.,A theory evidence and manual based approach ;John Wiley &Sons,Ltd
300. Thompson C, Cullum N. (2007) Examining evidence: an overview. NT Learn Curve 3(1): 7-9.
301. Tomey Ann Marriner (1999) Nursing Theorists and their work.(3rd edition). Philadelphia Mosby Com
302. Tamulty, Gail (1992) Head Nurse Role design improving satisfatction and performance. Journal of nursing administration.22 (2) pp.41-42
303. Trevor M, Clinton M, Robinson S. Job satisfaction in nursing: validation of a new instrument for the UK.Journal of Nursing Management 2005; 13: 296-311
304. Tongprateep T. The essential elements of spirituality among rural Thai elders. Journal of Advanced Nursing 2000; 31: 197-203
305. Timmreck TC. Managing motivation and developing job satisfaction in the health care work environment. HealthCare Manag (Frederick) 2001; 20(1): 42-58.
306. Thomas K, Rita M. Job satisfaction among nursesa predictor of burnout levels. Journal of Nursing Administration 2002; 32: 648-54
307. Verplanken B. Value congruence and job satisfaction among nurses: a human relations perspective. International Journal of Nursing Studies2004; 41: 599-605
308. Willem A, Buelens M, Jonghe ID. Impact of organizational structure on nurses' job satisfaction: a questionnaire survey. International Journal of Nursing Studies 2007; 44: 1011-20
309. Wendy MG. Teaching spirituality in nursing: a literature review. Nurse Education Today 1999; 19:649-58
310. Van Lee Uwen R (.2006) Spiritual Care: implications for nurses, professional responsibility. Journal of Clinical Nursing. 15 (7): 875- 88
311. Vance, D. L. (2001). Nurses, attitudes towards spirituality and spiritual care. Medical Surgical Nursing,forum. 36(3), 30-18
312. Walker Lo. Avant Kc. (2005). Strategies for theory construction in using.4rd edition. New York (USA): Pearson prentice Hall
313. Wachholtz B, Kenneth I, (2005) Is Spirituality Critical Ingredient of Meditation? Comparing the effects of Spiritual Meditation, Secular Meditation and Relaxation on Spiritual, Psychological, cardiac and pain outcomes. Int J Behavioral Medicine. 28,369-375
314. Webber's, Schliemann. J, Schuz.J, Herrmann.E, Vollman. J, Ritner.C ;(2004) ، Ethical decision-making at the of life, knowledge & attitudes of medical studentsDTSCH Med Wochen schr, 129
315. Yoos HL, Malone K, McMullen A, Richards K, Rideout K, Schultz J.(1997) Standards and practice guidelines as the foundation for clinical practice. Journalof Nursing Care Quality. 11(5):48.
316. Yildiz Z, Ayhan S, Erdogmus S. The impact of nurses' motivation to work, job
317. Satisfaction, and sociodemographic characteristics on intention to quit their current job: An empirical study in Turkey. Applied Nursing Research. 2009; 22(2): 113–118
318. Youngjoon S, Jongwook K, Price JL. Thedeterminants of job satisfaction among hospitalnurses: a model estimation in Korea. International Journal of Nursing Studies 2004; 41: 437-46

## ۲. چالش‌های سلامت معنوی

تکیه سلامت از دید غرب متمرکز بر جسم و روان است. حتی در ابعاد معنوی (spiritual) مورد ادعا هم نگرش و دیدی فرویدیسمی دارد که دنیانگر، مادی (ماتریالیستی) و کارکردگرایانه است آنهم صرفا با مختصات دنیوی و در جهت محدود به کارکردها و اهداف مادی و ظاهر هستی و زندگی؛ یعنی رفتار، حرکات و سکنات معنادار در طول زندگی مادی داشتن. به طور خلاصه راحتی و آرامش، نشاط و انرژی مثبت پیدا کردن، امید به زندگی، رفاه و امنیت اجتماعی و ... در طول زندگی دنیوی داشتن و پیدا کردن.

حتی اهداف اصلی مراقبت سلامت معنوی به معنای (تسکین آلام) است.

دید اسلام از نظر هدف و مفهوم زندگی، مفهوم پس از مرگ، عقاید مذهبی و ارزش‌های معنوی کاملا با دید ماتریالیستی غرب متفاوت است. یعنی دید اسلام در جهت کسب کمال و معرفت و رسیدن به بهشت و سعادت اخروی است.

حال با تعریف و ارزیابی غربی از سلامت معنوی اسلامی نماز (ستون دین) که در جهت رساندن انسان به کمال حقیقی و رستگاری ابدی است در ردیف یا حتی پایین‌تر از تمرین‌های یوگا و مدیتیشن و قطعات موسیقی برای هدف آرامش دنیوی مردم قرار می‌گیرد.

چون در ارزیابی‌ها و بررسی‌ها روشی برای اندازه‌گیری کمال حقیقی و رستگاری ابدی وجود ندارد و اصولا اینها قابل اندازه‌گیری نیستند و میزان آن را نمی‌توان تشخیص داد و در نتیجه در کفهٔ قیاس جایشان خالی خواهد بود. اما، اجزای آرامش دنیوی با دید غربی قابل اندازه‌گیری است لذا وقتی اندازه‌گیری شوند یوگا و مدیتیشن و موسیقی برای آرامش دنیوی به تنهایی برنده بوده و نماز با این دید حذف خواهد شد. احساس پشیمانی از گناه و توبه و همچنین ترس از عواقب اخروی گناه چون برای انسان ایجاد نگرانی می‌کند (آرامش انسان را به‌هم می‌زند) می‌شود مذموم و از این‌رو باید توبه و پشیمانی از گناه حذف شود و گناه امری عادی شده و با همین دلیل معاد نیز باید حذف شود.

همچنین، در موضوع مرگ و مکافات اخروی در آخرت هم چون حس و حال خوبی به انسان نمی‌دهد و امر به معروف و نهی از منکر و ... نیز چون آرامش انسان را به‌هم می‌زنند و در انتها بر قائل بودن به خداوند حاضر و ناظر در همه جا که ضابطه و موازین و قوانینی را وضع کرده که لازم‌الاطاعه و لازم‌الاجرا است برای بشر بر همگی آنان نیز باید خط بطلان کشید.

حال پرسش این است که اگر کسی برای هدف متعالی قرب الی الله قدم بردارد که رنج و تعب بسیار دارد (ولی قابل لمس و رویت و اندازه‌گیری نبوده و میزان ارزش آن نیز مشخص و قابل تشخیص نیست) و یا فردی لذت‌های مادی خود را محدود کند تا لذایذ مراتب بالا را

ادراک نماید آیا از دید سلامت معنوی غربی این افراد سالم‌اند یا بیمار؟ چون ماهیت سلامت معنوی با دید غربی سکولار است، هرچه هم سعی شود که با رویکرد اسلامی به آن پرداخته شود باز خروجی کار مسلما سلامت معنوی سکولار خواهد بود؛ زیرا ابزاری برای سنجش آرامش، درد و رنج و ... دنیوی وجود دارد؛ ولی ابزار و روش سنجش و میزان اهمیت برای مسائل اخروی مثل قرب الی الله و ... وجود ندارد.

**دیدگاه نظریه‌پردازان علوم انسانی در مورد سلامت معنوی و ارتباط آن با مذهب**

بعضی از نظریه‌پردازان بر این عقیده‌اند که سلامت معنوی هدفی است که از دو راه قابل رسیدن است: یکی راه مذهبی و دیگری راه غیر مذهبی؛ که افرادی هستند که خدا را قبول نداشته ولی از سلامت معنوی برخوردارند یعنی معنوی‌اند ولی مذهبی نیستند. برخی دیگر، معتقدند که سلامت معنوی دو قسمت دارد: یکی در ارتباط انسان با خالق که ارتباط پیدا می‌کند به مذهب و دیگری در ارتباط انسان با خود، جامعه و محیط که مرتبط است با مسائل روان‌شناختی، اجتماعی است و این قسمت ارتباطی با مذهب ندارد. گروهی دیگر را عقیده بر این است که فقط از طریق مذهب می‌توان به سلامت معنوی رسید و معنویت سکولار قادر به تامین مواهب دنیوی و اخروی سلامت معنوی نیست.

از ارشادات و راهنمایی‌های مقام معظم رهبری این‌طور استنباط شده است که فرهنگستان علوم پزشکی در موضوع سلامت معنوی از دید اسلام نباید دنبال درست کردن سلامت روح و معنا و قلب معنوی پیدا کردن جامعه باشد این کار بر عهدهٔ علمای دین و روحانیون و صاحب‌نظران علوم انسانی است ولی ممانعتی از استفاده از خصوصیات معنوی دین مبین اسلام، آموزه‌های دینی و سیرهٔ زندگی رسول اکرم (ص)، ائمه اطهار و اولیاء الله و ... در ابعاد پیشگیری و ارتقای سلامت جسم و روان و سلامت اجتماعی جامعه وجود ندارد. در ضمن، ایشان توجه دادند که استفاده از روش‌های غربی چون تفکر دین‌ستیزی دارند غلط است. از این رو، از سلامت معنوی در جلسات متعددی در فرهنگستان بحث شد و با عنایت به اعتقاد عمیق ریاست محترم فرهنگستان به دیدگاه سوم که معنویت دست‌ساز بشر (spiritual) غیر دینی است و پذیرفتنی نیست و جز با عمل به واجبات و ترک محرمات دین اسلام و تزکیه و سیر و سلوک در مسیر حق به سلامت معنوی نمی‌توان دست یافت؛ مسیر حرکت سلامت معنوی در فرهنگستان علوم پزشکی مشخص شد.

سلامت معنوی یک موضوع گسترده و پیچیده و چندبعدی است. توجه به آن در کشور وقتی شروع شد که غرب بالاخص امریکا در چند دهه اخیر موضوع سلامت معنوی و مراقبت از

سلامت معنوی را با دید ماتریالیستی مطرح و روی آن تحقیقات متعددی انجام داد و نشریات متعددی روزافزون در سطح جهان منتشر کرد. در درون کشور با عنایت به شاخصه منحصر به‌فرد بودن معنویت و سلامت معنوی از دید دین مبین اسلام و وجود دریای اطلاعات از متون بیادگار باقیمانده از تجربه‌های موفق علمی عرضه کنندگان خدمات سلامت در گذشته (حکیمان گذشته)؛ که هم ارائه کننده خدمات جسم و روان و هم به‌دلیل اطلاع از حکمت و عرفان و فلسفه اسلامی پزشک روح و بعد معنوی سلامت بودند؛ فرهنگستان علوم پرشکی را بر آن داشت که با ورود به این بحث و استفاده از توانمندی علمی در این مطلب بکر و پربهره در سراسر کشور و به‌خصوص حوزه‌های علمیهٔ طرحی نو با پشتوانه اسلامی و بر پایهٔ شواهد تهیه و پیشنهاد و ارائه کند تا هم به تشنگان و علاقه‌مندان به موضوع در درون کشور مسیر داده و هم متون اسلامی را جمع‌آوری کند تا به متون غربی که از معنویت اسلامی تهی است پناه نبرند و هم غربی‌ها را متوجه گوهر گرانبهای معنویت اسلامی بنماید.

به‌علت بکر و نو بودن مطلب و وسعت دریاگونهٔ موضوع قدم اول بیان تعریفی جامع و مورد وثوق از موضوع بود که وقت بسیار گرفت ولی مورد رضایت خاطر همگان قرار نگرفت و به علت نبود کارشناس مطلع و محاط بر موضوع سلامت معنوی اسلامی در کشور و نبودن مخزن اطلاعات علمی برای مراجعه به آن و به‌حد وفور و سهل در اختیار و دسترس بودن متون غربی دربارهٔ موضوع برای تشنگان و علاقه‌مندان به مطلب (که جاذبهٔ بسیار برای‌شان ایجاد می‌کرد و به آن پناه می‌بردند) لزوم و ضرورت دقت و توجه بسیار خاص و ریزبینانه ریاست محترم فرهنگستان را برای ورود به موضوع می‌طلبید که از طریق ورود دیدگاه غربی با تفکر لائیک در سلامت معنوی اسلامی خدشه‌ای وارد نشود که بحمدالله حاصل و در جهت حصول و دست‌یابی به این قصد، ایشان را بر آن داشت که دست استمداد به‌سمت کانون‌های درگیر در مسائل اسلامی، دانشگاه‌ها و حوزه‌های علمیه بالاخص قم دراز کند، تا دیدگاه‌ها و ارشادات آن‌ها در بدو شروع اعمال شود.

متاسفانه فرهنگستان در این استمدادطلبی با واکنش مشتاقانه که مورد توقع بود مواجه نشد از این رو، با در نظر گرفتن جمیع جهات و امکانات در اختیار پس از بحث‌های طولانی هدف را محدود نمود به جمع‌آوری و تلخیص و مدون کردن مستندات تلخیص شده از قران کریم، نهج‌البلاغه، احادیث و روایات مستند از سلوک و رفتار (سیره) ائمه اطهار و علما و بزرگان دین اسلام و تکیه و تمرکز بر سبک زندگی اسلامی که آغشته به معنویت اسلامی است، در جهت پیشگیری و ارتقای سلامت در ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی در مراحل پریمورديال preconception و conception و Primary prevention ازسنین ۰-۸ سالگی که سن بسیار

حساس برای رشد( development) انسان است در جهت استفاده از سلامت معنوی اسلامی با هدف پیشگیری برای تامین رکن چهارم سلامت (سلامت معنوی) و رسیدن به هدف تامین و ارتقای سلامت فرد و جامعه در همه ابعاد در جامعه مورد هدف با توجه به اهمیت، وسعت دامنه، پیچیدگی و چند بعدی بودن سلامت معنوی و اختلاف بنیادین بین سلامت معنوی از دید اسلام و غرب و توان علمی در اختیار و رعایت شرح وظایف فرهنگستان علوم پزشکی و ورود بحث به جامعه علمی، دانشگاهی علوم پزشکی و متاسفانه اجرائی و عملیاتی کردن آن در بعضی دانشگاه‌های کشور بدون هدف و نظارت و از روی برداشت‌های شخصی و تقلید از متون غربی با عنوان‌های spiritual health و spiritual care و .... به‌علت بکر بودن مطلب در زمان حال از دید اسلام و نبود کارشناس در مورد موضوع و نبود متون علمی تلخیص شده و منتشر شده جهت بهره‌گیری مشتاقان. با قبول و اعتقاد بر آنکه توسعه و ارتقای سلامت معنوی جامعه به طور عام از وظایف حوزه‌های علمیه، جامعه شناسان و متخصصین حوزه علوم انسانی بوده نه فرهنگستان علوم پزشکی پس از بحث‌های متعدد در جلسات کارشناسی و گردهمایی‌ها و استفاده از بارش فکری صاحب‌نظران با حداکثر توجه به جمیع جهات بالاخص آلوده نشدن معنویت اسلامی به لائیسم مخفی غربی موجود در spiritualism.

**هدف:** هدف فرهنگستان در مقوله سلامت معنوی عبارت است از: جمع‌آوری، طبقه‌بندی، تهیه بسته‌های مدون شده علمی، قابل آموزش، ساده، و قابل فهم از متون اسلامی و احادیث و روایات معتبر و سیرهٔ زندگی پیامبر گرامی و ائمه اطهار علیهم السلام و زندگی علمای دین با تدبیر کردن و به‌کار گرفتن آنچه از دید اسلامی در اعراض نفسانی نافع و رد آنچه مضر است. در مراحل مقدماتی و اولیهٔ بیماری‌های جسمی، روانی، و اجتماعی برای حفظ و اعتدال و ارتقای کیفی صحت و سلامت ۰-۸ ساله‌ها می‌توان با توجه به هدف ذکر شده چالش‌ها، مشکلات و موانع ذیل را برای اجرایی کردن سلامت معنوی اسلامی پیش‌بینی و ذکر کرد:

۱. فراموش شدن مطلب در گذشت تاریخ و تازه و نو و بکر بودن آن برای جوامع فعلی از دید اسلام؛
۲. گستره و پیچیده و چندبعدی بودن مطلب؛
۳. وجود دیدگاه‌های متعدد، متلون، مختلف در جلسات و گردهمایی‌ها در هنگام بارش فکری؛
۴. نبود چارچوبی مشخص شده برای موضوع از دید اسلام و نبود تعریفی مدون و جامع الاطراف و پذیرفته شده برای همه؛

۵. نبود کارشناس مطلع در مورد مطلب در جامعه، حوزه‌های علمیه، دانشگاه‌های سراسر کشور؛
۶. نبود مخزن اطلاعات و حتی خلأ شدید و نبود مقالات، منابع و متون مشخص و مدون اسلامی در مورد سلامت معنوی اسلامی برای مراجعه به آن‌ها؛
۷. غنی، هدفدار و جهت‌دار و کارشناسی و جذاب و در دسترس بودن متون غربی دربارهٔ معنویت؛
۸. مراجعه به منابع غربی در اختیار و ورود تفکر و دید ماتریالیستی، در بحث‌ها و تصمیم‌گیری‌ها در جلسات و گردهمایی‌ها برای پر کردن خلأهای علمی سلامت معنوی اسلامی؛
۹. تمایل به همکاری نداشتن حوزه‌های علمیه و دانشگاه‌های دینی در کشور؛
۱۰. علاقه نداشتن و درگیر نشدن نظام پژوهشی، آموزشی و خدمات سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سایر سازمان‌های مسئول و مربوط به این امر مهم که در سطوح دانشگاهی خدماتی کشور نفوذ کرده‌اند؛
۱۱. اجرای پراکنده با برداشت‌های شخصی و تعیین چارچوب، هدف بدون نظارت و هدایت و برنامه‌ریزی خودسرانه از متون غربی در بعضی مراکز و موسسه‌ها در کشور؛
۱۲. نبود تایید و تصویب قانونی از طرف شورای قانونی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در موارد در حال اجرا؛
۱۳. نبود دستگاه نظارتی و ارزیابی درونی و برونی برای بررسی مراحل و اثرخدمات ارائه شده این گروه‌ها روی انتخاب شدگانی که خدمت دریافت کرده‌اند؛
۱۴. نبود توانایی‌ها و توانمندی‌های مورد نظر مدون شده از ابعاد دانش و مهارت‌ها برای فارغ التحصیلان در سطوح تدریس (مدرس) و در سطوح القاء به مراجع؛
۱۵. نبود کاریکولوم مدون برای رسیدن به اهداف و توانمندی‌های مورد نظر؛
۱۶. نبود مدرسان توانمند برای آموزش؛
۱۷. نبود مجموعه‌های آموزشی برای مدرسان در سطوح مختلف و برای توضیح دهندگان به مراجعان در گروه‌های مختلف، و برای حساس‌سازی جامعه به طور عام و ... با زبان ساده و قابل فهم؛
۱۸. نبود برنامه‌ریزی برای مشخص کردن روش‌های علمی، موثر، جذاب برای مخاطبان از طرق شنیداری، گفتاری، نوشتاری، دیداری، تماس رو در رو، مجازی یا غیر مجازی موثر، برای آموزش و یا القای مطالب؛

۱۹. نبود پیشنهاد مشخص برای اجرای چگونگی، ورود نکردن به حیطهٔ عقاید و ایمان مراجعه‌کنندگان و مراجعه‌شوندگان از طرق مختلف مثل گرفتن شرح حال یا صحبت‌های رو در رو؛
۲۰. نبود راهکار مناسب برای اعتماد نکردن به افکار و چارچوب و اهداف و نوشته‌های غربی در مورد معنویت و مانع نفوذ و ورود لائیسم مخفی از طریق به سلامت معنوی اسلامی؛
۲۱. نبود چارچوب و راهکار برای دخالت نکردن در حوزهٔ حفظ و حراست و توسعهٔ و ارتقای معنویت (سلامت نفسانی و روحانی) جامعه یعنی تامین سلامت معنوی جامعه که از وظایف حوزه‌های علمیه، جامعه‌شناسان و متخصصان حوزه‌های علوم انسانی و جز این‌هاست؛
۲۲. نداشتن چارچوب و تعریفی مدون از سبک زندگی اسلامی ـ ایرانی که کاملا با موضوع خدمات سلامت معنوی اسلامی است ارتباط تنگاتنگ دارد؛
۲۳. نداشتن اطلاعات و آمار از عوامل تخریب کنندهٔ سلامت معنوی اسلامی در جامعه؛
۲۴. نداشتن اطلاعات علمی از عوامل حفاظتی سلامت معنوی اسلامی در جامعه؛

# فصل یازدهم

## مسایل اخلاقی مراقبت‌های معنوی

**مقدمه**

در سال‌های اخیر توجه به مفهوم سلامت معنوی و مراقبت معنوی در حوزه سلامت اهمیت بیشتری یافته است. چرایی و چگونگی شکل گرفتن و افزایش تمایل به معنویت و نقش آن در حوزهٔ سلامت اگر چه از حوصله این نوشتار خارج است اما شاید بتوان گفت که این رویکرد، با رویکرد متناظر و هم‌زمان در ارائه مراقبت‌های پزشکی مرتبط بوده و در برخی موارد شاید در بردارنده رابطه سببی و علی باشد که مستند کردن این ارتباط مستلزم کار تحقیقی و تاملات فلسفی[1] است. از جمله این تغییرات مهم می‌توان به عواملی مانند افزایش نقش بیمارستان‌ها و سایر مراکز ارائه خدمات درمانی در روند رسیدگی به بیماران[2]، نگریستن روز افزون به وقایع زیستی انسان‌ها از منظر پزشکی[3]، رشد بسیار چشمگیر نقش فناوری‌های جدید در روند ارائه خدمات سلامت به دریافت کنندگان این خدمات از جمله بیماران، تغییر الگوی بیماری‌های کشنده از بیماری‌های عفونی و حاد به بیماری‌های مزمن، افزایش امید به زندگی و پیرشدن جوامع و بالتبع پیر شدن نسبی دریافت کنندگان خدمات سلامت، تغییرات قابل توجه در سطح

---

1. Philosophical Deliberation
2. Hospitalization
3. Medicalization

سواد و آگاهی‌های عمومی نسبت به مسایل درمانی و پزشکی، افزایش نقش مردم در تصمیم‌سازی‌های اجتماعی و سیاسی، تثبیت حق بر دریافت خدمات سلامت برای شهروندان و متعاقب آن پدیدار شدن جنبش‌های حقوق مدنی و جنبش حقوق بیماران[1]، تحولات فلسفه سیاسی[2] و تاثیر آن بر مواردی از جمله شرح وظایف دولت‌ها و حاکمیت‌های ملی و تسری پیدا کردن این وظایف به فهرست تکالیف قطعی و اجتناب ناپذیر خدمات عمومی، توسعه فناوری اطلاعات و سرعت گرفتن تحقق مفهوم جهانی شدن در ابعاد مختلف، افزایش قابل توجه در تکثر نژادی و فرهنگی در دایره حاکمیت‌های ملی، افزایش نقش سازمان‌های بین‌المللی متولی سلامت به ویژه سازمان جهانی بهداشت[3]، ایجاد نگرانی‌های مشترک بین‌المللی در عرصه سلامت مانند بیماری‌های نوظهور و بازظهور اشاره کرد. هم‌زمان با این تغییرات مهم در نیمه دوم قرن بیستم نیاز توجه بیشتر به مفهوم معنویت در عرصهٔ سلامت بیش از پیش مشخص شد. در مجموع شاید بتوان افزایش تمایل اخیر برای توجه به مفهوم معنویت در نظام‌های سلامت را پاسخی به تبدیل شدن گفتمان علم پزشکی از یک گفتمان مراقبت‌محور به یک گفتمان درمان‌محور مبتنی بر فناوری و بر پایهٔ درک تجربی از انسان در طول دورهٔ جدید قلمداد کرد (۱). این تمایل تا جایی پیش رفت که برای اصلاح تعریف سلامت در سال ۱۹۴۸ بر اساس تصویب اعضای سازمان جهانی بهداشت تعریف استاندارد سلامت که در حال حاضر نیز پذیرفته شده است (۲)، پیشنهاد شد. این تغییرات پیشنهادی بیشتر متمرکز بر اضافه کردن بعد معنوی در تعریف سلامت بود (۳). در تعریف فعلی سلامت وضعیتی به شمار میآید که در آن رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی برقرار باشد. بر اساس این تعریف افراد به صِرف نداشتن بیماری یا نقص جسمی سالم به شمار نمی‌روند[4].

به‌رغم طرح مکرر این پیشنهاد در نشست‌ها و جلسات سازمان جهانی بهداشت و با به‌رغم اینکه قطعنامه مجمع عمومی سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۸۴ سلامت معنوی را به عنوان یکی از راهبردهای کشورهای عضو پیشنهاد داده است اینکه چرا تا اکنون اضافه کردن بعد معنوی در تعریف رسمی سلامت به تصویب این مهم‌ترین نهاد بین‌المللی حوزه سلامت نرسیده است، خود مستلزم بررسی دقیق است(۴). برای روشن شدن ابعاد مختلف این موضوع شاید نگاهی به تجربه چند دهه گذشته پیرامون همین تعریف رسمی فعلی مبتنی بر سه بعد

1. Patients' Rights Movement
2. Political Philosophy
3. World Health Organization (W.H.O)
4. Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.

سلامت جسمی، روانی و اجتماعی بتواند راهگشا باشد. به نظر می‌رسد قابل لمس‌ترین بعد از ابعاد سه گانه، جنبهٔ جسمی سلامت باشد. به عبارت دیگر، آنچه که پزشکان به صورت سنتی انجام می‌دهند تشخیص بیماری‌های جسمی انسان و تلاش برای درمان آن‌ها و در نهایت بازتوانی بیماران بوده است. در این حالت سطحی خاص از سلامت جسم افراد به عنوان وضعیت استاندارد سلامت جسمی در نظر گرفته می‌شود و شاخص‌های گوناگونی برای این حالت تعریف می‌شود. تلاش پزشکان تلاش می‌کنند که در صورت تغییر شاخص‌های سطح سلامتی (که آن را بیماری جسمی می‌نامند) آن را به حالت استاندارد (سالم) برگردانند. به نظر می‌رسد اگر چه که در نهایت ترسیم مرزی دقیق برای سلامت جسمی و تفکیک افراد به لحاظ جسمی سالم از افراد به لحاظ جسمی بیمار، هم امری بسیار مشکل و شاید بعید باشد، اما در مجموع می‌توان ادعا کرد در بسیاری از موارد، چنین تفکیکی قابل تصور است. به عبارت دیگر اینکه فردی را از لحاظ جسمی بیمار بنامیم، کاملاً پذیرفته و موجه است و مرجع این اظهار نظر نیز پزشکان و حرفه‌مندان پزشکی هستند. به همین سیاق در یکی دو قرن اخیر گروهی از متخصصان و دانشمندان به ویژه در حوزه روانشناسی تلاش نمودند استانداردهای روانی و رفتاری انسان‌ها را نیز تدوین نمایند. در این میان روانپزشکان و سایر بالین‌گران، مسئولیت تشخیص و درمان انحراف از استانداردهای مذکور را بر عهده گرفتند. بر اساس این تشخیص افرادی به عنوان بیمار روانی شناخته می‌شدند که قبل از آن یا به عنوان بیمار روحی از آن‌ها یاد می‌شد و یا سالم به حساب می‌آمدند. در این موارد دیگر تفکیک افراد سالم و بیمار به راحتی بعد جسمانی نبوده، مرز بین فرد سالم و بیمار مبهم‌تر و پذیرش بیماری روانی به خاطر ماهیت غیر عینی[1] آن اغلب سخت‌تر از بیماری جسمی است. اما کماکان اینکه فردی را از لحاظ روانی بیمار بنامیم تا حدود زیادی موجه و پذیرفته به نظر می‌رسد. اما در عین حال در نظر گرفتن بعد روانی در تعریف سلامت این تعریف را تا حدی از عینیت[2] دور می‌کند و کم و بیش از کارآیی این تعریف برای تفکیک افراد بیمار و سالم می‌کاهد. اما اگر تجربه بشری در مورد بعد اجتماعی انسان که در تعریف رسمی و جهانی سلامت به آن اشاره شده است، مد نظر قرار گیرد، به راحتی روشن می‌شود که اصولاً شاخصه‌هایی از این جنبه انسان تاکنون نتوانسته است مانند دو بعد جسمی و روانی برای تفکیک افراد از لحاظ اجتماعی سالم و ناسالم فراهم کند. آنچه که در سال‌های پس از ۱۹۴۸ در مورد بعد اجتماعی سلامت به آن پرداخته شد اغلب در قالب مؤلفه‌های اجتماعی

1. Non- Objective
2. Objectivity

سلامت[1] و یا شاخص‌هایی برای سلامت اجتماع مد نظر قرار گرفته است[۲(۵)]. به عبارت دیگر، این بخش از تعریف سلامت انسان نتوانسته است. ابزارهای معتبری برای سنجش بعد اجتماعی سلامت، در سطح فردی معرفی نماید که با استفاده از آن‌ها بتوان به راحتی فردی را از لحاظ اجتماعی سالم و یا بیمار تشخیص داد و بر اساس آن گفتمانی مبتنی بر پیشگیری، تشخیص، درمان و توانبخشی تعریف نمود. آنچه که امروز بیش‌تر در حوزه سلامت از سلامت اجتماعی درک می‌شود، موضوع مؤلفه‌های اجتماعی و زمینه‌ای است که بر سلامت جسمی و روانی انسان اثر می‌گذارد. آنچه مشهود است با توجه به ماهیت سلامت معنوی و غیر عینی بودن مفاهیم مرتبط با آن، برداشت‌های متنوع از مفهوم معنویت و پیوستگی پررنگ موضوع با مسائل اعتقادی، دینی و مذهبی بحث مستقل از بعد معنوی انسان در کنار بعد جسمی، اجتماعی و روانی در درون گفتمان پزشکی چندان آسان نباشد.

از سوی دیگر، همان‌طور که بعد اجتماعی سلامت با استفاده از مفهوم مؤلفه‌های اجتماعی سلامت به دو بعد دیگر که عینیت بیشتری داشته اند یعنی سلامت جسمی و روانی مرتبط شده و شاخص‌هایی برای آن تعریف شده است، به نظر می‌رسد در دهه‌های اخیر مفهوم سلامت معنوی به اشکال مختلف در حوزه علوم پزشکی مطرح شده است. از جمله با وجود تغییر نکردن تعریف رسمی سلامت و مشکلاتی که در این زمینه وجود داشته است، اما در دهه‌های اخیر در نظر گرفتن بعد معنوی در ارائه مراقبت‌های پزشکی همواره مورد توجه سازمان‌های سیاست‌گزار و نهادی مسئول در اعتبارسنجی مراکز ارائه مراقبت‌های سلامتی در کشورهای مختلف بوده است[(۶ و ۷)]. اگرچه که در مورد سلامت معنوی در بعد فردی و اجتماعی پژوهش‌های بسیاری انجام شده است، و این تحقیقات تا جایی پیش رفته که روش‌ها و ابزارهایی برای کمی کردن میزان سلامت معنوی انسان‌ها پیشنهاد داده‌اند(۹ و ۸)، اما توجه به این واقعیت بسیار مهم است که آنچه امروز به عنوان مراقبت‌های معنوی در عرصهٔ نظام‌های سلامت و ارائه خدمات پزشکی از آن یاد می‌شود، با سلامت جسمی و روانی در ارتباط است. به طور کلی، این مباحث در دو دسته تقسیم‌بندی می‌شوند. دسته اول، ناظر به تاثیر اعمال و مداخله‌هایی بر سلامت جسمی و روانی افراد است که از منظر پژوهشگر ماهیت معنوی دارند. برای مثال، بحث پیرامون این سؤال که اعتقادات مذهبی از قبیل اعتقاد به وجود پروردگار بر میزان بروز یک نوع سرطان خاص و یا میزان افسردگی افراد چه تاثیری می‌گذارد در این دسته جای می‌گیرد. دسته دوم،

1. Social Determinants of Health
2. The proposal of five dimensions of social well-being, social integration, social contribution, social coherence, social actualization and social acceptance.

مربوط به در نظر داشتن جنبه‌های معنوی فردی و اجتماعی انسان‌هایی است که برای دریافت خدمات سلامت استاندارد فعلی مراجعه می‌کنند. مثلاً احترام به اعتقادات بیماران در حین انجام مداخلات پزشکی مرسوم یک تکلیف حرفه‌ای تلقی می‌شود. از سوی دیگر، به نظر می‌رسد با توجه به نوپا بودن توجه به سلامت معنوی اغلب تلاش‌های این حوزه در مرحله تحقیقاتی قرار داشته باشد. از این رو، در این فصل ابتدا ملاحظات اخلاقی اصلی در پژوهش‌های مرتبط با سلامت معنوی و سپس ملاحظات اخلاقی پیرامون سلامت معنوی در محیط‌های بالینی و در حیطه ارائه خدمات در سطوح مختلف نظام سلامت با تعریف فعلی آن، مورد بحث و بررسی قرار خواهد گرفت. روشن است که بحث سلامت معنوی فارغ از سلامت جسمی و روانی، موضوعی بسیار مهم و کلان در حوزه اعتقادی است و آنچه که در این نوشتار به آن پرداخته می‌شود تنها ناظر به وجهی از مفهوم گسترده و عمیق معنویت است که با مفهوم قراردادی فعلی سلامت که پیرامون بُعد جسمی و روانی انسان گفتگو می‌کند، در تعامل و ارتباط است.

**جنبه‌های اخلاقی در انجام تحقیقات مربوط به سلامت معنوی:**

به طور کلی، تحقیقات مربوط به سلامت معنوی در این نوشتار از استانداردها و هنجارهای عمومی تحقیقات زیست ـ پزشکی تبعیت می‌کنند. اصولاً در این‌گونه تحقیقات که با شرکت‌کنندگان انسانی سر و کار دارند اصول و قواعد ویژه‌ای حکم فرماست که توسط نهادهای مسئول در سطوح مختلف ملی و بین‌المللی اعلام می‌شوند. در ایران مسئولیت تدوین دستورالعمل‌ها و استانداردهای مربوط به اخلاق در پژوهش‌های زیست‌پزشکی بر عهده کمیته ملی اخلاق در پژوهش‌های زیست ــ پزشکی مستقر در معاونت تحقیقات و فناوری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است. در حال حاضر، راهنمای عمومی اخلاق در پژوهش‌های علوم پزشکی مصوب ۱۳۹۲ شامل ۳۱ بند است که بر اساس قانون فعلی همهٔ پژوهشگران در همهٔ تحقیقات پزشکی باید آن را رعایت کنند. این دستورالعمل ضمن تاکید بر لزوم انجام تحقیقات به عنوان راه اصلی برای به دست آوردن شواهد علمی و بر اساس اصول اخلاقی به ویژه کرامت انسانی، مبانی و ارزش‌های اسلامی و ملی تدوین یافته است. بر اساس بند اول این راهنما، هدف اصلی هر پژوهش باید ارتقای سلامت انسان‌ها توأم با رعایت کرامت و حقوق ایشان باشد. از این رو، مهم‌ترین رکن اخلاقی هر پژوهش سؤال ویژه‌ای است که تحقیق برای پاسخ دادن به آن طراحی می‌شود. در اینجا آنچه که مهم به نظر می‌رسد طی کردن دقیق مراحل استاندارد در طراحی پژوهش است. انجام تحقیق برای پاسخ دادن به یک نیاز و یا یک سؤال که در چشم‌انداز آینده بتواند مشکلی از جامعه را حل کند در این بین امری کلیدی است.

به نظر می‌رسد انجام تحقیق برای تحقیق و با انگیزه‌هایی مانند افزایش انتشارات و مانند آن با اصول اولیه اخلاق در پژوهش سازگار نیست. در عین حال طی کردن فاز اکتشافی، وجود منطق محکم که انجام مطالعه انسانی را توجیه کند، انجام مراحل کار آزمایشگاهی و فاز حیوانی دقیق و درست، پرهیز از عوام‌زدگی و عجله و مرور دقیق متون قبلی، پایه‌های انجام یک پژوهش درست و اخلاقی را شکل می‌دهند. واضح است که ملاحظات اخلاقی در مورد پژوهش‌های مداخله‌ای که روی انسان انجام می‌شوند از اهمیت بسیار بیشتری برخوردارند. نکته قابل توجه در اینجا اولویت انجام تحقیقات مشاهده‌ای بر تحقیقات مداخله است، به این مفهوم که برای مثال اگر کشف ارتباط انجام یک فعالیت معنوی خاص و تاثیر احتمالی آن بر شاخص‌های سلامت جسمی و روانی از طریق مشاهده و مقایسه گروهی از افراد که آن فعالیت را به عنوان بخشی از فعالیت عادی خود انجام می‌دهند با کسانی که آن را انجام نمی‌دهند ممکن باشد، طراحی یک مطالعهٔ مداخله‌ای فاقد توجیه اخلاقی است؛ چرا که در هر مداخله پژوهشی افراد شرکت‌کننده را در معرض ریسک‌های مختلف پیش‌بینی شده و پیش‌بینی نشده‌ای قرار می‌دهد که مسئولیت آن بر عهده پژوهشگر است.

**۱. سلامت و ایمنی شرکت‌کنندگان و ذی نفعان پژوهش‌های حوزه سلامت معنوی**

در پژوهش‌های بر روی انسان‌ها، مهم‌ترین اولویت در نظر گرفتن سلامت و ایمنی شرکت‌کنندگان و سایر افرادی است که در پژوهش نقش دارند. به نظر می‌رسد اولین سؤالی که هر پژوهشگر لازم است از خود بپرسد این است که چه کسانی ممکن است در اثر این پژوهش در معرض خطر قرار بگیرند و آسیب ببینند؟! در مورد پژوهش‌های مربوط به سلامت معنوی این امکان وجود دارد که افراد شرکت‌کننده در پژوهش، محققان و یا جمع‌آوری‌کنندگان داده‌ها مانند پرسشگران و از همه مهمتر گروه‌های جمعیتی خاصی مورد آسیب قرار بگیرند. البته، آسیب‌های محتمل محدود به آسیب‌های فیزیکی نیستند ممکن نیست و طیفی از آسیب‌های جسمی، روانی، اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و اعتقادی را در بر بگیرند. برای مثال، در یک پژوهش مداخله‌ای که بر روی انسان‌ها برای سنجش اثر یک متغیر معنوی طراحی می‌شود ممکن است مداخلهٔ مذکور یا نحوهٔ سنجش آن در بردارنده آسیب‌های جسمی باشد، یا اینکه پرسشگرانی که برای پرسیدن برخی سؤالات مربوط به مسائل اعتقادی و معنوی جمعیت خاص استخدام شده باشند، به دلیل ماهیت این‌گونه سؤالات که منجر به برانگیختن حساسیت افراد می‌شود احتمال دارد در معرض برخورد فیزیکی یا آزار کلامی برخی افراد قرار گیرند. آسیب‌های محتمل دیگر در انجام پژوهش‌های سلامت معنوی در بردارنده آسیب‌های ناشی از

عدم حفاظت کافی از اطلاعات مربوط به افرادی است که در پژوهش شرکت می‌کنند. اصولاً اطلاعات معنوی، اعتقادی و مذهبی افراد بسته به محل زندگی، شرایط فرهنگی و سیاسی موجود، ممکن است از محرمانه‌ترین و حساس‌ترین داده‌های زندگی افراد به حساب آیند که فاش کردن آن‌ها ممکن است به خسارت‌های مختلفی به ویژه خسارت روانی، اجتماعی و حتی اقتصادی بینجامد. برای مثال، فاش کردن اطلاعات حساس مربوط به اعتقادات فردی و دینی افراد ممکن است به برچسب خوردن[1] طرد شدن آن‌ها از طرف خانواده بینجامد و یا حتی شغل و حیثیت افراد را به طور مستقیم متاثر کند. برچسب خوردن افراد می‌تواند مبنای اعمال تبعیض[2] علیه آن‌ها قرار گیرد. واضح است که خود اعمال تبعیض می‌تواند به آسیب‌های مختلف و محدودیت‌های متنوع منتهی شود. به همین شکل گروه‌ها و جمعیت‌های مورد مطالعه هم می‌توانند در معرض آسیب‌های جدی قرار گیرند. برای مثال، سنجش سطح سلامت معنوی در یک محل و گروه اجتماعی خاص مانند افراد ساکن یک استان، شهر، محله، و یا سنجش آن در مشاغل و حرفه‌های خاص و مقایسه آن با سایر حرفه‌ها و مشاغل ممکن است خطر برچسب خوردن گروه‌های مذکور را به دنبال داشته باشد. در مورد کشورهایی که افراد با پیشینهٔ قومی یا نژادی متنوع در آن زندگی می‌کنند این موضوع اهمیت بیشتری دارد. معمولاً اولین قدم برای حصول اطمینان از خطر حداقلی[3] برای شرکت‌کنندگان در پژوهش اطمینان از این نکته است که تیم پژوهشی صلاحیت فنی و علمی[4] کافی را برای انجام تحقیق دارد. خطر یا ریسک حداقل اصولا به میزانی از خطر اطلاق می‌شود که افراد در زندگی روزمره خود با آن روبه‌رو هستند. این نکته در وهلهٔ اول باید در مورد پژوهشگر اصلی[5] بررسی شود؛ چرا که بر اساس استانداردهای پذیرفته شده اخلاق در پژوهش تمام مسئولیت انجام تحقیق اصولاً بر عهده محقق اصلی است و این فرد است که باید از انجام درست تمام مراحل طراحی و انجام پژوهش اطمینان حاصل کند. اگرچه که معمولاً پژوهش‌های حوزهٔ سلامت معنوی با مداخلات خطرناک همراه نیستند اما به هر حال اصل اینکه پژوهش با شرکت‌کنندگان انسانی فقط در صورتی اخلاقاً موجه است که منافع بالقوه‌ی آن برای هر یک از شرکت‌کنندگان بیش‌تر ازخطرهای بالقوهٔ آن پژوهش باشد. بر اساس کدهای عمومی اخلاق در پژوهش ایران مواردی از قبیل سرعت، سهولت کار، راحتی پژوهشگر، هزینهٔ پایین‌تر و یا صرفاً عملی بودن آن به هیچ وجه

1. Stigmatization
2. Discrimination
3. Minimal Risk
4. Technical and Scientific Competency
5. Principal Investigator

نباید موجب قرار دادن انسان‌ها در معرض خطر یا زیان افزوده یا تحمیل هرگونه محـدودیت بـه آن‌ها شود. در هر حال، بر اساس همین دستورالعمل اگر در حین اجرای پژوهش مشخص شـود که خطر شرکت در این پژوهش برای شرکت‌کنندگان بیش از فواید بالقوه‌ی آن اسـت، بایـد آن پژوهش بلافاصله متوقف شود.

**۲. لزوم مستند کردن دقیق مراحل مختلف پژوهش**

یکی از اصول مهم در انجام دادن پژوهش‌ها مستند کردن تمام مراحل پژوهش است. بـر اسـاس استانداردهای موجود، همه پژوهش‌ها لازم است بر اساس و منطبق بر یـک طـرح انجـام شـوند. این طرح‌ها لازم است ابتدا در یک شورای علمی و پژوهشی متشـکل از متخصصـان مـرتبط بـا حوزه سلامت معنوی که صلاحیت داوری و ارزیابی علمی پـژوهش را داشـته باشـند، ارزیـابی و تصویب شوند. پس از داوری علمی همه پژوهش‌ها باید قبل از آغـاز پـژوهش بـه تصـویب یـک کمیته اخلاق در پژوهش معتبر که اعتبارنامهٔ خود را از دبیرخانه کمیته ملی اخلاق در پـژوهش دریافت کرده باشد، ارزیابی و به تصویب برسند. بر اسـاس دسـتورالعمل رسـیدگی بـه تخلفـات پژوهشی شروع هر تحقیق بر روی انسان‌ها قبل از اخذ مجـوز کمیتـه‌هـای اخـلاق در پـژوهش معتبر و عدم پایبندی به محتوای مصوب طرح در زمان اجرای پژوهش ،از نظـر اخلاقـی موجـه نبوده و تخلف پژوهشی به حساب می‌آیند. در صورتی که پژوهشگر به هر دلیلی مجبور به تغییر در انجـام محتـوای طـرح بشـود لازم اسـت دلایـل را بـه صـورت مکتـوب بـه کمیتـه اطـلاع دهد.کمیته‌های اخلاق در پژوهش تصویب کننده طرح این اختیـار را دارنـد کـه مراحـل انجـام پژوهش‌ها را از نظر رعایت ملاحظات اخلاقی مورد ارزیابی[1]، ممیزی[2] یا بازرسی[3] قـرار دهـد. در چنین شرایطی پژوهشگران موظف‌اند که اطلاعات لازم را در اختیار کمیتهٔ مربوط قرار دهند. در مورد مسائل حساس و پژوهش‌هایی که احتمال می‌رود انتشار نتایج آن‌ها پیامدهای قابل توجـه اجتماعی و آسیب‌های جدی به افراد یا جمعیت‌های خاص وارد کند، کمیته اخلاق در پـژوهش می‌تواند در صورت درخواست مؤسسه حامی طرح پژوهشی نسـبت بـه تصـویب مشـروط طـرح اقدام نموده و انتشار نتایج را منوط به مصوبه کمیته نمایـد. در صـورتی کـه چنـین شـرطی در هنگام تصویب طرح پژوهشی ذکر نشود و پژوهشگر آن را بر اسـاس ملاحظـات اخلاقـی موجـه کمیته اخلاق نپذیرد، محقق برای انتشار نتایج ملزم به کسب اجازه مجدد از کمیته نیسـت. بـه

1. Evaluation
2. Audit
3. Inspection

این ترتیب، نظر می‌رسد مهم‌ترین اسنادی که قبل از انجام دادن شروع مراحل تحقیق، یک پژوهش در آن‌ها مستند می‌شود شامل مواردی از قبیل طرح تحقیق و مستندات مربوط به آن از جمله فرم رضایت آگاهانه[1] پیشنهاد شده در بر دارندهٔ همه اطلاعات مورد نیاز شرکت‌کنندگان، مفاد آموزشی در پژوهش‌های مبتنی بر آموزش شرکت‌کنندگان، پرسشنامه یا فرم ثبت اطلاعات حسب موضوع یا ماهیت پژوهش، مصوبهٔ کمیته اخلاق در پژوهش معتبر، بیمه‌نامهٔ معتبر در مورد کارآزمایی‌های بالینی پرخطر، مستند مربوط به ثبت کارآزمایی‌های بالینی در سامانه ثبت مربوط، موافقت کتبی سازمان‌ها یا نهادهای همکار یا مسئولان محیط[2] انجام پژوهش و قرارداد پژوهش با امضای حامی مالی و پژوهشگر اصلی، باشد. در عین حال، تمام مراحل مطالعه نیز باید در اسناد مربوط ثبت شود. این اسناد مواردی از قبیل فرم‌های رضایت آگاهانه تکمیل و امضا شده توسط پژوهشگر و شرکت‌کنندگان در پژوهش، گزارش‌های منظم از انجام مراحل تحقیق طبق استانداردهای ملی نظیر دستورالعمل ملی انجام کارآزمایی بالینی جمهوری اسلامی ایران[3]، گزارش موارد آسیب و عوارض غیر منتظره یا شدید به شرکت‌کنندگان در پژوهش به کمیته اخلاق، اسناد مربوط به اعلام هر نوع تغییر در روند اجرای پژوهش به کمیته اخلاق و دریافت مجوز لازم و سایر موارد را شامل می‌شوند.

### ۳. رضایت آگاهانه در پژوهش‌های حوزهٔ سلامت معنوی

یکی از اصولی که در مورد آن اجماع جهانی وجود دارد موضع کسب رضایت آگاهانه از شرکت‌کنندگان در پژوهش است. به طور کلی، توصیه می‌شود این رضایت به شکل کتبی باشد. در مواردی که اخذ رضایت آگاهانه کتبی ممکن نباشد، تنها در موارد خاص کمیته اخلاق در پژوهش می‌تواند اخذ رضایت کتبی را به رضایت شفاهی یا ضمنی تبدیل کند. الزام به اخذ رضایت آگاهانه تنها مختص پژوهش‌های مداخله‌ای و کارآزمایی‌های بالینی نیست. الزام به آگاهانه بودن پژوهش‌ها ایجاب می‌کند حتی در انجام دادن پژوهش‌های کیفی به افراد شرکت‌کننده در پژوهش مانند کسانی که مورد مصاحبه قرار می‌گیرند در مورد عنوان، اهداف، روش، نحوهٔ انتشار داده‌ها، نحوهٔ محرمانه ماندن اطلاعات به‌دست آمده و همچنین ضبط صدای افراد حین انجام مصاحبه اطلاعات لازم داده شود و پس از آن نسبت به اخذ کتبی رضایت‌نامه اقدام شود. در جهت مستند شدن هر چه بیشتر پژوهش‌ها لازم است توضیحات لازم نه تنها به

1. Informed Consent Form
2. Field
3. Islamic Republic of Iran, Good Clinical Practice (IRGCP)

صورت شفاهی بلکه به صورت مکتوب و به عنوان بخشی از خود رضایت نامه یا پیوست آن به اطلاع شرکت‌کنندگان در پژوهش برسد. به همین شکل در مطالعات پرسشنامه‌ای لازم است قبل از بخش سؤالات در پرسشنامه، به صورت مفصل اطلاعات موردنیاز برای اخذ رضایت آگاهانه در یک قسمت جداگانه آورده شود. بر همین اساس، بند پانزدهم کدهای عمومی اخلاق در پژوهش جمهوری اسلامی ایران اطمینان از آگاهانه بودن تصمیم شرکت‌کنندگان برای پذیرش شرکت در پژوهش را بر عهده پژوهشگر اصلی قرار داده و اذعان می‌دارد که «در تمامی پژوهش‌های پزشکی، اعم از درمانی و غیر درمانی، پژوهشگر موظف است که فرد در نظر گرفته شده به عنوان آزمودنی را از تمامی اطلاعاتی که می‌تواند در تصمیم‌گیری او موثر باشند، به نحو مناسبی آگاه سازد این اطلاعات مشتمل‌اند بر: عنوان و اهداف پژوهش، طول مدت پژوهش، روشی که قرار است به کار گرفته شود ( شامل احتمال تخصیص تصادفی به گروه مورد یا شاهد)، منابع تأمین بودجه، هر گونه تعارض منافع[1] احتمالی، وابستگی سازمانی پژوهشگر، و فواید و زیان‌هایی که انتظار می‌رود مطالعه در بر داشته باشد. هم‌چنین هر آزمودنی باید بداند که می‌تواند هر لحظه که بخواهد از مطالعه خارج شود و باید دربارهٔ خطرها و زیان‌های بالقوهٔ ناشی از ترک زودرس پژوهش‌آگاه و پشتیبانی شود. پژوهشگر هم‌چنین باید به تمامی پرسش‌ها و دغدغه‌های این افراد، با حوصله و دقت پاسخ بدهد. این موارد باید در رضایت‌نامهٔ آگاهانه منعکس شود.» با توجه به ماهیت فرم‌های رضایت آگاهانه لازم است که اطلاعات به زبان ساده و قابل درک برای بیمار نوشته شود. رکن دیگر رضایت در پژوهش، آزادانه بودن و داوطلبانه بودن[2] شرکت افراد در پژوهش‌هاست که در عبارت «رضایت» نهفته است. در این مورد نیز مسئولیت اطمینان از آزادانه بودن شرکت افراد در مطالعه بر عهده پژوهشگر اصلی است. بر این اساس هر عملی اعم از فریب[3]، اجبار[4] که آزادی افراد را برای شرکت در پژوهش محدود کند غیر اخلاقی به حساب می‌آید. این استاندارد شامل مواردی می‌شود که پژوهشگر مقام بالاتری نسبت به شرکت‌کنندگان دارد و این موضوع زمینه را برای تحت تاثیر قرار گرفتن آزادی افراد فراهم می‌کند. برای مدیریت این وضعیت لازم است که به نحو مقتضی این عدم توازن قدرت نسبی بین پژوهشگر و شرکت‌کننده در پژوهش متعادل شود. مواردی از این نوع شامل مواردی می‌شود که پژوهشگر از دانشجویان یا کارمندان تحت مدیریت خود به عنوان شرکت‌کننده در

1. Conflict of Interest
2. Voluntariness
3. Deception
4. Coercion

پژوهش استفاده می‌کند. با توجه به این موضوع تا جایی که ممکن است باید شرکت‌کنندگان در پژوهش از بین کسانی انتخاب شوند که چنین ارتباط‌هایی با پژوهشگر نداشته باشند. در مواردی که با دلایل موجه لازم است افراد از بین کسانی که ظرفیتشان برای دادن رضایت آگاهانه محدود است، لازم است که پژوهشگر مسئول اطمینان حاصل کند که فردی که به هر دلیلی قبول نمی‌کند که در پژوهش شرکت کند و یا مایل باشد همکاری خود را با پژوهش قطع کند به هیچ عنوان متضرر نشود. برای مثال، اگر شرکت‌کننده در پژوهش بیمار است نباید درمانش به دلیل رضایت دادن برای شرکت در پژوهش تحت تاثیر قرار بگیرد. مثال دیگر برای این موضوع دانشجویانی هستند که به درخواست استادشان برای شرکت در پژوهش پاسخ مثبت نمی‌دهند. در زمینهٔ پژوهش‌های به حوزهٔ سلامت معنوی با توجه با اینکه این‌گونه تحقیقات ماهیتاً از پژوهش‌های حساس به حساب می‌آیند، ممکن است بسیاری از افراد مایل به شرکت در چنین پژوهش‌هایی نباشند و لازم است که این تمایل مدنظر قرار گیرد و از وارد کردن هرگونه فشار به افراد پرهیز شود. اگرچه بر اساس کدهای عمومی اخلاق در پژوهش‌های کشور در موارد خاص که امکان اخذ رضایت آگاهانه وجود نداشته باشد، می‌توان با مجوز کمیته اخلاق در پژوهش معتبر پژوهش را بدون اخذ رضایت آگاهانه انجام داد؛ اما به نظر می‌رسد سیاق نگارش این بند از دستورالعمل در موارد استثنایی رضایت آگاهانه را بسیار محدود می‌نماید. با توجه به ماهیت پژوهش‌های حوزهٔ سلامت معنوی، استثنا کردن پژوهش‌های مربوط به این حوزه بسیار مشکل به نظر می‌رسد.

### ۴. شرکت گروه‌های آسیب‌پذیر[1] در پژوهش‌های حوزه سلامت معنوی

حساسیت‌ها در مورد رعایت استانداردهای اخلاق در پژوهش از جمله اخذ رضایت آگاهانه در پژوهش بر روی گروه‌های آسیب‌پذیر بیشتر است. علت این حساسیت بالاتر محدودیت این گروه‌ها در دادن رضایت آگاهانه است. به عبارت دیگر، یا آزادانه بودن و یا آگاهانه بودن رضایت این افراد به دلایلی محدود شده است. مثال‌هایی از گروه‌های آسیب‌پذیر افراد مبتلا به ناتوانی ذهنی، کودکان، بیماران بدحال و یا زندانیان هستند که ظرفیت آن‌ها برای دادن رضایت آگاهانه محدود است. افراد آسیب‌پذیر معمولاً به دلایلی مانند اینکه به آسانی در دسترس هستند، ممکن است گاه مناسب‌ترین گروه‌ها برای تحقیق محسوب شوند. با توجه به اینکه آسیب‌پذیری شاخصی است که بر اساس آن پژوهشگر مکلف است افراد را در اولویت قرار داده و

1. Vulnerable Groups/populations

حمایت بیشتری از آن‌ها انجام دهد، هرگز نباید افرادی که به نوعی آسیب‌پذیر محسوب می‌شوند برای انجام دادن پژوهشی که می‌تواند بر افراد سالم انجام شود، در نظر گرفته شوند. به عبارت دیگر، انجام دادن پژوهش بر روی گروه‌های آسیب‌پذیر تنها در صورتی می‌تواند به‌طور اخلاقی پذیرفته باشد که همان گروه آسیب‌پذیر تا جایی که ممکن است از نتایج آن بهره‌مند شوند. آسیب‌پذیر بودن شرکت‌کنندگان در پژوهش موجب می‌شود که حساسیت‌ها پیرامون سایر استانداردهای اخلاق در پژوهش بالاتر برود. از جمله تکلیف محقق اصلی در اخذ رضایت آگاهانه نه تنها از عهده وی برداشته نمی‌شود بلکه اخذ رضایت آگاهانه از تصمیم گیرنده جایگزین یا سرپرست قانونی شرکت‌کننده اهمیت پیدا می‌کند. البته، در مورد گروه‌هایی که صلاحیت کامل برای دادن رضایت آگاهانه ندارند محقق تکلیف دارد که علاوه بر اخذ رضایت از تصمیم گیرنده جایگزین، نسبت به اخذ رضایت آگاهانه متناسب با صلاحیت شرکت‌کنندگان برای تصمیم‌گیری از خود آن‌ها نیز اقدام نماید. مثال واضح در این مورد نوجوانانی هستند که اگرچه هنوز به سن قانونی نرسیده‌اند اما صلاحیت نسبی و رشد فکری لازم برای تصمیم‌گیری را دارند، که ایجاب می‌کند هم از والدین آن‌ها و هم از خودشان رضایت اخذ شود. نکته قابل توجه این خواهد بود که در مورد این افراد نیز به هیچ عنوان استفاده از اجبار موجه نبوده و در صورتی که به‌رغم رضایت والدین، از شرکت در مطالعه امتناع کنند، باید به تصمیم احترام گذاشته شود.

### ۵ - رازداری[1] و احترام به حریم خصوصی[2] در پژوهش

اصل اخلاقی دیگر در پژوهش‌های زیست‌پزشکی، تکلیف همهٔ پژوهشگران به‌ویژه پژوهشگر اصلی بر حفظ محرمانه اطلاعات شرکت‌کنندگان در پژوهش و احترام به حریم خصوصی افراد است. اصل رازداری در پژوهش ایجاب می‌نماید که هرگونه اطلاعات فردی شرکت‌کنندگان در پژوهش از دسترس افراد غیر مرتبط مصون بماند. به عبارت دیگر، رازداری در پژوهش فقط محدود به اطلاعات خاص یا آنچه که در فرهنگ عامه راز تلقی می‌شود نبوده و همه اطلاعاتی که پژوهشگر به واسطه شرکت افراد در پژوهش از آن‌ها دریافت می‌کند، شامل الزامات اخلاقی محرمانگی در پژوهش می‌شوند. منطقاً رازداری در مورد اطلاعات بدست آمده در پژوهش‌های مربوط به حوزه سلامت معنوی که اغلب اطلاعات خاصی از قبیل اعتقادات شخصی افراد را شامل می‌شود از حساسیت بیشتری برخوردار است. محقق اصلی موظف است همه اقدامات و

1. Confidentiality
2. Privacy

لازم برای را برای حفظ محرمانه اطلاعات در نظر بگیرد. راهکارهای مختلفی که در این زمینه پیشنهاد می‌شوند اغلب مبتنی بر کسب حداقل اطلاعات لازم از شرکت‌کنندگان در پژوهش، جمع‌آوری نکردن اطلاعاتی که با احتمال کم ممکن است در آینده موردنیاز باشند و تلاش برای به حداقل رساندن امکان انتساب اطلاعات به تک تک شرکت‌کنندگان است. در این راستا، برای مثل پیشنهاد می‌شود که در تحقیقات جمعیتی که یک یا چند متغیر را در یک جمعیت می‌سنجند و اصولاً نیازی به شناسایی افراد شرکت‌کننده در پژوهش نیست، هیچ اطلاعاتی که پرسشنامه را به فرد، خانواده یا گروه خاصی منتسب کند و هویت وی را قابل پیگیری نماید پرسیده نشود. مواردی مانند شمارهٔ ملی، آدرس، شمارهٔ تلفن همراه یا منزل از جمله این اطلاعات هستند. کمیته‌های اخلاق در پژوهش پرسشنامه چنین مطالعاتی را از این حیث ارزیابی می‌کنند. در مواردی که اطلاعات جمع‌آوری شده به هر دلیلی با نام بوده اما در ادامه تحقیق به هویت افراد شرکت‌کننده نیازی نیست، لازم است که بلافاصله تمام اطلاعات به صورت برگشت‌ناپذیر[1] بی‌نام[2] شوند. در صورتی که به هر دلیلی پژوهشگر فوق را در مورد جمع‌آوری نکردن اطلاعات اضافی یا بی نام کردن اطلاعات به دست آمد نادیده بگیرد و در اثر این غفلت اطلاعات افراد فاش شود، مسئولیت اخلاقی و حقوقی خواهد داشت. در صورتی که به هر دلیلی امکان بی‌نام کردن برگشت‌ناپذیر اطلاعات وجود نداشته باشد لازم است که اطلاعات کدگذاری[3] شده و اطلاعات شرکت‌کنندگان بعد از جمع‌آوری اولیه تنها با کد یا شناسه استفاده شوند. فایل‌های هویتی و فایل‌های کدگذاری شده باید به صورت جداگانه نگهداری شوند. همه اطلاعات پژوهش لازم است روی رایانه‌های دارای رمز مطمئن که فقط افراد مجاز امکان استفاده از آن‌ها را داشته باشند ذخیره شوند. فهرست افراد مجاز برای دسترسی به اطلاعات در سطوح مختلف لازم است تا حد ممکن در مرحله تدوین طرح مشخص شود و دسترسی‌ها تنها بر اساس نیاز تعریف گردد. این موضوع باید در فرم رضایت آگاهانه لحاظ شود تا شرکت‌کنندگان در پژوهش بدانند که چه کسانی خواهند توانست به اطلاعات آن‌ها دسترسی داشته باشند. ذکر این نکته که اعضای کمیته‌های اخلاق و سایر نهادهایی که احتمالاً می‌توانند به داده‌ها و اطلاعات پژوهشی دسترسی داشته باشند، در فرم مذکور ضروری است. اطلاعات شرکت‌کنندگان در مواردی مانند پیگیری غیر حضوری شرکت‌کنندگان در پژوهش ممکن است در معرض فاش شدن قرار گیرند. این مشکل معمولاً به این دلیل پیش می‌آید که امکان احراز

1. Irreversibly
2. De-identifiable
3. Codified

دقیق هویت شرکت‌کنندگان در پژوهش در ضمن پیگیری تلفنی یا پیامکی و یا به واسطه ایمیل وجود ندارد. از این رو لازم است که پژوهشگران جزئیات نحوه پیگیری شرکت‌کنندگان را با خود آن‌ها در میان گذاشته و تاییدیه آن‌ها را دریافت نمایند. اگرچه که موضوع احترام به حریم خصوصی شرکت‌کنندگان در پژوهش نیز تا حد زیادی با مفهوم محرمانگی اطلاعات همپوشانی دارد، اما در مواردی مصادیق خاص خود را دارد. روشن است که حریم شخصی یا خصوصی افراد امری نسبی بوده و بر اساس شاخص‌های مختلف فرهنگی، اجتماعی، مذهبی، خانوادگی و سنتی با هم متفاوت است. این تفاوت می‌تواند بین افراد، خانواده‌ها، محله‌ها، شهرها، استان‌ها، مذاهب، قومیت‌ها و کشورهای مختلف وجود داشته باشد. برای مثال، ممکن است افراد در فرهنگ‌های مختلف با مورد پرسش قرار گرفتن در زمینهٔ اعتقادات مذهبی، روابط جنسی، احساسات و عواطف، سطح درآمد اقتصادی، تعلقات قومی و گروهی، مصرف مواد مخدر و الکل، نظراتشان در مورد نظام سیاسی حاکم و مانند آن به اشکال متفاوتی برخورد کنند و حتی در مواردی چنین پرسش‌هایی را تعرض به حریم خصوصی خود و اطرافیانشان تلقی نمایند. بر اساس استانداردهای موجود لازم است پژوهشگران در مرحله تدوین طرح‌نامهٔ پژوهشی بر اساس اطلاعات موجود چنین حساسیت‌هایی را مد نظر قرار داده و در صورتی که انجام پژوهش مستلزم ورود به حیطه‌های خاص و حساس زندگی شرکت‌کنندگان در پژوهش است تمهیدات لازم را در نظر بگیرند. چنین تمهیداتی مواردی مانند آگاهی لازم و کامل به شرکت‌کنندگان در پژوهش در مورد ماهیت مداخلات یا پرسش‌ها با تاکید بر جنبه‌های حساس موضوع، پرهیز از هرگونه پرسش غیر مستقیم و اصرار نکردن بر پرسش‌هایی که افراد در اولین مرحله از پاسخ دادن به آن‌ها به نوعی طفره می‌روند شامل می‌شود. به هر حال، شرکت‌کنندگان در پژوهش تا حد ممکن قبل از اینکه در معرض پژوهش قرار گیرند، باید از ماهیت پژوهش از جمله نوع پرسش‌ها مطلع شوند و پژوهشگر اطمینان حاصل کند که شرکت‌کنندگان در حین پژوهش با وضعیتی روبه‌رو نخواهند شد که احساس کنند حریم خصوصی آن‌ها نقض شده است. ماهیت پژوهش‌های حوزهٔ سلامت معنوی و ملاحظات ویژهٔ جامعه ایرانی به گونه‌ای است که پژوهشگران ایرانی از این حیث مستلزم به خرج دادن دقت و حساسیت بیشتری هستند.

## منابع:


1. Puchalski, C. M. (2001). The role of spirituality in health care. Proceedings (Baylor University. Medical Center), 14(4), 352–357.
2. Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948.
3. Chuengsatiansup, K. (2003). Spirituality and health: an initial proposal to incorporate spiritual health in health impact assessment. Environmental Impact Assessment Review, 23(1), 3–15. http://doi.org/10.1016/S0195-9255(02)00037-9.
4. Spirituality in the Definition of Health The World Health Organization's Point of View by M.H. Khayat. Note that in 1984 the World Health Assembly adopted resolution WHA37.13.
5. M. Keyes, Social Well-Being, Social Psychology Quarterly,Vol. 61, No. 2 (Jun., 1998), pp. 121-140.
6. Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations. 1998.
7. Canadian Council for Health Service Accreditation. 1999.
8. Daaleman TP, Frey BB. (2004). The Spirituality Index of Well-Being: A new instrument for health –related quality of life research. Annals of Family Medicine 2: 499-503.
9. Ellison CW. (1983). Spiritual well-being: Conceptualization and measurement. Journal of Psychology and Theology 11(4): 330-340.