

بخش سوم

سلامت معنوی

سرگروه تدوین:

دکتر فریدون عزیزی

➤ مقدمه

➤ مفاهیم سلامت معنوی

➤ سلامت معنوی در نگاه اومانیستی

➤ سلامت معنوی با رویکرد اسلامی

➤ تعریف سلامت معنوی

➤ سنجش سلامت معنوی

➤ به کارگیری سلامت معنوی در سلامت جامعه

سلامت معنوی

مقدمه

قدیمی‌ترین تجربه پزشکی برای حفظ سلامت انسان‌ها از طریق باورهای دینی بوده و عقیده به این که خداوند (یهوه، اهورامزدا، و...) شفا می‌دهد، همیشه بین پیروان ادیان وجود داشته است. شروع پزشکی «علمی» از زمان بقراط به بعد، به تدریج 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. در دین مبین اسلام نیز این باور وجود دارد که شفای بیماری از خداوند است و طبیب مشمول عنایات پروردگار قرار گرفته تا در تأمین، حفظ و ارتقاء سلامت انسان‌ها کوشا باشد. الذی خلقنی فهو یهدین، و الذی هو یطعمنی و یسقین، و اذا مرضت فهو یشفین، و الذی یمیتنی ثم یحیین.

(آن که مرا آفرید پس هم او راه می‌نماید، آن که طعام و آشامیدنی‌ام می‌دهد، و چون بیمار شوم بهبودم می‌بخشد و آن که مرا بمیراند و سپس زنده‌ام کند).

با افزایش کمی و ارتقاء کیفی علوم و در قرون ۲۰-۱۸ میلادی در کشورهای اروپایی و آمریکایی، صاحبان فلسفه علم به تدریج پدیده‌های جسمی را از معنوی- اعتقادی جدا نمودند. ارتقاء سلامت بدن و دنیای جسم برای تحقیقات علمی و پدیده‌های معنوی- اعتقادی برای کلیساها و مراکز مذهبی در نظر گرفته شد. به تدریج که باورهای سکولاریسم قدرت گرفت و فرهنگ آکادمیک غربی را تحت‌الشعاع قرار داد، جدایی بین پدیده‌های جسمی و حالات معنوی- اعتقادی بیش‌تر شد. از حدود ۴۰ سال پیش، نتایج تحقیقات نشان دادند که عوامل دینی و اعتقادی با شاخص‌ها و پیامدهای جسمی مانند مرگ ارتباط دارند. از آن زمان شاخص‌های دیگری در تعریف سلامت وارد و به تدریج در نوشته‌های علمی آورده شد که سلامت و بیماری انعکاسی از درهم‌تناوشی عوامل زیست‌شناسی، روانی و اجتماعی است.

مفهوم سلامت معنوی نخستین بار در سال ۱۹۷۱ میلادی توسط موبرگ تحت عنوان بهزیستی معنوی مطرح گردید. پیشنهاد و گنجانیدن 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. در سال ۱۹۷۹ میلادی، سازمان جهانی بهداشت بحثی را عنوان کرد که آیا جنبه‌های معنوی

(spiritual) را باید در تعریف سلامت (Health) وارد نمود؟ چند سال بعد افزودن سلامت معنوی (spiritual health) به ابعاد جسمی، روانی و عوامل اجتماعی سلامت پیشنهاد شد. در سال‌های آخر قرن بیستم، دولت‌های کشورهای اروپایی در «معاهده کپنهاک در توسعه اجتماعی» متعهد شدند که به نیازهای معنوی جوامع خود در سطح فردی، خانوادگی و جامعه توجه کنند و سیاست‌های خود را با دید سیاسی، اقتصادی، اخلاقی و معنوی برای توسعه اجتماعی متمرکز نمایند.

با همه این پیشرفت‌ها در پذیرفتن جنبه 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 ارتقاء سلامت در همه جهان مغفول مانده است. این امر در نوشته‌ها و تحقیقات سلامت نیز هویدا است، به طوری که از مجموعه ۶۰۰ خلاصه مقاله‌ای که برای کنفرانس سالانه انجمن اروپایی بهداشت عمومی در سال ۲۰۱۰ میلادی ارسال شده بود فقط یک خلاصه مقاله به بعد معنویت در سلامت پرداخته بود. در عین حال تحقیقات در این زمینه گسترش یافته و در دو دهه گذشته بیش از دویست مقاله تحقیقاتی بین‌المللی 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.

با این 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 ارائه خدمات پزشکی روزمره وارد شود. به‌طور مثال اگرچه ۹۵-۹۰ درصد مردم آمریکا می‌گویند که خدا را می‌شناسند و ۶۰ درصد آنها اظهار می‌دارند که «دین» در زندگی آنها بسیار مهم است، حتی در مراکز مشاوره دانشگاهی فقط در ۲۱ درصد موارد اثرات دین و معنویت در سلامت افراد مطرح می‌شود.

سازمان جهانی بهداشت در تقسیم‌بندی بیماری‌ها (ICD-10) «بعد معنوی» را اضافه کرده است. به عبارت دیگر همان گونه که ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی بهم ارتباط دارند و در هم تأثیر می‌گذارند، بعد معنوی انسان و سلامت معنوی او با سایر ابعاد سلامت در ارتباط و تأثیرگذار است، و این مهم باید برای ارتقاء سلامت مورد توجه قرار گیرد. هم‌چنین بعضی

دانشمندان اظهار کرده‌اند که پیشرفت‌های عمده در قرن کنونی از طریق تکنولوژی عاید نمی‌شود بلکه منوط به شناخت عمیق انسان و جنبه‌های معنوی اوست، اگر کانون توجه علمی در قرن بیستم میلادی «محیط خارج» بوده است، در قرن بیست و یکم توجه علمی به «درون» انسان معطوف خواهد بود. به عبارت دیگر زمانی خواهد آمد که اکتشافات مهم نه در محیطی است که انسان را احاطه کرده است بلکه در دنیای درون انسان خواهد بود.

از نظرگاه تاریخی و تطبیقی فقط می‌توان از کثرت معنویت سخن گفت. معنویت‌های گوناگون و مکاتب معنویت بسیاری می‌توان یافت که تعابیر فرهنگی خاصی را از آرمان‌های دینی سنت‌های گوناگون نشان می‌دهند. اخلاقیات یا معنویات یا به عبارتی ارزش‌ها جزء جدایی ناپذیر هر فرهنگی است. در واقع هیچ جامعه‌ای نیست که در تلاش اشاعه معنویات و اخلاقیات نباشد. به طوری که بیش‌تر جامعه شناسان بزرگ به پدیده مذهب و مسائل مذهبی به عنوان منابع معنوی و اخلاقی توجه زیادی داشته‌اند. زیرا وجود معنویات و اخلاقیات نه تنها مانع شیوع فساد و نهایتاً تباهی و انحلال جامعه شده بلکه باعث ارتقاء کمال، پیشرفت و سلامت اخلاقی افراد جامعه خواهد شد که در چنین شرایطی جامعه می‌تواند به اهداف و پیشرفت مدنظر خود نائل شود. مروری بر نظریه‌های سلامت معنوی نشان می‌دهد که سلامت معنوی فرآیندی مبهم و پیچیده از تکامل انسان است که رابطه هماهنگ را بین نیروهای درونی فرد فراهم کرده و با ویژگی‌های آن در نظریه‌های مختلف به صورت ثبات در زندگی، صلح، داشتن ارتباط نزدیک با خدا، خود، جامعه و محیط که یکپارچگی و تمامیت فرد را تعیین می‌کند، عرضه شده است. سلامت معنوی در هر فرهنگ، مطابق موازین شناخته شده آن فرهنگ، تعریف و به آن توجه می‌شود، چه این امر بیش از هر چیزی امری درونی است و به 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.

علی‌رغم گستره عظیم پژوهش‌های انجام شده، مشکلات بسیاری همچون ابهام در تعریف سلامت معنوی، عدم توافق کلی بر مفاهیم اساسی مربوط به مسئله، عدم تبیین مرزهای سلامت معنوی و معنویت، عدم دستیابی به ابزارهایی مناسب جهت سنجش سلامت معنوی (عدم طراحی صحیح سؤالات، سنجش دیگر حیطه‌های سلامت، عدم اعتبار و پایایی

برخی ابزارهای سنجش و... و استفاده از نمونه‌های کوچک و غیر قابل تعمیم هم‌چنان به چشم می‌خورد. اگرچه می‌توان به طور منطقی فرض کرد که هم‌پوشانی‌هایی بین تعریف سلامت معنوی و معنویت وجود دارد، مترادف شمردن آن‌ها با یکدیگر یا به‌کارگیری آن‌ها در متون مختلف حداقل بدون افتراق قائل شدن بین آن‌ها، از پدیده‌های شایع و مورد چالش می‌باشد. با توجه به مشکل فوق، در جستجوی مفاهیم ارائه شده برای سلامت معنوی در منابع مختلف، تعاریف ذکر شده برای معنویت نیز خود به خود رخ می‌نمایند. با توجه به نفس مسئله، به‌نظر می‌رسد انجام پژوهش‌های متقن علمی مبتنی بر «منبع زلال معنویت از جمله اقداماتی است که ممکن است در پاسخ‌گویی به مشکلات فوق کمک کند.

مفاهیم سلامت معنوی

پرداختن به مفاهیم سلامت معنوی به عنوان بعد چهارم سلامت بسیار دشوار است. برای سلامت معنوی (spiritual health) تعریف واحدی وجود ندارد و عملاً دشوار بوده است که مؤلفه‌ها و شاخص‌های آن مشخص، تبیین، تعریف و اندازه‌گیری شود. بدون شک معنی کامل سلامت معنوی منحصر به اثر دعاها و حالات معنوی در بهبودی بیماری‌ها و جانشین‌شدن آن برای درمان‌های رایج طبی و یا طب مکمل نیست. می‌توان باور داشت که بعد معنوی روی آگاهی، باورها، نگرش‌ها، ارزش‌ها و رفتارها تأثیر عمیق دارد و بر روی بیوشیمی و فیزیولوژی بدن تأثیر می‌گذارد. این تأثیر روی فکر و بدن به نام سلامت معنوی نامیده می‌شود.

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

واژه اسپریچوالیتی [Spirituality] (معنویت) از کلمه لاتین اسپریتوس (Spiritus) به معنای

تنفس (Breathe) است. مفهومی وسیع‌تر از مذهب دارد و به طور اولیه یک روند پویا، شخصی و تجربی (Experiential) است. برخی معتقدند ابعاد معنویت شامل تلاش برای معنا و هدف (Meaning and purpose) تفوق و برتری) مثلاً (احساس این که انسان بودن فراتر از وجود مادی ساده است)، اتصال (Connectedness) اتصال به دیگران، طبیعت یا الهیات (و ارزش‌ها) مانند (عشق، دلسوزی و عدالت) می‌باشد. این در حالی است که معنا و هدف در زندگی، خودآگاهی، اتصال به خود، دیگران و یک واقعیت برتر از اجزاء سلامت معنوی نیز شمرده شده‌اند. اگر چه برخی افراد که خود را معنوی می‌دانند، بر یک مذهب رسمی صحنه نمی‌گذارند، مذهبی بودن و معنویت، مفاهیمی‌اند که هم‌پوشانی دارند. به صورت تجربی، هر دو جستجوی معنا و هدف، تفوق، اتصال و ارزش‌ها را ممکن است شامل باشند. در این نگاه، مذهبی بودن شبیه معنویت است. مذهب و معنویت از مهم‌ترین عوامل فرهنگی‌اند که به ارزش‌های انسانی، رفتارها، تجربیات و ساختار معنا می‌دهند. برخی معتقدند معنویت فراتر از مذهب و شامل مفاهیم دیگری هم‌چون سلامت معنوی (Spiritual well-being) آرامش و راحتی ناشی از ایمان و تطابق معنوی تجربیات و تظاهرات روح فرد در یک روند بی‌همتا و پویا که منعکس‌کننده ایمان به خدا یا یک قدرت بی‌نهایت است، (اتصال به یک فرد، دیگران، طبیعت یا خدا) و یکپارچگی همه ابعاد انسانی می‌باشد. بعضی برای معنویت دو بعد عمودی و افقی ذکر می‌کنند. بعد عمودی منعکس‌کننده ارتباط با خدا یا یک قدرت بی‌نهایت است. بعد افقی هم منعکس‌کننده اتصال به دیگران و طبیعت و هم اتصال درونی است، که عبارت است از توانایی انسان برای یکپارچه کردن ابعاد مختلف وجودمان و توانایی ما برای انتخاب‌های مختلف.

معنویت یک گم‌شده و خواسته انسانی در پهنه گیتی است که زمان و مکان نمی‌شناسد. ریشه لغوی آن «معنا» است. معنا به موقعیتی اشاره دارد که دو لایه است: یکی ظاهری که حکایت‌گر است و دیگری باطن است. لذا معنا چیزی است که در باطن یک بیان یا عمل نهفته است. 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. لذا برای دست‌یابی به معنویت و سلامت معنوی فعالیت‌هایی چون نواختن و یا گوش کردن به موسیقی، انجام فعالیت‌های هنری، ورزش، تکنیک‌های تمدد اعصاب و تمرکز را توصیه می‌کنند. این افراد اگر هم سخنی از دین و معنویت به بیان می‌آورند آن را ابزاری برای آرامش انسان‌ها تلقی می‌کنند.

دانشمندان غربی معتقدند که دین و معنویت یک چیز نیستند. با این وجود، اکثر آنان که در زمینه سلامت معنوی تحقیق می‌کنند، در ارتباط آن با باورهای دینی به اجماع رسیده‌اند. در مقالات علمی رابطه 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 دارای ابعادی مانند خلوص، از خود گذشتگی، کنترل نفس اماره یا امرکننده به بدی، نیکوکاری و خیرخواهی است. ابعاد معنوی سعی می‌کند که انسان در تطابق با خود و جهان و مبداء متعالی و لایتناهی هستی باشد. به‌ویژه در موارد استرس‌های هیجانی، بیماری‌های جسمی و روانی و مرگ و بهبودی در انسان‌ها ارزش توجه به این بعد نمایان‌تر می‌شود. برخی تعریف زیر را ارائه می‌دهند که: 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. با این تعریف اگرچه بسیاری قائلند بین لغات معنویت و دین هم‌پوشانی وجود دارد ولی این دو را از یکدیگر متمایز می‌دانند.

سلامت معنوی در نگاه اومانستی

در نگاه مادی و اومانستی، انسان موجودی است تک ساحتی 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 اگر سخنی هم از معنویت به میان می‌آید با معنویتی که در نگاه دینی مطرح است کاملاً متفاوت می‌باشد. در این نگاه، معنویت تنها شامل؛ هنجارها، عکس‌العمل‌ها و عناصری می‌گردد که با استفاده از آن می‌توان روان بیمار را تحت تأثیر قرار داد تا بتواند در مقابل بیماری‌های جسمی مقاومت کند. حال آن که عناصر می‌تواند حقیقی باشد یا غیرحقیقی، اصیل باشد یا غیراصیل، خرافی باشد یا غیرخرافی.

سلامت معنوی با نگرش دینی: همان گونه که اشاره شد در نگاه مادی و اومانستی یک نگاه حداقلی به سلامت معنوی وجود دارد و تنها به عنوان یک ابزار در اختیار درمان جسمی بیماران قرار می‌گیرد. علاوه بر آن که معنویت در آن نگاه الزاماً منشأ غیرمادی و قدسی ندارد و شامل

هر عنصر معنوی است که بتواند در بهبود بیماران مؤثر باشد ولی در نگاه دینی، علاوه بر آنچه در نگاه غیردینی مطرح می‌باشد، برای سلامت معنوی جایگاه وسیع‌تر و گسترده‌تری را قائل است. چون سلامت در این نگاه شامل فقط جسم انسانی نیست و انسان علاوه بر جسم دارای روح هم می‌باشد و عقیده دارند که همان گونه که جسم مریض می‌گردد روح هم مریض می‌شود و همان گونه که درمان جسم نیازمند پزشک و دارو و تجویزهای خاص می‌باشد، نفس انسان نیز بیمار شده و نیازمند مداوا می‌شود. انسان نیازمند پزشک و دارو می‌باشد.

حال این سؤال مطرح می‌شود که آیا کشورهایی که توانسته اند به ماه بروند و یا نقشه ژنوم انسانی را مشخص کنند اولی‌تر هستند که سلامت معنوی را تعریف کنند؟ ابعاد آن را اندازه‌گیری کنند و نهایتاً این بعد مهم سلامت را در تأمین، حفظ و ارتقاء سلامت جامعه به کار برند؟ اگرچه چنین باوری از سوی برخی نویسندگان اظهار شده است، کلید حل مشکل می‌تواند در دست جوامع مذهبی باشد که تبعیت کامل از دین و معنویات در امور فردی و اجتماعی را برای رسیدن به جامعه نمونه و آرمانی مؤثر می‌دانند.

سلامت معنوی با رویکرد اسلامی

باید اذعان کرد که اسلام به معنای تسلیم در برابر خداوند است و از نتایج آن پیشگیری و دور بودن از هرگونه آفت و زیان بدنی و روانی را می‌توان نام برد. در این معنا، اسلام مفهوم سلامت بخشی، گسترش سلامتی و یا سالم سازی فردی، خانوادگی و اجتماعی را بیان می‌کند. قرآن خود را کتاب شفای جسم و جان معرفی می‌کند و آیات الهی زیادی بر معنای سلامت بخشی اسلام و هدایت و رحمت برای مردم و مؤمنان دلالت دارد. تمثیل طبیب برای پیامبران الهی و به‌ویژه پیامبر اسلام- صلی الله علیه و آله -کنایه از وظیفه اساسی آنان در تحقق سلامت و در شفای جسم و روان بشر است.

اگر چه واژه معنویت در قرآن کریم و سنت پیامبر و ائمه صلوات ... علیهم اجمعین به کار نرفته، ولی در ادبیات مسلمانان، هم در زبان عربی و هم در زبان فارسی، واژه معنویت و معنوی و نیز لغات نزدیک آن مانند روحانی، روحانیت، و متغیرهای عینی و مصادیق آن رواج داشته است. در زبان‌های اروپایی و در بستر مفهومی مسیحی معنویت Spirituality نامیده شده است و تعریف آن شامل طیف وسیعی است مانند: عالی‌ترین رابطه انسانی با چیزی غیر از ماده،

جستجوی یک معنای وجودی، بعد متعالی انسان، نظرات و رفتارهای شخصی که حس تعلق به یک بعد متعالی یا چیزی فراتر از خود را بیان کند. از طرف دیگر در نگاه مکاتب الهی معنویت عبارت است از: خداشناسی، خداجویی و خدا محوری 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.

جهت 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 به‌طور کلی معرفت‌شناختی نیز دارای ارزش هستند. با پذیرش این تعریف مبنایی می‌تواند وجود خالق، روح، وحی، کمال انسان و دستیابی به سعادت انسان قابل تبیین و شناخت باشد.

اعتقاد به این که ذات خدای متعال یکتاست و شریکی در ذات برای او نیست (توحید ذاتی)، و این که صفاتی که به خدای متعال نسبت داده می‌شود چیزی غیر از ذات خدا نیست (توحید صفاتی) و این که خدا در کارهایی که انجام می‌دهد نیازی به کمک و یار و یاور ندارد (توحید افعالی)، توصیف خداوند یگانه، واجد همه کمالات، مالک، تدبیر کننده و اداره کننده همه عالم را که سرنوشت همه موجودات به دست اوست و هرچه در حال هستی اتفاق می‌افتد وابسته به اراده او است را می‌نمایند. 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 تمامی کمالات دست یافتنی رسیده و به کرامت اکتسابی نائل شود. این باور امید به آینده‌ای روشن و درخشان را پیش روی انسان‌ها می‌گذارد تا با توجه به هدفمندی خود در راستای غایت و هدفی یگانه و متعالی حرکت کند.

انسان دارای دو بعد جسم و روح است یعنی علاوه بر بدن مادی، از روحی غیرمادی برخوردار است که با بدن در تعامل و تأثیر متقابل می‌باشد. روح انسان دارای استعدادهای فراوان و متنوعی است. از دیدگاه اسلام، از آنجا که حقیقت وجود انسان روح جاودانه او است و زندگی دنیوی انسان تنها مقدمه‌ای برای زندگی اخروی اوست، باید هدف نهایی انسان متناسب با کمال حقیقی روح در جهات جاودانه‌اش تعیین شود و همه اهداف دیگر در راستای آن قرار گیرد. با

این تعاریف اگرچه سلامت روح و جسم انسان در یکدیگر تأثیر متقابل دارند ولی سلامت روح نسبت به سلامت جسم از اصالت برخوردار است.

از سوی دیگر انسان که دارای حب ذات است، گرایش سیری‌ناپذیر به کمال دارد و چون از اختیار برخوردار است، کمال وی در گرو افعال اختیاری اوست. روح دارای مراتب گیاهی، حیوانی و انسانی است. در مرتبه گیاهی، مانند گیاهان دارای رشد و نمو، تغذیه و تولید مثل و در مرتبه حیوانی مشابه حیوانات توانایی ادراک، حب و بغض، شادی و لذت، درد و رنج، امید و ترس، هیجان، اضطراب و آرامش را دارد. اما در مرتبه انسانی با بهره‌گیری از قوه تعقل و گرایش‌ها و توانایی‌های انسانی می‌تواند شناخت آگاهانه از مبدا هستی، خداجویی، خداپرستی، خضوع، تسلیم، رضا، توکل و لذت مناجات را تجربه کند و آن را در همه اعمال و رفتار خود با اختیار و آگاهی نمایان سازد. لذا هدف نهایی و کمال و تعالی حقیقی انسان نزدیک شدن هرچه بیش‌تر به خدای متعال است.

این مرتبه متعالی روح بعد معنوی انسان نامیده می‌شود. بدین ترتیب، معنویت از دیدگاه اسلام، تنها در سایه ارتباط با خداوند و از طریق عبودیت و پذیرش و تسلیم در برابر دین حق امکان‌پذیر است. از این رو 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»، هم‌چون «جسم» در «سلامت جسمانی»، روان در «سلامت روانی» و «اجتماع» در «سلامت اجتماعی» ساحت و بستری است که سلامت و بیماری می‌بایست در آن تعیین گردد و همان گونه که رشد غده سرطانی در بدن با این که رشدی در جسم است، نشانه سلامت جسمانی نیست، بلکه نوعی بیماری محسوب می‌شود، رشد معنویت کاذب هم‌چون گرایش به شیطان‌پرستی و عرفان‌های دروغین نیز بیماری معنوی و نیازمند درمان است، نه تعالی حقیقی در ساحت معنویت.

برای برخورداری از معنویت، اولین شرط آن است که فرد همه اعمالش در زندگی را در راستای هدفی واحد تنظیم کند، به طوری که فقط یک هدف غایی برای او مطرح باشد. بدیهی است که هر هدفی به‌عنوان هدف غایی نیز به معناداری زندگی منجر نمی‌شود. بلکه هدفی از ظرفیت معنادار کردن حیات برخوردار است که بالاترین استعداد انسان برای پیش رفتن در مراتب هستی و عالی‌ترین مراتب کمال انسانی ممکن را نشان دهد. در ادبیات قرآنی و متون اسلامی،

خداوند متعال به مثابه منبع و سرچشمه وجود همه کمالات است و نزدیک شدن به او هدف اصلی آفرینش انسان می‌باشد عالی‌ترین کمال انسانی نیز بالاترین نقطه ممکن در مراتب قرب به خدا است. علامه طباطبائی 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 واقعیت دارتر و پهناتر از جهان «ماده و حس».

معنویت در الهیات اسلامی عبارت است از معرفت و ایمان به غیب و تبیین توحیدی از نظام هستی «هو الاول و الاخر و الظاهر و الباطن و هو بکل شیء علیم». کسی اگر این جهان بینی را داشته باشد که هر گونه حرکت و سکونی متکی به مبدأ هستی لایزال و ابدی است، هر گونه غم و اندوه و مشکلات روانی را به خود راه نمی‌دهد. به علاوه از آیات و روایات این طور 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 نیز مهیا می‌کند.

تعریف سلامت معنوی

تعاریف ارائه شده برای سلامت معنوی مبتنی بر هستی شناسی، انسان شناسی، معرفت‌شناسی و باورهای اعتقادی او به ذات لایزال الهی، روح و وحی است. محققینی که نخواسته‌اند به خالق انسان و امور غیرحسی و معرفت‌شناختی توجه نمایند، تعریف عامی از سلامت معنوی نموده‌اند که در بسیاری از مقالات و کتب خارجی آورده شده و توسط برخی از صاحبان ادیان نیز به کرات به عنوان منبع ارجاع داده شده است. این تعریف به شرح زیر است:

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

با توجه به مبانی اعتقادی اسلامی چنین تعریفی کامل نیست زیرا مؤلفه‌هایی هم‌چون آرامش، امید، شادی و رضایت‌مندی که کمابیش در حیوانات نیز وجود دارد (مرتبه حیوانی روح) و ممکن است در کوتاه مدت و به طور ناقص، به شیوه‌هایی حاصل شوند که در نهایت، با کمال

حقیقی انسان تضاد داشته باشند. لذا نمی‌توانند به طور مطلق، به مثابه شاخص‌های اصلی سلامت معنوی قرار گیرند.

سلامت معنوی خودآگاهی، کسب تقوای الهی، پالایش روح از هر بدی و پلیدی، احساس خضوع به ربوبیت الهی، توکل، توسل و تسلیم و شکر در برابر او و درک معنا، احساس آرامش و امید و هدفمندی زندگی در راستای تقرب به خدا در ساحت بینش و اندیشه، ساحت احساس و عواطف و ساحت رفتار با تکیه به قدرت خداوند و استفاده از نیروی خدادادی خویش، صبر و شکیبایی است.

سلامت معنوی همه تلاش‌های پویا و فراگیر معنوی مبتنی بر جامعه در راستای توسعه سلامت محور، دستیابی به بالاترین سطح عملکرد و کیفیت ابعاد زیستی، روان شناختی 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 توان بخشی این افراد است که منبع الهام تکلیف‌ها و مسئولیت‌ها در قبال سلامتی روحی و جسمی فردی و اجتماعی می‌باشد.

دو تعریف بسیط‌تر و کامل‌تر ارائه شده است که در برگیرنده مبانی سلامت معنوی از دیدگاه اسلام است و مؤلفه‌ها و شاخص‌هایی برای به کارگیری در پرسشنامه‌ها و ارزیابی‌ها مورد استفاده قرار می‌گیرد:

۱- 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 به‌طور هماهنگ و متعادل، می‌توانند در جهت هدف کلی مزبور به‌کار گرفته شوند و همراه با امکان انتخاب، رفتارهای اختیاری درونی و بیرونی متناسب با آنها نسبت به خدا، فرد، جامعه و طبیعت ظهور می‌یابند.

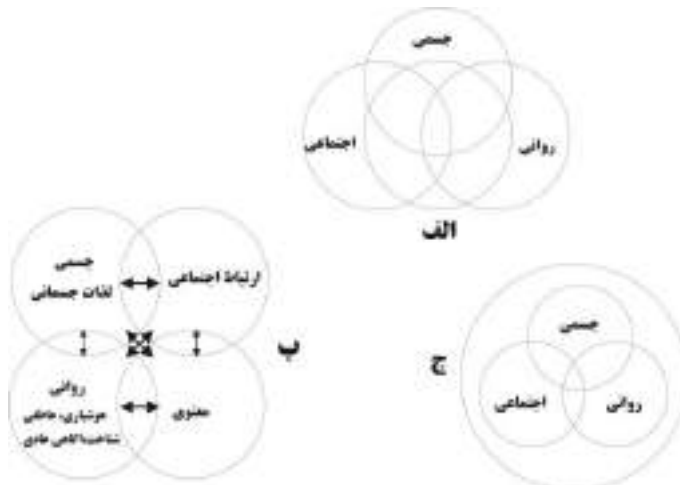
۲- سلامت معنوی وضعیتی است هدفمند و معنادار از حیات انسانی که حاصل ایمان و اعتقاد و ارتباط فرد با قدرت و کمال لایتناهی الهی و زندگی ابدی پس از مرگ است. سلامت معنوی منجر به ایجاد نشاط، امید، رضایت‌مندی، اطمینان قلبی، آرامش و داشتن قلب سلیم در فرد و رستگاری در دنیا و آخرت شده و ارتباط پویای مبتنی بر مکارم اخلاق،

عشق و محبت با خود، دیگران و جهان پیرامون ایجاد می‌کند.

ارتباط سلامت معنوی با سایر ابعاد سلامت

سلامت معنوی نیز مانند سایر ابعاد سلامت دارای درجاتی است در یک طیف وسیع که نهایتاً 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 عارضه جسمی، روانی و اجتماعی در مقابل عظمت الهی و هدف غایی انسان که تقرب به درگاه الله است، بسیار ناچیز می‌باشد. در آن حالت جسم نیز مضمحل نمی‌شود و به طرف 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. اثرات سلامت معنوی در پیشگیری و ارتقاء سلامت (Health promotion) حائز اهمیت به‌سزا است 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 مدل برای ابعاد مختلف سلامت پیشنهاد شده که در مدل‌هایی آورده شده‌اند. به نظر می‌رسد که مدل ب مناسب‌ترین وجه نشان دادن این ارتباط باشد.



شمای شماره ۱- مدل‌های مختلف پیشنهاد شده برای ارتباط ۴ بعد سلامت

سنجش سلامت معنوی

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 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 به‌طور متناسب و متعادل رشد یابند، می‌توانند انسان را به سعادت و کمال حقیقی رهنمون شوند. بدین ترتیب، برای سلامت انسان، باید همه ابعاد سلامت به‌طور هماهنگ در نظر گرفته شود. از سوی دیگر، برای تأمین سلامت معنوی نیز باید همه مؤلفه‌های مؤثر 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 بکشانند، 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 مبدا هستی خویش، یعنی خداوند متعال دارد، به‌طوری که تمام هستی خود و نیز سایر نعمت‌ها را از او دریافت می‌کند و اطاعت و معصیت او در تعالی یا سقوط او تأثیر مستقیم دارد. هم‌چنین انسان زندگی اجتماعی دارد و از این طریق، با سایر انسان‌ها در جامعه روابطی برقرار می‌کند و با تعامل با آن‌ها، کاستی‌های خود را برطرف کرده، نیازمندی‌های مادی و معنوی خود را تأمین می‌کند و بدین وسیله، زمینه 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 از آن‌ها تأثیر می‌پذیرد. نوع تعامل و رفتار انسان با خود، خدا، طبیعت و سایر انسان‌ها می‌تواند بر سلامت او

تأثیر مثبت یا منفی بگذارد و بدین ترتیب، در همه ابعاد سلامت، از جمله در سلامت معنوی، باید به عوامل و شرایط مؤثر در سلامت در ساحت الهی و حیطه‌های فردی، اجتماعی و طبیعی توجه کرد و نیز باید در همه این حیطه‌ها شاخص‌های سلامت معنوی را شناسایی کرد. آیا می‌توان سلامت معنوی را سنجید؟ مؤلفه‌هایی که از تعریف فوق بر می‌آید این گونه است که سلامت معنوی می‌بایست انسان را در ارتباط با ذات لایزال الهی، با دیگران و محیط پیرامون و نیز در ارتباط با خود ارتقاء دهد (شکل بعد). لذا برای تعیین شاخص‌ها باید سلامت معنوی در چهار زمینه زیر در نظر گرفته شود:

۱- ارتباط با منشاء لایتنهای هستی

۲- ارتباط با خود

۳- ارتباط با انسان‌های دیگر

۴- ارتباط با عالم پیرامون

بدیهی است در هر یک از زمینه‌های چهارگانه فوق باید به هر سه حیطه بینش، گرایش و توانایی توجه نمود.



شمای شماره ۲- سلامت معنوی و ارتباط با خداوند ارتباط انسان با دیگران و جهان پیرامون

سنجش سلامت معنوی فردی و اجتماعی، به‌ویژه در جامعه اسلامی، دارای اهمیت به‌سزایی است زیرا می‌تواند در جهت ارتقاء سلامت معنوی به‌کار گرفته شود. ضروری است که ابزارهای متفاوتی برای ارزیابی سلامت معنوی در نظر گرفته شده و در جهت تکمیل و نیز سنجش روایی

و پایایی آن‌ها ممارست شود.

یکی از ابزارهای سنجش سلامت معنوی پرسشنامه است که باید در چهار زمینه فوق، شاخص‌های مناسبی در سه منظر بینش، گرایش و رفتار طراحی گردد.

پرسشنامه سلامت معنوی

پرسشنامه‌هایی که بر مبنای تعریف عام سلامت معنوی است به خالق انسان و امور غیرحسی و معرفت‌شناختی توجه نکرده‌اند و به گونه‌های مختلف تدوین شده و در دسترس است. معتقدان به ادیان الهی نیز پرسشنامه‌هایی را براساس اعتقادات ادیان مسیحی، یهودی و بودائی تهیه کرده‌اند و پرسشنامه‌های مشابهی نیز در کشورهای اسلامی و منجمله ایران مورد استفاده قرار گرفته‌اند.

فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران براساس تعریف بسیط و کاملی که در برگیرنده مبانی سلامت معنوی از دیدگاه اسلام می‌باشد، اقدام به طراحی پرسشنامه جامع سلامت معنوی نموده است. پس از تحلیل و ارائه تعاریف عملی و قابل اندازه‌گیری از مفاهیم ساختاری سلامت معنوی، گویه‌های مورد نظر تدوین، و روایی صوری، روایی محتوا، تعیین هماهنگی درونی، ارزیابی روایی سازه و روایی پیش‌بینی ارزیابی و نهایتاً ثبات پرسشنامه تعیین گردید. گویه‌ها در پایان هر مرحله تحلیل و بازنگری شدند. در این پرسشنامه «ارتباط با خداوند»، «ارتباط با خود» و «ارتباط با پیرامون» سه مفهوم تبیین کننده سلامت معنوی هستند که طی مطالعات نظری از متون و منابع معتبر استخراج گردیدند. متغیرهای مورد نظر با مشورت افراد خبره و صاحب‌نظر تعیین گردید و در هر سه نوع ارتباط، هر یک از سه محور بینش، گرایش و رفتار تعریف شد.

به کارگیری پرسشنامه فوق در مطالعات میدانی برای سنجش سلامت معنوی جامعه می‌تواند نقاط قوت و ضعف در هر یک از سه محور را مشخص کرده، جهت مداخلات جمعیتی و یافردی برای ارتقاء سلامت معنوی مورد استفاده قرار گیرد.

به کارگیری سلامت معنوی در سلامت جامعه

دیدگاه معنوی از چهار طریق روی سلامت جسمی، روانی و اجتماعی تأثیر می‌کند:

۱- رفتارهای بهداشتی: تعهد دینی و معنویت موجب فعال‌سازی مسئولیت‌پذیری شخص در زمینه اصول و باورهای دینی می‌شود، که اثرات 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 شده در دین موجب افزایش حمایت اجتماعی شده که مؤلفه اخیر یکی از تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت شناخته شده است. دین تعاملات اجتماعی را افزایش داده و حمایت اجتماعی را به عنوان یک منبع ارتقاء سلامت فراهم می‌آورد. نقش حمایت اجتماعی در کاهش واکنش‌پذیری بیماری‌های 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 رهایی از انواع مختلف سرطان رابطه دارد.

۳- سایکونوروفیزیولوژیک: احساس رضایت ناشی از دیدگاه معنوی از طریق نوروپپتیدهای پیام رسان روی سیستم‌ها و ارگان‌های بدن مانند قلب و عروق، سیستم ایمنی و... تأثیر تقویت‌کننده دارد.

۴- اثرات مافوق طبیعی که برای انسان ناشناخته مانده است. نتیجه این تأثیرات پیشگیری از بیماری، افزایش تحمل بیماری، بهبود سریع‌تر بیماری، کاهش میزان استفاده از خدمات بهداشتی، درمانی می‌باشد که تحقیقات مختلف این مسئله را نشان داده است.

بیش‌تر مقالاتی که در دو دهه گذشته در ارتباط با سلامت جامعه منتشر شده‌اند اثرات درمانی و بهبود بخشیدن وضعیت بیماران بستری در بیمارستان‌ها و به ویژه بیماران مبتلا به امراض قلبی، سرطانی و روانی را مورد بررسی قرار داده و اثرات مفیدی را گزارش کرده‌اند. آنچه کم‌تر مورد توجه قرار گرفته است اثرات سلامت معنوی در ارتقاء سلامت جامعه به‌ویژه در پیشگیری‌های ابتدایی (Primordial) و اولیه (Primary) است.

یافته‌های مطالعات

یافته‌های مطالعات گذشته با توجه به چهار سطح پیشگیری به اختصار عبارتند از:

۱- پیشگیری ابتدایی

عوامل عمده‌ای که سلامت فرد و جامعه را تهدید می‌کند ممکن است ژنتیکی یا محیطی باشند. اطلاعات دقیقی در مورد ارتباط بین سلامت معنوی و ژنتیک موجود نیست. آیا زمینه ژنتیکی برای گرایش افراد به اعتقادات و فعالیت‌های معنوی/ مذهبی وجود دارد؟ به عبارت دیگر آیا احساس معنویت و مذهبی شدن از ابتدا در افراد وجود داشته است؟ دانشمندان غربی در این مورد سردرگم هستند. ولی نظر اسلام این است که خداوند همه انسان‌ها را با فطرت پاک و موحد خلق کرده است و لذا زمینه معنویت و مذهبی شدن در همه انسان‌ها وجود دارد. بدون شک عوامل محیطی در جامعه و خانواده در معنوی، مذهبی شدن افراد تأثیر به‌سزایی دارد.

از طرف دیگر مقالات علمی شواهدی نشان نداده‌اند که معنوی/ مذهبی بودن پدر و مادر و اجداد به آن‌ها منتقل می‌شود و اکثر دانشمندانی که در زمینه‌های سلامت معنوی تحقیق می‌کنند از خود سلب مسئولیت می‌کنند که به هیچ وجه نظرشان این نیست که سازوکار خارق‌العاده‌ای برای ارتباط بین وضعیت معنوی/ مذهبی و سلامت وجود دارد. لذا برای بررسی چنین ارتباطی روش‌های معمولی علوم برای تعیین اثرات روان‌شناسی، اجتماعی، رفتاری و ژنتیکی را توصیه می‌کنند. بدیهی است مذاهب الهی و به ویژه اسلام تأثیرات دعا و توجه خاص پروردگار را در وضعیت معنوی و سلامت فرد مؤثر می‌داند.

در بیش‌تر مطالعات، در افراد معنوی/ مذهبی به میزان کم تری انحرافات اجتماعی، اعتیاد، جنایت، طلاق و جدایی دیده می‌شود. این تأثیر مثبت به دلیل خصوصیتی است که معنویت و مذهبی شدن در انسان‌ها ایجاد می‌کند که مهم‌ترین آن‌ها صداقت، خلوص، عفو، قناعت، بخشش، خودنگهداری، صبر، انسانیت، تواضع و سایر خصوصیتی است که به ارتقاء ارتباطات اجتماعی منجر می‌شود. احساس سالم بودن در افراد معنوی/ مذهبی بیش‌تر از افراد دیگر است. از میان ۵۰ مطالعه‌ای که این مقوله را بررسی کرده‌اند ۵۸ درصد گزارش نموده‌اند که معنوی/ مذهبی بودن با احساس سالم بودن بیش‌تری همراه است. در ۱۰ درصد گزارش‌ها افراد معنوی/

مذهبی احساس سالم بودن کم‌تری داشته‌اند و در بقیه تأثیری مشاهده نشده است. هم‌چنین اکثریت قریب به اتفاق ۳۲۶ مقاله‌ای که احساس خوب بودن (Well-being) را در افراد معنوی/ مذهبی مطالعه کرده‌اند رابطه مثبتی را گزارش نموده‌اند. سایر شاخص‌های سلامت اجتماعی مانند میزان درگیری جامعه، داوطلب شدن، اطمینان و اعتماد بین افراد جامعه که Social Capital نامیده می‌شود و نیز حمایت‌های اجتماعی (Social support) در افراد معنوی/ مذهبی بیش‌تر از سایر افراد است.

بدیهی است فضای زیادی برای مطالعات بیش‌تر در زمینه ارتباط سلامت معنوی و پیشگیی ابتدایی و ارتقاء سلامت جامعه وجود دارد که انجام آن در افراد با درجات مختلف سلامت معنوی ضروری است.

۲- پیشگیری اولیه

مذاهب الهی پیروان خود را به حفظ‌الصحه توصیه و از رفتارهایی که خطر احتمالی برای انسان دارند، منع کرده‌اند. مطالعاتی که اثرات معنوی/ مذهبی بودن را بر عوامل خطر (Risk Factors) بیماری‌ها بررسی کرده‌اند به شرح زیر خلاصه می‌شود:

- **تغذیه:** از ۲۱ مطالعه‌ای که ارتباط بین معنوی، مذهبی بودن و رژیم غذایی سالم را بررسی کرده‌اند، ۶۲ درصد نشان داده‌اند که ارتباط مثبتی بین این دو وجود دارد. لذا اکثریت مطالعات نشان داده‌اند که افراد معنوی، مذهبی دریافت بیش‌تری از فیبر، سبزیجات سبز، میوه‌ها و ماهی دارند و دریافت کم‌تری از غذاهای حاضر و فوری (Fast Food) و چربی‌ها داشته، در کل تغذیه سالم‌تری را دارند.

- **فعالیت بدنی:** تقریباً دو سوم مقالاتی که ارتباط معنوی/ مذهبی بودن و فعالیت بدنی را بررسی کرده‌اند ارتباط مثبتی را گزارش کرده‌اند این ارتباط در مطالعه بزرگ NHANES آمریکا نیز مشاهده شده است.

- **اعتیاد به سیگار:** نزدیک به ۱۳۷ مطالعه، ارتباط معنوی/ مذهبی بودن و استعمال دخانیات را بررسی کرده و ۹۰ درصد آن‌ها ارتباط منفی را گزارش کرده‌اند. بدیهی است که این امر با کاهش بیماری‌های مزمن ریوی، سرطان ریه، انواع سرطان‌ها، فشارخون، سکته‌های مغزی و

قلبی و بیماری‌های قلبی همراه می‌باشد.

● **وزن بدن:** اگرچه افراد معنوی/ مذهبی غذای سالم‌تری مصرف می‌کنند، به نظر می‌رسد که مصرف غذای آن‌ها احتمالاً بیش‌تر است. از میان ۳۶ مقاله، ۳۹ درصد آن‌ها ارتباط مستقیمی را با وزن بیش‌تر نشان می‌دهد و ۱۹ درصد نشان داده‌اند که معنوی/ مذهبی بودن با وزن کم‌تری همراه است.

● **کلسترول سرم:** بیش از نیمی از مقالاتی که ارتباط بین معنوی/ مذهبی بودن و کلسترول سرم را بررسی کرده‌اند ارتباط معکوسی را نشان داده‌اند و فقط در ۱۳ درصد مقالات غلظت کلسترول سرم در افراد مذهبی بالاتر از افراد دیگر بوده است.

● **سلامت روان:** حدود ۸۰ درصد مقالاتی که در ارتباط بین معنوی/ مذهبی بودن و سلامت منتشر شده است این ارتباط را با سلامت روان بررسی کرده‌اند. تأثیر سلامت معنوی بر سلامت روانی می‌تواند بیش‌تر از سلامت جسمی باشد. زیرا معنوی/ مذهبی بودن زمینه‌های روان‌شناسی، اجتماعی و رفتاری را تحت تأثیر قرار می‌دهد. احساس خوب بودن، امید، مثبت‌نگری، هدفمندی، اراده قوی، احساس کنترل داشتن، خود نگه‌داری و بسیاری از خصوصیات شخصیتی فردی در افراد معنوی/ مذهبی بهتر از سایر افراد گزارش شده‌اند. مقالات زیادی تطابق با استرس‌های مختلف را در افراد معنوی/ مذهبی بودن مطالعه کرده و اکثر آن‌ها تطابق بهتری از سایر افراد را گزارش کرده‌اند.

۳- پیشگیری ثانویه و ثالثیه

در دهه گذشته مقالات متعددی نشان داده‌اند که همه عوامل خطر بیماری‌های روانی و جسمی در افراد معنوی/ مذهبی کم‌تر از افراد دیگر است. لذا با توجه به اثرات اجتماعی و ارتباطات گروهی که در این افراد وجود دارد، این طور فرض می‌شود که ابتلای به بیماری‌ها در این افراد کم‌تر از افراد دیگر باشد. مطالعات مختلفی این فرضیه را به اثبات رسانده‌اند.

● **بیماری روانی:** سال‌ها قبل این طور عنوان شده بود که احساس گناه در افراد معنوی/ مذهبی ممکن است باعث افزایش اختلالات روانی و به خصوص افسردگی باشد ولی نتایج

مطالعات این نظر را به طور کلی رد کرده‌اند. از ۴۴۴ مقاله که ارتباط افسردگی و معنوی / مذهبی بودن را بررسی کرده‌اند ۶۱ درصد آن‌ها ارتباط منفی و فقط ۶ درصد ارتباط مثبت را نشان داده‌اند. مطالعات زیادی نشان داده‌اند که افرادی که معنوی / مذهبی هستند کم‌تر از سایر افراد به خودکشی اقدام می‌کنند. بیش‌تر بررسی‌هایی که در ارتباط با اضطراب (Anxiety) انجام شده‌اند ارتباط منفی بین اضطراب و معنوی / مذهبی بودن را یافته‌اند. هم‌چنین نشان داده شده است که افراد معنوی / مذهبی کم‌تر به مواد افیونی اعتیاد پیدا می‌کنند.

● **بیماری‌های عروقی قلب:** با توجه به این که عوامل خطر بیماری‌های قلبی و استرس‌های روانی در افراد معنوی / مذهبی کم‌تر است، این بیماری‌ها در چنین افرادی به مراتب کم‌تر از افراد دیگر دیده می‌شود. ۶۳ درصد کلیه مطالعاتی که این ارتباط را بررسی کرده‌اند، رابطه این دو را منفی گزارش نموده‌اند. هم‌چنین رابطه 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.

● **پرفشاری خون:** اکثر مطالعات نشان داده‌اند که فشارخون در افرادی که بیش‌تر جنبه‌های معنویت و مذهبی بودن را دارند پایین‌تر از افراد دیگر است و این افراد بهتر به داروها پاسخ می‌دهند.

● **بیمای‌های عروقی مغز:** بیش‌تر مطالعات در رابطه با بیماری‌های عروقی مغز و سکته‌های مغزی نشان داده‌اند که این بیماری‌ها در افراد معنوی / مذهبی کم‌تر از سایر افراد است.

● **فراموشی:** بیش از نیمی از مطالعاتی که ارتباط بین فعالیت ذهنی و معنوی / مذهبی بودن را چه در افراد سالم و چه در بیماران مبتلا به فراموشی بررسی کرده‌اند، گزارش نموده‌اند که ارتباط مستقیمی بین فعالیت ذهنی و معنوی / مذهبی بودن وجود دارد.

● **فعالیت ایمنی بدن:** مطالعات نشان داده‌اند که افراد معنوی / مذهبی مقاومت بیش‌تری نسبت به بیماری‌های عفونی دارند و فعالیت سیستم ایمنی بدن آن‌ها نسبت به سایر افراد بهتر پاسخ می‌دهد.

● **غدد مترشحه داخلی:** ارتباط مثبتی بین هورمون‌های استرسی مانند کورتیزول، اپی‌نفرین

و نوراپی نفرین و به طور کلی فعالیت سیستم آندوکراین با معنوی/ مذهبی بودن گزارش شده است.

● **سرطان‌ها:** بیش‌تر مطالعات نشان داده‌اند که خطر سرطان در افراد معنوی/ مذهبی به مراتب کم‌تر از افراد دیگر است. برخی از این کاهش سرطان را باید به علت کم مصرف کردن الکل، سیگار و کاهش سایر عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر در افراد معنوی/ مذهبی دانست.

● **درد:** بیش‌تر مطالعات نشان می‌دهند که تقویت معنوی/ مذهبی با کاهش درد همراه است. از این نوع درمان در بهبودی درد و مشکلات جسمانی افرادی که مبتلا به میگرن، بیماری‌های مفصلی و یا سرطان هستند استفاده می‌شود.

● **مرگ و میر:** از بین ۱۲۱ مطالعه که ارتباط مرگ و معنوی/ مذهبی بودن را بررسی کرده‌اند، ۶۸ درصد آن‌ها نشان دادند که درجات بهتر معنوی/ مذهبی بودن عاملی است که طول عمر بیش‌تر را پیش‌بینی می‌کند و فقط ۵ درصد مطالعات طول عمر کم‌تر را نشان داده‌اند. در آن‌ها که در مراسم مذهبی بیش‌تر شرکت می‌کنند به طور متوسط ۳۷ درصد افزایش طول عمر افزایش گزارش شده است. این درصد افزایش از اثرات کاهش کلسترول استاتین‌ها و یا اثرات فعالیت بدنی در طول عمر بیماران پس از سکته‌های قلبی بیش‌تر است.

ادغام سلامت معنوی در نظام ارائه خدمات سلامت

دلایل زیادی وجود دارد که ادغام سلامت معنوی در ارائه خدمات بهداشتی درمانی را الزامی می‌دارد. برنامه‌ریزی برای چنین ادغامی در کشورهایی که قانون اساسی آن‌ها براساس 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 به ویژه بیماران صعب‌العلاج می‌شود. دلایل ادغام را می‌توان به صورت زیر خلاصه کرد:

- ۱- با توجه به اثرات مفید معنوی/ مذهبی بودن در بهبود شاخص‌های پیشگیری ابتدایی و پیشگیری اولیه، ضروری است تمهیداتی اتخاذ شود که ارتقاء سلامت جامعه را سبب گردد.
- ۲- استانداردهای مصوب بسیاری از سازمان‌ها و انجمن‌ها را ملزم می‌کند که ارائه کنندگان خدمات سلامت به مسائل فرهنگی، ارزش‌های دینی، باورها و ترجیحات افراد جامعه و

بیماران احترام بگذارند. اگر آن‌ها از باورهای افراد اطلاع نداشته باشند نمی‌توانند آن‌ها را محترم بدانند.

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 استرس و بیماری‌ها کمک می‌کند.

۵- باورهای معنوی/ مذهبی بیماران ممکن است با اقدامات درمانی برای آن‌ها مغایرت داشته باشد. لذا همراهی و به کارگیری اقدامات درمانی را با مشکل روبرو کند.

۶- تأثیر معنوی/ مذهبی بودن بر اثرات 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 تأثیر می‌گذارد.

۹- تحقیقات نشان داده‌اند که عدم توجه به نیازهای معنوی افراد سبب افزایش هزینه‌های درمانی، به‌ویژه در مراحل انتهایی زندگی می‌شود.

چالش‌ها و آینده‌نگاری در حیطه سلامت معنوی

بعد سلامت معنوی به‌عنوان یکی از ابعاد چهارگانه سلامت باید در ارتقاء سلامت جامعه مدنظر قرار گرفته و در آموزش، پژوهش و ارائه خدمات بهداشتی درمانی به کار رود. برنامه‌ریزی‌ها و تلاش‌هایی در این زمینه در کشورهای مختلف شروع شده است. فی‌المثل کشور انگلستان در حال استانداردسازی خدمات سلامت معنوی در بیمارستان‌های خود است.

حیطه‌های استانداردسازی کشور در این زمینه شامل موارد زیر می‌باشد:

۱- ارتقاء سلامت: در کشور ایران که قانون اساسی آن براساس باورهای الهی و دینی مستقر است، ادغام سلامت معنوی به منظور ارتقاء سلامت جامعه و پیشگیری ابتدایی و اولیه از اولویت خاصی برخوردار است. نحوه 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 (Primordial and primary prevention): که با ارتقاء سلامت از بروز علایم خطر و علایم 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 کشور ضروری است.

۲- آموزش پزشکی: بحث سلامت معنوی می‌بایست در برنامه درسی 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. برخی مطالعات بیانگر آن است که بدون سلامت معنوی، دیگر ابعاد زیستی، روان‌شناختی و اجتماعی نمی‌تواند عملکرد درست داشته باشد یا به حداکثر ظرفیت خود برسد و از این جهت بالاترین سطح کیفیت زندگی، قابل دستیابی نخواهد بود. بنابراین بازنگری برنامه‌های آموزشی و تدوین دوباره آن‌ها با برنامه‌های آموزش سلامت معنوی که دغدغه مدیران و سیاست‌گذاران آموزشی نیز هست امری پسندیده و لازم است.

توجه به سلامت معنوی در آموزش نیازمند برنامه‌ریزی درسی مناسب است. برنامه آموزشی معنوی منتقل‌کننده مفاهیم معنویت از طریق محتوا و برنامه‌های آموزشی است و فراهم‌کننده زمینه نیل به سطوح بالاتر آگاهی و معنی‌دار کردن زندگی بوده و علاوه بر منطقی بار آوردن فراگیران، دست یافتن آنان به احساس عمیق‌تر و پُربارتر را فراهم می‌کند. برنامه آموزشی معنوی تنها وسیله‌ای برای درک محتوای آموزشی نیست بلکه حرکتی فراتر از استدلال و شیوه‌های تحلیلی و اندیشه ورزی است که معمولاً در خلال آموزش صورت می‌گیرد.

در سند تحول و نوسازی نظام آموزشی علوم پزشکی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

به موارد زیر اشاره شده است:

دانشگاه باید کارخانه انسان‌سازی باشد. تربیت انسان‌هایی خردمند، توانا، خلاق، دارای اعتماد به نفس، آزاده و نقدپذیر مورد نظر نظام آموزش عالی ما باید باشد. راه کارهای علمی و روشن برای کسب این توانمندی‌های معنوی هم‌چون کسب سایر توانمندی‌ها مورد نیاز می‌باشد، تا با تعیین اهداف آموزشی دقیق و برنامه‌ریزی مناسب با استفاده از آموزش‌های صحیح ارتقاء توانمندی‌های معنوی بیش از پیش ممکن گردد. در اصول تحول و نوسازی نظام آموزشی علوم پزشکی کشور نیز به موارد ذیل اشاره شده است:

- خدا محوری و اخلاص اعمال در جهت رضایت الهی،
- توجه به کرامت انسانی، توجه به عموم ساحات انسانی،
- ساحت مادی،
- ساحت معنوی.

بنابر این گام‌های درستی از سوی دست اندرکاران و سیاست‌گذاران امر آموزش پزشکی کشور در جهت رشد و تعالی آموزش سلامت معنوی برداشته شده است.

در چارچوب نظام آموزش پزشکی، لازم است در آموزش بالینی و نظری، دانشجویان علوم پزشکی به ویژه دانشجویان پزشکی و پرستاری با مقوله سلامت معنوی به عنوان یکی از ابعاد مهم سلامت و رضایت از زندگی آشنایی بیشتری پیدا کنند تا نگاه جامع‌تری نسبت به مددجو داشته باشند و بتوانند در سایه حفظ کرامت‌های انسانی و اخلاقی، خدمات و مراقبت‌های کامل‌تر و مناسب‌تری را به آنان ارائه دهند. با توجه به اهمیت بعد معنوی در پرستاری و لزوم آموزش آن به دانشجویان پرستاری جهت آماده کردن آن‌ها برای ارائه مراقبت معنوی به بیمار در کنار مراقبت جسمی و روانی، پیشنهاد می‌گردد که محتوای درسی در مورد معنویت و مراقبت معنوی در برنامه آموزش پرستاری گنجانده شود. بدین جهت بستر سازی فرهنگی قبل از تهیه محتوای درسی امری ضروری به نظر می‌رسد.

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

الف- نیاز آموزشی چیست؟ چه مسائلی ضرورت آموزش معنویت به گروه دانشجویان پزشکی

را مشخص می‌کند؟ منظور از معنویت چیست؟ چه ابعادی از معنویت در درمان و مراقبت تأثیر بیشتری دارند؟ آیا نیازهای معنوی مؤثر بر درمان در تمام بیماران یکسان است؟
 ب- محتوای آموزشی چیست؟ برای رفع نیازهای معنوی بیماران، 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 و یا می‌توان از مطالب سایر فرهنگ‌ها استفاده کرد؟

ج- 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؟
 د- ارزشیابی آموزشی چگونه صورت گیرد؟ چگونه از تغییرات معنوی صورت گرفته در ارائه خدمات بهداشتی درمانی اطمینان حاصل شود؟

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

به هنگام بروز بیماری‌های مزمن و یا صعب‌العلاج که منجر به بروز حالت پریشانی و عدم اعتماد، ترس واقعی و افسردگی در بیمار می‌گردد پزشک و پرستار به‌عنوان یک مشاور روحی و معنوی، بهترین کمک برای بیماران به شمار می‌رود. پذیرش و احترام به عقاید دینی و معنوی بیماران و استفاده از همین عقاید آن‌ها در درمان، تأثیر به‌سزایی در بهبود آنان خواهد داشت و پرستاری که به بیماران اجازه می‌دهد تا در این موارد با او مشورت نمایند از سوی بیمار به‌عنوان یک منبع امید شناخته می‌شود.

ابراز عقاید مذهبی و به‌کاربردن آن‌ها برای بیماران همواره امری مهم تلقی می‌گردد. 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 مسائلی را که در امیدوار شدن بیمار مؤثرند شناسایی و تقویت کند. بنابراین می‌توان با مراقبت روحی در تقویت نیروی شخصی آن‌ها کوشید. با در نظر گرفتن منافع بسیار توجه به نیازهای روحی و معنوی بیماران، حرف گروه پزشکی نیازمند بازنگری مجدد در نحوه ارائه مراقبت‌های معمول می‌باشد زیرا آموزش مراقبت‌های جسمی، روانی، اجتماعی، پاسخ‌گوی همه نیازهای مراقبتی بیماران نیست و باید با ارتقاء مراقبت‌های معنوی و روحی از بیمار، ضمن کمک به بهبود و ارتقاء سلامت وی جایگاه رفیع انسانی را بیش از پیش توسعه بخشد.

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

اخذ خلاصه‌ای از تاریخچه معنوی/ مذهبی بودن بیماران باید در پرونده بیماران گنجانده شود و آموزش‌های ضروری به پزشکان، پرستاران و سایر صاحبان حرف پزشکی در این مورد داده شود. بدیهی است جهت رفع نیازهای معنوی/ مذهبی بیماران، هماهنگی بین کادر پزشکی و مبلغین مذهبی (که حضورشان در مراکز بهداشتی درمانی ضروری است) کارساز خواهد بود.

د) پژوهش پزشکی: نیاز زیادی است که جنبه‌های مختلف سلامت معنوی توسط پژوهشکده‌ها و مراکز تحقیقاتی مورد تحقیق قرار گیرد. تقریباً کلیه مطالبی که در قسمت «به‌کارگیری سلامت معنوی در سلامت جامعه» در این نوشتار آورده شده است مربوط به پژوهش‌های کشورهای غربی به‌ویژه کشور آمریکا است و نتایج پژوهش‌های مشابه از کشورهای اسلامی بسیار اندک است.

نتیجه‌گیری

سلامت معنوی به‌عنوان بعد چهارم سلامت مورد قبول سازمان جهانی بهداشت و کشورهای عضو آن قرار گرفته، ولی تبیین مفاهیم و به‌کارگیری این بعد سلامت نیازمند تلاش بیش‌تری در جوامع مختلف است. شایان ذکر است که اهمیت ویژه بعد سلامت ارتقاء انسانیت انسان که هدف از خلقت اوست با تسلیم در مقابل خداوند است که نتیجه اصلی آن نیز رستگاری دنیا و آخرت است. با این وجود، سلامت معنوی هر سه بعد دیگر سلامت را پوشش می‌دهد. لذا 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 به تدریج وارد ارائه خدمات سلامت می‌شود. به‌کارگیری و ادغام سلامت معنوی در خدمات سلامت، خدمات بالینی به‌ویژه بیماران صعب‌العلاج متداول‌تر و برنامه‌ریزی آن تا حدودی آسان‌تر است. با این وجود، 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 ارتقاء سلامت جامعه و ورود آن در آموزش گروه پزشکی در دانشگاه‌ها و برنامه‌های آموزش مداوم است. صاحبان حرف پزشکی می‌بایست با مفاهیم، اثرات و دلایل و نحوه به‌کارگیری سلامت معنوی در نظام ارائه خدمات سلامت آشنایی داشته و به این باور برسند که حفظ، تأمین و ارتقاء سلامت جامعه و بیماران آن‌ها در صورتی کامل است که کلیه ابعاد مختلف سلامت اعم از جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی را مورد نظر قرار دهند.

منابع

- ۱- قرآن کریم، سوره اسراء، آیات ۷۸ تا ۸۱.
- ۲- طاهری م، فتحعلی بیگی س. مروری بر نظریه‌های سلامت معنوی و سلامت روحی، چکیده مقالات همایش ملی سلامت معنوی و تعمیق تربیت اسلامی، قم، ۱۳۸۹.
- ۳- امیدواری س. سلامت معنوی، مفاهیم و چالش‌ها، پژوهش‌های میان رشته‌ای قرآن، ۱۳۸۷، سال اول، شماره اول، ۵-۱۷. دماري، بهزاد. سلامت معنوی. انتشارات طب و جامعه، تهران، چاپ اول، زمستان ۱۳۸۸.
- ۴- دماري ب. سلامت معنوی. انتشارات طب و جامعه، تهران، چاپ اول، زمستان ۱۳۸۸.
- ۵- عباسی م، شمس‌ی کوشکی ا، ابوالقاسمی م ج، ناصری‌راد 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.
- ۶- مصباح، واکاوی مفهومی معنویت. "جستاری در سلامت معنوی"، مجموعه مقاله‌های همایش مقدمه‌ای بر سلامت معنوی، فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران، چاپ مؤسسه انتشارات نزهت، ۱۳۸۹.
- ۷- مصباح یزدی، مجتبی و همکاران. مبانی و تعریف سلامت معنوی از دیدگاه اسلام، مؤسسه آموزش، پژوهش امام خمینی (ره)، ۱۳۹۲.
- ۸- طباطبائی م ح. "معنویت تشیع" در معنویت تشیع و ۲۲ مقاله دیگر، قم، انتشارات تشیع، ۱۳۵۴.
- ۹- بوالهروی 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.
- ۱۰- محقق داماد م. مقومات معنوی سلامت در الهیات اسلامی، اخلاق پزشکی، ۱۳۸۹، سال چهارم، شماره ۱۴، ۵۳-۶۴.
- ۱۱- 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.
- ۱۲- 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.
- ۱۳- امیدواری س. سلامت معنوی، مفاهیم و چالش‌ها. پژوهش‌های میان رشته‌ای قرآنی. سال اول، شماره اول، ۵-۱۷، ۱۳۸۷.
- ۱۴- قرآن مجید، سوره روم، آیه ۳۰.
- ۱۵- اصفهانی م. جنبه معنوی سلامت و سلامت معنوی. "جستاری در سلامت معنوی". مجموعه مقاله‌های همایش مقدمه‌ای بر سلامت معنوی. فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران، چاپ مؤسسه نزهت، ۱۳۸۹.
- 16- Amondesn D. Medicine, society and faith in the ancient and mediecal worlds. Baltimore, MD: Johns Hopkins University press , 1996;127-157.
- 17- Sloan RP. Blind faith: the unholy alliance of religion and medicine. NewYork, NY:St.Martin's press 2006.
- 18- Rogers DL, Skidmore ST, Montgomery GT, Reidhead MA, Reidhead VA. Spir- itual integration predicts self-reported medtal and physical health. J Relig Health 2010 Nov25.
- 19- Anonymous, Spiritual health is important, say our readers.WHO Chron. 1979; 33: 29-30.
- 20- <http://WWW.healthpromotionjournal.com>.
- 21- The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World, 2005. Availa- bleat:http://WWW.visionoffice.com/socdev/promotion/bangkok_charter_health_promotoon.pdf.
- 22- <http://WWW.visionoffice.com/socdev/wssdco-3.htm>.
- 23- 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 Profeesional. J Relig Health 2010 Mar 14.
- 24- Campbell JD, Yoon DP, Jphnstone B. Determining relationship between physi- cal health and spiritual experience, religious practices, and congergationl sup- port in a heterogeneous medical sample. J Relig Health 2010; 49: 3-17.
- 25- International Statiscial Classification of Diseases and Health Releated prob- lems ICD-10.2 ndEdition, Geneva, Switzerland. WHO 2005.
- 26- Krebs K. Complementary health care practices: The Spiritual aspects of heal- ing: an integral part of health and healing. Gastroenterol Nurs 2003; 26: 212-4.
- 27- Salarifar M R, Azarbayjani M, Rahiminejad A. Theoretical measures of reli-

- gious. Theoretical and psychometrics scale religious selected conference papers. Tehran: Seminary and university publication 2005.
- 28- 28-Gadit AA. Spiritual dimension of mental health: do we have adequate insight? J Pak Med Assoc 2007; 57: 522-3.
- 29- Vader JP. Spiritual health: the next frontier. Eur J Public Health 2006; 16: 457.
- 30- Edward H. New York: Mc Grw Hill Series 2002; 1996. "Spirituality: The New Frontier", Psychological Testing at work; p. 137. Chapter 12.
- 31- Kass L. Spirituality: The New Frontier. Psychological Testing at work. In: Hoffman E, editor. New York: MC Graw Hill; 1991, 2002. P. 132. Chapter 12.
- 32- Bansal R, Maroof KA, Parashar P, Pant B. Spirituality and health: a knowledge, attitude and practice study among doctors of North India. (last accessed on 2008 Oct 9); Spiritual Health Int. 2008 9: 263-9. In Wiley Inter Science. Available from: <http://www.interscience.wiley.com>.
- 33- Koenig HG. Religion, spirituality, and health: The research and clinical implications. ISRN Psychiatry 2012; 2012: 278-730.
- 34- 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.
- 35- McCullough M.E, Laurenceau J.P. Religiousness and the trajectory of self-rated health across adulthood. Personality and Social Psychology Bulletin 2005; 31: 560-573.
- 36- Krause N. Church-based volunteering, providing informal support at church, and self-rated health in late life. Journal of Aging and Health 2009; 21: 63-84.
- 37- Greene K.V, Yoon B.J. Religiosity, economics and life satisfaction. Review of Social Economy 2004; 62: 245-273.
- 38- Glanville JL, Sikkink D, Hernández EI. Religious involvement and educational outcomes: the role of social capital and extracurricular participation. Sociological Quarterly 2008; 49: 105-137.
- 39- The Holy Bible, New Kings James Version, Thomas Nelson Publishers, Nashville, Tenn, USA, 1982.
- 40- Conrad L. Islam and the body. 2010, <http://www.answers.com/topic/islam-and-the-body>.
- 41- 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. International Journal of Psychiatry in Medicine 2006; 36: 435-448.
- 42- Hart Jr A, 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 Education and Behavior 2007; 34: 503-516.

- 43- Hill TD, Burdette AM, Angel JL, Angel RJ. Religious attendance and cognitive functioning among older Mexican Americans. *Journals of Gerontology* 2006; 61: P3–P9.
- 44- 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. *Annals of Behavioral Medicine* 2006; 31: 30–35.
- 45- Gillum RF, King DE, Obisesan TO, Koenig HG. Frequency of attendance at religious services and mortality in a U.S. national cohort. *Annals of Epidemiology* 2008; 18: 124–129.
- 46- Yong HH, Hamann SL, Borland R, Fong GT, Omar M. 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. *Social Science and Medicine* 2009; 69:1025–1031.
- 47- 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: 659–666.
- 48- Kim KH, Sobal J, Wethington E. Religion and body weight. *International Journal of Obesity* 2003; 27: 469–477.
- 49- 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: 659–666.
- 50- Musick MA, House JS, Williams DR. Attendance at religious services and mortality in a national sample. *Journal of Health and Social Behavior* 2004; 45: 198–213.
- 51- Beeri MS, Davidson MD, Silverman JM, et al. Religious education and midlife observance are associated with dementia three decades later in Israeli men. *Journal of Clinical Epidemiology* 2008; 61: 1161–1168.
- 52- 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. *International Journal of Psychiatry in Medicine* 2006; 36: 435–448.
- 53- Ai AL, Wink P, Tice TN, Bolling SF, Shearer M. Prayer and reverence in naturalistic, aesthetic, and socio-moral contexts predicted fewer complications following coronary artery bypass. *Journal of Behavioral Medicine* 2009; 32: 570–581.
- 54- Krause N. Religious doubt and psychological well-being: a longitudinal inves-

- 55- Krause N. Meaning in life and mortality. *Journal of Gerontology B, supplement* 2009; 64: S517–S527.
- 56- Fiori KL, Brown EE, Cortina KS, Antonucci TC. Locus of control as a mediator of the relationship between religiosity and life satisfaction: Age, race, and gender differences. *Mental Health, Religion and Culture* 2006; 9: 239–263.
- 57- Toussaint LL, Williams DR. National survey results for Protestant, Catholic, and nonreligious experiences of seeking forgiveness and of forgiveness of self, of others, and by God. *Journal of Psychology and Christianity* 2008; 27: 120–130.
- 58- Pargament KI, Koenig HG, Perez LM. A comprehensive measure of religious coping: development and initial validation of the RCOPE. *Journal of Clinical Psychology* 1999; 56: 519–543.
- 59- Nooney J, Woodrum E. Religious coping and church-based social support as predictors of mental health outcomes: testing a conceptual model. *Journal For the Scientific Study of Religion* 2002; 41: 359–368.
- 60- Ellison CG, Flannelly KJ. Religious involvement and risk of major depression in a prospective nationwide study of African American adults. *Journal of Nervous and Mental Disease* 2009; 197: 568–573.
- 61- Payman V, George K, Ryburn B. Religiosity of depressed elderly inpatients. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2008; 23: 16–21.
- 62- Braam AW, Deeg DJH, Poppelaars JL, Beekman ATF, Van Tilburg W. Prayer and depressive symptoms in a period of secularization: patterns among older adults in the Netherlands. *American Journal of Geriatric Psychiatry* 2007; 15: 273–281.
- 63- Rasic DT, Belik SL, Elias B, Katz LY, Enns M, Sareen J. Spirituality, religion and suicidal behavior in a nationally representative sample. *Journal of Affective Disorders* 2009; 114: 32–40.
- 64- Chen YY. Written emotional expression and religion: effects on PTSD symptoms. *International Journal of Psychiatry in Medicine* 2005; 35: 273–286.
- 65- Caputo RK. Parent religiosity, family processes, and adolescent outcomes. *Families in Society* 2004; 85: 495–510.
- 66- Degenhardt L, Chiu WT, Sampson N, Kessler RC, Anthony JC. Epidemiological patterns of extra-medical drug use in the United States: evidence from the National Comorbidity Survey Replication, 2001–2003. *Drug and Alcohol Dependence* 2007; 90: 210–223.
- 67- Horne BD, May HT, Anderson JL, et al. Usefulness of routine periodic fasting to lower risk of coronary artery disease in patients undergoing coronary angiography. *American Journal of Cardiology* 2008; 102: 814–e1.

- 68- Berntson GG, Norman GJ, Hawkley LC, Cacioppo JT, Spirituality and autonomic cardiac control. *Annals of Behavioral Medicine* 2008; 35: 198–208.
- 69- King DE, Mainous AG, Pearson WS. C-reactive protein, diabetes, and attendance at religious services. *Diabetes Care* 2002; 25: 1172–1176.
- 70- Ford ES, Loucks EB, Berkman LF. Social integration and concentrations of C-reactive protein among US adults. *Annals of Epidemiology* 2006; 16: 78–84.
- 71- Al-Kandari YY. Religiosity and its relation to blood pressure among selected Kuwaitis. *Journal of Biosocial Science* 2003; 35: 463–472.
- 72- Gillum RF, Ingram DD. Frequency of attendance at religious services, hypertension, and blood pressure: the third national health and nutrition examination survey. *Psychosomatic Medicine* 2006; 68: 382–385.
- 73- 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. *International Journal of Psychiatry in Medicine* 2006; 36: 435–448.
- 74- Kaufman Y, Anaki D, Binns M, Freedman M. Cognitive decline in Alzheimer disease: impact of spirituality, religiosity, and QOL. *Neurology* 2007; 68: 1509–1514.
- 75- Murray-Swank A, Goldberg R, Dickerson F, Medoff D, Wohlheiter K, Dixon L. Correlates of religious service attendance and contact with religious leaders among persons with co-occurring serious mental illness and type 2 diabetes. *Journal of Nervous and Mental Disease* 2007; 195: 382–388.
- 76- Tully J, Viner RM, Coen PG, et al. Risk and protective factors for meningococcal disease in adolescents: matched cohort study. *British Medical Journal* 2006; 332: 445–448.
- 77- Pereira DB, Christian DM, Patidar G, et al. Spiritual absence and 1-year mortality after hematopoietic stem cell transplant. *Biology of Blood and Marrow Transplantation* 2010; 16: 1171–1179.
- 78- Tartaro J, Luecken LJ, Gunn HE. Exploring heart and soul: effects of religiosity/spirituality and gender on blood pressure and cortisol stress responses. *Journal of Health Psychology* 2005; 10: 753–766.
- 79- Maselko J, Kubzansky L, Kawachi I, Seeman T, Berkman L. Religious service attendance and allostatic load among high-functioning elderly. *Psychosomatic Medicine* 2007; 69: 464–472.
- 80- Van Ness PH, Kasl SV, Jones BA. Religion, race, and breast cancer survival. *International Journal of Psychiatry in Medicine* 2003; 33: 357–375.
- 81- Kinney AY, Bloor LE, Dudley WN, et al. Roles of religious involvement and social support in the risk of colon cancer among blacks and whites. *American Journal of Epidemiology* 2003; 158: 11: 1097–1107.

- 82- Daniels M, Merrill RM, Lyon JL, Stanford JB, White Jr GL. Associations between breast cancer risk factors and religious practices in Utah. *Preventive Medicine* 2004; 38: 28–38.
- 83- Schnall E, Wassertheil-Smoller S, Swencionis C, et al. The relationship between religion and cardiovascular outcomes and all-cause mortality in the women's health initiative observational study. *Psychology and Health* 2010; 25: 249–263.
- 84- Kabat-Zinn J, Lipworth L, Burney R. The clinical use of mindfulness meditation for the self-regulation of chronic pain. *Journal of Behavioral Medicine* 1985; 8: 163–190.
- 85- Tekur P, Singphow C, Nagendra HR, Raghuram N. Effect of short-term intensive yoga program on pain, functional disability and spinal flexibility in chronic low back pain: a randomized control study. *Journal of Alternative and Complementary Medicine* 2008; 14: 637–644.
- 86- Wachholtz AB, Pargament KI. Migraines and meditation: does spirituality matter? *Journal of Behavioral Medicine* 2008; 31: 351–366.
- 87- Grant GA, Rainville P. Pain sensitivity and analgesic effects of mindful states in zen meditators: a cross-sectional study. *Psychosomatic Medicine* 2009; 71: 106–114.
- 88- Hummer RA, Benjamins MR, Ellison CG, 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*, C. G. Ellison and R. A. Hummer, Eds., 2010; 273–291.
- 89- McCullough ME, Hoyt WT, Larson DB, Koenig HG, Thoresen C. Religious involvement and mortality: a meta-analytic review. *Health Psychology* 2000; 19: 211–222.
- 90- Chida Y, Steptoe A, Powell LH. Religiosity/spirituality and mortality: a systematic quantitative review. *Psychotherapy and Psychosomatics* 2009; 78: 81–90.
- 91- Parkerson Jr GR, Gutman RA. Health-related quality of life predictors of survival and hospital utilization. *Health Care Financing Review* 2000; 21: 171–184.
- 92- 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.
- 93- 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.
- 94- McCord G, Gilchrist VJ, Grossman SD, et al. Discussing spirituality with pa

- 95- tients: a rational and ethical approach. *Annals of Family Medicine* 2004; 2: 356–361.
- 96- Curlin FA, Lawrence RE, Chin MH, Lantos JD. Religion, conscience, and controversial clinical practices. *New England Journal of Medicine* 2007; 356: 593–600.