

فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران

گزارش نهایی طرح پژوهشی

عنوان

مطالعه تطبیقی سلامت روانی و سلامت معنوی

مجری

دکتر سید عبدالمجید بحرینیان

همکاران اصلی طرح				
ردیف	نام و نام خانوادگی	شغل / رشته	رتبه علمی	نوع همکاری در طرح
۱	دکتر محمود عباسی	عضو هیئت علمی دانشگاه/حقوق پزشکی	دانشیار	ناظر اجرایی
۲	دکتر باقر غباری بناب	عضو هیئت علمی دانشگاه/ روانشناسی	دانشیار	مشاور طرح

مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

## چکیده

### سابقه و هدف:

پژوهش‌های چند دهه گذشته حرکت کندی به سمت علمی کردن سلامت معنوی و تمایز میان دو مفهوم سلامت روانی و سلامت معنوی داشته‌اند. عدم تمایز میان این ابعاد به طور عام و میان مفهوم سلامت روانی و سلامت معنوی به طور خاص، در بسیاری از متون علوم انسانی سلامت<sup>۱</sup> و پزشکی به عنوان مانعی بر سر راه توسعه بعد معنوی سلامت و یک معضل اساسی در پرداختن به تحقیقات بنیادی و کاربردی در حوزه سلامت معنوی و اقدامات درمانی مداخله‌گرایانه تلقی می‌شود. هدف این پروژه بررسی تطبیقی مفاهیم، مؤلفه‌ها و شاخص‌های اندازه‌گیری و پرسشنامه‌های سلامت روانی و سلامت معنوی است.

### مواد و روش‌ها:

این پروژه یک مطالعه توصیفی- تطبیقی است. داده‌ها با روش اسنادی گردآوری شده است. بر اساس «الگوی مطالعات تطبیقی» داده‌های گردآوری شده با هم مقایسه و مفاهیم، مؤلفه‌ها و شاخص‌های مختلف در مجموعه‌ای مبتنی بر نگرش واحد طبقه‌بندی و مورد تحلیل واقع گردیده است. این «الگوی مطالعه تطبیقی» یک الگوی تحلیلی بوده و متشکل از طبقه‌بندی‌های منسجم و هماهنگ است و مجموع هر یک، نظام سلامت روانی و نظام سلامت معنوی را می‌سازد.

### یافته‌ها:

این مطالعه نشان داد که تعاریف سلامت روانی و سلامت معنوی از مکتب و دیدگاهی تا مکتب و دیدگاه دیگر و از فرهنگی به فرهنگ دیگر متفاوت است. این تفاوت دیدگاه بدلیل شناختن انسان بویژه انسان کامل و داشتن رویکرد بخشی‌نگری و حداقلی در شناخت و فقدان دیدگاه کل‌نگری و یکپارچه‌نگر در پرداختن به انسان است. در مورد سلامت معنوی نیز بدلیل گستردگی و نبودن جهان‌بینی واحد در شناخت انسان تاکنون تعریف واحدی ارائه نشده و برداشتها بر اساس دو دیدگاه لائیک و توحیدی (که خداوند را محور همه امور می‌داند) تقسیم بندی شده است که البته تبعات و کارکردهای این دو دیدگاه بنوبه خود متفاوت است.

### نتیجه‌گیری:

علیرغم اینکه جامعه جهانی امروز بیش از هر زمان دیگری به نیاز درونی خود به معنویت و تکیه زدن به یک نقطه اتکاء و منبع آرامش و هدایت‌گر پی برده و گام‌هایی هرچند ناقص و فردگرایانه در این زمینه برداشته است، اما تا دست یافتن به یک دیدگاه توحیدی که خداوند را صاحب، ناظر و تدبیر کننده همه امور خود و جهان هستی می‌داند زمان بیشتری نیاز دارد. بدیهی است هر گونه تحول در رسیدن به تعریف واحد از سلامت معنوی بر دیدگاه‌ها و الگوهای تبیین کننده سلامت روانی موثر خواهد افتاد.

### واژگان کلیدی:

سلامت روانی، سلامت معنوی، روان درمانی، معنویت درمانی.

## فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۱	پیشگفتار
۴	فصل اول : مقدمه
۵	طرح مسئله
۱۲	ضرورت و اهمیت موضوع
۱۴	اهداف پژوهش
۱۴	سئوالات پژوهش
۱۶	فصل دوم : مرور ادبیات موضوع
۲۵	مبانی نظری موضوع
۲۵	مرور مطالعات انجام شده پیشین
۴۰	فصل سوم : روش ها
۴۱	طرح پژوهش
۴۱	روش اجرا
۴۱	روش گردآوری داده ها
۴۱	روش تجزیه و تحلیل داده ها
۷۴	ملاحظات اخلاقی پژوهش
۷۷	فصل چهارم : یافته ها
	فصل پنجم : بحث، نتیجه گیری و پیشنهادات
	منابع
	پیوست ها

## فصل اول

### مقدمه

سازمان بهداشت جهانی در آخرین بیانیه‌های خود که در دهه گذشته منتشر کرده است و به خصوص در مقدمه پروژه ۲۰۰۰ که طی آن برنامه وسیع بهداشتی برای کشورهای در حال توسعه در نظر گرفته شده، سلامتی را از چهار بعد اساسی یعنی ابعاد جسمانی، روانی، اجتماعی و معنوی مورد بررسی قرار داده است.

مفهوم بهداشت روانی اولین بار در سال ۱۹۰۵ همزمان با شروع نهضت بهداشت روانی پدیدار گشت. در سال ۱۹۴۸ کمیته مقدماتی کنگره جهانی بهداشت روانی، بهداشت روانی را به عنوان شرایطی که موجب بهبود و توسعه جسمی، ذهنی و عاطفی فرد می‌شود، در نظر آورد.

در سال‌های اخیر توجه به سلامت معنوی در جهان و به خصوص در کشورهای آسیایی، به دلیل نیاز روزافزون جوامع به سلامت اجتماعی، سلامت روانی و سلامت جسمی، ابعاد تازه‌تری یافته است. با وجود این عدم تمایز میان این ابعاد به طور عام و میان مفهوم سلامت روانی و سلامت معنوی به طور خاص در بسیاری از متون علوم انسانی سلامت<sup>۱</sup> و پزشکی به عنوان مانعی بر سر راه توسعه بعد معنوی سلامت و یک معضل اساسی در پرداختن به تحقیقات بنیادی و کاربردی در حوزه سلامت معنوی و اقدامات درمانی مداخله‌گرایانه تلقی می‌شود.

پژوهش‌های چند دهه گذشته نیز حرکت کندی به سمت علمی کردن سلامت معنوی و تمایز میان دو مفهوم سلامت روانی و سلامت معنوی داشته‌اند. در واقع ارائه تعریفی جامع از سلامت معنوی و سلامت روانی کاری بس دشوار و پیچیده بوده است.

تفکیک و تمیز میان مفاهیم سلامت روانی و سلامت معنوی و به ویژه تعیین مرز میان سلامت معنوی و سلامت روانی در حین اجرای تحقیقات علوم انسانی سلامت و پزشکی ضرورتی اجتناب‌ناپذیر در حوزه علوم سلامت محسوب می‌شود.

سلامت روانی یک نیاز اساسی و برای بهبود کیفیت زندگی انسان امری حیاتی است (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۱). سلامت روان با ویژگی‌های توانمندساز درونی یا منابع درونی قدرت، ارتباط دارد. برخورداری از این منابع درونی توانایی فرد را، با وجود شرایط ناگوار و پیشامدهای منفی، برای رشد سازگارانه خود افزایش می‌دهد تا بتواند سلامت روان خود را حفظ کند (جاسلون، ۱۹۹۷).

هدف کلی این پروژه مطالعه تطبیقی سلامت روانی و سلامت معنوی و اهداف اختصاصی آن بررسی تطبیقی مفاهیم، مؤلفه‌ها و شاخص‌های اندازه‌گیری و پرسشنامه‌های سلامت روانی و سلامت معنوی است. همچنین هدف کاربردی و نهایی این پروژه ایجاد زمینه‌ای علمی برای انجام تحقیقات دقیق‌تر و کارآمدتر در حوزه سلامت معنوی است.

سئوالات اصلی این مطالعه به شرح ذیل است:

- ۴-۱) چه تفاوت‌هایی میان تعاریف سلامت معنوی و سلامت روانی وجود دارد؟
- ۴-۲) چه تفاوت‌هایی میان مؤلفه‌های (ابعاد) سلامت معنوی و سلامت روانی وجود دارد؟
- ۴-۳) چه تفاوت‌هایی میان شاخص‌های اندازه‌گیری سلامت معنوی و سلامت روانی وجود دارد؟
- ۴-۴) چه تفاوت‌هایی میان پرسشنامه‌های سلامت معنوی و سلامت روانی وجود دارد؟
- ۴-۵) چه شباهت‌هایی میان تعاریف سلامت معنوی و سلامت روانی وجود دارد؟
- ۴-۶) چه شباهت‌هایی میان مؤلفه‌های (ابعاد) سلامت معنوی و سلامت روانی وجود دارد؟

۴-۷) چه شباهتهایی میان شاخص‌های اندازه‌گیری سلامت معنوی و سلامت روانی وجود دارد؟

۴-۸) چه شباهتهایی میان پرسشنامه‌های سلامت معنوی و سلامت روانی وجود دارد؟

# مرور ادبیات موضوع

## فصل دوم

### مرور ادبیات موضوع

از زمان پیدایش انسان و شکل‌گیری جوامع بشری مفهوم سلامت با او همراه بوده است و در هر برهه از زمان تعریف خاصی از سلامت ارائه شده است. در حال حاضر روند تاریخی مفهوم سلامت به آنجا رسیده است که سلامت را مفهومی می‌دانند که متأثر از عوامل جسمانی، روانی، اجتماعی و معنوی است. از دیدگاه سازمان بهداشت جهانی، سلامت عبارت است از حالت رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه صرفاً فقدان بیماری.

### الف) سلامت روانی

#### نظریه‌های سلامت روانی

در ارتباط با مفهوم سلامت روانی نظریه‌ها و دیدگاه‌های مختلفی ارائه شده است. این امر تا حدودی ناشی از زمینه‌هایی است که نویسندگان مختلف به سلامت روانی پرداخته‌اند. برای مثال، پزشکان سالم بودن را نداشتن علائم بیماری تلقی می‌کنند و به عبارتی سلامت و بیماری را در دو قطب مخالف یکدیگر قرار می‌دهند، اما روانپزشکان فردی را سالم می‌دانند که تعادلی بین رفتارها و کنترل او در مواجهه با مشکلات اجتماعی وجود داشته باشد (میلانی فر، ۱۳۷۴: ۲-۳). به طور کلی، این نظریه‌ها و دیدگاه‌ها را می‌توان در چهار گروه عمده طبقه‌بندی نمود: **(به نظر می‌رسد این دیدگاه درستی نیست. بهتر است از منابع اصیل و رسمی روان پزشکی بهره‌گیری شود مانند انجمن روانشناسی آمریکا)**

#### ۱) دیدگاه زیست‌گرایی

این دیدگاه که بیشترین اهمیت را برای بافت و اعضای بدن قائل است سلامت روانی را مترادف با نداشتن بیماری دانسته و بر اهمیت توارث در انتقال آمادگی‌های اولیه برای برخی از آسیب‌های روانی تأکید می‌کند (احدی، ۱۳۷۱). بنا بر این دیدگاه، سلامت روانی نداشتن اختلال یا بیماری روانی است. این دیدگاه به تعریف رفتار بهنجار یا بیماری روانی می‌پردازد و برای بیماری روانی ملاک‌هایی را ارائه می‌دهد که داشتن هر یک از این ملاک‌ها به تنهایی و یا به صورت جمعی می‌تواند نشانگر وجود اختلال روانی باشد. این ملاک‌ها عبارتند از: داشتن رفتار غیر انطباقی، انحراف از متوسط، پریشانی شخصی، انحراف از هنجارهای اجتماعی و اختلال در کارکرد اجتماعی (کورتیس، ۱۳۸۱). طبق این تعریف سلامت روانی مفهوم گسترده‌تر و فراتری از عدم بیماری است. این تعریف در واقع تلفیقی است از نظریات روانشناسان کمال و روانشناسانی که سلامت روانی را فقدان بیماری روانی می‌دانند (بیابانگرد و جوادی، ۱۳۸۴: ۱۳۹-۱۵۵).

#### ۲) دیدگاه رفتاری

در این دیدگاه، بر نقش عوامل رفتاری و اجتماعی تأکید می‌شود. این دیدگاه در شکل‌گیری و رشد و گسترش مفهوم سلامت روانی نقش فراوانی داشته است. در مدل رفتاری و تمام مدل‌های روانی - اجتماعی، علل آسیب‌های روانی یادگیری معیوب فرد است. زیرا رفتارگرایان تنها رفتارهای قابل مشاهده (پاسخ‌ها) را بررسی می‌کنند و اضطراب روانی را به عنوان مشکلات یادگیری به حساب می‌آورند که از نظر آنها سلامت روانی باید در خانواده، مدرسه و به طور کلی محیط آموخته شود (گنجی، ۱۳۶۵).

### ۳) دیدگاه روان تحلیل گری

این دیدگاه که شباهت زیادی با دیدگاه زیست گرایی دارد بر مفهوم تعادل بین ساخت‌ها، تشخیص و درمان استوار است. به نظر برخی از روانکاوان، سلامت روانی زمانی تضمین می‌شود که من با واقعیت سازگار شود و تکانش‌های غریزی به کنترل درآید. فرد باید بین سه عنصر (نهاد، من و من برتر) تعادل برقرار کند. بنابراین، اگر بین نهاد و من برتر تعارض به وجود آید بیماری روانی ظاهر می‌شود. در روان تحلیل‌گری اساساً به موقعیت‌های فشارآور که نوعی تهدید برای افراد به حساب می‌آید و اضطراب را به وجود می‌آورد توجه دارند.

### ۴) دیدگاه انسان گرایی

مدل‌های انسان گرایی و اصالت وجود انسان اعتقاد دارند که مسدود شدن و منحرف شدن شخص دلیل اولیه آسیب روانی است. پیشگامان این مدل‌ها درباره بقا در مقابل انگیزش رشد سخن می‌گویند و آن را عاملی اساسی و لازم برای شکل دادن به شخصیت فرد می‌دانند. اگر شخص موفقیت‌هایی که برای پرورش شخصیت خود و برای خود کمالی در دسترس دارد انکار کند یا قادر نباشد از آزادی‌هایی که دارد استفاده نماید و به استعدادهای خود شکل ندهد و یک زندگی با معنی و کاملی را به دست نیاورد نتیجه قطعی آن اضطراب و ناامیدی است (گنجی، ۱۳۶۵).

### تعاریف سلامت روانی

سلامت روان از مباحث مهمی است که مورد توجه روانشناسان قرار گرفته و از آن تعاریف متعددی ارائه نموده‌اند. اگر چه مفهوم سلامت روانی سال‌ها موضوع مورد بحث در میان روان‌پزشکان، روان‌شناسان و دیگر دانشمندان علوم اجتماعی بوده است، با این وجود هنوز تعریف جامع و قابل قبولی برای سلامت روانی وجود ندارد.

طبق تعریف فرهنگ روانشناسی آرتور (۱۹۸۵) واژه سلامت روانی برای افرادی به کار می‌رود که عملکردشان در سطح بالایی از سازگاری هیجانی و رفتاری است و نه در مورد افرادی که صرفاً بیماری روانی ندارند.

سازمان بهداشت جهانی بهداشت روانی را در درون مفهوم کلی بهداشت، توانایی کامل برای ایفای نقش‌های اجتماعی، روانی و جسمی تعریف می‌کند و سلامت روان را عبارت از قابلیت ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، تغییر و اصلاح محیط فردی و اجتماعی و حل منطقی تضادها و تمایلات شخصی در نظر می‌آورد. به عبارتی، سازمان بهداشت جهانی سلامت روانی را قابلیت ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، تغییر و اصلاح محیط فردی و اجتماعی و حل تضادها و تمایلات شخصی به طور عادلانه و مناسب می‌داند (میلانی فر، ۱۳۷۴: ۱۵-۱۶).

منینجر معتقد است که سلامت روانی یعنی سازگاری انسان با خود و جهان پیرامون با حداکثر اثربخشی و شادمانی. از این رو فرد سالم شخصی است که علاوه بر توانایی به کارگیری رفتار بهنجار اجتماعی، قدرت مقابله و نیز قبول واقعیت‌های اجتناب‌ناپذیر زندگی را دارا باشد (منینجر، ۱۹۴۵: ۳۲).

از نقطه نظر دیگر، بسیاری از صاحب نظران، مفاهیم بهداشت روانی و سلامت روانی را به یکدیگر نزدیک می‌دانند و از این رو بین آنها تمایز قائل نشده‌اند. اما برخی آنها را از یکدیگر متمایز می‌سازند و بر همین اساس معتقدند که بهداشت روانی یعنی نگاه داشتن سلامت روانی، ریشه کن کردن عوامل بیماری‌زا، پیشگیری از ابتلا به بیماری‌های روحی، ایجاد زمینه مساعد برای رشد و شکفتن شخصیت و استعدادها تا حداکثر ظرفیت مکنون انسان (صاحب الزمانی، ۱۳۴۲: ۵۳). در همین راستا، شاملو نیز



بهداشت روانی را مجموعه عواملی می‌داند که در پیشگیری از ایجاد و یا پیشرفت روند وخامت اختلالات شناختی، احساسی و رفتاری در انسان نقش مؤثر دارند (شاملو، ۱۳۸۳: ۸۳).

تأکید برخی صاحب نظران در این زمینه آن است که سلامت روانی منشأ ذهنی دارد. از این رو سلامت روانی یک وضعیت ذهنی است که از ویژگی‌هایی نظیر بهبود و کنترل هیجانات، توانایی برقراری ارتباط با دیگران، توانایی مقابله با فشار و مشکلات زندگی و کنار گذاشتن هرگونه اضطراب و علائم ناتوانی برخوردار است. کامئو (۱۹۹۲) معتقد است فرد دارای سلامت روانی فردی است که از هرگونه اضطراب و علائم ناتوانی مبرا است و هنگامی سلامت عاطفی، اجتماعی، روانی و جسمی فرد کامل می‌شود که توانایی برقراری ارتباط با دیگران و همچنین ظرفیت مقابله با مشکلات زندگی را داشته باشد (کامئو، ۱۹۹۲: ۳۷).

لویسون و همکارانش (۱۹۶۲) سلامت روانی را اینگونه تعریف کرده‌اند: سلامت روانی عبارت است از این که فرد چه احساسی نسبت به خود، دنیای اطراف و محل زندگی اطرافیان دارد، مخصوصاً با توجه به مسئولیتی که در مقابل دیگران دارد و سازش وی با درآمد خود و شناخت موقعیت مکانی و زمانی خویش چگونه است؟ (میلانی فر، ۱۳۷۴: ۱۵-۱۶).

تعریف گیتزبرگ در مورد بهداشت روانی عبارت است از تسلط و مهارت در ارتباط صحیح با محیط به خصوص در سه فضای مهم زندگی، عشق، کار و تفریح (میلانی فر، ۱۳۷۴: ۱۵-۱۶).

کارل راجرز می‌گوید سلامت روانی عبارت است از سازش فرد با جهان اطرافش در حداکثر امکان به طوری که باعث شادی و برداشت مفید و مؤثر به طور کامل شود (میلانی فر، ۱۳۷۴: ۱۵-۱۶). الگوی راجرز از سلامت روانی، انسانی است بسیار کارآمد و با کنش و کارکرد کامل که از تمام توانایی‌ها و استعدادهاش بهره می‌گیرد و دارای ویژگی‌هایی مانند آمادگی برای کسب تجربه، احساس آزادی و خلاقیت و آفرینندگی است (وردی، ۱۳۸۰).

شفیع آبادی و ناصری سلامت روانی را داشتن هدفی انسانی در زندگی، سعی در حل عاقلانه مشکلات، سازش با محیط اجتماعی بر اساس موازین علمی و اخلاقی و سرانجام ایمان به کار و مسئولیت و پیروی از اصل نیکوکاری و خیرخواهی است (شفیع آبادی و ناصری، ۱۳۷۵: ۱۵).

کاپلان (۱۹۷۱) سلامت روانی را شامل سازگاری مداوم با شرایط متغیر می‌داند. وی معتقد است که انسان برخوردار از سلامت روانی، برای برقراری اعتدال بین تقاضاهای درونی و الزامات محیط در حال تغییر تلاش می‌کند (کاپلان، ۱۹۷۱: ۵۱).

کاپلان و سادوک (۱۹۸۹) بیان می‌کنند که سلامت روانی حالتی از بهزیستی است که موجب بالا رفتن سازگاری فرد با جامعه می‌شود به طوری که موقعیت‌های شخصی و ویژگی‌های اجتماعی برای وی رضایت بخش می‌شود (کاپلان و سادوک، ۱۹۸۹).

آدلر سلامت روان را داشتن اهداف مشخص، روابط خانوادگی و اجتماعی مطلوب، کمک به هم‌نوعان و کنترل عواطف و احساسات می‌داند (وردی، ۱۳۸۰).

ریف (۱۹۸۹) اظهار می‌دارد که سلامت روانی شامل آن چیزی است که فرد به لحاظ روانی نیازمند فاکتورهای آن است تا با احراز آن بتواند سالم باشد (ولیوراس و بوسما، ۲۰۰۴).

ریف و کیس (۱۹۹۵) سلامت روانی را برداشت مثبت فرد از ابعاد مختلف زندگی فردی و اجتماعی تعریف می‌کند که شامل خودکاری، تسلط بر محیط، رشد شخصی، ارتباط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی و پذیرش است.

روانشناسان بر حسب رویکردهای مختلف تعاریف متفاوتی برای سلامت روان ارائه کرده‌اند که بدین شرح آورده می‌شود.

سلامت روانی و انسان سالم به عقیده اسکینر معادل با رفتار منطبق با قوانین و ضوابط جامعه است و چنین انسانی وقتی با مشکل روبرو می‌شود از طریق شیوه اصلاح رفتار، برای بهبودی و بهنجار کردن رفتار خود و اطرافیانش استفاده می‌جوید و این

کار را تا وقتی ادامه می‌دهد که به سطح هنجار مورد پذیرش جامعه برسد. انسان سالم کسی است که تأییدات اجتماعی بیشتری را به خاطر رفتارهای مناسبش از محیط و اطرافیان دریافت کند (فیست، جس و فیست، گریگوری: ۱۳۸۴، ۳۵۰-۳۴۹). به عقیده فروید اکثر مردم به درجات مختلف، روان‌نژند هستند و سلامت روانی یک آرمان است نه یک هنجار آماری و لذا ویژگی‌های خاصی برای سلامت روانی ضرورت دارد. نخستین ویژگی خود آگاهی است، یعنی هر آنچه که ممکن است در ضمیر ناخودآگاه موجب مشکل شود، بایستی خودآگاه شود و خودآگاهی حقیقی ممکن نیست مگر اینکه کنترل غیرواقعی و غیرضروری یا زیاد از حد من برتر در هم شکسته شود. به نظر فروید، خودآگاهی عنصر اصلی اولیه نه عنصر کافی، سلامت روانی است. فروید یگانگی منطقی از علاقه‌مندی‌ها و اشتیاق‌های عمومی را معیار نهایی سلامت روانی می‌داند (فیست، جس و فیست، گریگوری: ۱۳۸۴، ۴۸-۳۷).

به عقیده یونگ فرایند تفرد یکی از عوامل مؤثر سلامت روان است. تفرد در ساده‌ترین شکل آن عبارتست از تمیز تدریجی من یا خودآگاهی از ناخودآگاهی، طوری که فرد به تدریج بیشتر و بیشتر از افکار و انگیزه‌های منشعب شده از ناخودآگاه جمعی، هشیار و آگاه می‌شود. البته تشخیص تمیز ناخودآگاهی تنها نیمی از داستان تفرد است. همزمان با این تمیز، بایستی نسبت‌های خودآگاه و ناخودآگاه روان، دوباره یکپارچه شوند.

یکپارچه‌سازی مجدد ضروری است، زیرا منبع ناراحتی و بیماری بشر میل به نادیده‌گرفتن ناخودآگاه است. یونگ افزایش بیش از حد خودآگاهی را به همان اندازه اندک بودن آن آسیب‌گونه می‌داند. بنا به نظریه یونگ بالاترین و نهایی‌ترین اهداف انسان، رسیدن به خود و تحقق خویشتن است و تنها از طریق مشارکت بی‌قید و شرط در هر مذهب یا نمادی از این نوع می‌توان به تحقق خویشتن دست یافت (فیست، جس و فیست، گریگوری: ۱۳۸۴، ۱۳۶-۱۳۴).

به عقیده موری فرد سالم از ساختار روانی خودش آگاهی لازم را دارد. ولی در عین اینکه بین نیازهای مختلفی تعارضی ندارد، از انواع نیازها نیز به نحو مقتضی استفاده می‌کند. در انسان سالم بهنجار بین من برتر و من آرمانی فاصله زیادی وجود ندارد. موری عقیده دارد که در یک انسان سالم ابتدا نهاد سپس من برتر و آنگاه من به ترتیب نقش عمده در کنترل رفتار ایفا می‌کنند و با نظارت خردمندانه من و مواظبت من برتر تکانه‌های نهاد به صورت قابل قبول ارضاء می‌شوند. به عقیده موری تمام انسانها با شدت و ضعف متفاوت دچار عقده هستند، اما فقط عقده‌های افراطی و شدید، موجب نا بهنجاری و بیماری می‌شوند. موری معتقد است که تخیل و خلاقیت قوی‌ترین ویژگی سلامت روانی است.

آلفرد آدلر معتقد است که مسأله اساسی در انسان احساس حقارت می‌باشد و تمام فعالیت‌های فرد به قصد قدرتمند شدن انجام می‌شود. با این ترتیب فعالیت‌های هر فرد نوعی جبران به منظور رفع احساس حقارت و بدست آوردن حس مهمتری می‌باشد. آدلر سلامت روان را چنین تعریف می‌کند که فرد سالم روش زندگی خود را با واقع بینی کامل طرح می‌کند تا منجر به بروز احساس حقارت غیرقابل جبران نگردد. او معتقد است که یک فرد در حال تکامل به کمک نیروهای ذاتی و امکانات محیطی به مبارزه با مشکلات خویش برمی‌خیزد و فعالیت روانی به وسیله هدف‌های فرد ایجاد می‌گردد و یک روش یا سبک زندگی براساس همین اهداف ایجاد می‌گردد (فیست، جس و فیست، گریگوری: ۱۳۸۴، ۹۰-۸۶).

سلامت روان به عقیده آدلر یعنی داشتن اهداف مشخصی در زندگی، داشتن فلسفه‌ای استوار و مستحکم برای زیستن، داشتن روابط خانوادگی و اجتماعی مطلوب و پایدار، مفید بودن برای هم‌نوعان، داشتن جرأت و شهامت و قاطعیت در عمل کردن برای نیل به اهداف خود، کنترل داشتن بر روی عواطف و احساسات، داشتن هدف نهایی کمال و تحقق نفس، پذیرفتن اشکالات و کوشیدن در حد توان برای حل آنها (فیست، جس و فیست، گریگوری: ۱۳۸۴، ۹۰-۸۶).

فروم معتقد است انسان دارای سلامت روان کسی است که عمیقاً عشق می‌ورزد. آفرینش‌گر است، قدرت فردی و تعقل را در خودش کاملاً پرورانیده است، خود و جهان را به شکل عمیقی ادراک می‌کند، احساس درست پایدار دارد، با جهان در پیوند است و در آن ریشه و اصالت دارد و حاکم بر سرنوشت خویش است. فروم انسان سالم را دارای جهت‌گیری بارور می‌داند یعنی آن نوع جهت‌گیری که در آن فرد قادر است تمام قدرت‌ها و استعداد‌های بالقوه خویش را به کار گیرد (فیست، جس و فیست، گریگوری: ۱۳۸۴، ۲۲۶-۲۲۴).

به عقیده اریکسون سلامت روان شناختی هر فرد همان اندازه است که توانسته است توانایی مناسب با هر کدام از مراحل زندگی را کسب کرده باشد. اریکسون صفات متمایز کننده سلامت روان شناختی را چنین ارائه کرده است: فردی که در جامعه زندگی می‌کند بایستی از تعارض عاری باشد، همچنین از استعداد و توانایی بارزی استفاده کند، در کارش ماهر و استاد باشد و ابتکار نامحدود داشته باشد. از انجام لحظه به لحظه حرفه‌اش پس‌خوراند بگیرد و در نهایت در مورد فرایند زندگی نظریه روشن و قابل درکی داشته باشد (فیست، جس و فیست، گریگوری: ۱۳۸۴، ۳۰۴-۲۸۹).  
به گفته سالیوان:

۱. زندگی شخص برخوردار از سلامت روان، دارای جهت‌یافتگی است. بدین معنی که امیالش را به نحوی یکپارچه می‌سازد که منجر به رضایت شود، یا اضطراب او را نسبتاً کم کند یا از بین ببرد؛ بنابراین شخص سالم کسی است که دستگاه روانی او حداقل تنش را داشته باشد و چنین فردی معمولاً روابط اجتماعی انعطاف‌پذیر و اعتمادآمیزی دارد. شخصیت برخوردار از سلامت روان انعطاف‌پذیر است و با توجه به موقعیت‌های بین فردی نوین در روابطش با دیگران به صورت متناسب تغییر پذیر است.

۲. فرد سالم قادر به تمایزگذاری بین افزایش و کاهش تنش است و رفتار او در جهت کاهش تنش معطوف می‌شود.

۳. شخصیت سالم بایستی بنا به گفته ریچارد لاپیرمن در حال آموزش و فراگیری روابط و ارتباطات باشد (فیست، جس و فیست، گریگوری: ۱۳۸۴، ۲۵۴-۲۵۰).

به نظر آلپورت روان‌نژندی پیامد نقصان و کمبود سلامت روانی است. رفتار افراد سالم جهت‌گیری خودآگاهانه دارد و با بینش و بصیرت و خودمختاری همراه است و انگیزش این افراد بیشتر در آینده ریشه دارد. (فیست، جس و فیست، گریگوری، ۱۳۸۴، ۵۰۶-۵۰۵).

نخستین معیار سلامت روان، توانایی گسترش خویشتن است. کودکان به نوعی خود محور هستند، اما افراد بالغ علایقی دارند که در خارج از خودشان ریشه دارد و از جمله آنها می‌توان به علاقه به سلامتی و بهزیستی دیگران اشاره کرد. دومین معیار سلامت به چگونگی ارتباط و تعامل با دیگران مربوط است. ارتباط فرد سالم و بالغ با دیگران ارتباطی صادقانه و صمیمی است، به ویژه با خانواده و دوستانش.

سومین معیار سلامت روانی امنیت عاطفی است. شخص بالغ می‌تواند محرومیت‌ها و تحریکات غیرقابل اجتناب زندگی را بدون از دست دادن وقار و متانت تحمل کند. چنین افرادی هر مشکلی را فاجعه نمی‌دانند و هر بی‌محبتی را نشانه طرح کامل نمی‌پندارند.

چهارمین معیار سلامت روانی عقل سلیم است. افکار و ادراک فرد بالغ به طور کلی کارآمد و درست است.

معیار پنجم سلامت روانی، بصیرت نسبت به خویشتن است. هرکس فکر می‌کند نسبت به خودش بصیرت دارد اما در واقع چنین نیست. آلپورت بصیرت بر خویشتن را چنین تعریف می‌کند: رابطه آنچه که فرد فکر می‌کند هست و آنچه که دیگران در مورد او

فکر می‌کنند، بخصوص روان شناسی که فرد را مطالعه و بررسی می‌کند. افراد بینش‌دار از ویژگی‌های مقبول خودشان آگاه هستند و این ویژگی‌ها را فرافکنی نمی‌کنند. این افراد هوش بالای متوسط دارند و نسبت به افراد دیگر قضاوت بهتری دارند.

ششمین و آخرین معیار سلامت روانی از نظر آلپورت جهت‌مندی است. جهت‌مندی یعنی اینکه زندگی فرد بالغ به سوی هدف یا اهداف انتخاب شده‌ای در حرکت باشد. به نظر آلپورت جهت‌مندی نتیجه فلسفه یکپارچه ساز در زندگی است که تحت نظارت این فلسفه ارزش‌ها، اهداف و ایده‌های فرد سازمان‌دهی می‌شوند.

به طور کلی افراد سالم خواهان ارزیابی سازه‌های شخصی خود هستند و درستی نوع تعامل فرد را با دیگران آزمایش می‌کنند. این افراد پیش‌بینی‌های نشأت گرفته از سازه‌های خود را آزمایش می‌کنند. افراد سالم قادر به تغییر سازه‌های شخصی خود هستند و در صورت نامعتبر بودن این سازه‌ها به بازسازی و اصلاح آنها می‌پردازند.

به عقیده عموم سازه‌های شخصی افراد دارای سلامت روانی نفوذ ناپذیرند و به زبان عامیانه این افراد توانایی پذیرش اشتباه خود را دارند. ویژگی دیگر این افراد میل به گسترش وسعت دید و حیطة نظارت تحت پوشش نظام سازه‌ای سازمان شخصی است و ویژگی آخر سلامت روانی توسعه و رشد مطلوب گنجینه نقش است. فردی سلامت روانی دارد که بتواند نقش‌های اجتماعی را به خوبی ایفا و دیدگاه بازیگران (مردم) رویارویی را نیز ادراک کند.

الیس از نظر گرایش‌های انسانی تا حدود زیادی با ابراهام مازلو شباهت دارد. به نظر وی عدم سلامت روانی انسان از تمایلات ذاتی و نامطلوب هر انسان برای نیاز مفرط به برتری از دیگران و همه فن حریف شدن، توسل به عقاید احمقانه و بدبینانه، پرداختن به تفکرات آرزومندانه و توقع خوش رفتاری، خوبی مداوم از دیگران، محکومیت خویشتن و تمایلات عمیق به زود رنجی و آشفتگی ناشی می‌شود.

الیس معتقد است که افکار منطقی و عقلانی به عواقب و پیامدهای منطقی منتهی می‌شود و در نتیجه به سلامت روانی فرد می‌انجامد. برخی از ویژگی‌های افراد سالم از نظر آلیس به شرح زیر است: ۱- عشق ورزیدن به دیگران ۲- جویای محبت دیگران شدن در حد اعتدال ۳- نسبت دادن شکست‌ها به عوامل بیرونی. چون موانع بیرونی به خودی خود موجب اختلال و ناسلامتی نمی‌شوند مگر اینکه فرد تلقین به نفس نماید. ۴- تلاش در جهت بدست آوردن استقلال فردی و مسئولیت اجتماعی. ۵- انجام وظیفه محوله و حل مشکلات با تفکر منطقی و احساس لذت ناشی از آن. ۶- کمک به دیگران و نگرانی در مورد مشکلات دیگران ۷- انجام دادن کار به خاطر نفس کار نه به خاطر دیگران ۸- حل مشکل از طرق مختلف، به عبارتی برای حل هر مسئله راه‌حل‌های مختلفی را از جنبه‌های متفاوت در نظر می‌گیرد.

بهداشت روانی در اسلام عبارت از اصول و روش‌های مشروعی است که در وهله اول باعث ایجاد و حفظ و در وهله دوم تقویت و تکامل سلامت نفس می‌شود و در وهله سوم به درمان بیماری‌های روانی انسان مسلمان می‌پردازد. هدف از این علم هموار کردن راه تکامل و حرکت انسان مسلمان تا رسیدن به مرتبه کمال مطلق است؛ از این تعریف چند نکته مهم لحاظ می‌شود:

الف. مراد از اصول و روش‌های مشروع، شیوه‌های علمی و عملی است که در دستورات اسلامی آمده و بکار بستن آنها باعث سلامت روان انسان می‌گردد. قید مشروع از این جهت است که نشان دهیم همه اصول روان شناسی جدید، بر فرض عقلانی بودن و در برداشتن آثار مطلوب، تا زمانی که اذن شارع در آن متقین نباشد، قابلیت و صلاحیت اجرا ندارد.

ب. قید تأمین بیشتر به جنبه بهداشتی و پیشگیری قضیه مربوط می‌گردد. در اسلام پیشگیری مقدم بر درمان است. قید تقویت و تکامل اشاره به این دارد که اصول مذکور، نه تنها باعث تعادل و آرامش روانی می‌گردد بلکه سبب می‌شود تا انسان مسلمان به

واسطه این اصول در یک حرکت تکاملی قرار گیرد. قید درمان، اشاره به این دارد که جامعیت دستورات و برنامه‌ها و اصول اسلامی به نحوی است که این اصول هم در مرحله پیشگیری و هم در مرحله درمان قابل استفاده هستند. ج. قید نفس در عبارت سلامت نفس از این جهت است که توجه شود بهداشت روانی در اسلام با لذات به معنای بهداشت روحی و قلبی نیست.

د. در تعریف فوق هدف از بهداشت روانی همان حرکت به سوی کمال و رسیدن به کمال و انسان کامل شدن است. بنابراین یکی از ممیزات اصلی مکتب بهداشت روانی در اسلام، علاوه بر تأمین و تعادل روانی، به تکامل رساندن و کامل شدن اوست. دو قید وهله اول و وهله دوم از آن جهت است که نشان داده شود انسان سالم با انسان کامل تفاوت دارد. انسان سالم کسی است که دارای سلامت روانی است و نقطه مقابل آن، انسان بیمار و معیوب است. در حالیکه انسان کامل، شخصی است که لزوماً انسان سالم است و علاوه بر سلامت روانی دارای حد کمالی از وجود نیز هست. لذا انسان کامل نقطه مقابل انسان ناتمام و معیوب قرار نمی‌گیرد.

در یک جمع بندی می‌توان گفت برداشت‌های متفاوت از تعاریف سلامت روان وجود دارد.

۱. اصطلاح بهداشت روانی که حاصل آن سلامت روانی است معانی متنوع و متفاوتی دارد.

۲. معانی بهداشت روانی از جامعه‌ای به جامعه دیگر، از فرهنگی به فرهنگی دیگر و حتی از فردی به فرد دیگر متفاوت است.

الف) بین مردم عادی برای آنچه که سلامت روان معنی می‌دهد مفاهیم متعددی وجود دارد.

(۱) برای مثال بعضی‌ها ممکن است نظرشان این باشد که احترام به قانون و تسلیم شدن در برابر آن و نادیده انگاشتن اهداف شخصی در مقابل اهداف اجتماعی یا خانواده سلامت روان است (مثل جامعه ژاپن) و اصرار کردن روی حقوق و نظرات شخصی در بین افراد این جامعه ناپه‌نجان و سالم است.

(۲) در صورتی که گروه دیگری معتقدند که این تسلیم شدن مرض است. این گروه معتقدند یک چنین فردی (که تسلیم قانون می‌شود) کمبود اعتماد به نفس و ابراز وجود دارد که در برخی جامعه این، از نشانه‌های سلامت روان می‌باشد (مثل جامعه آمریکا)

ب) حتی در حوزه روانشناسی و روانپزشکی که برای تشخیص دادن و معین کردن سلامت روان و معالجه کردن اختلالات روانی متخصص هستند در معنای سلامت روان عدم توافق وجود دارد.

ج) دلیل عدم توافق در تعریف اصطلاح سلامت روانی:

(۱) اصطلاح سلامت روان به حالت کمال مطلوب ذهن روح و روان انسان اشاره دارد.

(۲) این مسئله حالت کمال مطلوب ذهن و ... موضوعی است که برای قرن‌ها راجع به آن اختلاف نظر هست و هنوز هم ادامه دارد. از زمان سقراط تاکنون یکی از نکات مهمی که تمامی فلاسفه در مورد آن صحبت می‌کنند راجع به انسان کامل است.

(۳) در حالی که توافق کلی و عمومی برای کمال مطلوب بدن و کارکرد وضعیت طبیعی آن وجود دارد چنین توافقی راجع به روح و عملکرد و ماهیت کارکرد روان و روح پیش نیامده است.

## ابعاد سلامت روانی

سازمان بهداشت جهانی سلامت روانی را مرکب از دو بعد ذیل تعریف می‌کند: بعد منفی یا سلامت روانی منفی که بر عدم وجود اختلالات، نشانه‌ها و مشکلات روانی دلالت دارد و بعد مثبت یا سلامت روانی مثبت که دربرگیرنده هیجانات و خصوصیات شخصیتی مثبت از قبیل عزت نفس، غلبه بر محیط، حس یکپارچگی، خودکارآمدی و غیره است (جاگر، ۲۰۰۱: ۶).

به نظر اتکینسون و هیلگارد (۱۳۷۱) اکثر روانشناسان ویژگی‌هایی همچون کارآمدی در ادراک، خودشناسی، توانایی در کنترل اختیاری رفتار، عزت نفس و پذیرش، توانایی در برقراری روابط محبت آمیز و باروری را نمودار سلامت روانی می‌دانند.

کامئو (۱۹۹۲) سلامت روانی را به جنبه‌های زیر تقسیم کرده است: (۱) فقدان علائم ناتوانی (۲) فقدان اضطراب (۳) رشد فردی (۴) ظرفیت مقابله با مشکلات و فشارهای زندگی (۵) توانایی برقراری ارتباط با دیگران (کامئو، ۱۹۹۲: ۳۷).

ابعاد سلامت روانی از نظر ریف (۱۹۸۹) عبارت اند از خودمختاری (احساس استقلال و توانایی ایستادگی در مقابل فشارهای اجتماعی)، تسلط بر محیط (توانایی فرد در مدیریت محیط)، ارتباط مثبت با دیگران (برقراری روابط گرم و صمیمانه با دیگران و توانایی همدلی)، زندگی هدفمند (داشتن هدف در زندگی و معنا دادن به آن)، رشد شخصی (احساس رشد مستمر) و پذیرش خود (داشتن نگرش مثبت به خود) (ون دیریندونک، ۲۰۰۳: ۶۲۹-۶۴۳). بنا به اظهار ریف، مؤلفه‌های این الگوی شش گانه، معیارهای بهداشت روانی مثبت است و این ابعاد کمک می‌کند تا سطح بهزیستی و کارکرد مثبت شخص را اندازه گیری کرد.

فرنچ در مدل سلامت روانی خود به چهار جنبه بهداشت روانی اشاره می‌کند که تغییر در هر یک از جنبه‌ها الزاماً حداقل یکی از جنبه‌های دیگر را تحت تأثیر قرار می‌دهد. (۱) انطباق عینی فرد با محیط (۲) انطباق ذهنی فرد با محیط (۳) انطباق واقعی (۴) قابلیت شناخت و دسترسی به خود (فرنچ، ۱۹۷۶ به نقل از فرج بخش، ۱۳۸۴: ۹۹-۱۰۵).

انجمن کانادایی بهداشت روانی مفهوم سلامت روانی را در سه بعد تعریف کرده است: (۱) نگرش‌های مربوط به خود که شامل تسلط بر هیجان‌های خود، آگاهی از ضعف‌های خود و رضایت از خوشی‌های ساده است؛ (۲) نگرش‌های مربوط به دیگران که شامل علاقه به دوستی‌های طولانی و صمیمی، احساس تعلق به یک گروه و احساس مسئولیت در محیط انسانی و مادی است و (۳) نگرش‌های مربوط به زندگی که شامل پذیرش مسئولیت‌ها، انگیزه توسعه امکانات و علایق خود، توانایی اخذ تصمیم‌های شخصی و انگیزه خوب کار کردن است (ایروانی و نجات، ۱۳۷۸: ۱۶۰-۱۶۶).

## شاخص‌های اندازه گیری سلامت روانی

### پرسشنامه‌های سلامت روانی

#### ۱- پرسشنامه سلامت عمومی GHQ-28 (گلدبرگ و هیلر، ۱۹۷۹):

پرسشنامه سلامت عمومی GHQ-28 از ابزارهای غربالگری شناخته شده روانپزشکی در جمعیت عمومی است و برای شناسایی اختلال‌های روانی غیرسایکوتیک در شرایط گوناگون در سطح گسترده‌ای به کار می‌رود (یعقوبی، نصرافهانی و شاه محمدی، ۱۳۷۴). گلدبرگ و هیلر این پرسشنامه را برای بررسی وضعیت سلامت روانی طراحی و سازمان بهداشت جهانی آن را برای فرهنگ‌های مختلف مناسب ارزیابی کرده است (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۵ به نقل از نجاتی، ۱۳۸۸: ۲۰-۳۹). این پرسشنامه دارای چهار مقیاس فرعی (الف: علایم جسمانی ب: علایم اضطرابی ج: کارکرد اجتماعی د: علایم افسردگی) و هر مقیاس دارای هفت پرسش است. هدف استفاده از این پرسشنامه دستیابی به طبقه تشخیصی خاصی در سلسله مراتب اختلالات روانی نیست، بلکه هدف اصلی آن، تمایز بین بیماری و سلامت است (استورا، ۱۳۷۷). فرم ۲۸ سؤالی GHQ (پرسشنامه سلامت

عمومی) یک «پرسشنامه سرندي» مبتنی بر روش خود گزارش دهی است که در مجموعه بالینی با هدف ردیابی کسانی که دارای یک اختلال روانی هستند، مورد استفاده قرار می‌گیرد. گلدبرگ و ویلیامز (۱۹۸۹) در تحلیل ۴۳ بررسی، حساسیت آن را ۸۴٪ و ویژگی آن را ۸۲٪ گزارش نمودند. یعقوبی و همکاران (۱۳۷۴) و حسینی (۱۳۷۴) نیز با نقطه برش ۲۳ حساسیت ۸۶٪ و ویژگی ۸۲٪ را گزارش نمودند.

## ۲- پرسشنامه فهرست علائم روانی SCL-90-R (دراگوتیس، ۱۹۸۳):

به منظور بررسی میزان برخورداری آزمودنی‌ها از سلامت روانی و ارزیابی علائم روانی آنها از فهرست علائم روانی SCL-90-R استفاده می‌گردد. این آزمون شامل ۹۰ سؤال است. پاسخ‌های ارائه شده به هر یک از مواد آزمون در یک مقیاس ۵ درجه‌ای از هیچ تا به شدت میزان ناراحتی را مشخص می‌کند. ۹۰ ماده این آزمون ۹ بعد مختلف را می‌سنجند که عبارت‌اند از شکایات جسمانی، وسواس - اجبار، حساسیت بین فردی، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی و روان پریشی. نمره بالای ۶۳ در این آزمون، حاکی از عدم سلامت روانی فرد می‌باشد. فرم نهایی این پرسشنامه توسط دراگوتیس (۱۹۸۳) تهیه گردیده است.

### ب) سلامت معنوی

#### تعاریف معنویت

اولین گام در هر تلاش فلسفی یا علمی، تعریف دقیق و شفاف مفاهیم مورد استفاده است. مانند بسیاری دیگر از سازه‌ها در روانشناسی، تعاریف و نظریه‌های کاملاً متفاوتی از «معنا» وجود دارد.

یکی از معروف‌ترین تعاریف معناداری زندگی، توسط فرانکل (۱۹۸۴) ارائه شده است. وی معتقد است هنگامی که انسان به فعالیت‌های مورد علاقه‌اش می‌پردازد، با دیگران ملاقات می‌کند، به تماشای آثار هنری، ادبی می‌پردازد و یا به دامان طبیعت پناه می‌برد، وجود معنا را در خود احساس می‌کند. هم‌چنین هنگامی که احساس می‌کند که وجود و هستی‌اش به یک منبع لایزال پیوند خورده است و خود را متکی به چارچوب‌ها و تکیه‌گاه‌های گسترده و قابل اتکایی مانند مذهب و فلسفه‌ای که برای زندگی کردن انتخاب کرده است، می‌بیند؛ معنا را در می‌یابد و آن را احساس می‌کند.

بعد از فرانکل، صاحب نظران دیگری هم معنا را تعریف کرده و جنبه‌های مختلف آن را مورد مطالعه قرار داده‌اند. باتیستا و آلموند (۱۹۷۳) زندگی معنادار را به عنوان یک فرآیند باورهای فردی می‌دانند تا یک منبع نهایی از محتوای باورها. به اعتقاد این پژوهشگران، هر چه فرد به ارزش‌های بیشتری باور داشته و متعهد باشد، احساس می‌کند که زندگی‌اش از معنای بیشتری برخوردار است.

در یک برداشت کلی از این تعاریف می‌توان دریافت که آنها در دو جنبه با هم اشتراک دارند: (۱) معنا روشی کلی و عام از ارزیابی زندگی است و (۲) منجر به پایین آمدن سطح عواطف منفی (چون افسردگی و اضطراب) و کاهش خطر ابتلا به بیماری روانی می‌شود (فلدمن و اسنایدر، ۲۰۰۵).

برخی اعتقاد دارند که بین معنویت و دینداری باید تفاوت قائل شد. برای مثال، لگره (۱۹۸۴) بین معنویت و دینداری تمایز قائل می‌شود. وی معتقد است که معنویت بر آن چه که در درون قلب به وقوع می‌پیوندد متمرکز است ولی در دینداری تلاش می‌شود تا تجارب در درون یک سیستم اعتقادی تدوین شوند و رمزگردانی گردند. در فرهنگ اسلامی / ایرانی هم بین معنویت

و دینداری تمایز قائل شده اند و این دو را یکی نمی‌دانند. نصر (۱۳۸۷) معتقد است که معنویت در قلب اسلام و کلید فهم جنبه‌های مختلف آن است. از نظر مسلمانان زندگی معنوی هم بر ترس از خدا مبتنی است و هم بر عشق به او.

معناداری زندگی و جایگاه و اهمیت آن برای برخوردار بودن از یک زندگی خوب و شاد، امری انکارناپذیر و غیر قابل کتمان است (ریف و سینجر، ۱۹۹۸ به نقل از کینگ و دیگران، ۲۰۰۶). برخی از مؤلفان، با توجه به یافته‌های موجود، ادعا نموده‌اند که وجود و احساس معنا در زندگی مانند کلیدی است که می‌تواند قفل و گره مشکلات زندگی را باز نماید و باعث شود تا افراد کنش‌های مثبتی انجام دهند (فرانکل، ۱۹۶۳، ۱۹۸۴). به همین لحاظ اغلب زندگی معنادار را از عوامل مهم سلامت روان شناختی می‌دانند (دباتس، ۱۹۹۳؛ فرانکل، ۱۹۷۲، ۱۹۶۳؛ زیکا و چمبرلین، ۱۹۹۲، یالوم، ۱۹۸۰ به نقل از فلدمن و اسنایدر، ۲۰۰۵).

برخی از روان‌شناسان مانند آلپورت (۱۹۵۴)، فرانکل (۱۹۷۲)، و مازلو (۱۹۶۲) وجود معنا در زندگی را به عنوان مهم‌ترین عامل مؤثر بر کنش‌های روان شناختی مثبت می‌دانند. یافته‌های پژوهشی متعددی نشان داده‌اند که وجود معنا در زندگی عنصری اساسی در بهزیستی روانی - عاطفی است و به صورت سیستماتیکی با ابعاد گوناگونی از شخصیت، سلامت جسمی و ذهنی، سازگاری و انطباق با استرس‌ها، مذهب و فعالیت‌های مذهبی و اختلالات رفتاری ارتباط دارد (شنل و بکر، ۲۰۰۶).

بررسی ارتباط بین وجود معنا در زندگی با سازه‌های دیگر روانشناسی مثبت مثلاً امید و تأثیر تعاملی آنها برای برخوردار بودن از یک زندگی شاد و سعادت‌مند و سلامت روانی در سال‌های اخیر به شدت مورد توجه پژوهشگران و صاحب‌نظران قرار گرفته است (نصیری و جوکار، ۱۳۸۷: ۱۵۷-۱۷۶).

در سال‌های اخیر، اسنایدر به عنوان پیشگام و متقدم مطالعه در زمینه امید، به معنا به عنوان یک عامل کنترل خود می‌نگرد که به کمک آن، انسان می‌تواند از عزت نفس خود مراقبت نماید. اسنایدر تعریف ویژه‌ای از کنترل دارد و آن را سازه‌ای روانشناختی می‌داند که افراد برای ادراک و فهم بهتر نتایج اعمال خود و رسیدن به پیامدهای مطلوب و پرهیز از پیامدهای نامطبوع، از آن بهره می‌برند. به این ترتیب، زندگی هنگامی معنادار است که فرد امکان کنترل زندگی‌اش را داشته باشد و برای رسیدن به اهدافش تلاش نماید. به اعتقاد اسنایدر، برگزیدن هدف‌های مناسب و تلاش برای رسیدن به آنها همان چیزی است که می‌تواند به آن تفکر هدف مدار یا امید گفت (فلدمن و اسنایدر، ۲۰۰۵).

به بیان دیگر، اسنایدر و همکارانش (۱۹۹۱) امید را مجموعه‌ای شناختی می‌دانند که مبتنی بر احساس موفقیت ناشی از منابع گوناگون (تصمیم‌های هدف‌مدار) و مسیرها (شیوه‌های انتخاب شده برای نیل به اهداف) است. بنابراین، امید یا تفکر هدف مدار، از دو مؤلفه مرتبط به هم یعنی مسیرهای تفکر و منابع تفکر، تشکیل شده است. مسیرهای تفکر انعکاس دهنده ظرفیت فرد برای تولید کانال‌های شناختی برای رسیدن به اهدافش است و منابع تفکر هم عبارت‌اند از افکاری که افراد در باره توانایی‌ها و قابلیت‌های شان برای عبور از مسیرهای برگزیده تعریف کرده‌اند تا به اهدافشان برسند. از طریق ترکیب منابع و مسیرها، می‌توان به اهداف رسید. اگر هر کدام از این دو عنصر شناختی وجود نداشته باشند، رسیدن به اهداف غیرممکن است. شواهد تحقیقاتی زیادی وجود دارند که نشان می‌دهند بین بالا بودن میزان امید افراد و موفقیت آنها در فعالیت‌های ورزشی، بالا بودن میزان پیشرفت تحصیلی، سلامت جسمی و روانی بهتر و بیشتر مؤثر بودن روش‌های روان‌درمانی مورد استفاده در درمان اختلالات، ارتباط وجود دارد (اسنایدر، ۲۰۰۲).

از آن جا که عناصر دوگانه سازنده امید، یعنی منابع و مسیرها، بیانگر فرآیند افکار هدف‌مدار می‌باشند و تفکرات هدف مدار هم از لحاظ نظری نقطه مرکزی و ثقل معنا در زندگی هستند، پس می‌توان فرض نمود که تفکر امیدوارانه پیامد اصلی معناداری در زندگی می‌باشد (اسنایدر و فلدمن، ۲۰۰۵).



اسنادپر و فلدمن (۲۰۰۵)، معتقدند که معناداری زندگی، سازه‌ای گسترده‌تر از امید است و می‌توان امید را به عنوان عنصری از زندگی معنادار به حساب آورد، پس امید می‌تواند به خوبی پیش بینی کننده سلامتی روانی و جسمی باشد (نصیری و جوکار، ۱۳۸۷: ۱۵۷-۱۷۶).

رکر و وونگ معنا را بر اساس اجزاء شناختی، عاطفی و انگیزشی تعریف کرده‌اند. تعریف آنها با توجه به مفاهیم فرانکل شامل هدف زندگی، خلاء وجودی، کنترل زندگی، پذیرش مرگ، هدف و معنا جویی است (سیبر، ۲۰۰۰: ۱۴۱-۱۴۷).

معنویت اصطلاحی است که به وفور در متون مورد استعمال قرار می‌گیرد و برای افراد مختلف در دوران و فرهنگ‌های مختلف معانی مختلفی داشته است. اگرچه در طول اعصار در هنر، مذهب، علم و غیره از آن تعاریفی به عمل آمده، اما تعاریف امروزی از معنویت بسیار گسترده و دگرگون شده است. این دگرگونی‌ها و گستردگی‌ها را می‌توان در گستره‌ی واژگانی که برای توصیف و تعریف این اصطلاح استفاده می‌شوند مشاهده کرد. در بسیاری از پژوهش‌های رایج در ادبیات پژوهش این اصطلاح را با استفاده از یک یا دو عنصر از عناصر زیر توصیف می‌کنند: ادراک (شناخت) هدف (هاسد، ۲۰۰۰)، حس پیوند با خود، دیگران، طبیعت یا خداوند (هاسد، ۲۰۰۰ به نقل از ساعد و روشن، ۱۳۸۸: ۴۹-۶۸). جستجوی کمال و یکپارچگی (هامفریز، ۲۰۰۰ به نقل از ساعد و روشن، ۱۳۸۸: ۴۹-۶۸)، جستجوی امید و توازن (مک شری، ۲۰۰۰ به نقل از ساعد و روشن، ۱۳۸۸: ۴۹-۶۸)، اعتقاد به جوهری بالاتر و عظیم‌تر (هاسد، ۲۰۰۰ به نقل از ساعد و روشن، ۱۳۸۸: ۴۹-۶۸) و بعضی از سطوح تعالی حسی که فراتر از زندگی عادی، ماده و عمل است (اودنال، ۱۹۹۶ به نقل از ساعد و روشن، ۱۳۸۸: ۴۹-۶۸). زیربنای بسیاری از این تحقیقات این فرضیه است که فعالیت‌های ذاتی و درونی بشر تلاشی است برای درک معنای خویش، دنیای اطرافش و برقرار کردن ارتباط با آن (اوریلی، ۲۰۰۴؛ پاول، ۲۰۰۲؛ وست، ۲۰۰۷ به نقل از ساعد و روشن، ۱۳۸۸: ۴۹-۶۸). در این ساختار، معنویت وسیله‌ای است که به واسطه آن این معنا حاصل می‌شود و می‌تواند بر اساس عوامل سن، جنس، فرهنگ، ایدئولوژی سیاسی، سلامت جسمانی و روانی و هزاران عامل دیگر متفاوت باشد (ساعد و روشن، ۱۳۸۸: ۴۹-۶۸).

تارت (۱۹۸۳) معنویت را بعنوان «قلمرو وسیعی از پتانسیل انسانی مرتبط با هدف غایی، موجودیت‌های برتر، خدا، زندگی، شفقت و هدف» تعریف می‌کند (تارت، ۱۹۸۳: ۴).

ایمونز (۱۹۹۹) معتقد است که معنویت، آنچنان که نوعاً در عرف عام تعریف می‌شود، به نظر می‌رسد که دربرگیرنده جستجوی معنا، جستجوی وحدت، جستجوی اتصال به ماهیت، انسانیت و تعالی باشد (ایمونز، ۱۹۹۹: ۸۷۷).

اسوینتون (۲۰۰۱) معنویت را به عنوان یک نیاز بسیار گسترده بشری می‌داند که می‌تواند جدای از ساختارهای متداول مذهبی مورد بررسی و مذاقه قرار گیرد. وی معنویت را تظاهرات بیرونی فعالیت درونی بشر می‌داند. معنویت جنبه‌ای از وجود انسان است که به آن انسانیت می‌بخشد. معنویت با ساختارهای بااهمیتی که به زندگی فرد معنا و جهت می‌دهد در ارتباط است و به فرد در رویارویی و مقابله با پستی و بلندی‌های زندگی کمک می‌کند. این اصطلاح به تنهایی شامل ابعاد اساسی همچون جستجوی معنا، هدف، شناخت تعالی خویشتن، روابط معنی‌دار و هدفمند، عشق و ایمان و نیز حس خداجویی است (اسوینتون و پاتیسون، ۲۰۰۱). بنا به عقیده و اسوینتون (۲۰۰۱)، معنویت تجربه‌ای است برون- درون و فراشخصی که تجربه‌های فرد و جامعه‌ای که در آن زندگی می‌کند مستقیماً آن را شکل می‌دهد. به عبارت دیگر، معنویت پدیده‌ای است متشکل از عناصر بیرونی، گروهی، اجتماعی و مافوق طبیعی.

چیو و همکارانش (۲۰۰۴) معنویت را داشتن معنا، هدف در زندگی، تعالی یا اتصال به یک موجود و نیرو یا انرژی برتر تعریف می‌کنند (چیو، ۲۰۰۴: ۴۰۵-۴۲۸).

به عقیده بوفورد و همکارانش (۱۹۹۱) سازه معنویت عموماً به پنج خرده سازه زیر تقسیم می‌شود: (۱) جهت گیری شناختی بسوی معنویت، (۲) بعد پدیدارشناختی / تجربه‌ای معنویت، (۳) بهزیستی وجودی، (۴) باورهای فراهنجاری و (۵) مذهبی بودن (بوفورد، ۱۹۹۱: ۵۶-۷۰).

یونگ یکی از پیشگامان اولیه رویکرد تحلیلی است که مذهب و معنویت را در تحلیل خود گنجانده است. یونگ بر سر در خانه اش جمله‌ای یونانی حک کرده بود که ترجمه آن اسن است: "خداوند حاضر خواهد بود، چه او را فرا خوانیم و چه فرا نخوانیم." (به نقل از وست، ۱۹۸۳).

با وجود آنکه یونگ معتقد است مذهب سازمانی، بر تجربه‌های معنوی یا ماوراء الطبیعه بنیاد شده است، این نکته را نیز مطرح می‌کند که تجربه‌هایی از این دست، ممکن است برای کلیسا روندگان امروزی قابل دسترس نباشد. یونگ با تأیید واقعیت روانی نیاز معنوی یا مذهبی در نوع انسان می‌گوید: رنج هر فرد رنجور را می‌باید در نهایت به عنوان رنجی برای روح او به شمار آورد که هنوز معنای خود را در نیافته است (۱-۳۳۰: ۱۹۵۸). یونگ معتقد است که روان رنجوری‌های انسان دارای عللی هم در گذشته و هم در حال است و گرنه این روان رنجوری‌ها فعال نمی‌ماندند. یونگ نتیجه می‌گیرد که مشکل مذهبی که مراجع برای من توضیح می‌دهد را می‌توان هم دلیل احتمالی و هم دلیل واقعی برای روان رنجوری او به حساب آورد (۳۳۳: ۱۹۵۸). به این ترتیب یونگ برخلاف نظر فروید تجربه‌های معنوی و روحی را به عنوان جنبه‌های بالقوه سالم و سلامت از هستی انسان در نظر می‌گیرد. از او بسیار نقل می‌کنند که گفته است: "در میان بیمارانی که در نیمه دوم زندگی، یعنی حدود ۳۵ سالگی هستند، حتی یک نفر را ندیده‌ام که در حقیقت مشککش، پیدا کردن دیدگاه مذهبی از زندگی نبوده باشد" (۱۶۴: ۱۹۳۳).

افرادی که از دیدگاه انسان گرایانه درباره معنویت اظهار نظر کرده‌اند، معمولاً موضعی مثبت یا حداقل خنثی ایجاد کرده‌اند. به عنوان مثال، کارل راجرز که یکی از پایه‌گذاران درمان انسان گرایانه محسوب می‌شود پس از تربیت مذهبی در سال‌های اولیه زندگی و ورود به مدرسه علوم دینی برای درآمدن به کسوت کشیشی، از مذهب رویگردان شد. با این حال در بقیه 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 (کرشن بوم و هندرسون، ۱۹۹۰).

از سوی دیگر هویت معنوی به ادراک فرد از هویت و ارزشمندی در ارتباط با خدا و مقام و موقعیت او در جهان هستی دلالت دارد. افرادی که ادراک مثبتی از هویت معنوی و ارزش خود دارند بر این باورند که آنان موجودات معنوی بوده و برگزیده خداوند می‌باشند و مقام و موقعیتی در هستی دارند که خداوند برای احراز آن انسان را آفریده است. ایشان فکر می‌کنند که از لحاظ معنوی به عشق الهی پیوند خورده‌اند و ارزش الهی دارند که از آنها جداشدنی نیست. آنها همچنین بر این باورند که استعداد‌های ایشان نامحدود است و در راستای محقق ساختن استعداد‌های بالقوه بایستی تلاش کنند. این افراد همچنین باور دارند که روح والا یا هویتشان دائمی بوده و با مرگ از بین نمی‌رود بلکه به نحو دیگری به زندگی خود پس از مرگ ادامه می‌دهند.

داشتن ادراک مثبت هویت معنوی برای احساس ارزشمندی و تحول رشد سالم یک امر اساسی است. افرادی که هویت معنوی استوارتری دارند از لحاظ عاطفی، اجتماعی و معنوی بهتر از افراد دیگر عمل می‌کنند (غباری بناب، باقر. ۱۳۸۸، ۷۱-۷۲). 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. بنابراین لازم نیست برای حل تمامی مشکلات خود را به تنهایی به آب و آتش بزنند.

معنویت به افراد نگرشی شفابخش در زندگی در رابطه با مشکلات عطا می‌کند. اگر خداوند انسان‌ها را با تمام تقصیرها و ضعف‌ها می‌پذیرد و قادر است تمام تقصیرها و گناهان انسانها را ببخشد، انسان نیز می‌تواند خود و دیگران را بخشیده و آنها را نادیده بگیرد و از آنها بگذرد. معنویت چارچوبی برای معنا دادن به تمام مشکلات، اضطراب‌ها، ترس‌ها و نیازهای انسان فراهم می‌آورد. در این چارچوب تنها خداوند است که از هر نظر توانمند و قوی است، به سود و زیان انسانها آگاهی دارد، توان ادراره و مهار تمام مشکلات و اضطراب‌ها، ترس‌ها و نیازها را داراست و البته احتمال دارد که خواست خداوند با خواست ما انسانها تفاوت داشته باشد. معنویت منبعی است که در مواقع فقدان و اندوه می‌توان از آن استفاده کرد و با سختی‌ها کنار آمد. آنچه در زندگی توان مقابله با تلخی‌ها، سختی‌ها و ناملایمات را به فرد می‌دهد، باور داشتن به زشد و شکوفایی خود است، یعنی فرد باور داشته باشد در اثر این سختی‌ها ساخته می‌شود. به علاوه اعتقاد به طرح الهی در زندگی شخصی به فرد کمک می‌کند که سختی‌ها و ناملایمات را معنی کند و آنها را سکوی پرش به سوی معنویت بداند (غباری بناب و راقبیان، ۱۳۸۶: ۱۰۶-۱۰۵).

در تحولات قرن بیستم دو دانشمند دانشگاه هاروارد دو نظریه متفاوت در مورد ارتباط بین رفتار بزهکارانه و اعتقادات معنوی ارائه دادند. ویلیام جیمز روانشناس (۱۹۶۱) نقش تجربه‌های مذهبی در مسیرهای تغییر بزهکاری را متذکر شد. دوبوئیس روانشناس (۱۹۹۶) ابراز داشت که موقعیت‌های اجتماعی جوانان سیاه پوست هنگامی بهبود یافت که کلیساها بیش از سالن‌های بیلارد مورد استقبال قرار گرفتند. جیمز به جریان تحول توجه نمود، یعنی اوقات و اوضاعی که در آنها این جریان محدود می‌شود و راهی که در آن معنویت از تغییر ناگهانی مذهب زمانی که تحول آغاز می‌شود، حمایت می‌کند.

### تعریف سلامت معنوی

بنا به نظر موبرگ (۱۹۷۹) بهزیستی معنوی مربوط است به «سلامت» کلیت منابع درونی مردم، موضوعات غایی که در پیرامون آنها همه ارزش‌های دیگر متمرکز می‌شوند، فلسفه مرکزی زندگی که به هدایت منتهی می‌شود و کانون معنابخشی زندگی انسانی که همه رفتارهای اجتماعی و فردی را تحت تأثیر قرار می‌دهد (موبرگ، ۱۹۷۹: ۱۱).

هانگلیمان و همکارانش (۱۹۸۵) سلامت معنوی را به عنوان «حسی از متصل بودن، هماهنگی بین خود، دیگران، طبیعت و وجود متعالی که از طریق یک فرایند رشد پویا و منسجم دست یافتنی است و به یک شناخت هدف نهایی و معنای زندگی منجر می‌شود» می‌دانند (هانگلیمان و دیگران، ۱۹۸۵، م، ۱۴۷-۱۵۷).

از نظر هاگز و همکارانش (۱۹۹۵) سلامت معنوی «حسی از ارتباط داشتن با دیگران، داشتن معنی و هدف در زندگی و داشتن اعتقاد و ارتباط با یک قدرت متعالی» تعریف شده است (هاگز و دیگران، ۱۹۹۵، م، صص ۳۷۱-۸).

میلر (۱۹۹۵) سلامت معنوی را این گونه تعریف نموده است: «کیفیت ذاتی و اصلی انسانی که دربرگیرنده باور به چیزی بزرگتر از خود بوده و ایمان به اینکه بطور قطع زندگی را تأیید و تصدیق می‌کند» (جورنا و دیگران، ۲۰۰۶، م، صص ۳۹۵-۴۰۱ به نقل از میلر، ۱۹۹۵، م، صص ۲۵۷-۲۶۳).

گومز و فیشر (۲۰۰۳) بهزیستی 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 توازن درونی می‌کند و دارای هدف و جهت در زندگی می‌شود (گومز و فیشر، ۲۰۰۳).

از نظر کاوارد و رید (۱۳۸۷) سلامت معنوی به تعریفی از سلامتی اشاره دارد که از آگاهی کامل از تمامیت و یکپارچگی همه جنبه‌های فرد ناشی می‌شود و عناصر معنوی زندگی را نیز در بر می‌گیرد. از نظر آنان، سلامت معنوی را می‌توان با در نظر گرفتن اجزایی چون ارتباط مناسب با دیگران، زندگی هدفمند و معنادار و نیز اعتقاد و ارتباط با یک قدرت متعالی تعریف کرد (دهشیری و دیگران، ۱۳۸۷، صص ۱۲۹-۱۴۵).

بنزلی (۱۹۹۱) با مرور کامل ادبیات سلامت معنوی بدین نتیجه رسید که یک تعریف پذیرفته شده عام از سلامت معنوی وجود ندارد (بنزلی، ۱۹۹۱: ۱۸۹ به نقل از فیشر: ۲۰۱۰: ۲۳). او سعی نمود تا دیدگاهی ترکیبی از سلامت معنوی ارائه دهد که در این ادبیات تعریف کرده بود و بر این اساس تعاریف موجود را در شش دیدگاه دسته بندی کرد: (۱) حس رضایت در زندگی؛ (۲) 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 (فیشر، ۲۰۱۰: ۲۴).

بنا به تعریف شیبانی (۱۳۸۹) سلامت معنوی عبارت است از قابلیت ارتباط موزون و هماهنگ با خدا و خویشتن و دیگران، تغییر و اصلاح محیط فردی و اجتماعی و حل تضادها و تمایلات فردی و گروهی به طور عادلانه در یک وضع متعادل و متوازن. سلامت معنوی تنها ویژگی فردی انسان نیست، بلکه مهم‌تر از همه خصلت‌ها، ویژگی جامعه، نهادهای اجتماعی، تعلیم و تربیت و فرهنگ است (شیبانی، ۱۳۸۹).

بنا به تعریف اعضای کمیته سلامت معنوی فرهنگستان علوم پزشکی ایران سلامت معنوی عبارت است از داشتن معرفت، ایمان به غیب و تبیین توحیدی از نظام هستی به این معنا که هرگونه حرکت و سکونی متکی به مبدأ هستی لایزال و ابدی است و هر عارضه جسمی، روانی و اجتماعی در مقابل عظمت الهی و هدف غایی انسان که تقرب درگاه الهی است، بسیار ناچیز می‌باشد (محقق داماد، ۱۳۸۹). در معنی جامع، سلامت معنوی احساس هدفمندی، رضایتمندی، معناداری، تعادل، کمال جویی و امید در زندگی است که نتیجه آن ایجاد آرامش و راحتی در وجود انسان می‌باشد و آحاد انسان‌ها می‌توانند درجاتی از این سلامت را تجربه کنند.

بنا به تعریف عباسی و همکارانش (۱۳۹۱) سلامت معنوی عبارت است از «برخورداری از پذیرش، احساسات مثبت و منفی، عبادت، اخلاق و حس ارتباط متقابل با یک قدرت حاکم و برتر قدسی، دیگران و خود که طی یک فرآیند پویا و هماهنگ شناختی، عاطفی، کنشی و پیامدی شخصی حاصل می‌آید».

رافی و همکارانش (۲۰۱۲) بهزیستی معنوی را بعنوان «شاخص معنویت زیسته در یک فرد که می‌تواند تجلی معنویت در زندگی فرد تلقی شود» تعریف می‌کنند (رافی، ۲۰۱۲).

فرناندو و چادهاری (۲۰۱۰) بهزیستی معنوی را حاصل تجربه معنویت می‌دانند (فرناندو و چادهاری، ۲۰۱۰: ۲۱۱-۲۲۵). دوک و جانسون (۱۹۸۴) بهزیستی معنوی را سنج‌های برای کیفیت زندگی معنوی می‌دانند (دوک و جانسون، ۱۹۸۴: ۵۹-۷۲).

## ابعاد سلامت معنوی

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

از دیدگاه راس چهار بعد مطرح شده در تعریف سلامت معنوی عبارتند از: پذیرش زندگی در ارتباط با خدا، خود، جامعه و محیط که کامل بودن فرد را تضمین کرده و از آن تقدیر می کند (راس، ۲۰۰۶م، صص ۸۵۲-۸۶۲).  
در مدل سلامت معنوی فیشر (۱۹۹۹) حوزه‌های سلامت معنوی به صورت حوزه شخصی، اجتماعی، محیطی و متعالی مطرح شده است (فیشر، ۱۹۹۹).

گومز و فیشر (۲۰۰۳) چهار حوزه متفاوت بهزیستی معنوی را ارائه داده‌اند که عبارتند از: (۱) بهزیستی جمعی، (۲) بهزیستی متعالی، (۳) بهزیستی شخصی و (۴) بهزیستی محیطی. طبق نظر گومز و فیشر (۲۰۰۳) 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. حوزه متعالی با رابطه خود با چیزی یا کسی فراسوی سطح انسانی نظیر یک نیروی نامتناهی، واقعیت متعالی یا خدا سر و کار دارد. حوزه شخصی با این امر سر و کار دارد که چگونه فرد روابط درونی خود درباره معنا، هدف و ارزش‌های زندگی را ایجاد می‌کند. حوزه 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 (گومز و فیشر، ۲۰۰۳: ۱۹۷۶).

بنا به تعریف اخیر عباسی و همکارانش (۱۳۹۱) از سلامت معنوی، شناخت معنوی، کنش معنوی، عواطف معنوی و ثمرات شخصی معنوی چهار مؤلفه اصلی تشکیل دهنده 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.

در چند مطالعه و منبع دسته بندی‌های زیر را برای ابعاد سلامت معنوی قائل بوده‌اند:

الف- رفتارهای آشکار، اعتقادات و انگیزه‌ها، ارزش‌ها و اهداف، تجارب شخصی

ب- شناختی (با شاخص‌های جستجوی معنی، هدف، حقیقت در زندگی، عقاید و ارزش‌ها)، تجربی (با شاخص‌های احساس امید، عشق، پیوند، آرامش درونی، آسایش و حمایت) و رفتاری (با شاخص‌های روشی که یک فرد عقاید معنوی درونی خود را در جهان خارج آشکار می‌کند)

### شاخص‌های اندازه گیری سلامت معنوی

شاخص‌های سلامت معنوی در تعاریف اولیه عباسی از 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 منشاء لایتناهی الهی: شامل ارتباط از طریق وحی و نیز ارتباط مستقیم با خداوند متعال؛ (۳) ارتباط و توجه به ابعاد مختلف عالم پیرامون: از جمله خود، سایر انسان‌ها و سایر اجزاء طبیعت و احترام به آنها و تلاش برای حفظ و توسعه جهان پیرامون؛ (۴) احساس رضایت و امید به زندگی مبتنی بر اعتقاد و ارتباطات مذکور؛ (۵) هدفمندی در زندگی: شامل هدفمندی کلی جریان زندگی و اعتقاد به معاد و نیز هدفمندی در زندگی روزمره و تلاش برای دستیابی به آن؛ (۶) معناداری زندگی: شامل معناداری کلی جریان زندگی و اعتقاد به معاد و نیز معناداری در زندگی روزمره و تلاش برای آن.

### مقیاس سلامت معنوی پولوتزین و ایسون

مورای و همکارانش (۲۰۰۴) علائم بهزیستی معنوی را «آرامش و هماهنگی درونی، داشتن امید، اهداف و آرزوها، حیات اجتماعی و قرار داشتن در اجتماع، احساس یگانگی و فردیت، احساس ارزشمندی، کنار آمدن با هیجانات، تسهیم عواطف،

توانایی ارتباط برقرار کردن با راستی و درستی، قادر بودن به انجام کردارهای دینی و یافتن معنا» توصیف می‌کند (مورای، ۲۰۰۴: ۳۹-۴۵).

از دیدگاه اسلام اساس سلامت معنوی در راستای آشنا شدن با خالق و معبود خود است و در راستای دین‌آشنایی. آدمی با وظایف بندگی خویش آشنا می‌گردد و هر چه بیشتر متخلق به اخلاق الهی می‌شود. تربیتی که بر اساس محوریت توحید واقع می‌گردد دارای ویژگی‌های خاصی است از جمله کرامت، شجاعت، توکل، اراده، استقامت، سخاوت، مهرورزی، ظلم‌ستیزی، آزادگی و حریت، فهم و بصیرت، هدف دار بودن و ... است.

از جمله اصول سلامت معنوی در تربیت اسلامی اصل آخرت‌گرایی است. بدین معنا که سلامت در گرو تربیتی است که دنیا در آن وسیله‌ای برای رسیدن به آخرت است و زندگی و حیات دنیوی را مزرعه‌ای برای جهان آخرت باید دانست. اصل دیگر سلامت معنوی برخورداری از آزادی مشروع است که خداوند به انسانها ارزانی داشته و هیچ کس نمی‌تواند آدمی را از چنین نعمت بزرگ الهی محروم سازد. از دیگر اصول سلامت معنوی، توجه به همه ابعاد و جوانب وجود آدمی است، در عین حال به تک تک قوا و استعدادها و نیازهای جسمی و روحی وی توجهی خاص مبذول می‌نماید. اصل عقل‌گرایی که اهمیتی ویژه برای عقل و تفکر قائل شده است، اصل مسامحه قلبی و سهل‌گیری در تربیت و اصل رعایت تفاوت‌های فردی نیز از دیگر اصول سلامت معنوی می‌باشد (سلحشوری، احمد، ۱۳۸۹).

### درمان‌های معنوی

امروزه مراجعان مذهبی به دنبال درمانگران مذهبی هستند و عده‌ای از درمانگران و روانشناسان سعی می‌کنند روش‌های خود را منطبق با درمان معنوی نمایند. برای مثال کونینگ و پریتچت (۱۹۹۸) به مثال‌های زیر اشاره می‌کنند:

- گوش دادن و تأیید انواع مناسب مقابله مذهبی (ص ۳۲۹)

- مشخص کردن نوشته‌های مقدس مذهبی که امید، عزت نفس و حس دوست داشته شدن توسط خداوند را فراهم می‌آورد (صص ۳۲۹-۳۳۰).

- بهره بردن از جهان بینی مذهبی مراجع برای تغییر دادن شناخت‌های کژکارکردی و ناسازگارانه و کمک به ایجاد رفتارهای سالم (صص ۳۳۰).

برای نمونه در سنت مسیحیت درمانگر می‌تواند از مراقبه و دعای مراجعان برای مقابله حمایت کند؛ می‌تواند به تعالیمی که در مورد عفو و بخشش خداوند است رجوع کند تا حس گناه بی‌دلیل مراجعان را از بین ببرد؛ یا می‌تواند مراجعان را ترغیب کند تا از منابعی که در کلیساهایشان در اختیار دارند، مانند گروه‌های حمایتی یا مشورت با کشیش بهره‌مند شوند.

درمان‌های عقلانی - هیجانی و شناختی - رفتاری دو نوع از درمان‌هایی هستند که گونه‌های درمانی هماهنگ با مذهب برای آنها به وجود آمده‌اند (ورتینگتون و دیگران، ۱۹۹۶). برای نمونه، ایس (۲۰۰۰) اشاره می‌کند که درمانگران از مذاهب پروتستان، یهودی و اسلام گونه‌های خودگویی منطقی هماهنگ با مذهب را برای مراجعان خود به وجود آورده‌اند. این گفته‌های منطقی برای آن هستند که با باورهای غیر منطقی که ایس، بنیانگذار درمان عقلانی - هیجانی، معتقد است ریشه بیشتر آشفتگی‌های عاطفی هستند، مقابله کنند. برای نمونه، در ارتباط با خویشتن‌پذیری بی‌قید و شرط گونه غیر مذهبی عقلانی به صورت زیر خواهد بود: "می‌توانم همیشه نسبت به خود، خودپذیرشی بی‌قید و شرط داشته باشم و خود را به عنوان یک انسان خوب ببینم،

فقط به این خاطر که انسان هستم و زنده ام، حال چه عمل خوب انجام بدهم یا ندهم، چه مردم مرا دوست داشته باشند یا نه" (الیس، ۲۰۰۰، ص ۳۲). گونه خدامحور آن به صورت زیر است:

خدای من بخشاینده است و در حالی که مرا ترغیب می‌کند تا مرتکب گناه بیشتر نشوم همواره مرا حتی به عنوان یک فرد گناهکار خواهد پذیرفت. به علت اینکه خداوند شخص گناهکار را می‌پذیرد، من نیز هر چقدر هم که بد رفتار باشم می‌توانم خود را بپذیرم (الیس، ۲۰۰۰، ص ۳۲)

درمان شناختی هماهنگ با مذهب تا چه اندازه برای درمان افسردگی مؤثر است؟ ورتینگتون و همکاران (۱۹۹۶) در پژوهش‌های تجربی خود که اثربخشی این روش درمانی در مورد بیماران افسرده را مورد بررسی قرار داده‌اند، این گونه نتیجه‌گیری می‌کنند: "به طور کلی، درمان شناختی هماهنگ با مذهب در مورد مراجعان مذهبی که افسردگی شدید نداشته‌اند، مؤثر بوده است. این اثربخشی نسبت به گونه‌های غیرمذهبی درمانی تنها کمی بیشتر بوده است (ص ۴۷۷).

### پرسشنامه‌های سلامت معنوی

#### ۱- پرسشنامه سلامت معنوی پولوتزین و ایسون

مقیاس ۲۰ سؤالی سلامت معنوی پولوتزین و ایسون (۱۹۸۲) دارای ۲۰ سؤال است که بر اساس طیف لیکرت پنج گزینه‌ای طراحی شده است. ۱۰ سؤال آن سلامت مذهبی و ۱۰ سؤال دیگر سلامت وجودی را اندازه‌گیری می‌کند.

#### ۲- پرسشنامه سلامت معنوی دلمن و فری

مقیاس SIWB توسط دلمن و فری (۲۰۰۴) برای سنجش سلامت معنوی ساخته شده است و از معروف‌ترین مقیاس‌های سنجش سلامت معنوی است و شامل ۱۲ سؤال است که بر اساس طیف لیکرت پنج گزینه‌ای طراحی شده است. دو زیرمقیاس آن شامل «خود کارآمدی» و «طرح زندگی» است.

#### ۳- پرسشنامه سلامت معنوی هانگلمان و همکاران

مقیاس سنجش سلامت معنوی آرل که توسط هانگلمان و همکاران (۱۹۹۶) تدوین شده است شامل ۲۱ سؤال و سه بعد ۱- ایمان/ باور، ۲- زندگی/ مسوولیت در مورد خود و ۳- رضایت از زندگی/ خودشکوفایی است.

#### ۴- پرسشنامه سلامت معنوی فیشر

ابزار SHALOM فیشر (۱۹۹۸) پرسشنامه سلامت معنوی و اندازه‌گیری معیارهای زندگی است. در این ابزار ۴ حیطه سلامت معنوی که عبارتند از شخصی، همگانی، محیطی و متعالی در نظر گرفته شده است و شامل ۲۰ سؤال بوده که در واقع منعکس کننده کیفیت ارتباطات افراد با خودشان، با سایرین، با خدا و با محیط در حوزه‌های همگانی، شخصی، محیطی و متعالی سلامت معنوی است.

## ۵- پرسشنامه سلامت معنوی پیتز

ابزار FACT برای اندازه گیری سلامت معنوی دست اندرکاران امر سلامت و شاغلین حرفه های پزشکی و وابسته مورد استفاده قرار می گیرد. مارک لاروکا پیتز (۲۰۰۹) پنج ابزار اصلی سنجش سلامت معنوی را معرفی می کند و در نهایت FACT را به عنوان ابزاری مناسب برای بررسی سلامت معنوی دست اندرکاران امر سلامت را تشریح می کند. این پنج ابزار عبارتند از:

CSI-MEMO, FICA, HOPE, FAITH, SPIRIT

### مطالعات انجام شده پیشین

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

برخی پژوهش ها بیانگر آن است که عواملی همچون باورهای مثبت، احساس راحتی و قدرت حاصل از مذهب، مراقبه و نیایش می تواند در سلامت و احساس خوب بودن سهیم باشد. ارتقای سلامت معنوی ممکن است موجب معالجه یک بیماری نشود؛ اما می تواند به فرد کمک کند تا احساس بهتری داشته باشد، از برخی مشکلات سلامتی جلوگیری کند و با بیماری یا مرگ انطباق یابد. از سوی دیگر تعدادی از مطالعات جمعیت شناختی نشان داده اند که مذهبی بودن و معنویت با پیامدهای منفی سلامت جسمی و سلامت روانی ارتباط دارد. همچون هر عاملی که بر سلامت اثر می گذارد (مانند انواع سبک های زندگی)، مذهبی بودن و معنویت ممکن است به صورت معکوس بر فرد تأثیر بگذارد.

در تلاش برای بررسی رابطه بین بهزیستی معنوی و سلامت روانی، گروهی از دانشجویان دانشگاه بوعلی انتخاب و آزمون های بهزیستی معنوی و سلامت روانی بر روی آنان اجرا شد. نتایج نشان داد که هر چقدر نمره بهزیستی معنوی بالاتر باشد، به همان میزان سلامت روانی نیز افزایش می یابد. ضمناً بین میانگین نمره بهزیستی معنوی دختران و پسران دانشجو نیز تفاوت آماری معنادار مشاهده شد (سعیدی، علی، ۱۳۸۹).

پاره ای مطالعات فواید توجه به معنویت را توسعه خودکنترلی، اعتماد بنفس و اطمینان بیشتر ذکر کرده اند (Curlin FA, Lawrence RE, Chin MH, Lantos JD, 2007). با مطالعه روی بیماران سرطانی نقش مذهب، ایمان به خدا و نیایش بر درمان بیماری و اثرات جانبی آن، تسهیل همکاری بیماران در درمان و کاهش اختلالات افسردگی و پریشانی و تولید احساساتی نظیر ترس، عصبانیت، احساس گناه و نیز احساسات سرکوب کننده بوضوح دیده شده است. (Caine KW, Kaufman BP, 2000) (Khalsa DS, Stauth C, Khalsa J, 2002). گفته شده است اگر ایمان نقشی مهم در درمان داشته باشد و پزشکان به آن توجه نکنند فرایند تصمیم گیری در مورد طرح درمان می تواند غیر مطلوب باشد (Caine KW, Kaufman BP, 2000). شواهد نشان می دهد بیشتر پزشکان مایلند با بیمارانشان به دعا بپردازند بویژه اگر این امر به درخواست بیماران باشد (Monroe MH et al, 2003). یافته ها نشان می دهد اعمال مذهبی برای کاهش فشار خون بالا مفید بوده و احتمال بیماری و ایست قلبی را کاهش می دهد. افراد مذهبی کمتر دست به خودکشی زده و سلامت روانی بهتری دارند (Rasic D et ai, 2011, Koenig HG et ai, 2001). مطالعات دیگر روی گروه های مسیحی و هندو نشان داد که عامل ایمان در کاهش مسایل روانی، کاهش فشارخون بالا و پیشگیری از ایست قلبی موثر است



(McCord G et al, 2004). افراد صاحب باورهای محکم‌تر مذهبی - معنوی سلامتی بهتر و بیشتری را تجربه می‌کنند و در افراد ضعیف‌تر علائم افسردگی بیشتر مشخص است. (Ellis MR, Campbell JD, 2004)

Curlin F, Am Lawrence RE, Cjin MH, Lantos JD, ) می‌شوند (2007) و مبتلایان به اچ آی وی (ایدز)، بیماری‌های قلبی عروقی، افراد چاق یا دچار سندرم روده تحریک پذیر، همه می‌توانند بهره‌مند از تاثیر مثبت تمرین معنوی و واقعی باورهای مذهبی باشند (Anandarajah G, Stumpff J, 2004). معنویت و دین، بطور چشمگیری می‌تواند در کاهش اثرات بیوشیمیایی منفی ناشی از استرس مفید باشد (Anandarajah G, Stumpff J, 2004) و موجب کاهش استرس و مرگ و میر و غلبه بر ترس گردد (Koenig HG, George LK, Titus P, Ananadarajah G, Stumpff J, 2004). رابطه مذهب و معنویت با سلامت روان (Prrez JE, Little TD, Henrich CC, 2009)، نقش معنویت و مذهب در ارتقاء کیفیت زندگی سالمندان کره‌ای (You KS, et al. 2009)، ارتقاء عزت نفس و مهارت‌های اجتماعی. (Poage ED, Ketzenberger KE, Olson J (2004)).

در بیماران قلبی (Bekelman DB et al, 2010). حاصل مطالعات نقش معنویت در زندگی بیماران و افراد سالم می‌باشد. در یک جمع‌بندی کوتاه پیشنهاد می‌شود مطالعات بیشتری در این زمینه انجام شود تا نیازهای روحی و اعتقادی بیماران را در نمونه‌ای که بیشتر معرف جمعیت عمومی باشد، ارزیابی کند و بررسی شود که چگونه ارضاء این نیازها می‌تواند بر نتیجه درمان، پاسخ به درمان، همکاری در درمان، کیفیت زندگی و رضایت از رابطه با پزشک اثر بگذارد (Astrow AB, et al, 2004). در یک نظرسنجی از ۱۸۲۰ پزشک مشخص شد دو سوم از پزشکان معتقدند که افزایش آگاهی بیماران از بیماری‌شان اغلب یا همیشه آنها را به دین و معنویت نزدیک‌تر می‌کند. علاوه بر این، ۵۶٪ درصد معتقدند دین و معنویت بر سلامت آنها تاثیر قابل توجهی دارد و این نفوذ بیشتر به بیماران کمک می‌کند تا با بیماری کنار بیایند (Puig A, Lee SM, Goodwin L, Sherrard PAD, 2006). در این مطالعه که تنها ۶۳٪ به آن پاسخ داده‌اند، اکثر پزشکان (۸۵٪) گفتند که دین و معنویت به طور کلی بر درمان تاثیر مثبت دارد، ۷۶٪ از پزشکان معتقد بودند که دین و معنویت می‌تواند برای مقابله و کمک به بیماران موثر باشد و ۷۴٪ بیان نمودند که این عقیده می‌تواند افکار مثبت را در آنها افزایش دهد (Puig A, Lee SM, Goodwin L, Sherrard PAD, 2006). پزشکان می‌گویند ارزیابی معنوی در مورد دیدگاه‌های زندگی، مشکلات را کاهش می‌دهد (Onroe MH et al, 2003).

نتایج یک مطالعه نشان داد پزشکان به ندرت در مورد عقاید مذهبی بیماران از آنها سوال می‌کنند، اگرچه این نگرانی بطور همزمان مطرح شد که پاره‌ای از یافته‌های این مطالعه می‌تواند بر خلاف خواسته بیماران باشد و در نتیجه بر فرایند مراقبت‌های درمانی اثر بگذارد (Campbell JD, Ellis MR, 2004)

بحرینیان و همکاران در مطالعه‌ای روی ۱۰۰۰ بیمار، تاثیر نگرش معنوی آنان روی بیماری‌شان را گزارش کردند. این مطالعه نشان داد که مذهبی بودن و معنویت بیماران با کیفیت زندگی آنان رابطه مستقیم و معناداری دارد. یک پرسشنامه حاوی سوالاتی جهت ارزیابی نگرش مذهبی و معنوی روی آنان اجرا شد. این پرسشنامه همانند سایر مطالعات پیشین مقوله معنوی و مذهبی بودن را یک مفهوم گرفته است. تقریباً در همه مطالعات پیشین مقوله مذهبی و معنوی بودن مترادف هم گرفته شده و یا اینکه به یک معنی انگاشته شده‌اند. حال آنکه معنویت مفهومی عام‌تر نسبت به مذهبی بودن است و حیطه گسترده‌تری دارد و متغیرها و ویژگی‌های بیشتری را در بر می‌گیرد. (Hill PC, Hood R, 1999).

یافته‌های مطالعه کنونی با سایر مطالعات در مورد نقش معنویت در ارتقاء کیفیت زندگی همخوانی دارد ( You KS et al, 2009). همچنین در تحقیقی که دیوید بکلمن در سال ۲۰۰۹ روی بیماران انجام داد نقش معنویت در ارتقاء کیفیت زندگی بیماران معنی دار خوانده شده است (Bekelman DB et al, 2010).

این مطالعه همچنین نشان داد که مذهبی و معنوی بودن با درجه بندی میزان استرس و واکنش در برابر آن رابطه عکس و معنادار دارد؛ یعنی هر چه میزان معنویت فرد بالاتر باشد درجه استرس وی در مواجهه با مشکلات کاهش می‌یابد که با یافته‌های سایر محققین همخوانی دارد. (Poage ED, Ketzenberger KE, Olson J, 2004). یکی از عناصر مذهبی- معنوی بودن ایمان به خداست که رابطه آن در مطالعه حاضر با کاهش استرس کاملاً مشهود و معنی دار است. سایر مطالعات هم بر نقش ایمان در کاهش مسایل روانی تأکید کرده‌اند. (McCord G et al, 2004) همچنین بین کیفیت زندگی زنان و مردان مذهبی و معنوی با درجه استرس آنان رابطه معکوس نشان داده شد که هماهنگ با پاره‌ای مطالعات در این زمینه است. (Bekelman et al, 2010). در مجموع یافته‌هایی که نشانگر تاثیر معنویت بر کاهش استرس بیماران می‌باشد و از سوی گروهی از مطالعات دیگر نیز تأیید شده است گویای آن است که از طریق رفع احتیاجات روانی و پاسخگویی به نیازهای معنوی- مذهبی بیماران میتوان استرس بیماران را کاهش داد که این امر بخصوص توسط پزشکان مذهبی و سایر متخصصین علوم پزشکی به راحتی قابل اجرا و پیاده شدن می‌باشد (Anandarajah G, Stumpff J, 2004).

ارزیابی نگرش بیماران نشان داد میزان مذهبی بودن در زنان و مردان با کیفیت زندگی آنان رابطه‌ای مستقیم و معنادار دارد. عمل به اعتقادات مذهبی و معنوی که در برگزیده احساس امنیت بیشتر و اعتماد به نفس و حس امیدواری به آینده می‌باشد می‌تواند تعاملات و روابط فرد با دیگران را مؤثر تر نماید و از گرایش به اضطراب و افسردگی فرد بکاهد. شواهد نشان می‌دهد که معنویت با کیفیت زندگی رابطه مستقیم و با افسردگی رابطه کاملاً معکوس دارد (Rasic D, Robinson JA, Bolton J, 2011). (Bienvenu OJ, Sareen J, 2011) بخصوص که شواهد بر تأثیر معنویت و مذهب در ارتقای کیفیت زندگی بیماران قلبی حکایت دارد (Bekelman et al, 2010).

یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد که زنان و مردان مذهبی و معنوی در مقایسه با بیماران کمتر مذهبی علاقه به درمان توسط پزشک مذهبی و معنوی دارند. این یافته در زنان و مردان بیمار بطور جداگانه رابطه‌ای مستقیم با مذهبی و معنوی بودن دارد. این یافته با مطالعات مک کورد (McCord G, et al. 2004) که معتقد است بیماران دوست دارند در مورد مسایل مذهبی با آنها گفتگو شود و گفتگوی پزشک و بیمار پیرامون مسایل مذهبی می‌تواند مفید باشد همخوانی دارد. مطالعه حاضر همچنین اعتقاد به تأثیر گذاری معنویت در درمان را با مذهبی و معنوی بودن بیماران معنادار دانست که با یافته‌های سایر محققین مبنی بر نقش ایمان به خداوند و باور مذهبی در دوره‌های دشوار و تحمل ناپذیری از جمله رویارویی با بیماری‌های سخت بدنی و آرامش بخشی به انسان، همسو می‌باشد (McCord et al, Astrow AB et al, 2004). برخی از این مطالعات بر تاثیر داشتن نگرش مذهبی و نقش دعا در زندگی و نیز تاثیر آن‌ها در درمان بیماری‌ها تأکید کرده‌اند که همسو با یافته‌های مطالعات حاضر می‌باشد. شواهد نشان می‌دهند افرادی که دارای عقاید محکم مذهبی هستند سلامتی بیشتر و بهتری را تجربه می‌کنند و در افراد با عقاید ضعیف‌تر افسردگی بیشتر مشخص است (Campbell JD, Ellis MR, 2004).

## خلاصه:

همانگونه که ملاحظه می‌شود تعاریف مختلف و متعددی در مورد معنویت و مولفه‌های آن وجود دارد که علیرغم تنوع گسترده در تعاریف و ویژگی‌های متفاوت، از خدا محور بودن تا لائیک بودن، جملگی بر این اصل اتفاق نظر دارند که بین سلامت روان، کیفیت زندگی، آسفتگی روانی، استرس و معنویت رابطه وجود دارد. به هر میزان که ایمان به خداوند و ایمان به وجود متعالی بیشتر باشد استرس‌ها و آسفتگی‌ها و ناهنجاری‌های فرد کمتر است. ناگفته نماند که تفاوت‌های متدولوژیک و محدودیت‌هایی در طرح این مطالعات دیده می‌شود.

پارگامنت (۱۹۹۶ و ۲۰۰۷) بیان می‌کند که روانشناسان باید معنویت را در حکم آنچه انسان‌ها در جستجوی آن هستند، تلقی کنند. افراد با تمایلات دینی یا معنوی گرایش به این دارند که خود را کسانی بدانند که در حال جستجوی خداوند. آنان خود را کسانی می‌دانند که در حال حرکت به سمت چیزی برتر از خودشان هستند. به این ترتیب پارگامنت معتقد است که روانشناسان باید از یک نگاه واکنشی به ماهیت انسان تغییر دیدگاه دهند و رفتار افراد را هدف ندار تلقی کنند. انسان‌ها می‌کوشند چیزهایی را به دست آورند و حفظ کنند که به آنها حس مهم بودن در زندگی ببخشند.

پارگامنت توضیح می‌دهد که مردم به عوض اینکه فقط تحت تأثیر مسائل زیستی یا محیطی باشند، در تلاش برای رسیدن به اهدافی چند در آینده می‌باشند. همچنین انسانها با ظرفیت بالقوه‌ای برای جستجوی امری مقدس در زندگی متولد می‌شوند. پس هر فرد انسانی معنوی منظور می‌شود، هر چند بعضی برای این جستجو انگیزه بیشتری از دیگران دارند. او نتیجه می‌گیرد که جستجو برای امری مقدس ویژگی منحصر به فرد انگیزش انسانی است و باید در حکم غایت شناسی به حساب آید.

پارگامنت (۲۰۰۷) معتقد است که تلاش معنوی نه نتیجه آرزوهای تشفی نیافته دوران کودکی بلکه در حکم عامل انگیزشی اولیه باید منظور گردد. از دیدگاه روانشناسی فردی هدف نهایی، خیالی، ذهنی و غیرآگاهانه است و جستجو برای امر قدسی در حکم تلاش آگاهانه برای حرکت از موقعیت منفی احساسی به موقعیت مثبت احساسی مفهوم سازی می‌شود. اما از دیدگاه دینی (غایت نگر) جستجو برای امر قدسی، واقعیت عینی است. تجربه‌هایی که فرد را در تلاشش برای جستجوی این هدف نهایی محدود می‌سازد احتمالاً منتج به یک مخرمه معنوی یا بحران معنوی می‌شود.

مطابق با نظر پارگامنت (۲۰۰۷) روان درمانی تلفیق یافته با معنویت باید به فردی بپردازد که انگیزش معنوی دارد - یعنی در حال جستجوی امر قدسی باشد.

قضیه غایت نگری موجود در روانشناسی آدلری را می‌توان در اسلام هم یافت. آدلر (۱۹۵۶) می‌گوید هدفی که فرد برای خود بر می‌گزیند زندگی روانی‌اش را تعیین می‌کند. بنابراین همه افراد تلاش می‌کنند به طرف نوعی حس مهم بودن (معناداری) و نوعی خودآرمانی حرکت کنند. این حس به نیرویی انگیزشی بدل می‌شود که در پس رفتارهای انسانها قرار دارد. در نظر بسیاری از مسلمانان این نیروی انگیزشی در تلاش برای رسیدن به خدا و دریافت پاداش اخروی متجل می‌شود.

مسلمانان معتقدند که پاداش اخروی در انتظار کسانی است که کاملاً از خدا اطاعت می‌کنند و در کل زندگی شان ایمان و زهد و تقوا نشان می‌دهند.

یافته‌های به دست آمده در مورد الگوهای بسیار مفید همبستگی‌ها بین عوامل مذهبی - معنوی و سلامت، نشان می‌دهد که باید هر چه بیشتر در مورد عوامل مذهبی - معنوی به عنوان عوامل میانجی‌گر در درمان و پیشگیری مطالعه شود. تا به حال، بعضی از مطالعات ارتباط عوامل مذهبی - معنوی را با جوامع و زمینه‌های درمانی خاص کشف کرده‌اند؛ از جمله بیماران در جوامع پیشرفته و سنتی و کودکانی که از سرطان جان سالم به در برده‌اند (رینولدز، ۱۹۹۶؛ زبراک و چسلر، ۲۰۰۲).

فواید فعالیت معنوی به خوبی برای اختلالات فیزیکی مانند اختلالات قلبی عروقی (میتوز و همکارانش ۱۹۹۸)، ایدز (اوانس و همکارانش، ۱۹۹۷) و سرطان (فهرینگ و همکارانش، ۱۹۹۷) و زندگی طولانی‌تر (مک کالوف و همکارانش ۲۰۰۰) به خوبی مشخص شده است. بر اساس اینکه چگونه معنویت نشان داده شده یا کدام جنبه‌های آن مقیاس شده‌اند، روابط مثبت بین بعضی شیوه‌های مذهب/معنویت و سلامت عمومی، رضایت زناشویی و عملکرد روانشناختی عمومی نشان داده شده است. (گارتنه، ۱۹۹۶)

اخیراً اساتید روانشناسی، روانپزشکی، پرستاری و سالمندی احساس می‌کنند که سلامت و معنویت فی ذاته با هم پیوند دارند و بنابراین افراد از تمام این بخش‌ها باید با یکدیگر ارتباط برقرار کنند و از یکدیگر یاد بگیرند.

شواهد نشان می‌دهد که مکانیزم‌های مختلف برای حمایت از نقش مهم معنویت در بهبود اختلالات ذهنی مختلف وجود دارد. احساس ناامیدی، فقدان مفهوم یا هدف در زندگی و اعتماد به نفس پایین، به طور نزدیکی با چیزی که بسیاری افراد به عنوان معنویت می‌شناسند، پیوند دارند. هاجز چهار بعد معنویات را توصیف می‌کند. مفهوم زندگی، ارزش‌های ذاتی، عقیده در تعالی و محبت معنوی و بحث می‌کنند که هر کدام از این ابعاد روابط خطی معکوسی با افسردگی دارند. (هاجز، ۲۰۰۲).

ادراک افسردگی دوباره باعث پرسش افراد در مورد وجود خود و چرایی زندگی می‌شود؛ مثلاً چرا من اینجا هستم؟ نکته زندگی چیست؟ معنویت در کاهش نشانه‌های افسردگی و یا افزایش بهزیستی عمومی و پاسخ دادن به این سوالات مؤثر می‌باشد. (کوئینگ، ۱۹۹۸) معنویت به وجود خویشتن معنی می‌دهد و مفهوم، هدف و امید را در خود ذخیره می‌کند و در صورت فقدان معنویت فرد دچار افسردگی و اغتشاش فکری می‌گردد.

سوئینتون (۲۰۰۱) اظهار داشته است که استرس و اضطراب، نشانه‌های معنوی همانند فقدان در مفهوم زندگی، افکار و عملکردهای مذهبی و سواسی، از دست دادن عقیده معنوی قبلی، نداشتن احساس نسبت به آینده، ترس از مرگ، ترس از پیامدهای گناه را در بر دارد.

در یک مطالعه این گونه دریافت شده است که درگیری معنوی، عقاید و معنویات طبق مکانیزم‌ها منجر به کاهش نشانه‌های اضطراب در بین زنان با تشخیص سرطان گردن می‌شود. فعالیت‌های مختلف مانند یوگا و مدیتیشن با بهبود سلامت ذهنی و کاهش اضطراب رابطه دارند. یک بازنگری سیستماتیک اخیر ۸ مطالعه را پیدا کرده است که تأثیر مثبت یوگا بر روی اضطراب را دریافته‌اند اما ذکر کرده‌اند که بخاطر کمبودهای متدولوژیکی تحقیق بیشتری لازم است (کرکوود و همکارانش ۲۰۰۵).

مذهب و معنویت برای مردم در زمان‌های بحران، آسیب و غصه خیلی بالارزش است (ویور و همکارانش ۲۰۰۳). بازنگری این مقاله (شا و همکارانش ۲۰۰۵) نشان می‌دهد که مذهب و معنویت برای مردم در مواجهه با عواقب و آسیب مفید است. آنها نشان دادند که تجارب آسیب زنده می‌تواند به یک معنویت و مذهب عمیق منجر شود. آن انطباق مثبت مذهبی، باز بودن مذهبی، آمادگی برای رو به رو شدن با سؤالات موجود، مشارکت مذهبی و مذهبی بودن شدید نوعاً در رابطه با بازیافت بعد از آسیب پیشرفته و کاهش اختلالات استرس آسیمی می‌باشند.

مذهب و معنویت در زندگی بسیاری از بیماران اسکیزوفرن مؤثر است و در بسیاری موارد به نظر می‌رسد فواید بالارزشی برای کنار آمدن با بیماری و بازیابی از بیماری به جا گذاشته است. یک بازنگری از نوشته‌ها درباره مذهب و انطباق معنوی در بین افراد با اسکیزوفرنی مزمن نتیجه‌گیری کرده است که "مذهب یک نقش مرکزی در فرآیندهای تجدید ساختار ایجاد یک مفهوم از خود و بازیافت مجدد زندگی بازی می‌کند." همچنین دیده شده است که مذهبی بودن خانواده بیمار اسکیزوفرنی در نگهداری و مراقبت اعضای خانواده از یکدیگر و حمایت خانواده از بیمار مؤثر است.

حمایت اجتماعی، معنوی یا مذهبی به عنوان میانجی کلیدی بین معنویت و سلامت ذهن در نظر گرفته شده‌اند. زیرا آن اعتماد به نفس همراهی را افزایش می‌دهد و به افراد کمک می‌کند تا با استرس و حوادث منفی زندگی سازگار شوند. حمایت معنوی ممکن است حمایت سودمندتری از دیگر شبکه‌های اجتماعی یا فرهنگی ارائه دهد. بعضی از روش‌های خاص که در آنها جامعه معنوی حمایت خود را ارائه می‌دهند عبارتند از:

- جلوگیری از جدا شدن از اجتماع
- افزایش مفهوم تعلق و اعتماد به نفس
- قوی ساختن شبکه‌های اجتماعی و خانوادگی
- ارائه حمایت معنوی در زمان‌های مصیبت

مطالعات مختلف جوامع رهبران مذهبی را به عنوان "کارکنان خط مقدم سلامت ذهن" گزارش کرده‌اند.

ترس یا عصبانیت در طی یک بیماری باعث آزادسازی نوراپینفرین و کورتیزول می‌شود که ممکن است مانع بازیافت از بیماری شود. احساسات معنوی تولید شده مثل امید، خرسندی، عشق و بخشش، بر روی سیستم‌های غده درون ریز و ایمنی اثر می‌گذارد و باعث رهایی از بیماری می‌شوند. فعالیت مدیتیشن و یوگا سطح نوراپی نفرین - کورتیزول را کاهش می‌دهند و بنابراین استرس، اضطراب، استرس بعد از غم، افسردگی و بیماری ذهنی مربوط به استرس را کاهش می‌دهد. بیان شده است که ۳۰ دقیقه از تمرین روزانه یوگا سلامت، حالت، توجه، تمرکز ذهنی و تحمل استرس این افراد را افزایش می‌دهد. تکنیک‌های خاص تنفس قابلیت تنظیم ضربان قلب را بهبود می‌بخشد که در عوض با پیشرفت‌ها در بازده‌های سلامت ذهن پیوند خورده‌اند.

روش‌های ادغام متدهای معنوی و فطری (بومی) با انتقال سلامت ذهن:

(۱) استعمارزدایی و بدنام سازی:

بخاطر اینکه سال‌ها دانش بومی و معنوی از سوی مدارس و مراکز آموزشی به عنوان دانش غیرعلمی و خرافی در نظر گرفته شده است.

امور معنوی و مذهبی به طرق مختلفی بدنام شده‌اند که حتی بسیاری رهبران سیاسی و معنوی را تا اواسط ۱۹۰۰ به زندان می‌انداختند. بدنام سازی پزشکی سنتی بحرانی است، زیرا فلسفه ضروری آن عقیده افراد است و خواسته بعدی فرد به عهده داشتن مسئولیت سلامت خود می‌باشد.

لازم بود که مردم آموزش ببینند و حرفه‌ای‌های سلامت ذهنی در جهت احترام و وفا به دانش بومی و معنویت کار کنند و علیه بدنام سازی و تبعیض مبارزه کنند. این را می‌توان با کمک جوامع معنوی در کمک به بیماران ذهنی همین طور تشخیص و حمایت ارزش مکان‌ها و ساختمان‌های معنوی بدست آورد.

(۲) رسیدن بچه‌ها به مدارس:

بخاطر صنعتی شدن و رشد در مفهوم خانواده هسته‌ای مدارس اولین مکان برای یادگیری کودکان می‌باشند. آنها دیگر با پدر و مادر بزرگ تعاملی ندارند و از آنها چیزی یاد نمی‌گیرند و در نتیجه هیچ دانش و احترامی برای پزشکی بومی و معنوی قائل نیستند. دیده شده است که در زمان‌هایی محیط مدرسه حتی باعث شیوه زندگی غیرسالم و عادات غذایی نادرست مثل هله هوله و فست فود شده که به بیماری‌های مختلف منجر شده است. بخاطر عدم وجود عشق و تشویق در بعضی مدارس، کودکان ممکن است از اعتماد به نفس پایین، خودکشی و رفتار خود تخریبی رنج ببرند. اینگونه بیان شده است که بزرگسالان یا شفا دهندگان سنتی را می‌توان در مدارس تعیین نمود تا بتوانند در مورد معنویت و متدهای سنتی پزشکی همراه با حمایت احساسی و

روانشناختی تدریس کنند. منصوب کردن آنها در مدارس ممکن است نقش بزرگسالان را به عنوان مشاور نگهدارنده و چیز مثبتی برای جامعه انجام دهد.

۳) افزایش مهارت و دانش معنویت باور / شفادهندگان / حرفه‌ای سلامت ذهن با یکدیگر:

اغلب ارائه دهندگان مراقبت بهداشتی در مورد روش‌های رفتاری یا ارائه سلامت بهتر یاد نگرفته‌اند. بنابراین روش‌های مختلف (بیوپزشکی، معنویت، Naturopathic و پزشکی سنتی) برای درک روشی که آنها همه بتوانند در عمل‌های اخیر و دانش و کار در جهت شبکه بندی، کنفرانس و دیالوگ‌های در جریان باهم کار کنند تا خدمات سلامت ذهنی بهتری ارائه دهند، ضروری است. بخاطر تفاوت در عقیده در مورد اهمیت شفاء معنوی و بومی در سلامت ذهن نیاز است که رهبران معنوی، شفادهندگان بومی و حرفه‌ای‌های سلامت ذهن، در مکان یکسان تحصیل نمایند تا یاد بگیرند که چگونه واقعاً با یکدیگر کار کنند. کارگاه‌ها و جلسات گروه تعاملی را می‌توان برای توسعه حرفه‌ای و هوشمندانه به کار برد. درحالیکه آسیب احساسی، روانشناختی و فیزیکی ممکن است منجر به بیماری ذهنی مختلف شود. بیوپزشکی به طور نرمال با تجربه مصیبت در درمان همکاری نمی‌کند. بنابراین نیاز برای همکاری با رهبران معنوی و شفادهندگان بومی وجود دارد که می‌توانند با عواقب مصیبت به روش‌های مختلف مواجه شوند. گروه علاقه خاص (SIG) به معنویات و روانپزشکی در کالج سلطنتی روانپزشکان (RCPSYCH) بیان می‌کنند که روانپزشکان باید علاقه اصلی و احترام خاصی برای عقاید معنوی و مذهبی بیمار قائل شوند. یک روش در نظر گرفتن عقاید مذهبی و معنوی بیمار در طی ارزیابی می‌باشد. ارزیابی نیازهای روحی به حساسیت، خلاقیت، رویکرد غیرمنحرف، دانش در مورد عقاید معنوی خود و چگونگی تفاوت فرهنگی آنها از یکدیگر برای غیرقضاوتی بودن لازم است.

۴) مشاوره بین جوانان و بزرگسالان:

بزرگسالان / شفادهندگان احساس می‌کنند که آنها در حال از دست دادن دانش با ارزش هستند بخاطر اینکه هیچ علاقه‌ای از جوانان برای یادگیری دانش یا کارهای معنوی وجود ندارد. این داده‌ها در مورد افراد علاقه‌مند به پزشکی بومی، معنویت و سلامت ذهن می‌تواند جمع‌آوری شود و جایگاه تدریس مشترک را می‌توان ایجاد نمود. همچنین بیان شده است که مدارس می‌توانند به جوانان بخاطر کارآموزی با بزرگسالان یادگیری عملیات معنوی و دانستن در مورد متدهای شفاء بومی مدرک بدهند.

۵) توسعه سیاست‌های مناسب و محافظت برای دانش بومی:

شفادهندگان بومی و روحانی‌ها ممکن است از تغییرات بر روی بهره‌برداری از کارها و دانش آنها بترسند. این اطلاعات که خارج از تحقیق یا رویکردهای اشتراکی توسط ارائه دهندگان بهداشت مختلف تولید شده است ممکن است به جوامع خاصی تعلق داشته باشد. این در توسعه روابط قوی یا "تجدید ساختار اعتماد" بین آژانس‌های مختلف بهداشتی، محققان، روحانی‌ها، شفادهندگان بومی و حرفه‌ای‌های بهداشت ذهنی خیلی خطیر است.

۶) حفظ استقلال پزشکی بومی و معنویت:

دولت روش‌هایی پیدا کرده است تا اقدامات معنوی، شفادهندگی و مراسمی از این قبیل که از لحاظ ذهنی به افراد بیمار آسیب می‌رساند را کنترل کند. در کشورهای غربی چالش‌های بیمه‌ای زمانی که آسیب بخاطر متدهای شفاء سنتی باشد، به وجود می‌آیند. همکاری با حرفه‌ای‌های سلامت ذهن نیز در بین شفادهندگان و روحانی‌ها این ترس را ایجاد می‌کند که توسط همین قوانین قابل کاربرد برای خدمات سلامت ذهن تنظیم شوند. دولت می‌تواند سیاست‌ها و نظام‌هایی را فرمول بندی کند تا

شفادهندگان و روحانی‌ها با اعتماد بیشتر در همکاری با ارائه دهندگان سلامت ذهن و بیماران کار کنند. توسعه کدهای رفتار اخلاقی می‌تواند از مردم در برابر مورد سوء استفاده و بهره‌برداری قرار گرفتن محافظت کند.

(۷) تحقیق در زمینه معنویت و بیماری‌های ذهنی:

معنویت یک مفهوم چندبعدی است که فاکتورهای اجتماعی-جهت شناختی، اجتماعی و سلامتی را دربرمی‌گیرد. بنابراین محققان باید ماهیت پیچیده و دوطرفه معنویت و سلامت ذهن را بررسی کنند تا اینکه روابط خطی ساده را مورد بررسی قرار دهند. محققان باید مطمئن شوند که متدلوژی‌هایی که آنها به کار برده‌اند متناسب‌ترین نوع برای پاسخ به سوالات ارائه شده می‌باشند. تحقیق باید بتواند به طور واضح بین فواید معنویت و پزشکی بومی در سلامت ذهن و فواید دیگر فعالیت‌های اجتماعی که بخشی از رفتار انسانی هستند، تمایز قائل شود. کاربران خدمات می‌توانند در طراحی، راهنمایی و آنالیز پروژه‌های تحقیقاتی شرکت کنند. مطالعات باید کشف کنند که چگونه نژاد، فرهنگ، حالات اجتماعی-اقتصادی و ترجیحات دینی بر رابطه بین معنویت و سلامت ذهن اثر می‌گذارند. نیاز است که مقیاسی از مذهب و معنویت توسعه یابد که بالاتر از تمام این فاکتورها و سنت‌ها باشد. تحقیق تاثیر و اثرگذاری ابعاد شفادهندگی فعالیت‌های مختلف روحانی را مورد کاوش قرار دهد.

# فصل سوم

## روش‌ها



## ۱) طرح پژوهش

از حیث طرح پژوهش، این پروژه یک مطالعه توصیفی- تطبیقی است. مطالعات تطبیقی عمدتاً در حوزه علوم به کار گرفته می‌شوند. در بسیاری از مطالعات تطبیقی، پدیده‌های عینی تنها به عنوان مشاهده و تجزیه و تحلیل مطرح شده است در حالی که این روش را می‌توان در تطبیق پدیده‌های ذهنی و نظری نیز به کار گرفت. این احتمال نیز وجود دارد که در مطالعات تطبیقی به ایده‌های جدید نیز دست یافت و چارچوب مفهومی تازه‌ای بنا نهاد. مطالعه تطبیقی هر چند بر اساس چارچوب مفهومی انجام می‌گیرد خود می‌تواند زمینه دستبایی به آن را فراهم سازد. در مطالعه تطبیقی ارتباطی متقابل با فرهنگ‌ها، زمان‌ها و مکان‌های مختلف حاصل می‌گردد. مطالعه تطبیقی موجب بسط مبانی و مرزهای دانش شده و مهارت انسان‌ها را در عرصه‌های علم و عمل افزایش می‌دهد.

## ۲) روش اجرا

در این روش، پژوهشگران با مقایسه و تطبیق دو یا چند پدیده نظری یا عینی به بررسی وضعیت آنها پرداخته و ضمن تحلیل شباهت‌ها و تفاوت‌ها به جمع‌بندی و نتیجه‌گیری پرداخته‌اند. مراحل اصلی اجرای این پروژه شامل شناخت روش تطبیقی و روش تحلیل داده‌ها، مراجعه به منابع دست اول و مروری بر مقالات و نشریات مرتبط با سلامت روانی و سلامت معنوی و درمان‌های روانی و معنوی، گردآوری مجموعه کاملی از منابع اطلاعاتی و داده‌ها، طبقه‌بندی عناصر مفهومی مختلف در مجموعه‌ای مبتنی بر نگرش واحد و تشکیل نظامی منسجم و هماهنگ برای سلامت روانی و سلامت معنوی است. لذا بر اساس «الگوی مطالعات تطبیقی» داده‌های گردآوری شده با هم مقایسه و مفاهیم، شاخص‌ها و مؤلفه‌های مختلف در مجموعه‌ای مبتنی بر نگرش واحد طبقه بندی و مورد تحلیل قرار گرفت.

## ۳) روش گردآوری داده‌ها

داده‌ها با روش تحلیلی، اسنادی گردآوری شد. سپس مطالب گردآوری شده با توجه به اهداف و سؤالات پژوهش مورد دسته‌بندی و تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

## ۴) روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

طبق «الگوی مطالعات تطبیقی» داده‌های گردآوری شده با هم مقایسه و مفاهیم، شاخص‌ها و مؤلفه‌های مختلف در مجموعه ای مبتنی بر نگرش واحد طبقه بندی و مورد تحلیل واقع می‌گردد. «الگوی مطالعات تطبیقی» یک الگوی تحلیلی بوده و متشکل از طبقه بندی‌های منسجم و هماهنگی است و مجموع هر یک، نظام سلامت روانی و نظام سلامت معنوی را می‌سازد که در آن‌ها روابط مابین طبقه‌ها و اجزاء به صورت طولی و عرضی مشخص می‌شوند.

## ۵) ملاحظات اخلاقی پژوهش

در این پژوهش از سوء رفتار<sup>۱</sup> و تقلب<sup>۲</sup> در پژوهش<sup>۳</sup> شامل بر پلجریسم<sup>۱</sup>، جعل<sup>۲</sup> و تحریف<sup>۳</sup> پرهیز گردید.

1 - Misconduct

2 - Fraud

3 - Research Misconduct and Fraud

## فصل چهارم

## یافته ها

- 
- 1 -Plagiarism
  - 2 -Fabrication
  - 3 -Falsification

مقایسه تطبیقی سلامت روانی و سلامت معنوی

سلامت معنوی	سلامت روانی
<p>رفتار در ارتباط با خدا: ایمان به خدای متعال و غیب (ملائکه، وحی و قیامت) تقوای الهی و التزام عملی به اوامر الهی بندگی محض در برابر خداوند صبر بر مصیبت، معصیت و طاعت ترجیح دادن رضایت الهی بر خواسته‌های نفسانی و رضایت دیگران</p>	<p><b>اسکینز:</b> رفتار منطبق با قوانین و ضوابط جامعه دریافت تأییدات اجتماعی بیشتر از محیط و اطرافیان به خاطر رفتارهای مناسب</p>
<p>در سلامت معنوی از دیدگاه اسلام، تأکید بر مشروع بودن اصول و اهداف می‌باشد و اصول روانشناسی جدید بر فرض عقلانی بودن و دربرداشتن آثار مطلوب باید از معنویت و مذهب تبعیت کند.</p>	<p><b>فروید:</b> خودآگاهی از طریق شکسته شدن کنترل‌های غیرواقعی و غیرضروری سوپر ایگو یگانگی منطقی از علاقه مندی‌ها و اشتیاق‌های عمومی</p>
<p>توحید و وحدت یافتگی شخصیت</p>	<p><b>یونگ:</b> تفرد و یکپارچگی نسبت‌های خودآگاه و ناخودآگاه روان</p>
<p>احساس فقر و نیاز به خداوند و بندگی در برابر او شرمساری و پشیمانی از گناه و مخالفت با خدای متعال</p>	<p><b>موری:</b> آگاهی از ساختار روانی خود عدم تعارض بین نیازهای مختلف نبودن فاصله زیاد بین من آرمانی و من واقعی تخیل و خلاقیت به عنوان ویژگی‌های اصلی سلامت روانی</p>
<p><b>آدلر:</b> فردی که از غایت‌نگری برخوردار است داشتن نوعی احساس مهم بودن و معناداری گرایش به سبک زندگی اجتماعی</p>	<p><b>آدلر:</b> سبک زندگی مبتنی بر واقع بینی و عدم بروز احساس حقارت برخورداری از اهدافی مشخص، فلسفه ای استوار و مستحکم برای زیستن، روابط خانوادگی و اجتماعی مطلوب و پایدار، مفید بودن برای جامعه خودکنترلی بر روی عواطف و احساسات، داشتن هدف نهایی کمال و تحقق نفس، پذیرفتن مشکلات و تلاش برای حل آنها</p>
<p>گرایش به ارتباط با خداوند: احساس شوق و محبت با یادآوری وجود خداوند احساس ترس آمیخته با احترام نسبت به خداوند</p>	<p><b>فروم:</b> توانایی عشق ورزیدن، آفرینش‌گری ادراک خود و جهان به صورتی عمیق</p>

<p>ترس از نافرمانی خداوند</p>	<p>پیوند با جهان و برخورداری از جهت‌گیری بارور</p>
<p>حرکت به سوی کمال، رسیدن به کمال و انسان کامل شدن انسان سالم کسی است که دارای سلامت روانی است و نقطه مقابل انسان سالم، انسان بیمار می‌باشد؛ در حالی که انسان کامل شخصی است که لزوماً انسان سالم است و علاوه بر سلامت روانی دارای حد کمالی از وجود نیز هست.</p>	<p><b>اریکسون:</b> برخورداری از زندگی عاری از تعارض اساسی داشتن دیدگاهی روشن و قابل درک درباره زندگی</p>
<p>شاخص‌های سلامت معنوی عبارت اند از: رابطه با خود، شامل: گرایش به کمال خود، احساس عزت و کرامت نفس، جهت یافتگی هیجانانگیز، حفظ سلامت و تقویت تن و روان، رعایت نظم و برنامه‌ریزی، رعایت و حفظ شأن خود رابطه با دیگران: پیروی از اولیای الهی و الگو قرار دادن آنها رابطه با خدا رابطه با طبیعت: شناخت طبیعت به عنوان موهبت الهی و برخورد مناسب با آن</p>	<p><b>سالیوان:</b> داشتن سیستم روانی با حداقل تنش رفتار به نحوی که باعث کاهش تنش شود روابط اجتماعی انعطاف پذیر و اعتمادآمیز</p>
<p>ارتباط با خود، شامل: شناخت حقیقت وجودی خویش و جایگاه خود در نظام آفرینش شناخت غایت و هدف خلقت انسان شناخت نسبت دنیا با آخرت و اهمیت و فرصت استثنایی زندگی شناخت جایگاه و نقش خود با سخ‌هایی مانند جنسیت، امتیازها و کمبودها شناخت فضایل و رذایل و راه‌های تقویت یا حذف آنها آشنایی با شیوه‌های حفظ سلامت و تقویت جسم و روح</p>	<p><b>آلپورت:</b> برخورداری از جهت‌گیری خودآگاهانه توأم با بینش و خودمختاری معطوف بون انگیزش به آینده علاقمند به سلامتی و بهزیستی دیگران ارتباط صمیمی و صادقانه با دیگران برخورداری از امنیت عاطفی افکار و ادراک کارآمد و درست جهت‌مندی به سمت اهدافی انتخاب شده در زندگی</p>

<p>بینش در ارتباط با خداوند، شامل: ایمان به خدا و اعتقاد به مادی نبودن او باور به قدرت نامحدود خداوند شریکی برای خدا قائل نشدن اعتقاد به روزی رسانی خداوند احساس حضور خداوند احساس محبت خدا نسبت به خود</p>	<p><b>کلی:</b> ارزیابی سازه‌های شخصی خود و در صورت نیاز بازسازی و اصلاح آنها میل به گسترش وسعت دید و پذیرش اشتباه توسعه و رشد مطلوب نقش‌های اجتماعی و درک دیدگاه‌های دیگران</p>
<p>دیدگاه تحریف شده‌ای درباره خداوند نداشته باشد. شریکی برای خداوند قائل نباشد. باور به وحی، غیب و قیامت داشته باشد. داشتن احساس فرامادی اعتقاد به حل مشکل از جانب خداوند، پیامبران، ائمه اطهار (ع) و بندگان صالح تفکر و توجه به خداوند و یاد او اعتقاد به بخشاینده بودن خدا</p>	<p><b>الیس:</b> عشق ورزیدن به دیگران جویای محبت دیگران شدن در حد اعتدال نسبت دادن شکست‌ها به عوامل بیرونی تلاش در جهت بدست آوردن استقلال فردی و مسئولیت اجتماعی انجام وظیفه محوله و حل مشکلات با تفکر منطقی و احساس لذت ناشی از آن کمک به دیگران و نگرانی در مورد مشکلات دیگران انجام دادن کار به خاطر نفس کار نه به خاطر دیگران حل مشکل از روشهای مختلف</p>
<p>اخلاص و بندگی در برابر خداوند انجام عمل صالح نوع دوستی و صلح رحم</p>	<p><b>راجرز:</b> فردی که از اصالت و همخوانی، همدلی و توجه مثبت نامشروط برخوردار است و گرایش به خودشکوفایی دارد. اختلاف کم بین خود آرمانی و خود واقعی</p>
<p>بینش در ارتباط با اجتماع: شناخت دستورات و احکام اجتماعی دین احساس مسئولیت در برابر نابهنجاری‌های اجتماعی رعایت حلال و حرام در کسب و کار سازگاری و مدارا با دیگران راستگویی، امانتداری و وفای به عهد</p>	<p><b>مزلو:</b> حرکت در مسیر خودشکوفایی احساس ارزشمندی و احترام عمیق برخورداری از ارزش‌های هستی</p>

<p>تسلیم در برابر خداوند احساس محبت نسبت به خداوند دل‌بستگی ایمن در برابر خداوند برخورداری از حیات طیبه و قلب سلیم</p>	<p><b>می:</b> فردی که در محدوده سرنوشت دارای توانایی تصمیم‌گیری آزادانه است و مسئولیت این تصمیمات را آگاهانه می‌پذیرد. احساس یگانگی با دنیای طبیعی مهرورزی و وحدت بادوام با فردی عزیز باور داشتن استعدادهای خود</p>
<p>امید به رحمت و بخشش خداوند احساس رضایت از خداوند احساس خضوع و خشوع در برابر خداوند دوست داشتن خداوند در شرایط ناگوار تسلیم در برابر احکام الهی</p>	<p><b>فرانکل:</b> تجربه شخصی سه عامل معنویت، آزادی و مسئولیت به باور فرانکل در معنای انسان سالم، معنویت مستتر است. وی معتقد است در سایه همین سلامت معنوی است که فرد به کمال می‌رسد و فراتر از ابعاد عینی و مادی زندگی می‌کند.</p>
<p>تعارف معنویت نیز بر اساس خدا محور بودن یا نبودن متفاوت است.</p>	<p>تعاریف سلامت روان از جامعه‌ای به جامعه دیگر متفاوت است. به عنوان مثال جامعه ژاپن به اهداف اجتماعی اصالت می‌دهد و در جامعه غربی مثل آمریکا به فردیت و اختلافات فردی اصالت می‌دهد.</p>
<p>مطالعه فراروندگی و توحید یافتگی انسان</p>	<p>مطالعه رفتار و فرایندهای روانی انسان</p>
<p>سلامت معنوی علاوه بر استفاده از رویکردهای استدلالی و منطقی، بر اساس ایمان برگرفته از عشق به معبود نشأت می‌گیرد.</p>	<p>سلامت روان از رویکردهای استدلالی و منطقی استفاده می‌کند.</p>

همانگونه که از جداول فوق مستفاد می‌گردد روانشناسان هر کدام بر حسب گرایشی که به مکتب خاص خود دارند در تعریف از سلامت روان اختلافات گسترده و قرائت‌های خاص از خود نشان می‌دهند؛ بگونه‌ای که اگر اندیشه و رویکرد آنان را در یک پیوستار قرار دهیم که ابتدای آن جبرگرایی و انتهای آن، اراده آزاد و اختیار برای شکل‌دهی رفتار و شخصیت باشد، به تحقیق برخی در ابتدای پیوستار و جمعی دیگر در انتهای آن و گروهی نیز در میانه و یا متمایل به جبرگرایان یا انسان‌گرایان که اعتقاد به اراده آزاد انسانها دارند قرار می‌گیرند. فرویدین‌ها و اسکینرین‌ها که به جبر فیزیولوژیک یا جبر محیط معتقدند در ابتدای جدول و انسان‌گراها و وجودگراها در انتهای جدول قرار می‌گیرند و میانه‌روها مثل نئوفرویدین‌ها نیز در میانه قرار می‌گیرند و هیچ یک آنگونه که باید به سلامت معنوی انسان پایبند نیستند و گروهی از انسان‌گراها و وجودگراها که به زعم خود به جایگاه و منزلت انسان حرمت می‌گذارند و به اراده و قدرت تصمیم‌گیری انسان ارزش قائل هستند نگاه مادی به انسان دارند و فضائل دینی و معنوی و فرامادی او را نادیده می‌گیرند. دسته بندی مقالات مطالعه شده چند دیدگاه و الگو که تبیین کننده سلامت روان است را معرفی می‌نماید که به ترتیب به ارائه آنان می‌پردازیم. اولین الگو، الگوی زیستی پزشکی است که نبود علامت پزشکی و طبی را نشانه سلامت روان می‌داند. شریدن (۱۹۹۲) و کرتیس (۲۰۰۰) در نقد الگوی زیستی پزشکی به تک‌بعدی‌نگری این الگو اشاره می‌کنند. کرتیس (۲۰۰۰) در نقد این مدل می‌گوید:

این رویکرد بیماری را به عوامل شیمیایی، میکروبی و ژنتیکی محدود می‌کند؛ حال آن که عوامل اقتصادی و اجتماعی فراوانی که ممکن است در ایجاد بیماری روانی نقش داشته باشند را نادیده می‌گیرند. وی بر اساس این انتقاد، پیشنهاد می‌کند که روان‌شناسان و روان‌پزشکان به هنگام تحلیل وضعیت بیمار و تلاش برای درمان او، به تمامی ابعاد وجودی و شخصیتی‌اش توجه کنند، نه اینکه تنها و به نحو ساده‌ای بخشی از وجود او (بعد جسمانی بیمار) را در تبیین بیماری مورد توجه قرار دهند؛ به بیان دیگر، نقد وارد شده بر مدل زیستی - پزشکی این است که غالب فرضیات این مدل در خصوص بیماری روانی، به عوامل فیزیکی بازمی‌گردد؛ در حالی که بسیاری از اختلالات جدید، مانند بیماری‌های قلبی، فشارهای عصبی، استرس، اختلالات گوارشی، سرطان، دیابت و ...، اختلالات چندعاملی شمرده می‌شوند. مدل زیستی - پزشکی در تحلیل مفهوم سلامت روانی، تأکید زیادی بر روی «جسم» دارد و به «ذهن» بهای اندکی می‌دهد؛ در حالی که شواهد تجربی به طور آشکاری بیانگر تأثیر متقابل آن دو بر یکدیگر است:

میلانی‌فر (۱۳۷۶) نیز در نقد خود از این مدل می‌گوید: امروزه در روان‌شناسی و روان‌پزشکی روشن شده است که نبودن یا از بین رفتن علائم بیماری در اثر درمان، به این معنا نیست که فرد از سلامت روانی کامل برخوردار و به اصطلاح سالم است. بنابراین، می‌توان عمده‌ترین ایراد به این رویکرد را تأکید بیش از اندازه آن بر بعد جسمی و رویکرد جبری آن درباره انسان دانست؛ در حالی که از بُعد اختیاری و معنوی انسان غفلت شده است.

بنابراین، چنین تعریفی در تبیین رفتار انسان، اراده و اختیار را از او سلب می‌کند و گستره سلامت روانی را به رفتارهای ساده انسانی محدود می‌سازد؛ به همین دلیل، قادر نیست گستره سلامت روانی را متناسب با رفتار پیچیده و متعالی انسان گسترش دهد.

نکته اساسی که برخی منتقدان آن بی‌توجه بوده‌اند و موجب یکسان‌انگاری این نظریه با نظریه‌های فیلسوفان اسلامی همچون ابن‌سینا شده است، استفاده همسان از مفاهیم «روان»، به جای «نفس»، و «روح» در مباحث روش‌شناختی است. ما به طور مجاز و با یک توافق ضمنی و مسامحه، از واژه روان و نفس یا روح در مباحث روان‌شناختی - البته در سطحی خاص - به یک معنا اشاره کرده و به طور همسان از آن استفاده می‌کنیم؛ اما نمی‌توانیم از این محدوده فراتر رفته و تفاوت ماهوی آنها با یکدیگر را نادیده گرفته و انکار کنیم. آنچه مورد اشاره ابن‌سینا بوده، مفهوم «نفس» که مفهومی حقیقی و دارای وجودی خارجی است، نه مفهوم «روان»، که یک سازه علمی روان‌شناختی است و جزء مفروض‌های علمی به شمار می‌آید؛ در حالی که در روان‌شناسی کنونی، تأکید بر بعد جسمی «ذهن» و «روان» است. چنان‌که یونگ واژه یونانی Psyche، را به منزله معنای دوم «لیبیدو» یعنی انرژی روانی محدودتری که به کار شخصیت سوخت می‌رساند، یاد کرده است. همچنین بر اساس آنچه کرتیس (۲۰۰۰) یادآور شده است که «ذهن یا روان در اینجا از لحاظ جسمی در نظر گرفته می‌شود (یعنی به عنوان مغز). بنابراین، پرداختن به مغز تفاوتی با پرداختن به ذهن ندارد»، باید به تفاوت میان این مفاهیم توجه شود.

دومین الگو، الگوی زیستی - روانی - اجتماعی (سیستمی) می‌باشد. در ابتدا لازم است به تفاوت ماهیت این الگو با آنچه در الگوی تبیین «سلامت» آمده است، توجه داشت. این الگو، تنها در صدد تبیین «سلامت روان» است؛ هر چند به صورت

اساسی متأثر از الگوی ارائه شده در تبیین سلامت است؛ به گونه‌ای که در ربع آخر قرن نوزدهم، روان‌پزشکان و روان‌شناسان به طور جدی از اثربخشی مدل طبی (زیستی - پزشکی) در تبیین سلامتی و بیماری روانی انتقاد کردند و مدل زیستی - روانی - اجتماعی را که بر اساس رویکرد سیستمی به انسان شکل گرفته بود، پیشنهاد کردند. این مدل در تبیین پدیده‌های روانی، تنها به عوامل مکانیکی، شیمیایی و فیزیولوژیکی توجه نمی‌کند، بلکه بر این باور است که عوامل بسیاری، در سطوح مختلف، پدیده‌های روانی را تحت تأثیر قرار می‌دهند و تحلیل وضعیت بیماری روانی مستلزم بررسی این عوامل است. از این الگو، با عنوان «الگوی سیستمی» نیز یاد شده است. در این دیدگاه، انسان و رفتارهای او در مجموع یک سیستم در نظر گرفته می‌شود که در آن عوامل مختلف تأثیر متقابل بر هم دارند. «با این دید سیستمیک، ملاحظه می‌شود که چگونه عوامل متنوع زیستی و عوامل روانی و اجتماعی بر هم دیگر اثر می‌گذارند. الگوی سیستمی سعی می‌کند در تبیین سلامت روانی به همهٔ مکتب‌ها و نگرش‌ها توجه داشته باشد؛ از این‌روی، پس از آن که الگوی زیستی در تبیین مفهوم سلامت روانی و ارائهٔ راهکار دستیابی به آن، نابسندگی خود را نشان داد، مدل سیستمی جایگزین آن شد و مورد توجه صاحب‌نظران و حوزه‌های تخصصی مختلف قرار گرفت؛ اما پس از گذشت چند سال، بر این الگوی سیستمی نیز اشکالاتی وارد شد. برای مثال، گفته شد مدل زیستی - روانی - اجتماعی رویکردی التقاطی است که اجزای آن از سه نظام فکری متفاوت اخذ شده‌اند که دارای مبانی نظری گوناگون و گاه متعارض هستند و به همین دلیل، فاقد کفایت نظری معرفی شد؛ به بیان دیگر، همانطور که تامس کوهن اشاره کرده بود، یک مفهوم علمی معنای خود را فقط در سیاق پارادایمی که به آن تعلق دارد پیدا می‌کند و مدلی که مفاهیم خود را از پارادایم‌های متفاوتی به امانت گرفته باشد، نمی‌تواند نقطهٔ آغاز خوبی در صورت‌بندی و ارائهٔ نظریه‌های علمی باشد و مدل زیستی - روانی - اجتماعی چنین وضعیتی داشت.

به هر روی، عدم دستیابی به یک رویکرد منسجم و وحدت‌بخش که بتواند مفاهیم پایه و مفروضات متافیزیکی این مدل را تأمین کند، اثربخشی این مدل را در عرصهٔ نظری و عملیاتی با مشکل مواجه ساخت و به تدریج نظریه‌پردازان را بر آن داشت که به ارائهٔ مدل‌های پیشرفته‌تری برای تبیین دقیق مفهوم سلامت روانی و راه‌کارهایی برای دستیابی به آن بیندیشند.

سومین الگوی تبیین‌کننده سلامت روان، الگوی چند بعدی است. ریف و همکاران یک الگوی چند بعدی از سلامت روان‌شناختی را مفهوم‌سازی و عملیاتی کرده‌اند. در این الگو، سلامت روان‌شناختی ماهیت مثبت عملکردی دارد که متشکل از عناصر مختلفی است؛ عناصری مانند: الف) پذیرش خود؛ ب) رابطه مثبت با دیگران؛ ج) خودپروی؛ د) غلبه بر محیط؛ ه) هدفمندی در زندگی؛ و) رشد شخصی. آنچه ریف به منزلهٔ الگوی چندبعدی ارائه کرده است، در واقع همان نتایج سلامت روان است تا آنکه الگویی برای سلامت روان باشد. در نهایت، می‌توان هر یک از آنچه را ریف به مثابه ابعاد نام برده است، نوعی «همبسته‌های سلامت روان» برشمرد. ریف هیچ‌گونه شواهد روش‌شناختی در تعیین این مفاهیم و عملیاتی کردن آنها و رابطهٔ علی آنها با سلامت روان ارائه نکرده است. همچنین اگر بتوان برخی از مفاهیم ارائه‌شده در این الگو را واسطه‌هایی برای سلامت روان دانست، نمی‌توان انتظار داشت که با تحقق آنها سلامت روان به صورت تام تحقق یابد. در نهایت، این الگو - به رغم ادعای مؤلفان آن - با تمام کاستی‌ها در ارائهٔ ابعاد گوناگون سلامت روان، چیزی فراتر از ابعاد مورد توجه در الگوی زیستی - روانی - اجتماعی ارائه نکرده است.



چهارمین الگوی تبیین کننده سلامت روان مدل ارتقا می‌باشد که در سال ۱۹۹۰ به مثابه یک الگوی وحدت‌بخش پدیدار گشت. این الگو به منظور منسجم کردن مفاهیم گوناگون و مبانی متعدد و گاه متعارض الگوی زیستی - روانی - اجتماعی، تحت یک ساختار نظری واحد مطرح شد. مدل ارتقا، در حال حاضر یک مدل مطرح و جدال برانگیز در بحث سلامت روانی است و در مقابل مدل پزشکی به شمار می‌آید و به طور گسترده‌ای به جنبه‌های زیست محیطی، اقتصادی و اجتماعی در تحلیل سلامت روانی توجه دارد و به سلامت روانی به عنوان یک بحث اساسی و محوری در زندگی بشر می‌اندیشد. ارتقای سلامتی، فرآیندی است که فرد را قادر می‌کند تا توان کنترل خویش را افزایش دهد و سلامتی خود را برای رسیدن به حالت کاملی از رفاه اجتماعی، روانی و جسمی بهبود بخشد. در این مدل تلاش می‌شود تا فرد به خودشناسی برسد تا در پرتو این خودشناسی بتواند انتظارات خود را بیان کند و نیازهای خود را تحقق بخشد و قادر به تغییر محیط یا سازگاری با آن باشد. ارتقای سلامتی فقط مسئول حفظ سلامتی در یک حد خاص نیست، بلکه بر این عقیده است که باید فراتر از سلامتی در زندگی و احساس شادی گام بردارد. الگوی ارتقا دربردارنده مفاهیم، سازه‌ها و خزانه وسیعی از ادبیات سلامت است که گستره‌های گوناگون پیشگیری و بهداشت روانی را تا عرصه بالینی دربرمی‌گیرد. در این الگو تلاش شده است به تمام ابعاد وجودی انسان پرداخته شود و به ویژه سهم بیشتری به برخی از جنبه‌های خاص انسان اختصاص داده شود. این رویکرد که در الگوهای پیشین کمتر به آن دقت شده بود، این الگو را کاملاً متمایز از الگوهای پیشین می‌کند. جامعیت این الگو، با صراحت به برخی ابعاد نهفته در الگوی «زیستی - روانی - اجتماعی» اشاره می‌کند. به همین دلیل، می‌توان آن را یک الگوی کل‌نگر نامید. با وجود این، نگاه کل‌نگرانه در این الگو نتوانسته است توجه مناسبی را برای هم‌عرض بودن و تداخل برخی ابعاد با یکدیگر ارائه دهد. برخی قضاوت درباره این الگو را از آن جهت زود هنگام بر شمرده‌اند که این الگو هنوز در حوزه‌های نظری و کاربردی بسط و گسترش نیافته است. آنها بر این باورند که «هنوز نقایص مفهومی و عملیاتی این مدل آشکار نشده است؛ چرا که زمان زیادی از ارائه آن نمی‌گذرد و حتی در برخی کشورها هنوز این مدل به اجرا گذارده نشده است». یکی دیگر از زمینه‌های چالش‌برانگیز در این الگو، به‌کارگیری مفاهیم پایه‌ای، دیدگاه‌ها و رویکردهای نامتجانس در کنار یکدیگر است. بنابراین، تمرکز این الگو بر مفهوم سلامتی است و نه بیماری، اما همچنان بر مفاهیم و نشانه‌های بالینی تأکید می‌کند. در نهایت، برخی معتقدند به لحاظ نظری می‌توان این نکته را بیان کرد که این مدل هم به دلیل عدم تعریف و تبیین دقیق و منسجم مفاهیم پایه و مفروضات متافیزیک خود، همچون مدل زیستی - روانی - اجتماعی، رویکردی التقاطی محسوب می‌شود. پنجمین مدل تبیین کننده سلامت روان، الگوهای فرضی سلامت روان مبتنی بر «معنویت» می‌باشد. «تعریف مفهوم معنویت دشوار، سهل و ممتنع، و با اصطلاحات مادی نامیسر است»، اما در ابتدا ضروری است به تفاوت‌های ماهیتی که در استفاده از واژه معنویت وجود دارد، اشاره کرد. کلمه *spirituality* [معنویت] از کلمه لاتین *spiritus*، به معنی «نفس» از ریشه *spirare*، به معنی «دمیدن» یا «نفس کشیدن» می‌آید. در ترجمه‌های لاتین عهد جدید، *spiritualis*، یا شخص معنوی کسی است که زندگی‌اش تحت امر یا نفوذ روح‌القدس یا روح خداست. اسم معنی *spiritualitas* (معنویت)، که دست‌کم از قرن پنجم [میلادی] به کار رفته، این معنای انجیلی را حفظ کرد. لیکن در قرن دوازدهم، معنویت کم‌کم دلالت‌های نوعی کارکرد روان‌شناختی مجازی را پیدا کرد که در تضاد با جسمانیت یا مادیت بود. پالوتزیان و همکار (۲۰۰۵) به تنوع تعریف‌های معنویت نزد برخی مؤلفان در گذشته و حال اشاره کرده‌اند که چشم‌انداز مناسبی را پیش‌روی قرار می‌دهد. موری و زینتر (۱۹۸۹) معنویت را چنین تعریف کرده‌اند: معنویت یک کیفیت روانی است که فراتر از باورهای مذهبی قرار دارد و در انسان ایجاد انگیزه می‌کند و احساساتی مثل درک هیبت

الهی و احترام به خلقت را در شخص به وجود می‌آورد. فرد معنوی در زندگی هدفمند است و معنی زندگی را دریافته حتی در مواردی که فرد به وجود خداوند اعتقاد نداشته باشد، بعد معنوی انسان را وامی‌دارد تا درباره خلقت و جهان لایتنهای اندیشه کند. زمانی این بعد مهم در زندگی برجسته و مهم می‌شود که انسان در برابر فشارهای عاطفی، بیماری‌های شدید و مرگ قرار گیرد.

«با اینکه معنویت می‌تواند از عالم مادی متأثر شود، اما علت یا موجدش عالم مادی نیست. شاید بهتر باشد آن را چون جان یا روح بینگاریم.» از نظر کالیفورنیا معنویت به مثابه یک اصطلاح مبتنی بر نگرش دینی، ابعاد عملی، بهداشت روان و بدن، باورهای فراطبیعی و اعمال دینی است. «سوانتون معنویت را مجموعه ارزش‌ها و عقاید در مورد خود و جهان تلقی می‌کند؛ یعنی مراقبت از بهداشت روانی خود و دیگران.»

تعریف‌های گوناگونی از معنویت در میان گروه‌های فرهنگی، ملیت‌ها و اقوام گوناگون وجود دارد، اما «انسان همواره در صدد جبران کمبودهای موجود در زندگی خویش است. جبران این کمبودها، اعم از کمبود فیزیولوژیک یا روان‌شناختی، برای بالا رفتن سطح سلامت انسان کافی نمی‌باشد. در نتیجه، بعد معنوی انسان در بهداشت روانی جایگاه ویژه‌ای را داراست.» بر این اساس، تاکنون چندین کوشش برای ارائه یک الگوی فرضی از سلامت روان که در آن بر بعد معنویت تأکید شود، ارائه شده است:

استالوود (۱۹۸۱) با طرفداری از این نظریه که موجودیت کامل فرد شامل بدن، ذهن و روح است و این سه جنبه به طور تفکیک‌ناپذیری با هم در تعامل هستند، یک مدل فرضی از معنویت را ارائه داده است. به اعتقاد وی، قسمت ظاهری انسان طبیعت زیست‌شناختی اوست که شامل ساختار ژنتیکی، بیوشیمیایی و فیزیکی می‌شود. ذهن انسان از چهار بخش مجزا یعنی اراده، عاطفه، هوش و حس اخلاقی تشکیل شده و قسمت درونی و پنهانی انسان معنویت می‌باشد. تغییر در هر یک از این سه بخش اساسی، سایر اجزا را تحت تأثیر قرار می‌دهد و در نتیجه موجودیت انسان را متأثر می‌سازد.

پیدمونت برای تکوین یک سازه روان‌شناختی جدید جهت فهم رفتار آدمی یک مقیاس کمال‌گرایی معنوی را با استفاده از حوزه‌های خدانشناسی شامل سنت‌های متفاوت بودیسم، هندوئیسم، کاتولیک و یهودیت ساخته است.

گورهام (۱۹۸۹) مدل دیگری را بر اساس پنج بعد انسانی در نظر گرفته است. بر اساس این نظریه انسان دارای ابعاد ذهنی، فیزیکی، بدنی، اجتماعی، عاطفی و معنوی است.

در الگویی که ویلز (۲۰۰۷) آن را ارائه کرده است، «خود معنوی» در مرکزیت سازه «سلامت» قرار دارد.

معنویت بر اساس تعریف سازمان جهانی بهداشت در قالب چهار مقوله استعلاء، ارتباط شخصی، رموز زندگی و باورهای اختصاصی قابل بررسی است. مطرح ساختن چنین تعریفی را - با قطع نظر از ارزش واقعی محتوای آن - می‌توان نوعی تغییر رویکرد جهانی نسبت به معنویت و ضرورت بسط دادن آن دانست.

هرندن و ایستلند (۱۹۹۹) جنبشی را متشکل از دوازده مرحله ارائه داده‌اند که نخستین مفروضه آن استقرار سلامت در روح است. آنها پیشنهاد می‌کند که از آن به عنوان موضوع اصلی ارتباط بین بهداشت، مذهب و معنویت یاد گردد.

امروزه لزوم توجه جدی به الگوهای معناگرایی سلامت روان توسط مراجع بین‌المللی ذیربط مورد تأکید قرار گرفته است. تعریفی که سازمان جهانی بهداشت از سلامت ارائه کرده، در دنیای امروز به منزله جامع‌ترین و مقبول‌ترین تعریف پذیرفته شده است، اما نمی‌توان به نقص بزرگی که در این تعریف است، اشاره نکرد. البته اگر نیازهای انسان فقط به نیازهای جسمی، روانی و اجتماعی محدود بود، این تعریف از سلامت، کاملاً کافی به نظر می‌رسید. بر این اساس، می‌توان گفت که اگر نگاه به انسان و مطالعه در ابعاد مختلف وجودی او و به طور مثال، مطالعه درباره روان آدمی و امور مربوط به آن، از جمله مسئله سلامت روانی، صرفاً بر اساس مبانی تجربه‌گرایی انجام گیرد و به گونه‌ای باشد که منجر به پالایش علم از اعتقادات ماورای طبیعی و معارف وحیانی گردد، عملاً انسان خود را از معارف بسیاری درباره خود و جهان هستی محروم ساخته و همچنان در یک شناخت‌شناسی محدود باقی خواهد ماند.

آن‌چنان که فیلسوف و مورخ علم، «کوهن» بیان داشته است: گاه دانشمندان در حین کار در قالب پارادایم حاکم، مشکلاتی را تجربه می‌کنند و با اوج‌جایی مواجه می‌شوند. اگر مشکلاتی از این نوع را نتوان فهم و رفع کرد، وضعیتی بحرانی به وجود می‌آید. این بحران هنگامی مرتفع خواهد شد که پارادایم جدیدی ظهور کند و مورد حمایت قرار گیرد. پارادایم جدید حاوی نویدهایی است و قادر است فعالیت علم عادی جدیدی را حمایت نماید.

اکنون در حوزه سلامت روان شاهد بروز چنین بحران‌هایی هستیم. در واقع الگوهای موجود به مثابه چارچوبی برای تبیین رویدادهای این حوزه کافی نیستند و نقص‌های موجود در این الگوها به تدریج آشکارتر می‌شوند. فلاسفه علم مکرر ثابت کرده‌اند که همیشه بیش از یک ساختمان نظریه‌ای می‌تواند بر روی یک مجموعه معین از داده‌ها قرار بگیرد. بنابراین، حتی می‌توان تصور کرد که چندین نظریه سلامت روان به صورت موازی ارائه شود تا به تبیین داده‌های وضع موجود بپردازند و این مسئله درباره الگوهای مبتنی بر معنویت نیز صادق خواهد بود. «تاریخ علم نشان داده است که مخصوصاً در نخستین مراحل رشد یک نمونه جدید حتی اختراع کردن چند گزینه چندان دشوار نیست». ضرورت این امر، به ویژه هنگامی روشن می‌شود که پی می‌بریم «تاریخ بشر نشان داده است که معنویت همواره از آغاز خلقت انسان زندگی وی را تحت‌الشعاع قرار داده است». به هر حال، برخی نتایج به ظاهر متناقض که از پژوهش‌های متعدد به دست آمده‌اند، موجب پدیدآیی دو جریان موافق و مخالف شده‌اند. با وجود این، نتایج فرا تحلیل‌های پژوهشگران انواع گوناگونی از معنویت و ابعاد مختلفی از معنویت و دین‌داری را پیشنهاد می‌کند. آنها یادآور می‌شوند چه‌بسا ابعاد مورد اشاره، توجه‌کننده مناسبی برای ناهمگونی‌ها باشد و بر اساس این تمایزها، می‌توان به برخی تناقض‌های موجود پایان بخشید. مؤلفان متعددی به این تمایز میان ابعاد دین‌داری و انواع برخورداری از معنویت در میان افراد، توجه کرده‌اند و این توجه همچنان رو به فزونی است. آلپورت (۱۹۶۷) برای نخستین بار مفاهیم «دین‌داری درون‌سو» و «دین‌داری برون‌سو» را برای دو نوع از دین‌داری مطرح ساخت و آنها را انواع گوناگون «جهت‌گیری مذهبی» نامید. در این صورت، پژوهشگران یادشده «دین‌داری درون‌سو» را همبسته مناسبی برای سلامت روان دانسته و بر عکس، «دین‌داری برون‌سو» را با روان‌گسستگی، بروز اختلالات روانی مالتهبی، ساراوگلو، و بی‌ثباتی هیجانی همبسته می‌دانند. در تجربه هشیار همه انسان‌ها وجود احساس‌های معنوی و ارتباط با عالم غیرمادی دیده می‌شود.

مذهب از این نظر که تأثیر عمیقی بر عواطف، شناخت، رفتارها و عملکرد انسان دارد، در شکل‌گیری نظام روان‌شناختی انسان نقش اساسی ایفا می‌کند.

به اعتقاد فرانکل، سه عامل جوهر وجود انسان را تشکیل می‌دهد: «معنویت»، «آزادی» و «مسئولیت». از نظر فرانکل، سلامت روان مستلزم تجربه شخصی این سه عامل است. به باور فرانکل، در معنای انسان سالم معنویت مستتر است. وی معتقد است در سایه همین «سلامتی معنوی» است که فرد به کمال می‌رسد و فراتر از ابعاد عینی و مادی زندگی می‌کند.

## فصل پنجم

بحث، نتیجه گیری و پیشنهادات

## بحث

اگر چه سلامت روانی و سلامت معنوی دو مقوله تفکیک ناپذیر از یکدیگرند و وجود و عملکرد هریک بدون حضور دیگری در انسان میسر نیست ولی به لحاظ نظری مطالعه آنان در دو حوزه جداگانه صورت می‌پذیرد. اولی در حوزه روان و به مطالعات تجربی و عینی در مورد رفتارهای انسانی می‌پردازد و دومی ماهیت فرامادی داشته و انسان را به سمت فراروندگی و توحید یافتگی و اتصال به وجود قدسی و متعالی سوق می‌دهد. آن چه که بسیار مهم است تعامل تنگاتنگ و جداناپذیر و هماهنگ این دو مقوله در انسان کامل است. قابل ذکر است که انسان سالم با انسان کامل تفاوت دارد. انسان سالم کسی است که دارای سلامت روانی است و نقطه مقابل انسان سالم انسان بیمار و معیوب است. در حالیکه انسان کامل، شخصی است که لزوماً انسان سالم است و علاوه بر سلامت روانی دارای حد کمالی از وجود و سلامت معنوی نیز هست. شواهدی که در ظاهر قائل به وجود تمایز بین دو مفهوم سلامت روانی و سلامت معنوی می‌شود، برداشت حداقلی از تعریف سلامت روانی است که تنها بدلیل فقدان بیماری یا علامت بیماری فردی را سالم می‌داند، در حالی که در تعریفی که از مدل ارتقا در تبیین سلامت روانی استخراج می‌شود، سلامت روانی را تحول و رشدی همه جانبه در ابعاد مختلف شخصیت فرد معرفی می‌نماید که آرامش و آسایش معنوی فرد را نیز در بر می‌گیرد. با این توصیف، امید، صبر، خویشتن داری، هدفداری، نشاط و شادابی، مثبت اندیشی، مسئولیت پذیری، انسجام و وحدت یافتگی از مولفه‌های مشترک و سازه‌های موثر هر دو مقوله می‌باشند. بنابراین اگر نگاه حداکثری و کمال یافتگی از تعریف سلامت روان داشته باشیم، آنگونه که یونگ معتقد بود آخرین مرحله رشد سلامت روانی به وحدت یافتگی، مذهبی بودن و خدامحوری و سلامت معنوی دست می‌یابد.

یک نقطه مشترک دیگر مابین تعاریف سلامت روانی و سلامت معنوی وجود دارد. مطالعات نشان می‌دهد در تعاریف و برداشت‌ها از مقوله روان و معنویت و سلامت روان و سلامت معنوی هر چه برداشت‌ها و شناخت‌ها از انسان و بخصوص شناخت از انسان کامل، فردی‌تر، بومی‌تر، بخشی‌تر، سلیقه‌گی‌تر و حداقلی‌تر باشد، تفاوت در تعاریف از مکتبی تا مکتب دیگر چشمگیرتر است. بخصوص بدلیل شناخته نشدن ویژگی‌های انسان کامل که از زمان سقراط تاکنون نظر تمامی فلاسفه و روانشناسان را به خود مشغول کرده است، حالت کمال مطلوب ذهن، روح و روان انسان روشن نیست

یونگ سلامت روانی، سلامت معنوی و حس خداجویی فرد را به طرز زیبایی در یک کل و ساختار واحد ارزیابی می‌کند. اگر چه بیش از پنج دهه از طرح موضوع سلامت معنوی در معاهده کپنهاک و طرح آن به عنوان یکی از انواع چهارگانه سلامت می‌گذرد؛ ولی همچنان ناشناخته باقی مانده است و در مورد آن تاکنون اتفاق نظر جامعی پدید نیامده است. علت اصلی این موضوع به دو عامل برمی‌گردد. اول نوع جهان بینی و نگرشی است که در پس هر نگاه و قضاوت وجود دارد و عامل دیگر عدم توافق و ابهام در تعریف سلامت معنوی و واژگان مرتبط با آن مانند معنویت، سلامت، روح، دین و عدم دستیابی به ابزارهای مناسب جهت سنجش سلامت معنوی می‌باشد. سلامت معنوی در اصطلاح پزشکی مادی‌گرا، فرایندی است که با بهره‌گیری از آن می‌توان به درمان بیماران جسمی کمک کرد. ولی در اصطلاح پزشکی معنی‌گرا، فرایندی است که علاوه بر بهره‌گیری در درمان جسمی بیماران می‌تواند در درمان روح و روان بیماران نیز مفید باشد و می‌تواند سلامت اجتماعی را نیز افزایش دهد و در نهایت به کمال و تعالی همه جانبه انسان و انسانیت کمک می‌کند.

نکته مهم اینکه باید توجه داشت که آیا قرار است سلامت معنوی به عنوان ابزاری در خدمت سلامت جسمی قرار گیرد و به کمک پزشکان در بهبود سلامت جسمی و روانی بیماران قرار گیرد و یا اینکه علاوه بر اینکه می‌تواند در خدمت سلامت جسم باشد، خود به عنوان یکی از ارکان سلامت در کنار جسمی، روانی و اجتماعی قرار خواهد داشت.

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 آموزه وحیانی، بدون در نظر گرفتن معنایی معقول، نمی‌توان از معنویت سخنی گفت؛ چنین معنایی جز خداوند چیز دیگری نمی‌باشد. سلامت معنوی دربردارنده مؤلفه‌های شناختی، احساسی، رفتاری و پیامدی می‌باشد. انسان معنوی برخوردار از اندیشه یا تعقل ویژه نسبت به خدا، انسان و خلقت و رابطه متقابل آنها می‌باشد. تعقلی که پرده ظواهر را دریده و به حقیقت باطنی دست یافته است. همه زندگی او جهت‌گیری الهی پیدا می‌کند. از حالات معنوی ویژه ای چون حب به خداوند، دگردوستی، توکل و شرح صدر برخوردار است. شاخص‌های سلامت معنوی، تنها سنخی از رفتارها و یا احساسات روانشناختی از قبیل رضایت باطنی و آرامش درونی نیست. بلکه سلامت معنوی معطوف به همه زندگی انسان معنوی می‌گردد. ارایه چنین تصویری از معنویت مبتنی بر معرفت‌شناسی، انسان‌شناسی و جهان‌شناسی قرآنی می‌باشد. مفهوم سلامت و واژه‌های هم‌تراز آن، از مفاهیمی هستند که همواره انسان بدان توجه کرده و برای دستیابی به آن کوشیده است (فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران: ۱۳۸۹)

هر چند امروزه، تمرکز اصلی سلامت روانی در سازگاری و مطابقت فرد با محیط است به گونه‌ای که فرد قادر به برقراری و حفظ تعادل درونی با محیط و شرایط بیرونی شود. اما بررسی اجمالی تعاریف ارائه شده در این باره نشان می‌دهد که توانایی سازش با خود و محیط با حداکثر اثربخشی و شادمانی، مقابله منطقی با وقایع و فشارهای زندگی، انعطاف‌پذیری، اعتدال بین تقاضاهای درونی و الزامات بیرونی و قابلیت برقراری ارتباط با دیگران از جمله ملاک‌های سلامت روانی در فرد قلمداد می‌شوند (فرج‌بخش، ۱۳۸۴: ۹۹-۱۰۵).

پس آنچه در مجموع باید گفت این است که یکی از مهم‌ترین چالش‌ها در این زمینه، نادیده‌انگاری حیات روحانی بشر و بی‌توجهی نسبت به بخشی از معارف است که از طریق وحی به دست انسان رسیده است. اگر در علم جدید برای جهان هستی غایت و هدفی منظور نشود و سازمان وجودی کلیه موجودات هستی فقط به صورت مکانیکی و تنها بر اساس عناصر و فعل و انفعالات بیوشیمیایی و فیزیکی تعبیر و تفسیر شود، حضور اراده‌های ذی‌شعور، به هر نحوی نادیده گرفته می‌شود. بر همین اساس، مؤلفان بسیاری از جمله میدو، ویلز و حبی پیشنهاد می‌کنند که با وارد کردن «معنویت»، و معارف الهی در شناخت ماهیت انسان، در نظر داشتن بُعد روحی او و نیز در نظر گرفتن عواملی که دین برای آرامش و اطمینان قلبی مطرح می‌سازد، تلاشی برای دستیابی به چشم‌اندازی گسترده‌تر از مفهوم روان و سلامت روانی صورت گیرد. «همان‌گونه که میدو اظهار داشته است، اکنون زمان به وجود آمدن روان‌شناسی آگاه از معنویت فرا رسیده است».

از آنجا که «تاکنون پژوهش همه‌گیرشناختی در باب تأثیرات درگیری دینی و معنوی بر سلامت به اندازه کافی بر پایه این گونه الگوها استوار نبوده است». بنابراین ضروری است که مبانی نظری در چهار حوزه هستی‌شناسی، شناخت‌شناسی، روش‌شناسی و انسان‌شناسی بازنگری و مدل نظری جدیدی مبتنی بر اصول و مبانی فکری معنویت‌گرایانه ارائه شود. البته چنان‌که کوهن اشاره کرده است: «تصمیم گرفتن برای کنار گذاشتن یک نظریه، همیشه همزمان با تصمیم گرفتن برای قبول نظریه دیگر است». به همین دلیل، هر گونه اقدام شتاب‌زده و ناسنجیده در کنار گذاشتن الگوهای موجود که کارآیی نسبی دارند، به بروز بحران‌هایی حادث‌تر در زمینه سلامت روان منجر خواهد شد. آنچه در این راه می‌تواند یک اقدام مناسب به شمار آید، تلاش برای ارزیابی‌های مکرر و مقایسه الگوها با یکدیگر است. روشی که کوهن توصیه کرده است، مبتنی بر هر دو روش است: «داوری برای گرفتن چنین تصمیمی، مستلزم مقایسه کردن میان هر دو نمونه با طبیعت و نیز با یکدیگر است». با توجه به این اصل کلی می‌توان نظاره‌گر تعداد قابل‌توجهی از نظریه‌های مبتنی بر معنویت بود که عمدتاً مسیحی بوده‌اند. یکی از نظریه‌های اخیر مربوط به

مارگارت ویلز (۲۰۰۷) است که با انتقاد از وضعیت موجود در نادیده‌انگاری یک جزء معنویت توسط سیاست‌گذاران سلامت و سلامت روان، به ارائه‌الگویی برای سلامتی پرداخته و کوشیده است عنصر «معنویت» را در الگوی خود از سلامت روان بگنجانند. بنابراین او افزون بر «خود روانی» و «خود بدنی»، «خود معنوی» را نیز برشمرده است که در مرکز قرار دارد. او معنویت را یک عامل فعال می‌داند که موجب ارتقای سلامتی است. البته از نظر ویلز (۲۰۰۷) هیچ تلازمی بین دین‌داری و معنویت نیست و او بر این باور است که تفاوتی آشکار میان دین‌داری و معنویت وجود دارد که این گفته به بررسی و نقد بیشتری نیاز دارد. به طور مختصر، ویلز (۲۰۰۷) هیچ‌گونه تلازمی بین دین‌داری و معنویت نمی‌بیند و این مسئله نمی‌تواند پذیرفته شود. اگر چه تفاوتی آشکار میان دین‌داری و معنویت وجود دارد، وجود تفاوت بین این دو مفهوم که عموماً بدان اشاره شده است، موجب نفی هر گونه ارتباط بین این دو مفهوم نخواهد شد. البته روشن است که گویا ویلز نیز مانند بسیاری از پژوهشگران تجربی به دنبال آن است که با مطرح ساختن این تفاوت ماهوی، تنها راه دست یافتن به معنویت را مسیر دین نداند. این تلاش پرنفوذ برای جداسازی به وضوح توسط ریورن (۲۰۰۴) مطرح می‌شود: «جدا سازی این دو [ساحت] دربردارنده این مزیت است که به رسمیت شناختن نوعی از معنویت [های] کاملاً شناخته‌شده‌ای که خارج از عرف و جوامع مذهبی هستند، کاملاً ممکن می‌شود». این باور نظیر آن چیزی است که کلایو بک (۱۹۸۶، به نقل از وولف، ۱۳۸۶) بدان معتقد است: «معنویت ترکیبی از ویژگی‌های انسانی است که افراد مذهبی و غیرمذهبی ممکن است به یکسان از آن برخوردار باشند». کلایو ۱۳ خصلت را برای اشخاص معنوی برمی‌شمرد که در بین این ویژگی‌ها، «عشق» را ممتازترین خصلت انسان معنوی می‌داند. روف (۱۹۹۳) نیز چنین دیدگاه انسان‌گرایانه‌ای دارد؛ به نظر او معنویت «وجودی را که در ماست بروز می‌دهد؛ معنویت با احساسات سروکار دارد؛ با قدرتی که از درون سرچشمه می‌گیرد؛ با شناخت عمیق‌ترین «خودها»ی ما و آنچه برایمان مقدس است». از سوی دیگر، الگوی ویلز (۲۰۰۷) هنوز ابهامات بسیاری دربردارد؛ از جمله آنکه مبنای انقسام «خود» و کاربرد و ارتباط دقیق آن با سازه سلامت چندان روشن نیست. همچنین او مشخص نساخته است که چگونه این تقسیم‌بندی را از الهیات مسیحی اخذ کرده است و بر پایه کدام مبنای علمی یا فلسفی آن را شکل داده است. هر یک از الگوهای پیش‌گفته نیز با دسته‌ای از این مشکلات روبه‌رو هستند که می‌تواند به‌طور مستقل بررسی می‌شود.

### نتیجه‌گیری

بیشتر روان‌شناسان سلامت بی‌درنگ می‌پذیرند که موضوعات متنوع و حساسی مانند نژاد، سن، جنس و جهت‌گیری جنسی، ملاحظات مهم در علم و کاربرد روان‌شناسی سلامت هستند. با این حال، در این زمینه، به مسائل دینی و معنوی کمتر توجه شده است. البته هیچ یک از نیازها و اشتیاق‌های مورد اشاره نباید به آن منجر شود که در تأسیس چنین دیدگاه‌هایی، همچون الگوی ارتقا، دچار یک التقاطی‌نگری شده و مفاهیم و سازه‌های ناهمگون و ناسازگار با ابعاد روحی و معنوی برای توضیح ابعاد و جنبه‌های گوناگون انسان به کار گرفته شود. بدون تردید، این تلقی نادرست است که با افزودن دیدگاه‌ها به یکدیگر و اضافه کردن عناصری معناگرا می‌توان به الگویی معناگرا دست یافت. تفاوت ماهوی میان مفاهیم «روان»، «نفس» و «روح» از یک سو و تفاوت حقیقی میان مبانی نظری دیدگاه‌های پیش‌گفته موانعی اساسی برای شکل‌گیری این‌گونه پنداشت‌ها به شمار می‌آیند.

همچنین نباید از نظر دور داشت که هر چند در مکتب‌های انسان‌گرایی و وجودگرایی تلاش بر آن بوده است که جنبه‌های غیرفیزیکی انسان در کانون توجه نظریه‌پردازان قرار گیرد، با این همه، «انسان‌گرایی» و «هستی‌گرایی» در عمل به نادیده‌انگاری



خدا انجامیده است و به حقیقتی به نام «روح» نیز توجه نشده است. در چنین شرایطی که خلأ نظریه‌های جامع وجود دارد، روی آوردن به برخی الگوهای معنویت‌گرا می‌تواند نوعی دیگر از مسائل را پدید آورد؛ چنان‌که جایگزین کردن «اراده آزاد» در برابر «مسئول دانستن انسان در برابر خدا» بدون تردید نمی‌تواند وضعیت سلامت روان را برای انسان بهبود بخشد؛ بلکه به بحران‌هایی جدیدتر در حوزه سلامت روان می‌افزاید.

لذا لازم است آنچه را که مؤلفان گوناگون از معنویت در نظر دارند، با دقت بررسی شود؛ زیرا برخی برداشت‌های کاملاً متفاوت از این مفهوم وجود دارد که هیچ‌گونه سنخیتی با معنای موردنظر شریعت‌های آسمانی و به ویژه دین مبین اسلام ندارد. به علاوه همین اندازه الگوهای ارائه شده نیز نیاز به نقد و بررسی بیشتر دارند و به سادگی نمی‌توان آنها را پذیرفت؛ زیرا بیشتر تعریف‌های موجود از معنویت، کمترین سازگاری با چارچوب دینی اسلام ندارد؛ همچنان‌که برخی از آنها با الگوهای الهی مسیحی و شریعت‌های آسمانی نیز همخوانی ندارند.

از نظر یونگ ناخودآگاه جمعی سر منشاء تجربه دینی و مقر و مأوای تصویر ذهنی از خداست و تفریدیابی زندگی در خداست، یعنی بشر هیچ‌گاه قادر نیست بدون خدا مبدل به یک کل شود (Jung, C.G, 1938). وقتی انسان در درمان یونگی مخصوصاً در مراحل بالا کار می‌کند به خوبی به اصطلاح عرفای بزرگ پی می‌برد. عرفا نیز آخرین مرحله تبدیل را فنا فی‌الله می‌نامند و یونگ هم معتقد است که در مرحله آخر (Transformation) انسان بدون خدا نمی‌تواند زندگی کند. او از حیثه شخصی و محدوده خود فراتر رفته است و معراجی را شروع کرده است که او را به خدا رهبری می‌کند. به همین جهت است که خواب‌های او نیز از خواب‌های شخصی فراتر رفته و بیشتر خواب‌های نوعی و کهن‌الگویی شده است. به نظر می‌رسد که انسان در درمان یونگی در آخرین مرحله، تغییر کیفی بزرگی پیدا می‌کند و با ناخودآگاه جمعی ارتباط برقرار می‌کند و این امر اتصال انسان به مبدأ اصلی اوست که شروع شده است. نهایت درمان یونگی این است که مراجع خود را به تفریدیابی یا خودشکوفایی برساند.

فرد ممکن است در سطح و مرحله وحدت دادن وجوه روانی یا به عبارتی رشد استعدادها و فاکتورهای جهانی باشد. فرد در این مرحله به مذهبی نیاز دارد که این مذهب به ذهن، الهام، حالات، عواطف و احساس او وحدت بخشد. همچنین این مذهب به استعدادها و فاکتورهای جهانی او وحدت داده و معنا ببخشد. حال فرد یا در این مذهب واقعی است که در این صورت دیدگاه مذهبی‌اش عوض می‌شود یا در این مذهب واقعی نیست که مسلماً مذهبش را تغییر می‌دهد. مثل خود یونگ که دست از مسیحیت برداشت. چون ماهیت مذهب مسیحیت، وحدت دهنده نبود و بر اساس "تثلیث" (پدر، پسر، روح القدس) بود. همانطور که فرد مرحله وحدت دادن را ترک می‌کند به مرحله فردیت می‌رسد و وقتی به این مرحله رسید، این مرحله برای او حکم وسیله‌ای را پیدا می‌کند که با آن بالاتر و ماورای محدودیت‌های انسانی می‌رود. یعنی تمامی محدودیت‌های زمانی و مکانی از بین می‌روند و فرد به یک بینش و بصیرت متعالی می‌رسد و در این مرحله است که فرد مذهبی را می‌پذیرد و انتخاب می‌کند که برای او رضایت خاطر به همراه داشته باشد. (Jung, C. G. 1954b).

این مذهب باید بسیار گسترده و جهان شمول باشد و همه چیز را در بر بگیرد. فرد در این مرحله در سیر وحدت دادن خود با کل عالم است، همانند غرق شدن قطره در دریا. در این جاست که فرد تشخیص می‌دهد این مسأله بر یک اساس و معنای معنوی و روحانی پیش می‌آید. لذا به مذهبی نیاز دارد که این نیروهای معنوی و روحانی را در بر بگیرد. یعنی به یک مذهب کامل، جامع و وحدت دهنده نیاز دارد.

در نهایت می توان گفت مطابق با نظریه یونگ در آخرین مرحله از تکامل و رشد و رسیدن به سلامت کامل روان، فرد غرق در مذهبی جامع، متعالی و وحدت دهنده می شود. لذا برای پیدا کردن مذهب راستین نیاز به تحقیق و تفحص نیست، بلکه باید به تحقیق در درون پرداخت و به نفس وحدت داد. مذهب راستین بدینوسیله پیدا خواهد شد.

از سوی دیگر سلامت مذهبی و سلامت معنوی در اسلام مترادف یکدیگر شناخته شده اند و تنگاتنگ با سلامت روان و بلحاظ ماهوی آمیخته در سلامت روان عمل می کنند که سازمان شخصیت فرد را شکل می دهند. در این زمینه به شواهد، آیات، و احادیث که از این موضوع حمایت می کنند اشاره می گردد.

(وَ نُنزِلُ مِنَ الْقُرْآنِ مَا هُوَ شِفَاءٌ وَ رَحْمَةٌ لِّلْمُؤْمِنِينَ وَ لَا يَزِيدُ الظَّالِمِينَ إِلَّا خَسَارًا) (اسراء: ۸۲)

(الَّذِينَ آمَنُوا وَ تَطْمَئِنُّ قُلُوبُهُمْ بِذِكْرِ اللَّهِ أَلَا بِذِكْرِ اللَّهِ تَطْمَئِنُّ الْقُلُوبُ) (رعد: ۲۸)

دین باوری و سلامت روان در اسلام دو پدیده جدا ناپذیر بوده و اولین آموزه پیامبران الهی به انسان ها در طول تاریخ عبادت، بندگی و ایمان به خداوند و توحید و یگانه پرستی بوده است. اصلی ترین رکن دین یعنی ایمان به خدای یکتا، انسان را از نگرانی، اضطراب و دغدغه خاطر مصون داشته و در برابر رویدادهای نامطلوب زندگی ثابت قدم و استوار نگه می دارد؛ به گونه ای که حوادث نمی توانند تزلزلی در او ایجاد نمایند. قرآن مجید می فرماید: دین داری و دین باوری نشانه سلامت عقل و بی رغبتی و عدم تمایل به دین و معنویت دلیل بر سفاقت و بی خردی است (بقره ۱۳۰). بر اساس بینش اسلامی، هر انسانی از هنگام تولد، با فطرت الهی و گرایش ذاتی به خداشناسی قدم به عرصه زندگی می گذارد. ساختار وجودی انسان به گونه ای است که او را به سوی خدا هدایت می کند و در این میان، تفاوتی بین مسلمان و غیر مسلمان وجود ندارد، بلکه همه انسان ها در آغاز زندگی، از استعداد خاصی برای حقیقت جویی و نیل به کمال بهره مندند و به فرموده پیامبر اکرم (ص) هر نوزادی با فطرت خدایی زاده می شود (محمد باقر مجلسی، ۲۸۱). با وجود این، فطرت و ساختار وجودی انسان در همه شرایط به صورت یکسان عمل نمی کند و ممکن است عوامل نامساعد بیرونی و محیط ناسالم زندگی مانع از شکوفایی و بروز نقش صحیح آن گردد. (اعرافی و همکاران، ۱۳۷۶). بر این اساس لازم است به این جنبه از وجود آدمی، بخصوص در مورد کودکان و نوجوانان، توجه ویژه ای مبذول گردد تا حسن دینی آن ها شکوفا شود؛ زیرا الگوپذیری و شکل گیری شخصیت و پرورش سلامت معنوی در انسان از همان دوران کودکی و نوجوانی صورت می گیرد. اصولاً ایمان، تأثیر بسزایی در نفس انسان دارد؛ چرا که اعتماد به نفس و قدرت او را بر صبر و تحمل سختی های زندگی افزایش می دهد و احساس امنیت و آرامش را در نفس او مستقر می سازد و در درونش آسودگی خاطر به وجود می آورد. بدین سان، انسان غرق در احساس خوش بختی می شود. یونگ معتقد است که دین به انسان آرامش و به وجودش معنا می بخشد و راه های تحمل مشکلات را به وی می آموزد. او در جای دیگر می گوید: انسان فطرتاً جویای سعادت خویش است و از فکر یک آینده شوم لرزه به اندامش می افتد و سخت دچار دلهره و اضطراب می گردد. ایمان مذهبی به حکم اینکه به انسان اعتماد و اطمینان می بخشد، دلهره و نگرانی نسبت به رفتار جهان را در برابر انسان زایل می سازد و به او آرامش خاطر می دهد. لذا فرد دیندار که از سلامت معنوی بر خوردار است با اعتقاد به یک قدرت برتر، از آرامش و ایمان و معناداری در زندگی و هدفداری برخوردار می گردد. این توانایی مذهب در کاستن از غم های وجودی و مرتبط کردن ما با نیروهای قدرتمند معنوی، بزرگ ترین هدیه مذاهب به انسان هاست. برای یک فرد معتقد، این هدیه عبارت است از احساس امید و آرامش، اما در سطحی گسترده تر. تأثیرات مذهب بسیار وسیع تر بوده اند. مذهب با برطرف کردن احساس ترس و پوچی انسان ها و دادن این احساس به آن ها که دست های خردمند و توانایی، کشتی جهان را هدایت می کنند، به عنوان یک سرچشمه نیرومند دل گرمی و انگیزش عمل می کند. ویلیام جیمز نیز معتقد است قدرتی که دین برای تحمل مصایب به انسان می دهد

هرگز از عهده اخلاق بر نمی‌آید؛ زیرا شور و حرارتی که با اعتقاد به دین در انسان حاصل می‌شود هرگز از عهده اخلاق بر نمی‌آید. در تعالیم اسلامی، اولین گام و نشانه سلامت روحی و روانی ایمان به خدا، دین داری و آگاهی از آموزه‌های دینی است، زیرا دین به زندگی بشر معنا می‌بخشد و او را در کنار خوشی‌ها و شیرینی‌ها، رنج‌ها و شکست‌ها، از دست دادن‌ها و ناکامی‌ها، تنها نمی‌گذارد و این رنج‌ها و خوشی‌ها و نعمت‌ها و نعمت‌ها را برای امتحان و آزمودن انسان تبیین می‌نماید. برخی از حوادث جهان مانند پیری و مرگ قابل پیش‌گیری و برطرف ساختن نیستند، اگرچه اموری هستند که انسان را رنج می‌دهند. ایمان مذهبی و دین باوری در انسان نیروی مقاومت می‌آفریند و با تفسیر تلخی‌ها، آن‌ها را شیرین می‌گرداند و اموری همچون ظاهر وحشتناک مرگ را به وسیله‌ای برای بازگشت به سوی خدا و برخورداری از نعمت‌های ابدی خداوند مبدل می‌سازد و بدین سان، نه تنها آن‌ها را تحمل پذیر، بلکه به پدیده‌ای شیرین مبدل می‌سازد.

### ذکر خداوند و سلامت روان

یکی از مفاهیم مهم در بهداشت و سلامت روان، مفهوم «امنیت روانی» است. اگر امنیت روانی برای فرد وجود نداشته باشد، زندگی بی‌معناست و سلامت روانی برقرار نخواهد بود. آنجا که ترس وجود داشته باشد امنیت نیست. «امنیت روانی» یعنی داشتن روح و روانی عاری از ترس و هراس و این نعمتی است گوارا و مخصوص کسانی که در پرتو این امنیت، راحت و آرام زندگی می‌کنند. از این رو نشاط و سرور از آن کسی است که روانی امن و آرام داشته باشد. انسان وقتی به این امنیت و اطمینان نفس می‌رسد که ترس نام خدا بر لب و یاد او بر قلب و جانش طنین انداخته باشد و چنان دل بستگی و وابستگی به خدا پیدا کرده باشد که ذکر او سراسر اندیشه، عاطفه و رفتارش را گرفته باشد و ذکر خدا جانش را زنده و آباد نموده باشد: «و بذکرک معموره.» (دعای کمیل) در این صورت - به اصطلاح روان‌شناسان - فرد احساس دل بستگی ایمن نسبت به وجودی دارد که هم قادر است و هم همیشه حاضر و در همه حال، پاسخگوی نیازها می‌باشد. از نظر اسلام، ارزشمندترین مقام انسانی زمانی پدید می‌آید که انسان به یاد خدا باشد و روحش متوجه او گردد تا نور خدایی در دلش پدیدار شود و به آرامش و راحتی برسد. ذکر و یاد خدا، چه در قلب و چه با زبان و چه با اعضا و جوارح، به صورت انجام یک عبادت خاص مثل نماز، دعا و تلاوت قرآن موجب اتصال به منبع لایزال و فناپذیر هستی شده و یادآور عظمت و قدرت او و نعمت‌های بی‌کرانش و خوف از عقاب و امید به ثواب و عشق به جلب رضایت و وصال خداست و در نتیجه، در صحنه‌های دشوار زندگی برای انسان نیروآفرینی می‌کند؛ چرا که اگر هر چیز را از دست بدهیم، خداوند ازلی که منبع هر فیض و خیر و کمال است، موجب تسلی و صبر برای انسان می‌شود و شاید به همین دلیل باشد که یکی از ذکرهایی که گفتن آن هنگام رسیدن مصایب توصیه شده این است که بگوید: (إِنَّ اللَّهَ وَاِنَّا اِلَيْهِ رَاجِعُونَ) (بقره: ۱۵۶)؛ ما از آن خدا هستیم و به سوی او باز می‌گردیم. این ذکر یادآور خداوند متعال و مالکیت او بر ما و نیز بازگشت ما به سوی اوست. عظمت این مبدأ و معاد، مسائل مابین آن را تحت الشعاع قرار داده، آن‌ها را آسان جلوه می‌دهد، آرامش خاطری که محور تمام خوشبختی‌های دنیا و آخرت است، از طریق ذکر خدا حاصل می‌شود. بعد آسمانی انسان بر بعد زمینی‌اش چیره شود و در آن حال است که می‌فهمد دودلی، خاطره‌های شیطانی و نگرانی و پریشانی از وسوسه‌های ابلیسی هستند. در این حال همه بیم‌ها از میان می‌روند و جای خود را به امید می‌دهند؛ همه دغدغه‌ها و خاطرپریشی‌ها به طمأنینه بدل می‌گردند و دارای معنا و مفهوم می‌شوند. خدایا، دل‌های شیفته، شیدای تو شده‌اند، خردهای مختلف بر معرفت تو گرد آمده‌اند. پس دل‌ها جز به یاد تو آرام نگیرد و روان‌ها جز به دیدار تو آرامش نپذیرد. اگر انسان به خوبی خدا را بشناسد، دایم به یاد او خواهد بود. در نتیجه، غفلت برایش معنا نخواهد داشت.

عَلَّامَه طباطبائی ضمن یک دستورالعمل اخلاقی در این باره، می‌فرماید: «روشی که برای ما در همه حال و همه شرایط در حد ضرورت است، روش بندگی و به عبارت دیگر، خداشناسی است، و راه آن طبق آنچه از کتاب و سنت برمی‌آید، همانا یاد خدا و امتثال تکالیف عملی است.» بنابراین، یکی از مهم‌ترین گام‌ها به سوی سلامت نفس و بهبودی از بیماری‌های روحی و روانی انسان رسیدن به آرامش و اطمینان درونی، یاد خداوند است. همچنین یکی از راه‌های درمان غفلت و حرکت مسیر سازندگی و شکوفایی استعدادهای انسانی، «ذکر» است.

## نتیجه‌گیری

## پیشنهادات

## محدودیت‌ها

زمینه‌های تطبیق و مقایسه سلامت معنوی و سلامت روانی به حدی متنوع و وسیع است که انجام مقایسه و تطبیق به طور مطلق و احصای تمامی تفاوت‌ها و تشابهات سلامت معنوی و سلامت روانی امری محال و نشدنی است. از طرفی، اصل استفاده بهینه از منابع و امکانات آن را تجویز نمی‌کند.

# منابع

## منابع

### (۱) منابع فارسی

- استورا، جین بنجامین. (۱۳۷۷). ترجمه پریخ دادستان، تهران: رشد.
- ایروانی، محمود؛ نجات، حمید. (۱۳۷۸). مفهوم سلامت روان در مکاتب روانشناسی، اصول بهداشت روانی، سال اول، شماره ۳: ۱۶۰-۱۶۶.
- بیابانگرد، اسماعیل؛ جوادی، فاطمه. (۱۳۸۴). سلامت روانشناختی نوجوانان و جوانان شهر تهران، رفاه اجتماعی، سال چهارم، شماره ۱۴: ۱۳۹-۱۵۵.
- حسینی، رشید. (۱۳۷۴). بررسی شیوع اختلال های روانی جوانان ۱۵ تا ۲۵ سال مناطق روستایی طالقان در استان تهران. پایان نامه پزشکی تخصصی، دانشگاه علوم پزشکی ایران.
- میلانی فر، بهروز. (۱۳۷۴). بهداشت روانی، تهران: قومس.
- نصیری، حبیب اله؛ جوکار، بهرام. (۱۳۸۷). معنا داری زندگی، امید، رضایت از زندگی و سلامت روان در زنان (گروهی از زنان شاغل فرهنگی)، پژوهش زنان، دوره ۶، شماره ۲: ۱۵۷-۱۷۶.
- نجاتی، وحید. (۱۳۸۸). بررسی ارتباط بین کارکردهای شناختی اجرایی مغز با سلامت روان در سالمندان، مطالعات روانشناختی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه الزهراء، دوره ۵، شماره ۳: ۲۰-۳۹.
- یعقوبی، نوراله؛ نصر اصفهانی، مهدی؛ شاه محمدی، داود. (۱۳۷۴). بررسی همه گیرشناسی اختلالات روانی در مناطق شهری و روستایی شهرستان صومعه سرا گیلان. فصلنامه اندیشه و رفتار، سال اول، شماره ۴: ۵۵-۶۴.
- صالحی، سید مهدی. (۱۳۸۰). بررسی رابطه عزت نفس دانشجویان با مشکلات روانی، پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه تهران.
- ساعد، امید؛ روشن، رسول. (۱۳۸۸). مکانیزم های اثر معنویت بر سلامت روان، تازه های رواندرومانی، سال سیزدهم، شماره ۴۷ و ۴۸: ۴۹-۶۸.
- سلحشوری، احمد. معنویت دینی و جایگاه اجتماعی آن در تربیت، چکیده مقالات همایش ملی سلامت معنوی و تعمیق تربیت اسلامی، قم، ۱۳۸۹.
- سعیدی، علی. شناخت و معالجه بیماری های معنوی، زمینه ساز رشد و تقویت سلامت معنوی و تعمیق تربیت اسلامی، چکیده مقالات همایش ملی سلامت معنوی و تعمیق تربیت اسلامی، قم، ۱۳۸۹.
- شاملو، سعید. (۱۳۸۳). بهداشت روانی، تهران، انتشارات رشد.
- صاحب الزمانی، ن. (۱۳۴۲). روح نابسامان، تهران، مؤسسه مطبوعاتی عطایی.
- غباری بناب، باقر و راقبیان، رؤیا. (۱۳۸۶). کودک، نوجوان و معنویت. نشر یسپرون. چاپ اول: ۱۰۶-۱۰۵.
- غباری بناب، باقر. (۱۳۸۸). مشاوره و روان درمانگری با رویکرد معنویت. تهران: آرون، چاپ اول: ۷۱-۷۲.
- فرح بخش، سعید. (۱۳۸۴). مقایسه سلامت روانی مدیران مدارس متوسطه شهرهای اصفهان و چندیگر(هند)، فصلنامه اصول بهداشت روانی، سال هفتم، شماره ۲۷-۲۸: ۹۹-۱۰۵.
- فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران. (۱۳۸۹). جستاری در سلامت معنوی. تهران، چاپ اول.
- فیست، جس و فیست، گریگوری. (۱۳۸۴). ترجمه یحی سیدمحمدی، تهران: روان: ۱۳۸۴، ۵۰۶-۵۰۵.

- کرتیس، آنتونی جیمز (۱۳۸۲). روان‌شناسی سلامت، ترجمه علی فتحی‌آشتیانی و همکاران، تهران، مؤسسه انتشارات بعثت.
- کوهن، تامس (۱۳۶۹). اس، ساختار انقلاب‌های علمی جهان، ترجمه: احمد آرام، تهران، سروش.
- گنجی، حمزه؛ داویدیان، الماد؛ حبیبی، فرنگیس. (۱۳۶۵). روان‌شناسی پیری، تهران: اطلاعات.
- وردی، مینا. (۱۳۸۰). رابطه کمال‌گرایی و سرسختی روانشناختی با سلامت روانی و عملکرد تحصیلی در دانش‌آموزان - دختر مرکز پیش دانشگاهی اهواز، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه شهید چمران اهواز.
- مجلسی، محمد باقر، پیشین، ج ۳، ص ۲۸۱.
- اعرافی علیرضا (۱۳۷۶) ، اهداف تربیت از دیدگاه اسلام، قم، دفتر همکاری حوزه و دانشگاه، ص ۱۱۹.

## 2) References:

- Adler, A. (1956). The individual psychology of Alfred Adler. H. L. Ansbacher, & R. R. Ansbacher (Eds.). New York: Basic Books.
- Batista, J., Almond, R. (1973). The Development of Meaning in life. *Psychiatry*, 36: 409-427.
- Evans, D. L. et al., (1997); Severe life stress as a predictor of early disease progression in HIV infection: *American Journal Psychiatry*, 154:5, 630-634.
- Du Bois, W. E. B. (1996). The Philadelphia negro: A social study. Together with a special report on domestic service by Esable Eaton. Philadelphia: University of Pennsylvania Press. (Original published on 1899).
- Eillis, A. (2000). Can rational emotive behavior therapy (REBT) be effectively used with people who have devout beliefs in God and religion?. *Professtional psychology: Research and Practice*, 31, 29-33.
- Jacelon, C. S. (1997). The trait and process of resilience. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 123-129.
- Koenig, H. G. and pritchett, J. (1998). Religion and psychotherapy. In H. G. Koenig (Ed.), *Handbook of religion and mental health* (pp. 323-336). San Diego: Academic Press.
- Kirkpatrick, H., J. Landeen, H. Woodside, and C. Byrne, (2001); How people with schizophrenia build their hope: *Journal Psychosocial Nursing Mental Health Services*, 39:1, 46-53.
- Krischenbaum, H. & Henderson, V. (Eds.). (1990). *The Carl Rogers Dialogues*. London: Constable.
- Jung, C. G. (1958). *Psuchology and Religion*. London: Routledge and Kegan Paul
- Jung, C. G. (1938). *Psychology and religion*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Jung, C. G. (1954b). *The practice of psychotherapy*. *Collected works*, vol. 16 (R. F. C. -- Hull, trans.). New York: Pantheon Books.

- World Health Organization. (2001). *Mental health: New understanding, new hope. The World Health Report.* Geneva: World Health Organization.
- Feldman, D. B., Snyder C. R. (2005). Hope and the Meaningful Life: Theoretical and Empirical Associations between Goal-directed Thinking and Life Meaning. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24, 401-421.
- Gartner, J., (1996); Religious commitment, mental health and prosocial behaviour: a review of the empirical literature. In EP Shafranske (ed.) *Religion and the clinical practice of psychology*: Washington DC, American Psychiatry Association, p. 187-214.
- Hodges, S. D., S. C. Humphreys, and J. C. Eck, (2002); Effect of spirituality on successful recovery from spinal surgery: *South Medical Journal*, 95:12, 1381-1384.
- Koenig, H. G., L. K. George, and B. L. Peterson, (1998); Religiosity and remission of depression in medically ill older patients: *American Journal of Psychiatry*, 155:4, 536-542.
- Fehring, R. J., Miller J. F, & Shaw C. (1997); Spiritual wellbeing, religiosity, hope, depression, and other mood states in elderly people coping with cancer: *Oncology Nursing Forum*, 24: 4, 663-671.
- Frankl, V. (1984). *Man's Search for Meaning*. (3rd ed.). New York: First Washington Square Press.
- Legere, T. E. (1984). *Spirituality for Today, Studies in Formative Spirituality*. 5, 375- 388, Pittsburgh, PA: Duquesne University.
- Matthews, D. A., M. E. McCullough, D. B. Larson, H. G. Koenig, J. P. Swyers, and M. G. Milano, (1998); Religious commitment and health status: a review of the research and implications for family medicine: *Archives Family Medicine*, 7: 2, 118-124.
- King A. et. al. (2006). Positive Affect and the Experience of Meaning in Life, *Journal of Personality and Social Psychology*, 90, 1, 179- 196.
- Frankl, V.E. (1963). *Man's Search for Meaning: An Introduction to Logotherapy*, New York: Washington Square Press.
- Frankl, V. (1972). The Feeling of Meaninglessness: A Challenge to Psychotherapy, *American Journal of Psychotherapy*, 32, 85- 89.
- Zika, S.; Chamberlain, K. (1992). On the Relation between Meaning in Life and Psychological Well-being.. *British Journal of Psychology*, 83, 133-145.



- Debats, D. L. (1990). The Life Regard Index: Reliability and Validity, *Psychological Report*, 67, 27-34.
- Pargament, K. I. (1996). Religious methods of coping: Resources for the conservation and transformation of significance. Chapter in E. P. Shafranske (Eds.), *Religion and the Clinical practice of Psychology* (pp. 215-239). Washington, DC: American Psychological Association.
- Pargament, K. I. (2007). *Spiritually integrated psychotherapy: Understanding and addressing the sacred*. New York: Guilford Press.
- Reynolds, P. (1996). *Traditional healers and childhood in zimbabwe*. Athens: Ohio University Press.
- Schenell, T. & Becker, P. (2006). Personality and Meaning in life, *Personality and Individual Differences*, 41, 1, 117- 129.
- Shaw, A., S. Joseph, and P. A. Linley, (2005); Religion, spirituality, and post traumatic growth: A systematic review: *Mental Health, Religion & Culture*, 8:1, 1-11.
- Snyder, C. R. (2002). Hope Theory: Rainbows in the Mind, *Psychological Inquiry*, 13, 249-275.
- Seeber, J.J. (2000). Logotherapy and Care giver. *Journal of Religious Gerontology*. 1(3) :141-147.
- Jagger, C. (2001). *Mental health indicators in Europe*, International seminar on the measurement of disability, New York.
- Swinton, J., (2001). *Spirituality and mental health care: Rediscovering a forgotten dimension*, London: Jessica Kinglsey Publishers.
- Swinton, J., Pattison, S. (2001). Spirituality: Come all faithful. *Health Rep*, 15(1): 9-38.
- Vleioras, G., Bosma, H A. (2004). Are identity styles important for psychological well-being? *Journal of Adolesences*
- Van Dierendonck, D. (2003). The construct validity of Ryff psychological well-being and its extension with spiritual well-being. *Personality and Individual Differences*, 36: 629-643.
- Ryff, C D., Keyes, M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 719-727.

- Menninger KA. (1945). The human mind, New York: Knopt.
- Kaplan L. (1971). Education and mental health, New York: Harper and Row.
- French, JRP. (1976). Job Demands and Worker Health. Presented at American Psychological Association Symposium, Washington DC.
- Kamau, CW. (1992). Burnout, Locus of Control and Mental Health of Teachers in Eastern Province of Kenya, Unpublished Doctoral Thesis in Education, Submitted in Punjab University, Chandigarh.
- Weaver, A. J., L. T. Flannelly, J. Garbarino, C. R. Figley, and K. J. Flannelly, (2003); A systematic review of research on religion and spirituality in the Journal of Traumatic Stress : 1990-1999.
- Worthington, E. L. Kurusu, T. A. Mc Cullough, M. E. and Sandage, S. J. (1996). Empirical research on religion and psychotherapeutic processes and outcomes: A 10-year review and research prospectus. Psychological Bulletin, 119, 448-487.
- Zebrack, B. J., & Chesler, M. A. (2002). Quality of life in childhood cancer survivors. Psycho-Oncology, 11, 132-141.
- Koenig HG, McCullough ME, Larson DB,( 2001). editors. Handbook of religion and health. New York: Oxford University Press;
- Hill PC, Hood R,(1999). editors. Measures of religiosity. Birmingham: Religious Education Press;
- Rasic D, Robinson JA. , Bolton J, Bienvenu OJ, Sareen J. (2011). Longitudinal relationships of religious worship attendance and spirituality with major depression, anxiety disorders, and suicidal ideation and attempts: Findings from the Baltimore epidemiologic catchment area study. J Psychiat Res; 45: 848-54.
- Astrow AB, Sulmasy DP. STUDENTJAMA(Rasic D, Robinson JA. , Bolton J, Bienvenu OJ, Sareen J. (2004). Spirituality and the patient-physician relationship. JAMA; 291: 2884.
- [Caine](#) KW, [Kaufman](#) BP, (2000). Prayer, Faith, and Healing: Cure Your Body, Heal Your Mind, and Restore Your Soul. Rodale Books
- Monroe MH, Bynum D, Susi B, Phifer N, Schultz L, Franco M, et al (2003). Primary care physician preferences regarding spiritual behavior in medical practice. Arch Intern Med; 163:2751-6

- McCord G, Gilchrist VJ, Grossman SD, King BD, McCormick KE, Oprandi AM, et al.(2004). Discussing spirituality with patients: a rational and ethical approach. *Ann Fam Med*; 2: 356-61
- Curlin FA, Lawrence RE, Chin MH, Lantos JD(2007). Religion, conscience, and controversial clinical practices. *N Engl J Med*; 356: 593-600.
- Khalsa DS, Stauth C, Khalsa J,(2002). editors. *Meditation As Medicine: Activate the Power of Your Natural Healing Force*. New York:Artia books;. p. 352.
- [Ellis MR](#), [Campbell JD](#)(2004).Patients' views about discussing spiritual issues with primary care physicians.*South Med J*; 97: 1158-64.
- Anandarajah G, Stumpff J(2004). Integrating spirituality into medical practice: a survey of FM clerkship students. *Fam Med*; 36: 160-1.
- Koenig HG, George LK, Titus P.Anandarajah G, Stumpff J(2004). Religion, spirituality, and health in medically ill hospitalized older patients. *J Am GeriatrSoc*2004; 52:554-62.
- Pérez JE, Little TD, Henrich CC,( 2009) Spirituality and Depressive Symptoms in a School-Based Sample of Adolescents: A Longitudinal Examination of Mediated and Moderated Effects. *J Adolesc Health*; 4: 380-6.
- Puig A, Lee SM, Goodwin L, Sherrard PAD(2006).The efficacy of creative arts therapies to enhance emotional expression, spirituality, and psychological well-being of newly diagnosed Stage I and Stage II breast cancer patients: A preliminary study.*ArtPsychother*; 33: 218-28.
- You KS, Lee HO, Fitzpatrick JJ, Kim S, Marui E, Lee JS, Cook P,(2009). Spirituality, Depression, Living Alone, and Perceived Health Among Korean Older Adults in the Community. *Arch PsychiatrNurs*; 23:309-22.
- Poage ED,Ketzenberger KE, Olson J (2004). Spirituality, contentment, and stress in recovering alcoholics.*Addict Behav*; 29:1857-62.
- Bekelman DB, Parry C, Curlin FA, Yamashita TE, Fairclough DL, Wamboldt FS(2010). A Comparison of Two Spirituality Instruments and Their Relationship To Depression and Quality of Life in Chronic Heart Failure.*J Pain Symptom Manage*; 39:515-26.