

# مسئله جایگاه، تعریف و دشواری‌های پایه‌ریزی مفهوم سلامت معنوی در جامعه ایرانی - اسلامی

سیدعلیرضا مرندی

فریدون عزیزی<sup>۱</sup>

## چکیده

درهم تنیدگی تاریخی معنویت و سلامت در آثار بسیاری از مفاخر پزشکی ایران به ویژه مفاخر مسلمانان مشهود است. تأکید بر این که در مراقبت‌های بهداشتی نباید صرفاً به بعد زیست‌شناختی انسان توجه کرد، بلکه باید ابعاد روانی، اجتماعی و معنوی سلامت فرد را نیز در نظر گرفت رو به فزونی گذاشته است. معنی کامل سلامت معنوی منحصر به اثر دعاها و حالات روحی در بهبودی بیماری‌ها و جانشین‌شدن آن برای درمان‌های رایج طبی و یا طب مکمل نیست. در فرهنگ و فضای ایرانی - اسلامی، مهمترین عامل تأثیرگذار بر سلامت فرد رسیدن به سلامت معنوی که اندیشه و ادبیات آن براساس قرآن به وسیله ده‌ها عارف و ادیب شکل گرفته و تدوین یافته است و منبعی برای توصیف سلامت معنوی و ارائه راه‌های رسیدن به آن به شمار می‌رود. ارائه تعریفی جامع و کامل از سلامت معنوی و شاخص‌های آن و تبیین ارتباط آن با ارکان، نهادها و عناصر درونی جامعه براساس فرهنگ، باورها و ارزش‌های حاکم بر جامعه ایرانی - اسلامی با یک مسئله اساسی روبرو است که نیاز به انجام تحقیقات بیشتری را می‌طلبد.

## واژگان کلیدی

تعریف، سلامت معنوی، معنویت

---

۱. فوق تخصص غدد و متابولیسم، پژوهشکده غدد و متابولیسم، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران  
(نویسنده‌ی مسؤول)  
Email: Azizi@endocrine.ac.ir

## مسئله جایگاه، تعریف و دشواری‌های پایه‌ریزی مفهوم سلامت معنوی در جامعه ایرانی - اسلامی

تقریباً از نیمه دوم قرن نوزدهم در اروپا و در غرب به طور کلی اعم از اروپای باختر و آمریکا و کانادا بحثی تحت عنوان معنویت مطرح و گفته شد که همه نظام های اجتماعی در چیزی تحت عنوان معنویت مشترک هستند و با اینکه به ادیان و مذاهب مختلف تعلق خاطر دارند در معنویت اشتراک دارند (فری، ۲۰۰۳م، صص ۶۹۳-۷۲۷). با این وجود، گرایش به معنویت را از لحاظ تاریخی می‌توان به مسیحیانی بازگرداند که میان مکاتب گوناگون معنویت، مانند معنویت عرفای اسپانیا یا فلاندری، یا مثلاً ارتدکس روسی، تفاوت قائل شده‌اند. در واقع برخی از نویسندگان غربی به خطا بر این باورند که واژه معنویت صرفاً در دهه‌های اخیر به کار رفته است. اما این واژه بیش از این در زمینه‌های مقایسه اجتماعی در قرن نوزدهم به کار رفته بود و آن هنگامی که اصلاح‌گران هندو و در رأس آن، «آنان سوامی و یرکانند» معنویت هندی را با مادی‌گرایی غربی به مقابله نشانند و ادعا کردند که هند حاوی گنجینه معنوی است که غرب باید همچنان در جستجوی آن باشد (آرسولا، ۱۹۹۷م).

پیوند عمیق فرهنگ اسلامی ایرانی سرزمین ما با مفهوم معنویت به گونه‌ای است که در گذار تاریخ سلامت و معنویت چنان درهم تنیده بودند که یکی از مهم‌ترین بایسته‌های علم طبابت رسیدن به درجات عالی در حوزه علوم انسانی وقت از جمله علم فلسفه و کلام بوده است که طبیب را از دایره محدود درمان بیماری‌های تن به حکیم شدن سوق می‌داده است. شاید مهمترین تمایز حکمت با طبابت همین توجه به ابعاد فراجسمانی انسان باشد چیزی که مهمترین بعد وجودی حکیم و نیز

بیمار اوست. این درهم‌تنیدگی تاریخی معنویت و سلامت در آثار بسیاری از مفاخر پزشکی ایران به ویژه مفاخر مسلمانان کاملاً مشاهده شده است. پدید آمدن آثاری چون «الطب الروحانی» واضحاً به بعد فرامادی طبابت اشاره می‌کند و به نحوی درمان امراض روح را نیز نوعی طبابت می‌داند. اطلاق واژه حکیم، به اطبا در برخی از دوره‌های تاریخی نشانه دیگری است که علم طب و صاحبان آن را به حکمت یا همان عقل عملی که در اصل مبتنی بر کمال اخلاقی و تعادل ابعاد مختلف وجودی است پیوند می‌زند و گاه از طبابت کردن به «حکمت کردن» یاد می‌شود.

#### جایگاه سلامت معنوی در مفهوم سلامت

با افزایش کمی و ارتقای کیفی علوم و دانش‌های علمی در قرون ۱۸ تا ۲۰ میلادی در کشورهای اروپایی و آمریکایی، صاحبان فلسفه علم به تدریج پدیده‌های جسمی را از روحی - اعتقادی جدا نمودند. ارتقای سلامت بدن و دنیای جسم برای تحقیقات علمی و پدیده‌های روحی - اعتقادی برای کلیساها و مراکز مذهبی در نظر گرفته شد. به تدریج که باورهای سکولاریسم قدرت گرفت و فرهنگ آکادمیک غربی را تحت‌الشعاع قرار داد، جدایی بین پدیده‌های حسی و حالات روحی - اعتقادی بیشتر شد (سلوان، ۲۰۰۶م). از حدود ۴۰ سال پیش، نتایج تحقیقاتی ارائه شد که ارتباط عوامل دینی و اعتقادی را با شاخص‌ها و پیامدهای جسمی مانند مرگ نشان داد و از آن زمان شاخص‌های دیگر در تعریف سلامت وارد و به تدریج در نوشته‌های علمی آورده شد (راجرز و دیگران، ۲۰۱۰م).

سازمان جهانی بهداشت در تقسیم‌بندی بیماری‌ها در ICD-۱۰، «بعد روحی» را اضافه کرده است. به عبارت دیگر همان‌گونه که ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی

به هم ارتباط دارند و در هم تأثیر می‌گذارند، ابعاد روحی انسان و سلامت معنوی او با سایر ابعاد سلامت در ارتباط و تأثیرگذار است، که برای ارتقای سلامت بهتر است به آن توجه شود (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۵م). همچنین بعضی دانشمندان اظهار کرده‌اند که پیشرفت‌های عمده در قرن کنونی از طریق تکنولوژی عاید نمی‌شود بلکه منوط به شناخت عمیق انسان و جنبه‌های روحی اوست. اگر کانون توجه علمی در قرن بیستم میلادی محیط «خارج» بوده است، در قرن بیست و یکم توجه علمی به «درون» انسان معطوف خواهد بود. به عبارت دیگر وارد زمانی می‌شویم که اکتشافات مهم نه در محیطی خواهد بود که ما را احاطه کرده است بلکه در دنیای درون ما خواهد بود (کربس، ۲۰۰۳م، صص ۲۱۲-۲۱۴).

در طول دهه‌ها، سلامتی براساس ابعاد خاصی (سلامت جسمی، سلامت روانی و سلامت اجتماعی) تحلیل شده بود. پیشنهاد گنجانیدن بعد سلامت معنوی در مفهوم سلامت، از سوی راسل و عثمان، یک بعد مهم از زندگی فردی و گروهی را فراروی صاحب‌نظران درگیر در امر سلامت قرار داد. حدود یک ربع قرن پیش، سازمان بهداشت جهانی با این بحث مواجه شد که آیا بعد معنوی باید در تعریف سلامت، علاوه بر سلامت جسمی، روانی و اجتماعی گنجانده شود یا خیر؟ (آنونیموس، ۱۹۷۹م، صص ۲۹-۳۰). چند سال پس از آن، بعد معنوی در یک مجله مهم که به ارتقای سلامت، اختصاص داشت اضافه شد. اخیراً نیز، بر بعد معنوی سلامت در منشور بانکوک، در مورد ارتقای سلامت، تأکید شده است. در بازه زمانی ۱۹۷۹ میلادی که سازمان جهانی بهداشت، علاوه بر ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی سلامت، به عوامل معنوی در تضمین سلامت انسان توجه جدی نمود، دولت‌های کشورهای اروپایی در «معاهده کپنهاگ برای توسعه اجتماعی» متعهد شدند که به نیازهای روحی و معنوی جوامع خود در سطح فردی، خانوادگی و جامعه توجه

کرده و سیاست‌های خود را با دید سیاسی، اقتصادی، اخلاقی و معنوی برای توسعه اجتماعی متذکر نمایند (امیدواری، ۱۳۸۷ش، صص ۱۷-۵). با همه این پیشرفت‌ها در پذیرش جنبه روحی و معنوی سلامت، به جز مداخله‌هایی که در بیمارانی که در مراحل انتهایی زندگی هستند و یا برخی مبتلایان به بیماری‌های صعب‌العلاج، بعد روحی و معنوی در مباحث و تصمیم‌گیری‌ها و برنامه‌های سلامت عمومی و ارتقای سلامت، کماکان در همه جوامع مغفول مانده و به گونه‌ای جدی مورد توجه قرار نگرفته است. این امر در نوشته‌ها و تحقیقات نیز هویدا است، به طوری که از مجموعه ۶۰۰ خلاصه مقاله‌ای که برای کنفرانس سالانه انجمن اروپایی بهداشت عمومی در سال ۲۰۱۰ ارسال شده بود فقط یک خلاصه مقاله به بعد Spiritual در سلامت پرداخته بود.

در دهه‌های اخیر بیش از دویست مقاله تحقیقاتی بین‌المللی ارتباط بین باورهای دینی - روحی را با بهبود سلامت جسمی و روانی نشان داده‌اند. این ارتباط‌ها شامل کاهش مرگ و میر و بیماری، استرس، هیجان، افسردگی، خودکشی و اعتیاد در افرادی است که باورهای دینی - روحی (Religious/ Spiritual) قوی‌تری دارند (مرجنوویچ و دیگران، ۲۰۱۰م). با این وجود این یافته‌ها سبب نشده است که تغییری در آموزش علوم پزشکی با تاکید بر جنبه‌های معنوی و یا ورود این بعد مهم سلامت در ارائه خدمات پزشکی روزمره شود. به طور مثال، اگرچه ۹۵-۹۰ درصد مردم آمریکا می‌گویند که خدا را می‌شناسند و ۶۰٪ آنها اظهار می‌دارند که «دین» در زندگی آنها بسیار مهم است (کمبل و دیگران، ۲۰۱۰م)، حتی در مراکز مشاوره دانشگاهی فقط در ۲۱٪ موارد اثرات دین و روح در سلامت افراد با آنها مطرح می‌شود (مرجنوویچ و دیگران، ۲۰۱۰م).

باید اذعان داشت که این تفکر امروزه رشد کرده است که در مراقبت‌های بهداشتی نباید تنها به ابعاد بیولوژیک انسان توجه کرد، بلکه باید زمینه‌های روانی، روحی و معنوی فرد را نیز در نظر گرفت.

### دشواری‌های تعریف سلامت معنوی

محافل علمی و سازمان جهانی بهداشت برای بعد روحی و معنوی سلامت اهمیت ویژه‌ای قائل هستند ولی با توجه به تعاریف گوناگونی که از معنویت شده است، وجود ارتباط بین باورهای معنوی و مذهبی و نیز تنوع باورهای دینی در دنیا، پیشرفت تفکر سلامت معنوی بسیار کند بوده و ورود آن در برنامه‌های کشوری سلامت و مراقبت‌های روزانه پیشگیری و درمان بیماری‌ها معوق مانده است.

تعریف سلامت معنوی بسیار دشوار است. برای *Spiritual Health* تعریف واحد وجود ندارد و عملاً دشوار بوده است که ابعاد مختلف آن مشخص، تعیین، تعریف و اندازه‌گیری شود. بدون شک معنی کامل سلامت معنوی منحصر به اثر دعاها و حالات روحی در بهبودی بیماری‌ها و جانشین شدن آن برای درمان‌های رایج طبی و یا طب مکمل نیست. می‌توان باور داشت که دیدگاه معنوی روی باورها، نگرش‌ها، ارزش‌ها و رفتارها تأثیر عمیق دارد و بر روی بیوشیمی و فیزیولوژی بدن تأثیر می‌گذارد، این تأثیر روی فکر و بدن به نام تندرستی معنوی نامیده می‌شود (دماری، ۱۳۸۸ش).

در مقالات علمی رابطه بین *Spirituality* و «دین» به انواع مختلف تعریف شده است. اکثر نوشته‌ها به این امر اشاره می‌کنند که *Spirituality* دارای ابعادی مانند خلوص، از خودگذشتگی، ریاضت، مهار نفس، نیکوکاری و خیرخواهی است. ابعاد *Spiritual* سعی می‌کند که انسان در تطابق با جهان باشد، جواب‌هایی برای

لایتناهی پیدا کرده و به ویژه در موارد استرس‌های هیجانی، بیماری‌های جسمی و روانی و مرگ و بهبودی در انسان‌ها نمایان تر شود. برخی از آنها که به خداوند اعتقاد دارند تعریف زیر را ارائه می‌دهند که در Spirituality باورها، رفتارها و اعمالی هستند که انسان‌ها را به سوی خداوند با نیروهای فوق طبیعی در جهان سوق می‌دهند، زیرا که انسان‌ها می‌خواهند به سوی تکامل سیر کنند که موجودیت آنها منوط به آن است (همان). با این تعریف اگرچه قائلند بین لغات Spiritual و Religious شباهت‌هایی است ولی این دو را از یکدیگر متمایز می‌دانند (گادیت، ۲۰۰۷م، صص ۵۲۲-۵۲۳؛ وادر، ۲۰۰۶م، صص ۴۵-۴۷).

تعریف سلامت معنوی در جوامعی که به دین اعتقاد دارند نیز با اشکالات فراوانی همراه است، زیرا برداشت افراد از دین (یا مذهب) متفاوت است و دارای طیفی وسیع می‌باشد که می‌توان سه گروه را از میان آنها تعریف کرد. گروه اول معتقدند که دین فقط برای پاک شدن روح و تصفیه خودی و فردی است ولی حیات روزانه بستگی به پیشرفت‌ها و اندیشه‌های بشری دارد. لذا فایده دین فقط در حوزه فردی است و هر نوع زمینه و عرصه اجتماعی به عهده تفکر بشری و اندیشه او است. لذا انجام فرایض دینی مفید است ولی در عرصه اجتماعی باید از دستورات انبیا گذر کرد و به تحولات منتجه از پیشرفت‌ها و تمدن انسانی روی آورد (مانند مسیحیان و برخی مسلمانان غرب‌زده). در چنین جوامعی مسائل معنوی کاملاً خارج از تبحر پزشکان و صاحبان حرف پزشکی است و فقط زمانی مورد توجه قرار می‌گیرد که فردی احساس کند مسائل روحی و دینی می‌تواند برای بهبود یا تقلیل بیماری به او کمک کند (رومبولد، ۲۰۰۷م، صص ۶۰-۶۲).

گروه دوم آنهایی هستند که دین را یک سلسله تکالیف الهی می‌دانند که آنها را در تولید حیات روشن و دقیق راهنمایی می‌کند، ولی جامعیت دین را منحصر به

احکام محدودی می‌دانند که از طرف انبیا آورده شده و باید از آنها در مسائل فردی و برخی مسائل اجتماعی مانند ارث استفاده کرد. این گروه نیز دین را لازم برای حل مسائل اجتماعی روزمره نمی‌دانند. در حوزه فردی نیز ممکن است به ولایت معتقد باشند ولی ولایت حقه را در حوزه اجتماعی باور ندارند. نگاه آنها به تمدن غرب یک نگاه غرب خوب و بد (دارای نکات مثبت و منفی) است. لذا جامعه مطلوب در نظر آنها مجموعه دستورات از پیش تعریف شده به اضافه اندیشه‌های جدید در مسائل اجتماعی مبتنی بر صرفاً پیشرفت‌های علمی است.

گروه سوم دین را به طور جامع و کامل قبول دارند، معتقدند که انسان در هیچ حوزه‌ای نیست که نیاز به هدایت الهی و دستگیری انبیا و اولیای الهی نداشته باشد و این شامل حوزه حیات فردی و حیات اجتماعی است. پیشرو این دیدگاه امام راحل (ره) بوده‌اند که این باور را نشر دادند که در باطن و ظاهر، عرصه خصوصی و اجتماعی، همه نیاز به هدایت دینی و انبیا دارند. همان‌طوری که دستورات دینی باید در حوزه فردی منعکس شود، طریق حیات مطلوب ولایت حقه در حوزه‌های اجتماعی است. این گروه معتقدند که برای رسیدن به ارتقا و سعادت باید حوزه فردی و اجتماعی از هم جدا شود یعنی نباید فقط در ابعاد فردی از اولیا و انبیا تبعیت کرد و تصور شود که در حوزه اجتماعی و زندگی کنونی باید بدون در نظر گرفتن مفاهیم و ارزش‌های دینی، تنها به رهبران اجتماعی، دانشمندان و حکما و اندیشمندان توسل جست. این گروه معتقد به جامعه‌ای متفاوت از جوامع و تمدن‌های کنونی هستند و می‌پندارند باید مومنین با اتکا به هر دو مقوله دینی که با دانش و عقلانیت کنونی که بر عقلانیت الحادی مستقر است، متفاوت می‌باشد.



### پایه‌ریزی سلامت معنوی در جامعه ایرانی - اسلامی

باورهای دینی از دیرباز به عنوان قدیمی‌ترین تجربه پزشکی برای حفظ سلامت انسان‌ها به کار رفته است (آماندسن، ۱۹۹۶م، صص ۱۲۷-۱۵۷). در دین مبین اسلام، مسلمانان باور دارند که اسم خداوند دوا و ذکر او شفا است و طیب مشمول عنایات پروردگار قرار گرفته که در تامین، حفظ و ارتقای سلامت انسان‌ها کوشا باشد.

در فرهنگ و فضای ایرانی - اسلامی، مهمترین عامل تأثیرگذار بر سلامت فرد مؤمن دریافتن «سلامت معنوی»، عرفان و معنویت اسلامی است که اندیشه و ادبیات آن براساس قرآن به وسیله ده‌ها عارف و ادیب شکل گرفته و تدوین یافته است. اندیشه و ادبیات یاد شده منبعی مهم برای توصیف سلامت معنوی و ارائه راه‌های رسیدن به آن به شمار می‌رود.

### نتیجه

آیا کشورهایی که توانسته‌اند به ماه بروند و یا نقشه ژنوم انسانی را مشخص کنند می‌توانند سلامت معنوی را تعریف کنند؟ ابعاد آن را اندازه‌گیری کنند و نهایتاً این بعد مهم سلامت را در تأمین، حفظ و ارتقای سلامت جامعه به کار برند؟ اگرچه برخی نویسندگان بر این باورند (وادر، ۲۰۰۶م، صص ۴۵-۴۷)، به نظر می‌رسد که کلید حل مشکل می‌تواند به دست جوامع مذهبی از گروه سوم باشد که با اعتقادات مذهبی قوی افرادشان که تبعیت کامل از دین در امور فردی و اجتماعی را برای رسیدن به جامعه نمونه و آرمانی مؤثر می‌دانند با به‌کارگیری حیطه علمی مطلوب، بتوانند به این مهم دست یابند.

به نظر می‌رسد ارائه تعریفی جامع و کامل از سلامت معنوی و شاخص‌های آن در جامعه ایرانی - اسلامی ما و تبیین ارتباط آن با سایر ارکان، نهادها و عناصر درونی جامعه براساس فرهنگ، باورها و ارزش‌های حاکم بر جامعه ایرانی - اسلامی با یک مسئله اساسی روبرو است که نیاز به انجام تحقیقات بیشتری را می‌طلبد.

فهرست منابع

- دماری، بهزاد. (۱۳۸۸). سلامت معنوی، انتشارات طب و جامعه، تهران: چاپ اول.
- Amondson D. (1996). *Medicine, society and faith in the ancient and medieval world*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press, 127-157.
- Anonymous. (1979). Spiritual health is important, say our readers, *WHO Chron* 33: 29-30.
- Campbell JD, Yoon DP, Jphnstone B. (2010). Determining relationships between physical health and spiritual experience, religious practices, and congregational support in a heterogeneous medical sample. *J Relig Health*, 49: 3-17.
- Gadit AA. (2007). Spiritual dimension of mental health: DO we have adequate insight? *J Pak Med ASSOC*, 57: 522-3.
- Krebs K. (2003). Complementary health care practices: The Spiritual aspects of health: an integral part of health and healing. *Gastroenterol Nurs*, 26:212-4.
- Mrdjenovich AJ, Dake JA, Price JH, Jordan TR, Brockmyer JH. (2010). Providing Guidance on the Health Effects of Religious/ Spiritual Involvement: A National Assessment of University Counseling Professionals. *J Relig Health*.
- Rogers DL, Skidmore ST, Montgomery GT, Reidhead MA, Reidhead VA. (2010). Spiritual Integration Predicts Self-Reported Mental and Physical Health. *J Relig Health*.
- Rumbold BD. (2007). A review of spiritual assessment in health care practice. *Med J Aust*, 186: S60-2.
- Sloan RP. (2006). *Blind faith: the unholy alliance of religion and medicine*. New York, NY: St. Martin's Press.
- Vader JP. (2006). Spiritual health: the next frontier. *Eur J Public Health*, 16:45-7.
- WHO. (2005). *International Statistical Classification of Diseases and Health Related Problems ICD-10*. 2<sup>nd</sup> Edition, Geneva, Switzerland.

یادداشت شناسه مؤلفان

سید علیرضا مرنندی: فوق تخصص کودکان و استاد دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

فریدون عزیزی: فوق تخصص غدد و متابولیسم، پژوهشکده غدد و متابولیسم، دانشگاه شهید بهشتی،

تهران، ایران (نویسنده‌ی مسؤل)

نشانی الکترونیک: Azizi@endocrine.ac.ir

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۹/۷/۴

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۹/۹/۳۱