



سلامت معنوی از دیدگاه اسلام

(منهاج، شاخص، مبانی)

به اهتمام

دکتر مجتبی مصباح

با همکاری:

حجت الاسلام والمسلمین رضا مهکام

حجت الاسلام والمسلمین جواد مصلحی

حجت الاسلام والمسلمین محمدرضا جهانگیرزاده قمی

پاییز ۱۳۹۲

عنوان و نام پدیدآور : سلامت معنوی از دیدگاه اسلام (مبانی، تعریف، شاخص‌ها) / جمعی از نویسندگان؛ زیر نظر دکتر مجتبی مصباح؛ [برای] موسسه آموزشی و پژوهشی امام خمینی (ره).
 مشخصات نشر : تهران: انتشارات حقوقی، ۱۳۹۲
 مشخصات ظاهری : ۲۸۸ص.
 شابک : ۹۷۸-۶۰۰-۶۳۲۴-۴۶۳
 وضعیت فهرست‌نویسی : فیا
 موضوع : زندگی معنوی
 رده‌بندی کنگره : ۱۳۹۲ ۷۷/س ۶۲۴ BL
 رده‌بندی دیویی : ۲۰۴
 شماره کتابشناسی ملی : ۳۳۴۳۰۵۴

سلامت معنوی از دیدگاه اسلام (مفاهیم، شاخص‌ها، مبانی)

به اهتمام: حجت‌الاسلام والمسلمین دکتر مجتبی مصباح
 با همکاری:

حجت‌الاسلام والمسلمین رضا مهکام
 حجت‌الاسلام والمسلمین جواد مصلحی
 حجت‌الاسلام والمسلمین محمدرضا جهانگیرزاده قمی

با دبیرچه: دکتر سید علیرضا مرندی

حروفچینی: مؤسسه فرهنگی حقوقی سینا

شمارگان: ۱۰۰۰

بها: ۱۰۰۰۰ تومان

چاپ اول: پاییز ۱۳۹۲

چاپ و صحافی: پژمان

ناشر: انتشارات حقوقی

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۶۳۲۴-۴۶۳

www.nashrehoghooghi.com

نشانی ناشر: پایین‌تر از میدان فلسطین، پلاک ۳۵۷، ساختمان پزشکان ۱۵۷

طبقه چهارم، واحد ۲۵

دورنگار: ۶۶۹۷۲۰۰۳

تلفن: ۶۶۹۷۲۰۰۱-۲

حق چاپ و نشر برای ناشر محفوظ است.

فهرست مطالب

۹	دیباچه
۱۷	مقدمه
۲۹	بخش اول - مفهوم شناسی و شاخص های سلامت معنوی
۳۰	مبحث اول - مفهوم شناسی
۳۰	۱. مفهوم سلامت
۳۴	۲. مفهوم معنویت
۳۹	۳. رابطه معنویت با دین
۴۴	مبحث دوم - دیدگاه های اندیشمندان درباره سلامت معنوی
۶۴	مبحث سوم - تأثیر و تأثرات معنویت و سلامت معنوی
۶۷	مبحث چهارم - ابزارهای سنجش سلامت معنوی
۷۳	مبحث پنجم - سلامت معنوی در آیین اسلام
۷۳	۱. مبانی سلامت معنوی
۷۶	الف) عناوین مبانی معرفت شناختی
۷۶	ب) عناوین مبانی هستی شناختی
۷۶	ج) عناوین مبانی الهیاتی
۷۷	د) عناوین مبانی انسان شناختی
۷۸	ه) عناوین مبانی ارزش شناختی
۸۶	۲. تعریف سلامت معنوی
۸۶	۳. ویژگی های سلامت معنوی
۸۹	۴. مؤلفه ها، شاخص ها، مستندات و گویه های سلامت معنوی
۹۱	بخش دوم - بررسی مبانی سلامت معنوی از دیدگاه اسلام
۹۲	مبحث اول - مبانی معرفت شناختی
۹۲	۱. امکان شناخت امور نامحسوس
۹۳	۲. تقسیم علم به حضوری و حصولی
۹۶	۳. خطاناپذیری علم حضوری

۹۷	۴. مراتب علم حضوری.....
۹۹	۵. ابزارهای علم حصولی.....
۱۰۲	۶. مراتب علوم حصولی (حس، خیال و عقل).....
۱۰۴	۷. وابستگی معرفت‌های عملی به معرفت‌های نظری.....
۱۰۶	۸. ابزارهای معرفت دینی.....
۱۱۰	۹. اعتبار انواع معرفت‌های دینی.....
۱۱۴	مبحث دوم - مبانی هستی‌شناختی.....
۱۱۴	۱. مراتب داشتن موجودات.....
۱۱۵	۲. تقسیم موجودات به مادی و فرامادی.....
۱۱۷	۳. تدریجی بودن عالم ماده و موجودات متعلق به ماده.....
۱۱۸	۴. وجود تراحم در عالم ماده.....
۱۱۹	مبحث سوم - مبانی الهیاتی.....
۱۱۹	۱. وجود خداوند کامل مطلق.....
۱۲۱	۲. توحید.....
۱۲۲	۲-۱. توحید ذاتی.....
۱۲۴	۲-۲. توحید در خالقیت.....
۱۲۵	۲-۳. توحید در مالکیت.....
۱۲۶	۲-۴. توحید در ربوبیت تکوینی.....
۱۲۸	۲-۵. توحید در ربوبیت تشریعی.....
۱۲۹	۲-۶. توحید در الوهیت.....
۱۳۰	۲-۷. توحید افعالی.....
۱۳۲	۳. قضا و قدر الهی.....
۱۳۵	۴. وحدت نظام هستی.....
۱۳۶	۵. وحدت غایت و هدف هستی.....
۱۳۸	۶. حکمت الهی.....
۱۴۱	۷. نظام أحسن.....
۱۴۳	۸. عدل الهی.....
۱۴۴	۹. هدف از آفرینش جهان.....

۱۰. هدایت تکوینی..... ۱۴۷
۱۱. هدایت تشریعی..... ۱۴۸
۱۲. خاتمیت، جامعیت و جهانی بودن اسلام..... ۱۵۰
۱۳. قرآن، کتاب تحریف‌ناپذیر آسمانی..... ۱۵۲
۱۴. ولایت و امامت پیامبر اسلام <..... ۱۵۴
۱۵. ولایت و امامت امامان معصوم >..... ۱۵۵
۱۶. غیبت امام دوازدهم..... ۱۵۷
۱۷. ولایت فقیه در زمان غیبت امام دوازدهم..... ۱۵۸
- مبحث چهارم - مبانی انسان‌شناختی..... ۱۶۰**
 ۱. ترکیب انسان از روح و بدن..... ۱۶۰
 ۲. غیر مادی بودن روح..... ۱۶۲
 ۳. اصالت روح..... ۱۶۴
 ۴. جاودانگی روح..... ۱۶۵
 ۵. مراتب طولی و شئون عرصی روح و وجود تراحم در آنها..... ۱۶۶
 ۶. تغییرپذیری تدریجی روح و بدن..... ۱۶۹
 ۷. تأثیرگذاری روح و بدن بر یکدیگر..... ۱۷۰
 ۸. وجود سرشتی مشترک و فطرتی الهی در همه انسان‌ها..... ۱۷۱
 ۹. مختار بودن انسان..... ۱۷۳
 ۱۰. هدفمندی انسان..... ۱۷۶
 ۱۱. خوددوستی انسان..... ۱۷۷
 ۱۲. کمال جویی انسان..... ۱۷۸
 ۱۳. نامتناهی بودن کمال جویی انسان..... ۱۷۸
 ۱۴. کمال نهایی انسان: قرب به خداوند متعال..... ۱۷۹
 ۱۵. مقدمه بودن زندگی دنیوی انسان برای زندگی اخروی..... ۱۸۲
 ۱۶. وابستگی کمال حقیقی انسان به افعال اختیاری او..... ۱۸۴
 ۱۷. وابستگی فعل اختیاری به توانایی، بینش، و گرایش..... ۱۸۵
 ۱۸. کاستی‌های انسان در توانایی، بینش و گرایش..... ۱۸۶
 ۱۹. تأثیرگذاری انسان بر موجودات دیگر و تأثیرپذیری از آنها..... ۱۸۸

۲۰. اجتماعی بودن انسان.....	۱۸۹
۲۱. نیازمندی انسان به وحی برای دستیابی به کمال حقیقی.....	۱۹۰
۲۲. وابستگی کمال حقیقی انسان به استفاده از همه قابلیت‌های او.....	۱۹۱
۲۳. تأثیر رشد متناسب قابلیت‌های انسان در کمال حقیقی او.....	۱۹۲
۲۴. وجود موانع در راه رسیدن به کمال.....	۱۹۳
۲۵. تفاوت انسان‌ها در ظرفیت‌ها و قابلیت‌ها.....	۱۹۴
۲۶. بندگی انسان در برابر خدا.....	۱۹۵
۲۷. مسئولیت انسان در برابر خدا درباره خود و همه موجودات دیگر.....	۱۹۶
۲۸. کرامت تکوینی و اکتسابی انسان.....	۱۹۸
مبحث پنجم - مبانی ارزش‌شناختی.....	۲۰۰
۱. واقعی و اثبات‌پذیر بودن ارزش در دانش‌های عملی.....	۲۰۰
۲. وابستگی همه ارزش‌های واقعی به ارزش هدف نهایی.....	۲۰۰
۳. هدف نهایی؛ قرب به خداوند.....	۲۰۱
۴. ثابت و مطلق بودن اصول ارزشی و متغیر بودن ارزش امور دیگر.....	۲۰۲
۵. مراتب داشتن ارزش‌های دیگر.....	۲۰۴
۶. تأثیر نیت و نوع کار اختیاری در ارزش آن.....	۲۰۴
۷. انتخاب معقول در تراحم ارزش‌ها.....	۲۰۵
۸. حد نصاب ارزش.....	۲۰۶
۹. راه تشخیص ارزش.....	۲۰۷

ضمیمه کتاب: جدول مؤلفه‌ها، شاخص‌ها، مستندات و گونه‌های سلامت	
معنوی بر اساس اسلام (قرآن و روایات).....	۲۰۹
فهرست منابع.....	۲۷۹

دیباچه

اصطلاح سلامت معنوی در اواخر دهه هشتاد میلادی به عرصه علوم پزشکی وارد شد و متعاقباً توسط سازمان بهداشت جهانی به عنوان یکی از ارکان سلامت مطرح گردید. با وجود اینکه بیش از چند دهه از طرح بحث سلامت معنوی می‌گذرد، به علت تفاوت‌های فرهنگی، اجتماعی و مذهبی جوامع و اختلافات گسترده آنان در مبانی نظری، هنوز مفهوم مشترکی از سلامت معنوی ارائه شده است. به عبارت دیگر اختلاف نظر اندیشمندان حوزه‌های مختلف از جوامع گوناگون در مفاهیم کلیدی همچون سلامت، معنویت، دین و روان باعث شده است تا حصول اتفاق نظر در مفهوم سلامت معنوی دشوار باشد. در نتیجه در حال حاضر اندیشمندان هر حوزه سعی دارند تا سلامت معنوی را از دیدگاه خود تعریف کرده و آثار آن را بررسی کنند. در بحث سلامت معنوی، آن‌چه که اهمیت دارد این است که بدانیم مفهوم و ارکان سلامت معنوی بر مبنای جهان‌بینی اسلامی با مفهوم آن براساس نگرش غیردینی متفاوت است. براساس دیدگاه غیردینی، سلامت معنوی، احساسات ملموسی چون امید، آرامش و نشاط است که بر فعالیت‌هایی چون هنر، ورزش و تکنیک‌های تمدد اعصاب تمرکز می‌یابد. در این نگاه، سلامت معنوی تنها ابزاری برای معالجه و درمان بیماری‌هاست، در حالی که از دیدگاه دینی بدون توجه به هدف نهایی خلقت نمی‌توان از امور فوق تفسیر منطقی ارائه داد.

معنویت امری ظاهری و در سطح مظاهر محسوس از قبیل امید، آرامش و نشاط خلاصه نمی‌شود. در دیدگاه‌های رایج، شاخص‌های معنویت عمدتاً به نتایج و کارکردها تقلیل داده شده است. برخی آن را در حد مجموعه‌ای از توانایی‌های به هم مرتبط و یا نوعی هوش تلقی کرده‌اند.

عده‌ای آن را نوعی کیفیت روانی می‌دانند که در انسان ایجاد انگیزه می‌کند و معنای زندگی را می‌سازد. گروهی هم معنویت را جریان و رویکردی می‌دانند که به رضایت باطنی منتهی می‌شود؛ امری که دارای سه مؤلفه آرامش، شادی و امید می‌باشد.

در اندیشه قرآنی سلامت معنوی دربردارنده شاخص‌های شناختی، احساسی، رفتاری و پیامدی می‌باشد. انسان معنوی برخوردار از اندیشه یا معرفت ویژه نیست به خدا، انسان و خلقت و رابطه متقابل آنها می‌باشد که از نوعی عقلانیت و با بصیرت برخوردار است. در قرآن آمده است: آیا آنها سیر در زمین نکردند تا دل‌هایی داشته باشند که با آن حقیقت را تعقل کنند. (حج/۶۷).

سلامت در نگاه دینی شامل فقط جسم انسانی نیست چون انسان علاوه بر جسم دارای روح هم می‌باشد و عقیده دارد همان‌گونه که جسم مریض می‌گردد روح هم مریض می‌گردد. ادیان وحیانی بر هدف نهایی خلقت تأکید دارند، نه هدف‌هایی که افراد انسانی برای خود در نظر می‌گیرند.

انتخاب هر هدفی به عنوان هدف غایی نیز به معناداری زندگی منجر نمی‌شود، بلکه تنها هدفی از ظرفیت معنادار ساختن حیات برخوردار است که بالاترین استعداد انسان برای پیش رفتن در مراتب هستی و عالی‌ترین مراتب کمال انسانی ممکن را نشان دهد.

در ادبیات قرآنی خداوند متعال به مثابه منبع و سرچشمه وجود و همه کمالات معرفی شده و نزدیک شدن به او، هدف اصلی آفرینش انسان شمرده شده است؛ به همین دلیل، هدف غایی از حرکت، تلاش، فعالیت، و سلوک انسانی و عالی‌ترین کمال انسانی نیز بالاترین نقطه ممکن در مراتب قرب به اوست. چون خداوند قله انجام وجود انسان شمرده شده

است همان‌طور که نقطه آغاز او نیز هم اوست: ما از خداییم و به سوی او باز می‌گردیم. (بقره/۱۵۶)

در مقابل، اگر این هدف شناخته نشود و یا نادیده گرفته شود، زندگی انسان دچار سردرگمی، اضطراب و پوچی خواهد شد؛ و هر کس به خدا شرک ورزد چنان است که گویی از آسمان فرو افتاده و مرغان شکاری او را می‌ربایند یا باد او را به جایی دوردست می‌افکند. (حج/۳۱)

اگرچه شرط اول زندگی معنوی در نگاه قرآن، در نظر گرفتن خداوند به عنوان هدف غایی است لیکن شرط کافی نیست، بلکه انسان باید در ارتباط مناسب با خدا قرار بگیرد. رسیدن به این غایت یا معنا از نگاه قرآن فقط از جاده عبودیت ممکن است. وما امروا الا ليعبدوا اله واحدا (توبه/۳۱). مأمور نبودند جز اینکه خدایی یگانه را بپرستند که هیچ معبودی جز او نیست. لازمه عبودیت خداوند، توحید در عبودیت است لذا قرآن نفی بندگی شیطان را از بندگان خود می‌طلبد: ای فرزندان آدم، آیا از شما پیمان نگرفتم که شیطان را اطاعت نکنید، او به یقین دشمن آشکار شماست و فقط مرا بپرستید که این راه راست و مستحکم است (یس/ ۶۱-۶۰).

بدون این ارتباط مناسب بین انسان و خدا، زندگی انسان به‌طور بالفعل معنادار نمی‌شود. بنابراین معنویت در اندیشه قرآنی، جستجوی چنین معنایی در زندگی از طریق ایمان و عمل صالح و نفی بندگی شیطان است. در جهان‌بینی توحیدی، جهان یک واحد زنده و باشعور است؛ اعمال و افعال بشر حساب و عکس‌العمل دارد؛ خوب و بد در مقیاس جهانی بی‌تفاوت نیست. یکی از مؤلفه‌های سلامت معنوی برخورداری از اندیشه یا معرفت ویژه نسبت به خدا، انسان و خلقت و رابطه متقابل آنها می‌باشد. در قرآن آمده است: آیا آنها سیر در زمین نکردند تا دل‌هایی داشته باشند

که با آن حقیقت را تعقل کنند. (حج/۴۶)

از آنجا که انسان معنوی معرفت ویژه‌ای نسبت به خدا، انسان و جهان هستی دارد تلاش می‌کند اعتقادات و باورهای خود را در عبادات، ارزش‌های اساسی و در شیوه زندگی نشان دهد؛ در حقیقت نماز من و سایر عبادات و زندگی و مرگ من برای خدا و پروردگار جهانیان است (انعام/۱۶۲). از این‌رو، مبنای زندگی انسان معنوی، خدامحوری است. در همه رفتارهایش اخلاص در نیت دارد، یعنی نهاد و نهان خویش را از هر چه غیر خداست می‌پیراید.

به رحمت بکران الهی امیدوار است و هیچ‌گاه در آستان الهی در گرداب یأس و ناامیدی گرفتار نمی‌شود. چرا که تنها کافران‌اند که از رحمت خدا مأیوس می‌گردند (یوسف/۸۷). امیدی که وی را به انجام طاعات و ترک محرمات وامی‌دارد.

در آموزه‌های وحیانی، التزام به باورها و رفتارهای دینی، سلامت جسمی، روانی و اجتماعی را به دنبال دارد، همان‌طور که در کلام علی (ع) آمده است که فرمود: پرهیزکاری شقای بیماری جسم شماست. (امام علی (ع)، ۱۳۷۳ ش، خطبه ۱۹۸)

معنویت، به انسان مؤمن نگرش توحیدی می‌دهد. امری که می‌تواند به هدف‌های کوچک‌تر معنا بخشد. به جهت اعتقاد به قدرت و حکمت خداوند، امور و اتفاقات را به خداوند نسبت می‌دهد، بدین معنی که در پس پرده نظام اسباب و علل، علت حقیقی را می‌بیند. چنین نگرشی او را از سرگردانی‌های داده و باعث انسجام شخصیتی وی می‌گردد.

آرامش درونی و اطمینان قلبی، از حالات و نتایج دیگری است که انسان معنوی آن را تجربه می‌کند: او کسی است که دل‌های مؤمنین را آرام می‌کند. (فتح/۴)

رهایی از ناهنجاری اخلاقی از کارکردهای زندگی معنوی است. با عنایت به آنچه بیان شد در نگرش دینی مجموعه عوامل معنوی می‌تواند بر سرنوشت انسان در عرصه‌های مختلف تأثیرگذار باشد و قادر است تمامی لایه‌های سلامت را تحت تأثیر قرار دهد.

معنویت حالتی از بودن است لیکن سلامت معنوی حالتی از داشتن است. سلامت معنوی به برخورداری از حس پذیرش، احساسات مثبت، اخلاق و حس ارتباط متقابل مثبت با یک قدرت حاکم و برتر قدسی، دیگران و خود اطلاق می‌شود که طی یک فرآیند پویا و هماهنگ‌شناختی، عاطفی، کنشی و پیامندی شخصی حاصل می‌آید.

از این‌رو، در یک تحلیل، می‌توان شناخت معنوی، عواطف معنوی، کنش معنوی و ثمرات معنوی را به‌عنوان چهار مؤلفه اصلی تشکیل‌دهنده سلامت معنوی دانست که شاخص‌های کلی پذیرش معنوی، احساسات مثبت، اخلاق، حس حمایت و ارتباط متقابل با قدرت لایزال خداوندی را دربر می‌گیرند. آنچه که امروزه در ادبیات علمی پیرامون سلامت معنوی مطرح می‌شود بیشتر ناظر به تأثیر اعتقادات معنوی در سلامت افراد و روند بهبود بیماری‌های آنان است که در واقع می‌توان گفت که در یک بستر پزشکی مورد بحث قرار می‌گیرد؛ اما تلقی موجود از سلامت معنوی در ایران بیشتر دربردارنده مفهومی وسیع‌تر و جامع‌تر است که مستلزم وجود برخی خصوصیات مرتبط با معنویت برای اثبات سلامتی کامل یک فرد است و به عبارت دیگر معنویت یک رکن سلامت فرد به شمار می‌آید، نگاهی که بیشتر در یک بستر غیرپزشکی مطرح می‌شود.

سلامت معنوی دارای فضای مفهومی گسترده بوده و چندبعدی است و هم‌پوشانی نسبتاً زیادی با سایر مفاهیم مشابه نظیر تعالی معنوی، باورهای معنوی، تجربه معنوی، آگاهی معنوی و دینداری دارد.

سند چشم‌انداز جمهوری اسلامی ایران در سال ۱۴۰۴، سیاست‌های کلی نظام و نقشه جامع علمی سلامت به نحوی تنظیم شده است که به سمت معنویت بیشتر پیش برود. در این اسناد بالادستی نظام، معنویت نه با علم، نه با سیاست، نه با آزادی و نه با عرصه‌های دیگر، هیچ منافاتی ندارد، بلکه معنویت روح تمام اینهاست. لازم است اندیشمندان ایرانی همت خود را در این باره مبدول نمایند که عناصر معنوی مؤثر در پیشرفت را شناسایی کرده و به ارائه الگویی مناسب پردازند. عدالت در کنار بخشش، مدارا، همیاری، ایثار، ارتقای خداگرایی و رشد مذهب و الگوی اخلاقی غیر لذت‌گرا بخشی از این عناصر معنوی‌اند.

یکی دیگر از مسائل مهم مطرح در سلامت معنوی، ابزارهای اندازه‌گیری سلامت معنوی و میزان دقت و صحت اطلاعات آنها است. تاکنون ابزارهای زیادی به منظور سنجش سلامت معنوی ارائه شده است. از این ابزارها عموماً به منظور ارزیابی سلامت معنوی عموم افراد یا گروه‌های خاص، سنجش نیازهای معنوی افراد و ارزیابی تأثیر مداخلات انجام شده جهت بهبود سلامت معنوی استفاده می‌شود. اما به علت برخی مشکلات مانند عدم اعتبار برخی ابزارهای سنجش سلامت معنوی، سنجش مذهبی بودن یا سلامت روانی به جای سنجش سلامت معنوی، استفاده از موارد خاص و غیرقابل تعمیم در سنجش یا عدم طراحی صحیح سؤالات در پرسشنامه‌های سلامت معنوی منجر شده است که اطلاعات به‌دست آمده از این ابزارها فاقد دقت و اعتبار علمی کافی باشند. به همین علت در کتاب پیش رو معیارهای سنجش سلامت معنوی از دیدگاه اسلامی و ابزارهای آن به تفصیل بررسی شده و مقیاس سنجش سلامت معنوی مبتنی بر جهان‌بینی اسلامی ارائه شده است.

کتابی که پیش رو دارید حاصل تتبع و تحقیق فاضل ارجمند حضرت حجت الاسلام والمسلمین جناب آقای دکتر مجتبی مصباح یزدی و همکاران محترم ایشان است که به مناسبت برگزاری نخستین همایش سلامت معنوی آن را در اختیار گروه سلامت معنوی فرهنگستان علوم پزشکی و دبیرخانه همایش گذاشته‌اند که به زیور طبع آراسته و در اختیار علاقمندان قرار گیرد. هرچند جناب آقای دکتر مصباح تأکید داشتند که این اثر نیازمند بازبینی و ویرایش است که فرصتی مستوفی می‌طلبید لیکن با توجه به ضیق وقت و فرصت محدود همکاران در دبیرخانه همایش جهت چاپ و نشر اثر، بازبینی دقیق کتاب به عهده‌ی تعویق افتاد. بدیهی است که نقطه‌نظرات مخاطبان و علاقمندان به کتاب می‌تواند راهگشای ما و همکاران در بازبینی و ارتقای جایگاه علمی آن باشد.

در پایان لازم است مراتب تشکر و سپاس خویش را از جناب آقای دکتر مصباح و همکاران محترمشان که در تألیف این اثر ارزشمند همت گماشتند ابراز دارم و از جناب آقای دکتر کمال حیدری معاون محترم بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان که زمینه ورود مؤسسه محترم آموزشی و پژوهشی امام خمینی (ره) به این امر مهم و نگارش این مجموعه ارزشمند را فراهم کردند، سپاسگزاری نمایم و از جناب آقای دکتر فریدون عزیزی - معاون محترم علمی و مدیر گروه سلامت معنوی فرهنگستان و جناب آقای دکتر محمود عباسی - دبیر محترم اجرایی همایش و عضو گروه علمی سلامت معنوی فرهنگستان که زمینه چاپ و نشر این اثر ارزشمند را فراهم نمودند تشکر و قدردانی می‌نمایم.

و من الله التوفیق و علیه التکلان

دکتر سید علیرضا مرندي

ریس فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران

مقدمه

اهمیت معنویت و رشد معنوی در انسان در چند دهه گذشته به گونه‌ای روزافزون توجه متخصصان بهداشت روانی را به خود جلب کرده است. پیشرفت علم روان‌شناسی از یک سو و ماهیت پویا و پیچیده جوامع نوین از سوی دیگر باعث شده است که نیازهای معنوی بشر در برابر خواسته‌ها و نیازهای مادی نمایان شود و اهمیت بیشتری یابد. امروزه، مردم جهان بیش از پیش به معنویت و مسائل معنوی گرایش دارند. لذا، روان‌شناسان و روان‌پزشکان نیز به‌طور روزافزون دریافته‌اند که استفاده از روش‌های سستی برای پیشگیری و درمان اختلالات روانی کافی نیست. به همین دلیل بررسی علمی معنویت یکی از مباحث مهم و رایج در بهداشت جسمی و روانی شده است (دهشیری و همکاران، ۱۳۸۷، ص ۱۲۹-۱۴۵).

امروزه بسیاری از صاحب‌نظران وجود باورهای مذهبی در فرد را عاملی مؤثر بر سلامت وی در نظر می‌گیرند تا آنجا که در مجلات معتبر پزشکی دنیا اشاره می‌شود که داشتن باورهای مذهبی می‌تواند در کاهش مرگ و میر افراد و کاستن از میزان بیماری آنان مؤثر باشد. امروزه این موضوع پذیرفته شده است که نیروهای پزشکی اعم از بخش درمانی و تحقیقاتی و آموزشی - که با جان و روان انسان سروکار دارند - لازم است شناخت کافی از جایگاه انسان داشته باشند تا بتوانند در حرفه خویش شرافت و کرامت انسان را حفظ نموده، آن را زیر پا نگذارند (نورمحمدی، ۱۳۸۳، ص ۱۸-۴۶).

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

معتقد و پای‌بند کنند. از آنجا که هر جامعه‌ای و به دنبال آن هر نهادی درصدد درونی کردن و نهادینه کردن فرهنگ خود در مخاطبانشان است، بحث جامعه‌پذیری مطرح می‌شود. در حوزه جامعه‌پذیری می‌توان مدعی شد که سه عنصر اساسی محتوا، روش‌ها یا مکانیسم‌ها و منابع، برای انتقال و ساختن ارزش‌های فرهنگی و تبدیل آن به هویت فرهنگی و هویت دینی یا معنوی نقش دارند (منادی، ۱۳۸۹).

برخی معتقدند امروزه معنویت یک پدیده جهانی است که برای همه (معتقدان و نیز بی‌ایمان‌ها) به کار می‌رود. گفته می‌شود معنویت برای افراد مختلف، بسته به نگرش آن‌ها به جهان یا فلسفه زندگی آن‌ها معانی مختلفی دارد (امیدواری، ۱۳۸۷، ص ۵-۱۷).

علی‌رغم اینکه برخی به سلامت معنوی نگاهی ابزاری دارند، باید گفت: سلامت معنوی مربوط به بُعد انسانی انسان است و اهمیت آن نه فقط از جهت تأثیر آن در سلامت جسم و روان یا بعد اجتماعی انسان بلکه از جهت تأثیر و تعالی حقیقی انسان است و اصالتاً مطلوب است، نه به تبع مطلوبیت سلامت ابعاد دیگر، بلکه سلامت ابعاد دیگر انسان مقدمه‌ای است برای امکان تعالی حقیقی انسان که با سلامت معنوی تأمین می‌شود و جهان‌بینی صحیح و ایمان راستین به دین حق که در عرصه‌های مختلف زندگی بروز و ظهور می‌یابد، در دست‌یابی به این هدف نقشی تعیین‌کننده دارند.

اکثریت قریب به اتفاق جمعیت کشور ما مسلمان و حکومت آن نیز اسلامی است و یکی از وظایف اصلی آموزش و پرورش، اهتمام به تأمین سلامت معنوی نسل جدید است. فعالیت‌های آموزش و پرورش به طور مستقیم یا غیرمستقیم در تربیت دانش‌آموزان مؤثر است. در این میان نقش معلمان و مربیان از دیگر افراد برجسته‌تر می‌نماید. با توجه به نقش مهمی

که تعلیم و تربیت در تأمین سلامت معنوی دانش‌آموزان دارد هرگاه از مسائل تربیتی دانش‌آموزان سخن به میان می‌آید نقش و جایگاه معلمین و مربیان بیشتر مورد توجه قرار می‌گیرد (مهاجری و دیگران، ۱۳۸۹).

رابطه اجتناب‌ناپذیر سلامت معنوی با زمینه‌های فرهنگی و اجتماعی آن موضوعی است که نمی‌توان به سادگی از آن عبور کرد. از این رو، ارائه یک تعریف جامع از سلامت معنوی و تفکیک و تجزیه عناصر تشکیل‌دهنده سلامت معنوی، شاخص‌ها و ابزارهای اندازه‌گیری آن، حداقل می‌تواند مقدمه‌ای برای تهیه و ساخت مقیاس سلامت معنوی براساس باورها، ارزش‌ها، هنجارها و فرهنگ بومی و ملی کشور ما باشد. هدف این پژوهش، بررسی ماهیت سلامت و معنویت، رابطه دین و مذهب با معنویت، شاخص‌ها و ابعاد سلامت معنوی، ارائه یک تعریف جامع از سلامت معنوی و تشریف عملیاتی مؤلفه‌ها و شاخص‌ها و تحلیل ابزارهای سنجش سلامت معنوی و در نهایت ساخت یک ابزار جدید سنجش سلامت معنوی در چارچوب فرهنگ، ارزش‌ها، هنجارها و باورهای بومی کشور ایران اسلامی است.

در این پژوهش، پس از اشاره به تاریخچه بحث از معنویت و سلامت معنوی و نشان دادن اهمیت و ضرورت این بحث، به مفهوم‌شناسی سلامت و معنویت پرداخته، و رابطه معنویت را با دین بررسی کرده‌ایم. آنگاه با مروری بر دیدگاه‌های اندیشمندان درباره سلامت معنوی، به این نتیجه رسیده‌ایم که ارائه تعریفی قابل دفاع از سلامت معنوی در صورتی امکان‌پذیر است که بر مبانی معرفت‌شناختی، هستی‌شناختی، الهیاتی، انسان‌شناختی و ارزش‌شناختی درست استوار باشد. سپس با مروری بر خلاصه این مبانی که تفصیل آن در بخش دوم این پژوهش آمده، سلامت

معنوی بر اساس دیدگاه اسلام را این گونه تعریف کرده‌ایم:

سلامت معنوی وضعیتی است دارای مراتب گوناگون که در آن، متناسب با ظرفیت‌ها و قابلیت‌های فرد، بینش‌ها، گرایش‌ها و توانایی‌های لازم برای تعالی روح که همان تقرب به خدای متعال است فراهم می‌باشد، به گونه‌ای که همه امکانات درونی به طور هماهنگ و متعادل، در جهت هدف کلی مزبور بکار گرفته می‌شوند و رفتارهای اختیاری درونی و بیرونی متناسب با آنها نسبت به خدا، فرد، جامعه و طبیعت ظهور می‌یابند. سپس بر اساس این تعریف، به تعیین مؤلفه‌های سلامت معنوی پرداخته با تقسیم آن به ۱۲ بخش، شاخص‌های مربوط به هریک را استخراج نموده آنها را به آیات و روایات معصومین علیهم‌السلام مستند ساخته‌ایم و بر اساس آنها، گویه‌های لازم برای سنجش سلامت معنوی را استخراج کرده‌ایم که جدول کامل آن در ضمیمه این پژوهش آمده است.

۱. تاریخچه معنویت و سلامت معنوی

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 نظام‌های اجتماعی در چیزی تحت عنوان معنویت مشترک هستند و با اینکه به ادیان و مذاهب مختلف تعلق خاطر دارند در معنویت اشتراک دارند (فری، ۲۰۰۳، ص 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 پیش از این در زمینه‌های مقایسه اجتماعی در قرن

نوزدهم به کار رفته بود و آن هنگامی بود که اصلاحگران هندو و در رأس آنها، «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 جست‌وجوی آن باشد (آرسولا، ۱۹۹۷ به نقل از رستگار، ۱۳۸۹، ص ۵۴).

لازم به ذکر است که بر اساس تعالیم دین اسلام، گرایش به معنویت، ریشه در فطرت خداگرایی انسان دارد که از بدو خلقت انسان با تعالیم آسمانی ادیان شکوفا شده و با انحراف از مسیر دین حق، در قالب گرایش‌های معنوی و عرفانی گوناگون ظهور یافته است.

سلونان (۲۰۰۶) بیان می‌کند که 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. همچنین راجرز و دیگران (۲۰۱۰) ادامه می‌دهد که 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 (مرندی و دیگران، ۱۳۸۹، ص ۱۳).

در طول دهه‌ها، سلامتی بر اساس ابعاد خاصی (سلامت جسمی، سلامت روانی و سلامت اجتماعی) تحلیل شده بود. حدود یک ربع قرن

پیش، سازمان بهداشت جهانی با این بحث مواجه شد که آیا بعد معنوی باید در تعریف سلامت، علاوه بر سلامت جسمی، روانی و اجتماعی گنجانده شود یا خیر؟ چند سال پس از آن، بعد معنوی در یک مجله مهم که به ارتقاء سلامت، اختصاص داشت گنجانده شد. یک دهه پیش، کلیه دولت‌های اروپایی، بیانیه کپنهاگ را در مورد رشد اجتماعی امضا کردند که آنها را متعهد می‌کرد که به نیازهای معنوی مردمشان (افراد، خانواده‌ها و جوامع) پردازند و سیاست‌هایشان را به سمت «بینش سیاسی، اقتصادی، اخلاقی و معنوی برای رشد اجتماعی» سوق دهند. اخیراً نیز، بر بعد معنوی سلامت در منشور بانکوک، در مورد ارتقاء سلامت، تأکید شده است (امیدواری، ۱۳۸۷، ص ۱۷۰).

راس (۱۹۹۵) بیان می‌کند که برخی مطالعات بیانگر آن است که بدون سلامت معنوی، دیگر ابعاد زیستی، روانشناختی و اجتماعی نمی‌تواند عملکرد درست داشته باشد یا به حداکثر ظرفیت خود برسد و بنابراین بالاترین سطح کیفیت زندگی، قابل دستیابی نخواهد بود (همان، ص ۶).

اسمیت و دیگران (۲۰۰۴) و لین و دیگران (۲۰۰۳) عقیده دارند که در حال حاضر، اغلب مدل‌های سلامتی، شامل سلامت معنوی نیز می‌باشد. مفهوم معنویت با همه حیطه‌های سلامت در تمامی سنین، ارتباط دارد و مورد علاقه پژوهشگران در تمام دنیاست (همان).

مولر و دیگران (۲۰۰۱) ابراز می‌کند که پژوهش‌های بسیاری جهت بررسی ارتباط سلامت معنوی با دیگر ابعاد سلامت، انجام شده‌اند. مطالعاتی که آثار عوامل مذهبی یا معنوی را بر سلامت بررسی کرده‌اند، به‌طور کلی اغلب از ابزارهای سنجش مذهبی بودن (شامل سؤالاتی مانند تعداد دفعات حضور در خدمات مذهبی) استفاده کرده‌اند تا ابزارهای سنجش معنویت (همان، ص ۱۳).

به عقیده سادوک و دیگران (۲۰۰۳) از دیدگاه روان‌شناختی، شاید جالب‌ترین خصوصیت مذهب، جهان‌شمولی آن است. جوامعی که در آنها مذهب نقش عمده‌ای ایفا نمی‌کند بسیار محدود است و اکثریت افراد در دوره‌ای از زندگی خود هیجان مذهبی را تجربه کرده‌اند. از این جهان‌شمولی می‌توان چنین نتیجه گرفت که مذهب کارکردی انطباقی دارد که برای ارضای یک یا چند نیاز همگانی، انسانها به آن متوسل شده‌اند (همان).

مولر و دیگران (۲۰۰۱)، گلّس و دیگران (۱۹۹۹) و برایانت و راکوسکی (۱۹۹۲) این‌طور بیان کرده‌اند که متغیرهای مذهبی و معنوی مورد استفاده در مطالعات انجام شده درباره طول عمر بیشتر افراد مذهبی، شامل عضویت در یک گروه مذهبی، حضور در مراسم مذهبی و زندگی در داخل یک جامعه مذهبی بوده است (همان).

مطالعات آینده‌نگر، متغیرهای بالقوه محلول‌کننده را به‌دقت کنترل کرده است. استراوبریج و دیگران (۱۹۹۷) در مطالعه‌ای که ۲۸ ساله به طول انجامید در مورد ۵۲۸۶ فرد بالغ (۶۵-۲۱ ساله) نشان دادند افرادی که حضور مکرر (بیش از یک بار در هفته) در مراسم مذهبی داشتند، در مقایسه با عدم حضور، ۲۳ درصد کمتر احتمال مرگ در دوره پیگیری مطالعه را داشته‌اند. خطر نسبی^۱ با فاصله اطمینان ۹۵ درصد، ۰/۷۷ (۰/۹۳-۰/۶۶) بود که در مورد سن، جنس، نژاد، آموزش، وضعیت سلامت پایه، BMI، عادات سلامتی^۲ و ارتباطات اجتماعی، انطباق داده شده بود (همان).

یک مطالعه ۵ ساله، همین رابطه را در ۱۹۳۱ فرد بالغ (با سن بیش از

1. Relative Hazard.

2. Health practices.

۵۵ سال) بررسی کرد. کسانی که به‌طور مکرر در خدمات مذهبی حضور می‌یافتند، ۲۴ درصد کمتر از کسانی که حاضر نمی‌شدند، احتمال داشت که در طول دوره پیگیری مطالعه بمیرند خطر نسبی ۰/۷۶ با فاصله اطمینان ۹۵ درصد: ۰/۹۳-۰/۶۴) که برای سن، جنس، وضعیت تأهل، درآمد، تحصیل وضعیت اشتغال، نژاد، وضعیت سلامت پایه، عملکرد اجتماعی و حمایت و وضعیت سلامت روانی انطباق داده شده بود (آمان و رید، ۱۹۹۸). برخی پژوهش‌ها نشانگر آن است که اموری همچون باورهای مثبت،^۱ احساس راحتی و قدرت حاصل از مذهب، مراقبه و نیایش می‌تواند در سلامت و احساس خوب بودن سهمیم باشد. ارتقاء سلامت معنوی ممکن است موجب معالجه یک بیماری نشود؛ اما ممکن است به فرد کمک کند تا احساس بهتری داشته باشد، از برخی مشکلات بهداشتی جلوگیری کند و با بیماری یا مرگ انطباق یابد. (همان، ص ۱۴).

از سوی دیگر تعدادی از مطالعات جمعیت‌شناختی نیز نشان داده که مذهبی بودن و معنویت با پیامدهای منفی سلامت جسمی و سلامت روانی ارتباط دارد. همچون هر عاملی که بر سلامت اثر می‌گذارد (مانند انواع شیوه‌های زندگی)، مذهبی بودن و معنویت ممکن است به صورت معکوس بر فرد تأثیر بگذارد؛ برای مثال، برخی باورهای مذهبی ممکن است با تشویق فرد به اجتناب از درمان یا قطع درمان‌های رسمی عدم جستجوی به موقع مراقبت پزشکی، اجتناب از اقدامات بهداشتی پیشگیرانه مؤثر (مانند ایمن‌سازی کودکان در برابر بیماری‌ها و مراقبت پیش از تولد) و سوء رفتار مذهبی (مانند اجازه سوء رفتار فیزیکی در مورد بچه‌ها) بر سلامت فرد تأثیر منفی گذارد. (همان).

کوئینگ و دیگران (۲۰۰۱) نیز به این نتیجه رسیدند که ممکن است افراد برخی گروه‌های مذهبی به صورت غیرواقع‌بینانه، انتظارات بالایی از خود داشته باشند که منجر به انزوا، استرس و اضطراب شود یا ممکن است خود را با آنان که معتقدات آنها را ندارند، بیگانه احساس کنند. سرانجام، به خوبی دانسته شده است که سیستم‌های اعتقادی غیرسالم (همچون برخی کیش‌ها و آیین‌های مذهبی) می‌توانند به صورت منفی بر سلامت اثرگذارند (همان).

پژوهش‌های بسیاری جهت بررسی ارتباط سلامت معنوی با دیگر ابعاد سلامت، انجام شده‌اند. برخی مطالعات بیان‌گر آن است که بدون سلامت معنوی، دیگر ابعاد جسمی، روان‌شناختی و اجتماعی نمی‌تواند عملکرد درستی داشته باشد یا به حداکثر ظرفیت خود برسد و بنابراین بالاترین سطح کیفیت زندگی، قابل دستیابی نخواهد بود.

لورن مارکس (۲۰۰۵) ضمن مقاله‌ای مدل مفهومی‌ای را ارائه کرده که ارتباط سه بعد تجربه مذهبی (یعنی اعمال مذهبی^۱، باورهای معنوی^۲ و جامعه ایمانی^۳) را با ابعاد سه‌گانه سلامت (یعنی ابعاد زیست‌شناسانه، روان‌شناسانه و اجتماعی) نشان می‌دهد. منظور از عمل مذهبی تجلیات بیرونی و قابل مشاهده ایمان است. مثل نماز، دعا، قرائت کتاب مقدس و به جای آوردن آداب و مراسم مذهبی. منظور از باورهای معنوی دیدگاه‌ها و باورها و معانی درونی و شخصیت و مراد از جامعه ایمانی ارتباط فرد با گروه‌های مذهبی و دریافت حمایت از چنین اجتماعاتی است. به نظر او این مدل مفهومی منحصر به مسیحیت نیست و قابل اطلاق به مذاهب

1. Religious practices.

2. Spiritual beliefs.

3. Faith community.

دیگر نیز هست (مارکس، ۲۰۰۵، ص ۱۷۶). به نظر مارکس خیلی از اعمال و پرهیزها (مثل رفتارهای جنسی پرخطر و استفاده یا اجتناب از مصرف الکل یا تنباکو و مواد مخدر) تحت تأثیر باورهای معنوی هستند و باورهای مذهبی نیز به واسطه این اعمال مذهبی متجلی می‌شوند و حتی تقویت آن می‌شوند.

اکثر افراد خود گزارش می‌دهند که دارای زندگی معنوی‌اند. مطالعاتی که بر جمعیت عمومی و بیماران انجام شده است، به‌طور پیوسته نشان داده است که بیش از ۹۰٪ افراد، به یک وجود برتر^۱ اعتقاد دارند. برخی مطالعات بیان کرده‌اند که ۹۴٪ بیماران به سلامت معنوی و جسمی خود به یک اندازه اهمیت می‌دهند. اکثر بیماران، خواهان رسیدگی و برآورده شدن نیازهای معنوی و مذهبی خود می‌باشند. یک مطالعه در مورد پزشکان خانواده نشان داد که ۹۶٪ پاسخ‌دهندگان معتقدند سلامت معنوی یک عامل مهم در سلامت است. علی‌رغم این یافته‌ها، از نیازهای معنوی بیماران اغلب غفلت می‌شود (امیدواری، ۱۳۸۷، ص ۵-۱۷).

چنانکه مشاهده می‌شود اغلب پژوهش‌های انجام شده درباره سلامت معنوی، تأثیر آن را در سایر ابعاد سلامت بررسی کرده و در نهایت به زندگی دنیا نظر داشته‌اند. در حالی که تأکید ادیان الهی و به ویژه دین اسلام بر بُعد معنوی انسان، از آن رو بوده است که انسانیت انسان و سعادت حقیقی و زندگی جاودان او بدان وابسته است و تمامی تعالیم و تربیت‌های دینی در راستای تأمین سلامت معنوی و ارتقای آن تا عالی‌ترین سطح بوده است و البته در این میان، تحقیقات آکادمیک اندکی در این خصوص انجام شده است.

۲. اهمیت و ضرورت بحث درباره سلامت معنوی

کارسون (۱۹۸۹) و امبلن و هالستید (۱۹۹۳) بیان می‌کنند که یکی از ایرادات مطالعات مربوط به سلامت معنوی تا زمان حاضر ناتوانی آنها در تجزیه ابعاد مختلف معنویت بوده است. ماهیت پیچیده و درهم تنیده شده معنویت و دین نیز باعث سوء برداشت درباره تساوی این دو و در نتیجه سردرگمی شده است. همچنین فری (۲۰۰۳، ص ۷۲۷) به این نتیجه رسیده است که نویسندگان از زوایای مختلفی به معنویت نگاه کرده و تعاریف گوناگونی از آن ارائه داده اند به طوری که می‌توان گفت هیچ اجماعی بر سر تعریف وجود ندارد. اما از طرف دیگر، مراویجلا (۱۹۹۹، ص ۱۳۳) به این نتیجه رسیده است که در متون مرتبط، بین نویسندگان و پژوهشگران این اجماع عمومی وجود دارد که سلامت معنوی یک خرده مفهوم معنویت است (عباسی و دیگران، ۱۳۹۱، ص ۱۹).

عدم دقت در کاربرد صحیح و به جای این مفاهیم و در اجمال و ابهام رها کردن منظور قصد شده از هر کدام، باعث بروز برداشت‌های متفاوت از سلامت معنوی گردیده است. پدیده شایع تر عدم افتراق بین مؤلفه‌ها و شاخص‌های سلامت معنوی است. در متون نویسندگان، شاخص‌های سلامت معنوی با بی‌دقتی به جای مؤلفه‌های آن در نظر گرفته می‌شوند.

رابطه اجتناب‌ناپذیر سلامت معنوی با زمینه‌های فرهنگی و اجتماعی آن موضوع دیگری است که نمی‌توان به سادگی از آن عبور کرد و از همه مهم‌تر، با توجه به اینکه ارائه دیدگاهی جامع و درست درباره سلامت معنوی بر مبانی معرفت‌شناختی، هستی‌شناختی، الهیاتی، انسان‌شناختی و ارزش‌شناختی استوار است، بدون اتخاذ مبانی متقن در این پنج بخش، نمی‌توان به دستاوردی قابل اعتماد در حوزه سلامت معنوی امید داشت. از

این رو، بیان مبانی سلامت معنوی و ارائه تعریفی جامع از این بُعد سلامت و تفکیک و تجزیه عناصر تشکیل دهنده آن و تعیین شاخص‌ها و ابزارهای اندازه‌گیری آن، می‌تواند مقدمه‌ای برای تهیه و ساخت مقیاس سلامت معنوی براساس باورها و ارزش‌های درست و قابل قبول باشد.

در تهیه و تدوین این اثر که حاصل اجرای یک طرح تحقیقاتی است و توسط معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به مؤسسه آموزشی پژوهش امام خمینی ره، سفارش داده شده لازم است از همه همکاران و پژوهشگرانی که در تهیه این اثر سهم بوده‌اند به‌ویژه از همکاران و پژوهشگران ارجمند حجج اسلام آقایان رضا مهکام، محمدرضا جهانگیرزاده قمی، جواد مصلحی و همچنین از جناب آقای دکتر کمال حیدری و سرکار خانم مرجان مؤمنی بروجنی تشکر و قدردانی نمایم. از حضرت علامه آیت‌الله مصباح یزدی به خاطر پشتیبانی از اجرای این طرح و مطالعه اثر و راهنمایی‌ها و تذکرات ارزشمندشان سپاسگزاریم و از استاد ارجمند جناب آقای دکتر سید علیرضا مرندی - ریاست محترم فرهنگستان علوم پزشکی، جناب آقای دکتر فریدون عزیزی - معاون محترم علمی و مدیر گروه سلامت معنوی و جناب آقای دکتر محمود عباسی - عضو و دبیر محترم گروه سلامت معنوی فرهنگستان و دبیر همایش سلامت معنوی که زمینه انتشار این اثر را فراهم نمودند تشکر و قدردانی می‌شود.

مجتبی مصباح

قم - دوازدهم آذرماه ۱۳۹۲