

بررسی جایگاه «معنویت» در الگوهای عمده سلامت روان

رامین تهرانی*

چکیده

این نوشتار با روش تحلیلی، به نقد و بررسی سه الگوی پیشین «سلامت» پرداخته است که با بروز بحران در حوزه سلامت دچار چالش شده‌اند. پدیدآیی بحران‌ها، نشانگر زمان مناسب برای روی آوردن به الگوهای پیشرفته‌تر «سلامت» است. الگوهای نظری «سلامت روان» که همواره تابعی از الگوهای نظری سلامت بوده‌اند نیز در تبیین واقعیت‌های مرتبط ناکافی هستند. بنابراین، جریان علمی روان‌شناسی نیز با بی‌توجهی به ابعاد روحانی و معنوی در الگوهای پیشین سلامت روان، نتوانسته است برای توصیف، تبیین و انحلال بحران‌های سلامت روان کافی باشد. در نتیجه، تأسیس الگویی با توجه به ابعاد معنوی ضروری است. البته پرهیز از التقاطی‌نگری و به‌کارگیری سازه‌های ناهمگون و ناسازگار با ابعاد روحی و معنوی و در نهایت توجه به تفاوت ماهوی مفاهیم «روان»، «نفس» و «روح» نیز ضروری است. کلیدواژه‌ها: الگوهای سلامت، الگوهای سلامت روان، معنویت، الگوی زیستی - روانی - اجتماعی.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

* کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی مؤسسه آموزشی و پژوهشی امام خمینی*

دریافت: ۸۸/۱۲/۲ - پذیرش: ۸۹/۲/۲۹

مقدمه

مفهوم سلامت، و واژه‌های هم‌تراز آن، همچون واژه سلامت، از مفاهیمی‌اند که همواره انسان بدان توجه کرده و برای دستیابی به آن کوشیده است. «سلامتی کیفیتی از زندگی است که تعریف آن مشکل، و اندازه‌گیری واقعی آن تقریباً غیرممکن است»^۱؛ اما به هر حال، مطالعه درباره «سلامت»، ابعاد آن و عوامل پیش‌بینی‌کننده و ارتقادهنده آن، به دلیل اهمیت فراوان، همواره مورد توجه پزشکان، فیلسوفان، و روان‌شناسان بوده است.

در مسیر تحقق این هدف، با گذر از دوره‌های مختلف تاریخ علم پزشکی که در هر کدام از آنها شاهد حاکمیت افکار و روش‌های گوناگون درباره بیماری و درمان هستیم، تحول سریع و جهش‌های بزرگ در علوم پزشکی در قرن بیستم به ارتقای سلامت و تدوین نظام‌های بهداشتی و درمانی پیشرفته منجر شده است. در نتیجه، امروزه با منسوخ شدن عقاید دخالت‌نیروهای شیطانی یا خدایان در پدیدآیی بیماری‌ها، گذر از بیماری‌های واگیردار در قرن‌های هفدهم تا نوزدهم، کشف عوامل عفونی، کشف واکسن و آنتی‌بیوتیک‌ها - مانند پنی‌سیلین در سال ۱۹۴۷ - در قرن نوزدهم، و افزایش اقدام‌های پیشگیرانه، الگوهای پیشین «بیماری» تا حدود زیادی از بین رفته‌اند که این مسئله به کاهش مرگ‌ومیر، و همزمان افزایش امید زندگی^۲ منجر شده است. با وجود این، روشن است که در نتیجه افزایش طول عمر، بیماری‌هایی با الگوی جدید جای آنها را گرفته، و علل اصلی ناخوشی و عوامل بیماری‌ها بسیار متفاوت شده‌اند. با در نظر گرفتن آنچه بیان شد و با توجه به تغییر الگوهای بیماری، می‌توان دریافت که الگوهای فرضی درباره سلامت نیز دستخوش تغییر شده‌اند و ضرورتاً الگوهای جدیدتر جایگزین الگوهای پیشین شوند؛ تنها در این صورت است که نظریه‌های سلامت توسط گزینه‌های جدید، با کارآمدی و کفایت بیشتری خواهند توانست وضعیت موجود را تبیین، و راه‌حل مناسبی را برای آن ارائه کنند.

فلاسفه علم مکرراً ثابت کرده‌اند که همیشه بیش از یک ساختمان نظریه‌ای می‌تواند بر روی یک مجموعه معین از داده‌ها قرار بگیرد. تاریخ علم نشان داده است که مخصوصاً در نخستین مراحل رشد یک نمونه جدید، حتی اختراع کردن چنین گزینه‌ها (آلترناتیوها) چندان دشوار نیست. در علم - همچون در کارخانه - عوض کردن افزارها کاری فوق‌العاده است و به زمانی اختصاص دارد که نیازی برای آن پیدا شود. اهمیت بحران‌ها در آن است که نشانه‌ای برای آن فراهم می‌آورند که وقت عوض کردن افزارها فرا رسیده است.^۳

در این میان، یکی از عمده‌ترین ملاحظات و بازنگری‌ها درباره نظریه‌های مربوط به سلامت و سلامت روان، حول محور «معنویت» و لزوم گنجاندن آن در تعریف‌ها و الگوهای سلامت روان بوده است.^۴

ضرورت تعریف سلامت

«تندرستی» و «روان‌درستی»^۵ همواره مورد توجه دانشمندان در دو حیطه پزشکی و روان‌شناسی بوده است. به نظر می‌رسد از وحدت مفاهیم تندرستی و روان‌درستی، مفهوم مهم‌تری، به نام «سلامت عمومی» به وجود می‌آید.

پیش از بازشناسی مفهوم «سلامت روان»، لازم است مفهوم «سلامت» را به طور دقیق تعریف، و بازشناسی کنیم؛ زیرا تا مفهوم و مؤلفه‌های سلامت تعیین نشوند، رابطه، جایگاه و نقش سلامت روان به مثابه یکی از اجزای سلامت تعیین نمی‌شود؛ همچنین رابطه آن با سایر اجزا و مؤلفه‌های سلامت نیز نامشخص خواهد بود.

استون (۱۹۷۹) یادآور می‌گردد که ما تا زمانی که نتوانیم بر سر معنا و چگونگی اندازه‌گیری سلامت به یک توافق دست یابیم، نخواهیم توانست به مسائلی پاسخ دهیم که مرتبط با این است که چگونه می‌توان آن را حفظ کرده، توسعه داده و بهبود بخشیم.^۶

تعریف سلامت

در ابتدا یادآوری این نکته ضروری و مناسب است که «سلامت عمومی»، مفهومی متناظر با «سلامت کلی» است و نباید آن را با مفهوم «سلامت بدنی» یکسان دانست.

متخصصان، تعریف‌های متعددی از این مفهوم ارائه داده‌اند؛ هرچند تقریباً همه آنها موضوع مشترکی دارند و آن «مسئولیت در قبال خود و انتخاب سبک زندگی سالم» است. برای مثال، سلامتی از دیدگاه سازمان بهداشت جهانی^۷ عبارت است از: «حالت بهزیستی کامل جسمانی، روانی و اجتماعی و نه فقط فقدان بیماری یا ناتوانی».

در تعریف دیگر، دان^۸ سلامتی را یک روش کنش‌وری وحدت‌یافته‌ای می‌داند که هدفش به حداکثر رساندن توان فرد است. به نظر وی، سلامتی مستلزم این است که فرد طیف تعادل و مسیر هدف‌مند را با محیط، یعنی جایی که کنش‌وری خود را در آن آشکار می‌سازد، نگه دارد.^۹

برداشت‌های متفاوتی درباره تعریف سلامت از دید سازمان جهانی بهداشت وجود دارد؛ اما نمی‌توان این تعریف از سلامتی را با تعریف سلامت روان مشتبه کرد.

در سال (۱۹۴۶) سازمان جهانی بهداشت، سلامت را به "حالت صحت کامل جسمانی، روانی و اجتماعی و... نه صرفاً فقدان بیماری یا عارضه تعریف کرد". تعریف این سازمان مشابه روان‌شناسان انسان‌گرایی مانند مزلو (۱۹۷۱) است.^{۱۰}

نقد و بررسی

«از نظر داوونی^{۱۱} و همکارانش (۱۹۹۶)، این تعریف، جنبه‌های مثبت و منفی دارد. به اعتقاد آنها، در قسمت اول این تعریف، سلامت در عبارت مثبت بیان شده (یعنی حضور یک کیفیت مثبت:

خوب بودن). در قسمت دوم تعریف، سلامت از دیدگاه منفی در نظر گرفته شده، چرا که کلمات «فقدان بیماری» یا «ناتوانی» را به کار برده است (کلماتی که معنای منفی به همراه دارند). این تعریف با در نظر گرفتن هر دو جنبه، این مطلب را القا می‌کند که سلامت واقعی هم شامل پیشگیری^{۱۲} از بیمار شدن (مانند ناخوشی، آسیب و بیماری) است و هم ارتقای سلامت مثبت را دربرمی‌گیرد، که از مورد اخیر تا حدود زیادی غفلت شده است.^{۱۳}

این تعریف نگاهی حداقلی به سلامت روان دارد و سلامت انسان را صرفاً محدود و منوط به سه بعد جسمانی، روانی و اجتماعی می‌کند؛ در حالی که سایر عوامل نیز در سلامت روان مؤثر هستند.

بن‌یارد^{۱۴} (۱۹۹۶)، تعریف سازمان بهداشت جهانی را به این دلیل مورد انتقاد قرار داده است که به دست آوردن حالت خوب بودن کامل، از نظر جسمی - روانی و اجتماعی در دنیای واقعی، بسیار مشکل است. در ضمن این تعریف، عوامل اقتصادی، سیاسی و اجتماعی که می‌توانند به این وضعیت کمک‌کنند را نادیده می‌گیرد. در ادامه این‌طور القای کند افرادی که کامل نیستند، سالم هم نیستند!^{۱۵}

دیدگاه‌های مربوط به سلامتی و بیماری

الف) دیدگاه دو مقوله‌ای

«در دیدگاه دو مقوله‌ای، فرد یا بیمار و یا سالم تلقی می‌شود. همان‌طور که یک خانم یا باردار است یا باردار نیست، یک شخص هم یا مریض است یا مریض نیست. بدین ترتیب، به ما هم یکی از این دو عنوان را می‌دهند: ما یا بیمار هستیم یا سالم»^{۱۶}.

برخی بر این باورند که این تفکر بیشتر ناشی از یک عادت روزمره درباره تمام مسائل است. این مفهوم به طور گسترده‌ای نقد شده است؛ زیرا این دیدگاه توجهی به گستره نقاط بین بیماری و سلامت ندارد.

«ظاهراً بین روان‌شناسان سلامتی، اجماعی بر سر اینکه سلامتی صرفاً فقدان بیماری نیست وجود دارد»^{۱۷}. همچنین باید توجه داشت «شخصی که صرفاً یک بیماری خفیف دارد، به هیچ وجه شبیه فردی که بیماری‌های جدی‌گوناگونی دارد نیست»^{۱۸}. از سوی دیگر، گاه ممکن است فرد در معرض یک خطر قرار داشته باشد (مانند فردی که برای مدت متمادی در معرض آلودگی و مسمومیت توسط ذرات سرب معلق در هوا و ... قرار داشته است)؛ این دیدگاه، همچنان اصرار تا او را در طبقه و مقوله افراد سالم جای دهد؛ با این حال، به خوبی مشخص است که او بسیار متفاوت با کسی است که در سلامت کامل و پایدار به سر می‌برد.

ب) دیدگاه پیوستاری

«در دیدگاه پیوستاری، موقعیت هر یک از افراد انسان به گونه‌ای ترسیم می‌گردد که در یک طرف این پیوستار حالتی ترسیم می‌شود که شخص به شدت در معرض خطر مرگ زودرس

است و در طرف دیگر این پیوستار، بهترین حالت سلامتی قرار دارد که شخص در آن حالت کاملاً در برابر بیماری مقاوم است.^{۱۹} بر اساس این دیدگاه، سلامتی و بیماری را باید مقوله‌ای نسبی دانست که افراد بسته به جایگاهشان، همزمان درجه‌ای از سلامتی و ناخوشی را تجربه می‌کنند.

الگوهای عمده در تعریف سلامت

به اعتقاد مرگان، موضع‌گیری‌های مختلف نسبت به این مبانی در هر یک از مدل‌های ارائه شده در بحث سلامت روانی، به تعریفی خاص از مفهوم سلامت و بیماری روانی و راه‌کارهای وصول و پرهیز از آن منتهی می‌شود؛ به طول مثال، اگر در مدلی، انسان یک موجود مختار به شمار آید، تعریفی که از سلامتی و راه‌کارهای دستیابی به آن ارائه می‌شود، به طور اساسی متفاوت با مدلی است که انسان را موجودی مجبور قلمداد می‌کند. به تعبیر دیگر، در نگرش جبری، سلامت افراد بر اساس شرایط و محیط ارزیابی می‌شود.^{۲۰}

تعریف‌های مربوط به مفهوم سلامتی، از الگوهای پدید آمده‌اند که جزو باورهای دانشمندان مختلف بوده‌اند. بر اساس این باورها، دانشمندان و مؤلفان سه الگوی عمده در همواره به تعریف سلامتی توجه داشته‌اند. و همان‌گونه که خواهیم دید، الگوهای عمده در «سلامت روان» نیز همگی متأثر از رویکردهای عمده در سلامت بوده، و بر اساس این الگوها شکل گرفته‌اند:

الف) الگوی زیستی - پزشکی

«عقیده کلی ادراک الگوی پزشکی این است که سلامتی یعنی فقدان یک یا چند مورد از موارد مرگ، بیماری، ناراحتی، ناتوانی و نارضایتی... الگوی زیستی پزشکی^{۲۱} (یا "الگوی پزشکی"^{۲۲} که به این نام نیز معروف است) حاوی این دیدگاه است که برای تمام اختلالات، عوامل جسمی شناخته‌شده یا قابل شناخت وجود دارد؛ به ویژه ممکن است میکروپها، ژن‌ها و مواد شیمیایی از راه‌های مختلف در ایجاد اختلالات سهیم باشند.^{۲۳}

پیروان این الگو عمدتاً به تبیین زیست‌شناختی سلامتی و یا بیماری می‌پردازند. این الگو که الگویی مسلط برای درمان در قرن بیستم بوده، به شدت متأثر از دوگانه‌انگاری دکارتی است. دو گانه‌انگاری دکارتی ذهن و بدن را دو جوهر جدا می‌داند.

رنه دکارت (۱۶۵۰-۱۵۹۶) در قرن هفدهم تحت تأثیر اختراع عروسک‌های مکانیکی بود که چنین تصویری را پذیرفت که بر اساس آن، بدن مانند ماشین است و اعمال آن صرفاً مکانیکی تلقی می‌شود و نه بیشتر؛ اما ذهن انسان یک نوع موجود روحانی بسیار متفاوت است. بدین ترتیب، میان کارکردهای ذهن و بدن شکاف عمیقی افتاد.^{۲۴}

پیشرفت علوم زیستی و پزشکی و کشف آنتی‌بیوتیک‌ها و ابداع روش واکسیناسیون، نقش بسزایی در مسلط شدن این الگو در پزشکی داشته است.

دیوید مک کلند^{۲۵}، یکی از پژوهشگران برجسته در روان‌شناسی سلامت، الگوی زیست پزشکی را الگوی مکانیک‌گرایانه توصیف می‌کند: «با بدن مانند ماشینی رفتار می‌شود که با حذف یا جایگزینی بخش بیمار یا از میان برداشتن جسمی خارجی که علت [بروز] مشکل است، [بدن] تعمیر می‌شود».^{۲۶}

ب) الگوی زیستی - روانی - اجتماعی

این الگو سلامتی را بر حسب کلیت شخص و نه بر اساس بخش بیماری از بدن تعریف می‌کند. الگوی کلی نگر جنبه‌های فیزیولوژیکی، روانی، هیجانی، اجتماعی، معنوی و محیطی افراد و جوامع را شامل می‌شود و بر سلامت بهینه، پیشگیری از بیماری و حالت‌های روانی و هیجانی مثبت متمرکز است.^{۲۷}

از نظر بزور و اشتین هارت،^{۲۸} و... رواج الگوی کلی نگر و افزایش پیروان این دیدگاه موجب شده است تا که به مفهوم سلامت از منظر متفاوت نگریسته شود و به همین منظور، ابعاد مختلفی برای آن در نظر گرفته شده است. «برش‌مردن ابعادی مانند جسمانی، اجتماعی، هیجانی، معنوی، و روان‌شناختی از ره‌آوردهای این دیدگاه است».^{۲۹}

هر کدام از این ابعاد، معنا و مفهوم متناسب با سازه‌های نظری مربوط به خود دارند؛ سازه‌هایی که دیدگاه کلی‌نگر آنها را معرفی کرده است؛ اما چون پژوهش حاضر بر بعد سلامت روان‌شناختی متمرکز است، به توصیف آن پرداخته می‌شود.

سلامت روان‌شناختی نیز همانند مفهوم کلی سلامت تعریف‌های متعددی دارد؛ این تنوع می‌تواند ناشی از تفاوت روی‌آوردهای مختلف در روان‌شناسی و اعتقاد متفاوت مؤلفان نسبت به مؤلفه‌های مختلفی باشد که درباره سلامت روان‌شناختی وجود دارد یا در برخی مواقع به واسطه نتایجی باشد که از پاره‌ای بررسی‌ها به دست می‌آید.

تعریف‌های «سلامت روان»

آنچه در مورد مفهوم و تعریف «سلامتی» گفته شد، عیناً در مورد مفهوم و تعریف «سلامت روان» نیز صادق است. بدین معنا که ارائه یک تعریف جامع از سلامت روان، در عین شهودی بودن مفهوم آن، بسیار دشوار، و موجب اختلاف نظریه پردازان گوناگون بوده است. برای مثال، برخی بر این باورند که اصولاً تعریف سلامت روانی ممکن نیست و «مشکل تعریف بهداشت روانی هم از آنجا سرچشمه می‌گیرد که هنوز تعریف صحیح و قابل‌قبولی برای هنجار، بیماری و سلامتی در دست نداریم».^{۳۰}

شولتز^{۳۱} (۱۳۶۹) بر این باور است که:

تا کنون تعاریف متفاوتی از سلامت روان ارائه شده است: فقدان بیماری روانی؛ داشتن

تعادل عاطفی؛ سازش اجتماعی؛ احساس راحتی و آسایش؛ یکپارچگی شخصیت؛ شناخت خود و محیط و بسیاری تعاریف دیگر که به آن پرداخته شده است. آنچه در بررسی تعاریف متفاوت سلامت روانی دیده می‌شود، اختلاف نظریه‌هایی است که میان اندیشمندان و صاحب‌نظران روان‌شناسی وجود دارد. برخی از این نظریه‌پردازان مانند آلپورت.^{۲۲} اریک فروم، راجرز، مازلو، اریکسون، یونگ و فرانکل^{۲۳} به جنبه‌ سالم طبیعت آدمی می‌پردازند. این روان‌شناسان در تلاش‌اند با غنا بخشیدن به شخصیت انسان، نگرشی منحصر به فرد در مورد رشد روانی و کمال انسانی عرضه کنند. به اعتقاد آنان، سلامت روانی بسیار بیش از روان‌نژندی و یا روان‌پریش نبودن است.^{۲۴}

الف) تعریف رابرت کمپبل

تعریفی از سلامت روانی در «فرهنگ روان‌پزشکی کمپبل» ارائه شده است که مقبولیت و کاربرد وسیع دارد. افرادی که از نظر روانی بهنجارند، کسانی هستند که با خود و محیط خود هماهنگ هستند؛ با مقتضیات فرهنگی و امکان اجتماعی خود می‌سازند؛ چه بسا بیماری یا اختلال پزشکی داشته باشند، اما تا زمانی که این حالت موجب تخریب استدلال، قضاوت، توانایی عقلی، و قدرت انطباق هماهنگ شخصی و اجتماعی نمی‌شود، می‌توان از نظر روانی آنها را سالم و بهنجار دانست.

ب) تعریف انجمن کانادایی بهداشت روان

در سال‌های اخیر، انجمن کانادایی بهداشت روانی، بهداشت روان را در سه قسمت تعریف کرده است که به ترتیب بدان‌ها اشاره می‌شود:

بخش اول

نگرش‌های مربوط به خود شامل: الف) تسلط بر هیجان‌های خود؛ ب) آگاهی از ضعف‌های خود؛ ج) رضایت از خوشی‌های خود.

بخش دوم

نگرش‌های مربوط به دیگران شامل: الف) علاقه به دوستی‌های طولانی و صمیمی؛ ب) احساس تعلق به یک گروه؛ ج) احساس مسئولیت در مقابل محیط انسانی و مادی.

بخش سوم

نگرش‌های مربوط به زندگی شامل: الف) پذیرش مسئولیت‌ها؛ ب) ذوق توسعه امکانات و علائق خود؛ ج) توانایی اخذ تصمیمات شخصی؛ د) ذوق خوب کار کردن.^{۳۵}

این انجمن، بهداشت روانی را در ارتباط با سازگاری محیط و نگرش‌های مربوط به خود و دیگران تعریف می‌کند، اما به مفاهیم بیماری، آسیب‌شناسی و ناسازگاری ارجاع

نمی‌دهد». ^{۳۶} «لویسنون ^{۳۷} و همکارانش (۱۹۶۲) سلامتی روان را این‌طور تعریف کرده‌اند: «سلامتی روان عبارت است از اینکه فرد چه احساسی نسبت به خود، دنیای اطراف، محل زندگی، اطرافیان مخصوصاً با توجه به مسئولیتی که در مقابل دیگران دارد، چگونگی سازش وی با درآمد خود و شناخت موقعیت مکانی و زمانی خویشتن. ^{۳۸}»

هدف مطالعات روان‌شناختی بیشتر بررسی بیماری‌های روانی و هدف اصلی و درمان بوده است. به عبارت دیگر، تعریف سلامت مترادف با نبود بیماری‌های روانی و علائم بیمارگونه تلقی شده است؛ در حالی که از دهه ۱۹۸۰ در تعریف سلامت تغییر و تحول بسیاری پدید آمده است. متون مرتبط با روان‌شناسی سلامت تنها به جنبه‌های منفی و رفع آثار منفی در افراد انسان محدود نمی‌شود؛ همان‌طور که در تعریف سازمان بهداشت جهانی به سلامت از جنبه مثبت آن تأکید شده است و فردی واجد سلامت شناخته می‌شود که از نظر زیستی، روانی و اجتماعی از شرایط معینی برخوردار باشد.

ج) تعریف «سلامت روان» از دید سازمان جهانی بهداشت

با چشم‌پوشی از برخی تمایزات بین دو اصطلاح «سلامت روان» و «بهداشت روان»، به احتمال یکی از جامع‌ترین تعریف‌های سلامت روان، تعریف سازمان جهانی بهداشت از این مفهوم خواهد بود: سازمان جهانی بهداشت، سلامت روان را عبارت از قابلیت ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، تغییر و اصلاح محیط فردی و اجتماعی و حل مشکلات و تمایلات شخصی به طور عادلانه و مناسب می‌داند. ^{۳۹}

عوامل مؤثر بر سلامت روان

سلامت روانی در قالب پدیده‌ای روانی - اجتماعی، مستلزم درک و تفسیر درست از امور مرتبط با آن است و باید به آن در چارچوب عوامل اساسی زمینه‌ساز و تعدیل‌کننده توجه کرد. اختلال روانی نیز مانند هر رفتار دیگر، نتیجه مؤلفه‌های زیستی، محیطی و اجتماعی است و کمتر می‌توان برای هر گونه رفتار و از آن جمله هر یک از اختلالات روانی، علت واحدی را برشمرد: ^{۴۰} نیومن ^{۴۱} و پارگامنت ^{۴۲} (۱۹۹۰) بر این باورند که:

مذهب می‌تواند در ایجاد احساس امید، احساس نزدیکی نسبت به دیگران، آرامش هیجانی، فرصت خود شکوفایی، احساس راحتی، مهار تکانه، نزدیکی به خدا و کمک برای حل مسائل اثربخش باشد. ^{۴۳}

میلر و تورسن ^{۴۴} (۱۹۹۹) بیان می‌کنند که:

تصویر درست‌تر از سلامتی این است که آن را یک سازه نهفته مانند شخصیت، خلق یا شادکام بودن تصور نماییم؛ سازه‌ای چندبعدی که زیرساخت مجموعه‌ای وسیع از

پدیده‌های قابل مشاهده می‌باشد». در مفهوم‌سازی پیشنهادشده میلر و تورسن، سلامتی دربردارنده سه دامنه گسترده می‌شود: رنج، توانایی کارکردی، و آرامش یا انسجام درونی ذهنی در زندگی. این دامنه‌ها، افزون بر جنبه‌های بدنی، جنبه‌های شناختی، هیجانی و معنوی را در برمی‌گیرند.^{۴۵}

این گونه پیشنهادها در افزودن بعد معنوی به منزله یکی از ابعاد سلامت، مورد توجه روزافزون جامعه علمی قرار گرفته است. برخی پژوهشگران^{۴۶} نسبت به پژوهش‌های کنونی در مورد بهداشت روان که در آنها توجهی به امور معنوی نشده است، معترض بوده و ابزارهای سنجش حاکم را متفاوت از آنچه باید بسنجند می‌دانند و همین امر را مایه نقص چنین ابزارهایی می‌دانند.

الگوهای عمده سلامت روان

مرگان^{۴۷} (۱۹۷۹) مبانی نظری مدل‌های مختلف سلامت روانی را با عنوان چارچوب‌های پنداشتی^{۴۸} مورد بحث قرار داده است. وی بر این عقیده است که اصول و چارچوب نظری مدل‌های سلامت روانی بر اساس مبانی هستی‌شناسانه، معرفت‌شناسانه، روش‌شناسانه، و انسان‌شناسان‌ها ستوار گردیده است؛ یعنی بر اساس نوع برداشت ما از هستی، چگونگی شناخت ما از دنیای اطراف و همچنین روش ما در کشف دانش.^{۴۹}

الگوهای متعددی در مورد سلامت روان وجود دارد، اما «در یک طبقه‌بندی کلی می‌توان بیان داشت که سه الگوی مختلف درباره سلامت و بیماری روانی ارائه شده است: مدل زیستی (طبی)؛ مدل زیستی - روانی - اجتماعی (مدل سیستمی)؛ و مدل ارتقا در سلامت روانی». با این وجود، تعداد بیشتری از این الگوها می‌تواند ما را با گستره وسیع چارچوب‌های نظری صاحب‌نظران این عرصه آشنا سازد. به همین دلیل، ما چهار الگوی عمده سلامت روان را بر خواهیم شمرد:

الف) الگوی زیستی - پزشکی (سیستمی)

مبنای نظری این مدل، به قرن هفدهم و دوران «دوگانه‌گرایی» دکارتی بازمی‌گردد. فیلسوف شهیر فرانسه، رنه دکارت، بر این باور بود که ذهن و جسم ذاتاً از یکدیگر مجزا هستند. دکارت معتقد بود که روان باید تنها با یک بخش از بدن تعامل کند و این نقطه تعامل در مغز جای دارد؛ زیرا تحقیقات نشان داده بودند که احساس بیرونی به مغز انتقال می‌یابد و حرکت از مغز سرچشمه می‌گیرد. بدین‌سان، او غده صنوبری^{۵۰} را برای نقطه تعامل پیشنهاد کرد و شیوه تعامل را بر اساس اصول ماشین‌گرایی توصیف کرد.^{۵۱}

این نوع نگاه به جهان هستی، بعدها در قالب اندیشه‌های فلسفی ویتگنشتاین و پوزیتیویست‌ها دنبال شد و مبنای معرفت‌شناختی و روش‌شناختی مدل زیستی در بحث سلامت روان قرار گرفت. کرتیس (۲۰۰۰) بر این باور است که در حال حاضر، مدل زیستی در بحث

سلامت روانی از دوگانه‌گرایی دکارتی نیز به طور کامل پیروی نمی‌کند؛ اما به هر حال، این مدل در فلسفه ریشه «ماده‌گرایی» دارد. آنچه در مدل پزشکی بارز است، نگرش «بیمارنگر» به سلامتی است که در آن، سلامتی بر اساس نبود علائم بیماری تعریفی می‌شود. افزون بر این، درمان بیماری روانی نیز متأثر از عوامل ارگانیک و جسمانی قلمداد می‌شود.

مدل زیستی - پزشکی، به شناسایی و یا امکان شناسایی علل فیزیکی اختلالات روانی معتقد است. در این مدل، چنین اعتقادی وجود دارد که عوامل میکروبی و شیمیایی و ژن‌ها به انحای مختلف عامل اختلالات روانی هستند و به همین ترتیب، درمان نیز معمولاً مبتنی بر مداخلات فیزیکی (دارو درمانی، جراحی و غیره) صورت می‌پذیرد.^{۵۲}

نقد الگوی زیستی - پزشکی

شریدن^{۵۳} (۱۹۹۲) و کرتیس (۲۰۰۰) در نقد این مدل به تک‌بعدی‌نگری این الگو اشاره می‌کنند. چنان‌که کرتیس (۲۰۰۰) در نقد این مدل اشاره می‌کند:

این رویکرد، بیماری را به عوامل شیمیایی، میکروبی و ژنتیکی محدود می‌کند؛ در حالی که عوامل اقتصادی و اجتماعی فراوانی وجود دارند که ممکن است در ایجاد بیماری روانی نقش داشته باشند. 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 شخصیتی اش 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، به عوامل فیزیکی بازمی‌گردد؛ در حالی که بسیاری از اختلالات جدید، مانند بیماری‌های قلبی، سرطان، دیابت و ... اختلالات چندعاملی شمرده می‌شوند.^{۵۴}

افزون بر این، 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:

هر چند از زمانی که دکارت در صدد توضیح ارتباط بین ذهن و بدن بر آمد، تعبیر متفاوتی از دوگانه‌انگاری صورت گرفت، گروهی یکی از این دو را تأثیرگذار بر دیگری می‌دیدند و گروهی دیگر بر عکس.^{۵۵}

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.^{۵۶}

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 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 یکسان‌نگاری 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؛ هر چند واژه «روان» نیز واژه‌ای فارسی بوده و معادل واژه لاتین Psyche، - که در اصل واژه‌ای یونانی است - فرض شده است که لزوماً معنای «روح» یا «نفس» از آن استنباط نمی‌شود و نیاز به واژه‌شناسی و اصطلاح‌شناسی جداگانه دارد؛ 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»^{۵۷} یعنی انرژی روانی محدودتری که به کار شخصیت سوخت می‌رساند، یاد کرده است.^{۵۸} 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.

ب) الگوی زیستی - روانی - اجتماعی (سیستمی)

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 ارائه‌شده 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».^{۵۹}

نقد الگوی سیستمی

الگوی سیستمی سعی کرد 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.^{۶۰} 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.^{۶۱}

ج) الگوی چند بعدی

ریف^{۶۲} و همکاران یک الگوی چند بعدی از سلامت روان‌شناختی را مفهوم‌سازی و عملیاتی کرده‌اند.^{۶۳} 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) خود‌پیروی؛ د) غلبه بر محیط؛ ه) هدفمندی در زندگی؛ و) رشد شخصی.

نقد الگوی چند بعدی

آنچه ریف به منزله 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 رابطه‌ی 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 ارائه ابعاد گوناگون سلامت روان، چیزی فراتر از ابعاد مورد توجه در الگوی زیستی - روانی - اجتماعی ارائه نکرده است.

د) الگوی ارتقا

مدل ارتقا 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.^{۶۴} 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.^{۶۵}

نقد الگوی ارتقا

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 کل نگر نامید. با وجود این، نگاه کل نگرانه در این الگو نتوانسته است توجیه مناسبی را برای هم عرض 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».^{۶۶}

یکی دیگر از زمینه‌های چالش برانگیز 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.^{۶۷}

د) الگوهای فرضی سلامت روان مبتنی بر «معنویت»

«تعریف مفهوم معنویت دشوار، سهل و ممتنع، و با اصطلاحات مادی نامیسر است»،^{۶۸} 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 روح القدس 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.^{۶۹}

پالوتزیان و همکار (۲۰۰۵) به تنوع تعریف‌های معنویت نزد برخی مؤلفان^{۷۰} در گذشته و حال اشاره کرده‌اند، که چشم‌انداز مناسبی را پیش‌روی قرار می‌دهد.^{۷۱} موری و زینتر^{۷۲} (۱۹۸۹) معنویت را چنین تعریف کرده‌اند:

معنویت یک‌کیفیت 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 لا یتناهی اندیشه کند. زمانی این بعد مهم در زندگی برجسته و مهم می‌شود که انسان در برابر فشارهای عاطفی، بیماری‌های شدید و مرگ قرار گیرد.^{۷۳}

«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.»^{۷۴} از نظر کالیفورد^{۷۵} معنویت به مثابه یک اصطلاح مبتنی بر نگرش دینی، ابعاد عملی، بهداشت روان و بدن، باورهای فراطبیعی و اعمال دینی است.^{۷۶} «سوانتون معنویت را مجموعه ارزش‌ها و عقاید در مورد خود و جهان تلقی می‌کند؛ یعنی مراقبت از بهداشت روانی خود و دیگران.»^{۷۷}

تعریف‌های گوناگونی از معنویت در میان گروه‌های فرهنگی، ملیت‌ها و اقوام گوناگون وجود دارد،^{۷۸} 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.»^{۷۹} بر این اساس، تاکنون چندین کوشش برای آرایه یک الگوی فرضی از سلامت روان که در آن بر بعد معنویت تأکید شود، ارائه شده است:

استالوود^{۸۰} (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.^{۸۱}

پیدمونت^{۸۲} 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.^{۸۲}

گورهام^{۸۴} (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.^{۸۵}

در الگویی که ویلز (۲۰۰۷) آن را ارائه کرده است، «خود معنوی» در مرکزیت سازه «سلامت» قرار دارد.^{۸۶}

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^{۸۷} و ایستلند^{۸۸} (۱۹۹۹) جنبشی را متشکل از دوازده مرحله ارائه داده‌اند که نخستین مفروضه آن استقرار سلامت در روح بوده و او پیشنهاد می‌کند که از آن به عنوان موضوع اصلی ارتباط بین بهداشت، مذهب و معنویت یاد گردد.^{۸۹}

لزوم توجه جدی به الگوهای معناگرای سلامت روان

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 در حد نیازهای جسمی، روانی، 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.^{۹۰}

آن‌چنان‌که فیلسوف و مورخ علم، «کوهن» بیان داشته است:

گاه دانشمندان در حین کار در قالب پارادایم حاکم، مشکلاتی را تجربه می‌کنند و با اعوجاج‌هایی 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.^{۹۱}

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.^{۹۲} بنابراین، حتی می‌توان تصور کرد که چندین نظریه سلامت روان به صورت موازی ارائه شود تا به تبیین داده‌های وضع موجود پردازند 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».^{۹۳}

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».^{۹۴} 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^{۹۵} انواع

گوناگونی از معنویت و ابعاد مختلفی از معنویت و دین‌داری را پیشنهاد می‌کند. آنها یادآور می‌شوند چه بسا ابعاد مورد اشاره، توجیه‌کننده 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»^{۹۶} و «دین‌داری برون‌سو»^{۹۷} 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 روانیمالتبی،^{۹۸} و ساراوگلو،^{۹۹} 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.^{۱۰۰} 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. در دهه‌های اخیر دوباره رگه‌هایی از توجه به مسائل فرهنگی و اعتقادی در ادبیات نظریه پردازان دیده می‌شود. اخیراً پژوهش‌هایی در مورد گرایش دینی و بهداشت روانی انجام شده است که به برخی از آنها اشاره می‌شود:

مطالعه مک دینالد لوکت که اواخر دهه ۷۰ انجام گرفته است، ارتباط بین تعلق دینی و تشخیص‌های مطروحه در DSM-III^{۱۰۱} در میان ۷۰۵۰ بیمار با گرایش‌های دینی متفاوت مورد پژوهش قرار گرفته است. نتیجه بدین منوال بود که در میان پروتستان‌های غیرافراطی درصد بالای واکنش انطباقی در کودکی و اختلال افسردگی و اختلال شخصیت وسواس اجباری در بزرگسالی مشاهده گردید.^{۱۰۲} 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.^{۱۰۳}

بر همین اساس، مؤلفان بسیاری از جمله میدو، ویلز، و حتی^{۱۰۴} 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».^{۱۰۵}

از آنجا که «تا کنون پژوهش همه‌گیرشناختی در باب تأثیرات درگیری دینی و معنوی بر سلامت به اندازه کافی بر پایه این گونه الگوها استوار نبوده است».^{۱۰۶} 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 چنان که کوهن اشاره کرده است: «تصمیم گرفتن برای کنار گذاشتن یک نظریه، همیشه همزمان با تصمیم گرفتن برای قبول نظریه دیگر است»؛^{۱۰۷} به همین دلیل، هر گونه اقدام شتاب زده 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».^{۱۰۸}

با توجه به این اصل کلی می‌توان نظاره‌گر تعداد قابل توجهی از نظریه‌های مبتنی بر معنویت بود که عمدتاً مسیحی بوده‌اند؛ یکی از نظریه‌های اخیر مربوط به مارگارت ویلز (۲۰۰۷)^{۱۰۹} است که با انتقاد از وضعیت موجود در نادیده‌انگاری یک جزء معنویت توسط سیاست‌گذاران سلامت و سلامت روان، به ارائه الگویی 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^{۱۱۰}، 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 ریپورن^{۱۱۱} (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».^{۱۱۲} 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».^{۱۱۳} 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».^{۱۱۴}

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 چندانی 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 پیش گفته 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 مهمی در علم و کاربرد روان‌شناسی سلامت هستند. با این حال، در این زمینه، به مسائل دینی و معنوی کمتر توجه شده است. البته هیچ‌یک 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 به‌کارگرفته شود. بدون تردید، این تلقی نادرست است که با افزودن دیدگاه‌ها به یکدیگر و افزودن 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 پیش گفته 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 نظریه پردازان 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.

همچنین 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.

همین اندازه الگوهای ارائه‌شده 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.



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

پی‌نوشت‌ها

۱. جلیل باباپورخیرالدین و همکاران، «بررسی رابطه بین شیوه‌های حل مسئله و سلامت روانشناختی دانشجویان»، *روانشناسی*، ش ۲۵، ص ۴.
2. Life Expectancy
۳. تامس. اس. کوهن، *ساختار انقلاب‌های علمی جهان*، ص ۸۴.
4. James, M. Nelson, *Psychology, Religion, and Spirituality*, p:359.
5. Well-being
6. Sheridan, Ch. L. & Radmacker, S. A., *Health Psychology, Challenging the Biomedical Model*, p.1-8.
7. World Health Organization (WHO)
8. Dunn, H.
۹. جلیل باباپورخیرالدین و همکاران، «بررسی رابطه بین شیوه‌های حل مسئله و سلامت روانشناختی دانشجویان»، *روانشناسی*، ش ۲۵، ص ۴.
10. Sheridan, Ch. L. & Radmacker, S. A., *Health Psychology, Challenging the Biomedical Model*, p.89.
11. Downie
12. Prevention
۱۳. آنتونی کرتیس، *روان‌شناسی سلامت*، ترجمه علی فتحی آشتیانی و همکاران، ص ۱۷.
14. Banyard
۱۵. همان
16. Sheridan, Ch. L. & Radmacker, S. A., *Health Psychology, Challenging the Biomedical Model*, p.6.
17. Ibid
18. Ibid
19. Ibid.
۲۰. محمدباقر حبی، «سلامت روانی در چشم‌اندازی گسترده‌تر»، *حوزه و دانشگاه*، ش ۴۱، ص ۱۱۰.
21. Biomedical model
22. Medical Model
۲۳. آنتونی کرتیس، *روان‌شناسی سلامت*، ترجمه علی فتحی آشتیانی و همکاران، ص ۱۸.
24. Sheridan, Ch. L. & Radmacker, S. A., *Health Psychology, Challenging the Biomedical Model*, p.1-8.
25. Mc. clelland
26. Ibid
۲۷. جلیل باباپورخیرالدین و همکاران، «بررسی رابطه بین شیوه‌های حل مسئله و سلامت روانشناختی دانشجویان»، *روانشناسی*، ش ۲۵، ص ۵.
28. Bezner, A. T. & Steinhardt, M.
۲۹. همان
۳۰. بهروز میلانی‌فر، *بهداشت روانی*، ص ۱۳.
31. Schultz
32. Allport, G. W.
33. Frankel
۳۴. دوآن شولتس، *روانشناسی کمال، الگوهای شخصیت سالم*، ترجمه گیتی خوشدل، ص ۵۳.
۳۵. حمزه گنجی، *بهداشت روانی*، ص ۱۳.
۳۶. همان، ص ۱۳
37. Levinson
۳۸. بهروز میلانی‌فر، *بهداشت روانی*، ص ۱۵.
۳۹. همان
۴۰. فلور گردی و همکاران، «رابطه سلامت روانی با تفکرات غیرمنطقی در دانشجویان دانشگاه شهید بهشتی»، *پژوهش‌های روانشناختی*، ش ۱۶، ص ۴۶.
41. Newman
42. Pargament, K. I.
43. Newman, J. S., & Pargament, K. I., The role of religion in problem-solving process. *Review of Religion*, 31, 390-403.
44. Miller, W. R. & Thoresen, C. E.
45. Tan, Siang-Yang & Natalie J. Dong, *Spiritual Interventions in Healing and Wholeness*. in Plante, Thomas G. and

Allen C. Sherman (ed), Faith and Health: Psychological Perspectives, p.291-310

۴۶. حسین قمری گیوی، «معنویت، هویت و بهداشت روانی در گستره زندگی»، *روان‌شناسی و دین*، ش ۴، ص ۴۶.
47. Morgan
48. conceptual Framework
۴۹. محمدباقر حتی، «سلامت روانی در چشم‌اندازی گسترده‌تر»، *حوزه و دانشگاه*، ش ۴۱، ص ۱۱۰.
50. Pineal gland
۵۱. دوان. بی. شولتز، و سیدنی الن شولتز، *تاریخ روان‌شناسی نوین*، ترجمه: علی اکبر سیف و همکاران، ص ۵۸.
۵۲. محمدباقر حتی، «سلامت روانی در چشم‌اندازی گسترده‌تر»، *حوزه و دانشگاه*، ش ۴۱، ص ۱۱۳.
53. Sheridan
۵۴. همان.
۵۵. آنتونی کرتیس، *روان‌شناسی سلامت*، ترجمه علی فتحی آشتیانی و همکاران ص ۱۹.
۵۶. بهروز میلانی‌فر، *بهداشت روانی*، ص ۱۴.
57. Libido
۵۸. دوان. بی. شولتز و سیدنی الین شولتز، *نظریه‌های شخصیت*، ترجمه یحیی سید محمدی، ص ۱۱۵.
۵۹. بهروز میلانی‌فر، *بهداشت روانی*، ص ۱۴.
۶۰. محمدباقر حتی، «سلامت روانی در چشم‌اندازی گسترده‌تر»، *حوزه و دانشگاه*، ش ۴۱، ص ۱۱۵ و ۱۱۶.
۶۱. همان.
62. Ruff, C. D.
۶۳. همان.
۶۴. محمدباقر حتی، «سلامت روانی در چشم‌اندازی گسترده‌تر»، *حوزه و دانشگاه*، ش ۴۱، ص ۱۱۶.
۶۵. همان، ص ۱۱۶.
۶۶. همان، ص ۱۱۹.
۶۷. همان
۶۸. دوان. شولتز، *روانشناسی کمال، الگوهای شخصیت سالم*، ترجمه گیتی خوشدل، ص ۱۵۸.
۶۹. دیوید ام. وولف، *روانشناسی دین، تهران ترجمه: محمد دهقانی*، ص ۳۸.
70. Paloutzian, F. Raymond. & Park, L. Crystal, Handbook of the Psychology of Religion and Spirituality, The Guilford Press, p.23.
۷۱. همچون آرمسترانگ، ۱۹۹۵، ص ۳؛ بنر، ۱۹۸۹، ص ۲۰؛ دوایل، ۱۹۹۲، ص ۳۰۲؛ الکنیز و همکاران، ۱۹۸۸، ص ۱۰؛ فالبرگ و فالبرگ، ۱۹۹۱، ص ۲۷۴؛ هارت، ۱۹۹۴، ص ۲۳؛ شافرانسکی و گورساج، ۱۹۸۴، ص ۲۳۱؛ تارت، ۱۹۷۵، ص ۴؛ واگان، ۱۹۹۱، ص ۱۰۵.
72. Morray & Zenter
۷۳. شهریار شهیدی و همکار، *اصول و مبانی بهداشت روانی*، ص ۴۰ و ۴۱.
۷۴. دوان شولتز، *روانشناسی کمال، الگوهای شخصیت سالم*، ترجمه گیتی خوشدل، ص ۱۵۸.
75. Culliford, L.
76. Culliford, Larry, Healing from within spirituality and mental health. Advances in Psychiatric Treatment.8, p.249-261.
۷۷. حسین قمری گیوی، «معنویت، هویت و بهداشت روانی در گستره زندگی»، *روان‌شناسی و دین*، ش ۴، ص ۴۶.
۷۸. روالکبارتین، بنسن، کینگ و واگنر، ۲۰۰۶؛ لوپس، ۲۰۰۴؛ تاکاهاشی و اید، ۲۰۰۳.
۷۹. شهریار شهیدی و همکار، *اصول و مبانی بهداشت روانی*، ص ۴۶.
80. Stallwood
۸۱. شهریار شهیدی و همکار، *اصول و مبانی بهداشت روانی*، ص ۴۱.
82. Piedmone
۸۳. حسین قمری گیوی، «معنویت، هویت و بهداشت روانی در گستره زندگی»، *روان‌شناسی و دین*، ش ۴، ص ۴۸.
84. Gorham

۸۵. شهریار شهیدی و همکار، اصول و مبانی بهداشت روانی، ص ۴۱.
86. Wills, Margaret, Connection, action and hope, an invitation to reclaim the spiritual in health care. *Journal of Religious Health*. 8, 18 p.432.
87. Hemdon, S. L.
88. Eastland, L. S.
89. Wills, Margaret, Connection, action and hope, an invitation to reclaim the spiritual in health care. *Journal of Religious Health*. 8, 18 p 424.
90. Ibid. p 121.
۹۱. تامس. اس. کوهن، ساختار انقلاب‌های علمی جهان، ص ۳۴.
۹۲. همان، ص ۸۴.
۹۳. همان
۹۴. شهریار شهیدی و همکار، اصول و مبانی بهداشت روانی، ص ۴۰.
۹۵. جرال‌دین، ای. میلر، «تلفیق دین و روان شناسی در درمان؛ مسایل و توصیه‌ها»، ترجمه علیرضا شیخ‌شعاعی و رامین تیرائی، پژوهش و حوزه، سال ۷، ش اول، ص ۱۷۶.
96. intrinsic religious orientation
97. extrinsic religious orientation
98. Maltby, J, Religious orientation and Eysenk's personality dimensions. *Personality and Individual differences*, 26, 105-114.
99. Saroglou, V, Religion and the five factors of personality: a meta-analytic review. *Personality and Individual differences*, 32, 15-25.
۱۰۰. مسعود جان‌بزرگی، بررسی اثربخشی روان درمانی کوتاه مدت «آموزش خودمهارگری» با و بدون جهت‌گیری مذهبی (اسلامی) بر مهار اضطراب و تنیدگی، پایان نامه دکتری روان‌شناسی، ص ۳۱.
101. Diagnostic and statistical manual of mental disorders.
۱۰۲. شهریار شهیدی و همکاران، اصول و مبانی بهداشت روانی، ص ۲۲۶ و ۲۲۷.
۱۰۳. رامین تیرائی، «بررسی سهم تأثیر جهت‌گیری مذهبی بر سلامت روان در مقایسه با عوامل جمعیت‌شناختی»، روان‌شناسی و دین، ش ۳، ص ۳۸ و ۳۹.
۱۰۴. جرال‌دین، ای. میلر، «تلفیق دین و روان شناسی در درمان؛ مسایل و توصیه‌ها»، پژوهش و حوزه، سال ۷، ش ۱، ص ۱۸۲.
۱۰۵. همان
106. Timothy, W. Smith, "Religion and Spirituality in the Science and Practice of Health Psychology: Openness, Skepticism, and the agnosticism of Methodology" in Plante, Thomas G. and Allen, C. Sherman (eds.), *Faith and Health: Psychological Perspectives*, p.355-380.
۱۰۷. تامس. اس. کوهن، ساختار انقلاب‌های علمی جهان، ترجمه احمد آرام، ص ۸۵.
۱۰۸. همان.
109. Wills, Margaret, Connection, action and hope, an invitation to reclaim the spiritual in health care. *Journal of Religious Health*. 8, 18: pp 423- 436.
110. James, M. Nelson, *Psychology, Religion, and Spirituality*, p.359.
111. Rayburn
112. Ibid, p: 9.
۱۱۳. دیوید ام. وولف، روان‌شناسی دین، ترجمه: محمد دهقانی، ص ۴۰.
۱۱۴. همان

منابع

- اصفهانی، محمد مهدی و دیگران، *آئین تندرستی*، تهران، تندیس، ۱۳۸۳.
- بابا پور خیرالدین، جلیل و همکاران، «بررسی رابطه بین شیوه‌های حل مسئله و سلامت روانشناختی دانشجویان»، *روانشناسی*، ش ۲۵، سال هفتم، ش، بهار ۱۳۸۲، ص ۱۶ - ۳.
- تبرائی، رامین، و همکاران، «بررسی سهم تأثیر جهت گیری مذهبی بر سلامت روان در مقایسه با عوامل جمعیت شناختی»، *روان شناسی و دین*، سال اول، شماره سوم، پاییز ۱۳۷۸، ص ۳۷ - ۶۲.
- حبی، محمدباقر، «سلامت روانی در چشم اندازی گسترده‌تر»، *حوزه ودانشگاه*، سال دهم، ش ۴۱، زمستان ۱۳۸۳، ص ۱۰۶-۱۲۲.
- خدایاری فرد، محمد و همکاران، «گستره پژوهش‌های روانشناختی در حوزه دین»، *اندیشه و رفتار*، سال ششم، ش ۴، بهار ۱۳۸۰.
- رفیعی نیا، پروین و همکاران، «رابطه سبک‌های ابراز هیجان با سلامت عمومی در دانشجویان»، *روانشناسی*، ش ۳۷، سال دهم، ش ۱، بهار ۱۳۸۵، ص ۸۴ - ۱۰۵.
- سارافینو، ادوارد. پ، *روانشناسی سلامت*، ترجمه گروهی از ترجمه الهه میرزایی، تهران، رشد، ۱۳۸۴.
- شولتز، دوان. پی، و سیدنی الن شولتز، *تاریخ روان شناسی نوین*، ترجمه علی اکبر سیف و همکاران، تهران، دوران، ۱۳۷۸.
- شولتز، دوان. پی، و سیدنی الن شولتز، ترجمه یحیی سیدمحمدی، *نظریه‌های شخصیت*، تهران، ویرایش، ۱۳۸۷.
- شولتز، دوان، *روانشناسی کمال: الگوهای شخصیت سالم*، ترجمه گیتی خوشدل، تهران، پیکان، ۱۳۸۸.
- شهیدی، شهریار و همکار، *اصول و مبانی بهداشت روانی*، تهران، سمت، ۱۳۸۱.
- قمری گیوی، حسین، «معنویت، هویت و بهداشت روانی در گستره زندگی»، *روان شناسی و دین*، سال اول، ش ۴، زمستان ۱۳۸۷، ص ۴۵ - ۷۱.
- کرتیس، آنتونی جیمز، *روانشناسی سلامت*، ترجمه علی فتحی آشتیانی و همکاران، تهران، مؤسسه انتشارات بعثت، ۱۳۸۲.
- کوهن، تامس. اس، *ساختار انقلاب‌های علمی جهان*، ترجمه: احمد آرام، تهران، سروش، ۱۳۶۹.
- گردی، فلور، و همکاران، «رابطه سلامت روانی با تفکرات غیرمنطقی در دانشجویان دانشگاه شهید بهشتی»، *پژوهش‌های روانشناختی*، ش ۱۶، زمستان ۱۳۸۳، ص ۶۱ - ۴۵.
- میلانی فر، بهروز، *بهداشت روانی*، تهران، قومس، ۱۳۷۶.
- میلر، ای. جرال دین، ترجمه علیرضا شیخ شعاعی و رامین تبرائی، تلفیق دین و روان شناسی در درمان، مسایل و توصیه‌ها، *پژوهش و حوزه*، سال هفتم، ش ۱، بهار ۱۳۸۵، ص ۱۶۹ - ۱۸۴.
- وولف، دیوید. ام، *روانشناسی دین*، ترجمه محمد دهقانی، تهران، رشد، ۱۳۸۶.
- Culliford, Larry, Healing from within spirituality and mental health. *Advances in Psychiatric Treatment*. 8, 2002, pp 249-261.
- Gartner, J., Larson, D. B., & Allen, G. D, Religious commitment and mental health: a review of empirical literature. *Journal of Psychology and Theology*, 1991, 19, 6-25.
- Hackney, C. H., & Sanders, G. S, Religiosity and mental health: A meta-analysis of recent studies. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 2003, 42, 43-55.
- Hills, P., Francis, L. J, et al. Primary Personality trait correlates religious practice and orientation. *Personality and Individual Differences*, 2004, 36, 61-73.
- Nelson, M. James., *Psychology, Religion, and Spirituality*, New York: Springer, 2009.
- Maltby, J. Religious orientation and Eysenk's personality dimensions. *Personality and Individual Differences*, 26, 1999, p.105-114.
- Paloutzian, F. Raymond. & Park, L. Crystal, *Handbook of the Psychology of Religion and Spirituality*, New York: The Guilford Press, 2005.
- Payne, I. R., et al, Review of religion and mental health: Prevention and the enhancement of psychological functioning. *Prevention in Human Services*, 9, 1991, 11-40.

- Saroglou, V, Religion and the five factors of personality: a meta-analytic review. *Personality and Individual Differences*, 32, 2002, 15-25.
- Sheridan, Ch. L. & Radmacker, S. A, *Health Psychology, Challenging the Biomedical Model*, New York: Wiley, 1992, p.1-8.
- Timothy, W. Smith, "*Religion and Spirituality in the Science and Practice of Health Psychology: Openness, Skepticism, and the Agnosticism of Methodology*" in Plante, Thomas G. and Allen, C. Sherman (eds.), *Faith and Health: Psychological Perspectives*. New York and London: The Guilford Press, 2001, pp. 355-380.
- Wills, Margaret, Connection, action and hope, an invitation to reclaim the spiritual in health care. *Journal of Religious Health*. 8, 18, 2007, p.423- 436.

