

بررسی پیوستگی عرفان و سلامت معنوی در طرحواره سبک زندگی معنوی

فتانه سمسار خیابانیا^۱

چکیده

کسب آرامش از دغدغه‌های مهم انسان در زندگی است که به زعم برخی صاحب نظران، از طریق وحدت درونی حاصل می‌شود. از جمله ابزار کارآمدی که نقشی سرنوشت ساز و مؤثر در فراهم کردن این نیاز حیاتی انسان داشته و دارد، انتخاب سبکی از زندگی است که متضمن آرامش باشد؛ سبکی که بتواند با استمداد از قوای معنوی، زیستی آرام را رقم بزند. برای این هدف، عرفان که پیشینه کاربرد کهنی دارد، یکی از رویکردهای مطرحی است که انسان را به وحدت درونی می‌رساند. فرض این نوشتار آن است که در طرحواره سبک زندگی معنوی، ارتباط مؤثری بین عرفان و سلامت معنوی وجود دارد و هدف آن است که با روش تحلیلی - توصیفی، تبیینی از نحوه تأثیرگذاری ارائه شود.

کلیدواژه‌ها: سبک زندگی، طرحواره سبک زندگی معنوی، سلامت معنوی، وحدت، عرفان.

10.22034/jl.2025.484775.1720

شناسه دیجیتال (DOI):

۱. استادیار گروه زبان و ادبیات فارسی، دانشکده ادبیات، علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران.

fa.khiabaniyan@iaui.ir

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱۱/۲۵

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۹/۱۰

مقدمه

ایجاد تعادل روانی و حفظ سلامت جسمانی همواره از مسائل محوری و مورد توجه سنت‌های بزرگ معنوی بوده است. پیروان این سنت‌ها در طول تاریخ، آموزه‌های معنوی را نه تنها منبعی برای افزایش آگاهی، بلکه راهی برای بهبود مشکلات روانی و جسمانی خود تلقی کرده‌اند. با این حال، همواره متفکرانی بوده‌اند که ارتباط معنویت با سلامت را به چالش کشیده و تجربیات عرفانی و حالات معنوی را نوعی اختلال یا آسیب روانی دیده و با این نگاه بررسی کرده‌اند (سی بولد، ۱۴۰۰: ۲۸۵-۲۸۶).

بسیاری از افراد اگرچه در ظاهر مذهبی نیستند، نوعی معنویت باطنی را تصدیق می‌کنند و درون خویش به چارچوب‌های آن پایبندند. اعمال عرفانی، که محققان آنها را دین باطنی^۱ می‌خوانند، پرورنده این سلوک هستند. ممکن است این افراد عضو جماعتی مذهبی نباشند و در مراسم مذهبی و نیایشی شرکت نکنند، اما امر الوهی یا قدسی را با مراقبه‌های معنوی و عرفانی، فعالیت‌های مربوط به رشد شخصی، هنرهای خلاق، صرف بودن با عزیزانشان یا حضور و توجه به طبیعت تجربه کنند. در واقع، معنویت باطنی، نه دین ظاهری، معرف حیات روحی و معنوی آنان است و بروز و ظهور این طریق معنوی، بیش از حضور و مشارکت، با مراقبه‌ها و التزام پیوسته به آموزه‌های عرفانی است. سلوک در این چارچوب، و به تعبیری زندگی در مدار معنویت، به تجربه حالات متعال یا عرفانی در آنان می‌انجامد و احساس وحدت یا پیوند با خدا یا امر الوهی را برایشان رقم می‌زند.

برخی از محققان و اندیشمندان افزون بر صورت‌های گوناگون رفتار و اعمال مذهبی، تجلیات معنویت باطنی را نیز کاویده و بررسی کرده‌اند. این مطالعات بر اثرات سلامت‌بخش جسمانی و روانی مراقبه و پایبندی به آموزه‌های عرفانی و نیز حالات آگاهی عرفانی مهر تأیید زده و تصدیق کرده‌اند که انواع خاصی از تجارب عرفانی با احساس بهزیستی همراه هستند. به این ترتیب می‌توان میان پاره‌ای از عوامل معنوی و برخی نشانه‌های سلامتی روابطی معنادار و معتبر را شناسایی کرد. وقتی پیش فرض ما تأثیرگذاری این عوامل بر سلامت آدمیان است و مطالعات متعدد بر ارتباط ایجابی و مثبت بین التزام به آموزه‌های عرفانی و بهزیستی مهر تأیید می‌زنند، پرسش از چگونگی این امر به میان می‌آید و بررسی آن ضرورت می‌یابد؛ به عبارت دیگر، واکاوی سرشت این رابطه مهم می‌شود. ممکن است ادعای تأثیر علی و مستقیم

پایبندی به آموزه‌های عرفانی و حفظ رهاوردهای حاصل از سلوک معنوی بر سلامت جسم و روان با شهود عرفی ما سازگار باشد، اما ویژگی بین‌الذهانی علم ما را ملزم می‌کند که برای اقناع روشمند مخاطبان و نیز کامیابی در ارائه تحلیلی منسجم، روشن و واقع‌بینانه از این رابطه، شواهدی معنادار و قابل استنادتر به دست دهیم. این اقدام مستلزم شناسایی عواملی است که آثار التزام باطنی به آموزه‌های معنوی بر سلامتی و نحوه این اثربخشی را تبیین می‌کنند. در واقع، این عوامل بین دو متغیر عرفان یا معنویت باطنی با وضعیت بهزیستی و سلامت جسم و باطن پیوند ایجاد می‌کنند. به بیان دیگر، فرایندهای خاص رفتاری، عاطفی یا روانی، هیجانی و اجتماعی در پی پایبندی به آموزه‌های عرفانی پدید می‌آیند و بر سلامتی تأثیر می‌گذارند. این فرایندها موجب ارتقای سلامتی یا پیشگیری از بیماری می‌شوند. این عوامل را می‌توان عناصری پویا و فعال در حیات باطنی و معنوی آدیان قلمداد کرد (لوین، ۱۴۰۰: ۳۳-۳۵).

توجه متعهدانه به آموزه‌های عرفانی سبک و سیاقی از زندگی معنوی را رقم می‌زند که برآیند آن سلامت جسم و روان آدمی است. این شیوه از زندگی نگرشی منفی به رفتارهای خطرناک را می‌پروراند و زمینه‌ای برای بهزیستی و زندگی سالم است. البته ادعا این نیست که معنویت پیشگان بیمار یا دستخوش قبض‌های باطنی نمی‌شوند؛ چه بسا انسان‌های معنوی که بیمار می‌شوند و این وضعیت به از دست دادن جان‌شان می‌انجامد و در مقابل، چه بسیار انسان‌های دور از چارچوب معنوی که عمری طولانی و زندگی ای سالم دارند. ادعای مشخص پژوهش حاضر این است که سبک زندگی پویای معنوی از عوامل محافظتی، و به تعبیری متغیر واسطه‌ای، برای زندگی سالم به شمار می‌رود. به این ترتیب، ارائه تفسیر مناسب و معنادار از یافته‌های پژوهشی در این باب مهم است؛ چه در غیر این صورت، ممکن است تفاسیر ارائه شده از انتظارات غیرواقع‌بینانه درباره مزایای احتمالی شیوه معنوی زندگی سر در بیاورند. در این مقاله تلاش شده با روش تحلیلی - توصیفی، شرحی از این نحوه تأثیرگذاری ارائه شود.

گفتنی است پیوستگی عرفان و سلامت معنوی بیانگر ارتباطی عمیق، همگرا و وحدت‌بخش در چارچوب سبک زندگی معنوی است. در روان‌شناسی و روان‌شناسی دین، اصطلاح integration معمولاً نزدیک‌ترین و مناسب‌ترین معادل برای مفهوم پیوستگی به معنای هماهنگی و یکپارچگی درونی است. این واژه به فرایندی اشاره دارد که در آن بخش‌های مختلف شخصیت یا تجربه‌های معنوی و روانی به‌طور پیوسته و همسو درونی می‌شوند و هویتی منسجم و متعادل به وجود می‌آورند. این مفهوم به جریان پیوسته‌ای اشاره دارد که در آن عناصر عرفانی و

سلامت معنوی نه تنها به هم مرتبط، بلکه درهم تنیده و جدایی ناپذیر هستند. در واقع، پیوستگی در اینجا رابطه آماری یا مقایسه‌ای نیست، بلکه نوعی تعامل عمیق و ساختاریافته است که به تداوم سبک زندگی معنوی و تقویت ابعاد روحانی فرد می‌انجامد. همچنین حاکی از نقش عرفان به مثابه سازکاری برای ایجاد هماهنگی درونی و فرار از آشفتگی‌ها است. در ادبیات عرفانی، این وضعیت دال بر حالتی است که فرد با عبور از تلاطم‌ها و آشفتگی‌های درونی به یگانگی و وحدت با خود و عالم می‌رسد. بنابراین این واژه افزون بر بازتاب تأثیر التزام به آموزه‌های عرفانی در حیات فرد، نشان می‌دهد که سلامت معنوی و آرامش در سایه پیوستگی باطنی و انسجام روانی - معنوی دست‌یافتنی است. سرانجام اینکه پیوستگی این دو ساحت به ماهیت جانشدنی آنها در این رویکرد اشاره دارد و مخاطب را به سوی درک عمیق‌تری از نحوه هم‌افزایی این دو مفهوم در ایجاد سبک زندگی معنوی سوق می‌دهد.

به تازگی طرح مقوله عرفان و معنویت به مثابه سبکی از زندگی برای جوامع بشری رواج یافته و محققان به آن توجه کرده‌اند، از جمله می‌توان به مقاله «سبک زندگی و رویکرد معنوی» به قلم سید حسین شرف‌الدین اشاره کرد که با استناد به منابع دینی و معرفت دینی، جایگاه و نقش معنویت اصیل در سبک زندگی دینی (اسلامی) را تحلیل کرده است. کتاب معنویت، اخلاق، سبک زندگی اثر مریم محمدی و دیگران در سال ۱۴۰۰ نیز گفتمان معنوی و جایگاه اخلاق با هدف بهبود سبک زندگی را مطرح کرده است. همچنین مقاله «جایگاه اخلاق در سبک مطالعه تئوریک، نسبت عرفان با پدیده سبک زندگی با تأکید بر اندیشه عرفانی مولوی» به قلم مسلم گریوانی و دیگران که دیدگاه مولانا در مواجهه با مسئله‌های سبک زندگی را بررسی کرده و کنش را متأثر از نگرش معنوی دانسته است. در نوشتار حاضر با استناد به دیدگاه‌های مطرح شده، پیوستگی عرفان و سلامت معنوی در طرحواره سبک زندگی معنوی و پیامدهای آن در جوامع مختلف تحلیل شده است.

(۱) سلوک عرفانی

همه سنت‌های دینی و معنوی جهان برای زندگی بر پایه عرفان ارزش قابل توجهی قائل‌اند (گیلز و بلزن، ۲۰۰۳: ۹-۸). زندگی بر پایه عرفان به سبکی از زندگی اطلاق می‌شود که در آن مراقبات و حالات عرفانی ارزش دارند و طلب می‌شوند (ورگوته، ۲۰۰۳: ۸۲). در این زندگی،

1. Geels, A.; Belzen, J.

2. Vergote, A.

احساس اتحاد با خدا یا جهان، به صورت کانونی متمایز، سالک را در مشارکتی تحول‌بخش وارد می‌سازد که نهایتاً خویشتن او در این مشارکت محو می‌شود یا تغییر ماهیت می‌دهد (فنا) (قاسانی، ۱۴۲۷: ۷۷۳؛ هود، ۲۰۰۱: ۳-۵، ۸۴ و ۸۵). از طریق تجربه اتحاد است که ارتباط و شناختی غیر مفهومی از خداوند شکل می‌گیرد (ورگوته، ۲۰۰۳). در واقع، مواجهه با امر متعالی کانون تجربه عرفانی است و به درکی از حضور یک دیگری توانمند می‌انجامد که می‌توان با او ارتباط برقرار کرد. چنین تجربه‌هایی زندگی آدمی را دستخوش تحول و اصلاح می‌کنند (زیژولاس، ۲۰۰۶: ۲۸۶-۲۹۱). از همین رو عارفان و سالکان طریق همواره میل و نیاز عمیق به پر کردن خلأ بین وجود خود و خدای متعال دارند. این میل نیروی محرکی برای طی منازل مختلف و نیز اقدام به اعمال فردی و جمعی می‌شود. بر این اساس است که سلوک عرفانی نه صرفاً نوعی تجربه، بلکه گرایش یا سبکی از زندگی قلمداد می‌شود که موجب توقف فعالیت عادی فکری و جایگزینی آن با شیوه تفکر متفاوت و شهودی است (مرتون، ۲۰۰۸: ۳).

۲) سلامت معنوی

چشم‌اندازهای متنوعی درباره الگوهای سلامتی، درمان و پزشکی وجود دارد. اینکه چرا آدمیان بیمار می‌شوند، چرا بهبود می‌یابند و چگونه می‌توانند وضعیت سلامت خود را پایدار سازند همواره موضوع بحث عام و خاص بوده است. این تفاوت نگرش درباره وضعیت سلامت و بیماری مبتنی بر نوع نگاه به آدمی و عوامل مرتبط با این دو وضعیت است. مدت‌ها است پزشکان پی برده‌اند که عوامل جسمانی، مانند وراثت و پیشینه خانوادگی، محیط و فرایندهای فیزیولوژیکی و زیست‌شناختی ارتباط علی با سلامت دارند. این دیدگاه چشم‌انداز غالب و تقریباً انحصاری پزشکی غربی تا چند دهه پیش بوده است. مشخصه این برهه نگرش مکانیکی به انسان و فیزیکی تلقی کردن او است؛ یعنی مجموعه‌ای از استخوان‌ها که در آشامه‌ای از مواد شیمیایی حرکت می‌کنند. در این نگاه، بدن انسان بر حسب قوانین دقیق عمل می‌کند و به موجب آن، سلامتی و بیماری صرفاً حاصل فرایندهای فیزیکی هستند.

در این روند تاریخی، مجموعه عوامل دیگری موسوم به عوامل روانی یافت شد که همسان و هم‌اندازه با عوامل جسمانی در سلامتی و بیماری دخالت دارند. این عوامل شامل رفتارهای سالم، مناسبات اجتماعی، هیجان‌ات مثبت، ویژگی‌های شخصیتی و روانی و باورها و

1. Hood, R.W. Jr.

2. Zizioulas, J.

3. Merton, T.

نگرش‌های سالم هستند. پذیرش اینکه عوامل جسمانی به همراه عوامل روانی مؤثر واقع می‌شوند، نشانه‌هایی از تغییر پارادایم عظیم در این عرصه بود. از این رهگذر، تحول عمیق و جالب توجهی در شیوه نگرش پزشکان و دانشمندان به بدن، تعریف سلامتی و فعالیت پزشکی پدید آمد. این پارادایم با دوگانه ذهن-بدن (روان‌تنی) در قالب جریانی از درمان‌ها و پژوهش‌های روان‌تنی و رفتاری آغاز شد و بسط یافت که تأثیرگذاری افکار، احساسات و رفتارهای آدمی را بر سلامتی و بیماری تصدیق می‌کرد. در این دوره با رویکردهای جدیدی نظیر شیوه‌های تغییر رفتار، روان‌درمانی، پس‌خوراند زیستی، ایمنی‌شناسی روانی عصبی مواجهیم.

به‌رغم اینکه رویکرد بدن-ذهن یا روان‌تنی، در مقایسه با تلقی صرفاً مادی از انسان، دریافت واقع‌بینانه‌تری از معنای انسان دارد، چندان کامیاب نبود. به همین دلیل این روند متوقف نشد و شواهدی متفاوت و فراتر از نگرش ذهن-بدن ظهور کردند. در این دوره، پزشکان و دانشمندان نظریاتی ارائه کردند که طبق آنها آدمیان منحصر به همین بدن و ذهن نیستند و هستی‌شان در فضا و زمان منتشر است؛ به تعبیری، همه جا حاضر، نامتناهی و جاودانه هستند و در نهایت یکی بیش نیستند. ادبیات علمی این دیدگاه شبهات بسیاری با توصیف عرفا، الهیدانان و اندیشمندان دینی از خداوند، وجود الوهی، واقعیت غایی، روح یا خویشتن معنوی والاتر آدمیان دارد. طبق این یافته‌ها و شواهد، بدن، ذهن و چیزی ورای ذهن، موسوم به روح، در هم‌کنشی با یکدیگر، سلامتی را ارتقا می‌دهند، مانع از بیماری می‌شوند و بهبودی را به ارمغان می‌آورند. این نگرش مفروضات دو پارادایم فوق را درباره معنای انسان بودن، نحوه بیماری و شیوه رسیدن به وضعیت سلامتی به چالش می‌کشد.

توجه به این سه ساحت آدمی یعنی اعتقاد به این دیدگاه که حیات انسان متشکل از ساحات متمایز فیزیکی، روانی و هیجانی و معنوی است. این سه‌گانگی، با شکل‌های گوناگون آن، در بسیاری از سنت‌های معنوی و دینی قابل تشخیص است و جالب اینکه کتابچه راهنمای معتبر آماری و تشخیصی اختلالات روانی (دی‌اس‌ام ۴)^۱ در دسته‌بندی جدید چهارمین نسخه خود، اختلالات در زندگی دینی یا معنوی را منبع پریشانی روانی توصیف می‌کند. بر اساس این دسته‌بندی تشخیصی، موضوعاتی نظیر تبدیل مذهبی، تحول در سطوح تعهد مذهبی و از دست دادن ایمان یا تشکیک در آن یا ارزش‌های معنوی دیگر

1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)

می‌توانند آثار زیان بخشی بر بهزیستی داشته باشند. در واقع، برای نخستین بار به دسته‌ای از مشکلات روانی با ماهیت مذهبی یا معنوی اعتراف می‌شود که قابل انتساب به اختلال روانی نیست. این نوع دسته‌بندی را می‌توان تلاشی برای ارتقای ارتباط بین روان پزشکی و حوزه‌های دین و عرفان قلمداد کرد (لوین، ۱۴۰۰: ۲۶۹-۲۷۲).

بر این اساس، در وضعیتی موسوم به سلامت معنوی، آدمی افزون بر نیازهای دیگر، نیازمند نوعی فرازوی^۱ است. این وضعیت از یک سو بر تجربیات وحدت بخش دلالت دارد که احساس ارتباطی فراتر از خویشتن را برای انسان رقم می‌زنند (تعالی تجربی)^۲ و از سوی دیگر مستلزم نوعی تغییر نگرش است که از رهگذر آن به درک افقی عظیم‌تر نائل می‌شود که فلسفه‌ای معنوی را به او عرضه می‌کند (تعالی ادراکی)^۳ (هارتز، ۱۳۸۷: ۶-۱۲). این نوع از فلسفه، به رغم اینکه نمی‌تواند واقعیات زیست جهان آدمیان را تغییر بدهد، قادر به ایجاد تحول در نحوه نگرش آنها به واقعیات است و این امر می‌تواند غالباً به تغییر و تحول در کلیت زندگی، از جمله وضعیت سلامت، بینجامد. به تعبیر روان‌شناختی، نگرش معنوی را تا حدودی می‌توان یک طرحواره شناختی قلمداد کرد که با بازنمایی ذهنی از جهان، افراد را در پالوده‌سازی و فهم حجم عظیمی از عوامل محرک یاری می‌رساند.

۳) سبک زندگی (معنوی)

در فرهنگ‌نامه‌های معاصر، سبک زندگی چنین تعریف شده است:

- شیوه خاصی از زندگی شخص یا گروه (آکسفورد،^۴ ۱۹۹۰)؛
- شیوه زندگی فرد (لانگمن،^۵ ۱۹۸۵)؛
- الف) اصطلاحی که در اصل آلفرد آدلر برای اشاره به شخصیت بنیادی فرد - آن‌گونه که در ابتدای دوران کودکی شکل می‌گیرد و حاکم بر واکنش‌ها و رفتارهای او است - به کار برده است؛ ب) شیوه یا سبکی از زیستن (آکسفورد، ۱۹۸۹).
- عادات، نگرش‌ها، مذاق‌ها، استانداردهای اخلاقی، سطح اقتصادی و... که روی هم رفته نحوه‌ای از زیستن گروه یا فرد را شکل می‌دهند (رندم هاوس،^۶ ۱۹۸۷).

1. Transcendence

2. Experiential Transcendence

3. Perceptual Transcendence

4. Oxford

5. Longman

6. Random House

روشن است که توافقی درباره معنای سبک زندگی نشده است و همه این تعاریف، مبهم و به ابعاد مختلفی از نحوه خاص زیست انسان معطوف هستند. از اوایل دهه ۸۰ میلادی سازمان بهداشت جهانی^۱ پیدایش مفهوم سبک زندگی را به رسمیت شناخت. در این تعریف، سبک زندگی به الگوهایی از انتخاب های (رفتاری) گفته می شود که از میان گزینه های مختلف، برحسب شرایط اجتماعی - اقتصادی افراد و سهولت انتخاب شان شکل می گیرند (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۸۶: ۱۱۸).

طبق تعریف بالا، الگوهای رفتاری مهم ترین عنصر سبک زندگی هستند. با این نگاه، گستره سبک زندگی تمام افعال و کنش های آدمی - شامل جوارحی، جوانحی، قیامی، صدوری، ارادی، عبادی، غیرعبادی، فردی، جمعی و خانوادگی - را در بر می گیرد. عنصر انتخاب و آگاهی نیز در تمام رفتارهای سبکی مفروض و مشروط است (فعالی، ۱۳۹۶: ۲۱۹). با این حال، هر انسان رفتارهای متنوعی دارد. این رفتارها در بخش های مختلف همچون رفتارهای فراغتی، رفتارهای پوششی، رفتار با جنس مخالف و رفتار در مواجهه با مشکلات طبقه بندی می شوند و تابع اصولی هستند. این مبنا یا اصل همچون بنیادی است که کنش آدمیان بر مبنای آن و استوار بر آن است. می توان این پایه ها، مبانی و اصول رفتار یا کنش را الگو یا مدل رفتاری خواند (همان: ۱۳۵). به این ترتیب، در این چارچوب، سبک زندگی معنوی به الگوهایی از انتخاب های رفتاری با محوریت معنویت و جهت گیری ماورایی و متعال اطلاق می شود.

سبک زندگی معنوی، در قالب یک رویکرد گسترده به زندگی، از ارزش ها، اصول و اهداف معنوی مشتق می شود و بر طبق آن، فرد سعی در ساختن یک زندگی پرمعنا دارد.

۴) عوامل معنوی و سلامت

شواهد معتبری رابطه میان برخی عوامل معنوی و شاخص های سلامتی را نشان می دهند. قوی ترین مدارکی که به ارتباط معنویت با سلامتی اشاره دارند مبتنی بر چند مطالعه بزرگ و معتبر هستند. این مطالعات نشان می دهند که شرکت در مراسم معنوی و انجام منظم اعمال معنوی با کاهش نرخ مرگ و میر همبسته است (کوئینگ، ۲۰۰۱: ۲۱۴). همچنین برخی از پژوهش ها حاکی از آن اند که افراد فعال در زمینه های معنوی سطح کمتری از افسردگی و اضطراب را تجربه می کنند (لوین، ۱۹۹۴: ۳۵). این گروه از افراد معمولاً کمتر رفتارهای ناسالمی

1. World Health Organisation (WHO)

2. Koenig, H. G.

مانند روابط جنسی خارج از چارچوب، مصرف دخانیات و مصرف الکل را بروز می دهند (پارگامنت، ۱۴۰۲: ۱۰۹).

مسئله اصلی در این زمینه، تبیین چگونگی تأثیرگذاری عوامل معنوی بر وضعیت سلامت افراد است. مکانیسم های مختلفی مطرح شده اند که از طریق آنها عوامل معنوی می توانند به طور مستقیم یا غیرمستقیم بر سلامت تأثیر بگذارند. برخی پژوهشگران معتقدند این مکانیسم ها می توانند مسیرهای احتمالی تأثیرگذاری عوامل دینی و معنوی بر سلامت در نظر گرفته شوند (کوئینگ، ۲۰۰۱: ۱۷۸). این مکانیسم ها شامل بهبود وضعیت روانی از طریق کاهش استرس، افزایش حمایت اجتماعی و تقویت سبک های زندگی سالم هستند (لوین، ۱۹۹۴: ۴۵). در واقع، این مکانیسم های احتمالی امکان پیوندی معنادار میان عوامل معنوی و سلامت افراد را فراهم می کنند (پارگامنت، ۱۴۰۲: ۱۲۲).

بر اساس برخی از الگوهای نظری مطرح در مطالعات سلامت و معنویت، توجه به امور معنوی و پایبندی به زندگی با محوریت معنویات، تأثیرات مثبت مستقیمی بر سلامت جسمی و روانی دارد. یکی از این الگوها مدل «حمایت اجتماعی معنوی» است که معتقد است شرکت در فعالیت های معنوی و حضور در جمع های مذهبی شبکه های حمایت اجتماعی قوی تری ایجاد می کند که در نهایت به افزایش سلامت عمومی افراد منجر می شود (کوئینگ، ۲۰۰۱: ۲۰۱). مدل دیگری به نام «تأثیرات معنوی بر استرس» نشان می دهد که فعالیت های معنوی با کاهش سطح استرس و اضطراب و افزایش آرامش روانی سبب بهبود سلامت افراد می شوند (لوین، ۱۹۹۴: ۶۷). همچنین برخی مطالعات نشان داده اند که مداومت بر اعمال معنوی می تواند به تقویت سبک زندگی سالم تر، از جمله کاهش مصرف دخانیات و الکل، منجر شود (پارگامنت، ۱۴۰۲: ۱۳۴).

۵) طرحواره سبک زندگی معنوی

طرحواره یا الگوی سبک زندگی معنوی به مجموعه ای از اصول، ارزش ها، عقاید و رفتارها اطلاق می شود که برای تحقق ابعاد معنوی و روحی زندگی فردی هدفمند شده اند. این طرحواره با تأکید بر ارتباط ابعاد عرفانی، اخلاقی، وجودی و سلامت معنوی سعی در ایجاد زندگی معنویت بخش و ارزشمند دارد.

آموزه های معنوی با فراهم آوردن چارچوب های مفهومی و ارزشی به افراد کمک می کنند که درک عمیق تری از معنای زندگی، ارتباط با جهان پیرامون و خویشتن خویش پیدا کنند.

از طریق این آموزه‌ها انسان‌ها برای سؤالاتی از قبیل «چه کسی هستیم؟» و «چرا در این جهان هستیم؟» پاسخ‌هایی جدید و متفاوت می‌یابند که نگرششان را به خویشتن و جایگاهشان در جهان تغییر می‌دهد. برای مثال، تمرین‌های معنوی مانند مراقبه یا نماز به افراد کمک می‌کنند که ذهن خود را از دغدغه‌های روزمره رها سازند و به تفکر عمیق‌تر و بازنگری در وجود خود مشغول شوند (امونز و پالوتزیان، ۲۰۰۳^۱، ۳۸۰-۳۸۱). تجارب معنوی که حاصل کاربست این آموزه‌ها هستند سبکی نو از زندگی را پدید می‌آورند که با روال روزمره زندگی بسیار تفاوت دارد. پیش از هر چیز، آگاهی، یا به تعبیر عرفانی یقظه، عنصر اصلی برای گام نهادن در مسیر معنوی و شکل‌گیری تدریجی سبک زندگی معنوی است. یقظه و هشیاری معنوی فراتر از تجربیات روزمره و سطوح عادی آگاهی قرار می‌گیرد. حقیقت یقظه قیام درونی برای خدا و ایجاد تحول باطنی است و خلوص نیت و عمل شرط این قیام شمرده می‌شود (سبأ: ۴۶). تغییر در رفتار خدا و جهان مخلوق او فقط از رهگذر این قیام و تحول درونی رخ می‌دهد (رعد: ۱۱)؛ در این چارچوب، تغییر رفتار این جهان و خالق آن در گرو تغییر آدمیان است.

از منظر عرفانی، مواجهه آدمی با آموزه‌های معنوی ممکن است به نوعی از هشیاری بینجامد که زمینه‌ساز تجربه یا تجاربی معنوی می‌شود و تداوم آن سبک زندگی معنوی را رقم می‌زند. این تجربه معنوی در نازل‌ترین سطح، کارکرد بدن و به دنبال آن، سلامتی یا مقاومت او در برابر انواع بیماری‌ها را متأثر می‌سازد. در واقع، هنگام بررسی شبکه پیچیده عواملی که بر سلامتی آدمی تأثیر می‌گذارند، این دست از تجارب را نیز می‌توان لحاظ کرد. در این نگاه واقع‌بینانه، باید در چارچوب شبکه‌ای از عوامل میزبان-مانند سابقه سلامتی، وراثت، شخصیت، رفتار و وضعیت اجتماعی اقتصادی- و نیز عوامل محیطی-همچون روابط خانوادگی، مواجهه‌های آسیب‌زا و رضایت شغلی- از تجارب معنوی انتظار تأثیرگذاری داشت (کوئینگ و همکاران، ۲۰۱۲^۲: ۴۵۶-۴۵۸).

۶) رابطه تجارب دینی و معنوی با سلامتی

مفاهیم تجربه دینی - معنوی^۳ و عرفانی^۴ از مفاهیم نسبتاً جدید هستند و در ادیان سنتی آنها را نمی‌بینیم. مگین^۵ با اشاره به تجارب عرفانی می‌نویسد:

1. Emmons, R.A.; Paloutzian, R.F.

2. Koenig, H. G., King, D. E., & Carson, V. B.

3. Religious & Spiritual experience

4. Mystical experience

5. Bernard McGinn

برنارد مگین از محققان برجسته عرفان مسیحی و تاریخ‌نگاری آن است. او بیشتر با پژوهش‌های گسترده‌اش در زمینه تاریخ عرفان غربی شناخته می‌شود و به‌طور خاص بر عرفای مسیحی و اندیشه‌های آنان تمرکز کرده است.

هیچ عارفی (دست‌کم تا پیش از قرن حاضر) به «عرفان» باور نداشت یا آن را به کار نمی‌برد. عارفان معتقد به مسیحیت (یهودیت، اسلام یا آیین هندو) بودند و بر طبق آنها مشی می‌کردند (مگین، ۱۹۹۱: ۲۵۲).

به همین ترتیب، تجارب عرفانی نیز شکلی از ارتباط بی‌واسطه با حضور الوهی هستند. به تعبیر پل تیلیش^۱، «بدون عنصری عرفانی - یعنی تجربه‌ای از حضور مستقیم خدا - هیچ دینی وجود نخواهد داشت» (تیلیش، ۱۹۶۳: ۸۸-۸۹). ویلیام جیمز مواردی چون توصیف ناپذیری، معرفت بخشی، گذرا بودن و انفعال را از مشخصه‌های تجربه عرفانی دانسته است (جیمز،^۲ ۱۹۶۱: ۲۹۹-۳۰۰). اشتیاق به اتحاد با خدا و تجربه درک حضور و عشق الاهی از ویژگی‌های اصلی و نیروهای مؤثر زندگی عرفانی‌اند.

در ادبیات عرفانی، تجربه معنوی در معنای کلی آن یعنی «رؤیت قلبی امر مطلق در تمام مراتب هستی». این رؤیت که همان «کشف امر قدسی» است، در دو سطح طبقه‌بندی می‌شود: کشف صوری و کشف معنوی. در کشف صوری، سالک به تعداد حواس پنج‌گانه خویش، که نازل‌ترین مرتبه از شهود عرفانی قلمداد می‌شود، حقایق معنوی را رؤیت می‌کند. شنیدن ندایی غیبی، لمس حقیقتی مجرد و استشمام رایحه‌ای رحمانی از مصادیق این مرتبه هستند. در کشف معنوی، این رؤیت به گونه‌ای عمیق‌تر رقم می‌خورد و سالک با گام نهادن در مراتب والاتر هستی، بی‌واسطه امر مطلق را تجربه می‌کند. در واقع، او در این مرتبه با حقایق مجرد مواجه می‌شود. حدس و الهام ربانی و نیز اتحاد با روح مطلق را می‌توان از ثمرات این مواجهه قلمداد کرد (قیصری، ۱۳۷۰: ۱۳۳-۱۳۵).

در ادبیات عرفانی، این دو رخداد معنوی، که محصول ریاضت‌ها هستند، از لذات معنوی محسوب می‌شوند. به تعبیر بوعلی سینا در نمط هشتم اشارات، «کشف قرین لذت و بهجت است» (رازی، ۱۳۸۱: ۴۴۱). مفارقت از آلام و دردها از پیامدهای این بهجت درونی به شمار می‌رود و تجربیات اولیای دین و سالکان این طریق مهر تأییدی بر این است. گزارش قرآن از ماجرای حضرت مریم عَلَيْهَا السَّلَامُ با همین نگاه قابل تحلیل است. مریم عَلَيْهَا السَّلَامُ با عارض شدن درد طاقت‌فرسای بارداری (مریم: ۲۳) و نیز مواجهه با تهمت‌های قوم بنی‌اسرائیل دو تجربه شگفت‌انگیز و غیرعادی را از سر گذرانند. هر دو تجربه تأییدی از خداوند (مریم: ۲۴، ۲۹-۳۰)

1. Tillich, P.

2. James, W.

و موجب سکونت و آرامش خاطر او شدند. در جریان ابراهیم علیه السلام نیز گونه‌ای دیگر از این تجربه بیان می‌شود. پس از اینکه ابراهیم در رؤیا بارها دستور ذبح فرزندش را دریافت کرد و اسماعیل علیه السلام نیز تن به این دستور داد، هنگام انجام تکلیف ندا رسید که «ای ابراهیم * حقاً که رؤیایت را تحقق بخشیدی، همانا ما نیکوکاران را این‌گونه پاداش می‌دهیم» (صافات، ۱۰۴-۱۰۵). خطاب مذکور تجربه‌ای را برای ابراهیم رقم زد که نور و گرمای حاصل از آن او را در ادامه مسیر مصمم‌تر ساخت. این تجارب، به صورت منبعی آرام‌بخش و نویدبخش، شعله امید را در دل آنان روشن کردند. آنان حضور خداوند و دست پشتیبانی او را با تمام وجود احساس کردند. به تعبیر روان‌شناختی، تجارب مذکور همچون مخزنی انرژی بخش، افقی رضایت بخش از زندگی را پیش روی آنان نهادند که محصولش آرامش درونی، امیدواری و شادمانی بود.

در ادبیات روان‌شناختی، این تجارب نقشی ویژه در کیفیت زندگی افراد دارند؛ هر چه تجارب معنوی بیشتر باشند، امیدواری بیشتر خواهد بود. رویارویی این افراد با سختی‌های زندگی قرین‌تانی و آرامش خواهد بود؛ چراکه چشمداشت نتیجه‌ای مثبت و مطلوب از رویدادهای زندگی دارند و از این رو عملکردی مؤثر در این برهه‌ها خواهند داشت (اسنایدر و راند، ۲۰۰۴: ۵۲۱-۵۲۳). این تجارب که سطح امیدواری فرد را افزایش می‌دهند، اثری مثبت بر کاهش تنش‌ها و مدیریت صحیح رویدادهای ناگوار و نیز نقشی آرام‌بخش دارند. همچنین موجب افزایش همدلی و درک متقابل می‌شوند و ناامیدی و پوچی را به اندازه چشمگیری کاهش می‌دهند (باتلر و همکاران، ۱۹۹۸: ۴۶۳). نکته مهم اینکه امیدواری ناشی از تجارب معنوی مبنایی شناختی دارد. به بیان دیگر، امیدواری فرد پیوند مستحکمی با نحوه نگرش او به هستی، خود و دیگران دارد. در واقع، نوع جهان‌بینی و ارزش‌های او کیفیت زندگی و حالاتی مثبت را برای او رقم می‌زنند.

۷) رابطه زیست معنوی با سلامتی

پایبندی به آموزه‌های معنوی و به دنبال آن، تجارب معنوی و شکل‌گیری سبک زندگی معنوی با احساس بهزیستی و سلامت معنوی قرین است. این تجربه، که هم علت محدثه و هم علت مبقیه سبک زندگی معنوی است، می‌تواند منبعی اثربخش برای معناداری زندگی و رویش روان‌شناختی آدمی تلقی شود. داشتن یک زندگی معنادار و هدفمند یکی از عوامل

1. Snyder, C.; Rand, K.

2. Butler, M.H.; Gardner, B.C.; Bird, M.H.

اصلی مرتبط با بهزیستی روان‌شناختی است. اساساً معنا آن چیزی است که ایده‌ها و اشیا را به شیوه‌ای قابل پیش‌بینی و نسبتاً پایدار به یکدیگر متصل می‌کند. در واقع، نیاز به معنا، به طور گسترده، به انگیزه‌ای برای یافتن پاسخ و توضیح برای رویدادهای زندگی اشاره دارد و میل به زندگی برای معنا بخشی به چیزها و هدف‌داری است.

برخی اندیشمندان نیاز به معنا در زندگی را در چهار نیاز اساسی خلاصه می‌کنند: هدفمندی، ارزش‌ها، کارآمدی و احترام به خویشتن. این چهار نیاز را می‌توان الگوهای انگیزشی مختلف توصیف کرد که به افراد کمک می‌کنند زندگی را معنا یا برای آن معنایی کشف یا جعل کنند (باتیانی و روسو-نتزر، ۲۰۱۴: ۳۰-۳۵). بر همین مبنا، معنای افزون‌تر و ژرف‌تر در زندگی و به بیانی دیگر، هدفمندی و رضایتمندی از زندگی پیوندی ناگسستنی با این سبک زندگی دارد و به تعبیر دقیق‌تر، زاده آن است. تجربه زیسته در این زندگی «بودن و زیستن» متمایز را متجلی می‌سازد که نوع و ماهیتش با دیگر تجربه‌های آدمی متفاوت است. این دست از تجارب، به ویژه وقتی عمیقاً احساس شوند و واقعی و معنادار باشند، توان ایجاد نوع خاصی از تحول را در نحوه نگرش انسان به خویش و جایگاهش در جهان دارند.

آشفستگی یا بیماری روحی زمانی عارض می‌شود که روح، به دلیل بی‌نظمی بخش‌های دیگرش، از تحقق و انجام اعمال خاص خویش بازمانده باشد. سبک زندگی معنوی ارزش‌های مطلق و پایداری را عرضه می‌کند؛ از این رو چیزی تجملی نیست، بلکه یک ضرورت است.

گفتنی است که وحدت در عرفان عنصری محوری است که می‌توان آن را جانمایه نگرش عرفانی قلمداد کرد. نقل است که ابوسعید ابوالخیر گفت: «عرفان (تصوف) دو چیز است: یکسو نگرستن و یکسان نگرستن» (محمد بن منور، ۱۳۶۶: ۴۳۴/۱). یکسونگری در نسبت با خدا تحلیل می‌شود. وقتی آدمی سراسر وجودش را به مقصدی واحد معطوف دارد، از آشفستگی و پریش حالی مصون می‌ماند؛ این همان وحدت باطنی است که از جمعیت خاطر و نگاه توحیدی سرچشمه گرفته است. در این سبک از زندگی، توجه قلب همواره به یک نقطه است و این جز مشی توحیدی نیست. از سوی دیگر، آدمی با یکسان نگرستن، همگان را آینه خدا می‌بیند و همه را به یک اندازه درخور مهربانی و احترام می‌داند. از آنجا که همه، از جمله خود، را آفریده خداوند متعال و بنده او می‌داند، احساس برتری بر دیگران ندارد، به آنان فخر

1. meaning

2. Batthyany, Alexander; Pninit Russo-Netzer

نمی‌فروشد و مشی خاشعانه‌ای در پیش می‌گیرد. ابوسعید ابوالخیر می‌گوید: «هر که در خلق به چشم خلق بنگرد، خصومتش با ایشان به درازا کشد و هر که بدیشان از چشم حق بنگرد، بدیشان می‌آساید» (همان). حاصل آنکه یکسونگری آدمی را از تشویش و پراکندگی برخاسته از توجه به کثرت‌ها به آرامش و سلامت ناشی از یگانگی خداوند سوق می‌دهد و یکسان‌نگری، با کنار نهادن همه تمایزات اعتباری، آد میان را به صلح و سلامت اجتماعی درمی‌آورد.

نتیجه

پایبندی به آموزه‌های معنوی، یا به تعبیری معنویت‌مداری در زندگی، مستلزم اتخاذ سبک و شیوه‌ای از زندگی است که کانونش رابطه ژرف آدمی با امر متعال یا مقدس است. این سبک از زندگی همچون الگوهایی از انتخاب‌های رفتاری با محوریت معنویت و جهت‌گیری ماورایی و متعال است و مانند عامل میانجی معنویت و سلامت معنوی عمل می‌کند.

پیوستگی عرفان و سلامت معنوی در طرحواره سبک زندگی معنوی به روشنی قابل تبیین است. این طرحواره با تأکید بر ارتباط با ابعاد عرفانی، اخلاقی، وجودی و سلامت معنوی نوعی از زندگی معنویت‌بخش و یکپارچه را رقم می‌زند. مواجهه آدمی با آموزه‌های معنوی به نوعی از هشیاری (یقظه) می‌انجامد که زمینه‌ساز تجربه یا تجاربی معنوی می‌شود و تداومش سبک زندگی معنوی را رقم می‌زند.

در این نگرش معنوی، شرط سلامتی آدمی وحدت است؛ چراکه نبود وحدت بیانگر نبود عوامل سازنده‌ای است که آدمی باید برای رشد و تحول شخصیت خویش به دست آورد. بنابراین هر لغزش در پایبندی به آموزه‌های معنوی، نیروهای دیگر آدمی را به بی‌نظمی و آشفتگی خواهد کشاند و سلامت معنوی و در نتیجه معنای زندگی او را به مخاطره خواهد افکند. به بیان دیگر، سرپیچی قوای روح از چارچوب‌های معنوی اختلالات و آشفتگی‌هایی را به بار می‌آورد که در نهایت زندگی را بی‌معنا می‌سازد.

در مقابل، پایبندی به این چارچوب‌ها به معنای التزام به ارزش‌های مطلق است که وحدت و تمامیت را به ارمغان می‌آورند. بر این اساس، بی‌معنایی زندگی حاصل برگزیدن ارزش‌هایی نسبی است که تاب و توان ارزش‌های مطلق را برای معنادار ساختن زندگی ندارند. سبک زندگی معنوی ارزش‌های مطلق و پایداری را عرضه می‌کند؛ از این رو چیزی تجملی نیست، بلکه یک ضرورت است.

کتابنامه

قرآن کریم.

۱. پارگامنت، کنت آی. (۱۴۰۲)، روان‌شناسی دین و مقابله با ناملايمات زندگی: نظریه، پژوهش، کاربست، ترجمه و یادداشت محمدتقی فعالی، امیر قربانی، قم: تیماس، چاپ سوم.
۲. رازی، قطب‌الدین محمد (۱۳۸۱)، *الاهیات من المحاکمات بین شرحی الاشارات*، تهران: میراث مکتوب.
۳. سی بولد، کوین (۱۴۰۰)، پژوهش‌هایی در عصب‌شناسی، روان‌شناسی و دین، تهران: نگارستان اندیشه.
۴. فعالی، محمدتقی (۱۳۹۶)، مبانی سبک زندگی اسلامی، قم: انتشارات مؤسسه فرهنگی هنری دین و معنویت آل یاسین.
۵. قاسانی، عبدالرزاق (۱۴۲۷ق)، شرح منازل السائرین، تصحیح محسن بیدارفر، قم: انتشارات بیدار.
۶. قیصری، محمد داوود (۱۳۷۰)، شرح مقدمه قیصری بر فصوص الحکم، تحقیق جلال‌الدین آشتیانی، تهران: امیرکبیر.
۷. لوین، جف (۱۴۰۰)، *الاهیات و پزشکی: واکاوی پیوند میان معنویت و درمان*، ترجمه امیر قربانی، قم: تیماس.
۸. محمد بن منور (۱۳۶۶)، *اسرار التوحید فی مقامات الشیخ ابی سعید*، تصحیح محمدرضا شفیعی کدکنی، تهران: انتشارات آگاه.
۹. هارتز، گری (۱۳۸۷)، *معنویت و سلامت روان*، ترجمه امیر کامگار و عیسی جعفری، تهران: نشر روان.
10. Batthyany, Alexander; Russo-Netzer, Pninit (2014), *Meaning in Positive and Existential Psychology*, Springer.
11. Butler, M.H.; Gardner, B.C.; Bird, M.H. (1998), "Not Just a time – out: Change dynamics of prayer for religious couples in conflict situations", *Family Process*, vol. 37 (4), P. 451–478.
12. Emmons, R.A.; Paloutzian, R.F. (2003), "The psychology of religion", *Annual Review of Psychology*, vol. 54 (1), P. 377–402.
13. Geels, A.; Belzen, J. (2003), "A vast domain and numerous perspectives: Introduction to the volume", In J. Belzen; A. Geels (Eds.), *Mysticism: A variety of psychological perspectives*, P. 7–15, Amsterdam: Rodopi.
14. Hood, R.W. Jr. (2001), *Dimensions of mystical experiences: Empirical studies and psychological links*, Amsterdam: Rodopi.
15. James, W. (1961), *The varieties of religious experience*, New York: Collier.
16. Koenig, H. G. (2001), *The healing power of faith: Science explores medicine's last great frontier*, Simon & Schuster.
17. Koenig, H. G.; King, D. E; Carson, V. B. (2012), *Handbook of religion and health (2nd ed.)*, Oxford University Press.
18. Longman. (1985), *Longman Dictionary of Contemporary English*, Longman.
19. McGinn, B. (1991), *The foundations of mysticism: Origins to the fifth century*, New York:

Crossroad.

20. Merton, T. (2008), *An introduction to Christian mysticism: Initiation into the monastic tradition 3* (P. O'Connell, Ed.), Kalamazoo, MI: Cistercian Press.
21. Oxford (1989), *Oxford English Dictionary* (2nd ed.), Oxford University Press.
22. Oxford (1990), *The Concise Oxford Dictionary*, Oxford University Press.
23. Random House (1987), *Random House Dictionary of the English Language* (2nd ed.).
24. Snyder, C.; Rand, K. (2004), "Hopelessness and health", In *Encyclopedia of health and behavior*.
25. Tillich, P. (1963), *Christianity and the encounter of the world religions*, New York: Columbia University Press.
26. Vergote, A. (2003), "Plying between psychology and mysticism", In J. Belzen, & A. Geels (Eds.), *Mysticism: A variety of psychological perspectives*, P. 81-107, Amsterdam: Rodopi.
27. World Health Organisation (Health Education Unit) (1986), "Life-styles and Health", *Social Science in Medicine*, vol. 22, P. 117-124.
28. Zizioulas, J. (2006), *Communion and otherness: Further studies in personhood and the church*, (P. McPartlan, Ed.), London: T & T Clark.