





تدوین و اعتبارسنجی ابزار سنجش سلامت معنوی مبتنی بر متون اسلامی مرتبط

اعظم اسکندری  دانشجوی دکتری روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد یزد، یزد، ایران.

سعید وزیری ^۱  استادیار گروه علوم تربیتی دانشگاه آزاد اسلامی واحد یزد، یزد، ایران.

محمد حسین فلاح  دانشیار گروه علوم تربیتی دانشگاه آزاد اسلامی واحد یزد، یزد، ایران.

ابوالقاسم عاصی مذهب  استادیار گروه علوم قرآن و حدیث دانشگاه آزاد اسلامی واحد یزد، یزد، ایران.

چکیده

یکی از مهم‌ترین جنبه‌های سلامت انسان، سلامت معنوی است که بر دیگر ابعاد آن، تأثیر بسزایی دارد. با توجه به لزوم ارائه تعریفی جامع از سلامت معنوی و تعیین مؤلفه‌ها و سنجش آن منطبق با فرهنگ و دین جامعه ایرانی، پژوهش حاضر با هدف تدوین مدل مفهومی و ابزار سنجش سلامت معنوی مبتنی بر متون اسلامی انجام شده است. مطالعه حاضر به روش ترکیبی از نوع اکتشافی (کیفی، کمی) انجام شد. در مرحله کیفی، به روش تحلیل محتوای کیفی با نظام مقوله‌بندی استقرایی، متغیرها و مؤلفه‌های ناشناخته سلامت معنوی کشف شده و الگوی مفهومی سلامت معنوی ترسیم شد. جهت استحکام و اعتباربخشی به داده‌ها، از روش ممیزان بیرونی یا تأیید متخصصان مرتبط، استفاده شد. سپس ابزار سنجش سلامت معنوی در قالب پرسشنامه‌ای با طیف لیکرت در ۷۰ گویه تدوین شد. در مرحله کمی، در فرآیند اعتبارسنجی پرسشنامه، جهت آزمون روایی پرسشنامه از شاخص‌های روایی محتوا و جهت سنجش پایایی آن از روش‌های آزمون-آزمون مجدد و سنجش هم‌انگهی درونی استفاده شد. در مرحله کیفی، مؤلفه‌های سلامت معنوی در سه مقوله هسته‌ای مبدأشناسی، راهنماشناسی و معادشناسی طبقه‌بندی شدند. مؤلفه مبدأشناسی شامل ۶ مفهوم نگرش توحیدی، یقین، اخلاص، انقطاع، توکل و ذکر بود. مؤلفه راهنماشناسی، شامل دو مقوله اصلی ادب تطبیقی با قرآن کریم (الگوی نظری) و ادب تطبیقی با انبیاء و چهارده معصوم (الگوی عملی) بود. مقوله اول شامل دو مفهوم انس با قرآن و عمل به قرآن؛ و مقوله دوم شامل ۲۲ مفهوم تسلیم و رضاء، صبر، عمل به واجبات، ترک

^۱ نویسنده مسئول s.vaziri@iauyazd.ac.ir

محرمات، شکر، قناعت، لذت مادی، لذت معنوی، وفای به عهد، صدق الکلام، اداء امانت، حسن خلق، سخاوت، مروت، خدمت، عفو، عدالت، شجاعت، غیرت، حلم، حیاء و کسب روزی حلال بود. آخرین مؤلفه سلامت معنوی، معادشناسی است که شامل سه مفهوم معادباوری، یاد مرگ و زهد می‌باشد. در نهایت ابزار سنجش سلامت معنوی بر اساس الگوی مفهومی طراحی شد. در مرحله کمی در مجموع ۷۰ گویه از سوی متخصصین، ضروری، مرتبط و ساده و واضح تشخیص داده شدند و روایی محتوا از سوی خبرگان تأیید شد. ضرایب آلفای کراباخ، نشان‌دهنده هماهنگی درونی در تمامی سازه‌ها و زیر سازه‌های پرسشنامه بود و نتایج حاصل از آزمون-بازآزمون نیز در تمامی مؤلفه‌ها، پایایی پرسشنامه را تأیید نمود. در مطالعه حاضر، بانگهی جامع به یک انسان کامل با هویت توحیدی ذکر شده در متون اسلامی، مؤلفه‌های سلامت معنوی استخراج، الگوی مفهومی آن طراحی و ابزار سنجش آن تدوین و اعتبارسنجی شده است که در مجموع با مطالعات پیشین در این زمینه همسو است.

کلیدواژه‌ها: مدل مفهومی، ابزار سنجش، سلامت معنوی.



مقدمه

سلامت از دیدگاه سازمان جهانی بهداشت عبارت است از "برخورداری از آسایش کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه فقط نداشتن بیماری و نقص عضو" (سیدنوزادی، ۱۳۹۸). سلامتی یک مسئله چند بعدی است. باید توجه داشت که ابعاد مختلف سلامتی و یا بیماری بر یکدیگر اثر کرده و تحت تأثیر یکدیگر قرار دارند. چنانچه مشکلات جسمی بر روان فرد، مشکلات روانی بر جسم او و نیز هر دوی آنها بر جامعه و اختلالات موجود در جامعه بر هر دو بعد دیگر سلامتی اثر می‌گذارند. لذا اقدامات انجام شده برای ارتقای سلامتی باید به تمام جوانب سلامتی فردی (جسمی و روانی و معنوی) و سلامت کلی جامعه توجه داشته باشد. سازمان بهداشت جهانی، برای سلامتی چهار بعد در نظر گرفته است که شامل سلامت جسمی، سلامت روانی و سلامت اجتماعی و سلامت معنوی است. در سالیان اخیر، سلامت معنوی به عنوان مفهومی در چارچوب معنویت، در کنار ابعاد اجتماعی، عاطفی، روحی و جسمی سلامت انسان مورد پذیرش قرار گرفته است (دارا^۱ و همکاران، ۲۰۱۳ و میلر و تورنسن^۲، ۲۰۰۳). یکی از زمینه‌های عمده بیماری‌ها و مشکلات روانی و عوارض جسمی و اجتماعی آن، احساس پوچی، بیهودگی و تزلزل روحی است که ناشی از فقدان بعد معنوی در افراد است. ایمان، هدفدار بودن زندگی، پای بندی اخلاقی، تعاون، داشتن حسن ظن و توجه بیشتر به مسائل معنوی زندگی باعث کاهش اضطراب، تزلزل روحی و عوارض ناشی از آن می‌شود. جنبه‌های معنوی زندگی باعث می‌شود فرد همواره برای اهداف عالی‌تر زندگی تلاش نماید و در مقابل کمبودها و مشکلات تحمل و بردباری بیشتری داشته و همواره از رضایت خاطر برخوردار باشد ضمن اینکه در ارتباط با افراد دیگر جامعه نیز رفتار مناسب خواهد داشت. بنابراین تقویت جنبه معنوی به سلامت جسم و روح افراد و نهایتاً سلامت جامعه بزرگ بشری کمک بسزایی خواهد کرد (سید نوزادی، ۱۳۹۸). اگر سلامت انسان از بعد معنوی به خطر بیفتد، باعث آشفتگی در دیگر ابعاد می‌شود (توان و همکاران، ۲۰۱۵). برخی مطالعات بیانگر آن است که بدون سلامت معنوی، دیگر ابعاد

^۱ Miller, Thoresen

^۲ Ross

زیستی، روان‌شناختی و اجتماعی نمی‌تواند عملکرد درست داشته باشد یا به حداکثر ظرفیت خود برسد و بنابراین بالاترین سطح کیفیت زندگی، قابل‌دستیابی نخواهد بود (رأس، ۱۹۹۵). مطالعه فرهادیان (۱۳۹۹) و همکارش نیز نشان می‌دهد که سلامت معنوی به‌طور معناداری بهزیستی روان‌شناختی را پیش‌بینی می‌کند. نتایج مطالعه کیفی دیگو کوردرو^۱ و همکاران (۲۰۲۱) از نقش مثبت معنویت در لحظات بحرانی زندگی انسان حمایت می‌کند. مک کلین^۲ و همکاران (۲۰۰۳) نیز سلامت معنوی را به‌عنوان هسته مرکزی مفهوم سلامت در نظر گرفته‌اند که نوعی یکپارچگی و هماهنگی میان مؤلفه‌های درونی شکل‌دهنده هویت فرد به بار می‌آورد (کرون، ۲۰۰۹؛ به نقل از زیباد و همکاران، ۲۰۱۶).

اجماعی بر سر سازه معنویت و بالتبع مفهوم سلامت معنوی وجود ندارد و علیرغم پژوهش‌های بسیاری که طی دهه‌های گذشته در این حوزه صورت پذیرفته، فقدان تعریفی جامع و قابل‌قبول از سلامت معنوی کماکان مشاهده می‌گردد (وادر، ۲۰۰۶)؛ اما در مطالعات پیشین، تلاش‌هایی برای تعریف سلامت معنوی و تعیین مؤلفه‌ها و شاخص‌های آن صورت گرفته است. از جمله فیشر^۳ (۲۰۱۱) سلامت معنوی را با اصطلاح حالتی از بودن، احساسات مثبت، شناخت ارتباط فرد با خود، دیگران و یک نیروی ماورایی و نیز فطرت تعریف می‌کند که در صورت دارا بودن آن (سلامت معنوی) فرد احساس هویت، کمال، رضایتمندی، لذت، خرسندی، زیبایی، عشق، احترام، نگرش مثبت، آرامش، توازن درونی می‌کند و دارای هدف و جهت زندگی می‌شود. بر طبق نظریه پولوتزین^۴ و الیسون^۵ (۱۹۸۳) سلامت معنوی دارای دو بعد عمودی و افقی است. بعد عمودی آن شامل احساس سلامتی در ارتباط با خدا (سلامت مذهبی) و بعد افقی آن شامل احساس رضایت و هدفدار بودن در زندگی است (سلامت وجودی). به نظر می‌رسد با توجه به مبانی اعتقادی اسلامی چنین تعاریف و

^۱ Diego-cordero

^۲ McClain

^۳ Craven

^۴ Vader

^۵ Fisher

^۶ Palutzian

^۷ Ellison

^۸ Daaleman

ابزارهایی برای سنجش سلامت معنوی کامل نیست؛ زیرا مؤلفه‌هایی همچون آرامش، امید، شادی و رضایت مندی، کمابیش در حیوانات نیز وجود دارد (مرتبه حیوانی روح) و ممکن است در کوتاه‌مدت و به‌طور ناقص، به شیوه‌هایی حاصل شوند که در نهایت با کمال حقیقی انسان تضاد داشته باشند. لذا نمی‌توانند به‌طور مطلق، به‌مثابه شاخص‌های اصلی سلامت معنوی قرار گیرند. تعاریف بسیط‌تر و کامل‌تری نیز ارائه شده است که دربرگیرنده مبانی سلامت معنوی از دیدگاه اسلام است و مؤلفه‌ها و شاخص‌هایی را برای به‌کارگیری در پرسشنامه‌ها و ارزیابی‌ها در بردارد. از جمله آن تعاریف، دیدگاه مصباح یزدی (۱۳۹۲) است که سلامت معنوی را وضعیتی دارای مراتب گوناگون می‌داند که در آن متناسب با ظرفیت‌ها و قابلیت‌های فرد، بینش، گرایش و توانایی لازم برای تعالی روح که همان تقرب به خدای متعال است فراهم می‌باشد، به گونه‌ای که همه امکانات درونی به‌طور هماهنگ و متعادل، می‌توانند در جهت هدف کلی مزبور به کار گرفته شوند و همراه با امکان انتخاب، رفتارهای اختیاری درونی و بیرونی متناسب با آن‌ها نسبت به خدا، فرد، جامعه و طبیعت ظهور می‌یابند (عزیزی، ۱۳۹۳، به نقل از مصباح یزدی، ۱۳۹۲). عزیزی (۱۳۹۳)، نیز معتقد است که سلامت معنوی وضعیتی است هدفمند و معنادار از حیات انسانی که حاصل ایمان و اعتقاد و ارتباط فرد با قدرت و کمال لایتناهی الهی و زندگی ابدی پس از مرگ است. سلامت معنوی منجر به ایجاد نشاط، امید، رضایت مندی، اطمینان قلبی، آرامش و داشتن قلب سلیم در فرد و رستگاری در دنیا و آخرت شده و ارتباط پویای مبتنی بر مکارم اخلاق، عشق و محبت با خود، دیگران و جهان پیرامون ایجاد می‌کند (عزیزی، ۱۳۹۳).

بر اساس دیدگاه‌های مختلفی که در رابطه با مفهوم معنویت و سلامت معنوی وجود دارد، ابزارهای گوناگونی جهت سنجش آن تدوین و معرفی شده است. به‌عنوان نمونه، پولوتزین و الیسون در سال ۱۹۸۳ پرسشنامه‌ای در این زمینه تدوین کردند که شامل ۱۰ سؤال سلامت مذهبی یا معنوی و ۱۰ سؤال سلامت جسمی است (الیسون، ۱۹۸۳). در سال ۲۰۰۴، "پرسشنامه شاخص معنوی سلامت"، توسط دائلمن^۱ و فری^۲ منتشر شد. این پرسشنامه حاوی

^۱Frey

^۲Hungelmann

سؤالانی در مورد افسردگی، توانایی روش حل مسئله و مهارت‌های زندگی است (دائلمن، ۲۰۰۴). دیگر ابزار طراحی‌شده، SHALOM نام دارد که پرسشنامه سلامت معنوی و اندازه‌گیری معیارهای زندگی است. کاتن و همکاران (۲۰۰۵)، در بررسی اثر معنویت نوجوانان بر علائم افسردگی و رفتارهای مخاطره‌آمیز در حیطه سلامت، مذهبی بودن و معنویت را با طراحی پرسشنامه‌ای ارزیابی کردند. هانگل مان^۱ و همکاران در ۱۹۹۶ پرسشنامه‌ای در زمینه سلامت معنوی تدوین کردند که شامل سه عامل ایمان، خود مسئولیتی و رضایت از زندگی است. مک دونالد^۲ (۲۰۰۰) برای اندازه‌گیری معنویت ابزاری تدوین کرده که بر سلامت وجودی و عقاید فرا طبیعی و مذهبی تأکید دارد. نیکول شیور^۳ و همکاران (۲۰۲۰) نیز پرسشنامه‌ای را طراحی و اعتبارسنجی کرده‌اند که سلامت معنوی را در قالب ارتباطات فرد با خود، دیگران، طبیعت و هستی متعالی توصیف می‌کنند.

لازم به ذکر است، بیشتر ابزارهایی که در جهان برای مذهبی بودن به کار می‌روند مربوط به مسیحیت و یهودیت است؛ اما ابزارهایی نیز برای سنجش مذهبی بودن در اسلام وجود دارد. نمونه‌ای از این ابزارها، مقیاس دینداری اسلامی^۴ است که بر اساس قرآن و جهان‌بینی اسلامی طراحی شده است. (میر و همکاران، ۱۹۹۸). یک مطالعه‌ی مروری نیز در سال ۲۰۱۱ بر روی ۳۵ ابزار سنجش سلامت معنوی انجام شده است که دو شیوه‌ی طبقه‌بندی مفهومی و کاربردی را در خصوص ابزارهای مطالعه شده ارائه می‌دهد. (موناد^۵، برنان^۶ و همکاران، ۲۰۱۱). در سال ۱۳۹۳، فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران اقدام به طراحی الگوی جامع سلامت معنوی نموده است. در این الگو ارتباط با خداوند، ارتباط با خود و ارتباط با پیرامون سه مفهوم تبیین‌کننده سلامت معنوی هستند (امیری و همکاران، ۱۳۹۳). در زمینه تعریف و تعیین مؤلفه‌های سلامت معنوی، مرزبند و زکوی (۱۳۹۱) در مطالعه خود با نگاهی فراتر به سلامت معنوی آن را معطوف به همه‌ی زندگی انسان

^۱ MacDonald

^۲ Nicole Shaver

^۳ Religiosity of Islam Scale

^۴ Monod

^۵ Brennan

^۶ Miner, Williams

می‌دانند و ارائه چنین تصویری را مبتنی بر جهان‌بینی، معرفت‌شناسی، انسان‌شناسی و جهان‌شناسی قرآنی می‌دانند. ابوالقاسمی (۱۳۹۵)، در مطالعه خود، با تجزیه و تحلیل متون دینی، حدود ۷۰ معیار برای سلامت معنوی در فرد و جامعه ارائه کرده است. مصلحی (۱۳۹۸) نیز در الگویی که برای سلامت معنوی طراحی کرده، چهار زمینه را در نظر گرفته که شامل ارتباط با خداوند، ارتباط با خود، ارتباط با انسان‌های دیگر و ارتباط با عالم پیرامون می‌باشد. سام آرام (۱۳۹۲) و همکارانش در مطالعه خود با هدف تعیین معیارهای سلامت معنوی بر اساس آموزه‌های اسلام، به مؤلفه‌هایی چون توکل و حسن ظن به خدا، ایمان و توجه به رضایت الهی، انگیزه و نیت خالص و شکرگزاری دست یافته‌اند. همچنین، عباس زاده و همکاران (۱۳۹۳)، مدلی ارائه کرده‌اند که بر اساس این مدل، جوهر اصلی سلامت انسان که ارج و دوام بیشتری دارد، سلامت معنوی است و ابعاد دیگر سلامت به صورت لایه‌های محافظ، عهده‌دار پرورش، تقویت و محافظت از سلامت معنوی هستند. در مطالعه‌ای دیگر سایه میری و همکاران (۱۳۹۵) الگویی در زمینه سلامت معنوی از دیدگاه اسلام طراحی کردند که شامل زیرمقیاس‌های نظام اعتقادی، نظام فکری (اندیشه)، نظام اخلاقی (ارزش‌ها) و سبک زندگی می‌باشد. آنان پرسشنامه‌ای ۲۰ سؤالی نیز در این زمینه طراحی کردند که دارای پایایی و روایی است.

به نظر محقق، این تعاریف و ابزارها، به ملاک‌ها و شاخص‌های مطرح شده در دین اسلام نزدیک‌تر است اما لازم است به منظور بهره‌وری بیشتر، ابزاری جامع در زمینه شناخت مؤلفه‌های سلامت معنوی و سنجش و ارزیابی آن، متناسب با مبانی فرهنگی و اعتقادات دینی و مذهبی جامعه ایرانی، طراحی و تدوین شود. با توجه به نقش مهمی که سلامت معنوی در بهبود کیفیت زندگی انسان‌ها دارد، شناخت این مفهوم و مؤلفه‌های آن حائز اهمیت است و هدف مطالعه حاضر تبیین مفهوم سلامت معنوی و طراحی ابزار سنجش آن است. بدین منظور که پرسشنامه‌ای جامع در این زمینه در دسترس مشاوران و کارشناسان مرتبط قرار گیرد و بدین وسیله تلاشی در جهت ارتقای سطح سلامت معنوی در فرد و جامعه صورت پذیرد. منظور مطالعه حاضر، توجه دقیق به ابعاد دین اسلام و سفارشات و دستورات آن است و سعی

شده است نگاهی جامع به یک انسان کامل با هویت توحیدی داشته باشد و با توجه به ویژگی‌ها و ابعاد شخصیتی ذکر شده از یک انسان مسلمان به معنای واقعی کلمه در متون اسلامی، مؤلفه‌های سلامت معنوی استخراج شده و الگوی متناسب با آن طراحی شود. لازم به ذکر است که هویت توحیدی یک انسان قابل تفکیک به اجزا و مؤلفه‌های خاص نیست بلکه یک یک کل واحد است. لذا تمام ابعاد شخصیتی او متأثر از یکدیگر است و نمی‌توان آن ابعاد را به تفکیک بیان نمود. به‌عنوان مثال نمی‌توان معادباوری انسان موحد را مؤلفه‌ای جدا از مبداباوری او در نظر گرفت؛ و یا توکل و تسلیم انسان موحد را صرفاً مبتنی بر خداشناسی او، یا مبتنی بر راهنماشناسی او دانست؛ اما درعین حال به جهت سهولت در انجام مطالعه و طراحی الگو، ناگزیر از تفکیک هویت کامل توحیدی به اجزاء خاص و تعریف مؤلفه‌هایی به‌منظور تبیین مفهوم کلی سلامت معنوی می‌باشیم.

نکته دیگری که ذکر آن در اینجا لازم به نظر می‌رسد جنبه نوآوری مطالعه حاضر نسبت به سایر مطالعات مشابه می‌باشد. تحلیل پرسشنامه‌های غربی در زمینه سلامت معنوی انسان این واقعیت را نشان می‌دهد که تشریح سلامت معنوی توسط آنان، بدون نگرش توحیدی است و اهمیت دادن به آن تنها به خاطر تنظیم عیش و التذاذ بیشتر در زندگی است. از سوی دیگر تعریف آنان از معنویت، بر پایه وجود یک موجود برتر و عقاید فراطبیعی، مجمل و نامشخص با نگاهی پلورالیستی (کثرت‌گرایی) یا نهایتاً متکی بر مسیحیت و یهودیت است و بر پایه یک نگرش خدامحور و معادمحور و با تبیینی توحیدی و تفصیلی و منطبق با جهان بینی توحیدی نیست. چنانچه ماینر و ویلیامز (۲۰۰۶) گفته‌اند روح بی‌قرار انسان در جستجوی معنادر زندگی به دنبال چیزی برتر از خود است. درحالی که در دین مبین اسلام، خداوند موجود مبهمی نیست و کاملاً تعریف شده و دارای صفات مشخص می‌باشد و هدف نهایی انسان که خلیفه الله است، تعالی روح و تقرب به صفات الهی است. لذا یکی از جنبه‌های نوآوری طراحی الگوی سلامت معنوی در پژوهش حاضر، تکیه بر بینش شناختی یک مسلمان از مبدأ و معاد و نگرش توحیدی اوست. این جهان‌بینی توحیدی و معرفت اسلامی،

سمت و سوی گرایش‌ها و رفتارهای یک فرد مسلمان را تعریف و مشخص می‌کند. مطالعات مشابهی در حوزه سلامت معنوی در داخل کشور نیز تاکنون به انجام رسیده است که جنبه نوآوری پژوهش حاضر نسبت به آن‌ها، توجه به هویت توحیدی انسان کامل با تکیه بر سفارشات و تأکیدات قرآن کریم و روایات معصومین سلام الله علیهم می‌باشد. به این نحو که سلامت معنوی یک انسان با تکیه بر نگرش توحیدی و بر پایه مبدأشناسی، راهنماشناسی و معادشناسی مورد بررسی قرار گرفته است و مؤلفه‌ها و شاخصه‌های سلامت معنوی با توجه دقیق به متن قرآن کریم و روایات دینی از معصومین و سایر متون اسلامی، استخراج و طراحی شده است.

روش شناسی

مطالعه حاضر به روش ترکیبی از نوع اکتشافی و با هدف تدوین و اعتبارسنجی ابزار سنجش سلامت معنوی انجام شد. در طرح اکتشافی، پژوهش در ابتدا به روش کیفی و سپس کمی انجام می‌شود. به این ترتیب در مرحله اول، به روش تحلیل محتوای کیفی، متغیرها و مؤلفه‌های ناشناخته سلامت معنوی کشف شد. بخش کیفی این مطالعه، مراحل زیر را شامل شد:

گردآوری اطلاعات از طریق مطالعه متون اسلامی مرتبط و الگوهای طراحی شده قبلی. تجزیه و تحلیل اطلاعات استخراج شده از متون به منظور دستیابی به شاخص‌ها و مؤلفه‌های اصلی.

طراحی الگوی مفهومی مرتبط با شاخصه‌های به دست آمده.

تدوین گویه‌های مرتبط با شاخص‌های به دست آمده و طراحی پرسشنامه سنجش

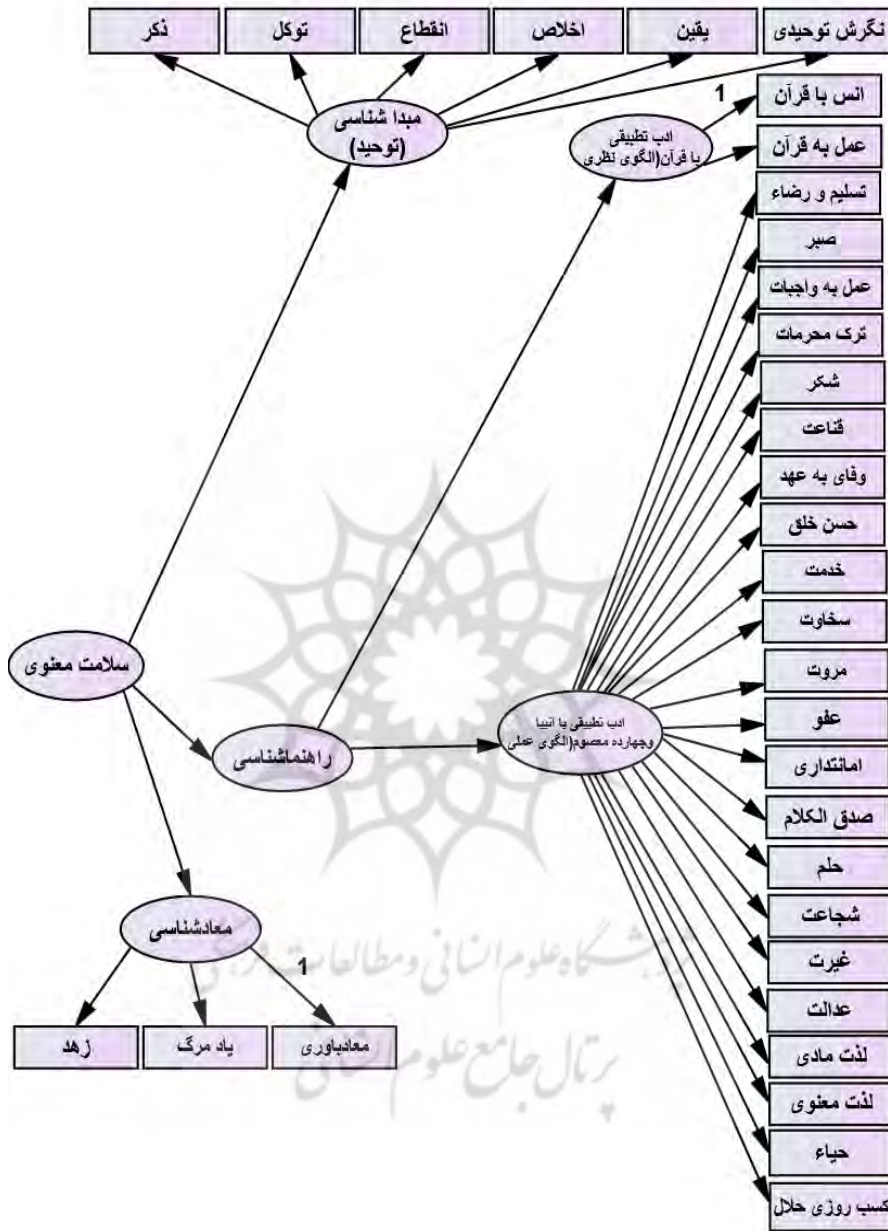
سلامت معنوی

در این مرحله، حوزه مورد مطالعه، متون تخصصی اسلامی و روش نمونه‌گیری از نوع هدفمند بوده است؛ بنابراین گردآوری اطلاعات در این مرحله، مبتنی بر مطالعه و تحلیل متون اسلامی مرتبط و به روش کتابخانه‌ای انجام شد. ابزار گردآوری اطلاعات، جستجوی پیشرفته در بانک‌های اطلاعاتی علمی و تخصصی و روش تجزیه و تحلیل اطلاعات، تحلیل محتوای کیفی با نظام مقوله‌بندی استقرایی، شامل ساماندهی متون و اسناد، کدگذاری داده‌ها،

اختصاص عنوان به کدها، گروه‌بندی کدها، مرتبط‌ساختن کدها به صورت مضامین مرتبط به هم ارائه یافته‌ها و درنهایت تدوین الگوی مفهومی بود. جهت استحکام و اعتباربخشی به آن، از روش «ممیزان بیرونی (External Audits)» یا تأیید متخصصان مرتبط، استفاده شد. در مرحله بعد یعنی مرحله کمی، اعتبارسنجی پرسشنامه طراحی شده، انجام شد. روایی پرسشنامه با استفاده از روش روایی محتوای کیفی و کمی، با استفاده از نگرش سنج حاصل از اکتشافات بخش کیفی انجام شد. برای بررسی روایی محتوا به شکل کمی از دو شاخص نسبت روایی محتوا (CVR) و ایندکس روایی محتوا (CVI) استفاده شد. پایایی پرسشنامه نیز با استفاده از روش‌های آلفای کرانباخ و آزمون آزمون مجدد ارزیابی شد. حوزه مورد مطالعه برای محاسبه روایی، متخصصان مرتبط در زمینه‌های علوم حوزوی، معارف اسلامی، روان‌شناسی و روانسنجی؛ و برای محاسبه پایایی، افراد بالای ۱۶ سال بود. روش نمونه‌گیری جهت ارزیابی روایی، غیر تصادفی از نوع هدفمند نظری و جهت ارزیابی پایایی، نمونه‌گیری در دسترس بود. ابزار گردآوری اطلاعات جهت سنجش روایی، نگرش سنج حاصل از اکتشافات مرحله کیفی و جهت سنجش پایایی، پرسشنامه روا شده سلامت معنوی بود.

یافته‌ها

در بخش کیفی، تحلیل محتوای متون اسلامی مرتبط با سلامت معنوی، با استفاده از نظام مقوله بندی استقرایی و تشکیل جدول تحلیل اطلاعات، شامل گزاره‌ها (جملات مهم منتخب متن)، مفاهیم، مقوله‌های اصلی و مقوله‌های هسته‌ای، انجام شد. به این صورت که ابتدا مفاهیم موجود در متن قرآن کریم، روایات ائمه معصومین و سایر کتب دینی و مقالات مرتبط با سلامت معنوی استخراج شده و به صورت باز کدگذاری شد. در این مرحله که کدگذاری اولیه متن نیز نامیده می‌شود، مفاهیم، مضامین یا کدهای اساسی استخراج شد. در کدگذاری اولیه که به صورت باز انجام شد، کدهای اولیه استخراج گردید به دست آمد. در مرحله بعد به وسیله کدگذاری محوری، کدها طبقه بندی شدند و کدهایی که دارای، مفاهیم و مضامین مشترک بودند، تحت یک مقوله نام گذاری شدند. کدگذاری محوری از انتزاع بالاتری برخوردار است و الگوهای نهفته در متن را جستجو می‌کند؛ بنابراین در این روش توصیف عمیق تری از متن حاصل شد. نهایتاً مقوله‌های اصلی، تحت سه مقوله هسته‌ای جمع شدند که درون مایه اصلی (مقیاس‌های اصلی سلامت معنوی) در نظر گرفته شده و حاصل کدگذاری گزینشی است. پس از جمع آوری و سازمان‌دهی داده‌ها، جهت استحکام و اعتباربخشی به آن، از روش ممیزان بیرونی یا تأیید متخصصان مرتبط، استفاده شد. سپس بر اساس آن، مدل مفهومی سلامت معنوی طراحی شد که در نمودار شماره یک ترسیم شده است. در نهایت در این بخش، پس از طراحی الگوی مفهومی سلامت معنوی مبتنی بر متون اسلامی، گویه‌های مرتبط با هر کدام از شاخص‌ها بر اساس طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای در ۷۰ سؤال تدوین شده و ابزار سنجش سلامت معنوی طراحی شد. برخی گویه‌ها به صورتی نگارش شد که پاسخ‌دهی به آن‌ها امتیاز معکوس داشته باشد.



نمودار ۱. مدل مفهومی سلامت معنوی

در مرحله کمی پژوهش، نسبت به اعتبارسنجی ابزار طراحی شده اقدام شد. بدین منظور، شاخص روایی محتوا به روش کیفی و کمی، محاسبه شد. جهت سنجش روایی محتوا به طریق کیفی، میزان رعایت دستور زبان و به کارگیری مناسب کلمات، قرارگیری مناسب گویه‌ها در سازه‌ها، مطابقت تمامی عبارات و جملات با آیات قرآن و روایات دینی و در نهایت امتیازدهی مناسب پرسشنامه از ده نفر از متخصصین در حوزه‌های علوم حوزوی، معارف اسلامی، روان‌شناسی و روان‌سنجی پرسیده شد. نظرات ارائه‌شده به دقت بررسی شده و اصلاحات لازم صورت پذیرفت. جهت سنجش روایی محتوا به روش کمی نیز، نگرش سنج حاصل از اکتشافات مرحله کیفی طراحی شده و در اختیار متخصصان قرار گرفت. بدین منظور از دو شاخص نسبت روایی محتوا (CVR) و ایندکس روایی محتوا (CVI) استفاده شد. برای محاسبه شاخص نسبت روایی محتوا، از ده نفر متخصص مربوطه درخواست شد تا ضرورت وجود هر گویه را در مجموعه گویه‌های تدوین شده برای عملیاتی کردن سازه‌های نظری، بر اساس سه گزینه: ضروری است، مفید است ولی ضروری نیست و ضرورتی ندارد بررسی و تعیین نمایند. با توجه به تعداد خبرگان و طبق جدول لاشی، گویه‌هایی که امتیاز بالاتر از ۰/۶۲ را کسب کردند ضروری و مهم تشخیص داده شدند. به منظور بررسی ایندکس روایی محتوا سه معیار سادگی، مرتبط بودن و وضوح به صورت مجزا در یک طیف لیکرتی چهارقسمتی برای هر یک از گویه‌ها توسط خبرگان بررسی شد. گویه‌هایی که در هر سه معیار، امتیاز بالاتر از ۰/۷۹ را کسب نمودند مناسب تشخیص داده شدند. گویه‌هایی که دارای امتیاز ۷ تا ۰/۷۹ بودند نیاز به بازبینی داشتند که بازبینی لازم بر اساس نظر خبرگان انجام شد؛ و در نهایت گویه‌هایی که امتیاز زیر ۷ داشتند حذف شدند. پس از تحلیل داده‌ها، اصلاحات لازم در پرسشنامه اعمال شد. بدین ترتیب که چهار گویه که میزان شاخص‌های روایی آن‌ها قابل قبول نبود حذف شدند؛ و ۱۴ گویه که نیاز به بازبینی داشتند، طی چهار مرحله با نظر متخصصان مربوطه مورد بازبینی و اصلاح قرار گرفتند تا در نهایت روایی قابل قبول را به دست آوردند. خلاصه‌ی نتایج نهایی ارزیابی روایی پرسشنامه، در جدول شماره یک آمده است.

جدول ۱. محاسبه شاخص‌های روایی پرسشنامه تدوین‌شده سنجش سلامت معنوی

CVR n=۱۰	CVI n=۱۰				مؤلفه‌های سلامت معنوی
	کل	ساده بودن	واضح بودن	مرتبط بودن	
۰.۸۵	۰.۸۴	۰.۸۶	۰.۸۳	۰.۸۳	مبداشناسی
۰.۸۷	۰.۸۹	۰.۸۹	۰.۸۹	۰.۹۰	راهنماشناسی
۰.۸۷	۰.۸۸	۰.۸۸	۰.۸۵	۰.۹۰	معادشناسی
۰.۸۶	۰.۸۷	۰.۸۸	۰.۸۶	۰.۸۸	کل

در ادامه، جهت بررسی پایایی پرسشنامه از تست آزمون-آزمون مجدد که نشانگر قابلیت تکرارپذیری یک شاخص است استفاده شد؛ بدین ترتیب بیان می‌شود که نتایج اندازه‌گیری یک کمیت در یک نمونه اما در دو زمان مختلف تا چه حد با هم همخوانی دارد. برای این منظور نسخه روا شده ۶۶ گویه‌ای پرسشنامه به ۳۰ فرد بالای ۱۶ سال داده شد؛ سپس سه هفته بعد از آن‌ها خواسته شد تا مجدداً پرسشنامه‌ها را پر کنند و ضریب همبستگی بین امتیازات کسب‌شده در بار اول و دوم محاسبه شد. در ارزیابی پایایی پرسشنامه با روش آزمون-بازآزمون، مقدار شاخص اسپیرمن برای همه شاخص‌ها بزرگ‌تر از ۰/۷ به دست آمد که پایایی این پرسشنامه را در حد مطلوبی تأیید کرد. در نهایت از روش آلفای کرونباخ نیز جهت محاسبه میزان هماهنگی درونی گویه‌ها و مقیاس‌های پرسشنامه استفاده شد. بررسی هماهنگی درونی سازه‌های پرسشنامه نشان داد که تمامی مقیاس‌ها و زیرمقیاس‌های پرسشنامه از حداقل استاندارد پایایی یعنی ۰/۸ برخوردارند و ضرایب آلفای کرونباخ محاسبه شده، هماهنگی درونی همه سازه‌های پرسشنامه‌ی سلامت معنوی را در حد مطلوبی تأیید نمود. همچنین نتایج آزمون‌های تعیین پایایی پرسشنامه در جدول شماره ۲ خلاصه شده است.

جدول ۲. محاسبه شاخص‌های پایایی پرسشنامه تدوین شده سنجش سلامت معنوی

تکرارپذیری (آزمون-آزمون مجدد)	همابستگی درونی	
ضریب همبستگی اسپرمن n=۳۰	آلفای کرانباخ n=۳۰	مولفه های سلامت معنوی
۰.۹۲	۰.۸۸	میدانشناسی
۰.۸۸	۰.۸۹	راهنمایشناسی
۰.۹۳	۰.۹	معادشناسی
۰.۹۳	۰.۹۲	کل

لازم به ذکر است که در پرسشنامه نهایی، ترتیب چینش سؤالات، به صورت تصادفی و بدون نظم خاصی بود و از تعدادی سؤال با امتیازدهی معکوس در طیف لیکرت نیز استفاده شده بود تا احتمال پاسخ‌دهی تصادفی توسط مخاطبان، کاهش یابد. تعداد و توزیع نهایی گویه - های پرسشنامه در جدول شماره ۳ و طیف امتیازدهی کل پرسشنامه نیز در جدول شماره ۴ درج شده است.

جدول ۳. توزیع نهایی گویه‌های پرسشنامه سلامت معنوی

تعداد	زیرسازه	مولفه
۱۲		میدانشناسی
۴	ادب تطبیقی با قرآن (الگوی نظری)	راهنمایشناسی
۴۴	ادب تطبیقی با انبیا و چهارده معصوم (الگوی عملی)	
۶		معادشناسی
۶۶		کل پرسشنامه

جدول ۴. طیف امتیازدهی پرسشنامه سنجش سلامت معنوی

رتبه	طیف امتیاز
ضعیف	۶۶-۱۳۱
متوسط	۱۳۲-۱۹۷
خوب	۱۹۸-۲۶۳
عالی	۲۶۴-۳۳۰

بحث و نتیجه‌گیری

یکی از مهم‌ترین و بنیادی‌ترین مضامین استخراج‌شده از متون دینی در مطالعه حاضر که با هدف تعیین مؤلفه‌های سلامت معنوی انجام شد، مفهوم «مبدأشناسی یا توحید» است. در آموزه‌های اسلامی، انسان زنده به نور الهی است و حیات و سلامت او با توحید آمیختگی ذاتی دارد. این مطالعه در زمینه تأکید بر هویت توحیدی و خداباوری، به‌عنوان مهم‌ترین شاخص سلامت معنوی، با نتایج مطالعات پیشین هم‌راستاست. چنانکه معارف و همکارش (۱۳۹۶) در پژوهش خود از ایمان به خداوند به‌عنوان اولین و شاخص‌ترین عامل دستیابی به سلامت معنوی نام می‌برند. در مطالعه محقق داماد (۱۳۸۹) که با هدف بررسی معنویت و مقومات آن در سلامت انجام گردید، نشان داده شده است که معنویت در الهیات اسلامی عبارت است از معرفت و ایمان به غیب و تبیین توحیدی از نظام هستی؛ و بر اساس معرفت اسلامی معنویت پایه سلامتی جسم و روح است. کرمی (۱۳۹۹) و همکارش نیز در پژوهش خود، خاستگاه سلامت معنوی را قلب سلیم دانسته‌اند که صرفاً خداوند در آن راه دارد و عقیده باطل (شرك) تباہ کننده آن است. اسماعیلی و همکاران (۱۳۹۵) پیوسته دیدن امر سلامت معنوی به خدا را، حکایت از قدسیت، اهمیت و اصالت این بُعد از سلامت انسان دانسته‌اند. سام آرام و همکاران (۱۳۹۲) نیز در پژوهش خود به این نتیجه رسیده‌اند که ایمان و تقرب الهی می‌تواند به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های سلامت معنوی محسوب گردد.

از مضامین اصلی استخراج‌شده از متون دینی در این مطالعه با هدف تعیین مؤلفه‌های سلامت معنوی، ۶ مفهوم مهم «نگرش توحیدی، یقین، اخلاص، انقطاع، توکل و ذکر» بود

که همگی تحت عنوان مقوله اصلی مبدأشناسی (توحید)، کدگذاری شدند. در پژوهش‌های پیشین نیز بر اهمیت و نقش این مضامین به‌عنوان مؤلفه‌های سلامت معنوی اشاره شده است. به‌عنوان مثال، زکوی و همکاران (۱۳۹۲) بر اهمیت نقش خدامحوری در سلامت معنوی تأکید کردند و در مطالعه خود به این نتیجه رسیده‌اند که سلامت معنوی قرآنی عبارت است از خدامحوری در عرصه شناخت و معرفت و خدامحوری و پیروی از شریعت در عرصه رفتار. نتیجه مطالعه ابوالقاسمی (۱۳۹۵) با مطالعه حاضر در زمینه «یقین»، «اخلاص»، «انقطاع الی الله» و «ذکر» به‌عنوان مؤلفه‌های سلامت معنوی، همراستا است. او معتقد است یکی از معیارهای سلامت معنوی، با استناد به آیات و روایات، دینداری‌ای است که همراه با شک و تردید نبوده و آراسته به یقین باشد و کردار و رفتاری که همراه با شهرت‌طلبی و خودنمایی نباشد. انسان معنوی سودایی غیر از خداوند در سر ندارد و چه خواب باشند و چه بیدار، چه در حال تلاش باشند و چه در حال استراحت، غرق یاد خدا می‌باشند. سام آرام و همکارانش (۱۳۹۲) نیز هم‌راستا با پژوهش حاضر «نیت خالص رفتار»، «توکل و حسن ظن به خداوند» و «ذکر و یاد خدا» را از مؤلفه‌های سلامت معنوی بیان کرده‌اند. اسماعیلی و همکاران (۱۳۹۴) نیز هم‌راستا با پژوهش حاضر، معتقدند سه مؤلفه اصلی و اساسی ایمان به یک قدرت متعالی، ذکر و یاد خدا و توکل به خدا در ارتقا و حفظ سلامت معنوی نقش بسیار مؤثری دارند.

از دیگر مضامین مورد توجه در متون اسلامی که از شاخصه‌های انسان معنوی است، «انس با قرآن» و «عمل به قرآن» است که این دو مضمون، تحت مفهوم کلی «ادب تطبیقی با الگوی نظری، یعنی قرآن کریم» طبقه‌بندی شدند. در رابطه با «انس با قرآن»، محمدیان (۱۳۹۶) همسو با پژوهش حاضر به این نتیجه رسیده است که جوانان مأنوس با قرآن از سلامت روان بهتری نسبت به جوانان نامأنوس با قرآن برخوردار بودند؛ و در رابطه با «عمل به قرآن» نیز، در پژوهش برزگر بفرویی (۱۳۹۶) و همکاران، به ارتباط مستقیم و مثبت بین عمل به اعتقادات مذهبی و سلامت روان اشاره شده است که نتیجه تحقیق حاضر را تأیید می‌کند.

از دیگر مضامین مهم استخراج شده از متون دینی به منظور طراحی الگوی سلامت معنوی، مفاهیم «تسلیم و رضا، صبر، عمل به واجبات، ترک محرمات، شکر، قناعت، لذت مادی، لذت معنوی، راستگویی، امانتداری، حسن خلق، سخاوت، مروت، خدمت، عفو، عدالت، شجاعت، غیرت، بردباری، حیا و کسب روزی حلال» بود که این ۲۱ مفهوم تحت پوشش مقوله اصلی «ادب تطبیقی با الگوهای عملی اسلامی، یعنی انبیای الهی و چهارده معصوم (ع)» قرار گرفتند. چراکه انسان موجودی خردمند، الگوپذیر و دنبال کننده راه و مسیر ترقی و تعالی و دارای قوه یادگیری است و به طور آشکار نیازمند به آموزه‌ها و تعالیم پیامبران و امامان است تا در مسیر سعادت، رشد و تعالی قرار گیرد. دو مقوله اصلی الگوی نظری و الگوهای عملی، تحت عنوان مقوله هسته‌ای «راهنماشناسی» که مقیاس اصلی سلامت معنوی است، قرار گرفتند.

در زمینه مضامین اصلی بررسی شده در این پژوهش در حوزه راهنماشناسی، نتایج پژوهش‌های پیشین، مشابه و تأیید کننده مطالعه حاضر است که در ادامه به برخی از آن‌ها اشاره می‌شود: پسندیده (۱۳۹۴) در مطالعه خود از «رضا» به عنوان مؤلفه اصلی سعادت انسان یاد کرده است. مصلحی (۱۳۹۸) در الگویی که برای سلامت معنوی طراحی کرده، از «تسلیم» و آرامش و رضایت در وجود انسان یاد کرده است. سام آرام و همکاران (۱۳۹۲) معتقدند «صبر» می‌تواند از مؤلفه‌های سلامت معنوی در نظر گرفته شود. صبر واقعی ریشه در توحید دارد و پیامدش سلامت روانی و دوری از افسردگی است. ابوالقاسمی (۱۳۹۵) در زمینه صبر، با استناد به آیات قرآن، به صفت صبر و شکیبایی به عنوان ویژگی انسان متعالی، سالم و معنوی یاد کرده است: آنان کسانی هستند که در برابر شکیبایی‌شان به آنان درجات عالی بهشت پاداش داده می‌شود و در آن، با تحیت و سلام روبه‌رو می‌شوند. پسندیده (۱۳۹۴) نیز در مطالعه خود از «صبر» به عنوان یکی از مؤلفه‌های اصلی سعادت انسان یاد می‌کند. در زمینه «عمل به واجبات» و «ترک محرمات»، سام آرام و همکاران (۱۳۹۲) به این نتیجه رسیدند که تقوا می‌تواند از مؤلفه‌های سلامت معنوی در نظر گرفته شود. آن‌ها همچنین به این نتیجه رسیده‌اند که نماز می‌تواند به عنوان یکی از مؤلفه‌های سلامت معنوی محسوب گردد و نماز

به‌عنوان مهم‌ترین فروع دین و شاخص مهم انجام تکالیف دینی و عمل به واجبات محسوب می‌شود. ابوالقاسمی (۱۳۹۵) نیز در مطالعه خود، یکی از معیارهای انسان متعالی و سالم به لحاظ معنوی را در فرهنگ قرآن، پیروی بی‌چون و چرا از پیامبر اکرم (ص)، حمایت و یاری همه‌جانبه از ایشان و پیروی کامل از قرآن و سنت می‌داند. پسندیده (۱۳۹۴) در مطالعه خود از «شکر» به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های اصلی سعادت انسان یاد می‌کند. همچنین سام آرام و همکاران (۱۳۹۲) به این نتیجه رسیده‌اند که «شکرگزاری» می‌تواند یکی از مؤلفه‌های مثبت سلامت معنوی محسوب گردد. سیدفاطمی و همکاران (۱۳۸۵) در زمینه «لذت معنوی» رابطه معناداری را بین دعا و مناجات با سلامت معنوی ذکر کرده‌اند. مصلحی (۱۳۹۸) نیز در مطالعه خود از دعا و عبادت به‌عنوان مؤلفه سلامت معنوی یاد کرده است. در زمینه «لذت مادی»، علوی (۱۳۹۶) از رابطه مستقیم ورزش (به‌عنوان یکی از لذات مادی) و هوش معنوی یاد می‌کند. همچنین پسندیده (۱۳۹۴) از «لذت مادی» و «لذت معنوی» به‌عنوان منابع ایجاد نشاط در انسان یاد می‌کند و معتقد است نشاط یکی از ارکان شادکامی یا سعادت انسان محسوب می‌شود. سایه میری (۱۳۹۵) نیز در طراحی پرسشنامه سلامت معنوی، معتقد است لذت‌بردن از زندگی، باید مبتنی بر رعایت حدود ارزش‌های انسانی باشد. ابوالقاسمی (۱۳۹۵) در زمینه «قناعت» عنوان می‌کند که انسان‌های معنوی از هرگونه فزون‌خواهی و ویژه‌خواهی پرهیز می‌کنند و نسبت به امکاناتی که در اختیار دیگران قرار می‌گیرد، بخل نمی‌ورزند. در زمینه «حسن خلق»، امینی (۱۳۹۹) و همکارش، در پژوهش خود اشاره کرده‌اند که حسن خلق در سلامت جسم و روان انسان تأثیر مثبت و مستقیم دارد. علی اکبری (۱۳۹۹) و همکارانش نیز معتقدند یکی از مهم‌ترین دستاوردهای اصلاحی حسن خلق بر سبک زندگی انسان، آرامش درون و سلامت جسم و روان است. در ارتباط با تأثیر سلامت معنوی بر حسن خلق در خانواده، شیوندی و همکارش (۱۳۹۹) در پژوهش خود همراستا با مطالعه حاضر، به این نتیجه رسیده‌اند که سلامت معنوی توانایی تعدیل اثرات منفی اضطراب بر کیفیت روابط خانوادگی را داراست. ابوالقاسمی (۱۳۹۵) در زمینه «خدمت‌رسانی» بر ادای حقوق خانوادگی و اجتماعی تأکید کرده و انسان‌های پیروز و موفق را کسانی می‌داند که نسبت به حقوق خانواده

و جامعه به ویژه نزدیکان، تهیدستان و کسانی که با مشکل مواجه شده‌اند، اهتمام ویژه دارند و به شایستگی، حقوق خانواده، درماندگان و در راه ماندگان را ادا می‌کنند. در رابطه با «عفو» و گذشت، صالحی و همکارش (۱۳۹۶) در پژوهش خود به این نتیجه رسیده‌اند که سلامت معنوی از منظر امام علی (ع) منجر به پنج روش می‌شود که یکی از آن‌ها عفو و گذشت است. در زمینه «راستگویی» ابوالقاسمی (۱۳۹۵) در مطالعه خود یکی از نشانه‌های انسان سالم از لحاظ معنوی را این‌گونه ذکر کرده است که زبان و رفتار او خیر است و با گفتار و کردارش مردم را به سوی خیر و خوبی‌ها تشویق می‌کند. در رابطه با «بردباری» یافته‌های پژوهش مهروز و همکاران (۱۳۹۸) نشان داد که آموزش بردباری موجب بهبود سازگاری و سلامت روان شده است. صالحی و رضوانخواه (۱۳۹۶) نیز به این نتیجه رسیده‌اند که سلامت معنوی از منظر امام علی (ع) منجر به پنج روش می‌شود که یکی از آن‌ها خویش‌داری است. در حوزه «شجاعت» اسماعیلی و همکارانش در سال ۱۳۹۴ عنوان کردند که از جمله مواردی که در ارتقا و حفظ سلامت معنوی نقش بسیار مؤثری دارد، شجاعت و دوری از ترس‌های بی‌مورد است و درباره «عدالت ورزی» نیز سام آرام و همکاران (۱۳۹۲) معتقدند عدالت می‌تواند از مؤلفه‌های سلامت معنوی در نظر گرفته شود.

از دیگر مضامینی که در این مطالعه از متون دینی مرتبط با سلامت معنوی استخراج شد، «معادباوری، یاد مرگ و زهد» می‌باشد که هر سه مفهوم تحت مقوله هسته‌ای «معادشناسی» که یکی از مؤلفه‌های اصلی سلامت معنوی در نظر گرفته شد، طبقه‌بندی شدند. این استنباط با نتیجه سایر تحقیقات پیشین همسوست، از جمله مصلحی (۱۳۹۸) که در زمینه «معادباوری» باور به معاد را در نظریه خود از مؤلفه‌های سلامت معنوی ذکر کرده است. ابوالقاسمی (۱۳۹۵) نیز در بررسی خود با هدف تعیین معیارهای سلامت معنوی عنوان می‌کند که انسان‌های معنوی به عالمی ورای این عالم و غیر از عالم شهود و ظاهر ایمان دارند و همه چیز را در این دنیای مادی خلاصه نمی‌کنند. اسماعیلی و همکاران (۱۳۹۵) در پژوهش خود به این نتیجه رسیده‌اند که اسلام سلامت معنوی را امری به گستره حیات انسان در دنیا و آخرت می‌داند و نیز سلامت معنوی انسان در دنیا جدای از سلامت او در آخرت نیست، بلکه

سلامت معنوی در دنیا که نسبی است، باید به سلامت معنوی در آخرت که سلامتی مطلق و عاری از هرگونه بیماری است، منجر شود، وگرنه ارزش زیادی نخواهد داشت. نتیجه این مطالعه، نظر سام آرام و همکاران (۱۳۹۲) را نیز تأیید می‌کند. آن‌ها معتقدند اعتقاد درست به زندگی پس از مرگ را می‌توان به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های سلامت معنوی دانست. بنا بر آیه ۱۸۵ سوره آل عمران و بر اساس تلقی یک مسلمان، مرگ به معنی فنا و نابودی نیست، بلکه خروج از نشستی و دخول در نشست دیگر است. در آیه ۲۷ سوره مبارکه فجر نیز اشاره شده است، مرگ به جای این که در مؤمن ایجاد فشار کند، ایجاد اطمینان قلب می‌کند. یوسفی و همکاران (۱۳۹۸) در نتیجه‌گیری از پژوهش خود گفته‌اند سلامت معنوی مقدمه سلامت ابدی و قابل تحصیل در دنیا است. جلایی نوبری (۱۳۹۷) نیز معتقد است سلامت معنوی رابطه‌ی مستقیم با سعادت دنیا و آخرت انسان دارد که در ارتباط با خدای متعال دست یافتنی است. در زمینه «یاد مرگ» پژوهش مرتبطی که نتیجه تحقیق حاضر را تأیید کند، مشاهده نشد، ولی در خصوص کاهش اضطراب مرگ، شریف‌نیا و همکارانش (۱۳۹۶) عنوان کردند که افزایش هوش معنوی و همچنین سلامت معنوی می‌تواند سطح اضطراب مرگ را کاهش دهد. تحقیق سالاری پور (۱۳۹۷) و همکاران نیز نشان داد که جهت‌گیری دینی با اضطراب مرگ همبستگی منفی و معنی‌داری دارد. در نهایت در راستای تأیید پژوهش حاضر در زمینه «زهد» صالحی و رضوانخواه (۱۳۹۶) در مطالعه خود به این نتیجه رسیده‌اند که از منظر امام علی (ع) در نهج‌البلاغه، سلامت معنوی منجر به پنج روش در زندگی می‌شود که یکی از آن‌ها زهد و دوری از دنیاپرستی است.

بدیهی است که سلامت معنوی سازه‌ای چندبعدی است و عوامل زیادی می‌تواند بر روی آن تأثیرگذار باشد، لیکن در این مطالعه، با استفاده از تحلیل محتوای متون دینی و پیشینه پژوهشی مرتبط، عواملی که بیشتر مورد تأکید بوده‌اند، شناسایی شده و بر اساس آن مدل مفهومی سلامت معنوی طراحی و ترسیم شده است.

و اما، ابزار طراحی شده سنجش سلامت معنوی در پژوهش حاضر، در مقایسه با ابزارهای طراحی شده پیشین از نقاط قوتی برخوردار است. از جمله این ابزارها، مقیاس

سلامت معنوی ارائه شده توسط پولوتزین و الیسون (۱۹۸۳) است که بیشترین استفاده را در پژوهش‌های حوزه‌ی سلامت معنوی داشته است. این مقیاس، با ۲۰ سؤال که در قالب دو مفهوم سلامت وجودی و سلامت مذهبی است به بررسی سلامت معنوی می‌پردازد. روایی و پایایی آن در ایران نیز سنجیده و تأیید شده است (سیدفاطمی و همکاران، ۱۳۸۵). پرسشنامه «شاخص معنوی سلامت» دائلمن و فری (۲۰۰۴)، نیز شامل ۱۲ سؤال، نیمی در حیطه خودکفایتی و نیمی دیگر در مورد نمای زندگی است که براساس طیف لیکرت پنج‌گزینه‌ای طراحی شده است. این پرسشنامه حاوی سؤالاتی در مورد افسردگی، توانایی روش حل مسئله و مهارت‌های زندگی است. نگاهی به سؤالات این پرسشنامه‌ها نشان می‌دهد که ابعاد موردبررسی، منحصر به سنجش سلامت معنوی نیست و ابعاد آن تأکید بیشتر بر سلامت روان دارد. درحالی که نقطه قوت مطالعه حاضر، پرداختن به ابعاد سلامت معنوی به‌طور خاص می‌باشد. فیشر (۲۰۱۰) نیز در ابزار SHALOM چهار حیطه سلامت معنوی که عبارت‌اند از: شخصی، همگانی، محیطی و متعالی را در نظر گرفته است که شامل ۲۰ آیت می‌باشد و در واقع منعکس‌کننده کیفیت ارتباطات فرد با خود، با مردم، با خدا و با محیط در حوزه‌های همگانی، شخصی، محیطی و متعالی سلامت معنوی می‌باشد. این ابزار روا و پایا می‌باشد و جهت سنجش سلامت روان در بسیاری از جوامع و به زبان‌های مختلف مورد استفاده قرار گرفته است (فیشر، ۲۰۱۰). در سال ۱۳۹۳، فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران بر اساس این تعریف که دربرگیرنده مبانی سلامت معنوی از دیدگاه اسلام می‌باشد، اقدام به طراحی الگوی جامع سلامت معنوی نموده است. در این الگو ارتباط با خداوند، ارتباط با خود و ارتباط با پیرامون سه مفهوم تبیین‌کننده سلامت معنوی هستند؛ که طی مطالعات نظری از متون و منابع معتبر استخراج گردیدند. در هر سه نوع ارتباط، سه محور بینش، گرایش و رفتار تعریف شد و بر این اساس پرسشنامه سنجش سلامت معنوی، طراحی و روان‌سنجی شد (امیری و همکاران، ۱۳۹۳). شیور و همکاران (۲۰۲۰) نیز در پرسشنامه خود، سلامت معنوی را در قالب ارتباطات فرد با خود، دیگران، طبیعت و هستی متعالی توصیف می‌کنند. ابزار طراحی شده در مطالعه حاضر نیز از این منظر با سه مطالعه فوق همراستاست. چراکه به تمام

ابعاد ارتباطات انسان از جمله ارتباط با خدا، با خلق خدا، با خود و با طبیعت توجه نموده است. کاتن و همکاران (۲۰۰۵)، مذهبی بودن و معنویت را با پرسشنامه‌ای ارزیابی کردند. در این پرسشنامه، معنویت با دو خرده سنجش سلامت مذهبی و سلامت وجودی مورد ارزیابی قرار گرفت. این پرسشنامه، مبتنی بر ادیان مسیحیت و یهودیت است اما پرسشنامه طراحی شده در مطالعه حاضر، مطابق با مبانی متعالی دین اسلام بوده و برای جوامع اسلامی قابل استفاده می‌باشد. هانگل مان و همکاران در ۱۹۹۶ پرسشنامه‌ای در زمینه سلامت معنوی تدوین کردند که شامل ۲۱ سؤال و سه عامل ایمان/ باور، زندگی / مسئولیت در مورد خود (خود مسئولیتی) و رضایت از زندگی / خود شکوفایی است. مک دونالد (۲۰۰۰) نیز برای اندازه‌گیری معنویت ابزاری تدوین کرده که شامل ۹۸ سؤال و ۵ عامل جهت‌گیری شناختی در مورد معنویت، بعد تجربی/ پدیدارشناسی، سلامت وجودی، عقاید فرا طبیعی و مذهبی بودن است. ابزار طراحی شده در مطالعه حاضر، به لحاظ توجه کردن به ابعاد روان‌شناختی و وجودی با این مطالعات همراستاست ولی نقطه قوت آن این است که دارای نگرش توحیدی بوده و به مبدأ و معاد به‌عنوان دو اصلی که به زندگی معنا می‌دهد تأکید دارد اما ابزارهای فوق‌الذکر، دارای جهت‌گیری روان‌شناسی وجودی مبتنی بر افکار اومانستی است و به مبدأ (خالق) و معاد توجهی نکرده است.

ابزارهایی نیز برای سنجش مذهبی بودن در آیین اسلام وجود دارد. سلامت معنوی از نظر مسلمانان، شناخت خالق، دوست داشتن خداوند و تلاش برای رسیدن به قرب او است. نمونه‌ای از این ابزارها، «مقیاس دینداری اسلامی» است که براساس قرآن و جهان‌بینی اسلامی طراحی شده است. این پرسشنامه شامل ۱۹ سؤال در حیطه عقاید اسلامی و ۱۹ سؤال در زمینه رفتار اسلامی است (میر و همکاران، ۱۹۹۸). نتایج این مطالعه با پژوهش حاضر همسوست ولی بررسی دقیق این پرسشنامه نشان می‌دهد که پرسشنامه نهایی نمی‌تواند همه جنبه‌های سلامت معنوی را مورد سنجش قرار دهد و دارای جامعیت در توجه به تمام ابعاد سلامت معنوی نمی‌باشد.

یک مطالعه‌ی مروری انجام شده در سال ۲۰۱۱ بر روی ۳۵ ابزار شناخته شده‌ی سنجش سلامت معنوی، دو شیوه‌ی طبقه‌بندی مفهومی و کاربردی را در خصوص ابزارهای مطالعه شده ارائه می‌دهد. طبقه‌بندی اول، بر مفهوم سازه‌ی معنویت استوار بوده و بر این اساس ۲۲ ابزار در قالب ابزار سنجش معنویت عمومی قرار گرفتند. این دسته از ابزارها غالباً چندوجهی بوده و اهداف مختلفی همچون سنجش تجلی معنویت، باورها و تجارب معنوی را دنبال می‌کنند. پنج ابزار نیز در قالب سنجش بهزیستی معنوی طبقه‌بندی شده و همچنین ۸ ابزار در دو طبقه‌ی مقابله یا حمایت معنوی و همچنین نیازهای معنوی جای گرفتند. طبقه‌بندی کاربردی بر مبنای تبیین گویه‌ها در سه بعد شناختی، رفتاری و عاطفی صورت پذیرفته است. با استناد به طبقه‌بندی اخیر، غالب ابزارهای مورد مطالعه بعد شناختی و عاطفی را در بر گرفته و کمتر از نیمی از آن‌ها هر سه بعد را مورد سنجش قرار می‌دهند (موناد، برنان و همکاران، ۲۰۱۱). توجه به گویه‌های طراحی شده در ابزار سنجش سلامت معنوی در مطالعه حاضر نشان می‌دهد که اغلب گویه‌ها به بعد رفتاری و عملی انسان نیز توجه کرده است که البته مبتنی بر ابعاد شناختی و عاطفی است. فلذا مطالعه حاضر به هر سه بعد شناختی، عاطفی و رفتاری تأکید دارد. لازم به ذکر است در مطالعه‌ی مروری موناد و همکاران، اکثریت ابزارهای سنجش سلامت معنوی مطالعه شده آلفای کرونباخ قابل قبولی را گزارش کرده بودند. این در حالی است که عدم بررسی پایایی ابزارها با استفاده از روش آزمون-بازآزمون از جمله مهم‌ترین نقص‌های این مطالعات محسوب شده است. در مطالعه‌ی حاضر پایایی پرسشنامه سنجش سلامت معنوی بر روی ۳۰ نفر از شرکت‌کنندگان به فاصله سه هفته انجام شد که از نقاط قوت مطالعه‌ی حاضر محسوب می‌گردد.

بنابراین به نظر می‌رسد، در خارج از کشور پرسشنامه‌هایی که بر مبنای تعریف عام سلامت معنوی است و به خالق انسان و امور غیرحسی و معرفت‌شناختی توجه نکرده است، به گونه‌های مختلف تدوین شده و در دسترس است (ادوارد اچ. ۲۰۰۲ و بنسال، ۲۰۰۸ به نقل از عزیزی ۱۳۹۳)؛ اما عدم ارائه خصوصیات روان‌سنجی قابل قبول در مورد ابزارهای تدوین شده، استفاده از ابزارهای تدوین شده بر اساس آیین‌های مسیحیت و یهودیت در مورد

مسلمانان بدون تغییر ابزار اصلی، گنجاندن سؤالاتی که بیشتر ماهیت سیاسی دارد، عدم طراحی صحیح مطالعه و قابل استفاده نبودن ابزار تدوین شده جهت همه مسلمانان، بخشی از مشکلات ابزارهای مورد استفاده جهت اندازه گیری سلامت معنوی بر اساس اسلام می باشد (امیدواری، ۱۳۸۷). به نظرمی رسد در این ابزارها، یا به ابعاد سلامت معنوی به طور جامع و کامل پرداخته نشده و یا منحصر به ارزیابی سلامت معنوی نیستند.

در مجموع، با نگاهی دقیق به اصول دین اسلام (توحید، نبوت، امامت، معاد و عدل) این نکته روشن می شود که اسلام، برای مسیری که انسان در طول زندگی خود سیر می کند، برنامه ای کامل و جامع معرفی کرده است. در واقع از دیدگاه اسلام، انسان از سوی خدا آمده و به سمت خدا بازمی گردد. او در طی مسیر خود از «مبدأ» به سمت «معاد» به «راهنما» نیاز دارد تا از مسیر حق منحرف نشود و دین اسلام این راهنما را معرفی کرده است؛ بنابراین کسی که از این مسیر به سلامت بگذرد، به سعادت ابدی دست یافته است و می توان گفت این انسان، دارای سلامت معنوی است، چراکه زندگی خود را بر اساس اصول دین اسلام پایه ریزی کرده است و هویت او، عبد واقعی خدا بودن است. بر این اساس، این مطالعه با نگاهی جامع به یک انسان کامل با هویت توحیدی ذکر شده در متون اسلامی، برای سلامت معنوی انسان، سه مؤلفه هسته ای «مبدأشناسی»، «راهنماشناسی» و «معادشناسی» تعریف کرده است.

با توجه به نتایج فوق، تحقیقات بعدی می توانند از طریق مطالعات کمی یا کیفی مشخص نمایند که کدام مؤلفه سلامت معنوی از اولویت بیشتری برخوردار است و از طریق چه راهکارهایی می توان به تقویت و ارتقای سطح سلامت معنوی در فرد و جامعه اقدام نمود. از جمله محدودیت های این مطالعه، کمبود منابع غنی خارجی و نیز منطبق نبودن آن ها با نگرش اسلامی و جهان بینی توحیدی بود.

منابع

- قرآن کریم، ترجمه‌های انصاریان، فولادوند، الهی قمشه‌ای، مکارم شیرازی.
- ابوالقاسمی، محمدجواد (۱۳۹۵). «راهی به سوی تدوین معیارهای سلامت معنوی از منظر وحی»، فصلنامه تاریخ پزشکی، سال هشتم، شماره بیست و نهم، صفحات ۱۷-۴۳.
- اسماعیلی، مصطفی؛ کرمانی، مرضیه؛ فانی، مهدی (۱۳۹۵). «ساختار مفهومی سلامت معنوی در منابع اسلامی (قرآن و نهج البلاغه)»، مجله‌ی پژوهش در دین و سلامت، سال سوم، شماره یک، صفحات ۹۱-۱۰۱.
- امیدواری، سپیده (۱۳۸۷). «سلامت معنوی، مفاهیم و چالش‌ها»، فصلنامه تخصصی پژوهش‌های میان رشته‌ای قرآنی، سال اول، شماره اول، صفحات ۵-۱۷.
- امیری، پریسا؛ عباسی، محمود؛ غریب زاده، صفورا؛ اصغری جعفرآبادی، محمد؛ حمزوی زرقانی، نجمه؛ عزیزی، فریدون؛ (۱۳۹۳). «طراحی و روان‌سنجی پرسشنامه‌ی جامع سنجش سلامت معنوی در جامعه‌ی ایرانی»، مجله اخلاق پزشکی، دوره ۸، شماره ۳۰، صفحات ۲۵-۵۶.
- امینی، فرزانه؛ محمدجعفری، رسول (۱۳۹۹). «نقش فضائل اخلاقی در سلامت از منظر آموزه‌های دینی»، نشریه قرآن و طب، سال پنجم، شماره ۱، صفحات ۴۱-۴۹.
- برزگر بفرویی، کاظم؛ برزگر بفرویی، مهدی؛ دهقان مشادی، منصور؛ کیان، مریم (۱۳۹۶). «نقش هوش معنوی و عمل به اعتقادات مذهبی در سلامت روان دانشجو معلمان دانشگاه فرهنگیان»، فصلنامه اخلاق، سال هفتم، شماره ۲۶، صفحات ۳۲۵-۳۳۳.
- پسندیده، عباس (۱۳۹۲). الگوی اسلامی شادکامی با رویکرد روان‌شناسی مثبت‌گرا، قم، موسسه علمی فرهنگی دارالحدیث، سازمان چاپ و نشر.
- جلایی نویری، حسین (۱۳۹۷). «قلب و سلامت معنوی»، مجله پژوهش در دین و سلامت، سال چهارم، شماره ۵، صفحات ۱-۴.
- زکوی، علی‌اصغر؛ مرزبند، رحمت‌الله (۱۳۹۱). «شاخص‌های سلامت معنوی از منظر آموزه‌های وحیانی»، فصلنامه اخلاق پزشکی سال ششم، شماره بیستم، صفحات ۶۹-۹۹.
- سالاری پور، سید مولود؛ مکتبی، غلامحسین؛ عالی پور بیرگانی، سیروس (۱۳۹۷). «رابطه هوش هیجانی و جهت‌گیری مذهبی با اضطراب مرگ در کارکنان مرد بازنشسته‌ی شرکت

صنایع فولاد»، فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، سال نهم، شماره ۳۳، صفحات ۹۹-۱۱۷.

سام آرام، عزت‌الله؛ هزارجریبی، جعفر؛ فداکار، محمدمهدی؛ کرمی، محمدتقی؛ شمسایی، محمدمهدی (۱۳۹۲). «سلامت معنوی چارچوب، محدوده و مؤلفه‌های مبتنی بر آموزه‌های اسلام»، فصلنامه برنامه‌ریزی رفاه و توسعه اجتماعی، سال چهارم، شماره ۱۴، صفحات ۱-۲۶.

سایه میری، کورش؛ تقی‌نژاد، حمید؛ توان، حامد؛ موسوی مقدم، سید رحمت‌الله؛ محمدی، ایمان؛ احمدی، زهرا (۱۳۹۵). «بررسی رواسازی پرسشنامه سلامت معنوی از دیدگاه اسلام»، مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی، دوره ۲۶، شماره ۲، صفحات ۱۰۹-۱۱۵.

سیدفاطمی، نعیمه؛ رضایی، محبوبه؛ گیوری، اعظم؛ حسینی، فاطمه؛ (۱۳۸۵). «اثر دعا بر سلامت معنوی بیماران مبتلا به سرطان»، مجله پایش، سال پنجم، شماره ۴، صفحات ۲۹۵-۳۰۴. سیدنوزادی، محسن (۱۳۹۸). کتاب جامع بهداشت عمومی، تهران، انتشارات ارجمند، جلد اول، چاپ چهارم، صفحات ۴۸-۶۱.

شریف‌نیا، حمید؛ سلیمانی، محمدعلی؛ عبادی، عباس؛ تقی‌پور، بهزاد؛ زراعتگر، لیلی؛ شهیدی، سمانه (۱۳۹۶). «ارتباط بین هوش معنوی و سلامت معنوی با اضطراب مرگ در جانبازان ایرانی»، مجله طب نظامی، سال ۱۹، شماره ۴، صفحات ۳۳۶-۳۴۳.

شیوندی، کامران؛ حسونند، فضل‌الله (۱۳۹۹). «تدوین مدل پیامدهای روان‌شناختی اضطراب ناشی از اپیدمی کروناویروس و بررسی نقش میانجی‌گری سلامت معنوی»، فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، سال یازدهم، شماره ۴۲، صفحات ۱-۳۶.

صالحی، اکبر؛ رضوانخواه، سلمان (۱۳۹۶). «احصا و بررسی روش‌های تعمیق سلامت معنوی از دیدگاه امام‌علی (علیه‌السلام)»، پژوهشنامه نهج البلاغه، سال پنجم، شماره ۲۰، صفحات ۱-۱۸.

عباس‌زاده، عباس؛ برهانی، فریبا؛ عباسی، محمود (۱۳۹۳). «سلامت معنوی مدلی برای کاربرد در پرستاری»، فصلنامه اخلاق پزشکی، سال ۸، شماره ۳۰، صفحات ۵۷-۷۶.

عزیزی، فریدون (۱۳۹۳). سلامت معنوی چیستی و چرایی، تهران، انتشارات حقوقی گروه سلامت معنوی فرهنگستان علوم پزشکی، چاپ اول.

علوی، سلمان؛ احمدی، محمدامین؛ زر، عبدالصالح (۱۳۹۶). «رابطه فعالیت ورزشی با سلامت اجتماعی و هوش معنوی پرستاران، سلامت اجتماعی»، دوره پنجم، شماره ۲، صفحات ۹۴ تا ۱۰۲.

علی‌اکبر، کبری؛ شاهرودی، محمدرضا؛ عبایی کوپایی، محمود؛ کوچانی، قاسمعلی (۱۳۹۹). «جستاری در حسن خلق و آثار آن از منظر قرآن و حدیث با تأکید بر اصلاح سبک زندگی»، فصلنامه سفینه، سال ۱۸، شماره ۶۹، صفحات ۱۰-۲۶.

فرهادیان، فاطمه؛ مرادی، اعظم (۱۳۹۹). «سهم سلامت معنوی، خوش‌بینی و بخشش در پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی دانشجویان دانشگاه»، فصلنامه دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی، سال ۲۱، شماره ۸۰، صفحات ۹۳-۱۰۴.

کرمی، محمد؛ رحمانی، عبدالحمید (۱۳۹۹). «عوامل و موانع سلامت معنوی از منظر علامه جوادی آملی»، دو فصلنامه اخلاق و حیانی، سال دهم، شماره ۱، صفحات ۵-۳۷.
محقق داماد، سیدمصطفی (۱۳۸۹). «مقومات معنوی سلامت در الهیات اسلامی»، فصلنامه اخلاق پزشکی، سال چهارم، شماره چهاردهم، صفحات ۵۱-۶۳.

محمدیان، مصطفی؛ چرخلو، اسماعیل؛ دهقانی، عزیزالله؛ محمدیان، زهرا؛ کمالی پور، نوشین (۱۳۹۶). «بررسی ارتباط انس با قرآن و سلامت روان در جوانان مجرد شهرستان جیرفت»، مجله دانشگاه علوم پزشکی جیرفت، سال پنجم، شماره ۱، صفحات ۳۲۵-۳۳۳.

مصلحی، جواد (۱۳۹۸). «سلامت معنوی رویکردی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی»، فصلنامه تحقیقات بنیادین علوم انسانی، سال پنجم، شماره ۴، صفحات ۶۵-۹۲.

معارف، مجید؛ اسدی، فرزانه (۱۳۹۶). «عوامل دستیابی به سلامت معنوی از منظر قرآن و حدیث»، بصیرت و تربیت اسلامی، سال چهاردهم، شماره ۴۱، صفحات ۱-۲۰.

مهروز، میکایا؛ شمسایی، محمدمهدی؛ براتیان، روح‌الله (۱۳۹۸). «اثربخشی آموزش بردباری بر سلامت روان و سازگاری کودکان پایه اول ابتدایی»، فصلنامه پژوهش در سلامت روان‌شناختی، سال ۱۳، شماره ۴، صفحات ۸۸-۱۰۰.

یوسفی، حبیب‌الله؛ عبدالکریمی نطنزی، مرضیه؛ نسائی برزکی، حسین (۱۳۹۸). «مبانی سلامت معنوی در قرآن»، دو ماهنامه فیض، دوره ۲۳، شماره ۷، صفحات ۸۱۰-۸۱۶.

- Cotton S; Larkin E; Hoopes A; Cromer BA; Rosenthal SL (2005). “*The impact of adolescent spirituality on depressive symptoms and health risk behaviors*”, *Journal of Adolescent Health*, 36,529 -529.
- Daaleman TP; Frey BB (2004). “*The Spirituality index of ee ll-being: A new instrument for health-related quality of life research*”, *Annals of Family Medicine*, 2, 499-503.
- Dhar N; Chaturvedi S; Nandan D (2013). “*Spiritual health, the fourth dimension A public health perspective*”, *WHO South-East Asia Journal of Public Health*, 2(1), 3–5.
- Ellison C (1983). “*Spiritual ee ll- being conceptualization and measurment*”. *J Psychol Theol*, 11(4), 330-340.
- Fisher J (2010). “*Development and application of a spiritual well-being questionnaire called SHALOM*”, *Religions*, 1(1), 105-121.
- Hungelmann J; Kenkel-Rossi E; et al (1996). “*Spiritual ee ll-being in older adults Harmonious interconnectedness*”, *J relig Health*, 24(2), 147-۱۵۳.
- MacDonald D. A (2000). “*Spirituality Description, measurement, and relation to the five factor model of personality*”, *J Pers*, 68(1), 153-197.
- McClain C. S; Rosenfeld B; Breitbart W (2003). “*Effect of spiritual ee ll-being on end-of-life despair in terminally-ill cancer patients*”, *The Lancet*, 361(9369), 1603-1607.
- Meyer K; Rizzo H; Ali Y (1998). “*Islam and the extension of citizenship rights to oo men in uu aa it*”, *Journal for the Scientific Study of Religion*, 37, 131-144.
- Miller W. R; Thoresen C. E (2003). “*Spirituality, religion, and health: An emerging research field*”, *American Psychologist*, 58(1), 24–35.
- Monod S; Brennan M; et al (2011). “*struments measuring spirituality in clinical research a systematic revie*”, *J Gen Intern Med*, 26(11), ۱۳۴۵–۱۳۵۷.
- Nicole Shaver; Valerie Michaelson; Ross Whitehead; William Pickett; Fiona Brooks; Jo Inchley (2020). “*Structural validity of a brief scale adapted to measure adolescent spiritual health*”, *SSM- Population Health*,20(100670),1-6.
- Rocío de Diego-cordero; Lorena López-Gómez; Giancarlo Lucchetti; Bárbara Badanta (2021). “*Spiritual care in critically ill patients during COVID-19*”, *Revista Colombiana de Psiquiatria*, ۶(۱۷), ۱-۴۱.

- Ross Ln W (1995). *“The spiritual dimension its importance to patients' health, well-being and quality of life and its implications for nursing practice”*, Institute Journal for Nursing Studies, 32: 457-468
- Tavan H; Taghinejad H; Sayehmiri K; Yary Y; Khalafzadeh A; Fathizadeh H; Saraby A; Poorabdollah H (2015). *“Spiritual health of nursing students”*, Islam and Health Journal, 2: 26-32.
- Vader J. P (2006). *“Spiritual health the next frontier”*, Eur J Public Health, ۱۶(۵), ۴۵۷-۴۵۷.
- Zibad H A; Foroughan M; Mohammadi Shahboulaghi F; Rafiey H; Rassouli M (2016). *“Perception of Spiritual Health A Qualitative oontent Analysis in rranian Older Adults”*, Educational Gerontology, 7, 21-32.





پروژه نگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی