



Extraction and validation of spiritual health components from the perspective of Islamic sources: A new approach in spiritual education

Saeid Sabouei Jahromi¹, Nasir Javidi^{2*}

¹ PhD Candidate in Fiqh and Foundations of Islamic Law, Faculty of Theology, University of Tehran, Tehran, Iran

² Spiritual Health Research Center, Lifestyle Institute, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

* Nasir Javidi, Spiritual Health Research Center, Lifestyle Institute, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran. Email: Nasir.Javidi@yahoo.com

Keywords: Islamic spiritual health, qualitative content analysis, Quran and Hadith, relationship with God, self and others, psychometrics of components

Abstract

Introduction: Spiritual health, as the fourth dimension of human health, plays a fundamental role in physical, mental and social health. Despite the expansion of research in the field of spirituality, most of the common models rely on Western approaches and lack indigenous and Islamic explanations. This study aimed to extract, classify and validate the components of Islamic spiritual health based on the Holy Quran and authentic hadiths in order to create a questionnaire. Nahj al-Balagha, Sahifa al-Sajjadiyah, al-Kafi and some other hadith books

Methods: The study was conducted in a mixed (quantitative-qualitative) manner. In the qualitative stage, the Quranic texts and hadiths of the Ahl al-Bayt (AS) were coded using the qualitative content analysis method in sources such as Nahj al-Balagha, Sahifa al-Sajjadiyah, al-Kafi and some other hadith books, as well as related scientific texts. The analysis stages included open, axial, and selective coding based on the Granheim and Landman model. In the quantitative stage, the extracted components were evaluated by 10 experts in the fields of theology and psychology through the Content Validity Ratio (CVR) and Content Validity Index (CVI) indices.

Findings: From a total of 1,132 initial codes, 249 axial codes and 56 selective codes were extracted, and after psychometric evaluation, 27 final components were established in the form of three core categories:

1. Relationship with God (gratitude, trust, fear and hope, sincerity, performing duties, faith in the hereafter, familiarity with the Quran, following the example of the Ahl al-Bayt),
2. Relationship with oneself (acquiring beneficial knowledge, moderation, belittling the world, modesty, earning a lawful livelihood),
3. Relationship with others and the environment (patience, loyalty, benevolence, optimism, control of sensual desires, enjoining good and forbidding evil, protecting the environment).

Conclusion: The present study showed that Islamic spiritual health is based on the existential connection of man with God and the individual's transcendence in the individual and social spheres. This model, while being in line with international spiritual health models such as the SHALOM tool and domestic ones such as the Academy of Medical Sciences model, shows its fundamental distinction from non-Islamic models in relying on monotheistic teachings.

استخراج و اعتباریابی مؤلفه‌های سلامت معنوی از دیدگاه منابع اسلامی: رویکردی نوین در آموزش معنوی

سعید سبویی جهرمی^۱، نصیرالدین جاویدی^{۲*}

^۱دانشجوی دکتری فقه و مبانی حقوق اسلامی، دانشکده الهیات، دانشگاه تهران، تهران، ایران
^۲مرکز تحقیقات سلامت معنوی، پژوهشکده سبک زندگی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله، تهران، ایران

* نصیرالدین جاویدی، مرکز تحقیقات سلامت معنوی، پژوهشکده سبک زندگی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله، تهران، ایران
Email: Nasir.Javidi@yahoo.com

چکیده

زمینه و هدف: سلامت معنوی به‌عنوان چهارمین بُعد سلامت انسان، نقش بنیادینی در سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی دارد. با وجود گسترش پژوهش‌ها در حوزه معنویت، اغلب مدل‌های رایج متکی بر رویکردهای غربی‌اند و فاقد تبیین بومی و اسلامی هستند. این مطالعه با هدف استخراج، طبقه‌بندی و اعتباریابی مؤلفه‌های سلامت معنوی اسلامی بر اساس قرآن کریم و روایات معتبره منظور ساخت پرسشنامه انجام شد. نهج‌البلاغه و صحیفه سجادیه و الکافی و برخی کتب روایی دیگر

مواد و روش: مطالعه به‌صورت ترکیبی (کمی-کیفی) اجرا شد. در مرحله کیفی، با روش تحلیل محتوای کیفی متون قرآنی و احادیث اهل‌بیت(ع) در منابعی چون نهج‌البلاغه و صحیفه سجادیه و الکافی و برخی کتب روایی دیگر و نیز متون علمی مرتبط کدگذاری گردید. مراحل تحلیل شامل کدگذاری باز، محوری و گزینشی بر اساس الگوی گرانهمی و لاندمن بود. در مرحله کمی، مؤلفه‌های استخراج‌شده با نظر ۱۰ متخصص حوزه‌های الهیات و روان‌شناسی از طریق شاخص‌های نسبت روایی محتوا (CVR) و شاخص روایی محتوا (CVI) ارزیابی شدند.

یافته‌ها: از مجموع ۱۱۳۲ کد اولیه، ۲۴۹ کد محوری و ۵۶ کد گزینشی استخراج شد که پس از ارزیابی روان‌سنجی، ۲۷ مؤلفه نهایی در قالب سه مقوله^۱ هسته‌ای تثبیت شدند:

۱. ارتباط با خدا (شکرگزاری، توکل، خوف و رجا، اخلاص، انجام واجبات، ایمان به آخرت، انس با قرآن، الگوگیری از اهل‌بیت)،
 ۲. ارتباط با خود (کسب دانش سودمند، میانه‌روی، کوچک‌شمردن دنیا، حیا، کسب روزی حلال)،
 ۳. ارتباط با دیگران و محیط (صبر، وفاداری، خیرخواهی، خوش‌بینی، کنترل تمایلات نفسانی، امر به معروف و نهی از منکر، حفظ محیط زیست).
- نتیجه‌گیری:** مطالعه حاضر نشان داد سلامت معنوی اسلامی بر محور پیوند وجودی انسان با خداوند و تعالی فرد در ساحت‌های فردی و اجتماعی استوار است. این الگو ضمن هم‌راستایی با مدل‌های بین‌المللی سلامت معنوی مانند ابزار (SHALOM) و داخلی مانند الگوی فرهنگستان علوم پزشکی است، تمایز بنیادین خود را از مدل‌های غیراسلامی در اتکاء به آموزه‌های توحیدی نشان می‌دهد.

واژگان کلیدی: سلامت معنوی اسلامی، تحلیل محتوای کیفی، قرآن و حدیث، ارتباط با خدا، خود و دیگران، روان‌سنجی مؤلفه‌ها

«Spiritual» ذکر شده است: ۱. مرتبط با «Spirit» (روح).

۲. دینی. برای فهم معنای اول، باید مفهوم «Spirit» روشن شود. این واژه معانی متعددی دارد، از جمله: روح، ذهن، عقل، شجاعت، نشاط، تفکر و احساس (7). «Spiritual» نیز در مقابل «Physical» (جسمانی) قرار گرفته و به ارتباط با معنا، روح یا ذهن و جدایی از عالم ماده و طبیعت توصیف شده است (8) که لزوماً با مذهبی بودن (Religious) ملازمت ندارد و می‌توان آن را به دو بخش دینی (Religious) و غیر دینی (Secular) تقسیم کرد. بنابراین، ترکیب Spiritual «Health» (سلامت معنوی) دلالتی بر خداوند، دین یا مذهب ندارد. به همین دلیل، معنویت از دیدگاه اندیشمندان غربی به دو دسته دینی و غیر دینی تقسیم شده است (9)؛ بنابراین برای دستیابی به درکی صحیح از سلامت معنوی از دیدگاه اسلام بازتعریف آن ضروری به نظر می‌رسد. در معنای جامع، سلامتی عبارت است از بهره‌مندی فرد از وضعیت مطلوب جسمانی، عاطفی، عقلانی و معنوی به‌گونه‌ای که امکان یک زندگی خلاق، رضایت‌بخش و سعادت‌مندانه را برای او فراهم کند (10). هرچند معنای لغوی سلامت تنها به جنبه سلبی و نبودن آفات اشاره دارد، اما در اصطلاح نمی‌توان سلامت معنوی را به این جنبه محدود کرد، بلکه باید جهت ایجابی آن را نیز لحاظ کرد. مؤید این ادعا تأکید سازمان جهانی بهداشت بر عدم محدودیت تعریف سلامت جسمی به جنبه سلبی است (11). به همین جهت، فرهنگستان زبان و ادب فارسی نیز سلامت معنوی را «یکپارچگی اصولی و اخلاقی، هدف‌مندی در زندگی و احساس تعهد به یک قدرت برتر» دانسته است (12). اصطلاح «سلامت معنوی» به‌طور خاص سابقه‌ای در نصوص دینی ندارد و نمی‌توان معادل عربی آن (الصحة الروحية) را در آیات و روایات یافت. با این حال، با دقت در نصوص دینی و تعمق در مفهوم سلامت معنوی، می‌توان تعبیری مرتبط با این مفهوم را در متون دینی شناسایی کرد. مثلاً در آیه ۸۲ سوره اسراء، خداوند قرآن کریم را شفای مؤمنان می‌نامد: (وَنَزَّلُ مِنَ الْقُرْآنِ مَا هُوَ شِفَاءٌ وَرَحْمَةٌ لِّلْمُؤْمِنِينَ). طبق ظاهر آیه، شفابخشی قرآن هرچند به شفای باطنی محدود نباشد، دست‌کم بر شفایی دلالت دارد که هم جسم و هم روح آدمی را درمان می‌کند. یا در آیه ۲۸ سوره رعد، یاد خداوند به‌عنوان عامل آرامش‌بخش دل‌ها معرفی شده است: (أَلَا يَذْكُرُ اللَّهُ تَطْمَئِنُّ الْقُلُوبُ). یکی از آثار سلامت معنوی، رسیدن به آرامش و سکون نفس است و این آیه یکی از راهکارهای نیل به این مطلوب را بیان می‌کند. همچنین در آیات ۸ تا ۱۰ سوره بقره، نفاق به‌عنوان علامت بیماری قلب معرفی شده، در نتیجه ایمان (متضاد نفاق) نشانه سلامت قلب خواهد بود. همچنین، نفاق نوعی شک است و مقابل آن یقین قرار دارد؛ بنابراین، ایمان و یقین دو شاخصه

روند طرح مسأله سلامت معنوی در مجامع جهانی مشابه مطرح شدن مسئله سلامت اجتماعی بود. علت به جریان افتادن بحث سلامت اجتماعی، تأثیر منفی اختلالات اجتماعی بر سلامت جسمی بود که ابتدا به نظریه «شهر سالم» منجر شد و در نهایت با ارائه شاخص‌های سلامت اجتماعی فردی، بعد اجتماعی سلامت به تکامل رسید (1). طرح مسأله سلامت معنوی نیز از زمانی به جریان افتاد که انسان مدرن از تعالیم الهی دور شد و در نتیجه دچار مشکلات روحی-روانی گردید. از قرن پانزدهم میلادی، با شروع جریان‌هایی در غرب، توجه بشر از خداوند، دین و ایمان کاسته شد و به‌سوی دنیا و مظاهر مادی گرایش یافت (2). نتیجه این انقلاب فرهنگی، ضدیت با اخلاقی بود که محوریت آن امور اخروی و جلب رضایت خداوند بود. در جریان این دگرگونی، تعالیم الهی و دینی از اعتبار افتاد (3). آتش جنگ جهانی دوم، ویرانی‌های ناشی از بمب اتمی و پدیدار شدن خطر دائمی جنگ جهانی سوم، بشر را به این فهم رساند که قرن بیستم آغاز مدینه فاضله نیست. در این برهه، تبعات ناگوار جدایی بشر از دین به‌تدریج آشکار شد (4). در سال ۱۹۸۳ میلادی، دکتر ملبای، نماینده کشور نروژ، در نشست سالیانه بهداشت جهانی اذعان کرد که در کشورش، با وجود وضعیت مطلوب اقتصادی و اجتماعی، مشکلاتی مانند اعتیاد به الکل و مواد مخدر، انحرافات اجتماعی، ناامیدی از زندگی و ترس از آینده مشاهده می‌شود. از این‌رو، در سال ۱۹۷۱، موبرج مفهوم سلامت معنوی را با عنوان «بهبودی معنوی» در ادبیات بهداشتی و پزشکی جهان معرفی کرد. سلامت معنوی از دیدگاه موبرج از دو بعد تشکیل شده است: بعد عمودی که شامل ارتباط با خدا می‌شود و بعد افقی که احساس هدف‌مندی و خرسندی از زندگی را بدون توجه به دین و مذهب خاص در بر می‌گیرد (5). سازمان جهانی بهداشت (WHO) در سال ۱۹۷۹ طرحی را برای بحث و گفتگو ارائه کرد که آیا می‌توان معنویت را به‌عنوان بعد دیگری از ابعاد سلامت به شمار آورد یا خیر؟ نهایتاً چند سال پس از آن، سلامت معنوی به‌عنوان بعد چهارم سلامت به رسمیت شناخته شد. نظریه سلامت معنوی خاستگاهی غربی دارد؛ بنابراین، برای درک صحیح آن باید به تبیین این مفهوم از دیدگاه غربی پرداخت. معادل انگلیسی «سلامت معنوی» عبارت «Spiritual Health» است. واژه «Spiritual» از کلمه لاتین «Spiritus» به معنای نفس گرفته شده است. ریشه این واژه، «Spirare»، به معنای نفس کشیدن یا دمیدن است. در عهد جدید، واژه «Spiritualis» به معنای شخص معنوی به کار رفته و به کسی اطلاق می‌شود که به فرمان روح‌القدس زندگی می‌کند (6). در فرهنگ‌نامه‌های انگلیسی، دو معنای اصلی برای

سلامت معنوی اسلامی هستند. در نهج البلاغه (خطبه ۱۰۸)، پیامبر اسلام با لفظ «طبيب دوار بطبه» توصیف شده است. از فرازهای بعدی این عبارت روشن می‌شود که مراد از طبابت، درمان بیماری‌های باطنی است که با مفهوم سلامت معنوی ارتباط دارد. همچنین در احادیث متعدد از ایمان، تقوا، اخلاص و تسلیم به مشیت الهی به عنوان شاخص‌های سلامت معنوی یاد شده است. بدین ترتیب سلامت معنوی در نگاه قرآن و سنت، حالتی از اعتدال و طمأنینه^۱ روحی است که از معرفت خدا، مهار نفس، و رفتار عادلانه با دیگران حاصل می‌شود؛ لذا سنجش این بُعد بدون ارجاع به منابع دینی ناقص خواهد بود. با ضمیمه کردن این نکته که در برخی روایات، «علم الأبدان» در مقابل «علم الأديان» قرار گرفته (13) - به این معنا که هدف ادیان ارتقای سلامت باطن انسان است - و بیماری بر گناهان و دارو بر بخشش و رحمت الهی اطلاق شده است (14)، می‌توان نتیجه گرفت که همه تعالیم دینی به منزله آموزه‌هایی در جهت ارتقای سلامت باطنی و معنوی هستند. مؤید این مدعا این است که تعبیر قلب سلیم - که نزدیکترین تعبیر در متون دینی به سلامت معنوی است - در برخی روایات بر شخصی اطلاق شده است که از فرامین هدایت‌بخش اطاعت کرده و از موجبات هلاکت دوری کند (نهج البلاغه، خطبه ۲۱۴). بر همین اساس برای دستیابی به مؤلفه‌های سلامت معنوی اسلامی باید به بررسی آموزه‌ها و فرامین مختلف در متون اسلامی پرداخته شود.

روش‌ها

این مطالعه از جهت هدف توسعه‌ای-کاربردی و از جهت روش با رویکرد کیفی-کمی انجام گرفت. در مرحله‌ی کیفی از روش تحلیل محتوای کیفی استقرایی و در مرحله‌ی کمی از اعتباریابی محتوایی (CVR) و (CVI) بهره گرفته شد. ابتدا با تحلیل مفهوم سلامت معنوی در ادبیات غربی و بازتعریف آن بر مبنای آموزه‌های اسلامی، چارچوبی مفهومی برای استخراج مؤلفه‌ها طراحی شد. مفاهیمی چون «سلامت»، «معنویت»، «تقوا»، «ایمان»، «نفاق» و «کفر» به عنوان واژگان کلیدی جست‌وجو در متون اسلامی انتخاب گردیدند. سپس تحلیل محتوای کیفی به منظور شناسایی شاخص‌ها، طبقه‌بندی آنها در قالب مؤلفه‌ها و در نهایت اعتباریابی شاخص‌ها با نظر خبرگان انجام شد. این فرایند سه مرحله‌ای شامل:

- ۱- استخراج شاخص‌ها از متون،
 - ۲- طبقه‌بندی و مقوله‌بندی آنها در چارچوب مؤلفه‌های سلامت معنوی،
 - ۳- اعتبارسنجی محتوایی شاخص‌ها توسط متخصصان به روش (CVR) و (CVI).
- جامعه پژوهش از دو بخش تشکیل شد:

الف) جامعه متون: در مرحله کیفی، جامعه شامل متون اسلامی (آیات قرآن کریم و روایات معتبر در منابعی چون نهج البلاغه، صحیفه سجاده، الکافی و برخی کتب روایی دیگر) و نیز متون علمی مرتبط با سلامت معنوی بود. منابع از کتابخانه‌های معتبر (دانشگاه تهران، آیت‌الله حائری قم)، پایگاه‌های اطلاعاتی (ایران‌داک، اس‌آی‌دی، نورمگز، سیویلیکا، مگیران و اسکوپوس) و نرم‌افزارهای جامع متون اسلامی (جامع‌الاحادیث و جامع‌التفاسیر) گردآوری شدند. پس از غربال‌گری اولیه، از میان ۱۳۴ منبع شناسایی شده، ۸۲ منبع معتبر برای تحلیل نهایی انتخاب گردید.

ب) جامعه نخبگان: در مرحله کمی، جامعه شامل صاحب‌نظران و متخصصان حوزه‌های الهیات و روان‌شناسی بود که در زمینه سلامت معنوی و روان‌سنجی تجربه پژوهشی داشتند. از میان جامعه پیشنهادی، ۱۰ نفر با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند تا شاخص‌های استخراج‌شده را از حیث روایی محتوا مورد ارزیابی قرار دهند.

تحلیل داده‌های کیفی مطابق با رویکرد گرانهم و لاندمن انجام گرفت (15). مراحل تحلیل عبارت بودند از:

- ۱- کدگذاری باز: استخراج واحدهای معنایی از متون قرآنی و روایی،
 - ۲- کدگذاری محوری: گروه‌بندی کدها بر حسب شباهت‌ها و پیوندهای مفهومی،
 - ۳- کدگذاری گزینشی: تشکیل مقوله‌های هسته‌ای و طراحی مدل مفهومی سلامت معنوی اسلامی.
- رویکرد تحلیل در این پژوهش، استقرایی بوده است؛ بدین معنا که مقوله‌ها مستقیماً از داده‌های متنی استخراج و توصیف شدند، بدون اینکه چارچوبی نظری از پیش بر تحلیل تحمیل شود. در مرحله‌ی بعد، داده‌های حاصل از کدگذاری به وسیله الگوی سه مرحله‌ای روان‌سنجی والتز و باسل (۱۹۸۱) و جدول لاوشه (۱۹۷۵) بررسی شدند تا نسبت روایی محتوا و شاخص روایی محتوا برای هر مؤلفه محاسبه شود. آستانه‌ی پذیرش مقادیر شاخص‌ها بر اساس تعداد ۱۰ متخصص، $CVI \geq 0.79$ و $CVR \geq 0.62$ تعیین گردید.
- پژوهش با رعایت اصول اخلاق در تحقیقات علوم پزشکی و بر پایه بیانیه هلسینکی (۲۰۱۳) انجام شد. مجوز اخلاقی از دانشگاه علوم پزشکی بقیةالله (عج) با شناسه‌ی IR.BMSU.REC.1403.042 اخذ و کلیه‌ی مراحل پژوهش با حفظ امانت‌داری علمی و احترام به حقوق مؤلفان و منابع انجام گردید.

یافته‌ها

در نخستین مرحله، تحلیل محتوای استقرایی متون اسلامی شامل آیات قرآن کریم، نهج‌البلاغه، صحیفه سجادیه، الکافی و برخی کتب روایی دیگر انجام شد. داده‌های متنی پس از چندین بار

مطالعه، شناسایی واحدهای معنایی و کدگذاری باز، محوری و گزینشی صورت گرفت.

در مجموع، از تحلیل متون، ۱۱۳۲ کد باز، ۲۴۹ کد محوری و ۵۶ کد گزینشی استخراج گردید. سپس مؤلفه‌ها بر اساس بسامد، اهمیت مفهومی در مضامین دینی و سطح تأکید قرآنی و روایی درون سه مقوله‌ی هسته‌ای مطابق با جدول زیر طبقه‌بندی شدند.

جدول (۱) مؤلفه‌های اولیه سلامت معنوی

مؤلفه	مقوله هسته‌ای
سپاسگزاری، واگذاری امور به خدا، تسلیم، شب‌زنده داری، ترس، امید، یاد خدا، فروتنی در برابر خدا، پاکی نیت، یقین، مواظبت بر نماز، روزه گرفتن، یاد مرگ، باور به یگانگی خدا، ایمان به آخرت، انس با قرآن	ارتباط با خدا
قناعت، کسب دانش، خرسندی، اندیشیدن، عمل به دانسته‌ها، میانه‌روی، پرهیز از اسراف، پرهیز از ریاست طلبی، کوچک شمردن دنیا، پایداری و استقامت، سکوت، حیا، پرهیزکاری	ارتباط با خود
شکیبایی، وفاداری، جهاد، امانتداری، پیوند خویشاوندی، گشاده‌دستی، نیکی به والدین، خوش‌رفتاری، خوش‌رویی، خیرخواهی، محبت به مومنین، یاری ستم‌دیده، فروتنی با مردم، پرهیز از حسادت و کینه، کنترل زبان، کنترل خشم، حرص نورزیدن، خوش‌بین بودن، کنترل تمایلات جنسی، گذشت، کسب درآمد پاک، همنشینی با خوبان، الگو گرفتن و پیروی از اهل بیت، دوری از دشمنان خدا، پرداخت خمس و زکات، امر به معروف و نهی از منکر، حفظ محیط زیست	ارتباط با دیگران

سه بعد فوق بیانگر ساختار درونی سلامت معنوی اسلامی هستند. ارتباط با خدا بنیادی‌ترین بعد سلامت معنوی و زیربنای دو بعد دیگر به‌شمار می‌رود. این بعد که بر پیوند مستقیم و عمیق فرد با خداوند متعال تمرکز دارد، به عنوان رابطه‌ای دوسویه توصیف می‌شود که از طریق عبادات، باورها و نگرش‌های درونی تقویت گردیده و منجر به آرامش درونی، یقین و تسلیم در برابر اراده الهی می‌شود. این ارتباط، فرد را از وابستگی به امور دنیوی رهاکنده و به سمت توحید و آخرت‌باوری هدایت می‌کند.

ارتباط با خود بر جنبه‌های درونی و خودسازی فرد تأکید دارد و ارتباط سالم با خود را به عنوان فرآیندی از خودشناسی، تعادل و رشد اخلاقی تعریف می‌کند. در منظر اسلامی، ارتباط با خود به معنای هماهنگی نفس با ارزش‌های الهی است، که فرد را از افراط و تفریط دور کرده و به سوی کمال انسانی (انسان کامل) سوق می‌دهد. این ارتباط، از طریق تأمل، دانش و کنترل درونی شکل می‌گیرد، بدون آنکه فرد به مادیات یا هوس‌ها وابسته شود. بر اساس متون دینی، این مقوله به عنوان پلی بین ارتباط با خدا و جامعه توصیف شده، جایی که خودسازی مقدمه‌ای برای عبادت و تعامل اجتماعی است.

ارتباط با دیگران بر روابط اجتماعی، تعاملات انسانی و اخلاق معاشرت و ارتباط با دیگران و محیط زیست تمرکز دارد و ارتباط با دیگران را به عنوان شبکه‌ای از حقوق، اخلاقیات و مسئولیت‌های متقابل در جامعه اسلامی تعریف می‌کند. در چارچوب دینی، این ارتباط بر پایه عدالت، محبت و امر به معروف نهی از منکر بنا شده و فرد را به عنوان عضوی فعال در جامعه الهی می‌بیند. هدف آن، ایجاد هارمونی اجتماعی از طریق رفتارهای نیکو، حمایت از ضعیفان و حفظ پیوندهای انسانی است، که ریشه در آموزه‌های قرآن و سیره اهل بیت دارد. می‌توان این مقوله به عنوان گسترش ارتباط با خدا به سطح جامعه توصیف کرد، جایی که اعمال فردی به سود جمعی منجر می‌شود. برای سنجش روایی محتوایی مؤلفه‌های استخراج‌شده، ۱۰ تن از متخصصان حوزه‌های الهیات و روان‌شناسی با روش هدفمند انتخاب شدند. جدول مشخصات کارشناسان و نتایج ارزیابی آنها به شرح زیر است.

جدول (۲) مشخصات کارشناسان شرکت کننده در پژوهش در مرحله روانسجی مؤلفه‌ها

ردیف	سن	رشته تحصیلی	مرتبه علمی
۱	۵۰	روانشناسی-الهیات	سطح چهار حوزوی-دکتری
۲	۳۴	الهیات	سطح چهار حوزوی
۳	۳۷	روانشناسی-الهیات	سطح چهار حوزوی-دکتری
۴	۳۴	روانشناسی	دکتری
۵	۳۰	الهیات	سطح ۳ حوزوی
۶	۴۱	روانشناسی-الهیات	سطح چهار حوزوی-دکتری

سطح چهار حوزوی - کارشناسی ارشد	الهیات	۳۴	۷
سطح چهار حوزوی	الهیات	۴۰	۸
سطح چهار حوزوی	الهیات	۴۳	۹
سطح ۳ حوزوی	الهیات	۳۱	۱۰

نفر بود حداقل نمره لازم برای تأیید شاخص روایی محتوا (CVI) بر اساس جدول والتز و باسل (۱۹۸۱) ۰/۷۹ و حداقل نمره نسبت روایی محتوا (CVR) بر اساس جدول لاوشه (۱۹۷۵) ۰/۶۲ بود (16).

از میان ۵۶ مؤلفه استخراج شده با نظر کارشناسان پس حذف تعدادی از مؤلفه‌ها و نیز ادغام بخشی از آنها تعداد ۲۷ مؤلفه تحت ۳ مقوله «ارتباط با خدا»، «ارتباط با خود» و «ارتباط با دیگران» باقی ماند. در این مرحله با توجه به اینکه تعداد کارشناسان ۱۰

جدول (۳) نتایج ارزیابی CVI و CVR مؤلفه‌های استخراج شده توسط کارشناسان

ردیف	عنوان شاخصه	CVR	میانگین CVI	نتیجه ارزیابی
۱	سپاسگزاری	۱	۱	تأیید
۲	واگذاری امور به خدا	۱	۱	تأیید
۳	تسلیم	۰.۷	۱	حذف
۴	شعب‌زنده داری	۰.۴	۱	حذف
۵	ترس	۱	۱	تأیید
۶	امید	۰.۹	۱	تأیید
۷	یاد خدا	۱	۱	تأیید
۸	فروتنی در برابر خدا	۱	۱	تأیید
۹	پاکی نیت	۱	۱	تأیید
۱۰	یقین	۰.۸	۱	تأیید
۱۱	مواظبت بر نماز	۱	۱	تأیید
۱۲	روزه گرفتن	۰.۷	۱	حذف
۱۳	یاد مرگ	۰.۷	۱	حذف
۱۴	باور به یگانگی خدا	۱	۱	تأیید
۱۵	ایمان به آخرت	۱	۱	تأیید
۱۶	انس با قرآن	۱	۰.۹	تأیید
۱۷	قناعت	۰.۴	۱	حذف
۱۸	کسب دانش	۱	۱	تأیید
۱۹	خرسندی	۰.۴	۱	حذف
۲۰	اندیشیدن	۰.۳	۰.۹	حذف
۲۱	عمل به دانسته‌ها	۰.۵	۱	حذف
۲۲	میان‌روی	۱	۱	تأیید
۲۳	پرهیز از اسراف	۰.۵	۰.۹	حذف
۲۴	پرهیز از ریاست طلبی	۰.۵	۱	حذف
۲۵	کوچک شمردن دنیا	۰.۹	۱	تأیید
۲۶	پایداری و استقامت	۰.۶	۱	حذف
۲۷	سکوت	۰.۳	۰.۹	حذف
۲۸	حیاء	۱	۱	تأیید
۲۹	پرهیزکاری	۰.۷	۱	حذف
۳۰	شکیبایی	۱	۰.۹	تأیید
۳۱	وفاداری	۱	۱	تأیید
۳۲	جهاد	۰.۶	۱	حذف
۳۳	امانتداری	۰.۸	۱	تأیید
۳۴	پیوند خویشاوندی	۱	۱	تأیید
۳۵	گشاده دستی	۰.۷	۱	حذف

۳۶	نیکی به والدین	۰.۹	۱	تأیید
۳۷	خوش رفتاری	۱	۱	تأیید
۳۸	خوشرویی	۰.۳	۱	حذف
۳۹	خیرخواهی	۱	۱	تأیید
۴۰	محبت به مؤمنان	۰.۴	۱	حذف
۴۱	یاری ستم دیده	۰.۵	۱	حذف
۴۲	فروتنی با مردم	۰.۸	۱	تأیید
۴۳	پرهیز از حسادت و کینه	۰.۵	۱	حذف
۴۴	کنترل زبان	۱	۰.۹	تأیید
۴۵	کنترل خشم	۱	۱	تأیید
۴۶	حرص نورزیدن	۰.۹	۱	تأیید
۴۷	خوشبین بودن	۰.۸	۰.۹	تأیید
۴۸	کنترل تمایلات جنسی	۱	۰.۹	تأیید
۴۹	گذشت	۰.۵	۱	حذف
۵۰	کسب درآمد پاک	۱	۱	تأیید
۵۱	همنشینی با خوبان	۰.۹	۱	تأیید
۵۲	الگوگرفتن و پیروی از اهل بیت	۱	۱	تأیید
۵۳	دوری از دشمنان خدا	۱	۰.۹	حذف
۵۴	پرداخت خمس و زکات	۰.۹	۱	تأیید
۵۵	امر به معروف و نهی از منکر	۱	۱	تأیید
۵۶	حفظ محیط زیست	۰.۹	۱	تأیید

والدین (نیکی به خویشاوندان) ۳- کنترل زبان، کنترل خشم، کنترل تمایلات جنسی و حرص نورزیدن (کنترل تمایلات نفسانی)، ۴- مواظبت بر نماز و پرداخت خمس و زکات (انجام واجبات)، ۵- یقین و باور به یگانگی خدا (باور به یگانگی خدا)، ۵- امانتداری و وفاداری (وفاداری)

مؤلفه‌هایی تغییر نام یافته: ۱- سپاسگزاری (شکرگزاری)، ۲- واگذاری امور به خدا (توکل) ۴- پاکي نیت (اخلاص)، ۶- کسب دانش (کسب دانش سودمند)، ۷- کسب درآمد پاک (کسب روزی حلال)، ۸- شکیبایی (صبر)، ۹- گشاده‌دستی (سخاوتمندی)، ۱۰- فروتنی با مردم (تواضع)

الگوی به دست آمده پس از اصلاحات فوق به شرح زیر است.

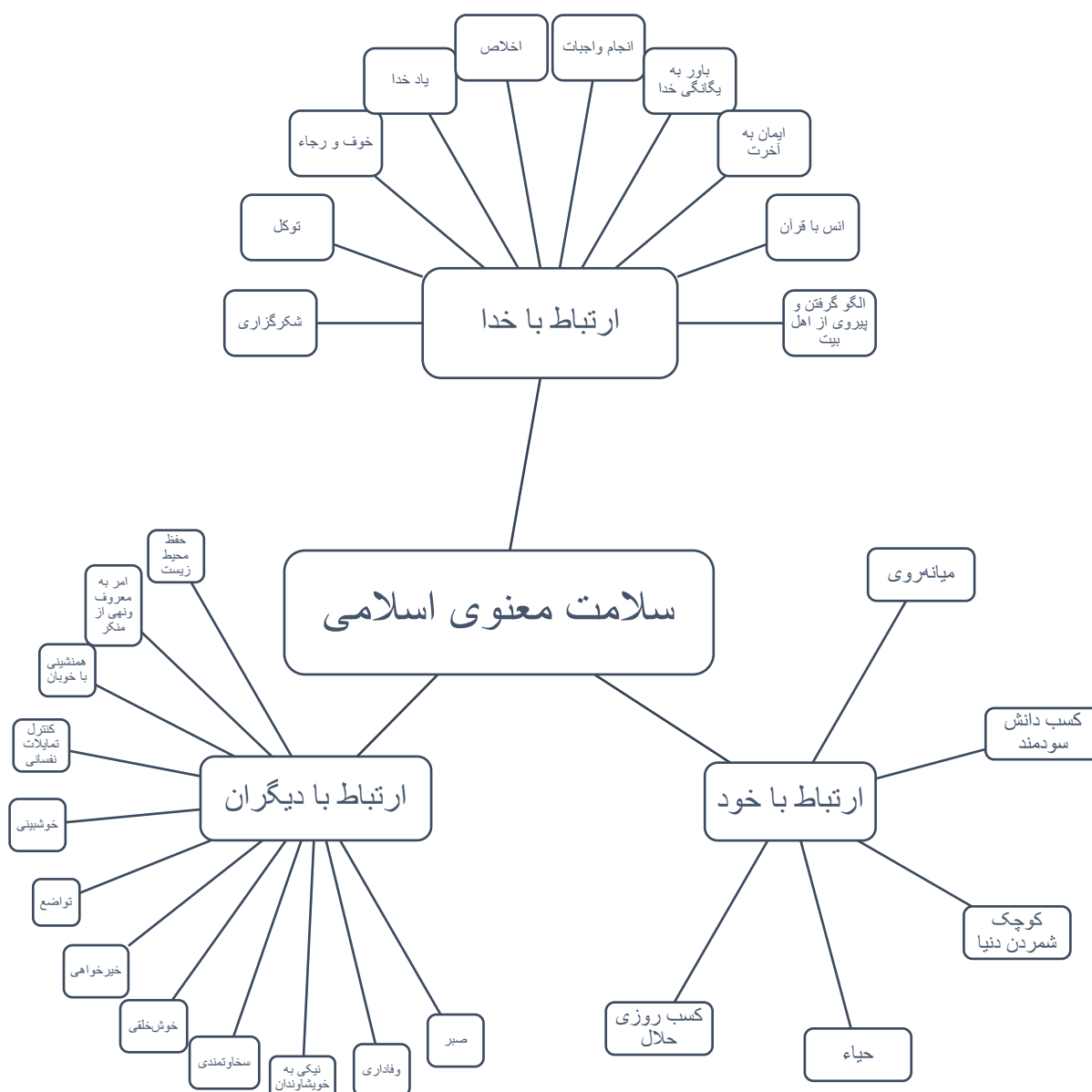
براساس امتیازاتی که کارشناسان به مؤلفه‌ها دادند و نیز توضیحاتی که به عنوان پیشنهاد برای اصلاح آنه ارائه کردند نتایج زیر حاصل شد:

مؤلفه‌های حذف شده: ۱- تسلیم، ۲- روزه گرفتن، ۳- یاد مرگ، ۴- قناعت، ۵- خرسندی، ۶- اندیشیدن، ۷- عمل به دانسته‌ها، ۸- پرهیز از اسراف، ۹- پرهیز از ریاست‌طلبی، ۱۰- پایداری و استقامت، ۱۱- سکوت، ۱۲- پرهیزکاری، ۱۳- جهاد، ۱۴- امانتداری، ۱۵- خوشرویی، ۱۶- محبت به مؤمنان، ۱۷- یاری ستم‌دیده، ۱۸- پرهیز از حسادت و کینه، ۱۹- گذشت، ۲۰- دوری از دشمنان خدا ۲۱- شب‌زنده‌داری

مؤلفه‌های ادغام شده و تغییر نام یافته: ۱- ترس، امید و فروتنی در مقابل خدا (خوف و رجاء) ۲- پیوند خویشاوندی و نیکی به

جدول (۴) مؤلفه‌های سلامت معنوی پس از ارزیابی کارشناسان

مؤلفه	مقوله هسته‌ای
شکرگزاری، توکل، خوف و رجاء، یاد خدا، اخلاص، انجام واجبات، باور به یگانگی خدا، ایمان به آخرت، انس با قرآن، الگو گرفتن و پیروی از اهل بیت	ارتباط با خدا
کسب دانش سودمند، میانه‌روی، کوچک شمردن دنیا، حیا، کسب روزی حلال	ارتباط با خود
صبر، وفاداری، نیکی به خویشاوندان، سخاوتمندی، خوش‌خلقی، خیرخواهی، خوشبین بودن، تواضع، کنترل تمایلات نفسانی، همنشینی با خوبان، امر به معروف و نهی از منکر، حفظ محیط زیست	ارتباط با دیگران

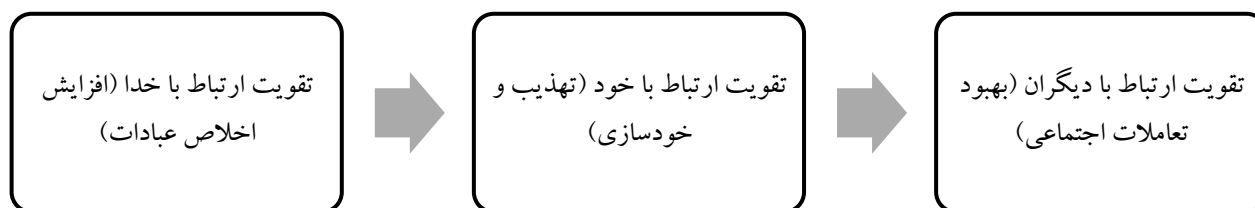


شکل (۱) الگوی سلامت معنوی اسلامی

بحث و نتیجه‌گیری

هدف مطالعه حاضر، استخراج و اعتباریابی مؤلفه‌های سلامت معنوی اسلامی از منظر قرآن و روایات معتبر با روش تحلیل محتوای کیفی بود. بر اساس نتایج تحلیل استقرایی داده‌ها و ارزیابی تخصصی شاخص‌های CVR و CVI، از میان ۵۶ مؤلفه استخراج شده توسط محققان این مطالعه، در نهایت ۲۷ مؤلفه در قالب سه مقوله هسته‌ای اصلی شامل ارتباط با خدا، ارتباط با خود و ارتباط با دیگران تثبیت شد. ارتباط با خدا بنیادی‌ترین بعد سلامت معنوی را تشکیل می‌دهد و بر پیوند مستقیم و عمیق فرد با خداوند متعال تمرکز دارد. ارتباط با خود

بر جنبه‌های درونی و خودسازی فرد تأکید دارد و ارتباط سالم با خود را به عنوان فرآیندی از خودشناسی، تعادل و رشد اخلاقی تعریف می‌کند. ارتباط با دیگران بر روابط اجتماعی، تعاملات انسانی و اخلاق معاشرت و ارتباط با دیگران و محیط زیست تمرکز دارد و ارتباط با دیگران را به عنوان شبکه‌ای از حقوق، اخلاقیات و مسئولیت‌های متقابل در جامعه اسلامی تعریف می‌کند. این سه بعد، ساختار یکپارچه‌ای از سلامت معنوی اسلامی را شکل می‌دهند که از پیوند درونی فرد با خداوند آغاز، به تهذیب و خویشنداری فردی می‌رسد و در سطح اجتماعی و زیست‌محیطی گسترش می‌یابد.



شکل (۲) ارتباط ابعاد سه گانه سلامت معنوی

یکی از مؤلفه‌های سلامت معنوی در متون اسلامی است (20). سام آرام و همکارانش (۱۳۹۲) نیز همسو با پژوهش حاضر توکل و حسن ظن به خداوند را از شاخصه‌های سلامت معنوی دانسته‌اند. همچنین اسماعیلی و همکاران (۱۳۹۴) معتقدند سه مؤلفه در رشد و حفظ سلامت معنوی نقش بسیار مؤثری دارند: باور به یک قدرت متعالی، یاد خدا و توکل به او (22) (1). بهادری و همکاران (۱۴۰۳) خوف و ترس از مجازات الهی را از عوامل مؤثر بر سلامت اخلاقی از دیدگاه اسلام دانسته‌اند (23). همچنین علی‌انسیب و همکاران (۱۳۹۹) امید به رحمت و فضل الهی را یکی از راهکارهای تحقق سلامت معنوی معرفی کرده‌اند (24). آذربایجانی و بیات (۱۴۰۲) ذکر و یاد الهی را در میان مؤلفه‌های سلامت معنوی اسلامی در بعد تقوای در رابطه با خداوند شمرده‌اند (20). سام آرام و همکارانش (۱۳۹۲) و اسماعیلی و همکاران (۱۳۹۴) نیز ذکر و یاد خدا را از مؤلفه‌های سلامت معنوی دانسته‌اند و آن را موجب رشد سلامت معنوی معرفی کرده‌اند (1). اسکندری و همکاران (۱۴۰۰) اخلاص را یکی از مؤلفه‌های سلامت معنوی می‌دانند و آن را ذیل عنوان مبدأ شناسی قرار می‌دهند (25). همچنین سام آرام و همکارانش (۱۳۹۲) نیت خالص را به عنوان یکی از مؤلفه‌های سلامت معنوی ذکر کرده‌اند (1). ابوالقاسمی و اسد زندی (۱۳۹۶) انجام عباداتی چون نماز، وضوی مستحبی و تلاوت قرآن را از جمله شاخصه‌های سلامت معنوی می‌دانند (21). سام آرام و همکاران (۱۳۹۲) معتقدند نماز می‌تواند به عنوان یکی از مؤلفه‌های سلامت معنوی به شمار رود؛ چرا که نماز مهم‌ترین فروع دین و معیار مهمی در پابندی تکالیف دینی است (1). این مطالعه در زمینه تأکید بر خداآوری و اعتقاد به یکتایی او، به عنوان یکی از مهم‌ترین مؤلفه‌های سلامت معنوی با یافته‌های مطالعات دیگر همسو

یافته‌های این پژوهش از حیث ساختار کلی با نتایج دیگر مدل‌ها همسو است، اما از نظر مبنایی، تمایزی آشکار دارد. برای نمونه در الگوی جامع سلامت معنوی که در سال ۱۳۹۳ توسط فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران طراحی شد، مفاهیم «ارتباط با خداوند»، «ارتباط با خود» و «ارتباط با پیرامون» بیان‌کننده ابعاد سلامت معنوی هستند. همچنین امیری و همکاران، (۱۳۹۳) شیوندی و همکاران (۲۰۲۰) سلامت معنوی را در چهار بعد «ارتباط با خود»، «ارتباط با دیگران»، «ارتباط با طبیعت» و «ارتباط با هستی متعالی» تعریف می‌کنند (17) (18). علاوه بر الگوهای داخلی، در برخی از الگوهای خارجی سلامت معنوی نیز چنین تقسیمی پذیرفته شده است. از جمله فیشر (۲۰۱۰) که در پرسشنامه SHALOM سلامت معنوی را در چهار عرصه تعریف کرده است: «شخصی»، «همگانی»، «محیطی» و «متعالی» که نشان‌دهنده کیفیت رابطه انسان با خود با مردم با و با محیط اطراف و خداوند است (19). شاخصه‌های سلامت معنوی از متون اسلامی در پژوهش حاضر نیز از این منظر با تحقیقات یاد شده همسو است، با این تفاوت که در پژوهش حاضر مبنای استخراج، صرفاً آموزه‌های وحیانی بوده و همین امر باعث تمایز بنیادین مدل اسلامی از مدل‌های غربی شده است. در خصوص مؤلفه‌های استخراج شده نیز تحقیقات پیشین، یافته‌های پژوهش حاضر را تأیید می‌کنند. آذربایجانی و بیات (۱۴۰۲) شکر الهی و رضا را از جمله مؤلفه‌های سلامت معنوی اسلامی دانسته‌اند. (20). همچنین ابوالقاسمی و اسد زندی (۱۳۹۶) در پژوهش خود شکر بر نعمات را یکی از راهکارهای توسعه سلامت معنوی در معرفی کرده‌اند؛ بنابراین تحقیق حاضر در این مؤلفه هم‌راستا با این دو پژوهش است (21). از نظر آذربایجانی و بیات (۱۴۰۲) توکل و اعتماد به خدا

است. کرمی و رحمانی (۱۳۹۹) نیز خاستگاه سلامت معنوی را قلب سلیم دانسته‌اند که تنها خداوند در آن راه دارد (26). چنانکه معارف و اسدی (۱۳۹۶) در مطالعه خود از ایمان به خداوند به عنوان اولین و شاخص‌ترین عامل ارتقای سلامت معنوی نام می‌برند (27). همچنین محقق داماد (۱۳۸۹) در پژوهش خود که با هدف بررسی معنویت و مقومات آن در سلامت انجام شده، اثبات می‌کند که معنویت در الهیات اسلامی عبارت است از معرفت و باور به غیب و تبیین توحیدی از نظام خلقت و بر پایه معرفت اسلامی، معنویت اساس سلامتی جسم و روح است (28). آذربایجانی و بیات (۱۴۰۲) باور به روز واپسین را یکی از مؤلفه‌های سلامت معنوی اسلامی در بعد تعالی جویی می‌نامد (20). همچنین مصلحی (۱۳۹۸) باور به معاد را در پژوهش خود از مؤلفه‌های سلامت معنوی دانسته است (10). اسماعیلی و همکاران (۱۳۹۵) در پژوهش خود قائل شده که اسلام سلامت معنوی را امری به گستره حیات انسان در دنیا و آخرت می‌داند و سلامت معنوی انسان در دنیا بیگانه از سلامت او در آخرت نیست، به این صورت که سلامت معنوی در دنیا که نسبی است باید به سلامت معنوی در آخرت که سلامتی مطلق و بدون از هرگونه بیماری است منجر شود در غیر این صورت ارزش زیادی نخواهد داشت (22).

در راستای تحقیق حاضر، ابوالقاسمی و اسد زندی (۱۳۹۶) تلاوت قرآن را به عنوان یکی از مؤلفه‌های سلامت معنوی در ارتباط با خدا نام می‌برد (21). همچنین اسکندری و همکاران (۱۴۰۰) انس با قرآن را یکی از شاخصه‌های سلامت معنوی می‌دانند و آن را ذیل عنوان ادب تطبیقی با انبیاء و چهارده معصوم قرار می‌دهند (25). در زمینه الگو گرفتن و پیروی از اهل بیت دو پژوهش، هم راستا با تحقیق پیش‌رو است. ابوالقاسمی و اسد زندی (۱۳۹۶) الگو گرفتن از زندگی پیامبر (ص) و ائمه اطهار (ع) را یکی از راهکارهای ارتقای سلامت معنوی می‌دانند (21). آذربایجانی و بیات (۱۴۰۲) نیز باور به پیامبر و امامان معصوم (ع) به عنوان اولیای الهی را یکی از مؤلفه‌های سلامت معنوی اسلامی در بعد تعالی جویی می‌داند (20). از دیدگاه آذربایجانی و بیات (۱۴۰۲) میانه‌روی یکی از مؤلفه‌های سلامت معنوی اسلامی در بعد خودمراقبتی است و تحقیق حاضر همسو با پژوهش یادشده است (20). در خصوص حیا، اسکندری و همکاران (۱۴۰۰) آن را یکی از مؤلفه‌های سلامت معنوی ذیل عنوان ادب تطبیقی با انبیاء و چهارده معصوم نام می‌برند (25). در پژوهش اسکندری و همکاران (۱۴۰۰) کسب روزی حلال یکی از مؤلفه‌های سلامت معنوی معرفی و ذیل عنوان ادب تطبیقی با انبیاء و چهارده معصوم قرار داده شده است (25). همچنین آذربایجانی و بیات (۱۴۰۲) حلال‌خواری را یکی از مؤلفه‌های سلامت معنوی اسلامی در بعد

خودمراقبتی می‌دانند (20). سام آرام و همکاران (۱۳۹۲) معتقدند صبر می‌تواند از مؤلفه‌های سلامت معنوی به شمار رود. صبر واقعی ریشه در خداباوری دارد و پیامدش سلامت روانی و دوری از افسردگی است (1). پسندیده (۱۳۹۴) نیز در مطالعه خود از «صبر» به عنوان یکی از مؤلفه‌های اصلی سعادت انسان یاد می‌کند (29). در رابطه با بردباری مهرورز و همکاران (۱۳۹۸) به این نتیجه رسیده‌اند که آموزش بردباری موجب بهبود سازگاری و سلامت روان شده است (30). ابوالقاسمی (۱۳۹۵) در زمینه قناعت که مترادف با پرهیز از حرص و آز است، خاطرنشان کرده که انسان‌های معنوی از هرگونه فرون خواهی و ویژه خواری دوری گزیده و نسبت به امکاناتی که در اختیار دیگران قرار می‌گیرد بخل نمی‌ورزند (31). ابوالقاسمی و اسد زندی (۱۳۹۶) اجتناب از غیبت، تهمت، سخن‌چینی، استهزاء، به کارگیری القاب نامناسب، دروغ، نجوا و عیب‌جویی و نیز رازداری را از مؤلفه‌های سلامت معنوی دانسته است که همگی ذیل عنوان کنترل زبان قابل تعریف است (21). آذربایجانی و بیات (۱۴۰۲) راستی و صداقت را از مؤلفه‌های سلامت معنوی اسلامی در بعد احسان‌مداری معرفی می‌کند که یکی از مصادیق کنترل زبان است (20). ابوالقاسمی (۱۳۹۵) در مطالعه خود یکی از علامات انسان معنوی را این گونه بیان کرده است که زبان و رفتار او خیر و نیکی است و با گفتار و کردارش مردم را به سوی خیر و خوبی‌ها تشویق می‌کند که این امر با کنترل و هدایت زبان میسر می‌شود؛ بنابراین سه پژوهش فوق همسو با تحقیق حاضر است (31). اسکندری و همکاران (۱۴۰۰) وفاداری را یکی از مؤلفه‌های سلامت معنوی می‌دانند و آن را ذیل عنوان ادب تطبیقی با انبیاء و چهارده معصوم قرار می‌دهند (25). همچنین آذربایجانی و بیات (۱۴۰۲) وفاداری، رازداری و امانتداری را از مؤلفه‌های سلامت معنوی در بعد احسان‌مداری می‌شمارند (20). بنابراین دو پژوهش یادشده همسو با پژوهش حاضر است. ابوالقاسمی و اسد زندی (۱۳۹۶) صله ارحام و ملاقات با خویشاوندان را یکی از راهکارهای ارتقای سلامت معنوی می‌داند که نیکی به والدین بارزترین مصداق آن است (21). ابوالقاسمی (۱۳۹۵) همچنین بر ادای حقوق خانوادگی تأکید کرده و انسان‌های موفق را کسانی می‌داند که نسبت به حقوق خانواده و جامعه به ویژه نزدیکان تهیدست و کسانی که با مشکل روبرو هستند، اهتمام ویژه دارند و به حقوق ایشان را ادا می‌کنند (31). در رابطه با سخاوتمندی، اسکندری و همکاران (۱۴۰۰) آن را یکی از مؤلفه‌های سلامت معنوی ذیل عنوان ادب تطبیقی با انبیاء و چهارده معصوم تعریف می‌کنند (25). ابوالقاسمی و اسد زندی (۱۳۹۶) حسن خلق را یکی از راهکارهای ارتقای سلامت معنوی در بعد ارتباط با خود می‌دانند. همچنین گشاده‌روی را که از مصادیق خوش خلقی است

می‌کند. بدین‌ترتیب، تمایز اصلی الگوی اسلامی در اتصال ساحت‌های فردی و اجتماعی با ریشه‌ی الهی است. از دیدگاه نظری، یافته‌های این پژوهش می‌تواند مبنای تدوین پرسشنامه بومی سنجش سلامت معنوی اسلامی و همچنین مدل مفهومی برای مطالعات روان‌سنجی قرار گیرد. از جنبه کاربردی، الگو می‌تواند در برنامه‌ریزی‌های آموزشی، مشاوره‌ای و سلامت روان جامعه اسلامی به‌کار رود؛ زیرا تأکید آن بر تقویت ایمان، خودمهارگری، همزیستی اخلاقی و زیست مؤمنانه، مستقیماً به مؤلفه‌های بهداشت روان و رفاه اجتماعی پیوند می‌خورد. باتوجه به گستردگی منابع اسلامی، این پژوهش فقط بخشی از منابع معتبر را بررسی کرده است؛ بنابراین برای جامعیت بیشتر پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده دایره‌ی متون روایی به سایر منابع معتبر گسترش یابد و نیز تأثیر هریک از ابعاد سه‌گانه بر شاخص‌های سلامت روان و اجتماعی در جمعیت‌های هدف به‌صورت تجربی مورد بررسی واقع شود.

مطالعه حاضر مدل مفهومی سه‌بعدی سلامت معنوی اسلامی را بر اساس متون اصیل وحیانی تبیین و مؤلفه‌های آن را به‌طور روایی اعتباریابی نمود. الگوی نهایی نشان داد که سلامت معنوی در بینش اسلامی، فرایندی پویا و فراگیر است که از پیوند معرفتی با خداوند آغاز می‌شود، به تهذیب نفس و تعادل درونی می‌رسد و در رفتار اجتماعی و مسئولیت نسبت به دیگران و طبیعت تبلور می‌یابد.

تضاد منافع

هیچ‌گونه تضاد منافی در این پژوهش وجود ندارد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از جناب آقای دکتر محسن عارفیان و جناب آقای دکتر علی بیات که در تدوین این مطالعه نویسندگان را یاری کردند تشکر و قدردانی می‌کنیم.

ذیل بعد ارتباط با دیگران ذکر می‌کنند (21). علی اکبری (۱۳۹۹) و همکارانش نیز بر این باورند که از مهم‌ترین دستاوردهای اصلاحی حسن خلق بر سبک زندگی انسان، دستیابی به آرامش درون و سلامت جسم و روان است (32). امینی و همکارش (۱۳۹۹) در پژوهش خود تصریح می‌کنند که حسن خلق در سلامت جسم و روان تأثیر مثبت و مستقیم دارد (33). در خصوص خوشبین بودن در پژوهشی دیگر ابوالقاسمی و اسد زندی (۱۳۹۶) آن را از راهکارهای تقویت سلامت معنوی در بعد ارتباط با مردم معرفی می‌کند (21). ابوالقاسمی و اسد زندی (۱۳۹۶) تواضع و نیز اجتناب از تکبر را از راهکارهای ارتقای سلامت معنوی در بعد ارتباط با خود معرفی می‌کند که هم‌راستا با پژوهش حاضر است (21). آذربایجانی و بیات (۱۴۰۲) یکی از ابعاد سلامت معنوی اسلامی را تقوا در ارتباط با طبیعت (طبیعت‌نوازی) می‌نامند و ذیل آن ریز مؤلفه‌هایی چون آبادانی طبیعت و محیط زیست، مراقبت از آب سالم، مراقبت از هوای پاک، مراقبت از گیاهان و درختان و رعایت حقوق حیوانات را قرار می‌دهند (20). ابوالقاسمی و اسد زندی (۱۳۹۶) نیز مراقبت از حیوانات خانگی را ذیل عنوان ارتباط با عالم خلقت از راهکارهای ارتقای سلامت معنوی می‌داند (21). با وجود همسویی دیگر پژوهش‌ها با یافته‌های مطالعه حاضر، مؤلفه‌های نوپدیدی چون «کسب دانش سودمند»، «کوچک شمردن دنیا»، «خیرخواهی»، «همنشینی با خوبان»، «امر به معروف و نهی از منکر» از نوآوری‌های این پژوهش محسوب می‌شوند. الگوی پیشنهادی این پژوهش، برخلاف اغلب مدل‌های غربی که عمدتاً بر معناجویی انسان فارغ از دین متمرکزند، سلامت معنوی را بر محور و خودسازی تعریف می‌کند. در این چارچوب، سلامت معنوی صرفاً تعادل روانی نیست، بلکه تجلی «سلامت قلب» است؛ قلبی که از آلودگی گناه و دلبستگی مادی پاک شده و در رابطه با خلق، بر پایه محبت، عدالت و مسئولیت‌پذیری عمل

منابع

1. Sam Aram E, Hezar Jaribi J, Fadakar M, Karami M, Shamsaei M. Spiritual health; framework, scope, and components based on Islamic teachings. 2013; 4(14): p. 1-26.
2. Tabatabaei M. Al-Mizan fi Tafsir al-Quran. 4th ed. Tehran: Dar al-Kutub al-Islamiyyah; 1990.
3. Malekian M. Spirituality, the essence of religions. In: Tradition and Secularism Tehran: Serat; 2002.
4. McInerny R. Modernity and Religion: University of Notre Dame Press; 1994.
5. Dehshiri G, Sohrabi F, Jafari E, Najafi M. Psychometric properties of the spiritual well-

- being scale among students. *Psychological Studies*. 2008; 16: p. 129-145.
6. Wolf D. *Psychology and religion* Tehran: Roshd; 2007.
 7. Doniach N. *The Oxford English Hebrew Dictionary* Oxford: Oxford University Press; 1998.
 8. Merriam-Webster. *Merriam-Webster's Advanced Learner's English Dictionary* SJ P, editor. Springfield: Merriam-Webster; 2008.
 9. Casaldaliga P. *Spirituality of Liberation*: Burns and Oates; 1994.
 10. Moslehi J. Spiritual health: an approach based on Islamic teachings. *Fundamental Research in Humanities Quarterly*. 2019; 5(4): p. 65-92.
 11. World Health Organization. Review of the Constitution. EB 10, 1/7; 1997. In.
 12. Mahdi M. A reflection on the term Islamic spiritual health. *Culture and Health Promotion*. 2017; 1(1): p. 20-28.
 13. Karajaki M. *Kanz al-Fawa'id Qom: Dar al-Zakha'ir*; 1989.
 14. Tusi M. *Misbah al-Mutahajjid Beirut: Mu'assasat Fiqh al-Shi'a*; 1990.
 15. Graneheim U, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*. 2004; 24(2): p. 105-112.
 16. Waltz C, Bausell R. *Nursing research: Design, statistics, and computer analysis*: FA Davis company; 1981.
 17. Amiri P, Abbasi M, Gharibzadeh S, Asghari Jafarabadi M, Hamzavi Zarghani N, Azizi. Designation and psychometric assessment of a comprehensive spiritual health questionnaire for Iranian population. 2015; 8(30): p. 25-56.
 18. Shivandi K, Hassanvand F. Developing a model of psychological consequences of anxiety caused by the coronavirus epidemic and investigating the mediating role of spiritual health. *Culture of Counseling and Psychotherapy*. 2020; 11(42): p. 1-36.
 19. Fisher J. Development and application of a spiritual well-being questionnaire called SHALOM. 2010; 1(1): p. 105-21.
 20. Azarbajejani M, Bayat A. Spiritual health scale based on Islamic sources. *Studies in Islam and Psychology*. 2023; 17(33): p. 217-239.
 21. Abolghasemi H, Asad Zandi M. Strengthening faith, the main care and strategy for maintaining and promoting the spiritual health of clients and patients. *Journal of Culture and Health Promotion*. 2017; 1(1): p. 46-55.
 22. Esmaili M, Fani M, Karamkhani M. The conceptual structure of spiritual health in Islamic sources (Quran and Nahj-ul-Balagha). *JRRH*. 2017; 3(1): p. 91-101.
 23. Bahadori Z, Ghotb S, Samari A. Design and Validation of the Moral Health Scale with Emphasis on Islamic Sources. *J Spritual Health*. 2025; 3(4): p. 529-538.
 24. Olya nasab S, Olya nasab S, Nabavi S. The mechanism of divine attitude in achieving happiness and spiritual health from the perspective of the Quran with emphasis on the verse of divine grace and mercy (Yunus/58). *Journal of Quranic Studies*. 2010; 11(43): p. 175-199.
 25. Eskandar A, Vaziri S, Fallah M, Asi Madhanb A. Development and validation of a spiritual health assessment tool based on relevant Islamic texts. *Journal of Counseling and Psychotherapy*. 2021; 12(48): p. 165-196.
 26. Karami M, Rahmani A. Factors and obstacles to spiritual health from the perspective of Allameh Javadi Amoli. *Akhlaq Wahyani*. 2020; 10(1): p. 5-37.
 27. Maaref M, Asadi F. Factors for achieving spiritual health from the perspective of the Quran and Hadith. *Islamic. slamic Insight and Education*. 2017; 14(41): p. 9-40.

28. Mohaghegh Damad S. Spiritual components of health in Islamic theology. *Med Ethics J.* 2010; 4(14): p. 51-63.
29. Pansadeh A. Islamic model of happiness with a positive psychology approach Qom: Dar al-Hadith; 2013.
30. Mahrooz M, Shamsaei M, Baratian R. The Effectiveness of Tolerance Training on Mental Health and Adaptation of Elementary Primary Children. *Research in psychological health.* 2020; 3(14): p. 88-100.
31. Abolghasemi M. A path towards developing spiritual health criteria, from the perspective of revelation. *Journal of Medical History.* 2017; 8(9): p. 17-43.
32. Ali Akbar K, Shahroudi M, Abaei Koopai M, Kouchnani G. A study on good character and its effects from the perspective of the Quran and Hadith with emphasis on lifestyle reform. *Safineh Specialized Quarterly Journal of the Quran and Hadith.* 2020; 18(69): p. 10-26.
33. Amini F, Mohammad Jafari R. The role of moral virtues in health from the perspective of religious teachings. *Quran and Medicine.* 2010; 5(1).
34. Noormohammadi G. A view on the concept of Islamic medicine. 2004; 17-18: p. 18-64.
35. Halsey Hall W, Lewis L. History and philosophy of science Tehran: Soroush; 1990.
36. Hordern W. A guide to Protestant theology. 1st ed. Tehran: Elmi Farhangi; 1989.
37. Sloan R. Blind faith: the unholy alliance of religion and medicine New York, NY: St. Martin's Press; 2006.
38. Omidwari S. Spiritual health: concepts and challenges. *Interdisciplinary Quranic Research.* 2008; 1(1): p. 5-18.
39. Participants at the 6th Global Conference on Health Promotion. The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World. In World Health Organization; 2005 Aug 11; Geneva, Switzerland.
40. Dehkhoda A. Loghatnameh Tehran: University of Tehran; 1998.
41. Ibn Faris A. Mu'jam Maqayis al-Lughah Qom: Maktab al-I'lam al-Islami; 1983.
42. Ibn Manzur M. Lisan al-Arab Beirut: Dar al-Fikr; 1986.
43. Al-Tahanawi M. Kashshaf Istilahat al-Funun Lebanon: Maktabat Nashirun; 1996.
44. Ma'luf L. Al-Munjid fi al-Lughah al-Arabiyyah al-Mu'asirah Beirut: Dar al-Mashriq; 2000.
45. Ibn Sina H. Al-Qanun Tehran: Soroush; 2010.
46. DiMatteo M. Health psychology Tehran: Samt; 2008.
47. Asghari F. Methodological Considerations In Gender Studies; 2015.
48. Sajjadi M, Rassouli M, Abbaszadeh A, Alavi Majd H. Mixed Methods Research: Typolog. 2013; 3(2): p. 54-66.
49. Hariri N. Principles and methods of qualitative research Tehran: Islamic Azad University, Science and Research Branch; 2011.
50. Lawshe C. Inferences from personnel tests and their validity. *Journal of Applied Psychology.* 1985; 70(1): p. 237.
51. Marzband R, Zakavi A. Indicators of spiritual health from the perspective of revealed teachings. *Journal of Medical Ethics.* 2012; 6(20): p. 9-69.
52. Yousofi H, Abdolkarimi-Natanzi M, Nesaiei-Barzoki H. The principles of spiritual health in the Quran. *Feyz Med Sci J.* 2020; 23(7): p. 810-816.
53. Sharifnia S, Soleimani M, Ebadi A, Taghipour B, Zeraatgar L, Shahidi S. The relationship between spiritual intelligence and spiritual health with death anxiety in Iranian veterans. *Military Medicine.* 2022; 19(4).
54. Salaripour S, Maktabi G, Alipour Birgani S. The relationship between emotional intelligence and religious orientation with death anxiety in retired male employees of the Steel

Industries Company. Journal of Counseling and Psychotherapy. 2018; 9(33): p. 99-117.

55. Salehi A, Rezvankhah S. Statistics and investigation of methods for deepening spiritual health from the perspective of Imam Ali (AS). Journal of Nahj al-Balagha Research. 2017; 5(20): p. 1-18.