www.edcbmj.ir e-ISSN: 2345-5284

Education Strategies in Medical Sciences (ESMS)

Journal homepage: www.edcbmj.ir/en e-ISSN: 2345-5284

Baqiyatallah University of Medical Sciences

Extraction and validation of components of the Spiritual Health Literacy Questionnaire from the perspective of Islamic sources; Qualitative content analysis of the Quran and narrations

Nasir Javidi [1], Hassan Abolghasemi [2*], Saeid Saboei Jahromi [3]

[1] Lifestyle Research Institute, Spiritual Health Research Center, Baqiyatullah Al-Azam University of Medical Sciences, Tehran, Iran
[2] Director of Clinical Psychology and Psychotherapy Studies (CPPS), Universal Scientific Education and Research Network (USERN), Tehran, Iran
[3] Head of the Spiritual Health Department, Iranian Academy of Medical Sciences, Tehran, Iran
[4] Department of Pediatrics, Faculty of Medicine, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran
[5] PhD, Department of Jurisprudence and Fundamentals of Law - Faculty of Theology, University of Tehran, Tehran, Iran

**Corresponding author: Hassan Abolghasemi, Department of Pediatrics, Faculty of Medicine, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran*

Article Info

Keywords: *Islamic spiritual health literacy, qualitative content analysis, Quran and narrations, component psychometrics*

Abstract

Most of the common models in the field of spiritual health 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 narrations in order to create a questionnaire. The present study is a developmental-applied study that was conducted in a mixed (quantitative-qualitative) manner. In the qualitative stage, the Quranic texts and the hadiths of the Ahl al-Bayt (AS) were coded using the inductive qualitative content analysis method in sources such as Nahj al-Balagha, Sahifa al-Sajjadiyah, and al-Kafi. 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). From a total of 1,132 initial codes, 249 core codes and 56 optional codes were extracted, and after psychometric evaluation, 27 final components were established in the form of three core categories of connection with God, connection with self, and connection with others. The present study showed that Islamic spiritual health is based on the axis of man's existential connection with God and the individual's transcendence in the individual and social spheres. This model, while being aligned with international spiritual health models such as the SHALOM tool and domestic models such as the Academy of Medical Sciences model, shows its fundamental distinction from non-Islamic models in relying on monotheistic teachings.

Copyright © 2020, Education Strategies in Medical Sciences (ESMS). This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله راهبردهای آموزش در علوم پزشکی
دوره ۱۸، شماره ۴، ۱۴۰۴
صفحات: ۱۲۲-۱۳۲

استخراج و اعتباریابی مؤلفه‌های پرسشنامه سواد سلامت معنوی از دیدگاه منابع اسلامی؛ تحلیل محتوای کیفی قرآن و روایات

نصیرالدین جاویدی[۱،۲]، حسن ابوالقاسمی[۳،۴]*، سعید سبوئی جهرمی[۵]

[۱] پژوهشکده سبک زندگی ، مرکز تحقیقات سلامت معنوی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله الاعظم (عج)، تهران ، ایران
[۲] مدیر گروه علمی روانشناسی بالینی و مطالعات درمانی (CPPS)، شبکه جهانی آموزش و پژوهش های علمی (USERN)، تهران، ایران
[۳] گروه کودکان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله الاعظم(عج)، تهران، ایران
۴ رئیس گروه سلامت معنوی فرهنگستان علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
۵ دکتری گروه فقه و مبانی حقوق- دانشکده الهیات، دانشگاه تهران، تهران، ایران

چکیده

بیشتر مدل‌های رایج در حوزه سلامت معنوی متکی بر رویکردهای غربی‌اند و فاقد تبیین بومی و اسلامی هستند. این مطالعه با هدف استخراج، طبقه‌بندی و اعتباریابی مؤلفه‌های سواد سلامت معنوی اسلامی بر اساس قرآن کریم و روایات معتبر به منظور ساخت پرسشنامه انجام شد. مطالعه حاضر از جهت هدف توسعه‌ای-کاربردی است که به‌صورت ترکیبی (کمی–کیفی) اجرا شد. در مرحله کیفی، با روش تحلیل محتوای کیفی استقرایی متون قرآنی و احادیث اهل‌بیت (ع) در منابعی چون نهج‌البلاغه و صحیفه سجادیه و الکافی کدگذاری گردید. مراحل تحلیل شامل کدگذاری باز، محوری و گزینشی بر اساس الگوی گرانهایم 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. 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 هسته‌ای ارتباط با خدا، ارتباط با خود و ارتباط با دیگران تثبیت شدند. پژوهش حاضر نشان داد سواد 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 مدل‌های داخلی مانند الگوی فرهنگستان علوم پزشکی است، تمایز بنیادین خود را از مدل‌های غیراسلامی در اتکاء به آموزه‌های توحیدی نشان می‌دهد.

واژگان کلیدی: سواد سلامت معنوی اسلامی، تحلیل محتوای کیفی، قرآن و روایات، روان‌سنجی مؤلفه‌ها

مقدمه

با گذر زمان و پیشرفت علوم سلامت، دیدگاه به انسان به‌صورت صرفاً جسمی کاهش یافته و رویکردی جامع‌تر به انسان (که شامل ابعاد روانی، اجتماعی و معنوی) مورد تأکید قرار گرفته است. سلامت معنوی به‌عنوان یکی از ابعاد حیاتی سلامت، می‌تواند زمینه ساز بهزیستی کلی، تاب‌آوری، معناجویی و پایداری روانی و اجتماعی باشد. هرچند اغلب پژوهش‌های سلامت به ابعاد جسمی و روانی پرداخته‌اند، اما در بسیاری از جوامع، به ویژه جوامع دینی ـ اسلامی، ملاحظه بعد معنوی ضروری به نظر می‌رسد. در اسلام، سلامت معنوی امری تضمینی برای رشد انسان در مسیر الهی، فضیلت‌گرایی، عمیق شدن ارتباط با خداوند و حرکت به سمت «حیات طیبه» تلقی می‌شود. تقویت بنیه معنوی می‌تواند به ارتقای سلامت جسمی، روانی و اجتماعی افراد منجر شود (۱). سلامت معنوی در دهه‌های اخیر به‌عنوان یکی از ابعاد چهارگانه سلامت (جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی) مورد توجه سازمان جهانی بهداشت و اندیشمندان حوزه سلامت قرار گرفته است. پژوهش‌های مختلف نشان داده‌اند که سلامت معنوی نقش تعیین‌کننده‌ای در معنابخشی به زندگی، افزایش امید، رضایت از زندگی و مقابله با استرس و بیماری دارد (۲). با وجود این، مفهوم و سنجش سلامت معنوی در جوامع مختلف، به‌ویژه در جوامع اسلامی، همچنان با چالش‌های نظری و فرهنگی روبه‌رو است. تعاریف مختلفی از سلامت معنوی ارائه شده است که شامل:

- سلامت معنوی به برخورداری از حس پذیرش، احساسات مثبت، اخلاق و حس ارتباط متقابل مثبت با یک قدرت حاکم و برتر قدسی، دیگران و خود اطلاق می‌شود که طی یک فرآیند پویا و هماهنگ شناختی، عاطفی، کنشی و پیامدی شخصی حاصل می‌آید (۲).

- »سلامت معنوی عبارت است از بعد چهارم انسان در ارتباطات با خداوند و امور قدسی ... معنویت سالم به معنای فراروی ارادی و وجودی از مادیت، انانیت و موقعیت در ابعاد بینشی، کنشی و گرایشی به‌سوی خداوند به عنوان کانون، مبدأ و مقصد معنویت که زمینه تجربه زیسته باطنی و عمیق‌تر را فراهم می‌کند«.(۳).

- سلامت معنوی از دیدگاه اسلام شامل بینش‌ها، گرایش‌ها و رفتارهایی است که در ساحت‌های چهارگانه الهی، فردی، اجتماعی و طبیعی نمود دارند؛ یعنی سلامت معنوی تنها به امور فردی محدود نمی‌شود بلکه تأثیر اجتماعی و پیوند با جهان نیز دارد (۴).

- همچنین سلامت معنوی در متون روانشناسی به ویژگی‌هایی چون: ارتباط با خداوند یا قدرت برتر، هدفمندی و معناداری زندگی، حالت بنیادین پویا و مثبتِ «بودن و برخورداری»، رویکرد کل‌نگر و هماهنگ‌کننده به هستی و نمود در ابعاد شناختی، عاطفی و رفتاری تعریف شده است (۴). در متون موجود، بیشتر ابزارهای سنجش سلامت معنوی بر مبنای دیدگاه‌ها و ارزش‌های غربی طراحی شده‌اند و تعاریف آن‌ها از «معنویت» عمدتاً مبتنی بر تجربه فردی، احساس پیوند با طبیعت یا قدرتی برتر و معنایابی غیرمذهبی از زندگی است (۵). این در حالی است که در جهان‌بینی اسلامی، معنویت و سلامت معنوی مفاهیمی عمیقاً الهی و وحی‌محورند و بر ارتباط آگاهانه و هدفمند انسان با خداوند، تزکیه نفس، تقوا، ایمان، عمل صالح، امید به رحمت الهی و آرامش درونی مبتنی بر توکل تأکید دارند (۴). بنابراین، به‌کارگیری ابزارهای غربی در بافت فرهنگی و اعتقادی اسلامی نه‌تنها ممکن است تصویر دقیقی از سلامت معنوی افراد ارائه ندهد، بلکه با مبانی معرفت‌شناختی و انسان‌شناختی اسلام نیز ناسازگار است.

از سوی دیگر، مفهوم **سواد سلامت معنوی** به‌عنوان توانایی درک، تفسیر و به‌کارگیری معارف، ارزش‌ها و رفتارهای مرتبط با سلامت معنوی برای ارتقای زندگی فردی و اجتماعی، از اهمیت روزافزونی برخوردار شده است. فردی که دارای سواد سلامت معنوی است، می‌تواند آموزه‌های الهی و اخلاقی را در تصمیم‌گیری‌های مربوط به سلامت، سبک زندگی، مدیریت استرس و تعاملات اجتماعی خود به کار گیرد(۶). با این حال، تاکنون در ایران و سایر کشورهای اسلامی ابزار جامع و بومی برای سنجش «سواد سلامت معنوی

مبتنی بر آموزه‌های اسلامی» طراحی و اعتباریابی نشده است و پژوهش‌ها اغلب از ابزارهای ترجمه‌شده یا اقتباسی بهره برده‌اند که از روایی فرهنگی کافی برخوردار نیستند.

درواقع، سواد سلامت معنوی عبارت است از مجموعه دانش، بینش و مهارت‌های فرد در درک، تفسیر و کاربرد معارف و ارزش‌های معنوی در جهت حفظ، ارتقاء و بهبود سلامت فردی و اجتماعی، بر اساس رابطه آگاهانه انسان با خدا، خود، دیگران و جهان (۴). فردی که دارای سواد سلامت معنوی است:

- خدا را به‌عنوان سرچشمه حیات و سلامت می‌شناسد؛
- به اصول ایمان، دعا، توکل و تقوا به‌عنوان راه‌های آرامش و تعادل توجه دارد؛
- آموزه‌های اخلاقی و عبادی را در تصمیم‌های روزمره درباره سلامت و سبک زندگی خود به کار می‌گیرد؛
- معنای زندگی، رنج و بیماری را در پرتو جهان‌بینی الهی تفسیر می‌کند (۷).

ابزارهای اندازه‌گیری سلامت معنوی یا معنویت غالباً در بستر فرهنگ غربی طراحی شده‌اند و بازتاب‌دهنده باورها، ارزش‌ها و زبان فرهنگی آن جوامع‌اند. مثلاً مقیاس‌های استانداردی مانند Spiritual Well-Being Scale یا ابزارهای وابسته به نشانه‌های معنویت عمومی، ممکن است با فرهنگ دینی ـ اسلامی ناسازگار باشند یا مفاهیمی را که در فرهنگ اسلامی اهمیت دارند، در نظر نگیرند. در ایران، تلاش‌هایی برای طراحی مقیاس سلامت معنوی بر پایه دیدگاه اسلامی وجود داشت؛ از جمله Islamic Spiritual Health Scale (ISHS) که در آن ابتدا ۸۱ آیتم مبتنی بر رویکرد کیفی تدوین شد و سپس به ۳۰ آیتم ترکیب شد و عوامل «عشق به خالق»، «زیست مبتنی بر تکلیف»، «عقلانیت دینی»، «تعادل روانی» و «توجه به آخرت» را استخراج نمود. این مقیاس از نظر پایایی داخلی نیز دارای آلفای کرونباخ ۰٫۹۱ بوده است (۷). از طرفی، مفهوم «سواد سلامت معنوی» را می‌توان بر مبنای تأسیس و توسعه مفاهیمی مانند سواد سلامت (health literacy) تعمیم داد: یعنی فردی که دارای سواد سلامت معنوی است، قادر است متون، آموزه‌ها، اصول و راهبردهای معنوی را تحلیل کند، ارتباط آن‌ها را با سلامت خود بسنجد، تصمیمات معنادار بگیرد و در زندگی روزمره آنها را به کار گیرد. در مطالعات انجام‌شده، ارتباط میان سلامت معنوی با سواد سلامت (health literacy) دیده شده است. در یک مطالعه در بین طلاب حوزه علمیه شهرستان اسفراین، ارتباط مثبت و معناداری بین سلامت معنوی و سطح سواد سلامت گزارش شده است ($r = 0.336, p = 0.002$). همچنین در یک پژوهش دیگر بر پرسنل، ارتباط معنادار بین سلامت معنوی و سلامت عمومی و سواد سلامت گزارش شده است .

با این حال، آنچه کمتر در ادبیات دیده می‌شود، **سواد سلامت معنوی** به‌عنوان توانایی شناختی، تحلیلی و مهارتیِ فرد در مواجهه با آموزه‌های معنوی و سلامت معنوی است. به عبارت دیگر، بسیاری از ابزارها تمرکزشان بر درجه یا وضعیت معنویت یا سلامت معنوی است، نه بر آنکه فرد تا چه حد توان دارد آموزه‌های معنوی را بفهمد، به کار گیرد و از آن‌ها در تصمیم‌گیری‌های سلامت محور بهره ببرد. بنابراین، ضرورت انجام پژوهشی که بتواند بر پایه‌ی آموزه‌های قرآنی، روایات و مبانی معرفتی اسلام، ابعاد و شاخص‌های سواد سلامت معنوی را شناسایی و بر اساس آن، ابزاری معتبر و پایا برای سنجش این مفهوم طراحی کند، آشکار می‌شود. چنین ابزاری می‌تواند علاوه بر ارتقای کیفیت پژوهش‌های حوزه سلامت معنوی، در برنامه‌ریزی‌های آموزشی، دینی و بهداشتی نیز مورد استفاده قرار گیرد و گامی مؤثر در جهت تبیین و بومی‌سازی مفهوم سلامت معنوی در چارچوب فرهنگ اسلامی باشد.

روش

این مطالعه از جهت هدف توسعه‌ای-کاربردی و از جهت روش با رویکرد کیفی–کمی انجام گرفت. در مرحله کیفی از روش تحلیل محتوای کیفی استقرایی و در مرحله 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»، «توکل» و «سواد» به‌عنوان واژگان کلیدی جست‌وجو در متون اسلامی انتخاب گردیدند. سپس تحلیل محتوای کیفی به‌منظور شناسایی شاخص‌ها، طبقه‌بندی آنها در قالب مؤلفه‌ها و در نهایت اعتباریابی شاخص‌ها با نظر خبرگان انجام شد. این فرایند سه‌مرحله‌ای شامل:

۱- استخراج شاخص‌ها از متون،

۲- طبقه‌بندی و مقوله‌بندی آنها در چارچوب مؤلفه‌های سلامت معنوی،

۳- اعتبارسنجی محتوایی شاخص‌ها توسط متخصصان به‌روش (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 نهج‌البلاغه، صحیفه سجادیه، 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، اِس‌آی‌دی، نورمگز، سیویلیکا، مگیران و اسکوپوس) و نرم‌افزارهای جامع متون اسلامی (جامع‌الاحادیث و جامع‌التفاسیر) گردآوری شدند. پس از غربال‌گری اولیه، از میان ۱۳۴ منبع شناسایی‌شده، 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 گرانهیم و لاندمن انجام گرفت (8). 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 سواد 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 مرحله بعد، داده‌های حاصل از کدگذاری به‌وسیله الگوی سه‌مرحله‌ای روان‌سنجی والتز و باسل (۱۹۸۱) و جدول لاوشه (۱۹۷۵) بررسی شدند تا نسبت روایی محتوا و شاخص روایی محتوا برای هر مؤلفه محاسبه شود. آستانه پذیرش مقادیر شاخص‌ها بر اساس تعداد ۱۰ متخصص، $CVI \geq 0.79$ و $CVR \geq 0.62$ تعیین 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 مقوله هسته‌ای مطابق با جدول زیر طبقه‌بندی شدند.

جدول (۱) مؤلفه‌های اولیه سلامت معنوی

مقوله هسته‌ای	مؤلفه
ارتباط با خدا	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 خود	قناعت، کسب دانش، خرسندی، اندیشیدن، عمل به دانسته‌ها، میانه‌روی، پرهیز از اسراف، پرهیز از ریاست طلبی، کوچک شمردن دنیا، پایداری و استقامت، سکوت، حیاء، پرهیزکاری

ارتباط با دیگران	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

سه بعد فوق بیانگر ساختار درونی سواد 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 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 می‌بینند. 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.

فرد را از وابستگی به امور دنیوی رهانیده 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

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

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 محتوا (CVR) بر اساس جدول لاوشه (۱۹۷۵) ۰/۶۲ بود (9). براساس امتیازاتی که کارشناسان به مؤلفه‌ها دادند و نیز توضیحاتی که به عنوان پیشنهاد برای اصلاح آنها 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 تغیر نام یافته: ۱- ترس، امید و فروتنی در مقابل خدا (خوف و رجاء) ۲- پیوند خویشاوندی و نیکی به 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 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 سواد سلامت معنوی اسلامی را شکل می‌دهند که از پیوند درونی کارشناسان 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

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- پاکی 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).

بحث

هدف مطالعه حاضر، استخراج و اعتباریابی مؤلفه‌های سواد 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 مجققان این مطالعه، در نهایت ۲۷ مؤلفه در قالب

فرد با خداوند آغاز، به تهذیب و خویشتن‌داری فردی می‌رسد و در سطح اجتماعی و زیست‌محیطی گسترش می‌یابد.

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» بیان کننده 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(11) (10) . 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 (12). 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 سواد سلامت معنوی اسلامی دانسته‌اند. (13). 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 (14). از نظر آذربایجانی و بیات (۱۴۰۲) توکل و اعتماد به خدا یکی از مؤلفه‌های سلامت معنوی در متون اسلامی است (13). 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(16) (15) . بهادری و همکاران (۱۴۰۳) خوف و ترس از مجازات الهی را از عوامل مؤثر بر سلامت اخلاقی از دیدگاه اسلام دانسته‌اند (17). همچنین علیانسب و همکاران (۱۳۹۹) امید به رحمت و فضل الهی را یکی از راهکارهای تحقق سلامت معنوی معرفی کرده‌اند (18).

آذربایجانی و بیات (۱۴۰۲) ذکر و یاد الهی را در میان مؤلفه‌های سواد سلامت معنوی اسلامی در بعد تقوای در رابطه با خداوند شمرده‌اند (13). 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 (15). اسکندری و همکاران (۱۴۰۰) اخلاص را یکی از مؤلفه‌های سلامت معنوی می‌دانند و آن را ذیل عنوان مبدأ شناسی قرار می‌دهند (19). همچنین سام آرام و همکارانش (۱۳۹۲) نیت خالص را به عنوان یکی از مؤلفه‌های سلامت معنوی ذکر کرده‌اند (15). ابوالقاسمی و اسد زندی (۱۳۹۶) انجام عباداتی چون نماز، وضوی مستحبی و تلاوت قرآن را از جمله شاخصه‌های سلامت معنوی می‌دانند (14). 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 پایبندی تکالیف دینی است (15) .

این مطالعه در زمینه تأکید بر خداباوری و اعتقاد به یکتایی او، به عنوان یکی از مهم‌ترین مؤلفه‌های سلامت معنوی با یافته‌های مطالعات دیگر همسو است. کرمی و رحمانی (۱۳۹۹) نیز خاستگاه سلامت معنوی را قلب سلیم دانسته‌اند که تنها خداوند در آن راه دارد(20) . چنانکه معارف و اسدی (۱۳۹۶) در مطالعه خود از ایمان به خداوند به عنوان اولین و شاخص‌ترین عامل ارتقای سلامت معنوی نام می‌برند (21). حمیدوند و همکاران (۱۴۰۳) ایمان به خدا و کتب آسمانی را نخستین مؤلفه بنیادین سواد سلامت معنوی اسلامی از منظر قرآن و روایات می‌دانند(22) . آذربایجانی و بیات (۱۴۰۲) باور به روز واپسین را یکی از مؤلفه‌های سواد سلامت معنوی اسلامی در بعد تعالی جویی می‌نامد (13). همچنین مصلحی (۱۳۹۸) باور به معاد را در پژوهش خود از مؤلفه‌های سلامت معنوی دانسته است (5). 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 (16).

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 (14). 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 (19). 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 (14). آذربایجانی و بیات (۱۴۰۲) نیز باور به پیامبر و امامان معصوم (ع) به عنوان اولیای الهی را یکی از مؤلفه‌های سواد سلامت معنوی اسلامی در بعد تعالی جویی می‌داند (13). از دیدگاه آذربایجانی و بیات (۱۴۰۲) میانه‌روی یکی از مؤلفه‌های سواد سلامت معنوی اسلامی در بعد خودمراقبتی است و تحقیق حاضر همسو با پژوهش یادشده است (13). در خصوص حیاء، اسکندری و همکاران (۱۴۰۰) آن را یکی از مؤلفه‌های سلامت معنوی ذیل عنوان ادب تطبیقی با انبیاء و چهارده معصوم نام می‌برند (19). 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 (19). همچنین زرنوشه فراهانی و عترت دوست (۱۴۰۲) کسب اموال حلال را یکی از مؤلفه‌های سواد سلامت معنوی اسلامی می‌دانند (23) . سام آرام و همکاران (۱۳۹۲) معتقدند صبر می تواند از مؤلفه‌های سلامت معنوی به شمار رود. صبر واقعی ریشه در خداباوری دارد و پیامدش سلامت روانی و دوری از افسردگی است (15). پسندیده (۱۳۹۴) نیز در مطالعه خود از «صبر» به عنوان یکی از مؤلفه‌های اصلی سعادت انسان یاد می‌کند (24). در رابطه با بردباری مهروز و همکاران (۱۳۹۸) به این نتیجه رسیده‌اند که آموزش بردباری موجب بهبود سازگاری و سلامت روان شده است (25).

ابوالقاسمی (۱۳۹۵) در زمینه قناعت که مترادف با پرهیز از حرص و آز است، خاطرنشان کرده که انسان‌های معنوی از هرگونه فزون خواهی و ویژه خواری دوری گزیده و نسبت به امکاناتی که در اختیار دیگران قرار می‌گیرد بخل نمی ورزند (26). ابوالقاسمی و اسد زندی (۱۳۹۶) اجتناب از غیبت، تهمت، سخن‌چینی، استهزاء، به کار گیری 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 (14). آذربایجانی و بیات (۱۴۰۲) راستی و صداقت را از مؤلفه‌های سواد سلامت معنوی اسلامی در بعد احسان‌مداری معرفی می‌کند که یکی از مصادیق کنترل زبان است (13). 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 (26). 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 (19). همچنین آذربایجانی و بیات (۱۴۰۲) وفاداری، رازداری و امانتداری را از مؤلفه‌های سلامت معنوی در بعد احسان‌مداری می‌شمارند (13). 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 (14). 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 (26). 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 (19). ابوالقاسمی و اسد زندی (۱۳۹۶) حسن خلق را یکی از راهکارهای ارتقای سلامت معنوی در بعد ارتباط با خود می‌دانند. همچنین گشاده‌رویی را که از مصادیق خوش

خلقی است ذیل بعد ارتباط با دیگران ذکر می‌کنند (14). 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 (27). امینی و همکارش (۱۳۹۹) در پژوهش خود تصریح می‌کنند که حسن خلق در سلامت جسم و روان تأثیر مثبت و مستقیم دارد (28).

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 (14). مهرجو (۱۴۰۳) تواضع و فروتنی را از مؤلفه‌های سلامت معنوی قرآنی معرفی می‌کند که هم‌راستا با پژوهش حاضر است (29). آذربایجانی و بیات (۱۴۰۲) یکی از ازابعاد سواد 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 (13). ابوالقاسمی و اسد زندی (۱۳۹۶) نیز مراقبت از حیوانات خانگی را ذیل عنوان ارتباط با عالم خلقت از راهکارهای ارتقای سلامت معنوی می‌داند (14). با وجود همسویی دیگر پژوهش‌ها با یافته‌های مطالعه حاضر، مؤلفه‌های نوپدیدی چون «کسب دانش سودمند»، «کوچک شمردن دنیا»، «خیرخواهی»، «همنشینی با خوبان، » و «امر به معروف و نهی از منکر» از نوآوری‌های این پژوهش محسوب می‌شوند. از جمله محدودیت‌های این پژوهش این بود که باتوجه به گستردگی منابع اسلامی، فقط بخشی از منابع معتبر را بررسی کرده است؛ بنابراین برای جامعیت بیشتر پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده دایره 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.

نتیجه‌گیری

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 می‌کند. بدین‌ترتیب، تمایز اصلی الگوی اسلامی در اتصال ساحت‌های فردی و اجتماعی با ریشه الهی است. از دیدگاه نظری، یافته‌های این پژوهش می‌تواند مبنای تدوین پرسشنامه بومی سنجش سواد سلامت معنوی اسلامی و همچنین مدل مفهومی برای مطالعات روان‌سنجی قرار گیرد.

تضاد منافع

در این مقاله هیچگونه تضاد منافع بین نویسندگان وجود ندارد.

سپاسگزاری

نویسندگان بر خود لازم می دانند از تمامی کسانی که در تدوین محتوا و اجرای پژوهش ما را یاری کردند تشکر نمایند.

منابع

1. Wolf D. Psychology and religion Tehran: Roshd; 2007.
2. Doniach N. The Oxford English Hebrew Dictionary Oxford: Oxford University Press; 1998.
3. Merriam-Webster. Merriam-Webster's Advanced Learner's English Dictionary SJ P, editor. Springfield: Merriam-Webster; 2008.
4. Casaldaliga P. Spirituality of Liberation: Burns and Oates; 1994.
5. Moslehi J. Spiritual health: an approach based on Islamic teachings. Fundamental Research in Humanities Quarterly. 2019; 5(4): p. 65-92.
6. Karajaki M. Kanz al-Fawa'id Qom: Dar al-Zakha'ir; 1989.
7. Tusi M. Misbah al-Mutahajjid Beirut: Mu'assasat Fiqh al-Shi'a; 1990.
8. 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.
9. Waltz C, Bausell R. Nursing research: Design, statistics, and computer analysis: FA Davis company; 1981.
10. 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.
11. 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.
12. Fisher J. Development and application of a spiritual well-being questionnaire called SHALOM. 2010; 1(1): p. 105-۱21.
13. Azarbayejani M, Bayat A. Spiritual health scale based on Islamic sources. Studies in Islam and Psychology. 2023; 17(33): p. 217-239.
14. 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.
15. 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.
16. 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.
17. 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.
18. 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.
19. 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.
20. 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.
21. 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.
22. Hamidvand A, Azimi M, Nosrati Heshi K, Dehghan H. Identifying and analyzing the components of spiritual health from the perspective of the Qur'an and hadiths. Avicenna Interdisciplinary J Relig Health. 2024; 4(1): p. 1-10.
23. Zarnooshe Farahani H, Etratdoost M. The Fundamental Principles and Components of Spiritual Health from the Perspective of Imam Sajjad. 2024; 2(4): p. 218-225.
24. Pasandideh A. Islamic model of happiness with a positive psychology approach Qom: Dar al-Hadith; 2013.
25. 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.
26. Abolghasemi M. A path towards developing spiritual health criteria, from the perspective of revelation. Journal of Medical History. 2017; 8(9): p. 17-43.
27. 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.
28. Amini F, Mohammad Jafari R. The role of moral virtues in health from the perspective of religious teachings. Quran and Medicine. 2010; 5(1): p. 41-49.
29. Mehrjoo P. Explanation of indicators of women's spiritual health in the Qur'an with an emphasis on verse 5 of Surah Tahirim. Quran and Medicine. 2024; 9(2): p. 191-202.