



هیات تحریریه

- دکتر علیرضا مرندي (استاد دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی)
 آیت الله علی اکبر رشاد (استاد پژوهشگاه فرهنگ و اندیشه اسلامی)
 دکتر حسن ابوالقاسمی (استاد دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله عج)
 دکتر محمد علی محقق (استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران)
 دکتر سید محمدرضا کلاتر معتمدی (استاد دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی)
 دکتر سید جمال الدین سجادی جزی (استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران)
 دکتر سید مسعود خاتمی (استاد دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله عج)
 دکتر فریدون عزیزی (استاد دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی)
 دکتر علی اکبر حق دوست (استاد دانشگاه علوم پزشکی کرمان)
 دکتر رضا چمن (استاد دانشگاه علوم پزشکی شیراز)
 دکتر علی فتحی آشتیانی (استاد دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله عج)
 حجت الاسلام دکتر ابوالفضل ساجدی (استاد مؤسسه آموزشی و پژوهشی امام خمینی (ره))
 دکتر محمد حسین نیک نام (استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران)
 دکتر اکرم حیدری (استاد دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی قم)
 دکتر مهدی عباس زاده (دانشیار پژوهشگاه فرهنگ و اندیشه اسلامی)
 دکتر عباس مسجدی آرانی (دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی)
 دکتر ابوالفضل خوشی (دانشیار دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله عج)
 دکتر مهدی مصری (استادیار دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله عج)
 دکتر حسین شمس کوشکی (استادیار دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله عج)
 دکتر هادی خوش محبت (استادیار دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله عج)
 دکتر مینو اسد زندی (استادیار دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله عج)
 دکتر سعید بینات (استادیار دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله عج)
 دکتر عبدالرؤف ادیب زاده (استادیار دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله عج)
 دکتر سید مرتضی حسینی (استادیار دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله عج)

با همکاری:

- فرهنگستان علوم پزشکی
- پژوهشگاه فرهنگ و اندیشه اسلامی
- انجمن ایرانی روانشناسی
- انجمن روانشناسی بالینی کودک و نوجوان



مجله سلامت معنوی

صاحب امتیاز و ناشر:

دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)

مدیر مسئول:

دکتر سید علیرضا مرندي

سر دبیر:

دکتر حسن ابوالقاسمی

دستیار اول سر دبیر:

دکتر علی فتحی آشتیانی

دستیار دوم سر دبیر:

دکتر مهدی عباس زاده

دبیر اجرایی:

دکتر مصطفی اکبری قمی

شاپای الکترونیکی: ۱۲۳۵-۲۸۲۱

ترتیب انتشار: فصلنامه

دوره: ۱

شماره: ۱

شماره پیاپی: ۱

سال انتشار: تابستان ۱۴۰۱

آدرس دفتر مجلات دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج):

تهران، میدان ونک، خیابان ملاصدرا، خیابان شیخ بهایی جنوبی، کوی شهید
 نصرتی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، معاونت تحقیقات و فناوری،
 مدیریت منابع علمی، اسناد و انتشارات.

تلفن: ۰۲۱-۸۷۵۵۴۵۷۴

آدرس وبگاه نشریه: www.spiritual-health.ir

پست الکترونیک: spiritual.health.bmsu@gmail.com

عنوان	صفحه
• سرمقاله سردبیر	۱
• فراترکیب مؤلفه های سلامت معنوی بر اساس رویکرد اسلامی-ایرانی ابوالقاسم عیسی مراد، فضل الله حسنوند، زهرا قلمی	۳
• پاندمی کووید-۱۹، تحقق بخش تولد سلامت معنوی فاطمه مغیثی	۱۵
• بررسی تأثیر باور به فقر ذاتی انسان در افزایش عیار معنویت و نقش آن در ارتقای سلامت معنوی مصطفی اربابی مجاز، سید محمد حسین موسوی، هادی زینی ملک آباد، مجبعلی رهدار	۲۱
• ارتباط ژنتیک و سلامت معنوی و نقش آن در سلامت فتح اله احمدپور، مصطفی اکبری قمی، مصطفی خفایی، حسین شمس گوشکی، هادی خوش محبت، طالب بدری، کاظم حسن پور، غلامرضا فرنوش	۲۹
• ساخت و اعتباریابی مقیاس سازه های سلامت روحی از منظر تفکر اسلامی سعیده فرج نیا	۳۸
• نقش بهره گیری از قرآن و آموزه های دینی در حفظ و ارتقای سلامت معنوی در نظام آموزش پزشکی محمد رضا نورمحمدی، زهرا فتاحیان کلشادرخی، سیده زینب موسوی سردشتی	۵۴
• شهید سلیمانی الگوی سلامت معنوی اسلامی محمدجواد رودگر	۶۰

سرمقاله

توجه به سلامت و فراهم کردن زمینه‌های لازم برای تحقق یک زندگی سالم و پویا، ضامن سلامتی آن جامعه است. سلامت از دیدگاه سازمان جهانی بهداشت (۱۹۴۶)، عبارت است از: حالت بهزیستی کامل جسمانی، روانی و اجتماعی و نه صرفاً فقدان بیماری یا ناتوانی. پس از حدود چهار دهه از تصویب این تعریف برای سلامت، نماینده کشور نروژ در اجلاس سالیانه وزرای بهداشت کشورها در مقر سازمان جهانی بهداشت، تکیه انحصاری بر ابعاد سه‌گانه جسمی، روانی و اجتماعی را برای تأمین، حفظ و ارتقای سلامت جامعه و آحاد مردم کافی ندانست. وی بیان داشت که با وجود اینکه مردم کشور نروژ، از وضعیت اقتصادی و اجتماعی کاملاً مطلوبی برخوردارند و به آینده‌ای حتی بهتر از وضع کنونی خود اطمینان دارند؛ اما به گونه‌ای روزافزون احساس پوچی، رها بودن و ناامیدی می‌کنند و به همین دلیل میزان ابتلا به افسردگی، اعتیاد به الکل و مواد مخدر در جامعه افزایش یافته و وقوع جرم و جنایت روز افزون و آمار خودکشی نگران‌کننده شده است. نماینده کشور نروژ این وضعیت را ناشی از نادیده انگاشتن "معنویت" و نقش آن در جامعه و سلامت جامعه دانست و توصیه کرد که سازمان جهانی بهداشت، بعد جدیدی را به نام "سلامت معنوی" به ابعاد سه‌گانه سلامت جسمی، روانی و اجتماعی اضافه کند. وزرای بهداشت بسیاری از کشورها، به دلیل وضعیت تقریباً مشابهی در کشورهای خود، پس از بحث و گفتگو، با پیشنهاد کشور نروژ موافقت کردند. ولی به دلیل اختلاف نظرها، سازمان جهانی بهداشت بیش از یک ربع قرن با این چالش رو به رو شد که آیا باید بعد معنوی به تعریف سلامت، اضافه شود یا خیر. در نهایت به این جمع‌بندی رسید که هر کشوری، با توجه به وضعیت اجتماعی و فرهنگی خود، سلامت معنوی را تعریف و تفسیر کرده و بر مبنای آن، برای ارتقای سلامت معنوی جامعه خودش برنامه‌ریزی کند.

کشورهای اروپایی تقریباً بلافاصله، موضوع سلامت معنوی را در معاهده کپنهاگ گنجانده و خود را متعهد به اجرای آن کردند. در کشور آمریکا، دانشگاه‌ها به سلامت معنوی ورود کرده و تدریس و تحقیق در این زمینه را شروع کردند. با این وجود هدف غرب از طرح مسئله سلامت معنوی این است که روحیه رضایت از زندگی دنیوی، خوش‌بینی و امید را در جامعه ترویج کنند و به همین دلیل برای نیل به سلامت معنوی، مردم را به گوش کردن یا نواختن موسیقی، کتابخوانی، یوگا، پناه‌بردن به طبیعت و ... تشویق می‌کنند.

در کشور ما علی‌رغم تأکید بسیار زیاد حکما، دانشمندان و ادبا از قرن‌ها پیش در مورد سلامت معنوی، ولی در چند دهه اخیر اقدامات قابل توجهی در ارتباط با سلامت معنوی صورت نگرفته و در همین حد محدود، دو رویکرد مورد توجه بوده است. در یک رویکرد عمدتاً با بهره‌گیری از ملاک‌ها و تعاریف غربی به سلامت معنوی پرداخته‌اند و در رویکرد دوم عمدتاً با بهره‌گیری از ملاک‌ها و تعاریف دینی و اسلامی به آن پرداخته شده است. در این رویکرد سلامت معنوی بعدی از سلامت است که در اثر اعتقاد و التزام عملی به بعد معنوی برای انسان پدید می‌آید و با دیگر ابعاد سلامت در ارتباط کامل و مؤثر قرار دارد. سلامت معنوی وضعیتی است که در آن بینش، گرایش و کنش فردی، خانوادگی و اجتماعی انسان در راستای قرب و رضای الهی قرار گیرد و به لحاظ دین‌شناختی، سلامت معنوی حاصل و برآیند یکی از اضلاع پنجگانه هندسه معرفتی دین (عقاید، علم، احکام، اخلاق و معنویت) است و آموزه‌های دین اسلام عهده‌دار تنظیم روابط چهارگانه اساسی انسان "با خدا، با خود، با خلق و با دنیا" است.

با توجه به جایگاه والای سلامت در دین مبین اسلام و تاکید بر پیشگیری و ارتقای سلامت و در راستای ترویج سلامت معنوی اسلامی، فرهنگستان علوم پزشکی ایران حدود ۱۰ سال پیش، اقدام به تأسیس گروه علمی سلامت معنوی کرد. این گروه با برگزاری جلسات، کارگاه‌ها، همایش‌ها و انجام پژوهش‌ها و انتشار مقاله‌های متعدد توانسته است نقش بسیار زیادی در اشاعه و ترویج سلامت معنوی در دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور و جامعه ایفا کند. افزون بر آن به منظور گسترش، ترویج و ارتقای سلامت معنوی و ترغیب محققان به انجام پژوهش‌های بنیادی و کاربردی در زمینه سلامت معنوی با رویکرد اسلامی و توسعه کمی و تعالی کیفی آن، مجله سلامت معنوی به عنوان اولین مجله در این زمینه توسط دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله (عج)، فرهنگستان علوم پزشکی ایران و پژوهشگاه فرهنگ و اندیشه اسلامی و با همکاری انجمن ایرانی روانشناسی و انجمن روانشناسی بالینی کودک و نوجوان و با هدف بررسی و شناخت اصول، مبانی و شاخص‌های سلامت معنوی، مولفه‌ها و ابعاد سلامت معنوی، رابطه سلامت معنوی با سایر ابعاد سلامت (جسمی، روانی و اجتماعی)، نقش سلامت معنوی بر پیشگیری، حفظ و ارتقای سلامت، الگوهای سلامت معنوی، روش‌های ارتقای سلامت معنوی، روش‌های سنجش و ارزیابی سلامت معنوی، کارکردهای سلامت معنوی، مراقبت معنوی و معنویت درمانی، معنویت و سبک زندگی، معنویت و اخلاق و عرفان، معنویت و سلامت، معنویت و سلامت، و سلامت معنوی در متون ادبی و ... راه اندازی شده و مراحل قانونی خود را برای کسب مجوز از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی طی کرده است.

امید است اساتید ارجمند دانشگاه‌ها، محققان گرانقدر و دانشجویان عزیز با انجام پژوهش‌های بنیادی و کاربردی در زمینه سلامت معنوی، از فرصت فراهم شده برای انتشار یافته‌های پژوهشی خود استفاده کنند و نقش موثری در پیشگیری و ارتقای سلامت همه جانبه آحاد مردم و جامعه ایفا نمایند.

سرمدبیر مجله

Meta-Synthesis of Spiritual Health's Components based on the Islamic-Iranian Approach

Abolghasem Isamorad¹, Fazlollah Hassanvand^{2*}, Zahra Ghalami²

¹Department of Clinical Psychology, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran

²Department of Educational Psychology, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran

Abstract

Background and Aim: Given the different definitions of spiritual health in different cultures and the little agreement among experts on the definition of this concept, it is necessary to identify the components of spiritual health according to the Islamic-Iranian approach. This study aimed to identify the components of spiritual health based on the Islamic-Iranian approach according to research conducted in Iran.

Methods: This research was a basic study based on the purpose and meta-synthesis in data collection, which was performed based on the seven-step Sandilovsky and Barroso meta-synthesis method. The statistical population of the study included the collection of research published in the scientific communities of Iran, ie articles and dissertations during the 15 last years (from 2006 to 2020), which were selected based on the purposive sampling method on the basis of inclusion and exclusion criteria. The research tool included a check form. Data were collected in Iranian databases such as elmnet, Magiran, Irandac, SID, and other information sources. The analysis process was based on open coding, axial coding, and creating categories in maxqda software. In order to measure the reliability of the coding, the kappa index was used, which was equal to 0.74. The validity of the data was also confirmed by internal validity or expert opinion.

Results: Findings showed that the concept of spiritual health is a comprehensive multidimensional structure that has cognitive, emotional-emotive, and consequential components in behavior and action.

Conclusion: As a result, it can be said that relying on the structure of spiritual health as a multidimensional factor can pave the way for making effective interventions in dealing with various mental disorders and social harms.

Keywords: Meta-synthesis, Spiritual health, Spiritual health component.

*Corresponding author: **Fazlollah Hassanvand**, Email: fazl.hasanvand@gmail.com

فرا ترکیب مؤلفه‌های سلامت معنوی بر اساس رویکرد اسلامی-ایرانی

ابوالقاسم عیسی مراد^۱، فضل‌الله حسنونند^{۲*}، زهرا قلمی^۲

^۱گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

^۲گروه روان‌شناسی تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

چکیده

زمینه و هدف: با توجه به تعاریف متفاوت از سلامت معنوی در فرهنگ‌های مختلف و توافق اندکی که در بین متخصصان در زمینه تعریف این مفهوم وجود دارد، شناسایی مؤلفه‌های سلامت معنوی طبق رویکرد اسلامی-ایرانی ضروری می‌نماید. پژوهش حاضر با هدف شناسایی مؤلفه‌های سلامت معنوی بر اساس رویکرد اسلامی-ایرانی بر اساس پژوهش‌های انجام‌شده در حوزه سلامت معنوی در ایران انجام شده است.

روش‌ها: پژوهش حاضر بر اساس هدف، از نوع بنیادی و از نظر شیوه گردآوری و ماهیت تحقیق، فرا ترکیب است که بر اساس روش هفت مرحله‌ای فرا ترکیب ساندلوفسکی و باروسو انجام شد. جامعه آماری پژوهش شامل مجموعه پژوهش‌های انجام‌شده (چاپ‌شده) در جوامع علمی ایران، یعنی مقالات و پایان‌نامه‌ها در طی ۱۵ سال اخیر بود (از ۱۳۸۵ تا ۱۳۹۹) که بر اساس روش نمونه‌گیری هدفمند، مبتنی بر ملاک‌های ورود و خروج به انتخاب نمونه مناسب اقدام شد. ابزار پژوهش شامل فرم واری‌سی بود. گردآوری داده‌ها در پایگاه‌های اطلاعاتی ایران مانند علم‌نت، مگ‌ایران، ایرانداک و ... صورت گرفت. فرآیند تجزیه و تحلیل بر اساس کدگذاری باز، کدگذاری محوری و ایجاد طبقات در نرم‌افزار maxqda انجام گرفت. به منظور سنجش پایایی کدگذاری از شاخص کاپا استفاده شد که برابر با ۰/۷۴ به دست آمد. اعتبار داده‌ها نیز از طریق روایی درونی یا دیدگاه متخصصان مورد تأیید قرار گرفت.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش نشان داد که مفهوم سلامت معنوی یک سازه چندبعدی جامع است که دارای مؤلفه‌های شناختی، عاطفی-هیجانی و پیامدی در رفتار و عمل است.

نتیجه‌گیری: تکیه بر سازه سلامت معنوی به عنوان یک عامل چندبعدی می‌تواند زمینه‌ساز ساخت انواع مداخلات اثرگذار در رویارویی با اختلال‌های روانی و آسیب‌های اجتماعی گوناگون باشد.

کلیدواژه‌ها: فرا ترکیب، سلامت معنوی، مؤلفه‌های سلامت معنوی.

مقدمه

در طول سالیان متمادی، در مجامع علمی، سلامتی انسان تنها بر اساس ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی تبیین می‌شد و کمتر پژوهشگری ذهن خود را بر جنبه‌های غیرجسمی و روحانی وجود انسان متمرکز می‌کرد، ولی از دیدگاه Russel و Osman، گنجایش بعد معنویت در مفهوم سلامت، دریچه‌ای نو به کشف ابعاد و ماهیت وجودی انسان باز کرد (۱). سلامت معنوی به عنوان مفهومی در چارچوب معنویت، در کنار ابعاد اجتماعی، عاطفی، روحی و جسمی سلامت انسان مورد پذیرش قرار گرفت (۲). سلامت معنوی نیروی یگانه‌ای است که ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی را هماهنگ می‌کند و سازگاری انسان را به دنبال دارد (۳). Fisher باور دارد که این بعد از سلامت، کیفیتی ذاتی، درونی و خاص انسان است که در برگزیده‌ی باور به چیزی فراتر از خود و نیروی هماهنگ کننده و تکمیل‌کننده‌ی سایر ابعاد سلامت انسان است (۴). از سویی، سلامت معنوی در فرهنگ دینی و اسلامی جایگاهی ارزنده و والا داشته است و تعالی روح و تقرب به خداوند همواره مورد تأکید قرار گرفته است (۵).

در شرایط زمانی کنونی، ارائه تعریفی جامع از سازه چندبعدی سلامت معنوی چندان آسان نیست و از این‌رو، توافق همه‌جانبه‌ای درباره‌ی تعریف دقیق آن وجود ندارد (۶). از سویی، این مفهوم به طور خواسته یا ناخواسته در چارچوب ساختار معنوی هر فرهنگ تعریفی متفاوت دارد (۷). با این وجود، برای درک آسان این مفهوم در ارتباطات علمی تکیه بر تعاریف درست‌تر و جامع‌تر خالی از سودمندی نیست. McClain, Rosenfeld و Breitbart سلامت معنوی را به عنوان هسته‌ی مفهوم سلامت در نظر گرفته‌اند (۸). همچنین Craven معتقد است سلامت معنوی نوعی یکپارچگی و هماهنگی میان مؤلفه‌های درونی شکل‌دهنده‌ی هویت فرد به بار می‌آورد (۹). این بعد سلامت ظرفیت ذاتی انسان برای تعالی از راه مقدسات (چیزی بزرگ‌تر از خود) است (۱۰) که گستره‌ای بی‌کران دارد و سلامت روان در بطن آن ریشه دارد (۹). Michaelson سلامت معنوی را بعدی از سلامت می‌داند که متضمن وضعیت بهزیستی معنوی است؛ یعنی یک روش وجود که شامل ظرفیت‌های فردی برای آگاهی از ویژگی‌های مقدس تجارب زندگی است و با ارتباطاتی در حوزه‌ی پیوند با خود، دیگران، طبیعت و معنایی بزرگ‌تر برای زندگی یا چیزی نهایی مشخص می‌شود (۱۱).

سلامت معنوی وضعیتی دارای مراتب گوناگون است و در آن متناسب با ظرفیت‌ها و قابلیت‌های فرد، بینش‌ها، گرایش‌ها و توانایی‌های لازم برای تعالی روح (که همان تقرب به خدای متعال است)، تمام امکانات درونی به‌طور هماهنگ و متعادل در جهت هدف کلی مزبور به کار گرفته می‌شوند و رفتارهای اختیاری درونی و بیرونی متناسب با آن‌ها نسبت به خدا، فرد، جامعه و طبیعت ظهور می‌یابد (۱۲). Fisher و Gomez این مفهوم را به عنوان حالتی از بودن، احساسات مثبت، شناخت ارتباط فرد با خود، دیگران و

برخورداری از یک نیروی ماورایی فطری تعریف می‌کنند که برای فرد، احساس هویت، کمال، رضایت‌مندی، لذت، خرسندی، زیبایی، عشق، احترام، نگرش مثبت، هدف‌مندی و جهت‌مندی زندگی، آرامش و توازن درونی را به ارمغان می‌آورد (۵). مرور متون در حوزه معنویت بیان‌گر این است که این مفهوم به دو صورت توصیف شده است. نخست، درک افراد از یک وجود مقدس یا واقعیت غایی با دیدگاهی دینی و مذهبی را نشان می‌دهد و دوم، بر تجربه‌های روان‌شناختی افراد فارغ از موضوع دین یا مذهب متمرکز است (۱۳). در ارتباط با این تعریف، یک شخص می‌تواند معنوی باشد، ولی نه مذهبی؛ مذهبی باشد، نه معنوی و هم معنوی باشد و هم مذهبی (۱۴). بنا بر آن چه مشاهده شد، در بیشتر تعاریف یک ویژگی منحصر به فرد از سلامت معنوی این است که با یک موجود برتر همراه است. نوع و سبک این ارتباط به طور قابل توجهی بر سایر خصوصیات سلامت معنوی تأثیر می‌گذارد (۴). روح بی‌قرار در جستجوی معنا در زندگی به دنبال چیزی برتر از خود است (۱۵). اهمیت ادراک‌شده از تعاریف مطرح‌شده موجب شده که سلامت معنوی هم در دیدگاه اسلامی و هم در رویکردهای علمی روان‌شناختی و سلامت به عنوان عاملی با پیامدهای مثبت چشم‌گیر مورد توجه قرار گیرد و در طی سالیان اخیر، این مفهوم به عنوان عنصری معنابخش، پژوهشگران را به انجام پژوهش‌های کاربردی سوق دهد. برای نمونه، در پژوهش‌ها مشخص شده است که سلامت معنوی با سلامت روان (۱۶)، بهزیستی ذهنی و خودکارآمدی (۱۷)، معناداری زندگی (۹)، ارتقای حس انسان‌دوستی و دلسوزی در نظام مراقبت‌های بهداشتی (۱۸)، اثرگذاری مثبت بر تجارب دردناک زندگی (۱۹)، تجربه شگفتی و شادی (۲۰)، تبلور آرامش، قدرت و لذت (۲۱)، تنظیم هیجانات (۲۲) و گسترش ایمنی درونی (۲۳) رابطه معنادار دارد. همچنین سلامت معنوی یکی از مهم‌ترین عوامل در مقابله با پیامدهای روان‌شناختی متعاقب بیماری‌های مزمن (۸) و ارتقای سلامت جسمانی به شمار می‌رود (۱۴). سلامت معنوی عامل تعادل بین جنبه‌های جسمی، روانی، اجتماعی و آرامش ذهن، احساس تمامیت و ارتباط هماهنگ و سرچشمه‌یافته از نیروهای درونی است (۲۴).

دین و مذهب ارکان فرهنگ هر ملتی هستند که جامعه را هدایت و انسجام می‌بخشند. اعتقاد دینی و مذهب به انسان آرامش می‌دهد، امنیت فرد را تضمین می‌کند، خلأهای اخلاقی، عاطفی و معنوی فرد و اجتماع را پر می‌کند و پایگاه محکمی برای انسان در برابر مشکلات و محرومیت‌های زندگی ایجاد می‌کند (۲۵). بحث درباره معنویت و کارکردهای آن در زندگی امروز بشر و تلاش برای شناخت هرچه بیشتر آن می‌تواند به عنوان راه حل اصلی در مورد ابعاد پیشگیرانه، مداخله‌ای و حل بحران‌ها باشد (۲۶). نتایج پژوهش عسگری، صفرزاده و مظاهری (۲۷) نشان داد که بین باورهای مذهبی و سلامت معنوی رابطه معناداری وجود دارد و باورهای دینی پیش‌بین سلامت معنوی است. سلامت معنوی در تعاریف

به وسیله میزان هماهنگی در ارتباط میان حوزه‌های زیربنایی سلامت معنوی در زندگی آشکار می‌شود. نخست، حوزه فردی (Personal domain)، مربوط به روابط درونی فرد با خودش است. دوم، حوزه اجتماعی (Communal domain)، روابط بیرونی با افراد دیگر را شامل می‌شود. سوم، حوزه محیطی (Environmental domain)، با روابط فرد با جهان فیزیکی و انسان‌های دیگر در فضای محلی و جهانی ارتباط دارد. چهارم، حوزه متعالی (Transcendental domain)، که مربوط به روابط فرد با جنبه‌هایی از زندگی است که فراتر از امور زندگی روزمره در محیط فیزیکی است. این حوزه شامل موضوعاتی در مورد دغدغه‌های غایی، نیروهای کیهانی، پدیده‌های فرافردی و خداوند (در مقولات سنتی) است. بر اساس دیدگاه علامه جوادی آملی، ارتباط با خداوند، ارتباط با خود، ارتباط با هم‌نوعان و ارتباط با خلقت زیست محیطی و تعامل با حیوانات به عنوان اجزای چهارگانه ارتباط انسان با جهان مورد تأکید قرار دارد و بدین ترتیب، معنویت چهره‌ای بارز در این نظریه پیدا کرده است (۳۰). بر طبق نظریه Palutzian و Elison 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) (۲۴). از دیدگاه Hungelmann و Kenkel-Rossi سلامت معنوی بر پایه سه عامل ایمان/ باور، زندگی/ مسئولیت در مورد خود و رضایت از زندگی/ خودشکوفایی قابل تبیین است (۱۲). در دیدگاه MacDonald، تجلی معنویت در چارچوب پنج مؤلفه جهت‌گیری شناختی در مورد معنویت، بعد تجربی/ پدیدار شناسی، سلامت وجودی، عقاید فراطبیعی و مذهبی بودن تعریف می‌شود (۳۱).

با توجه به این که در دوران گسترش بحران کروناویروس و همچنین، در دیگر بحران‌های ناشی از بلایای طبیعی در کشورمان ایران (همانند سیل لرستان، زلزله کرمانشاه و سرپل ذهاب)، سلامت جسم و روان انسان‌ها در معرض تهدید قرار دارد، تمرکز بر متغیر سلامت معنوی و فراهم نمودن ابزارهای مداخله مبتنی بر این عامل موضوعی بسیار ضروری به نظر می‌رسد. همچنین، با توجه به بافت جامعه ایرانی که متأثر از ارزش‌های اسلامی و معنوی است، توجه به سلامت معنوی می‌تواند ابزاری کلیدی در بهبود بهزیستی روانی عموم افراد جامعه باشد. در بیان ضرورت این پژوهش باید ادعان داشت که ارائه تعریف جامعی از سلامت انسان بدون سوگیری و اندیشه غیرمنطقی متضمن این است که تمام وجوه و ابعاد وجود آدمی در آن مورد توجه قرار گیرد و سلامت معنوی به عنوان یک عامل بسیار اثرگذار در ارائه خدمات بهداشتی در هر سطح خدمات بهداشتی مورد ملاحظه قرار گیرد (۳۲). سلامت معنوی انسان را در مقابله در برابر مشکلات کمک کرده و به زندگی‌اش مفهوم می‌بخشد (۳۳). از سوی دیگر، با توجه به این که در پژوهش‌های گوناگون، تصویری گسترده و گاهاً مبهم از مؤلفه‌های بنیادین

دینی و اسلامی ضمن داشتن جایگاهی ارزنده و والا به عنوان وضعیتی با مراتب گوناگون تعریف شده است که در آن، هر فرد متناسب با ظرفیت‌ها، قابلیت‌ها، بینش‌ها، گرایش‌ها و توانایی‌های خود در جهت تعالی روح (همان تقرب به خدای متعال) گام بر می‌دارد؛ یعنی همه امکانات درونی فرد به‌طور هماهنگ و متعادل، در جهت هدف کلی مزبور به کار گرفته می‌شود و رفتارهای اختیاری درونی و بیرونی متناسب با آن‌ها نسبت به خدا، فرد، جامعه و طبیعت ظهور می‌یابد (۵). با توجه به تعریف فوق، می‌توان سلامت معنوی در تعریف اسلامی را با این ویژگی‌ها روشن ساخت: وضعی بودن سلامت معنوی (وضعیت خاصی در افراد مبتنی بر فراهم بودن شرایط گوناگون)، مراتب داشتن سلامت معنوی (دارای درجات گوناگون مبتنی بر قابلیت‌های عمومی و سطح رشد فردی)، رو به تعالی بودن سلامت معنوی (فراهم‌کننده شرایط لازم برای رسیدن به هدف والای زندگی و تعالی حقیقی انسان؛ یعنی تقرب به خدای متعال)، وجود ساحت‌های بینش، گرایش و توانایی در سلامت معنوی (سه عنصر زمینه‌ساز امکان انتخاب در مراحل رشد از بدو تولد و دارای اثرگذاری مثبت و منفی بر رویکرد متعالی انسان با وجود بینش و گرایش غیراکتسابی و فطری انسان نسبت به توحید)، حصول سلامت معنوی در سایه هماهنگی همه امکانات درونی (بکارگیری و هماهنگی بینش‌ها و استعدادهای درونی مانند قوای ذهنی شناخت راه تعالی انسان، قوای عاطفی گرایش به معنویت و قوه تصمیم‌گیری و انتخاب کارهای زمینه‌ساز نیل به تعالی و کمال حقیقی انسان)، تجلی سلامت معنوی با فراهم شدن امکان انجام رفتارهای انتخابی (رفتارهای درونی مانند فکر کردن، تصمیم‌گرفتن، پشیمان‌شدن، ترجیح دادن و ایمان آوردن و رفتارهای بیرونی مانند انفاق کردن، ابراز محبت یا همدردی کردن و رعایت حقوق دیگران)، پیوند داشتن سلامت معنوی با ساحت‌های چهارگانه الهی، فردی، اجتماعی و طبیعی (رفتارهای فرد نسبت به خود و بیرون بر پایه بینش، گرایش و توانایی در ساحت‌های چهارگانه) (۲۸). حیدرنیا بیان می‌دارد که درک حیات معقول انسان هماهنگ با فطرت الهی زیربنای تعریف مناسب سلامت معنوی و ویژگی‌های آن است که سلامت طبیعی بشر را نیز پوشش می‌دهد (۲۹). با وجود آن که در زمینه اثرات مثبت سلامت معنوی توافق زیادی وجود دارد، ولی در مدل‌های مختلف ارائه‌شده توسط نظریه‌پردازان، مؤلفه‌های گوناگونی به عنوان عوامل شکل‌دهنده ساختار آن معرفی شده‌اند. Fisher (از ۱۹۹۸ تا ۲۰۰۸) باور داشت که تعاریف سنتی از معنویت تمایل به تمرکز بر مذهب یا مسائل مربوط به روح دارند و مشتمل بر جنبه‌های مختلف زندگی انسان و تجربیات وی نیستند. در مدل Fisher (۲۰۰۸) سلامت معنوی یک بعد اساسی از بهزیستی کلی افراد است و تمام ابعاد دیگر سلامت (جسمی، روحی، عاطفی، اجتماعی و حرفه‌ای) را متأثر ساخته و یکپارچه می‌کند. افزون بر این، Fisher استدلال کرد که سلامت معنوی یک حالت پویا از هستی و بودن است و این موضوع

- چه جامعه‌ای: مجموعه پژوهش‌های انجام‌شده در حوزه شناسایی مؤلفه‌های سلامت معنوی در ایران
- چه زمانی: مجموعه پژوهش‌های انجام‌شده در ۱۵ سال اخیر
- چگونگی: مرور سیستماتیک پژوهش‌ها در پایگاه‌های منابع اطلاعاتی و مراکز دانشگاهی

ب) گام دوم: بررسی سیستماتیک متون

تمام اسناد علمی، گزارش‌های پژوهشی، پایگاه‌های داده و نشریه‌های داخلی در زمینه سلامت معنوی و مفاهیم مربوطه (معنویت، دین‌داری، توحید) بر اساس مرور سیستماتیک در ۱۵ سال اخیر مورد جستجو قرار گرفت که از جمله آن‌ها می‌توان به بانک اطلاعات نشریات کشور، پایگاه اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی، پایگاه مجلات تخصصی نور و موتور جستجوی علم نت اشاره کرد.

ج) گام سوم: جستجو و انتخاب مقاله‌های مناسب

برای انتخاب مقاله‌های مناسب بر اساس الگوریتم مشاهده‌شده در شکل ۲، پارامترهای مختلفی مانند عنوان، چکیده، محتوای بحث، نتیجه‌گیری و کیفیت روش پژوهش ارزیابی شد. مجموعه‌ای از کلید واژه‌های مورد استفاده جهت جستجو در پایگاه‌های اطلاعاتی شامل سلامت معنوی، معنویت، سلامت وجودی، هستی‌گرایی، نگرش معنوی یا دینی، مراقبت معنوی، مذهب‌گرایی، دین‌گرایی، باورهای دینی و معنوی، اندیشه معنوی، جهان‌بینی دینی و معنوی بود. در شکل ۲، شکل ساده‌ی فرآیند جستجو و انتخاب مقالات نهایی ارائه شده است. بر اساس مطالعات صورت‌گرفته، از میان حدود ۱۵۰ مقاله علمی یافت‌شده در مجلات علمی معتبر و ۱۵ پایان‌نامه مقطع کارشناسی‌ارشد و دکتری در دانشگاه‌های ایران، تحلیل نهایی بر روی ۷۶ پژوهش انجام گرفت که مشتمل بر ۶۵ مقاله علمی-پژوهشی در مجلات معتبر و ۱۱ پایان‌نامه در مقطع کارشناسی‌ارشد و دکتری بود. بقیه پژوهش‌ها به دلیل عدم استفاده از روش‌های پژوهش علمی، تحلیل نتایج مقالات خارجی در فراتحلیل‌ها، عدم گزارش اطلاعات کافی در بخش یافته‌ها، عدم دقت در تشریح نتایج در راستای پژوهش و تکراری بودن برخی مقالات به سبب برگرفته شدن از پایان‌نامه از فرآیند تحلیل خارج شدند.

د) گام چهارم

نتایج اطلاعات موجود در مقاله‌ها بر اساس عنوان مربوط به هر مقاله، شامل نام و نام خانوادگی نویسنده، به همراه سال انتشار مقاله و اجزای دیگر در هر مقاله طبقه‌بندی شد.

ه) گام پنجم: تجزیه و تحلیل و تلفیق یافته‌های کیفی

در این تحقیق، بر اساس مطالعات پیشین، برای تمام اطلاعات استخراج‌شده یک کد در نظر گرفته شد و سپس، این اطلاعات با در نظر گرفتن مفهوم هر یک از کدها، در یک مفهوم مشابه دسته‌بندی شدند (کدهای محوری) و در نهایت، مقولات شناسایی گردید. این روند در شناسایی مؤلفه‌های اساسی سلامت معنوی در نرم‌افزار maxqda انجام گرفت.

سلامت معنوی و عوامل اثرگذار و متأثر از آن نشان داده شده و مؤلفه‌های تشکیل‌دهنده سلامت معنوی از دیدگاه اسلامی دامنه‌ای گسترده و غیرقابل‌تجمیع از مؤلفه‌ها را به وجود آورده است (۳۶-۳۴)، تلاش برای ترکیب این یافته‌ها و خلق نتایج و معانی جدید از طریق روش‌های پژوهشی دقیق و علمی باید مورد توجه پژوهشگران قرار گیرد. بدین سبب، هدف از انجام این تحقیق پاسخ به این سؤال است که مؤلفه‌های اساسی تشکیل‌دهنده مفهوم سلامت معنوی در پژوهش‌های انجام‌شده در ایران کدامند؟

روش‌ها

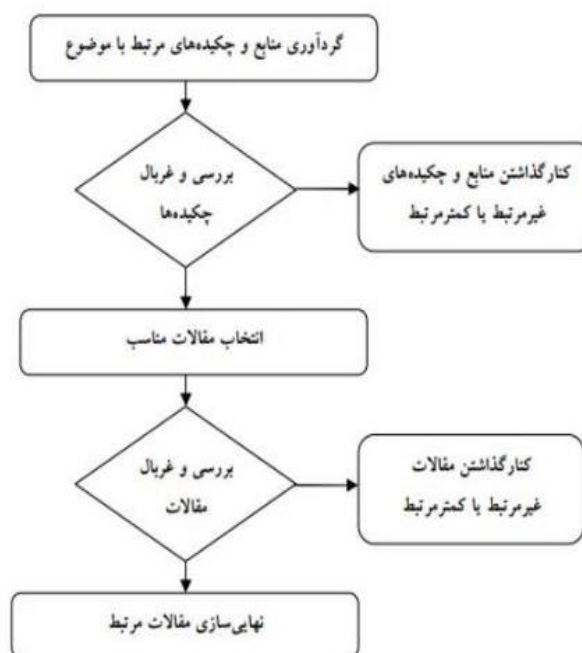
نوع پژوهش حاضر بر اساس هدف بنیادی، بر اساس ماهیت داده‌ها و گردآوری داده‌ها، کیفی از نوع فراترکیب است. رویکرد فراترکیب، نوعی مطالعه کیفی است که اطلاعات و یافته‌های استخراج‌شده از مطالعات دیگر با موضوع مشابه و مرتبط را بررسی می‌کند (۳۷). در این روش نگرشی نظام‌مند به‌دست می‌آید که حاصل ترکیب پژوهش‌های کیفی مختلف است و به کشف موضوعات جدید اساسی منجر می‌شود، دانش جاری پژوهشگر را ارتقاء داده و دیدی جامع و گسترده در مورد مسائل پدید می‌آورد. در این پژوهش، از روش هفت‌مرحله‌ای فراترکیب Sandelowski و Barroso استفاده شد که در شکل ۱ به تصویر کشیده شده است (۳۸). انجام مرور سیستماتیک و انتخاب مقاله‌های مناسب برای تحلیل بر اساس جستجو و یافتن مطالعات مرتبط، ارزیابی آن‌ها بر اساس معیارهای مشخص، تلفیق نتایج و ارائه یافته‌ها به‌طور موجز و شفاف کمک کرد تا تحلیل درستی در رابطه با سؤالات مرتبط با سلامت معنوی در حوزه مورد پژوهش انجام گیرد (۳۹).



شکل-۱. مراحل و روش کلی فراترکیب (۳۸)

الف) گام اول: تنظیم پرسش‌های پژوهش

- چه چیزی: مؤلفه‌های اساسی سلامت معنوی بر اساس رویکرد اسلامی و فرهنگ ایرانی کدامند؟



شکل-۲. شمای ساده فرآیند جستجو و انتخاب مقالات نهایی

ملاک‌های ورود و خروج تعیین شد. ملاک‌های ورود عبارت بودند از: مقالات و پژوهش‌های چاپ‌شده در حوزه شناسایی مؤلفه‌های سلامت معنوی مبتنی بر منبع فرهنگ اسلامی و ایرانی، انتخاب مقالات و پژوهش‌هایی مبتنی بر روش کیفی (مانند مصاحبه، مشاهده، مرور نظام‌مند) و کمی (مقالات پیمایشی، تجربی و همبستگی به شرط ارائه نتایج کیفی)، تحقیقات دارای داده‌ها و اطلاعات کافی در ارتباط با هدف پژوهش، گذراندن فرآیند بررسی تخصصی زیر نظر داوران متخصص و چاپ گزارش کامل و مقالات و پژوهش‌های چاپ‌شده در سال‌های ۱۳۸۴ تا ۱۳۹۹. ملاک‌های خروج نیز عبارت بودند از: پژوهش‌های فاقد اطلاعات کافی در زمینه اهداف تحقیق، پژوهش‌های فاقد تناسب عنوان با اهداف و روش، پژوهش‌های فاقد الگوی روش‌شناختی مناسب و پژوهش‌های مبتنی بر فراتحلیل مقالات خارجی. ابزار پژوهش شامل فرم واریسی بود که به منظور جمع‌بندی مطالعات گذشته مورد استفاده قرار گرفت و در آن، عنوان پژوهش‌ها، نام نویسندگان، سال و مکان تحقیق، جامعه و نمونه آماری و خلاصه یافته‌های اصلی هر پژوهش (در بخش چکیده، نتایج، بحث یا نتیجه‌گیری) یادداشت شد.

به منظور گردآوری داده‌ها، ابتدا در پایگاه‌های اطلاعاتی ایران (علم‌نت، مگ‌ایران، ایرانداک، پایگاه مرکز اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی و دیگر منابع اطلاعاتی)، شمار پژوهش‌های انجام‌شده در ارتباط با سلامت معنوی به‌دست آمد. سپس، بر اساس ملاک‌های ورود و ملاک‌های خروج، پژوهش‌هایی که دارای بیشترین ارتباط منطقی با پژوهش حاضر بودند، در فرم واریسی ثبت شدند و پس از آن، مورد تحلیل قرار گرفتند. فرآیند تجزیه و تحلیل در این پژوهش به گونه‌ای بود که پژوهشگر در خلال مرحله کدگذاری باز، ضمن مطالعه دقیق پژوهش‌ها، هر گونه متغیر مرتبط با سلامت معنوی و

و) گام ششم: کنترل کیفیت

به منظور سنجش پایایی کدگذاری و همسانی نتایج حاصل از یافته‌ها از شاخص کاپا و برای بررسی اعتبار از روایی درونی یا دیدگاه متخصصان استفاده شد.

$$\text{توافقات مشاهده‌شده} = \frac{A+D}{N} = \frac{28+0}{38} = 0.74$$

توافقات شانسی =

$$\frac{A+B}{N} * \frac{A+C}{N} * \frac{C+D}{N} * \frac{B+D}{N} = \frac{28+2}{38} * \frac{26+6}{38} * \frac{6+0}{38} * \frac{2+0}{38} = 0.005$$

= ضریب پایایی کاپا

$$0.74 - 0.005 = 0.735$$

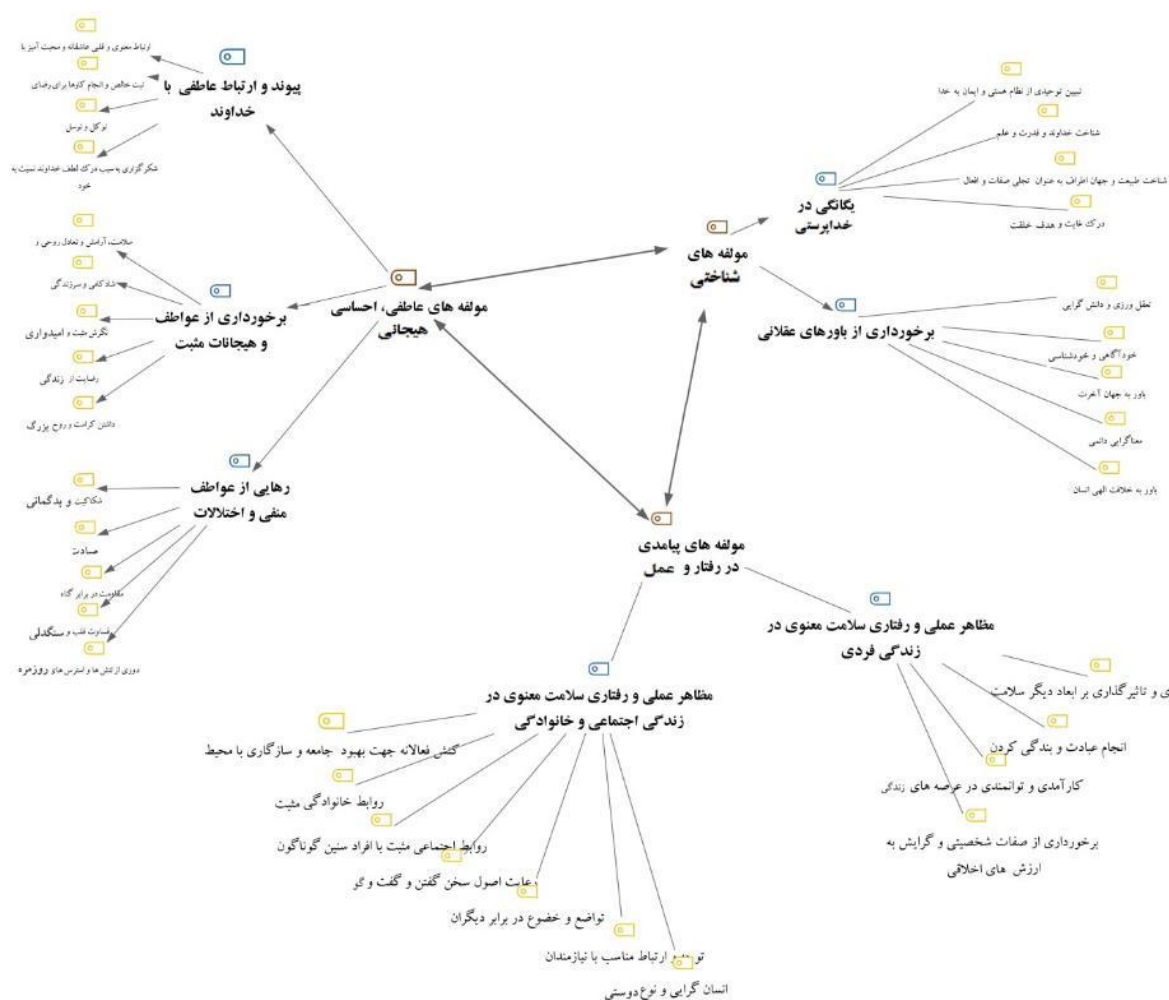
ی) گام هفتم: ارائه یافته‌ها

در این گام، وضعیت‌سنجی کلی پژوهش‌های انجام‌شده در ارتباط با سلامت معنوی انجام شد و متغیرهای مرتبط با آن گزارش گردید. سپس، بر اساس کدهای استخراج‌شده، مؤلفه‌های اصلی سلامت معنوی تعیین گردید.

جامعه آماری پژوهش شامل مجموعه پژوهش‌های انجام‌شده (چاپ‌شده) در جوامع علمی ایران، یعنی مقالات و پایان‌نامه‌ها در طی ۱۵ سال اخیر بود. با توجه به موضوع پژوهش، انتخاب نمونه بر اساس روش نمونه‌گیری هدفمند صورت گرفت که مبتنی بر ملاک‌های ورود و خروج به انتخاب نمونه مناسب اقدام شد؛ یعنی انتخاب مقالات منتخب بر اساس ارتباط آن‌ها با سؤال‌های پژوهش صورت گرفت (۴۰). حجم نمونه پژوهش حاضر بر اساس

پژوهش محسوب می‌شود. در تحلیل یافته‌های این پژوهش اشارات و تبیین‌های مطرح‌شده در ارتباط با سلامت معنوی در متون مهم دینی مانند قرآن، نهج‌البلاغه، صحیفه سجادیه و دیگر منابع مهم و اندیشه متخصصان و صاحب‌نظران بزرگ دینی بررسی شد و مؤلفه‌های سلامت معنوی تعیین گردید. بر این اساس، بررسی دقیق مطالعات شناسایی‌شده به تدوین مدل ترسیم‌شده در شکل ۳ در نرم‌افزار maxqda انجامید که در ادامه به تفصیل بررسی خواهد شد.

بر اساس شکل ۳، این نتیجه به‌دست آمده است که تعریف دقیق مفهوم سلامت معنوی شامل توجه به مؤلفه‌های شناختی، مؤلفه‌های عاطفی-هیجانی و مؤلفه‌های پیامدی در رفتار و عمل است.



شکل-۳. تحلیل و شناسایی مؤلفه‌های سلامت معنوی

جهان اطراف به عنوان تجلی صفات و افعال الهی و جستجو برای درک غایت و هدف خلقت است و همچنین، برخورداری از باورهای عقلانی غنی مانند تعقل ورزی و دانش‌گرایی دینی، تلاش برای خودآگاهی و خودشناسی، باور به جهان آخرت و هدفمندی و معناگرایی دائمی انسان و باور به خلافت الهی انسان در زمین است. مؤلفه عاطفی، احساسی و هیجانی شامل خرده‌مؤلفه‌های پیوند و

هر نوع ابزار با درمان شناخته‌شده در ارتباط با سلامت معنوی را به عنوان یک کد در نظر گرفت و سپس، در طی مرحله کدگذاری محوری، کدهایی که دارای نوعی رابطه مفهومی بودند، در کنار هم قرار داده شد و در نهایت، طبقات و مؤلفه‌های سطح بالاتر و گسترده‌تری شکل گرفت تا مشخص شود مؤلفه‌های اصلی مفهوم سلامت معنوی شامل چه مواردی است. فرآیند کلی تحلیل داده‌ها در نرم‌افزار MAXQDA2018 انجام گرفت.

نتایج

امروزه در بیشتر تحقیقات متکی بر اطلاعات پژوهشی جمع‌آوری شده از موضوعات علمی، تجزیه و تحلیل داده‌ها از مهم‌ترین مراحل

بر این اساس، تجزیه و تحلیل منابع مورد مطالعه نشان داد که سلامت معنوی دارای مؤلفه شناختی است که مشتمل بر دو خرده‌مؤلفه اساسی، یعنی باور به یگانگی در خداپرستی و برخورداری از باورهای عقلانی غنی است. خرده‌مؤلفه باور به یگانگی در خداپرستی شامل تبیین توحیدی از نظام هستی و ایمان به خدا، تلاش برای شناخت خداوند و قدرت و علم او، شناخت طبیعت و

جدول-۱. فراوانی کدهای شناسایی شده در مراحل مختلف کدگذاری

مؤلفه‌های شناسایی شده	کدهای محوری	کدهای آزاد	فراوانی کدها	فراوانی کلی خرده‌مؤلفه
مؤلفه‌های شناختی	یگانگی در خداپرستی	تبیین توحیدی از نظام هستی و ایمان به خدا	مورد ۳۳	۸۰ مورد
		شناخت خداوند	مورد ۲۳	
		و قدرت و علم او		
		شناخت طبیعت اطراف به عنوان تجلی وجود خداوند	مورد ۱۶	
	برخورداری از باورهای عقلانی غنی	درک غایت و هدف خلقت	مورد ۸	۷۵ مورد
		تعقل ورزی و دانش‌گرایی دینی	مورد ۲۸	
		خودآگاهی و خودشناسی	مورد ۱۸	
		باور به جهان آخرت	مورد ۱۴	
	پیوند و ارتباط عاطفی با خداوند	معناگرایی دائمی انسان	مورد ۹	۵۷ مورد
		باور به خلافت الهی	مورد ۶	
		انسان در زمین		
		ارتباط معنوی و قلبی عاشقانه با خدا	مورد ۳۲	
مؤلفه‌های عاطفی، احساسی و هیجانی	برخورداری از عواطف و هیجانات مثبت	نیت خالص و انجام کارها برای رضای خدا	مورد ۱۱	۴۷ مورد
		توکل و توسل	مورد ۱۰	
		شکرگزاری به سبب درک لطف خداوند به خود	مورد ۴	
		سلامت، آرامش و تعادل روحی و روانی	مورد ۲۳	
	رهایی از عواطف منفی و اختلالات روانی	نگرش مثبت و امیدواری	مورد ۹	۲۵ مورد
		رضایت از زندگی	مورد ۸	
		کرامت و روح بزرگ	مورد ۴	
		شادکامی و سرزندگی	مورد ۳	
	مظاهر عملی و رفتاری سلامت معنوی در زندگی خانوادگی	مقاومت در برابر گناه	مورد ۱۰	۱۳۴ مورد
		شکاکیت و بدگمانی	مورد ۵	
		حسادت	مورد ۴	
		قساوت قلب و سنگدلی	مورد ۳	
	مظاهر عملی و رفتاری سلامت معنوی در زندگی اجتماعی و خانوادگی	دوری از تنش‌ها و استرس روزمره	مورد ۳	۲۵۰ مورد
		کنش فعالانه جهت بهبود جامعه و سازگاری با محیط	مورد ۳۵	
		روابط اجتماعی مثبت با افراد سنین گوناگون	مورد ۲۸	
		روابط خانوادگی مثبت	مورد ۲۷	
	مظاهر عملی و رفتاری سلامت معنوی در زندگی فردی	رعایت اصول سخن گفتن و گفت‌وگو	مورد ۱۸	۲۵۰ مورد
		تواضع و خضوع در برابر دیگران	مورد ۱۰	
		توجه و ارتباط مناسب با نیازمندان	مورد ۸	
		انسان‌گرایی و نوع‌دوستی	مورد ۸	
	مظاهر عملی و رفتاری سلامت معنوی در زندگی فردی	برخورداری از صفات شخصیتی و گرایش به ارزش‌های اخلاقی	مورد ۹۴	۲۵۰ مورد
		کارآمدی و توانمندی در عرصه‌های زندگی	مورد ۷۴	
		انجام عبادت و بندگی کردن	مورد ۷۴	
		تأثیرپذیری و تأثیرگذاری بر ابعاد دیگر سلامت	مورد ۸	

و فرهنگی و اعتقادات مذهبی و نظری قرار می‌گیرد (۴۴). در همین راستا، پژوهش حاضر با هدف تعیین مؤلفه‌های اساسی سلامت معنوی مبتنی بر دیدگاه اسلامی به انجام رسید.

بر اساس یافته‌های به دست آمده در شکل ۳ و جدول ۱ مشاهده می‌شود که بر اساس تحلیل دیدگاه اسلامی درباره سلامت معنوی، این مفهوم یک سازه چندبعدی است که مشتمل بر مؤلفه‌های چندگانه است. در نتیجه، مسائل مطرح شده در ارتباط با سلامت معنوی در متون مهم دینی مانند قرآن، نهج‌البلاغه، صحیفه سجادیه و دیگر منابع مهم و اندیشه متخصصان و صاحب‌نظران بزرگ دینی نشان‌گر این بود که مفهوم سلامت معنوی دربرگیرنده مؤلفه‌های شناختی، مؤلفه‌های عاطفی-هیجانی و مؤلفه‌های پیامدی در رفتار و عمل است. در ارتباط با مؤلفه شناختی، دو خرده مؤلفه اساسی، یعنی باور به یگانگی در خداپرستی و برخورداری از باورهای عقلانی غنی شناسایی گردید. خرده مؤلفه باور به یگانگی در خداپرستی شامل تبیین توحیدی از نظام هستی و ایمان به خدا، تلاش برای شناخت خداوند و قدرت و علم او، شناخت طبیعت و جهان اطراف به عنوان تجلی صفات و افعال الهی و جستجو برای درک غایت و هدف خلقت و خرده مؤلفه برخورداری از باورهای عقلانی غنی مشتمل بر وجود باورهایی ماند تعقل‌ورزی و دانش‌گرایی دینی، تلاش برای خودآگاهی و خودشناسی، باور به جهان آخرت و هدفمندی و معناگرایی دائمی انسان و باور به خلافت الهی انسان در زمین بود. این بدان معنا است که فرد دارای سلامت معنوی در وهله نخست باید خداوند را به عنوان یگانه خالق جهان بپذیرد (۳۴، ۴۵)؛ یعنی نظام هستی را تجلی قدرت خداوند تصور کند (۳۵)، ایمان به خدا را در درون خود حس کند (۳۶، ۴۶)، در جهت شناخت خداوند و قدرت و علم او کوشش نماید (۴۷) و همواره دغدغه فهم و کشف غایت و هدف خلقت را در درون خود پرورش دهد (۳۴). بر اساس خرده مؤلفه دوم بعد شناختی سلامت معنوی، یعنی برخورداری از باورهای عقلانی غنی، فرد دارای سلامت معنوی دارای اندیشه‌هایی عقلانی و منطقی در راستای توحید و خدامحوری است (۴۸، ۴۹)؛ یعنی در جهت کشف دانش غنی دینی می‌کوشد (۵۰)، همواره در جهت نیل به خودآگاهی و خودشناسی حرکت می‌کند (۵۱، ۵۲)، ضمن باور به خلافت الهی انسان در زمین (۳۶، ۴۶)، بر این باور است که زندگی در این دنیا هدفمند و مقده‌ای بر زندگی اخروی است (۵۳) و پیوسته در جهت کشف معنا تلاش می‌کند (۵۴).

در ارتباط با مؤلفه عاطفی، احساسی و هیجانی، خرده مؤلفه‌های پیوند و ارتباط عاطفی با خداوند (ارتباط معنوی و قلبی عاشقانه و محبت‌آمیز با خدا، نیت خالص و انجام کارها برای رضای خدا، توکل و توسل و شکرگزاری به سبب درک لطف خداوند نسبت به خود)، برخورداری از عواطف و هیجانات مثبت (سلامت، آرامش و تعادل روحی و روانی، نگرش مثبت و امیدواری، رضایت از زندگی، داشتن کرامت و روح بزرگ، شادکامی و سرزندگی) و رهایی از عواطف

ارتباط عاطفی با خداوند (ارتباط معنوی و قلبی عاشقانه و محبت‌آمیز با خدا، نیت خالص و انجام کارها برای رضای خدا، توکل و توسل و شکرگزاری به سبب درک لطف خداوند نسبت به خود)، برخورداری از عواطف و هیجانات مثبت (سلامت، آرامش و تعادل روحی و روانی، نگرش مثبت و امیدواری، رضایت از زندگی، داشتن کرامت و روح بزرگ، شادکامی و سرزندگی) و رهایی از عواطف منفی و اختلالات روانی (مقاومت در برابر گناه، شکاکیت و بدگمانی، حسادت، قساوت قلب و سنگدلی، دوری از تنش‌ها و استرس‌های روزمره) است. افزون بر این، مؤلفه پیامدی در رفتار و عمل مشتمل بر دو خرده مؤلفه بود: مظاهر عملی و رفتاری سلامت معنوی در زندگی اجتماعی و خانوادگی (کنش فعالانه جهت بهبود جامعه و سازگاری با محیط، روابط اجتماعی مثبت با افراد سنین گوناگون، روابط خانوادگی مثبت، رعایت اصول سخن گفتن و گفت‌وگو با دیگران، تواضع و خضوع در برابر دیگران، توجه و ارتباط مناسب با نیازمندان و انسان‌گرایی و نوع‌دوستی) و مظاهر عملی و رفتاری سلامت معنوی در زندگی فردی (برخورداری از صفات شخصیتی و گرایش به ارزش‌های اخلاقی مانند بخشش و گذشت، مهربانی یا خلق آرام و عفت، پاک‌دامنی و طهارت؛ کارآمدی و توانمندی در عرصه‌های زندگی مانند تلاش در جهت خودسازی و تکامل فردی و الگوپذیری مثبت از افراد کارآمد؛ انجام عبادت و بندگی کردن مانند انجام تکالیف و فرائض دینی و ذکر یا به یاد خدا بودن و تأثیرپذیری و تأثیرگذاری بر ابعاد دیگر سلامت).

بر اساس جدول ۱، مؤلفه شناختی دارای دو خرده مؤلفه، یعنی یگانگی در خداپرستی (۸۰ مورد) و برخورداری از باورهای عقلانی غنی (۷۵ مورد)؛ مؤلفه عاطفی، احساسی و هیجانی دارای سه خرده مؤلفه پیوند و ارتباط عاطفی با خداوند (۵۷ مورد)، برخورداری از عواطف و هیجانات مثبت (۴۷ مورد) و رهایی از عواطف منفی و اختلالات روانی (۲۵ مورد) و مؤلفه پیامدی در رفتار و عمل دارای دو خرده مؤلفه مهم، یعنی مظاهر عملی و رفتاری سلامت معنوی در زندگی اجتماعی و خانوادگی (۱۳۴ مورد) و مظاهر عملی و رفتاری سلامت معنوی در زندگی فردی (۲۵۰ مورد) است. بر این اساس، مؤلفه پیامدی در رفتار و عمل با داشتن بیشترین کد (۳۸۴ مورد)، و بعد از آن، مؤلفه شناختی (۱۵۵ کد) و مؤلفه عاطفی، احساسی و هیجانی (۱۲۹ کد) سه مؤلفه اساسی سلامت معنوی هستند.

بحث

با وجود آن که علاقه روزافزونی به انجام مطالعات کمی، کیفی و آمیخته در زمینه سلامت معنوی وجود دارد، هنوز هم اعتقاد بر این است که مفهوم سلامت معنوی مبهم و پیچیده است (۴۱). بخش بزرگی از این ابهام به تعاریف مختلف در دیدگاه‌های فلسفی و جهان‌بینی‌های گوناگون (۴۲) بر می‌گردد؛ که به طور دقیقی برگرفته از زمینه‌های مختلف فرهنگی هستند (۴۳). بر این اساس، درک مفهوم سلامت معنوی اغلب تحت تأثیر ساختارهای اجتماعی

اعمال و رفتارهای اخلاقی (مانند بخشش، گذشت، مهربانی، صداقت، اخلاق حرفه‌ای و قلب پاک) و کارآمدی و توانمندی در عرصه‌های زندگی (مانند تلاش برای تکامل وجود خویشتن، برخورداری از مهارت‌های زندگی، مسئولیت‌پذیری فردی و هم‌نشینی با نیک‌اندیشان و خردمندان) نمود پیدا می‌کند. آنچه مطالعه حاضر را از دیگر مطالعات گذشته متمایز می‌کند این است که در عموم مطالعات تنها بر نتایج حاصل از مطالعه نمونه‌ای خاص مانند یک منبع مشخص یا مصاحبه با متخصصان در حوزه سلامت معنوی تمرکز شده است، ولی تحقیق حاضر تلاش کرده است تا تمام مطالعات صورت گرفته در ایران در ارتباط با شناسایی مولفه‌های سلامت معنوی را پوشش دهد.

نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج این پژوهش به مدیران سازمان‌ها و ادارات مرتبط با بحران‌های طبیعی مانند هلال احمر، آتش‌نشانی، مراکز نظامی، فوریت‌های پزشکی و دیگر سازمان‌هایی که کارکنان آنان در معرض فشارهای روانی ناگهانی پایدار قرار دارند پیشنهاد می‌شود که با برگزاری دوره‌های آموزشی آشنایی با تکنیک‌های گسترش سلامت معنوی بر اساس مؤلفه‌های شناختی، عاطفی و عملی، نیروهای خود را در برابر مقتضیات جهان پرتلاطم امروز توانمند سازند و امکان بهره‌مندی آنان از پیامدهای سازنده و اثربخش سلامت معنوی در عرصه‌های گوناگون زندگی را فراهم آورند. پژوهش حاضر دارای محدودیت‌هایی بود که از جمله آن‌ها می‌توان به عدم ارائه دقیق اطلاعات در برخی پژوهش‌ها مبتنی بر روش - شناسی علمی، عدم تعمیم‌پذیری نتایج به کشورهای دیگر به سبب تمرکز تحلیل مطالعات بر بافت فرهنگی ایرانی-اسلامی و عدم تنوع ابزار گردآوری اطلاعات در پژوهش‌ها (تمرکز عمده بر مطالعه متون) اشاره کرد.

تشکر و قدردانی: مقاله حاضر برگرفته از طرح پژوهشی

فرا ترکیب پژوهش‌های انجام شده در حوزه سلامت معنوی، مصوب فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران است.

تضاد منافع: نویسندگان تصریح می‌کنند که هیچ‌گونه تضاد

منافی در مطالعه حاضر وجود ندارد.

منفی و اختلالات روانی (مقاومت در برابر گناه، شکاکیت و بدگمانی، حسادت، قساوت قلب و سنگدلی، دوری از تنش‌ها و استرس‌های روزمره) شناسایی گردید. این بدان معنا است که فرد دارای سلامت معنوی نوعی ارتباط معنوی و قلبی عاشقانه و مبتنی بر محبت با خدا دارد (۳۴، ۴۷، ۵۵)، در همه امور و کارها دارای نیت خالص است، تنها برای رضای خدا گام برمی‌دارد (۴۵)، در هرگونه اقدامی به خدا توکل دارد و به او و فرستادگان و مقربان درگاه او توسل می‌جوید (۴۶)؛ همچنان که لطف و سخاوت خداوند نسبت به خود را در لحظه لحظه زندگی درک می‌کند و برای جبران نعمات الهی شکرگزاری پیشه می‌کند (۴۵، ۵۵).

افزون بر این، مؤلفه پیامدی در رفتار و عمل مشتمل بر خرده‌مؤلفه‌های مظاهر عملی و رفتاری سلامت معنوی در زندگی اجتماعی و خانوادگی و مظاهر عملی و رفتاری سلامت معنوی در زندگی فردی بود. در ارتباط با مظاهر عملی و رفتاری سلامت معنوی در زندگی اجتماعی و خانوادگی، افراد دارای سلامت معنوی با ویژگی‌هایی مانند کنش فعالانه جهت بهبود جامعه و سازگاری با محیط (۳۵)، روابط اجتماعی مثبت با افراد سنین گوناگون (۵۲)، روابط خانوادگی مثبت (۴۸)، تواضع و خضوع در برابر دیگران (۵۳)، توجه و ارتباط مناسب با نیازمندان (۴۶) و انسان‌گرایی و نوع‌دوستی (۵۶) شناخته می‌شوند. در ارتباط با مظاهر عملی و رفتاری سلامت معنوی در زندگی فردی، فرد دارای سلامت معنوی دارای خصوصیات همچون عدم گرایش به رفتارهای اخلاقی مانند بخشش و گذشت (۵۷)، مهربانی یا خلق آرام و عفت (۵۲)، پاک‌دامنی و طهارت (۴۹)، کارآمدی و توانمندی در عرصه‌های زندگی مانند تلاش در جهت خودسازی و تکامل فردی (۵۸) و الگوپذیری مثبت از افراد کارآمد (۵۵)، انجام عبادت و بندگی کردن مانند انجام تکالیف و فرائض دینی (۵۹) و ذاکر یا به یاد خدا بودن (۵۰) و تأثیرپذیری و تأثیرگذاری بر ابعاد دیگر سلامت مانند بعد جسمی است (۶۰).

بر اساس آن چه مورد بحث قرار گرفت، مؤلفه پیامدی در رفتار و عمل دارای بیشترین فراوانی در میان کدها بود و به همین سبب، دارای بیشترین نقش در شکل‌گیری مفهوم سلامت معنوی است؛ این بدان معنا است که مقدم بر باورها و عواطف فردی انسان در ارتباط با ماهیت خداوند، عمل و کارکرد انسان اهمیت فراوان دارد که در ابعادی مشهود همچون انجام عبادت و بندگی (مانند انجام تکالیف دینی، عبادت و ذکر خداوند، انجام عمل صالح و تلاش بیشتر برای ساخت جهان آخرت خود در برابر دنیای مادی)، انجام

منابع

1. Khadem H, Mozafari M, Yousefi A, Ghanbari Hashemabad B. The relationship between spiritual health and mental health in students of Ferdowsi University of Mashhad. Medical History. 2016;7 (25):33-50.
2. Dhar N, Chaturvedi S, Nandan D. Spiritual health, the fourth dimension: A public health perspective.

WHO South-East Asia Journal of Public Health. 2013;2(1):3-5.

3. Marques J, Dhiman S, King R. Spirituality in the workplace: Developing an integral model and a comprehensive definition. Journal of American Academy of Business. 2005;7(1):81-91.
4. Fisher J. The four domains model: Connecting

- spirituality, health and well-being. *Religions*. 2011;2(1):17-28.
5. Heydari H. Investigation the effect of emotional competence training on educational burnout, academic engagement, spiritual health and high-risk behaviors of students with tendency to delinquency in Khorramabad [Master Thesis]. Lorestan, Lorestan University; 2019.
6. Vader JP. Spiritual health: the next frontier. *The European Journal of Public Health*. 2006;16(5):457.
7. Johnson KS, Elbert-Avila KI, Tulsy JA. The influence of spiritual beliefs and practices on the treatment preferences of African Americans: A review of the literature. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2005;53(4):711-9.
8. McClain CS, Rosenfeld B, Breitbart W. Effect of spiritual well-being on end-of-life despair in terminally-ill cancer patients. *The Lancet*. 2003;361(9369):1603-7.
9. Zibad HA, Foroughan M, Shahboulaghi FM, Rafiey H, Rassouli M. Perception of spiritual health: A qualitative content analysis in Iranian older adults. *Educational Gerontology*. 2017;43(1):21-32.
10. Yust KM, Johnson AN, Sasso SE, Roehlkepartain EC. Traditional wisdom: Creating space for religious reflection on child and adolescent spirituality. *Nurturing child and adolescent spirituality: Perspectives from the World's Religious Traditions*. 2006:1-14.
11. Michaelson W, Brooks F, Jirásek I, Inchley J, Whitehead R, et al. Developmental patterns of adolescent spiritual health in six countries. *Population Health*. 2016;2:294-303.
12. Amiri P, Abbasi M, Gharibzadeh S, Asghari Jafarabadi M, Hamzavi Zarghani N, Azizi F. Designation and psychometric assessment of a comprehensive spiritual health questionnaire for Iranian populations. *Medical Ethics Journal*. 2014;8(3):25-56.
13. Hartz, GW. *Spirituality and Mental Health: Clinical Applications*, New York: Haworth press American Journal of Health Promotion. 2005;9(5): 371-8.
14. Nelms LW, Hutchins E, Hutchins D, Pursley RJ. Spirituality and the health of college students. *Journal of Religion and Health*. 2007;46(2):249-65.
15. Miner-Williams D. Putting a puzzle together: making spirituality meaningful for nursing using an evolving theoretical framework. *Journal of Clinical Nursing*. 2006;15(7):811-21.
16. Hodge DR, Moser SE, Shafer MS. Spirituality and mental health among homeless mothers. *Social Work Research*. 2012;36(4):245-55.
17. King P, Clardy C, Ramos J. Adolescent Spiritual Exemplars: Exploring Spirituality in the Lives of Diverse Youth. *Journal of Adolescent Research*. 2013;29(2):186-212.
18. Chiang YC, Lee HC, Chu TL, Han CY, Hsiao YC. The impact of nurses' spiritual health on their attitudes toward spiritual care, professional commitment, and caring. *Nursing Outlook*. 2016;64(3):215-24.
19. Eaude T. Happiness, emotional well-being and mental health—what has children's spirituality to offer?. *International Journal of Children's Spirituality*. 2009;14(3):185-96.
20. Bone J, Cullen J, Loveridge J. Everyday spirituality: An aspect of the holistic curriculum in action. *Contemporary Issues in Early Childhood*. 2007;8(4):344-54.
21. Sperry L. Working with spiritual issues of the elderly and their caregivers. *Psychiatric Annals*. 2006;36(3):48-61.
22. Mahmoodi F, Sadeghi F, Jamalomid M. Canonical Analysis of the Association Between Spiritual Attitude and Cognitive Emotion Regulation Strategies Among the Students of Tabriz University of Medical Sciences. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*. 2017;15(3):280-90.
23. Smith J, McSherry W. Spirituality and child development: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 2004; 45(3):307-15.
24. Lotfi M, Sayyar S. Relationship between spiritual intelligence and mental health of people 15 years and older. [Master Thesis]. Payame Noor University, Behshahr Center; 2008.
25. Sayehmiri K, Taghinejad H, Tavan H, Mousavi Moghadam SR, Mohammadi I, Ahmadi Z. Validation study of spiritual health questionnaire from Islamic view. *Medical Sciences*. 2016; 26(2):109-15.
26. IsaMorad A, Nafar Z, Fatemi FS. Spiritual Health and its Role in Preparation of a Model for Prevention, Intervention and Crises Management. *Journal of Culture and Health Promotion*. 2021;5(1):97-107.
27. Asgari P, Safarzadeh S, Mazaheri MM. The Relationship Between Religious Belief and Hope to Life with Spiritual Well Being. *Intercultural Studies Quarterly*. 2013;7(18):135-58.
28. Marandi SA, Mesbah M. *Spiritual health from the perspective of Islam (concepts, indicators, principles)*. Tehran: Hoghooghi Publications. First Edition, 2013.
29. Heidarnia MA. *Spiritual Health and Pure Life. Research on Religion & Health*. 2016;2(2):1-2.
30. Javadi Amoli A. *Mafatih al-hayat*. Qom: Isra Publishing Center, 2012.
31. MacDonald D.A. Spirituality: Description, measurement and relation to the Five Factor Model of personality. *Journal of Personality*. 2000; 68(1): 153-97.
32. Isfahani MM. Spritual health and perspectives. *Medical Ethics Journal*. 2011;4(14):41-9.
33. Bahadori Khosroshahi J, Khanjani Z. The relationship between religious beliefs and psychological well-being with spiritual health of the students. *Online Journal of Psychological Knowledge*. 2013;1(4):84-93.
34. Hoseyni Karnami SH, Zakavi AA. An Analysis of the Salim Heart Semantics: An Approach to Spiritual Health in Holly Quran. *Journal of Religion and Health*. 2019;7(1):49-62.
35. Mohagheghi MA, Azizi F, Einollahi B, Kalantar-Motamedi SMR, Tabei SZ, Shojaeizadeh D, et al. Inspirational Role Models of Islamic Spiritual Health. *Journal of Culture and Health Promotion*. 2019;3(2):131-8
36. Meshki M. *Anthropological Basis of Spiritual*

- Health from the View of Islamic Philosophy and Theosophy Concordant with Quran Verses. *Journal of Culture and Health Promotion*. 2019;3(2):179-85.
37. Zimmer L. Qualitative meta-synthesis: A question of dialoguing with texts. *Journal of Advanced Nursing*. 2006;53(3):311-8.
38. Mobenidekordi A, Keshtkarhafari M. Transformation of social innovation models. *Social Development & Welfare Planning*. 2016;8(26):101-38.
39. Saffari M, Sanaeinasab H, Pakpour AH. How to Do a Systematic Review Regard to Health: A Narrative Review. *Journal of Health Education and Health Promotion*. 2013;1(1):51-61.
40. Lindgreen A, Palmer R, Vanhamme J. Contemporary marketing practice: theoretical propositions and practical implications. *Marketing Intelligence & Planning*. 2004;22(6):673-92.
41. Burkhart L, Schmidt L, Hogan N. Development and psychometric testing of the Spiritual Care Inventory instrument. *Journal of Advanced Nursing*. 2011;67(11):2463-72.
42. Pesut B, Thorne S. From private to public: negotiating professional and personal identities in spiritual care. *Journal of Advanced Nursing*. 2007; 58(4):396-403.
43. Lim J, Yi J. The effects of religiosity, spirituality, and social support on quality of life: A comparison between Korean American and Korean breast and gynecologic cancer survivors. *Oncology Nursing Forum*. 2009;36:699-708.
44. Weathers E, McCarthy G, Coffey A. Concept analysis of spirituality: An evolutionary approach. *Nursing Forum*. 2015;51(2):79-96.
45. Marzband R, Zakavi AA. Indicators of Spiritual Health Based on Quran Perspective. *Journal of Medical Ethics*. 2012;6(20):69-99.
46. Nourmohammadi M, Rasti Brojeni F, Mardanpour Sharhekord E. Quran and spiritual solutions to ensure the mental health of human beings. *Ketab-E-Qayyem*. 2011;1(2):79-98.
47. Bitarafan F, Arfaie F. Spiritual health from the perspective of Quran and Sahifa Sajjadih. *Marifat*. 2015;23(10):39-55.
48. Khodadadi Sangdeh J, Ahmadi K, Amoosti F. Identifying effective spiritual factors in healthy of military families: A Qualitative Research. *Military Caring Sciences Journal*. 2015;2(3):134-42.
49. Khorashadizadeh F, Heydari A, Heshmati Nabavi F, Mazlom S, Ebrahimi M. Concept Analysis of Spiritual Health Based on Islamic Teachings. *Iran Journal of Nursing*. 2015;28(97):42-55.
50. Janbozorgi M. Spiritual Multidimensional Therapy: Explanation of Psychological Phenomena (Health and Disorder) with Spiritual Constructs of Personality Based on Religious Resources. *Clinical Psychology and Personality*. 2020;14(2):173-89.
51. Marzband R, Zakavi A. The Principles and Components for Spiritual Health with an Emphasis on Allamah Tabataba'i's View. *Practice of Wisdom*. 2018;9(33):129-54.
52. Abolghasemi H, Asadzandi M. Strengthening faith, the main care and strategy to maintain and promote the spiritual health of clients and patients. *Journal of Culture and Health Promotion*. 2018; 1(1):39-48.
53. Sam Aram E, Hezar Jaribi J, Fadakar MM, Karami MT, Shamsa'i MM. Spiritual health: Framework, scope, and components based on the teachings of Islam. *Social Development & Welfare Planing*. 2013;14:21-5.
54. Karimi A. Spiritual Health in Religious and Mystical Teachings. *Insight and Islamic Education*. 2012;9(21):1-20.
55. Vashian AA. Review of spiritual health indicators in the health document. *Journal of Culture and Health Promotion*. 2018;1(1):83-8.
56. Zakavi A, Marzband R, Jalahi HA. Study of Humanistic Foundations of Spiritual Health in the Qur'an. *Qur'anic Knowledge*. 2013;4(12):47-60.
57. Asadzandi M. Professors, spiritual characteristics for role-modeling education. *Education Strategies in Medical Sciences*. 2017;10(1):23-35.
58. Abbaszadeh A, Borhani F, Abbasi M. Spiritual health, a model for use in nursing. *Medical Ethics Journal*. 2014;8(3):57-76.
59. Foroutan M. Introduction: The key to promoting the spiritual health of society from the perspective of the Supreme Leader. *Journal of Culture and Health Promotion*. 2019;3(2):126-30.
60. Esmaeili M. Spiritual health from the perspective of western and Islamic scientists. *Research on Religion & Health*. 2018;4(3):1-6.

COVID-19 Pandemic, the Substantion of the Spiritual Health Birth

Fatemeh Moghisi^{1*}

¹ *Department of Theology and Education, Faculty of Education, Farhangian University, Qom, Iran*

Abstract

All phenomena of universe -from a phenomenological viewpoint-, and regardless of one-dimensional view, in essence have much blessings. Corona pandemic is the phenomena of our era which affected on economy, culture, theology, health and death of human being and it surprised us. Taking a deep look at the theological realm related to spirituality, we find that its most important consequence is also happening, which can be called "spiritual birth". The realization of this process requires the study of various conditions and fields. It's important because the phenomenon of Covid-19 has revolutionized the spiritual realm. Spirituality is also the foundation of humankind. Therefore, its research and analysis are specially necessity. The research leads to the main question, "How does the corona pandemic determine spiritual birth?" It occurs using a qualitative research method and has a fundamental-applied approach. The results of the study showed that the corona pandemic raises the level of mortality, the strength of interpersonal communication, the spiritual experience of perfection, based on it.

Keywords: Corona pandemic, COVID-19, Spirituality, Spiritual Birth, Death Belief.

*Corresponding author: **Fatemeh Moghisi**, Email: fm1400@chmail.ir

پاندمی کووید-۱۹، تحقق بخش تولد سلامت معنوی

فاطمه مغیسی^{*}

^۱ گروه الهیات و معارف، دانشکده معارف، دانشگاه فرهنگیان، قم، ایران

چکیده

تمام پدیده‌های هستی از منظر پدیدارشناسانه و فارغ از نگرشی تک بعدی، دارای برکت‌های بسیاری هستند. در این میان، پاندمی کرونا که تمام جهان را در ابعاد اقتصادی، فرهنگی، الهیاتی، حوزه سلامت و مرگ به قبضه در آورده، از این امر مستثنی نیست. در نگاهی عمیق در حوزه الهیاتی مرتبط با معنویت، درمی‌یابیم که مهمترین پیامد آن نیز در حال وقوع است که می‌توان آن را «تولد معنوی» نامید. تحقق این فرایند، لزوم تحصیل شرایط و زمینه‌های متعددی را می‌طلبد. از آنجا که کرونا در عرصه معنوی تحولی عظیم به جای گذاشته است، این موضوع اهمیت دارد. همچنین معنویت، پایه و اساس انسان است. پس واکاوی آن از ضرورت خاصی برخوردار می‌باشد. پاسخ پرسش «پاندمی کرونا چگونه تولد معنوی را رقم می‌زند؟» با استفاده از روش تحقیق کیفی رخ داده و رویکرد بنیادی-کاربردی دارد. دستاوردهای پژوهش نشان داد پاندمی کرونا موجب ارتقای سطح مرگ‌باوری، استحکام ارتباطات بین فردی، تجربه معنوی کمال انقطاع، مبتنی بر آن می‌گردد.

کلیدواژه‌ها: فراترکیب، سلامت معنوی، مؤلفه‌های سلامت معنوی.

مقدمه

تمام پدیده‌های هستی از منظر پدیدارشناسانه و فارغ از نگرشی تک بُعدی، دارای خیرهای بسیاری هستند. کرونا که تمام جهان را در ابعاد اقتصادی، فرهنگی، الهیاتی، حوزه سلامت و مرگ به قبضه درآورده است، نیز از این امر مستثنی نیست. فروپاشی برخی مبانی نظام سلطه، برهم زدن اقتصادهای سرمایه‌داری، ناتوانی بشر در مقابل امری قدسی و متعالی، مرگ و میرهای متعدد و غیره برخی پیامدهای ورود کرونا به شمار می‌رود (۱،۲).

در نگاهی عمیق‌تر در حوزه الهیاتی مرتبط با معنویت، درمی‌یابیم که مهمترین پیامد آن نیز در حال وقوع است که می‌توان آن را «تولد معنوی» نامید. تولد معنوی در تمام عرصه‌های بینشی، گرایشی و کنشی زیست انسانی تحول می‌آفریند. اگر «وجود عامل» با «عدم مانع» ترکیب شوند، یکی از مهمترین پیامدهای کرونا تجلی خواهد کرد که همان وصول به تولد معنوی در راستای عهد نخستین «قالوا بلی» انسان در پاسخ «الست بربکم» است. وجود عامل به منظور داشتن ایمان الهی و به دور از اندیشه سکولار، عقلی حقیقت‌جو، قلبی بیدار، نفسی به دور از شوائب دنیوی و غیره تلقی می‌گردد. مراد از عدم مانع نیز فقدان شبهه، پرهیز از فرافکنی در مقام اندیشه، تعلق تام به دنیا و غیره می‌باشد.

از آنجا که نخستین باری است که بشر با پاندمی کرونا روبه‌رو می‌گردد، راز و رمزهای کشف نشده و ابعاد بررسی نشده بسیاری وجود دارد. ضروری است در مورد آن واکاو‌های متعددی خصوصاً با نگرش الهیاتی انجام شود. همچنین کووید-۱۹ علاوه بر تأثیر بر جسم انسان‌ها، جان و روان و ابعاد معنوی آن‌ها را نیز تحت تأثیر قرار داده است (۲). با توجه به این که از یک سو بُعد روحانی مهمتر و دارای سعه وجودی بیشتر از بُعد جسمانی است و از سوی دیگر بُعد روحانی انسان قدرت سیطره بر جسم او را نیز دارد، پژوهش پیش‌رو به موضوع معنویت و بُعد روحانی انسان که است، حائز اهمیت زیادی می‌باشد، پرداخته است.

روش پاسخگویی به پرسش «پاندمی کرونا (کووید-۱۹) چگونه تولد معنوی را رقم می‌زند؟» با استفاده از روش تحقیق کیفی رخ می‌دهد و رویکرد بنیادی-کاربردی دارد. آثار ارزشمندی در مورد کووید-۱۹ نگاشته شده است اما پژوهش پیش‌رو، رویکرد متفاوتی دارد به طوری که ویروس کرونا را عاملی دارای پیامدهای مثبت برمی‌شمارد. رویکرد معنویت مدارانه، نگرش به پیامدهای مثبت کرونا، ارتباط الهیاتی میان پدیده‌های ناشی از کرونا، پژوهشی کاربردی در مواجهه با پاندمی کرونا بخشی از نوآوری‌های پژوهش حاضر است. همچنین قابلیت تطبیق مطالب و فرایند پژوهش به خارج از مرزهای ایران اسلامی وجود دارد.

روش‌ها

روش‌های تحقیق کیفی با تکیه بر پارادیم فنومنولوژی قادر به درک پدیده‌ها در طول زمان و خلق تئوری جدید هستند به نحوی

که مفاهیم انسانی را به شکل موثرتری به کار می‌گیرند. پژوهشگر روش کیفی به دنبال تجربه زنده در شرایط واقعی است و می‌کوشد بدون برهم زدن صحنه و همچنین به شکل غیر مداخله‌ای، به جمع‌آوری داده‌ها بپردازد (۳). در این میان ماهیت گراند تئوری از تحلیل پدیده‌های خاص اجتماعی، یک تئوری جامع و عمومی ارائه می‌دهد و قادر است تغییرات فرایندهای اجتماعی را در طول زمان بررسی نماید (۴) که در پژوهش حاضر از این روش استفاده شده است.

مفاهیم تصویری پژوهش

پیش از ورود به بحث لازم است تبیین اصطلاحات صورت گرفته تا در پرتو آن پژوهش تحقق یابد.

پاندمی کرونا در جهان: واژه فرانسوی *pandémie* و انگلیسی *pandemic* از واژه یونانی *πανδημία* گرفته شده است. در زبان یونانی *πᾶν* به معنای همه و *δῆμος* به معنای مردم است، پاندموس یعنی همه مردم. بیماری دنیاگیر، از مرزهای بین‌المللی می‌گذرد و بسیاری را مبتلا می‌سازد (۵). در نهایت رییس سازمان بهداشت جهانی، بیماری کرونا را یک بیماری پاندمیک معرفی کرد (۶). در پژوهش پیش‌رو به مسائل پیرامونی ویروس کرونا در ارتباط با تحولات معنوی خواهیم پرداخت.

معنویت اسلامی: لغت‌شناسان معنویت را مصدر جعلی کلمه معنوی می‌دانند و در مقابل مادی، صوری و ظاهری به معنای روحانی، حقیقی و اصلی است (۷). معنوی منسوب به معنی، مربوط به معنی، ... شخصی که در عالم معنی و باطن سیر کند (۸). المعنوی منسوب به معنی، معنوی ضد مادی است (۹). المعنوی، جمع معان به معنای صفات پسندیده‌ای است که انسان دارا باشد (۱۰). معنویت از ماده «عنی، یعنی، معنی» است.

انسان معنوی بیشتر به دنبال حقیقت باطنی خود سیر می‌کند (۱۱). گاه نیز دو معنا تفکیک شده است؛ یکی مترادف واژه روحانیت عربی و معنویت فارسی که با طبیعت روح و باطن در برابر ظاهر سروکار دارد و دیگری برکت است که یادآور لطف الهی می‌باشد (۱۲). واژه Spirituality در زبان‌های اروپایی واژه جدیدی است که تا سده نوزدهم به این معنای جدید مصطلح نبود اما اینک این واژه رایج شده است. گاه معنویت، به معنای استعداد نامحدود درونی تعبیر می‌شود که در ارتباط با خدا شکوفا می‌گردد (۱۳). نظرات دیگری نیز در باب معنویت مطرح است.

نظر مختار در نگارش حاضر آن است که معنویت به معنای اعتقاد به خدا، عالم غیب و روی آوردن به باطن عالم و گذر از ظاهر می‌باشد که البته دروازه معنویت را باید فطرت توحیدی انسان دانست. ارتباط با خدا و عمل مبتنی بر این اعتقاد است که حقیقت سه ساحت بینشی، گرایشی و کنشی را در برمی‌گیرد. معنویت ذکر شده محصول فهم عمیق و درک درست آیات، روایات مأثور از اهل بیت (علیهم السلام)، عقل «ماعبد به الرحمن» و همچنین مشاهدات بر پایه سه رکن یاد شده می‌باشد. این بینش متعالی

مرده و غیرمرده می‌شود زیرا اگر مرگ نباشد، زندگی برای انسان‌ها مشکل می‌شود و مکان به‌طوری ضیق می‌گردد که حتی تنفس مشکل خواهد شد. خیر مرگ برای مرده نیز این است که از بند دنیا رها شده و از دنیای پر از محنت نجات می‌یابد (۲۱). به‌طور کلی همه شرور و بلایا، در بردارنده حکمتی می‌باشند و هیچ مصیبتی بدون حکمت و خیرخواهی الهی رخ نمی‌دهد. در چنین شرایطی «بشر الصابرين» پاداش قلوب پاک و نفوس تزکیه شده می‌باشد. مرگ باوری آثاری در پی دارد که در این مجال به مواردی اشاره خواهد شد:

الف) تقوا و محاسبه نفس: اولین ثمره یقین به مرگ و معاد، تقوای الهی و پاسبانی نفس است «زنوا انفسکم من قبل ان توزنوا و حاسبوها من قبل ان تحاسبوا» (۲۲). زمانی که انسان مسیر پیش‌روی خود را مرگ و محاسبه اعمال بداند، طریق مشارطه، مراقبه و محاسبه را سرلوحه خویش قرار می‌دهد. سپس به تدریج عبدالهی گشته و در تمام ابعاد زیست فردی و اجتماعی تحولی عظیم را تجربه می‌نماید.

ب) عبادت: اعتقاد به مرگ و معاد یکی از بهترین ابزارها جهت ترغیب انسان در انجام عبادات است. عابدان چند دسته هستند؛ «گروهی برای رسیدن به پاداش، خدا را عبادت کردند و این عبادت بازرگانان است دسته‌ای از روی ترس، خدا را عبادت کردند و این عبادت بردگان است. گروهی برای سپاسگزاری، خدا را عبادت کردند و این عبادت آزادگان است» (۲۳). هر چند نیل به برترین نوع عبادت عاشقانه، هدفی متعالی است اما عبادت دو نوع دیگر نیز در مراحل جایگاه خاص خود را دارد. شاید راه وصول به عبادت عاشقانه، گذر از دو نوع عبادت تاجران و خائفان است. بنابراین مرگ و اندیشیدن به بهشت و جهنم، منجر به عبادت بندگان خواهد شد. بنابراین باور مرگ، معنویت‌زایی را به‌دنبال دارد.

ج) بینش و بصیرت: مرگ‌باوری بینش و بصیرتی در فرد ایجاد می‌کند که موجب کنشگری فعال در تمام عرصه‌های زیسته خواهد شد «نگاه انسان بصیر، فرا دنیایی بوده و از پس آن سرای آخرت را می‌بیند» (۲۴). در ادامه روایت، اثر تربیتی بصیرت با عنوان عدم دنیاگرایی در عین بهره‌گیری از دنیا آمده: «انسان آگاه، هرگز به دنیا دل نمی‌بندد، ولی انسان کوردل تمام توجهش دنیاست. بینا از دنیا زاد و توشه بگیرد و نابینا برای دنیا توشه فراهم می‌کند» (۲۴). در حقیقت انسان موحد معاد باور توشه بهتری از دنیا برخوردار داشت.

د) آرامش زایی: آرامش، گمشده انسان عصر مدرنیته است و یکی از راه‌های رسیدن به آن مرگ‌باوری می‌باشد زیرا نگرش به فناپذیری دنیا و موقتی بودن تمام رنج‌ها از جمله فقر، بیماری، مشکلات خانوادگی و غیره، امید به پایان رنج‌ها را در قلب زنده خواهد نمود.

ه) ساختن دنیا: کسی که باور به مرگ داشته باشد نه تنها کارهای دنیا را رها نکرده، بلکه امورات دنیا را به نحو احسن و تام به انجام می‌رساند چنانکه در روایت آمده: «عمل لدنیاک تعیش

در عرصه‌های گوناگون زندگی در اعمال خالصانه و صالحانه ظهور یافته تا جایی که منتهی به حیات طیبه خواهد شد.

تولد معنوی: درک معنای ژرف «تولد معنوی» ارتباط وثیقی با «حیات طیبه» دارد. حیات در مقابل موت، به مفهوم زندگی نیروی رشد و حرکت و احساس است (۱۴). حیات در منظر کلام وحی، اعم از حیات نباتی، حیوانی و انسانی است (۱۵). طیبه به معنای پاک و پاکیزه و آنچه که انسان به‌طور طبیعی به آن تمایل دارد (۱۶). علامه طباطبایی باور دارد: «علت اینکه چرا قرآن آن زندگی را با وصف طیب توصیف فرموده، چون حیاتی خالص است که خباثتی در آن نیست» (۱۷). تولد معنوی پیدایش حیاتی جدید، فوق حیات مادی و برخوردار از نورانیت است.

خداوند غیر از این زندگی دنیایی، زندگی دیگری را برای انسان مطرح می‌کند که حاصل آن کمال وجود آدمی و تحقق بخشیدن اغراض روحی و معنوی انسان است. شهید مطهری اشاره دارد یکی از آیاتی که مردم را به دو دسته منقسم کرده؛ زندگان و مردگان، و قرآن را عامل حیات و پیغمبر را محیی، یعنی حیات‌بخش و زنده‌کننده معرفی کرده است، می‌فرماید: "اِذَا دَعَاكُمْ لِمَا يُحْيِيكُمْ" (۱۸)؛ اگر حقیقت حیات همین تحرک، تنفس و گذراندن روزگار با اشتغال به امور مختلف فردی و اجتماعی دنیا بود، چه لزومی داشت خداوند بشر را به حیاتی دیگر فراخواند (۱۹). بنابراین برخورداری از تعالی روحی در زندگی معنوی نقش مهمی ایفا می‌نماید تا جایی که بدون آن، تولد معنوی قابل تصور نیست.

نقاط عطف حاصل از پاندمی کرونا و ویروس

هرچند پدیده کرونا پیامدهای بسیاری دارد که در نگرش اولیه، منفی تلقی می‌گردد، اما در نگرش عمیق‌تر برخی از پیامدهای آن مثبت می‌باشد. در حقیقت مهمترین اثر مثبتش، تحول معنوی است و می‌توان ظهور کرونا را نقطه عطفی در عرصه معنویت بشری دانست. نقطه عطفی که تأثیرات شگرف آن در تجربه زیست معنوی انسان‌ها مشهود است.

ارتقای سطح مرگ‌باوری: کرونا موجب شد تا بار دیگر، مرگ‌باوری را به انسان‌ها یادآوری نماید. بشر در هیچ دوره‌ای از تجربه زیسته خود، تا این حد مرگ را در کنار خود احساس نمی‌کرد. همچنین برای انسان غافل عصر مدرن، قیامت را به تصویر کشید «یوم یفر المرء من اخیه و...» (۲۰) محدودیت‌ها، فاصله‌گذاری اجتماعی، تعطیلی برخی مراکز از جمله رهاوردهای کروناست که انسان را به یاد احوالات قیامت وا می‌دارد.

ملاصدرا به بیان حکمت برخی از امور جهان پرداخته و باور دارد هر امری و از جمله شرور، فایده و غایتی دارند که با دید سطحی نمی‌توان بدان دست یافت (۲۱). به‌عنوان نمونه صحنه شکار حیوانات تالم‌آور است و شر محسوب می‌شود. اما پشت پرده آن، چرخه تغذیه طبیعی است و مانع افساد لاشه‌ها و انقطاع چرخه زیستی می‌گردد (۲۱). مرگ انسان نیز ماهیت و حقیقتی در باطن دارد.

به تعبیر ملاصدرا باید مرگ را خیرکثیر نامید. خیری که شامل

انقطاع، خرق تمام حجب ظلمانی و نورانی است تا انسان به سرای الهی که «معدن عظمت» می‌باشد، راه یابد. در عصر حاضر، عامل موثر و ویروس کرونا، فرایند دستیابی به کمال انقطاع را هموار و سرعت بخشیده است. علاوه بر این کمال انقطاع برای افراد بسیاری در جوامع متعدد بشری قابلیت دسترسی پیدا کرده و با توجه به احوالات مشاهده و گزارش شده، برای بسیاری حاصل گشته است. حال لازم است به این پرسش پاسخ داد که «روند فرایند وصول به کمال انقطاع با وجود پاندمی کرونا چگونه است؟» یکی از مقدماتی که انسان در این فرایند حاصل می‌نماید، معرفت نفس مبتنی بر عجز آدمی است. علامه حسن‌زاده سرمايه همه سعادت‌ها و اهم واجبات را "معرفت نفس" یعنی "خودشناسی" می‌داند. هیچ معرفتی، به میزان "معرفت نفس"، به کار انسان نمی‌آید. انسان کاری مهم‌تر از خودسازی ندارد و آن مبتنی بر "خودشناسی" است (۲۹). خودشناسی انسان را به فقر ذاتی خویش آگاه می‌سازد. فقر ذاتی نشانگر نیاز انسان در وجود، بقا، تمام لحظات و حرکات است. مقدمه دومی که در فرایند وصول به کمال انقطاع لازم می‌آید، معرفت الله است. علامه طباطبایی می‌فرماید: «هنگامی که انسان یقین پیدا کرد که هستی حقیقی، ویژه خداست، خواهد دانست که او، مالک کل هستی و پروردگار تمامی جهانیان است و دیگران در برابر او، مالک نفع و ضرر یا مرگ و زندگی نیستند» (۳۰). در حقیقت چنین کسی اصلاً خودش را مالک چیزی نمی‌پندارد تا خود را به آن مشغول نماید. پس دچار عجب، اندوه و دیگر حالات نفسانی نمی‌گردد. بر این اساس مجبور نمی‌شود به آنچه نزد آنان است، دل ببندد و بی آنکه سزاوار باشد، تن به ذلت دهد زیرا در پرتو بینش عمیق ذکر شده، انسان متحول گشته و مسیر بندگی را به درستی طی خواهد نمود.

با ضمیمه شدن این دو مقدمه یعنی فقر ذاتی در معرفت نفس و همچنین غنای مطلق حق در معرفت الله، کمال انقطاع پدیدار می‌گردد. در شرایط پاندمی کرونا، انسان تجربه زیسته‌ای را از سر می‌گذراند که به سرعت کمال انقطاع را ایجاد می‌نماید. انسان عصر اومانیزم غرق در دنیا، خودپرستی و شیفته قدرت‌های خویشتن، پس از مواجهه با کرونا دریافت که هیچ نیست. هیچ قدرتی ندارد و جلال و شکوه ظاهری نمی‌تواند به او آرامش دهد.

نتیجه‌گیری

موضوع مهم عصر حاضر، پاندمی کرونا است که آثار و پیامدهای متعددی را به دنبال دارد. علاوه بر پیامدهای منفی همچون مرگ و بیماری، فشارهای اقتصادی و غیره، پیامدهای مثبتی نیز به جا گذاشته است. مهمترین پیامد مثبت کرونا را می‌توان ایجاد نقطه عطف معنوی برای انسان در جوامع مختلف دانست. در شرایط کرونایی، سطح مرگ‌باوری ارتقا می‌یابد به‌طوری که انسان هموار یاد مرگ را با خود همراه می‌سازد. اعتقاد به مرگ در بینش، کنش، گرایش انسان موثر بوده و مسیر زندگی او را تغییر خواهد داد. ارتباطات بین

ابدا و اعمال لاخرتک کانتک تموت غذا» (۲۵) اگر انسان تصورش از زندگی دنیا امری ابدی باشد، در ساختن و بنا گذاشتن امور دقت فراوان و کوشش چشمگیر مبذول می‌دارد تا بتواند سالیان دراز و حتی ابدی از آن استفاده نماید. روایت شریف در فرایند این فرمول، بلافاصله تصریح می‌دارد که نحوه انجام امور برای آخرت چنان باشد که گویا به زودی خواهی مُرد. چنین کسی دائماً با انکسار قلبی و حالت وداع تضرع‌وار، اعمال عبادی را انجام خواهد داد. روش جمع نگرش به ابدیت دنیا در اعمال دنیوی از یک سو، و نگرش به زود فرا رسیدن مرگ در امور معنوی اخروی از سوی دیگر، مهارت خاصی می‌طلبد. این فرمول می‌تواند ایدئولوژی متعالی بینش، گرایش و کنش را با ظرافت به تصویر بکشد.

و) معنای زندگی و یافتن حیات حقیقی: معنا و مفهوم

زندگی از مهمترین مسائل بشر محسوب می‌شود به‌طوری که در مطالعات اندیشمندان غربی نیز به آن پرداخته شده است. در این میان قرآن، در قالب آیات متعدد این مفهوم را منتقل می‌سازد (۲۶). بنابراین یکی از آثار عقیده به زندگی پس از مرگ، مفهوم دادن و هدف بخشیدن به زندگی است به‌طوری که عبث بودن زندگی نفی می‌گردد. همانگونه که تذکر داده شد وجود عامل (زمینه‌های اعتقادی درست و ...) و عدم مانع (دور ماندن اندیشه از مغاطات و ...) در دستیابی به ثمرات آن لازم و ضروری است. همچنین آثار فراوان دیگری بر مرگ‌باوری مترتب است که در این مجال نمی‌گنجد و پژوهشی مستقل می‌طلبد.

استحکام ارتباطات بین فردی بر مبنای معنویت: در

اسلام چند باور به عنوان اصل مطرح است؛ ۱) انسان به صورت موجودی جدای از اراده الهی تصور نمی‌شود، ۲) هر انسان را باید با مبدأ وجودی آن لحاظ نمود «الناس عیال الله» (۲۷)، ۳) زندگی انسان به دنیا ختم نمی‌شود بلکه آخرت امتداد زندگی است، ۴) خدمت به خلق، موجب رضایت‌الهی و سعادت خواهد شد چنانچه در روایت آمده: «بنده‌ای در اثر برداشتن شاخه خاری از سر راه مسلمین، اهل بهشت شد» (۲۸). موارد ذکر شده شالوده اصلی فلسفه اجتماعی اسلامی را سامان می‌بخشد. در نهایت باید اذعان داشت مواسات، ایثار، نثار، تعاون و غیره از اهمیت خاصی برخوردار است. از سوی دیگر تغییر نوع ارتباطات اجتماعی در پاندمی کرونا به دلیل فاصله‌گذاری‌های اجتماعی، در مواردی به استحکام ارتباطات بین فردی منجر شد. به عنوان نمونه مشاغل و مدارس به‌صورت مجازی به کار خود ادامه می‌دهند و افراد خانواده زمان‌های بیشتری را در کنار یکدیگر سپری می‌نمایند. اگر اصول اولیه اخلاقی دچار آسیب و تزلزل نباشد، بودن در کنار یکدیگر موجب برانگیختن عواطف، محبت، ارتباط موثر همسران، توجه بیشتر به امر تربیت فرزندان، ارتباط عاطفی والدین با فرزندان، زمان بیشتری حضور مادران شاغل به دلیل دورکاری و غیره می‌گردد.

تجربه معنوی کمال انقطاع: کمال انقطاع، انسان را از

ماسوی الله رها ساخته و قلب را تنها با خداوند پیوند می‌زند. کمال

آینده جهان را تغییر داده به طوری که نویدبخش آینده‌ای روشن و حق مدار است. در این آینده انسان با واقعیت‌ها و حقیقت‌ها تعامل بیشتری پیدا می‌کند. بر اساس اندیشه توحیدی، شاید بتوان ویروس کرونا را سربازی الهی دانست که زلزله‌ای در باورها و سبک زندگی افراد ایجاد کرد. به امید روزی که این تحولات به ظهور عدالت محوران امام عصر (عج) بپیوندد.

تشکر و قدردانی: مقاله حاضر برگرفته از طرح پژوهشی فراترکیب پژوهش‌های انجام شده در حوزه سلامت معنوی، مصوب فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران است.

تضاد منافع: نویسندگان تصریح می‌کنند که هیچ‌گونه تضاد منافی در مطالعه حاضر وجود ندارد.

منابع

1. Shahyad S, Mohammadi MT. Psychological impacts of Covid-19 outbreak on mental health status of society individuals: a narrative review. *Journal of Military Medicine*. 2020;22(2):184-92.
2. Shirzad F, Sedigh R. COVID-19 Pandemic and Spiritual Challenges in Iran. *Health Spiritual Med Ethics*. 2022;8(3):141-2.
3. Abbaszadeh M. Validity and reliability in qualitative researches. *Journal of Applied Sociology*. 2012;23(1):19-34.
4. Charmaz KC. *Constructing grounded theory: a practical guide through qualitative analysis*. London, UK: SAGE Publications; 2006.
5. Porta M. Miquel Porta, ed. *Dictionary of Epidemiology*. 2008. Oxford University Press, Retrieved 14 September 2012.
6. Singhal T. A review of coronavirus disease-2019 (COVID-19). *The indian journal of pediatrics*. 2020;87(4):281-6.
7. Dehkloda A. *Dehkhoda Dictionary*. Tehran, Tehran University Press, 1991. [In Persian]
8. Moin M. *Moin Encyclopedic Dictionary*. Tehran: Amir Kabir, 2013. [In Persian]
9. Bustani F. *Persian-Arabic Abjad Dictionary*, translated by Reza M. Tehran, Islamic Publications, second edition, 1996. [In Persian]
10. Maalouf L. *Al-Munajjid in Language*. Beirut: Dar Al-Mashreq, 1996.
11. Khosropanah A. Factors and barriers to promoting spirituality. 2009;16.
12. NAsr SH. *In Search of the Sacred*, translated by Seyyed Mostapha Shahra'ini. Ney Publication, 2006. [In Persian]
13. Mazaheri Seif H. *The pathology of doubt spiritual movements*. Tehran: Sahbaye Yaghin Publication, 2016.

فردی در ظاهر مقهور فاصله‌گذاری‌های اجتماعی شد اما در باطن لایه‌های عمیقی از ایثار و مواسات را در جامعه اسلامی رونق بخشید. یکی از لازمه‌های رشد معنوی در هر انسانی تجربه کمال انقطاع است و نهایت بریدن از ماسوی الله که اتصال به الله را رقم خواهد زد. کمال انقطاع برای انسان عصر مدرن در فرایند رسیدن به پوچی توانایی بشری در کنترل کرونا است. انسان تا این اندازه حقارت دارد که مقهور موجودی است که حتی با چشم غیرمسلح رویت نمی‌شود. نتیجه کاربردی بحث این است که با ژرف‌اندیشی و عمل موثر (کمال انقطاع، توسل و غیره) می‌توان کرونا را به مثابه عاملی جهت تولد معنوی قرار داد. مرگ‌باوری، کمال انقطاع و غیره در این فرایند نقش ایفا می‌نماید.

بنابراین مجموع تحولات عمیق معنوی در زمان پاندمی کرونا،

14. Ragheb Isfahani H. *Mufradat Fi Gharib AlQuran*, Beirut, Dar Al-Alam Dar Al-Shamiya, 1992.
15. Mostafavi H. *Investigation in the words of Holy Quran*. Tehran, Book Publishing and Publishing Company, 1981. [In Persian]
16. Ibn Manzoor M. *Arabes Tong*, Third edition, Tehran: Dar al-Fikr, 1993.
17. Tabatabaei MH. *The balance in interpretation of Quran (Al-Mizan fi tafsir al-Quran)*. 2nd Edition. Beirut: Moassesah al-Alami lel-Matbooat, 1971.
18. Motahari M. *Collection of works of Master Shahid Motahari*. Sadra Publications, Tehran, 1996. [In Persian]
19. Javadi Amoli A. *Tasnim: commentary of the noble Quran*. Qom: Asra Publication, 2010.
20. *The Holy Quran*. Surah Abasa. Verse 34-36.
21. Sadr al-Din Shirazi, M. *Interpretation of the Holy Quran*. Qom: Bidar publication, 1987.
22. *Nahj al-Balaghah*, Sermon No. 89.
23. *Nahj al-Balaghah*, Hikmat No. 237.
24. *Nahj al-Balaghah*, Sermon No. 133.
25. Noori, MH. *Mostadrek al-vasael va mostanbet al-masael*. Qom, Ale Bait Institute, 1990.
26. *The Holy Quran*. Surah Al-Ankabut-Verse 64, Surah Ar-Ra'd-Verse 26.
27. Majlesi MB. *Bahar Al-Anwar*, Beirut: Al-Wafa Foundation, 1983.
28. Qomi A. *Safina al-Bahar*. Qom: Osveh Publications, 2001.
29. Hassanzadeh Amoli H. *One thousand and one tips*. Raja Cultural Publishing Center, 2013.
30. Tabatabai MH. *Ali and divine philosophy*. Qom: Islamic Propaganda Office, 2010.

Investigating the Effect of Belief in Human Inherent Poverty in Increasing the Degree of Spirituality and its Role in Promoting Spiritual Health

Mostafa Arbabi Mojaz^{1*}, Seyed Mohammad Hossein Moosavi², Hadi Zeini Malek Abad², Moheb Ali Rahdar³

¹Department of Jurisprudence and Fundamentals of Islamic Law, Faculty of Theology and Islamic Studies, Sistan and Baluchestan University, Zahedan, Iran

²Department of Quranic and Hadith Sciences, Faculty of Theology and Islamic Studies, Sistan and Baluchestan University, Zahedan, Iran

³Department of Industrial Engineering, Sistan and Baluchestan University, Zahedan, Iran

Abstract

Background and Aim: Spiritual health is one of the most important aspects of health that has been considered by the world scientific community in recent years and in addition to the need to discover its meaning in religious teachings, the components that affect it also need to be investigated. Considering the effective relationship between spirituality and human beliefs on other dimensions of health (including physical, mental and social), the quantity and quality of human relationship with God Almighty is effective in promoting his spiritual health. The purpose of this study is to investigate the belief in inherent poverty on the quality of spirituality and its consequences on spiritual health.

Methods: This research examines the process of the effect of belief in human inherent poverty in increasing the degree of spirituality and its role in promoting spiritual health with a Quranic and Hadith approach and in a descriptive-analytical method.

Results: One of the plagues of spirituality is the contamination of man with sin and transgression. In the radical analysis of sin, it should be said that sin is a voluntary behavior that man achieves due to neglect of his identity in relation to God. Because human behavior is a function of his inner beliefs, tendencies and feelings towards the audience of behavior and not just his insight and awareness of the benefits or harms of that action. From the point of view of Quranic teachings and Hadith, man's identity is based on his inherent poverty and his constant need for God. Consequently, he promotes and improves spirituality and beliefs which itself has a direct role in promoting her spiritual health.

Conclusion: Belief in human inherent poverty will also have positive consequences in promoting spiritual health (including providing health, repelling diseases, and maintaining human survival and health). These consequences can be classified into three areas of insight, orientation, and action. In the vision dimension, believing in the absolute ownership of God and believing in the trustworthiness of divine blessings, in the tendency dimension, creating a sense of peace and creating a sense of dignity, and in the action and behavioral dimension, achieving the status of forsaking sin and being a state of gratitude and illness are as consequences that each of them, in turn, and based on numerous research backgrounds in this field, have a direct effect on promoting spiritual health.

Keywords: Spiritual health, Inherent poverty, Sin, Spirituality.

*Corresponding author: Mostafa Arbabi Mojaz, Email: dr.arbabimojaz@theo.usb.ac.ir

بررسی تأثیر باور به فقر ذاتی انسان در افزایش عیار معنویت و نقش آن در ارتقای سلامت معنوی

مصطفی اربابی مجاز^{۱*}، سیدمحمدحسین موسوی^۲، هادی زینی‌ملک‌آباد^۲، محبعلی رهدار^۳

^۱ گروه فقه و مبانی حقوق اسلامی، دانشکده الهیات و معارف اسلامی، دانشگاه سیستان و بلوچستان، زاهدان، ایران

^۲ گروه علوم قرآن و حدیث، دانشکده الهیات و معارف اسلامی، دانشگاه سیستان و بلوچستان، زاهدان، ایران

^۳ گروه مهندسی صنایع، دانشکده مهندسی، دانشگاه سیستان و بلوچستان، زاهدان، ایران

چکیده

زمینه و هدف: سلامت معنوی یکی از ابعاد مهم سلامت است که در سال‌های اخیر مورد توجه مجامع علمی جهانی قرار گرفته است و علاوه بر ضرورت کشف مفهوم آن در آموزه‌های وحیانی، مؤلفه‌های اثرگذار بر آن نیز نیازمند واکاوی می‌باشد. با عنایت به رابطه وثیق و اثرگذار معنویت و اعتقادات انسان بر سایر ابعاد سلامت (جسمی، روانی و اجتماعی)، کمیت و کیفیت باورهای انسان در رابطه او با خداوند متعال، بر ارتقای سلامت معنوی او مؤثر می‌باشد. هدف این پژوهش بررسی باور به فقر ذاتی بر کیفیت معنویت و تبعات آن بر سلامت معنوی انسان است.

روش‌ها: این پژوهش به روش توصیفی-تحلیلی و با استفاده از منابع کتابخانه‌ای و علمی موجود و با رهیافت قرآنی و روایی، فرایند تأثیر باور به فقر ذاتی در افزایش عیار معنویت و نقش آن در ارتقای سلامت معنوی را بررسی می‌نماید.

یافته‌ها: یکی از آفات معنویت، آلوده شدن انسان به گناه و معصیت است. در تحلیل ریشه‌ای ارتکاب گناه، گناه رفتاری اختیاری قلمداد می‌شود که انسان در اثر غفلت از هویت خویش در نسبت با خداوند بدان دست می‌یازد. زیرا رفتار انسان تابعی از باورها، گرایش‌ها و احساسات درونی او در نسبت با مخاطب رفتار است و نه صرفاً بینش و آگاهی او نسبت به مزایا و یا مضار آن عمل. از دیدگاه آموزه‌های قرآنی و روایی هویت انسان بر مبنای فقر ذاتی و احتیاج مداوم او به خداوند قوام یافته است و در صورتی که انسان علم به این فقر ذاتی را به باور و احساس قلبی در خود تبدیل نماید، نتیجه آن ترک گناه در رفتار و به تبع ارتقا و بهبود معنویات و اعتقادات در اوست که خود نقش مستقیمی در ارتقای سلامت معنوی وی دارد.

نتیجه‌گیری: باور به فقر ذاتی پیامدهای مثبتی را در ارتقای سلامت معنوی (اعم از تأمین سلامت، دفع بیماری‌ها، حفظ بقا و سلامت انسان) در پی خواهد داشت که پیامدهای مذکور در سه ساحت بینشی، گرایشی و کنشی قابل دسته‌بندی هستند. در بُعد بینشی باور به مالکیت مطلق خداوند و باور به امانت بودن داده‌های الهی، در بُعد گرایشی ایجاد حس آرامش و ایجاد حس عزت و در بُعد کنشی و رفتاری دست‌یابی به مقام ترک گناه و مقام شاکر بودن در هنگامه سختی و آسایش، سلامتی و بیماری به‌عنوان پیامدهایی هستند که هر یک به نوبه خود اثر مستقیمی در ارتقای سلامت معنوی دارند.

کلیدواژه‌ها: سلامت معنوی، فقر ذاتی، گناه، معنویت.

مقدمه

اواخر قرن گذشته با بازگشت به ابعاد دیگر سلامت در پزشکی و به‌ویژه توجه به ابعاد اجتماعی و معنوی سلامت همراه بود و امروزه سلامت معنوی به عنوان یکی از ابعاد مهم سلامت در دنیا شناخته شده است و این تفکر قوام یافته است که بدون سلامت معنوی، دیگر ابعاد سلامت (یعنی سلامت جسمی، روانی و اجتماعی) نیز نمی‌تواند به حداکثر ظرفیت خود برسد و نم‌توان بدون سلامت معنوی به بالاترین سطح کیفیت زندگی دست یافت (۱). در یک مرور تاریخی باید گفت در سال ۱۹۸۳، در اجلاس سالیانه جهانی بهداشت بعد چهارم سلامت این گونه مطرح شد که آیامعنویت (Spiritual) را باید در تعریف سلامت (Health) وارد نمود؟ (۲) و در نهایت یک سال بعد در سی و هفتمین اجلاس سالیانه جهانی بهداشت «معنویت به‌عنوان بخش جدایی‌ناپذیر استراتژی‌های سلامت کشورهای عضو سازمان جهانی بهداشت به تصویب رسید» (۳). سلامت معنوی می‌تواند به‌عنوان بستر و روشی برای تأمین، ارتقا و حفظ دیگر ابعاد سلامت انسان (جسمانی، روانی و اجتماعی، بینشی، منشی و شناختی) به کار گرفته شود (۴). البته در نگرش اسلامی، سلامت معنوی، وسیع‌ترین و عمیق‌ترین بُعد از ابعاد سلامت است و شاید بتوان گفت سلامت معنوی، صرفاً یک «بعد» از ابعاد سلامت نیست؛ بلکه یک «پارادیم» است که بر همه ابعاد سلامت، شمول و سیطره دارد (۴).

امروزه مبتنی بر پژوهش‌ها و تحقیقات بسیار در حوزه سلامت معنوی ثابت شده است هر چه کیفیت معنویت در انسان ارتقا یابد، اثرات مثبت آن در سلامت روانی و جسمی او مشهودتر خواهد بود و هر چه از کیفیت معنویت و عیار آن کاسته شود، نه تنها از اثرات سلامت افزای آن کاسته می‌شود بلکه پیامدهای منفی متعددی نیز در پی خواهد داشت (۵). بی‌شک یکی از مهمترین عوامل کاهنده کیفیت معنویت در افراد و اجتماع و به تبع کاستن از ضریب سلامت روانی و معنوی در بین آحاد مردم و نیز بدنه اجتماع ارتکاب گناه است که شاید از همین منظر می‌توان با این فرمایش پیامبر اکرم (ص) هم آفاق شد که از گناه به تنها «داء» و «درد» در وجود انسان تعبیر فرموده اند (۶). یعنی مهمترین و بزرگترین درد، مشکل، حجاب و مانع شما برای معنویات، گناهان است. اگرچه در این روایت و یا دیگر روایات مشابه از گناه به‌عنوان بزرگترین درد و علت در بیمار شدن معنویت انسان یاد شده ولی باید اذعان کرد که گناه کردن ضمن اینکه یک علت است خود نیز به‌عنوان یک رفتار، معلول محسوب می‌گردد و باید تلاش کرد تا علت یا علل بروز آن را کشف کرد و با کشف و درمان آن ریشه اصلی به آنچه مطلوب ما از مقوله سلامت معنوی است یعنی تأمین، تضمین و تداوم سلامت روانی و جسمی در افراد در پرتو معنویات و اعتقادات نائل گردیم.

در همین راستا با بررسی و مذاقه در آیات و روایات این حوزه، می‌توان اذعان داشت یکی از مهمترین علل آلائش انسان به گناه،

ریشه در نوع باور و احساس او دارد و آن احساس غنا و بی‌نیازی او نسبت به خداوند غنی و متعال است که گرچه فرد ممکن است حتی داشتن این احساس را انکار کند ولی به‌طور ناخودآگاه بر وجود فرد حاکم می‌باشد. این احساس که سرچشمه جرأت و جسارت انسان در نقض اوامر و نواهی الهی است در قالب ارتکاب گناه در افعال و رفتار انسان جاری و ساری می‌گردد و به مرور با تشکیل سیلابی آلوده از انواع گناه و معصیت، رودخانه زلال معنویات و اعتقادات انسان را گل‌آلود و تیره نموده و در ادامه باعث می‌گردد دریای سلامت روانی و جسمی او نیز متلاطم گردد و انواع بیماری‌های روانی و جسمی، وی را از ساحل آرامش و آسایش دور نماید.

این پژوهش به جای پرداختن به معلول‌ها، سراغ این ریشه رفتار و «علت‌العلل» رفته است و نگارندگان بر این باورند که برای تأمین آرامش دریای سلامت روانی و جسمی در پرتو آثار معنویت (یا همان سلامت معنوی در یکی از معانی آن) انسان باید نوع نگرش‌ها و احساسات خویش در قبال خداوند و نیز نوع رابطه و نستی که با آن وجود متعال برقرار می‌کند را به گونه‌ای که در آیات و روایات تبیین گشته، کنترل و اصلاح کند؛ زیرا ریشه رفتار انسان در قبال هر پدیده‌ای در نوع نگرش او به آن پدیده نهفته است و اگر این نگاه منطبق با قواعد حاکم بر نظام هستی نباشد سرچشمه‌ای برای همه آفات و تبعات منفی در سلامت روان و جسم او خواهد گشت.

در این پژوهش با این پیش‌فرض که معنویت در فرآیند سلامت جسمی و روانی افراد و نیز کاهش عوامل بیماری‌زای روانی علی‌الخصوص استرس و اضطراب تأثیر قابل‌توجهی دارد و همچنین نوع و کیفیت اعتقادات افراد بیمار در تسریع روند بهبودی و درمان آن‌ها مؤثر است و پژوهش‌های بسیاری این موارد را تایید می‌کند (۷). قصد داریم به موضوع بررسی راهکاری جدی در ارتقای کیفیت معنویت و نقش فزاینده آن در ارتقای سلامت معنوی (اعم از تأمین سلامت، دفع بیماری‌ها و حفظ بقا و سلامت انسان) بپردازیم. آن چه که از آن تحت عنوان باور به فقر ذاتی نسبت به خداوند متعال یاد کرده‌ایم و باید در ساحت وجودی انسان شکل بگیرد تا محصول آن در رفتار او به‌صورت ترک گناه جلوه‌گر شود و بدین وسیله اولاً معنویت او در عافیت و سلامت قرار گرفته و در ادامه تبعات و اثرات سلامت افزای آن در روح و جسم او پدیدار و ابعاد سلامت معنوی در او تقویت شود.

تحقیقات و پژوهش‌های بسیاری معنویت و دین‌مداری را به عنوان یکی از عوامل مؤثر بر سلامت مورد توجه قرار داده‌اند. اگر بر مبنای تقدم زمانی در دوران معاصر بخواهیم به برخی از مجلات علمی با این رویکرد اشاره‌ای داشته باشیم می‌توان به‌عنوان نمونه به مجله دین و سلامت (Journal of Religion and Health) اشاره کرد که با رویکرد بین رشته‌ای از سال ۱۹۶۱ به مطالعه ارزش‌های انسانی، سلامتی، رفاه، عواطف انسانی، بهداشت روانی و جسمی و نسبت آن‌ها با دین و معنویت پرداخته است. همچنین

و توان بخشی این افراد است که منبع الهام تکلیف‌ها و مسئولیت‌ها در قبال سلامتی روانی و جسمی فردی و اجتماعی می‌باشد (۱۱). در آموزه‌های وحیانی اسلام تصویر معنویت، مبتنی بر معرفت-شناسی، انسان‌شناسی و جهان‌شناسی قرآنی است. یعنی انسان معنوی برخوردار از اندیشه و معرفت خاص نسبت به خداوند متعال، انسان و جهان خلقت و رابطه متقابل بین آن‌ها است و سلامت معنوی در اندیشه قرآنی در بردارنده شاخص‌های شناختی، احساسی، رفتاری و پیامدی می‌باشد (۱۲). با توجه به این رهیافت پرداختن به اصول معرفتی و اندیشه‌ای، علی‌الخصوص اصول و قواعد حاکم بر تنظیم رابطه انسان با خداوند متعال در تبیین معنویت و همچنین تعریف سلامت معنوی بسیار کلیدی خواهد بود که در این پژوهش به دنبال این مهم هستیم.

فقر ذاتی انسان در آیات و روایات

یکی از مهمترین و بنیادی‌ترین مبانی نگرشی و بینشی در آموزه‌های اسلامی، مبتنی بر انسان‌شناسی اسلامی، توجه به مؤلفه «فقر ذاتی انسان» در توصیف هویتی اوست که با توجه به آثاری که بر سلامت معنوی (البته در چارچوب مفهومی که تبیین گشت) دارد، در ادامه به تبیین این مؤلفه در آیات و روایات می‌پردازیم. با مروری در آیات و روایات به عنوان «منابع زلال معنویت» مفاهیم برجسته‌ای در تبیین ماهیت وجودی انسان مبتنی بر فقر الی‌الله و تبیین ذات خداوندی مبتنی بر غنای مطلق اشاره شده است که در ادامه به‌طور اجمالی به برخی از آن‌ها اشاره می‌کنیم.

آیه فقر؛ آیه ۱۵ سوره فاطر

مقصود از آیه فقر آیه‌ای است که در آن از تمام انسان‌ها با صفت فقر الی‌الله یاد شده است: «ای مردم، شما به خدا نیازمندید و خداست که بی‌نیاز ستوده است». این آیه شریفه دارای مضامین معرفتی است که در تربیت روانی، معنوی انسان تأثیر بسزایی ایفاء می‌کند و مفسرین و عرفا ذیل این آیه نکات بسیاری را بر شمرده‌اند از جمله ابن عربی در مورد جایگاه آیه می‌گوید: «نسخ شامل اینگونه آیات نمی‌شود، زیرا یک واقعیت انکارناپذیری را بیان می‌کند» (۱۳). در این آیه حقیقت انسان معرفی شده است؛ این آیه دارای دو فراز معنایی است.

الف فقر انسان

در فراز اول آیه ۱۵ سوره فاطر خداوند که به عنوان خالق انسان، می‌فرماید: «يَا أَيُّهَا النَّاسُ أَنْتُمُ الْفُقَرَاءُ إِلَى اللَّهِ»، کلمه فقراء جمع فقیر و از ماده فقر است که به معنای شکسته می‌باشد (۱۴، ۱۵). با توجه به اینکه در آیه شریفه متعلق نیاز ذکر نشده، بنابراین انسان در هر چیزی محتاج خداوندست و حداقل آن این است که اساساً اگر جنبه‌ای‌الله در انسان‌ها نمی‌بود پا به عرصه هستی نمی‌گذاشتند (۱۶). طبق تبیین مفسران از آیه مذکور، همه انسان‌ها که بلکه همه موجودات سرا پا نیاز و وابسته به آن حقیقت غنی بالذات هستند که اگر لحظه‌ای ارتباطشان با وی قطع شود، هیچ و پوچ می‌شوند (۱۷-۱۹). برخی از اسلام‌شناسان نیاز انسان را تعمیم داده و انتساب آن احتیاج

Koenig که در زمینه رابطه دین و معنویت و سلامت و بهداشت روانی صاحب‌نظر است در یکی از مقالات خود تحت عنوان Religion, spirituality, and health: The research and clinical implications and به بررسی جامعی پیرامون ارتباط دین و معنویت با سلامت جسمی و روانی پرداخته است. وی با مروری روشمند، صدها تحقیق مرتبط از سال ۱۸۷۲ تا ۲۰۱۰ را بررسی نموده است و به اهمیت و جایگاه عقاید دینی و معنوی و تأثیر آن در سلامت اشاره نموده است (۸).

مقالات متعددی نیز در نشریه فرهنگ و ارتقای سلامت متعلق به فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران به مبانی انسان شناختی سلامت معنوی در آموزه‌های دین اسلام پرداخته‌اند. در یکی از آن مقالات اشاره می‌شود که سلامت معنوی انسان در نتیجه تبعیت از خواست خداوند در اعتقاد، صفات و رفتار محقق می‌گردد و مسیر رسیدن به آن دین وحیانی است و اثر آن رسیدن به مقام خلافت و ولایت الهی و اراده بی‌نهایت است (۹). اما آنچه در پژوهش‌های مذکور به آن پرداخته نشده و این پژوهش درصدد تبیین آن است ریشه‌یابی و علت‌شناسی آسیب به عیار معنویت انسان از طریق ارتکاب گناه است که با کشف و درمان آن، تبعات سلامت‌افزای روانی و جسمی معنویت را شاهد خواهیم بود و آن آفت عبارت است از احساس استغناء و بی‌نیازی از خداوند متعال که منجر به طغیان انسان در برابر فرامین و نواهی الهی و به تبع کاهش کیفیت و کمیت معنویت او خواهد گشت.

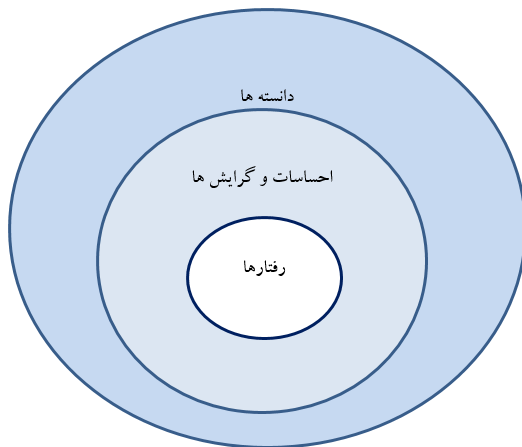
روش‌ها

این پژوهش با رویکرد قرآنی و روایی و به روش توصیفی-تحلیلی فرایند تأثیر باور به فقر ذاتی در افزایش عیار معنویت و نقش آن در ارتقای سلامت معنوی را بررسی می‌نماید.

نتایج

مفهوم سلامت معنوی (Spiritual Health)

در بیان مفهوم سلامت معنوی رویکرد واحدی وجود ندارد و عملاً دشوار بوده است که مؤلفه‌ها و شاخص‌های آن مشخص، تبیین، تعریف و اندازه‌گیری شود. می‌توان باور داشت که بعد معنوی روی آگاهی، باورها، نگرش‌ها، ارزش‌ها و رفتارها تأثیر عمیق دارد و بر روی بیوشیمی و فیزیولوژی بدن نیز تأثیر می‌گذارد. در یک بیان ساده می‌توان گفت این تأثیر بعد معنوی روی فکر و بدن، سلامت معنوی نامیده می‌شود (۱۰). در یک تعریف جامع‌تر و مانع‌تر نیز چنین آمده است که سلامت معنوی همه تلاش‌های پویا و فراگیر معنوی مبتنی بر جامعه در راستای توسعه سلامت محور، دستیابی به بالاترین سطح عملکرد و کیفیت ابعاد زیستی، روان‌شناختی و اجتماعی سلامت و پاسخگویی به نیازهای روانی و معنوی تابعان نظام سلامت کشور جهت افزایش امید و کیفیت زندگی در حیطه‌های مختلف پیشگیری، تشخیص و درمان



شکل-۱. سه حیطه وجودی انسان

هم میان کنش‌ها، گرایش‌ها و بینش‌های انسان حاکم است به این گونه که کنش‌های انسان نیز سازنده گرایش‌ها و بینش‌های اوست. در تایید این سخن می‌توان به آیه ۱۰ سوره روم اشاره کرد (۲۵،۲۷). در روایات متعدد نیز بر اثرگذاری عمل و رفتار بر بینش‌ها اشاره شده است؛ به‌عنوان نمونه پیامبر اکرم (ص) در همین رابطه می‌فرماید: «بنده گناه می‌کند و در اثر آن دانش و علمی که پیش از آن می‌دانست را فراموش می‌کند» (۲۸).

نتیجه سخن این که انسان در صورتی که علم به فقر ذاتی خویش را در تمامی لحظات زندگی به مرحله احساس و باور قلبی برساند، مدام اتصال خویش را با آن منبع لایزال فیض و غنا حفظ می‌کند و از این طریق ضمن عدم آرایش به معاصی، معنویت حاکم بر فضای زندگی را حفظ و بلکه ارتقا خواهد بخشید، و لذا تبعات سلامت افزای معنویت نیز در جسم و روح او استمرار و ارتقا خواهد یافت.

ابعاد تاثیرگذاری باور به فقر ذاتی بر سلامت معنوی

با توجه به آنچه پیش از این مطرح شد باور به فقر ذاتی با تاثیر بر منشاء میل انسان و به تبع بر رفتار او در مبارزه با هوای نفس و وسوسه‌های شیاطین، تاثیر مستقیم در افزایش عیار و کیفیت معنویت وی داشته و به همین جهت تاثیرات سلامت افزای روانی و جسمی محسوسی را به دنبال خواهد داشت. در یک تعریف مبتنی بر انسان‌شناسی اسلامی از سلامت معنوی این چنین آمده است که سلامت معنوی عبارت است از برخورداری آدمی از حد تراز مطلوب در مواجهه شناختاری (معرفتی) - رفتاری (سلوکی) با غیب عالم و عالم غیب (۴). بر همین مبنا در ادامه ضمن تفکیک انواع پیامدهای باور به فقر ذاتی به پیامدهای بینشی، گرایشی و کنشی، و مکانیسم تاثیرگذاری مثبت آن‌ها در سلامت معنوی خواهیم پرداخت.

پیامدهای بینشی (شناختی)

برخی از پیامدهای باور به فقر ذاتی از سوی انسان پیامدهای معرفتی و شناختی است که عبارتند از:

الف) باور به مالکیت مطلق الهی

یکی از نتایج باور به فقر ذاتی انسان اذعان به مالکیت مطلق خداوند است. انسانی که به این باور و احساس رسیده است که غیر

را به تمام ذرات عالم هستی گسترش داده‌اند (۲۰). در مناجات‌های ائمه (علیهم‌السلام) مثل مناجات امیرمؤمنان در مسجد کوفه و دعای ۲۳ صحیفه سجاده‌یه نیز می‌بینیم که در هنگامی که در مقابل ذات باری تعالی قرار می‌گیرند هویت خود را عین نداری و نیاز معرفی می‌کنند (۲۱،۲۲).

ب) بی‌نیازی خداوند

در فراز پایانی آیه ۱۵ سوره فاطر خداوند می‌فرماید: «وَاللَّهُ هُوَ الْغَنِيُّ الْحَمِيدُ»، در این فراز، با توجه به ضمیر (هو) غنا در خداوند منحصر شده است؛ یعنی در عالم فقط یک وجود غنی بالذات است. ایجاد همین باور برای صفت «غنی» نسبت به خداوند، انسان را در مسیر سلامت معنوی قرار می‌دهد. به هر مقدار که انسان‌ها به واقعیت خود واقف باشند و آن را احساس کنند (تعلق و وابستگی) رشد پیدا می‌کنند.

درباره اهمیت «خودشناسی» که در تعالی روانی و تربیتی انسان تأثیر مستقیم دارد، در روایات توصیفاتی به کار رفته که از آن‌ها می‌توان به اهمیت آن دست یافت. به‌عنوان نمونه، توصیفاتی نظیر: برترین شناخت (۲۳)، برترین حکمت، برترین خردورزی و راهی به‌سوی دستیابی حقیقت (۲۴).

آیه استغنا؛ آیه ۷ سوره علق

خداوند در سوره علق می‌فرماید: «حَقًّا که انسان سرکشی می‌کند، همین که خود را بی‌نیاز پندارد». انسان سرکشی می‌شود چون خود را وابسته و متعلق به جایی نمی‌بیند و در این لحظه نماد طاغوت می‌شود. جمله مورد بحث علت طغیان و سرکشی انسان را بیان کند، و آن عبارتست از بی‌نیاز دانستن خود از پروردگار. طبق آیات قرآن نتیجه این انحراف این است که در نهایت خدا را به کلی فراموش نموده، سر به طغیان بردارد (۲۵-۲۷).

تحلیل فرآیندی بروز رفتارهای معنوی

کمال انسان در گرو افعال اختیاری خود اوست و از آنجا که انسان بر اساس بینش‌ها، گرایش‌ها و توانایی‌های خود عمل می‌کند و در واقع، سه مبدا بینش، گرایش و توانایی، مبادی رفتار اختیاری او را تشکیل می‌دهند. برای درک بهتر چگونگی بروز رفتارهای معنوی در انسان نیز باید به ایجاد فرآیندی آن توجه نمود؛ در این راستا باید گفت که رفتارهای اختیاری انسان تابعی از گرایش‌ها و احساسات اوست نه تابعی از آگاهی‌ها و علم او به تبعات رفتار. به عبارتی دیگر آنکه انسان آنچه را دوست دارد عمل می‌کند نه آنچه را می‌داند.

این مراحل را می‌توان در سه حیطه وجودی انسان خلاصه کرد؛ مرحله اول، حیطه شناختی است که از آن با عنوان بینش یاد می‌شود، مرحله دوم، گرایش‌ها و تمایلات درونی انسان است که از آن به‌عنوان کنش یاد می‌کنیم، و در مرحله واپسین، تبدیل آن گرایش‌های درونی به رفتار قرار می‌گیرد که از آن به کنش تعبیر می‌گردد و در شکل ۱ این سه حیطه نشان داده شده است. بایسته ذکر است که در آموزه‌های قرآنی و روایی، رابطه متقابلی

مورد توجه پژوهشگران و اندیشمندان قرار گرفته است. یکی دیگر از دستاوردهایی که برای فردی که به فقر ذاتی خویش در برابر خداوند واقف گشته است حاصل می‌گردد، دستیابی به کیمیای عزت است. عزت در لغت به حالتی در انسان گویند که مانع می‌شود از اینکه مغلوب شود (۱۵). این حالت روانی باعث توانمندی و قدرتمندی انسان و به عبارتی سلامت روانی در مواجهه با مشکلات و مصائب پیش‌رو در زندگی دنیا می‌گردد. همچنین گفته شده عزت نفس اشاره به ارزیابی فرد از ویژگی‌های خودش دارد و به زبان ساده احترامی است که افراد برای خویشان قائل هستند و ظرفیتی است که فرد برای دریافت عشق و احترام دارد (۳۲).

با این تعریف، می‌توان گفت عزت نفس عامل مهمی در سازگاری اجتماعی و عاطفی افراد تلقی می‌شود و جزیی از سلامت روانی شخص است؛ زیرا که تأیید و پذیرش خویشان و داشتن حس ارزشمندی که فرد نسبت به خود احساس می‌کند از مشخصه‌های شخصیت سالم و بهنجار تلقی می‌شود (۳۲). طبق روایات این حالت در معنای اصیل خود فقط با خدامحوری در زندگی حاصل می‌شود. به‌عنوان مثال امام صادق (ع) در این باره می‌فرماید: «هر عزیزی بدون خدا ذلیل است» (۳۳). انسانی که احساس نیاز به خدا را او باشد مطیع دستورات الهی می‌گردد و بدین سبب زمینه اعطای عزت از سوی خدا را در خود مهیا می‌کند. در روایتی از پیامبر اکرم (ص) آمده است که: «پروردگار شما هر روز اعلام می‌کند عزیز فقط منم؛ لذا اگر کسی بخواهد عزت دنیا و آخرت را به‌دست آورد بایستی از من اطاعت کند» (۳۴).

پیامدهای گنشی (عملی)

از جمله نتایج و دست‌آوردهای دیگر باور به فقر ذاتی پیامدهایی است که در حیطه رفتار و عمل فرد از او سر می‌زند که در ادامه اشاره می‌گردد.

الف) دستیابی به مقام دوری از گناه

همان گونه که اشاره شد گناه هنگامی از انسان سر می‌زند که از نیاز و احتیاج مداوم خویش به خداوند غافل باشد. در همین راستا لذا در قرآن در آیه ۶۵ سوره عنکبوت این گونه آمده است: «هنگامی که بر سوار بر کشتی شوند، خدا را با اخلاص می‌خوانند (و غیر او را فراموش می‌کنند) اما هنگامی که خدا آنان را به خشکی رساند و نجات داد، باز مشرک می‌شوند». نکته‌ای که از این آیه و آیات مشابه به‌دست می‌آید این است که انسان هنگامی که فقر و نیازمندی خود به خدا و مبدأ هستی را حس کند و از مرحله دانستن این نیاز، فراتر رود و در مواقعی از زندگی نظیر همین آیه که کشتی در دریای خروشان قرار گیرد انسان به حقیقت خویش باز گردد و با تمام وجود خدای خویش را صدا زده از او مدد جوید. ناگفته پیداست در آن لحظات انسان به دنبال معصیت و سرکشی در مقابل خداوند نیست و کاملاً به فطرت خداجوی خویش باز می‌گردد (۳۵، ۳۶).

ب) دستیابی به مقام شکر

حس شکرگزاری و نعمت‌شناسی یکی از پیامدهای باور به فقر

از نیاز به سوی خداوند هیچ شأنت دیگری در این عالم ندارد، مالکیت همه چیز را از آن خداوند می‌داند؛ دقیقاً در راستای آن چه در آیه ۱۲۹ سوره مبارکه آل عمران بدان تصریح شده است.

از باب مستندات روایی این بحث نیز باید اشاره کرد به روایت امام صادق (ع) در پاسخ به عنوان بصری که از ایشان سؤال می‌کند: ای ابا عبدالله! حقیقت بندگی چیست؟ فرمود: سه چیز؛ یکی از آن‌ها عبارتست از اینکه بنده در آنچه خدا بر او منت گذاشته و به او بخشیده است برای خود مالکیتی نبیند، بدان جهت که بندگان را ملکی نیست. او مال را مال خدا می‌داند، و آن را در جایی که خدا فرموده است قرار می‌دهد (۲۹). این پیامد باعث برطرف شدن بسیاری از نگرانی‌ها و استرس‌های بیماری‌زایی خواهد شد که برای انسان با دغدغه و هم و غم از دست دادن تسلط مالکانه نسبت به داشته‌هایش ناشی می‌شود.

ب) باور به امانت بودن داده‌های الهی

یکی دیگر از دیگر پیامدهای بینشی احساس نیاز به سوی خداوند، امانت دانستن تمام دارایی‌های است که خداوند به انسان داده است. انسانی که به این درجه رسید، همه چیز را اعم از داده‌های درونی نظیر علم، معرفت، فکر و غیره، و داده‌های بیرونی نظیر مال، فرزند و همسر را امانت می‌داند. امام صادق (ع) خطاب به ابان بن تغلب فرمودند: آیا به نظر تو ای ابان! خداوند به کسانی مال داده است که در نزد او محترم بوده‌اند، و به کسانی نداده است که نزد او احترامی نداشته‌اند؟ نه چنین نیست، بلکه مال، مال خداست، و آن را به امانت نزد کسانی قرار داده است (تا به مصارفی که خود فرموده است برسانند، و زندگی محرومان را تأمین کنند) (۵، ۳۰). امانت‌پنداری داشته‌ها، نقش به شدت کاهنده‌ای در میزان بسیاری از استرس‌ها و ترس و اضطراب‌های معمول و رایج در زندگی بشر دارد و تأثیرات سلامت‌افزای آن واضح است.

پیامدهای گرایشی (احساسی)

از دیگر دستاوردهای باور به نیازمندی نسبت به خداوند دستیابی به پیامدهای گرایشی و احساسی است که می‌توان به موارد ذیل اشاره کرد:

الف) دستیابی به حس آرامش

آرامش هدیه‌ای است که خداوند به بنده خود عطا می‌کند. اگر انسان فقر ذاتی خود نسبت به خداوند را باور کند و آن را به احساس تبدیل نماید، یاد خدا را همیشه در زندگی به کار می‌برد و درونش آکنده از احساس امنیت و آرامش می‌شود، زیرا این وعده خدا در آیه ۲۸ سوره رعد است: «آگاه باشید با یاد خدا دل‌ها آرامش می‌یابد!». در همین راستا حضرت علی (ع) می‌فرماید: «یاد خدا رحمت (خدا) را فرو می‌آورد، سینه‌ها را صیقل می‌دهد و دل‌ها را روشن کرده و آرامش می‌بخشد» (۳۱).

ب) دستیابی به حس عزت

تحقیقات معاصر نشان داده است که عزت نفس از مؤلفه‌های اصلی و مهم سلامت روان تلقی می‌شود (۳۲) و در چند دهه اخیر

ذاتی نسبت به خداوند متعال یاد شده است. این باور باید در ساحت وجودی انسان شکل بگیرد تا محصول آن در رفتار او به صورت ترک گناه جلوه‌گر شود و بدین وسیله اولاً معنویت او در عافیت و سلامت قرار گرفته و در ادامه تبعات و اثرات سلامت افزای آن در روح و جسم او پدیدار و بدن وسیله ابعاد سلامت معنوی در او تقویت شود.

توجه به مؤلفه «فقر ذاتی انسان» در توصیف هویتی انسان یکی از مهمترین و بنیادی‌ترین مبانی نگرشی و بینشی در آموزه‌های اسلامی، مبتنی بر انسان‌شناسی اسلامی است که مستندات قرآنی و روایی بر آن دلالت می‌کند. انسان در صورتی که علم به فقر ذاتی خویش را در تمامی لحظات زندگی به مرحله احساس و باور قلبی برساند، مدام اتصال خویش را با آن منبع لایزال فیض و غنا حفظ می‌کند و از این طریق ضمن عدم آرایش به معاصی، معنویت حاکم بر فضای زندگی را حفظ و بلکه ارتقا خواهد بخشید. باور به فقر ذاتی پیامدهای مثبتی را نیز در ارتقای سلامت معنوی (اعم از تأمین سلامت، دفع بیماری‌ها و حفظ بقا و سلامت انسان) در پی خواهد داشت که پیامدهای مذکور در سه ساحت بینشی، گرایشی و کنشی قابل دسته‌بندی هستند. در بعد بینشی باور به مالکیت مطلق خداوند و باور به امانت بودن داده‌های الهی، در بعد گرایشی ایجاد حس آرامش و ایجاد حس عزت و در بعد کنشی و رفتاری، دست یابی به مقام ترک گناه و مقام شاکر بودن در هنگامه سختی و آسایش، سلامتی و بیماری به عنوان پیامدهایی هستند که هر یک به نوبه خود و به استناد پیشینه‌ی پژوهشی متعدد در این حوزه، اثر مستقیمی در ارتقای سلامت معنوی دارند.

تشکر و قدردانی: بدین وسیله از افراد مؤثر در این پژوهش علی‌الخصوص داوران گرامی که با نکات سازنده خویش نویسندگان را در رفع ایرادات شکلی و ارتقای محتوایی این پژوهش یاری نموده‌اند تشکر و قدردانی می‌گردد.

تضاد منافع: نویسندگان تصریح می‌کنند که هیچ‌گونه تضاد منافی در مطالعه حاضر وجود ندارد.

منابع

1. Azizi F. Editor, Spiritual health; What, why and how, Tehran: Legal Publications, 2014. [In Persian]
2. Spiritual health is important, say our readers. WHO Chron. 1979;33(1):29-30.
3. World Health Organization. The Bangkok Charter for Health Promotion in a globalised world. editorial. Health promotion journal of Australia: official journal of Australian Association of Health Promotion Professionals. 2005;16(3):168-71.
4. Rashad AA, Abbaszadeh M, Rashad MH. Religion and Spiritual Health: Definition, Background, Necessity and Foundations. Iranian Journal of

ذاتی است. انسانی که احساس نیاز به سوی خداوند را در خود پرورانده و از مرحله دانستن، به مرحله احساس رسانده، اولاً هرچه از نعمت‌های درونی و بیرونی داراست را ملک خداوند و از آن او می‌داند و ثانیاً در پی آن حس شکرگذاری از صاحب نعمت در او پدید می‌آید. وقتی حس شکرگزاری در انسان به اوج خود می‌رسد، نه تنها در نعمات ظاهری بلکه در ابتلائات نیز زبانی شکور خواهد داشت و بلکه آن ابتلائات را نعمت می‌بیند و یکی از بهترین نمودهای مقام شکر و آرامش روانی ناشی از آن را در هنگام ابتلای انسان شکور به بیماری‌های جسمی و روانی مشاهده خواهیم کرد که داشتن این روحیه بخصوص در فرآیند درمان فرد بیمار اهمیت دارد؛ همانگونه که این حالت با بهترین عبارات و الفاظ ممکن در دعای ۱۵ صحیفه سجاده‌ای از لسان مبارک امام سجاد (ع) نقل شده است (۲۲).

نتیجه‌گیری

با عنایت به اینکه هر چه کیفیت معنویت در انسان ارتقا یابد، اثرات مثبت آن در سلامت معنوی و به تبع سلامت روانی و جسمی او مشهودتر خواهد بود و هر چه از کیفیت معنویت و عیار آن کاسته شود، نه تنها از اثرات سلامت افزای آن کاسته می‌شود بلکه پیامدهای منفی متعددی نیز در حوزه سلامت او در پی خواهد داشت باید گفت یکی از مهمترین عوامل کاهنده کیفیت معنویت در افراد و اجتماع و به تبع کاستن از ضریب سلامت روانی و معنوی در بین آحاد مردم و نیز بدنه اجتماع ارتکاب گناه است.

گناه کردن ضمن اینکه یک علت است خود نیز به‌عنوان یک رفتار، معلول محسوب می‌گردد. یکی از مهمترین علل آرایش انسان به گناه، ریشه در نوع باور و احساس او دارد و آن احساس غنا و بی‌نیازی او نسبت به خداوند غنی و متعال است. لذا برای تأمین سلامت روانی و جسمی در پرتو آثار معنویت (یا همان سلامت معنوی در یکی از معانی آن)، انسان باید نوع نگرش‌ها و احساسات خویش در قبال خداوند و نیز نوع رابطه و نسبتی که با آن وجود متعال برقرار می‌کند را به گونه‌ای که در آیات و روایات تبیین گشته، کنترل و اصلاح کند که از آن تحت عنوان باور به فقر

Culture and Health Promotion. 2021;5(3):383-90. [In Persian]

5. Singh BM. Spirituality and Mental Health; an Unbreakable Interface. Journal of Research in Religion and Health. 2020;5(4):1-6.
6. Nouri HMT. Mustadrak al-Wasa'il wa Mustanbat al-Masa'il. Al-Bayt Institute, Qom, 1988. [In Persian]
7. Mirhosseini S, Nouhi S, Janbozorgi M, Mohajer H, Naseryfadafan M. The role of spiritual health and religious coping in predicting death anxiety among patients with coronavirus. Studies in Islam and Psychology. 2020;14(26):29-42.

8. Koenig HG. Religion, spirituality, and health: The research and clinical implications. *International Scholarly Research Notices*. 2012;2012:278730.
9. Meshki M. Anthropological Basis of Spiritual Health from the View of Islamic Philosophy and Theosophy Concordant with Quran Verses. *Iranian Journal of Culture and Health Promotion*. 2019;3 (2):179-85. [In Persian]
10. Damari B. *Spiritual Health*. Medicine and Society Publications, Tehran, First Edition, 2009. [In Persian]
11. Abbasi M, Shamsi Kushki E, Abolghasemi MJ, NaseriRad M, Ebrahimi M, Akbari L. Investigating the concept and theoretical foundations of spiritual health and its place in designing the Iranian-Islamic model of progress in the field of health. Final report of the research project, Academy of Medical Sciences of the Islamic Republic of Iran, 2013. [In Persian]
12. Marzband R, Zakavi A. Indicators of spiritual health from the perspective of revelatory teachings. *Quarterly Journal of Medical Ethics*. 2012;20:99-70.
13. Ibn Arabi, Mohi al-Din. *Al-Futuhaat Al-Makkiya*. Bitā, vol. 1, Dar Sadr, Beirut, Lebanon. [In Persian]
14. Firoozabadi M. *Al-Qamoos Al-Mohit*, Beirut: Dar Al-Ahya Al-Taras Al-Arabi. Jalal al-din Abdorrahman, Second Edition, 2000. [In Persian]
15. Ragheb Isfahani H. *Mufradat Fi Gharib Al-Quran*, Beirut, Dar Al-Alam Dar Al-Shamiya, 1992. [In Persian]
16. Tabatabai MH. *Al-Mizan in the Interpretation of the Qur'an*, Qom. Publications of the Society of Teachers of the Seminary of Qom, 1996. [In Persian]
17. Zamukhshari M. *Al-Kashaf on the facts of the mysteries of the revelation*. Third edition, Beirut, Dar al-Kitab al-Arabi, 1987. [In Persian]
18. Faizi Abu al-Fadl. *Sawat al-Ilham in the interpretation of the Qur'an*. Research: Ayatollahzadeh Shirazi, Qom, Dar al-Manar, 1996. [In Persian]
19. Baghdadi A. *Labab al-Tawwil fi Ma'ani al-Tanzil*. First edition, correction: Muhammad Ali Shahin, Beirut, Dar al-Kitab al-Alamiya, 1994. [In Persian]
20. Khomeini SR. *Forty hadiths*. Eleventh edition, Tehran, Imam Khomeini Publishing House, 1997. [In Persian]
21. Ibn Mashhadi M. *Al-Mazar Al-Kabir*. Research: Isfahani, Teachers Association Publications, Qom 1998. [In Persian].
22. Imam Sajjad (AS). *Sahifa Sajjadih*, translated by Hossein Ansarian. 21st edition, Payam-e-Haq Publications, Tehran, 1995. [In Persian]
23. Laithi Al-Wasati A. *Eyes of Judgment and Preaching*. Research: Sheikh Hussein Al-Husseini Al-Birjandi, Qom, Dar Al-Hadith, 1997. [In Persian]
24. Riyashahri M. *Science and Wisdom in Books and Sunnah*. Research: Dar Al-Hadith Cultural Foundation, Qom. [In Persian]
25. Alusi SM. *Ruh al-Ma'ani*. Research: Ali Abdul Bari Atiyah, Beirut, Dar al-Kitab al-Alamiya, 1994. [In Persian]
26. Faizakashani MM. *Al-Safi*. Research: Hussein Aalami, second edition, Tehran, Al-Sadr, 1994. [In Persian]
27. Tusi M. *Al-Tibyan in the Interpretation of the Qur'an*. Beirut, Revival of Arab Heritage. [In Persian]
28. Majlisi MB. *Bihar Al-Anwar*. Dar Al-Ahya Al-Tarath Al-Arabi, vol. 70, Beirut, 1983. [In Persian]
29. Ahmadi Mianji A. *Letters of the Imams (peace be upon them)*. Qom, Dar al-Hadith, 1426 AH. [In Persian]
30. Majlisi MB. *Bihar Al-Anwar*. Dar Al-Ahya Al-Tarath Al-Arabi, vol. 72, Beirut, 1983. [In Persian]
31. Tamimi Amadi A. *Gharr al-Hakam wa Darr al-Kalam*. Second edition, Dar al-Kitab al-Islam, Qom, 1990. [In Persian]
32. Rezaei T, Bayani AA, Shariatnia K. The prediction of mental health based on variables of Self-esteem, life satisfaction and hope among College students. *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion*. 2015;3(3):242-52.
33. Majlisi MB. *Bihar Al-Anwar*. Dar Al-Ahya Al-Tarath Al-Arabi, vol. 75, Beirut, 1983. [In Persian]
34. Majlisi MB. *Bihar Al-Anwar*. Dar Al-Ahya Al-Tarath Al-Arabi, vol. 68, Beirut, 1983. [In Persian]
35. Fakhr Razi M. *Mafatih al-Ghayb*. Third edition, Dar Al-Ahya Al-Tarath Al-Arabi, Beirut, 1999. [In Persian]
36. Ibrahim Shazli S. *In the shadow of the Qur'an*. Seventeenth edition, Dar al-Shorouq, Beirut, 1990. [In Persian]

Relationship between Genetic and Spiritual Health and its Role in Health

Fathollah Ahmadpour¹, Mostafa Akbariqomi², Mostafa Khafaei³, Hossein Shamsi Gooshki⁴, Hadi Khoshmohabat¹, Taleb Badri⁵, Kazem Hasanpour⁶, Gholamreza Farnoosh^{2*}

¹Trauma Research Center, Baqiyatallah Medical Sciences University, Tehran, Iran

²Applied Biotechnology Research Center, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

³Human Genetic Research Center, Baqiyatallah Medical Sciences University, Tehran, Iran

⁴Medicine, Quran and Hadith Research Center, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

⁵Neuroscience Research Center, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

⁶Sabzevar University of Medical Sciences, School of Medicine, Sabzevar, Iran

Abstract

Recently, many researches have attempted to relationship neuroscience to genetics and epigenetics. In the last few decades, the study of behavioral genetics has been of interest to scientists. On the other hand, many developments have been made in the field of genetics, and in subjects such as behavioral genetics, neuroscience genetics, and psychiatric genetics, that have been remarkable. Health is an issue that has received a lot of research today. Spiritual health is one of the most vital components of health. Attention to the spiritual dimension can have a great effect on achieving general health, so that spirituality is one of the aspects of human beings in holistic care, which plays an important role in well-being and health. Researches has shown that spirituality not only affects people's moods and mental health, but also improves their physical condition. Recently, many studies have been published on the role of heredity and genetics in spirituality and religious tendencies. Given that genetics in the field of human behavior has grown a lot and religious tendencies and spirituality as one of the dimensions of human behavior can have a genetic origin. The events such as emotional personality, sudden irritability, excitability, excitement, extremism in speech and action, adventurism, disorder, and the feeling of being free from all restraints have a genetic origin. The purpose of this study is to review the investigations that shows the relationship between genetics and spiritual health. Therefore, these genes and their biochemical pathways have a significant effect on spiritual health.

Keywords: Health, Genetic, Spiritual health, Epigenetic.

*Corresponding author: Gholamreza Farnoosh, Email: rzfarnoosh@yahoo.com

ارتباط ژنتیک و سلامت معنوی و نقش آن در سلامت

فتح‌الله احمدپور^۱، مصطفی اکبری قمی^۲، مصطفی خفایی^۳، حسین شمس‌گوشکی^۴، هادی خوش‌محبت^۱،
طالب بدری^۵، کاظم حسن‌پور^۶، غلامرضا فرنوش^{۲*}

^۱مرکز تحقیقات تروما، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران

^۲مرکز تحقیقات بیونکولوژی کاربردی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران

^۳مرکز تحقیقات ژنتیک انسانی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران

^۴مرکز تحقیقات طب، قرآن و حدیث، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران

^۵مرکز تحقیقاتی علوم اعصاب، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران

^۶دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، دانشکده پزشکی، سبزوار، ایران

چکیده

اخیراً، مطالعات زیادی سعی کرده‌اند ارتباط بین علوم اعصاب و ژنتیک را ایجاد کنند. در چند دهه گذشته بررسی ژنتیک رفتار مورد توجه دانشمندان بوده است. از طرف دیگر امروزه پیشرفت‌های زیادی در حوزه علم ژنتیک ایجاد شده است که در حوزه‌هایی مانند ژنتیک رفتار، ژنتیک سیستم عصبی و ژنتیک روانپزشکی، این پیشرفت‌ها شگرف بوده است. سلامتی مسئله‌ای است که امروزه پژوهش‌های زیادی را به خود اختصاص داده است. سلامت معنوی یکی از مؤلفه‌های مهم سلامت می‌باشد. توجه به بُعد معنوی می‌تواند تأثیر بسزایی در کسب سلامت عمومی داشته باشد، به طوری که معنویت یکی از جوانب انسان در مراقبت کل نگر در نظر گرفته می‌شود که در سلامتی و رفاه نقش مهمی ایفا می‌کند. تحقیقات مشخص کرده‌اند که معنویت نه تنها بر حالت‌های خلقی و سلامت روانی افراد موثر است، بلکه شرایط جسمانی آن‌ها را نیز بهبود می‌بخشد. اخیراً مقالات زیادی در مورد نقش وراثت و ژنتیک در معنویات و گرایش‌های مذهبی مطرح شد است. با توجه به اینکه ژنتیک در حوزه رفتارهای انسانی بسیار به صورت جد رشد داشته است و گرایش‌های مذهبی و معنویات به عنوان یک از ابعاد رفتارهای انسان می‌تواند دارای منشا ژنتیکی باشد. به طور مثال شخصیت هیجان‌انگیز، تحریک‌پذیری ناگهانی، تهییج‌پذیری، هیجان‌طلبی، افراطی عمل کردن در سخن و عمل، ماجراجویی، بی‌نظمی، و احساس رها بودن از هر قید و بندی و همچنین احساس نوگرایی با درجه بالا در انسان دارای منشا ژنتیکی می‌باشد. هدف این مقاله بررسی مطالعاتی است که ارتباط بین ژنتیک و سلامت معنوی را نشان می‌دهند. مطالعات نشان دادند ژن‌های زیادی در شکل‌گیری رفتار و گرایش‌های مذهبی انسان نقش دارند و بطور کلی عوامل ژنتیکی و محیطی که بر روی اپی‌ژنتیک نقش دارند منجر به بروز گرایش افراد به معنویات می‌شوند و این گرایش‌ها می‌توانند به بهبود بهتر بیماری‌ها در افراد کمک نمایند. بنابراین این ژن‌ها و مسیرهای بیوشیمیایی آن‌ها اثر معناداری بر سلامت معنوی دارند.

کلیدواژه‌ها: سلامت، ژنتیک، سلامت معنوی، اپی‌ژنتیک.

مقدمه

مطالعات زیادی سعی کرده‌اند ارتباط معنی‌داری بین علوم اعصاب و ژنتیک ایجاد کنند (۱). سلامتی مسئله‌ای است که امروزه پژوهش‌های زیادی را به خود اختصاص داده است. سلامت عمومی نیز مفهوم کلی از جنبه‌های جسمانی و روانی سلامت می‌باشد. این تعریف بیانگر این مسئله است که سلامت، یک مسئله چند بُعدی است و باید توجه داشت که ابعاد مختلف سلامت و یا بیماری بر یکدیگر اثر می‌گذارد و تحت تاثیر یکدیگر قرار دارند. سلامت معنوی را کیفیت ذاتی و اصلی انسانی که دربرگیرنده باور به چیزی بزرگ‌تر از خود بوده و ایمان به این که به طور قطع زندگی را تأیید و تصدیق می‌کند تعریف نموده‌اند. سلامت معنوی نیز یکی از ابعاد مهم سلامت در انسان محسوب می‌شود که ارتباط هماهنگ و یکپارچه را در بین نیروهای داخلی فراهم می‌کند و یا ویژگی‌های ثابت در زندگی صلح، تناسب و هماهنگی، احساس ارتباط با خویشتن، خدا، جامعه محیط مشخص می‌شود. وقتی سلامت معنوی به طور جدی به خطر بیافتد، فرد ممکن است دچار اختلالات روحی مثل تنهایی، افسردگی و از دست دادن معنا در زندگی شود (۲-۴). سلامت معنوی یکی از مؤلفه‌های مهم سلامت می‌باشد. توجه به بُعد معنوی می‌تواند تأثیر بسزایی در کسب سلامت عمومی داشته باشد، به طوری که معنویت یکی از جوانب انسان در مراقبت کل‌نگر در نظر گرفته می‌شود که در سلامتی و رفاه نقش مهمی ایفا می‌کند. تحقیقات مشخص کرده‌اند که معنویت نه تنها بر حالت‌های خلقی و سلامت روانی افراد موثر است، بلکه شرایط جسمانی آن‌ها را نیز بهبود می‌بخشد. سلامت معنوی، تجربه انسان در دو چشم‌انداز سلامت مذهبی و سلامت وجودی است؛ چشم‌انداز سلامت مذهبی بر چگونگی درک افراد از سلامتی در زندگی، هنگامی که با قدرتی بالاتر ارتباط دارند متمرکز است و چشم‌انداز سلامت وجودی بر نگرانی‌های اجتماعی و روانی افراد متمرکز است. سلامت معنوی ارتباط هماهنگ و یکپارچه را بین نیروهای داخلی فراهم می‌کند. معنویت را باورهای شخصی و شیوه‌های متأثر از ارتباط با خدا یا یک قدرت عالی در جهان تعریف می‌کنند (۵،۶). مطالعات متعددی رابطه سلامت معنوی و ابعاد مختلف آن از جمله دعا با عزت نفس در بیماران تحت درمان را نشان می‌دهد (۷،۸). یکی از حوزه‌های مختلف سلامت که بایستی مورد توجه قرار بگیرد ژنتیک است. ژنتیک به علمی از زیست‌شناسی گفته می‌شود که به بررسی وراثت و ژن‌ها و همچنین چگونگی انتقال صفات ارثی بین جانداران در پی نسل‌ها می‌پردازد. ژن‌ها و انند رونویسی‌های مختلفی را از روی واحد پیام‌رسان mRNA انجام دهند. همچنین ژن‌ها عملکرد اشتراک ژنی دارند، یعنی می‌توانند بیش از یک فعالیت و عملکرد داشته باشند. پروتیین‌هایی با چندین فعالیت که با پدیده اشتراک ژنی تولید می‌شوند، می‌توانند عملکرد دومی نظیر رونویسی و وظایف ساختاری داشته باشند (۹). تاکنون انواع گوناگون ژن مانند ژن قد، رنگ مو، رنگ چشم

و غیره گزارش شده است. ژن‌ها دستور ساخت پروتیین‌ها و آنزیم‌هایی را می‌دهند که در فعل و انفعالات شیمیایی سلول‌ها دخالت دارند و ظهور آن در بدن به شکل بیماری یا ویژگی‌های فیزیکی دیده می‌شود. ژن از اجزای تشکیل‌دهنده مولکول DNA است که رمز اطلاعات ژنتیکی را با خود دارد و هر نوع تغییر در این رمز باعث تغییر در پیام ژنتیکی و در نتیجه تولید پروتیین جدید می‌شود. ژن‌ها در ساختن سلول و در نهایت در ساختن اعضای مختلف بدن مانند مغز، قلب، ماهیچه و غیره نقش دارند (۱۰) (شکل ۱).

در این مطالعه سعی شده است شواهدی از سایر مطالعات علمی جمع‌آوری شود تا اساس ملکولی و فیزیولوژیکی رفتارهای انسان به‌ویژه رفتارهای معنوی بهتر درک شود. با توجه به اینکه رفتارهای معنوی می‌توانند بر سلامت افراد اثر داشته باشند، بنابراین سلامت معنوی به عنوان محور اصلی این مطالعه انتخاب شده است تا عوامل اثرپذیر و ژنتیکی موثر بر آن مورد مطالعه قرار داده شود.

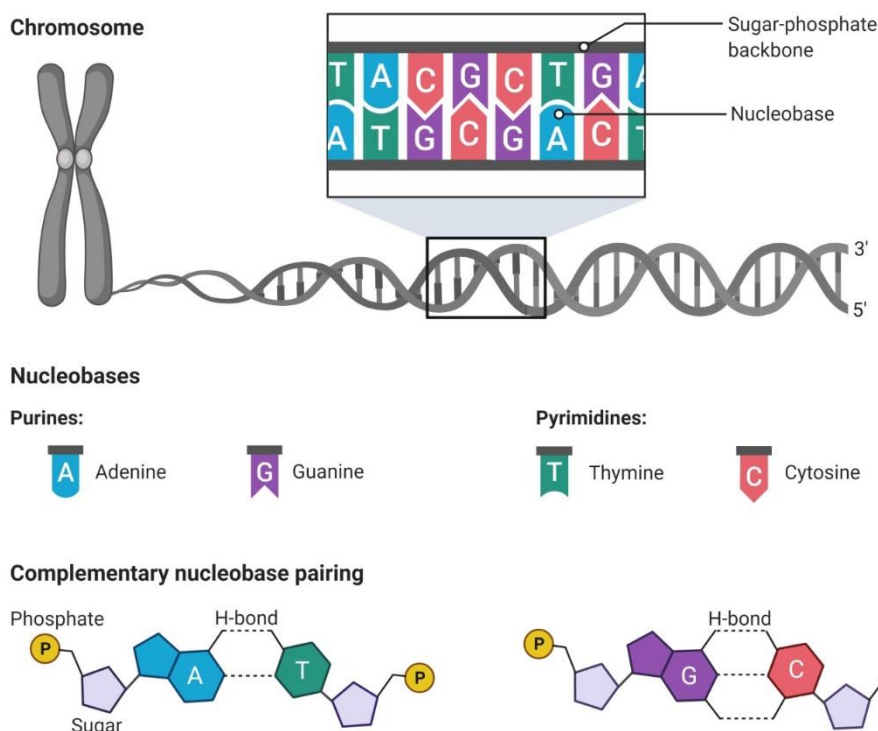
دین و معنویت (Religion and Spirituality)

توصیف و تعریف دین و معنویت دشوار است. وجود بیش از ۱۰۰ ابزار روان‌سنجی برای اندازه‌گیری دین و معنویت نشان می‌دهد که این مباحث بسیار پیچیده هستند. دین یا دینداری توسط طیف وسیعی از رشته‌ها مورد مطالعه قرار گرفته است از روانشناسی تا الهیات، و هر روش سؤالات متمایزی را به همراه دارد. با اینکه اکثر محققان موافقت می‌کنند که دین به مجموعه متمایزی از رفتارهای انسان اشاره دارد و آن‌ها در مورد معیارهای تشخیص آنچه دین را متفاوت می‌کند، توافق نکرده‌اند. دین به‌عنوان مجموعه‌ای از نگرش‌ها و رفتارهایی که کم و بیش با باورها و عملکردهای تاریخی مطابقت دارد اشاره دارد، ابزارهایی که این رویکرد استفاده می‌کنند اغلب شامل مواردی درباره رفتارهای دینی سازماندهی نشده مانند نماز و مدیتیشن است. تعریف دیگر، این است که دین یا مذهبی بودن را به‌عنوان مجموعه‌ای از نگرش‌ها و باورها تعریف کنیم که وظایف یا نقش‌های خاصی را در زندگی فرد انجام می‌دهد، مانند ارائه چارچوب‌هایی مانند معنا و منابع برای مقابله (۱۱،۱۲).

تحقیقات درباره معنویت نیز تعاریف متعددی را به نمایش می‌گذارد. برای برخی از محققان، معنویت به پدیده‌ای کلی اشاره دارد که دین نمونه آن است. تعاریف در این راستا شبیه به روایت‌های کارکردگرایانه مذهبی است که در آن نگرش‌ها و رفتارها سعی می‌کنند برخی نیازهای متعالی را برآورده سازند یا باعث انسجام در زندگی شوند محققان دیگر معنویت را به‌عنوان شکل یا مشتق خاصی از ادیان تاریخی تشخیص می‌دهند (۱۱،۱۲).

ژنتیک

در طبیعت، معمولاً اطلاعات زیستی از مولکول DNA به RNA منتقل شده و سپس به پروتیین تبدیل می‌شود. یکی از مهم‌ترین مراحل تبدیل اطلاعات نهفته در DNA، رونویسی و

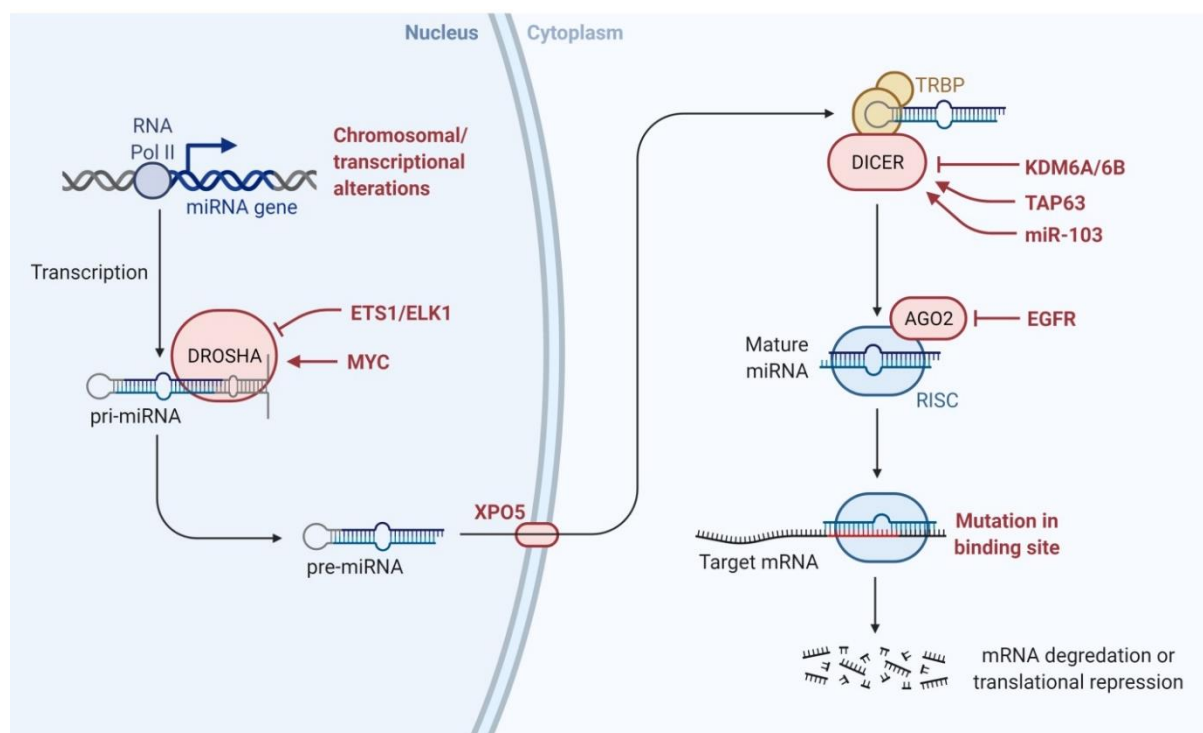


شکل-۱. ساختار کروموزوم انسان. هر کروموزوم بخشی از ملکول DNA است که حاوی هزاران ژن می‌باشد که حامل دستورات لازم برای ساخت پروتیین هستند.

تنظیم ژن‌ها است و در محدوده وسیعی از یوکاریوت‌ها یافت می‌شوند و هر میکرو RNA حدود چند صد ژن را کنترل می‌کند (شکل ۲) (۱۵). مکانیسم‌های مختلف محیطی نیز می‌توانند بر بیان ژن‌ها اثر گذاشته و نوع فعالیت آن‌ها را در بدن تغییر دهند. تحقیقات نشان داده است که ژن‌ها نقش تعیین‌کننده‌ای در بسیاری از رفتارهای انسان دارند (۱۴).

برای هر ویژگی و صفت مانند خصوصیات رفتاری و شخصیتی در انسان، تعداد زیادی ژن درگیر هستند و از تعداد زیادی ژن اثر می‌پذیرد. بسته به محل بیان یک ژن رفتار و خصوصیت متفاوتی بیان می‌شود مثلاً بیان یک ژن در محل‌های مختلف از مغز باعث بروز ویژگی‌های متفاوت می‌شوند. به همین دلیل پیچیدگی مغز و فعالیت آن در مقایسه با دیگر بافت‌ها و اندام‌های بدن بیشتر متأثر از ژن‌های مختلف است. مشاهدات آزمایشگاهی نشان داده‌اند که با وجود مشابهت ژنی بالای ۹۰ درصد بین انسان و شامپانزه اما رفتارها و خصوصیات متفاوتی در انسان با این جاندار مشاهده می‌شود (۱۶). فعالیت‌های فیزیولوژیک در بدن بسیار وسیع و پیچیده است و دلایل ایجاد بیماری‌های فیزیکی، روانی و رفتاری بسیار گسترده می‌باشند. ژن‌ها و در نهایت پروتیین‌ها در واقع کنترل‌کننده واقعی فعالیت‌های سلولی و در سطحی بالاتر، رفتارهای انسان می‌باشند (۱۷). فرایندهای مختلف از طرف ژن‌های متفاوت و همچنین وجود فاکتورهای محیطی است که در فعال کردن ژن‌ها و ایجاد بیماری نقش دارند. پس باید در ارزیابی ویژگی‌های فیزیولوژیک رفتاری و روانی در انسان، نقش ژن‌های متفاوت و محیط با هم بررسی شوند (۱۶).

ترجمه آن به پروتیین است که می‌تواند تحت تأثیر محیط سلول قرار گیرد و فعالیت پروتیین‌ها را در سلول تغییر دهد. این تغییرات منتهی به ظاهر متفاوت و یا دیگر ویژگی‌ها در انسان می‌شود. البته بیماری‌های بسیار زیادی وجود دارند که از طریق جهش در یک ژن بوجود می‌آیند و تاکنون بسیاری از آن‌ها شناخته شده‌اند، اما درصد تأثیر ژن در هیچ یک از بیماری‌ها صد درصد قابل تعیین و پیش‌بینی نیست (۱۰، ۱۳). یک بخش مهم در فرایند تبدیل اطلاعات از DNA به پروتیین، در کنترل و تنظیم بیان ژن می‌باشد (شکل ۱). تغییر در مقدار و فعالیت پروتیین‌های تنظیم‌کننده بیان ژن‌ها می‌تواند تأثیر بسیار مهمی در تولید پروتیین‌های درگیر در شکل‌گیری ساختار و فعالیت‌های سلولی در هر یک از اندام‌های بدن به ویژه مغز داشته باشد. هر جهش در ژن ممکن است در تولید پروتیین در سلول اثر بگذارد و چنانچه این جهش در ژن‌های موجود در سلول‌های مغز اتفاق بیفتد منجر به تغییر در فعالیت‌های مغز و به ناچار تغییر در رفتار انسان می‌شود. اخیراً کشف شده است که به غیر از ملکول DNA، ملکول RNA نیز قادر است بدون تبدیل شدن به پروتیین در تنظیم فعالیت ژن‌ها در سلول نقش مؤثری ایفا کند (۱۴). میکرو RNAها ریبونوکلیک‌اسید غیر کدکننده‌ای هستند که از نظر تکاملی محافظت شده هستند و دارای طولی بین ۲۵-۱۸ نوکلئوتید می‌باشند. وظیفه اصلی میکرو RNA در تنظیم پس از رونویسی است، که با برهم کنش با mRNA و خاموش کردن ژن هدف این کار را می‌کنند به عبارت دیگر می‌توان گفت این ترکیبات یک سری عناصر تنظیمی پس از رونویسی‌اند که کار اصلی آن‌ها در



شکل-۲. نقش میکرو RNAها در تنظیم پس از رونویسی

افسردگی یکی دیگر از بیماری‌های روحی و روانی است. ارث‌پذیری ویژگی رفتاری-روانی افسردگی در حدود ۴۰ تا ۷۰ درصد است. رفتار پرخاشگرانه و منفی به نوعی با حس اجتناب از صدمه خوردن و احساس نگرانی و ترس مربوط است. مطالعات روی افرادی که به فرزندخواندگی پذیرفته شده و به دور از پدر و مادر اصلی خود بزرگ شده‌اند، نشان‌دهنده این است که اگر کودکان از پدر یا مادر و یا از هر دو، ژن‌های بد به ارث برده باشند، در بزرگسالی دچار رفتار خشونت‌آمیز و پرخاشگرانه می‌شوند. چیزی که به ارث برده می‌شود، رفتار بد یا خشونت نیست، بلکه حساسیت ژنتیکی به فاکتورهایی است که در محیط زندگی وجود دارند. اگرچه مقدار هورمون‌های تستوسترون هم می‌تواند در مردان منجر به رفتار خشونت‌آمیز شود، اما به طور کلی داشتن زمینه ژنتیکی مساعد و قرار گرفتن در محیطی که خشونت و پرخاشگری را ترویج می‌کند، باعث می‌شود که افراد هرچه بیشتر رفتار خشونت‌آمیز از خود نشان دهند (۱۶).

شخصیت و رفتار اعتیادپذیر در بسیاری افراد دیده می‌شود. اعتیاد به مواد مخدر، الکل، سیگار از جمله موادی هستند که انسان‌ها به تناسب نیاز در سرپوش گذاشتن بر روی احساسات منفی خود از آن‌ها استفاده می‌کنند. به طور کلی، هر مغزی مستعد معتاد شدن است ولی بعضی از مغزها به دلیل زمینه ژنتیکی، مستعدتر هستند. بیماری‌های دیسلکسی (Dyslexia)، اوتیزم، اسکیزوفرنی و اختلال بیش‌فعالی و کمبود توجه (ADHD) ارث‌پذیری بالاتر از ۷۰ درصد را دارا هستند (۱۷).

علم ژنتیک رفتاری به طور ویژه در کشف ارتباط نوع و فعالیت ژن‌ها و اثر آن‌ها در رفتار انسان و در بسیاری از بیماری‌ها به موفقیت‌هایی دست یافته است. اما سؤال مهم برای بسیاری از متفکرین علوم انسانی در چند دهه گذشته این بوده است که تا چه اندازه ژن‌ها در ایجاد رفتار و شخصیت انسان و همچنین سلامت معنوی نقش داشته و آیا رفتار انسان و ویژگی‌های معنوی شخص و دینداری او اساساً می‌تواند منشأ ژنتیکی داشته باشد؟ (۱۶).

ارتباط ژنتیک و رفتار

در مورد ژنتیک و رفتار می‌توان به مطالعات زیادی اشاره کرد که به نقش ژن‌ها در رفتار انسان اشاره دارند. به طور مثال شخصیت هیجان‌انگیز، تحریک‌پذیری ناگهانی، تهییج‌پذیری، هیجان‌طلبی، افراطی عمل کردن در سخن و عمل، ماجراجویی، بی‌نظمی، و احساس رها بودن از هر قید و بندی و همچنین احساس نوگرایی با درجه بالا در انسان در اثر وجود مولکول شیمیایی به نام دوپامین است که در مغز ترشح می‌شود (۱۶). سطح متفاوتی از این مولکول و همچنین وجود تعداد گیرنده‌های متفاوت برای آن، اثر بخشی دوپامین را در هر فرد متفاوت می‌کند (۱۶).

حس بی‌قراری و التهاب از حس پرهیز از آسیب منشأ می‌گیرد که این احساس در دوران رشد جنین به شکل ضربان سریع قلب نمایان می‌شود. آزمایشات متعدد وجود ژن‌ها و پروتئین‌های متعدد در مغز را تأیید می‌کنند که ویژگی شخصیتی اجتناب از صدمه خوردن را امکان‌پذیر می‌سازد (۱۶).

حرکت فعالیت‌های آگاهانه به‌عنوان ابزارهای مهم غنی‌سازی محیط نشان داده شده است. چنین شیوه‌هایی که شامل Meditation, Vipassana, Yoga, Tai Chi, Quadrato Motor Training گزارش شده است بر روی رفاه تأثیر مثبتی دارند. در حقیقت، آن‌ها را می‌توان فعالیت‌های نظارتی احساسی و توجهی در نظر گرفت که توسط ایجاد حالت سکوت بیشتر درونی امکان افزایش خودآگاهی را فراهم می‌کنند. بنابراین سکوت درونی را می‌توان ابزاری قدرتمند برای مقابله با اثرات منفی سر و صدای زیاد محیط دانست که در تسکین علائم مربوط به استرس نقش دارد (۲۴). مطالعات متعددی به اثرات این شیوه‌ها در سطح مولکولی و فیزیولوژیکی پرداخته‌اند. در این مطالعات نشان داده شده است که یوگا وضعیت اکسیداسیون بدن را با کاهش سطح ROS بهبود می‌بخشد، که باعث التهاب و افزایش سرعت پیری می‌شود (۲۵،۲۶). علاوه بر این، یوگا می‌تواند به مقابله با شرایط استرس از طریق کاهش کورتیزول سرمی از طریق محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال (HPA) کمک کند و همچنین ممکن است با فرایندهای تخریب‌کننده عصبی ناشی از انواع مختلف استرس با کاهش پیری سلولی و حفظ پلاستیسیته عصبی در مغز و در نهایت، کاهش سطح کورتیزول پلاسما و افزایش فاکتور نوروتروفیک مشتق از مغز (BDNF) با سلامت قلب و عروق عمل کند (۲۷). به‌طور مشابه، تمرین تای چی و چیگونگ نشان داده که می‌تواند باعث بهبود عملکرد سیستم ایمنی با کاهش التهاب و سیتوکین‌های پلاسما شود (۲۸). علاوه بر این، افزایش سطوح اندورفین خون و کاهش سطح هورمون آدرنوکورتیکوتروپیک (ACTH) و کورتیزول باعث تأثیر مثبت بر محور HPA می‌شود (۲۵).

رویکردهای گسترده ژنوم برای فعالیت ژن، با استفاده از هر دو نوع نمونه پلاسما و خون، برای روشن شدن بیشتر موضوع اثرات فعالیت‌های ذهن و بدن مورد استفاده قرار گرفته است (۲۹). نتایج نشان داده است که در تمرین‌کنندگان طولانی مدت یوگا، تعدیل چندین مجموعه از ژن‌های دارای عملکرد مشترک، مربوط به افزایش ایمنی، متابولیسم سلولی پایین‌تر و تاخیر مرگ سلولی دیده شده است (۳۰). مشاهدات طولی بعدی نشان داد که یوگا باعث ایجاد تغییرات سریع در بیان ژن‌های سلول PBMCs گرفته شده از خون محیطی می‌شود (۳۱). به‌طور مشابه، بیان ژن‌های مربوط به پاسخ اینترفرون نوع I و التهاب در پی یوگا روزانه در جمعیت بیماران سرطان سینه گزارش شده است (۳۲). علاوه بر این، تعدادی از مطالعات ریزآرایه نشان داده است که تغییرات رونویسی برخی از ژن‌ها پس از تای چی، شامل مسیرهای التهاب، پاسخ ضد ویروسی، انرژی و فعال‌سازی آدرنرژیک، در PBMCs اتفاق می‌افتد (۳۲).

اعتقاد به خدا و پرستش او، یک نیاز طبیعی و باطن انسان است. نیاز به تسلیم انسانی در برابر خدا و معنویت انسان در بحران طبیعی است و در چنین شرایطی نیاز طبیعی به فعالیت‌های انسانی

به علت فعالیت‌های فیزیولوژیکی مغز بروز افکار، احساسات، غم‌ها و شادی‌ها، رؤیاها و آرزوهای انسان متفاوت می‌شود. پردازش اطلاعات در مغز موجب ایجاد فعل و انفعالاتی می‌گردد که از آن به عنوان «روان» نام برده می‌شود. هر گونه اختلال در مغز، باعث اختلال در روان انسان می‌شود. تاکنون ژن‌هایی کشف شده‌اند که نقش آن‌ها در تأثیرگذاری بر ابعاد مختلف روانی انسان ثابت شده است (۳،۱۸).

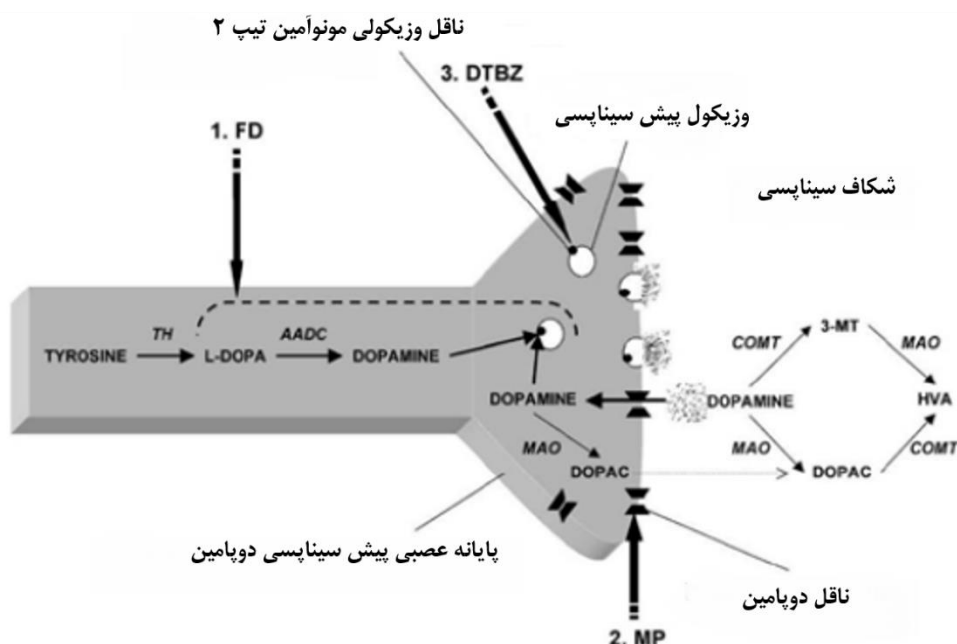
پژوهشگران علوم انسانی با ویژگی‌های رفتاری و روانی مشابه در بین انسان‌ها در فرهنگ‌های مختلف در سطح جهان مواجه شده‌اند؛ مانند عشق ورزیدن، ترسیدن از مار، و احساس رومانیتیک داشتن، علاقه به شعر، نخوردن غذاهای ممنوع، مسایل جنسی، برگزاری مراسم خاص مانند عزاداری و ارتباط با خدا، حس به مذهب و غیره. وجود چنین شباهت‌هایی در فرهنگ‌های گوناگون نشان می‌دهد که ذهن و روان انسان یک «لوح سفید» نیست که در محیط‌های گوناگون شکل گرفته باشد، بلکه این گونه به نظر می‌رسد که منشأ بسیاری از این رفتارها می‌تواند مکانیسم مشابهی مانند ژنتیک باشد (۱۶).

همچنین در بررسی دیگری مشخص شد که محیط تربیتی در دوران رشد و ژن هر دو در بروز اختلال شخصیت نقش دارند (۱۹). اما تعداد زیادی از بررسی‌ها نیز تاکید دارند که نقش ژن در بروز اختلال شخصیتی مقدم بر نقش محیط تربیتی در سیر تحولی می‌باشد و حتی از ناقل‌های شیمیایی مغز مثل سروتونین و دوپامین به عنوان مسئول در این تغییرات بیولوژیکی یاد شده است نوع ژن خاصی را در بروز این اختلال‌ها دخیل می‌دانند (۲۰). در یک بررسی دیگر نشان دادند که تأثیرات محیطی، فرهنگی، تربیتی و خانواده و وابستگی درجه اول در سیر تحولی می‌تواند روی رفتارهای اجتماعی و اعمال و نه روی شخصیت افراد اثر بگذارد (۲۱). در بررسی دیگر که روی افراد مبتلا به اختلال شخصیت ضد اجتماعی انجام شد مشخص شد که تأثیر نفوذ ژن تا ۵۰ درصد موثر بوده است (۲۲). در مطالعه دیگری نشان داده شد که بین ژنتیک و صفات شخصیتی و افسردگی ارتباط وجود دارد (۲۳). توانایی‌ها، عقاید، ارزش‌ها، باورها، صفات شخصیتی در هر فرد ترکیبی از عوامل محیطی و ژنی است. در هم آمیختن عوامل وراثتی و محیطی در شکل دادن شخصیت فرد از بدو تولد وجود دارد، در نتیجه میان صفات شخصیتی به ارث برده کودک و محیطی که در آن بزرگ می‌شود نوعی همبستگی ذاتی وجود دارد.

ارتباط ژنتیک و سلامت معنوی

بسیاری از مطالعات، اپی‌ژنتیک را به عنوان پیوند ژنتیک و محیط نشان داده‌اند. مکانیسم‌های اپی‌ژنتیک راهی برای تنظیم فعالیت ژن در زمان واقعی بدون تغییر توالی DNA است، در نتیجه به ژنوم اجازه می‌دهد تا عملکردهای خود را با تغییرات محیطی تطبیق دهد. عواملی مانند شیوه زندگی، رفتار و تمرین نشستن و

این مطالعه مشخص شد که بیان این ژن در افراد متدین و با اعتقاد به خدا و آخرت، بیشتر است (شکل ۳). اما نکته مهم در این مورد این است که محیط، اکوسیستم و شیوه زندگی بر بیان این ژن تأثیر می‌گذارد. به عبارت دیگر، با عملکرد و فعالیت ژن VMAT2، مذهبی بودن در انسان قابل توجه است، اما اکوسیستم و شیوه زندگی نیز می‌تواند باعث افزایش یا کاهش عملکرد سریع این ژن شود (۳۳).



شکل-۳. ژن VMAT2 و ارتباط آن با سلامت معنوی. میزان بیان این ژن در افرادی که اعتقادات بیشتری داشتند بالاتر بود.

یافته است (۳۸). این دیدگاه با یافته‌های ژن‌های دوپامینرژیک و نقش آن‌ها در افزایش لذت و کاهش استرس سازگار است (۳۹). شناسایی دو ژن VMAT2 و DRD4 که با معنویت ارتباط دارند، ممکن است کمک کند به توضیح اینکه چرا معنویت نقش مهمی در وضعیت انسان دارد و چرا بسیاری از مردم از اعتقاد به خدا احساس آسایش و خوشبختی می‌گیرند (۴۰). جالب است که مطالعات نشان داده‌اند آن دسته از افرادی که نمرات بالا در تعالی خود دارند کمتر احتمال دارد که از الکل یا مواد مخدر سوء استفاده کنند. دلیل آن ممکن است این باشد که مسیرهای (سروتونرژیک) فعال شده توسط معنویت، نیاز کمتری به فعال‌سازی مصنوعی مانند اتانول و کوکائین خواهند داشت (۳۶، ۴۰). علاوه بر این، Borg و همکارانش در موسسه کارولینسکا در سوئد دریافتند که میزان مصرف اتانول در کسانی که دارای بالاترین نمره برای تعالی خود بودند به طور قابل توجهی کمتر بود، چنین افرادی سطح سروتونین مغزی بالاتری داشتند (۴۱). بحث در مورد نقش ژن‌ها در میان گروه‌های مذهبی مانند یهودیان، مسلمانان، مسیحیان و دیگر گروه‌های مذهبی نه تنها برای هویت بلکه برای دینداری موضوع بسیاری از محققان بوده

و باطنی چندین ژن، بررسی شده است. اما یک ژن که نقش مهمی در این نیاز به خدا دارد، ژن Vesicular Monoamine Transporter Type 2 Gene (VMAT2) است. ژن کد کننده پروتئین ترانسپورتر منوآمین در مغز می باشد و به طور بالقوه تأثیر بسزایی در معنویت دارد. اسدی و همکاران در سال ۲۰۱۶ نقش این ژن را بر روی ۲۰۰۰ نفر از جمله ۱۰۰۰ نفر مذهبی و ۱۰۰۰ نفر دیگر که کمتر مذهبی بودند، بررسی کردند (۳۳). در

Nilsson و همکاران دریافتند که در میان پسران، خودتعالی و پذیرش معنوی با ژنوتیپ کوتاه ۵-HTTLPR همبستگی منفی دارد و با ژنوتیپ کوتاه AP-2beta هم در پسران و هم در دختران همبستگی مثبت دارد (۳۴). اثرات تعاملی قابل توجهی بین ژنوتیپ‌های ۵-HTTLPR و AP-2beta با توجه به اقدامات خودآگاهی و پذیرش معنوی وجود دارد. پسران و دختران با ترکیب حضور ۵-HTTLPR کوتاه و هموزیگوزیته برای ژنوتیپ AP-2beta خودتعالی و پذیرش معنوی کمتری دارند (۳۵). Hamer در کتاب محبوب خود به نام ژن خدا پیشنهاد کرد که انتخاب برای ژن‌های معنویت دوپامینرژیک با توانایی آن‌ها در ایجاد "احساس خوب" هدایت می‌شوند (۳۶). بر این اساس، این ارزش انتخابی خواهد داشت به این معنا که خوش‌بینی به اراده برای ادامه زندگی و تولید مثل باز می‌گردد، علیرغم این واقعیت که مرگ وجود دارد (۳۷). علاوه بر این، مطالعات نشان داده‌اند که خوش‌بینی به نظر می‌رسد باعث سلامتی و بهبود سریعتر بیماری می‌شود. Newberg نوع متفاوتی از ارتباط معنویت را با احساس خوب پیشنهاد می‌کند که دستگاه عصبی تعالی معنوی ممکن است از مدارهای عصبی (سیستم لیمبیک) ناشی شده باشد که برای جفت‌گیری و رابطه جنسی تکامل

زیادی در شکل‌گیری رفتار و گرایش‌های مذهبی انسان نقش دارند و به طور کلی عوامل محیطی که بر روی این عوامل ژنتیکی (اپی ژنتیک) نقش دارند منجر به بروز گرایش افراد به معنویات می‌شوند که بهبود بهتر بیماری و سلامت افراد را به دنبال دارند. بنابراین مطالعات بیشتری در مورد این ژن‌ها و اثرات آن‌ها بر سلامت معنوی پیشنهاد می‌شود.

تضاد منافع: نویسندگان تصریح می‌کنند که هیچ‌گونه تضاد منافی در مطالعه حاضر وجود ندارد.

منابع

1. Blum K, Femino J, Teitelbaum S, Giordano J, Oscar-Berman M, Gold M. Molecular Neurobiology of Addiction Recovery The 12 Steps Program and Fellowship. Springer, New York, NY, 2013.
2. Baldwin DR, Jackson III D, Okoh I, Cannon RL. Resiliency and optimism: An African American senior citizen's perspective. *Journal of Black Psychology*. 2011;37(1):24-41.
3. Carson VB. The relationships of spiritual well-being, selected demographic variables, spiritual variables, health indicators, and AIDS related activities to hardiness in persons who were HIV+ or were diagnosed with ARC or AIDS (Doctoral dissertation, research directed by Dept. of Human Development/Institute for Child Study. University of Maryland at College Park).
4. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*. 2003; 18(2):76-82.
5. Izadinia N, Amiri M, ghorban Jahromi R, Hamidi S. A study of relationship between suicidal ideas, depression, anxiety, resiliency, daily stresses and mental health among Tehran university students. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2010; 5:1615-9.
6. Jorna M, Ball K, Salmon J. Effects of a holistic health program on women's physical activity and mental and spiritual health. *Journal of Science and Medicine in Sport*. 2006;9(5):395-401.
7. Kim TH, Lee SM, Yu K, Lee S, Puig A. Hope and the meaning of life as influences on Korean adolescents' resilience: Implications for counselors. *Asia Pacific Education Review*. 2005;6(2):143-52.
8. Masten AS. Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*. 2001;56 (3):227-38.
9. Andrews RM, Kubacka I, Chinnery PF, Lightowlers RN, Turnbull DM, Howell N. Reanalysis and revision of the Cambridge reference sequence for human mitochondrial DNA. *Nature Genetics*. 1999;23(2):147.
10. Lewin B. genes IX. Sudbury, MA. Jones and Bartlett Publishers, 9th edition, 2008.
11. Ingraham C. A breakdown of American religion by fertility rates. *Commonwealth Journal*. 1970,

است (۴۲). در هر صورت اعتقادات ما هرچه باشد، روشن است که سبک زندگی سالم تحت تأثیر تعامل منحصر به فرد معنویت، ژن‌ها و محیط است. در واقع به نظر می‌رسد که اعتقاد به خدا (نه وابستگی دینی)، با نتایج درمانی کوتاه مدت در حوزه روانپزشکی ارتباط دارد (۴۳).

نتیجه‌گیری

این مقاله شواهدی را ارائه می‌دهد که نشان‌دهنده ارتباط ماده ژنتیکی با سلامت معنوی است. مطالعات نشان دادند ژن‌های

Retrieved, 2021.

12. The Nature of Religion - Boundless Sociology. Lumen Learning Simple Book Production. 2017, Retrieved 2021.
13. Gibbs WW. The unseen genome: gems among the junk. *Scientific American*. 2003;289(5):46-53.
14. Eddy SR. Non-coding RNA genes and the modern RNA world. *Nature Reviews Genetics*. 2001;2(12):919-29.
15. Alvarez-Garcia I, Miska EA. MicroRNA functions in animal development and human disease. *Development*. 2005;132(21):4653-62.
16. Motevalizadeh Ardakani A. Genetic, Behavior and Culture. *Medical Ethics*. 2009;3(7):65-83.
17. Harrison PJ, Owen MJ. Genes for schizophrenia? Recent findings and their pathophysiological implications. *The Lancet*. 2003;361(9355):417-9.
18. Ramachandran VS, Blakeslee S, Dolan RJ. Phantoms in the Brain Probing the Mysteries of the Human Mind. *Nature*. 1998;396(6712):639-40.
19. Torgersen S, Czajkowski N, Jacobson K, Reichborn-Kjennerud T, Røysamb E, Neale MC, et al. Dimensional representations of DSM-IV cluster B personality disorders in a population-based sample of Norwegian twins: a multivariate study. *Psychological Medicine*. 2008;38(11):1617-25.
20. Reichborn-Kjennerud T. The genetic epidemiology of personality disorders. *Dialogues in Clinical Neuroscience*. 2010;12(1):103-14.
21. Eaves L, Heath A, Martin N, Maes H, Neale M, Kendler K, et al. Comparing the biological and cultural inheritance of personality and social attitudes in the Virginia 30 000 study of twins and their relatives. *Twin Research and Human Genetics*. 1999;2(2):62-80.
22. Ferguson CJ. Genetic contributions to antisocial personality and behavior: A meta-analytic review from an evolutionary perspective. *The Journal of Social Psychology*. 2010;150(2):160-80.
23. Kendler KS, Myers J. The genetic and environmental relationship between major depression and the five-factor model of personality. *Psychological Medicine*. 2010;40(5):801-6.
24. Venditti S, Verdone L, Reale A, Vetriani V, Caserta M, Zampieri M. Molecules of silence: Effects of meditation on gene expression and

- epigenetics. *Frontiers in Psychology*. 2020;11:1767.
25. Dada R, Kumar SB, Tolahunase M, Mishra S, Mohanty K, Mukesh T. Yoga and meditation as a therapeutic intervention in oxidative stress and oxidative DNA damage to paternal genome. *Journal of Yoga & Physical Therapy*. 2015;5(4):1000217.
 26. Dada T, Mittal D, Mohanty K, Faiq MA, Bhat MA, Yadav RK, et al. Mindfulness meditation reduces intraocular pressure, lowers stress biomarkers and modulates gene expression in glaucoma: a randomized controlled trial. *Journal of Glaucoma*. 2018;27(12):1061-7.
 27. Pal R, Singh SN, Chatterjee A, Saha M. Age-related changes in cardiovascular system, autonomic functions, and levels of BDNF of healthy active males: role of yogic practice. *Age*. 2014;36(4):9683.
 28. Campo RA, Light KC, O'Connor K, Nakamura Y, Lipschitz D, LaStayo PC, et al. Blood pressure, salivary cortisol, and inflammatory cytokine outcomes in senior female cancer survivors enrolled in a tai chi chih randomized controlled trial. *Journal of Cancer Survivorship*. 2015;9(1):115-25.
 29. Buric I, Farias M, Jong J, Mee C, Brazil IA. What is the molecular signature of mind-body interventions? A systematic review of gene expression changes induced by meditation and related practices. *Frontiers in Immunology*. 2017;8:670.
 30. Li QZ, Li P, Garcia GE, Johnson RJ, Feng L. Genomic profiling of neutrophil transcripts in Asian Qigong practitioners: A pilot study in gene regulation by mind-body interaction. *Journal of Alternative & Complementary Medicine*. 2005;11(1):29-39.
 31. Qu S, Olafsrud SM, Meza-Zepeda LA, Saatcioglu F. Rapid gene expression changes in peripheral blood lymphocytes upon practice of a comprehensive yoga program. *PloS One*. 2013;8(4):e61910.
 32. Bower JE, Crosswell AD, Stanton AL, Crespi CM, Winston D, Arevalo J, et al. Mindfulness meditation for younger breast cancer survivors: a randomized controlled trial. *Cancer*. 2015;121(8):1231-40.
 33. Asadi S, Gholizadeh Z, Jamali M, Nazirzadeh A, Habibi S. VMAT2 Gene Molecular study of 2,000 peoples in the Religious Behavior and Belief in God of the citizens of the city of Tabriz in IRAN. *SOJ Genetic Science*. 2016;3(1):1-6.
 34. Nilsson KW, Damberg M, Öhrvik J, Leppert J, Lindström L, Anckarsäter H, et al. Genes encoding for AP-2 β and the Serotonin Transporter are associated with the Personality Character Spiritual Acceptance. *Neuroscience Letters*. 2007;411(3):233-7.
 35. Comings DE, Gonzales N, Suacier G, Jonhson JP, MacMurray JP. The DRD4 gene and spirituality. *Psychiatric Genetics*. 2001;10:185-9.
 36. Hamer, D. *The God Gene*. Doubleday; New York: 2004.
 37. Comings DE. *Did Man Create God? Is your spiritual brain at peace with your thinking brain*. California: Hope Press; 2008.
 38. Newberg A. *The brain and the biology of belief: An interview with Andrew Newberg, MD*. Interview by Nancy Nachman-Hunt. *Advances in Mind-body Medicine*. 2009;24(1):32-6..
 39. Archer T, Oscar-Berman M, Blum K, Gold M. Neurogenetics and epigenetics in impulsive behaviour: impact on reward circuitry. *Journal of Genetic Syndrome & Gene Therapy*. 2012;3(3): 1000115.
 40. Comings DE, Gade-Andavolu R, Gonzalez N, Wu S, Muhleman D, Blake H, Mann MB, Dietz G, Saucier G, MacMurray JP. A multivariate analysis of 59 candidate genes in personality traits: the temperament and character inventory. *Clinical Genetics*. 2000;58(5):375-85.
 41. Borg J, Andrée B, Soderstrom H, Farde L. The serotonin system and spiritual experiences. *American Journal of Psychiatry*. 2003;160(11):1965-9.
 42. Levin M. Screening Jews and genes: a consideration of the ethics of genetic screening within the Jewish community: challenges and responses. *Genetic Testing*. 1999;3(2):207-13.
 43. Rosmarin DH, Bigda-Peyton JS, Kertz SJ, Smith N, Rauch SL, Björgvinsson T. A test of faith in God and treatment: The relationship of belief in God to psychiatric treatment outcomes. *Journal of Affective Disorders*. 2013;146(3):441-6.

Developing and Validating Scale of Spiritual and Soul Health Constructs from an Islamic Point of View

Saeideh Farajnia ^{1*}

¹ Faculty of Psychology, Islamic Azad University, Karaj Branch, Karaj, Iran

Abstract

Background and Aim: The aim of the present study was to develop and validate a scale model to measure some of the most intrinsic soul health constructs in accordance with the definitions provided in Quran as well as *Hadith* and books on morality.

Methods: For the methodology of this research, testing and assessment were employed. On this basis, 40 questions were developed to cover 10 constructs. Face and content validity was established by means of surveying 11 experts to rate each question. Then, 412 participants were asked to complete the scale. Data were analyzed using Confirmatory Factor Analysis methods as well as measuring Cronbach's alpha coefficient and Pearson Correlations Coefficient.

Results: Confirmatory Factor Analysis confirmed the appropriateness of all determined factors in the questionnaire except 2 questions whose factor coefficient was not meaningful and were removed from the model. In addition, the validity of the scale correlation was analyzed by concurrently measuring it with imagination of God (0/67) and Spiritual Attitudes scale (0/87). Internal reliability of the scale was measured via Cronbach's alpha coefficient which was obtained ranging from 0/45 to 0/80 for all questions as well as each individual construct of trust, repentance, prayers, self-improvement, thanksgiving, patience, submission, worship, reflection, and virtue. Test-retest reliability was found to be 0/84 after an interval of five weeks.

Conclusion: Based on the findings, it is concluded that the scale of soul health constructs may be considered a reliable and valid scale for the Iranian population.

Keywords: Scale, Spiritual and soul health, Construct, Validation.

*Corresponding author: Saeideh Farajnia, Email: saeidehfarajnia@gmail.com

ساخت و اعتباریابی مقیاس سازه‌های سلامت معنوی و روحی از منظر تفکر اسلامی

سعیده فرج‌نیا*

^۱ دانشکده روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کرج، کرج، ایران

چکیده

زمینه و هدف: پژوهش حاضر با هدف ساخت و اعتباریابی مقیاسی جهت سنجش برخی از مهمترین سازه‌های سلامت معنوی و روحی از منظر تفکر اسلامی با توجه به تعاریف موجود در قرآن، روایات و کتب اخلاق، انجام شده است.

روش‌ها: روش پژوهش از نوع آزمون‌سازی و ارزشیابی است که بر این اساس ۴۰ سؤال در ۱۰ مؤلفه طراحی شد و روایی صوری و محتوایی سؤالات از طریق نظرخواهی از ۱۱ نفر از متخصصین مورد بررسی قرار گرفت. سپس ۴۱۲ نفر آزمودنی به صورت در دسترس به سؤالات پاسخ دادند و داده‌ها با روش‌های تحلیل عاملی تاییدی و محاسبه ضریب آلفای کرونباخ و ضریب همبستگی پیرسون مورد بررسی قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج تحلیل عاملی نشان داد تمام مولفه‌های در نظر گرفته شده برای پرسشنامه از برازش مناسبی برخوردار بوده و مورد تایید می‌باشند، به جز ۲ سؤال که ضریب عاملی آن‌ها معنادار نبود و از مدل کنار گذاشته شدند. روایی همگرایی مقیاس نیز از طریق سنجش همزمان آن با پرسشنامه تصور از خدا (۰/۶۷) و پرسشنامه نگرش معنوی (۰/۸۷) مورد ارزیابی قرار گرفت. همسانی درونی مقیاس بر حسب ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شد که این ضریب برای کل سؤالات (۰/۹۱) و برای هر یک از مولفه‌های توکل، توبه، ذکر، اصلاح و خودسازی، دعا و مناجات، شکر، صبر و رضا، عبادت، تعقل و تدبیر، تقوا، بین ۰/۴۵ تا ۰/۸۰ به دست آمد. پایایی مقیاس نیز از طریق بازآزمایی و به فاصله زمانی ۵ هفته، ۰/۸۴ محاسبه شد.

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج به دست آمده، مقیاس سازه‌های سلامت معنوی و روحی، ابزاری معتبر و مناسب برای سنجش در نمونه ایرانی می‌باشد.

کلیدواژه‌ها: مقیاس، سازه‌های سلامت معنوی و روحی، ساخت، اعتباریابی.

مقدمه

بر اساس تفکر دینی و الهی، یکی از ابعاد مهم سلامت انسان، سلامت معنوی و روحی اوست. سلامتی که بیش از هر چیز بر محوریت اعتقاد به خداوند معنا پیدا می‌کند. به این صورت که فرد دارای سلامت معنوی و روحی، شخصی است که آفرینش را هدفدار دیده و نسبت به نظام کلی هستی و قوانین حاکم بر آن به دلیل اعتقاد به هدفی خیر و متعالی، خوش‌بین است. که این خوش‌بینی به دنبال خود امیدواری، بهجت و شادی ایجاد کرده و باعث می‌شود جهان در نگاه فرد، روشن و زیبا جلوه کرده و عرصه‌ای برای رشد به حساب آید که همین تلاش برای رشد، در او ایجاد آرامش و اطمینان می‌کند زیرا به سرانجامی روشن و قطعی ایمان دارد. از سوی دیگر، وجود سلامت معنوی و روحی به دلیل تبعات رفتاری که در هر فرد ایجاد می‌کند، در زندگی اجتماعی افراد نیز منجر به بروز وحدت میان انسان‌ها و دوری از جنگ و توطئه، استقرار عدالت اجتماعی و مقابله با فساد و انحراف، تواضع در برابر دیگران و تلاش برای رفع نیازهای آن‌ها در حد توان، پیشی گرفتن در انجام امور خیر، کوشش در امانت‌داری و وفای به عهد و ... خواهد شد (۱).

ثور در رابطه با انسان و نیازهای او مطرح می‌کند: انسان، در آن واحد، موجودی است زیست‌شناختی، روان‌شناختی و روحانی؛ یعنی هم نیازهای زیستی دارد، هم نیازهای روانی و هم نیازهای روحانی/معنوی. برآورده شدن نیازهای زیستی، موجب استمرار کمی زندگی، یعنی طول عمر می‌شود و برآورده شدن نیازهای روانی و روحانی/معنوی، موجب ارتقای کیفی زندگی و بهروزی می‌شود. چون از اصل عمر و حیات برخوردار بودن، شرط لازم و البته نه کافی، برای کیفیت مطلوب داشتن زندگی است. طبعاً برآورده شدن نیازهای زیستی، شرط لازم، و باز هم نه کافی، برای برآورده شدن نیازهای روانی و روحانی/معنوی است. اما از این بر نمی‌آید که نیازهای روانی و معنوی کم اهمیت‌تر از نیازهای زیستی‌اند، بلکه برعکس، بسیار مهم‌تر هستند. انسانی که همه نیازهای زیستی‌اش برآورده شده باشد و این برآورده شدن مقدمه‌ای نشده باشد برای برآورده شدن نیازهای روانی و معنوی‌اش، حیوانی است که همه نیازهای زیستی‌اش برآورده شده و از این حیث، با هیچ حیوان دیگری تفاوت ندارد. تفاوت از لحظه‌ای پدید می‌آید که نیازهای روانی و معنوی، که مختص انسان‌اند و در آن‌ها با سایر حیوانات شریک نیست نیز برآورده شوند. به تعبیر دیگر، آدمی به صرف برآورده شدن نیازهای زیستی‌اش، هنوز از قلمرو سایر حیوانات بیرون نرفته است و برای این که صف‌اش از صف سایر حیوانات متمایز و ممتاز شود، باید آنچه مختص انسان است را در خود، از حالت بالقوه به حالت بالفعل برساند. یعنی استعدادهای خاص انسان را شکوفا کند و این چیزی نیست جز همان برآورده شدن نیازهای روانی و معنوی او. در رابطه با اینکه انسان چه نیازهای روانی و معنوی دارد، ابتدا باید نیازهای روانی او را از نیازهای معنوی تفکیک کنیم. نیازهای روانی، نیازهایی هستند که اگر برآورده شوند،

سلامت روانی ما تأمین می‌شود و بنابراین، برآوردن آن‌ها کاری مصلحت‌اندیشانه است. چون موجب پیدایش احساسات و عواطف مثبت در ما می‌شود، احساسات و عواطفی مانند آرامش، بی‌دغدگی، آسایش، رضایت، رضایت از خود، خرسندی، شادی، شادمانی، خوشی، شمع، سپاسمندی، و امیدواری. برعکس، برآورده نشدن نیازهای روانی، موجب ابتلا به احساسات و عواطفی مانند اضطراب، تشویش، برانگیختگی، ترس، وحشت، هراس، غم، اندوه، تأسف، افسوس، حسرت، خشم، غیظ، کینه، نفرت، انزجار، ملال، نومیدی، سرخوردگی و شکستگی می‌شود. نیازهای معنوی، نیازهایی هستند که اگر برآورده شوند، فضیلت و کمال اخلاقی و روحانی ما تأمین می‌شود و بنابراین، برآوردن آن‌ها وظیفه اخلاقی و معنوی ما است، چون موجب ارتقا و تعالی اخلاقی و روحانی ما می‌شود. این نیازها، بر خلاف نیازهای روانی، که به خوشی روانی زندگی ربط دارند، به خوبی اخلاقی و روحانی زندگی مرتبط هستند و برآورده شدن آن‌ها از ما انسان‌هایی می‌سازد اهل صداقت، فروتنی، نیکوکاری، عدالت، شفقت، عشق، دلسوزی، همدلی، همدردی، شجاعت، اعتماد، امانت و وفاداری (۲).

مطهری (۱۳۸۸) نیز بیان می‌کند که انسان دو گونه لذت دارد: یک نوع، لذتهایی است که به یکی از حواس انسان تعلق دارد که بر اثر برقراری نوعی ارتباط میان یک عضو از اعضا با یکی از مواد خارجی حاصل می‌شود، مانند لذتی که چشم از راه دیدن، گوش از راه شنیدن و دهان از راه چشیدن و لامسه از راه تماس می‌برد. نوع دیگر، لذتهایی است که به عمق روح و وجدان آدمی مربوط است و به هیچ عضو خاصی مربوط نیست و تحت تأثیر برقراری رابطه با یک ماده بیرونی حاصل نمی‌شود، مانند لذتی که انسان از خدمت و گره‌گشایی، یا از محبوبیت و احترام، و یا از موفقیت خود یا موفقیت فرزند خود می‌برد. لذات معنوی، از لذات مادی، هم قوی‌تر است و هم دیرپاتر. لذت عبادت و پرستش خدا و ارتباط با پروردگار، از این گونه لذت‌هاست. بنابراین، یکی از ثمره‌های ارتباط با خدا، چشیدن طعم خوش لذت معنوی است؛ لذتی که هم مایه آرامش خاطر می‌شود، هم به قلب، احساس خرسندی می‌بخشد و هم وجود انسان را طربناک و پر نشاط می‌سازد. همچنانکه حضرت علی (ع) یاد خدا را کلید خودسازی و حیات دل‌ها می‌داند. و می‌فرماید: هر که دل خویش را با یاد پیوسته خدا آباد کند، در نهان و آشکار نیک‌کردار شود، و هر که به یاد خدای سبحان باشد، خداوند دلش را زنده و اندیشه و خردش را روشن گرداند (میزان الحکمه، ج ۴، ص ۱۸۵۷) (۳). همچنین از نگاه برخی کارشناسان، مهمترین عامل برای زدودن احساس خودکم‌بینی از وجود انسان و پیدایش حس اعتماد به نفس در او، ارتباط و پیوند قلبی با خداوند است. کسی که با خدای خویش پیوند برقرار می‌کند، هنگام یاد خدا و پیوند قلبی با او احساس می‌کند که به خداوند نزدیک است و تحت حمایت و سرپرستی او قرار دارد، و همین موجب برانگیخته شدن حس اعتماد به نفس، قدرت، امنیت، آرامش و خوشبختی در او می‌شود (۴). در

ارزش‌های معنوی تبیین می‌کند که توجه به این بُعد الهی از نیازهای معنوی، تمام جنبه‌های زندگی انسان را تحت تاثیر قرار می‌دهد. بنابراین متناظر با سلسله مراتب نیازهای مزلو، می‌توان سلسله مراتبی را برای نیازهای معنوی معرفی کرد. زیرا تمام نیازهای موجود در سلسله مراتب مزلو (فیزیولوژیک، ایمنی، محبت و تعلق پذیری، عزت نفس و خودشکوفایی)، تمایلات نهفته‌ای هستند که می‌توانند با تاثیرپذیری از گرایش‌های متعالی و معنوی انسان، جهت‌گیری معنوی به خود بگیرند. سلسله مراتب نیازهای معنوی: (۱) نیازهای وجودی (ربط و تعلق به خدا)، (۲) نیازهای ایمنی‌جویی معنوی (حمایت معنوی، توکل به خدا، پناه بردن به خدا و ...)، (۳) نیازهای دوستی با خدا و درک محبت او و محبت نسبت به او، (۴) نیاز به کرامت، عزت نفس و آزادگی اخلاقی و (۵) نیاز به خودشکوفایی معنوی و تقرب به خدا (۱۱).

علاوه بر نیازهای معنوی و روحانی، بر اساس تفکر دینی و الهی این دنیا برای انسان تنها محل گذر و آزمایش و به نوعی مسیری است برای رسیدن به آخرت و سرای ابدی. در طی این مسیر در کنار آزمایش‌های الهی، لغزش‌هایی برای انسان روی می‌دهد که برای روبرو شدن با این آزمایش‌ها و لغزش‌ها، نیاز به ابزار و سازه‌هایی مقابله‌ای و تعالی‌بخش برای او مطرح می‌شود. بر این اساس دین که تمام هدف خود را رشد و تعالی انسان بیان می‌کند، ابزار و سازه‌هایی را در رابطه بین انسان با خداوند معرفی می‌کند که از یک سو دارای نقش مقابله‌ای برای در امان ماندن از آسیب‌ها و لغزش‌ها و از سوی دیگر دارای نقش تعالی‌بخش بوده و ارضا کننده نیازهای معنوی و متعالی، می‌باشند، که در نهایت قابلیت رشد و بالندگی فردی و کسب سلامت معنوی و روحی برای یک زندگی پویا و متعالی را فراهم می‌کنند (۱۲، ۱).

نظریه‌های علمی باید واضح باشند زیرا نظریه می‌تواند یافته‌های مهم و واقعا نامرتب با هم را نشان دهد. نظریه زمینه را برای انجام پژوهش علمی فراهم می‌کند و باید به فرضیه‌های قابل آزمون منجر شود. آزمون فرضیه به احتمال زیاد منجر به اصلاح دیدگاه‌های موجود یا طرح نظریه جدید می‌شود. سپس پژوهشگران مجددا فرضیه‌ها را ارزیابی می‌کنند (۱۳). بنابراین در پژوهش حاضر سعی شده با توجه به نظریه‌های مطرح شده، ابزاری کاربردی با هدف سنجش مهمترین سازه‌های سلامت معنوی و روحی، طراحی و اعتباریابی شود. از جمله ابزارهای ساخته شده که تا حدی با موضوع این پژوهش مرتبط می‌باشند، می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

(۱) پرسشنامه نیازهای معنوی در ۴ مؤلفه نیازهای مذهبی، نیازهای وجودی، نیاز به آرامش درونی و نیاز به بخشش طراحی و اعتباریابی شده است. این پرسشنامه توسط شکوهی، عبدالله‌زاده و محمودی در نمونه ایرانی مورد اعتباریابی قرار گرفته است (۱۴).

(۲) پرسشنامه بهزیستی معنوی در ۳ مؤلفه ایمان و باور، معنا، صلح و آرامش طراحی و اعتباریابی شده است (۱۵).

(۳) پرسشنامه معنویت (ابعاد اساسی معنویت) در ۴ مؤلفه باور به خدا،

ایمان به خدا نیروی خارق‌العاده‌ای وجود دارد که نوعی قدرت معنوی به انسان می‌بخشد و در تحمل سختی‌های زندگی او را کمک می‌کند و از نگرانی و اضطراب دور می‌سازد. Richards and Bergin (۲۰۰۰) در تحقیقی گزارش کردند: مراجعانی که ایمان به خداوند داشتند و از منابع معنوی در زندگی خود استفاده می‌کردند، در طول درمان روانشناختی از قدرت بیشتری برای مقابله برخوردار بودند (۵). Kirkpatrick and Shaver (۱۹۹۲) در مطالعه‌ای به این نتیجه رسیدند که درک مثبت از خدا با رضایت از زندگی، کاهش اضطراب و افسردگی و نیز بهبودی علائم جسمانی رابطه دارد (۶). Bradshaw و همکاران (۲۰۰۸) بیان می‌کنند که معتقد بودن به خدایی نزدیک و حمایتگر، با علائم اضطرابی و افسردگی رابطه منفی دارد (۷).

به عبارت دیگر در اثر توجه به بُعد معنوی و روحانی وجود انسان، نیازهای معنوی خاصی در او شناسایی می‌شوند. برخی از این نیازها که توسط تعدادی از پژوهشگران شناسایی شده‌اند عبارتند از: (۱) نیازهای باور مذهبی (نیاز به درک حضور خداوند، معنا و هدف در زندگی ...)، (۲) نیازهای رفتار مذهبی (نیاز به دعا و نیایش و عبادت)، و (۳) نیازهای حمایت اجتماعی مذهبی (نیاز به مراقبت از هم، رفتن به اماکن مذهبی ...) (۸).

Rosmarin نیز به برخی از این نیازها اشاره کرده است: (۱) نیازهای مربوط به خود (داشتن معنا و هدف، امید، بینش و معرفت و ...)، (۲) نیازهای مربوط به دیگران (معاشرت، محبت و خدمت، گذشت و ...)، و (۳) نیازهای مربوط به خدا (باور به وجود خدا، درک حضور او، درک محبت او، نیاز به دعا و عبادت و ...) (۹).

از نگاهی دیگر می‌توان به نظریه سلسله مراتب نیازهای مزلو اشاره کرد. Maslow نیازهای انسان را به صورت سلسله مراتبی در پنج طبقه مشتمل بر نیازهای فیزیولوژیک، ایمنی، عشق و محبت، عزت نفس و خودشکوفایی جای داده است. ایده محوری این نظریه این است که نیازهای انسانی، از لحاظ رشد و تسلط بر رفتار، ترتیب سلسله مراتبی دارند؛ یعنی هرچه نیاز در مرتبه پایین‌تر سلسله مراتب قرار داشته باشد، زودتر در فرایند رشد آشکار می‌شود. نکته دیگر اینکه نیازهای پایین‌تر، قوی‌ترین انگیزه‌های حاکم هستند در حالی که نیاز خودشکوفایی ضعیف‌ترین انگیزه است (۱۰). وجه جامع نظریه‌های روانشناسی در فهرست و طبقه‌بندی نیازها، تحویل و فروکاهش آن به نیازهای زیستی - روانی است. مقصود از نیازهای زیستی - روانی نیازهایی است که از حدود خواست‌های فیزیولوژیک نظیر خوردن و آشامیدن و ارضای غریزه جنسی و کمی در مرتبه بالاتر، نیاز به ایمنی و عشق و محبت فراتر نمی‌رود. حتی نیاز به خودشکوفایی که مزلو از آن به نیاز عالی تعبیر نموده نیز خارج از حیطه زندگی مادی و امور مربوط به آن نیست. در حالی که یک بعد مهم انسان بعد معنوی و نیازهای مربوط به این بعد است. مهمترین ویژگی نیازهای معنوی این است که منشأ و خاستگاه آن‌ها فطرت انسان بوده و به نحوی ارتباط انسان با خدا را در قلمرو اخلاق و

به خدا را در نظر گرفته‌اند و یا به طور خاص برخی از این سازه‌ها مانند توکل، دعا، عبادت و ... را مورد ارزیابی قرار می‌دهند. بنابراین هدف این پژوهش طراحی، ساخت و اعتباریابی مقیاسی جامع برای سنجش سازه‌های سلامت روحی می‌باشد تا به‌وسیله آن زمینه و شرایط لازم برای انجام پژوهش‌های دقیق‌تر علمی در این حوزه تا حدودی فراهم شود. شایان ذکر است که در تدوین سوالات پرسشنامه، در کنار زیربنای فکری بر گرفته از قرآن و دین اسلام، سعی شده تا سوالات به گونه‌ای طراحی شود که قابل استفاده برای افراد مختلف با ادیان و اعتقادات متفاوت نیز باشد.

روش‌ها

بر اساس تفکر و اعتقاد شیعه، بعد از قرآن کریم، حدیث دومین منبع و سند دین‌شناسی است که در برخی حوزه‌های دین پژوهی همچون فقه و اخلاق نقش بیشتر و گسترده‌تری دارد. زیرا از یک سو اصول این دانش‌ها در قرآن به اجمال و اشاره آمده و تفصیل آن را باید در حدیث یافت و از سوی دیگر پیامبر و امامان، میزان سنجش گفتار خویش را قرآن قلمداد کرده و انتساب آن چه را با قرآن نسازد از خود سلب کرده‌اند (وسائل الشیعه، ج ۱۸، ص ۷۹، ح ۱۵). بنابراین با توجه به اینکه مطالب کتب اخلاقی شیعه، به استناد آیات قرآن و احادیث امامان (ع)، جمع‌آوری و بیان شده است، می‌توان از طریق آن‌ها سازه‌های سلامت معنوی و روحی را شناسایی کرد و به تعاریف مربوط به آن‌ها پی برد. بر این اساس با مراجعه به برخی از معتبرترین کتاب‌های اخلاقی شیعه که به زبان فارسی ترجمه و تألیف شده‌اند (معراج السعاده، اخلاق، شرح حدیث، قلب سلیم، چهل حدیث و ...) و منابع معتبر علمی دیگر در این زمینه، به روش توصیفی و جمع‌آوری اطلاعات به روش کتابخانه‌ای، سازه‌های مورد نظر شناسایی و تعاریف مربوط به آن‌ها استخراج شدند. سپس مطالب جمع‌آوری شده جهت ارزیابی به چند نفر از متخصصین در زمینه علوم قرآنی و اخلاق داده شد و مورد نقد و بررسی قرار گرفت. در شناسایی سازه‌ها تأکید بر استفاده و کاربرد آن‌ها در ارتباط خاص فرد با خداوند و تلاش برای نزدیکتر شدن به او بوده است که در نهایت ۱۰ سازه به عنوان مهمترین سازه‌ها در رابطه فرد با خدا شناسایی شد. این سازه‌ها به‌طور کلی عبارتند از: توکل، توبه، ذکر، اصلاح و خودسازی، دعا و مناجات، شکر، صبر و رضا، عبادت، تعقل و تدبیر، تقوا، که تعاریف مربوط به هر کدام در مقاله‌ای جداگانه ارائه شده است (۲۷). سپس در گام‌های اولیه ساخت و اعتباریابی این مقیاس، ۵۶ عبارت به صورت جملات نیمه تمام طراحی شد و به ۲۰ نفر (۱۱ زن و ۹ مرد) داده شد تا بر اساس طرز فکر و رفتار خود، جملات را هر طور که می‌خواهند کامل کنند. سپس با توجه به جملات و پاسخ‌های داده شده و تعاریف مربوط به سازه‌ها، تعداد ۱۰ مولفه در نظر گرفته شد و برای هر کدام ۴ سوال طراحی شد. جهت سنجش روایی صوری و محتوایی، سوالات به ۱۱ نفر از متخصصین در حوزه‌های روانشناسی، علوم قرآنی و علوم حوزوی

جستجوی معنا، ذهن آگاهی و احساس امنیت، ساخته شده است (۱۶). پرسشنامه نیرومندی ایمان مذهبی سانتاکلارا در سال ۱۹۹۷ برای سنجش میزان دینداری فرد، صرف نظر از گرایش مذهبی وی در ۱۰ ماده طراحی شده است (۱۷). ویژگی‌های آماری این پرسشنامه بر روی نمونه ایرانی توسط جوشن‌لو و همکاران در سال ۱۳۹۱ مورد ارزیابی قرار گرفته است (۱۸).

(۵) پرسشنامه نگرش معنوی که در سال ۱۳۹۱ طراحی و اعتباریابی شد. این پرسشنامه با هدف سنجش تأثیر توجه به وجود و حضور خداوند بر زندگی و دیدگاه فرد و درک معنای زندگی ساخته شده است (۱۹). (۶) پرسشنامه تصور از خدا در سال ۱۹۹۷ طراحی و اعتباریابی شد. صادقی و همکاران (۱۳۸۴) با توجه به فرهنگ جامعه اسلامی، مقیاس ۷۲ ماده‌ای این پرسشنامه را در شش زیرمقیاس (حضور، چالش، پذیرندگی، خیرخواهی، تأثیرپذیری، مشیت الهی) و به صورت مقیاسی ۳۳ ماده‌ای بازسازی کرده است (۲۰).

(۷) پرسشنامه بهزیستی معنوی شامل ۴۰ ماده و ۴ مؤلفه ارتباط با خدا، ارتباط با خود، ارتباط با دیگران و ارتباط با طبیعت است (۲۱). (۸) پرسشنامه ارتباط با خدا که با توجه به فرهنگ جامعه اسلامی ایران و بر اساس الگوی ابعادی رابطه انسان با خدا طراحی و اعتباریابی شده است. این پرسشنامه شامل ۶۷ سوال در ابعاد بیم (ترس از خدا)، امید (نیاز به خدا) و محبت به خدا می‌باشد (۲۲).

(۹) پرسشنامه توکل به خدا شامل ۱۳۰ سوال می‌باشد که مبتنی بر متن‌ها و منابع اسلامی و با هدف سنجش کمیت و کیفیت توکل به خدا در زندگی فرد ساخته شده است. این پرسشنامه، توکل به خدا را در ۵ محور توکل به خدا، تفویض (واگذاری محض امور به خدا)، خود (به عهده گرفتن تمام مسئولیت‌ها)، دیگران (امید به دوستان و خویشان) و طبیعت (دخیل دانستن شانس و تصادف) مورد ارزیابی قرار می‌دهد (۲۳).

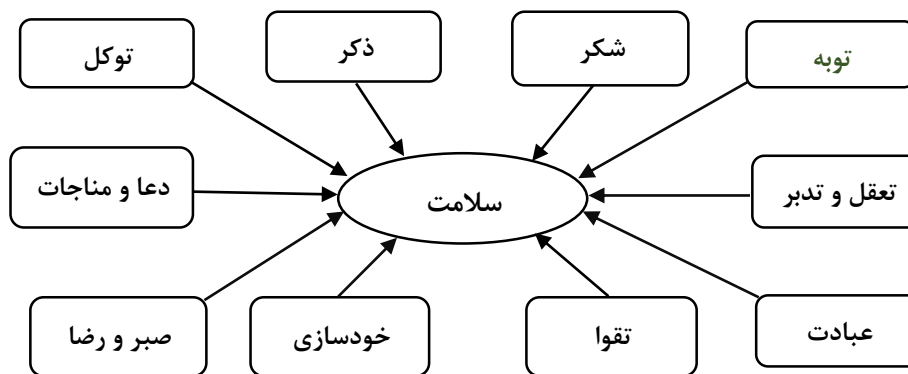
(۱۰) آزمون سبک دلبستگی به خدا در ابعاد دلبستگی ایمن، دلبستگی اجتنابی و دلبستگی دوسوگرا در رابطه با خدا ساخته شده است (۲۴). (۱۱) پرسشنامه خودپنداره-خداپنداره برای مداخله‌های معنوی شامل ۴۳ سوال در مولفه‌های خداپنداره، خداپنداشت، خودپنداره و خودپنداشت می‌باشد. این پرسشنامه مفاهیم کلیدی بالینی در حوزه روابط معنوی انسان را نشان می‌دهد (۲۵).

(۱۲) پرسشنامه سلامت معنوی از دیدگاه اسلام که در سال ۱۳۹۵ طراحی و اعتباریابی شده است. این پرسشنامه شامل ۲۰ سوال در ۶ مؤلفه ارزشمند شدن زندگی با تعقل، نقش مسئولیت در هدف‌دار شدن زندگی، نقش ارتباط با خدا در لذت بردن از زندگی، انسان بهترین موجود خدا، خداوند خالق جهان است و خداوند به فکر مشکلات انسان است، می‌باشد (۲۶).

در بررسی‌های انجام شده مشخص شد تا کنون نظریه‌ها و پژوهش‌های علمی به طور جامع به نظریه پردازی و بررسی سازه‌های سلامت معنوی و روحی که در قالب رابطه انسان با خدا تعریف می‌شوند، نپرداخته‌اند و ابزار ساخته شده در این زمینه یا خیلی کلی رابطه انسان

نمره روایی برای هر سوال محاسبه شد که بر این اساس سوالاتی که نمره بالای ۰/۷۸ به‌دست آوردند، تأیید شدند و سوالاتی که نمره بین ۰/۶۸ تا ۰/۷۸ به‌دست آوردند مورد بازبینی و اصلاح قرار گرفتند و سوالاتی که نمره پایین‌تر از ۰/۶۸ به‌دست آوردند حذف شده و با توجه به نظرات متخصصین سوالات دیگری جایگزین آن‌ها شدند. سپس بر اساس اهداف پژوهش، اعتبار سوالات و مؤلفه‌ها از طریق تحلیل عاملی تاییدی و ویژگی‌های روانسنجی آن شامل همسانی درونی، پایایی بازآزمایی و روایی همگرا مورد بررسی قرار گرفت.

داده شد و از آن‌ها خواسته شد با توجه به دیدگاه خود سوالات و گزینه‌ها را بر اساس طیف لیکرت بسیار مناسب، مناسب، تاحدودی مناسب، نامناسب، بسیار نامناسب، نمره‌گذاری کنند و در پایان هر سوال نظر خود را بیان کنند. همچنین با هدف سنجش روایی صوری، سوالات به یک آزمودنی غیرمتخصص داده شد و میزان درک از جملات و گزینه‌ها با توجه به اهداف تعیین شده مورد بررسی دقیق قرار گرفت. پس از جمع‌آوری نظرات متخصصین، از طریق بررسی شاخص روایی محتوایی (CVI) (Content Validity Index) (۲۸)،



نمودار ۱- مدل مفهومی

انتخاب شدند و به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند که ویژگی‌های جمعیت شناختی نمونه پژوهش در جدول ۱ گزارش شده است. داده‌ها بر اساس تحلیل عاملی تاییدی برای ۱۰ مؤلفه مورد بررسی قرار گرفت. مقدار ضریب KMO (Kaiser, Meyer, Olkim) نیز برابر ۰/۹۰ به‌دست آمد که حاکی از کفایت نمونه‌گیری در این مرحله بود. به منظور سنجش روایی همگرا، از بین ۴۱۲ نفر، ۵۰ نفر در کنار سوالات سازه‌های سلامت معنوی و روحی به سوالات پرسشنامه‌های نگرش معنوی و تصور از خدا نیز پاسخ دادند و در مرحله آخر برای بررسی پایایی بازآزمایی، از بین آزمودنی‌های پاسخ‌دهنده ۳۰ نفر به صورت در دسترس انتخاب شدند و به فاصله زمانی ۵ هفته مجدداً به سوالات پاسخ دادند.

جامعه آماری و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری این پژوهش شامل افراد بالای ۱۸ سال ساکن شهر تهران و کرج بود. در مورد حجم نمونه لازم برای تحلیل عاملی و مدل‌های ساختاری توافق کلی وجود ندارد، اما در تحلیل عاملی تاییدی حداقل حجم نمونه براساس عامل‌ها تعیین می‌شود نه متغیرها. اگر از مدل‌یابی معادلات ساختاری استفاده شود، حدود ۲۰ نمونه برای هر عامل لازم است. حجم نمونه توصیه شده برای تحلیل عامل تاییدی حدود ۲۰۰ نمونه برای ده عامل توصیه شده است (۲۹). بر این اساس در مرحله اول گروه نمونه‌ای شامل ۴۱۲ آزمودنی، ۱۱۹ مرد (۲۹ درصد) و ۲۹۳ زن (۷۱ درصد) با میانگین سنی ۳۲ سال با دامنه سنی ۱۸ تا ۶۷ سال، به صورت در دسترس

جدول ۱- ویژگی‌های جمعیت شناختی نمونه

متغیر	دانشجو	شاغل	غیر شاغل	متاهل	مجرد	زیردیپلم	دیپلم	فوق دیپلم	لیسانس	فوق لیسانس	دکتر
تعداد	۱۴۴	۱۹۲	۷۵	۲۲۲	۱۸۹	۶	۵۰	۴۰	۱۹۶	۹۰	۳۱
درصد	۳۵٪	۴۶٪	۱۹٪	۵۴٪	۴۶٪	۱٪	۱۲٪	۱۰٪	۴۸٪	۲۲٪	۷٪

مؤلفه توکل، توبه، ذکر، اصلاح و خودسازی، دعا و مناجات، شکر، صبر و رضا، عبادت، تعقل و تدبیر، تقوا طبقه‌بندی می‌شوند. روش پاسخ‌دهی در این مقیاس به این صورت می‌باشد که آزمودنی‌ها از بین گزینه‌های مطرح شده برای هر سوال یا عبارت نیمه تمام، با توجه به وضعیت رفتاری پایدار و غالب خود، یکی را به عنوان گزینه

ابزار پژوهش

مقیاس سازه‌های سلامت معنوی و روحی

این مقیاس در سال ۱۴۰۱ با هدف بررسی مهمترین سازه‌های رشد و سلامت روحی در ارتباط با خداوند، طراحی و اعتباریابی شده است. این پرسشنامه دارای ۳۸ سوال ۴ گزینه‌ای می‌باشد که در ۱۰

پرسشنامه تصور از خدا

لارنس در سال ۱۹۹۷ با تجزیه و تحلیل و هنجاریابی ۱۵۸۰ آزمودنی، مقیاس تصور از خدا را در ۲ بخش ۷۲ ماده‌ای و ۳۶ ماده‌ای ساخت و همبستگی درونی آن را به دست آورد. آلفای کرونباخ محاسبه شده برای هر کدام از مولفه‌های حضور، چالش، پذیرندگی، خیرخواهی، تاثیرپذیری، مشیت الهی به ترتیب ۰/۹۵، ۰/۸۰، ۰/۸۳، ۰/۸۴، ۰/۸۹، ۰/۸۹، ۰/۸۹ به دست آمد. صادقی (۱۳۸۴) با توجه به فرهنگ جامعه اسلامی، مقیاس ۷۲ ماده‌ای را در شش زیرمقیاس و به صورت مقیاسی ۳۳ ماده‌ای بازسازی کرده است. شیوه نمره‌گذاری این مقیاس به صورت یک طیف ۵ درجه‌ای لیکرت از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم می‌باشد. پایایی این آزمون پس از ۲ بار اجرا ۰/۸۷ به دست آمد و برای زیرمقیاس‌های تاثیرپذیری ۰/۵۴، مشیت الهی ۰/۶۴، پذیرندگی ۰/۶۶، حضور ۰/۵۴، چالش ۰/۴۲، خیرخواهی ۰/۵۲ به دست آمد (۲۰).

نتایج

در پژوهش حاضر جهت بررسی اعتبار مولفه‌ها از تحلیل عاملی تاییدی استفاده شده است. زیرا در انجام این نوع از تحلیل، پیش فرض اساسی محقق آن است که هر عاملی با زیرمجموعه خاصی از متغیرها ارتباط داشته و حداقل شرط لازم این است که محقق در مورد تعداد عامل‌های مدل قبل از انجام تحقیق، پیش فرض معینی داشته باشد. در واقع تحلیل اکتشافی وقتی به کار می‌رود که پژوهشگر شواهد کافی قبلی و پیش تجربی برای تشکیل فرضیه درباره تعداد عامل‌های زیربنایی داده‌ها نداشته و به واقع مایل باشد درباره تعیین تعداد یا ماهیت عامل‌هایی که همپراشی بین متغیرها را توجیه می‌کنند، داده‌ها را بکاود. بنابراین تحلیل اکتشافی بیشتر به عنوان یک روش تدوین و تولید تئوری و نه یک روش آزمون تئوری در نظر گرفته می‌شود. اما در تحلیل عاملی تاییدی پژوهشگر به دنبال تهیه مدلی است که فرض می‌شود داده‌های تجربی را بر پایه چند پارامتر نسبتاً اندک، توصیف، تبیین یا توجیه می‌کند. این مدل مبتنی بر اطلاعات پیش تجربی درباره ساختار داده‌ها است که می‌تواند به شکل (۱) یک تئوری یا فرضیه (۲) یک طرح طبقه‌بندی‌کننده معین برای گویه‌ها یا پاره تست‌ها در انطباق با ویژگی‌های عینی شکل و محتوا و (۳) شرایط معلوم تجربی و ... باشد (۳۰). بنابراین با توجه به اینکه در این پژوهش مولفه‌ها و سوالات مربوط به هر کدام از آن‌ها از قبل مشخص شده و توسط متخصصین مورد بررسی قرار گرفته بودند، به منظور تعیین اعتبار مولفه‌ها از تحلیل عاملی تاییدی (Confirmatory Factor Analysis) استفاده شد. نتایج حاصل از بررسی این تحلیل نشان داد، تمام مولفه‌ها برازش خوبی دارند و هر کدام از آن‌ها با توجه به هدف در نظر گرفته شده، از توانایی سنجش مناسبی برخوردار می‌باشند. به جز ۲ سوال مربوط به مولفه‌های تعقل و تدبر و تقوا که به دلیل معنادار نبودن ضریب عاملی از مدل کنار گذاشته شدند.

کامل کننده آن سوال انتخاب می‌کنند. نمره‌گذاری پاسخ‌ها نیز بر اساس طیف لیکرت و به این صورت می‌باشد: نمره ۴ برای گزینه ۱، نمره ۳ برای گزینه ۲، نمره ۲ برای گزینه ۳ و نمره ۱ برای گزینه ۴.

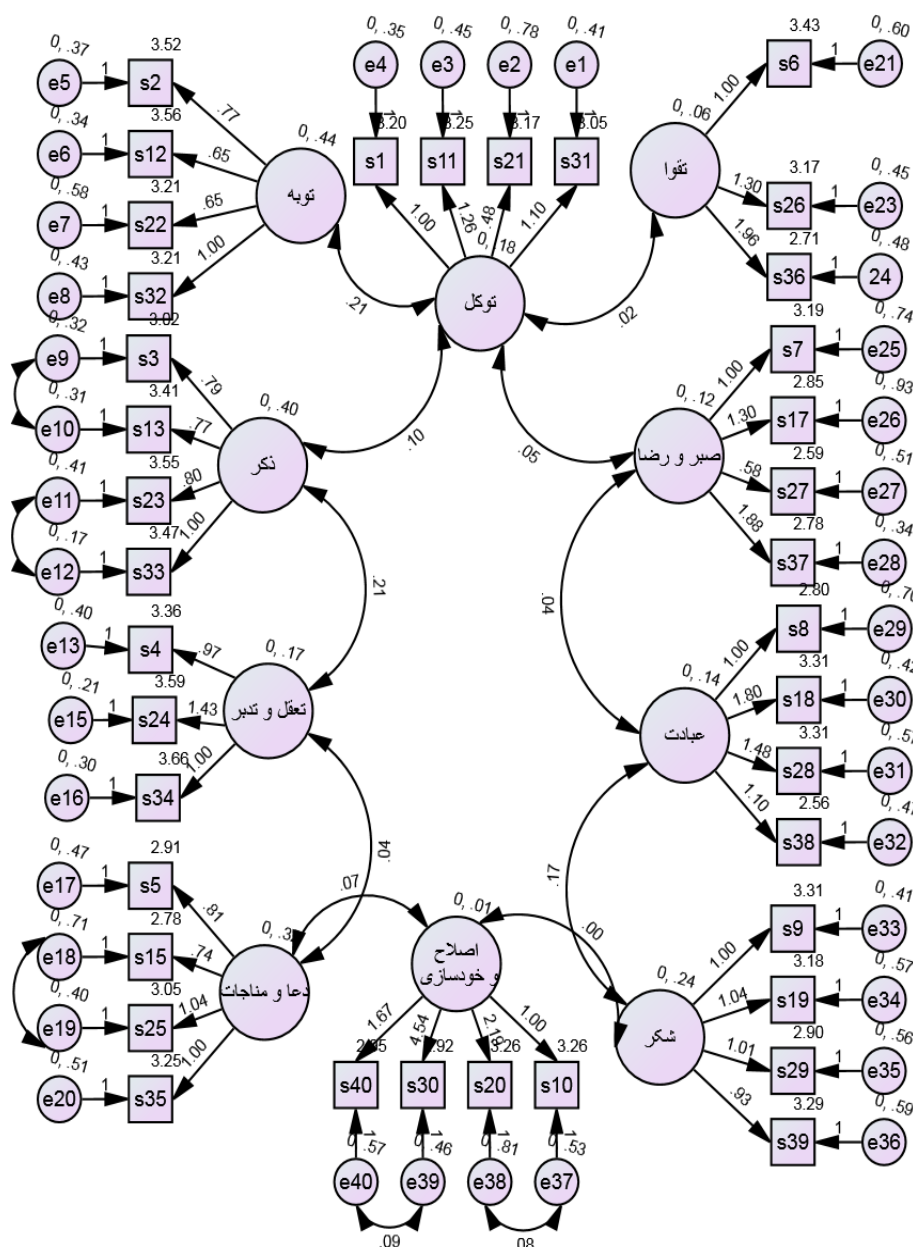
به جز سوالات ۳-۶-۳۳-۳۰-۲۷-۲۴-۲۱-۱۸-۱۵-۱۲-۹ که نمره‌گذاری آن‌ها به این صورت است: نمره ۱ برای گزینه ۱، نمره ۲ برای گزینه ۲، نمره ۳ برای گزینه ۳ و نمره ۴ برای گزینه ۴. روایی همگرایی مقیاس نیز به ترتیب از طریق سنجش همزمان آن با پرسشنامه تصور از خدا (۰/۶۷) و پرسشنامه نگرش معنوی (۰/۸۷) مورد ارزیابی قرار گرفت. همسانی درونی مقیاس بر حسب ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شد که این ضریب برای کل پرسشنامه (۰/۹۳) و برای هر کدام از مولفه‌های توکل، توبه، ذکر، اصلاح و خودسازی، دعا و مناجات، شکر، صبر و رضا، عبادت، تعقل و تدبر، تقوا بین ۰/۴۵ تا ۰/۸۰ به دست آمد. پایایی مقیاس نیز از طریق بازآزمایی و به فاصله زمانی ۵ هفته، ۰/۸۴ محاسبه شد. در این مقیاس علاوه بر ۱۰ نمره مربوط به مؤلفه‌ها، یک نمره کل با حداقل ۳۸ و حداکثر ۱۵۲ برای هر آزمودنی محاسبه می‌شود.

سوالات مربوط به هر مولفه به قرار زیر می‌باشد:

توکل (۱-۱۱-۳۱-۲۱)، توبه (۲-۳۲-۱۲-۱۲)، ذکر (۳-۱۳-۳۳-۲۳)، اصلاح و خودسازی (۴-۳۴-۲۴-۱۴)، دعا و مناجات (۵-۳۵-۲۵-۱۵)، شکر (۶-۳۶-۱۶-۲۶)، صبر و رضا (۷-۳۷-۱۷-۲۷)، عبادت (۸-۳۸-۲۸-۱۸)، تعقل و تدبر (۹-۳۹-۲۹-۱۹)، تقوا (۱۰-۳۰-۲۰-۳۰).

پرسشنامه سنجش نگرش معنوی

این پرسشنامه توسط شهیدی و فرج‌نیا (۱۳۹۱) با هدف سنجش تاثیر توجه به وجود و حضور خداوند بر زندگی و دیدگاه فرد و درک معنای زندگی، طراحی شده و شامل ۴۳ سوال به روش نمره‌گذاری لیکرت می‌باشد. نمره‌گذاری مربوط به پاسخ‌ها به صورت ۴ برای کاملاً موافقم، ۳ برای موافقم، ۲ برای تا حدودی موافقم، ۱ برای مخالفم، ۰ برای کاملاً مخالفم می‌باشد. به جز پاسخ‌های مربوط به سوالات ۵، ۱۰، ۱۵، ۲۰، ۲۵ که به صورت برعکس نمره‌گذاری می‌شوند. روایی صوری و محتوایی سوالات از طریق نظرخواهی از ۱۹ نفر از اساتید متخصص مورد بررسی قرار گرفت و پایایی آن به فاصله زمانی ۵ هفته، ۰/۶۱ گزارش شده است. با استفاده از تحلیل عوامل ۲ عامل "نگرش"، "توانایی"، مشخص گردید. سوالات مربوط به مؤلفه نگرش شامل: ۱-۳-۵-۶-۷-۹-۱۰-۱۳-۱۵-۱۶-۱۷-۱۹-۲۱-۲۲-۲۵-۲۶-۲۸-۳۰-۳۱-۳۲-۳۴-۳۷-۴۲-۴۳ و سوالات مربوط به مؤلفه توانایی شامل: ۲-۴-۸-۱۱-۱۲-۱۴-۱۸-۲۰-۲۳-۲۴-۲۷-۲۹-۳۳-۳۵-۳۶-۳۸-۳۹-۴۰-۴۱ می‌باشند. بر این اساس همسانی درونی برای کل پرسشنامه از طریق محاسبه آلفای کرونباخ، ۰/۹۱ و برای هر کدام از مؤلفه‌های نگرش، ۰/۹۰ و توانایی، ۰/۸۶ به دست آمده است. بر اساس نمونه این پژوهش نیز همسانی درونی برای کل پرسشنامه، ۰/۹۰ و برای هر کدام از مؤلفه‌های نگرش و توانایی به ترتیب ۰/۸۸ و ۰/۷۹ به دست آمد (۱۹).



نمودار ۲- مدل اندازه‌گیری پرسشنامه سازه‌های سلامت روحی با استفاده تحلیل معادلات ساختاری در حالت تخمین استاندارد

نتایج حاصل از این تحلیل در نمودار ۲ و جداول ۲ و ۳ گزارش شده است.

خروجی AMOS مدل اندازه‌گیری پرسشنامه سازه‌های سلامت روحی را در حالت تخمین استاندارد نشان می‌دهد (نمودار ۲). این نمودار دربرگیرنده متغیرهای مکنون یا عامل‌ها و مربع‌ها (S_1 تا S_{40}) گویه‌های پرسشنامه سازه‌های سلامت معنوی و روحی و پیکان‌های دو سویه همبستگی میان عامل‌ها را نشان می‌دهند. پیکان‌های یک‌سویه از دایره بزرگ به مربع‌ها نشان می‌دهد که گویه‌ها روی کدام عامل بار می‌گیرند؛ ارزش‌های نوشته شده روی پیکان‌های اخیر نشان‌دهنده ضریب همبستگی گویه‌ها با هریک از عوامل است و اعداد روی مربع‌ها، آن میزان از واریانس هریک از گویه‌ها را که توسط عامل قابل توضیح است، نشان می‌دهد.

پیکان‌های کوچک از سمت دایره‌های ۴۰ گانه به سمت مربع‌ها، واریانس باقیمانده (خطا) را نشان می‌دهد که به‌وسیله عامل تبیین نمی‌شود. مقادیر خطا از طریق کسر نمودن واریانس‌های تبیین شده از عدد ۱ به‌دست می‌آید. به این ترتیب گویه ۲۲، ۲۱ و ۲۵ به ترتیب دارای بیشترین واریانس خطا با مقادیر $0/90$ ، $0/72$ و $0/78$ هستند. جدول ۲ خلاصه نتایج حاصل از تحلیل عاملی را ارائه می‌دهد. شایان ذکر است که سوال ۱۴ از مؤلفه تعلل و تدبر و ۱۶ از مؤلفه تقوا به دلیل معنادار نبودن ضریب عاملی از مدل کنار گذاشته شد. برای آزمون اینکه مدل اندازه‌گیری پرسشنامه سازه‌های سلامت معنوی و روحی از برازش مناسبی برخوردار است؛ از شاخص‌های برازش مدل استفاده شد. در مدل‌یابی معادلات ساختاری با تأکید بر نرم‌افزار لیزرل باید برای تعیین برازش مدل از سه شاخص برازش

جدول ۲. وزن رگرسیونی و انحراف معیار و مقدار بوت استروپ عامل‌های و پرسشنامه سازه‌های سلامت معنوی و روحی

سطح معناداری	بوت استروپ	انحراف معیار	ضریب رگرسیون	عامل ها و گویه های متناظر هر عامل		
S۳۲	<---	توبه	۱			
S۲۲	<---	توبه	۰/۴۹۱	۰/۰۷۸	۸/۳۱۹	***
S۱۲	<---	توبه	۰/۵۹۷	۰/۰۶۶	۹/۸۱۹	***
S۲	<---	توبه	۰/۶۴۶	۰/۰۷۴	۱۰/۴۲۵	***
S۳۳	<---	ذکر	۱			
S۲۳	<---	ذکر	۰/۶۲۰	۰/۰۶۷	۱۱/۸۹۲	***
S۱۳	<---	ذکر	۰/۶۵۹	۰/۰۶۰	۱۲/۸۶۴	***
S۳	<---	ذکر	۰/۶۶۱	۰/۰۶۱	۱۲/۸۹۷	***
S۳۴	<---	تعقل و تدبیر	۱			
S۲۴	<---	تعقل و تدبیر	۰/۷۹۱	۰/۱۲۸	۱۱/۱۰۷	***
S۴	<---	تعقل و تدبیر	۰/۵۳۵	۰/۱۱۱	۸/۶۸۶	***
S۳۵	<---	دعا و مناجات	۱			
S۲۵	<---	دعا و مناجات	۰/۶۸۴	۰/۱۰۶	۹/۷۹۸	***
S۱۵	<---	دعا و مناجات	۰/۴۴۵	۰/۱۰۷	۶/۹۶۳	***
S۵	<---	دعا و مناجات	۰/۵۵۶	۰/۰۹۲	۸/۷۵۰	***
S۸	<---	عبادت	۱			
S۱۸	<---	عبادت	۰/۷۲۴	۰/۲۴۳	۷/۳۸۰	***
S۲۸	<---	عبادت	۰/۵۹۵	۰/۲۱۳	۶/۹۱۲	***
S۳۸	<---	عبادت	۰/۵۱۸	۰/۱۶۹	۶/۵۰۵	***
S۷	<---	صبر و رضا	۱			
S۱۷	<---	صبر و رضا	۰/۴۲۴	۰/۲۶۳	۴/۹۲۹	***
S۲۷	<---	صبر و رضا	۰/۲۷۱	۰/۱۵۳	۳/۷۸۳	***
S۳۷	<---	صبر و رضا	۰/۷۴۹	۰/۳۵۵	۵/۲۸۷	***
S۶	<---	تقوا	۱			
S۲۶	<---	تقوا	۰/۴۳۶	۰/۳۹۷	۳/۲۸۰	۰/۰۰۱
S۳۶	<---	تقوا	۰/۵۸۰	۰/۶۶۷	۲/۹۴۰	۰/۰۰۳
S۹	<---	شکر	۱			
S۱۹	<---	شکر	۰/۵۵۵	۰/۱۲۰	۸/۶۸۴	***
S۲۹	<---	شکر	۰/۵۴۵	۰/۱۱۷	۸/۵۶۷	***
S۳۹	<---	شکر	۰/۵۰۷	۰/۱۱۵	۸/۱۱۳	***
S۱	<---	توکل	۱			
S۱۱	<---	توکل	۰/۶۲۲	۰/۱۳۵	۹/۳۹۶	***
S۲۱	<---	توکل	۰/۲۲۴	۰/۱۲۱	۳/۹۸۶	***
S۳۱	<---	توکل	۰/۵۸۹	۰/۱۲۲	۹/۲۵۶	***
S۱۰	<---	اصلاح و خود سازی	۱			
S۲۰	<---	اصلاح و خود سازی	۰/۲۷۵	۰/۷۸۰	۲/۸۰۴	۰/۰۰۵
S۳۰	<---	اصلاح و خود سازی	۰/۶۱۶	۱/۵۲۲	۲/۹۸۱	۰/۰۰۳
S۴۰	<---	اصلاح و خود سازی	۰/۲۵۲	۰/۶۴۶	۲/۵۸۹	۰/۰۱۰

۰/۹۵ است که نشان‌دهنده قابل قبول بودن این میزان برای برازش مطلوب مدل است. مقدار ریشه میانگین مربعات خطای برآورد (RMSEA) که شاخص دیگر نیکویی برازش است نیز ۰/۰۴۲ می‌باشد که با توجه به اینکه کمتر از ۰/۰۸ است، قابل قبول بوده و نشان‌دهنده تأیید مدل پژوهش می‌باشد. دیگر شاخص‌های نیکویی

مطلق (Absolute Index)، تطبیقی (Comparative Index) و مقتصد (Parsimonious Index) استفاده کرد. براساس نتایج جدول ۳، مقدار آماره χ^2 برابر با ۱۷۲۸/۱۶ با درجه آزادی ۹۶۳ برابر با ۰/۷ است. با توجه به این که این مقدار کمتر از ۳ قرار دارد که نشان‌دهنده تأیید مدل می‌باشد. شاخص نیکویی برازش (GFI)

توبه، ذکر، اصلاح و خودسازی، دعا و مناجات، شکر، صبر و رضا، عبادت، تعقل و تدبیر، تقوا در جدول ۴ نشان داده شده است. با توجه به همسانی درونی قابل قبول سوالات و مؤلفه‌ها، از این مقیاس ۱۱ نمره، شامل یک نمره کل و ۱۰ نمره برای هر یک از مؤلفه‌ها به‌دست می‌آید که نتایج آن در جدول ۵ گزارش شده است.

روایی همگرایی مقیاس سازه‌های سلامت معنوی و روحی از طریق اجرای همزمان پرسشنامه‌های نگرش معنوی و تصور از خدا، بر روی ۵۰ آزمودنی محاسبه شد. نتایج ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که بین نمره آزمودنی‌ها در مقیاس سازه‌های سلامت معنوی و روحی با نگرش معنوی و تصور مثبت از خدا، همبستگی مثبت معنادار وجود دارد. همچنین ضریب پایایی مقیاس به روش بازآزمایی و به فاصله زمانی ۵ هفته، ۰/۸۴ به‌دست آمد که نتایج آن در جدول ۶ گزارش شده است.

برازش برای معادلات ساختاری بدین صورت است که مقدار شاخص توکر- لویس (TLI) ۰/۹۲؛ شاخص برازش بنتلر- بونت (BBI) ۰/۹۴؛ شاخص برازش تطبیقی (CFI) ۰/۹۵ و شاخص برازش مقتصد هنجار شده (PNFI) ۰/۷۳ است که همگی نشان‌دهنده برازش مطلوب و تأیید مدل اندازه‌گیری پرسشنامه سازه‌های سلامت معنوی و روحی می‌باشد.

محاسبه ضریب همبستگی پیرسون بین ۱۰ مؤلفه تأیید شده با هم و با نمره کل، نشان داد که تمام ضرایب به‌دست آمده معنادار می‌باشد، که نتایج آن در جدول ۴ گزارش شده است.

برای سنجش همسانی درونی مقیاس نیز از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که نتایج حاصل از آن نشان داد، همسانی درونی برای کل مقیاس، ۰/۹۳ و برای هر کدام از مؤلفه‌های توکل،

جدول-۳. شاخص‌های برازش مدل به کمک نرم افزار AMOS

شاخص برازش	میزان	ملاک	تفسیر
χ^2	۱۷۲۸/۱۶ با درجه آزادی ۹۶۳	$\chi^2/df = ۱/۷۹$	برازش مطلوب
شاخص نیکویی برازش (GFI)	۰/۹۵	بیش از ۰/۹۰	برازش مطلوب
شاخص توکر- لویس (TLI)	۰/۹۲	بیش از ۰/۹۰	برازش مطلوب
شاخص برازش بنتلر- بونت (BBI)	۰/۹۴	بیش از ۰/۹۰	برازش مطلوب
شاخص برازش تطبیقی (CFI)	۰/۹۵	بیش از ۰/۹۰	برازش مطلوب
ریشه میانگین مربعات خطای برآورد (RMSEA)	۰/۰۴۲	کمتر از ۰/۰۸	برازش مطلوب
شاخص برازش مقتصد هنجار شده (PNFI)	۰/۷۳	بیشتر از ۰/۰۵	برازش مطلوب

جدول-۴. ضرایب همبستگی بین مؤلفه‌ها و نمره کل

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱
۱. توکل	-										
۲. توبه	۰/۶۱ ^{xx}	-									
۳. ذکر	۰/۷۰ ^{xx}	۰/۶۶ ^{xx}	-								
۴. تعقل و تدبیر	۰/۵۱ ^{xx}	۰/۴۸ ^{xx}	۰/۵۸ ^{xx}	-							
۵. دعا و مناجات	۰/۶۶ ^{xx}	۰/۶۳ ^{xx}	۰/۷۰ ^{xx}	۰/۵۴ ^{xx}	-						
۶. تقوا	۰/۴۳ ^{xx}	۰/۴۶ ^{xx}	۰/۳۸ ^{xx}	۰/۴۰ ^{xx}	۰/۴۰ ^{xx}	-					
۷. صبر و رضا	۰/۵۶ ^{xx}	۰/۵۰ ^{xx}	۰/۵۴ ^{xx}	۰/۳۵ ^{xx}	۰/۵۱ ^{xx}	۰/۴۶ ^{xx}	-				
۸. عبادت	۰/۷۱ ^{xx}	۰/۶۳ ^{xx}	۰/۷۷ ^{xx}	۰/۵۳ ^{xx}	۰/۷۱ ^{xx}	۰/۴۳ ^{xx}	۰/۵۳ ^{xx}	-			
۹. شکر	۰/۶۴ ^{xx}	۰/۵۷ ^{xx}	۰/۶۸ ^{xx}	۰/۵۴ ^{xx}	۰/۶۷ ^{xx}	۰/۴۱ ^{xx}	۰/۴۶ ^{xx}	۰/۶۶ ^{xx}	-		
۱۰. اصلاح و خودسازی	۰/۴۶ ^{xx}	۰/۴۴ ^{xx}	۰/۴۶ ^{xx}	۰/۴۸ ^{xx}	۰/۴۹ ^{xx}	۰/۴۳ ^{xx}	۰/۴۴ ^{xx}	۰/۵۴ ^{xx}	۰/۴۴ ^{xx}	-	
۱۱. نمره کل	۰/۸۳ ^{xx}	۰/۷۹ ^{xx}	۰/۸۸ ^{xx}	۰/۷۰ ^{xx}	۰/۸۴ ^{xx}	۰/۶۳ ^{xx}	۰/۷۰ ^{xx}	۰/۸۶ ^{xx}	۰/۸۰ ^{xx}	۰/۶۵ ^{xx}	-

**P<0/01

جدول-۵. ضریب آلفای کرونباخ مؤلفه‌های مقیاس سازه‌های سلامت معنوی و روحی و کل آزمون

توکل	توبه	ذکر	تعقل و تدبیر	دعا و مناجات	تقوا	صبر و رضا	عبادت	شکر	اصلاح و خودسازی	کل
۰/۷۱	۰/۷۳	۰/۸۰	۰/۵۵	۰/۶۶	۰/۴۵	۰/۵۰	۰/۶۶	۰/۶۷	۰/۴۸	۰/۹۳
۱۲/۶۷	۱۳/۵۲	۱۳/۴۵	۱۳/۶۲	۱۱/۹۷	۱۲/۳۷	۱۱/۴۱	۱۱/۹۸	۱۲/۶۷	۱۲/۳۸	۱۲۶/۰۹
۲/۵۳	۲/۴۱	۲/۵۹	۲/۱۵	۲/۵۲	۱/۹۷	۲/۳۴	۲/۶۵	۲/۴۳	۲/۰۹	۱۸/۳۶

جدول-۶. ضرایب همبستگی همگرا

متغیر	نگرش معنوی	تصور از خدا	سلامت معنوی و روحی ۲
سلامت معنوی و روحی	۰/۸۷ ^{**}	۰/۶۷ ^{**}	۰/۸۴ ^{**}

**P<0/01

بحث

در پژوهش حاضر با هدف سنجش سازه‌های رشد و سلامت معنوی و روحی در ارتباط با خداوند، سؤالاتی طراحی شد و مورد اعتباریابی قرار گرفت. یافته‌های حاصل، ویژگی‌های روانسنجی مقیاس سازه‌های سلامت معنوی و روحی شامل روایی سازه، روایی همگرا، همسانی درونی و پایایی-بازآزمایی را در نمونه‌ای از جمعیت عمومی تأیید کرد. نتایج مربوط به روایی سازه با روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی، علاوه بر یک عامل کلی سلامت معنوی و روحی، وجود ۱۰ مؤلفه توکل، توبه، ذکر، اصلاح و خودسازی، دعا و مناجات، شکر، صبر و رضا، عبادت، تعقل و تدبیر، تقوا را به جز ۲ سوال مربوط به سازه‌های تقوا و تعقل و تدبیر، تأیید کرد. همسانی درونی مؤلفه‌های مقیاس نیز بر حسب ضرایب آلفای کرونباخ محاسبه شد و مورد تأیید قرار گرفت. همچنین پایایی بازآزمایی آن بر اساس محاسبه ضریب همبستگی بین نمره‌های تعدادی از آزمودنی‌ها در دو نوبت و به فاصله زمانی ۵ هفته در سطح ۰/۰۰۱ معنادار محاسبه شد. روایی همگرایی مقیاس نیز از طریق اجرای همزمان آن با پرسشنامه‌های نگرش معنوی و تصور از خدا، محاسبه شد. نتایج ضرایب همبستگی پیرسون نشان داد که بین نمره آزمودنی‌ها در مقیاس سازه‌های سلامت معنوی و روحی با تصور مثبت از خدا همبستگی مثبت معنادار وجود دارد.

یافته‌های این پژوهش همسو با پژوهش‌هایی است که بیان می‌کنند یکی از عوامل موثر بر رابطه افراد با خداوند، نوع تصویری است که از او دارند. اصطلاح تصور از خدا می‌تواند به عنوان شناخت هیجانی افراد از خدا تعریف شود و بیشتر بر پایه تجارب هیجانی و عاطفی فرد مبتنی است (۳۱). زمانی که افراد از خداوند تصور منفی دارند به صورت تلویحی، ترس از تنبیه و طرد از سوی خدا توسط افراد مدنظر قرار می‌گیرد و این افراد خدا را بیشتر به عنوان منبعی از درد و تنبیه در نظر می‌گیرند تا منبعی از عشق و محبت. این در حالی است که وقتی از خداوند تصور مثبت دارند معنایی مثبتی بر یک رابطه عاشقانه با خدا نیز همراه آن است. کسی که خود را در هاله‌ای از لطف خداوند می‌یابد و او را همواره به خویش نزدیک می‌بیند، هیچگاه احساس بی‌پناهی و طردشدگی نمی‌کند و این طرز تلقی به انسان احساس آرامش می‌دهد و او را از گسیختن رشته‌های تعادل روانی و امنیت درون باز می‌دارد (۳۲). Flannelly و همکاران (۲۰۱۰) به این نتیجه رسیدند که هر چه فرد بیشتر معتقد باشد که خداوند نزدیک و دوست داشتنی است، تمام علائم روانی به خصوص اضطراب اجتماعی او به طور قابل ملاحظه‌ای کاهش پیدا می‌کند. چرا که این اعتقاد به فرد حس امنیت و اطمینان را در مقابل دنیای خطرناک می‌دهد. بدیهی است فردی که احساس می‌کند خداوند در زندگی حضور دائمی دارد و هر اتفاقی که در زندگی‌اش بیفتد، خداوند در کنار اوست و او را یاری می‌کند، رضایت بالاتری از زندگی خواهد داشت تا فردی که احساس کند به حال خود گذاشته شده و هیچکس او را یاری نمی‌کند (۳۳). افرادی که

تصور مثبتی از خدا دارند به طور موثرتری با شرایط کنار می‌آیند و سلامت روانی بیشتری نسبت به کسانی که تصور منفی از خدا دارند، خواهند داشت (۳۴).

همچنین نتایج ضرایب همبستگی پیرسون نشان داد که بین نمره آزمودنی‌ها در مقیاس سازه‌های سلامت معنوی و روحی با نگرش معنوی رابطه مثبت معنادار وجود دارد. این یافته نیز مطابق با پژوهش‌هایی است که معنویت را یک مسیر و فرایند رشد با هدف رسیدن به تعالی و شناخت هر چه بیشتر خداوند و نزدیک شدن به او می‌دانند. زمینه مورد نیاز برای قرار گرفتن در این فرایند به صورت گرایش‌های بالقوه در وجود انسان نهاده شده و اولین مرحله پس از توجه به این گرایش‌ها، دست یافتن به نگرش معنوی و در مرحله بعد عمل کردن و رفتار کردن بر اساس آن نگرش است. در واقع نگرش معنوی ناشی از عمق آگاهی انسان و شناخت او است که از سطح و ظاهر اشیا و امور عبور می‌کند و به درون، ذات و ماهیت آن‌ها با هدف جستجوی علت و معنا نفوذ می‌کند. هر چه گرایش‌ها و نگرش‌های معنوی انسان پایه و زیربنای اعتقادی (اعتقاد به وجود و حضور خداوند) و فکری (تفکر و دانش درباره آفرینش و معنای آن) پیدا کنند، فرد بیشتر و عمیق‌تر در جریان فرایند رشد معنوی قرار می‌گیرد. این قرار گرفتن در فرایند رشد معنوی توجه و ایمان به خداوند و درک حضور او در زندگی، تاثیر عمیقی بر دیدگاه و رفتار فرد در مورد خودش و روابطش با انسان‌های دیگر می‌گذارد و راه پیدا کردن هدف و معنای صحیح برای زندگی را به او نشان می‌دهد (۱). بنابراین هر چه تصور فرد از خدا و رابطه با او مثبت‌تر باشد و از نگرش معنوی بالاتری برخوردار باشد، به طرز معناداری از سازه‌هایی مانند توکل، دعا و نیایش، ذکر، صبر، تقوا، توبه، شکر و ... استفاده خواهد کرد.

نتیجه‌گیری

پیامدهای این پژوهش در دو سطح نظری و کاربردی قابل استفاده خواهند بود. در سطح نظری این مقیاس می‌تواند جهت گسترش و غنی سازی نظریه مربوط به بُعد متعالی وجود انسان و سلامت معنوی و روحی مورد استفاده قرارگیرد و در سطح کاربردی نیز به عنوان مقیاسی معتبر و مختصر می‌تواند برای بررسی موضوعات مربوط به رابطه انسان با خدا و تاثیر این ارتباط بر سلامت فرد و پیشگیری از آسیب‌ها مورد استفاده قرارگیرد. با وجود نتایج پژوهش حاضر در تأیید پایایی و روایی و ساختارعاملی مقیاس سازه‌های سلامت معنوی و روحی، با محدودیت‌های مقدماتی بودن این مشخصه‌ها روبرو هستیم. بنابراین تدارک طرح‌های پژوهشی به منظور تکمیل فرایند اعتباریابی این مقیاس لازم می‌باشد.

تشکر و قدردانی: از تمامی افراد شرکت‌کننده در این پژوهش و اساتید محترمی که در زمینه بررسی روایی صوری و محتوایی سؤالات همکاری کردند و همچنین از استاد بزرگوار جناب آقای

تضاد منافع: نویسنده تصریح می‌کند که هیچ‌گونه تضاد منافی در مطالعه حاضر وجود ندارد.

دکتر شهریار شهیدی برای همفکری و راهنمایی‌های بسیار دقیق و تاثیرگذارشان صمیمانه سپاسگزارم.

منابع

1. Farajnia S. Psychology and transcendent tendencies, first edition. Tehran: Zarrin Andishmand Publications, 2021.
2. Malekian M. An Introduction to the Books "Richness is in Sufficiency" (Thoreau's Alternative Economics), by Samuel Alexander, translated by Gholam Ali Kashani. Tehran: Negahe Moaser Publications, 2017.
3. Motahari, M. An Introduction to the Islamic Worldview (1): Man and Faith; 37th Edition. Tehran: Sadra Publications, 2010.
4. Najati MU. Quran and Psychology, translated by Abbas Arab. third edition, Mashhad: Astan Quds Razavi Islamic Research Foundation, 1993.
5. Richards PS, Bergin AE, eds. Religious diversity and psychotherapy: Conclusions, recommendations, and future directions, 2014.
6. Kirkpatrick LA, Shaver PR. An attachment-theoretical approach to romantic love and religious belief. *Personality and Social Psychology Bulletin*. 1992;18(3):266-75.
7. Bradshaw M, Ellison CG, Flannelly KJ. Prayer, God imagery, and symptoms of psychopathology. *Journal for the Scientific Study of Religion*. 2008;47(4):644-59.
8. Burton LA, Fitchett G, Sivan AB. The religious needs and resources of psychiatric patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 1997;185:320-6.
9. Rosmarin DH, Koenig HG, eds. Handbook of religion and mental health. Elsevier, 1998.
10. Maslow AH. Motivation and personality (3rd ed). New York: Harper & Row, 1987.
11. Shojaii M, Theory of spiritual needs from Islamic point of View and its correspondence with Mazlov's needs hierarchy. 2008;1(1):87-116.
12. Shahidi Sh, Farajnia S. Psychology and transcendence: Role of "the soul" and related aspects in human development. *Rooyesh*. 2015;3(4):3-44.
13. Spilka B, Ladd, K. Psychology of Prayer and Benediction (A Scientific Approach), translated by Rahimi M, Farajnia S, Asadpour M. Tehran: Arjmand Publications, 2021.
14. Büssing A, Balzat HJ, Heusser P. Spiritual needs of patients with chronic pain diseases and cancer-validation of the spiritual needs questionnaire. *European journal of medical research*. 2010;15(6): 266-73.
15. Peterman AH, Fitchett G, Brady MJ, Hernandez L, Cella D. Measuring spiritual well-being in people with cancer: the functional assessment of chronic illness therapy—Spiritual Well-being Scale (FACIT-Sp). *Annals of behavioral medicine*. 2002; 24(1):49-58.
16. Hardt J, Schultz S, Xander C, Becker G, Dragan M. The spirituality questionnaire: Core dimensions of spirituality. *Psychology*. 2012;3(1):116-22.
17. Plante TG, Boccaccini M. Reliability and validity of the Santa Clara strength of religious faith questionnaire. *Pastoral Psychology*. 1997;45(6): 429-37.
18. Joshanlou M, Kalhorinia golkar M, Nazemi S. Investigating statistical features of Santa Clara's power of religiousfaith questionnaire among Iranian students. *Journal of Studies in Islam and Psychology*. 2012;6(11):147-63.
19. Shahidi Sh, Farajnia S. Construction and validation of a Spiritual Perspective Assessment Questionnaire; *Journal of Psychology and Religion*. 2012;5(3):97-115.
20. Sadeghi MS, Mazaheri MA, Heidari M. The Imagination of God in different methods of religious education. *Journal of Psychology*. 2007;11(4):362-80.
21. Dehshiri GR, Najafi M, Sohrabi F, Taraghijah S. Development and Validation of the Spiritual Well-being Questionnaire among University students. *Journal of Psychological Studies*. 2013;9(4):73-98.
22. Pasandideh A, Mazaheri MA, Sadeghi MS. Triangle of faith: a dimensional model of human's relationship with God. Qom: Dar al-Hadith Publications, 2011.
23. Ghobary Bonab B, Yousefi Namini AS. Relationship Between Attachment to God and Reliance on God. *Journal of Psychology and Educational Sciences*. 2009;39(3):121-41.
24. Rowatt W, Kirkpatrick LA. Two dimensions of attachment to God and their relation to affect, religiosity, and personality constructs. *Journal for the scientific study of religion*. 2002;41(4):637-51.
25. Jan Bozorgi M, Sarabadani Tafreshi A. Validity and reliability of factor analysis of god image- god concept for spiritual interventions survey. *Journal of Psychometrics*. 2020;9(33):45-62.
26. Sayehmiri K, Taghinejad H, Tavan H, Mousavi Moghadam SR, Mohammadi I, Ahmadi Z. Validation study of spiritual health questionnaire from Islamic view. *Medical Science Journal of Islamic Azad Univesity-Tehran Medical Branch*. 2016;26(2):109-15.
27. Farajnia S, Shahidi Sh. Definition of mental health structures based on Islamic sources. *Journal of Psychological Knowledge*. 2019;4(11):35-40.
28. Hajizadeh E, Asghari M. Methods and statistical analysis with a focus on research methods in biological and health sciences. Tehran: University Jihad Publications, 2011.
29. Habibi A. LISREL Practical Education. Second Edition; Pars Modir Scientific Research Center, 2012.
30. Hooman HA. Structural Equation Modeling Using LISREL Software. Third Edition; Tehran: Samt Publications, 2009.

31. Schaap-Jonker H, Eurelings-Bontekoe E, Verhagen PJ, Zock H. Image of God and personality pathology: An exploratory study among psychiatric patients. *Mental Health, Religion & Culture*. 2002;5(1):55-71.

32. Khaksari Z, Khosravi Z. God and positive and negative perception of him and its relationship with students' self-esteem and mental health. *Journal of Religion Psychology*. 2012;5(2):83-98.

33. Flannelly KJ, Galek K, Ellison CG, Koenig HG. Beliefs about God, psychiatric symptoms, and evolutionary psychiatry. *Journal of Religion and Health*. 2010;49(2):246-61.

34. Radi M, Hosseinsabet F, Borjali A. Examining the Relationship between Early Maladaptive Schemas and God Image in Shiraz University Students. *Clinical Psychology Studies*. 2015;4(15): 43-60.

پيوست

مقیاس سازه‌های سلامت معنوی و روحی

پاسخ دهنده گرامی:

پرسشنامه حاضر شامل عبارت هایی به همراه گزینه های مربوط به هر کدام می باشد که لازم است شما پس از خواندن هر عبارت، از بین گزینه های مطرح شده حتما یکی را به عنوان گزینه کامل کننده آن عبارت انتخاب کنید. لطفا در انتخاب گزینه ها، وضعیت پایدار و غالب خود را از نظر افکار، احساسات و رفتار تان در نظر بگیرید. در این پرسشنامه پاسخ درست و غلط وجود ندارد و لطفا با توجه به تجارب و رفتار های خودتان، گزینه مرتبط با هر عبارت را انتخاب کنید. خواهشمند است به همه سوالات صادقانه پاسخ دهید و اگر در مورد سوالی شک و تردید دارید، آنچه که به نظر تان واکنش غالب شماست را انتخاب کنید. فرم ها فاقد نام و نام خانوادگی است و پاسخهای شما محرمانه خواهد ماند.

(۱) در انجام کارها و اتخاذ تصمیم هایم، اطمینان به خداوند و توکل به او مهم ترین ملاک و پشتیبان برای من ...

۱. محسوب می شود و حس امید و نشاط را در من ایجاد می کند.
۲. محسوب می شود و نگرانی هایم را کاهش می دهد.
۳. محسوب می شود ولی نگرانی هایم را کاهش نمی دهد.
۴. محسوب نمی شود و نگرانی هایم را کاهش نمی دهد.

(۲) در اکثر مواقع پس از ارتکاب گناه و یا انجام خطا، به راحتی متوجه گناه یا خطایم ...

۱. می شوم و نزد خداوند متعهد می شوم که دیگر آن ها را تکرار نکنم.
۲. نمی شوم ولی هنگام آگاهی از آن، نزد خداوند متعهد می شوم که دیگر آن ها را تکرار نکنم.
۳. می شوم ولی نیازی به متعهد شدن نزد خداوند برای تکرار نکردن آن ها ندارم.
۴. نمی شوم و هنگام آگاهی از آن هم نیازی به متعهد شدن نزد خداوند برای تکرار نکردن آنها ندارم.

(۳) یاد خدا با من است و از او غافل نیستم.

۱. به ندرت یا هرگز
۲. گاهی اوقات
۳. اکثر اوقات
۴. همیشه

(۴) اصلاح و خودسازی از اهداف مهم من در زندگی است زیرا ...

۱. رشد و تکامل شخصی و روانشناختی برایم اولویت دارد.
۲. رشد اخلاقی و اثربخشی اجتماعی برایم اولویت دارد.
۳. پیشرفت و استفاده بیشتر از امکانات رفاهی برایم اولویت دارد.
۴. نیازی به اصلاح و خودسازی ندارم.

(۵) در اکثر مواقع شرایطی که بیشترین احساس نیاز برای دعا و مناجات با خدا را در من ایجاد می کند ...

۱. قرار گرفتن در ارتباطی عمیق و صمیمانه با اوست.
۲. قدردانی و تشکر از نعماتی که به من داده است.
۳. بر طرف شدن کمبودها و مشکلات زندگی ام است.
۴. نیازی به ارتباط با خدا و دعا کردن ندارم.

(۶) شکرگزاری و قدردانی از نعمات خداوند برای من ...

۱. ارزش خاصی ندارد.
۲. انجام وظیفه محوله است.
۳. تلاش برای حفظ رابطه با او و تقویت آن است.
۴. ابراز عشق، علاقه و محبت است.

(۷) هنگامی که در زندگی با مصیبتی روبرو می‌شوم، ...

۱. صبور هستم و تلاش می‌کنم که بفهمم چرا دچار این مصیبت شده‌ام.
۲. صبور هستم و تسلیم تقدیر و سرنوشت خود می‌شوم.
۳. صبور نیستم ولی چاره‌ای جز تحمل رنج مصیبت را ندارم.
۴. صبور نیستم و تحت هیچ شرایطی نمی‌خواهم مصیبت وارده را بپذیرم.

(۸) اکثر اوقات رفتار و فعالیت‌های من عبادت محسوب می‌شود زیرا با یاد خداوند و به نیت نزدیکی به او آنها را انجام می‌دهم.

۱. موافقم
۲. تا حدودی موافقم
۳. نظری ندارم
۴. مخالفم

(۹) وقتی به پدیده‌های جهان پیرامونم توجه می‌کنم، تعقل و تدبیر در بعد الهی آفرینش برایم ...

۱. اهمیت پیدا نمی‌کند و علاقه‌ای هم به کنکاش در ابعاد فیزیکی پدیده‌ها ندارم.
۲. اهمیت پیدا نمی‌کند ولی کنکاش در ابعاد فیزیکی پدیده‌ها در من انگیزه ایجاد می‌کند.
۳. اهمیت پیدا می‌کند ولی در من انگیزه برای کنکاش و جستجو ایجاد نمی‌کند، چون سندی است برای اثبات قدرت خداوند.
۴. اهمیت پیدا می‌کند و در من انگیزه برای کنکاش و جستجو ایجاد می‌کند.

(۱۰) موقعیت‌هایی که تمایلات و خواسته‌های دنیوی ام را برمی‌انگیزد، ...

۱. می‌شناسم و با کنترل کردن تمایلاتم، آن موقعیت را در دست می‌گیرم.
۲. می‌شناسم و از آن موقعیت اجتناب می‌کنم.
۳. می‌شناسم ولی نیازی به کنترل کردن تمایلاتم ندارم.
۴. نمی‌شناسم و نیازی هم به کنترل کردن تمایلاتم ندارم.

(۱۱) با توکل به خدا ...

۱. امور زندگیم را به او می‌سپارم و این کار در کنار ایجاد حس آرامش، قدرت و مسئولیت‌پذیری مرا نیز افزایش می‌دهد.
۲. امور زندگیم را به او می‌سپارم و این کار در کنار ایجاد حس آرامش، بار مسئولیت را برای من سبک‌تر می‌کند.
۳. امور زندگیم را به او می‌سپارم ولی اینکار حس آرامش را در من ایجاد نمی‌کند.
۴. به طور کلی من امور زندگیم را به خداوند نمی‌سپارم.

(۱۲) به خاطر گناهان و یا خطاهایی که مرتکب شده‌ام (یا می‌شوم)...

۱. از خداوند طلب عفو نمی‌کنم و در مقابل خطاهایم نیز احساس مسئولیت نمی‌کنم.
۲. از خداوند طلب عفو نمی‌کنم ولی در مقابل خطاهایم احساس مسئولیت می‌کنم.
۳. از خداوند طلب عفو می‌کنم و در نتیجه احساس مسئولیتم در مقابل خطاهایم کاهش می‌یابد.
۴. از خداوند طلب عفو می‌کنم و در مقابل خطاهایم احساس مسئولیت می‌کنم.

(۱۳) به حضور خداوند ...

۱. به طور مستمر در زندگی روزمره‌ام توجه دارم.
۲. در برخی موقعیت‌ها و لحظات زندگی روزمره‌ام توجه دارم.
۳. تنها در موقعیت‌های خاص یا بحرانی توجه دارم.
۴. توجه خاصی ندارم.

(۱۴) در مقابل اشتباهاتم بیشتر...

۱. سعی می‌کنم عوامل درونی و نقاط ضعف خود را شناسایی و بر طرف کنم.
۲. سعی می‌کنم عوامل بیرونی و محیطی به وجود آورنده آن اشتباه را شناسایی کنم و تغییر دهم.
۳. سعی می‌کنم از موقعیت‌هایی که باعث تکرار آن اشتباه می‌شود، پرهیز کنم.
۴. سعی می‌کنم بی‌توجه باشم و خودم را درگیر نکنم.

(۱۵) در رابطه با دعا و مناجات با خداوند ...

۱. غالباً به دعا و مناجات نمی‌پردازم.
۲. بیشتر بنا به توصیه‌ها و موقعیت‌های مذهبی به دعا و مناجات می‌پردازم.
۳. بیشتر در مواقعی که نیاز دارم، به دعا و مناجات می‌پردازم.
۴. بیشتر اوقات در حال دعا و مناجات هستم.

(۱۶) از نعمت‌های خداوند تشکر و قدردانی می‌کنم زیرا ...

۱. می‌خواهم عشق و محبت خود را به خداوند ابراز کنم.

۲. می‌خواهم خداوند از من راضی باشد و مرا بیشتر دوست داشته باشد.
۳. می‌خواهم خداوند نعمت‌های خود را از من دریغ نکند.
۴. لزومی برای قدردانی از نعمات خداوند نمی‌بینم.

(۱۷) هنگامی که با سختی‌ها و دشواری‌های عمل به دستورات دینی مواجه می‌شوم، آنها را ...

۱. انجام می‌دهم و از این کار لذت می‌برم.
۲. انجام می‌دهم چون به دنبال کسب پاداش یا اجتناب از عواقب انجام ندادن آنها می‌باشم.
۳. انجام نمی‌دهم ولی احساس رنج ناشی از انجام ندادن آنها را تجربه می‌کنم.
۴. عمدتاً انجام نمی‌دهم، چون اعتقادی ندارم.

(۱۸) من خداوند را عبادت می‌کنم ...

۱. من غالباً خداوند را عبادت نمی‌کنم.
۲. زیرا وظیفه من است.
۳. زیرا به صلاح من است.
۴. زیرا به او عشق می‌ورزم.

(۱۹) تمام پدیده‌های طبیعی و نحوه عملکرد نظام خلقت را نشانه‌هایی از توحید و وحدانیت الهی می‌دانم.

۱. موافقم
۲. تا حدودی موافقم
۳. نظری ندارم
۴. مخالفم

(۲۰) کاری که خطا و گناه است، هر چند برایم لذت بخش باشد، ...

۱. سعی می‌کنم انجام ندهم و برایم سخت نیست.
۲. سعی می‌کنم انجام ندهم ولی برایم سخت است.
۳. سعی نمی‌کنم انجام ندهم ولی برایم سخت است.
۴. سعی نمی‌کنم انجام ندهم و برایم سخت نیست.

(۲۱) صرف نظر از پیشامدها و رویدادها، با اطمینان و اعتماد به خداوند ...

۱. برای من اطمینان و اعتماد به خداوند راهکار برجسته‌ای برای مقابله با پیشامدها و رویدادها نیست.
۲. با توجه به اینکه نتیجه تنها به خداوند بستگی دارد، نیازی به اینکه تمام تلاشم را جهت تغییر و بهبود شرایط کنم، وجود ندارد.
۳. تمام تلاش خودم را برای تغییر و بهبود شرایط می‌کنم ولی همچنان به دیگران نیاز دارم چون نتیجه کار به آنها نیز بستگی دارد.
۴. تمام تلاش خودم را برای تغییر و بهبود شرایط می‌کنم و این اعتماد، مرا از دیگران بی‌نیاز می‌کند.

(۲۲) برای بازگشت از گناهان و یا خطاهایی که مرتکب شده‌ام (یا می‌شوم)، غالباً تمام تلاش خودم را ...

۱. می‌کنم و در پی آن به احساس آرامش می‌رسم.
۲. می‌کنم و احساس گناهم کاهش می‌یابد.
۳. می‌کنم ولی احساس گناهم کاهش نمی‌یابد.
۴. نمی‌کنم و احساس گناه خاصی هم ندارم.

(۲۳) ذکر و یاد خداوند غالباً...

۱. به من آرامش می‌دهد و مرا شاد می‌کند.
۲. مرا از گناهان و خطاها باز می‌دارد.
۳. وظیفه است و من مکلف به انجام آن هستم.
۴. جایگاه خاصی در زندگی من ندارد.

(۲۴) مراقبت از رابطه با خداوند و نزدیک شدن به او، از جایگاه خاصی در تلاش من برای اصلاح و خودسازی برخوردار است.

۱. به ندرت یا هرگز
۲. گاهی اوقات
۳. اکثر اوقات
۴. همیشه

(۲۵) در صورتیکه دعایی کنم و درخواستی را با خدا مطرح کنم و اجابت نشود، در اکثر مواقع ...

۱. آن را می‌پذیرم و تلاش می‌کنم تا حکمتش را دریابم.
۲. صبر پیشه می‌کنم و منتظر می‌مانم تا خداوند خواسته‌هایم را اجابت کند.
۳. احساس می‌کنم خداوند مرا رها کرده و یا مستحق دریافت خواسته‌ام نبوده‌ام.
۴. من اصولاً اهل دعا نیستم.

(۲۶) حتی هنگام سختی‌ها و مصائب، شکرگزار و قدردان خداوند هستم.

۱. همیشه
۲. اکثر اوقات
۳. گاهی اوقات
۴. به ندرت یا هرگز

(۲۷) با صبر و بردباری خواسته‌ها و امیال آنی خود را برای آرامش و خوشحالی بیشتر در آینده به تعویق می‌اندازم.

۱. به ندرت یا هرگز ۲. گاهی اوقات ۳. اکثر اوقات ۴. همیشه

(۲۸) عبادت برایم ...

۱. لذت‌بخش و آرامش‌دهنده است.
۲. سازنده و رشد دهنده است.
۳. واجب و لازم است.
۴. غیر منطقی و غیر عقلانی است.

(۲۹) در برابر اتفاقاتی که برایم می‌افتد و چراهایی که در ذهنم ایجاد می‌شود، به حکمت آن‌ها ...

۱. فکر می‌کنم زیرا خداوند را عامل و عالم می‌دانم.
۲. فکر می‌کنم ولی عامل و عالم بودن خداوند برایم اولویت ندارد.
۳. فکر نمی‌کنم زیرا خداوند را عامل و عالم می‌دانم.
۴. فکر نمی‌کنم و عامل و عالم بودن خداوند نیز برایم اولویت ندارد.

(۳۰) کنترل و هدایت تمایلات و خواسته‌های دنیوی برایم آرامش‌بخش است.

۱. به ندرت یا هرگز ۲. گاهی اوقات ۳. اکثر اوقات ۴. همیشه

(۳۱) در هنگام مواجهه با مشکلات، توکل و اعتماد به خداوند سختی آن‌ها را برایم کاهش می‌دهد.

۱. همیشه ۲. اکثر اوقات ۳. گاهی اوقات ۴. به ندرت یا هرگز

(۳۲) وقتی گناه و یا خطایی مرتکب می‌شوم ...

۱. بیشتر از هر دلیل دیگری به خاطر احساس درونی خودم و مراقبت از رابطه‌ام با خداوند، نزد او توبه می‌کنم.
۲. بیشتر از هر دلیل دیگری به خاطر وجدانم نزد خداوند توبه می‌کنم.
۳. بیشتر از هر دلیل دیگری به خاطر ترس از عقوبت نزد خداوند توبه می‌کنم.
۴. دلیلی برای توبه نزد خداوند برایم وجود ندارد.

(۳۳) یاد و ذکر خداوند در زندگی‌ام بسیار پر رنگ و تاثیرگذار است.

۱. مخالفم ۲. نظری ندارم ۳. تا حدودی موافقم ۴. موافقم

(۳۴) از هر فرصتی برای شناسایی آسیب‌های اخلاقی خودم استفاده می‌کنم و برای برطرف کردن آن‌ها تمام تلاشم را می‌کنم.

۱. همیشه ۲. اکثر اوقات ۳. گاهی اوقات ۴. به ندرت یا هرگز

(۳۵) هنگام مناجات با خداوند، حس لذت و آرامشی که تجربه می‌کنم، بیشتر ناشی از ...

۱. تجربه حس لحظات نزدیکی و صمیمیت با اوست.
۲. شنیده شدن حرف‌ها و خواسته‌هایم از سوی اوست.
۳. انجام وظیفه‌ام در برابر اوست.
۴. حس لذت و آرامش خاصی تجربه نمی‌کنم.

(۳۶) مهمترین ثمره تشکر و قدردانی از خداوند برای من ...

۱. تشکر و قدردانی از خداوند نقش خاصی در زندگی من ندارد.
۲. عمل کردن به وظیفه‌ام است.
۳. حس مقبول‌تر بودن نزد خداوند است.
۴. آگاهی از نعمتهایی است که در زندگی دارم.

(۳۷) در برابر سختی‌ها و مشکلاتی که در زندگی برایم پیش می‌آید، صبور و راضی هستم زیرا به لطف و رحمت خداوند ایمان دارم.

۱. همیشه ۲. اکثر اوقات ۳. گاهی اوقات ۴. به ندرت یا هرگز

(۳۸) هنگام عبادت تمرکز دارم و از حضور خداوند آگاه هستم.

۱. همیشه ۲. اکثر اوقات ۳. گاهی اوقات ۴. به ندرت یا هرگز

The Role of Using the Quran and Religious Teachings in Maintaining and Promoting Spiritual Health in the Medical Education System

Mohammadreza Noormohammadi ^{1*}, Zahra Fatahian kelishadrokh ², Seyede Zeinab Mousavi Sardashti ²

¹Department of Islamic Studies, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran

²Student Research Committee, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran

Abstract

Background and Aim: Given the importance of depression and anxiety in the medical education system, spiritual health can play an effective role. Various studies indicate that people with spiritual health with a high spiritual spirit, have a greater ability to face problems and have acquired this ability by acquiring spirituality from the Qur'an.

Methods: This review study was collected using articles published in Google Scholar, SID, Civilica, and Magiran databases using the keywords of Quran, religious teachings, spiritual health, and medical education.

Results: According to studies, the Qur'an and religious teachings affect the spiritual health of people in the medical education system and help them to find the meaning and purpose of life to be able to adapt to difficult mental and physical conditions. Studies have also shown that providing spiritual health requires three physical, social and psychological dimensions and to achieve this goal requires planning in the medical education and health system.

Conclusion: The Qur'an and religious teachings are the best means of achieving spiritual health, and spiritual beliefs enable people to cope with stress. Planning in the medical education system is necessary for greater spiritual health efficiency in health, and it is necessary to establish a spiritual education program for people who work in the provision of health services.

Keywords: Quran, Religious teachings, Spiritual health, Medical education.

*Corresponding author: Mohammadreza Noormohammadi, Email: noormohammadi33@yahoo.com

نقش بهره‌گیری از قرآن و آموزه‌های دینی در حفظ و ارتقای سلامت معنوی در نظام آموزش پزشکی

محمدرضا نورمحمدی^{۱*}، زهرا فتاحیان کلشادرخی^۲، سیده زینب موسوی سردشتی^۲

^۱ گروه معارف اسلامی، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران

^۲ کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران

چکیده

زمینه و هدف: با توجه به اهمیت افسردگی و اضطراب در نظام آموزش پزشکی، سلامت معنوی می‌تواند نقش موثری در این حوزه داشته باشد. پژوهش‌های مختلف بیانگر این است که افراد دارای سلامت معنوی با داشتن روحیه معنوی بالا، توانایی بیشتری در مواجهه با مشکلات دارند و این توانایی را با کسب معنویت از قرآن به‌دست آورده‌اند.

روش‌ها: این مطالعه مروری با استفاده از مقالات منتشر شده در پایگاه‌های اطلاعاتی گوگل اسکولار، SID، سیویلیکا و Magiran با استفاده از کلیدواژه‌های قرآن، آموزه‌های دینی، سلامت معنوی، آموزش پزشکی جمع‌آوری شده است.

یافته‌ها: با توجه به بررسی‌های انجام شده مشخص شد قرآن و آموزه‌های دینی بر سلامت معنوی افراد در نظام آموزش پزشکی تاثیر داشته و به آن‌ها کمک می‌کند تا با یافتن معنا و هدف زندگی توانایی سازگاری با شرایط سخت روحی و جسمی را داشته باشند. همچنین مطالعات نشان داد که تامین سلامت در بُعد معنوی نیازمند برخورداری از سه بُعد جسمی، اجتماعی و روانی است و برای رسیدن به این هدف نیازمند برنامه‌ریزی در نظام آموزش پزشکی و سلامت می‌باشد.

نتیجه‌گیری: قرآن و آموزه‌های دینی بهترین وسیله در رسیدن به سلامت معنوی بوده و باورهای معنوی، به افراد توان سازگاری در مقابله با استرس‌ها را می‌دهد. برنامه‌ریزی در نظام آموزش پزشکی برای کارایی بیشتر سلامت معنوی در امر سلامت نیاز بوده و قرار دادن برنامه آموزش معنوی برای افرادی که در ارائه خدمات بهداشت و درمان فعالیت می‌کنند، ضرورت دارد.

کلیدواژه‌ها: قرآن، آموزه‌های دینی، سلامت معنوی، آموزش پزشکی.

مقدمه

در سلامت، ابعاد روانی، اجتماعی، جسمی و معنوی مطرح هستند (۱). در سازمان جهانی بهداشت (WHO)، سلامت معنوی رفاه کامل جسم، روان و اجتماع و نبود بیماری و نقص عضو تعریف می‌شود. سلامت معنوی آرامش قلبی است که از باور به قدرتی برتر و متفاوت از عوامل مادی به وجود می‌آید و به سعادت انسان کمک می‌کند (۲). «و ما از قرآن آنچه را برای مؤمنان که مایه درمان و رحمت است، نازل می‌کنیم» (اسرا/ ۸۲). در این آیه، قرآن به‌عنوان نسخه‌ای شفابخش است که باعث پاکسازی جامعه از بیماری‌های فکری و اخلاقی می‌شود و سلامت معنوی را در فرد و جامعه تأمین می‌کند (۳). این سلامت نیرویی است که با هماهنگ کردن ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی برای سازگاری با یک بیماری موثر است (۴). باگذشتن زمان زیادی از مطرح شدن سلامت معنوی تاکنون تعریف واحدی از سلامت معنوی حتی در میان پژوهشگران یک فرهنگ ارائه نشده است و پژوهشگران با هم اختلاف نظر دارند (۵-۸) و مدت‌ها است که نظام سلامت نیازمند پاسخگویی بر مبنای معنویت و سلامت معنوی به مراجعان است (۹). با توجه به علم روز، سلامت معنوی دارای دو بُعد سلامت مذهبی و سلامت وجودی است. سلامت مذهبی درک فرد از سلامتی، در حیات معنوی هنگام ارتباط با خدا است (۱۰). در حالی که سلامت وجودی تطابق و میزان سازش فرد و رابطه با خود، محیط و مردم است و دغدغه‌های اجتماعی و روانی فرد را بیان می‌کند. سلامت معنوی ارتباط وسیعی با تمام ابعاد سلامت دارد (۱۱، ۱۲) و بین سلامت معنوی و تاب‌آوری رابطه وجود دارد (۱۳). کیفیت زندگی انسان که ارتباطات او را تحت تأثیر قرار می‌دهد، متأثر از معنویت است. باورهای معنوی در جهت یافتن هدف و معنا برای زندگی و مقابله با اتفاقات استرس‌زا تأثیر دارند (۱۴، ۱۵). نتایج حاصل از پژوهش‌ها بیانگر آن است که سلامت معنوی، میزان امیدواری در زندگی را افزایش می‌دهد و آموزش سلامت معنوی همراه با شناخت خود، رابطه با خداوند، دوستی، بخشش و شکرگزاری می‌تواند موثر واقع شود (۱۵). ابعاد سلامت معنوی شامل ادراک، احساسات، فعل و عمل است (۱۶). معنویت در مواقع پر استرس و تنش‌زا عامل مهم سازگاری است (۱۶) و سلامت معنوی به جنس افراد بستگی ندارد (۱۷، ۴). مطالعات نشان داده‌اند فقدان سلامت معنوی باعث احساس بی‌پهودگی می‌شود و این احساس موجب بیماری‌های روانی، جسمی و اجتماعی می‌شود (۱۸، ۲). معنویت در حیات جسمی انسان در چند دهه اخیر، بسیار مورد توجه متخصصان بهداشت و سلامت قرار گرفته است. انسان‌ها دریافته‌اند که استفاده از روش‌ها و تکنولوژی‌های مدرن در درمان بیماری‌ها و پیشگیری از آن‌ها به تنهایی کارساز نیست، به همین دلیل سلامت معنوی یکی از بارزترین مولفه‌ها در حوزه علوم سلامت به شمار می‌رود. معنویت با ایجاد زیرساخت‌های فردی و اجتماعی، از شروع بیماری و عوامل موجود آن تا مرگ بر سلامت جسمی موثر است و با تکنیک‌های مختلف

باعث پیشگیری از بیماری‌ها می‌گردد. سلامت معنوی اثر مثبت بر سلامت روانی و جسمی دارد و از عوامل موثر آن بر پیشگیری از بیماری‌ها، می‌توان به عوامل مکانیسم‌های روانی و فیزیولوژی اشاره کرد (۱۹). سلامت معنوی شناخت ارتباطات فرد است و فردی که دارای سلامت معنوی باشد احساس رضایت، احترام و نگرش مثبت می‌کند، به نوعی به توازن می‌رسد (۱۷).

ارتباط سلامت معنوی با قرآن و آموزه‌های دینی

قرآن کتابی جامع است و سلامتی نیز همه جانبه است بنابراین قرآن تمام ابعاد سلامت را در بر می‌گیرد. از نظر آموزه‌های اسلام، سلامت مذهبی با سلامت معنوی برابر است (۷). قرآن کریم سلامت معنوی را حالتی از نفس می‌داند که از آن به قلب سلیم و نفس مطمئنه یاد کرده است و در سایه سلامت معنوی است که یک فرد به حیات طیبه می‌رسد (نحل/ ۹۷) (۱۳، ۱۵، ۱۶). موضوع سلامت معنوی روح است که در واقع مجسم‌کننده حقیقت یک فرد است (۱). در آیه «وَشَفَاءُ لِمَا فِي الصُّدُورِ وَهُدًى وَرَحْمَةٌ لِّلْمُؤْمِنِينَ» (یونس/ ۵۷) منظور از شفا، شفای بیماری دل‌ها و به تعبیر قرآن شفای چیزی است که در سینه‌ها وجود دارد مانند بخل، کینه، حسد، جبن، شرک، نفاق که از بیماری‌های روحی و معنوی می‌باشند. قرآن گناهان و صفات زشت اخلاقی را از قلب می‌زداید (۳). اگر فرد شناخت بیشتری نسبت به مبانی انسان‌شناسی، خداشناسی و معاد داشته باشد موجب افزایش رفتارهای صحیح در زندگی و افزایش سلامت معنوی می‌شود. افرادی که باورهای عمیق‌تری دارند، در مواجهه با مشکلات زندگی، سازگارتر هستند (۱۳). سلامت معنوی حالتی از نفس است که دارای درجات متفاوت است که در آن تمام ظرفیت‌ها، بینش‌ها و توانایی رسیدن و نزدیکی فرد به خداست، آماده است (۲۰، ۸). «يَوْمَ لَا يَنْفَعُ مَالٌ وَلَا بَنُونَ إِلَّا مَنْ أَتَى اللَّهَ بِقَلْبٍ سَلِيمٍ» (شعرا/ ۸۸ و ۸۹) در قرآن بیان شده است تنها کسی از شرک‌رهایی می‌یابد و به نجات می‌رسد که صاحب قلب سلیم باشد (۲۱). از مولفه‌های سلامت معنوی باور به یگانگی خدا، اصیل بودن روح و نقش مهم سلامت در زندگی اخروی است. قلمرو سلامت معنوی دنیا و آخرت است و سلامت معنوی حامی سلامت قلب است. حیطه‌های معنویت شامل شناختی، عاطفی و رفتاری است و نشانه سلامت معنوی، استمرار بر هدف زندگی با محوریت ایمان به خدا است. درون مایه‌های حیطه شناختی (اعتقاد به ماورای طبیعت، ایمان، هدف‌دار دیدن خلقت، باور به کرامت ذاتی انسان و جاودانگی) است. درون مایه‌های حیطه عاطفی (ارتباط با خدا، مهرورزی به هموعان، حسن خلق، حسن ظن به دیگران، انفاق و گذشت) است. درون مایه‌های حیطه رفتاری (ارتباط با خدا، ارتباط با خود، ارتباط با دیگران و ارتباط با محیط) است. ایمان و باور داشتن به خدا، منبع انواع سلامت بخصوص سلامت معنوی است (۲۲، ۱). درآیه «وَ إِذَا مَرَضَتْ فُهِوَّ يَشْفِين» (شعرا/ ۸۰) بیان شده است که انسان، امیدوار به خداوند است و از آن جایی که تمام نعمت‌هایی

بیماری‌های روانی، نگرانی و استرس می‌باشد که باعث تهدید زندگی و بهداشت روان انسان می‌شود، قرآن کریم به این مسئله توجه نموده و یکی از راهکارهای دستیابی به آرامش و امنیت در فرد را توکل و یاد خدا می‌داند (۷، ۱۹).

ارتباط سلامت معنوی با آموزش پزشکی

مطالعات نشان می‌دهد باید رفتار معنوی را برای تامین سلامت معنوی یاد گرفته و آموزش دهیم (۲۵). نظام ارائه خدمات سلامت برای پاسخگویی به بیماران به معنویت نیاز دارد. طبق نیازها و اهداف آموزشی، آموزش سلامت معنوی در دانشگاه‌های علوم پزشکی و همچنین نیاز به معنویت در حوزه‌های آموزشی، تربیتی و فرهنگی ضروری است. دانشگاه‌های علوم پزشکی بهترین بستر برای آموزش سلامت معنوی در حوزه علم و تربیت هستند. انجمن آمریکایی دانشکده‌های پزشکی (AAMC)، سازمان بهداشت جهانی (WHO) و کمیسیون اعتباربخشی سازمان بهداشت و درمان (JCAHO) به ضرورت وجود معنویت در آموزش پزشکی تاکید کرده‌اند و معتقدند که باید معنویت و مسائل مرتبط به آن در مراقبت‌های بالینی و آموزش پزشکی وارد شوند. برای آگاهی دانشجویان پزشکی از مراقبت‌های معنوی نیاز به یک برنامه در سیاست توسعه آموزش معنوی ملزم به استفاده از زبان مشترک، مفهوم بنیادین معنویت و ضرورت نیازهای آموزشی با فرهنگ هر ملت است (۹، ۲۶). برنامه‌های آموزش پزشکی بر اساس مفهوم معنویت و اثر عناصر معنوی بر سلامت جسم و روان در موسسات آموزشی تنظیم می‌شوند. کودکی بهترین دوره برای انتقال آموزه‌های معنوی برای رشد معنوی کودکان است و بنیان سلامت معنوی در بزرگسالی است (۲۰) و معنویت، موضوعی تربیتی است (۹، ۲۷). توجه به معنویت مبتنی بر آموزه‌های دینی در آموزش پزشکی و ارتقای سلامت معنوی همراه با ابعاد دیگر سلامت مورد اهمیت قرار گرفته است به گونه‌ای که تصمیم‌گیری پزشکی بر اساس عقاید دینی تحت تاثیر قرار می‌گیرند (۲). امروزه تاثیر معنویت در حیطه‌های آموزشی، تربیتی و فرهنگی بیشتر از گذشته است. برنامه آموزش معنوی فراتر از انتقال محتوا، استدلال، شیوه‌های تحلیلی و اندیشه‌ورزی است. زیر بنای برنامه آموزش معنوی شامل چستی معنویت و سلامت معنوی، اهمیت نهادینه کردن مفهوم معنویت در سلامت و روش راهبردی سازمان جهانی بهداشت در مورد سلامت معنوی می‌باشد. از وظیفه‌های اصلی متولیان و مجریان بهداشت و درمان در امر سلامت، مراقبت مبتنی بر معنویت است که نیازمند آموزش بر اساس آموزه‌های معنوی است. از برنامه‌های مهم وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، افزایش برنامه‌های فرهنگی در جهت افزایش سلامت معنوی است (۲۸). اهمیت تحول در نظام آموزش علوم پزشکی در جهت ارتقای سلامت معنوی بخاطر کمبودها در تربیت دانشجویان کارآمد اولویتی مهم به شمار می‌رود. پیامد برنامه آموزشی سلامت معنوی، دادن مهلت لازم به یاد

که به انسان می‌رسد از برکات اوست، پس به هنگام بیماری هم خدا او را شفا می‌دهد (۲۳). شواهد علمی اثر باورهای افراد و معنویت بر سلامت، حفظ و ارتقای عزت نفس، هدفمندی زندگی، آرامش و افزایش توان سازگاری را ثابت کرده اند (۵). سلامت معنوی ناظر بر وجود قلب است و بر اساس آیه ۲۴ سوره انفال نتیجه اطاعت کامل پیامبر از خدا، دستیابی به حیات طیبه و سلامت معنوی است. سلامت معنوی یک مقام است و نتیجه آن نزدیک شدن اراده انسان به اراده خداوند است و تنها از طریق بندگی خدا به دست می‌آید (طه/ ۱۲۳) (۸). آموزه‌های قرآنی در ایجاد سلامت معنوی تاثیر گذارتر از آموزه‌های عرفانی هستند. شناخت خدا و حقیقت وجودی انسان در سلامت معنوی موثر است، چنانکه افرادی که خواهان دنیا هستند نمی‌توانند از سلامت معنوی بهره ببرند (۲۳). عامل اصلی در افزایش فشارهای روانی و کاهش سلامت معنوی، گناه است (۲۰). در آیه «فَاتْلُوهُمْ يُعَذِّبَهُمُ اللَّهُ بِأَيْدِيكُمْ وَ يَخِزْهُمْ وَيَنْصُرْكُمْ عَلَيْهِمْ وَيَشْفِ صُدُورَ قَوْمٍ مُّؤْمِنِينَ» (توبه/ ۱۴) بیان شده است که بیماری‌های روحی که انسان به آن‌ها دچار می‌شود را خداوند شفا می‌دهد (۳). فراموش کردن یاد خدا، عدم رعایت بهداشت و ناامیدی باعث بیماری معنوی می‌شوند. سلامت معنوی با باور قلبی و ایمان حاصل می‌شود. در قرآن کریم هدایت الهی و اطاعت کامل از پروردگار برای رسیدن به سلامت معنوی ضروری است (بقره/ ۳۸، بقره/ ۱۲، لقمان/ ۲۲) (۲۱).

داشتن دین عامل موثر در سلامت معنوی، روانی و جسمی است. از مولفه‌های سلامت معنوی، آرامش روحی و روانی است (۲). در آیه «قُلْ هُوَ الَّذِيْنَ آمَنُوا هُدًى وَ شَفَاءٌ» (فصلت/ ۴۴) بیان شده است که مردم از قرآن برای بیماری‌های خود شفا می‌طلبند و برای برطرف شدن مشکلاتشان از این کتاب آسمانی کمک می‌گیرند زیرا قرآن، کتابی است که درمان بزرگترین دردهای کفر، نفاق و ضلالت است (۳). این کتاب فقط درمان نمی‌کند بلکه بعد از بهبودی فرد با استفاده از پیام‌های گوناگون روحیه فرد را تقویت می‌کند. همچنین دارویی است که از آن هیچ بیماری به وجود نمی‌آید، تنها باید افراد دستور این کتاب را در زمین‌های علم، آگاهی، عدل، پرهیزکاری و جهاد بپذیرند (۳). رزق و روزی حلال مهمترین اثر را بر سلامت معنوی دارد (۲۳). سلامت معنوی با سلامت زیستی، روانی و اجتماعی ارتباط دارد. برای تربیت معنوی در آموزش الگو محور باید اعتقاد به وجود روح ملکوتی داشت (۲۴). با گذر زمان و افزایش علم، اضطراب در سلامت جامعه‌ها نقش مهمی دارد که سلامت معنوی در بهبود این وضع می‌تواند موثر باشد. ایمان به خدا یکی از عوامل معنوی است که فردی که دارای ایمان به خدا باشد، از سلامت معنوی و طول عمر بیشتر برخوردار است (۱۱). سلامت معنوی با دعا رابطه مستقیمی دارد (۴). عزت نفس عاملی است که نقش مهمی در رسیدن به آرامش روانی دارد و فردی که دارای عزت نفس است به خودش ایمان دارد و در مسیر تحولات مثبت فردی و اجتماعی پیش می‌رود (۱۹، ۲۰). عامل اصلی

هستند و این سلامت در پیشگیری از اختلالات روحی-روانی و بهبود بیماری‌های جسمی موثر است. سلامت معنوی مولفه‌ای برای مقابله با مشکلات است و با طول عمر، تاب‌آوری و امیدواری ارتباط دارد. پرداختن به سلامت معنوی نیازمند برنامه آموزشی مستمر، متعادل و پر محتوا است. با توجه به اثر مهم سلامت معنوی در ایجاد مثبت‌نگری و آرامش و کمک به افراد در بهبود عملکردشان ضروری است که در برنامه‌های آموزشی و فرهنگی به‌ویژه در حیطه عملی به سلامت معنوی توجه شود. بنابراین بر اساس نیازها و اهداف آموزشی، آموزش سلامت معنوی در دانشگاه‌های علوم پزشکی حائز اهمیت است.

تشکر و قدردانی: نویسندگان از همکاری معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد و کمیته تحقیقات دانشجویی تشکر به عمل می‌آورند.

تضاد منافع: نویسندگان تصریح می‌کنند که هیچ‌گونه تضاد منافی در مطالعه حاضر وجود ندارد.

منابع

1. Yousofi H, Abdolkarimi-Natanzi M, Nessaïy-Barzoki H. The principles of spiritual health in the Quran. KAUMS Journal (FEYZ). 2020;23(7):810-6.
2. Esazadeh E, Iesazadeh N. The role of Halal livelihood in the spiritual health of man from the perspective of verses and narrations. Teb Va Tazkieh. 2020;8(1):1-12.
3. Makarem Shirazi N, Ashtiani MA, Imami MJ. Selected from Tafsir Nemooneh. Tehran: Dare Elektb al-Islamiyya Publication, 2005.
4. Seyedfatemi N, Rezaie M, Givari A, Hosseini F. Prayer and spiritual well-being in cancer patients. Payesh (Health Monitor). 2006;5(4):295-304.
5. Abolghasemi H, Asadzandi M. How spiritual health affects other dimensions of health. Journal of Culture and Health Promotion. 2019;3(2):164-74.
6. Tayebnia MS. The Concept of Spiritual Health and its Features in the Quran and Hadiths. Journal of Culture and Health Promotion. 2018;2(2):258-69.
7. Esmaeili A, Hosseini SM, Mahdian F, Rezaeian M, Hadavi M. Teachings of the Quran in maintaining and promoting the fourth dimension of health (spiritual health): a review study. Teb Va Tazkieh. 2015;24(1):9-18.
8. Meshki M. Anthropological Basis of Spiritual Health from the View of Islamic Philosophy and Theosophy Concordant with Quran Verses. Journal of Culture and Health Promotion. 2019;3(2):179-85.
9. Nasrollahi Z, Mohammadi S, Tahmassebi G, Biderafsh A. The Study On the Spiritual Health of Medical Students, A Way to Explain the Necessity of Incorporating Spiritual Content into Medical Education Program: A Descriptive Cross-Sectional Study. Education Strategies in Medical Sciences.

گیرنده برای تحولی آگاهانه در فرایند یادگیری است. زمانی ابعاد زیستی، روانشناختی و اجتماعی می‌توانند به حداکثر ظرفیت خود برسند که آموزش سلامت معنوی در برنامه آموزش و پرورش باشد (۲۷). اثر سلامت معنوی در ایجاد آرامش و کمک به افراد در بهبود عملکردشان است و ضروری است که در برنامه‌های آموزشی و فرهنگی در حیطه عملی به سلامت معنوی توجه شود. درمان اضطراب به کمک سلامت معنوی و مذهبی آسانتر است (۲۹). در آموزش بالینی لازم است که اساتید و مربیان بالینی در دوره‌های آموزشی خویش، در کنار نیازهای جسمی و روانی به نیازهای معنوی بیمار توجه کنند و مراقبت‌های معنوی را در دستور کار خود قرار دهند (۳۰). یکی از اجزای حیاتی سلامت فرد، شناخت ابعاد معنوی است که موجب افزایش علاقه به آموزش معنویت می‌شود (۱۵). برای به‌دست آوردن توانایی‌های اخلاقی و معنوی، لازم است در برنامه درسی دانشجویان پزشکی به معنویت توجه شود (۱۷).

نتیجه‌گیری

قرآن و آموزه‌های دینی در ایجاد آرامش و سلامت معنوی موثر

2019;11(6):26-31.

10. Allahbakhshian M, Jafarpour M, Parvizi S. Spiritual well-being of patients with multiple sclerosis. Iranian journal of nursing and midwifery research. 2011;16(3):202-6.
11. Asadzandi M. Professors, spiritual characteristics for role-modeling education. Education Strategies in Medical Sciences. 2017;10(1):23-35.
12. Hill PC, Hood RW, editors. Measures of religiosity. Birmingham, AL: Religious Education Press; 1999.
13. Deghani F. The relationship of religious orientation and spiritual health to resilience among high school sophomores in kerman. Journal of Pizhūhish dar dīn va salāmat. 2017;3(4):66-77.
14. Rejali M, Mostajeran M. Investigation of religious status in students in health collage of Isfahan University of medical sciences. Journal of Health Research. 2012;8(2):314-8.
15. Asgari M, Norouzi M, Radmehr H, Mohammadi H. Examining the effect of spiritual health on hope and coping strategies among patients with multiple sclerosis (Ms). Journal of Research on Religion and Health. 2017;3(3):5-17.
16. Zakavi AA, Hosseini SH, Azadbakht M, Mohammadpour RA, Jalali H. Religious attitude of students of Mazandaran University of Medical Sciences in 2006-2007. Journal of Mazandaran University of medical sciences. 2008;18(66):87-91.
17. Ghanbari R, Mohammadimehr M. Investigating the Relationship between Islamic Spirituality and Spiritual Health with Professional Ethics among Internal Residents of Universities of Medical Sciences in Tehran. Iranian Journal of Medical Education. 2020;20:12-21.

18. Tabibi M, Ahmari Tehran H, Soltani Arabshahi SK, Heidari S, Abdi Z, Safaeipour R. The association between spiritual health and academic achievement in medical students of Qom University of Medical Sciences, 2011. *Qom University of Medical Sciences Journal*. 2013;7(2):72-8.
19. Khodayar D, Ghaemi M. Quranic look at the educational functions of trust and its role in spiritual health (mental health). *Journal of Medical Ethics*. 2013;6(22):55-91.
20. Goli M. Parents'role on fostering of children and their spiritual health from Islamic view. *Journal of Medical History*. 2016;7(25):101-28.
21. Abolghasemi H, Asadzandi M. Strengthening faith, the main care and strategy to maintain and promote the spiritual health of clients and patients. *Journal of Culture and Health Promotion*. 2018; 1(1):39-48.
22. Zakoy A, Marzband R. The meaning of spiritual care and its ways to achieve the spiritual health according to Quran and Hadith's teachings. *Journal of Medical History*. 2012;6(21):103-29.
23. Masoudi Asl I, Rajabi Vasokolaee G, Goudarzi L, Raadabadi M, Eskandari AH. The evaluation of relationship between mental health and spiritual health of students at Tehran University of Medical Sciences, 2013. *Journal of Medicine and Cultivation*. 2017;23(3):55-66.
24. Salehi Hajiabadi A, Hadi A. Semantics of Patience in the Qur'an. *Qru'anic Reserches*. 2018; 23(86):150-73.
25. Bolhari J. Institutionalization of spirituality in the concept of spiritual health. *Journal of Medical Ethics*. 2010;4(14):105-12.
26. Memaryan N, Nahardani SZ, Rasouli M, Vahidshahi K. Developing educational goals and expected competencies for teaching spiritual health to the students of medical sciences. *Iranian Journal of Medical Education*. 2017;17(79):116-25.
27. Akbari lakeh M, Shamsi Goshki A, Abasi M. Spiritual health in Medical Sciences curriculum. *Medical Ethics Journal*. 2010;4(14):113-30.
28. Vader JP. Spiritual health: the next frontier. *The European Journal of Public Health*. 2006;16(5):457.
29. Borna K, Mousavinasab M, Johari Z, Ramezan Zadeh M. Relationship between Spiritual Health and Academic Achievement among Students of Bushehr University of Medical Sciences. *Iranian Journal of Medical Education*. 2020;20:62-72.
30. Abbasian L, Abbasi M, Shamsi Gushki E, Memariani Z. Survey On the Scientific Position of the Spiritual Health and Its Role in Preventing from Diseases: A Preliminary Study. *Journal of Medical Ethics*. 2011;4(14):83-104.

Martyr Soleimani as Symbol of Islamic Spiritual Health

Mohamadjavad Roodgar^{1*}

¹ Department of Mysticism, Institute of Islamic Culture and Thought, Qom, Iran

Abstract

Islamic spirituality in the field of insight-attitude and ontological perspective is based on belief in the unseen world. It is based on the "principle of nature" with higher tendencies and an existential relationship with God in the discipline of inclination-temperamental and anthropological perspectives. Islamic spirituality in the specialization of action-method and theological perspective relies on the Shari'a of Muhammad (PBUH), which is a scholastic-professional spirituality. Spiritual health, in comparison with Islamic spirituality, includes three areas: Insight: health from Doubt and polytheism in the belief; Trend: health from the lust for fame, power, and wealth in the moral and values systems; and action: health from error actions in the practical and behavioral systems. The life of martyr Soleimani is the manifestation of spiritual health with areas (transverse) and levels (longitudinal) that have transformed the commander-in-chief into a model and symbol. The path of his enlightened life is the goal of all those who are thirsty for spirituality, spiritual health, and enthusiasts. Due to the pure Islamic spirituality, the commander-in-chief enjoyed a healthy soul, heart, body, and social health in various fields. Thus, he is a pattern of spiritual health for all guilds and social classes and an example of a systematic spiritually healthy human. The results of this article, which was written in a descriptive-analytical method, demonstrated three areas of insight, trend, and action health by mentioning examples of commander-in-chief Soleimani's life.

Keywords: Islamic spirituality, Spirituality health, Health pattern, Commander-in-chief Soleimani, Symbol.

*Corresponding author: Mohamadjavad Roodgar, Email: dr.mjr345@yahoo.com

شهید سلیمانی الگوی سلامت معنوی اسلامی

محمدجواد رودگر^{۱*}

^۱ گروه عرفان، پژوهشگاه فرهنگ و اندیشه اسلامی، قم، ایران

چکیده

معنویت اسلامی، معنویتی است که در ساحتِ بینشی-نگرشی و منظر هستی‌شناختی مبتنی بر اعتقاد به عالمِ غیب و غیبِ عالم، در ساحتِ گرایشی-منشی و منظر انسان‌شناختی متقوم بر "اصلِ فطرت" با گرایش‌های عالی و ارتباط وجودی با خدا و در ساحتِ کنشی-روشی و منظر دین‌شناختی متکی بر "شریعت حقّه محمدی (ص)" است که درواقع معنویتِ مکتبی-مسلکی هست و سلامت معنوی، در تناظر با ساحتِ معنویتِ اسلامی، در ساحت‌های سه گانه، بینشی: سلامت از شک و شرکِ درنظام اعتقادی و باورها؛ گرایشی: سلامت از شهوتِ شهرت، قدرت و ثروت در نظام اخلاقی و ارزش‌ها؛ و کنشی: سلامت از خبط و خطای کرداری در نظام عملی و رفتارها است. زندگی شهید سردار سلیمانی تجلیگاه سلامت معنوی با ساحت (عرضی) و سطوح (طولی) است که سردار را تبدیل به "أسوه" و "الگو" کرده و سیر و سیره حیات نورانی‌اش را نصب العین همه تشنگان معنویت، سلامت معنوی و شیفتگان خدمتِ خالصانه درعرصه‌های گوناگون کرد. سردار در اثر معنویت ناب اسلامی، مراقبت‌های باطنی و ظاهری از سلامت عقل و قلب، سلامت روح و جسم و درعین حال سلامت اجتماعی در عرصه‌های گوناگون برخوردار بود. بدین‌سان سردار الگوی سلامت معنوی برای همه اصناف و طبقات اجتماعی و نمونه‌ای از انسانِ سالم معنوی منظومه‌وار نه جزیره و دارای رشد متعادل و متوازن است. برونداد نوشتار حاضر که به روش توصیفی-تحلیلی نوشته شد در سه ساحت سلامت بینشی، گرایشی و کنشی و با ذکر نمونه‌هایی از زیست سردار سلیمانی تحقق یافت.

کلیدواژه‌ها: معنویت اسلامی، سلامت معنوی، الگوی سلامت، سردار سلیمانی، أسوه و انسانِ سالمِ معنوی.

مقدمه

یکی از انواع چهارگانه سلامت (جسمی، روانی، اجتماعی و سلامت معنوی)، سلامت معنوی است که دارای هویت وجودی و ماهیت خاصی در جغرافیای فرهنگ و تمدن اسلامی و منابع دینی است. سلامت معنوی از اهمیت و ضرورتِ منحصر به فردی برخوردار است، زیرا در قیاس با سلامت‌های یاد شده، نقش بنیادین و زیرساختی داشته و کارکردهای گوناگونی خواهد داشت. ناگفته نماند که سلامت معنوی در ساحات: ۱. بینشی، ۲. گرایشی و ۳. کنشی، می‌تواند به مثابه تکیه‌گاه و بنیاد سلامت جسمی، روانی و اجتماعی قرار گیرد که به‌همین دلیل تعریف آن و ارائه الگوی مناسب و تعیین کننده در این زمینه امری معقول و لازم است. بدین‌سان نوشتار حاضر بعد از ارائه تعریفی از معنویت اسلامی و سلامت معنوی در ساحات و سطوح مختلف، به معرفی سردار شهید سلیمانی به عنوان "الگوی سلامت معنوی" در سه ساحت یاد شده پرداخته و برای هر کدام از آن‌ها نمونه‌هایی را ذکر کرده است.

گرایش به معنویت، امری درونی و فطری است که در همه انسان‌ها تعبیه شد، گرایشی عالی که همواره در اوج چالش‌های زندگی و تضاد زیستی تجلی یافته و حتی اگر انسان نسبت بدان گرفتار فراموشی یا غفلت شود، باز هم نیاز بالفعل درونی اوست و در بهترین شرایط آسایش زندگی نیز در جستجوی آرامشی است که تنها از طریق معنویت فطری و متعالیه قابل حصول و وصول است و تجربه زیستی انسان در طول قرون متمادی بویژه در قرون اخیر بیانگر همین نکته نغز و نیازمحوری است که علی‌رغم وجود امکانات و ابزار آسایش، معنویت گمشده او و حلقه مفقوده زندگی اوست، لکن کدام معنویت با چه فهم و قرائتی؟ معنویت فیزیکیال و سکولار یا معنویت روان‌شناختی و فراوان‌شناختی یا معنویت منه‌ای خدا، یا معنویت وحی ستیز و عقل‌گریز یا معنویت خنثی و انفعالی که همه آن‌ها معنویت تحویل‌گرایانه و تقلیل یافته و متدانیه است یا معنویت وحیانی عقل‌گرا و فعال و در عین حال آرامش‌زای پایدار و پویا که عدالت را در طول عقلانیت و در متن زندگی و سیاست جستجو کرده و متجلی می‌سازد؟

مفهوم‌شناسی

تبیین مفاهیم اصلی و کلیدی امری لازم و دارای کارکردهای تبیینی در دو زاویه ایجابی و سلبی مفید و موثری است که در عرف منطق و حکمت اسلامی به مبادی تصویری معروف هستند و تعریف دقیق و درست آن‌ها در بازدارندگی از انحراف و تحریف و در نتیجه کج‌اندیشی و کژروی نقش‌آفرین هستند، زیرا شناخت دقیق و همه جانبه مفاهیم مهمترین مانع مغالطات لفظی و معنوی در حوزه معرفت است، زیرا تلقی و تصور درست از مفاهیم می‌تواند جلوی انحراف از مسیر و تحریف محتوایی را بگیرد و به همین‌وزان است که اهل منطق و فلسفه گفته‌اند "تصدیق بلا تصور محال است".

تبیین مفهومی معنویت و سلامت معنوی با بینش و نگرش اسلامی از اهمیت، ضرورت و کارآمدی خاصی در تبیین ابعاد

گوناگون سلامت معنوی و ارائه الگوهای متناظر به آن خواهد داشت.

معنویت اسلامی

معنویت اسلامی، معنویتی منبعث از بینش، گرایش و کنش توحیدی که از مختصاتی مثل اندیشه، انگیزه و انگیزه الهی برخوردار است. معنویتی که در فقه اکبر (اعتقادیات)، فقه اوسط (اخلاقیات) و فقه اصغر (احکامیات) ریشه داشته و دارای امتداد از توحید الهی به توحید اجتماعی متناظر به هم است. این معنویت ناب اسلامی، همان معنویت متعالیه اجتماعی است که تشکیک‌پذیر و ذومراتب بوده و از مولفه‌های زندگی‌گرایی، سیاست و فعالیت‌های اجتماعی، شریعت و ولایت محوری، جهادی-حماسی و انس و الفت با خدا، راز و نیاز با معبود محبوب و محبوب معبود برخوردار است، به تعبیر امام خاмене‌ای (س‌ل‌م‌ل‌ل‌ه‌ت‌ع‌ال‌ی): "امروز همه دنیا تشنه معنویتند و این معنویت در اسلام هست و در اسلامی که مکتب اهل بیت معرفی می‌شود، به‌نحو جامع و کامل وجود دارد، معنویت بدون انزوا، بدون جدایی از زندگی، معنویت همراه با سیاست و عرفان، همراه با فعالیت اجتماعی، تضرع و گریه پیش خدای متعال و همراه با جهاد. این، چیزهایی است که در مکتب اسلام وجود دارد، در تعلیمات و معارف شیعه متبلور و مجسم است و نمونه‌های زنده‌اش را ما دیده‌ایم، در تاریخ معاصر هم در ایران اسلامی این نمونه‌ها فراوان و فراوان دیده شد." یکی از نمونه‌های ناب و جامع‌الابعادی که ظرفیت اسوه شدن در سلوک معنوی قرین سیاست و عرفان، جهاد و فعالیت‌های اجتماعی قرار گیرد، معنویت متعالیه متجلی در سیره سردار دل‌ها، شهید سلیمانی است، سرداری که در مکتب امام خمینی (رضوان‌الله تعالی علیه) تربیت و در مکتب امام خاмене‌ای (س‌ل‌م‌ل‌ل‌ه‌ت‌ع‌ال‌ی) تکامل یافت و توانست به مصداق آیات: "أَلَمْ تَرَ كَيْفَ ضَرَبَ اللَّهُ مَثَلًا كَلِمَةً طَيِّبَةً كَشَجَرَةٍ طَيِّبَةٍ أَصْلُهَا ثَابِتٌ وَفَرْعُهَا فِي السَّمَاءِ تُؤْتِي أَكْلَهَا كُلَّ حِينٍ يَأْتِي رِبْعًا" (۱)، در عمق انقلاب اسلامی ریشه دوانید، رشد یافت و مکانتی یافت تا در هر مکانی به مرتبه ثمر بخشی رسید و طبق آیه: "وَجَعَلْنِي مَبْرَكًا أَيْمًا كُنْتُ" (۲) در هر زمانی مبارک شد. یعنی شخصیتی فرازمانی و فرازمینی و این بود که سردار سلیمانی بعد از ملی شدن و فراملی گشتن، بین‌المللی شد. به هر تقدیر کسی که شاکر و بلکه شکور باشد براساس آیه: "لَئِنْ شَكَرْتُمْ لَأَزِيدَنَّكُمْ" (۳) ازدیاد وجودی و فزاینده‌گی می‌یابد. بنابراین "عبد شکور" است که به‌تدریج در پرتو خودشناسی و خودسازی و بندگی توأم با شکر و شکیبایی از خود فردی و محدود برون آمده و به خود خانوادگی، خود خویشاوندی و قبیله‌ای، سپس خود ملی، آنگاه خود فراملی و در فراجام کار به مرتبه خود بین‌المللی ناآل شد.

معنویت موطنی دارد به نام "عالم باطن" یا "جهان غیب" که حیات حقیقی و معقول انسان بیدار و بینا را بوجود می‌آورند. معنویتی که خط سیرش از درون یا فطرت انسان به‌سوی مبدأ عالم و معاد انسان و جهان کشیده شد. معنویتی که در اثر کلمه طیب، اخلاق

بود که اولاً مقید به نماز شب بود؛ اهل تهجد بود. این تهجد حاج قاسم یادگاری از دفاع مقدس بود که تا آخر عمر ایشان ترک نشد. در نافلة‌های شب و در نماز وتر، دعای ابوحمزه ثمالی را می‌خواند و اشک می‌ریخت" (۴).

سلامت معنوی

سلامت معنوی ترکیبی از سلامت + معنویت است. بنابراین ارائه تعریف منطقی (جامع و مانع) از آن متفرع بر تعریف "سلامت" و "معنویت" است.

الف) "سلامت و سلم" در ادبیات اسلامی یعنی سلامت از امراض و آفات ظاهری و باطنی.

ب) معنویت در منظومه معرفت اسلامی با فصل مقوم "ایمان به غیب" در سه ساحت وجودی تعریف و تنظیم می‌شود:

۱. "بینشی" (اعتقاد به خدا، شریعت حقه و معاد)
۲. "گرایشی" (گرایش‌های عالی با انگیزه قرب به خدا و جهت‌گیری‌های توحیدی از طریق آراستگی به فضائل و پیراستگی از رذائل تا تخلیق به اخلاق الهی و مظهریت جمال و جلال حق سبحانه)

۳. "کنشی" (زیست مومنانه در ارتباط با خدا، خود، خلق و خلقت در پرتو ارتباط با انسان کامل مکمل-پیامبر، امام و ولی خدا) بنابراین در مجموع در تعریف سلامت معنوی می‌توان چنین بیان کرد: برخورداری انسان از حد طراز (تعادل روحی، اعتدال مزاج خلقی و خُلُق)، از حیث بینشی (ادراکی و اندیشه ای)، گرایشی (جهت‌گیری و تمایلات) و کنشی (عمل و رفتار) که به همه ساحت‌های عقلی، قلبی و قالبی مرتبط بوده و همه عرصه‌های فردی و اجتماعی را در بر می‌گیرد، و از جهتی می‌توان مدعی شد که سلامت معنوی و حیات طیبیه انسانی پیوند وثیق و ارتباط وجودی دارند. خداوند در مورد حیات طیبیه می‌فرماید: مَنْ عَمِلَ صَالِحًا مِنْ ذَكَرٍ أَوْ أَنْثَى وَهُوَ مُؤْمِنٌ فَلَنُحْيِيَنَّهٗ حَيَاةً طَيِّبَةً وَلَنَجْزِيَنَّهُمْ أَجْرَهُمْ بِأَحْسَنِ مَا كَانُوا يَعْمَلُونَ (۵) هر کس که فعل صالحی انجام دهد چه مرد و چه زن، درحالی که مؤمن است ما زندگی پاک و طیب به او خواهیم داد و پاداش آنان را بهتر از آنچه فعل انجام داده‌اند خواهیم داد.

اکنون با عطف توجه به اباحت پیشین می‌توان گفت که سلامت معنوی، در تناظر با ساحت معنویت اسلامی، در ساحت‌های سه‌گانه:

- بینشی: سلامت از شک و شرک در نظام اعتقادی و باورها
- گرایشی: سلامت از شهوت شهرت، قدرت و ثروت در نظام اخلاقی و ارزش‌ها
- کنشی: سلامت از خبط و خطای کرداری در نظام عملی و رفتارها است.

بنابراین سلامت معنوی دارای:

۱. کلید توحیدمداری در زیست معنادار و زندگی هدفدار
۲. کد اعتدال مزاج قوای ادراکی و تحریکی است تا سلامت در اندیشه، انگیزه و انگیخته با هدف صبرورت و تصعید به عالی‌ترین مراحل استکمال وجودی تحقق یابد. ناگفته نماند که سلامت

طیبیه، عمل طیبیه با هدف نیل به حیات طیبیه حادث و حاصل می‌شود و از اولین مرتبه تا آخرین مرتبه به نام حق، به یاری حق و برای حق در درون فقه اکبر (معارف حقیقی حکمی و عقیدتی)، اوسط (معارف اخلاقی تربیتی و سلوکی) و اصغر (معارف حکمی شرعی) رشد و تعالی می‌یابد و انسان معنوی را در حرکت جوهری اشتدادی تا حرکت حبی به عالی‌ترین مراحل تکاملی و راقی‌ترین مراتب قرب وجودی به درگاه و آنگاه بارگاه ربوبی واصل می‌کند. معنویت اسلامی عبارت است از: «اعتقاد به خدا و عالم غیب، ارتباط با آن و عمل صالح بر اساس آن اعتقاد صائب و ارتباط صادق».

بنابراین معنویت متعالیه دارای هندسه معرفتی پویا و پایا در ساحت: ۱. بینشی، ۲. گرایشی، ۳. کنشی، ۴. منشی، ۵. روشی، و سطوح: ۱. غیب و باطن، ۲. توحید وجودی-شهودی، ۳. ولایت الهیه و ۴. قرب و لقاءالله است.

معنویت که در ساحت بینشی-نگرشی و منظر هستی‌شناختی مبتنی بر اعتقاد به عالم غیب و غیب عالم بوده و فصل مقوم آن "ایمان به غیب"، در ساحت گرایشی-منشی و منظر انسان‌شناختی متقوم بر "اصل فطرت" با گرایش‌های عالی و ارتباط وجودی با خدا و در ساحت کنشی-روشی و منظر دین‌شناختی متکی بر "شریعت حقه محمدی (ص)" است که در واقع معنویت مکتبی-مسلمی هست و نقشه راه جامع آن در قالب اصول "نبوت، امامت و ولایت" تعریف، تعیین و تنظیم شده و مکتب سلیمانی تجلیگاه معنویت متعالیه با ساحت (عرضی) و سطوح (طولی) است تا معنویت الف) توحیدی، عبودی، ولایی؛ ب) شریعتی، اجتماعی، تمدنی؛ ج) زندگی‌ساز، آرامش‌زا و امنیت بخش؛ و د) ابتناء یافته بر اعتقاد صائب، اخلاق صادق و عمل صالح تحقق یابد. معنویت یاد شده، مقاومت معیار را در دو ساحت درون و برون رقم زد و جهاد درونی و برونی را معنا کرده و چنان در متن زندگی سردار سلیمانی متبلور ساخت که سردار را تبدیل به "أسوه" و "الگو" کرده و سیر و سیره حیات نورانی را نصب‌العین همه تشنگان معنویت و شیفتگان خدمت خالصانه در عرصه‌های گوناگون کرد.

پس معنویت که ریشه در باورهای الهی و باید و نبایدهای دینی داشته باشد و در عین حال در سحر و شبانگهان، در صبح و شام ظهور یابد می‌تواند تمامی کنش و واکنش‌های انسان را تحت الشعاع خود قرار داده و تنظیم نموده و تجلی بخشد و این معنویت تداوم و تشکیک و تصعید یافته در زیست مومنانه سردار دل‌ها ظهور داشت و با چنین معنویت نورانیت دل پیدا کرد و با نور خدا در عالم آفاق سیر و در عالم انفس صیر داشت. یکی از روحانیون محشور با سردار سلیمانی نقل می‌کرد: "حاج قاسم هر چه داشت ذخیره و سرمایه از دفاع مقدس به دست آورده بود. بارها این سخن را از حاج قاسم شنیدم که می‌گفت من شرق و غرب عالم را رفتم، همه نوع مبارزین را دیده‌ام، همه نوع مجاهدین را دیده‌ام، همه نوع صحنه‌های جنگ و جبهه‌ها را دیده‌ام، والله برتر، با فضیلت‌تر، با معنویت‌تر از دوران دفاع مقدس ندیده‌ام. این ارتباط معنوی با خدا در او به گونه‌ای

وجودی به صورت متوازن و متعادل (توازن و تعادل در همه استعدادهای انسانی و جنبه‌های جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی) است که در فرایند پویا و پایای نفسانی-عاطفی، عقلانی و اجتماعی رخ داده و برآیندهای شناختاری و کنشگرانه معقول، مشروع و معتدل برجای می‌گذارد.

۳. قاعده ارتباط دیالکتیکی مزاج عنصری با مزاج روحانی.

۴. روش صیانت از سلامت معنوی

(الف) روش رفعی یا پیشگیرانه در پرتو بینش توحیدی، گرایش عبودی و کنش حبی در پرتو معرفت به خدا و اسماء و اوصاف الهی در پرتو ترکیه نفس، تذکیه عقل و تضحیه نفس.

(ب) روش دفعی یا درمان‌گرانه در سایه توبه و ترمیم کاستی‌ها و ناراستی‌های اندیشه‌ای، انگیزه‌ای و انگیزه‌ای.

الگو

واژه «الگو» در محاورات فارسی و «اسوه» در متون دینی ما به کار برده می‌شود. الگو با واژه‌هایی مانند مدل، سرمشق، مقتدی، اسوه، قدوه، مثال، نمونه نیز افق معنایی دارند. اگرچه اسوه در منابع اسلامی دست‌کم به سه معنای مقتدا، پیروی کردن و اقتدا نمودن، و سنت و روش آمده است، معادل فارسی آن، الگو و سرمشق است که البته از وسعت معنایی بیشتری برخوردار است و در علوم تربیتی، اجتماعی و غیره نیز کاربرد دارد؛ زیرا «اسوه» و «قدوه» عمدتاً ناظر به الگوهای انسانی است و بیشتر در مورد تربیت و تقویت ابعاد اخلاقی، رفتاری و شناختی انسان به کار می‌رود. در حالی که واژه الگو، علاوه بر این‌ها، به معنی طرح، مدل، نمونه و غیره نیز آمده است که عمدتاً در مسائل آموزشی و یادگیری کاربرد دارد. بنابراین شاید در مسئله بحث ما واژه «أسوة» از جهات انسانی که در همه میادین معرفتی، معنوی و رفتاری سرمشق بوده و بتوان بر اسلوب و سبک زندگی او، زندگی را تعریف، تنظیم و محقق ساخت بهتر باشد، زیرا أسوة بر وزن (عروه) در اصل، به معنی آن حالتی است که انسان به هنگام پیروی از دیگری به خود می‌گیرد، و به تعبیری دیگر، همان تأسی کردن و اقتدا نمودن است. بنابراین، معنی مصدری دارد، نه معنی وصفی، و جمله «لَقَدْ كَانَ لَكُمْ فِي رَسُولِ اللَّهِ أُسْوَةٌ حَسَنَةٌ» مفهومش این است که برای شما در پیامبر (ص) تأسی و پیروی خوبی است، می‌توانید با اقتدا کردن به او خطوط خود را اصلاح و در مسیر صراط مستقیم قرار گیرید (۶). در هر حال الگو، نمایشی خاص از یک واقعیت است، یعنی تصویری گویا، ساده و مختصر از واقعیت بوده و مسایل پیچیده را به صورت آسان و قابل درک ارائه می‌کند. (۷).

پیشینه

مقاله پیش روی با یک مقدمه و سپس مفهوم‌شناسی و بیان پیشینه موضوع و مسئله به صورت مجمل، توحید را روح حاکم بر سلامت معنوی دانسته و سپس سلامت معنوی را در سه ساحت بینشی، گرایشی و کنشی در متن تجربه زیسته سردار سلیمانی ردیابی و به ذکر نمونه‌هایی از آن‌ها در ابعاد فردی، خانوادگی و

اجتماعی پرداخته است.

اگرچه در خصوص معنویت اسلامی و سلامت معنوی کتب و مقالاتی با رویکردهای مختلف تولید شده و ادبیات نسبتاً خوب و مفیدی در اختیار علاءمندان این حوزه قرار گرفت که برخی از آن‌ها عبارتند از:

(الف) نمونه کتب

۱. سلامت معنوی در دیدگاه اسلام، مجتبی مصباح یزدی؛ ۲.
- سلامت معنوی، چرایی و چگونگی، فریدون عزیزی؛ ۳. آرامش و سلامت معنوی در بحران‌ها، سیدحسین اسحاقی؛ ۴. سلامت معنوی و خلاقیت، عبدالرضا کردی؛ ۵. نقش مهارت‌های معنوی در افزایش سلامت عمومی، نیلوفر برومندزاده ۶. دانشنامه سلامت معنوی اسلامی به قلم استاد دکتر فریدون عزیزی و ...

(ب) نمونه مقالات

مفهوم‌شناسی سلامت معنوی و گستره آن در نگرش دینی (۸)، سلامت معنوی و دیدگاه‌ها (۹)، رابطه بهزیستی معنوی با سلامت روان دانشجویان (۱۰)، تعریف مفهومی و عملیاتی‌سازی سلامت معنوی (۱۱)، شاخص‌های سلامت معنوی از منظر آموزه‌های وحیانی (۱۲)، مسئله جایگاه تعریف و دشواری‌های پایه‌ریزی مفهوم سلامت معنوی در جامعه ایرانی-اسلامی (۱۳) و ... لکن در موضوع سردار سلیمانی الگوی سلامت معنوی تاکنون مقاله یا کتابی به رشته نوشته نیامده است و شاید این اولین مقاله‌ای است که با عنوان یاد شده نگارش شده است.

توحید روح حاکم بر سلامت معنوی

از بحث‌های پیشین استنباط و اصطیاد می‌شود که سلامت معنوی، در ساحت بینشی از شک و شرک در نظام اعتقادی و باورها و در ساحت گرایشی از شهوت شهرت، قدرت و ثروت در نظام اخلاقی و ارزش‌ها و در ساحت کنشی از خبط و خطای کرداری در نظام عملی و رفتارها منزه است. بنابراین در واقع توحید اعتقادی، توحید اخلاقی، توحید عملی و اجتماعی روح سلامت معنوی است و انسان سالم معنوی، انسانی است که در اندیشه "خدا" "قُلِ اللَّهُ ثُمَّ ذَرْهُمْ فِي خَوْضِهِمْ يَلْعَبُونَ" (۱۴) و در انگیزه "قیام لله" "قُلْ إِنَّمَا أَعِظُكُمْ بِوَاحِدَةٍ أَنْ تَقُومُوا لِلَّهِ" (۱۵) و در انگیزه "عمل صالح" "مَنْ عَمِلَ صَالِحًا مِّنْ ذَكَرٍ أَوْ أَنَّىٰ وَهُوَ مُؤْمِنٌ فَلَنُحْيِيَنَّهٗ حَيَاةً طَيِّبَةً" (۱۶) را منظور کرده تا سلامت معنوی جامع الابعاد را در صراط مستقیم سلوک نماید و وحدت بر کثرت: "حَتَّىٰ تَكُونَ أَعْمَالِي و أورادی کُلُّها ورداً واحداً" (۱۷) (تا اینکه کردار و گفتار همه یک‌جهت و یک‌سو برای تو باشد) طبق این فقره از دعای کمیل بایسته است همه کثرت‌ها به وحدت بازگردد و همه وردها باید یک ورد گردد. به بیان دیگر همه ساحات و سطوح وجودی انسان و گفتار، رفتار، سخن و سکوت، کلام و کردار و ...، در تمامی اوضاع و احوال و مناسبات موضوعی و موضوعی یک‌جهت‌شده و یک نقطه را هدف‌گیری نمایند و توحید بر تمامی شئون حاکمی یابد که آن در عمل صالح و فعل صادق در اوج اخلاص فلی و بالاتر اخلاص

با به این گزاره‌های گدازنده توجه کرده و دل دهیم که نوشته‌اند: ب) "خداوندا! سر من، عقل من، لب من، گوش من، قلب من، همه اعضا و جوارحم در همین امید به سر می‌برند؛ یا ارحم الراحمین! مرا بپذیر؛ پاکیزه بپذیر؛ آن چنان بپذیر که شایسته دیدارت شوم. جز دیدار تو را نمی‌خواهم، بهشت من جوار توست، یا الله!" ج) "عزیز من! جسم من در حال علیل شدن است. چگونه ممکن [است] کسی که چهل سال بر درت ایستاده است را نپذیری؟ خالق من، محبوب من، عشق من که پیوسته از تو خواستم سراسر وجودم را مملو از عشق به خودت کنی؛ مرا در فراق خود بسوزان و بمیران" (۲۴).

اکنون به این دو فراز از وصیت نامه‌اش دقت کنیم تا سلامت بینشی را با سلامت گرایشی و نگاه سلامت کنشی یکجا تفسیر کنیم: ۱. "بهشت من جوار توست"؛ ۲. "مرا در فراق خود بسوزان و بمیران" که جریان آسیه همسر فرعون نمونه روشنی از فراز اول یاد شده است. که خدای سبحان در مورد آن می‌فرماید: "وَضَرَبَ اللَّهُ مَثَلًا لِّلَّذِينَ ءَامَنُوا امْرَأَتَ فِرْعَوْنَ إِذْ قَالَتْ رَبِّ ابْنِ لِي عِنْدَكَ بَيْتًا فِي الْجَنَّةِ وَنَجِّنِي مِن فِرْعَوْنَ وَعَمَلِهِ وَنَجِّنِي مِنَ الْقَوْمِ الظَّالِمِينَ" (۲۵) و تقاضای "رَبِّ ابْنِ لِي عِنْدَكَ بَيْتًا فِي الْجَنَّةِ" و در شرح فراز دوم نیز و اینکه توحید وجودی-شهودی را سردار با تمام وجودش حس و تجربه کرد (۲۶) و به تعبیر خواجه عبدالله انصاری: «توحید عام یعنی چیزی مثل او نیست اما توحید خاص آن است که کسی غیر او نیست ... توحید مَهِين آن است که جز یک نبود، معروف بود، عارف نبود، مقصود بود، قاصد نبود».

د) معبود من، عشق من و معشوق من، دوست دارم. بارها تو را دیدم و حس کردم، نمی‌توانم از تو جدا بمانم. بس است، بس. مرا بپذیر، اما آن چنان که شایسته تو باشم" (۲۶).

ه) سردار در بخشی از نامه به دخترش فاطمه درباره فلسفه حیات، جهاد و آرزوی شهادت در دفاع از مظلومان و اطفال وحشت زده عالم: "عزیزم از خدا خواستم همه شریان‌های وجودم را و همه مویرگ‌هایم را مملو از عشق به خودش کند. وجودم را لبریز از عشق خودش کند" (۲۶).

آری سلامت معنوی سردار را می‌توان در حوزه عدل اهل و اجتماعی، نبوت و امامت تا امتداد امامت در ولایت فقیه و باورهای یقینی‌اش به معاد و عوالم قیامت نیز توسعه داده و شواهدی بر هر کدام از آن‌ها ذکر کرد که نمونه‌هایی از آن‌ها در وصیت نامه و نامه‌های او به فرزندان و دوستانش مندرج است.

سلامت معنوی در ساحت گرایشی

خاستگاه گرایش‌های وجودی سردار سلیمانی نیز فطرت الهی او بود که آن گرایش‌ها را با بینش‌های توحیدی‌اش توسعه و تعمیق بخشید و سطح گرایش‌ها را عالی کرده و این گرایش‌ها را در روابط چهارگانه خود با خدا، خود باخود، خود با خلق و خود با خلقت در پرتو خود با انسان کامل معصوم (ع) تبیین و تنظیم کرده و هندسه معرفتی-رفتاری خاصی که ظهور همان "حتی تکون أعمالی و

ذاتی متجلی است و این حقیقت زمانی به واقعیت تبدیل خواهد شد که تربیت معنوی حدوث و بقای سلامت معنوی را در ساحات گوناگون بینشی، گرایشی و کنشی تضمین کند. به تعبیر علامه جوادی آملی: "این خواسته و آرزوی انسان به بار نخواهد نشست، مگر اینکه، جایگاه خود را در عالم و نظام هستی پیدا کرده و حکمت ارسال رُسُل و فرستادگان الهی را دریابد. هرگاه انسان به این حقیقت پی برد که حکمت فرستادگان الهی چیست، جایگاه خود و ابدیتش را درک کرده و به آن نائل خواهد شد؛ چون تربیت در مکتب الهی، هم بقای انسان را تضمین می‌کند و هم بقای باسعادت را به او اعطا می‌نماید؛ زیرا تربیت در این مکتب، به انسان می‌فهماند که او، بسان درخت نیست که پس از مدت‌زمانی خشک شده و به هیزم تبدیل گردد و خاکستر شود" (۱۸). اکنون با توجه به ارتباط طولی بین ساحات سلامت معنوی (ساحات بینشی، گرایشی و کنشی) تبیین مسئله سلامت معنوی را در زیست مجاهدانه متشرعانه و تجربه زیسته سردار سلیمانی به شرح اجمالی ذیل طرح خواهیم کرد:

سلامت معنوی در ساحت بینشی

سردار سلیمانی از ابتدای زیست این جهانی از بصیرت درونی و روشن ضمیری خاصی در انتخاب جهان بینی و ایدئولوژی یا مکتب و فلسفه حیات برخوردار بود و شاکله خودساخته "قُلْ كُلُّ يَعْمَلُ عَلَى شَاكِلَتِهِ فَرَبُّكُمْ أَعْلَمُ بِمَنْ هُوَ أَهْدَى سَبِيلًا" (۱۹) (ملکات وجودی در حوزه علم و عمل) را در طول شاکله خداساخته "فَأَقِمْ وَجْهَكَ لِلدِّينِ حَنِيفًا فِطْرَتَ اللَّهِ الَّتِي فَطَرَ النَّاسَ عَلَيْهَا لَا تَبْدِيلَ لِخَلْقِ اللَّهِ" (۲۰) (فطرت) قرار داد تا وحدت افق بر هردو شاکله حاکم گردد و زندگی‌اش را متوجه حیات طیبه نماید (۲۱، ۲۲) یعنی فطرت بسیط او به تدریج و با عنایات الهی در مسیری سوق داده شد که توحید و ولایت را تجربه عقلی و قلبی کند و در طول زندگی‌اش بر همان مدار الهی حرکت نماید. سردار در واقع آرام ارام "ورداً واحداً" را با "قیام‌الله" درهم آمیخت و در ساحت بینشی از معرفت اجمالی به خدا تا معرفت تفصیلی و از شناخت عقلی تا شناخت شهودی حق تعالی صیروت یافت که برخی از شواهد و تجربیات زیسته متناظر به ساحت بینشی‌اش عبارتند از:

الف) "خداوندا عاشق دیدارتم، همان دیداری که موسی را ناتوان از ایستادن و نفس کشیدن نمود" (آخرین دست‌نوشته سردار شهید سلیمانی). در این گزاره بینشی اوج درک و درد دیدار با خدا یا محبوب سرمدی موج می‌زند که حکایت از سلامت معنوی در حوزه اعتقاد و ارتباط با خدا و توحیدشناسی و توحید شهودی اوست. این گونه بود که سردار با این شعر عشق می‌کرد و می‌گریست:

چو رسی به طور سینا ارنی مگو و بگذر
که نیرزد این تمنا به جواب لن ترانی
چو رسی به طور سینا ارنی بگو و مگذر
تو صدای دوست بشنو نه جواب لن ترانی
ارنی بگوید آن کس که تو را ندیده باشد
تو که با منی همیشه چه جواب لم ترانی (۲۳).

جوانان جالب باشد که بدانند حاج قاسم در اوج جوانی زیبایی اندام کار می کرد. همیشه لباس های شیک می پوشید، اما دلبسته آن ها نبود که مبدا کثیف نشود حتی اگر لازم بود با همان لباس به صحنه جنگ می رفت. همیشه کم غذا می خورد، بیشتر وقت خود را صرف حل مشکلات می کرد، کم می خوابید و عقیده داشت فرصت برای خوابیدن زیاد است " (۳۲). همانگونه که گفته اند: "همیشه حاج قاسم همراه خود کتاب داشت و زمانی که از ایران به سمت سوریه حرکت می کردیم در حال مطالعه بود. در سفرها کتاب از دست ایشان جدا نمی شد مگر اینکه راجع به موضوع مهمی می خواست صحبت کند. به خاطر دارم یک روز زمانی که عازم سوریه بودیم ایشان غرق در مطالعه بود که پس از نیم ساعت کتاب را بست و من که دو تا صندلی عقب تر بودم را صدا کرد و گرم صحبت شدیم. زمانی که به مقصد رسیدیم لبخندی زد و گفت: حاج مرتضی امروز یک کتاب به من ضرر زدی. خندیدم و گفتم: خودتون مرا صدا زدید، اما باز حاج قاسم لبخند می زد و می گفت: نه خودت را توجیه نکن امروز به من یک کتاب ضرر زدی " (۳۲).

رابطه با خلق خدا (جامعه): انسان به طور طبیعی و طبیعی موجودی اجتماعی است و ارتباط با دیگران شامل ارتباط با خانواده، خویشاوندان، دوستان، همسایگان، آموزگاران، همکاران، شهروندان، مؤمنان، مسلمانان، بیگانگان و غیره از جمله عرصه های ارتباطی با خلق است که هر یک دارای آداب، مناسبات و هنجارهای رفتاری خاصی است. تواضع و فروتنی، ایثار و فداکاری، محبت و حسن خلق، همدردی و همدلی و مانند آن، را می توان به عنوان اساسی ترین اصول روابط اجتماعی در جامعه دینی نام می برد. یکی از آشنایان نزدیک سردار سلیمانی گفته اند: "اگر از فضای معنوی هم گذر کنیم به ارتباط با انسان ها می رسیم که یکی از آن ها ارتباط با والدین است، و صله رحم، رفقا و مردم؛ که مردم خانواده شهدا، رزمندگان، و ایثارگران هستند و در تمام این ها حاج قاسم سرآمد و الگو بود. همه پدر و مادر خود را دوست دارند ولی نوع احترام و تواضع حاج قاسم نوعی دیگری بود، ارتباط تلفنی همیشگی، ارتباط حضوری هم هر جایی که بود سعی می کرد سری به والدین و خانواده خود بزند و تواضع داشت. شهید پورجعفری تعریف می کرد که حاج قاسم بالاسر مادر بود و نگاه معنادار و شرمناهی به من کرد و حاج قاسم از من خواست برم بیرون و من هم اطاعت کردم ولی دلم آروم نگرفت و از پنجره نگاه می کردم ببینم چه می گذره دیدم حاج قاسم رفت پایین پای مادرش و کف پای مادرشو شروع کرد بوسیدن و کف پای مادرشو می مالید به چشم ها و صورتش و هی گریه می کرد. اگر حاج قاسم عزت پیدا کرد در مقابل این معنویات بود. ذلت در مقابل پدر و مادر همین خضوع سردار را در برابر شهداء، خاندان شهداء و جانبازان و خانواده هایشان مطرح کرد (۲۷). یکی از سرداران درخصوص عنایت سردار به مردم و جایگاه سرنوشت سازشان در ساحت تعالی وجودی گفته اند: "ایشان واقعاً خودش را محتاج نظر مردم می دانست. از همون منظر که مردم عیال الله

آورادی کَلْها ورداً واحداً" (دعای کمیل) است در زندگی خویش پیاده ساخت و اکنون به نمونه هایی از هر کدام اشاره می کنیم (۲۶):

رابطه با خدا: رابطه انسان با خدا، از موقعیت کانونی برخوردار بوده و مرکز همه ارتباطات عقلانی-معنوی و شهودی است. زیرا ارتباط معرفتی و معنوی با خدا، هم به هویت شناسی و هم رابطه شناسی انسان با خودش منتهی می شود، درعین حال به خلقت شناسی و مناسبات تعاملی انسان با خلقت بویژه عالم دنیا که محل زندگی اوست و هم به شناخت عموم انسان ها و روابط انسانی با هممنوعان می انجامد و روابط را در مسیر درست هدایت می کند. ارتباط عمیق شناختی انسان با خدا باعث می شود که انسان همواره خود را در محضر خدا دیده، به غیر خدا تکیه نکند. یکی از بارزترین مصداق رابطه خود با خدا در نماز و نیایش تبلور دارد که درخصوص نماز و نماز شب او گفته اند: "حاج قاسم از روزی که با خدا و انقلاب و جبهه آشنا شد نماز شب او ترک نشد تا هنگامی که از دنیا رفت حتی در هر وضعیت و جایی که بود. من برخی سفرها با حاج قاسم همراه بودم ساعت ۲ و ۳ شب که می رسیدیم من خودم می خوابیدم و نماز صبح بیدار می شدم ولی خدا رحمت کند آقای صفری که همراه بود می گفت: حاج قاسم که شب نخوابید همه اش عبادت کرد و معلوم نیست چطور فردا به امورش می رسد. ولی خسته نمی شد با اینکه نمی خوابید، خداوند قدرتی در حاج قاسم قرار داده بود که حتی ۳ شبانه روز هم عملیات بود نمی خوابید باز روز بعدی که کاری بود می دوید. حاج قاسم نماز شبش خم و راست شدن نبود، توام با راز و نیاز و مناجات بود و می دیدم من دعای ابوحمزه را می خواند و ضجه میزد در نماز شبش در سجده یا قنوت" (۲۷) و گفته اند: "در نماز شب، دعای ابوحمزه ثمالی را می خواند و اهل منزل، حوالی صبح با صدای گریه او برای نماز بیدار می شدند" (۴)، و درتوصیه به برادرزاده اش نوشت: "تمام کسانی که به کمالی رسیدند خصوصاً کمالات معنوی که خود منشأ و پایه دنیوی هم می تواند باشد، منشأ همه آن ها سحر است. سحر را دریاب نماز شب در سن شما تأثیری شگرف دارد اگر چندبار آن را با رغبت تجربه کردی، لذت آن موجب می شود به آن تمسک یابی" (۲۸).

رابطه با خود: رابطه انسان با خود یکی از بنیادی ترین رابطه ها بعد از رابطه با خداست، بدین معنا که انسان به ارزش ها و مقامات وجودی خویش آگاهی و گواهی یابد که خلیفه خدا (۲۹)، امانتدار خدا (۳۰) و تجلیگاه خداست (۳۱) و فهم و فعل خویش را براساس "باید و نبایدها"ی معطوف به آن "هست ها" قرار داده و زندگی اش را برآن حقایق تعریف و تنظیم نموده و تحقیق بخشد. سردار درعین حال که به معنویت و شکوفایی استعدادهای فطری و روحی اش اهمیت می داد و حقوق معنوی را ضایع نمی کرد، به حقوق جسمانی نیز توجه داشت و این توجه را در نگاه توأم با نیازهای روحی و جسمی می دید و هرکدام را درجای خود مورد توجه قرار می داد، به قول یکی از دوستانش: "حاج قاسم اخلاق های ویژه و منحصر به فردی داشت؛ او همیشه اهل ورزش بود، شاید برای

بچه اجازه گرفتیم. بنده خدا تا شنید قرار است نوه‌های شما را بستری کنند، خودش با اصرار اتاق ایزوله را خالی کرد. اما حاج قاسم گفت: نه آقای دکتر! کاری که گفتیم را انجام دهید و بچه را به اتاق برگردانید. این اتفاق افتاد و آن نوزاد دوباره به اتاق برگردانده شد.

خانواده حاج قاسم سلیمانی مثل تمام مردم سه ساعت در بیمارستان منتظر ماندند تا اتاق ایزوله خالی شد. طی چند روزی که آن نوه‌های دوقلو، تازه به دنیا آمده بودند حاج قاسم در بیمارستان بود، ایشان با رفتاری که از خود نشان می‌داد، برای ما کلاس درس مرام و معرفت گذاشته بود. روز دوم بود که حاج قاسم برای ملاقات فرزندش و دیدن دوقلوها به بیمارستان آمد. من زیاد از مسائل امنیتی سر در نمی‌آورم و نمی‌دانم مقدمات حضور ایشان در مکان‌های عمومی چطور فراهم می‌شد، اما آن روز ایشان ساده و بی‌تکلف از همان جلوی در وارد بخش شدند. دیدن حاج قاسم برای پرستارها، غیرمترقبه و جالب بود. آن‌ها با این که خوشحال بودند، ولی روی جلو رفتن نداشتند. تا این که با سلام و احوالپرسی ساده و خسته نباشید صمیمی حاج قاسم، یخ پرستارها آب شد و در چشم بر هم زدنی، تمام پرستاران بخش دور ایشان جمع شدند. قرار شد عکس یادگاری بگیریم. تمام پرستاران بخش اطراف حاج قاسم حلقه زده و آماده عکس گرفتن بودند که ایشان یکی از نیروهای خدماتی که در انتهای سالن در حال تی کشیدن بود را صدا کرد و گفت: شما هم بیا در عکس ما باش. او با ذوق و خوشحالی خودش را رساند و عکسی به یادگار برداشته شد" (۳۲).

رابطه با انسان کامل (پیامبر و عترت پاکش): رابطه عمیق و دقیق با انسان کامل مکمل نیاز به محبت مبتنی بر معرفت به آن ذوات قدسی دارد تا عامل اطاعت و آنگاه سنخیت با آنان شود و انسان متکامل هرچه بهتر و بیشتر تخلق به اخلاق آنان و تشبه به شاکله و شخصیتشان یابد. به تعبیر علامه جوادی آملی: «غایت حرکت حبی خداوند، همانا پیدایش انسان کاملی است که حبیب اوست و رسالت حبیب خدا ترسیم هندسه محبت است» (۱۸). سردار با عرفان به مقامات انسان کامل رابطه عاطفی ممزوج به رابطه عقلی و سپس رابطه وجودی برقرار می‌شود و عاطف، عقل و عشق با هم و درهم تنیده شده و سالک کوی کمال را به مقصد می‌رسانند و در این زمینه جالب است بدانیم که یکی از آشنایان نزدیک سردار سلیمانی در زمینه دلدادگی‌اش به روضه گفته‌اند: "بعد دیگر حاج قاسم روضه بود، حاج قاسم با روضه خیلی انس داشت، به هر بهانه‌ای می‌خواست برای امام حسین (ع) و حضرت فاطمه اشکی بریزد. خدا رحمتشان کند در روزهای آخر که متعدد به عراق می‌رفت و میزبانش شهید ابومهندس بود، حاج قاسم دید که یه محفل و مکانی هست که خالی است، از ابومهندس دلیل این مکان خالی را پرسید گفتند برای محافل و جلسه‌ها با مهمانان هست. حاج قاسم از شهید ابومهندس خواست که این ۳ روزی که ایشان اینجا هستند روضه برگزار باشد و یک روضه‌خوان دعوت

هستند و خدا از منظر مردم به شما توجه می‌کند، برخی می‌گویند کاری کن بدون واسطه به خدا متصل بشویم. ایشان به این مسئله معتقد نبود، می‌گفت مخلوق خدا برای خدا ارزش است. ایشان رزمندگانی که حاضر بودن جانشان را برای اسلام فدا کنند جمع می‌کرد و از ایشان می‌پرسید آیا بنده آدم خوبی هستم. از ایشان می‌خواست بله بگیرد. قاسم سلیمانی مجاهد فی سبیل‌الله است ولی اصلاً در ذهنش نبود که خودش چیزی است و چیزی دارد. فقط می‌گفت مردم شهادت بدید تا بنده بشنوم آیا بنده آدم خوبی هستم؟ چقدر اعتقاد می‌خواهد. بعد کفنش را ببرد پیش افرادی بگوید روش بنویس که قاسم سلیمانی آدم خوبی است ... اینجا اعتقادش این است که اگر مردم راضی بودند خدا هم راضی است یعنی رضایت خدا در گرو رضایت خلق خدا است (۳۳).

درمجموع سردار سلیمانی در همه ابعاد خود را وقف خدمت به مردم کرد، از خدمات امنیتی تا عمران و آبادانی و گره‌گشایی از مشکلات اقتصادی و این خدمت‌رسانی‌ها برای او از اهمیت و موضوعیت ویژه‌ای برخوردار بود و با بینش و زاویه نگرش دینی به آن‌ها توجه داشت. حاج قاسم عزیز، مردم را با تمام وجود دوست داشت، او با مردم و درمیان مردم بود، مثل یکی از آن‌ها و این سنخ رابطه با مردم، رابطه عملی و عبرت‌آموز است. در اینجا به خاطره‌ای دلنشین و متناظر به همین مسئله توجه کنیم: "محمد ترکمن فوق تخصص اطفال در خاطره‌ای از شهید سلیمانی می‌گوید: نوه‌های دوقلوی سردار حاج قاسم سلیمانی در بیمارستانی به دنیا آمدند که من در آن پزشک اطفال بودم. این نوزادان زودتر از موعد به دنیا آمدند. به همین خاطر نارس بودند و وزن بسیار کمی داشتند. به دلیل شرایط خاصی که آن‌ها داشتند باید مدت کوتاهی در بخش ایزوله بیمارستان بستری می‌شدند، اما در آن روز، ما اتاق ایزوله خالی نداشتیم. من یکی از نوزادان بستری در بخش ایزوله که شرایطش بحرانی نبود را شناسایی کردم و رفتم آرام به مادرش گفتم: نوه‌های حاج قاسم سلیمانی در بیمارستان ما هستند و نیاز به اتاق ایزوله دارند، اما اتاق خالی برای بستری کردنشان نداریم. وضعیت فرزند شما هم رو به بهبود است. اگر موافق باشید شما به بخش بروید تا ما بچه‌ها را در این اتاق بستری کنیم. آن مادر تا اسم حاج قاسم را شنید، از جا پرید و گفت: چرا که نه! ایشان جانم را وقف آرامش و امنیت ما کرده که با هیچ چیز جبران نمی‌شود. این کمترین کاری است که من می‌توانم بکنم. او با آن حالی که داشت، خودش را به راهروی اصلی بیمارستان رساند که حاج قاسم را ببیند. بعد از این که اتاق را خالی کردیم، به حاج قاسم گفتم: الان دوقلوه‌های شما را بستری می‌کنیم. وقتی ایشان متوجه نحوه خالی کردن اتاق شد، به من اعتراض کرد که: چرا این کار را کردید؟ یک نوزاد بیمار را از اتاق ایزوله بیرون آوردید که نوه‌های من بستری شوند؟ لطف کنید او را به اتاق ایزوله برگردانید. هیچ فرقی بین بچه‌های من و بچه‌های دیگران نیست. ما مثل بقیه مردم صبر می‌کنیم تا اتاق خالی شود. به ایشان گفتم: سردار! ما از مادر آن

شود؛ ابومهندس هم با دعوت یک روضه خوان عرب زبان هربش خواسته حاج قاسم را عملی می‌کرد و حتی خود من هم که روضه‌خوانی داشتم می‌دیدم که محزون‌ترین فرد حاج قاسم هست و چهره او محزون‌ترین و اولین نفر اشکش جاری بود" (۲۷).

سلامت معنوی در ساحت کنشی

سردار سلیمانی چون انسانی مکتبی و مسلکی بود و فلسفه زیستن را بر پایه جهان‌بینی و بینش‌ها و ایدئولوژی و گرایش‌های هدفدار تنظیم می‌کرد در نتیجه تمامی کردار و مناسبات عملی و رفتاری و کنشگری‌هایش رنگ و رایحه بینش‌ها و گرایش‌های متعالیه داشت و انسانی بود که در کنش‌های خویش از مختصاتی مانند: معقول، متعادل، متوازن، تقوای فردی و اجتماعی، تعبد و تشرع در عین حال جهادی و انقلابی همراه با شجاعت و بصیرت برخوردار بود و بدین جهت هرگز گرفتار گرداب افراط و تفریط نشد و در صراط مستقیم سلوک اجتماعی داشت. سلوکی که در زیست خانوادگی و آنگاه سیاسی و اجتماعی و حتی امنیتی و نظامی‌اش تبلور داشت و همگان از دوستان و حتی دشمنانش را به تحسین واداشت. نامه او به همسرش که از ادای حق صبر چهل ساله‌اش و حالیت از وی سخن به میان آورد (۳۳)، نامه‌های او به فرزندان‌ش که در یکی از این نامه‌ها نوشته‌اند: "عزیزم از خدا خواستم همه شریان‌های وجودم را و همه مویرگ‌هایم را مملو از عشق به خودش کند. وجودم را لبریز از عشق خودش کند ... عزیزم من متعلق به آن سپاهی هستم که نمی‌خواهد و نباید بخوابد. تا دیگران در آرامش بخوابند. بگذار آرامش من فدای آرامش آنان بشود و بخوابند ... (۳۴)، نامه‌ای که برای یک داعشی نوشت، سبک گفتگوهایی که با فرماندهان در جبهه مقاومت و سربازانش داشت، دیالوگ‌های سیاسی و سخنرانی‌های رسمی و غیررسمی که در محافل عمومی و خصوصی انجام داد همه و همه بیانگر مختصاتی بود که ذکر شد و همه آن مختصات را ذیل ولایت و التزام عملی به آن تعریف و تنظیم کرد. کنشگری‌های دینی و معنوی در نماز اول وقت، زیارت عاشورا، دعای کمیل تا مدل فرماندهی و اسلوب مبارزه با استکبار و صهیونیسم و اذنباش همه حکایت از سلامت معنوی در ساحت کنشی و هندسه معرفتی-سلوکی زیست مبتنی بر اصول و ارزش‌ها می‌کرد. در اینجا سه گزاره شریعت‌گرایانه در کنشگری‌های سردار را نقل می‌کنیم:

گزاره اول ناظر به شریعت به معنای خاص (حق الناس):

"از همه طلب عفو دارم، از همسایگانم و دوستانم و همکارانم طلب بخشش و عفو دارم. از رزمندگان لشکر ثارالله و نیروی با عظمت قدس که خار چشم دشمن و سدّ راه او است، طلب بخشش و عفو دارم؛ خصوصاً از کسانی که برادرانه به من کمک کردند" (۲۶).

گزاره دوم ناظر به حق الناس و حالیت طلبی از یک داعشی (نامه سردار سلیمانی به صاحب منزلی در سوریه که ایشان در خلال عملیات آزادسازی البوکمال، از آن منزل به عنوان مقر استفاده کردند):

"بنده شیعه هستم و شما اهل سنت. البته بنده نیز به نحوی سنی هستم چون ما به سنت رسول الله (ص) معتقدیم و انشاءالله در

تلاشیم گام در مسیر ایشان بگذاریم. و شما نیز به نحوی شیعه هستید چون اهل بیت علیهم‌السلام را دوست دارید. بنده از کتاب قرآن و صحیح بخاری و کتاب‌های دیگری که در خانه شما بود متوجه شدم شما متدین هستید. اولاً عذر می‌خواهم و امیدوارم ما را ببخشید که بدون اجازه از خانه‌تان استفاده کردیم. ثانیاً اگر خانه‌تان خسارتی دیده است حاضریم خسارتش را بدهیم. از سوی خودمان و شما با قرآن کریم استخاره کردیم و جواب استخاره آیات مبارک سوره فرقان در صفحات ۳۶۱ و ۳۶۲ بود. امیدوارم این آیات را بخوانید و درباره آن‌ها بیاندیشید همان‌گونه که ما اندیشیدیم. بنده در خانه شما نماز خواندم و دو رکعت نیز به نیت شما خواندم و برای عاقبت‌به‌خیرتان دعا کردم" (۲۶).

گزاره سوم ناظر به ولایت گرایی:

"بزرگترین ارمغانی که امام خمینی (رض) به این ملت هدیه کرد که بعضی‌ها حماقت می‌کنند و نمی‌دانند چه می‌گویند، ولایت فقیه است ... مردم از من قبول کنید، من عضو هیچ حزب و جناحی نیستم و به هیچ طرفی جز کسی که خدمت می‌کند به اسلام و انقلاب تمایل ندارم. اما این را بدانید؛ والله! علمای شیعه را تماماً و از نزدیک می‌شناسم ... والله! اشهد بالله! سرآمد همه این روحانیت، این علما از مراجع ایران و مراجع غیرایران، این مرد بزرگ تاریخ یعنی آیت‌الله العظمی خامنه‌ای است" (۲۶). در وصیت‌نامه‌اش نوشت:

"برادران و خواهران عزیز ایرانی من، مردم پر افتخار و سربلند که جان من و امثال من، هزاران بار فدای شما باد، کما اینکه شما صدها هزار جان را فدای اسلام و ایران کردید؛ از اصول مراقبت کنید. اصول یعنی ولیّ فقیه، خصوصاً این حکیم، مظلوم، وارسته در دین، فقه، عرفان، معرفت؛ خامنه‌ای عزیز را عزیز جان خود بدانید. حرمت او را حرمت مقدسات بدانید" (۲۶).

نتیجه‌گیری

سردار سلیمانی نمونه‌ای بارز از سلامت معنوی در همه ساحت-های بینشی، گرایشی و کنشی آن هم در تمامی سطوح و لایه‌ها و در عین حال عرصه‌های گوناگون زندگی است. او سلامت معنوی را در متن زندگی و درون تضادها و چالش‌های متکثر حیات طبیعی تجربه کرده و به سوی حیات طیبه سوق داد. سردار از سلامت اعتقادی، روانی، اجتماعی و معنوی برخوردار بود تا توانست امنیت پایدار را به جوامع اسلامی و از جمله جامعه اسلامی ایران هدیه نماید. او سلامت معنوی را در ارتباطات چهارگانه و در ذیل ارتباط با انسان کامل معصوم (ع) معنادار کرده و گفت‌وگو بر سلامت معنوی‌اش عبودیت مبتنی بر شریعت حقه و امامت و ولایت بود. سلامت معنوی سردار، معطوف به جهاد و مبارزه عیار فرهنگی، سیاسی و اجتماعی و در عین حال جهاد نظامی بود.

تضاد منافع: نویسنده تصریح می‌کند که هیچ‌گونه تضاد منافی در مطالعه حاضر وجود ندارد.

منابع

1. The Holy Quran. Surah Ibrahim. Verse 24.
2. The Holy Quran. Surah Maryam. Verse 31.
3. The Holy Quran. Surah Ibrahim. Verse 7.
4. The Supreme Cultural Adviser of the Quds Force stated the story of Martyr Soleimani's friends' advice to him before his trip to Iraq. Available from: <http://www.irdiplomacy.ir/fa/news/1998593>
5. The Holy Quran. Surah Nahl. Verse 97.
6. Makarem Shirazi N. Tafsir Nemooneh. Tehran: Dare Elektb al-Islamiyya Publication; 1995:260-283.
7. Tabibi SJ, Maleki MR, Delgoshaei B. Writing successful: theses, dissertations, research projects and scientific articles. Tehran: Ferdos Publication; 2016.
8. Abolghasemi MJ. Semantics of spiritual health and its religious scope. Medical Ethics. 2012;6(20):45-68.
9. Esfahani SM. Spiritual health and attitudes. Medical Ethics. 2011;4(14):41-9.
10. Safayi Rad I, Karimi L, Shomoossi N, Ahmadi Tahour M. The relationship between spiritual well-being and mental health of university students. Journal of Sabzevar University of Medical Sciences. 2011;17(4):274-80.
11. Abbasi M, Azizi F, Shamsi Gooshki E, Naserirad M, Akbari Lakeh M. Conceptual definition and operationalization of spiritual health: a methodological study. Medical Ethics. 2012;6(20):11-44.
12. Marzband R, Zakavi AA. Indicators of spiritual health based on quran perspective. Medical Ethics. 2012;6(20):69-99.
13. Marandi SA, Azizi F. Question of position, definition and difficulties of establishing the concept of spiritual health in the iranian-islamic society. Medical Ethics. 2011;4(14):11-21.
14. The Holy Quran. Surah Al-An'am. Verse 91.
15. The Holy Quran. Surah Saba. Verse 46.
16. The Holy Quran. Surah An-Nahl. Verse 97.
17. Qummi A. Mafatih al-Jinan. Qom: Shahab publication; 2005.
18. Javadi Amoli A. Human being in Quran inward and outward. Qom: Asra Publications; 2000.
19. The Holy Quran. Surah Al-Isra. Verse 84.
20. The Holy Quran. Surah Ar-Rum. Verse 30.
21. Javadi Amoli A. Tasnim: commentary of the noble Quran. Qom: Asra Publication, 2010.
22. Soleimani Q. I was not afraid of anything. Hajj Qassem School publication; 2021.
23. Hajj Qassem Soleimani, speech in congress of 8 thousand martyrs Gilan. Available from: yun.ir/uzwkbfb
24. The will and testament of Hajj Qassem Soleimani. Available from: yun.ir/ycb0mc
25. The Holy Quran. Surah At-Tahrim. Verse 11.
26. Rudgar MJ. Social spirituality in Soleimani school. Tehran: Cultural institute of contemporary knowledge and thought; 2021.
27. Cultural indicators in the Shahid Soleimani school. Available from: yun.ir/7gxpb7
28. Hajj Qassem's advice to his nephew. Available from: Site: neshanonline; News ID: 12150.
29. The Holy Quran. Surah Al Baqarah. Verse 30.
30. The Holy Quran. Surah Al-Ahzab. Verse 72.
31. The Holy Quran. Surah Fussilat. Verse 53.
32. Shirazi Ali. Shahid Soleimani school. Khate moqadam Publication; 2020.
33. Human aspects of Shahid Soleimani school from the perspective of Dr. Sadollah Zarei. The site of association of Iranian cultural pathfinders; 2022.
33. Hajj Qassem's love letter to his wife on the last day of women. Available from: <https://www.bayanema.ir/news/93931>
34. Letter of Sardar Shahid Soleimani to his son. Site: <https://donya-e-eqtasad.com/>, News ID: 37393 56; 2021.

Content

Title	Page
• Editorial Editor-in-chief	1
• Meta-Synthesis of Spiritual Health's Components based on the Islamic-Iranian Approach Abolghasem Isamorad, Fazlollah Hassanvand, Zahra Ghalami	3
• COVID-19 Pandemic, the Substantion of the Spiritual Health Birth Fatemeh Moghisi	15
• Investigating The Effect of Belief in Human Inherent Poverty in Increasing the Degree of Spirituality and Its Role in Promoting Spiritual Health Mostafa Arbabi Mojaz, Seyed Mohammad Hossein Moosavi, Hadi Zeini Malek Abad, Moheb Ali Rahdar	21
• Relationship Between Genetic and Spiritual Health and its Role in Health Fathollah Ahmadpour, Mostafa Akbariqomi, Mostafa Khafaei, Hossein Shamsi Gooshki, Hadi Khoshmohabbat, Taleb Badri, Kazem Hassanpour, Gholamreza Farnoosh	29
• Developing and Validating Scale of Spiritual and Soul Health Constructs from an Islamic Point of View Saeideh Farajnia	38
• The Role of Using the Quran and Religious Teachings in Maintaining and Promoting Spiritual Health in the Medical Education System Mohammadreza Noormohammadi, Zahra Fatahian kelishadrokh, Seyede Zeinab Mousavi Sardashti	54
• Martyr Soleimani as Symbol of Islamic Spiritual Health Mohamadjavad Roodgar	60

Journal of Spiritual Health

Publisher:

Baqiyatallah University of Medical Sciences

Cahirman:

Dr. Alireza Marandi

Editor-in-Chief:

Dr. Hassan Abolghasemi

First Assistant Editor:

Dr. Ali Fathi-Ashtiani

Second Assistant Editor:

Dr. Mehdi Abbaszadeh

Executive Manager:

Dr. Mostafa Akbariqomi

e-ISSN: 2821-1235

Frequency: **Quarterly**

Volume: **1**

Issue: **1**

Serial Number: **1**

Publication Year: **2022, Summer**

Executive Office Address:

Journals Management Office, Deputy of Research & Technology, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Nosrati Alley, South Sheikh Bahaei St, Molla Sadra St, Vanak Sq, Tehran, Iran. Postal Code: 1435916471
Tell: +98(21)-87554574

Website: www.spiritual-health.ir

E-mail: spiritual.health.bmsu@gmail.com

IN THE NAME OF GOD

Editorial Board

- **Alireza Marandi**, Professor, Shahid Beheshti University of Medical Sciences
- **Ali Akbar Rashad**, Professor, Research Institute for Islamic Culture and Thought
- **Hassan Abolghasemi**, Professor, Baqiyatallah University of Medical Sciences
- **Mohammad Ali Mohagheghi**, Professor, Tehran University of Medical Sciences
- **Seyed Mohammad Reza Kalantar-Motamedi**, Professor, Shahid Beheshti University of Medical Sciences
- **Seyed Jamaledin Sajadi-Jazi**, Professor, Tehran University of Medical Sciences
- **Seyed Masoud Khatami**, Professor, Baqiyatallah University of Medical Sciences
- **Fereidoun Azizi**, Professor, Shahid Beheshti University of Medical Sciences
- **Ali Akbar Haghdooost**, Professor, Kerman University of Medical Sciences
- **Reza Chaman**, Professor, Shiraz University of Medical Sciences
- **Ali Fathi-Ashtiani**, Professor, Baqiyatallah University of Medical Sciences
- **Abolfazl Sajedi**, Professor, Imam Khomeini Education and Research Institute
- **Mohammad Hossein Nicknam**, Professor, Tehran University of Medical Sciences
- **Akram Heidari**, Professor, Qom University of Medical Sciences
- **Mehdi Abbaszadeh**, Associate Professor, Research Institute for Islamic Culture and Thought
- **Abbas MasjediArani**, Associate Professor, Shahid Beheshti University of Medical Sciences
- **Abolfazl Khoshi**, Associate Professor, Baqiyatallah University of Medical Sciences
- **Mehdi Mesri**, Assistant Professor, Baqiyatallah University of Medical Sciences
- **Hossein Shams Kooshki**, Assistant Professor, Baqiyatallah University of Medical Sciences
- **Hadi Khoshmohabbat**, Assistant Professor, Baqiyatallah University of Medical Sciences
- **Minoo Asadzandi**, Assistant Professor, Baqiyatallah University of Medical Sciences
- **Saeid Binat**, Assistant Professor, Baqiyatallah University of Medical Sciences
- **Abdolraouf Adibzadeh**, Assistant Professor, Baqiyatallah University of Medical Sciences
- **Seyed Morteza Hosseini**, Assistant Professor, Baqiyatallah University of Medical Sciences

In cooperation with

- Academy of Medical Sciences
- Research Institute for Islamic Culture and Thought
- Iranian Association of Psychology
- Iranian Association of Clinical Child and Adolescent Psychology

