

تعریف مفهومی و عملیاتی سازی سلامت معنوی:

یک مطالعه روش‌شناختی

محمود عباسی^۱

فریدون عزیزی

احسان شمسی‌گوشکی

محسن نصری‌راد

مریم اکبری‌لاکه

چکیده

مقدمه: از زمان ورود مفهوم سلامت معنوی توسط مویبرگ (۱۹۷۱م.) تاکنون تعاریف متعددی در مورد این مفهوم ارائه شده است و در روش سنجش آن نه در تحقیقات تجربی و نه در تعابیر متداول اتفاق نظری وجود نداشته است. هدف اصلی این مقاله ارائه یک تعریف جامع از سلامت معنوی و تعریف عملیاتی مؤلفه‌ها و شاخص‌ها و تحلیل مقیاس‌های سنجش سلامت معنوی براساس فرهنگ بومی ایران است.

روش: این مطالعه بر مبنای یک رویکرد روش‌شناختی است. داده‌ها با روش اسنادی گردآوری شده است. برای تحلیل مفهومی داده‌ها از روش واکر و آوانت (۲۰۰۵م.) استفاده شده است. پس از گردآوری داده‌ها، فضای مفهوم واژه‌ای سلامت معنوی ترسیم شده و موقعیت کالبدی مؤلفه‌ها و شاخص‌های آن تعیین گردیده است.

یافته‌ها: معنویت حالتی از بودن است لیکن سلامت معنوی حالتی از داشتن است. سلامت معنوی به برخورداری از حس پذیرش، احساسات مثبت، اخلاق و حس ارتباط متقابل مثبت با یک قدرت حاکم و برتر قدسی، دیگران و خود اطلاق می‌شود که طی یک فرآیند پویا و هماهنگ شناختی، عاطفی، کنشی و پیامدی شخصی حاصل می‌آید.

۱. دکترای حقوق پزشکی، مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی،

شناخت معنوی، عواطف معنوی، کنش معنوی و ثمرات معنوی مؤلفه‌های اصلی سلامت معنوی‌اند.

نتیجه‌گیری: سلامت معنوی آدمیان را بایستی بر مبنای فرایندی از کنش متقابل انسان در جهان هستی و یک قدرت برتر و حاکم قدسی تعریف کرد. در سنجش سلامت معنوی افراد دیدگاه ما نسبت به سلامت معنوی نباید تحت بررسی واقع شود بلکه در این سنجش باید شناخت‌ها، کنش‌ها، عواطف و ثمرات شخصی افراد مورد بررسی قرار گیرد.

واژگان کلیدی

سلامت معنوی، شاخص‌ها، معنویت، مقیاس‌ها، مؤلفه‌ها

تعریف مفهومی و عملیاتی سازی سلامت معنوی: یک مطالعه روش‌شناختی

امروزه توجه به بعد معنوی سلامت در بسیاری از تعاریف ارائه شده برای سلامتی مدنظر قرار گرفته است و پیشنهادهایی برای گنجاندن سلامت معنوی به عنوان یکی از ابعاد سلامتی در تعریف سازمان بهداشت جهانی از سلامت ارائه شده است. پرداختن به مفهوم دقیق سلامت معنوی و تعریف آنچه که معنویت در این خصوص به آن دلالت می‌کند یعنی استحصال یک مفهوم دلالت‌شناسانه شاید اولین گام برای رسیدن به جامعه‌ای با افرادی از همه ابعاد سالم باشد و این مسأله (ارائه تعریفی دقیق و جامع از سلامت معنوی) مهم‌ترین چالش پرداختن به این موضوع به شمار می‌رود. گام بعدی، شناسایی و تعیین مؤلفه‌ها، شاخص‌های اندازه‌گیری و به کارگیری مقیاس‌ها و ابزارهای معتبر و پایا جهت اندازه‌گیری سلامت معنوی است.

یکی از ایرادات مطالعات مربوط به سلامت معنوی تا زمان حاضر ناتوانی آنها در تجزیه ابعاد مختلف معنویت بوده است. ماهیت پیچیده و درهم تنیده شده معنویت و دین نیز باعث سوء برداشت درباره تساوی این دو و در نتیجه سردرگمی شده است (کارسون، ۱۹۸۹م؛ امبلن و هالستید، ۱۹۹۳م، صص ۱۷۵-۱۸۲).

نویسندگان از زوایای مختلفی به معنویت نگاه کرده و تعاریف گوناگونی از آن ارائه داده‌اند به طوری که می‌توان گفت هیچ اجماعی بر سر تعریف معنویت وجود ندارد (فری، ۲۰۰۳م، صص ۶۹۳-۷۲۷). اما از طرف دیگر، در متون مرتبط، بین نویسندگان و پژوهشگران این اجماع عمومی وجود دارد که سلامت معنوی یک خرده مفهوم معنویت است (مراویجلا، ۱۹۹۹م، صص ۱۸-۳۳). به طوری که در بررسی مفهوم سلامت معنوی، قبل از همه، بایستی به واکاوی مفهوم معنویت پرداخت.

عدم افتراق سلامت معنوی از معنویت در بسیاری از منابع، خود یکی از مباحث قابل توجه است. اگرچه می‌توان به طور منطقی فرض کرد که همپوشانی‌هایی بین تعریف سلامت معنوی و معنویت وجود دارد اما مترادف شمردن آنها با یکدیگر یا به کارگیری آنها در متون مختلف حداقل بدون افتراق قائل شدن بین آنها، پدیده‌ای شایع و مورد چالش است (طاهری و فتحعلی بیگی، ۱۳۸۹ش). عدم دقت در کاربرد صحیح و بجای این مفاهیم و در اجمال و ابهام رها کردن منظور قصد شده از هر کدام، باعث بروز برداشت‌های متفاوت از سلامت معنوی گردیده است. پدیده شایع‌تر، عدم افتراق بین مؤلفه‌ها و شاخص‌های سلامت معنوی است. در متون نویسندگان، شاخص‌های سلامت معنوی با بی دقتی بجای مؤلفه‌های آن در نظر گرفته می‌شوند.

رابطه اجتناب‌ناپذیر سلامت معنوی با زمینه‌های فرهنگی و اجتماعی آن موضوع دیگری است که نمی‌توان به سادگی از آن عبور کرد. از این‌رو، ارائه یک تعریف جامع از سلامت معنوی و تفکیک و تجزیه عناصر تشکیل‌دهنده سلامت معنوی، شاخص‌ها و ابزارهای اندازه‌گیری آن، حداقل می‌تواند مقدمه‌ای برای تهیه و ساخت مقیاس سلامت معنوی براساس باورها، ارزش‌ها، هنجارها و فرهنگ بومی و ملی کشور ما باشد.

هدف اصلی این مقاله بررسی ماهیت معنویت، ارائه یک تعریف جامع از سلامت معنوی و تعریف عملیاتی مؤلفه‌ها و شاخص‌ها و تحلیل مقیاس‌های اندازه‌گیری سلامت معنوی در چارچوب فرهنگ، ارزش‌ها، هنجارها و باورهای بومی کشور ایران است.

روش

این پژوهش نوعاً مبتنی بر یک رویکرد روش‌شناختی است و از حیث روش گردآوری داده‌ها با روش اسنادی انجام شده است. برای تحلیل مفهومی داده‌ها از روش هشت‌مرحله‌ای واکر و آوانت (۲۰۰۵م.) استفاده شده است تحلیل مفهومی، یک رویکرد نئوپوزیتیویستی مبتنی بر تحلیل منطقی است و روش‌شناسی مناسبی است که ما را قادر می‌سازد تا با آشکارسازی عناصر پنهان معنایی یک مفهوم، تعریف واضحی از آن ارائه دهیم و ارائه یک تعریف عملیاتی از آن را نیز تسهیل می‌سازد. مراحل تحلیل مفهومی شامل تعیین هدف تحلیل مفهوم سلامت معنوی، شناسایی گستره معنای لغوی و کاربردی واژه سلامت معنوی یا یافتن کلیدواژه‌ها و جستجوی کلیدواژه‌هایی نظیر اسپریچوالیتی در پایگاه‌های اطلاعات علمی پاب مد، ساینس دایرکت، اپتودیت، و... و مقالات و کتب مختلف، تعیین ویژگی‌های مشخص‌کننده مفهوم سلامت معنوی، ساخت مورد مدل و تعریف موردهای اضافی (موردهای مرزی، مرتبط، متضاد، ساختگی و نامناسب) مفهوم سلامت معنوی، مشخص نمودن پیش‌رخدادها و پیامدها، و تعریف ارجاعات و نشانگرهای تجربی مفهوم سلامت معنوی بوده است. در جریان مفهوم‌سازی، مؤلفه‌ها، شاخص‌های سلامت معنوی پالایش گردیده و مؤلفه‌ها و شاخص‌های عینی و روشنی از این مفهوم ارائه شده و ابزارهای سنجش آن مورد بررسی و تحلیل قرار گرفته است.

معنویت: یک سازه معنوی

در تعریف لغوی، واژه معنویت در واقع برگرفته از کلمه لاتین اسپریتوس^۱ به معنای تنفس است (سالاری فر و دیگران، ۲۰۰۵م.) و مفهومی وسیع‌تر از مذهب دارد و به یک روند پویا، شخصی و تجربی اشاره می‌کند. مذهب و معنویت با هم

همپوشانی دارند (بالونی و دیگران، ۲۰۰۷م)، چرا که هر دو چارچوب‌هایی را ارایه می‌دهند که از طریق آن‌ها، انسان می‌تواند معنی، هدف و ارزش‌های متعالی زندگی خود را درک کند (ریپنتراب و دیگران، ۲۰۰۶م). به عبارتی معنویت به مثابه آگاهی از هستی یا نیرویی فراتر از جنبه‌های مادی زندگی است و احساس عمیقی از وحدت یا پیوند با کائنات را به وجود می‌آورد (مولر و دیگران، ۲۰۰۱م، صص ۱۲۲۵-۱۲۳۵). اگرچه که برخی معتقدند که مذهب به تشویق و مناسک روزمره مثل نماز و روزه تمایل دارد، اما معنویت سطوح جدید معنی و رای تمام عملکردها را جستجو می‌کند. مذاهب غالباً جنبه‌های دیگری از معنویت را نیز مد نظر قرار می‌دهد و این مناسک و اعمال مذهبی در واقع راه‌های دست یافتن به سطوح عالی معنویت تلقی می‌شوند و نه هدف اصلی مذهب (هاکز و دیگران، ۱۹۹۵م).

بحث‌ها و دغدغه‌های تعریف معنویت را می‌توان به روشنی در آثار نویسندگان مشاهده نمود. برنارد اسپیلکا (۱۹۹۳م) پس از مرور ادبیات موجود درباره معنویت، از سر یأس، وصف گنگ را بر آن اطلاق کرد. اولین آندرهیل (۱۹۳۶م) از یک سو به گریزناپذیری ابهام‌زدایی و تجریدزدایی از این مفهوم اشاره می‌کند و از سوی همگان را از تعاریف غامض و شتابزده برحذر می‌دارد. دلیلی که برای ادعای خود می‌آورد این است که «هیچ واژه‌ای در زبان قادر به بیان واقعیت‌های معنوی نیست» (اسپریتزر، ۱۹۹۵م، صص ۱۴۴۲-۱۴۶۵). اما هنگامی که درباره معنویت سخن می‌گوییم زبان ما از نظر فرهنگی مبنای تعریف قرار می‌گیرد و نمی‌توان ادعا کرد که معنویت واژه‌ای مستقل و فراتر از واقعیت است چراکه ما آن را در بافت فرهنگی مان بیان می‌کنیم.

در تعریف اصطلاحی، معنویت ممکن است از لحاظ معنای زندگی و آرامش ذهنی (موراتا و موریتا، ۲۰۰۶م، صص ۲۷۹-۲۸۵) یا رابطه با یک وجود متعالی (پیترمن و

دیگران، ۲۰۰۲م، صص ۴۹-۵۸) تعریف شود (آندو و دیگران، ۲۰۱۰م، صص ۴۵۳-۴۵۹). اما بر طبق نظر لانگ (۱۹۹۷م)، مرور ادبیات این موضوع نشان می‌دهد که تعاریفی که از معنویت وجود دارد به تعداد انسان‌ها است (فیشر b، ۲۰۱۰م، صص ۱۶).

از نظر شولز معنویت عبارت است از تجربه ارتباط معنا دار با خود، دیگران، جهان و قدرت برتر که به صورت عکس العمل‌ها، روایت، و اعمال بیان می‌شود (دهشیری و دیگران، ۱۳۸۷ش، صص ۱۲۹-۱۴۵). مایر معتقد است معنویت، جست و جوی مداوم برای یافتن معنا و هدف زندگی، درک عمیق و ژرفای ارزش زندگی، وسعت عالم، نیروهای طبیعی موجود و نظام باورهای شخصی است. هاینلز معنویت را به عنوان تلاشی در جهت پرورش حساسیت نسبت به خویش، دیگران، موجودات غیرانسانی و خدا، یا کندوکاوی در جهت آنچه برای انسان شدن مورد نیاز است و جست و جویی برای رسیدن به انسانیت کامل دانسته است (رستگار، ۱۳۸۵ش. به نقل از بختیاری، ۱۳۸۷). سوکن از معنویت به عنوان «وجود و تجربه متصل بودن متقابل انسان و محیط» یاد می‌کند (سوکن، ۱۹۸۹م، صص ۳۵۴-۷۸). الکینز و همکارانش معنویت را به عنوان «شیوه‌ای از بودن و تجربه که به واسطه آگاهی از یک بعد متعالی و بنا بر ارزش‌های مشخص از لحاظ خود، دیگران و طبیعت و زندگی توصیف می‌شود» تعریف می‌کنند (الکینز، ۱۹۸۸م، صص ۵-۱۸). الکینز در این تعریف تلاش می‌کند تا مفهوم معنویت را گسترش دهد تا هم باورهای مذهبی و هم باورهای غیرمذهبی را شامل گردد.

موسوی خمینی معنویت را مجموعه صفات و اعمالی می‌داند که شور و جاذبه قوی و شدید و در عین حال منطقی و صحیح را در انسان بوجود می‌آورد تا او را در سیر به سوی خدای یگانه و محبوب عالم بطور اعجاب‌آوری پیش برد (موسوی خمینی، ۱۳۷۳ش، صص ۷). مطهری معنویت را نوعی احساس و گرایش ذاتی انسان

نسبت به امور غیرمادی مانند علم و دانایی، خیر اخلاقی، جمال و زیبایی، تقدس و پرستش می‌داند که وجه تمایز انسان و موجودات دیگر است (مطهری، ۱۳۷۲ش.). در نتیجه، گرچه تعریف غالبی از معنویت نمی‌توان بدست داد لیکن مرور ادبیات موضوع معنویت حکایت از آن دارد که اغلب این تعاریف قائل به دو بعدی بودن معنویت‌اند. بُعد اول، معنویت مذهبی است و در آن مفهوم فرد از وجود مقدس یا واقعیت غایی به سبک و سیاق مذهبی بیان می‌شود و بعد دوم، معنویت وجودی است که در آن، تجربیات روان‌شناختی خاصی که در واقع ارتباطی با وجود مقدس یا واقعیت غایی ندارد، مدنظر است (هارتز، ۲۰۰۵م). به نقل از صفائی راد و دیگران، ۱۳۸۹ش.، صص ۲۷۴-۸۰). در واقع، معانی ضمنی‌ای که معنویت به همراه دارد بیشتر شخصی‌اند تا نهادی. انسان معنوی می‌تواند به خدا معتقد نباشد؛ به عبارت دقیق‌تر، معنویت لزوماً با اعتقاد به خدا همراه نیست. وجود مقدس یا واقعیت غایی همان آفریننده انسان یا جهان کائنات نیست.

از دیدگاه جامعه‌شناسی زبان، این ادعا که هیچ واژه‌ای در زبان قادر به بیان واقعیت‌های معنوی نیست گرچه ممکن است در هنگام انتقال واژه معنویت از یک زبان به زبان دیگر صحیح باشد لیکن معنویت در هر زبان دارای بار معنایی خاصی است و مطابق با واقعیت‌های فرهنگی و اجتماعی آن زبان تعریف می‌شود. از طرفی، از حیث روش‌شناسی پژوهش، هیچ سازه یا مفهومی نیست که نتوان آن را تعریف مفهومی یا عملیاتی نمود. معنویت یک سازه، ولو بیش از حد انتزاعی، است، و ما از آن به‌عنوان یک «سازه معنوی»^۲ یاد می‌کنیم. باورهای معنوی، تجربه معنوی و سلامت معنوی از اصلی‌ترین مفاهیم این سازه تلقی می‌شوند.

ترسیم فضای مفهوم واژه‌ای سلامت معنوی

همان‌طور که اشاره شد، اجماعی بر سر سازه معنویت و بالتبع مفهوم سلامت معنوی وجود ندارد. بدون اجماع درباره این مفاهیم ارتباط بین ذهنی امکان‌پذیر نیست و ما را به سوی خطای مادی انگاری می‌کشاند چرا که مفهوم سلامت معنوی عیناً خود سلامت معنوی نیست بلکه نمادی از آن است. هانگلمان و همکارانش در یک مطالعه کیفی ویژگی‌های سلامت معنوی را شناسایی نموده‌اند. آنان در این مطالعه، سلامت معنوی را به عنوان «حسی از متصل بودن، هماهنگی بین خود، دیگران، طبیعت و وجود متعالی که از طریق یک فرایند رشد پویا و منسجم دست‌یافتنی است و به یک شناخت هدف نهایی و معنای زندگی منجر می‌شود» می‌دانند (هانگلمان و دیگران، ۱۹۸۵م، صص ۱۴۷-۱۵۷). در این تعریف، مفهوم سلامت معنوی از طریق ادراک حسی انتزاع می‌شود و برای انتقال ادراکات و اطلاعات به کار می‌رود.

چاپمن (۱۹۸۶م) فهرستی از ملزومات در نظر گرفته شده برای هر تعریفی از سلامت معنوی را یادآور می‌شود: ۱. مترادف با الهیات تلقی نشود و از پاسخ‌های منفرد به سؤالات شخصی و پیچیده اجتناب نماید؛ ۲. بایستی عملی و واقعی، وسیع، متمرکز و به آسانی قابل انتقال باشد؛ ۳. از حوزه‌های دیگر سلامت قابل تشخیص و تفکیک باشد و قابل به‌کارگیری در مورد همه مردم و کل انسان‌ها باشد؛ ۴. مرتبط با سلامت و بهزیستی باشد؛ ۵. پایه علمی مناسب و قابل قبول داشته باشد و به اصول و مبانی و تکنیک‌های مطالعه اعتبار ببخشد و ۶. مانع ارایه ایده‌ها و مفاهیم جدید در حوزه سلامت نشود (چاپمن، ۱۹۸۶م، ص ۴۰ به نقل از فیشر b، ۲۰۱۰م، ص ۲۳). بنزلی (۱۹۹۱م) با مرور کامل ادبیات سلامت معنوی بدین نتیجه رسید که یک تعریف پذیرفته شده عام از سلامت معنوی وجود ندارد (بنزلی، ۱۹۹۱م، ص ۱۸۹

به نقل از فیشر (b، ۲۰۱۰م، ص ۲۳). او سعی نمود تا دیدگاهی ترکیبی از سلامت معنوی ارائه دهد و بر این اساس تعاریف موجود را در شش دیدگاه دسته‌بندی کرد:

۱. حس رضایت در زندگی؛ ۲. ارزش‌ها و باورهای اجتماع و خود؛ ۳. کلیت در زندگی؛ ۴. یک عامل در بهزیستی؛ ۵. یک قدرت یا نیروی الهی کنترل و نظارت برتر و ۶. تعامل معنوی / انسان (فیشر b، ۲۰۱۰م، ص ۲۴).

در ادامه این روند، با اینکه در ادبیات علمی مربوط به توانبخشی بیماران نقش عوامل روانی در بهبود به شدت مورد بررسی قرار گرفته بود، اما به تدریج محققان توجهشان را به تأثیرات عوامل معنوی در فرایند توانبخشی معطوف نمودند (مک کی، ۱۹۹۲م، صص ۲۰۵-۲۰۸).

در طی سال‌های بعد نیز تعاریف دیگری از سلامت معنوی ارائه شد؛ از نظر هاگز و همکاران (۱۹۹۵) سلامت معنوی حسی از ارتباط داشتن با دیگران، داشتن معنی و هدف در زندگی و داشتن اعتقاد و ارتباط با یک قدرت متعالی تعریف شد (هاگز و دیگران، ۱۹۹۵م، صص ۳۷۱-۸).

میلر (۱۹۹۵م) سلامت معنوی را این‌گونه تعریف نمود: کیفیت ذاتی و اصلی انسانی که دربرگیرنده باور به چیزی بزرگ‌تر از خود بوده و ایمان به اینکه به‌طور قطع زندگی را تأیید و تصدیق می‌کند (جورنا و دیگران، ۲۰۰۶م، صص ۳۹۵-۴۰۱ به نقل از میلر، ۱۹۹۵م، صص ۲۵۷-۲۶۳) و فیشر بر این نظر بود که سلامت معنوی یکی از ابعاد بنیادین سلامت و بهزیستی و نیروی هماهنگ‌کننده و تکمیل‌کننده سایر ابعاد سلامت انسان (ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و هیجانی) است (فیشر، ۱۹۹۸م). با این حال تلاش‌های تجربی در این حوزه، همچنان به دلیل اشکالات موجود در تعریف معنویت با موانعی روبه‌رو بود. ریلی و همکارانش (۱۹۹۸م) معتقد بودند که سلامت معنوی به عنوان فلسفه محوری زندگی و حاصل برآورده شدن نیاز به هدف، معنا، عشق و بخشش در نظر گرفته شده و «سلامت وجودی» به تلاش برای

درک معنا و هدف در زندگی و «سلامت مذهبی» به رضایت حاصل از ارتباط با یک قدرت برتر یا خداوند اطلاق می‌گردد (ریلی و دیگران، ۱۹۹۸م، صص ۲۵۸-۲۶۴).
گومز و فیشر سلامت معنوی را با اصطلاح حالتی از بودن، احساسات مثبت، شناخت ارتباط فرد با خود، دیگران و یک نیروی ماورایی و نیز فطرت تعریف می‌کنند که در صورت دارا بودن آن (سلامت معنوی) فرد احساس هویت، کمال، رضایتمندی، لذت، خرسندی، زیبایی، عشق، احترام، نگرش مثبت، آرامش، توازن درونی می‌کند و دارای هدف و جهت زندگی می‌شود (گومز و فیشر، ۲۰۰۳م).

از نظر کاوارد و رید سلامت معنوی به تعریفی از سلامتی اشاره دارد که از آگاهی کامل از تمامیت و یکپارچگی همه جنبه‌های فرد ناشی می‌شود و عناصر معنوی زندگی را نیز دربر می‌گیرد. از نظر آنان، سلامت معنوی را می‌توان با درنظر گرفتن اجزایی چون ارتباط مناسب با دیگران، زندگی هدفمند و معنادار و نیز اعتقاد و ارتباط با یک قدرت متعالی تعریف کرد (دهشیری و دیگران، ۱۳۸۷ش، صص ۱۲۹-۱۴۵).

در تعاریف بالا با یک ناهمگونی مواجه‌ایم. بدین شکل که به رغم اشاره به مفهوم «بودن»^۳ در تعاریف ارائه شده برای سلامت معنوی، آنچه که استنباط می‌شود مفهومی از «داشتن»^۴ یا «برخوردار» است. به نظر می‌رسد این مسأله بیش از آنکه ناشی از برداشت‌های ناصواب از مفهوم سلامت معنوی باشد ناشی از خلط مفهومی میان سازه معنویت و مفهوم سلامت معنوی است. بنا به تحلیل ما، معنویت حالتی از بودن و سلامت معنوی حالتی از برخوردار» است.

در جمع‌بندی کلی این مبحث، شاید بتوان تعریف هانگلمان و همکارانش (۱۹۸۵م) از سلامت معنوی را بعنوان تعریف غالب درنظر آورد. در عین حال، در یک تعریف جامع و مانع و در ترسیم فضای مفهوم واژه‌ای سلامت معنوی می‌توان

گفت سلامت معنوی عبارت است از برخورداری از حس پذیرش، احساسات مثبت، اخلاق، و حس ارتباط متقابل مثبت با یک قدرت حاکم و برتر قدسی، دیگران و خود که طی یک فرآیند پویا و هماهنگ شناختی، عاطفی، کنشی و پیامدی شخصی حاصل می‌آید. این تعریف، بیش از همه، توامان تعریفی ذاتی (جوهری) / کارکردی و اشمالی / حصری از سلامت معنوی است و حدود در نظر گرفته شده چاپمن (۱۹۸۶م.) برای هر تعریفی از سلامت معنوی را در نظر گرفته است.

موقعیت کالبدی مؤلفه‌ها و شاخص‌های عینی سلامت معنوی

سلامت معنوی شکلی از تجربه معنوی انسان در دو چشم‌انداز مختلف است:

الف - چشم‌انداز سلامت مذهبی که بر چگونگی درک افراد از سلامتی در زندگی معنویشان هنگامی که با قدرتی بالاتر ارتباط دارند، متمرکز است، ب - چشم‌انداز سلامت وجودی که بر نگرانی‌های اجتماعی و روانی افراد متمرکز است. سلامت وجودی در مورد این که چگونه افراد با خود، جامعه یا محیط سازگار می‌شوند، بحث می‌کند.

اصطلاح سلامت معنوی که نخستین بار در سال ۱۹۷۱م. توسط دیوید او مورگ^۵ تحت عنوان بهزیستی معنوی وضع شد بیش از همه بر بهزیستی شخصی فرد و ارتباط با خدای او تأکید دارد. از نظر الیسون نیز مفهوم بهزیستی معنوی از دو مؤلفه تشکیل شده است که بهزیستی مذهبی نشانه ارتباط با یک قدرت برتر یعنی خدا است و بهزیستی وجودی یک عنصر روانی اجتماعی است و نشانه احساس فرد است از این که کیست، چه کاری و چرا انجام می‌دهد و به کجا تعلق دارد. این دو بعد در عین منفک بودن با هم تعامل و همپوشی دارند (الیسون، ۱۹۸۳م.). الیسون (۱۹۸۳م.) بیان می‌کند که هم بهزیستی مذهبی و هم بهزیستی وجودی تعالی و

حرکت فراتر از خود را شامل می‌شود. بعد بهزیستی مذهبی ما را به رسیدن به خدا هدایت می‌کند در حالی که بعد بهزیستی وجودی ما را فراتر از خود و به سوی دیگران و محیط ما سوق می‌دهد. از آنجایی که انسان به عنوان نظامی یکپارچه عمل می‌کند، این دو بعد در عین منفک بودن با هم تعامل و همپوشی دارند و در نتیجه احساس سلامت معنوی، رضایت و هدفمندی به تبع آن به وجود می‌آید.

وودز (۱۹۹۳م.) چهار بُعد اساسی مشترک در همه انواع معنویت را بدین شرح پیشنهاد می‌کند: الف - احساس اطمینان از معنادار بودن زندگی؛ ب - متصل بودن متقابل؛ ج - تعالی زندگی و د - باور به قداست زندگی (وودز، ۱۹۹۴م.، صص ۳۵-۴۳). طبق نظر موبیرگ و بروسک سلامت معنوی سازه‌ای چندبُعدی متشکل است و یک بعد عمودی و یک بعد افقی را شامل است. بعد عمودی آن به ارتباط با خدا و بعد افقی آن به احساس هدفمندی و رضامندی در زندگی بدون در نظر گرفتن مذهب خاص اشاره دارد (دهشیری و دیگران، ۱۳۸۷ش.، صص ۱۲۹-۱۴۵). به زعم راس (۲۰۰۶م.) چهار بعد مطرح شده در تعریف سلامت معنوی عبارتند از: پذیرش زندگی در ارتباط با خدا، خود، جامعه و محیط که کامل بودن فرد را تضمین کرده و از آن تقدیر می‌کند (راس، ۲۰۰۶م.، صص ۸۵۲-۸۶۲). در مدل سلامت معنوی فیشر نیز ابعاد سلامت معنوی به صورت ابعاد فردی، اجتماعی، محیطی و متعالی مطرح شده است (فیشر، ۱۹۹۸م.). در این مدل ویژگی‌های سلامت معنوی شامل اعتقاد به نیروی مافوق، نیاز به ارتباط با دیگران، هماهنگی درونی، حفظ تمامیت وجودی خود و سیستم‌های حمایتی قوی، مراقبت از طبیعت و حس ارتباط با جهان پیرامون است (فیشر، ۲۰۱۰م.، صص ۴۹-۵۷). نتایج برخی پژوهش‌ها نشان می‌دهد که ابعاد معنویت شامل تلاش برای معنا و هدف، تفوق و برتری (مثلاً احساس این که انسان بودن فراتر از وجود مادی ساده است)، اتصال (مثلاً اتصال

به دیگران، طبیعت یا الوهیت) و ارزش‌ها (مانند عشق، دلسوزی و عدالت) است و این در حالی است که معنا و هدف در زندگی، خودآگاهی، اتصال به خود، دیگران و یک واقعیت برتر از اجزاء سلامت معنوی نیز شمرده شده‌اند.

از طرفی، نتایج پژوهش‌های انجام شده براساس رویکرد انسان‌گرایی و پدیدارشناختی، معنویت را با باورها، آداب و انجام تکالیف محدود، همسان نمی‌دانند. در یکی از این پژوهش‌ها این چهار پیش‌فرض در نظر گرفته شده‌اند (وست، ۱۳۸۳ش.):

۱. چیزی تحت عنوان بعد معنوی وجود دارد،
 ۲. معنویت یک پدیده انسانی است و به صورت بالقوه ظرفیت آن در همه انسان‌ها وجود دارد،
 ۳. معنویت مترادف با مذهبی بودن نیست،
 ۴. معنویت قابل تعریف، تشریح و اندازه‌گیری است،
- طی این پژوهش، پژوهشگران در تلاش برای شناخت گسترده‌تر معنویت، ادبیات و منابع غیردینی مربوط به معنویت را مطالعه کرده و از بررسی اجزای تشکیل‌دهنده معنویت که خود در نظر داشتند دریافتند که معنویت شامل ۹ ویژگی اساسی است. این اجزاء به طور خلاصه به قرار زیر بودند:

۱. بعد روحانی یا فرامادی: که به عنوان خدای مشخص فرد، خود فراتر یا بعد فرامادی تجربه می‌شود.
۲. معنا و هدف در زندگی: به این معنا که خلاء وجودی را می‌توان با زندگی معنا دار پر کرد.
۳. داشتن رسالت در زندگی: فرد معنوی نوعی احساس وظیفه و تعهد دارد.

۴. تقدس زندگی: زندگی مشهون از تقدس است و دیگر اینکه سراسر زندگی مقدس است.

۵. اهمیت ندادن به ارزش‌های مادی: رضایت نهایی را نه در مادیات، بلکه در مسائل معنوی و روحی می‌توان یافت.

۶. نوع دوستی: به معنای تحت تأثیر دیگران قرار گرفتن، داشتن احساس عدالت اجتماعی و اینکه همه ما بخشی از آفرینش هستیم.

۷. ایده آلسیم یا آرمان گرایی: فرد جهانی بهتر را در ذهن به تصویر می‌کشد و تمایل دارد که این آرمان را برآورده سازد.

۸. آگاهی از تراژدی: درد، مصیبت و مرگ قسمتی از زندگی هستند و به آن رنگ و روح می‌بخشند.

۹. معنویت: معنوی بودن واقعی موجب تغییر همه جنبه‌های بودن و نحوه زیستن می‌شود، به این معنا که معنویت عصر جدید، در تجربه خود افراد از معنویت ریشه دارد.

کشیش آمریکایی، الدز (۱۹۹۲م)، به دوازده موضوع عمده و حساس در معنویت عصر جدید اشاره می‌کند. او معتقد است که:

۱. معنویت عصر جدید بر آگاهی یافتن فرد از خود تأکید می‌کند.

۲. بر مسئولیت و انتخاب شخصی تأکید می‌ورزد.

۳. راه دستیابی شخصی به خداوند را ارائه می‌دهد.

۴. بر تشریک مساعی تکیه می‌کند.

۵. ظرفیت‌های انسانی را ارج می‌نهد.

۶. احساسات انسان را ارزشمند می‌شمرد.

۷. بر اندیشه‌های شهودی و تکانشی انسان ارزش می‌نهد.

۸. از نیروی تفکر مثبت استفاده می کند.
۹. نظری الهی به محیط و بوم دارد.
۱۰. برای بی گناهی و مظلومیت و اعتماد و حیرت کودک گونه ارزش قائل است.
۱۱. در پی بازیافتن ارزش، معنا و خوبی در انسان و طبیعت است.
۱۲. بر تعادل و هماهنگی تأکید دارد.
- در چند مطالعه و منبع دسته بندی های زیر را برای ابعاد سلامت معنوی قائل بوده اند:
- الف - رفتارهای آشکار، اعتقادات و انگیزه ها، ارزش ها و اهداف، تجارب شخصی
- ب - شناختی (جستجوی معنی، هدف، حقیقت در زندگی، عقاید و ارزش ها)، تجربی (احساس امید، عشق، پیوند، آرامش درونی، آسایش و حمایت) و رفتاری (روشی که یک فرد عقاید معنوی درونی خود را در جهان خارج آشکار می کند).
- برای یافتن شاخص هایی از سلامت معنوی ایرانی، در این تقسیم بندی ابعاد شناختی، تجربی و رفتاری، می توان به متون معنوی ایرانی به عنوان یکی از منابع بزرگ انسان شناسی مراجعه کرده و شاخص های سلامت معنوی را در آن یافته مورد استفاده قرار داد (مهدی زاده، ۱۳۸۹ش). در اینجا بایستی به تمایز میان رفتار و کنش نیز توجه نمود (آرون، ۱۳۸۷ش، صص ۳۷۸-۴۵۶). کنش، رفتاری است که پنج عنصر اصلی آن نیت، ارزیابی، معنا (یا غایت)، اراده (یا میل) و بافت (زمینه) اند (استنفورد، ۱۳۸۸ش). بر این اساس، آنچه آنکه از متون معنوی ایرانی استنباط می شود سلامت معنوی حقیقتی است که در «شناخت ها»، «عواطف»، «کنش ها» و «ثمرات» متجلی خواهد شود. برخورداری از شناخت یا معرفت ویژه نسبت به

خدا، انسان و خلقت و رابطه متقابل آنها دربردارنده پذیرش خدا، انبیای الهی و قوانین الهی است. از آنجا که انسان معنوی معرفت ویژه‌ای نسبت به خدا، انسان و جهان هستی دارد تلاش می‌کند اعتقادات و باورهای معنوی خود را در اخلاق نشان دهد. یکی دیگر از مهمترین شاخص‌های سلامت معنوی و حالات انسان معنوی، عواطف مثبت (محبت‌ورزی نسبت به خدا و انبیای الهی و تجربه معنوی) است. علاوه بر این، انسان معنوی به واسطه زندگی معنوی، احساس حمایت اجتماعی دارد. معنویت، به انسان مؤمن نگرش توحیدی می‌دهد. در این نگرش، مؤمن، خدا را قادر و خبیر می‌یابد و به جهت اعتقاد به قدرت و حکمت خداوند، امور و اتفاقات را به خداوند نسبت می‌دهد، بدین معنی که در پس پرده نظام اسباب و علل، علت حقیقی را می‌بیند. آرامش درونی و اطمینان قلبی، احساس حمایت و... از ثمرات دیگری است که انسان معنوی آن را تجربه می‌کند.

از این‌رو، در یک تحلیل، می‌توان شناخت معنوی، عواطف معنوی، کنش معنوی و ثمرات معنوی را به‌عنوان چهار مؤلفه اصلی تشکیل‌دهنده سلامت معنوی دانست که شاخص‌های کلی پذیرش معنوی، احساسات مثبت و منفی، عبادت، اخلاق، حس حمایت و ارتباط متقابل با یک قدرت حاکم و برتر قدسی، دیگران و خود را دربر می‌گیرند که برای طراحی پرسشنامه و ساخت یک مقیاس سنجش سلامت معنوی در بافت فرهنگی جامعه ما قابل استناد و عملیاتی شدن است.

ابزارها و مقیاس‌های سنجش سلامت معنوی

یک پیش‌نیاز اصلی و مهم، مطالعه علمی معنویت رشد و شناخت تجربی سنجه‌های معتبر و پایا جهت ارزیابی این سازه است (آنترینر و دیگران، ۲۰۱۰م، صص ۱۹۲-۱۹۷). در ابزارهای مختلف ارائه شده جهت سنجش سلامت معنوی که به تعدادی از آنها در این پژوهش اشاره می‌کنیم مؤلفه‌های سنجش سلامت روانی بیشتر مورد

استفاده قرار گرفته است. به دلیل همپوشانی مؤلفه‌های سلامت معنوی با معنویت، دینداری و سلامت روان، ابزارهای استفاده شده در پژوهش‌های مختلف، دقیقاً سلامت معنوی را نمی‌سنجند. همچنین به روایی و پایایی ابزارها به درستی پرداخته نشده است. استفاده از نمونه‌های کوچک و عدم طراحی صحیح سؤالات نیز از دیگر مسائل شایع در ابزارهای سنجش سلامت معنوی است (دلمن و فری، ۲۰۰۴م، صص ۴۹۹-۵۰۳).

در مورد ابزارهای سنجش سلامت معنوی به تناسب دیدگاه‌های مختلفی که در این مورد هست، تنوع وجود دارد. از جمله، ولمن (۲۰۰۱م). پرسشنامه آگاهی معنوی را ارائه نمود که به شناخت آگاهی معنوی کمک می‌کند اما آزمون معتبری برای سنجش سلامت معنوی نیست (کریچتون، ۲۰۰۸م). برخی سؤالات یا عبارات مورد استفاده در ابزارها، بیش از آن که ارزیابی‌کننده سلامت معنوی افراد باشند، سلامت روانی آنها را بررسی کرده و یا موضوعی مشترک بین دو حیطة را مطرح می‌کنند، اما نحوه طراحی سؤال، انتساب مطلب را به یکی از دو حیطة، مشخص نمی‌کند (کیرنز و دیگران، ۱۹۹۸م، صص ۱۱۳-۱۱۹).

افراد در مورد احساس خود درباره سلامت معنوی به دو شکل صحبت می‌کنند؛ برخی افراد، مشخصاً از ادبیات مذهبی برای صحبت در مورد آن استفاده می‌کنند در حالی که دیگران در مورد احساس خود درباره سلامت معنوی با ادبیاتی غیرمذهبی صحبت می‌کنند. به همین خاطر، عمداً تلاش شده است تا ابزاری برای سلامت معنوی تدوین شود که دو خرده مقیاس را شامل شود: یک خرده مقیاس برای اندازه‌گیری سلامت مذهبی و یک خرده مقیاس برای اندازه‌گیری سلامت وجودی (فلسفه وجود انسان). لذا به هنگام ساخت مقیاس سلامت معنوی می‌بایست به این موضوع توجه شود که ابزار مورد نظر می‌باید به اندازه کافی عمومی باشد تا قابل

استفاده برای مردمی با عقاید مذهبی و معنوی متفاوت باشد (امیدواری، ۱۳۸۷ش، صص ۵-۱۷).

یک نمونه از این ابزارها پرسشنامه ۲۰ سؤالی سلامت معنوی پولوتزین و الیسون (۱۹۸۲م.) است که ۱۰ سؤال آن سلامت مذهبی و ۱۰ سؤال دیگر سلامت وجودی را اندازه گیری می کند دامنه نمره سلامت مذهبی و وجودی، هر کدام به تفکیک ۶۰-۱۰ می باشد. برای زیر گروه های سلامت مذهبی و وجودی، سطح بندی وجود ندارد و قضاوت براساس نمره به دست آمده صورت می گیرد. هر چه نمره به دست آمده، بالاتر باشد نشانه سلامت مذهبی و وجودی بالاتر است. نمره سلامت معنوی، جمع این دو زیرگروه است که دامنه آن ۱۲۰-۲۰ در نظر گرفته شده است. پاسخ سؤالات به صورت لیکرت ۶ گزینه ای از گزینه کاملاً مخالفم تا گزینه کاملاً موافقم دسته بندی شده است. در سؤالات منفی، نمره گذاری به شکل معکوس انجام شده است و در پایان، سلامت معنوی به سه سطح پایین ۴۰-۲۰، متوسط ۹۹-۴۱، و بالا ۱۲۰-۱۰۰ تقسیم بندی شد. سؤالات این پرسشنامه عبارتند از:

در دعا و خلوت با خداوند احساس رضایت زیادی نمی کنم.

نمی دانم که هستم، از کجا آمده ام و به کجا خواهم رفت.

عقیده دارم که خداوند مرا دوست دارد و مراقب من است.

احساس می کنم زندگی یک تجربه مثبت است.

معتقدم خداوند غیرقابل تجسم است و به من و زندگی روزانه من توجه ندارد.

احساس می کنم آینده نامعلومی دارم.

با خداوند ارتباط معنادار خاصی دارم.

در زندگی به حد کمال رسیده و از زندگی رضایت دارم.

از خداوند نیرو و حمایت زیادی دریافت نمی کنم.

نسبت به مسیر زندگی که در پیش رو دارم، احساس خوبی می‌کنم. باور دارم که خداوند به فکر مشکلات من است. از زندگی‌ام لذت زیادی نمی‌برم. ارتباط فردی رضایت‌بخشی با خداوند ندارم. نسبت به آینده‌ام احساس خوبی دارم. ارتباط با خداوند به من کمک می‌کند تا احساس تنهایی نکنم. احساس می‌کنم زندگی پر از ناملایمات و ناخوشی‌ها است. وقتی رابطه صمیمی و نزدیک با خداوند دارم، احساس کمال می‌کنم. زندگی معنای زیادی ندارد. ارتباط با خداوند در احساس سلامتی من نقش دارد. معتقدم، هدف خاصی برای زنده بودن ام وجود دارد.

مثالی دیگر مقیاس SIWB است که توسط دلمن و فری (۲۰۰۴م.) برای سنجش سلامت معنوی ساخته شده است و از معروف‌ترین مقیاس‌های سنجش سلامت معنوی است و شامل ۱۲ سؤال است که براساس طیف لیکرت پنج‌گزینه‌ای طراحی شده است. دامنه نمرات کل براساس آن از ۱۲ تا ۶۰ است که نمرات بالاتر سلامت معنوی بالاتر را نشان می‌دهند. دو زیرمقیاس آن شامل «خود کارآمدی» و «طرح زندگی» است. هر یک از این زیرمقیاس‌ها شامل ۶ سؤال است. برای مثال دو سؤال این پرسشنامه چنین است: ۱. من نمی‌دانم چطور مشکلاتم را حل کنم؛ ۲. من در زندگی‌ام هدفی ندارم. در اندازه‌گیری اولیه، ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس، زیرمقیاس خود کارآمدی و طرح زندگی به ترتیب برابر با ۰/۹۱، ۰/۸۶ و ۰/۸۹ بوده است (دلمن، ۲۰۰۴م.)، صص ۴۹۹.

مقیاس سنجش ابعاد معنوی از دیگر ابزار مورد استفاده در پژوهش‌های سنجش سلامت معنوی بوده است (کیرنز و دیگران، ۱۹۹۸م.، صص ۱۱۳-۱۱۹).

مقیاس سنجش سلامت معنوی آرل که توسط هانگلمان و همکاران (۱۹۹۶م.) تدوین شده است شامل ۲۱ سؤال و سه بُعد ۱. ایمان/ باور، ۲. زندگی / مسؤولیت در مورد خود و ۳. رضایت از زندگی / خودشکوفایی است.

مقیاس اندازه‌گیری تجارب معنوی روزانه^۶ (DSES) یکی دیگر از مقیاس‌های مرتبط با سلامت معنوی است که توسط اندروود لینگ (۲۰۰۲) از مؤسسه فترز در دانشگاه کلمبیا ساخته شد و ضریب آلفای کرونباخ آن برای نمونه‌ای ۲۸۵ نفری از دانشجویان شیکاگو ۰/۹۲ بوده است. همچنین در اوهایو در نمونه ۱۹۲ نفری اجرا شد و ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۹۴ بوده است. این مقیاس، ۱۶ سؤال دارد و مقیاسی شش درجه‌ای، شامل «روزانه چندین بار»، «هر روز»، «اغلب روزها»، «بعضی روزها»، «گاهی» و «تقریباً هرگز» است که برحسب پاسخ به هر گزینه، نمره‌ای بین ۱-۶ تعلق گرفته است. به گزینه «روزانه چندین بار» نمره شش تعلق گرفته و به گزینه «تقریباً هرگز» نمره یک. و همین‌طور نمره‌ها بین این گزینه‌ها و نمره‌های جمع شده حداکثر نمره ۹۶ و حداقل نمره ۱۶ بوده که نمرات بدین گونه تفسیر می‌شوند: ۱۶-۳۶ نسبتاً ضعیف (از نظر معنویت)، نمرات ۳۷-۵۶ متوسط، ۵۷-۷۶ بالا و ۷۷-۹۶ بسیار قوی از نظر معنویت بوده‌اند (لین و دیگران، ۲۰۰۲م. به نقل از آقا علی و دیگران، ۱۳۹۰ش.، ص ۳۷). باید اذعان داشت که هر پدیده‌ای در وقوع خود منحصر به فرد است. هیچ پدیده‌ای در کلیت عینی خود تکرار نمی‌شود. مفهوم یکسانی همیشه این است: یکسان برای منظور خاص. به همین دلیل، مفهوم تجارب معنوی روزانه را نمی‌توان به مفهوم سلامت معنوی

تعمیم داد و برای دستیابی به یک سنجش دقیق ناگزیر از این فاصله گرفتن هستیم.

ابزار SHALOM^۷ که توسط فیشر (۱۹۹۸م.) طراحی شده است پرسشنامه سلامت معنوی و اندازه‌گیری معیارهای زندگی است. در این ابزار ۴ حیطه سلامت معنوی که عبارتند از شخصی، همگانی، محیطی و متعالی در نظر گرفته شده است و شامل ۲۰ سؤال بوده که در واقع منعکس‌کننده کیفیت ارتباطات افراد با خودشان، با سایرین، با خدا و با محیط در حوزه‌های همگانی، شخصی، محیطی و متعالی سلامت معنوی است. SHALOM شامل این دو بخش به صورت ذیل است:

الف: LOM^۸ شامل ایده‌آل‌های افراد برای سلامت معنوی است که در چهار سری از ارتباط به صورت «ارتباط با خود، دیگران، محیط و خدا» بروز می‌کند.

ب: SHM^۹ در مورد تجربیات زندگی فرد و عکس‌العملی که در آن زمان از زندگی انجام می‌دهند سؤال می‌کند (فیشر، ۲۰۱۰م، صص ۱۰۵-۱۲۱).

در ادامه به بررسی ابزاری به عنوان FACT که برای اندازه‌گیری سلامت معنوی دست‌اندرکاران امر سلامت و شاغلین حرفه‌های پزشکی و وابسته مورد استفاده قرار می‌گیرد، می‌پردازیم. مارک لاروکا پیتز در این بررسی پنج ابزار اصلی سنجش سلامت معنوی را معرفی می‌کند و در نهایت FACT را به عنوان ابزاری مناسب برای بررسی سلامت معنوی دست‌اندرکاران امر سلامت تشریح می‌کند. آن پنج ابزار عبارتند از:

CSI-MEMO, FICA, HOPE, FAITH, SPIRIT

در اینجا توضیح مختصری از هر کدام از این ابزارها می‌آوریم:

۱. ابزار CSI-MEMO توسط کوینینگ (۲۰۰۲) ارائه شده است و شامل سؤالات زیر است:

‘S^{۱۰}C: آیا باورهای معنوی شما برای شما منبع آرامش است یا استرس؟

۱I: آیا عقاید مذهبی دارید که تصمیم‌گیری بالینی شما را تحت تأثیر قرار دهد؟

MEM^۳: آیا عضو یک جامعه معنوی هستید و این امر برای شما جنبه حمایت‌کننده دارد؟

O^۴: آیا نیازهای معنوی دیگری دارید که تمایل داشته باشید به آنها اشاره شود؟
۲. FICA ابزاری است که توسط پوچالسکی و رومر (۲۰۰۰م.) معرفی شد و سؤالات زیر را مورد بررسی قرار می‌دهد.

F^۵: آیا اعتقادی دارید که در سازگاری با استرس کمک‌کننده باشد؟

I^۶: آیا باورهای معنوی بر زندگی شما تأثیر دارند؟

C^۷: آیا در جامعه معنوی خاصی عضویت دارید؟

A^۸: دوست دارید مؤلفه‌های معنوی چگونه در مراقبت از سلامت شما مد نظر قرار گیرد؟

HOPE^۳ ابزار دیگری است که توسط آناندراجا و هایت (۲۰۰۱م.) جهت بررسی سلامت معنوی مورد استفاده قرار گرفته است و شامل سؤالات زیر است:

H^۹: در مشکلات زندگی منبع امیدوارکننده شما چیست؟

O^{۱۰}: آیا عضو یک جامعه مذهبی مشخصی هستید؟

P^{۱۱}: آیا اعتقادات مذهبی خاص خود را دارید؟

E^{۱۲}: آیا تعارضی بین اعتقادات مذهبی خود و تصمیم‌گیری‌های بالینی داشته‌اید؟

FAITH^۴ ابزاری است که توسط کینگ (۲۰۰۲م.) برای سنجش سلامت معنوی مدنظر بوده است و شامل سؤالات زیر است:

F^{۱۳}: آیا باوری که برایتان مهم باشد دارید؟

A^{۱۴}: باورهای شما چه تأثیری بر سلامتی‌تان دارند؟

۲۵I: آیا عضو جامعه معنوی خاصی هستید؟

۲۶T: آیا باورهای معنوی شما بر تصمیم‌گیری‌های درمانی شما تأثیر گذارند؟

۲۷H: چگونه می‌توان در مورد نگرانی‌های مذهبی‌تان به شما کمک کرد؟

۵. SPIRIT ابزاری برای سنجش سلامت معنوی است که توسط امبریجد موگانز (۱۹۹۷م.) و امبوئل و ویزمن (۱۹۹۳م.) ساخته شده و مورد استفاده قرار گرفته است و هر کدام از قسمت‌های آن شامل عباراتی است که به‌طور کلی موارد زیر را می‌سنجند.

۲۸S: باورهای معنوی را می‌سنجد.

۲۹P: معنویت شخصی را مورد بررسی قرار می‌دهد.

۳۰I: ارتباط و ادغام در جامعه یا گروه معنوی خاصی را مورد بررسی قرار می‌دهد.

۳۱R: فعالیت‌های معنوی فرد و موانع اجرای آنها را مورد سنجش قرار می‌دهد.

۳۲I: کاربرد معنویت در تصمیم‌گیری بالینی را بررسی می‌کند.

۳۳T: در مورد تأثیر گذاری معنویت بر برنامه‌ریزی نهایی در رویدادهای زندگی

سؤال می‌کند.

بر پایه پنج ابزار مذکور، ابزار FACT که توسط پیتز (۲۰۰۹م.) ارائه شده است

به سؤالات زیر می‌پردازد:

۳۴F: آیا خود را فردی معنوی می‌پندارید؟ باورهایی که به زندگی شما معنا و

هدف می‌دهند کدامند؟

۳۵A: آیا در جامعه معنوی - مذهبی خود فعال هستید؟

C ۳۶: چگونه با شرایط محیط کاری خود کنار می‌آیید؟ آیا باورهای معنوی

کمک‌کننده هستند یا خیر؟

T ۳۷: چگونه باورهای معنوی بر برنامه‌ریزی درمانی که انجام می‌دهید تأثیر گذارند؟

در واقع ابزار ارزیابی سلامت معنوی FACT هم تاریخچه‌ای از معنویت را بررسی می‌کند و هم سلامت معنوی را و از این رو برای برآوردن نیازهای دست‌اندرکاران امر سلامت در محیط‌های درمانی مناسب است (پیتز، ۲۰۰۹م). در ایران، غباری بناب و همکارانش (۱۳۸۲ش.) با هدف تهیه ابزارهای معتبر و پایا جهت ارزیابی تجربیات معنوی دانشجویان به مطالعه متون معنوی و آثار صاحب‌نظران عرفان اسلامی نظیر ابن عربی، غزالی و رودلف اتو و روانشناسانی نظیر یونگ، جیمز، فرانکل و مازلو پرداخته و برداشتی منسجم و نظری از تجربیات معنوی به‌دست آورده‌اند و در مرحله بعدی، پرسشنامه‌ای ۷۵ سؤالی تهیه نمودند که با درنظر گرفتن شیب خط اسکری و ارزش ویژه بالاتر از ۲، تعداد شش عامل را در پرسشنامه پیدا کردند که عبارت بودند از: معنایابی در زندگی، تأثیر ارتباط با خدا، شکوفایی و فعالیت معنوی، تجربیات عرفانی، تجربیات سلبی و فعالیت اجتماعی و مذهبی (خدایاری فرد و دیگران، ۱۳۹۱ش.، ص ۲۱۱-۲۱۲). این مقیاس به‌طور اخص برای سنجش و اندازه‌گیری مفهوم تجربه معنوی طراحی شده است و سلامت معنوی را نمی‌سنجد. علاوه بر این، در طراحی و ساخت این ابزار، از مطالعه متون معنوی زرتشتیان، ارامنه و کلیمیان ایران و آثار عرفانی صاحب‌نظران آنان غفلت شده است.

در نظر کلی، آنچه که در بسیاری از پژوهش‌های انجام شده از آن تحت عنوان مقیاس یا ابزار سنجش سلامت معنوی یاد می‌شود بیش از آنکه فضای مفهوم واژه‌ای ترسیم شده واقعی از سلامت معنوی را بسنجد مفاهیمی نظیر آگاهی معنوی، تجربه معنوی و غیره را می‌سنجد که هر یک، علیرغم برخی مؤلفه‌های مشترک یا همپوشانی‌ها در فضای مفهوم واژه‌ای، در جای خود تعریف، فضای مفهوم واژه‌ای، مؤلفه‌ها و ابعاد منحصر به فردی دارند. از این‌رو، سنجش سلامت

معنوی براساس تعریف، مؤلفه‌ها و شاخص‌های سایر مفاهیم - هرچند بسیار مرتبط - گمراه کننده است و ابزار اندازه‌گیری آن از روایی محتوایی برخوردار نخواهد بود.

نتیجه

در این مطالعه، لزوم کلیت و جهان‌شمولی یک تعریف خوب در به‌کارگیری واژه‌های مختلف در تعریف ارائه شده از سلامت معنوی مدنظر بوده است. این مطالعه که با هدف ارائه یک تعریف جامع از سلامت معنوی و تعریف عملیاتی مؤلفه‌ها و شاخص‌ها و تحلیل مقیاس‌های اندازه‌گیری سلامت معنوی در چارچوب فرهنگ، ارزش‌ها، هنجارها و باورهای بومی کشور ما صورت گرفت، نشان داد که سلامت معنوی در هر فرهنگ، در چارچوب ساختار معنوی آن فرهنگ، تعریف و سنجیده می‌شود، چه تعریف آن بیش از هر چیز به ارزش‌ها، هنجارها و آموزه‌های معنوی حاکم بر هر جامعه ارتباط پیدا می‌کند و سنجش آن نیز بیش از هر چیز مطابق با واقعیات فرهنگی و ارزشی آن جامعه است. سلامت معنوی مفهوم وسیعی است و تعریف آن تحت تأثیر میزان آگاهی و طرز تلقی جوامع از معنویت، دین و شرایط گوناگون فرهنگی قرار دارد. اگر معنویت را سازه‌ای مطلق و انتزاعی در نظر بگیریم، سلامت معنوی مفهومی نسبی و انضمامی برای معنویت تلقی می‌گردد. به لحاظ منطقی، رابطه معنویت و سلامت معنوی نوعی رابطه کل و جزء است بدین معنا که معنویت یک سازه کلی و سلامت معنوی مصداق و جلوه‌ای از آن است.

سلامت معنوی هر کسی بستگی به کیفیت درک و نگرشی دارد که نسبت به جهان هستی و نیروهای قدسی حاکم بر جهان هستی دارد. از یک دیدگاه جامعه‌شناختی، سلامت معنوی آدمیان را بایستی بر مبنای فرایندی از «کنش متقابل»^{۳۸} انسان در جهان هستی و یک قدرت برتر قدسی تعریف کرد.

آنچه که امروزه در ادبیات علمی پیرامون سلامت معنوی مطرح می‌شود بیشتر ناظر به تأثیر اعتقادات معنوی در سلامت افراد و روند بهبود بیماری‌های آنان

است که در واقع می‌توان گفت که در یک بستر پزشکی مورد بحث قرار می‌گیرد؛ اما تلقی موجود از سلامت معنوی در ایران بیشتر دربردارنده مفهومی وسیع‌تر و جامع‌تر است که مستلزم وجود برخی خصوصیات مرتبط با معنویت برای اثبات سلامتی کامل یک فرد است و به عبارت دیگر معنویت یک رکن سلامت فرد به شمار می‌آید، نگاهی که بیشتر در یک بستر غیرپزشکی مطرح می‌شود.

برای پی بردن به چیستی سلامت معنوی لازم است بدانیم که سلامت معنوی چه چیزی نیست. سلامت معنوی نه دینداری است و نه معنویت. سلامت معنوی حالتی از داشتن است نه بودن. سلامت معنوی دارای فضای مفهوم واژه‌ای گسترده بوده و چندبعدی است و هم‌پوشانی نسبتاً زیادی با سایر مفاهیم مشابه نظیر تعالی معنوی، باورهای معنوی، تجربه معنوی، آگاهی معنوی و دینداری دارد و ضرورت بازشناسی مؤلفه‌ها و شاخص‌های سلبی این مفهوم بیش از مؤلفه‌ها و شاخص‌های ایجابی آن است. صرف نظر از نحوه استفاده پژوهشگر از این واژه‌ها، تنها با توجه به آنچه پژوهشگر در عمل می‌سجد می‌توان دانست که، چه چیزی مورد پژوهش و بررسی است.

در سنجش سلامت معنوی افراد، دیدگاه ما نسبت به سلامت معنوی نباید تحت بررسی واقع شود بلکه در این سنجش باید شناخت‌ها، کنش‌ها، احساسات و ثمرات شخصی افراد، مورد بررسی قرار گیرد.

تعریف عملیاتی سلامت معنوی در بافت فرهنگی، ارزشی، مذهبی و بومی کشور ما از اهمیت بالایی برخوردار است که جملگی ساخت و طراحی مقیاس سنجش سلامت معنوی ایرانی را پیشنهاد می‌نماید که زمینه‌ساز پیشرفت در عرصه سلامت و پژوهش‌های آتی در این حوزه از سلامت خواهد بود.

پی‌نوشت‌ها

- 1- Spiritus
- 2 Spiritual Construct
- 3- Being
- 4- Having
- 5- David O Moberg
- 6- Daily Spiritual Experience Scale
- 7- Spiritual Health And Life-Orientation Measure
- 8- Life-Orientation Measure
- 9- Spiritual Health measure
- 10- Comfort
- 11- Stress
- 12- Influence
- 13- Member
- 14- Other Spiritual Needs
- 15- Faith
- 16- Importance or Influence
- 17- Community Connections
- 18- Address/Action in the Context of Medical Care
- 19- Hope
- 20- Organized Religion
- 21- Personal Spirituality/Practices
- 22- Effects on Medical Care and End-of-Life Issues
- 23- Faith
- 24- Apply to
- 25- Involved in
- 26- Treatment
- 27- Help
- 28- Spiritual Belief System
- 29- Personal Spirituality
- 30- Integration with a Spiritual Community
- 31- Ritualized Practices and Restrictions
- 32- Implications for Medical Practice
- 33- Terminal Events Planning
- 34- Faith (or Beliefs)
- 35- Active (or Available, Accessible, Applicable)
- 36- Coping (or Comfort); Conflicts (or Concerns)
- 37- Treatment Plan
- 38- Integration with a Spiritual Community

فهرست منابع

- آرون، ریمون. (۱۳۸۷)، مراحل اساسی اندیشه در جامعه‌شناسی، ترجمه باقر پرهام، تهران، علمی فرهنگی
- آقاعلی، فاطمه، زندی‌پور، طیبه، احمدی، محمدرضا. (۱۳۹۰)، مطالعه تأثیر مشاوره گروهی شناختی - رفتاری با تأکید بر اندیشه‌های معنوی در افزایش معنویت و سلامت روان بیماران ام اس استان قم، روان‌شناسی و دین، سال چهارم، شماره ۱۳: ۳۷-۵۴
- استنفورد، مایکل. (۱۳۸۸)، درآمدی بر تاریخ‌پژوهی، ترجمه مسعود صادقی، تهران، سازمان مطالعه و تدوین کتب علوم انسانی دانشگاه‌ها (سمت)، مرکز تحقیق و توسعه علوم انسانی، دانشگاه امام صادق (ع)
- امیدواری، سپیده. (۱۳۸۷)، سلامت معنوی؛ مفاهیم و چالش‌ها، پژوهش‌های میان‌رشته‌ای قرآنی، سال اول، شماره اول: ۵-۱۷
- بختیاری، حسن. (۱۳۸۷)، توانمندسازی کارکنان پلیس: میزان تأثیر معنویت بر توانمندسازی فرماندهان و مدیران میانی ناجا، فصلنامه مطالعات مدیریت انتظامی، سال سوم، شماره ۲: ۱۵۷-۱۶۸
- خدایاری فرد، محمد؛ فقیهی، علینقی؛ غباری بناب، باقر؛ شکوهی یکتا، محسن؛ رحیمی نژاد، عباس. (۱۳۹۱)، مبانی نظری و روش‌شناسی مقیاس‌های دینداری، چاپ اول، تهران، آوای نور
- دهشیری، غلامرضا، سهرابی، فرامرز، جعفری، عیسی، نجفی، محمود. (۱۳۸۷)، بررسی خصوصیات روانسنجی مقیاس بهزیستی معنوی در میان دانشجویان، مطالعات روانشناختی، شماره ۱۶: ۱۲۹-۱۴۵
- رستگار، عباس‌علی. (۱۳۸۹)، معنویت در سازمان با رویکرد روان‌شناختی، قم: انتشارات دانشگاه ادیان و مذاهب
- صفایی راد، ایرج، کریمی، لطف‌الله، شموسی، نعمت‌الله، احمدی طهور، محسن. (۱۳۸۹)، رابطه بهزیستی معنوی با سلامت روان دانشجویان، مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزوار، دوره ۱۷، شماره ۴: ۲۷۴-۲۸۰
- طاهری، محسن، فتحعلی بیگی، سهیلا. (۱۳۸۹)، مروری بر نظریه‌های سلامت معنوی و سلامت روحی، چکیده مقالات همایش ملی سلامت معنوی و تعمیق تربیت اسلامی، قم
- علیزاده، مهدی، عالم زاده، محمد، مظاهری سیف، محمدرضا، احمدپور، مهدی، مهدوی فرید، علی، فلاح، محمدرضا. (۱۳۸۹)، اخلاق اسلامی مبانی و مفاهیم، دفتر نشر معارف
- مطهری، مرتضی. (۱۳۷۲). مقدمه‌ای بر جهان بینی توحیدی، تهران: صدرا
- موسوی خمینی، روح‌الله. (۱۳۷۳). چهل حدیث، ج ۱۳، قم، مؤسسه تنظیم و نشر آثار امام خمینی

مهدی‌زاده، زهره. (۱۳۸۹)، بررسی شاخص‌های سلامت معنوی از نگاه نهج‌البلاغه، چکیده مقالات همایش ملی سلامت معنوی و تعمیق تربیت اسلامی، قم
 وست، ویلیام. (۱۳۸۳)، روان‌درمانی و معنویت، ترجمه شهریار شهیدی و سلطانعلی شیرافکن، تهران:
 رشد

- Ando Michiyo, Morita Tatsuya, Miyashita Mitsunori, Sanjo Makiko, Kira Haruko, Shima Yasuo. (2010). Effects of Bereavement Life Review on Spiritual Well-Being and Depression, *Journal of Pain and Symptom Management* 40 (3): 453-459
- Balboni TA, Vanderwerker L C, Block S D, Paulk M E, Lathan CS, Peteet J R, Prigerson H G. (2007). Religiousness and spiritual support among advanced cancer patients and associations with end-of-life treatment preferences and quality of life. *Journal of Clinical Oncology* 25(5): 555-60
- Bensley R. (1991). Defining spiritual health: A review of the literature. *Journal of Health Education* 22: 287-290
- Carson NB. (1989). *Spiritual Dimensions of Nursing Practice*. Philadelphia: W.B Saunders
- Crichton CJ. (2008). A qualitative study of Spiritual intelligence in organizational leaders. Unpublished doctoral dissertation. Alliant International University; San Francisco
- Daaleman TP, Frey BB. (2004). The Spirituality Index of Well-Being: A new instrument for health-related quality of life research. *Annals of Family Medicine* 2: 499-503
- Elkins DN, Hedstrom L J, Hughes L L, Leaf J A, Saunders C. (1998). Toward a humanistic-phenomenological spirituality, *Journal of Humanistic Psychology* 28: 5-18
- Ellison CW. (1983). Spiritual well-being: Conceptualization and measurement. *Journal of Psychology and Theology* 11(4): 330-340
- Emblen JD, Halstead L. (1993). Spiritual needs and interventions: comparing the views of patients, nurses, and chaplains. *Clinical Nurse Spec* 7(4): 175-82
- Fisher J. (1998). *Spiritual health: its nature and place in the school curriculum*. PhD thesis, University of Melbourne
- Fisher, John. (2010 a). Development and Application of a Spiritual Well-Being Questionnaire Called SHALOM, *Religions* 1: 105-121
- Fisher, John W. (2010 b). *Spiritual Health: Its Nature and Place in the School Curriculum*, THESIS
- Fry, LW. (2003). Toward a theory of spiritual leadership, *The Leadership Quarterly* 14: 693-727

- Gomez R, Fisher, JW. (2003). Domains of spiritual well-being and development and validation of the Spiritual Well-Being Questionnaire. *Personality and Individual Differences* 35: 1975-1991
- Hartz GW. (2005). *Spirituality and Mental Health: Clinical Applications*. New York: Haworth press
- Hawks S R, Hull M, Thalman R L, Richins P M. (1995). Review of spiritual health: definition, role, and intervention strategies in health promotion. *American Journal of Health Promotion* 9(5): 371-8
- Hungelman J, Kenkel-Rossi E, Lessen L, Stollenwerk L M. (1985). Spiritual well-being in older adults: harmonious interconnectedness. *Journal of Religion Health* 24:147-53
- Jorna Michelle, Ball Kylie, Salmon, Jo. (2006). Effects of a holistic health program on women's physical activity and mental and spiritual health. *Journal of Science and Medicine in Sport* 9: 395-401
- Kearns RL, Girvan J T, McAleese W J. (1998). Differences in the self-reported spiritual health of male juvenile offenders and non-offenders. *American Journal of Health Studies* 14: 113-119
- Long D, Elghanemi S. (1987). Religious correlates of fear of death among Saudi Arabians. *Death Studies* 11:89-97
- Lynn G. Underwood. (2002). The Daily Spiritual Experience Scale: Development, Theoretical Description, Reliability, Exploratory Factor Analysis, and Preliminary Construct Validity Using Health-Related Data, *The Society of Behavioral Medicine. Annals of Behavioral Medicine* 24(1)
- McKee DD, Chappel J N. (1992). Spirituality and medical practice. *Journal of Faro Pract* 35: 205-8
- Meraviglia MG. (1999). Critical analysis of spirituality and its empirical indicators. *Prayer and meaning in life. J Holist Nurs*, 17(1): 18- 33
- Miller MA. (1995). Culture, spirituality, and women's health. *Journal of Obstet Gynecology Neonatal Nursing* 24(3):257—63
- Mueller PS, Plevak DJ, Rummans TA. (2001). Religious involvement, spirituality, and medicine: implications for clinical practice. *Mayo Clin Proc. Dec*; 76(12): 1225-35
- Murata H, Morita T. (2006). Conceptualization of psycho-existential suffering by the Japanese Task Force: the first step of nationwide project. *Palliat Support Care* 4:279-285
- Peterman AH, Fitchett G, Brady MJ, et al. (2002). Measuring spiritual well-being in people with cancer: the Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being Scale (FACIT-Sp). *Ann Behav Med* 24:49-58
- Pitts Mark LaRocca. (2009). chaplains have a spiritual assessment tool, *Australian Journal of Pastoral Care and Health* 3(2)

- Reily BB, Perna R, Tate DG. (1998). Type of spiritual well-being among person with chronic illness: Their relationship to various forms of quality of life. *Arch Phys Med Rehabil*, 79(3): 258-264
- Rippentrop AE, Altmaier EM, Burns CP. (2006). The relationship of religiosity and spirituality to quality of life among cancer patients. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings* 13(1): 31- 37
- Ross L. (2006). Spiritual care in nursing: an overview of the research to date. *Journal of Clinical Nursing* 15(7): 852-62
- Salarifar MR, Azarbayjani M, Rahiminejad A. (2005). Theoretical measures of religious. Theoretical and psychometrics scale religious selected conference papers. Tehran: Seminary and university publication.
- Soeken KL. (1989). Perspectives on research in the spiritual dimension of nursing care. In: Carson VB, editor. *Spiritual dimensions of nursing practice*. Philadelphia (PA): Saunders 354-78
- Spreitzer, Gretchen M. (1995), *Psychological Empowerment in the Workplace: Dimensions, Measurement, and Validation*, *The Academy of Management Journal* 38 (5): 1442-1465
- Unterrainer, H F, Ladenhauf, K H, Moazedi, M L, Wallner-Liebmann, Fink, A. (2010). Dimensions of Religious/Spiritual Well-Being and their relation to Personality and Psychological Well-Being, *Personality and Individual Differences* 49: 192-197
- Walker LO, Avant KC. (2005). *Strategies for theory construction in nursing*, 4th ed, New York: Pearson Prentice Hall.
- Woods DW. (1994). Toward developing a theory of spirituality, *Visions* 2:35-43

یادداشت شناسه مؤلفان

محمود عباسی: دکترای حقوق پزشکی، مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران. (نویسنده مسؤول)

نشانی الکترونیکی: dr.abbasi@sbmu.ac.ir

فریدون عزیزی: فوق تخصص غدد و متابولیسم، پژوهشکده غدد و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

احسان شمسی گوشکی: دانشجوی دکترای اخلاق پزشکی، گروه اخلاق پزشکی، مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

محسن ناصری راد: کارشناس ارشد پژوهش علوم اجتماعی، گروه جامعه‌شناسی پزشکی، مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

مریم اکبری لاکه: دانشجوی دکترای آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۱/۱/۲۴

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۳/۱