

سلامت معنوی؛ مفاهیم و چالشها

سپیده امیدواری: * روانپزشک، استادیار پژوهش، گروه پژوهشی سلامت روان، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی

فصلنامه تخصصی پژوهشهای میان رشته ای قرآنی

سال اول، شماره اول، زمستان ۱۳۸۷، صص

تاریخ پذیرش مقاله: ۸۷/۵/۱۶

چکیده

یکی از انواع چهارگانه سلامت، سلامت معنوی است که ابزارهای مختلفی برای سنجش آن در مورد افراد و گروه‌های مختلف و بررسی ارتباط سلامت معنوی با دیگر انواع سلامت (جسمی، روانی و اجتماعی) ساخته شده است. علی‌رغم گستره عظیم پژوهش‌های انجام شده، مشکلات بسیاری همچون ابهام در تعریف سلامت معنوی، عدم توافق کلی بر مفاهیم اساسی مربوط به مسأله، عدم تبیین مرزهای سلامت معنوی و معنویت، عدم دستیابی به ابزارهایی مناسب جهت سنجش سلامت معنوی (عدم طراحی صحیح سؤالات، سنجش دیگر حیطه‌های سلامت به جای سلامت معنوی، عدم اعتبار و پایایی برخی ابزارهای سنجش و...) و استفاده از نمونه‌های کوچک و غیر قابل تعمیم، همچنان به چشم می‌خورد. با توجه به نفس مسأله، بنظر می‌رسد انجام پژوهش‌های متقن علمی مبتنی بر «منبع زلال معنویت»، از جمله اقداماتی است که ممکن است در پاسخگویی به مشکلات فوق کمک کند.

کلید واژه‌ها: سلامت معنوی، معنویت، مذهبی‌بودن، ابزارها

* نویسنده پاسخگو: پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی، گروه پژوهشی سلامت روان، تهران، خیابان فلسطین جنوبی، خیابان شهید وحید نظری،

پلاک ۵۱. تلفن: ۶۶۴۸۰۸۰۴. دورنگار: ۶۶۴۸۰۸۰۵. آدرس ایمیل: somidvari@ihsr.ac.ir

مقدمه:

در طول دهه‌ها، سلامتی بر اساس ابعاد خاصی (سلامت جسمی، سلامت روانی و سلامت اجتماعی) تحلیل شده بود. پیشنهاد گنجانیدن بعد سلامت معنوی (Spiritual Health) در مفهوم سلامت، از سوی راسل و عثمان، یک بُعد مهم از زندگی فردی و گروهی را فراروی صاحب نظران درگیر در امر سلامت قرار داد. حدود یک ربع قرن پیش، سازمان بهداشت جهانی (World Health) با این بحث مواجه شد که آیا بُعد «معنوی» (Spiritual dimension)، باید در تعریف سلامت، علاوه بر سلامت جسمی، روانی و اجتماعی گنجانده شود؟ [۲] چند سال بعد، بعد معنوی در یک مجله مهم که به ارتقاء سلامت، اختصاص داشت (<http://www.health.promotionjournal.com>) گنجانده شد [۳]. یک دهه پیش، کلیه دولتهای اروپایی، بیانیه کپنهاگ [۴] را در مورد رشد اجتماعی امضا کردند که آن‌ها را متعهد می‌کرد که به نیازهای معنوی مردمشان (افراد، خانواده‌ها و جوامع) بپردازند و سیاست‌هایشان را به سمت «بینش سیاسی، اقتصادی، اخلاقی و معنوی برای رشد اجتماعی» سوق دهند. اخیراً نیز، بر بُعد معنوی سلامت در منشور بانگوک در مورد ارتقاء سلامت، تأکید شد [۳، ۵].

امروزه برخی از سازمان‌هایی که ارزیابی مراکز مراقبت از سلامتی و اعطای اعتبارنامه به آنها را برعهده دارند، پیشنهاد می‌کنند نیازهای معنوی بیماران نیز در مراکز مراقبت سلامتی ارزیابی شود. انجمن روانپزشکی آمریکا توصیه می‌کند که پزشکان، گرایش مذهبی و معنوی بیماران را جویا شوند. زیربنای این توصیه‌ها این است که مراقبت از بیمار، بسیار فراتر از درمان بیماری است و در برگیرنده نیازهای مختلف وی است [۶].

اکثر افراد خود گزارش می‌دهند که دارای زندگی معنوی هستند. مطالعاتی که بر جمعیت عمومی و بیماران انجام شده، بطور پیوسته نشان داده که بیش از ۹۰٪ افراد، به یک وجود برتر (Higher being) اعتقاد دارند. برخی مطالعات بیانگر آن است که ۹۴٪ بیماران به سلامت معنوی و جسمی خود به یک اندازه اهمیت می‌دهند. اکثر

بیماران، خواهان رسیدگی و برآورده شدن نیازهای معنوی و مذهبی خود هستند. یک مطالعه در مورد پزشکان خانواده نشان داد که ۹۶٪ پاسخ‌دهندگان معتقدند سلامت معنوی یک عامل مهم در سلامت است. علی‌رغم این یافته‌ها، از نیازهای معنوی بیماران اغلب غفلت می‌شود [۶]. برخی مطالعات بیانگر آن است که بدون سلامت معنوی، دیگر ابعاد زیستی، روانشناختی و اجتماعی نمی‌تواند عملکرد درست داشته باشد یا به حد اکثر ظرفیت خود برسد و بنابراین بالاترین سطح کیفیت زندگی، قابل دستیابی نخواهد بود [۷].

نظر به اهمیت سلامت معنوی، مقاله حاضر به برخی جنبه‌های مطرح در مورد مسئله می‌پردازد.

طرح مسأله:

در طول تاریخ، مذهب، معنویت و پزشکی به هم آمیخته اند [۶]. پزشکان بنام ایرانی نیز در کتب پزشکی کهن، به مفهوم طب روحانی به تفصیل پرداخته‌اند. طب روحانی، علمی است که به کمالات قلوب و امراض، دوا، کیفیت حفظ صحت و اعتدال آن، تدبیر کردن منفعت آنچه از اعراض نفسانی که نافع است و دفع مضر آنچه مضرت است، می‌پردازد [۸]. جرجانی، طبیب روحانی را عارفی می‌داند که از طریق ارشاد و تکمیل، قدرت انجام این طب را دارد [۹].

در حال حاضر، اغلب مدل‌های سلامتی، شامل سلامت معنوی نیز می‌باشد. مفهوم معنویت با همه حیطه‌های سلامت در تمامی سنین، ارتباط دارد [۱۰] و مورد علاقه پژوهشگران در تمام دنیاست [۱۱]. با این همه، مشکلات و چالش‌هایی در مورد سلامت معنوی همچنان به چشم می‌خورد که برخی از آنها اساسی است. در این مقال، به بعضی از مشکلات و چالش‌های موجود پرداخته می‌شود:

الف) مفهوم سلامت معنوی:

علی‌رغم پژوهش‌های بسیاری که در مورد سلامت معنوی در طول دهه‌های گذشته انجام شده، فقدان ارائه یک تعریف کاری یا تئوریک قابل قبول از سلامت معنوی،

واقعیت برتر» از اجزاء سلامت معنوی نیز شمرده شده‌اند [۱۲].

اگر چه برخی افراد که خود را معنوی می‌دانند، بر یک مذهب رسمی صحنه نمی‌گذارند، مذهبی بودن و معنویت، مفاهیمی هستند که همپوشانی دارند. به صورت تجربی، هر دو جستجوی معنا و هدف، تفوق، اتصال و ارزش‌ها را ممکن است شامل باشند. در این نگاه، مذهبی بودن شبیه معنویت است. مذهب و معنویت از مهمترین عوامل فرهنگی هستند که به ارزشهای انسانی، رفتارها، تجربیات و ساختار معنا می‌دهند [۶].

برخی معتقدند معنویت فراتر از مذهب و شامل مفاهیم دیگری همچون سلامت معنوی (Spiritual well-being)، آرامش و راحتی ناشی از ایمان و تطابق معنوی [۱۳]، تجربیات و تظاهرات روح فرد در یک روند بی‌همتا و دینامیک که منعکس کننده ایمان به خدا یا یک قدرت بی‌نهایت است، اتصال (به یک فرد، دیگران، طبیعت یا خدا) و یکپارچگی همه ابعاد انسانی می‌باشد [۱۴].

بعضی برای معنویت دو بُعد عمودی و افقی ذکر می‌کنند. بُعد عمودی منعکس کننده ارتباط با خدا یا یک قدرت بی‌نهایت است. بعد افقی هم منعکس کننده اتصال ما به دیگران و طبیعت و هم اتصال درونی ما است، که عبارت است از توانایی ما برای یکپارچه کردن ابعاد مختلف وجودمان و توانایی ما برای انتخاب‌های مختلف [۱۵].

بعضی معتقدند ابعاد معنویت، منجر به این شده است که معنویت امری ذهنی (Subjective)، مبهم (Confused) و قطبی (Polarized) شود. در یک انتهای طیف، به معنویت مترادف با مذهب نگریسته شده است در حالیکه در انتهای دیگر طیف برای تمام افراد فاقد ایمان یا اعتقاد به خدا نیز، به کار می‌رود [۱۰].

همانگونه که اشاره شد برخی معتقدند امروزه معنویت یک پدیده جهانی است که برای همه (معتقدان و نیز بی‌ایمان‌ها) به کار می‌رود [۱۶-۱۷]. گفته می‌شود معنویت برای افراد مختلف، بسته به نگرش آن‌ها به جهان یا فلسفه زندگی آن‌ها معانی مختلفی دارد [۱۸]؛ در حالیکه برخی دیگر

کماکان مشاهده می‌گردد [۳، ۱۲] به گونه‌ای که مشکل شناسایی، تعریف و اندازه‌گیری ابعاد سلامت معنوی، همچنان پابرجاست [۳].

در این راستا، 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، مترادف شمردن آن‌ها با یکدیگر یا بکارگیری آنها در متون مختلف حداقل بدون افتراق قائل شدن بین آنها، پدیده‌ای شایع و مورد چالش [۳] می‌باشد. با توجه به مشکل فوق، در جستجوی مفاهیم ارائه شده برای سلامت معنوی در منابع مختلف، تعاریف ذکر شده برای معنویت نیز خود بخود رخ می‌نمایند.

معانی بسیار مختلفی در مقالات و کتب گوناگون در مورد معنویت و سلامت معنوی ارائه شده است [۳]. هنگام پرداختن به این دو، مفهوم مذهب نیز به میان می‌آید. گفته می‌شود کلمه مذهب (Religion)، از ریشه لاتین (Religare) به معنای به هم پیوستن (To bind together) است. یک مذهب، تجربیات معنوی جمعی (Collective) یک گروه از مردم را در داخل سیستمی از باورها و اعمال (Beliefs and practices)، سازماندهی می‌کند. مذهبی بودن به درجه شرکت در یا میزان پذیرش باورها و اعمال یک مذهب سازمان یافته، اطلاق می‌شود. معنویت (Spirituality) از ریشه لاتین (Spiritualitas) به معنای تنفس (Breathe) است و مفهومی وسیعتر از مذهب دارد و به طور اولیه یک روند پویا، شخصی و تجربی (Experiential) است.

برخی معتقدند ابعاد معنویت شامل تلاش برای معنا و هدف (Meaning and purpose)، تفوق و برتری (مثلاً احساس این که انسان بودن فراتر از وجود مادی ساده است)، اتصال (Connectedness) (مثلاً اتصال به دیگران، طبیعت یا الوهیت) و ارزشها (مانند عشق، دلسوزی و عدالت) می‌باشد [۶]. این در حالی است که «معنا و هدف در زندگی، خودآگاهی، اتصال به خود، دیگران و یک

اجتماعی یا کار داوطلبانه، نیایش، خواندن آوازهای عبادی، خواندن کتابهای وحی، پیاده‌روی در طبیعت، داشتن زمانی بدون سر و صدا برای فکر کردن، انجام یوگا، انجام یک ورزش یا حضور در خدمات مذهبی [۲۴].

هنگامی که هدف از برخورداری از سلامت معنوی، احساس راحتی، آرامش درونی و... بیان می‌گردد، این نتیجه را در پی دارد که با توجه به متفاوت بودن افراد، آنچه ممکن است برای فردی احساس راحتی و آرامش ایجاد کند، ممکن است برای دیگری کارایی نداشته باشد. پس هر کس باید در پی چیزی باشد که برای شخص وی احساس راحتی، امید، معنا و آرامش درونی به ارمغان آورد [۲۴] و مطالب فوق نتیجه طبیعی این دیدگاه است.

در این راستا بیان می‌شود که بسیاری از مردم به معنویت از طریق مذهب دست می‌یابند، برخی از طریق موسیقی، هنر یا ارتباط با طبیعت. دیگران آن را در ارزش‌ها (Values) و اصول خود (Principles) می‌یابند [۲۴].

طبق نظر راسل، معنویت و سلامت معنوی می‌توانند به طرق مختلف تظاهر کنند: تبادلات (Interchanges) روزانه با دیگران، تعاملات معنوی مشخص به وسیله عشق، اعتماد، صداقت و درستکاری، یکپارچگی (Integrity)، احترام، فداکاری و دلسوزی، تجربیاتی در مورد طبیعت که احساس نزدیکی و اتحاد با دنیای طبیعی را ایجاد کند، ارتباط با ارواح جدا شده از جسم، ارتباط غیر شخصی (Impersonal) با برخی نیروهای برتر یا قدرتی که جهان را هدایت می‌کند یا با یک خدای شخصی که فرد را می‌شناسد و از او مراقبت می‌کند [۱].

برخی معتقدند معنویت یک تجربه شخصی است که از فردی به فرد دیگر شکل آن متفاوت است. در این دیدگاه، زمینه‌های مشترک که در تمام تظاهرات معنوی گسترده‌اند عبارتند از: احساسات دوست داشتن و دوست داشته شدن، کمک کردن به دیگران، لذت را تجربه کردن، یک هدف اساسی در زندگی داشتن، تجربه کمال (Fulfillment) و آرامش در زندگی [۱، ۲۹-۲۵].

قاطعانه اظهار می‌کنند که هنگامیکه معنویت از همراهی با مذهب جدا شود، عاری از هرگونه معنا یا مفهوم واقعی می‌شود [۱۹-۲۰]. طبق این دیدگاه، در حال حاضر اصطلاح معنویت از زمینه تاریخی خود جدا شده است و به نظر می‌رسد نتیجه آن پدیدار شدن شکلی از معنویت است که به صورت فردی تعیین می‌شود و منجر به کمرنگ شدن اصطلاح معنویت می‌شود و ممکن است هویت معنوی از دست برود. در این حالت اشکال متعددی از معنویت که «فرد» تعیین می‌کند، ظاهر می‌شود. برخی مطرح می‌کنند که این مسئله منعکس کننده اشتغال فکری سیستم مراقبت سلامتی با نظریه فردگرایی (Individualism) است [۱۰].

در طی سالهای اخیر، فرسایشی در مورد اجزاء مذهبی و خدا پرستانه معنویت، به بهای رویکرد بیشتر به سوی تعدد (Pluralistic) دیده می‌شود [۱۰]. تغییر شکل مفهوم معنویت، منعکس کننده دیدگاهی بیشتر غیر دینی (Secularized) است که در جستجوی شمول عام و ارتباط با هر کس، قطع نظر از عقیده رایج مذهبی می‌باشد [۱۰]. همانگونه که پیش از این اشاره شد، عموماً ذکر می‌شود که معنویت، کیفیتی فراتر از وابستگی مذهبی است و برای الهام (Inspiration)، احترام، خشیت، معنا و هدف تلاش می‌کند. در این حالت، معنویت حتی در کسانی که به هیچ خدایی اعتقاد ندارند، می‌تواند وجود داشته باشد [۲۱]. معنویت لزوماً نباید شامل یک جزء مذهبی باشد؛ اگرچه مذهب ممکن است شیوه‌ای باشد که توسط آن افراد، معنا (Meaning) را در مورد زندگی‌شان، درک کنند [۱۶] یا اغلب تظاهر معنویت از طریق اعمال مذهبی و فرهنگی باشد [۲۲].

برخی دیدگاه‌ها بیانگر آن است که فعالیت‌هایی همچون مراقبه (Meditation)، مجسمه‌سازی و فعالیت‌های حمایتی گروهی ممکن است اجزاء مختلف سلامت معنوی همچون معنا و هدف در زندگی، خود آگاهی (Self-awareness) و اتصال به خود، دیگران و یک واقعیت بزرگتر را تأمین کنند [۲۳].

گاه، موارد زیر نیز به عنوان اموری که به فرد از نظر معنوی کمک می‌کنند، ذکر می‌شود: کار با سرویس

مشخص شدن درک مردم از احساس خودشان در مورد سلامت معنوی، از جمعیت عمومی خواسته شد تا سلامت معنوی خود را با اصطلاحات خودشان توصیف کنند. مقالات مربوط به موضوع نیز مطالعه شد. از این دو منبع، روشن شد که مردم در مورد احساس خود درباره سلامت معنوی دو گونه صحبت می‌کنند؛ برخی افراد، مشخصاً از زبان «مذهبی» برای صحبت در مورد آن استفاده می‌کنند. دیگران در مورد احساس خود درباره سلامت معنوی به زبان غیر مذهبی صحبت می‌کنند. مشاهده گردید که بعضی اوقات این دو روش صحبت درباره موضوع، همپوشانی دارد؛ به همین خاطر، عمداً تلاش شد تا ابزاری برای سلامت معنوی تدوین شود که دو خرده سنجش را شامل شود: یک خرده سنجش برای اندازه‌گیری سلامت مذهبی (Religious well-being) و یک خرده سنجش برای اندازه‌گیری سلامت وجودی (فلسفه وجود انسان) (Existential well-being). به هنگام ساخت مقیاس سلامت معنوی (Spiritual well-being Scale)، به این موضوع نیز توجه شد که ابزار مورد نظر می‌باید به اندازه کافی عمومی باشد تا قابل استفاده برای مردمی با عقاید مذهبی و معنوی متفاوت باشد. خرده سنجش سلامت مذهبی (با ۱۰ عبارت) یک خود ارزیابی از رابطه فرد با خدا ارائه می‌دهد؛ در حالی که خرده سنجش سلامت وجودی [فلسفه وجود انسان] (با ۱۰ عبارت)، خودارزیابی از احساس فرد در مورد هدف از زندگی و رضایت از زندگی به دست می‌دهد.

برخی عبارات Spiritual Well-Being Scale که در سال ۱۹۸۲ توسط الیسون یا لوتزین تدوین گردید، عبارتند از: - از آینده‌ام، مطمئن نیستم. (در مورد آینده‌ام نگرانم). - احساس می‌کنم زندگی پر از تعارض (Conflict) و غم است.

- خدا مرا دوست دارد و از من مراقبت می‌کند.

- معتقدم اهداف واقعی برای زندگی من وجود دارد.

همانگونه که مشاهده می‌گردد به نظر می‌رسد برخی عبارات فوق، بیش از آنکه سلامت معنوی را ارزیابی کند، سلامت روانی را می‌سنجد. دو عبارت اول توسط کسانی

همانگونه که ملاحظه می‌گردد آنچه به عنوان سلامت معنوی در منابع مختلف، بررسی و بحث می‌شود، مفاهیم مختلفی است که اجماع کلی بر آن وجود ندارد.

ب: ابزارهای اندازه‌گیری سلامت معنوی:

ابزارهای گوناگونی به منظور سنجش سلامت معنوی طراحی شده‌اند. از ابزارهای سنجش سلامت معنوی می‌توان جهت ارزیابی سلامت معنوی افراد، جمعیت عمومی و گروههای خاص (مانند بیماران مختلف)، بررسی نیازهای معنوی افراد و سنجش تأثیر مداخلات انجام شده جهت ارتقاء سلامت معنوی و ... استفاده نمود [۳۱-۳۰].

اما علی‌رغم وجود ابزارهای مختلف، اشکالات بسیاری در مورد پرسشنامه‌های تدوین شده مطرح است. عدم اعتبار و پایایی برخی ابزارهای سنجش سلامت معنوی، معنویت یا مذهبی بودن، استفاده از نمونه‌های کوچک و غیر قابل تعمیم [۳۲] و عدم طراحی صحیح سؤالات، بخشی از مشکلات ابزارهای موجود است. برخی سؤالات یا عبارات مورد استفاده در ابزارها، بیش از آن که ارزیابی کننده سلامت معنوی افراد باشند، سلامت روانی آن‌ها را بررسی می‌کند یا موضوعی مشترک بین دو حیطه را مطرح می‌کند اما نحوه طراحی سؤال، انتساب مطلب را به یکی از دو حیطه، مشخص نمی‌کند [۱].

مشکلات فوق باعث شده که برخی معتقد باشند هنوز هیچ‌یک از ابزارهای موجود، نتوانسته‌است پاسخگوی پیچیدگی و عمق معنویت در هیچ زمینه‌ای (مراقبت سلامتی یا دیگر موارد) باشد [۳۲].

همانگونه که در بخش پیشین اشاره گردید بر اساس دیدگاه‌های مختلف موجود در مورد مسأله، ابزارهای گوناگونی برای سنجش سلامت معنوی، سلامت مذهبی و معنویت تدوین شده که در ادامه به برخی از آن‌ها اشاره می‌شود.

دیدگاه شخصی بودن معنویت در چگونگی تدوین ابزارهای سنجش سلامت معنوی نیز تأثیرگذار بوده است؛ بعنوان مثال در تلاش برای تدوین ابزاری معتبر و پایا در مورد سلامت معنوی [۳۰]، ابتدا مطالعه‌ای جهت مشخص کردن منظور «مردم» از کلمه معنوی انجام شد. جهت

دارم» و «مذهب در زندگی من مهم است»، سنجش شد. معنویت با دو خرده سنجش سلامت مذهبی و سلامت وجودی ارزیابی شد. خرده‌سنجش سلامت مذهبی شامل موارد زیر بود:

- قدرت برتر مرا دوست دارد و از من مراقبت می‌کند.
- رابطه معنا دار فردی با قدرت برتر
- حمایت و قدرت فردی نه چندان زیاد از سوی قدرت برتر (Not much personal strength and support from Higher Power)
- مشکلات من برای قدرت برتر مهم است.
- ارتباط با قدرت برتر به سلامت کمک می‌کند.
- خرده سنجش سلامت وجودی شامل موارد زیر بود:
- نمی‌دانم چه کسی هستم، از کجا آمده‌ام، به کجا می‌روم.

- بسیار از زندگی راضی هستم و فردی کامل هستم.
- در مورد آینده احساس خوبی دارم.
- زندگی من چندان معنا ندارد.
- معتقدم برخی اهداف واقعی در زندگی من وجود دارد.
- عبارت سوم از عبارات فوق، وابسته به وضعیت خلقی فرد (از معیارهای سنجش وجود دوره افسردگی) مطابق سیستم تشخیص‌گذاری Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR) است.
- برخی ابزارهای دیگر اندازه‌گیری سلامت معنوی/معنویت عبارتند از:

ابزار Arel Spiritual Well-Being Scale [۳۳]، که هانگل-مان و همکاران در ۱۹۹۶ تدوین کردند و شامل ۲۱ سؤال و سه عامل ایمان/باور، زندگی/مسئولیت در مورد خود (خود مسئولیتی) (Self-responsibility) و رضایت از زندگی/خود شکوفایی است.

Index of Core Spiritual Experiences [۳۴] که کاس و همکاران تدوین کرده‌اند و حاوی ۷ سؤال برای اندازه‌گیری تجربه فردی در مورد یک وجود برتر است.

Expression of Spirituality Inventory [۳۵] که مک دونالد برای اندازه‌گیری معنویت تدوین کرد شامل ۹۸

که به اختلالات افسردگی (Depressive disorders) یا خلقی (Mood disorders) مبتلا هستند، می‌توانند بصورت تأیید پاسخ داده شود.

The Spirituality Index of Well-Being [۳۲] یکی دیگر از ابزارهای سنجش سلامت معنوی، شامل ۱۲ مورد است: ۶ سؤال در مورد حیطة خودکفایتی (Self-efficacy) و ۶ سؤال در مورد نمای زندگی (Life scheme domain). برخی سؤالات این پرسشنامه عبارتند از:

- کار زیادی وجود ندارد که بتوانم برای کمک به خودم انجام دهم.
- نمی‌دانم چگونه شروع به حل مشکلاتم بکنم.
- من هنوز هدف زندگی را پیدا نکرده‌ام.
- خلأ (پوچی) بزرگی در حال حاضر در زندگی من وجود دارد.

همانگونه که مشاهده می‌گردد عبارت اول در مورد مبتلایان به دوره افسردگی، عبارت دوم در مورد افرادی که فاقد آموزش تکنیک حل مسأله (Problem solving) (از مجموعه آموزش‌های مهارت‌های زندگی) می‌باشند و نیز عدم تمرکز، اختلال در تمرکز یا کاهش قدرت تصمیم‌گیری در مورد مبتلایان به دوره افسردگی و عبارت چهارم در مورد مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی (Borderline Personality disorder) می‌تواند صادق باشد.

- برخی سؤالات ابزار The Spiritual Dimension Scale [۱] که پاپنفوس تدوین کرده است، عبارتند از:
- احساس می‌کنم هدفی برای زندگی وجود دارد.
- عقاید معنوی من به من کمک می‌کند که احساس کنم مرا دوست دارند.
- نیازهای من در زندگی بندرت برآورده می‌شود.
- عبارت سوم از عبارات فوق، ممکن است توسط دیدگاه‌های منفی شناختی موجود در دوره‌های افسردگی، مورد تأیید قرار گیرد.

در بررسی اثر معنویت نوجوانان بر علائم افسردگی و رفتارهای مخاطره آمیز در حیطة سلامت، مذهبی بودن و معنویت، توسط Cotton و همکاران [۱۳]، ارزیابی شد. مذهبی بودن با سؤالات «من به یک قدرت برتر اعتقاد

خود ما ایجاد شود. اینگونه وقایع خارج از کنترل ما، اغلب از روی اعتقاد به سرنوشت، به عنوان اعمال خداوند برچسب می‌خورند. یک تصادف اتومبیل که به وسیله اشتباه فردی دیگر رخ داده است، نیز از نوع وقایع خارج از کنترل ما است و درست همانگونه که آسیب فیزیکی بافت بدن ما را تخریب می‌کند یا موجب بریدگی می‌شود، آسیب معنوی نیز بافت معنوی (Spiritual tissue) را تخریب یا ضعیف می‌کند و ارتباط ما با خدا، دیگری یا خودمان ضعیف می‌شود، آسیب می‌بیند یا تخریب می‌شود؛ بنابراین مفهوم آسیب معنوی، اشاره ضمنی به بعد فردی، بین فردی، اخلاقی و مقدس (روحانی) دارد که در توضیحات زیستی - روانشناختی - اجتماعی از رفتار انسان مورد غفلت قرار گرفته است. همانگونه که پیش از این اشاره شد، ۸ آسیب معنوی در SIS ذکر شده است. میزان گناه، به عنوان یک مشکل با ۴ نمره لیکرت سنجیده می‌شود. از بیمار پرسیده می‌شود: چند وقت به چند وقت در مورد رفتارهای گذشته احساس گناه می‌کنید؟^۱ پاسخ‌های ممکن شامل هرگز، گاهگاهی، اغلب و همیشه است.

۷ سؤال بعدی این قسمت (SIS) عبارتند از:

۱. آیا خشم یا ابراز خشم، آرامش ذهن شما را بر هم می‌زند؟^۲ (هرگز، گاهگاهی، اغلب، همیشه)
۲. چند وقت به چند وقت احساس غمگینی یا سوگ می‌کنید؟^۳ (هرگز، گاهگاهی، اغلب، همیشه)
۳. آیا احساس می‌کنید زندگی هیچ معنا یا هدفی ندارد؟ (هرگز، گاهگاهی، اغلب، همیشه)
۴. چند وقت به چند وقت احساس یأس یا ناامیدی می‌کنید؟^۴ (هرگز، گاهگاهی، اغلب، همیشه)
۵. آیا احساس می‌کنید خدا/ زندگی با شما غیر منصفانه رفتار کرده است؟ (هرگز، گاهگاهی، اغلب، همیشه)
۶. آیا در مورد شک/ عدم اعتقاد به خدا نگران هستید؟^۵ (هرگز، گاهگاهی، اغلب، همیشه)
۷. آیا در مورد مرگ نگرانید^۶ یا از آن می‌ترسید؟ (هرگز، گاهگاهی، اغلب، همیشه)

سؤال و ۵ عامل جهت‌گیری شناختی در مورد معنویت، بعد تجربی/ پدیدارشناسی (Phenomenological)، سلامت وجودی، عقاید فرا طبیعی (Paranormal) و مذهبی بودن است.

Systems of Belief Inventory [۳۶] را برای اندازه‌گیری باورهای معنوی و مذهبی هالند و همکاران تدوین کرده‌اند و شامل ۱۵ سؤال و ۲ خرده سنجش باورها و اعمال مذهبی و حمایت اجتماعی دریافت شده از اعضای جامعه مذهبی (معنوی) است.

برخی پرسشنامه‌ها حاوی محور آسیب معنوی (Spiritual Injury) نیز می‌باشند؛ به عنوان مثال Living Water's Spiritual Assessment Program (SAP) [۳۱] حاوی Spiritual Injury Scale (SIS) می‌باشد که شامل ۸ مورد است: گناه، خشم یا ابراز خشم، سوگ یا غمگینی (Grief or sadness)، فقدان معنی یا هدف، ناامیدی یا یأس، احساس این که خداوند/ زندگی منصف نبوده است، شک مذهبی یا عدم ایمان و ترس از مرگ. ۸ مورد فوق به شیوه لیکرت ۴ نمره‌ای (4-Point likert scale) نمره‌گذاری شده‌اند که شامل هرگز، گاهی، اغلب و همیشه است.

قسمتی از SAP را که آسیب معنوی (SIS) را می‌سنجد، می‌توان ضریب آسیب شناسی مذهبی (Religious pathology index) نامید. این قسمت بر بدشکلی‌های نفس (Disfigurements of the soul) تمرکز دارد که اغلب باعث می‌شود افراد در جستجوی کمک از کلیسا، مشاوران مذهبی یا متخصصین سلامت روان نباشند.

یک آسیب معنوی، پاسخ افراد به واقعه‌ای شمرده شده است که توسط خود فرد ایجاد شده یا واقعه‌ای که خارج از کنترل فرد بوده است و رابطه فرد را با خدا، خود و دیگران تخریب می‌کند و وی را از آنچه به زندگی‌اش معنی می‌دهد، بیگانه می‌کند. کلمه «آسیب» (Injury) عمداً استفاده شده است؛ همچون یک تصادف اتومبیل که متحمل آسیب جسمی می‌شویم، آسیب می‌تواند عمداً توسط خود ما ایجاد شود (Self-inflicted) یا توسط خود ما به علت بی‌دقتی ایجاد شود یا آسیب می‌تواند بدون تقصیر

«قرآن» و جهان‌بینی اسلامی ساخته‌اند. در بخش تدوین سؤالات، آمده است که هم در قرآن و هم در سنت حضرت محمد (ص) و نیز در حدیث، افتراق قائل شدن بین عقاید و اعمال به چشم می‌خورد و توضیح داده شده است که این کافی نیست که فقط به اصولی که در قرآن آمده است، «معتقد باشیم» بلکه باید رفتار فرد نیز با این عقاید همخوانی داشته باشد و در یک راستا باشد. بر اساس این مفاهیم، نویسندگان مجموعه‌ای از ۱۹ سؤال، مربوط به عقاید اسلامی و ۱۹ سؤال مربوط به اعمال اسلامی تدوین کردند. در متن مقاله تصریح گردیده است که در تدوین سؤالات، پشتوانه روشنی از خاستگاه آن‌ها در قرآن مشاهده شده است؛ اما در قسمت روش مطالعه، در مورد چگونگی تنظیم مجموعه سؤالات منتخب اولیه به پشتوانه قرآن، توضیح داده نشده است و صرفاً ذکر شده که تنظیم سؤالات، با اتکاء دقیق به قرآن بوده است.

پس از تهیه متن اولیه سؤالات، مجموعه مذکور (شامل ۱۹ سؤال در مورد عقاید اسلامی و ۱۹ سؤال در مورد اعمال اسلامی)، جهت کسب اعتبار محتوایی (Content analysis)، به چند عالم دینی برای بررسی ارائه شده است. یک امام جمعه و چند نفر دیگر که در مورد اسلام اطلاعات کافی داشتند، سؤالات را ارزیابی و پس از تغییرات کوچکی، آن‌ها را تأیید کردند. نظر به تأیید متفق متخصصان مزبور در مورد سؤالات، تدوین‌گران ابزار، به این نتیجه رسیدند که سؤالات از اعتبار محتوایی قابل قبولی برخوردار است. برخی سؤالات پرسشنامه مزبور عبارتند از:

- من معتقدم الله ۱۰۰ اسم دارد و ما فقط ۹۹ اسم را می‌دانیم.

- من معتقدم که یک زن می‌تواند بطنهایی خودش مسافرت کند.

- من معتقدم مردان مسلمان می‌توانند با زنان غیرمسلمان ازدواج کنند.

- من معتقد به تقدیر الهی هستم.

- من به ۶ ستون دین اسلام معتقدم (اعتقاد به الله، فرشتگانش، کتابهایش، پیامبرانش، اعتقاد به روز واپسین و قدر؛ هم خوب و هم بد).

در سؤالات فوق، موارد اغلب یا همیشه، مشکل دار (Problematic) محسوب می‌شوند.

همانگونه که ملاحظه می‌گردد برخی از سؤالات پرسشنامه‌های فوق در واقع به جای سنجش سلامت معنوی، سلامت مذهبی یا معنویت، سلامت روانی افراد را اندازه‌گیری می‌کنند و بعضاً، حتی در سنجش مفهومی که قصد بررسی آن را دارند، به خطا رفته‌اند.

ج) ابزارهای اندازه‌گیری مذهبی بودن از نظر اسلام:

چنانکه پیش از این ذکر گردید نظر به قطبی بودن دیدگاه‌ها در مورد سلامت معنوی و سلامت مذهبی، در یک سوی طیف، برخی (و عموماً پیروان مذاهب)، سلامت معنوی را معادل با سلامت مذهبی و مذهبی بودن دانسته، بدون اعتقاد به مذهب، معنویت و در نتیجه سلامت معنوی را فاقد معنا می‌دانند [۱۹-۲۰].

در این راستا، برخی پایگاه‌های اطلاعاتی گروه‌ها یا افراد "مسلمان"، سلامت معنوی را شامل شناخت خالق، دوست داشتن او و تلاش برای قرب به او می‌دانند [۳۷]. تلاشهایی نیز جهت تدوین و به کارگیری ابزارهایی برای اندازه‌گیری مذهبی بودن بر اساس اسلام صورت گرفته است که چندان موفق به نظر نمی‌رسد. عدم ارائه خصوصیات روان‌سنجی قابل قبول در مورد ابزارهای تدوین شده [۴۲-۳۸]، استفاده از ابزارهای تدوین شده بر اساس آیین مسیحیت در مورد مسلمانان بدون تغییر ابزار اصلی [۴۴-۴۳]، گنجاندن سؤالاتی که بیشتر ماهیت سیاسی دارد [۲۸]، عدم طراحی صحیح مطالعه [۴۵] و قابل استفاده نبودن ابزار تدوین شده جهت کلیه مسلمانان [۴۶-۴۷]، بخشی از مشکلات ابزارهای مورد استفاده جهت اندازه‌گیری مذهبی بودن بر اساس اسلام می‌باشد.

به عنوان نمونه به بررسی یکی از ابزارهایی که جهت اندازه‌گیری مذهبی بودن بر اساس اسلام [۴۵] تدوین شده است، پرداخته می‌شود:

Religiosity of Islam Scale (RoIS) با هدف اصلاح نقیصه‌های موجود در مورد پرسشنامه‌های پیشین اندازه‌گیری مذهبی بودن بر اساس اسلام تدوین شده است و تدوین‌گران آن معتقدند که ابزار مذکور را بر اساس

مانند تعداد دفعات حضور در خدمات مذهبی) استفاده کرده اند تا ابزارهای سنجش معنویت به طور کلی [۶].

از دیدگاه روانشناختی، شاید جالبترین خصوصیت مذهب، جهان شمولی آن است. جوامعی که در آنها مذهب نقش عمده‌ای ایفا نمی‌کند بسیار محدود است و اکثریت افراد در دوره‌ای از زندگی خود هیجان مذهبی را تجربه کرده اند. از این جهان شمولی می‌توان چنین نتیجه گرفت که مذهب کارکردی انطباقی دارد که برای ارضای یک یا چند نیاز همگانی، انسانها به آن متوسل شده‌اند [۴۸]. متغیرهای مذهبی و معنوی مورد استفاده در مطالعات انجام شده درباره طول عمر بیشتر افراد مذهبی، شامل عضویت در یک گروه مذهبی، حضور در سرویسهای مذهبی و زندگی در داخل یک جامعه مذهبی بوده است [۴۹-۵۲].

مطالعات آینده‌نگر، متغیرهای بالقوه مخدوش‌کننده را بدقت کنترل کرده است. یک مطالعه ۲۸ ساله در مورد ۵۲۸۶ فرد بالغ (۶۵-۲۱ ساله) نشان داد افرادی که حضور مکرر (بیش از یک بار در هفته) در سرویس های مذهبی داشتند، در مقایسه با عدم حضور، ۲۳٪ کمتر احتمال مرگ در دوره پیگیری مطالعه را داشته‌اند. خطر نسبی (Relative Hazard) با فاصله اطمینان ۰/۷۷-۰/۹۵؛ (۰/۹۳-۰/۶۴) بود که در مورد سن، جنس، نژاد، آموزش، وضعیت سلامت پایه، BMI، عادات سلامتی (Health practices) و ارتباطات اجتماعی، انطباق (Adjust) داده شده بود [۵۳].

یک مطالعه ۵ ساله، همپین رابطه را در ۱۹۳۱ فرد بالغ (با سن بیش از ۵۵ سال) بررسی کرد. کسانی که بطور مکرر در خدمات مذهبی حضور می‌یافتند، ۲۴٪ کمتر از کسانی که حاضر نمی‌شدند، احتمال داشت که در طول دوره پیگیری مطالعه، بمیرند (خطر نسبی ۰/۷۶ با فاصله اطمینان ۰/۹۵-۰/۶۲) که برای سن، جنس، وضعیت تأهل، درآمد، تحصیل، وضعیت اشتغال، نژاد، وضعیت سلامت پایه، عملکرد جسمی، عادات بهداشتی (همچون ورزش، سیگار)، عملکرد اجتماعی و حمایت و وضعیت سلامت روانی انطباق داده شده بود [۵۴]. برخی پژوهش‌ها نشانگر آن است که اموری همچون باورهای مثبت (Positive beliefs)، احساس راحتی و قدرت حاصل از

- من معتقدم که سهم مرد از ارث باید بیش از سهم زن باشد.

- من به شب قدر معتقدم.

- من فقط تعطیلات مسلمین را جشن می‌گیرم (عید فطر و عید اضحی).

- من گوشت حیواناتی را که با نام خدا ذبح نشده، می‌خورم.

- من به عنوان یک زن، حجاب را رعایت می‌کنم (برای زنان). همسر من حجاب را رعایت می‌کند (برای مردان).

- من جمعه‌ها به مسجد می‌روم.

- من زکات می‌دهم.

- من معتقدم یک زن هنگامی که بیرون می‌رود، می‌تواند عطر بزند.

- من بیش از دو بار در هفته، قرآن می‌خوانم.

- من معتقدم که مردان می‌توانند با زنان دست بدهند.

- من معتقدم جن وجود دارد.

- هنگامی که وارد مجامع اجتماعی می‌شوم با همجنس خودم و جدا از جنس مخالف می‌نشینم.

- من معتقدم که یک مرد می‌تواند تا چهار زن بگیرد.

- من سیگار می‌کشم.

و ...

به هنگام تجزیه و تحلیل داده‌ها، ۱۱ سؤال از زیر مقیاس (Subscale) عقاید اسلامی و ۸ سؤال از زیرمقیاس رفتار اسلامی حذف و نهایتاً پرسشنامه‌ای دارای ۱۹ سؤال با دو زیر مقیاس عقاید اسلامی (با پایایی مورد سؤال از نظر قابل قبول بودن) و رفتارهای اسلامی (با پایایی قابل قبول)، ارائه گردید.

همانگونه که ملاحظه می‌گردد نظر به محتوای سؤالات پرسشنامه و مسکوت بودن مقاله در مورد چگونگی بهره‌گیری از قرآن جهت تدوین سؤالات، مبتنی بر قرآن بودن ابزار مزبور، سؤال برانگیز می‌نماید.

د) ارتباط سلامت معنوی با دیگر ابعاد سلامت:

پژوهشهای بسیاری جهت بررسی ارتباط سلامت معنوی با دیگر ابعاد سلامت، انجام شده‌اند. مطالعاتی که آثار عوامل مذهبی یا معنوی را بر سلامت بررسی کرده اند، اغلب از ابزارهای سنجش مذهبی بودن (شامل سؤالاتی

مذهبی، مراقبه و نیایش می‌تواند در سلامت و احساس خوب بودن سهیم باشد. ارتقاء سلامت معنوی ممکن است موجب معالجه یک بیماری نشود؛ اما ممکن است به فرد کمک کند تا احساس بهتری داشته باشد، از برخی مشکلات بهداشتی جلوگیری کند و با بیماری یا مرگ انطباق یابد [۲۴].

از سوی دیگر تعدادی از مطالعات جمعیت شناختی نیز نشان داده که مذهبی بودن و معنویت با پیامدهای منفی سلامت جسمی و سلامت روانی ارتباط دارد. همچون هر عاملی که بر سلامت اثر می‌گذارد (مانند انواع شیوه‌های زندگی)، مذهبی بودن و معنویت ممکن است به صورت معکوس بر فرد تأثیر بگذارد؛ برای مثال، برخی باورهای مذهبی ممکن است با تشویق فرد به اجتناب از درمان یا قطع درمان‌های رسمی، عدم جستجوی بموقع مراقبت پزشکی، اجتناب از اقدامات بهداشتی پیشگیرانه مؤثر (مانند ایمن‌سازی کودکان در برابر بیماری‌ها و مراقبت پیش از تولد) و سوء رفتار مذهبی (مانند اجازه سوء رفتار فیزیکی در مورد بچه‌ها) بر سلامت فرد تأثیر منفی گذارد.

پی‌نوشتها:

۱. توجه به این مسأله بسیار مهم است که "احساس گناه کردن" با "گناهکار بودن" فرق دارد و سؤال مزبور "احساس گناه کردن" را می‌سنجد نه "میزان گناه" را، آنچنان که ذکر شده است. همچنین احساس گناه کردن می‌تواند یکی از علائم افسردگی فرد و نشانگر آسیب روانی وی باشد. در آسیب‌های شدیدتر روانی، مسأله فوق حتی ممکن است شکل "هذیان گناه" بگیرد.

۲. "برهم‌خوردن آرامش ذهن به علت خشم یا ابراز خشم" با "خشمگین شدن یا ابراز خشم کردن" متفاوت است. در صورت طراحی صحیح سؤال برای سنجش "خشم" نیز باید توجه داشت که در برخی دوره‌های اختلالات خلقی همچون مانیا و برخی انواع اختلالات شخصیت، خشم یکی از علائم بیماری روانی می‌باشد.

۳. احساس غمگینی یا سوگ می‌تواند از علائم یا نتایج آسیب سلامت روان باشد

۴. یأس یا ناامیدی می‌تواند از علائم دوره افسردگی باشد (آسیب سلامت روان). بنظر می‌رسد سؤال مطرح شده در مورد ناامیدی، می‌بایست جهت سنجش سلامت معنوی، همانگونه که در آیات قرآن مورد اشاره قرار گرفته است به صورت "ناامید شدن از رحمت خداوند" مطرح گردد.

۵. این سؤال، "نگرانی" در مورد شک/عدم اعتقاد را می‌سنجد و نه وجود شک یا عدم اعتقاد. فرد ممکن است به خدا اعتقاد نداشته باشد اما در این مورد نگرانی هم نداشته باشد. نحوه طراحی سؤال این تصور را ایجاد

ممکن است افراد برخی گروه‌های مذهبی به صورت غیر واقع‌بینانه، انتظارات بالایی از خود داشته باشند که منجر به انزوا، استرس و اضطراب شود یا ممکن است خود را با آنان که معتقدات آن‌ها را ندارند، بیگانه احساس کنند. سرانجام، بخوبی دانسته شده است که سیستم‌های اعتقادی غیر سالم (همچون برخی کیش‌ها (Cults) و آیین‌های مذهبی) می‌توانند به صورت منفی بر سلامت اثر گذارند [۵۵].

در تفسیر برخی نتایج متناقض مطالعات انجام شده، باید این مسأله را در نظر داشت که پژوهش‌های به عمل آمده در واقع در مورد مفاهیم مختلف، در جمعیت‌های مختلف از نظر باورها و عملکردها با استفاده از ابزارهای مختلف انجام شده است. ابزارهایی که گاه بواقع آنچه را تدوین‌گران آن‌ها مدعی بوده‌اند، نمی‌سنجیده است.

بحث و نتیجه‌گیری:

یافته‌های فوق بیانگر آن است که علی‌رغم گستره عظیم پژوهش‌های انجام شده، مشکلات بسیاری همچون ابهام در تعریف سلامت معنوی، عدم توافق کلی بر مفاهیم اساسی مربوط به مسأله، عدم تبیین مرزهای سلامت

10. Smith J, McSherry W. Spirituality and child development: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* 2004; 45: 307-315

11. Lin HR, Bauer-Wu SM. Psycho-spiritual well-being in patients with advanced cancer: an integrative review of the literature. *Journal of Advanced Nursing* 2003; 44: 69-80

12. Hawks SR, Hull ML, Thalman RL, Richins PM. Review of spiritual health: definition, role, and intervention strategies in health promotion. *American Journal of Health Promotion* 1995; 9:371-378

13. Cotton S, Larkin E, Hoopes A, Cromer BA, Rosenthal SL. The impact of adolescent spirituality on depressive symptoms and health risk behaviors. *Journal of Adolescent Health* 2005; 36: 529.e7-529.e14

14. Meraviglia MG. Critical analysis of spirituality and its empirical indicators: Prayer and meaning in life. *Journal of Holistic Nursing* 1999; 17: 18-33

15. Lane JA. The care of the human spirit. *Journal of Professional Nursing* 1987; 3: 332-337

16. Cawley N. Towards defining spirituality. An exploration of the concept of spirituality. *International Journal of Palliative Nursing* 1997; 3: 31-36

17. Burnard P. The spiritual needs of atheists and agnostics. *Professional Nurse* 1988; 4: 130-132

18. Martsolf DS, Mickley JR. The concept of spirituality in nursing theories; differing world-views and extent of focus. *Journal of Advanced Nursing* 1998; 27: 294-303

19. Bradshaw A. *Lighting the Lamp: The spiritual dimension of nursing care*. Scutari Press: London, 1994

20. Pattison S. Dumping down the spirit. In: Orchard H. *Spirituality in health care contexts*. Jessica Kingsley Publishers: London, 2001: 33-46

21. Murray RB, Zentner JB. *Nursing concepts for health promotion*. Prentice Hall: London, 1989

22. Pesut B. The development of nursing students' spirituality and spiritual care – giving. *Nurse Education Today* 2002; 22: 128-135

می‌کند که گویی اگر عدم اعتقاد به خدا یا شک به خدا، در فرد ایجاد نگرانی نکند، آسیب معنوی محسوب نمی‌گردد.

۶. افکار مکرر در باره مرگ می‌تواند از علائم دوره افسردگی و بالنتیجه ناشی از آسیب سلامت روان باشد نه آسیب معنوی.

منابع

1. Kearns RL, Girvan JT, McAleese WJ. Differences in the self-reported spiritual health of male juvenile offenders and non-offenders. *American Journal of Health Studies* 1998; 14: 113-119

2. Anonymous. Spiritual health is important, say our readers. *WHO Chron* 1979; 33: 29-30

3. John-Paul Vader. Spiritual health: the next frontier. *The European Journal of Public Health* 2006; 16: 457

4. <http://www.visionoffice.com/socdev/wssdco3.htm>

5. The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World, 2005. Available at: http://www.afro.who.int/healthpromotion/bangkok_charter_health_promotion.pdf

6. Mueller PS, Plevak DJ, Rummans TA. Religious involvement, spirituality, and medicine: Implications for clinical practice. *Mayo Clinic Proceedings* 2001; 76: 1225-1235

7. Ross Ln W. The spiritual dimension: its importance to patients' health, well-being and quality of life and its implications for nursing practice. *Institute Journal for Nursing Studies* 1995; 32: 457-468

۸. دهخدا، علی اکبر، لغت نامه دهخدا. چاپ سوم، دانشگاه تهران، تهران، ۱۳۷۷ (ذیل کلمه طب روحانی بنقل از کشف اصطلاحات الفنون و ذخیره خوارزمشاهی)

۹. محقق، مهدی، رازی در طب روحانی، در، رازی محمد بن زکریا: الدراسة التحلیلیة لکتاب الطب الروحانی للطیب الفیلسوف. موسسه مطالعات اسلامی، تهران، ۱۳۷۸: ۲۳۸.

37. Siddiqui M. Spiritual health. (<http://www.crescentlife.com/spirituality/spiritual-health.htm>).
38. Meyer K, Rizzo H, Ali Y. Islam and the extension of citizenship rights to women in Kuwait. *Journal for the Scientific Study of Religion* 1998; 37: 131-144
39. Tessler M, Nachtwey J. Islam and attitudes toward international conflict: Evidence from survey research in the Arab world. *Journal of Conflict Resolution* 1998; 42: 619-636
40. Suhail K, Akram S. Correlates of death anxiety in Pakistan. *Death Studies* 2002; 26: 39-50
41. Abu-Ali A, Reisen CA. Gender role identity among adolescent Muslim girls living in the US. *Current Psychology* 1999; 18: 185-192
42. Al-Sabwah MN, Abdel-Khalek AM. Religiosity and death distress in Arabic college students. *Death Studies* 2006; 30: 365-375
43. Long D, Elghanemi S. Religious correlates of fear of death among Saudi Arabians. *Death Studies* 1987; 11: 89-97
44. Mahabeer M, Bhana K. The relationship between religion, religiosity and death anxiety among Indian adolescents. *South African Journal of Psychology* 1984; 14: 7-9
45. Jana-Masri A, Priester PE. The development and validation of a Qur'an-based instrument to assess Islamic religiosity: The Religiosity of Islam Scale. *Journal of Muslim Mental Health* 2007; 2: 177 – 188
46. Ghorbani N, Watson PJ, Ghramaleki AF, Morris RJ, Hood RW Jr. Muslim-Christian religious orientation scales. Distinctions, correlations, and cross-cultural analysis in Iran and the United States. *International Journal for the Psychology of Religion* 2002; 12: 69-91
47. Wilde A, Joseph S. Religiosity and personality in a Moslem context. *Personality and Individual Differences* 1997; 23: 899-900
48. Sadock BJ, Sadock VA. *Synopsis of Psychiatry*. Ninth edition, Lippincott William and Wilkins: Philadelphia, 2003
23. Hawks SR, Hull ML, Thalman RL, Richins PM. Review of spiritual health: definition, role, and intervention strategies in health promotion. *American Journal of Health Promotion* 1995; 9: 371-378
24. Spirituality and Health - familydoctor.org. (<http://familydoctor.org/650.xml>)
25. Osman J, Russell R. The spiritual aspects of health. *Journal of School Health* 1979; 49: 359
26. Taylor P, Ferszt G. Spiritual healing. *Holistic Nursing Practice* 1990; 4: 32-38
27. Bensley R. Defining spiritual health: A review of the literature. *Journal of Health Education* 1991; 22: 287-290
28. Gooloe N, Areola P. Spiritual health: Out of the closet. *Journal of Health Education* 1992; 23: 221-226
29. Diaz D. Foundations for spirituality: Establishing the validity of spirituality within the health disciplines. *Journal of Health Education* 1993; 24: 324-326
30. www.lifeadvance.com/swbs.htm
31. Handbook for spiritual assessment living Water's spiritual assessment program (<http://www.spiritualassessment.com/manual.htm>)
32. Daaleman TP, Frey BB. The Spirituality Index of Well-Being: A new instrument for health-related quality of life research. *Annals of Family Medicine* 2004; 2: 499-503
33. Hungelmann. Arel Spiritual Well-Being Scale. (<http://acqol.deakin.edu.au/instruments/scale-details.php?id=399>)
34. Kass J.D. Index of Core Spiritual Experiences. (<http://acqol.deakin.edu.au/instruments/scale-details.php?id=620>)
35. Mc Donald DA. Expression of Spirituality Inventory. (<http://acqol.deakin.edu.au/instruments/scale-details.php?id=765>)
36. Holland JC. Systems of Belief Inventory. (<http://acqol.deakin.edu.au/instruments/scale-details.php?id=617>)

53. Strawbridge WJ, Cohen RD, Shema SJ, Kaplan GA. Frequent attendance at religious services and mortality over 28 years. *American Journal of Public Health* 1997; 87: 957-961

54. Oman D, Reed D. Religion and mortality among the community dwelling elderly. *American Journal of Public Health* 1998; 88: 1469-1475

55. Koenig HG, McCullough ME, Larson DB. *Handbook of religion and health*. Oxford University Press: New York, 2001

49. Glass TA, de Leon CM, Morottol RA, Berkman LF. Population based study of social and productive activities as predictors of survival among elderly Americans. *British Medical Journal* 1999; 319: 478-483

50. Hummer RA, Rogers RG, Nam CB, Ellison CG. Religious involvement and US' adult mortality. *Demography* 1999; 36: 273-285

51. Koenig HG, Hays JC, Larson DB, George LK, Cohen HJ, McCullough ME, et al. Does religious attendance prolong survival? A six-year follow-up study of 3968 older adults. *Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences* 1999; 54 A: M370-M376

52. Bryant S, Rakowski W. Predictors of mortality among elderly African-Americans. *Research on Aging* 1992; 14: 50-67

Archive of SID