

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



# بهزیستی مذهبی معنوی

---





عنوان و نام پدیدآور	: بهزیستی مذهبی معنوی/ تالیف پیرحسین کولیوند ... [و دیگران]؛ [به سفارش] مرکز تحقیقات علوم اعصاب شفاء، بیمارستان فوق تخصصی خاتم‌الانبیاء (ص)، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان، انستیتو روانپزشکی تهران.
مشخصات نشر	: تهران : میرماه، ۱۳۹۴.
مشخصات ظاهری	: ۵۴ ص.
شابک	: ۹۸۰۰۰-۹۷۸-۶۰۰-۳۳۳-۲۱۴-۰-۰-۰
وضعیت فهرست نویسی	: فیبا
یادداشت	: تالیف پیرحسین کولیوند، محبوبه دادفر، فاضل بهرامی، مجتبی سیف، سجاد قاسمی.
یادداشت	: کتابنامه: ص. [۴۵] - ۵۴.
موضوع	: روان‌شناسی مذهبی
موضوع	: روان‌شناسی و دین
موضوع	: زندگی معنوی
موضوع	: زندگی معنوی — اسلام
موضوع	: بهداشت روانی — جنبه‌های مذهبی
موضوع	: بهداشت روانی — جنبه‌های مذهبی — اسلام
شناسه افزوده	: کولیوند، پیرحسین، ۱۳۵۰ -
شناسه افزوده	: بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی خاتم‌الانبیاء (ص)، مرکز تحقیقات علوم اعصاب شفا
شناسه افزوده	: بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی خاتم‌الانبیاء (ص)
شناسه افزوده	: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان
رده بندی کنگره	: BL۵۳/۹۴ ۱۳۹۴
رده بندی دیویی	: ۲۰۰/۱۹
شماره کتابشناسی ملی	: ۳۹۷۵۱۶۵

# بهبودی مذهب معنوی

تألیف:

محبوبه دادفر

دانشجوی دکترای روانشناسی بالینی  
دانشگاه علوم پزشکی ایران - پردیس بین الملل

دکتر پیرحسین کولیوند

معاون مرکز تحقیقات علوم اعصاب شفا

دکتر مجتبی سیف

پزشک و پژوهشگر  
مرکز تحقیقات علوم اعصاب شفا

دکتر فاضل بهرامی

استادیار، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

سجاد قاسمی

دانشجوی دکترای مدیریت برنامه ریزی فرهنگی  
واحد علوم و تحقیقات دانشگاه آزاد اسلامی



میراث

۱۳۹۴ شمسی



## بهزیستی مذهبی معنوی



تألیف: دکتر پیرحسین کولیوند، محبوبه دادفر، دکتر فاضل بهرامی، دکتر مجتبی سیف، سجاد قاسمی

ناشر: میرماه

گرافیک جلد و متن: مهدیه ناظم زاده

لیتوگرافی و چاپ: قائم چاپ جوربند

صحافی: عطف

نوبت و سال انتشار: نخست/ ۱۳۹۴

شمارگان: ۵۰۰ نسخه

قیمت: ۹۸۰۰ تومان

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۳۳۳-۲۱۴-۰

تمام حقوق اثر برای مرکز تحقیقات علوم اعصاب شفا محفوظ است.

خیابان ولیعصر (عج) - خیابان رشید یاسمی - بیمارستان فوق تخصصی خاتم الانبیاء (عص)

تلفن: ۸۸۸۸۴۰۴۰

انتشارات میرماه: تجریش، دزاشیب، خیابان شهید رضائی، کوی شهید مرتضی عباسی، پلاک ۳، واحد ۲

تلفن: ۲-۲۲۷۲۲۹۰۱ و ۴-۲۲۷۵۹۲۰۳ فاکس: ۲۲۷۱۹۵۲۳

## پیشگفتار

---

معنویت، بُعدی در وجود انسان است که موجب تعالی او می‌گردد و با انسان شدن رابطه دارد. سلامت معنوی به عنوان یکی از ابعاد مهم سلامت، مورد تأکید سازمان بهداشت جهانی است. ویژگی‌های مذهبی معنوی شامل بخشندگی، امید، جاودانگی، تعالی و حس انسجام با پیرامون می‌توانند موجب سازگاری بهتر و سلامت و بهزیستی بیشتر در زندگی افراد شوند. بهزیستی مذهبی معنوی در کشورهای مختلف، دارای تظاهرات فرهنگی گوناگونی است. بین فرهنگ و روانشناسی در حیطه‌های مختلف از جمله مذهب، معنویت و بهزیستی ارتباط تنگاتنگی وجود دارد. در دین اسلام معنویت در پیوندی جدایی‌ناپذیر با نیت و پایبندی رفتاری به باورهای مذهبی با تأکید بر دلبستگی، توکل و امید به لطف و مدد خداوند متعال مورد بحث قرار می‌گیرد.

مفاهیم نظری موجود در پارادایم مطالعات مذهب، معنویت و بهداشت روان، یکی از نظریه‌های جدید و جامع را از سوی پژوهشگرانی مانند آنته‌غینر و همکاران، در سال ۲۰۱۰ مطرح نموده است. نتایج مطالعات آنته‌غینر و همکاران (۲۰۰۷ و ۲۰۱۰)، حول محور بهزیستی مذهبی معنوی، نشان داد که در رویکردی چندبعدی و جامع به مذهب و معنویت، می‌توان مؤلفه‌های پنج‌گانه زیر را در نظر گرفت: امید؛ بخشندگی؛ پذیرش مرگ و مردن؛ تجربه معنوی؛ و آیین‌ها و سمبل‌ها. به‌علاوه توجه به تجارب معنوی می‌تواند در روشن‌سازی روابط مذهب و معنویت با سلامت روانی کمک‌کننده باشد.

امروزه علاقه به نقش و اهمیت معنویت در سلامت روانی در حال افزایش است و همین مسئله منجر به طراحی و اجرای پژوهش‌های متعددی در این زمینه شده است. ابزارهای متعددی به منظور ارزیابی سلامت معنوی طراحی شده است. از این ابزارها می‌توان پرسشنامه خودگزارشی را نام برد که برای اندازه‌گیری سلامت معنوی افراد، جمعیت عمومی و گروه‌های خاص، بررسی نیازهای معنوی آنها و سنجش تأثیر مداخلات انجام شده جهت ارتقاء سلامت معنوی از آن مورد استفاده دارد. در برخی پژوهش‌ها، پایش معنوی برای سنجش و غربال‌گری سلامت معنوی گروه‌های مختلف پیشنهاد شده است.

ارزیابی معنوی تحت عنوان معنویت درمانی به عنوان نیروی سوم روان‌شناسی مورد توجه قرار گرفته است، ارتقای سلامت معنوی افراد با ارائه خدمات مشاوره معنوی امکان‌پذیر است. مشاوره معنوی باعث تسهیل و رشد سبک‌های مقابله‌ای و بهزیستی معنوی افراد می‌گردد. ارائه مشاوره معنوی می‌تواند به صورت کاربردی در افزایش و ارتقاء بهداشت روان به طور عام و مشاوره و درمان مفیدتر به طور خاص مفید باشد. دانشگاه موجب رشد شخصی و مسیر متعالی در زندگی گردیده و در این راستا می‌تواند نقش بسیار مهمی را ایفا نماید.

مؤلفین

۱۳۹۴ شمسی



## فهرست

۱۱	.....	مقدمه
۲۰	.....	تعاریف
۲۰	.....	مذهب
۲۰	.....	معنویت
۲۰	.....	بهزیستی مذهبی معنوی
۲۱	.....	نقش و اهمیت معنویت در سلامت روانی
۲۷	.....	دین و روانشناسی
۳۰	.....	سلامت معنوی؛ مفاهیم و چالشها
۳۱	.....	مفهوم سلامت معنوی
۳۶	.....	ارتباط سلامت معنوی با سایر ابعاد سلامت
۳۷	.....	ارزیابی معنویت و بهزیستی مذهبی معنوی
۴۱	.....	مقیاس چندبعدی بهزیستی مذهبی معنوی (MI RSWB 48)
۴۵	.....	منابع



## مقدمه

معنویت یکی از ابعاد سلامت انسان است. سلامت معنوی به عنوان یکی از ابعاد سلامتی در کنار سلامت جسمی، روانی و اجتماعی مطرح شده است. اغلب مدل‌های سلامتی شامل سلامت معنوی نیز می‌باشند. مفهوم معنویت با همه حیطه‌های سلامت در تمام سنین ارتباط دارد (اسمیت و مک‌شری، ۲۰۰۴، بواله‌ری، ۱۳۹۲). مدل زیستی روانی اجتماعی معنوی در مشاوره و درمان مورد استفاده قرار می‌گیرد (کردمیرزا نیکوزاده، ۱۳۸۸).

نیازهای معنوی در همه افراد وجود دارد و به دنبال وقایع و حوادث و بیماری‌ها بروز می‌کنند. نیاز معنوی را می‌توان در قالب هر گونه نیازی که به اعتقادات، عملکرد، عادات، هنجارها، رسوم و آیین‌ها مربوط می‌شود، تعریف نمود (امیدواری، ۱۳۸۷، بواله‌ری، ۱۳۹۲).

در دین اسلام بر نقش معنویت‌گرایی در سلامت جسم و روان تأکید ویژه‌ای شده است. یکی از سازه‌های بسیار نوین در عرصه معنویت، سرمایه معنوی و بهزیستی معنوی است (گل‌پرور، دارابی و خیاطان، ۱۳۹۳). نقش معنویت در زندگی انسان‌ها طی سال‌های متممادی در حوزه‌های مختلف علمی توجه زیادی را به خود جلب نموده است (کلسورایت، ۲۰۱۲). از نظر تاریخی تاکنون طیف متنوعی از سازه‌ها با محتوایی معنوی مطرح گشته، که یکی از جدیدترین آنها، سرمایه معنوی است (ویت فورد، ۲۰۰۷).

معنویت در اسلام دارای مضمون حکمت‌گرایی مبتنی بر دخالت یک نیروی فزاینده یعنی خداوند متعال در امور انسان‌ها نیز هست. تکیه بر ارزش‌های معنوی نظیر اعتماد، ارزشمندی و کرامت انسان، باور به اهداف مثبت و مطلوب در زندگی انسان، شکلی از اعتماد و به دنبال آن از طرف دیگر سرمایه معنویت تأثیرگذاری معنوی را فراهم می‌نماید (یوزوف، ۲۰۱۱).

معنویت در سایه عشق به خدا، عبادت، نیایش، اعمال خدایسندانه، همدردی و همدلی با محرومان به ظهور می‌رسد. در دین اسلام سرمایه معنوی می‌تواند دارای مؤلفه‌های چندگانه‌ای باشد و می‌تواند باعث شود تا افراد در لحظات مواجهه با مشکلات با تکیه به منبع لایزال ارزانی شده توسط خداوند، مقاومت و پشتکار بیشتری از خود نشان دهند و در زمان مواجهه با مصائب، شکیبای و صبورتر شوند. سرمایه معنوی مانند هر منبع سرمایه‌ای دیگر در مواقع مختلف باید از طریق وجود فرصت خلوت با خدا و راز و نیاز با وی تقویت شود. به معنای دیگر، آنگاه که انسان در فضای خلوت ذهن خود فرصتی می‌یابد تا با قادر مطلق راز و نیاز کند، به همان میزان بر سرمایه معنوی وی افزوده خواهد شد (شومالی، ۲۰۱۰).

ارزیابی معنوی دانشجویان تحت عنوان معنویت درمانی به عنوان نیروی سوم روان‌شناسی مورد توجه قرار گرفته است (جعفری، دهشیری، سهرابی و نجفی، ۱۳۸۸، سعیدی نژاد، مظاهری و غباری بناب، ۱۳۸۸).

مذهب از عناصر حیاتی رشد و تعالی بوده، در رویارویی با مشکلات زندگی، ضروری است. تکیه بر ایمان و معنویت عامل مؤثری در مقابله با افسردگی است. مفهوم سلامت با چهار بُعد زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی براساس مفهوم «وابستگی وجودی» است. امروزه روان‌شناسان به اهمیت توجه به علایق مذهبی و معنوی در محیط‌های درمانی پی برده‌اند. دین و معنویت جلوه‌گاه نیازهای وجودی هستند و به‌عنوان یک مؤلفه مهم در برنامه مشاوره‌ای و درمانی لازم به توجه است. شیوع اختلالات روانی به‌ویژه افسردگی در بین افراد و کمبود شدید متخصصان روان‌پزشکی و خدمات ویژه آنان، لزوم توجه به معنویت و ایمان برای مقابله با مشکلات را اثبات می‌کند. در بین شیوه‌های مقابله‌ای افراد، مذهب احتمالاً می‌تواند نقش

مهم و محوری را ایفا کند؛ چرا که مذهب می‌تواند دارای ارزش مثبت در پرکردن فضای خالی زندگی، حمایت از افراد، مواجهه با استرس، سازوکاری مناسب با موقعیت و معناداری زندگی و مرگ باشد. درمان حمایتی شامل مشاوره و همچنین مشاوره مذهبی و معنوی می‌تواند به کاهش احساس تنهایی و ناامیدی افراد افسرده کمک کند (بهرامی و رمضانی فرانی، ۱۳۸۶، دادفر، بهرامی و همکاران، ۱۳۸۹، دادفر، بیرشک و کولیوند، ۱۳۹۳، کاظمی، بهرامی، رمضانی فرانی، کولیوند و دادفر، ۱۳۹۲، دادفر، دادفر و کولیوند، ۱۳۹۳، کوئینگ، ۲۰۰۶، لوین، ۲۰۱۰، زینگ و همکاران، ۲۰۱۱، میلر و همکاران، ۲۰۱۴، بهرامی، دادفر، لستر و عبدالخالق، ۲۰۱۴)

در دین مبین اسلام راهکارهای مناسبی برای کاهش تنش و علائم روانی وجود دارد که متأسفانه بررسی علمی در مورد آن انجام نشده است. اعتکاف، یکی از راهکارهای مناسبی برای کاهش تنش و علائم روانی، یک نوع روزه داری همراه با سایر عبادات، علاوه بر ایجاد قرب الی الله نتایج سودمندی در کاهش علائم روانی و سلامت معنوی می‌تواند داشته باشد. توجه به مراسم و عبادات اسلامی و برنامه ریزی مردمی برای برگزاری گسترده تر این مراسم می‌تواند در ایجاد روش‌های فرهنگی بومی برای مقابله با استرس و اختلالات روانی نقش موثری ایفا کند. (نیک فرجام، پالاهنگ، دریس و صولتی، ۱۳۸۰).

جدیدی، فراهانی‌نیا، جان‌محمدی و حقانی (۱۳۹۰) گزارش کردند که سلامت معنوی همبستگی معناداری با کیفیت زندگی افراد دارد.

سیدالشهدایی، سیدفاطمی و حقانی (۱۳۹۲) نشان دادند که نمره سلامت معنوی در ابعاد مذهبی و وجودی در سالمندان مقیم سرای سالمندان کهریزک بیشتر از سالمندان مقیم منزل است.

نتایج پژوهش پیمانفر، علی‌اکبری دهکردی و محتشمی (۱۳۹۲) نشان داد که هرچه سالمندان دارای سطح قوی‌تر نگرش مذهبی باشند، احساس معنا در زندگی آن‌ها نیز بیشتر است. همچنین سالمندانی که در سطح نگرش مذهبی قوی قرار دارند، کمتر از سالمندانی که سطوح نگرش مذهبی ضعیف و متوسط دارند، احساس تنهایی می‌کنند. نگرش مذهبی، یک

عامل پیشگیری کننده جهت کاهش مشکلات سالمندان به شمار می‌رود؛ لذا بایستی با برنامه‌ریزی‌های مناسب، به تقویت باورهای مذهبی سالمندان پرداخت و زمینه‌های لازم جهت شرکت در فعالیت‌های مذهبی را برای سالمندان فراهم نمود که این موارد می‌تواند در بهبود وضعیت روان‌شناختی سالمندان بسیار مؤثر عمل کند. مجموعه عظیمی از آثار میان‌رشته‌ای در حال گسترش برای جهت‌گیری معنوی در روان‌درمانی و روانشناسی شکل گرفته‌اند (کلی، ۱۹۹۵، کاندا و فورمن، بکوار، ۱۹۹۷، استیر، ۱۹۹۷، میلر، ۱۹۹۸، کانکت، ۱۹۹۸، فوکویاما، ۱۹۹۹، ریچارد و برگین، ۲۰۰۰، ۲۰۰۵، وست، ۲۰۰۰).

معنویت درمانی باعث کاهش افسردگی در زنان سالمند در آسایشگاه شده و به‌عنوان یک مداخله توانبخشی و غیر ارگانیک می‌تواند سبب بهبود زنان سالمند مبتلا به افسردگی شود (محمدی، ۱۳۹۲).

بونیلی، دیو، کوئینگ و همکاران (۲۰۱۲) روابط بین اعمال مذهبی معنوی و نشانه‌ها یا اختلال‌های افسردگی را در طول ۵۰ سال گذشته از ۱۹۶۲ تا ۲۰۱۱ مرور کردند و دریافتند که حداقل ۴۴۴ مطالعه کمی این روابط را بررسی کرده‌اند. از این تعداد، بیش از ۶۰ درصد، افسردگی کمتر و بهبودی سریعتر افسردگی را با انجام بیشتر اعمال مذهبی معنوی یا کاهش در شدت افسردگی در پاسخ به مداخله اعمال مذهبی معنوی گزارش کردند. در مقابل، فقط درصد کمی افسردگی بیشتر را گزارش نمودند. از ۱۷۸ مطالعه دقیق مذهبی، در ۱۱۹ مطالعه (۶۷ درصد) روابط معکوس بین اعمال مذهبی معنوی و افسردگی پیدا شده است. باورها و مناسک دینی ممکن است برای مقابله بهتر با شرایط استرس‌زای زندگی، دادن معنا و امید به مردم کمک کند و برای افراد افسرده یک محیط حمایتی را ایجاد کند. با این حال، در برخی از جمعیت‌ها یا افراد، باورهای دینی ممکن است احساس گناه را افزایش دهد و منجر به دل‌سردی آن‌ها گردد به طوری که از استانداردهای بالای سنتی دینی شان دچار سرخوردگی شوند. درک نقشی که عوامل مذهبی معنوی در پیشگیری از افسردگی، تسهیل برطرف کردن آن یا منجر شدن به افسردگی بیشتر ایفا می‌کنند، به متخصصین برای تعیین این که آیا عوامل برای بیمار یک منبع هستند یا مسئولیت؟، کمک خواهد کرد.

استفاده از روش‌های مذهبی و معنوی در درمان بیماری‌های روانی توسط پژوهشگران و روان‌درمانگران بررسی شده و گزارش‌های چندی در خصوص اثربخشی این روش‌ها انتشار یافته است (بیان زاده، ۱۹۹۱، دادفر، ۱۹۹۷، دادفر، ۲۰۰۴، اظهر و وارما، ۱۹۹۵، استیونس و استیونس، ۱۹۹۹، رضانی فرانی و دادفر، ۲۰۰۴، کجاف و همکاران، ۲۰۰۵، نظیری، دادفر و کریمی کیسمی، ۲۰۰۵، پرپرستر، ۲۰۰۶، پرپرستر و جانامارسی، ۲۰۰۶، استانی و همکاران، ۲۰۱۱، کوئینگ، ۲۰۱۲، رضانی فرانی، کاظمی، کولیوند، دادفر و بهرامی، ۱۳۹۴). در یک بررسی، پروپست و همکاران (به نقل از ونتیس، ۱۹۹۵) به درمان افسردگی با چهار روش درمان شناختی رفتاری با ارضای دینی، درمان شناختی رفتاری مرسوم در روان‌درمانی، درمان مشاوره‌ای به کمک پیشوای دینی و گروه کنترل، پرداختند. نتایج نشان داد که درمان شناختی رفتاری با ارضای دینی تنها گروه درمانی بود که براساس آزمون افسردگی بک نتایج بهتری در قیاس با گروه گواه نشان داد (۳۹).

اظهر، وارمه و داراپ (۱۹۹۴) در جهت تأثیر روان‌درمانی مذهبی بر روی بیماران افسرده، دو گروه آزمایشی و کنترل را انتخاب کردند. در هر دو گروه ۳۲ نفر وجود داشتند؛ بیماران با مقیاس درجه‌بندی افسردگی هامیلتون و پرسشنامه مذهبی برای تعیین میزان مذهبی بودن ارزیابی شدند. نتایج نشان داد که سرعت بهبود در بین بیمارانی که از روش روان‌درمانی حمایتی به اضافه شناختی مذهبی استفاده کرده بودند، به‌طور چشمگیری زیادتر است.

پژوهش در زمینه تأثیر به‌کارگیری دین مسیح توسط مشاوران بر دریافت‌کنندگان مشاوره انجام شده است و این امر دارای تأثیری مطلوب بوده است. مشاورانی که به‌طور مستقیم یا به‌طور ضمنی از روش‌های مذهبی مسیحی در مشاوره خود استفاده می‌کنند، در مقایسه با مشاوران دیگر، تأثیرگذارتر به نظر می‌رسند (ساودرز، ۲۰۰۱، به نقل از پرپرستر و جانا-مارسی، ۲۰۰۶).

مؤسسه کانادایی مطالعات بهداشتی، پژوهش‌های وسیعی را درباره سالمندی در پیش گرفته است: مطالعه طولی کانادا درباره سالمندی قرار است طی بیست سال با شرکت ۵۰۰۰۰ نفر انجام شود. ریچاردسون (۲۰۰۶) توسعه ارزیابی کیفی ابزار استفاده‌شده برای کسب نتایج

در زمینه معنویت و مذهب را در این مطالعه بررسی می‌کند. از نظر وی به چند رابطه مهم باید توجه شود: ۱. میزان تأثیرگذاری اعتقادات مذهبی و معنوی بر نگرش انسان به سنین ۴۰ تا ۶۰ سالگی؛ ۲. میزان تأثیرگذاری رفتارهای مذهبی و معنوی بر رفتار سلامت مثل رفتارهای اجتماعی مثبت، روش‌های پیشرفته حفظ سلامتی و روش‌های سازگاری با فرآیند کهنسالی؛ ۳. میزان بروز رفتارها و اعمال مذهبی و معنوی با بالا رفتن سن و فواید آن و ۴۴. میزان تأثیرگذاری پاسخ به سؤالات مذهبی و معنوی بر پذیرش اعمال و تجارب مذهبی و معنوی در آینده.

ادیب حاج باقری و امین‌الرعایایی یمنی (۱۳۸۶) پژوهشی درباره ارتباط نماز با ابعاد هشتگانه سلامت بر روی ۱۰۰ نفر سالمند بستری و غیربستری در کاشان انجام دادند. نتایج نشان داد که بیشترین تأثیر نماز بر سلامت ذهنی، عملکرد اجتماعی و نقش‌های عاطفی بوده و کمترین تأثیر آن بر نقش‌های جسمانی بوده است. آنها نتیجه گرفتند که نماز باعث احساس سلامت در سالمندان می‌شود. این ارتباط در ابعاد سلامت ذهنی، عملکرد اجتماعی و نقش‌های عاطفی مشخص‌تر است.

احمدی، فلاحی خشک‌ناب و ترکاشوند (۱۳۸۴) یک پژوهش نیمه‌تجربی بر روی ۶۰ نفر از کارکنان مرکز روانپزشکی رازی انجام دادند. گروه آزمایش، توسط یکی از اساتید قرآن به مدت ۱۲ جلسه در معرض مداخلات مفاهیم و معانی آیات قرآن قرار گرفتند. ابزار پژوهش، پرسشنامه ۲۸ سؤالی سلامت عمومی بود. نتایج نشان داد که مفاهیم و معانی آیات قرآن بر گروه آزمایش تأثیر بیشتری داشت و تفاوت معناداری بین نمرات دو گروه آزمایش و کنترل دیده شد.

موسوی، عرفانی‌فر، دهقانی و ابراهیمی (۱۳۸۶) پژوهشی با استفاده از منابع و نرم‌افزارهای قرآن کریم انجام دادند و اطلاعات حاصله را در قالب پیشگیری اولیه و ثانویه از افسردگی طبقه‌بندی کردند. سه محور اساسی نگرش توحیدی در پیشگیری از افسردگی و درمان آن عبارت بودند از: ۱. ایجاد تفکر مثبت و روحیه پویا؛ ۲. رفع نگرش‌های منفی و ۳. رفع علائم و تظاهرات افسردگی. آن‌ها نتیجه گرفتند که نگرش توحیدی با طرح محورهای فوق در تأمین



عواطف رضایت‌بخش و متعادل انسان نقش اساسی دارد و به‌عنوان یک چارچوب شناختی مؤثر در پیشگیری از افسردگی در سطوح اجتماعی و فردی می‌تواند در برنامه‌های پیشگیری و درمان استفاده شود. چارچوب‌های شناختی حاصل از این رویکرد می‌تواند مبنایی برای روان‌درمانی مبتلایان به افسردگی استفاده شود.

مداخلات مبتنی بر معنویت، شکلی از درمان‌های غیردارویی هستند که توسط سالمندان به‌خوبی پذیرفته شده و در ارتقاء بهزیستی روان‌شناختی آنها مؤثر گزارش شده است (دادفر، ۱۳۹۲، رضانی فرانی، کاظمی، کولیوند، دادفر و بهرامی، ۱۳۹۴).

نتایج پژوهش پرسمن و همکاران (۱۹۹۰) نشان داد که بیماران سالمندی که باورهای مذهبی قوی‌تری داشتند و اعمال مذهبی را انجام می‌دادند، در قیاس با گروه دیگر افسردگی کمتری داشتند. یک پژوهش بر روی ۵۹ زن بزرگسال در گروه‌های مختلف مذهبی فرهنگی (مسیحی سیاهپوست، مسیحی سفیدپوست، هندو، یهودی و مسلمان) در بریتانیا نشان داد که مداخلات مذهبی معنوی به‌ویژه عبادت کردن در درمان بیماران افسرده و اسکیزوفرنیک سودمندتر از دارودرمانی یا روان‌درمانی بود (اوئنتال و همکاران، ۱۹۹۰).

بسیاری از افراد، ارتباط بین معنویت و بهزیستی روان‌شناختی را دریافت می‌کنند. برای مثال یافته‌های به‌دست‌آمده از یک پژوهش کیفی بر روی ۴۱ سالمند نشان می‌دهد که بهداشت معنوی و بهداشت روانی با یکدیگر مرتبط هستند و امکان ندارد بدون یکدیگر وجود داشته باشند (مکینزی و همکاران، ۲۰۰۰).

بیکر (۲۰۰۱) دریافت که مداخلات مراقبت روحانی (مثل عبادت کردن، مشاوره سوگ، گوش دادن فعال، مرور زندگی و شکر کردن) برای درمان افسردگی مؤثر است.

در پژوهشی توسط جنی داویس در سال ۲۰۰۲، بر تأثیر معنویات در پیشگیری از افسردگی افراد مسن، تأکید شده است (فلاحی خشک‌ناب و مظاهری، ۲۰۰۸).

نتایج پژوهش کالیفورد (۲۰۰۲) نشان داد که مذهب و معنویت در کمک به پیشگیری، تسریع بهبودی و پرورش شکیبایی و آرامش، در مواجهه با بیماری‌های روان‌پزشکی از جمله افسردگی بوده است.

نتایج پژوهش راجاگوپال و همکاران (۲۰۰۲) نشان داد که مداخله بر پایه معنویت و عبادت کردن باعث کاهش اضطراب و افسردگی در سالمندان شده و استفاده از این گونه مداخله‌ها ممکن است بهزیستی روان‌شناختی را در میان سالمندان ارتقاء بخشد.

نتایج پژوهش مروری بلازر (۲۰۰۳) نشان داد که اعمال مذهبی با کاهش افسردگی در سالمندان اروپایی هم در سطح فردی و هم در سطح ملی همراه است.

ریچارد و برگین، مداخلات معنوی مذهبی را اعمال و آیین‌هایی معرفی می‌کنند که پیروان دینی (مؤمنان) از قرن‌ها پیش، به شکل‌های مختلف، آن‌ها را اجرا کرده‌اند (برای نمونه دعا، مدیتیشن و اندیشه معنوی، خواندن کتاب آسمانی و نوشته‌های مقدس، بخشودگی، عبادات و مناسک). این اعمال مقبول ادیان مذهبی بزرگ دنیا است، زیرا این اعمال به طرق مختلف به ژرف‌ترین نیازها و دغدغه‌های فکری و مسائل مختلف اشخاص پاسخ می‌دهند. طبق تحقیقات انجام شده، این اعمال دارای قدرت شفادهندگی زیادی هستند (بهرامی و رضانی، ۲۰۱۰، دادر، آنته غینر، زارغان و علیلو، ۲۰۱۵).

احمدی ابهری، اثربخشی روان‌درمانی مذهبی را در درمان سه بیمار مبتلا به اختلال‌های روان‌پزشکی افسردگی و اضطراب گزارش نمود.

بهرامی، دادر و دادر (۱۳۹۳) در یک طرح آزمایشی تک‌موردی و طرح AB، شش آزمودنی (سه زن، سه مرد) را به مدت ۲ ماه در طول ۸ جلسه شرکت دادند. آزمودنی‌ها به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و پس از تعیین خطوط پایه در متغیرهای وابسته، وارد مرحله درمان شدند. شاخص بهبودی در هر یک از متغیرها، سیر نزولی منحنی در مرحله درمان در مقایسه با خط پایه در نظر گرفته شد. این شاخص‌ها شامل ابزارهای مصاحبه روانی، مقیاس افسردگی سالمندان فرم ۱۵ سؤالی (GDS-15) و مقیاس نگرش‌های ناکارآمد (DAS) ارزیابی شدند. یافته‌ها نشان داد که آموزه‌های مذهبی در کاهش شدت افسردگی و کاهش نگرش‌های ناکارآمد مؤثر است و حفظ مسائل معنوی و روحانی و تقویت هرگونه عقاید مذهبی یا معنوی به تخفیف افسردگی در سالمندی کمک می‌کند.

بهرامی، دادفر، آنته‌غینر، زارعان و علیلو (۲۰۱۵)، با هدف بررسی جنبه‌های بین فرهنگی بهزیستی مذهبی معنوی در دانشجویان دانشگاه، ۶۰۳ نفر از دانشجویان (۳۲۰ ایرانی و ۲۸۳ اتریشی) با روش نمونه‌گیری چندمرحله‌ای (طبقه‌ای خوشه‌ای) انتخاب و با مقیاس چندبعدی بهزیستی مذهبی معنوی - ۴۸ سوالی (MI- RSWB- 48) مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از آزمون تی و تحلیل واریانس یکطرفه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نتایج نشان داد که نمرات دانشجویان ایرانی در خرده‌مقیاس‌های دینداری عمومی، اعتقاد به آخرت، مؤلفه تعالی و نمره کل بهزیستی مذهبی معنوی بالاتر از دانشجویان اتریشی بود. دانشجویان اتریشی در خرده‌مقیاس‌های بخشندگی، تجربه معنا و مضمون، امید به خدا، و مؤلفه جاودانگی بالاتر از دانشجویان ایرانی بود. نمره دانشجویان دختر در خرده‌مقیاس بخشندگی بالاتر از نمره دانشجویان پسر بود. بین رشته‌های تحصیلی در همه خرده‌مقیاس‌ها، به جز امید به آینده، و تجربه معنا و مضمون تفاوت معنی‌داری وجود داشت. برای پژوهش‌های آینده مطالعات کیفی، مصاحبه و بحث متمرکز بر گروه پیشنهاد می‌گردد. یافته‌های پژوهش حاضر باید بر اساس ملاحظات فرهنگی و دیدگاه‌های بومی مورد تفسیر و تعبیر قرار گیرند. این مطالعه به عنوان نخستین پژوهش بین فرهنگی در حیطه بهزیستی مذهبی معنوی نشان داد که مؤلفه‌های سلامتی و بهزیستی مذهبی در میان دانشجویان ایرانی بیشتر مورد استفاده قرار گرفته‌اند در حالی که دانشجویان اتریشی دارای بهزیستی معنوی بیشتری بوده و از مؤلفه‌های آن بهره‌برداری می‌کنند. این یافته لزوم توجه به مداخلات مذهب‌مدار و معنویت‌محور را در دو کشور نشان می‌دهد.

## تعاریف

### مذهب

مذهب سیستمی سازمان یافته از باورها، رفتارها، آیین‌ها و سمبل‌هاست که ایجاد شده‌اند تا باعث نزدیکی هر چه بیشتر به مقدسات یا قدرت‌های برتر گردند. این قدرت برتر یا مقدس می‌تواند خدا، قدرت مافوق بشری و یا واقعیت غایی باشد (کونینگ، مک‌کالاف و لارسن، ۲۰۰۱).

### معنویت

معنویت نوعی جستجوی شخصی در جهت یافتن پاسخ‌هایی برای پرسش‌های اساسی زندگی است؛ پرسش‌هایی درباره زندگی و داشتن معنا در زندگی و نیز برقراری نوعی رابطه منطقی بین آنها از یک سو و مقدسات یا قدرت‌های برتر از سوی دیگر. این نوع برخورد با مسایل اساسی ممکن است منجر به تحولاتی در آیین‌های مذهبی و ساختار جامعه شده و یا حتی خود ناشی از آنها باشند (کونینگ، مک‌کالاف و لارسن، ۲۰۰۱).

### بهزیستی مذهبی معنوی

بهزیستی درجه یا میزان برخورداری فرد از ویژگی‌های مذهبی معنوی شامل بخشندگی، امید، جاودانگی، تعالی و حس یکپارچه نسبت به دنیای پیرامون خود است که باعث سازگاری بهتر با شرایط زندگی و سلامتی و رفاه بیشتر می‌گردد. بهزیستی مذهبی معنوی با خرده‌مقیاس‌های چندبعدی بهزیستی مذهبی معنوی (MI RSWB 48) سنجیده می‌شود (آنته‌غینر و همکاران، ۲۰۱۰).

به لحاظ نظری در رویکردهای مطرح در بهزیستی معنوی، این پدیده به رفتارها و انتظارات معنوی و مذهبی محدود نشده است؛ بلکه بر مبنای رویکردهای تحت نفوذ باورهای عامیانه، نوعی امیدواری در زندگی مبتنی بر رابطه با خود، دیگران، طبیعت خدا را دربرمی‌گیرد. یکی از معروف‌ترین مدل‌ها در بهزیستی معنوی که پوشش مطلوبی برای مضامین

مطرح در این عرصه دارد، مدل چهارمؤلفه‌ای شامل بهزیستی معنوی شخص گرا (Personal oriented well being)، بهزیستی معنوی جمع گرا یا اجتماعی (Community oriented well being)، بهزیستی معنوی محیط گرا (Environmental oriented well being) و بهزیستی معنوی تعالی گرا (Transcendental oriented well being) می‌باشد. بهزیستی معنوی شخص گرا یعنی اینکه فرد توانسته در یک رابطه درون روانی با خود و خالق هستی، بین معنا، هدف و ارزش‌های زندگی خود انسجام و سازگاری برقرار کند؛ بهزیستی معنوی جمع گرا یا اجتماعی که با تمرکز بر عشق، عدالت، امیدواری و ارزشگذاری برای انسانیت در روابط بین فردی بین شخص و دیگران، بهزیستی معنوی فرد را به نحوه ارتباط وی با دیگران گره می‌زند (فرناندو و همکاران، ۲۰۱۰) و بهزیستی معنوی محیط گرا که به لذت، مراقبت و پرورش محیط طبیعی اطراف مربوط می‌شود. به معنای دیگر، بهزیستی معنوی محیطی احساس یگانگی با طبیعت و نگرانی درباره آن را پوشش می‌دهد. بنابراین وقتی فرد به مراقبت از محیط اطراف خود می‌پردازد، به ارتقای بهزیستی معنوی محیطی خود کمک می‌کند. بهزیستی معنوی تعالی گرا که با تعالی یافتگی ارتباطات روانشناختی فرد با نیرویی فرافردی به ویژه خدای متعال پیوند خورده است (فیشر، ۲۰۱۱، ۲۰۱۲). شواهد دیگری نشان می‌دهد بهزیستی معنوی با نیرو، نشاط و شادمانی دارای ارتباط دارد (فیشر، ۲۰۱۰). بهزیستی معنوی به طور کاملاً مستقل از ویژگی‌های شخصیتی یک سازه ضروری برای مطالعات حوزه سلامتی است (اسمیت و همکاران، ۲۰۱۳).

### نقش و اهمیت معنویت در سلامت روانی

از میان عوامل متعددی که در سلامتی و بهداشت روان افراد جامعه تأثیر دارند، مذهب و معنویت جایگاه جدی‌تری به خود اختصاص داده و مورد بحث محافل علمی و اجرایی قرار گرفته است. با این حال تقریباً همیشه بر سر این که چه تعریفی از مذهب و معنویت را در کارهای تحقیقاتی و درمانی به کار ببریم، منازعه و ناهمگونی وجود داشته است. این امر سبب به وجود آمدن مکاتب فکری و دیدگاه‌های نظری مختلف در باب مذهب، معنویت و همچنین

رابطه یا جایگاه آن‌ها در سلامت روانی گردیده و کاربردهای عملی متفاوتی به دست داده است؛ از مداخلات شناختی در جهت گیری‌های مذهبی تا تشویق مراجعان به انجام رفتارها و عملکردهای مذهبی نظیر دعا و نماز.

بسته به این که تلقی ما از مذهب و معنویت چیست، لاجرم ارزیابی‌ها و ابزارهای ما نیز در جهت مفهوم‌سازی خاص ما خواهد بود. در تحقیقات متعددی که معنویت را در کنار سلامت روانی قرار داده‌اند، شاهد بهره‌گیری از پرسشنامه‌ها و مقیاس‌های متعددی بوده‌ایم که هر کدام به نوبه خود دارای نقاط قوت و ضعف هستند. اساسی‌ترین نقطه ضعف این ابزارها محدودیت‌های فرهنگی و وابسته بودن آنها به فرهنگی خاص (شرقی یا غربی) می‌باشد که در نتیجه یافته‌های بدست آمده از تحقیق را مختص گروه مورد بررسی قرار داده و از تعمیم یافته‌ها به سایر گروه‌ها ناتوان می‌باشد.

تفاوت فرهنگی در زمینه مذهب و معنویت و شاخص‌های بهداشت روانی از مسایل مهم دیگری است که در تحقیقات مرتبط با موضوع مورد بحث از آن غفلت شده است. اغلب پژوهش‌های اجرا شده در این زمینه مربوط به جوامع غربی بوده است؛ از نظریه‌پردازی‌ها و مفهوم‌سازی‌های غربی بهره گرفته است؛ و ابزارهای محدود به خود را مورد استفاده قرار داده‌اند؛ لذا بدون تردید می‌توان اظهار داشت که اعتبار بیرونی این مطالعات همواره مورد شک خواهد بود.

سازگاری دینی، معنویت مثبت با رشد شخص و رفاه بیشتر و در مقابل اضطراب کمتر و کاهش نشانه‌های افسردگی توأم می‌باشد (ویتنر و همکاران، ۲۰۰۹).

جدیدی، فراهانی‌نیا، جان‌محمدی و حقانی (۱۳۹۰) گزارش کردند که سلامت معنوی همبستگی معناداری با کیفیت زندگی افراد دارد. درمان حمایتی شامل مشاوره و همچنین مشاوره مذهبی و معنوی می‌تواند به کاهش احساس تنهایی و ناامیدی افراد افسرده کمک کند (بهرامی، دادفر، لستر و عبدالخالق، ۲۰۱۴).

پریستر و جانا- ماری (۲۰۰۶) گزارش دادند که مشاورانی که به‌طور مستقیم یا به‌طور ضمنی از روش‌های مذهبی مسیحی در مشاوره خود استفاده می‌کنند، در مقایسه با مشاوران دیگر، تأثیرگذارتر به نظر می‌رسند.

شریفی، احمدی و فاتحی زاده (۱۳۹۱) گزارش دادند که رابطه‌های معناداری بین آثار مثبت و منفی سوگ با ابعاد مختلف مقابله مذهبی وجود دارد. بین دانشجویان با سوگ بهنجار در مقایسه با دانشجویان با سوگ نابهنجار، میانگین نمره‌های بالاتری در اعمال مذهبی، ارزیابی خیرخواهانه مذهبی، راهبردهای مقابله مذهبی فعال و مقابله مذهبی منفعل داشته و همچنین میانگین نمره‌های کمتری در بعد احساس منفی درباره خداوند داشتند.

پیرمادی و همکاران (۱۳۹۴) در چارچوب یک پژوهش زمینه‌یابی و پس‌رویدادی، ۴۳ استاد مشاور از دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور ایران، به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و با استفاده از پرسش‌نامه محقق ساخته در زمینه ارائه مشاوره معنوی ارزیابی کردند. اساتید مشاور دانشگاه گزارش دادند اگر دانشجویی از بی‌معنایی و پوچی زندگی شکایت داشته باشد، ۶۷/۴٪ از آنها برقراری یک رابطه خوب و صمیمانه، همدلی/همدردی و صحبت کردن با وی، ۳۷/۲٪ بررسی علل مشکل، ۳۲/۶٪ بحث در مورد اهداف خلقت، نعمت‌های خداوند، معاد و معنویت، ۲۸٪ ارجاع برای مشاوره با متخصص مشاور/ روانشناس را به وی توصیه خواهند نمود. ۹۳٪ گزارش دادند که گسترش مفاهیم معنوی بین دانشجویان تأثیر مثبت بر کل جامعه دارد. ۸۱/۴٪ وجود مفاهیم معنوی مانند سعه صدر، کمال، گذشت، وفاداری، بردباری، تواضع و ادب، صداقت، امانت، وظیفه‌شناسی و مسئولیت‌پذیری، انضباط، امید، عشق، هدف و معنا در زندگی و ایمان، ۳۹/۵٪ تقید به اصول اعتقادی/ مذهبی، انجام تکالیف دینی و رعایت اخلاقیات را از ویژگی‌های یک دانشجوی معنوی ذکر کردند. ۳۷/۲٪ گزارش دادند که برای انتقال یک مفهوم معنوی به دانشجویان، از شیوه نشان دادن الگوهای عملی و موفق استفاده نموده‌اند.

فیشر (۱۹۹۸) با انجام مصاحبه‌ای با معلمان ۶۸ مدرسه دبیرستان از آنها خواستند که شاخص‌های بهبه‌یستی معنوی دانش‌آموزان‌شان را مشخص کنند. وی بر اساس تحلیل کمی این

پاسخ‌ها بیان کرد که بهزیستی معنوی، توازن ارتباط با خود (شخصی)، دیگران (اشتراکی)، طبیعت (محیط) و خدا (یا نیروهای برتر) را منعکس می‌کند. از نظر او، یکپارچگی این چهار بعد، بهزیستی معنوی کلی فرد را تشکیل می‌دهد.

بین بهزیستی معنوی دانشجویان و سلامت روان آنها همبستگی معناداری وجود دارد. با توجه به نیازهای معنوی دانشجویان، آموزش مهارت‌های معنوی برای دانشجویان ضروری بنظر می‌رسد (بواله‌ری، دوس علی وند و میرزایی، ۱۳۹۱، بواله‌ری، ۱۳۹۲).

بازنشستگی با رفاه، سلامت و مذهب رابطه دارد. بین سلامت فرد و دارا بودن شغل‌های سطح بالا در زمان اشتغال به کار ارتباط مثبت وجود دارد. ارتباط منفی بین سن و سلامت وجود دارد. دین و انسانیت، پیش‌بینی‌کننده سازگاری با بازنشستگی است (لوئیس و همکاران، ۲۰۰۵). سازگاری دینی، معنویت مثبت با رشد شخص و رفاه بیشتر و در مقابل اضطراب کمتر و کاهش نشانه‌های افسردگی توأم می‌باشد (وینتر و همکاران، ۲۰۰۹). معنویت در فرایند بازنشستگی موثر است و نقش مهمی در برنامه ریزی بازنشستگی برای سازمان و فرد دارد. سازمان نقش آماده سازی و حمایت از کارکنان در تصمیم‌گیری‌ها و اجرای برنامه‌ها را بر عهده دارند. در سطح فردی، سه راه مهم شامل ارتباط معنویت با توانمندی و خودکارآمدی، سازگاری با تغییرات غیرمنتظره و اثرات آن طی زمان می‌باشد (ایرل، ۲۰۱۰).

همان‌طور که بیان شد، پژوهش در حوزه مذهب و معنویت در چند دهه گذشته یکی از رویکردهای غالب پژوهشی بوده است، اما یافته‌های بدست آمده در این زمینه متنوع و حتی متناقض‌اند. برای مثال کونیگ (کونیگ، مک‌کالاف و لارسن، ۲۰۰۱) به رابطه منفی بین معنویت، مذهب و اضطراب دست یافت. او همچنین رابطه منفی بین فعالیت‌های معنوی مذهبی و افسردگی را اثبات کرد. این در حالی است که برخی مطالعات چنین رابطه‌ای را گزارش ندادند (سالسمن و کارلسون، ۲۰۰۵). بنابراین به نظر می‌رسد انجام این پژوهش در این حوزه در کاهش ابهامات موجود مفید خواهد بود.



از سوی دیگر، مطالعات دربرگیرنده این موضوعات مختص به گروه بیماران و به ویژه مبتلایان به بیماری‌های جسمانی از جمله سرطان و ایدز بوده (یاتز و همکاران، ۱۹۸۱؛ کافمن و همکاران، ۲۰۰۸) و از این رو قابلیت تعمیم به افراد غیر بیمار را ندارند. علاوه بر این در اختیار نداشتن مدل و ابعاد معنوی زندگی افراد سالم، بررسی این عوامل در بیماران را با مشکل مواجه می‌کند.

مسئله مهم دیگر این است که بسیاری از مطالعات انجام شده در این زمینه به فرهنگ‌های غربی مربوط می‌شوند، در حالی که ۸۰ درصد جمعیت جهان غربی نیستند (دانشنامه ویکی‌پدیا). این مسئله تعمیم مطالعات را دشوارتر می‌سازد. علاوه بر این، اهمیت معنویت در برخی از فرهنگ‌ها و گروه‌های اخلاقی بیشتر است. مثلاً لو و همکاران (۲۰۰۱) دریافته‌اند که در بین بیماران هنگ‌کنگ کنگی مصرف‌کننده مسکن، معنویت و رفاه وجودی قوی‌ترین رابطه را با کیفیت زندگی دارد. وون نیز اذعان دارد که ریشه‌های معنویت را باید در تجربه‌های فردی جست (وون، ۱۹۹۱)، بنابراین تفاوت تجربه در فرهنگ‌های گوناگون می‌تواند در تفاوت‌های موجود در این عامل موثر باشد. تفاوتی که در اغلب مطالعات این حوزه مورد غفلت قرار گرفته است. بنابراین توجه به تجارب معنوی به صورت پدیده‌ای بین فرهنگی در این پژوهش می‌تواند در روشن سازی روابط مذهب و معنویت با سلامت روانی کمک‌کننده باشد.

مطالعات پیشین نشان‌دهنده رابطه مثبت سلامت روان و بهزیستی معنوی‌اند. بعلاوه، برخی مطالعات نشان داده‌اند که بسیاری از بیماران دوست دارند پزشکان در مورد معنویت از آن‌ها سوال کنند (برای مثال پیچ، ۲۰۰۳). مثلاً نتایج یک نظرسنجی از ۲۰۰ بیمار بستری در بیمارستان نشان داد که ۷۷ درصد آنها معتقد بودند پزشکان باید نیازهای معنوی بیماران را در نظر بگیرند و حتی برای آنها دعا کنند (کینگ و بوشویک، ۱۹۹۴)، لذا استفاده از نتایج بدست آمده می‌تواند به صورت کاربردی در افزایش و ارتقاء بهداشت روان به طور عام و درمان مفیدتر بیماران و مراجعین به طور خاص مفید باشد.

پس از آن که معنویت به عنوان یکی از وجوه بررسی سلامت انسان در تئوری سیستم‌ها قرار گرفت، پرداختن به سلامت معنوی و بهزیستی معنوی تبدیل به عرصه‌ای جدید برای

پژوهش‌های تجربی و بالینی گردید (امیدواری، ۱۳۸۷). در این میان، پژوهش‌گران با تعریف مجدد مذهب، معنویت، دینداری، روحانیت و مفاهیم مشابه، سعی کردند پارادایم مطالعات بهزیستی معنوی را یکپارچه نمایند. با این حال هنوز هم در تعریف دقیق مذهب و معنویت کاستی‌هایی به چشم می‌خورد.

تعریف کلاسیک معنویت به مذهب، روحانیت و مسایل مربوط به روح اشاره دارد، در حالی که مطالعات اخیر جنبه‌های مختلف تجارب زندگی فرد را در تعریف دقیق‌تر این مفهوم در نظر گرفته‌اند (اشنایدرز، ۱۹۸۶).

کونینگ، مک‌کالاف و لارسن (۲۰۰۱) در مطالعات خود، بین مذهب و معنویت از نظر مفهومی تمایز قایل شده‌اند. به عقیده آنها، مذهب یک سیستم سازمان‌یافته از باورها، رفتارها، آیین‌ها و سمبل‌هاست که ایجاد شده‌اند تا باعث نزدیکی هرچه بیشتر به مقدسات یا قدرت‌های برتر گردند؛ در حالی که معنویت نوعی جستجوی شخصی در جهت یافتن پاسخ‌هایی برای پرسش‌های اساسی زندگی است.

با توجه به تفاوت‌های آشکاری که بین مذهب و معنویت گزارش گردید، نحوه عملیاتی کردن این سازه‌ها در ارتباط با بهداشت روان و نیز ابزارهای به کار رفته برای سنجش آنها لاجرم متفاوت خواهد بود. اما تاکنون رویکردی جامع به مذهب و معنویت و نیز ارتباط آنها با سلامت روان اتخاذ نشده و نیازمند تحول نظریه‌هایی در چارچوب بهزیستی مذهبی و معنوی هستیم. با توجه به ناهمگونی‌های موجود در زمینه ارزیابی مذهب و معنویت به ویژه در پارادایم مطالعات سلامت، به نظر می‌رسد دست‌یابی به مفهومی یکپارچه و جامع از بهزیستی مذهبی و معنوی و همچنین فراهم نمودن ابزاری مناسب برای ارزیابی آن ضروری و حائز اهمیت باشد. در همین راستا، آنته‌غینر و همکاران (۲۰۰۷ و ۲۰۱۰) سعی نمودند مؤلفه‌های اساسی بهزیستی مذهبی و معنوی را در نگاهی جامع و یکپارچه استخراج کنند. نتایج مطالعات آنان که حول محور «بهزیستی مذهبی معنوی» قرار داشت، نشان داد که در رویکردی چندبعدی و جامع به مذهب و معنویت، می‌توان مؤلفه‌های پنج‌گانه زیر را در نظر گرفت: امید؛ بخشندگی؛ پذیرش مرگ و مردن؛ تجربه معنوی؛ و آیین‌ها و سمبل‌ها.

آنها همچنین به منظور ارزیابی این ابعاد، مقیاس چندبعدی بهزیستی مذهبی معنوی Multidimensional Inventory for Religious-Spiritual Well-Being 48(MI RSWB 48) را طراحی کرده و پایایی و روایی آن را در پژوهش‌های جداگانه به دست آوردند (آنته‌غینر و همکاران، ۲۰۱۰).

### دین و روانشناسی

پژوهش‌های مربوط به حوزه دین، شامل دیدگاه‌ها و نظریه‌های فلسفی، جامعه‌شناختی و روان‌شناختی متعددی می‌باشند. از دیدگاه جامعه‌شناختی، دین به عنوان یک نهاد اجتماعی است که کارکردهایی اساسی از قبیل انضباط، انسجام، حیات‌بخشی و خوشبختی آفرینی دارد و فقدان آن بقای جامعه را مخدوش می‌سازد (هاری آلپر، نقل از گیویان، ۱۳۷۷).

اندیشمندان مسلمان به دین به عنوان پدیده‌ای ساختاری نگریسته و آن را راه و روشی دانسته‌اند که تمامی ابعاد زندگی انسان را تحت تأثیر قرار داده و او را به یک هدف کلی و متعالی که همان سعادت و خوشبختی است، رهنمون می‌سازد. جوادی آملی (۱۳۷۷) با استفاده از آیات و روایات متعدد، معنای اصطلاحی دین را این‌گونه بیان می‌کند: «مجموعه عقاید، اخلاق، قوانین و مقرراتی که هدف آن اداره امور جامعه انسانی و پرورش انسان‌ها می‌باشد.» توجه به سه جزء عقاید، اخلاقیات و احکام که در این تعریف آمده است، در تعاریف اکثر علمای دینی هم مشاهده می‌شود (طالبان، ۱۳۷۸).

از دیدگاه روان‌شناختی نیز دین و دینداری بخصوص کارکردهای سازگارانه و انطباقی آن بسیار مورد توجه قرار گرفته است. به عنوان مثال ویلیام جیمز (۱۳۷۶) دین را ایجاد رابطه معنوی با دنیایی نامحسوس به عنوان روح عالم خلقت می‌داند که این ایجاد رابطه در عالم تنهایی و به دور از همه وابستگی‌ها صورت گرفته و به ادراک نظم نامرئی در میان پدیده‌های جهان هستی و رسیدن به یک اطمینان و آرامش باطنی که آثار ظاهری آن نیکویی و احسان بی‌دریغ است، منجر خواهد شد.

نیک فرجام، پالانگ، دریس و صولتی (۱۳۸۰) تأثیر اعتکاف در کاهش علائم روانی را در معتکفین شهر شهرکرد بررسی کردند. کلیه معتکفین مساجد جامع و صاحب الزمان (عج)

(۶۳ نفر مرد، ۱۴۴ نفر زن) ابتدا توسط آزمون GHQ-28 مورد ارزیابی قرار گرفته، سپس بعد از یکماه مجدداً آزمون GHQ-28 توسط پست به منزل معتکفین ارسال شد که تعداد (۳۸ نفر مرد، ۸۰ نفر زن) بعد از تکمیل آزمون آنها را به محققین عودت دادند. نتایج پژوهش نشان داد که میانگین نمرات آزمون GHQ-28 قبل از اعتکاف ۲۱.۰۴ بود اما یکماه بعد از اعتکاف میانگین نمرات ۱۳.۴۹ شد و تفاوت بین دو بار آزمون معنی دار بود ( $P < 0.001$ ) بررسی مقیاس‌های آزمون GHQ-28 نشان داد که در همه مقیاس‌های اضطراب، علائم جسمانی، عملکردهای اجتماعی و افسردگی تفاوت معنی داری ایجاد شده است. بررسی نمره کل آزمون افراد مورد مطالعه بر حسب جنس قبل از ورود به اعتکاف نشان داد که تفاوت معنی داری بین دو گروه وجود ندارد.

باید توجه داشت که دین پدیده‌ای ساده و تک‌بعدی نیست، بلکه مقوله‌ای مرکب از واقعیت‌های متعدد است. دین از منظر روان‌شناختی پیچیده و شامل مجموعه‌ای از سازه‌های روان‌شناختی مرتبط با هم از جمله هیجانات، باورها، ارزش‌ها، رفتارها و محیط اجتماعی است (آرین، ۱۳۷۸). وربیت (هود و همکاران، ۱۹۹۶؛ نقل از فوکویاما و سوینگ، ۱۹۹۹) با اعتقاد به چندبعدی بودن دین، شش بعد را برای دین ذکر می‌کند:

- ۱- شعایر: مراسم مذهبی خصوصی و یا عمومی
  - ۲- تعالیم: نظرات قطعی پیرامون رابطه فرد با غایت
  - ۳- عاطفه: برخورداری از احساسات (هیبت، عشق، ترس و از این قبیل)
  - ۴- معرفت: آشنایی عقلانی با اصول و متون مقدس
  - ۵- اخلاق: قواعدی مبنی بر خیر و شر، خوب و بد، برای هدایت رفتارهای بین‌فردی
  - ۶- جماعت: ورود به جماعت اهل ایمان از جهات روان‌شناختی، اجتماعی و یا فیزیکی.
- از سوی دیگر، روانشناسی به عنوان علم مطالعه روان یا روح انسان، ریشه در فلسفه و مذهب دارد (جیمز، ۱۸۹۰ و ۱۹۰۲؛ نقل از دلانی، میلر و بیسون، ۲۰۰۷).

با این حال در طول قرن بیستم، این علم به مطالعه ذهن، سپس رفتار و در اواخر به زیرسازهای عصبی رفتار فروگاهش یافت. روانشناسی با کنار گذاشتن مفاهیمی چون روح و

بعدها ذهن، سعی کرد مفهوم «شناخت» را مورد بررسی قرار دهد؛ اما به نظر می‌رسد در سال‌های اخیر با مطرح شدن سازه‌هایی همچون «مذهب» و «معنویت»، علاقه‌ای مجدد به مفاهیم سنتی پدیدار گشته است (میلر و دلانی، ۲۰۰۵).

در سال‌های اخیر نیز پژوهش‌های متعددی طرح‌ریزی شده‌اند تا به بررسی و تبیین مفهومی و عملیاتی دین، مذهب و معنویت بپردازند (به عنوان مثال گروه رضایت از زندگی سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۶؛ تیلیوپولوس و همکاران، ۲۰۰۷؛ دیزاتر، سانتر، و هاتزبات، ۲۰۰۶؛ مالبتی و دای، ۱۹۹۸).

کونینگ، مک کالاف و لارسن (۲۰۰۱) در مطالعات خود بین مذهب و معنویت از نظر مفهومی تمایز قائل شده‌اند. به عقیده آنها، مذهب یک سیستم سازمان‌یافته از باورها، رفتارها، آیین‌ها و سمبل‌هاست که ایجاد شده‌اند تا باعث نزدیکی هرچه بیشتر به مقدسات یا قدرت‌های برتر گردند. این قدرت برتر یا مقدس می‌تواند خدا، قدرت مافوق بشری و یا واقعیت غایی باشد؛ در حالی که معنویت نوعی جستجوی شخصی در جهت یافتن پاسخ‌هایی برای پرسش‌های اساسی زندگی است؛ پرسش‌هایی درباره زندگی و داشتن معنا در زندگی و نیز برقراری نوعی رابطه منطقی بین آنها از یک سو و مقدسات یا قدرت‌های برتر از سوی دیگر. این نوع برخورد با مسایل اساسی ممکن است منجر به تحولاتی در آیین‌های مذهبی و ساختار جامعه شده و یا حتی خود ناشی از آنها باشند.

الکینز و همکاران (۱۹۸۸؛ نقل از وست، ۱۳۸۷) معتقدند معنویت از واژه لاتین Spiritus به معنای نقش زندگی یا روشی برای بودن و تجربه کردن است که با آگاهی یافتن از یک بعد غیرمادی به وجود می‌آید و ارزش‌های قابل تشخیص آن را معین می‌سازد. این ارزش‌ها به دیگران، خود، طبیعت و زندگی مربوط‌اند و به هر چیزی که فرد به عنوان غایی قلمداد می‌کند، اطلاق می‌شوند.

مقایسه این تعریف از معنویت با آنچه آلیستر هاردی در سال ۱۹۷۹ ارائه کرده قابل توجه است. به نظر وی، مشخصات عمده تجربه‌های معنوی و مذهبی انسان، در اشتیاق او نسبت به یک واقعیت فرامادی نمایان‌گر می‌شود و این اشتیاق غالباً در اوایل دوران کودکی خود را

نشان می‌دهد: احساس این که چیزی (حضور) سوای خودم قابل دریافت و ادراک است؛ و تمایل به شخصی‌سازی این حضور، در قالب نوعی الوهیت و نوعی رابطه من - تو با آن که از طریق نماز و نیایش برقرار می‌شود (هاردی، ۱۹۷۹، نقل از وست، ۱۳۸۷).

### سلامت معنوی؛ مفاهیم و چالش‌ها

در طول دهه‌ها، سلامتی بر اساس ابعاد خاصی (سلامت جسمی، روانی و اجتماعی) تحلیل شده بود. پیشنهاد گنجانیدن بعد سلامت معنوی در مفهوم سلامت از سوی راسل و عثمان، یک بعد مهم از زندگی فردی و گروهی را فراروی صاحب‌نظران درگیر در امر سلامت قرار داد (امیدواری، ۱۳۸۷).

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 امریکا 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 بوده و دربرگیرنده نیازهای مختلف وی است (مولر، پلواک و رومانز، ۲۰۰۱).

افراد غالباً معتقدند که زندگی معنوی دارند. مطالعاتی که بر جمعیت عمومی و بیماران انجام شده به طور پیوسته نشان داده که بیش از ۹۰ درصد افراد به یک وجود برتر اعتقاد دارند. برخی مطالعات بیانگر آن است که ۹۴ درصد 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 درصد پاسخ‌دهندگان معتقدند سلامت معنوی یک عامل مهم در سلامت است. علی‌رغم این یافته‌ها، از نیازهای معنوی بیماران اغلب غفلت می‌شود (مولر، پلواک و رومانز، ۲۰۰۱). برخی مطالعات بیانگر آن است که بدون سلامت معنوی، دیگر ابعاد زیستی، روانشناختی و اجتماعی نمی‌تواند عملکرد درستی داشته باشد یا به حداکثر ظرفیت خود برسد و بنابراین بالاترین سطح کیفیت زندگی قابل دستیابی نخواهد بود (راس، ۱۹۹۵).

در طول تاریخ، مذهب، معنویت و پزشکی به هم آمیخته‌اند. پزشکان به نام 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 (لغت‌نامه دهخدا، ۱۳۷۷، ذیل واژه «طب روحانی»). جرجانی طبیب روحانی را عارفی می‌داند که از طریق ارشاد و تکمیل، قدرت انجام این طب را دارد (محقق، ۱۳۷۸).

در حال حاضر، اغلب مدل‌های سلامتی شامل سلامت معنوی نیز می‌باشند. مفهوم معنویت با همه حیطه‌های سلامت در تمام سنین ارتباط دارد (اسمیت و مک‌شری، ۲۰۰۴) و مورد علاقه پژوهش‌گران در تمام دنیا است (لین و باوئر، ۲۰۰۳). با این همه، مشکلات و چالش‌هایی در مورد سلامت معنوی همچنان به چشم می‌خورد که برخی از آنها اساسی است. کوک (۲۰۱۵) ۵۵ مقاله را بررسی کرد و گزارش داد که محتوا و فراوانی هذیان‌های مذهبی و ارتباط بین هذیان‌های مذهبی و توهم‌های مذهبی مشخص نیست.

### مفهوم سلامت معنوی

علیرغم پژوهش‌های بسیاری که درباره سلامت معنوی در طول دهه‌های گذشته انجام شده، هنوز یک تعریف عملیاتی یا نظری قابل قبول از سلامت معنوی ارائه نشده است (وادر، ۲۰۰۶؛ هاکس و همکاران، ۱۹۹۵)، به گونه‌ای که مشکل شناسایی، تعریف و اندازه‌گیری ابعاد سلامت معنوی همچنان پابرجاست (وادر، ۲۰۰۶).

در این بین یکی از مباحث جدی، عدم تمایز سلامت معنوی از معنویت است. اگرچه سلامت معنوی و معنویت به لحاظ منطقی روابط و هم‌پوشانی‌هایی باهم دارند، با این حال مترادف شمردن آنها در ادبیات پژوهشی مختلف مسأله‌ای چالش برانگیز است (وادر، ۲۰۰۶). هرچند در جستجوی تعاریف مربوط به سلامت معنوی، قابل تصور است که به مفهومی کلی و جامع از معنویت دست پیدا کنیم.

کلمه مذهب از ریشه لاتین رلیجار به معنای به هم پیوستن است. مذهب تجربیات معنوی جمعی گروهی از مردم را در داخل سیستمی از باورها و اعمال، سازماندهی می‌کند. مذهبی بودن به درجه شرکت یا میزان پذیرش باورها و اعمال یک مذهب سازمان یافته اطلاق می‌شود. معنویت اما از ریشه لاتین اسپریچوالیتاس به معنای تنفس بوده و مفهومی وسیع‌تر از مذهب دارد. معنویت روندی پویا، شخصی و تجربی است.

برخی معتقدند 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) می‌باشد (مولر، پلواک و رومانز، ۲۰۰۱). 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 (هاکس و همکاران، ۱۹۹۵).

اگرچه برخی افراد که خود را معنوی می‌دانند، بر یک مذهب رسمی صحه نمی‌گذارند، با این حال مذهبی بودن و معنویت مفاهیمی هستند که باهم همپوشانی دارند. به لحاظ تجربی هر دو در جستجوی معنا و هدف، تفوق، اتصال و ارزش‌ها، مشترک هستند. در این نگاه مذهبی بودن شبیه معنویت است. از سوی دیگر مذهب و معنویت از مهم‌ترین عوامل فرهنگی هستند که به ارزش‌های انسانی، رفتارها، تجربیات و ساختار معنا می‌بخشند (مولر، پلواک و رومانز، ۲۰۰۱). برخی معتقدند معنویت فراتر از مذهب و شامل مفاهیم دیگری همچون سلامت معنوی، آرامش و راحتی ناشی از ایمان و تطابق معنوی است. همچنین تجربیات و تظاهرات روح یک فرد در روندی بی‌همتا و پویا که منعکس‌کننده ایمان به خدا یا یک قدرت بی‌نهایت است، اتصال به یک فرد، دیگران، طبیعت یا خدا و نیز یکپارچگی همه ابعاد انسانی در چارچوب معنویت قرار می‌گیرد (مراویگلیا، ۱۹۹۹).

برخی برای معنویت دو بعد عمودی و افقی ذکر می‌کنند. بعد عمودی منعکس‌کننده ارتباط با خدا یا یک قدرت بی‌نهایت است. بعد افقی هم منعکس‌کننده اتصال ما به دیگران و طبیعت و همچنین اتصال درونی ما که شامل توانایی ما برای یکپارچه کردن ابعاد مختلف وجودمان و توانایی انتخاب‌های مختلف می‌گردد (لان، ۱۹۸۷). بحث‌های موجود در مورد



معنویت باعث شده این امر تبدیل به مسأله‌ای ذهنی، مبهم و قطبی گردد. در یک سو معنویت مترادف با مذهب دیده شده و در سوی دیگر تمام افراد فاقد ایمان نیز معنوی قلمداد شده‌اند (اسمیت و مک‌شری، ۲۰۰۴).

عموماً ذکر شده که معنویت کیفیتی فراتر از وابستگی مذهبی است و برای الهام، احترام، خشیت، معنا و هدف تلاش می‌کند. در این حالت، معنویت حتی در کسانی که به هیچ‌خدایی اعتقاد ندارند می‌تواند وجود داشته باشد (مورای و زنتنر، ۱۹۸۹). معنویت لزوماً شامل یک جزء مذهبی نیست اما مذهب می‌تواند شیوه‌ای برای درک معنا در زندگی باشد و یا معنویت می‌تواند از طریق اعمال مذهبی و فرهنگی تجسم و تعین پیدا کند (پسوت، ۲۰۰۲). در نظر برخی افراد، فعالیت‌هایی همچون مراقبه، مجسمه‌سازی و فعالیت‌های حمایتی گروهی می‌توانند اجزاء مختلف سلامت معنوی را تأمین کنند. از قبیل معنا و هدف در زندگی، خودآگاهی، اتصال به خود، دیگران و یک واقعیت بزرگ‌تر (هاکس و همکاران، ۱۹۹۵). گاه نیز موارد زیر اموری معنوی قلمداد می‌شوند: کار با سرویس‌های اجتماعی یا کار داوطلبانه، نیایش، خواندن آوازهای عبادی، خواندن کتب وحی، پیاده‌روی در طبیعت، داشتن زمانی بدون سروصدا برای تفکر، انجام یوگا، ورزش و یا حضور در خدمات مذهبی (وبسایت پزشک خانواده).

هدف از سلامت معنوی در برخی منابع احساس راحتی، آرامش درونی و امثال آن بیان گردیده است. نتیجه این امر آن است که با توجه به تفاوت‌های فردی، آنچه ممکن است برای فردی احساس آرامش و راحتی ایجاد کند، برای دیگری کارایی نداشته باشد. پس هر کس باید در پی چیزی باشد که برایش احساس راحتی، امید، معنا و آرامش درونی ایجاد می‌کند (وبسایت پزشک خانواده). بسیاری از مردم از طریق مذهب به معنویت دست پیدا می‌کنند؛ برخی از طریق موسیقی، هنر، یا ارتباط با طبیعت. برخی هم آن را در ارزش‌ها و اصول خود می‌یابند (وبسایت پزشک خانواده). طبق نظر راسل، معنویت و سلامت معنوی می‌توانند به طرق مختلف تظاهر کنند: تبادلات روزانه با دیگران، تعاملات معنوی مشخص به وسیله عشق، اعتماد، صداقت و درستکاری، یکپارچگی، احترام، فداکاری و دلسوزی، تجربیاتی در مورد

طبیعت که احساس نزدیکی و اتحاد با دنیای طبیعی را ایجاد می‌کند، ارتباط با ارواح جداشده از جسم، ارتباط غیرشخصی 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 (کرنز، گیروان و مک‌آلیس، ۱۹۹۸).

برخی معتقدند معنویت امری شخصی است که شکل آن از فردی به فرد دیگر متفاوت است. در این دیدگاه زمینه‌های مشترکی وجود دارد از قبیل احساسات دوست داشتن و دوست داشته شدن، کمک کردن به دیگران، لذت را تجربه کردن، هدف اساسی در زندگی داشتن، تجربه کمال و آرامش در زندگی (کرنز، گیروان و مک‌آلیس، ۱۹۹۸؛ عثمان و راسل، ۱۹۷۹؛ تیلور و فرست، ۱۹۹۰؛ بنسلی، ۱۹۹۱؛ گولو و آرولا، ۱۹۹۲؛ دیا، ۱۹۹۳).

فیشر (۱۹۹۸) مدل سلسله‌مراتبی چندبعدی بهزیستی معنوی را ارائه داد. این مدل از چهار عامل ترتیبی تشکیل شده است که عبارتند از: شخصی، اشتراکی، محیطی و نیروی برتر. تمام این عوامل نهایتاً عامل سطح بالای بهزیستی معنوی را تشکیل می‌دهند. بعد شخصی یعنی این که فرد چگونه براساس معانی، اهداف و ارزش‌هایش با خودش ارتباط برقرار می‌کند. بعد اشتراکی به عمق و کیفیت رابطه با دیگری اشاره دارد و مفاهیمی چون عشق، عدالت و اعتماد به انسان‌ها را در بر می‌گیرد. بعد محیطی با لذت، مراقبت، و پرورش جهان فیزیکی و زیستی سر و کار دارد و حس ترس، شگفتی و یگانگی با محیط را در بر می‌گیرد. بعد نیروی مافوق به رابطه فرد با شی یا فردی مافوق انسان مانند نیروهای کیهانی، حقیقت مافوق، یا خدا اشاره دارد و با ایمان به او، نیایش و ستایش او همراه است. چندین مطالعه از مدل سلسله‌مراتبی فیشر حمایت کردند (گومز و فیشر، ۲۰۰۳؛ فیشر، ۱۹۹۸ و ۲۰۰۱؛ فیشر، فرانسیس و جانسون، ۲۰۰۰). بر این اساس گومز و فیشر پرسشنامه ۲۰ آیتمی SWBQ<sup>۱</sup> را طراحی و به بررسی آن پرداختند. تحلیل‌های انجام‌شده، استقلال این ابعاد از عامل‌های شخصیتی و همبستگی آن با سایر پرسشنامه‌های حوزه معنویت را نشان دادند.

هاتلی (۱۹۸۳) معنویت را به صورت ارتباط با خود، همدردی با دیگران و ارتباط با خدا تعریف کرد. یانگ (۱۹۸۴) نیز به رابطه درونی جسم، ذهن و روح و رابطه با دیگران و طبیعت اشاره کرد. گودلو و آرتولا (۱۹۹۲) نیز معنا و اهداف فراتر از خود، روابط اجتماعی و معنوی با دیگران، اتحاد با دیگران و رابطه شخصی با خدا را مطرح کردند. از نظر هود - موریس (۱۹۹۶) نیز سلامت معنوی بیانگر ویژگی‌های مافوقی و وجودی است که با روابط فرد با خودش، دیگران، محیط و موجود برتر در ارتباط است.

یکپارچه‌سازی این مفاهیم با یکدیگر نشان می‌دهد که بهبودی معنوی می‌تواند به صورت حالتی از بودن تعریف شود که احساسات، رفتارها و شناخت‌های مثبت وابسته به ارتباط با خود، دیگران، نیروی برتر و طبیعت را منعکس می‌کند و منجر به احساس هویت، تمامیت، رضایت، خرسندی، لذت، زیبایی، عشق، احترام، نگرش‌های مثبت، آرامش درونی، توازن و هدفمندی زندگی می‌شود.

بر این اساس فیشر (۱۹۹۸) با انجام مصاحبه‌ای با معلمان ۶۸ مدرسه دبیرستان که سوالات استفاده شده در مقیاس بهبودی معنوی (الیسون، ۱۹۸۳)، پرسشنامه جهت‌گیری معنوی (الکینز و همکاران، ۱۹۸۸)، مقیاس بهبودی روانی، جسمانی و معنوی (ولا-برادریک و آلن، ۱۹۹۵)، پرسشنامه ارزیابی معنوی (هال و ادواردز، ۱۹۹۶)، سنجش خوبی ادراک‌شده (آدامز و همکاران، ۱۹۹۷) و مقیاس بهبودی معنوی JAREL (هانگلن و همکاران، ۱۹۹۶) را دربر داشت، از آنها خواستند که شاخص‌های بهبودی معنوی دانش‌آموزان‌شان را مشخص کنند. فیشر بر اساس تحلیل کمی این پاسخ‌ها بیان کرد که بهبودی معنوی، توازن ارتباط با خود (شخصی)، دیگران (اشتراکی)، طبیعت (محیط) و خدا (یا نیروهای برتر) را منعکس می‌کند. از نظر او، یکپارچگی این چهار بعد، بهبودی معنوی کلی فرد را تشکیل می‌دهد. در مطالعات بعدی (فیشر، ۱۹۹۸، ۲۰۰۱) نیز وجود این چهار عامل اثبات شد.

از آن جایی که هیچ یک از پرسشنامه‌های موجود این چهار عامل را آن گونه که فیشر مطرح ساخته بود، اندازه‌گیری نمی‌کرد، فیشر پرسشنامه‌ای را طراحی و در چهار مرحله به ارزیابی آن پرداخت. در مطالعه اول او پرسشنامه خودگزارشی (SWBQ) خود را مطرح

ساخت. این پرسشنامه برای هر یک از ابعاد بهزیستی معنوی ۱۲ سوال داشت که بعدها با استفاده از تحلیل عامل اکتشافی به پرسشنامه ۲۰ آیتمی (۵ آیتم برای هر بعد) تبدیل شد. این پرسشنامه بر روی یک نمونه ۲۴۸ نفره از دانش‌آموزان تست شد. نتایج حاصل از تحلیل عامل اکتشافی از ابعاد چهارگانه مدل بهزیستی معنوی فیشر حمایت کرد. مطالعه دوم که بر روی ۵۳۷ دانش‌آموز انجام شد، با استفاده از تحلیل عامل اکتشافی به بررسی ساختار عاملی ۲۰ آیتم SWBQ پرداخت. علاوه بر این، فرضیه فیشر مبنی بر رابطه سلسله‌مراتبی بهزیستی معنوی (عامل سطح بالا) و این چهار بعد (عامل‌های سطح دوم) نیز در همین مرحله ارزیابی شد. نتایج به دست آمده از حضور این چهار بعد و ساختار سلسله‌مراتبی بهزیستی معنوی حمایت کردند. مطالعه سوم بر روی ۸۲۳ استرالیایی انجام شد. در این مرحله با استفاده از تحلیل عامل تاییدی به ارزیابی مجدد ساختار عاملی این پرسشنامه پرداخته شد. نتایج داده‌های این مرحله نیز اعتبار سازه SWBQ و مدل سلسله‌مراتبی فیشر را تایید کردند. در مرحله چهارم برای ارزیابی مدل SWBQ مجدداً از تحلیل عامل تاییدی برای تحلیل داده‌های ۴۵۶ فرد ۱۸ تا ۲۴ ساله استفاده شد. اعتبار سازه این پرسشنامه مجدداً تکرار شد. همچنین استقلال این ابعاد از عامل‌های شخصیتی تایید شد.

#### ارتباط سلامت معنوی با سایر ابعاد سلامت

پژوهش‌های متعددی در جهت بررسی ارتباط سلامت معنوی با سایر ابعاد سلامتی انجام شده‌اند. این مطالعات به جای بهره‌گیری از پرسشنامه‌های سنجش معنویت، اغلب از ابزارهای سنجش میزان مذهبی بودن افراد استفاده کرده‌اند (مولر، پلواک و رومانز، ۲۰۰۱). از دیدگاه روانشناختی شاید جالب‌ترین ویژگی مذهب، جهان‌شمول بودن آن است. بنابراین به نظر می‌رسد که مذهب کارکردی انطباقی دارد و انسان‌ها برای ارضای یک یا چند نیاز همگانی به آن متوسل شده‌اند (سادوک و سادوک، ۲۰۰۳). مطالعات مرتبط با طول عمر افراد مذهبی، بیانگر نقش حضور در سرویس‌های مذهبی و زندگی در یک جامعه مذهبی بوده است (مولر، پلواک و رومانز، ۲۰۰۱).

برخی پژوهش‌ها نشان‌گر آن است که اموری چون باورهای مثبت، احساس راحتی و قدرت حاصل از مذهب، مراقبه و نیایش می‌تواند در سلامت و احساس خوب بودن سهیم باشد. ارتقاء سلامت معنوی شاید 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 (وبسایت پزشک خانواده).

از سوی دیگر برخی مطالعات جمعیت‌شناختی نیز نشان داده‌اند که مذهب بودن با پیامدهای منفی سلامت جسمی و روانی ارتباط دارد. برای مثال برخی باورهای مذهبی ممکن است با تشویق فرد به اجتناب از درمان، قطع درمان‌های رسمی، عدم جستجوی به موقع مراقبت پزشکی، اجتناب از اقدامات پیشگیرانه مؤثر و سوءرفتار مذهبی (مانند اجازه سوءرفتار در مورد کودکان) بر سلامت فرد اثر منفی گذارد. ممکن است برخی گروه‌های مذهبی انتظارات بالا و غیرواقع‌بینانه‌ای از خود داشته باشند که منجر به انزوا، استرس و اضطراب شود یا ممکن است خود را با سایر افراد بیگانه بدانند و در نهایت این که برخی سیستم‌های اعتقادی غیرسالم (همچون برخی کیش‌ها و آیین‌ها) می‌توانند به صورت منفی بر سلامت تأثیر گذارند (کونینگ، مک‌کالاف و لارسن، ۲۰۰۱).

در تفسیر برخی نتایج متناقض از پژوهش‌های مذهبی بایستی این مسأله را در نظر بگیریم که تحقیقات به عمل آمده در مورد مفاهیم مختلف، در جمعیت‌های گوناگون از نظر باورها و عملکردهای مذهبی و نیز با استفاده از ابزارهای متفاوت انجام شده که به نظر می‌رسد آنچه را که ادعا می‌کرده، نسنجیده‌اند.

#### ارزیابی معنویت و بهبودی مذهب معنوی

همان‌طور که مطرح شد، در سال‌های اخیر مفهوم سلامت معنوی به علت تغییرات متعددش یکی از مفاهیم مشکل‌زا بوده است و همین مسئله مشکلات بی‌شماری را در عرصه پژوهش به وجود آورده است. از همین رو دست‌یابی به مفهوم جامع و همچنین مقیاس ارزیابی

جامع از اهداف مهم این حوزه پژوهشی خواهد بود. یکی از پیش‌نیازهای مهم مطالعات علمی در حوزه مذهب و معنویت، طراحی و بررسی تجربی مقیاس‌های پایا و معتبر است. ابزارهای متعددی به منظور ارزیابی سلامت معنوی طراحی شده است. از این ابزارها می‌توان برای اندازه‌گیری 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 استفاده نمود (وب‌سایت زندگی پیشرفته؛ برنامه ارزیابی معنوی). اما علیرغم وجود ابزارهای مختلف، اشکالات بسیاری در مورد پرسشنامه‌های تدوین شده مطرح است از قبیل عدم اعتبار برخی ابزارهای سنجش سلامت معنوی، معنویت یا مذهبی بودن، استفاده از نمونه‌های کوچک و غیرقابل تعمیم و نیز عدم طراحی صحیح سؤالات (دالمن و فرای، ۲۰۰۴).

برخی از سؤالات یا عبارات‌های مورد استفاده در ابزارها بیش از آن که ارزیابی‌کننده سلامت معنوی باشند، سلامت روانی را بررسی می‌کنند و یا موضوعی مشترک بین دو حیطه را مطرح می‌نمایند. اما نحوه طراحی سؤال، مشخص نکرده که متعلق به کدام حوزه از سلامت است (کرنز، گیروان و مک‌آلیس، ۱۹۹۸). مشکلات ذکر شده باعث شده است تا برخی از محققین معتقد باشند که هنوز هیچ‌یک از ابزارهای موجود نتوانسته است پاسخ‌گوی پیچیدگی و عمق معنویت در زمینه‌های مختلف همچون مراقبت، سلامتی یا حوزه‌های دیگر باشد (دالمن و فرای، ۲۰۰۴).

نظریات متفاوتی بر اساس مفاهیم اولیه مذهب درونی و بیرونی (آلپورت و راس، ۱۹۶۷)، ارائه شده است (برای مثال هیل و هود، ۱۹۹۹) که همه آنها در متعالی‌تر بودن مذهب درونی در مقایسه با مذهب بیرونی هم عقیده‌اند. فرد برانگیخته‌شده با مذهب بیرونی از مذهبش استفاده می‌کند؛ در حالی که فرد برانگیخته‌شده با مذهب درونی با آن زندگی می‌کند (آلپورت و راس، ۱۹۶۷). پرسشنامه جهت‌گیری مذهبی درونی/بیرونی آلپورت بر مبنای کوشش‌های نظری وی در جهت ساختن مقیاسی برای اندازه‌گیری جهت‌گیری‌های مذهبی ساخته شده و ۲۰ گزینه دارد که ۱۱ گزینه آن به جهت‌گیری بیرونی و ۹ گزینه آن به جهت‌گیری درونی اشاره

دارد. در سال ۱۹۶۳ فگین نسخه‌ای ۲۱ گزینه‌ای از مقیاس آلپورت ساخت که تمام گزینه‌های مقیاس قبلی را داشت و یک گزینه دیگر نیز به آن اضافه شده بود (مذهب همان کاری را می‌کند که عضویت من در گروه‌های دوستان و آشنایان می‌کند، یعنی کمک می‌کند زندگی‌ام را متعادل و پایدار نگهدارم). این گزینه با خرده‌مقیاس جهت‌گیری بیرونی همبستگی بالایی (۰/۶۱) دارد و جزو گزینه‌های آن به حساب می‌آید (دوناهو، ۱۹۸۵؛ نقل از جان‌بزرگی، ۱۳۷۷).

مقیاس‌های «مذهب‌مدار» که از مفاهیم متعدد این واژه استفاده کرده‌اند، ویژگی‌های روانسنجی مطلوبی داشته و به صورت گسترده در این حوزه پژوهشی به کار برده شده‌اند (برای مثال، تریمبل ۱۹۹۷). از این گذشته، پژوهش‌های انجام شده در حوزه سلامت روان و کیفیت زندگی نشان داده‌اند که بهبود مذهب معنوی با پارامترهای مختلف سلامت روانی و جسمانی مذهب رابطه مثبت دارد (کونینگ، مک‌کالاف و لارسن، ۲۰۰۱).

دیدگاه شخصی بودن معنویت، در تدوین ابزارهای سنجش سلامت معنوی هم تأثیرگذار بوده است. به عنوان مثال در تلاش برای تدوین ابزاری معتبر و پایا در مورد سلامت معنوی (وب‌سایت زندگی پیشرفته)، ابتدا مطالعه‌ای برای مشخص کردن منظور مردم از واژه «معنوی» انجام شد. در این مطالعه از مردم خواسته شد تا سلامت معنوی را با اصطلاحات خودشان توصیف کنند. همچنین مقالات مرتبط با موضوع نیز مورد مطالعه و بررسی قرار گرفت. با استفاده از این دو منبع، روشن شد که مردم درباره سلامت معنوی معمولاً دو گونه صحبت می‌کنند: برخی افراد مشخصاً از زبان «مذهبی» در توصیف آن بهره می‌برند و برخی دیگر هم به زبان غیرمذهبی صحبت می‌کنند. بنابراین تلاش شد تا در تدوین ابزارهای مذهبی دو خرده‌مقیاس گنجانده شود: یکی برای ارزیابی سلامت مذهبی و دیگری برای ارزیابی سلامت وجودی (فلسفه وجودی انسان). به این موضوع نیز توجه شد که ابزار مورد نظر بایستی به اندازه کافی عمومی باشد تا برای افرادی با مذهب‌های متفاوت قابل استفاده گردد. خرده‌مقیاس سلامت مذهبی رابطه فرد با خدا را می‌سنجد در حالی که خرده‌مقیاس سلامت وجودی، احساس فرد درباره هدف از زندگی و رضایت از زندگی را ارزیابی می‌کند.

در اروپا نیز تنوع پیشینه نظری و اشکال مختلف مذهب/معنویت به طراحی مقیاس‌های متعدد به ویژه در مناطق آلمانی زبان منجر شد (برای مثال هابر، ۲۰۰۳؛ مارکن، ۱۹۹۸؛ آنته‌غینر، ۲۰۰۶). از این میان، مقیاس «بهزیستی معنوی» (الیسون، ۱۹۸۳) در این حوزه بسیار فراگیر شد. این پرسشنامه که در اصل توسط الیسون و پالوتزین (الیسون، ۱۹۸۳؛ الیسون و اسمیت، ۱۹۹۱) و با هدف اندازه‌گیری کیفیت سلامت معنوی طراحی شد، بهزیستی معنوی را به صورت یک سازه دو بعدی صورت‌بندی می‌کرد. از یک سو، بهزیستی مذهبی بعد عمودی این سازه را تشکیل می‌داد که به خدا و حتی بعد مافوق<sup>۱</sup> مرتبط است و از طرف دیگر، بهزیستی وجودی به بعد افقی اشاره داشته و به احساس هدف‌مندی زندگی و رضایت از زندگی (بدون هیچ اشاره‌ای به نیروی مافوق) مرتبط است (لدبتر، اسمیت، ووسلر-هانترو و فیشر، ۱۹۹۱). هرچند، پژوهش‌های انجام شده با این مقیاس نسبتاً نادرند اما بیان می‌کردند که کیفیت روان‌سنجی این مقیاس به ویژه در نمونه غیربالیینی نسبتاً ضعیف است (اثر تارک یا اثر حداکثری) (برای مثال لدبتر و همکاران، ۱۹۹۱). با این حال در نسخه آلمانی این مقیاس چنین مشکلی وجود نداشت (آنته‌غینر، ۲۰۰۶).

با توجه به نتایج مثبت کاربرد این مقیاس در چندین مطالعه، آنته‌غینر، هابر، لیدن‌هاف، والنر و لایمن (زیرچاپ) نسخه چندبعدی این مقیاس را با افزودن مفهوم جدید بهزیستی مذهبی معنوی گسترش دادند که جنبه‌های متعدد بهزیستی روانی دربرگیرنده ادراک الهی/مافوق را شامل می‌شد. از سوی دیگر، باید در نظر داشت که استفاده از مقیاس‌ها در فرهنگ دیگر سوی‌مندی اندازه‌گیری را افزایش می‌دهد (نگاه کنید به آخنباخ، ۱۹۰۰). از نظر آخنباخ سوی‌مندی ایجاد شده در سه گروه طبقه‌بندی می‌شوند: (۱) سوی‌مندی سازه‌ای و فرهنگی (۲) سوی‌مندی آیتم و (۳) سوی‌مندی روش. سوی‌مندی سازه‌ای و فرهنگی بیان می‌کند که سازه‌های مورد نظر در گروه‌های فرهنگی مختلف متفاوت‌اند. به عبارت دیگر افراد متعلق به گروه‌های فرهنگی مختلف، معانی متفاوتی به سازه نسبت می‌دهند. سوی‌مندی آیتم نیز به

---

1. transcendent



ترجمه ضعیف آیتم یا نادرستی محتوای آیتم اشاره دارد. نهایتاً سوی مندی روش، مشکلات وابسته به اجرای تست شامل الگوی پاسخ‌دهی متفاوت در بین گروه‌های فرهنگی مختلف (مثل تفاوت‌های اخلاقی در استفاده از مقیاس‌های رتبه‌ای و یا مقوله‌ای) را دربر می‌گیرد.

#### مقیاس چندبعدی بهزیستی مذهبی معنوی (MI RSWB 48):

مقیاس بهزیستی معنوی در اصل در آمریکا طراحی شد که در مقایسه با نسخه اروپایی آن، شرایط مذهبی معنوی کاملاً متفاوتی را شامل می‌شود. بنابراین هدف دیگر پژوهش آنته‌غینر و همکاران (۲۰۱۰) طراحی مقیاسی مبتنی بر پیشینه مذهبی معنوی بود. برای توافق بهتر، نام مقیاس «مقیاس چندبعدی بهزیستی مذهبی معنوی» گذاشته شد تا هر دو مفهوم مذهب و معنویت را به یک اندازه در نظر داشته باشد. مقیاس طراحی شده بر روی ۱۲۱۰ نمونه بالینی و غیربالینی (۶۰۴ زن) که در محدوده سنی ۱۸ تا ۹۱ سال ( $M=48/17$  و  $SD=16/67$ ) قرار داشتند اجرا شد. در اولین گام طراحی این مقیاس و بر اساس نتایج پژوهش‌های مرتبط، پنج بعد در سطوح نظری صورت‌بندی شدند: «امیدواری»، «بخشندگی»، «رسوم و آیین‌ها»، «تجربه شعور و معنا» و «پذیرش مرگ و مردن» (شکل یک). علاوه بر این تمایزی بین ادراک خدا و مافوق ایجاد شد. ادراک خدا قابلیت اندازه‌گیری با استفاده از روش‌های تجربی را دارد، در حالی که ادراک مافوق به جنبه‌های غیرقابل اندازه‌گیری، مابعدالطبیعه و مافوق بشری واقعیت اشاره دارد. اولین نسخه این مقیاس ( $n = 95$  آیتم) در نمونه ۲۰۰ نفری دانشجویان دانشگاه گریز آزمون شد. برای ارزیابی کیفیت روانسنجی آن از تحلیل آیتم و تحلیل عامل اکتشافی/تاییدی (EFA/CFA) استفاده شد. با توجه به نتایج به دست آمده، ۳۳ آیتم به علت کیفیت روانسنجی ضعیف حذف شدند و نهایتاً نسخه پنج عاملی (CFA) این مقیاس که ۵۴/۴۹ درصد واریانس را توجیه می‌کرد، به عنوان مناسب‌ترین نسخه اثبات شد. این فاکتورها «دینداری عمومی»، «بخشندگی»، «امیدواری»، «پذیرش مرگ و مردن» و «تجربه شعور و معنا» نامیده شدند. در گام بعد، مقیاس طراحی شده با طراحی آیتم‌های جدید گسترش داده شد و نهایتاً ۱۵ آیتم برای هر عامل تعریف شد. تحلیل این نسخه مقیاس شش عامل را دربر گرفت ( $n=48$ ) که

۴۹/۲۴ درصد واریانس را توجیه می کردند. این فاکتورها «بخشندگی<sup>۱</sup>»، «اتصال/ارتباط<sup>۲</sup>»، «مذهب عمومی<sup>۳</sup>»، «امید به خدا<sup>۴</sup>»، «امید به نیروی برتر<sup>۵</sup>» و «تجربه شعور و معنا<sup>۶</sup>» نامیده شدند. آیتم‌هایی که در ادامه می‌آید مثال‌هایی هستند که معنای این عامل‌ها را بهتر نشان می‌دهند. مذهب عمومی: «سرنوشتم به من احساس امنیت می‌دهد.» ارتباط: «من احساس آمیختگی با شی بزرگتری را تجربه کرده‌ام.» بخشندگی: «چیزهایی وجود دارند که برایم قابل بخشش نیستند.» (نمره گذاری معکوس) تجربه شعور و معنا: «من احساس درستی را تجربه کرده‌ام.» امید به خدا: «من با خوش بینی به آینده نگاه می‌کنم.» امید به نیروی برتر: «من اغلب در مورد این حقیقت فکر می‌کنم که مجبورم.» (نمره گذاری معکوس).

برای بررسی روایی این آزمون از مقیاس‌های سلسله‌مراتب نیازهای مازلو، مقیاس احساس انسجام و آزمون شش عاملی (STF)، که مبتنی بر مدل پنج عاملی شخصیت است) استفاده شد. آلفای کرونباخ به دست آمده (۰/۸۹) بیانگر کیفیت روانسنجی مطلوب این مقیاس بود. علاوه بر این همبستگی آن با سایر پرسشنامه‌های استفاده شده بالا بود که نشان‌دهنده روایی آن می‌باشد. در کل، نتایج به دست آمده از روایی و پایایی این مقیاس حمایت کردند.

گرچه اثبات روایی و پایایی این مقیاس، استفاده آن در دیگر نمونه‌ها را ترغیب می‌کند، اما لازم به ذکر است که هرچند مذهب و معنویت پدیده‌ای همگانی و جهان‌شمول است، اما محتوای آن‌ها بسته به زبان، پیشینه تاریخی، فرهنگ و امثال این‌ها احتمالاً متفاوت خواهد بود. به عبارت دیگر، مذهب و معنویت قویاً با عوامل اجتماعی در ارتباط‌اند و حتی به عقیده وون ریشه‌های معنویت را بایستی در تجربه‌های فردی جست (وون، ۱۹۹۱). بنابراین تفاوت تجربه در فرهنگ‌های گوناگون می‌تواند این دو مؤلفه را متأثر سازد. تفاوتی که در اغلب مطالعات

- 
- 1 . Forgiveness
  - 2 . Connectedness
  - 3 . General Religiosity
  - 4 . Hope Immanent
  - 5 . Hope Transcendent
  - 6 . Experiences of Sense and Meaning

این حوزه مورد غفلت قرار گرفته است. از همین رو، توجه به تجارب معنوی به صورت پدیده‌ای بین فرهنگی در این پژوهش می‌تواند کمک‌کننده باشد.

مقیاس MI RSWB 48 برپایه رویکردی چندبعدی به مذهب و معنویت قرار دارد و چارچوب نظری محوری آن، براساس سازه «بهبودی مذهبی و معنوی» می‌باشد. نسخه اولیه این مقیاس در سال ۲۰۰۵ از سوی آنته‌غیر ساخته شد و پس از تجدیدنظر و اعمال اصلاحات لازم، نسخه نهایی آن در سال ۲۰۰۷ معرفی و در سال ۲۰۱۰ منتشر گردید. این مقیاس، ۴۸ گویه و ۶ خرده‌مقیاس دارد و هر یک از خرده‌مقیاس‌ها شامل ۸ گویه می‌باشند. این مقیاس علاوه بر نمره کلی بهبودی مذهبی - معنوی، نمراتی برای خرده‌مقیاس‌های بخشندگی<sup>۱</sup>، امید به آینده<sup>۲</sup>، تجربه معنا و مضمون<sup>۳</sup>، دینداری عمومی<sup>۴</sup>، اعتقاد به آخرت<sup>۵</sup> و امید به خدا<sup>۶</sup> فراهم می‌آورد که سه خرده‌مقیاس نخست آن در ذیل مؤلفه جاودانگی<sup>۷</sup> و سه خرده‌مقیاس دیگر در چارچوب مؤلفه تعالی<sup>۸</sup> قرار می‌گیرند. گویه‌های مقیاس MI RSWB 48 در یک طیف شش درجه‌ای لیکرت از کاملاً مخالفم (نمره یک) تا کاملاً موافقم (نمره شش) قرار دارند و از ۴۸ گویه، تعداد ۱۶ گویه به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. اعتبار مقیاس MI RSWB 48 در تحقیق آنته‌غیر و همکاران (۲۰۰۷؛ و ۲۰۱۰) از طریق همسانی درونی گویه‌ها محاسبه شده و ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کلی برابر با ۰/۸۹ بدست آمده است. همسانی درونی مؤلفه‌های شش‌گانه این مقیاس نیز برای خرده‌مقیاس‌های دینداری عمومی، بخشندگی، امید به آینده، اعتقاد به آخرت، امید به خدا و تجربه معنا و مضمون به ترتیب برابر با ۰/۹۳؛ ۰/۸۴؛ ۰/۸۰؛ ۰/۸۰؛ ۰/۷۴؛ و ۰/۷۲ می‌باشند. همچنین در تحقیق آنته‌غیر و همکاران (۲۰۰۷) و (۲۰۱۰) برای بررسی روایی همگرایی این مقیاس، ارتباط آن با متغیرهای دینداری کلی<sup>۹</sup>، هرم

- 
- 1 . forgiveness
  - 2 . hope immanent
  - 3 . experiences of sense and meaning
  - 4 . general religiosity
  - 5 . connectedness
  - 6 . hope transcendent
  - 7 . immanent
  - 8 . transcendent
  - 9 . global religiosity

نیازهای مازلو<sup>۱</sup> و حس انسجام<sup>۲</sup> از طریق همبستگی پیرسون، محاسبه و نتایج در جدول یک گزارش شده است. همان‌طور که ملاحظه می‌شود، نمره کلی و تمام خرده‌مقیاس‌های مقیاس MI RSWB 48 با متغیرهای ذکر شده رابطه مثبت و معنادار دارد ( $p < 0/01$ ). در پژوهش علیو و همکاران، ضریب اعتبار کلی مقیاس MI RSWB 48 با استفاده از روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ)، ۰/۸۱ بدست آمد. همچنین مقادیر آلفا برای خرده‌مقیاس‌های MI RSWB 48 در دامنه ۰/۵۷ تا ۰/۸۶ قرار داشتند.

---

1 . The Hierarchy of Needs Inventory (Maslow)  
2 . sense of coherence

## منابع

- آرین، خدیجه (۱۳۷۸). بررسی رابطه دینداری و روان درستی ایرانیان مقیم کانادا. پایان نامه دکتری روانشناسی عمومی به راهنمایی دکتر محمود منصور. تهران: دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه علامه طباطبایی.
- امیدواری، سپیده (۱۳۸۷). سلامت معنوی؛ مفاهیم و چالش‌ها. فصلنامه تخصصی پژوهش‌های میان‌رشته‌ای قرآنی، سال اول، شماره اول، ۵-۱۷.
- بهرامی، فاضل، دادفر، محبوبه، دادفر، فرشته (۱۳۹۳). اثربخشی آموزه‌های دینی در کاهش افسردگی سالمندان. محله مطالعات ناتوانی، ۴، ۴، ۶۵-۵۵.
- بهرامی، فاضل، رضوانی فرانی، عباس (۱۳۸۴). نقش باورهای مذهبی درونی و بیرونی در سلامت روان و میزان افسردگی سالمندان. توانبخشی، دوره ۶، شماره ۱، ۴۷-۴۲.
- بوالهری، جعفر (۱۳۹۲). آموزش مهارت‌های معنوی ویژه دانشجویان. انتشارات: دانشگاه پیام نور.
- بوالهری، جعفر، دوس علی‌وند، هدی، میرزایی، مصلح (۱۳۹۱). رویکرد معنوی در آموزش پزشکی و علوم انسانی. فصلنامه اخلاق پزشکی، سال ششم، شماره بیستم، ۱۲۵-۱۰۱.
- پیرمرادی، محمدرضا، اصغر نژاد فرید، علی اصغر، دادفر، محبوبه (۱۳۹۴). بررسی دیدگاه‌های اساتید مشاور در زمینه ارائه مشاوره معنوی به دانشجویان دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران. گزارش پژوهش منتشر نشده.
- جان‌بزرگی، مسعود (۱۳۷۷). بررسی اثربخشی روان‌درمان‌گری با و بدون جهت‌گیری مذهبی اسلامی بر اضطراب و تنیدگی. مجله روانشناسی، سال دوم، شماره ۸، ۱۴-۲۱.
- جعفری، عیسی، دهشیری، غلامرضا، سهرابی، فرامرز، نجفی، محمود (۱۳۸۸). رابطه بین بهزیستی معنوی و سلامت روانی دانشجویان. پژوهش‌های مشاوره، دوره ۸، شماره ۳۱، ۷۸-۶۵.
- جوادی آملی، عبدالله (۱۳۷۷). شریعت در آئینه معرفت. قم: مرکز نشر اسراء.
- جیمز، ویلیام. دین و روان، ترجمه مهدی قائنی (۱۳۷۶). قم: دارالفکر.
- دادفر، محبوبه (۱۳۷۶). روان‌درمانی مذهبی در درمان بیماران مضطرب و افسرده. مقاله منتشر نشده موجود در دفتر مطالعات اسلامی در بهداشت روانی. دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان، انستیتو روانپزشکی تهران.

- دادفر، محبوبه (۱۳۸۳). بررسی نقش مذهب در بهداشت روانی و فرآیندهای روان درمانی، نقد و نظر، سال نهم، شماره سوم و چهارم، ۱۲۱-۸۴.
- دادفر، محبوبه (۱۳۹۲). مرگ، معنویت و سالمندی. مقاله ارائه شده در دفتر مطالعات اسلامی در بهداشت روان، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان دانشگاه علوم پزشکی ایران.
- دادفر، محبوبه، لستر، دیوید (۱۳۹۳). برنامه آموزش مرگ (راهنمای کاربردی برای متخصصین مراقبت‌های بهداشتی. تهران: انتشارات میرماه.
- دهخدا، علی اکبر. (۱۳۷۷). لغت‌نامه دهخدا. چاپ سوم، تهران: دانشگاه تهران (ذیل کلمه طب روحانی به نقل از کشف اصطلاحات الفنون و ذخیره خوارزمشاهی).
- رمضانی فرانی، عباس، دادفر، محبوبه (۱۳۸۴). معرفی یک مدل مداخله شناختی- رفتاری دینی در درمان اختلال وسواسی- جبری، نقد و نظر، شماره ۳۷ و ۳۸، ۳۳۸-۳۴۸.
- رمضانی فرانی، عباس؛ عمادی، سید کمال‌الدین؛ عاطف وحید، محمد کاظم (۱۳۸۰). راهبردهای تأمین سلامت روانی در قرآن. چکیده مقالات اولین همایش بین‌المللی نقش دین در بهداشت روان. تهران ۳۰-۲۷ فروردین ماه، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی ایران.
- رمضانی فرانی، عباس، کاظمی، هادی، کولیوند، پیر حسین، دادفر، محبوبه، بهرامی، فاضل (۱۳۹۳). معرفی مدل‌های مداخله شناختی رفتاری مذهبی در درمان اضطراب و اختلال وسواسی- جبری. تهران: انتشارات میرماه.
- سعیدی نژاد، زهره، مظاهری، محمدعلی، غباری بناب، باقر (۱۳۸۸). تأثیر مداخلات معنوی به شیوه گروهی بر سلامت روان و خودشکوفایی. فصلنامه تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره، سال هشتم، شماره ۳۱، ۱۳۶-۱۱۵.
- شریفی، مرضیه، احمدی، سید احمد، فاتحی زاده، مریم السادات (۱۳۹۱). رابطه مقابله مذهبی با آثار سوگ در دانشجویان داغ‌دیده. روانشناسی و دین، سال پنجم، شماره دوم، ۱۲۷-۱۱۵.
- طالبان، محمدرضا (۱۳۷۸). دینداری و بزهکاری در میان جوانان دانش آموز. وزارت آموزش و پرورش، معاونت پرورشی.
- کاظمی، هادی، کولیوند، پیر حسین، بهرامی، فاضل، رمضانی فرانی، عباس، دادفر، محبوبه (۱۳۹۲). مقدمه ای بر بهداشت روان سالمند از دیدگاه قرآن و حدیث. تهران: انتشارات میرماه.

کردمیرزا نیکوزاده عزت اله (۱۳۸۸). الگویابی زیستی روانی معنوی در افراد وابسته به مواد و تدوین برنامه مداخله برای ارتقاء تاب آوری مبتنی بر روایت شناسی شناختی و روان شناسی مثبت نگر. پایان نامه دکتری تخصصی روانشناسی. دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی دانشگاه علامه طباطبایی.

گل پرور، محسن، دارابی، نفیسه، خیاطان، فلور (۱۳۹۳). ساخت مقیاس فرم کوتاه سرمایه معنوی و بهبودی معنوی اسلامی. انسان پژوهی دینی، سال ۱۱، شماره ۳۲، ۱۸۸-۱۶۷.

گیویان، عبدالله (۱۳۷۷). سنجش نگرش مردم تهران راجع به نقش و کارکردهای دین. تهران: شورای فرهنگ عمومی.

محقق، مهدی. (۱۳۷۸). رازی در طب روحانی. در، رازی محمد بن زکریا: الدراسة التحلیلیه لکتاب الطب الروحانی للطیب الفیلسوف. تهران: مؤسسه مطالعات اسلامی.

وست، ویلیام. رواندرمانی و معنویت، ترجمه شهریار شهیدی و سلطانعلی شیرافکن (۱۳۸۷). تهران: انتشارات رشد.

یعقوبی نصرآبادی، محمد؛ اسدالهی، قربانعلی؛ معتمدی، محمد (۱۳۸۰). مقایسه فراوانی و اقدام به خودکشی در ماه‌های محرم و صفر با بقیه ماه‌ها. مقاله ارائه شده در اولین همایش بین‌المللی نقش دین در بهداشت روان، ۲۷-۳۰ فروردین، تهران، معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.

Adams, T., Bezner, J., & Steinhardt, M. (1997). The conceptualization and measurement of perceived wellness: integrating balance across and within dimensions. *American Journal of Health Promotion*, 11,3, 208-218.

Adib Haj Bagheri M, & Aminolroayae Amini A. (2007). The relationship between pray and eighth dimentions of health in elders. Paper presented at The Second congress of role of religion in mental health, Iran University of Medical Sciences; 2007 May 1-3.

Ahmadi A, Fallahi Khoshknab M, & Torkashvand M. (2005). Study of effect of concepts and bases of Quran verses on the mental health. The abstracts of the first conference on dialogue between sciece & religion defining life, the person and applied issues, May 3-5. [Persian]

Ahmadi Abhari SA. (1996). Role of religious faith and religious psychotherapy in the treatment of illnesses. *Iranian journal of psychiatry and clinical psychology (IJPCP)*.2, 4, 4-11. [Persian]

Alport, G. W., & Ross, J. M. (1967). Orientation and prejudice personal religious. *Journal of personality and social psychology*, 5, 432-443.

Azhar MZ, Varma SL, & Dharap AS. (1994). Religious psychotherapy in anxiety disorder patients. *Acta Psychiatr Scand*. 90, 1, 1-3.

- Azhar MZ, & Varma SL. (1995). Religious psychotherapy in depressive patients. *Psychother Psychosom.* 63, 3-4, 165-168.
- Bahrami F, Dadfar M, Lester D, & Abdel-Khalek AM. (2014). Death distress in Iranian older adults. *Adv Environ Biol.* 8, 12, 56-62.
- Bahrami, F., Dadfar, M., Unterrainer, H. F., Zarean, M., & Mahmood Alilu, M. (2015). Intercultural dimensions of religious spiritual well-being in college students. *International Journal of Biology, Pharmacy and Allied Sciences (IJBPAS)*, 4, 6, 4053-4069.
- Baker DC. (2001). The investigation of pastoral care interventions as a treatment for depression among continuing care retirement community residents. *J Relig Gerontol.* 12, 1, 63-85.
- Bayanzadeh S. (1991). Necessity view to religious values in selection of counselling and psychotherapy approach. First international congress of role of religion in mental health; University of Medical Sciences, November 24-27; Tehran, Iran.
- Becvar DS. (1997). *Soul healing: A spiritual orientation in counseling and therapy.* Basic Books.
- Bensley, R. (1991). Defining spiritual health: A review of the literature. *Journal of Health Education*, 22, 287-290.
- Blazer DG. (2003). Depression in late life: review and commentary. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 58, 3, M249-265.
- Bonelli R, Dew RE, Koenig HG, Rosmarin DH, & Vasegh S. (2012). Religious and spiritual factors in depression: review and integration of the research. *Depress Res Treat.*
- Canda, ER. , & Forman, LD. *Spiritual diversity in social work practice: The heart of helping.* Second edition. Oxford University Press.
- Cassidy, T., & Long, C. (1996). Problem-solving style, stress and psychological illness: Development of a multifactorial measure. *British Journal of Clinical Psychology*, 35, 265-277.
- Cook, C. C. H. (2015). Religious psychopathology: The prevalence of religious content of delusions and hallucinations in mental disorder. on the SAGE and Open Access page (<http://www.uk.sagepub.com/aboutus/openaccess.htm>)
- Cornett C. (1998). *The soul of psychotherapy: Recapturing the spiritual dimension in the therapeutic encounter.* Simon and Schuster.
- Culliford L. (2002). Spiritual care and psychiatric treatment: an introduction. *Adv Psychiatr Treat.* 8, 4, 249-258.
- Daaleman, T. P., & Frey, B. B. (2004). The Spirituality Index of Well-Being: A new instrument for health -related quality of life research. *Annals of Family Medicine*, 2, 499-503.
- Dadfar M, Bahrami F, Ramezani Farani A, & Dadfar F. (2011). Rights of elders in Quran and Hadith. Iran: Paper presented in The 3rd International Congress on Medical Law, Patents' Rights. 22-24.
- Dadfar M, Birashk B, & Kolivand PH. (2014). Psychological assessment of elders. Tehran: Mirmah Publication. [Persian]
- Delaney, H. D., Miller, W. R., & Bisonó, A. M. (2007). Religiosity and Spirituality among Psychologists: A Survey of Clinician Members of the American Psychological Association. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38, 5, 538-546.



- Dezutter, J., Soenens, B., & Hutsebaut, D. (2006). Religiosity and mental health: A further exploration of the relative importance of religious Behaviors vs. religious attitudes. *Personality and Individual Differences*, 40, 807-818.
- Diaz, D. (1993). Foundations for spirituality: Establishing the validity of spirituality within the health disciplines. *Journal of Health Education*, 24, 324-326.
- Earl, J. K. (2010). The contribution of spirituality to the process of retirement. *Journal of Management Spirituality & Religion*, 7, 3, 223-240.
- Elkins, D., Hedstrom, L., Hughes, L., Leaf, J., & Saunders, C. (1988). Toward a humanistic-phenomenological spirituality. *Journal of Humanistic Psychology*, 28, 4, 5-18.
- Ellison, C. W. (1983). Spiritual well-being: Conceptualization and measurement. *Journal of Psychology and Theology*, 11, 4, 330-340.
- Ellison, C. W., & Smith, J. (1991). Toward an integrative measure of health and wellbeing. *Journal of Psychology & Theology*. Special Issue: Spirituality: Perspectives in Theory and Research, 19, 35-48.
- Fallahi Khoshknab M, & Mazaheri M. (2008). Spirituality, spiritual care and spiritual therapy. Tehran: University of Welfare and Rehabilitation Sciences. [Persian]
- Fernando, M. & R. Chowdhury, (2010). The relationship between spiritual well-being and ethical orientations in decision making: an empirical study with business executives in Australia. *Journal of Business Ethics*, 95, 2,
- Fisher, J. (2010). Item response theory analysis of the spiritual well-being questionnaire”, *Religions*, 1.
- Fisher, J. (2011). The four domains model: Connecting spirituality, health and well-being. *Religions*, 2.
- Fisher, J. (2012). Staff's and family members' spiritual well-being in relation to help for residents with dementia. *Journal of Nursing Education and Practice*, 2, 4, November 2012.
- Fisher, J. W. (1998). Spiritual health: its nature, and place in the school curriculum. Unpublished doctoral dissertation. The University of Melbourne, Melbourne, Victoria, Australia.
- Fisher, J. W. (2001). Comparing levels of spiritual well-being in state, Catholic and independent schools in Victoria, Australia. *Journal of Beliefs and Values*, 22, 1, 113-119.
- Fisher, J. W., Francis, L. J., & Johnson, P. (2000). Assessing spiritual health via four domains of spiritual wellbeing: the SH4DI. *Pastoral Psychology*, 49, 2, 133-145.
- Fukuyama MA, & Sevig TD. (1990). Integrating spirituality into multicultural counseling. Sage Publications.
- Fukuyama, M. A., & Seving, T. D. (1999). Integrating spirituality into multicultural counseling. London: Sage Publications.
- Goldberg, D. P., & Hillier, V. (1979). A Scaled Version of General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9, 131-145.
- Gomez, R., & Fisher, J. W. (2003). Domains of spiritual well-being and development and validation of the Spiritual Well-Being Questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 35, 8, 1975-1991.
- Gooloe, N., & Areola, P. (1992). Spiritual health: Out of the closet. *Journal of Health Education*, 23, 4, 221-226.

- Hall, T. W., & Edwards, K. J. (1996). The initial development and factor analysis of the Spiritual Assessment Inventory. *Journal of Psychology and Theology*, 24, 3, 233–246.
- Handbook for spiritual assessment living Water's spiritual assessment program (<http://www.spiritualassessment.com/manual.htm>).
- Hateley, B. J. (1983). Spiritual well-being through life-histories. Paper presented at the November Conference of the Scientific Meeting of the Gerontological Society, San Francisco, CA.
- Hawks, S. R., Hull, M. L., 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, 371-378.
- Hood-Morris, L. E. (1996). A spiritual well-being model: use with older women who experience depression. *Issues in Mental Health Nursing*, 17, 439–455.
- [Http://en.wikipedia.org/wiki/World\\_population](http://en.wikipedia.org/wiki/World_population) (5556713150 from 6823957581).
- Huber, S. (2003). Zentralität und Inhalt. Ein multidimensionales Messmodell der Religiosität (Centrality and content: A multidimensional measurement model of religiosity). Opladen: Leske & Budrich.
- Hungelmann, J., Kenkel-Rossi, E., Klassen, L., & Stollenwerk, R. (1996). Focus on spiritual well-being: harmonious interconnectedness of mind-body-spirit—use of the JAREL Spiritual Well-Being Scale. *Geriatric Nursing*, 17(6), 262–266.
- Jadidi A, Farahaninia M, Janmohammadi S, & Haghani H. (2011). The relationship between spiritual well-being and quality of life among elderly people residing in Kahrizak senior house. *Iran J Nurs*. 24, 72, 48–56.
- Kazbaf MB, & Sajadian E. (2005). Psychotherapy in religion. The abstracts of the first conference on dialogue between science & religion defining life, the person and applied issues.
- Kearns, R. L., 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.
- Kelly EW. (1995). Religion and spirituality in counseling and psychotherapy. Alex VA Am Couns Assoc.
- Kelso-Wright, P. (2012). Spiritual history assessment and occupational therapy: Students using the FICA. Washington, University of Puget Sound, Unpublished Master Thesis in Occupational Therapy.
- King, D. E., & Bushwick, B. (1994). Beliefs and attitudes of hospital inpatients about faith healing and prayer. *J Fam Pract*. 39, 4, 349–352.
- Koenig HG. (2006). Religion, spirituality and aging. 1–30.
- Koenig HG. (2012). Religious versus conventional psychotherapy for major depression in patients with chronic medical illness: Rationale, methods, and preliminary results. *Depress Res Treat*.
- Koenig, H. G., McCullough, M. E., & Larson, D. B. (2001). *Handbook of religion and health*. Oxford: Univ. Press.
- Koffman, J., Morgan, M., Edmonds, P., Speck, P., & Higginson, I. J. (2008). "I know he controls cancer": The meanings of religion among Black Caribbean and White British patients with advanced cancer. *Social Science & Medicine*, 67, 5, 780-789.
- Lane, J. A. (1987). The care of the human spirit. *Journal of Professional Nursing*, 3, 332-337.

- Ledbetter, M. F., Smith, L. A., Vosler-Hunter, W. L., & Fischer, J. D. (1991). An evaluation of the research and clinical usefulness of the Spiritual Well-Being Scale. *Journal of Psychology and Theology*, 19, 49-55.
- Levin J. Religion and mental health: Theory and research. (2010). *Int J Appl Psychoanal Stud*. 7, 2, 102-115.
- Lin, H. R., & Bauer-Wu, S. M. (2003). Psycho-spiritual well-being in patients with advanced cancer: an integrative review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 44, 69-80.
- Loewenthal KM, & Cinnirella M. (1999). Beliefs about the efficacy of religious, medical and psychotherapeutic interventions for depression and schizophrenia among women from different cultural-religious groups in Great Britain. *Transcult Psychiatry*. 36, 4, 491-504.
- Lowis, M. J., Edwards, A. C., Roe, C. A., Jewell, A. J., Jackson, M. I., & Tidmarsh, W. M. (2005). The role of religion in mediating the transition to residential care. *Journal of Aging Studies*, 19, 3, 349-362.
- Mackenzie ER, Rajagopal DE, Meibohm M, & Lavizzo-Mourey R. (2000). Spiritual support and psychological well-being: older adults' perceptions of the religion and health connection. *Altern Ther Health Med*. 6, 6, 37-45.
- Maltby, J., & Day. L. (1998). Amending a measure of the Quest Religious Orientation: applicability of the scale's use among religious and non-religious persons. *Personality and Individual Differences*, 25, 517-522.
- Meraviglia, M. G. (1999). Critical analysis of spirituality and its empirical indicators: Prayer and meaning in life. *Journal of Holistic Nursing*, 17, 18-33.
- Miller L, Wickramaratne P, Gameroff MJ, Sage M, Tenke CE, & Weissman MM. (2014). Religiosity and major depression in adults at high risk: a ten-year prospective study. 1, 89-94.
- Miller WR. (1999). Integrating spirituality into treatment: Resources for practitioners. [Internet]. American Psychological Association.
- Miller, W. R., & Delaney, H. D. (Eds.). (2005). *Judeo-Christian perspectives on psychology: Human nature, motivation, and change*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Mohammadi Sh. (2013). Effect of spiritual therapy on depression of elder women resident at elder. *Clinical psychology studies*. 12, 3, 71-82. [Persian]
- Mousavi Gh, Erfanifar D, Dehghani M, & Ebrahimi A. (2007). Role of oneness in prevention and treatment of depression (Role of oneness in prevention and treatment in Quran verses). The second congress of role of religion in mental health, Iran University of Medical Sciences;, 1-3 2007 May; Tehran. [Persian]
- Mueller, P. S., Plevak, D. J., & Rummans, T. A. (2001). Religious involvement, spirituality, and medicine: Implications for clinical practice. *Mayo Clinic Proceedings*, 76, 1225-1235.
- Murken, S. (1998). *Gottesbeziehung und psychische Gesundheit. Die Entwicklung eines Modells und seine empirische Überprüfung* (Spirituality and mental health. The development of a model and its empirical validation). Münster, New York, München, Berlin: Waxmann.
- Murray, R. B., & Zentner, J. B. (1989). *Nursing concepts for health promotion*. Prentice Hall: London.
- Naziri GH, Dadfar M, & Karimi Keisami E. (2005). The role of religious commitment, non-adaptive religious beliefs, guilt feeling and non-adaptive cognitive beliefs in the severity

- of obsessive-compulsive symptoms. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 3, 42, 283-89. [Persian]
- Osman, J., & Russell, R. (1990). The spiritual aspects of health. *Journal of School Health*, 49, 359-365.
- Peach, H. G. (2003). Religion, spirituality and health: how should Australia's medical professionals respond? *Med J Aust*. 178, 2, 86-88.
- Pesut, B. (2002). The development of nursing students' spirituality and spiritual care – giving. *Nurse Education Today*, 22, 128-135.
- Peymanfar E, Ali Aakbari Dehkordi M, & Mohammadi T. (2013). Comparison of loneliness and a sense of meaning in life of elders with levels of deferent religious attitudes. *Ravanshenasi-va Din*. 5, 4, 41-52. [Persian]
- Pressman P, Lyons JS, Larson DB, & Strain JJ. (1990). Religious belief, depression, and ambulation status in elderly women with broken hips. *Am J Psychiatry*. 147, 6, 758-760.
- Priester PE. (2006). Cognitive-Behavioral Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder with Religious Features. *Ther Noteb Integrating Spiritual Couns II More Homework Handouts Act Use Psychother*. 37-44.
- Priester, P E, & Jana-Marsi A. (2006). The impact of the explicit inclusion of Islam on client perception in counseling. Abstract book first international congress on dialogue between science & religion defining life, the person and health, 2006, 1-4 May.
- Rajagopal D, Mackenzie E, Bailey C, & Lavizzo-Mourey R. (2002). The effectiveness of a spiritually-based intervention to alleviate subsyndromal anxiety and minor depression among older adults. *J Relig Health*. 41, 2, 153-166.
- Rechardson CA. (2006). The spirituality and religion dimensions of aging in qualitative research. Abstract book first international congress on dialogue between sciecece & religion defining life, the person and health; 2006 May 1-4.
- Richards P, & Bergin AE. (2000). *Handbook of psychotherapy and religious diversity*. American Psychological Association.
- Richards PS, & Bergin AE. (2005). A spiritual strategy for counseling and psychotherapy. American Psychological Association.
- Ross, L. W. (1995). 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*, 32, 457-468.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2003). *Synopsis of Psychiatry*. Ninth edition, Lippincott William and Wilkins: Philadelphia.
- Salsman, J. M. & Carlson, C. R. (2005). Religious Orientation, Mature Faith, and Psychological Distress: Elements of Positive and Negative Associations. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 44, 201-209.
- Schneiders, S. (1986). Theology and Spirituality: Strangers, Rivals or Partners? *Horizons*, 13(2), 253-274.
- Seyed Shohadai M, Heshmat Sh, Seidfatemi N, Haghani H, Mehrdad N. (2013). Spiritual health of seniors living in sanitarium and home residents. *Iran Journal of Nursing (IJN)*. 26, 81, 11-20. [Persian]
- Shomali, M. A. (2010). Key concepts in Islamic spirituality: Love, thankfulness and humbleness”, *Message of Thaqaalayn*, 11, 2,
- Smith, J., & McSherry, W. (2004). Spirituality and child development: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 45, 307-315.

- Smith, L., R. Webber & J. DeFrain, (2013). Spiritual well-being and its relationship to resilience in young people: A mixed methods case study, *SAGE Open*, 3, 2, Spirituality and Health - familydoctor.org. (<http://familydoctor.org/650.xml>)
- Stanley MA, Bush AL, Camp ME, Jameson JP, Phillips LL, Barber CR, et al. (2011). Older adults' preferences for religion/spirituality in treatment for anxiety and depression. *Aging Ment Health*. 15, 3, 334–343.
- Steere DA. (1997). *Spiritual presence in psychotherapy: A guide for caregivers*. Psychology Press.
- Stevens, T. G. , & Stevens, SH. B. (1999). Spiritual Cognitive Therapy (SCT). American Counselling Association World Conference, 14 April.
- Taylor, P., & Ferszt, G. (1990). Spiritual healing. *Holistic Nursing Practice*, 4, 32-38.
- Tiliopoulos, N., Bikker, A. P., Coxon, A. P. M., & Hawkin. P. K. (2007). The means and ends of religiosity: A fresh look at Gordon Alport's religious orientation dimensions. *Personality and Individual Differences*, 42, 1609–1620.
- Trimble, D. E. (1997). The Religious Orientation Scale: Review and meta-analysis of social desirability effects. *Educational and Psychological Measurement*, 57, 970–986.
- Unterrainer, H. F. (2006). *Spiritualität & Sucht. Glaube als Ressource in der Alkoholismustherapie (Spirituality & addiction. Belief as a resource in alcohol treatment)*. Saarbrücken: VDM.
- Unterrainer, H. F. (2007). The Concept of Religious–Spiritual Well-being: The Construction of a Questionnaire and First Results. Article presented in The 2nd National Congress on Religious and Mental Health. Tehran Psychiatric Institute, Iran University of Medical Science.
- Unterrainer, H. F., Huber, H. P., Ladenhauf, K. H., Wallner, S. J., & Liebmann, P. M. (in press). MI-RSB 48: Die Entwicklung eines multidimensionalen Inventars zum religios-spirituellen Befinden (MI-RSWB 48: The development of a multidimensional inventory for religious/spiritual well-being). *Diagnostica*, 2.
- Unterrainer, H. F., Ladenhauf, K. H., Moazedi, M. L., Wallner-Liebmann, S. J., & 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.
- Vader, J. P. (2006). Spiritual health: the next frontier. *The European Journal of Public Health*, 16, 457-464.
- Vella-Brodrick, D., & Allen, F. (1995). Development and psychometric validation of the Mental, Physical, and Spiritual Well-Being Scale. *Psychological Reports*, 77, 659–674.
- Ventis WL. (1995). The relationships between religion and mental health. *J Soc Issues*. 51, 2, 33–48.
- Waetford, C. M. R, (2007). A literature review of spiritual capital, developments of spirituality in the workplace, and contributions from a Māori perspective”, New Zealand, University of Auckland, Unpublished Bachelor Dissertation in Management and Employment Relations, 2007.
- West W. (2000). *Psychotherapy & spirituality: Crossing the line between therapy and religion*. Sage.
- WHOQOL SRPB Group. (2006). A cross-cultural study of spirituality, religion, and personal Beliefs as components of quality of life. *Social Science & Medicine*, 62, 1486–1497.

- Winter, U., Hauri, D., Huber, S., Jenewein, J., Schnyder, U., & Kraemer, B. (2009). The psychological outcome of religious coping with stressful life events in a Swiss sample of church attendees. *Psychother Psychosom*, 78, 4, 240-244.
- [Www.lifeadvance.com/swbs.htm](http://www.lifeadvance.com/swbs.htm)
- Yates, J. W., Chalmer, B. J., James, P., Follansbee, M., & McKegney, F. P. (1981). Religion in patients with advanced cancer. *Medical and Pediatric Oncology*, 9(2), 121-128.
- Young, E. (1984). Spiritual health: an essential element in optimum health. *Journal of American College Health*, 32, 273-276.
- Yusuf, M.B, (2011). Effects of spiritual capital on Muslim economy: The case of Malaysia, *Research on Humanities and Social Science*, 1, 2,
- Zeng Y, Gu D, & George LK. . (2011). Association of religious participation with mortality among Chinese old adults. *Res Aging*. 33, 1,51-83.