

Spiritual Health Concept in Iranian Society: Evolutionary Concept Analysis and Narrative Review

Mohammad Reza Hajiesmaeili¹, Mahmoud Abbasi²

Leila Safaiepour³, Mahdi Fani⁴

Morteza Abdoljabari⁵, Seyed Morteza Hosseini⁶

Farzaneh Baghernezhad⁷, Aliakbar Shahosseini⁸

Forouzan Akrami⁹, Amir Vahedian-azimi^{10,11}

Abstract

Background and Aim: Health is a holistic concept, incorporates physical, social, cultural, emotional, spiritual, political, mental, mystical, intrinsic, communicative and cognitive dimensions. From aforesaid dimensions, spiritual health is the least understood and most challenged concept. The aim of the study was to explain the concept of spiritual health.

1. Assistant Professor of anesthesiology research center, Loghman Hakim Hospital, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

2. Associate Professor, Medical Ethics and Law Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

3. Student of Critical Care Nursing, Nursing Faculty, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

4. Department of Islamic Education, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

5. Department of Islamic Education, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

6. Assistant professor of Quran, Hadith and Medicine Research Centre, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

7. Student of Critical Care Nursing, Nursing Faculty, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

8. Student of Critical Care Nursing, Nursing Faculty, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

9. PhD by Research Candidate, Medical Ethics and Law Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

10. Assistant Professor, Quran, Hadith and Medicine Research Centre, Baqiyatallah University of Medical Sciences, and critical care department, Nursing Faculty, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

11. Department of clinical care, Nursing Faculty, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran. (Correspondence Author) Email: Amirvahedian@bmsu.ac.ir

Methods: In this multi methods research, narrative review method was utilized with three-step-searching in scientific information database (SID) up to the November 2015 about religion, spirituality, spiritual health, religious beliefs and the effect of spiritual health on the body and soul health. Also, to demonstrate conceptual model of spiritual health, Rodgers's Evolutionary concept analysis method was used.

Ethical Considerations: Moral rules such as honesty and integrity were taken into consideration in the analysis and report of searched literature.

Results: From 3136 articles resulting from the primary search in the step one, 16 articles were scrutinized, totally, three themes including spiritual health concept and its dimensions, spiritual health relationship with others health dimensions and health concept model were extracted.

Conclusion: Although, the results of the study provide preliminary definition of spiritual health concept and its dimensions; spiritual health and its sub-categorizations, are ambiguous concepts with unclear domains so that, there is a necessity for more analyzing and investigation to indiscriminate and discern it. Exact definition and identification of spiritual health with ascertained effects and extensive beliefs of people to it; can effectively be conducted as an appropriate strategy for more influences of treatments and even non-drug treatments.

Keywords

Spirituality, Spiritual Health, Narrative Review, Rodger's Evolutionary Concept Analysis

Please cite this article as:

Hajiesmaeili MR, Abbasi M, Safaiepour L, Fani M, Abdoljabari M, Hosseini SM, *et al.* Spiritual Health Concept in Iranian Society: Evolutionary Concept Analysis and Narrative Review. *J Med Ethics* 2016; 10(35): 77-115.

تبیین مفهوم سلامت معنوی در جامعه ایرانی:

تحلیل مفهوم تکاملی و مرور روایتی

محمدرضا حاجی اسماعیلی^۱، محمود عباسی^۲لیلا صفایی پور^۳، محمد فانی^۴مرتضی عبدالجباری^۵، سیدمرتضی حسینی^۶فرزانه باقرنژاد^۷، علی اکبر شاه حسینی^۸فروزان اکرمی^۹، امیر واحدیان عظیمی^{۱۰}

چکیده

زمینه و هدف: سلامتی مفهومی کل نگر بوده که دربرگیرنده ابعاد جسمی، اجتماعی، فرهنگی، عاطفی، معنوی، روحی، عرفانی، باطنی، ارتباطی و شناختی است. از ابعاد یادشده، سلامت معنوی مفهومی است که کم تر درک شده و چالش های بیشتری در مورد آن وجود دارد. هدف مطالعه حاضر تبیین مفهوم سلامت معنوی است.

۱. استادیار، مرکز تحقیقات بیهوشی، بیمارستان لقمان حکیم، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

۲. دانشیار، رییس مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

۳. دانشجوی کارشناسی ارشد مراقبت های ویژه پرستاری، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران.

۴. استادیار، مرکز مطالعات دین و سلامت، گروه معارف، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

۵. استادیار، مرکز مطالعات دین و سلامت، گروه معارف، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

۶. استادیار، مرکز تحقیقات طب، قرآن و حدیث، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران.

۷. دانشجوی کارشناسی ارشد مراقبت های ویژه پرستاری، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران.

۸. دانشجوی کارشناسی ارشد مراقبت های ویژه پرستاری، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران.

۹. دانشجوی دکتری تخصصی پژوهش، مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

۱۰. استادیار، مرکز تحقیقات طب، قرآن و حدیث، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج) و گروه مراقبت های ویژه پرستاری، دانشکده

پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران (نویسنده مسؤول)
Email: Amirvahedian@bmsu.ac.ir

روش: در این مطالعه چندروشی از روش مرور روایتی با جستجوی سه مرحله‌ای در پایگاه اطلاعاتی جهاد دانشگاهی تا ابتدای آذرماه ۱۳۹۴ درباره موضوعات مذهب، معنویت، سلامت معنوی، اعتقادات مذهبی و تأثیر سلامت معنوی بر سلامت جسم و روان استفاده شد. همچنین به منظور ارائه مدل مفهومی سلامت معنوی از روش تحلیل مفهوم تکاملی راجرز استفاده گردید.

ملاحظات اخلاقی: قواعد اخلاقی از جمله صداقت و امانت‌داری در تحلیل و گزارش متون جستجو شده رعایت گردید.

یافته‌ها: از ۳۱۳۶ مقاله حاصل از جستجوی مرحله اول، ۱۶ مقاله مورد بررسی قرار گرفت که در مجموع سه مضمون کلی مفهوم سلامت معنوی و ابعاد آن، ارتباط سلامت معنوی با دیگر ابعاد سلامت و مدل مفهومی سلامت معنوی استخراج شد.

بحث و نتیجه‌گیری: اگرچه نتایج این مطالعه تعریف اولیه از مفهوم سلامت معنوی و ابعاد آن را ارائه نمود، سلامت معنوی و زیرمجموعه‌های آن مفاهیمی مبهم بوده که ضرورت تحلیل و بررسی بیشتر آن به منظور تفکیک و جداساختن آن‌ها وجود دارد. شناسایی و تعریف واضح و دقیق سلامت معنوی با اثرات مشخص شده آن و اعتقادات گسترده مردم به آن می‌تواند به صورت مؤثر به عنوان راهبرد مناسبی برای تأثیر بیشتر درمان‌ها و حتی درمان‌های غیر دارویی مورد استفاده قرار گیرد.

واژگان کلیدی

معنویت، سلامت معنوی، مرور روایتی، تحلیل مفهوم تکاملی راجرز

مقدمه

امروزه انسان‌ها در اکثر جوامع در تمامی ابعاد دستخوش تغییرات سریع و شگرفی شده‌اند که بازتاب این تغییرات بر وضعیت سلامت جسم و روان آن‌ها بسیار محسوس است. مواجهه با مشکلات جسمی و روانی می‌تواند باعث بحران‌های حاد و شدید در سلامت فرد و آسیب‌پذیری وی گردیده و از سوی دیگر باعث رشد فردی و معنوی او گردد (۱). مسائل معنوی در زمان بروز بیماری باعث شده تا فرد به دنبال معنا و هدف در زندگی خود گشته و به دنبال آن نیازهای معنوی وی افزایش یابد (۲). سلامت معنوی هسته مرکزی سلامتی در انسان بوده و ایجاد و پیشرفت احساس سلامت معنوی، می‌تواند یکی از راه‌های مناسب سازگاری با بیماری باشد (۳). سلامت معنوی فرآیندی مبهم و پیچیده‌ای از تکامل انسان بوده که رابطه هماهنگ بین نیروهای درونی فرد را فراهم می‌کند. سلامت معنوی با ویژگی‌های ثابت در زندگی، صلح، ارتباط نزدیک با خدا، خود، جامعه و محیط که انسجام و تمامیت فرد را تعیین می‌کنند، مشخص می‌شود (۴).

در طول دهه‌ها سلامتی بر اساس ابعاد خاص سلامت جسمی، سلامت روانی و سلامت اجتماعی تحلیل شده بود (۵ و ۶). گنجاندن بعد سلامت معنوی در مفهوم سلامت، جنبه مهمی از زندگی فردی و گروهی را فراروی صاحب‌نظران درگیر در امر سلامت قرار داد. حدود ۲۵ سال پیش سازمان بهداشت جهانی با این بحث مواجه شد که آیا بعد معنوی باید در تعریف سلامت گنجانیده شود؟ ارتباط دوجانبه این دو مقوله تا آنجا بوده که سازمان بهداشت جهانی در تعریف ابعاد وجودی انسان به ابعاد جسمانی، روانی، اجتماعی و معنوی اشاره داشته و بعد معنوی را نیز در رشد و تکامل انسان دخیل دانسته است (۷). یک دهه پیش تمامی دولت‌های اروپایی، بیانیه کپنهاگ را در مورد رشد اجتماعی امضا کردند که آن‌ها را متعهد می‌کرد

به نیازهای معنوی مردم‌شان (افراد، خانواده‌ها و جوامع) پرداخته و سیاست‌هایشان را به سمت بینش سیاسی، اقتصادی، اخلاقی و معنوی برای رشد اجتماعی سوق دهند (۸).

امروزه برخی از سازمان‌هایی که ارزیابی مراکز مراقبت از سلامتی و اعتباربخشی آن‌ها را بر عهده دارند، پیشنهاد می‌کنند که 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 بوده و دربرگیرنده نیازهای مختلف وی است (۹). اکثر افراد اغلب گزارش می‌دهند که دارای زندگی معنوی هستند. مطالعاتی که بر جمعیت عمومی بیماران انجام شده، به طور پیوسته نشان داده است که بیش از ۹۰٪ افراد به یک وجود برتر اعتقاد دارند. برخی از مطالعات بیانگر آن است که ۹۴٪ بیماران به سلامت معنوی و جسمی خود به یک اندازه اهمیت می‌دهند (۱۰ و ۱۱). اکثر بیماران خواهان رسیدگی و برآورده شدن نیازهای معنوی و مذهبی خود هستند. مطالعه‌ای در مورد پزشکان خانواده نشان داد که ۹۶٪ پاسخ‌دهندگان معتقد بودند که سلامت معنوی یک عامل مهم در سلامت انسان است. علی‌رغم این یافته‌ها اغلب از نیازهای معنوی بیماران غفلت می‌شود (۱۲). برخی از مطالعات حاکی از آن است که بدون سلامت معنوی دیگر ابعاد زیستی، روانشناختی و اجتماعی نمی‌توانند عملکرد درست داشته یا به حداکثر ظرفیت خود برسند. بنابراین بالاترین سطح کیفیت زندگی قابل دستیابی نخواهد بود (۱۳). در حال حاضر اغلب مدل‌های سلامتی دربرگیرنده سلامت معنوی نیز می‌باشد. مفهوم سلامت معنوی با همه حیطه‌های سلامت در تمامی سنین ارتباط داشته و مورد علاقه پژوهشگران در تمام دنیاست (۴ و ۱۴). با این همه، همچنان

مشکلات و چالش‌هایی در مورد مفهوم سلامت معنوی، گستردگی آن، تأثیرات آن بر اعتقادات مذهبی، مذهبی‌بودن، تأثیرات آن بر سلامت جسم و جان و مسائل این‌گونه در متون داخلی و خارجی وجود دارد. بنابراین پژوهشگران برآن شدند تا مطالعه‌ای با رویه تحلیل مفهوم تکاملی و مرور روایتی با هدف تبیین مفهوم سلامت معنوی و ابعاد آن انجام دهند.

روش

مطالعه چندروشی حاضر حاصل مرور و تحلیل ۳۱۳۶ مطالعه منتشرشده در پایگاه اطلاعاتی جهاد دانشگاهی درباره موضوع مذهب، معنویت، سلامت معنوی، اعتقادات مذهبی و تأثیر آن بر سلامت جسم و روان می‌باشد. تمامی مطالعات منتشرشده تا اول آذر ۱۳۹۴ مورد بررسی قرار گرفت. پایگاه اطلاعاتی جهاد دانشگاهی تنها سایت علمی و پژوهشی ایران بوده که کلیه نشریات فارسی، نشریات انگلیسی، مجامع علمی و طرح‌های پژوهشی فارسی تأییدشده در آن ارائه می‌شود. در این پایگاه ۲۴۲۸۴۳ مقاله علمی و پژوهشی ارائه شده و امکان دسترسی آزاد به متن کامل ۱۶۱۱۹۵ مقاله وجود دارد. در این پایگاه به منظور جستجو سه حیطه متفاوت به قرار مقالات، نشریه و نویسنده وجود داشته که از همه آن‌ها به منظور دسترسی به مجموعه مقالات کامل‌تر با توجه به موضوع مورد مطالعه به طور جداگانه استفاده شد. لازم به ذکر است که در حیطه نویسنده مقاله‌ای یافت نشد و در حیطه نشریه تعداد محدودی مقاله یافت شد. بنابراین حیطه اصلی مورد بررسی پژوهشگران، حیطه مقالات بود. به منظور دستیابی به مقالات بیشتر و استخراج جامع‌تر متون مورد بررسی، از کلمات رابط همانند AND، OR و NOT در قسمت انگلیسی و در قسمت فارسی از کلمات رابط «و»،

«یا» و «نه» استفاده شد. راهبرد دیگر استفاده از کلمات ترکیبی بدون کلمات رابط بود که لیست آن‌ها در زیر به طور مفصل ارائه شده است. به منظور جستجو از جستجوی سه مرحله‌ای (۱۵) به قرار زیر استفاده شد.

مرحله اول: ابتدا با ۱۹ کلیدواژه قرآن (۱۰۰۵ مقاله)، آوای قرآن (۸ مقاله)، آموزه‌های قرآنی (۱۲ مقاله)، قرآن مجید (۲۳ مقاله)، قرآن کریم (۲۸۴ مقاله)، ذکر خدا (۱ مقاله)، یاد خدا (۱ مقاله)، کلام خدا (۳ مقاله)، سلامت معنوی (۷۶ مقاله)، معنویت (۷۵ مقاله)، دعا (۳۹ مقاله)، دعادرمانی (۸ مقاله)، جهت‌گیری مذهبی (۵۱ مقاله)، نگرش مذهبی (۳۷ مقاله)، سلامت روان (۴۵۰ مقاله)، سلامت جسمی (۲۳ مقاله)، موسیقی (۲۳۲ مقاله)، موسیقی‌درمانی (۱۸ مقاله) و ترکیبی از واژگان ذکرشده (۷۹۰ مقاله) در پایگاه جهاد دانشگاهی تا ابتدای آذر ۱۳۹۴ جستجو انجام شد. لازم به ذکر است که در خصوص واژه مذهب ترکیبات مختلف کلمات دیگر با توجه به متون مرور شده (باور مذهبی، مذهب درونی و بیرونی، اعتقادات مذهبی، مقابله مذهبی، فعالیت‌های مذهبی، ارزش‌های مذهبی و تفکرات مذهبی) استفاده شد. روند انتخاب معیارهای ورود و کلیدواژگان بر اساس پانل متخصصان متشکل از ۹ هیأت‌علمی دانشگاه علوم پزشکی و ۵ هیأت‌علمی دانشگاه علوم انسانی بود که در زمینه سلامت معنوی، معنویت، مراقبت معنوی و حیطه‌های مرتبط مشابه تجربه آموزشی، پژوهشی و بالینی داشتند. در این مرحله ۳۱۳۶ مقاله حاصل شد که از بین آن‌ها ۱۹۱۲ مطالعه به دلیل تشابه کنار گذاشته شدند. از بین ۱۲۲۴ مقاله باقی‌مانده، تنها ۱۸۷ مقاله با توجه به معیار ورود در این مرحله که «مرتبط‌بودن عنوان مقاله با سلامت معنوی» بود، انتخاب شد. معیار ورود در مرحله اول وجود کلمات مورد جستجو در عنوان بود. سپس خلاصه این مقالات از حیث مرتبط‌بودن با سؤال پژوهش حاضر مورد بررسی دقیق قرار گرفت.

در این مرحله سه پژوهشگر به طور مستقل به بررسی مقالات مورد جستجو به منظور ورود و خروج مقالات پرداختند. ضریب همبستگی کندال بین سه پژوهشگر که به طور مستقل به بررسی متون مورد جستجو پرداخته بودند عبارت از $r=0/9$ با $P<0/001$ بود.

مرحله دوم: روش کار در این مرحله بدین صورت بود که از ۱۸۷ عنوان حاصل از مرحله اول، تنها ۱۶ عنوان با توجه به پرداختن متن کامل مقاله به مباحث «تعریف سلامت معنوی، ابعاد و حیطه‌های آن» انتخاب شدند. حاصل این مرحله در مجموع ۱۶ مطالعه بود که بر اساس عنوان مقاله، نوع مطالعه، نتایج و نتیجه‌گیری مورد بررسی قرار گرفتند. معیار ورود و خروج مقالات در این مرحله عمیقاً مرتبط بودن متن اصلی مقاله مورد جستجو با سؤال اصلی پژوهش بود. در این مرحله سه پژوهشگر به طور مستقل به بررسی مقالات مورد جستجو به منظور ورود و خروج مقالات پرداختند. ضریب همبستگی کندال بین سه پژوهشگر که به طور مستقل به بررسی متون مورد جستجو پرداخته بودند عبارت از $r=0/85$ با $P<0/001$ بود (جدول ۱).

جدول ۱: مقالات بازبایی شده با توجه به سؤال اصلی پژوهش و معیارهای ورود و خروج

عنوان مقاله	نوع مطالعه	نتایج و نتیجه‌گیری
مبانی عرفان سلامت معنوی (۱۶)	توصیفی تحلیلی مقایسه‌ای	بحث انسان کامل حول محور مباحث عرفان اسلامی بوده و عرفا با پرورش روح و جسم در پی رسیدن به مقام انسان کامل هستند. بنابراین با ارائه این مبانی در کنار بحث‌های جدید سلامت معنوی به همراه پرورش روحی انسان به کمک مذاهب می‌توان در بازسازی مبانی عرفانی سلامت معنوی کمک شایانی نمود.
سلامت معنوی و دیدگاه‌ها (۱۷)	مروری	بیان می‌کند که دوران سازش و تعامل فعال دو حوزه دین و معنویت از یکسو و علوم انسانی و سلامت از دیگرسو فرا رسیده است و پیروان

همه ادیان الهی با وجود تحریف‌های بسیار عموماً می‌توانند به تعریف تقریباً یکسانی از سلامت، ابعاد معنوی سلامت و سلامت معنوی نزدیک شوند.		
مشکلات و ابهامات بسیاری در تعریف سلامت معنوی، مفاهیم و ابعاد آن، تبیین مرزهای سلامت معنوی و معنویت، ابزارهای سنجش سلامت معنوی با وجود پژوهش‌های بسیار همچنان وجود دارد. بنابراین به نظر می‌رسد انجام پژوهش‌های متقن علمی مبتنی بر «منبع زلال معنویت» از جمله اقداماتی است که ممکن است در پاسخگویی به مشکلات فوق کمک کند.	مروری	سلامت معنوی؛ مفاهیم و چالش‌ها (۷)
تفحص در قرآن مجید و سایر منابع اسلامی نشان داد که معنویت در الهیات اسلامی عبارت است از معرفت و ایمان به غیب و تبیین توحیدی از نظام هستی و مبتنی ساختن اعمال جوارحی و جوانحی بر همین پایه و بنیان. معنویت در الهیات اسلامی گوهر اصلی دینداری بوده و صرف تقید و عمل به احکام شریعت یا تقید به اعمال اخلاقی نیست. این معنویت زیربنای عبادات و اخلاقیات بوده و بر اساس معرفت اسلامی، معنویت پایه سلامتی جسم و روح است.	مروری	مقومات معنوی سلامت در الهیات اسلامی (۱۸)
پرداختن به جنبه‌های معنوی در پزشکی یک بخش معمول از برنامه درسی دانشکده‌های پزشکی نبوده در حالی که بیماران این مهم را انتظار دارند. شواهد نشان می‌دهد رفتار معنوی در جهت تأمین سلامت و سلامت معنوی باید یاد گرفته و آموزش داده شود. آموزش و درمان معنوی کار متخصصان معنوی بوده، اما درمان، مشاوره و آموزش رفتار سالم با رویکرد معنوی وظیفه متخصصان دانشگاهی است.	مروری	نهادینه‌سازی معنویت در مفهوم سلامت معنوی (۱۹)
ورود سلامت معنوی در برنامه‌های آموزشی بسیاری از کشورهای دنیا صورت گرفته و برنامه‌های آموزشی و درسی بر آن اساس و در بستری از مفاهیم معنوی ساخته و پرداخته می‌شود. لازم است در این راستا محتوا و محیط آموزشی مناسب نیز فراهم گردد. در کنار مهارت‌هایی که در زمینه مراقبت پرستاری و پزشکی برای دانشجویان لازم است، به دست‌آوردن مهارت در زمینه سلامت معنوی نیز لازم و ضروری است.	توصیفی و نظری	سلامت معنوی در برنامه آموزش علوم پزشکی (۲۰)

<p>پرستاران از مهم‌ترین حرفه‌ها در تیم سلامتی بوده و برای تأثیرگذاری همه‌جانبه و به سمت بهبود و کمال‌رفتن، می‌بایست موضوع سلامت معنوی در پرستاری تعریف و تبیین شده و مدلی از سلامت معنوی به عنوان پایه اقدامات پرستاری حاصل شود. بر اساس این مدل هسته اصلی سلامت بعد معنوی بوده و سایر ابعاد به عنوان لایه‌های محافظ از این هسته مرکزی حمایت می‌کنند. پرستاران با در نظرگرفتن این مدل می‌توانند بررسی‌ها، مداخلات و ارزشیابی‌های خود را به گونه‌ای طراحی کنند که حداکثر میزان سلامت مددجو در بعد معنوی حفظ و ارتقا یابد.</p>	<p>مروری</p>	<p>سلامت معنوی مدلی برای کاربرد در پرستاری (۲۱)</p>
<p>علت اصلی مشکل بودن تعریف سلامت معنوی در نوع جهان‌بینی، نگرش و پارادایم حاکمی بوده که معمولاً در پس هر نگاه و قضاوتی وجود دارد و همچنین عدم توافق در مفهوم واژگانی چون سلامت، معنویت، دین، روح، روان، بیماری و دیگر عناصر مرتبط. سلامت معنوی در اصطلاح پزشکی با رویکرد مادی‌گرا فرآیندی بوده که با بهره‌گیری از آن می‌توان به درمان بیماران جسمی کمک کرد، اما در اصطلاح غیر پزشکی یا پزشکی معنی‌گرا سلامت معنوی فرآیندی بوده که علاوه بر بهره‌گیری در درمان جسمی بیماران، می‌تواند در درمان روحی و روانی بیماران مفید باشد و از آن بالاتر می‌تواند شرایطی را در جامعه پدید آورد که سلامت اجتماعی را نیز افزایش داده و در نهایت به کمال و تعالی همه‌جانبه انسان و انسانیت کمک کند.</p>	<p>مروری</p>	<p>مفهوم‌شناسی سلامت معنوی و گستره آن در نگرش دینی (۲۲)</p>
<p>در رویکرد معاصر عده‌ای معنویت را در حد مجموعه‌ای از توانایی‌های به هم مرتبط و یا نوعی هوش تلقی کرده و عده‌ای معنویت را جریان و رویکردی می‌دانند که به رضایت باطنی منتهی می‌شود. در آموزه‌های وحیانی بدون در نظرگرفتن معنایی معقول نمی‌توان از معنویت سخنی گفت. سلامت معنوی در بردارنده مؤلفه‌های شناختی، احساسی، رفتاری و پیامدی است. شاخص‌های سلامت معنوی تنها سخنی از رفتارها و یا احساسات روانشناختی از قبیل رضایت باطنی و یا آرامش درونی نبوده، بلکه سلامت معنوی معطوف</p>	<p>تحلیل اسنادی و مفهومی</p>	<p>شاخص‌های سلامت معنوی از منظر آموزه‌های وحیانی (۲۳)</p>

<p>به همه زندگی انسان معنوی می‌گردد. ارائه چنین تصویری از معنویت مبتنی بر معرفت‌شناسی، انسان‌شناسی و جهان‌شناسی قرآنی است.</p>		
<p>به دلیل احاطه و اشراف بعد معنوی انسان بر بعد مادی، سلامت معنوی تأثیر به‌سزایی در سلامت جسمانی انسان دارد؛ سلامت معنوی که سلامت بعد معنوی و باطنی انسان است، نیازمند حرکت‌های معنوی در جهت کمال و نیز تعادل در ابعاد و روابط انسانی است؛ سلامت قلب و عقل و تعامل درست آن‌ها نقش اساسی در رسیدن انسان به سلامت بعد معنوی ایفا می‌کند؛ کم‌عقلی یکی از بیماری‌های بعد معنوی و باطنی انسان است.</p>	<p>توصیفی و تحلیل محتوا</p>	<p>جایگاه سلامت در دین اسلام و تبیین نقش قلب و عقل در سلامت معنوی (۲۴)</p>
<p>بیان اهمیت ارائه خدمات مراقبت معنوی و نحوه مکانیسم تأثیر آن بر سلامت معنوی بیمار، ارزشیابی نقاط ضعف و قوت پژوهش‌های انجام شده و تأکید بر لزوم و چگونگی ارائه مراقبت معنوی در ایران با توجه به پیش‌زمینه‌های اعتقادی و فرهنگی.</p>	<p>مروری</p>	<p>سلامت معنوی در مراقبت‌های نگهدارنده پایان حیات در نظام سلامت (۲۵)</p>
<p>سلامت معنوی به برخورداری از حس‌پذیری، احساسات مثبت، اخلاق و حس ارتباط متقابل مثبت با یک قدرت حاکم و برتر قدسی، دیگران و خود اطلاق شده که طی یک فرآیند پویا و هماهنگ شناختی، عاطفی، کنشی و پیامدی شخصی حاصل می‌آید. شناخت معنوی، عواطف معنوی، کنش معنوی و ثمرات معنوی مؤلفه‌های اصلی سلامت معنوی هستند. سلامت معنوی آدمیان را باید بر مبنای فرآیندی از کنش متقابل انسان در جهان هستی و یک قدرت برتر و حاکم قدسی تعریف کرد. در سنجش سلامت معنوی افراد دیدگاه محققین نسبت به سلامت معنوی نباید تحت بررسی واقع شود، بلکه در این سنجش باید شناخت‌ها، کنش‌ها، عواطف و ثمرات شخصی افراد مورد بررسی قرار گیرد.</p>	<p>رویکرد روش- شناختی</p>	<p>تعریف مفهومی و عملیاتی‌سازی سلامت معنوی: یک مطالعه روش‌شناختی (۲۶)</p>

<p>مسأله جایگاه، تعریف و دشواری‌های پایه‌ریزی مفهوم سلامت معنوی در جامعه ایرانی - اسلامی (۲۷)</p>	<p>مروری</p>	<p>درهم‌تنیدگی تاریخی معنویت و سلامت در آثار بسیاری از مفخر پزشکی ایران به ویژه مفخر مسلمانان مشهود است. در فرهنگ و فضای ایرانی - اسلامی مهم‌ترین عامل تأثیرگذار بر سلامت فرد رسیدن به سلامت معنوی که اندیشه و ادبیات آن بر اساس قرآن به وسیله ده‌ها عارف و ادیب شکل گرفته و تدوین یافته است و منبعی برای توصیف سلامت معنوی و ارائه راه‌های رسیدن به آن به شمار می‌رود. ارائه تعریفی جامع و کامل از سلامت معنوی و شاخص‌های آن و تبیین ارتباط آن با ارکان، نهادها و عناصر درونی جامعه بر اساس فرهنگ، باورها و ارزش‌های حاکم بر جامعه ایرانی - اسلامی با یک مسأله اساسی رو به رو بوده که نیاز به انجام تحقیقات بیشتری را می‌طلبد.</p>
<p>بررسی جایگاه علمی سلامت معنوی و نقش آن در پیشگیری از بیماری‌ها: یک مطالعه مقدماتی (۲۸)</p>	<p>توصیفی</p>	<p>مؤلفه‌های معنوی از تأثیرات پیشگیرانه غالباً مثبتی برخوردار بوده، اما هنوز باید کار زیادی صورت بگیرد تا مسائل مربوط به همبستگی سلامت معنوی و سلامت جسمی روشن شود. یافته‌ها نشان‌دهنده این بود که پیشگیری از بیماری‌ها را نمی‌توان از مراقبت معنوی جدا نمود. نوک این کوه یخ نمودار بوده، اما هرچه علم پیوندهای گوناگون معنویت، سلامت معنوی و علوم زیست پزشکی را بیشتر بررسی می‌کند، پیکر این کوه یخ بیش از پیش نمایان می‌شود.</p>
<p>طراحی و روان‌سنجی پرسشنامه جامع سنجش سلامت معنوی در جامعه ایرانی (۲۹)</p>	<p>روش شناختی مقطعی</p>	<p>در مجموع ۴۸ گویه از سوی متخصصین و جامعه مخاطب ضروری، مرتبط و قابل فهم تشخیص داده شد. مدل بهینه در قالب دو مؤلفه اصلی شناختی / عاطفی شامل بینش (ارتباط با خدا/ خود)، بینش (ارتباط با پیرامون)، گرایش (ارتباط با خدا/ خود)، گرایش (ارتباط با پیرامون) و مؤلفه رفتاری شامل رفتار (ارتباط با خدا/ خود) و رفتار (ارتباط با پیرامون) تبیین شد. برازش مدل استخراج‌شده توسط تحلیل عاملی تأییدی در سطح مطلوب تأیید شد. نتایج به دست‌آمده از مطالعه اولیه نشانگر روایی و پایایی مطلوب پرسشنامه جامع سنجش سلامت معنوی در یک جامعه شهری ایرانی بوده؛ مطالعات تکمیلی جهت سنجش سلامت معنوی در جمعیت‌ها و مناطق مختلف کشور توصیه می‌گردد.</p>

تبيين مفهوم معنويت: تحليل محتوای قراردادی (۴)	تحليل محتوای قراردادی	درون‌مایه «چندبعدی بودن مفهوم معنویت و ابعاد آن» با دو طبقه اصلی «متفاوت بودن مفهوم و معنی معنویت از دیدگاه افراد» و «ابعاد متنوع معنویت» از دستاوردهای مطالعه بود. با این وجود، معنویت و ابعاد آن مفاهیمی مبهم با حیطه‌های نامشخص بوده که ضرورت تحلیل و بررسی بیشتر آن به منظور تفکیک و جداساختن آن‌ها وجود دارد.
---	-----------------------	--

مرحله سوم: روش کار در مرحله سوم بدین صورت بود که با توجه به معیارهای ورود مرحله اول و دوم، کلیه مقالات چاپ شده در نشریات معتبر علمی، پژوهشی موجود و در دسترس در دانشگاه تربیت مدرس (۴ مقاله)، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله (عج) (۳ مقاله)، دانشگاه علوم پزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران (۱ مقاله)، دانشگاه علوم پزشکی شیراز (۱۲ مقاله)، دانشگاه علوم پزشکی تهران (۱۷ مقاله)، دانشگاه علوم پزشکی مشهد (۱۱ مقاله)، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان (۱۳ مقاله)، دانشگاه علوم پزشکی تبریز (۴ مقاله)، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی (۶ مقاله)، دانشگاه علوم پزشکی ایران (۳ مقاله)، دانشگاه علوم پزشکی توان بخشی (۲ مقاله) به صورت دستی جستجو شدند. همچنین دانشگاه علوم انسانی تربیت مدرس (۲ مقاله) و دانشگاه علامه طباطبایی (۴ مقاله) مورد بررسی قرار گرفتند. در این مرحله تمامی مطالعاتی که مرتبط و همخوان با معیارهای ورود به مطالعه بودند مشابه با عناوین جستجو شده موجود در سایت جهاد دانشگاهی ارزیابی شدند. بدین صورت مطالعه‌ای به نتایج مرحله دوم (۱۶ مطالعه) افزوده نشد. به منظور انتخاب دانشگاه‌ها پروتکل خاصی نداشتیم، ولی سعی بر بررسی دانشگاه‌هایی که امکان دستیابی به مقالات مورد نظر به چاپ رسیده در نشریات علمی، پژوهشی در زمان مراجعه بود، شد. مقالاتی که امکان دسترسی به متن کامل آن‌ها نبود و جزء مقالاتی با مفاهیم بنیادی ارزیابی شدند، متن کامل

آن‌ها به صورت دستی تهیه گردید (۱ مقاله). علت جستجوی دستی این بود که امکان دسترسی به برخی از مقالات که در مرحله اول با توجه به مرور عنوان آن‌ها، جزو مقالات ضروری برای بررسی خلاصه در نظر گرفته شده بودند و بعضی از مقالاتی که در مرحله دوم جزء مقالات ضروری برای بررسی متن کامل در نظر گرفته شده بودند، فراهم نبود.

به منظور ارائه مدل مفهومی سلامت معنوی از روش تحلیل مفهوم تکاملی راجرز (۳۰) استفاده گردید. روش تحلیل مفهوم تکاملی راجرز، روشی استقرایی غیر تدریجی (متوالی) و توصیفی بوده که شامل بررسی اجتماعی و فرهنگی بافت مفهوم مورد نظر در بازه زمانی است. همانند سایر روش‌های تحلیل استقرایی، بررسی مداوم و فرآیند تکرار بررسی یافته‌ها به طور هم‌زمان با اضافه شدن متون تا رسیدن به نتیجه نهایی انجام شد. این روش شامل سه جزء شناسایی دیدگاه‌های تعریف مفهوم، مقدمات و نتایج و مفاهیم وابسته به آن می‌باشد. بر اساس روش تکاملی راجرز، تعریف دیدگاه‌ها و خصوصیات حیاتی اجتناب‌ناپذیر بوده که همیشه زمانی که یک مفهوم اتفاق می‌افتد، وجود دارند؛ به همین دلیل فرد را قادر به تعریف مفهوم می‌نمایند. پیشایندها، موارد پیش رو و یا رویدادهایی بوده که همیشه برای رخداد مفهوم باید اتفاق افتاده باشند. نتایج، پیامدهای حاصل از رخداد مفهوم می‌باشند (۳۱). این روش دارای شش مرحله زیر است: شناسایی مفهوم مورد علاقه و کلمات و عبارات مربوط به آن؛ شناسایی و انتخاب حیطه جستجوی مورد نظر مفهوم برای جمع‌آوری اطلاعات؛ جمع‌آوری اطلاعات مربوطه به منظور شناسایی مشخصه‌ها و عوامل زمینه‌ای مفهوم؛ تحلیل داده‌ها در راستای مشخصات مفهوم؛ شناسایی مثال‌های مفهوم و در نهایت شناسایی کاربردها، فرضیه‌ها و کاربردهایی برای تحقیقات بیشتر در مورد مفهوم مورد بررسی (۳۰).

ملاحظات اخلاقی

مطالعه حاضر حاصل طرح تحقیقاتی مورد تأیید شورای پژوهشی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و کمیته اخلاق به شماره ۴۲۱، مورخ ۱۳۹۴/۱۰/۷ می‌باشد. قواعد اخلاقی از جمله صداقت و امانت‌داری در تحلیل و گزارش متون جستجو شده رعایت گردید.

یافته‌ها

با توجه به سه مرحله غربال نمودن مقالات، ۱۶ مقاله مورد بررسی قرار گرفتند که در نهایت سه دسته کلی «سلامت معنوی و ابعاد آن»، «ارتباط سلامت معنوی با سایر ابعاد سلامت» و «مدل مفهومی سلامت معنوی» شناسایی شدند.

۱- سلامت معنوی و ابعاد آن

علی‌رغم پژوهش‌های بسیاری که در مورد سلامت معنوی در طول دو دهه گذشته انجام شده است، کمبود ارائه یک تعریف عملیاتی و تئوریک از سلامت معنوی و ابعاد آن کماکان به چشم می‌خورد (۴). برای سلامت معنوی تعریف واحدی وجود نداشته و عملاً دشوار بوده است که مؤلفه‌ها و شاخص‌های آن مشخص، تبیین، تعریف و اندازه‌گیری شود. معنا و مفهوم کامل سلامت معنوی منحصر به اثر دعاها و حالات معنوی در بهبودی بیماری‌ها و جانشین شدن آن برای درمان‌های رایج طبی و یا طب مکمل نیست. بعد معنوی بر روی آگاهی، باروها، نگرش‌ها، ارزش‌ها و رفتارها تأثیر عمیق داشته و بر روی بیوشیمی و فیزیولوژی بدن تأثیر می‌گذارد. این تأثیر بر روی فکر و بدن به نام سلامت معنوی نامیده می‌شود (۳۲). عدم افتراق سلامت معنوی از معنویت در بسیاری از منابع خود یکی از مباحث قابل توجه است، اگرچه می‌توان به طور منطقی فرض نمود

که هم‌پوشانی‌هایی بین تعریف سلامت معنوی و معنویت وجود دارد، مترادف شمردن آن‌ها با یکدیگر یا به کارگیری آن‌ها در متون مختلف حداقل بدون افتراق قائل‌شدن بین آن‌ها پدیده‌ای شایع و مورد چالش می‌باشد (۸). در زبان‌های اروپایی در بستر مفهومی مسیحی Spirituality به عنوان معنویت نامیده شده و تعریف آن شامل طیف وسیعی، مانند عالی‌ترین رابطه انسانی، جستجوی یک معنای وجودی، بعد متعالی انسان، نظرات و رفتارهای شخصی که حس تعلق به یک بعد متعالی یا چیزی فراتر از خود را بیان می‌کند. در نگاه مکاتب الهی معنویت را خدانشناسی، خداجویی و خدامحوری با شناخت هدف خلقت و زندگی، تلاش در جهت تکامل معنوی و خودسازی و اندوختن توشه برای حیات ابدی می‌دانند (۳۳). در حال حاضر اصطلاح معنویت از زمینه تاریخی خود جدا شده است و به نظر می‌رسد نتیجه آن پدیدارشدن شکلی از معنویت بوده که به صورت فردی تعیین شده و منجر به کم‌رنگ‌شدن اصطلاح معنویت شده و ممکن است هویت معنوی از دست برود. در این حالت اشکال متعددی از معنویت که فرد تعیین می‌کند، ظاهر می‌شود. تعاریف ارائه‌شده برای سلامت معنوی مبتنی بر شناخت تعریف‌کننده از هستی‌شناختی، انسان‌شناختی، معرف‌شناختی و باورهای اعتقادی او به ذات لایزال الهی، روح و وحی است. محققینی که به خالق انسان و امر غیر حسی و معرفت‌شناختی توجه نکردند، سلامت معنوی را چنین تعریف نمودند: «حالت اطمینان، امنیت، آرامش و سکون قلبی و روحی که از اعتقاد و اعتماد به منبع و قدرتی برتر و متفاوت از عوامل مادی و پیرامونی ناشی شده و باعث افزایش امید، رضایتمندی و نشاط درونی می‌گردد. در نهایت به سلامت و تعالی همه‌جانبه انسان و انسانیت کمک می‌کند» (۳۲). 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 پس چیزی باشد که برای شخص وی احساس راحتی، امید، معنا و آرامش درونی به ارمغان آورد و مطالب فوق نتیجه طبیعی این دیدگاه است. برخی این آرامش را از طریق موسیقی، هنر یا ارتباط با دیگران تأمین نموده و دیگران آن را در ارزش‌ها و اصول خود می‌یابند. با توجه به مبانی اعتقادی اسلامی چنین تعریفی کامل نبوده، زیرا مؤلفه‌هایی همچون آرامش، امید، شادی و رضایتمندی که کمابیش در حیوانات وجود دارد و ممکن است در کوتاه‌مدت و به طور ناقص به شیوه‌هایی حاصل شوند که در نهایت با کمال حقیقی انسان تضاد داشته باشند. بنابراین نمی‌توانند به طور مطلق به مثابه شاخص‌های اصلی سلامت معنوی قرار گیرند (۳۲ و ۳۳). بر طبق نظریه دیگری بیان شده است که معنویت و سلامت معنوی می‌توانند به طرق مخالف 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 کند، ارتباط با ارواح جدا شده از جسم، ارتباط غیر شخصی با برخی نیروهای برتر یا قدرتی که جهان را هدایت می‌کند و از او مراقبت می‌کند (۷). 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: احساس دوست‌داشتن و دوست‌داشته‌شدن، کمک‌کردن به دیگران، لذت را تجربه‌کردن، هدف اساسی در زندگی داشتن، تجربه کمال و آرامش در زندگی (۴). برخی معتقداند ابعاد معنویت شامل تلاش برای معنا و هدف، تفوق و برتری، اتصال و ارزش‌ها می‌باشد. این در حالی است که معنا و

هدف در زندگی، خود آگاهی، اتصال به خود، دیگران و یک واقعیت برتر از اجزای سلامت معنوی نیز شمرده شده‌اند (۴ و ۱۱). تعریف جامع‌تر سلامت معنوی این است که سلامت معنوی وضعیتی بوده دارای مراتب گوناگون که در آن متناسب با ظرفیت‌ها و قابلیت‌های فرد بینش، گرایش و توانایی لازم برای تعالی روح که همان تقرب به خدای متعال است، فراهم می‌باشد، به گونه‌ای که همه امکانات درونی به طور هماهنگ و متعادل می‌توانند در جهت هدف کلی مزبور به کار گرفته شوند و همراه با امکان انتخاب رفتارهای اختیاری درونی و بیرونی متناسب با آن‌ها نسبت به خدا، فرد، جامعه و طبیعت ظهور یابند (۳۳). بعضی 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 هم اتصال درونی ما است که عبارت است از توانایی ما برای یکپارچه کردن ابعاد مختلف وجودمان و توانایی ما برای انتخاب‌های مختلف (۱۱). تعریف حداکثری سلامت معنوی که منطبق بر مبانی سلامت معنوی و اعتقادات اسلامی است عبارت است از «سلامتی معنوی وضعیتی است هدفمند و معنادار از حیات انسانی که حاصل ایمان و اعتقاد و ارتباط فرد به قدرت و کمال لایتناهی الهی و زندگی ابدی پس از مرگ است. سلامت معنوی منجر به ایجاد نشاط، امید، رضایتمندی، اطمینان قلبی، آرامش و داشتن قلب سلیم در فرد و رستگاری در دنیا و آخرت شده و ارتباط پویای مثبتی بر مکارم اخلاق، عشق و محبت با خود، دیگران و جهان پیرامون ایجاد می‌کند (۳۲). با توجه به متون مرور شده می‌توان سلامت معنوی را این‌گونه بیان نمود که سلامت معنوی عبارت است از: «وضعیت منسجم، هدفمند، معنادار و منحصر به فرد خانواده و اجتماع بوده که ادغام‌کننده ابعاد فردی، خانوادگی و اجتماعی در راستای ایمان، اعتقاد و ارتباط فرد به قدرت و کمال الهی و زندگی

ابدی پس از مرگ است. داشتن هدف و معنی در زندگی، خودآگاهی، دگرآگاهی، ارزشمندی، صداقت و اعتمادداشتن، ارضاکنده بودن، امید به آینده داشتن، خلاق و چندبعدی (روحی، باطنی، جسمی، معنوی، اجتماعی، عرفانی، ارتباطی، عاطفی، فرهنگی، شناختی و سیاسی) بودن است و ترکیبی از دین مبین اسلام، فلسفه و مکارم اخلاقی اسلامی و اعمال انسان است. ابعاد سلامت معنوی شامل چهار بعد ارتباط فرافردی، ارتباط درون فردی، ارتباط میان فردی و ارتباط برون فردی می‌باشند.»

۲- ارتباط سلامت معنوی با دیگر ابعاد سلامت

پژوهش‌های بسیاری جهت بررسی ارتباط سلامت معنوی با دیگر ابعاد سلامت انجام شده‌اند، اما موضوعی که رابطه تنگاتنگ و بسیار نزدیکی با معنویت دارد، مذهب بوده که در اینجا بیان می‌شود. از دیدگاه روانشناختی شاید جالب‌ترین خصوصیت مذهب، سلامت معنوی و معنویت، جهان شمولی آن‌ها است. جوامعی که در آن‌ها مذهب، سلامت معنوی و معنویت نقش عمده‌ای ایفا نمی‌کنند، بسیار محدود بوده و اکثریت افراد در دوره‌ای از زندگی خود هیجان مذهبی معنوی را تجربه کرده‌اند. از این جهان‌شمولی می‌توان چنین نتیجه گرفت که مذهب، سلامت معنوی و معنویت کارکردی انطباقی داشته که برای ارضای یک یا چند نیاز همگانی انسان‌ها به آن متوسل شده‌اند (۷ و ۱۱). متغیرهای مذهبی و معنوی مورد استفاده در مطالعات انجام‌شده در طول عمر بیشتر افراد مذهبی شامل عضویت در یک گروه مذهبی، حضور در سرویس‌های مذهبی و زندگی در داخل یک جامعه مذهبی بوده است (۴). ارتقای 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 پیشگیری کرده و با بیماری یا مرگ انطباق یابد. از سوی دیگر تعدادی از مطالعات جمعیت‌شناختی 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، مذهبی‌بودن 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 به موقع مراقبت پزشکی، اجتناب از اقدامات بهداشتی پیشگیرانه مؤثر و سوء رفتار مذهبی بر سلامت فرد تأثیر منفی گذارد. ممکن است افراد برخی گروه‌های مذهبی به صورت غیر واقع‌بینانه انتظارات بالایی از خود داشته باشند که منجر به انزوا، استرس و اضطراب شود و یا ممکن است خود را با آنان که اعتقادات آن‌ها را ندارند، بیگانه احساس کنند. سرانجام به خوبی دانسته شده است که سیستم‌های اعتقادی غیر سالم می‌توانند به صورت منفی بر سلامت اثر گذارند (۳۴). در تفسیر برخی نتایج متناقض مطالعات انجام‌شده باید این مسأله را در نظر داشت که پژوهش‌های به عمل آمده در واقع در مورد مفاهیم مختلف، در جمعیت‌های مختلف و از نظر باورها و عملکردها با استفاده از ابزارهای مختلف انجام شده است. به عبارتی زمانی قادر به سنجش ارتباط سلامت معنوی با سایر ابعاد سلامت خواهیم بود که ابزاری استاندارد برای بررسی آن در جوامع مختلف داشته باشیم؛ معانی متفاوت این کلمات را در جوامع مختلف با توجه به شرایط زمانی، مکانی، سیاسی، اجتماعی، اقتصادی و... در نظر داشته باشیم؛ باورها و عملکردهای مختلف مردم را از معانی این کلمات به درستی درک کرده باشیم؛ مفاهیمی را مورد بررسی قرار دهیم که اتفاق نظر و قبول همگانی در خصوص آن وجود داشته باشد و در نهایت به تعاریف دقیقی از سایر ابعاد معنوی و قلمروی کاربرد آن‌ها با در نظر گرفتن چهار بعد سلامت جسمانی، روانی، اجتماعی و حیطه علوم انسانی رسیده باشیم (۷). در زیر به بیان این چهار بعد پرداخته شده است:

۱-۲- ارتباط سلامت معنوی با سلامت جسمانی

بعد معنوی سلامت در مباحث و برنامه‌های ارتقای سلامت جسمی در همه جهان مغفول مانده است (۳۳). در همین راستا اهمیت معنویت در حیات جسمی انسان در چند دهه گذشته به گونه‌ای روزافزون توجه متخصصان بهداشت و سلامت را به خود جلب کرده است. بسیاری از مطالعات درباره معنویت، سلامت معنوی را به عنوان عامل فراموش‌شده در ملاحظات مربوط به سلامت جسمی می‌داند (۲۸). اثر معنویت بر سلامت جسمی به دلیل زیرساخت‌های فردی و اجتماعی که ایجاد می‌کند از شروع بیماری و عوامل موجود آن تا مرگ تأثیرگذار بوده و با مکانیسم‌های گوناگون موجب پیشگیری (سطوح اول تا سوم) از بیماری‌ها می‌شود (۲۸). دلایل این افزایش قابل توجه را می‌توان به گسترش دین‌داری و معنویت به منزله یک زمینه مکمل و متفاوت پزشکی نسبت داد.

۲-۲- ارتباط سلامت معنوی با سلامت روانی

ارائه یک تعریف جامع از سلامت روان بسیار دشوار و موجب اختلاف صاحب نظران گوناگون بوده است. سازمان جهانی بهداشت سلامت روان را عبارت از قابلیت ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، تغییر و اصلاح محیط فردی و اجتماعی و حل مشکلات و تمایلات شخصی به طور عادلانه و مناسب می‌داند (۳۲). مشکلات روانی نتیجه مؤلفه‌های متفاوتی بوده و کمتر می‌توان برای هر گونه رفتار و از آن جمله مشکلات روانی علت واحدی پیدا نمود. در این زمینه مسائل سایکونوروفیزیولوژیک مطرح هستند که بیان می‌کنند احساس رضایت ناشی از دیدگاه معنوی از طریق نوروپپتیدهای پیام‌رسان روی سیستم‌ها و ارگان‌های بدن، مانند قلب و عروق، مغز و اعصاب، ایمنی و... تأثیرات متفاوت تقویت و کاهنده دارند (۳۲).

۳-۲- ارتباط سلامت معنوی با سلامت اجتماعی

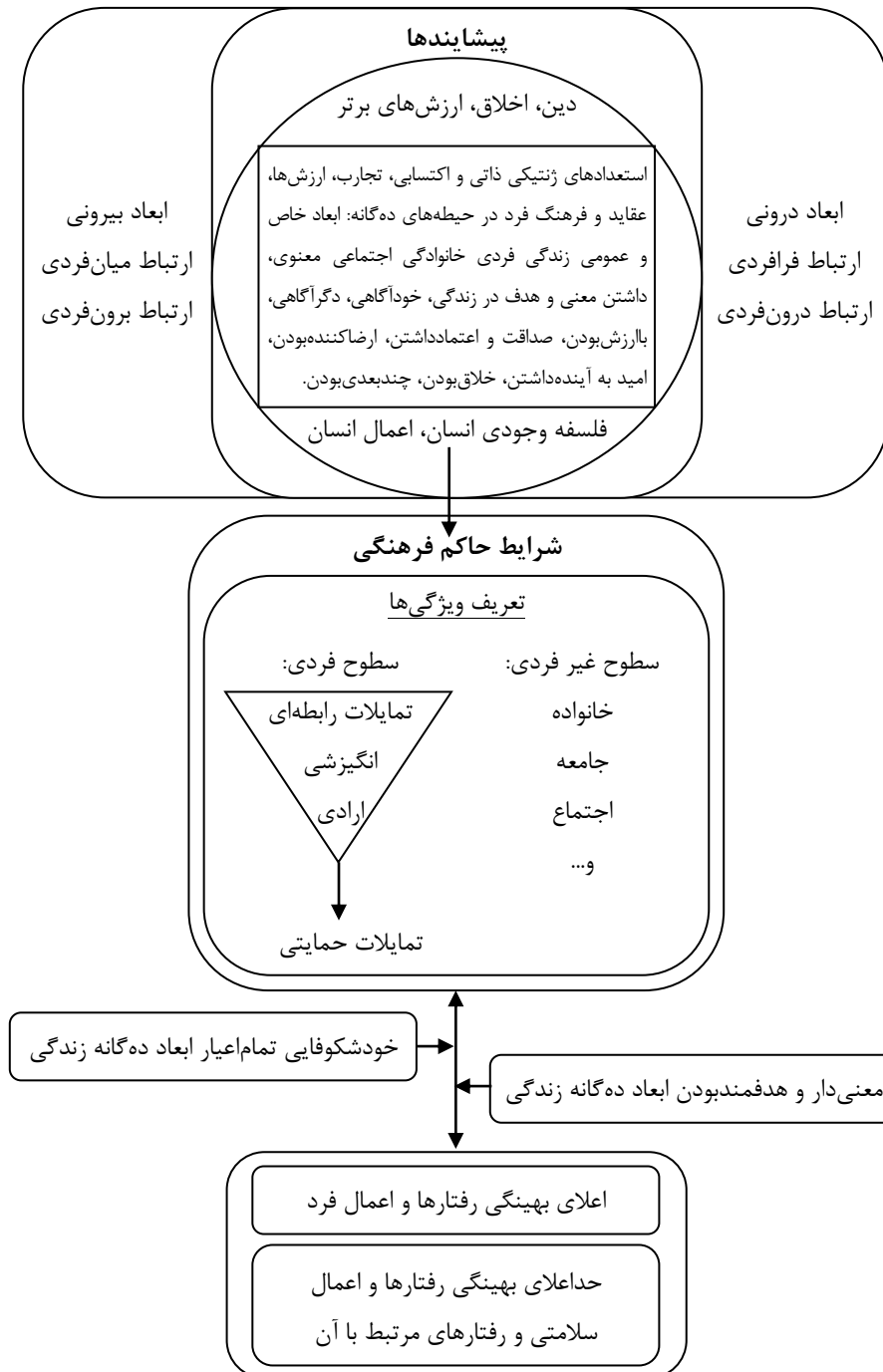
انجام مناسک دینی و معنوی توصیه شده در دین موجب افزایش حمایت اجتماعی شده که مؤلفه اخیر یکی از تعیین کننده های اجتماعی سلامت شناخته شده است. دین تعاملات اجتماعی را افزایش داده و حمایت اجتماعی را به عنوان یک منبع ارتقای سلامت فراهم می آورد (۳۲). نقش حمایت اجتماعی در کاهش واکنش پذیری قلبی و عروقی، تسهیل بهبودی پس از حمله قلبی و کاهش سایر عوامل خطر و از جمله کاهش استرس تأثیر مثبت دارد. حمایت اجتماعی با افزایش میزان بقا از انواع مختلف سرطان ها رابطه مثبت و معنی داری دارد (۳۵، ۳۶ و ۳۷).

۴-۲- ارتباط سلامت معنوی با علوم انسانی

رشد معنوی یکی از مفاهیم علوم انسانی مرتبط با سلامت معنوی است. رشد معنوی فرآیند بیداری و هوشیاری درونی بوده که نه فقط برای کسانی که به دنبال روشنگری معنوی هستند، بلکه برای همه افراد اهمیت زیادی دارد. رشد معنوی روشی برای رشد قوی تر، شادتر و مسؤولیت پذیرتر شدن بوده که سبب می شود نیازهای جسمی، احساسی و ذهنی را در کنار احتیاجات روحی و معنوی برآورده کند (۱۸، ۱۹ و ۲۸).

۳- مدل مفهومی سلامت معنوی

با توجه به جستجوی کامل متون و ترکیب تعاریف، مفاهیم، ابعاد و مدل های مختلف، مدل مفهومی سلامت معنوی با استفاده از روش تکاملی راجرز توسعه یافت که نتایج آن در شکل یک ارائه شده است. این مدل به نظر می تواند شکافت عدم وجود تعریف واضح در مورد معنویت و سلامت معنوی را پر کند. شاهد این ادعا این است که در مدل پیشنهادی به بیشتر ابعاد درونی و بیرونی وجودی انسان به طور عملیاتی و در سطح مراقبتی درمانی بیمار در واحدهای درمانی اشاره شده است؛ موضوعی که کم تر و به طور پراکنده در مدل های مفهومی موجود به آن اشاره شده است.



تبیین مفهوم سلامت معنوی در جامعه ایرانی: تحلیل مفهوم تکاملی و مرور روایتی

شکل ۱: مدل مفهومی سلامت معنوی

بحث

اگرچه در این تحقیق به تعریفی از سلامت معنوی و ابعاد آن رسیدیم، محققین این پژوهش معتقدند که زمانی می‌توان بین این مفهوم و حیطه‌های مختلف آن به طور نسبی افتراق قائل شد که شرایط جوی و ملی و خصوصاً دین و اعتقادات رسمی محل مورد مطالعه افراد لحاظ شود، زیرا در بسیاری از نقاط دنیا این واژگان با معانی کاملاً متفاوت، به طور یکسان به کار برده می‌شوند. رسیدن به این هدف به نظر صرفاً با استفاده از روش‌های کیفی و در درجه بعد روش‌های ترکیبی امکان‌پذیر است، زیرا می‌توان گفت، مطالعات کیفی و ترکیبی که متمرکز بر زمینه وقوع رفتارها و پدیده‌ها بوده و آن‌ها را در زمینه وقوع‌شان مورد بررسی قرار می‌دهند، بهترین نوع تحقیقات در این مقوله تخصصی است (۳۸). به هر حال، در این مرور سیستماتیک به تعریفی از سلامت معنوی دست یافته و ابعادی برای آن قائل شدیم. تعریف سلامت معنوی ارائه‌شده شامل ۱۰ جزء بوده که تبیین‌کننده مفهوم سلامت معنوی است. نکته جالب توجه این است که در هر مطالعه با توجه به تأکید خاص آن مطالعه و شرایط بیان‌شده به اجزای مختلفی اشاره شده است که به دو نمونه از کامل‌ترین آن‌ها بیان می‌شود. تایو و همکاران اجزای معنویت را به طور کامل در ابزاری ۴۰ سؤالی با ۵ حیطه مختلف، با طیف لیکرت ۶ قسمتی بیان کردند (۶) که این حیطه‌ها عبارتند از:

حیطه اول: مشخصه‌های مراقبت معنوی که نمایانگر توافق شرکت‌کنندگان

مبنی بر اهمیت فوق‌العاده رابطه قابل اعتماد بین پرستار و بیمار است.

حیطه دوم: دیدگاه‌های مختلف نسبت به معنویت که مشخص‌کننده دید

شرکت‌کنندگان به معنویت به عنوان یک بعد بسیار مهم انسانیت است.

حیطه سوم: تعریف مراقبت معنوی که توصیف‌کننده مراقبت معنوی به عنوان یک فرآیند و نه رویداد و فعالیت یک‌بار انجام‌شده می‌باشد.

حیطه چهارم: دیدگاه‌های مختلف نسبت به مراقبت معنوی که بیانگر اعتقاد شرکت‌کننده به اهمیت آن به دلیل امیددادن به بیماران می‌باشد.

حیطه پنجم: ارزش‌های مراقبت معنوی که اعتقاد دانشجویان را به اهمیت آن به عنوان بخشی از مراقبت‌های پرستاری جامع‌نگر شناسایی نمود.

ونگ و همکاران در مطالعه فنومنولوژی توصیفی از زبان شرکت‌کنندگان در مطالعه در مورد اجزای سلامت معنوی این‌گونه می‌نویسند: «معنویت یعنی دینداری و اعتقادداشتن» که همخوان با جزء صداقت و اعتقادداشتن است. «معنویت، یعنی مرتبط‌بودن که می‌تواند درونی و بیرونی بوده و درک چنین ارتباطاتی با یک مافوق بشری» که تداعی اجزای خودآگاهی و دگرآگاهی است. «معنویت نیرویی است که افراد را قادر می‌کند تا رازها و معنای زندگی کنونی و آینده را لمس و درک کنند» که تداعی اجزای داشتن معنی و هدف در زندگی و امید به آینده داشتن است. همان‌طور که مشاهده می‌شود، در این مطالعه به بعضی از ابعاد معنویت پرداخته شده و در پایان بیان می‌دارد که به کاربردن مراقبت معنوی فواید و مضراتی دارد (۳۹)، اگرچه در مطالعه ونگ و همکاران از ارتقای سلامت و خوب‌بودن جسمی، روحی، روانی، اجتماعی و خانوادگی و روابط افزایش‌یافته ناشی از این فرآیندها به عنوان مزیت معنویت و معنوی‌بودن در امر مراقبت از بیمار یاد شده است؛ این اجزا با توجه به متون مرور شده که در جدول ۱ ارائه شد، تداعی‌کننده اجزای باارزش‌بودن، خلاق‌بودن، چندبعدی‌بودن، ارضاکنده‌بودن و ابعاد خاص و عمومی زندگی فردی، خانوادگی، اجتماعی و معنوی است. با این وجود ونگ و همکاران از زبان شرکت‌کنندگان دیگر خود از «کمبود دانش و مهارت

افراد در فراهم نمودن مراقبت معنوی که سبب افزایش بار کاری آن‌ها می‌شود»، به عنوان مانع انجام مراقبت‌های معنوی یاد نمودند (۳۹). همچنین ونگ و همکاران از سایر موانع اجرای مراقبت معنوی که در سایر رده‌ها قرار گرفته‌اند، این‌گونه یاد می‌نمایند: کمبود حمایت سازمانی، عدم تأکید و ممارست در اجرای مراقبت معنوی، منابع ناکافی و در بسیاری از موارد وجود موانع فرهنگی، اگرچه این موارد به عنوان موانع اجرای مراقبت معنوی برای بیماران بیان شد، تمامی این موارد در دسته ابعاد سلامت معنوی جای می‌گیرند (۱۱ و ۳۴).

مرور گسترده متون مطالعه شده نشانگر این بود که سلامت معنوی دربردارنده ابعاد مختلف درونی (ارتباط فرافردی و ارتباط درون فردی) و بیرونی (ارتباط میان فردی و ارتباط برون فردی) بوده که توسط واسطه‌هایی قابل تبدیل به هم هستند. فلسفه ارتباط برون فردی و ارتباط میان فردی برای ارضای نیازهای کمبود (نیازهای فیزیولوژیک و اجتماعی) و فلسفه ارتباط درون فردی و فرافردی برای ارضای فرایندها (نیازهای خودیابی و حقیقت‌یابی) است.

۱- ارتباط فرافردی

نوع ارتباط یک فرد با خدا (نیروی برتر) بوده که در چهار گونه همه‌خدایی، همه در خدایی، کارگزاری خدا و تعاملی با خدا متصور است. این چهار گونه ارتباطی نشان‌گرهای ارتباط فرافردی هستند که هر یک تبیین‌کننده نوع ارتباط فرد با نیروی برتر (خدا) است. گونه‌های چهارگانه ارتباطی فوق در طول تاریخ بشر با شدت و حدت وجود داشته و همواره نیز وجود خواهند داشت (۱۱ و ۳۴).

۲- ارتباط درون فردی

نوع ارتباط انسان با خویشتن خویش است. نشان‌گرهای این نوع ارتباط عبارتند از: خودبودن، خود را بودن، خود را کاویدن، عزت نفس، خود را دگرگون کردن و خود را شناختن (۱۱ و ۳۴).

۳- ارتباط میان فردی

فرآیند تفهیم، تفاهم و تسهیم معنا بین یک فرد با دیگر انسان‌هاست. ارتباطات در هر مجموعه‌ای ممکن است در چهار گونه زیر جریان داشته باشد: ارتباط فرد با همکارانش، ارتباط فرد با گروه‌های کاری، ارتباط با سازمان و در نهایت ارتباط با سازمان‌های غیر رسمی. اثربخشی این نوع ارتباطات به هدفمندی و لذت‌بخشی در فرآیند ارتباطی وابسته است (۱۱ و ۳۴).

۴- ارتباط برون فردی

ارتباط فرد با محیط طبیعی و سازمانی به منظور تأمین نیازهای فیزیولوژیک که در اشکال زیر قابل تصور است. ارتباط فرد با محیط با پارادایم استیلای محیط بر فرد، ارتباط فرد با محیط با پارادایم استیلای فرد بر محیط و ارتباط فرد با محیط با پارادایم هم‌زیستی مسالمت‌آمیز با محیط. اگر معنویت جستجوی انسان برای جهت و معنا، کل‌بودن و تعالی است، پس پیوند و اتصال فرد با محیط کاری و طبیعی ضروری به نظر می‌رسد، زیرا معنویت به مثابه نیروی اصلی کل‌نگرانه و پویا در زندگی کاری است. بنابراین هم‌زیستی و هم‌آغوشی فرد با محیط، پارادایم معنوی ارتباط انسان با محیط است (۱۱ و ۳۴).

با بررسی دقیق تعریف و مفهوم سلامت معنوی و ابعاد درونی و بیرونی آن، می‌توان ارتباط سلامت معنوی را با سایر ابعاد وجوی انسان شفاف‌تر درک نمود (۷)، زیرا با توجه به متون، می‌توان گفت سلامت معنوی ریشه و اساس تمامی

ابعاد وجودی انسان بوده و تا زمانی که این بعد اساسی به طور نسبی شکل نگیرد، فرد قادر به برقراری تعادل میان سایر ابعاد وجودی خود نیست.

تعریف دیدگاه‌ها به عنوان قسمت میانی مدل پیشنهادی معرفی شده که دارای دو سطح فردی و غیر فردی است. در سطح فردی چهار نوع تمایل ارادی، حمایتی، انگیزشی و رابطه‌ای وجود دارد. تمامی این تمایلات در تمامی افراد وجود دارد. چیزی که افراد را از این نظر متفاوت می‌سازد، میزان بلوغ هر یک از این موارد در افراد متفاوت است. از طرفی هر یک از این موارد می‌توانند زمینه ساز رشد و ارتقا و یا تنزل و نزول دیگری شوند. به عبارتی تمایلات ذکر شده کارکردی دوگانه دارند.

تمایلات رابطه‌ای جهت‌گیری اجتماعی، فرهنگی یا معنوی فرد، حس حمایتی و همدلی و یا روابط مثبت است (۴۰). این نوع تمایلات از طریق تجارب زندگی توسعه پیدا نموده و اعتقادات و باورهای فرد به آن شکل می‌دهند. توکل و اعتماد هسته اصلی این نوع رابطه بوده، راسخ‌بودن به اعتقاد به دیگران نقش اصلی را در این زمینه بازی می‌کند. برای مثال بعضی از بیماران اعتماد بسیار زیادی به اعضای خانواده، فراهم‌کنندگان مراقبت‌های سلامت و... دارند که باید این حلقه ارتباطی توسط آن‌ها به خوبی درک شود. اهمیت این نوع تمایلات به قدری است که اگر بتوانیم به خوبی و در راستای مثبت آن‌ها را درک و تحریک نماییم، علاوه بر استفاده از تأثیر غیر درمانی آن، به عنوان یک نوع دارو از آن می‌توان استفاده نمود، زیرا فرد عمیقاً اعتقاد به وجود و اعمال طرف مورد نظر پیدا نموده و با اعتقاد به رفتارها و اعمال توصیه‌شده از جانب وی آن‌ها را انجام می‌دهد.

نوع دیگری از تمایلات، تمایلات انگیزشی بوده که در واقع تلاش و اعتقاد فرد برای آینده خود و تمام کسانی است که وی با آن‌ها احساس غرابت و نزدیکی

دارد. در واقع این نوع تمایل به فعالیت‌ها و اعمال بیمار برای داشتن زندگی شادتر و سالم‌تر اشاره دارد. برای مثال تلاش فرد به ورزش نمودن برای ارتقای سطح سلامتی و جلوگیری از عوارض زندگی نشسته (۴۱ و ۴۲). این همان تمایلی است که فراهم‌کنندگان سلامتی باید بیشترین تلاش‌های درمانی مراقبتی و مشاوره‌ای خود را بر آن متمرکز نمایند، زیرا تمایلات انگیزشی توسط افراد مهم و افراد تیم درمانی سلامتی می‌توانند بهبود و یا حتی دوباره شکل بگیرند. تمایلات ارادی نوع دیگری از تمایلات بوده که به عنوان اختیار فرد در کنترل شرایط و غلبه بر آن‌ها در نظر گرفته شده است. قسمت اصلی این تمایل خودتصمیم‌گیری و خودمدیریتی فرد در تصمیم‌گیری‌ها به صورت آگاهانه و با تدبیر می‌باشد. به عبارتی توانایی فرد در استفاده از تمامی امکانات و ظرفیت‌های وجودی خود می‌باشد. نکته مهم این است که این تمایل باید توسط تیم درمانی درک و فهمیده شود تا میزان مشارکت و درگیری بیماران را در امر درمانی افزایش دهد (۴۳). به عبارتی می‌توان نتیجه گرفت که برای تأثیر اقدامات درمانی مراقبتی بر بیمار و اطمینان نسبی از مؤثر بودن آن‌ها باید به بررسی تمایلات به ترتیب رابطه‌ای انگیزشی ارادی تأکید نمود، زیرا زمانی فرد تابع دستورات عضو تیم سلامتی خواهد بود که به طور نسبی به وی اعتماد داشته باشد که همان تمایل رابطه‌ای است. به دنبال اعتماد نسبی به فرد، دستورات ارائه‌شده را از طرف وی با انگیزه بهتر و بیشتری قبول خواهد نمود که همان تمایل انگیزشی است. در قسمت سوم که تمایل ارادی است، فرد تمام تلاش خود را در اجرای تمام عیار اقدامات انجام‌شده به کار خواهد گرفت، زیرا نه تنها به فرد دستوردهنده مراقبت اعتماد دارد، بلکه وی را به عنوان یکی از افراد قابل اطمینان خود که تلاش برای بهبودی وی دارد، به حساب خواهد آورد.

نوع دیگری از تمایلات، تمایلات حمایتی است. در واقع نقش این تمایلات محافظت از بیمار در برابر چالش‌ها و مشکلات می‌باشد، مثلاً از انتقال خبر ناگوار به فردی که بیماری وی تشدید شده است، جلوگیری نماییم. در مثال دیگر می‌توان مکانیسم‌های انکار و عدم سازگاری را به عنوان سیستم‌های حمایتی منفی ذکر کنیم. در اینجا مجموعه تمایلات رابطه‌ای انگیزشی ارادی، تمایل ویژه‌ای را به عنوان تمایل حمایتی به وجود آورده که همچون وسیله حفاظتی در شرایط لازمه از بیمار دفاع خواهد نمود، مثلاً برای بیمار ورزشکار حرفه‌ای که به دلیل تشدید بیماری وی دستور عدم انجام حرکات سنگین ورزشی داده شده است؛ ورزش نکردن می‌تواند به عنوان بدترین رویداد زندگی‌اش باشد که با شنیدن این خبر ممکن است شرایط بیماری تشدید شود. در این شرایط گفتگوی بیمار با فردی که تمایلات رابطه‌ای انگیزشی ارادی بیمار را درک نموده است، می‌تواند شدت ناگواری خبر را کاهش داده و حتی آن را به اخباری مثبت تبدیل کند. نقش عوامل غیر فردی در تقویت و حمایت تمایلات سطح فردی بوده که هرچه این حمایت و تقویت قوی‌تر، مؤثرتر و کارا تر باشد، تأثیر بیشتری بر بیمار خواهد گذاشت. با این وجود، هرگز نباید نقش جو فرهنگی حاکم بر سطوح فردی و غیر فردی را از نظر دور داشت، زیرا عملی یکسان در یک جو فرهنگی خاص، ممکن است در جو فرهنگی دیگری مورد نکوهش قرار بگیرد. به همین دلیل لازم است که حتی قبل از بررسی تمایلات بیمار، فرهنگ و ارزش‌های حاکم بر آن بررسی و مورد تحلیل قرار گیرند تا در راستای ارزش‌ها و عقاید مورد قبول در بافت فرهنگی خاص بیمار درمان و خصوصاً مراقبت‌های غیر مداخله‌ای انجام شود.

توجه و ارضای نسبی تمایلات در سطح فردی و غیر فردی سبب می‌شود که بیمار در حفظ یا تثبیت رفتارهای عمومی مثبت و یکی از زیرمجموعه‌های آن

رفتارهای سلامتی تشویق و تحریک شود، چراکه این گونه تمایلات تعیین کننده‌های بسیار مهمی برای تصمیم‌گیری و تغییر رفتارها می‌باشند. مثال‌هایی از راهبردهای رفتارهای مثبت عبارتند از: هدفمندی، جستجوی حمایت و اصرار و مداومت در حل مشکلات که سبب درگیری بیمار در ارتقای رفتارهای بهبوددهنده سلامتی خواهد شد (۴۳). باید دقت نمود که چنین رفتارهایی برای حفظ و ارتقای سلامتی و خوب بودن در ابعاد مختلف آن حیاتی هستند، مثلاً کلید درمان و تأثیر درمان‌ها در بیماری دیابت، کنترل و درک کنترل موقعیت توسط خود بیمار است و یا در انواع پیوند عضو، می‌توان بیان نمود که کلید شانس موفقیت عدم رد پیوند بیمار، پیروی خود بیمار از دستورات توصیه شده است. در اینجا می‌توان سرعت ورود بیمار را از تعریف دیدگاه‌ها به نتایج با معرفی یک‌سری از موارد تسریع نمود. به عبارتی می‌توان از تسریع‌کننده‌ها استفاده نمود تا بتوانیم در بازه زمانی کم‌تری، پاسخ نسبتاً مثبتی دریافت نماییم. این تسریع‌کننده‌ها عبارتند از: معنی‌دار و هدفمند بودن ابعاد ده‌گانه سلامت معنوی و همچنین خودشکوفایی تمام عیار ابعاد ده‌گانه سلامت معنوی. جزء اول دارای دو قسمت معنی‌داری و هدفمندی است. معنی‌داری یعنی عمق و ارزشمندی که برانگیختگی لازم برای رسیدن به اهداف را در فرد ایجاد خواهد نمود. هدفمندی، یعنی داشتن هدف نهایی و انجام اهدافی که سرانجام به هدفمندی نهایی منجر خواهد شد (۴۴). جزء دوم عبارت است از به عرصه ظهور رساندن قابلیت‌ها و توانمندی‌های یک فرد در دستیابی اهدافش. لازم به ذکر است که به عرصه ظهور رسیدن این دو جزء به طور نسبی مورد بحث بوده و برای افراد با قابلیت‌ها و توانمندی‌های مختلف، متفاوت است (۴۴).

به طور کلی سلامت معنوی می‌تواند آشکار یا پنهان، توانایی یا قابلیت باشد که جزء ضروری وجود هر فردی می‌باشد. با این وجود، هیچ ضرورتی برای تبلور

در حد اعلای آن در همه افراد وجود نداشته و هر فرد با توجه به اولین جزء مدل پیشنهادی سلامت معنوی، درجات و سطوح مختلفی از آن را درک می‌کند. این حقیقت می‌تواند درجات مختلف اعتقاد افراد به معنویت و تأثیر آن بر سلامت جسم و جان را توجیه نماید.

نتیجه‌گیری

اگرچه نتایج این مطالعه تعریف نسبتاً جامعی از مفهوم سلامت معنوی و ابعاد آن را ارائه نمود، سلامت معنوی و زیرمجموعه‌های آن مفاهیمی نه چندان واضح و شفاف بوده که ضرورت تحلیل و بررسی بیشتر آن به منظور تفکیک و جداسازی ابعاد آن وجود دارد. لازمه این اقدام این است که بعد از وضوح تعریف و تعیین حیطه‌های مفاهیمی که امروزه معادل هم به کار برده می‌شوند، قادر باشیم تا برای هر کدام با توجه به شرایط بومی و فرهنگی حاکم که یقیناً می‌توانند با نقش مهارکنندگی یا تسهیل‌کنندگی، تأثیر عملیاتی و کاربردی پروتکل‌های طراحی‌شده مربوطه را تقویت یا تضعیف کنند، برنامه و شیوه‌های خاصی طراحی کنیم. شناسایی و تعریف واضح و دقیق سلامت معنوی با اثرات مشخص‌شده و اعتقادات گسترده مردم به آن می‌تواند به طور مؤثر و کارایی به عنوان راهبرد مناسبی برای تأثیر بیشتر درمان‌ها و حتی درمان‌های غیر دارویی مورد استفاده قرار بگیرد، زیرا سلامت معنوی جدا از ابعاد مختلف وجودی انسان نیست.

بنابراین با درک صحیح آن می‌توان به نقش‌های هفت‌گانه پرستاری (درمانی، مراقبتی، آموزشی، مدیریتی، مشاوره‌ای، حمایتی، هماهنگی)، مراقبت معنوی را هم اضافه نمود تا بتوان از این عنصر کم‌جلوه‌گر، در بافت مراقبتی درمانی، نهایت استفاده و بهره‌روی را بنماییم و در نهایت جزء چهارم سلامت که سلامت معنوی است را به طور عملیاتی بر بالین بیماران مد نظر قرار داده و مراقبت آن را اجرایی نماییم.

با توجه به اهمیت موضوع و با مطالعات گوناگون و مختلف انجام‌شده در این زمینه، تعریف، ابعاد و به طور کلی حیطه سلامت معنوی هنوز کاملاً شفاف و صریح نبوده و اتفاق نظر کلی در چنین مفاهیمی وجود دارد. بنابراین مطلوب

است که در مطالعات بعدی از شیوه‌های کیفی و هیبرید برای تبیین عملیاتی چنین مفاهیم گسترده‌ای با توجه به شرایط و اعتقادات مختلف مردم و خصوصاً شرایط مختلف فرهنگی جامعه استفاده نمود.

References

1. Timmins F, Neill F, Murphy M, Begley T, Sheaf G. Spiritual care competence for contemporary nursing practice: A quantitative exploration of the guidance provided by fundamental nursing textbooks. *Nurse Education in Practice*. 2015; 15(6): 485-491.
2. Tiew LH, Creedy DK. Development and preliminary validation of a composite Spiritual Care-Giving Scale. *International Journal of Nursing Studies*. 2012; 49(6): 682-690.
3. Ross L, Giske T, Van Leeuwen R, Baldacchino D, McSherry W, Narayanasamy A, et al. Factors contributing to student nurses'/ midwives' perceived competency in spiritual care. *Nurse Education Today*. 2016; 36(1): 445-451.
4. Vahedian-Azimi A, Rahimi A. Concept of Spirituality: A Conventional Content Analysis. *Journal of qualitative Research in Health Sciences*. 2013; 2(1): 11-20.
5. Attard J, Baldacchino DR, Camilleri L. Nurses' and midwives' acquisition of competency in spiritual care: A focus on education. *Nurse Education Today*. 2014; 34(12): 1460-1466.
6. Tiew LH, Creedy DK, Chan MF. Student nurses' perspectives of spirituality and spiritual care. *Nurse Education Today*. 2013; 33(6): 574-579.
7. Omidvari S. Spiritual health: concepts and challenges. *Journal of Interdisciplinary Research Quranic*. 2008; 1(1): 7-17.
8. Vader J-P. Spiritual health: the next frontier. *The European Journal of Public Health*. 2006; 16(5): 457.
9. Mueller PS, Plevak DJ, Rummans TA. *Religious involvement, spirituality, and medicine: implications for clinical practice*. Mayo clinic proceedings; 2001.
10. Ross L. The spiritual dimension: its importance to patients' health, well-being and quality of life and its implications for nursing practice. *International Journal of Nursing Studies*. 1995; 32(5): 457-468.
11. Farhangi AK, Rastgar A. Providing incentive based model to explain spirituality and spirituality staff. *Daneshvar Raftar*. 2006; 13(20): 1-25.

12. Selman L, Young T, Vermandere M, Stirling I, Leget C. Research Priorities in Spiritual Care: An International Survey of Palliative Care Researchers and Clinicians. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2014; 48(4): 518-531.
13. McBrien B. Nurses' provision of spiritual care in the Emergency Setting - An Irish Perspective. *International Emergency Nursing*. 2010; 18(3):119-126.
14. Smith J, McSherry W. Spirituality and child development: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 2004; 45(3): 307-315.
15. Vahedian-Azimi A, Alhani F. Educational challenges in ethical decision making in nursing. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2008; 1(4): 21-30.
16. Yazdani AA, Abbasi M, Ebrahimi MN. Fundamentals of theosophy of spiritual health. *Journal of Medical Ethics*. 2010; 4(14): 65-82.
17. Esfahani SM. Spiritual health and attitudes. *Journal of Medical Ethics*. 2010; 4(14): 41-49.
18. Mohaghegh-Damad SM. Spiritual foundations of health in Islamic Theology. *Journal of Medical Ethics*. 2010; 4(14): 51-63.
19. Bolhari J. Institutionalization of spirituality in the concept of spiritual health. *Journal of Medical Ethics*. 2010; 4(14): 105-112.
20. Akbari Lakeh M, Shamsi Gooshki E, Abbasi M. Spiritual health in the program of medical science education. *Journal of Medical Ethics*. 2010; 4(14): 113-130.
21. Abbas-Zadeh A, Borhani F, Abbasi M. Spiritual health: a model for use in nursing. *Journal of Medical Ethics*. 2014; 8(30): 57-76.
22. Abolghasemi MJ. Semantics of spiritual health and its religious scope. *Journal of Medical Ethics*. 2012; 6(20): 45-68.
23. Marzband R, Zakavi AA. Indicators of spiritual health based on Quran perspective. *Journal of Medical Ethics*. 2014; 6(20): 69-99.
24. Abdolrahimi M. Health status in Islam and clarifying the role of the heart and of reason in spiritual health. *Basirat and Islamic Training*. 2015; 12(32): 74-105.

25. Abbasi M, Shamsi Gooshi E, Movahedi H, Saffari S. Spiritual care at the end of life: systematic review. *Journal of Medical Ethics*. 2014; 8(30): 97-131.
26. Abbasi M, Azizi F, Shamsi Gooshi E, Naseri-Rad M, Akbari Lakeh M. Conceptual definition and operationalization of spiritual health: A methodological study. *Journal of Medical Ethics*. 2012; 6(20): 11-44.
27. Marandi SA, Azizi F. Question of position, definition and difficulties of establishing the concept of spiritual health in the Iranian-Islamic society. *Journal of Medical Ethics*. 2010; 4(14): 11-21.
28. Abbasian L, Abbasi M, Shamsi Gooshki E, Naseri-Rad M, Memariani Z. Survey on the scientific position of the spiritual health and its role in preventing from disease: A preliminary study. *Journal of Medical Ethics*. 2010; 4(14): 83-104.
29. Amiri P, Abbasi M, Gharibzadeh S, Asghari Jafarabadi M, Hamzavi Zarghani N, Azizi F. Designing and psychometric assessment of a comprehensive spiritual health questionnaire for Iranian population. *Journal of Medical Ethics*. 2014; 8(30): 25-55.
30. Rodgers BL, Knafl K. *Beyond analysis: further adventures in concept development*. Concept development in nursing: Foundations, techniques, and applications, 2th ed. Philadelphia: WB Saunders; 2000. p. 321-332.
31. Meleis AI. *Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York (US): Springer Publication; 2010.
32. Abbasi M, Shamsi Goshki E, Abulghasemi MJ. *Introduction to spiritual health*. 2th ed. Tehran: Nashrehoghoghi Publication; 2014.
33. Mesbah M. *Islamic approach to spiritual health*. 1th ed. Tehran: Nashrehoghoghi Publication; 2013.
34. Jafari HA, Rastegar AA. The emergence of spirituality in organizations: Concepts, Definitions, Presumptions and Conceptual Model. *Journal of Management Sciences in Iran*. 2007; 2(5): 99-121.
35. Delgado-Guay MO, Hui D, Parsons HA, Govan K, De la Cruz M, Thorney S, et al. Spirituality, Religiosity, and Spiritual Pain in Advanced Cancer Patients. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2011; 41(6): 986-994.

36. Elias ACA, Ricci MD, Rodriguez LHD, Pinto SD, Giglio JS, Baracat EC. The biopsychosocial spiritual model applied to the treatment of women with breast cancer, through RIME intervention (relaxation, mental images, spirituality). *Complementary Therapies in Clinical Practice*. 2015; 21(1):1-6.
37. Taylor EJ, Petersen C, Oyedele O, Haase J. Spirituality and Spiritual Care of Adolescents and Young Adults with Cancer. *Seminars in Oncology Nursing*. 2015; 31(3): 227-241.
38. Polit DF, Beck CT. *Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice: Lippincott Williams & Wilkins*. 2013.
39. Wong KF, Yau SY. Nurses' experiences in spirituality and spiritual care in Hong Kong. *Applied Nursing Research*. 2010; 23(4): 242-244.
40. Cochrane JR. Religion in the Health of Migrant Communities: Asset or Deficit? *Journal of Ethnic and Migration Studies*. 2006; 32(04): 715-736.
41. Scales PC, Benson PL, Mannes M. The contribution to adolescent well-being made by nonfamily adults: An examination of developmental assets as contexts and processes. *Journal of Community Psychology*. 2006; 34(4): 401-413.
42. Scales PC, Benson PL, Roehlkepartain EC, Sesma A, Van Dulmen M. The role of developmental assets in predicting academic achievement: A longitudinal study. *Journal of Adolescence*. 2006; 29(5): 691-708.
43. Rogers S, Muir K, Evenson CR. Signs of resilience: Assets that support deaf adults' success in bridging the deaf and hearing worlds. *American Annals of the Deaf*. 2003; 148(3): 222-232.
44. Längle A. The search for meaning in life and the existential fundamental motivations. *International Journal of Existential Psychology and Psychotherapy*. 2007; 1(1): 28-37.