

# نقش سلامت معنوی در پیش‌بینی سلامت کل و ابعاد سه گانه آن

(مورد مطالعه، نوجوانان دختر شهر جهرم)

حلیمه عنایت (استاد جامعه‌شناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران)

henayat@rose.shirazu.ac.ir

روح الله رحمانی (دانشجوی دکتری جامعه‌شناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران، نویسنده مسئول)

rahmani.ru1394@gmail.com

## چکیده

سلامت یک دارایی مهم در بین نوجوانان محسوب می‌شود و سلامت معنوی می‌تواند آن را تقویت کند. این مطالعه با هدف بررسی رابطه بین سلامت معنوی با سلامت کلی (جسمی، روانی، اجتماعی) نوجوانان انجام گردید. این پژوهش از نوع مقطعی - همبستگی است. نمونه پژوهش شامل ۴۰۰ نفر از نوجوانان دختر شهر جهرم در سال ۱۴۰۲ بودند که با روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های معتبر سلامت معنوی دالمان و فری (۲۰۰۴) و پرسشنامه سبک زندگی (لعلی و همکاران، ۱۳۹۱) استفاده شد. برای اعتبار پژوهش، از اعتبار صوری و اعتبار همگرا (AVE) و برای بررسی پایایی از آلفای کرونباخ و ضریب پایایی ترکیبی (CR) و پایایی همگون (Rho) استفاده گردید. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS و pls استفاده شد. یافته‌ها حاکی از آن است که سطح سلامت کل، سلامت جسمی، سلامت روانی، سلامت اجتماعی نوجوانان بالا و سطح سلامت معنوی آن‌ها در حد متوسط است. همچنین یافته‌های این پژوهش حاکی از وجود رابطه‌ای مثبت و معنادار میان سلامت معنوی و سلامت کلی افراد است. این رابطه به طور مجزا نیز با هر یک از ابعاد سلامت (جسمی، روانی و اجتماعی) مشاهده شد. روش حداقل مربعات جزئی نیز نشان داد، سلامت معنوی قادر به تبیین ۳۵ درصد از واریانس متغیر سلامت کلی بوده است. با اذعان به این ارتباط و تقویت سلامت معنوی در کنار سلامت جسمی، روانی و اجتماعی، می‌توانیم نوجوانان را برای گذر از پیچیدگی‌های دوران نوجوانی توانمند کنیم. ادغام ملاحظات سلامت معنوی در چارچوب مراقبت‌های بهداشتی جامع برای نوجوانان، راه اندازی مرکز مشاوره سلامت در مدارس، تشکیل تیم‌های تحقیقاتی جهت پایش مداوم سلامت نوجوانان، دعوت از متخصصان حوزه سلامت و برگزاری جلسات هفتگی در مدارس برای نوجوانان و خانواده‌های ایشان می‌تواند بسیار سودمند باشد.

**واژگان کلیدی:** سلامت کل، سلامت معنوی، معادلات ساختاری، جهرم.

## ۱. مقدمه و بیان مسئله

دستیابی به سلامتی بهینه هدفی است که اکثر مردم می‌توانند درباره آن اتفاق نظر داشته باشند (رابینسون و کورمیک<sup>۱</sup>، ۱۳۹۵: ۳۹). سلامتی یک مفهوم دیرینه است. در زبان انگلیسی قدیمی، این مفهوم در قالب واژه Healen (به معنی شفایافتن) و در زبان انگلیسی میانه با عنوان Helthe به معنی بدن، ذهن یا روح سالم داشتن بکار رفته است. در اواخر قرن نوزدهم واژه سلامتی (Health) مورد توجه عمومی قرار گرفت و جایگزین واژه بهداشت (Hygiene) که بیشتر در محافل علمی کاربرد داشت گردید. پس از جنگ جهانی دوم با تشکیل سازمانی بهداشت جهانی که موجودیت بین‌المللی داشت، واژه سلامتی صورت تازه‌ای پیدا نمود. (صفاری و همکاران، ۱۳۸۸: ۷). سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۴۸ این تعریف از سلامتی را گسترش داد، سلامتی عبارت است از: «وضعیت سلامت کامل جسمانی، روانی و اجتماعی نه صرفاً نبود بیماری یا ضعف» (صفاری و همکاران، ۱۳۸۸: ۷)؛ بنابراین از این منظر سلامت کامل (سلامت عمومی) به عنوان حالت سلامتی کامل فیزیکی، روانی و اجتماعی تعریف می‌شود. فردی که فقط از نظر جسمی سالم باشد، نمی‌توان فرد سالمی دانست، بلکه باید از سلامت روانی و اجتماعی نیز برخوردار باشد.

هر چند سلامتی در تمام دوره‌های زندگی و تمام سنین دارای اهمیت است؛ اما دوران نوجوانی می‌تواند هم هیجان‌انگیز و هم چالش‌برانگیز باشد. وضعیت سلامت یک نوجوان تعیین‌کننده وضعیت سلامتی او در بزرگسالی است. بسیاری از بیماری‌های جدی در بزرگسالی ریشه در دوران نوجوانی دارند (مالیه و گارگ<sup>۲</sup>، ۲۰۱۷). نوجوانی مرحله حساسی از زندگی است که با رشد سریع زیستی، عاطفی و اجتماعی مشخص می‌شود. در این زمان است که هر فرد توانایی‌های مورد نیاز برای یک زندگی مولد، سالم و رضایت‌بخش را پرورش می‌دهد. به منظور انتقال سالم به بزرگسالی، نوجوانان باید به سلامتی و بهداشت، مناسب دسترسی داشته باشند (سازمان بهداشت جهانی<sup>۳</sup>، ۲۰۱۱). جامعه جهانی به طور فزاینده‌ای این نیاز حیاتی نوجوانان را به رسمیت می‌شناسد، و اجماع در حال ظهوری وجود دارد که سرمایه‌گذاری فزاینده در سلامت نوجوانان نه تنها برای بهبود بقا و رفاه آنها کلیدی است، بلکه برای موفقیت برنامه توسعه پس از سال ۲۰۱۵ نیز ضروری است (مک کوی<sup>۴</sup>، ۲۰۰۹). علاقه جهانی به سلامت نوجوانان پس از کنفرانس بین‌المللی جمعیت و توسعه (ICPD) افزایش یافت. این کنفرانس بستری را برای کشورها ایجاد کرد تا برنامه‌هایی را برای توسعه سلامت نوجوانان در سراسر جهان تنظیم کنند (صندوق جمعیت سازمان ملل متحد<sup>۵</sup>، ۱۹۹۵).

اخیراً در محافل علمی و فکری به نقش معنویت و سلامت در جامعه توجه و تأمل زیادی شده است (پالوتزیان و پارک<sup>۶</sup>، ۲۰۱۳؛ پارگامنت<sup>۷</sup>، ۲۰۱۳، لی<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۲۱؛ ویترسو<sup>۱</sup>، ۲۰۱۶) در سطح بین‌المللی، «کنوانسیون

1. Robinson & Cormick

2. Malieh & Garg

3. The World Health Organization

4. McCoy

5. United Nations Population Fund

6. Paloutzian & Park

7. Pargament

8. Lee

حقوق کودک» سازمان ملل متحد اهمیت معنویت را به رسمیت می‌شناسد و در چهار ماده به حمایت از آن پرداخته است (مجمع عمومی سازمان ملل متحد، ۱۹۸۹). با وجود این، بعد معنوی سلامت در تعریف اولیه سازمان بهداشت جهانی (۱۹۴۸) گنجانده نشده است و اغلب در حوزه بهداشت و سلامت عمومی همچنان نادیده گرفته می‌شود. دلیل این امر شاید هم‌پوشانی ظاهری آن با مذهب رسمی باشد (مایکلسون<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۶). ماهر<sup>۳</sup> مدیرکل سازمان جهانی بهداشت در سخنرانی خود «راهبرد جهانی سلامت برای همه تا سال ۲۰۰۰» به بعد معنوی سلامت اشاره و اعلام کرد: «هر انسانی، بدون توجه به دین، نژاد، فرهنگ و هوش و استعدادش ممکن است به درجاتی برسد که آن را ابعاد معنوی می‌نامند و این می‌تواند بر سلامت او تأثیرگذار باشد. اما بر این مصوبه در اجلاس سال‌های بعد سازمان جهانی بهداشت تأکیدی نشد و طبق آخرین مصوبه در نظر گرفتن بعد معنوی در راهبردهای سلامت به کشورها واگذار گردید (عزیزی، ۱۳۹۷: ۴۲). این امر، ممکن است باعث شود خود را از «اهرم قدرتی که برای توانمندسازی» جوانان برای رسیدن به وضعیت مطلوب سلامتی نیاز داریم، محروم کنیم (وادر<sup>۴</sup>، ۲۰۰۶). به همین خاطر در سال ۱۹۷۱ موبرگ<sup>۵</sup> سلامت معنوی<sup>۶</sup> را مطرح کرد و سپس راسل و عثمان<sup>۷</sup>، صاحب‌نظران درگیر در امر سلامت، بعد بهزیستی معنوی را در مفهوم کلی سلامت گنجانده‌اند. رابطه معنویت و سلامت در دهه‌های اخیر مورد توجه فزاینده‌ای قرار گرفته است. برای مثال، پژوهشگران حوزه پزشکی اطلاعات زیادی در این باره به دست می‌آورند که چگونه فعالیت‌های معنوی می‌تواند باعث نشانگان جسمانی شود. مراقبه که عبارت است از پاک کردن ذهن از افکار، مثالی از این دست است. ثابت شده است که مراقبه از طریق کاستن فشارخون، روی سلامتی جسمانی تأثیر دارد (عزیزی، ۱۳۹۷: ۲۶). همچنین بسیاری از مردم معنویت را به عنوان یک کمک حمایتی مهم در تلاش برای مقابله با یک بیماری مزمن یا تهدیدکننده زندگی تجربه می‌کنند (استفانک، مک دونالد و هس<sup>۸</sup>، ۲۰۰۵). نشان داده شده است که جهت‌گیری معنوی با سلامت روان مرتبط است (ساواتزکی، راتنر و چیو<sup>۹</sup>، ۲۰۰۵) و این ارتباط به‌ویژه در میان افرادی که با رویدادهای استرس‌زا زندگی مواجه هستند، قوی است (اسمیت، مک کالو و پل<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۳). اخیراً یافته‌های یک بررسی بین‌المللی نیز حاکی از آن است که بین هر یک از مؤلفه‌های سلامت معنوی و شاخص‌های رضایت از زندگی، سلامت روانی و جسمانی و همچنین ارزیابی فرد از وضعیت سلامتی خود، همبستگی‌های مثبت و معناداری وجود دارد (بروکز<sup>۱۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۸).

درحالی‌که بعد سلامت معنوی به عنوان بخشی از یک بحث مهم در ادبیات سلامت ظهور کرده است، اجماع کمی در ادبیات موجود در مورد یک تعریف مختصر وجود دارد. پژوهش در این حوزه با چالش‌هایی روبروست.

1. Vittersø

2. Michaelson

3. Mahler

4. Vader

5. Moberg

6. Spiritual health

7. Russell & Osman

8. Stefanek, McDonald & Hess

9. Sawatzky, Ratner & Chiu

10. Smith, McCullough & Poll

11. Brooks

این چالش‌ها ریشه در ابعاد چندوجهی این مفهوم و تفاوت‌های ظریف در زبان و تعاریف میان رشته‌ها و رویکردهای مختلف دارند. باتوجه به ماهیت پیچیده و در حال تکامل این حوزه، ارائه یک تعریف واحد و جامع که تمام ابعاد چندوجهی و تا حدی انتزاعی آن را در بر بگیرد، در حال حاضر امکان‌پذیر نیست. با این حال، برای تسهیل گفتگو، توصیف زیر ارائه می‌شود: سلامت معنوی به عنوان «شیوه‌ای از بودن» تعریف می‌شود که شامل مجموعه‌ای از توانایی‌ها برای درک و تجربه جنبه‌های مقدس و والای تجربیات زندگی است و آن را به عنوان موتور محرک رشد و تعالی توصیف می‌کنند که جستجو برای اتصال، معنا، هدف، و مشارکت را به پیش می‌برد (بنسون<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۹: ۲۰۵). همچنین سلامت معنوی به عنوان حالتی تعریف می‌شود که فرد را قادر می‌سازد با چالش‌های روزمره زندگی به گونه‌ای روبرو شود که به پتانسیل کامل، یافتن معنا و هدف در زندگی و تحقق خویشتن درونی منجر شود. این امر از طریق فرایندهای خودشناسی، خودشکوفایی و تعالی قابل‌دستیابی است (دار<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۳).

علی‌رغم علاقه شدید به سلامت معنوی به عنوان یکی از ابعاد مهم سلامت کودکان و نوجوانان و همچنین دستور سازمان ملل برای رسیدگی به چنین نیازهای معنوی (مجمع عمومی سازمان ملل متحد، ۱۹۸۹)، تحقیقات بین‌المللی در این زمینه محدود است. به همین دلیل درک دیدگاه کودکان و نوجوانان از سلامت معنوی و ارتباط آن با سلامت کلی و عمومی خود، به شواهد بیشتری نیاز دارد. از طرفی، وضعیت سلامت نوجوانان به طور متعارف بر حسب مؤلفه‌های جسمی، اجتماعی و روانی آن مدل‌سازی شده است به‌ویژه نقش معنویت در سلامت نوجوانان دختر به‌نوعی محدود است (جورج، لارسون، کونینگ و مک‌کالو<sup>۳</sup>، ۲۰۰۰؛ بالداچینو و درپر<sup>۴</sup>، ۲۰۰۱). به همین دلیل توصیف و تحلیل الگوهای مبتنی بر جنسیت در بین کشورها و فرهنگ‌ها مختلف برای درک روشنی از ارتباط سلامت معنوی و سلامت عمومی مفید خواهد بود. این عامل در جامعه ایران باتوجه به گستردگی و عام بودن باورهای معنوی می‌تواند باعث تقویت سلامت روانی، اجتماعی و جسمی نوجوانان شود، و از رفتارهای خطرناک مرتبط با سلامتی جلوگیری نماید. اهمیت این موضوع در سال‌های اخیر مورد توجه محققین ایرانی قرار گرفته است (وزیری تبار و همکاران، ۱۴۰۱؛ عیسی مراد و همکاران، ۱۴۰۰؛ صف‌آرا و همکاران، ۱۳۹۸؛ میکائیلی و همکاران، ۱۳۹۶) اما این پژوهش‌ها بیشتر در حوزه‌های درمانی، تحصیلی، شغلی، خانوادگی، حوزه عمومی، زندگی سالمندی، زندگی جوامع خاص، آسیب‌شناسی و نظامی به انجام رسیده‌اند و می‌توان گفت که پژوهش‌های سلامت معنوی در ایران به صورت ناهمگن در جوامع مختلف و در ارتباط با متغیرهای خاص به انجام رسیده و نیازمند توجه بیشتر به برخی جوامع و متغیرهای جدید است (عیسی مراد و همکاران، ۱۴۰۰)؛ بنابراین باتوجه به مطالب فوق، در این پژوهش تلاش می‌شود تا بررسی شود که سلامت کلی نوجوانان (جسمانی، روانی، اجتماعی) و سلامت معنوی آنان در چه وضعیتی است؟ و سلامت معنوی به چه میزان می‌تواند تبیین‌کننده سلامت کلی نوجوانان باشد؟

1. Benson

2. Dhar

3. George, Larson, Koenig & McCullough

4. Baldacchino & Draper

## ۲. مبانی نظری پژوهش

### ۱.۲. پیشینه تحقیق

معاون، موحد، نیک نجات و حجتی فر (۱۴۰۱) به تحقیقی با عنوان «مطالعه رابطه سلامت معنوی با سلامت اجتماعی گردشگران مذهبی شرکت‌کننده در پیاده‌روی اربعین» پرداختند. یافته‌ها این تحقیق حاکی از این است که سلامت معنوی با سلامت اجتماعی گردشگران مذهبی و نیز ابعاد سلامت معنوی (شناختی، عواطف و کنشی) با سلامت اجتماعی ارتباط معناداری دارد. خاجوی شجاعی، پیراسته و جوهری (۱۴۰۰) در تحقیقی با عنوان «ارتباط معنویت با سلامت جسمانی: مطالعه مقطعی در مراجعه‌کنندگان به مراکز جامع سلامت شرق شهر تهران» که با روش کمی انجام شد به نتایج زیر دست یافتند: سلامت جسمی می‌تواند با سلامت معنوی در ارتباط باشد و امکان ابتلا به بیماری در افرادی که از نظر سلامت معنوی در سطح بالایی ارزیابی شوند کمتر است. علت آن نیز تأثیرپذیری مغز و سیستم عصبی و اندوکراین و ایمنی بدن از ذهن است؛ مبنای ذهن و افکار انسان نیز نظام اعتقادی، باورها و فرهنگ او است. سلامت معنوی با تعداد دفعات سرماخوردگی افراد شرکت‌کننده در سال، تفاوت معنی‌دار نشان داد ( $P=0/019$ ). علاوه بر این، بین امتیاز سلامت مذهبی با بیماری‌های مزمن شرکت‌کنندگان نیز تفاوت معنی‌دار بود ( $P=0/028$ ). پادهبان، برسته، رحیمی و چوبین (۱۳۹۹) به تحقیقی با عنوان «ارتباط سلامت معنوی با سلامت عمومی و سواد سلامتی در پرسنل نیروی دریایی» پرداختند. نتیجه حاکی از آن است که، بین سلامت معنوی با سلامت عمومی و سواد سلامت ارتباط معنی‌داری وجود دارد.

یوسفی، رفیعی و طیری (۱۳۹۸) در تحقیقی کمی تحت عنوان «بررسی سلامت معنوی و ارتباط آن با سلامت روان در دانشجویان جدیدالورود دانشگاه علوم پزشکی کردستان»، به این نتایج دست یافتند: هرچه میزان سلامت معنوی در دانشجویان بالاتر باشد، میزان آسیب‌های روانی در آن‌ها کمتر خواهد بود. به عبارت دیگر می‌توان از میزان سلامت معنوی در دانشجویان به عنوان یک پیش‌بینی‌کننده بحران روانی در آن‌ها استفاده کرد.

شناگوی‌محرر، ثانی، پنجه بند و بندگی (۱۳۹۷) به پژوهشی با عنوان «بررسی ارتباط سلامت معنوی باهوش اجتماعی و سلامت روان دانش‌آموزان مقطع متوسطه ناحیه یک شهرستان زاهدان» پرداختند. نتایج حاکی از آن است که رابطه مثبت و معناداری بین سلامت معنوی باهوش اجتماعی و سلامت روان دانش‌آموزان وجود دارد. همچنین سلامت معنوی پیش‌بینی‌کننده هوش اجتماعی و سلامت عمومی دانش‌آموزان است. ضیغمی، تجویدی و قاضی‌زاده (۱۳۹۳) به تحقیقی با عنوان «رابطه بین سلامت معنوی باکیفیت زندگی و سلامت روان جوانان مبتلا به بتا تالاسمی ماژور» پرداختند. نتایج نشان داد که نمره سلامت معنوی، همبستگی مثبت و معناداری با نمره کل کیفیت زندگی و همبستگی معکوس معناداری با نمره سلامت روان داشت.

لیونگ و مو<sup>۱</sup> (۲۰۲۲) به مطالعه‌ای تحت عنوان «سلامت معنوی و روانی نوجوانان در هنگ‌کنگ و در سرزمین اصلی چین، تحت تأثیر کووید نوزده» پرداختند. مدل‌سازی معادلات ساختاری نشان داد که در نمونه‌های هنگ‌کنگ و سرزمین اصلی چین، حوزه‌های فردی، اجتماعی و محیطی سلامت معنوی با هر سه شکل پریشانی عاطفی همبستگی معنی‌دار و منفی داشتند. با این حال، سلامت معنوی متعالی با پریشانی روانی در هنگ‌کنگ و با پریشانی

<sup>۱</sup> . Leung & Mu

روانی در سرزمین اصلی چین ارتباط مثبتی داشت. کو پنگ و لیونگ<sup>۱</sup> (۲۰۲۱) در مطالعه‌ای به بررسی «رابطه بهزیستی معنوی و سلامت روان در بین دانشجویان» پرداختند. یافته‌ها نشان داد، همه حیطه‌های بهزیستی معنوی با پریشانی روانی ارتباط منفی داشتند. رگرسیون چندگانه سلسله‌مراتبی نشان داد که سه حیطه معنویت با هم به ترتیب ۷۹/۹، ۷۱/۳ درصد و ۸۵/۵ درصد از واریانس افسردگی، اضطراب و استرس دانشجویان را تبیین می‌کنند. حوزه شخصی و جمعی سلامت معنوی قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده پریشانی روانی بود.

بوژک، نوک و بلوکاچ<sup>۲</sup> (۲۰۲۰) در مطالعه‌ای به بررسی «رابطه بین معنویت، رفتار مرتبط با سلامت و بهزیستی روان‌شناختی» پرداختند. این پژوهش با روش کمی و با نمونه ۵۹۵ نفر از دانشجویان از شش دانشگاه انجام گردید. نتایج نشان می‌دهد که معنویت هم با رفتارهای مرتبط با سلامت و هم با بهزیستی روان‌شناختی رابطه مثبتی دارد. مایکلسون و همکاران (۲۰۱۹) به تحقیقی تحت عنوان «حوزه‌های معنویت و ارتباط آن‌ها با سلامت روان مثبت: مطالعه بر روی نوجوانان در کانادا، انگلستان و اسکاتلند» پرداختند. این مطالعه با روش کمی و با نمونه (کانادا= ۲۱۱۷۳؛ انگلستان= ۴۳۳۹؛ اسکاتلند= ۵۶۰۳) انجام شد. یافته‌ها نشان داد ارتباط قوی و ثابتی بین سلامت روان مثبت و هر چهار حوزه سلامت معنوی وجود دارد. در هر سه کشور، ارتباط بین شاخص‌های سلامت معنوی و سلامت ذهنی برای دختران قوی‌ترین بود.

الرادیده و الورانی<sup>۳</sup> (۲۰۱۸) در پژوهشی به بررسی «بهزیستی معنوی، حمایت اجتماعی ادراک‌شده و رضایت از زندگی در بین دانشجویان دانشگاه» پرداختند. یافته‌ها نشان دادند بین بهزیستی معنوی با حمایت اجتماعی ادراک‌شده و رضایت از زندگی رابطه مثبت و بین حمایت اجتماعی ادراک‌شده و رضایت از زندگی همبستگی مثبت وجود داشت. هر دو حوزه بهزیستی معنوی با همه منابع حمایت اجتماعی ادراک‌شده، همبستگی مثبت و معناداری داشتند. ساواتزکی، گادرممن و پسوت<sup>۴</sup> (۲۰۰۹) در مطالعه‌ای به بررسی «رابطه معنویت، وضعیت سلامت و کیفیت زندگی در نوجوان» پرداختند. این مطالعه با روش کمی و با نمونه ۸۲۲۵ نوجوان در کلمبیا و کانادا انجام شد. نتایج نشان داد که همه ویژگی‌های معنوی به طور قابل‌توجهی با بیشتر حوزه‌های زندگی مرتبط هستند. یافته‌ها نشان می‌دهد باورهای معنوی و نگرش‌های مذهبی، ارتقای سلامت روان‌شناختی و اجتماعی و افزایش رضایت از خود، خانواده و دوستان در بین دانشجویان را تشویق می‌کند. علاوه بر این، دانش‌آموزانی که سطح معنا و هدف بالایی در زندگی خود داشتند، سطوح بالایی از رضایت از زندگی و دید مثبت‌تری نسبت به آینده خود گزارش کردند.

با بررسی تحقیقاتی که در چند سال اخیر پیرامون موضوع پژوهش مشخص می‌شود که اگرچه محققین به بررسی رابطه سلامت معنوی و ابعاد مختلف سلامت گرایش داشته‌اند؛ اما کمتر تحقیقی هم‌زمان سه بعد سلامت را در رابطه با سلامت معنوی مورد بررسی قرار داده است از طرفی بررسی هم‌زمان ابعاد سلامت در بین نوجوانان دختر دارای کمترین فراوانی است. همچنین تحقیقات پیشین بیشتر از روش همبستگی و رگرسیون استفاده کردند و در آنها از تکنیک‌های آماری جدید مانند مدل معادلات ساختاری که هم‌زمان مدل اندازه‌گیری و مدل ساختاری را

<sup>۱</sup> . Leung & Pong

<sup>۲</sup> . Bożek, Nowak & Blukacz

<sup>۳</sup> . Alorani & Alradaydeh

<sup>۴</sup> . Sawatzky, Gadermann & Pesut

مورد بررسی قرار می‌دهد کمتر بهره برده‌اند؛ بنابراین این پژوهش تلاش می‌کند ضمن پاسخ به سؤالات مطرح شده در ابتدای پژوهش، کاستی‌های موجود را پوشش دهد.

## ۲.۲. چارچوب نظری تحقیق

**سلامت کل:** مفهوم سلامت، مفهومی پیچیده و چندوجهی است که از دیرباز موردتوجه اندیشمندان و متفکران بوده است. نظریه‌ها و مدل‌های متعددی برای تبیین این مفهوم ارائه شده است که هر کدام بر جنبه‌ای خاص از سلامت و عوامل مؤثر بر آن تمرکز دارند. در این میان، مدل زیست، روان، اجتماعی (BPS) به‌عنوان یکی از جامع‌ترین مدل‌ها، تعریفی فراگیر از سلامت ارائه می‌دهد که با تعریف سازمان بهداشت جهانی (۱۹۴۸) همسو است. مدل زیست روانی-اجتماعی توسط انگل<sup>۱</sup> در سال ۱۹۷۷ پیشنهاد شد. او در این مدل بر رویکرد یکپارچه در برخورد با بیماری و سلامت انسان تاکید نمود. انگل (۱۹۷۷) بر این اعتقاد است که ترکیبی از سه عامل مهم یعنی بیولوژیکی (زیستی)، روانی و اجتماعی بهترین راه، جهت درک و اطلاع کامل از وضعیت سلامت فرد و مسائل مرتبط با آن است. این مدل شامل سه جزء زیست‌شناسی، روان‌شناسی و جامعه‌شناسی است تا تصویری از سلامت کلی یک فرد ایجاد کند. هدف انگل از پیشنهاد این مدل اصلاح برخی از کاستی‌های درک شده مدل زیست پزشکی بود. انگل استدلال کرد که بیماری و سلامتی علاوه بر عوامل بیولوژیکی، شامل عوامل روانی و اجتماعی مهمی نیز می‌شود. به‌عنوان مثال، او خاطرنشان کرد که افرادی که بین نقش اجتماعی و منابع فرهنگی خود ناسازگاری را تجربه می‌کنند، بیشتر مستعد ابتلا به بیماری هستند (انگل، ۱۹۷۷: ۱۳۲). مشکل زیست پزشکی این است که نوعاً چنین عوامل تعیین‌کننده سلامت روانی-اجتماعی را نادیده می‌گیرد زیرا جهت‌گیری آن «اساساً مکانیکی و تقلیل‌گرایانه» است (انگل، ۱۹۷۷: ۱۳۴). طبق مدل زیست، روانی-اجتماعی، سلامتی محصول تعاملات پویا در میان انواع عوامل ذکر شده است. این مدل تصدیق این است که ما در خلاء زندگی نمی‌کنیم و عوامل اجتماعی و روانی در تعیین رفتار و احساسات انسان تأثیر دارند. مدل زیستی-روانی-اجتماعی الگویی کل‌نگر و میان‌رشته‌ای است که از نظریه سیستم‌های عمومی گرفته شده است (بولتون و گیل، ۲۰۱۹).

طبق این مدل عوامل بیولوژیکی شامل عوامل مرتبط با بدن مانند ژنتیک، نوروشیمی، سلامت جسمانی یا اثرات دارو هستند (انگل، ۱۹۷۷: ۱۲۶-۱۳۵). سلامتی جسمانی نشانگر شرایط بدنی شماس (رابینسون و کورمیک، ۱۳۹۵: ۲۴). سلامت جسمی عبارت است از سلامت مناسب جسم که حاصل ورزش منظم، رژیم غذایی صحیح و استراحت به‌اندازه برای تجدید قوای جسمانی است. این بعد از سلامت بر چگونگی عملکرد اعضای بدن تمرکز می‌کند. سلامت جسمی وضعیتی است که تمام اعمال بدن به‌صورت صحیح و نرمال انجام می‌شود. احتمالاً بعد جسمی سلامتی را از همه آسان‌تر می‌توان درک کرد. سلامت جسمی بر عمل کردن کامل، بدن دلالت دارد که سلامت زیست‌شناختی را به‌عنوان وضعیت بهینه عملکرد هر اندام یا یاخته بدن و با هماهنگی کامل با سایر اعضا در نظر می‌گیرد. در وضعیت سلامت جسمی تمام اعضای بدن به اندازه عادی و با عملکرد معمولی‌اند و همه حواس

<sup>1</sup>. Engel

بدون نقص هستند و تعداد ضربان قلب، در حالت استراحت، فشارخون و توان ورزشی همه در حد بهنجاری نسبت به جنس و سن است (موسوی و شیان، ۱۳۹۴).

عوامل روان‌شناسی به عوامل مرتبط با افکار، عواطف و رفتارها اشاره دارد. این عوامل می‌توانند یادگیری/حافظه، مهارت‌های مقابله‌ای، خلق‌وخو و باورها باشند. (انگل، ۱۹۷۷: ۱۲۶-۱۳۵). سلامتی روانی و هیجانی به وضعیت ذهن شما و توانایی متعادل ساختن هیجان‌ها اشاره دارد. این مفهوم چگونگی واکنش شما به شرایط اطرافتان را در بر می‌گیرد. برای مثال، یک مقیاس سلامت روانی چگونگی پاسخگویی شما به فشارها و مشکلات روزمره زندگی است (رابینسون و کورمیک، ۱۳۹۵: ۲۴). شخصی که دارای سلامت روانی است، حقیقت را برحسب واقعیت‌ها درک می‌کند و می‌تواند به چالش‌های، زندگی واکنش مناسب نشان دهد. سلامت روانی به معنای قابلیت ارزیابی یک موقعیت و تفسیر معنی و مفهوم آن موقعیت است. افراد دارای سلامت روانی می‌توانند تعداد بسیار زیادی از مشکلات زندگی روزمره را بر طرف کنند. افرادی که از سلامت هیجانی برخوردارند با طیف کلی هیجان‌های خود در ارتباط هستند. این افراد می‌توانند حتی هنگامی که آزرده و ناراحت هستند نیز احساسات خود را به طریقی مناسب بروز دهند. احساسات آنها تداخلی در تفکر منطقی آنها ایجاد نمی‌کند و باعث نمی‌شوند که این افراد قابلیت فکر کردن خود را از دست بدهند. سلامت روانی و هیجانی به این معنی نیست که شما هرگز احساس خشم، افسردگی تنهایی یا ناکامی نداشته باشید و به این معنی نیست که شما هرگز نیازمند کمک و حمایت دیگران نباشید. آنچه سلامتی محسوب می‌شود عبارت است از اینکه قادر باشید هیجان‌های خود را به‌گونه‌ای کنترل کنید که تداخلی در امر حل مسائل تصمیم‌گیری و قابلیت لذت بردن از زندگی در شما ایجاد نکنند (رابینسون و کورمیک، ۱۳۹۵: ۲۴). پاسخ به این سوال که «احساس روانی خوب به چه معناست؟» باید در ادبیات روان‌شناسی انسان‌گرایانه، از جمله روان‌شناسی رشد و سلامت (ریف<sup>۱</sup>، ۱۹۸۹؛ اریکسون<sup>۲</sup>، ۱۹۵۹؛ آلپورت<sup>۳</sup>، ۱۹۶۱؛ راجرز<sup>۴</sup>، ۱۹۶۱؛ مزلو<sup>۵</sup>، ۱۹۶۸) جستجو شود. سلامت روان‌شناختی ساختاری چند بعدی است که طیف وسیعی از رفاه را در بر می‌گیرد از جمله ارزیابی مثبت از خود و زندگی گذشته (پذیرش خود)، احساس رشد و توسعه مستمر به‌عنوان یک شخص (رشد شخصی)، اعتقاد به اینکه زندگی فرد هدفمند و معنادار است (هدف در زندگی)، داشتن روابط با کیفیت با دیگران (روابط مثبت با دیگران)، توانایی مدیریت موثر زندگی و دنیای اطراف (تسلط بر محیط) و احساس خودتعیینی (خود مختاری) (ریف و کییز<sup>۶</sup>، ۱۹۹۵: ۷۲۰).

جنبه‌های اجتماعی الگوی زیستی، اجتماعی و روانی به محیطی که اطراف بیمار را احاطه کرده است، اشاره دارد. این جنبه به تجزیه و تحلیل بیماری‌ها از نقطه نظر جامعه‌شناختی پرداخته و مشخص می‌نماید چه عوامل خارجی ممکن است بیماری و سلامت را تحت تأثیر قرار دهند. این عوامل خارجی می‌توانند هر چیزی باشند از دین گرفته تا پیشینه اقتصادی، روابط زناشویی، محیط فرهنگی، گروه همسالان و غیره (انگل، ۱۹۷۷: ۱۲۶-۱۳۵). همچنین

1. Ryff

2. Ericsson

3. Allport

4. Rogers

5. Maslow

6. Riff & Keys

توانایی فرد برای ایجاد و حفظ روابط دوستانه که به ارزش زندگی می‌افزاید، معیار دیگری از سلامتی اجتماعی است (راینسون و کورمیک، ۱۳۹۵: ۴۷). سلامت اجتماعی از طریق رضایت از حمایت اجتماعی و سازگاری با محیط اجتماعی سنجیده شده است (لارسون<sup>۱</sup>، ۱۹۹۳). کییز<sup>۲</sup> یکی از پیشگامان در این زمینه است که مدلی پنج بعدی را برای درک و مطالعه سلامت اجتماعی پیشنهاد می‌کند: (ریف و کییز، ۱۹۹۵). ۱- یکپارچگی اجتماعی-۲- پذیرش اجتماعی ۳- مشارکت اجتماعی ۴- شکوفایی اجتماعی ۵- پیوستگی اجتماعی (کییز، ۱۹۹۸: ۱۲۳ و ۱۲۲).

**سلامت معنوی:** اینکه منظور از سلامت معنوی چیست؟ موضوعی است که جای بحث جدی دارد و شاید رسیدن به تعریف مشترک و موردقبول همگان، کاری دست‌نیافتنی یا بعید و دشوار باشد. برای اینکه درباره سلامت معنوی قضاوتی صحیح داشته باشیم باید مفهوم معنویت را بکاویم و مقصود از آن را روشن کنیم (اصفهانی، ۱۳۸۹: ۴۲). در خصوص معنویت دیدگاه‌های مختلفی مطرح شده است. می‌توان آنها را به دو دسته قدیم و جدید تقسیم کرد؛ چراکه از قرن بیستم به بعد تغییر شگرفی در معنای این مفهوم رخ داد. در واقع تا پیش از قرن بیستم دو اصطلاح دینی و معنوی اغلب به جای هم استفاده می‌شد. معنویت هسته زنده و احساسی دین تصور می‌شد و افرادی که خیلی مذهبی بودند معنوی خوانده می‌شدند. اما به تدریج با تأکید برخی نیروهای فرهنگی بر تفاوت میان حوزه‌های خصوصی و عمومی واژه معنوی به حوزه‌های خصوصی تفکر و تجربه پیوست؛ در حالی که واژه دینی به حوزه عمومی یعنی عضویت در سازمان‌های دینی، شرکت در تشریفات دینی و تعلق به دکتترین مذهبی رسمی ارتباط پیدا کرد (رمضانی، ۱۳۹۹: ۳۱). معنویت معادل واژه Spirituality و از کلمه لاتین اسپریتوس (Spiritus) به معنای تنفس است. برخی معتقدند ابعاد معنویت شامل تلاش برای معنا و هدف، تفوق و برتری (برای مثال احساس اینکه انسان بودن فراتر از وجود مادی ساده است)، اتصال (برای مثال اتصال به دیگران طبیعت یا الوهیت) و ارزش‌ها (مانند، عشق دلسوزی و عدالت) می‌شود (عزیزی، ۱۳۹۷: ۴۶). معنویت را باید به‌عنوان پدیده‌ای کلی‌تر، بدون ساختار، شخصی‌تر و طبیعی‌تر درک کرد که در آن فرد به دنبال نزدیکی و یا ارتباط بین خود و قدرت یا هدفی بالاتر است (جوزف<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۷: ۵۰۶). نویسندگان دیگر معنویت را به‌عنوان فعالیتی که مردم را قادر می‌سازد معنا و اهمیت دنیای اطراف را کشف کنند، تعریف می‌کنند (وودز و آیرونسون<sup>۴</sup>، ۱۹۹۹)؛ بنابراین معنویت یک ساختار نظری چند بعدی را تشکیل می‌دهد. در اصل، استعلایی را تشکیل می‌دهد که فراتر یا بالاتر از «من واقعی» است (بوسول<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۰۶). تعالی می‌تواند هم در درون شخص (خودشناسی، خود بهبودی و رشد شخصی) و هم در خارج از فرد اتفاق بیفتد. تعالی بیرونی ممکن است به موجودیت یا انرژی بالاتری هدایت شود (هزن و کروگتزرکا<sup>۶</sup>، ۲۰۰۴).

سلامت معنوی نیز مانند مفهوم معنویت دارای پیچیدگی بسیار و به طرق مختلف تعریف و اندازه‌گیری شده است. سلامت معنوی عبارت است از حالت اطمینان، امنیت آرامش و سکون قلبی و روحی که از اعتقاد و اعتماد به

1. Larson

2. Keyes

3. Joseph,

4. Woods & Ironson

5. Boswell

6. Heszen & Gruszyńska

منبع و قدرتی برتر و متفاوت از عوامل مادی و پیرامونی ناشی می‌شود و باعث افزایش، امید رضایت‌مندی و نشاط درونی می‌گردد و در نهایت به سلامت و تعالی همه‌جانبه انسان و انسانیت کمک کند (عزیزی، ۱۳۹۷: ۵۹). از زمان طرح سلامت معنوی در سال ۱۹۷۱ تا امروز مدل‌های گوناگونی برای سنجش سلامت معنوی طراحی شده است که به برخی از مهم‌ترین آن‌ها اشاره می‌شود: از نظر الیسون<sup>۱</sup> (۱۹۸۳) مفهوم سلامت معنوی از دو مؤلفه تشکیل شده است که بهزیستی مذهبی نشانه ارتباط با یک قدرت برتر یعنی خدا و بهزیستی وجودی یک عنصر روانی اجتماعی و نشانه احساس فرد است. از اینکه کیست، چه کاری و چرا انجام می‌دهد و به کجا تعلق دارد. این دو بعد در عین منفک بودن با هم تعامل و همپوشانی دارند. مایر<sup>۲</sup> یکی از نظریه‌پردازان این حوزه، سلامت معنوی را جستجوی مداوم برای یافتن معنا و هدف در زندگی می‌داند و معتقد است که این جستجو می‌تواند فرد را به درک عمیقی از زندگی در پهنه گیتی و نظام باورهای شخصی برساند (عزیزی، ۱۳۹۷: ۲۲۱). بنا به عقیده اسوینتون<sup>۳</sup> معنویت تجربه‌ای است برون - درون - و فراشخصی که تجربه‌های فرد و جامعه‌ای که در آن زندگی می‌کند به طور مستقیم آن را شکل می‌دهد. به عبارت دیگر معنویت پدیده‌ای است متشکل از عناصر بیرونی، گروهی اجتماعی و مافوق طبیعی (عزیزی، ۱۳۹۷: ۲۲۱). الگوی راس<sup>۴</sup> از سلامت معنوی شامل چهار بعد است: پذیرش زندگی در ارتباط با خدا، خود، جامعه و محیط که کامل بودن فرد را تضمین کرده و از آن تقدیر می‌کند (عزیزی، ۱۳۹۷: ۲۳۳). دالمان و فری<sup>۵</sup> (۲۰۰۴) الگویی دوبعدی از سلامت معنوی را مطرح می‌کنند: خودکارآمدی و طرح‌واره زندگی. در الگوی سلامت معنوی فیشر<sup>۶</sup> (۱۹۹۹) حوزه‌های سلامت معنوی به صورت حوزه شخصی، اجتماعی، محیطی و متعالی مطرح شده است. این مقیاس ۲۰ سؤالی را به اختصار شالوم نامیده می‌شود. شالوم دو بخش زیر را بررسی می‌کند بخش اول شامل تجارب زندگی فرد و واکنشی است که در آن لحظه از زندگی انجام می‌دهد و بخش دوم شامل ایدئال‌های فرد برای سلامت معنوی است که در برگیرنده چهار شکل ارتباط با خود، دیگران، محیط و خداست. مدل چهار دامنه، سلامت معنوی چهار جنبه را تعریف می‌کند: شخصی (یعنی رابطه با خود، با تأکید بر معنای زندگی، هدف و ارزش‌ها)، اجتماعی (یعنی رابطه با دیگران، شامل اخلاق، دین، فرهنگ و نگرش مثبت به انسانیت)، محیطی (یعنی احساس ارتباط، قدردانی و گرایش به پرورش طبیعت) و متعالی (یعنی رابطه خود با نیروی برتر یا بعد متعالی). این حوزه‌ها پویا و به هم مرتبط تلقی می‌شوند، به طوری که در طول زمان تغییر می‌کنند و بر یکدیگر تأثیر می‌گذارند. با این حال، هسته انگیزشی مدل و محرک اصلی که از طریق آن می‌توان به تحقق رفاه معنوی دست یافت، میل عمده به خودشکوفایی است که با معنای شخصی و هدف زندگی همسو است. گومز<sup>۷</sup> و فیشر (۲۰۰۳) چهار حوزه متفاوت سلامت معنوی را ارائه داده‌اند که عبارت‌اند از: جمعی، متعالی، شخصی و محیطی (عزیزی، ۱۳۹۷: ۲۳۳). گومز و فیشر (۲۰۰۳) خوب زیستی معنوی را با اصطلاح حالتی از بودن احساسات مثبت شناخت ارتباط فرد با خود دیگران و یک نیروی ماورایی و نیز فطرت تعریف می‌کنند که در صورت دارا بودن آن

1. Ellison

2. Meyer

3. Swinton

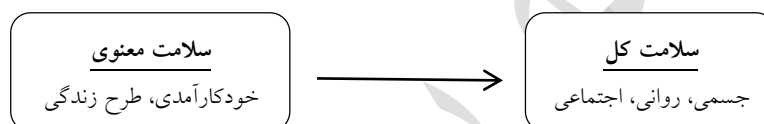
4. Ross

5. Daaleman & Frey

6. Fisher

7. Gomez

سلامت معنوی فرد احساس هویت، کمال رضایت‌مندی، لذت خرسندی، زیبایی، عشق احترام نگرش مثبت آرامش و تعادل درونی می‌کند و دارای هدف زندگی می‌شود (عزیزی، ۱۳۹۷: ۲۲۷). الگوی هانگلمان<sup>۱</sup> و همکارانش سلامت معنوی را به‌عنوان حسی از متصل بودن، هماهنگی بین خود دیگران طبیعت و وجود متعالی که از طریق یک فرایند رشد پویا و منسجم دست‌یافتنی است و به یک شناخت هدف نهایی و معنای زندگی منجر می‌شود می‌دانند (عزیزی، ۱۳۹۷: ۲۲۷) و در آخر نیز مقیاس ارزیابی عملکردی بیماری‌های مزمن و به زیستی معنوی (۱۹۹۹) است. این مقیاس ۱۲ سؤالی برای اندازه‌گیری جنبه‌های مهم معنویت مانند معنا در زندگی، هماهنگی، آرامش، حس قدرت و آسایش ناشی از ایمان فرد طراحی شده و در مطالعات متعدد (خارجی - ایرانی) از آن استفاده شده است (عزیزی، ۱۳۹۷: ۲۷۸). در یک برداشت کلی از این تعاریف و الگوها می‌توان دریافت که آنها در دو جنبه با هم اشتراک دارند معنا، روشی کلی و عام از ارزیابی زندگی است و منجر به پایین آمدن سطح عواطف منفی چون افسردگی و اضطراب و کاهش خطر ابتلا به بیماری می‌شوند. باتوجه به ادبیات تجربی و دیدگاه‌های نظری مرور شده، مدل مفهومی پژوهش به‌قرار زیر است:



شکل ۱. مدل مفهومی پژوهش

باتوجه به مدل مفهومی پژوهش، فرضیه‌های تحقیق به شرح زیر است:  
فرضیه اصلی:

- بین سلامت معنوی با سلامت کل رابطه معنی‌داری وجود دارد.

فرضیه‌های فرعی:

- بین سلامت معنوی و سلامت جسمی رابطه معنی‌داری وجود دارد.

- بین سلامت معنوی و سلامت روانی رابطه معنی‌داری وجود دارد.

- بین سلامت معنوی و سلامت اجتماعی رابطه معنی‌داری وجود دارد.

### ۳. روش پژوهش

روش تحقیق حاضر کمی و از نوع همبستگی است. واحد تحلیل فرد بوده و نمونه آماری شامل ۴۰۰ نفر از نوجوانان دختر شهر جهرم در سال ۱۴۰۲ می‌باشد که از طریق نمونه‌گیری تصادفی ساده و بر اساس فرمول کوکران انتخاب شدند. ابزار گردآوری اطلاعات در این تحقیق، پرسشنامه می‌باشد که از دو بخش تشکیل شده است. سوالات مربوط به متغیر مستقل (سلامت معنوی) و سوالات مربوط به متغیرهای وابسته (سلامت کل). گویه‌های سلامت معنوی از دالمان و فری (۲۰۰۴) اقتباس شده است. دالمان و فری (۲۰۰۴) آلفای کرونباخ برای کل مقیاس

<sup>۱</sup>. Hungleman

۰/۹۱ و برای خرده مقیاس‌های خودکارآمدی و طرحواره زندگی به ترتیب ۰/۸۶ و ۰/۸۹ گزارش کرده اند. تعریف مفهومی این متغیر توسط دالمان و فری (۲۰۰۴) این گونه بیان شده است: «سلامت معنوی به معنای درک فرد از توانمندی در رویارویی با مشکلات و داشتن حس هدف، معنا و انسجام در زندگی است؛ مفهومی که در دو مؤلفه‌ی خودکارآمدی و طرحواره زندگی تبلور یافته است». این مفهوم از طریق یک طیف پنج قسمتی لیکرت از ۱ (کاملاً موافقم) تا ۵ (کاملاً مخالفم) عملیاتی شده است. گویه‌های سلامت کل (جسمی، روانی و اجتماعی) از پرسشنامه سبک زندگی (لعلی و همکاران، ۱۳۹۱) اقتباس شد. آلفای کرونباخ این پرسشنامه توسط لعلی و همکاران (۱۳۹۱) برای ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۸۸ و ۰/۸۲ گزارش شده است. تعریف مفهومی این متغیر مبتنی بر تعریف سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۴۸ است. این سازمان سلامت را این گونه تعریف می کند: «سلامتی عبارت است از وضعیت سلامت کامل جسمانی، روانی و اجتماعی نه صرفاً نبود بیماری یا ضعف» (صفاری و همکاران، ۱۳۸۸: ۷). این مفهوم توسط سؤالات بسته پاسخ در یک طیف لیکرت شش قسمتی، از ۱ (کاملاً مخالف) تا ۶ (کاملاً موافق) عملیاتی شدند. در این تحقیق، از اعتبار صوری و همگرا (AVE) استفاده شد و پایایی ابزار پژوهش نیز از طریق آلفای کرونباخ، پایایی ترکیبی (CR) و پایایی همگون (Rho) برآورد گردید که نتایج تفضیلی آن در ادامه آمده است. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار spss نسخه ۲۵ و PLS نسخه ۳ استفاده شد.

#### ۴. یافته‌های پژوهش

جدول ۱ خلاصه‌ای از آمار توصیفی متغیرهای مورد بررسی در پژوهش را ارائه می‌دهد. همان‌طور که در جدول مشاهده می‌شود، تعداد پاسخگویان ۴۰۰ نفر بوده است. در بین متغیرهای مورد بررسی، متغیر سلامت اجتماعی با میانگین ۵/۱۴ دارای بیشترین میانگین است که نشان‌دهنده سطح بالای سلامت اجتماعی در بین پاسخگویان می‌باشد. پس از آن، متغیر سلامت روانی با میانگین ۴/۸۵ و سلامت کل با میانگین ۴/۷۸ قرار دارند. متغیر سلامت معنوی با میانگین ۳/۹۱ کمترین میانگین را در بین متغیرها دارد، اما با این حال، میانگین آن بالاتر از ۳ است که نشان می‌دهد به طور کلی، پاسخگویان از سطح متوسط و بالایی از سلامت معنوی برخوردار بوده‌اند. از نظر پراکندگی داده‌ها، متغیر سلامت روانی با انحراف معیار ۱/۱۰ بیشترین پراکندگی را نشان می‌دهد، به این معنی که پاسخ‌ها در این متغیر نسبت به میانگین، بیشترین فاصله را داشته‌اند. در مقابل، متغیرهای سلامت جسمی و سلامت معنوی هر دو دارای انحراف معیار ۰/۸۵ هستند که نشان می‌دهد پاسخ‌ها در این متغیرها نسبت به میانگین، کمترین فاصله را داشته و از همبستگی بالایی برخوردارند. محدوده تغییرات متغیرها نیز در جدول ۱ گزارش شده است. همان‌طور که مشخص است، متغیرهای سلامت جسمی، سلامت روانی، سلامت اجتماعی و سلامت کل همگی دارای حد پایین ۱ و حد بالای ۶ هستند، در مقابل، متغیر سلامت معنوی دارای حد پایین ۱ و حد بالای ۵ است، که نشان می‌دهد پاسخگویان از تمام طیف پاسخ‌های ممکن در این متغیرها استفاده کرده‌اند.

جدول ۱. آمار توصیفی پژوهش

| متغیر      | میانگین | انحراف معیار | حد پایین | حد بالا | پاسخگویان | آزمون کولموگروف - اسمیرنوف |
|------------|---------|--------------|----------|---------|-----------|----------------------------|
| سلامت جسمی | ۴/۶۲    | ۰/۸۵         | ۱        | ۶       | ۴۰۰       | ۰/۰۰۰                      |

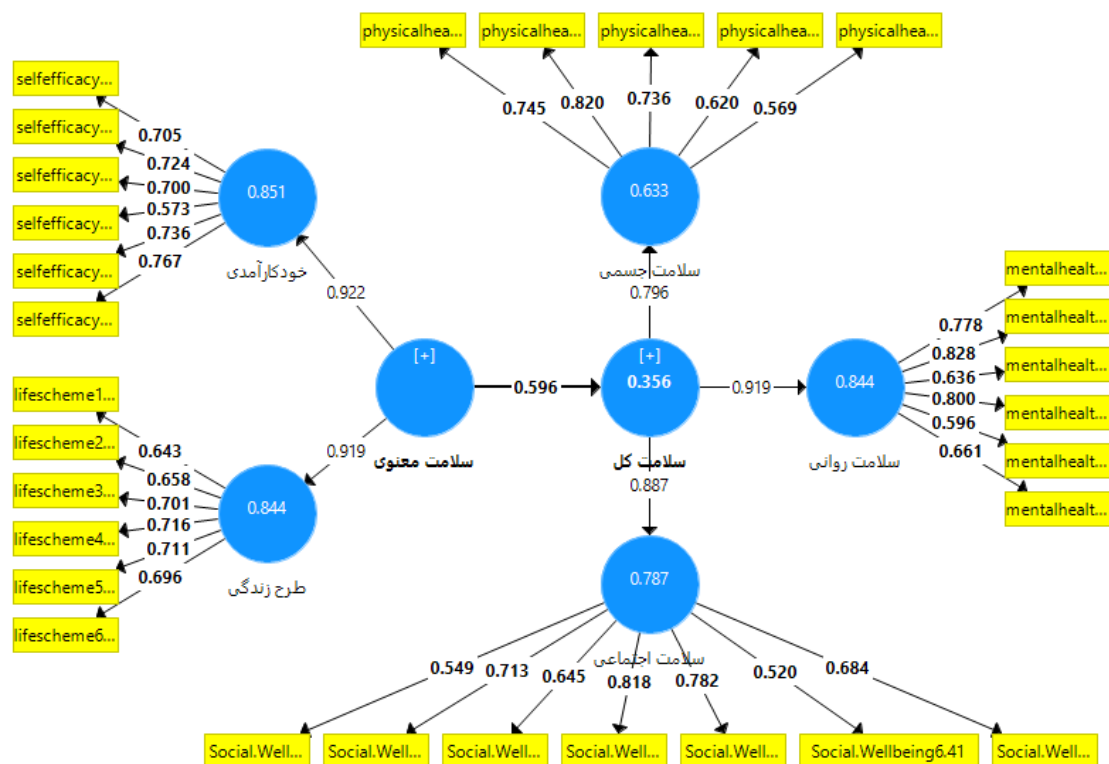
|       |  |   |   |      |      |               |
|-------|--|---|---|------|------|---------------|
| ۰/۰۰۰ |  | ۶ | ۱ | ۱/۱۰ | ۴/۸۵ | سلامت روانی   |
| ۰/۰۰۰ |  | ۶ | ۱ | ۱/۰۲ | ۵/۱۴ | سلامت اجتماعی |
| ۰/۰۰۰ |  | ۵ | ۱ | ۰/۸۵ | ۳/۹۱ | سلامت معنوی   |
| ۰/۰۰۰ |  | ۶ | ۱ | ۰/۸۶ | ۴/۷۸ | سلامت کل      |

باتوجه به جدول ۱ برای بررسی نرمال بودن داده‌ها از آزمون کولموگروف اسمیرنوف استفاده شده است. سطح معناداری نشان می‌دهد که داده‌ها از توزیع نرمال برخوردار نیستند. به بیان صحیح‌تر توزیع داده‌ها از توزیع نرمال انحراف ناچیزی دارد؛ بنابراین برای تبیین داده‌ها از نرم افزار PLS نسخه ۳ استفاده شد. برای استفاده از این نرم‌افزار جهت آزمون فرضیات نیاز به نرمال بودن داده‌ها نیست. روایی و پایایی هر یک از متغیرهای پژوهش با استفاده از فن حداقل مربعات جزئی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت یافته‌های این بخش در جدول ۲ قابل مشاهده است.

جدول ۲. روایی و پایایی متغیرهای پژوهش

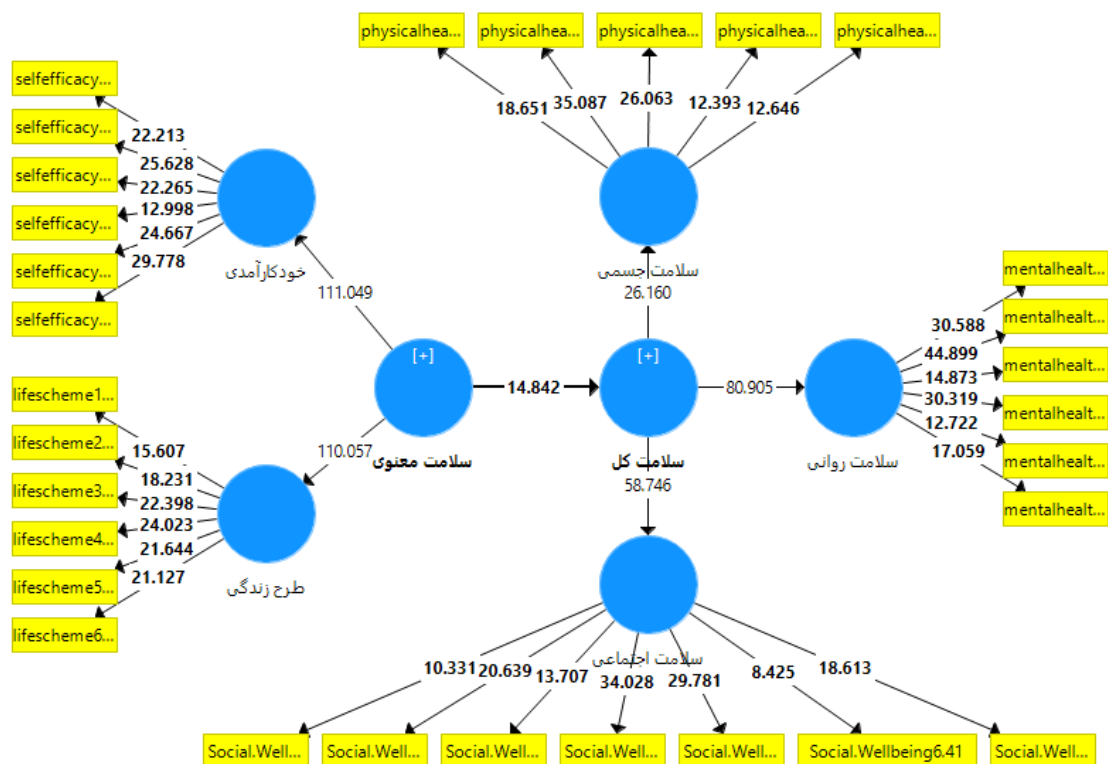
| متغیر         | تعداد گویه‌ها | آلفای کرونباخ | روایی همگرا (AVE) | پایایی مرکب (CR) | پایایی همگون (Rho) |
|---------------|---------------|---------------|-------------------|------------------|--------------------|
| سلامت جسمی    | ۵             | ۰/۷۳۸         | ۰/۵۰۲             | ۰/۸۲۸            | ۰/۷۴۹              |
| سلامت روانی   | ۶             | ۰/۸۱۲         | ۰/۵۱۱             | ۰/۸۶۴            | ۰/۸۳۰              |
| سلامت اجتماعی | ۷             | ۰/۸۰۳         | ۰/۵۱۴             | ۰/۸۵۵            | ۰/۸۳۱              |
| سلامت کل      | ۱۸            | ۰/۸۹۷         | –                 | ۰/۹۱۲            | ۰/۹۰۹              |
| خودکارآمدی    | ۶             | ۰/۷۹۳         | ۰/۵۹۴             | ۰/۸۵۴            | ۰/۸۰۲              |
| طرح زندگی     | ۶             | ۰/۷۷۷         | ۰/۵۷۳             | ۰/۸۴۳            | ۰/۷۷۸              |
| سلامت معنوی   | ۱۲            | ۰/۸۶۸         | –                 | ۰/۸۹۲            | ۰/۸۷۲              |

رابطه متغیرهای مورد بررسی در هر یک از فرضیه‌های پژوهش بر اساس فن حداقل مربعات جزئی PLS آزمون شده است. در ادامه، شکل ۲ و ۳ یافته‌های مربوط را نشان می‌دهد.



شکل ۲. روش حداقل مربعات جزئی الگوی کلی پژوهش

در شکل ۲ سه نوع عدد قابل مشاهده است اعدادی که در دایره‌های آبی قرار دارد ضریب تعیین تعدیل شده  $(R^2_{Adj})$  می‌باشد. این ضریب نشان دهنده دقت پیش بینی است. براساس این شاخص مشخص می‌شود که چند درصد از تغییرات متغیر وابسته توسط یک یا چند متغیر مستقل تبیین شده است. این اعداد نشان می‌دهد که سلامت معنوی توانسته است ۳۵ درصد از واریانس متغیرهای سلامت کل را تبیین نماید. فلش‌هایی که از سمت متغیر مستقل به سمت متغیرهای وابسته کشیده شده است ضرایب مسیر رگرسیونی هستند و نشان دهنده میزان تأثیر یک متغیر بر متغیر دیگر است. مقدار آن بین ۱ تا ۱- قرار دارد هرچه به یک نزدیک تر باشد به معنای این است که تأثیر قوی تری دارد. باتوجه به ضریب مسیر در شکل ۲ می‌توان گفت که سلامت معنوی تأثیر متوسطی بر متغیرهای وابسته پژوهش داشته است. اعدادی که بر روی فلش‌هایی قرار دارند که از سمت متغیرهای پژوهش به سمت مستطیل‌های زرد کشیده شده است نشان دهنده بارهای عاملی هستند؛ که نشان می‌دهد گویه‌ها و سوالات هر متغیر به خوبی با آن در ارتباط بوده‌اند. برای اینکه معنی‌داری کل مدل مورد ارزیابی قرار گیرد باید ضرایب رگرسیونی را آزمون کنیم بدین منظور از روش بوت استرپ در نرم‌افزار PLS استفاده شد. نتایج آزمون ضرایب مسیر در شکل ۳ قابل مشاهده است.



شکل ۳. آماره t-value الگوی کلی پژوهش با روش بوت استراپ

اعدادی که در شکل ۳ مشاهده می‌شود مقدار T-value می‌باشد. مقدار آن باید از  $1/96$  بالاتر باشد. همان‌طور که مشاهده می‌شود تمام مقادیر موجود در مدل از  $1/96$  بالاتر است این بدین معناست که رابطه بین سلامت معنوی با سلامت کل معنادار است. نتایج فرضیه های فرعی پژوهش مبنی بر رابطه سلامت معنوی بر سلامت اجتماعی، جسمی و روانی به ترتیب در جدول ۴ قابل مشاهده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود به دلیل اینکه مقدار T-Values بالاتر از  $1/96$  قرار دارد موجب می‌شود در سطح اطمینان ۹۵ درصد فرض  $H_0$  رد و فرض  $H_1$  که همان فرض محقق است پذیرفته شود. یعنی سلامت معنوی با سلامت اجتماعی، جسمی و روانی رابطه دارد. میزان این رابطه به ترتیب  $0/529$ ،  $0/475$  و  $0/548$  و جهت آن مثبت است. بنابراین تمام فرضیه های تحقیق همچنین مدل اندازه گیری و مدل ساختاری پژوهش تأیید می‌شود.

جدول ۴. نتایج فرضیه های فرعی پژوهش

| فرضیه                        | نمونه اصلی | انحراف استاندارد | آماره T | معناداری |
|------------------------------|------------|------------------|---------|----------|
| سلامت معنوی -> سلامت اجتماعی | ۰/۵۲۹      | ۰/۰۳۸            | ۱۴/۰۹۶  | ۰/۰۰۰    |
| سلامت معنوی -> سلامت جسمی    | ۰/۴۷۵      | ۰/۰۴۲            | ۱۱/۲۲۹  | ۰/۰۰۰    |
| سلامت معنوی -> سلامت روانی   | ۰/۵۴۸      | ۰/۰۳۸            | ۱۴/۵۶۵  | ۰/۰۰۰    |

نیکویی برازش مدل با استفاده از شاخص‌های متعددی در PLS بررسی می‌شود. مهم‌ترین این شاخص‌ها در جدول ۵ و ۶ گزارش شده‌اند. به منظور تعیین اینکه آیا مدل به طور کلی برازش مناسبی دارد یا خیر، از شاخص‌های زیر در PLS استفاده می‌شود.

جدول ۵. شاخص‌های نیکویی برازش مدل

| مقدار | شاخص                                                |
|-------|-----------------------------------------------------|
| ۰/۰۷۱ | میانگین مربعات باقیمانده (SRMR)                     |
| ۱/۲۰۱ | شاخص برازش نرمال شده (NFI)                          |
| ۰/۱۰۹ | ریشه میانگین مربعات باقیمانده استاندارد (RMS theta) |

جدول ۵ شاخص‌های برازش مدل را نشان می‌دهد که برای ارزیابی میزان تطابق یک مدل نظری با داده‌های مشاهده شده در تحلیل مدل‌سازی معادلات ساختاری (SEM) استفاده می‌شوند. این شاخص‌ها به ما کمک می‌کنند تا تعیین کنیم که آیا مدل تخمین زده شده، نمایش خوبی از روابط موجود در داده‌ها است یا خیر. مقدار SRMR باید کمتر از ۰/۰۸ باشد تا مدل برازش قابل قبولی داشته باشد. در اینجا مقدار ۰/۰۷۱ است که نشان‌دهنده برازش مناسب مدل است. شاخص NFI نشان‌دهنده بهبود برازش مدل نسبت به مدل پایه است. مقادیر نزدیک‌تر به ۱ نشان‌دهنده برازش بهتر هستند. مقدار بالای ۰/۰۹ اغلب قابل قبول در نظر گرفته می‌شود. در اینجا مقدار ۱/۲۰۱ است که نشان‌دهنده برازش قابل قبول مدل است. شاخص RMS Theta میانگین کوواریانس باقیمانده بین متغیرها را اندازه‌گیری می‌کند. مقادیر پایین‌تر بهتر هستند. اغلب مقدار کمتر از ۰/۱۲ برازش مطلوب مدل را نشان می‌دهد. در اینجا مقدار rms Theta برابر با ۰/۱۰۹ است نشان می‌دهند که مدل از برازش مطلوب برخوردار است؛ بنابراین بر اساس مقدار شاخص‌های مندرج در جدول ۵، مدل تخمین زده شده برازش مناسبی با داده‌ها دارد.

یکی دیگر از مهم‌ترین شاخص‌ها، شاخص کیفیت برازش مدل در PLS یا شاخص Q2 است. این معیار، قدرت پیش‌بینی مدل در متغیرهای وابسته را مشخص می‌کند که به طور هم‌زمان کیفیت مدل اندازه‌گیری و مدل ساختاری را مورد بررسی قرار می‌دهد. مدل‌هایی که دارای برازش قابل قبول هستند، باید قابلیت پیش‌بینی شاخص‌های مربوط به سازه‌های درون زای مدل را داشته باشند. بدین معنی که اگر در یک مدل، روابط بین سازه‌ها به درستی تعریف شده باشند، سازه‌ها قادر خواهند بود تا تاثیر کافی بر شاخص‌های یکدیگر گذاشته و از این راه فرضیه‌ها به درستی تأیید شوند. نحوه قضاوت درباره توان پیش‌بینی کنندگی Q2، شاخص استون - گیسر (۱۹۷۵) است. در آزمون استون - گیسر دو مقدار ارائه می‌شود: افزونگی با روایی متقاطع (CV-RED) و اشتراک با روایی متقاطع (CV-COM) مقدار افزونگی با روایی متقاطع به ارزیابی مدل ساختاری و مقدار اشتراک با روایی متقاطع به ارزیابی مدل سنجش می‌پردازد. شاخص Q2 مثبت و بزرگ، نشان از قابلیت بالای پیش‌بینی مدل دارد و مقادیر Q2 منفی بیانگر تخمین بسیار ضعیف متغیر پنهان است. هنسler و همکاران (۲۰۱۴) سه مقدار ۰/۰۲، ۰/۱۵ و ۰/۳۵ را به عنوان قدرت پیش‌بینی کم، متوسط و قوی تعیین نموده‌اند.

جدول ۶. شاخص‌های کیفیت برازش مدل

| شاخص Q <sup>2</sup> | اجتماعی | جسمی | روانی | سلامت کل | خودکارآمدی | طرح زندگی | سلامت معنوی |
|---------------------|---------|------|-------|----------|------------|-----------|-------------|
|---------------------|---------|------|-------|----------|------------|-----------|-------------|

|        |       |       |       |       |       |       |       |
|--------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Cv-Red | ۰/۳۴۳ | ۰/۲۹۷ | ۰/۴۱۸ | ۰/۱۲۴ | ۰/۴۰۱ | ۰/۳۸۱ | --    |
| Cv-Com | ۰/۳۰۰ | ۰/۲۶۲ | ۰/۳۴۱ | ۰/۲۹۹ | ۰/۳۰۳ | /۲۷۳  | ۰/۳۰۲ |

همان‌طور که در جدول ۶ مشاهده می‌شود تقریباً مقادیر cv-red (افزونگی روایی متقاطع سازه‌ها) و cv-com (اشتراک روایی متقاطع سازه‌ها)، مثبت و از ۰/۱۵ بیشتر است. این اعداد نشان می‌دهد که مدل اندازه‌گیری و مدل ساختاری از کیفیت بالایی برخوردار است، مقادیر مشاهده شده به خوبی بازسازی شده‌اند و مدل توانایی پیش‌بینی مطلوبی دارد.

## ۵. نتیجه‌گیری

دوره نوجوانی زمان تغییر و انتقال است. نوجوانان هنگام تجربه‌کردن تغییرات جسمانی، روانی و اجتماعی با چالش‌های چندگانه‌ای مواجه‌اند. مفهوم نهفته در علاقه‌مندی به سلامت نوجوانان نیز مربوط به همین تغییر و انتقال است. در طول این سال‌ها نوجوانان فعالیت‌های تازه‌ای را تجربه می‌کنند؛ از این‌رو درک ابعاد سلامت در نوجوانان بسیار مهم است. در این دوران، یافتن معنا و هدف در زندگی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. به همین دلیل سلامت معنوی به عنوان یک عامل مهم در سلامت کل دارای اهمیت است. هدف پژوهش حاضر بررسی پیوند سلامت معنوی با سلامت کل (سلامت جسمی، روانی و اجتماعی) نوجوانان بود. از این‌رو، یافته‌های پژوهش با کسب نظر از ۴۰۰ نفر از دختران نوجوان شهر جهرم، صورت پذیرفت. یافته‌های توصیفی پژوهش نشان می‌دهد که باتوجه‌به میانگین متغیرهای پژوهش، به نظر می‌رسد نوجوانان دارای سلامت کل، سلامت جسمی، سلامت روانی و سلامت اجتماعی بالا و سلامت معنوی متوسط هستند. همچنین نتایج پژوهش در فرضیه اول نشان داد که بین سلامت معنوی و سلامت کل رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد. به عبارت دیگر، با افزایش سطح سلامت معنوی، سطح سلامت کل نیز افزایش می‌یابد. همچنین یافته‌ها نشان می‌دهد که سلامت معنوی و ابعاد آن می‌تواند ۳۵ درصد از واریانس متغیر سلامت کل را توضیح دهد. این یافته‌ها با تحقیقات قبلی که ماهیت چندوجهی سلامت نوجوانان و نقش بالقوه معنویت را به عنوان منبعی برای پیمایش پیچیدگی‌های این مرحله رشد برجسته می‌کند، منطبق است (در فرضیه دوم پژوهش مشاهده شد بین سلامت معنوی و سلامت جسمی رابطه معنی‌داری وجود دارد. جهت رابطه مثبت و شدت آن در حد متوسط است. این یافته نشان می‌دهد که افزایش در سلامت معنوی باعث افزایش در سلامت جسمی می‌شود. این یافته با نتایج تحقیق پادهبان و همکاران (۱۳۹۹)، خاجوی شجاعی، پیراسته و جوهری (۱۴۰۰)، بوژک، نواک و بلوکاچ (۲۰۲۰)، ساواتزکی و همکاران (۲۰۰۹) همسو است. در فرضیه سوم پژوهش نیز نشان داده شد بین سلامت معنوی و سلامت روانی رابطه معنی‌داری وجود دارد. جهت رابطه مثبت و شدت آن در حد متوسط است. به این معنا که با افزایش سلامت معنوی سلامت روانی افزایش می‌یابد. این یافته با نتایج تحقیق یوسفی، رفیعی و طیری (۱۳۹۸)، ثناگوی محرر و همکاران (۱۳۹۷)، ضیغمی، تجویدی و قاضی زاده (۱۳۹۳)، لیونگ و مو (۲۰۲۲)، کوپنگ و لیونگ (۲۰۲۱)، و مایکلسون و همکاران (۲۰۱۹) همسو است. در فرضیه چهارم نشان داده شد که بین سلامت معنوی و سلامت اجتماعی رابطه معنی‌داری وجود دارد. جهت رابطه مثبت و شدت

آن نیز متوسط می‌باشد. به این معنا که با افزایش سلامت معنوی سلامت اجتماعی نیز افزایش می‌یابد. این یافته با نتایج تحقیق معاون، موحد، نیک نجات و حجتی‌فر (۱۴۰۱)، الرادیده و الورانی (۲۰۱۸) و ساواتزکی و همکاران (۲۰۰۹) همسو است. بنابراین، نتایج نشان داد که سلامت معنوی با ابعاد مختلف سلامت کل، یعنی سلامت جسمی، سلامت روانی و سلامت اجتماعی نیز رابطه دارد. به طور کلی نتایج با مدل زیست روانی-اجتماعی انگل همخوانی دارد، که بر ارتباط متقابل عوامل بیولوژیکی، روانی و اجتماعی در شکل دادن به سلامت تأکید می‌کند. به عبارت ساده‌تر، این مدل نشان می‌دهد که سلامت ما محصول تعامل پیچیده‌ای بین بدن، ذهن و محیط اجتماعی‌ای است که در آن فعالیت می‌کنیم. این مطالعه نقش سلامت معنوی را به عنوان یک عامل روانی - اجتماعی مهم برجسته می‌کند. بر اساس الگوهای سلامت معنوی مطرح شده در چارچوب نظری پژوهش، به نظر می‌رسد که داشتن حس قوی هدف، ارتباط و معنا (مهم‌ترین مؤلفه‌های سلامت معنوی) می‌تواند بر سایر ابعاد سلامت تأثیر مثبت بگذارد و منجر به بهبود کلی سلامت شود.

مطالعه حاضر ارتباط مثبت معناداری را بین سلامت معنوی و ابعاد سلامت کلی - جسمی، روانی و اجتماعی - نشان داد. این تحلیل تبیین‌ها و ریز بینش‌های ارزشمندی را ارائه می‌دهد. نخست آن که سلامت معنوی می‌تواند در تعریف مجدد از مشکل و مسئله به‌گونه‌ای که قابل حل باشد کمک کند. از این رو معنویت به افراد کمک می‌کند تا از نظر هیجانی و روانی خود را حفظ کرده و در برخورد با موقعیت چالش‌زا از طریق معناجویی و امیدواری تلاش کنند. سلامت معنوی می‌تواند به افراد در مقابله با استرس کمک کند. هنگامی که افراد احساس معنای قوی در زندگی خود می‌کنند، به احتمال زیاد در مواجهه با چالش‌ها، انعطاف‌پذیری و تاب‌آوری بیشتری از خود نشان می‌دهند. ارتباط بین سلامت معنوی و سلامت روان به ویژه قابل توجه است. نوجوانی دوره‌ای از آسیب‌پذیری شدید در برابر نگرانی‌های مربوط به سلامت روان مانند اضطراب و افسردگی است. باورهای معنوی می‌توانند احساس امنیت، هدف و امید را ارائه دهند و به طور بالقوه به عنوان محافظی در برابر احساسات منفی عمل کنند. علاوه بر این، تمرین‌های معنوی مانند مراقبه، تنظیم هیجانی را تقویت کرده و استرس را کاهش می‌دهد. دوم در مورد سلامت جسمانی، باورهای معنوی ممکن است رفتارهای ارتقا دهنده سلامت مانند رژیم غذایی متعادل، ورزش منظم و الگوهای خواب مسئولانه را تشویق کنند. سلامت معنوی به واسطهٔ سبک زندگی سالمی که تشویق می‌کند پیشرفت بیماری‌های را کند یا بهبودی پس از بیماری حاد را تسریع می‌کند. اعمال معنوی، مانند مدیتیشن یا دعا نیز می‌تواند به کاهش استرس کمک کند، به طور بالقوه سیستم ایمنی را تقویت کرده و خطر بیماری‌های جسمی را کاهش می‌دهد. سوم، رابطه معنادار بین سلامت معنوی و سلامت اجتماعی جنبه مهم دیگری را روشن می‌کند. باورهای معنوی اغلب بر شفقت، همدلی و رفتار اجتماعی تأکید دارند. نوجوانان با پایه‌های معنوی قوی ممکن است تمایل بیشتری به ایجاد روابط سالم داشته باشند و حس تعلق و حمایت اجتماعی را تقویت کنند. این به نوبه خود می‌تواند به یک تصویر مثبت از خود و یک زندگی اجتماعی رضایت بخش تر کمک کند. سلامت معنوی می‌تواند بر نتایج و پیامد کنش‌های اجتماعی تأثیر بگذارد به عبارت دیگر چگونگی تفسیر افراد از روابط با یکدیگر، رویدادها و حوادث زندگی تحت تأثیر باورها و اعتقادات معنوی قرار می‌گیرد. به نظر می‌رسد دلیل اینکه معنویت می‌تواند در افزایش سلامت افراد مؤثر واقع شود این است که مقابله‌های معنوی با کمک به فرد برای پذیرش واقعیت، یکی از مهم‌ترین راهکارها به حساب می‌آید. به علاوه معنویت به تنظیم و تفسیر وقایع زندگی،

حالتی عبادت گونه می‌بخشد در نتیجه افرادی که از احساس وابستگی و ارتباط متعالی برخوردار می‌شوند، احساس لذت، سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی بیشتری را تجربه می‌کنند. در کل این مطالعه بر روابط پیچیده سلامت نوجوانان تأکید می‌کند، جایی که سلامت معنوی به عنوان یک عامل حیاتی در تار و پود سلامت کلی بافته شده است. با اذعان به این ارتباط و تقویت سلامت معنوی در کنار سلامت جسمی، روانی و اجتماعی، می‌توانیم نوجوانان را برای گذر از پیچیدگی‌های دوران نوجوانی توانمند کنیم. یافته‌های این پژوهش بیانگر توجه بیشتر به معنویت در بین خانواده‌ها، مدارس و سایر نهادها و ارگان‌های مرتبط است. ادغام ملاحظات سلامت معنوی در چارچوب‌های مراقبت بهداشتی جامع برای نوجوانان می‌تواند بسیار سودمند باشد. برای مثال، مشاوران مدرسه می‌توانند از شیوه‌های ذهن‌آگاهی استفاده کنند یا از گروه‌هایی حمایت کنند که نقش معنویت را در مقابله با چالش‌ها بررسی می‌کنند. والدین می‌توانند گفتگوهای باز را در مورد اهمیت معناسازی و هدف در زندگی نوجوانان خود پرورش دهند. همچنین توصیه می‌شود مراکز مشاوره سلامت (جسمانی، روانی، اجتماعی و معنوی) در مدارس راه‌اندازی شود. تشکیل تیم‌های تحقیقاتی جهت پایش مداوم سلامت نوجوانان، دعوت از متخصصان حوزه سلامت و برگزاری جلسات هفتگی در مدارس برای نوجوانان و خانواده‌های ایشان، از دیگر راهکارهای عملی در این زمینه است. اذعان به محدودیت‌های این مطالعه مهم است. مطالعات بیشتری برای بررسی رابطه طولی بین سلامت معنوی و سلامت کل در نوجوانان مورد نیاز است. این مطالعات می‌توانند به درک بهتر جهت‌های علی و معلولی این رابطه و همچنین مکانیسم‌های زیربنایی آن کمک کنند. همچنین تحقیقات بیشتری برای بررسی رابطه بین سلامت معنوی و سلامت کل در گروه‌های جمعیتی متنوع، از جمله نوجوانان از نژادها، قومیت‌ها، طبقات اجتماعی و باورهای معنوی مختلف، مورد نیاز است. این امر می‌تواند به درک بهتر نقش سلامت معنوی در سلامت کلی نوجوانان کمک کند.

#### کتابنامه

۱. اصفهانی، س. (۱۳۸۹). سلامت معنوی و دیدگاه‌ها. / اخلاق پزشکی، ۴(۱۴)، ۴۱-۴۹.
۲. پادهبان، و.، برسته، س.، رحیمی، ا.، و چوبین، م. (۱۳۹۹). ارتباط سلامت معنوی با سلامت عمومی و سواد سلامتی در پرسنل نیروی دریایی. طب دریا، ۲(۳)، ۱۵۷-۱۶۳.
۳. ثناگوی محرر، غ.، ثانی، ز.، شاهین پنجه، ز.، و بندگی، م. (۱۳۹۷). بررسی ارتباط سلامت معنوی باهوش اجتماعی و سلامت روان دانش‌آموزان مقطع متوسطه ناحیه یک شهرستان زاهدان. رویش روان‌شناسی، ۷(۷)، ۲۸۷-۲۹۸.
۴. خاجوی شجاعی، ک.، پیراسته، ا.، و جوهری، ز. (۱۴۰۰). ارتباط معنویت با سلامت جسمانی: مطالعه مقطعی در مراجعه‌کنندگان به مراکز جامع سلامت شرق شهر تهران در سال ۱۳۹۸. پژوهش در دین و سلامت، ۷(۱)، ۶۳-۸۰.
۵. رایبسون، ج.، و مک کورمیک، د. (۱۳۹۵). راهنمای جامع بهداشت روانی و سلامت جسمانی. ترجمه شهلا پزشکی و ژانت هاشمی آذر، تهران: کتاب ارجمند.
۶. رمضان، ص. (۱۳۹۹). معنویت بی‌سازمان: تأملی جامعه‌شناختی بر معنویت‌گرایی جدید و چرایی گرایش به آن در ایران. تهران: سازمان تبلیغات اسلامی.

۷. صف آرا، م.، بلالی دهکردی، ن.، و سدیدپور، س. (۱۳۹۸). فراتحلیل اثربخشی دین داری و معنویت در درمان اختلالات روانی-بالینی طی سال ۲۰۰۳-۲۰۱۳. پژوهش در دین و سلامت، ۵(۳)، ۱۲۴-۱۳۶.
۸. صفاری، م.، شجاعی زاده، د.، غفرانی پور، ف.، حیدرنیا، ع.، و پاک پور، ا. (۱۳۸۸). نظریه‌ها، مدل‌ها و روش‌های آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، تهران: آثار سبحان.
۹. ضیغمی محمدی، ش.، تجویدی، م.، و قاضی‌زاده، ش. (۱۳۹۳). رابطه بین سلامت معنوی با کیفیت زندگی و سلامت روان جوانان مبتلا به بتا تالاسمی ماژور. پژوهشی خون، ۱۱(۲)، ۱۴۷-۱۵۴.
۱۰. عزیزی، ف. (۱۳۹۷). دانشنامه سلامت معنوی/اسلامی، تهران: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی.
۱۱. عیسی مراد، ا.، حسنوند، ف.، و قلمی، ز. (۱۴۰۰). فراترکیب پژوهش‌های سلامت معنوی در ایران (مروری). فرهنگ و ارتقای سلامت، ۵(۲)، ۱۹۵-۲۰۴.
۱۲. لعلی، م.، عابدی، ا.، و کجیاف، م. (۱۳۹۱). ساخت و اعتباریابی پرسش‌نامه سبک زندگی (LSQ). پژوهش‌های روان‌شناختی، ۱۵(۱ پیاپی ۲۹)، ۸۰-۶۴.
۱۳. معاون، ز.، موحد مجد، م.، نیک نجات، ز.، و حجتی فر، س. (۱۴۰۱). مطالعه رابطه سلامت معنوی با سلامت اجتماعی گردشگران مذهبی شرکت کننده در پیاده‌روی اربعین. پژوهشنامه حج و زیارت، ۷(۳)، ۱۴۵-۱۶۸.
۱۴. موسوی، م.، و شیانی، م. (۱۳۹۴). سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی مفاهیم و رویکردها، تهران: نشر آگاه.
۱۵. میکائیلی، ن.، عنبری، ف.، و انصافی، ا. (۱۳۹۶). فراتحلیل رابطه باورهای مذهبی و معنویت با سلامت روانی. روانشناسی ارزش‌های اسلامی، ۲(۱)، ۷۱-۷۸.
۱۶. وزیری تبار، ه.، احدی، م.، و احدی، حسن. (۱۴۰۱). فراتحلیل عوامل معنوی مرتبط با اضطراب مرگ سالمندان در مطالعات ایرانی. پژوهش در دین و سلامت، ۸(۴)، ۱۲۹-۱۴۳.
۱۷. وسفی، ف.، رفیعی، سحر.، طیری، فریبا. (۱۳۹۸). بررسی سلامت معنوی و ارتباط آن با سلامت روان در دانشجویان جدیدالورود دانشگاه علوم پزشکی کردستان. مجله روان‌شناسی و روانپزشکی شناخت، ۶(۴)، ۱۰۰-۱۰۹.

18. Allport G. W. (1961). *Pattern and growth in personality*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
19. Alorani, O. I., & Alradaydeh, M. T. F. (2018). Spiritual well-being, perceived social support, and life satisfaction among university students. *International Journal of Adolescence and Youth*, 23(3), 291-298.
20. Assembly, U. G. (1989). Convention on the Rights of the Child. *United Nations, Treaty Series*, 1577(3), 1-23.
21. Baldacchino D, Draper P. (2001). Spiritual coping strategies: A review of the nursing research literature. *Journal of Advanced Nursing*. 34: 833-841.
22. Benson, P. L., Roehlkepartain, E. C., & Rude, S. P. (2019). Spiritual development in childhood and adolescence: Toward a field of inquiry. *In Beyond the Self* (pp. 205-213). Routledge.
23. Bolton, D., & Gillett, G. (2019). *The biopsychosocial model of health and disease: New philosophical and scientific developments* (p. 149). Springer Nature.
24. Boswell G. H., Kahana E., Dilworth-Anderson P. (2006). Spirituality and healthy lifestyle behaviors: stress counter-balancing effects on the well-being of older adults. *J. Relig. Health* 45, 587-602.

25. Bożek, A., Nowak, P. F., & Blukacz, M. (2020). The relationship between spirituality, health-related behavior, and psychological well-being. *Frontiers in Psychology*, 11, 1997.
26. Brooks, F., Michaelson, V., King, N., Inchley, J., & Pickett, W. (2018). Spirituality as a protective health asset for young people: An international comparative analysis from three countries. *International journal of public health*, 63, 387-395.
27. Daaleman, T. P., & Frey, B. B. (2004). The spirituality index of well-being: A new instrument for health-related quality-of-life research. *The Annals of Family Medicine*, 2(5), 499-503.
28. Dhar, N., Chaturvedi, S. K., & Nandan, D. (2013). Spiritual health, the fourth dimension: a public health perspective. *WHO South-East Asia Journal of Public Health*, 2(1), 3-5.
29. Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136.
30. Erikson E. (1959). Identity and the life cycle. *Psychol.* 1, 18–164.
31. George LK, Larson DB, Koenig HG, McCullough ME. (2000). Spirituality and health: What we know, what we need to know. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 19: 102–116.
32. Grad, F. P. (2002). The preamble of the constitution of the World Health Organization (1948). *Bulletin of the World Health Organization*, 80, 981-981.
33. Henseler, J., Dijkstra, T. K., Sarstedt, M., Ringle, C. M., Diamantopoulos, A., Straub, D. W., ... & Calantone, R. J. (2014). Common beliefs and reality about partial least squares. *Organizational Research Methods*, 17(2), 182-209.
34. Heszen-Niejodek I., Gruszyńska E. (2004). The spiritual dimension, its importance in health psychology and its measurement. *Przeg. Psychol.* 47, 15–31.
35. Joseph, R. P., Ainsworth, B. E., Mathis, L., Hooker, S. P., & Keller, C. (2017). Incorporating religion and spirituality into the design of community-based physical activity programs for African American women: a qualitative inquiry. *BMC research notes*, 10, 1-6.
36. Keyes, C. L. M. (1998). Social well-being. *Social Psychology Quarterly*, 61(2), 121–140.
37. Larson, J.S. (1993), "The measurement of social well-being", *Social Indicators Research*, 28. 285-296.
38. Lee, M. T., Kubzansky, L. D., & VanderWeele, T. J. (Eds.). (2021). *Measuring well-being: Interdisciplinary perspectives from the social sciences and humanities*. Oxford University Press.
39. Leung, C. H., & Mu, Y. (2022). Spiritual and mental health of teenagers in Hong Kong and in mainland China under the impact of COVID-19. *Asian Education and Development Studies*, 11(2), 340-355.
40. Leung, C. H., & Pong, H. K. (2021). Cross-sectional study of the relationship between the spiritual wellbeing and psychological health among university students. *PLoS One*, 16(4), e0249702.
41. Maliye, C., Garg B. S. (2017). Adolescent health and adolescent health programs in India. *J Mahatma Gandhi Inst Med Sci*. 22: 78-82.
42. Maslow A. H. (1968). *Toward a psychology of being*. 2nd Edn. New York: Van Nostrand.
43. McCoy D. (2009). The high level taskforce on innovative international financing for health systems. *Health Policy Plan*. 24: 321-3.
44. McIntosh, C. A., & Finkle, J. L. (1995). The Cairo conference on population and development: A new paradigm?. *Population and development review*, 223-260.
45. Michaelson, V., Brooks, F., Jirásek, I., Inchley, J., Whitehead, R., King, N., ... & HBSC Child Spiritual Health Writing Group. (2016). Developmental patterns of adolescent spiritual health in six countries. *SSM-population health*, 2, 294-303.
46. Michaelson, V., King, N., Inchley, J., Currie, D., Brooks, F., & Pickett, W. (2019). Domains of spirituality and their associations with positive mental health: a study of adolescents in Canada, England and Scotland. *Preventive Medicine*, 125, 12-18.
47. Paloutzian, R., & Park, C. (2013). *Handbook of the psychology of religion and spirituality* (2nd ed.). Guilford Press.
48. Pargament, K. I. (Ed.). (2013). *APA handbook of psychology, religion, and spirituality* [2 volumes]. American Psychological Association.

49. Rogers Carl, R. (1961). *On Becoming A Person: A Therapist's View of Psychotherapy*. US: Houghton Mifflin.
50. Ryff C. D., Keyes C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *J. Pers. Soc. Psychol.* 69, 719–727.
51. Ryff, C. D. (1989). Happiness Is Everything, or Is It? Explorations on the Meaning of Psychological Well-being, *Journal of Personality and Social Psychology* .57(6), 1069-1081.
52. Sawatzky R, Ratner PA, Chiu L. (2005). meta-analysis of the relationship between spirituality and quality of life. *Social Indicators Research*.72: 153–188.
53. Sawatzky, R., Gadermann, A., & Pesut, B. (2009). An investigation of the relationships between spirituality, health status and quality of life in adolescents. *Applied Research in Quality of Life*, 4, 5-22.
54. Smith TB, McCullough ME, Poll J. (2003). Religiousness and depression: Evidence for a main effect and the moderating influence of stressful life events. *Psychological Bulletin*.129: 614–636.
55. Stefanek M, McDonald PG, Hess SA. (2005). Religion, spirituality and cancer: Current status and methodological challenges. *Psycho-Oncology*.14: 450–463.
56. Stone, M., and Geisser, F. (1975). Cross validatory choice and assessment of statistical predictions. *Journal of the Royal Statistical Society*, 36(2),111–147.
57. Vader, J. P. (2006). Spiritual health: the next frontier. *The European Journal of Public Health*, 16(5), 457-457.
58. Vittersø, J. (Ed.). (2016). *Handbook of eudaimonic well-being*. Springer.
59. Woods T. E., Ironson G. H. (1999). Religion and spirituality in the face of illness: how cancer, cardiac, and HIV patients describe their spirituality/religiosity. *J. Health Psychol.* 4, 393–412.
60. World Health Organization. (2011). Sixty fourth World Health Assembly. Resolution WHA 64.28: youth and health risks.

# **The role of spiritual health in predicting overall health and its three dimensions (Case study, female adolescents in Jahrom city)**

Halima Enayat (Professor of Sociology, Shiraz University, Shiraz, Iran)

**henayat@rose.shirazu.ac.ir**

Ruhollah Rahmani (PhD student of sociology, Shiraz University, Shiraz, Iran, Corresponding author) **rahmani.ru1394@gmail.com**

## **Abstract**

Health is considered an important asset among adolescents, and spiritual health can strengthen it. This study aimed to investigate the relationship between spiritual health and the general health (physical, psychological, social) of adolescents. This research employed a cross-sectional, correlational design. The research sample comprised 400 female adolescents from Jahrom city in the year 2023, who were selected using a random sampling method. Data were collected using the validated Spiritual Health Questionnaire by Dalman and Frey (2004) and the Lifestyle Questionnaire (Lali et al., 2012). Validity was assessed using face validity and convergent validity (AVE), and reliability was examined using Cronbach's Alpha, Composite Reliability (CR), and Homogeneous Reliability (Rho). Data were analyzed using SPSS and PLS (Partial Least Squares) software, employing structural equation modeling. The findings indicated that the level of general health, physical health, psychological health, and social health among adolescents was high, while their level of spiritual health was moderate. Furthermore, the findings of this research demonstrated a positive and significant relationship between spiritual health and individuals' general health. This relationship was also observed separately for each health dimension (physical, psychological, and social). PLS analysis further revealed that spiritual health accounted for 35% of the variance in the general health variable. Recognizing this relationship and strengthening spiritual health alongside physical, psychological, and social health can empower adolescents to navigate the complexities of adolescence. The integration of spiritual health considerations into comprehensive adolescent healthcare frameworks, establishing school-based health counseling centers, forming research teams for continuous adolescent health monitoring, inviting health professionals, and holding weekly sessions in schools for adolescents and their families could be highly beneficial.

**Keywords:** General Health, Spiritual Health, Structural Equations, Jahrom.

نسخه پیش انتشار