نشریه فرهنگ و ارتقای سلامت فرهنگستان علوم پزشکی
دوره نهم، شماره چهارم، زمستان ۱۴۰۴، صفحات ۳۶۰ تا ۳۷۲

مروری

مُدل علّی سلامت معنوی دانشجویان علوم پزشکی

جواد حسّاسی*[۱]

۱. *نویسنده مسئول: دانشجوی دکتری، مرکز آموزشی پژوهشی مشاوره و روان‌شناسی اسلامی امام خمینی(ره)، قم، ایران، hassasi@chmail.ir

دریافت مقاله: ۱۴۰۴/۰۷/۰۲ پذیرش مقاله: ۱۴۰۴/۰۹/۰۲

چکیده

زمینه و هدف: گرچه سلامت معنوی مدت‌ها پیش مورد مطالعه قرار گرفته بود، امروزه درک رابطه آن با خودکارآمدی اخلاقی، دلبستگی به خدا و هوش وجودی یک ضرورت محسوب می‌شود. در این پژوهش، سازه هوش وجودی به عنوان متغیّر میانجی در رابطه بین دلبستگی به خدا و خودکارآمدی اخلاقی با سلامت معنوی بررسی شد.

روش: پژوهش حاضر برحسب نحوه گردآوری داده‌ها، از نوع توصیفی- همبستگی است. جامعه آماری شامل دانشجویان علوم پزشکی دانشگاه تبریز در سال تحصیلی ۱۴۰۲-۱۴۰۳ بود. با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده، ۲۱۵ نفر به عنوان نمونه آماری انتخاب شدند. داده‌ها از طریق پرسشنامه جمع‌آوری شد. پایایی ابزارها با آلفای کرونباخ و پایایی ترکیبی و روایی آن‌ها با شاخص‌های همگرا و واگرا ارزیابی شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش معادلات ساختاری و نرم‌افزار Smart PLS3 استفاده شد.

یافته‌ها: خودکارآمدی اخلاقی، دلبستگی به خدا و هوش وجودی اثر مستقیم و معناداری بر سلامت معنوی داشت. دلبستگی به خدا (نگرانی از جدایی) پیش‌بینی‌کننده هوش وجودی بود؛ اما نقش میانجی‌گری هوش وجودی در رابطه بین دلبستگی به خدا و خودکارآمدی اخلاقی با سلامت معنوی تأیید نشد.

نتیجه‌گیری: تقویت خودکارآمدی اخلاقی، هوش وجودی و دلبستگی به خدا می‌تواند سلامت معنوی دانشجویان را ارتقاء دهد و در برنامه‌های آموزشی و مداخلات دانشگاهی مورد توجه قرار گیرد.

کلیدواژه‌ها: سلامت معنوی، کارآمدی، هوش، معنویت

مقدمه

نوع نگرش به انسان، تأثیر مستقیمی بر شیوه ارائه خدمات سلامت دارد. انسان افزون بر ابعاد وجودی همچون غرایز، امیال، نیازها و عواطف، از بُعد لطیف و عمیقی به نام معناگرایی نیز برخوردار است.(۱) مطالعات نشان می دهد که اندیشمندان در دو رویکرد درونگرا و برونگرا به تعریف معنویت می پردازند. در رویکرد درونگرا، محققان از درون یک سنت اعتقادی خاص -و با تکیه بر منابع وحیانی- به تعریف معنویت می‌پردازند؛ اما در دسته دوم، محققان با فاصله گرفتن از موضوعِ پژوهش از فراز و بیشتر با معیارهای تجربی یا در حد امور این جهان به تعریف آن می‌پردازند.(۲)

اسلام در حوزه معنویت دارای یک نظریه کلان است. این نظریه واجد ابعاد «کلامی فلسفی»، «فقهی حقوقی»، «اخلاقی ارزشی» و «تاریخی تمدنی» است.(۳) امام خمینی(ره) میزان و مناط در انسانیت انسان را که او را از سایر موجودات جدا می‌کند، معنویت او می‌داند(۴) علامه شهید مرتضی مطهری(ره) معنویت را اساس و پایه رشد و تکامل انسان معرفی می‌نماید (۵) سلامت معنوی با رویکرد اسلامی، بالطبع از معنویتی سرچشمه می‌گیرد که برخاسته از منابع معتبر دینی و مستنبَط از متون مقدّس اسلامی(قرآن و حدیث) است و مباحث قرآنی نقش به‌درستی محوری در این میان دارند.(۶)

Please cite this article as:
Hassasi J. A Causal Model of Spiritual Health among Medical Students. Iran J Cult Health Promot 2026; 9(4): 360-372.

Copyright: © 2026 Iranian Journal of Culture and Health Promotion. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-22]

به‌رغم اینکه توجه به معنویت و اهتمام به سلامت معنوی در فرهنگ قرآن و تعالیم اهل بیت(علیهم‌السلام) و آموزه‌های سایر ادیان الهی، از همان آغاز به‌عنوان امری مسلم و بدیهی مورد تأکید قرار گرفته است؛ اما برای مدت‌های طولانی، تحقیق و پژوهش درباره معنویت در علوم روان‌شناسی چندان مورد توجه واقع نشده بود.

رویکرد رایج به انسان، که از آن با عنوان مدل زیست پزشکی (Biomedical Model) یاد می‌شود، پارادایم ذهنی بسیاری از کنشگران حوزه سلامت را شکل داده است. در این مدل، انسان، تنها موجودی زیستی تلقی می‌شود و تمرکز آن تنها بر سلامت جسمی است. این رویکرد، مورد نقد بسیاری از متفکران قرار گرفته است. به عبارت دیگر، هرچند بُعد جسمانی سلامت بیشتر مورد توجه است؛ اما بسیاری از پژوهشگران و ارائه دهندگان خدمات سلامت، مفهوم سلامت را فراتر از سلامت جسمی می‌دانند.

مفهوم سلامت معنوی نخستین بار در سال ۱۹۷۱ توسط موبرگ تحت عنوان «بهزیستی معنوی» مطرح شد.(۷) در سال‌های اخیر، توجه به سلامت معنوی با تأکید بر نگرش جامع به سلامت، به طور گسترده ای افزایش یافته است. حدود یک ربع قرن پیش، سازمان بهداشت جهانی (World Health) با این پرسش مواجه شد که آیا باید در تعریف سلامت، علاوه بر ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی، بُعد معنوی (Spiritual dimension) نیز گنجانده شود؟(۸) چند سال بعد، این بُعد در یکی از مجلات معتبر حوزه ارتقاء سلامت مطرح شد.(۹)

امروزه اهمیت این بُعد از سلامت انسان به حدی است که حتی برخی نهادهایی که وظیفه بررسی و اعطای اعتبارنامه به مراکز مراقبت سلامت را بر عهده دارند، توصیه می‌کنند؛ الزامات و نیازهای معنوی بیماران نیز در آن مراکز مورد ارزیابی قرار گیرد. انجمن روان‌پزشکی آمریکا پیشنهاد می‌کند که پزشکان از گرایش‌های معنوی و دینی بیماران آگاه باشند.(۱۰) یک مطالعه در مورد پزشکان خانواده نشان داد که ۹۶ درصد پاسخ دهندگان معتقدند که سلامت معنوی، یکی از عوامل مهم در سلامت انسان است. با وجود این یافته‌ها، نیازهای معنوی بیماران اغلب مورد غفلت قرار می‌گیرد.(۱۱)

با توجه به مطالب مطرح شده، لحاظ نمودن بُعد معنوی در تعریف سلامت ضرورتی انکارناپذیر به نظر می‌رسد؛ اما نکته مهم، توجه به جایگاه و وزن این بُعد و ارتباط آن با سایر ابعاد سلامت است. در سال‌های اخیر، مدل‌های مختلفی برای بررسی رابطه بین سلامت معنوی و سایر ابعاد سلامت، در قالب رویکرد کل نگر به انسان ارائه شده‌اند. با وجود تنوع این مدل‌ها، چالش اساسی همچنان مربوط به جایگاه واقعی سلامت معنوی در مقایسه با سایر ابعاد است.

از جمله ایراداتی که به مطالعات مربوط به سلامت معنوی تاکنون وارد شده، ناتوانی آن ها در تحلیل دقیق ابعاد مختلف معنویت است. تعاریف گوناگونی از سوی اندیشمندان و پژوهشگران برای سلامت معنوی ارائه شده که این تفاوت‌ها بیشتر ناشی از اختلاف در گرایش‌های دینی، اعتقادی، فرهنگی و اجتماعی است. محققان از زوایای مختلفی به بررسی معنویت پرداخته‌اند، به گونه‌ای که می‌توان گفت اجماع نظر مشخصی درباره این مفهوم وجود ندارد.

عوامل متعددی می‌توانند با سلامت معنوی در ارتباط باشند که یکی از آنها خودکارآمدی اخلاقی است. خودکارآمدی یکی از ویژگی‌های اصلی پویایی انسان بوده و نشان‌دهنده باور فرد نسبت به توانایی های خود برای دستیابی به نتایج مطلوب است.(۱۲) به این ترتیب، خودکارآمدی، عاملی تعیین کننده در انگیزه و رفتار هدفمند محسوب می‌شود. افراد با سطوح بالای خودکارآمدی، احتمال بیشتری دارند که در مواجهه با ناملایمات، تلاش خود را حفظ کرده و در دستیابی به اهدافشان موفق باشند. (۱۳)

عامل دیگری که با سلامت معنوی در ارتباط است، دلبستگی به خداست. به دلیل شباهت مبانی اندیشه‌ای دلبستگی به خدا با مبنای نظری دلبستگی انسانی، می‌توان پیش بینی کرد که میزان دلبستگی به خدا در تحقق سلامت روانی و سلامت معنوی فرد، نقش مؤثری ایفا می‌کند.

دلبستگی به خداوند که در رأس زنجیره ارزش‌ها قرار دارد، موجب گرایش به فداکاری و ایثار، سخاوت و انفاق، عدالت و برابری می‌شود. به عقیده برخی پژوهشگران، رابطه دلبستگی ایمن با خدا با مؤلفه‌هایی مانند سلامتی، کاهش استرس، افسردگی، رضایتمندی از حیات بشری و خوش بینی ثابت شده است. (۱۵،۱۴)

عامل مؤثر دیگری که در سالهای اخیر وارد حوزه روان شناسی دین شده است، مفهوم هوش وجودی است. گاردنر پس از معرفی اقسام هفت گانه هوش، احتمال وجود نوعی هوش به نام « هوش وجودی» را مطرح کرد، هوشی که توانایی پرسش درباره چیستی انسان و هدف از زندگی را دارد و در عرفان، فلسفه و دین نمود می یابد. هلما و استریزنک بیان می‌کنند که هوش وجودی ظرفیت دستیابی به معنای زندگی را دارد و چهار مؤلفه برای آن بر می‌شمارند:

الف. توانایی درک ارزش‌های مفید احتمالی؛

ب. قابلیت تعیین اهداف متناسب با باورها و اعتقادات؛

پ. ظرفیت هدایت خود برای رسیدن به آرمان ها؛

ت. توانایی کمک به دیگران برای یافتن مفهوم زندگی.(۱۶)

مطالعات درباره هر یک از این متغیرها به صورت مستقل و بدون بررسی تأثیر آن‌ها در تعامل با سایر عوامل انجام شده است؛ اما پژوهش مستقلی پیرامون میزان اثرگذاری هر یک از این متغیرها بر تحقق سلامت معنوی، صورت نگرفته است. امروزه درک رابطه این عوامل با یکدیگر، ضرورتی انکارناپذیربه شمار می‌آید. براین اساس، پژوهش حاضر در صدد پاسخگویی به این پرسش‌هاست: آیا بین سلامت معنوی و متغیرهای یاد شده، رابطه‌ای وجود دارد؟ سهم هر یک از این عوامل در شکل‌گیری یا تغییر سلامت معنوی چقدر است؟ رابطه متقابل آن‌ها با یکدیگر چگونه قابل تبیین است؟

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-22]

پیشینه پژوهش

در تحلیل سلامت معنوی، نکته‌ای مهم که باید مورد توجه قرار گیرد آن است که اگرچه مؤلفه‌هایی مانند دلبستگی به خدا، خودکارآمدی اخلاقی و هوش وجودی در چارچوب نظریه‌های روان‌شناسی مثبت‌گرا و انسان‌گرایانه غربی به‌عنوان عوامل مؤثر بر سلامت معنوی معرفی شده‌اند؛ اما این برداشت‌ها مبتنی بر مبانی انسان‌شناختی و معرفت‌شناسی خاصی هستند؛ مبانی که اغلب فاقد ارتباط مستقیم با منابع وحیانی‌اند. از این‌رو، مفهوم اصیل سلامت معنوی و میزان تأثیر واقعی این مؤلفه‌ها در تحقق آن، به‌ویژه در زمینه فرهنگی و دینی جوامع اسلامی، همچنان نیازمند بازنگری مفهومی، مطالعات بومی و نظریه‌پردازی مستقل بر اساس مبانی اسلامی است.

بر همین اساس، در این بخش، به مرور مطالعات داخلی و خارجی مرتبط با مؤلفه‌های سلامت معنوی، دلبستگی به خدا، خودکارآمدی اخلاقی و هوش وجودی پرداخته می‌شود تا ضمن شناخت رویکردهای رایج، زمینه‌ای برای نقد، تحلیل و توسعه نظریه‌پردازی بومی فراهم شود.

مرور منابع علمی، نشان می‌دهد که هر یک از مؤلفه‌های سلامت معنوی، دلبستگی به خدا، خودکارآمدی اخلاقی و هوش وجودی، به‌صورت جداگانه در مطالعات مختلف مورد بررسی قرار گرفته‌اند. در این بخش تنها به نمونه‌هایی از پژوهش‌های مرتبط اشاره می‌شود:

برای نمونه، اصفهانی(۱۳۸۹) در مقاله‌ای تحت عنوان سلامت معنوی و دیدگاه‌ها(۱۰)، موسوی لطفی و همکاران(۱۳۸۹) در مقاله‌ای نقش سلامت معنوی بر بهداشت روانی انسان(۱۷) و همچنین معارف و اسدی(۱۳۹۶) عوامل دستیابی به سلامت معنوی را از منظر قرآن و حدیث را بررسی کرده‌اند.(۱۸) ابوالقاسمی(۱۳۹۱) نیز مفهوم شناسی سلامت معنوی و گستره آن در نگرش دینی را سنجیده‌اند.(۱۹)

در حوزه دلبستگی به خدا، غباری بناب و یوسفی نمینی (۱۳۸۸) در پژوهشی با عنوان رابطه دلبستگی به خدا و توکل در دانشجویان، به بررسی ارتباط میان سبک‌های دلبستگی الهی و میزان توکل در دانشجویان رشته‌های روان‌شناسی و علوم تربیتی پرداختند. یافته‌های آنان نشان داد که دلبستگی ایمن به خدا با سطح بالاتری از توکل همراه است و می‌تواند نقش مؤثری در سلامت روانی و معنوی افراد ایفا کند.(۲۰) در مطالعه‌ای دیگر، غباری بناب و همکاران (۱۳۹۱) رابطه بین کیفیت دلبستگی به خدا و تصور فرد از خدا را با سلامت روانی والدین کودکان استثنایی بررسی کردند. نتایج این پژوهش نشان داد که ادراک مثبت از خداوند و دلبستگی ایمن به او، با سطح بالاتری از سلامت روانی در والدین همراه است و می‌تواند به‌عنوان یک منبع حمایتی در مواجهه با چالش‌های تربیت کودک استثنایی عمل کند.

فسنقری و همکاران (۱۳۹۹) نیز به سنجش روان‌سنجی تفکر وجودی به‌عنوان یکی از ابعاد هوش وجودی توجه داشته‌اند.(۲۱) در پژوهشی توسط Al-Fatlawi و Abdel-Moneim (2021)، رابطه بین لذت از زندگی و هوش وجودی در میان دانشجویان دانشگاهی مورد بررسی قرار گرفت. نتایج این مطالعه نشان داد که هوش وجودی با درک عمیق‌تر از زندگی، معنا و رضایت‌مندی معنوی ارتباط دارد و می‌تواند نقش مهمی در سلامت روانی و کیفیت زندگی ایفا کند. پژوهشگران تأکید کردند که دانشجویانی که از سطح بالاتری از هوش وجودی برخوردارند، تمایل بیشتری به تجربه لذت از زندگی و معناجویی دارند.(۲۲) در مطالعه‌ای دیگر توسط Tupper (2002)، مفهوم هوش وجودی از منظر نظریه بازنگری‌شده هوش‌های چندگانه گاردنر(۱۹۹۹ a) مورد تحلیل قرار گرفت. این مقاله با رویکردی نوآورانه، پیامدهای بالقوه هوش وجودی را در حوزه آموزش و رشد شناختی بررسی کرده است.(۲۳)

خودکارآمدی اخلاقی نیز به‌عنوان توانایی فرد در تنظیم، ارزیابی و اجرای رفتارهای اخلاقی، در سال‌های اخیر مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است. Rullo و همکاران (۲۰۲۲) در مطالعه‌ای با عنوان هویت اخلاقی، خودکارآمدی اخلاقی و تعالی اخلاقی، نشان دادند که خودکارآمدی اخلاقی به‌عنوان یک متغیر واسطه‌ای، رابطه مثبت بین هویت اخلاقی و قصد رفتار اخلاقی را تقویت می‌کند. این یافته‌ها نقش کلیدی خودکارآمدی اخلاقی را در شکل‌گیری رفتارهای اخلاقی برجسته می‌سازد.(۲۴) در پژوهشی دیگر،Paciello و همکاران (۲۰۲۳) به بررسی نقش خودکارآمدی اخلاقی در مقابله با روتین‌سازی رفتارهای منفی (CWB)پرداختند. این مطالعه بر اهمیت توانایی فرد در بازنگری رفتارهای گذشته و خودتنظیمی اخلاقی تأکید دارد.(۲۵)

با وجود مطالعاتی که به‌صورت مستقل به بررسی سلامت معنوی، دلبستگی به خدا، خودکارآمدی اخلاقی و هوش وجودی پرداخته‌اند، تاکنون پژوهشی که این مؤلفه‌ها را به‌صورت هم‌زمان و در قالب یک مدل علّی برای تبیین سلامت معنوی دانشجویان علوم پزشکی ترکیب کند، انجام نشده است. پژوهش حاضر با تلفیق این متغیرها در یک چارچوب نظری منسجم، گامی نوآورانه در توسعه ادبیات علمی این حوزه محسوب می‌شود و می‌تواند به درک عمیق‌تری از سازوکارهای روان‌شناختی و معنوی مؤثر بر سلامت دانشجویان منجر شود.

روش

روش تحقیق در این پژوهش، از نوع پیمایشی است. جامعه آماری، شامل تمامی دانشجویان علوم پزشکی دانشگاه تبریز است که در سال تحصیلی ۱۴۰۲ مشغول به تحصیل بودند. نمونه‌های این پژوهش، با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شدند. در این نوع نمونه‌گیری، به هر یک از افراد جامعه، احتمال مساوی برای انتخاب در نمونه داده می‌شود. در این پژوهش، از روش مدل سازی معادلات ساختاری استفاده شده است. در این روش، ابتدا عوامل مختلف

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-22]

شکل‌دهنده سلامت معنوی، شناسایی شدند. سپس براساس مبانی نظری موجود، روابط میان عوامل فرضیه‌سازی شد. برای هر عامل، تعدادی گویه برای سنجش شناسایی شد. پس از تدوین فرضیه‌ها و ترسیم مدل مفهومی اولیه، این مدل در محیط نرم‌افزار Smart Pls ۳ پیاده‌سازی شد. در نهایت با استفاده از روش مدل معادلات ساختاری، مدل مفهومی اعتبارسنجی شد.

ابزار گردآوری داده‌ها

از منظر اسلام و جوامع اسلامی، پرسشنامه‌های رایج غربی به‌دلیل تفاوت‌های معرفتی و فرهنگی، برای سنجش دقیق سلامت معنوی کافی نیستند. سنجش این سازه، نیازمند ابزارهایی بومی و مبتنی بر منابع دینی است. همچنین، شناخت عوامل مؤثر بر سلامت معنوی، نه‌تنها با رجوع به افراد و ابزارهای روان‌سنجی، بلکه بیش از آن باید با رجوع به آیات، روایات و متون معتبر اسلامی صورت گیرد.

در این پژوهش با توجه به متغیرهای مورد مطالعه، چهار پرسشنامه مورد استفاده قرار گرفت که در ادامه درباره هر یک از آنها توضیحاتی ارائه می‌شود:

پرسشنامه دلبستگی به خدا

توسط غباری و حدادی در سال ۱۳۹۰طراحی شده است. در مرحله‌ی نخست، ۶۱ گزاره مرتبط با دلبستگی به خدا از مقیاس‌های موجود در زبان انگلیسی و حوزه‌های مرتبط استخراج شد. افزون بر این، ۱۳۰ گزاره دیگر نیز با بهره گیری از متون اسلامی و با تمرکز بر شش بُعد اساسی دلبستگی شامل: جوارجویی، داشتن پایگاه ایمن، پناهگاه ایمن، اعتراض به جدایی، ادراک مثبت و یا منفی از خود، ادراک مثبت یا منفی از دیگران تدوین شد. در نهایت، پرسشنامه نهایی شامل ۱۶ سؤال و ۶ خرده مقیاس است: جوارجویی، پناهگاه امن، پایگاه امن، نگرانی از جدایی، ادراک مثبت از خود و ادراک مثبت از خدا. پاسخگویی به آیتم‌های پرسشنامه براساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت انجام می‌شود. در پژوهش غباری بناب وهمکاران، روایی درونی سازه با استفاده ازتحلیل عاملی و روایی بیرونی مقیاس مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که نمره‌های پرسش‌نامه، با نمره‌های استرس، اضطراب و افسردگی همبستگی منفی و معناداری دارند.(۲۶) همچنین، پایایی پرسشنامه یا قابلیت اعتماد به آن، با استفاده از روش اندازه‌گیری آلفای کرونباخ محاسبه شد. معمولاً دامنه ضریب اعتماد آلفای کرونباخ، ازصفر به معنای عدم پایداری تا مثبت یک به معنای پایایی کامل متغیر است و هرچه مقدار به‌دست آمده به عدد مثبت یک نزدیک‌تر باشد، قابلیت اعتماد پرسش‌نامه بیشتر خواهد بود. درجوارجویی، آلفای کرونباخ به‌دست آمده ۰/۹۰، پناهگاه امن آلفای کرونباخ ۰/۹۳، در پایگاه امن آلفای کرونباخ ۰/۸۸، در اعتراض به جدایی، آلفای کرونباخ ۰/۸۶، در ادراک مثبت ازخود، آلفای کرونباخ ۰/۹۰ و در ادراک مثبت از خدا، آلفای کرونباخ ۰/۸۵ گزارش شده است.

پرسشنامه خودکارآمدی اخلاقی

این مقیاس، یکی از سه ابزار اصلی برای سنجش قدرت اخلاقی است که در نمونه‌های بزرگسالان شاغل مورد تأیید قرار گرفته است. پرسشنامه مذکور در پروژه‌های متعدد تحقیقاتی و کاربردی برای پیش‌بینی افکار و رفتارهای اخلاقی و نیز در مطالعاتی که قدرت اخلاقی را به عنوان پیامد رهبری اخلاقی و معتبر ارزیابی می‌کنند، مورد استفاده قرار گرفته است. یافته‌های پژوهشی نشان داده‌اند که این مقیاس قادر است نگرش‌ها و رفتارهای اخلاقی افراد را پیش‌بینی کند. همچنین می‌تواند از آن برای بازتاب اعمال انسان بهره گرفت و در انتخاب اهداف، دریافت حمایت‌های لازم و رشد فرد، به عنوان یک کنشگر اخلاقی نقش مؤثری ایفا می‌کند.

پرسشنامه خودکارآمدی اخلاقی توسط Hannah, Avolio در سال ۲۰۱۰ تدوین شده و شامل ۱۳ سؤال است که بر طیفی ۴ درجه‌ای از ۱ (مخالف) تا ۴ (موافق) تنظیم شده است.

پرسشنامه سلامت معنوی SIWB

مقیاس SIWB توسط دلمن و فری برای سنجش سلامت معنوی طراحی شده و از شناخته شده‌ترین ابزارهای ارزیابی سلامت معنوی به شمار می‌رود. دلمن و فری درباره این پرسشنامه می‌نویسند: دو فرض، طراحی و تحلیل مطالعه ما را جهت دهی کرد. اول: ما متوجه شدیم که هیچ ابزار جهانی‌ای وجود ندارد که پیچیدگی و عمق معنویت را به‌درستی بازتاب دهد. دوم: بر اساس یافته‌های کیفی، ما معنویت را در یک حوزه روان‌شناختی تعریف کرده و SIWB را به عنوان شاخصی برای کیفیت زندگی مرتبط با سلامت (HRQOL) در نظر گرفتیم.

هدف اصلی از طراحی این مقیاس، ارائه ابزاری معتبر و قابل اعتماد برای سنجش معنویت در جمعیت بیماران بالینی بوده است. این پرسشنامه شامل ۱۲ سؤال است که براساس طیف لیکرت پنج گزینه‌ای (از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق) تنظیم شده است. دامنه نمره کل از ۱۲ تا ۶۰ متغیر است و نمره های بالاتر، نشان دهنده سطح بالاتری از سلامت معنوی هستند. این ابزار دارای دو زیر مقیاس است: خودکارآمدی(سؤالات ۱ تا ۶) و طرح زندگی (سؤالات۷ تا ۱۲). نتایج بررسی پایایی این شاخص به شرح زیر است:

زیر مقیاس خودکارآمدی، آلفا = ۰/۸۶ و آزمون مجدد r = ۰/۷۷ . زیرمقیاس طرح زندگی، آلفا = ۰/۸۹ و آزمون مجدد، r = ۰/۸۶ . مقیاس کل آلفا = ۰/۹۱ و آزمون مجدد r = ۰/۷۹

این نتایج نشان‌دهنده پایایی بسیار مطلوب ابزار هستند. شاخص بهزیستی معنوی، ابزاری معتبر و قابل اعتماد است که می‌تواند در مطالعات کیفیت زندگی مرتبط با سلامت مورد استفاده قرار گیرد.

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-22]

پرسشنامه هوش وجودی شرر (SFET)

پرسشنامه هوش وجودی توسط برانتون شـرر در سـال ۲۰۰۶ طراحی شده و به منظور سنجش میزان مشغولیت فرد با مفـاهیم وجودی مورد استفاده قرار می‌گیرد. این ابزار شامل ۱۱ آیتم و یک زیرمقیاس کلی است. نمره کل آزمودنی در دامنه‌ای بـین ۱۱ تـا ۵۵ قرار دارد؛ به طوری که نمره های بالاتر نشـان دهنـده سـطح بالاتری از مشغولیت فرد با مسـائل وجـوی هسـتند. در نسـخه‌ی اصلی، ضریب همسانی درونی این پرسشنامه برابر با ۰/۹۳ گزارش شده که نشان دهنده پایایی بالای ابزار است. ساختار تک عـاملی پرسشنامه در مطالعات متعدد تأیید شده و اعتبار و پایایی نسـخه فارسی آن نیز مورد تأیید قرار گرفته است. برای بررسی پایایی، از ضریب همسانی درونی استفاده شد و ضریب بازآزمایی سوالات بـا محاسبه همبستگی بین نمره‌های شرکت‌کننده‌ها در دو نوبت بـه فاصله چهار هفته به دست آمـد. ضـریب آلفـای کرونبـاخ ۰/۸۸ و ضریب همبستگی آزمون- بازآزمون برابر ۰/۷۵به دسـت آمـد کـه بیانگر پایایی مطلوب پرسشنامه می‌باشد و با یافته‌هـای پـژوهش های پیشین مربوط به بررسی پایایی مقیاس، همسو اسـت. بـرای بررسی اعتبار مقیاس از سـه روشِ اعتبـار سـازه، همگـرا و واگـرا استفاده شد. اعتبار سازه با اسـتفاده از تحلیـل عامـل اکتشـافی، نمودار اسکری و تحلیل عامل تأییـدی بررسـی شـد. یافتـه هـای تحلیل عامل اکتشافی، از تک عاملی بودن مقیاس حمایت کـرد و بیانگر آن بـود کـه عامـل بـه دسـت آمـده در پـژوهش، توانـایی پیش‌بینی ۴۸/۵۵ درصد واریانس نمره‌هـای شـرکت‌کننـدگان در پژوهش را دارد.

در این مطالعه، از روش مـدل سـازی معـادلات سـاختاری بـا رویکرد حداقل مجذورات جزیی بـرای تجزیـه و تحلیـل و تحلیـل داده‌ها، از روش روایی همگرا و روایی واگرا(روایی افتراقی- روایی تشخیصی) برای اندازه‌گیری و از سه روش ضرایب بارهای عاملی، آلفای کرونباخ و پایایی ترکیبی برای اندازه‌گیری پایایی ابزارهای اندازه‌گیری استفاده شد که نتایج آن در جـدول ۱ گـزارش شـده است. همچنین اطلاعات جدول، بیانگر این است که مقدار آلفـای کرونباخ و پایایی ترکیبی هر یـک از متغیرهـای پـژوهش، از ۰/۷ بیشتر گزارش شده است که بیانگر پایایی مناسب مـدل پـژوهش می باشد. در این پژوهش، برای ارزیـابی روایـی همگـرا، از معیـار AVE(میانگین واریانس استخراج شده) استفاده شد که نتـایج آن در جدول ۱ گزارش شده است.

براساس دیدگاه Hullnad، مقدار ملاک برای سطح قابل قبـول میـانگین واریـانس اسـتخراج شـده(AVE)، برابـر بـا ۰/۵ در نظـر گرفته می‌شود. بنابراین، نتایج تحلیل مدل، مؤیّـد مناسـب بـودن روایی همگرای آن می‌باشد. همچنـین بـرای اطمینـان از قابلیـت روایی واگرای پرسشنامه، از روش Fornell و Larcker استفاده شـد و میزان تفاوت بین شاخص‌های یک سازه بـا شـاخص‌هـای سـازه دیگر، از طریق مقایسـه جـزرAVE هـر سـازه بـا مقـادیر ضـرایب همبستگی بین سازه‌ها محاسـبه شـد کـه نتـایج آن در جـدول ۱ گزارش شده است.

نتایج

به منظور درک بهتر جامعه‌ی آماری مورد مطالعـه و آشـنایی دقیق‌تر با متغیرهای پژوهش، پیش از تحلیـل داده‌هـای آمـاری، لازم است داده‌ها به صورت توصیفی بررسی شوند. بنابراین، پیش از آزمون فرضیه‌های تحقیق، مشخصات توصیفی متغیرهای مـورد استفاده تحلیـل مـی‌شـوند. در ایـن بخـش، شـاخص‌هـایی نظیـر میـانگین، کمینـه و بیشـینه بـرای هـر یـک از متغیرهـا گـزارش شده‌اند:

جدول ۱. ضرایب آلفای کرونباخ، پایایی ترکیبی و روایی همگرای ابزارهای اندازه‌گیری

	ضریب آلفای کرونباخ	rho_A	ضریب پایایی ترکیبی	AVE
دلبستگی به خدا - ادراک مثبت از خدا	۱/۰۰۰	۱/۰۰۰	۱/۰۰۰	۱/۰۰۰
دلبستگی به خدا - ادراک مثبت از خود	۱/۰۰۰	۱/۰۰۰	۱/۰۰۰	۱/۰۰۰
دلبستگی به خدا - جوارجویی	۱/۰۰۰	۱/۰۰۰	۱/۰۰۰	۱/۰۰۰
دلبستگی به خدا - نگرانی از جدایی	۱/۰۰۰	۱/۰۰۰	۱/۰۰۰	۱/۰۰۰
دلبستگی به خدا - پایگاه امن	۰/۸۹۷	۰/۹۴۱	۰/۹۳۵	۰/۸۲۷
دلبستگی به خدا - پناهگاه امن	۰/۸۶۸	۰/۸۶۹	۰/۹۱۹	۰/۷۹۱
خودکارآمدی اخلاقی	۱/۰۰۰	۱/۰۰۰	۱/۰۰۰	۱/۰۰۰
هوش وجودی	۰/۹۱۸	۰/۹۲۸	۰/۹۳۰	۰/۵۵۰
سلامت معنوی- خودکارآمدی	۰/۸۷۴	۰/۹۱۲	۰/۹۰۴	۰/۶۱۹
سلامت معنوی- طرح زندگی	۰/۹۲۳	۰/۹۴۷	۰/۹۴۰	۰/۷۲۳

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-22]

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار متغیرهای مدل

عامل	میانگین	انحراف معیار	کمترین	بیشترین
دلبستگی	۴/۰۶۲	۰/۶۴۰	۱/۳۳۳	۵
جوارجویی	۴/۱۳۷	۰/۹۱۳	۱	۵
پناهگاه امن	۴/۳۹۵	۰/۸۰۲	۱	۵
پایگاه امن	۴/۳۸۴	۰/۸۳۶	۱	۵
نگرانی از جدایی	۳/۸۲۸	۰/۹۰۷	۱	۵
ادراک مثبت از خود	۳/۴۲۹	۰/۸۲۲	۱	۵
ادراک مثبت از خدا	۴/۲۱۶	۰/۸۴۸	۱	۵
سلامت معنوی	۳/۰۸۸	۱/۰۳۷	۱	۵
هوش وجودی	۳/۶۶۷	۰/۹۲۶	۱/۳۰۰	۶/۰۰۰
خودکارآمدی اخلاقی	۲/۶۶۶	۰/۳۱۰	۱/۴۵۵	۳/۶۳۶

میانگین، به عنوان یکی از شاخص‌های مرکزی، نمایانگر مرکز ثقل جامعه است و به طور خاص، نشان‌دهنده آن است که اگر میانگین را به جای همه‌ی مشاهدات جامعه قرار دهیم، هیچ تغییری در جمع کل داده‌های جامعه ایجاد نمی‌شود. بیشینه نمایانگر بیشترین مقدار متغیر در جامعه آماری و کمینه نیز، نشان‌دهنده کمترین مقدار متغیر در جامعه آماری است. نتایج مربوط به این شاخص های توصیفی، در جدول ۲ ارائه شده است.

بر اساس داده های جدول ۲، میانگین پاسخ شرکت‌کنندگان به شاخص‌ها و زیرمقیاس‌های مورد بررسی، به شرح زیر است:

شاخص دلبستگی: ۴/۰۶۲، زیر مقیاس جوارجویی: ۴/۱۳۷، زیرمقیاس پناهگاه امن: ۴/۳۹۵، زیر مقیاس پایگاه امن: ۴/۳۸۴، زیرمقیاس نگرانی از جدایی: ۳/۸۲۸، زیرمقیاس ادراک مثبت از خود: ۳/۴۲۹، زیرمقیاس ادراک مثبت از خدا: ۴/۲۱۶، شاخص سلامت معنوی: ۳/۰۸۸، شاخص هوش وجودی: ۳/۶۶۷ و شاخص خودکارآمدی اخلاقی: ۲/۶۶۶

در ادامه، روابط نظری میان متغیرهای پژوهش بر اساس چارچوب مفهومی مدنظر محقق، مورد بررسی قرار گرفت. به‌منظور آزمون فرضیه‌ها، از نرم‌افزار Smart PLS استفاده شد. در این تحلیل، از ضرایب مسیر (Beta)، معنی‌داری ضرایب مسیر و مقادیر R2 یا واریانس تبیین شده، برای ارزیابی مدل استفاده گردید. نتایج حاصل از تحلیل مسیر در قالب نمودارهای (الف و ب) و جدول ۳ ارائه شده است.

بر اساس پیشنهاد Chain (۱۹۹۸)، سه سطح برای تفسیر مقادیر R2 در نظر گرفته می‌شود:

ضعیف: ۰/۱۹، متوسط: ۰/۳۳ و قوی: ۰/۶۷

همانگونه که در الگوی تابع ساختاری مشاهده می‌شود، مقدار R2 برای متغیر سلامت معنوی(خودکارآمدی) برابر با ۰/۳۰ و برای متغیر سلامت معنوی (طرح زندگی) برابر با ۰/۲۰ گزارش شده است. این مقادیر، نشان می‌دهند که مدل پژوهش از نظر قدرت تبیین، در سطحی بین ضعیف تا متوسط قرار دارد.

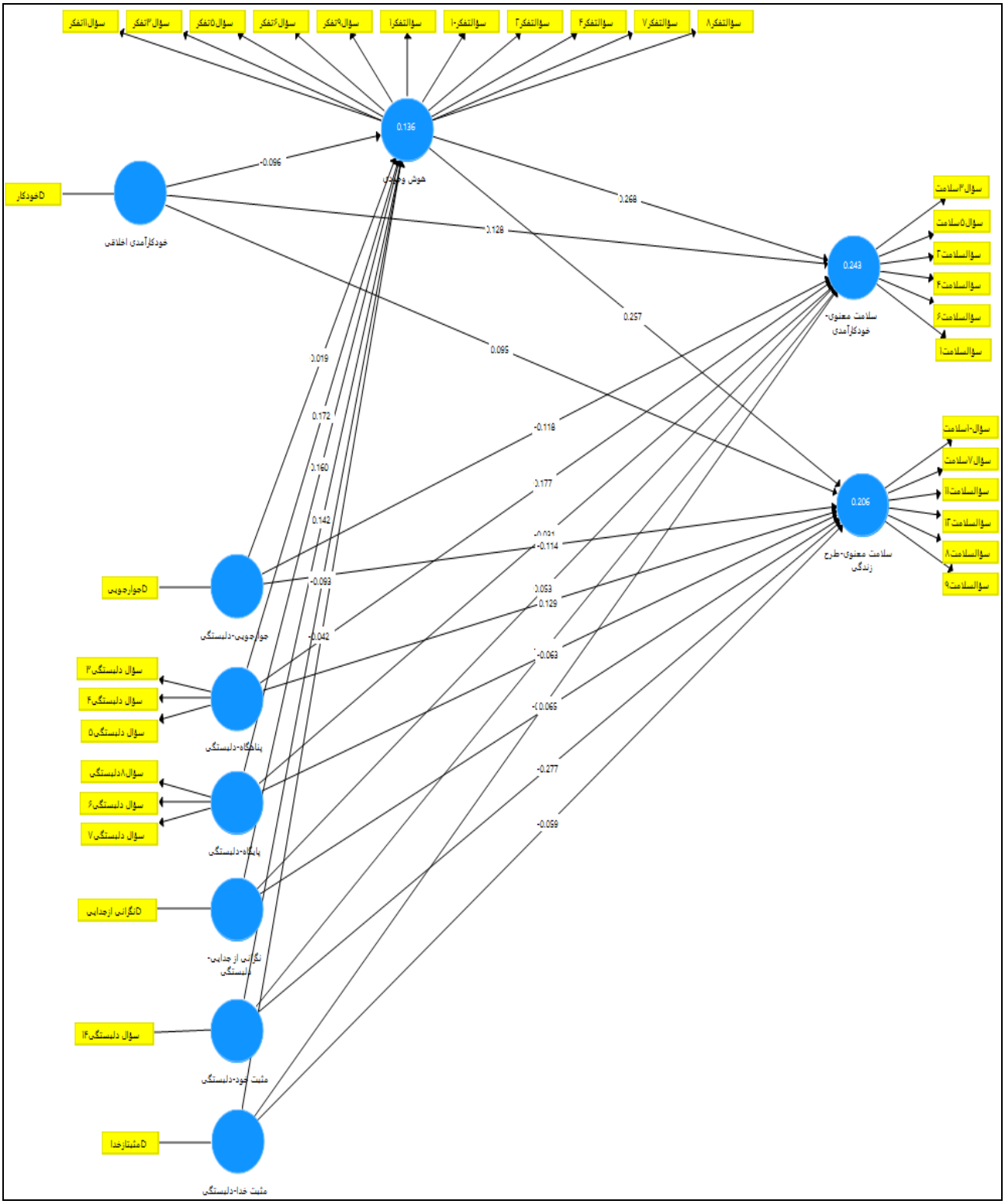
ضرایب استاندارد شده (Beta) در مدل‌سازی معادلات ساختاری، نشان‌دهنده جهت و شدت رابطه میان سازه‌ها هستند. هرچه مقدار این ضرایب بیشتر باشد، قدرت رابطه میان متغیرها نیز افزایش می‌یابد.

بر اساس نمودار (الف)، ضرایب مسیر بین ابعاد «دلبستگی به خدا» و متغیر هوش وجودی به شرح زیر گزارش شده‌اند:

جدول ۳. ماتریس ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش

	ادراک مثبت از خود	جوارجویی	خودکارآمدی اخلاقی	سلامت معنوی- خودکارآمدی	سلامت معنوی- طرح زندگی	ادراک مثبت از خدا	نگرانی از جدایی	هوش وجودی	پایگاه امن	پناهگاه امن
ادراک مثبت از خود	۱/۰۰۰									
جوارجویی	-۰/۰۷۸	۱/۰۰۰								
خودکارآمدی اخلاقی	-۰/۰۳۹	۰/۰۹۹	۱/۰۰۰							
سلامت- خودکارآمدی	-۰/۲۹۸	-۰/۰۸۸	۰/۱۲۵	۰/۷۸۷						
سلامت- طرح زندگی	-۰/۳۰۴	-۰/۰۸۲	۰/۰۹۰	۰/۷۷۱	۰/۸۵۰					
ادراک مثبت از خدا	۰/۰۷	۰/۱۰۱	۰/۰۲۳	-۰/۰۶۹	-۰/۰۷۳	۱/۰۰۰				
نگرانی از جدایی	-۰/۰۴۹	۰/۱۲۰	۰/۰۹۹	۰/۰۸۹	۰/۰۹۸	۰/۱۳۵	۱/۰۰۰			
هوش وجودی	-۰/۱۱۶	۰/۰۱۵	-۰/۰۶۰	۰/۳۴۱	۰/۳۱۱	-۰/۰۴۰	۰/۱۲۵	۰/۷۴۱		
پایگاه امن	-۰/۰۷۷	-۰/۰۳۳	۰/۰۳۳	۰/۲۲۷	۰/۱۵۲	-۰/۰۵۵	-۰/۰۳۴	۰/۳۰۳	۰/۹۰۹	
پناهگاه امن	-۰/۰۳۲	-۰/۰۵۳	۰/۰۶۵	۰/۲۵۵	۰/۱۷۵	-۰/۰۴۰	-۰/۰۲۳	۰/۲۹۹	۰/۸۳۳	۰/۸۸۹

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-22]

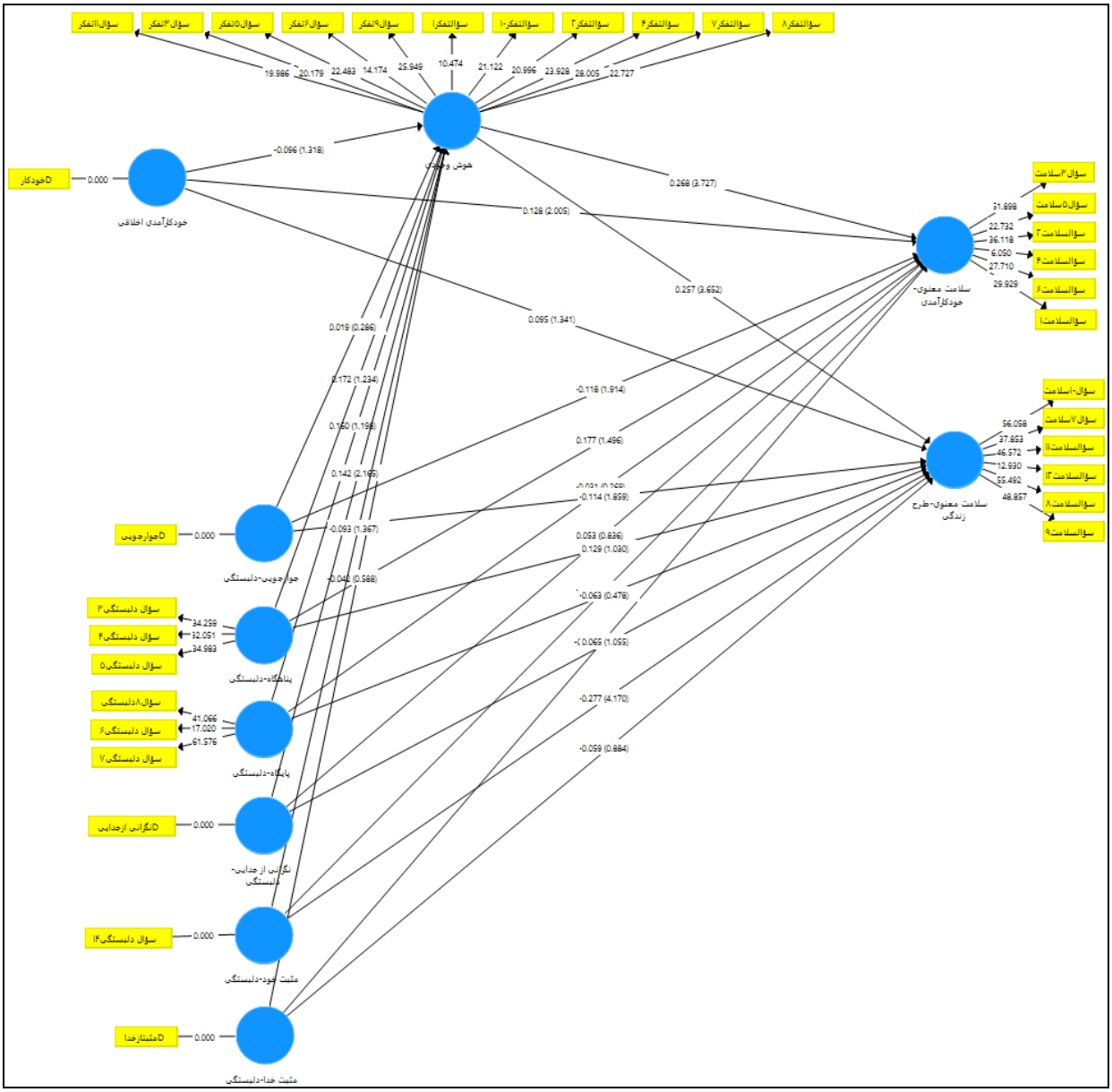


نمودار الف

پناهگاه امن ← هوش وجودی: β = ۰/۱۷، جوارجویی ← هوش وجودی: β = ۰/۰۱، پایگاه امن ← هوش وجودی: β = ۰/۱۶، نگرانی از جدایی ← هوش وجودی: β = ۰/۱۴. این نتایج نشان می‌دهند که ابعاد «پناهگاه امن» و «پایگاه امن» بیشترین سهم را در تبیین تغییرات متغیر هوش وجودی دارند، در حالی‌که بعد «جوارجویی» کمترین تأثیر را در این رابطه دارد.

همچنین متغیرهای «خودکارآمدی اخلاقی» ۰/۱۲ از تغییرات متغیر «سلامت معنوی- طرح زندگی»، «دلبستگی به خدا- پناهگاه امن» ۰/۱۷

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-22]



نمودار ب

از تغییرات متغیر «سلامت معنوی- طرح زندگی» و «دلبستگی به خدا- نگرانی از جدایی» ۰/۰۵ از تغییرات متغیر «سلامت معنوی- خودکارآمدی» و نیز متغیرهای «خودکارآمدی اخلاقی» ۰/۰۹، «دلبستگی به خدا- پناهگاه امن» ۰/۱۲ و «دلبستگی به خدا- نگرانی از جدایی» ۰/۰۶ از تغییرات متغیر «سلامت معنوی- طرح زندگی» را تبیین می‌کند.

طبق اطلاعات نمودار(الف)، ۱۳درصد واریانس متغیر هوش وجودی از طریق متغیرهای خودکارآمدی اخلاقی و دلبستگی به خدا و ۲۴درصد از تغییرات متغیر«سلامت معنوی- خودکارآمدی» و ۲۰درصد از تغییرات متغیر «سلامت معنوی- طرح زندگی» از طریق متغیرهای خودکارآمدی اخلاقی، هوش وجودی و دلبستگی به خدا تبیین می‌شوند.

نمودار (الف) ضرایب معناداری Z را نشان می‌دهد. نتایج بیانگر این است که مقدار T-value مسیر دلبستگی به خدا (نگرانی از جدایی) با هوش وجودی برابر با (۲/۰۸)، مقدار T-value مسیر خودکارآمدی اخلاقی، هوش وجودی، دلبستگی به خدا(ادراک مثبت از خود) با سلامت معنوی(خودکارآمدی) برابر با (۲/۰۰، ۳/۹۰، ۴/۲۰) و مقدار T-value مسیر هوش وجودی، دلبستگی به خدا(ادراک مثبت از خود) برابر با (۳/۷۴، ۳/۰۷، ۴/۴۰) بوده که از مقدار معیار(۱/۹۶) بیشتر می‌باشند. بنابراین می‌توان گفت مؤلفه‌های خودکارآمدی اخلاقی، دلبستگی به خدا (ادراک مثبت از خود) و هوش وجودی در شکل‌دهی سلامت معنوی (خودکارآمدی) نقش مؤثری داشتند.

نتایج حاصل از آزمونِ فرضیه‌های مستقیم پژوهش (P < ۰/۰۵)، در جدول ۴ گزارش شده است. طبق اطلاعات ارائه شده در این جدول، اثر مستقیم دلبستگی به خدا(نگرانی از جدایی) بر هوش وجودی برابر با «۲،۲۰۵»، اثر مستقیم خودکارآمدی اخلاقی، دلبستگی به خدا(ادراک

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-22]

جدول ۴. نتایج آزمون تأثیر مستقیم مؤلفه‌های «دلبستگی به خدا»، «هوش وجودی» و «خودکارآمدی» بر «سلامت معنوی»

فرضیه‌ها	ضرایب استاندارد	T Value	نتیجه آزمون
خودکارآمدی اخلاقی ← هوش وجودی	-۰/۰۹	۱/۳۵۵	عدم تأیید
خودکارآمدی اخلاقی ← سلامت معنوی(خودکارآمدی)	۰/۱۲	۱/۹۹۶	تأیید
خودکارآمدی اخلاقی ← سلامت معنوی(طرح زندگی)	۰/۰۹	۱/۳۳۶	عدم تأیید
دلبستگی به خدا (ادراک مثبت از خدا) ← هوش وجودی	-۰/۰۴	۰/۵۹۲	عدم تأیید
دلبستگی به خدا (ادراک مثبت از خدا) ← سلامت معنوی(خودکارآمدی)	-۰/۰۴	۰/۷۷۸	عدم تأیید
دلبستگی به خدا (ادراک مثبت از خدا) ← سلامت معنوی(طرح زندگی)	-۰/۰۵	۰/۹۵۵	عدم تأیید
دلبستگی به خدا (ادراک مثبت از خود) ← هوش وجودی	-۰/۰۹	۱/۳۶۶	عدم تأیید
دلبستگی به خدا (ادراک مثبت از خود) ← سلامت معنوی(خودکارآمدی)	-۰/۲۶	۴/۱۹۰	تأیید
دلبستگی به خدا (ادراک مثبت از خود) ← سلامت معنوی(طرح زندگی)	-۰/۲۷	۴/۲۷۷	تأیید
دلبستگی به خدا (جوارجویی) ← هوش وجودی	۰/۰۱	۰/۲۷۲	عدم تأیید
دلبستگی به خدا (جوارجویی) ← سلامت معنوی(خودکارآمدی)	-۰/۱۱	۲/۰۲۶	تأیید
دلبستگی به خدا (جوارجویی) ← سلامت معنوی(طرح زندگی)	-۰/۱۱	۱/۸۰۹	عدم تأیید
دلبستگی به خدا (نگرانی از جدایی) ← هوش وجودی	۰/۱۴	۲/۲۰۵	تأیید
دلبستگی به خدا (نگرانی از جدایی) ← سلامت معنوی(خودکارآمدی)	۰/۰۵	۰/۸۶۹	عدم تأیید
دلبستگی به خدا (نگرانی از جدایی ← سلامت معنوی(طرح زندگی)	۰/۰۶	۱/۱۲۱	عدم تأیید
دلبستگی به خدا (پایگاه امن) ← هوش وجودی	۰/۱۶	۱/۲۰۷	عدم تأیید
دلبستگی به خدا (پایگاه امن) ← سلامت معنوی(خودکارآمدی)	-۰/۰۳	۰/۲۶۷	عدم تأیید
دلبستگی به خدا (پایگاه امن) ← سلامت معنوی(طرح زندگی)	-۰/۰۶	۰/۴۷۷	عدم تأیید
دلبستگی به خدا (پناهگاه امن) ← هوش و جودی	۰/۱۷	۱/۲۳۹	عدم تأیید
دلبستگی به خدا (پناهگاه امن) ← سلامت معنوی(خودکارآمدی)	۰/۱۷	۱/۴۷۲	عدم تأیید
دلبستگی به خدا (پناهگاه امن) ← سلامت معنوی(طرح زندگی)	۰/۱۲	۱/۰۰۷	عدم تأیید
هوش وجودی ← سلامت معنوی(خودکارآمدی)	۰/۲۶	۳/۶۹۵	تأیید
هوش وجودی ← سلامت معنوی(طرح زندگی)	۰/۲۵	۳/۶۳۵	تأیید

مثبت از خود، جوارجویی) و هوش وجودی بر سلامت معنوی (خودکارآمدی) برابر با «۱/۹۹۶، ۴/۱۹۰، ۲/۰۲۶، ۳/۶۹۵» و اثر مستقیم دلبستگی به خدا(ادراک مثبت از خود) و هوش وجودی بر سلامت معنوی(طرح زندگی) برابر با «۴/۲۷۷، ۳/۶۳۵» گزارش شد که در سطح معنی‌داری می‌باشند.

از این رو بر مبنای نتایج این پژوهش، غیر از مؤلفه‌های ذکر شده، سایر مؤلفه‌ها در شکل‌گیری هوش وجودی و سلامت معنوی (خودکارآمدی) و (طرح زندگی) تأثیری نداشتند.

در ادامه، به منظور بررسی تأثیرات غیرمستقیم و نقش میانجی‌گری متغیر هوش وجودی، از آزمون سوبل (Soubel) استفاده شد، که نتایج آن در جدول ۵ گزارش شده است. نظر به اینکه مقدار Z محاسبه شده در آزمون Soubel برای مؤلفه‌ها، بزرگتر از ۱/۹۶ گزارش نشد، می‌توان اظهار داشت که - در سطح ۰/۹۵ اطمینان- تأثیر متغیر میانجی هوش وجودی در رابطه بین دلبستگی به خدا و سلامت معنوی، تأثیر معنی‌داری نمی‌باشد.

جدول ۶ شاخص‌های ارزیابی مدل مفهومی پژوهش را نشان می‌دهد. نتایج بیانگر این است که مدل، از ارزیابی مناسب برخوردار بوده و روابط موجود در مدل پژوهش به جز مولفه هوش وجودی، معنی‌دار است. همانطور که در جدول مشاهده می‌شود، مقادیر تمام شاخص‌ها نشان‌دهنده ارزیابی قابل توجه مدل مفهومی پژوهش می‌باشد.

برای بررسی برازش مدل به دست آمده در این پژوهش، از شاخص‌های خی دو، SRMR، RMSEA استفاده شد که نتایج، در جدول ۷ مشهود است.

شاخصSRMR به عنوان تفاوت بین همبستگی مشاهده شده و ماتریس همبستگی ضمنی مدل، تعریف می‌شود. بنابراین، امکان ارزیابی میانگین بزرگی اختلافات بین همبستگی‌های مشاهده شده و مورد انتظار را به عنوان معیار مطلق معیار برازش (مدل) فراهم می‌کند. مقدار کمتر از ۰/۱۰ یا ۰/۰۸ یک تناسب خوب در نظر گرفته می‌شود. RMSEA شاخص دیگری است که از آن به منظور برسی برازش مدل استفاده می‌شود و نشانگر میزان کنترل خطای اندازه‌گیری در مدل است. در مدل فعلی این شاخص برابر ۰/۰۵۸ به دست آمد که با توجه به پایین بودن این عدد از ۰/۰۸ نشان‌دهنده برازش مطلوب مدل است.

نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با طرح ۵ فرضیه و به کمک آمار استنباطی و با استفاده از مدل‌سازی معادلات ساختاری، به برسی نقش مؤلفه‌های خودکارآمدی اخلاقی و دلبستگی به خدا در سلامت معنوی با توجه به نقش میانجی هوش وجودی در میان دانشجویان علوم پزشکی دانشگاه تبریز پرداخته است.

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-22]

جدول ۵. نتایج آزمون تأثیر غیرمستقیم مؤلفه‌های «دلبستگی به خدا» و «خودکارآمدی» بر «سلامت معنوی»

فرضیه‌ها	مقدارآزمون soubel	نتیجه آزمون
دلبستگی به خدا (ادراک مثبت از خدا) ← تفکر وجودی ← سلامت معنوی(خودکارآمدی)	۰/۹۳	عدم تأیید
دلبستگی به خدا (ادراک مثبت از خدا) ← تفکر وجودی ← سلامت معنوی(طرح زندگی)	۰/۵۶	عدم تأیید
دلبستگی به خدا (ادراک مثبت از خود) ← تفکر وجودی ← سلامت معنوی(خودکارآمدی)	۱/۲۴	عدم تأیید
دلبستگی به خدا (ادراک مثبت از خود) ← تفکر وجودی ← سلامت معنوی(طرح زندگی)	۱/۲۳	عدم تأیید
دلبستگی به خدا (نگرانی از جدایی) ← تفکر وجودی ← سلامت معنوی(خودکارآمدی)	۱/۸۲	عدم تأیید
دلبستگی به خدا (نگرانی از جدایی) ← تفکر وجودی ← سلامت معنوی(طرح زندگی)	۱/۸۲	عدم تأیید
دلبستگی به خدا (جوارجویی) ← تفکر وجودی ← سلامت معنوی(خودکارآمدی)	۰/۲۶	عدم تأیید
دلبستگی به خدا (جوارجویی) ← تفکر وجودی ← سلامت معنوی(طرح زندگی)	۰/۲۶	عدم تأیید
دلبستگی به خدا (پایگاه امن) ← تفکر وجودی ← سلامت معنوی(خودکارآمدی)	۱/۱۱	عدم تأیید
دلبستگی به خدا (پایگاه امن) ← تفکر وجودی ← سلامت معنوی(طرح زندگی)	۱/۱۱	عدم تأیید
دلبستگی به خدا (پناهگاه امن) ← تفکر وجودی ← سلامت معنوی(خودکارآمدی)	۱/۱۳	عدم تأیید
دلبستگی به خدا (پناهگاه امن) ← تفکر وجودی ← سلامت معنوی(طرح زندگی)	۱/۱۳	عدم تأیید
خودکارآمدی اخلاقی ← تفکر وجودی ← سلامت معنوی(خودکارآمدی)	۱/۲۴	عدم تأیید
خودکارآمدی اخلاقی ← تفکر وجودی ← سلامت معنوی(طرح زندگی)	۱/۲۴	عدم تأیید

جدول ۶. شاخص‌های ارزیابی مدل مفهومی پژوهش

معیارهای برازش	متغیرهای مکنون	مقدار در مدل	ضعیف (۰/۱۹)	قابل توجه (۰/۳۳)	زیاد (۰/۶۷)
R square (R^2)	سلامت معنوی(خودکارآمدی)	۰/۲۴۳	-	*	-
	سلامت معنوی(طرح زندگی)	۰/۲۰۶	-	*	-
	هوش وجودی	۰/۱۳۶	*	-	-
Q^2	سلامت معنوی(خودکارآمدی)	مقدار در مدل	ضعیف (۰/۰۲)	متوسط (۰/۱۵)	زیاد (۰/۳۵)
	سلامت معنوی(طرح زندگی)				
	هوش وجودی	۰/۱۲۵	-	*	-
		۰/۱۲۳	-	*	-
		۰/۰۴۹	-	*	-
(اندازه اثر) F^2		مقدار در مدل	ضعیف (۰/۰۲)	متوسط (۰/۱۵)	زیاد (۰/۳۵)
	دلبستگی (ادراک مثبت از خود) > سلامت معنوی(خودکارآمدی)	۰/۰۹۰	-	*	-
	دلبستگی (ادراک مثبت از خود) > سلامت معنوی(طرح زندگی)	۰/۰۹۴	-	*	-
	خودکارآمدی اخلاقی > سلامت معنوی(خودکارآمدی)	۰/۰۲۱	-	*	-
	هوش وجودی > سلامت معنوی(خودکارآمدی)	۰/۰۸۲	-	*	-
معیار GOF	-	مقدار در مدل	نامناسب (۰/۰۱)	مناسب (۰/۲۵)	بسیار مناسب (۰/۳۶)
		۰/۴۰	-	-	*

جدول ۷. شاخص‌های ارزیابی مدل مفهومی پژوهش

شاخص‌های نیکویی برازش	مقادیر محاسبه شده
SRMR	۰/۰۶۶
خی دو (Chi^2)	۱۰۲۴/۷۰۳
RMSEA	۰/۰۵۸

فرضیه اول این پژوهش به معنی‌دار بودن اثر مستقیم خودکارآمدی اخلاقی بر میزان سلامت معنوی دانشجویان اشاره داشت که برای آزمون این فرضیه، از روش بوت استراپ استفاده شد که مقدار (T value = ۱/۹۹۶) معنی‌داری این تأثیر در سلامت معنوی(خودکارآمدی) را اثبات کرد. به عبارت دیگر، با توجه به تعریف بندورا از خودکارآمدی اخلاقی - که معتقد بود «خودکارآمدی، رفتار بر اساس ارزش‌های اخلاقی فرد را تقویت می‌کند، مشارکت در رفتارهای اجتماعی را بهبود می‌بخشد و از درگیر شدن وی در رفتار ناهنجار جلوگیری می‌کند». (۲۱) - و تبیین ابعاد دیگر سلامتی معنوی از منظر اسلام – که سلامت معنوی، از طریق ایجاد تعهد

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-22]

شرعی، فرد را به سمت انجام رفتارهای بهتر (مانند اجتناب از سیگار، الکل و مواد مخدر و رفتارهای پرخطر جنسی) سوق می دهد و تمام اشتغالات فرد را متوجه اجرای دستور ها و فرامین خداوند متعال می‌کند- فهمیده می‌شود که بین خودکارآمدی اخلاقی و سلامت معنوی(خودکارآمدی) ارتباط مستقیم وجود دارد. یعنی افرادی که از سطح خودکارآمدی اخلاقی بالایی برخوردارند، از سلامت معنوی(خودکارآمدی) نیز بهره‌مند می‌شوند.

نتایج این فرضیه، با نتایج تحقیق (رولو و همکاران،۲۰۲۲) که در آن، رابطه مثبت بین خودکارآمدی اخلاقی و تعالی تبیین شده است، همسو می‌باشد.(۲۴) همچنین با یافته‌های (پاسیلو و همکاران،۲۰۲۳) که در آن خودکارآمدی اخلاقی را به عنوان نیرومندترین عامل بازدارنده در مقابل رفتارهای انحرافی در محیط های مختلف، به ویژه در محیط های کاری می‌دانند، همخوانی دارد.(۲۵)

در فرضیه دوم پژوهش، مطرح شده بود که دلبستگی به خدا بر میزان سلامت معنوی دانشجویان علوم پزشکی دانشگاه تبریز اثر مستقیم دارد. برای آزمون این فرضیه نیز، از روش بوت استراپ استفاده شد که نتایج حاصله، اثر مستقیم دلبستگی به خدا (ادراک مثبت از خود) در تحقق سلامت معنوی- خودکارآمدی(۴/۱۹۰) و سلامت معنوی- طرح زندگی(۴/۲۷۷) را تأیید کرد. همچنین اثر مستقیم دلبستگی به خدا (جوارجویی) در تحقق سلامت معنوی- خودکارآمدی (۲/۰۲۶) نیز تأیید شد. این نتایج، با یافته‌های بالبی، که کیفیت دلبستگی به خدا را یک سازه کلیدی و تأثیرگذار در سلامت روانی و سلامت معنوی افراد می‌دانست، کاملاً همخوانی دارد. (۲۸،۲۷، ۲۹، ۳۰) همچنین طبق یافته‌های شور(۲۰۰۳) بهره‌مندی از یک پایگاه امن -که خود از مؤلفه‌های تشکیل دلبستگی به خدا محسوب می‌شود- موجب حفظ عواطف و هیجان‌های مثبت شده و در کاهش شدت هیجان‌های منفی تأثیر گذاشته و افراد را در مقابل ناگواری‌ها مقاوم می‌سازد.(۳۱) این مسئله - همانطور که در فرضیه اول نیز اشاره شد- یکی از دستاوردهای مهم تقویت سلامت معنوی در افراد است.

تحقیقات انجام شده قبلی که دلبستگی به خدا را با شاخص‌های سلامتی و بهزیستی از قبیل خوش‌بینی، رضایت از زندگی کاهش اضطراب افسردگی و کاهش در نشانگان بیماری‌های جسمانی همراه می‌داند(۱۴،۱۵) با یافته‌های کسانی که معتقدند افراد برخوردار از سلامت معنوی - به واسطه ارتباط با خدا- در مواجهه با وقایع مختلف زندگی، کمتر در معرض استرس قرار می‌گیرند، همسو ارزیابی می‌شود.(۱۹)

در فرضیه سوم این پژوهش، پیش‌بینی شده بود که هوش وجودی بر میزان سلامت معنوی(خودکارآمدی و طرح زندگی) دانشجویان، اثر مستقیم دارد که این فرضیه نیز، با توجه به نتایج به‌دست آمده از روش بوت استراپ، (۳/۶۳۵ و۳/۶۹۵ = T value) کاملاً تأیید شد. فرضیه‌های دوم و سوم که به معناداری اثر مثبت مؤلفه‌های «هوش وجودی» و «دلبستگی به خدا» بر سلامت معنوی اشاره می‌کردند، با یافته‌های یوسفی و همکاران (۱۳۹۸) که از جمله مهم‌ترین مبانی سلامت معنوی را خداشناسی و توجه به معاد و مرگ می‌داند، همخوانی دارد.(۲۰) همچنین با نتایج پژوهش ناصری راد و همکاران(۱۳۹۱) که ثابت کرده‌اند سلامت معنوی دارای فضای مفهوم واژه‌ای گسترده بوده و چند بُعدی است همسو می‌باشد.(۳۲)

همچنین، نتایج پژوهش با یافته‌های ابوالقاسمی و اسدزندی(۱۳۹۸) که سلامت معنوی را (از دیدگاه کتاب و سنت) در دلبستگی کامل به خدا- به طوری که انسان انقطاع الی‌الله داشته باشد و به‌غیر از دلبستگی تام به خدا، هیچ چیز دیگری در قلب انسان جایگاهی نداشته باشد- معرفی می‌کنند، مطابقت دارد.(۱۹)

علاوه بر نتایج فوق، تأثیر مستقیم دلبستگی به خدا(نگرانی از جدایی) در شکل‌دهی هوش وجودی نیز اثبات شد. معنی‌داری این اثر مثبت، با نتایج تحقیقات کرچمر (۲۰۱۸) و لسور (۲۰۱۹) که هوش وجودی را شرایط هستی‌شناسی انسان‌ها در ارتباط با خدا و نگرانی‌های فراتر از مسائل سطحی زندگی افراد توصیف می کند، همخوانی دارد.(۳۳)

فرضیه چهارم، به نقش واسطه‌ای هوش وجودی در ارتباط بین خودکارآمدی اخلاقی و سلامت معنوی دانشجویان اشاره داشت که این فرضیه با توجه به نتایج آزمون سوبل(۱/۲۴) تأیید نشد. به تعبیر دیگر، هوش وجودی در رابطه بین مؤلفه‌های خودکارآمدی اخلاقی و سلامت معنوی، نقش میانجی‌گری ندارد.

آخرین فرضیه این پژوهش، ناظر به معنی‌داری نقش واسطه‌ای هوش وجودی در ارتباط بین دلبستگی به خدا و سلامت معنوی دانشجویان بود که این فرضیه نیز با توجه به نتایج آزمون سوبل در جدول(۵) مورد تأیید واقع نشد.

با در نظر گرفتن مطالب فوق، می‌توان نتیجه گرفت که به هر میزان که دانشجویان علوم پزشکی دانشگاه تبریز دارای مؤلفه‌های خودکارآمدی اخلاقی، هوش وجودی و دلبستگی به خدا (ادراک مثبت از خود، نگرانی از جدایی و جوارجویی) باشند، از سلامت معنوی بیشتری برخوردار می‌شوند.

ثمرات این افزایش بهره مندی از سلامت معنوی، به شکل‌های گوناگون، خود را در ابعاد مختلف زندگی انسان، نشان خواهد داد. بدیهی است که اختلال در سلامت معنوی، عامل مهمّی در آشفتگی‌های روانی، اضطراب، افسردگی و باعث از دست دادن معنای زندگی و مانع دستیابی به سطوح بالای کیفیت زندگی خواهد شد.

به همین دلیل است که شواهد علمی متعدد، بر تأثیر معنویت و باورهای افراد، در ارتقای عزت نفس، ایجاد حس هدفمندی و معناداری زندگی، آسودگی روانی، امیدواری، افزایش توان سازگاری و تطابق، ایجاد احساس آرامش، قدرت مواجهه با بحران بیماری وجود دارد و از سلامت معنوی، به‌عنوان عامل حفاظتی در ارتقاء سلامت و پیشگیری از بیماری‌ها

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-22]

یاد می‌کنند. همچنین، از سلامت معنوی به‌عنوان راهبردی موفق و کمک‌کننده به زندگی انسان در همه‌ی مراحل و حوزه‌های زندگی- شامل موقعیت‌های پر از استرس و بیماری‌ها و حتی مرگ- می‌توان یاد کرد.

طبق نتایج این پژوهش، این دستاوردهای مهم، با تقویت عواملی مانند هوش وجودی، دلبستگی به خدا و خودکارآمدی، بیشتر و بهتر محقق خواهد شد.

منابع

1. Ṭabāṭabāʾī SMH. Al-Mīzān fī Tafsīr al-Qurʾān. Translated by SMM Hamadani. Qom: Islamic Publications Office, Society of Seminary Teachers of Qom; 1995. Vol. 18, p. 373. [In Persian]
2. Izadpanah A, Shakernejad A. The Necessity of a Civilizational Perspective on the Notion of Spirituality. Philosophia and Theologia: Dialogues in Criticism and Reflection 2014; 19(75): 123-153. [In Persian]
3. 3 Arafi A. Philosophical-Jurisprudential Attitude of Islamic Spirituality. Iran J Cult Health Promot 2019; 3 (2) :194-197. [In Persian]
4. Khomeini R. Ṣaḥīfeh-ye Emām. Tehran: The Institute for Compilation and Publication of Imam Khomeini's Works; 1994. Vol. 7. p. 360. [In Persian]
5. Motahhari M. The future of the Islamic Revolution of Iran. Tehran: Sadra Publications; 1989. P. 180. [In Persian]
6. Rashad AA. Spiritual health in the Islamic perspective. Iran J Cult Health Promot 2023; 7(4): 506-20. [In Persian]
7. Moberg DO. The development of social indicators of spiritual well-being for quality of life research: Prospects and problems. Sociol Anal 1979; 40(1): 11-26.
8. Omidvari S. Spiritual health: Concepts and challenges. Interdisciplinary Quranic Studies 2008; 1(1): 17-58. [In Persian]
9. Health Promotion Journal. Available at: http://www. Health promotionjournal.com [In Persian]
10. Esfahani S. Spiritual Health and Attitudes. Faṣlnāmah-I akhlāq-I Pizishkī - i.E., Quarterly Journal of Medical Ethics 2012; 4(14): 41-49.
11. Mueller PS, Plevak DJ, Rummans TA. Religious involvement, spirituality, and medicine: implications for clinical practice. Mayo Clin Proc 2001 Dec; 76(12): 1225-35.
12. Bandura A. Self-efficacy mechanism in human agency. Am Psychol 1982; 37(2): 122–147.
13. Bandura A. The role of self-efficacy in goal-based motivation. In: Locke EA, Latham GP, editors. New developments in goal setting and task performance. New York, NY: Routledge/Taylor & Francis Group; 2013. p. 147-157.
14. Sim TN, Loh BSM. Attachment to God: Measurement and dynamics. J Soc Pers Relatsh 2003; 20(3): 373-389.
15. Kirkpatrick LA. An attachment-theory approach to the psychology of religion. Int J Psychol Relig 1992; 2(1): 3-28.
16. Halama P, Strizenec M. Spiritual, existential or both? Theoretical considerations on the nature of higher intelligence. Stud Psychol 2004; 43(3): 239-253.
17. Mousavi Lotfi SM, Gholamrezaei S, Raeisi F, Hazrat Manesh F. The role of spiritual health on human mental health. Journal of Knowledge & Health in Basic Medical Sciences 2010; 5(Suppl.): 204. [In Persian]
18. Maaref M, Asadi F. Factors for achieving spiritual health from the perspective of the Quran and Hadith. Insight and Islamic Education 2017; 14(41): 9-40. [In Persian]
19. Abolghasemi H, Asadzandi M. How Spiritual Health Affects Other Dimensions of Health. Iran J Cult Health Promot 2019; 3 (2): 164-174. [In Persian]
20. Ghobari Bonab B, Yousefi Namin AS. The relationship between attachment to God and Reliance on God among university students. Psychol Educ Sci 2009; 39(3): 121-41. [In Persian]
21. Fasanghari M, Roshan Chesli R, Allameh Z, Arteshaei B. Examination of the psychometric properties of the persion version of the scale for existential thinking. Clinical Psychology and Personality, 2020; 18(2): 173-182. [In Persian]
22. Al-Fatlawi AS, Abdel-Moneim HH. The enjoyment of life and its relationship to existential intelligence among university students. PalArch J Archaeol Egypt / Egyptol 2021; 18(7): 2853-2900.
23. Tupper KW. Entheogens and existential intelligence: The use of plant teachers as cognitive tools. Can J Educ 2002; 27(4): 499–516.
24. Rullo M, Lalot F, Heering MS. Moral identity, moral self-efficacy, and moral elevation: A sequential mediation model predicting moral intentions and behaviour. J Posit Psychol 2022; 17(4): 545–560.
25. Paciello M, Fida R, Skovgaard-Smith I, Barbaranelli C, Caprara GV. Withstanding moral disengagement: Moral self-efficacy as moderator in counterproductive behavior routinization. Group Organ Manage 2023; 48(4): 1096-1134.
26. Ghobari Bonab B, Haddadi Koohsar AA. Attachment to God in the context of Islamic culture: Theoretical foundations, construction and validation of a measurement tool. Psychol Methods Models 2011; 1(4): 73-96. [In Persian]
27. Bowlby J. Attachment and loss: Loss, sadness and depression. London: Plimico; 1980. Vol. 3.
28. Bowlby J. Susceptibility to fear and the availability of attachment figures. In: Khan MM, editor. Attachment and loss: Volume 11 – Separation, anxiety and anger. London: The Hogarth Press; 1973.
29. Bowlby J. Developmental psychiatry comes of age. Am J Psychiatry 1988; 145(1): 1-10.
30. Bowlby J. A secure base: Clinical applications of attachment theory. London: Routledge; 1988.
31. Schore AN. Affect dysregulation and disorders of the self. New York: Norton; 2003.
32. Abbasi M, Azizi F, Shamsi Gooshki E, Naseri Rad, M, Akbari Lakeh M. Effectiveness of spiritual intervention on reducing distress in mothers of children with cancer. Quarterly Journal of Medical Ethics 2012; 6(20): 11–44. [In Persian]
33. Kretschmer M, Storm L. The relationships of the five existential concerns with depression and existential thinking. International Journal of Existential Psychology and Psychotherapy 2017; 7(1): 20.

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-22]

Review

A Causal Model of Spiritual Health among Medical Students

Javad Hassasi

1. ⁎**Corresponding Author:** PhD Student, Imam Khomeini Educational and Research Center for Islamic Psychology, Qom, Iran, hassasi@chmail.ir

Abstract

Background: Although spiritual health has been studied for a long time, nowadays understanding its relationship with moral self-efficacy, attachment to God, and existential intelligence is a necessity. In this research, the construct of existential intelligence was studied as a mediating variable in the relationship between attachment to God, moral self-efficacy and spiritual health.

Methods: The present study is descriptive-correlational in terms of data collection. The statistical population included medical students of Tabriz University in the academic year 1402-1403. In this study, using a simple random sampling method, 215 medical students of Tabriz University were studied as the statistical sample. Data was collected through a questionnaire. Reliability of measurement tools was measured using Cronbach's alpha, and the combined reliability and validity of measurement tools were measured using convergent and divergent methods. The structural equation method and Smart Pls3 software were used for data analysis.

Results: Moral self-efficacy, attachment to God, and existential intelligence have a direct and significant effect on spiritual health. Also, attachment to God (separation anxiety) was a predictor of existential intelligence, but the mediating role of existential intelligence in the relationship between attachment to God, moral self-efficacy, and spiritual health was not confirmed.

Conclusion: Strengthening moral self-efficacy, existential intelligence, and attachment to God can enhance students' spiritual health and should be considered in educational programs and academic interventions.

Keywords: Intelligence, Self Efficacy, Spirituality, Spiritual Health

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-22]

Please cite this article as:
Hassasi J. A Causal Model of Spiritual Health among Medical Students. Iran J Cult Health Promot 2026; 9(4): 360-372.

Copyright: © 2026 Iranian Journal of Culture and Health Promotion. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License