

اثرات امید به زندگی بر سلامت روحی: مطالعه موردی

پریا قیصری

کارشناسی ارشد برنامه ریزی درسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد میانه

parya.qeysari@yahoo.com

چکیده

امید به زندگی به عنوان یکی از ابعاد مهم روان‌شناسی مثبت، در سال‌های اخیر به عنوان یک موضوع مورد توجه قرار گرفته است. نتایج نشان می‌دهد که امید و انگیزه به زندگی می‌تواند به طور مثبت بر سلامت روانی افراد تأثیر بگذارد. افزایش امید به زندگی می‌تواند باعث افزایش سطح رضایت، کاهش اضطراب و افزایش انگیزه و انرژی در افراد شود. این یافته‌ها نشان می‌دهد که توجه به امید و انگیزه در زندگی می‌تواند بهبودی‌های مهمی در سلامت روانی افراد ایجاد کند. پژوهش حاضر از لحاظ هدف کاربردی و از لحاظ روش توصیفی-تحلیلی و به صورت پیمایشی بوده است. هدف این پژوهش بررسی رابطه بین امید به زندگی و سلامت معنوی بوده است. جامعه آماری پژوهش حاضر معلمان خانم شهرستان میانه بوده اند که تعداد نمونه با استفاده از فرمول کوکران ۲۳۴ نفر انتخاب شدند و پرسشنامه با روش نمونه‌گیری تصادفی ساده بین آنها توزیع شد. در این پژوهش از پرسشنامه‌های استاندارد سلامت معنوی پولوتزین و الیسون (1982) و پرسشنامه امید به زندگی اشنایدر (1991) استفاده شده است. رابویی سوالات پرسشنامه توسط اساتید و متخصصان تایید شد و پایایی سوالات نیز با آزمون آلفای کرونباخ ۰/۷۹ محاسبه شد. در این پژوهش برای تحلیل داده‌ها از نرم افزارهای SPSS و Excel بهره برده شده است. نتایج آزمون کلموگروف اسمیرنوف نرمال بودن توزیع داده‌ها را نشان داد لذا جهت بررسی فرضیه‌های پژوهش از آزمون همبستگی پیرسون استفاده شده است. نتایج حاکی از آن بود که مقدار به دست آمده برای ضریب همبستگی پیرسون بین امید به زندگی و سلامت معنوی معلمان ($r=0/730$) در سطح آلفای ۰,۰۵ معنی دار است $sig < 0.05$. لذا چنین نتیجه‌گیری شد که با سطح اطمینان بالای ۹۵٪ بین امید به زندگی و سلامت معنوی معلمان رابطه مثبت و معنی داری وجود دارد.

واژگان کلیدی: امید به زندگی، سلامت معنوی، معلمان، شهرستان میانه

۱. مقدمه

سلامتی مفهومی است که به سختی می توان آن را در قالب لغات بیان کرد؛ چرا که از شهودی ترین مفاهیم قابل درک به وسیله افراد به حساب می آید. سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۴۷ سلامتی را حالتی از رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه فقط فقدان بیماری یا ناتوانی تعریف کرده است. این تعریف کلاسیک از سلامتی، با توجه به اینکه عناصر ضروری سلامت را تعیین می کند از اهمیت ویژه ای برخوردار است. گوداستات، سیمپسون و لوانگر (۱۹۸۷) با یک مرور مطالعاتی گسترده ابعاد سلامتی را اینگونه توصیف کردند: آنان سلامت جسمانی را فقدان بیماری و ناتوانی و عملکرد مناسب جسمی و فیزیولوژیک بیان کردند. همچنین سلامت روانی را سلامت روان شناسانه نامیدند که شامل عواطف و منبعی برای قابلیت های عقلانی و درک ذهنی است. همچنین سلامت اجتماعی را توانایی تعامل مؤثر با افراد دیگر و محیط اجتماعی، رضایتمندی از روابط بین فردی و ایفای نقش می دانند. آنان بعد سلامت روحی یا سلامت معنوی را سلامت شخصی می نامند و آن را با مفهوم تعالی نفس مرتبط می دانند که منعکس کننده سیستم ارزشی فرد است و ممکن است مربوط به عقیده ای در مورد پدیده ای ماورایی یا طبیعی باشد و یا قانون عملی و منبع مذهبی. البته برخی سلامت عاطفی را هم به این ابعاد می افزایند، هرچند که در تعریف سازمان جهانی بهداشت نیامده است (صفاری و شجاعی زاده، ۱۳۸۷: ۳).

دین از عوامل مهم و تأثیرگذار در سلامت ذهن است دین چهره جهان را در نظر فرد دیندار دگرگون می سازد و طرز تلقی او را از خود، خلقت و رویدادهای پیرامون تغییر می دهد. فرد دیندار خود را سخت در حمایت و لطف همه جانبه خداوند، بزرگترین نیروی موجود می بیند و بادین ترتیب احساس اطمینان و آرامش و لذت معنوی عمیقی به وی دست می دهد. چنین فردی به سبب ناملایمات و ناکامی های زندگی دچار ناامیدی و اضطراب نمی گردد زیرا خداوند را حامی خویش می داند و اطمینان دارد که این حوادث و رویدادها گذرا هستند و او پاداش صبر خود را خواهد گرفت. بشر به طور طبیعی در طول زندگی در این جهان با نگرانی ها و اضطراب های بسیاری روبرو بوده است و همواره جهت پیروزی بر آنها و از میان بردن عوامل پیدایش آنها کوشیده است. یکی از اهداف پیدایش مجموعه بزرگ اختراعات و اکتشافات بشر نیز دستیابی به آرامش و آسایش در زندگی و مبارزه با ناامیدی بوده است. امید عامل مؤثری در دستیابی به موفقیت های اجتماعی است. نداشتن امید به زندگی و پایین بودن آن موجب می شود فرد احساس کارایی پایینی داشته باشد، عزت نفسش کاهش می یابد و به این ترتیب تلاش برای پیشرفت در زندگی را بیهوده بداند و در نتیجه موفقیت های کمتری به دست آورد (خوجه نوری و همکاران، ۱۳۹۴: ۱۶۸).

۱.۱. بیان مسئله

امید را می توان معرف تصورات و توجه افراد به آینده دانست که سبب می شود فرد در راستای تحقق این اهداف تلاش کند. امید به زندگی به عنوان یک فاکتور مهم در سازگاری با بحرانها تلقی می شود (رضایی شهسوارلو و همکاران، ۱۳۹۳: ۴۵). امید به ما انعطاف پذیری، نشاط و توانایی خلاصی از ضرباتی را که زندگی بر ما تحمیل می کند، را داده و باعث افزایش رضایت از زندگی می شود. ناامیدی، شخص را سریعاً درهم شکسته، او را در برابر عوامل فشارزا، بی دفاع و گرفتار می کند. باگذشت زمان، شخص تمام امید خود را ازدست داده و به جای آن، افسردگی عمیق را جایگزین می کند. در واقع؛ ناامیدی علاوه بر آثار و پیامدهای روانی و اجتماعی، دارای پیامدهایی منفی برای سلامت جسمی افراد جامعه است. در حقیقت؛ امید در نقطه مقابل ناامیدی قرار دارد و ناامیدی عبارت است از این انتظار که اتفاقات مطلوبی رخ نخواهد داد و پیامدهای بسیار ناراحت کننده ای رخ خواهد داد. بک از ناامیدی به عنوان علامت هسته ای افسردگی یاد کرده، یادآور می شود که این ناامیدی هم فلج کننده اراده است و هم باعث تحمل ناپذیر شدن و میل به گریز از یک موقعیت می شود. از این رو فقدان امید آینده، موجب مشکلاتی نظیر افت تحصیلی و آموزشی، اعتیاد و غیره در میان دانشجویان می شود (افشانی و جعفری، ۱۳۹۵: ۱۹۲).

مسئله تحقیق اینجاست که دبیران خانم مقطع متوسطه شهرستان میانه آن چنان که باید به سلامت معنوی توجهی نمی کنند و این تحقیق تلاش می کند تا پی ببرد آیا امید به زندگی می تواند سطح سلامت معنوی معلمان را بهبود دهد بدین منظور، بحث

سلامت معنوی و افزایش آن در فرد، به خصوص در معلمان خانم شهرستان میانه، یک موضوعا برجسته و قابل تأمل در این پژوهش می باشد. اساس تعریف سازمان بهداشت جهانی سلامت عبارت از برخورداری از آسایش کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه فقط داشتن بیماری و نقص عضو (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۶). معنویت را میتوان به مثابه آگاهی از هستی یا نیروی فراتر از جسم های مادی زندگی دانست که سبب میشود در فرد احساس عمیقی از وحدت یا پیوند با کائنات ایجاد گردد. اما سلامت معنوی حالتی فراتر از احساسات مذهبی بوده و میتوانند به صورت ارزشگذاری و احترام به موسیقی، اخلاق و هنر ظاهر گشته و اغلب به صورت رابطه با خدا آشکار می شود. از طرفی رفتارها و باورهای مذهبی نیز می تواند تأثیر مشخصی در معنادار کردن زندگی افراد داشته باشد، رفتارهایی مانند عبادت، زیارت و توکل به خداوند میتوانند از طریق ایجاد امید و تشویق به نگرش های مثبت، موجب آرامش درونی افراد می گردد. به نظر میرسد افراد مذهبی به دلیل داشتن معنا در زندگی، امیدواری به یاری خداوند در شرایط بحرانی، بهره مندی از حمایت های اجتماعی و معنوی و احساس تعلق داشتن به منبعی والا در مواجهه با حوادث آسیب رسان، فشار کمتری را متحمل می شوند (رضایی شهسوارلو و همکاران، ۱۳۹۳: ۴۵).

از سوی دیگر سلامت معنوی یکی از ابعاد مهم سلامت انسان است که ارتباط یکپارچه و درونی بین نیرو های داخلی فراهم می کند. در واقع سلامت معنوی هسته مرکزی سلامتی در انسان بوده و ایجاد و پیشرفت سلامت معنوی، می تواند یکی از راه های سازگاری فرد شناخته شود. (شیربیگی، ۱۳۹۶: ۱۵۰).

۱.۲. اهمیت و ضرورت انجام تحقیق

امروزه، امید و امیدواری جایگاه خاصی در سلامتی روانی، جسمانی و به تبع آن، پیشرفت فرد و جامعه دارد (افشانی و جعفری، ۱۳۹۵: ۱۹۳). از نظر اشنایدر و همکاران امید یک هیجان انفعالی نیست که تنها در لحظات تاریک زندگی پدیدار می شود بلکه فرایندی شناختی است که افراد بوسیله آن، فعالانه هدف خویش را دنبال می کنند (قهرمانی و نادی، ۱۳۹۱: ۲). بسیاری از مردم به معنویت از طریق (مذهب دست می یابند. با توجه به متفاوت بودن افراد، آن چه ممکن است برای فردی احساس راحتی و آرامش ایجاد کند، ممکن است برای دیگری کارایی نداشته باشد. بنابراین، نیایش، خواندن کتاب های وحی، یا حضور در مراسم مذهبی از جمله منابعی هستند که بعضی افراد مذهبی با برخورداری از آن ها می توانند در مواجهه با حوادث تنش زای زندگی آسیب کم تری متحمل شوند (بالجانی و همکاران، ۱۳۹۰: ۲۸).

انجام تحقیق حاضر می تواند رابطه بین امید به زندگی و سلامت معنوی معلمان را به ما نشان دهد. از آن جایی که داشتن سلامت معنوی باعث می شود که معلمان حس پذیرش، احساسات مثبت، اخلاق و حس ارتباط متقابل مثبت با اطرافیا داشته باشند، همچنین سلامت معنوی باعث می شود سلامت ذهنی معلمان ارتقاء یابد و اختلالات روانی آنها کاهش یابد و و حس بهتری به زندگی داشته باشند و امید به زندگی شان بالا تر داشته باشند این عوامل باعث می شود که معلمان روحیه و اخلاق بهتری داشته باشند که در نهایت موجب کارآمدی آنها هنگام تدریس می شود. بنابراین واکاوی و بررسی هر چه بیشتر سلامت معنوی میان معلمان کمک شایانی به پیدا کردن ریشه بسیاری از تنش های روحی، روانی به ویژه اضطراب آنها و کمک به برطرف نمودن این معضل می نماید و از طرفی دیگر ضرورت گنجاندن محتوا و آموزه های معنوی در برنامه آموزش معلمان تبیین می گردد.

۲. امید به زندگی

امید حالت انگیزشی ذهنی مثبت در جهت برنامه ریزی برای آینده ای بهتر است که با نیروی نافذ خود محارک زندگی فرد است و منجر به کسب تجربه های نو می گردد (موسوی و همکاران، ۱۳۹۸: ۳۴۹). امید به عنوان عاملی برای غنای زندگی، افراد را قادر می سازد تا با چشم اندازی فراتر، وضعیت کنونی و نابسامانی درد و رنج خود را ببینند (مقیمیان و سلمانی، ۱۳۹۱: ۴۱). امید به عنوان نیروی محرکه انسان و یکی از عوامل مهم در بهزیستی مادی و معنوی به شمار می رود. امید به عنوان مجموعه ای شناختی است که از یک حس متقابل به دست آمده از تعیین هدف و مسیر (برنامه ریزی از راه برای رسیدن به اهداف) تحت یک اقدام فردی تعریف شده است. مفهوم امید از نظر توونتنی (۱۹۸۹) زندگی پویا و بلند، از نظر دارلینگتون (۲۰۰۲) اهمیت حمایت شدن از سوی

دیگران، از نظر هاملستین " و روت (۲۰۰۲) برقراری ارتباط نزدیک با ارزش های شخصی و اهداف، از نظراتتون (۲۰۰۷) توان فعالیت کردن فعالیت های روزانه و متحرک نگه داشتن خود است. فروم معتقد است، امید آمادگی برای لحظات هنوز اتفاق نیفتاده است. امید نسبت به چیزی که وجود ندارد و با نمی تواند وجود داشته باشد، هرگز پدید نمی آید. افراد امیدوار افرادی قوی تر هستند و برای کمک رسانی آماده ترند و تمام علائم حیات را نشان می دهند، حیاتی که سرشار از تولد و وقوع است. وی بیان می کند که امید عامل ذاتی و باطنی شالوده زندگی و عامل پویا و دینامیک روان انسان است.

نه تنها در اسلام که در مسیحیت هم امید به همراه عشق و ایمان، عصاره ای برای داشتن زندگی خوب دانسته اند. درد و رنج، اغلب در زمان حال، به امید اینکه در آینده اوضاع بهتر خواهد شد، تحمل می شود. بنابراین تمام کوشش هایمان ارزشمند هستند. امید موجب ایجاد توانایی در عدم تأثیر پذیری از مشکلات زمان حال می شود همچنین باعث گشودگی نسبت به فرصت های جدید می گردد (خوجه نوری و همکاران، ۱۳۹۴: ۱۶۹).

بیش از ۴۰ سال پیش، فرانک (۱۹۶۱-۱۹۸۲) امید را فرایندی دانست که در همه روی آوردهای رواندمانگری مشترک است. او اعتقاد داشت در صورتی که درمانگر امیدهای کمک کننده به مراجع را در نظر نگیرد، مراجع حاضر به شرکت در درمان نمیشود و اگر هم حاضر شود روان درمانگری مدت زیادی دوام نخواهد آورد. به همین دلیل نقش امید در همه نظریه های رواندمانی برجسته است (لطفی کاشانی و شهرام وزیری، ۱۳۹۵). پژوهشگران (برای مثال اشنایدر و راند، ۲۰۰۵؛ اشنایدر و لویز، ۲۰۰۳؛ سلیگمن و سیکز میهالی، ۲۰۰۰) نشان داده اند که امید و انتظار درمان عامل انگیزشی و پایدارساز رفتار است و مانند دارونما تأثیر بیولوژیک دارد.

تاریخچه امید

کارل منینجر (۱۹۵۹) برای اولین بار در جمع روان پزشکان از امید به عنوان نقطه ی قوت در بیماران اشاره کرد و همکاران خود را تشویق کرد تا قدرت امید را در بیماران باز شناسند. وی این سؤال را مطرح کرد که آیا اکنون وظیفه ی ما نیست به عنوان یک دانشمند نه درباره یک سلاح جدید، یک موشک یا یک بمب بلکه درباره این حقیقت قدیمی اما نوظهور یعنی امید صحبت کنیم (برچارد و همکاران، ۲۰۰۳). اما کسی که بیش از دیگران نام او با سازه ی امید همراه است، چارلز ریک اشنایدر است که به عنوان پدر امید اولین بار نظریه اش را درباره ی امید، چگونگی و ابعاد آن مطرح کرد (بهاری، ۱۳۹۰). امید در فرهنگ و بستر به عنوان تمایل به کار کردن با چیز با ارزشی همراه با انتظار وقوع آن در طول زمان تعریف شده است. در طی دهه های ۱۹۵۰ تا ۱۹۶۰ روان پزشکان و روان شناسان، امید را به عنوان انتظار مثبت برای دستیابی به هدف توصیف کرده اند (منینجر، ۱۹۵۹؛ استاتلند، ۱۹۶۹؛ به نقل از سماوی، ۱۳۹۱). لویز و همکاران (۲۰۰۴) اظهار داشتند که قدرت امید به عنوان یک نیروی انگیزشی در سرتاسر تاریخ روان شناسی مورد بحث و بررسی قرار گرفته است. ارزش امید به قدرتی است که در آینده نهفته است، از این رو نگاه به آینده مؤلفه ی محوری امید است. به اعتقاد اشنایدر (۲۰۰۲) امید مهارتی آموختنی است که از طریق جریان اجتماعی شدن از سال های کودکی آموخته می شود

امید در روان شناسی

در حوزه روان شناسی، بحث درباره امید، سال ها مورد بی توجهی قرار گرفته بود. با اینکه ایده امید از آغاز آفرینش آدمی وجود داشته است، بررسی علمی آن در زندگی انسان، پیشینه ای چندان طولانی ندارد و در دوران طفولیت به سر می برد. در سال های ۱۹۵۰ تا ۱۹۶۰، امید به شکل رسمی و با روی کردی علمی بررسی شد و برخی افراد مانند فرانک و سمینتون به این نتیجه رسیدند که اگر اندیشه ها و هیجان های منفی، سبب تضعیف سلامت می شوند، می توان فرایند هایی مثبت مانند امید را به عنوان متغیر هایی برای افزایش سلامت انسان ها بررسی کرد. در این راستا، شواهدی نیز در حمایت از نقش افزایش ارزشیابی و ادراک مثبت از خود، برای کنترل به زیستی جسمانی و روانی به دست آمده است. در این دوره، روان شناسی سلامت هم رشد خود را آغاز کرد و کم کم روح زمان نسبت به امید و سازه های مشابه آن تقویت شد؛ همچنین آن گونه که معمولاً در هر حوزه جدیدی رخ می

دهد، بسیاری از محققان در رشته های مختلف (از پرستاری تا روان شناسی و...) نظریه هایی درباره امید عرضه کردند. از آنجا که این افراد از پژوهش های یکدیگر آگاه نبودند، در دوران مورد بحث، دیدگاهی واحد یا نظریه ای منسجم وجود نداشت تا درباره آن تحقیق صورت گیرد. اسنایدر نیز از جمله کسانی بود که به درخواست منینگر، این سازه را به شکل علمی بررسی کرد تا اینکه در سال ۱۳۳۹ میلادی، نظریه خود را با عنوان "نظریه امید" مطرح کرد؛ پس از آن، این سازه مورد توجه محققان و متخصصان قرار گرفت (اسنایدر، ۲۰۰۰: ۴). اسنایدر ۲۳ کتاب در حوزه روان شناسی مثبت نوشته و از میان آن ها، شش کتاب به موضوع نظریه امید اختصاص یافته است (پرچم و همکاران، ۱۳۹۲: ۴).

نظریه امید

زیر بنای فکری نظریه امید، به آثار کاتلین و چان (۱۹۹۰) و استوتلند (۱۹۶۹) بر می گردد که در آن ها، امید، انتظار فرد برای موفقیت در دست یابی به هدفش تعریف شده است. از نظر اسنایدر، بنیان گذار نظریه امید در روان شناسی، امید عبارت است از ظرفیت ادراک شده برای تولید مسیر هایی به سمت هدف های مطلوب و انگیزه ادراک شده برای حرکت در این مسیر ها (اسنایدر، ۲۰۰۰: ۸) از این روی، امید یعنی انتظار مثبت برای دست یابی به هدف ها. این انتظار مثبت، خود دارای دو بُعد گذرگاه و عامل است. یعنی عامل + گذرگاه = امید (اسنایدر، ۲۰۰۰: ۱۳). اسنایدر امید را سازه ای شامل دو بعد دانسته است: یکی توانایی طراحی گذرگاه هایی به سوی هدف های مطلوب با وجود موانع و دیگری توانایی ایجاد انگیزه برای شروع و تداوم حرکت در این گذرگاه ها. همان طور که در این تعریف، مشخص است، نظریه امید اساساً نظری های شناختی است؛ به دیگر سخن، امید فرایندی شناختی است که تبعاتی هیجانی دارد. بنابر این، طبق نظریه اسنایدر، امید یک هیجان انفعالی نیست که تنها در لحظه های تاریک زندگی پدیدار شود؛ بلکه فرایندی شناختی است که افراد به وسیله آن، به صورت فعال، برای دست یافتن به هدف هایشان تلاش می کنند. از نظر او، امید فرایندی است که طی آن، فرد هدف های خود را تعیین می کند، راه کار هایی برای رسیدن به آن ها می سازد و انگیزه لازم را برای اجرای این راه کار ها ایجاد و در طول مسیر حفظ می کند (پرچم و همکاران، ۱۳۹۲: ۶).

ناامیدی در نظریه امید اسنایدر

در نظریه امید، فرض بر این است که شکست در رسیدن به هدف ها، به صورت مکرر و فراگیر، تفکر عامل و گذرگاه و در نتیجه، امید را کاهش می دهد و این، اولین مرحله ایجاد افسردگی است. از این دیدگاه، امید کم، ممکن است زیر بنای افسردگی را فراهم کند و در افراد افسرده، هم فرایند های شناختی (تفکر هدف و تفکر گذرگاه) و هم انگیزش (تفکر عامل) کاهش می یابند. این افراد کمتر می توانند مسائل خود را به طور مؤثر حل کنند. تلاش برای درمان افسردگی با تمرکز بر تفکر امیدوارانه، احتمالاً باعث بهبود ظرفیت حل مسئله و نشان ههای عاطفی می شود (پرچم و همکاران، ۱۳۹۲: ۲۲).

۳. سلامت

در حال حاضر تعریفی که از سلامت در سازمان جهانی بهداشت عنوان شده عبارت است از یک حالت آسودگی جسمی، روانی، اجتماعی و تنها به نبود بیماری یا ناتوانی اطلاق نمی شود بلکه شامل سه محور جسم، روان و جامعه م میشود. در طول دهه های گذشته، سلامتی بر اساس ابعاد خاصی مانند (سلامت جسمی، روانی و اجتماعی) تحلیل شده است. پیشنهاد گنجاندن بعد سلامت معنوی در مفهوم سلامت، از سوی راسل و عثمان، یک بعد مهم از زندگی فردی و گروهی را فراروی صالح بنظران درگیر در امر سلامت قرار داد (مظفری نیا، ۱۳۹۳: ۹۹).

سلامت از واژه هایی است که بیشتر مردمان با آنکه اطمینان دارند معنای آن را می دانند، تعریفش را دشوار می یابد. در فرهنگ های گوناگون تعریف های بسیاری از سلامت شده است: در فرهنگ وبستر سلامت وضع خوب و عالی بدن، اندیشه و روح و بویژه بر کنار بودن از درد یا بیماری جسمی تعریف شده است. در فرهنگ آکسفورد به معنی وضع عالی جسم یا روح و حالتی که اعمال بدن به موقع و به گونه موثر انجام شود آمده است. جالینوس سلامت را عبارت از وجود نسبت معینی از عناصر گرمی، سردی، رطوبت و خشکی تعریف می کند. ابن سینا معتقد است: سلامت سرشت یا حالتی است که در آن اعمال بدن به درستی انجام می گیرد. نقطه

مقابل آن بیماری است. در سال های اخیر با گنجانده شدن توانایی داشتن یک زندگی مثر از نظر اقتصادی و اجتماعی، این تعریف کامل تر شده است. سلامت بیشتر به عنوان ابزاری برای رسیدن یک هدف منظور شده است که می توان آن را از لحاظ کارکردی به صورت یک منبع بیان کرد؛ منبعی که به مردمان امکان می دهد به گونه فردی، اجتماعی و اقتصادی زندگی کنند. سلامت تنها زندگی کردن نیست، بلکه منبعی برای زندگی روزمره است؛ سلامت یک مفهوم مثبت است که بر منابع و امکانات اجتماعی و شخصی و همچنین توانایی های جسمانی تأکید دارد (محسنی تبریزی و نوابخش، ۱۳۹۵: ۱۱۶). سلامت دارای ۶ بعد مختلف می باشد مختلف می باشد: سلامت جسمی، سلامت روانی، سلامت عارفی، سلامت معنوی، سلامت جنسی و سلامت اجتماعی در زیر شرح از تغییر مفاهیم سلامت آورده شده است:

مفهوم زیست پزشکی سلامت

سلامت به گونه سنتی بعنوان بیمار نبودن در نظر گرفته می شد و اگر کسی بیمار نبود سالم شناخته می شد. این مفهوم پایه نظریه میکروبی بیماریها بود که در آغاز سده بیستم اندیشه پزشکی را تحت الشعاع قرار داده بود و متخصصان جسم انسان را مانند ماشین و بیماری را بعنوان اختلال در کار ماشین در نظر می گرفتند و یکی از وظایف پزشکی ترمیم این ماشین بود. با این ترتیب و با این دیدگاه محدود، سلامت هدف نهایی پزشکی به شمار میرفت. این دیدگاه نقش عوامل تعیین کننده زیست محیطی، اجتماعی، روانشناختی را دستکم گرفته است. همچنین، این الگو در حل برخی مسائل اساسی بهداشتی انسان از جمله اعتیاد، بیماری های روانی، آلودگی محیط زیست و انفجار جمعیت نارسا بوده است (محسنی تبریزی و نوابخش، ۱۳۹۵: ۱۱۶).

مفهوم بوم شناختی سلامت

این مفهوم سلامت را به عنوان تعادل پویا میان انسان و محیط زیست و بیماری را به صورت تنظیم نبودن وجود انسان با محیط در نظر میگیرد. دوس در تعریف سلامت می گوید: «سلامت نشانه نبودن نسبی درد و ناراحتی و هماهنگی و تنظیم مستمر با محیط زیست به منظور اطمینان از بهترین عملکرد است». همخوانی فرهنگی و بوم شناختی انسان نه تنها بروز بیماری ها، بلکه در دسترس بودن خوراک و انفجار جمعیت را هم تعیین می کند (محسنی تبریزی و نوابخش، ۱۳۹۵: ۱۱۶).

مفاهیم روانشناختی

پیشرفت های علوم اجتماعی در دوران کنونی گویای آن است که سلامت تنها پدیده زیست پزشکی نیست بلکه عوامل اجتماعی، روانشناختی، فرهنگی، اقتصادی و سیاسی مردم بر آن اثرگذار است و هنگام تعریف و اندازه گیری سلامت باید این عوامل را نیز در نظر گرفت (محسنی تبریزی و نوابخش، ۱۳۹۵: ۱۱۷).

مفهوم کلیت سلامت

الگوی کلیت ترکیبی از همه مفاهیم یاد شده است که میتواند آثار اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و زیست محیطی و دیگر عوامل مؤثر بر سلامت را شناسایی کند. این مفهوم از راه های گوناگون و بعنوان فرآیند یکنواخت یا چند بعدی مانند سلامت همگان در رابطه با محیط زیست شرح داده شده است. این نظریه باستانی که میگوید سلامت نشانه ای است از اندیشه سالم و عالی در بدن سالم، در خانوادهای سالم و در محیطی سالم، مربوط است. روش جامع گویای آن است که همه بخش های جامعه بر سلامت اثر می گذارند. سلامت فرد به سلامت جامعه وابستگی دارد. همچنین سلامت جامعه و محیط به سلامت فرد، چگونگی زندگی، شغل و کار او بسیار وابسته است. به سخن دیگر، سلامت جامعه از مجموعه رفتارها، نگرش ها و باورهای کسانی که در آن جامعه زندگی می کنند تأثیر می پذیرند. هسته اصلی جامعه سالم، سلامت مردمان جامعه است که سلامت آنها با عوامل اجتماعی، اقتصادی، فیزیکی زیست محیطی و خدمات بهداشتی سنجیده می شود (محسنی تبریزی و نوابخش، ۱۳۹۵: ۱۱۷).

۴. معنویت

امام خمینی (ره) معنویت را مجموعه صفات و اعمالی می داند که شور و جاذبه قوی و شدید و درعین حال منطقی و صحیح را در انسان به وجود می آورد تا او را در سیر به سوی خدای یگانه و محبوب عالم به طور اعجاب آوری پیش ببرد (مظفری نیا و همکاران،

۱۳۹۳: ۹۹). تعریف معنویت به طور کلی پیچیده است، به این علت محققین توافق کمی درباره آن دارند. این عدم توافق به درجه ی ترکیب شدن معنویت با مذهب مربوط می شود. علاوه بر این، مفهوم سازی و اندازه گیری معنویت، محتوای معنویت، جدا کردن معنویت از مذهب، کم بودن تحقیقات و پرداختن به موضوعات جزئی به اسم معنویت - مانند هدف از زندگی، به هم پیوستگی احساس و غیره - بر مشکلات پیش روی افزوده است (جورج و همکاران، ۲۰۰۰). اگرچه رسیدن به تعریف غالبی از معنویت دشوار است، اما مرور متون با موضوع معنویت نشان از آن دارد که این تعاریف دو بعد را شامل می شوند، بعد اول مربوط به مذهب مسائل مرتبت به مذهب که در آن مفهوم درک شده فرد از وجود مقدس یا واقعیت غایی (خداوند) با دیدگاهی دینی بیان می شود، در بعد دوم، تلاش بر این است که از تجربه های روان شناختی، جدا از موضوع دین یا مذهب به عنوان معنویت، مسائلی مطرح شود (هارتز، ۲۰۰۵؛ صفایی راد، ۱۳۸۹؛ ابولقاسمی، ۱۳۹۱).

در این میان برخی با ترکیب دو بعد بیان شده، معنویت را از لحاظ معنای زندگی، آرامش ذهنی و رابطه با یک وجود متعالی بیان کرده اند (مورتا و موریتا ۲۰۰۶؛ پیترمن و دیگران ۲۰۰۲؛ هاوکس و دیگران ۱۹۹۵). آنها معنویت را به عنوان ماهیت هستی بخش یک شخص آورده اند که در جست وجوی معنا و هدف زندگی خویش است، (جان ام، ۲۰۰۷). واژه *Spiritual* از کلمه لاتین *spiritus* به معنی نفس «روح» مشتق شده است، از *Spiritual* به معنی معنوی و روحانی یا غیرمادی تعبیر می شود (ولف، ۱۳۸۷؛ بابیلون، ۲۰۱۴). در واقع نمی توان واژه ای را یافت که در زبان قادر به بیان واقعیت های معنوی باشد (اسپریتز، ۱۹۹۵). در رویکردهای جدید، معنویت را بیشتر به نتایج و کارکردها محدود کرده اند و آن را مجموعه ای از توانایی های مربوط به هم و کیفیت روانی می دانند که در انسان ایجاد انگیزه و معنا می کند. گاهی معنویت را فرایندی برای ایجاد رضایت درونی می دانند که دارای مؤلفه های آرامش، شادی و امید است؛ اما در اندیشه قرآنی به سلامت معنوی بر اساس شاخص های شناختی، احساسی، رفتاری و پیامدی نگریسته می شود. در این اندیشه، انسان باید نسبت به خداوند و رابطه خود با خداوند شناخت کافی داشته باشد (مرزبند، ۱۳۹۱). ضرورت وجود معنویت در انسان، مانند ضرورت وجود دم و بازدم برای زنده بودن جسم است. معنویت برای همه انسان ها در تمامی جوامع و سرتاسر جهان قابل شناسایی است. معنویت از اصول حیات بخش هستی انسان است و برای بسیاری از مذاهب، فرهنگ ها و سنت ها در سراسر جهان پذیرفته شده است، از طرفی هنوز عقایدی وجود دارد که معنویت را از همان بدو تولد به شکل درونی و در حالتی ساکن میدانند و اینکه معنویت با کسب تجربه های زندگی، فرد را رو به جلو خواهد برد. معنویت راهی است برای تجربه احساس متعالی اتصال به نیرویی فراتر از خود که هم راهنمای زندگی است و هم معنابخش مرگ (جان ام، ۲۰۰۷).

مفهوم سازی معنویت

به طور تاریخی علاقه کمی برای تمایز قائل شدن بین مذهب و معنویت - دو مفهومی که بیشتر در معنای فرهنگ عجین شده است، وجود دارد؛ اما برخی از تحقیقات اخیر در مورد معنویت، تلاش برای به دست آوردن معانی جدا از مذهب به روشنی دیده می شود. این فرآیند نشانگر تقابل دیدگاه دنیاگرایی یا سکولاریسم با اصل مذاهب است؛ اما مطالعات جدید دانشمندان نشان داده است که در فرهنگ های مشابه و متفاوت بین مذهب و معنویت رابطه وجود دارد و این مسئله معنا دار است (جورج و همکاران، ۲۰۰۰). در میان متون علمی در مورد معنویت یک دیدگاه عمومی وجود دارد که هدفمندی در زندگی، تجربه ارتقاء و تعالی، نمود اجتماعی و پایبندی به بایدها و نبایدهای اخلاقی را شامل می شود و دیگر دیدگاه مذهبی یا دیدگاه ادیان الهی که خدانشناسی، خدامحوری، خداجویی، شناخت هدف از خلقت و زندگی همچنین تلاش در جهت تکامل روحی، خودسازی و توکل یا اعتقاد به قدرت حامی برتر - خداوند را شامل می شود (اصفهانی، ۱۳۸۹). هم معنویت و هم مذهب با تمرکز بر مقدسات و باورهای دینی، بر باورها و رفتارها اثر می گذارند و با ایجاد یا افزایش احساسی مقدس در افزایش آگاهی و تجربه های مذهبی و معنوی نقش دارند، اصلی ترین تفاوت مذهب و معنویت این است که برای مذاهب یک چارچوب مذهبی و رسمی وجود دارد؛ اما معنویت، شامل مجموعه یا زمینه رسمی نیست (جورج، ۲۰۰۰).

هانگلمان و همکاران در یک مطالعه کیفی ویژگی های سلامت معنوی را شناسایی نموده اند. آنان در این مطالعه سلامت معنوی را «حسی از متصل بودن، هماهنگی بین خود، طبیعت و وجود متعالی که از طریق یک فرایند رشد پویا و منسجم دست یافتنی است و به یک شناخت هدف نهایی و معنای زندگی منجر می شود» می دانند. در یک تعریف جامع و مانع و در ترسیم فضای مفهوم واژه های سلامت معنوی می توان گفت سلامت معنوی عبارت است از برخورداری از حس پذیرش، احساسات مثبت، اخلاق و حس ارتباط متقابل مثبت با یک قدرت حاکم و برتر قدسی، دیگران و خود که طی یک فرآیند پویا و هماهنگ شناختی، عاطفی، کنشی و پیامدی شخصی حاصل می آید. این تعریف تا حدودی، حدود در نظر گرفته شده برای هر تعریفی از سلامت معنوی را در نظر گرفته است. سلامت معنوی شامل سه بعد شناخت، عواطف و کنش است. بعد شناختی، برخورداری از شناخت یا معرفت ویژه نسبت به خدا، انسان و خلقت و پذیرش خدا و قوانین الهی بوده و اولین گام در حرکت به سوی خداوند است. اولین قدم در این بعد شناخت خود است؛ این گام مهم ترین گام برای دستیابی به شناخت خداوند است. گام بعد عواطف، احساس آرامش، نشاط، امید و محبت ورزی نسبت به خدا و انبیای الهی است. از مهم ترین شاخص های سلامت معنوی و حالات انسان معنوی، عواطف مثبت (محبت ورزی نسبت به خدا و انبیای الهی و تجربه معنوی) است. بعد کنش، روشی است که فرد عقاید معنوی درونی خود را در جهان خارج آشکار می کند (مظفری نیا و همکاران، ۱۳۹۲: ۹۹).

سلامت معنوی

معنویت تلاش برای پاسخ به سؤالات مرتبط با اساس وجودی و زندگی است. تعاریف مختلفی برای معنویت در نظر گرفته شده است. معنویت به عنوان مفهومی دوجبهی به طور ضمنی به عنوان یک سازه هم مذهبی و هم غیرمذهبی معنا می شود و مفهومی است که در پشت وابستگی مذهبی از نظر ایدئولوژی، ارتباطات بین و درون شخصی دارد. پالم (۱۹۹۸) معتقد است. معنویت، یک مفهوم بسیار سخت و مبهم است. مطالعات زیادی برای کشف تفاوت بین روان، معنویت و روح انجام شده است. این مفاهیم گاهی به جای یکدیگر استفاده می شوند. میتروف و دنتون (۱۹۹۹) بیان کردند که روان اشاره به پیوستگی، ارتباط و ادغام همه بخش های جداگانه و مختلف یک فرد به عنوان یک انسان دارد و روح، با توجه به تعریف بن هفیل (۲۰۰۵).

بر اساس دیدگاه غیردینی، سلامت معنوی احساسات ملموسی مانند امید، آرامش، شادی و نشاط است و تنها برای درمان بیماری ها بر اساس فعالیت هایی چون هنر و ورزش و تکنیک های تمدد اعصاب است، در حالی که از دیدگاه دینی، بدون توجه به هدف نهایی آفرینش انسان نمی توان از امور مذکور تفسیر منطقی ارائه کرد. همچنین، مطالعات نشان داده اند مفهوم معنویت با همه حیطه های سلامتی در تمامی سنین ارتباط دارد. سلامت معنوی انسجام و درستی فرد را تأمین می کند و با ویژگی هایی مانند ثبات در زندگی، صلح و آرامش، تناسب و هماهنگی، احساس نزدیکی با خدا، خویش، جامعه و محیط مشخص می شود. طبق مطالعه تحلیل مفهوم عجم (۲۰۱۶) در بررسی متون، هیچ تعریف پذیرفته شده جهانی برای سلامت معنوی وجود ندارد. محققان مذهبی و غیرمذهبی سلامت معنوی را از دو دیدگاه نظری تعریف کرده اند. از دیدگاه مذهبی، سلامت معنوی با توجه به جهان بینی توحیدی تعریف شده است، در حالی که از منظر غیرمذهبی، تمرکز بر باورها، روابط، ارزش ها و انتخاب اهداف به جای اعتقاد به خدا، تعریف می شود. نتایج به دست آمده نشان داد معنویت غیرمذهبی دستاورد پتانسیل های روان انسان است، نه وابستگی به نیروی مقدس یا مافوق. ارائه تعریفی از سلامت معنوی از منظر غیردینی بسیار دشوار است؛ دیدگاه آنها در استفاده از معنویت صرفاً به عنوان ابزاری برای درمان بیماری و سازش بهتر با آن در نظر گرفته می شود و آن را به عنوان عنصر معنوی که می تواند سلامت فرد را بهبود بخشد، در نظر می گیرند، ولی از منظر دینی، سلامت معنوی، معانی گسترده تری دارد. از آنجایی که طبق مطالعات انجام شده، چالش های زیادی در معنای مفهوم سلامت معنوی وجود دارد و هنوز توافق یکسانی در تعریف این مفهوم به دست

1-Palmer

2-Mitroff & Denton

1-Benefiel

نیامده است و در اغلب مطالعات مفاهیم بهزیستی معنوی، بهزیستی مذهبی و دینداری به جای سلامت معنوی استفاده می شود (خوشبخت پیشخانی و وهمکاران، ۱۳۹۸: ۱۰۰).

معنویت و مذهب که گاهی افراد آن ها را با عنوان سلامت معنوی و اعمال مذهبی تعبیر می کنند. با هم همپوشانی دارند، به این ترتیب که هر دو چارچوب هایی را ارائه می دهند که از طریق آن ها، انسان می تواند معنی، هدف و ارزش های متعالی زندگی خود را درک کند. معنویت به مثابه آگاهی از هستی یا نیرویی فراتر از جنبه های مادی زندگی است و احساس عمیقی از وحدت یا پیوند با کائنات را به وجود می آورد. مذهب به تشویق مناسک روزمره مثل نماز و روزه تمایل دارد، اما معنویت سطوح جدید معنی و رای تمام عملکردها را جستجو می کند. اکثر افراد معنوی مذهبی هستند، ولی عکس آن صادق نیست. بسیاری از مردم به معنویت از طریق مذهب دست می یابند. با توجه به متفاوت بودن افراد، آن چه ممکن است برای فردی احساس راحتی و آرامش ایجاد کند، ممکن است برای دیگری کارایی نداشته باشد. بنابراین، نیایش، خواندن کتاب های وحی، یا حضور در مراسم مذهبی از جمله منابعی هستند که بعضی افراد مذهبی با برخورداری از آن ها می توانند در مواجهه با حوادث تنش زای زندگی آسیب کم تری متحمل شوند (بالجانی و همکاران، ۱۳۹۰: ۲۸). سلامت معنوی که ارتباط هماهنگ و یکپارچه را بین نیروهای داخلی فراهم می کند، با ویژگی های ثابت در زندگی، صلح، تناسب و هماهنگی، احساس ارتباط نزدیک با خویشتن، خدا، جامعه و محیط مشخص شده و یکپارچگی و تمامیت فرد را تعیین می کند. سلامت معنوی را با اصطلاح حالتی از بودن، واکنش احساسات مثبت، رفتارها و شناخت و ارتباط با خود، دیگران و یک نیروی ماورایی و فطرت تعریف می کنند که فرد را متمایل به احساس هویت، کمال، رضایتمندی، لذت، خرسندی، زیبایی، عشق، احترام، نگرش مثبت، آرامش، توازن درونی و هدف و جهت زندگی می نماید.

در حقیقت سلامت معنوی جدیدترین بعد سلامت می باشد که در کنار ابعاد دیگر سلامتی قرار گرفته است. برخی عقیده دارند که بدون سلامت معنوی، ابعاد دیگر سلامتی نمی توانند حد اکثر عملکرد موردنظر را داشته باشند و رسیدن به سطح بالای کیفیت زندگی امکانپذیر نیست. عدم توجه به هر یک از ابعاد وجودی انسان سبب حذف بخش مهمی از وجود انسان خواهد شد. بدون شک معنی کامل سلامت معنوی منحصر به اثر دعاها و حالات روحی در بهبودی بیماریها و جانشین شدن آن برای درمان های رایج طبی و یا طب مکمل نیست. ولی می توان گفت، سلامت معنوی یکی از ابعاد مهم سلامت در انسان محسوب می شود که ارتباط هماهنگ و یکپارچه را بین نیروهای داخلی فراهم می کند و با ویژگی های ثابت در زندگی، صلح، تناسب و هماهنگی، احساس ارتباط نزدیک با خویشتن، خدا، جامعه و محیط مشخص می شود. سلامت معنوی، یکپارچگی و تمامیت فرد را تعیین میکند و نیروی یگانه ای است که ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی را هماهنگ می کند. در حقیقت سلامت معنوی تجربه معنوی انسان در دو چشم انداز مختلف است: الف - چشم انداز سلامت مذهبی که بر چگونگی درک افراد از سلامت ی در زندگی معنوی شان هنگامی که با قدرتی بالاتر ارتباط دارند، متمرکز است ب - چشم انداز سلامت وجودی که بر نگرانی های اجتماعی و روانی افراد متمرکز است. سلامت وجودی در مورد این که چگونه افراد با خود، جامعه و یا محیط سازگار می شوند، بحث می کند. وقتی سلامت معنوی به طور جدی به خطر بیفتد، فرد ممکن است دچار اختلالات روحی مثل احساس تنهایی، افسردگی و از دست دادن معنا در زندگی شود (رحیمی و همکاران، ۱۳۹۲: ۸۷).

سلامت معنوی جزئی پایه ای در چهارچوب ابعاد سلامت محسوب می شود، همانند ابعاد دیگر سلامتی نظیر سلامت جسمی، ذهنی و اجتماعی؛ سلامت معنوی عاملی تعیین کننده و اثرگذار است. سلامت معنوی به عنوان فاکتوری حفاظتی در ارتقاء سلامت و پیشگیری از بیماری ها محسوب می شود، ضمن آنکه می توان از سلامت معنوی به عنوان راهبردی موفق و کمک کننده به زندگی انسان در همه ی مراحل و حوزه های زندگی، شامل موقعیت های پر از استرس و بیماری ها و حتی مرگ یاد کرد. بر اساس مطالعات انجام شده، سلامت معنوی عامل درمانی مهمی در فرآیند معالجه بیماران محسوب می شود (استایمن، ۲۰۰۸).

برخی تعاریف که تلاش کرده اند به دو بعدی بودن سلامت معنوی بپردازند، تعاریف قابل درنگی هستند. هانگلمان و همکارانش سلامت معنوی را به عنوان حسی از ارتباط داشتن، هماهنگی بین خود، دیگران، طبیعت و وجود متعالی از طریق فرآیندی پویا، منسجم و دست یافتنی می دانند که منجر به شناخت از هدف نهایی و معنای زندگی می شود (هانگلمن و دیگران، ۱۹۸۵). همچنین هاکز و همکارانش، سلامت معنوی را حسی از ارتباط داشتن با دیگران، داشتن معنی و هدف در زندگی و داشتن اعتقاد و ارتباط با یک قدرت متعالی تعریف کردند (هاوکس و دیگران، ۱۹۹۵).

۵. روش تحقیق

این پژوهش از لحاظ هدف کاربردی و از لحاظ روش توصیفی-تحلیلی می باشد و از نوع پیمایشی می باشد. توصیفی از آن جهت که یافته‌ها به همان صورت که جمع‌آوری شده‌اند، بدون هیچ‌گونه دستکاری توصیف می‌گردند. روابط بین متغیرها بررسی شده و روابط متغیرمستقل و متغیرهای وابسته ارزیابی می‌شوند و از آنجا که اطلاعات توسط یک نمونه تصادفی از جامعه اصلی بدست آمده و نتایج حاصله از نمونه تصادفی پس از تجزیه و تحلیل لازم به جامعه اصلی تعمیم داده می‌شوند و جهت جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه استفاده می‌گردد، بدین جهت از انواع پیمایشی نیز می‌باشد. هدف از انتخاب روش تحقیق آن است که محقق مشخص نماید چه شیوه و روشی اتخاذ کند تا او را هر چه سریع‌تر، دقیق‌تر، آسان‌تر و ارزان‌تر در دستیابی به پرسش‌های تحقیق یاری نماید. این تحقیق به صورت کتابخانه‌ای و میدانی انجام گرفته، و با انجام مراحل زیر به فرضیات تحقیق پاسخ داده شده است:

جدول متغیرهای تحقیق

متغیر وابسته	سلامت معنوی
متغیرهای مستقل	امید به زندگی
	تفکر عاملی
	تفکر راهبردی

روش گردآوری اطلاعات

در این مطالعه اطلاعات به دو صورت میدانی و کتابخانه‌ای گردآوری می‌گردد:

روش کتابخانه‌ای: در این بخش با بررسی مبانی نظری و تجربی تحقیق به گردآوری اطلاعات پرداخته می‌شود. ابزار گردآوری داده در این تحقیق پرسشنامه می‌باشد. در پژوهش حاضر از پرسشنامه سلامت معنوی پولوتزین و الیسون (1982) و پرسشنامه امید به زندگی اشنايدر (1991) استفاده خواهد شد.

جدول متغیرها و شماره سوالات پرسشنامه‌های استاندارد

متغیر اصلی	سوالات
سلامت معنوی	پرسشنامه استاندارد پولوتزین و الیسون (۱۹۸۲) (۲۰ سوال)
امید به زندگی	پرسشنامه استاندارد امید به زندگی اشنايدر (۱۹۹۱) (۱۲ سوال)

جامعه آماری پژوهش حاضر ۶۰۰ نفر از دبیران خانم مقطع متوسطه شهرستان میانه می باشند. روش نمونه‌گیری در پژوهش حاضر به صورت نمونه‌گیری تصادفی ساده می باشد.

روش تجزیه و تحلیل اطلاعات

تجزیه و تحلیل داده‌ها فرآیندی چند مرحله‌ای است که طی آن داده‌هایی که از طریق به کارگیری ابزارهای جمع‌آوری در نمونه و جامعه آماری فراهم آمده‌اند، خلاصه‌کدبندی، دسته‌بندی و در نهایت پردازش می‌شوند تا زمینه‌برقراری انواع تحلیل‌ها و ارتباط بین این داده‌ها به منظور آزمون فرضیه‌ها فراهم آید. در این فرآیند داده‌ها هم از لحاظ مفهومی و هم از نظر تجربی

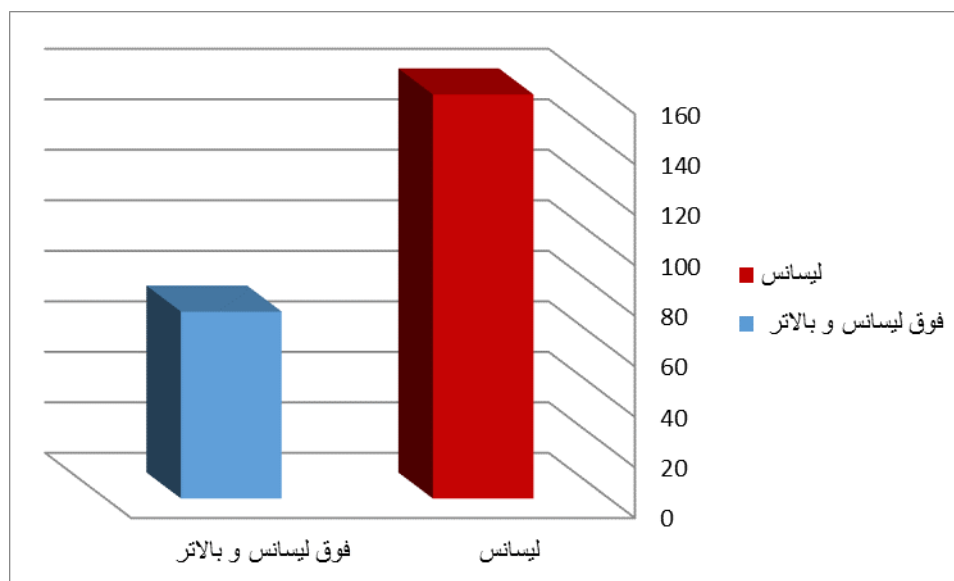
پالایش می شوند و تکنیک های آماری نقش بسزایی در استنتاج ها و تعمیم ها به عهده دارند (خاکی ۱۳۸۶، ۳۰۶). در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل اطلاعات از نرم افزار SPSS و استفاده خواهد شد. در روش تجزیه و تحلیل اطلاعات در این تحقیق از جداول فراوانی و نمودارها جهت آمار توصیفی و برای آمار استنباطی از آزمون پارامتریک پیرسون جهت تعیین رابطه بین متغیرهای تحقیق استفاده خواهد در این پژوهش تجزیه و تحلیل اطلاعات به دو صورت توصیفی و استنباطی انجام شده است:

تحصیلات معلمان

جدول زیر نشان می دهد که ۱۶۰ نفر از پاسخگویان، (معادل ۶۸/۳۷ درصد) دارای مدرک تحصیلی لیسانس بودند و ۷۴ نفر از آنها، معادل (۳۱/۶۲ درصد) نیز دارای مدرک تحصیلی فوق لیسانس بودند.

جدول تحصیلات پاسخگویان

-	لیسانس	فوق لیسانس و بالاتر	جمع
فراوانی	۱۶۰	۷۴	۲۳۴
درصد	۶۸/۳۷	۳۱/۶۲	٪۱۰۰



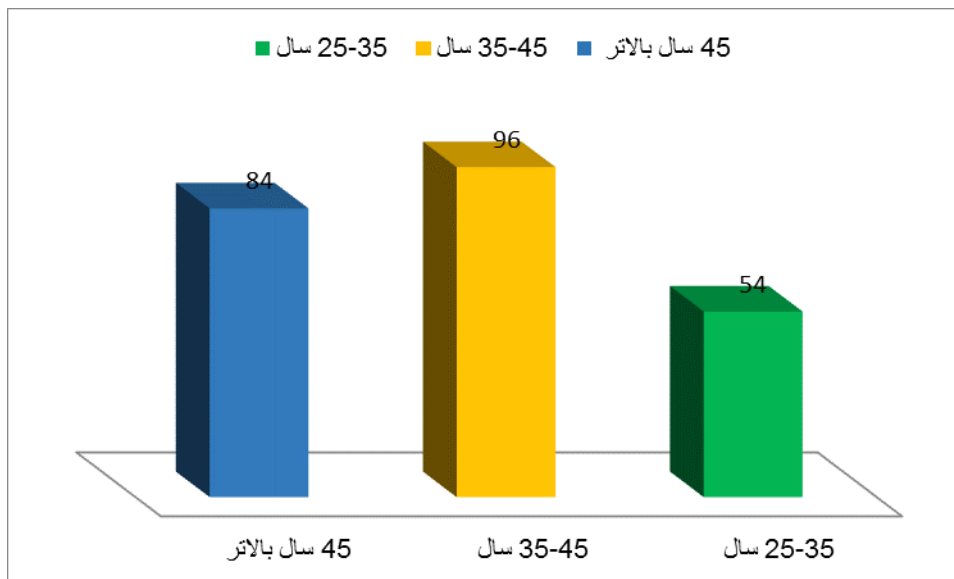
نمودار تحصیلات پاسخگویان

سن

جدول زیر نشان می دهد که ۵۴ نفر از پاسخگویان، معادل (۲۳/۰۷ درصد) در رده سنی ۲۵ تا ۳۵ سال قرار داشتند. همچنین ۹۶ نفر از پاسخگویان، معادل (۴۱/۰۲ درصد) در رده سنی ۳۵ تا ۴۵ سال بودند و در نهایت ۸۴ نفر از پاسخگویان، معادل (۳۵/۸۹ درصد) نیز بالاتر از ۴۵ سال سن داشتند.

جدول سن پاسخگویان

-	سال ۲۵-۳۵	سال ۳۵ تا ۴۵	سال ۴۵ بالاتر	جمع
فراوانی	۵۴	۹۶	۸۴	۲۳۴
درصد	۲۳/۰۷	۴۱/۰۲	۳۵/۸۹	٪۱۰۰



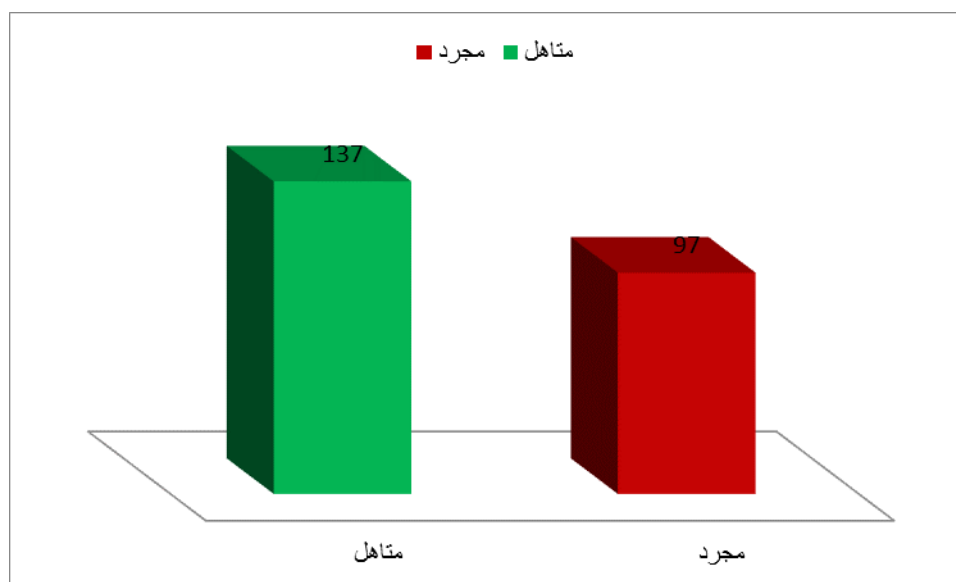
نمودار سن پاسخگویان

وضعیت تأهل

بر اساس جدول زیر ۶۶ نفر از پاسخگویان، معادل (۲۸/۲۰ درصد) مجرد بودند و ۱۶۸ نفر از آنها، معادل (۷۱/۷۹ درصد) نیز متأهل بودند.

جدول وضعیت تأهل پاسخگویان

جمع	متاهل	مجرد	-
۲۳۴	۱۳۷	۹۷	فراوانی
۱۰۰	۵۸/۵۴	۴۱،۴۵	درصد



نمودار وضعیت تأهل پاسخگویان

به منظور پاسخگویی به فرضیه‌های پژوهش بسته به مقیاس اندازه‌گیری، جهت دار بودن و یا بدون جهت بودن و همچنین پیوسته و یا گسسته بودن داده‌ها از آزمون‌های متفاوت استفاده می‌شود، در این پژوهش جهت تجزیه آماری فرضیه‌های موجود از آزمون پارمتریک پیرسون استفاده شده است. فرضیات این تحقیق بصورت زیر می باشد:

- ❖ بین امید به زندگی و سلامت معنوی معلمان رابطه مثبت برقرار است.
- ❖ بین تفکر عاملی و سلامت معنوی معلمان رابطه مثبت برقرار است.
- ❖ بین تفکر راهبردی و سلامت معنوی معلمان رابطه مثبت برقرار است.

جدول آزمون کولموگروف -اسمیرنوف

متغیرهای مورد مطالعه	تعداد نمونه	آماره Z	معنی داری (Sig)	نتیجه
امید به زندگی	۲۳۴	۱/۱۴۷	۰/۳۷	نرمال
سلامت معنوی	۲۳۴	۱/۲۲۰	۰/۳۹	نرمال
تفکر عاملی	۲۳۴	۱/۱۱۰	۰/۲۵	نرمال
تفکر راهبردی	۲۳۴	۱/۱۳۲	۰/۲۱	نرمال

$$p > 0/05$$

همانطور که نتایج جدول نشان می دهد، مقادیر به دست آمده برای آماره های Z محاسبه شده در سطح آلفای $0/05 - a$ معنی دار نیستند ($sig > 0/05$)، لذا فرض H_0 دال بر نرمال بودن توزیع متغیرها تایید می گردد. بنابراین چنین استنباط می گردد که متغیرهای مورد مطالعه از توزیع نرمال برخوردار هستند. لذا فرض نرمال بودن توزیع متغیرها برقرار است. بر این اساس و با توجه به فاصله ای بودن مقیاس متغیرها برای آزمون فرضیه های تحقیق از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شده است.

بررسی فرضیه های پژوهش

فرضیه اصلی: بین امید به زندگی و سلامت معنوی معلمان رابطه مثبت برقرار است.

H_1 = بین امید به زندگی و سلامت معنوی معلمان رابطه مثبت برقرار است.

H_0 = بین امید به زندگی و سلامت معنوی معلمان رابطه مثبت برقرار نیست.

جدول نتایج ضریب همبستگی بین امید به زندگی و سلامت معنوی معلمان

متغیر X	متغیر Y	تعداد	ضریب همبستگی (r)	سطح معناداری (sig)
امید به زندگی	سلامت معنوی	۲۳۴	۰/۷۳۰	۰,۰۰۱

همانطور که نتایج جدول نشان می دهد مقدار به دست آمده برای ضریب همبستگی پیرسون بین امید به زندگی و سلامت معنوی معلمان ($r=0/730$) در سطح آلفای ۰,۰۵ معنی دار است $sig < 0.05$ لذا چنین استنباط می شود که با سطح اطمینان بالای ۹۵٪ بین امید به زندگی و سلامت معنوی معلمان رابطه مثبت و معنی داری وجود دارد. در واقع می توان گفت که رابطه بین متغیر مستقل (امید به زندگی) و متغیر وابسته (سلامت معنوی) رابطه مستقیمی وجود دارد. یعنی با افزایش امید به زندگی، سلامت معنوی معلمان نیز افزایش می باید و در مقابل با کاهش امید به زندگی سلامت معنوی معلمان نیز کاهش می یابد. بنابراین فرضیه H_1 تأیید و فرضیه H_0 رد می گردد.

فرضیه فرعی اول: بین تفکر عاملی و سلامت معنوی معلمان رابطه مثبت برقرار است.

برای بررسی رابطه بین تفکر عاملی و سلامت معنوی معلمان از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد که نتایج آن در قالب جدول زیر آورده شده است.

جدول نتایج ضریب همبستگی بین تفکر عاملی و سلامت معنوی معلمان

متغیر X	متغیر Y	تعداد	ضریب همبستگی (r)	سطح معناداری (sig)
تفکر عاملی	سلامت معنوی	۲۳۴	۰/۵۲۱	۰,۰۰۰

همانطور که نتایج جدول نشان می دهد مقدار به دست آمده برای ضریب همبستگی پیرسون بین تفکر عاملی و سلامت معنوی معلمان ($r=0/521$) در سطح آلفای ۰,۰۵ معنی دار است $sig < 0.05$ لذا چنین استنباط می شود که با سطح اطمینان بالای ۹۵٪ بین تفکر عاملی و سلامت معنوی معلمان رابطه مثبت و معنی داری وجود دارد. در واقع می توان گفت که رابطه بین متغیر مستقل (تفکر عاملی) و متغیر وابسته (سلامت معنوی) رابطه مستقیمی وجود دارد. یعنی با افزایش تفکر عاملی، سلامت معنوی معلمان نیز افزایش می باید و در مقابل با کاهش تفکر عاملی سلامت معنوی معلمان نیز کاهش می یابد. بنابراین فرضیه H_1 تأیید و فرضیه H_0 رد می گردد.

فرضیه فرعی دوم: بین تفکر راهبردی و سلامت معنوی معلمان رابطه مثبت برقرار است.

برای بررسی رابطه بین تفکر راهبردی و سلامت معنوی معلمان از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد که نتایج آن در قالب جدول زیر آورده شده است.

جدول نتایج ضریب همبستگی بین امید به زندگی و سلامت معنوی معلمان

متغیر X	متغیر Y	تعداد	ضریب همبستگی (r)	سطح معناداری (sig)
تفکر راهبردی	سلامت معنوی	۲۳۴	۰/۵۱۶	۰,۰۰۰

همانطور که نتایج جدول نشان می دهد مقدار به دست آمده برای ضریب همبستگی پیرسون بین تفکر راهبردی و سلامت معنوی معلمان ($r=0/516$) در سطح آلفای ۰,۰۵ معنی دار است $sig < 0.05$ لذا چنین استنباط می شود که با سطح اطمینان بالای ۹۵٪ بین تفکر راهبردی و سلامت معنوی معلمان رابطه مثبت و معنی داری وجود دارد. در واقع می توان گفت که رابطه بین متغیر وابسته (سلامت معنوی) و متغیر مستقل (تفکر راهبردی) رابطه مستقیمی وجود دارد. یعنی با افزایش تفکر راهبردی، سلامت معنوی معلمان نیز افزایش می یابد و در مقابل با کاهش تفکر راهبردی، سلامت معنوی معلمان نیز کاهش می یابد، بنابراین فرضیه H1 تأیید و فرضیه H0 رد می گردد.

جدول شماره خلاصه ای از نتایج فرضیه های پژوهش را نشان می دهد.

جدول خلاصه ای از نتایج فرضیه های پژوهش

ردیف	فرضیه	نتیجه
۱	بین امید به زندگی و سلامت معنوی معلمان رابطه مثبت برقرار است.	تأیید
۲	بین تفکر عاملی و سلامت معنوی معلمان رابطه مثبت برقرار است.	تأیید
۳	بین تفکر راهبردی و سلامت معنوی معلمان رابطه مثبت برقرار است.	تأیید

۶. نتیجه گیری

نتایج آمار توصیفی نشان داد که دهد که ۱۶۰ نفر از پاسخگویان، (معادل ۶۸/۳۷ درصد) دارای مدرک تحصیلی لیسانس بودند و ۷۴ نفر از آنها، معادل (۳۱/۶۲ درصد) نیز دارای مدرک تحصیلی فوق لیسانس بودند. همچنین ۵۴ نفر از پاسخگویان، معادل (۲۳/۰۷ درصد) در رده سنی ۲۵ تا ۳۵ سال قرار داشتند. همچنین ۹۶ نفر از پاسخگویان، معادل (۴۱/۰۲ درصد) در رده سنی ۳۵ تا ۴۵ سال بودند و در نهایت ۸۴ نفر از پاسخگویان، معادل (۳۵/۸۹ درصد) نیز بالاتر از ۴۵ سال سن داشتند. در نهایت ۶۶ نفر از پاسخگویان، معادل (۲۸/۲۰ درصد) مجرد بودند و ۱۶۸ نفر از آنها، معادل (۷۱/۷۹ درصد) نیز متأهل بودند.

بر اساس نتایج فرضیه اول پژوهش: "بین امید به زندگی و سلامت معنوی معلمان رابطه مثبت برقرار است." مقدار به دست آمده برای ضریب همبستگی پیرسون بین امید به زندگی و سلامت معنوی معلمان ($r=0/730$) در سطح آلفای ۰,۰۵ معنی دار است $sig < 0.05$ لذا چنین نتیجه گیری می شود که با سطح اطمینان بالای ۹۵٪ بین امید به زندگی و سلامت معنوی معلمان رابطه مثبت و معنی داری وجود دارد. در واقع می توان گفت که رابطه بین متغیر مستقل (امید به زندگی) و متغیر وابسته (سلامت معنوی) رابطه مستقیمی وجود دارد. یعنی با افزایش امید به زندگی، سلامت معنوی معلمان نیز افزایش می یابد و در مقابل با کاهش امید به زندگی سلامت معنوی معلمان نیز کاهش می یابد. بنابراین فرضیه H1 تأیید و فرضیه H0 رد می گردد.

بر اساس نتایج فرضیه فرعی اول پژوهش: مقدار به دست آمده برای ضریب همبستگی پیرسون بین تفکر عاملی و سلامت معنوی معلمان ($r=0/521$) در سطح آلفای ۰,۰۵ معنی دار است $sig < 0.05$ لذا چنین نتیجه گیری می شود که با سطح اطمینان بالای ۹۵٪ بین تفکر عاملی و سلامت معنوی معلمان رابطه مثبت و معنی داری وجود دارد. در واقع می توان گفت که رابطه بین متغیر مستقل (تفکر عاملی) و متغیر وابسته (سلامت معنوی) رابطه مستقیمی وجود دارد. یعنی با افزایش تفکر عاملی، سلامت معنوی معلمان نیز افزایش می یابد و در مقابل با کاهش تفکر عاملی سلامت معنوی معلمان نیز کاهش می یابد. بنابراین فرضیه H1 تأیید و فرضیه H0 رد می گردد.

بر اساس نتایج فرضیه فرعی دوم پژوهش: مقدار به دست آمده برای ضریب همبستگی پیرسون بین تفکر راهبردی و سلامت معنوی معلمان ($r=0/516$) در سطح آلفای ۰,۰۵ معنی دار است $sig < 0.05$ لذا چنین نتیجه گیری می شود که با سطح اطمینان بالای ۹۵٪ بین تفکر راهبردی و سلامت معنوی معلمان رابطه مثبت و معنی داری وجود دارد. در واقع می توان گفت که رابطه بین متغیر وابسته (سلامت معنوی) و متغیر مستقل (تفکر راهبردی) رابطه مستقیمی وجود دارد. یعنی با افزایش تفکر راهبردی،

سلامت معنوی معلمان نیز افزایش می باید و در مقابل با کاهش تفکر راهبردی، سلامت معنوی معلمان نیز کاهش می یابد، بنابراین فرضیه H1 تأیید و فرضیه H0 رد می گردد.

۷. پیشنهادات

پیشنهاد می شود با برگزاری کلاس های مشاوره و آموزش های لازم سطح امید را در معلمان افزایش دهند. پیشنهاد می شود با کاهش محدودیتهای مربوط به اعطای وام مشکلات مالی معلمان را رفع نمایند تا از این طریق بتوان سطح امید به زندگی آنها را ارتقاء داد.

۸. منابع فارسی

۱. ابولقاسمی، محمدجواد، (۱۳۹۱)، مفهوم شناسی سلامت معنوی و گستره آن در نگرش دینی، فصلنامه اخلاق پزشکی، سال ششم، شماره بیستم، ۴۵-۶۸.
۲. احقر، قدسی (۱۳۹۳)، پیش بینی اضطراب امتحان بر اساس جهت گیری مذهبی درونی و بیرونی دانش آموزان دختر دوره راهنمایی مدارس دولتی شهر تهران، دو فصلنامه پژوهشی مطالعات معارف اسلامی و علوم تربیتی، سال دوم، شماره ۲، صفحات ۶۸-۸۰.
۳. اصفهانی، سیدمهدی، (۱۳۸۹)، سلامت معنوی و دیدگاه ها، فصلنامه اخلاق پزشکی، سال چهارم، شماره چهاردهم، ۴۱-۴۹.
۴. افشانی، سید علیرضا، جعفری، زینب (۱۳۹۵)، رابطه دینداری و امید به آینده در بین دانشجویان دانشگاه یزد، فرهنگ در دانشگاه اسلامی، سال ۶، شماره ۱۹، صفحات ۱۹۱-۲۰۱.
۵. امیدواری، سپیده، (۱۳۸۷)، سلامت معنوی، مفاهیم و چالش ها، فصلنامه تخصصی پژوهش های میان رشته ای قرآنی. سال اول، شماره اول، ۵-۱۷.
۶. خواجه نوری، بیژن، مومنی، مریم، هوشیار، آزاده، بررسی رابطه دینداری و امیدواری اجتماعی در دانش آموزان دختر مقطع متوسطه شهر شیراز، جامعه شناسی کاربردی، سال ۲۶، شماره پیاپی ۵۹، صفحات ۱۹۵-۲۰۸.
۷. خوشبخت پیشانی، مریم، محمدی شاهبلغی، فرحناز، خانکه، حمیدرضا، دالوندی، اصغر، (۱۳۹۸)، سلامت معنوی در سالمندان ایرانی: تحلیل مفهوم با رویکرد واکر و آوانت، سالمند، دوره ۱۴، شماره ۱، ۱۰۰-۱۱۳.
۸. دریا زاده، سحر، کرمی بلداجی، روح اله، (۱۳۹۸)، بررسی رابطه بین امید به زندگی و سلامت معنوی با کیفیت زندگی فرهنگیان بازنشسته مقطع ابتدایی، پنجمین همایش ملی تازه های روانشناسی مثبت نگر.
۹. رجبی پور میبدی، علیرضا، دوست حسینی، فهیمه، (۱۳۹۷)، اثر سلامت معنوی بر فرسودگی تحصیلی با نقش میانجی امید به زندگی، مجله علمی - پژوهشی اخلاق زیستی، دوره ۸، شماره ۲۸.
۱۰. رحیمی، ندا، نوحی، عصمت، نخعی، نوذر، (۱۳۹۲)، بررسی سلامت معنوی دانشجویان پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی کرمان، مجله دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران (حیات) دوره ۱۹، شماره ۴، صفحات ۷۴-۸۱.
۱۱. رضایی شهسوار لو، زهرا، لطفی، محمد سجاد، تقدسی، محسن، سادات موسوی، معصومه، یوسفی، زهرا، امیرخسروی، ندا، (۱۳۹۳)، ارتباط بین مؤلفه های سلامت معنوی با امید و رضایت از زندگی در سالمندان مبتلا به سرطان در شهر کاشان ۱۳۹۲، فصلنامه پرستاری سالمندان، دورهاول، شماره ۲، صفحات ۴۲-۵۴.
۱۲. شهریاری، عباس، غفاری توران، زهره، (۱۳۹۴)، بررسی نقش و جایگاه سلامت معنوی در امید به زندگی در بین زنان استان گلستان، دومین کنفرانس بین المللی مدیریت اقتصاد و علوم انسانی.
۱۳. عسگری، پرویز، صفر زاده، سحر، مظاهری، محمد مهدی، (۱۳۹۱)، رابطه باورهای دینی و امید به زندگی با سلامت معنوی، مطالعات میان فرهنگی

۱۴. فرح لطفی کاشانی، فرح، وزیر، شهرام، سادات محمدی، شکوه، (۱۳۹۵)، سهم امید و انتظار درمان در احساس بهبود مراجعان، مجله روانشناسی تحولی، روانشناسان ایرانی، سال چهارم، شماره ۵۳.

۱۵. قهرمانی، نسرين، نادی، محمدعلی، (۱۳۹۱)، رابطه بین مولفه های مذهبی- معنوی با سلامت روان و امید به آینده در کارکنان بیمارستان های دولتی شیراز، نشریه مرکز تحقیقات مراقبتهای پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تهران (نشریه پرستاری ایران)، دوره ۲۵، شماره ۷۹، صفحات ۱-۱۱.

۱۶. مظفری نیا، فائزه، امین شکروی، فرخنده، حیدرنیا، علیرضا، (۱۳۹۳)، سلامت معنوی رابطه بین سلامت معنوی و شادکامی دانشجویان، فصلنامه علمی-پژوهشی آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، سال دوم، شماره دوم، ۹۷-۱۰۸.

۱۷. مظفری نیا، فائزه، امین شکروی، فرخنده، حیدرنیا، علیرضا، (۱۳۹۷)، رابطه بین سلامت معنوی و شادکامی دانشجویان، سال دوم، شماره ۲، صفحات ۹۷-۱۰۸.

18. Beth Ofstedal, Mary, Tsun Chiu, Chi, Jagger Carol, Saito, Yasuhiko, Zimmer, Zachary (2019). Religion, Life Expectancy, and Disability-Free Life Expectancy Among Older Women and Men in the United States, *The Journals of Gerontology: Series B*, Volume 74, Issue 8 Pages e107-118.

19. Hematti S1, Baradaran-Ghahfarokhi M, Khajooei-Fard R, Mohammadi-Bertiani Z (2015). Spiritual Well-Being for Increasing Life Expectancy in Palliative Radiotherapy Patients: A Questionnaire-Based Study, *Oct;54(5):1563-72*. doi: 10.1007/s10943-014-9872-9.

20. Barton KS, Tate T, Lau N, Taliesin KB, Waldman ED, Rosenberg AR (2018). "I'm Not a Spiritual Person." How Hope Might Facilitate Conversations About Spirituality Among Teens and Young Adults With Cancer, *55(6):1599-1608*.