Journal of Spiritual Health
2024, Volume 2, Issue 4
Pages: 208-217
10.30491/JSH.2.4.208

A Reflection on the Methodology of Spiritual Health Studies

Mahdi Abbaszadeh [1], Qasem Darzi [2*]

[1] *Department of Epistemology, Research Institute for Islamic Culture and Thought, Tehran, Iran*
[2] *Research Institute for Interdisciplinary Studies of the Holy Quran, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran*

Abstract

Background and Aim: "Spiritual health" unlike some other dimensions of health, is complex and interdisciplinary in nature. Aside from the concept of "Health", the most important complexity in this combination is the concept of "spirituality", which has emerged in religious and secular paradigms, various and contradictory interpretations of it. The aim of the current research is to explain the optimal methodology and harms of this field of study, considering the complexity and interdisciplinary nature of the issue of spiritual health.

Methods: The current research, with the analytical-philosophical method and with the approach of philosophy of science, has addressed the issue of the methodology of spiritual health studies, its quality and pathology.

Results: Research in the field of spiritual health can proceed in two ways: 1. The integration of methods, which is included in the category of "methodological interdisciplinarity", in which problem solving is done using a range of methods. 2. The integration of theories, which is included in the category of "theoretical interdisciplinarity" and in which we will seek to combine views and theories (views). Single-method and single-view researches on the issue of spiritual health are considered as two serious harms in this field of study.

Conclusion: Although in mental health studies, we need both a methodical interdisciplinary and a theoretical interdisciplinary, the theoretical interdisciplinary provides the researcher with a higher and deeper level of interdisciplinary than the methodical interdisciplinary.

Keywords: Health, Spiritual Health, Methodology, Interdisciplinarity.

*Corresponding author: **Qasem Darzi,** Email: gh_darzi@sbu.ac.ir

Received: 28 November 2023 **Accepted:** 9 February 2024

[Downloaded from mail.spiritual-health.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.30491/JSH.2.4.208]

مجله سلامت معنوی
دوره ۲، شماره ۴، زمستان ۱۴۰۲
صفحات: ۲۱۷-۲۰۸
10.30491/JSH.2.4.208

تأملی در روش‌شناسی مطالعات سلامت معنوی

مهدی عباس‌زاده[۱]، قاسم درزی[۲*]

[۱] گروه معرفت‌شناسی، پژوهشگاه فرهنگ و اندیشه اسلامی، تهران، ایران
[۲] پژوهشکده مطالعات میان‌رشته‌ای قرآن کریم، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

چکیده

زمینه و هدف: «سلامت معنوی» برخلاف برخی از دیگر ابعاد سلامت، خود از سرشتی پیچیده و میان‌رشته‌ای ترکیب یافته است. گذشته از مفهوم «سلامت»، مهمترین پیچیدگی در این ترکیب، مفهوم «معنویت» است که در پارادایم‌های دینی و سکولار، برداشت‌های مختلف و متعارضی از آن پدید آمده است. هدف پژوهش حاضر این است که با توجه به پیچیدگی و میان‌رشته‌ای بودن موضوع سلامت معنوی، روش‌شناسی مطلوب و آسیب‌های این حوزه مطالعاتی را تبیین کند.

روش‌ها: پژوهش حاضر، با روش تحلیلی- فلسفی و با رویکرد فلسفه مضاف به علم، به موضوع روش‌شناسی مطالعات سلامت معنوی، چگونگی و آسیب‌شناسی آن پرداخته است.

یافته‌ها: پژوهش در زمینه سلامت معنوی به دو گونه می‌تواند به پیش رود: ۱. تلفیق روش‌ها که در زمره «میان‌رشته‌ای روشی» قرار می‌گیرد و در آن با استفاده از طیفی از روش‌ها، حل مسئله مورد نظرمان را انجام می‌دهیم، ۲. تلفیق نظریه‌ها که در زمره «میان‌رشته‌ای نظری» قرار می‌گیرد و در آن به دنبال تلفیق دیدگاه‌ها و نظریه‌ها (بینش‌ها) خواهیم بود. پژوهش‌های تک‌روشی و تک‌بینشی در موضوع سلامت معنوی، بمثابه دو آسیب جدی در این حوزه مطالعاتی مطرح‌اند.

نتیجه‌گیری: اگرچه در مطالعات سلامت معنوی، هم نیازمند میان‌رشته‌ای روشی هستیم و هم نیازمند میان‌رشته‌ای نظری، اما میان‌رشته‌ای نظری، سطحی بالاتر و عمیق‌تر از میان‌رشته‌ای را نسبت به میان‌رشته‌ای روشی، پیش روی پژوهشگر قرار می‌دهد.

کلیدواژه‌ها: سلامت، سلامت معنوی، روش‌شناسی، میان‌رشته‌ای.

*نویسنده مسئول: **قاسم درزی.** پست الکترونیک: gh_darzi@sbu.ac.ir
دریافت مقاله: ۱۴۰۲/۰۹/۰۷ پذیرش مقاله: ۱۴۰۲/۱۱/۲۰

[Downloaded from mail.spiritual-health.ir on 2026-11-18]
[DOI: 10.30491/JSH.2.4.208]

مقدمه

سلامت (Health)، مفهومی پیچیده بوده که پژوهش در آن نیازمند اتخاذ رویکرد میان‌رشته‌ای (Interdisciplinary) است. پیچیده بودن مفهوم سلامت، از ارتباط عمیق چند بُعد از آن با همدیگر ناشی می‌شود. چهار مورد از مهمترین این ابعاد عبارتند از: سلامت جسمی، روانی، اجتماعی، و معنوی. البته منعی وجود ندارد که ابعاد دیگری نیز برای سلامت در نظر گرفته شود، مانند: سلامت فکری و ادراکی، محیطی، اقتصادی، شغلی، و ... پیچیده بودنِ مفهومِ سلامت در ارتباط با این چند بُعد، از این جهت است که در نظر گرفتن مفهوم «سلامت» در هریک از این ابعاد، بدون اینکه سلامتی در ابعاد دیگر تأمین شده باشد، محقَّق نخواهد شد. برای نمونه «سلامت روانی» بدون اینکه حداقل‌های لازم در سلامت معنوی، اجتماعی، اقتصادی، شغلی و ... تأمین نشده باشد، حاصل نخواهد آمد؛ لذا برای دست‌یابی به سلامت روان، ضروری است که دیگر ابعاد سلامت نیز به‌شکلی پویا مورد نظر و در تعامل با آن قرار بگیرند تا در نهایت بتوان به سلامت روان دست یافت. بنابراین در مطالعات سلامت، نیازمند رویکرد کل‌نگرانه (Holistic) هستیم و رویکردِ تقلیل‌گرایانه (Reductionistic) به سلامت همواره به عنوان یکی از آسیب‌های مهمِ روش‌شناختی در این دست مطالعات بوده است که دست‌یابی به سلامت را دشوار می‌گرداند.

اما یکی از ابعاد مهم و جدید در مطالعاتِ سلامت، سلامت معنوی (Spiritual health) است. تاکنون تعاریف مختلف و متنوعی از سلامت معنوی ارائه شده است، هرچند برخی از محققان غربی، با مرور کامل ادبیات سلامت معنوی، به این نتیجه رسیده‌اند که یک تعریف پذیرفته‌شده و عام از سلامت معنوی وجود ندارد (۱).

برخی از متفکران غربی، بهزیستی معنوی (Spiritual wellbeing) و اخیراً فَرزیستی معنوی (Spiritual wellness) را در مفهومی معادل با سلامت معنوی یا نزدیک به آن یا به‌عنوان یک شاخص بسیار مهم از آن به کار برده‌اند. برخی بهزیستی معنوی را این‌گونه تعریف کرده‌اند: «توانایی تجربه و ادغام معنا و هدف در هستی از طریق ارتباط با خود، دیگران یا قدرتی برتر از خود» (۲). برخی دیگر، بهزیستی معنوی را تأیید و تصدیق زندگی در رابطه با خدا (دیگری متعالی)، خود (فردی)، دیگران (همگانی) و طبیعت (محیط) می‌دانند که یکپارچگی را پرورش می‌دهد و تجلیل می‌کند (۳). همچنین فرزیستی معنوی، این‌گونه تعریف شده است: «بسط دادن در احساس و دریافتی از مقصود و معنا در زندگی، به انضمام اخلاقیات و اخلاق‌شناسیِ فرد، که می‌تواند متضمن عملکردهای دینی باشد یا نباشد» (۴). این مفهوم گاه به مثابه امری مرتبط با عوالم درونی و بیرونیِ انسان تعریف شده است که در زیستن بر طبق ارزش‌ها و مقصودی که انسان دنبال می‌کند، از او حمایت می‌کند (۵).

Ellison یکی از اولین محققانی است که بهزیستی معنوی را به شکلی چند مؤلفه‌ای مورد نظر و پژوهش قرار داده است (۶). او در پژوهش خود، دو مؤلفه اصلی «مذهبی» و «وجودی» را به مثابه شاخص اصلی برای بهزیستی معنوی در نظر گرفته، بر این اعتقاد است که بررسی، اندازه‌گیری و بهبود سلامت معنوی، متضمن توجه به هر دوی این مؤلفه‌هاست (۶).

رشاد و همکاران، در دو پژوهش خود، ضمن اشاره به برخی تعاریف موجود از سلامت معنوی نزد محققان غربی و اسلامی از جمله کاوارد و رید، هانگلمن و همکارانش، هاوکس و همکاران، مصباح یزدی و ... (۷)، سلامت معنوی را در رویکرد اسلامی چنین تعریف کرده‌اند: «فرابودگیِ فرد و جامعه و رهایی آن از تعلّقات دون مادی، تحت تعلیمات وحیانی، در ابعاد و ساحات وجودی چهارگانه: بینشی، گرایشی، منشی و کنشی» (۸). آنان نهایتاً تعریف مختار خود از سلامت معنوی را چنین برشمرده‌اند: «برخورداری آدمی از حد تراز مطلوب در مواجهه شناختاری (معرفتی)ـ رفتاری (سلوکی) با غیب عالَم و عالَم غیب» (۸).

به هر روی، با دقت در اجزا و مضامین مندرج در غالب تعاریف یادشده، ابعاد میان‌رشته‌ای و چندوجهی سلامت معنوی کاملاً مشهود می‌گردد. در واقع، سلامت معنوی برخلاف برخی از دیگر ابعاد سلامت، خود از سرشتی میان‌رشته‌ای ترکیب یافته و همین امر باعث شده است تعریف و تنقیح محدوده آن با پیچیدگی‌هایی همراه باشد. گذشته از پیچیدگی مفهوم سلامت، مهمترین پیچیدگی در این ترکیب، مفهوم معنویت (Spirituality) است. معنویت، مفهومی انتزاعی بوده که مبتنی بر مبانی فلسفی (هستی‌شناختی، معرفت‌شناختی و ارزش‌شناختی) در پارادایم‌های دینی و سکولار، برداشت‌های مختلفی از آن پدید آمده است که بعضاً تعارض‌هایی جدی در این برداشت‌ها دیده می‌شوند (۹). برخی تلاش کرده‌اند تا حدی این ابهام و پیچیدگی سلامت معنوی را به نمایش گذاشته، سرشت چندتبار و میان‌رشته‌ای آن را در قالب مفهوم «هیبرید» نشان دهند. بر این اساس، سلامت معنوی «مفهوم چندبُعدی و دارای مراتب گوناگون» معرفی شده است (۱۰). برخی دیگر نشان داده‌اند که چگونه ارتباط میان سلامت و معنویت در قالب طیفی از دانش‌ها میسور است؛ این دانش‌ها عبارتند از: مطالعات دینی، الهیات، انسان‌شناسی، روان‌شناسی، و تاریخ (۱۱). برخی پژوهش‌ها نیز با رویکرد تلفیقی، الگویی برای سلامت و درمان ارائه داده‌اند که معنویت، نقشی فعال و ترکیبی در آن داشته است (۱۲،۱۳).

بنابر نکات فوق، پژوهشگر در مطالعات و پژوهش‌های مرتبط با «سلامت معنوی» با پیچیدگی مضاعفی روبرو است؛ زیرا – چنان‌که پیشتر اشاره کردیم– هم مفهوم «سلامت» مفهومی پیچیده و چندساحتی است و هم مفهوم «معنویت» از این پیچدگی و چندتباری بودن برخوردار است.

مسئله پژوهش حاضر این است که برای سامان دادن به یک پژوهش استانده در زمینه سلامت معنوی، باید از کدام روش (Method) یا به تعبیر دقیق‌تر –با توجه به ماهیت میان‌رشته‌ای این حوزه– «روش‌ها» تبعیت شود تا در آینده با پژوهش‌های تقلیل

[Downloaded from mail.spiritual-health.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.30491/JSH.2.4.208]

یافته در این حوزه مواجه نشویم.

هدف پژوهش حاضر این است که با توجه به پیچیدگی و سرشت میان‌رشته‌ای موضوع سلامت معنوی، روش‌شناسی مطلوب آن و آسیب‌های این حوزه مطالعاتی را تبیین کند.

پیشینه پژوهش

تا آنجا که نگارندگان جستجو کرده‌اند، تا کنون مقالاتی مشابه با موضوع پژوهش حاضر انتشار یافته‌اند که برخی از آن‌ها عبارتند از:

۱. "مبانی روش‌شناسی سلامت معنوی"؛ این مقاله در واقع نه به روش‌شناسی سلامت معنوی، بلکه به سنجش سلامت معنوی پرداخته است، و محور اصلی آن این پرسش است که چگونه می‌توان سلامت معنوی را در یک جامعه آماری مشخص اندازه‌گیری کرد؟

۲. مقاله "روش‌شناسی مقالات حوزه‌های سلامت معنوی در پایگاه اطلاعاتی پابمد"؛ این مقاله به روش‌شناسی‌های به کار گرفته شده در مقالات نمایه‌شده در حوزه سلامت معنوی در پایگاه یادشده در یک بازه زمانی مشخص پرداخته است، و مستقلاً بحثی از روش‌شناسی مطلوب سلامت معنوی به میان نیاورده است.

۳. مقاله "احصا و بررسی روش‌های تعمیق سلامت معنوی از دیدگاه امام علی(ع)"؛ هدف این مقاله تعیین روش‌هایی به منظور تعمیق سلامت معنوی در احادیث علوی است.

۴. مقاله "تعریف مفهومی و عملیاتی‌سازی سلامت معنوی: یک مطالعه روش‌شناختی"؛ هدف این مقاله، بیان تعریف، مؤلفه‌ها، شاخص‌ها و مقیاس سنجش سلامت معنوی در فرهنگ ایرانی است.

مجموعاً به نظر می‌رسد تاکنون پژوهش علمی مستقل و درخوری در موضوع روش‌شناسی مطالعات و پژوهش‌های سلامت معنوی انجام نشده و از این جهت، پژوهش حاضر می‌تواند نوآورانه تلقی شود.

روش

پژوهش حاضر، با روش تحلیلی- فلسفی و با رویکرد فلسفه مضاف به علم (در اینجا: علم یا دانش سلامت معنوی)، به موضوع روش‌شناسی مطالعات سلامت معنوی، چگونگی و اجمالاً آسیب‌شناسی آن پرداخته است.

نتایج و بحث

الف. گونه‌های میان‌رشته‌ای (روشی و نظری)

در یک تقسیم‌بندی مهم می‌توان میان‌رشته‌پژوهان را به تلفیق‌گرا (Integrationist) و کل‌نگر (Holist) دسته‌بندی کرد.

تلفق‌گراها پیچیدگی (Complexity) را اصلی‌ترین ویژگی‌ای می‌دانند که پژوهش میان‌رشته‌ای را ضروری می‌سازد (۱۴). در این دیدگاه، سیستم‌های پیچیده به عنوان مهمترین قلمروی در نظر گرفته می‌شوند که امکان پرداختن میان‌رشته‌ای در آن‌ها وجود دارد. طرح چنین بحثی به عنوان یکی از چالش‌برانگیزترین مباحث در حوزه مطالعات میان‌رشته‌ای به شمار می‌آید که زمینه گفت‌وگوهای فراوانی را در بین نظریه‌پردازانِ میان‌رشته‌ای فراهم کرد؛ زیرا طیفی دیگر از این نظریه‌پردازان، اعتقادی به لزومِ پیچیده بودن مسائل، برای انجام پژوهش میان‌رشته‌ای پیرامون آن‌ها ندارند (۱۵،۱۶).

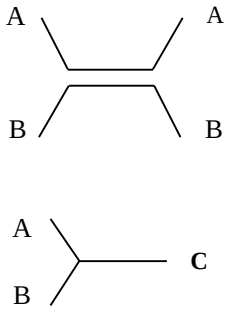
کل‌نگرها معتقدند که سیستم‌های ساده نیز امکان و قابلیت پژوهش میان‌رشته‌ای را دارند؛ خاصه هنگامی که به نحو تخصصی به پژوهش در ارتباط بین پدیده‌ها آن هم به شکل کل‌نگر بپردازیم (۱۵). کل‌نگری مبتنی بر این است که دانش تک‌رشته‌ای، گزیری از پرداختن به مسائل جزئی -که این البته جزو سرشت ذاتی دانش نیز است- ندارد؛ اما آنگاه که بخواهیم این دانش جزئی را در مورد مجموعه‌های کلی در نظر بگیریم، بسیار خطرناک خواهد بود؛ زیرا اساساً رویکرد جزئی و تخصصی به مسائل، توجهی به کلیات ندارد و نمی‌تواند بسیاری از فرآیندها و ارتباطات که در مجموعه کلّ وجود دارد را در نظر داشته باشد. بنابراین وظیفه میان‌رشته‌پژوه این است که «بفهمد چگونه دانش‌های جزئی که پژوهشگر متخصص موظف است تولید کند را [با اجزای مجموعه‌های کلی‌تر] تلفیق و ترکیب نماید» (۱۵) و بتواند این دانش جزئی و تخصصی را در پیوند با اجزاء کلّ ببیند، و نه به‌شکلی جداافتاده و مُنحاز (مستقل). همچنین مبتنی بر این نظرگاه، با مرتبط کردن گزاره‌های تعمیم یافته یک نظریه با گزاره‌های بسیار خاص و جزئی در مورد اشیاء و فرآیندها و روابط خاص، از آن نظریه برای پیش‌بینی یا توضیح تجربیات ما استفاده می‌شود (۱۵). بنابراین کل‌نگرها تلاش می‌کنند دیدگاه‌ها و نظریه‌های جزئی را با دیدگاه‌های تعمیم‌یافته و کلی در ارتباط قرار دهند و تلفیق کنند تا از این رهگذر، تجربیات ما قابلیت پیش‌بینی یا توضیح داشته باشند.

بنابر آنچه بیان شد، چه نزد تلفیق‌گراها و چه نزد کل‌نگرها، می‌توان تلفیق (Integration) را به عنوان وجه مشترک در مواجهه با دانش در نظر گرفت؛ با این تمایز که تلفیق‌گراها از این مفهوم برای تلفیق دیدگاه‌ها، روش‌ها و نظریه‌ها در دانش‌های گوناگون استفاده می‌کنند، اما کل‌نگرها دیدگاه‌های تخصصی را با دیدگاه‌های تعمیم‌یافته‌تر و کلی در ارتباط قرار داده و ترکیب و تلفیق می‌کنند. بنابراین، «تلفیق» به معنای وجود پیوند پایدار میان رشته‌های مختلف، مهمترین ویژگی مطالعات میان‌رشته‌ای است که در آراء بسیاری از نظریه‌پردازانِ این‌گونه مطالعات دیده می‌شود. کلاین میان‌رشته‌ای را با محوریت تلفیق این‌گونه تعریف می‌کند:

میان‌رشته‌ای نه یک موضوع است و نه یک پیکره محتوایی. میان‌رشته‌ای، فرایندی برای دستیابی به ترکیب تلفیقی (Integrative synthesis) است؛ فرایندی که غالباً با یک مسئله، مبحث، یا موضوع آغاز می‌شود. پژوهشگران باید در راستای غلبه بر مسائلی کار کنند که ناشی از تفاوت‌های موجود در زبان و جهان‌بینی رشته‌ای است (۱۷).

[Downloaded from mail.spiritual-health.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.30491/JSH.2.4.208]



چندرشته‌ای:
کنار هم قرار گرفتن برای بررسی مسئله مشترک. هنگام پژوهش، رشته‌ها مستقل از یکدیگر کار می‌کنند.

میان‌رشته‌ای:
کنار هم قرار گرفتن برای بررسی مشکل یا مسئله مشترک. تعامل ممکن است موجب ایجاد یک حوزه پژوهشی یا رشته جدید شود.

شکل-۱. تمایز چندرشته‌ای و میان‌رشته‌ای از نگاه آکادمی ملی علوم

Klein و Newell در تعریفی جامع‌تر، میان‌رشته‌ای را این‌گونه تعریف کرده‌اند:

میان‌رشته‌ای عبارت است از فرایند پاسخ به پرسش، حل یک مسئله، یا رویارویی با یک موضوع که بسیار گسترده‌تر یا پیچیده‌تر از آن است که بتوان با یک رشته یا تخصص به آن پرداخت. (این فرایند از طریق) استخراج بینش‌های رشته‌ای و تلفیق این بینش‌ها از طریق ایجاد یک ادراک جامع‌تر انجام می‌شود (۱۸). در این تعریف، «تلفیق» ابزاری است که در مطالعات میان‌رشته‌ای، پژوهش‌گر بتواند از طریق آن به ادراکی جامع دست پیدا کند.

آکادمی ملی علوم اظهار می‌دارد که میان‌رشته‌ای صحیح، با ترکیب و تلفیقِ عقاید و روش‌های رشته‌ای همسو است (۱۹)؛ بنابراین آن‌گونه که در شکل ۱ نیز مشاهده می‌شود، اگر رشته‌ها در کنار همدیگر قرار بگیرند اما ترکیب و تلفیق صورت نگیرد، میان رشته‌ای صحیحی شکل نگرفته است (۱۹).

Manzila نیز به‌درستی به نقش و جایگاه «تلفیق» در مطالعات میان‌رشته‌ای پرداخته و تأکید می‌کند که تلفیق دیدگاه‌های رشته‌ای صرفاً وسیله‌ای برای دست‌یابی به سرانجام پژوهش است، و این سرانجام چیزی نیست جز پیشرفت‌های شناختی (Cognitive) که در قالب توضیح یک پدیده، حل یک مسئله، ساخت یک محصول، یا طرح یک پرسش جدید صورت می‌بندد (۲۰).

تلفیق، آن‌گونه که گذشت را می‌توان در «روش» یا «نظریه‌ها» لحاظ کرد و مبتنی بر این، دو گونه: «میان‌رشته‌ای روشی» (روش شناختی) (Methodological interdisciplinarity) و «میان رشته‌ای نظری» (Theoretical Interdisciplinarity) متصور خواهند بود.

میان‌رشته‌ای روشی و میان‌رشته‌ای نظری را با توجه به یک سویه یا دوسویه بودن ارتباط میان‌رشته‌ای می‌توان از یکدیگر متمایز کرد:

در میان‌رشته‌ای روشی، یک روش یا مفهوم، از هریک از دیگر رشته‌ها، وام گرفته می‌شود تا یک نظریه آزمون شود یا یک پرسش پژوهشی پاسخ یابد یا به بسط یک نظریه کمک شود (۲۱). گاه در میان‌رشته‌ای روشی، یک روش یا مفهوم را از رشته‌ای دیگر وام گرفته و برای حل مسائلِ رشته‌ای دیگر به کار می‌بریم؛ برای نمونه می‌توان به استفاده از آزمون‌های روان‌شناختی در دانش تعلیم و تربیت، و نیز به‌کارگیری سنجه‌های فیزیولوژی عصبی در روان‌شناسی اشاره کرد (۲۲). در واقع، «تنوعِ میان‌رشته‌ای روش‌شناختی، از تنوع موجود در روش‌های پژوهش تبعیت می‌کند؛ چه تقسیمِ دوگانه روشِ پژوهش به روش‌های کمّی و کیفی را برگزینیم و چه تقسیمِ چهارگانه روش‌ها به روش‌های تجربی و غیر تجربی (تفسیری، تاریخی، و فلسفی) را انتخاب کنیم» (۲۳).

می‌توانیم گونه میان‌رشته‌ای روشی را با عنوان «کثرت‌گرایی روش‌شناختی» برای حل مسائل یک رشته خاص نام‌گذاری کنیم. برخی نیز از عنوان «رشته خادم و رشته مخدوم» برای یادکردِ از این گونه استفاده می‌کنند (۲۴)؛ به این نحو که یک رشته به عنوان رشته مبنا در نظر گرفته می‌شود و رشته دیگر نقش خادم و وسیله را برای رشته مبنا و حل مسئله آن بازی می‌کند (۲۳).

اما میان‌رشته‌ای نظری، متضمن «تلفیق گزاره‌ها در میانِ رشته‌ها، و ترکیب‌های جدید بر اساسِ اتصال میان مدل‌ها و استعاره‌ها» (۲۵) است و لذا تفاوت آن با میان‌رشته‌ای روشی، روشن است.

ب. میان‌رشته‌ای روشی و سلامت معنوی

در مورد مطالعات و پژوهش‌های سلامت معنوی، در میان رشته‌ای روشی، با استفاده از طیفی از روش‌ها اعم از روش‌های تفسیری (هرمنوتیکی)، عقلی، تاریخی و تجربی، حل مسئله یا تبیین بهترِ دیدگاه مورد نظرمان را به پیش می‌بریم.

اتخاذ روش‌های تفسیری (هرمنوتیکی)، عقلی و تاریخی در مطالعات سلامت معنوی، از این جهت ضرورت دارد که برای تبیین مفهومِ «معنویت» در تحقیق‌مان نیازمند استفاده از متون دینی، فلسفی و عرفانی هستیم؛ لذا هم باید تطور تاریخی این مفهوم در این متون را لحاظ نماییم و هم اینکه مراجعه و بهره‌گیری از این متون، بالمآل نیازمند استفاده از روش‌های تفسیری (هرمنوتیکی) و عقلی است. از این‌ها گذشته، برای سنجش سلامت به طور عام و سلامت معنوی به طور خاص، گاه لازم است که از روش‌های تجربی و مشاهده‌ای نیز استفاده نماییم.

[Downloaded from mail.spiritual-health.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.30491/JSH.2.4.208]

بنابراین مطالعات سلامت معنوی در این گونه، نیازمند تلفیق روش‌های مختلف است. این در حالی است که گاه، هم در مطالعات دینی و هم در مطالعات غربی، با پژوهش‌های تک‌روشی در موضوع سلامت معنوی مواجه هستیم و این بمثابه یک آسیب جدی در این قلمرو مطالعاتی مطرح است که باید از آن پیشگیری کرد.

۱. میان‌رشته‌ای روشی: روش تاریخی- تفسیری

گاه در مطالعات و پژوهش‌های سلامت معنوی، با متون تاریخی مواجهیم و می‌خواهیم از طریق مواجهه تاریخی–تفسیری، ابعاد سلامت معنوی در ارتباط با این متون را بررسی و ارزیابی نماییم.

مبتنی بر مدل شش مؤلفه‌ایِ Unterrainer و همکاران (۲۶) می‌توان برای روش تاریخی–تفسیری در مطالعات بهزیستی معنوی، شش پرسش اصلی زیر را در نظر گرفت:

- ادیان چه نقشی در ایجاد احساس امنیت برای مخاطبان خود داشته‌اند؟
- انسان در دوران گذشته، چگونه احساس تعلق به مجموعه‌های بزرگتر، بجز مجموعه‌های دینی، را ادراک می‌کرده است؟
- نقش ادیان در ایجاد امید به زندگی پس از مرگ در انسان‌ها چگونه بوده است؟
- امید به آینده در جوامع پیشین در چه وضعیتی بوده است؟
- بخشش در جوامع پیشین چه وضعیتی داشته و با چه سازوکاری ارتقاء پیدا می‌کرده است؟
- احساسات و تجارب راستین مانند صداقت و صراحت، دوستی واقعی، وفاداری یا سپاسگزاری چگونه در انسان تاریخی محقَّق می‌شده یا ارتقا پیدا می‌کرده است؟

آشکار است که برای پاسخ به این شش پرسش، ضروری است به سراغ متون تاریخی برویم و از طریق واکاوی و تفسیر این متون، پایشی از وضعیت سلامت معنوی یا سازوکارهای ارتقای آن در دوران گذشته داشته باشیم. بنابراین روش تاریخی– تفسیری، محور این مواجهه است.

در واقع، روش تفسیری اهمیت زیادی دارد؛ زیرا در مواجهه با متون تاریخی، «متن» محوریت دارد و برای فهم متن، ناگزیر به در نظر گرفتن روش‌های تفسیری و هرمنوتیکی خواهیم بود. در روش تفسیری در متون تاریخی باید به ارتباطات و ارجاعات متنی به احساسات میان متن و مخاطب توجه شود و این کار سبب می‌شود این سنخ پژوهش، از پیچیدگی خاصی برخوردار شود. برای نمونه، Petersen در پژوهش خود، به ارتباط بین ارجاعات متنی به احساسات و همتایان عاطفی برانگیخته از آن‌ها پرداخته و به دنبال پاسخ به این پرسش است که آیا می‌توان به بررسی چنین ارتباطی در چارچوب متون کهن پرداخت؟ او همچنین به دنبال پاسخ به این پرسش است که بازنمایی‌های متنی احساسات احتمالاً چه تأثیراتی را بر نویسنده و مخاطب موردنظر و سیستم عاطفی آن‌ها می‌گذارد؟ (۲۷). همان‌طور که در این پژوهش به‌درستی توجه داده شده است، یکی از مهمترین محدودیت‌ها و چالش‌های پژوهشِ شناختی در متون تاریخی این است که ما نمی‌توانیم تصویربرداری رزونانس مغناطیسی (MRI) کاربردی از مخاطبان باستانی انجام دهیم (۲۷). باید به این مقوله این محدودیت را نیز افزود که پُر کردن فاصله از سطح نوروبیولوژیکی تا سطح فرهنگی، اگر نگوییم غیر ممکن، دشوار است (۲۷). او همچنین در این پژوهش تلاش می‌کند نشان دهد که چگونه ارتباط میان علوم انسانی و علوم زیستی می‌تواند توسعه بیشتری در رابطه با بسیاری از مشکلات در رشته‌های کلاسیک، تاریخ باستان و مطالعات کتاب مقدس ایجاد نماید (۲۷)؛ هرچند آنچه در اینجا دارای اهمیت است، متن و ارتباطی است که میان نویسنده و مخاطب از این طریق برقرار می‌شود.

مواجهه با متون تاریخی گاه می‌تواند با محوریت مناسک و مخاطبین باشد. در چنین مواجهه‌ای، روش تاریخی اولویت خواهد داشت. به عنوان نمونه، می‌توان به استفاده از رویکردِ شناختی در تحلیل مناسک دینی خصوصاً مناسکی که جنبه اشتراک بین الادیانی دارند، اشاره کرد. باودن در پژوهش خود با عنوان «رویکردِ شناختی به قربانی حیوانات در یونان باستان» (۲۸)، از طریق مقایسه آئین قربانی در یونان باستان و مقایسه آن با این آئین در کتاب مقدس عبری تلاش کرده است فرآیندِ شناختی منعکس‌شده در این آیین را شناسایی و تبیین نماید. در این پژوهش با رویکردی تاریخی– شناختی روبرو هستیم که با تحلیل متون تاریخی و مقدس، سازوکارهای شناختی، استخراج و تحلیل می‌شوند. اینجا سوژه‌ای کاملاً تاریخی مد نظر قرار گرفته و از منظر دانشی دیگر یعنی علوم شناختی (Cognitive sciences)، به آن پرداخته شده است.

همان‌طور که پیش از این بیان شد، هنگامی‌که با بهزیستی معنوی روبرو هستیم، دست‌کم دو بعد وجودی و مذهبی مورد نظر است. مواجهه با هر دوی این ابعاد، نیازمند در نظر داشتن رشته‌های گوناگونی است و گذشته از نیاز به روش‌های تاریخی–تفسیری در بخش «مذهبی» (متون دینی)، برای تحلیل مؤلفه‌ها در بخش «وجودی» نیازمند رویکردهای شناختی– فلسفی هستیم و این قسمی تلفیق روش‌ها (تاریخی– تفسیری و شناختی– فلسفی) در مطالعات سلامت معنوی است.

۲. میان‌رشته‌ای روشی: روش تجربی– کمّی

در روش تجربی– کمی با استفاده از شیوه‌ها و ابزارهای کمی و تجربی به ارزیابی و ارتقای سلامت معنوی پرداخته می‌شود.

یکی از پژوهش‌های جامع و مبتنی بر روش تجربی و کمی را می‌توان در رویکرد چند مؤلفه‌ای به سلامت معنوی مشاهده کرد. گفتیم که Ellison در پژوهشِ شاخص و پُر ارجاع خود (۶)، برای بهزیستی معنوی، دو مؤلفه اصلی «وجودی» و «مذهبی» را در نظر گرفت و معتقد بود بررسی، اندازه‌گیری و بهبود بهزیستی معنوی متضمن توجه به هر دوی این ابعاد می‌باشد (۶).

در پژوهشی دیگر (۲۶)، برای پایش این دو بُعد، دست‌کم شش مؤلفه اصلی پیشنهاد شده است:

[Downloaded from mail.spiritual-health.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.30491/JSH.2.4.208]

- دینداری عمومی (General religiosity)؛
- اتصال (Connectedness) یا احساس تعلق به مجموعه‌ای بزرگتر و متعالی‌تر؛
- امید به زندگی پس از مرگ (Hope transcendent)؛
- امید به آینده (Hope immanent)؛
- بخشش (Forgiveness)؛
- تجارب حس و معنا (Experiences of sense and meaning).

«دینداری عمومی» (GR) ناظر است به اعتقاد دینی به معنای سنّتی آن که نهادینه شده است و وابستگی‌هایی که به جامعه مذهبیِ مشخصی در میان افراد وجود دارد (۲۸). این مؤلفه را می‌توان در این گزاره خلاصه کرد: «اعتقاد من احساس امنیت به من می‌دهد» (۲۸).

«اتصال» (CO) عبارت است از احساس ادغام شدن در یک کل بزرگتر، بدون توجه به جامعه مذهبی (۲۹). این احساس، سبب ایجاد نگرش معنوی به زندگی می‌شود. این مؤلفه را می‌توان در این عبارت خلاصه کرد: «من احساس جذب شدن در چیز بزرگتری را تجربه نموده‌ام» (I have experienced the feeling of being absorbed into something greater) (۲۹). همانطور که از عنوان این مؤلفه نیز بر می‌آید، وجود چنین احساسی در افراد سبب می‌شود احساس اتصال و در پِی آن معناداری برای زندگی پدید آید.

«امید به زندگی پس از مرگ» (HT) عبارت است از انتظار زندگی بهتر پس از مرگ یا امید به اینکه زندگی پس از مرگ ادامه پیدا می‌کند (Ibid). این دیدگاه، مخالف رویکردی است که بر ترس از مرگ و مردن، مبتنی است. این مؤلفه را می‌توان در این گزاره خلاصه کرد: «اغلب به این واقعیت فکر می‌کنم که باید عزیزانم را پشت سر بگذارم. (I often think about the fact that I will have to leave behind my loved ones." [Coded reversely]) (۲۹).

«امید به آینده» (HI) عبارت است از امید به زندگی رضایت‌بخش‌تر در آینده یا اینکه همه چیز به سمت بهتر شدن تغییر کند (۲۹). این مؤلفه به این شکل گزاره‌بندی می‌شود: «من با خوش‌بینی به آینده نگاه می‌کنم» (My faith gives me a feeling of security) (۲۹).

همانطور که واضح است، این چهار مؤلفه به‌نحوی صورت‌بندی شده‌اند که می‌توان آن‌ها را به شکل زوج-مؤلفه در نظر گرفت: یک مؤلفه به جنبه دینی و مؤلفه دیگر به جنبه وجودی دلالت دارد. در دو مؤلفه اول: «دینداری عمومی» به جنبه دینیِ تعلق به مجموعه‌ای بزرگتر دلالت دارد، حال آنکه «اتصال»، تعلق به یک کل بزرگتر بدون توجه به جوامع مذهبی را مد نظر دارد. در دو مؤلفه دوم: «امید به زندگی پس از مرگ» جنبه دینی و مذهبی دارد، حال آنکه «امید به آینده» به جنبه دنیایی و تجربه فردی و وجودی انسان‌ها دلالت دارد. بنابراین می‌توان این مؤلفه‌ها را مکمل هم در نظر گرفت و به‌شکلی عامتر، رویکرد چندمؤلفه‌ای به سلامت را رویکردی مبتنی بر تکمیل نقایص هر یک از مؤلفه‌ها به‌تنهایی در نظر گرفت.

«بخشش» (FO) ناظر است به توانایی بخشیدن خود یا دیگران یا دست کشیدن از چیزهایی که اشتباه به پیش رفته است (۲۹). این توانایی، روحیه و حس ایثار و ازخودگذشتگی و ترجیح نفع دیگران به خود را در انسان تقویت می‌کند. این مؤلفه را می‌توان به این شکل کدگذاری کرد: «چیزهایی هستند که نمی‌توانم آن‌ها را ببخشم. (There are things which I cannot forgive [Coded reversely]) (این گزاره به‌شکل معکوس کدگزاری شده است.) (۲۹).

«تجارب حس و معنا» (SM) تجارب مهم زندگی، مانند صداقت و صراحت، دوستی واقعی، وفاداری یا سپاسگزاری را مورد نظر قرار می‌دهد (۲۸). این مؤلفه را نیز می‌توان به این شکل مقوله‌بندی کرد: «من احساسات راستین (قابل اعتماد) را تجربه کرده‌ام» (I have experienced true (authentic) feelings) (۲۹).

تاکنون مبتنی بر این شش مؤلفه اصلی برای بهزیستی معنوی، مطالعات تجربی متعددی در زبان‌های گوناگون صورت پذیرفته است تا میزان سلامت معنوی در کاربران آن زبان‌ها ارزیابی شود. این زبان‌ها عبارتند از: زبان بُسنیایی (۳۰)، انگلیسی (۲۶)، ایتالیایی (۳۱)، مکزیکی-اسپانیایی (۳۲)، فارسی (۳۳)، روسی (۳۴)، و سوئدی (۳۵).

Unterrainer در مقاله مهمی که اخیراً منتشر کرده است (۲۹) نتایج تمامی این تحقیقات را در یک جدول به نمایش گذاشته که می‌توانید آن را در جدول ۱ مشاهده کنید. همانطور که آشکار است تقریباً در همه مؤلفه‌ها، کاربران زبان‌های گوناگون، در وضعیت مشابهی قرار دارند. همچنین تقریباً در همه این پژوهش‌ها، از روش تجربی- کمی به‌شکلی یکسان برای ارزیابی و پایش بهزیستی معنوی در میان کاربران زبان‌های مختلف استفاده شده است.

روش تجربی- کمی، دربردارنده رویکرد میان‌رشته‌ای نیز هست؛ زیرا رویکرد چندمؤلفه‌ای و چندساحتی، زیربنای روش کمی و تجربی بوده است. همانطور که در شش مؤلفه اصلی برای بهزیستی معنوی دیده می‌شود، این مؤلفه‌ها به جنبه‌ها و ساحات مختلف وجودی و مذهبی تعلق دارند و تلاش شده است از رویکرد تقلیل‌گرایانه در پیشنهاد مؤلفه‌ها اجتناب شود.

ج. میان‌رشته‌ای نظری و سلامت معنوی

در گونه میان‌رشته‌ای نظری، در مطالعات و پژوهش‌های سلامت معنوی، به دنبال تلفیق دیدگاه‌ها و نظریه‌های مختلف خواهیم بود و به‌جای تلفیقِ روش‌ها، دیدگاه‌ها و نظریه‌های مختلف در ارتباط با سلامت معنوی را ترکیب می‌کنیم تا به مفهومی جامع‌تر دست یابیم. برای نمونه، آنگاه که مفهوم «احساس آرامش» در زندگی را به عنوان یکی از دستاوردهای مهم سلامت معنوی، با تلفیق بینش‌های مختلف از دانش‌های: مطالعات دینی، الهیات، روان‌شناسی، جامعه‌شناسی و فلسفه، مورد نظر قرار داده و ادراکی

[Downloaded from mail.spiritual-health.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.30491/JSH.2.4.208]

جدول-۱. همبستگی‌های داخلی سلامت مذهبی/ معنوی در گونه‌های مختلف زبانی

نام کوتاه	زبان	تعداد آزمون شوندگان	نمونه	GR	CO	HT	HI	FO	SM	RSWB
MI-RSWB-B	بسنیایی	۲۹۰	دانشجویان	۰/۹۴	۰/۶۹	۰/۶۶	۰/۷۶	۰/۷۸	۰/۷۲	۰/۸۳
MI-RSWB-E	انگلیسی	۴۰۰	دانشجویان	۰/۹۶	۰/۸۲	۰/۷۵	۰/۸۲	۰/۸۴	۰/۷۷	۰/۹۱
MI-RSWB-I	ایتالیایی	۴۲۱	دانشجویان	۰/۹۵	۰/۷۲	۰/۷۲	۰/۷۹	۰/۸۳	۰/۶۸	۰/۸۵
MI-RSWB-MS	مکزیکی-اسپانیایی	۱۹۰	دانشجویان	۰/۹۴	۰/۷۵	۰/۷۷	۰/۸۱	۰/۸۶	۰/۸۶	۰/۹۱
MI-RSWB-P	فارسی	۴۴۲	آزاد	۰/۸۹	۰/۶۶	۰/۱۹	۰/۷۷	۰/۷۲	۰/۵۸	۰/۸۲
MI-RSWB-R	روسی	۱۹۲	دانشجویان	۰/۹۴	۰/۸۱	۰/۶۲	۰/۸۶	۰/۸۶	۰/۶۸	۰/۹۰
MI-RSWB-S	سوئدی	۱۰۱۱	دانشجویان	۰/۹۷	۰/۸۱	۰/۷۷	۰/۸۱	۰/۸۵	۰/۶۷	۰/۹۰

GR = General Religiosity; CO = Connectedness; HT = Hope Transcendent; HI = Hope Immanent; FO = Forgiveness; SM = Experiences of Sense and Meaning; RSWB = Religious/SpiritualWell-Being; *a* = Cronbach

جامع‌المنظر را ایجاد می‌نماییم، در این گونه قرار گرفته‌ایم (۳۶).

طبعاً در این گونه نیز گاه، هم در مطالعات دینی و هم در مطالعات غربی، این آسیب جدی مشاهده می‌شود که به جای تلفیق بینش‌ها، به نحو تک‌بینشی به عرصه مطالعات سلامت معنوی گام برداشته شده است که باید از آن پیشگیری کرد.

میان‌رشته‌ای نظری، به یک دیدگاه جامع‌تر و فراگیرتر ناظر بوده، عمدتاً دارای سنخی معرفت‌شناختی (Epistemological) است. نتایجِ این گونه، شاملِ چارچوب‌هایی مفهومی است برای تحلیل مسائلی خاص، تلفیق گزاره‌ها در میانِ رشته‌ها، و ترکیب‌های جدید بر اساسِ اتصال میان مدل‌ها و استعاره‌ها (۲۵).

پروژه‌ای پژوهشی با نام ای.اف.آی.آر (AFIR) در تلاش بود تا به مدلی از سازوکارهایی برسد که در فاصله میان تجارب استرس روانی تا واکنش‌های فیزیولوژیک و نهایتاً بیماری‌های قلبی- عروقی قرار می‌گرفتند (۲۵). مطالعات پیشین صرفاً به همبستگی عواملِ جداگانه استرس‌زا یا ویژگی‌های جداگانه فردی با این بیماری‌ها تأکید داشتند؛ اما در مقابل، این پروژه بر آن بود تا بر اساس تلفیق عوامل روان‌شناختی و پزشکی و آزمودنِ ابزار مفهومیِ «سرشتِ» موروثیِ افراد، به توسعه یک نظریه میان‌رشته‌ای بپردازد (۲۱).

Balboni و همکاران در پژوهشی میان‌رشته‌ای که اخیراً انجام داده‌اند (۳۷)، چگونگی پرداختن به «معنویت» در بیماری‌های جدی و پیامدهای سلامت آن را نشان داده‌اند. این بررسی، هشت شاهد را در قالب بیانه‌ای ارائه کرد که توسط شواهدی که به عنوان شاهد قوی طبقه‌بندی شده بودند، پشتیبانی می‌شد و سه پیامدِ رتبه برترِ این شواهد را برای بیماری جدی، پیشنهاد کرد:

- مراقبت معنوی را در مراقبت از بیماران مبتلا به بیماری جدی، ادغام کنید.
- آموزش مراقبت معنوی را در آموزش تیم‌های میان‌رشته‌ای که از افراد مبتلا به بیماری جدی مراقبت می‌کنند، بگنجانید.
- این شامل پزشکان متخصصِ مراقبت معنوی در مراقبت از بیماران مبتلا به بیماری جدی نیز می‌شود (۳۷).

همانطور که واضح است این پیشنهادها جنبه‌های مختلفی مرتبط با سلامت و مراقبت از بیماران را در برمی‌گیرند و به‌شکل خاص در نظر گرفتن تیم‌های میان‌رشته‌ای برای مراقبت معنوی در بیماران مبتلا به بیماری جدی را پیشنهاد می‌کنند.

در تحقیقی دیگر «رابطه بین سلامت معنوی و استرس، اضطراب و افسردگی در بیماران با بیماری مزمن» (۳۸) مورد بررسی قرار گرفته است. نتایج این تحقیق نیز نشان داده است که سلامت معنوی تأثیر بسزایی در مقابله با بیماری و بهبودی از بیماری دارد. شاخص‌های سلامت روان به‌شدت به سلامت معنوی وابسته است و شناسایی نیازهای معنوی بیماران و اِعمال روش‌های مراقبتی مناسب می‌تواند عوارض اختلالات روانی را در بیماران مزمن کاهش دهد.

در میان‌رشته‌ای نظری، به مسائل مرتبط با سلامت معنوی، آن‌هم از زاویه دید و نظرگاه رشته‌های گوناگون می‌پردازیم. این رویکرد میان‌رشته‌ای یا مانند آنچه Balboni و همکاران (۲۰۲۲) انجام داده‌اند، رویکردی کل‌نگر و همه‌جانبه به مراقبت پزشکی را مبتنی بر سلامت معنوی مد نظر قرار داده است (۳۷) و یا مانند پژوهش نجفی و همکاران (۲۰۲۲)، بیماری‌هایی میان‌رشته‌ای همچون استرس و افسردگی را مبتنی بر مؤلفه‌های چندوجهی سلامت معنوی در نظر داشته است (۳۸) (هرچند به نظر می‌رسد رویکرد میان‌رشته‌ای و چندوجهی در پژوهش اخیر آن‌چنان که می‌بایست، مطمح نظر قرار نگرفته است).

نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر حاکی از آن است که پژوهش در زمینه سلامت معنوی به دو گونه می‌تواند به پیش رود:

۱. تلفیق روش‌ها: در این گونه که در زمره «میان‌رشته‌ای روشی» قرار می‌گیرد، با استفاده از طیفی از روش‌ها اعم از روش‌های تفسیری (هرمنوتیکی)، عقلی، تاریخی و تجربی، حل مسئله مورد نظرمان را به پیش می‌بریم. اتخاذ روش‌های تفسیری (هرمنوتیکی)، عقلی و تاریخی از این جهت ضرورت دارند که برای تبیین مفهومِ «معنویت» در تحقیق‌مان نیازمند استفاده از متون دینی، فلسفی و عرفانی هستیم و تطور تاریخی این مفهوم در این متون را نیز باید لحاظ نماییم. مراجعه و استفاده از این متون نیز بالمآل نیازمند استفاده از روش‌های تفسیری (هرمنوتیکی)، عقلی و تاریخی است. اما برای سنجش سلامت به طور عام و سلامت معنوی به طور

[Downloaded from mail.spiritual-health.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.30491/JSH.2.4.208]

خاص، گاه لازم است که از روش‌های تجربی و مشاهده‌ای نیز استفاده نماییم. بنابراین مطالعات سلامت معنوی در این گونه، نیازمند تلفیق روش‌های مختلف است. این در حالی است که گاه، هم در مطالعات دینی و هم در مطالعات غربی، با پژوهش‌های تک‌روشی در موضوع سلامت معنوی مواجه هستیم و این بمثابه یک آسیب جدی در این قلمرو مطالعاتی مطرح است که باید از آن پیشگیری کرد.

۲. تلفیق نظریه‌ها: در این گونه که در زمره «میان‌رشتگی نظری» قرار می‌گیرد، به دنبال تلفیق دیدگاه‌ها و نظریه‌ها (بینش‌ها) خواهیم بود. در این گونه، به‌جای تلفیقِ روش‌ها، بینش‌های مختلف در ارتباط با «سلامت معنوی» را ترکیب خواهیم نمود تا به مفهومی جامع‌تر دست یابیم. برای نمونه، آنگاه که مفهوم «احساس آرامش» در زندگی را، به‌عنوان یکی از دست‌آوردهای مهم سلامت معنوی، با تلفیق بینش‌های مختلف از دانش‌های: مطالعات دینی، الهیات، روان‌شناسی، جامعه‌شناسی، و فلسفه مورد نظر قرار داده و ادراکی جامع‌المنظر را ایجاد می‌نماییم، در این گونه قرار گرفته‌ایم. طبعاً در این گونه نیز گاه، هم در مطالعات دینی و هم در مطالعات غربی، این آسیب جدی مشاهده می‌شود که به جای تلفیق بینش‌ها، به نحو تک‌بینشی به عرصه مطالعات سلامت معنوی گام برداشته شده است که باید از آن پیشگیری کرد.

نتیجه اصلی پژوهش حاضر می‌تواند این باشد که اگرچه در مطالعات و پژوهش‌های سلامت معنوی، هم نیازمند «میان‌رشتگی روشی» هستیم و هم نیازمند «میان‌رشتگی نظری»، اما میان‌رشتگی نظری (تکثر بینش‌ها)، سطحی بالاتر و عمیق‌تر از میان‌رشتگی را نسبت به میان‌رشتگی روشی (تکثر روش‌ها)، پیش روی پژوهشگر قرار می‌دهد.

در واقع، هرچند توجه به روش‌های مختلف، «شرط لازمِ» مطالعه و پژوهش در موضوع سلامت معنوی از منظر روش‌شناختی است، لیکن توجه به بینش‌های مختلف و به دانش‌هایی که این بینش‌ها از آن‌ها برآمده‌اند، «شرط کافیِ» مطالعه و پژوهش در موضوع سلامت معنوی از منظر روش‌شناختی است و عمق و مایه‌وریِ مطالعه و پژوهشِ ما را تضمین خواهد کرد.

از این‌رو، پژوهشگر حوزه مطالعاتی سلامت معنوی باید به نحو عام به تکثر روش‌ها و به نحو خاص به تکثر بینش‌ها و دانش‌های مرتبط با آن بینش‌ها اهمیت داده، پژوهش خود را مبتنی بر این دو گونه به پیش ببرد.

تضاد منافع: نویسندگان تصریح می‌کنند که هیچ‌گونه تضاد منافعی در مطالعه حاضر وجود ندارد.

منابع

1. Bensley RJ. Defining spiritual health: A review of the literature. Journal of Health Education. 1991; 22(5):287-90.
2. Unterrainer HF, Ladenhauf KH, Wallner-Liebmann SJ, Fink A. Different types of religious/ spiritual well-being in relation to personality and subjective well-being. The International Journal for the Psychology of Religion. 2011;21(2):115-26.
3. Oglesby LW, Gallucci AR, Wynveen C, Ylitalo K, Benson N. The relationship between spiritual well-being and burnout in collegiate athletic trainers. Journal of Athletic Training. 2021;56(5):518-28.
4. Spiritual Wellness. Available from: https://www.northwestern.edu/wellness/8-dimensions/spiritual-wellness.html#:~:text=Definition
5. Spiritual Wellness. https://www.unh.edu/health/spiritual-wellness
6. Ellison CW. Spiritual well-being: Conceptualization and measurement. Journal of Psychology and Theology. 1983;11(4):330-8.
7. Rashad AA, Abbaszadeh M, Rashad MH. Religion and Spiritual Health: Definition, Background, Necessity and Foundations. Iranian Journal of Culture and Health Promotion. 2021;5(3):383-90.
8. Rashad AA, Abbaszadeh M. The Basis of Spiritual Health. Iranian Journal of Culture and Health Promotion. 2019;3(2):198-206.
9. Abbaszadeh M, Salami A. Philosophical Foundations of Spirituality in Islam:(Looking at its Difference with the Non-religious approach). Iranian Journal of Culture and Health Promotion. 2022;6(3): 412-20.
10. Hajiesmaeili MR, Abbasi M, Jonaidi Jafari N, Abdoljabari M, Fani M, Mesri M, et al. Spiritual Health Concept: A Hybridized Study. History of Medicin Journal. 2016;6(21):15-49.
11. Schmidt BE, Leonardi J. Spirituality and wellbeing: Interdisciplinary approaches to the study of religious experience and health. Equinox; 2020.
12. Hefti R. Integrating Spiritual Issues into Therapy. Religion and spirituality in psychiatry. New York: Cambridge University Press. 2009, pp. 244-267.
13. Hefti R, Esperandio MR. The interdisciplinary spiritual care model–A holistic approach to patient care. HORIZONTE-Revista de Estudos de Teologia e Ciências da Religião. 2016:13-47.
14. Newell WH, Wentworth J, Sebberson D. A theory of interdisciplinary studies. Issues in Interdisciplinary Studies. 2001, pp. 1-25.
15. Bailis S, Wentworth J, Sebberson D. Contending with Complexity: A Response to William H. Newell's" A Theory of Interdisciplinary Studies". Issues in Interdisciplinary Studies. 2001, pp. 27-42.
16. Mackey JL, Wentworth J, Sebberson D. Another approach to interdisciplinary studies. Issues in Interdisciplinary Studies. 2001, pp. 59-70.
17. Klein JT. Interdisciplinarity: History, theory, and practice. Wayne state university press; 1990.
18. Klein JT, Newell WH. Advancing interdisciplinary studies. Handbook of the undergraduate curriculum: A comprehensive guide to purposes, structures, practices, and change. 1997:393-415.
19. Committee on Facilitating Interdisciplinary

[Downloaded from mail.spiritual-health.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.30491/JSH.2.4.208]

Research, National Academy of Sciences, National Academy of Engineering. Facilitating interdisciplinary research. National Academies Press; 2005.
20. Mansilla VB. Assessing student work at disciplinary crossroads. Change: The Magazine of Higher Learning. 2005;37(1):14-21.
21. Bruun H, Hukkinen JI, Huutoniemi KI, Thompson Klein J. Promoting interdisciplinary research: The case of the Academy of Finland. Publications of the Academy of Finland. Series no. 8/05. Helsinki: Academy of Finland, 2005.
22. Boisot M. Discipline and interdisciplinarity. In Interdisciplinarity: problems of teaching and research in universities, Edited by: Apostel L, Berger G, Briggs A and Michaud G. Paris: Organisation for Economic Cooperation and Development. 1972;89-97.
23. Darzi Q, Faramarz-Qaramaleki A. Methodology of interdisciplinary studies of Quran. Shahid Beheshti University and Imam Sadiq University (AS); 2020. [In Persian]
24. Pakatchi A. Specialized research method. Tehran: Publications of the Imam Sadiq Scientific Association, 2011. [In Persian]
25. Klein JT. A taxonomy of interdisciplinarity. The Oxford Handbook of Interdisciplinarity. 2010;15(6): 15-31.
26. Unterrainer HF, Lewis A, Collicutt J, Fink A. Religious/spiritual well-being, coping styles, and personality dimensions in people with substance use disorders. International Journal for the Psychology of Religion. 2013;23(3):204-13.
27. Klostergaard Petersen A. Bridging the Gap: From Textual Representations to the Experiential Level and Back. Cognitive Approaches to Ancient Religious Experience. 2022:245-59.
28. Bowden H. A Cognitive Approach to Ancient Greek Animal Sacrifice. Cognitive Approaches to Ancient Religious Experience. 2022:19-43.
29. Unterrainer HF. The multidimensional measurement of religious/spiritual well-being: recent developments in scale validation and clinical applications. Religions. 2023;14(7):882.
30. Malinovic A, Fink A, Lewis AJ, Unterrainer HF. Dimensions of religious/spiritual well-being in relation to personality and stress coping: Initial results from Bosnian young adults. Journal of Spirituality in Mental Health. 2016;18(1):43-54.
31. Stefa-Missagli S, Unterrainer HF, Giupponi G, Holasek SJ, Kapfhammer HP, Conca A, et al. Suicide and personality traits: a multicenter study of Austrian and Italian psychiatric patients and students. Suicide and Life-Threatening Behavior. 2020;50(1):220-32.
32. Berger D, Fink A, Gomez MM, Lewis A, Unterrainer HF. The Validation of a Spanish version of the multidimensional inventory of religious/ spiritual well-being in Mexican college students. The Spanish Journal of Psychology. 2016;19:E3.
33. Dadfar M, Lester D, Turan Y, Beshai JA, Unterrainer HF. Validation of the multidimensional inventory for religious spiritual well-being with Iranian samples. Mental Health, Religion & Culture. 2019;22(6):591-601.
34. Agarkov VA, Alexandrov YI, Bronfman SA, Chernenko AM, Kapfhammer HP, Unterrainer HF. A Russian adaptation of the multidimensional inventory for religious/spiritual well-being: psychometric properties for Young adults and associations with personality and psychiatric symptoms. Archive for the Psychology of Religion. 2018;40(1):104-15.
35. Wenzl M, Fuchshuber J, Podolin-Danner N, Silani G, Unterrainer HF. The Swedish version of the multidimensional inventory for religious/ spiritual well-being: first results from Swedish students. Frontiers in Psychology. 2021;12:783761.
36. Darzi Q, Salmannejad M. Processology of Interdisciplinary Studies in Quranic Studies; Case study: The Word. Quran and Hadith Studies. 2019; 51(1):71-106. [In Persian]
37. Balboni TA, VanderWeele TJ, Doan-Soares SD, Long KN, Ferrell BR, Fitchett G, et al. Spirituality in serious illness and health. JAMA. 2022;328(2): 184-97.
38. Najafi K, Khoshab H, Rahimi N, Jahanara A. Relationship between spiritual health with stress, anxiety and depression in patients with chronic diseases. International Journal of Africa Nursing Sciences. 2022;17:100463.

[Downloaded from mail.spiritual-health.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.30491/JSH.2.4.208]