



## Design and Psychometric Validation of a Spiritual Health Scale for Primary School Children

Majid Shahi Ganzagh<sup>1</sup> | Armin Khodaei Anbaran<sup>2✉</sup> | Mahsa Razmi<sup>3</sup>

1. Employee of the Education Department of Sarein County, Ardabil, Iran
2. Employee of the Education Department of Namin County, Ardabil, Iran
3. Master's degree in Psychology and Education of Exceptional Children, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran

Corresponding author's email: [khodaeiarmin66@gmail.com](mailto:khodaeiarmin66@gmail.com)

### Article Information

#### Research Paper

**Vol:** 1  
**No:** 3  
**P:** 19-39  
**Received:** 2025-11-26  
**Revised:** 2025-12-25  
**Accepted:** 2026-02-02  
**Published:** 2026-02-05

#### Cite this Article:

Shahi Ganzagh, Majid., Khodaei Anbaran, Armin & Razmi, Mahsa. (2026). Design and Psychometric Validation of a Spiritual Health Scale for Primary School Children. *Journal of Theology and Spiritual Health* 1(3): 19-39.

**Publisher:** Hakim Sabzevari University

The Author(s) retain the  
copyright and full  
publishing rights



### Abstract

The present study was conducted to design and validate a scale for assessing the spiritual health of primary school children. This research employed a developmental-instrumental design. The statistical population consisted of all students in grades four to six in primary schools of Namin, Sarein, Nir, Germe, and Hir counties during the 2024–2025 academic year (approximately 2,800 students). A sample of 338 children (182 girls and 156 boys) was selected through multi stage cluster random sampling. Initially, 42 items were developed based on theoretical foundations and interviews with eight experts; following content validity assessment by 12 specialists, 34 items with an average CVI of 0.87 were retained. Preliminary qualitative analysis, exploratory and confirmatory factor analyses, internal consistency, and test-retest reliability were employed to evaluate the psychometric properties of the instrument. The KMO value was 0.926 and Bartlett's test was significant, confirming sampling adequacy. Exploratory factor analysis extracted four factors—Connection with God, Connection with Self, Connection with Others, and Sense of Meaning and Purpose—with eigenvalues greater than 1, explaining approximately 62% of the total variance. Cronbach's alpha coefficients ranged from 0.79 to 0.92 for the subscales and was 0.90 for the whole scale. Confirmatory factor analysis also indicated a good model fit ( $\chi^2/df = 1.12$ , RMSEA = 0.019, CFI = 0.93). Convergent validity (AVE > 0.50, CR > 0.70) and discriminant validity (Fornell-Larcker criterion) were confirmed. The two week test-retest reliability was satisfactory ( $r = 0.84$ ). Overall, the developed scale demonstrated strong content, construct, and reliability indices and can be used as a valid instrument for assessing spiritual health among Iranian children in educational, psychological, and school based planning contexts. Nonetheless, it is recommended that future studies employ more geographically diverse samples to enhance generalizability.

**Keywords :** Spiritual health, elementary students, measurement scale, psychometric validation

## **Extended Abstract**

### **1. Problem statement**

Spiritual health, as one of the fundamental dimensions of health, plays a decisive role in emotional regulation, psychological adjustment, and social development of children. In elementary school, spirituality is more manifested in the form of emotional experiences, a sense of connection, meaning, and simple purposefulness. Despite numerous research evidence on the role of spiritual health in promoting psychological well-being, most of the existing tools are designed for adults and are not linguistically, cognitively, and culturally appropriate for Iranian children. The lack of a valid indigenous tool has limited the accurate measurement of children's spiritual health and the design of evidence-based educational interventions. Therefore, the main issue of the present study is to answer the question of what is the structure of spiritual health of elementary school children and can a tool with desirable validity and reliability be designed to measure it?

### **2. Method**

The present study was conducted using a developmental-instrumental and quantitative approach. The statistical population consisted of 2,800 fourth- to sixth-grade students in elementary schools in Sarein, Namin, Nir, Germe, and Hir counties in the 2024–2025 academic year. A sample of 338 (182 girls and 156 boys) was selected using a multistage cluster random sampling method. To examine the data distribution, skewness and kurtosis indices were examined, and their values were within  $\pm 2$  for all variables, and the normality of the data was confirmed. Exploratory factor analysis was performed using the principal components method and Varimax rotation, and then confirmatory factor analysis was performed using LISREL software, and validity and reliability indices were calculated.

### **3. Findings and Results**

The results of exploratory factor analysis showed that the KMO index value was 0.926 and Bartlett's sphericity test was significant ( $\chi^2=7655.896$ ,  $df=561$ ,  $p<0.001$ ), which confirms the adequacy of the sample and the appropriateness of the data. Four factors with eigenvalues greater than 1 were extracted, which explained a total of 62.16% of the total variance of children's spiritual health. These factors included:

1. Relationship with God (9 items,  $\alpha=0.88$ , explaining 22.35% of the variance),
2. Relationship with self (8 items,  $\alpha=0.82$ , explaining 14.08% of the variance),
3. Relationship with others (8 items,  $\alpha=0.79$ , explaining 12.21% of the variance),
4. Sense of meaning and purpose in life (9 items,  $\alpha=0.84$ , explaining 13.52% of the variance).

The Cronbach's alpha coefficient for the entire scale was 0.90. Confirmatory factor analysis also showed a good fit of the model ( $\chi^2/df=1.12$ ,  $RMSEA=0.019$ ). Convergent validity was confirmed with AVE between 0.52 and 0.58 and CR between 0.83 and 0.87. Discriminant validity was also established based on the Fornell-Larker criterion. Test-retest reliability was reported to be  $r=0.84$  ( $p<0.001$ ) with an interval of two weeks on 50 independent students, indicating the favorable temporal stability of the instrument.

### **4. Acknowledgement & Funding**

- The manuscript did not receive a grant from any organization.

### **5. Conflict of Interest**

- The authors declare no conflict of interest.

### **6. Author contribution**

All authors share equal responsibility for the content of this paper.

1. Majid Shahi Ganzagh; Email: majidshahi3344@gmail.com; ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-4387-7731>

2. Armin Khodaei Anbaran; Email: khodaeiarmin66@gmail.com; ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-9513-994X>
3. Mahsa Razmi; Email: mahsarazmi200@gmail.com; ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-0400-1983>

### ***References***

1. Yazdani, A. A., Abbasi, M., & Ebrahimi, M. N. (2010). Foundations of Mysticism in Spiritual Health. *Medical Ethics*, 4(14), 65–82.SID. <https://sid.ir/paper/195596/fa>
2. Dong, H., Zhang, J., & Tang, T. (2025). Promoting youth mental health in spiritual tourism through service design. *Sustainability*, 17(1), 498. <https://doi.org/10.3390/su17020498>
3. Hinter Berger, T., & Walter, N. (2025). Spirituality and mental health – investigating the association between spiritual attitudes and psychosomatic treatment outcomes. *Frontiers in Psychiatry*, 15, 1497630. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1497630>

## طراحی و اعتباریابی مقیاس سنجش سلامت معنوی برای دانش آموزان ابتدایی

مجید شاهی گنزق<sup>۱</sup>، آرمین خدائی عنبران<sup>۲</sup>، مهسا رزمی<sup>۳</sup>

۱- کارمند اداره آموزش و پرورش شهرستان سرعین، اردبیل، ایران

۲- کارمند اداره آموزش و پرورش شهرستان نمین، اردبیل، ایران

۳- کارشناسی ارشد روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

نویسنده مسئول: khodaeiarmin66@gmail.com

اطلاعات مقاله	چکیده
مقاله پژوهشی	پژوهش حاضر با هدف طراحی و اعتباریابی مقیاس سنجش سلامت معنوی کودکان دوره ابتدایی انجام شد. این مطالعه از نوع توسعه‌ای - ابزاری بود. جامعه آماری شامل کلیه دانش‌آموزان پایه‌های چهارم تا ششم مدارس ابتدایی شهرستان‌های نمین، سرعین، نیر، گرمی و هیر در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۴ (حدود ۲۸۰۰ نفر) بود. نمونه‌ای ۳۳۸ نفره (۱۸۲ دختر، ۱۵۶ پسر) با روش خوشه‌ای چندمرحله‌ای تصادفی انتخاب شد. ابتدا ۴۲ گویه بر اساس مبانی نظری و مصاحبه با هشت متخصص تدوین شد و پس از بررسی روایی محتوایی توسط ۱۲ متخصص، ۳۴ گویه با میانگین $CVI=0.87$ باقی ماند. تحلیل‌های کیفی مقدماتی، تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی، پایایی درونی و پایایی بازآزمایی برای ارزیابی ویژگی‌های روان‌سنجی ابزار اجرا شد. شاخص $KMO=0.926$ و آزمون بارتلت معنادار بود که کفایت نمونه‌گیری را تأیید کرد. تحلیل عاملی اکتشافی چهار عامل «ارتباط با خدا»، «ارتباط با خود»، «ارتباط با دیگران» و «احساس معنا و هدف در زندگی» را با مقدار ویژه $>1$ استخراج کرد که در مجموع $\approx 62\%$ از واریانس کل را تبیین کردند. آلفای کرونباخ برای عوامل بین ۰/۷۹ تا ۰/۹۲ و برای کل مقیاس ۰/۹۰ به دست آمد. تحلیل عاملی تأییدی نیز برازش مطلوب مدل را نشان داد. ( $\chi^2 / df = 1.12$ )، مقیاس $RMSEA=0.019$ , $CFI=0.93$ شاخص‌های روایی همگرا ( $AVE>0.50$ , $CR>0.70$ ) و روایی تمایزی (معیار فورنل-لارکر) تأیید شد. پایایی بازآزمایی طی فاصله دو هفته برابر با $r=0.84$ بود. مقیاس طراحی شده از روایی محتوا، سازه و پایایی بسیار مطلوب برخوردار است و به عنوان ابزاری معتبر برای سنجش سلامت معنوی کودکان ایرانی قابل استفاده در پژوهش‌های آموزشی، روان‌شناختی و برنامه‌ریزی‌های مدرسه‌محور است. با این حال، برای تعمیم‌پذیری کامل، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی در نمونه‌های متنوع‌تر جغرافیایی اجرا شوند.
دوره: ۱	
شماره: ۳	
صفحه: ۱۹-۳۹	
تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۹/۰۵	
تاریخ ویرایش: ۱۴۰۴/۱۰/۰۴	
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۱۱/۱۳	
تاریخ انتشار: ۱۴۰۴/۱۱/۱۶	
نحوه ارجاع به این مقاله:	
شاهی گنزق، مجید، خدائی عنبران، آرمین و رزمی، مهسا. (۱۴۰۴). طراحی و اعتباریابی مقیاس سنجش سلامت معنوی برای دانش‌آموزان ابتدایی. <i>الهیات و سلامت معنوی</i> , (۳): ۱۹-۳۹.	
ناشر: دانشگاه حکیم سبزواری	
نویسنده(گان) حق نشر و حقوق انتشار کامل را حفظ می‌کنند.	
10.22034/jtsh.2026.561534.1020	

کلیدواژه‌ها: سلامت معنوی، دانش‌آموزان دوره ابتدایی، مقیاس سنجش، اعتباریابی روان‌سنجی

## ۱- مقدمه

سلامت، مفهومی پویا، چندبعدی و در حال تحول است که در مسیر رشد و تکامل انسان معنا می‌یابد. دستیابی به سطح مطلوب سلامت، همواره از اهداف اساسی نظام‌های سلامت و سیاست‌گذاران حوزه بهداشت در سراسر جهان بوده است (اندروافر و کیانی‌مقدم، ۱۴۰۵). در این میان، سلامت انسان تنها به ابعاد جسمانی محدود نمی‌شود، بلکه عوامل روانی، اجتماعی و معنوی نیز نقشی تعیین‌کننده در حفظ و ارتقای آن دارند. در واقع، رذایل اخلاقی و ضعف‌های معنوی می‌توانند زمینه‌ساز بسیاری از ناهنجاری‌ها و بیماری‌های روانی باشند (تلخانی و همکاران، ۱۴۰۴). سازمان جهانی بهداشت با مطرح کردن بُعد معنوی در تعریف سلامت، افق تازه‌ای در نگاه به ابعاد وجودی انسان گشود. این سازمان سلامت معنوی را در کنار سلامت جسمی، روانی و اجتماعی، بخشی جدایی‌ناپذیر از رفاه انسان می‌داند. در سال‌های اخیر نیز اسنادی مانند بیانیه کپنهاگ<sup>۱</sup> و منشور بانکوک بر اهمیت پاسخ‌گویی به نیازهای معنوی و نقش آن در ارتقای سلامت فرد و جامعه تأکید کرده‌اند. سلامت معنوی در ارزش‌هایی چون عشق، احترام، صداقت، دلسوزی و در احساس پیوند با طبیعت یا نیرویی برتر تجلی می‌یابد (دوستی، ۱۴۰۱).

در تبیین مفهوم معنویت، دو دیدگاه کلاسیک بیش از سایرین مورد توجه‌اند. فروید، دین و معنویت را بازتابی از آرزوها و نیازهای ناخودآگاه انسان دانسته و آن را ساز و کاری دفاعی برای کاهش اضطراب و رنج قلمداد می‌کند؛ در حالی که یونگ، معنویت را تجربه‌ای درونی و شخصی می‌داند که سرچشمه‌ی رشد، خودآگاهی و سلامت روان است. او معتقد است معنویت از طریق معنا بخشیدن به زندگی، از بروز روان‌رنجوری جلوگیری می‌کند؛ چرا که رنج روانی غالباً ناشی از ناتوانی در یافتن معناست (صف‌آرا و سدیدپور، ۱۴۰۴).

سلامت معنوی به عنوان یکی از ابعاد بنیادین سلامت انسان، به استعدادها، نگرش‌ها و گرایش‌هایی اشاره دارد که فرد را در مسیر رشد درونی، تعالی روحی و دستیابی به سعادت حقیقی یاری می‌کنند. این بعد از سلامت، تعامل هماهنگی میان ظرفیت‌های وجودی انسان را در چهار حوزه‌ی ارتباطی او - با خدا، خود، دیگران و جهان هستی - در نظر می‌گیرد (ترابی و همکاران، ۱۴۰۳). در دهه‌های اخیر، شواهد تجربی فزاینده‌ای بر نقش حفاظتی و درمانی معنویت در سلامت روان تأکید داشته‌اند. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که معنویت با کاهش استرس، بهبود راهبردهای مقابله‌ای، کاهش علائم افسردگی و اضطراب و ارتقای کیفیت زندگی ارتباط مثبت دارد (Kavoo et al, 2020). همچنین، افرادی که از سلامت معنوی بالاتری برخوردارند، سطوح بیشتری از رضایت از زندگی، رفتارهای سالم‌تر و تاب‌آوری بالاتری نشان می‌دهند. برای مثال دانشجویانی که نمره‌ی بالاتری در سلامت معنوی داشتند، کمتر به سیگار یا مصرف افراطی الکل گرایش داشتند. پارگامنت نیز بر نقش دعا، مراقبه و تأمل معنوی در یافتن معنا، هدف و افزایش تاب‌آوری تأکید دارد (Newberg, 2025).

امروزه سلامت معنوی، در کنار ابعاد جسمانی، روانی و اجتماعی، یکی از ارکان اصلی سلامت انسان محسوب می‌شود. دین و معنویت به عنوان دو منبع اساسی سلامت معنوی، به انسان در مواجهه با چالش‌های زندگی، معنا، امید و آرامش درونی می‌بخشند. در همین راستا، انجمن جهانی روان‌پزشکی در بیانیه‌ی رسمی سال ۲۰۱۵ خود تأکید کرد که بررسی ابعاد معنوی و باورهای دینی بیماران باید بخشی جدایی‌ناپذیر از شرح حال بالینی و آموزش تخصصی روان‌پزشکان باشد (Milner et al, 2020). سلامت معنوی با معنا بخشیدن به زندگی و ایجاد ارتباط مثبت با خود، دیگران، طبیعت و خداوند، موجب افزایش کیفیت زندگی، تاب‌آوری و کاهش استرس و افسردگی می‌شود. پژوهش‌های داخلی نیز نشان داده‌اند که بین سلامت معنوی، سلامت روانی و جسمانی رابطه‌ی دوسویه و تقویت‌کننده وجود دارد (عزتیان و همکاران، ۱۴۰۴). آموزش سلامت معنوی به کودکان می‌تواند با بهره‌گیری از روش‌های متنوع انجام شود و هدف آن پرورش ارزش‌ها و فضایل اخلاقی است. در این فرآیند، توجه به تفکر، تمرین، تحلیل و الگوبرداری از بزرگان معنویت و اخلاق اهمیت دارد و همراه با مشاوره، موعظه، برگزاری مراسم عبادی و استفاده از محیط پیرامون می‌تواند اثرگذار باشد. تشویق رفتارهای

<sup>1</sup>. Copenhagen

مثبت، توبه و بازگشت از خطا و مقابله با انحرافات محیطی نیز از دیگر جنبه‌های آموزش معنوی هستند. در طراحی برنامه‌های آموزشی برای کودکان، برنامه‌ریزان درسی باید نیازهای آموزشی، محتوای آموزشی، روش‌های آموزش و شیوه‌های ارزیابی را به دقت مدنظر قرار دهند تا اهداف آموزشی به طور مؤثر محقق شود (خزاعی و خزاعی، ۱۳۹۸).

سلامت معنوی به عنوان یکی از ارکان بنیادین سلامت انسان، نقش تعیین‌کننده‌ای در سازگاری روانی و کاهش آسیب‌های رفتاری و هیجانی دانش‌آموزان دارد. برخورداری از سلامت معنوی موجب تقویت معنا، آرامش درونی و احساس ارتباط هماهنگ با خدا، خود و دیگران می‌شود و به فرد توان مقابله مؤثر با ناکامی‌ها و تنش‌های تحصیلی و اجتماعی را می‌بخشد. در واقع، سلامت معنوی با ایجاد حس تعلق، پذیرش مثبت، تعادل روانی و اخلاقی، سطح تاب‌آوری تحصیلی و عاطفی را افزایش می‌دهد. مطالعات نشان می‌دهد دانش‌آموزانی که از سلامت معنوی بالاتری برخوردارند، در برابر بحران‌های روانی، از جمله افکار خودکشی، مقاومت بیشتری دارند و رفتارهای آنان از ثبات، امید و هدفمندی بیشتری برخوردار است. این بعد از سلامت، زمینه رشد شخصیت یکپارچه و معنای را فراهم می‌سازد و موجب ارتقای احساس ارزشمندی و ایمان به زندگی می‌شود. بنابراین، ارتقای سلامت معنوی در نظام آموزشی کشور ضرورتی حیاتی برای کاهش آسیب‌های روان‌شناختی و گسترش کیفیت زندگی دانش‌آموزان محسوب می‌شود (نعمتی و هاشمی، ۱۴۰۳).

در پرتو چنین نگرشی، سنجش سلامت معنوی در کودکان از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است؛ زیرا پایه‌های تفکر، معنایابی و شکل‌گیری هویت وجودی در این دوران شکل می‌گیرد. با این حال، در حوزه سنجش سلامت معنوی در کودکان، ابزارهای بومی معتبر اندک‌اند و این مسئله خلأیی جدی در نظام آموزشی و پژوهشی کشور ایجاد کرده است. از این‌رو، هدف پژوهش حاضر طراحی و اعتباریابی مقیاس سنجش سلامت معنوی برای کودکان مقطع ابتدایی است تا امکان ارزیابی علمی و کاربردی این سازه در محیط‌های آموزشی فراهم شود. توسعه‌ی چنین ابزاری می‌تواند نه تنها در شناخت بهتر ابعاد سلامت معنوی کودکان، بلکه در طراحی مداخلات پیشگیرانه، ارتقای تاب‌آوری، رفتارهای اجتماعی مثبت و رشد اخلاقی نسل آینده مؤثر باشد.

اهمیت سلامت معنوی در دوران کودکی به ویژه در مقطع ابتدایی از آن‌روست که سال‌های نخست زندگی، دوره‌ی شکل‌گیری بنیان‌های هویتی، اخلاقی و معنوی انسان است. در این سنین، کودکان مفاهیمی چون خیر و شر، محبت، شکرگزاری، دعا و احساس حضور خدا را به صورت ابتدایی اما مؤثر تجربه می‌کنند. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که پرورش مؤلفه‌های معنوی در کودکی، سبب تقویت تاب‌آوری، کاهش رفتارهای پرخطر و افزایش احساس رضایت از زندگی در سال‌های بعد می‌شود؛ بنابراین، سلامت معنوی در کودکان نه تنها با رشد اخلاقی و اجتماعی آنان پیوند دارد، بلکه بر سازگاری هیجانی، احساس امنیت و شکل‌گیری هویت مثبت تأثیرگذار است.

در پژوهشی که توسط مظفری‌نیا و همکاران (۱۳۹۳) با هدف بررسی وضعیت سلامت معنوی و ارتباط آن با شادکامی انجام گرفت، ساختار سلامت معنوی در سه بُعد اصلی شامل؛ شناخت، عواطف و کنش/ رفتار مورد ارزیابی قرار گرفت. نتایج حاصل از آزمون همبستگی پیرسون در این مطالعه نشان داد که بین نمره کل سلامت معنوی و شادکامی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. واکاوی دقیق‌تر یافته‌ها بیانگر آن بود که اگرچه هر سه بُعد سلامت معنوی با بهزیستی روان‌شناختی همسو هستند؛ اما بُعد عواطف قوی‌ترین و بُعد کنش ضعیف‌ترین همبستگی را با متغیر شادکامی نشان دادند. همچنین، یافته‌های توصیفی این پژوهش حاکی از آن بود که میانگین نمره بُعد شناختی در بین جامعه آماری بالاتر از سایر ابعاد است. در نهایت به این نتیجه رسیدند که سلامت معنوی به عنوان یک سازه چندبعدی، پتانسیل بالایی در پیش‌بینی متغیرهای مثبت روان‌شناختی دارد و توجه به تقویت ابعاد شناختی و عاطفی در برنامه‌های آموزشی و مداخلات سلامت‌محور، از اولویت ویژه‌ای برخوردار است.

یزدانی و همکاران (۱۳۸۹) در پژوهشی با عنوان مبانی عرفان سلامت معنوی، به تبیین ریشه‌های نظری این مفهوم در بستر فرهنگ اسلامی پرداختند. در این رویکرد، سلامت معنوی فراتر از تعاریف رایج روان‌شناختی بررسی شده و بر پایه معرفت‌شهودی و ارتباط قلبی با حق استوار است. بر اساس یافته‌های این پژوهش، سلامت معنوی در پارادایم عرفان

اسلامی، حاصل شناخت خداوند (بعد شناختی) و تخلیه سر و باطن از غیر خدا (بعد تزکیه و تصفیه) است که از طریق طاعت و عبادت (بعد عملی) محقق می‌شود. نویسندگان استدلال می‌کنند که در این دیدگاه، غایت نهایی سلامت معنوی، رسیدن به معرفت شهودی است که از طریق مجاهدت و ریاضت‌های شرعی حاصل می‌گردد. این مطالعه نشان داد که در طراحی ابزارهای سنجش سلامت معنوی در جامعه ایرانی-اسلامی، نباید تنها به ابعاد رفتاری یا هیجانی اکتفا کرد؛ بلکه باید مؤلفه‌های عمیق‌تری همچون تصفیه باطن، اخلاص در نیت و مراتب معرفت به حق نیز به عنوان سازه‌های اصلی در نظر گرفته شوند.

در یک مطالعه مرور نظام‌مند اخیر که توسط رحیم زاده و همکاران (۱۴۰۲) با هدف واکاوی مطالعات سلامت معنوی در نوجوانان بین سال‌های ۱۳۹۵ تا ۱۴۰۱ انجام شد، بر اهمیت حیاتی دوره نوجوانی به عنوان مقطعی برای شکل‌گیری هویت دینی و جهان‌بینی تأکید گردید. نتایج پژوهش نشان داد که با وجود نقش تعیین‌کننده سلامت معنوی در سلامت عمومی نوجوانان، هنوز اجماع نظری بر سر تعریف واحدی از این سازه در این گروه سنی وجود ندارد. این محققان با بررسی خلأهای موجود در متون علمی، تصریح کردند که فقدان ابزارهای سنجش دقیق و بومی‌سازی شده برای نوجوانان، یکی از چالش‌های اصلی پژوهشی است و طراحی مقیاس‌هایی که بتواند مؤلفه‌های چندگانه معنویت را در بافت مدارس و محیط‌های آموزشی بسنجد، ضرورتی اجتناب‌ناپذیر برای مداخلات آینده است.

در تبیین جایگاه و کانون سلامت معنوی، جلابی نوبری (۱۳۹۷) در مطالعه‌ای بنیادین با عنوان قلب و سلامت معنوی، به واکاوی نقش محوری قلب در آموزه‌های وحیانی پرداخت. بر اساس یافته‌های این پژوهش، در متون اسلامی «قلب» صرفاً یک عضو فیزیولوژیک نیست؛ بلکه مرکز فرماندهی ادراکات معنوی، عواطف و تصمیم‌گیری‌های اخلاقی است. این تحقیق نشان داد سلامت معنوی در گرو سلامت قلب (قلب سلیم) است و بیماری‌های معنوی در حقیقت همان امراض قلبی مانند قساوت، زنگار و انحراف هستند. این دیدگاه تأکید دارد که هرگونه ابزارسنجی در حوزه سلامت معنوی، باید قادر باشد کارکردهای قلبی انسان نظیر میزان آرامش، خشوع، توکل و بصیرت را ارزیابی کند؛ بنابراین، در طراحی سازه سلامت معنوی، تمرکز صرف بر رفتارهای ظاهری کافی نیست و باید لایه‌های عمیق‌تر شناختی و عاطفی که ریشه در «قلب» دارند، مورد توجه قرار گیرند.

در تبیین زیرساخت‌های نظری سازه سلامت معنوی، رودگر (۱۴۰۴) در پژوهشی تحلیلی با عنوان مبانی سلوکی سلامت معنوی، به تشریح چهار رکن اساسی شامل مبانی «هستی‌شناختی»، «انسان‌شناختی»، «معرفت‌شناختی» و «غایت‌شناختی» پرداخت. بر اساس یافته‌های این پژوهش، سلامت معنوی در پارادایم اسلامی صرفاً یک وضعیت ایستا نیست، بلکه فرآیندی پویا از «شدن» و «صیوروت» است که بر پایه اعتدال در قوای ظاهری و باطنی شکل می‌گیرد. تحقق سلامت معنوی مستلزم حرکت از ظاهر به باطن و نهادینه‌سازی فضائل اخلاقی در بستر سلوک عملی است. این رویکرد نظری بیانگر آن است که در طراحی ابزارهای سنجش سلامت معنوی، نمی‌توان تنها به شاخص‌های سطحی بسنده کرد؛ بلکه باید زیربناهای معرفتی فرد (نظیر نوع نگاه به مبدأ و معاد) و میزان حرکت سلوکی او به سمت قرب الهی نیز به عنوان مؤلفه‌های اصلی سازه مدنظر قرار گیرند.

یوسفی و همکاران (۱۳۹۸) در پژوهشی با عنوان مبانی سلامت معنوی در قرآن بر جایگاه ویژه انسان و کرامت ذاتی او تأکید دارد. بر اساس یافته‌های این مطالعه، سلامت معنوی در قرآن کریم بر پایه‌هایی همچون کرامت انسانی (اشاره به آیه ۷۰ سوره اسراء: وَلَقَدْ كَرَّمْنَا بَنِي آدَمَ) و بهره‌گیری از قوه تعقل و خردورزی استوار است. مکانیسم‌هایی نظیر «توبه» و بازگشت به سوی خدا (اشاره به آیه ۳۱ سوره نور)، نه تنها یک عمل عبادی، بلکه راهکاری راهبردی برای بازیابی سلامت روان و پاک‌سازی درون از آلودگی‌های معنوی است. این رویکرد نشان می‌دهد که در طراحی ابزارهای سنجش سلامت معنوی برای جامعه اسلامی، باید مؤلفه‌هایی نظیر «امید به رحمت الهی»، «احساس ارزشمندی ناشی از کرامت الهی» و «تمایل به جبران خطا (توبه)» به عنوان شاخص‌های اصلی سلامت در نظر گرفته شوند.

در پژوهشی دیگر، اسدی گرمارودی (۱۴۰۴) در پژوهشی با عنوان سلامت معنوی در پرتو معنویت دینی و راه‌های دستیابی به آن بر اساس آموزه‌ها و منابع اسلامی، با واکاوی مفهوم لغوی و اصطلاحی «دین»، آن را مجموعه‌ای از عقاید، اخلاق و قوانین می‌داند که کارکرد اصلی آن معنابخشی به زندگی و هویت‌دهی به انسان است. بر اساس یافته‌های این پژوهش، سلامت معنوی در بستر دینی دارای مؤلفه‌های مشخصی همچون «توانایی یافتن معنا در زندگی» (حتی در شرایط دشوار)، «اتصال معنوی» و «ارتباط با نیروی برتر» است. واژه دین (که ریشه در اطاعت و پیوند دارد) بستر لازم برای اغنای عقلانی و اطمینان قلبی را فراهم می‌آورد. این رویکرد نشان می‌دهد که در طراحی مقیاس سلامت معنوی برای دانش‌آموزان، باید گویه‌هایی لحاظ شوند که میزان موفقیت فرد در «کسب معنا از طریق آموزه‌های دینی» و کیفیت «اتصال او با منبع هستی» را مورد سنجش قرار دهند.

سیدآبادی و همکاران (۱۴۰۳) در پژوهشی با عنوان «رابطه سلامت معنوی با استرس تحصیلی دانش‌آموزان با نقش میانجی سرسختی روان‌شناختی» به بررسی این متغیرها با استفاده از مدل معادلات ساختاری پرداختند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه سلامت معنوی (Palutzin and Ellison (1982) سرسختی روان‌شناختی کیامرئی و همکاران (۱۳۷۷) و استرس تحصیلی (alcove(2009) بود. نتایج نشان داد سلامت معنوی هم به صورت مستقیم و هم به صورت غیرمستقیم از طریق سرسختی روان‌شناختی موجب کاهش استرس تحصیلی می‌شود و مدل پژوهش از برازش مطلوبی برخوردار بود. یافته‌ها بر اهمیت تقویت سلامت معنوی و سرسختی روان‌شناختی به عنوان راهبردهایی مؤثر در کاهش استرس تحصیلی تأکید دارند.

اسدی (۱۴۰۲) در پژوهشی با عنوان رابطه سلامت معنوی و هوش هیجانی با خودکارآمدی تحصیلی دانش‌آموزان مقطع ابتدایی به این نتیجه رسید که سلامت معنوی و هوش هیجانی هر دو پیش‌بین مثبت و معنادار خودکارآمدی تحصیلی دانش‌آموزان ابتدایی هستند و در مجموع حدود ۳۶٪ از واریانس آن را تبیین می‌کنند. ضرایب رگرسیونی نشان داد که هوش هیجانی و سلامت معنوی هر دو با خودکارآمدی رابطه مستقیم دارند. ارتقای سلامت معنوی موجب تقویت هوش هیجانی و در نتیجه افزایش خودکارآمدی می‌شود. به بیان دیگر، دانش‌آموزانی که از حس پذیرش، معنا و ارتباط درونی بالاتری برخوردارند، در برابر چالش‌های تحصیلی مقاوم‌ترند و در انجام تکالیف اعتماد به نفس بیشتری دارند.

در پژوهش توصیفی-همبستگی عزتیان و همکاران (۱۴۰۴)، رابطه سلامت معنوی و تاب‌آوری در دانشجویان علوم پزشکی بررسی شد و نتایج نشان داد سلامت معنوی با تاب‌آوری رابطه‌ای مثبت و معنادار دارد و توانست ۵۹ درصد از واریانس تاب‌آوری را پیش‌بینی کند. بر این اساس، سلامت معنوی به عنوان مهم‌ترین عامل افزایش ظرفیت سازگاری دانشجویان در برابر تنش‌های تحصیلی و شغلی معرفی شد و بر ضرورت تقویت آموزش‌های معنوی در محیط‌های دانشگاهی تأکید گردید.

Peacock et al. (2024) در پژوهشی با عنوان «نقش درمانگران سلامت معنوی در درمان‌های روان‌گردان: یک تحلیل کیفی» به بررسی کارکرد متخصصان سلامت معنوی در تیم‌های درمانی مبتنی بر داروهای روان‌گردان پرداختند. این مطالعه با رویکرد کیفی و تحلیل محتوای مصاحبه‌های عمیق انجام شد. نتایج نشان داد درمانگران سلامت معنوی با تأکید بر عدم تحمیل باورها، همدلی، گوش‌دادن فعال، توجه به دینامیک قدرت و رعایت اصول اخلاقی، نقش مؤثری در حمایت روانی-معنوی بیماران دارند. همچنین حضور این متخصصان به افزایش احساس امنیت روانی، انسجام درونی و یکپارچگی معنوی بیماران در طول و پس از درمان کمک می‌کند و می‌تواند کیفیت و عمق اثربخشی درمان‌های روان‌گردان را بهبود بخشد.

Hinter Berger & Walter (2025) در مقاله‌ای با عنوان «معنویت و سلامت روان؛ بررسی ارتباط نگرش‌های معنوی و پیامدهای درمان روان‌تنی» به بررسی رابطه ابعاد معنویت با نتایج درمان بیماران روان‌تنی پرداختند. یافته‌ها نشان دادند سطح بالاتر معنویت، به ویژه مؤلفه‌های اعتماد تفرارزنده و پیوند درونی، با کاهش افسردگی و شدت علائم روان‌تنی همراه است، هرچند شدت این روابط ضعیف بود. همچنین معنویت با معنا، باورها، ارزش‌های فردی و مهارت‌های زندگی

رابطه‌ای مثبت و معنا دار داشت. شاخص‌هایی مانند دسترسی به سکون درونی و احساس تعلق به کل بزرگ‌تر بیشترین ارتباط را با بهبود روان‌تنی نشان دادند. به‌طور کلی، نتایج حاکی از آن است که ادغام مؤلفه‌های معنوی در درمان‌های روان‌تنی می‌تواند روند بهبودی بیماران را تقویت کند، هرچند میزان اثر مستقیم آن محدود ارزیابی شده است.

Dong et al. (2025) در مقاله‌ای با عنوان «ارتقای سلامت روان جوانان در گردشگری معنوی از طریق طراحی خدمات» نقش طراحی خدمات در بهبود سلامت روان جوانان در بستر گردشگری معنوی بررسی شد. یافته‌ها نشان داد عناصری نظیر فضاهای آرام، تعاملات اجتماعی مثبت و تجربه‌های فرهنگی مشترک می‌توانند احساس معنا، تعلق و آرامش روانی را تقویت کنند. نتایج همچنین حاکی از آن است که تلفیق ارزش‌های معنوی با تجربه گردشگری موجب افزایش خودآگاهی و کاهش اضطراب می‌شود. نویسندگان با ارائه مدلی مفهومی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، ارتباط انسان‌محور و رفاه درونی، بر ضرورت توجه سیاست‌گذاران گردشگری به مؤلفه‌های معنوی در طراحی خدمات برای ارتقای سلامت روان جوانان تأکید کردند.

با توجه به خلأ ابزارهای بومی و اختصاصی برای گروه سنی کودکان، هدف اصلی این پژوهش طراحی و اعتباریابی «مقیاس سلامت معنوی کودکان دوره ابتدایی» است. در این راستا، پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به این سؤالات است که مؤلفه‌های زیربنایی این سازه کدامند و ابزار طراحی شده از چه ویژگی‌های روان‌سنجی برخوردار است؟ همچنین فرضیه‌های پژوهش بر این مبنا استوارند که مدل عاملی چهارگانه و همچنین مدل مرتبه دوم (سازه کلی سلامت معنوی) با داده‌های تجربی برازش دارند و این ساختار عاملی در میان دختران و پسران از تغییرناپذیری برخوردار است.

## ۲- مواد و روش

پژوهش حاضر از نوع توسعه‌ای-ابزاری است و با هدف طراحی و اعتباریابی مقیاس سنجش سلامت معنوی کودکان دوره ابتدایی انجام شده است. فرایند پژوهش در قالب مجموعه‌ای از مراحل نظام‌مند برای تولید، پایایی و ارزیابی ویژگی‌های روان‌سنجی ابزار صورت گرفت. جامعه آماری شامل کلیه دانش‌آموزان پایه‌های چهارم تا ششم مدارس ابتدایی شهرستان‌های نمین و سرعین، نیر، گرمی و هیر در سال تحصیلی ۱۴۰۴-۱۴۰۳ بود که تعداد آن‌ها حدود ۲۸۰۰ نفر برآورد شد. روش نمونه‌گیری به صورت خوشه‌ای چندمرحله‌ای تصادفی اجرا گردید؛ ابتدا سه مدرسه از مناطق شهری و روستایی انتخاب شد، سپس از هر مدرسه دو کلاس از پایه‌های چهارم تا ششم به طور تصادفی برگزیده شدند. حجم نمونه با استفاده از فرمول کوکران ۳۳۸ نفر تعیین شد (۱۸۲ دختر، معادل ۵۲/۵٪، و ۱۵۶ پسر، معادل ۴۷/۵٪). ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه سلامت معنوی کودکان ابتدایی بود که گویه‌های آن بر اساس مبانی نظری سلامت معنوی و مرور نظام‌مند متون داخلی و بین‌المللی تدوین گردید. بر پایه تحلیل کیفی و مصاحبه با هشت متخصص در حوزه‌های روان‌شناسی تربیتی و معارف اسلامی، چهار بعد مفهومی؛ ۱. ارتباط با خدا، ۲. ارتباط با خود، ۳. ارتباط با دیگران، ۴. معنا و هدف در زندگی پیشنهاد شد. ابعاد چهارگانه سلامت معنوی مبتنی بر رویکرد کل‌نگر به انسان و یافته‌های روان‌شناسی سلامت و معنویت انتخاب شده‌اند. در این چارچوب، انسان موجودی چند بعدی تلقی می‌شود که سلامت معنوی او حاصل تعامل ساحت تفرافزنده، درون‌فردی، بین‌فردی و وجودی است. بعد ارتباط با خدا ناظر بر نیاز فطری انسان به معنا، امنیت وجودی و اتکای تفرافزنده است. ارتباط با خود بازتاب خودآگاهی معنوی، خودپذیری و تنظیم هیجانی بوده و در شکل‌گیری سازگاری روانی نقش اساسی دارد. ارتباط با دیگران تجلی اجتماعی معنویت در قالب همدلی، رفتارهای اخلاقی و مسئولیت‌پذیری اجتماعی است. در نهایت، احساس معنا و هدف در زندگی بعد وجودی سلامت معنوی را بازنمایی می‌کند و به انسجام روانی، انگیزش و تاب‌آوری فرد کمک می‌کند. این چهار مؤلفه در مجموع ساختاری جامع و نظریه‌پذیر برای سنجش سلامت معنوی کودکان فراهم می‌آورند. بر اساس این ابعاد، ۴۲ گویه اولیه طراحی شد که پاسخ‌ها در مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای از «کاملاً مخالفم» تا «کاملاً موافقم» (۱ تا ۵) نمره‌گذاری شدند. روایی محتوایی ابزار با نظر ۱۲ متخصص از حوزه‌های روان‌شناسی تربیتی، تربیت دینی و روان‌سنجی بررسی گردید و شاخص‌های نسبت

روایی محتوا و شاخص روایی محتوا برای هر گویه محاسبه شد. گویه‌هایی که دارای مقادیر  $CVR > 0.56$  و  $CVI > 0.79$  بودند، حذف یا اصلاح شدند. در نتیجه، ۳۴ گویه نهایی با میانگین  $CVI = 0.87$  در نسخه نهایی پرسش‌نامه باقی ماندند. در آزمون مقدماتی با ۲۰ نفر از کودکان ابتدایی، اصلاحات زبانی و ساده‌سازی اصطلاحات انجام پذیرفت تا مفاهیم ابزار با سطح درک کودکان هدف هم‌خوانی بیشتری داشته باشد. این مرحله موجب افزایش مفهوم‌پذیری و کاهش ابهام واژگان شد. سپس پرسشنامه در بین ۳۳۸ نفر توزیع شد.

جدول ۱. بررسی پایایی ابزار-آلفای کرونباخ

متغیر	تعداد سوالات	آلفای کرونباخ
ارتباط با خدا	۹	۰٫۹۱
ارتباط با خود	۸	۰٫۹۲
ارتباط با دیگران	۸	۰٫۸۹
احساس معنا و هدف در زندگی	۹	۰٫۹۰
کل پرسشنامه سلامت معنوی	۳۴	۰٫۸۷

با توجه به جدول ۱، مقدار آلفای کرونباخ برابر با ۰٫۸۷ به دست آمد. از آنجایی که این مقدار بزرگتر از ۰٫۷ است در نتیجه آزمون موردنظر از پایایی قابل قبولی برخوردار است.

### ۳- یافته‌ها

پیش از اجرای تحلیل‌های عاملی، شاخص‌های چولگی و کشیدگی گویه‌ها بررسی شد. مقادیر هم‌هی گویه‌ها بین  $± 2$  قرار داشت، بنابراین داده‌ها توزیع نرمال داشتند. میانگین و انحراف معیار هر بعد در سطح بالای ۳ از ۵ بود که نشان‌دهنده‌ی گرایش کلی پاسخ‌دهندگان به موافقت با گویه‌ها است.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار مقیاس سلامت معنوی و خرده مقیاس‌های آن‌ها

متغیر	میانگین	انحراف معیار	چولگی	کشیدگی
ارتباط با خدا	۲۶٫۹۹	۴٫۰۳	۰٫۳۴	۱٫۱۴
ارتباط با خود	۲۳٫۸۰	۳٫۹۰	۰٫۱۰	۰٫۴۱
ارتباط با دیگران	۲۳٫۹۰	۳٫۹۲	۰٫۲۳	۰٫۳۳
احساس معنا و هدف در زندگی	۲۶٫۸۱	۴٫۱۸	۰٫۱۳	۰٫۱۳
سلامت معنوی	۱۰۱٫۵۱	۷٫۹۳	۰٫۲۱	-۰٫۰۹

مطابق جدول ۲، نمره میانگین متغیر سلامت معنوی از نظر آزمودنی‌ها  $101.51$  و انحراف معیار برابر  $7.93$  است. از سوی دیگر مقدار چولگی مشاهده شده برای متغیر سلامت معنوی و مؤلفه‌های آن در بازه  $(2, -2)$  قرار دارد؛ یعنی از لحاظ کجی متغیر سلامت معنوی و مؤلفه‌های آن نرمال بوده و توزیع آن‌ها متقارن است. همچنین مقدار کشیدگی برای متغیر سلامت معنوی و مؤلفه‌های آن در بازه  $(2, -2)$  قرار دارد؛ این نشان می‌دهد توزیع متغیرهای پژوهش از کشیدگی نرمال برخوردار است.

### ۳-۱- تحلیل عاملی اکتشافی

در ادامه با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی به بررسی روایی واگرا پرسشنامه پرداخته می‌شود. هدف از تحلیل عاملی اکتشافی کشف الگو یا شناسایی ساختار زیربنایی برای داده‌ها است. این ساختارهای زیربنایی در واقع همان متغیرهای مکنون یا عامل‌ها هستند. با انجام تحلیل عاملی اکتشافی عامل‌ها (مکنون‌ها) شناسایی می‌شوند و متغیرهای مشاهده

شده یا شاخص ها در آن عاملها قرار می گیرند. به طور کلی می توان گفت تحلیل عاملی اکتشافی سه هدف را دنبال می کند: ۱- کاهش داده ها ۲- شناسایی ساختار و ۳- بررسی روایی واگرا

جدول ۳. جدول KMO و آزمون بارتلت جهت تعیین کفایت حجم نمونه

۰٫۹۲۶	آزمون کفایت حجم نمونه KMO
۷۶۵۵٫۸۹۶	آزمون کرویت بارتلت (BTS)
۵۶۱	درجه آزادی
۰٫۰۰۰	سطح معناداری

با توجه به جدول ۳، مقدار آماره آزمون KMO برابر با ۰٫۹۲۶ و بزرگتر از ۰٫۷ است؛ بنابراین کفایت نمونه گیری برای انجام تحلیل عاملی اکتشافی وجود دارد. همچنین از آن جایی که سطح معنادار آماره بارتلت برابر با ۰٫۰۰۰ و کمتر از ۰٫۰۵ است، ساختار داده ها برای انجام تحلیل عاملی اکتشافی مناسب است. با توجه به این که سطح معناداری کمتر از ۰٫۰۵ است فرض صفر رد و فرض یک یعنی وجود ارتباط مناسب میان ساختار داده ها تأیید می شود.

### ۲-۳- شاخص های استخراج عوامل و درصد واریانس تبیین شده

تحلیل عاملی اکتشافی با روش مؤلفه های اصلی و چرخش واریماکس انجام شد. چهار عامل دارای مقدار ویژه بزرگتر از ۱ استخراج گردیدند و در مجموع  $\sim 65\%$  از واریانس کل را تبیین کردند.

جدول ۴. شاخص های روان سنجی پرسشنامه سلامت معنوی کودکان (EFA و پایایی)

عامل	تعداد گویه	مقدار ویژه	درصد واریانس	آلفا کرونباخ	r
ارتباط با خدا	۹	۴٫۰۳	۰٫۳۴	۰٫۸۸	۰٫۸۵
ارتباط با خود	۸	۳٫۹۰	۰٫۱۰	۰٫۸۲	۰٫۸۰
ارتباط با دیگران	۸	۳٫۹۲	۰٫۲۳	۰٫۷۹	۰٫۷۶
احساس معنا و هدف در زندگی	۹	۲٫۳۷	۱۳٫۵۲	۰٫۸۴	۰٫۷۲
کل مقیاس	۳۴	-	۶۲٫۱۶	۰٫۹۰	۰٫۸۲

یافته های جدول ۴ نشان می دهد که پرسشنامه سلامت معنوی کودکان از ساختار چهار عاملی پایدار و معناداری برخوردار است. چهار عامل «ارتباط با خدا»، «ارتباط با خود»، «ارتباط با دیگران» و «احساس معنا و هدف در زندگی» در مجموع ۱۶٫۶۲ درصد از واریانس کل را تبیین کردند که بیانگر قدرت تبیین مناسب ابزار است. ضرایب آلفای کرونباخ برای همه عوامل بالاتر از ۰٫۷۰ و برای کل مقیاس ۰٫۹۰ گزارش شد که نشان دهنده همسانی درونی مطلوب گویه هاست. همچنین ضرایب بازآزمایی بالا (r بین ۰٫۷۸ تا ۰٫۸۵) حاکی از ثبات زمانی قابل قبول ابزار در اندازه گیری سازه سلامت معنوی در کودکان است؛ بنابراین، پرسشنامه طراحی شده از روایی و پایایی مناسبی برخوردار بوده و می تواند به عنوان ابزاری معتبر در مطالعات آموزشی و روان شناختی مورد استفاده قرار گیرد.

جدول ۵. ماتریس چرخش یافته عاملی

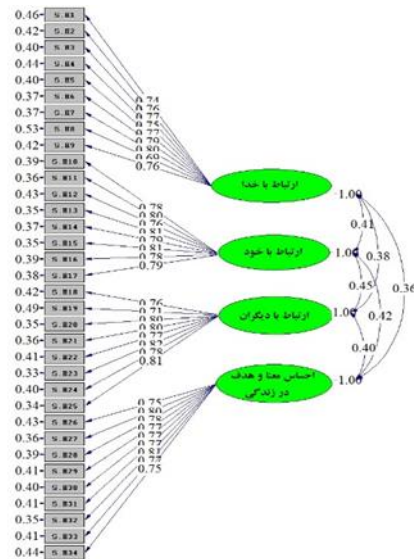
	ارتباط با خدا	ارتباط با خود	ارتباط با دیگران	احساس معنا و هدف در زندگی
S.H1	۰٫۶۴	۰٫۲۷	۰٫۲۷	۰٫۲۲
S.H2	۰٫۷۱	۰٫۱۵	۰٫۲۹	۰٫۱۹
S.H3	۰٫۶۹	۰٫۱۷	۰٫۲۸	۰٫۲۶
S.H4	۰٫۶۸	۰٫۲۷	۰٫۲۱	۰٫۱۸
S.H5	۰٫۶۵	۰٫۲۵	۰٫۳۴	۰٫۲۴
S.H6	۰٫۷۰	۰٫۲۱	۰٫۳۶	۰٫۱۴

۰٫۲۳	۰٫۲۴	۰٫۲۵	۰٫۷۰	S.H7
۰٫۲۰	۰٫۲۴	۰٫۲۸	۰٫۶۰	S.H8
۰٫۲۲	۰٫۲۴	۰٫۲۲	۰٫۶۹	S.H9
۰٫۳۴	۰٫۳۷	۰٫۵۶	۰٫۳۱	S.H10
۰٫۲۷	۰٫۴۱	۰٫۵۸	۰٫۳۳	S.H11
۰٫۲۸	۰٫۴۹	۰٫۵۰	۰٫۲۶	S.H12
۰٫۳۳	۰٫۴۱	۰٫۵۲	۰٫۳۶	S.H13
۰٫۳۰	۰٫۴۲	۰٫۵۷	۰٫۳۰	S.H14
۰٫۲۹	۰٫۴۵	۰٫۵۴	۰٫۳۵	S.H15
۰٫۳۱	۰٫۴۰	۰٫۵۷	۰٫۲۹	S.H16
۰٫۳۴	۰٫۳۹	۰٫۵۵	۰٫۳۲	S.H17
۰٫۴۲	۰٫۵۸	۰٫۳۲	۰٫۱۸	S.H18
۰٫۳۷	۰٫۵۲	۰٫۳۵	۰٫۲۱	S.H19
۰٫۳۴	۰٫۵۹	۰٫۴۳	۰٫۲۰	S.H20
۰٫۴۰	۰٫۵۴	۰٫۴۱	۰٫۲۴	S.H21
۰٫۳۸	۰٫۵۳	۰٫۳۹	۰٫۲۵	S.H22
۰٫۴۰	۰٫۵۴	۰٫۴۱	۰٫۳۱	S.H23
۰٫۳۸	۰٫۵۴	۰٫۴۰	۰٫۲۵	S.H24
۰٫۴۱	۰٫۵۶	۰٫۴۱	۰٫۲۳	S.H25
۰٫۶۷	۰٫۱۶	۰٫۳۰	۰٫۲۴	S.H26
۰٫۶۶	۰٫۲۵	۰٫۳۸	۰٫۱۹	S.H27
۰٫۶۶	۰٫۱۹	۰٫۳۷	۰٫۲۱	S.H28
۰٫۶۶	۰٫۱۶	۰٫۳۵	۰٫۲۱	S.H29
۰٫۶۵	۰٫۲۵	۰٫۳۵	۰٫۲۳	S.H30
۰٫۶۲	۰٫۲۳	۰٫۴۳	۰٫۱۷	S.H31
۰٫۶۵	۰٫۲۵	۰٫۳۷	۰٫۲۸	S.H32
۰٫۶۴	۰٫۱۶	۰٫۳۸	۰٫۲۵	S.H33
۰٫۶۳	۰٫۲۲	۰٫۳۴	۰٫۲۲	S.H34

مطابق جدول ۵، متغیر (سؤال) به هر عامل مربوطه مشخص شده است. برای این منظور در هر سطر که نماینده یک سؤال است. بزرگترین عدد را پیدا و عامل مربوطه به آن مشخص گردید. روایی واگرا زمانی وجود دارد که هر سؤال با عاملی که در آن قرار گرفته دارای مقدار همبستگی بیشتر از ۰٫۵ و با عاملهای دیگر دارای همبستگی کمتر از ۰٫۵ باشد بنابراین با توجه به نتایج بدست آمده در جدول ۶، پرسشنامه حاضر دارای روایی واگرا میباشد.

### ۳-۳- شاخص‌های برازندگی مدل تأییدی

در این قسمت با استفاده از نرم‌افزار لیزرل به انجام تحلیل عاملی تأییدی برای پرسشنامه سلامت معنوی پرداخته شد.



Chi-Square=584.07, df=521, P-value=0.02868, RMSEA=0.019

شکل ۱. تحلیل آماری پرسشنامه سلامت معنوی

جدول ۶- شاخص‌های برازندگی مدل تحقیق

نتیجه	بازه قابل قبول	مقدار	نام شاخص
قابل قبول	کمتر از ۳	۱,۱۲	نسبت کای اسکور بر درجه آزادی
خوب	خوب: کمتر از ۰,۰۸ متوسط: ۰,۰۸ تا ۰,۱	۰,۰۱۹	شاخص ریشه میانگین مربعات خطا
قابل قبول	بیشتر از ۰,۹۰	۰,۹۳	شاخص برازش تطبیقی
قابل قبول	بیشتر از ۰,۹۰	۰,۹۲	شاخص نیکویی برازش
قابل قبول	بیشتر از ۰,۸۰	۰,۸۹	شاخص نیکویی برازش اصلاح‌شده

با توجه به نتایج به دست آمده می‌توان گفت که مدل تحقیق از نظر شاخص‌های معنی‌داری و برازش مورد تأیید است.

#### ۴-۳- شاخص‌های روایی همگرا و پایایی ترکیبی

جدول ۷- شاخص‌های روایی همگرا و پایایی ترکیبی مقیاس سلامت معنوی کودکان

همگرایی	الف	CR	AVE	عامل
تأیید	۰,۸۸	۰,۸۷	۰,۵۶	ارتباط با خدا
تأیید	۰,۸۲	۰,۸۷	۰,۵۲	ارتباط با خود
تأیید	۰,۷۹	۰,۸۳	۰,۵۴	ارتباط با دیگران
تأیید	۰,۸۴	۰,۸۶	۰,۵۸	احساس معنا و هدف در زندگی
تأیید	۰,۹۰	۰,۸۵	۰,۵۵	میانگین کل

برای بررسی روایی همگرا، میانگین واریانس استخراج‌شده (AVE) و پایایی ترکیبی (CR) محاسبه شد. نتایج نشان داد که برای همه ابعاد  $AVE > 0.50$  و  $CR > 0.70$  است، که نشان‌دهنده‌ی همگرایی مناسب است. همچنین، برای بررسی روایی تمایزی، ریشه دوم AVE هر عامل بزرگ‌تر از همبستگی بین عوامل بود؛ بنابراین، تمایز مفهومی بین ابعاد ابزار تأیید شد.

### ۵-۳- ماتریس روایی تمایزی بر اساس معیار فورنل-لارکر

جدول ۸- ماتریس روایی تمایزی بر اساس معیار فورنل-لارکر

معنا و هدف	ارتباط با دیگران	ارتباط با خود	ارتباط با خدا	عامل
-	-	-	۰٫۷۵	ارتباط با خدا
-	-	۰٫۷۲	۰٫۴۱	ارتباط با خود
-	۰٫۷۳	۰٫۴۵	۰٫۳۸	ارتباط با دیگران
-	۰٫۴۰	۰٫۴۲	۰٫۳۶	معنا و هدف

طبق معیار فورنل و لارکر (۱۹۸۱)، برای تأیید روایی هم‌گرا، مقدار AVE باید  $\leq 0.5$  و مقدار CR باید  $\leq 0.70$  باشد. همان‌طور که مشاهده می‌شود، تمامی عوامل شرایط لازم را دارا هستند.

### ۶-۳- نتایج پایایی بازآزمایی پرسش‌نامه سلامت معنوی کودکان

برای بررسی ثبات زمانی ابزار، پرسشنامه در فاصله‌ی دو هفته بر روی ۵۰ دانش‌آموز دیگر از همان جامعه (که در نمونه اصلی نبودند) مجدداً اجرا شد. ضریب همبستگی پیرسون بین دو بار اجرا  $r = 0.84$  ( $p < 0.001$ ) بود که بیانگر ثبات مطلوب ابزار است.

جدول ۹. نتایج پایایی بازآزمایی

وضعیت	سطح معنی داری	r	عامل
پایایی مطلوب	$> 0.001$	۰٫۸۵	ارتباط با خدا
پایایی مطلوب	$> 0.001$	۰٫۸۰	ارتباط با خود
پایایی مطلوب	$> 0.001$	۰٫۷۸	ارتباط با دیگران
پایایی مطلوب	$> 0.001$	۰٫۸۳	معنا و هدف
پایایی مطلوب	$> 0.001$	۰٫۸۴	کل مقیاس

یافته‌های جدول ۹ نشان داد که پرسشنامه سلامت معنوی کودکان از پایایی بازآزمایی بالایی برخوردار است. ضریب همبستگی پیرسون بین دو بار اجرای ابزار در فاصله‌ی دو هفته برای کل مقیاس برابر با ۰٫۸۴ و برای چهار عامل اصلی بین ۰٫۷۸ تا ۰٫۸۵ بود که همگی در سطح معناداری  $p < 0.001$  قرار داشتند. این نتایج بیانگر ثبات زمانی مناسب پرسشنامه و قابلیت اطمینان ابزار در اندازه‌گیری پایدار سلامت معنوی کودکان است. بنابراین، ابزار طراحی شده علاوه بر روایی ساختاری و همسانی درونی، از ثبات و قابلیت تکرار بالایی برخوردار است و می‌تواند در مطالعات بعدی و کاربردهای آموزشی و پژوهشی مورد استفاده قرار گیرد.

### ۴- نتیجه‌گیری

هدف اصلی پژوهش حاضر، طراحی و اعتباریابی «مقیاس سلامت معنوی کودکان دوره ابتدایی» بود تا پاسخی علمی به نیاز مبرم جامعه آموزشی و پژوهشی برای داشتن ابزاری بومی و روا باشد. فقدان ابزارهای سنجش دقیق که متناسب با بافت فرهنگی و تحولی کودکان باشد، همواره یکی از چالش‌های اصلی در مطالعات سلامت روان بوده است. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی بر روی نمونه ۳۳۸ نفری دانش‌آموزان، منجر به شناسایی یک ساختار چهار عاملی منسجم شد که شامل مؤلفه‌های (۱) ارتباط با خدا، (۲) ارتباط با خود، (۳) ارتباط با دیگران و (۴) احساس معنا و هدف است. این چهار عامل در

مجموع ۶۲/۱۶ درصد از واریانس کل سازه سلامت معنوی را تبیین کردند که نشان‌دهنده قدرت تبیین بالای ابزار است. همچنین، تحلیل عاملی تأییدی، برازش بسیار مطلوب مدل پیشنهادی با داده‌های تجربی را تأیید کرد. شاخص‌هایی نظیر «ریشه میانگین مربعات خطای برآورد» برابر با ۰/۱۹ و سایر شاخص‌های برازش نشان می‌دهند که مدل نظری پژوهش انطباق کامل و معناداری با واقعیت‌های آماری دارد.

عامل ارتباط با خدا با تبیین ۲۲/۳۵ درصد از واریانس کل، به عنوان قوی‌ترین و محوری‌ترین مؤلفه مقیاس سلامت معنوی کودکان شناسایی شد. این یافته با پژوهش‌های بومی، از جمله مطالعه یزدانی و همکاران (۱۳۸۹) همسو است که نشان می‌دهد ساختار معنویت در بافت فرهنگی جامعه ایران ماهیتی عمدتاً خدامحور دارد. در سطح تبیینی، برجستگی این عامل را می‌توان در کارکرد بنیادین آن در ایجاد احساس امنیت وجودی، آرامش هیجانی و معنا بخشی ساده و قابل فهم برای کودک دانست. از منظر روان‌شناسی تحولی، ارتباط با خدا در دوران کودکی بیشتر در قالب یک تجربه عاطفی و حمایتی ظهور می‌یابد تا یک بازاندیشی شناختی یا وجودی پیچیده. کودکان خداوند را به عنوان منبعی قابل اتکا، مراقب و حمایت‌گر بازنمایی می‌کنند که در موقعیت‌های ترس، ناکامی یا نگرانی به آن رجوع می‌شود. این نوع رابطه، از طریق تقویت احساس کنترل درونی نسبی، کاهش اضطراب و فراهم‌سازی چارچوبی امن برای تنظیم هیجان‌ها، نقش مؤثری در ارتقای سلامت معنوی ایفا می‌کند. همچنین یافته حاضر با نتایج هینتربرگر و والتر (۲۰۲۵) که بر نقش مؤلفه «تعالی» در سلامت روان تأکید دارند، قابل مقایسه است؛ با این تفاوت که در پژوهش آن‌ها، که بر بزرگسالان مبتلا به مشکلات روان‌تنی متمرکز بود، ارتباط با امر متعالی گاه با تنش‌ها و پرسش‌های وجودی همراه می‌شد، حال آن که در نمونه کودک سالم پژوهش حاضر، این ارتباط عمدتاً واجد کارکردی حمایتی، آرامش‌بخش و انسجام‌دهنده است. این تمایز نشان می‌دهد که کارکرد سلامت‌بخش ارتباط با خدا ماهیتی تحولی دارد و بسته به مرحله‌ی رشد روانی فرد، می‌تواند از منبع امنیت عاطفی به منبع بازاندیشی وجودی تغییر یابد.

عامل ارتباط با خود شناسایی این بُعد با ۱۴/۰۸ درصد از واریانس کل، نقش معناداری در ساختار سلامت معنوی کودکان ایفا می‌کند. این یافته با پژوهش اسدی (۱۴۰۲) همسو است که نشان داد سلامت معنوی می‌تواند پیش‌بین مؤلفه‌هایی نظیر خودکارآمدی و خودتنظیمی در دانش‌آموزان باشد. با این حال، تفسیر این عامل در بافت کودکی مستلزم توجه به ملاحظات تحولی است؛ چرا که ویژگی‌هایی مانند احساس ارزشمندی و آرامش هیجانی در کودکان سالم به طور طبیعی و اولیه وجود دارد و معمولاً تنها در شرایط سوءتربیت، فشارهای مزمن محیطی یا تجارب ناکامی تکرارشونده دچار اختلال می‌شود. از این‌رو، کارکرد ارتباط با خود در سلامت معنوی را باید نه به عنوان ساز و کاری ایجاددی، بلکه به مثابه ظرفیتی حفاظتی، تثبیت‌کننده و سازمان‌دهنده در نظر گرفت. تحلیل محتوای گویه‌های این عامل، از جمله احساس ارزشمندی، پذیرش مسئولیت خطاها و توانایی بازگشت به آرامش پس از شکست، نشان می‌دهد که مقیاس حاضر مکانیزمی را می‌سنجد که به کودک کمک می‌کند سرمایه‌های روانی اولیه خود را در مواجهه با چالش‌های رشدی حفظ و یکپارچه سازد. این یافته با نتایج دونگ و همکاران (۲۰۲۵) همخوان است که نشان دادند خودآگاهی هیجانی و تنظیم درونی، نقش مهمی در کاهش اضطراب و افزایش سازگاری روانی کودکان دارد. در واقع، سلامت معنوی از طریق تقویت ارتباط کودک با خود، به شکل‌گیری خودپنداره‌ای پایدار و مثبت کمک می‌کند و امکان تجربه «صلح درونی» را حتی در موقعیت‌های ناکامی یا فشار آموزشی فراهم می‌سازد. بنابراین، بعد ارتباط با خود نه پاسخی به بحران هویت، بلکه ساز و کاری پیشگیرانه در خدمت رشد متعادل شخصیت و سلامت روان کودک تلقی می‌شود.

عامل ارتباط با دیگران با ۱۲/۲۱ درصد از واریانس کل، نشان می‌دهد که سلامت معنوی در دانش‌آموزان دوره ابتدایی به طور معناداری در کیفیت تعاملات اجتماعی روزمره آنان بازتاب می‌یابد و محدود به ساحت درونی یا ارتباط فرد با امر متعالی نیست. یافته‌ها حاکی از آن است که در این دوره رشدی، معنویت بیش از آن که به صورت مفاهیم انتزاعی اخلاقی یا مسئولیت‌های اجتماعی پیچیده تجربه شود، در قالب رفتارهای عینی و قابل مشاهده‌ای همچون کمک به همسالان، تلاش برای ترمیم روابط آسیب‌دیده، حل تعارض‌ها از طریق گفت‌وگو به‌جای پرخاشگری، مشارکت در فعالیت‌های گروهی

و پاسخ متقابل به رفتارهای مبتنی بر مهربانی نمود پیدا می‌کند. تحلیل گویه‌های این عامل نشان می‌دهد که سلامت معنوی به عنوان یک چارچوب درونی تنظیم‌کننده، به کودک کمک می‌کند تا هیجان‌های خود را در موقعیت‌های اجتماعی مدیریت کرده و میان نیازهای فردی و الزامات روابط بین‌فردی تعادل برقرار سازد؛ فرآیندی که در سطح تبیینی به تقویت همدلی، احترام متقابل و مسئولیت‌پذیری بین‌فردی منجر می‌شود. کودکانی که در این بعد نمرات بالاتری کسب کرده‌اند، توان بیشتری در برقراری روابط مثبت با همسالان داشته و در مواجهه با اختلاف‌ها و ناکامی‌های اجتماعی، به جای کناره‌گیری یا واکنش‌های هیجانی شدید، از راهبردهای ارتباطی سازگارانه و حفظ‌کننده رابطه استفاده می‌کنند. بر این اساس، بعد ارتباط با دیگران را می‌توان یکی از مسیرهای اصلی تبدیل تجربه‌های معنوی به کنش‌های اجتماعی مثبت در دوران کودکی دانست؛ کنش‌هایی که نقش تعیین‌کننده‌ای در شکل‌گیری احساس تعلق، پذیرش اجتماعی و رشد عاطفی-اجتماعی متعادل دانش‌آموزان دوره ابتدایی ایفا می‌کنند.

عامل احساس معنا و هدف با ۱۳/۵۲ درصد از واریانس کل، نشان می‌دهد که سلامت معنوی در دانش‌آموزان دوره ابتدایی نه در قالب مفاهیم انتزاعی و بلندمدت معناجویی یا هدف‌گذاری وجودی، بلکه در سطحی عینی و متناسب با توان شناختی و هیجانی کودک تجربه می‌شود. بررسی گویه‌های این عامل نشان می‌دهد که «معنا و هدف» برای کودک عمدتاً به صورت تجربه‌هایی چون احساس رضایت از انجام کار درست، تلاش برای کامل کردن فعالیت‌های مدرسه، لذت بردن از یادگیری، امید ساده به موفق شدن در تکالیف و احساس مفید بودن در کلاس و خانواده تجلی می‌یابد. در این معنا، سلامت معنوی به کودک کمک می‌کند تا فعالیت‌های آموزشی و چالش‌های روزمره مدرسه را واجد ارزش و جهت شخصی ادراک کند و همین ادراک ارزشمند، انگیزه لازم برای ادامه تلاش و پذیرش سختی‌های تحصیلی را فراهم می‌سازد. به بیان دیگر، آنچه در بزرگسالان به عنوان «تاب‌آوری» یا «هدفمندی زندگی» مفهوم‌پردازی می‌شود، در کودک به شکلی تحول یافته و ساده شده در قالب پشتکار، امید کوتاه‌مدت و تمایل به ادامه مسیر یادگیری علی‌رغم ناکامی‌ها بازنمایی می‌شود. از این منظر، همسویی یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج عزتیان و همکاران (۱۴۰۴) ناظر بر کارکرد انگیزشی سلامت معنوی است، با این تفاوت که این کارکرد در دوران کودکی نه به صورت آگاهی مفهومی از معنا، بلکه به شکل تجربه عملی جهت‌داری در زندگی روزمره مدرسه بروز پیدا می‌کند؛ امری که نقش تعیین‌کننده‌ای در پایداری انگیزه تحصیلی و سازگاری آموزشی دانش‌آموزان دوره ابتدایی ایفا می‌کند.

یکی از نقاط قوت اصلی این پژوهش، استحکام آماری فوق‌العاده ابزار است که در سه محور قابل بررسی است: روایی همگرا و واگرا؛ مقادیر «میانگین واریانس استخراج‌شده» برای تمامی ابعاد بالای ۰/۵۰ و «پایایی ترکیبی» بالای ۰/۷۰ به دست آمد. همچنین ماتریس فورنل-لارکر نشان داد که جذر میانگین واریانس استخراج‌شده هر عامل از همبستگی آن با سایر عوامل بیشتر است؛ این بدین معناست که ابزار دقیقاً چهار مفهوم مجزا را می‌سنجد و تداخل مفهومی ندارد. برازش ساختاری: شاخص‌های برازش مدل در تحلیل عاملی تأییدی در محدوده بسیار مطلوب قرار داشتند که نشان‌دهنده صحت چارچوب نظری ابزار است. پایایی و ثبات: ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس برابر با ۰/۹۰ و ضریب بازآزمایی در فاصله دو هفته برابر با ۰/۸۴ بود. این ارقام نشان می‌دهند که ابزار هم از نظر درونی یکپارچه است و هم در گذر زمان نتایج پایداری ارائه می‌دهد.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به تمرکز نمونه‌گیری بر مناطق جغرافیایی خاص (شهرستان‌های نمین و سرعین، نیر، گرمی و هیر) اشاره کرد که تعمیم نتایج به کل دانش‌آموزان کشور را نیازمند احتیاط می‌کند. همچنین، استفاده از پرسشنامه خودگزارش‌دهی برای کودکان سنین پایین ممکن است تحت تأثیر درک مطلب یا تمایل به ارائه تصویر مطلوب (سوگیری مطلوبیت اجتماعی) قرار گیرد، هرچند تلاش شد با ساده‌سازی گویه‌ها این اثر تعدیل شود. پیشنهاد های کاربردی: تدوین «پروفایل سلامت جامع» دانش‌آموزان: پیشنهاد می‌شود نهادهای متولی نظام آموزشی، این مقیاس را به عنوان بخشی از پرونده الکترونیک سلامت دانش‌آموزان ادغام نمایند. با توجه به رویکرد «زیستی-روانی-اجتماعی-معنوی» در سلامت نوین، غربالگری سالانه با این ابزار می‌تواند دانش‌آموزان در معرض خطر (به ویژه کسانی

که در بُعد «معنا» یا «ارتباط با خود» نمرات پایین کسب می‌کنند) را شناسایی کرده و پیش از بروز اختلالات رفتاری، مداخلات پیشگیرانه را فعال سازد. طراحی بسته آموزشی مبتنی بر مؤلفه‌ها: با عنایت به سهم بالای عامل «ارتباط با خدا» و «ارتباط با دیگران» در تبیین واریانس، پیشنهاد می‌شود مؤلفین کتب درسی و طراحان برنامه‌های فوق برنامه، محتوای آموزشی ویژه‌ای را برای تقویت «هوش معنوی» با تمرکز بر مفاهیم نوع دوستی، امید و هدفمندی طراحی کنند. پروتکل‌های مشاوره مدرسه: مشاوران مدارس می‌توانند از نیمرخ نمرات این مقیاس برای طراحی درمان‌های فردی استفاده کنند. برای مثال، دانش‌آموزانی که در زیرمقیاس «ارتباط با خود» ضعف دارند، کاندیدای مناسبی برای دریافت آموزش‌های «ذهن آگاهی» و «شفقت‌ورزی به خود» هستند، در حالی که ضعف در «ارتباط با دیگران» نیازمند مداخلات «مهارت‌های اجتماعی» است.

پیشنهاد های آتی: اجرای مطالعات طولی از آنجا که پژوهش حاضر مقطعی بود، پیشنهاد می‌شود محققان در مطالعات آتی با رویکرد «هم‌گروهی» (کوهورت)، سیر تحولی سلامت معنوی را از پایه اول تا ششم ابتدایی رصد کنند تا روابط علی و معلولی میان سلامت معنوی و متغیرهایی نظیر «پیشرفت تحصیلی» یا «بزهکاری» در نوجوانی تبیین گردد. بررسی همبسته‌های زیستی-عصبی: پژوهش‌های سطح بالا در روان‌شناسی سلامت به دنبال یافتن نشانگرهای زیستی هستند. پیشنهاد می‌شود مطالعات آینده ارتباط میان نمرات این مقیاس با شاخص‌های فیزیولوژیک نظیر «سطح کورتیزول بزاقی» (به عنوان شاخص استرس) یا تغییرات ضربان قلب را بررسی کنند تا مکانیزم‌های زیستی اثرگذاری معنویت بر سلامت جسمانی کودکان آشکار شود. مدل‌سازی معادلات ساختاری با متغیرهای میانجی: پیشنهاد می‌شود نقش سلامت معنوی در مدل‌های پیچیده‌تر بررسی شود؛ برای مثال، بررسی نقش میانجی‌گری سلامت معنوی در رابطه میان «سبک‌های فرزندپروری» و «اعتیاد به فضای مجازی». تحلیل‌های روان‌سنجی پیشرفته: اگرچه نظریه کلاسیک آزمون در این پژوهش تأیید شد؛ اما استفاده از «نظریه پاسخ به گویه» و «مدل‌سازی راش» در پژوهش‌های آتی می‌تواند اطلاعات دقیق‌تری درباره دشواری گویه‌ها و قدرت تمیز آن‌ها در سطوح مختلف توانایی معنوی ارائه دهد. مطالعات تطبیقی و بین‌فرهنگی: با توجه به این‌که ابزار حاضر در بافت فرهنگی ایران طراحی شده است، ترجمه و اعتباریابی آن در سایر کشورهای اسلامی یا حتی بافت‌های غیردینی (با تأکید بر ابعاد وجودی و انسانی) می‌تواند به درک جهان‌شمول بودن سازه سلامت معنوی کودکان کمک شایانی نماید.

پژوهش حاضر با پر کردن خلأ موجود در ادبیات سنجش روانی کودکان، ابزاری روا، پایا و منطبق با بسترهای فرهنگی- تربیتی ارائه نمود. یافته‌ها مؤید آن است که سلامت معنوی کودکان سازه‌ای چندبعدی و یکپارچه است که نه تنها ارتباط با امر قدسی (خدا)، بلکه کیفیت رابطه با خویشتن، جامعه و هدفمندی در زندگی را در بر می‌گیرد. همسویی بالای نتایج با پژوهش‌های سال ۲۰۲۵ و ۱۴۰۴ نشان می‌دهد که این ابزار از ظرفیت بالایی برای استفاده در مطالعات پیشرفته روان‌شناسی و برنامه‌ریزی‌های کلان تربیتی برخوردار است و می‌تواند گامی مؤثر در جهت ارتقای بهزیستی جامع کودکان باشد.

## ۵- سپاسگزاری

از تمامی اشخاصی که در انجام این پژوهش یاری کردند، سپاسگزاریم.

## ۶- منابع

ترابی، ابراهیم. راعی، مسعود و عاشوری، نادعلی. (۱۴۰۳). سلامت معنوی در پرتو مبانی دینی و کارکرد آن. پژوهش در دین و سلامت، ۱۱(۳)، ۱۳۴-۱۴۸. <https://doi.org/10.22037/jrrh.v11i3.44244>

اسدی گرمارودی، اسدالله. (۱۴۰۴). سلامت معنوی در پرتو معنویت دینی و راه‌های دستیابی به آن بر اساس آموزه‌ها و منابع اسلامی، مجله سلامت معنوی، ۴(۱)، ۶۱۷-۶۱۰. <http://spiritual-health.ir/article-1-238-fa.html>

- اسدی، ساندرا (۱۴۰۲). رابطه سلامت معنوی و هوش هیجانی با خودکارآمدی تحصیلی دانش آموزان مقطع ابتدایی، دو فصلنامه پژوهش در آموزش ابتدایی، ۵(۹)، ۶۶-۷۵.
- آذین فام، آیدا. خادمی، شهامفر. شاکر، دولق. (۱۴۰۴). اثربخشی معنادرمانی بر سلامت معنوی، ناگویی هیجانی و افکار خودآیند منفی در بیماران قلبی. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ۶۸(۴).
- خزاعی، سهیلا و خزاعی، سعید. (۱۳۹۸). سلامت معنوی - آموزش و پرورش کودکان. نشریه فرهنگ و ارتقاء سلامت، ۳(۲)، ۱۵۵-۱۶۳. <http://ijhp.ir/article-1-165-fa.html>
- دوستی، آریان. اثر رهبری معنوی اسلامی بر سلامت معنوی با نقش‌های میانجی سرمایه معنوی و هوش معنوی. دانشگاه سیستان و بلوچستان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد
- رودگر، محمدجواد. (۱۴۰۱). مبانی سلوکی سلامت معنوی. نشریه فرهنگ و ارتقای سلامت فرهنگستان علوم پزشکی، ۶۲۳ تا ۶۲۵. (۲)۶. <http://ijhp.ir/article-1-568-fa.html>
- اندروافر، زهرا و کیانی مقدم، امیرسام. (۲۰۲۵). راه‌های دستیابی به سلامت معنوی از منظر منابع اسلامی. پژوهش در دین و سلامت، ۱۱(۳)، ۸۷-۱۱۳. <https://doi.org/10.22037/jrrh.v11i3.47223>
- عزتیان، پارسا، رسولی، زهرا، محمدی، کیاوش و حنیفی، نسرين (۱۴۰۴). بررسی ارتباط معنویت و تاب‌آوری و پیش‌بینی تاب‌آوری بر اساس سلامت معنوی در دانشجویان علوم پزشکی زنجان ۱۴۰۲، مجله آموزش و اخلاق در پرستاری، ۱۴(۳و۴)، ۱۲-۲۰. [doi: 10.22034/ethic.2025.2041921.1125](https://doi.org/10.22034/ethic.2025.2041921.1125)
- صف‌آرا، مریم و سادات سدیدپور، سمانه. (۲۰۲۵). بررسی پدیدارشناسانه تعریف سلامت معنوی اسلامی. پژوهش در دین و سلامت، ۱۱(۲)، ۶۷-۷۸. <https://doi.org/10.22037/jrrh.v11i2.40734>
- مظفری‌نیا، فائزه؛ امین‌شکروی، فرخنده و حیدرنیا، علیرضا. (۱۳۹۳). رابطه بین سلامت معنوی و شادکامی دانشجویان. نشریه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، ۲(۲)، ۹۷-۱۰۷. <http://journal.ihepsa.ir/article-1-162-fa.html>
- نعمتی، فاطمه و هاشمی، مرضیه. (۱۴۰۳). تبیین اندیشه‌پردازی خودکشی دانش‌آموزان دختر بر اساس سبک‌های دلبستگی: نقش میانجی سلامت معنوی. پژوهش در دین و سلامت، ۱۰(۳)، ۳۵-۵۰. <https://doi.org/10.22037/jrrh.v10i3.44338>
- یزدانی، علی اصغر، عباسی، محمود، و ابراهیمی، محمدنبی. (۱۳۸۹). مبانی عرفان سلامت معنوی. اخلاق پزشکی، ۴(۱۴)، ۶۵-۸۲. [SID. https://sid.ir/paper/195596/fa82-65](https://sid.ir/paper/195596/fa82-65)
- یوسفی، حبیب‌الله، عبدالکریمی نظری، مرضیه و نسائی برزکی، حسین. (۱۳۹۸). مبانی سلامت معنوی در قرآن، دومانه علمی-پژوهشی فیض، ۲۳(۷)، ۸۱۹-۸۱۳. <http://feyz.kaums.ac.ir/article-1-3787-fa.html>

## References

- Andarvafar, Z., & Kiani Moghaddam, A. (2025). Ways of Achieving Spiritual Health from the Perspective of Islamic Sources. *Research in Religion and Health*, 11(3), 87-99. <https://doi.org/10.22037/jrrh.v11i3.47223> [In Persian]
- Asadi Garmaroudi, A. (2025). Spiritual Health in the Light of Religious Spirituality and Ways of Achieving It Based on Islamic Teachings and Sources. *Journal of Spiritual Health*, 4(1), 610-617. <http://spiritual-health.ir/article-1-238-fa.html>. [In Persian]
- Asadi, S. (2023). The Relationship of Spiritual Health and Emotional Intelligence with Academic Self-Efficacy of Elementary School Students. *Biannual Journal of Research in Elementary Education*, 5(9), 66-75. [In Persian]
- Azinfam, A., Khademi, S., Shaker Doulagh, S. (2025). The Effectiveness of Logotherapy on Spiritual Health, Alexithymia, and Negative Automatic Thoughts in Cardiac Patients. *Journal of the Faculty of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences*, 68(4). [In Persian]
- Dong, H., Zhang, J., & Tang, T. (2025). Promoting youth mental health in spiritual tourism through service design. *Sustainability*, 17(1), 498. <https://doi.org/10.3390/su17020498>
- Ezzatian, P., Rasouli, Z., Mohammadi, K., & Hanifi, N. (2025). Examining the Relationship between Spirituality and Resilience and Predicting Resilience Based on Spiritual Health among Zanjan Medical

- Sciences Students. Journal of Education and Ethics in Nursing, 14(3-4), 12-20. [doi: 10.22034/ethic.2025.2041921.1125](https://doi.org/10.22034/ethic.2025.2041921.1125) . [In Persian]
- Hinter Berger, T., & Walter, N. (2025). Spirituality and mental health – investigating the association between spiritual attitudes and psychosomatic treatment outcomes. *Frontiers in Psychiatry*, 15, 1497630. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1497630>
- Jalaei Nobari H. Heart and spiritual well-being. *J Res Relig Health*. 2019; 4(5):1- 4.
- Kao, L. E., Peteet, J. R., & Cook, C. C. H. (2020). Spirituality and mental health. *Journal for the Study of Spirituality*, 10(1), 42-54. <https://doi.org/10.1080/20440243.2020.1726048>
- Khazaei, & Khazaei. (2019). Spiritual Health: Education and Upbringing of Children. *Culture and Health Promotion*, 3(2), 155-163. <http://ijhp.ir/article-1-165-fa.html> [In Persian]
- Milner, K., Crawford, P., Edgley, A., Hare-Duke, L., & Slade, M. (2020). The experiences of spirituality among adults with mental health difficulties: a qualitative systematic review. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 29, e34. [doi: 10.1017/S2045796019000234](https://doi.org/10.1017/S2045796019000234).
- Mozaffarinia, F., Amin Shakrovi, F., & Heydarnia, A. (2014). The Relationship between Spiritual Health and Happiness among Students. *Journal of Health Education and Promotion*, 2(2), 97-107. <http://journal.ihepsa.ir/article-1-162-fa.html> [In Persian]
- Nemat, F., & Hashemi, M. (2024). Explaining Suicidal Ideation in Female Students Based on Attachment Styles: The Mediating Role of Spiritual Health. *Research in Religion and Health*, 10(3), 35-50. <https://doi.org/10.22037/jrrh.v10i3.44338> [In Persian]
- Newberg, A. B. (2025). Neurotheology: Practical Applications with Regard to Integrative Psychiatry. *Current Psychiatry Reports*, 27(2), 105-111. DOI: 10.1007/s11920-024-01584-3
- Peacock, C., Mascaro, J. S., Brauer, E., Zarrabi, A. J., Dunlop, B. W., Maples Keller, J. L., et al. (2024). Spiritual health practitioners' contributions to psychedelic assisted therapy: A qualitative analysis. *PLOS ONE*, 19(1), e0296071. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0296071>
- Rahimzadeh M, Safara M, Aghayousefi AR. Relationship between Spiritual Health and Adolescent Health and Well-being. *Journal of Pizhūhish dar dīn va salāmat*. 2023;9(4):148-163. <https://doi.org/10.22037/jrrh.v9i4.42136> [In Persian]
- Roudgar, M. J. (2022). Behavioral Foundations of Spiritual Health. *Culture and Health Promotion, Iranian Academy of Medical Sciences*, 6(2), 623-625. <http://ijhp.ir/article-1-568-fa.html> [In Persian]
- Safara, M., & Sadidpour, S. S. (2025). A Phenomenological Study on the Definition of Islamic Spiritual Health. *Research in Religion and Health*, 11(2), 67-78. <https://doi.org/10.22037/jrrh.v11i2.40734> [In Persian]
- Seyedabadi M, Dehnamaki-Moshgabadi F, Amiri-Khamakani M, Baloochi-Marj F. The Relationship between Spiritual Health and Academic Stress of Students: The Mediating Role of Psychological Hardiness. *J Spiritual Health* 2024; 3 (2) :416-42 <http://dx.doi.org/10.30491/JSH.3.2.416>. [In Persian]
- Torabi, E., Raei, M., Ashouri, N. (2024). Spiritual Health in the Light of Religious Foundations and Its Function. *Research in Religion and Health*, 11(3), 134-148. <https://doi.org/10.22037/jrrh.v11i3.44244> [In Persian]
- Yazdani, A. A., Abbasi, M., & Ebrahimi, M. N. (2010). Foundations of Mysticism in Spiritual Health. *Medical Ethics*, 4(14), 65-82. SID. <https://sid.ir/paper/195596/fa>. [In Persian]
- Yousefi, H., Abdolkarimi Nazari, M., & Nasai Barzaki, H. (2019). Foundations of Spiritual Health in the Qur'an. *Fayz Scientific-Research Bi-Monthly*, 23(7), 813-819. <http://feyz.kaums.ac.ir/article-1-3787-fa.html>. [In Persian]

### پیوست

ردیف	گویه	کاملاً موافقم	موافقم	نظری ندارم	مخالقم	کاملاً مخالفم
یاد خدا و معنویت	وقتی ناراحت یا غمگین می‌شوم، برای آرام کردن خودم با خدا صحبت می‌کنم.					
	وقتی اتفاق خوبی برایم می‌افتد، خدا را شکر می‌کنم و از نعمت‌هایش سپاس‌گزاری می‌کنم.					
	گاهی احساس می‌کنم فاصله ام با خدا زیاد شده و آن نزدیکی و آرامش قبلی را حس نمی‌کنم					
	وقتی کار خوبی انجام می‌دهم فکر می‌کنم خدا خوشحال می‌شود.					
	هنگامی که برایم مشکلی پیش می‌آید اول به تلاش خودم متکی می‌شوم و بعداً به خدا توکل می‌کنم.					
	قبل از امتحان یا کارهای مهم، از خدا کمک می‌خواهم.					
	در زمان‌هایی که تنها هستم حضور خدا را حس می‌کنم و این به من انگیزه می‌دهد.					
	معتقد هستم که اگر دعا و نیایش را انجام دهم همه چیز بهتر می‌شود و این به من امید می‌دهد.					
ارتباط با خود	وقتی با مشکلی روبه‌رو می‌شوم به خودم می‌گویم «می‌توانم حلش کنم».					
	وقتی شکست می‌خورم ابتدا ناراحت می‌شوم، اما بعد سعی می‌کنم متوجه شوم که چه چیزهایی از آن یاد گرفته‌ام					
	گاهی فکر می‌کنم که توانایی لازم را برای رسیدن به هدف‌هایم ندارم.					
	معمولاً وقتی کاری را شروع می‌کنم، تا حد امکان آن را ادامه می‌دهم و نیمه‌کاره رها نمی‌کنم.					
	گاهی از خودم انتقاد شدید می‌کنم و این خیلی من را ناراحت می‌کند.					
	بعضی وقت‌ها احساس می‌کنم که موفق شدن برایم ممکن نیست.					
	وقتی کاری را خراب می‌کنم سعی می‌کنم مسئولیت آن را بپذیرم.					
	اگر دوستم به کمک نیاز داشته باشد سعی می‌کنم به او کمک کنم.					
ارتباط با دیگران	برای این که در جمعی مرا مسخره نکنند خودم را از آن جمع دور نگه می‌دارم.					
	اگر کسی از من دلخور شود، سعی می‌کنم دلش را به دست بیاورم.					
	وقتی با کسی اختلافی داشته باشم سعی می‌کنم با صحبت کردن موضوع را حل کنم نه با عصبانیت					
	گاهی احساس می‌کنم که نباید حرفم را رک و راست بگویم چون دیگران عصبانی می‌شوند.					

					دوست دارم در کارهای گروهی مشارکت داشته باشم و با دیگران همکاری کنم.	احساس معنا و هدف
					سعی می‌کنم وقتی اشتباهی انجام می‌دهم از دیگران عذرخواهی کنم و رابطه‌ام را بهتر کنم.	
					گاهی فکر می‌کنم که دیگران ارزش من را درک نمی‌کنند و احساسات من را نمی‌پذیرند.	
					وقتی کسی به من مهربانی می‌کند، سعی می‌کنم لطف او را جبران کنم.	
					وقتی در کنار گل‌های درختان هستم احساس آرامش می‌کنم.	
					بعضی وقت‌ها فکر می‌کنم که مراقبت از طبیعت مهم نیست.	
					گاهی زباله‌ها را زمین می‌اندازم و توجهی به سطل زباله‌ها نمی‌کنم.	
					فکر می‌کنم هر موجودی در طبیعت ارزش خودش را دارد.	
					باور دارم طبیعت هدیه‌ای ارزشمند و باید از آن محافظت کرد.	
					دوست دارم درباره جهان، آسمان و خلقت بیشتر بدانم.	