Journal of Spiritual Health

2022, Volume 1, Issue 1
Pages: 3-14

10.30491/JSH.1.1.3

Meta-Synthesis of Spiritual Health's Components based on the Islamic-Iranian Approach

Abolghasem Isamorad [1], Fazlollah Hassanvand [2*], Zahra Ghalami [2]

[1] *Department of Clinical Psychology, Allameh Tabatabai University, Tehran, Iran*
[2] *Department of Educational Psychology, Allameh Tabatabai University, Tehran, Iran*

Abstract

Background and Aim: Given the different definitions of spiritual health in different cultures and the little agreement among experts on the definition of this concept, it is necessary to identify the components of spiritual health according to the Islamic-Iranian approach. This study aimed to identify the components of spiritual health based on the Islamic-Iranian approach according to research conducted in Iran.

Methods: This research was a basic study based on the purpose and meta-synthesis in data collection, which was performed based on the seven-step Sandlovsky and Barroso meta-synthesis method. The statistical population of the study included the collection of research published in the scientific communities of Iran, ie articles and dissertations during the 15 last years (from 2006 to 2020), which were selected based on the purposive sampling method on the basis of inclusion and exclusion criteria. The research tool included a check form. Data were collected in Iranian databases such as elmnet, Magiran, Irandac, SID, and other information sources. The analysis process was based on open coding, axial coding, and creating categories in maxquda software. In order to measure the reliability of the coding, the kappa index was used, which was equal to 0.74. The validity of the data was also confirmed by internal validity or expert opinion.

Results: Findings showed that the concept of spiritual health is a comprehensive multidimensional structure that has cognitive, emotional-emotive, and consequential components in behavior and action.

Conclusion: As a result, it can be said that relying on the structure of spiritual health as a multidimensional factor can pave the way for making effective interventions in dealing with various mental disorders and social harms.

Keywords: Meta-synthesis, Spiritual health, Spiritual health component.

*Corresponding author: **Fazlollah Hassanvand,** Email: fazl.hasanvand@gmail.com

Received: 2 November 2021 **Accepted:** 2 March 2022

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

[DOI: 10.30491/JSH.1.1.3]

مجله سلامت معنوی
دوره ۱، شماره ۱، تیر ۱۴۰۱
صفحات: ۱۴-۳
10.30491/JSH.1.1.3

فراترکیب مؤلفه‌های سلامت معنوی بر اساس رویکرد اسلامی-ایرانی

ابوالقاسم عیسی‌مراد[۱]، فضل‌الله حسنوند[۲]*، زهرا قلمی[۲]

[۱] گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران
[۲] گروه روان‌شناسی تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

چکیده

زمینه و هدف: با توجه به تعاریف متفاوت از سلامت معنوی در فرهنگ‌های مختلف و توافق اندکی که در بین متخصصان در زمینهٔ تعریف این مفهوم وجود دارد، شناسایی مؤلفه‌های سلامت معنوی طبق رویکرد اسلامی-ایرانی ضروری می‌نماید. پژوهش حاضر با هدف شناسایی مؤلفه‌های سلامت معنوی بر اساس رویکرد اسلامی-ایرانی بر اساس پژوهش‌های انجام‌شده در حوزه سلامت معنوی در ایران انجام شده است.

روش‌ها: پژوهش حاضر بر اساس هدف، از نوع بنیادی و از نظر شیوه گردآوری و ماهیت تحقیق، فراترکیب است که بر اساس روش هفت‌مرحله‌ای فراترکیب ساندلوفسکی و باروسو انجام شد. جامعهٔ آماری پژوهش شامل مجموعه پژوهش‌های انجام‌شده (چاپ‌شده) در جوامع علمی ایران، یعنی مقالات و پایان‌نامه‌ها در طی ۱۵ سال اخیر بود (از ۱۳۸۵ تا ۱۳۹۹) که بر اساس روش نمونه‌گیری هدفمند، مبتنی بر ملاک‌های ورود و خروج به انتخاب نمونهٔ مناسب اقدام شد. ابزار پژوهش شامل فرم وارسی بود. گردآوری داده‌ها در پایگاه‌های اطلاعاتی ایران مانند علم نت، مگ‌ایران، ایرانداک و ... صورت گرفت. فرآیند تجزیه و تحلیل بر اساس کدگذاری باز، کدگذاری محوری و ایجاد طبقات در نرم‌افزار maxquda انجام گرفت. به منظور سنجش پایایی کدگذاری از شاخص کاپا استفاده شد که برابر با ۰/۷۴ به‌دست آمد. اعتبار داده‌ها نیز از طریق روایی درونی یا دیدگاه متخصصان مورد تأیید قرار گرفت.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش نشان داد که مفهوم سلامت معنوی یک سازهٔ چندبعدی جامع است که دارای مؤلفه‌های شناختی، عاطفی-هیجانی و پیامدی در رفتار و عمل است.

نتیجه‌گیری: تکیه بر سازه سلامت معنوی به‌عنوان یک عامل چندبعدی می‌تواند زمینه‌ساز ساخت انواع مداخلات اثرگذار در رویارویی با اختلال‌های روانی و آسیب‌های اجتماعی گوناگون باشد.

کلیدواژه‌ها: فراترکیب، سلامت معنوی، مؤلفه‌های سلامت معنوی.

*نویسنده مسئول: **فضل‌الله حسنوند.** پست الکترونیک: fazl.hasanvand@gmail.com
دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۰۸/۱۱ پذیرش مقاله: ۱۴۰۰/۱۲/۱۱

[Downloaded from spiritual-health.ir on 2026-11-18]
[DOI: 10.30491/JSH.1.1.3]

مقدمه

در طول سالیان متمادی، در مجامع علمی، سلامتی انسان تنها بر اساس ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی تبیین می‌شد و کمتر پژوهشگری ذهن خود را بر جنبه‌های غیرجسمی و روحانی وجود انسان متمرکز می‌کرد، ولی از دیدگاه Russel و Osman، گنجایش بعد معنویت در مفهوم سلامت، دریچه‌ای نو به کشف ابعاد و ماهیت وجودی انسان باز کرد (۱). سلامت معنوی به عنوان مفهومی در چارچوب معنویت، در کنار ابعاد اجتماعی، عاطفی، روحی و جسمی سلامت انسان مورد پذیرش قرار گرفت (۲). سلامت معنوی نیروی یگانه‌ای است که ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی را هماهنگ می‌کند و سازگاری انسان را به دنبال دارد (۳). Fisher باور دارد که این بعد از سلامت، کیفیتی ذاتی، درونی و خاص انسان است که در برگیرندۀ باور به چیزی فراتر از خود و نیروی هماهنگ کننده و تکمیل‌کنندۀ سایر ابعاد سلامت انسان است (۴). از سویی، سلامت معنوی در فرهنگ دینی و اسلامی جایگاهی ارزنده و والا داشته است و تعالی روح و تقرب به خداوند همواره مورد تأکید قرار گرفته است (۵).

در شرایط زمانی کنونی، ارائه تعریفی جامع از سازه چندبعدی سلامت معنوی چندان آسان نیست و از این‌رو، توافق همه‌جانبه‌ای دربارۀ تعریف دقیق آن وجود ندارد (۶). از سویی، این مفهوم به طور خواسته یا ناخواسته در چارچوب ساختار معنوی هر فرهنگ تعریفی متفاوت دارد (۷). با این وجود، برای درک آسان این مفهوم در ارتباطات علمی تکیه بر تعاریف درست‌تر و جامع‌تر خالی از سودمندی نیست. McClain, Rosenfeld و Breitbart سلامت معنوی را به عنوان هستۀ مفهوم سلامت در نظر گرفته‌اند (۸). همچنین Craven معتقد است سلامت معنوی نوعی یکپارچگی و هماهنگی میان مؤلفه‌های درونی شکل‌دهندۀ هویت فرد به بار می‌آورد (۹). این بعد سلامت ظرفیت ذاتی انسان برای تعالی از راه مقدسات (چیزی بزرگ‌تر از خود) است (۱۰) که گستره‌ای بی‌کران دارد و سلامت روان در بطن آن ریشه دارد (۹). Michaelson سلامت معنوی را بعدی از سلامت می‌داند که متضمن وضعیت بهزیستی معنوی است؛ یعنی یک روش وجود که شامل ظرفیت‌های فردی برای آگاهی از ویژگی‌های مقدس تجارب زندگی است و با ارتباطاتی در حوزۀ پیوند با خود، دیگران، طبیعت و معنایی بزرگ‌تر برای زندگی یا چیزی نهایی مشخص می‌شود (۱۱).

سلامت معنوی وضعیتی دارای مراتب گوناگون است و در آن متناسب با ظرفیت‌ها و قابلیت‌های فرد، بینش‌ها، گرایش‌ها و توانایی‌های لازم برای تعالی روح (که همان تقرب به خدای متعال است)، تمام امکانات درونی به‌طور هماهنگ و متعادل در جهت هدف کلی مزبور به کار گرفته می‌شوند و رفتارهای اختیاری درونی و بیرونی متناسب با آن‌ها نسبت به خدا، فرد، جامعه و طبیعت ظهور می‌یابد (۱۲). Gomez و Fisher این مفهوم را به عنوان حالتی از بودن، احساسات مثبت، شناخت ارتباط فرد با خود، دیگران و برخورداری از یک نیروی ماورایی فطری تعریف می‌کنند که برای فرد، احساس هویت، کمال، رضایت‌مندی، لذت، خرسندی، زیبایی، عشق، احترام، نگرش مثبت، هدف‌مندی و جهت‌مندی زندگی، آرامش و توازن درونی را به ارمغان می‌آورد (۵). مرور متون در حوزۀ معنویت بیان‌گر این است که این مفهوم به دو صورت توصیف شده است. نخست، درک افراد از یک وجود مقدس یا واقعیت غایی با دیدگاهی دینی و مذهبی را نشان می‌دهد و دوم، بر تجربه‌های روان‌شناختی افراد فارغ از موضوع دین یا مذهب متمرکز است (۱۳). در ارتباط با این تعریف، یک شخص می‌تواند معنوی باشد، ولی نه مذهبی؛ مذهبی باشد، نه معنوی و هم معنوی باشد و هم مذهبی (۱۴). بنا بر آن چه مشاهده شد، در بیشتر تعاریف یک ویژگی منحصر به فرد از سلامت معنوی این است که با یک موجود برتر همراه است. نوع و سبک این ارتباط به طور قابل توجهی بر سایر خصوصیات سلامت معنوی تأثیر می‌گذارد (۴). روح بی‌قرار در جستجوی معنا در زندگی به دنبال چیزی برتر از خود است (۱۵). اهمیت ادراک‌شده از تعاریف مطرح‌شده موجب شده که سلامت معنوی هم در دیدگاه اسلامی و هم در رویکردهای علمیِ روان‌شناختی و سلامت به عنوان عاملی با پیامدهای مثبت چشم‌گیر مورد توجه قرار گیرد و در طی سالیان اخیر، این مفهوم به عنوان عنصری معنابخش، پژوهشگران را به انجام پژوهش‌های کاربردی سوق دهد. برای نمونه، در پژوهش‌ها مشخص شده است که سلامت معنوی با سلامت روان (۱۶)، بهزیستی ذهنی و خودکارآمدی (۱۷)، معناداری زندگی (۹)، ارتقای حس انسان‌دوستی و دلسوزی در نظام مراقبت‌های بهداشتی (۱۸)، اثرگذاری مثبت بر تجارب دردناک زندگی (۱۹)، تجربه شگفتی و شادی (۲۰)، تبلور آرامش، قدرت و لذت (۲۱)، تنظیم هیجانات (۲۲) و گسترش ایمنی درونی (۲۳) رابطه معنادار دارد. همچنین سلامت معنوی یکی از مهم‌ترین عوامل در مقابله با پیامدهای روان‌شناختی متعاقب بیماری‌های مزمن (۸) و ارتقای سلامت جسمانی به شمار می‌رود (۱۴). سلامت معنوی عامل تعادل بین جنبه‌های جسمی، روانی، اجتماعی و آرامش ذهن، احساس تمامیت و ارتباط هماهنگ و سرچشمه‌یافته از نیروهای درونی است (۲۴).

دین و مذهب ارکان فرهنگ هر ملتی هستند که جامعه را هدایت و انسجام می‌بخشند. اعتقاد دینی و مذهب به انسان آرامش می‌دهد، امنیت فرد را تضمین می‌کند، خلأهای اخلاقی، عاطفی و معنوی فرد و اجتماع را پر می‌کند و پایگاه محکمی برای انسان در برابر مشکلات و محرومیت‌های زندگی ایجاد می‌کند (۲۵). بحث درباره معنویت و کارکردهای آن در زندگی امروز بشر و تلاش برای شناخت هرچه بیشتر آن می‌تواند به عنوان راه حل اصلی در مورد ابعاد پیشگیرانه، مداخله‌ای و حل بحران‌ها باشد (۲۶). نتایج پژوهش عسگری، صفرزاده و مظاهری (۲۷) نشان داد که بین باورهای مذهبی و سلامت معنوی رابطه معناداری وجود دارد و باورهای دینی پیش‌بین سلامت معنوی است. سلامت معنوی در تعاریف

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

[DOI: 10.30491/JSH.1.1.3]

دینی و اسلامی ضمن داشتن جایگاهی ارزنده و والا به عنوان وضعیتی با مراتب گوناگون تعریف شده است که در آن، هر فرد متناسب با ظرفیت‌ها، قابلیت‌ها، بینش‌ها، گرایش‌ها و توانایی‌های خود در جهت تعالی روح (همان تقرب به خدای متعال) گام بر می‌دارد؛ یعنی همهٔ امکانات درونی فرد به‌طور هماهنگ و متعادل، در جهت هدف کلی مزبور به کار گرفته می‌شود و رفتارهای اختیاری درونی و بیرونی متناسب با آن‌ها نسبت به خدا، فرد، جامعه و طبیعت ظهور می‌یابد (۵). با توجه به تعریف فوق، می‌توان سلامت معنوی در تعریف اسلامی را با این ویژگی‌ها روشن ساخت: وضعی بودن سلامت معنوی (وضعیت خاصی در افراد مبتنی بر فراهم بودن شرایط گوناگون)، مراتب داشتن سلامت معنوی (دارای درجات گوناگون مبتنی بر قابلیت‌های عمومی و سطح رشد فردی)، رو به تعالی بودن سلامت معنوی (فراهم‌کنندهٔ شرایط لازم برای رسیدن به هدف والای زندگی و تعالی حقیقی انسان؛ یعنی تقرب به خدای متعال)، وجود ساحت‌های بینش، گرایش و توانایی در سلامت معنوی (سه عنصر زمینه‌ساز امکان انتخاب در مراحل رشد از بدو تولد و دارای اثرگذاری مثبت و منفی بر رویکرد متعالی انسان با وجود بینش و گرایش غیراکتسابی و فطری انسان نسبت به توحید)، حصول سلامت معنوی در سایه هماهنگی همهٔ امکانات درونی (بکارگیری و هماهنگی بینش‌ها و استعدادهای درونی مانند قوای ذهنیِ شناخت راه تعالی انسان، قوای عاطفیِ گرایش به معنویت و قوّه تصمیم‌گیری و انتخاب کارهای زمینه‌ساز نیل به تعالی و کمال حقیقی انسان)، تجلی سلامت معنوی با فراهم شدن امکان انجام رفتارهای انتخابی (رفتارهای درونی مانند فکر کردن، تصمیم-گرفتن، پشیمان‌شدن، ترجیح دادن و ایمان آوردن و رفتارهای بیرونی مانند انفاق کردن، ابراز محبت یا هم‌دردی کردن و رعایت حقوق دیگران)، پیوند داشتن سلامت معنوی با ساحت‌های چهارگانهٔ الهی، فردی، اجتماعی و طبیعی (رفتارهای فرد نسبت به خود و بیرون بر پایه‌ی بینش، گرایش و توانایی در ساحت‌های چهارگانه) (۲۸). حیدرنیا بیان می‌دارد که درک حیات معقول انسان هماهنگ با فطرت الهی زیربنای تعریف مناسب سلامت معنوی و ویژگی‌های آن است که سلامت طبیعی بشر را نیز پوشش می‌دهد (۲۹).

با وجود آن که در زمینهٔ اثرات مثبت سلامت معنوی توافق زیادی وجود دارد، ولی در مدل‌های مختلف ارائه‌شده توسط نظریه-پردازان، مؤلفه‌های گوناگونی به عنوان عوامل شکل‌دهندهٔ ساختار آن معرفی شده‌اند. Fisher (از ۱۹۹۸ تا ۲۰۰۸) باور داشت که تعاریف سنتی از معنویت تمایل به تمرکز بر مذهب یا مسائل مربوط به روح دارند و مشتمل بر جنبه‌های مختلف زندگی انسان و تجربیات وی نیستند. در مدل Fisher (۲۰۰۸) سلامت معنوی یک بعد اساسی از بهزیستی کلی افراد است و تمام ابعاد دیگر سلامت (جسمی، روحی، عاطفی، اجتماعی و حرفه‌ای) را متأثر ساخته و یکپارچه می‌کند. افزون بر این، Fisher استدلال کرد که سلامت معنوی یک حالت پویا از هستی و بودن است و این موضوع به‌وسیلهٔ میزان هماهنگی در ارتباط میان حوزه‌های زیربنایی سلامت معنوی در زندگی آشکار می‌شود. نخست، حوزه فردی (Personal domain)، مربوط به روابط درونی فرد با خودش است. دوم، حوزه اجتماعی (Communal domain)، روابط بیرونی با افراد دیگر را شامل می‌شود. سوم، حوزه محیطی (Environmental domain)، با روابط فرد با جهان فیزیکی و انسان‌های دیگر در فضای محلی و جهانی ارتباط دارد. چهارم، حوزه متعالی (Transcendental domain)، که مربوط به روابط فرد با جنبه‌هایی از زندگی است که فراتر از امور زندگی روزمره در محیط فیزیکی است. این حوزه شامل موضوعاتی در مورد دغدغه‌های غایی، نیروهای کیهانی، پدیده‌های فرافردی و خداوند (در مقولات سنتی) است. بر اساس دیدگاه علامه جوادی آملی، ارتباط با خداوند، ارتباط با خود، ارتباط با هم‌نوعان و ارتباط با خلقت زیست محیطی و تعامل با حیوانات به عنوان اجزای چهارگانه ارتباط انسان با جهان مورد تأکید قرار دارد و بدین ترتیب، معنویت چهره‌ای بارز در این نظریه پیدا کرده است (۳۰). بر طبق نظریهٔ Palutzian و Elison سلامت معنوی دارای دو بعد عمودی و افقی است. بعد عمودی آن شامل احساس سلامتی در ارتباط با خدا (سلامت مذهبی) و بعد افقی آن شامل احساس رضایت و هدفدار بودن در زندگی است (سلامت وجودی) (۲۴). از دیدگاه Hungelmann و Kenkel-Rossi سلامت معنوی بر پایهٔ سه عامل ایمان/ باور، زندگی/ مسئولیت در مورد خود و رضایت از زندگی/ خودشکوفایی قابل تبیین است (۱۲). در دیدگاه MacDonald، تجلی معنویت در چارچوب پنج مؤلفهٔ جهت‌گیری شناختی در مورد معنویت، بعد تجربی/ پدیدار شناسی، سلامت وجودی، عقاید فراطبیعی و مذهبی بودن تعریف می‌شود (۳۱).

با توجه به این که در دوران گسترش بحران کروناویروس و همچنین، در دیگر بحران‌های ناشی از بلایای طبیعی در کشورمان ایران (همانند سیل لرستان، زلزله کرمانشاه و سرپل‌ذهاب)، سلامت جسم و روان انسان‌ها در معرض تهدید قرار دارد، تمرکز بر متغیر سلامت معنوی و فراهم نمودن ابزارهای مداخله مبتنی بر این عامل موضوعی بسیار ضروری به نظر می‌رسد. همچنین، با توجه به بافت جامعه ایرانی که متأثر از ارزش‌های اسلامی و معنوی است، توجه به سلامت معنوی می‌تواند ابزاری کلیدی در بهبود بهزیستی روانی عموم افراد جامعه باشد. در بیان ضرورت این پژوهش باید اذعان داشت که ارائهٔ تعریف جامعی از سلامت انسان بدون سوگیری و اندیشه غیرمنطقی متضمن این است که تمام وجوه و ابعاد وجود آدمی در آن مورد توجه قرار گیرد و سلامت معنوی به عنوان یک عامل بسیار اثرگذار در ارائه خدمات بهداشتی در هر سطح خدمات بهداشتی مورد ملاحظه قرار گیرد (۳۲). سلامت معنوی انسان را در مقابله در برابر مشکلات کمک کرده و به زندگی‌اش مفهوم می‌بخشد (۳۳). از سوی دیگر، با توجه به این که در پژوهش‌های گوناگون، تصویری گسترده و گاهاً مبهم از مؤلفه‌های بنیادین

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

[DOI: 10.30491/JSH.1.1.3]

سلامت معنوی و عوامل اثرگذار و متأثر از آن نشان داده شده و مؤلفه‌های تشکیل‌دهنده سلامت معنوی از دیدگاه اسلامی دامنه‌ای گسترده و غیرقابل‌تجمیع از مؤلفه‌ها را به وجود آورده است (۳۶-۳۴)، تلاش برای ترکیب این یافته‌ها و خلق نتایج و معانی جدید از طریق روش‌های پژوهشی دقیق و علمی باید مورد توجه پژوهشگران قرار گیرد. بدین سبب، هدف از انجام این تحقیق پاسخ به این سؤال است که مؤلفه‌های اساسی تشکیل‌دهنده مفهوم سلامت معنوی در پژوهش‌های انجام‌شده در ایران کدامند؟

روش‌ها

نوع پژوهش حاضر بر اساس هدف بنیادی، بر اساس ماهیت داده‌ها و گردآوری داده‌ها، کیفی از نوع فراترکیب است. رویکرد فراترکیب، نوعی مطالعهٔ کیفی است که اطلاعات و یافته‌های استخراج‌شده از مطالعات دیگر با موضوع مشابه و مرتبط را بررسی می‌کند (۳۷). در این روش نگرشی نظام‌مند به‌دست می‌آید که حاصل ترکیب پژوهش‌های کیفی مختلف است و به کشف موضوعات جدید اساسی منجر می‌شود، دانش جاری پژوهشگر را ارتقاء داده و دیدی جامع و گسترده در مورد مسائل پدید می‌آورد. در این پژوهش، از روش هفت‌مرحله‌ای فراترکیب Sandelowski و Barroso استفاده شد که در شکل ۱ به تصویر کشیده شده است (۳۸). انجام مرور سیستماتیک و انتخاب مقاله‌های مناسب برای تحلیل بر اساس جستجو و یافتن مطالعات مرتبط، ارزیابی آن‌ها بر اساس معیارهای مشخص، تلفیق نتایج و ارائه یافته‌ها به‌طور موجز و شفاف کمک کرد تا تحلیل درستی در رابطه با سؤالات مرتبط با سلامت معنوی در حوزه مورد پژوهش انجام گیرد (۳۹).



شکل-۱. مراحل و روش کلی فراترکیب (۳۸)

الف) گام اول: تنظیم پرسش‌های پژوهش

- چه چیزی: مؤلفه‌های اساسی سلامت معنوی بر اساس رویکرد اسلامی و فرهنگ ایرانی کدامند؟
- چه جامعه‌ای: مجموعه پژوهش‌های انجام‌شده در حوزه شناسایی مؤلفه‌های سلامت معنوی در ایران
- چه زمانی: مجموعه پژوهش‌های انجام‌شده در ۱۵ سال اخیر
- چگونگی: مرور سیستماتیک پژوهش‌ها در پایگاه‌های منابع اطلاعاتی و مراکز دانشگاهی

ب) گام دوم: بررسی سیستماتیک متون

تمام اسناد علمی، گزارش‌های پژوهشی، پایگاه‌های داده و نشریه‌های داخلی در زمینهٔ سلامت معنوی و مفاهیم مربوطه (معنویت، دین‌داری، توحید) بر اساس مرور سیستماتیک در ۱۵ سال اخیر مورد جستجو قرار گرفت که از جمله آن‌ها می‌توان به بانک اطلاعات نشریات کشور، پایگاه اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی، پایگاه مجلات تخصصی نور و موتور جستجوی علم نت اشاره کرد.

ج) گام سوم: جستجو و انتخاب مقاله‌های مناسب

برای انتخاب مقاله‌های مناسب بر اساس الگوریتم مشاهده‌شده در شکل ۲، پارامترهای مختلفی مانند عنوان، چکیده، محتوای بحث، نتیجه‌گیری و کیفیت روش پژوهش ارزیابی شد. مجموعه‌ای از کلید واژه‌های مورداستفاده جهت جستجو در پایگاه‌های اطلاعاتی شامل سلامت معنوی، معنویت، سلامت وجودی، هستی‌گرایی، نگرش معنوی یا دینی، مراقبت معنوی، مذهب‌گرایی، دین‌گرایی، باورهای دینی و معنوی، اندیشه معنوی، جهان‌بینی دینی و معنوی بود. در شکل ۲، شکل ساده‌ی فرآیند جستجو و انتخاب مقالات نهایی ارائه شده است.

بر اساس مطالعات صورت‌گرفته، از میان حدود ۱۵۰ مقالهٔ علمی یافت‌شده در مجلات علمی معتبر و ۱۵ پایان‌نامه مقطع کارشناسی‌ارشد و دکتری در دانشگاه‌های ایران، تحلیل نهایی بر روی ۷۶ پژوهش انجام گرفت که مشتمل بر ۶۵ مقاله علمی-پژوهشی در مجلات معتبر و ۱۱ پایان‌نامه در مقطع کارشناسی ارشد و دکتری بود. بقیه پژوهش‌ها به دلیل عدم استفاده از روش‌های پژوهش علمی، تحلیل نتایج مقالات خارجی در فراتحلیل‌ها، عدم گزارش اطلاعات کافی در بخش یافته‌ها، عدم دقت در تشریح نتایج در راستای پژوهش و تکراری بودن برخی مقالات به سبب برگرفته شدن از پایان نامه از فرآیند تحلیل خارج شدند.

د) گام چهارم

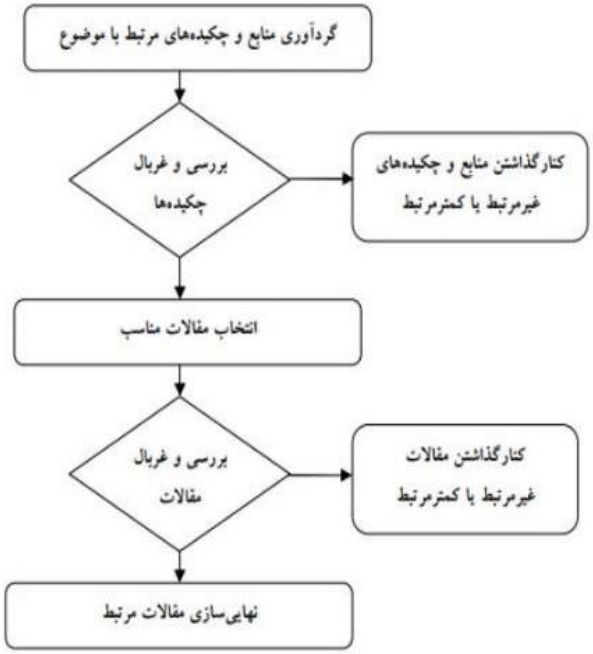
نتایج اطلاعات موجود در مقاله‌ها بر اساس عنوان مربوط به هر مقاله، شامل نام و نام خانوادگی نویسنده، به همراه سال انتشار مقاله و اجزای دیگر در هر مقاله طبقه‌بندی شد.

ه) گام پنجم: تجزیه و تحلیل و تلفیق یافته‌های کیفی

در این تحقیق، بر اساس مطالعات پیشین، برای تمام اطلاعات استخراج‌شده یک کد در نظر گرفته شد و سپس، این اطلاعات با در نظر گرفتن مفهوم هر یک از کدها، در یک مفهوم مشابه دسته‌بندی شدند (کدهای محوری) و در نهایت، مقولات شناسایی گردید. این روند در شناسایی مؤلفه‌های اساسی سلامت معنوی در نرم‌افزار maxquda انجام گرفت.

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

[DOI: 10.30491/JSH.1.1.3]



شکل-۲. شمای ساده فرآیند جستجو و انتخاب مقالات نهایی

و) گام ششم: کنترل کیفیت

به منظور سنجش پایایی کدگذاری و همسانی نتایج حاصل از یافته‌ها از شاخص کاپا و برای بررسی اعتبار از روایی درونی یا دیدگاه متخصصان استفاده شد.

$$\text{توافقات مشاهده‌شده} = \frac{A+D}{N} = \frac{28+0}{38} = ۰/۷۴$$

$$\text{توافقات شانسی} = \frac{A+B}{N} * \frac{A+C}{N} * \frac{C+D}{N} * \frac{B+D}{N} = \frac{28+2}{38} * \frac{26+6}{38} * \frac{6+0}{38} * \frac{2+0}{38} = 0.005$$

$$\text{ضریب پایایی کاپا} = \frac{\text{توافقات مشاهده شده} - \text{توافقات شانسی}}{۱ - \text{توافقات شانسی}} * \frac{0.74-0.005}{0.995} * = ۰/۷۴$$

ی) گام هفتم: ارائهٔ یافته‌ها

در این گام، وضعیت‌سنجی کلی پژوهش‌های انجام‌شده در ارتباط با سلامت معنوی انجام شد و متغیرهای مرتبط با آن گزارش گردید. سپس، بر اساس کدهای استخراج‌شده، مؤلفه‌های اصلی سلامت معنوی تعیین گردید.

جامعهٔ آماری پژوهش شامل مجموعه پژوهش‌های انجام‌شده (چاپ‌شده) در جوامع علمی ایران، یعنی مقالات و پایان‌نامه‌ها در طی ۱۵ سال اخیر بود. با توجه به موضوع پژوهش، انتخاب نمونه بر اساس روش نمونه‌گیری هدفمند صورت گرفت که مبتنی بر ملاک‌های ورود و خروج به انتخاب نمونه مناسب اقدام شد؛ یعنی انتخاب مقالات منتخب بر اساس ارتباط آن‌ها با سؤال‌های پژوهش صورت گرفت (۴۰). حجم نمونه پژوهش حاضر بر اساس ملاک‌های ورود و خروج تعیین شد. ملاک‌های ورود عبارت بودند از: مقالات و پژوهش‌های چاپ‌شده در حوزه شناسایی مؤلفه‌های سلامت معنوی مبتنی بر منبع فرهنگ اسلامی و ایرانی، انتخاب مقالات و پژوهش‌هایی مبتنی بر روش کیفی (مانند مصاحبه، مشاهده، مرور نظام‌مند) و کمی (مقالات پیمایشی، تجربی و همبستگی به شرط ارائه نتایج کیفی)، تحقیقات دارای داده‌ها و اطلاعات کافی در ارتباط با هدف پژوهش، گذراندن فرآیند بررسی تخصصی زیر نظر داوران متخصص و چاپ گزارش کامل و مقالات و پژوهش‌های چاپ‌شده در سال‌های ۱۳۸۴ تا ۱۳۹۹. ملاک‌های خروج نیز عبارت بودند از: پژوهش‌های فاقد اطلاعات کافی در زمینه اهداف تحقیق، پژوهش‌های فاقد تناسب عنوان با اهداف و روش، پژوهش‌های فاقد الگوی روش‌شناختی مناسب و پژوهش‌های مبتنی بر فراتحلیل مقالات خارجی. ابزار پژوهش شامل فرم وارسی بود که به منظور جمع‌بندی مطالعات گذشته مورد استفاده قرار گرفت و در آن، عنوان پژوهش‌ها، نام نویسندگان، سال و مکان تحقیق، جامعه و نمونه آماری و خلاصه یافته‌های اصلی هر پژوهش (در بخش چکیده، نتایج، بحث یا نتیجه‌گیری) یادداشت شد.

به منظور گردآوری داده‌ها، ابتدا در پایگاه‌های اطلاعاتی ایران (علم‌نت، مگ‌ایران، ایرانداک، پایگاه مرکز اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی و دیگر منابع اطلاعاتی)، شمار پژوهش‌های انجام‌شده در ارتباط با سلامت معنوی به‌دست آمد. سپس، بر اساس ملاک‌های ورود و ملاک‌های خروج، پژوهش‌هایی که دارای بیشترین ارتباط منطقی با پژوهش حاضر بودند، در فرم وارسی ثبت شدند و پس از آن، مورد تحلیل قرار گرفتند. فرآیند تجزیه و تحلیل در این پژوهش به گونه‌ای بود که پژوهشگر در خلال مرحلهٔ کدگذاری باز، ضمن مطالعهٔ دقیق پژوهش‌ها، هر گونه متغیر مرتبط با سلامت معنوی و

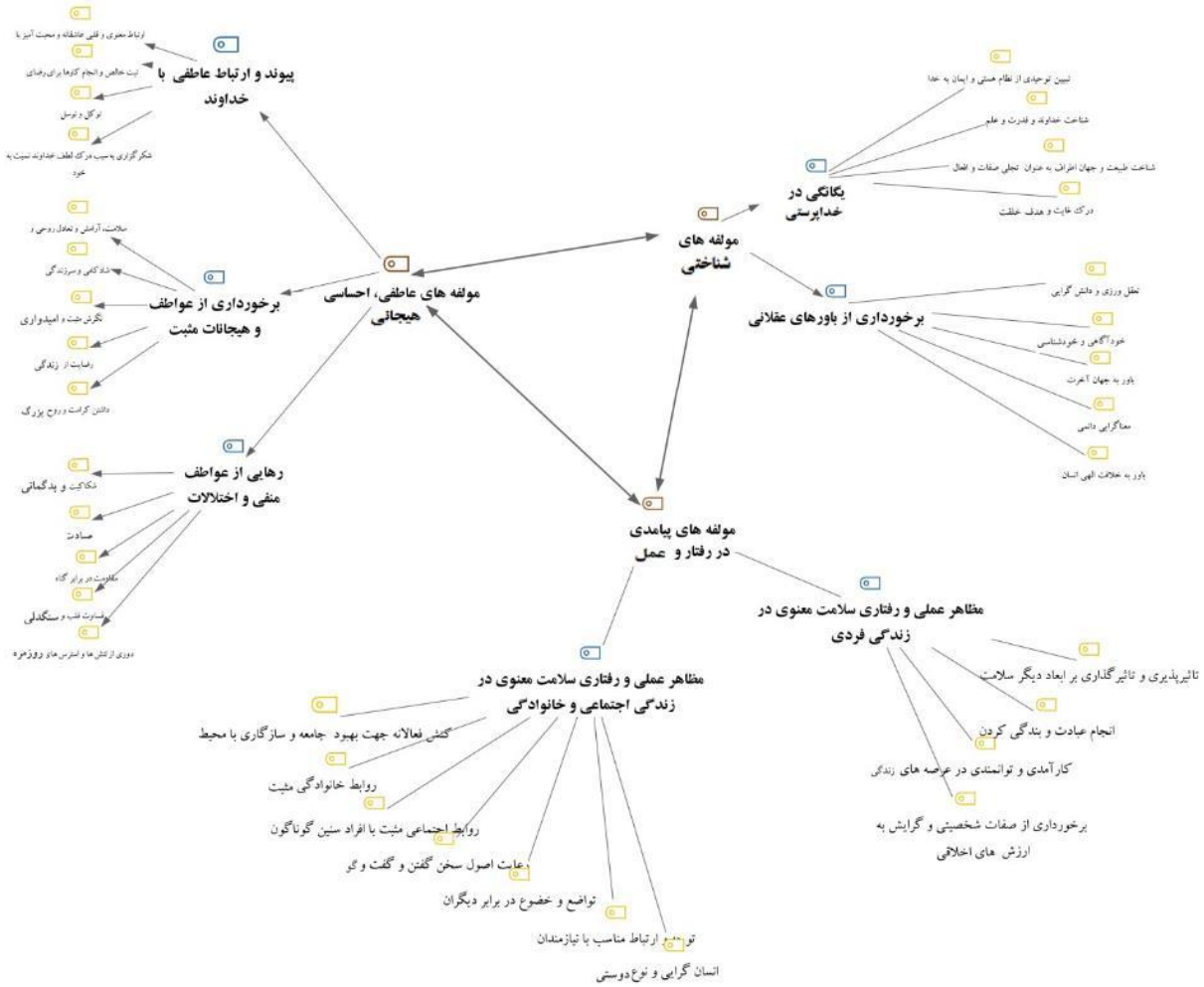
[Downloaded from spiritual-health.ir on 2026-11-18]
[DOI: 10.30491/JSH.1.1.3]

هر نوع ابزار یا درمان شناخته‌شده در ارتباط با سلامت معنوی را به عنوان یک کد در نظر گرفت و سپس، در طی مرحلهٔ کدگذاری محوری، کدهایی که دارای نوعی رابطه مفهومی بودند، در کنار هم قرار داده شد و در نهایت، طبقات و مؤلفه‌های سطح بالاتر و گسترده‌تری شکل گرفت تا مشخص شود مؤلفه‌های اصلی مفهوم سلامت معنوی شامل چه مواردی است. فرآیند کلی تحلیل داده‌ها در نرم افزار MAXQDA2018 انجام گرفت.

نتایج

امروزه در بیشتر تحقیقات متکی بر اطلاعات پژوهشی جمع‌آوری شده از موضوعات علمی، تجزیه و تحلیل داده‌ها از مهم‌ترین مراحل پژوهش محسوب می‌شود. در تحلیل یافته‌های این پژوهش اشارات و تبیین‌های مطرح‌شده در ارتباط با سلامت معنوی در متون مهم دینی مانند قرآن، نهج‌البلاغه، صحیفه سجادیه و دیگر منابع مهم و اندیشه متخصصان و صاحب‌نظران بزرگ دینی بررسی شد و مؤلفه‌های سلامت معنوی تعیین گردید. بر این اساس، بررسی دقیق مطالعات شناسایی‌شده به تدوین مدل ترسیم‌شده در شکل ۳ در نرم‌افزار maxquda انجامید که در ادامه به تفصیل بررسی خواهد شد.

بر اساس شکل ۳، این نتیجه به‌دست آمده است که تعریف دقیق مفهوم سلامت معنوی شامل توجه به مؤلفه‌های شناختی، مؤلفه‌های عاطفی–هیجانی و مؤلفه‌های پیامدی در رفتار و عمل است.



شکل–۳. تحلیل و شناسایی مؤلفه‌های سلامت معنوی

بر این اساس، تجزیه و تحلیل منابع موردمطالعه نشان داد که سلامت معنوی دارای مؤلفهٔ شناختی است که مشتمل بر دو خرده‌مؤلفه اساسی، یعنی باور به یگانگی در خداپرستی و برخورداری از باورهای عقلانی غنی است. خرده‌مؤلفهٔ باور به یگانگی در خداپرستی شامل تبیین توحیدی از نظام هستی و ایمان به خدا، تلاش برای شناخت خداوند و قدرت و علم او، شناخت طبیعت و جهان اطراف به عنوان تجلی صفات و افعال الهی و جستجو برای درک غایت و هدف خلقت است و همچنین، برخورداری از باورهای عقلانی غنی مانند تعقل‌ورزی و دانش‌گرایی دینی، تلاش برای خودآگاهی و خودشناسی، باور به جهان آخرت و هدفمندی و معناگرایی دائمی انسان و باور به خلافت الهی انسان در زمین است. مؤلفهٔ عاطفی، احساسی و هیجانی شامل خرده‌مؤلفه‌های پیوند و

[Downloaded from spiritual-health.ir on 2026-11-18]
[DOI: 10.30491/JSH.1.1.3]

جدول-۱. فراوانی کدهای شناسایی‌شده در مراحل مختلف کدگذاری

مؤلفه‌های شناسایی‌شده	کدهای محوری	کدهای آزاد	فراوانی کدها	فراوانی کلی خرده‌مؤلفه
مؤلفه‌های شناختی	یگانگی در خداپرستی	تبیین توحیدی از نظام هستی و ایمان به خدا	۳۳ مورد	۸۰ مورد
		شناخت خداوند و قدرت و علم او	۲۳ مورد	
		شناخت طبیعت اطراف به عنوان تجلی وجود خداوند	۱۶ مورد	
		درک غایت و هدف‌خلقت	۸ مورد	
	برخورداری از باورهای عقلانی غنی	تعقل ورزی و دانش‌گرایی دینی	۲۸ مورد	۷۵ مورد
		خودآگاهی و خودشناسی	۱۸ مورد	
		باور به جهان آخرت	۱۴ مورد	
		معناگرایی دائمی انسان	۹ مورد	
		باور به خلافت الهی انسان در زمین	۶ مورد	
مؤلفه‌های عاطفی، احساسی و هیجانی	پیوند و ارتباط عاطفی با خداوند	ارتباط معنوی و قلبی عاشقانه با خدا	۳۲ مورد	۵۷ مورد
		نیت خالص و انجام کارها برای رضای خدا	۱۱ مورد	
		توکل و توسل	۱۰ مورد	
		شکرگزاری به سبب درک لطف خداوند به خود	۴ مورد	
	برخورداری از عواطف و هیجانات مثبت	سلامت، آرامش و تعادل روحی و روانی	۲۳ مورد	۴۷ مورد
		نگرش مثبت و امیدواری	۹ مورد	
		رضایت از زندگی	۸ مورد	
		کرامت و روح بزرگ	۴ مورد	
		شادکامی و سرزندگی	۳ مورد	
	رهایی از عواطف منفی و اختلالات روانی	مقاومت در برابر گناه	۱۰ مورد	۲۵ مورد
		شکاکیت و بدگمانی	۵ مورد	
		حسادت	۴ مورد	
		قساوت قلب و سنگدلی	۳ مورد	
		دوری از تنش‌ها و استرس روزمره	۳ مورد	
مؤلفه پیامدی در رفتار و عمل	مظاهر عملی و رفتاری سلامت معنوی در زندگی اجتماعی و خانوادگی	کنش فعالانه جهت بهبود جامعه و سازگاری با محیط	۳۵ مورد	۱۳۴ مورد
		روابط اجتماعی مثبت با افراد سنین گوناگون	۲۸ مورد	
		روابط خانوادگی مثبت	۲۷ مورد	
		رعایت اصول سخن گفتن و گفت‌وگو	۱۸ مورد	
		تواضع و خضوع در برابر دیگران	۱۰ مورد	
		توجه و ارتباط مناسب با نیازمندان	۸ مورد	
		انسان‌گرایی و نوع‌دوستی	۸ مورد	
	مظاهر عملی و رفتاری سلامت معنوی در زندگی فردی	برخورداری از صفات شخصیتی و گرایش به ارزش‌های اخلاقی	۹۴ مورد	۲۵۰ مورد
		کارآمدی و توانمندی در عرصه‌های زندگی	۷۴ مورد	
		انجام عبادت و بندگی کردن	۷۴ مورد	
		تأثیرپذیری و تأثیرگذاری بر ابعاد دیگر سلامت	۸ مورد	

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

[DOI: 10.30491/JSH.1.1.3]

ارتباط عاطفی با خداوند (ارتباط معنوی و قلبی عاشقانه و محبت‌آمیز با خدا، نیت خالص و انجام کارها برای رضای خدا، توکل و توسل و شکرگزاری به سبب درک لطف خداوند نسبت به خود)، برخورداری از عواطف و هیجانات مثبت (سلامت، آرامش و تعادل روحی و روانی، نگرش مثبت و امیدواری، رضایت از زندگی، داشتن کرامت و روح بزرگ، شادکامی و سرزندگی) و رهایی از عواطف منفی و اختلالات روانی (مقاومت در برابر گناه، شکاکیت و بدگمانی، حسادت، قساوت قلب و سنگدلی، دوری از تنش‌ها و استرس‌های روزمره) است. افزون بر این، مؤلفهٔ پیامدی در رفتار و عمل مشتمل بر دو خرده‌مؤلفه بود: مظاهر عملی و رفتاری سلامت معنوی در زندگی اجتماعی و خانوادگی (کنش فعالانه جهت بهبود جامعه و سازگاری با محیط، روابط اجتماعی مثبت با افراد سنین گوناگون، روابط خانوادگی مثبت، رعایت اصول سخن گفتن و گفت‌وگو با دیگران، تواضع و خضوع در برابر دیگران، توجه و ارتباط مناسب با نیازمندان و انسان‌گرایی و نوع‌دوستی) و مظاهر عملی و رفتاری سلامت معنوی در زندگی فردی (برخورداری از صفات شخصیتی و گرایش به ارزش‌های اخلاقی مانند بخشش و گذشت، مهربانی یا خلق آرام و عفت، پاک‌دامنی و طهارت؛ کارآمدی و توانمندی در عرصه‌های زندگی مانند تلاش در جهت خودسازی و تکامل فردی و الگوپذیری مثبت از افراد کارآمد؛ انجام عبادت و بندگی کردن مانند انجام تکالیف و فرائض دینی و ذکر یا به یاد خدا بودن و تأثیرپذیری و تأثیرگذاری بر ابعاد دیگر سلامت).

بر اساس جدول ۱، مؤلفهٔ شناختی دارای دو خرده‌مؤلفه، یعنی یگانگی در خداپرستی (۸۰ مورد) و برخورداری از باورهای عقلانی غنی (۷۵ مورد)؛ مؤلفهٔ عاطفی، احساسی و هیجانی دارای سه خرده مولفهٔ پیوند و ارتباط عاطفی با خداوند (۵۷ مورد)، برخورداری از عواطف و هیجانات مثبت (۴۷ مورد) و رهایی از عواطف منفی و اختلالات روانی (۲۵ مورد) و مؤلفهٔ پیامدی در رفتار و عمل دارای دو خرده‌مؤلفهٔ مهم، یعنی مظاهر عملی و رفتاری سلامت معنوی در زندگی اجتماعی و خانوادگی (۱۳۴ مورد) و مظاهر عملی و رفتاری سلامت معنوی در زندگی فردی (۲۵۰ مورد) است. بر این اساس، مؤلفهٔ پیامدی در رفتار و عمل با داشتن بیشترین کد (۳۸۴ مورد)، و بعد از آن، مؤلفهٔ شناختی (۱۵۵ کد) و مولفهٔ عاطفی، احساسی و هیجانی (۱۲۹ کد) سه مؤلفهٔ اساسی سلامت معنوی هستند.

بحث

با وجود آن که علاقه روزافزونی به انجام مطالعات کمی، کیفی و آمیخته در زمینه سلامت معنوی وجود دارد، هنوز هم اعتقاد بر این است که مفهوم سلامت معنوی مبهم و پیچیده است (۴۱). بخش بزرگی از این ابهام به تعاریف مختلف در دیدگاه‌های فلسفی و جهان‌بینی‌های گوناگون (۴۲) بر می‌گردد؛ که به طور دقیقی برگرفته از زمینه‌های مختلف فرهنگی هستند (۴۳). بر این اساس، درک مفهوم سلامت معنوی اغلب تحت تأثیر ساختارهای اجتماعی و فرهنگی و اعتقادات مذهبی و نظری قرار می‌گیرد (۴۴). در همین راستا، پژوهش حاضر با هدف تعیین مؤلفه‌های اساسی سلامت معنوی مبتنی بر دیدگاه اسلامی به انجام رسید.

بر اساس یافته‌های به دست آمده در شکل ۳ و جدول ۱ مشاهده می‌شود که بر اساس تحلیل دیدگاه اسلامی درباره سلامت معنوی، این مفهوم یک سازهٔ چندبعدی است که مشتمل بر مؤلفه-های چندگانه است. در نتیجه، مسائل مطرح‌شده در ارتباط با سلامت معنوی در متون مهم دینی مانند قرآن، نهج‌البلاغه، صحیفه سجادیه و دیگر منابع مهم و اندیشه متخصصان و صاحب‌نظران بزرگ دینی نشان‌گر این بود که مفهوم سلامت معنوی دربرگیرندهٔ مؤلفه‌های شناختی، مؤلفه‌های عاطفی–هیجانی و مؤلفه‌های پیامدی در رفتار و عمل است. در ارتباط با مؤلفهٔ شناختی، دو خرده مؤلفه اساسی، یعنی باور به یگانگی در خداپرستی و برخورداری از باورهای عقلانی غنی شناسایی گردید. خرده‌مؤلفهٔ باور به یگانگی در خداپرستی شامل تبیین توحیدی از نظام هستی و ایمان به خدا، تلاش برای شناخت خداوند و قدرت و علم او، شناخت طبیعت و جهان اطراف به عنوان تجلی صفات و افعال الهی و جستجو برای درک غایت و هدف خلقت و خرده مؤلفه برخورداری از باورهای عقلانی غنی مشتمل بر وجود باورهایی ماند تعقل‌ورزی و دانش‌گرایی دینی، تلاش برای خودآگاهی و خودشناسی، باور به جهان آخرت و هدفمندی و معناگرایی دائمی انسان و باور به خلافت الهی انسان در زمین بود. این بدان معنا است که فرد دارای سلامت معنوی در وهله نخست باید خداوند را به عنوان یگانه خالق جهان بپذیرد (۳۴،۴۵)؛ یعنی نظام هستی را تجلی قدرت خداوند تصور کند (۳۵)، ایمان به خدا را در درون خود حس کند (۳۶،۴۶)، در جهت شناخت خداوند و قدرت و علم او کوشش نماید (۴۷) و همواره دغدغهٔ فهم و کشف غایت و هدف خلقت را در درون خود پرورش دهد (۳۴). بر اساس خرده‌مؤلفهٔ دوم بعد شناختی سلامت معنوی، یعنی برخورداری از باورهای عقلانی غنی، فرد دارای سلامت معنوی دارای اندیشه‌هایی عقلانی و منطقی در راستای توحید و خدامحوری است (۴۸،۴۹)؛ یعنی در جهت کشف دانش غنی دینی می‌کوشد (۵۰)، همواره در جهت نیل به خودآگاهی و خودشناسی حرکت می‌کند (۵۱،۵۲)، ضمن باور به خلافت الهی انسان در زمین (۳۶،۴۶)، بر این باور است که زندگی در این دنیا هدفمند و مقدمه‌ای بر زندگی اخروی است (۵۳) و پیوسته در جهت کشف معنا تلاش می‌کند (۵۴).

در ارتباط با مؤلفهٔ عاطفی، احساسی و هیجانی، خرده‌مؤلفه‌های پیوند و ارتباط عاطفی با خداوند (ارتباط معنوی و قلبی عاشقانه و محبت‌آمیز با خدا، نیت خالص و انجام کارها برای رضای خدا، توکل و توسل و شکرگزاری به سبب درک لطف خداوند نسبت به خود)، برخورداری از عواطف و هیجانات مثبت (سلامت، آرامش و تعادل روحی و روانی، نگرش مثبت و امیدواری، رضایت از زندگی، داشتن کرامت و روح بزرگ، شادکامی و سرزندگی) و رهایی از عواطف

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

[DOI: 10.30491/JSH.1.1.3]

منفی و اختلالات روانی (مقاومت در برابر گناه، شکاکیت و بدگمانی، حسادت، قساوت قلب و سنگدلی، دوری از تنش‌ها و استرس‌های روزمره) شناسایی گردید. این بدان معنا است که فرد دارای سلامت معنوی نوعی ارتباط معنوی و قلبی عاشقانه و مبتنی بر محبت با خدا دارد (۳۴،۴۷،۵۵)، در همه امور و کارها دارای نیت خالص است، تنها برای رضای خدا گام برمی دارد (۴۵)، در هرگونه اقدامی به خدا توکل دارد و به او و فرستادگان و مقربان درگاه او توسل می‌جوید (۴۶)؛ همچنان که لطف و سخاوت خداوند نسبت به خود را در لحظه لحظه زندگی درک می‌کند و برای جبران نعمات الهی شکرگزاری پیشه می‌کند (۴۵،۵۵).

افزون بر این، مؤلفهٔ پیامدی در رفتار و عمل مشتمل بر خرده‌مؤلفه‌های مظاهر عملی و رفتاری سلامت معنوی در زندگی اجتماعی و خانوادگی و مظاهر عملی و رفتاری سلامت معنوی در زندگی فردی بود. در ارتباط با مظاهر عملی و رفتاری سلامت معنوی در زندگی اجتماعی و خانوادگی، افراد دارای سلامت معنوی با ویژگی‌هایی مانند کنش فعالانه جهت بهبود جامعه و سازگاری با محیط (۳۵)، روابط اجتماعی مثبت با افراد سنین گوناگون (۵۲). روابط خانوادگی مثبت (۴۸)، تواضع و خضوع در برابر دیگران (۵۳)، توجه و ارتباط مناسب با نیازمندان (۴۶) و انسان‌گرایی و نوع‌دوستی (۵۶) شناخته می‌شوند. در ارتباط با مظاهر عملی و رفتاری سلامت معنوی در زندگی فردی، فرد دارای سلامت معنوی دارای خصوصیاتی همچون عدم گرایش به رفتارهای اخلاقی مانند بخشش و گذشت (۵۷)، مهربانی یا خلق آرام و عفت (۵۲)، پاک‌دامنی و طهارت (۴۹)، کارآمدی و توانمندی در عرصه‌های زندگی مانند تلاش در جهت خودسازی و تکامل فردی (۵۸) و الگوپذیری مثبت از افراد کارآمد (۵۵)، انجام عبادت و بندگی کردن مانند انجام تکالیف و فرائض دینی (۵۹) و ذاکر یا به یاد خدا بودن (۵۰) و تأثیرپذیری و تأثیرگذاری بر ابعاد دیگر سلامت مانند بعد جسمی است (۶۰).

بر اساس آن چه مورد بحث قرار گرفت، مؤلفهٔ پیامدی در رفتار و عمل دارای بیشترین فراوانی در میان کدها بود و به همین سبب، دارای بیشترین نقش در شکل‌گیری مفهوم سلامت معنوی است؛ این بدان معنا است که مقدم بر باورها و عواطف فردی انسان در ارتباط با ماهیت خداوند، عمل و کارکرد انسان اهمیت فراوان دارد که در ابعادی مشهود همچون انجام عبادت و بندگی (مانند انجام تکالیف دینی، عبادت و ذکر خداوند، انجام عمل صالح و تلاش بیشتر برای ساخت جهان آخرت خود در برابر دنیای مادی)، انجام اعمال و رفتارهای اخلاقی (مانند بخشش، گذشت، مهربانی، صداقت، اخلاق حرفه‌ای و قلب پاک) و کارآمدی و توانمندی در عرصه‌های زندگی (مانند تلاش برای تکامل وجود خویشتن، برخورداری از مهارت‌های زندگی، مسئولیت‌پذیری فردی و هم‌نشینی با نیک‌اندیشان و خردمندان) نمود پیدا می‌کند. آنچه مطالعه حاضر را از دیگر مطالعات گذشته متمایز می‌کند این است که در عموم مطالعات تنها بر نتایج حاصل از مطالعه نمونه‌ای خاص مانند یک منبع مشخص یا مصاحبه با متخصصان در حوزه سلامت معنوی تمرکز شده است، ولی تحقیق حاضر تلاش کرده است تا تمام مطالعات صورت‌گرفته در ایران در ارتباط با شناسایی مولفه‌های سلامت معنوی را پوشش دهد.

نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج این پژوهش به مدیران سازمان‌ها و ادارات مرتبط با بحران‌های طبیعی مانند هلال احمر، آتش‌نشانی، مراکز نظامی، فوریت‌های پزشکی و دیگر سازمان‌هایی که کارکنان آنان در معرض فشارهای روانی ناگهانی پایدار قرار دارند پیشنهاد می‌شود که با برگزاری دوره‌های آموزشی آشنایی با تکنیک‌های گسترش سلامت معنوی بر اساس مؤلفه‌های شناختی، عاطفی و عملی، نیروهای خود را در برابر مقتضیات جهان پرتلاطم امروز توانمند سازند و امکان بهره‌مندی آنان از پیامدهای سازنده و اثربخش سلامت معنوی در عرصه‌های گوناگون زندگی را فراهم آورند. پژوهش حاضر دارای محدودیت‌هایی بود که از جمله آن‌ها می‌توان به عدم ارائه دقیق اطلاعات در برخی پژوهش‌ها مبتنی بر روش-شناسی علمی، عدم تعمیم‌پذیری نتایج به کشورهای دیگر به سبب تمرکز تحلیل مطالعات بر بافت فرهنگی ایرانی–اسلامی و عدم تنوع ابزار گردآوری اطلاعات در پژوهش‌ها (تمرکز عمده بر مطالعه متون) اشاره کرد.

تشکر و قدردانی: مقاله حاضر برگرفته از طرح پژوهشی فراترکیب پژوهش‌های انجام شده در حوزه سلامت معنوی، مصوب فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران است.

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

منابع

1. Khadem H, Mozafari M, Yousefi A, Ghanbari Hashemabad B. The relationship between spiritual health and mental health in students of Ferdowsi University of Mashhad. Medical History. 2016;7 (25):33-50.
2. Dhar N, Chaturvedi S, Nandan D. Spiritual health, the fourth dimension: A public health perspective. WHO South-East Asia Journal of Public Health. 2013;2(1):3-5.
3. Marques J, Dhiman S, King R. Spirituality in the workplace: Developing an integral model and a comprehensive definition. Journal of American Academy of Business. 2005;7(1):81-91.
4. Fisher J. The four domains model: Connecting

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

[DOI: 10.30491/JSH.1.1.3]

spirituality, health and well-being. Religions. 2011;2(1):17-28.
5. Heydari H. Investigation the effect of emotional competence training on educational burnout, academic engagementt, spiritual health and high-risk behaviors of students with tendency to delinquency in Khorramabad [Master Thesis]. Lorestan, Lorestan University; 2019.
6. Vader JP. Spiritual health: the next frontier. The European Journal of Public Health. 2006;16(5):457.
7. Johnson KS, Elbert-Avila KI, Tulsky JA. The influence of spiritual beliefs and practices on the treatment preferences of African Americans: A review of the literature. Journal of the American Geriatrics Society. 2005;53(4):711-9.
8. McClain CS, Rosenfeld B, Breitbart W. Effect of spiritual well-being on end-of-life despair in terminally-ill cancer patients. The lancet. 2003;361 (9369):1603-7.
9. Zibad HA, Foroughan M, Shahboulaghi FM, Rafiey H, Rassouli M. Perception of spiritual health: A qualitative content analysis in Iranian older adults. Educational Gerontology. 2017;43(1):21-32.
10. Yust KM, Johnson AN, Sasso SE, Roehlkepartain EC. Traditional wisdom: Creating space for religious reflection on child and adolescent spirituality. Nurturing child and adolescent spirituality: Perspectives from the World's Religious Traditions. 2006:1-14.
11. Michaelson W, Brooks F, Jirásek I, Inchley J, Whitehead R, et al. Developmental patterns of adolescent spiritual health in six countries. Population Health. 2016;2:294-303.
12. Amiri P, Abbasi M, Gharibzadeh S, Asghari Jafarabadi M, Hamzavi Zarghani N, Azizi F. Designation and psychometric assessment of a comprehensive spiritual health questionnaire for Iranian populations. Medical Ethics Journal. 2014;8 (3):25-56.
13. Hartz, GW. Spirituality and Mental Health: Clinical Applications, New York: Haworth press American Journal of Health Promotion. 2005;9(5): 371-8.
14. Nelms LW, Hutchins E, Hutchins D, Pursley RJ. Spirituality and the health of college students. Journal of Religion and Health. 2007;46(2):249-65.
15. Miner-Williams D. Putting a puzzle together: making spirituality meaningful for nursing using an evolving theoretical framework. Journal of Clinical Nursing. 2006;15(7):811-21.
16. Hodge DR, Moser SE, Shafer MS. Spirituality and mental health among homeless mothers. Social Work Research. 2012;36(4):245-55.
17. King P, Clardy C, Ramos J. Adolescent Spiritual Exemplars: Exploring Spirituality in the Lives of Diverse Youth. Journal of Adolescent Research. 2013;29(2):186-212.
18. Chiang YC, Lee HC, Chu TL, Han CY, Hsiao YC. The impact of nurses' spiritual health on their attitudes toward spiritual care, professional commitment, and caring. Nursing Outlook. 2016;64(3):215-24.
19. Eaude T. Happiness, emotional well-being and mental health–what has children's spirituality to offer?. International Journal of Children's Spirituality. 2009;14(3):185-96.
20. Bone J, Cullen J, Loveridge J. Everyday spirituality: An aspect of the holistic curriculum in action. Contemporary Issues in Early Childhood. 2007;8(4):344-54.
21. Sperry L. Working with spiritual issues of the elderly and their caregivers. Psychiatric Annals. 2006;36(3):48-61.
22. Mahmoodi F, Sadeghi F, Jamalomidi M. Canonical Analysis of the Association Between Spiritual Attitude and Cognitive Emotion Regulation Strategies Among the Students of Tabriz University of Medical Sciences. Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research. 2017;15(3):280-90.
23. Smith J, McSherry W. Spirituality and child development: a concept analysis. Journal of Advanced Nursing. 2004; 45(3):307-15.
24. Lotfi M, Sayyar S. Relationship between spiritual intelligence and mental health of people 15 years and older. [Master Thesis]. Payame Noor University, Behshahr Center; 2008.
25. Sayehmiri K, Taghinejad H, Tavan H, Mousavi Moghadam SR, Mohammadi I, Ahmadi Z. Validation study of spiritual health questionnaire from Islamic view. Medical Sciences. 2016; 26(2):109-15.
26. IsaMorad A, Nafar Z, Fatemi FS. Spirtual Health and its Role in Preparation of a Model for Prevention, Intervention and CrisesManagement. Journal of Culture and Health Promotion. 2021;5(1):97-107.
27. Asgari P, Safarzadeh S, Mazaheri MM. The Relationship Between Religious Belief and Hope to Life with Spiritual Well Being. Interculteral Studies Quarterly. 2013;7(18):135-58.
28. Marandi SA, Mesbah M. Spiritual health from the perspective of Islam (concepts, indicators, principles). Tehran: Hoghooghi Publications. First Edition, 2013.
29. Heidarnia MA. Spiritual Health and Pure Life. Research on Religion & Health. 2016;2(2):1-2.
30. Javadi Amoli A. Mafatih al-hayat.Qom: Isra Publishing Center, 2012.
31. MacDonald D.A. Spirituality: Description, measurement and relation to the Five Factor Model of personality. Journal of Personality. 2000; 68(1): 153-97.
32. Isfahani MM. Spritual health and perspectives. Medical Ethics Journal. 2011;4(14):41-9.
33. Bahadori Khosroshahi J, Khanjani Z. The relationship between religious beliefs and psychological well-being with spiritual health of the students. Online Journal of Psychological Knowledge. 2013;1(4):84-93.
34. Hoseyni Karnami SH, Zakavi AA. An Analysis of the Salīm Heart Semantics: An Approach to Spiritual Health in Holly Quran. Journal of Religion and Health. 2019;7(1):49-62.
35. Mohagheghi MA, Azizi F, Einollahi B, Kalantar-Motamedi SMR, Tabei SZ, Shojaeizadeh D, et al. Inspirational Role Models of Islamic Spiritual Health. Journal of Culture and Health Promotion. 2019;3(2):131-8
36. Meshki M. Anthropological Basis of Spiritual

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

[DOI: 10.30491/JSH.1.1.3]

Health from the View of Islamic Philosophy and Theosophy Concordant with Quran Verses. Journal of Culture and Health Promotion. 2019;3(2):179-85.
37. Zimmer L. Qualitative meta-synthesis: A question of dialoguing with texts. Journal of Advanced Nursing. 2006;53(3):311-8.
38. Mobenidekordi A, Keshtkarhafanaki M. Transformation of social innovation models. Social Development & Welfare Planning. 2016;8(26):101-38.
39. Saffari M, Sanaeinasab H, Pakpour AH. How to Do a Systematic Review Regard to Health: A Narrative Review. Journal of Health Education and Health Promotion. 2013;1(1):51-61.
40. Lindgreen A, Palmer R, Vanhamme J. Contemporary marketing practice: theoretical propositions and practical implications. Marketing Intelligence & Planning. 2004;22(6):673-92.
41. Burkhart L, Schmidt L, Hogan N. Development and psychometric testing of the Spiritual Care Inventory instrument. Journal of Advanced Nursing. 2011;67(11):2463-72.
42. Pesut B, Thorne S. From private to public: negotiating professional and personal identities in spiritual care. Journal of Advanced Nursing. 2007; 58(4):396-403.
43. Lim J, Yi J. The effects of religiosity, spirituality, and social support on quality of life: A comparison between Korean American and Korean breast and gynecologic cancer survivors. Oncology Nursing Forum. 2009;36:699-708.
44. Weathers E, Mccarthy G, Coffey A. Concept analysis of spirituality: An evolutionary approach. Nursing Forum. 2015;51(2):79-96.
45. Marzband R, Zakavi AA. Indicators of Spiritual Health Based on Quran Perspective. Journal of Medical Ethics. 2012;6(20):69-99.
46. Nourmohammadi M, Rasti Brojeni F, Mardanpour Sharhekord E. Quran and spiritual solutions to ensure the mental health of human beings. Ketab-E-Qayyem. 2011;1(2):79-98.
47. Bitarafan F, Arfaie F. Spiritual health from the perspective of Quran and Sahifa Sajjadieh. Marifat. 2015;23(10):39-55.
48. Khodadadi Sangdeh J, Ahmadi K, Amoosti F. Identifying effective spiritual factors in healthy of military families: A Qualitative Research. Military Caring Sciences Journal. 2015;2(3):134-42.
49. Khorashadizadeh F, Heydari A, Heshmati Nabavi F, Mazlom S, Ebrahimi M. Concept Analysis of Spiritual Health Based on Islamic Teachings. Iran Journal of Nursing. 2015;28(97):42-55.
50. Janbozorgi M. Spiritual Multidimensional Therapy: Explanation of Psychological Phenomena (Health and Disorder) with Spiritual Constructs of Personality Based on Religious Resources. Clinical Psychology and Personality. 2020;14(2):173-89.
51. Marzband R, Zakavi A. The Principles and Components for Spiritual Health with an Emphasis on Allamah Tabataba'i`s View. Practice of Wisdom. 2018;9(33):129-54.
52. Abolghasemi H, Asadzandi M. Strengthening faith, the main care and strategy to maintain and promote the spiritual health of clients and patients. Journal of Culture and Health Promotion. 2018; 1(1):39-48.
53. Sam Aram E, Hezar Jaribi J, Fadakar MM, Karami MT, Shamsa'i MM. Spiritual health: Framework, scope, and components based on the teachings of Islam. Social Development & Welfare Planing. 2013;14:21-5.
54. Karimi A. Spiritual Health in Religious and Mystical Teachings. Insight and Islamic Education. 2012;9(21):1-20.
55. Vashian AA. Review of spiritual health indicators in the health document. Journal of Culture and Health Promotion. 2018;1(1):83-8.
56. Zakavi A, Marzband R, Jalahi HA. Study of Humanistic Foundations of Spiritual Health in the Qur'an. Qur'anic Knowledge. 2013;4(12):47-60.
57. Asadzandi M. Professors, spiritual characteristics for role-modeling education. Education Strategies in Medical Sciences. 2017;10(1):23-35.
58. Abbaszadeh A, Borhani F, Abbasi M. Spiritual health, a model for use in nursing. Medical Ethics Journal. 2014;8(3):57-76.
59. Foroutan M. Introduction: The key to promoting the spiritual health of society from the perspective of the Supreme Leader. Journal of Culture and Health Promotion. 2019;3(2):126-30.
60. Esmaeili M. Spiritual health from the perspective of western and Islamic scientists. Research on Religion & Health. 2018;4(3):1-6.

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

[DOI: 10.30491/JSH.1.1.3]