

نظام‌مند کردن مولفه‌های سلامت معنوی:

سنتز پژوهی ابعاد فقهی، روان‌شناختی و مدیریتی*

روح اله پورعابدین^۱

فرزانه کلات ملانی^۲

طاهره عربشاهی^۳

چکیده

سلامت معنوی به عنوان یکی از ابعاد چهارگانه سلامت، نقشی محوری در ارتقای کیفیت زندگی و تاب‌آوری روان‌شناختی ایفا می‌کند. با وجود گسترش پژوهش‌ها، نظام‌مند نبودن مولفه‌های آن در تلفیق نگاه فقهی، روان‌شناختی و مدیریتی، مانعی جدی برای کاربری این مفهوم در نظام سلامت است. هدف پژوهش، نظام‌مند کردن مولفه‌های سلامت معنوی بر اساس سنتز پژوهی ابعاد فقهی، روان‌شناختی و مدیریتی است. این مطالعه با رویکرد کیفی و روش فراترکیب انجام شد. جامعه پژوهش شامل مقالات علمی-پژوهشی، کتاب‌ها و گزارش‌های معتبر بود که با جستجوی نظام‌مند در پایگاه‌های نورمگز، مگیران، اس.آی.دی، گوگل اسکولار، پابمد و اسکوپوس، ۶۳ منبع انتخاب و ۳۰ منبع برای کدگذاری نهایی برگزیده شد. داده‌ها با رویکرد هفت مرحله‌ای فراترکیب شامل کدگذاری باز، مقوله‌بندی و ترکیب تفسیری تحلیل شدند. یافته‌ها نشان داد مولفه‌های سلامت معنوی در سه حوزه قابل دسته‌بندی است: حوزه فقهی شامل توکل، حسن ظن به خدا، اخلاص، شکرگزاری، صبر، تقوا، نماز، ذکر، توبه، تفکر، عدالت و اعتقاد به معاد؛ حوزه روان‌شناختی شامل بهزیستی معنوی، تاب‌آوری، امید به زندگی، تنظیم هیجان، خودکنترلی، انگیزش تحصیلی و شغلی، تحمل ناراحتی و هوش معنوی؛ حوزه مدیریتی شامل حکمرانی سلامت معنوی، سیاست‌گذاری پیشگیرانه،

۱. استادیار گروه معارف اسلامی دانشکده علوم انسانی، دانشگاه بزرگمهر، قاین، ایران.

(pourabedin@buqaen.ac.ir)

(arzanekalatmolyi@gmail.com)

۲. دکتری روانشناسی تربیتی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.

(taherearabshahi219@gmail.com)

۳. کارشناس ارشد مدیریت، مجتمع آموزش عالی، گناباد، ایران.



مسئولیت والدین در سلامت روان دیجیتال، الزامات حاکمیت، ادغام در نظام مراقبت و اعتباریابی ابزارهای سنجش. نتیجه‌گیری می‌شود که سلامت معنوی سازه‌ای میان‌رشته‌ای با ریشه‌های الهیاتی، روان‌شناختی و مدیریتی است و نظام‌مند کردن مولفه‌های آن، طراحی مداخلات جامع، تدوین سیاست‌های کارآمد و ارتقای سلامت فردی و اجتماعی را فراهم می‌آورد. پیشنهاد می‌شود این مولفه‌ها در برنامه‌های آموزش سلامت، دستورالعمل‌های بالینی و اسناد بالادستی نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران استفاده شود.

کلیدواژه‌ها: سلامت معنوی، سنتز پژوهی، مدیریت سلامت، فقه سلامت، روان‌شناسی سلامت.

مقدمه

سلامت مفهومی پویا و چندبُعدی است که در کنار ابعاد جسمانی، روانی و اجتماعی، بُعد معنوی نیز به‌عنوان یکی از ارکان اساسی سلامت انسان مورد توجه قرار گرفته است (Dhar و همکاران، ۲۰۱۳: ۳). سازمان بهداشت جهانی در تعریف مشهور خود، سلامت را «حالت رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه صرفاً نبود بیماری یا ناتوانی» معرفی کرده است، اما در چند دهه اخیر، با گسترش رویکردهای معنوی در علوم سلامت، بُعد چهارمی به نام «سلامت معنوی» به این تعریف افزوده شده است (Vader، ۲۰۰۶: ۴۵۷). سلامت معنوی حالتی از داشتن و برخورد داشتن از حس پذیرش، اتصال به قدرتی برتر و طی مسیر در جهت خواست آن قدرت و یکپارچگی در کل وجود بر مبنای مسیر تعیین‌شده از سوی خداوند تعریف می‌شود (صف‌آرا و همکاران، ۱۴۰۱: ۱۳۳). این بُعد از سلامت، به گونه‌ای است که با رسیدن به کمال آن، دیگر ابعاد سلامت نیز مسیر رشد و کمال را طی خواهند کرد (همان: ۱۳۴).

اهمیت سلامت معنوی در نظام‌های سلامت جهانی روزبه‌روز در حال افزایش است. سازمان بهداشت جهانی در گزارش‌های متعدد، بر نقش معنویت در ارتقای سلامت عمومی، کاهش نابرابری‌های سلامت و بهبود کیفیت زندگی افراد تأکید کرده است (Dhar و همکاران، ۲۰۱۳: ۴). در ایران نیز با توجه به ماهیت اسلامی شیعی جامعه و تأکید بر آموزه‌های دینی در قانون اساسی و اسناد بالادستی، سلامت معنوی به‌عنوان یکی از اولویت‌های نظام سلامت مطرح شده است (مروندی و عزیزی، ۱۳۸۹: ۱۲). با این حال، علی‌رغم گسترش پژوهش‌ها در این حوزه،



همچنان در تعریف، مولفه‌ها، شاخص‌ها و نحوه اندازه‌گیری آن در جوامع اسلامی -ایرانی، هم‌افزایی و نظام‌مندی کافی وجود ندارد (عباسی و همکاران، ۱۳۹۱: ۱۳؛ ابوالقاسمی، ۱۳۹۱: ۴۶). از یک سو، رویکردهای غربی به سلامت معنوی عمدتاً بر تجارب درونی، خودشکوفایی، معناگرایی فردی و ارتباط با امر متعال بدون وابستگی به دین خاصی تاکید دارند (Fisher، ۲۰۱۱: ۱۸؛ Weathers و همکاران، ۲۰۱۵: ۸۱) و از سوی دیگر، رویکرد اسلامی-قرآنی بر ارتباط با خداوند، التزام به تکالیف شرعی، عبودیت و حیات طیبه مبتنی بر آموزه‌های وحیانی تاکید می‌گذارد (سام‌آرام و همکاران، ۱۳۹۲: ۲۲؛ مختاری و همکاران، ۱۴۰۴: ۱۵۵). این شکاف پارادایمی، لزوم نظام‌مند کردن مولفه‌های سلامت معنوی بر اساس منابع اسلامی و در عین حال توجه به یافته‌های روان‌شناختی معاصر و الزامات مدیریتی و سیاست‌گذاری را دوچندان می‌سازد (مرزبند و زکوی، ۱۳۹۱: ۷۱؛ عباسی و همکاران، ۱۳۹۱: ۱۲).

پژوهش‌های پیشین در حوزه سلامت معنوی عمدتاً به بررسی رابطه سلامت معنوی با سلامت عمومی، سلامت روان، کیفیت زندگی، پیشرفت بیماری و عملکرد اجتماعی پرداخته‌اند (صف‌آرا و همکاران، ۱۴۰۱: ۱۳۸؛ پردل و حجازی‌پور، ۱۴۰۴: ۱۶؛ جلیلی و همکاران، ۱۴۰۴: ۷۸۱؛ عباسی و همکاران، ۱۴۰۱: ۷۳؛ Khadem و همکاران، ۲۰۱۶: ۳۵؛ Nelms و همکاران، ۲۰۰۷: ۲۵۱) و برخی نیز به مولفه‌های سلامت معنوی از منظر اسلام و آموزه‌های دینی اشاره کرده‌اند (سام‌آرام و همکاران، ۱۳۹۲: ۲۴؛ مرزبند و زکوی، ۱۳۹۱: ۷۲؛ ابوالقاسمی، ۱۳۹۱: ۴۸؛ تلخابی و همکاران، ۱۴۰۴: ۱۲۴؛ اندروافر و کیانی مقدم، ۱۴۰۴: ۹۳). همچنین مطالعاتی به نقش سلامت معنوی در تاب‌آوری، انگیزش تحصیلی، تنظیم هیجان و سایر سازه‌های روان‌شناختی (جلیلی و همکاران، ۱۴۰۴: ۷۸۳؛ نعیمی و همکاران، ۱۴۰۴: ۵۰؛ باقری اول طاهری و همکاران، ۱۴۰۵: ۱۰۸؛ بهروزفر و آل بهبهانی، ۱۴۰۴: ۳۰؛ Imron و همکاران، ۲۰۲۳: ۳۱۸؛ Ahmed و همکاران، ۲۰۲۰: ۳۲۵) و نیز ابعاد مدیریتی و سیاست‌گذاری سلامت معنوی پرداخته‌اند (خالقی و کمالی، ۱۴۰۴: ۱۰۶؛ رکابدار و خسروی، ۱۴۰۴: ۱۳۴؛ حسنی و همکاران، ۱۴۰۴: ۱۴۰؛ صف‌آرا و سدیدپور، ۱۴۰۴: ۵۳؛ Zhou و همکاران، ۲۰۲۲: ۳۳۰). با این حال، هیچ یک از پژوهش‌های پیشین به گونه‌ای نظام‌مند به تلفیق سه حوزه فقه، روان‌شناسی و مدیریت در قالب یک چارچوب مفهومی واحد نپرداخته‌اند و این خلأ پژوهشی، ضرورت انجام سنتزپژوهی حاضر را توجیه می‌کند (Zimmer، ۲۰۰۶: ۳۱۲؛ صف‌آرا و سدیدپور، ۱۴۰۴: ۵۲). بدین ترتیب، پرسش اصلی پژوهش



عبارت است از اینکه مولفه‌های اصلی سلامت معنوی در سه حوزه فقه، روان‌شناسی و مدیریت کدام‌اند و چگونه می‌توان آنها را در یک چارچوب نظام‌مند سنتز کرد؟ بر اساس این سؤال اصلی، سؤالات فرعی پژوهش عبارت‌اند از: مولفه‌های فقهی سلامت معنوی از منظر منابع اسلامی و آموزه‌های وحیانی کدام‌اند؟ سازه‌ها و مولفه‌های روان‌شناختی مرتبط با سلامت معنوی بر اساس نظریه‌ها و یافته‌های علمی کدام‌اند؟ الزامات، راهکارها و چارچوب‌های مدیریتی برای نهادهای سازای سلامت معنوی در نظام سلامت کدام‌اند؟

۱. پیشینه پژوهش

۱-۱. مطالعات ایران

در پژوهش‌های داخلی، سلامت معنوی از ابعاد گوناگون مورد توجه قرار گرفته است. صف‌آرا و همکاران (۱۴۰۱) در مطالعه‌ای جامع، به بازشناسی مولفه‌های اثرگذار سلامت معنوی بر سلامت انسان پرداخته و نشان داده‌اند که بیشتر تحقیقات به تاثیر یا رابطه سلامت معنوی با سلامت عمومی، سلامت روان، کیفیت زندگی و بهبود عملکرد اجتماعی معطوف بوده است. سام‌آرام و همکاران (۱۳۹۲) با رویکردی اسلامی، مولفه‌های سلامت معنوی را در قالب چارچوبی مبتنی بر آموزه‌های اسلام استخراج کرده و بر نقش توکل، صبر، تقوا، نماز و ذکر در ارتقای سلامت معنوی تاکید نموده‌اند. عباسی و همکاران (۱۳۹۱) نیز به تعریف مفهومی و عملیاتی‌سازی سلامت معنوی پرداخته و بر لزوم تدوین ابزارهای سنجش بومی تاکید کرده‌اند. در حوزه روان‌شناختی، جلیلی و همکاران (۱۴۰۴) نشان دادند که سلامت معنوی و تاب‌آوری، پیش‌بینی‌کننده انگیزش تحصیلی دانشجویان هستند و نعمی و همکاران (۱۴۰۴) نیز مدلی برای سلامت معنوی بر اساس جهت‌گیری مذهبی و امید به زندگی ارائه داده‌اند. در حوزه مدیریت و سیاست‌گذاری، خالقی و کمالی (۱۴۰۴) الزامات حاکمیت در تأمین سلامت معنوی را بررسی کرده و رکابدار و خسروی (۱۴۰۴) به تحلیل سیاست‌های پیشگیرانه در حوزه سلامت روان دیجیتال پرداخته‌اند.

۲-۱. مطالعات بین‌المللی

در سطح بین‌المللی، سلامت معنوی به‌عنوان بعد چهارم سلامت معرفی شده و پژوهش‌های متعددی به آن پرداخته‌اند. Dhar و همکاران (۲۰۱۳) با تاکید بر دیدگاه سازمان بهداشت جهانی، سلامت معنوی را از منظر سلامت عمومی بررسی



کرده‌اند. Fisher (۲۰۱۱) با ارائه مدل چهارحوزه‌ای، سلامت معنوی را در ارتباط با خدا، خود، دیگران و طبیعت تعریف کرده است. در حوزه روان‌شناسی، Connor و Davidson (۲۰۰۳) مقیاس تاب‌آوری را معرفی کرده و Paloutzian و Ellison (۱۹۹۱) پرسشنامه بهزیستی معنوی را توسعه داده‌اند. Imron و همکاران (۲۰۲۳) تاثیر معنویت را بر درگیری تحصیلی از طریق انگیزش پیشرفت و تاب‌آوری بررسی کرده و Ahmed و همکاران (۲۰۲۰) چارچوبی مفهومی برای معنویت اسلامی، تاب‌آوری و انگیزش پیشرفت ارائه داده‌اند. همچنین Zhou و همکاران (۲۰۲۲) به بررسی چارچوب‌های حقوقی حکمرانی دیجیتال و سلامت روان کودکان پرداخته‌اند. در حوزه روش‌شناسی، Zimmer (۲۰۰۶) به تبیین فراترکیب به‌عنوان روشی برای ترکیب یافته‌های کیفی پرداخته است.

۱-۳. نوآوری پژوهش

با وجود پژوهش‌های گسترده در حوزه سلامت معنوی، خلأ اصلی در فقدان سنتزی نظام‌مند از مولفه‌های سلامت معنوی در تلفیق سه حوزه فقه، روان‌شناسی و مدیریت احساس می‌شود. هیچ یک از پژوهش‌های پیشین به‌گونه‌ای جامع به ترکیب این سه حوزه در قالب یک چارچوب مفهومی واحد نپرداخته‌اند. نوآوری پژوهش حاضر در آن است که با بهره‌گیری از روش فراترکیب و با مرور ۶۳ منبع معتبر، برای نخستین بار به نظام‌مند کردن مولفه‌های سلامت معنوی در سه حوزه فقهی (مبتنی بر آموزه‌های وحیانی)، روان‌شناختی (بر اساس نظریه‌ها و یافته‌های علمی) و مدیریتی (با رویکرد سیاست‌گذاری و حکمرانی) می‌پردازد و چارچوبی سه‌لایه ارائه می‌دهد که می‌تواند در سیاست‌گذاری سلامت، مداخلات بالینی و برنامه‌های آموزشی مورد استفاده قرار گیرد.

۲. روش شناسی

پژوهش حاضر از نوع سنتزپژوهی (فراترکیب) با رویکرد کیفی است. فراترکیب یکی از روش‌های معتبر مرور نظام‌مند و ترکیب یافته‌های کیفی است که به پژوهشگر امکان می‌دهد تا با بررسی و تفسیر عمیق مطالعات پیشین، به مفاهیم، مدل‌ها و چارچوب‌های جدیدی دست یابد (Zimmer, ۲۰۰۶: ۳۱۲). این روش به‌ویژه برای موضوعات میان‌رشته‌ای که با پراکندگی دانش مواجه هستند، بسیار مناسب است (صف‌آرا و سدیدپور، ۱۴۰۴: ۵۲).



۱-۲. جامعه و نمونه پژوهش

جامعه پژوهش شامل تمامی مقالات علمی-پژوهشی، کتاب‌ها، گزارش‌های نهادی و اسناد معتبر داخلی و بین‌المللی بود که در بازه زمانی ۱۹۸۵ تا ۲۰۲۵ به موضوع سلامت معنوی یا مفاهیم مرتبط با آن پرداخته بودند. با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند و با معیارهای ورود شامل: ۱. ارتباط مستقیم با موضوع سلامت معنوی یا مولفه‌های مرتبط، ۲. انتشار در مجلات معتبر علمی-پژوهشی یا توسط ناشران معتبر، ۳. دسترسی به متن کامل، ۴. قابلیت استخراج مفاهیم و کدهای مرتبط، ۵. پوشش حداقل یکی از سه حوزه فقه، روان‌شناسی یا مدیریت، در مجموع ۶۳ منبع به‌عنوان جامعه نهایی انتخاب شد. از میان این ۶۳ منبع، ۳۰ منبع که بیشترین عمق تحلیلی، بالاترین هم‌پوشانی مفهومی با سه حوزه و قابلیت بیشتر برای کدگذاری عمیق را داشتند، برای تحلیل نهایی برگزیده شدند.

۲-۲. روش جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها

جستجوی نظام‌مند با استفاده از کلیدواژه‌های «سلامت معنوی»، «معنویت»، «فقه سلامت»، «روان‌شناسی سلامت»، «مدیریت سلامت»، «حکمرانی سلامت»، «تاب‌آوری معنوی»، «بهبودی معنوی»، «انگیزش تحصیلی»، «تنظیم هیجان»، «اسلام و سلامت» و ترکیب‌های آنها در پایگاه‌های نورمگز، مگیران، اس.آی.دی، گوگل اسکولار، پابمد و اسکوپوس انجام شد. داده‌ها با رویکرد هفت مرحله‌ای فراترکیب سندلوسکی و باروسو (۲۰۰۷) که شامل مراحل: ۱. تنظیم سؤال پژوهش، ۲. جستجوی نظام‌مند، ۳. غربالگری و انتخاب مقالات، ۴. استخراج داده‌ها، ۵. تحلیل و ترکیب یافته‌ها، ۶. کنترل کیفیت، ۷. ارائه یافته‌ها است، تحلیل شدند.

۳-۲. اعتبار و پایایی

برای افزایش اعتبار و پایایی یافته‌ها، از روش‌های سه‌سوسازی منابع (استفاده از منابع متعدد در هر حوزه)، بررسی همکاران (ارسال خلاصه یافته‌ها به دو متخصص برای تایید) و بازبینی مستمر توسط پژوهشگر استفاده شد.

۴-۲. روش کدگذاری و تحلیل

در مرحله کدگذاری باز، تمامی مفاهیم، گزاره‌ها و مولفه‌های مرتبط با سلامت معنوی از منابع انتخاب‌شده استخراج شدند. در مرحله بعد، کدهای مشابه در قالب مقوله‌های فرعی دسته‌بندی شدند. سپس مقوله‌های فرعی در قالب مقوله‌های اصلی



(بر اساس سه حوزه فقه، روان‌شناسی و مدیریت) سازماندهی شدند. در نهایت، با استفاده از روش ترکیب تفسیری، روابط بین مقوله‌ها شناسایی و چارچوب نظام‌مند نهایی ارائه شد. جدول کدگذاری کامل در بخش یافته‌ها ارائه شده است.

۳. یافته‌ها و مفهوم شناسی

یافته‌های حاصل از کدگذاری و تحلیل ۳۰ منبع منتخب، به استخراج ۷۲ کد باز، ۲۴ مقوله فرعی و ۱۲ مقوله اصلی در سه حوزه فقهی، روان‌شناختی و مدیریتی منجر شد. در ادامه، ابتدا جدول کدگذاری کامل ارائه می‌شود و سپس هر حوزه به تفصیل تبیین می‌گردد.

۳-۱. جدول فرآیند کدگذاری و سنتز مولفه‌های سلامت معنوی

جدول ۱. فرآیند کدگذاری و سنتز مولفه‌های سلامت معنوی

حوزه	مقوله اصلی	مقوله فرعی	کدهای باز (مولفه‌ها)	منابع کلیدی
فقهی	۱- باورهای توحیدی و عبودیتی	۱-۱- توکل و اعتماد به خدا	توکل، حسن ظن به خدا، تسلیم در برابر اراده الهی، رضا به قضای الهی	سام‌آرام و همکاران (۱۳۹۲)، مرزبند و زکوی (۱۳۹۱)، ابوالقاسمی (۱۳۹۱)، مختاری و همکاران (۱۴۰۴)
		۱-۲- ایمان و اخلاص	ایمان به خدا، اخلاص در نیت، انگیزه الهی، توجه به رضایت الهی	سام‌آرام و همکاران (۱۳۹۲)، تلخایی و همکاران (۱۴۰۴)، احمدوند و علی‌اکبری (۱۴۰۴)
	۲- مناسک عبادی و اعمال صالح	۲-۱- نماز و ذکر	اقامه نماز، ذکر خدا، دعا و نیایش، تلاوت قرآن، نماز در خانه	سام‌آرام و همکاران (۱۳۹۲)، مرزبند و زکوی (۱۳۹۱)، جوادی آملی (۱۳۹۱)
		۲-۲- توبه و تفکر	توبه و استغفار، تفکر و تعقل در آیات الهی، شناخت نفس، محاسبه نفس	سام‌آرام و همکاران (۱۳۹۲)، ابوالقاسمی (۱۳۹۱)، اندروافر و کیانی مقدم (۱۴۰۴)
	۳- اخلاق فردی و اجتماعی	۳-۱- فضایل اخلاقی	شکرگزاری، صبر، تقوا، عدالت، تواضع و فروتنی، راستگویی، امانت‌داری	سام‌آرام و همکاران (۱۳۹۲)، تلخایی و همکاران (۱۴۰۴)، احمدوند و علی‌اکبری (۱۴۰۴)
		۳-۲- اخلاق توحیدی	خدابینی، خداخواهی، خداترسی، اخلاص در عمل، مسئولیت‌پذیری اخلاقی	تلخایی و همکاران (۱۴۰۴)، مرزبند و زکوی (۱۳۹۱)، جوادی آملی (۱۳۹۱)
	۴- معاداندیشی و آخرت‌گرایی	۴-۱- اعتقاد به معاد	باور به زندگی پس از مرگ، آخرت‌گرایی، یادآوری مرگ،	احمدوند و علی‌اکبری (۱۴۰۴)، ابوالقاسمی (۱۳۹۱)، مختاری و همکاران (۱۴۰۴)



		هنجاری سازی آخرت گرایی در خانواده		
۵- خانواده و سلامت معنوی	۵-۱- انسجام خانواده	انسجام درونی خانواده، روابط معنوی زوجین، سلامت معنوی زوجین قبل از ازدواج	خدیوی و همکاران (۱۴۰۵)، احمدوند و علی اکبری (۱۴۰۴)، اندروافر و کیانی مقدم (۱۴۰۴)	
	۵-۲- تربیت معنوی فرزندان	آموزش مفاهیم معنوی، ترویج ولایت پذیری، سرعت عمل در خوبی ها، تلاوت قرآن در خانه	احمدوند و علی اکبری (۱۴۰۴)، جوادی آملی (۱۳۹۱)، سام آرام و همکاران (۱۳۹۲)	
۶- بهزیستی معنوی و روانی	۶-۱- بهزیستی معنوی	حس معنا در زندگی، ارتباط با خدا، رضایت از زندگی، شادکامی، آرامش درونی	جلیلی و همکاران (۱۴۰۴)، دهشیری و همکاران (۱۳۹۲)، نعیمی و همکاران (۱۴۰۴) Ellison و Paloutzian (۱۹۹۱)	
	۶-۲- سلامت روان	کاهش اضطراب و افسردگی، کاهش استرس، احساس انسجام روانی، سلامت روان عمومی	عباسی و همکاران (۱۴۰۱)، صفایی راد و دیگران (۱۳۸۹)، Khadem و همکاران (۲۰۱۶)، Nelms و همکاران (۲۰۰۷)	
روان شناختی	۷-۱- تاب آوری روان شناختی	تاب آوری در برابر چالش ها، سازگاری تحصیلی، تحمل نارضایتی، مقابله با استرس	جلیلی و همکاران (۱۴۰۴)، قاسمی و میری (۱۴۰۲)، Davidson و Connor (۲۰۰۳)، Duan و همکاران (۲۰۲۴)	۷- تاب آوری و سازگاری
	۷-۲- تاب آوری تحصیلی	انگیزش تحصیلی، موفقیت تحصیلی، اخلاق تحصیلی، خودکارآمدی تحصیلی	جلیلی و همکاران (۱۴۰۴)، قاسمی و میری (۱۴۰۲)، Shengyao و همکاران (۲۰۲۴)، Ye و همکاران (۲۰۲۴)	
	۸-۱- تنظیم هیجان	نظم جویی هیجانی، کنترل هیجانات منفی، مدیریت خشم، تحمل ناراحتی	نعیمی و همکاران (۱۴۰۴)، باقری اول طاهری و همکاران (۱۴۰۵)، بهروزفر و آل بهبهانی (۱۴۰۴)	۸- تنظیم هیجان و خودکنترلی



	۸-۲ خودکنترلی	خودتنظیمی رفتاری، خودمهارگری، کنترل تکانه، انضباط شخصی	بهروزفر و آل بهبهانی (۱۴۰۴)، عباسی و همکاران (۱۴۰۱)، محمودی و همکاران (۱۴۰۰)
	۹-۱ انگیزش تحصیلی و شغلی	انگیزش پیشرفت، انگیزش درونی و بیرونی، خودمختاری، هدف‌گرایی	جلیلی و همکاران (۱۴۰۴)، محمودی و همکاران (۱۴۰۰)، Abdolreza pour و همکاران (۲۰۲۳)، Vallerand و همکاران (۱۹۸۹)
	۹-۲ امید و جهت‌گیری مذهبی	امید به زندگی، جهت‌گیری مذهبی، خوش‌بینی، معناداری زندگی	نعمی و همکاران (۱۴۰۴)، Aniani (۲۰۲۱)، David و همکاران (۲۰۲۲)
	۱۰-۱ هوش معنوی	خودآگاهی معنوی، آگاهی از طرح‌واره‌ها، ذهن‌آگاهی، پذیرش	Imron و همکاران (۲۰۲۳)، Ahmed و همکاران (۲۰۲۰)، Badrudin و همکاران (۲۰۲۱)
	۱۰-۲ هوش خودشناسی	شناخت نفس، آگاهی از هیجانات، خودبازتابی، رشد شخصی	سام‌آرام و همکاران (۱۳۹۲)، عباسی و همکاران (۱۳۹۱)
	۱۱-۱ سیاست‌گذاری کلان	تدوین سیاست‌های مبتنی بر آموزه‌های دینی، الزامات حاکمیت، استاد بالادستی	خالقی و کمالی (۱۴۰۴)، مرتدی و عزیزی (۱۳۸۹)، Zhou و همکاران (۲۰۲۲)
مدیریتی	۱۱-۲ سیاست‌گذاری ساختارهای نهادی	ایجاد نهادهای متولی سلامت معنوی، تقسیم کار ملی، هماهنگی بین‌بخشی	خالقی و کمالی (۱۴۰۴)، Dhar و همکاران (۲۰۱۳) Research Institute of Cyberspace (۲۰۲۳)
	۱۲-۱ ادغام در نظام سلامت	ادغام سلامت معنوی در نظام مراقبت، مراقبت معنوی در بالین، پرستاری سلامت معنوی	Chiang و همکاران (۲۰۱۶)، عباسی و همکاران (۱۳۹۱)، Dhar و همکاران (۲۰۱۳)، Hartz (۲۰۰۵)
	۱۲ نهادینه‌سازی در نظام مراقبت سلامت		



۱۲-۲ - دستورالعمل‌های بالیبی	تدوین پروتکل‌های مراقبت معنوی، مداخلات معنوی استاندارد، آموزش کادر درمان	حسینی و همکاران (۱۴۰۴)، Chiang و همکاران (۲۰۲۱)، Stelcer و همکاران (۲۰۲۳)
۱۳-۱-آموزش سلامت معنوی	برنامه‌های درسی مبتنی بر معنویت، آموزش مواد معنوی، توانمندسازی اساتید	حسینی و همکاران (۱۴۰۴) Amiri و همکاران (۲۰۱۴) Robinson (۲۰۲۲)
۱۳-۲-مشاوره معنوی	مشاوره فردی و گروهی، مداخلات معنوی، مراقبه، تمرینات معنوی	پردل و حجازی‌پور (۱۴۰۴)، باقری اول طاهری و همکاران (۱۴۰۵) Peacock و همکاران (۲۰۲۴)
۱۴-۱- سیاست‌های فضای مجازی	تنظیم‌گری هوشمندانه، مسئولیت والدین، حفاظت از کودکان، سواد رسانه‌ای	رکابدار و خسروی (۱۴۰۴)، صف‌آرا و سدیدیور (۱۴۰۴)، Bernard Levine (۲۰۲۲)
۱۴-۲-سلامت روان دیجیتال	سلامت روان در فضای مجازی، مدیریت مصرف رسانه، محتوای معنوی آنلاین	رکابدار و خسروی (۱۴۰۴)، صف‌آرا و سدیدیور (۱۴۰۴) Zhou و همکاران (۲۰۲۲)
۱۵-۱-ابزارهای سنجش	پرسشنامه بهزیستی معنوی (SWBS)، مقیاس تاب‌آوری (CD-RISC)، پرسشنامه سلامت معنوی ایرانی	دهشیری و همکاران (۱۳۹۲)، Amiri و همکاران (۲۰۱۴)، Ellison و Paloutzian (۱۹۹۱)، Connor و Davidson (۲۰۰۳)
۱۵-۲-ارزشیابی و نظارت	نظارت مستمر، ارزشیابی اثربخشی مداخلات، شاخص‌های سلامت معنوی	خالقی و کمالی (۱۴۰۴)، خدیوی و همکاران (۱۴۰۵)، Vader (۲۰۰۶)

۳-۲. مولفه‌های فقهی سلامت معنوی

یافته‌های کدگذاری در حوزه فقهی نشان داد که سلامت معنوی از منظر منابع اسلامی، دارای پنج مقوله اصلی است: باورهای توحیدی و عبودیتی، مناسک عبادی و اعمال صالح، اخلاق فردی و اجتماعی، معاداندیشی و آخرت‌گرایی، و خانواده و سلامت معنوی.

۳-۲-۱. باورهای توحیدی و عبودیتی

مقوله‌ی «باورهای توحیدی و عبودیتی»، شامل مولفه‌هایی چون توکل و حسن ظن به خدا، تسلیم در برابر اراده الهی، ایمان به خدا و اخلاص در نیت است. سام آرام و همکاران (۱۳۹۲: ۲۴) بر این نکته تاکید دارند که توکل و حسن ظن به خدا، اصلی‌ترین مولفه شناختی سلامت معنوی در خانواده است که به‌عنوان یک باور کلان، در همه ابعاد زندگی اثر می‌گذارد. مرزبند و زکوی (۱۳۹۱: ۷۵) نیز با اشاره به آیات قرآن، ایمان و توجه به رضایت الهی را از ارکان اساسی سلامت معنوی برمی‌شمرند. مختاری و همکاران (۱۴۰۴: ۱۵۸) نیز با بررسی تطبیقی رویکرد اسلام و غرب، نشان داده‌اند که در رویکرد اسلامی، توحید به‌عنوان محور اصلی سلامت معنوی، تفاوت بنیادین با رویکردهای سکولار دارد.

۳-۲-۲. مناسک عبادی و اعمال صالح

مقوله‌ی «مناسک عبادی و اعمال صالح»، شامل اقامه نماز، ذکر خدا، دعا و نیایش، تلاوت قرآن، توبه و تفکر است. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که نماز و ذکر خدا به‌عنوان «مایه آرامش دلها» (رعد/۲۸)، نقش مستقیمی در کاهش اضطراب و افزایش سلامت معنوی ایفا می‌کنند (سام آرام و همکاران، ۱۳۹۲: ۲۵؛ جوادی آملی، ۱۳۹۱: ۱۱۲). احمدوند و علی اکبری (۱۴۰۴: ۴) نیز بر اقامه نماز در خانه و تلاوت قرآن در خانواده به‌عنوان شاخص‌های کلیدی سلامت معنوی خانواده تاکید دارند. اندروافر و کیانی مقدم (۱۴۰۴: ۹۵) نیز «ارتباط مستمر با خدا از طریق دعا و نیایش» را یکی از راه‌های دستیابی به سلامت معنوی از منظر منابع اسلامی برشمرده‌اند.

۳-۲-۳. اخلاق فردی و اجتماعی

مقوله‌ی «اخلاق فردی و اجتماعی»، شامل فضایل اخلاقی مانند شکرگزاری، صبر، تقوا، عدالت، تواضع، راستگویی و امانت‌داری است. تلخابی و همکاران (۱۴۰۴: ۱۲۸) با بررسی جایگاه اخلاق توحیدی در سلامت معنوی از منظر آموزه‌های علوی، نشان داده‌اند که اخلاق توحیدی با محوریت خدابینی، خداخواهی و خداترسی، نقش تعیین‌کننده‌ای در سلامت جسم و روان ایفا می‌کند. سام آرام و همکاران (۱۳۹۲: ۲۶) نیز صبر و تقوا را از مولفه‌های بنیادین سلامت معنوی برشمرده‌اند. ابوالقاسمی (۱۳۹۱: ۵۰) نیز با مفهوم‌شناسی سلامت معنوی، بر نقش فضایل اخلاقی در گستره سلامت معنوی تاکید دارد.



۳-۲-۴. معاداندیشی و آخرت‌گرایی

مقوله‌ی «معاداندیشی و آخرت‌گرایی»، شامل باور به زندگی پس از مرگ، آخرت‌گرایی، یادآوری مرگ و هنجاری‌سازی آخرت‌گرایی در خانواده است. احمدوند و علی‌اکبری (۱۴۰۴: ۵) بر این نکته تأکید دارند که آخرت‌گرایی، آستانه تحمل و صبر را در برابر رفتارهای اعضای خانواده افزایش می‌دهد و به تثبیت سلامت معنوی در خانواده کمک می‌کند. ابوالقاسمی (۱۳۹۱: ۵۲) نیز اعتقاد به معاد را یکی از ارکان اصلی سلامت معنوی در نگرش دینی معرفی کرده است. مختاری و همکاران (۱۴۰۴: ۱۶۰) نیز با بررسی وجوه اختلاف رویکرد اسلامی و غربی، نشان داده‌اند که در رویکرد اسلامی، آخرت‌گرایی نه تنها یک باور، بلکه یک جهت‌دهنده اساسی به سبک زندگی و سلامت معنوی است.

۳-۲-۵. خانواده و سلامت معنوی

مقوله‌ی «خانواده و سلامت معنوی»، شامل انسجام درونی خانواده، روابط معنوی زوجین، سلامت معنوی زوجین قبل از ازدواج، و تربیت معنوی فرزندان است. خدیوی و همکاران (۱۴۰۵: ۱۶۶) با واکاوی مبانی نظری سلامت معنوی زوجین قبل از ازدواج از دیدگاه فقه امامیه، نشان داده‌اند که رعایت احکام شرعی در فرایند خواستگاری و انتخاب همسر، نقش بسزایی در تأمین سلامت معنوی آنان دارد. احمدوند و علی‌اکبری (۱۴۰۴: ۵) نیز بر نقش خانواده در انتقال آموزه‌های معنوی، ترویج ولایت‌پذیری و تلاوت قرآن در خانه تأکید دارند. اندروافر و کیانی مقدم (۱۴۰۴: ۹۶) نیز «تأسی به سیره معصومان» را به‌عنوان یکی از راه‌های دستیابی به سلامت معنوی در خانواده معرفی کرده‌اند.

۳-۳. مولفه‌های روان‌شناختی سلامت معنوی

یافته‌های کدگذاری در حوزه روان‌شناختی نشان داد که سلامت معنوی با پنج مقوله اصلی گره خورده است: بهزیستی معنوی و روانی، تاب‌آوری و سازگاری، تنظیم هیجان و خودکنترلی، انگیزش و امید به زندگی، و هوش معنوی و خودآگاهی.

۳-۳-۱. بهزیستی معنوی و روانی

مقوله «بهزیستی معنوی و روانی»، شامل حس معنا در زندگی، ارتباط با خدا، رضایت از زندگی، شادکامی، آرامش درونی و سلامت روان عمومی است. جلیلی



و همکاران (۱۴۰۴: ۷۸۴) نشان دادند که سلامت معنوی، ۳۴/۱ درصد از واریانس انگیزش تحصیلی را تبیین می‌کند که این خود گواهی بر تاثیر عمیق بهزیستی معنوی بر عملکرد روان‌شناختی است. دهشیری و همکاران (۱۳۹۲: ۸۵) با ساخت و اعتباریابی پرسشنامه بهزیستی معنوی، نشان دادند که این سازه با سلامت روان و رضایت از زندگی رابطه مثبت و معناداری دارد. Khadem و همکاران (۲۰۱۶: ۳۵) نیز در مطالعه‌ای بر روی دانشجویان، رابطه مثبت و معناداری بین سلامت معنوی و سلامت روان گزارش کردند. Nelms و همکاران (۲۰۰۷: ۲۵۱) نیز نشان دادند که معنویت و سلامت معنوی، نقش محافظتی در برابر اختلالات روانی دانشجویان ایفا می‌کند.

۳-۳-۲. تاب‌آوری و سازگاری

مقوله «تاب‌آوری و سازگاری»، شامل تاب‌آوری روان‌شناختی، تاب‌آوری تحصیلی، سازگاری با چالش‌ها و تحمل نارضایتی است. جلیلی و همکاران (۱۴۰۴: ۷۸۵) نشان دادند که تاب‌آوری روان‌شناختی، ۳۶/۶ درصد از واریانس انگیزش تحصیلی را تبیین می‌کند و نقش مهمی در افزایش انگیزش تحصیلی دانشجویان ایفا می‌کند. قاسمی و میری (۱۴۰۲: ۶) نیز نشان دادند که تاب‌آوری تحصیلی و اخلاق تحصیلی، پیش‌بینی‌کننده موفقیت تحصیلی دانشجویان هستند. Davidson و Connor (۲۰۰۳) با معرفی مقیاس تاب‌آوری (CD-RISC)، ابزاری استاندارد برای سنجش این سازه فراهم کرده‌اند. Duan و همکاران (۲۰۲۴: ۱۸۰) نیز در مطالعه‌ای با مدل‌سازی معادلات ساختاری، نقش تاب‌آوری تحصیلی را در یادگیری زبان تایید کردند. Ye و همکاران (۲۰۲۴: ۶) نیز در مرور نظام‌مند خود، تاب‌آوری را به‌عنوان یک عامل محافظتی کلیدی در موفقیت تحصیلی شناسایی کردند.

۳-۳-۳. تنظیم هیجان و خودکنترلی

مقوله «تنظیم هیجان و خودکنترلی»، شامل نظم‌جویی هیجانی، کنترل هیجانات منفی، مدیریت خشم، تحمل ناراحتی و خودتنظیمی رفتاری است. نعیمی و همکاران (۱۴۰۴: ۵۲) در مدلیابی سلامت معنوی، نقش میانجی‌گری «تحمل ناراحتی» و «نظم‌جویی هیجانی» را در رابطه بین جهت‌گیری مذهبی و سلامت معنوی تایید کردند. باقری اول طاهری و همکاران (۱۴۰۵: ۱۱۰) نشان دادند که آموزش گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) می‌تواند به‌طور معناداری تنظیم هیجان و سلامت معنوی-اجتماعی را در زنان بزه‌کار بهبود بخشد. بهروزفر



و آل بهبهانی (۱۴۰۴: ۳۳) نیز نشان دادند که خودکنترلی، همراه با سلامت معنوی، پیش‌بینی‌کننده قوی برای تحمل درد در بیماران سرطانی است.

۳-۳-۴. انگیزش و امید به زندگی

مقوله‌ی «انگیزش و امید به زندگی»، شامل انگیزش پیشرفت، انگیزش تحصیلی و شغلی، امید به زندگی، جهت‌گیری مذهبی و خوش‌بینی است. جلیلی و همکاران (۱۴۰۴: ۷۸۳) نشان دادند که سلامت معنوی و تاب‌آوری، به‌طور هم‌زمان نقش تعیین‌کننده‌ای در انگیزش تحصیلی دانشجویان دارند. محمودی و همکاران (۱۴۰۰: ۱۷۲) نیز نشان دادند که جهت‌گیری اخلاقی و معنویت، با انگیزش پیشرفت در کارکنان رابطه مثبت و معناداری دارد. Abdolrezapour و همکاران (۲۰۲۳: e0285984) نشان دادند که خودکارآمدی و تاب‌آوری، پیش‌بینی‌کننده انگیزش تحصیلی در آموزش آنلاین هستند. Imron و همکاران (۲۰۲۳: ۳۲۰) نیز با ارائه مدلی، نشان دادند که معنویت از طریق انگیزش پیشرفت و تاب‌آوری، بر درگیری تحصیلی تاثیر می‌گذارد. Ariani (۲۰۲۱: ۵۸) نیز نشان داد که دینداری و معنویت، نقش مهمی در انگیزش و بهبود عملکرد دانشجویان در آندونزی ایفا می‌کنند.

۳-۳-۵. هوش معنوی و خودآگاهی

مقوله‌ی «هوش معنوی و خودآگاهی»، شامل خودآگاهی معنوی، آگاهی از طرح‌واره‌ها، ذهن‌آگاهی، پذیرش، شناخت نفس و خودبازتابی است. Ahmed و همکاران (۲۰۲۰: ۳۲۸) با ارائه چارچوبی مفهومی برای دانشجویان پناهنده یمنی، نشان دادند که معنویت اسلامی، تاب‌آوری و انگیزش پیشرفت، سه سازه به‌هم پیوسته هستند. Badrudin و همکاران (۲۰۲۱: ۹۲) نیز نشان دادند که هوش معنوی، تاثیر مستقیمی بر سلامت معنوی در دوران همه‌گیری کووید-۱۹ دارد. سام‌آرام و همکاران (۱۳۹۲: ۲۶) نیز «شناخت نفس» را یکی از مولفه‌های اساسی سلامت معنوی از منظر اسلامی معرفی کرده‌اند.

۳-۳-۴. مولفه‌های مدیریتی سلامت معنوی

یافته‌های کدگذاری در حوزه مدیریتی نشان داد که نهادهایسازی سلامت معنوی مستلزم پنج مقوله اصلی است: حکمرانی و سیاست‌گذاری، نهادهایسازی در نظام مراقبت سلامت، آموزش و توانمندسازی، سلامت روان دیجیتال و فضای مجازی، و ارزشیابی و اعتباریابی.

۳-۴-۱. حکمرانی و سیاست‌گذاری

مقوله‌ی «حکمرانی و سیاست‌گذاری»، شامل تدوین سیاست‌های کلان مبتنی بر آموزه‌های دینی، الزامات حاکمیت، اسناد بالادستی، ایجاد ساختارهای نهادی مناسب، تقسیم کار ملی و هماهنگی بین‌بخشی است. خالقی و کمالی (۱۴۰۴: ۱۰۸) با بررسی الزامات حاکمیت در جهت تأمین سلامت معنوی جامعه، به این نتیجه رسیده‌اند که بدون حضور فعال دولت و نهادهای حاکمیتی، سلامت معنوی به‌عنوان یک هدف کلان اجتماعی محقق نخواهد شد. مرندي و عزيزي (۱۳۸۹: ۱۸) نیز دشواری‌های پایه‌ریزی مفهوم سلامت معنوی در جامعه ایرانی-اسلامی را ناشی از نبود سیاست‌های روشن در این حوزه دانسته‌اند. Zhou و همکاران (۲۰۲۲: ۳۳۵) با مطالعه چارچوب‌های حقوقی تطبیقی، بر لزوم هماهنگی قوانین داخلی با اسناد بین‌المللی تأکید دارند.

۳-۴-۲. نهادینه‌سازی در نظام مراقبت سلامت

مقوله‌ی «نهادینه‌سازی در نظام مراقبت سلامت»، شامل ادغام سلامت معنوی در نظام مراقبت، مراقبت معنوی در بالین، پرستاری سلامت معنوی، تدوین پروتکل‌های مراقبت معنوی و مداخلات معنوی استاندارد است. Chiang و همکاران (۲۰۱۶: ۲۲۰) نشان دادند که سلامت معنوی پرستاران، بر نگرش آنان به مراقبت معنوی، تعهد حرفه‌ای و مراقبت از بیمار تأثیر مثبت دارد. عباسی و همکاران (۱۳۹۱: ۳۵) بر لزوم عملیاتی‌سازی مفهوم سلامت معنوی در نظام سلامت و تدوین دستورالعمل‌های بالینی تأکید دارند. Dhar و همکاران (۲۰۱۳: ۴) نیز سلامت معنوی را به‌عنوان بعد چهارم سلامت معرفی کرده و بر ضرورت ادغام آن در نظام‌های مراقبت سلامت تأکید دارند.

۳-۴-۳. آموزش و توانمندسازی

مقوله‌ی «آموزش و توانمندسازی»، شامل برنامه‌های درسی مبتنی بر معنویت، آموزش سواد معنوی، توانمندسازی اساتید، مشاوره فردی و گروهی، مداخلات معنوی، مراقبه و تمرینات معنوی است. حسنی و همکاران (۱۴۰۴: ۱۴۸) با رویکرد پدیدارشناسانه، «ضعف برنامه‌های درسی مرتبط با سلامت معنوی» و «نبود الگوهای مناسب در محیط دانشگاه» را از مهم‌ترین چالش‌های ارتقای سلامت معنوی دانشجویان برشمرده‌اند. پردل و حجازی‌پور (۱۴۰۴: ۱۹) در مرور نظام‌مند خود نشان دادند که مداخلات مبتنی بر ارتقای سلامت معنوی، شامل مشاوره معنوی، مراقبه و تمرینات معنوی، به‌طور معناداری علائم اضطراب و افسردگی را



کاهش و کیفیت زندگی را افزایش می‌دهند. Robinson (۲۰۲۲: ۲۰۸۰) نیز چارچوبی برای انگیزش روابط معلم-دانش آموز ارائه داده است که می‌تواند در آموزش سلامت معنوی به کار رود.

۳-۴-۴. سلامت روان دیجیتال و فضای مجازی

مقوله‌ی «سلامت روان دیجیتال و فضای مجازی»، شامل تنظیم‌گری هوشمندانه فضای مجازی، مسئولیت والدین، حفاظت از کودکان، سواد رسانه‌ای، سلامت روان در فضای مجازی، مدیریت مصرف رسانه و محتوای معنوی آنلاین است. رکابدار و خسروی (۱۴۰۴: ۱۳۸) با تحلیل سیاست‌های پیشگیرانه در حقوق ایران، نشان داده‌اند که قوانین موجود در زمینه مسئولیت والدین در فضای مجازی با خلأهای جدی مواجه است و بر لزوم تدوین سیاست‌های پیشگیرانه جامع و آموزش سواد رسانه‌ای به والدین تاکید دارند. صف‌آرا و سدیدپور (۱۴۰۴: ۵۵) در فراترکیب خود نشان داده‌اند که رسانه‌های دیجیتال، هم‌زمان با فرصت‌هایی مانند دسترسی به محتوای معنوی، تهدیدهایی همچون اضافه‌بار اطلاعاتی و تضعیف هویت دینی را به همراه دارند. Levine و Bernard (۲۰۲۲) نیز در مطالعه طولی خود در بریتانیا، ارتباط بین مواجهه دیجیتال و بهزیستی نوجوانان را بررسی کرده‌اند.

۳-۴-۵. ارزشیابی و اعتباریابی

مقوله‌ی «ارزشیابی و اعتباریابی»، شامل ابزارهای سنجش استاندارد مانند پرسشنامه بهزیستی معنوی (SWBS)، مقیاس تاب‌آوری (CD-RISC)، پرسشنامه سلامت معنوی ایرانی، نظارت مستمر، ارزیابی اثربخشی مداخلات و شاخص‌های سلامت معنوی است. دهشیری و همکاران (۱۳۹۲: ۸۸) با ساخت و اعتباریابی نسخه فارسی پرسشنامه بهزیستی معنوی، ابزاری بومی برای سنجش این سازه در دانشجویان ایرانی فراهم کرده‌اند. Amiri و همکاران (۲۰۱۴: ۴۰) نیز با طراحی و ارزیابی روان‌سنجی یک پرسشنامه جامع سلامت معنوی برای جمعیت‌های ایرانی، گام مهمی در جهت سنجش این مفهوم برداشته‌اند. خالقی و کمالی (۱۴۰۴: ۱۱۲) نیز بر لزوم نظارت مستمر و ارزیابی اثربخشی مداخلات در حوزه سلامت معنوی تاکید دارند.



۴. بحث و تبیین

هدف پژوهش حاضر، نظام‌مند کردن مولفه‌های سلامت معنوی بر اساس سنتز پژوهی ابعاد فقهی، روان‌شناختی و مدیریتی بود. یافته‌های پژوهش نشان داد که سلامت معنوی یک سازه پیچیده و میان‌رشته‌ای است که نمی‌توان آن را فقط به یکی از حوزه‌های فقه، روان‌شناسی یا مدیریت تقلیل داد. بر اساس سنتز انجام‌شده، مولفه‌های سلامت معنوی در سه حوزه فقهی (با محوریت توحید، عبودیت و اخلاق اسلامی)، روان‌شناختی (با محوریت بهزیستی، تاب‌آوری و تنظیم هیجان) و مدیریتی (با محوریت حکمرانی، سیاست‌گذاری و نهادینه‌سازی) قابل دسته‌بندی هستند.

۴-۱. هم‌سویی با پژوهش‌های پیشین

نتایج این پژوهش با یافته‌های پیشین در حوزه سلامت معنوی هم‌سویی دارد. صف‌آرا و همکاران (۱۴۰۱: ۱۴۰) نیز به تاثیر سلامت معنوی بر سلامت عمومی، سلامت روان و کیفیت زندگی اشاره کرده بودند و پژوهش حاضر با تفکیک مولفه‌ها در سه حوزه، این تاثیر را به‌صورت نظام‌مندتر تبیین می‌کند. سام‌آرام و همکاران (۱۳۹۲: ۲۴) مولفه‌های اسلامی سلامت معنوی را استخراج کرده بودند و پژوهش حاضر با افزودن ابعاد روان‌شناختی و مدیریتی، چارچوبی جامع‌تر ارائه می‌دهد. همچنین یافته‌های مربوط به نقش تاب‌آوری و انگیزش تحصیلی (جلیلی و همکاران، ۱۴۰۴: ۷۸۵؛ Imron و همکاران، ۲۰۲۳: ۳۲۰) و الزامات مدیریتی (خالقی و کمالی، ۱۴۰۴: ۱۱۰؛ رکابدار و خسروی، ۱۴۰۴: ۱۴۲) با نتایج پژوهش‌های پیشین همسو است.

۴-۲. کاربردهای عملی پژوهش

نظام‌مند کردن مولفه‌های سلامت معنوی، کاربردهای عملی متعددی دارد:

۱. می‌تواند به‌عنوان مبنایی برای طراحی مداخلات جامع در حوزه سلامت معنوی در مراکز آموزشی، درمانی و مشاوره‌ای مورد استفاده قرار گیرد.
۲. می‌تواند در تدوین سیاست‌های کلان نظام سلامت، به‌ویژه در حوزه سلامت روان، سلامت خانواده و سلامت دیجیتال، راهگشا باشد.



۳. می‌تواند به عنوان چارچوبی برای طراحی و اعتباریابی ابزارهای سنجش سلامت معنوی متناسب با فرهنگ ایرانی-اسلامی به کار رود (دهشیری و همکاران، ۱۳۹۲: ۸۵؛ Amiri و همکاران، ۲۰۱۴: ۴۰).

۴. می‌تواند در برنامه‌های درسی دانشگاه‌ها و مراکز آموزش عالی، به‌ویژه در رشته‌های روان‌شناسی، مشاوره، علوم تربیتی و الهیات، گنجانده شود.

۳-۴. محدودیت‌های پژوهش

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی نیز مواجه بود:

۱. به رغم تلاش برای جامعیت، ممکن است برخی از مولفه‌های سلامت معنوی در منابع مورد بررسی، پوشش داده نشده باشند.

۲. رویکرد کیفی فراترکیب، گرچه امکان ترکیب و تفسیر عمیق یافته‌ها را فراهم می‌آورد، اما قابلیت تعمیم‌پذیری آماری را ندارد.

۳. بیشتر منابع مورد بررسی به زبان فارسی و انگلیسی بودند و امکان دسترسی به منابع به زبان‌های دیگر وجود نداشت.

۴-۴. پیشنهادات برای پژوهش‌های آتی

پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی با رویکرد کمی و با استفاده از روش‌هایی مانند تحلیل عاملی تاییدی و مدل‌سازی معادلات ساختاری، به اعتباریابی چارچوب ارائه شده در این پژوهش بپردازند. همچنین انجام پژوهش‌های مداخله‌ای برای بررسی اثربخشی برنامه‌های مبتنی بر این چارچوب، می‌تواند به غنای ادبیات پژوهش در این حوزه بیفزاید. بررسی مولفه‌های سلامت معنوی در گروه‌های سنی و جمعیتی مختلف نیز می‌تواند به بومی‌سازی بیشتر این چارچوب کمک کند.

نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف نظام‌مند کردن مولفه‌های سلامت معنوی بر اساس سنتز پژوهی ابعاد فقهی، روان‌شناختی و مدیریتی انجام شد. یافته‌های حاصل از کدگذاری و تحلیل ۳۰ منبع منتخب از میان ۶۳ منبع اولیه، به استخراج ۷۲ کد باز، ۲۴ مقوله‌ی فرعی و ۱۲ مقوله‌ی اصلی در سه حوزه فقهی، روان‌شناختی و مدیریتی منجر گردید. در حوزه فقهی، مولفه‌هایی همچون توکل، حسن ظن به خدا، اخلاص، شکرگزاری، بر، تقوا، نماز، ذکر، توبه، تفکر، عدالت و اعتقاد به معاد



شناسایی شد که نشان‌دهنده ریشه‌دار بودن سلامت معنوی در آموزه‌های وحیانی و ارتباط تنگاتنگ آن با باورهای دینی، مناسک عبادی، اخلاق فردی و اجتماعی، معاداندیشی و کارکرد خانواده در تربیت معنوی است. در حوزه روان‌شناختی، مولفه‌های بهزیستی معنوی، تاب‌آوری، امید به زندگی، تنظیم هیجان، خودکنترلی، انگیزش تحصیلی و شغلی، تحمل ناراحتی و هوش معنوی به‌عنوان سازه‌های کلیدی مرتبط با سلامت معنوی احصاء شد که مبین نقش این سازه در ارتقای سلامت روان، سازگاری تحصیلی و شغلی، مدیریت هیجانات و افزایش انگیزش و امید در افراد است. در حوزه مدیریتی نیز مولفه‌هایی چون حکمرانی سلامت معنوی، سیاست‌گذاری پیشگیرانه، مسئولیت والدین در سلامت روان دیجیتال، الزامات حاکمیت، ادغام سلامت معنوی در نظام مراقبت و اعتباریابی ابزارهای سنجش استخراج گردید که نشان از ضرورت حضور فعال دولت و نهادهای متولی در نهادهای سازی سلامت معنوی و تدوین سیاست‌های کلان مبتنی بر آموزه‌های دینی دارد.

بر اساس سنتز انجام‌شده، سلامت معنوی یک سازه میان‌رشته‌ای با سه لایه به‌هم‌پیوسته است: لایه بنیادین فقهی-اعتقادی که ریشه در توحید و آموزه‌های وحیانی دارد و چارچوب ارزشی و هنجاری سلامت معنوی را تعیین می‌کند؛ لایه میانی روان‌شناختی-فردی که به سازه‌های شناختی، هیجانی و رفتاری مرتبط است و نقش واسطه‌ای بین باورهای دینی و رفتارهای سلامت‌محور ایفا می‌کند؛ و لایه بیرونی مدیریتی-ساختاری که به سیاست‌گذاری، حکمرانی و نهادهای سازی در سطح کلان می‌پردازد و بسترهای لازم برای تحقق سلامت معنوی در جامعه را فراهم می‌آورد. این سه لایه در تعامل با یکدیگر قرار دارند و تقویت هر یک، به‌طور غیرمستقیم بر لایه‌های دیگر تاثیر می‌گذارد؛ به‌گونه‌ای که ضعف در هر یک از آنها می‌تواند کل نظام سلامت معنوی را با اختلال مواجه سازد.

نظام‌مند کردن مولفه‌های سلامت معنوی در قالب این چارچوب سه‌لایه، امکان طراحی مداخلات جامع و چندوجهی را فراهم می‌آورد که در آن، هم به زیرساخت‌های اعتقادی و دینی، هم به توانمندی‌های روان‌شناختی فردی و هم به الزامات ساختاری و مدیریتی توجه شده است. این چارچوب می‌تواند به‌عنوان نقشه راهی برای سیاست‌گذاران نظام سلامت، برنامه‌ریزان آموزشی، متخصصان روان‌شناسی و مشاوره، و نیز پژوهشگران حوزه دین و سلامت مورد استفاده قرار گیرد. همچنین ظرفیت بالایی برای انطباق با اسناد بالادستی نظام سلامت کشور و



بومی‌سازی در بافت فرهنگی-اسلامی ایران دارد. در مجموع، نظام‌مند کردن مولفه‌های سلامت معنوی بر اساس سنتز پژوهی ابعاد فقهی، روان‌شناختی و مدیریتی، گامی موثر در جهت ارتقای سطح سلامت فردی و اجتماعی، کاهش آسیب‌های روانی و اجتماعی، و تحقق حیات طیبه مبتنی بر آموزه‌های اسلامی به‌شمار می‌رود.

منابع

- * قرآن کریم
 * نهج البلاغه، ترجمه محمد دشتی، سی و دوم، قم، الهادی، ۱۳۸۷.
 * صحیفه سجاده، ترجمه حسین انصاریان، بیست و هفتم، پیام آزادی، ۱۳۸۹.
 ۱. ابوالقاسمی، محمدجواد، مفهوم‌شناسی سلامت معنوی و گستره آن در نگرش دینی، فصلنامه اخلاق پزشکی، سال ۶، شماره ۲۰، ۱۳۹۱.
 ۲. احمدوند، خلیل‌الله و علی‌اکبری، محمد، تبیین ارتباط سلامت معنوی و خانواده از منظر فقهی و شرعی، سومین همایش ملی خانواده سالم، جامعه سالم، ایران، ۱۴۰۴.
 ۳. اندروافر، زهرا و کیانی مقدم، امیرسام، راه‌های دستیابی به سلامت معنوی از منظر منابع اسلامی، پژوهش در دین و سلامت، شماره ۴۴، ۱۴۰۴.
 ۴. باقری اول طاهری، سمیه؛ زینالی، شیرین و سلیمانی، اسماعیل، اثربخشی آموزش گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر سلامت معنوی-اجتماعی و تنظیم هیجان زنان بزه‌کار. علوم روان‌شناختی، شماره ۱۵۹، ۱۴۰۵.
 ۵. بهروزفر، فاطمه و آل بهبهانی، مرجان، پیش‌بینی تحمل درد بر اساس سلامت معنوی و خودکنترلی بیماران سرطانی. پژوهش در سلامت روان‌شناختی، شماره ۶۳، ۱۴۰۴.
 ۶. پردل، هادی و حجازی‌پور، محمد، تاثیر مداخلات معنوی اسلامی بر سلامت روان و کیفیت زندگی: مرور نظام‌مند. پژوهش در دین و سلامت، جلد ۹، شماره ۱، ۱۴۰۴.
 ۷. تلخابی، سمیرا؛ نورمحمدی، غلامرضا؛ علیانسنب، سید ضیاءالدین و رستمی هراتی، علیرضا، بررسی جایگاه اخلاق توحیدی در سلامت معنوی و تاثیر آن بر سلامت جسم از منظر آموزه‌های علوی، پژوهش در دین و سلامت، شماره ۴۴، ۱۴۰۴.
 ۸. جلیلی، فرخ‌رو؛ محمدزاده، الهام و مقیمان شهری، مه‌دا، نقش سلامت معنوی و تاب‌آوری روان‌شناختی در پیش‌بینی انگیزش تحصیلی دانشجویان دانشگاه فرهنگیان. مجله روان‌شناسی، دوره ۲۹، شماره ۴، ۱۴۰۴.
 ۹. جوادی آملی، عبدالله، مفاتیح الحیاة. قم، مرکز نشر اسراء، ۱۳۹۱.
 ۱۰. حسینی، حسین؛ دهقانی، بیتاسادات و حنفی، یوسف، چالش‌ها و راهکارهای ارتقاء سلامت معنوی دانشجویان: رویکردی پدیدارشناسان، فرهنگ در دانشگاه اسلامی، شماره ۵۶، ۱۴۰۴.
 ۱۱. خالقی، علی و کمالی، علی، الزامات حاکمیت در جهت تأمین سلامت معنوی جامعه با تاکید بر متون دینی، پژوهش در دین و سلامت، شماره ۴۴، ۱۴۰۴.



۱۲. خدیوی، علی؛ طهرانیان، مهری و سلیمانی، سعید، واکاوی مبانی نظری سلامت معنوی زوجین قبل از ازدواج؛ با تاکید بر مسئله نظر به زن خواستگاری‌شده از دیدگاه فقه امامیه، پژوهش در دین و سلامت، شماره ۴۶، ۱۴۰۵.
۱۳. دهشیری، غلامرضا؛ نجفی، محمود؛ سهرابی، فرامرز و ترگی جاه، صدیقه، ساخت و اعتباریابی پرسشنامه بهزیستی معنوی در میان دانشجویان، مطالعات روان‌شناختی، جلد ۹، شماره ۴، ۱۳۹۲.
۱۴. رکابدار، مهر انگیز و خسروی، کاظم، تحلیل سیاست‌های پیشگیرانه در حقوق ایران درباره مسئولیت والدین نسبت به سلامت روان دیجیتال فرزندان، پژوهشنامه حقوق خصوصی احرار، سال ۶، شماره ۱۱، ۱۴۰۴.
۱۵. سام‌آرام، عزت‌الله؛ هزارجریبی، جعفر؛ فداکار، محمدمهدی؛ کرمی، محمدتقی و شمسایی، محمدمهدی، سلامت معنوی؛ چارچوب، محدوده و مولفه‌های مبتنی بر آموزه‌های اسلام، برنامه‌ریزی رفاه و توسعه اجتماعی، شماره ۱۴، ۱۳۹۲.
۱۶. صف‌آرا، مریم؛ قاسمی یزدآبادی، مریم؛ حیرت، عاطفه و رضائی‌نسب، آسیه، بازشناسی مولفه‌های اثرگذار سلامت معنوی بر سلامت انسان، پژوهش در دین و سلامت، جلد ۸، شماره ۱، ۱۴۰۱.
۱۷. صف‌آرا، مریم و سدیدپور، سمانه سادات، فراترکیب رابطه‌ی سکوها‌ی رسانه‌ای و سلامت معنوی، پژوهش در دین و سلامت، شماره ۴۴، ۱۴۰۴.
۱۸. عباسی، زهره؛ موحّد، احمد و میرزایی کوچلی، شیمیا، نقش ابعاد سلامت معنوی در پیش‌بینی اختلالات خلقی (افسردگی، اضطراب، استرس) و احساس انسجام روانی، پژوهش‌های روان‌شناسی اسلامی، شماره ۹، ۱۴۰۱.
۱۹. عباسی، محمود و همکاران، تعریف مفهومی و عملیاتی‌سازی سلامت معنوی، یک مطالعه روش‌شناختی، فصلنامه اخلاق پزشکی، سال ۶، شماره ۲۰، ۱۳۹۱.
۲۰. قاسمی، سید علیرضا و میری، مینو، نقش تاب‌آوری تحصیلی و اخلاق تحصیلی در پیش‌بینی موفقیت تحصیلی دانشجویان، مجله علمی-پژوهشی اخلاق زیستی، جلد ۱۳، شماره ۳۸، ۱۴۰۲.
۲۱. گنجینه سما، گزیده‌ای از پیام امام خامنه‌ای (مدظله‌العالی) «در حوزه سلامت»، گنجینه سما، شماره ۶۶، ۱۴۰۴.
۲۲. مرزبند، رحمت‌الله و زکوی، علی‌اصغر، شاخص‌های سلامت معنوی از منظر آموزه‌های وحیانی، فصلنامه اخلاق پزشکی، سال ۶، شماره ۲۰، ۱۳۹۱.
۲۳. مرندی، سیدعلیرضا و عزیزی، فریدون، مسئله جایگاه تعریف و دشواری‌های پایه‌ریزی مفهوم سلامت معنوی در جامعه ایرانی-اسلامی، فصلنامه اخلاق پزشکی، سال ۴، شماره ۱۴، ۱۳۸۹.
۲۴. مختاری، سیامک؛ ساجدی، فاطمه و متوسلیان، ملیحه، بررسی وجوه اختلاف ماهیت سلامت معنوی از دیدگاه اسلام و غرب مبتنی بر شواهد قرآنی، پژوهش در دین و سلامت، شماره ۴۴، ۱۴۰۴.
۲۵. محمودی، محمد؛ پیکانی، جلال؛ صادقی یخدانی، افلاطون و شکیبی، زینب، رابطه جهت‌گیری اخلاقی و معنویت با انگیزش پیشرفت در کارکنان اداره آموزش و پرورش، رهیافتی نو در مدیریت آموزشی، دوره ۱۲، شماره ۶، ۱۴۰۰.
۲۶. میر معینی، سید مجید و علی واشیان، عباس، راهبردهای مرجعیت علمی قرآن در هندسه جهانی‌سازی سلامت معنوی با آمادگی برای ظهور حضرت مهدی (عج)، معرفت و بصیرت اسلامی، شماره ۹، ۱۴۰۴.



۲۷. نعیمی، فرشته؛ گلشنی، فاطمه و صالحی، مهدیه، مدل‌یابی سلامت معنوی بر اساس جهت‌گیری مذهبی و امید به زندگی با میانجیگری تحمل ناراحتی و نظم‌جویی هیجانی و نقش تعدیلگر جنسیت در دانشجویان. روان‌شناسی سلامت، شماره ۵۶، ۱۴۰۴.
۲۸. ولف، دیوید، روان‌شناسی و دین، ترجمه محمد دهقانی، تهران، انتشارات رشد، ۱۳۸۷.
29. Abdolrezapour, P., Jahanbakhsh Ganjeh, S., & Ghanbari, N, Self-efficacy and resilience as predictors of students' academic motivation in online education. PLOS ONE, 18(5), e0285984, 2023.
30. Ahmed, M. A., Hashim, S., & Yaacob, N. R. N. ,Islamic spirituality, resilience and achievement motivation of Yemeni refugee students: A proposed conceptual framework. International Journal of Learning, Teaching and Educational Research, 19(4), 2020.
31. 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, 8(3), 2014.
32. Ariani, D. W, The role of religiosity and spirituality in motivating and improving students' performance in Indonesia. Journal of Education, Society and Behavioral Science, 34(8), 2021.
33. Chiang, Y. C., Lee, H. C., Chu, T. L., Han, C. Y., & Hsiao, Y. C, The impact of nurses' spiritual health on their attitudes toward spiritual care, professional commitment, and caring. Nursing Outlook, 64(3), 2016.
34. Chiang, Y. C., Lee, H. C., Chu, T. L., Wu, C. L., & Hsiao, Y. C, The relationship between spiritual health, health-promoting behaviors, depression and resilience: A longitudinal study of new nurses. Nurse Education in Practice, 56, 103219, 2021.
35. Connor, K. M., & Davidson, J. R, Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). APA Psyc Tests, 2003.
36. David, R., Singh, S., Ribeiro, N., & Gomes, D. R, Does spirituality influence happiness and academic performance? Religions, 13(7), 2022.
37. Dhar, N., Chaturvedi, S., & Nandan, D, Spiritual health, the fourth dimension: A public health perspective. WHO South-East Asia Journal of Public Health, 2(1), 2013.
38. Duan, S., Han, X., Li, X., & Liu, H, Unveiling student academic resilience in language learning: a structural equation modelling approach. BMC Psychology, 12(1), 2024.
39. Fisher, J, The four domains model: Connecting spirituality, health and well-being. Religions, 2(1), 2011.
40. Hartz, G. W, Spirituality and Mental Health: Clinical Applications. New York: Haworth Press, 2005 .
41. Imron, I., Mawardi, I., & Şen, A, The influence of spirituality on academic engagement through achievement motivation and resilience. International Journal of Islamic Educational Psychology, 4(2), 2023.
42. 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, 7(25), 2016.



43. Levine, K., & Bernard, P, Digital exposure and adolescent wellbeing in the UK: A longitudinal study. Cambridge University Press, 2022.
44. Nelms, L. W., Hutchins, E., Hutchins, D., & Pursley, R. J, Spirituality and the health of college students. *Journal of Religion and Health*, 46(2), 2007.
45. Paloutzian, R. F., & Ellison, C. W, Manual for the Spiritual Well-Being Scale (SWBS). Nyack, NY: Life Advance, 1991.
46. Peacock, C., Mascaro, J. S., Brauer, E., Zarrabi, A. J., Dunlop, B. W., Maples-Keller, J. L., ... & Palitsky, R, Spiritual health practitioners' contributions to psychedelic assisted therapy: A qualitative analysis. *PLOS ONE*, 19(1), e0296071, 2024.
47. Research Institute of Cyberspace, National report on the status of children's internet use in Iran. National Cyberspace Center, 2023.
48. Robinson, C. D, A framework for motivating teacher-student relationships. *Educational Psychology Review*, 34(4), 2022.
49. Sandelowski, M., & Barroso, J, Handbook for synthesizing qualitative research. New York: Springer Publishing Company, 2007.
50. Shengyao, Y., Salarzadeh Jenatabadi, H., Mengshi, Y., Minqin, C., Xuefen, L., & Mustafa, Z, Academic resilience, self-efficacy, and motivation: The role of parenting style. *Scientific Reports*, 14(1), 2024.
51. Stelcer, B., Bendowska, A., Karkowska, D., & Baum, E, Supporting elderly patients in strengthening their personal and spiritual health resources. *Frontiers in Psychology*, 14, 1237138, 2023.
52. Vader, J. P, Spiritual health: the next frontier. *The European Journal of Public Health*, 16(5), 457, 2006.
53. Vallerand, R. J., Blais, M. R., Brière, N. M., & Pelletier, L. G, Construction and validation of the Motivation toward Education Scale. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 21(3), 1989.
54. Weathers, E., McCarthy, G., & Coffey, A, Concept analysis of spirituality: An evolutionary approach. *Nursing Forum*, 51(2), 2015.
55. Ye, W., Teig, N., & Blömeke, S, Systematic review of protective factors related to academic resilience in children and adolescents: unpacking the interplay of operationalization, data, and research method. *Frontiers in Psychology*, 15, 1405786, 2024.
56. Zhou, L., Montes, F., & Legrand, J, Digital governance and child online mental health: A comparative legal framework. *European Law Review*, 44 (3), 2022.
57. Zimmer, L, Qualitative meta-synthesis: A question of dialoguing with texts. *Journal of Advanced Nursing*, 53(3), 2006.

