

آسیب‌شناسی مقالات علمی حوزه سلامت معنوی در ایران؛ فرا تحلیل مطالعات ۱۸ سال اخیر

زهرا نقی زاده^۱، ریحانه شاه ولی^{۲*}، فریبا روایی^۳، هایده مهدوی^۴، حسین مروتی^۵، سحر منصوری^۶

چکیده

در سال‌های اخیر، بعد سلامت معنوی در کنار ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی سلامت مورد توجه مجامع علمی و سیاست‌گذاران قرار گرفته است. با توجه به تأثیر مطالعات علمی بر سیاست‌گذاری‌ها و اقدامات مرتبط، در این فرا تحلیل، نگاه فضای دانشگاهی به مفهوم سلامت معنوی آسیب‌شناسی شده است. در مجموع ۴۱۴ مقاله با کلیدواژه «سلامت معنوی» از پایگاه‌های علمی معتبر استخراج گردید و با توجه به ماهیت بین‌رشته‌ای سلامت معنوی، در این مطالعه، سیر زمانی انتشار مطالعات، رتبه علمی مجلاتی که مقاله در آن به چاپ رسیده، روش پژوهش، گروه مورد مطالعه و پرسشی که مقالات به دنبال پاسخ آن بودند، به تفکیک نوع تحصیلات نویسندگان (علوم پزشکی، علوم انسانی و تحصیلات حوزوی) تحلیل شدند. طبق نتایج به دست آمده استفاده از روش‌های پژوهشی متنوع‌تر و کاربردی‌تر، توجه به گروه‌های متنوع‌تر، توجه به تحولات فناورانه، چاپ مقالات در مجلات معتبر و به زبان‌های مختلف و اجتناب از انجام پژوهش‌های تکراری و غیرکاربردی توصیه می‌گردد. همچنین در راستای کاربردپذیر کردن مطالعات دانشگاهی حول مفهوم سلامت معنوی در فرایندهای سیاست‌گذاری و ضعف اساسی مقالات موجود در این زمینه، سه راهبرد سیاستی پیشنهاد گردید: ابتدا نیاز است اجماع نظر بر روی شاخص‌ها و مؤلفه‌های سلامت معنوی با رویکرد بومی از سوی متخصصان صورت گرفته و پس از تجمیع و یکپارچه‌سازی شاخص‌ها و مؤلفه‌ها، نتیجه به صورت رسمی و لازم‌الاجرا در دسترس قرار گیرد. همچنین بر اساس شاخص‌ها و مؤلفه‌های یکپارچه، ابزارهای مورد قبول مراجع ذی‌صلاح در دسترس قرار گرفته و در نهایت با تکیه بر نتیجه اقدامات فوق، بررسی وضعیت گروه‌های مختلف و انجام مطالعات سیاست پژوهانه و آینده‌پژوهانه در دستور کار قرار گیرد.

کلمات کلیدی: سلامت معنوی، سیاست‌گذاری، فرا تحلیل

۱. استادیار، گروه مسائل اجتماعی زنان، جهاد دانشگاهی واحد الزهرا(س)، تهران، ایران

۲. مربی، گروه مسائل اجتماعی زنان، عضو هیئت‌علمی جهاد دانشگاهی واحد الزهرا(س)، تهران، ایران Reihan.shahvali@gmail.com

۳. دکترای تخصصی و عضو هیئت‌علمی دانشگاه، تهران، ایران

۴. کارشناسی ارشد، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران

۵. دکترای تخصصی عضو کمیته راهبری جمعیت حوزه علمیه قم، قم، ایران

۶. پزشک عمومی دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

مقدمه

در طول تاریخ، تعریف سلامتی بر اساس ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی تحلیل می‌گردید؛ تا زمانی که راسل و اوتمن^۱، افزودن بُعد سلامت معنوی بر ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی سلامت را مطرح کردند (۱). این بعد جدید سلامتی، یکی از ابعاد مهم سلامت در انسان و مسئول ایجاد ارتباط هماهنگ و یکپارچه بین نیروهای داخلی است که سبب ثبات در زندگی و صلح می‌شود. احساس ارتباط نزدیک با خویشتن، خدا، جامعه و محیط از ویژگی‌های فردی است که نیروی داخلی هماهنگ و یکپارچه دارد؛ بنابراین، سلامت معنوی، یکپارچگی و تمامیت فرد را تعیین می‌نماید (۲). سلامت معنوی، دربرگیرنده ادراکات حاصل از خود و ترکیبی از عوامل شخصیتی و باورهای بنیادین در خصوص بودن و داشتن معنی در زندگی است که این باورها با جنبه‌های متنوع زندگی از جمله جنبه‌های اجتماعی، جسمانی و روان‌شناختی مرتبط است؛ بنابراین، پرداختن به بعد سلامت معنوی اهمیت زیادی پیدا می‌کند؛ بنابراین، از یک دهه قبل توجه به بعد معنوی سلامت مورد توجه اکثر جوامع قرار گرفته است. از جمله، کلیه دولت‌های اروپایی بیانیه کپنهاگ را در مورد رشد اجتماعی امضا نمودند که آن‌ها را متعهد می‌کرد تا به نیازهای معنوی مردم (افراد، خانواده‌ها و جوامع) بپردازند و سیاست‌های خود را به سمت بینش سیاسی، اقتصادی، اخلاقی و معنوی برای رشد اجتماعی سوق دهند. همچنین، در منشور بانکوک بر بعد معنوی سلامت بر ارتقای سلامت تأکید شده است و توجه پژوهشگران زیادی به این مقوله جلب شده تا در پی یافتن راه‌هایی جهت ارتقای سلامت معنوی افراد باشند (۳).

امروزه برخی از سازمان‌هایی که وظیفه ارزیابی مراکز مراقبت از سلامتی و اعطای اعتبارنامه به آن‌ها را بر عهده دارند، پیشنهاد می‌کنند نیازهای معنوی بیماران نیز در

مراکز مراقبت سلامتی ارزیابی شود. در این راستا، انجمن روان‌پزشکی آمریکا هم توصیه می‌کند که پزشکان، گرایش مذهبی و معنوی بیماران را جویا شوند. زیربنای این توصیه‌ها این است که مراقبت از بیمار، بسیار فراتر از درمان بیماری و دربرگیرنده نیازهای مختلف وی است (۴). از طرفی طبق کدهای اخلاقی برخی دانشگاه‌ها، از پرستاران انتظار می‌رود، مراقبت را بر اساس نیازهای جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی بیماران انجام دهند. همچنین، آموزش معنویت^۲ در برخی کشورها جهت ارائه مراقبت پرستاری جامع ضروری بوده و پرستاران باید نقش فعالی در رفع نیازهای معنوی بیماران داشته باشند (۵).

با توجه مطالب بالا، در برخی کشورهای جهان، بعد معنوی را بخش مهمی از سلامتی، خوب بودن و کیفیت زندگی به شمار می‌آورند و مراقبت معنوی، بخشی از فرآیند مراقبت در نظام سلامت در کنار ابعاد گوناگون مراقبت فردی، فیزیکی، روان‌شناختی، عاطفی و شغلی است. نکته مشترک در بین مثال‌های فوق و موارد مشابه در جهان توجه به الزام پشتوانه‌های علمی-پژوهشی در راستای به‌کارگیری مفاهیم علمی در استراتژی‌های اجرایی و سیاست‌گذاری‌ها است. به‌طور خاص در رابطه با هر آنچه به سلامت انسان‌ها مربوط است، هرگونه سیاست‌گذاری، بر اساس پژوهش‌های دانشگاهی صورت می‌گیرد؛ سلامت معنوی نیز از این مسئله، مستثنا نیست. با توجه به اینکه در یک دهه گذشته، مفهوم سلامت معنوی در مجامع علمی و در سطح سیاست‌گذاری مورد توجه سیاست‌گذاران، اندیشمندان، کادر درمان و پژوهشگران در سطوح مختلف قرار گرفته است و همچنین با توجه به ماهیت بین‌رشته‌ای سلامت معنوی و تأثیر عمیقی که نتایج مطالعات علمی می‌توانند بر سیاست‌گذاری‌ها و اقدامات مرتبط با آن بگذارند، ضروری می‌نماید که طی یک مطالعه

روشمند، نگاه فضای دانشگاهی به مفهوم سلامت معنوی آسیب‌شناسی شده و گام‌های علمی و عملی آتی بر اساس چنین تحلیلی برداشته شود. بر این اساس در این مطالعه، ابتدا رویکردهای دینی، نظری و علمی مختلف به مفهوم سلامت معنوی بررسی می‌شود. سپس نتایج مرور سامانمند مقالات حوزه سلامت معنوی، به صورت توصیفی ارائه خواهد شد و در نهایت با توجه به نتایج به دست آمده، راهبردهای سیاستی مقتضی ارائه خواهد شد.

ضرورت پژوهش

بنابراین علی‌رغم پیشرفت‌های علمی و سرعت روزافزون آن در دنیای امروز، نیاز به معنویت در زندگی فردی و اجتماعی انسان‌ها به وضوح احساس می‌شود. سلامت فرد و جامعه از گذشته‌های دور در ابعاد مختلف جسمانی، روانی و اجتماعی قابل بررسی بوده و امروزه ضرورت برطرف ساختن نیازها و احتیاجات بشر از طریق دین و یا در برخی جوامع از طریق عرفان‌های مختلف، سلامت معنوی نیز به ابعاد فوق‌الذکر اضافه شده است. «سلامت معنوی» جستجوی ما برای معنای عمیق‌تر در زندگی را تصدیق می‌کند. وقتی از نظر روحی سالم هستیم، نه تنها با یک قدرت برتر، بلکه با اطرافیانمان بیشتر احساس ارتباط می‌کنیم. همچون مفاهیم بسیار دیگر به خصوص در علوم انسانی، بایستگی رسیدن به تعریفی جامع و مورد توافق در مورد «سلامت معنوی» در کشور ما به طور جدی احساس می‌شود که امکان مقایسه، تعمیم، توسعه و کاربردی کردن تحقیقات را در این زمینه موجب شود؛ اما پیش از انجام هر مطالعه‌ای دیگر و پیش از تصمیم‌گیری برای مرجعیت بخشی به تعاریف و سازمان‌های مرتبط با این مفهوم، این ضرورت ایجاب می‌نماید که بررسی شود در حال حاضر وضعیت تولید علم و پژوهش در زمینه «سلامت معنوی» چگونه است و چه نوع دانشی تا بدین جا تولید شده است.

از این منظر بنا، برایین قرار گرفت که ویژگی‌های صورتی مطالعات انجام‌گرفته با شمول تولیدات علمی توسط حوزه‌های علمیه، دانشگاه‌ها و مراکز پژوهشی ذیل وزارت بهداشت، درمان، آموزش پزشکی و همچنین پژوهشکده‌ها، پژوهشگاه‌ها و مطالعات آزاد با رویکردی سامانمند مطالعه شوند تا در نهایت بر اساس نتایج این پژوهش، راهبردهای سیاستی مقتضی ارائه گردند.

پیشینه مفهومی

معنویت

واژه Spiritual از کلمه لاتین Spiritus به معنی نفس «روح» مشتق شده و از Spiritual به معنی معنوی و روحانی یا غیرمادی تعبیر می‌شود. در رویکردهای جدید، معنویت را بیشتر به نتایج و کارکردها محدود کرده‌اند و آن را مجموعه‌ای از توانایی‌های مرتبط به هم و کیفیت روانی می‌دانند که در انسان ایجاد انگیزه و معنا می‌کند. گاهی معنویت را فرایندی برای ایجاد رضایت درونی می‌دانند که دارای مؤلفه‌های آرامش، شادی و امید است؛ اما در اندیشه قرآنی به سلامت معنوی بر اساس شاخص‌های شناختی، احساسی، رفتاری و پیامدی نگریسته می‌شود (۶). مروری بر تعاریف مختلف معنویت حاکی از آن است که اغلب این تعاریف قائل به دویعدی بودن معنویت هستند. بعد اول معنویت «مذهبی» بوده و در آن مفهوم فرد از وجود مقدس یا واقعیت غایی به سبک و سیاق مذهبی بیان می‌شود. بعد دوم معنویت «وجودی» است که در آن تجربیات روان‌شناختی خاصی که در واقع ارتباطی با وجود مقدس یا واقعیت غایی ندارد، مدنظر است (۷؛ ۸؛ ۹). برخی هم در این میان با ترکیب دو بعد بیان شده، معنویت را از لحاظ معنای زندگی، آرامش ذهنی و رابطه با یک وجود متعالی بیان کرده‌اند. آن‌ها معنویت را به عنوان ماهیت هستی‌بخش یک شخص آورده‌اند که در جست‌وجوی معنا و

هدف زندگی خویش است (۱۰).

سلامت معنوی

مفهوم «سلامت معنوی»^۱ نخستین بار در سال ۱۹۷۱ توسط موب‌رگ تحت عنوان «بهریستی معنوی» مطرح گردید. همچون تعریف معنویت، مفهوم و ارکان سلامت معنوی نیز بر مبنای جهان‌بینی اسلامی با مفهوم آن بر اساس نگرش غیردینی متفاوت است. بر اساس دیدگاه غیردینی، «سلامت معنوی» احساسات ملموسی چون امید، آرامش و نشاط بوده که بر فعالیت‌هایی چون هنر، ورزش و تکنیک‌های تعدد اعصاب تمرکز می‌یابد. در این نگاه سلامت معنوی تنها ابزاری برای معالجه و درمان بیماری‌ها است، در حالی‌که از دیدگاه دینی بدون توجه به هدف نهایی خلقت نمی‌توان از احساسات فوق تفسیر منطقی ارائه داد. مجامع مختلف علوم پزشکی و علوم انسانی سعی کرده‌اند که تعریف جامعی از سلامت معنوی ارائه دهند، اما هر یک تفاوت‌ها و شباهت‌هایی را در مفهوم‌شناسی سلامت معنوی دارند که ناشی از شرایط اجتماعی محققان، فرهنگ‌ها و اعتقادات مذهبی یا عدم اعتقاد مذهبی افراد است (۱۱). در ادامه مفهوم سلامت معنوی از نقطه نظرات متفاوت بحث خواهد شد.

سلامت معنوی از دیدگاه سازمان بهداشت جهانی

سازمان بهداشت جهانی^۲ در سال ۱۹۴۷ سلامتی را حالتی از رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه فقط فقدان بیماری یا ناتوانی تعریف نموده است. این تعریف کلاسیک از سلامتی، اینکه عناصر ضروری سلامت را تعیین می‌کند از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است و بیشتر به این مسئله پافشاری دارد که سلامتی مفهومی کلی و مستلزم تعامل و وابستگی میان اجزای مختلف است. سلامتی، مفهومی با معانی مختلف و از شهودی‌ترین

مفاهیم قابل درک به وسیله افراد مختلف است. اگرچه برخی مطالعات عمیقاً معتقدند که بُعد معنوی از مهم‌ترین ابعاد است که زندگی انسان را هدفمند کرده و نقش مهمی در سلامتی وی دارد، اما همچنان سلامت معنوی جزو ابعاد اصلی تعریف سلامت از نگاه سازمان جهانی بهداشت نیامده است و در این زمینه صرفاً تلاش نموده تا فراتر از ابعاد فیزیکی سلامت، به بعد روانی و اجتماعی سلامت هم توجه نماید (۱۲).

سلامت معنوی از دیدگاه اسلام

بر اساس آموزه‌های اسلام سلامت معنوی به‌عنوان بعد چهارم سلامت انسان، ابزاری تأثیرگذار بر سایر ابعاد سلامت و تضمینی برای بهره‌مندی از سعادت آخرت است و شناخت و التزام عملی به مؤلفه‌های آن گامی مهم برای پیشگیری و درمان آسیب‌های فردی، اجتماعی و رشد و توسعه جامعه است (۱۳). در این بخش، سلامت معنوی از دیدگاه اسلام مورد بررسی قرار می‌گیرد.

از دیدگاه امام علی^(ع)، تقوا و خویش‌داری عامل مهم سلامت معنوی افراد است. همچنین، ایشان عفو و گذشت و پرهیز از کینه‌توزی از مردم را وسیله‌ای برای حفظ سلامت معنوی می‌داند. در این راستا، پژوهش صالحی و رضوان خواه (۱۴) به دیدگاه امام علی^(ع) در حوزه سلامت معنوی پرداخته است. بر اساس نتایج این پژوهش، وجه تمایز الگوی سلامت معنوی از ایشان تمرکز بر حیات دنیوی و اخروی و همچنین جامعیت الگو در بعد افقی و تعامل با مردم و هم‌نوعان است. همچنین، بعد افقی الگوی به‌دست‌آمده تکمیل‌کننده بعد عمودی و تقرب انسان به خدا و اتصال دادن سلامت معنوی از زندگی دنیوی به حیات اخروی و زندگی بعد از مرگ است. لذا، می‌توان گفت علی‌رغم توجه امام علی^(ع) بر هر دو بعد سلامت معنوی، تلاش بر این بوده که زندگی در مفهومی جامع‌تر و دقیق‌تر مورد توجه قرار گیرد.

1 Spiritual Health
2 WHO

در دیدگاه مقام معظم رهبری (مدظله العالی) معنویت اسلامی معنویت جامع و دربرگیرنده همه ابعاد زندگی است. به اعتقاد ایشان معنویت در اسلام و مکتب اهل بیت (ع)، در متن زندگی است و در همه چالش‌ها و تضادهای زندگی حضور فعال دارد. از نگاه حضرت آیت‌الله خامنه‌ای (مدظله العالی)، معنویت بدون انزوا و بدون جدایی از زندگی و همراه با سیاست و عرفان، فعالیت اجتماعی، تضرع و گریه نزد خدای متعال و همراه با جهاد است. این بدان معنی است که در تفکر اسلامی امکان جداسازی امور معنوی از امور مادی و امکان انکار نقش معنویت در زندگی وجود ندارد و زندگی سالم و خوب دارای عوامل مادی و معنوی به صورت یکپارچه است (۱۵).

از نگاه علامه طباطبایی معنویت در اسلام، نتیجه فرایندی توحیدمدار است که مبتنی بر اجرای دستورهای وحدت‌بخش صادرشده از مقام ربوبیت خدای متعال است. در معنویت توحیدی، گرچه هدف نهایی سعادت جاودانی است، ولی از مقدمه حصول آن نیز غافل نمانده و مبتنی بر نیازهای این راه، دستورهایی را برای کمال زندگی صادر کرده است تا نظام اجتماعی انسان که برآمده از نیاز فطری او در زندگی اجتماعی است، شکل منظم و رو به رشدی را در همه عرصه‌ها به خود بگیرد (۱۶).

شهید مطهری نیز از متفکرانی است که به توصیف معنویت پرداخته است. وی که برای معنویت، حقیقت و واقعیتی مستقل قائل است، در تبیینی از ولایت تکوینی انسان و راه دستیابی به آن، معنویت را در بالاترین حالتش، وصول به مقام قرب الهی دانسته و بیان می‌کند که کارکرد این معنویت، تسلط بر اندیشه‌ها و رسیدن به مقام شهادت بطون است؛ مقامی که برای هرکس حاصل شود، او حجت خدا خواهد بود. از نظر ایشان همه انسان‌ها استعداد حیات معنوی را دارا هستند و رشد و کمال این حیات را منشأ گرفته از اعمال و اهداف شخصی می‌داند. وی این رشد را درگرو تبعیت از

تعلیمات اسلامی دانسته و می‌گوید: «از نظر اسلام، معنویت جدا از زندگی در این جهان وجود ندارد.» همچنین، ایشان طی طریق عبودیت و انجام دستورهای دین را که نشئت‌گرفته از اخلاص فرد باشد را همان مراحل سیر معنوی می‌شمارد؛ بنابراین، از نظر شهید مطهری معنویت و راه حصول آن جدای از انجام دستورهای دین نیست و این اتحاد میان رفتار دینی و رشد معنوی، مختص دین اسلام است (۱۶).

آیت‌الله جوادی آملی نیز انسان معنوی را کسی می‌داند که حیات الهی و خداخواهی فطری خویش را در مکتب الهی و تعالیم قرآنی به فعلیت رسانده و مراحل تکامل انسانی را تا مقام خلافت و مظهریت اسمای حسناى الهی و تخلق به اخلاق الله می‌پیماید. این انسانی که عالم به معارف الهی و قرآنی است، به مقام "بیان" رسیده و از وضعیت روشنی بهره‌مند است؛ می‌داند از کجا آمده و به کجا می‌رود و رابطه او با خودش، جهان اطراف و روابطی که بین اجزای جهان برقرار نموده، مبرهن است (۱۷).

طبق کتاب «سلامت معنوی از دیدگاه اسلام؛ مفاهیم، شاخص‌ها، مبانی» (۱۸)، سلامت معنوی وضعیتی است دارای مراتب گوناگون که در آن متناسب با ظرفیت‌ها و قابلیت‌های فرد، بینش‌ها، گرایش‌ها و توانایی‌های لازم برای تعالی روح که همان تقرب به خدای متعال است فراهم است، به‌گونه‌ای که همه 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.

غباری بناب (۱۹) نیز معنویت را ارتباط با وجود متعالی، باور به غیب، باور به رشد و بالندگی انسان در راستای گذشتن از پیچ‌وخم‌های زندگی و تنظیم زندگی بر مبنای ارتباط با وجود متعالی و درک حضور دائمی وجود متعالی در هستی معنادار، سازمان‌یافته و جهت‌دار الهی می‌داند. آنچه در این تعریف

حائز اهمیت است، توجه به توان رشد یافتگی انسان در پرتو شناخت وجود متعالی و توان ارتباط با او و ساختار غیبی عالم است؛ مطلبی که در تعریف‌های دیگر به چنین صراحتی بیان نشده است.

قادری و همکاران (۲۰) دو بعد «سلامت مذهبی» و «سلامت وجودی» را برای سلامت معنوی قائل‌اند. سلامت مذهبی، به‌عنوان عنصری مذهبی بیانگر ارتباط با یک قدرت برتر یعنی خداست. سلامت وجودی نیز عنصری روانی-اجتماعی است که بیانگر احساس فرد است از اینکه کیست، کجاست و چه می‌کند. هم سلامت مذهبی و هم سلامت وجودی شامل تعالی حرکت فراتر از خود هستند. درواقع، بعد «سلامت مذهبی» ما را در رسیدن به خدا هدایت می‌نماید، درحالی‌که بعد «سلامت وجودی» ما را فراتر از خودمان و به سوی دیگران و محیط سوق می‌دهد.

درمجموع می‌توان گفت آموزه‌های دین مبین اسلام در قرآن، نهج‌البلاغه و روایات معصومین و اندیشمندان این حوزه، نسبت به سلامت معنوی نگاه جامع‌نگری داشته و سلامتی معنوی را تأمین‌کننده کیفیت زندگی در این دنیا و آرامش ابدی در جهان آخرت و تأمین‌کننده موفقیت انسان در دنیا و آخرت باهم در نظر می‌گیرد.

مطالعات علمی بر روی مفهوم سلامت معنوی در کشورهای جهان

انجمن سلامت معنوی^۱ در کشور استرالیا از سال ۱۹۷۴ به‌موازات سایر خدمات مراقبت بهداشتی، به افراد ناتوان و یا دارای بیماری‌های مزمن و مشکلات عمیق سلامتی کمک می‌نماید. نگاهی کلی بر اهداف این انجمن سلامت معنوی، نشان می‌دهد که این سازمان هدف خود را بر پایه حمایت، احترام و دلسوزی و همچنین رشد و ارتقای مراقبت معنوی

انسان‌محور در ارائه خدمات سلامت برای مردم کشور خود قرار داده است و خدمات سلامت معنوی را بر پایه رشد مستمر، نوآوری و مسئولیت در قبال مراقبت معنوی از افراد بیمار برمی‌شمارد.

مایکلسون (۲۱) در یک پژوهش کیفی مفهوم سلامت معنوی از دیدگاه جوانان کانادایی را مطالعه نمود. طبق نتایج این مطالعه، معنای سلامت بستگی به قدرت ارتباط فرد با خودش، طبیعت و باوجود متعالی دارد. مفهوم سلامت معنوی زمانی که در ارتباط فرد با خود تعریف می‌شود، به معنای داشتن معنا، هدف فردی و تجربه لذت در زندگی است. زمانی که مفهوم سلامت معنوی در ارتباط فرد با دیگران تعریف می‌شود، به معنای مهربانی و بخشندگی بودن با دیگران است و اینکه فرد دنیا را نه فقط برای خود، بلکه برای دیگران هم بهتر کند. سلامت معنوی در ارتباط فرد با طبیعت، احساس صلح و آرامش در ذهن است و درنهایت سلامت معنوی در ارتباط فرد باوجودی متعالی، شامل هم تجربیات مذهبی و هم تجربیات غیرمذهبی است. درعین حال، علی‌رغم این‌که افراد خود را مذهبی یا غیرمذهبی می‌دانند، رفتارهای مشترکی همچون، بخشش، دعا کردن، اعتقاد قوی به باورهای فرهنگی، اتصال به وجود متعالی را در زندگی خود دنبال می‌کنند. یک مطالعه مروری توسط آلنه دبریتوسنا و همکاران (۲۲) در کشور برزیل، سه بعد از معنویت در حوزه سلامت را باورها، تجربیات و رفتارها معرفی می‌نماید. بعد «باورهای معنوی»، به باور وجود یک قدرت متعالی بالاتر زندگی پس از مرگ اشاره دارد. بعد «تجربیات و عواطف معنوی» شامل احساس امید، عشق، صلح درونی، آسایش، حمایت و توانایی روابط با درون خود، افراد جامعه، محیط، طبیعت و ماورا طبیعی است و نتایج آن می‌تواند بخشش خود و دیگران، آگاهی و پذیرش مرگ باشد. بعد «رفتارها و عملیات معنوی»، مسیری است که فرد باورها و احساس درونی معنوی خود را ابراز می‌نماید. این رفتارها

می‌تواند جنبه فردی یا اجتماعی، عمومی یا خصوصی داشته باشند و شامل فعالیت‌هایی از جمله، مدیتیشن، دعا کردن و ملاقات با گروه‌های مذهبی/ معنوی و غیره است. در مطالعه‌ای که توسط وایت‌هد، جاگر و هنراتی (۲۳) در کشور انگلستان به‌عنوان یک تحقیق بزرگ در اروپا در زمینه مفهوم سلامت معنوی از نگاه ۱۷۷ نفر از پزشکان جراح عمومی صورت گرفته، سه معنای اصلی برای «سلامت معنوی» تعریف شده است: ۱. خودشکوفایی و معنا؛ ۲. تعالی و ارتباط فراسوی خود؛ ۳. ابراز حالت معنوی. در این زمینه، معنویت به معنای انسانیت، خودشکوفایی، قدرت درون و تاب‌آوری، ماوراءالطبیعه، بیان باورها، ارزش‌ها، سنت‌ها، آیین‌ها و ارتباط با وجود مقدس و متبرک است. بر اساس مطالعه مروری چادری^۱ (۲۴) در سیستم مراقبت روان‌پزشکی در منطقه آسیا، مردم این منطقه در مقایسه با سایر مناطق دنیا، در مواقع سختی سراغ معنویت می‌روند. مفاهیم مذهب و معنویت اغلب به‌جای هم به کار می‌روند و به معنای جستجو برای معنا است. در علم روان‌پزشکی، مذهب و معنویت نقش حیاتی در فرآیند درمان دارند. افراد معنوی معنا و هدف زندگی خود را می‌شناسند، باور و ایمان قوی به خداوند دارند، به‌راحتی با استرس مقابله می‌کنند و توانایی سازگاری با شرایط مختلف را دارند. همچنین، این افراد کمتر دچار افسردگی و اضطراب شده و در صورت ابتلا، با فعالیت‌های مذهبی یا آیین‌ها آن‌ها را رفع می‌کنند. فعالیت‌های معنوی، موجب رشد و ارتقای ارزش‌هایی چون خلاقیت، صبوری، صداقت، مهربانی، دلسوزی، تعادل، امید و شادی می‌شوند که همگی در یک مراقبت سلامتی خوب از بیمار نقش دارند. درنهایت، معنویت و مذهب پلی می‌سازند برای ارتباط انسان، کالبد جسم، روح و خالق خود.

یک مطالعه کیفی که توسط نیو^۲ و همکاران (۲۵) برای

آگاهی از دیدگاه چینی‌های ساکن در انگلستان بر مفهوم معنویت و سلامت معنوی انجام شده، نشان می‌دهد که این گروه به‌شدت معنوی است. معنویت در چین Jingshen نام داشته و به معنای "وضعیت روحی"^۳ و "ذات و جوهر"^۴ است. جینگ‌شن با سه مفهوم جینگ^۵ (جوهر)، چی^۶ (اصطلاح چینی برای زندگی، انرژی، یا روح زندگی، نیروی حیاتی که جریان از طریق تمام موجودات زنده است) و شن^۷ (ارواح یا خدایانی گفته که از نزدیک در امور جهان نقش دارند) مرتبط است. این مفاهیم برگرفته از فلسفه تائو، طب سنتی چین، منشأ هستی، نیروهای انگیزه‌بخش و قدرت حیاتی زندگی است که در مواقع بیماری به فرد کمک می‌کنند. همچنین، از این مفاهیم برای ارتباط با خود، دیگران، طبیعت و وجود(های) مافوق استفاده می‌شود.

میلر (۲۶) نیز سلامت معنوی را کیفیت ذاتی و اصلی انسانی که دربرگیرنده باور به چیزی بزرگ‌تر از خود بوده و همچنین وجود ایمانی که به‌گونه‌ای مثبت، زندگی را تأیید و تصدیق می‌کند تعریف نمود. فیشر (۲۷) هم معتقد است که سلامت معنوی یکی از ابعاد بنیادین سلامت و بهزیستی و نیروی هماهنگ‌کننده و تکمیل‌کننده سایر ابعاد سلامت انسان (جسمی، روانی، اجتماعی و هیجانی) است. درواقع انسان به‌عنوان شگفت‌آورترین آفریده خداوند ابعاد گوناگونی دارد که نادیده گرفتن هر یک از این ابعاد بخشی حیاتی از انسانیت افراد را حذف می‌کند. هاگز و همکاران، سلامت معنوی را حسی از ارتباط داشتن با دیگران، داشتن معنی و هدف در زندگی و داشتن اعتقاد و ارتباط با یک قدرت متعالی می‌دانند (۱). گومز و فیشر (۲۸) هم سلامت معنوی را به حالتی

3 State Of Mind

4 Spirit

5 Jing

6 Qi

7 Shen

1 Chaudhry

2 Niu



از بودن، احساس‌های مثبت، شناخت ارتباط فرد با خود، دیگران و یک نیروی ماورایی و نیز فطرت تعریف کرده‌اند که در صورت دارا بودن آن فرد احساس هویت، کمال، رضایت‌مندی، عشق، احترام، نگرش مثبت، آرامش، توازن درونی می‌کند و زندگی‌اش هدفمند می‌شود.

با مرور کلی مطالعات موجود مشخص می‌شود که برخی سلامت معنوی یک بعد از سلامت در کنار سایر ابعاد جسمانی، روحی، روانی و اجتماعی در نظر می‌گیرند و برخی رویکردها معتقدند سلامت معنوی با توجه به ماهیت و تعریفی که دارد همه انواع سلامت را تحت تأثیر قرار می‌دهد و باید از آن به‌عنوان یک بستر و تسهیلگر برای انواع سلامت نام برد. تفاوت این دو رویکرد تأثیر عمیقی بر نتایج و خروجی‌های پژوهش‌های دانشگاهی گذاشته و متعاقباً بر اقدامات و تصمیم‌گیری‌های منبعث از این پژوهش‌ها نیز اثرگذار خواهد بود. بر همین اساس، این مقاله تلاش نمود تا وضعیت موجود مقالات حول مفهوم سلامت معنوی را تبیین نماید که در ادامه تشریح خواهد شد.

سؤالات پژوهش

این پژوهش تلاش خواهد نمود تا به این سؤال اساسی پاسخ دهد:

- «وضعیت موجود» تبیین و به‌کارگیری دانشگاهی مفهوم سلامت معنوی در ایران چگونه است؟
- برای پاسخ به این سؤال، باید به سؤالات فرعی زیر پاسخ داد از جمله:
- سیر زمانی انتشار مطالعات سلامت معنوی در ایران چگونه است؟
- سیر زمانی انتشار مطالعات به تفکیک نوع تحصیلات نویسندگان چگونه است؟
- رتبه علمی مجلاتی که مقاله در آن به چاپ رسیده است به

- تفکیک نوع تحصیلات نویسندگان آن‌ها چیست؟
- نوع تحصیلات نویسندگان، مطالعات انجام‌شده از چه روش پژوهشی بهره برده‌اند؟
- نوع تحصیلات نویسندگان، پژوهش‌های انجام‌گرفته در پی پاسخ دادن به چه سؤالی بوده و با چه هدفی انجام‌شده‌اند؟
- نوع تحصیلات نویسندگان، گروه هدف مطالعات انجام‌شده چه کسانی بوده‌اند؟

روش پژوهش

روش پژوهش فراتحلیلی با نگاهی تراکمی نسبت به نتایج فعالیت‌های پژوهشی سعی دارد که تصویری کلی از تحقیقات را در حوزه‌های مختلف ارائه داده و به پژوهشگران این امکان را می‌دهد که داده‌های به‌دست‌آمده از بررسی چندین مطالعه را باهم بررسی کرده و به نتایج جامع‌تری برسند (۲۹).

روش پژوهش فراتحلیل در میان تمامی روش‌های کیفی، بهترین قابلیت در پرداختن جامع به حجم فراوانی از مطالعات و پژوهش‌ها را داراست که نه تنها از جنبه‌هایی چون فراوانی یا شناسایی عوامل و مؤلفه‌ها، بلکه با امکان ورود به دستاوردهای محتوایی و نوآوری‌های مطالعات همراه بوده و به همین دلیل برای انجام مطالعه حاضر انتخاب شده است. بدین ترتیب پژوهشگران قادر خواهند بود از یافته‌های چنین فراتحلیلی همچون بانکی اطلاعاتی یا منبعی مروری جهت پژوهش‌های آتی استفاده کنند. در این مطالعه، با استفاده از مرور سامانمند و با رویکرد فراتحلیل، ۴۱۴ مقاله چاپ‌شده (۴۰۵ مقاله داخلی و ۹ مقاله به زبان انگلیسی) در حوزه سلامت معنوی در ایران جمع‌آوری گردید. این مقالات در پایگاه‌های اطلاعاتی معتبر و در دسترس مانند نورمگز، اس‌ای‌دی و سایت‌های داخلی مجلات مرتبط با کلیدواژه سلامت معنوی گردآوری شده است. در اولین گام، شناسنامه همه ۴۱۴ مقاله

به مطالعه مفهوم سلامت معنوی است. داده‌های توصیفی این پژوهش بر اساس نوع تحصیلات نویسندگان در سه دسته حوزوی، علوم انسانی و علوم پزشکی ارائه شده‌اند.

استخراج و سپس نتایج پژوهش طبق این شناسنامه‌ها با استفاده از نرم‌افزار مکس کیودا ۲۰۲۰ تحلیل شد. نکته مهم در این زمینه توجه به فرارشته‌ای بودن مفهوم سلامت معنوی و همچنین اقبال محققین از رشته‌ها و با تخصص‌های مختلف

جدول ۱. تعداد مقالات بررسی شده به تفکیک نوع تحصیلات نویسندگان

نوع تحصیلات نویسندگان			مطالعات بررسی شده
علوم پزشکی	علوم انسانی	حوزوی	
۱۷۸	۱۹۲	۴۴	تعداد
% ۴۲/۹۹	% ۴۶/۳۷	% ۱۰/۶۲	درصد

برای قابل فهم بودن نتایج و استفاده از شواهد کافی بهره برد.

اعتبار و روایی پژوهش

در تحقیقات کیفی، اعتبار پژوهش با مفهوم اعتبار پذیری توصیف می‌گردد. متداول‌ترین روش برای دستیابی به اعتبار پذیری در تحقیقات کیفی، استفاده از روش مثلث‌بندی و متکی بر ترکیب روش‌ها است. مثلث‌بندی به ارزیابی، کنترل میزان پیش‌داوری و تثبیت اعتبار نتایج کمک می‌کند (۳۰).

بنابراین در این مطالعه و در راستای دستیابی به اعتبار در پژوهش، محقق تلاش نمود تا با کمک روش مثلث‌بندی (۳۰) اعتبار پژوهش را تضمین نماید. در این خصوص، مانند سایر روش‌های کیفی از بازخورد همتایان، ارزیابی یافته‌ها و روند انجام کار توسط مطلعین به عنوان استراتژی‌های ناظر بر کنترل اعتبار درونی استفاده گردیده است. همچنین باهدف دستیابی به اعتبار بیرونی و انتقال پذیری داده‌ها، از توسعه و توصیف غنی از مجموعه داده‌های مطالعه موردنظر در طی مرحله گردآوری داده‌ها و استفاده از رویه‌های ویژه کدگذاری در مرحله تحلیل داده‌ها بهره گرفته شد. همچنین پایایی در پژوهش‌های کیفی با استفاده از قابلیت اطمینان تضمین می‌شود (۳۱) که برای دستیابی به آن محقق تلاش نمود با مستندسازی فرایندهای انجام شده در طرح پژوهش، تلاش

یافته‌ها

در این بخش، اطلاعاتی مرتبط با مختصات صوری و ساختاری مطالعات مرور شده در قالب جداول و نمودارها تبیین خواهند شد. در فرا تحلیل، این امکان وجود دارد که نمایی از مختصات مطالعات یک حوزه به دست آید؛ در این پژوهش، مؤلفه‌ها بر اساس ضرورت حوزه موردبررسی انتخاب شده‌اند و برحسب موارد زیر خواهد بود:

- سیر زمانی مطالعات
- نوع تحصیلات نویسندگان
- هدف/ پرسش/ خروجی مطالعات انجام شده
- روش پژوهش به کاررفته
- مرتبه مجلات موردبررسی
- گروه هدف مطالعات

در ادامه این پژوهش، توصیف مقالات بر اساس سؤالات پژوهش، با تکیه بر آمار توصیفی و توصیف وضع موجود ارائه خواهد شد.

آسیب‌شناسی مقالات علمی حوزه سلامت معنوی در ایران...

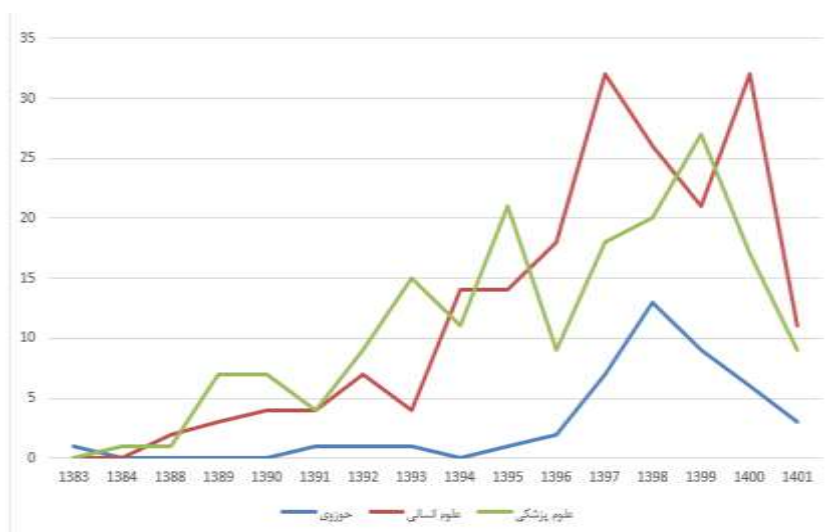
توصیفی با تکیه بر نوع تحصیلات نویسندگان مقالات، رویکردی کلی در رابطه با تمرکز جامعه دانشگاهی بر مفهوم سلامت معنوی به عنوان یک مفهوم علمی ارائه می‌دهد.

سیر زمانی انتشار مطالعات به تفکیک نوع تحصیلات نویسندگان

جدول (۲) توصیفی از سیر زمانی انتشار مقالات مرتبط با مفهوم سلامت معنوی در ایران را ارائه می‌دهد. این آمار

جدول ۲. تعداد انتشار مقالات در سال با محوریت نوع تحصیلات نویسندگان

ردیف	سال	نوع تحصیلات نویسندگان			درصد ≈
		حوزوی	علوم انسانی	علوم پزشکی	
۱	۱۳۸۳	۱	-	-	٪۰/۲۴
۲	۱۳۸۴	-	-	۱	٪۰/۲۴
۳	۱۳۸۸	-	۲	۱	٪۰/۷۲
۴	۱۳۸۹	-	۳	۷	٪۲/۴۱
۵	۱۳۹۰	-	۴	۷	٪۲/۶۵
۶	۱۳۹۱	۱	۴	۴	٪۲/۱۷
۷	۱۳۹۲	-	۷	۹	٪۳/۸۶
۸	۱۳۹۳	۱	۴	۱۵	٪۴/۸۳
۹	۱۳۹۴	-	۱۴	۱۱	٪۶/۰۳
۱۰	۱۳۹۵	۱	۱۴	۲۱	٪۸/۶۹
۱۱	۱۳۹۶	۲	۱۸	۹	٪۷
۱۲	۱۳۹۷	۷	۳۲	۱۸	٪۱۳/۷۶
۱۳	۱۳۹۸	۱۳	۲۶	۲۰	٪۱۴/۲۵
۱۴	۱۳۹۹	۹	۲۱	۲۷	٪۱۳/۷۶
۱۵	۱۴۰۰	۶	۳۲	۱۷	٪۱۳/۲۸
۱۶	۱۴۰۱	۳	۱۱	۹	٪۵/۵۵
	مجموع	۴۴	۱۹۲	۱۷۶	٪۱۰۰



نمودار ۱. روند زمانی انجام مطالعات بر اساس تحصیلات

نرسیدن مقالات اخیر باشد.

سیر زمانی انتشار مطالعات سلامت معنوی با تمرکز بر روش پژوهش

ذیل این عنوان توضیح داده خواهد شد که مقالات منتشرشده از نظر زمان و با تمرکز بر روش پژوهش چه وضعیتی دارد. بررسی‌های انجام‌گرفته نشان می‌دهد که رویکرد غالب در این مطالعات، کمی با روش پیمایش و با ابزار پرسشنامه بوده است. بیشترین مطالعه با روش کمی در سال ۱۳۹۷ با فراوانی ۳۹ مقاله بوده و در سال ۱۳۹۹ نیز بیشتر مطالعات رویکرد کیفی بوده که با روش تحلیل محتوا صورت گرفته است؛ به تبیین روش‌های به‌کاررفته در ادامه بیشتر پرداخته خواهد شد. نتایج جدول به‌صورت نموداری در نمودار (۲) ارائه شده است.

اولین استفاده از مفهوم سلامت معنوی، در سال ۱۳۸۳ در ترجمه یک مقاله بوده است. از سال ۱۳۸۴ تا ۱۳۹۷ روند صعودی در تعداد مطالعات انجام‌شده مشاهده می‌شود. بین سال‌های ۱۳۹۷ تا ۱۳۹۹ اوج انجام مطالعات در هر سه گروه بوده است و در سال‌های ۱۴۰۰ و ۱۴۰۱ به‌طور نسبی کاهش تولیدات علمی مشاهده می‌شود. در این میان برای مشخص‌تر شدن سیر نزولی یا صعودی بودن روند انجام مقالات، تعداد مقالات فارسی و انگلیسی بر اساس معادل‌سازی زمانی در یکدیگر ادغام شده‌اند. ۹ مورد مقاله به زبان انگلیسی مربوط به سال‌های ۲۰۱۵، ۲۰۲۱ و ۲۰۲۲ در مقالات موردبررسی وجود دارد که توسط نویسندگان ایرانی و با مطالعه بر روی نمونه‌های داخلی در ژورنال‌های انگلیسی‌زبان به چاپ رسیده‌اند. روند کاهش سال‌های پایانی بررسی می‌تواند به علت به‌نوبت چاپ

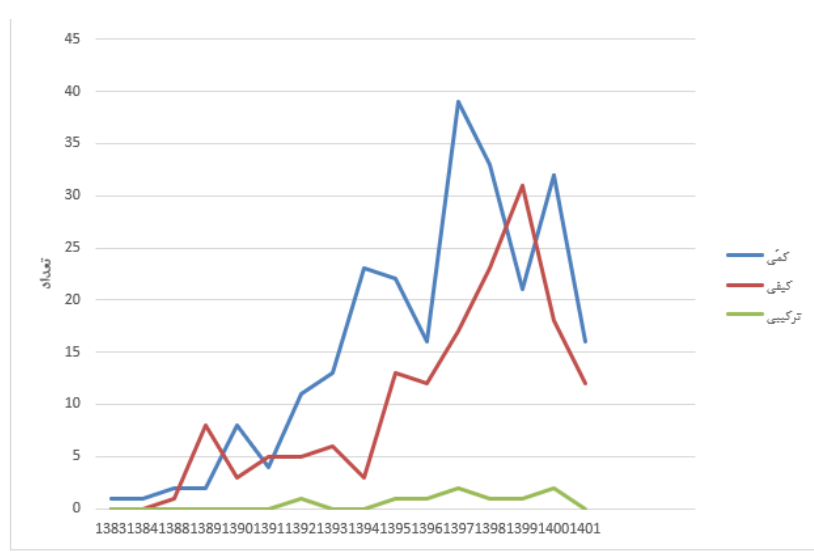
جدول ۳. سیر زمانی مطالعات به تفکیک روش پژوهش

ردیف	سال	تعداد		
		کمی	کیفی	ترکیبی
۱	۱۳۸۳	۱	-	-
۲	۱۳۸۴	۱	-	-
۳	۱۳۸۸	۲	۱	-
۴	۱۳۸۹	۳	۸	-
۵	۱۳۹۰	۸	۲	-
۶	۱۳۹۱	۴	۵	-
۷	۱۳۹۲	۱۰	۵	۱
۸	۱۳۹۳	۱۲	۶	-
۹	۱۳۹۴	۲۳	۳	-
۱۰	۱۳۹۵	۲۳	۱۴	۱
۱۱	۱۳۹۶	۱۶	۱۳	۱
۱۲	۱۳۹۷	۳۶	۱۷	۲
۱۳	۱۳۹۸	۳۳	۲۳	۱
۱۴	۱۳۹۹	۲۱	۳۱	۱
۱۵	۱۴۰۰	۲۳	۱۸	۲
۱۶	۱۴۰۱	۱۶	۱۴	-
	سایر		۵	
	مجموع	۲۴۳	۱۵۷	۹

آسیب‌شناسی مقالات علمی حوزه سلامت معنوی در ایران...

می‌دهند. از جدول بالا می‌توان دریافت که نویسندگان مقالات مورد بررسی بیشتر تمرکز خود را بر انجام مطالعات به شیوه کمی صرف و یا کیفی محض قرار داده‌اند و استفاده از روش تحقیق ترکیبی به میزان کمتری مورد توجه بوده است.

پژوهش‌های کیفی این قابلیت را دارند که درک عمیق‌تری از موضوع مورد بررسی را برای پژوهشگران فراهم کرده و الگوی روابط انسانی و اجتماعی را به شکل بهتری نمایان سازند. در مقابل روش پژوهش کمی نیز در تحلیل داده‌ها قابلیت اعتماد به نتایج کسب شده و قابلیت تعمیم را تا حد زیادی افزایش



نمودار ۲. سیر زمانی انتشار مطالعات سلامت معنوی در ایران

در حوزه سلامت معنوی یعنی حدود ۲۰۴ مقاله با روش کمی پیمایش و در حوزه علوم انسانی و علوم پزشکی انجام شده است. همچنین روش کتابخانه‌ای و تحلیل محتوا بیشترین روش‌های کیفی به‌کاررفته در حوزه علوم انسانی و علوم پزشکی بوده است. یک مورد در حوزه پزشکی نیز شامل روش کیفی (هم‌گروهی تاریخی) است، به این معنا که پیامدها پیش از آغاز بررسی روی داده‌اند و بررسی‌کننده در طول زمان به عقب برمی‌گردد تا گروه مورد بررسی خود را از سوابق موجود مربوط به گذشته جامعه آماری انتخاب و آن را در طول زمان ردیابی کند. ردیابی نیز از تاریخی ثابت در گذشته شروع و به‌طور معمول تا زمان حال ادامه می‌یابد.

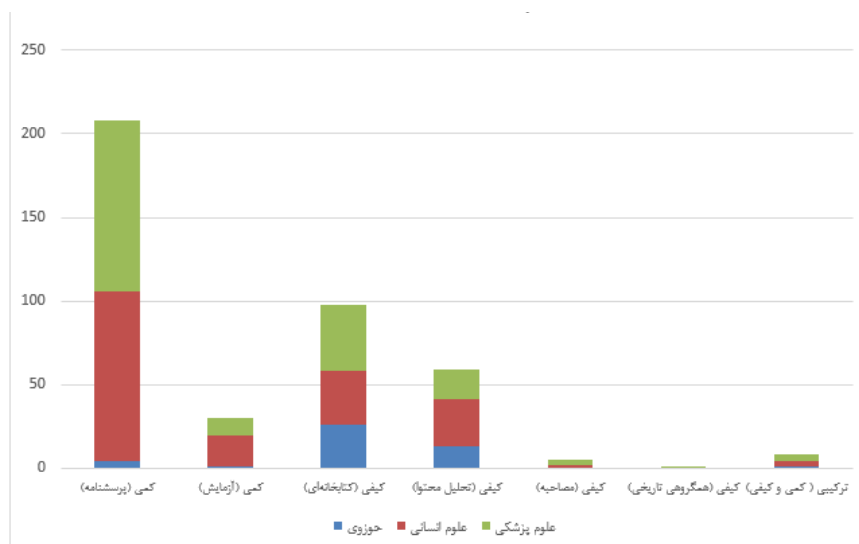
نسبت روش پژوهش به‌کاررفته به تفکیک نوع تحصیلات نویسندگان

در جدول (۳) سیر انتشار مقالات با تمرکز بر روش آن‌ها توصیف و توضیح داده شد که نسبت بین مقالاتی که از هر یک از روش‌های کمی، کیفی و ترکیبی استفاده نموده‌اند، چگونه بوده است. در تکمیل بحث روش مطالعه مفهوم سلامت معنوی در پژوهش‌ها، در جدول (۴) به‌طور دقیق توضیح داده شده که هر یک از این مقالات از کدام یک از روش‌های پژوهش موجود برای مطالعه خود بهره برده‌اند.

بررسی و دسته‌بندی روش به‌کاررفته در تحقیقات مرور شده حاکی از آن است که بیش از نیمی از مطالعات

جدول ۴. روش پژوهش به کار رفته با محوریت نوع تحصیلات نویسندگان

ردیف	روش پژوهش	نوع تحصیلات نویسندگان			درصد %
		علوم انسانی	علوم پزشکی	حوزوی	
۱	کمی (پرسشنامه)	۱۰۲	۱۰۲	۴	۵۰/۲۴
۲	کمی (آزمایش)	۱۹	۱۰	۱	۷/۲۴
۳	کیفی (کتابخانه‌ای)	۳۲	۴۰	۲۵	۲۲/۴۲
۴	کیفی (تحلیل محتوا)	۲۸	۱۸	۱۳	۱۴/۲۵
۵	کیفی (مصاحبه)	۲	۳	-	۱/۲۰
۶	کیفی (همگروهی تاریخی)	-	۱	-	۰/۲۴
۷	ترکیبی (کمی و کیفی)	۳	۴	۱	۱/۹۳
۸	سایر	۶	-	-	۱/۴۴
	مجموع	۱۹۲	۱۷۸	۴۴	۱۰۰



نمودار ۳. روش پژوهش به کار رفته با محوریت نوع تحصیلات نویسندگان

و راهبردهای عملیاتی مناسب برای فرهنگ کشور کمک کند و در نهایت حیاتی بودن ارائه ابزارهای مناسب از سوی نهادهای متولی، باعث می‌شود که تمرکز بیشتر هر سه گروه بر رویکردهای پژوهشی متنوع بیش‌ازپیش ضروری و موردنیاز باشد. با بررسی مقالاتی که با روش پژوهش کمی و با استفاده از پرسشنامه‌ها اقدام به جمع‌آوری داده نموده بودند و یا در کنار انجام آزمایش، برای گردآوری اطلاعات موردنیاز از پرسشنامه بهره برده بودند، مشخص شد که بیش از ۸۲ درصد از این گروه

در تحقیقات کیفی برخلاف مطالعاتی که از روش‌های کمی استفاده کرده بودند، نویسندگان حوزوی دارای مشارکت بالایی هستند و در رتبه بعد نویسندگان گروه علوم انسانی قرار دارند. به‌وضوح قابل مشاهده است که مشارکت گروه علوم پزشکی در مقالات موردبررسی بر انجام پژوهش‌های کمی متمرکز بوده است. اولاً وجود تنوع در رویکردهای پژوهشی، در هر سه گروه حوزوی، علوم انسانی و علوم پزشکی، دوماً، اهمیت تمرکز بر روش‌هایی که می‌تواند به ارائه راهکارها

آسیب‌شناسی مقالات علمی حوزه سلامت معنوی در ایران...

ایرانی به چشم می‌خورد؛ از جمله: پرسشنامه سلامت معنوی نارنجی و همکاران، دلمن و فری، کاتن و همکاران، هولت و همکاران و غیره.

از پرسشنامه استاندارد غیربومی پالوتزین و الیسون (SWBS) (۳۲) استفاده کرده بودند. پس‌از آن بیش از ۷/۵ درصد از مطالعات از پرسشنامه‌های متفرقه بهره برده بودند که در این بین هم پرسشنامه‌های ایرانی و هم پرسشنامه‌های غیر

جدول ۵. درصد بهره‌گیری از پرسشنامه‌های موجود در پژوهش‌های کمی

نام پرسشنامه	درصد
۱ پالوتزین و الیسون (SWBS)	۸۲٪
۲ سایر	۷/۵٪
۳ محقق ساخت	۶٪
۴ امیری و همکاران	۴/۵٪

جدول ۶. گروه مورد مطالعه و نوع تحصیلات نویسندگان

گروه مورد مطالعه	نوع تحصیلات		
	حقوقی	علوم انسانی	علوم پزشکی
۱ دانشجویان	۲	۵۲	۲۲
۲ اساتید	-	۷	۶
۳ نگران	-	۲۸	۲۵
۴ متون علمی و دینی حول سلامت معنوی	۲۱	۲۷	۲۸
۵ آیات و احکام	۲۰	۲۰	۱۰
۶ پرسش و کارکن بیمارستان	۱	۱۲	۹
۷ مرگ‌بین بیمارستان	-	۲	۱۰
۸ جالبان و معلولین	-	۲	۱
۹ معائنات	-	۲	۱۱
۱۰ دانش‌آموزان و دانشجویان	-	۱۵	۵
۱۱ مریبان، معلمان و اناسید (دانشگاه حوزه و مدرسه نظامی)	-	۱۲	۱
۱۲ زنان نابینا و نابوی و ...	-	۲	۷
۱۳ پرسشنامه‌های سلامت معنوی	-	-	۱
۱۴ شهروندان	-	۱۲	۴
۱۵ زوجین	-	۵	۱
۱۶ زنان مسنله	-	۱	-
۱۷ سربازان و نظامیان	-	۱	۴
۱۸ زنان مراجعه‌کننده به فرهنگسرا	-	۱	۱
مجموع	۴۴	۱۹۲	۱۷۸

از پرسشنامه امیری و همکاران^۱ بهره برده بودند. لازم به تأکید است که ساخت پرسشنامه به‌طور خاص و انجام هرگونه پژوهش به‌طور کلی، نیازمند ارائه تعریف مشخص و استخراج

در رتبه بعد استفاده از پرسشنامه‌ها در راستای گردآوری اطلاعات مربوط به سلامت معنوی گروه‌های تحت مطالعه، کمی بیش از ۶ درصد مقالات از پرسشنامه‌های محقق ساخت استفاده کرده و درنهایت، کمی بیش از ۴/۵ درصد از مقالات

۱ این پرسشنامه، در متون علمی به نام پرسش‌نامه فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران شناخته می‌شود.

معنوی دانشجویان و بیماران قرار دارد. پژوهشگران حوزوی، عمدتاً بر مطالعه آیات و احادیث متمرکز بوده و به گروه‌های دیگر به عنوان مورد مطالعه کمتر پرداخته‌اند.

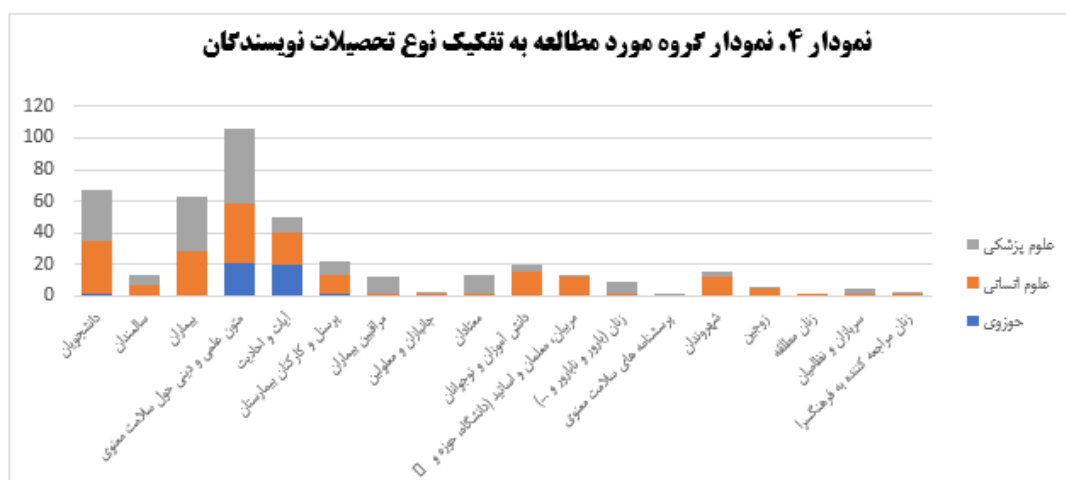
بر اساس نتایج جدول (۶) و نمودار (۴)، متون مرتبط با مفهوم سلامت معنوی با حدود ۲۵/۶۰ درصد و دانشجویان با ۱۶/۱۸ درصد بیشترین گروه مورد مطالعه در مقالات بوده‌اند. با اختلاف کمی، بیماران با ۱۵/۲۱ و آیات و احادیث با ۱۲/۰۷ درصد در صدر گروه‌های مطالعه شده قرار دارند. مبرهن و به جاست که در رابطه با گروه‌های مورد بررسی در مقالات، تمرکز مطالعات انجام شده در بخش حوزوی بیشتر بر آیات و احادیث با ۲۰ مورد و متون دینی و علمی و اسناد منتشر شده در رابطه با دین داری و سلامت معنوی با ۲۱ مورد بوده است.

بر اساس اطلاعات پژوهش در نمودار (۴) و جدول (۶) بیشترین فراوانی در علوم انسانی به ترتیب متون علمی و دینی با ۳۷ مورد، دانشجویان با ۳۳ مورد و بیماران با ۲۸ مورد قرار دارند. در بخش علوم پزشکی نیز بیشترین فراوانی گروه‌های مورد مطالعه متون علمی و دینی با ۴۸ مورد، بیماران با ۳۵ مورد و دانشجویان با ۳۲ مورد بوده است.

چارچوب مفهومی بر اساس نظریات موجود است؛ این در حالی است که بر اساس نتایج بررسی شده، مطالعات موجود از روند مشخصی در استفاده از نظریات و تعاریف موجود بهره نبرده‌اند.

نسبت گروه هدف مطالعات به تفکیک نوع تحصیلات نویسندگان

در این بخش، این مسئله توصیف خواهد شد که هر یک از سه گروه نویسندگان، تحصیلات خود اعم از حوزوی، علوم انسانی و علوم پزشکی، بر مطالعه کدام گروه از اقشار و افراد تمرکز نموده‌اند. توجه به این مسئله نشان خواهد داد که مفهوم سلامت معنوی، بیشتر دغدغه کدام دسته بوده است و کدام گروه، دایره شمول گسترده‌ای را در بستر جامعه مدنظر قرار داده‌اند. بر اساس نتایج حاصل از جدول (۶) در مجموع تحقیقات مرور شده معادل ۴۱۴ نمونه آماری بررسی شده است. دسته‌بندی مقالات بر اساس گروه مورد مطالعه، نشان دهنده این است که مقالاتی که توسط پژوهشگران علوم انسانی و علوم پزشکی نگاشته شده‌اند، بیشتر به تحلیل ثانویه متون مرتبط با سلامت معنوی پرداخته بودند و در رتبه بعد بررسی سلامت



نمودار ۴. نمودار گروه مورد مطالعه به تفکیک نوع تحصیلات نویسندگان

طبق نتایج به‌دست‌آمده، مطالعات صورت گرفته وضع روشنی از جامعه و تغییرات سلامت معنوی در مردم و کلیت اجتماع را نشان نداده و معمولاً بر روی گروه‌های محدودی تمرکز نموده‌اند. زنان مطلقه، پرسشنامه‌های سلامت معنوی، جانبازان و معلولین، سربازان و نظامیان و زوجین از جمله جوامعی هستند که توسط سه گروه موردنظر، به‌ندرت مورد مطالعه قرار گرفته‌اند. از بررسی جدول می‌توان دریافت که مقالات بخش علوم پزشکی علاوه بر بیشتر بودن تعداد مقالات، از نظر پراکندگی نیز گروه‌های بیشتری را مورد مطالعه قرار داده است؛ پراکندگی گروه مورد مطالعه نشان از شمول گسترده‌تر حوزه توجه این گروه دارد؛ اما در مقابل نویسندگان گروه حوزوی، متمرکز بر مطالعه متون دینی و آیات و احادیث بوده‌اند که با توجه به تخصص و دانش آنان منطقی می‌نماید.

رتبه علمی مجلاتی که مقالات در آن‌ها به چاپ رسیده‌اند

اهمیت توجه به رتبه علمی مجلات، در میزان دسترسی‌پذیری مخاطبان و پژوهشگران به مقالات، قابلیت ارجاع، اعتبار و تعیین‌کننده بودن مقاله در فضای دانشگاهی است و میزان تأثیر نتایج بر سیاست‌گذاری‌ها را مشخص می‌نماید؛ مسلماً هر چه ارجاع به یک مقاله بیشتر باشد، رویکرد قالب در آن حوزه و اقبال به آن در بین مجامع علمی و اجرایی بیشتر خواهد بود. لذا اهمیت و اضطراب موجود برای ساماندهی و یکدست‌سازی مفهوم سلامت معنوی، نیاز است که بر این امر توجه نمود.

همان‌طور که در جدول (۷) مشاهده می‌شود مقالات علوم انسانی و علوم پزشکی عمدتاً در مجلات علمی-پژوهشی به چاپ رسیده‌اند؛ مقالات حوزوی اگرچه از نظر تعداد کمتر هستند، اما از نظر نسبت، عملکرد خوبی در چاپ مقالات در مجلات علمی-پژوهشی دارند. همین مسئله در رابطه با انواع دیگر مجلات نیز صادق است.

جدول ۷. رتبه مجله با محوریت نوع تحصیلات نویسندگان

رتبه مجله	نوع تحصیلات نویسندگان			
	حوزوی	علوم انسانی	علوم پزشکی	درصد %
۱ علمی-پژوهشی	۳۶	۱۶۹	۱۶۴	۸۹/۱۳ %
۲ علمی-ترویجی	۴	۱۲	۷	۵/۵۵ %
۳ علمی-تخصصی	۴	۱۱	۷	۵/۳۱ %
مجموع	۴۴	۱۹۲	۱۷۸	۱۰۰ %

هدف از انجام پژوهش سیر زمانی

در نهایت، آخرین مسئله‌ای که پرداختن به آن حائز اهمیت است، روند مطالعات انجام‌گرفته از نظر هدفی است که از تدوین آن‌ها مدنظر بوده است. نتیجه تحلیل عناوین مطالعات با استفاده از نرم‌افزار مکس کیودا ۲۰۲۰، در جدول (۸) نشان داده شده که در ۱۵ مورد قابل بررسی است. عمده مطالعات بررسی شده، باهدف «بررسی تأثیر یا رابطه»

انجام‌گرفته‌اند. در این مطالعات سلامت معنوی هم به‌عنوان متغیر مستقل و هم متغیرهای وابسته مدنظر قرار گرفته است. طبق جدول (۸)، بیشتر از ۵۲ درصد از مطالعات بررسی شده، باهدف بررسی تأثیر متغیرهای مختلف بر سلامت معنوی و بررسی تأثیر سلامت معنوی بر متغیرهایی همچون ابعاد مختلف دعا، پیشگیری از بیماری‌ها، سلامت روان، اضطراب امتحان، فرسودگی تحصیلی، رفتارهای پرخطر دانشجویان،

زهرا نقی زاده و همکاران

گروه‌هایی همچون زنان باردار، پرستاران در شرایط کرونا، کارکنان، دانشجویان، دانش‌آموزان، نوجوانان، سالمندان، بیماران و غیره از منظر میزان سلامت معنوی مورد توجه قرار گرفته است. نکته حائز اهمیت در این مورد این است که عدم وجود ابزارهای شناخته شده و متقین در حوزه سنجش و بررسی سلامت معنوی و عدم وجود شاخص‌های یکدست در این زمینه، دغدغه هم‌سویی نتایج این پژوهش‌ها با فرهنگ کشور، مطرح می‌شود.

سبک تفکر و خلاقیت، خود نظارتی و غیره و نیز رابطه سلامت معنوی با تاب‌آوری، کیفیت زندگی، دل‌بستگی به خدا، رزق حلال، هوش هیجانی و غیره انجام گرفته است. بیشترین مقاله با ۳۵ مورد در سال ۹۷ با این هدف انجام گرفته‌اند. مقالات فوق، بیشترین میزان همپوشانی را با موضوعاتی داشتند که به طور خاص به «بررسی وضعیت» سلامت معنوی در گروه‌های خاص پرداخته بودند که طبق جدول، ۱۰ درصد کل مقالات را تشکیل می‌دهند. در این دسته بررسی وضعیت

جدول ۸. سیر زمانی اهداف مطالعات انجام شده

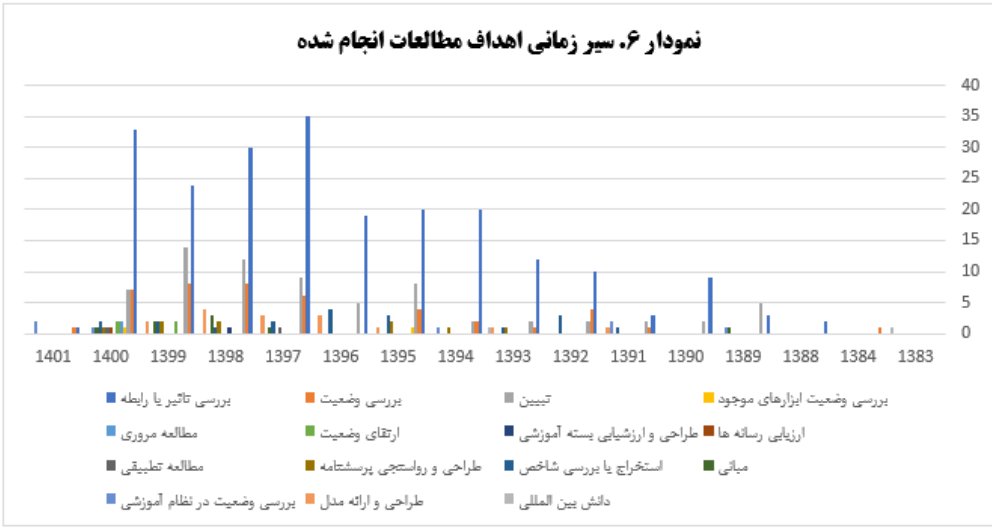
هدف از انجام طرح	۱۳۹۷	۱۳۹۶	۱۳۹۵	۱۳۹۴	۱۳۹۳	۱۳۹۲	۱۳۹۱	۱۳۹۰	۱۳۸۹	۱۳۸۸	۱۳۸۷	۱۳۸۶	۱۳۸۵	۱۳۸۴	۱۳۸۳	۱۳۸۲	۱۳۸۱	۱۳۸۰	۱۳۷۹	۱۳۷۸	۱۳۷۷	۱۳۷۶	۱۳۷۵	۱۳۷۴	۱۳۷۳	۱۳۷۲	۱۳۷۱	۱۳۷۰	۱۳۶۹	۱۳۶۸	۱۳۶۷	۱۳۶۶	۱۳۶۵	۱۳۶۴	۱۳۶۳	۱۳۶۲	۱۳۶۱	۱۳۶۰	۱۳۵۹	۱۳۵۸	۱۳۵۷	۱۳۵۶	۱۳۵۵	۱۳۵۴	۱۳۵۳	۱۳۵۲	۱۳۵۱	۱۳۵۰	۱۳۴۹	۱۳۴۸	۱۳۴۷	۱۳۴۶	۱۳۴۵	۱۳۴۴	۱۳۴۳	۱۳۴۲	۱۳۴۱	۱۳۴۰	۱۳۳۹	۱۳۳۸	۱۳۳۷	۱۳۳۶	۱۳۳۵	۱۳۳۴	۱۳۳۳	۱۳۳۲	۱۳۳۱	۱۳۳۰	۱۳۲۹	۱۳۲۸	۱۳۲۷	۱۳۲۶	۱۳۲۵	۱۳۲۴	۱۳۲۳	۱۳۲۲	۱۳۲۱	۱۳۲۰	۱۳۱۹	۱۳۱۸	۱۳۱۷	۱۳۱۶	۱۳۱۵	۱۳۱۴	۱۳۱۳	۱۳۱۲	۱۳۱۱	۱۳۱۰	۱۳۰۹	۱۳۰۸	۱۳۰۷	۱۳۰۶	۱۳۰۵	۱۳۰۴	۱۳۰۳	۱۳۰۲	۱۳۰۱	۱۳۰۰	۱۲۹۹	۱۲۹۸	۱۲۹۷	۱۲۹۶	۱۲۹۵	۱۲۹۴	۱۲۹۳	۱۲۹۲	۱۲۹۱	۱۲۹۰	۱۲۸۹	۱۲۸۸	۱۲۸۷	۱۲۸۶	۱۲۸۵	۱۲۸۴	۱۲۸۳	۱۲۸۲	۱۲۸۱	۱۲۸۰	۱۲۷۹	۱۲۷۸	۱۲۷۷	۱۲۷۶	۱۲۷۵	۱۲۷۴	۱۲۷۳	۱۲۷۲	۱۲۷۱	۱۲۷۰	۱۲۶۹	۱۲۶۸	۱۲۶۷	۱۲۶۶	۱۲۶۵	۱۲۶۴	۱۲۶۳	۱۲۶۲	۱۲۶۱	۱۲۶۰	۱۲۵۹	۱۲۵۸	۱۲۵۷	۱۲۵۶	۱۲۵۵	۱۲۵۴	۱۲۵۳	۱۲۵۲	۱۲۵۱	۱۲۵۰	۱۲۴۹	۱۲۴۸	۱۲۴۷	۱۲۴۶	۱۲۴۵	۱۲۴۴	۱۲۴۳	۱۲۴۲	۱۲۴۱	۱۲۴۰	۱۲۳۹	۱۲۳۸	۱۲۳۷	۱۲۳۶	۱۲۳۵	۱۲۳۴	۱۲۳۳	۱۲۳۲	۱۲۳۱	۱۲۳۰	۱۲۲۹	۱۲۲۸	۱۲۲۷	۱۲۲۶	۱۲۲۵	۱۲۲۴	۱۲۲۳	۱۲۲۲	۱۲۲۱	۱۲۲۰	۱۲۱۹	۱۲۱۸	۱۲۱۷	۱۲۱۶	۱۲۱۵	۱۲۱۴	۱۲۱۳	۱۲۱۲	۱۲۱۱	۱۲۱۰	۱۲۰۹	۱۲۰۸	۱۲۰۷	۱۲۰۶	۱۲۰۵	۱۲۰۴	۱۲۰۳	۱۲۰۲	۱۲۰۱	۱۲۰۰	۱۱۹۹	۱۱۹۸	۱۱۹۷	۱۱۹۶	۱۱۹۵	۱۱۹۴	۱۱۹۳	۱۱۹۲	۱۱۹۱	۱۱۹۰	۱۱۸۹	۱۱۸۸	۱۱۸۷	۱۱۸۶	۱۱۸۵	۱۱۸۴	۱۱۸۳	۱۱۸۲	۱۱۸۱	۱۱۸۰	۱۱۷۹	۱۱۷۸	۱۱۷۷	۱۱۷۶	۱۱۷۵	۱۱۷۴	۱۱۷۳	۱۱۷۲	۱۱۷۱	۱۱۷۰	۱۱۶۹	۱۱۶۸	۱۱۶۷	۱۱۶۶	۱۱۶۵	۱۱۶۴	۱۱۶۳	۱۱۶۲	۱۱۶۱	۱۱۶۰	۱۱۵۹	۱۱۵۸	۱۱۵۷	۱۱۵۶	۱۱۵۵	۱۱۵۴	۱۱۵۳	۱۱۵۲	۱۱۵۱	۱۱۵۰	۱۱۴۹	۱۱۴۸	۱۱۴۷	۱۱۴۶	۱۱۴۵	۱۱۴۴	۱۱۴۳	۱۱۴۲	۱۱۴۱	۱۱۴۰	۱۱۳۹	۱۱۳۸	۱۱۳۷	۱۱۳۶	۱۱۳۵	۱۱۳۴	۱۱۳۳	۱۱۳۲	۱۱۳۱	۱۱۳۰	۱۱۲۹	۱۱۲۸	۱۱۲۷	۱۱۲۶	۱۱۲۵	۱۱۲۴	۱۱۲۳	۱۱۲۲	۱۱۲۱	۱۱۲۰	۱۱۱۹	۱۱۱۸	۱۱۱۷	۱۱۱۶	۱۱۱۵	۱۱۱۴	۱۱۱۳	۱۱۱۲	۱۱۱۱	۱۱۱۰	۱۱۰۹	۱۱۰۸	۱۱۰۷	۱۱۰۶	۱۱۰۵	۱۱۰۴	۱۱۰۳	۱۱۰۲	۱۱۰۱	۱۱۰۰	۱۰۹۹	۱۰۹۸	۱۰۹۷	۱۰۹۶	۱۰۹۵	۱۰۹۴	۱۰۹۳	۱۰۹۲	۱۰۹۱	۱۰۹۰	۱۰۸۹	۱۰۸۸	۱۰۸۷	۱۰۸۶	۱۰۸۵	۱۰۸۴	۱۰۸۳	۱۰۸۲	۱۰۸۱	۱۰۸۰	۱۰۷۹	۱۰۷۸	۱۰۷۷	۱۰۷۶	۱۰۷۵	۱۰۷۴	۱۰۷۳	۱۰۷۲	۱۰۷۱	۱۰۷۰	۱۰۶۹	۱۰۶۸	۱۰۶۷	۱۰۶۶	۱۰۶۵	۱۰۶۴	۱۰۶۳	۱۰۶۲	۱۰۶۱	۱۰۶۰	۱۰۵۹	۱۰۵۸	۱۰۵۷	۱۰۵۶	۱۰۵۵	۱۰۵۴	۱۰۵۳	۱۰۵۲	۱۰۵۱	۱۰۵۰	۱۰۴۹	۱۰۴۸	۱۰۴۷	۱۰۴۶	۱۰۴۵	۱۰۴۴	۱۰۴۳	۱۰۴۲	۱۰۴۱	۱۰۴۰	۱۰۳۹	۱۰۳۸	۱۰۳۷	۱۰۳۶	۱۰۳۵	۱۰۳۴	۱۰۳۳	۱۰۳۲	۱۰۳۱	۱۰۳۰	۱۰۲۹	۱۰۲۸	۱۰۲۷	۱۰۲۶	۱۰۲۵	۱۰۲۴	۱۰۲۳	۱۰۲۲	۱۰۲۱	۱۰۲۰	۱۰۱۹	۱۰۱۸	۱۰۱۷	۱۰۱۶	۱۰۱۵	۱۰۱۴	۱۰۱۳	۱۰۱۲	۱۰۱۱	۱۰۱۰	۱۰۰۹	۱۰۰۸	۱۰۰۷	۱۰۰۶	۱۰۰۵	۱۰۰۴	۱۰۰۳	۱۰۰۲	۱۰۰۱	۱۰۰۰	۹۹۹	۹۹۸	۹۹۷	۹۹۶	۹۹۵	۹۹۴	۹۹۳	۹۹۲	۹۹۱	۹۹۰	۹۸۹	۹۸۸	۹۸۷	۹۸۶	۹۸۵	۹۸۴	۹۸۳	۹۸۲	۹۸۱	۹۸۰	۹۷۹	۹۷۸	۹۷۷	۹۷۶	۹۷۵	۹۷۴	۹۷۳	۹۷۲	۹۷۱	۹۷۰	۹۶۹	۹۶۸	۹۶۷	۹۶۶	۹۶۵	۹۶۴	۹۶۳	۹۶۲	۹۶۱	۹۶۰	۹۵۹	۹۵۸	۹۵۷	۹۵۶	۹۵۵	۹۵۴	۹۵۳	۹۵۲	۹۵۱	۹۵۰	۹۴۹	۹۴۸	۹۴۷	۹۴۶	۹۴۵	۹۴۴	۹۴۳	۹۴۲	۹۴۱	۹۴۰	۹۳۹	۹۳۸	۹۳۷	۹۳۶	۹۳۵	۹۳۴	۹۳۳	۹۳۲	۹۳۱	۹۳۰	۹۲۹	۹۲۸	۹۲۷	۹۲۶	۹۲۵	۹۲۴	۹۲۳	۹۲۲	۹۲۱	۹۲۰	۹۱۹	۹۱۸	۹۱۷	۹۱۶	۹۱۵	۹۱۴	۹۱۳	۹۱۲	۹۱۱	۹۱۰	۹۰۹	۹۰۸	۹۰۷	۹۰۶	۹۰۵	۹۰۴	۹۰۳	۹۰۲	۹۰۱	۹۰۰	۸۹۹	۸۹۸	۸۹۷	۸۹۶	۸۹۵	۸۹۴	۸۹۳	۸۹۲	۸۹۱	۸۹۰	۸۸۹	۸۸۸	۸۸۷	۸۸۶	۸۸۵	۸۸۴	۸۸۳	۸۸۲	۸۸۱	۸۸۰	۸۷۹	۸۷۸	۸۷۷	۸۷۶	۸۷۵	۸۷۴	۸۷۳	۸۷۲	۸۷۱	۸۷۰	۸۶۹	۸۶۸	۸۶۷	۸۶۶	۸۶۵	۸۶۴	۸۶۳	۸۶۲	۸۶۱	۸۶۰	۸۵۹	۸۵۸	۸۵۷	۸۵۶	۸۵۵	۸۵۴	۸۵۳	۸۵۲	۸۵۱	۸۵۰	۸۴۹	۸۴۸	۸۴۷	۸۴۶	۸۴۵	۸۴۴	۸۴۳	۸۴۲	۸۴۱	۸۴۰	۸۳۹	۸۳۸	۸۳۷	۸۳۶	۸۳۵	۸۳۴	۸۳۳	۸۳۲	۸۳۱	۸۳۰	۸۲۹	۸۲۸	۸۲۷	۸۲۶	۸۲۵	۸۲۴	۸۲۳	۸۲۲	۸۲۱	۸۲۰	۸۱۹	۸۱۸	۸۱۷	۸۱۶	۸۱۵	۸۱۴	۸۱۳	۸۱۲	۸۱۱	۸۱۰	۸۰۹	۸۰۸	۸۰۷	۸۰۶	۸۰۵	۸۰۴	۸۰۳	۸۰۲	۸۰۱	۸۰۰	۷۹۹	۷۹۸	۷۹۷	۷۹۶	۷۹۵	۷۹۴	۷۹۳	۷۹۲	۷۹۱	۷۹۰	۷۸۹	۷۸۸	۷۸۷	۷۸۶	۷۸۵	۷۸۴	۷۸۳	۷۸۲	۷۸۱	۷۸۰	۷۷۹	۷۷۸	۷۷۷	۷۷۶	۷۷۵	۷۷۴	۷۷۳	۷۷۲	۷۷۱	۷۷۰	۷۶۹	۷۶۸	۷۶۷	۷۶۶	۷۶۵	۷۶۴	۷۶۳	۷۶۲	۷۶۱	۷۶۰	۷۵۹	۷۵۸	۷۵۷	۷۵۶	۷۵۵	۷۵۴	۷۵۳	۷۵۲	۷۵۱	۷۵۰	۷۴۹	۷۴۸	۷۴۷	۷۴۶	۷۴۵	۷۴۴	۷۴۳	۷۴۲	۷۴۱	۷۴۰	۷۳۹	۷۳۸	۷۳۷	۷۳۶	۷۳۵	۷۳۴	۷۳۳	۷۳۲	۷۳۱	۷۳۰	۷۲۹	۷۲۸	۷۲۷	۷۲۶	۷۲۵	۷۲۴	۷۲۳	۷۲۲	۷۲۱	۷۲۰	۷۱۹	۷۱۸	۷۱۷	۷۱۶	۷۱۵	۷۱۴	۷۱۳	۷۱۲	۷۱۱	۷۱۰	۷۰۹	۷۰۸	۷۰۷	۷۰۶	۷۰۵	۷۰۴	۷۰۳	۷۰۲	۷۰۱	۷۰۰	۶۹۹	۶۹۸	۶۹۷	۶۹۶	۶۹۵	۶۹۴	۶۹۳	۶۹۲	۶۹۱	۶۹۰	۶۸۹	۶۸۸	۶۸۷	۶۸۶	۶۸۵	۶۸۴	۶۸۳	۶۸۲	۶۸۱	۶۸۰	۶۷۹	۶۷۸	۶۷۷	۶۷۶	۶۷۵	۶۷۴	۶۷۳	۶۷۲	۶۷۱	۶۷۰	۶۶۹	۶۶۸	۶۶۷	۶۶۶	۶۶۵	۶۶۴	۶۶۳	۶۶۲	۶۶۱	۶۶۰	۶۵۹	۶۵۸	۶۵۷	۶۵۶	۶۵۵	۶۵۴	۶۵۳	۶۵۲	۶۵۱	۶۵۰	۶۴۹	۶۴۸	۶۴۷	۶۴۶	۶۴۵	۶۴۴	۶۴۳	۶۴۲	۶۴۱	۶۴۰	۶۳۹	۶۳۸	۶۳۷	۶۳۶	۶۳۵	۶۳۴	۶۳۳	۶۳۲	۶۳۱	۶۳۰	۶۲۹	۶۲۸	۶۲۷	۶۲۶	۶۲۵	۶۲۴	۶۲۳	۶۲۲	۶۲۱	۶۲۰	۶۱۹	۶۱۸	۶۱۷	۶۱۶	۶۱۵	۶۱۴	۶۱۳	۶۱۲	۶۱۱	۶۱۰	۶۰۹	۶۰۸	۶۰۷	۶۰۶	۶۰۵	۶۰۴	۶۰۳	۶۰۲	۶۰۱	۶۰۰	۵۹۹	۵۹۸	۵۹۷	۵۹۶	۵۹۵	۵۹۴	۵۹۳	۵۹۲	۵۹۱	۵۹۰	۵۸۹	۵۸۸	۵۸۷	۵۸۶	۵۸۵	۵۸۴	۵۸۳	۵۸۲	۵۸۱	۵۸۰	۵۷۹	۵۷۸	۵۷۷	۵۷۶	۵۷۵	۵۷۴	۵۷۳	۵۷۲	۵۷۱	۵۷۰	۵۶۹	۵۶۸	۵۶۷	۵۶۶	۵۶۵	۵۶۴	۵۶۳	۵۶۲	۵۶۱	۵۶۰	۵۵۹	۵۵۸	۵۵۷	۵۵۶	۵۵۵	۵۵۴	۵۵۳	۵۵۲	۵۵۱	۵۵۰	۵۴۹	۵۴۸	۵۴۷	۵۴۶	۵۴۵	۵۴۴	۵۴۳	۵۴۲	۵۴۱	۵۴۰	۵۳۹	۵۳۸	۵۳۷	۵۳۶	۵۳۵	۵۳۴	۵۳۳	۵۳۲	۵۳۱	۵۳۰	۵۲۹	۵۲۸	۵۲۷	۵۲۶	۵۲۵	۵۲۴	۵۲۳	۵۲۲	۵۲۱	۵۲۰	۵۱۹	۵۱۸	۵۱۷	۵۱۶	۵۱۵	۵۱۴	۵۱۳	۵۱۲	۵۱۱	۵۱۰	۵۰۹	۵۰۸	۵۰۷	۵۰۶	۵۰۵	۵۰۴	۵۰۳	۵۰۲	۵۰۱	۵۰۰	۴۹۹	۴۹۸	۴۹۷	۴۹۶	۴۹۵	۴۹۴	۴۹۳	۴۹۲	۴۹۱	۴۹۰	۴۸۹	۴۸۸	۴۸۷	۴۸۶	۴۸۵	۴۸۴	۴۸۳	۴۸۲	۴۸۱	۴۸۰	۴۷۹	۴۷۸	۴۷۷	۴۷۶	۴۷۵	۴۷۴
------------------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

آسیب‌شناسی مقالات علمی حوزه سلامت معنوی در ایران...

دعا، عوامل و موانع در سلامت معنوی پرداخته و مقالات اخیرتر با تمرکز بر تبیین مسائل راهبردی‌تر مواردی همچون اصول اجرا، جایگاه ساختارهای حاکمیتی، راهکارهای کنشی و راهکارهای بینشی را تبیین نموده‌اند؛ این مسئله نشان از پی بردن پژوهشگران به اهمیت تبیین‌های راهبردی‌تر دارد. در تکمیل تبیین مفهوم سلامت معنوی، مطالعه «مبانی» سلامت معنوی با رویکردهای مختلف نیز ضروری می‌نماید که به دلیل کثرت نسبی مطالعات این حوزه و تعدد مبانی موجود، در قالب یک هدف مجزا مورد بررسی قرار گرفت؛ رویکردهایی از جمله: مبانی عرفانی، اسلامی، قرآنی، انسان‌شناختی و دین‌شناختی و یا مبتنی بر نظرات اندیشمندانی همچون آیت‌الله جوادی آملی و علامه طباطبایی. در این حوزه، ۱/۸۷ درصد از مقالات طی سال‌های متفاوت نسبت به تحلیل و احصای مبانی سلامت معنوی اقدام نموده‌اند.

در نقطه مقابل این هدف، اهداف «طراحی و روا سنجی پرسشنامه»، «استخراج یا بررسی شاخص» و «طراحی و ارائه مدل» به‌عنوان اهدافی راهبردی قرار دارند که به ترتیب ۲/۲ درصد، ۴/۶ درصد و ۱/۸۷ درصد از مقالات به آن‌ها

پرداخته بودند. در این زمینه قابل‌ذکر است که متناسب با فرهنگ ایرانی-اسلامی، سنجش سلامت معنوی گروه‌های هدف مختلف در کشور، ارائه راهبردهای مقتضی و داشتن برنامه‌های متناسب در این زمینه، نیازمند استفاده از ابزارهای بومی‌شده منتج از مقالات پژوهشی و کاربردی است. از جمله اهداف فراوان، توجه به دانش تولیدشده بوده است. بر این مبنا پژوهشگران مختلف، اقدامات متفاوتی برای این هدف انجام داده‌اند. یکی از این اهداف انجام «مطالعه مروری» است که به اقتضای شرایط و در زمانی مناسب انجام‌گرفته‌اند. ۲ مقاله مروری، در سال ۱۴۰۰، با در برگرفتن ۰/۴ درصد از میزان مطالعات، دقیقاً در زمانی انجام‌گرفته‌اند که حوزه مطالعات حول سلامت معنوی به مرحله‌ای رسیده بوده‌اند که انجام چنین مروری می‌تواند درکی اجمالی نسبت به شرایط موجود در اختیار دغدغه‌مندان قرار داده و حالتی از آسیب‌شناسی بوده است. انجام «مطالعات تطبیقی» در راستای شناخت دانش موجود در دنیا نیز در جهت آشنایی با ادبیات موجود مهم می‌نماید که یک مقاله در سال ۱۳۹۷ و دیگری در سال ۱۴۰۰ در این حوزه انجام‌شده است.



نمودار ۵. سیر زمانی اهداف مطالعات انجام شده

از اهداف دیگر در این زمینه، «بررسی وضعیت ابزارهای موجود» است که می‌توان آن را اقدامی زمینه‌ساز در راستای ساخت ابزارهای بومی دانست؛ علی‌رغم حیاتی بودن این گام باهدف ساخت این ابزارهای بومی، طبق بررسی‌های انجام‌گرفته، تنها ۰/۴ درصد از مقالات یعنی ۲ مقاله در سال‌های اخیر، یکی در سال ۱۳۹۵ و دیگری در سال ۱۴۰۰، با این هدف انجام‌گرفته‌اند که بدون شک نمی‌توانند نیاز این حوزه را برآورده نمایند. «بررسی وضعیت در نظام آموزشی» نیز از جمله دیگر اهدافی است که به شناخت وضع موجود سلامت معنوی در ایران کمک می‌کند. در این حوزه ۱/۵۶ درصد از مطالعات، وضعیت سلامت معنوی را در علوم پزشکی، علوم انسانی و برنامه‌های درسی مورد مطالعه قرار داده‌اند. این هدف در طول سال‌های مختلف پراکنده بوده و روند خاصی نداشته است. در این زمینه لازم به تأکید است که طبق نتایج به‌دست‌آمده نیاز است که همچنان حول مبانی اولیه، شاخص‌ها و ابزارهای سنجش مفهوم سلامت معنوی پژوهش‌های بیشتری انجام‌گرفته و پس از به دست آمدن اجماعی در این حوزه، برای وارد نمودن این مفهوم و چگونگی آموزش آن در سطوح مختلف تصمیم‌گیری شود؛ اما اینکه در حال حاضر مسئله بررسی وضعیت نظام آموزشی مورد توجه حوزه پژوهش قرار گرفته است باید مدنظر باشد که پس از رسیدن به این اجماع و اهمیت مطالعه دانشجویان، دانش‌آموزان، طلاب و محصلین به‌عنوان یکی از گروه‌های مهم نیازمند سلامت معنوی که در سن آموزش قرار دارند، بذل توجه به برنامه‌های آموزشی در حوزه‌های مختلف مورد توجه مطالعات بیشتری قرار بگیرد.

در ادامه چنین هدفی "طراحی و ارزشیابی بسته‌های آموزشی" در مرکز توجه قرار می‌گیرد. تاکنون تنها یک مقاله در سال ۱۳۹۸ با همین هدف به طراحی و ارزشیابی بسته آموزشی مهارت‌های معنوی برای دانشجویان پرداخته است

که بدون شک نسبت به اهمیت این مسئله، بسیار محدود بوده و نیازمند توجه عمیق‌تر است. اگرچه پیش‌نیاز چنین اقدامی این است که پژوهش‌هایی باهدف ارائه یک تعریف یکسان، استخراج شاخص‌ها و طراحی ابزارهای سنجش وضع موجود انجام شوند که پیش‌ازاین تشریح شدند. هرگونه ارزیابی وضع موجود نیز تکمیل‌کننده این فرایند خواهد بود که انتظار می‌رفت طی سال‌های گذشته به تعداد قابل توجهی انجام‌گرفته باشند.

طبق نتایج این مطالعات باید عنوان کرد که نیاز است مطالعات سلامت معنوی، با تمرکز بر دستیابی به تعریف و شاخص‌های یکسان، طراحی پرسشنامه یکپارچه و مورد تأیید یک نظام مرجع، به اجماع رسیده و سپس در راستای ارتقای سطح سلامت معنوی در ایران اقدام نمایند. در این زمینه، تاکنون ۱/۵۶ درصد از مقالات به‌طور خاص در سال‌های ۱۳۹۹ و ۱۴۰۰ باهدف "ارتقای وضعیت" سلامت معنوی در ایران تدوین گردیده‌اند که می‌تواند نشان‌دهنده شروع دغدغه‌مندی پژوهشگران نسبت به این هدف باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

در مطالعه حاضر تلاش شد تا به این سؤال پاسخ داده شود که وضعیت موجود تبیین و به‌کارگیری دانشگاهی مفهوم سلامت معنوی در ایران چگونه است؟ در راستای درک این مسئله، برخی سؤالات فرعی طرح و در قسمت یافته‌ها به آن‌ها پاسخ داده شد. طبق آنچه در فصل پیشین ذکر آن رفت: در گام نخست به این مسئله پرداخته شد که سیر زمانی انتشار مطالعات سلامت معنوی در ایران به‌طور خاص به تفکیک نوع تحصیلات نویسندگان چگونه است؟ مجموع یافته‌های مطالعه حاضر در تمامی بخش‌های آن نشان می‌دهد پرداختن به مسئله سلامت معنوی و تعریف و تعیین شاخص‌های آن به‌مثابه یک حوزه پژوهشی، از اواخر دهه ۸۰

شمسی در ایران شروع شده ولی در اواسط دهه ۹۰ از نظر تعداد انجام مقالات رو به فزونی گذاشت. این روند در شروع دهه ۱۴۰۰ نزولی بوده، اما همچنان نسبت به دهه ۸۰ و نیمه اول دهه ۹۰ فراوان است. تعداد انتشار مقالات با تحصیلات حوزوی حدود ۴۴ مقاله (۱۳۹۸ بالاترین فراوانی) و بعد ۱۷۶ مقاله با تحصیلات علوم پزشکی (۱۳۹۹ بالاترین فراوانی) و بالاترین میزان انتشار مقالات حوزه سلامت معنوی در تحصیلات علوم انسانی با ۱۹۲ مقاله (۱۴۰۰ بالاترین فراوانی) بوده است.

سپس با توجه به نوع تحصیلات نویسندگان، گروه هدف مطالعات انجام‌گرفته مشخص شد. توسعه مقالات بین سال‌های ۱۳۹۵ تا ۱۴۰۰ با محوریت موضوعی مقالات بیشتر در حوزه تأثیر و نقش سلامت معنوی و حمایت اجتماعی در کیفیت زندگی سالمندان، دانشجویان، بیماران کرونایی، بیماران سرطانی، زنان بزه دیده، زنان ناباور، دانش‌آموزان و غیره، تعریف و تبیین مفهومی و شاخص‌های سلامت معنوی، بررسی دیدگاه دانشمندان (اسلامی و غیر اسلامی) در حوزه سلامت معنوی، عوامل فرهنگی و اجتماعی مؤثر بر سلامت معنوی و همچنین مطالعات سلامت معنوی از منظر اسلام، آیات و روایات بوده است.

در بررسی رتبه علمی مجلاتی که مقالات مورد بررسی در آن‌ها به چاپ رسیده بودند مشخص شد که اگرچه از نظر تعداد، نویسندگان مقالات بخش حوزوی نسبت به نویسندگان دو سازمان دیگر تعداد مقالات کمتری را در مجلات علمی-پژوهشی به چاپ رسانده‌اند اما از نظر تعداد مقالات علمی-پژوهشی نسبت به کل مقالات چاپ‌شده و همچنین نسبت به درصد کمتر پژوهشگران حوزوی در مقایسه با علوم پزشکی و علوم انسانی این تعداد قابل توجه است. انتشار مقالات در مجلات علمی-پژوهشی علاوه بر آن که نشان‌دهنده اعتبار بالاتر مطالب مطرح‌شده و داشتن نگاه نوآورانه و بدیع به موضوع است، از سوی دیگر امکان در دسترس قرار دادن مطالب را برای طیف

بیشتری از افراد در جوامع علمی و دانشگاهی فراهم می‌سازد و این مسئله به ترویج دانش کسب‌شده در فرایند پژوهش نیز کمک بسزایی می‌کند. از این منظر توجه پژوهشگران خصوصاً پژوهشگران حوزوی کشور به این مسئله، می‌تواند توجه مخاطبان بیشتری را با نگاه ایرانی-اسلامی به مسئله سلامت معنوی جلب نماید. در کنار رتبه علمی مجلات، کاربردی بودن روش‌های پژوهش به‌کاررفته نیز در جلب نظر مخاطبان تأثیرگذار خواهد بود. بر این اساس، روش‌های پژوهشی نیز در سه دسته کلی کمی (آزمایشی و پرسشنامه) و کیفی (هم‌گروهی تاریخی، کتابخانه‌ای، تحلیل محتوا، مصاحبه) و ترکیبی (کمی و کیفی) تقسیم‌بندی شده است. نکته قابل توجه از شروع سال انتشار مقالات در حوزه سلامت معنوی، فراوانی نسبتاً پایین مطالعات مرتبط با نویسندگان حوزوی است که اهمیت فوق‌العاده سلامت معنوی از این دیدگاه در کشورمان، نیاز به واکاوی بیشتر دارد. همچنین از نظر بهره‌گیری از پرسشنامه‌ها، بیش از ۸۲ درصد، از پرسشنامه استاندارد غیربومی پالوتزین و الیسون (SWBS)، پس از آن بیش از ۷/۵ درصد از مطالعات از پرسشنامه‌های متفرقه ایرانی و غیر ایرانی از جمله: پرسشنامه سلامت معنوی نارنجی و همکاران، دلمن و فری، کاتن و همکاران، هولت و همکاران و غیره، کمی بیش از ۶ درصد مقالات از پرسشنامه‌های محقق ساخت و درنهایت، کمی بیش از ۳/۵ درصد از مقالات از پرسشنامه امیری و همکاران شناخته‌شده به نام پرسشنامه فرهنگستان علوم پزشکی بهره برده بودند.

درنهایت و طبق تحلیل عمیق مقالات جمع‌آوری‌شده، این پژوهش تلاش نمود به این پرسش پاسخ دهد که این مقالات در پی پاسخ دادن به چه سؤالی بوده و با چه هدفی انجام‌شده‌اند. جدول (۱۰) به بررسی و ارائه هدف مقالات، خروجی آن‌ها و سؤالات در پژوهش‌های مورد بررسی پرداخته است و آن‌ها را در هفت بخش دسته‌بندی کرده است. نکته حائز اهمیت در این زمینه این است که جامعه ایرانی، مبانی

اسلامی و ایرانی را در کنار یکدیگر داراست. از این منظر پژوهشگران وابسته به حوزه‌های علمیه و یا آشنا به مبانی اسلامی و علوم دینی، به‌عنوان مهم‌ترین و تأثیرگذارترین متولیان امور معنوی جامعه، می‌توانند با ورود درست و اثرگذار، کارکرد خود در ارتقای سلامت معنوی را به انجام برسانند. برای تبیین نظریات سلامت معنوی با رویکرد اسلامی نیز به شاخص سازی و تعریف مفاهیم در این حوزه نیاز است. بدون تعریف شاخص‌های استاندارد در مطالعات، امکان تدوین مقیاس‌ها و پرسشنامه‌های استاندارد در این بخش وجود ندارد و در نتیجه همان‌طور که از بررسی جداول مشخص شد بدون دستیابی به سنجه‌های دقیق و علمی، امکان ورود به بخش راهکار و اجرا نیز محدود خواهد بود. در این زمینه ضرورت انتشار مقالات در مجلات معتبر و دسترسی‌پذیر نقش تعیین‌کننده و مهمی ایفا می‌کند. در همین زمینه اگر حوزه‌های علمیه بخواهند در امر سلامت معنوی نقشی تأثیرگذار داشته باشند لازم است با انجام پژوهش‌های ترکیبی، حضور پررنگ‌تری در زمینه ارائه تعریف دقیق و شاخص‌های اجرایی، ارائه راهکارهای اجرایی جهت ارتقای وضعیت سلامت معنوی افراد کشور، انجام اقدامات مداخله‌ای مؤثر و همچنین ارائه پروتکل‌های آموزشی و اجرایی در زمینه سلامت معنوی داشته باشند. این امر در هر سطحی با جلوگیری از ورود افراد غیرمتخصص در این مسئله مهم و حساس، از ایجاد آسیب‌های متعدد جلوگیری خواهد کرد.

پیشنهاد‌های پژوهشی

شیوه منطقی مدیریت جریان دانش، متکی بر فرایند شناسایی مبانی و تبیین موضوع، وفق دادن دانش با زمینه بومی، سازمان‌دهی، توزیع و درنهایت به‌کارگیری دانش تولیدشده است. بر این اساس و با توجه به نتیجه‌گیری فوق، اگرچه بیش از یک دهه است که پژوهش‌هایی در زمینه سلامت معنوی در کشور انجام می‌شود اما توجه به این مسئله ضروری

می‌نماید که رعایت روند تبیین، ارائه تعریف، شاخص سازی، طراحی ابزار، بررسی وضعیت و درنهایت تدوین پروتکل‌ها از این پس در انجام پژوهش‌ها رعایت شود؛ بنابراین به‌طور کلی نیاز است که پیشنهاد‌های پژوهشی ذیل، عطف به فضای دانشگاهی کشور رعایت گردد:

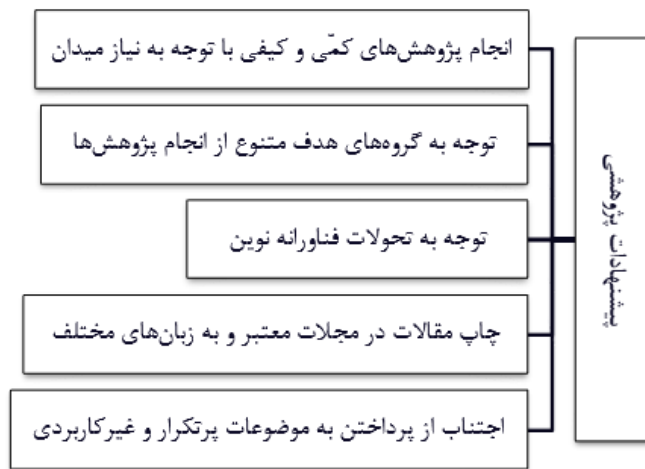
۱. محققان باید از رویکرد هنجاری و مطالعات اسنادی و کیفی، به سمت مطالعات کمی حرکت کرده و قواعد انسانی و اجتماعی در حوزه سلامت معنوی را از رفتارهای آشکارشده با انجام محاسبات استخراج کنند که در این زمینه باید در کنار قوت تبیین مبانی اسلامی سلامت معنوی، روش‌ها و ابزارهای آماری و تحلیلی را در فعالیت خود به‌کارگیرند.

۲. نویسندگان هر سه گروه می‌توانند با مطالعه گروه‌های متنوع‌تر جوامع انسانی اعم از دانشجویان، بیماران، زنان، گروه‌های آسیب‌پذیر و غیره و تولید داده‌های دست‌اول هم‌زمان با بررسی آیات، متون مذهبی و منابع موجود نگاه یکدست و قابل کاربرد در بستر فرهنگی کشور را در رابطه با موضوع سلامت معنوی مدنظر ارائه دهند.

۳. رشد اخیر فناوری‌های نوین، نیاز است در مطالعات سلامت معنوی، تحولات فناورانه مانند نرم‌افزارها، ابزارهای تحلیل داده‌های بزرگ، هوش مصنوعی و شبکه‌های عصبی مدنظر پژوهشگران هر سه حوزه قرار بگیرد.

۴. لازم است چاپ مقالات در مجلات با رتبه الف و ب، در مجلات رشته‌های مختلف (با توجه به بین‌رشته‌ای بودن مفهوم سلامت معنوی) و به زبان‌های مختلف از جمله انگلیسی و عربی افزایش یابد تا دسترسی‌پذیری و ارجاع دهی فراگیر به مقالات در این حوزه، صورت گیرد.

۵. ضروری است، به‌منظور انتخاب هدف و طرح سؤال پژوهش، پژوهشگران مطالعه عمیقی بر مقالات و مرورهای سامانمند انجام‌گرفته داشته باشند تا هم از انجام پژوهش‌های تکراری جلوگیری شود و هم روند انجام این پژوهش‌ها کاربردی‌تر گردد.



پیشنهاد‌های پژوهشی (منبع: نتایج پژوهش)

راهبردهای سیاستی

۲. بر اساس شاخص‌ها و مؤلفه‌های یکپارچه، ابزارهای و پروتکل‌ها سنجش و بررسی وضعیت، موردقبول مراجع ذی صلاح طراحی شده و در دسترس قرار گیرد؛

۳. با تکیه بر نتیجه اقدامات فوق و در راستای شناسایی وضع موجود، بررسی وضعیت گروه‌های مختلف از نظر سلامت معنوی و همچنین برنامه‌های پژوهشی کاربردی به طور خاص مطالعات سیاست پژوهانه و آینده‌پژوهانه در دستور کار قرار گیرد.

با توجه به نتایج این پژوهش می‌توان پیشنهاد‌های سیاستی مرتبط با مفهوم سلامت معنوی را در سه دسته جامع ارائه نمود:

۱. در اولین گام نیاز است در سطح سیاست‌گذاری، اجماع نظر بر روی شاخص‌ها و مؤلفه‌های سلامت معنوی با رویکرد بومی از سوی متخصصان صورت گرفته و پس از تجمیع و یکپارچه‌سازی شاخص‌ها و مؤلفه‌ها، نتیجه به صورت رسمی و لازم‌الاجرا در دسترس قرار گیرد؛



پیش‌نیازهای سیاست‌گذاری در حوزه سلامت معنوی (منبع: نتایج این پژوهش)

References

1. Omidvari S. Spiritual health: Concepts and challenging. *Interdiscip Quran Stud.* 2009. 1(1):5-17 (Persian).
2. Rezaei MA, Seyedfatemi N, Hosseini FA. Spiritual well-being in cancer patients who undergo chemotherapy. *Hayat.*2009 . 14(3-4):33-9 (Persian).
3. Abolghasemi MJ. Semantics of spiritual health and its religious scope. *Medical Ethics Journal*2012 . 20(6):45-68 (Persian).
4. Zand, S. and Rafi'ei, M. Causes and duration of hospitalization and mortality rate in intensive care units in Central province, *Iranian Journal Of Critical Care Nursing,* 2010; 3(2), 63-67 (persian).
5. Rahimi N, Nouhi E, Nakhace N. Spiritual wellbeing and attitude toward spirituality and spiritual care in nursing and midwifery students. *Iran J Nurs.* 2013; 26(85):55-65 (persian).
6. Marzband, R. Zakavi, A.A. the indicators of spiritual health in Divine teachings, *journal of medical ethics;* 2012, 6(20): 69-99 (persian).
7. Safaerad, E. Karimi, L. Shomoosi, N. Ahmadihonor, M. The Relationship Between Spiritual Well-Being and Mental Health of University Students. *Journal of Sabzevar medical school;* 2010, 17(4): 274-280 (persian).
8. Isfahani, M. Spiritual Health and Perspectives, *Quarterly Journal of Medical Ethics,* 201014 .: 41-49.
9. Marandi, S.A. Azizi, F. difficulties of defining spiritual health in Islamic society of Iran, *Faşlnamahakhla pizishki;* 2012, 4(14): 11-21 (persian).
10. Jafari E, Dehshiri GR, Eskandari H, Najafi M, Heshmati R, Hoseinifar J. Spiritual well-being and mental health in university students. *Procedia-Soc Behav Sci.* 2010. 5:1477-81. (Persian).
11. Vashian, A.A. Khalaj, A. Mohaghegh, B. Profile of Indicators of Health and Spiritual Care From the Perspective of Quran and Hadiths. *Journal of Quran and Medicine;* 2021, 6(1): 20-31 (persian).
12. Dhar, N. Chaturvedi, S. K. & Nandan, D. Spiritual health scale 2011: Defining and measuring 4th dimension of health. *Indian journal of community medicine: official publication of Indian Association of Preventive & Social Medicine.*2011 . 36(4), 275.
13. Khorashadizadeh, F. Rastegar, M. Poorbarat, S. Spiritual health insicators in Imam Ali's thought. *Journal of Northern Khorasan Medical school;* 2021, 14(1): 70-78 (persian).
14. Salehi, A. Rezvankhah, S. studying methods of deepening spiritual health in Imam Ali's thought. *Journal of pezhooesh Nahjalbalaghe;* 2017, 5(20): 1-18 (persian).
15. Islamic Revolution Culture and Thought Foundation. *Islamic revolution school 2nd book: spiritual transformation.* Nashr-e ma'aref pub: Tehran; 2019 (persian).
16. Roodgarkoohpar, M.J. spirituality in the discourse of Islamic revolution. *Olgooye Pishraft Pub.* Tehran; 2018 (persian).
17. Karami, M. Rahmani, A.H. Factors and obstacles of spiritual health from the perspective of Allameh Javadi Amoli, *Akhlagh vahyani journal;* 2020, 2(18): 5-36 (persian).
18. Mesbah, M. Marandi, S.A. spiritual health in Islam (definition, indicators, basics). *Hoghooghi Pub;* 2013 (persian).
19. Ghobaribonab, B et al. Spiritual Intelligence. *Andishe novin dini journal;* 2010, 3(10): 125-147 (persian).
20. Ghaderi A, Tabatabaei SM, Nedjat S, Javadi M, Larijani B. Explanatory definition of the concept of spiritual health: a qualitative study in Iran. *Journal of medical ethics and history of medicine.* 2018;11.
21. Michaelson V. Developing a definition of spiritual health for Canadian young people: A qualitative study. *International journal of children's spirituality.* 2021 Apr 3;26(1-2):67-85.
22. de Brito Sena MA, Damiano RF, Lucchetti G, Peres MF. Defining spirituality in healthcare: A systematic review and conceptual framework. *Frontiers in Psychology.* 2021 Nov 18;12:756080.
23. Whitehead O, Jagger C, Hanratty B. What do doctors understand by spiritual health? A survey of UK general practitioners. *BMJ open.* 2021 11(8): 045110.
24. Chaudhry, H.R. Psychiatric care in Asia: spirituality and religious connotations. *Int Rev Psyvhiatry.* .2008 Oct, 20 (5): 477-83.
25. Niu, Yanping, Wilfred, McSherry, and Martin Partridge. Spirituality and Spiritual Care among Ethnic Chinese Residing in England: Implications for Nursing. *Religions.* 2021. 12: 887.
26. Miller, J.P. Indicators of spiritual health from the

- perspective of Divine teachings, farashenakhti pub; 2001 (persian).
27. Fisher JW, Francis LJ, Johnson P. Assessing spiritual health via four domains of spiritual wellbeing: The SH4DI. *Pastoral psychology*; 2000.49(2): 133-45
28. Gomez R, Fisher JW. Domains of spiritual well-being and development and validation of the Spiritual Well-Being Questionnaire. *Personality and individual differences*. 2003; 35(8):1975-91.
29. Kermani, M. NoghaniDokhtBahmani, M. BaradaranKashani, Z. A Qualitative Meta-Analysis of Two Decades of Research on the Empowerment of Rural and Urban Women in Iran. *Journal of Social-Psychological Studies of Women*; 2018, 16(2): 33-54 (persian).
30. Khosravi, M. understanding reliability and validity in qualitative research, *the qualitative report*,2003, 8(4): 597-607 (persian).
31. Akbari, M. Validation and Quality Assessment in QUAN, QUAL, and Mixed Method Research. *Methodology of Social Sciences and Humanities*. 2018, 24 (94): 23-45 (persian).
32. Ellison, C.W. Spiritual well-being: Conceptualization and measurement, *Journal of Psychology and Theology*, 1983 .Vol. 11, No. 4, pp. 330-340.



A Meta-Analysis of Iranian Academic Studies on Spiritual Health

Zahra Naghizadeh¹, Rehanah Shah Vali^{2*}, Fariba Ravaei³, Haydeh Mahdavi⁴, Hossein Morovati⁵,
Sahar Mansouri⁶

Abstract

Besides physical, mental and social health, the spiritual dimension of health has been under consideration for the last decade. Due to the importance of academic studies for policymaking, in this meta-analysis, Iranian studies on spiritual health have been scrutinized. 414 studies with the keyword “spiritual health” have been searched from Persian scientific databases and have been analyzed by their authors’ field of education. Findings were presented based on papers’ publishing year, journal ranking, methodology, target groups and research questions. Results showed that researching spiritual health in Iran requires applying more varied methods and studying more diverse target groups. In addition, they have to be more published in bilingual and higher-ranked journals; researchers have to avoid repetitious and non-applicable subjects. To conclude, 3 main political strategies have been suggested: according to contextual characteristics in Iran, integrated definition and indicators must be presented by a certain reference and applied by every researcher in the field, indispensably; based on the integrated definition and indicators, a specific research tool has to be introduced to every researcher; finally, future studies and policy research must be conducted.

Keywords: Spiritual Health, Policy Making, Meta-Analysis

1. Assistant Professor, Department of Women’s Social Issues, Al-Zahra Branch, Tehran, Iran

2. Educator, Women’s Social Issues Department, Faculty Member, Academic Jihad, Al-Zahra Unit, Tehran, Iran

Reihan.shahvali@gmail.com

3. Doctor of specialization and member of the university faculty, Tehran, Iran

4. Master’s degree, Razi University, Kermanshah, Iran

5. Doctor of specialization, member of the steering committee of Qom seminary community, Qom, Iran

6. General physician, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran