Journal of Spiritual Health

2025, Volume 4, Issue 3
Pages: 711-720
10.30491/JSH.4.3.711

Spiritual Training as a Social Determinant of the Spiritual Health of Young People

Mohammad Hassan Kalantar Neyestanaki [1], Minoo Asadzandi [2*], Seyed Morteza Hosseini [2]

[1] *Student Research Committee, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran*
[2] *Spiritual Health Research Center, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran*

Abstract

Background and Aim: Social determinants of health (SDH) describe the conditions under which people are born, grow up, live, work, and age. This study aimed to examine the role of spiritual upbringing as a social determinant affecting the spiritual health of young people.

Methods: This qualitative-exploratory study was conducted using a grounded theory approach and the classic systematic method of Strauss and Corbin (three-stage coding: open, axial, and selective). The aim of the study was to identify the core phenomenon, causal conditions, contextual and intervening factors, strategies, outcomes, and the relationships among them, and it did not aim to develop a formal comprehensive theory; rather, the goal was to explain the role of social determinants in shaping the spiritual health of young adults. Data obtained from interviews with 50 students and professors were analyzed in three stages: open, central, and selective coding using MAXQDA 2020 software. The validity and reliability of the data were confirmed using the Maykut & Morehouse method.

Results: Spiritual education has been identified as one of the social determinants affecting spiritual health. From the perspective of professors and students, spiritual education combined with violence and coercion, along with the wrong behavior of parents and role models in inappropriate educational environments, with content that promotes ignorance, superstition, and a misunderstanding of religion, has a destructive effect on the spiritual health of young people. The lack of awareness of parents and educators about the impact of their performance as spiritual role models, disregard for the impact of role model-based education, and learning through imitation of role models in spiritual education were the existing challenges. Considering the impact of proper spiritual education by parents and teachers as mentors on the formation of a healthy spiritual personality, the following "policy solutions" are suggested: Providing a safe educational environment, improving the method of spiritual training with spiritual scaffolding, implementing spiritual self-care for mentors, establishing spiritual communication to create trust and empathy, increasing knowledge, learning skills to develop communication with self, God, others, and nature, and providing spiritual motivation. Preserving human dignity, respecting the freedom of young people to choose between ideas, religiosity based on reasoning and knowledge, avoiding superstition and pseudo-science are the principles of spiritual education.

Conclusion: Considering the impact of social learning in the process of spiritual education and upbringing, it is necessary for parents and teachers to follow their recommendations as mentors. The use of model-oriented education, spiritual scaffolding, and avoiding coercion and violence in spiritual education is suggested to improve the spiritual health of young people.

Keywords: Spiritual Health, Spiritual Training, Young People.

*Corresponding author: **Minoo Asadzandi,** Email: mazandi498@gmail.com

Received: 3 October 2025 **Accepted:** 9 December 2025

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

[DOI: 10.30491/JSH.4.3.711]

مجله سلامت معنوی
دوره ۴، شماره ۳، پاییز ۱۴۰۴
صفحات: ۷۲۰-۷۱۱
10.30491/JSH.4.3.711

تربیت معنوی، تعیین‌کننده اجتماعی موثر بر سلامت معنوی جوانان

محمدحسن کلانتر نیستانکی[۱]، مینو اسدزندی[۲]*، سیدمرتضی حسینی[۲]

[۱] *کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران*
[۲] *مرکز تحقیقات سلامت معنوی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران*

چکیده

زمینه و هدف: تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت شرایطی را توصیف می‌کنند که مردم تحت آن شرایط متولد شده، بزرگ می‌شوند، زندگی و کار می‌کنند و پیر می‌شوند. این مطالعه با هدف بررسی نقش تربیت معنوی به عنوان یک تعیین کننده اجتماعی موثر بر سلامت معنوی جوانان انجام شد.

روش‌ها: این مطالعه کیفی-اکتشافی با رویکرد نظریه‌پردازی داده‌بنیاد و روش سیستماتیک کلاسیک اشتراوس و کوربین (سه‌مرحله‌ای: باز، محوری و انتخابی) انجام شد. هدف پژوهش، شناسایی پدیده محوری، شرایط علّی، عوامل زمینه‌ای و مداخله‌گر، راهبردها، پیامدها و روابط میان آن‌ها بود و قصد تولید نظریه جامع نداشت؛ بلکه هدف، تبیین نقش تعیین‌کننده‌های اجتماعی در شکل‌گیری سلامت معنوی جوانان بود. داده‌های حاصل از مصاحبه با ۵۰ نفر از دانشجویان و اساتید، در سه مرحله کدگذاری باز، محوری و انتخابی با استفاده از نرم‌افزار مکس‌کیودا (MAXQDA 2020) تحلیل شدند. روایی و پایایی داده‌ها با استفاده از روش (Maykut & Morehouse) تأیید شدند.

یافته‌ها: تربیت معنوی یکی از تعیین‌کننده‌های اجتماعی موثر بر سلامت معنوی شناخته شد. از دیدگاه اساتید و دانشجویان، تربیت معنوی توام با خشونت و اجبار، همراه با رفتار غلط والدین و الگوها در محیط‌های آموزشی نامناسب، با محتوایی که سبب ترویج جهل و خرافه و فهم غلط از دین می‌شوند، تاثیر مخرب بر سلامت معنوی جوانان دارند. عدم آگاهی والدین و مربیان از تاثیر عملکرد خود به عنوان الگوهای معنوی، بی توجهی به تاثیر آموزش الگو محور و یادگیری از راه تقلید از الگوها در تربیت معنوی، چالش‌های موجود بودند. با توجه به تاثیر تربیت معنوی صحیح توسط والدین و مربّیان به عنوان منتور بر شکل‌گیری شخصیت معنوی سالم، راهکارهای سیاستی زیر پیشنهاد شدند: تامین محیط تربیتی امن، اصلاح شیوه تربیت معنوی با داربست‌زنی معنوی، اجرای خود مراقبتی معنوی منتورها، برقراری ارتباط معنوی برای ایجاد اعتماد و همدلی، دانش‌افزایی، مهارت‌آموزی توسعه ارتباط (با خود، خداوند، دیگران و طبیعت)، و انگیزه بخشی معنوی. اصول تربیت معنوی شامل حفظ کرامت انسانی، احترام به آزادی جوانان در انتخاب بین ایده‌ها، دینداری مبتنی بر تعقل و شناخت، اجتناب از خرافه و شبه علم هستند.

نتیجه‌گیری: با توجه به تاثیر یادگیری اجتماعی در فرآیند آموزش و تربیت معنوی، عمل کردن والدین و مربیان در جایگاه منتور به توصیه‌های خود ضروری است. استفاده از آموزش الگومحور، تکیه‌گاه سازی معنوی، اجتناب از اجبار و خشونت در تربیت معنوی جهت ارتقای سلامت معنوی جوانان پیشنهاد می‌شود.

کلیدواژه‌ها: سلامت معنوی، تربیت معنوی، جوانان.

*نویسنده مسئول: **مینو اسدزندی.** پست الکترونیک: mazandi498@gmail.com
دریافت مقاله: ۱۴۰۴/۰۷/۱۱ پذیرش مقاله: ۱۴۰۴/۰۹/۱۸

[Downloaded from mail.spiritual-health.ir on 2026-11-18]
[DOI: 10.30491/JSH.4.3.711]

مقدمه

با وجود تأکید سیاست‌گذاران نظام آموزشی ایران بر تربیت معنوی مبتنی بر آموزه‌های قرآنی به‌عنوان یکی از ابعاد اساسی تربیت متوازن (۱)، و تصریح «سند تحول بنیادین آموزش و پرورش» بر پرورش انسان‌هایی مؤمن، متعهد و دارای روحیه معنوی از طریق تقویت باورهای دینی، انس با قرآن و ارتقاء معنویت در محیطهای آموزشی (۲)، شواهد نشان می‌دهد که تربیت معنوی نسل جوان با چالش‌های جدی مواجه است. «سند برنامه درسی ملی» نیز بر ضرورت توجه به رشد معنوی فراگیران در طراحی محتوا، فعالیت‌های آموزشی و ارزشیابی تأکید دارد (۳)، اما مطالعات اخیر از گسترش دین‌گریزی در میان جوانان حکایت دارند.

شجاعی زند (۱۳۹۵) دین‌گریزی را یکی از تحولات بنیادین دینداری ایرانیان دانسته و آن را حاصل تعامل عوامل اجتماعی، فرهنگی و روان‌شناختی معرفی کرده است (۴). افتخاری و همکاران (۱۴۰۲) در پژوهشی پدیدارشناسانه، عواملی چون تربیت دینی ناکارآمد، فشارهای اقتصادی، تهاجم فرهنگی و نبود پاسخ‌های عقلانی به شبهات را از دلایل اصلی دین‌گریزی برشمرده‌اند (۵). همچنین ملکیان و جوکار قمی (۱۳۹۹) مصرف افراطی رسانه‌های مجازی را در افزایش تمایل به معنویت‌های فردگرایانه و غیر دینی مؤثر دانسته‌اند و بازنگری در شیوه‌های تربیت معنوی را ضروری می‌دانند (۶).

در سطح جهانی نیز تربیت معنوی به‌عنوان یکی از ارکان رشد انسان مورد توجه صاحب‌نظران است. دیوید کار (۲۰۰۳) تربیت معنوی را مستقل از تربیت دینی اما مکمل منش اخلاقی معرفی کرده و بر نقش آن در پاسخ‌گویی به پرسش‌های بنیادین زندگی، معناجویی و درونی‌سازی فضایل انسانی تأکید دارد (۷). قاسم‌پور دهاقانی و نصر اصفهانی (۱۳۹۰) پرورش معنوی را ضرورتی برای یافتن «خویشتن خویش» دانسته و هشدار داده‌اند که غفلت از آن موجب سطحی‌نگری و بحران هویت در نسل جوان می‌شود (۸). گزارش کمیسیون بین‌المللی یونسکو (۱۹۹۶) نیز تربیت معنوی را بخشی از «آموزش برای زندگی» معرفی کرده و آن را ابزاری برای تقویت همدلی، مسئولیت‌پذیری جهانی و مقابله با بحران‌های معنایی در جوامع مدرن می‌داند (۹).

با این حال، تربیت معنوی در ایران و جهان با چالش‌های جدی مواجه است. در ایران، – نبود تمایز مفهومی میان تربیت معنوی، دینی، اخلاقی و عرفانی؛ – فقدان چارچوب نظری منسجم؛ –گسست میان پژوهش‌های نظری و کاربردی؛ – ورود افراد غیرمتخصص و بلاتکلیفی در بومی‌سازی مفاهیم غربی و اسلامی از جمله چالش‌های اصلی هستند (۱۰). در سطح جهانی نیز غلبه روش‌های تدریس مدرن بر عمق محتوای معنوی، تأثیر فرهنگ مصرف‌گرایی، وابستگی افراطی به فناوری‌های دیجیتال و نبود انسجام در برنامه‌های درسی معنوی از چالش‌های مهم محسوب می‌شوند. این عوامل موجب کاهش گرایش جوانان به معنویت شده‌اند، به‌طوری‌که تنها ۲۸ درصد از جوانان استرالیایی و کمتر از ۲۰ درصد از جوانان ژاپنی خود را دارای گرایش معنوی می‌دانند، در حالی که این رقم در ترکیه حدود ۶۵ درصد گزارش شده است (۱۱).

تربیت معنوی فرآیندی چندبعدی و بنیادین برای رشد انسان است. علامه طباطبایی آن را جهت‌دهی به نفس در مسیر فطرت الهی می‌داند که شامل سه جنبه شناختی، گرایشی و عملی است (۱۲). دیوید کار تربیت معنوی را واجد اصولی چون عقلانیت، محوریت منش، همراهی دین و معنویت، آموزش حقایق و فضایل و همچنین نیازمند بهره‌گیری از روش‌هایی مانند گفت‌وگو، نقد سازنده، مراقبه و هنر طی مشارکت خانه و مدرسه می‌داند (۱۳). قاسم‌پور دهاقانی و نصر اصفهانی تربیت معنوی را فراتر از انتقال دانش موضوعی دانسته و آن را فرآیندی برای ارتقاء آگاهی‌های عالی و معنا دادن به زندگی و درک رابطه با وجود متعالی معرفی می‌کنند (۱۴). حسینی‌خواه (۱۳۹۷) تربیت معنوی را فرآیندی چندلایه برای ارتقاء آگاهی، معنا دادن به زندگی و ایجاد انسجام درونی و ضرورتی برای بازسازی پیوند انسان با خود، خدا، طبیعت و دیگران می‌داند که شخصیت معنوی در قالب یک ساختار پایدار و اخلاق‌محور شکل می‌دهد و غفلت از آن منجر به بی‌هویتی و ناهنجاری‌های اجتماعی می‌شود (۱۵). اسدزندی مبتنی بر آیه ۸۴ سوره اسراء "کل یعمل علی شاکلته" «هر کس بر اساس خوی و سرشت خود عمل می کند» مبتنی بر تفسیر علامه طباطبایی شخصیت معنوی را با مفهوم قرآنی شاکله قابل انطباق دانسته و برای شکل‌گیری شخصیت معنوی علاوه بر شاکله شخصی به شاکله اجتماعی اشاره می‌کند و پرورش معنوی مبتنی بر سنت و سیره پیامبر را در شکل‌گیری شخصیت معنوی سالم و برخورداری از سلامت معنوی موثر می‌داند (۱۶). وی با تاکید بر ضرورت حکمرانی مشفقانه معنوی صاحبان قلب سلیم در نظام آموزشی، شکل‌گیری شخصیت معنوی را متاثر از سلامت فردی و سلامت اجتماعی–شاکله فردی و شاکله اجتماعی– معرفی می‌کند، توانمندسازی خودمراقبتی معنوی، آموزش شیوه تربیت معنوی به والدین، تربیت معنوی مبتنی بر آموزش الگومحور و داربست‌زنی معنوی مربیان و همچنین سیاست‌گذاری اجتماعی برای تعمیق معنویت را در سطوح چهارگانه حکمرانی معنوی پیشنهاد می‌دهد. سلامت معنوی را نیازمند توجه به تعیین‌کننده‌های اجتماعی مؤثر بر این بعد سلامت می‌داند (۱۷).

وزارت بهداشت ایران نیز در سیاست‌های خود، بر نقش شرایط اجتماعی، ساختارهای فرهنگی، تربیتی، اقتصادی و خانوادگی در تحقق سلامت همه‌جانبه تأکید دارد. اتخاذ رویکرد تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت به منظور کاهش بی عدالتی در خدمات سلامت و ارتقاء عدالت در خدمت‌رسانی نظام سلامت را به عنوان یکی از پنج اولویت خود اعلام نموده و تلاش می‌کند تا با تأکید بر کرامت انسان، نقش نهاد خانواده و مدرسه، زمینه تعمیق اخلاق و معنویت در جامعه را فراهم سازد (۱۸). علی‌رغم این که شواهد علمی نشان می‌دهد خانواده در شکل‌گیری هویت مثبت، سبک زندگی سالم و

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

[DOI: 10.30491/JSH.4.3.711]

بهزیستی معنوی نقش کلیدی دارد (۱۹) و نظام آموزش عالی نیز در رشد و توسعه اجتماعی و فرهنگی جامعه، تولید دانش و ایجاد پویایی علمی در جامعـه با هدف تربیت جوانانی کارآمد و متخصص و اخلاق‌مدار تأثیرگذار است (۲۰). با این حال، کم‌توجهی به نقش تعیین‌کننده‌های اجتماعی در سلامت معنوی نسل جوان، نظام سلامت کشور را در تحقق سیاست‌های کلی سلامت با چالش مواجه کرده است. از این‌رو، پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش تربیت معنوی به‌عنوان یکی از تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت معنوی نسل جوان انجام شده است تا زمینه‌ساز سیاست‌گذاری‌های مؤثر در حوزه سلامت و آموزش باشد.

روش

این پژوهش کیفی در بازه زمانی مهر ۱۴۰۲ تا خرداد ۱۴۰۳ در دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله (عج)، با جهت‌گیری توسعه‌ای و هدف اکتشافی، بر اساس رویکرد سیستماتیک کلاسیک اشتراوس و کوربین مطابق با ویرایش ۲۰۱۴/۲۰۰۸ کتاب Basics of Qualitative Research اجرا شد. این نسخه با تمرکز بر تبیین فرایندها، روابط و سازوکارهای شکل‌گیری *پدیده*، شامل سه مرحله کدگذاری باز، محوری و انتخابی و نیز استفاده از مدل پارادایمی (شرایط علّی، پدیده محوری، شرایط زمینه‌ای و مداخله‌گر، راهبردها و پیامدها) است. انتخاب این رویکرد به دلیل هماهنگی آن با هدف مطالعه، یعنی تبیین فرایندها، روابط و سازوکارهای شکل‌گیری سلامت معنوی جوانان با توجه به نقش تعیین‌کننده‌های اجتماعی مؤثر بر آن، انجام گرفت. لازم به ذکر است که محققان در این پژوهش قصد نظریه‌پردازی رسمی یا ارائه یک نظریه جامع را نداشتند؛ بلکه هدف، فهم عمیق‌تر پدیده و روشن‌سازی ارتباط میان مؤلفه‌های آن بود. استفاده از الگوی سه‌مرحله‌ای اشتراوس و کوربین، امکان تحلیل چرایی و چگونگی شکل‌گیری پدیده از طریق بررسی پیوند میان شرایط علّی، عوامل زمینه‌ای، عوامل مداخله‌گر و راهبردها را فراهم کرد. بنابراین، مبنای این مطالعه نسخه کلاسیک سه‌مرحله‌ای بود، نه نسخه‌های جدیدتر که ساختاری پنج‌مرحله‌ای و انعطاف‌پذیرتر ارائه می‌کنند (۲۱).

جامعه تحقیق شامل دانشجویان دانشگاه‌های علوم پزشکی، سیاستگذاران نظام سلامت، اساتید علوم پزشکی و خبرگان حوزوی متخصص بودند که پس از تشریح هدف پژوهش، اخذ رضایت کتبی آگاهانه و تأکید بر محرمانگی اطلاعات فردی، تمایل خود به شرکت در مطالعه را اعلام کردند. انتخاب نمونه‌ها به روش هدفمند و بر اساس معیارهای ورود انجام شد؛ این معیارها شامل دانشجو بودن در یکی از رشته‌های علوم سلامت، آشنایی با مقوله سلامت معنوی و نیز داشتن سابقه تدریس یا پژوهش در حوزه سلامت معنوی برای اساتید و خبرگان بود. معیارهای خروج نیز شامل عدم تمایل به ادامه همکاری، تکمیل ناقص مصاحبه، بروز بحران‌های شخصی یا حرفه‌ای و مشکلات جدی سلامت تعیین شد. در پژوهش‌های کیفی هدف دستیابی به نمایندگی آماری یا توزیع جغرافیایی یکنواخت نیست؛ بلکه انتخاب مشارکت‌کنندگانی است که بیشترین غنای اطلاعاتی را در ارتباط با پدیده مورد مطالعه فراهم می‌کنند. به همین دلیل نمونه‌گیری در این مطالعه به‌صورت هدفمند و نظری انجام شد و انتخاب افراد بر اساس میزان ارتباط آن‌ها با پدیده سلامت معنوی و توان تولید داده‌های عمیق صورت گرفت، نه بر اساس پراکندگی جغرافیایی. تمرکز بیشتر مشارکت‌کنندگان در شهر قم ناشی از حضور اساتید و خبرگان حوزوی متخصص در سلامت معنوی و نیز دسترسی و داوطلبی بالاتر افراد واجد شرایط در این شهر بود. انتخاب مشارکت‌کنندگان از سایر شهرها نیز با هدف ایجاد تنوع در تجارب و افزایش غنای داده‌ها انجام شد، حتی اگر تعداد نمونه‌ها در برخی شهرها محدود بوده باشد.

ابزار اصلی این تحقیق، مصاحبه‌های عمیق نیمه ساختاریافته با استفاده از سوالات باز بود. داده‌ها از منابع متنوعی مانند مصاحبه‌های عمیق، مشاهدات و یادداشت‌های میدانی جمع‌آوری گردیدند. سپس به مجموعه‌ای از کدهای باز اولیه، کدهای مشترک و در نهایت مقوله‌ها تبدیل شدند. در مرحله کدگذاری باز، جملات مصاحبه‌ها به صورت عبارات کوتاه و ساده شکسته شدند؛ این کدها در مراحل بعدی به کد های محوری تبدیل شدند و در نهایت به عنوان بخشی از مقوله‌ی کلی شناخته شدند. به کار بردن ساختار مدل پارادیمی اشتراوس و کوربین منجر به شناسایی پدیده محوری، شرایط علّی، عوامل زمینه‌ای و مداخله‌گر، راهبردها و پیامدها و ارتباط بین آن‌ها گردید (۲۱).

با توجه به این که در تحقیقات کیفی حجم نمونه در طول تحقیق مشخص می‌شود و نمونه‌گیری به حدی ادامه می‌یابد تا اشباع داده‌ها حاصل شود و دیگر اطلاعات مفهومی جدیدی به دست نیاید (۲۲). در این مطالعه، پس از ۱۹ مصاحبه از اساتید،۲۰ مصاحبه با دانشجویان اشباع نظری حاصل شد. با این حال، مطابق توصیه‌های معتبر روش‌شناسی کیفی، برای تأیید اشباع نظری (Verification Sampling)، افزایش قابلیت اعتماد یافته‌ها و اطمینان از عدم ظهور مقوله‌های جدید (Enhancement Sampling)، تعداد مصاحبه‌ها در هر گروه تا ۲۵ مورد ادامه یافت. این اقدام با هدف ارتقای غنای داده‌ها و اطمینان از پوشش کامل تجارب مشارکت‌کنندگان انجام شد و با اصول نمونه‌گیری نظری در رویکرد اشتراوس و کوربین هم‌خوانی دارد. مصاحبه‌ها به صورت انفرادی، حضوری و در زمان و مکان مناسب توسط پزشک عمومی انجام شد. هر مصاحبه به طور متوسط بین ۴۰ تا ۷۰ دقیقه به طول انجامید. در مصاحبه‌های اولیه، محقق اجازه داد تا مصاحبه‌شوندگان آزادانه صحبت کنند. همزمان با انجام مصاحبه‌ها، پیاده‌سازی، تجزیه و تحلیل داده‌های اولیه آغاز شد. محقق از یادآورنویسی برای ثبت ایده‌ها استفاده کرد تا این یادآورها پایه‌های اولیه نظریه را تشکیل‌دهند. با پیشرفت مصاحبه‌ها و به دست آمدن مفاهیم اولیه، مسیر مصاحبه‌های بعدی مشخص‌شد و سوالات بر اساس طبقات

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

[DOI: 10.30491/JSH.4.3.711]

برجسته تحقیق جهت داده شدند. در صورت بروز ابهام، محقق از طریق تلفن با مصاحبه شوندگان تماس می‌گرفت تا این ابهامات را رفع کند. متن مصاحبه‌ها به طور کامل پیاده‌سازی شدند. داده‌های حاصله درسه مرحله کدگذاری باز، کدگذاری محوری و کدگذاری انتخابی با استفاده از نرم افزار مکس کیودا (MAXQDA) نسخه ۲۰۲۰ طبقه بندی شدند.

از ان جایی که در تحقیقات کیفی به جای تأکید بر پایایی و روایی از مفهومی به نام "قابلیت اعتماد" استفاده می‌شود. این امر از نظر میکوت و مورهاس (Morehouse & Maykut) مشتمل بر چهار محور: ۱) استفاده از چند روش گردآوری داده‌ها، ۲) بازرسی مسیر کسب اطلاعات، ۳) وارسی از سوی افراد تحت بررسی و ۴) استفاده از گروه پژوهشی است که اعتمادسازی را تحقق می‌بخشد. در این تحقیق به منظور تأمین قابلیت اعتماد یافته ها، محقق ۱) ضمن استفاده از روش مشاهده و یادداشت‌های عرصه، یادآورنویسی در کنار مصاحبه‌ها ۲) در جمع‌آوری داده‌ها از روش مشاهده به صورت شرکت کننده ناظر، ۳) تکنیک تکرار و وارسی از سوی نمونه‌ها، ۴) مشورت با پزشکان، استادان متخصصین حوزه سلامت معنوی بهره گرفت تا قابلیت اعتماد یافته‌ها را تأمین کند (۲۳).

ملاحظات اخلاقی

این پژوهش پس از تایید کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج) با کد IR.BMSU.REC.1402.077 آغاز شد. جهت رعایت ملاحظات اخلاقی علاوه بر اخذ کد اخلاق، نکات اخلاقی بیانیه هلسینکی از جمله رعایت صداقت در جمع‌آوری، تحلیل و انتشار داده‌ها رعایت شد.

نتایج

جدول ۱ نشان می‌دهد که ۴۸ درصد از اساتید در بازه سنی ۴۶ تا ۵۵ سال، ۷۲ درصد واجد تحصیلات دکتری، ۵۶ درصد مذکر و ۹۲ درصد آنان متاهل بودند. همچنین ۴۸ درصد از دانشجویان در بازه سنی ۲۶ تا ۳۰ سال قرار داشتند و ۵۲ درصد آنان در حال تحصیل در مقطع دکتری عمومی یا تخصصی بودند. همینطور ۵۶ درصد مذکر و ۵۲ درصد از آن‌ها متاهل بودند. محل تحصیل/فعالیت مشارکت کنندگان نشان‌دهنده تنوع جغرافیایی آن‌هاست که با هدف دستیابی به طیف متنوعی از تجارب در نمونه‌گیری کیفی انجام شده است.

جدول-۱. مشخصات جمعیت شناختی نمونه‌های پژوهش

ویژگی	آیتم		فراوانی	درصد (٪)
سن	اساتید	۳۰ تا ۴۵ سال	۱۱	۴۴
		۴۶ تا ۵۵ سال	۱۲	۴۸
		بالای ۵۶ سال	۲	۸
	دانشجویان	۲۰ تا ۲۵ سال	۱۱	۴۴
		۲۶ تا ۳۰ سال	۱۲	۴۸
		۳۱ تا ۳۵ سال	۲	۸
تحصیلات	اساتید	دکتری	۱۸	۷۲
		حوزوی	۷	۲۸
	دانشجویان	کارشناسی	۱۰	۴۰
		کارشناسی ارشد	۲	۸
		دکتری عمومی/تخصصی	۱۳	۵۲
جنسیت	اساتید	مذکر	۱۴	۵۶
		مونث	۱۱	۴۴
	دانشجویان	مذکر	۱۴	۵۶
		مونث	۱۱	۴۴
وضعیت تاهل	اساتید	مجرد	۲	۸
		متاهل	۲۳	۹۲
	دانشجویان	مجرد	۱۲	۴۸
		متاهل	۱۳	۵۲
نام شهر محل فعالیت اساتید و محل تحصیل دانشجویان		تهران	۹	۳۶
	اساتید	قم	۱۵	۶۰
		اراک	۱	۴
	دانشجویان	تهران	۵	۲۰
		قم	۱۲	۴۸
		اراک	۴	۱۶
		مازندران	۲	۸
		کرج	۱	۴
		خرم‌آباد	۱	۴

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

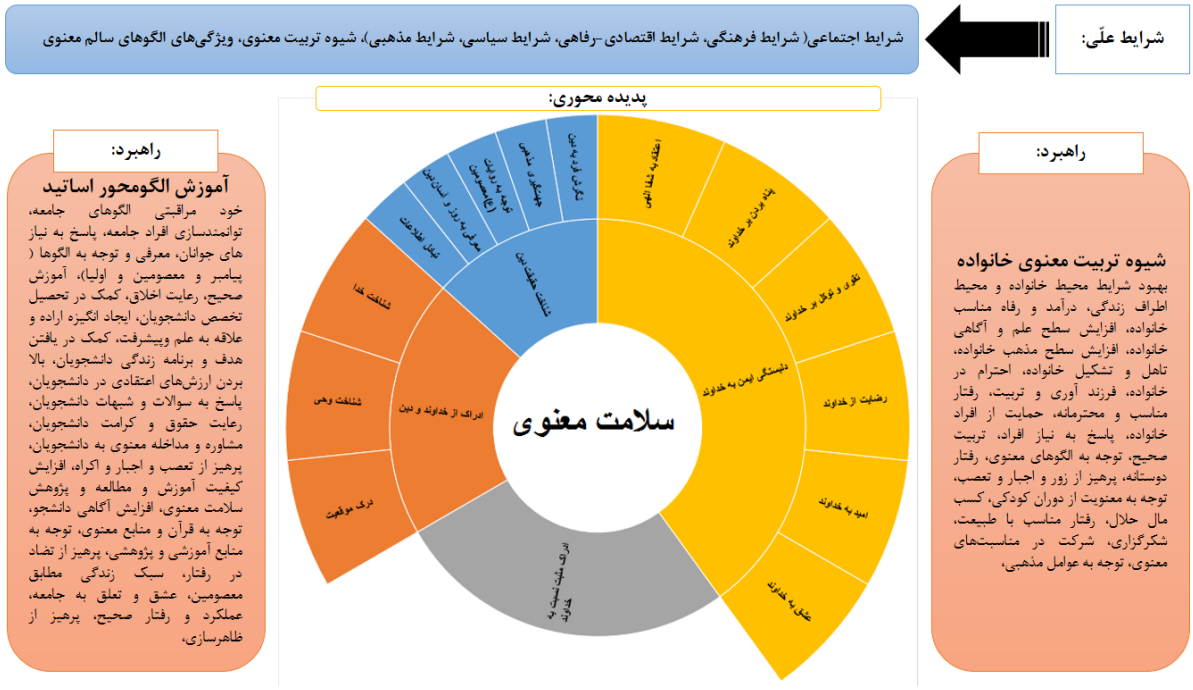
[DOI: 10.30491/JSH.4.3.711]

جدول-۲. تعیین کننده‌های اجتماعی موثر بر سلامت معنوی جوانان و راهکارهای سیاستی مربوطه

	عوامل موثر بر سلامت معنوی جوانان	مشکلات و چالش‌های موجود	توصیه‌ها و راهکارهای سیاستی
شرایط علی	شرایط محیط های تربیتی جامعه	– محیط‌های نامناسب آموزشی که در آن فضای مناسب برای رشد سلامت معنوی فراهم نیست و نمی‌توانند نیازهای معنوی افراد را به خوبی پاسخ دهند. – محیط‌های تربیتی فاقد شفقت و مهربانی که امکان اعتمادسازی و همدلی را فراهم نمی‌کنند.	– تلاش برای حمایت‌های اجتماعی، – شناسایی مشکلات و پاسخ به نیاز افراد، – توسعه شفقت در محیطهای تربیتی و اجتناب از خشونت – اعتماد سازی و ایجاد همدلی
	شیوه‌های تربیت معنوی	– اکراه و اجبار در تربیت معنوی به جای دادن حق آزادی انتخاب و تبیین راه رشد و سلامت. – انتخاب روش‌های تربیت جبری بدون توجه به اصول تربیتی که باعث کاهش علاقه و انگیزه جوانان نسبت به مسائل معنوی می‌شوند.	– تربیت در محیط غنی و متنوع و پشتیبانی از انتخاب افراد و آگاهی دادن به افراد درباره نکات مثبت و منفی عقایدشان – فراهم کردن امکان آزادی انتخاب – دوری از اکراه و خشونت در تربیت معنوی
	عملکرد الگوهای معنوی	– عدم آگاهی خانواده‌ها و مربّیان از تاثیر عملکرد الگوهای معنوی – بی توجهی به قدرت تاثیر رفتارهای غیرکلامی نسبت به رفتارهای کلامی	– نشان دادن زندگی و باورهای الگوی های معنوی – تاکید بر راستگویی، امانتداری، وفای به عهد در عملکرد الگوها
پدیده محوری	سلامت معنوی (برخورداری از قلب سلیم)	– معرفی سلامت معنوی به عنوان سلامت مذهبی و تظاهر به دینداری – بی توجهی به تاثیر ارتباط با خدا بر نوع ارتباط با خود، مردم و عالم طبیعت	– برخورداری از شخصیت معنوی سالم که حاصل تبتل (وارستگی و دلبستگی ایمن به خدا) و ادراک مثبت از خدا است.
	شیوه‌های برقراری ارتباط معنوی	رویکرد تعصب‌آمیز و اجباری در تربیت: این رویکردها در تربیت معنوی نه تنها باعث ایجاد مقاومت در افراد می‌شود، بلکه ممکن است منجر به دلبستگی غیر ایمن به خداوند گردند.	ارتباط معنوی مبتنی بر شفقت واحترام، با پذیرش بدون قید و شرط با هدف اصلاح مشکلات شناختی –رفتاری
	دانش افزایی معنوی	کمبود منابع آموزشی و بروز: این کمبود منابع باعث می‌شود که خانواده‌ها و مربّیان نتوانند به خوبی از الگوها و منابع معنوی بهره‌مند شوند و در نتیجه، تربیت معنوی صحیحی را ارائه ندهند.	– افزایش سطح علم و سواد سلامت والدین و مربیان – افزایش آگاهی، تفقه در دین، – توجه به مقوله سلامت معنوی از دوران کودکی افراد
عوامل زمینه ای یا مداخله گر	مهارت آموزی معنوی در توسعه ارتباط با خدا، خود، مردم و عالم طبیعت	– تاثیر مخرب رفتار ریاکارانه الگوها و افراد مطرح در جامعه – عدم شناخت یا شناخت نادرست از مشکلات جوانان – عدم توجه به مقوله سلامت معنوی جوانان	ارتباط با خود: پرهیز از زور و اجبار و تعصب داخل خانواده یا محیط‌های آموزش، کمک به جوانان در یافتن مسیر و هدف زندگی، حفظ انسجام خانواده ارتباط با خداوند: تقویت ارتباط با خداوند، نگاهی نو به ارزش‌های معنوی، معرفی خداوند به عنوان پشتیبان و تکیه‌گاه مهربان آدمی، آگاه‌سازی از نقش مثبت ایمان به خدا ارتباط با مردم: تقویت عفو واحسان و همدلی در جامعه، تسهیل تشکیل خانواده برای جوانان، رفتار دوستانه با همدیگر، کمک به استقلال جوانان، اعتماد و تحسین جوانان، کمک به جوانان در تمام شرایط و پشتیبانی و حمایت از ایشان ارتباط با طبیعت: بهره برداری از محیط سالم تربیتی، رفتار مناسب با طبیعت و حیوانات و حفظ محیط زیست
	انگیزه بخشی معنوی	عدم اعتماد به جوانان و نسپردن مسئولیت به ایشان	– پرهیز از محدودیت های نامتناسب – تلاش جهت ایجاد میل و علاقه به معنویت در جوانان
پیامد	رفتارهای کلامی و غیرکلامی، عواطف و ادراکات	تظاهر به اجرای مناسک عبادی در جمع	استعاذه و پناهنده شدن به پناه امن الهی که سبب آرامش، امنیت و آسودگی می‌شود.

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

[DOI: 10.30491/JSH.4.3.711]



شکل-۱. خلاصه نتایج تجزیه و تحلیل مصاحبه‌ها به روش داده‌بنیاد

بحث

یافته‌های این مطالعه نشان دادند که پرورش معنوی در نهاد خانواده و نظام آموزشی به عنوان شرایطی که جوانان تحت آن شرایط متولد شده، بزرگ می‌شوند، زندگی می‌کنند، یک تعیین کننده اجتماعی موثر بر سلامت معنوی است. شرایط محیط‌های تربیتی و آموزشی جامعه، شیوه تربیت معنوی و عملکرد الگوهای معنوی از جمله عوامل علی مؤثر بر سلامت معنوی جوانان هستند. شیوه‌های ارتباط معنوی، دانش‌افزایی، مهارت‌آموزی و انگیزه‌بخشی معنوی، بسته به ماهیت خود، می‌توانند نقش زمینه‌ای یا مداخله‌گر در ارتقای سلامت معنوی ایفا کنند. تحقق شرایط مناسب می‌تواند با تامین سلامت معنوی جوانان سبب استعاذه و پناهجویی ایشان به پناه امن الهی شود. سلامت معنوی با تامین امنیت معنوی می‌تواند سبب آرامش و سلامت روانی جوانان گردد. بر اساس یافته‌های تحقیق لازم است که محتوای آموزش‌های دینی و معنوی مبتنی بر قرائت صحیح از متن مقدس قرآن و عاری از خرافه، اجبار و خشونت باشد. همچنین، استفاده از ابزارهای تربیتی متناسب با مراحل رشد و تکامل فراگیران، ضرورتی انکارناپذیر است.

یافته‌ها با نتایج مطالعه Ray و همکاران همخوانی دارد که استرس‌های اولیه زندگی در محیط خانواده و عوامل فرهنگی و اجتماعی را با آثار اپی‌ژنومیکی بر سلامت معنوی و روانی افراد موثر می‌دانند (۲۴). پژوهش Ferrer و همکاران نیز بیانگر آن بود که فرصت‌های آموزشی، شرایط زندگی اجتماعی و سبک زندگی می‌توانند مستقیماً بر ابعاد مختلف سلامت، از جمله سلامت معنوی، تأثیرگذار باشند (۲۵). علاوه بر این، مطالعه اکبری و همکاران نشان داد که آموزش گروهی ارتقای معنویت در والدین دارای کودکان کم‌توان ذهنی، سبب ارتقای بهزیستی روانشناختی و افزایش پذیرش فرزند و کاهش طرد فرزند در مادران می‌شود (۲۶). مطالعه اسدزندی و سیدکلال در معرفی الگوی آموزشی تربیت معنوی مبتنی بر مدل قلب سلیم، عواملی چون شیوه تربیت در خانواده، عملکرد والدین، معلمان، اساتید، رفتار مبلغان دینی، ارتباطات مجازی و تأثیر همسالان را از مؤلفه‌های کلیدی سلامت معنوی معرفی کرده‌اند. آنان چالش‌های تربیت معنوی را در رویکردهای اجباری و تعصب‌آمیز، کمبود منابع آموزشی، و بی‌توجهی به نیازهای شناختی دوران رشد می‌دانند؛ عواملی که نه‌تنها مانع ارتقای سلامت معنوی‌اند، بلکه ممکن است موجب کاهش انگیزه و ایجاد دلبستگی غیرایمن به خداوند شوند (۲۷).

مطالعات بین‌المللی نیز یافته‌های این تحقیق را تأیید می‌کنند: مطالعه روی ۲۶۷۰۶ نوجوان ۱۱، ۱۳ و ۱۵ ساله در انگلستان، اسکاتلند و کانادا نشان داد که ارتباط فردی و اجتماعی مهمترین مؤلفه‌های سلامت معنوی هستند که می‌توان آن‌ها را از طریق تربیت معنوی هدفمند در خانواده و مدرسه تقویت کرد (۲۸). پژوهشی در کانادا نشان داد که «ارتباط با خود» – اهمیت معنا، هدف، شادی و خوشبختی در زندگی و «ارتباط با دیگران» –اهمیت مهربانی، احترام و بخشش که توسط یک معنویت سالم ایجاد می‌شوند، می‌توانند عوامل واسطه‌ای تعیین‌کننده سلامت در جمعیت نوجوانان کانادایی باشند (۲۹). Shaver و همکاران در کانادا تأکید کردند که تربیت معنوی غیرمذهبی اما مبتنی بر معنا، در محیط‌های امن و بدون اجبار، خشونت و خرافه تأثیر چشمگیری بر سلامت روانی نوجوانان دارد (۳۰).

[Downloaded from mail.spiritual-health.ir on 2026-11-18]
[DOI: 10.30491/JSH.4.3.711]

با وجود این شواهد، آمارها نشان‌دهنده کم‌توجهی والدین و اساتید به نقش خود در جایگاه منتور معنوی هستند. گزارش مؤسسه Barna نشان می‌دهد که اگرچه ۷۰ درصد والدین خود را مسئول تربیت معنوی فرزندان می‌دانند، تنها ۱۰ درصد به‌طور منظم در این زمینه با فرزندان گفت‌وگو می‌کنند (۳۱). مطالعه فاطمی و همکاران نشان داد که نظارت والدین و دلبستگی به خانواده، بیشترین تأثیر را بر کاهش بزهکاری نوجوانان دارند (۳۲). همچنین، گزارش Grace Legacy Builders بیان می‌کند که پدران نسبت به مادران نقش ضعیف‌تری در هدایت معنوی فرزندان ایفا می‌کنند و کودکان تمایل بیشتری به گفت‌وگوهای معنوی با مادران دارند (۳۳). پژوهش‌ها تأکید دارند که والدین نخستین و مؤثرترین مربیان معنوی کودکان هستند و رفتار، گفتار و نگرش آنان نقش تعیین‌کننده‌ای در شکل‌گیری جهان‌بینی معنوی فرزندان دارد (۳۴). معلمان و اساتید نیز با ایفای نقش الگویی در محیط‌های آموزشی، از طریق کوریکولوم پنهان –تعاملات روزمره– می‌توانند به شکل‌گیری هویت معنوی جوانان کمک کنند (۳۵). سیاست‌گذاری هدفمند برای توانمندسازی والدین، مربیان و اساتید جهت ایفای نقش منتور معنوی ضروری است. مطالعات بین‌المللی نشان می‌دهند که فقدان آموزش و حمایت ساختاری برای والدین و معلمان در زمینه هدایت معنوی، کیفیت تربیت معنوی را کاهش داده است. به‌عنوان نمونه: مطالعه‌ای نشان داد که مربیان فاقد دانش لازم برای ایجاد محیط‌های معنوی مؤثر، نیازمند مشاوره و توانمندسازی هستند (۳۶). پژوهش Springer تأکید دارد که خانواده‌ها به دلیل فشارهای اجتماعی و اقتصادی، نیازمند منتورهایی هستند که بتوانند سلامت روانی و اخلاقی آنان را تقویت کنند (۳۷). تجربه پروژه‌های منتورینگ در بریتیش کلمبیا نشان داد که حمایت ساختاری و زمان کافی برای مربیان، نقش مهمی در ارتقای کیفیت آموزش معنوی دارد (۳۸).

اسدزندی در نظریه قلب سلیم، اجرای حکمرانی مشفقانه معنوی توسط منتورهای واجد قلب سلیم را در نظام سلامت و نظام آموزشی برای ارتقای سلامت معنوی جامعه توصیه می‌کند. این حکمرانی، مبتنی بر شفقت، می‌تواند همکاری میان والدین و مراقبان معنوی با متخصصان سلامت و مدیران سیاستگذار را تقویت کند (۳۹). مطالعه WU و همکاران نشان داد که رهبری معنوی و تعمیق معنویت در محیط‌های مراقبتی باعث کاهش فرسودگی شغلی و افزایش تاب‌آوری پرستاران می‌شود (۴۰). همچنین، پژوهش ندائی و همکاران ارتباط مثبت سلامت معنوی و عدالت محیط کاری با سلامت روان کارکنان را تأیید کرد (۴۱). پژوهش Vitorino نیز نشان داد که تربیت معنوی موجب بهبود شایستگی‌های مراقبت معنوی در دانشجویان پزشکی می‌شود (۴۲). با این حال، آموزش رسمی سلامت معنوی در دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران وجود ندارد و اغلب به‌صورت غیررسمی و از طریق کوریکولوم پنهان انجام می‌شود. مطالعه ادیب حاج باقری نشان داد که ۶۶/۷ درصد دانشجویان هیچ‌گونه آموزشی در زمینه سلامت معنوی دریافت نکرده‌اند (۴۳). در مقابل، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله (عج) با آموزش رسمی آداب پزشکی معنوی و سلامت معنوی به دانشجویان دوره پزشکی عمومی، گام مؤثری در این زمینه برداشته است. شایستگی منتورینگ معنوی اساتید را با ویژگی‌هایی چون خردورزی، پاکدامنی، شجاعت، عدالتخواهی، نوع‌دوستی و مهرورزی در نظر گرفته است تا ایشان بتوانند از طریق آموزش الگو– محور و داربست‌زنی معنوی، نقش مؤثری در تربیت معنوی دانشجویان و خانواده‌ها ایفا کنند (۴۴). مطالعه پاشایی و همکاران نشان داد که توجه به مشکلات جوانان، سلامت عمومی و معنوی آنان را ارتقا می‌دهد. بنابراین، تدوین برنامه‌های آموزشی و فرهنگی جامع، و سیاست‌گذاری‌های مبتنی بر شواهد، برای ارتقای سلامت معنوی جوانان و تقویت نقش والدین، مربیان و اساتید، ضرورتی حیاتی دارد (۴۵).

از جمله محدودیتهای این مطالعه عدم بررسی دیدگاه خانواده‌ها درباره تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت معنوی جوانان بود که تعمیم‌پذیری یافته‌ها را نیازمند دقت نظر بیشتری می‌کند. پیشنهاد می‌شود که دیدگاه خانواده‌ها در مطالعات دیگری در خرده فرهنگ‌های مختلف ایران بررسی شود.

نتیجه‌گیری

ارتقای سلامت معنوی جوانان نیازمند تقویت محیطهای تربیتی سالم، رفتار تربیتی مبتنی بر شفقت، فراهم کردن آزادی انتخاب در مسیر رشد معنوی، افزایش آگاهی و دانش معنوی خانواده‌ها و مربیان است تا با ایجاد آرامش، امنیت روانی به سلامت معنوی جوانان کمک کنند. در این میان توجه به نقش مهم والدین، مربیان، معلمان و اساتید در جایگاه منتورهای معنوی جهت اجرای دانش افزایی معنوی، مهارت آموزی معنوی در توسعه ارتباطات و انگیزه‌بخشی اجتماعی ضروری است. لازم است که شیوه های خودمراقبتی معنوی، شیوه تربیت معنوی سالم به ایشان آموزش داده شود. با نظارت بر عملکرد الگوهای اجتماعی، شایستگی ایشان بررسی گردد. آگاهی مربّیان و خانواده‌ها از نقش خود به عنوان الگوهای معنوی، اهمیت آموزش الگومحور، توجه به کوریکولوم پنهان آموزشی مورد تاکید قرار گیرد. در کنار اصلاح عرف غلط جامعه و شیوه‌های خشن تربیت، سیاست‌گذاری تعدیل‌کننده تعیین‌کننده‌های اجتماعی صورت گیرد تا ارتقای سلامت معنوی جوانان و آحاد جامعه را تسهیل نماید.

تشکر و قدردانی: این پژوهش حاصل طرح تحقیقاتی با شماره ۴۰۲۰۰۲۶۶ می‌باشد که با حمایت و راهنمایی مرکز تحقیقات سلامت معنوی دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، پس از اخذ کد اخلاق IR.BMSU.REC.1402.077 انجام گرفت. تیم پژوهشی از کلیه اساتید و دانشجویان دانشگاه‌های علوم پزشکی بقیه الله (عج)، قم، اراک، ایران و همچنین از اعضای فرهنگستان

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

[DOI: 10.30491/JSH.4.3.711]

علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران که از راهنمایی‌های ایشان در طول انجام این تحقیق استفاده شد، کمال تشکر را دارند.

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

منابع

1. Tahmasbzadeh Sheikhlar D, Jalilzadeh M. Identifying the Components of Spiritual Training in Religious (the Holy Quran) and Non-religious Teachings: Compatibility with the Upstream Documents of Curriculum Designing. Research in Islamic Education Issues. 2021;29(50):231-77.
2. Supreme Council of Education. Fundamental Reform Document of Education. Tehran: Ministry of Education; 2011. [In Persian]
3. Organization for Educational Research and Planning. National Curriculum Document of the Islamic Republic of Iran. Tehran: Ministry of Education; 2012. [In Persian]
4. Shojaee Zand A. A model for studying "religious aversion" in Iran. Quarterly Journal of Cultural Strategy, 2016;9(35):7-30. [In Persian]
5. Eftekhari H, Eftekhari E, Eftekhari J. Analyzing the lived experience of the students of Bahonar University in Kerman about the factors, contexts and consequences of Apostasy and ways to get out of it. New Religious Researches. 2023;3(1):1-7.
6. Malekian N, Jokar Ghomi H. The relationship between the functions of virtual social networks and religious aversion (Case study: youth aged 15 to 29 in District 15 of Tehran). Iranian Journal of Social Sciences Studies. 2020;17(1):65-88. [In Persian]
7. Carr D. Three conceptions of spirituality for spiritual education. InSpirituality, philosophy and education. Routledge. 2003. pp. 217-230.
8. Ghasempour Dehaghani A, Nasr Esfahani A. Spiritual Performance and Curriculum Planning. Research on Islamic Education Issues. 2011;19(13): 45-62. [In Persian]
9. UNESCO. Learning: The treasure within. Report to UNESCO of the International Commission on Education for the Twenty-first Century. Paris: UNESCO Publishing; 1996.
10. Vojdani F, Davoudi M. Methodological Examination of Spiritual Education Studies in Iran. Journal of Islamic Education. 2024;19(49):37-52.
11. Yarmohammadian MH, Foroughi Abari AA, Mirshah Jafari SE, Oji Nejad AR. A Comparative Study of Spiritual Education Approaches with Regard to the Curriculum Components in Some Countries. Journal of New Approaches in Educational Administration. 2012;3(9):83-102.
12. Ashaari Z, Bagheri K, Hosseini AA. The concept of spiritual training: principles and methodologies from Allameh Tabatabie's Perspective. Journal of Islamic Education. 2013;7(15):89-112.
13. Hosseini AS, Bitaraf Haghighi N, Heidari S. Principles and methods of spiritual education based on the view of David Carr. Religions and Mysticism. 2022;54(2):324-03.
14. Rudiana R. Navigating the 21st Century: The Triangle of Education's Holistic Approach to Spiritual, Entrepreneurial, and Technological Integration. AIM: Journal of Islamic Education Management. 2023;1(2):113-32.
15. Hosseinikhah A. Analysis and explanation of spiritual education and a brief look at the elements of the curriculum in that field. Teaching Research. 2018;6(3):95-122. [In Persian]
16. Asadzandi M, Kalal AS. The concept of spiritual personality based on the sound heart model. Austin Journal of Autism & Related Disabilities. 2023;9(2): 1066.
17. Asadzandi M. Explanation of propositions and application of the healthy heart theory in spiritual health. Tehran: Jame University Press. 2025. [In Persian]
18. Naghibi SA, Chaleshgar Kordasiabi M. A review of Social Determinants of Health. Clinical Excellence. 2017;7(2):50-62.
19. Kianpour M, Gorji A, Nasiri B. Familism in the Constitution of the Islamic Republic of Iran Inspired by Quranic Teachings. Quarterly Journal of Quranic Studies. 2019;10(4):191-216.
20. Esmaeili MR, Hozni SA, Mosazadeh B, Zavareh A. Good teacher's characteristics and its influence on dental students academic motivation in guilan university of medical sciences. Research in medical education. 2017;9(3):10-18.
21. Corbin J, Strauss A. Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory. Sage Publications; 2014.
22. Zoheiri M, Masuodi OA, Asadzandi M, Khoshi A. Investigation the role of spiritual health in treatment of patients with covid-19: study of a military hospital. Journal of Military Medicine. 2022;24(3):1201-9.
23. Maykut P, Morehouse R. Beginning qualitative research: A philosophical and practical guide. Routledge; 2002.
24. Ray M, Wallace MK, Grayson SC, Cummings MH, Davis JA, Scott J, et al. Epigenomic links between social determinants of health and symptoms: a scoping review. Biological Research for Nursing. 2023;25(3):404-16.
25. Daaleman TP, Helton MR, editors. Chronic illness care: Principles and practice. Springer Nature; 2023.
26. Akbari F, Iazdkhasti F, Shakehnia F. Effectiveness of spirituality training on stress and general health of mothers of children with mental retardation. Psychology of Exceptional Individuals. 2015;5(17):169-86.
27. Asadzandi M, Seyed Kalal A. Providing an educational model of spiritual training based on the sound heart model. Journal of Spiritual Health. 2023;2(1):17-28.
28. Brooks F, Michaelson V, King N, Inchley J,

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

[DOI: 10.30491/JSH.4.3.711]

Pickett W. Spirituality as a protective health asset for young people: An international comparative analysis from three countries. International Journal of Public Health. 2018;63(3):387-95.
29. Michaelson V, King N, Patte KA, Gardner P, Pickett W. Connections associated with a healthy spirituality: are these unrecognized intermediary determinants that shape health inequities in Canadian young people?. BMC Public Health. 2023;23(1):1167.
30. Shaver N, Michaelson V, Pickett W. Do spiritual health connections protect adolescents when they are bullied: A national study of 12,593 young Canadians. Journal of Interpersonal Violence. 2022;37(13-14):NP11034-65.
31. Barna Group. Parents accept responsibility for their child's spiritual development but struggle with effectiveness. Barna.com; 2023.
32. Fatemi D, Rahimi A, Saadati M, Abbaszadeh M. The survey of family's role in delinquency of teenagers (case study: Zanjan city's teenagers). Strategic Research on Social Problems. 2016;5(3): 35-50.
33. Grace Legacy Builders. Barna report on dads' (lack of) spiritual impact. GraceLegacyBuilders.org; 2023.
34. Sitanggang MH. Spiritual Education for Children as A Shared Responsibility Between Parents and The Church. Evangelikal: Jurnal Teologi Injili Dan Pembinaan Warga Jemaat. 2023;7(1):80-8.
35. Ahmadi Y, Babatabar Darzi H, Asadzandi M, Sepandi M. The Impact of Interprofessional Spiritual Health Education on Military Students' Lifestyle. Journal of Military Medicine. 2022;22(10):1044-53.
36. Allen S, Fry LW. Spiritual development in executive coaching. Journal of Management Development. 2019;38(10):796-811.
37. Selzer L. Spiritual mentoring for healthy family development. InMinistering spiritually to families. Cham: Springer International Publishing. 2015 pp. 45-70.
38. Hales A. Empowering Teachers through Mentorship: Lessons from British Columbia. British Columbia Teachers' Federation. 2024.
39. Asadzandi M. The role of military commanders as mentors in the spiritual health of society: Based on the sound heart model. Journal of Military Medicine. 2023;25(4):1973-82.
40. Wu X, Hayter M, Lee AJ, Yuan Y, Li S, Bi Y, et al. Positive spiritual climate supports transformational leadership as means to reduce nursing burnout and intent to leave. Journal of Nursing Management. 2020;28(4):804-13.
41. Nedaei M, Ramzgooyan G. Effectiveness of spiritual leadership and organizational justice on the commitment and administrative integrity in Iranian national tax administration. Transactions on Data Analysis in Social Science. 2021;3(1):1-13.
42. Vitorino LM, Teixeira PH, Dominato PC, de Azevedo MP, Resende MM, Lucchetti G. The effectiveness of spiritual care training on medical students' self-reported competencies: A quasi-experimental study. Palliative & Supportive Care. 2024;22(2):251-7.
43. Adib-Hajbaghery M, Saeadnejad Z. Barriers to provide patients admitted to hospitals in kashan with spiritual care: Nurses' viewpoints. Journal of Medical Ethics. 2016;10(37):49-59.
44. Asadzandi M. Design, Validation and Implementation of Longitudinal Training of Principles of Spiritual Medicine and Spiritual Health based on the Sound Heart Model to Medical Students. Journal of Military Medicine. 2024;26(5):1068-79.
45. Pashai Qatlo S, Sasan N, Sabernamati R, Masoumi V, Pashai Qatlo S, Esmailian S. Investigating the relationship between spiritual health and general health in the youth of Urmia. National Youth Health and Wellness Conference; 2014. Available from: https://sid.ir/paper/896214/fa

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

[DOI: 10.30491/JSH.4.3.711]