Journal of Spiritual Health
2023, Volume 2, Issue 3
Pages: 141-152
10.30491/JSH.2.3.141

Futurology of Spiritual Health Services in Iran: A Pathological Review

Minoo Asadzandi [1*]

[1] *Medicine, Quran and Hadith Research Center, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran*

Abstract

Background and Aim: Implementing holistic health, the development of spirituality, and Islamic morality in society requires theory-based spiritual health services. The health system needs to provide spiritual health care in the spectrum of health and disease, at all levels of prevention and throughout life. This study aimed to explain the pathology of Iranian spiritual health services to design targeted measures to shape a desirable future.

Methods: This Islamic futurology was conducted in 18 months based on the Manteghi et al. model in three stages: 1) Analytical phase:non-systematic review of evidence with PRISMA protocol by searching for religious and scientific evidences during the last three decades in scientific databases and analysis of 32 articles based on Walker and Avant conceptual analysis model; 2) Interpretive stage: based on the personality theory and pathology theory of the Sound Heart model; 3) Intuitive phase: by content analysis of data obtained from interviews with 25 national experts. To check the strength, accuracy, completeness, and possibility of logical understanding of the findings, in addition to Morse et al.'s suggestions, two specialized panels were conducted in the Spiritual Health Department of the Academy of Medical Sciences.

Results: The challenges were listed in three sections: 1) Research field: lack of jurisprudential supervision of research, lack of use of religious evidence by academics, preparation of religiosity assessment questionnaires, lack of theorizing; 2) Educational field: lack of spiritual health education in the university, lack of training of spiritual mentor professors, lack of spiritual health textbooks; 3) Clinical services field: lack of standards for spiritual health services, lack of assessment of competence of spiritual caregivers, neglect of spiritual needs of people, neglect of spiritual self-care, lack of implementation of theory-based spiritual care.

Conclusion: To design the ideal future of spiritual health, it is recommended to prepare clinical standards, -to train mentor professors, to implement competency-based longitudinal training, and provide theory-based spiritual health services by a qualified and licensed treatment team.

Keywords: Islam, Futurology, Pathology, Health Services, Spirituality.

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

Received: 5 August 2023 **Accepted:** 13 November 2023

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

[DOI: 10.30491/JSH.2.3.141]

مجله سلامت معنوی
دوره ۲، شماره ۳، پاییز ۱۴۰۲
صفحات: ۱۵۲-۱۴۱
10.30491/JSH.2.3.141

آینده پژوهی خدمات سلامت معنوی در ایران: یک مرور آسیب شناسانه

مینو اسدزندی[1]*

[1] *مرکز تحقیقات طب، قرآن و حدیث، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران*

چکیده

زمینه و هدف: تحقق رویکرد سلامت همه جانبه، رشد معنویت و اخلاق اسلامی در جامعه، نیازمند خدمات سلامت معنوی مبتنی بر نظریه‌های علمی است. نظام سلامت نیازمند ارائه مراقبت‌های سلامت معنوی در طیف سلامت و بیماری، درتمام سطوح پیشگیری و در طول عمر است. این مطالعه با هدف آسیب شناسی خدمات سلامت معنوی ایران به منظور طراحی اقدامات هدفمند برای شکل دادن به آینده‌ای مطلوب انجام شد.

روش‌ها: این مطالعه آینده‌پژوهی اسلامی طی ۱۸ ماه بر مبنای مدل منطقی و همکاران در سه مرحله اجرا شد: ۱) مرحله تحلیلی: مرور غیر سیستماتیک شواهد با پروتکل PRISMA و جستجوی شواهد دینی و علمی در سه دهه اخیر در پایگاههای علمی. تحلیل ۳۲ مقاله بر مبنای مدل آنالیز مفهومی واکر و آوانت؛ ۲) مرحله تفسیری: مبتنی بر نظریه شخصیت و نظریه آسیب شناسی مدل قلب سلیم؛ ۳) مرحله شهودی: به‌وسیله تحلیل محتوایی داده‌های حاصل از مصاحبه با ۲۵ نفر از خبرگان ملی. جهت بررسی استحکام، دقت، کامل بودن، امکان درک منطقی یافته‌ها علاوه بر پیشنهادات مورس و همکاران، از دو پنل تخصصی در گروه سلامت معنوی فرهنگستان علوم پزشکی استفاده شد.

یافته‌ها: چالش‌ها درسه بخش احصا شدند: ۱) حوزه تحقیقاتی: عدم نظارت فقهی برتحقیقات، عدم استفاده دانشگاهیان از شواهد دینی، تهیه پرسشنامه‌های سنجش دینداری، کمبود نظریه پردازی؛ ۲) بخش آموزشی: عدم آموزش سلامت معنوی در دانشگاه‌ها، عدم تربیت اساتید منتور معنوی، کمبود درسنامه سلامت معنوی؛ ۳) حوزه خدمات بالینی: فقدان استانداردهای خدمات سلامت معنوی، عدم سنجش شایستگی مراقبان معنوی، بی‌توجهی به نیازهای معنوی مردم، مغفول ماندن خودمراقبتی معنوی، عدم اجرای مراقبت معنوی مبتنی بر نظریه‌های علمی.

نتیجه‌گیری: برای طراحی آینده مطلوب سلامت معنوی، تهیه استانداردهای بالینی، تربیت اساتید منتور، آموزش طولی مبتنی بر شایستگی، ارائه خدمات سلامت معنوی مبتنی بر نظریه‌های علمی توسط تیم درمانی واجد شایستگی و مجوز توصیه می‌شود.

کلیدواژه‌ها: اسلام، آینده‌پژوهی، آسیب شناسی، خدمات سلامت، معنویت.

*نویسنده مسئول: **مینو اسدزندی.** پست الکترونیک: mazandi498@gmail.com
دریافت مقاله: ۱۴۰۲/۰۵/۱۴ پذیرش مقاله: ۱۴۰۲/۰۸/۲۲

[Downloaded from spiritual-health.ir on 2026-11-18]
[DOI: 10.30491/JSH.2.3.141]

مقدمه

اجرای سیاست‌های کلی سلامت و تحقق سلامت همه جانبه، نیازمند توجه نظام سلامت کشور به سلامت معنوی است (۱). لازم است سیاستگذاران نظام سلامت با توصیف انسان، توصیف وضعیت مطلوب سلامت معنوی، توصیف وضعیت موجود سلامت معنوی، اقدام به تبیین، تشریح و نقد وضعیت موجود به مطلوب و ارائه راهکار نمایند (۲). به‌وسیله مطالعات آینده‌پژوهی، اقدامات هدفمند برای شکل دادن به آینده مطلوب سلامت معنوی جامعه را طراحی نمایند (۳). طی اقدامات و تلاش‌های منظم به برنامه‌ریزی و تدوین راهبردهای رویارویی با موقعیت‌های نامطمئن آینده بپردازند (۴). با پیش‌بینی نیازهای معنوی آحاد جامعه و مسائل آینده سلامت معنوی، توانمندی مناسب برای رویارویی با مسائل آینده را به دست آورند (۵). جهت مقابله پیشگیرانه از رویدادهای نامطلوب آینده، اقدام به شیفت پارادایمی نمایند تا پارادایمی که فهم سلامت را با جهت‌گیری سازمانی تبیین می‌کند و اصالت را به عینیت‌گرایی یا ذهنیت‌گرایی محض می‌دهد، به پارادایمی مبدل شود که سلامت را با جهت گیری اجتماعی تبیین می‌کند، دانش سلامت را با جامعه به اشتراک می‌گذارد و فرصت پاسخگویی به نیازهای آینده جامعه را فراهم می‌نماید (۶). همچنین لازم است دستاوردهای علمی پنج دهه گذشته جهان درباره سلامت معنوی و تاثیر معنویت بر سلامت را مورد توجه قرار دهند (۷). برای تحقق بیانیه گام دوم انقلاب اسلامی، سند چشم‌انداز بیست ساله کشور، سیاست‌های کلی سلامت جهت تحول در محیط‌های علمی و دانشگاهی متناسب با ارزش‌های اسلامی اخلاق پزشکی و آداب حرفه‌ای، ارائه خدمات آموزشی، پژوهشی، بهداشتی، درمانی و توانبخشی سلامت مبتنی بر ارزش‌های انسانی- اسلامی، استفاده از ظرفیت محیط‌های ارائه مراقبت‌های سلامت برای رشد معنویت و اخلاق اسلامی در جامعه، خدمات سلامت معنوی را درکنار خدمات جسمی، روانی، اجتماعی ارائه نمایند (۸،۹).

با توجه به اینکه مفهوم سلامت معنوی واجد زمینه فرهنگی است (۱۰) مطابق با آمار سال ۲۰۱۴، درایران ۹۹/۴ درصد جمعیت مسلمان و ۹۵–۹۰ درصد این تعداد شیعه می‌باشند. فرهنگ و سبک زندگی مردم، متاثر از دیدگاه معرفت شناسی بر مفهوم سلامت و بیماری، انتخاب شیوه درمان و مراقبت، شناخت اتیولوژی بیماری، عکس‌العمل افراد به رخدادهای زندگی تاثیر می‌گذارد (۱۱،۱۲). رفتارهای سلامت معنوی مردم مسلمان ایران را با فرهنگ دینی اسلام منطبق می‌کند (۱۳). ارتباطات معنوی، نحوه ارائه خدمات سلامت را خصوصا در شرایط بحرانی هدایت و مدیریت می‌کند (۱۴)، توصیه می‌شود که معنویت دینی و سلامت معنوی در پارادایم اسلام در مطالعات آینده‌پژوهی اسلامی مبنای طراحی آینده مطلوب سلامت معنوی جامعه قرار گیرد.

با وجود اینکه تاثیر ۵۰ درصدی عوامل اجتماعی موثر بر سلامت در مقابل تاثیر ۱۰ درصدی عوامل بیولوژیکی و ژنتیک، ۱۴ درصدی محیط فیزیکی و ۲۵ درصدی سیستم بهداشت و درمان، سبب شده تا سلامت و بیماری به عنوان مفاهیم اجتماعی مطرح شوند (۱۵). توجه سیاستگذاران نظام سلامت دنیا به ماهیت اجتماعی- فرهنگی- اقتصادی معضلات نظام ارائه خدمات سلامت جلب شده است (۱۶). به نحوی که اهمیت تعیین‌کننده‌های اجتماعی موثر بر سلامت (Social Determinants of Health) در جایگاه شرایطی که درآن افراد متولد می‌شوند و رشد و زندگی می‌کنند، به عنوان مجموعه وسیعی از سیستم‌هایی که شرایط زندگی روزمره افراد را شکل می‌دهند (۱۷،۱۸)، از سال ۱۹۴۸ توسط سازمان جهانی بهداشت مطرح شده است (۱۹،۲۰). سلامت مردم را با ویژگی‌های جامعه و ساختارهای خدماتی و اقتصادی آن مرتبط نموده و این واقعیت را مبنای سیاستگذارهای ارتقای سطح سلامت مردم قرار داده است (۲۱)، بر پیوند سلامت با عوامل اجتماعی تاکید می‌کند (۲۲). در کشور ایران هم توجه به عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت جسمی از سال ۱۳۶۳ با استقرار برنامه نظام شبکه‌های بهداشتی درمانی در قالب مراقبت‌های اولیه بهداشتی مورد توجه قرار گرفته است (۲۳،۲۴)، به نحوی که ایران در سال ۱۳۸۴ به عنوان کشور همکار سازمان جهانی بهداشت در زمینه رویکرد تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت شناخته شده (۲۵)، اما محققان علوم سلامت این امر مهم را مورد غفلت قرار داده‌اندکه رسیدن به سطح مطلوب خدمات سلامت معنوی، نیازمند آسیب‌شناسی وضع موجود کشور، آشکارسازی عیوب و عوامل آسیب‌زای نظام ارائه خدمات سلامت معنوی، تشخیص ماهیت و نوع مسائل موجود، مقایسه تفاوت‌های آن با شرایط مطلوب، تبیین راهکار اصلاح و برون رفت از شرایط از طریق شناسایی چالش‌ها و ارائه راهبردهای عملیاتی رفع آن‌ها است (۲۶)، به‌دلیل خلاء مطالعاتی موجود، این مطالعه آینده‌پژوهی اسلامی با هدف آسیب‌شناسی خدمات سلامت معنوی در ایران انجام شد تا امکان برنامه‌ریزی برای طراحی آینده‌ای مطلوب درحوزه سلامت معنوی را فراهم نماید.

روش

این تحقیق برای ارتقا و تکامل دانش موجود با استفاده از فرایند سیستماتیک، علمی و قابل توجیه، متمرکز بر سوال "چیستی آسیب‌های خدمات سلامت معنوی در ایران" و " آینده پژوهی خدمات سلامت معنوی ایران" در طی ۱۸ ماه (با متوسط زمان شش ماه برای هر مرحله)، در سال‌های ۱۳۹۹–۱۳۹۸ انجام شد. به لحاظ تفاوت مبانی معرفت‌شناسی و هستی‌شناسی اسلامی با سایر پارادیم‌ها مبتنی بر مدل روش‌شناسی تحلیلی- تفسیری- شهودی در آینده‌پژوهی اسلامی منطقی و همکاران مطالعه طی مراحل زیر صورت گرفت (۳).

در بخش تحلیلی، ابتدا مرور غیرسیستماتیک شواهد با توجه به هرم مبتنی بر شواهد با استفاده ازپروتکل PRISMA در پنج مرحله انجام شد شامل: جستجوی متون، انتخاب متون، ارزشیابی،

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

[DOI: 10.30491/JSH.2.3.141]

استخراج و طبقه بندی داده‌ها. معیارهای ورود و انتخاب مقالات: امکان دسترسی به متن کامل مقالات فارسی یا انگلیسی، منتشر شده بین سال‌های ۲۰۰۰-۲۰۱۹، باکلید واژه‌های سلامت معنوی، مراقبت معنوی، مشاوره معنوی، مدل مراقبت معنوی، قابل دسترس در پایگاه‌های اطلاعاتی داخلی و خارجی (PubMed, Google Scholar, Elsevier, SID, Cochrane, Magiran) بودند. انتخاب شواهد دینی با استفاده از کتب معتبر تفسیری و روایی شیعی انجام شد. مقالات ابزار سازی، گزارش‌های کوتاه، تکراری بودن مقالات، معیارهای خروج از مطالعه بودند. از تعداد ۹۷ مقاله وارد شده به مطالعه ۳۲ مقاله مورد بررسی قرار گرفتند (نمودار ۱) تا امکان شناسایی علل و عوامل، چیستی آسیب‌های خدمات سلامت معنوی، کشف روابط میان آن‌ها و نتایج منتج از آن‌ها، مبتنی بر استدلال و برهان همراه با درک تصویری از آینده و شیوه تحقق آن، برای سیاستگذاران نظام سلامت فراهم شود. تحلیل یافته‌های این بخش با مدل آنالیز مفهومی واکر و آوانت طی هشت گام: ۱. انتخاب مفهوم، ۲. تعیین هدف تحلیل، ۳. شناسایی موارد استفاده از مفهوم، ۴. تعیین ویژگی‌های تعریف‌کننده مفهوم، ۵. شناسایی یک مورد الگو، ۶. شناسایی موارد مرزی و مخالف، ۷. شناسایی پیشایندها و پیامدها، ۸. نمود تجربی، انجام شد (۲۷). علاوه بر منابع معرفتی آینده‌پژوهی غیر اسلامی که تنها به تجربه و تعقل اکتفا می‌کند از شواهد دینی اسلام استفاده شد تا آینده‌پژوه بتواند با بررسی و تحلیل مسائل گذشته، برنامه‌ای مناسب برای آینده تدوین کند با تحلیل تحولات سلامت معنوی در طی چند دهه اخیر در ایران، بستر تحقق آینده‌ای مطلوب فراهم شود (۲۸).

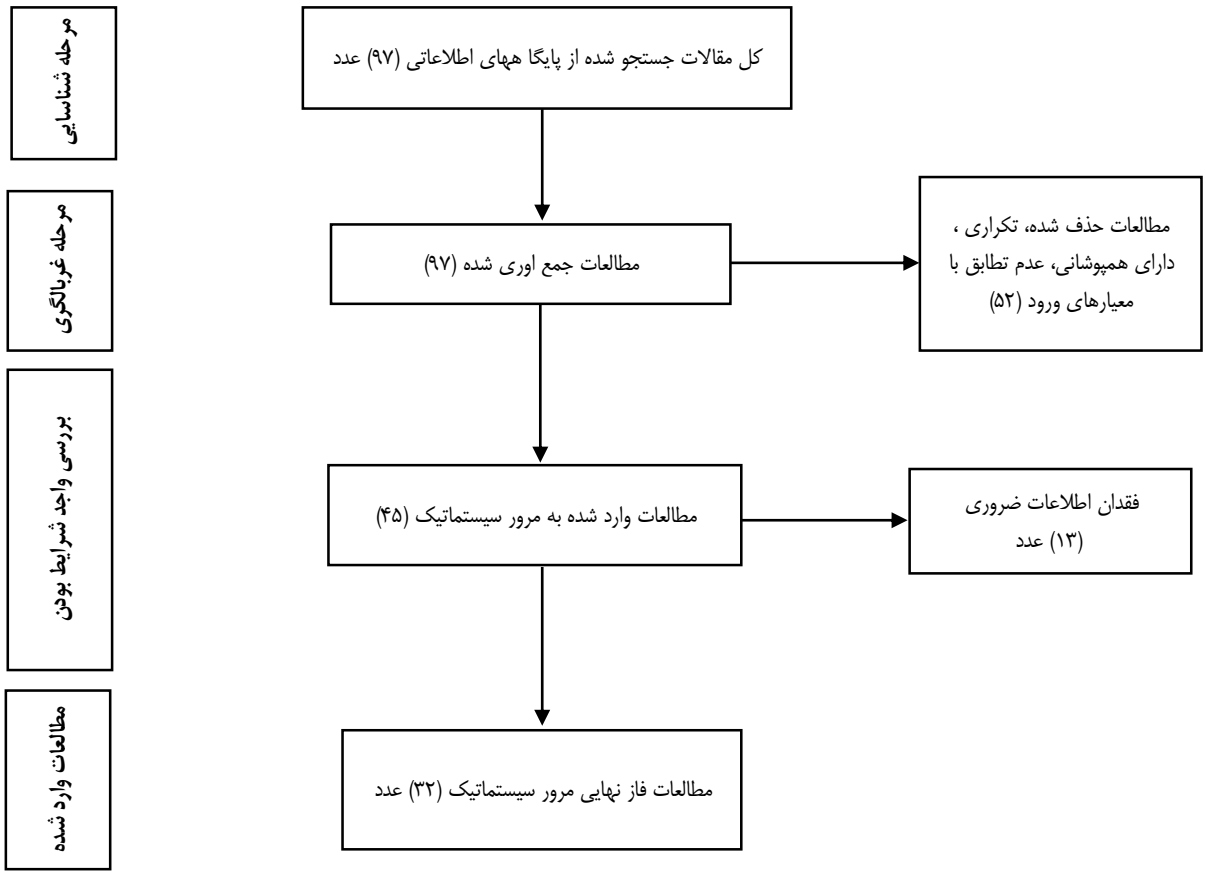
در بخش تفسیری با هدف آشکار کردن امور مخفی به کمک نشانگرها و مبتنی بر رئالیسم معرفتی تلاش شد تا با مشاهده و مطالعهٔ رفتارهای انسان در بستر اجتماعی و تاریخی مبتنی بر نظریه شخصیت معنوی (۲۹) و نظریه آسیب‌شناسی معنوی مدل قلب سلیم (۳۰) به تفسیر رفتارهای موید سلامت یا پریشانی معنوی پرداخته شود و امکان کشف انگیزه‌ها و عوامل درونی تاثیرگذار بر انسان‌ها فراهم گردد (۳۱).

در بخش روش‌شناسی شهودی از دانش ضمنی خبرگان سلامت معنوی استفاده شد. محقق سعی کرد علاوه بر تحلیل‌های علّی و معلولی، تحلیل مسائل و رویدادهای گذشته، با ترکیب دانش ضمنی افراد با تجربه در این حوزه که می‌توانند به صورت ضمنی یا حضوری مسائل و اموری را ادراک کنند که برای دیگران قابل درک نیست، از معرفت و ادراکات خبرگان برای ترسیم آینده استفاده کند و امکان ارائه راه حل برای رویاوریی با مشکلات آینده را به دست آورد (۳۲). بنابراین به جای جمع‌آوری اطلاعات از نمونه‌های در دسترس، از افراد داوطلبی که قادر به ارائه اطلاعات مطلوب بودند، بر اساس معیارهای ورود استفاده شد: عضویت در تیم درمانی (پزشک، پرستار، روانشناس بالینی، مدیر خدمات بهداشتی)، دارا بودن تجربه عملی در تصمیم‌گیری‌های حوزه سلامت معنوی، واجد تجربه پژوهش و تحقیق حوزه سلامت معنوی، برخوردار از تجربه مدیریت مراکز علمی و تحقیقاتی، واجد نگاه راهبردی. با توجه به این که در مورد تعداد خبرگان در زمانی که محقق به شیوه هدفمند نمونه را انتخاب می‌کند درمنابع عدد خاصی ذکر نگردیده است، اما رهبر به نقل از بازرگان آورده: در صورتی که هدف از مصاحبه اکتشاف و توصیف عقاید و نگرش‌های مصاحبه شوندگان با توجه به زمان و منابع قابل دسترس باشد، تعداد نمونه (۱۱± ۱۵) برای انجام مصاحبه کافی خواهد بود (۳۳). در این تحقیق، از ۲۵ نفر از خبرگان پس از اخذ رضایت کتبی آگاهانه در مصاحبه انفرادی عمیق و نیمه ساختار یافته، استفاده شد که شامل: ۸ فوق تخصص پزشکی، ۳ روحانی، ۶ استاد پرستاری، ۴ روانپزشک و روانشناس، ۴ مدیر خدمات بهداشتی بودند. بعد از انتخاب هدفمند خبرگان، مصاحبه و گفتگوهای چالشی، دوطرفه و انتقادی به شکل حضوری، در زمان مورد نظر مشارکت‌کنندگان، در محل کار آنان، با طول مدت ۴۵-۳۰ دقیقه انجام شد. جمع‌آوری داده‌ها تا رسیدن به اشباع ادامه یافت. معیارهای خروج این مرحله شامل: عدم تمایل به ادامه همکاری، بروز بحران در زندگی شخصی یا حرفه‌ای، اختلال سلامت بودند. برای آشنایی با مسائل احتمالی و پیش‌بینی نشده و شکل‌گیری ترکیب سؤالات ابتدا چند مصاحبه اولیه انجام شد و سؤالات براساس روند مصاحبه شکل گرفت. برخی از سؤالات شامل موارد زیر بودند: ۱. لطفا در مورد معنویت و سلامت معنوی صحبت بفرمایید؛ ۲. چگونه با نیازهای معنوی بیماران و مراجعان خود برخورد می‌کنید؟؛ ۳. به نظر شما چه موقع باید به سلامت معنوی بیمار/مراجع توجه شود؟؛ ۴. چه اقدامی برای ارتقای سلامت معنوی بیماران و مراجعان خود، انجام می دهید؟؛ ۵. آیا با روش خود مراقبتی معنوی آشنایی دارید؟؛ ۶. آیا خدمات سلامت معنوی ایران را پاسخگوی نیازهای بیماران و مراجعان می‌دانید؟؛ ۷. چه چالش‌هایی در ارائه خدمات سلامت معنوی درایران به نظر شما قابل توجه است؟؛ تمام عبارات شرکت‌کنندگان به‌طور کامل و کلمه به کلمه نسخه نویسی شدند و تحلیل داده‌ها بر اساس روش تحلیل محتوای قرار دادی به روش آنالیز مقایسه‌ای مستمر (به عنوان یک روش تعیین اعتماد و روایی داده‌ها) انجام شد (۳۴).

جهت کسب اطمینان از منطقی، روشن و کامل بودن یافته‌ها، پیشنهادات مورس و همکاران اجرا شد: ۱) برای جامعیت وکفایت داده‌ها تلاش شد تا مطالعه براساس داده‌های غنی و متون معتبر بتواند توصیف کاملی از داده‌ها، بیان نماید؛ ۲) انجام تحلیل عمیق شواهد و استدلال عقلانی، یافته‌های مطالعه را تأیید نموده و نتایج به نظر منطقی، خلاق، سیستماتیک و کاملاً تکامل یافته، باشند؛ ۳) جهت تکامل بحث در گروه‌های متمرکز، داشتن بیان منطقی، واضح و روشن، واجد منطق حاکم بر پژوهش مد نظر قرار گرفت؛ ۴) اعتبار داده‌ها هم در طی دو راند دلفی با استفاده از پنل متخصصان تایید شد؛ ۵) جهت تایید سطح انتزاع با توجه به همه انواع و موقعیت‌های مفهوم تلاش شد تا نتایج به‌دست آمده به

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

[DOI: 10.30491/JSH.2.3.141]



نمودار-۱. فرآیند بررسی و انتخاب مقالات مورد پژوهش بر مبنای نمودار PRISMA

توسعه دانش کمک کند؛ ۶) جهت ایجاد حس شهودی برای قابل قبول و نوگرا بودن، تلاش شد تا یافته‌ها دیدگاه و درک جدیدی نسبت به پدیده ایجاد نماید (۳۵). یافته‌ها در دو پنل تخصصی با حضور ۳۰ نفر از اساتید حوزوی و دانشگاهی گروه سلامت معنوی فرهنگستان علوم پزشکی که جزء گروه مصاحبه‌های انفرادی نبودند و سابقه حضور بیش از یکسال در گروه را داشتند، هم مورد بحث قرار گرفت.

ملاحظات اخلاقی

این مطالعه با کد اخلاق BMSU.REC.1398.231 از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج) اجرا شد. در این مطالعه، نکات اخلاقی بیانیه هلسینکی از جمله: توضیح اهداف به واحدهای پژوهش، کسب رضایت آگاهانه، دادن حق انتخاب به واحدهای پژوهش برای خروج از مطالعه در هر زمان، محرمانه ماندن اطلاعات، رعایت صداقت در جمع‌آوری، تحلیل و انتشار داده‌ها، ارائه نتایج پژوهش به نمونه‌ها در صورت درخواست، قدردانی از کلیه واحدهای مورد پژوهش، رعایت شدند. رعایت اصول نشر و اخلاق در پژوهش و انتشار یافته‌های مطالعه طبق اصول کمیته بین المللی اخلاق نشر (COPE) از دیگر تعهدات اخلاقی رعایت شده توسط پژوهشگر بود. تعداد محدود صاحب‌نظران حوزه سلامت معنوی و نبود مطالعات مشابه در آسیب‌شناسی خدمات سلامت معنوی در ایران، از محدودیت‌های مطالعه بودند. تلاش شد تا با تعمیق مطالعه این محدودیت‌ها کاهش داده شود.

نتایج

در مرحله تحلیلی از این تحقیق که با روش آینده‌پژوهی اسلامی انجام شد، هیچ مطالعه‌ای درباره آسیب‌شناسی یا آینده-پژوهی خدمات سلامت معنوی در ایران یافت نشد. از ۲۵ نفر شرکت‌کننده در پنل خبرگان (۸ فوق تخصص پزشکی، ۳ روحانی، ۶ استاد پرستاری، ۴ روانپزشک و روانشناس، ۴ مدیر خدمات بهداشتی)، ۱۱ نفر مرد، با سن بین ۶۳-۴۱ سال و متوسط ۴۸ سال بودند. سابقه کاری بین ۲۸-۱۱ سال با میانگین ۱۶ سال داشتند. جهت تحلیل داده‌ها، متن مصاحبه‌ها چندین بار خوانده شد تا حس کلی از آن حاصل شود و سپس اقدام به کدگذاری اولیه گردید. در این مرحله ۳۴۰ کد به‌دست آمد و پس از آن این کدها بر اساس شباهت‌ها و تفاوت‌های مفهومی خلاصه‌سازی و طبقه‌بندی شدند. این طبقات دوباره با داده‌ها مقایسه شدند تا ازصحت آن‌ها اطمینان حاصل شود.

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

[DOI: 10.30491/JSH.2.3.141]

جدول-۱. چالش‌های تولید دانش سلامت معنوی در ایران: عدم نظارت فقهی برتحقیقات، عدم استفاده دانشگاهیان از شواهد دینی، تهیه پرسشنامه‌های سنجش دینداری، کمبود نظریه پردازی

یافته‌های روش‌شناسی تحلیلی- شهودی در حوزه تحقیقات سلامت معنوی
۱. عدم نظارت فقهی بر تحقیقات سلامت معنوی در کمیته‌های اخلاق دانشگاه‌ها
• روحانی: "*در ایران متاسفانه هیچ سازمانی بر تحقیقات سلامت معنوی نظارت فقهی نمی کند که آیا این تحقیقات با مبانی فقه اسلام هماهنگی دارد یا خیر؟ باید از فقیه مطلع استفاده شود تا بررسی شود آیا انجام این تحقیقات با دین اسلام همخوانی دارد یا خیر؟*"
۲. عدم وفاق ملی بر مفهوم قرآنی سلامت معنوی (قلب سلیم)
• روحانی: *با وجود این که در همایش‌های مختلف سلامت معنوی اساتید زیادی بیان کردند که از دیدگاه اسلام سلامت معنوی همان قلب سلیم است، اما بازهم می‌بینیم که افرادی سلامت معنوی اسلامی را بر مبنای نظر آلیسون و ... در ایران معرفی می‌کنند.*
۳. تهیه ابزارهای سنجش دینداری مبتنی بر رویکرد مسیحیت کاتولیک برای سنجش سلامت معنوی افراد
• پزشک فوق تخصص و ریاست یکی از دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور: *"در کمیته اخلاق دانشگاه‌ها یا وزارت بهداشت، تحقیقات را تنها با چهار اصل بین‌المللی اخلاق داوری می‌کنند، ولی بررسی فقهی انجام نمی‌شود که آیا در اسلام تجسس در باطن قلبی مسلمان مجاز است یا خیر؟"*
۴. عدم توجه به تولید بسته‌های خدمتی متناسب با نیازهای معنوی افراد در طول عمر و در طیف سلامت و در تمام سطوح پیشگیری
• پزشک روحانی: *"موضوع تولید محتواهای مورد نیاز برای تعمیق معنویت در اقشار جامعه با توجه به شرایط سنی و توانایی‌های شناختی کودکان و خانواده‌ها، به نحو شایسته‌ای مورد توجه محققان قرار نگرفته، بعضی هم به اشتباه مواردی را به دین نسبت می‌دهند که نه تنها با دین اسلام بلکه با شواهد علمی هم مغایرت دارد. اینها با این کار به اسلام لطمه می‌زنند".*
۵. جدایی دانشگاه و حوزه، عدم آشنایی اساتید دانشگاه با روش تحقیق حوزه‌های علمیه و عدم استفاده از شواهد دینی
• روحانی: "*سلامت معنوی با معنویت دینی مرتبط است. باید مشارکت اساتید دانشگاه و حوزه توام با هم انجام شود. این موضوع وحدت حوزه و دانشگاه، مورد تاکید امام راحل بود. نمی توان و نباید که تمام موضوعات مربوط به سلامت معنوی را به حوزه های علمیه واگذار کرد ".*
۶. محدودیت تحقیقات بنیادی در زمینه نظریه پردازی و طراحی مدل مراقبت معنوی جامعه نگر
• استاد پرستاری: *"تحقیق منشا تولید علم است. باید بدنه دانش هر رشته‌ای از طریق تحقیقات علمی دقیق بدست بیاید. اما عملا در ایران تحقیقات بنیادی در زمینه نظریه پردازی و طراحی مدل‌های تجویزی متناسب با فرهنگ و باورهای مردم بسیار محدودند و در حوزه مراقبت معنوی به طریق اولی این موضوع شدیدتر است".*
۷. بی توجهی به نیازهای معنوی افراد سالم جامعه خصوصا خانواده‌ها و بی توجهی به ضرورت توانمندسازی خودمراقبتی معنوی افراد سالم در تمام سطوح پیشگیری
• جراح فوق تخصص: "*اسلام از ما میخواهد که کودکان و جوانان را طوری تربیت کنیم که شیعه اثنی عشری باشند و مانند امامان معصوم رفتار کنند. باید والدین، معلمان، پرسنل خانه‌های بهداشت و درمانگاه‌های مادر و کودک، بتوانند این موضوع مهم را هم برای خانواده خودشان اجرا کنند و هم به دیگران آموزش دهند تا افراد یاد بگیرند که چطور خودشان را به لحاظ ایمانی حفظ کنند".*
۸. عدم توجه به پارادایم مدل‌های مراقبت معنوی جهانی و چارچوب پنداشتی آن‌ها توسط محققان و استفاده از استراتژی ریچاردز- برگین مبتنی بر دیدگاه مسیحیت در تحقیقات بالینی و انتخاب سلیقه‌ای تعدادی از آموزه‌های اسلامی جایگزین
• استاد پرستاری: *هر یک از مدل‌های مراقبت دارای چارچوب پنداشتی و قلمرو کاربردی هستند که خود نظریه پرداز، آن را بیان می‌کنند مثلا خانم کالیستا روی مدل خود را مناسب بیماران داخلی وجراحی می داند. در ایران به پارادایم مدلهای مراقبت جهانی و مبانی آنها توجه نمی شود. حتی قلمرو کاربردی مدلها را هم بعضا نمی‌شناسند. باید توجه کرد که در چه پارادایمی مراقبت معنوی تبیین شده، اصلا جامعه نگری در خدمات سلامت به این معناست. ما نظریه‌های پرستاری را مبتنی بر مدل‌های جهانی تدریس می‌کنیم و به کار می‌بریم، ولی هیچ یک از آن‌ها در پارادایم اسلام طراحی نشده‌اند و با باورهای مردم مسلمان هماهنگی کامل ندارند".*

جدول-۲. چالش‌های نشر دانش سلامت معنوی در ایران: عدم آموزش سلامت معنوی در دانشگاه، عدم تربیت اساتید منتور معنوی، کمبود درسنامه سلامت معنوی

یافته‌های روش‌شناسی تحلیلی- شهودی در حوزه آموزش سلامت معنوی
۱. عدم تخصیص واحد درسی سلامت معنوی در دروس دانشجویان علوم سلامت ایران
• دکترای آموزش پزشکی : "*با وجود تاکید بر کل نگری و توجه به تمام ابعاد وجود انسانی که در حکمت و طب متعالیه هم از قدیم وجود داشته، ما دانشجویان را در دانشگاه‌های علوم پزشکی با روح و نیازهای آن و بعد معنوی سلامت آشنا نکرده‌ایم. هیچ واحد درسی در این باره در دانشگاه‌ها تدریس نمی‌شود".*
۲. عدم آموزش شیوه انجام مراقبت معنوی به دانشجویان علوم سلامت
• استاد آموزش پرستاری: "*ما در دانشگاه‌ها به دانشجویان خود، روش انجام مراقبت معنوی را یاد نمی‌دهیم. حالا چطور انتظار داریم که فارغ التحصیل پرستاری یا پزشکی ما بتواند مراقبت معنوی انجام دهد ؟*
۳. معرفی خدمات سلامت معنوی به عنوان بخشی از مراقبت روانی- اجتماعی
• روحانی پرستار: "*در طول دوران تحصیل اساتید می‌گفتند که باید به باورهای بیماران احترام گذاشت و مراقبت روانی و اجتماعی را در کنار مراقبت جسمی انجام داد. ولی روش انجام مراقبت معنوی را مانند سایر دروس به ما آموزش ندادند. ما تنها بر اساس اطلاعات شخصی که داریم و مطالعات دینی خودمان سعی می‌کنیم مراقبت معنوی را انجام دهیم".*
۴. عدم توجه مراکز دانشگاهی به توانمندسازی خود مراقبتی معنوی دانشجویان توسط اساتید مشاور
• استاد پرستاری: "*در دانشگاه‌ها، اساتید مشاور تعیین می‌کنند و الزام می‌کنند که با دانشجو و خانواده وی ارتباط نزدیک داشته باشیم و علاوه بر مشکلات درسی به سایر مشکلات دانشجویان توجه کنیم. اما این که چطور می‌توانیم کمک کنیم تا دانشجو بتواند از لحاظ معنوی و اخلاقی هم از خودش مراقبت کند را کسی به ما اساتید آموزش نداده است".*

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

[DOI: 10.30491/JSH.2.3.141]

۵. تنزل مراقبت معنوی در حد مراقبت‌های تسکینی از بیماران بدحال یا محتضر

- پزشک فوق تخصص: "*ما سلامت معنوی را نباید مانند غربی‌ها به مراقبت معنوی از بیماران سرطانی و بدحالی که پزشکان آن‌ها را عملا جواب کرده‌اند، منحصر کنیم. البته این مراقبت سبب می شود که فرد با ایمان از دنیا برود. ولی ما در ایران باید به آحاد جامعه، کودکان، نوجوانان و جوانان که سرمایه‌های این کشور هستند، توجه کنیم و سلامت معنوی آن‌ها را ارتقاء دهیم*".

۶. کمبود مطالب علمی در متون درسی دانشجویان علوم سلامت درباره بُعد معنوی انسان و سلامت معنوی

- پزشک فوق تخصص: "*در کتب درسی مطالبی درباره روح و نیازهای روحی وجود ندارد. حتی قائل شدن به وجود روح هنوز هم از سوی عده ای یک امر غیر علمی تلقی می شود*".

۷. تاکید کتب مرجع درسی، بر نیازهای جسمی و روانی بیماران نسبت به نیازهای معنوی.

- استاد پرستاری: "*ما تاکیدمان در مراقبت بر تمام ابعاد وجود بیمار است. ولی در کتب درسی که باید تدریس کنیم چیزی درباره نیازهای معنوی بیماران و خانواده وجود ندارد. اصولا پرداختن به نیازهای معنوی در واحدهای درسی در نظر گرفته نشده است*".

۸. معرفی مراقبت معنوی به شکل استفاده از روش‌های طب مکمل و طب تسکینی بدون توجه به تفاوت مبانی آن‌ها با مبانی اسلام

- پزشک فوق تخصص: "*ما در بیماران صعب‌العلاج طب تسکینی داریم و استفاده از دعا و نیایش بخشی از آن است که در کتب مرجع به عنوان طب مکمل به پرستاران هم آموزش‌هایی داده می‌شود. ولی معنویت درمانی و مراقبت معنوی به شکل علمی در کتب درسی وجود ندارد و ما ناگزیریم از اطلاعات علمی روز دنیا در طب مکمل استفاده کنیم*".

۹. عدم اجرای استراتژی آموزش مبتنی بر شایستگی در آموزش سلامت معنوی به دانشجویان علوم سلامت ایران

- استاد آموزش پزشکی: "*سال‌هاست که در دنیا آموزش مبتنی بر شایستگی اجرا می‌شود، ولی ما در ایران هنوز نتوانسته‌ایم به این آموزش بپردازیم تا دانشجویان رشته های مختلف علوم سلامت یاد بگیرند که چگونه برای کاهش رنج‌های بیماران کارکنند.*"

جدول-۳. چالش‌های کاربست دانش سلامت معنوی در ایران: فقدان استانداردهای خدمات سلامت معنوی، عدم سنجش شایستگی مراقبان معنوی، بی توجهی به نیازهای معنوی مردم، مغفول ماندن خودمراقبتی معنوی، عدم اجرای مراقبت معنوی مبتنی بر نظریه علمی

یافته‌های روش‌شناسی تحلیلی- شهودی در حوزه خدمات بالینی سلامت معنوی

۱. عدم اهتمام تعداد زیادی از کارکنان نظام سلامت به وجوب ارائه خدمات سلامت معنوی و احساس ناتوانی برای انجام مراقبت معنوی درکارکنان آگاه از وجوب ارائه خدمات سلامت معنوی

- پزشک فوق تخصص: " *بعضی از کادر درمانی به علت این که در منابع درسی خودشان با موضوعات مرتبط با سلامت معنوی آشنا نشده‌اند، آن را غیر علمی تلقی می‌کنند و تمایل به انجام مراقبت معنوی ندارند*".

۲. ترس پزشکان و پرستاران از تاثیر عقاید شخصی بر بیمار، محدودیت‌های زمانی، کمبود آموزش در زمینه مراقبت معنوی

۳. سختی تعیین نیازهای معنوی بیماران، تعیین فرد مسئول ارائه‌دهنده این مراقبت‌ها، تعیین درجه اطمینان صحت و دقت مداخلات معنوی

۴. غفلت از پریشانی‌های معنوی بیمار و خانواده به علت ناآگاهی کارکنان نظام سلامت

- استاد پرستاری: "*ما در لیست تشخیص‌های NANDA دیسترس معنوی را داریم ولی اطلاعاتمان از دیدگاه اسلام در این باره محدود است کسی به ما آموزشی درباره پریشانی‌های معنوی نداده است*".

۵. ارجاع بیماران دچار پریشانی های شدید معنوی به روانشناس بالینی یا روانپزشک

- مدیرخدمات بهداشتی، استاد پرستاری با سابقه: "*ما تنها در مواردی که بیمار و خانواده دچار مشکلات شدیدی باشند می توانیم آن‌ها را به روانپزشک یا روانشناس ارجاع دهیم. کار زیادی از ما ساخته نیست*".

۶. فن‌محور و فیزیولوژیک شدن مراقبت‌ها، توجه صرف به مراقبت جسمانی با اجرای الگوی طبی مراقبت

۷. عدم وجود استانداردهای ارائه خدمات سلامت معنوی در سطح ملی توسط وزارت بهداشت- درمان و آموزش پزشکی

- دکترای مدیریت خدمات بهداشتی: "*ما در ایران استانداردی برای ارائه خدمات سلامت معنوی نداریم. در کتابچه وزارت بهداشت هم این موضوع مغفول مانده است*".

۸. عدم سنجش حداقل شایستگی ارائه‌کنندگان خدمات سلامت معنوی

- روحانی: "*براساس آیات قرآن و حکمت نهج البلاغه، باید کسی از دین برای بیمار و خانواده وی صحبت کند که خودش هم به آن باور داشته باشد و حرفش با عملش هماهنگ باشد. مراقبت معنوی باید توسط افراد شایسته انجام شود*"

۹. ارائه خدمات سلامت معنوی توسط افراد علاقه مند بدون داشتن مجوز رسمی- معتبر و گذراندن دوره های آموزشی

- روانشناس بالینی: "*در حال حاضر افراد تنها بر اساس علاقه و اطلاعات شخصی خود به مراقبت و مشاوره معنوی می پردازند. آموزش رسمی، پروانه کار و مجوزی برای انجام این کار بسیار حساس، داده نمی شود*".

۱۰. نادیده گرفته شدن حیطه مراقبت معنوی، در سطوح پیشگیری مقدماتی و اولیه

- روانپزشک: "*موضوع سلامت روح و روان باید در تمام سطوح پیشگیری مورد توجه قرار گیرد. اگر قبل از بروز بیماری روانی برای سلامت معنوی افراد اقدام شود، چه بسا از بسیاری از بیماری‌ها خصوصا بیماری‌های ناشی از استرس جلوگیری شود*".

۱۱. عدم آموزش روحانیون ایران درباره اصول و روش‌های مراقبت و مشاوره معنوی

- روحانی: "*در حوزه های علمیه مباحث مرتبط با بیماری‌های جسمی و درمان آن‌ها به طلاب آموزش داده نمی‌شود*". مدیر خدمات بهداشتی و درمانی: "*طلبه‌های جهادی داوطلب در ایام کرونا بعضا دوره‌های بسیار کوتاه مدتی را در بیمارستان گذراندند تا با بعضی مسائل مهم در نحوه ابتلا و سرایت بیماری آشنا شوند. اصولا روحانیون بر مبنای اطلاعات حوزوی خود در بیمارستان‌ها مشغول می‌شوند.*

۱۲. بی توجهی به تاثیر سلامت معنوی بر سایر ابعاد سلامت در تمام سطوح پیشگیری

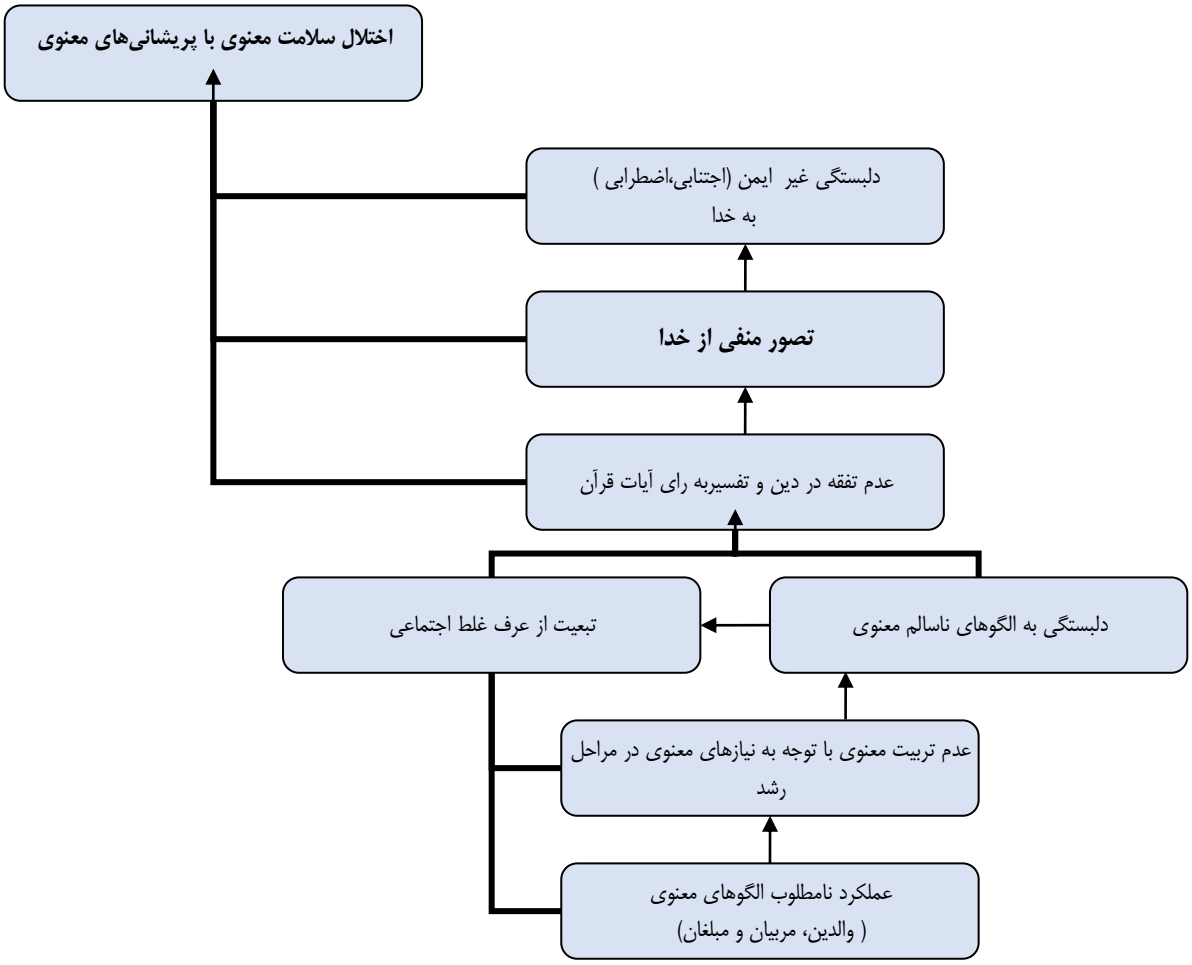
- روانپزشک: "*اصولا اگر نحوه تاثیر روح بر جسم را بتوان مانند بقیه مطالب علمی به وضوح بیان کرد، خیلی در آشنا کردن افراد با اهمیت سلامت معنوی موثر است. ولی در این باره مطالب چندانی وجود ندارد*".

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

[DOI: 10.30491/JSH.2.3.141]

یافته‌های مرحله تفسیری: مبتنی بر نظریه شخصیت معنوی و آسیب شناسی معنوی مدل قلب سلیم:

نظریه قلب سلیم، اختلال سلامت معنوی را عامل بروز پریشانی‌های معنوی می‌داند. عواملی که سبب گسستن ارتباط قلبی فرد با خدا می‌شوند را عوامل آسیب‌زای معنوی معرفی می‌کند. در آسیب‌شناسی و تبیین چرایی بریده شدن پیوند عشق و تعلق خاطر بنده به خداوند خویش، شناخت غلط از خدا و تصور منفی از خدا را سبب دلبستگی غیر ایمن به خدا معرفی می‌کند که در اثر عوامل زیر ایجاد می‌شوند: ۱) پیروی از عرف غلط جامعه و فشارهای محیط ناسالم معنوی جامعه با تفسیر به رای آیات قرآن و تبیین غلط از دین؛ ۲) دلبستگی به الگوهای ناسالم معنوی جامعه؛ ۳) ارتباطات بین فردی ناسالم معنوی (شیوه غلط تربیت معنوی در خانواده، عملکرد اشتباه مربیان، رفتار نادرست مبلغان دینی و تاثیر همسالان) (۳۰). این عوامل با تغییر نگرش افراد به رخدادهای زندگی بر عکس‌العمل‌های معنوی افراد به حوادث زندگی تاثیر می‌گذارند و سبب بروز پریشانی‌های معنوی (احساس نا امیدی از رحمت خدا، نارضایتی از سرنوشت، بی پناهی و ناامنی، نگرانی، ترس و اضطراب مرگ و ...) می‌گردند (نمودار ۱).



نمودار-۱. تبیین چگونگی بروز آسیب‌های معنوی (۳۰)

بحث

یافته‌های این تحقیق در سه حوزه تولید، نشر و کاربرد دانش سلامت معنوی، نشانگر چالش‌های ملی بود. علی‌رغم غنای شواهد دینی اسلام، بی توجهی به شواهد دینی و عدم تایید این شواهد حتی در جایگاه نظر صاحب نظر، سبب تبعیت عده کثیری از محققان مسلمان ایران از یافته‌های علم روز و تسری آن به بُعد معنوی سلامت، شده است (۳۶). در حالی که مطابق با نظر مفسران شیعه، علم تجربی ناتوان از شناخت بُعد غیر مادی و ملکوتی وجود انسان است (۳۷). تفاوت درمبانی شناخت شناسی، هستی شناسی و انسان شناسی بین اسلام و سایر پارادیم‌ها، شیوه ارائه خدمات سلامت معنوی، مفهوم سلامت معنوی، دیسترس‌های معنوی، روش مراقبت معنوی را در جوامع دارای فرهنگ دینی از جوامع سکولار، متمایز می‌سازد (۳۸)، اما متاسفانه در جامعه اسلامی ایران، خدمات سلامت معنوی به شکل رسمی و رسانه‌ای، در دو بیمارستان استانی قزوین، در سال ۱۳۸۸ با ترجمه کتاب "معنویت در مراقبت از بیمار" نوشته جورج هارولد کوئینگ، اندیشمند مسیحی دانشگاه دوک شروع شد (۳۹،۴۰) تا پس از انتخاب بیماران خاص و اخذ شرح حال معنوی، با انجام لوگوتراپی مبتنی بر دیدگاه ویکتور فرانکل،

[Downloaded from spiritual-health.ir on 2026-11-18]
[DOI: 10.30491/JSH.2.3.141]

روانپزشک یهودی، مراقبت معنوی از بیماران مسلمان انجام شود (۴۱). معنویت درمانی مبتنی بر دیدگاه کارل یونگ روانپزشک مسیحی پروتستان، به شکل اعتراف، ایضاح، آموزش و تحول، به عنوان روش مشاوره معنوی در ایران معرفی گردید (۴۲،۴۳). در حالی‌که دین اسلام تعدادی از پریشانی‌های معنوی (نا امیدی از رحمت خدا، نارضایتی از سرنوشت، حسد، کینه توزی، انتقام جویی، بدخواهی و ...) را گناه کبیره معرفی می‌کند، بر خلاف مسیحیت کاتولیک، اعتراف به گناه و اعتراف گرفتن از دیگران را شدیدا منع می‌نماید (۴۴)، پرسشنامه‌های مختلف سنجش دینداری، با الگو گرفتن از مدل کلارک، طراحی شدند (۴۵،۳۲).

در «سند چشم‌انداز سلامت روان» طی سال‌های ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۴ سلامت معنوی زیر مجموعه سلامت روان معرفی شد (۴۶). تسکین پریشانی‌های معنوی بیماران، بدون توجه به محدودیت‌های روش شناخت‌شناسی، به روان شناسی واگذار گردید. خدمات سلامت معنوی به مراقبت‌های تسکینی در بیماران بدحال یا محتضر تقلیل یافت (۴۷). مرکز سلامت معنوی که درسال ۱۳۹۲ در وزارت بهداشت، تاسیس شده بود، به علت عدم اثر بخشی آموزش مراقبت معنوی به مربیان مدارس، فقدان روش و محتوای آموزشی، در بهار ۱۳۹۷ منحل گشت. اگر چه برای رفع این معضل جمعی از روحانیون ستاد اقامه نماز، با تاکید بر اقامه نماز و پاسخ دادن به سوالات شرعی بیماران در ۶۲ بیمارستان سراسر ایران، اقدام به ارائه خدمات سلامت معنوی کردند و ارائه خدمات سلامت معنوی را برعهده حوزهای علمیه قرار دادند (۴۸)، اما این اقدام سبب شد تا کارکنان نظام سلامت ارائه خدمات سلامت معنوی را به طور کامل روحانیون تفویض نمایند. در حالی که مشاوره و مراقبت معنوی یک کار تیمی– درمانی، نیازمند مشارکت اعضای تیم درمانی (پزشک معالج، پرستار، روانشناس، مددکار اجتماعی، در کنار روحانیون) است و از وظایف کارکنان نظام سلامت محسوب می شود (۲۹). ایشان برای ارائه خدمات جامع نگر نیازمند کسب شایستگی‌های لازم می‌باشند تا بتوانند ضمن برقراری ارتباط معنوی توام با شفقت و احترام با هدف جلب اعتماد، به دانش افزایی معنوی درباره علل معنوی بروز رنج‌های زندگی، آموزش مهارت‌های تقویت خود آگاهی معنوی بر مبنای شفقت به خود، توسعه ارتباط با مردم بر مبنای عفو و احسان، تقویت ارتباط با عالم طبیعت، تقویت دلبستگی ایمن به خدا بپردازند. انگیزه خود مراقبتی معنوی را در طول عمر و در طیف سلامت و بیماری در افراد مراجعه‌کننده به مراکز ارائه مراقبت‌های سلامت تقویت کنند (۴۹).

اگرچه گروهی از دانش آموختگان الهیات و اخلاق اسلامی، برای ارائه مراقبت معنوی به بیماران صعب العلاج با تشکیل نشست‌هایی، نحوه اجرای مراقبت معنوی در خدمات بازدید از منزل را با هدف سازگار نمودن بیمار با بیماری به‌وسیله تغییر نگرش به بیماری از طریق دعا، ارائه کردند (۵۰). بررسی نیازهای بیمار و اثر بخشی رفتارهای کنونی وی برای سازگاری با بحران بیماری، –پرسش از خود بیمار برای کشف راهبرد سازگاری با مشکلات سرطان، –توصیه به دعا برای افزایش عزت نفس و کاهش اضطراب، –آموزش مفاهیم توکل، صبر، عفو، را به عنوان مراقبت معنوی معرفی نمودند. مراقبان معنوی را نیازمند داشتن مدرک کارشناسی الهیات یا دانش آموخته پایه پنجم حوزه دانسته و تاکید کردند که مراقبان معنوی نباید در مراقبت‌های جسمی از بیمار دخالت کنند. تنها باید در بازدید منزل به همراه پرستار یا پزشک از بیمار بخواهند تا در حضور تمام اعضای خانواده، برای مراقبان معنوی دعا کند، سپس با دلجویی و همدردی و هدیه به سوالات شرعی وی پاسخ داده و در انتها مراقبان معنوی برای بیمار دعا نمایند (۵۱). این کار مراقبت معنوی را به مراقبت‌های تسکینی در بیماران صعب‌العلاج یا محتضر تنزل داد (۵۲). کریم اللهی و همکاران در پژوهش خود مشکل اساسی بیماران و پرستاران را حفاظت از خود می‌دانند. به نحوی که بیماران در پاسخ به نحوه مراقبت، تلاش می‌کنند تا خود را از بیماری و محرومیت از مراقبت حفاظت کنند. پرستاران در حیطه‌های مقررات، فرسودگی و امنیت شغلی، سعی در حفاظت از خود دارند (۵۳). رهنما در مدل مراقبت توانبخشی معنوی حمایت محور، با توجه به این که «نیاز به حمایت» و «تلاش برای کسب حمایت» در بیماران سرطانی در مرحله توانبخشی وجود دارد، حمایت مستقیم از بیمار را نیازمند اجرای فرایند سیستماتیک مراقبت معنوی می‌داند. وی حمایت غیر مستقیم از بیمار را نیازمند توانمندسازی پرستاران، تشکیل تیم توانبخشی مراقبت معنوی، شایسته‌سازی معنوی پرستاران و حمایت از خانواده از طریق مداخلات آموزشی، مداخلات روان‌درمانی و خدمات حمایتی می‌داند. برای شناسایی و رفع نیازهای معنوی بیماران، توسعه دانش و حساسیت پرستاران نسبت به نیازهای معنوی بیماران، شایسته سازی معنوی و توانمندسازی پرستاران، ارتقای عملکرد تیمی و حمایت از خانواده را ضروری تلقی می‌کند (۵۴).

محدودیت تحقیقات بنیادی در زمینه نظریه‌پردازی درحوزه سلامت معنوی، بی توجهی به پارادایم مدل‌های مراقبت جهانی، سبب استفاده بسیاری از محققان ایرانی از استراتژی ریچاردز و برگین شده است. اگر چه ایشان تلاش کرده‌اند تا با جایگزینی بعضی از مفاهیم اسلامی این استراتژی را با باورهای مردم مسلمان هماهنگ نمایند (۵۷–۵۵)، ولی حاکمیت پارادایم مسیحیت بر استراتژی مذکور مانع اثر بخشی آن برای بیماران مسلمان می‌شود. همچنین عدم وجود استانداردهای ارائه خدمات سلامت معنوی در آخرین ویرایش راهنمای جامع استانداردهای اعتبار بخشی ملی بیمارستان‌های ایران در سال ۱۳۹۸ (۵۸) سبب شده تا استفاده از ابزارهای سنجش دینداری برای بررسی سلامت معنوی با ایجاد جو نا امنی، عدم امنیت، تفتیش عقاید بیماران و خانواده ها به هویت دینی آحاد جامعه آسیب بزند.

اسدزندی نظریه قلب سلیم درسلامت معنوی اسلامی را با پیش فرض ایمان به عالم غیب و وجود روح ملکوتی، با اقتباس

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

[DOI: 10.30491/JSH.2.3.141]

مفهوم روح (قلب) از قرآن، معرفی سلامت معنوی به معنای برخورداری از قلب سلیم، طراحی و اعتباربخشی کرده است (۵۹). وی شرط دستیابی به قلب سلیم را برخورداری از شخصیت معنوی سالم می‌داند که حاصل شناخت صحیح از دین، تصور مثبت ازخدا، حب و دلبستگی ایمن به خدا می‌باشد (۲۹) که آن هم از طریق حب و دلبستگی به امام معصوم و طی طریق در مسیر عشق الهی و سپس تبعیت از سنت امام معصوم و سیر درمراتب ایمان (اسلام ، ایمان، تقوی، زهد، یقین و اخلاص) حاصل می‌شود (۳۰). این نظریه‌پرداز، صاحب قلب سلیم را برخوردار از رحمت الهی و دلبسته به حضرت حق، متجلی‌کننده صفات رحمانی خدا می‌داند که در بُعد ادراک و معرفت فرد را به مقام حکمت و عدالت‌خواهی می‌رساند. این ادراک سبب خود کنترلی در رفتارهای کلامی و غیر کلامی (پاکدامنی و شجاعت) می‌گردد تا فرد بتواند در ارتباط با مردم و مخلوقات خداوند با سخاوت، کرامت و مهرورزی رفتار نماید (۶۰). وی هدف درازمدت مراقبت معنوی را رسیدن به قلب سلیم و برخورداری از حیات طیبه، زندگی کردن در زمان حال با ملکه صبر و شکرگزاری، نداشتن اندوه و حسرت گذشته، ترس و اضطراب آینده عنوان کرده که در پرتو دلبستگی ایمن به خدا، سبب احساس اعتماد و امنیت و آرامش، بهجت، رضایت از سرنوشت می‌گردد (۶۱). مدل قلب سلیم ضمن معرفی پریشانی‌های معنوی افراد سالم و بیمار (۶۲) با توجه به توان خود مراقبتی معنوی افراد، در سیستم حمایتی و آموزشی، الگوریتم اجرایی مشاوره معنوی برای ارتقای سلامت مددجویان سالم (۶۳)، مدل تجویزی مراقبت معنوی از بیماران را اعتبار بخشی نموده (۶۴)، توانمندسازی خودمراقبتی معنوی آحاد جامعه را مورد تاکید قرار می‌دهد. گام‌های اجرای توانمندسازی معنوی را شامل: ۱) برقراری ارتباط معنوی در جایگاه منتور با هدف جلب اعتماد، ۲) دانش‌افزایی (درباره پریشانی‌های معنوی و تاثیر آن بر سلامت، نحوه کاربرد دستورالعمل‌های خودمراقبتی معنوی، معرفی مفهوم سلامت معنوی و ویژگی صاحبان قلب سلیم)،۳- توسعه ارتباطات با تقویت خود آگاهی معنوی و توسعه ارتباط با مردم و عالم طبیعت در پرتو توسعه ارتباط با خدا، ۴) تقویت انگیزه و احساس خود کار آمدی عنوان می‌کند (۶۵). با تاکید بر خانواده محوری، مراقبت از خود، مراقبت در منزل را توصیه می‌نماید. خانواده را در انتخاب مهارت‌های معنوی مناسب مساعدت نموده و ارائه خدمات سلامت معنوی را نیازمند کار تیمی و آموزش مبتنی بر شایستگی می‌داند. مطالعات متعدد حاکی از نتایج مثبت مدل در مددجویان سالم و بیماران بوده، وجاهت علمی مدل در اجلاسیه نهایی کرسی‌های نظریه‌پردازی، نقد و مناظره علمی شورای‌عالی انقلاب فرهنگی به تایید رسیده است (۲۹). البته کاربست ملی این مدل نیازمند مساعدت سیاستگذاران نظام سلامت ایران است.

نتیجه‌گیری

با توجه به یافته‌های این تحقیق به نظر می‌رسد که عدم انجام خدمات سلامت معنوی در سطوح مقدماتی و اولیه پیشگیری (برای مددجویان سالم و آحاد جامعه)، ارائه خدمات معنوی در مراکز بیمارستانی در قالب معنویت درمانی یونگ یا استراتژی مراقبت معنوی ریچاردز و برگین، عدم آموزش مبتنی بر شایستگی سلامت معنوی در دانشگاه‌های علوم پزشکی، عدم التزام به دریافت و ارائه مجوز برای ارائه‌کنندگان خدمات سلامت معنوی، کاربرد ابزارهای سنجش دینداری برای بررسی سلامت معنوی بیماران ازجمله چالش‌هایی هستند که تهیه استانداردهای آموزشی و بالینی سلامت معنوی، اختصاص دوره‌های دانشگاهی سلامت معنوی، ارائه خدمات سلامت معنوی مبتنی بر نظریه‌های علمی را توسط تیم درمانی واجد شایستگی و مجوز در الویت برنامه‌های نظام سلامت کشور قرار می‌دهند.

تشکر و قدردانی: این مطالعه با کد اخلاق BMSU.REC 1398.231. از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج) اجرا شد. محقق از اساتید شرکت کننده در انجام تحقیق تشکرو قدردانی می کند.

تضاد منافع: نویسنده تصریح می‌کند که هیچ‌گونه تضاد منافعی در مطالعه حاضر وجود ندارد.

منابع

1. Zoheiri M, Masuodi O A, 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.
2. Sadat Hosseini A, Khosrupanah A, Razzaghi N. Proposing a ruling model - ijtihad for interdisciplinary studies of health sciences and Islamic texts. Islam and Health Magazine. 2019;4(1):53-60.
3. Manteghi M, Alviri M, Rahmani J, Abravesh R. Presenting the conceptual model of Islamic futurology methodology. Organizational Culture Management. 2019;16(4):951-72.
4. McKelvey B, Boisot M. Redefining strategic foresight: fast and far sight via complexity science. Handbook of research on strategy and foresight, USA, Edward Elgar; 2009.
5. Eslater R. Innovative thinking for the new millennium: concepts, trends, and ideas for future research. Translators: Melkifer, Ebrahimi, Vaheidi. Tehran: Defense Industries Educational and Research Institute; 2011.
6. Esmaeili A, Izadi M, Sanaei-Nasab H. Designing health system scenarios at the national level. Iranian Journal of Health Education and Health Promotion. 2021;9(3):296-310.
7. Gomez R, Fisher JW. Domains of spiritual well-being and development and validation of the

[Downloaded from spiritual-health.ir on 2026-11-18]
[DOI: 10.30491/JSH.2.3.141]

Spiritual Well-Being Questionnaire. Personality and Individual Differences. 2003;35(8):1975–91.
8. Larson JS. The World Health Organization's definition of health: Social versus spiritual health. Social Indicators Research. 1996;38:181-92.
9. Asadzandi M. Sound heart theory in Islamic spiritual health. Tehran: Specialized Media Publications. 2022.
10. Asadzandi M. Sound Heart: Spiritual Nursing Care Model from Religious Viewpoint. Journal of Religion and Health. 2017;59:2063-75.
11. Motahari M. Epistemology. Qom: Sadra publication; 2019.
12. Cocker ham WC. Medical sociology (13th edition.). New Jersey: Prentice Hall; 2015.
13. Asadzandi M, Abolghasemi H, Javadi M, Sarhangi F. A Comparative assessment of the spiritual health behaviors of the Iranian Muslim in the COVID-19 pandemic with religious evidence. Journal of Military Medicine. 2020;22(8):864-72.
14. Asadzandi M, Zoheiri M, Akbariqomi M, Masuodi OA. The Role of spiritual communication in management of health services during the biological crisis of COVID-19. Journal of Military Medicine. 2022;24(5):1279-86.
15. Baheiraei A, Mirghafourvand M, Mohammadi E, Nedjat S, Charandabi SM, Rajabi F, et al. Health-promoting behaviors and social support of women of reproductive age, and strategies for advancing their health: Protocol for a mixed methods study. BMC Public Health. 2011;11(1):191.
16. Naghibi SA, Chaleshgar Kordasiabi M. A review of Social Determinants of Health. Clinical Excellence. 2017;7(2):50-62.
17. Mazloomymahmoodabad S, Sotoudeh A, Asadian A, Rezaeian S. Evaluation of a Workshop on Social Determinants of Health based on Kirkpatrrick Model. The Journal of Tolooebehdasht. 2019;18(3):1-10.
18. Shekelle P, Lim YW, Mattke S, Damberg C. Does public release of performance results improve quality of care. A systematic review London: The Health Foundation. 2008.
19. Homedes N, Ugalde A. Why neoliberal health reforms have failed in Latin America. Health Policy. 2005;71(1):83-96.
20. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. International Journal of Health Services. 1992;22(3):429-45.
21. Moghadam MN, Banshi M, Javar MA, Amiresmaili M, Ganjavi S. Iranian household financial protection against catastrophic health care expenditures. Iranian Journal of Public Health. 2012;41(9):62-70.
22. Chai L, Wang Y, Zhao N, Yang W, You X. Sulfate-doped Fe3O4/Al2O3 nanoparticles as a novel adsorbent for fluoride removal from drinking water. Water Research. 2013;47(12):4040-9.
23. Marandi A, Shadpour K, Damari B, Zeinaloo A, Motlagh E. Irans 30 Years' Experience on Social Determinant of Health and Health Equity. Journal of Medical Council of Iran. 2012;30(3):225-36.
24. Manenti A. Health situation in Iran. Medical Journal of the Islamic Republic of Iran. 2011;25(1): 1-7.
25. Zaboli R, Malmoon Z, Seyedjavadi M, Seyedin H. Developing a conceptual model of social determinants of health inequalities: A qualitative study. Journal of Health Promotion Management. 2014;3(4):74-88.
26. Nikroo S, Mahmoudi H, Peyvaste S, Noorollahe M. Pathology of military nursing course: A hybrid study. Journal of Military Medicine. 2020;22(8): 818-28.
27. Walker LO, Avant KC. Strategies for theory construction in nursing. Upper Saddle River, NJ: Pearson/Prentice Hall; 2005.
28. Bell W. Foundations of futures studies: History, Purposes, and Knowledge. USA: Routledge publishers. 2003.
29. 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.
30. Asadzandi M, Seyed Kalal A. Spiritual Pathology Theory of the Sound Heart Model: Socio-Cultural Factors of Spiritual Distress. World Journal of Social Science Research. 2023;10(4):17-28.
31. Khosrupanah A. Methodology and philosophical foundations of judicial-ijtihad in Islamic behavioral and social sciences, a collection of articles of the second international congress of Islamic humanities. Publisher: Sadra Islamic Humanities Research Center. 2015.
32. Gascoigne N, Thornton T. Tacit Knowledge, USA, Routledge Publisher, 2014.
33. Rahbar F, Saifoddin-e Asl A, Shahhosseini M, Niazi E. Designing a Model for Scenarios Based on Identifying Key Factors and Analyzing the Key Actors' Interactions. Public Management Researches. 2018;11(39):61-90.
34. Anthony S, Jack S. Qualitative case study methodology in nursing research: an integrative review. Journal of Advanced Nursing. 2009;65(6): 1171-81.
35. Morse JM, Penrod J, Hupcey JE. Qualitative outcome analysis: Evaluating nursing interventions for complex clinical phenomena. Journal of Nursing Scholarship. 2000;32(2):125-30.
36. Asadzandi M, Seyed Kalal A. Description of Secular Spirituality with an Analysis of Friedrich Nietzsche's Discourse: A Psycho-Biographical Study. Iranian Journal of Culture and Health Promotion. 2022;6(1):49-55.
37. Tabatabaee MH. Al-Mizan Fi Tafsir Al-Quran. Tasim Publications; 2011.
38. Asadzandi M, Seyed Kalal A. Discourse analysis of fundamentals of trans-religious spiritualism in complementary medicine. Iranian Journal of Culture and Health Promotion. 2022;5(4):497-504.
39. Damari B. [Spiritual health]. Tehran: Medicine and Society Publications. 2010.
40. Damari B, Hajebi A, Bolhari J, Heidari A. Developing a training course for spiritual counselors in health care: Evidence from Iran. Indian Journal of Palliative Care. 2018;24(2):145-9.

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

[DOI: 10.30491/JSH.2.3.141]

41. Heidari A, Hajebi A, Bolhari J, Damari B. A plan for spiritual health services in Iranian hospitals. Journal of Medicine and Spiritual Cultivation. 2018;27(1):56-66.
42. Ghobari Bonab B. counseling and psychotherapy with a spiritual approach. University of Tehran: Cultural and Student Assistance. 2009.
43. Koleini A. Al-Kafi. Second edition. English Translation by: Sarwar, Muhammad, al-Kulayni, Thiqatu al-Islam, Abu ja'far Muhammad ibn Ya'qub. Islamic Seminary Inc. New York; 2015.
44. Khodayari Fard M, Samavati S, Akbari Zardkhaneh S. constructing a religiosity scale for student population. J New Thoughts on Education, 2009;5(4):107-28. [In Persian]
45. Shojaeezand H, Shojaeezand A. Study of Validity in Religiosity Measurement Surveys in Iran. Journal of Applied Sociology. 2016;27(3):168-96.
46. Demari B. Comprehensive mental health promotion programs based on the health system transformation plan of the Islamic Republic of Iran. Ministry of Health and Medical Education. 2011-2015.
47. Bolhari J, Mohsenikabir M. Compiling and evaluating educational package of spiritual skills for university students. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2019;25(2):210-21.
48. Kian Morteza. Spiritual health (video training of patients' prayer rules). Tehran: Cultural Publishing Institute "Prayer Headquarters" 2016.
49. Asadzandi M, Vafadar Z. Designing inter professional spiritual health care education program for students of health sciences. Journal of Nursing and Patient Health Care. 2018;1(1):1-7.
50. Ahmadifaraz M, Reisi-Dehkordi N, Mosavizadeh R, Ghaderi S. The effect of group spiritual intervention based on the Quran and prayer on spiritual health of patients with cancer. Journal of Isfahan Medical School. 2015;32(320):2454-63.
51. Bahrami M, Mosavizadeh SR, Ahmade Faraz MM, Shirvani A. Concerns of Iranian Muslim patients suffered from cancer in the last stages of life: A qualitative studystudy. Journal of Clinical Nursing and Midwifery. 2018;6(4):32-41.
52. Asadzandi M, Mazandarani HA, Saffari M, Khaghanizadeh M. Effect of spiritual care based on the sound heart model on spiritual experiences of hemodialysis patients. Journal of Religion and Health. 2022;61(3):2056-71.
53. Karimollahi M, Abedi H, Yousefy A. Self-preservation in both sides: Pathology of spiritual care in Iran. Journal of Religion and Health. 2017;56:77-88.
54. Fallahi Khoshkenab M. Designing a model for spiritual care in rehabilitation of cancer patients. Medical - Surgical Nursing Journal. 2014;3(2): e87739.
55. Azimian J, Soleimany MA, Pahlevan Sharif S, Banihashemi H. The effect of spiritual care program on death anxiety of cardiac patients: A randomized clinical trial. Avicenna Journal of Nursing and Midwifery Care. 2019;27(1):1-10.
56. Aghajani M, Afaze MR, Morasai F. The effect of spirituality counseling on anxiety and depression in hemodialysis patients. Evidence Based Care. 2014;3(4):19-28.
57. Morasei F, Aghajani M. The Effect of counseling with spirituality approach on Hope in patients with chronic renal failure. Complementary Medicine Journal. 2014;4(2):776-86.
58. Office of Supervision and Accreditation of the Deputy Minister of Health of the Ministry of Health and Medical Education. Comprehensive guide to national accreditation standards of Iranian hospitals. Fourth Edition. Ministry of Health and Medical Education of Iran. 2019.
59. Asadzandi M. Access to the Sound Heart identifies the concept of spiritual health. Journal of Medical Jurisprudence. 2014;6(18):143-73.
60. Abolghasemi H, Asadzandi M. Reinforcing faith, the main care and method of maintaining and improving the spiritual health of patients and clients. Journal of Health Promotion Management. 2018; 1(1):48-59.
61. Asadzandi M. Characteristics of sound heart owners as islamic spiritual health indicators. Journal of Community Medicine & Health Care. 2019;4(1): 1-4.
62. Asadzandi M. Clients and patients' spiritual nursing diagnosis of the sound heart model. Journal of Community Medicine and Health Education. 2017;7(6):1-6.
63. Asadzandi M. Spiritual health consulting model for health promotion in clients. Health Spirituality and Medical Ethics. 2018;5(2):9-15.
64. Asadzandi M. An Islamic religious spiritual health training model for patients. Journal of Religion and Health. 2020;59(1):173-87.
65. Asadzandi M. Designing and validating the students' spiritual self-care Empowerment model with sound heart approach. Education Strategies in Medical Sciences. 2021;14(1):53-62.

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

[DOI: 10.30491/JSH.2.3.141]