Journal of Spiritual Health

2024, Volume 3, Issue 3
Pages: 489-494
10.30491/JSH.3.3.489

Social Determinants of Providing Spiritual Health Services in Iran: Based on the Sound Heart Theory

Minoo Asadzandi [1*]

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

Abstract

Introduction: Providing spiritual health services, like other specialized clinical practices, requires a specific body of professional knowledge, scientific theories and principles of ethics. Due to the influence of cultural contexts in explaining the concept of spiritual health and spiritual distress, the World Health Organization has assigned to each country the design and validation of the community-oriented theory of providing spiritual health services.

Covered areas: Although ethical principles have been proposed in the world to provide health services, but it is necessary for counselors and spiritual caregivers, in addition to these principles, to explain specific ethical guidelines and policy summaries appropriate to the cultural-religious contexts of each country with regard to the social determinants affecting the provision of spiritual health services in the same country.

Expert opinion: The theory of Sound Heart in spiritual health, which was designed and validated in Iran and in the paradigm of Islam, was able to create a new discourse at the international level and received a certificate of approval from the "Council of Support for Chairs of Theorizing, Criticism and Scientific Debate" of the Supreme Council of the Cultural Revolution of Iran. Asadzandi, the theoretician of the Sound Heart Model, recommends the ethical considerations of providing spiritual health services in the spectrum of health and disease, throughout life and at all levels of prevention based on the theory of spiritual personality and spiritual pathology. Also, based on the future research of spiritual health services in Iran, she considers it necessary to pay attention to the paradigmatic difference between Islam, Catholic Christianity and Judaism by Iranian policy makers and health system employees in order to prevent research, educational and clinical harms. In "preliminary prevention" to prevent the occurrence of spiritual risk factors, it is necessary to know the social determinants of spiritual health of the society in addition to measuring the correlation between these determinants with the tendency towards extra-religious and secular spirituality. She suggests that policies should be made to correct social determinants that have negative effects on people's spiritual health. She considers spiritual distress caused by reluctance and coercion in spiritual training, misinterpretation of Quranic verses, wrong behavior of social models, mistakes of social customs, economic-social-cultural problems as social determinants of spiritual health of society members. And she suggests the implementation of "educational-support measures" by health system employees to empower families for spiritual self-care. The theorist introduces spiritual health care as a specialized team work, requiring formal education based on theory, which should be provided by expert and decent mentors with spiritual competence after obtaining a valid license.

Keywords: Professional Ethics, Prevention, Health Services, Health, Spirituality.

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

Received: 22 June 2024 **Accepted:** 1 December 2024

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

[DOI: 10.30491/JSH.3.3.489]

مجله سلامت معنوی
دوره ۳، شماره ۳، پاییز ۱۴۰۳
صفحات: ۴۹۴-۴۸۹
10.30491/JSH.3.3.489

تعیین‌کننده‌های اجتماعی موثر بر ارائه خدمات سلامت معنوی در ایران: مبتنی بر نظریه قلب سلیم

مینو اسدزندی[1]*

[1] *مرکز تحقیقات سلامت معنوی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران*

چکیده

مقدمه: ارائه خدمات سلامت معنوی مانند سایر اعمال تخصصی بالینی، نیازمند بدنه دانش خاص، نظریه علمی و اصول مشخص اخلاقی است. سازمان جهانی بهداشت به‌دلیل تاثیر زمینه‌های فرهنگی در تبیین مفهوم سلامت معنوی و پریشانی معنوی، طراحی و اعتبارسنجی نظریه جامعه‌نگر ارائه خدمات سلامت معنوی را به هر کشور محول نموده است.

حوزه‌های تحت پوشش: اگرچه در جهان برای ارائه خدمات سلامت اصول اخلاقی پیشنهاد شده‌اند، اما لازم است جهت مشاوران و مراقبان معنوی علاوه بر این اصول، دستورالعمل‌های خاص اخلاقی و خلاصه‌های سیاستی متناسب با زمینه‌های فرهنگی- مذهبی هر کشور با توجه به تعیین‌کننده‌های اجتماعی موثر بر ارائه خدمات سلامت معنوی در همان کشور تبیین شوند.

نظر کارشناس: نظریه جامعه‌نگر قلب سلیم در سلامت معنوی در ایران و در پارادایم اسلام طراحی و اعتبار بخشی شده، توانسته گفتمان جدیدی را سطح بین‌المللی ایجاد کند، گواهی تایید از "هیات حمایت از کرسی‌های نظریه‌پردازی، نقد و مناظره علمی" شورای‌عالی انقلاب فرهنگی ایران را دریافت نموده است. اسدزندی، نظریه پرداز مدل قلب سلیم، ملاحظات اخلاقی ارائه خدمات سلامت معنوی را در طیف سلامت و بیماری، در طول عمر و در تمامی سطوح پیشگیری، بر اساس نظریه شخصیت معنوی و آسیب شناسی معنوی توصیه می‌کند. بر مبنای آینده پژوهی خدمات سلامت معنوی در ایران، توجه به اختلاف پارادایمیک بین اسلام با مسیحیت کاتولیک و یهودیت را توسط سیاستگذاران و کارکنان نظام سلامت ایران، جهت جلوگیری از آسیب‌های تحقیقاتی، آموزشی، بالینی ضروری می‌داند. در "پیشگیری مقدماتی" برای جلوگیری از وقوع عوامل خطر معنوی، شناخت دقیق تعیین‌کننده‌های اجتماعی موثر بر سلامت معنوی جامعه را در کنار سنجش همبستگی بین این عوامل با گرایش به معنویت‌های فرادینی و سکولار ضروری می‌داند. سیاستگذاری جهت اصلاح تعیین‌کننده‌های اجتماعی مداخله‌گر واجد تاثیرات منفی بر سلامت معنوی مردم را پیشنهاد می‌کند. پریشانی‌های معنوی را ناشی از اکراه و اجبار در پرورش معنوی، تفسیرغلط از آیات قرآن، رفتار غلط الگوهای اجتماعی، اشتباهات عرف اجتماعی، مشکلات اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی به عنوان تعیین‌کننده‌های اجتماعی مداخله‌گر موثر بر سلامت معنوی آحاد جامعه می‌داند. او اجرای "اقدامات آموزشی- حمایتی" را از سوی کارکنان نظام سلامت برای توانمندسازی خودمراقبتی معنوی خانواده‌ها پیشنهاد می‌کند. نظریه پرداز، مراقبت‌های سلامت معنوی را به عنوان یک کار تیمی، تخصصی، نیازمند آموزش رسمی مبتنی بر نظریه معرفی می‌کند که باید بعد از کسب مجوز معتبر توسط الگوهای معنوی متخصص و مهذب دارای شایستگی معنوی ارائه شوند.

کلیدواژه‌ها: اخلاق حرفه‌ای، پیشگیری، خدمات سلامت، سلامت، معنویت.

*نویسنده مسئول: **مینو اسدزندی.** پست الکترونیک: mazandi498@gmail.com
دریافت مقاله: ۱۴۰۳/۰۴/۰۲ پذیرش مقاله: ۱۴۰۳/۰۹/۱۱

[Downloaded from mail.spiritual-health.ir on 2026-11-18]
[DOI: 10.30491/JSH.3.3.489]

مقدمه

دردهه‌های اخیر سلامت و بیماری به عنوان مفاهیم اجتماعی مطرح شدند و بعد معنوی سلامت از سوی سازمان جهانی بهداشت مورد توجه قرار گرفت (۱). این سازمان، به‌دلیل تاثیر زمینه‌های فرهنگی در تعریف سلامت و پریشانی معنوی، تبیین مفاهیم مذکور و شیوه‌های ارائه خدمات سلامت معنوی را در قالب مدل‌ها و نظریه‌های علمی جامعه‌نگر به هر کشور محول نمود (۲) تا محققان بر اساس مبانی معرفت شناسی (Epistemology) و هستی شناسی (Ontology) دانش و پیش فرض‌ها، همچنین مبادی فرهنگی، اجتماعی جامعه خود به ارائه نظریه‌های علمی سلامت معنوی بپردازند و نحوه ارائه خدمات سلامت معنوی را تشریح کنند (۳). در ایران، اسدزندی موفق به طراحی واعتباربخشی "مدل قلب سلیم در سلامت معنوی" در پارادایم ادیان ابراهیمی شد (۴) و توانست گواهی کامیابی "قلب سلیم در سلامت معنوی" را از هیات حمایت از کرسی‌های نظریه پردازی، نقد و مناظره علمی شورای‌عالی انقلاب فرهنگی اخذ نماید (۵). وی در کتاب حکمرانی مشفقانه معنوی صاحبان قلب سلیم در سلامت معنوی و امنیت معنوی جامعه، به تشریح شیوه ارائه خدمات سلامت معنوی در مراکز ارائه مراقبت‌های سلامت پرداخت (۶) و در کتاب آداب پزشکی معنوی، جهت آموزش طولی سلامت معنوی به دانشجویان دوره پزشکی عمومی، پزشکی معنوی را عهده دار حفظ و ارتقای سلامت معنوی و بازگرداندن سلامت معنوی افراد مبتلا به پریشانی معنوی دانست (۷). توجه به عکس العمل‌های معنوی افراد به مشکلات بالقوه و بالفعل سلامت و رخدادهای زندگی را در تمام طول عمر و در طیف سلامت و بیماری، در سطوح پنجگانه پیشگیری برای کلیه کارکنان نظام سلامت ضروری برشمرد (۵). ارائه خدمات سلامت معنوی را مانند هر عمل بالینی نیازمند مجموعه‌ای از دانش خاص، نظریه علمی و اصول مشخص اخلاقی معرفی نمود (۸). با توجه این که مفهوم سلامت و پریشانی معنوی مبتنی بر زمینه فرهنگی، مذهبی است، اجرای خدمات سلامت معنوی را نیازمند اصولی متناسب با همان زمینه‌های فرهنگی دانست. بر مبنای مطالعه آینده پژوهی خدمات سلامت معنوی در ایران (۹)، رعایت برخی ملاحظات اخلاقی را از سوی سیاستگذاران و کارکنان نظام سلامت، جهت جلوگیری از آسیب‌های تحقیقاتی، آموزشی، بالینی ضروری قلمداد کرد. این مطالعه با هدف تشریح ملاحظات اخلاقی ارائه خدمات سلامت معنوی در سطوح پنجگانه پیشگیری مبتنی بر نظریه قلب سلیم تدوین شد.

تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت معنوی در نظریه قلب سلیم

اسدزندی شخصیت معنوی را الگوهای نسبتاً پایدار و مهم ادراک و معرفت، عواطف و هیجانات، رفتارهای کلامی و غیرکلامی معرفی می‌کند که چگونگی تعامل با خدا، خود، مردم و عالم خلقت را بر اساس یک الگوی قابل تشخیص شکل می‌دهد. در نظریه شخصیت معنوی ضمن تبیین چگونگی شکل‌گیری شخصیت معنوی سالم که ضامن برخورداری از مراتب سلامت معنوی (قلب سلیم) است، شخصیت سالم معنوی را نیازمند پرورش معنوی بر مبنای تقویت حب خدا، وارستگی و دلبستگی ایمن به خدا می داند (۱۰). در فرآیند آموزش معنوی بر آموزش الگو محور و پیروی از اسوه حسنه تاکید دارد تا مشاوران و مراقبان معنوی از طریق تکیه گاه سازی و داربست زنی (Scaffolding) معنوی به تقویت حب امام معصوم و تبعیت از سنت معصوم و سبک زندگی ایشان که مفسران متن مقدس دین و الگوهای سالم معنوی هستند، بپردازند (۱۱). وی شناخت حقیقت دین را علاوه بر پذیرش غیر تقلیدی اصول عقاید و اجرای احکام عبادی، لازمه شناخت گوهر دین یعنی عشق و دلدادگی به خداوند (اشد جبالله) معرفی می‌کند. ایجاد ادراک مثبت از خدا و تبتل (وارستگی و دلبستگی ایمن به خدا) را برای دستیابی به سلامت معنوی الزامی بر می‌شمارد (۱۲).

نظریه پرداز در تبیین آسیب شناسی معنوی به نقش مهم تعیین‌کننده‌های اجتماعی موثر بر سلامت معنوی (Social Determinants of Spiritual Health) از جمله عوامل اجتماعی، فرهنگی در قالب سبک زندگی الگوهای اجتماعی و عرف جامعه تاکید می‌کند (۱۳). با توجه به تاثیر ۵۰ درصدی تعیین‌کننده‌های اجتماعی موثر بر سلامت در مقابل تاثیر ۱۰ درصدی عوامل بیولوژیکی و ژنتیک، ۱۴ درصدی محیط فیزیکی و ۲۵ درصدی سیستم بهداشت و درمان، وی توجه سیاستگذاران نظام سلامت کشور را به ماهیت اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی معضلات نظام ارائه خدمات سلامت جلب می‌کند (۱۴). اهمیت تعیین‌کننده‌های اجتماعی موثر بر سلامت معنوی را درجایگاه شرایطی که هویت دینی آحاد جامعه را متاثر می‌کنند، مورد توجه قرار می‌دهد. علاوه بر توجه به شرایط اجتماعی و محیطی که درآن افراد متولد می‌شوند، رشد و زندگی می‌کنند و شرایط زندگی روزمره افراد را شکل می‌دهند (۱۵)، بر تاثیرات مخرب تبعیت از الگوهای ناسالم معنوی و فشارهای عرف غلط اجتماعی در خرده فرهنگ‌های ایران و همچنین تفسیر به رآی از متن مقدس قرآن به عنوان عوامل آسیب‌زای معنوی تاکید می‌کند (۱۶). در مدل قلب سلیم بر تفسیر قرآن به قرآن یا تفسیر روایی متن مقدس قرآن از زبان معصوم تاکید دارد (۵). ضمن تبیین نحوه تاثیر عرف غلط اجتماعی بر ایجاد ادراک و تصور منفی از خدا و تقویت دلبستگی غیر ایمن (اجتنابی و اضطرابی) به خدا به اجتناب از اکراه و خشونت در تربیت معنوی توصیه می‌کند (۱۱). برای مراقبان معنوی (والدین، مربیان مهد کودک، معلمان، اساتید، روحانیون، کارکنان نظام سلامت) اجرای برنامه توانمندسازی خود مراقبتی معنوی را ضروری دانسته و آموزش‌های رسمی آداب پزشکی معنوی و سلامت معنوی در دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور، کسب مجوز معتبر از وزارت بهداشت درمان آموزش پزشکی، سنجش شایستگی بالینی را برای

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

[DOI: 10.30491/JSH.3.3.489]

جدول-۱. ملاحظات اخلاقی در ارائه خدمات سلامت معنوی در سطوح پنجگانه پیشگیری

سطح پیشگیری	اهداف	توصیه به سیاستگذاران و کارکنان نظام سلامت کشور و کارگزاران اجتماعی جامعه
در پیشگیری مقدماتی Primordial Prevention	با هدف جلوگیری از بروز از عوامل خطر معنوی در سطح جامعه و با همکاری و مشارکت احاد جامعه	۱- شناخت دقیق عوامل خطر معنوی به عنوان تعیین‌های اجتماعی موثر بر سلامت معنوی مردم ۲- توجه به همبستگی بین تعیین کننده‌های اجتماعی موثر بر سلامت معنوی با گرایش به معنویت‌های غیر دینی ۳- اجرای مداخلات سیاسی- اجتماعی- فرهنگی در جهت رفع آسیب‌های معنوی ناشی از تفسیر به رای آیات قرآن، عملکرد الگوهای ناسالم اجتماعی، عرف غلط جامعه ایران بر هویت دینی مردم ۴- سیاستگذاری جهت اصلاح تعیین کننده‌های اجتماعی واجد تاثیرات منفی بر سلامت معنوی مردم ۵- اجرای اقدامات مناسب آموزشی- حمایتی برای رفع عوامل خطر معنوی از سوی کارگزاران نظام سلامت کشور در مراکز ارائه مراقبت‌های سلامت با تهیه بسته های خدمتی
در پیشگیری سطح اول Primary Prevention	که عوامل خطر معنوی در جامعه وجود دارد اما هنوز اختلال در سلامت معنوی و پریشانی‌های معنوی بروز نکرده اند	۱- حساس سازی و آگاهی بخشیدن به مردم درباره عوامل خطر معنوی در مراکز ارائه مراقبت‌های سلامت توسط مراقبین سلامت و بهورزان و ... ۲- آموزش‌های عمومی درباره انواع پریشانی های معنوی، علل بروز، مکانیسم تاثیر ، روشهای درمان و مراقبت، پیامد و اثار منفی بی توجهی به آن‌ها ۳- آموزش و نظارت بر اجرای روش پرورش معنوی در طول دوران رشد و تکامل با هدف تسهیل فرآیند رشد ایمان ۴- هماهنگی با نهادهای اجتماعی ذیربط جهت رفع عوامل خطر معنوی با مددکاری اجتماعی، ترویج فرهنگ احسان، نیکوکاری، انفاق و ...
در پیشگیری سطح دوم Secondary Prevention	که با وجود پریشانی‌های معنوی هنوز علائم بالینی آن‌ها بروز نکرده‌اند	۱- ضرورت خود ارزیابی معنوی و غربالگری فردی- خانوادگی (به جای غربالگری همگانی/ هدفمند/ فرصت طلبانه در مراکز ارائه مراقبت‌های سلامت یا سطح جامعه) ... ۲- آموزش روش خود ارزیابی معنوی و محاسبه نفس روزانه در برنامه‌های رسانه ملی، شبکه‌های اجتماعی ۳- آموزش‌های همگانی جهت تشخیص سریعتر و جلوگیری از عوارض فردی و بروز اپیدمی‌های معنوی اجتماعی نظیر فرهنگ تکاثر و عدم احسان و انفاق ۴- ارائه مشاوره‌های معنوی برای گروه‌های آسیب‌پذیر حسب مورد در مراکز ارائه مراقبت‌های سلامت توسط مراقبین سلامت و بهورزان و ...
در پیشگیری سطح سوم tertiary Prevention	با هدف جلوگیری از به جا ماندن آثار غیر قابل جبران معنوی (تغییر هویت دینی، گرایش به معنویت‌های فرادینی، گرایش به آتئیسم)	۱- اجرای برنامه توانمندسازی خود مراقبتی معنوی برای فرد، خانواد، معلمان، مربیان، دانش آموزان، دانشجویان، فرماندهان، روحانیون و اساتید بر اساس مدل علمی جامعه نگر ۲- اجرای برنامه خود مراقبتی معنوی کارکنان نظام سلامت و مراقبان معنوی همراه با نظارت کافی ۳- سنجش منظم شایستگی بالینی ارائه کنندگان خدمات سلامت معنوی
در پیشگیری سطح چهارم Quaternary prevention	جلوگیری از مداخلات معنوی غیرضروری و ناهماهنگ با فرهنگ مردم ایران منجر به Misdiagnosis & mistreatment	۱- اصلاح تعریف نادرست از سلامت معنوی به عنوان صرف سلامت مذهبی و فرافکنی مشکلات اجتماعی از سوی کارگزاران به ضعف ایمان فردی مردم جامعه ۲- اصلاح تعریف نادرست از پریشانی‌های معنوی به گناهان کبیره و ایجاد انگ اجتماعی (استگما) و احساس گناه ۳- اصلاح تبیین غلط از چرایی ابتلائات به عنوان عذاب الهی، کفاره گناهان، ابزار تنبیه الهی که منجر به ادراک منفی از خدا و دلبستگی غیر ایمن به خدا می گردد. ۴- اصلاح فهم غلط دینی با تبیین ناقص از حقیقت دین (محدود کردن دینداری به اصول عقاید و احکام عبادی بدون عشق و دلدادگی به معبود) ۵- ممانعت از ایجاد ادراک و تصور منفی از خدا به عنوان خداوند قاسم الجبارین ۶- ممانعت از ایجاد دلبستگی غیر ایمن اجتنابی یا اضطرابی به خدا در مردم جامعه ۷- جلوگیری از Overdiagnosis با استفاده از ابزارهای سنجش دینداری و غربالگری دینی مردم و مراجعان به مراکز ارائه مراقبتهای سلامت که با نص آیه قران در اجتناب از تجسس در باور قلبی مسلمانان منافات قطعی دارد و سبب ایجاد جو نا امنی، نفاق و دروغگویی در جامعه می‌شود ۸- جلوگیری از Mistreatment با اجرای لوگوتراپی فرانکل، روش معنویت درمانی یونگ، استراتژی معنوی ریچاردز و برگین و یا روش‌های معنویت درمانی حاصل از اجماع خبرگان بدون طی کردن مراحل علمی تحقیق و داشتن گزاره های علمی متقن یک نظریه ۹- ممانعت از اجرای مداخلات معنوی توسط افراد علاقه مند فاقد تخصص و شایستگی بالینی، بدون گذاردن آموزش رسمی، کسب مجوز وپروانه معتبر، فاقد شایستگی بالینی در ارائه خدمات سلامت معنوی ۱۰- اجتناب از برخورد تنبیهی و قهری با هرگونه پرسشگری دینی و یا انتقاد از عملکرد کارگزاران در مراحل پرورش معنوی

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

[DOI: 10.30491/JSH.3.3.489]

۱۱- اجرای آموزش الگومحور و داربست زنی معنوی در مداخلات سلامت معنوی
۱۲- عدم تفویض کامل ارائه خدمات سلامت معنوی به روحانیون و پرهیز از محدود کردن ارائه خدمات به سخنرانی، وعظ و خطابه دینی، بیان احکام عبادی

ارائه کنندگان خدمات سلامت معنوی در کلیه مراکز ارائه مراقبت‌های سلامت الزامی می‌داند (۱۷). با توجه به مولفه‌های اجتماعی موثر بر سلامت معنوی در سطوح پنجگانه پیشگیری که با دیدگاه مطرح شده درسال ۱۹۴۸ از سوی سازمان جهانی بهداشت همخوانی دارد، سلامت معنوی مردم را با ویژگی‌های جامعه و ساختارهای فرهنگی، خدماتی و اقتصادی آن مرتبط دانسته و این واقعیت را به عنوان مبنای سیاستگذاری‌های ارتقای سطح سلامت مردم مد نظر قرار می‌دهد، بر پیوند سلامت معنوی با عوامل اجتماعی، فرهنگی تاکید می‌کند (۱۲).

با توجه به اقدامات ارزشمند انجام شده در ایران جهت توجه به عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت که از سال ۱۳۶۳ با استقرار برنامه نظام شبکه‌های بهداشتی درمانی در قالب مراقبت‌های اولیه بهداشتی مورد توجه قرار گرفته‌اند و افتخار ایران در سال ۱۳۸۴ جهت همکاری با سازمان جهانی بهداشت در زمینه رویکرد تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت بر ضرورت توجه سیاستگذاران نظام سلامت کشور به تلاش‌های علمی انجام شده در پنج دهه گذشته و تاثیر سلامت معنوی بر سایر ابعاد سلامت در قالب سیاست‌های کلی سلامت مبنی بر ارائه خدمات آموزشی، پژوهشی، بهداشتی، درمانی و توانبخشی سلامت مبتنی بر اصول و ارزش‌های انسانی اسلامی و نهادینه سازی آن در جامعه و همچنین تحول در محیط‌های علمی و دانشگاهی متناسب با ارزش‌های اسلامی، اخلاق پزشکی و آداب حرفه‌ای و همچنین آگاه‌سازی مردم از حقوق و مسؤولیت‌های اجتماعی خود و استفاده از ظرفیت محیط‌های ارائه مراقبت‌های سلامت برای رشد معنویت و اخلاق اسلامی در جامعه تاکید دارد (۱۸). ارائه خدمات سلامت معنوی را برای دستیابی به حداکثر عملکرد سایر ابعاد سلامت ضروری بر می‌شمارد (۱۹).

اسدزندی با توجه به اینکه مفهوم سلامت معنوی واجد زمینه فرهنگی است و مبتنی بر شواهد دینی اسلام، سلامت معنوی را برخورداری از قلب سلیم معرفی کرده که ارتباط هماهنگ و یکپارچه‌ای را بین تمام ابعاد سلامتی فراهم می‌کند (۲۰). به‌دلیل آن که مشابه علم روز سلامت معنوی را دارای دو بعد سلامت مذهبی و سلامت وجودی معرفی می‌کند. سلامت مذهبی بر کیفیت و چگونگی درک افراد از سلامتی در زندگی معنوی هنگامی که با قدرتی بالاتر (خدا) ارتباط دارند، متمرکز است و سلامت وجودی بر سازگاری افراد با مردم، خود و محیط دلالت کرده و در مورد نگرانی‌های اجتماعی و روانی افراد بحث می‌کند (۲۱). وی ارائه خدمات سلامت معنوی را در تمام سطوح پیشگیری و در طیف سلامت و بیماری بر اساس گزاره‌های علمی و متقن نظریه‌های جامعه نگر ضروری می‌داند. به‌دلیل این که در طی ۴۴ سال گذشته در دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران آموزش رسمی درباره بعد معنوی سلامت انجام نشده و ارایه خدمات سلامت معنوی در مراکز ارایه مراقبت‌های سلامت مبتنی بر نظریه‌ای جامعه نگر انجام نمی‌شود، این نیاز را متذکر می‌شود. توجه به تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت معنوی را ضروری می‌داند. در طی در طی دهه‌های اخیر، تعیین کننده‌های اجتماعی (SDH) از بحث برانگیزترین موضوعات در سلامت بوده‌اند (۲۲) که در چارچوب (Commission on Social Determinants of Health: CSDH)، با دو مکانیسم تعریف شده‌اند:

اول مکانیسم‌های ساختاری که منجر به طبقه‌بندی و رده‌های اجتماعی جامعه و تعریف موقعیت اجتماعی و اقتصادی افراد در درون سلسله مراتب قدرت، اعتبار و دسترسی به منابع می‌گردند. مانند: آموزش، درآمد، شغل، طبقه اجتماعی، جنسیت و نژاد یا قومیت.

دسته دوم عوامل بینابینی سلامت هستندکـه عبارتند از: شرایط مادی (مسکن و کیفیت محله، پتانسیل مصرف و محیط کار فیزیکی)؛ شرایط روانی- اجتماعی (زندگی پر استرس، روابط و حمایت اجتماعی)؛ عوامل رفتاری و یا بیولوژیکی (تغذیـه، فعالیت بدنی، مصرف دخانیات و مصرف الکل و عوامل ژنتیکی) و عوامل مربوط به نظام سلامت را شامل می‌شوند (۲۳).

همچنین به‌دلیل آن که توجه به تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت یک نگرانی مهم در مجامع بهداشت عمومی است، اجرای مفهوم SDH در بیانیه‌ها و اسناد بین المللی، ملی، محلی توسط مقامات بهداشت عمومی مورد تاکید می‌باشد وکمبود دانش نسبت به اهمیت SDH و ابزار بررسی نحوه تاثیرگذاری SDH درخدمات سلامت عامل مهم این نگرانی‌هاست، تحقیق روی SDH را عامل بهبود سلامت، بهینه سازی سیاست‌های بهداشتی مبتنی بر شواهد و ارتقای کیفیت خدمات بهداشتی معرفی می‌کند (۲۴).

در نظریه قلب سلیم ضمن پرداختن به آسیب شناسی معنوی عواملی نظیر نحوه شناخت ازدین، شیوه تربیت معنوی درمحیط خانواده، عملکرد والدین، معلمان، اساتید، رفتار مبلغان دینی، ارتباطات در فضای مجازی و تاثیر همسالان را در سلامت معنوی آحاد جامعه موثر می‌داند (۱۸) به بیان ملاحظات اخلاقی ارائه خدمات سلامت معنوی در سطوح مختلف پیشگیری می‌پردازد (جدول ۱) تا با اجرای آن‌ها بتوان از آسیب‌های تحقیقاتی- آموزشی- بالینی سلامت معنوی جلوگیری کرد.

نتیجه‌گیری

به نظر می‌رسد که حیطه حساس ارائه خدمات سلامت، نیازمند توجه جدی سیاستگذاران نظام سلامت کشور است تا بتواند به نیازهای معنوی مراجعان، بیماران، خانواده‌ها و آحاد جامعه پاسخ دهد و در جهت استفاده از ظرفیت‌های مراکز ارائه خدمات سلامت

[Downloaded from mail.spiritual-health.ir on 2026-11-18]
[DOI: 10.30491/JSH.3.3.489]

برای تعمیق معنویت در جامعه گام موثری بر دارد. به این منظور تشکیل شورای‌عالی نظریه پردازی سلامت معنوی در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی توصیه می‌شود تا بر سه حوزه تولید دانش سلامت معنوی، نشر دانش سلامت معنوی و کاربست دانش مذکور در سراسر کشور نظارت نماید.

تشکر و قدردانی: این مطالعه بدون نیاز به کد اخلاق اجرا شد. محقق از اساتید داور و ناقد معرفی شده از سوی هیات حمایت ازکرسی‌های نظریه‌پردازی، نقد و مناظره علمی شورای‌عالی انقلاب فرهنگی که در کرسی‌های مختلف به داوری طرحنامه نظریه پرداختند، تشکر و قدردانی می‌کند.

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

منابع

1. Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Geneva, Switzerland: WHO; 2010. Available at: http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf
2. 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.
3. Asadzandi M. Sound heart: Spiritual nursing care model from religious viewpoint. Journal of Religion and Health. 2017;56:2063-75.
4. Asadzandi M. An Islamic religious spiritual health training model for patients. Journal of Religion and Health. 2020;59(1):173-87.
5. Asadzandi M. Sound Heart Model as Islamic spiritual health theory. Publisher: Resaneh-takhassosi; 2023.
6. Asadzandi M. Compassionate spiritual governance of the owners of sound heart in the spiritual health and spiritual security of society. Tehran: Jame University Press. 2024.
7. Asadzandi M. Principles of Spiritual Medicine. Tehran: Baqiyatullah University Publications; 2024.
8. Asadzandi M. Principles of spiritual communication based on religious evidence in the "Sound Heart Model". J Med Therapeutics. 2018;2(3):1-5.
9. Asadzandi M. Futurology of Spiritual Health Services in Iran: A Pathological Review. Journal of Spiritual Health. 2023;2(3):141-52.
10. 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.
11. 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.
12. 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.
13. Asadzandi M, Seyed Kalal A. The role of social customs in creating insecure attachment to god: Based on the model of sound heart. Islam and Researches about Spirituality. 2023;1(2):129-94.
14. Naghibi A, Chaleshgar Kordasiabi M. A review of Social Determinants of Health. Clin Exc. 2017; 7(2):50-62.
15. 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.
16. Asadzandi M., Seyed Kalal A. The discourse of spirituality in virtual space (consequences and solutions). Publisher: Resaneh-takhassosi; 2023.
17. Lotfian L, Asadzandi M, Javadi M, Sepandi M. The Effect of Effect of Spiritual Self-Care Empowerment Based on Sound Heart Model on the Spiritual Health of Military Professors-Randomized Clinical Trial. Journal of Military Medicine. 2020;22(11):1121-9.
18. 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.
19. Ghaderi A, Larijani B, Tabatabaei SM. Definition, Components and Indicators of Spiritual Health and Relationship of Spiritual Health with Life Style on the basis of View of Experts. 2018.
20. Asadzandi M. Sound Heart Model as Islamic spiritual health theory. Publisher: Resaneh-takhassosi; 2023.
21. Brown DR, Johnson EP, Parrish MS. Spirituality assessments: Limitations and recommendations. Vistas Online. 2007.
22. Goodarzi F, Mahvi AH, Hosseini M, Nedjat S, Nodehi RN, Kharazifard MJ, et al. The prevalence of dental fluorosis and exposure to fluoride in drinking water: A systematic review. Journal of Dental Research, Dental Clinics, Dental Prospects. 2016;10(3):127.
23. Marinho VC, Chong LY, Worthington HV, Walsh T. Fluoride mouthrinses for preventing dental caries in children and adolescents. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2016(7):23-37.
24. Asadzandi M, Hosseini SM. Adjustment of Social Determinants of Spiritual Health. Iranian Journal of Culture and Health Promotion. 2024.

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

[DOI: 10.30491/JSH.3.3.489]