نشریه فرهنگ و ارتقای سلامت فرهنگستان علوم پزشکی
سال سوم، شماره دوم، تابستان ۹۸، صفحات ۱۶۴ تا ۱۷۴

تبیین چگونگی تأثیر سلامت معنوی بر سایر ابعاد سلامت

نویسندگان:
حسن ابوالقاسمی[۱]، مینو اسدزندی[۲*]

چکیده

زمینه و هدف: برای کل‌نگری و جامعه‌نگری خدمات سلامت، توجه به ابعاد سلامت در تمام سطوح پیشگیری ضروری است. این مطالعه با هدف" تبیین چگونگی تأثیر سلامت معنوی بر سایر ابعاد سلامت (جسمانی‌روانی)» انجام شد.

روش کار: در پژوهش تکاملی، برای ارتقا دانش موجود با فرایند سیستماتیک، علمی، قابل توجیه، متمرکز بر سؤال "چگونگی تأثیر سلامت معنوی بر سلامت جسمی روانی اجتماعی" شواهد علمی و دینی سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۸ میلادی با توجه به هرم مبتنی بر شواهد استخراج شدند. تفاسیر شیعی، خطبه همام نهج‌البلاغه، احادیث: جنود عقل و جهل، عنوان بصری، عشق الهی، و یافته‌های حاصل از شواهد بالینی در مراکز ارائه خدمات سلامت، با روش تحلیل محتوای واکر اوانت تحلیل شدند.

یافته‌ها: سلامت معنوی برخورداری از قلب سلیم، منتج از حقیقت بندگی است. - با عدم احساس مالکیت بنده و انفاق، - دوری از منفعت‌طلبی، تسلیم، توکل، تفویض امور به خدا و تحمل سختی‌ها - اشتغال به اوامر و نواهی خدا، اجتناب از خودبینی و اصلاح سبک زندگی، هم واجد تأثیر مافوق طبیعی است، و هم با ایجاد شبکه حمایت اجتماعی در بعد اجتماعی، مدیریت استرس‌ها و معنا دادن به حوادث زندگی در بعد روانی و ایجاد رفتارهای سالم بهداشتی در بعد جسمی، بر سلامت مؤثر است. بندگی سبب - زهد، قناعت (سلامت اجتماعی) - رهایی از اضطراب و افسردگی (سلامت روانی)، - دلدادگی به خدا و انقطاع الی‌الله (سلامت معنوی) می‌شود. سکینه قلب، سلامت جسمی را ارتقا می‌دهد.

نتیجه‌گیری: تقویت بنیه معنوی افراد سبب ارتقای سلامت جسمی روانی اجتماعی ایشان، رسیدن به بالاترین کیفیت زندگی (حیات طیبه) می‌شود، باید در خدمات سلامت ایران در دستور کار قرار گیرد.

کلید واژه‌ها: ارتقای سلامت، برنامه‌ریزی بهداشت جامعه، سلامت روان، معنویت

مقدمه

مطالعه اتیولوژی بیماری‌ها در فرهنگ‌های باستان، نشانگر پیوند بین مذهب و سلامت همراه با باور به تأثیر عوامل غیر محسوس (ماوراء الطبیعه و متافیزیک) در بروز بیماری‌هاست. دیدگاه مسیحیت قرون وسطایی بیماری را ناشی از عذاب الهی، عقوبت کارهای ناشایست می‌دانست. یونانیان باستان، از بین رفتن تعادل درتمام ابعاد زندگی را عامل بروز بیماری معرفی می‌کردند. چین باستان، عدم تقارن یا انسداد در مسیر جریان انرژی بین جهان و انسان را عامل اتیولوژیک بیماری به شمار می‌آوردند و ایرانیان باستان معتقد به جادوی مخالفان و شور چشمی بودند(۱). اما هر گونه باور به تأثیر عوامل غیرمحسوس در زندگی و سلامت با نهضت دین‌زدایی (سکولاریسم) عصر رنسانس، به عنوان خرافه و جادو، کنار گذاشته شد (۲). رنه دکارت ریاضیدان و فیلسوف قرن هفده میلادی، در دیدگاه فلسفی تجریدنگر، انسان را دارای دو بعد وجودی(جسم و ذهن) معرفی کرد. کل وجود انسان را حاصل جمع جبری اجزا دانست، دیدگاه بیماری محوری را در علوم پزشکی اشاعه داد (۳).

سیر تحول اندیشه بشری در دهه‌های پس از رنسانس، پیوند مجدد معنویت و سلامت را به ارمغان آورد. اگر چه در علم پزشکی، ابتدا لویی پاستور در نظریه میکروبی، تمام بیماری‌ها را ناشی از تأثیر میکروارگانیسم‌های پاتوژن در بدن معرفی کرد. چند دهه بعد، در ۱۹۵۰ میلادی هانس سلیه (پدر علم استرس) با معرفی بیماری‌های پسیکوسوماتیک،

۱. استاد، مرکز تحقیقات بیماری‌های خونی ارثی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، گروه کودکان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله (عج)، گروه سلامت معنوی فرهنگستان علوم پزشکی کشور، تهران، ایران.
۲. * دکترای مدیریت تحقیقات علوم پزشکی، استادیار، محقق مرکز تحقیقات طب، قرآن و حدیث، گروه هوشبری، دانشکده پرستاری، علوم پزشکی بقیه‌الله (عج)، عضو گروه سلامت معنوی فرهنگستان علوم پزشکی کشور، تهران، ایران.
نشانی نویسنده مسئول: تهران، میدان ونک، شیخ بهایی جنوبی، کوچه نصرتی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله اعظم (عج) شماره همراه: ۰۹۱۲۳۷۶۹۰۶۴
E-mail: zandi498@yahoo.com

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-24]

۸۰ درصد بیماری‌ها را (بیماری‌های پسیکو سوماتیک) ناشی از تأثیر استرس‌ها و اختلال درتوانایی سازگاری بدن و حفظ هموستاز دانست(۴). و در ۱۹۹۹ میلادی، آدر وکوهن در پسیکونرو - اندوکرینو - ایمنولوژی با پی بردن به تأثیر حالت‌های روانی بر کارکرد سیتم عصبی - غدد درون‌ریز - قدرت ایمنی بدن بر ضرورت کل‌نگری و بیمار محوری در طب تأکید کردند(۵). تحولات علم روانپزشکی هم از مکتب اول تا سوم روان درمانی وین (از فروید تا فرانکل) که ابتدا انسان را موجودی لذت‌طلب، سپس فرعونی قدرت‌طلب (در دیدگاه آدلر) معرفی کرده بود، در نهایت توسط فرانکل، انسان را موجودی در جستجوی معنای زندگی معرفی کرد (۶).

در سیاست‌گذاری‌های اجتماعی هم، یک دهه پیش، تمامی دولت‌های اروپایی، بیانیه کپنهاگ را در مورد رشداجتماعی امضا کردند و متعهد شدند به نیازهای معنوی مردمشان بپردازند و سیاست‌هایشان را به سمت بینش سیاسی، اقتصادی، اخلاقی و معنوی برای رشد اجتماعی سوق دهند. اخیراً نیز، بر بعد معنوی سلامت در منشور بانکوک، تأکید شد. سازمان جهانی بهداشت هم بر توجه به عقاید و اعتقادات بیماران در التیام‌بخشی تأکید کرد (۷). برخی از سازمان‌هایی که ارزیابی مراکز مراقبت از سلامتی برای اعطای اعتبارنامه را برعهده دارند، معتقدند، نیازهای معنوی بیماران در مراکز مراقبت سلامتی باید مورد توجه قرار گیرد. انجمن روانپزشکی آمریکا هم توصیه می‌کند که پزشکان، گرایش مذهبی و معنوی بیماران را جویا شوند، چراکه مراقبت از بیمار، بسیار فراتر از درمان بیماری است و در برگیرنده نیازهای مختلف بیمار است (۸). مجمع بین‌المللی پرستاران، با تأکید بر کل‌نگری و بیمار محوری در ارائه مراقبت پرستاری، معتقد است که پرستاران باید نقش فعالی در رفع نیازهای معنوی بیماران داشته باشند و برای ارتقاء محیطی که در آن حقوق انسانی، ارزش‌ها، عادات و اعتقادات معنوی فرد، خانواده و جامعه مورد احترام قرار گیرد، تلاش کنند و مراقبت را براساس نیازهای جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی بیماران انجام دهند (۹).

امروزه با توجه به نقش عوامل ژنتیک و عوامل ایجادکننده استرس، تأثیر حالات روانی بر عملکرد سیستم عصبی - غدد درون‌ریز - دفاع ایمنی بدن، عادات غیربهداشتی و سبک ناسالم زندگی (رفتارهای پرخطر و هیجانات مخرب) در بروز بیماری(۱۰)، تأثیر باورهای فلسفی (جهان‌بینی) بر شکل‌گیری فرهنگ و سبک زندگی افراد جامعه، مورد توجه است (۱۱). شواهد علمی متعدد هم تأثیر معنویت و باورهای افراد را بر سلامت، حفظ و ارتقای عزت نفس، ایجاد حس هدفمندی و معناداری زندگی، آسودگی روانی، امیدواری، افزایش توان سازگاری و تطابق (۱۲)، ایجاد احساس آرامش، قدرت مواجهه با بحران بیماری تأیید می‌کند (۱۳). به نحوی که بیماران واجد تمایلات معنوی، با وجود بحران بیماری، قادر به یافتن معنا و هدف در زندگی خود هستند، در سازگاری با درد و رنج بیماری و بیرون آمدن از بحران موفق‌تر عمل می‌کنند (۱۴).

بیماران مزمنی هم که به آگاهی معنوی می‌رسند، حس صبر و شکیبایی کسب کرده‌اند و با پیوند به "قدرت برتر" امیدوار می‌مانند(۱۵). اصولاً افراد معنوی، به واسطه ارتباط با خدا، وقایع را کمتر استرس‌زا ارزیابی می‌کنند، آن را فرصتی برای رشد معنوی خود یا به عنوان یک تجربه معنوی (آزمایش الهی) تفسیر می‌نمایند (۱۶). امروزه اندیشمندان زیادی معتقدند که معنویت برای انسان‌ها هویت می‌سازد، به چرایی ابتلای به بیماری پاسخ می‌دهد و می‌تواند در خدمات سلامت برای بیماران، افراد بدحال و محتضر کمک مؤثری باشد. "معنویت سبب می‌شود تا ما انسان‌ها که در این دنیا خود را غریب، سرگردان احساس کرده به دنبال آن هستیم معنایی از اتفاق‌های این جهان به خود عرضه کنیم، با اتصال خود به مبدأ بتوانیم خود را از غربت و تنهایی نجات داده، و بدانیم:کجا هستیم، از کجا آمده‌ایم و به کجا می‌رویم؟ منزل‌گاه واقعی ما کجاست؟ دلیل وقوع اتفاقات زندگیمان چیست ؟"(۱۷).

امروزه در درمان و مراقبت کل‌نگر، انسان موجودی زیستی روانی اجتماعی معنوی، نیازمند توجه به تمام ابعاد وجودی و سلامت واجد ابعاد جسمی - روانی - اجتماعی و معنوی معرفی می‌شود (۱۸). نادیده گرفتن بعد معنوی وجود انسان که با سلامتی، احساس خوب بودن و بهبودی ارتباط دارد، به منزله نادیده گرفتن بخشی حیاتی از وجود انسان تلقی می‌شود که کل زندگی فرد را مخدوش می‌کند(۱۹، ۲۰). سلامت معنوی یگانه نیرویی قلمداد می شود که ارتباط هماهنگ و یکپارچه‌ای را بین تمام ابعاد سلامت فراهم می‌کند (۲۱).

ضرورت جامعه‌نگری درمان و مراقبت بر هماهنگی دستورات بهداشتی- درمانی با باورهای مردم جامعه تأکید می‌کند. به این جهت توصیه شده مفهوم سلامت معنوی در جوامع مختلف، با توجه به فرهنگ و باورهای ایشان تبیین شود. به این دلیل علم روز سلامت معنوی را دارای دو بعد سلامت مذهبی و سلامت وجودی معرفی می‌کند. سلامت مذهبی بر کیفیت و چگونگی درک فرد از سلامتی در زندگی معنوی، هنگامی که با قدرتی بالاتر(خدا) ارتباط دارند، متمرکز است. سلامت وجودی بر سازگاری افراد با مردم، خود و محیط دلالت کرده و از نگرانی‌های اجتماعی و روانی افراد بحث می‌کند(۴، ۲۲). معتقد است که بدون سلامت معنوی، دیگر ابعاد سلامتی در دستیابی به حداکثر عملکرد مورد نظر، ناتوان خواهند بود (۲۳) و اختلال در سلامت معنوی (دیسترس‌های معنوی)، عامل آشفتگی‌های روانی، اضطراب، افسردگی و از دست دادن معنای زندگی و مخل دستیابی به سطوح بالای کیفیت زندگی محسوب می‌شود(۱۰، ۱۴). همراه با پیشرفت سریع علوم مختلف و کشف اثربخشی گسترده دین و معنویت در ابعاد مختلف زندگی انسان، به‌خصوص نقش اساسی آن در سلامت روانی و بهبود عملکردهای اجتماعی و سلامت جسمی(۲۴)، روند رو به رشدی در خصوص تمرکز بر نیازهای معنوی افراد در سطح بین‌الملل مشاهده می‌شود. بسیاری از سازمان‌های بهداشتی

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-24]

صراحتاً شروع به تأکید بیشتر بر ارزش وجودی انسان با تمرکز بر ابعاد معنوی وی کرده‌اند.(۲۵). سازمان جهانی بهداشت هم سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت را شامل شش بعد دانسته:

۱. بعد معنوی و اعتقاد به قدرت برتر خداوند در جهت حفظ سلامت روان،
۲. احساس مسئولیت در قبال حفظ و ارتقای سلامتی خود و جامعه،
۳. حفظ روابط بین فردی در جهت ارتقای بعد اجتماعی سلامت،
۴. مدیریت استرس در جهت پیشگیری از بیماری‌های جسمی و روانی
۵. انجام فعالیت فیزیکی مناسب و
۶. رعایت رژیم غذایی سالم(۲۶) و بر تأثیر معنویت در حفظ سلامت روان تأکید کرده است.

از سوی دیگر محققان بر این باورند که: عدم اطمینان از وقایع زندگی و بحران بیماری، نیازها و عکس‌العمل‌های معنوی ایجاد می‌کنند و فرصت‌هایی را برای مراقبت معنوی فراهم می‌کنند(۲۷) چرا که اساساً، مراقبت معنوی به عنوان یک مؤلفه اساسی مراقبت جامع، شامل درک اعتقادات معنوی بیمار و شناخت نیازهای معنوی اوست(۲۸) و اعضای تیم سلامت باید دانش خود را در مورد معنویت و تأثیر اعتقادات معنوی بر سبک زندگی، پاسخ به بیماری، انتخاب مراقبت و درمان، افزایش دهند و معنویت را در خدمات بهداشتی ادغام کنند. اما سؤال اساسی این مطالعه این است:

دردیدگاه فلسفی اسلام، سلامت معنوی (اعتقاد به خدا) چگونه بر سلامت جسمی روانی اجتماعی در سطوح مختلف پیشگیری تأثیرگذار است و از ابتلا به بیماری‌های جسمی روانی و اجتماعی جلوگیری می‌کند؟ هدف این مطالعه "تبیین چگونگی تأثیر سلامت معنوی بر سلامت جسمی روانی اجتماعی افراد"است.

روش

دراین پژوهش تکاملی، برای ارتقا و تکامل دانش موجود با استفاده از فرایند سیستماتیک، علمی و قابل توجیه، متمرکز بر سؤال "چگونگی تأثیر سلامت معنوی بر سلامت جسمی روانی اجتماعی" از روش تحلیل محتوای واکر اوانت استفاده شد. متون منتشر شده در سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۸ میلادی با معیارهای (فارسی یا انگلیسی بودن مقالات، امکان دسترسی به متن کامل مقاله، مبتنی بودن بر هرم بر شواهد و برخورداری از روش تحقیق صحیح، مرتبط با موضوع تحقیق) با کلید واژه‌های سلامت معنوی، سلامت روانی، سلامت اجتماعی، شاخصه‌های سلامت معنوی، ویژگی‌های انسان سالم، حیات طیبه، انسان کامل، نیازهای معنوی، از پایگاه‌های اطلاعاتی داخلی و خارجی (Request PubMed, Google scholar, Elsevier, SID, Cochrane, Magi ran) استخراج شدند. با توجه به روش مطالعه این مطالعه معیار خروجی نداشت زیرا تنها مقالات دارای معیار ورود انتخاب شدند.

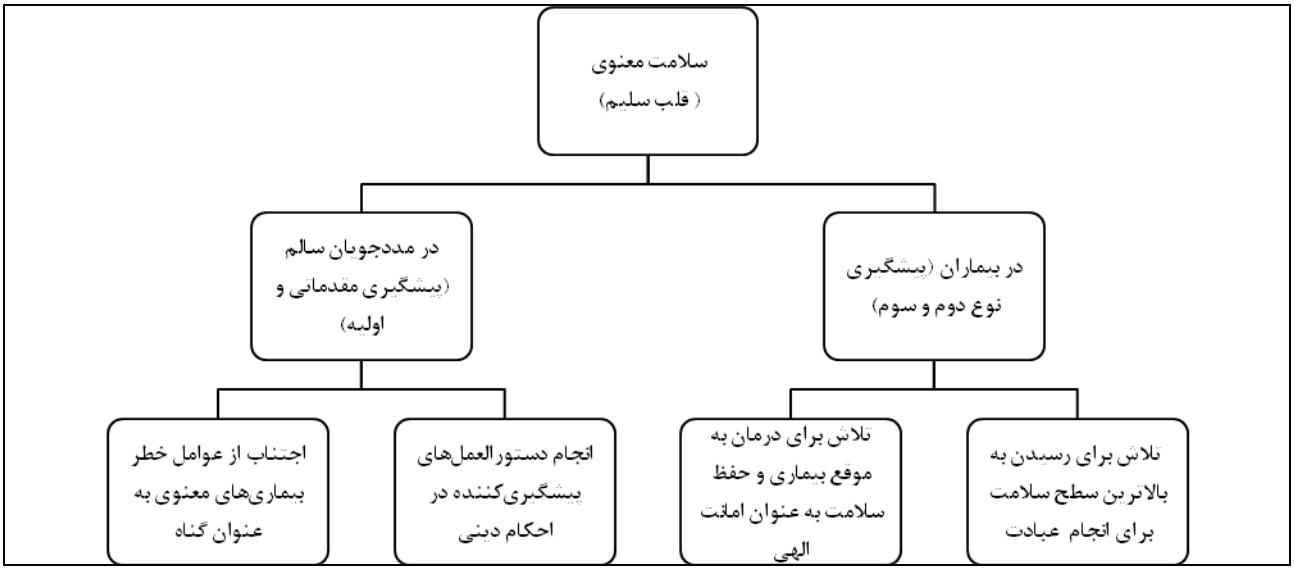
شواهد دینی به‌طور همزمان مورد استفاده قرار گرفتند. از جمله کتاب المعجم، آیات مرتبط با کلید واژه‌های (روح، قلب، قلب سلیم، قلب مریض، صحت، عافیت، مرض، حیات طیبه، صفات متقین) و کتب تفاسیر شیعی، روایات مرتبط و معتبر از نظر رجال و درایه از کتب اربعه روایی شیعه، شناسایی و فیش‌برداری شدند. سپس چگونگی تأثیر سلامت معنوی بر سایر ابعاد سلامت تبیین شد. روایات مورد مراجعه در این تحقیق شامل: خطبه همام نهج‌البلاغه در بیان فضایل متقین، حدیث جنود عقل وجهل از حضرت امام صادق که به بیان ویژگی‌های حضرت پیامبر و اهل بیت ایشان و نیز ویژگی‌های جنود شیطان می‌پردازد. آیاتی از سوره نور (۳۵ تا۵۰)،حدیث عنوان بصری از امام صادق علیه‌السلام که روش علم‌آموزی و معرفت‌اندوزی را با حقیقت بندگی و رسیدن به مقام تنویر بیان می‌کنند، حدیث قدسی عشق الهی در بیان مراحل سلوک معنوی، بودند. مطالعه در عرصه و بررسی شواهد بالینی در مراکز ارائه خدمات سلامت بر غنای یافته‌ها افزود.

یافته‌ها

حقیقت بندگی روش دستیابی به سلامت معنوی (قلب سلیم) است و حقیقت بندگی در سه چیز است:

۱. بنده خدا برای خودش درباره انچه که خدا به وی سپرده مالکیتی نبیند تا مالش را در جایی که خدا فرمان داده به کار بندد. انفاق کردن، خیرخواهی و تعاون سبب سلامت اجتماعی می‌شود
۲. بنده خدا برای خودش مصلحت‌اندیشی و تدبیر (منفعت‌طلبی) نکند و در همه حال تسلیم حضرت حق باشد و کار خود را به خدا واگذار کند تا تحمل سختی‌ها بر وی آسان شود. توانایی تحمل سختی‌ها و سازگاری با مشکلات زندگی از جمله بیماری‌های جسمی را بیابد و سلامت روانی او حفظ شود.
۳. اشتغالاتش به چیزی منحصر شود که خدا بر آن فرمان داده یا از آن نهی کرده تا به حقیقت عبودیت که دلدادگی به او وجدایی و انقطاع از غیر اوست برسد، از خودپسندی رها شده، جلب رضایت‌بندگان برایش مطرح نباشد"(۲۹). به سلامت روانی رسیده و با اجرای فرامین الهی در انجام واجبات (روزه‌داری، طهارت، نماز و...) و ترک محرمات (عدم شرب خمر، اجتناب از مواد مخدر وسیگار و...) به سلامت جسمی نایل شود. صاحبان قلب سلیم خود را از حجب ظلمانی (گناه و آلودگی در مرتبه اول و اخلاق ناپسند و رذیله در مرتبه دوم و حب و بغض‌های غیرالهی در مراتی بالاتر) رهانیده و شایسته دریافت انوار الهی می‌شوند با کسب مکارم اخلاق، در مقام تولی و تبری به تمام وجود خود رنگ الهی زده، تنها برای کسب رضایت خدا می‌کوشند.

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-24]

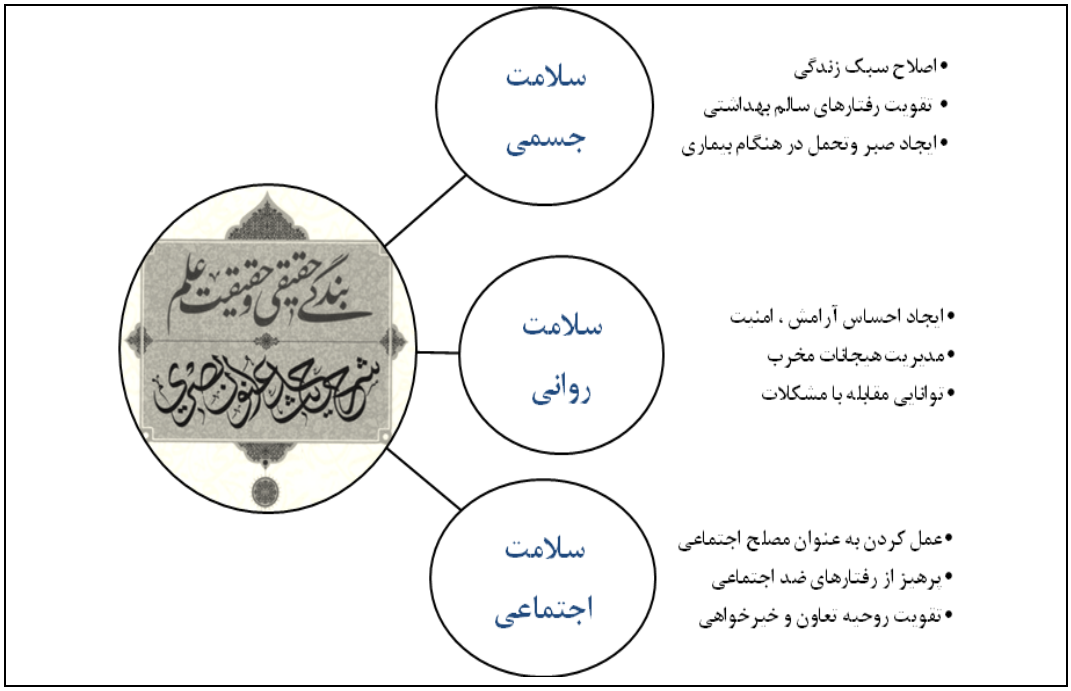


بحث

در دیدگاه فلسفی ادیان ابراهیمی و اسلام عزیز، انسان دارای جسم و روح ملکوتی از عالم غیب است (آیات ۷۱-۷۳ سوره حجر). شناخت این بعد متافیزیکی، تنها با استفاده از روش شناخت‌شناسی وحیانی میسر است (سوره اسراء/ ۸۵). دانش شناخت روح در اختیار اهل ذکر (حضرت پیامبر اکرم صل‌الله علیه و اهل بیت ایشان) است (سوره نحل/۴۳) (۳۰). در بیان قرآن کریم سلامت معنوی به معنای سلامت روح (قلب) برخوردای از "قلب سلیم" است (۳۱). علامه طباطبایی در جلد نهم المیزان می‌فرمایند: "در حقیقت قلب همان جان آدمی است که با قوا و عواطف باطنیه‌ای که مجهز است به کارهای حیاتی خود می‌پردازد. انسان خدای تعالی را با قلب خود که وسیله ادراک و سبب اصلی علم و معرفت او است، می‌شناسد" (۳۲). آیت‌الله دستغیب هم درباره تعریف روح در کتاب قلب سلیم خود می‌فرمایند: "روح لطیفه ربانیه و جوهر روحانیه، شناسا، دانا، توانا، مدرک محیط اطراف و محل عواطف و احساساتی چون غم و شادی، ترس و اضطراب، آرامش و امنیت و... مورد تکلیف الهی است که ثواب و عقاب برای اوست. علاوه بر شناخت و آگاهی یافتن از عالم ناسوت طبیعت می‌تواند با سایر عوالم (ملکوت و جبروت و لاهوت) مرتبط شود و به انسان قدرت تفکر و شناخت (تعقل) عطا کند. امام صادق فرمودند: قلب سلیم قلبی است که خدا را ملاقات کند، درحالی‌که هیچ کس جز او در آن نباشد(۲۳). حضرت پیامبر اکرم صل‌الله علیه و آله فرمودند: قلب سلیم "دین بلا شک والهوی والعمل بلا سمعه و ریا "ست (۳۳). این بخش، مهم‌ترین تفاوت ماهوی دیدگاه اسلام با علم روز است. اندیشمندانی که تنها به روش‌های علم روز تکیه دارند به علت عدم استفاده از شواهد دینی (روش شناخت‌شناسی وحیانی)، از شناخت بعد معنوی انسان و نیازهای آن غافلند(۳۴) و نمی‌توانند درباره بعد ملکوتی وجود انسان (عالم غیب) اظهارنظری نمایند. اگر چه در تعریف بعد سلامت مذهبی بر کیفیت و چگونگی درک فرد از سلامتی در زندگی معنوی، هنگامی که با قدرتی بالاتر (خدا) ارتباط دارند، اذعان دارند(۴، ۲۲).

نکته مهم دیگر این که : چشم‌اندازی که قرآن برای سلامت معنوی (برخورداری از قلب سلیم) تبیین و طرح‌ریزی کرده، دستیابی به حیات طیبه است که در پرتو ایمان وعمل صالح به‌دست می‌آید (سوره مبارکه النحل، آیه ۹۷).حیات طیبه بالاترین کیفیت زندگی انسان‌ها و شامل تمام مؤلفه‌های مورد نیاز فرد یا جامعه برای بهزیستی و آرامش در زندگی دنیا و سعادت اخروی است (۳۵). درحالی‌که سازمان بهداشت جهانی، سلامت معنوی را تنها به عنوان ابزاری برای دستیابی به سلامت روان (در زندگی دنیایی افراد) در نظر می‌گیرد (۲۶). اندیشمندانی چون پارک چگونگی تأثیرگذاری دین را به عنوان یک سیستم معنا بخشی، در مقابله با مصیبت‌ها می‌دانند که در آن معنای دینی می‌تواند بر روند مقابله، در پی از دست دادن‌ها تأثیر بگذارد (۳۶) پاراگامنت هم معتقد است که معنویت و دین از طریق سبک‌های مقابله مذهبی، ایجاد احساس تعهد، احساس حمایت، توسعه مشارکت اجتماعی و ارتقای انگیزه برای تنظیم و اصلاح ارتباطات عمل می‌کنند (۳۷) و به عنوان ابزاری برای مقابله مذهبی با مشکلات و دیسترس‌های زندگی کار برد دارد (۶). هارولد کوئینگ هم می‌نویسد: "مطالعات اخیر جنبه دیگری از دین را شناسایی کرده است که ممکن است به عنوان یک منبع روانی و اجتماعی برای مقابله با استرس باشد. اعتقادات و اعمال دینی می‌تواند نمایانگر منابع قدرتمند آسایش، امید و معنی باشد. در هر زمان که تحقیقات منظم در سلامت روان منتشر شده است، اعم از مطالعه موضوعات در پزشکی، روان‌پزشکی از قومیت‌های مختلف (مانند قفقازی، آمریکایی‌های آفریقایی تبار، اسپانیایی و بومی آمریکا) در گروه‌های سنی مختلف (جوان، میانسال و سالخورده) و در مکان‌های مختلف (مانند ایالات متحده و کانادا، اروپا و کشورهای شرق) نشان داده اعتقادات مذهبی با مقابله بهتر با استرس و کاهش افسردگی، خودکشی، اضطراب و سوء مصرف مواد مرتبط است"(۳۸).

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-24]



از جمله مشترکات طب ودین اهمیت موضوع سلامت، است. اسلام سلامت را امانت الهی دانسته و حضرت امیر سلام‌الله علیه آن را بزرگ‌ترین نعمت‌ها معرفی می‌کنند، این یافته با دیدگاه بین‌المللی همخوانی دارد که سلامت را یکی از حقوق عمده انسانی دانسته که انسان‌ها باید به منابع اساسی تأمین آن دسترسی داشته باشند و دولت‌ها موظف به بررسی تأثیر فعالیت‌های خود بر سلامت و رفاه فرد و جامعه می‌باشند(۳۹). موضوع مهم خود مراقبتی معنوی که توصیه قرآن کریم است (۴۰، ۴۱) به عنوان مهم‌ترین شکل مراقبت از خود و عملی که شخص، از باورها و آموزه‌های معنوی خود به عنوان یک منبع کنترل استفاده کرده و از سلامت خود محافظت می‌نماید (۴۲) هم در دستورات اسلامی‌تأکید شده، ("انسان باید مراقب خود باشد که چه می‌کند" (۴۳)." چنانچه آحاد جامعه، جهات معنوی خودشان را تقویت کنند، در جهات طبیعی هم قوی می‌شوند) (۴۴) و هم در سطح بین‌المللی مورد تأکید است. مطالعات لوین و لارسون تأثیرات ۷۰ درصدی و مثبت معنویت و باورهای دینی(دعا، حمایت اجتماعی، رابطه با خدا، مشارکت در مراسم مذهبی) را بر کاهش بیماری‌های قلبی، فشارخون، چربی خون، سکته قلبی، سیروز کبدی، آمفیزم، نارسایی کلیه، دردهای مزمن و جراحی‌های مرتبط با استرس و افزایش طول عمر وعادات بهداشتی سالم نشان داده است(۴۵، ۴۶). البته قرائت‌های اشتباه از دین در مواردی سبب تأثیرات منفی معنویت ناسالم و پیامدهای جدی آن برای سلامت جسمی بوده است نظیر: کودک‌آزاری و بی‌توجهی به کودک، درگیری بین گروهی و خشونت، و ادراک غلط از کنترل، بی‌توجهی پزشکی(۵۰) که به این دلیل اسلام عزیز، افراد را به تفقه در دین، توصیه اکید فرموده و از تأویل و تفسیر به رای آیات قرآن بر حذر داشته است.

تحقیقات نشانگر ارتباط مثبت بین دینداری و رضایت از زندگی است. افراد مذهبی بیشتر از زندگی خود راضی هستند، زیرا به طور مرتب در مجالس مذهبی شرکت کرده و شبکه‌های اجتماعی حمایتی می‌سازند (۴۸، ۴۹). چنانچه ارتباط معنادار و معکوسی هم بین عدالت اجتماعی و درماندگی آموخته و افسردگی حاصل از آن، وجود دارد، چرا وقتی افراد بدانند که قراردادهای جامعه با آن‌ها منصفانه برخورد می‌کنند، تلاش‌های بیشتری برای تحقق اهداف و انتظارات از خود خواهند داشت، در نتیجه احساس درماندگی کمتر خواهد شد(۵۰) . تحقیقاتی روی بیماران غیرافسرده، نشانگر سرعت بهبودی و مرگ‌ومیر کمتر، به علت عدم احساس ناتوانی، خشم و اضطراب است(۵۱-۵۳). درآکوب معتقد است عدم توانایی برای بازگشت به کار و زندگی عادی پس از بیماری، ناشی از تجربه‌های اجتماعی است(۵۴). شیعیان باور به عدل الهی را جزء ضروری دین می‌دانند و خداوند را صاحب مقام عدل. خداوند هم حضرت امیر سلام‌الله علیه را (که شهید عدالت هستند) به عنوان میزان اعمال معرفی می‌فرماید.

حضرت امام صادق اولین شرط بندگی را عدم احساس مالکیت (به عنوان یک تفکر) و انجام انفاق (به عنوان عملکرد حاصله) دانسته‌اند که ضامن سلامت اجتماعی است. اسلام هم در آیات مختلف اقامه نماز (ارتباط فرد با خدا) را در کنار دادن زکات (ارتباط فرد با مردم) مورد تأکید قرار داده است. امروزه هم در سطح بین‌المللی چگونگی عملکرد انسان در روابط اجتماعی و چگونگی تفکر وی از اجتماع به عنوان معیار ارزیابی سلامت اجتماعی فرد مدنظر است(۵۵). در واقع سلامت اجتماعی، توانایی انجام مؤثر و کارآمد نقش‌های اجتماعی (۵۶) ارزیابی و شناخت فرد از چگونگی عملکردش در اجتماع، کیفیت روابط با افراد دیگر، نزدیکان

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-24]

و گروه‌های اجتماعی را منعکس می‌کنـد (۵۷- ۵۹)، نشـانگر رضـایت یـا نارضایتی فرد از زندگی و محیط اجتماعی وی بـوده و بیـانگر پاسـخ‌هـای درونی (احساس و تفکر و رفتار) اوست، که باید مورد توجه قرار گیرد (۶۰). چرا که ارزیابی از نحوه عملکرد فرد در اجتماع و نوع نگرش او نسـبت بـه افراد دیگر جامعه، بدون شک شیوه برخورد وی با مسایل مربوط به خـود، کارایی وی در جامعه و نوع نگرش او را نسبت به سایر افـراد و گـروه‌هـای اجتماعی تحت تأثیر قرار می‌دهد(۶۱، ۶۲). ایـن اسـت کـه اسـلام عزیـز پیامبرش را رحمت‌للعالمین می‌خواند تا شدت محبت ایشـان را بـه تمـام بندگان و مخلوقات نشان دهـد. برخـورداری از سـلامت اجتمـاعی سـبب می‌شود تا افراد بتوانند فعالیت‌ها و نقش‌هـای اجتمـاعی خـود را در حـد متعارف انجام دهند و بـا جامعـه و هنجارهـای اجتمـاعی ارتبـاط برقـرار کنند(۶۳) و با موفقیت بیشتری با مشکلات ناشی از ایفای نقش‌های اصلی اجتماعی، سازگاری یابند(۶۴، ۶۵) و از کیفیت زنـدگی بـالاتر و عملکـرد بهتری در زندگی برخوردار شوند (۶۶). این موارد با بیـان معصـوم (بـرای خود مالکیت ندیدن که سبب تسهیل امر انفاق است) هماهنگی دارد چـرا که انفاق ضمن پر کردن خلاءهای جامعه سبب تقویت ارتباط فرد با مردم شده، بعد سلامت اجتماعی را تقویت مـی‌کنـد. امـا اسـلام عزیـز تعریـف سلامت اجتماعی به عنوان سازگاری فرد با هنجارهای اجتمـاعی خـود را بدون شرط نمی‌پذیرد و عنصر امر به معروف و نهی از منکـر را بـه عنـوان یک واجب شرعی مطرح می‌کند تا از افراد مصلح اجتماعی بسازد.

دومین توصیه حضرت آن است که بنده برای خود مصلحت‌اندیشی و تدبیر (منفعت‌طلبی) نکند و در همه حال تسلیم خدا باشد و کار خود را به خدا واگذار کند، تا توفیق صبر و بردباری یافته و تحمل سختی‌هـا برایش آسان شود. باور به وجود خداوند حی توانا که هر لحظه در حـال خلقت تازه‌ای است (کل یوم هو فی شان) و دسـت قـدرتش بـا قـوانین عالم خلقت بسته نشده (یدالله مبسوطتان) و شفادهنده است، بـا ایجـاد امیدواری، خوش‌بینی، مثبت‌اندیشی، بر سلامتی مؤثر است. به این معنا که حسن‌ظن به خدا سبب می‌شود تا بنـده در بـدترین شـرایط در پـی خیری پنهانی باشد و با نگرش مثبت به سختی‌ها نگاه کنـد و بـا صـبر مشـکلات را پشـت سـر بگـذارد. پاراگامنـت، هـم معتقـد اسـت کـه استراتژی‌های مختلف مقابلـه مـذهبی مـی‌تواننـد از وقـایع ناخوشـایند زندگی، توضـیحی خـوش‌بینانـه بیـان کننـد(۶). معنویـت مـذهبی بـا بهزیستی، رضایت زناشویی همراه بوده و ارتبـاط منفـی بـا خودکشـی، مصرف مواد مخدر و الکل، بزهکاری، رفتار مجرمانـه دارد (۶۷). امـروزه در سطح بین‌المللی، افراد بهنجار از نظر روانی کسانی معرفی می‌شـوند که با خود و محیط اطراف سازگاری دارنـد و بـا قـوانین اجتمـاع خـود هماهنگی پیدا می‌کنند (۵). سلامت روانی به معنای این است کـه فـرد بتواند فعالیت‌های روزمره خود را به خوبی انجام دهد، با افراد خانواده و محیط خود ارتباط مناسب برقرار کند، بـا ایجـاد روش‌هـای صـحیح از لحاظ روانی و عاطفی بتواند با محیط خود سازگاری باشد و راه‌حل‌هـای مطلوب‌تری را برای مشکلاتش انتخاب کند(۶۸). مفهوم سلامت روانـی از نظر سازمان بهداشت جهانی عبارتست از حالتی از سلامتی کـه درآن فرد، توانایی‌های خود را می‌شناسد، با فشارهای طبیعی زنـدگی مقابلـه می‌کند، برای جامعه مثمـر ثمر است، قادر به تصمیم‌گیری و مشـارکت جمعی است(۶۹). درحال‌حاضر، سـلامت روان چیـزی فراتـر از نبـود اخـتلال‌هـای روانـی اسـت، برخـورداری از حـالتی روانـی، رفتـاری، اجتماعی است که شـامل: خـوب بـودن ذهنـی، ادراک خودکارآمـدی، استقلال و خودمختـاری، کفایت و شایستگی، وابستگی میـان نسـلی و خودشکوفایی توانمندی‌های بالقوه فکـری و هیجـانی اسـت کـه سـبب احساس اثربخشی و سعادتمندی در فرد می‌شود (۷۰). انجمن سـلامت روانی کانادا، سلامت روانی را در سه قسمت تعریف می‌کند:

۱. **نگرش‌های مربوط به خود:** شامل تسلط بر هیجان‌های خود، آگاهی از ضعف‌های خـود و رضـایت از خوشی‌های ساده.
۲. **نگرش‌های مربوط به دیگران:** شامل علاقه به دوستی‌های طـولانی مدت و صمیمی، احساس تعلق به یک گروه، احسـاس مسـئولیت در مقابل محـیط انسـانی و مـادی.
۳. **نگرش‌های مربوط به زندگی:** شامل پذیرش مسئولیت‌ها، انـگیزه توسـعه امکانـات و علایـق خود، توانایی اخذ تصمیم‌های شخصـی و انگیزه خوب کارکردن در زندگی (۷۱).

درحالی‌که اختلال رفتاری - روانی عبارت اسـت از حالات قابل توجه بالینی که با تغییر در تفکر، خلق، هیجـان یـا رفتـار مشـخص شـده و بـا ناراحتی و تشویش شخصی و یا اختلال کارکرد زندگی همراه است. ایـن تغییرات در گستره هنجار جامعـه قـرار نمـی‌گیرنـد و بـه صـورت واضـح غیرعـادی و بیمارگونه و مداوم یا عودکننده هستند(۷۲). به این دلیل باید به تأثیر متقابل سلامت اجتماعی و روانی توجـه کـرد و آن‌هـا را در کنـار سلامت جسمی که خود متأثر از دین (سلامت معنوی) و فرهنگ جوامع و سبک زندگی افراد، در قالب یک کل هماهنگ و یکپارچه، مورد دقت قرار داد. چرا که دین، ملیت و تفـاوت‌هـای فرهنگـی در سـبک زنـدگی تـأثیر دارد(۷۳). سبک زندگی دینی می‌تواند به عنوان مکانیسمی عمل کند کـه از طریق تعهد شرعی فرد را به سـمت انجـام رفتارهـای بهتـر مـرتبط بـا سلامتی، مانند اجتناب از سیگار، الکل و مواد مخدر و رفتارهـای پرخطـر جنسی سوق دهد(۷۴). دراین‌حال تمـام اشـتغالات فـرد متوجـه اجـرای دستورات خداست که سومین توصیه معصوم اسـت. خداونـد مـی‌فرمایـد دستورات اسلام حیات‌بخش هستند (سوره انفال آیه۲۴) و به کسـانی کـه در راه تحصیل رضای حق حرکت کنند، سه نعمت عظیم عطا می‌فرماید:

هدایت به جاده‌های سلامت، هدایت بـه صـراط مسـتقیم و خـروج از ظلمات به سوی نور(۲۹). حقیقت بندگی سبب می‌شود تا افـراد در طـول عمر خود تنها در پی اجرای دستورات الهی باشند. سبک زندگی خود را با

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-24]

احکام شرعی و فضایل اخلاق تطبیق دهنـد . بـا ذکـر خـدا در نمازهـای پنجگانه، ضمن تطهیر جسم خود با رعایت آداب وضو، بـه تطهیـر روح در نماز بپردازند. از هر گونه فحشا و منکری اجتناب کنند. آداب اسلامی را در خوردن، خوابیدن و سخن گفتن رعایت کنند. چنانچه بهلول فرمود: "بدان اصل در خوردن طعام آن است که لقمه حلال باید و اگـر حـرام را صـد از این گونه آداب به جا بیاوری فایده ندارد و سبب تاریکی دل شود. در سخن گفتن باید دل پاک باشد و نیت درسـت باشـد و آن گفـتن بـرای رضـای خدای باشد و اگر برای غرضی یا مطلب دنیا باشد یا بیهوده و هرزه بود، هر عبارت که بگویی آن وبال تو باشد. پس سکوت و خاموشی بهتر و نیکـوتر باشد. در خواب کردن، اصل این است که در وقت خوابیدن در دل تو بغض و کینه و حسد بشری نباشد" از رفتارهای پر خطر جنسی و اعتیاد به هـر گونه مواد مخدر یا عوامل مخل سلامت به عنوان حرام الهی اجتناب کنند و عادات غیربهداشتی را کنار بگذارند. چرا که حفظ سلامت جسم واجـب شرعی است. با رعایت اقدامات پیشگیری از بیماری احتراز کنند و با بـروز علایم بیماری در پی درمان آن بر آیند و هنگام بیمـاری و تمـام لحظـات زندگی از ترس و اضطراب آینده، اندوه و حسرت گذشته در امان باشند، با ملکه صبر و شکر در زمان حال زندگی کنند(۷۵). با توجه به خدا و انجـام عمل برای رضای خدا، هم در نیت و هم در عمل، خـدا را حاضـر و نـاظر بدانند، و به حالت درونی روحانی و باطنی برسند تا هرکاری را با قصد قرب الهی و کسب رضایت خداوند انجام دهند، با تلاش برای تهـذیب نفـس از بیماری‌های باطنی و رذایل اخلاقی بیشتر فاصله بگیرند، از حقیقـت قلـب سـلیم بهـره‌منـد شـوند (۷۶). در ایـن حـال هماننـد حضـرت ابـراهیم خلیل‌الرحمن، پدر انبیای الهی و صاحب قلب سلیم اظهار کنند که "همانا نماز من و عبادات من و زندگی من و مرگ من بـرای خداونـد، پروردگـار جهانیان است" (آیه ۱۶۲ سوره انعام)

اما نکته حائز اهمیت این است که باید توجه داشت نباید دین و معنویت را به عنوان ابزاری برای ارتقای سلامت خود در نظر بگیریم چنانچه آلپـورت می‌نویسد "درست است که نظام ارزشی دین بهترین نظـامی اسـت کـه بـه شخصیت وحدت و یکپارچگی می‌بخشد، ولی چنین نیست کـه هـر نـوع از اعتقاد دینی بتواند از عهده چنین کاری برآید. چراکه بسـیاری از افـراد ادعـا می‌کنند که به خدا اعتقاد دارند و از دین نیز پیروی می‌کنند، ولی همه ایـن افراد سالم نیستند و از آن وحـدت و یکپـارچگی شخصـیت، کـه بخشـی از شخصیت سالم و کامل به حساب می‌آید، برخوردار نیستند. حال سؤال ایـن است که آیا عیب از دین است یا از افرادی که ادعای دین‌داری می کننـد؟" ایشان پس از انجام تحقیقات در زمینه رابطه بین بی‌دینی و امـراض روانـی، کشف کرد که دو نوع اعتقاد دینی (جهت و گرایش دینی) وجود دارد: اعتقاد دینی ظاهری و اعتقاد دینی باطنی. اعتقاد دینی ظاهری یک تعهد کـاذب و عهد و پیمان دروغین نسبت به خدا و دین است که در آن شـخص از دیـن استفاده می‌کند تا به دیگر اهداف خود برسد. فردی که دارای جهت مذهبی ظاهری است، دارای ایمانی منافقانه نسبت به خدا و تعهدی ریاکارانه نسـبت به دین می‌باشد. چنین فردی ادعا می‌کند که مهم‌ترین ارزش در زنـدگی او، پرستش و عبودیت خداوند از مجرای دینش می‌باشد. اما حقیقـت امـر ایـن است که سایر ارزش‌های غیردینی (قدرت وسلطه، ثروت و دارایی، شهرت و محبوبیت و ...) برای او مهم‌ترند. این چنین فردی از دین به عنوان یک ابـزار استفاده می‌کند تا به اهداف غیرخدایی ـ یعنی اهدافی که با سـایر ارزش‌هـا مرتبط هستند ـ برسد. شخصی که دارای یک تعهد مذهبی ظـاهری اسـت، دین را به کار می‌گیرد تا از طریق آن منافعی را کسب نماید، اعمال و گفتار و نیات مذهبی از خود بروز می‌دهد تا از این طریق، منافع انسانی و حتی گاهی شیطانی خود را تأمین نماید. چنین شخصی در واقع، زیر لوای دین و با نـام دین، سعی و تلاشش و هـمّ و غمـش ایـن اسـت کـه بـه اهـداف سیاسـی، اقتصادی، اجتماعی، هنری یا علمی برسد. به اعتقاد آلپورت، چنین جهتـی و چنین اعتقادی نه تنها نمی‌تواند به شخصیت وحدت و یکپـارچگی ببخشـد، بلکه می‌تواند منشأ بیماری روانی نیز باشد. اما نوع دیگر اعتقاد دینی، «اعتقاد دینی باطنی» یا به تعبیر دیگر، جهت مـذهبی بـاطنی، یـک عهـد و پیمـان کامل و خالصانه نسبت به خدا و نسبت به شیوه مذهبی زندگی است. جهت مذهبی باطنی یک جهت زنده و پویاست که در تمام زندگی وجود دارد، نـه این که به صورت عادت درآمده باشد. آلپورت بیان مـی‌دارد: "شخصـی کـه دارای جهت مذهبی باطنی است، بیش‌تر علاقه مند است بـه دیـن خـودش خدمت کند تا این که آن را به خدمت بگیرد. چنین جهتی یک پیمان جامع و کامل به حساب می‌آید که از طریق آن، همه چیزهای دیگر در زندگی بـه دست آمده، به نتیجه می‌رسـند". بـه عقیـده وی، "جهـت مـذهبی بـاطنی نمی‌تواند برای هیچ هدف دیگری، حتی هدف رسیدن به سلامت روان، مورد استفاده قرار بگیرد؛ زیرا چنین جهتی یک جهت کاملا خالصانه است که فقط در جهت رسیدن به خدا مورد اسـتفاده قـرار مـی‌گیـرد. بـه عبـارتی دیگـر، می‌توان گفت: قصد و نیت افراد در جهت مذهبی آنان مهم اسـت. اگـر ایـن نیت یک نیت خالصانه خدایی باشد، جهت دینی آنان نیز بـاطنی و خالصـانه خواهد بود و اگر این نیت یک نیت ریاکارانه باشد، جهت دینی نیز ظاهری و ریاکارانه خواهد بود." به عقیده آلپورت، اگر شخصی تصمیم بگیـرد مـذهبی باشد تا از این طریق به سلامت روان برسـد، جهـت مـذهبی او یـک جهـت مذهبی خالصانه نخواهد بود؛ زیرا وی در حال اسـتفاده از دیـن اسـت بـرای رسیدن به هـدفی (بـه دسـت آوردن سـلامت روان)، کـه ایـن هـدف، غیـر خداست. از دیدگاه آلپورت، حتـی چنـین شخصـی نیـز در حقیقـت، دارای جهت مذهبی ظاهری بـوده، در نهایـت از لحـاظ روان‌شـناختی مـریض بـه حساب می‌آید. با وجود این، خود آلپورت بیان می دارد: "اگر شخصی دارای گرایش و جهت مذهبی خالصانه باشد، محصول جانبی این جهت خالصانه آن خواهد بود که دین چنین شخصی را حفظ کـرده، از او مراقبـت مـی‌کنـد و سلامت و روان را برای او به ارمغان می‌آورد(۷۷).

در دیدگاه فلسفی اسلام سیر در مراتب بندگی و سـلوک معنـوی

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-24]

با پذیرش دین اسلام مبتنی بر حکمت وخرد ورزی شروع می‌شودکه با اعتدال در قوه عاقله همراه است. انجام دستورات دینی و عمل صالح بنده را به مرتبه ایمان و باور قلبی می‌رساند، در این حال توجه دائم به حضور خداوند بینای حکیم، سبب حیا، عفت و پاکدامنی شده منجر به اعتدال قوه شهوت می‌شود. ظهور ایمان در تمام اعضا و جوارح باعث تقوی شده و فرد، شجاعت کنترل نفس را به‌دست آورده و به اعتدال در قوه غضبیه نایل می‌شود. توجه به فقر ذاتی مخلوقات بنده متقی را به دل بریدن از ظواهر فریبنده دنیا و اعتدال در قوه عامله رسانده و او را عادلی، عدالت خواه می‌گرداند. در این حال بنده برای خود هیچ مالکیتی ندیده و به انفاق از مال وجان می‌پردازد. استقامت و پایداری بر اعتقادات سبب ایجاد یقین شده دیگر بنده برای خود منفعت‌طلبی و مصلحت‌اندیشی نمی‌کند و تمام امور را به خدا واگذار کرده و با یقین به مقام ایثار وسخاوت دست می‌یابد و آرامش می‌یابد. در اوج بندگی تنها برای رضای خدا می‌کوشد و همواره مشغول اجرای فرمان حق می‌شود. این چنین فردی در مقام اخلاص با سکینه قلب به مقام شهادت و شفاعت که مقام محمود است، نایل می‌شود. این چنین فردی شیعه حضرت امیرالمومنین شهید عدالت و صاحب اخلاص خواهد بود. این گرایش خالصانه مذهبی او را در دنیا واخرت سلامت نگه می‌دارد و به حیات طیبه می‌رساند(۷۸).

نتیجه‌گیری

با توجه به این که دستیابی به سلامت معنوی (قلب سلیم) نیازمند تقویت بنیه معنوی افراد، سیر در مراتب ایمان، حقیقت بندگی و انجام اعمال صالح و کسب فضایل اخلاقی است، سبب برخورداری از حیات طیبه و بالاترین سطح کیفیت زندگی در بین آحاد جامعه می‌شود. ایشان را به سلامت روانی می‌رساند و سبب می‌شود تا ارتباطات اجتماعی ایشان بر مبنای عدالت شکل گیرد و سلامت اجتماعی توسعه یابد. با رعایت اصول بهداشتی (دوری از محرمات الهی) سلامت جسمی ارتقا یابد. کمال انقطاع الی‌الله و اخلاص در عمل، به نیات، افکار، احساسات و عواطف و رفتارهای فردی و اجتماعی ایشان رنگ الهی می‌زند و پیروی از سیره انبیا و اولیای الهی سبب سبک زندگی سالم در افراد می‌شود. بنابراین ضروری است که سلامت معنوی در خدمات سلامت در تمام سطوح پیشگیری مورد توجه قرار گیرد و در کوریکولوم آموزشی دانشجویان علوم سلامت وارد شود.

قدردانی و تشکر

گروه تحقیق از استادان گروه سلامت معنوی فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران که اجازه طرح مباحث را درجلسات گروه را دادند، با پیشنهادات و اصلاحات خود، گروه تحقیق را مساعدت کردند، تشکر و قدردانی می‌کند.

تضاد منافع: نویسندگان تضاد منافع در انتشار مقاله ندارند.

How Spiritual Health Affects Other Dimensions of Health

Hassan Abolghasemi[1], Minoo Asadzandi[*2]

Abstract

Background: In the community-based and holistic health services approach attention to the bio- psycho-social spiritual health of patients and clients, at all levels is necessary . This study was aimed to assess how spiritual health affects other aspects of health (i.e. Physical-Psycho-Social) .

Methods: In evolutionary research, the Walker Avant content analysis method was used to upgrade existing knowledge with a systematic, scientific and justifiable process focusing on the question "How spiritual health affects bio- psycho-social health?" The scientific and religious literature from 1990 to 2018 was extracted according to the evidence-based .Shite commentaries, authentic narrations (Khamam Nahjolbalagheh, the forces of wisdom and ignorance hadith, Envan –Basree Hadith, divine love hadith) and clinical evidence in health services were analyzed.

Results: Spiritual health means having Sound Heart, which is the result of true worship – submission to God – disregard of self-interest, trusting in God, delegating affairs to God and enduring hardships - paying attention to God's laws and prohibitions, avoiding selfishness and reforming lifestyle .It also affects health by: creating a social support network, managing stress and giving meaning to life in the psychological dimension, and creating health behaviors in the physical dimension. True worship creates: asceticism, contentment (social health) - Liberation from anxiety and depression (mental health), - Love and devotion to God (spiritual health). Mental relaxation improves physical health.

1. Professor, Beheshti University of Medical Sciences, Department of Pediatrics, Pediatric Congenital Hemologic Disorders Research Center.

2. * Assistant Professor and Researcher, Quran and Hadith Research Center, Faculty of Nursing, Baqiyatallah University of Medical Sciences. Member of the Department of Spiritual Health of the Academy of Medical Sciences IR of Iran, Tehran, Iran.

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-24]

Conclusion: The strengthening of the spiritual foundation of patients /clients increases their bio- psycho-social health and achieves the highest quality of life (Hayat Tayebeh). Spiritual health should be considered seriously in Iranian Health Services.

Keywords: Community Health Planning, Health Promotion, Mental Health, Spirituality

منابع

1. Hark Reader H. Fundamentals of nursing caring and clinical judgment. Philadelphia: Saunders Com; 2015.
2. Burkhart L, Hogan N. An experiential theory of spiritual care in nursing practice. Qual Health Res 2008; 18(7): 928-38.
3. Delaine S, Lander P. Fundamentals of nursing standard and practice. Rochester: Albany international Thomson Publishing; 2008.
4. Asadzandi M. Effect of spiritual health (Sound Heart) on the other dimensions of health at different levels of prevention. Clinical Journal of Nursing Care and Practice 2018; 2: 18-24.
5. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences Clinical Psychiatry. Translated by: F. Rezaei. Tehran: Arjmand Publication: 2015. p. 301-26.
6. Pargament KI, Koenig HG, Tarakeshwar N, Hahn J. Religious coping methods as predictors of psychological, physical and spiritual outcomes among medically ill elderly patients: a two-year longitudinal study. J Health Psychol 2004; 9(6): 713–730.
7. Baldachino D. Teaching on the spiritual dimension in care to undergraduate nursing students: The content and teaching methods. urse Educ Today 2007; 28(4): 501- 512.
8. Wachholtz B, Kenneth I. Is Spirituality Critical Ingredient of Meditation? Comparing the effects of Spiritual Meditation, Secular Meditation and Relaxation on Spiritual, Psychological, cardiac and pain outcomes. J Behav Med 2005; 28(4): 369-384.
9. Lee L, Connor K, Davidson J. Eastern and western spiritual beliefs and violent trauma: A U.S. national community survey. Traumatology 2008; 14(3): 68-76.
10. Asadzandi M. Clients and Patients' Spiritual Nursing Diagnosis of the Sound Heart Model. J Community Med Health Educ 2017; 7(6): 2-6.
11. Cocker Ham WC. Medical Sociology. 5th ed. New Jersey: prentice Hall; 2008.
12. Encyclopedia of Spiritual Health. Tehran: Academy of Medical Sciences of the Islamic Republic of Iran; 2018.
13. McSherry W, Draper P. The debates emerging in the literature surrounding the concept of spirituality as applied to nursing. J Adv Nurs 2002; 27(4): 683-691.
14. Allahbakhshian M, Jaffarpour M, Parvizy S, Haghani H. A survey on relationship between spiritual wellbeing and quality of life in multiple sclerosis patients. Zahedan Journal of Research in Medical Sciences 2010; 12(3): 29-33. [In Persian]
15. Rozario LD. Spirituality in the lives of people with disability and chronic illness: A creative paradigm of wholeness and reconstitution. Disabil Rehabil 1997; 19(10): 427-34.
16. Bergin AE. Values and religious issues in psychotherapy and mental health. Am Psychol 1991; 46(4): 394.
17. Koenig Harold G. Spirituality in patient care: why, how, when, and what. 3rd ed. Pennsylvania: Templeton Press; 2013.
18. Asadizandi M, Pourebrahimi M, Ebadi A. Attitude of Military Students and Military Nurses toward Spirituality and Spiritual Care. Journal of Clinical and Nursing Research 2018; 2(4): 8-13.
19. Ross L, Leeuwen RV, Baldacchino D. Student nurses perceptions of spirituality and competence in delivering spiritual care: A European pilot study. Nurse Educ Today 2014; 34(5): 697-702.
20. Krishnakumar E. The Holy Spirit questioners. 3rd ed. Qom: New Dehli Amanya; 1994.
21. Craven RF, Hirnle CJ. Fundamentals of Nursing: Human Health and Function. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
22. Brown DR, Johnson EP, Parrish MS. Spirituality Assessments: Limitations and Recommendations. 2007. Available at: http://counselingoutfitters.com/vistas/vistas07/Brown.htm.
23. Safayi Rad I, Karimi L, Shomoossi N, Ahmadi Tahour M. The relationship between spiritual wellbeing and mental health of university students. Quarterly Journal of sabzevar university of Medical Sciences 2010; 17(4): 274-280. [In Persian]
24. Sohrabi F. Principles of spiritual intelligence. Journal of Mental Health 2008; 1(1): 14-8. [In Persian]
25. Taro L. Globalization: It's a fortune for the brave heroes. Tehran: Farah Publications; 2004. p. 1-45.
26. Alpar ŞE, Şenturan L, Karabacak Ü, Sabuncu N. Change in the health promoting lifestyle behaviour of Turkish University nursing students from beginning to end of nurse training. Nurse Educ Pract 2008; 8(6): 382-8.
27. Cavendish R, Konecny L, Mitzeliotis C, Russo D, Luise B, Lanza M, et al. Spiritual care activities of nurses using Nursing Interventions Classification (NIC) labels. Int J Nurs Terminol Classif 2003; 14(4): 113-24.
28. Asadzandi M. Spiritual care. Tehran: Resaneh Takhassosi Publication; 2016. [In Persian]
29. Koleini A. Kofi principles. Tehran: Culture of the Prophet Muhammad Progeny Publications; 2018. [In Persian]
30. Majlesi MB. Bahar-Al-Anvar. Tehran:Darolkotob-Al-Eslamieh; 1699. Vol. 23 p. 172.

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-24]

31. Asadzandi M. Access to the Sound Heart identifies the concept of spiritual health. Journal of Medical Jurisprudence 2014; 6 (19-18): 143-173. [In Persian]
32. Tabatabai MH. Al-Mizan fi Tafsir al-Quran. Translated by: M. Moosavi. Qom: Seminary Scholar's Community; 1971. [In Persian]
33. Noori Tabarsi H. Mustadrak Al-wasail. Qom: Al al-Bayt; 2018.
34. Motahhari M. The Issue of Profound Knowledge. Qom: Sadra Publications; 1979. [In Persian]
35. Asadzandi M. Characteristics of Sound Heart Owners as Islamic Spiritual Health Indicators. Journal of Community Medicine & Health Education 2019; 4(1): 1032.
36. Crystal L. Park Religion as a Meaning Making Framework in Coping with Life Stress. Journal of Social Issue 2005; 61(4): 707-729.
37. Fetzer Institute/National Institute on Aging. Multidimensional measurement of religiousness/spirituality for use in health research: A report of the Fetzer Institute/National Institute on aging working group. Kalamazoo, MI: John E. Fetzer Institute; 1999.
38. Koenig HG. Research on religion, spirituality, and mental health: a review. Can J Psychiatry 2009; 54(5): 283-91.
39. Sajjadi H, Sadr Sadat J. Social Health Indicators. Journal of Educational Socio-Economic Information 2005; 207,208: 244-253. [In Persian]
40. Gheraati M. Noor interpretations. 2nd ed. Tehran: Cultural Center of Quran; 2017.
41. Makarem Shirazi N. Tafsir Nemooneh. Tehran: Darolkotob-Al-Eslamieh; 2018. Vol. 19 p. 478. [In Persian]
42. Makarem Shirazi N. Ethics in Holy Quran. Qom: Imam Ali Press; 2012. [In Persian]
43. Javadi Amoli A. Thematic interpretation of Quran: the morality steps of Quran. Qom: Asra Press; 2009. [In Persian]
44. Khomeini R. Al-Salat customs. Tehran: Institute for compilation and Publication of Imam Khomeini; 2004. [In Persian]
45. Larson DB, Swyers JP, McCullough ME. Scientific research on spirituality and health: A consensus report. Rockville: National Institute for Healthcare Research; 1998.
46. Levin JS, Vanderpool HY. Religious factors in physical health and the prevention of illness. In: Pargament KI, Maton KI, Hess RE, editors. Religion and prevention in mental health: Research, vision, and action. New York: Haworth Press; 1992. p. 83-103.
47. Lim C, Putnam RD. Religion, Social Networks, and Life satisfaction. Am Sociol Rev 2010; 75(6): 914-933.
48. Paloutzian RF, Kirkpatrick LA. The scope of religious influences on personal and societal well-being. J Soc Issues 1995; 51(2): 1-11.
49. Hill PC, Pargament KI, Hood RW, McCullough ME, Swyers JP, Larson DB, et al. Conceptualizing religion and spirituality: Points of commonality, points of departure. J Theory Soc Behav 2000; 30(1): 51–77.
50. Folger R, Konovsky MA, Effects of procedural and distributive justice on reactions to pay raise decision. Acad Manage Rev 1989; 32 (1): 115-13.
51. Bush DE, Ziegelstein RC, Patel UV, et al. Post-Myocardial Infarction Depression: Summary. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality; 2005.
52. Lane D, Carroll D, Ring C, Beevers DG, Lip GY. Mortality and quality of life 12 months after myocardial infarction: effects of depression and anxiety. Psychosom Med 2001; 63(2): 221-30.
53. Mendes de Leon CF, Czajkowski SM, Freedland KE, Bang H, Powell LH, Wu C, et al. The effect of a psychosocial intervention and quality of life after acute myocardial infarction: the Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease (ENRICHD) clinical trial. J Cardiopulm Rehabil 2006; 26(1): 9-13.
54. Dracup K, Westlake C, Erickson VS, Moser DK, Caldwell ML, Hamilton MA. Perceived control reduces emotional stress in patients with heart failure. J Heart Transplant 2003; 22(1): 90-93.
55. Sam Aram A. Social health. Journal of Social Security Policies 2009; (1)1: 25-31.
56. Babapour Kheiroddin J, Toosi F, Hekmati I. Study of Determinant Factors Role of Students' Social Well-Being. Journal of Psychology 2009; 4(16): 1-20. [In Persian]
57. Ebrahim Najaf Abadi A. Factors Influencing the Social Health Rate of 15 to 24 Year Old females in Isfahan (focusing on social support rate). J Health Psychol 2011; 1(2): 99-113. [In Persian]
58. Fadayi Mehrebani M. Citizenship: Media and Social Health. Communic Res 2007; 14(49): 67-86.
59. Sharbatiyan MH. The semantic components reflecting the link between social capital and the rate social health of the benefit of students of Pay am Noor University Mashhad. The Sociology of the Youth Studies quarterly 2012; 2(5): 149–174. [In Persian]
60. Larson JS. The World Organization Definition Of Health: Social Versus Spiritual Health. Soc Indic Res 1996; 38(2): 181-192.
61. Van Ommeren M, Saxena S, Saraceno B. Mental and social health during and after acute emergencies: emerging consensus? Bull World Health Org 2005; 83(1): 71-5.
62. Smith KP, Christakis NA. Social networks and health. Annul Rev Social 2008; 34(10): 405-29.
63. Brown SJ, Yelland JS, Sutherland GA, Baghurst PA, Robinson JS. Stressful life events, social health issues and low birth weight in an Australian population-based birth cohort: challenges and opportunities in antenatal care. BMC Public Health 2011; 11(1): 196-201.
64. Graham H. Social determinants and their unequal distribution: clarifying policy understandings. Milbank Q 2004; 82(1):101-24.
65. Fathi M, Ajamnejad M, Rowan S. Factors Affecting the Social Health of Teachers in Maragheh. Scientific Journal of Social Welfare 2007; 12(4): 225-243. [In Persian]
66. Keyes CL, Shapiro AD. Social well-being in the United States: A descriptive epidemiology. In: Brim OG, Ryff CD, Kessler RC, editors. How healthy are we?: A national study of well-being at midlife. Chicago: The University of Chicago Press; 2004. p. 350-72.
67. GartnerJ. Religious commitment, mental health, and prosocial behavior: A review of the empirical literature. In: Shafranske EP,

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-24]

editors. Religion and the clinical practice of psychology. Washington: American Psychological Association; 1996. p. 187-214.

68. Banaian SH, Parvin N, Kazemian A. The investigation of the relationship between mental health condition and marital satisfaction. Journal of Hamadan nursing and midwifery faculty 2006; 14(2): 52-58. [In Persian]
69. Ahmadi H, Marzban M, Rouhani AS. Investigation of Socio-Cultural Factors Related to Mental Health of Students of Shiraz University. Journal of Sociology 2011; 1(10): 35-39. [In Persian]
70. Koshy TK. Revision Notes on Psychiatry. 3rd ed. Bangalore: MacMillan, India Limits; 1985.
71. Omidian M. A Survey on General Health and Happiness in Yazd University Students. Educational Studies and Psychology Journal 2009; 1(3): 101-117. [In Persian]
72. Bagheri F, Akbarizadeh F, Hatami H. Relationship between Nurses' spiritual Intelligence and Happiness in Iran. Procedia Soc Behav Sci 2010; 5(8): 1556-1561.
73. Jejeebhoy SJ, Sathar ZA. Women's autonomy in India and Pakistan: the influence of religion and region. Popul Dev Rev 2004; (4): 687-712.
74. Hill PC, Pargament KI, Hood RW, Mc-Cullough ME, Swyers JP, Larson DB, et al. Conceptualizing Religion and Spirituality: Points of Commonality, Points of Departure. J Theory Soc Behav 2000; 30(1): 51-77.
75. Asadzandi M. Sound Heart: Spiritual Nursing Care Model from Religious Viewpoint. J Relig Health 2015; 54(2): 130-145.
76. Mousavi Khomeini R, Sahifeh Imam. Tehran: Institute for Compilation and Publication of Imam Khomeini; 2010. Vol 16 p. 44. [In Persian]
77. Gordon W. All port, Basic considerations for a psychology of personality. Michigan: Yale University press; 1978. p. 93.
78. Asadzandi M. Professors spiritual characteristics for role- modeling education. Educ Strategy Med Sci 2017; 10(1): 23-35. [In Persian]

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-24]