نشریه فرهنگ و ارتقای سلامت فرهنگستان علوم پزشکی
سال چهارم، شماره چهارم، زمستان ۹۹، صفحات ۴۹۹ تا ۵۰۹

پژوهشی

استفاده از ظرفیت‌های محیط‌های بهداشتی درمانی در سلامت معنوی اسلامی

عباس‌علی واشیان*[۱]

چکیده

زمینه و هدف: نبود اطلاعات دانشی، ضعف بینش صحیح معنوی و عدم به‌کارگیری رفتاری گزاره‌های معنوی به دلیل جامع نبودن ساختار نظام مراکز بهداشتی درمانی در داخل کشور از مهم‌ترین مسئله‌های حوزه سلامت است؛ حال آنکه در ادیان و ملل دیگر و در کشورهای بسیاری به این نیاز و نحوه پاسخگویی به آن در نظام سلامت توجه شده است. با توجه به ظرفیت‌های موجود معنوی در جهان اسلام و از جمله جهان تشیع می‌توان از ظرفیت‌های موجود در فرهیختگان و اندیشمندان میان رشته‌ای در ایجاد، حفظ و توسعه گزاره‌های معنوی که تولید شده یا می‌شود، در مراکز بهداشتی درمانی استفاده کرد.

روش: توصیفی تحلیلی با مطالعات میان رشته‌ای قرآن، روایات و علوم پزشکی است.

یافته‌ها: نشان می‌دهد که در اغلب ادیان و ملل دیگر با استفاده از رویکردها، راهبردها و مهارت‌های سلامت و مراقبت معنوی در نظام ساختاری بهداشت و درمان و آموزش پزشکی، بسته خدمات و پروتکل‌هایی شکل گرفته و ارائه خدمت می‌شود.

نتیجه‌گیری: نشان می‌دهد که با استفاده از سلامت معنوی اسلامی همانند بسیاری از ادیان و ملل در گذشته و حال با رویکردی ساختارمند که در تمام اجزای سلامت ورود داشته باشد، می‌توان به تمام ابعاد انسان در تمامی سطوح پیشگیری توجه داشت؛ راهبردهایی که جامعیت بیشتری در ارائه خدمات بهداشتی درمانی از خانه بهداشت در روستا گرفته تا سطوح ستادی در دانشگاه‌های علوم پزشکی و وزارت متبوع و در سطحی فراتر در تمامی دستگاه‌هایی که در حوزه سلامت دارند.

کلید واژه‌ها: ارائه مراقبت‌های بهداشتی، خدمات بهداشتی درمانی، سلامت معنوی

مقدمه

برای ارائه مراقبتِ جامع، وجود منابع انسانی و غیرانسانی، در محیط‌های بهداشتی درمانی، از حوزه سلامت معنوی در PHC محرومند؛ با وجودی که در ساختار موجود سلامت و مراقبت بحث معنویت و سلامت معنوی دیده نشده است. آحاد مردم نیاز به مراقبت از فیزیک بدنی، فکر و ذهن دارند. همچنین نیاز به مراقبت در مسیرهایی دارند که سلامت معنوی آن‌ها تأمین شود. با توجه به شواهد تحقیقات انجام شده، سلامت معنوی با سلامت فیزیکی و ذهنی ارتباط تنگاتنگ دارد. فرض بر این است که سلامت و مراقبت معنوی افراد را پشتیبانی می‌کند، به سلامت ابعاد دیگر انسان کمک می‌کند و افراد را به سلامت مطلوب نزدیک می‌کند. چالش‌های سلامت، تصمیم‌گیری‌ها در حوزه سلامت، رنج‌ها و بیماری‌ها با جهان‌بینی خدمات گیرندگان در مراکز بهداشت و درمان در ارتباط است. بنابراین اعتقادات معنوی و مذهبی ارائه‌دهندگان خدمت از یک سو و ویژگی‌های معنوی و مذهبی خدمات گیرندگان بر ارائه خدمات بهداشتی درمانی تأثیرگذار است (۱). عدم درک این اعتقادات تأثیرگذار، ناشی از درک نادرست از این ظرفیت در سلامت است. انگیزش، آگاهی‌بخشی، واقع‌گرایی، محبت و دوست‌داشتن در کنار توجه به اعتقادات و رویه‌های معنوی افراد حتی در رفع رنج و بیماری آن‌ها چه در پیشگیری و چه در درمان و حتی توان‌بخشی قابل ملاحظه است. گاهی اوقات باورهای معنوی ناخوشایند می‌توانند رنج فرد را تشدید کنند. شناخت چنین عقایدی و حمایت یا نظارت بر آن‌ها از لوازم کار است. مسائل معنوی همانند مسائل جسمی نیاز به شناخت، سبب‌شناسی بروز، آسیب‌شناسی، قلمروی بروز، شناخت روش‌های مواجهه و ویژگی‌های اختصاصی آن دارد که به حسب آن کارشناس خود را می‌طلبد. همچنان که مهندس نمی‌تواند در پزشکی مداخله کند، پزشک هم مداخله‌ای در امور مهندسی ندارد اما در زبان گفتمان

۱. استاد همکار دانشگاه علوم پزشکی قم و جامعه‌المصطفی(ص) العالمیه، دانش‌آموخته دانشگاه علوم پزشکی ایران، دکترای تخصصی قرآن و علوم (گرایش بهداشت و سلامت)؛ مدیر گرایش بهداشت و سلامت مجتمع آموزش عالی امام خمینی(ره)

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-18]

علمی در فضای میان رشته‌ای می‌توانند با یکدیگر مسائل را حل کنند. بدون مداخله فرد مطلع و متخصص یا کارشناس غیرممکن است، پیشگیری یا درمان و حل مسائل صورت گیرد. مداخله در مسئله بدون تخصص با دستکاری مسئله، حساسیت و تخریب سلامت و مراقبت معنوی را باعث می‌شود.

برای ارائه مراقبتِ جامع، گروه بهداشتی درمانی نیاز به مراقبت از فیزیک بدنی و فکری دارند. همچنین نیاز به مراقبت در موضوعاتی است که به معنویت فرد حساس هستند. با توجه به شواهد تحقیقات انجام شده، سلامت معنوی با سلامت فیزیکی و ذهنی مرتبط است. افراد، در صورتی سلامت خود را می‌توانند به دست آورند، حفظ کنند یا ارتقا دهند که چالش‌ها، تصمیم‌گیری‌ها، رنج‌ها و ... را با جهان‌بینی افراد ارتباط دهد که ارتباط تنگاتنگی با اعتقادات معنوی و مذهبی آنها دارد. عدم درکِ این اعتقادات تأثیرگذار این است که نتوانند درک کنند که چه چیزی انگیزه، آگاهی و واقعیت دوست داشتن فرد، اعتقادات و رویه‌های معنوی اغلب آن‌ها و رنج کشیدن را رفع نموده است. متأسفانه گاهی اوقات باورهای معنوی ناخوشایند می‌توانند رنج فرد را تشدید کنند. صرف‌نظر از آن، چنین عقایدی در کنار هم قرار دارند و افراد نیاز به شناخت و گاهی اوقات حمایت یا نظارت دارند. شناخت معنویت فرد همانند ایستادن در مکانی معنوی است که با شناخت صاحب آن مکان مقدس بر تأثیرات دریافتی از آن مکان توسط فرد می‌افزاید (۲). مراقب معنوی، نمی‌تواند مشکل معنوی را همانند یک زخم فشاری یا حتی مشکل عاطفی که به نظر می‌رسد، مشاهده کند. مسائل معنوی غیرممکن نیستند اما می‌توانند اثبات شوند، درمان شوند، حل شوند یا دستکاری شوند. موضع مراقبت در سلامت معنوی نسبت به حساسیت معنوی به نحوی است که مراقبت باید بدنبال همراهی، حمایت و پرورش باشد. سلامت معنوی اسلامی در واقع کمک به مقابله و تنظیم فعالیت‌هایی است که به مواجهه با موضوعات و مسائل از قبل از تولد تا مرگ و پس از آن دارد. این منابع با استفاده از ظرفیت موجود در قرآن کریم، نهج‌البلاغه، صحیفه سجادیه و متون اسلامی‌قابل استخراج و بهره‌برداری است. از جمله مصادیق آن در قرآن کریم، آیه ۱۶ سوره مائده و ۲۹ سوره رعد است که ضمن ارائه نقشه راهی جامع از سلامت، علاوه بر پی‌ریزی مفهوم سلامت معنوی در جامعه ایرانی اسلامی، نقش آموزشی تربیتی سلامت معنوی اسلامی را مطرح می‌نماید(۳-۴)

با این نگاه، در این مقاله که برگرفته از سخنرانی محقق در کارگاه دانش افزایی و مهارت افزایی سلامت معنوی اسلامی در شهریور ۱۳۹۹ است، سعی شده تا کارآمدی و پی‌ریزی ظرفیت‌های معنوی اسلامی در نظام سلامت تدوین شود.

بحث و بررسی سلامت معنوی اسلامی‌در ساختار نظام سلامت

معنویت و سلامت معنوی اسلامی، به‌طورکلی شامل اعتقاد به رابطه‌ای با قدرتی بالاتر و برتر، نیرویی خلاق، وجودی الهی و یا منبعی بی‌نهایت است. اعتقاد به خدا، معنویتی بزرگ یا قدرتی بالاتر و برتر است. معنویت و سلامت معنوی اسلامی، عاملی برای اتباط با خدا است. در واقع، تجربه معنوی اغلب برای افرادی است که این تجربه را در ارتباط با خالقشان داشته‌اند که معمولاً با کلماتی آن را توصیف می‌کنند.

برای پرداختن به موضوع سلامت معنوی اسلامی‌در ساختارسازی نظام سلامت کشور، خاصه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ارکان و مؤلفه‌هایی مطرح است که در این مختصر به برخی از آن‌ها اشاره می‌شود:

نیازهای معنوی

همانند نیازهای جسمی، روانی، اجتماعی، نیازهایی در معنویت مطرح است که باید به آن پاسخ داد. سلامت و مراقبت معنوی شهودی بصری، فرا شخصیتی، فردی و بین فردی و چندجانبه است و بیانی واقعی است که به آگاهی ارائه‌دهنده ودریافت‌کننده خدمت بهداشتی - درمانی از ابعاد متعالی زندگی بستگی دارد. سلامت معنوی اسلامی دارای چشم‌اندازی روشن است که تأمین‌کننده مداخلات بهداشتی - درمانی می‌تواند باشد. سلامت معنوی اسلامی، مسیر را به واقعیت مذهبی یا معنوی هدایت می‌کند. برخی از این نیازها، فردی، برخی در بستر خانواده و برخی نگاهی اجتماعی دارد. از سوی دیگر، در نظام سلامت، از منظر مدیریت خدمات بهداشتی درمانی برخی از این نیازها در حد صف و برخی ستادی است. برخی درون واحدی در خود نظام بهداشت و درمان و برخی بین واحدی در حیطه سازمان‌های دخیل در بهداشت و سلامت است.

از جمله نیازهای به معنویت اسلامی، رضایت‌بخشی بیماری، زندگی، مرگ و هرگونه از دست‌دادن یا چالش جدی، نیاز به هدف، حرفه، مأموریت، باور، نیاز به باورپذیری، جهان‌بینی معقول، پرهیز از گناه، نیاز به بازگرداندن رابطه صحیح و مناسب، مدیریت شرم، نقص، ناتوانی، نیاز به عبادت، فراتر رفتن از خود، نیاز به صلح و آرامش، نیاز به سپاس‌گذار بودن، نیاز به بیان عشق، پاسخ به جدایی، رهایی و خیانت و ... است.

ارتباطات و پیشرفت معنوی

براساس اصول ارتباطات، پیشرفت و رفتار سازمانی در مراکز بهداشتی درمانی، مهارت‌های معنوی در برقراری ارتباط بین ارائه‌دهندگان و مخاطبان مراکز بهداشتی درمانی لازم است. نظریه‌های مربوط به توسعه منابع انسانی نه فقط درباره نظریه‌های توسعه فیزیکی، شناختی و اخلاقی است، بلکه توسعه معنوی را هم شامل می‌شود (۵-۶) بنابراین، هنگام ارزیابی یا حمایت معنوی فرد،

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-18]

خانواده یا جامعه لازم است که عنوان معنویت و سلامت معنوی را درک کرده و دینداری را با تجربه، ویژگی‌های سنی، جنسی، آداب و رسوم و سبک زندگی افراد تکامل دهیم. این شیوه در طول عمر مفید یک فرد یا سازمان بسیار تأثیرگذار است. بخش عادی این توسعه برای نوجوانان و جوانان و بزرگسالان است که شامل ارزیابی باورها و مذهبی‌بودن عوامل تکامل برای ایجاد باورها و شیوه‌هایی است که برای آن‌ها معنی‌دار است. با این حال، به طور غیرمعمول، برای غربال و پیدا نمودن بزرگسالانی که موفق به انجام این کارِ توسعه‌ای نشده‌اند، در زمانی که چالش‌های جدی سلامت معنوی رخ می‌دهد، اعتقادات دوران کودکی که با گذر زمان حفظ نشده‌اند، ممکن است برای توضیح چنین زیان یا تغییر رضایتی از دست بروند.

بسیاری از آداب و رسوم مذهبی و سنتی مانند تولد، گذر از دوران کودکی به بزرگسالی، ازدواج، بیماری، و مرگ مربوط به وقایع زندگی هستند. قوانین مذهبی و معنوی در رفتار، معمولاً تحت تأثیر همزمان فرهنگ و آداب و رسوم ممکن است قرار گیرند. همچنین ممکن است به مسائل زندگی روزمره مانند لباس، غذا، تعامل اجتماعی، قاعدگی، فرزندپروری و روابط جنسی مرتبط باشند. وقتی افراد بیمار می‌شوند، اغلب به دعا و دیگر شیوه‌های معنوی روی می‌آوردند(۷). تصمیم‌گیری در مورد سلامتی و پایان زندگی با مراقبت از طریق باورهای معنوی یا مذهبی هدایت می‌شوند. با توجه به این ارتباط عمیق بین شیوه‌های معنوی یا مذهبی و شرایط ارائه‌دهندگان و دریافت کنندگان خدمات بهداشتی درمانی، آگاهی و درک مناسب از نیازهای معنوی و شیوه‌های دست یابی به آن‌ها ضروری بنظر می‌رسد. ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی درمانی ممکن است معنویت شخصی خود را ناعادلانه به اعتقادات افراد در شرایطی که ذاتاً آن‌ها را آسیب‌پذیر می‌کند، تحمیل کنند. رعایت دستورالعمل‌های اخلاقی در مراقبت معنوی ضروری است. در برخی از ادیان و ملل دستورالعمل‌های در این خصوص تهیه شده است (۸). برخی از عناوین این دستورالعمل‌ها می‌تواند شامل موارد ذیل باشد:

۱. به دنبال درکی اولیه از نیازهای معنوی افراد، منابع آن و ترجیحات آن‌ها با ارزیابی اولیه باشیم.
۲. از خواسته‌های بیان شده فرد یا افراد در مورد مراقبت‌های معنوی پیروی کنیم.
۳. افراد را به پذیرفتن باورهای معنوی خاصی مجبور نکنیم.
۴. با شیوه‌هایی آن‌ها را تحت فشار قرار ندهیم تا باورها یا شیوه‌های خود را رها نموده و اور یا شیوه ما را بپذیرند.
۵. برای درک معنویت شخصی و نحوه تأثیر آن در مراقبت تلاش کنیم.
۶. ارائه مراقبت معنوی به طریقی باشد که با اعتقادات شخصی فرد یا افراد سازگار باشد.

شناخت اختلالات معنوی

همچنان که در ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی شناخت اختلالات در کتاب‌هایی همچون‌هاریسون، کاپلان، نلسون و ویلیامز آمده است، برای شناخت اختلالات معنوی هم نیاز به منابعی اختصاصی وجود دارد که به عنوان نمونه کتاب اصول درمان اختلالات معنوی است که در مقطع دکتری در حال تدریس است. اختلال معنوی در تظاهرات نیازهای معنوی خود را نشان می‌دهد. اختلالاتی همچون افسردگی معنوی که اختلال در شناخت و بکار بستن اعتقادات یا ارزش‌ها و پرهیز از ضدارزش‌ها است. سیستمی که قدرت، امید و معنای زندگی را فراهم می‌کند. در ادیان و ملل دیگر، طبقه-بندی‌های تعریف‌شده‌ای از ویژگی‌های مربوط به اختلال معنوی که منعکس-کننده اختلالاتی در ارتباط فرد با خالقش، با خودش، با دیگران، با طبیعت، با هنر و موسیقی طبیعی یا فراطبیعت است. مثال‌هایی از این اختلالات معنوی عبارتند از : اظهار فقدان امید، معنای زندگی، پذیرش ناکافی از خود، بیان احساس رها شدن یا خشم به قدرت بیشتر از خود، عدم پرسش از تعاملات مهم با دیگران، نشان‌دادن تغییرات ناگهانی در شیوه‌های معنوی، درخواست (یا رد) ارتباط برقرار کردن با یک رهبر معنوی، عدم علاقه به طبیعت یا خواندن ادبیات معنوی(۱۰-۹).تحقیقات نشان داده است که آموزش‌های معنوی می‌تواند باعث کاهش افسردگی شود(۱۱).

هیچ فهرستی از تشخیص‌ها نمی‌تواند با توجه به پیچیدگی و تنوع افراد و ابعاد معنوی آن‌ها کامل باشد. در واقع، تجزیه‌وتحلیل‌هایی که در این خصوص انجام می‌شود گویای انتظارات بیشتر در حوزه پژوهش و استخراج زوایای پنهان سلامت معنوی اسلامی‌است (۱۱). سلامت معنوی یا سلامتی معنوی یا تندرستی معنوی اغلب به عنوان مخالف ناراحتی معنوی به تصویر کشیده می‌شود. سلامت معنوی علمی است که با شانس رخ نمی‌نماید بلکه به وسیله انتخاب و استفاده از اختیار رونمایی می‌نماید. نتایج مطالعات سلامت محور نشان می‌دهد هنگامی‌که افراد عمدتاً به دنبال تقویت خود از نظر جسمی و روانی هستند، به روش‌های دیگر، به دنبال تأمین نیازهای معنوی هم هستند. ابزارهایی همچون دعا، مراقبه، خدمت، مشارکت و همراهی با اهل ایمان، یادگیری از مربی معنوی، پرستش، مطالعه و روزه-داری تأمین این نیاز را فراهم می‌کند. مقابله معنوی یا مذهبی، به هر دو حالت مثبت و منفی، در طی چند دهه گذشته توجه پژوهشگران را به صورت قابل توجهی به خود جلب نموده است. این موضوع به اعتقادات معنوی یا روش‌های تفکر مردم کمک می‌کند تا مردم با چالش‌های آن مقابله کنند. مطالعات متعدد نشان داده‌اند که مقابله مذهبی مثبت به افراد کمک می‌کند تا به بیماری مبتلا شوند، درحالی‌که مقابله مذهبی منفی با ناسازگاری همراه است (۱۲). برای مثال، بیمار فکر می‌کند که بیماری یک مجازات و احساسی است که توسط خدا در ارتباط با خُلق افسرده در زنان مبتلا به سرطان سینه روی می‌ده(۱۳).در حالی که مقابله منفی مذهبی بخشی از ارتباط بین آسیب و پس از دوره اختلال استرس را توضیح می-

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-18]

دهد (۱۴). لذا نیاز است با دیدی بنیادین این اختلالات دیده شود و نظیر بیماری‌های جسم و روانی، با توجه به اسباب و علل بروز آن‌ها، علایم و نشانه‌های آن شناخته شده، روش‌های پیشگیری از آن بکار بسته شود و در صورت بروز اختلال، درمان‌های مختلف برای آن به کار بسته شود تا در نظام جامع سلامت علاوه بر توجه به سلامت جسم و روان، به سلامت معنوی اسلامی‌هم عنایت شود(۱۵-۱۶).

مهارت‌هایی معنوی در پیشگیری، مراقبت و درمان بیماری

همچنان که در مباحث جسمی، سطوح پیشگیری لحاظ شده، در مباحث معنوی نیز این سطوح وجود دارد. مهارت‌هایی همچون معنویت در بهداشت مواد غذایی، بهداشت محیط، بهداشت حرفه ای، بهداشت خانواده، سلامت روان، پیشگیری و کنترل آسیب‌های اجتماعی و ...

تأثیرات بالینی معنویت در مراقبت و درمان

با توجه به تأثیرات متقابل و چند سویه ابعاد سلامت بر هم، حضور پُررنگ معنویت در ابعاد سلامت و مراقبت جسمی همچون تغذیه و در بعد روانی، آرام‌بخشی و رضایت و اصول ارتباطات سالم در سلامت اجتماعی بین آحاد جامعه مطرح است به نحوی که از یک بعد تنها خارج شده و بر تمام ابعاد اثر، وضعی و تکلیفی می‌گذارد و آن‌ها را بهره‌مند می‌سازد.

فرصت‌های معنوی

با استفاده از ظرفیت‌های موجود از حیث افراد معنوی، زمان‌های معنوی، مکان‌های معنوی و ... مراکز بهداشتی درمانی ارتقاء می‌یابند.

توجه و مراعات آداب مذهبی و معنوی همچون عروسی و روزهای جشن و عزا در طول سال می‌تواند به عنوان روزهای معنوی مورد توجه باشد و ممکن است با برنامه‌هایی همچون روزه‌داری، دادن غذا به دیگران، واکنش‌های مثبت‌گرا، همراه با مراسم، نماز یا دعا همراه باشد. افراد ممکن است برای گذراندن چنین روزهایی با خانواده و حضور در برنامه‌های معنوی از چنین فرصت‌هایی استفاده کنند. نمونه‌هایی از این روزهای معنوی در ادیان و ملل مختف و از جمله اسلام، اعیاد و مراثی و ماه مبارک رمضان در اسلام، رُش‌هاشانا و یم کیپور در یهود، روز جمعه خوب و کریسمس در آیین مسیحیت، تولد در آیین بودایی و ماهاشیواراسری و جشن شیرین شیوا در بین هندوها است. اگر به تقویم نظر کنیم از این روزها می‌توانیم به عنوان روزهای معنوی شناسایی کنیم.

مفهوم روزهایی همچون جمعه به عنوان عید مسلمانان، شنبه برای مسیحیان و یهودیان، به خاطر پاسخ به فرمان کتاب مقدس «به یاد روز شنبه» برای حفظ آن روزهای معنوی، است. اکثر مسیحیان «روز پروردگار» را روز یکشنبه می‌دانند، در حالی که یهودیان و مسیحیان ساباتیا به عنوان مثال، رُشد روز هفتم را معنوی و مقدس می‌دانند. مسلمانان از قدیم‌الایام در روز جمعه عبادت و آموزه‌های ایمانی خود را در قالب جماعت و جمعه و صله‌رحم اهمیت بیشتری می‌دهند. افرادی که مقید به شرکت در اعمال مذهبی و معنوی خاص در این روزها هستند، از استراحت و کارهای خود دست می‌کشند تا در این مراسمات معنوی شرکت کنند. اغلب مردم زمانی که در بیماری یا بحران هستند، قدرت و امید خود را با خواندن متون معنوی و مقدس همچون قرآن و دعاها به‌دست می‌آورند. هر دین مقدس و معتبری دارای کتاب مقدسی است که راهنمایی برای اعتقادات و رفتارهای طرفداران خود است. علاوه بر آن، نوشته‌های معنوی از داستان‌های رهبران معنوی و مذهبی گرفته تا زندگی قهرمانان اغلب آموزنده هستند. در اکثر ادیان، به نظر می‌رسد که این فصول به عنوان عباراتی از هستی برتر یعنی خداوند متعال نوشته شده است که توسط پیامبران یا دیگر نمایندگان انسانی آن‌ها به‌دست ما رسیده است. علاوه بر مسلمانان، یهودیان به زبان عبری و تفسیری از کتاب مقدس و ربانی، هندوها با چندین متن مقدس یا وداس، سیک‌ها با گرامی داشتن آدی گرانت و بودایی‌ها تعالیم توراتیکاس را به کار می‌بندند. کتاب معنوی و مقدس به‌طورکلی قوانین معنوی و مذهبی را به شکل هشدارها و قوانین زندگی یا بادها و نبایدها که خود نوعی اراه سبک زندگی معنوی است، تعیین می‌کنند. نمونه آن ده فرمان است. این قانون مذهبی ممکن است به روش‌های مختلف توسط گروهی از طرفداران آن دین تفسیر شود و ممکن است تمایل فرد برای پذیرش پیشنهاداتِ درمان؛ مثل انتقال خون تحت تأثیر آن قرار گیرد که در تعارض با تفسیر کتاب مقدس آن‌هاست.

مخاطبان سلامت معنوی اسلامی

با نگاهی جامع می‌توان دریافت که مخاطبین سلامت معنوی اسامی‌طیف گسترده ای از مردم هستند. کودکان، همانند بزرگسالان، سلامت معنوی و چالش‌های خود را از طریق داستان‌هایی که می‌گویند و رفتارهایی که انجام می‌دهند، بیان می‌کنند و مثل بزرگسالان، آن‌ها می‌توانند اصول معنوی را از داستان‌های مراقبان یاد بگیرند. همانطور که شما پاسخ‌هایی را در جواب سؤالاتشان در نظر می‌گیرید، مراقب درک رشد شناختی و ایمان کودکان هم باشید. مرحله‌ای برای تعیین اینکه چه زبانی مناسبِ سن او خواهد بود. آیا آن‌ها به طور دقیق و به معنای واقعی کلمه در مورد مفاهیم معنوی مثل خدا و بقیه موارد مثل بهشت فکر می‌کنند؟ یا آنها فکر می‌کنند، این موارد افسانه‌ای و انتزاعی هستند؟ علایم، نشانه‌ها و واکنش‌های کودکان درباره چگونگی صحبت‌کردن با آن‌ها را باید مدنظر داشت(۱۷).

سلامت معنوی کودکان نظیر والدین و بزرگسالان منعکس‌کننده یا در تعامل با اقتدار و قدرت آن‌هاست. اعتقادات و رویه‌های سلامت معنوی اسلامی‌از چهره‌های مجاز، قابل اعتماد و قابل قبول کودکان خواهد بود. بنابراین، بسیاری از نشانه‌ها برای صحبت با کودکان از والدین، مربیان یا

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-18]

مراقبان یا درمانگران آن‌ها نشأت خواهد گرفت. به طور کلی، این تا سال‌های نوجوانی و بلوغ جوان، زمانی که کودکان می‌توانند به دلایلی که آن‌ها شروع به استقلال در ساختن می‌کنند، در اعتقادات و شیوه‌های معنوی خود بطور مستمر در حال بهبود و ارتقاء سلامت باشند.

در بالغان بزرگسال، مخصوصاً برخی از افراد مسن‌تر، ممکن است رویکردهای مقابله‌ای یا تعاملی با معنویت یا مذهب در مواردی همچون نماز و دعا داشته باشند. شواهد نشان می‌دهد که سلامت معنوی، به طور مستقیم با سلامت روان و کاهش بیماری‌های جسمی‌در میان افراد مسن‌تر مرتبط هستند (۱۸). بنابراین، مهم است که به آن رسیدگی شود. مراقب و درمانگر معنوی، مسائل مربوط به افراد مسن و مددجویان با سن بیشتر را که ممکن است نگرانی‌های خاصی هم داشته باشند، رسیدگی می‌کند؛ مواردی همچون زندگی هدفمند، حفظ روابط دوستانه برای جلوگیری از انزوای اجتماعی و آماده‌شدن برای مرگ خوب. برخی از این مراقبت‌ها و درمان‌های معنوی می‌تواند شامل موارد ذیل باشد:

۱. حمایت از فعالیت‌های معنوی (به عنوان مثال، سبک زندگی معنوی یا درمان‌های معنوی، اجازه دادن به افراد، بیماران و مددجویان برای یافتن افرادی شبیه خودشان، تشویق‌نمودن آنها از طریق موضوعات اجتماعی، سیاسی، مذهبی یا هنری که براساس علت اختصاصی برنامه‌ریزی شده است. حمایت از آن‌ها برای ترک عادتی ناپسند یا انجام رفتاری دوستانه. چنین فعالیت‌هایی باعث می‌شود تا افراد احساس هدف کنند و آن‌ها را در شناخت زندگی‌اشان کمک کنند.

۲. اجازه‌دادن به بحث‌های باز در مورد رنج و مرگ، تشویق به افشای پرسش‌های باز آن‌ها که قابل طرح هستند و ارائه پاسخ‌هایی که با رعایت احترام و دلسوزی همراه است. در این شرایط از مسائل ناراحت‌کننده پرهیز شود و از سؤالاتی که افراد را ناراحت می‌کند، پرهیز شود. با تحمیل نظر خود، آن‌ها را به پاسخ‌دادن مجبور نکنیم تا بدین طریق ایجاد ناراحتی یا درد آن‌ها را به حداقل برسانیم یا از بین ببریم.

۳. با شرایطی مناسب، از افراد، بیماران و مددجویانی طوری حمایت معنوی کنیم که عوامل زیان آور و آسیب‌رسان به آن‌ها تغییر کند و از آن‌ها رهایی یابند. سالمندان مبتلا به زوال عقل، شرایط ویژه‌ای برای دریافت خدمات سلامت معنوی دارند. مراقبان و درمانگران معنوی می‌توانند به افرادی که در مراحل اولیه زوال عقل قرار دارند، کمک کنند تا به جای اجازه‌دادن به موارد ضرر و زیان، بر روی موارد مثبت تمرکز کنند. در ابتدا به آن‌ها اجازه دهیم تا ابتلای به زوال عقل خود را پنهان نمایند حتی در مواردی هویت خود را پنهان کنند تا پنجره ای به جهان آن‌ها باز شود تا مراقبت معنوی یا ارائه خدمات بهداشتی در مانی در حوزه سلامت معنوی اسلامی‌قابل انجام شود. مددجویان یا بیماران مبتلا به زوال عقل می‌توانند میزان امید خود را بیان کنند، خلاقیت خود را به اشکال و از راه‌های مختلف مثل هنر نقاشی نشان دهند. ممکن است همدردی با دیگران را تجربه کنند. می‌توانند احساسات خود را با دریافت مراقبت و درمان بیان کنند و نظر خود را نست به مراقبت و درمان اعلام نمایند. تحقیقات نشان داده است که حمایت از مفیدبودن مداخله‌های معنوی برای افراد مسن با زوال عقلی، به خصوص با مراسمات معنوی و مذهبی، به عنوان تقویت حافظه توانسته است تأثیرات مفیدی در کاهش و کنترل زوال عقل و بیماری‌ها یا پیشگیری از آن‌ها داشته باشد(۱۹).

نمادهای سلامت معنوی اسلامی

نمادهای معنوی مثل یادگاری‌های معنوی، جوائز، عکس‌ها و فیلم‌های معنوی مثل ایام حج، حضور در اماکن مقدس و جهاد در راه خدا، کارهای جهادی و افتخاری و داوطلبانه، اهمیت زیادی در ایجاد، حفظ و ارتقا سلامت معنوی دارد. تمرین‌هایی معنوی برای محافظت معنوی با حضور در آن مکان‌ها و یادآوری آن خاطرات دارد. بسیاری از این نمادها منبعی برای آسایش و آرامش یا قدرت یافتن معنوی است(۲۰). نمونه آن پلاک شناسایی رزمنده‌ای است که مادر و پدر شهید یا مفقودالأثری با آن درد دل می‌کنند و با آن آرام می‌گیرند. در ادیان و ملل دیگر هم چنین نمادهایی وجود دارد. نمونه آن، کاتولیک‌های رومی هستند که گل سرخی را برای عبادت حمل می‌کنند یا مثل مسلمانان تسبیحی دارند که با آن ذکر می‌گویند.

مردم ممکن است در خانه، ماشین یا محل کار خود برای یادآوری خود از این نمادهای معنوی برای عبادت یا مراقبه شخصی استفاده کنند. مراقبان و درمانگران معنوی از این نمادهای معنوی استفاده کنند تا میزان تأثیرگذاری مراقبت و درمان آنها توسعه یابد. ممکن است برخی افراد مثل بیماران مایل باشند این نمادهای معنوی را به عنوان منبع آرامش یا راحتی خود به همراه داشته باشند.

مهارت‌های سلامت معنوی اسلامی

دعا و مراقبه، از جمله تجربه‌ها و مهارت‌های الهی برای رسیدن به سلامت، ایجاد، حفظ و ارتقاء سلامت معنوی است به شرط اینکه درک درستی از آن پیدا کنیم. بعضی نماز را بعنوان یک تجربه یا احساس درونی برای کسب آگاهی از خود یا ارتباط با قدرتی برتر که خالق او و آرامش تمام وجود است، یاد می‌کنند بنابراین این مهارت را امانت و نعمتی الهی توصیف می‌کنند که در اختیار آن‌ها قرار گرفته است. برخی از این مهارت‌ها به عنوان رشد و تعالی الهی یاد می‌کنند نظیر: یاد دائمی خدا که نتیجه آن قرب به خدا و استقرار در بهشت است. برخی آن را نور الهی و درونی همراه با حکمت در درون مردم می‌دانند که اگر آن را قدر بدانند، پروردگار عالم در هر دو عالم یا در هر حالت، آن را راهی برای ارتباط با خودش قرار می‌دهد(۲۱). پولوما و گالاپ با نگاهی معنوی در سال ۱۹۹۱،

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-18]

چنین مهارت‌هایی همچون دعا و نماز را به ادیان و فرهنگ‌های مختلف اختصاص داده اند، هرچند برخی از آن‌ها به ادیان و آداب و رسوم دیگر هم تعلق دارند(۲۲). ریتال‌ها، عبادتی مثل «سلام مریم» دارند که شامل دعاهایی است که حفظ کرده اند و تکرار می‌کنند؛ پتیشناری‌ها دعا می‌کنند «خدایا، ما را درمان کن» یا دعاهایی می‌خوانند در زمانی که تقاضا یا حاجتی دارند. کالئکوآل‌ها، عبادتشان گفتگویی است یعنی با خالق خود گفتگو می‌کنند؛ مدیتیشنال‌ها و اهل مراقبه، با فراهم شدن یا فراهم نمودن لحظات سکوت و تمرکز با عباراتی معنادار، با توصیف پروردگار او را می‌خوانند. اگر چه تجربیات دعا، مراقبه و گفتاری است، اما با سلامت معنوی و کیفیت زندگی بزرگسالان سالم همراه است. دعا و نماز مستمر، راحتی و ارتباط متناسب با دیگران را علاوه بر ارتباط با خدا برایشان فراهم می‌کند و قادر بر تمرکز بیشتری هستند.

بعضی از ادیان، دعا و نمازهای روزانه را در زمان خاصی توصیه می‌کنند؛ مثل نمازهای پنجگانه روزانه مسلمانان در حالی که رو به قبه هستند و در زمان‌های خاصی مثل طلوع فجر، ظهر و عصر یا مغرب و عشاء انجام می‌دهند یا مسیحیان که در زمان بیماری بیشتر عبادت می‌کنند (۲۳). آنها در زمان‌های مختلف، آرام و بی‌وقفه، با کتاب‌های مقدس و معنوی خود، با پوششی خاص در مکان‌های معنوی حاضر می‌شوند و ضمن مراقبه معنوی و تمرکز، باعث تمرکز افکار خود و درگیر کردن ذهن خود با بازتاب یا تفکری معنوی می‌شوند. برخی از آن‌ها معتقدند که از طریق مراقبه عمیق، می‌توانند بر عملکرد و دوره بیماری روحی و جسمی‌خود و دیگران تأثیر بگذارند (۲۴). آن‌ها، استفاده از متون معنوی را طوری توصیف می‌کنند که باعث فواید مختلف از جمله سلامت قلبی - عروقی با آرامش بخشی می‌شود. در این مهارت‌ها با کنار گذاشتن اندیشه‌های بیگانه، دوری از شلوغی و سر و صدا، تنفس عمیق، تمرکز و آرامش خواهی، حمایت و سلامت معنوی را آموخته و به کار می‌بندند.

باورهای معنوی، مداخله‌کننده در بهداشت و سلامت معنوی

افراد ممکن است باورهایی معنوی و مذهبی خاصی داشته باشند که بیماری را حاصل گناه خود بدانند. برخی از افراد ممکن است بیماری را به حضور ذاتی گناه و بدی آن در این دنیا تقسیم کنند، درحالی‌که دیگران ممکن است این بیماری را به عنوان مجازات گناهان مربوط به گذشته باور کنند. در واقع، چگونه ممکن است که افراد با نگاهی معنوی و الهی، تفسیری خوب از اختلال یا بیماری داشته باشند؟ به ناچار فکر کردن درباره بیماری و تصمیم‌گیری درباره درمان بر آن‌ها تأثیر می‌گذارد. به نظر می‌رسد موضوع «شفا» با ابزارهایی همچون دعا، برای هر فردی که بروز نماید، بر درمان و مراقبت فعلی او تأثیرگذار باشد(۲۵). برای همین است که مراقب و درمانگر معنوی باید باورهای مخاطب یا خدمات گیرنده را ارزیابی کند و با در نظر گرفتن جنبه‌های بهبودی، از این باورهای اعتقادی در برنامه‌ریزی و اجرای مراقبت و درمان استفاده کند.

در بسیاری از مذاهب و سنت‌ها، نوع پوشش اهمیت دارد. ارتدوکس‌ها و برخی از یهودیان همانند مسلمانان بر این باورند که مهم است که افراد مخصوصاً زنان سر خود را در تمامی حالت‌ها پوشیده نگه دارند. زنان یهودی و ارتدوکس، موهای خود را با پوشاندن کلاه گیس یا روسری که نشانه‌ای از احترام به خدا است، می‌پوشانند. مورمون‌ها مطابق با آداب و رسوم معنوی خود، لباس خود را زیر لباس عبادت خود می‌پوشند. در برخی از مذاهب، زنان به گونه‌ای لباس می‌پوشند که ممکن است شامل پوشیدن دست‌ها با آستین و تیکه‌تیکه پوشاندن بدن، یا دامنی باشد که زانوها و پاها را کامل پوشانده است. در بسیاری از فرهنگ‌های اسلامی و دینی به این باور معنوی توجه شده است که بدن و برجستگی‌ها، بازوها و پاها همچون سر باید پوشیده باشد. زنان هندو که عادت به پوشیدن ساری دارند، پوشش تمام بدن به جز دست‌ها و پاها را ترجیح می‌دهند. در پوشش بیمارستانی هم این موضوع حائز اهمیت است که پوشش مخصوصاً برای زنان با شرایطی باشد که احساس پریشان‌خیالی، نا امنی و ناراحتی نکنند. پوشش افراد ممکن است به خصوص هنگام انجام آزمایشات تشخیصی یا درمان‌هایی مانند ماموگرافی که نیاز به جابجایی پوشش یا تراشیده شدن بخش‌هایی از بدن داشته باشد، بیشتر مورد توجه قرار گیرد. در واقع احترام به باورهای معنوی در پوشش افراد، راه حلی برای احترام گذاشتن به افراد برای تسهی در مراقبت و درمان است.

باورهای مرتبط با تولد نوزاد مثل اذان گفتن در گوش راست و اقامه گفتن در گوش چپ، تبرک جستن با تربت امام حسین «علیه السلام»، قربانی کردن و ولیمه دادن؛ مراسمات مذهبی در بین هندوها در هنگام تولد نوزاد؛ باور مسیحیان در غسل تعمید دادن فرزندان خود حتی در لحظات نزدیک به مرگ کودک و نوزاد؛ وجوب ختنه مردان در یهودیان همانند مسلمانان؛ در حای که هندوها هرگز ختنه نمی‌کنند. ارتباط با خانواده بیمار یا مددجو و آگاهی از نیازهای معنوی او حتی اگر نوزاد باشد، انجام تعهدات و حمایت معنوی را تسهیل می‌کند.

از سوی دیگر، اعتقادات معنوی و مذهبی، نقشِ قابل توجهی در رویکرد اعتقادی به مرگ در اتفاقات مهم زندگی ایفا می‌کنند. بسیاری بر این باورند که فردی که می‌میرد، این زندگی را برای یک مکان بهتر و با وضعیت بهتر خواهد داشت. یافته‌های تحقیقی نشان می‌دهد که چنین باورهای مذهبی، ممکن است مراقبت‌های پایان حیات را نفوذپذیرتر نماید یا تأثیرگذاری بیشتری داشته باشد.(۲۶- ۲۷). برخی از ادیان، مراسم خاصی را در مرگ و زندگی افراد دارند که تنها باید توسط افراد با ایمان برگزار شود. رعایت این آیین‌ها راحتی را برای مرگ فرد و عزیزان او فراهم می‌آورد. برخی آداب و رسوم و مراقبت‌های معنوی در حالی که شخص هنوز زنده است، انجام می‌شود و می‌تواند شامل نمازهای ویژه، مناجات یا نجوا و خواندن متون مقدس مثل قرآن باشد. کشیش‌های مسیحی، برای انجام اعمال بیمار قبل از پایان

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-18]

حیات، در کنار بیمار قرار می‌گیرند. مسلمانانی که در مراحل نزدیک مرگ هستند، بدن یا سر آن‌ها را به سمت قبله می‌چرخانند (پا به قبله). هندوها هم صورت بیمار محتضر را به طرف جنوب قرار می‌دهند. در آئین مسلمانان، هندوها و یهودیان، آماده‌سازی بدن میت برای دفن ممکن است توسط عضوی از اعضاء خانواده یا با اجتماعی از مردم در مراسم دفن انجام شود. در بسیاری از ادیان و سنت‌های مذهبی، در طول مشخصی از زمان، دوره‌های عزاداری‌هایی پس از مرگ وجود دارد که نیاز به حمایت معنوی دارد. بسیاری از آن‌ها، سنت دفن را در ۲۴ ساعت بعد از مرگ دارند. هندوها جسم میت را در فاصله ۲۴ ساعت از مرگ حمایت می‌کنند. پس از آن خانواده مرحوم یک دوره از انزوا و تنهایی را با توجه به میزان دوره زندگی که با مرحوم داشته است، سپری می‌کند. یهودیان «سیت شیوا» برای احترام میت او را برای چندین روز در منزل نگهداری می‌کنند. بودایی-ها، دعا و مراسمی را برای کمک به مرحوم برای یک زندگی بهتر بعدی انجام می‌دهند.

در طول یک بیماری مزمن منجر به پایان حیات، از فرد یا خانواده او خواسته می‌شود، در مورد وقایع گذشته زندگی که می‌تواند بر سلامت او تأثیر مثبت بگذارد، صحبت کند. مراقب و درمانگر معنوی لازم است، از خانواده مرحوم با فراهم نمودن محیطی که بتواند مراسم سوگِ مرگ را انجام دهد، حمایت کند.

مراقبت و درمانگری بر خط در سلامت و مراقبت معنوی اسلامی

علاوه بر ارائه خدمات حضوری مراقبت و سلامت معنوی، راهنماهای بر خط (آنلاین) سلامت و مراقبت معنوی و اولویت‌بندی تأمین نیازهای معنوی با توجه به نقاط قوت و ضعف، نگرانی‌ها یا پریشانی‌هایی که در ارزیابی فرد به دست آمده است، از نیازهای ضروری در تأمین و پاسخگویی به نیازهای معنوی است. برخی از آنها عبارتند از:

۱. شرایط محیط معنوی زندگی یا سبک زندگی معنوی اسلامی یا درمان: آیا بیمار کتابی آسمانی و مقدس مثل قرآن، انجیل، تورات یا کتاب‌های ادعیه، نمادهای معنوی، ابزار معنوی برای عبادات و دعا در اختیار دارد؟ آیا امکاناتی مثل سجاده و مهر نماز یا خاک تیمم یا مکانی برای عبادت و نماز او فراهم شده است؟

۲. رفتار معنوی: آیا بیمار در حال ذکر هست؟ قبل از غذا و یا در زمان‌های دیگر دعا می‌کند یا متون معنوی را می‌خواند؟ آیا بیمار مشکل خواب با دیدن کابوس در نتیجه پریشانی معنوی دارد؟ آیا ابراز خشم خود را در مواجهه با مراقبان و درمانگران معنوی حتی پروردگار خود خوب بروز می‌دهد؟

۳. بیان شفاهی معنوی: آیا بیمار، خدا یا قدرتی برتر، نماز، ایمان، مکانی معنوی، رهبری معنوی یا مذهبی یا موضوعات معنوی و مذهبی را یاد می‌کند؟ آیا بیمار درخواست ملاقات با یک روحانی را دارد؟ آیا بیمار ترس از مرگ، نگرانی از معنای واقعی زندگی، درگیری درونی با باورهای معنوی و مذهبی، نگرانی در رابطه با خدا، سؤالاتی در مورد معنای وجود یا معنای رنج یا مفاهیم اخلاقی یا پیامدهای اخلاقی درمان را یادآوری می‌کند؟

۴. تأثیر سلامت محور با نگرش معنوی: آیا بیمار به نظر می‌رسد افسرده، عصبانی، مضطرب، هیجان زده، متواضع یا مشکوک باشد؟

۵. روابط بین فردی معنوی: ملاقات‌کنندگان چه کسانی هستند؟ چگونه بیمار به ملاقات‌کنندگان پاسخ می‌دهد؟ آیا نماینده‌ای از طرف او می‌آید؟ ارتباط بیمار با دیگر بیماران و کارکنان ارائه دهنده مراقبت چگونه است؟

ارجاع بیماران به متخصصان سلامت و مراقبت معنوی اسلامی

نظیر ارجاع به متخصص مختلف در نظام سلامت جهت مشاوره یا درمان، زمان‌هایی وجود دارد که مراقبت‌های معنوی نیاز به ارجاع به متخصصان آن توسط تیم مراقبت و درمان دارد. ارجاعات می‌تواند برای بیمارانِ بیمارستان یا مخاطبان مراکز بهداشتی درمانی ارائه شود. این خدمات نیاز است به بهترین شکل ممکن نظیر آنچه در ادیان و مذاهب و ملل دیگر فراهم شده، برای بیماران بستری یا مراجعان مراکز بهداشتی درمانی و خانواده‌های آنها از طریق کادر بهداشت و درمان فراهم شود به نحوی که با سریع‌ترین شکل در دسترس قرار گیرد. مراقبان و درمانگران، در محیط‌های خانه، اجتماع، مراکز بهداشتی درمانی حتی خانه‌های بهداشت و مراکز آموزشی می‌توانند آدرس و مشخصات منابع و مرکز یا افراد تأمین کننده سلامت و مراقبت معنوی را از راهنماهای خدمات اجتماعی، شرکت‌ها، راهنماهای تلفنی یا راهنمای معنوی -مذهبی یا مشاوران معنوی را داشته باشند و معرفی کنند.

مشاوران معنوی و خدمات قابل ارائه توسط آنها از طریق شناسایی گروه‌های معنوی، به معرفی بسیاری از مشاوران معنوی کمک خواهند کرد. در ادیان دیگر نظیر مسیحیت که کشیشِ کلیسا این مراقبت و درمانگری معنوی را برای بیمار بستری در بیمارستان یا در خانه‌های بهداشت و سلامت انجام می‌دهد یا افراد به مراکز معنوی مراجعه می‌کنند تا خدمات سلامت و مراقبت معنوی را دریافت کنند، ظهور و بروز بیرونی دارد. آن‌ها از کشیش-بودن فرد مراقب معنوی قبل از شروع مراقبت یا درمانگری اطمینان حاصل می‌کنند تا تأیید بیمار را به دست آورند. ارجاع بیمار جهت مراقبت معنوی اغلب با تشخیص صحیح ترجیح داده می‌شود تا با ارائه‌کننده مراقبت معنوی تماس گرفته شود. ممکن است برای مراقبت معنوی بر حسب وضعیت، ارائه دهندگن خدمات بهداشتی درمانی در مراکز مرتبط در کنار مشاور معنوی قرار گیرند تا به اتفاق هم به پاسخگویی نیازهای بیمار بپردازندو قالبی تیمی را نشان دهند. مراقب یا درمانگر معنوی ممکن است با وضعیتی مواجه شود که بیمار، مداخلات بهداشتی درمانی که ضروری است را انکار کند یا نپذیرد. با اصول مراقبت معنوی می‌توان بیمار را تشویق نمود تا ارائه مراقبت اولیه یا تکمیلی با مشاوره توسط مراقب یا درمانگر معنوی برای بحث در مورد نحوه

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-18]

انجام و روش‌های جایگزین درمان انجام گیرد. نقش اصلی پرستار ارائه اطلاعاتی به بیماری است که نیاز به تصمیم‌گیری آگاهانه دارد و برای حمایت از تصمیمِ بیمار است تا با مراقبت معنوی توسط مراقب یا درمانگر معنوی به برگشت سلامت او کمک کند.

خودمراقبتی معنوی برای ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی درمانی

کارگزاران خدمات بهداشتی درمانی لازم است تا نیازهای معنوی خود را بشناسند و به آن‌ها پاسخ دهند. آن‌ها هرگز نمی‌توانند به نیازهای معنوی بیمار یا مددجو پاسخ دهند مگر اینکه نیازهای خود را به خوبی بشنوند و بشناسند و به آن نیازها پاسخ دهند. پاسخ به نیازهای معنوی تیم بهداشت و درمان، دردها و زخم‌ها و انجام مراقبت و درمان بیماران را تحت تأثیر خود قرار می‌دهد. کارکنانی که از غرور، ترس یا سوءتفاهم در خود آگاهی ندارند، نیازهای معنوی آن‌ها در توانایی‌های آن‌ها و در دقت شناسایی آنها و کشف نیازهای معنوی خودشان ایجاد محدودیت خواهد نمود. وقتی بیماران متوجه عدمِ درکِ کارکنان بهداشتی درمانی از نیازهای معنوی آنها شوند، آرام‌آرام، موضوع نیاز خود را تغییر داده و پاسخ‌های سطحی به پرسش‌ها می‌دهند یا از راه‌های دیگر به دنبال تأمین نیازهای خود هستند که خود خلل در سیر بهداشت و درمان آن‌ها ایجاد می‌کند. در عوض، ارائه‌دهندگان بهداشت و درمان می‌توانند از مهارت‌های خود مراقبتی معنوی خود به عنوان یک پل یا ابزاری برای بهبود ارتباطاتِ خود با خود و دیگران استفاده کنند تا نیازهای خود را شناسایی نموده و با کمک مراقبان و درمانگران معنوی به آن نیازها پاسخ دهند. یک ارائه‌دهنده خدمت ممکن است نتواند تجربه از دست‌دادن عضو در بیمار را درک کند اما به احتمال زیاد، او می‌تواند زمانی را که خسته است، خشمگین است یا نا امیدی را احساس می‌کند، به‌خوبی درک و شناسایی نماید و در مواقعی که چنین شرایط و اختلالی در بیمار بروز می‌کند، با او همدردی یا در سیر درمان او نقش مثبتی را ایفا کند. از نمونه‌های دیگر آن، غم، ترس، نگرانی، اضطراب و پریشانی است که با خود مراقبتی معنوی پاسخ‌هایی درست به پیگیری مراقبت معنوی از بیماران می‌تواند داشته باشد. ترس خود او از مرگ یا آسیب رساندن به خود یا دیگری، ترس از آسیب‌رساندن دیگران به او یا غرق‌شدن در غم و درد دیگران، از الزامات خودمراقبتی معنوی است.

افرادی همچون بکمن، بکسلی،هارگز، برویک، سورگ و سالمون، این نیاز را احساس کردند و سعی کردند تدابیری برای افزایش آگاهی معنوی با هدف خود مراقبتی معنوی و ایجاد تأثیر مثبت بر بهداشت و درمان از افراد و بیماران برای ارائه دهندگان خدمات بهداشتی درمانی ارائه دهند.

در الگوی خود مراقبتی معنوی اسلامی‌می‌توان از راه کارهایی همچون موارد ذیل استفاده کرد:

۱. نوشتن خلاصه‌ای در چند خط از زندگی خود یا چگونگی زندگی تا خاطرات مثبت را یاد آوری کند.
۲. مسائل معنوی مربوط به زندگی شخصی خود را کشف کند. اولویت‌های زمانی را بشناسد و انرژی و نیرویی را که از دست داده است، دوباره احیا و جایگزین کند.
۳. سابقه‌ای از آسیب‌های معنوی و علت‌های بروز آن را بنویسد. پاسخ‌هایی را از خودش یا با کمک مراقبان معنوی برای آن‌ها فراهم کند. مسائلی همچون اولین تجربه مواجه شدن با مرگ، دشوارترین مراحل یا شرایط مرگ در زندگی فرد یا افراد، چگونگی مقابله با آن‌ها و زمان‌های مقابله و ابراز و پاسخگویی درست و مناسب به احساساتی همچون غم و اندوه.
۴. فهرست کردن اموال و دارایی‌ها، افرادی که به آن‌ها بدهکار است یا طلبکار است، فعالیت‌هایی که باید انجام می‌داده، نقش‌هایی که باید به آن‌ها توجه داشته و ایفا می‌نموده، ویژگی‌های شخصیتی که باید دارا بوده و از خود نشان می‌داده، جوایز و تقدیر نامه‌هایی که به واسطه زحمات و خدماتش دریافت نموده و مواردی این چنینی که وضعیت موجود و مطلوب را برای او رقم می‌زند.
۵. خود ارزیابی معنوی در تشخیص میزان قدرت و امید، میزان خوشحالی یا نا امیدی، میزان رنج و نحوه از بین بردن آن، تشخیص هدف یا اهداف، شناخت و پرورش مأموریت‌های زندگی معنوی، شناخت عوامل اثرگذار بر معنویت و سلامت معنوی، شناخت دین و مذهب واقعی و الهی، شناخت تأثیرات معنوی بر خانواده و جامعه، چگونگی سفر معنوی و توصیف آن، شناخت تأثیر معنوی و سلامت معنوی بر حرفه، شغل، نقش‌ها و جایگاه‌های ما در زندگی‌های مختلفی که داریم، همه و همه در خود ارزیابی ما نسبت به سلامت معنوی ما نقش‌آفرین هستند.

هشدارهای بالینی

برای ارتقا مراکز بهداشتی درمانی و منابع انسانی آن، پیشگیری از آسیب‌هایی که آنها را تهدید می‌کند، نیاز است به هشدارهای بالینی و معنوی آن توجه کنیم، اسباب و عللی که اختلالات معنوی را باعث می‌شودند. در کنار شناخت عناصر سلامت‌ساز معنوی، شناخت عوامل اختال ساز در حوزه سلامت معنوی نیاز به تأمل و دانش کافی دارد؛ هشدارهایی که سلامت جسمی، روانی و اجتماعی جامعه را نشانه گرفته است.

چشم‌انداز نظام جامع بهداشت و سلامت

با توجه به نیاز جامعه انسانی در عرصه سلامت پایدار به طرحی نوین و جامع، که سلامت تمامی ابعاد انسان به معنای حقیقی آن را در برداشته

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-18]

باشد، همچنین ادعای اتمام و اکمال ادیان الهی با ظهور اسلام بـه عنـوان کامل‌ترین دین الهی، لزوم ارائه معیارهای زندگی سالم و تدوین استراتژی اسلامی سلامت جامع برای تبیین و تامین ساختارهای معقول و علمی آن برپایه اسلام نـاب محمـدی «صـلی‌الله علیـه و آلـه» و سـیره اهـل بیـت «علیهم‌السلام» امری ضروری می‌نمایاند که تا به حال به صورت جدی به آن پرداخته نشده است. سلامت معنوی اسلامی بر تمامی این ابعاد سـایه افکنده و با بهره‌برداری درست از آن می‌توان به سلامت جسمی و روحی و روانی و سلامت اجتماعی واقعی رسید.

وجود آسیب‌های گوناگون در عرصه‌های کنونی سلامت انسان به علت نقص نگاه فرهنگ غالب بشری به انسان به عنوان موجودی مادی و لـزوم ایجاد سلامت پایدار در عرصه ملی و فراملی، با نگاهی فرامادی عـلاوه بـر نگاه مادی، طراحی معیارهای سلامت بـرای ارزیـابی وضـعیت موجـود در جهت ارائه الگو و شاخص‌های مطلوب سلامت جامع با اسـتفاده از منـابع اسلامی در جهت کشف نظام جامع سلامت ضرورت می‌یابـد تـا وضـعیت موجود رصد و در شرایطی مطلـوب طراحـی لازم بـرای سـلامت جامعـه صورت پذیرد.

از طرف دیگر در این ساختار با توجه به درگیرشدن لایه‌های مختلـف جامعه و سطوح مدیریتی کشور و سطح کلان سرمایه‌گـذاری‌هـا، و حفـظ منابع انسانی که بزرگ‌ترین سرمایه‌های کشور هستند، لزوم پـرداختن بـه نظام جامع سـلامت معنـوی اسـلامی و تـدوین شـاخص‌هـا و معیارهـای تامین‌کننده سلامت جامع از منظر قرآن و عترت را کاملاً بدیهی و ضروری می‌نمایاند(۲۸).

با پیوستی معنوی در برنامه ۱۴۰۴ و حضور در ارکان برنامـه ۱۴۱۴ بـه عنوان سند جامع سلامت معنوی اسلامی‌کشور، این امید را به حـول و قـوه الهی داریم که این مهم تحقق خواهد یافـت(۲۹). بـرای فـراهم شـدن ایـن چشم‌انداز نیاز به تدابیر و مداخلاتی در نظام سلامت موجود وجود دارد که با نگاهی ساختاری پاسخگوی نیازهای در حوزه سلامت معنوی اسلامی باشـد. در این مختصر با شناختی که با بیش از دو دهـه از نظـام سـلامت داشـته و تقریباً در بیشتر بخش‌های آن انجام وظیفه نموده‌ام، تقدیم می‌کنم.

در سطح ستادی، وجود کمیته‌ها، کارگروه‌هـا و کمیسـیون‌هـای فـرا وزارتی که در ارتباط با تمامی عناصر و دستگاه‌های مداخله‌کننده در حوزه سلامت است، رویکرد حضور سلامت معنوی اسلامی‌می‌تواند اثرگذار باشد. نمونه آن شورای عـالی سـلامت و امنیـت غـذایی، شـورای پیشـگیری از آسیب‌های اجتماعی، شورای پیشگیری از اعتیاد به مواد مخدر و ... اسـت که در سطحی کوچک‌تر در استان‌ها در حوزه ستاد دانشگاه علوم پزشـکی فعال هستند. همچنین بخش‌های گزینش، حراست و بازرسـی بـا نگـاهی برگرفته از شاخص‌ها و مؤلفه‌های سلامت معنـوی اسـلامی‌افـراد و منـابع انسانی در جذب، بکارگیری یا حفظ و صیانت از نظام سـلامت مـی‌تواننـد ارتقا یابند.

در حوزه ستادی، مدیریتی تحت عنوان مدیریت سـازمان‌هـای مـردم نهاد و خیرین سلامت وجود دارد که عهـده دار اسـتفاده از ظرفیـت‌هـای مردمی‌و سازمان‌های مردم نهاد در حوزه سلامت است که در هر دو بخش وجود ظرفیت‌های منابع انسانی معنوی و ظرفیت‌های مـالی وقـف و خیـر وجود دارد که با رویکردی معنوی به نظام سلامت کمک می‌کند. نمونه آن حضور پر رنگ سازمان‌های مردم نهـاد و خیـرین سـلامت در موضـوعات بحران سلامت همچون سیل، زلزله و کووید-۱۹ اسـت. حضـور نیروهـای جهادی و افتخاری از اقشار مختلف مردم و اختصاص مبالغ اهدایی خیرین که چندین برابر مبالغ تخصیصی دولتی بوده است، گویای این تأثیر متعالی در حوزه سلامت معنوی اسلامی‌است.

در سطح معاونت بهداشتی، با ارائه خدمات بهداشتی درمانی در خانه‌های بهداشت، مراکـز بهداشـت بهداشـتی - درمـانی شـهری و روستایی و پایگاه‌های بهداشتی، نظارت، پایش و ارزشیابی خدمات، آموزش و ارتقا سلامت، بهبود و اصلاح سبک زندگی بـا بسـته‌هـای آموزشی، پیام‌های بهداشـتی در خـود مراقبتـی، دهکـده سـلامت، رسانه، سایت، مجلات و مقـالات و ....، بهداشـت بـاروری، کودکـان، مادران، زایمان سالم، مراقبت و بهداشت سـالمندان، تغذیـه سـالم، مشاوره بیماری‌های عفونی و رفتاری، ایمن سازی و واکسیناسـیون، بهداشت روان، پیشگیری و مراقبت از سلامت دانش‌آموزان، مراقبت و بهداشت دهان و دندان و خـدمات دنـدان پزشـکی، پیشـگیری و مراقبت از بیماری‌های واگیـر و غیرواگیـر، حتـی بینـایی‌سـنجی و شنوایی‌سنجی متقاضیان شـغل و در بـرآورد درخواسـت و تـأمین و توزیع داروهای اساسی مورد نیـاز بـرای درمـان بیمـاران سـرپایی، کنترل و نظارت بر کارگاه‌ها و کارخانجات صنعتی، نظارت بر نحـوه جمع‌آوری و دفع زباله و فاضلاب و منابع آب، کنتـرل و نظـارت بـر مراکز تهیه و توزیع مواد غذایی، امـاکن عمـومی و مراکـز آموزشـی پژوهشی - تفریحی و زیارتی و بهسازی محیط و جلـب مشـارکت و هماهنگی با نهادها، سـازمان‌هـا و ادارات بـین بخشـی در راسـتای اهداف سلامتی منطقه، استان و شهرستان‌ها و روستاها است که بـا رویکردی جامع نگر، سلامت معنوی اسلامی‌در همه آن‌ها می‌توانـد نقش‌آفرین باشد(۱و۳۰).

در معاونت فرهنگی دانشـجویی بـا واحـدهایی کـه در حـوزه قـران و عترت، تربیت بدنی و ... وجود دارد، ضمن پـرداختن بـه الگـوی فرهنگـی معنویت اسلامی‌در فضای دانشجویی، در فضاهایی همچـون خوابگـاه‌هـا و تشکل‌های دانشجویی الگوی سلامت معنوی اسلامی قابلیت جریان‌سازی، ایجاد، حفظ و ارتقاء سلامت معنوی را به عهده دارد.

در معاونت پژوهشی با رویکردی تحقیقی با کمـک متخصصـان علـوم اسلامی در قالب‌های مختلـف مرکـز تحقیقـات، کـارگروه‌هـای تحقیقـی، انتشارات و ... به تولید محتواهای آموزشی می‌توان دست یافت.

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-18]

در معاونت آموزشی با رویکردی آموزشی از دست مایه‌های تولید شده برای ایجاد، حفظ و ارتقاء سلامت معنوی اسلامی‌در منابع انسانی آموزشی مثل اساتید هیئت علمی، مدرسان همکار و حق‌التدریس و استفاده از ظرفیت گروه معارف اسلامی‌می‌توان بهره برد. این مهم از لایه جذب اعضای هیئت علمی و مدرسان دروس مختلف تا به‌کارگیری و ارتقا آن‌ها در قالب‌های مختلفی همچون نشست‌های علمی، نشست‌های دانش‌افزایی و مهارت‌آموزی، بازآموزی و ... قابلیت اجرایی دارد. از سوی دیگر، در قالب دروس و سرفصل‌های خاص سلامت معنوی اسلامی برای دانشجویان قابل ارائه است.

در معاونت توسعه و مدیریت منابع، با توجه به ظرفیت‌های موجود در بستر مالی، منابع انسانی و زیرساخت‌های فیزیکی، عناصر و مؤلفه‌های سلامت معنوی اسلامی‌قابلیت اجرا و توسعه دارد. نمونه آن معماری اسلامی با رویکرد معنوی در دفتر فنی، استفاده از ظرفیت‌های معنوی در حوزه املاک وقفی و خیریه، استفاده از ظرفیت آموزش‌های بدو خدمت و ضمن خدمت، تعیین بودجه‌های اختصاصی برای ایجاد، توسعه و ترویج سلامت معنوی اسلامی و شایسته‌سالاری در توزیع منابع انسانی و اختصاص پست‌های مدیریتی به افراد با صلاحیت سلامت معنوی بالاتر و .... است.

در معاونت درمان با نگاه ارائه‌دهندگان خدمات درمانی در طیف گسترده‌ای از منابع انسانی و غیر انسانی که در حال حاضر بخش عظیمی از نظام بهداشت، درمان و آموزش پزشکی را به خود اختصاص داده است، ارائه خدمات سلامت و مراقبت معنوی اسلامی‌با افراد آموزش دیده از مراقبان و درمانگران معنوی قابل انجام است. در نظامات سلامت سایر ادیان و کشورها این موضوع کاملاً جا افتاده و عملیاتی است در حالی که ما هنوز در ابتدای راه هستیم.

نتیجه‌گیری

این مطالعه، بیان می‌کند مطالعات بنیادین در موضوعات مرتبط با سلامت معنوی اسلامی نیاز است. در این مطالعات و عملیاتی شدن تدابیر حاصله نیاز است به نیازهای معنوی، اصول ارتباطات و پیشرفت معنوی، شناخت صحیحی از اختلالات معنوی با هدف پیشگیری، مراقبت و درمان توجه شود. با استفاده از فرصت‌های معنوی، گروه‌های مختلف مخاطبان پوشش داده شود. به نمادها و مهارت‌های معنوی، باورهای معنوی، خود مراقبتی و سیستم ارجاع به متخصصان سلامت و مراقبت معنوی اسلامی عنایت شود. این مهم قابل تحقق است در صورتی که چشم‌اندازی روشن و شفاف برای استفاده از ظرفیت‌های محیط‌های بهداشتی درمانی برای ایجاد، حفظ و ارتقا سلامت معنوی اسلامی‌آحاد مردم با استفاده از قرآن، احادیث و تجربیات علمی‌و عقلی بشر که با متون دینی و الهی در تعارض نباشد، فراهم شود.

Original

Utilizing the Capacities of Health Care Environments in Islamic Spiritual Health

Abbas Ali Vashiyan[1*]

Abstract

Background: Lack of knowledge, lack of spiritual insight and lack of behavioral application of faith and religion following trauma or disease; consolation and provision of spiritual support are important issues in the field of **Islamic spiritual health (ISH)**; the lack of clergymen at healthcare centers in various countries is not surprising; ISH is a necessary need of traumatized patients just like other needs (i.e. surgery and medications etc.); how to respond in times of trouble and provide comfort to patients hit by tragedy are essential to maintain mental health amd cope with the issue . According to the existing spiritual capacities in the Islamic world, including the Shiites, the existing capacities of intellectuals and interdisciplinary thinkers can be used) by the clergy) creating and maintaining spiritual health at healthcare centers.

Methods: Descriptive-analytical interdisciplinary studies of the Quran, hadiths and medical sciences.

Results: In most religions and nations, approach strategies and skills of health and spiritualcare workers provide the infrastructure and system needed for renderring the much needed health and medical education service packages and protocols.

Conclusion: Islamic spiritual health like many other religions and foreign nationals of the past and present, use a structured approach that includes all components of healthcare; attention to all aspects of human beings at all levels of prevention and treatment that provide comprehensive healthcare services from the health centers in the rural setting and allow for provision of medical services from the ministry of Health Education and Welfare; many NGOs also intervene to render SH counscelling and prevent PTSD

Keywords: Delivery of Health Care, Health Services, Spiritual Health

1. * Corresponding Author: Associate Professor of Medical Sciences Qom University and Al-Mustafa International University, Graduate of Medical Sciences Iran University, PhD in Quran and Science (Hygiene & Health); Director of Health and Wellness, Imam Khomeini Higher Education Complex

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-18]

منابع

1. Vashian AA. Health From the Perspective of Holy Quran. The Qur'an and Science 2014; 8(14): 63-84. [In Persian]
2. Vashian AA. Islamic Principles of Delivery of Health Care. Qom: Imam Sadiq Research Institute; 2019. [In Persian]
3. Marandi A, Azizi F. Definition and Difficulties of Spiritual Health in Iraninan Islamic Society. Faslnamah-I Akhlaq-I Pizishki 2012; 4(14): 11-21. [In Persian]
4. Mohagheghi MA. Inspirational Role Models of Islamic Spiritual Health. Iranian Journal of Culture and Health Promotion 2019; 3(2): 131-138. [In Persian]
5. Fowler JW. Stages of faith development: The psychology of human development and the quest for meaning. San Francisco, CA: Harper & Row; 1981.
6. Taylor EJ. What do I say? Talking with patients about spirituality. Philadelphia, PA: Templeton Press; 2007.
7. Ettefagh L, Azma K, Jahangir A. Prayer Therapy in Persons Suffering from Carpal Tunnel Syndrome. Interdisciplinary Quaranic Studies 2009; 1(2): 27-31. [In Persian]
8. Winslow GR, Wehtje-Winslow BJ. Ethical boundaries of spiritual care. Med J Aust 2007; 186(10 Suppl.): S63–S66.
9. Vashian AA. Quran and Health. Qom: Al-Mustafa Open University; 2016. [In Persian]
10. Vashian AA. Mental Health System from the Perspective of Quran and Ahadith. Qom: Al-Mustafa International University; 2016. [In Persian]
11. Bahrami Dashtaki H, Alizadeh H, Ghobari Bonab B, Karami A. The effectiveness of group spirituality education on reducing depression in students. Journal of Counseling Research 2006; 5(19): 49-72. [In Persian]
12. Taylor EJ, Brander P. Hospice patient and family carer perspectives on nurse spiritual assessment. J Hosp Palliat Nurs 2013; 15: 347–354.
13. Thune-Boyle IC, Stygall J, Keshtgar MR, Davidson TI, Newman SP. Religious/spiritual coping resources and their relationship with adjustment in patients newly diagnosed with breast cancer in the UK. Psychooncology 2013; 22: 646–658.
14. Wortmann JH, Park CL, Edmonson D. Trauma and PTSD symptoms: Does spiritual struggle mediate the link? Psychol Trauma 2011; 3: 442–452.
15. Husaini Kuhsari I. Stress in Quran Perspective. Tehran: Kanoon Andisheh Javan; 2004. [In Persian]
16. Vashian AA. Textbook of spiritual health and care. Qom: Avaye Malakoot; 2017. [In Persian]
17. Biria N, et al. Developmental psychology with a view to Islamic sources. Tehran: SAMT; 2011. [In Persian]
18. Koenig HG, King D, Carson VB. Handbook of religion and health (2nd ed.). New York, NY: Oxford University Press; 2012.
19. Ennis EM, Kazer MW. The role of spiritual nursing interventions on improved outcomes in older adults with dementia. Holist Nurs Pract 2013; 27(2): 106–113.
20. Panahi AA. Prayer for Peace of Mind. Qom: Imam Khomeini Education and Research Institute; 2005. [In Persian]
21. Taylor EJ. Religion: A clinical guide for nurses. New York, NY: Springer; 2012.
22. Poloma MM, Gallup GH. Varieties of prayer: A survey report. Philadelphia, PA: Trinity Press; 1991.
23. French C, Narayanasamy A. To pray or not to pray: A question of ethics. Br J Nurs 2011; 20(18): 1198-200, 1202-4.
24. Benson H, Klipper MZ. The relaxation response. New York, NY: HarperCollins; 2000.
25. Taylor EJ. Spiritual care: Evangelism at the bedside? J Christ Nurs 2011; 28(4): 194–202.
26. Akram J, Maftoon F. Extracting inner meanings(Tawil) of verse 82 of surah Al-Asra and its relation with prayer and healing. Interdisciplinary Quranic Studies 2009; 1(1): 39-42. [In Persian]
27. Vashian AA. Spiritual Health Criteria in National Health Document. Iranian Journal of Culture and Health Promotion 2017; 1(1): 83-88. [In Persian]
28. Vashian AA. Quran and Health. Qom: Al-Mustafa Open University; 2017. [In Persian]
29. Vashian AA. Mental Health Skills. Qom: Research Institute for Islamic Culture and Thought; 2019. [In Persian]
30. Ghasemi S. Mental Health in Islam. Qom: Imam Khomeini Education and Research Institute; 2009. [In Persian]

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-18]