نشریه فرهنگ و ارتقای سلامت فرهنگستان علوم پزشکی
دوره هشتم، شماره سوم، پاییز ۱۴۰۳، صفحات ۲۲۳ تا ۲۲۹

اصیل

تعدیل تعیین‌کننده‌های اجتماعی مؤثر بر سلامت معنوی

محمدحسن کلانتر نیستانکی[۱]، مینو اسدزندی[۲*]، سیدمرتضی حسینی[۳]

۱. پزشک عمومی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله (عج)، تهران، ایران
۲. *نویسنده مسئول: استادیار، مرکز تحقیقات سلامت معنوی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله (عج)، تهران، ایران، mazandi498@gmail.com
۳. دانشیار، مرکز تحقیقات سلامت معنوی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله (عج)، تهران، ایران

دریافت مقاله: ۱۴۰۳/۰۷/۱۶ پذیرش مقاله: ۱۴۰۳/۰۸/۱۹

چکیده

زمینه و هدف: هدف نظام سلامت ایران، ارتقای سلامت معنوی جامعه با توجه به تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت است. هدف مطالعه ارائه خلاصه سیاستی تعدیل تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت معنوی جامعه بود.

روش: مطالعه کیفی دو مرحله ای شامل: ۱-آینده‌پژوهی اسلامی مبنی بر مدل منطقی و همکاران طی مراحل: ۱) تحلیلی: مرور غیرسیستماتیک شواهد با دستورالعمل PRISMA و تحلیل با مدل آنالیز مفهومی واکر و آوانت؛ ۲) تفسیری: مبتنی بر نظریه شخصیت معنوی و نظریه آسیب‌شناسی مدل قلب سلیم؛ ۳) شهودی: تحلیل محتوایی مصاحبه با ۲۵ نفر از خبرگان ملی ۲- مطالعه مبتنی بر نظریه‌پردازی داده‌بنیاد با روش سیستماتیک اشتراوس و کوربین و کدگذاری سه مرحله‌ای (باز، محوری و انتخابی) داده‌های مصاحبه با ۵۵ نفر از استادان و دانشجویان بودند.

یافته‌ها: چالش‌های سه حوزه: ۱) تحقیقاتی: بی‌توجهی به افتراق پارادایمیک اسلام با مسحیت کاتولیک در تحقیقات سلامت معنوی اسلامی، عدم استفاده دانشگاهیان از شواهد دینی، کمبود نظریه‌پردازی ۲) آموزشی: عدم آموزش سلامت معنوی در دانشگاه‌ها، عدم تربیت استادان منتور معنوی ۳) بالینی: بی‌توجهی به تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت معنوی، فقدان استانداردهای ارائه خدمات سلامت معنوی، عدم سنجش شایستگی مراقبان معنوی، نیازمند: اصلاح عوامل علی بودند (تعدیل شرایط اجتماعی، اصلاح شیوه تربیت معنوی، نظارت بر عملکرد الگوهای اجتماعی) تا شناخت دین، ادراک مثبت از خدا و دلبستگی ایمن به خدا ایجاد شود.

نتیجه‌گیری: اجرای برنامه توانمندسازی خودمراقبتی، اصلاح شیوه تربیت معنوی، تمرکز بر آموزش الگو محور در مراکز آموزشی، سیاست‌گذاری تعمیق معنویت در جامعه، راهبردهای اصلی حکمرانی مشفقانه معنوی نظام سلامت جهت ارتقای سلامت معنوی جامعه هستند.

کلیدواژه‌ها: ارتقای سلامت، برنامه‌ریزی بهداشت جامعه، عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت، معنویت

مقدمه

نظام سلامت (Health system) شامل همه سازمان‌ها، افراد و فعالیت‌هایی است که هدف اصلی آن ها تأمین، حفظ و ارتقای سلامت جامعه می‌باشد. تحقق این هدف نیازمند تلاش‌های اثر بخش برای تعدیل تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت و فعالیت‌های مرتبط با بهبود سلامت آحاد جامعه است(۱). سلامت همه جانبه شهروندان، به عنوان اولویت اساسی سیاست‌گذاران نظام سلامت در جهان (۲) در دهه های اخیر با شناسایی تأثیر ۵۰ درصدی عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، سلامت و بیماری را به مفاهیم اجتماعی مبدل کرده است (۳). امروزه تعیین‌کننده‌های اجتماعی مؤثر بر سلامت (Social Determinants of Health) به عنوان تمام شرایطی را که مردم تحت آن شرایط متولدشده، بزرگ می‌شوند، زندگی و کار می‌کنند، پیر می‌شوند؛ مبنای سیاست‌گذاری مؤثر برای ارتقای سلامت جامعه به شمار می‌آورند (۴، ۵). درمان پریشانی‌های معنوی آحاد جامعه و ارائه خدمات سلامت معنوی (Spiritual Health Services) هم یکی از مهم‌ترین اولویت‌های ارتقای ابعاد زیستی- روانی- اجتماعی سلامت به شمار می رود؛ چرا که سلامت معنوی با برخورداری از قلب سلیم (قلبی آرام و مطمئن، دارای احساس امنیت، سرور و بهجت، خوش‌بینی و امیدواری) پیامد حقیقت بندگی است که با عدم احساس مالکیت بنده و انفاق در راه خدا و ایجاد شبکه حمایت اجتماعی در بعد اجتماعی سلامت مؤثر است. با دوری از منفعت‌طلبی، تقویت تسلیم، توکل، تفویض امور به خدا از طریق مدیریت استرس‌ها و معنا دادن به حوادث زندگی در بعد روانی سلامت تأثیر دارد. همچنین از طریق اشتغال به اوامر و نواهی خدا و اصلاح سبک زندگی و ایجاد رفتارهای سالم بهداشتی در بعد جسمی سلامت تأثیرگذار است (۶). تبتل (وارستگی و دل‌بستگی ایمن به خداوند) و باور به حضور و کفایت خداوند در صاحبان قلب سلیم(۷، ۸)

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.22034/8.3.2]

موجب تاب‌آوری و سازگاری افراد با مشکلات زندگی، تغییر نگرش به رخدادهای زندگی به عنوان یک تجربه معنوی (۹)، مدیریت استرس‌ها از طریق ارتباطات معنوی مثبت و سازنده با خداوند، خود، دیگران و مخلوقات می‌شود (۱۰). این تأثیرات التیام بخش باورهای معنوی، نظام سلامت کشورها را متوجه سلامت معنوی کرده است(۱۱، ۱۲). در اسناد بالادستی و در سیاست‌های کلی سلامت ایران هم بر تعمیق معنویت، ارائه خدمات آموزشی، پژوهشی، درمانی و توانبخشی سلامت مبتنی بر اصول و ارزش‌های انسانی و اسلامی و نهادینه سازی آن در جامعه و همچنین بر آگاه سازی مردم از حقوق و مسئولیت‌های اجتماعی خود و استفاده از ظرفیت محیط‌های ارائه مراقبت‌های سلامت برای رشد معنویت و اخلاق اسلامی در جامعه تأکید شده است. به نحوی که در بیانیه گام دوم و سند چشم‌انداز بیست ساله به حفظ اصول اخلاقی و ارزش‌های اسلامی و ملی با تأکید بر مردم سالاری و عدالت تأکید شده است (۱، ۱۳، ۱۴)؛ اما به‌رغم اهمیت روز افزون شناخت، اصلاح و تعدیل تعیین‌کننده‌های اجتماعی مؤثر بر سلامت معنوی جهت حفظ و ارتقای سلامت کلّی جامعه، شناسایی و تعدیل تعیین‌کننده‌های اجتماعی مؤثر بر سلامت معنوی در حوزه ملّی و بین‌المللی مغفول مانده است (۱۵). یافته‌های مطالعه آینده‌پژوهی ارائه خدمات سلامت معنوی در ایران نشانگر وجود چالش‌ها و معضلاتی در سه حوزه تولید دانش سلامت معنوی، انتقال دانش سلامت معنوی و کاربست دانش سلامت معنوی است (۱۶). به‌دلیل خلأ مطالعاتی در شناسایی و رفع عوامل ایجادکننده نابرابری در سلامت معنوی و عدم وجود مطالعاتی در زمینه نقش تعیین کننده‌های اجتماعی مؤثر بر سلامت معنوی در ایران و جهان و همچنین روش‌های تعدیل این تعیین کننده‌ها، با توجه به اهمیت و نقش مهم تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت معنوی و ارایه خلاصه سیاستی متناسب در جهت تحقق سیاست‌های کلی سلامت، مطالعه حاضر با هدف ارائه خلاصه سیاستی تعدیل تعیین‌کننده‌های اجتماعی مؤثر بر سلامت معنوی انجام شد.

روش

این تحقیق کیفی دو مرحله‌ای شامل مطالعه آینده‌پژوهی اسلامی متمرکز بر سؤال «چیستی آسیب‌های خدمات سلامت معنوی در ایران» و «آینده‌پژوهی خدمات سلامت معنوی ایران» طی ۱۸ ماه بر مبنای مدل منطقی و همکاران (۱۷) در سه مرحله ۱) تحلیلی: مرور غیرسیستماتیک شواهد دینی و علمی سه دهه اخیر با دستورالعمل PRISMA شامل: جستجوی متون، انتخاب متون، ارزشیابی، استخراج و طبقه‌بندی داده ها با معیارهای ورود: - امکان دسترسی به متن کامل مقالات فارسی یا انگلیسی، منتشر شده بین سال‌های ۲۰۰۰-۲۰۲۰، باکلید واژه های سلامت معنوی، مراقبت معنوی، مشاوره معنوی، مدل مراقبت معنوی، قابل دسترس در پایگاه‌های اطلاعاتی داخلی و خارجی (Request PubMed, Google scholar, Elsevier, SID, Cochrane, Magi ran) و انتخاب شواهد دینی با استفاده از کتاب‌های معتبر تفسیری و روایی شیعی انجام شد. مقالات ابزار سازی، گزارش‌های کوتاه، تکراری بودن مقالات، معیارهای خروج از این مرحله مطالعه بودند. از تعداد ۹۷ مقاله وارد شده به مطالعه، ۳۲ مقاله مورد بررسی قرار گرفتند تا امکان شناسایی علل و عوامل، چیستی آسیب‌های خدمات سلامت معنوی، کشف روابط میان آن‌ها و نتایج منتج از آن‌ها، مبتنی بر استدلال و برهان و درک تصویری از آینده و شیوه تحقق آن، برای سیاست‌گذاران نظام سلامت فراهم شود. تحلیل ۳۲ مقاله بر مبنای مدل آنالیز مفهومی واکر و آوانت طی هشت گام: ۱ انتخاب مفهوم، ۲ تعیین هدف تحلیل، ۳ شناسایی موارد استفاده از مفهوم، ۴ تعیین ویژگی‌های تعریف کننده مفهوم، ۵ شناسایی یک مورد الگو، ۶ شناسایی موارد مرزی و مخالف۷ شناسایی پیشایندها و پیامدها ۸ نمود تجربی، انجام شد (۱۸). علاوه بر منابع معرفتی آینده‌پژوهی غیراسلامی که تنها به تجربه و تعقل اکتفا می‌کند از شواهد دینی اسلام هم استفاده شد تا آینده‌پژوه بتواند با بررسی و تحلیل مسائل گذشته، برنامه‌ای مناسب برای آینده تدوین کند با تحلیل تحولات سلامت معنوی طی چند دهه اخیر در ایران، بستر تحقق آینده‌ای مطلوب فراهم شود (۱۹). ۲) تفسیری: با هدف آشکار کردن امور مخفی به کمک نشانگرها و مبتنی بر رئالیسم معرفتی، تلاش شد با مشاهده و مطالعهٔ رفتارهای انسان در بستر اجتماعی و تاریخی مبتنی بر نظریه شخصیت و آسیب شناسی معنوی مدل قلب سلیم در سلامت معنوی اسلامی (۲۰) به تفسیر رفتارهای موید سلامت یا پریشانی معنوی پرداخته شود و امکان کشف انگیزه های درونی انسان‌ها فراهم شود (۲۱). ۳) شهودی: با استفاده از دانش ضمنی خبرگان سلامت معنوی تلاش شد تا علاوه بر تحلیل‌های علّی و معلولی، تحلیل مسائل و رویدادهای گذشته، با ترکیب دانش ضمنی افراد با تجربه در این حوزه که می‌توانند به صورت ضمنی یا حضوری مسائل و اموری را ادراک کنند که برای دیگران قابل درک نیست، از معرفت و ادراکات خبرگان برای ترسیم آینده استفاده شود تا امکان ارائه راه حل برای رویارویی با مشکلات آینده را فراهم کرد (۲۲). بنابراین به جای جمع‌آوری اطلاعات از نمونه‌های در دسترس، از افرادی داوطلبی که قادر به ارائه اطلاعات مطلوب بودند، براساس معیارهای ورود استفاده شد (عضویت در تیم درمانی (پرستار، روان‌شناس بالینی، پزشک)، دارا بودن تجربه عملی در تصمیم‌گیری‌های حوزه سلامت معنوی، واجد تجربه پژوهش و تحقیق حوزه سلامت معنوی، برخوردار از تجربه مدیریت مراکز علمی و تحقیقاتی، واجد نگاه راهبردی). با توجه به این که در مورد تعداد خبرگان در زمانی که محقق به شیوه هدفمند نمونه را انتخاب می‌کند درمنابع عدد خاصی ذکر نشده؛ اما رهبر به نقل از بازرگان آورده: در صورتی که هدف از مصاحبه اکتشاف و توصیف عقاید و نگرش‌های

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.22034/8.3.2]

مصاحبه‌شوندگان با توجه به زمان و منابع قابل دسترس باشد، تعداد نمونه (۱۱±۱۵) برای انجام مصاحبه کافی خواهد بود (۲۳). در این تحقیق، از ۲۵ نفر از خبرگان پس از اخذ رضایت کتبی آگاهانه در مصاحبه انفرادی عمیق و نیمه ساختار یافته، استفاده شد که شامل: ۸ فوق تخصص پزشکی، ۳ روحانی، ۶ استاد پرستاری، ۴ روان‌پزشک و روان‌شناس ، ۴مدیر خدمات بهداشتی بودند. بعد از انتخاب هدفمند خبرگان، مصاحبه و گفتگوهای چالشی، دوطرفه و انتقادی به شکل حضوری، در زمان مورد نظر مشارکت‌کنندگان، در محل کار آنان، با طول مدت۳۰ -۴۵ دقیقه انجام شد. جمع‌آوری داده‌ها تا رسیدن به اشباع ادامه یافت. معیارهای خروج این مرحله، عدم تمایل به ادامه همکاری، بروز بحران در زندگی شخصی یا حرفه‌ای، اختلال سلامت بودند. تمام عبارات شرکت‌کنندگان بطور کامل و کلمه به کلمه نسخه‌نویسی شدند و تحلیل داده‌ها براساس روش تحلیل محتوای قرار دادی به روش آنالیز مقایسه‌ای مستمر (به عنوان یک روش تعیین اعتماد و روایی داده‌ها) انجام شد (۲۴). (جدول ۱)

مرحله دوم تحقیق با جهت‌گیری توسعه‌ای و هدف اکتشافی، در بازه زمانی مهر ۱۴۰۲ تا اردیبهشت سال ۱۴۰۳ انجام گرفت. به علت عدم وجود تحقیقات قبلی در این زمینه، برای کشف ابعاد این پدیده پیچیده چند بعدی، از راهبرد نظریه داده بنیاد (Grounded Theory) و رویکرد سیستماتیک اشتراوس و کوربین استفاده شد تا امکان ارائه تبیین‌های جامع نظری درمورد نقش تعیین‌کننده‌های اجتماعی مؤثر بر سلامت معنوی فراهم شود. برای شناسایی پدیده محوری، شرایط علّی، عوامل زمینه‌ای، عوامل مداخله‌گر، راهبردها، پیامدها و ارتباط آن‌ها، داده‌ها از منابع اطلاعاتی متعدد با چندین شیوه (مصاحبه، مشاهده، و یادداشت‌های عرصه) جمع‌آوری شدند و به مجموعه‌ای از کدها تبدیل شدند تا در ادامه، کدهای مشترک به مقوله و مقوله‌ها به نوعی نظریه تبدیل شود (۲۵). مهمترین ابزار این پژوهش، مصاحبه‌های عمیق و نیمه‌ساختاریافته با استفاده از سؤالات باز از استادان و دانشجویان علوم پزشکی واجد معیارهای ورود به مطالعه بودند. جامعه تحقیق، استادان و دانشجویان داوطلب علوم سلامت بودند. پس از تشریح هدف پژوهش با اخذ رضایت کتبی آگاهانه و تأکید بر محرمانه ماندن اطلاعات فردی، براساس معیارهای ورود، با روش مبتنی بر هدف، انتخاب شدند. معیارهای ورود شامل آشنایی و علاقه‌مندی به مقوله سلامت معنوی، اشتغال به تدریس یا تحصیل در یکی از رشته‌های علوم پزشکی در دانشگاه‌های سراسر کشور بودند. معیارهای خروج از مطالعه عدم وجود رضایت شخص به ادامه همکاری، تکمیل ناکامل مصاحبه، بروز بحران در زندگی شخصی یا حرفه‌ای و اختلال حاد و شدید در سلامت بودند. در تحقیقات کیفی حجم نمونه در طول تحقیق مشخص می‌شود و نمونه‌گیری به حدی ادامه می‌یابد تا اشباع داده‌ها حاصل شود و دیگر اطلاعات مفهومی جدیدی به‌دست نیاید (۲۳، ۲۶). بعد از ۵۰ مصاحبه مطالب به اشباع نظری رسید و تکامل نظریه استخراج شده، حاصل شد؛ اما جهت افزایش قدرت پژوهش، مصاحبه‌ها تا ۵۵ مصاحبه ادامه داده شد. مصاحبه‌ها به صورت انفرادی، چهره به چهره، حضوری، در زمان و مکان مناسب، توسط پزشک عمومی انجام شد. طول هر مصاحبه به صورت متوسط حدود ۳۰-۶۰ دقیقه بود. در طول مصاحبه‌های اولیه محقق اجازه داد، مصاحبه‌شوندگان آزادانه صحبت کنند. همزمان با انجام مصاحبه‌ها، پیاده‌سازی، تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از مصاحبه‌های اولیه انجام شد. محقق حین جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها از یادآورنویسی هم استفاده کرد و ایده‌ها و روابطی که به ذهنش می‌رسید را فوراً یا در اولین فرصت یادداشت کرد تا این یادآورها به واسطه ماهیت انتزاعی خود، شاکله اولیه نظریه را ایجاد کنند (۲۷). متن مصاحبه‌ها با دقت پیاده‌سازی شدند و داده‌های حاصله در سه مرحله کدگذاری باز، کدگذاری محوری و کدگذاری انتخابی با استفاده از نرم‌افزار مکس کیودا (MAXQDA) ورژن ۲۰۲۰ طبقه‌بندی شدند. به‌تدریج با ایجاد دسته‌های معنایی، مسیر مصاحبه‌های بعدی مشخص شد. با عبور از مصاحبه‌های ابتدایی و به‌دست آمدن مفاهیم اولیه، مصاحبه‌ها براساس تئوری ایجاد شده، هدایت شدند. محقق سؤالاتش را براساس طبقات برجسته و مهم تحقیق، جهت داد. به نحوی که سؤالات عمیق‌تر، تخصصی‌تر و جهت‌دار مبتنی بر اهداف و سوالات تحقیق پرسیده شد و مصاحبه‌ها به سوی کشف جزئیات مرتبط با پدیده مورد مطالعه، سوق داده شدند. در مراحل مختلف کدگذاری به خصوص مرحله کدگذاری محوری در صورت بروز ابهاماتی در مصاحبه‌ها با مصاحبه شونده از طریق تلفن یا پست الکترونیک ارتباط مجدد حاصل شد تا ابهامات مصاحبه رفع شود. در تحقیقات کیفی به جای تأکید بر پایایی و روایی از مفهومی به‌نام «قابلیت اعتماد» استفاده می‌شود که از نظر میکوت و مورهاس (Maykut & Morehouse) مشتمل بر چهار محور ۱- استفاده از چند روش گردآوری داده‌ها، ۲- بازرسی مسیر کسب اطلاعات، ۳- وارسی از سوی افراد تحت بررسی، ۴- استفاده از گروه پژوهشی است تا اعتمادسازی را تحقق بخشد (۲۸). در این تحقیق به منظور تأمین قابلیت اعتماد یافته ها، محقق ۱. ضمن استفاده از مشاهده و یادداشت‌های عرصه، یادآورنویسی در کنار مصاحبه‌ها ۲. در جمع‌آوری داده‌ها از روش مشاهده به صورت شرکت‌کننده ناظر، ۳. تکنیک تکرار و وارسی از سوی نمونه‌ها و ۴. مشورت با استادان متخصصان حوزه سلامت معنوی بهره گرفت. (جدول ۲)

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

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.22034/8.3.2]

یافته‌ها

جدول ۱. بیان مشکلات و چالش‌های موجود در خدمات سلامت معنوی

سطح	چالش‌های موجود
تولید دانش (پژوهش)	بی‌توجهی به افتراق پارادیمیک اسلام با مسیحیت کاتولیک در حوزه سلامت معنوی، عدم استفاده دانشگاهیان از شواهد دینی، کمبود نظریه ، بی‌توجهی به نظریه‌پردازی هماهنگ با زمینه فرهنگی- مذهبی جامعه، کمبود اطلاعات و پژوهش‌های مرتبط
انتقال دانش (آموزش و ترویج)	عدم آموزش سلامت معنوی در دانشگاه ها، عدم تربیت استادان منتور معنوی، کمبود درسنامه سلامت معنوی، منابع ناکافی در زمینه سلامت معنوی، ترویج روش‌های معنویت درمانی یونگ، استراتژی ریچاردز و برگین، لوگوتراپی فرانکل در دانشگاه‌های ایران به جای سلامت معنوی اسلامی
کاربست دانش (کاربردی‌سازی)	بی‌توجهی به تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت معنوی، فقدان استانداردهای خدمات سلامت معنوی، عدم سنجش شایستگی مراقبان معنوی، بی‌توجهی به نیازهای معنوی مردم، مغفول ماندن خود مراقبتی معنوی کارکنان نظام سلامت، عدم اجرای مراقبت معنوی بالینی مبتنی بر نظریه‌های علمی، کم‌توجهی به پیشگیری و ارتقای سلامت معنوی جامعه و تمرکز تقریباً انحصاری به امر درمان بیماری‌های جسمی بدون در نظرگرفتن بعد معنوی سلامت، مغفول ماندن موضوع مهم شناسایی و تعدیل تعیین‌کننده‌های اجتماعی مؤثر بر سلامت معنوی در حوزه ملّی، بی‌توجهی به تأثیر عوامل اقتصادی مؤثر بر سلامت معنوی و عدم توجه به عوامل محیطی مؤثر بر آن

جدول ۲. راهکار های اجرایی و خلاصه های سیاستی

حوزه‌های مرتبط	خلاصه سیاستی	راهکار اجرایی
اصلاح شرایط جامعه	سیاست‌گذاری جهت ۱. ارتقای سلامت معنوی جامعه با تقویت دلبستگی ایمن به خدا ۲. نظارت بر اجرای برنامه توانمندسازی خود مراقبتی معنوی کارگزاران جامعه ۳. تسهیل پیشرفت و رشد در جامعه با برقراری ثبات اقتصادی- اجتماعی ۴. ریشه‌کنی هر گونه فساد و برقراری عدالت اجتماعی ۵. ترویج حب وطن، غیرت ملی و حمایت از تولیدات و فرهنگ ملّی ۶. تامین امنیت آحاد جامعه، تأمین و حفظ حقوق و آزادی‌های فردی ۷. ارتقای وضعیت بهداشت و درمان، تعمیم عدالت در سلامت ۸. حمایت‌های اقتصادی- اجتماعی- فرهنگی از ازدواج و فرزندآوری	برنامه‌ریزی جهت ۱. ارتقای سلامت معنوی نسل آینده با معرفی دین از طریق شواهد متقن ۲. تقویت ادراک مثبت از خدا در برنامه‌های توانمندسازی خودمراقبتی معنوی ۳. کاهش فشارهای اقتصادی- اجتماعی بر مردم ۴. رشد اقتصادی جامعه با اشتغال‌زایی به‌ویژه برای جوانان
اصلاح شیوه تربیت معنوی	سیاست‌گذاری در مراکز ارائه مراقبت‌های سلامت کشور برای ۱. آموزش شیوه تربیت معنوی براساس سیره و سنت نبوی مبتنی بر شفقت و بدون اکراه و اجبار ۲. شناسایی نیازهای معنوی نسل جوان جامعه ۳. اهتمام به مقوله سلامت معنوی در کانون خانواده	اجرای برنامه‌های ۱. ارتقاء سلامت معنوی جامعه با آموزش معنوی والدین، مربیان، معلمان و استادان ۲. مشاوره و مداخله مناسب معنوی در سطح اجتماع برای گروه‌های آسیب‌پذیر ۳. تهیه بسته‌های آموزشی برای خانواده‌ها، مربیان و استادان در آموزش روش‌های تربیت معنوی
توجه به عملکرد الگوهای اجتماعی	۱. نخبه‌گرایی و معرفی افراد نخبه و الگوهای معنوی به افراد جامعه ۲. بهره‌مندی از نظرات افراد نخبه و الگوهای معنوی در اداره امور کشور	۱. نظارت و پایش عملکرد الگوهای اجتماعی
در حوزه دانش‌افزایی	سیاست‌گذاری‌های ترویجی ۱. بسترسازی شناخت صحیح دین با استفاده از شواهد معتبر دینی ۲. مبارزه با خرافه‌پرستی و فهم غلط از شواهد دینی ۳. بهره مندی از شواهد معتبر دینی و علمی در فهم بعد معنوی انسان و سلامت او ۴. بسترسازی آموزش سلامت معنوی برای گروه‌های مختلف جامعه متناسب با نیازسنجی دقیق	۱. فراهم کردن دسترسی افراد به امکانات و تکنولوژی‌های روز و کارآمد ۲. رشد رسانه‌های اجتماعی و فن‌آوری های نوین همراه با ارتقای سواد رسانه ۳. اطلاع‌رسانی مناسب جهت افزایش آگاهی‌های دینی مردم از طریق هنر و رسانه
در حوزه مهارت‌آموزی ارتباط با خداوند	۱. تلاش برای اصلاح کج فهمی از دین ۲. تقویت باورها و ارزش‌های اعتقادی جامعه	۱. جلب توجه جامعه به سیره پیامبر و معصومین (ع) و منابع معنوی معتبر مانند قرآن و احادیث موثق

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.22034/8.3.2]

ادامه جدول ۲. راهکار های اجرایی و خلاصه های سیاستی

حوزه‌های مرتبط	خلاصه سیاستی	راهکار اجرایی
در حوزه مهارت‌آموزی ارتباط با مردم:	سیاست‌گذاری برای ۱. معرفی سلامت معنوی به مردم و توجه به تأثیرات سلامت معنوی در زندگی ۲. ارتقای عدالت در اجتماع و تلاش برای رفع تبعیض و اختلاف طبقاتی در جامعه ۳. احترام به منزلت اجتماعی افراد جامعه ۴. خدمت به مردم و ارائه حمایت‌های مختلف از مردم، خصوصا اقشار آسیب‌پذیر جامعه ۵. حل مشکلات اقتصادی اقشار آسیب‌پذیر ۶. تامین رفاه و مسکن و حداقل‌های زندگی مناسب تمام آحاد جامعه ۷. حل مشکلات جوانان جامعه و سپردن مسئولیت به آنان	۱. آموزش‌های عمومی توام با دوستی و محبت با مردم ۲. پرهیز از هرگونه رفتار توام با خشونت و قساوت قلب ۳. تقویت سبک زندگی سالم ۴. حمایت از روش‌های مقابله با اعتیاد ۵. برقراری ارتباط مناسب با مردم و برآورده کردن انتظارات آنان
در حوزه ارتباط با خود	۱. توسعه خود آگاهی معنوی در آحاد جامعه با احساس شفقت به خود ۲. تشویق به درمان پریشانی‌های معنوی ۳. آموزش شیوه‌های خود مراقبتی معنوی	۱. تشویق افراد به تلاش برای تسکین پریشانی‌های معنوی خود ۲. آموزش دستورالعمل‌های خودمراقبتی معنوی
در حوزه مهارت آموزی ارتباط با محیط خلقت	۱. بهبود شرایط زیست محیطی در محیط زندگی ۲. توسعه و ارتقای امکانات شهری- روستایی در جامعه ۳. حفظ محیط زیست و پاسداری از میراث فرهنگی و تمدنی ایران ۴. رشد محیط‌های تحصیلی در جامعه ۵. فراهم کردن امکان تحصیل برای گروه‌های آسیب‌پذیر و کم درآمد ۶. ارتقای امنیت شغلی و تعمیق معنویت در محیط کار	۱. ترویج حب وطن و مهین دوستی به عنوان نشانه ایمان ۲. تقویت رفتارهای سالم در جهت حفظ محیط زیست ۳. حفاظت از منابع طبیعی و سرمایه‌های زیستی کشور
در حوزه انگیزه بخشی معنوی	ترویج فرهنگ ۱. اخلاص (تلاش برای جلب رضای خدا و خدمت به خلق او) ۲. ایثار و نیکوکاری، عفو و احسان به خلق خدا ۳. تقویت مکارم اخلاق برای ارتقای سطح فرهنگ دینی مردم	۱. تقویت دلبستگی ایمن در بین آحاد جامعه مبتنی بر تبتل (وارستگی و دلبستگی ایمن به خدا)

بحث و نتیجه‌گیری

پدیده محوری در سلامت معنوی شامل شناخت گوهر دین (عشق و دلدادگی به خداوند) از طریق ادراک مثبت از خدا و سیر در مراتب سلوک معنوی است که در قرآن کریم خداوند از آن با «تبتل» (وارستگی و دلبستگی ایمن به خدا) یاد شده است. تبتل با «استعاذه» (پناهجویی به خدا به‌عنوان پناهگاه امن) سبب احساس امیدواری، آرامش، اعتماد امنیت معنوی در افراد و جامعه می‌شود(۲۹). شرایط اجتماعی اقتصادی، سیاسی، فرهنگی، مذهبی، شیوه تربیت معنوی و عملکرد الگوهای اجتماعی از جمله شرایط علّی مؤثر بر این پدیده محوری و در جایگاه تعیین‌کننده‌های اجتماعی مؤثر بر سلامت معنوی هستند. راهبردهای اصلی و مؤثر در سیاست‌گذاری نظام سلامت برای تحقق حکمرانی مشفقانه معنوی صاحبان قلب سلیم در نظام سلامت ایران در مراکز ارا ئه مراقبت‌های سلامت کشور شامل: اجرای برنامه‌های توانمندسازی خود مراقبتی معنوی، آموزش اصلاح شیوه تربیت معنوی در خانواده و جامعه، نظارت بر عملکرد الگوهای اجتماعی، سیاست‌گذاری تعمیق معنویت هستند که می‌توانند دستیابی به پیامدهای سلامت معنوی (اخلاق و اعمال صالح) را تسهیل کنند و سبب ارتقای سلامت معنوی افراد شود. در این میان حکمرانی مشفقانه معنوی در نظام سلامت از اهمیت به‌سزایی برخوردار است.

تقدیر و تشکر

این پژوهش با حمایت مرکز تحقیقات طب، قرآن و حدیث دانشگاه بقیه‌الله(عج) انجام شده است. پژوهشگران از حمایت معنوی مرکز فوق تشکر و سپاسگزاری می‌نمایند. همچنین تیم پژوهشی از تمامی استادان و خبرگان دانشگاه‌های علوم پزشکی بقیه‌الله (عج)، قم، اراک، ایران و همچنین از اعضای فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران که از راهنمایی‌های ایشان در طول انجام این تحقیق استفاده شد، کمال تشکر را دارند.

تضاد منافع

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

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.22034/8.3.2]

منابع

1. Policy Summary: Improving Health Management in Disasters. Iran J Cult Health Promot 2020; 4(1): 102-4. [In Persian]
2. Lynch J. Regimes of inequality: the political economy of health and wealth. Cambridge: Cambridge University Press; 2020.
3. Zaboli R, Malmoon Z, Seyedjavadi M, Seyedin H. Developing a conceptual model of social determinants of health inequalities: A qualitative study. Journal of Health Promotion Management 2014; 3(4): 74-88. [In Persian]
4. Mazloomy S, Sotoudeh A, Asadian A, Rezaeian S. Evaluation of a Workshop on Social Determinants of Health based on Kirkpatrrick Model. Journal of Toloo-e-Behdasht 2019; 18(3): 1-10. [In Persian]
5. Shekelle P, et al. Does public release of performance results improve quality of care? A systematic review. London: The Health Foundation; 2008.
6. Abolghasemi H, Asadzand M. How Spiritual Health Affects Other Dimensions of Health. Iran J Cult Health Promot 2019; 3(2): 164-174. [In Persian]
7. Ghaderi A, Tabatabaei SM, Nedjat S, Javadi M, Larijani B. Explanatory definition of the concept of spiritual health: a qualitative study in Iran. J Med Ethics Hist Med 2018; 11: 3.
8. Karimi L, Shomoossi N, Safee Rad I, Ahmadi Tahor M. The relationship between spiritual well-being and mental health of university students. Journal of Sabzevar University of Medical Sciences 2011; 17(4): 274-280. [In Persian]
9. Zoheiri M, Masuodi OA, Asadzandi M, Khoshi A. Investigation the Role of Spiritual Health in Treatment of Patients with COVID-19: Study of a Military Hospital. Journal of Military Medicine 2022; 24(3): 1201-9. [In Persian]
10. Asadzandi M, Zoheiri M, Akbariqomi M, Masuodi OA. The Role of Spiritual Communication in Management of Health Services during the Biological Crisis of COVID-19. Journal of Military Medicine 2022; 24(5): 1279-86. [In Persian]
11. Asadzandi M, Seyed Kalal A. Explaining the protective effect of spirituality on Diathesis-Stress: based on the Sound Heart Theory. Psychiatry and Psychological Disorders 2024; 3(1): 1-8.
12. Asadzandi M, Seyed Kalal A. How spirituality affects mental health: from religious to secular spirituality. Iran J Cult Health Promot 2022; 6(3): 403-11. [In Persian]
13. Khamenei A. Vision document of the Islamic Republic of Iran in the horizon of 1404. The Office for the Preservation and Publication of the Works of Ayatollah Sayyed Ali Khamenei. 2003. Available at: https://khlink/f/9034 [In Persian]
14. Khamenei A. The “Second Phase of the Revolution” statement addressed to the Iranian nation. The Office for the Preservation and Publication of the Works of Ayatollah Sayyed Ali Khamenei. 2019. Available at: https://khlink/f/41673 [In Persian]
15. Asadzandi M, Seyed Kalal A. The role of social customs in creating insecure attachment to God: based on the model of Sound Heart. Islam and Researches about Spirituality 2023; 1(2): 129-94. [In Persian]
16. Asadzandi M. Futurology of Spiritual Health Services in Iran: A Pathological Review. Journal of Spritual Health 2023; 2(3): 141-52. [In Persian]
17. Manteghi M, Alviri M, Rahmani J, Abravesh R. Demonstration of Conceptual Model in Methodology of Islamic Futures Study. Organizational Culture Management 2018; 16(4): 951-972. [In Persian]
18. Walker LO, Avant KC. Strategies for Theory Construction in Nursing. 6th ed. London: Pearson; 2019.
19. Bell W. Foundations of futures studies: History, Purposes, and Knowledge. Oxfordshire: Routledge; 2003
20. Asadzandi M. Sound heart theory in Islamic spiritual health. Tehran: Specialized Media Publications; 2022. [In Persian]
21. Khosrupanah A. Methodology and philosophical foundations of judicial-ijtihad in Islamic behavioral and social sciences, a collection of articles of the second international congress of Islamic humanities. Tehran: Sadra Islamic Humanities Research Center; 2015. [In Persian]
22. Gascoigne N, Thornton T. Tacit Knowledge. Oxfordshire: Routledge publisher; 2014.
23. Rahbar F, Saifoddin-e Asl A, Shahhosseini M, Niazi, E. Designing a Model for Scenarios Based on Identifying Key Factors and Analyzing the Key Actors' Interactions. Public Management Researches 2018; 11(39): 61-90. [In Persian]
24. Anthony S, Jack S. Qualitative case study methodology in nursing research: an integrative review. J Adv Nurs 2009; 65(6):1171-81.
25. Corbin J, Strauss A. Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory. New York: Sage publications; 2014.
26. Mohajan HK. Qualitative research methodology in social sciences and related subjects. Journal of Economic Development, Environment and People 2018; 7(1): 23-48.
27. Salsali M, Parvizi S, Adib hajbagheri M. Qualitative research methods. Tehran: Boshra; 2002. [In Persian]
28. Maykut P, Morehouse R. Beginning qualitative research: A philosophical and practical guide. Oxfordshire: Routledge; 2002.
29. Asadzandi M .Spiritual Health Survey and Obtaining Spiritual History in the paradigm of Islam and ChristianityJurnal Penelitian 2024; 21(2): 180–194.

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.22034/8.3.2]

Original

Adjustment of Social Determinants of Spiritual Health

Mohammad Hassan Kalantar Neyestanaki[1], Minoo Asadzandi*[2], Seyed Morteza Hosseini[3]

1. General Physician, Student Research Committee, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran
2. ***Corresponding Author:** Assistant Professor. Spiritual Health Research Center, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran, . azandi498@gmail.com
3. Associate Professor of Psychology, Spiritual Health Research Center, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Abstract

Background: The goal of Iran's health system is developing the spiritual health of the society affected by the social determinants of health. The aim of the study was providing a "policy brief" to adjust the social determinants of the spiritual health of the community.

Methods: This two-stage qualitative study included Islamic future research based on the Manteghi et al. model with the following stages: 1) Analytical: non-systematic review of evidence with the PRISMA protocol and analysis with the Walker and Avant conceptual analysis model; 2) Interpretation: based on the theory of spiritual personality and the pathology theory of the Sound Heart Model; 3) Intuitive: content analysis of interviews with 25 national experts, and a study based on grounded theory with the systematic method of Strauss and Corbin and three-stage coding (open, central and selective) of "interview data" with five professors and students.

Results: Challenges in three areas needed to be corrected in terms of causal factors (adjustment of social conditions, correcting the method of spiritual education, supervising the functioning of social models) to create knowledge of religion, positive perception of God and safe attachment to God. These areas included: 1) Research: neglecting the paradigmatic difference between Islam and Catholic Christianity in Islamic spiritual health research, limited use of religious evidence by academics, lack of theorizing; 2) Educational: lack of spiritual health education in universities, lack of training of spiritual mentor professors; and 3) Clinical: neglect of social determinants of spiritual health, lack of standards for providing spiritual health services, lack of assessment of the competences of spiritual caregivers.

Conclusion: Implementation of the self-care empowerment program, reforming the spiritual education method, focusing on modeloriented education in educational centers, policymaking to deepen spirituality in the society are the main strategies of compassionate spiritual governance of the health system to promote the spiritual health of the society.

Keywords: Community Health Planning, Health Promotion, Social Determinants of Health, Spirituality

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.22034/8.3.2]