



The Role of Social Customs in Creating Insecure Attachment to God: Based on the Model of Sound Heart

Minoo Asadzandi¹

Ali Seyed Kalal²

Received: 08/09/2022

Accepted: 13/02/2023



Abstract

This study aims to show that use of non-religious spiritualities for peace, happiness, satisfaction with life in a personal style, regardless of religious teachings, causes transformation in the religious life of Muslim people. This study was conducted with the aim of explaining the role of social custom in creating a tendency towards extra-religious or secular spirituality in Iranian society. The method of this research is a mixed method study, based on the model of Cresswell et al model. (2003) with an discovery- explanatory approach and the theory of the sound heart. Qualitative data from non-systematic review and content analysis of various types of spirituality, complementary medicine applications, personality theory, and spiritual pathology theory of the sound heart model were combined with quantitative data from clinical applications of the model. The validity of the meta-inferences of the research was

1. Assistant Professor of Medicine, Qur'an and Hadith Research Center, Baqiyatullah University of Medical Sciences, Tehran, Iran (corresponding author). mazandi498@gmail.com.

ORCID code: 0001-5149-6374-0000

2. Bachelor's student, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabatabaee University, Tehran, Iran. ali.seyedkalal@gmail.com. ORCID Code: 0003-0003-3524-864X

* Asadzandi, M. & Seyed Kalal, A. (1401 AP). The Role of Social Customs in Creating Insecure Attachment to God: Based on the Model of Sound Heart. *Journal of Islam and the Studies of Spirituality*, 1(2). pp. 96-129. DOI: 10.22081/JSR.2023.64855.1030

measured in the quantitative data section through internal-external validity, in the qualitative data section with "reliability" or "capability index". The findings of the study including adapting religion to the custom and lifestyle of social models, lead to a change in the central tendency of people from safe attachment to God to attachment to someone other than God. The lack of ability to explain the purpose and meaning of life, introducing the sufferings of life as a punishment for sins, by cutting off secure attachment to God, creating spiritual distress and inefficiency of the meaning of life, inclines people to search for peace and the meaning of life through trans-religious or secular spirituality. Based on the findings of this research, considering the impact of interpersonal communication and the lifestyle of role models in the formation of people's personality and the role of social custom in the type of attachment to God, it is recommended to use the sound heart care protocol to deepen the spirituality of followers of religious spiritualism.

Keywords

Patient, family, secularism, complementary medicine, client, spirituality, trans-religious spirituality.

نقش عرف اجتماعی در ایجاد دل‌بستگی غیرایمن به خداوند: مبتنی بر مدل قلب سلیم

علی سیدکلال^۲

مینو اسدزندی^۱

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۱۱/۲۴

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۶/۱۷



چکیده

هدف این پژوهش استفاده از معنویت‌های غیردینی برای آرامش، شادی، رضایت از زندگی به سبک شخصی، فارغ از آموزه‌های دینی، سبب تحول در زیست دینی مردم مسلمان می‌شود. این مطالعه با هدف تبیین نقش عرف اجتماعی در ایجاد گرایش به معنویت‌های فرادینی / سکولار در جامعه ایران انجام شد. روش این پژوهش در مطالعه ترکیبی، مبتنی بر مدل کروسل و همکاران (۲۰۰۳) با رویکرد اکتشافی - تبیینی و نظریه قلب سلیم، داده‌های کیفی حاصل از: - مرور غیرنظامند و تحلیل محتوای قراردادی انواع مختلف معنویت، کاربردهای طب مکمل، نظریه شخصیت و نظریه آسیب‌شناسی معنوی مدل قلب سلیم، - داده‌های کمی حاصل از کاربردهای بالینی مدل، تلفیق شدند. اعتبار فرااستنباط‌های تحقیق، در بخش داده‌های کمی از طریق اعتبار درونی - بیرونی، در بخش داده‌های کیفی با «اعتماد‌پذیری» یا «شاخص قابلیت» سنجیده شدند. یافته‌های پژوهش منطبق کردن دین بر عرف و سبک زندگی الگوهای اجتماعی، سبب تغییر در گرایش محوری افراد از دل‌بستگی ایمن به خدا به سمت دل‌بستگی به غیر خدا می‌شود. عدم توانایی در تبیین معنوی هدف و معنای زندگی، معرفی رنج‌های

۱. استادیار مرکز تحقیقات طب، قرآن و حدیث، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله ع.ا.ع.، تهران، ایران (نویسنده مسئول).
 mazandi498@gmail.com

۲. دانشجوی کارشناسی دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی ع.ا.ع.، تهران، ایران.
 ali.seyedkalal@gmail.com

* اسدزندی، مینو؛ سیدکلال، علی. (۱۴۰۱). نقش عرف اجتماعی در ایجاد دل‌بستگی غیرایمن به خداوند: مبتنی بر مدل قلب سلیم. دوفصلنامه علمی - تخصصی اسلام و مطالعات معنویت، (۲)، صص ۹۶-۱۲۹.

DOI: 10.22081/JSR.2023.64855.1030

زندگی به عنوان تاوان گناهان، با قطع دل‌بستگی ایمن به خدا، ایجاد پریشانی‌های معنوی و ناکارآمدی معنای زندگی، افراد را به جستجوی آرامش و معنای زندگی از طریق معنویت فرا دینی / سکولار متمایل می‌کند. در نتیجه این پژوهش با توجه به تأثیر ارتباطات بین فردی و سبک زندگی الگوها در شکل‌گیری شخصیت افراد و نقش عرف اجتماعی در نوع دل‌بستگی به خدا، استفاده از پروتکل مراقبتی قلب سلیم برای تعمیق معنویت بیروان معنویت‌گرایی دینی توصیه می‌شود.

کلیدواژه‌ها

بیمار، خانواده، سکولاریسم، طب مکمل، مددجو، معنویت، معنویت فرا دینی.

مقدمه

معنویت‌گرایی فرادینی و سکولار به عنوان فرآورده فکری دوران پسامدرن، خارج از هر نظام منسجم اعتقادی دینی، طی ارتباط با عالم معنا و وجود متعالی، در پی هدایت افراد به سوی رضایت از زندگی، رهایی از اضطراب، نگرانی و ناامیدی هستند (اسدزندی، سیدکلال، ۱۴۰۱). معنویت‌گرایی را بی‌نیاز از التزام به دستوره‌های دینی، به شکل معنویتی خودساخته، التقاطی، درونی، نهفته در دل طبیعت معرفی می‌کنند که عامل مؤثر در بازگشت به خویش، حفظ و ارتقای سلامت، پیشگیری و درمان بیماری‌ها، معنابخش زندگی، اصلاح‌کننده ارتباط با طبیعت و جامعه، ایجادکننده هدف و انگیزه، امید و نشاط بوده، با بهره‌گیری از درمان‌های مکمل امکان آرامش و رضایت به سبک شخصی را فراهم می‌کنند (اسدزندی، سیدکلال، ۱۴۰۰).

گرچه اندیشمندان مسلمان، معنویت را حقیقت دین، دربردارنده ارزش‌های اخلاقی (مطهری، ۱۳۸۵) برخاسته از بطن اسلام، به معنای توجه به خدا، انجام عمل برای او، هم در نیت و هم در عمل، خدا را حاضر و ناظر دانستن، محصول تفکر در آیات قرآن، عامل هدایت به سبب سلامت (از مرتبه دانیه آن مربوط به قوای ملکیه تا منتهی النهایه آن یعنی حقیقت قلب سلیم) می‌دانند (موسوی خمینی، ۱۳۶۸) که بیان‌کننده تعلق به کیفیتی غیرمادی، جنبه‌های اخلاقی، فرهنگی، عاطفی انسان و حساس بودن به ارزش‌های دینی است و با الهیات و مطالعه باورهای دینی، مستدل‌سازی ایمان دینی بر اساس منابع مرجع دین، پیوند دارد (Chandler, 2001). اما پیروان معنویت‌گرایی فرادینی و سکولار، معنویت را مفهومی عام برای جستجوی راه، هدف و معنای مرتبط با ژرفترین ساحت وجودی بشر می‌دانند که ریشه در جستجو، تجربه، تحقیق و تفحص دارد. ایشان معتقدند انسان عصر پسامدرن نمی‌تواند تنها یک دین را برحق بداند و دیگر ادیان را باطل. پس به جای پایبندی به یک سنت دینی، به تجربه کردن و شخصی کردن دین روی می‌آورد (کینگ، ۱۳۹۲). در این دیدگاه، معنویت خود متعالی، کلید زندگی اخلاقی (ایراندوست، ۱۳۹۷)، پدیده‌ای جامع، کلی، جاری در تمام ادیان، در نفس آدمی و در طبیعت معرفی می‌شود (اسدزندی، سیدکلال، ۱۴۰۱ ب)، که در آن تجربه درونی و

برداشت فردی، جایگزین توجه به صورت ظاهری دین، آداب و مناسک، قالب‌های فکری-ایدئولوژیک، محافل دینی، اماکن مقدس، تبعیت از رهبران دینی می‌گردد (کرمانی، ۱۳۸۳).

معنویت سکولار با این اعتقاد که انسان نه تنها می‌تواند مستقل از دین، شئون زندگی خود را تدبیر کند، بلکه باید دست به چنین کاری بزند، با باور به عدم دخالت دین در فعالیت‌های اجتماعی و سیاسی کشور، سیستمی از سازماندهی اجتماعی و آموزشی همراه با بی‌تفاوتی یا رد و طرد دین و ملاحظات مذهبی را پایه‌ریزی می‌کند که به مذهب اجازه ایفای نقش در امور مدنی و تأثیر بر حکومت را نمی‌دهد (اسدزندی، سیدکلان، ۱۴۰۱). ترویج فلسفه سکولاریسم درباره شیوه زندگی، به عنوان تفکر مروج به حاشیه راندن دین از ساحت‌های مختلف حیات انسانی در ایران، سبب تحول در زیست دینی مردم و تغییر روایت آنها از معنویت‌های نوپدید به عنوان یک امر مقدس، در جایگاه یک پدیده اجتماعی نهادینه شده است (نیک پی، ۱۳۹۹). گرایش قوی به عرفان‌های نوظهور در بیش از ۱۸ درصد دانشجویان، گرایش متوسط در ۷۲ درصد و گرایش ضعیف تنها در کمتر از ۱۰ درصد، با بالاترین میزان گرایش در بین دانشجویان دختر، جوان، با قومیت لر و ترک، متعلق به طبقات اجتماعی بالاتر، با هویت قومی غیر منسجم‌تر و تقید دینی کمتر (ریاحی، ۱۳۹۲)، تمایل ۲۵ درصدی دانش‌آموزان دوره متوسطه آذربایجان شرقی به جنبش‌های نوین شبه دینی به خصوص در بین افراد واجد شناخت بیشتر از معنویت‌های نوظهور و باورمند به سحر و جادو (کوهی، ۱۳۹۷)، گرایش متوسط در دانشجویان دانشگاه آزاد شمال تهران (پوریوسفی و همکاران، ۱۳۹۳) از نمونه‌های این تحول است.

اگر چه رضانی و همکاران معتقدند که در ۸۰ درصد معنویت‌گرایان ایران، گرایش به معنویت‌گرایی جدید نه به عنوان جایگزینی برای دین، بلکه به عنوان تکمیل‌کننده یا تأیید‌کننده بخشی از سنت فرهنگی یا دینی تلقی شده، افراد درصدد آن هستند که آموزه‌های جدید را با آموزه‌های سنتی دینی هماهنگ جلوه داده و باورهای جدید را باعث تقویت باورهای دینی خود معرفی کنند (رضانی و همکاران، ۱۳۹۷). اما گروهی

معنویت‌گرایی بدون دین را به مثابه نقد دین می‌دانند که انکار بخش‌هایی از دین سنتی از عناصر آن محسوب می‌شود (حمیدیه، ۱۳۹۵؛ طالبی و رضایی، ۱۳۹۷).

مرور مطالعات جامعه‌شناسان ایرانی در بررسی علل گرایش به معنویت‌گرایی فرادینی و سکولار به عواملی مانند: مدرن‌شدن جامعه، حق انتخاب از میان گزینه‌های موجود، بحران اسلام سیاسی و دینداری ایدئولوژیک (تمایل افراد به فاصله گرفتن از دینداری سیاسی)، شکل‌گرایی دینی (تمایل افراد به دیندار باقی‌ماندن در عین عدم بازنمایی خود در گفتار و رفتار دینی حکومت)، بحران در روابط خانوادگی و مشکل عدم وجود جایگزین برای عقاید دینی اشاره کرده‌اند (نیک‌پی، ۱۳۹۹). ایشان سر بر آوردن تعارض معرفتی در مواجهه با تفکر عقلانی، تربیت انتقادی، تجربه تنش ناشی از تحمیل دین شریعت مدارانه، محرومیت وجودی، مواجهه با مسئله شر و دین دولتی را منشاء اسطوره‌زدایی نسبی از نظام باورها، تقلیل احساس گناه، اعتقادورزی نسبی‌اندیشانه و تعقلی به جای اعتقادورزی جزم‌اندیشانه و تعبدی، تأکید بر عشق و حضور خداوند به جای تأکید بر قهر و غضب خداوند معرفی می‌کنند (قبری و همکاران، ۱۳۹۹). به باور ایشان ورود و گسترش عرفان‌های نوظهور در ایران به عنوان یک مسئله اجتماعی با قدمتی بیش از چهار دهه متأثر از عطش فطری نسبت به معنویت و ارضاء نشدن آن است تا با سردادن ندای حقیقت‌طلبی، عشق و شادی و آرامش را جایگزین قرب به خداوند نمایند (انواری، ۱۳۹۳). شریعتی و همکاران مهم‌ترین انگیزه افراد برای گرایش به این پدیده اجتماعی را وجود خطی از روزمرگی در زندگی و تلاش برای هویت‌یابی، تمایل به برقراری روابطی صمیمی طی فعالیت مشترک، میل به یافتن راه‌هایی برای «بیان خود» و «جستجوی خویش» با اتکا بر نوعی «زندگی قهرمانانه» می‌دانند که با آموزه‌های یوگا، عرفان، روان‌شناسی و مدیریت، بیشتر در صدد ایجاد احساس خوشبختی در زندگی پیروان خود هستند تا رستگاری آنان (شریعتی و خسروی، ۱۳۸۶). ایران‌دوست، علل گرایش به معنویت‌های نوظهور در جامعه ایران را علاوه بر بحران‌های اجتماعی جهانی (بحران هویت، بحران اخلاق، بحران خانواده، بحران محیط زیست)، ناشی از نقص در تربیت دینی، ناکارآمدی تبلیغات دینی، حاکمیت ارزش‌های مادی در زندگی،

سرخوردگی‌های سیاسی و اختلال هنجاری پس از انقلاب می‌داند (ایراندوست، ۱۳۹۷). اما شیخ انصاری فناوری‌های وب را عامل تضعیف هویت دینی و ملی و ارزش‌های خانوادگی کاربران ایرانی معرفی کرده، می‌افزاید گرچه این فناوری‌ها روابط اجتماعی، سرمایه اجتماعی و مشارکت سیاسی کاربران ایرانی را افزایش داده‌اند، پدیده‌های نوظهور اجتماعی مانند اعتیاد اینترنتی، جرایم اینترنتی را ایجاد کرده‌اند (شیخ انصاری، ۱۴۰۰). این در حالی است که در نظرسنجی انجام شده از جوانان درباره عوامل دین‌پذیری و دین‌گریزی در جوانان، ایشان به ترتیب اهمیت: نوع و میزان شناخت و آگاهی از دین، تربیت خانواده، عملکرد مربیان و مبلغان مذهبی، رابطه با دوستان و همسالان و در انتها رسانه‌های گروهی را نام برده‌اند (معافی و اشرفی، ۱۳۹۲). مطالعه ملکیان و قمی هم درباره رابطه کارکرد شبکه‌های اجتماعی مجازی و دین‌گریزی در جوانان ۱۵-۲۹ ساله تهران نشان داده که این شبکه‌ها تنها ۲۰/۷ درصد واریانس متغیر دین‌گریزی را تبیین می‌کنند (ملکیان و قمی، ۱۳۹۹).

اما هیچ‌یک از مطالعات حوزه جامعه‌شناسی در زمینه علل گرایش جوانان به معنویت‌های غیر دینی به تأثیرات عرف در دین‌پذیری یا دین‌گریزی نپرداخته، حال آنکه عرف اجتماعی بیانگر روابط، موقعیت‌های احراز شده افراد در جامعه که اراده و خواست فردی ایشان تأثیری بر روابط حاکم بین آنان ندارد و همچنین به عنوان مجموعه آداب و رسوم، شیوه‌های رفتاری شایع در جامعه که به صورت اجتماعی فراگیر شده، شکل گرفته و انتقال یافته، واجد دلالت‌های مهم شایست و ناشایست می‌باشد، تعریف می‌شود که با توجه به فرهنگ و تمدن، در نظام حقوقی و آموزش‌های مذهبی تجسم می‌یابند، با قواعد هنجاری سبب می‌شوند تا افرادی که آنها را رعایت نکنند، با واکنش شدید عامه مردم روبه‌رو شوند (حسینی و میرصالح، ۱۳۸۱). بنابر این عرف اجتماعی با دلالت‌های مهم شایست و ناشایست بر شکل‌گیری شاکله انسان‌های هر جامعه مؤثر است. علامه طباطبایی هم شاکله وجودی انسان را به شکل شاکله شخصی و شاکله اجتماعی معرفی کرده و آنها را متأثر از عوامل درون فردی (تاریخچه زندگی، ساختار روانی، افکار، باورها، گفتارهای شخص) و عوامل بین فردی (رابطه با

والدین، زمینه پرورشی خانواده، ارتباطات اجتماعی، ارتباطات مجازی با رسانه‌های اجتماعی، بستر فرهنگی جامعه، آداب و سنن، عادت‌های تقلیدی، عرف اجتماع) می‌داند (طباطبایی، ۱۳۸۰).

بر این اساس نظریه قلب سلیم در سلامت معنوی، قرائت‌های اجباری از دین در عرف جامعه ایران، تفسیر به رای آیات قرآن توسط گروهی از افراد جامعه (اختری و همکاران، ۱۳۹۸)، را عامل ایجاد ناامیدی از رحمت خدا و زمینه‌ساز رویگردانی از یاد خدا می‌داند که منشاء بروز نگرانی و پریشانی معنوی هستند (Asadzandi, 2017b). نگرانی‌های معنوی با اختلال در سیستم اعتقادی فرد، ارتباط وی با خدا را مختل کرده و سبب اختلال در ارتباط با خود، مردم و عالم طبیعت می‌شوند (اسدزندی، ۱۴۰۱). در حال حاضر به عنوان یک تشخیص تأییدشده پرستاری، در لیست تشخیص‌های انجمن پرستاران آمریکا و کانادا به عنوان "اختلال در اصل زندگی که تمام وجود یک فرد را فرا می‌گیرد و یکپارچگی طبیعت بیولوژیک و روانی وی را مختل می‌کند، مورد توجه می‌باشد (Nanda, 1999)؛ همچنین با توجه به تأکید اسلام بر اولویت تزکیه بر تعلیم (جمعه، ۲) و پیروی از سیره حضرت ابراهیم علیه السلام (ممتحنه، ۶ و ۴) و حضرت پیامبر اسلام صلی الله علیه و آله و سلم (احزاب، ۲۱)، به عنوان الگوهای اجتماعی (طباطبایی، ۱۳۸۰)، مطابق با حکمت ۷۳ نهج البلاغه و شواهد علمی متعدد از جمله دیدگاه آلبرت بندورا، در تئوری یادگیری اجتماعی مبتنی بر آموزش از راه تقلید از الگوها، تأثیر برنامه‌های آموزشی پنهان در آموزش (اسدزندی، ۱۳۹۶)، بر تأثیر عرف بر نحوه شناخت از دین، ایجاد نوع تصور از خدا و دل بستگی به خدا، شیوه تربیت خانواده و عملکرد مبلغان دینی تأکید دارد (اسدزندی، سیدکلان، ۱۴۰۱). با توجه به اینکه در مرور متون تحقیقی درباره تأثیرات عرف اجتماعی بر گرایش به معنویت‌های نوظهور مشاهده نشد، این مطالعه با هدف تبیین نحوه تأثیر عرف اجتماعی بر دین‌گریزی و ایجاد گرایش به معنویت‌گرایی فرادینی و سکولار مبتنی بر مدل قلب سلیم انجام شد.

۱. روش پژوهش

این تحقیق در سال ۱۴۰۱ با روش تحقیق ترکیبی صورت گرفت. این روش از سال

۱۹۹۰ به عنوان جنبش سوم روش‌شناسی با هدف ایجاد همگرایی در رهیافت تحقیقات کمی و کیفی در یک مطالعه واحد، مبتنی بر فلسفه پراگماتیسم (استفاده از هر چیزی که کارا و مفید است) شکل گرفت. این روش از نظر هستی‌شناختی، به پیچیدگی واقعیت‌های اجتماعی، از نظر معرفت‌شناختی، به تفهم و تبیین متوازن، از نظر روش‌شناسی، به ترکیب همزمان دو شیوه نظارت و غوطه‌وری در پدیده‌های اجتماعی باور دارد (Tashakkori, Creswell, 2007). این مطالعه ترکیبی مبتنی بر مدل کرسول و همکاران (۲۰۰۳) با رویکرد متوالی - تغییرپذیر (اکتشافی و تبیینی) (Creswell, 2003) و بر مبنای نظریه قلب سلیم در سلامت معنوی (اسدزندی، ۱۴۰۱) اجرا شد. نتایج و داده‌های حاصل از تحقیق کیفی در قالب مرور غیر نظامند و تحلیل محتوای قراردادی مقالات با نتایج و داده‌های حاصل از تحقیقات کمی در قالب کار آزمایشی بالینی مبتنی بر مدل قلب سلیم در گروه‌های مختلف با هم تلفیق شدند. با توجه به اینکه در بخش کمی تحقیق ترکیبی، در نظر گرفتن منطق قیاسی - فرضیه‌ای، یک اصل بنیادی معرفت‌شناختی و روشی است و نظریه جایگاه اساسی و محوری دارد. محققان با استفاده از نظریه قلب سلیم، چارچوب نظری خود را تدوین کردند و آن را در طرح عمومی تحقیق به کار بردند (Asadzandi, 2020). در بخش کیفی، این نظریه را به مثابه راهنمای عمومی مد نظر قرار دادند تا نظریه در بازشدن ذهن محققان، توجه به نکات، روندها و ابعاد محوری میدان مطالعه، ارایه چارچوب مفهومی جهت طرح پرسش‌های اساسی، نقشی کلیدی ایفاء کند (Patton, 2021). در بخش کیفی مطالعه با هدف آشنایی با انواع معنویت و زمینه‌های گرایش و ترویج آن در جامعه ایران با کلیدواژه‌های: معنویت، معنویت‌گرایی فرادینی، سکولاریسم، معنویت دینی، علل معنویت‌گرایی، کاربردهای طب مکمل، نظریه شخصیت و نظریه آسیب‌شناسی معنوی جستجو در پایگاه‌های اطلاعاتی انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه: مقالات و کتاب‌های فارسی و انگلیسی، با امکان دسترسی به کل متن، برخوردار از شیوه صحیح در تحقیق بودند. مطالعاتی که ویژگی‌های یادشده را نداشتند وارد مطالعه نشدند. پس مطالعه معیار خروج نداشت. ۴۵ مقاله و کتاب حجم

نمونه در بخش کیفی را تشکیل دادند (که بخشی از یافته‌ها در مقالات دیگری گزارش شدند). با توجه به اینکه هدف نهایی طرح‌های ترکیبی ارائه بینش چندوجهی (فرا استنباط یا استنتاج مبتنی بر ترکیب یافته‌های کمی و کیفی است) و اعتبارسنجی و ارزیابی فرا استنباط‌های به دست آمده از اهمیتی کلیدی برخوردارند، اعتبارسنجی باید متضمن هر دو نوع اعتبارهای کمی و کیفی باشند، در این تحقیق با توجه به دیدگاه محمدپور و همکاران، از معیارهای اعتبارسنجی (اعتبار درونی- بیرونی، میزانی که در آن یک محقق به طور صحیح دیدگاه‌های «بومی» مشارکت کنندگان تحقیق و دیدگاه‌های عینی خود را می‌فهمد، به کار می‌گیرد و بازنمایی می‌کند) و از «اعتمادپذیری یا شاخص قابلیت» (متقاعد کننده بودن یافته‌ها و قدرت الهام بخشی به مطالعات دیگر) استفاده شد (محمدپور و همکاران، ۱۳۹۲).

۲. پیشینه تخصصی

علی‌رغم اینکه اجرای بند دوم سیاست‌های کلی سلامت مبنی بر «آگاه‌سازی مردم از حقوق و مسئولیت‌های اجتماعی خود و استفاده از ظرفیت محیط‌های ارائه مراقبت‌های سلامت برای رشد معنویت و اخلاق اسلامی در جامعه» سیاستگذاران نظام سلامت کشور را مکلف به ارائه خدمات سلامت معنوی و تعمیق معنویت در احاد جامعه می‌کنند، اما بررسی کیفیت خدمات سلامت، به عنوان شاخص ارزشیابی نگرش مردم و رضایت مراجعه کنندگان و اثربخشی عملکرد سازمان‌ها (Jones & etal, 2021)، نشان می‌دهد کیفیت خدمات سلامت از کیفیت مورد انتظار جامعه مسلمان ایران، پایین تر است (Nadi & etal, 2016 - Rafi, etal. 2020). از بین پنج بعد: ۱. تجهیزات محل کار و آراستگی پرسنل؛ ۲. جلب اعتماد مراجعان و احترام کادر درمان به گیرندگان خدمت؛ ۳. پاسخگویی؛ ۴. تعهد در انجام وظایف محوله؛ ۵. همدلی با گیرندگان خدمت (Caruana & etal. 2014) در حیطه‌های همدلی، تعهد، احترام کادر درمان به مراجعه کنندگان، دریافت بازخورد از نتایج خدمات سلامت، بین انتظارات

مراجعان با واقعیات موجود در مراکز درمانی تفاوت معناداری وجود دارد (شکوهیار و همکاران، ۱۳۹۴).

از سوی دیگر با وجود ضرورت جامعه‌نگری خدمات سلامت معنوی، تأکید بر هماهنگی روش‌های مشاوره/ مراقبت معنوی با باورهای گیرندگان خدمت به منظور افزایش مشارکت، همکاری و تبعیت مراجعان (Asadzandi & etal, 2021)، و نیاز به ارائه مفهوم سلامت و بیماری در جایگاه مفاهیم اجتماعی (Cockerham, 2015)، ضرورت به اشتراک گذاشتن دانش سلامت معنوی با جامعه بر مبنای عینیت‌گرایی و ایجاد فرصت برای پاسخگویی به نیازهای جامعه (اسماعیلی و همکاران، ۱۳۹۹)، نیاز به آسیب‌شناسی وضع موجود ارائه خدمات سلامت معنوی (اسدزندی، ۱۴۰۱ ب)، آشکارسازی عیوب و عوامل آسیب‌زای سلامت معنوی، تشخیص ماهیت و نوع پریشانی‌های معنوی ایشان، مقایسه آن با شرایط مطلوب، تبیین راهکار اصلاح و برون‌رفت از شرایط، با شناسایی چالش‌ها، ارائه راهبردهای عملیاتی (نیکرو و همکاران، ۱۳۹۹)، اما ناآگاهی کارکنان نظام سلامت کشور از خاستگاه‌های متفاوت معنویت در دروان پسامدرن و افتراق بین معنویت دینی / فرا دینی و سکولار، عدم آشنایی با مبانی نظری معنویت درمانی‌های روز دنیا، در آینده پژوهی خدمات سلامت معنوی در ایران باید مورد توجه سیاستگذاران و کارکنان نظام سلامت قرار گیرد (اسدزندی، ۱۴۰۱ ب).

۳. یافته‌ها

نتایج تحقیق این مرحله نشان داد که پیروی از امام معصوم علیه السلام در جایگاه شارح وحی، واسطه ارتباط بنده با خدا، تبیین‌کننده متن مقدس، همراه با بهره‌مندی از تفسیر موثق عالمان دین، سبب تفسیر صحیح آیات قران، ایجاد تصور مثبت از خدا و دل بستگی به ایمن به خدا شده و تصحیح عرف اجتماعی می‌گردد (جدول شماره ۱). امام در جایگاه الگوی اجتماعی، شیوه صحیح تربیت خانواده و رفتار و عملکرد مریبان و مبلغان دین را ترسیم می‌کند (نمودار ۱).

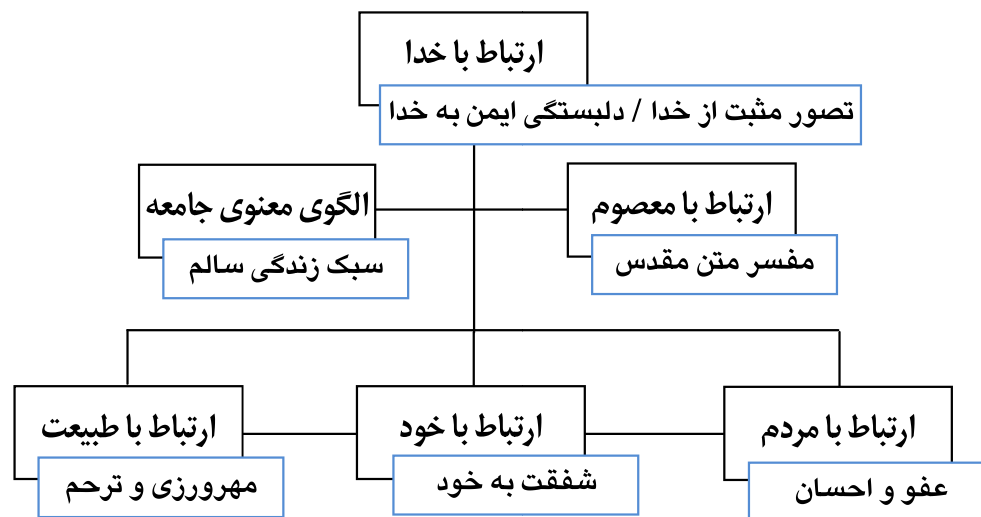
جدول ۱: نقش امام در تصحیح عرف اجتماعی:

ردیف	اشتباه عرف اجتماعی	بیان معصوم در اصلاح خطای عرف اجتماعی
۱	خشونت علیه زنان ناشزه: تنبیه بدنی که موجب شکستگی، جراحت و کبودی بدن نشود (نساء، ۳۴).	امام صادق <small>علیه السلام</small> : مقصود از «أَضْرِبُوهُنَّ»، زدن با چوب مسواک و شبیه آن است، زدنی که از روی رفق و دوستی باشد (طباطبایی، ۱۳۸۰).
۲	تحقیر زنان به عنوان حیواناتی که برای استفاده مردان، خداوند لباس انسانیت را بر آنها پوشانده (صدر المتألهین، ۱۹۸۱م، ج ۷).	- و از نشانه‌های خدا این است که از جنس خودتان، همسرانی برای شما آفرید تا به واسطه آنها آرام گیرید و میان شما دوستی و رحمت قرار داد. بی گمان در این خلقت و دوستی (مودت) نشانه‌ها و آیاتی است برای آنان که می‌اندیشند (روم، ۲۱) (طباطبایی، ۱۳۸۰، ج ۱۳). - راه‌های تعالی انسان متفاوت است. یکی راه فکر و دیگری راه ذکر، زنان در راه ذکر و مناجات که راه دل است و راه عاطفه و شور و علاقه و محبت؛ اگر موفق تر از مردها نباشند به طور یقین همتای مردها هستند (جوادی آملی، ۱۳۸۶).
۳	اعمال خشونت خانگی علیه نوجوانان و جوانان برای تربیت دینی	- مردی در حضور حضرت موسی بن جعفر <small>علیه السلام</small> فرزند خود را تیه کرد؛ حضرت به وی فرمود: «فرزندت را نزن، و برای ادب کردنش، از او قهر کن، ولی مواظب باش، قهرت هم چندان طول نکشد» (ابن فهد حلی، ۱۳۹۰).
۴	کاربرد ابزارهای سنجش دینداری برای بررسی سطح سلامت معنوی مردم مسلمان (سراجزاده و توکلی، ۱۳۸۰؛ سراجزاده و پویاسفر، ۱۳۸۴)؛ نیست (کاشف الغطا، ۱۳۹۱).	- اگر کسی به زبان اقرار به اسلام کند و شهادتین را بگوید، مسلمان است و تجسس در مورد اینکه آیا او با اخلاص شهادتین را گفته یا نفاق داشته است، جایز نیست (کاشف الغطا، ۱۳۹۱).

ردیف	اشتباه عرف اجتماعی	بیان معصوم در اصلاح خطای عرف اجتماعی
	شجاعی زند، ۱۳۸۴؛ پویافر، ۱۳۸۶؛ فرجی و کاظمی، ۱۳۸۸؛ خدایاریو همکاران، ۱۳۹۸).	- پیامبر اکرم <small>صلی الله علیه و آله</small> : من مأمور نشده‌ام که از قلوب مردم و کافری، ۱۳۸۸؛ خدایاریو همکاران، ۱۳۹۸). (۱۳۹۸، ج ۲).
۵	استفاده از روش‌های معنویت درمانی یونگ (اعتراف به گناه، ایضاح، آموزش و خود شکوفایی) (غباری بناب، ۱۳۸۸؛ حیدری و همکاران، ۱۳۹۷).	وَلَا تَجَسَّسُوا (حجرات: ۱۲) «تفتیش اسرار و امور مخفی بودن، تفحص از امور مخفی و مستور مردم برای اطلاع یافتن از آنها، جست‌وجوی عیب برادر، به منظور اطلاع از اسرار او تجسس است که نهی شده (طباطبایی، ۱۳۸۰).
۶	توصیه به خودفاش‌سازی در استفاده از استراتژی معنوی خدا باورانه ریچاردز و برگین (آقاجانی و همکاران، ۱۳۹۲).	امام باقر <small>علیه السلام</small> : «سوگند به خدا، خداوند از مردم جز دو خصلت نخواسته، که اقرار بر نعمت‌های خدا نمایند، در این صورت خداوند بر نعمت‌های ایشان می‌افزاید. اقرار به گناه خود تنها در نزد خدا نمایند که در این صورت خداوند آن را می‌آمرزد» (کلینی، ۱۶۳، ج ۲).
۷	لوگو تراپی فرانکل برای معنابخشیدن به رنج‌های زندگی (Damari & etal, 2018).	- لَا حَوْلَ وَلَا قُوَّةَ إِلَّا بِاللَّهِ تَوَكَّلْ عَلَى الْحَيِّ الَّذِي لَا يَمُوتُ وَ الْحَمْدُ لِلَّهِ الَّذِي لَمْ يَتَّخِذْ صَاحِبَةً وَلَا وَلَدًا وَ لَمْ يَكُنْ لَهُ شَرِيكٌ فِي الْمُلْكِ وَ لَمْ يَكُنْ لَهُ وَّلِيٌّ مِّنَ الدُّنْيَا وَ كَبْرَهُ تَكْبِيرًا (کلینی، ۱۶۳، ج ۲).
۸	تجویز روش‌های طب مکمل و درمان‌های جایگزین در مراقبت‌های معنوی/تسکینی (نظیر انرژی درمانی، طب سوزنی، لمس درمانی، یوگا، مراقبه و...)	- این روش‌ها مبتنی بر جهان‌بینی پانتئیستی و رویکرد مونیستی به جهان و حاکمیت درون‌گرایی و دنیاگرایی در مبانی است (اسدزندی، سیدکلال، ۱۴۰۰).

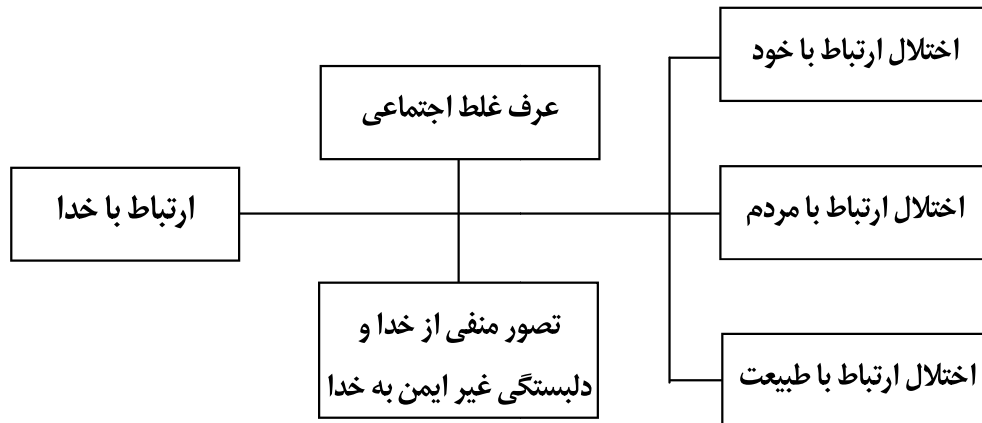
ردیف	اشتباه عرف اجتماعی	بیان معصوم در اصلاح خطای عرف اجتماعی
۹	معرفی گناه به عنوان علت ابتلائات بشر	<p>– امیر المومنین <small>علیه السلام</small> فرمودد: «بلا برای ستمگر تأدیب است و برای مؤمن امتحان و برای پیامبران مقام و درجه و برای اولیای خدا، کرامت» (محمدی ری شهری، ۱۳۹۱).</p> <p>– امام صادق <small>علیه السلام</small> فرمودد: «انیا و سپس کسانی که در مقام پس از ایشان قرار دارند، به ترتیب، بلا و گرفتاریشان بیشتر است – خداوند قومی را دوست ندارد، مگر آنکه آنها را مبتلا به مشکلاتی می‌کند» (کلینی، ۱۶۳ق، ج ۲).</p>

جدول ۱ نشان می‌دهد که امام نقش مؤثری در تصحیح عرف غلط اجتماعی دارد و از این طریق بر نحوه شناخت از دین، ایجاد نوع تصور از خدا و دل بستگی به خدا، شیوه تربیت خانواده و عملکرد مبلغان دینی هم مؤثر می‌باشد.



نمودار ۱: امام در جایگاه مفسر متن مقدس و الگوی اجتماعی

امام در جایگاه یک الگوی صالح و یک مصلح اجتماعی، با رفتار و سیره و سبک زندگی خود، تربیت دینی را با آموزش الگو محور میسر می‌کند. وجود امام به ارتباط فرد با خود، مردم و عالم خلقت رنگ الهی می‌زند.



نمودار ۲: پیامدهای جایگزین شدن عرف غلط اجتماعی و الگوهای مخرب به جای امام معصوم علیه السلام

نمودار ۲ نشان می‌دهد در صورتی که عرف غلط اجتماعی و الگوهای مخرب جایگزین امام معصوم علیه السلام شوند، با ایجاد اختلال ارتباط بنده با خدا، در ارتباط با خود، با مردم و عالم خلقت اختلال ایجاد می‌کنند. با ایجاد تصور منفی از خدا و دل بستگی غیر ایمن به خدا، نگرش افراد به حوادث و رخدادهای زندگی را تغییر داده و سبب می‌شود تا افراد رخدادهای زندگی را خارج از ربوبیت و مشیت حضرت حق معنا کنند. دچار احساس بی پناهی و ناامنی، نگرانی، ترس و اندوه شوند و برای کسب آرامش به سراغ معنویت‌های غیر دینی بروند.

۴. بحث

نظریه قلب سلیم در سلامت معنوی، ضمن معرفی مفهوم قرآنی قلب (روح) (Asadzandi, 2019) و مفهوم قلب سلیم به عنوان مفهوم سلامت معنوی (اسدزندی، ۲۰۱۹ب)، راهکار

برونرفت از پریشانی‌های معنوی (Asadzandi, 2017b) به سمت دستیابی به سلامت معنوی (Asadzandi, 2019c) را در تبیین چرایی ابتلائات بشر مبتنی بر تصور مثبت از خدا و دل‌بستگی ایمن به خدا می‌داند (اسدزندی، سیدکلان، ۱۴۰۱پ). با توجه به تأثیرات ارتباطات بین فردی در محیط خانواده و جامعه و اثرات عرف عام اجتماعی بر دل‌بستگی محوری افراد، اجرای برنامه توانمندسازی خود مراقبتی معنوی را برای الگوهای اجتماعی و سپس آحاد جامعه توصیه می‌کند (اسدزندی، ۱۴۰۱). بر مسئولیت افراد در حفظ و ارتقای سلامت خود و خانواده و جامعه، به عنوان امانت الهی تأکید دارد (اسدزندی، ۱۴۰۰).

مبتنی بر نظریه قلب سلیم، کارکنان نظام سلامت در جایگاه مراقبان/ مشاوران معنوی برای ارائه خدمات سلامت معنوی نیازمند به اجرای اقدامات زیر می‌باشند: ۱. برقراری ارتباط معنوی بر مبنای شفقت و احترام با هدف جلب اعتماد و توجه دادن به هدف و معنای زندگی و تبیین علل معنوی رنج‌ها؛ ۲. دانش‌افزایی با هدف توسعه خودآگاهی و شفقت به خود و توجه به جنبه‌های مثبت مشکلات زندگی؛ ۳. توسعه ارتباطات با هدف تقویت دل‌بستگی ایمن به خدا، جهت تقویت ارتباط معنوی با مردم و عالم خلقت و ایجاد شهامت مواجهه با بحران‌ها، امیدواری، مثبت‌اندیشی؛ ۴. انگیزش با هدف تقویت توان سازگاری، ایجاد احساس خود کار آمدی (Asadzandi & etal 2021، اسدزندی و سیدکلان ۱۴۰۱پ) تا با پاسخ معنوی به چرایی ابتلای فرد به بیماری، امکان توسعه دل‌بستگی ایمن به خدا برای ایجاد شهامت مواجهه با بحران بیماری، تقویت امیدواری، تغییر نگرش به بیماری به عنوان آزمایش الهی و تقویت ارتباط با خود، مردم و عالم خلقت فراهم شود (Asadzandi, 2017-2019). مدل قلب سلیم توصیه به استفاده از روش‌های طب مکمل در کنار روش‌های درمان دارویی و جراحی را سبب تقویت گرایش به معنویت‌های فرادینی عنوان می‌کند (اسدزندی، تدریسی، ۱۳۸۳).

با توجه به اینکه اسلام بر خلاف مسیحیت کاتولیک و فرهنگ یونان باستان، رنج‌های بشر را توان و مجازات گناهان نمی‌داند. ابتلا را به معنای «امتحان الهی» و «اختبار» در قالب نعمات یا نقمات، جزء لاینفک نظام عالم، دربردارنده معنایی ژرف، با هدف تعالی و رشد معنوی می‌داند. عالم دنیا را فقط محلی برای تربیت بشر و رشد

معنوی انسان معرفی می‌کند. ابتلا را آگاهی و با خبر شدن از آفرینش انسان و جهان، نگاه معنانگر نسبت به تمام داشته‌ها و نداشته‌ها، خوشی‌ها و ناملایمات، پیشامدهای زندگی می‌داند (علیزاده و ملکی، ۱۳۹۰). تا انسان نسبت به آنچه از دست می‌دهد دلتنگ نشود و از داشته‌هایش مغرور نگردد (حدید، ۲۳). توصیه می‌کند که کارکنان نظام سلامت استنباط عارفان مسلمان که بلا را نشانه محبت خدا به بنده خود می‌دانند (البلاء للولاء) را بپذیرند و در برخورد با بیماران، این نگاه را مورد تأکید قرار دهند (اسدی و همکاران، ۱۳۹۲). در مشاوره معنوی متناسب با نیاز مددجویان سالم درباره پیامدهای ناشی از عدم دلبستگی ایمن به خدا، تأثیرات سبک زندگی ناسالم، افکار ناکارآمد، نیات و احساسات مخرب بر سلامت آموزش دهند (Asadzandi, 2018، احمدی و همکاران، ۱۳۹۹).

به این منظور کارکنان نظام سلامت برای ارائه خدمات معنوی باید علاوه بر توان برقراری ارتباط درمانی معنوی، دانش افزایی معنوی، مهارت‌آموزی بالینی توسعه ارتباط با خدا، خود، مردم و عالم خلقت، تقویت انگیزه و احساس خود کار آمدی، توانایی ایفای نقش حرفه‌ای در جایگاه متور را داشته باشند (قلیانی و همکاران، ۱۴۰۰). از آن جایی که تجربه رخدادها (شامل: فرایند رشد و تکامل طبیعی کودک، بارداری و زایمان مادر، ازدواج زوجین، نیاز به مراقبت از نوزادان سالم، بحران هویت نوجوان و اختلال سلامت و...) سبب مراجعه افراد به مراکز ارائه مراقبت‌های سلامت می‌شود و امکان ارائه خدمات سلامت معنوی را در کنار خدمات سلامت جسمی- روانی- اجتماعی را فراهم می‌کند (زهیری و همکاران، ۱۴۰۱)، بدلیل آنکه معمولاً رخداد، یک شکاف، انقطاع در زندگی است که زندگی فرد را به قبل و بعد خود تقسیم می‌کند. گاهی به عنوان یک مسئله اضطراری، پیش‌بینی نشده و ناگهانی، سبب تغییر روال عادی زندگی و عادت‌های معمول افراد شده، سبب می‌شود که فرد از شرایط طبیعی زندگی خود برون ایستایی کند. معمولاً رخدادهایی که افراد از آن تلقی منفی دارند، سبب ترس و احساس تهدید، سردرگمی، احساس عدم اعتماد به نفس، ناتوانی در کنترل وقایع بیرونی، بیچارگی و بی‌دستی و پایی، تغییر در نسبت‌ها و رابطه‌ها می‌شوند (پروچسکا و نوراکس، ۱۴۰۰). چون نحوه تأثیر رخدادها بر زندگی افراد، بستگی به تفسیر و تعبیر آنها از آن رخداد دارد، مشاوران

و مراقبان معنوی باید بر تبیین و شرح علل دردها و رنج‌های زندگی افراد، علل و عوامل خارجی تأثیرگذار بر زندگی ایشان، همچنین توضیح و فهم دلایل فکری، احساسی، ذهنی، منطقی و استدلالی درباره نحوه تأثیر شرایط بر واکنش‌های فرد، به عنوان موضوع مداخله و مشاوره معنوی تأکید کنند و راهکارهای تسکین پریشانی‌های معنوی را به کار برند (اسدزندی و همکاران، ۱۳۹۹، اسدزندی و همکاران، ۱۴۰۱). آلام روحی (نگرانی‌ها و پریشانی‌های معنوی) را تجربه‌ای معرفی کنند که فرد با آن روبه‌رو شده و سبب درد و رنج، انقطاع و وقفه در زندگی، بهم‌زدن روال عادی زندگی وی می‌گردند و به واسطه تأثیر حالات روانی بر عملکرد سیستم عصبی، غدد درون‌ریز، سیستم ایمنی (پسیکونرو اندوکرینواپیمولوژی) و دیدگاه (Spirit-Mind-Body) سبب بروز نشانه‌های اختلال سلامت جسمی، روانی، اجتماعی هم می‌شوند (سادوک، ۱۴۰۰).

رخدادها سبب می‌شوند تا در بستر عرف عام اجتماعی، فرد بازگشتی به گذشته خود نماید که چه شد به اینجا رسید؟ چرا و چگونه این شرایط اتفاق افتادند؟ در این هنگام افراد نیازمند مداخله معنوی هستند تا بتوانند رنج‌های خود، را به گفتار در آوردند، حالات درونی خود را بیان کنند، با آلام روحی و رنج‌های خود روبرو شوند، آن را به فهم در آورند (اسکندری، ۱۴۰۱). با کمک مشاوره / مراقبت معنوی بتوانند تجربه دردناک رخدادهای زندگی را به تجربه معنوی و امتحان الهی تبدیل کنند که با ربوبیت و محبت حضرت حق و با توکل، توسل و تفویض امور به خدا، به عنوان چالشی فرا روی ایشان، قابل مدیریت است به این ترتیب بتوانند پریشانی‌های معنوی خود را تسکین دهند (سعیدی طاهری و همکاران، ۱۳۹۲). از آن جایی که عرف جامعه در جایگاه هنجارهای اجتماعی منجر به تنظیم رفتار اجتماعی افراد شده که تخلف از آن، به عنوان هنجارشکنی و انحراف اجتماعی تلقی گشته و سبب طرد فرد از جامعه می‌گردد. عدم تفقه مسلمانان در دین، تفسیر به رأی آیات قرآن، تأثیرات عرف اجتماعی باید توسط کارکنان نظام سلامت مورد توجه قرار گیرد؛ زیرا در نگاه اسلامی عرف به معنای «استمرار عملی مردم بر انجام یا ترک یک فعل، جریان الزامی یک رفتار یا سلوک خاص در میان افراد جامعه است و اسلام نه تنها از روش‌های زندگی ناشی از عرف پیروی نکرده، بلکه در پاره‌ای از موارد

حتی به مشروعیت نداشتن آنها حکم کرده است (حسینی، ۱۳۸۱). به این جهت لازم است که سیاستگذاران نظام سلامت، برای ایجاد آرامش و رهایی از ترس و اندوه و نگرانی مراجعان، اقدام به ایجاد تصور مثبت از خدا و تقویت دلبستگی ایمن به خداوند کنند (لطفیان و همکاران، ۱۳۹۹). از هر گونه تجسس در باطن قلبی مسلمانان و تفتیش عقاید و ابزارهای سنجش دینداری برای سنجش سلامت معنوی دوری کنند. برای انجام مشاوره معنوی اقدام به اعتراف گرفتن از گناهان و ایضاح نکنند چرا که این عمل مطابق با دیدگاه مسیحیت کاتولیک بوده و کاربرد آن در مسلمانان، سبب دین‌گریزی گیرندگان خدمات سلامت معنوی می‌شود (Nasrollahi & etal, 2021).

نتیجه‌گیری

با توجه به اینکه در جامعه ایران انطباق دین به عرف اجتماعی و سبک زندگی الگوهای جامعه، سبب تغییر در گرایش محوری افراد از دلبستگی ایمن به خدا به سمت دلبستگی به غیر خدا شده، عدم توانایی در تبیین معنوی هدف و معنای زندگی، علت رنج‌های زندگی به عنوان تاوان گناهان، سبب قطع دلبستگی ایمن به خدا می‌گردد. به دلیل تأثیر ارتباطات بین فردی و سبک زندگی الگوها در شکل‌گیری شخصیت افراد و نقش عرف اجتماعی در نوع دلبستگی به خدا، استفاده از پروتکل مراقبتی قلب سلیم برای تعمیق معنویت پیروان معنویت‌گرایی دینی توصیه می‌شود.

تضاد منافی در این مقاله وجود ندارد.

فهرست منابع

۱. ابن فهد حلّی، جمال الدین احمد بن محمد. (۱۳۹۰). *عدة الداعی و نجاح الساعی*. قم: دار الکتاب العربی.
۲. احمدی، یزدان؛ باباتبار درزی، حسین؛ اسدزندی، مینو و سپندی، مجتبی. (۱۳۹۹). تأثیر آموزش بین حرفه‌ای سلامت معنوی بر سبک زندگی دانشجویان نظامی. *مجله طب نظامی*، ۲۲(۱۰)، صص ۱۰۴۴-۱۰۵۳.
۳. اختری، افسانه؛ رنجکش، فاطمه؛ اسدزندی، مینو و الفتی، فروزان. (۱۳۹۸). تأثیر مشاوره معنوی بر میزان خشونت خانگی در زنان باردار: کارآزمایی بالینی. *مجله پرستاری و مامایی*، ۱۷(۶)، صص ۴۱۱-۴۲۰.
۴. اسدزندی، مینو؛ سیدکللال علی. (۱۴۰۱ب). نحوه تأثیر معنویت بر سلامت روان: از معنویت دینی تا سکولار. *نشریه فرهنگ و ارتقای سلامت فرهنگستان*، ۶(۳)، صص ۴۷-۵۶.
۵. اسدزندی، مینو. (۱۳۹۶). *شاخصه‌های معنوی اساتید در آموزش الگومحور*. دو ماهنامه علمی- پژوهشی راهبردهای آموزش در علوم پزشکی، ۱۰(۱)، صص ۲۳-۳۵.
۶. اسدزندی، مینو. (۱۴۰۰). طراحی و اعتبار بخشی الگوی توانمندسازی خود مراقبتی معنوی دانشجویان با رویکرد مدل قلب سلیم. *دوماهنامه علمی- پژوهشی راهبردهای آموزش در علوم پزشکی*، ۱۴(۱)، صص ۵۳-۶۲.
۷. اسدزندی، مینو. (۱۴۰۱). *نظریه قلب سلیم در سلامت معنوی اسلامی*. تهران: انتشارات رسانه تخصصی.
۸. اسدزندی، مینو. (۱۴۰۱ب). *خدمات سلامت معنوی در ایران: یک مطالعه آینده پژوهی اسلامی*. *نشریه فرهنگ و ارتقای سلامت فرهنگستان*، ۶(۳)، صص ۲۵-۳۱.
۹. اسدزندی، مینو؛ ابولقاسمی حسن؛ جوادی، مهروز و سرهنگی، فروغ. (۱۳۹۹). ارزیابی تطبیقی رفتارهای سلامت معنوی مردم ایران در پاندمی کووید-۱۹- با شواهد دینی. *مجله طب نظامی*، ۲۲(۸)، صص ۸۶۴-۸۷۲.

۱۰. اسدزندی، مینو؛ تدریسی، سیدداود. (۱۳۸۳). لمس درمانی از منظر فلسفه پوزیتویسمی و فلسفه اسلام. نشریه پرستاری و مامایی، ۴۶(۱۴)، صص ۱-۹.
۱۱. اسدزندی، مینو؛ زهیری، منوچهر؛ اکبری قمی، مصطفی و مسعودی، امید علی. (۱۴۰۱). نقش ارتباطات معنوی در مدیریت خدمات سلامت طی بحران بیولوژیک کووید-۱۹. مجله طب نظامی، ۲۴(۵)، صص ۱۲۷۹-۱۲۸۶.
۱۲. اسدزندی، مینو؛ سید کلال، علی. (۱۴۰۰). تحلیل گفتمان مبانی معنویت گرایی فرادینی در طب مکمل. نشریه فرهنگ و ارتقای سلامت فرهنگستان، ۵(۴)، صص ۴۹۷-۵۰۴.
۱۳. اسدزندی، مینو؛ سید کلال، علی. (۱۴۰۱). تبیین معنویت سکولار با تحلیلی بر گفتمان فردریش نیچه: مطالعه بیوگرافی روانی. نشریه فرهنگ و ارتقای سلامت فرهنگستان، ۶(۱)، صص ۴۹-۵۵.
۱۴. اسدزندی، مینو؛ سید کلال، علی. (۱۴۰۱ پ). تلفیق هنر درمانی با پروتکل مراقبت معنوی قلب سلیم در خانواده کودکان مبتلا به سرطان. مجله سلامت معنوی، ۱(۲)، صص ۳-۱۳.
۱۵. اسدی، مریم؛ اسدزندی، مینو و عبادی، عباس. (۱۳۹۲). تأثیر مراقبت معنوی مبتنی بر مدل قلب سلیم بر تجارب معنوی بیماران تحت عمل بای پس عروق کرونر. نشریه پرستاری قلب و عروق، ۲(۲)، صص ۳۰-۳۹.
۱۶. اسکندری، حسین. (۱۴۰۱). سلسله مباحث آسیب‌شناسی روانی. تهران: دانشگاه علامه طباطبایی.
۱۷. اسمعیلی، عبدالکریم؛ ایزدی، مرتضی؛ آزاد، اسفندیار و سنایی‌نسب، هرمز. (۱۳۹۹). آینده نگری نظام سلامت در سطح ملی مبتنی بر سبک زندگی اسلامی- ایرانی بر اساس شناسایی اهداف و کنش بازیگران کلیدی. آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، ۸(۴)، صص ۳۷۸-۳۸۹.
۱۸. آقاجانی، محمد؛ فاضل، محمدرضا و مرصعی، فریبا. (۱۳۹۲). بررسی تأثیر مشاوره معنوی بر اضطراب و افسردگی در بیماران همودیالیز. نشریه مراقبت مبتنی بر شواهد، ۳(۹)، صص ۱۹-۲۸.
۱۹. انواری، محمدرضا. (۱۳۹۳). زمینه‌های معرفتی ورود و گسترش عرفان‌های نوظهور (با تأکید بر آثار پائولو کولویو). فصلنامه مطالعات معنوی، ۷(۷)، صص ۱۶۵-۱۹۵.

۲۰. ایراندوست، محمدحسین. (۱۳۹۷). چستی معنویت و سیر معناپذیری آن در غرب. مجله فلسفه دین، ۱۵(۲)، صص ۵۲۷-۵۴۸.
۲۱. پروچاسکا، جیمز؛ نورکراس، جان. (۱۴۰۰). نظریه‌های روان درمانی (نظام‌های روان درمانی، تحلیل میان نظری) (مترجم: یحیی سیدمحمدی). تهران: نشر روان.
۲۲. پوریوسفی، حمید؛ فراستخواه، مقصود و تشکر، فاطمه. (۱۳۹۳). شناخت میزان گرایش جوانان به معنویت‌های نوظهور و عوامل اجتماعی تأثیرگذار بر آن (دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران شمال). نشریه علوم اجتماعی شوستر، ۸(۲۵)، صص ۱۶۱-۱۹۰.
۲۳. پویافر، محمدرضا. (۱۳۸۶). بررسی مقایسه‌ای سنج‌های دینداری، پایان‌نامه کارشناسی ارشد. پژوهش علوم اجتماعی، دانشگاه تربیت معلم تهران.
۲۴. جوادی آملی، عبدالله. (۱۳۸۶). زن در آینه جمال و جلال. قم: انتشارات اسرا.
۲۵. حسینی جبلی، میرصالح. (۱۳۸۱). عرف در نگاه جامعه‌شناختی و حقوق. نشریه معرفت (۵۶)، ص ۱۱۰.
۲۶. حمیدیه، بهزاد. (۱۳۹۵). عرفی شدن معنویت: تهدیدی فرهنگی. سه ماه یکبار. مجله فلسفه و کلام، ۲۱(۸۳)، صص ۴-۲۹.
۲۷. حیدری؛ علیرضا، حاجبی؛ احمدی، بوالهروی؛ جعفر و دمار، بهزاد. (۱۳۹۷). الگوی ارائه خدمات سلامت معنوی در بیمارستان‌های ایران. طب و تزکیه، ۲۷(۱)، صص ۵۶-۶۶.
۲۸. خدایاری فرد، محمد. (۱۳۸۹). مدل سنجش دینداری و ساخت مقیاس آن در سطح ملی. مجله پژوهش‌های کاربردی روان‌شناسی، ۱(۱)، صص ۱-۲۹.
۲۹. رمضان، صدیقه؛ طالبی، ابوتراب و طالبی دارابی، باقر. (۱۳۹۷). علل و زمینه‌های گرایش به معنویت‌گرایی جدید در ایران (مطالعه شهر تهران). فصلنامه علوم اجتماعی دانشگاه علامه طباطبایی، ۲۵(۸۳)، صص ۱۵۹-۱۹۲.
۳۰. ریاحی، محمداسماعیل. (۱۳۹۲). بررسی عوامل اجتماعی مرتبط با میزان گرایش به عرفان‌های نوظهور در بین جوانان. نشریه مطالعات معنوی، (۷)، صص ۳۹-۷۰.

۳۱. زهیری، منوچهر؛ مسعودی، امیدعلی؛ اسدزندی، مینو و خوشی، ابولفضل. (۱۴۰۱). بررسی نقش سلامت معنوی در درمان بیماران مبتلا به کووید-۱۹: مطالعه یک بیمارستان نظامی. مجله طب نظامی، ۲۴(۳)، صص ۱۲۰۱-۱۲۰۹.
۳۲. سادوک، بنجامین جیمز؛ سادوک، ویرجینیا. (۱۴۰۰). خلاصه روانپزشکی کاپلان و سادوک: براساس DSM-5 (ج ۲، مترجم: مهدی گنجی، ویراستار: حمزه گنجی). تهران: انتشارات ساوالان.
۳۳. سراج زاده سیدحسین؛ پویافر، محمدرضا. (۱۳۸۴). سنجش دینداری با استفاده از رهیافت بومی. مجله تحقیقات علوم اجتماعی ایران، ۱(۲)، صص ۱-۱۸.
۳۴. سراج زاده، سیدحسین؛ توکلی، مهناز. (۱۳۸۰). بررسی تعریف عملیاتی دینداری در پژوهش های اجتماعی. فصلنامه پژوهش، ۵(۲۱-۲۰)، وزارت فرهنگ ارشاد و ارشاد اسلامی.
۳۵. سعیدی طاهری، زهرا؛ اسدزندی، مینو و عبادی، عباس. (۱۳۹۲). تأثیر مراقبت معنوی مبتنی بر مدل قلب سلیم بر تجربه معنوی بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر. روان پرستاری، ۱(۳)، صص ۴۵-۵۳.
۳۶. شجاعی زند، علیرضا. (۱۳۸۴). مدلی برای سنجش دینداری در ایران. مجله جامعه‌شناسی ایران، ۶(۱)، صص ۳۴-۶۶.
۳۷. شریعتی، سارا؛ باستانی، سوسن و خسروی، بهناز. (۱۳۸۶). جوامعی در نوستالژی اجتماع، نگاهی به پدیده معنویت‌های جدید در ایران (از خلال مطالعه موردی دو نمونه از جمع‌های عرفانی-روانشناسی). مطالعات فرهنگی و ارتباطات، ۳(۸)، صص ۱۶۷-۱۹۵.
۳۸. شکوهیار، سجاد؛ کاویانی، حسن و محمودی، فهیمه السادات. (۱۳۹۴). ارزیابی کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی با استفاده از رویکرد فازی: مطالعه موردی یک بیمارستان نظامی. ابن سینا، ۱۷(۳)، صص ۳۷-۴۵.
۳۹. شیخ انصاری، محمد. (۱۴۰۰). جامعه ایرانی و فضای مجازی (تحلیل ثانویه تحقیقات علوم اجتماعی در حوزه فضای مجازی) مجله جامعه‌شناسی ایران، ۲۲(۴)، صص ۳-۳۲.
۴۰. صدر المتألهین. (۱۹۸۱م). الحکمة المتعالیة فی الاسفار العقلیة الاربعة (ج ۷، چاپ سوم). بیروت: دار احیاء التراث.

۴۱. طالبی، ابوتراب؛ رضایی، صدیقه. (۱۳۹۶). عوامل و زمینه‌های گرایش به معنویت‌گرایی جدید در میان شهروندان تهرانی. فصلنامه راهبرد اجتماعی فرهنگی، ۶(۲۴)، صص ۱۸۹-۲۳۴.
۴۲. طباطبایی، سیدمحمدحسین. (۱۳۸۰). المیزان فی تفسیر القرآن (ج ۱۳). قم: مؤسسه نشر اسلامی.
۴۳. علیزاده، بیوک؛ ملکی، آیلار. (۱۳۹۰). نقش ابتلا به شداید در تقویت روحانی انسان با تأکید بر آرای امام خمینی علیه السلام (در شرح چهل حدیث و شرح حدیث جنود عقل و جهل). پژوهشنامه متین، ۱۳(۵۳)، صص ۱۱۷-۱۳۵.
۴۴. غباری بناب، باقر. (۱۳۸۸). مشاوره و روان‌درمانگری با رویکرد معنویت. تهران: مرکز مشاوره دانشگاه تهران
۴۵. فرجی، مهدی؛ کاظمی، عباس. (۱۳۸۸). بررسی وضعیت دینداری در ایران با تأکید بر داده‌های پیمایش‌های سه دهه گذشته. فصلنامه تحقیقات فرهنگی، ۶(۶)، صص ۷۹-۸۵.
۴۶. قلیانی، بهاره؛ اسدزندی، مینو؛ بحرینیان، سیدعبدالمجید و کریمی زارچی، علی‌اکبر. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی مشاوره معنوی مبتنی بر مدل قلب سلیم با آموزش ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان. فصلنامه بیماری‌های پستان ایران، ۱۴(۳)، صص ۳۴-۴۵.
۴۷. قنبری، برزیان؛ علی، سلماندوی؛ شاپور و برفه‌ای، سیمین. (۱۳۹۹). تأملی بر گرایش به معنویت‌های نوپدید: واکاوی روایت جوانان از امر مقدس (نمونه موردی: دانشجویان گرونده به معنویت‌های نوپدید در شهر اصفهان). فصلنامه توسعه اجتماعی، ۱۴(۴)، صص ۱۶۹-۱۹۸.
۴۸. کاشف الغطاء شیخ جعفر. (۱۳۹۱). کشف الغطاء عن مبهمات الشریعه الغری (ج ۲). قم: دفتر تبلیغات اسلامی حوزه علمیه قم.
۴۹. کرمانی، طویبی. (۱۳۸۳). گرایش انسان معاصر به عرفان، مجموعه مقالات عرفان؛ پلی میان فرهنگ‌ها. تهران: مؤسسه تحقیقات و توسعه علوم انسانی، صص ۳۹-۵۹.
۵۰. کلینی، ابی جعفر محمد بن یعقوب بن اسحاق. (۱۱۶۳ق). اصول کافی (ج ۲)، مجموعه ۴جلدی، مترجم: جواد مصطفوی. تهران: دفتر نشر فرهنگ اهل بیت علیهم السلام.

۵۱. کوهی، کمال. (۱۳۹۷). تبیین جامعه‌شناختی تمایل دانش‌آموزان به جنبش‌های نوین شبه دینی (مورد مطالعه: دانش‌آموزان استان آذربایجان شرقی). خانواده و پژوهش، ۱۵(۳۸)، صص ۷۹-۹۹.
۵۲. کینگ، اورسلا. (۱۳۹۲). ایمان و عمل در عصر پست مدرن (مترجم: وحید سهرابی‌فر). کتاب ماه دین، (۱۹۳)، صص ۶۰، ۶۴، ۶۵.
۵۳. لطفیان لیلا، اسدزندی مینو، جوادی مهرروز، سپندی مجتبی. (۱۳۹۹). تأثیر توانمندسازی خودمراقبتی معنوی مبتنی بر مدل قلب سلیم بر سلامت معنوی اساتید نظامی - کارآزمایی بالینی تصادفی شده. مجله طب نظامی، ۲۲(۱۱)، صص ۱۱۲۱-۱۱۲۹.
۵۴. محمدپور، احمد؛ صادقی، رسول و رضایی، مهدی. (۱۳۹۲). روش‌های تحقیق ترکیبی به عنوان سومین حرکت روش‌شناختی: مبانی نظری و مبانی عملی. جامعه‌شناسی کاربردی، ۲(۳۸)، صص ۷۷-۱۰۰.
۵۵. محمدی ری شهری، محمد. (۱۳۹۱). میزان الحکمه (مترجم: حمیدرضا شیخی، ج ۲، چاپ چهارم). قم: مؤسسه فرهنگی دارالحديث.
۵۶. مطهری، مرتضی. (۱۳۸۵). مجموعه آثار. تهران: انتشارات صدرا.
۵۷. معافی لیلا، اشرفی عباس. (۱۳۹۲). عوامل مؤثر بر «پذیرش دین» و «عدم پذیرش دین» جوانان از دیدگاه جوانان. مجله معرفت، ۱۹۴(۱۱)، صص ۱۳-۲۸.
۵۸. ملکیان نازنین، جوکارقی حسن. (۱۳۹۹). رابطه کارکردهای شبکه‌های اجتماعی مجازی با دینداری (مطالعه موردی: جوانان ۲۹-۱۵ ساله منطقه ۱۵ تهران). مجله تحولات فرهنگی اجتماعی، ۱۷(۶۴)، صص ۱۶۴-۱۷۸.
۵۹. موسوی خمینی، روح‌الله. (۱۳۶۸). سر الصلوة، معراج السالکین وصلاه العارفين. بیروت: انتشارات دار تعارف المطبوعات.
۶۰. نیک پی، امیر. (۱۳۹۹). جامعه‌شناسی دینداری، سرگذشت اعتقاداتی به نام دین در دنیای امروز. تهران: نشر نگاه معاصر.
۶۱. نیکرو، سعید؛ محمودی، حسین؛ پیوسته، سجاد و نورالهی محمد. (۱۳۹۹). آسیب‌شناسی رشته پرستاری نظامی: یک مطالعه هیبرید. مجله طب نظامی، ۲۲(۸)، صص ۸۱۸-۸۲۸.

62. Asadzandi M, Farahany, S, Abolghasemy, H, Saberi, M, Ebadi, A. (2021). Effect of spiritual care on the care burden of families of children with cancer: a randomized controlled trial. *Fam. Med Prim Care Rev*, 23(3), pp. 279-283.
63. Asadzandi, M, Mazandarani, HA, Saffari, M, Khaghanizadeh, M. (2021). *Effect of Spiritual Care Based on the Sound Heart Model on Spiritual Experiences of Hemodialysis Patients*. *J Relig Health*. <https://doi.org/10.1007/s10943-021-01396-2>
64. Asadzandi, M. (2017). Sound Heart: Spiritual Nursing Care Model from Religious Viewpoint. *J Relig Health*, 56(6): 2063–2075. <https://doi.org/10.1007/s10943-015-0038-1>
65. Asadzandi, M. (2017b). Clients and Patients' Spiritual Nursing Diagnosis of the Sound Heart Model. *J Community Med Health Educ*, 7(6), pp. 1-6
66. Asadzandi, M. (2018). Spiritual Health Consulting Model for Health Promotion in Clients. *Health Spiritual Med Ethics*, 5(2), pp. 9-15.
67. Asadzandi, M. (2019). Heart in Quran and Medicine, Close Connection of Soul with Physiological Heart American. *journal of Cardiology and Cardiovascular Diseases*, 2(2):1-4 ISSN 2641-2438
68. Asadzandi, M. (2019b). Sound Heart, Spiritual Health from the perspective of Islam. *Journal of Religion and Theology*, 3(1), pp. 10-16.
69. Asadzandi, M. (2019c). Characteristics of Sound Heart Owners as Islamic Spiritual Health Indicators. *Journal of Community Medicine & Health Care*, 4(1), pp. 1-4. id1032
70. Asadzandi, M. (2020). An Islamic Religious Spiritual Health Training Model for Patients. *Journal of religion and health*, 59(1), pp. 173-187. DOI: 10.1007/s10943-018-0709-9
71. Caruana A, Ewing MT, Ramaseshan B. (2014). Assessment of the Three-Column Format SERVQUAL. *J Bus Res*, 49(1), pp. 57-65.
72. Chandler Siobhan. (2011). The Social Ethics of Religiously Unaffiliated Spirituality. *Wilfrid Laurier University*, p1, 37-39, 4145, 3, 38

73. Cockerham W. C. (2015). *Medical sociology* (13th edition.). New Jersey: Prentice Hall.
74. Creswell J. W. (2003). *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches, Second Edition, and Thousand Oaks*. CA: Sage Publications.
75. Damari, B, Hajebi, A, Bolhari, J, Heidari, A. (2018). Developing a training course for spiritual counselors in health care: Evidence from Iran. *Indian J Palliat Care*, 24(2), pp. 145-149.
76. Jones, T, Drach Zahavy, A, Sermeus, W, Willis, E, Zelenikova, R. (2021). *Understanding Missed Care: Definitions, Measures, Conceptualizations, Evidence, Prevalence, and Challenges. Impacts of Rationing and Missed Nursing Care: Challenges and Solutions* (pp. 9-47). Springer, Cham.
77. Nadi, A, Shojaee, J, Abedi, G, Siamian, H, Abedini, E, Rostami, F. (2016). Patients' expectations and perceptions of service quality in the selected hospitals. *Medical Archives*, 70(2) , pp. 135
78. Nasrollahi Z, Asadzandi M, Mohammadzadeh M, Farahani MV, Tayebi K. (2021). Effect of spiritual counseling based on the Sound Heart Model on depression in hemodialysis patients. *Fam. Med Prim Care Rev*, 23(4), pp. 459–464. <https://doi.org/10.5114/fmPCR.2021.110363>
79. North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), 1999, p. 67
80. Patton, M. (2021). *Qualitative Research & Evaluation Methods*. London: Sage Publication.
81. Rafi, T, Khalique, M, Siddiqui, SH. (2020). Hospital Service Quality and Patient Satisfaction: A Moderating Role of Trustworthiness. *Journal of Accounting and Finance in Emerging Economies*. 31; 6(1), pp. 237-50. 12.
82. Tashakkori, A, Creswell, W. (2007). Exploring the Nature of Research Questions in Mixed8 Methods Research”, *Journal of Mixed Methods Research*, (1), p. 207

References

1. Aghajani, M., & Fazel, M. R., & Morsaei, F. (1392 AP). Investigating the effect of spiritual counseling on anxiety and depression in hemodialysis patients. *Journal of Evidence-Based Care*, 3(9), pp. 19-28. [In Persian]
2. Ahmadi, Y., & Babatabar Darzi, H., & Asadzandi, M., & Sepandi, M. (1399 AP). The effect of interprofessional training of spiritual health on the lifestyle of military students. *Journal of Military Medicine*, 22(10), pp. 1053-1044. [In Persian]
3. Akhtari, A., & Rangkesh, F., & Asadzandi, M., & Olfati, F. (1398 AP). The effect of spiritual counseling on the rate of domestic violence in pregnant women: a clinical trial. *Journal of Nursing and Midwifery*, 17(6), pp. 411-420. [In Persian]
4. Alizadeh, B., & Maleki, A. (1390 AP). The role of suffering from illness in the spiritual strengthening of a person by emphasizing the views of Imam Khomeini (in the description of the forty hadiths and the description of the hadith of the soldiers of intellect and ignorance). *Matin Research Journal*, 13(53), pp. 117-135. [In Persian]
5. Anwari, M. R. (1393 AP). The epistemological grounds of the entry and expansion of emerging mysticisms (with an emphasis on the works of Paulo Coelho). *Journal of Spiritual Studies*, (7), pp. 165-195. [In Persian]
6. Asadi, M., & Asadzandi, M., & Ebadi, A. (1392 AP). The effect of spiritual care based on the healthy heart model on the spiritual experiences of patients undergoing coronary artery bypass surgery. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 2(2), pp. 30-39. [In Persian]
7. Asadzandi M., & Farahany, S., & Abolghasemy, H., & Saberi, M., & Ebadi, A. (2021). Effect of spiritual care on the care burden of families of children with cancer: a randomized controlled trial. *Fam. Med Prim Care Rev*, 23(3), pp. 279-283.
8. Asadzandi, M. (2017b). Clients and Patients' Spiritual Nursing Diagnosis of the Sound Heart Model. *J Community Med Health Educ*, 7(6), pp. 1-6
9. Asadzandi, M. (1396 AP). Spiritual characteristics of professors in model-oriented education. *Journal of educational strategies in medical sciences*, 10(1), pp. 35-23. [In Persian]

10. Asadzandi, M. (1400 AP). Designing and validating the spiritual self-care empowerment model of students with the approach of the healthy heart model. *Journal of Strategies of Education in Medical Sciences*, 14(1), pp. 53-62. [In Persian]
11. Asadzandi, M. (1401 AP). Spiritual health services in Iran: an Islamic prospective study. *Farhangestan Culture and Health Promotion Journal*, 6(3), pp. 25-31. [In Persian]
12. Asadzandi, M. (1401 AP). *The theory of a healthy heart in Islamic spiritual health*. Tehran: Specialized Media Publications. [In Persian]
13. Asadzandi, M. (2017). Sound Heart: Spiritual Nursing Care Model from Religious Viewpoint. *J Relig Health*, 56(6): 2063–2075. <https://doi.org/10.1007/s10943-015-0038-1>
14. Asadzandi, M. (2018). Spiritual Health Consulting Model for Health Promotion in Clients. *Health Spiritual Med Ethics*, 5(2), pp. 9-15.
15. Asadzandi, M. (2019). Heart in Quran and Medicine, Close Connection of Soul with Physiological Heart American. *journal of Cardiology and Cardiovascular Diseases*, 2(2):1-4 ISSN 2641-2438
16. Asadzandi, M. (2019b). Sound Heart, Spiritual Health from the perspective of Islam. *Journal of Religion and Theology*, 3(1), pp. 10-16.
17. Asadzandi, M. (2019c). Characteristics of Sound Heart Owners as Islamic Spiritual Health Indicators. *Journal of Community Medicine & Health Care*, 4(1), pp. 1-4. id1032
18. Asadzandi, M. (2020). An Islamic Religious Spiritual Health Training Model for Patients. *Journal of religion and health*, 59(1), pp. 173-187. DOI: 10.1007/s10943-018-0709-9
19. Asadzandi, M., & Abolghasemi, H., & Javadi, M., & Sarhangi, F. (1399 AP). A Comparative evaluation of spiritual health behaviors of Iranian people in the covid-19 pandemic with religious evidence. *Journal of Military Medicine*, 22(8), pp. 872-864. [In Persian]

20. Asadzandi, M., & Mazandarani, HA., & Saffari, M., & Khaghanizadeh, M. (2021). *Effect of Spiritual Care Based on the Sound Heart Model on Spiritual Experiences of Hemodialysis Patients*. *J Relig Health*. <https://doi.org/10.1007/s10943-021-01396-2>
21. Asadzandi, M., & Seyed Kalal Ali (1401 AP). How spirituality affects mental health: from religious to secular spirituality. *Farhangestan Journal of Culture and Health Promotion*, 6(3), pp. 47-56. [In Persian]
22. Asadzandi, M., & Seyed Kalal, A. (1400 AP). Discourse analysis of the foundations of trans-religious spirituality in complementary medicine. *Farhangestan Culture and Health Promotion Journal*, 5(4), pp. 504-497. [In Persian]
23. Asadzandi, M., & Seyed Kalal, A. (1401 AP). Combining art therapy with a healthy heart spiritual care protocol in the family of children with cancer. *Journal of Spiritual Health*, 1(2), pp. 13-3. [In Persian]
24. Asadzandi, M., & Seyed Kalal, A. (1401 AP). Explaining secular spirituality with an analysis of Friedrich Nietzsche's discourse: a psychological biography study. *Farhangestan Culture and Health Promotion Journal*, 6(1), pp. 55-49. [In Persian]
25. Asadzandi, M., & Tadrissi, S. D. (1383 AP). Therapeutic touch from the perspective of positivist philosophy and Islamic philosophy. *Journal of Nursing and Midwifery*, 46(14), pp. 1-9. [In Persian]
26. Asadzandi, M., & Zahiri, M., & Akbari Qomi, M., & Masoudi, O. A. (1401 AP). The role of spiritual communication in the management of health services during the biological crisis of Covid-19. *Journal of Military Medicine*, 24(5), pp. 1279-1286. [In Persian]
27. Caruana A., & Ewing MT., & Ramaseshan B. (2014). Assessment of the Three-Column Format SERVQUAL. *J Bus Res*, 49(1), pp. 57-65.
28. Chandler Siobhan. (2011). The Social Ethics of Religiously Unaffiliated Spirituality. *Wilfrid Laurier University*, p1, 37-39, 4145, 3, 38
29. Cockerham W. C. (2015). *Medical sociology* (13th edition.). New Jersey: Prentice Hall.

30. Creswell J. W. (2003). *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches, Second Edition, and Thousand Oaks*. CA: Sage Publications.
31. Damari, B., & Hajebi, A., & Bolhari, J., & Heidari, A. (2018). Developing a training course for spiritual counselors in health care: Evidence from Iran. *Indian J Palliat Care*, 24(2), pp. 145-149.
32. Eskandari, H. (1401 AP). *Series of topics of psychopathology*. Tehran: Allameh Tabatabaei University. [In Persian]
33. Esmaili, A., & Izadi, M., & Azad, E., & Sanaei Nasab, H. (1399 AP). Foresight of the health system at the national level based on the Islamic-Iranian lifestyle based on the identification of goals and actions of key players. *Health Education and Health Promotion*, 8(4), pp. 378-389. [In Persian]
34. Faraji, M., & Kazemi, A. (1388 AP). Investigating the state of religiosity in Iran with emphasis on the survey data of the last three decades. *Journal of Cultural Research*, (6), pp. 79-85. [In Persian]
35. Ghanbari, Barzian, A., & Salmandavi, S., & Barfei, S. (1399 AP). A reflection on the tendency towards emerging spiritualities: analysis of the narrative of the youth of holy affairs (case example: students converted to emerging spiritualities in the city of Isfahan). *Social Development Quarterly*, 14(4), pp. 169-198. [In Persian]
36. Ghobari Bonab, B. (1388 AP). *Counseling and psychotherapy with a spiritual approach*. Tehran: Tehran University Counseling Center. [In Persian]
37. Hamidieh, B. (1395 AP). Secularization of spirituality: a cultural threat. Once every three months. *Journal of Philosophy and Theology*, 21(83), pp. 29-4. [In Persian]
38. Heydari, A. R., & Hajebi Ahmadi, Bovalhari, J., & Demari, B. (1397 AP). The pattern of providing spiritual health services in Iranian hospitals. *Medicine and Purification*, 27(1), pp. 56-66. [In Persian]
39. Hosseini Jabali, M. (1381 AP). Custom from the point of view of sociology and law. *Marafet magazine* (56), p. 110. [In Persian]
40. Ibn Fahad Heli, J. (1390 AP). *Idat al-Da'i va Najah al-Sa'ei*. Qom: Dar al-Kotob al-Arabi. [In Persian]

41. Irandoost, M. H. (1397 AP). What is spirituality and its meaningfulness in the West. *Journal of Philosophy of Religion*, 15(2), pp. 527-548. [In Persian]
42. Javadi Amoli, A. (1386 AP). *Woman in the mirror of beauty and glory*. Qom: Isra Publications. [In Persian]
43. Jones, T., & Drach Zahavy, A., & Sermeus, W., & Willis, E., & Zelenikova, R. (2021). *Understanding Missed Care: Definitions, Measures, Conceptualizations, Evidence, Prevalence, and Challenges. Impacts of Rationing and Missed Nursing Care: Challenges and Solutions* (pp. 9-47). Springer, Cham.
44. Kashif Al-Ghita, Sheikh J. (1391 AP). *Kashf al-Ghita an Mubhamat Shari'ah al-Ghara* (Vol. 2). Qom: Islamic Propaganda Office of Qom Seminary. [In Persian]
45. Kermani, T. (1383 AP). *Contemporary man's tendency towards mysticism, a collection of mystic essays; A bridge between cultures*. Tehran: Humanities Research and Development Institute, pp. 39-59. [In Persian]
46. Khodayari Fard, M. (1389 AP). Religiosity measurement model and building its scale at the national level. *Journal of Applied Psychology Research*, 1(1), pp. 1-29. [In Persian]
47. King, U. (1392 AP). Faith and action in the postmodern era (Sohrabifar, V, Trans.). *Kitab Mah Din*, (193), pp. 60, 64, 65. [In Persian]
48. Koleyni, A. (1163 AH). *Usul Kafi* (Vol. 2, 4-volume collection, Mostafavi, J, Trans.). Tehran: Culture of Ahl al-Bayt Publishing House. [In Arabic]
49. Kouhi, K. (1397 AP). Sociological explanation of students' tendency towards new pseudo-religious movements (case study: students of East Azerbaijan, Iran). *Family and Research*, 15(38), pp. 79-99. [In Persian]
50. Lotfian, L., & Asadzandi, M., & Javadi, M., & Sepandi, M. (2019). The effect of spiritual self-care empowerment based on the healthy heart model on the spiritual health of military professors - a randomized clinical trial. *Journal of Military Medicine*, 22(11), pp. 1121-1129. [In Persian]
51. Malekian, N., & Jokar Qomi H. (1399 AP). The relationship between the functions of virtual social networks and religiosity (case study: 15-29-year-old youth in Tehran's 15th district). *Journal of Social Cultural Developments*, 17(64), pp. 164-178. [In Persian]

52. Moafi, L, Ashrafi, A. (1392 AP). Factors affecting the "acceptance of religion" and "non-acceptance of religion" from the youth's point of view. *Marafet magazine*, 194(11), pp. 13-28. [In Persian]
53. Mohammadi Ray Shahri, M. (1391 AP). *Mizan al-Hikma* (Sheikhi, H. R, Trans., vol. 2, 4th ed.). Qom: Dar al-Hadith Cultural Institute. [In Persian]
54. Mohammadpour, A., & Sadeghi, R., & Rezaei, M. (1392 AP). Mixed research methods as the third methodological movement: theoretical foundations and practical foundations. *Applied Sociology*, 2(38), pp. 77-100. [In Persian]
55. Motahari, M. (1385 AP). *A collection of works*. Tehran: Sadra Publications. [In Persian]
56. Mousavi Khomeini, R. (1368 AP). *Sir al-Salat, Mi'raj al-Salekin va Salah al-Arifin*. Beirut: Dar Ta'arif Al-Matbu'at Publications. [In Persian]
57. Nadi, A., & Shojaee, J., & Abedi, G., & Siamian, H., & Abedini, E., & Rostami, F. (2016). Patients' expectations and perceptions of service quality in the selected hospitals. *Medical Archives*, 70(2) , pp. 135
58. Nasrollahi Z., & Asadzandi M., & Mohammadzadeh M., & Farahani MV., & Tayebi K. (2021). Effect of spiritual counseling based on the Sound Heart Model on depression in hemodialysis patients. *Fam. Med Prim Care Rev*, 23(4), pp. 459-464. <https://doi.org/10.5114/fmPCR.2021.110363>
59. Nik P, A. (1392 AP). *Sociology of religiosity, history of beliefs called religion in today's world*. Tehran: Neghah Mo'aser Publications. [In Persian]
60. Nikrou, S., & Mahmoudi, H., & Peyvasteh, S., & Nurolahi M. (1399 AP). Pathology of military nursing: a hybrid study. *Journal of Military Medicine*, 22(8), pp. 818-828. [In Persian]
61. North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), 1999, p. 67
62. Patton, M. (2021). *Qualitative Research & Evaluation Methods*. London: Sage Publication.
63. Pour Yosofi, H., & Farasat Khah, M., & Tashakor, F. (1393 AP). Knowing the extent of youth's tendency towards emerging spirituality and the social factors affecting it (students of Islamic Azad University, North Tehran branch). *Shooshtar Journal of Social Sciences*, 8(25), pp. 161-190. [In Persian]

64. Pouyafar, M. R. (1386 AP). *Comparative study of religiosity measures*, master's thesis. Social science research, Tarbiat Moalem University, Tehran. [In Persian]
65. Prochaska, J., & Norcross, J. (1400 AP). *Theories of psychotherapy (systems of psychotherapy, inter-theoretical analysis)* (Seyed Mohammadi, Y, Trans.). Tehran: Ravan Publications. [In Persian]
66. Qelyani, B., & Asadzandi, M., & Bahreinian, S. A., & Karimi Zarchi, A. A. (1400 AP). Comparing the effectiveness of spiritual counseling based on the healthy heart model with mindfulness training on the quality of life of women with breast cancer. *Journal of Iranian Breast Diseases*, 14(3), pp. 34-45. [In Persian]
67. Rafi, T., & Khalique, M., & Siddiqui, SH. (2020). Hospital Service Quality and Patient Satisfaction: A Moderating Role of Trustworthiness. *Journal of Accounting and Finance in Emerging Economies*. 31; 6(1), pp. 237-50. 12.
68. Ramezani, S., & Talebi, A., & Talebi Darabi, B. (1397 AP). Causes and contexts of new spiritualism in Iran (Tehran city study). *Journal of Social Sciences, Allameh Tabatabai University*, 25(83), pp. 159-192. [In Persian]
69. Riahi, M. E. (1392 AP). Investigating social factors related to the degree of tendency towards emerging mysticism among young people. *Spiritual Studies Journal*, (7), pp. 39-70. [In Persian]
70. Sadock, B. J., & Sadock, V. (1400 AP). *Kaplan and Sadok's summary of psychiatry: based on DSM-5* (Vol. 2, Ganji, M., Trans., Ganji, H, Ed.). Tehran: Savalan Publications. [In Persian]
71. Sadr al-Mutealehin. (1981). *Al-Hikmah al-Mu'ta'alia fi al-Asfar al-Aqliya al-Arba'ah* (Vol. 7, 3rd ed.). Beirut: Dar Ihya al-Torath.
72. Saeedi Taheri, Z., & Asadzandi, M., & Ebadi, A. (1392 AP). The effect of spiritual care based on the healthy heart model on the spiritual experience of patients with coronary artery disease. *Psychiatric Nursing*, 1(3), pp. 45-53. [In Persian]
73. Serajzade S. H., & Pouyafar, M. R. (1384 AP). Measuring religiosity using indigenous approach. *Iranian Journal of Social Science Research*, 1(2), pp. 1-18. [In Persian]

74. Serajzadeh, S. H., & Tavakoli, M. (1380 AP). Examining the operational definition of religiosity in social research. *Journal of Research*, 5(20-21). Ministry of Culture and Islamic Guidance. [In Persian]
75. Shariati, S., & Bastani, S., & Khosravi, B. (1386 AP). Communities in community nostalgia, a look at the phenomenon of new spiritualities in Iran (through a case study of two examples of mystical-psychological groups). *Cultural and Communication Studies*, 3(8), pp. 167-195. [In Persian]
76. Sheikh Ansari, M. (1400 AP). Iranian society and virtual space (secondary analysis of social science research in the field of virtual space) *Iranian Journal of Sociology*, 22(4), pp. 3-32. [In Persian]
77. Shojaizand, A. (1384 AP). A model for measuring religiosity in Iran. *Iranian Journal of Sociology*, 6(1), pp. 66-34. [In Persian]
78. Shokouhyar, S., & Kaviani, H., & Mahmoudi, F. (1394 AP). Assessing the quality of healthcare services using a fuzzy approach: a case study of a military hospital. *Ibn Sina*, 17(3), pp. 37-45. [In Persian]
79. Tabatabaei, S. M. H. (1380 AP). *Al-Mizan fi Tafsir al-Qur'an* (Vol. 13). Qom: Islamic Publishing Institute. [In Persian]
80. Talebi, A., & Ramezani, S. (1396 AP). Factors and contexts of tendency towards new spiritualism among Tehrani citizens. *Social and Cultural Strategy*, 6(24), pp. 189-234. [In Persian]
81. Tashakkori, A., & Creswell, W. (2007). Exploring the Nature of Research Questions in Mixed8 Methods Research”, *Journal of Mixed Methods Research*, (1), p. 207
82. Zahiri, M., & Masoudi, O. A., & Asadzandi, M., & Khushi, A. (1401 AP). Investigating the role of spiritual health in the treatment of patients with covid-19: a study of a military hospital. *Journal of Military Medicine*, 24(3), pp. 1201-1209. [In Persian]