دین و معنویت در مدل سلامت زنان ایران:مدل فرمهر

فرانک فرزدی[1]، مروئه وامقی[2]، ژیلا صدیقی[3]، فرحناز محمدی[4]، بتول محتشمی[5]، بتول احمدی[6]*

۱. مرکز تحقیقات سنجش سلامت، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی، تهران، ایران، گروه علمی سلامت زنان، فرهنگستان علوم پزشکی، تهران، ایران
۲. مرکز تحقیقات مدیریت رفاه اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران
۳. مرکز تحقیقات سنجش سلامت، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی، تهران، ایران
۴. مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران
۵. عضو گروه سلامت زنان فرهنگستان علوم پزشکی، تهران، ایران
۶. دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران، گروه علمی سلامت زنان فرهنگستان علوم پزشکی، تهران، ایران

نشریه پایش
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۶/۱۵
سال شانزدهم، شماره پنجم، مهر ـ آبان ۱۳۹۶ صص ۵۹۴-۵۸۷
[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۱۵ مهر ۹۶]

چکیده

مقدمه: دین و معنویت از جنبه های گوناگون با سلامت در ارتباط هستند. لذا شناسایی عوامل نشات گرفته از دین و معنویت، نحوه تاثیرگذاری و ارتباط آن با سایر عوامل موثر بر سلامت از مقوله‌های مهم و ضروری در این مبحث است. این مهم در تبیین و طراحی مدل سلامت زنان ایران (مدل فرمهر) که توسط محققان گروه علمی سلامت زنان فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران طراحی شده، لحاظ شده است. این مقاله به بیان عوامل دین و معنویت و جایگاه آن در مدل فوق پرداخته است.

مواد و روش‌ها: این مطالعه از نوع کیفی بود. داده‌های حاصل از جستجوی مستندات مرتبط در طی ۲۳ نشست تخصصی توسط گروه تحقیق مورد تحلیل محتوی قرار گرفت. نتایج حاصل در طی ۶ مصاحبه عمیق و ۸ جلسه بحث گروهی متمرکز با ۱۵ نفر از صاحب نظران و سیاستگذاران کلیدی حوزه سلامت مورد نظرخواهی و اصلاح قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج مطالعه نشان داد "باورها و اعتقادات"، "ارزش‌ها"، "اخلاق" و "سرمایه دینی معنوی در جامعه" که از جمله عوامل نشات گرفته از دین و معنویت فرد و جامعه هستند بر تمامی متغیرهای موثر بر سلامت تاثیر زیربنایی، زمینه ساز و همه جانبه دارند. بنابراین این عوامل با نام "دین و معنویت با تاکید بر اسلام" به عنوان محور زیربنایی در مدل فرمهر قرار گرفت. از دیگر عوامل متاثر از دین و معنویت"رفتارهای دینی و معنوی" و "شیوه تربیتی دینی و معنوی خانواده" شناسایی شدند که به ترتیب در لایه شیوه زندگی در سطح فردی و روابط خانوادگی در سطح خانوادگی مدل گروه بندی شدند.

بحث و نتیجه گیری: طراحان مدل سلامت زنان فرمهر بر این باورند که مجموعه ویژگی‌های یاد شده بر درک و تفسیر افراد از سلامت خود و دیگران، رفتارهای سلامتی فرد، رفتارهای تاثیرگزار بر سلامت در خانواده و جامعه و حتی سیاستگذاری ها و برنامه ریزی های سلامت در مجموعه نظام سلامت نقش ایفا می‌کنند.

کلیدواژه: سلامت معنوی، دین و معنویت، سلامت زنان، مدل سلامت، ایران

کد اخلاق: IR.ACECR.IBCRC.REC.1395.6

* نویسنده پاسخگو: تهران، خیابان انقلاب، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده بهداشت، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت
تلفن: ۸۸۹۵۱۳۹۱
E-mail: ahmadiba@tums.ac.ir

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1396.16.5.3.8]

مقدمه

دین و معنویت از جنبه های گوناگون با سلامت در ارتباط هستند. سلامت جهان تعریف سلامت را با یک دیدگاه کل نگر مبتنی بر وحدت ذهن، روح و بدن، و عملکرد منسجم و پویا در جهت ظرفیت حداکثری انسان در ابعاد فیزیکی، فکری، عاطفی، اجتماعی و معنوی تعریف نموده است. در مطالعات کشورهای غربی بحثهای زیادی در مخالفت یا موافقت با شمول سلامت معنوی به عنوان یک بعد از سلامت وجود دارد[۱]. در علم معاصر که تنها پدیده‌های تجربی در آن لحاظ می‌شود، بسیاری عقیده دارند چون ابعاد روحانی و معنوی را با حواس پنجگانه نمی‌توان تجربه نمود موضوع مناسبی برای علوم نیستند. با این وجود، روشهای غیر مستقیمی وجود دارند که حاکی از تأثیر مثبت عقاید معنوی و مذهبی بر سلامت روانی و جسمی است[۲]. مطالعات بیشماری تأثیر مثبت اعتقادات و رفتارهای مذهبی و ایمان فردی را بر سلامت روان گزارش کرده‌اند. در بیشتر موارد فعالیت مذهبی با ناتوانی و علائم افسردگی کمتر مرتبط بوده است. این مطالعات حاکی از آن است که سلامت زنان با شرکت در مراسم مذهبی جمعی بهبود می‌یابد حال آنکه سلامت مردان ارتباط بسیار قوی با مذهبی بودن فردی داشته است[۳]. در افراد با ایمان قوی مذهبی سطح بالاتری از رضایت زندگی و شادی فردی مشاهده شده و پیامدهای منفی کمتر روانی و اجتماعی در مقابل حوادث ناگوار نشان داده‌اند. صدها مطالعه اپیدمیولوژیک ارتباط معنی‌دار بسیار قوی تأثیر شاخصهای مذهبی بر مرگ ومیر را ثبت کرده‌اند ولی در مورد تأثیر نوع اعتقادات و شدت آنها بر سلامت مطالعات بسیار محدود است[۴].

روانشناسان بالینی تأثیر جدی ارزشهای مذهبی را بر سلامت روانی مورد تأیید قرار داده‌اند و معنویت را به عنوان سلاحی برای سازگاری با مشکلات لازم می‌دانند. هم چنین توجه به معنویت و یا برخورداری از چارچوب مذهبی را در حفظ سلامت و درمان بیماری‌های روان موثر می‌دانند. البته مانع اصلی در کاربرد معنویت در درمان یکی ماهیت شخصی بودن اعتقادات مذهبی در جامعه است و دیگری نظر درمانگران مبنی بر اینکه برخی عقاید مذهبی بویژه عقاید متعصبانه را علت مشکل می‌دانند. در هر حال درمانگرها به این نتیجه نزدیک می‌شوند که معنویت و درمان باید باهم ادغام شوند زیرا مذهب بر رفتارهای افراد تأثیر بسزایی دارد. ادیان به‌مفهوم "عقاید و رفتارهای فردی و اجتماعی" بر سلامت افراد تأثیر جدی دارند و یک نیروی قوی در ایجاد تعادل در زندگی افراد و جوامع مذهبی است. نادیده انگاشتن مذهب و دین نادیده گرفتن یک منبع مهم بهبودی و شفا از بیماری برای بسیاری از افراد است. این امر بویژه در ارتباط با عقیده به خدا و ایمان به او و زندگی بعداز مرگ است [۳]. با توجه به مستندات موجود متفکران و کارگزاران بخش سلامت باید نسبت به مذهب و اصول فلسفی و فرهنگ ارزشی و تأثیر آن بر سلامت حساس باشند. شناسایی عوامل نشات گرفته از دین و معنویت، نحوه تاثیرگذاری و ارتباط با سایر عوامل تعیین کننده سلامت از مقوله های مهم و ضروری در این مبحث است که در مدل‌های سلامت به آن پرداخته شده است. مدل‌های سلامت مجموعه عوامل و متغیرهایی را که بر سلامت تاثیر دارند را در بر می‌گیرند و ارتباط این عوامل با یکدیگر و سلامت را به نمایش می‌گذارند. در برخی از مدل های سلامت مطرح شده در سطح جهانی تلاش شده است عوامل نشات گرفته از ارزشها، دین و معنویت شناسایی و ارتباط آنها با سایر عوامل نشان داده شود[۹-۷] مدل سلامت زنان ایران توسط نویسندگان این مقاله به سفارش گروه علمی سلامت زنان فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران طراحی شده است. این مدل با نام «مدل سلامت زنان فرمهر» نامیده شد که واژه «فرمهر» از ترکیب دو کلمه «فر» و «مهر» تشکیل شده است. کلمه «فر» برگرفته از نام فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران است و به مفهوم شکوه اشاره به اهمیت مدل و کاربرد آن در سلامت زنان و بواسطه آن سلامت جامعه دارد. کلمه «مهر» به مفهوم خورشید مصداق نمای ظاهری مدل و به مفهوم روشنی و گرمی بخش؛ اشاره به نقش زنان به عنوان کانون سلامت، رشد، و محبت در خانواده است. مدل سلامت زنان فرمهر از نوع مفهومی و نظریه‌ای است که در آن سعی شده است تمامی عوامل موثر بر سلامت زنان ارائه شود[۵]. طراحان مدل سلامت زنان ایران در تبیین عوامل کلان و خرد نشات گرفته از اعتقادات فردی و نظام اعتقادی حاکم بر جامعه و جایگاه ونحوه اثر آن بر سایر عوامل تاثیرگذار بر سلامت تمرکز خاص داشته‌اند. با استناد بر دستاوردهای علمی و نظرات صاحب نظران و متخصصان مرتبط تلاش نموده‌اند عوامل مختلف موثر بر سلامت زنان از جمله عوامل نشات گرفته از دین و معنویت و ارتباط آنها را مشخص و این مهم را به خوبی در مدل نمایش دهند. این مقاله به بیان عوامل دین و معنویت و جایگاه آن در مدل سلامت زنان ایران (فرمهر) می‌پردازد.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1396.16.5.3.8]

مواد و روش کار

این مقاله بخشی از یک مطالعه کیفی است که با استفاده از روش تحلیل محتوایی درونی (Latent) و با تمرکز بر روش تحلیل محتوایی متعارف (Conventional) انجام شد[۱۰]. مطالعه اصلی منجر به شناسایی مجموعه عوامل تعیین کننده سلامت زنان و نحوه ارتباط آنها با یکدیگر شد. جزییات مدل سلامت زنان ایران با نام مدل فرمهر به همراه روش کامل مطالعه در مقاله دیگری گزارش شده است [۵]. در مطالعه اصلی در ابتدا متون و مقالات معتبر در حوزه مدل های سلامت و عوامل تعیین کننده سلامت زنان از جمله عوامل دینی و معنوی و نحوه ارتباط آنها با یکدیگر جمع‌آوری گردید. جستجو به منظور شناسایی مطالب مرتبط با دین و معنویت با کلید واژه‌های فارسی معنویت، دینداری، ارزشها و باورها و کلید واژه‌های انگلیسی spirituality, religious، values, beliefs در ترکیب مناسبی با کلید واژه‌های فارسی زن، زنان، سلامت، عوامل تعیین کننده، چارچوب مفهومی، دیاگرام، مدل، الگو و کلید واژه‌های انگلیسی women، woman،health ، determinants، conceptual framework، context، model، pattern، diagram انجام شد با برگزاری ۲۳ نشست تخصصی ۳ ساعته مستمر با حضور ۸ نفر ازمتخصصان مستندات مورد تحلیل محتوایی قرار گرفت و ماتریکس تحلیل محتوی با استناد بر مفاهیم و مضامین بر گرفته از مدلهای موجود طراحی گردید. در طی تحلیل از روش ترسیم دیاگرام‌های مستمر نیز برای تسهیل در درک و مفهوم سازی یافته‌ها استفاده شد. بدین ترتیب چارچوب نظری سلامت زنان شامل مجموع عوامل تعیین کننده در حوزه‌های مختلف فردی، خانوادگی، اجتماعی و دین و معنویت به همراه تعاریف آنان تدوین شد. با توجه به ارتباطات و اثرگذاری این عوامل با یکدیگر مدل سلامت زنان طراحی شد.

پس از تدوین مدل اولیه با ۶ نفر از صاحبنظران، پژوهشگران و سیاستگذاران درجه اول حوزه سلامت مصاحبه نیمه ساختارمند به عمل آمد. طی این مرحله تعداد ۶ مصاحبه فردی با میانگین ۶۰ تا ۱۲۰ دقیقه در هر جلسه در زمان و مکان مورد نظر شرکت کننده، انجام شد. هنگام دعوت از افراد، اهداف و چکیده طرح پژوهشی و پیش‌نویس اولیه مدل و چارچوب نظری تدوین شده، در اختیار آنان قرار داده شد و بر اساس اظهار تمایل مصاحبه‌ها ضبط گردید. مصاحبه‌ها با سوالات کلی از تجارب شرکت کنندگان در زمینه سلامت زنان ایرانی آغاز و بتدریج با سوالات شفاف کننده در هر یک از حوزه‌های عوامل تعیین کننده سلامت زنان از جمله نقش دین و معنویت در سلامت زنان و نحوه ارتباط این عوامل با یکدیگر در چارچوب نظری و مدل طراحی شده ادامه یافت. به منظور ارتقای سطح اطمینان‌پذیری (trustworthiness) از نگارش مبسوط یافته‌ها وتحلیل تیمی و بررسی انفرادی اعضای تیم مطالعه بهره‌گرفته شد و مدل اولیه بر اساس نتایج مصاحبه ها اصلاح و تکمیل شد. همچنین از روش بحث گروهی ۷ ساعته با شرکت ۱۵ نفر از صاحبنظران حوزه سلامت زنان (منفک از افراد شرکت کننده در مصاحبه‌های فردی) جهت تایید یافته‌ها و مدل اصلاح شده استفاده شد. در این مرحله نیز قبل از برگزاری جلسه، جدول‌های حاصل از تحلیل داده‌ها و دیاگرام‌های مرتبط برای افراد ارسال گردید. طی این جلسات نظرات و تایید صاحبنظران اخذ و مدل نهایی شد. مدل فرمهر با هدف تسهیل در به کارگیری و درک روابط متقابل این عوامل با هم و تأثیرگذاری آنها بر سلامت زنان طراحی شده است. مدل نیم دایره‌ای با مرکزیت سلامت زنان است که بر روی محور پایه‌ای قرار گرفته است. در این مدل عوامل موثر در هر گروه به شکل لایه‌ای نمایش داده شده است. در برش مرکزی نیم دایره عنوان گروه‌های هر لایه ارائه شده است. ترتیب لایه ها در مدل، تقدم و تأخر و تأثیر عوامل هر لایه نسبت به لایه‌های دیگر بالایی و پایین را بر سلامت زنان نشان می‌دهد. تمامی عوامل موثر که در لایه‌های مختلف در مدل نشان داده شده‌اند همگی در نهایت بر سلامت زنان تأثیر گذارند. با توجه به ارتباط ما بین عوامل موثر سطوح فرد، خانواده و اجتماع و نحوه قرار گیری لایه ها در حول مرکزیت آن (سلامت زن) به گونه‌ای است که از مرکز تا محیط به ترتیب لایه‌های مربوط به سطح فرد، خانواده و اجتماع است. این موضوع بر روی مدل در قطر افقی نمایش داده شده است. با توجه به نمایش تمامی عوامل موثر بر سلامت زنان، الگو و مدل طراحی شده علاوه بر کاربرد در قابلیت بخش سلامت کاربردهای بین بخشی را در بخش‌های مختلف جامعه‌داراست [۵]. مقاله حاضر مربوط به نتایج شناسایی عوامل نشات گرفته از دین و معنویت که بر سلامت زنان تاثیر دارند و نحوه ارتباط آنها با سایر عوامل موثر بر سلامت زنان و جایگاه آنها در مدل سلامت زنان فرمهر ارایه شده است.

یافته‌ها

متغیرهای شناسایی شده در مطالعه و بررسی ارتباط آن‌ها با یکدیگر نشان داد که "باورها و اعتقادات"، "ارزش‌ها"، "اخلاق" و

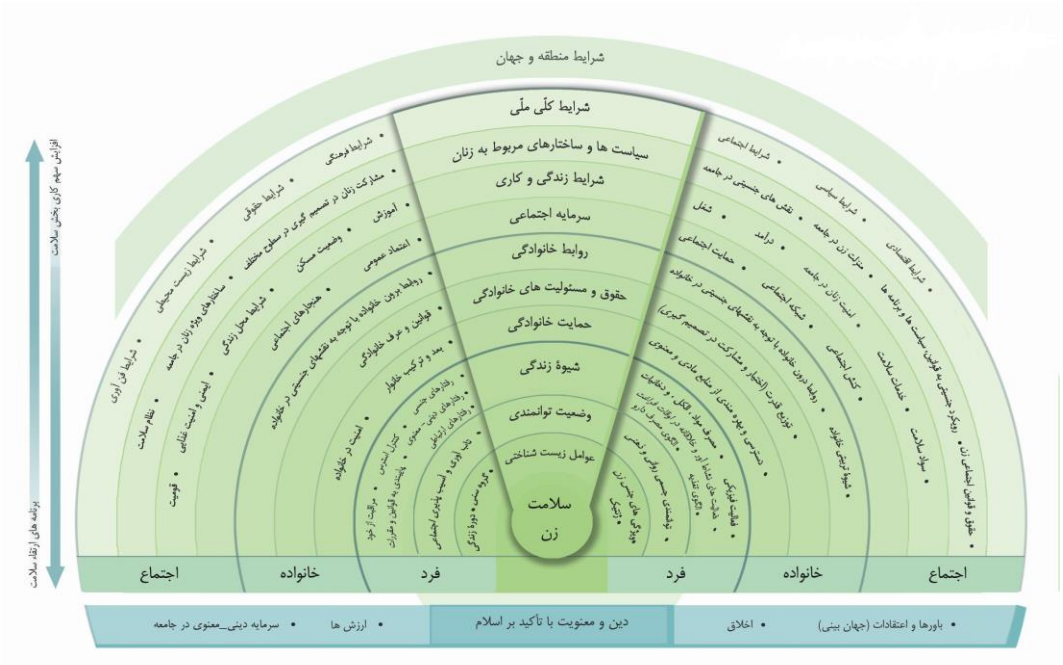
[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1396.16.5.3.8]

"سرمایه دینی معنوی در جامعه" عوامل کلان نشات گرفته از دین و معنویت فرد و جامعه هستند که بر تمامی متغیرهای موثر بر سلامت تاثیر زیربنایی، زمینه ساز و همه جانبه دارند. بنابراین این عوامل با نام "دین و معنویت با تاکید بر اسلام" به عنوان محور زیربنایی در مدل فرمهر قرار گرفت. از دیگر عوامل متاثر از دین و معنویت"رفتارهای دینی و معنوی" و "شیوه تربیتی دینی و معنوی خانواده" شناسایی شدند. "رفتارهای دینی و معنوی" به عنوان یکی از اجزای شیوه زندگی در لایه مربوط در سطح فردی مدل قرار گرفت. "شیوه تربیتی دینی و معنوی خانواده " در لایه روابط خانوادگی در سطح خانوادگی مدل گروه بندی شد.

مفاهیم مورد نظر از هر یک از عوامل دینی معنوی در مدل تعریف شده است. (جدول ۱) جایگاه این عوامل در مدل فرمهر در شکل شماره ۱ نشان داده شده است.

جدول ۱: تعایف عوامل دینی معنوی موثر بر سلامت به تفکیک سطح وگروه در مدل فرمهر

سطح	گروه/لایه	عامل موثر	تعریف
زیر بنایی	دین و معنویت با تأکید بر اسلام	باورها و اعتقادات(جهان بینی)	دیدگاه و شناخت فرد یا جامعه نسبت به جهان هستی و انسان و نظم و قوانین حاکم بر آن.
		ارزش ها Values	باید و نبایدهای حاکم بر نگرش و رفتارهای فردی، خانوادگی و اجتماعی.
		اخلاق Ethics	میزان منش و عملکرد فرد یا جامعه براساس ارزشها و جهان‌بینی.
		سرمایه دینی معنوی در جامعه Religious and Spiritual Capital in Society	مجموعه منابع، اسوه ها، آموزه‌ها و هنجارهای دینی- معنوی جامعه که با تأثیر بر دیدگاه‌ها و رفتارهای فرد بر سلامت او تأثیر می‌گذارد.
خانوادگی	روابط خانوادگی	شیوه تربیتی دینی و معنوی خانواده Educational style in the Family	نظام ارزشی و اخلاقی مبتنی بر اعتقادات، دین و معنویت حاکم بر خانواده که میزان رشد و شکوفایی استعدادهای اعضای خانواده را تحت تاثیر قرار می‌دهد و جهان بینی، اخلاق، آداب، و مسئولیت‌پذیری افراد را شکل می‌دهد.
فردی	شیوه زندگی	رفتارهای دینی و معنوی Religious and Spiritual behaviors	مجموعه فعالیت‌هایی که با قصد قربت و جهت‌گیری الهی انجام می‌شود و می‌تواند موجب ارتباط فرد با مبدأ هستی و خود شود.



شکل ۱: مدل سلامت زنان ایران: مدل فرمهر

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1396.16.5.3.8]

بحث و نتیجه‌گیری

همه لایه‌های مدل فرمهر بر روی پایه‌ای با عنوان "دین و معنویت با تاکید بر اسلام" قرار گرفته‌اند که نشان‌دهنده تاثیرپذیری مجموعه عوامل موثر بر سلامت از نظام اعتقادی افراد و جامعه است. نظام اعتقادی فرد و جامعه منشا شکل‌گیری باورها (جهان بینی)، ارزشها (ایدئولوژی)، اخلاق و رفتارهای فردی و جمعی است. سرمایه اعتقادی هر جامعه نیز براساس نظام اعتقادی حاکم بر آن شکل می‌گیرد. انتخاب عنوان «دین و معنویت با تاکید بر اسلام» برای این لایه براساس نظرات حاصل از صاحب نظران و متخصصان مورد مطالعه انجام شده است. به کاربردن این عنوان به جای عنوانی بی‌سو مانند «نظام اعتقادی» یا «اعتقادات» برای این لایه، با هدف پرهیز از سردر گمی در تعریف عوامل با اثر مثبت بر سلامت و بر خورداری از الگوی معتبر برای شناسایی باورها و ارزشها و اخلاق متناسب برای حفظ و ارتقاء سلامت بوده است.

باورها، ارزشها و اخلاق با شکل دهی نگرش و رفتارهای خرد و کلان فرد بر تمامی جنبه‌های زندگی او اثر می‌گذارند لذا از عوامل کلان تاثیرگذار بر سلامت هستند. هر یک از این عوامل علاوه بر تاثیر مستقیم بر سلامت فرد با اثر بر سایر عوامل به صورت آبشاری و در نهایت اثر بر تمامی نگرشها و رفتارهای فرد نقش بنیادی و زیربنایی را در سلامت او بازی می‌نمایند. باورهای منتج از نظام اعتقادی با تبیین شناخت فرد یا جامعه نسبت به جهان هستی، انسان و نظم و قوانین حاکم بر آن به شدت بر میزان پذیرش و سازگاری فرد با رخدادها و وقایع زندگی تاثیرگذار است. از این طریق بر تناسب توقعات و انتظارت فرد با واقعیتهای زندگی او اثر می‌گذارند. این همان اصل به کار گرفته شده در شناخت درمانی است که با ایجاد پذیرش و سازگاری مناسب با وقایع زندگی منجر به کاهش تنش، اضطراب و فشار روانی و همچنین پویایی فرد خواهد شد.

در سالهای اخیر مطالعات متعددی نشان داده‌اند که گونه‌ها یا سبک‌های خاص بیان و ابراز باورهای مذهبی با سازه‌های خاص روانشناختی یا زیستی- رفتاری همراه هستند که مستقل از نوع مذهب، با سلامت افراد ارتباط دارند. مجموعه‌ای از سازه‌های مختلف رفتاری و روانی- اجتماعی شناخته شده‌اند که به عنوان ساز و کارهای تاثیر جنبه‌های گوناگون ارتباط با مذهب بر پیامدهای مثبت سلامتی عمل می‌کنند. این سازوکارها عبارتند از تنظیم سبک زندگی و رفتارهای سلامتی افراد، تامین منابع اجتماعی (مثل روابط اجتماعی، حمایت های رسمی و غیر رسمی)، ارتقای ادراک مثبت از خود (مثل اعتماد بنفس، احساس تسلط بر خود)، فراهم کردن منابع خاص انطباقی (مثل پاسخ‌های خاص شناختی یا رفتاری به استرس)، تولید سایر هیجانات مثبت (مثل عشق، گذشت)، ارتقای باورهای سالم و ساز و کارهای دیگری مثل وجود یک انرژی زیستی شفا دهنده[۱۱]. باورهای هر فرد نظام ارزشی و بایدها و نبایدهای حاکم بر نگرش و رفتارهای فردی، خانوادگی و اجتماعی او را شکل می‌دهد. برخورداری از الگوی ارزشی، پایه واساس توانمندی فرد در تصمیم‌گیری خصوصا در موقعیتهای خاص و خطیر است که او را از سردرگمی و سرگشتگی در تصمیم‌گیری نجات می‌بخشد و با وجود عوامل گسترده و متنوع در عرصه‌های فردی و جمعی، زمانی و مکانی امکان تصمیم‌گیری را مهیا می‌سازد. این امر خود اثر پیشگیری کننده از تنش و اضطراب و فشار روانی ناشی از عدم توان در تصمیم‌گیری دارد. شواهد فراوانی وجود دارد که نشان می‌دهد شناخت‌ها و رفتارهای مذهبی می‌توانند منابع موثری برای مواجهه با حوادث و شرایط استرس‌زا فراهم کنند. همچنین نشان داده شده است که انطباق با استرس به نوبه خود عامل قدرتمندی در پیشگیری و تسریع بهبودی از بیماری است[۱۲]. این دیدگاه وجود دارد که شناخت ها و فعالیت‌های مذهبی به طرق مختلفی می‌توانند به انطباق با عوامل استرس‌آور کمک کنند. دعا کردن و سایر تلاش‌های انطباقی درونی مذهبی ممکن است ارزیابی‌های اولیه انسان را تغییر داده، افراد مذهبی را به سوی ارزیابی مجدد مفهوم شرایط بالقوه مشکل زا، به عنوان فرصت‌هایی برای رشد معنوی یا یادگیری سوق دهند. همچنین بر اساس پاره‌ای مطالعات، مذهب می‌تواند به افراد در تغییر برداشت از خود کمک کند به نحوی که ضعف‌های جسمی و سایر مشکلات افراد تهدید کمتری برای هویت شخصی آنها ایجاد کند[۱۳]. منش و عملکرد فرد یا جامعه براساس ارزشهای خود با شکل‌دهی اخلاقیات، موجب انسجام و تعادل رفتارهای فرد و جامعه در روند زمانی و در موقعیتهای مختلف می‌شود. مذهبی بودن بخصوص شرکت در جمع‌های مذهبی می‌تواند به بهتر شدن سلامت روانی و جسمی با تنظیم رفتارهای مرتبط به سلامتی به شکلی که عوامل خطر بیماری را کاهش دهد، کمک کند؛ از جمله با منع رفتارهایی که سبب افزایش خطر مشکلات سلامتی می‌شوند و تشویق سبک زندگی مثبت و کم استرس. یکی از بهترین مثال‌های آن مطالعات متعددی است که رابطه معکوس میان مذهبی بودن و مصرف الکل، سیگار، سوء مصرف مواد و رفتارهای پر خطر جنسی و کمتر بودن

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1396.16.5.3.8]

بیماری‌های مزمن مثل سرطان را نشان می‌دهند [۱۱]. اما تاثیر بالقوه مذهب بر سبک زندگی افراد چیزی فراتر ارتباط های شناخته شده با رفتارهای سلامتی خاص است. بیشتر جوامع مذهبی آموزه‌های مذهبی و اخلاقی دارند و بسیاری از اشکال رفتارهای انحرافی یا غیرقانونی را منع می‌کنند و هر به رغم پیچیده بودن تعدادی از مطالعات بین ابعاد مختلف مذهبی بودن با سطوح پایین‌تر جرم و بزهکاری نوجوانان ارتباط برقرار کرده‌اند [۱۱].

این مهم در کنار مجموعه منابع، اسوه‌ها و آموزه‌ها و هنجارهای جامعه با تاثیر بر کلیه نگرشها و رفتارهای فردی و جمعی، روابط و نقشهای خانوادگی و همچنین کلیه روابط آنها با محیط پیرامون به صورت شبکه‌ای در هم تنیده با یکدیگر و با سایر عوامل موثر بر سلامت افراد جامعه مرتبط هستند و بر وضعیت سلامت افراد تاثیر می‌گذارند. دو عامل «رفتارهای دینی معنوی» و «شیوه تربیتی دینی و معنوی خانواده» نیز از عوامل نشات گرفته از نظام اعتقاری فرد و جامعه هستند که در کنار سایر عوامل سطوح فردی و خانوادگی بر سلامت افراد و جامعه اثر دارند. مجموعه عوامل زیربنایی دین و معنویت علاوه بر تاثیر بر تمامی عوامل در نظر گرفته، در «سبک زندگی» با شکل‌دهی رفتارهای خاص فرد برای ارتباط و هماهنگی و تعادل فرد با مبدا هستی و خود نیز بر سلامت او تاثیر خواهند داشت. همچنین شیوه تربیتی دینی و معنوی خانواده با اثر بر میزان رشد و شکوفایی استعدادهای اعضای خانواده و شکل‌دهی جهان بینی، اخلاق، آداب و مسئولیت‌پذیری بر سلامت آنان تاثیرگذار است. تهیه کنندگان مدل سلامت زنان فرمهر بر این باورند که مجموعه ویژگی‌های یاد شده بر درک و تفسیر افراد از سلامت خود و دیگران، رفتارهای سلامتی فرد، رفتارهای تاثیرگزار بر سلامت در خانواده و جامعه و حتی سیاستگذاری‌ها و برنامه‌ریزی‌های سلامت در مجموعه نظام سلامت با مفهوم عام آن نقش ایفا می‌کنند. مدل‌های عوامل موثر بر سلامت و همچنین سلامت زنان، مانند تمامی مدل‌ها شامل مجموعه‌ای از عوامل و متغیرها است که به نحوی بر روی یکدیگر تاثیر می‌گذارند. عوامل معنوی در برخی از مدل‌ها مانند "مدل مرکز سلامت زنان کانادا" [۶] و "مدل هرمی بهداشت عمومی Etches & Frank" [۷] مستقیما مورد تاکید بوده است؛ به گونه‌ای که "مدل مرکز سلامت زنان کانادا" در مرکز دایره‌ای شکل خود دارای ابعاد سلامت معنوی، جسمی و اجتماعی است. در "مدل هرمی بهداشت عمومی" نیز عواملی تحت عنوان نیروهای معنوی، سیاسی، اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی، بوم شناسی و فناوری بر سطوح مختلف مدل تاثیر می‌گذارند. با توجه به تعریف "عوامل معنوی" می‌توان متغیرهایی را که در مدل‌های سلامت، تحت عنوان "ارزش‌ها" منظور شده است، را در چارچوب عوامل معنوی لحاظ کرد. در این راستا می‌توان به مدل تلفیق یافته همیلتون (Hamilton) و بهاتی (Bhatti) [۸] و "مدل کمیسیون تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت سازمان سلامت جهان" [۹] اشاره کرد. ارزش‌ها در این مدل‌ها به عنوان عامل زیر بنایی و زمینه‌ای محسوب شده و حاکم یا تاثیر گذار بر سایر عوامل موجود در مدل است. در برخی مدل‌ها به عوامل معنوی اشاره نشده است. در چنین مدل‌هایی شاید متغیر "فرهنگ" نزدیکترین مفهوم به عوامل معنوی را داشته باشد. با این پیش فرض می‌توان از مدل‌هایی مانند مدل دالگرن (Dahlgren) و وایتهد (Whitehead) [۱۴]، مدل استارفیلد (Starfield) [۱۵]، مدل برونر (Brunner) و مارموت (Marmot)[۱۶] و مدل کمیته تحقیقات سلامت زنان واشنگتن [۱۷] نام برد. البته قابل ذکر است که در این مدل‌ها، عامل "فرهنگ" دارای تاثیر گسترده‌ای مانند عوامل معنوی و یا حتی ارزش‌ها نیست.

از آنجا که مدل فرمهر شامل تعاریف کلی در این رابطه است. این مقاله شامل توضیحات و پیشنهاداتی است که علمای حوزه سلامت باید با نقد خود برای رسیدن به تعاریف عملیاتی و کاملتری در آینده کمک کنند. این فرایند در حقیقت با ایجاد ارتباط بین چارچوب نظری و عملیاتی این پارامتر اصلی و ریشه‌ای سلامت زنان را تسهیل خواهد نمود. این ارتباط شامل بحث‌های اصولی از اجزای دین و معنویت خواهد بود که بواسطه مطالعه مقالات و همچنین نظرات صاحبنظران خواهد بود. شرکت در این فرایند برای همگی صاحبنظران این حوزه ها باید باز باشد تا ایده‌های آنها در نظر گرفته شود. اجزای مدل و چارچوب نظری سلامت زنان باید شرح و بسط یافته و به پایه‌ای برای تعریف عملیاتی برسد. بهترین راه برای تکمیل این فرایند آن است که با توجه به فرهنگ دینی اسلامی جامعه ایرانی که بر اساس ارزشهای اسلامی شکل گرفته است، بنابراین باید اعتقادات اصیل اسلامی در تعریف و تحقیقات سلامت معنوی در ایران لحاظ گردد. همانطور که در فرهنگ کشورهای دیگر براساس اعتقادات مذهبی و فرهنگ آن جوامع می‌تواند تعریف و تشریح گردد.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1396.16.5.3.8]

سهم نویسندگان

بتول احمدی: مجری طرح و نویسنده مسئول مقاله
فرانک فرزدی: همکار اصلی در طراحی و اجرای طرح، نویسنده اصلی مقاله
مروئه وامقی: همکار اصلی در اجرای طرح و نگارش مقاله
ژیلا صدیقی: همکار اصلی در اجرای طرح و نگارش مقاله
فرحناز محمدی: همکار اصلی در اجرای طرح و نگارش مقاله
بتول محتشمی: همکار اصلی در اجرای طرح

تشکر و قدردانی

پژوهشگران، به این وسیله مراتب سپاس و قدردانی خود را از صاحبنظران و متخصصین شرکت کننده در مصاحبه‌ها و بحث‌های گروهی متمرکز؛ اعلام می دارد. این مقاله براساس نتایج مطالعه انجام شده در گروه سلامت زنان فرهنگستان علوم پزشکی ایران به قرارداد تدوین شده است. بدینوسیله از همکاری معاونت پژوهشی، مسئولان اجرایی و کارشناسان فرهنگستان علوم پزشکی صمیمانه تشکر و قدردانی می‌نماید. همچنین از کارشناسان اجرایی طرح خانم مینا شیخ الاسلام و خانم فاطمه ریاضی کمال تشکر را دارد.

منابع

1.Bergin AE. Values and religious issues in psychotherapy and mental health. American Psychologist1991; 46: 394-403
2.Worthington ELJr, Kurusu TA, McCullough ME, Sandage SJ. Empirical research on religion and psychotherapeutic processes and outcomes, A ten-year review and research prospectus. Psychological Bulletin 1996; 119:448-487
3.Larson J. The World Health Organization definition of health: social verses spiritual health. Social Indicators Research 1996; 38:181-192
4.Levin J. Religion and health: Is there an association, is it valid, and is it causal? Social Science & Medicine 1994;38:1475-1482
5.Ahmadi B, Farzadi F, Dejman M, Vameghi M, Mohammadi F, Mohtashami B, et al. Farmehr Model: Iranian Women's Health Conceptual Framework. Hakim Research Journal 2014; 16: 337- 348
6.Hsieh H, Shanon S. Three approaches to qualitative content analysis. Qualitative Health Research 2005; 15: 1277-1288
7. Ellison ChG, Levin JS. The Religion-Health Connection: Evidence, Theory and Future Directions. Health Education & Behavior 1998; 25: 700-720
8. Hamilton N, Bhatti T. Population Health Promotion: An Integrated Model of Population Health and Health Promotion. Working Paper, Health Promotion Development Division, Health Canada, October 1995. [Available from: https://www.canada.ca/en/public-health/services/health-promotion/population-health/population-health-promotion-integrated-model-population-health-health-promotion/measures-of-success.html#Measures. 2017]
9. Pargament KI. The Psychology of Religion and Coping. 1st Edition, Guilford: New York, 1997
10. Foley DP. Eleven interpretations of personal suffering. Journal Religion Health 1988; 27:321-328
11. Women health centre of Canada. A framework for women centered health. Canada, Vancouver / Richmond Health Board, 2001
12. Etches V, Frank J, DiRuggerio E, Manuel D. Measuring population health: a review of indicators. Annual Review of Public Health 2006; 27: 29-55
13. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Final report of the commission on social determinants of health, Geneva: World Health Organization; 2008:43.
14. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Institute of Futures Studies: Stockholm. September 1991
15. Starfield B. Basic concepts in population health and health care. Journal of Epidemiology and Community Health 2001; 55: 452-4
16. Brunnr E, Marmot M. Social organization, stress and health. In: Marmot M, Wilkinson RG. Social determinants of Health. 1st Edition, Oxford: Oxford University Press:Uk, 2006
17. Committee on Women's Health Research; Institute of Medicine. Women's Health Research: Progress, Pitfalls, and Promise. The National Academy of Sciences: US- Washington. 2010

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1396.16.5.3.8]

ABSTRACT

Religion and spirituality in a health model for Iranian women: Farmehr model

Faranak Farzadi[1], Meroe Vameghi[2], Jila Sadighi[3], Farahnaz Mohammadi[4], Batool Mohtashami[5], Batool Ahmadi[6*]

1. Health Metrics Research Center, Iranian Institute for Health Sciences Research, ACECR, Tehran, Iran, Women's Health Scientific group, Academy of Medical Sciences, Tehran, Iran
2. Social Welfare Management Research Center, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran
3. Health Metrics Research Center, Iranian Institute for Health Sciences Research, ACECR, Tehran, Iran
4. Social determinant of health research center, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences Tehran, Iran
5. Academy of Medical Sciences, Tehran, Iran
6. School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran, Women's Health Scientific group, Academy of Medical Sciences, Tehram, Iran

Payesh 2017; 5: 587- 594
Accepted for publication: 6 September 2017
[EPub a head of print- 7 October 2017]

Objective (s): There is a relationship between health and religion and spirituality. Thus in designing a health model for Iranian women (Farmehr) this relationship was considered. The Farmehr model is a comprehensive conceptual model aiming to represent all factors affecting Iranian women's health and their interactions. This paper deals with stating religion and spiritual factors and their position in the Farmehr model.
Methods: This was a qualitative study. In all 23 experts were interviewed. Content analysis was performed to explore the data. The data further were examined and modified through deep interviews and focused group discussions with experts and policy makers.
Results: The findings revealed that the relationship exist between health and "attitudes and believes", "values", "morality", and "religious and spiritual capital and resources in society". Also it was found that they affect the health of whole society and thus were considered as the fundamental axis in the Farmehr model. Other factors that affected by the religion and spirituality were religious and spiritual behaviors and family background that were recognized respectively in the layer of life style and family relationships in individual level of the model. The spiritual factors have been indicated in some other health models such as social determinants of health model as social, cultural, and spiritual values, forces, or assumptions.
Conclusion: The Farmehr women's health model suggest that the set of indicated factors have a significant impact on understanding and interpretation of individuals about their own health and that of the others, their health behaviors and other behaviors that affect the health of family and society and even on thinking behind making policy and planning in public and health system.

Key Words: Spiritual health, religion and spirituality, women health, health model, Iran

[*] Corresponding author: Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
Tel: 88951391
E-mail: ahmadiba@tums.ac.ir

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1396.16.5.3.8]