



Letter to the Editor

The Necessity of Adhering to the "Sound Heart" Model protocol: Methodological Considerations Regarding a Published Article

Minoo asadzandi*¹ 

Received: 2026.06.20

Accepted: 2026.08.05

1. Spiritual Health Research Center, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

DOI: [10.22034/ethic.2026.2092092.1234](https://doi.org/10.22034/ethic.2026.2092092.1234)

Abstract

Introduction: The "Sound Heart" model(SHM) is the product of two decades of interdisciplinary research; it has been endorsed by the Supreme Council of the Cultural Revolution and incorporates a clinical protocol. An article in the *Journal of Nursing Education and Ethics* has attempted to alter this protocol, reducing it to a mere nursing process. This study aims to elucidate the methodological considerations regarding the necessity of adhering to the "Sound Heart" model's protocol.

Methods: In this critical study, the content of the published article was compared, analyzed, and examined against international standards for clinical protocol development (such as SPIRIT), Islamic jurisprudential and ethical principles, methodological and legal considerations, and the approved protocol of the "Sound Heart" model(SHM).

Results: Reducing the "Sound Heart" model protocol to a mere nursing process—or limiting spiritual care solely to nurses—is considered inconsistent with the model's content. The model authorizes the delivery of spiritual care by trained, clinically competent, and licensed spiritual mentors. Regarding the taking of a spiritual history, it mandates spiritual self-assessment while strictly avoiding any "inquisition" or "confession of sins". "Measuring Religiosity" views the individual's relationship with God in a manner that completely contradicts Islamic jurisprudential principles. It in no way recommends documenting spiritual distress—which could be construed as a major sin and, at times, subject to discretionary punishment (*ta'zir*). Furthermore, by downplaying the significance of counseling sessions, the authors deem it permissible to conduct such assessments without formal training or clinical licensure. By disregarding jurisprudential principles and methodological considerations regarding the design and validation of the model's clinical protocol, they have overlooked the model's developmental steps—namely, establishing compassionate spiritual connection, enhancing spiritual knowledge, imbuing the fourfold relationships with meaning, and fostering coping and motivation for self-care—and have limited spiritual care solely to the development of the fourfold relationships.

Conclusion: Spiritual care is a specialized, team-based endeavor that requires spiritual mentors to adhere to the model's standard protocol. Altering the content or implementation method of the model without the theorist's written permission lacks methodological validity and constitutes a clear violation of copyright law.

Keywords: Health Services Research, Holistic Nursing, Religion and Medicine, Nursing Process, Models, Spirituality

* Corresponding author Email: mazandi498@gmail.com





ضرورت پایبندی به پروتکل مدل قلب سلیم: ملاحظات روش‌شناختی درباره یک مقاله منتشر شده

مینو اسدزندی^{*۱}

۱- مرکز تحقیقات سلامت معنوی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله، تهران، ایران

DOI: [10.22034/ethic.2026.2092092.1234](https://doi.org/10.22034/ethic.2026.2092092.1234)

چکیده:

مقدمه: مدل قلب سلیم حاصل دو دهه تحقیقات بین رشته‌ای، مورد تأیید شورای عالی انقلاب فرهنگی و واجد پروتکل بالینی است. مقاله‌ای در مجله آموزش و اخلاق در پرستاری، اقدام به تغییر پروتکل و تقلیل آن به فرایند پرستاری نموده است. هدف این مطالعه، تبیین ملاحظات روش‌شناختی در ضرورت پایبندی به پروتکل مدل قلب سلیم است.

روش کار: در این مطالعه انتقادی، محتوای مقاله منتشر شده با استانداردهای بین‌المللی پروتکل‌نویسی بالینی (مانند SPIRIT)، مبانی فقهی و اخلاقی اسلام، ملاحظات روش‌شناختی، حقوقی و پروتکل مصوب مدل قلب سلیم مورد مقایسه، تحلیل و واکاوی قرار گرفت.

یافته‌ها: تقلیل پروتکل مدل قلب سلیم به فرایند پرستاری، محدود کردن مراقبت معنوی به پرستاران، با محتوای مدل را مغایر می‌داند. مدل اجرای مراقبت معنوی را برای متون‌های معنوی آموزش دیده، واجد شایستگی بالینی و دارای مجوز مجاز می‌داند. در اخذ شرح حال معنوی، بر خود ارزیابی معنوی، پرهیز از "تفتیش عقاید" یا "اعتراف به گناه" را واجب می‌داند. "سنجش دینداری"، رابطه فرد با خدا را کاملاً برخلاف قواعد فقهی اسلام می‌داند. ثبت پریشانی‌های معنوی را که می‌توانند مصداق گناه کبیره تلقی شده و گاه مشمول تعزیرات باشند را به هیچ وجه توصیه نمی‌کند. نویسندگان مقاله با تقلیل جلسات مشاوره، اجرای آن را بدون گذراندن آموزش رسمی و کسب مجوز بالینی مجاز دانسته‌اند. با بی‌توجهی به اصول فقهی و ملاحظات روش‌شناختی در طراحی و اعتبارسنجی پروتکل بالینی مدل، گام‌های توسعه‌یافته مدل (برقراری ارتباط مشفقانه معنوی، دانش‌افزایی معنوی، معنابخشی به ارتباطات چهارگانه، تقویت سازگاری و انگیزه‌بخشی برای خودمراقبتی) را نادیده گرفته‌اند و مراقبت معنوی را تنها به توسعه ارتباطات چهارگانه محدود کرده‌اند.

نتیجه‌گیری: مراقبت معنوی اقدامی تیمی و تخصصی است و نیازمند پایبندی متون‌های معنوی به پروتکل استاندارد مدل است. تغییر در محتوا و روش اجرای مدل بدون اجازه کتبی نظریه پرداز، فاقد اعتبار روش‌شناختی بوده و نقض صریح قانون حمایت از حقوق مؤلفان است.

واژگان کلیدی: پژوهش در خدمات بهداشتی، پرستاری جامع‌نگر، دین و پزشکی، فرآیند پرستاری، مدل‌ها، معنویت

* نویسنده مسئول، نشانی: مرکز تحقیقات سلامت معنوی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله، تهران، ایران.

پست الکترونیک: mazandi498@gmail.com

تلفن تماس: ۰۹۱۳۳۸۶۹۰۶۴

استاد گرامی، سردبیر محترم مجله آموزش و اخلاق

در پرستاری

با سلام و احترام،

اینجانب دکتر مینو اسدزندی، طراح و نظریه‌پرداز «مدل قلب سلیم» (Sound Heart Model-SHM) هستیم. وجاهت علمی این مدل که حاصل ۲۴ سال پژوهش در حوزه طب و دین می باشد، در تیرماه ۱۴۰۲ در کرسی‌های نظریه‌پردازی شورای عالی انقلاب فرهنگی ایران تأیید و ثبت شد.

مدل قلب سلیم که سلامت معنوی را بر خورده‌ای از مراتب قلب سلیم و شامل هر دو بعد سلامت مذهبی (ارتباط با خداوند) و سلامت وجودی (ارتباط با خود، دیگران و طبیعت) تعریف می کند، واجد پروتکل بالینی منتشر شده در مجله سلامت معنوی (جدول ۱) در دوره ۱، شماره ۲، سال ۱۴۰۱ (۱) و روش اخذ شرح حال معنوی (SHM-BISA) است. این مدل، اجرای مداخلات معنوی را نیازمند کسب شایستگی بالینی برای مراقبان و مشاوران معنوی (۲)، توانایی ایفای نقش در جایگاه منتور معنوی از طریق داربست زنی معنوی و آموزش الگو محور، می داند (۳). پروتکل مدل، ضمن تأکید بر اصول برقراری ارتباط مشفقانه معنوی همراه با پذیرش بدون قید و شرط، اجرای محتوای درمانی را شامل چهار گام اساسی دانش افزایی معنوی، معنابخشی به ارتباطات چهارگانه، تقویت سازگاری و انگیزه بخشی معنوی برای خودمراقبتی می داند (۴).

مجله وزین آموزش و اخلاق در پرستاری در ویژه نامه ارتقای سلامت، شماره ۱، پاییز و زمستان ۱۴۰۳ مقاله ای با عنوان «بررسی تأثیر مراقبت معنوی مبتنی بر مدل قلب سلیم بر درد، خستگی و امید به زندگی بیماران همودیالیزی (پروتکل یک مطالعه کارآزمایی بالینی)» توسط خانم زهرا صادقی و همکاران منتشر کرده است. ضمن تشکر از اظهار علاقه بزرگواران در جایگاه نظریه پرداز تذکر علمی چند موضوع را واجب می دانم:

۱- طبق تعاریف استاندارد علمی، پروتکل یک سند، دقیق، ساختاریافته و از پیش تعیین شده است که مراحل طراحی، اجرا و ارزیابی یک مداخله را به طور شفاف مشخص می کند. پروتکل ها معمولاً براساس چارچوب های شناخته شده ای مانند SPIRIT (Standard Protocol Items: Recommendations for Interventional Trials) تدوین می شوند و شامل مراحل مشخصی از جمله: تعریف جمعیت هدف، تعیین اهداف، انتخاب نوع مداخله، تعیین تعداد جلسات، روش اجرا، معیارهای ارزیابی و ملاحظات اخلاقی هستند (۱،۴). علاوه بر این، پروتکل های مراقبت معنوی باید براساس چارچوب مفهومی (۵) و مدل تجویزی مشخص (۶) و با رعایت اصول بین رشته ای تدوین شوند. اما متأسفانه مقاله منتشر شده، هیچ کدام از این مراحل استاندارد

تدوین پروتکل را رعایت نکرده و نویسندگان صرفاً توصیف کلی از مراقبت معنوی را در قالب فرایند پرستاری ارائه داده اند و ان را منتسب به مدل قلب سلیم نموده اند. این در حالی است که متن مقاله «پروتکل» ارائه نکرده، بلکه برداشتی شخصی از مدل را بدون رعایت اصول روش شناختی پروتکل نویسی ارائه کرده است.

۲- مدل قلب سلیم دارای پروتکل بالینی مشخص می باشد و از نظر حقوقی نیز مدل قلب سلیم دارای مالکیت معنوی است. هرگونه تغییر در محتوای مدل، پروتکل اجرایی یا اصول آن بدون اجازه کتبی طراح اصلی، نقض حقوق معنوی و خلاف قانون حمایت از حقوق مؤلفان و مصنفان می باشد.

۳- نظریه پرداز مدل قلب سلیم، مشاوره و مراقبت معنوی را یک اقدام تیمی، تخصصی و بین رشته ای می داند که اجرای آن نیازمند شرکت در دوره های آموزشی رسمی و کسب مجوز بالینی است. محققان محترم بدون شرکت در جلسات آموزشی این مدل و کسب مجوز، برداشت شخصی خود را از مدل قلب سلیم ارائه کرده اند که مغایرت اساسی و جدی با اصول مدل قلب سلیم دارند؛ در اینجا اجمالاً به آنها اشاره می شود:

- حداقل تعداد جلسات مشاوره معنوی در این مدل، ۸ جلسه است. کاهش این تعداد یا تغییر ساختار آن بدون تأیید نظریه پرداز اصلی، مغایر با پروتکل علمی مدل محسوب می شود (۱،۴).

- در مدل قلب سلیم تصریح شده که کارکنان نظام سلامت به هیچ وجه مجاز به بررسی و سنجش دینداری و تفتیش عقاید و کنکاش در باور قلبی افراد نیستند که بخواهند در مرحله بررسی، نحوه ارتباط فرد با خدا را بررسی کنند.

- ایشان به هیچ وجه مجاز به تشخیص و ثبت پریشانی های معنوی بیماران نیستند. چرا که بسیاری از پریشانی های معنوی (نظیر ناامیدی از رحمت خدا، نارضایتی از سرنوشت، حسد، بدخواهی و...) در فقه اسلامی مصداق گناه کبیره محسوب می شوند و تعدادی از آنها نیز مشمول تعزیرات حکومتی قرار می گیرند.

- ورود کارکنان نظام سلامت به حوزه تشخیص و ثبت پریشانی های معنوی بیماران نه تنها با اصول اخلاقی و فقهی سازگار نیست، بلکه می تواند پیامدهای حقوقی و اجتماعی جدی برای بیماران به همراه داشته باشد.

- مدل قلب سلیم بر خودارزیابی معنوی تأکید می کند، اما خودفاش سازی (اعتراف به گناه) را مطابق با دستورات شارع مقدس برای مسلمانان مجاز نمی داند. این اصل، تفاوت بنیادی پارادایم اسلام با رویکردهای موجود در مسیحیت کاتولیک و یهودیت دارد که در آنها خودفاش سازی معنوی در قالب اعتراف

به گناه (Confession) بخشی از سنت مذهبی ایشان محسوب می‌شود.

- در مدل قلب سلیم، بیمار نباید تحت فشار قرار گیرد تا مسائل خصوصی مذهبی خود را برای کارکنان سلامت فاش کند. به همین دلیل، پروتکل اصلی مدل، هرگونه پرسش مستقیم درباره انجام مناسک دینی، میزان دینداری یا ارتکاب به خطاهای مذهبی را به دلیل نقض امنیت معنوی بیماران ممنوع کرده است (۷). متأسفانه مطالب منتشرشده در مقاله مذکور، دقیقاً برخلاف این اصول فقهی اسلامی عمل کرده و پیشنهاد می‌دهد که کارکنان پرستاری در چارچوب فرایند پرستاری، به بررسی ارتباط فرد با خدا و ثبت پریشانی‌های معنوی بیماران بپردازند. این تغییرات، نه تنها مدل را از ماهیت اصلی خود خارج کرده، بلکه آن را به یک مداخله مغایر با قواعد فقهی اسلام مبدل کرده است.

علاوه بر این، نویسندگان مقاله، مستند به مقالات سال ۲۰۱۳ و ۲۰۱۴ نظریه پرداز در سال ۱۴۰۳، مدعی شده‌اند که «اجرای مراقبت معنوی در مدل قلب سلیم براساس مراحل فرایند پرستاری

و تنها در توسعه ارتباطات چهارگانه (با خدا، خود، مردم و طبیعت) خلاصه می‌شود». این ادعا نادرست است. توصیه جدی می‌شود با توجه به گذشت بیش از یک دهه از انتشار آن مقالات، به تغییرات توسعه‌ای مدل قلب سلیم و محتوای درمانی (دانش‌افزایی معنوی، معنابخشی به ارتباطات چهارگانه، تقویت سازگاری و خود کارآمدی و همچنین انگیزه‌بخشی خود مراقبتی معنوی) آن توجه جدی شود.

با توجه به موارد فوق، از سردبیر محترم تقاضا دارم دستور فرمایید این نامه به‌عنوان «نامه به سردبیر» در مجله منتشر شود و اقدامات لازم برای بررسی علمی و حقوقی موضوع انجام گیرد. اینجانب علاوه بر پروتکل اصلی مدل که عیناً تقدیم می‌شود، آماده‌ام فرم شرح حال معنوی و مستندات تأیید شورای عالی انقلاب فرهنگی را در اختیار مجله قرار دهم.

با احترام. اسدزندی

جدول ۱: جلسات مراقبت معنوی خانواده محور با تلفیق هنر درمانی (۱)

فرد مسئول	عنوان جلسه	اهداف جلسه	مهارت‌های معنوی آموزش داده شده	تکالیف خانگی
پزشک، پرستار	آشنایی: آموزش خود ارزیابی معنوی (توجه به احساسات و نگرش بیمار و خانواده به بیماری)	برقراری ارتباط درمانی معنوی جهت جلب اعتماد؛ آماده ساختن خانواده جهت توجه به رنجهای خود و تلاش برای کاهش آنها با شفقت به خود، -کمک به بیمار تا از درماندگی، ترس، تهدید، غم و حالات عاطفی خود با خبر شده و مهارت‌های معنوی را به عنوان عامل تاب اوری بشناسد.	آموزش مهارت تفکر منطقی با انیمیشن و فیلم	مهمترین رنج‌هایم؟ با رنج‌هایم چگونه سازگار می‌شوم؟ -نقاشی، رنگ آمیزی، داستان، روایت، خاطره و شعر برای بیان عواطف
پزشک و پرستار	توجه دادن به جنبه های مثبت بیماری بر محور دو سوگرایی با بیان مفهوم ابتلا	دانش افزایی معنوی: بیان علل بروز بیماری و روشهای درمان و مراقبت، با هدف توسعه شجاعت، خوش بینی، امید، مثبت اندیشی، شفاف سازی چرایی ابتلای بیمار به بیماری	آموزش اذکار کاهش ترس و اندوه، -آموزش لمس توام با نیایش شفا بخش	بیماری چه جنبه های خوبی برایم داشته؟ -بازی، قصه، نمایش عروسکی، انیمیشن
پزشک، روانشناس بالینی، پرستار	خود آگاهی معنوی و احساس شفقت به خود	دانش افزایی و خودآگاهی معنوی: شناسایی تاثیر نیت و افکار بر عواطف و کارکرد سیستم عصبی - ایمنی و غدد درون ریز، -تاثیر ابعاد مختلف سلامت بر یکدیگر	آموزش -بیوفیدبک (بررسی تاثیر افکار و عواطف خود بر نشانه های جسمی) -مهارت تهیه چک لیست معنوی روزانه	افتخارات من در زندگی چیست؟ -خاطره نویسی، ایفای نقش، قصه گویی، نقاشی، عکاسی
مددکار اجتماعی	توسعه ارتباطات اجتماعی	جلب حمایت‌های اجتماعی اقوام و دوستان؛ ایجاد تمایل درونی برای توسعه روابط خانوادگی و اجتماعی -توصیه به احسان و نیکوکاری	آموزش: -مهارت معنوی عفو	نامه تشکر و قدر دانی به.. -ایمیل، شبکه های اجتماعی، -استفاده از نقاشی، رنگ آمیزی، داستان، خاطره و شعر برای تشکر

فرد مسئول	عنوان جلسه	اهداف جلسه	مهارت‌های معنوی آموزش داده شده	تکالیف خانگی
روانشناس پرستار	بالینی، توسعه ارتباط با طبیعت	بهرمندی از نعمات عالم خلقت؛ توجه به نغمه موجودات عالم	آموزش: استفاده از روشهای طب مکمل (ورزش، پرورش حیوان خانگی، عطر ریاحین، نگاه به آب روان، استفاده از رنگهای مناسب و نور کافی)	طعم کشمش، لذت بردن از لحظه حال و نعمات زندگی -تقاشی، شعر، سفالگری، نمایش عروسکی و خاطره نویسی
پزشک، روحانی	توسعه ارتباط با خدا به عنوان عامل ایجاد امید، شهامت، خوش بینی	تقویت دلبستگی ایمن به خدا؛ کمک به خانواده تا ایمان درمانی را به عنوان روش درمانی جهت تغییر رفتار و حالات معنوی خود بیاموزند.	آموزش: -روشهای ایمان درمانی، خوش بینی و حسن ظن	معجزات خدا در زندگی (نامه ای به خدا) -حضوردر مسجد یا زیارتگاه، شرکت در نماز جماعت، خوشنویسی، تهذیب و معرق
روانشناس	مقابله و سازگاری	تقویت سازگاری مسئله محور و احساس محور با بیماری	آموزش دستور العمل های خود مراقبتی معنوی مبتنی بر مدل قلب سلیم	توانایی من در انجام محاسبه نفس روزانه -هنر هشتم، بازی های ویدئویی و نمایش
پرستار، خانواده	انگیزش و خود کارآمدی	شناسایی، تأیید و تصدیق ارزش های مراجع و کمک جهت کسب انگیزه (تمایل درونی) تغییر رفتار و حالات معنوی خود	آموزش مهارت حل مسئله	عشق با او به من توانایی می دهد (من می توانم) -خلق اثر هنری مورد علاقه

ملاحظات اخلاقی

این پژوهش با عنوان "نیاز سنجی، وضعیت سنجی و روش های توسعه مشاوره معنوی در بیمارستان مبتنی بر مدل قلب سلیم" با کد اخلاق به شماره IR.BMSU.REC.1404.1620 اخذ شده از کمیته اخلاق در پژوهش های زیست پزشکی دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله انجام شد.

استفاده از هوش مصنوعی: از هوش مصنوعی کلاود تنها برای ویرایش چکیده انگلیسی این مقاله استفاده شده است. محتوای ویرایش شده با هوش مصنوعی توسط نویسنده بررسی و تأیید شده است.

تضاد منافع

نویسنده تصریح می کند که تضاد منافی وجود ندارد.

مشارکت نویسندگان

مینو اسدزندی، مفهوم سازی، طراحی مطالعه، تحلیل داده، نگارش پیش نویس، تأیید نهایی. متن نهایی مقاله مطالعه و تأیید شده است.

حمایت مالی

این پژوهش بدون حمایت مالی انجام شده است.

تشکر و قدردانی

نویسندگان مراتب سپاس خود را از سردبیر محترم مجله آموزش و اخلاق پرستاری اعلام می دارد.

References

- Asadzandi M, Seyed-Kalal A. Integrating Art Therapy with the Sound Heart Spiritual Care Protocol in the Families of Children with Cancer. *J Spritual Health* 2022; 1 (2) :94-104. doi: 10.30491/JSH.1.2.94
- Seyed Kalal A, Asadzandi M, Ahmadi Y, tadrissi S, abolghasemi H, et al. Design and psychometrics of Spiritual Health Services Competency Questionnaire. *koomesh*. 2023;25(2): e152817.
- Asadzandi M. The Role of Military Commanders as Mentors in the Spiritual Health of Society: Based on the Sound Heart Model. *J.Mil. Med*, 2023; 25(4): 1973-1982. doi: 10.30491/jmm.2023.1006520.1073
- Asadzandi M, Lotfian L, Sepandi M. The Effect of Spiritual Counseling Based on the Sound Heart Model on Spiritual Experience and Spiritual Intelligence of Military Commanders. *J.Mil. Med*, 2023; 25(1): 1701-1709. doi: 10.30491/jmm.2023.1001200
- Asadzandi M. Sound Heart: Spiritual Nursing Care Model from Religious Viewpoint. *J Relig Health*. 2017 Dec;56(6):2063-2075. doi: 10.1007/s10943-015-0038-1.
- Asadzandi M. An Islamic Religious Spiritual Health Training Model for Patients. *J Relig Health*. 2020 Feb;59(1):173-187. doi: 10.1007/s10943-018-0709-9.
- Seyed Kalal A., Asadzandi M. The Role of Spiritual Security in the Spiritual Fitness of Military Personnel in Dealing with Religious-Spiritual Struggles: A Comparative Study of Two Theories. *J. Mil. Med*, 2025; 27(4): 2917-2927. doi: 10.30491/jmm.2025.1006890.135