

## Opportunities and challenges of spirituality in the health and rehabilitation system: a narrative review

Hakimeh Adigozali<sup>1</sup>, Zeinab Fathipour-Azar<sup>2</sup>, Fatemeh Fekar Gharamaleki<sup>3</sup>\*

<sup>1</sup>Department of Physiotherapy, Faculty of Rehabilitation Sciences, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

<sup>2</sup>Department of Occupational Therapy, Faculty of Rehabilitation Sciences, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

<sup>3</sup>Department of Speech Therapy, Faculty of Rehabilitation Sciences, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

### ARTICLE INFO

#### Article Type:

Original Article

#### Article History:

Received: 21 Apr 2025

Accepted: 26 Jul 2025

ePublished: 15 Sep 2025

#### Keywords:

- Spirituality
- Rehabilitation
- Quality of Life
- Health Education
- Health Policy

### Abstract

**Background.** Spirituality is a significant component that influences the quality of health and rehabilitation care and can impact how assessments, interventions, and therapeutic decisions are made. This narrative review examines the opportunities and challenges of integrating spirituality into the health and rehabilitation system. It clarifies the role and responsibility of rehabilitation professionals in addressing patients' spiritual needs.

**Methods.** A comprehensive search was conducted in SID, PubMed, Scopus, Web of Science, MagIran, and Google Scholar using keywords such as "spirituality," "health," "rehabilitation," "opportunities," and "challenges" between 2011 and 2025. Ultimately, 29 eligible studies were selected for final analysis.

**Results.** The findings suggest that a focus on spirituality can humanize therapists' attitudes, holistically enrich them, strengthen the therapist-patient relationship, and enhance patient engagement in rehabilitation by increasing hope, empathy, and resilience. At the same time, lack of specialized training, absence of organizational policies and standards, workload pressure, limited resources, and cultural sensitivities were identified as major challenges to integrating spirituality into rehabilitation services. Cultural-religious alignment between patient and therapist increases trust and treatment adherence, whereas misalignment may increase patient resistance and the likelihood of treatment dropout. The results also suggest that integrating spiritual elements into health education curricula and developing organizational policies that adhere to ethical principles and avoid the imposition of beliefs can help reduce stress, increase tolerance, and improve functional outcomes. Despite existing evidence, methodological limitations, and the lack of standardized tools for assessing spirituality, there is a need for more rigorous research and the design of culturally sensitive scientific frameworks.

**Conclusion.** Overall, spirituality has significant potential to enhance the quality of rehabilitation, provided it is managed within a scientific, ethical, and culturally competent framework.

How to cite this article: Adigozali H, Fathipour-Azar Z, Fekar Gharamaleki F. Opportunities and Challenges of Spirituality in the Health and Rehabilitation System: A Narrative Review. *Spirituality Research in Health Sciences*. 2025;3(1):51-64. doi: 10.34172/srhs.2025.005 (Persian)

### Extended Abstract

#### Background

Spirituality has emerged as a fundamental dimension of health and rehabilitation, influencing patients' resilience, coping strategies, and quality of life, and shaping the professional behaviour of

rehabilitation therapists. Despite its potential, spirituality remains inconsistently integrated into rehabilitation systems. This narrative review aimed to explore the opportunities and challenges of incorporating spirituality into health and

\* Corresponding author; Email: [slp.fekar@yahoo.com](mailto:slp.fekar@yahoo.com)

2025 ©The Authors. This is an Open Access article published by Tabriz University of Medical Sciences under the terms of the Creative Commons Attribution CC BY 4.0 License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited

rehabilitation, with a particular focus on the role and responsibilities of rehabilitation professionals, including physiotherapists, occupational therapists, and speech-language pathologists, in addressing patients' spiritual needs.

## Methods

A comprehensive literature search was conducted in SID, PubMed, Scopus, Web of Science, MagIran, and Google Scholar using the keywords spirituality, rehabilitation, healthcare professionals, therapeutic interventions, and challenges. The search covered publications between 2011 and 2025. After a rigorous three-stage screening process (title and abstract review, full-text evaluation, and data extraction), 29 eligible studies were included in the final synthesis. Data were analyzed narratively and thematically to identify opportunities, challenges, and implications for practice, education, and policy.

## Results

The review highlighted several opportunities. Spirituality was shown to enhance patients' quality of life, reduce anxiety and depression, and foster hope, motivation, and active participation in rehabilitation programs. It contributed to identity reconstruction, strengthened social relationships, and facilitated adaptation to chronic illness and disability. For therapists, adopting a spiritual perspective improved job satisfaction and motivation, while at the organizational level, spirituality provided a cultural and social framework for developing holistic, human-centred care policies. At the same time, significant challenges were identified. A large proportion of rehabilitation professionals reported insufficient training in spiritual care during their academic education and continuing professional development. This educational gap, combined with heavy workloads and limited resources, hindered effective implementation. The absence of clear organizational policies and standards prevented

the institutionalization of spirituality within healthcare systems. Cultural and religious diversity among patients further complicated the delivery of spiritual care, requiring culturally sensitive approaches to avoid imposing personal beliefs.

Finally, the lack of valid and reliable instruments for assessing spirituality limited both clinical practice and research. The findings underscore the dual nature of spirituality in rehabilitation: while it offers substantial benefits, its integration is hindered by systemic, educational, and methodological barriers. Rehabilitation professionals, due to their long-term, close interaction with patients, have a unique responsibility to recognize and address spiritual needs. Ethical practice requires responding to these needs with respect, empathy, and cultural sensitivity. Embedding spirituality into health education curricula is therefore essential to prepare future professionals for holistic care. Countries such as Canada and Australia have taken steps toward designing formal frameworks for spiritual care, yet many healthcare systems, including those in developing contexts, still lack such infrastructures.

## Conclusion

Spirituality represents a valuable but underutilized dimension of rehabilitation. Its integration can improve clinical outcomes, patient satisfaction, and therapist motivation, provided that challenges are addressed through the development of standardized assessment tools, the inclusion of spirituality in health and rehabilitation education, the establishment of organizational policies, and the promotion of culturally sensitive practices. Overall, spirituality in rehabilitation is an emerging yet challenging field that requires sustained attention from researchers, educators, and policymakers to realize its full potential in advancing human-centered healthcare.

## Practical implications

The results of this review highlight that integrating spirituality into rehabilitation practice requires concrete educational and organizational reforms. Rehabilitation professionals, such as physiotherapists, occupational therapists, and speech-language pathologists, need structured training programs that equip them to identify and respond to patients' spiritual needs. Embedding spirituality into undergraduate and postgraduate curricula, alongside continuing professional development, would ensure

that future and current practitioners are prepared to deliver holistic care. At the organizational level, clear policies and standards are necessary to institutionalize spiritual care, guiding clinicians to incorporate spirituality ethically and consistently into assessment, intervention planning, and therapeutic interactions.

Furthermore, the development of valid and reliable instruments for assessing spirituality is essential to strengthen both clinical practice and research. Standardized tools would allow therapists to systematically evaluate patients' spiritual needs and design individualized interventions, while also

enabling researchers to generate robust evidence on the impact of spirituality on rehabilitation outcomes. Given the cultural and religious diversity of patients, spiritual care must be delivered with cultural sensitivity to avoid imposing personal beliefs and to enhance trust, reduce anxiety, and improve treatment adherence. Ultimately, interdisciplinary collaboration among educators, clinicians, policymakers, and researchers is required to align educational reforms, clinical practices, and policy frameworks, thereby advancing human-centered rehabilitation that fully acknowledges spirituality as a vital dimension of health.

## فرصت‌ها و چالش‌های معنویت در نظام سلامت و توانبخشی: یک مرور روایتی

حکیمه آدی گوزلی<sup>۱</sup>، زینب فتحی پور آذر<sup>۲</sup>، فاطمه فکار قراملکی<sup>۳\*</sup>

<sup>۱</sup>گروه فیزیوتراپی، دانشکده علوم توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران  
<sup>۲</sup>گروه کاردرمانی، دانشکده علوم توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران  
<sup>۳</sup>گروه گفتاردرمانی، دانشکده علوم توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

### چکیده

**زمینه.** معنویت یکی از مؤلفه‌های اثرگذار بر کیفیت مراقبت‌های سلامت و توانبخشی است که می‌تواند بر نحوه ارزیابی، انتخاب و اجرای مداخلات درمانی تأثیر بگذارد. این مرور روایتی با هدف بررسی فرصت‌ها و چالش‌های ادغام معنویت در نظام سلامت و توانبخشی و تبیین نقش و مسئولیت متخصصین توانبخشی در پاسخگویی به نیازهای معنوی بیماران انجام شد.

**روش کار.** جستجو در پایگاه‌های اطلاعاتی SID، PubMed، Scopus، Web of Science، MagIran و Google Scholar با استفاده از کلیدواژه‌های «معنویت»، «سلامت»، «توانبخشی»، «فرصت‌ها» و «چالش‌ها» در بازه زمانی ۲۰۱۱ تا ۲۰۲۵ انجام گرفت. در نهایت، ۲۹ مطالعه واجد شرایط برای تحلیل نهایی انتخاب شد.

**یافته‌ها.** نتایج نشان داد توجه به معنویت می‌تواند نگرش درمانگران را انسانی‌تر و کل‌نگران‌تر کرده، رابطه درمانگر-بیمار را تقویت نماید و از طریق افزایش امید، همدلی و تحمل کاری، مشارکت بیماران در فرایند توانبخشی را ارتقا دهد. در مقابل، کمبود آموزش تخصصی، نبود سیاست‌ها و استانداردهای سازمانی، فشار کاری، محدودیت منابع و حساسیت‌های فرهنگی از مهم‌ترین چالش‌های ادغام معنویت در خدمات توانبخشی بودند. همسویی فرهنگی-مذهبی میان بیمار و درمانگر موجب افزایش اعتماد و پایبندی به درمان می‌شود. در حالی که ناهماهنگی باورها می‌تواند مقاومت بیمار و احتمال ترک درمان را افزایش دهد. همچنین، ادغام مؤلفه‌های معنوی در برنامه‌های آموزشی دانشجویان علوم سلامت و تدوین سیاست‌های سازمانی، در صورت رعایت اصول اخلاقی و پرهیز از تحمیل باورها، می‌تواند به کاهش استرس، افزایش تحمل، بهبود پیامدهای عملکردی بیماران و انتخاب راهبردهای درمانی مناسب کمک کند.

**نتیجه‌گیری.** با وجود شواهد موجود، محدودیت‌های روش‌شناختی و فقدان ابزارهای استاندارد برای سنجش معنویت، ضرورت انجام پژوهش‌های دقیق‌تر و طراحی چارچوب‌های علمی و فرهنگی حساس را برجسته می‌سازد. در مجموع، معنویت ظرفیت ارزشمندی برای ارتقای کیفیت خدمات توانبخشی دارد، مشروط بر آنکه در چارچوبی علمی، اخلاقی و مبتنی بر شایستگی فرهنگی مراجعین مدیریت گردد.

### اطلاعات مقاله

#### نوع مقاله:

مقاله پژوهشی

#### سابقه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۴/۲/۱

پذیرش: ۱۴۰۴/۵/۴

انتشار برخط: ۱۴۰۴/۷/۲۴

#### کلیدواژه‌ها:

- معنویت
- توانبخشی
- کیفیت زندگی
- آموزش نظام سلامت
- سیاست‌گذاری سلامت

### مقدمه

سلامت انسان مفهومی چندبعدی می‌باشد که در طول تاریخ، همواره مورد توجه اندیشمندان، پزشکان و فیلسوفان قرار گرفته است.<sup>۱</sup> در تعریف کلاسیک سازمان جهانی بهداشت، سلامت تنها فقدان بیماری یا ناتوانی نیست، بلکه برخورداری از رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی است.<sup>۲</sup> با این حال، در دهه‌های اخیر، پژوهشگران و سیاست‌گذاران حوزه سلامت بر این باورند که این تعریف بدون توجه به بُعد معنوی ناقص است.<sup>۳</sup> معنویت، به‌عنوان جست‌وجوی معنا، امید، هدف و ارتباط با یک نیروی متعالی یا ارزش‌های بنیادین، نقشی کلیدی در تجربه بیماران از بیماری و درمان دارد.<sup>۴</sup> مطالعات نشان داده‌اند که بیش از هفتاد درصد بیماران در محیط‌های بالینی انتظار دارند نیازهای معنوی آنان مورد توجه قرار گیرند، در حالی که تنها درصد بسیار محدودی از

متخصصان نظام سلامت و درمانگران به‌طور فعال به این نیازها پاسخ می‌دهند.<sup>۲</sup> این شکاف میان انتظار بیماران و عملکرد نظام سلامت، یکی از چالش‌های اساسی در مراقبت جامع محسوب می‌شود.<sup>۵</sup> همچنین، در یک مرور نظام‌مند در ایالات متحده، مشخص شد که ادغام مداخلات معنوی در مراقبت‌های بالینی، سطح اضطراب و شانس افسردگی بیماران را کاهش و رضایت از خدمات درمانی را افزایش داده است.<sup>۱</sup>

در حوزه توانبخشی، اهمیت معنویت دوچندان می‌شود. بیماران توانبخشی اغلب با شرایط مزمن یا ناتوانی‌های جسمی و روانی مواجه‌اند که نه‌تنها عملکرد جسمی آنان را محدود می‌کند، بلکه هویت، ارتباط، تعاملات اجتماعی و امید به آینده را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد.<sup>۳</sup> در چنین شرایطی، معنویت می‌تواند به‌عنوان منبعی برای افزایش انگیزه و سازگاری مورد توجه قرار گیرد.<sup>۶-۸</sup> درد

\* نویسنده مسؤول: ایمیل: slp.fekar@yahoo.com

مختلف دارای باورهای معنوی و مذهبی متفاوتی هستند و این امر ایجاب می‌کند که مراقبت معنوی با حساسیت فرهنگی همراه باشد<sup>۲۴-۲۳</sup>. در غیر این صورت، خطر تحمیل باورهای خاص یا سوءبرداشت وجود دارد که می‌تواند اعتماد بیمار را کاهش داده و موجب مقاومت در برابر درمان شود. بنابراین، درمانگران باید آموزش ببینند تا بتوانند با احترام به تفاوت‌های فرهنگی و مذهبی، مراقبت معنوی را به‌گونه‌ای ارائه دهند که برای همه بیماران قابل قبول باشد<sup>۲۵</sup>. علی‌رغم توسعه ابزارهای بومی سازی شده مورد استفاده در تحقیقات و بالین، نبود ابزارهای معتبر، روا و پایا برای سنجش معنویت یکی دیگر از موانع مهم در مسیر پژوهش و ارزیابی بالینی است<sup>۲۶-۲۸</sup>. بدون ابزارهای استاندارد، امکان ارزیابی دقیق وضعیت معنوی بیماران و بررسی تأثیر مداخلات معنوی بر پیامدهای توانبخشی محدود می‌شود. این خلأ پژوهشی مانع از تولید شواهد قوی و قابل اعتماد برای سیاست‌گذاری و آموزش می‌گردد<sup>۲۶-۲۸</sup>.

از منظر پژوهشی، ادغام معنویت در نظام سلامت و توانبخشی نیازمند سه اقدام اساسی است که شامل توسعه ابزارهای معتبر سنجش معنویت، آموزش تخصصی کارکنان و تدوین سیاست‌های سازمانی مشخص می‌باشد<sup>۲۹</sup>. برخی کشورها مانند کانادا و استرالیا گام‌هایی در جهت طراحی چارچوب‌های رسمی برای مراقبت معنوی برداشته‌اند، اما بسیاری از نظام‌های درمانی در جهان هنوز فاقد چنین زیرساخت‌هایی هستند<sup>۳۰</sup>. این وضعیت نشان می‌دهد که معنویت در سلامت و توانبخشی، حوزه‌ای نوظهور اما پرچالش است که نیازمند توجه جدی پژوهشگران، سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان آموزشی می‌باشد<sup>۳۱</sup>. تنها با رفع این موانع می‌توان ظرفیت‌های معنویت را به‌طور کامل در خدمت ارتقای کیفیت توانبخشی و سلامت بیماران قرار داد. بنابراین، بررسی فرصت‌ها و چالش‌های معنویت در نظام سلامت و توانبخشی ضرورتی علمی و عملی دارد<sup>۳۲،۳۳</sup>. این بررسی می‌تواند به غنای نظری حوزه کمک کند و راهنمایی برای سیاست‌گذاران، متخصصان و پژوهشگران فراهم آورد تا مسیرهای نوینی برای ارتقای کیفیت مراقبت و توانبخشی ترسیم کنند. این مقاله مروری روایتی با هدف تحلیل جامع فرصت‌ها و چالش‌های معنویت در نظام سلامت و توانبخشی تدوین شده است تا تصویری روشن از وضعیت موجود و چشم‌اندازهای آینده ارائه دهد. با وجود چندین مرور سیستماتیک در حوزه معنویت و سلامت عمومی، مرورهای معدودی به طور خاص بر حوزه توانبخشی و نقش درمانگران آن متمرکز شده‌اند؛ این مقاله با پرکردن این خلأ، به تحلیل فرصت‌ها و

عضلانی-اسکلتنی مداوم در سالمندان و افراد کم توان با اضطراب و افسردگی رابطه دوطرفه دارد و هر دو عامل مستقل تشدید کننده یکدیگر محسوب می‌شوند<sup>۳</sup>. این مشکلات از طریق اختلال در تعاملات اجتماعی و سازگاری ناسالم، اضطراب را تشدید می‌کنند، کیفیت زندگی را کاهش داده و با علائم اضطرابی بالاتر همراه هستند، بنابراین ارزیابی جامع بیوسایکوسوشیال در این افراد ضروری است<sup>۴</sup>. پژوهش‌های انجام‌شده در مراکز توانبخشی در کشورهای اروپایی و غربی نشان داده‌اند که بیماران که حمایت معنوی دریافت کرده‌اند، مشارکت فعال‌تری در جلسات توانبخشی داشته‌اند و نتایج عملکردی آنان به‌طور معناداری بهتر بوده است<sup>۵</sup>. از سوی دیگر از منظر نظام بهداشت و سلامت، توجه به معنویت فرصتی فراهم می‌آورد تا خدمات درمانی از سطح مداخلات زیستی صرف فراتر روند و به بازسازی هویت، بازگشت به زندگی و روابط اجتماعی بیماران بینجامند<sup>۶</sup>. این رویکرد انسان‌محور نه تنها کیفیت خدمات را ارتقا می‌دهد، بلکه می‌تواند رضایت بیماران و کارکنان نظام سلامت را نیز افزایش دهد<sup>۷</sup>. در واقع، معنویت به‌عنوان یک محور فرهنگی و اجتماعی، قابلیت آن را دارد که در سیاست‌گذاری‌های کلان سلامت ادغام شود و به توسعه استانداردهای مراقبت جامع از بیمار و اطرافیان او کمک کند<sup>۸</sup>.

با وجود فرصت‌های ارزشمند معنویت در ارتقای کیفیت مراقبت‌های توانبخشی، شواهد نشان می‌دهند که تحقق کامل این ظرفیت با موانع جدی روبه‌روست. نخستین مانع، کمبود آموزش تخصصی در حوزه مراقبت معنوی است. درصد بالایی از کارکنان سلامت و درمانگران توانبخشی گزارش کرده‌اند که در طول دوران تحصیل دانشگاهی و حتی در دوره‌های بازآموزی حرفه‌ای، آموزش کافی برای ارائه مراقبت معنوی دریافت نکرده‌اند<sup>۹-۱۳</sup>. این کمبود آموزشی موجب می‌شود که درمانگران در مواجهه با بیماران توانایی لازم برای شناسایی نیازهای معنوی و پاسخگویی مناسب به آن‌ها را نداشته باشند. فشار کاری بالا و محدودیت منابع نیز این ضعف آموزشی را تشدید کرده و مانع از اجرای مؤثر مراقبت معنوی در محیط‌های بالینی می‌شود<sup>۱۴-۱۸</sup>. چالش دوم، فقدان سیاست‌ها و استانداردهای سازمانی مشخص است. در بسیاری از نظام‌های سلامت، معنویت هنوز جایگاه رسمی در دستورالعمل‌های بالینی و سیاست‌های سازمانی ندارد<sup>۱۹-۲۰</sup>. نبود چارچوب‌های نهادی و استانداردهای مدون، مانع از نهادینه‌سازی معنویت در ساختارهای رسمی نظام سلامت می‌گردد، همچنین سبب می‌شود تا مراقبت معنوی بجای یک رویکرد نظام‌مند و پایدار بیشتر به ابتکار فردی درمانگران وابسته باشد<sup>۲۱،۲۲</sup>. چالش سوم، تنوع فرهنگی و مذهبی بیماران است. بیماران در جوامع

چالش‌های ادغام معنویت در خدمات توانبخشی با تأکید بر بافت فرهنگی ایران می‌پردازد.

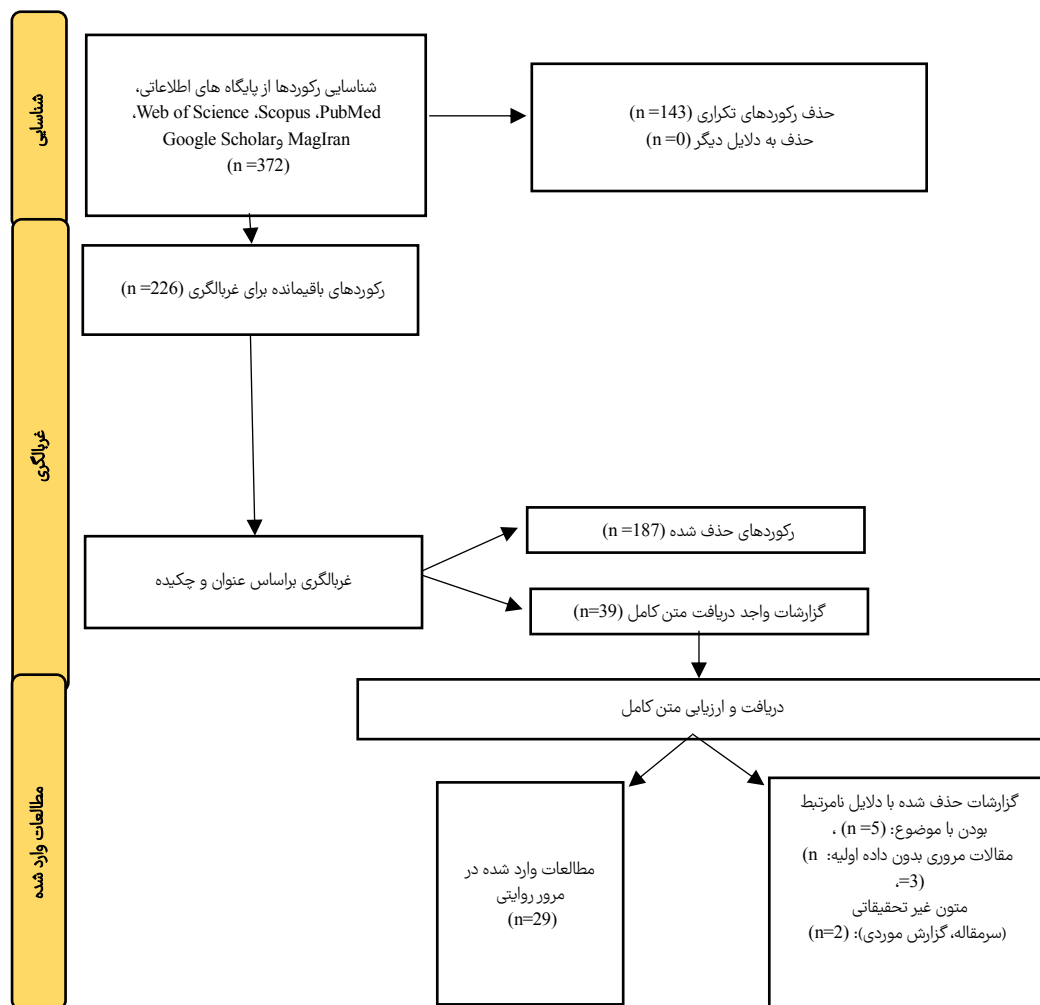
### روش‌شناسی

این مطالعه به صورت مرور روایتی با هدف بررسی چالش‌های موجود معنویت در حیطه ی توانبخشی طراحی و اجرا شد. جستجوی نظام‌مند در پایگاه‌های اطلاعاتی معتبر شامل SID، PubMed، Scopus، Web of Science، MagIran و Google Scholar انجام گرفت. کلیدواژه‌های فارسی و انگلیسی مرتبط با موضوع معنویت و نظام سلامت و توانبخشی به کار رفتند، از جمله: (معنویت OR spirituality OR spiritual care OR religious beliefs OR health system OR rehabilitation OR (سلامت AND (فرصت‌ها OR opportunities OR (rehabilitation services AND (challenges OR barriers)). دامنه زمانی جستجو از سال ۲۰۱۱-۲۰۲۵ تعیین شد تا مطالعات اخیر و مرتبط در سطح ملی و بین‌المللی پوشش داده شوند. معیارهای ورود شامل مطالعات کیفی، کمی یا ترکیبی بودند که به بررسی نقش معنویت در نظام سلامت یا توانبخشی پرداخته و فرصت‌ها یا چالش‌های مرتبط با ادغام معنویت در مراقبت‌های درمانی و توانبخشی را گزارش کرده بودند. همچنین مقالاتی که به ابعاد فرهنگی، آموزشی یا سیاستی معنویت در حوزه سلامت اشاره داشتند، وارد تحلیل شدند. معیارهای خروج شامل مطالعات نامرتب با موضوع (مانند پژوهش‌هایی که صرفاً بر باورهای فردی بیماران بدون ارتباط با نظام سلامت تمرکز داشتند)، مقالات مروری بدون داده‌های اولیه، متون غیرتحقیقاتی (مانند سرمقاله‌ها یا گزارش‌های موردی بدون تحلیل) و مطالعاتی با جمعیت غیرمرتبط (مانند کارکنان حوزه‌های خارج از سلامت) بودند. از مجموع مقالات شناسایی‌شده، فرآیند غربالگری در سه مرحله شامل بررسی عنوان و چکیده، مطالعه متن کامل و استخراج داده‌ها انجام شد. غربالگری توسط دو پژوهشگر مستقل صورت گرفت و در موارد اختلاف نظر، با مشارکت پژوهشگر سوم تصمیم‌گیری شد. از مجموع ۳۷۲ مقاله شناسایی‌شده پس از غربالگری سه مرحله‌ای شامل بررسی عنوان و چکیده، مطالعه متن کامل و استخراج داده‌ها، در نهایت ۲۹ مقاله واجد شرایط وارد مطالعه حاضر شدند. برای ارزیابی کیفیت

مطالعات، از چک‌لیست‌های استاندارد شامل STROBE برای مطالعات کمی و COREQ برای مطالعات کیفی استفاده گردید. داده‌های استخراج‌شده شامل مشخصات مطالعه (نویسندگان، سال انتشار، کشور مورد مطالعه)، نوع مطالعه و روش‌شناسی، ابعاد معنویت مورد بررسی، فرصت‌ها و چالش‌های گزارش‌شده، و نتایج کلیدی مرتبط با پیامدهای بالینی، آموزشی یا سیاستی بود. در نهایت، داده‌ها به صورت روایتی تحلیل شدند. یافته‌ها در دو بخش شامل فرصت‌ها (ارتقای کیفیت زندگی، تقویت سلامت روانی) و چالش‌ها (کمبود آموزش، ضعف زیرساخت‌های سازمانی و حساسیت‌های فرهنگی) دسته بندی گردیدند. تحلیل با تأکید بر زمینه ایرانی و اسلامی انجام شد تا قابلیت تعمیم‌پذیری یافته‌ها به نظام سلامت و توانبخشی کشور فراهم شود. شکل ۱ فرآیند کامل غربالگری و انتخاب مطالعات را به صورت نمودار پریسما نمایش می‌دهد.

### یافته‌ها

از میان ۳۷۲ مقاله شناسایی‌شده در جستجوی اولیه، ۱۸۷ مقاله پس از بررسی عنوان و چکیده حذف شدند. همچنین، ۶۳ مقاله پس از بررسی و مطالعه متن کامل حذف و در نهایت ۲۹ مطالعه واجد شرایط انتخاب گردید. این مطالعات شامل پژوهش‌های کمی، کیفی و ترکیبی بودند که در کشورهای مختلف از جمله ایران، ایالات متحده، کانادا، استرالیا، بریتانیا و چند کشور اروپایی انجام شده بودند. تحلیل روایتی نشان داد که معنویت در نظام سلامت و توانبخشی همزمان واجد فرصت‌های ارزشمند و چالش‌های جدی است که در ادامه شرح داده می‌شود. در بخش فرصت‌ها، نتایج مطالعات به طور مکرر بر نقش معنویت در ارتقای کیفیت زندگی بیماران تأکید داشتند. بیماران دارای حمایت معنوی نه تنها اضطراب و افسردگی کمتری تجربه کردند، بلکه امید و انگیزه بیشتری برای مشارکت در فرآیند توانبخشی نشان دادند<sup>۱۴</sup>. در برخی پژوهش‌های کمی، توجه به ابعاد معنوی موجب افزایش رضایت بیماران از خدمات توانبخشی شد<sup>۳</sup>. مطالعات کیفی نیز نشان دادند که بیماران در مواجهه با محدودیت‌های جسمی و روانی، معنویت را به عنوان منبعی برای یافتن معنا و هدف در زندگی درک می‌کنند و این امر موجب افزایش تاب‌آوری آنان می‌شود<sup>۲۵</sup>.



شکل ۱. فلوجارت مربوط به فرآیند شناسایی و انتخاب مطالعات

همراه با فشار کاری و محدودیت منابع، مانع از تحقق کامل مراقبت معنوی در محیط‌های بالینی شد.<sup>۲۸</sup> علاوه بر این، نبود سیاست‌ها و استانداردهای سازمانی مشخص، ضعف زیرساخت‌های نهادی و فقدان ابزارهای معتبر برای سنجش معنویت، از دیگر موانع مهم گزارش‌شده بودند.<sup>۲۹</sup> همچنین مطالعات بر ضرورت حساسیت فرهنگی در ارائه مراقبت معنوی تأکید داشتند، زیرا تنوع باورهای مذهبی و فرهنگی بیماران می‌تواند در صورت بی‌توجهی، منجر به تحمیل ارزش‌ها یا سوءبرداشت شود.<sup>۳۰</sup> در برخی پژوهش‌ها، بیماران گزارش کردند که عدم توجه درمانگران به تفاوت‌های فرهنگی و مذهبی آنان، موجب کاهش اعتماد و رضایت از خدمات توانبخشی شده است.<sup>۳۱-۳۴</sup>

تحلیل داده‌ها نشان داد که یافته‌ها در سه محور اصلی قابل‌گروه‌بندی هستند. جدول ۱ خلاصه‌ای از مهم‌ترین فرصت‌ها و

معنویت همچنین به بازسازی هویت و تعاملات اجتماعی بیماران کمک کرد و توانست فرآیند سازگاری با بیماری‌های مزمن و ناتوانی‌ها را تسهیل کند.<sup>۳۲،۳۳</sup> در بیماران نورولوژیک، معنویت به‌عنوان عاملی کلیدی در پذیرش شرایط جدید و بازتعریف نقش‌های اجتماعی عمل کرد.<sup>۳۴</sup> از منظر کارکنان سلامت، رویکرد معنوی سبب افزایش رضایت شغلی و انگیزه آنان برای ارائه مراقبت‌های جامع‌تر در بخش‌های بالینی شد. در سطح کلان، معنویت به‌عنوان یک محور فرهنگی و اجتماعی ظرفیت آن را داشت که در سیاست‌گذاری‌های ملی سلامت ادغام شود و به توسعه استانداردهای مراقبت جامع در کشور کمک نماید.<sup>۳۵</sup>

با وجود این فرصت‌ها، مطالعات به چالش‌های متعددی نیز اشاره کردند. یکی از مهم‌ترین چالش‌ها کمبود آموزش تخصصی بود؛ به‌طوری‌که اغلب درمانگران اذعان داشتند که آموزش کافی برای ارائه مراقبت معنوی دریافت نکرده‌اند. این کمبود آموزشی،

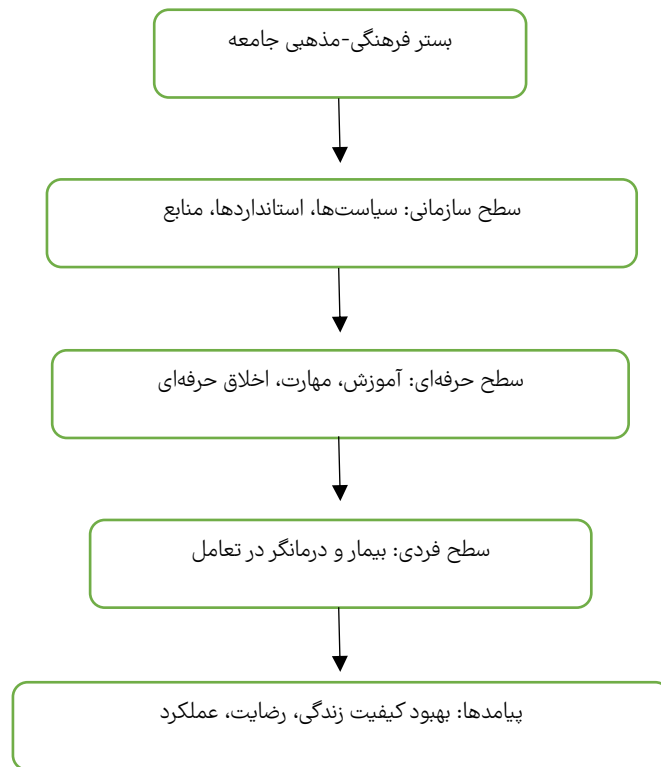
خواهند بود با ایجاد فضای امن و احترام‌آمیز، بیماران را در یافتن معنا و امید یاری دهند و بدین ترتیب اثربخشی مداخلات توانبخشی را افزایش دهند<sup>۱۶،۳۱</sup>. از منظر اخلاق حرفه‌ای نیز، متخصصین توانبخشی مسئولیت دارند که به نیازهای معنوی بیماران با حساسیت فرهنگی و بدون تحمیل باورهای شخصی پاسخ دهند.<sup>۱۹</sup> این امر مستلزم توسعه مهارت‌های ارتباطی، آموزش رسمی در زمینه مراقبت معنوی و استفاده از ابزارهای معتبر برای ارزیابی وضعیت معنوی بیماران می‌باشد<sup>۳۲</sup>. به‌طور کلی، مرور روایتی حاضر نشان داد که معنویت نه‌تنها یک مؤلفه فردی بلکه یک ضرورت نظام‌مند در حوزه توانبخشی است. متخصصین توانبخشی به‌عنوان خط مقدم ارائه خدمات، مسئولیت دارند که با رویکردی جامع، نیازهای معنوی بیماران را شناسایی و در فرآیند درمان و توانبخشی لحاظ کنند. این نقش و مسئولیت، اگرچه با چالش‌های آموزشی و سازمانی همراه است، اما می‌تواند به بهبود پیامدهای بالینی، افزایش رضایت بیماران و ارتقای کیفیت خدمات توانبخشی منجر شود. در نهایت، یافته‌ها نشان دادند که ادغام معنویت در توانبخشی نه‌تنها به ارتقای کیفیت زندگی بیماران کمک می‌کند، بلکه جایگاه درمانگران را به‌عنوان متخصصانی جامع‌نگر و اخلاق‌مدار تقویت می‌نماید و مسیر سیاست‌گذاری‌های آینده را به سوی مراقبت‌های فرهنگی حساس هدایت می‌کند.

چالش‌های شناسایی‌شده را در سه سطح فردی، حرفه‌ای و سازمانی نشان می‌دهد. این طبقه‌بندی به درک چندبعدی موضوع کمک می‌کند. نخست، الگوهای فرهنگی که نشان می‌دهند معنویت در جوامع مختلف با ارزش‌ها و باورهای متفاوتی تعریف می‌شود و این امر بر نحوه ارائه مراقبت تأثیر می‌گذارد. دوم، چالش‌های بالینی که شامل کمبود آموزش، فشار کاری و نبود ابزارهای معتبر بودند و مانع از اجرای مؤثر مراقبت معنوی شدند. سوم، پیشنهادها و سیاستی که بر توسعه برنامه‌های آموزشی برای درمانگران، تدوین سیاست‌های سازمانی و طراحی ابزارهای معتبر سنجش معنویت تأکید داشتند. نمودار ۱ تعامل بین سطوح سه‌گانه را نشان می‌دهد.

این یافته‌ها به‌طور مستقیم به نقش و مسئولیت متخصصین توانبخشی مرتبط می‌شوند. درمانگران رشته‌های توانبخشی مانند گفتاردرمانی، کاردرمانی و فیزیوتراپی، بیش از دیگر گروه‌های درمانی با بیماران در تعامل مستمر و طولانی‌مدت هستند. این ارتباط نزدیک، آنان را در موقعیتی منحصر به فرد برای شناسایی و پاسخگویی به نیازهای معنوی بیماران قرار می‌دهد. مسئولیت آنان تنها به اجرای مداخلات جسمی یا عملکردی محدود نمی‌شود، بلکه شامل توجه به ابعاد روانی-اجتماعی و معنوی بیماران نیز می‌باشد. مطالعات نشان دادند که درمانگران توانبخشی در صورتی که آموزش کافی در زمینه مراقبت معنوی دریافت کنند، قادر

جدول ۱. طبقه‌بندی فرصت‌ها و چالش‌های اصلی ادغام معنویت در نظام سلامت و توانبخشی در سه سطح تحلیل

سطح تحلیلی	چالش‌ها	فرصت‌ها
سطح فردی (بیمار/مراجع)	<ul style="list-style-type: none"> <li>تنوع باورها و تعاریف فردی از معنویت</li> <li>مقاومت در برابر مداخلات معنوی در صورت عدم هماهنگی با باورهای شخصی</li> <li>احتمال افزایش وابستگی عاطفی به درمانگر</li> <li>کمبود آگاهی بیماران از حق دریافت مراقبت معنوی</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>بهبود کیفیت زندگی و رضایت از درمان</li> <li>کاهش اضطراب، افسردگی و استرس</li> <li>افزایش امید، انگیزه و تاب‌آوری در مواجهه با بیماری</li> <li>یافتن معنا و هدف جدید در زندگی پس از آسیب یا بیماری</li> <li>تقویت مشارکت فعال در فرآیند توانبخشی</li> <li>تسهیل سازگاری با بیماری مزمن یا ناتوانی</li> <li>تقویت هویت فردی و اجتماعی</li> </ul>
سطح حرفه‌ای (درمانگر/تیم توانبخشی)	<ul style="list-style-type: none"> <li>کمبود آموزش تخصصی در زمینه مراقبت معنوی</li> <li>فقدان مهارت برای ارزیابی و پاسخگویی به نیازهای معنوی</li> <li>فشار کاری و محدودیت زمانی برای پرداختن به ابعاد معنوی</li> <li>نگرانی از تحمیل باورهای شخصی یا سوءبرداشت اخلاقی</li> <li>عدم آگاهی از چارچوب‌های اخلاقی در مراقبت معنوی</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>تقویت رابطه درمانگر-بیمار و افزایش اعتماد</li> <li>افزایش رضایت شغلی و معنابخشی به کار درمانگر</li> <li>رویکرد کل‌نگر و انسان‌محور در ارائه خدمات</li> <li>بهبود مهارت‌های ارتباطی و همدلی</li> <li>نقش منحصر به فرد در شناسایی نیازهای معنوی به دلیل تعامل طولانی‌مدت</li> </ul>
سطح سازمانی/سیاستی (نظام سلامت)	<ul style="list-style-type: none"> <li>فقدان سیاست‌ها و دستورالعمل‌های سازمانی مشخص</li> <li>نبود چارچوب نظری و عملی بومی‌شده برای مراقبت معنوی</li> <li>کمبود منابع مالی و حمایتی برای اجرای برنامه‌های معنوی</li> <li>نبود ابزارهای استاندارد و معتبر برای سنجش معنویت</li> <li>چالش‌های ناشی از تنوع فرهنگی و مذهبی در جامعه</li> <li>عدم هماهنگی بین‌بخشی بین بخش‌های مختلف سلامت و توانبخشی</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>توسعه سیاست‌های مراقبت جامع و انسان‌محور</li> <li>ارتقای استانداردهای کیفیت خدمات توانبخشی</li> <li>کاهش هزینه‌های ناشی از نارضایتی یا ترک درمان</li> <li>تقویت جایگاه نظام سلامت در پاسخگویی به نیازهای چندبعدی بیماران</li> <li>امکان ادغام در برنامه‌های آموزش</li> </ul>



نمودار ۱. چارچوب مفهومی نشان‌دهنده تعامل پویای بین سطوح فردی، حرفه‌ای و سازمانی در بافت فرهنگی-مذهبی جامعه

با موانع جدی روبه‌روست<sup>۱۹</sup>. مطالعات پیشین نیز بر همین نکته تأکید کرده‌اند که بدون آموزش کافی و سیاست‌گذاری مناسب، مراقبت معنوی نمی‌تواند به‌طور نظام‌مند در خدمات توانبخشی اجرا شود. پوچالسکی و همکاران (۲۰۱۴) بر لزوم ادغام معنویت در آموزش پزشکی تأکید کرده‌اند، اما نقش اختصاصی درمانگران توانبخشی در این حوزه کمتر مورد توجه قرار گرفته است<sup>۱۹</sup>.

نکته مهمی که در این مطالعه مروری برجسته شد، ارتباط مستقیم یافته‌ها با نقش و مسئولیت متخصصین توانبخشی می‌باشد. درمانگران رشته‌های توانبخشی بیش از دیگر گروه‌های درمانی با بیماران در تعامل مستمر و طولانی‌مدت هستند. این ارتباط نزدیک آنان را در موقعیتی منحصر به‌فرد برای شناسایی و پاسخگویی به نیازهای معنوی بیماران قرار می‌دهد<sup>۲۰</sup>. مسئولیت آنان تنها به اجرای مداخلات جسمی یا عملکردی محدود نمی‌شود، بلکه شامل توجه به ابعاد روانی-اجتماعی و معنوی بیماران نیز هست<sup>۲۱</sup>. توجه به این نکته نیز ضروری است که بحران ایمان و افسردگی در سالمندان در سال‌های اخیر روند رو به رشد داشته است. از دست دادن استقلال، ایمان را متزلزل کرده و افسردگی ایجاد می‌کند. افراد کم‌توان و سالمندان اغلب تاب‌آوری را برای پروتکل‌های طولانی مدت از دست می‌دهند<sup>۲۲</sup>. چالش‌های معنوی

## بحث

یافته‌های این مرور روایتی نشان داد که معنویت به‌عنوان یکی از ابعاد اساسی سلامت، نقشی تعیین‌کننده در ارتقای کیفیت زندگی بیماران و اثربخشی مداخلات توانبخشی دارد. بیماران دارای حمایت معنوی نه‌تنها اضطراب و افسردگی کمتری تجربه کردند، بلکه امید و انگیزه بیشتری برای مشارکت در فرآیند درمان نشان دادند. این نتایج با مطالعات پیشین همسو است که معنویت را به‌عنوان منبعی برای سازگاری بیماران با شرایط مزمن معرفی کرده‌اند. در واقع، معنویت می‌تواند به بیماران کمک کند تا در مواجهه با محدودیت‌های جسمی و روانی، هدفی تازه در زندگی بیابند و این امر به بهبود پیامدهای بالینی و اجتماعی آنان منجر شود.

با وجود این فرصت‌ها، چالش‌های متعددی نیز شناسایی شد. کمبود آموزش تخصصی برای درمانگران توانبخشی، نبود سیاست‌ها و استانداردهای سازمانی مشخص، فشار کاری و محدودیت منابع، و فقدان ابزارهای معتبر برای سنجش معنویت از جمله موانع اصلی بودند<sup>۲۳</sup>. این یافته‌ها نشان می‌دهد که اگرچه معنویت به‌عنوان یک مؤلفه کلیدی در سلامت شناخته شده است، اما ادغام آن در نظام‌های رسمی سلامت و توانبخشی هنوز

متخصصین توانبخشی به‌عنوان خط مقدم ارائه خدمات، مسئولیت دارند که با رویکردی جامع، نیازهای معنوی بیماران را شناسایی و در فرآیند درمان لحاظ کنند. این نقش و مسئولیت، اگرچه با چالش‌های آموزشی و سازمانی همراه است، اما می‌تواند به بهبود پیامدهای بالینی، افزایش رضایت بیماران و ارتقای کیفیت خدمات توانبخشی منجر شود. در نهایت، ادغام معنویت در توانبخشی نه‌تنها به ارتقای کیفیت زندگی بیماران کمک می‌کند، بلکه جایگاه درمانگران را به‌عنوان متخصصانی جامع‌نگر و اخلاق‌مدار تقویت می‌نماید و مسیر سیاست‌گذاری‌های آینده را به سوی مراقبت‌های معنوی و فرهنگی هدایت می‌کند.

#### محدودیت‌ها و تناقضات در شواهد موجود

مرور مطالعات نشان داد که اگرچه شواهد متعددی بر اهمیت معنویت در ارتقای کیفیت زندگی بیماران و اثربخشی مداخلات توانبخشی تأکید دارند، اما این شواهد با محدودیت‌ها و تناقضاتی همراه است که باید در تفسیر نتایج مدنظر قرار گیرد. نخستین محدودیت، ناهمگونی روش‌شناسی مطالعات است. پژوهش‌های موجود از رویکردهای بسیار متنوعی شامل مطالعات کیفی، کمی و ترکیبی استفاده کرده‌اند و ابزارهای سنجش معنویت نیز استاندارد و یکسان نبوده‌اند. این ناهمگونی موجب می‌شود مقایسه نتایج دشوار گردد و امکان تعمیم‌پذیری محدود شود. دومین محدودیت، کمبود مطالعات با حجم نمونه بزرگ و طراحی طولی است. بسیاری از پژوهش‌ها بر اساس نمونه‌های کوچک یا مقطعی انجام شده‌اند که توانایی آن‌ها در نشان دادن روابط علی و پایدار میان معنویت و پیامدهای توانبخشی را کاهش می‌دهد. در نتیجه، نمی‌توان با قطعیت گفت که معنویت علت مستقیم بهبود پیامدهای بالینی است یا صرفاً یک عامل همبسته.

تناقض مهم دیگر در شواهد، تفاوت‌های فرهنگی و مذهبی است. در برخی مطالعات، معنویت به‌طور مستقیم با باورهای دینی تعریف شده، در حالی که در دیگر پژوهش‌ها معنویت مفهومی گسترده‌تر و غیرمذهبی تلقی شده است. این تفاوت در تعریف و برداشت، موجب تناقض در نتایج می‌شود؛ به‌گونه‌ای که در برخی جوامع معنویت اثر مثبت آشکار بر کیفیت زندگی بیماران داشته، اما در جوامع دیگر این اثر کمتر یا حتی نامشخص گزارش شده است. از سوی دیگر، سوگیری گزارش‌دهی نیز یکی از محدودیت‌های شواهد موجود است. بسیاری از مطالعات بر اساس خودگزارشی بیماران یا درمانگران انجام شده‌اند که ممکن است تحت تأثیر باورهای شخصی یا انتظارات اجتماعی قرار گیرد. این امر می‌تواند اعتبار داده‌ها را کاهش دهد و نتایج را به سمت مطلوبیت اجتماعی سوق دهد. نکته قابل‌توجه دیگر، فقدان تمرکز

در توانبخشی سالمندان عمدتاً شامل بحران هویت معنوی، انزوای اجتماعی و مقاومت به مداخلات جسمانی است که کیفیت زندگی و پایبندی به پروتکل‌ها را کاهش می‌دهد. این مسائل در ایران، با از دست دادن استقلال، افسردگی را تشدید کرده و درمان را به تأخیر می‌اندازد. ترکیب کاهش حرکت و استقلال عملکردی با اضطراب معنوی ممکن است روند پذیرش درمان را با اختلال مواجه کند. لذا تمرکز بر فرهنگ آموزشی توانبخشی بر مدل بیومکانیکی و بیومدیكال درمان ناقص و کم‌بازدهی خواهد بود<sup>۳۷،۳۶،۹</sup>. با توجه به اخلاق حرفه‌ای، متخصصین توانبخشی موظف‌اند به نیازهای معنوی بیماران با حساسیت فرهنگی و بدون تحمیل باورهای شخصی پاسخ دهند. این امر مستلزم توسعه مهارت‌های ارتباطی، آموزش رسمی در زمینه مراقبت معنوی و استفاده از پرسشنامه‌ها و ابزارهای معتبر برای ارزیابی وضعیت معنوی بیماران در پروسه درمانی است<sup>۳۴،۳۸</sup>.

در این میان، یکی از مهم‌ترین پیامدهای یافته‌ها ضرورت گنجاندن آموزش معنویت در برنامه‌های آموزشی دانشجویان سلامت است<sup>۳۳</sup>. آموزش رسمی در این حوزه می‌تواند دانشجویان رشته‌های توانبخشی و سایر شاخه‌های سلامت را از همان ابتدای مسیر حرفه‌ای با اهمیت معنویت در مراقبت‌های بالینی آشنا کند. طراحی واحدهای درسی، کارگاه‌های آموزشی و برنامه‌های عملی در زمینه مراقبت معنوی، نه‌تنها آگاهی دانشجویان را افزایش می‌دهد، بلکه آنان را برای مواجهه با نیازهای واقعی بیماران در محیط‌های بالینی آماده می‌سازد. این اقدام می‌تواند شکاف موجود میان انتظار بیماران و توانایی درمانگران در پاسخگویی به نیازهای معنوی را کاهش دهد و به ارتقای کیفیت خدمات توانبخشی منجر شود.

از منظر سیاست‌گذاری، یافته‌ها نشان دادند که ادغام معنویت در آموزش دانشگاهی و برنامه‌های توانبخشی می‌تواند نقش درمانگران را در پاسخگویی به این نیازها تقویت کند<sup>۹</sup>. طراحی دوره‌های آموزشی، تدوین دستورالعمل‌های بالینی و توسعه ابزارهای استاندارد سنجش معنویت از جمله اقداماتی است که می‌تواند به ارتقای کیفیت مراقبت معنوی در توانبخشی کمک کند<sup>۳۷</sup>. همچنین، توجه به زمینه فرهنگی و مذهبی بیماران در ایران و کشورهای اسلامی اهمیت ویژه‌ای دارد؛ زیرا معنویت در این جوامع اغلب با باورهای دینی گره خورده و بی‌توجهی به این بعد از سلامت بیمار می‌تواند سبب کاهش اعتماد بیماران به فرآیند درمان شود<sup>۲۲</sup>.

به‌طور کلی، بحث حاضر نشان می‌دهد که معنویت نه‌تنها یک مؤلفه فردی بلکه یک ضرورت نظام‌مند در حوزه توانبخشی است.

آموزش معنویت در برنامه‌های آموزشی دانشجویان نظام سلامت یک ضرورت راهبردی است. آموزش رسمی در این حوزه می‌تواند دانشجویان رشته‌های توانبخشی و سایر شاخه‌های سلامت را از همان ابتدای مسیر حرفه‌ای با اهمیت معنویت در مراقبت‌های بالینی آشنا کند و آنان را برای پاسخگویی به نیازهای واقعی بیماران آماده سازد. در واقع، کمبود آموزش مدون و مهارت‌های خاص در دانشگاه‌ها، درمانگران را برای شناسایی نیازهای معنوی بیماران و در نتیجه انتخاب استراتژی درمانی مناسب ناتوان می‌سازد. دوم، تدوین سیاست‌ها و استانداردهای سازمانی ضروری است تا معنویت به‌عنوان بخشی از مراقبت جامع در دستورالعمل‌های بالینی و نظام‌های سلامت وارد شود. سوم، توسعه ابزارهای معتبر سنجش معنویت می‌تواند به پژوهشگران و درمانگران کمک کند تا وضعیت معنوی بیماران را به‌طور دقیق ارزیابی کرده و مداخلات با پیامدهای مناسب طراحی کنند.

ضرورت دیگر، توجه به زمینه فرهنگی و مذهبی بیماران در ایران و کشورهای اسلامی است. باورهای دینی در جوامع مذهبی بخش مهمی از معنویت افراد است و بی‌توجهی به این بعد می‌تواند موجب کاهش اعتماد بیماران به نظام سلامت و افت نتایج درمانی شود. بنابراین، طراحی برنامه‌های آموزشی و سیاستی باید با حساسیت فرهنگی همراه باشد تا مراقبت معنوی به‌طور مؤثر و قابل‌قبول اجرا گردد. به‌طور کلی، مرور حاضر نشان داد که اگرچه معنویت ظرفیت‌های ارزشمندی برای ارتقای کیفیت زندگی بیماران و اثربخشی توانبخشی دارد، اما تحقق این ظرفیت‌ها نیازمند رفع چالش‌های آموزشی، سازمانی و فرهنگی است. ضرورت‌های مطرح‌شده می‌توانند مسیر آینده پژوهش و سیاست‌گذاری را روشن سازند و به توسعه نظام سلامت و توانبخشی جامع کمک کنند.

### نتیجه‌گیری

این مرور نشان داد که معنویت نقشی اساسی در ارتقای کیفیت زندگی بیماران و اثربخشی توانبخشی دارد و می‌تواند به کاهش اضطراب، افزایش امید و مشارکت فعال‌تر بیماران کمک کند. با این حال، کمبود آموزش تخصصی، نبود سیاست‌های سازمانی و حساسیت‌های فرهنگی از چالش‌های مهم در ادغام معنویت در نظام سلامت هستند. متخصصین توانبخشی به‌دلیل ارتباط نزدیک و طولانی‌مدت با بیماران، مسئولیت ویژه‌ای در شناسایی و پاسخگویی به نیازهای معنوی آنان دارند. برای تحقق این مسئولیت، ضروری است که آموزش معنویت در برنامه‌های آموزشی دانشجویان نظام سلامت گنجانده شود و سیاست‌های

کافی بر نقش درمانگران توانبخشی است. بخش عمده‌ای از مطالعات بر بیماران و تجربه معنوی آنان تمرکز داشته‌اند و کمتر به مسئولیت‌ها و نقش درمانگران در پاسخگویی به نیازهای معنوی پرداخته‌اند. این خلأ پژوهشی موجب می‌شود که شواهد موجود نتوانند به‌طور کامل راهنمایی برای آموزش و سیاست‌گذاری در حوزه توانبخشی ارائه دهند. در نهایت، باید به تناقض در نتایج مربوط به پیامدهای بالینی اشاره کرد. برخی مطالعات نشان داده‌اند که معنویت به‌طور مستقیم موجب بهبود عملکرد جسمی و روانی بیماران می‌شود، در حالی که دیگر پژوهش‌ها تنها اثرات غیرمستقیم یا محدود گزارش کرده‌اند. این تناقض نشان می‌دهد که رابطه میان معنویت و توانبخشی پیچیده‌تر از آن است که بتوان با شواهد موجود به نتیجه‌ای قطعی رسید. با این حال، رویکرد روایتی این مرور امکان تحلیل عمیق و کیفی شواهد موجود در بافت فرهنگی متنوع را فراهم ساخته و پیشنهادهایی کاربردی برای نظام سلامت ایران ارائه داده است.

### چالش‌ها و ضرورت‌ها

یافته‌های مرور روایتی نشان داد که ادغام معنویت در نظام سلامت و توانبخشی با چالش‌های متعددی روبه‌روست. نخستین چالش، کمبود آموزش تخصصی برای درمانگران است؛ به‌طوری‌که بخش قابل‌توجهی از متخصصین توانبخشی اذعان کرده‌اند که آموزش رسمی در زمینه مراقبت معنوی دریافت نکرده‌اند. این کمبود موجب می‌شود که بسیاری از درمانگران توانایی لازم برای شناسایی و پاسخگویی به نیازهای معنوی بیماران را نداشته باشند. دومین چالش، فقدان سیاست‌ها و استانداردهای سازمانی مشخص است. در بسیاری از نظام‌های سلامت، معنویت هنوز به‌عنوان یک مؤلفه رسمی در دستورالعمل‌های بالینی و سیاست‌های سازمانی جایگاه نیافته و این امر مانع از نهادینه‌سازی آن در ساختارهای رسمی می‌شود. چالش دیگر، فشار کاری و محدودیت منابع است. درمانگران توانبخشی در محیط‌های بالینی با حجم بالای بیماران و محدودیت زمانی مواجه‌اند و این شرایط فرصت کافی برای پرداختن به ابعاد معنوی بیماران را کاهش می‌دهد. علاوه بر این، تنوع فرهنگی و مذهبی بیماران نیز چالش مهمی محسوب می‌شود؛ زیرا ارائه مراقبت معنوی بدون توجه به تفاوت‌های فرهنگی و مذهبی می‌تواند منجر به تحمیل باورهای خاص یا سوءبرداشت شود. در نهایت، نبود ابزارهای معتبر و استاندارد برای سنجش معنویت یکی دیگر از موانع اساسی است که پژوهش و ارزیابی بالینی را دشوار می‌سازد. در کنار این چالش‌ها، ضرورت‌های مهمی برای آینده مطرح می‌شود. در ابتدا می‌توان به این نکته اشاره کرد که گنجانیدن

جستجو، غربالگری و استخراج داده‌ها: دکتر ح.الف. و دکتر ز.ف.  
تحلیل و تفسیر داده‌ها: دکتر ح.الف.، دکتر ز.ف. و دکتر ف.ف.  
نگارش پیش‌نویس اولیه: دکتر ز.ف. و دکتر ف.ف. بازبینی و  
ویرایش نهایی: دکتر دکتر ح.الف.، دکتر ز.ف. و دکتر ف.ف.  
همه نویسندگان متن نهایی مقاله را مطالعه و تأیید کردند.

#### منابع مالی

این مطالعه بدون دریافت هرگونه کمک مالی خاصی از نهادهای دولتی، خصوصی یا غیرانتفاعی انجام شده است. کلیه هزینه‌های مرتبط با این پژوهش توسط نویسندگان تأمین شده است.

#### دسترسی‌پذیری داده‌ها

داده‌های استخراج‌شده از مطالعات مورد بررسی در این مرور روایتی، از طریق منابع ذکرشده در بخش منابع قابل دسترسی هستند. داده‌های تحلیلی و جداول تکمیلی در صورت درخواست از نویسنده مسئول (دکتر ف.ف.) قابل ارائه می‌باشد.

#### تعارض منافع

نویسندگان این مقاله اعلام می‌دارند که هیچ گونه تعارض منافی در ارتباط با این پژوهش ندارند.

#### References

1. Ho, J.Q., et al., Spiritual care in the intensive care unit: a narrative review. *Journal of intensive care medicine*, 2018. 33(5): p. 279-287, DOI: 10.1177/0885066617712677.
2. Blanch, A., Integrating religion and spirituality in mental health: The promise and the challenge. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 2007. 30(4): p. 251, DOI:10.2975/30.4.2007.251.260.
3. Alinejad, N., et al., Spiritual well-being, resilience, and health-promoting lifestyle among older adult hypertensive patients: a cross-sectional study. *BMC geriatrics*, 2025. 25(1): p. 265, DOI:10.1186/s12877-025-05877-x.
4. Jesus, T.S., et al., Human resources for health (and rehabilitation): Six Rehab-Workforce Challenges for the century. *Human resources for health*, 2017. 15(1): p. 8, DOI: 10.1186/s12960-017-0182-7.
5. Fallot, R.D., Spirituality and religion in recovery: some current issues. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 2007. 30(4): p. 261, DOI: 10.2975/30.4.2007.261.270 .
6. Fekar Gharamaleki, F., et al., Development and psychometric evaluation of an Azerbaijani-Turkish grammar comprehension test. *Applied Neuropsychology: Child*, 2025. 14(2): p. 213-224, DOI: 10.1080/21622965.2023.2291722.
7. Fathipour-Azar, Z., F.F. Gharamaleki, and N.H.S. Abad, Investigating cultural adaptation and psychometric properties of the Vocal Fatigue Index (VFI) worldwide: a systematic review. *Journal of Voice*, 2024, DOI: 10.1016/j.jvoice.2024.11.001.
8. Fathipour-Azar, Z., et al., Cross-cultural adaptation and validation of Vocal Fatigue Index to the Azerbaijani-Turkish. *Journal of Voice*, 2025, DOI: 10.1016/j.jvoice.2025.03.027.

#### قدردانی‌ها

بدین وسیله از تمامی محققین که مقالات آنها در این مطالعه استفاده گردید و به‌طور مستقیم یا غیرمستقیم زمینه‌ساز تولید دانش در این حوزه بوده‌اند، صمیمانه سپاس‌گزاری می‌شود. همچنین از اساتید و همکاران ارجمندی که در مراحل مختلف طراحی، اجرا و ویرایش این مطالعه راهنمایی‌های ارزشمندی ارائه نمودند، کمال تشکر را داریم.

#### ملاحظات اخلاقی

ملاحظات اخلاقی در این پژوهش به‌طور کامل رعایت شده است. تمامی مطالعات مورد بررسی با ذکر دقیق منابع استناد شده اند. همچنین هیچ گونه تعارض منافع مالی یا سازمانی برای نویسندگان وجود ندارد و محدودیت‌های ذاتی رویکرد مروری به وضوح اعلام شده است.

#### مشارکت پدیدآوران

مفهوم‌سازی، روش‌شناسی، و نظارت کلی پژوهش: کلیه نویسندگان.

9. Zhooldideh, P., et al., The relationship between static standing posture and common pelvic floor disorders. *Muscle Ligaments Tendons J*, 2021. 11: p. 77, DOI: 10.32098/mltj.01.2021.09.
10. Sadri-Aghdam, N., et al., The Relationship between Nordic Hamstring Test and Isokinetic Dynamometry in Football and Track and Field Student Athletes: a Cross-Sectional Study. *Muscles, Ligaments & Tendons Journal (MLTJ)*, 2020. 10(4), DOI:10.32098/mltj.04.2020.24.
11. Giaquinto, S., et al., Religious and spiritual beliefs in stroke rehabilitation. *Clinical and Experimental Hypertension*, 2010. 32(6): p. 329-334, DOI: 10.3109/10641960903443566.
12. Fitchett, G. and K.F. Jones, *Spirituality and Medical. Handbook of Spirituality, Health, and Well-Being: A Psychological Perspective*, 2025, DOI: 10.1007/s10943-024-02214-1.
13. Jones, K.F., et al., Rehabilitation health professionals' perceptions of spirituality and spiritual care: The results of an online survey. *NeuroRehabilitation*, 2020. 46(1): p. 17-30, DOI: 10.3233/NRE-192857.
14. Fekar Gharamaleki, F. and Z. Fathipour-Azar, Cross-cultural adaptation and validation of cognitive emotion regulation questionnaire: a systematic review. *Frontiers in Psychology*, 2025. 15: p. 1494665, DOI:10.3389/fpsyg.2024.1494665.
15. Gharamaleki, F.F. and Z. Fathipour-Azar, Voice Related Quality of Life Questionnaire (V-RQOL): cross-cultural adaptation, validity, and reliability of the Azerbaijani-Turkish version. *Journal of Voice*, 2024, DOI: 10.1016/j.jvoice.2024.11.029.
16. Langingi, A.R.C., G.I.V. Watung, and Z.I. Pagayang, . *Multidisciplinary Indonesian Center Journal (MICJO)*, 2025. 2(4): p. 4696-4707.
17. Ahadi, H., H. Abbasi, and F. Fekar Gharamaleki, Linguistic and metalinguistic characteristics of Persian-speaking children with autistic spectrum disorders: A systematic review. *Journal of Public Health Research*, 2023. 12(3): p. 22, DOI: 10.1177/22799036231189068.
18. Farmani, E., F. Fekar Gharamaleki, and M.A. Nazari, Challenges and opportunities of tele-speech therapy: Before and during the COVID-19 pandemic. *Journal of public health research*, 2024. 13(1): p. 22, DOI: 10.1177/22799036231222115.
19. Kelly, E.P., et al., The influence of patient and provider religious and spiritual beliefs on treatment decision making in the cancer care context. *Medical Decision Making*, 2022. 42(1): p. 125-134, DOI: 10.1177/0272989X211022246.
20. Choopani, R., et al., The Effect of Segmental Stabilization Exercises on Pain, Disability and Static Postural Stability in Patients with Spondylolisthesis: A Double Blinded Pilot Randomized Controlled Trial. *Muscles, Ligaments & Tendons Journal (MLTJ)*, 2019. 9(4), DOI:10.32098/mltj.04.2019.18.
21. Fathipour-Azar, Z., M. Akbarfahimi, and F. Rabiei, The challenges of people with heart failure in activity of daily living performance: A qualitative study in Iranian Context. *Iranian Rehabilitation Journal*, 2020. 18(3): p. 263-274, DOI: 10.32598/irj.18.3.422.3.
22. Oner, U., et al., Identifying Anxiety, Social Support and Spiritual Well-Being States of Patients Experiencing Cerebrovascular Event: A cross-sectional descriptive study. 2024, DOI:10.21203/rs.3.rs-5319125/v1.
23. Fathipour-Azar, Z. and M. Hejazi Shirmard, Applying person-environment-occupation in cardiac disease: a case report. *Function and Disability Journal*, 2018. 1(2): p. 65-70, DOI: 10.30699/fdisj.1.2.65.
24. Fathipour-Azar, Z., et al., Evaluation of activities of daily living instruments in cardiac patients: Narrative review. *J Mod Rehabil*. 2016; 10 (3): 139-43. DOI: 10.18869/nirp.Jmr.10.30.139
25. Park, C.L., The meaning making model: A framework for understanding meaning, spirituality, and stress-related growth in health psychology. *European Health Psychologist*, 2013. 15(2): p. 40-47, DOI:10.2147/JPR.S308607.
26. Puchalski, C.M., et al., Improving the spiritual dimension of whole person care: reaching national and international consensus. *Journal of palliative medicine*, 2014. 17(6): p. 642-656, DOI: 10.1089/jpm.2014.9427.
27. Mahmoudzadeh, T., et al., Validity and Reliability of the Persian Version of the Comprehensive Constipation Questionnaire: A Cross-Sectional Study. *Journal of Modern Rehabilitation*, 2023, DOI: 10.18502/jmr.v17i2.12416.
28. Soleimanzadeh, E., et al., Physiotherapy Interventions and Assessment Methods for Diastasis Recti Abdominis in Postpartum Women: A Systematic Review Protocol. *Muscles, Ligaments & Tendons Journal (MLTJ)*, 2023. 13(3), DOI: 10.32098/mltj.03.2023.15.
29. Rezapour, Y., et al., The role of faith in work, religious beliefs, and spirituality in the prediction of job satisfaction among rehabilitation experts. *Iranian Rehabilitation Journal*, 2016. 14(4): p. 217-222, DOI:10.18869/nirp.irj.14.4.217.

30. Shokuhi, Z.B., et al., Developmental family functions and cognitive emotion regulation in adolescents with conduct disorder and normal peers. *Medical Journal of Tabriz University of Medical Sciences*, 2025. 47(2): p. 179-190, DOI: 10.34172/mj.025.33944.
31. Jones, K.F., et al., The role of spirituality in spinal cord injury (SCI) rehabilitation: Exploring health professional perspectives. *Spinal Cord Series and Cases*, 2018. 4(1): p. 54, DOI: 10.1038/s41394-018-0078-3.
32. Li, Z.-Y., et al., Spiritual needs and influencing factors among people with stroke in China: a cross-sectional study. *BMC nursing*, 2024. 23(1): p. 507, DOI: 10.1186/s12912-024-02182-7.
33. Laures-Gore, J.S. and H. Griffey. Religiosity, spirituality, healthcare, and aphasia rehabilitation. in *Seminars in Speech and Language*. 2024. Thieme Medical Publishers, Inc, DOI: 10.1055/s-0043-1776308.
34. Kilpatrick, S.D. and M.E. McCullough, Religion and spirituality in rehabilitation psychology. *Rehabilitation Psychology*, 1999. 44(4): p. 388, DOI:10.1037/0090-5550.44.4.388.
35. Eskandarpour, F. and A.R. Shafiee-Kandjani, Relationship between anxiety sensitivity and experiential avoidance with students' spiritual vitality. *Spirituality Research in Health Sciences*, 2023. 1(2): p. 154-165, DOI:10.34172/srhs.2023.014.
36. Shalchi, B., The relationship between religiosity, anxiety, depression, and resilience in women with breast cancer. *Spirituality Research in Health Sciences*, 2025. 2(2): p. 160-172, DOI:10.34172/srhs.2024.014.
37. Ghaderi, F., et al., Validation of the Persian version of the Exercise Adherence Rating Scale in Iranian population: a methodological study. *Middle East Journal of Rehabilitation and Health Studies*, 2023. 10(3): p. e133898, DOI:10.5812/mejrh-133898.
38. Sajadi, M., et al., Effect of spiritual counseling on spiritual well-being in Iranian women with cancer: A randomized clinical trial. *Complementary therapies in clinical practice*, 2018. 30: p. 79-84, DOI: 10.1016/j.ctcp.2017.12.011.