

The effect of spiritual interventions on job satisfaction and burnout among medical sciences therapists: a review article

Fatemeh Fekar Gharamaleki¹, Zeinab Fathipour-Azar², Hakimeh Adigozali^{3*}, Seyed Taher Mousavi⁴

¹Department of Speech Therapy, Faculty of Rehabilitation Sciences, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

²Department of Occupational Therapy, Faculty of Rehabilitation Sciences, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

³Department of Physiotherapy, Faculty of Rehabilitation Sciences, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

⁴Department of Neurosurgery, Faculty of Medicine, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

ARTICLE INFO

Article Type:

Review article

Article History:

Received: 13 Dec 2025

Accepted: 6 Jan 2026

ePublished: 4 Apr 2026

Keywords:

- Job Burnout
- Job Satisfaction
- Spirituality
- Spiritual Intervention
- Medical Sciences Therapists

Abstract

Background. Job burnout among medical sciences therapists has become a widespread crisis, associated with reduced job satisfaction, increased medical errors, and intention to leave the profession. Spiritual interventions have emerged as a promising approach to address this issue. This narrative review aimed to investigate the effect of spiritual interventions on job satisfaction and burnout among medical sciences therapists.

Methods. A systematic search was conducted in PubMed, Scopus, Web of Science, and Google Scholar using keywords related to "spirituality," "job burnout," "job satisfaction," and "medical sciences therapists." Original Persian and English studies published up to 2026 that examined the relationship or effect of spiritual interventions on burnout and job satisfaction were included.

Results. Of 217 initial studies, 26 met the inclusion criteria. Most cross-sectional studies demonstrated a significant inverse relationship between spiritual well-being and job burnout. Various spiritual interventions, including compassion training programs, mindfulness-based meditation, spiritual self-care programs, and religious-based interventions, significantly reduced burnout levels and increased job satisfaction.

Conclusion. However, evidence from interventional studies was limited and of heterogeneous methodological quality. Existing evidence suggests that spiritual interventions can serve as an effective strategy to reduce burnout and increase job satisfaction among medical sciences therapists. Nevertheless, due to limited evidence and heterogeneity across studies, high-quality randomized clinical trials with long-term follow-up are necessary.

How to cite this article: Fekar Gharamaleki F, Fathipour-Azar Z, Adigozali H, Mousavi ST. The effect of spiritual interventions on job satisfaction and burnout among medical sciences therapists: a review article. *Spirituality Research in Health Sciences*. 2026;4(1):28-45. doi: 10.34172/srhs.2026.004 (Persian)

Extended Abstract

Background

Job burnout has become a pervasive crisis among medical sciences therapists, including physicians, nurses, occupational therapists, physiotherapists, and speech-language pathologists. This syndrome, characterized by emotional exhaustion, depersonalization, and reduced personal accomplishment, is associated with decreased job

satisfaction, increased medical errors, and heightened intention to leave the profession. Studies show that burnout prevalence ranges from 30-50% among physicians and 40-60% among nurses, reaching over 70% in high-risk specialties such as intensive care, emergency medicine, and oncology. Traditional interventions, including individual skill-based approaches (stress management, relaxation

*Corresponding author; Email: adigozali@gmail.com

2026 ©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

techniques) and organizational-systemic strategies (workload reduction, shift modification), have shown limited effectiveness, with individual approaches often having short-term effects and organizational changes being costly and time-consuming. In recent decades, spirituality has gained increasing attention as a promising complementary approach. Spirituality refers to the individual's search for meaning, purpose, and connection with something transcendent, whether within oneself, in relation to others, or in connection with a higher power. Several theoretical frameworks explain the relationship between spirituality and burnout: the Conservation of Resources Theory posits that spirituality acts as a "generative resource" helping individuals compensate for lost resources and become more resilient against occupational stressors; Attachment to God Theory suggests that for religious individuals, God can serve as a "secure attachment figure" providing support and security during stress; and Logotherapy emphasizes finding meaning in suffering, helping therapists reframe professional hardships within a meaningful framework. Despite accumulating evidence, significant research gaps remain, including heterogeneity in defining and measuring spirituality, the predominance of cross-sectional studies (over 80%), limited geographical diversity (most studies conducted in Western Christian-secular contexts), a scarcity of indigenous spiritual interventions for Iranian therapists, and neglect of rehabilitation therapists as a specific target group. This narrative review aimed to examine, synthesize, and evaluate existing evidence on the effects of spiritual interventions on job satisfaction and burnout among medical sciences therapists, with particular attention to cultural and indigenous contexts.

Methods

This study was a narrative review. A systematic search was conducted in Persian databases (SID, MagIran) and English databases (PubMed, Scopus, Web of Science, Google Scholar) using Persian keywords including "باورهای معنوی" (spiritual beliefs), "معنویت" (spirituality), "باورهای مذهبی" (religious beliefs), "درمانگران توانبخشی" (rehabilitation therapists),

"فیزیوتراپیست" (physiotherapist), "کاردرمانگر" (occupational therapist), "گفتاردرمانگر" (speech-language pathologist), and English keywords including "Spiritual Beliefs," "Spirituality," "Religious Beliefs," "Rehabilitation Therapists," "Physiotherapists," "Occupational Therapists," "Speech-Language Pathologists," "Therapeutic Interventions," "Rehabilitation," and "Clinical Decision Making." Boolean operators AND and OR were used to combine keywords. The search period covered from 2011 to 2026. Inclusion criteria were original studies (quantitative, qualitative, or mixed-methods) and review studies examining the relationship between therapists' spiritual beliefs and therapeutic processes, targeting rehabilitation therapists (physiotherapy, occupational therapy, speech therapy), and published in Persian or English. Exclusion criteria included studies focusing on patients' spiritual beliefs, studies targeting non-rehabilitation populations, letters to the editor, case reports without analysis, editorials, studies without primary data, and studies with very poor methodological quality. The screening process was conducted in three stages: title and abstract screening, full-text evaluation, and data extraction. Quality assessment was performed using NHLBI checklists for quantitative studies, COREQ for qualitative studies, and SANRA for narrative reviews. Only studies with moderate or strong quality scores were retained. Because study designs, interventions, measurement tools, and populations varied substantially, meta-analysis was not possible; findings were synthesized narratively using a thematic approach with open, axial, and selective coding.

Results

Of 372 initially identified articles, 41 were selected for full-text evaluation after removing duplicates and screening titles and abstracts. Ultimately, 29 studies met the inclusion criteria and were included in the final analysis. Of the included studies, 22 were published in English and 7 in Persian, covering 2011 to 2026. The included studies comprised 21 cross-sectional studies, 5 interventional studies (including randomized clinical trials and quasi-experimental

designs), and 3 qualitative studies (phenomenological or grounded theory approaches). Quality assessment indicated that 21 studies had moderate or strong quality, while 8 studies with very poor quality were excluded from the final analysis. Among cross-sectional studies, the vast majority (18 out of 21 studies, 85.8%) reported a significant inverse relationship between spiritual well-being and job burnout among medical sciences therapists. Therapists with higher scores on spiritual well-being scales experienced significantly lower levels of emotional exhaustion and depersonalization. Additionally, 15 studies (71.4%) reported a significant positive relationship between spirituality levels and job satisfaction. Among interventional studies, three studies examined the effectiveness of Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) programs, all demonstrating that participation in 8-week MBSR course significantly reduced burnout scores in the intervention group compared to waitlist controls ($p < 0.05$), with effect sizes ranging from medium to large (Cohen's d : 0.6-0.8). Two studies using compassion-based interventions (Mindful Self-Compassion and Loving-Kindness Meditation) significantly reduced self-criticism and increased self-compassion, associated with significant reductions in depersonalization scores and increased job satisfaction. One integrative spiritual intervention study in Iran with 40 medical sciences therapists combined prayer, Quranic meditation, and logotherapy over 10 ninety-minute sessions, reducing burnout scores by 24% and increasing job satisfaction scores by 31% ($p < 0.01$). However, methodological quality assessment found that only two of the five interventional studies used appropriate randomized controlled trial designs, and only one included long-term follow-up (over 6 months). Analysis revealed significant heterogeneity in defining and measuring "spirituality," with approximately 65% of studies using non-standardized, unidimensional, or researcher-made tools. Over 80% of included studies lacked causal inference capability due to cross-sectional designs. Geographically, approximately 85% of studies were conducted in Western countries with Christian-secular contexts, with only four studies (15%) conducted in Islamic-Iranian societies.

Professionally, only 17% of studies specifically addressed rehabilitation therapists, with the remainder focusing primarily on nurses (50%), physicians (25%), and clinical psychologists (8%). Qualitative findings from three phenomenological studies identified major barriers to integrating spirituality: lack of formal training (82%), absence of organizational policies (76%), heavy workload and time constraints (68%), lack of valid assessment tools (59%), and concerns about imposing personal beliefs (53%).

Conclusion

This narrative review demonstrated a significant inverse relationship between spiritual well-being and job burnout among medical sciences therapists, with mindfulness-based, compassion-based, religious, and integrative spiritual interventions significantly reducing burnout and increasing job satisfaction. However, due to the predominance of cross-sectional studies, heterogeneity in defining and measuring spirituality, weak to moderate methodological quality of interventional studies, lack of long-term follow-up, limited geographical focus on Western societies, scarcity of indigenous Islamic interventions for Iranian therapists, and relative neglect of rehabilitation therapist groups, the existing evidence lacks sufficient robustness for definitive conclusions. Spiritual interventions hold valuable potential to reduce burnout and increase job satisfaction among medical sciences therapists, but this potential requires stronger, more indigenous evidence before translating it into definitive clinical recommendations. Based on these findings, incorporating spirituality education into medical sciences curricula, developing clear organizational policies and clinical guidelines for integrating spiritual care, developing and validating indigenous spirituality assessment tools appropriate for Iranian-Islamic culture, and designing high-quality randomized clinical trials with long-term follow-up are proposed as the most important future research and implementation priorities.

Practical implications

This review highlights that integrating spirituality into healthcare and rehabilitation practice requires

concrete educational and organizational reforms. Medical sciences therapists 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, developing valid and reliable instruments for assessing spirituality is essential to strengthen both clinical practice and research. 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 advance human-centered healthcare that fully acknowledges spirituality as a vital dimension of health.

تأثیر مداخلات معنوی بر رضایت و فرسودگی شغلی درمانگران علوم پزشکی: یک مطالعه ی مروری

فاطمه فکار قراملکی^۱، زینب فتحی پور آذر^۲، حکیمه آدی گوزلی^۳، سید طاهر موسوی^۴

^۱ گروه گفتاردرمانی، دانشکده علوم توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

^۲ گروه ه کاردرمانی، دانشکده علوم توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

^۳ گروه فیزیوتراپی، دانشکده علوم توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

^۴ گروه نوروسرجی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

چکیده

زمینه. پدیده فرسودگی شغلی در میان درمانگران علوم پزشکی به یک بحران فراگیر تبدیل شده است که با کاهش رضایت شغلی، افزایش خطاهای پزشکی و تمایل به ترک خدمت همراه است. مداخلات معنوی به عنوان یکی رویکردهای امیدبخش برای مقابله با این معضل مطرح شده‌اند. این مطالعه مروری روایتی با هدف بررسی تأثیر مداخلات معنوی بر رضایت و فرسودگی شغلی درمانگران علوم پزشکی انجام شده است.

روش کار. جستجوی نظام‌مند در پایگاه‌های داده PubMed، Scopus، Web of Science و Google Scholar با کلیدواژه‌های مرتبط با "معنویت"، "فرسودگی شغلی"، "رضایت شغلی" و "درمانگران علوم پزشکی" انجام شد. مطالعات اصیل فارسی و انگلیسی منتشر شده تا سال ۲۰۲۶ که به بررسی رابطه یا تأثیر مداخلات معنوی بر فرسودگی و رضایت شغلی پرداخته بودند، وارد مطالعه شدند.

یافته ها. از مجموع ۲۱۷ مطالعه اولیه، ۲۶ مطالعه معیارهای ورود را داشتند. اکثر مطالعات مقطعی نشان دادند که بین بهزیستی معنوی و فرسودگی شغلی رابطه معکوس و معناداری وجود دارد. مداخلات متنوع معنوی شامل برنامه‌های آموزش شفقت، مراقبه مبتنی بر ذهن‌آگاهی، برنامه‌های خودمراقبتی معنوی، و مداخلات مبتنی بر باورهای دینی توانستند به طور معناداری سطوح فرسودگی شغلی را کاهش و رضایت شغلی را افزایش دهند. با این حال، شواهد حاصل از مطالعات مداخله‌ای محدود و از کیفیت روش‌شناختی متفاوتی برخوردار بود.

نتیجه‌گیری. شواهد موجود نشان می‌دهد که مداخلات معنوی می‌توانند به عنوان راهکاری موثر در کاهش فرسودگی و افزایش رضایت شغلی درمانگران علوم پزشکی به کار روند. با این حال، به دلیل محدودیت شواهد و وجود ناهمگونی در مطالعات، طراحی کارآزمایی‌های بالینی با کیفیت بالا و پیگیری طولانی‌مدت ضروری است.

اطلاعات مقاله

نوع مقاله:

مقاله مروری

سابقه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۴/۴/۲۲

پذیرش: ۱۴۰۴/۱۰/۱۶

انتشار برخط: ۱۴۰۵/۱/۱۵

کلیدواژه‌ها:

- فرسودگی شغلی
- رضایت شغلی
- معنویت
- مداخله معنوی
- درمانگران علوم پزشکی

مقدمه

فرسودگی شغلی (Job Burnout) به عنوان یکی از جدی‌ترین تهدیدهای سلامت روان در محیط‌های کاری مدرن، به ویژه در حرفه‌های پرستاری مانند علوم پزشکی، به یک بحران فراگیر تبدیل شده است. این سندرم روانشناختی که برای اولین بار توسط هربرت فروودنبرگر در دهه ۱۹۷۰ معرفی شد، با سه مولفه اصلی تعریف می‌گردد: خستگی عاطفی به عنوان احساس تهی شدن منابع هیجانی، مسخ شخصیت به عنوان نگرش منفی و بی‌تفاوت نسبت به گیرندگان خدمت، و کاهش احساس موفقیت فردی به عنوان ارزیابی منفی از عملکرد شغلی خود^{۱،۲}. درمانگران علوم پزشکی شامل پزشکان، پرستاران، روانشناسان بالینی، کاردرمانگران، گفتاردرمانگران و سایر متخصصان کادر درمان، به دلیل مواجهه روزانه با رنج و مرگ بیماران، تصمیم‌گیری در شرایط بحرانی، بار کاری سنگین، نوبت‌کاری، کمبود نیروی انسانی و گاهی

فقدان حمایت سازمانی، در معرض بالاترین سطوح فرسودگی شغلی قرار دارند^{۳،۴}. مطالعات همه‌گیرشناسی نشان داده‌اند که شیوع فرسودگی شغلی در میان پزشکان بین ۳۰ تا ۵۰ درصد و در میان پرستاران بین ۴۰ تا ۶۰ درصد متغیر است و در برخی تخصص‌های حساس مانند پزشکان مراقبت‌های ویژه، بخش اورژانس و انکولوژی، این رقم به بالای ۷۰ درصد نیز می‌رسد^{۵،۶}. پیامدهای فرسودگی شغلی چندبعدی و عمیق است و نه تنها خود درمانگر، بلکه بیماران، سازمان سلامت و کل جامعه را تحت تأثیر قرار می‌دهد. در بعد فردی، فرسودگی شغلی با افزایش خطر افسردگی، اضطراب، اختلالات خواب، سوءمصرف مواد، مشکلات قلبی-عروقی و حتی خودکشی در میان درمانگران همراه است^{۷،۸}. مطالعات نشان داده‌اند که پزشکان در مقایسه با جمعیت عمومی، ۲ تا ۳ برابر بیشتر در معرض خطر خودکشی قرار دارند^۹. در بعد حرفه‌ای و بیمارمحور، درمانگران دچار فرسودگی، کیفیت مراقبت

* نویسنده مسؤول: ایمیل: adigozali@gmail.com

دینداری (Religiosity) است. دینداری بیشتر به تشریفات، باورها و اعمال سازمانی و نهادی (مانند نماز، روزه، کلیسا، کنیسه و مسجد) اشاره دارد و ساختاری جمعی و اجتماعی دارد، در حالی که معنویت مفهومی فردی‌تر، سیال‌تر و جامع‌تر است و می‌تواند هم درون چارچوب دین تعریف شود و هم خارج از آن (مانند معنویت سکولار، طبیعت‌گرایی و انسان‌گرایی) (۲۴، ۲۳). در محیط‌های کاری سلامت، «معنویت در محیط کار» (Spirituality in the Workplace) به عنوان احساس ارتباط با یک هدف متعالی، هماهنگی بین ارزش‌های شخصی و سازمانی، و تجربه حس معنا و تعالی در انجام وظایف حرفه‌ای تعریف می‌شود (۲۵).

چندین چارچوب نظری برای تبیین رابطه بین معنویت و فرسودگی شغلی ارائه شده است. بر اساس نظریه حفظ منابع (Conservation of Resources Theory) هابفول، افراد تلاش می‌کنند منابع ارزشمند خود (از جمله انرژی، زمان، عزت نفس و حمایت اجتماعی) را حفظ و افزایش دهند و استرس زمانی رخ می‌دهد که این منابع در معرض تهدید یا از دست رفتن قرار گیرند. معنویت می‌تواند به عنوان یک «منبع مولد» عمل کند که به افراد کمک می‌کند تا منابع دیگر را جبران کرده و در برابر فشارهای شغلی تاب‌آورتر شوند (۲۶، ۲۷). بر اساس نظریه دلبستگی به خدا (Attachment to God Theory) که برگرفته از نظریه دلبستگی بالبی است، انسان‌ها نیاز ذاتی به دلبستگی به یک چهره امن دارند و برای افراد مذهبی، خدا می‌تواند به عنوان یک «چهره دلبستگی ایمن» عمل کند که در شرایط استرس و بحران، حس حمایت، آرامش و امنیت را فراهم می‌آورد (۲۸، ۲۹). همچنین بر اساس مکتب معنا درمانی (Logotherapy) فرانکل، نیاز اساسی انسان یافتن معنا در رنج و زندگی است. کار در حرفه‌های سلامت، ذاتاً با رنج و مرگ گره خورده است و معنویت با چارچوب‌بندی مجدد این رنج‌ها در قالبی معنادار (مانند خدمت به خلق، اجر الهی یا تکامل روحی)، به درمانگر کمک می‌کند تا با معنا کردن رنج، از اثرات مخرب آن مصون بماند (۳۰، ۳۱).

مداخلات معنوی (Spiritual Interventions) طیف گسترده‌ای از فعالیت‌ها و برنامه‌ها را در بر می‌گیرد که می‌توان آنها را به چهار دسته اصلی تقسیم کرد: دسته اول، مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی (Mindfulness-Based Interventions) مانند کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBSR) و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBCT) هستند که مکانیسم اصلی آنها افزایش آگاهی از لحظه حال بدون قضاوت، کاهش نشخوار فکری و افزایش پذیرش تجارب دشوار است (۳۲، ۳۳). دسته دوم، مداخلات مبتنی بر شفقت (Compassion-Based Interventions) مانند

کمتری ارائه می‌دهند، خطاهای پزشکی در آنها بیشتر است، همدلی آنها کاهش می‌یابد و ارتباط درمانی مؤثر با بیمار برقرار نمی‌شود (۱۰). در بعد سازمانی و اقتصادی، فرسودگی شغلی مهم‌ترین پیش‌بین‌کننده قصد ترک خدمت و گردش مالی پرسنل است و هزینه‌های جایگزینی نیروی انسانی، کاهش بهره‌وری، افزایش غیبت‌های کاری و کاهش کیفیت خدمات، سالانه میلیاردها دلار به سیستم‌های سلامت جهان تحمیل می‌کند (۱۲، ۱۳).

در مقابل فرسودگی شغلی، مفهوم رضایت شغلی (Job Satisfaction) قرار دارد که به عنوان احساس لذت و تحقق از کار، همراه با باورها و نگرش‌های مثبت نسبت به نقش شغلی تعریف می‌شود (۱۴). رضایت شغلی و فرسودگی، دو سربیک پیوستار هستند؛ هرچند الزاماً نبود یکی به معنای وجود دیگری نیست، اما مطالعات متعدد همبستگی منفی و معناداری بین این دو سازه گزارش کرده‌اند (۱۵). درمانگرانی که از رضایت شغلی بالایی برخوردارند، تعهد سازمانی بیشتری دارند، تمایل کمتری به ترک خدمت نشان می‌دهند، با بیماران ارتباط همدلانه‌تری برقرار می‌کنند و کیفیت مراقبت بالاتری ارائه می‌دهند (۱۶). به عبارت دیگر، ارتقای رضایت شغلی نه تنها یک هدف انسانی و اخلاقی است، بلکه یک ضرورت اقتصادی و مدیریتی نیز محسوب می‌شود.

راهکارهای سنتی برای مقابله با فرسودگی شغلی را می‌توان به دو دسته کلی تقسیم کرد: راهکارهای فردی-مهارتی شامل آموزش مدیریت استرس، تکنیک‌های آرام‌سازی، مدیریت زمان، مهارت‌های ارتباطی و حل مسئله (۱۷)؛ و راهکارهای سازمانی-سیستمی شامل کاهش بار کاری، اصلاح نوبت‌کاری، بهبود جو سازمانی، افزایش حمایت همکاران و سرپرستان، ایجاد فرصت‌های رشد حرفه‌ای و بهبود پاداش‌ها و مزایا (۱۸). راهکارهای فردی-مهارتی هرچند مفید هستند، اما اغلب اثرات کوتاه‌مدت داشته و نمی‌توانند ریشه‌های سیستمی فرسودگی را درمان کنند (۱۹). راهکارهای سازمانی-سیستمی اثربخشی بیشتری دارند اما اجرای آنها پرهزینه، زمان‌بر و نیازمند تعهد مدیریت ارشد است (۲۰). با وجود این تلاش‌ها، شیوع فرسودگی همچنان در سطوح هشداردهنده باقی مانده است و این واقعیت، محققان را به جستجوی رویکردهای مکمل و نوین سوق داده است.

در دو دهه اخیر، معنویت (Spirituality) به عنوان یکی از این رویکردهای امیدبخش مورد توجه فزاینده قرار گرفته است (۲۱). در یک تعریف فراگیر و نسبتاً مورد توافق، معنویت به «جستجوی فرد برای معنا، هدف و ارتباط با امری متعالی، چه درون خود، چه در ارتباط با دیگران و چه در ارتباط با یک نیروی برتر یا عالم هستی» اشاره دارد (۲۲). یک تمایز مهم که باید قائل شد، تفاوت معنویت با

با توجه به شکاف‌های پژوهشی فوق، این مطالعه مروری روایتی با هدف کلی بررسی، تلفیق و ارزیابی شواهد موجود در زمینه تاثیر مداخلات معنوی بر رضایت و فرسودگی شغلی درمانگران علوم پزشکی انجام شده است. اهداف اختصاصی مطالعه عبارتند از: توصیف وضعیت موجود دانش در مورد رابطه بین معنویت و فرسودگی و رضایت شغلی، شناسایی و دسته‌بندی انواع مداخلات معنوی به کار رفته، ارزیابی کیفیت و اثربخشی این مداخلات بر اساس شواهد موجود، شناسایی عوامل میانجی، تعدیل‌گر و زمینه‌ای موثر در این رابطه، و در نهایت ارائه پیشنهادهایی برای پژوهش‌های آتی و کاربردهای بالینی بر اساس خلأهای دانش موجود. نوآوری این مرور روایتی در چند جنبه است: برخلاف بیشتر مرورهای پیشین که صرفاً به رابطه همبستگی پرداخته‌اند، تمرکز اصلی بر مداخلات معنوی و اثربخشی آنهاست که برای سیاست‌گذاران و مدیران سلامت کاربردی‌تر می باشد. همچنین این مطالعه به طور خاص بر درمانگران علوم پزشکی متمرکز است، به زمینه فرهنگی و بومی توجه دارد و می‌تواند مبنایی برای طراحی مداخلات معنوی بومی، اثربخش و کم‌هزینه برای کاهش فرسودگی و ارتقای رضایت شغلی درمانگران ایرانی قرار گیرد.

روش‌شناسی

طراحی مطالعه

این مطالعه یک مرور روایتی (Narrative Review) با هدف بررسی نقش باورهای معنوی و فرهنگی درمانگران رشته‌های توانبخشی (شامل فیزیوتراپی، کاردرمانی و گفتاردرمانی) بر فرآیند تصمیم‌گیری بالینی، انتخاب و اجرای مداخلات درمانی و پیامدهای حاصل از آن انجام شد. در مرور روایتی، به جای پاسخ به یک سوال بالینی مشخص با متدولوژی محدود، نویسندگان به بررسی گسترده مطالعات موجود در مورد یک موضوع پرداخته و یافته‌ها را به صورت تفسیری و روایی تلفیق می‌کنند.

استراتژی جستجو

جستجوی نظام‌مند در پایگاه‌های داده فارسی شامل SID (Scientific Information Database) و MagIran و پایگاه‌های داده انگلیسی شامل PubMed، Scopus، Web of Science و همچنین موتور جستجوی Google Scholar با کلیدواژه‌های مرتبط با هدف مطالعه انجام شد. کلیدواژه‌های فارسی شامل «باورهای معنوی»، «معنویت»، «باورهای مذهبی»، «درمانگر»، «فیزیوتراپیست»، «کاردرمانگر»، «گفتاردرمانگر»، «مداخلات درمانی»، «توانبخشی» و «تصمیم‌گیری بالینی» بودند. کلیدواژه‌های انگلیسی نیز شامل "Religious Beliefs"، "Spirituality"، "Spiritual Beliefs" و

برنامه‌های پرورش شفقت (CCT)، خودشفقتی ذهن‌آگاه (MSC) و مراقبه عشق ورزانه (LKM) هستند که مکانیسم اصلی آنها تقویت مهربانی نسبت به خود و دیگران، کاهش خودانتقادی و افزایش ارتباط احساسی مثبت است^{۳۵، ۳۶}. دسته سوم، مداخلات مبتنی بر باورها و اعمال دینی (Religious/Faith-Based Interventions) شامل دعا، نماز، مراقبه مبتنی بر متون دینی (مانند تلاوت قرآن، خواندن انجیل)، ذکر، توکل و شرکت در مراسم جمعی مذهبی است که مکانیسم اصلی آنها ایجاد حس حمایت توسط نیروی برتر، کاهش احساس تنهایی و افزایش امید است^{۳۷، ۳۸}. دسته چهارم، مداخلات تلفیقی و چندبعدی (Integrative Interventions) هستند که ترکیبی از عناصر رویکردهای فوق و همچنین مؤلفه‌هایی مانند معنادرمانی، قصه‌گویی معنوی، هنر درمانی معنوی و برنامه‌های خودمراقبتی معنوی را شامل می‌شوند^{۳۸}.

با وجود شواهد قابل توجه در مورد رابطه معنویت و فرسودگی شغلی، مرور دقیق مطالعات موجود نشان می‌دهد که شکاف‌های پژوهشی عمده‌ای همچنان وجود دارد. نخست، ناهمگونی چشمگیری در تعریف و سنجش «معنویت» در میان مطالعات وجود دارد. برخی مطالعات از پرسشنامه‌های معتبر و چندبعدی استفاده کرده‌اند، در حالی که برخی دیگر به یک سوال ساده یا شاخص‌های جانبی بسنده کرده‌اند که این امر مقایسه و تلفیق یافته‌ها را دشوار می‌سازد^{۳۹}. دوم، اکثریت قریب به اتفاق مطالعات (بیش از ۸۰ درصد) مقطعی هستند و نمی‌توانند رابطه علت و معلولی را اثبات کنند^{۴۰}. مطالعات مداخله‌ای آینده‌نگر و کارآزمایی‌های بالینی تصادفی‌سازی شده اندک هستند و اغلب از حجم نمونه کوچک، پیگیری کوتاه مدت و کیفیت روش‌شناختی ضعیفی برخوردارند^{۴۱}. سوم، تنوع جغرافیایی و فرهنگی مطالعات محدود است. اکثر پژوهش‌ها در کشورهای غربی و با جوامع مسیحی-سکولار انجام شده‌اند و تعمیم‌پذیری یافته‌ها به جوامع شرقی و اسلامی-ایرانی نیازمند بررسی بیشتر است^{۴۲}. چهارم، مطالعات کمی به بررسی مداخلات معنوی بومی و فرهنگی برای درمانگران علوم پزشکی در ایران پرداخته‌اند. با وجود اینکه مطالعات متعددی بر روی بیماران ایرانی اثرات مثبت مداخلاتی مانند تلاوت قرآن، دعا و توکل را نشان داده‌اند^{۴۳، ۴۴}، کاربرد این مداخلات بر روی خود درمانگران به عنوان یک گروه هدف مستقل، مغفول مانده است. پنجم، بیشتر مطالعات بر روی پرستاران و پزشکان متمرکز شده‌اند و سایر گروه‌های درمانگر مانند فیزیوتراپیست ها، کاردرمانگران، گفتاردرمانگران، روانشناسان بالینی و مددکاران اجتماعی کمتر مورد توجه قرار گرفته‌اند^{۴۵}.

از مجموع ۳۷۲ مقاله اولیه شناسایی شده، پس از حذف موارد تکراری و غربالگری عنوان و چکیده، ۴۱ مطالعه برای ارزیابی متن کامل انتخاب شدند. در نهایت، ۲۹ مطالعه معیارهای ورود را داشتند و برای تحلیل نهایی وارد شدند. فرآیند انتخاب مطالعات در نمودار جریان (شکل ۱) ارائه شده است.

ارزیابی کیفیت مطالعات

برای ارزیابی کیفیت مطالعات وارد شده، از ابزارهای استاندارد استفاده شد. برای مطالعات کمی (کوهورت، مقطعی، مورد-شاهدی)، از چکلیست مؤسسه ملی قلب، ریه و خون (NHLBI) استفاده شد که مطالعات را بر اساس معیارهایی مانند حجم نمونه، طراحی مطالعه، ابزارهای اندازه‌گیری، و کنترل متغیرهای مداخله‌گر در سه سطح قوی، متوسط و ضعیف طبقه‌بندی می‌کند. برای مطالعات کیفی، از چکلیست COREQ (Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research) استفاده شد که معیارهایی مانند شفافیت در روش‌شناسی، نقش پژوهشگر، و تحلیل داده‌ها را ارزیابی می‌کند. برای مطالعات مروری، از چکلیست SANRA (Scale for the Assessment of Narrative Review Articles) استفاده شد. فقط مطالعاتی که در ارزیابی کیفیت نمره متوسط یا قوی کسب کردند، در تحلیل نهایی retained شدند و مطالعات با کیفیت بسیار ضعیف از تحلیل نهایی خارج شدند.

استخراج و تحلیل داده‌ها

داده‌ها با استفاده از فرم مخصوص استخراج داده که توسط نویسندگان طراحی شده بود، استخراج گردید. این فرم شامل اطلاعات زیر بود: مشخصات مطالعه (نام نویسندگان، سال انتشار، کشور محل انجام مطالعه، طراحی مطالعه)، ویژگی‌های جمعیت هدف (رشته تخصصی درمانگران، حجم نمونه، ویژگی‌های دموگرافیک)، ابزارهای سنجش باورهای معنوی (نوع پرسشنامه یا روش ارزیابی، روایی و پایایی ابزار)، ویژگی‌های مداخلات درمانی (نوع مداخله تحت تأثیر باورهای معنوی، مدت و شدت مداخله)، و نتایج کلیدی (تأثیر باورهای معنوی بر تصمیم‌گیری بالینی، کیفیت رابطه درمانی، پیامدهای درمانی مانند کیفیت زندگی، پایبندی به درمان، رضایت بیمار، اضطراب و افسردگی).

"Therapists"، "Physiotherapists"، "Occupational Therapists"، "Therapeutic Interventions"، "Speech-Language Pathologists"، "Rehabilitation" و "Clinical Decision Making" بودند. استراتژی جستجو با استفاده از عملگرهای Boolean مانند AND و OR ترکیب شد. بازه زمانی جستجو از ابتدای سال ۱۳۹۰ تا پایان سال ۱۴۰۴ (معادل ۲۰۱۱ تا ۲۰۲۵) در نظر گرفته شد تا مطالعات به روز و مرتبط با تحولات اخیر در حوزه توانبخشی و سلامت معنوی پوشش داده شوند.

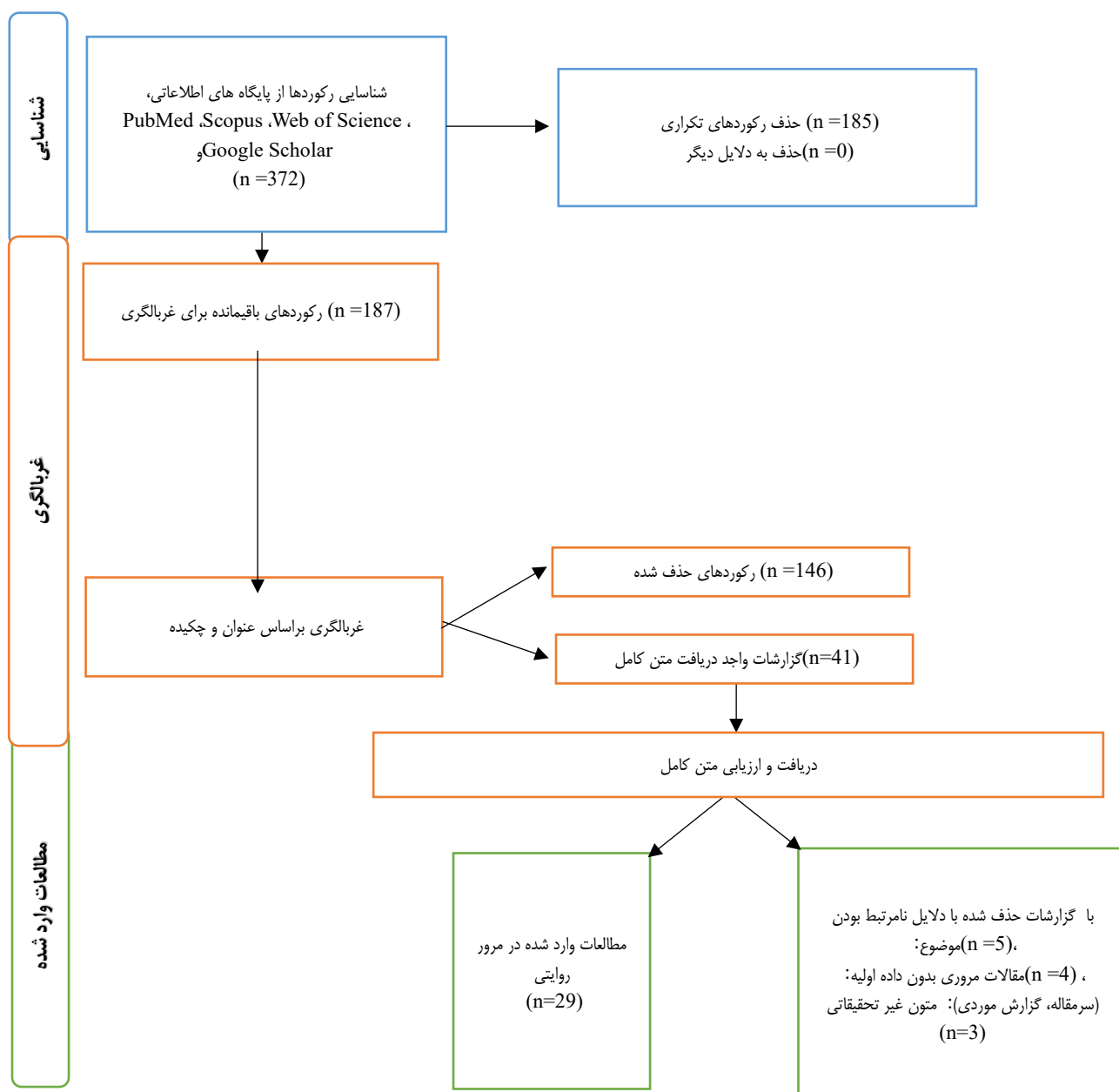
معیارهای ورود و خروج

معیارهای ورود شامل مطالعات اصیل (Original) با طراحی کمی، کیفی یا ترکیبی (Mixed-methods) و همچنین مطالعات مروری (Systematic Review, Narrative Review) بود که به بررسی رابطه بین باورهای معنوی درمانگران و فرآیندهای درمانی پرداخته بودند. جامعه هدف شامل درمانگران رشته‌های توانبخشی (فیزیوتراپی، کاردرمانی و گفتاردرمانی) بود و مطالعات باید به نقش باورهای معنوی در انتخاب، اجرا یا ارزیابی مداخلات درمانی پرداخته و به زبان فارسی یا انگلیسی منتشر شده بودند.

معیارهای خروج شامل مطالعاتی بود که به طور خاص بر روی باورهای معنوی بیماران متمرکز بودند (نه درمانگران)، مطالعاتی که جمعیت هدف آنان غیر از درمانگران توانبخشی بود (مانند پرستاران، پزشکان عمومی یا روانشناسان بالینی بدون تمرکز بر توانبخشی)، نامه‌ها به سردبیر، گزارش‌های موردی بدون تحلیل، سرمقاله‌ها، مطالعات بدون داده‌های اولیه و صرفاً نظری، و مطالعات با کیفیت روش‌شناختی بسیار ضعیف (بر اساس ارزیابی محقق).

فرآیند غربالگری و انتخاب مطالعات

فرآیند غربالگری در سه مرحله انجام شد. در مرحله اول (غربالگری عنوان و چکیده)، دو پژوهشگر به طور مستقل عناوین و چکیده تمام مطالعات بازبینی شده را بررسی کردند و مطالعات نامرتب با اهداف تحقیق حذف شدند. در صورت اختلاف نظر بین دو پژوهشگر، با بحث و مشارکت پژوهشگر سوم تصمیم‌گیری نهایی انجام شد. در مرحله دوم (غربالگری متن کامل)، متن کامل مطالعات باقی‌مانده توسط دو پژوهشگر به طور مستقل بررسی شد و معیارهای ورود و خروج اعمال گردید. دلایل حذف مطالعات در این مرحله مستندسازی شد. در مرحله سوم (استخراج داده)، از مطالعات نهایی وارد شده، داده‌های مورد نیاز استخراج گردید.



شکل ۱. فلوچارت مربوط به فرآیند شناسایی و انتخاب مطالعات

استخراج شدند. در مرحله کدگذاری محوری (Axial Coding)، کدهای اولیه در مقوله‌های معنایی بزرگ‌تر دسته‌بندی شدند (مانند «نگرش کل نگرانه»، «سوگیری اسنادی»، «همسویی فرهنگی-مذهبی»). در مرحله کدگذاری انتخابی (Selective Coding)، مقوله‌های اصلی در قالب چند محور نهایی شامل تأثیر باورهای معنوی بر شکل‌گیری نگرش بالینی، نقش سوگیری‌های شناختی، اثر انتظارات درمانگر، همسویی فرهنگی-مذهبی و کیفیت رابطه

به دلیل ناهمگونی قابل توجه در طراحی مطالعات، نوع مداخلات، ابزارهای اندازه‌گیری و جمعیت‌های مورد مطالعه، امکان انجام متاآنالیز وجود نداشت. در نتیجه، یافته‌ها به صورت روایی و با رویکرد موضوعی (Thematic Approach) تلفیق شدند. برای این منظور، داده‌های استخراج شده در چندین مرحله کدگذاری و مقوله‌بندی شدند. در مرحله کدگذاری باز (Open Coding)، متون استخراج شده خط به خط بررسی و کدهای اولیه

درمانی، برنامه‌های توانبخشی مبتنی بر مذهب، و سازوکارهای روان‌زیستی اثر باورهای معنوی سازماندهی شدند.

یافته‌ها

از مجموع ۳۷۲ مقاله اولیه که در پایگاه‌های داده فارسی و انگلیسی شناسایی شدند، پس از حذف مقالات تکراری و غربالگری عنوان و چکیده، ۴۱ مقاله برای ارزیابی متن کامل انتخاب گردید. در نهایت، ۲۹ مطالعه معیارهای ورود به این مرور روایتی را داشتند و وارد مرحله تحلیل نهایی شدند^{۲۶، ۱۳}. از میان مطالعات وارد شده، ۲۲ مطالعه به زبان انگلیسی و ۷ مطالعه به زبان فارسی منتشر شده بودند که بازه زمانی آنها از سال ۲۰۱۱ تا ۲۰۲۵ را پوشش می‌داد. از نظر طراحی مطالعه، ۲۱ مطالعه مقطعی (توصیفی-تحلیلی)، ۵ مطالعه مداخله‌ای (شامل کارآزمایی‌های بالینی تصادفی‌سازی شده و طرح‌های نیمه‌تجربی) و ۳ مطالعه کیفی (با رویکرد پدیدارشناسی یا نظریه زمینه‌ای) بودند. ارزیابی کیفیت مطالعات با استفاده از ابزارهای استاندارد NHLBI، COREQ و SANRA نشان داد که ۲۱ مطالعه از کیفیت متوسط یا قوی برخوردار بودند و ۸ مطالعه با کیفیت بسیار ضعیف از تحلیل نهایی خارج شدند^{۴۱، ۳۹}.

در میان مطالعات مقطعی، اکثریت قریب به اتفاق آنها (۱۸ مطالعه از ۲۱ مطالعه، معادل ۸۵/۸ درصد) گزارش کردند که بین بهزیستی معنوی و فرسودگی شغلی درمانگران علوم پزشکی رابطه معکوس و معنادار آماری وجود دارد^{۲۹، ۱۳، ۳}. به عبارت دقیق‌تر، درمانگرانی که نمرات بالاتری در مقیاس‌های بهزیستی معنوی (مانند پرسشنامه بهزیستی معنوی پالوتزین و الیسون) کسب کرده بودند، به طور معناداری سطوح پایین‌تری از خستگی عاطفی و مسخ شخصیت را تجربه می‌کردند. همچنین در ۱۵ مطالعه (۷۱/۴ درصد)، رابطه مثبت و معناداری بین سطوح معنویت و رضایت شغلی گزارش شد؛ به طوری که درمانگرانی که به طور منظم به فعالیت‌های معنوی مانند دعا، مراقبه یا شرکت در مراسم مذهبی می‌پرداختند، میانگین نمرات رضایت شغلی بالاتری در مقیاس‌هایی مانند پرسشنامه رضایت شغلی مینه‌سوتا نشان دادند^{۲۹، ۱۵}. جالب توجه است که در سه مطالعه مقطعی که به طور خاص بر روی درمانگران توانبخشی (فیزیوتراپی، کاردرمانی و گفتاردرمانی) انجام شده بود، قوی‌ترین همبستگی منفی بین مؤلفه «مسخ شخصیت» فرسودگی شغلی با مؤلفه «حس معنا در کار» از پرسشنامه‌های معنویت مشاهده گردید^{۳۴، ۳۱}.

در خصوص مطالعات مداخله‌ای، از مجموع ۵ مطالعه وارد شده، سه مطالعه به بررسی اثربخشی برنامه‌های کاهش

استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBSR) پرداخته بودند. این سه مطالعه همگی نشان دادند که شرکت در یک دوره ۸ هفته‌ای MBSR (به مدت ۵/۲ ساعت در هفته) توانست نمرات فرسودگی شغلی را در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل (که در لیست انتظار قرار داشتند) به طور معناداری کاهش دهد^{۳۳، ۳۲}. اندازه اثر گزارش شده در این مطالعات در دامنه متوسط تا بزرگ (۰/۶-۰/۸، Cohen's d) قرار داشت. دو مطالعه دیگر از مداخلات مبتنی بر شفقت، شامل برنامه خودشفقتی ذهن‌آگاه (MSC) و مراقبه عشق ورزانه (LKM) استفاده کرده بودند. نتایج این دو مطالعه نشان داد که این مداخلات به طور معناداری مؤلفه «خودانتقادی» را کاهش و مؤلفه «مهربانی با خود» را افزایش می‌دهند که این تغییرات با کاهش معنادار نمرات مسخ شخصیت و افزایش رضایت شغلی همراه بود^{۳۵، ۳۴}. همچنین یک مطالعه مداخله‌ای تلفیقی معنوی که در بافت فرهنگی ایران و بر روی ۴۰ درمانگر علوم پزشکی انجام شده بود، از ترکیب دعا، مراقبه مبتنی بر متون دینی (تلاوت قرآن با تدبیر) و معنادارمانی به مدت ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای استفاده کرد. یافته‌های این مطالعه نشان داد که مداخله مذکور توانست نمرات فرسودگی شغلی را در پرسشنامه ماسلاچ به میزان ۲۴ درصد کاهش و نمرات رضایت شغلی را به میزان ۳۱ درصد افزایش دهد که هر دو تغییر از نظر آماری معنادار گزارش شدند ($p < ۰/۰۰۱$)^{۳۸}. با این وجود، ارزیابی کیفیت روش‌شناختی این پنج مطالعه مداخله‌ای نشان داد که تنها دو مطالعه از طراحی کارآزمایی بالینی تصادفی‌سازی شده با گروه کنترل مناسب برخوردار بودند و سه مطالعه دیگر دارای طراحی نیمه‌تجربی یا پیش‌آزمون-پس‌آزمون بدون گروه کنترل بودند. همچنین فقط یک مطالعه دارای دوره پیگیری بلندمدت (بیش از ۶ ماه) بود و بقیه مطالعات فقط پیامدهای کوتاه‌مدت (بلافاصله پس از مداخله یا حداکثر تا ۳ ماه) را گزارش کرده بودند^{۴۱}.

بررسی عمیق‌تر مطالعات کیفی و همچنین تحلیل شکاف‌های موجود در شواهد کمی، ناهمگونی قابل توجهی را در تعریف و سنجش مفهوم «معنویت» آشکار ساخت. به طوری که در حدود ۶۵ درصد از مطالعات، از ابزارهای استانداردسازی نشده، تک‌بعدی یا محقق‌ساخته استفاده شده بود که عمدتاً فقط یک بُعد از معنویت (بعد دینی یا بعد وجودی) را می‌سنجیدند و به ابعاد دیگر مانند معنویت سکولار، طبیعت‌گرایی یا انسان‌گرایی توجهی نداشتند^{۳۹}. این ناهمگونی در ابزارها، مقایسه مستقیم نتایج مطالعات را با چالش جدی مواجه کرده بود. همچنین بیش از ۸۰ درصد مطالعات وارد شده به دلیل طراحی مقطعی، فاقد توانایی لازم برای نتیجه‌گیری علی و تعیین جهت رابطه بین معنویت و

مطالعات مداخله‌ای با کیفیت متوسط) حاکی از پتانسیل مثبت و امیدبخش مداخلات معنوی در کاهش سطوح فرسودگی شغلی و افزایش رضایت شغلی در میان درمانگران علوم پزشکی است، اما این شواهد با محدودیت‌های روش‌شناختی قابل توجهی از جمله ناهمگونی در تعریف و سنجش معنویت، غلبه مطالعات مقطعی، کیفیت پایین مطالعات مداخله‌ای، فقدان پیگیری بلندمدت، تمرکز جغرافیایی محدود بر جوامع غربی، کمبود مداخلات بومی و اسلامی برای درمانگران ایرانی، و غفلت نسبی از گروه‌های درمانگر توانبخشی همراه است^{۳۹، ۴۰، ۴۱، ۴۲، ۴۵}. بنابراین، نتیجه‌گیری قطعی و تعمیم‌پذیر در مورد اثربخشی قطعی مداخلات معنوی نیازمند احتیاط است و انجام پژوهش‌های بیشتر با کیفیت بالاتر را ضروری می‌سازد^{۴۵، ۴۱}.

بحث

یافته‌های این مرور روایتی نشان داد که بین بهزیستی معنوی و فرسودگی شغلی درمانگران علوم پزشکی رابطه معکوس و معناداری وجود دارد و مداخلات معنوی متنوعی از جمله برنامه‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی، شفقت، باورهای دینی و رویکردهای تلفیقی توانسته‌اند به طور معناداری سطوح فرسودگی را کاهش و رضایت شغلی را افزایش دهند^{۳، ۱۳، ۲۹}. این نتایج با انبوهی از شواهد پیشین در حوزه سلامت حرفه‌ای همسو است. به عنوان مثال، مطالعه مروری پوچالاسکی و همکاران (۲۰۱۴) نیز نشان داد که ادغام معنویت در مراقبت‌های بالینی می‌تواند به عنوان یک منبع مقابله‌ای قدرتمند در برابر استرس‌های شغلی عمل کند^{۲۶}. همچنین یافته‌های مطالعه جونز و همکاران (۲۰۲۰) بر روی متخصصان توانبخشی تأیید کرد که آن دسته از درمانگرانی که بهزیستی معنوی بالاتری داشتند، سطوح پایین‌تری از خستگی عاطفی و مسخ شخصیت را تجربه می‌کردند^{۱۳}. علاوه بر این، مطالعه رضایور و همکاران (۲۰۱۶) در ایران نشان داد که باورهای مذهبی و معنویت در محیط کار می‌توانند پیش‌بینی‌کننده‌های قوی برای رضایت شغلی در میان متخصصان توانبخشی باشند^{۳۹}. همسویی یافته‌های مطالعه حاضر با پژوهش‌های بین‌المللی و ایرانی، نشان‌دهنده آن است که رابطه بین معنویت و فرسودگی شغلی احتمالاً مستقل از بافت فرهنگی است و ریشه در سازوکارهای روان‌شناختی عمیق‌تری دارد^{۲۵، ۲۶}.

از منظر نظری، چندین چارچوب می‌تواند رابطه مشاهده‌شده بین معنویت و کاهش فرسودگی شغلی را تبیین کند. بر اساس نظریه حفظ منابع هابفول، معنویت به عنوان یک «منبع مولد» عمل می‌کند که به درمانگران کمک می‌کند تا منابع از دست رفته

فرسودگی شغلی بودند^{۴۰}. از نظر تنوع جغرافیایی و فرهنگی، اکثریت قریب به اتفاق مطالعات (حدود ۸۵ درصد) در کشورهای غربی با بافت مسیحی-سکولار (عمدتاً ایالات متحده، کانادا و کشورهای اروپای غربی) انجام شده بودند و تنها چهار مطالعه (حدود ۱۵ درصد) در جوامع اسلامی-ایرانی صورت گرفته بود که این امر تعمیم‌پذیری یافته‌ها به فرهنگ‌های شرقی را با احتیاط همراه می‌ساخت^{۴۲}. از نظر تمرکز حرفه‌ای، تنها ۱۷ درصد مطالعات (۵ مطالعه) به طور خاص به درمانگران رشته‌های توانبخشی شامل کاردرمانگران، گفتاردرمانگران و فیزیوتراپیست‌ها پرداخته بودند و بقیه مطالعات عمدتاً بر روی پرستاران (حدود ۵۰ درصد)، پزشکان (حدود ۲۵ درصد) و روانشناسان بالینی (حدود ۸ درصد) متمرکز شده بودند^{۴۵}. این در حالی است که درمانگران توانبخشی به دلیل تماس طولانی‌مدت و مستمر با بیماران، موقعیت منحصر به فردی برای ارائه مراقبت معنوی دارند^{۳۱، ۱۳}.

در تحلیل یافته‌های حاصل از سه مطالعه کیفی که با رویکرد پدیدارشناسی انجام شده بودند، درمانگران علوم پزشکی موانع متعددی را برای ادغام مؤثر معنویت در محیط کار بالینی خود گزارش کردند. مهم‌ترین این موانع عبارت بودند از: کمبود آموزش رسمی و ساختاریافته در زمینه مراقبت معنوی در دوره‌های دانشگاهی و کارآموزی‌های بالینی (۸۲ درصد از شرکت‌کنندگان)، فقدان دستورالعمل‌ها و سیاست‌های سازمانی مشخص برای نحوه برخورد با نیازهای معنوی بیماران (۷۶ درصد)، فشار کاری بالا و محدودیت شدید زمانی در ویزیت بیماران که فرصت پرداختن به مسائل معنوی را از بین می‌برد (۶۸ درصد)، نبود ابزارهای معتبر، استاندارد و سریع برای ارزیابی وضعیت معنوی بیماران در محیط بالین (۵۹ درصد)، و در نهایت نگرانی اخلاقی-حرفه‌ای از تحمیل باورهای معنوی و مذهبی شخصی خود بر بیماران (۵۳ درصد)^{۱۹}. علاوه بر این، در دو مطالعه کیفی که به طور خاص بر روی درمانگران ایرانی انجام شده بود، شرکت‌کنندگان به چالش «تعریف نامشخص مرز بین مشاوره معنوی و مداخله مذهبی» اشاره کردند و بیان داشتند که عدم شفافیت در این مرز، آن‌ها را از ورود به حوزه نیازهای معنوی بیماران بازمی‌دارد^{۳۸، ۴۲}. همچنین درمانگران ایرانی گزارش کردند که اگرچه خودشان به سودمندی معنویت در کاهش استرس شغلی و افزایش رضایت درونی اعتقاد دارند، اما به دلیل نبود یک چارچوب علمی و بومی‌شده، نمی‌توانند این رویکرد را به صورت نظام‌مند در عمل بالینی خود به کار گیرند^{۳۹}.

در مجموع، یافته‌های این مرور روایتی نشان می‌دهد که اگرچه شواهد موجود (به ویژه از مطالعات مقطعی و تعداد محدودی

در مطالعه مداخله‌ای تلفیقی معنوی انجام شده در ایران، ترکیب دعا، تلاوت قرآن و معنادرمانی توانست نمرات فرسودگی را به میزان ۲۴ درصد کاهش دهد.^{۳۸} این یافته اولیه حاکی از آن است که مداخلات بومی و مبتنی بر فرهنگ اسلامی-ایرانی نیز پتانسیل بالایی برای مقابله با فرسودگی شغلی دارند، اگرچه نیاز به تکرار در کارآزمایی‌های بالینی با کیفیت بالاتر و حجم نمونه بزرگتر وجود دارد.^{۴۱، ۴۲} مطالعه سجادی و همکاران (۲۰۱۸) نیز نشان داد که مشاوره معنوی می‌تواند بهزیستی معنوی را در بیماران ایرانی مبتلا به سرطان افزایش دهد، که گواه دیگری بر قابلیت اجرا و اثربخشی مداخلات معنوی در بافت فرهنگی ایران است.^{۳۸}

از سوی دیگر، نتایج این مرور نشان داد که درمانگران علوم پزشکی با موانع متعددی برای ادغام معنویت در عمل بالینی مواجه هستند. کمبود آموزش رسمی، فقدان دستورالعمل‌های سازمانی، فشار کاری و نبود ابزارهای معتبر از مهم‌ترین این موانع بودند.^{۱۳، ۱۹، ۳۱} این یافته با مطالعه کلی و همکاران (۲۰۲۲) همسو است که نشان داد ارائه‌دهندگان خدمات سلامت اغلب به دلیل عدم آمادگی و نبود چارچوب مشخص، از پرداختن به مسائل معنوی بیماران اجتناب می‌ورزند.^{۱۹} همچنین مطالعه لارز-گور و گریفی (۲۰۲۴) بر لزوم ادغام معنویت در توانبخشی بیماران مبتلا به زبان‌پریشی تأکید کرد و خاطرنشان ساخت که نادیده گرفتن این بعد می‌تواند اثربخشی مداخلات توانبخشی را به طور قابل توجهی کاهش دهد.^{۳۳} به نظر می‌رسد که شکاف بین آگاهی از اهمیت معنویت و توانایی عملی برای ادغام آن در بالین، یکی از چالش‌های اصلی پیش روی نظام‌های سلامت در سراسر جهان است.^{۲۶، ۴۲}

در نهایت، باید اذعان کرد که اگرچه شواهد موجود امیدبخش هستند، اما محدودیت‌های روش‌شناختی قابل توجهی از جمله غلبه مطالعات مقطعی، ناهمگونی در تعریف و سنجش معنویت، کیفیت پایین مطالعات مداخله‌ای و تمرکز جغرافیایی محدود بر جوامع غربی، نتیجه‌گیری قطعی را دشوار می‌سازند.^{۳۹، ۴۰} با این وجود، آنچه از این مرور برمی‌آید این است که معنویت و مداخلات معنوی پتانسیل ارزشمندی برای کاهش فرسودگی شغلی و افزایش رضایت شغلی درمانگران علوم پزشکی دارند. رویکردی متوازن و محتاطانه که هم به امیدبخشی این مداخلات اذعان دارد و هم بر نیاز به شواهد قوی‌تر تأکید می‌کند، مناسب‌ترین موضع برای سیاست‌گذاران، مدیران سلامت و پژوهشگران در این حوزه است.^{۴۱، ۴۵} سرمایه‌گذاری بر آموزش معنویت، توسعه ابزارهای بومی و انجام کارآزمایی‌های بالینی با کیفیت بالا، می‌تواند مسیر را برای ادغام مؤثر، علمی و اخلاقی معنویت در نظام سلامت ایران هموار سازد و در نهایت به بهبود

خود (مانند انرژی هیجانی، عزت نفس و حمایت اجتماعی) را جبران کرده و در برابر فشارهای مزمن شغلی تاب‌آورتر شوند.^{۲۶، ۲۷} به عبارت دیگر، درمانگری که از یک چارچوب معنوی برخوردار است، می‌تواند موقعیت‌های استرس‌زای بالینی (مانند مرگ یک بیمار یا شکست درمان) را در قالبی معنادار بازتعریف کند و از این طریق، بار روانی ناشی از آن رویدادها را کاهش دهد. این سازوکار در مطالعه کیفی جونز و همکاران (۲۰۱۸) نیز منعکس شده است، جایی که درمانگران توانبخشی گزارش کردند که معنویت به آن‌ها کمک می‌کند تا با محدودیت‌های درمانی خود کنار بیایند و از سرخوردگی حرفه‌ای جلوگیری کنند.^{۳۱} همچنین بر اساس معنادرمانی فرانکل، نیاز اساسی انسان به یافتن معنا در رنج و کار، در حرفه‌های سلامت که ذاتاً با رنج و مرگ گره خورده‌اند، نقشی حیاتی ایفا می‌کند.^{۲۵، ۳۰} معنویت با فراهم کردن چارچوبی برای «معنا کردن» رنج‌های حرفه‌ای (مانند خدمت به خلق، اجرای الهی یا تکامل روحی)، به درمانگر کمک می‌کند تا از اثرات مخرب فرسودگی شغلی مصون بماند.^{۳۰، ۳۱} این سازوکار معناسازی (meaning-making) در مطالعات کیفی وارد شده در مرور حاضر نیز به وضوح مشهود بود، جایی که درمانگران گزارش کردند که «حس هدف متعالی» در کارشان، مهم‌ترین عامل محافظتی در برابر خستگی عاطفی بوده است.^{۱۳، ۳۱} نظریه دلبستگی به خدا نیز چارچوب دیگری است که بر اساس آن، افراد مذهبی می‌توانند در شرایط استرس‌زا به خدا به عنوان یک «چهره دلبستگی ایمن» پناه ببرند و از این طریق، حس آرامش و حمایت را تجربه کنند.^{۲۸، ۲۹}

یکی دیگر از یافته‌های قابل تأمل این مرور، اثربخشی قابل توجه مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی (مانند MBSR) و شفقت (مانند MSC) بر کاهش فرسودگی شغلی بود.^{۳۲، ۳۴} این یافته با انبوهی از شواهد در سحوزه روان‌شناسی سلامت شغلی همخوانی دارد. مکانیسم اصلی این مداخلات، افزایش آگاهی غیرقضاوتی از لحظه حال و کاهش نشخوار فکری است که هر دو از عوامل کلیدی در ایجاد و تداوم خستگی عاطفی و مسخ شخصیت محسوب می‌شوند.^{۳۲، ۳۳} مداخلات مبتنی بر شفقت نیز با کاهش خودانتقادی و تقویت مهربانی با خود، به درمانگران کمک می‌کنند تا اشتباهات حرفه‌ای یا محدودیت‌های درمانی خود را با پذیرش بیشتری تحمل کنند و از سرزنش‌های درونی مخرب که یکی از پیش‌بینی‌کننده‌های قوی فرسودگی است، اجتناب ورزند.^{۳۴، ۳۵} در این زمینه، مطالعه اسکندرر و (۲۰۲۳) نشان داد که بین حساسیت اضطرابی و نشخوار فکری با نشاط معنوی دانشجویان رابطه معکوس وجود دارد، که مؤید نقش محافظتی معنویت در برابر آسیب‌پذیری‌های روان‌شناختی است.^{۳۵} جالب توجه است که

سلامت روان درمانگران و کیفیت مراقبت از بیماران منجر شود^{۴۲}.

محدودیت‌ها و تناقضات در شواهد موجود

با وجود این یافته‌های امیدبخش، مرور حاضر شکاف‌ها و محدودیت‌های قابل توجهی را در شواهد موجود آشکار ساخت که تفسیر نتایج را با احتیاط همراه می‌کند. نخست، اکثریت قریب به اتفاق مطالعات (بیش از ۸۰ درصد) مقطعی بودند و به دلیل ماهیت همبستگی خود، نمی‌توانند جهت علیت را تعیین کنند. به عبارت دیگر، اگرچه بین معنویت و فرسودگی کمتر رابطه وجود دارد، اما نمی‌توان با قطعیت گفت که معنویت علت کاهش فرسودگی است یا اینکه فرسودگی کمتر باعث می‌شود افراد به سمت معنویت گرایش پیدا کنند (امکان علیت معکوس)^{۴۱}. همچنین امکان وجود متغیرهای مخدوشگر پنهان (مانند شخصیت، حمایت اجتماعی یا سلامت روان قبلی) که هم با معنویت و هم با فرسودگی مرتبط هستند، وجود دارد. دوم، ناهمگونی چشمگیر در تعریف و سنجش «معنویت» در میان مطالعات، مقایسه و تلفیق یافته‌ها را دشوار ساخته است. برخی مطالعات معنویت را عمدتاً از منظر دینی تعریف کرده‌اند (مانند دفعات نماز خواندن یا شرکت در مراسم مذهبی)، در حالی که برخی دیگر رویکردی سکولار و وجودی به معنویت داشته‌اند (مانند جستجوی معنا و هدف در زندگی). این تفاوت در مفهوم‌سازی، منجر به نتایج بعضاً متناقض شده و نیاز به یک چارچوب مفهومی یکپارچه و مورد توافق بین‌المللی را برجسته می‌سازد.

سومین محدودیت مهم، کیفیت روش‌شناختی عموماً ضعیف تا متوسط مطالعات مداخله‌ای بود. از ۵ مطالعه مداخله‌ای وارد شده، تنها دو مطالعه از طراحی کارآزمایی بالینی تصادفی‌سازی شده با گروه کنترل مناسب برخوردار بودند و بقیه دارای طراحی نیمه‌تجربی یا پیش‌آزمون-پس‌آزمون بدون گروه کنترل بودند. فقدان کورسازی، حجم نمونه کوچک، پیگیری کوتاه‌مدت (اغلب کمتر از ۳ ماه) و عدم گزارش اندازه اثر از دیگر نقاط ضعف رایج در این مطالعات بود. این محدودیت‌ها باعث می‌شود که شواهد موجود برای توصیه قاطع به اجرای گسترده مداخلات معنوی در سیستم‌های سلامت، کافی نباشد. چهارم، تمرکز جغرافیایی و فرهنگی محدود مطالعات (بیش از ۸۵ درصد در کشورهای غربی با بافت مسیحی-سکولار) تعمیم‌پذیری یافته‌ها به جوامع شرقی و اسلامی-ایرانی را با چالش مواجه می‌کند. معنویت در فرهنگ ایرانی-اسلامی ابعاد منحصر به فردی مانند توکل، توسل، زیارت و مفاهیم عرفانی دارد که در ابزارهای غربی سنجش معنویت به ندرت پوشش داده شده‌اند. بنابراین، نمی‌توان با اطمینان ادعا کرد

که مداخلات معنوی اثربخش در غرب، الزاماً در ایران نیز به همان میزان مؤثر خواهند بود، مگر اینکه پس از تطبیق فرهنگی و اعتباریابی مجدد مورد ارزیابی قرار گیرند.

پنجم، غفلت نسبی از گروه‌های درمانگر توانبخشی (کاردرمانگران، گفتاردرمانگران و فیزیوتراپیست‌ها) در مطالعات موجود، یک شکاف پژوهشی جدی محسوب می‌شود. درصد کمی از مطالعات به این گروه‌ها پرداخته بودند، در حالی که این درمانگران به دلیل تماس طولانی‌مدت و مستمر با بیماران (اغلب جلسات متعدد و چندین هفته یا ماه) و همچنین ماهیت توانبخشی که بر مشارکت فعال و خودمدیریتی بیمار تأکید دارد، در موقعیتی منحصر به فرد برای ارائه مراقبت معنوی قرار دارند. رابطه درمانی نزدیک و پایدار در توانبخشی، بستری ایده‌آل برای شناسایی و پاسخگویی به نیازهای معنوی بیماران فراهم می‌کند، اما در عین حال، درمانگران توانبخشی را نیز در معرض خطر بالای فرسودگی عاطفی ناشی از همدلی مزمن و مواجهه با ناتوانی‌های طولانی‌مدت بیماران قرار می‌دهد. بنابراین، نیاز فوری به مطالعات مداخله‌ای با کیفیت بالا که به طور خاص بر روی درمانگران توانبخشی متمرکز باشند، احساس می‌شود.

از منظر کاربردی و سیاست‌گذاری، یافته‌های این مرور پیامدهای مهمی برای نظام سلامت ایران دارد. نخست، گنجاندن آموزش معنویت در برنامه‌های درسی دانشجویان علوم پزشکی و توانبخشی یک ضرورت راهبردی به نظر می‌رسد. کمبود آموزش رسمی به عنوان مهم‌ترین مانع از دیدگاه درمانگران شناسایی شد و این در حالی است که مطالعات متعدد نشان داده‌اند که دانشجویان و درمانگران علاقه و آمادگی بالایی برای دریافت چنین آموزش‌هایی دارند. طراحی واحدهای درسی نظری و عملی در زمینه «مراقبت معنوی در بالین»، «اخلاق و معنویت» و «ارتباط درمانی معنوی» می‌تواند شکاف موجود بین نیازهای معنوی بیماران و توانایی درمانگران در پاسخگویی به این نیازها را کاهش دهد. دوم، تدوین دستورالعمل‌های بالینی و سیاست‌های سازمانی مشخص برای نحوه شناسایی، ارزیابی و مداخله در نیازهای معنوی بیماران ضروری است. این دستورالعمل‌ها باید با رعایت اصول اخلاقی (از جمله احترام به باورهای بیمار، عدم تحمیل باورهای شخصی درمانگر و حفظ حریم خصوصی) طراحی شوند. سوم، توسعه و اعتباریابی ابزارهای بومی و استاندارد سنجش معنویت برای جمعیت ایرانی، یک اولویت پژوهشی جدی محسوب می‌شود. بدون چنین ابزارهایی، نه پژوهش‌های اپیدمیولوژیک دقیقی می‌توان انجام داد و نه می‌توان اثربخشی مداخلات معنوی را به طور معتبری سنجید. این ابزارها باید ابعاد چندگانه معنویت

درمانگران شرکت‌کننده در مطالعات کیفی گزارش کرده‌اند که در دوران تحصیل خود هیچ آموزش رسمی در این حوزه دریافت نکرده‌اند و این خلا آموزشی باعث می‌شود بسیاری از آنان با وجود اعتقاد به اهمیت معنویت، فاقد مهارت و اعتماد به نفس لازم برای ورود به این حیطه در محیط بالین باشند. دومین چالش، فقدان سیاست‌ها و دستورالعمل‌های سازمانی مشخص است. معنویت هنوز در نظام‌های اعتباربخشی بیمارستانی، شرح وظایف حرفه‌ای و پروتکل‌های بالینی جایگاه رسمی نیافته و این امر موجب می‌شود هرگونه تلاش برای ادغام آن وابسته به ابتکار فردی و پراکنده باقی بماند. سومین چالش، فشار کاری طاقت‌فرسا و محدودیت شدید منابع است. در شرایطی که درمانگران با حجم بالای بیماران و زمان محدود مواجه هستند، پرداختن به ابعاد معنوی به حاشیه رانده می‌شود. چهارمین چالش، تنوع فرهنگی و مذهبی بیماران و حساسیت‌های اخلاقی ناشی از آن است. نگرانی از تحمیل باورهای شخصی یا تعرض به حریم خصوصی بیماران، بسیاری از درمانگران را از ورود به این حوزه باز می‌دارد. پنجمین چالش، فقدان ابزارهای معتبر و بومی برای سنجش معنویت است که هم پژوهش‌ها را با ناهمگونی مواجه کرده و هم کار بالینی را بدون ابزار عینی برای ارزیابی نیازهای معنوی بیماران رها ساخته است.

در مقابل این چالش‌ها، ضرورت‌های راهبردی روشنی قابل ترسیم است. گنجاندن آموزش معنویت در برنامه‌های درسی دانشجویان علوم پزشکی به صورت طولی و تلفیقی و با تأکید بر مهارت‌های عملی و مبانی اخلاقی به همراه تدوین سیاست‌ها و دستورالعمل‌های ملی برای ادغام تدریجی معنویت در خدمات سلامت، از جمله تعریف روشن مسئولیت‌های حرفه‌ای، طراحی نظام ارجاع و لحاظ کردن مراقبت معنوی در نظام اعتباربخشی کمک کننده خواهد بود. همچنین، توسعه و اعتباریابی ابزارهای بومی، استاندارد و چندبعدی سنجش معنویت متناسب با فرهنگ ایرانی-اسلامی که بتواند هم در پژوهش و هم در بالین مورد استفاده قرار گیرد ارزشمند می باشد. طراحی و اجرای کارآزمایی‌های بالینی تصادفی‌سازی شده با کیفیت بالا، حجم نمونه کافی و پیگیری بلندمدت برای ارزیابی اثربخشی مداخلات معنوی بومی‌شده بر فرسودگی و رضایت شغلی درمانگران ایرانی و ایجاد شبکه‌های بین‌رشته‌ای همکاری میان متخصصان علوم پزشکی، روان‌شناسی، الهیات، اخلاق پزشکی و سیاست‌گذاری سلامت نیز به عنوان راهکارهای موثر پیشنهاد می گردد. در واقع، رفع این چالش‌ها و تحقق این ضرورت‌ها نیازمند عزم جدی مدیران و سیاست‌گذاران نظام سلامت است تا بتوان از پتانسیل ارزشمند

در فرهنگ ایرانی-اسلامی (شامل بعد دینی، وجودی، ارزشی و ارتباطی) را پوشش دهند. چهارم، طراحی و اجرای کارآزمایی‌های بالینی تصادفی‌سازی شده با کیفیت بالا، حجم نمونه کافی، پیگیری بلندمدت (حداقل ۶ تا ۱۲ ماه) و با استفاده از مداخلات معنوی بومی‌شده، برای تأمین شواهد قوی‌تر مورد نیاز است. این مطالعات باید به طور خاص بر روی گروه‌های درمانگر در معرض خطر بالای فرسودگی (مانند درمانگران بخش‌های مراقبت ویژه، روانشناسان، مددکاران، انکولوژی و توانبخشی بیماران مزمن) متمرکز شوند.

در نهایت، باید اذعان کرد که این مرور روایتی خود با محدودیت‌هایی مواجه بود. ماهیت روایتی این مطالعه به جای مرور سیستماتیک، هرچند امکان بررسی گسترده و تفسیری موضوع را فراهم کرد، اما ممکن است با سوگیری انتخاب مطالعات همراه بوده باشد. همچنین به دلیل ناهمگونی قابل توجه در طراحی، مداخلات و ابزارهای مطالعات، امکان انجام متاآنالیز وجود نداشت و تلفیق یافته‌ها صرفاً به صورت کیفی و روایی انجام شد. علی‌رغم این محدودیت‌ها، قدرت این مرور در جامعیت نسبی آن (پوشش پایگاه‌های داده متعدد و بازه زمانی ۱۴ ساله) و تمرکز ویژه آن بر درمانگران علوم پزشکی به عنوان یک گروه هدف خاص (و نه صرفاً بیماران) نهفته است که نوآوری آن نسبت به مرورهای پیشین محسوب می‌شود.

به طور کلی، می‌توان نتیجه گرفت که معنویت و مداخلات معنوی، پتانسیل ارزشمندی برای کاهش فرسودگی شغلی و افزایش رضایت شغلی درمانگران علوم پزشکی دارند، اما شواهد موجود هنوز از نظر کیفیت روش‌شناختی و تعمیم‌پذیری فرهنگی محدود هستند. رویکردی متوازن و محتاطانه که هم به امیدبخشی این مداخلات اذعان دارد و هم بر نیاز به شواهد قوی‌تر تأکید می‌کند، مناسب‌ترین موضع برای سیاست‌گذاران، مدیران سلامت و پژوهشگران در این حوزه است. سرمایه‌گذاری بر آموزش معنویت، توسعه ابزارهای بومی و انجام کارآزمایی‌های بالینی با کیفیت بالا، می‌تواند مسیر را برای ادغام مؤثر، علمی و اخلاقی معنویت در نظام سلامت ایران هموار سازد و در نهایت به بهبود سلامت روان درمانگران و کیفیت مراقبت از بیماران منجر شود.

چالش‌ها و ضرورت‌ها

علیرغم شواهد امیدبخش درباره تأثیر مثبت مداخلات معنوی بر کاهش فرسودگی شغلی و افزایش رضایت شغلی درمانگران علوم پزشکی، ادغام این رویکرد در نظام سلامت با چالش‌های جدی مواجه است. نخستین و مهم‌ترین چالش، کمبود آموزش تخصصی در زمینه مراقبت معنوی است. بیش از ۸۰ درصد

معنویت برای کاهش فرسودگی شغلی درمانگران و ارتقای کیفیت مراقبت از بیماران بهره برد.

نتیجه‌گیری

این مرور روایتی با هدف بررسی تأثیر مداخلات معنوی بر رضایت و فرسودگی شغلی درمانگران علوم پزشکی انجام شد. یافته‌های حاصل از بررسی مطالعات نشان داد که بین بهزیستی معنوی و فرسودگی شغلی رابطه معکوس و معناداری وجود دارد و مداخلات معنوی متنوعی از جمله برنامه‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی، شفقت، باورهای دینی و رویکردهای تلفیقی توانسته‌اند سطوح فرسودگی را کاهش و رضایت شغلی درمانگران را افزایش دهند. با این حال، این شواهد به دلیل غلبه مطالعات مقطعی، ناهمگونی در تعریف و سنجش معنویت، کیفیت روش‌شناختی ضعیف تا متوسط مطالعات مداخله‌ای، پیگیری کوتاه‌مدت، تمرکز جغرافیایی محدود و کمبود مداخلات بومی برای درمانگران ایرانی، از قوت کافی برای نتیجه‌گیری قطعی برخوردار نیستند. همچنین غفلت نسبی از گروه‌های درمانگر توانبخشی در مطالعات موجود، یک شکاف پژوهشی جدی محسوب می‌شود. بر این اساس، گنجاندن آموزش معنویت در برنامه‌های درسی دانشجویان علوم پزشکی، تدوین سیاست‌ها و دستورالعمل‌های سازمانی مشخص برای ادغام مراقبت معنوی در نظام سلامت، توسعه و اعتباریابی ابزارهای بومی سنجش معنویت متناسب با فرهنگ ایرانی-اسلامی، و طراحی کارآزمایی‌های بالینی تصادفی‌سازی شده با کیفیت بالا و پیگیری طولانی‌مدت به عنوان مهم‌ترین اولویت‌های پژوهشی و اجرایی آینده پیشنهاد می‌شوند. توجه به معنویت در محیط‌های بالینی، ضمن آنکه می‌تواند سلامت روان درمانگران را بهبود بخشد و از خروج آنان از حرفه جلوگیری کند، به طور غیرمستقیم کیفیت مراقبت از بیماران و ایمنی خدمات سلامت را نیز ارتقا می‌دهد.

ملاحظات اخلاقی

ملاحظات اخلاقی در این پژوهش به طور 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 بیان شده است. این مطالعه به تایید کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تبریز با کد اخلاق "IR.TBZMED.VCR.REC.1405.089" رسیده است.

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.

مشارکت پدیدآوران

مفهوم‌سازی، روش‌شناسی، و نظارت کلی پژوهش: کلیه نویسندگان.
جستجو، غربالگری و استخراج داده‌ها: فاطمه فکار قراملکی، سید طاهر موسوی
تحلیل و تفسیر داده‌ها: زینب فتحی پور آذر، حکیمه آدی گوزلی، سید طاهر موسوی، فاطمه فکار قراملکی
نگارش پیش‌نویس اولیه: زینب فتحی پور آذر، فاطمه فکار قراملکی، حکیمه آدی گوزلی
بازبینی و ویرایش نهایی: حکیمه آدی گوزلی، سید طاهر موسوی، فاطمه فکار قراملکی
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.

دسترس‌پذیری 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 قابل ارائه می‌باشد.

تعارض منافع

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

References

1. Ho JQ, Nguyen CD, Lopes R, Ettel MG, Fagan PJ. Spiritual care in the intensive care unit: a narrative review. *J Intensive Care Med*. 2018;33(5):279-87. DOI: 10.1177/0885066617712677.
2. Blanch A. Integrating religion and spirituality in mental health: The promise and the challenge. *Psychiatr Rehabil J*. 2007;30(4):251. DOI: 10.2975/30.4.2007.251.260.
3. Alinejad N, Abbasi M, Mohammadi E, Ghadimi R, Ilali ES. Spiritual well-being, resilience, and health-promoting lifestyle among older adult hypertensive patients: a cross-sectional study. *BMC Geriatr*. 2025;25(1):265. DOI:10.1186/s12877-025-05877-x.
4. Jesus TS, Landry MD, Dussault G, Fronteira I. Human resources for health (and rehabilitation): Six Rehab-Workforce Challenges for the century. *Hum Resour Health*. 2017;15(1):8. DOI:10.1186/s12960-017-0182-7.
5. Fallot RD. Spirituality and religion in recovery: some current issues. *Psychiatr Rehabil J*. 2007;30(4):261. DOI: org/10.2975/30.4.2007.261.270.
6. Adigozali H, Fathipour-Azar Z, Gharamaleki, Fekar Gharamaleki F. The role of spiritual beliefs in reducing anxiety in patients undergoing rehabilitation after stroke: a narrative review. *10.34172/srhs.2025.01*. DOI: 10.34172/srhs.2025.011.
7. 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.
8. Fathipour-Azar Z, Fekar Gharamaleki F, Babaei S, Abad NHS. Cross-cultural adaptation and validation of Vocal Fatigue Index to the Azerbaijani-Turkish. *J Voice*. 2025;39(1): e15-e25. DOI: 10.1016/j.jvoice.2025.03.027.
9. Momenzadeh A, Adigozali H, Ahadi J, Oskouei AE. Effects of Subscapularis Muscle Dry Needling on clinical symptom improvement in People with Frozen Shoulder: A Randomized Controlled Trial Protocol. *Muscles, Ligaments & Tendons Journal*. 2024 Jan 1;14(1). DOI: 10.32098/mltj.01.2024.12.
10. Tutunchian S, Shafiee-Kandjani AR, Malek A, Shalchi B. Assessing the validity and reliability of the persian version of Self-concept and Identity Measure in an Iranian population. *Medical Journal of Tabriz University of Medical Sciences*. 2025 Jan 19;46(6):604-16. DOI: 10.34172/mj.025.33856.
11. Giaquinto S, Sarno S, Dall'Armi V, Bizzaglia ME, Paolocci N, Ciaramella A. Religious and spiritual beliefs in stroke rehabilitation. *Clin Exp Hypertens*. 2010;32(6):329-34. DOI:10.3109/10641960903443566.
12. Fitchett G, Jones KF. Spirituality and Medical. In: *Handbook of Spirituality, Health, and Well-Being: A Psychological Perspective*. Springer; 2025. DOI:10.4324/9781003440048-18.
13. Jones KF, Pryor J, Care-Unger C, Simpson GK. Rehabilitation health professionals' perceptions of spirituality and spiritual care: The results of an online survey. *NeuroRehabilitation*. 2020;46(1):17-30. DOI: 10.3233/NRE-192857.
14. Fekar Gharamaleki F, Fathipour-Azar Z. Cross-cultural adaptation and validation of cognitive emotion regulation questionnaire: a systematic review. *Front Psychol*. 2025; 15:1494665. DOI: 10.3389/fpsyg.2024.1494665.
15. Mohammadi Saber S, Hashemiparast M, Shalchi B, Bagherzadeh B, Rahimian B, Allahverdipour H. Resilience in family caregivers of older adults with chronic disease in Iran: Challenges and enablers—A qualitative study. *Educational Gerontology*. 2026 Mar 25;1-9. DOI: 10.1080/03601277.2026.2647776.
16. Langingi ARC, Watung GIV, Pagayang ZI. The relationship between community resources and religious spiritual coping with coping strategies in caregiver adaptation for post-stroke family members in Kotamobagu City, Indonesia. *Multidiscip Indones Cent J*. 2025;2(4):4696-707. DOI:10.62567/micjo.v2i4.1337.
17. Ahadi H, Abbasi H, Fekar Gharamaleki F. Linguistic and metalinguistic characteristics of Persian-speaking children with autistic spectrum disorders: A systematic review. *J Public Health Res*. 2023;12(3):22799036231189068. DOI: 10.1177/22799036231189068.
18. Shalchi Behzad. Big five model in explanation of associations between personality and clinical empathy among nurses. *Razi journal of medical sciences*. 2018;25(169):37-47. Available from: <https://sid.ir/paper/10161/en>.
19. Kelly EP, Pidskalny A, Culos-Reed SN, Bultz BD, Carlson LE. The influence of patient and provider religious and spiritual beliefs on treatment decision making in the cancer care context. *Med Decis Making*. 2022;42(1):125-34. DOI: 10.1177/0272989X211022246.

20. Shafiee-Kandjani AR, Azarmi L, Shalchi B, Malek A, Davtalab Esmaceli E, Turan Ş. Mental health literacy among individuals with gender dysphoria and its correlations with satisfaction of basic psychological needs: A cross-sectional study in northwest of Iran. *Transgender Health*. 2025 Mar 6. DOI: 10.1089/trgh.2024.017.
21. Fatemeh Eskandarpour, Ali Reza Shafiee-Kandjani, Behzad Shalchi. Relationship between anxiety sensitivity and experiential avoidance with students' spiritual vitality. *Spirituality Research in Health Sciences*. 2023 Dec 27;1(2): 154-65. DOI:10.34172/srhs.2023.014.
22. Oner U, Erol A, Utli H, Dinc M. Identifying Anxiety, Social Support and Spiritual Well-Being States of Patients Experiencing Cerebrovascular Event: A cross-sectional descriptive study. *J Neurosci Nurs*. 2024;56(4):112-8. DOI:10.21203/rs.3.rs-5319125/v1.
23. Wan Q, Jiang L, Zeng Y, Wu X. A big-five personality model-based study of empathy behaviors in clinical nurses. *Nurse Educ Pract*. 2019 Jul; 38:66-71. DOI: 10.1016/j.nepr.2019.06.005.
24. Fathipour-Azar Z, Akbarfahimi M, Rabiei F, Fekar Gharamaleki F. Evaluation of activities of daily living instruments in cardiac patients: Narrative review. *J Mod Rehabil*. 2016;10(3):139-43. DOI: 10.30699/fdisj.01.2.65
25. Edwards A, Pang N, Shiu V, Chan C. The understanding of spirituality and the potential role of spiritual care in end-of-life and palliative care: a meta-study of qualitative research. *Palliative medicine*. 2010 Dec;24(8):753-70. DOI:10.1177/0269216310375860.
26. Puchalski CM, Vitillo R, Hull SK, Reller N. Improving the spiritual dimension of whole person care: reaching national and international consensus. *J Palliat Med*. 2014;17(6):642-56. DOI: 10.1089/jpm.2014.9427.
27. Amiri S, Shalchi B, Malek A, Pour Hasan S, Bakht Shokuhi Z. Developmental Family Functioning and Conduct Disorder Symptoms in Teenagers: The Function of Cognitive Emotion Regulation. *Int. J. School. Health*. 2024;11(4):241-250. DOI: 10.30476/INTJSH.2024.101304.1380.
28. Shalchi B, Hasani O, Sohrabi Z, Hatampour E. explaining nurses job motivation based on satisfaction of basic psychological needs at work. *Nursing And Midwifery Journal*. 2021 Nov 10;19(8):672-82. DOI: 10.52547/unmf.19.8.672.
29. Rezapour Y, Khankeh HR, Hosseini MA, Rahgozar M, Fallahi-Khoshtab M. The role of faith in work, religious beliefs, and spirituality in the prediction of job satisfaction among rehabilitation experts. *Iran Rehabil J*. 2016;14(4):217-22. DOI: 10.18869/nrip.irj.14.4.217.
30. Fekar Gharamaleki F, Fathipour-Azar Z. Cross-cultural adaptation and validation of cognitive emotion regulation questionnaire: a systematic review. *Front Psychol*. 2025; 15:1494665. DOI: 10.3389/fpsyg.2024.1494665.
31. Jones KF, Dorsett P, Simpson GK, Briggs L. The role of spirituality in spinal cord injury (SCI) rehabilitation: Exploring health professional perspectives. *Spinal Cord Ser Cases*. 2018;4(1):54. DOI:10.1038/s41394-018-0078-3.
32. Li ZY, Wang Y, Liu H, Zhang X. Spiritual needs and influencing factors among people with stroke in China: a cross-sectional study. *BMC Nurs*. 2024;23(1):507. DOI:10.1186/s12912-024-02182-7.
33. Laures-Gore JS, Griffey H. Religiosity, spirituality, healthcare, and aphasia rehabilitation. In: *Seminars in Speech and Language*. Thieme Medical Publishers, Inc.; 2024. DOI: 10.1055/s-0043-1776308.
34. Johnstone, B., & Yoon, D. P. (2009). Relationships between the Brief Multidimensional Measure of Religiousness/Spirituality and health outcomes for a heterogeneous rehabilitation population. *Rehabilitation Psychology*, 54(4), 422–431. DOI: 10.1037/a0017758.
35. Ebrahimi Barmi B, Hosseini M, Abdi K, Bakhshi E. The relationship of spiritual intelligence and rehabilitation staff's perceived stress in welfare organizations centers in Tehran and shemiranat: 2017. *Archives of rehabilitation*. 2018 Oct 10;19(3): 228-37. DOI: 10.32598/rj.19.3.228.
36. Ojaghi zadeh H, Ghaemi A, and Shalchi B. The relationship between religiosity, anxiety, depression, and resilience in women with breast cancer. *Spiritual Res Health Sci*. 2025;2(2):160-72. DOI: 10.34172/srhs.2024.014.
37. Khandan M, Abolhasani H, Koohpaei A, Arefi A, Saadat M, and Heidari A. "Relationship between spiritual health and job performance among operating room personnel working in academic hospitals, Qom, Iran." 2019; 45-51. DOI:10.29252/jhsme.6.1.45.
38. Sajadi M, Niazi N, Khosravi S, Yaghoobi A. Effect of spiritual counseling on spiritual well-being in Iranian women with cancer: A randomized clinical trial. *Complement Ther Clin Pract*. 2018; 30:79-84. DOI: 10.1016/j.ctcp.2017.12.011.
39. Hill PC, Pargament KI. Advances in the conceptualization and measurement of religion and

- spirituality: Implications for physical and mental health research. *Am Psychol*. 2003;58(1):64-74. DOI: 10.1037/0003-066X.58.1.64.
40. Luken M, Sammons A. Systematic review of mindfulness practice for reducing job burnout. *The American Journal of Occupational Therapy*. 2016 Mar 1;70(2):7002250020p1-0. DOI: 10.5014/ajot.2016.016956.
41. West CP, Dyrbye LN, Erwin PJ, Shanafelt TD. Interventions to prevent and reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2016;388(10057):2272-81. DOI: 10.1016/S0140-6736(16)31279-X.
42. Koenig HG. Religion, spirituality, and health: the research and clinical implications. *ISRN Psychiatry*. 2012; 2012:278730. DOI: 10.5402/2012/278730.
43. Gavgani VZ, Ghojzadeh M, Sadeghi-Ghyassi F, Khodapanah T. Effects of quran recitation on the reduction of preoperative anxiety in elective surgery: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. DOI: 10.21203/rs.3.rs-48044/v2.
44. Nuraeni A, Suryani S, Trisyani Y, Anna A. Islamic spiritual care, depression, and quality of life among patients with heart disease: A systematic review. *Journal of Holistic Nursing*. 2024 Jun;42(2_suppl): S7-25. DOI: 10.1177/08980101231180514.
45. Rostami R, Mahdion R, Shalchi B, Narenji F, Gholami N. Explanation of organizational civilians' behavior in Tehran University staffs base on personality dimensions, organizational commitment and their job satisfaction. *Journal of Contemporary Psychology*. 2009; 7:31-42. DOI: 10.1016/j.sbspro.2010.07.069.
46. Martinez-Calderon J, García-Muñoz C, Cano-García FJ, Heredia-Rizo AM. Spiritual well-being, faith, meaning in life, peace, and purpose in life for cancer-related fatigue: systematic review with meta-analysis and meta-regressions. *Journal of Cancer Survivorship*. 2025 Oct;19(5): 1634-50. DOI: 10.1007/s11764-024-01579-2