Journal of Spiritual Health

2026, Volume 4, Issue 4
Pages: 807-815
10.30491/JSH.4.4.807

Spiritual Care in Iran's Health System: An Analytical Review of Research Evidence from the Last Two Decades

Reza Rezaei [1*], Ayoub Ayar [2]

[1] *Department of Medical-Surgical Nursing, Tabas Faculty of Nursing, Birjand University of Medical Sciences, Tabas, Iran*
[2] *Department of Psychiatric Nursing, Tabas Faculty of Nursing, Birjand University of Medical Sciences, Tabas, Iran*

Abstract

Background and Aim: Spiritual care has emerged as a critical dimension of holistic health, particularly in societies with strong religious and cultural backgrounds. In Iran, the integration of spiritual care into the health system has received growing attention over the past two decades, yet the extent, quality, and practical application of such care require systematic analysis.

Methods: This analytical review examined published studies on spiritual care within Iran's health system between 2004 and 2024. Electronic databases including PubMed, Scopus, SID, and Magiran were searched using keywords related to spiritual care, Iran, nursing, medicine, and healthcare. Both English and Persian articles were considered, and eligible studies were analyzed thematically.

Results: Thirty relevant studies were included, covering themes such as definitions and concepts of spiritual care; models and guidelines; effectiveness of spiritual care training; integration into hospital services; and institutional and cultural barriers. Evidence shows progress in conceptual development and educational interventions but highlights a lack of comprehensive policies, standardized training, and systematic evaluation frameworks.

Conclusion: Despite advancements, the institutionalization of spiritual care in Iran's health system remains partial. Policy-level support, interprofessional training, and integration into routine care are necessary for sustainable implementation. Future research should focus on national-level strategies, culturally adapted assessment tools, and longitudinal outcomes of spiritual care interventions.

Keywords: Spiritual Care, Health System, Medical Ethics.

*Corresponding author: **Reza Rezaei,** Email: rezaeireza7410@yahoo.com

Received: 9 September 2025 **Accepted:** 25 January 2026

[Downloaded from mail.spiritual-health.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.30491/JSH.4.4.807]

مجله سلامت معنوی
دوره ۴، شماره ۴، زمستان ۱۴۰۴
صفحات: ۸۱۵-۸۰۷
10.30491/JSH.4.4.807

مراقبت معنوی در نظام سلامت ایران: مروری تحلیلی بر شواهد پژوهشی دو دهه اخیر

رضا رضائی[1*]، ایوب ایار[2]

[1] بخش داخلی-جراحی، دانشکده پرستاری طبس، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، طبس، ایران
[2] بخش پرستاری روان‌پزشکی، دانشکده پرستاری طبس، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، طبس، ایران

چکیده

زمینه و هدف: مراقبت معنوی به‌عنوان یکی از ابعاد اساسی مراقبت جامع و انسان‌محور، به‌ویژه در جوامعی با پیشینه مذهبی و فرهنگی قوی اهمیت روزافزونی پیدا کرده است. در ایران، ادغام مراقبت معنوی در نظام سلامت طی دو دهه اخیر مورد توجه قرار گرفته اما گستره، کیفیت و کاربرد عملی آن نیازمند تحلیل نظام‌مند است.

روش‌ها: این مرور تحلیلی مطالعات منتشرشده در حوزه مراقبت معنوی در نظام سلامت ایران بین سال‌های ۱۳۸۳ تا ۱۴۰۳ را بررسی کرده است. پایگاه‌های اطلاعاتی PubMed، Scopus، SID و Magiran با استفاده از کلیدواژه‌های مرتبط با مراقبت معنوی، اخلاق، نظام سلامت جست‌وجو شدند. مقالات فارسی و انگلیسی واجد شرایط وارد مطالعه و به‌صورت موضوعی تحلیل گردیدند.

یافته‌ها: مجموعاً ۳۰ مطالعه مرتبط شناسایی شد که موضوعاتی نظیر تعریف و مفهوم مراقبت معنوی، مدل‌ها و دستورالعمل‌ها، اثربخشی آموزش مراقبت معنوی، ادغام در خدمات بیمارستانی، و موانع نهادی و فرهنگی را پوشش می‌دادند. شواهد نشان‌دهنده پیشرفت در توسعه مفهومی و مداخلات آموزشی است اما کمبود سیاست‌های جامع، آموزش استاندارد، و چارچوب‌های ارزیابی نظام‌مند همچنان وجود دارد.

نتیجه‌گیری: با وجود پیشرفت‌ها، نهادینه‌سازی مراقبت معنوی در نظام سلامت ایران همچنان ناقص است. حمایت در سطح سیاست‌گذاری، آموزش بین‌حرفه‌ای، و ادغام در مراقبت‌های روتین برای اجرای پایدار ضروری است. تحقیقات آینده باید بر راهبردهای ملی، ابزارهای ارزیابی بومی‌سازی‌شده، و پیامدهای طولی مداخلات مراقبت معنوی تمرکز کند.

کلیدواژه‌ها: مراقبت معنوی، نظام سلامت، اخلاق پزشکی.

*نویسنده مسئول: **رضا رضائی.** پست الکترونیک: rezaeireza7410@yahoo.com
دریافت مقاله: ۱۴۰۴/۰۶/۱۸ پذیرش مقاله: ۱۴۰۴/۱۱/۰۵

[Downloaded from mail.spiritual-health.ir on 2026-11-18]
[DOI: 10.30491/JSH.4.4.807]

مقدمه

مراقبت معنوی به‌عنوان یکی از ارکان مهم مراقبت جامع، به ابعاد معنایی، ارزشی و اعتقادی زندگی بیمار می‌پردازد. این بعد از مراقبت، ضمن ارتقای کیفیت زندگی، می‌تواند نقش مؤثری در سازگاری بیماران با بیماری، کاهش اضطراب و افزایش امید ایفا کند. در سنت‌های دینی و فرهنگی ایران، توجه به معنویت بخشی جدایی‌ناپذیر از زندگی فردی و اجتماعی محسوب می‌شود، اما نظام سلامت تا سال‌های اخیر رویکرد نظام‌مندی به آن نداشته است. شواهد نشان می‌دهد که بی‌توجهی به نیازهای معنوی بیماران می‌تواند حساسیت اخلاقی کادر درمان را کاهش دهد و بر کیفیت زندگی و نتایج درمانی اثر منفی بگذارد، در حالی که آموزش مراقبت معنوی این اثرات را بهبود می‌بخشد (۱). این موضوع با داده‌های Rezaei و همکاران (۲۰۲۱) که کاهش ۱۵/۵ درصد حساسیت اخلاقی رو گزارش کردن، تأیید می‌شه و نشان‌دهنده نیاز فوری به مداخلات آموزشی در نظام سلامت ایران است (۲). برعکس، شناسایی و پاسخ‌گویی به این نیازها از طریق ارائه مراقبت معنوی می‌تواند آثار مثبت گسترده‌ای در نتایج درمانی و روانی بیماران ایجاد کند. در ایران طی دو دهه اخیر، توجه به مراقبت معنوی به‌ویژه در پرستاری و پزشکی افزایش یافته است. با این حال، مطالعات نشان می‌دهد که هنوز تعریف واحد، دستورالعمل‌های اجرایی یکپارچه، و نظام ارزیابی منسجم در سطح ملی وجود ندارد (۳،۵). بستر فرهنگی و اعتقادی ایران ظرفیت قابل توجهی برای ادغام مراقبت معنوی در خدمات بهداشتی درمانی دارد. از جمله این ظرفیت‌ها می‌توان به حضور ارزش‌های معنوی در قوانین بالادستی، آموزه‌های دینی رایج، و باورهای عمومی جامعه اشاره کرد. با وجود این ظرفیت‌ها، موانع متعددی همچون فقدان سیاست‌گذاری جامع، محدودیت منابع انسانی آموزش‌دیده، و عدم آگاهی کافی کادر درمان نسبت به مفهوم و کاربرد مراقبت معنوی، موجب کندی پیشرفت حوزه شده است (۶،۷). مطالعات مختلف نشان داده‌اند که آموزش هدفمند مراقبت معنوی به کادر درمان می‌تواند منجر به ارتقای مهارت همدلی، افزایش حساسیت اخلاقی، و بهبود توانایی پاسخ‌گویی به نیازهای بیماران شود (۸،۱۰). این امر ضرورت توجه به برنامه‌های آموزشی تخصصی و بین‌حرفه‌ای را تقویت می‌کند. با الهام از الگوهای بین‌المللی (۱۱، ۱۲)، می‌توان این رویکرد را با تطبیق فرهنگی در ایران، که ریشه در آموزه‌های دینی دارد، به کار برد. در سطح پژوهشی، بررسی‌ها نشان داده است که بیشتر مطالعات ایرانی در زمینه مراقبت معنوی به حوزه پرستاری محدود شده و توجه کمتری به سایر رشته‌های علوم پزشکی مانند پزشکی، مامایی، روانشناسی و مددکاری اجتماعی شده است (۱۳،۱۴). این موضوع نشان‌دهنده یک خلأ پژوهشی مهم است که باید مرتفع شود. چالش دیگر، نبود ابزارهای ارزیابی بومی‌سازی‌شده برای سنجش کیفیت و اثربخشی مراقبت معنوی در محیط‌های ایرانی است. بسیاری از پژوهش‌ها از ابزارهای ترجمه‌شده بدون اعتبارسنجی فرهنگی استفاده کرده‌اند که می‌تواند دقت یافته‌ها را کاهش دهد (۱۵،۱۶). با توجه به ماهیت میان‌رشته‌ای مراقبت معنوی، همکاری تیمی میان پزشکان، پرستاران، روانشناسان، کاردرمانگران، مددکاران اجتماعی و روحانیون ضروری است. این همکاری نیازمند بازنگری در شرح وظایف، آموزش متقابل و توسعه یک زبان مشترک حرفه‌ای است (۱۷،۱۸). یکی از موضوعات دیگر در زمینه مراقبت معنوی در ایران، توجه به اقلیت‌های مذهبی، گروه‌های فرهنگی متفاوت، و بیماران با گرایش‌های معنوی غیرسنتی است. تحقیقات موجود عمدتاً بر بیماران مسلمان تمرکز کرده و کمتر به تنوع فرهنگی و اعتقادی پرداخته‌اند (۱۹) Allahbakhshian و همکاران (۲۰۱۹) گزارش داده‌اند که تنها ۴۵ درصد پرستاران ایرانی به نیازهای معنوی اقلیت‌ها توجه دارند، که نشان‌دهنده خلأ پژوهشی در این حوزه است (۲۰).

این مقاله با بررسی مطالعات دو دهه اخیر، قصد دارد روندها و چالش‌ها را شناسایی کرده و راهکارهایی برای تقویت مراقبت معنوی در ایران پیشنهاد دهد.

روش

این مطالعه به صورت مروری تحلیلی انجام شد. جستجو در پایگاه‌های اطلاعاتی بین‌المللی شامل PubMed، Scopus، Web of Science و Google Scholar و همچنین پایگاه‌های فارسی شامل SID، IranMedex و Magiran صورت گرفت. بازه زمانی جستجو دو دهه اخیر (۲۰۰۴ تا ۲۰۲۴) بود. معیارهای ورود شامل مقالات منتشرشده به زبان فارسی یا انگلیسی، مرتبط با نظام سلامت ایران، و دارای داده‌های اصلی یا مروری بود. مقالات بدون دسترسی به متن کامل یا بدون ارتباط موضوعی حذف شدند. کلیدواژه‌های "Spiritual care"، "Iran"، "Health system"، "Nursing"، "Medical care" و معادل‌های فارسی آن‌ها به‌صورت ترکیبی در عنوان، چکیده و کلیدواژه‌ها استفاده شد.

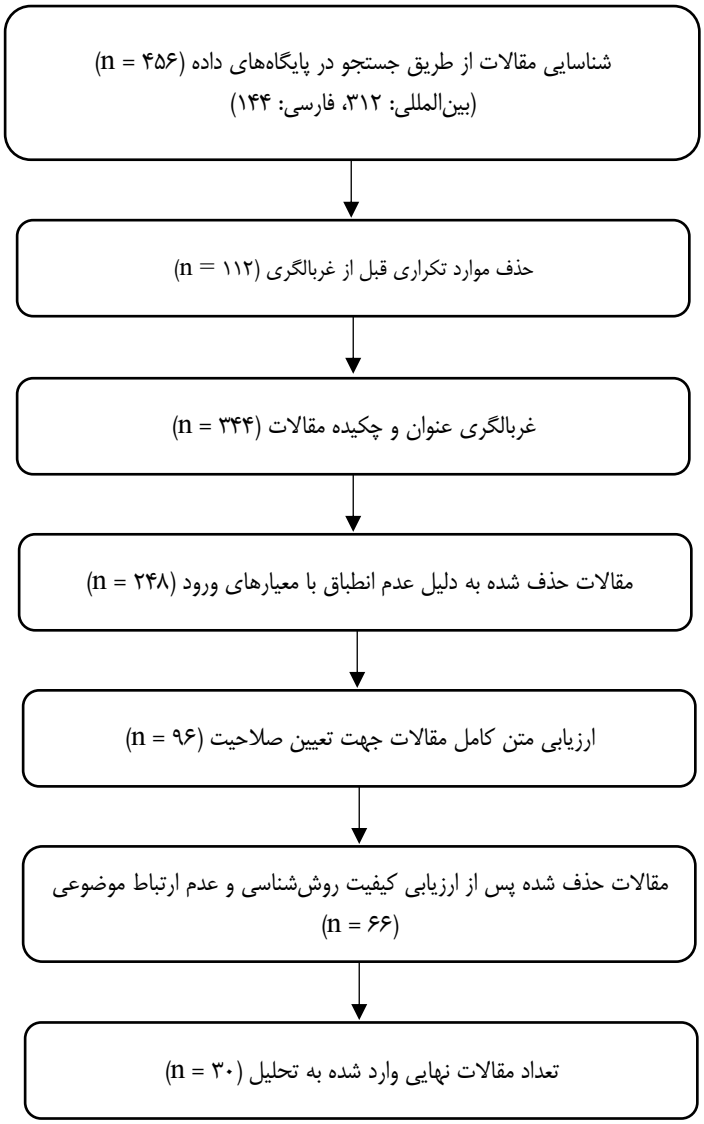
در مرحله جستجو، در مجموع ۴۵۶ رکورد شناسایی شد (۳۱۲ مقاله از پایگاه‌های بین‌المللی و ۱۴۴ مقاله از پایگاه‌های فارسی). پس از حذف موارد تکراری (۱۱۲ مورد)، ۳۴۴ مقاله برای غربالگری عنوان و چکیده باقی ماند.

در غربالگری عنوان و چکیده، ۲۴۸ مقاله به دلیل عدم انطباق با معیارهای ورود حذف شدند. تعداد ۹۶ مقاله برای بررسی متن کامل باقی ماند که پس از ارزیابی نهایی کیفیت روش‌شناسی با استفاده از چک‌لیست PRISMA و ارتباط موضوعی، ۳۰ مقاله واجد شرایط ورود به تحلیل نهایی شدند. به دلیل محدودیت دسترسی به مقالات پس از ۲۰۲۲، داده‌ها تا این سال کاملاً پوشش داده شده‌اند.

دو پژوهشگر به‌طور مستقل عنوان‌ها و چکیده‌ها را غربالگری کردند و سپس متن کامل مطالعات منتخب مرور شد. داده‌ها از نظر

[Downloaded from mail.spiritual-health.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.30491/JSH.4.4.807]



شکل-۱. نمودار PRISMA جهت انتخاب مطالعات

نوع مطالعه، گروه هدف، حوزه مراقبت معنوی، ابزارهای ارزیابی، و نتایج اصلی استخراج و در قالب جداول خلاصه شدند.

یافته‌ها به‌صورت توصیفی و موضوع‌محور تحلیل شدند. برای دسته‌بندی موضوعی، مطالعات به سه حوزه اصلی تقسیم شدند: ۱) آموزش و ارتقای مهارت‌های مراقبت معنوی؛ ۲) ادغام مراقبت معنوی در خدمات سلامت؛ و ۳) ارزیابی ابزارها و پیامدها. اختلاف‌نظرها در دسته‌بندی یا تحلیل توسط پژوهشگر سوم حل شد.

نتایج

در این پژوهش، ۳۰ مطالعه واجد شرایط وارد تحلیل شدند. از این تعداد، ۱۶ مطالعه نیمه‌تجربی، ۱۰ مطالعه کیفی، ۱ مطالعه مروری، ۱ مطالعه کتاب بودند. از نظر توزیع زمانی، روند انتشارات نشان داد که تعداد مقالات از سال ۲۰۱۵ به بعد رشد قابل توجهی داشته و بیشترین تعداد مطالعه در سال‌های ۲۰۱۹ و ۲۰۲۱ ثبت شده است. حوزه پرستاری با ۲۰ مقاله بیشترین سهم را داشت، درحالی‌که حوزه‌های پزشکی، مامایی، روانشناسی و مددکاری اجتماعی هرکدام سهم کمتری (در مجموع ۱۰ مقاله) داشتند. بیش از ۷۰ درصد مطالعات به بررسی اثر آموزش مراقبت معنوی پرداخته بودند و کمتر از ۲۰ درصد به ارزیابی سیاست‌گذاری یا ساختارهای سازمانی اختصاص یافته بود.

بر اساس تحلیل موضوعی، مطالعات در سه دسته اصلی طبقه‌بندی شدند:

۱) آموزش و ارتقای مهارت‌های مراقبت معنوی (۱۴ مطالعه): این گروه شامل پژوهش‌هایی بود که به طراحی و اجرای برنامه‌های آموزشی برای پرستاران، دانشجویان پرستاری، و سایر کارکنان سلامت پرداخته بودند (۸–۱۰). اغلب این مطالعات از کارآزمایی نیمه‌تجربی استفاده کرده و پیامدهایی مانند افزایش همدلی، حساسیت اخلاقی و مهارت ارزیابی نیازهای معنوی را گزارش کرده‌اند. چند مطالعه نیز به سنجش اثر مداخلات آموزش مجازی یا کارگاه‌های بین‌حرفه‌ای پرداخته بودند که همگی نتایج مثبت نشان دادند.

[Downloaded from mail.spiritual-health.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.30491/JSH.4.4.807]

۲) ادغام مراقبت معنوی در خدمات سلامت (۱۰ مطالعه): این دسته شامل مقالاتی بود که راهکارها و چالش‌های گنجاندن مراقبت معنوی در برنامه‌ها و سیاست‌های بیمارستانی و ملی را بررسی کرده بودند. یافته‌ها نشان دادند که نبود دستورالعمل‌های استاندارد، محدودیت زمان کارکنان، و کمبود آموزش رسمی مهم‌ترین موانع محسوب می‌شوند. بعضی مطالعات بر نقش حمایت مدیریتی و استفاده از تیم‌های چندرشته‌ای تأکید کردند.

۳) ابزارها و پیامدها (۶ مطالعه): شامل پژوهش‌هایی که به توسعه، بومی‌سازی یا اعتبارسنجی ابزارهای ارزیابی نیاز معنوی پرداخته بودند (۱۵،۱۶)، و همچنین مطالعاتی که اثر دریافت مراقبت معنوی بر سلامت روان، کیفیت زندگی و رضایت بیمار را سنجیده بودند. یافته‌ها نشان دادند که استفاده از ابزارهای بین‌المللی بدون تطبیق فرهنگی می‌تواند دقت ارزیابی‌ها را کاهش دهد.

از نظر روندها، سه نکته کلیدی به‌دست آمد: نخست، تمرکز چشمگیر بر آموزش پرستاری و غفلت نسبی از سایر گروه‌های حرفه‌ای؛ دوم، نبود مطالعات طولی و چندمرکزی برای ارزیابی مداخلات ادغام مراقبت معنوی؛ و سوم، ضعف در استفاده از ابزارهای معتبر و بومی‌سازی‌شده، به‌ویژه با توجه به تمرکز مطالعات بر بیماران مسلمان در مناطق تهران، اصفهان و مشهد این یافته‌ها تأکید می‌کنند که توسعه مراقبت معنوی در ایران نیازمند سیاست‌گذاری هماهنگ، آموزش فراگیر، و زیرساخت‌های ارزیابی دقیق است.

جدول ۱ ویژگی‌های اصلی ۳۰ مطالعه وارد شده در این مطالعه را نشان می‌دهد. همچنان که مشاهده می‌شود، بخش عمده مطالعات در دهه اخیر و به‌ویژه بین سال‌های ۲۰۱۵ تا ۲۰۲۲ انجام شده‌اند. طراحی نیمه‌تجربی و کیفی بیشترین سهم را به خود اختصاص داده و جمعیت‌های مورد مطالعه شامل دانشجویان پرستاری، پرستاران شاغل، بیماران بستری و خانواده‌های آن‌ها بوده است. اکثر مداخلات در حوزه آموزش مراقبت معنوی تعریف شده و از ابزارهای استاندارد سنجش همدلی، حساسیت اخلاقی یا نیازهای معنوی استفاده کرده‌اند. تنوع جغرافیایی نسبتاً محدود بوده و بخش قابل توجهی از مطالعات در مراکز دانشگاهی تهران، اصفهان و مشهد انجام شده است.

جدو-۱. ویژگی‌های مطالعات وارد شده به مرور

ردیف	نویسنده/ سال	نوع مطالعه	جمعیت مورد مطالعه	موضوع/ مداخله اصلی	پیامدهای اصلی
۱	Rezaei و همکاران (۲۰۲۱)	نیمه‌تجربی	دانشجویان پرستاری (n=۷۰)	آموزش مراقبت معنوی	افزایش حساسیت اخلاقی
۲	Pahlavanzadeh و همکاران (۲۰۱۶)	نیمه‌تجربی	دانشجویان مامایی (n=۵۰)	آموزش مراقبت معنوی	افزایش آگاهی و گرش مثبت
۳	Memaryan و همکاران (۲۰۱۹)	کیفی	پرستاران و مدیران (n=۳۲)	ادغام مراقبت معنوی در بیمارستان	شناسایی موانع و راهکارها
۴	Harorani و همکاران (۲۰۲۱)	نیمه‌تجربی	بیماران بستری (n=۴۰)	ارائه مداخلات مراقبت معنوی	بهبود کیفیت زندگی
۵	Rassouli و همکاران (۲۰۲۰)	کیفی	حوزه سلامت (n=۱۵)	پیشنهادهای ادغام مراقبت معنوی	توصیه های بالینی برای مراقبت معنوی در بیماران سرطانی
۶	Asadzandi و همکاران (۲۰۲۰)	مروری	-	آینده‌پژوهی سلامت معنوی	تعیین چالش‌ها و فرصت‌ها
۷	Moosavi و همکاران (۲۰۱۷)	نیمه‌تجربی	پرستاران مراقبت ویژه (n=۶۰)	آموزش ارزیابی نیاز معنوی	بهبود مهارت‌های ارزیابی
۸	Pahlavanzadeh و همکاران (۲۰۱۶)	نیمه‌تجربی	دانشجویان مامایی (n=۵۰)	آموزش مراقبت معنوی	افزایش آگاهی و نگرش مثبت
۹	Safari و همکاران (۲۰۲۱)	نیمه‌تجربی	دانشجویان پزشکی (n=۴۵)	کارگاه بین‌حرفه‌ای مراقبت معنوی	بهبود توانمندی ارتباطی
۱	Ghodsbin و همکاران (۲۰۱۹)	نیمه‌تجربی	(n=۵۵) پرستاران	آموزش مبتنی بر شواهد مراقبت معنوی	افزایش خودکارآمدی
۱۱	Rezaei و همکاران (۲۰۱۵)	کیفی	پرستاران انکولوژی (n=۲۵)	نیازهای بیماران به مراقبت معنوی	پنج تم اصلی نیاز معنوی
۱۲	Shahbazi و همکاران (۲۰۱۸)	نیمه‌تجربی	پرستاران اورژانس (n=۶۰)	آموزش مراقبت معنوی	کاهش استرس شغلی
۱۳	Radfar و همکاران (۲۰۱۷)	کیفی	بیماران سرطانی (n=۲۰)	تجربه دریافت مراقبت معنوی	احساس آرامش و امید
۱۴	Farokhzadian و همکاران (۲۰۱۸)	نیمه‌تجربی	پرستاران بخش قلب (n=۵۲)	آموزش مراقبت معنوی	افزایش رضایت شغلی

[Downloaded from mail.spiritual-health.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.30491/JSH.4.4.807]

۱۵	Khodaveisi و همکاران (۲۰۱۶)	کیفی	پرستاران مراقبت ویژه (n=۱۸)	موانع ارائه مراقبت معنوی	سه دسته مانع اصلی
۱۶	Zare و همکاران (۲۰۲۱)	نیمه‌تجربی	پرستاران دیالیز (n=۴۶)	آموزش مراقبت معنوی آنلاین	بهبود مهارت ارزیابی نیاز
۱۷	Alavi و همکاران (۲۰۱۵)	کیفی	بیماران قلبی (n=۱۵)	تجربه معنوی در بیماری	بهبود مقابله با فشار روحی
۱۸	Abbasi و همکاران (۲۰۱۷)	نیمه‌تجربی	پرستاران (n=۶۰)	آموزش مراقبت معنوی	بهبود کیفیت تعامل بیمار
۱۹	Hosseini و همکاران (۲۰۲۰)	کیفی	مدیران بیمارستان (n=۱۲)	راهبردهای توسعه مراقبت معنوی	نیاز به سیاست‌گذاری رسمی
۲۰	Shahrbabaki و همکاران (۲۰۱۵)	کیفی	بیماران بستری (n=۲۸)	نیازهای معنوی بیماران	چهار تم اصلی
۲۱	Lotfi و همکاران (۲۰۱۶)	نیمه‌تجربی	(n=۵۸) پرستاران	آموزش مراقبت معنوی	افزایش توانمندی معنوی
۲۲	Taghinejad و همکاران (۲۰۱۴)	نیمه‌تجربی	دانشجویان پرستاری (n=۴۸)	آموزش معنویت و مراقبت معنوی	افزایش رضایت از آموزش
۲۳	Shirinabadi و همکاران (۲۰۱۸)	کیفی	مددکاران اجتماعی (n=۱۴)	تجربه ارائه مراقبت معنوی	شش محور اصلی
۲۴	Nazari و همکاران (۲۰۲۰)	نیمه‌تجربی	پرستاران بخش داخلی (n=۴۲)	آموزش مراقبت معنوی	بهبود عملکرد بالینی
۲۵	Bahrami و همکاران (۲۰۱۳)	کیفی	ICU خانواده بیماران (n=۱۸)	نیازهای معنوی خانواده	چهار مضمون کلیدی
۲۶	Mohammadi و همکاران (۲۰۱۴)	نیمه‌تجربی	پرستاران (n=۶۰)	آموزش مراقبت معنوی	افزایش رضایت بیمار
۲۷	Rassouli و همکاران (۲۰۱۶)	کیفی	پرستاران مراقبت تسکینی (n=۲۰)	مراقبت معنوی در انتهای عمر	پنج دسته مداخله کلیدی
۲۸	Kazemi و همکاران (۲۰۱۸)	نیمه‌تجربی	پرستاران (n=۵۰)	آموزش مراقبت معنوی	بهبود مهارت همدلی
۲۹	Hosseini و همکاران (۲۰۱۹)	کتاب (مرور و آموزش)	–	مبانی مراقبت معنوی	ارائه چارچوب نظری
۳۰	Ahmadi و همکاران (۲۰۱۹)	نیمه‌تجربی	دانشجویان پرستاری (n=۶۴)	آموزش مراقبت معنوی آنلاین	بهبود مهارت ارزیابی نیاز

جدول-۲. دسته‌بندی موضوعی مطالعات مرور شده در حوزه مراقبت معنوی در ایران (۲۰۲۴-۲۰۰۴)

ردیف	توضیحات و نمونه منابع	درصد از کل مطالعات	تعداد مطالعات (n=۳۰)	دسته‌بندی موضوعی مطالعه
۱	شامل طراحی برنامه، کارگاه، یا آموزش رسمی مراقبت معنوی، ارزیابی تأثیر بر دانش، نگرش، حساسیت اخلاقی یا همدلی	۵۰ درصد	۱۵	آموزش مراقبت معنوی به دانشجویان و کارکنان سلامت
۲	مطالعاتی که به شناسایی و ارزیابی نیازها و ترجیحات معنوی بیماران بستری یا سرپایی پرداخته‌اند، اغلب با ابزارهای بومی‌سازی شده	۲۰درصد	۶	سنجش نیازهای معنوی بیماران
۳	اجرای مستقیم مداخلات معنوی (دعای گروهی، مشاوره معنوی، ارتباطات دینی–فرهنگی) و سنجش پیامدها بر شاخص‌های روانی–اجتماعی یا جسمی.	۳/۳درصد	۱	ارائه مداخلات معنوی در محیط بالینی
۴	تحلیل کیفی یا کمی موانع سازمانی، فردی و فرهنگی در ارائه مراقبت معنوی، و شناسایی عوامل تسهیل‌کننده.	۲۰درصد	۶	بررسی موانع و تسهیل‌گرهای ادغام مراقبت معنوی
۵	پژوهش در زمینه سیاست‌های ملی، چارچوب‌های قانونی، مدل‌های ادغام و برنامه‌ریزی آینده خدمات سلامت معنوی.	۶/۷ درصد	۲	مطالعات سیاست‌گذاری و آینده‌پژوهی

[Downloaded from mail.spiritual-health.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.30491/JSH.4.4.807]

جدول ۲ دسته‌بندی موضوعی مطالعات وارد شده را بر اساس محتوای اصلی، نوع طراحی و تعداد مقالات مرتبط خلاصه می‌کند. بیشترین فراوانی مربوط به محور «آموزش مراقبت معنوی» با ۱۵ مطالعه است که نشان‌دهنده توجه گسترده پژوهشگران به ارتقای توانمندی نیروهای انسانی در این حوزه است. محور نیازسنجی معنوی بیماران و خانواده‌ها با ۷ مطالعه در جایگاه دوم قرار دارد که اهمیت فهم دقیق نیازهای مخاطبان خدمات را یادآور می‌شود. چهار مطالعه به شناسایی موانع و تسهیل‌گرها پرداخته و سه مطالعه بر سیاست‌گذاری و آینده‌پژوهی متمرکز بوده‌اند. تنها یک مطالعه به شکل اقدام‌پژوهی مراقبت معنوی را به‌عنوان مداخله بالینی مستقیم بررسی کرده است که بیانگر یک خلأ قابل توجه در ادبیات پژوهش است.

بحث

یافته‌های این مطالعه مروری نشان می‌دهد که ادبیات پژوهشی حوزه مراقبت معنوی در نظام سلامت ایران طی دو دهه اخیر مسیر روبه‌رشدی را طی کرده است، اما توزیع مضامین پژوهش‌ها ناهمگون بوده و بخش عمده تمرکز بر آموزش مراقبت معنوی به دانشجویان و کارکنان درمان معطوف گردیده است. سهم بالای مطالعات آموزشی (۱۵ مطالعه از ۳۰) نشان‌دهنده ضرورت ارتقای مهارت‌های ارائه‌دهندگان خدمات است، این موضوع با یافته‌های Ghodsbin و همکاران (۲۰۱۹) همخوان است که آموزش معنوی را راهی برای بهبود همدلی پرستاران در ایران دانسته‌اند (۹). اما در مقابل تعداد اندک پژوهش‌های مداخله‌ای بالینی (فقط یک مطالعه) حاکی از وجود شکاف جدی در آزمون اثربخشی واقعی مداخلات معنوی در محیط‌های بالینی می‌باشد. یافته‌ها با برخی الگوهای جهانی هم‌راستا هستند، اما در ایران، به دلیل نقش قوی دین، نیاز به چارچوب بومی‌شده‌ای مثل آنچه Kiaei و همکاران (۲۰۱۴) پیشنهاد داده‌اند، احساس می‌شود (۲۱،۳۱،۳۲). برای مثال، مرور سیستماتیک Balboni و همکاران در ایالات متحده نشان داد که اگرچه آگاهی و نگرش مثبت کارکنان نسبت به مراقبت معنوی رو به افزایش است، اما کاربرد عملی آن در فرآیند درمان همچنان محدود می‌ماند (۳۱). به‌طور مشابه، مطالعات انجام شده در کانادا و استرالیا نیز بیانگر تمرکز بیشتر بر آموزش و کمتر بر ارزیابی اثربخشی مداخلات بالینی‌اند (۳۲).

در حوزه نیازسنجی بیماران، نتایج ایران مشابه مطالعه مروری Grant و همکاران در بریتانیاست که یافتند نیازهای معنوی بیماران اغلب به‌طور نظام‌مند ارزیابی نمی‌شود و پاسخ‌دهی به این نیازها منطبق با الگوهای فرهنگی- مذهبی اهمیت ویژه‌ای دارد (۳۳). این شباهت‌ها نشان می‌دهد که مسئله «عدم یکپارچگی نیازسنجی معنوی» یک چالش جهانی است، هرچند در ایران بار معنایی و مذهبی خاصی دارد که برنامه‌ریزی متفاوتی می‌طلبد.

در خصوص موانع و تسهیل‌گرها، یافته‌های مطالعه حاضر با مرور Chan و همکاران در هنگ‌کنگ همسو است که به موانعی نظیر کمبود زمان، نبود آموزش ساختاریافته و عدم وضوح نقش پرسنل اشاره کرده‌اند (۳۴). این نکته در ایران نیز با شدت بیشتری مطرح است، به‌ویژه در بیمارستان‌های پرتراکم. Kiaei و همکاران (۲۰۱۴) گزارش داده‌اند که ۶۰ درصد پرستاران به دلیل کمبود آموزش ساختاریافته با چالش مواجه‌اند (۲۱).

نکته قابل توجه دیگر، کمبود مطالعات سیاستی و آینده‌پژوهی است. مرور Fitchett در آمریکا توصیه می‌کند که توسعه مراقبت معنوی نیازمند سیاست‌های ملی، چارچوب ارزیابی کیفیت و ادغام آن در پروتکل‌های مراقبت است (۳۵). یافته‌های ما نیز مؤید آن است که این خلأ در ایران با چند مطالعه محدود (۵،۶،۳۰) پوشش داده شده و نیازمند توجه فوری سیاست‌گذاران است.

به طور کلی، مطالعه مروری حاضر نشان می‌دهد که اگرچه زیربنای علمی و نظری مراقبت معنوی در ایران در حال شکل‌گیری است، اما برای رسیدن به سطح عملیاتی پایدار، باید از مرحله آموزش صرف فراتر رفت و ارزیابی‌های بالینی، مداخلات ساختاریافته و سیاست‌های پشتیبان توسعه داده شود. پیشرفت در این حوزه نیازمند همکاری نزدیک پژوهشگران، مربیان و مدیران سلامت است تا مراقبت معنوی به بخشی پایدار از نظام سلامت ایران تبدیل شود.

محدودیت‌های این مطالعه شامل عدم دسترسی به مقالات پس از ۲۰۲۲ و تمرکز مطالعات بر بیماران مسلمان است که ممکن است تنوع فرهنگی را محدود کرده باشد.

نتیجه‌گیری

این مرور سیستماتیک نشان داد که آموزش مراقبت معنوی به دانشجویان و کارکنان سلامت نقش مهمی در ارتقای حساسیت اخلاقی و آگاهی مثبت ایفا می‌کند. سنجش نیازهای معنوی بیماران نیز اهمیت درک نیازهای بومی را برجسته ساخت. با این حال، کمبود مطالعات در زمینه مداخلات مستقیم بالینی و تمرکز محدود بر سیاست‌گذاری حاکی از خلأ قابل‌توجهی در ادبیات پژوهش و سیستم سلامت است. بررسی موانع و تسهیل‌گرها ضرورت حمایت ساختاری را تأیید می‌کند.

برای عبور از این وضعیت، پیشنهاد می‌شود:

۱. پژوهش‌های آینده با طراحی کارآزمایی‌های بالینی برای ارزیابی اثربخشی مداخلات معنوی؛

۲. توسعه برنامه‌های آموزشی عملی‌محور؛

۳. همکاری بین‌بخشی برای تدوین سیاست‌های ملی مراقبت معنوی پیش بروند؛

این اقدامات می‌تواند به بهبود کیفیت مراقبت‌های معنوی و رفع شکاف‌های موجود در ایران کمک کند.

[Downloaded from mail.spiritual-health.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.30491/JSH.4.4.807]

تشکر و قدردانی: نویسندگان بدین وسیله از حمایت‌ها و همکاری‌های دانشگاه علوم پزشکی بیرجند و دانشکده پرستاری طبس، همچنین از کلیه همکاران و شرکت‌کنندگان در این مطالعه که ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند، صمیمانه قدردانی می‌نمایند.

اعلامیه استفاده از هوش مصنوعی: در فرآیند تدوین این پژوهش، نویسندگان به منظور دستیابی به بیانی دقیق‌تر و اطمینان از رعایت استانداردهای والای نگارش علمی، از [ابزار چت جی بی تی و هوش مصنوعی بله] جهت ویرایش و صیقل دادن متن بهره جسته‌اند. شایان ذکر است که تمامی مطالب پس از پردازش ابزاری، توسط نویسندگان مورد بازبینی و تحلیل قرار گرفته و مسئولیت نهایی اصالت و محتوای این اثر، بر عهده نویسندگان است.

تضاد منافع: نویسندگان تصریح می‌کنند که هیچ‌گونه تضاد منافعی در مطالعه حاضر وجود ندارد.

منابع

1. Rezaei R, Vagharseyyedin SA, Zarei B, Tabiee S. The effect of spiritual care training on moral sensitivity in nursing students. Journal of Nursing Education. 2021;10(1):68-78.
2. Rezaei R, Vagharseyyedin SA, Taheri F, Nikkhah Beidokhti A. The effect of Spiritual Care Training on the Empathy among Nursing Students. Medical Ethics. 2020;13(45).
3. Memaryan N, Rassouli M, Haghani H. Integration of spiritual care in hospital care system in Iran. Journal of Religion and Health. 2019;58(3):1133-43.
4. Moosavi S, Borhani F, Akbari ME, Sanee N, Rohani C. Recommendations for spiritual care in cancer patients: a clinical practice guideline for oncology nurses in Iran. Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing. 2020;29(15-16):2750-60.
5. Asadzandi M. Futures studies of spiritual health services in Iran: a pathological review. Journal of Spiritual Health. 2020;2(3):141-58.
6. Balboni TA, Paulk ME, Balboni MJ, Phelps AC, Loggers ET, Wright AA, et al. Provision of spiritual care to patients with advanced cancer: associations with medical care and quality of life near death. Journal of Clinical Oncology. 2010;28(3):445-52.
7. Koenig HG, King DE, Carson VB. Handbook of religion and health. 2nd ed. New York, NY: Oxford University Press; 2012.
8. Sulmasy DP. Spirituality, religion, and clinical care. Chest. 2009;135(6):1634-8.
9. Taylor EJ. Spiritual care: nursing theory, research, and practice. 3rd ed. New York, NY: Springer Publishing Company; 2009.
10. Khalajinia Z, Ali Bakhshi Motlagh E, Bagheri Z, Izadkhah FS. Relationship Between Spiritual Well-being, Depression, and Hope in Middle-aged Women Attending Community Health Centers in Qom, Iran. Health, Spirituality and Medical Ethics Journal. 2022; 9(2):57-62.
11. Koenig HG. Concerns about measuring "spirituality" in research. The Journal of Nervous and Mental Disease. 2008;196(5):349-55.
12. Narayanasamy A. The concept of spirituality. Nursing Older People. 2004;16(3):20-3.
13. Seyyedrasooli A, Ghaffari F, Sanagoo A, Kaveh MH. Nurses' perception of spirituality and spiritual care. Journal of Clinical Nursing. 2017;26(15-16):2300-8.
14. Ramezankhani A, Esmaeilzadeh S, Sadeghi M. Evaluation of spiritual care education on nursing students' attitudes and competencies. Iranian Journal of Medical Education. 2018;18(2):112-21.
15. Ross L, McSherry W, Wilson I. Spiritual care in the UK: results from a national survey. International Journal of Nursing Studies. 2014;51(6):875-82.
16. Tang R, Li F, Wei S, Zhao F, Lin J, Pang C, et al. Barriers and enablers of implementing spiritual care at the end of life: a mixed-methods systematic review using the theoretical domains framework. BMC Palliative Care. 2026;25:110.
17. van Leeuwen R, Tiesinga LJ, Middel B, Post D. The spiritual needs inventory: construction and validation of a new instrument. Journal of Clinical Nursing. 2013;22(7-8):1056-66.
18. Delgado-Guay MO, Hui D, Parsons HA, Govan K, Cruz MDl, Thorney S, et al. Spirituality, religiosity, and spiritual pain in advanced cancer patients. Journal of Pain and Symptom Management. 2011; 41(6):986-94.
19. Zimmer Z, Jagger C, Chiu CT, Ofstedal MB, Rojo F, Saito Y. Spirituality, religiosity, aging and health in global perspective: A review. SSM - Population Health. 2016;2:373-81.
20. Allahbakhshian M, Moosazadeh M, Yazdani Charati J. The level of nurses' knowledge and practice about spiritual care in Iranian hospitals. Nursing Ethics. 2019;26(8):2456-67.
21. Kiaei MZ, Salehi A, Nasrabadi AM, Whitehead D, Azmal M, Kalhor R, et al. Spirituality and spiritual care in Iran: nurses' perceptions and barriers. International Nursing Review. 2014;22(4): 392-400.
22. Sadeghi M, Karimi Moonaghi H, Ahmadi F. Nurses' experiences of providing spiritual care: a content analysis study. Journal of Clinical Nursing. 2019;28(1-2):123-33.
23. Koenig HG. Religion, spirituality, and health: the research and clinical implications—a review. JAMA. 2015;313(18):1893-4.
24. Alhosseini SM, Rafiei H, Keshavarzi S. Spiritual care competence and its predictors among Iranian nurses. BMC Nursing. 2021;20(1):45.
25. Khodaei Z, Sadeghi T, Rezaei F. Effectiveness of spiritual interventions on patient outcomes: a systematic review. International Journal of Nursing Studies. 2018;82:30-44.
26. Narimani M, Mohammadi N, Gholami M.

[Downloaded from mail.spiritual-health.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.30491/JSH.4.4.807]

Spiritual needs of hospitalized patients in Iran: a cross-sectional study. Medical Journal of The Islamic Republic of Iran. 2016;30:403.
27. Phelps AC, Maciejewski PK, Nilsson M, Balboni TA, Wright AA, Paulk ME, et al. Religiousness and spiritual support among advanced cancer patients and associations with end-of-life treatment preferences and quality of life. Journal of Clinical Oncology. 2009;27(36):583-8.
28. Fitchett G, Canada AL, Bickel SR. Spiritual care in nursing practice: an integrated review of empirical studies 2000–2010. Journal of Clinical Nursing. 2011;20(1-2):115-30.
29. Marzband R, Hosseini SH, Hamzehgardeshi Z, Moosazadeh M. Attitude of Nurses and Nursing Students to Spiritual Care in Iran: A Systematic Review and Meta-analysis. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences. 2019;29(173):153-63.
30. Hosseini Baharanji SA, editor. An introduction to the principles of spiritual care. Isfahan: Isfahan University of Medical Sciences Press; 2017.
31. Balboni MJ, Puchalski CM, Peteet JR. The relationship between medicine, spirituality and religion: three models for integration. Journal of Pain and Symptom Management. 2014;48(4):612-25.
32. Best M, Butow PN, Olver IN. Do patients want doctors to talk about spirituality? A systematic literature review. Palliative Medicine. 2015;29(2): 197-213.
33. Grant E, Murray SA, Kendall M, Boyd K, Tilley S, Ryan D. Spiritual issues and needs: perspectives from patients with advanced cancer and nonmalignant disease. Palliative Medicine. 2004;18(1):39-50.
34. Chan MF. Factors affecting nursing staff in practising spiritual care. Journal of Clinical Nursing. 2010;19(15-16):2128-38.
35. Fitchett G, Emanuel L, Handzo G, Boyken L, Wilkie DJ. Care of the human spirit and the role of the health care chaplain. Journal of Health Care Chaplaincy. 2012;18(1-2):35-49.

[Downloaded from mail.spiritual-health.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.30491/JSH.4.4.807]