

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

راهنمای بالینی بین حرفه‌ای مراقبت معنوی از بیماران مزمن

تألیف:

دکتر علیرضا ایرج‌پور

استاد دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، مدیر گروه مراقبت‌های حمایتی تسکینی

دکتر مریم مقیمیان

استادیار دانشگاه آزاد اسلامی نجف‌آباد

دکتر حبیب‌رضا ارزانی

استادیار پژوهشگاه علوم و فرهنگ اسلامی قم

سرناسه	:	ایرج پور، علیرضا، ۱۳۴۵ -
عنوان و نام پدیدآور	:	راهنمای بالینی بین حرفه‌ای مراقبت معنوی از بیماران مزمن / تألیف علیرضا ایرج پور، مریم مقیمیان، حبیب‌الله ارزانی؛ با همکاری و مشارکت ستاد هماهنگی کانون‌های فرهنگی هنری مساجد کشور (فهما)
مشخصات نشر	:	اصفهان: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان اصفهان، ۱۳۹۹.
مشخصات ظاهری	:	۱۹۲ ص.؛ مصور، جدول.
شابک	:	۹۷۸-۹۶۴-۵۲۴-۶۷۴-۵-۴۰۰۰ ریال
وضعیت فهرست نویسی	:	فیبیا
یادداشت	:	کتابنامه: ص. ۱۹۰-۱۹۲.
موضوع	:	پرستاری و مراقبت روحی - ایران
موضوع	:	Spiritual care (Medical care) -- Iran
موضوع	:	بیماران مزمن - ایران -- بهداشت روانی
موضوع	:	Chronically ill -- Mental health -- Iran
موضوع	:	بیماران - مراقبت - جنبه‌های مذهبی - اسلام
موضوع	:	Care of the sick -- Religious aspects -- Islam
موضوع	:	بیماران مزمن - مراقبت
موضوع	:	Chronically ill - Care
موضوع	:	بیماران مزمن - ایران - مراقبت
موضوع	:	Chronically ill -- Iran - Care
شناسه افزوده	:	مقیمیان، مریم، ۱۳۵۵ -
شناسه افزوده	:	ارزانی، حبیب‌الله، ۱۳۵۰ -
شناسه افزوده	:	دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان اصفهان
شناسه افزوده	:	ستاد هماهنگی کانون‌های فرهنگی هنری مساجد کشور
شناسه افزوده	:	Health Services & Isfahan University of Medical sciences
رده بندی کنگره	:	BL۶۵
رده بندی دیویی	:	۲۰۱/۷۶۲۱
شماره کتابشناسی ملی	:	۷۴۴۸۰۱۰
وضعیت رکورد	:	فیبیا



راهنمای بالینی بین حرفه‌ای مراقبت معنوی از بیماران مزمن

تألیف: دکتر علیرضا ایرج پور، دکتر مریم مقیمیان، دکتر حبیب‌الله ارزانی
 ناشر: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی استان اصفهان
 با همکاری و مشارکت: ستاد هماهنگی کانون‌های فرهنگی هنری مساجد کشور (فهما)
 شمارگان: ۱۰۰۰ نسخه
 قطع کتاب: رقعی؛ تعداد صفحات: ۱۹۲
 نوبت چاپ: اول، زمستان ۱۳۹۹
 چاپ و صحافی: شرکت چاپ و انتشارات (وابسته به سازمان اوقاف و امور خیریه)
 قیمت: ۴۰۰۰۰ تومان
 شابک: ۹۷۸-۹۶۴-۵۲۴-۶۷۴-۵
 مرکز پخش: تهران، خیابان شهید بهشتی، بعد از تقاطع شهید مدرس، پلاک ۲۶۳، ساختمان ستاد هماهنگی کانون‌های فرهنگی هنری مساجد کشور (فهما) / تلفن: ۰۲۱-۸۸۵۳۶۰۱۶-۱۹ دورنگار: ۰۲۱-۸۸۵۳۶۰۱۵

کلیه حقوق برای دانشگاه علوم پزشکی اصفهان محفوظ است.

آدرس: دانشگاه علوم پزشکی اصفهان - ص.ب: ۳۱۹ - ۸۱۷۴۵

تلفن: ۰۲۱-۳۷۹۲۳۰۳۷

Http://pub.mui.ac.ir

فهرست عناوین

- فصل اول: مقدمه‌ای بر مراقبت معنوی از بیماران مزمن ۱۳
- فصل دوم: کلیات راهنمای بالینی ۲۷
- فصل سوم: ارزیابی بین حرفه‌ای نیازهای معنوی بیماران مزمن ۴۷
- فصل چهارم: مراقبت مذهبی از بیماران مزمن ۵۹
- فصل پنجم: مراقبت روحانی از بیماران مزمن ۶۹
- فصل ششم: مراقبت روان‌شناختی- معنوی از بیماران مزمن ۷۹
- فصل هفتم: مراقبت معنوی- حمایتی از بیماران مزمن ۹۵
- فصل هشتم: گسترش مراقبت معنوی ۱۰۹
- فصل نهم: ارزشیابی مراقبت معنوی ۱۱۷
- پیوست: برنامه اجرایی بین‌حرفه‌ای مراقبت معنوی از بیماران مزمن ۱۲۷

مقدمه مولف

ابتلا به بیماری‌های مزمن، برای انسان‌ها یکی از موقعیت‌های چالش برانگیز زندگی محسوب می‌شود. بیماران مزمن، معمولاً با طیفی از احساسات منفی مواجه می‌شوند. به گونه‌ای که احترام به خود و هویت فردی آنها، تحت تأثیر قرار می‌گیرد. به خصوص وقتی بیماری منجر به کاهش ایفای نقش افراد و تغییر در روابط اجتماعی آنها شود، انجام فعالیت‌های قبلی، مشکل یا غیرممکن می‌گردد. ارتقاء کیفیت زندگی این بیماران، نیاز به ارائه مراقبت‌های جامع‌نگر با رویکرد حمایتی تسکینی دارد که تمام ابعاد سلامتی اعم از جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی را تحت پوشش قرار دهد. شواهد نشان داده است که در بین ابعاد سلامتی، بعد معنوی انسان بعنوان هسته مراقبت‌های جامع‌نگر و تسکینی کمتر مورد توجه قرار می‌گیرد. این در حالی است که سلامت معنوی، بر سایر ابعاد وجودی انسان بسیار تأثیرگذار است. معنویت بر نگاه بیمار به مشکلات ناشی از بیماری تأثیرگذار است و این معنا،

از تجارب او شکل می‌گیرد و لازم است کارکنان نظام سلامت در مراقبت‌های روزمره خود به آن توجه داشته باشند. معنویت، خود دارای سه بعد است: یک بعد، نشان‌دهنده برتری انسان است، بعد دیگر دربرگیرنده رابطه انسان با خود، دیگران، طبیعت و یا اتصال داشتن با یک منبع قدرت بی‌نهایت است و بعد سوم معنای زندگی است.

صرف‌نظر از قرائت‌های گوناگون از معنویت که برخی آنرا دینی یا قدسی و برخی آنرا با رویکرد سکولار مورد توجه قرار می‌دهند، که جای بسط و نقد در این مقدمه نیست، معنویت، گوهری در وجود انسان شناخته می‌شود. در بینش اسلامی، بعد معنوی ناظر بر حقیقت انسان است. در قرآن کریم آمده است: «أَوْ مَنْ كَانَ مَيِّتًا فَأَحْيَيْنَاهُ وَجَعَلْنَا لَهُ نُورًا يَمْشِي بِهِ فِي النَّاسِ كَمَنْ مَثَلُهُ فِي الظُّلُمَاتِ لَيْسَ بِخَارِجٍ مِنْهَا كَذَلِكَ زُيِّنَ لِلْكَافِرِينَ مَا كَانُوا يَعْمَلُونَ»؛ «آیا کسی که مرده بود و ما او را زنده کردیم (حیات تازه ای به او بخشیدیم) و به او نوری عطا نمودیم که با آن میان مردم برود مانند کسی است که در تاریکی‌ها فرو رفته و نمی‌تواند از آن رهایی یابد؟». از این آیه استفاده می‌شود که انسان بعد دیگری دارد که همان معنویت است. این حس معنوی، کوششی برای پیدا شدن حساسیت نسبت به خود، دیگران، موجودات غیرانسانی و خدا است. از منظر ادیان الهی، معنویت جلوه‌ای از

دین، فلسفه یا اخلاق است که به مثابه متعالی‌ترین، شریف‌ترین و سنجیده‌ترین بعد انسانی است که به آرمان‌های فردی غنا می‌بخشد.

تهیه و تدوین راهنمای بالینی حاضر، در سال ۱۳۹۶ جهت آموزش کارکنان نظام سلامت برای ارائه مراقبت معنوی به بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن انجام شد. در سال ۱۳۹۷ برنامه اجرایی مراقبت معنوی از بیماران مزمن از راهنما استخراج گردید و در سال ۱۳۹۹ مجدداً راهنما بازبینی گردید. این راهنما با شناسایی نیازهای معنوی بیماران ایرانی و تطبیق آن با راهنماهای بالینی بین‌المللی و متون مرتبط با مراقبت معنوی، طی توافق گروهی متخصصان نظام سلامت ایران بومی گردیده است تا بتواند همکاری بین‌حرفه‌ای کارکنان نظام سلامت را در ارائه خدمات مراقبت معنوی به بیماران مزمن تقویت نماید. علاوه بر آن، برنامه اجرایی مراقبت معنوی از این راهنما استخراج گردیده و در پایان این راهنمای بالینی، پیوست و قابل دسترسی است. در تألیف این راهنمای بالینی، مولفین و اعضای شرکت‌کننده در پانل‌های تخصصی هیچ‌گونه تعارض منافی نداشتند. در نظر است دو سال پس از بکارگیری راهنمای بالینی توسط کاربران هدف، محتوای موجود، بروزرسانی شود. انشاءالله این راهنما در ارتقاء خدمات مراقبت معنوی از بیماران مزمن مفید واقع گردد.

مؤلفین

اعضای پانل‌های بومی‌سازی راهنمای بالینی (به ترتیب حروف الفبا)

نام و نام خانوادگی	مدرک تحصیلی / مرتبه علمی
دکتر محمدمهدی احمدی فراز	دکترای تخصصی قرآن و منابع علوم اسلامی، استادیار دانشگاه شهید اشرفی اصفهانی
دکتر حبیب‌رضا ارزانی	دکترای تخصصی الهیات تطبیقی ادیان، استادیار پژوهشگاه علوم و فرهنگ اسلامی قم
دکتر امراالله ابراهیمی	دکترای تخصصی روانشناسی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
پروانه اسدی	کارشناس ارشد مشاوره
دکتر علیرضا ایرج‌پور	دکترای تخصصی پرستاری، استاد تمام دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
دکتر رضا باقریان	دکترای تخصصی روانشناسی سلامت، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
دکتر محسن شهریاری	دکترای تخصصی پرستاری، استاد تمام دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
دکتر محمدرضا شعرباغچی‌زاده	متخصص روان‌پزشکی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
دکتر بهزاد شمس	دکترای تخصصی کودکان، استاد تمام دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
حجت‌الاسلام عباسعلی شیروانی	مشاور معنوی
حسین ترک زنجانی	کارشناسی ارشد مددکاری اجتماعی
دکتر عبدالرحیم حزینی	متخصص انکولوژی
دکتر نصرالله علی‌محمدی	دکترای تخصصی پرستاری، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
دکتر سیدمحمد مسعود مرندی	متخصص طب داخلی

نام و نام خانوادگی	مدرک تحصیلی / مرتبه علمی
دکتر جعفر مقدسی	دکترای تخصصی پرستاری، استادیار دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد
دکتر سیدغفور موسوی	متخصص روان پزشکی، استاد تمام دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
دکتر سیدروح اله موسوی زاده	دکترای تخصصی فقه و حقوق، استادیار دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
دکتر مریم مقیمیان	دکترای تخصصی پرستاری، استادیار دانشگاه آزاد اسلامی نجف آباد
حجت الاسلام دکتر قدرت الله مؤمنی	دکترای تخصصی معارف اسلامی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
دکتر احمدرضا یزدان نیک	دکترای تخصصی پرستاری، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
دکتر حجت الله یوسفی	دکترای تخصصی پرستاری، استاد تمام دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

فصل اول:

مقدمه‌ای بر مراقبت معنوی از بیماران مزمن



اهمیت مراقبت معنوی از بیماران مزمن

بیماری‌های مزمن، فرد را با چالش‌هایی درباره معنا و هدف در زندگی مواجه می‌کند (۱). رنج بیماری و مشکلات ناشی از آن در بیمار مزمن، او را در معرض یک بحران واقعی و تجربه پراسترس و تهدیدکننده زندگی قرار می‌دهد (۲). معنایابی برای این رنج، تجربه ناخوشی، ناتوانی و مواجهه با مرگ از جمله تجربیات معنوی هستند (۳) و فرد برای حل این چالش‌ها، نیازمند مراقبت‌هایی است (۴) تا بتواند به خصوص در لحظات پایان زندگی، احساس سازگاری (۵) و آسودگی داشته باشد (۶). از آنجایی که بیماری‌های مزمن، یکی از عوامل ناتوان‌کننده افراد، در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه است (۷) و طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت، ۴۳٪ بار جهانی بیماری‌ها را به خود اختصاص می‌دهد (۸) و با توجه به نیاز بیماران مزمن به مراجعات و بستری‌های مکرر در مراکز بهداشتی درمانی، لزوم توجه روزافزون به کیفیت مراقبت در ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی ضروری می‌نماید (۹) و

چون بعد معنوی در مرکز ابعاد سلامتی انسان، قرار گرفته است، تامین نیازهای معنوی، در سلامتی و رفاه عمومی فرد، نقش مهمی را ایفا می‌کند (۹، ۱۰). به‌گونه‌ای که تجارب بیماران، نقش بارز معنویت را در امید به زندگی آن‌ها نشان داده است (۱۱). هر چند این تجارب، با زمینه فرهنگی (۱۲، ۱۳)، سوابق شخصی (۱۴)، مذهب و شرایط اجتماعی (۱۵) افراد درآمیخته است، اما تقریباً در همه بیماران، معنویت جزئی از زندگی آن‌ها محسوب می‌شود (۱۶) و اکثر آن‌ها، درد و رنج را آزمایش، امید در برابر مقاومت، عشق در مقابل فراموشی و نیز موقعیتی برای معنابخشی به زندگی و بروز خلاقیت در اداره کردن خود، معنا می‌کنند (۱۷). افراد در مواجهه با بیماری، آنچه را که در زندگی مهم بوده است مورد ارزشیابی قرار می‌دهند و اغلب از خود سؤالات ایدئولوژیک می‌پرسند که «آیا خدا وجود دارد؟ آیا زندگی معنا و هدفی دارد؟ آیا بیماری به من صدمه می‌زند؟ آیا من در حال مرگ هستم؟ آیا فردی مورد اطمینان در این لحظات سخت وجود دارد؟» (۱۸). پاسخ به این سؤالات می‌تواند منبع مفیدی برای درمان و مراقبت باشد که کارکنان نظام سلامت با پاسخگویی به این ابهامات، در افزایش امید به زندگی و تسهیل درمان و مراقبت نقش مهمی ایفا می‌کنند (۱۹). براین‌اساس کارکنان نظام سلامت جهت مراقبت از این بیماران، بایستی نیازهای مراقبت معنوی آن‌ها را بررسی کرده و با استفاده از راهنمای بالینی بومی، یک طرح مراقبتی برای هر بیمار تنظیم نمایند (۲۰).

سیاست‌های مراقبت سلامت ایران در خصوص مراقبت معنوی

در جامعه ایرانی، ۹۸٪ مردم مسلمان و ۹۰٪ شیعه هستند و تعالیم اسلام شکل‌دهنده معنویت است. دین و فرهنگ با شیوه زندگی مردم در آمیخته و اعتقادات دینی، نقش مهمی در موقعیت‌های بحرانی ایفا می‌کند و این موضوع آمادگی بیماران برای تقویت معنویت را فراهم ساخته است. همچنین با توجه به نقش تایید شده مراقبت معنوی در کاهش بار رنج و ناخوشی ناشی از بیماری، لازم است این موضوع مورد توجه قرار گیرد؛ از آن جاکه برای پرداختن به موضوع مراقبت معنوی از بیماران مزمن که در مراحل پیشرفته قرار دارند، لازم است با توجه به اصول حرفه‌ای و سنت‌های رایج در جامعه، همچنین معنای معنویت در جامعه مذهبی ایران و آنچه انسان‌ها را برای زندگی با بیماری محدودکننده آماده می‌کند، برنامه و راهنمای مراقبتی خاصی تدوین شود، در سال‌های اخیر این موضوع از جانب مسئولین حوزه مراقبت، در کشور مورد تأکید جدی قرار گرفته است (۲۱). به طوری که مراقبت معنوی در سند تحول پرستاری کشور وارد شده است و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، توسعه مراقبت‌های معنوی را در دستور کار خود قرار داده است. موضوع برگزاری کنگره‌های سالیانه، دوره‌های بازآموزی و آموزش‌های کوتاه مدت ویژه کارکنان نظام سلامت، تهیه و توزیع متون مرتبط، پیگیری می‌شود. همچنین در سیاست‌های بلندمدت، به تاسیس رشته مراقبت معنوی در سطح کارشناسی ارشد نیز

اشاره شده است. در کل، سیاست‌های ابلاغی سلامت، بعد معنوی را مورد توجه قرار داده است؛ اما متأسفانه تاکنون به‌عنوان یک کشور مسلمان، بسیار کم بر روی جنبه‌های مختلف مراقبت معنوی کار شده است و کارکنان نظام سلامت تسلط کافی در ارائه این مراقبت ندارند. همچنین، امکانات و شرایط موجود در مراکز بهداشتی درمانی نیز برای ارائه مراقبت معنوی کافی نیست. تأکید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کشور، بر این است که در جهت رفع خلاءها و مشکلات موجود در ارائه مراقبت معنوی اقدامات جدی به‌عمل آید (۲۱).

موانع و عوامل زمینه‌ای در ارائه مراقبت معنوی مبتنی بر فرهنگ جامعه ایرانی

در ایران، مراقبت معنوی دارای چارچوب واضحی برای کارکنان نظام سلامت نیست. از مهم‌ترین دلایل این مشکل، ابهام در کاربرد استفاده از مفهوم مراقبت معنوی، فقدان توقع از متخصصان برای ارائه مراقبت معنوی، فقدان آموزش کارکنان نظام سلامت (۲۳، ۲۲)، ضعف کارکنان نظام سلامت در ایجاد صمیمیت با بیماران، درک منفی نسبت به باورهای مذهبی (۲۴، ۲۵)، فقدان آگاهی، احساس بی‌کفایتی و کمبود اعتماد به نفس کارکنان نظام سلامت (۲۶)، نوع نگرش مراقبین به مراقبت معنوی، عدم تعریف صریح معنویت، عدم درک اهمیت پرداختن به معنویت در مراقبت و درمان ناشی از درک نادرست مفهوم معنویت (۲۷)، عدم مهارت

لازم در برقراری ارتباط و ارائه مراقبت معنوی (۲۸)، عدم فضا، زمان و امکانات لازم (۲۹)، به‌عنوان دلایلی برای غفلت از مراقبت معنوی در کشور معرفی شده‌اند. مشارکت‌کنندگان در مطالعه کیفی تدوین این راهنما، عواملی همچون: عدم توجه مناسب به نیازهای بیمار، فقدان حمایت سازمانی پرستاران برای ارائه مراقبت معنوی، نارسایی سیستم آموزشی، خلا حمایتی، کمبود وقت پزشکان، تعلل پزشکان از ورود به حیطه معنویت، نارسایی سیستم تشخیص نیازهای معنوی و ارجاع معنوی، صلاحیت ناکافی مشاوران معنوی، کمبود آگاهی کارکنان نظام سلامت از نحوه مراقبت معنوی، نقص اطلاعات و آگاهی بیمار در زمینه امکان دریافت خدمات معنوی در مرکز بهداشتی درمانی، عدم درک متقابل بیمار و مراقب، دور شدن پرستاران از بالین بدنال پرداختن به بروکراسی اداری، درک ناکافی نیاز بیمار به انجام اعمال مذهبی، مقاومت بیمار در برون‌ریزی هیجانی، دیدگاه سکولار متخصصین و اعتقاد به عدم همخوانی علم و دین به‌عنوان مانع ابراز نیازهای معنوی و فرهنگ نامطلوب کارکنان نظام سلامت را به‌عنوان مانع ارائه مراقبت معنوی مطرح نمودند. بر اساس نظر مشارکت‌کنندگان در مطالعه کیفی تدوین راهنمای بالینی، آنچه بایستی به‌عنوان زمینه‌ساز ارائه مراقبت معنوی از بیماران مزمن مدنظر قرارگیرد عبارتند از: ایجاد محیط مذهبی در بیمارستان، خدمت خالصانه کارکنان نظام سلامت در ارائه مراقبت معنوی، داشتن علم و هنر مراقبت معنوی توسط ارائه‌دهندگان مراقبت،

توانایی کارکنان نظام سلامت در حمایت روانی از بیماران، تقویت و احیای اعتقادات دینی بیماران، استفاده از نگرش مذهبی بیماران در برنامه‌ریزی مراقبتی، مهارت پزشکان در کشف مشکلات معنوی بیمار، درک و پذیرش بیمار توسط کارکنان نظام سلامت، ارجاع بیمار به متخصص مربوطه برای تامین نیازهای معنوی، درک کارکنان نظام سلامت از اهمیت مراقبت معنوی از بیماران مزمن، کسب مهارت، هماهنگی و همکاری کارکنان نظام سلامت برای ارائه مراقبت معنوی.

همکاری‌های بین حرفه‌ای در مراقبت معنوی از بیماران مزمن

در ارائه مراقبت معنوی، سه سؤال عمده وجود دارد: اول این که چه کسی می‌تواند این مراقبت‌ها را انجام دهد؟ دوم این که آیا بیمار ورود به حریم اعتقادی خود را می‌پذیرد؟ و سوم این که چگونه می‌توان نیازهای معنوی بیماران را تامین کرد؟ (۳۰). براین اساس، ارائه مراقبت معنوی نیازمند یک تیم مراقبتی است که به بررسی و پاسخ‌گویی به آن دسته از مسائل معنوی که موجب تشویش بیمار و خانواده شده است، همچنین نوع نگاه به مشکل، امید، ترس، اهداف و معانی زندگی / بیماری / مرگ، احساسات، منابع حمایتی و بررسی اعتقاد به زندگی پس از مرگ بپردازند. از آن جاکه این مسائل برای هر فرد به گونه‌ای خاص تعریف می‌شود، برای طراحی و اجرای مراقبت مؤثر، نیاز به همکاری کارکنان نظام سلامت و استفاده از توانمندی متخصصان مختلف در نظام سلامت است (۳۱). به عبارتی؛ ارائه مراقبت

معنوی یک همکاری بین حرفه‌ای است که با بهره‌گیری از دانش و تجربیات متخصصان در زمینه‌های مرتبط و نظرخواهی و مشورت در طی فرایند تصمیم‌گیری همراه بوده و افزایش دانش و مهارت در مراقبت، رضایت از مراقبت و استمرار در عملکرد را بدنبال خواهد شد (۳۲)؛ بنابراین ارائه خدمات تخصصی مراقبت معنوی در کشور، باید به صورت همکاری‌های بین حرفه‌ای و با توجه به نیاز بیماران ایرانی و به صورت بومی انجام گیرد (۳۳). در این زمینه مطالعات متعددی بر ضرورت همکاری پزشک، پرستار، روان‌شناس سلامت، مددکار اجتماعی، روحانی (۳۴، ۳۵) و پذیرش مسئولیت جمعی از سوی مراقبین سلامت برای طراحی سیاست‌ها و تعیین خط‌مشی‌ها در جهت رفع نیاز معنوی بیماران (۳۶، ۳۷) و همکاری درون و میان رشته‌ای افراد، در ارائه مراقبت معنوی تأکید کرده‌اند (۳۸، ۳۹).

منابع فصل ۱

1. Risk JL. Building a new life: A chaplain's theory based case study of chronic illness. *Journal of health care chaplaincy*. 2013;19 (3):81-98.
2. Büssing A, Günther A, Baumann K, Frick E, Jacobs C. Spiritual dryness as a measure of a specific spiritual crisis in catholic priests: Associations with symptoms of burnout and distress. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*. 2013;2013.
3. Dezutter J, Casalin S, Wachholtz A, Luyckx K, Hekking J, Vandewiele W. Meaning in life: An important factor for the psychological well-being of chronically ill patients? *Rehabilitation psychology*. 2013;58 (4):334.
4. Hupcey JE, Penrod J, Fenstermacher K. Review Article: A model of palliative care for heart failure. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*. 2009; 26 (5): 20-28.
5. Bekelman DB, Hutt E, Masoudi FA, Kutner JS, Rumsfeld JS. Defining the role of palliative care in older adults with heart failure. *International journal of cardiology*. 2008; 125 (2):183-190.
6. Hupcey JE, Penrod J, Fogg J. Heart failure and palliative care: implications in practice. *Journal of palliative*

- medicine. 2009; 12 (6): 531-236.
7. Verdiani V, Ognibene A, Rutili MS, Lombardo C, Bacci F, Terreni A, et al. NT-ProBNP reduction percentage during hospital stay predicts long-term mortality and readmission in heart failure patients. *Journal of Cardiovascular Medicine*. 2008; 9 (7): 694-699.
 8. World Health Organization. Preventing chronic disease: A vital investment: WHO global report, 2005.
 9. Bakas T, McLennon SM, Carpenter JS, Buelow JM, Otte JL, Hanna KM, et al. Systematic review of health-related quality of life models. *Health and quality of life outcomes*. 2012;10 (1):134.
 10. Unantenne N, Warren N, Canaway R, Manderson L. The strength to cope: Spirituality and faith in chronic disease. *Journal of religion and health*. 2013;52 (4):1147-61.
 11. Momennasab M, Moattari M, Abbaszade A, Shamshiri B. Spiritual experience of heart attack patients: A qualitative study. *Journal of Qualitative Research in Health Sciences*. 2013; 1 (4): 284-97.
 12. Groleau D, Whitley R, Lespérance F, Kirmayer LJ. Spiritual reconfigurations of self after a myocardial infarction: Influence of culture and place. *Health & place*. 2010; 16 (5): 853-60.
 13. Weathers E, McCarthy G, Coffey A, editors. *Concept analysis of spirituality: An evolutionary approach*.

- Nursing Forum; 2016: Wiley Online Library.
14. Canfield C, Taylor D, Nagy K, Strauser C, VanKerkhove K, Wills S, et al. Critical Care Nurses' Perceived Need for Guidance in Addressing Spirituality in Critically Ill Patients. *American Journal of Critical Care*. 2016; 25 (3): 206-11.
 15. Lucchetti G, Lucchetti ALG. Spirituality, religion, and health: Over the last 15 years of field research (1999–2013). *The International Journal of Psychiatry in Medicine*. 2014;48 (3):199-215.
 16. Koenig H, King D, Carson VB. *Handbook of religion and health*. Oxford: Oup UAS Publishing, 2012.
 17. Cobb M, Puchalski CM, Rumbold B. *Oxford textbook of spirituality in healthcare*: Oxford: University Publishing, 2012.
 18. Taylor CR, Lillis C, Lynn PB, LeMone P. *Fundamentals of nursing: The art and science of person-centered nursing care*. Pennsylvania: Lippincott Williams & Wilkins: Publishing, 2015.
 19. Dein S. Religious doubts: Implications for psychopathology and psychotherapy. *Bulletin of the Menninger Clinic*. 2013;77 (3):201-21.
 20. Agrimson LB, Taft LB. Spiritual crisis: A concept analysis. *Journal of advanced nursing*. 2009; (2): 454-561.
۲۱. میرزاییگی م، توسعه مراقبت معنوی در دستور کار وزارت بهداشت، قابل دسترسی از: <http://behdashtnews.ir/fa/news-details/5088> /۱۳۹۵.

۲۲. زمان زاده و، رسولی م، عباس زاده ع، نیکان فرح، علمی مجد ح، میرزا احمدی ف، قهرمانیان ا، معنویت در مراقبت سرطان: یک مطالعه کیفی، مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت. ۱۳۹۳؛ (۴) ۳۷۸:۲-۳۶۶.
۲۳. برج علوی س، شهیدی ش، امامی ا، مراقبت، تجارب روزانه و بهزیستی معنوی در پرستاران بیمارستان‌های شهر تهران، مجله روان شناسی و دین، ۱۳۹۲؛ (۲۴) ۴: ۲۳-۱۶.
۲۴. زند س، رفیعی م، نیازسنجی بعد حقوقی مراقبت‌های مذهبی از بیماران بستری در بیمارستان‌های شهر اراک سال ۱۳۸۹، مجله پزشکی قانونی. ۱۳۹۰؛ (۱۷) ۲۱: ۸-۱.
25. Adib-Hajbaghery M, Zehtabchi S. Assessment of nurses' professional competence in spiritual care in Kashan's hospitals in 2014. *Scientific Journal of Hamadan Nursing & Midwifery Faculty*. 2015; 22 (24): 23-32.
26. Yousefi H, Abedi HA. Spiritual care in hospitalized patients. *Iranian journal of nursing and midwifery research*. 2011; 16 (1):125.
۲۷. رهنما م، خشک‌ناب م، مداح س، احمدی ف، ادراک بیماران مبتلا به سرطان از مراقبت معنوی: یک بررسی کیفی، مجله اخلاق و تاریخ پزشکی، ۱۳۹۱؛ (۵) ۷۴: ۳-۵۹.
۲۸. فارسی ز، صلصالی م، مفهوم مراقبت و متاپارادایم‌های پرستاری در اسلام، مجله طب و تزکیه، ۱۳۸۶؛ (۴) ۱۶: ۲۸-۲۱.
۲۹. عابدی ح ع، عسگری م، کاظمی ز، صفاری فر ف، نصیری م، مراقبت‌های مذهبی بیماران بستری و موانع آن، مجله طب و تزکیه، ۱۳۸۴؛ (۲) ۱۴: ۲۳-۱۶.
- Batstone, Elizabeth, Cara Bailey, and Nutmeg Hallett. Spiritual care provision to end-of-life patients: A systematic literature review. *Journal of Clinical Nursing*. 2020;29:3609-3624 Hospice & PalliativeNursesAssociation. HPNA position statement spiritual care. Available From: <http://hpna.advancingexpertcare.org/wp->

content/uploads/2015/08/Spiritual-Care.pdf, 2015.

30. Maxson PM, Dozois EJ, Holubar SD, Wroblewski DM, Dube JAO, Klipfel JM, et al. Enhancing nurse and physician collaboration in clinical decision making through high-fidelity interdisciplinary simulation training. *Mayo Clinic Proceedings*. London: Elsevier Publishing, 2011.
31. Kalish N. Evidence-based spiritual care: a literature review. *Current opinion in supportive and palliative care*. 2012; 6 (2): 242-246.
۳۲. زندس، رفیعی م، نیاز به مراقبت‌های مذهبی در بیماران بستری، مجله طب و تزکیه، ۱۳۸۹؛ ۴(۱۹): ۲۱-۱.
33. Campion EW, Kelley AS, Morrison RS. Palliative care for the seriously ill. *New England Journal of Medicine*. 2015; 373 (8): 747-755.
34. So WS, Shin HS. From Burden to Spiritual Growth: Korean Students' Experience in a Spiritual Care Practicum. *Journal of Christian Nursing*. 2011; 8 (4): 228-234.
35. Olson JK. Knowledge Required to use the Power of Spirituality in Healthcare. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2015; 28 (2): 3-4.
36. Rahnema M, Fallahi KM, Seyed BMS, Ahmadi F. Designing a Model for Spiritual Care in Rehabilitation of Cancer Patients. *Journal of medical surgical*. 2014; 3 (2): 60-81.
37. Puchalski, Christina, et al. Interprofessional Spiritual Care Education Curriculum: A Milestone Toward the Provision of Spiritual Care. *Journal of Palliative Medicine*. 2020; 23 (6): 777-784.

فصل دوم:

کلیات راهنمای بالینی

