



خدایا من تو را به تو شناختم و تو مرا بر وجود خود
راهنمایی کردی و به سوی خود خواندی و اگر معرفی
تو از خودت نبود من نمی دانستم تو کیستی.
(دعای ابو حمزه ثمالی)



برنامه توانمند سازی مراقبت معنوی

ویژه پرستاران

ارائه: دکتر فرخ زادیان
دانشیار دانشکده پرستاری کرمان



اهداف آموزش برنامه مراقبت معنوی

- آشنایی:
- با معنویت و مذهب
- مراقبت معنوی و اصول آن
- فرایند پرستاری در مراقبت معنوی
- ادغام مذهب و معنویت بیماران در عملکرد پرستاری

مقدمه

انسان به عنوان شگفت‌آورترین آفریده خداوند دارای ابعادی گوناگون می‌باشد که هر یک از آن‌ها جداگانه توسط پژوهشگران سخت‌کوش و اندیشمندان پر تلاش مورد مطالعه و کنکاش قرار گرفته (۱).

انسان دارای بعد شناختی، عاطفی، اجتماعی و معنوی / مذهبی می‌باشد، عدم توجه به هر یک از این ابعاد سبب حذف بخش مهمی از وجود انسان می‌شود (۲).

تاریخچه

قدمت مفهوم معنویت / مذهب، همزاد با خلقت انسان است. از بدوی‌ترین شکل‌های معنویت، که در پی ارضای مطالبات متافیزیکی بشر نخستین شکل گرفته، تا اشکال جدید ظهور این مفهوم،

- معنویت / مذهب در هر عصری با خصایص آن دوره آفریده شده و متجلی گشته است، چرا که معنویت در وجود انسان‌ها و در معناسازی آنان در مواجهه با هستی شکل گرفته و هویت یافته است.

با این وجود توجه آکادمیک به این مفهوم محصول اواخر قرن نوزده و گسترش مبانی آن نیز متعلق به قرن بیستم است. به طوری که طبق مستندات بین المللی سازمان جهانی بهداشت نیز بعد معنوی / مذهبی مورد توجه قرار گرفته است (۳).

تفاوت واژه ای دین یا مذهب و معنویت

دین در لغت به معنای اطاعت، انقیاد و تسلیم، و در اصطلاح، مجموعه‌ای از عقاید، اخلاقیات، شعائر، روش‌های عبادی و نظام‌هایی است که عنصر اعتقاد به آفریدگار (یکتا) را دربردارد و مبتنی بر **وہی** است؛

در بر فی دیگر از اصطلاحات، دین مجموعه‌ای از عقاید و مناسک و اخلاقیات است که با اعتقاد به موجودات ماوراءالطبیعی و امور قدسی همراه می‌باشد



تفاوت علمی و روانشناختی دین و معنویت

معنویت مفهومی وسیع تر و کلی تر را نسبت به دین دربرمی گیرد. معنویت به دنبال یافتن پاسخ سوالاتی است که پیستی و معنای زندگی را جستجو می کنند. بیشتر یک مسئله فردی است و عمدتاً بر هیجانات تکیه دارد. معنویت همچنین بیشتر جنبه درونی و ذهنی دارد و محدودۀ آن نیز زیاد مشخص نیست (۴).



● معنویت را به معنای

● ارتباطات معنی دار (فردی، بین فردی و فرا فردی) خدا
یا قدرت برتر)



سلامت معنوی

- سلامت معنوی : هسی از ارتباط داشتن با دیگران، داشتن معنی و هدف در زندگی و داشتن اعتقاد و ارتباط با یک قدرت متعالی



● به طور خلاصه:

معنویت یک مفهوم کلی است که با همه اشخاص ارتباط دارد، همه افراد صرف نظر از عقیده، فرهنگ، نژاد یا مذهب، معنویت دارند

معنویت با روشی که مردم میفهمند و زندگی می-کنند و درک آنها از معنای

نهایی مرتبط است و شامل نیاز به پیدا کردن پاسفهای رضایت بخش در باره

سوالات نهایی در باره معنای زندگی، بیماری و مرگ است و دارای اجزای معنا،

هدف، و ارتباط با یک قدرت برتر یا چیزی بزرگتر از خود میباشد.

مراقبت معنوی / مذهبی در پرستاری



امروزه مراقبت مذهبی / معنوی به عنوان جزء جدایی ناپذیر از مراقبت کل
نگر می باشد و یکی از موارد اصلی جهت ارائه مراقبت های مذهبی / معنوی
صحیح به بیماران، داشتن صلاحیت لازم در این زمینه می باشد (۱۵).

مداخلات معنوی و مذهبی باعث ایجاد نگرش مثبت و به عنوان منبعی
قدرت بخش برای بیماران است که باعث افزایش سرعت بهبودی فرد
می شوند (۱۶).



- تحقیقات در دهه اخیر قویا حاکی از آن است که توجه به نیروهای معنوی، به عنوان نیازی که به بیماران آرامش، نیرو و نشاط می‌بخشد مورد توجه نظریه پردازان پرستاری بوده است (۱).

- اثر بخشی این نیروها تا به آنجا است که می‌تواند مایه اصلاح، بهبودی بیماری و افزایش توان شخصیتی در روابط بین فردی گردد (۱۹).



مشاهده فاکتی از آن است که نیازهای معنوی بیماران در زمان ابتلا به بیماری مورد توجه قرار نمی‌گیرد. این در حالیست که تأمین نیازهای معنوی افراد بستری، در سرعت بهبودی و دستیابی به سلامت معنوی و کاهش و کنترل اضطراب و افسردگی بسیار مهم است.



❧ از آنجا که معنویت بخش مهمی از زندگی مردم را تشکیل می دهد و

تاثیر مهمی بر سلامت بهزیستی آنان دارد، **بایستی انتظار داشت که جز**

مهمی از مشاوره و رواندرمانی بشمار آید. عقاید و ارزش های مذهبی

بخشی از زندگی هر فرد است که با بهداشت روانی ارتباط دارد. بنابراین

می توان **ازعان کرد که مذهب و اعتقادات مذهبی در پیشگیری و**

کاهش اختلالات روانی و درمانی نقش بسیار مهمی دارد.

۲۰ تا ۴۰ درصد متغیر های سلامت روانی افراد بالغ توسط باورهای

مذهبی/معنوی تبیین می شود. مذهب/معنویت آنقدر برای پرورش سلامت روح اهمیت دارد که هوا برای تنفس.

مذهب/معنویت به انسان کمک می کند تا معنای حوادث خصوصا حوادث دردناک و اضطراب انگیز را بفهمد

✓ از پرستاران خواسته می شود که به مفهوم مراقبت کل نگر متعهد باشند
و به جنبه های جسمی، روانی، عاطفی، اجتماعی و معنوی توجه کنند. و در
مراقبت ها نیز اجرا کنند، اما حیطه مراقبت معنوی / مذهبی، حیطه ای
است که مکررا نادیده گرفته می شود (Mc sherry 2006).



● در حال حاضر در ایالات متحده آمریکا به پرستاران دستور داده شده که **مراقبت معنوی / مذهبی** را به فعالیت های روزانه خود به عنوان **بخشی از فعالیت** خود بیفزایند

● مراقبت معنوی به عنوان **جنبه مهمی از** فعالیت های پرستاری **پذیرفته شده است**. در حال حاضر در غرب برای اینکه بیمارستانها **اعتبار دریافت کنند** باید به بیماران **مراقبت معنوی** ارائه دهند (wensley2004).

● **براساس بیانیه کینهاک:** دولت‌ها ملزم به توجه به نیازهای معنوی مردم گردیده و بر بعد معنوی سلامت در منشور بانگوک تأکید شده است (سایت، ۲۰۰۵).

● **سازمان بهداشت جهانی:** سلامتی را در ابعاد زیستی روانی اجتماعی معرفی نموده و بر توجه به نیازهای معنوی مردم هر جامعه متناسب با فرهنگ و باورهایشان تأکید نموده است (بالدراچینو، ۲۰۰۷).

● **انجمن روانپزشکی آمریکا:** توصیه میکند که پزشکان، گرایش مذهبی و معنوی بیماران را بچویا شوند (مولر، ۲۰۰۱).

● **مجمع بین المللی پرستاران:** نقش پرستاران را ارتقاء
محیطی میدانند که در آن حقوق انسانی، ارزشها، عادات و
اعتقادات معنوی فرد، خانواده و جامعه مورد احترام قرار
گیرد

● **طبق کدهای اخلاقی:** از دانش آموختگان علوم سلامت
انتظار می رود ، درمان و مراقبت را براساس نیازهای
جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی بیماران انجام دهند(لی

۲۰۰۶،

● چرا که بروز بیماری، باعث پدیدار شدن نیازهای معنوی در بیمار میشود و پاسخ معنوی را در بیماران برمی انگیزد که نیازمند مراقبت معنوی است (کاوندیش، ۲۰۰۵).
آموزش معنویت جهت ارائه درمان و مراقبت کل نگر
ضروری محسوب می شود لازم است که دانشگاههای علوم
پزشکی به آموزش سلامت و مراقبت معنوی بپردازند.



مراقبت معنوی

مراقبت معنوی عبارت است از مراقبتی که توسط پزشکان و پرستاران برای حمایت از سلامت معنوی بیماران انجام می شود (۱۷).

مراقبت معنوی، رسیدگی به نیازهای معنوی بیماران است



مراقبت معنوی

مکاملاً فرد محور است و هیچ پیش فرضی در باره اعتقادات و یا زندگی شخصی ندارد. مراقبت معنوی لزوماً مذهبی نیست، مراقبت مذهبی در بهترین حالتش همیشه معنوی است

در بالین تمایز قایل شدن بین معنویت و مذهب کمتر اتفاق میافتد زیرا اغلب بیماران خود را هر دو مورد تلقی میکنند

مراقبت معنوی به عنوان محور حمایت گرایانه، شامل توجه کردن، گوش دادن فعال، ارتباط متقابل کلامی و غیر کلامی، لمس بیمار

ادامه مراقبت معنوی

- دعا و نیایش با بیمار و برای بیمار، انجام تشریفات مذهبی، ارجاع بیمار به یک روحانی یا کشیش، زمان گذاشتن برای بیمار
- بودن با بیمار در تجربه درد، رنج یا دیگر مشکلات و نیازها
- دادن معنا و ارزش به زندگی و درک مردم



ادامه مراقبت معنوی

□ دانستن پیوستگی مذهبی افراد به تنهایی برای فراهم کردن مراقبت معنوی / مذهبی کافی نیست.

□ مراقبت موثر و مناسب باید همیشه به طور فردی مورد بررسی قرار گیرد، و در همکاری با بقیه افراد مرتبط طرح ریزی گردد، به طور حساس به وسیله مراقبین مناسب انجام شود و برای مشخص شدن پی آمد ها ، بازبینی صورت گیرد.



وضعیت مراقبت معنوی / مذهبی ایران در حال حاضر

یکی از نگرانی‌هایی که در حرفه پرستاری در ایران به چشم می‌خورد این است که ارائه مراقبت معنوی به بیماران ناکافی است (۱۴).



• پرستاران، مراقبت معنوی را بسیار ضعیف درک کرده اند و در نتیجه اغلب اوقات نیازهای معنوی در متن مراقبت های سلامتی، مورد غفلت واقع می شود. پرستارانی که مراقبت های معنوی را فراهم و از آن حمایت می کنند در اقلیت هستند و آنهایی که مراقبت معنوی ارائه می دهند آن را ثبت نمی کنند (گریزلی و همکاران ۲۰۰۱).

✓ در هر صورت در پرستاری، در این مورد که توجه

بیشتری باید به ابعاد معنوی / مذهبی فرد در متن

مراقبت ها صورت بگیرد توافق عمومی وجود دارد



● این درحالی است که در زمینه ارائه مراقبت معنوی / مذهبی به بیماران، بیش از همه **بیماران مزمن** که به دلیل شرایط خاص بیماری و مزمن بودن بیماریشان گرایش فراوان به سمت موضوعات معنوی و مذهبی پیدا می کنند، در **درجه نخست اهمیت** قرار می گیرند



- **پرستاران ارائه دهنده مراقبت کل نگر،** ارزش معنویت را دریافته و فهمیده‌اند که چطور سلامت معنوی بیمارانشان را بررسی نمایند و قادرند تشفیص پرستاری مربوط به آن را مشخص نموده و اهداف را تنظیم و مداخلات پرستاری را برای دستیابی به سلامت معنوی فراهم کنند. این پرستاران با تجربه می‌توانند مداخلات را ارزشیابی نمایند،



۱- سؤال درباره زمینه مذهبی و معنوی بیماران به منظور آگاه شدن از این که آیا این گونه مسایل برایشان اهمیت دارند یا خیر.

۲- تشویق بیماران به پرداختن به باورها یا فعالیت‌های معنوی که می‌تواند برایشان مفید باشد. به عنوان مثال، پرستار یا پزشک به بیمار می‌گوید: "من از این که ایمان شما طی این دوره سفت به شما قدرت می‌دهد، بسیار خوشحالم".

۳- در صورت تمایل بیماران، پرسیدن سوالاتی که آنها را به صحبت درباره مسایل معنوی ترغیب کند. به عنوان مثال، پزشک یا پرستار سؤال می‌کند: "چه چیزی به شما کمک می‌کند تا معنایی برای این موقعیت سفت بیابید؟" (۱۷).

گام های فرایند پرستاری در مراقبت معنوي

1. بررسی نیازهای معنوی یا ارزیابی معنوی
2. تشخیص مشکلات معنوی و ارائه طرح مراقبت معنوی
3. مداخلات استاندارد پرستاری
4. ارزشیابی
5. مستندسازی

گام ۱- ارزیابی وضع معنوی/مذهبی در بیماران

بتواند تشخیص دهد که کدام بیمار نیازمند ارزیابی معنوی است.

بتواند ارزیابی معنوی از بیمار انجام دهد.

بتواند توصیه های لازم برای مراقبت و ارجاع به مشاور معنوی را انجام

دهد.

بتواند با تیم پرستاری و سایر مشاوران، کارگروهی در جهت ارتقاء محیط بیمارستان برای ارتقاء سلامت معنوی کارکنان و بیماران انجام دهد (۲۱).

ارزیابی مذهب / معنویت در بیماران

در برآوردن نیازهای معنوی بیماران، اولین گام ارزیابی آنها به روش مشاهده و پرسش است (۲۲).

نیاز برای بدست آوردن و دریافت کردن عشق، نیاز برای درک شدن، نیاز برای ارزش قائل شدن به عنوان یک انسان، نیاز برای عفو و بخشش، اعتماد و امید، نیاز برای کشف کردن اعتقادات و ارزش ها، نیاز برای بیان احساسات صادقانه، نیاز برای پیدا کردن معنا و هدف در زندگی همگی از جمله نیازهای معنوی هستند (۲۳).

پرسش های ارزیابی معنوی / مذهبی

در مواقع دشوار و در سختی ها به چه کسی یا چه چیزی تکیه می کنید؟
چه چیزی در زندگی تان وجود دارد که به شما قوت قلب و آرامش درونی می بخشد؟

چه چیزی به زندگی شما معنا و مفهوم می دهد؟

اگر ایمان به خدا یکی از اصول معنویت باشد، آیا خود را خردی معنوی می دانید؟

برای برخی افراد اعتقادشان به خدا به عنوان منبعی از قدرت در برافورد با سختی و فیزهای زندگی عمل می کند آیا این مسئله در مورد شما صدق می کند؟

پرسش های ارزیابی معنوی / مذهبی

باورها و اعتقادات معنوی شما، بر حالات و روحيات شما در طول این بیماری چه اثری گذاشته است؟

فکر می کنید باورها و اعتقادات معنوی شما چه نقشی در به دست آوردن مجدد سلامتی شما دارند؟

معمولاً کدام اعمال معنوی / مذهبی در شما حس بهبودی و آرامش ایجاد می کند؟ (برای مثال: نماز، ذکر و مناجات، خواندن قرآن و ...)

آیا جزئی از کار ما و مراقبت پزشکی هست که به دلیل باورها و اعتقاداتان برای شما ممنوع، حرام یا مکروه باشد و لازم است مورد توجه قرار گیرد و ما رعایت کنیم؟

آیا بر اساس اعتقادات و باورهایتان، رابطه من به عنوان درمانگر و شما که بیمار هستید نیاز به رعایت نکات خاصی دارد که بهتر است من بدانم؟

آیا بین باورها و اعتقاداتتان و شیوه درمانی که ما داریم انجام می دهیم سازگاری وجود دارد؟

آیا چیزی در ارتباط با مسایل معنوی / مذهبی و درمان شما وجود دارد که دوست داشته باشید در مورد آن صحبت کنیم؟



آیا شرایط فاضی وجود دارد که من باید از آن‌ها در درمان شما آگاه باشم؟
(مثلاً پرستار مرد یا زن و استفاده از فرآورده‌های فونی)

میل دارید که من یا دیگر همکارانم موضوعات اعتقادی‌تان در سیر درمانی
شما را مورد توجه قرار دهیم؟

برای حفظ آرامش معنوی شما، تمایل دارید چه منابع و امکاناتی برایتان
فراهم کنم؟ (۲۴ و ۲۵ و ۲۶).



افز تاريفيه و شرح مال معنوي / مذهبي ، شناخت باورها و ارزش‌های بیماران، کشف

نیازهای معنوی و علل بروز آشفتگی معنوی بیماران (بی‌معنایی زندگی، یأس و ناامیدی

و تردید) و همچنین منابع توانمندی معنوی آنان (امید، معنا و هدف) فرصتی را برای

مراقبت دلسوزانه پرستاران و در نهایت امکان شناخت بیمارانی را که نیازمند دادن

کمک مذهبی و معنوی و ارجاع به مشاور مذهبی هستند را فراهم می‌کند و روند مطلوبی

را در مراقبت از بیمار را موجب می‌شود (۲۷).

گام دوم: تشخیص مشکلات معنوی و ارائه طرح مراقبت معنوی

- در زمینه معنویت و مشکلات تهدید کننده زندگی هفت تشخیص پرستاری مشخص شده است که در زمینه بررسی نیازهای معنوی بیمار و خانواده میتواند کمک کننده باشد،
● **دیسترس** - های معنوی میتوانند با **دیسترسهای جسمی، روانی، اجتماعی و مالی ترکیب شوند و تشخیص این موارد از یکدیگر مشکل میباشد و زمانی که به نیازهای معنوی مردجو توجه صورت نگیرد دچار **دیسترس معنوی** میگردد :**

● دیسترس معنوی:

● درد معنوی

● بیزاری معنوی

● اضطراب معنوی

● گناه معنوی

● خشم معنوی

● فقدان معنوی

● ناامیدی معنوی

تعریف مشکلات معنوی

درد معنوی یا درد احساسی: بیان اینکه در ارتباط با خالق خود و خدا دچار زجر و ناراحتی است و آرامش ندارد

بیزاری معنوی: نگرش منفی نسبت به دریافت هر نوع راحتی یا آسایش یا کمک از طرف خدا، بیان احساس بدبختی، یا بیان میکند خدا کجاست وقتی که من به او احتیاج دارم؟



تعریف مشکلات معنوی

اضطراب معنوی: ابراز ترس از خشم و تنبیه خدا، ابراز ترس اینکه خدا ممکن است به او توجه نکند، ترس از اینکه خدا از رفتار او ناراحت است

گناه معنوی: احساس اینکه باید کاری را انجام میداده است ولی کوتاهی کرده و انجام نداده است، یک نوع نگرانی در باره زندگی گذشته، یا کاری انجام داده که مورد رضایت خدا نبوده، یک نوع احساس گناه میباشد.



تعریف مشکلات معنوی

فشم معنوی: یک نوع احساس نا امیدي، غم و اندوه و فشم نسبت به خدا در رابطه با بیماری و رنج، احساس غیر عادلانه بودن خدا،

یک احساس منفی در رابطه با مراقبت معنوی است و خانواده ممکن است به خاطر اینکه خدا خواسته است فرد مورد علاقه آنها مورد رنج قرار گیرد احساس عصبانیت و فشم خود را نسبت به خدا بیان کنند



تعریف مشکلات معنوی

فقدان معنوی: بیان احساس فاتمه عشق به خدا، احساس تهی بودن معنوی، احساس فقدان معنوی ممکن است همراه با افسردگی روانی باشد و فرد احساس غیر مفید بودن داشته باشد و با خدا یا هر چیزی که فکر میکند خوبست احساس بیگانگی کند.

ناامیدی معنوی: بیان اینکه هیچ امیدی در ارتباط با درخواست کمک از خدا وجود ندارد یا احساس اینکه خدا بیشتر از این نمیتواند از یک نفر مراقبت کند.



● انجمن تشفیص پرستاری آمریکای شمالی «دسترس

معنوی» را نوعی تشفیص پرستاری شناخته است و نظام

طبقه بندی مداخلات پرستاری، «تسهیل رشد معنوی» و

حمایت معنوی را به عنوان مداخلات پرستاری طراحی

کرده است



- لذا منابع معنوی / مذهبی برای بیماران، منابع سازگاری مهمی هستند که در طول فرایند بیماری مورد استفاده قرار می‌گیرند. این منابع با رضایت‌مندی فرد از زندگی خود، سازگاری بهتر، کاهش درد و کاهش اضطراب از مرگ ارتباط دارند (۲۰۳ و ۲).



منابع معنویت

- اعتقادات مذهبی
- مراقبت معنوی / مذهبی
- ایمان و ارتباط و توکل به خدا
- نماز و دعا
- کتاب مقدس یا آسمانی
- آداب و رسوم مذهبی
- اشیاء عبادتی
- موزیک مقدس یا معنوی
- توسل به ائمه اطهار
- خانواده، دوستان، اقوام و آشنایان

خدمات مراقبت معنوی / مذهبی باید:

- آماده و قابل دسترس برای افراد با همه اجتماعات اعتقادی و بی اعتقاد و فراهم کردن تسهیلات معنوی و مراقبت مذهبی برای همه ادیان باشند.

- به همه ادیان و اعتقادات، سبک زندگی و زمینه های فرهنگی توجه کند.

خدمات مراقبت معنوی / مذهبی باید:

□ - به تفاوت ها و تشابهات و تمرکز بر روی این موضوع که همه ادیان

الهی به خدا و وجود آن معتقدند، توجه کرد و باید از این موضوع جهت

تقویت باورهای مذهبی و معنوی آن ها استفاده کرد.

□ - حقوق بیماران برای اینکه توسط هر مشاور مذهبی و مراقب معنوی

ویزیت شوند یا نشوند بطور قطع و یقین رعایت شود (۲۸).

گام سوم: اجرای مداخلات پرستاری

الف- تسهیل رشد معنوی: ظرفیت مدرجو برای شناسایی، ارتباط و اتصال با منبع معنا، هدف، راحتی، قدرت و امید را تسهیل کنید.

□ مدرجو را تشویق کنید که نگرانیهای معنوی خود را بیان کند و از منابع معنا و امید در زندگی مدرجو آگاه باشید.

□ برگزاری مراسم نماز به صورت گروهی به شکل مناسب را پیشنهاد دهید. نماز صحبت با خداست نماز و میتواند باعث آرامش شود.

□ شرکت در خدمات مذهبی، و برنامه های دعا را تشویق کنید.

□ ارتباط با خدا یا یک قدرت برتر را تسهیل کنید.

گام سوم: اجرای مداخلات پرستاری

الف- تسهیل رشد معنوی

- ارتباط با خود، دیگران، دوستان و فامیل را ارتقا دهید، هر نوع ارائه مراقبت معنوی بر اساس ارتباط است.
- استفاده از مراسم مذهبی را تشویق کنید.
- یک محیطی که مددجو بتواند بر روی تفکر خود تأمل و بازتاب داشته باشد را فراهم کنید.
- در صورت نیاز، به گروه‌های حمایتی برای دریافت حمایت معنوی ارجاع داده شود.
- در صورت نیاز، به مراقب معنوی برای دریافت حمایت معنوی ارجاع داده شود.

گام سوم: اجرای مداخلات پرستاری

ب- حمایت معنوی: به بیمار کمک کنید که احساس تعادل کند و با یک قدرت برتر ارتباط داشته باشد:

- در صورت درخواست مردجو، استفاده از خدمات مکانهای مذهبی را تشویق کنید.
- در صورت درخواست مردجو، استفاده از منابع معنوی را تشویق کنید.
- متناسب با ترجیحات مردجو، گفتار معنوی مورد درخواست را فراهم کنید.
- استفاده از آرام سازی، نماز، و سنت ها و آیینهای مذهبی را تسهیل کنید.
- به وقت به صحبتهای مردجو گوش فرا دهید و زمانی را برای مراسم معنوی در نظر بگیرید.
- به مردجو اطمینان دهید که پرستار برای حمایت از مردجو در زمان زجر و ناراحتی در دسترس است.
- با مردجو در رابطه با احساساتی مانند مرگ و بیماری راحت باشید

گام سوم: اجرای مداخلات پرستاری

ج- **مفهوم:** بودن با مدرجو، هم از نظر فیزیکی و روانی در زمان مورد نیاز، پرستاران اغلب بیشترین مراقبت معنوی را بدون کاربرد استراتژیهای مختلف به سادگی با بودن با مدرجو فراهم میکنند:

- نگرش خود نسبت به پذیرش مدرجو را نشان دهید
- ارتباط کلامی همراه با یکدلی داشته باشید یا به مدرجو بیان کنید که تجربه او را درک میکنید.
- اعتماد و احترام را تثبیت کنید.
- به نگرانیهای مدرجو گوش فرادهید.
- در صورت مناسب بودن، مدرجو را برای بیان نگرانیها لمس کنید.
- از نظر فیزیکی به عنوان یک کمک کننده در دسترس باشید.
- برای مدرجو وقت بگذارید.

گام سوم: اجرای مداخلات پرستاری

د- گوش دادن فعال: به پیامهای کلامی یا غیر کلامی مردجو توجه کنید. وقتی که مردجو نگرانی خود را بیان میکند به او گوش فرا دهید:

- برای تعامل با مردجو هدف مشخص کنید.
- به عواطف و احساسات مردجو واکنش نشان دهید.
- معنای پیام را با بازتاب بر روی نگرشها، تجارب گذشته و موقعیت کنونی مشخص کنید.



گام سوم: اجرای مداخلات پرستاری

ر- **فلق یا شوخ طبیعی:** آنچه که برای مردجو فوشمال کننده یا سرگرم کننده است را برای تثبیت ارتباطات، رها شدن از تنش و عصبانیت و تسهیل یادگیری یا سازگاری با احساسات دردناک تسهیل کنید.

مواردی که برای مردجو باعث ایجاد حالت متوسطی از شوخ طبیعی دارد انتقاب

کنید.



گام سوم: اجرای مداخلات پرستاری

ز- لمس: از طریق لمس هدفمند با مادر و ارتباط برقرار کنید.
دست مادر و را برای تامین حمایت عاطفی بگیرید.



گام سوم: اجرای مداخلات پرستاری

ح- افزایش خودآگاهی: در جستجوی یک وسیله یا چیزی باشید که بتواند در بهبودی مردجو تاثیر مثبت داشته باشد.

○ به مردجو در جهت شناسایی منابع کمک کننده کمک کنید مانند اعتقادات مثبت، اعتقادات مثبت میتوانند به عنوان یک منبع انگیزه باشند



گام سوم: اجرای مداخلات پرستاری

خ-موزیک درمانی : برای کمک در جهت تغییر در رفتار، احساسات یا حالات فیزیولوژیکی از موزیک کمک بگیرید. موزیک باید بیانی از عمق و احساس معنویت مدرجو و متناسب با فرهنگ و مذهب او باشد

○ مدرجو را به گوش فرا دادن یا خواندن موارد معنوی تشویق کنید



گام سوم: اجرای مداخلات پرستاری:

چ-مشاوره معنوی توسط مشاور معنوی

بتواند جلب رضایت بیمار و اطمینان دادن به بیمار در مورد حفظ اسرار انجام دهد.

بتواند ارزیابی سریعتر معنوی بیمار را انجام دهد.

بتواند پالاش های معنویت بیمار و هدف گذاری برای مشاوره را انجام دهد.



ادامه:

بتواند با تأکید بر باورهای صحیح بیمار در زمینه های معنوی و بیان فرصت های بهبود و پیشنهاد مداخله معنوی از جمله انجام اعمال فردی و جمعی را انجام دهد.

بتواند جلسات مشاوره معنوی گروهی را اداره کند. بتواند تسهیلات اجتماعی برای ارتقاء معنوی و دادن معرفی نامه به وی را انجام دهد.



بتواند ادبیات سلامت معنوی را شرح دهد.

بتواند نظام های مدیریت خدمات سلامت معنوی در کشورهای پیشرو را شرح دهد.

بتواند فهرست استقرار خدمات سلامت معنوی در بیمارستان را به کار گیرد.

بتواند کمیته خدمات سلامت معنوی بیمارستان را تشکیل و اداره کند.



بتواند برنامه مراقبت معنوی بیماران را در بخش و بیمارستان تدوین کند.

بتواند برای اجرای برنامه مراقبت معنوی بیماران در بخش و بیمارستان حمایت طلبی کرده و مجوز و منابع لازم را کسب نماید.

بتواند آموزش های لازم برای ترفیص بیمار را در این زمینه انجام دهد.

بتواند سازمان ها و نهادهای مؤثر در ارتقاء معنوی فرد را در محیط پیرامون جمعیت تحت پوشش شناسایی کرده و برای ارجاع مردجویان به این واحدها با مسئولان آن مذاکره و تفاهم نامه منعقد کند (۲۱).

بتواند خدمات استقرار یافته سلامت معنوی بیمارستان را ارزشیابی کند.

بتواند مشارکت درون بخشی و برون بخشی بیمارستان را برای تأمین خدمات سلامت معنوی برقرار کند.

بتواند بر اساس معیارهای ابلاغی وزارت متبوع مشاورین مؤثر برای بیمارستان انتخاب و به کار بگیرد (۲۱).



پرستار باید بتواند فرایند مشاوره معنوی شامل اعتراف، ایضاح، آموزش و تمول را مدیریت کند.

بتواند حداقل پنج مداخله معنوی را به مدیرجو توصیه و آموزش دهد:

دعا، خواندن کتاب های آسمانی و نوشته های مقدس، توبه و بخشش، عبارات و مناسک، کمک رسانی و انجام خدمات داوطلبانه و جستجوی رهنمودهای معنوی (۲۱).



گام چهارم: ارزشیابی

از آنجایی که نیازهای معنوی منحصر به فرد هستند بنابراین هیچگونه معیار کلی برای ارزشیابی آن وجود ندارد و باید مددجو مورد مشاوره قرار گیرد و پرسیده شود که آیا در نیازهای معنوی خود احساس پیشرفت میکند؟

از مشاهده هم میتوان به عنوان یک ابزار ارزشیابی استفاده کرد و پرستار ممکن است رفتارهای کلامی یا غیر کلامی مددجو که دلالت بر تغییر نگرش دارد را مورد مشاهده قرار دهد.



گام چهارم: ارزشیابی

ارزشیابی نیازهای معنوی معمولا نیاز به گذشت زمان دارد. برای مثال یکی از اهداف ممکن است به این صورت باشد:

مردجو کاهش عصبانیت در ارتباط با خدا را در طی دو هفته نشان دهد.

ارزشیابی چنین هدفی نیازمند این است که پرستار از مردجو بخواهد احساس عصبانیت و دیسترس معنوی خود را بیان کند یا علایم قابل مشاهده کاهش دیسترس معنوی را مشاهده کند.

البته اگر پرستار این موارد را فقط به طور ذهنی بدون این- که مردجو به طور واقعی بیان کند ارزشیابی کند ارزشیابی این هدف ناکامل است.

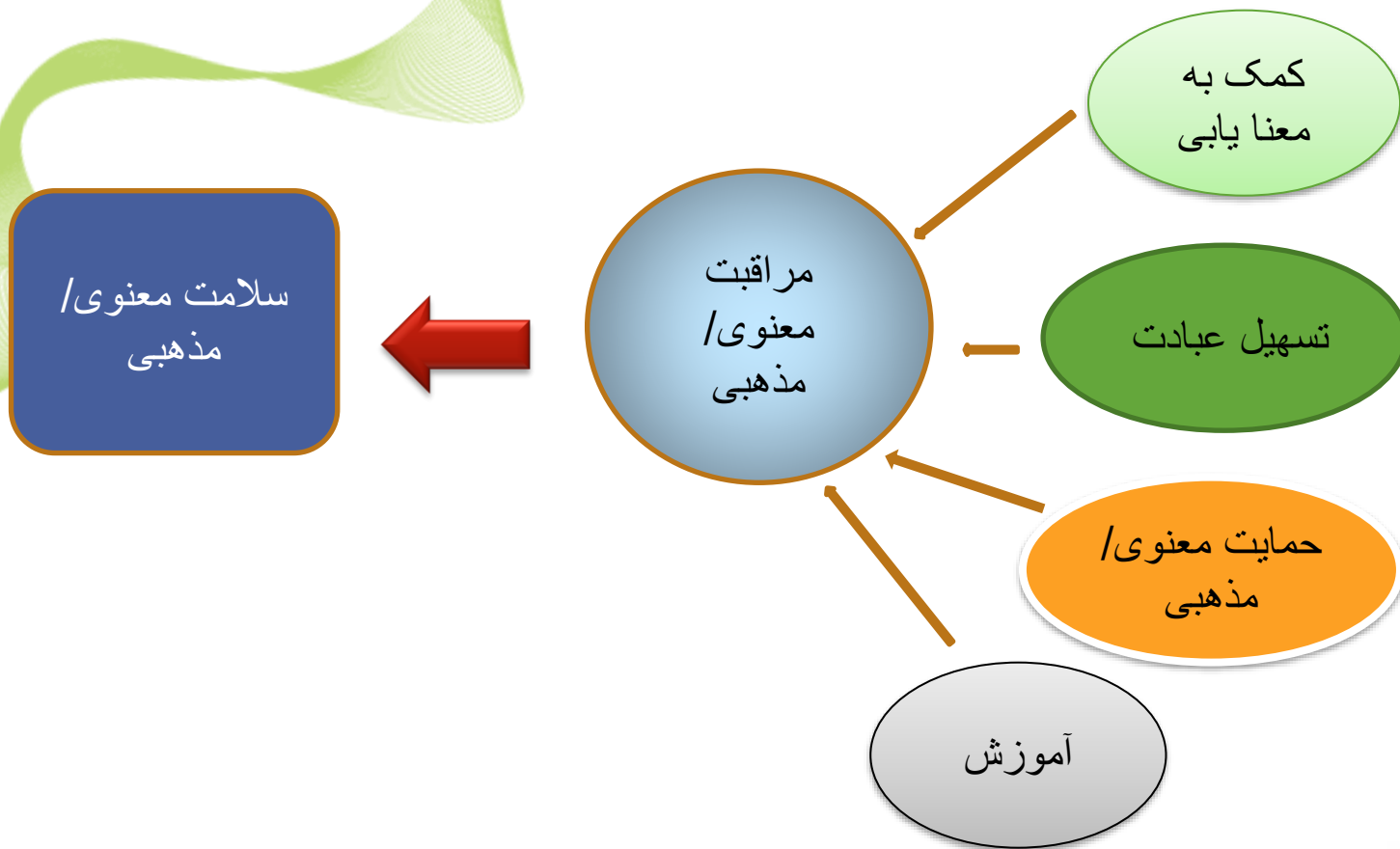
گام چهارم: ارزشیابی

ارزیابی مراقبت معنوی باید بر اساس نیازهای معنوی بیمار و پی آمد مورد نظر ارزیابی گردد.

وقتی که نیازهای معنوی و فرهنگی بیمار و خانواده به طور رضایت بخشی برآورده شود به پی آمد مورد نظر رسیده ایم

لازم است بعد از ترفیص مددجو، طرح ترفیص پیگیری شود





گام پنجم: مستند کردن

□ مانند همه مراقبت‌های پرستاری، ثبت مراقبت‌های معنوی نیز ضروری است.
پرستاران باید از اهمیت ثبت مراقبت‌های معنوی آگاه باشند



مهارت های یا فعالیت های کلیدی برای مراقبت و مشاوره معنوی

1-ارتباطی

گوش دادن به بیم ها و نگرانی ها، همدلی با مریض
کاربرد حساب شده خودافشائی
در تعاملات خود با دیگران صلح و آرامش و فلاحیت و توجه را ثابت
کند.
لمس بیمار با رعایت ملاحظات فرهنگی و دینی، گذاشتن دست روی
پیشانی مریض و فشار دادن دست مریض
از بیمار در مورد عبادت معنوی سوال شود و مطالب موردنظرش را
روی برد بگذارید.

۱- با بیمار بودن در هنگام تجربه درد، رنج یا سایر مشکلات یا نیازها، درک و شناسایی نیازهای معنوی، عبادت به همراه مردجو، گسترش اعتماد و داشتن صداقت

۲- گوش دادن به نگرانی و احساسات بیمار مثل ترس، خشم، تنهایی، افسردگی یا اندوه که می‌توانند دستیابی به سلامت را به تأخیر اندازد

- ۳- لمس کردن بیمار هم به طور فیزیکی، عاطفی و هم معنوی تا آن‌ها را از ارتباطشان با سایر، خانواده و خدا مطمئن سازد. همراه بودن با بیمار، قلب مراقبت بهداشتی است.

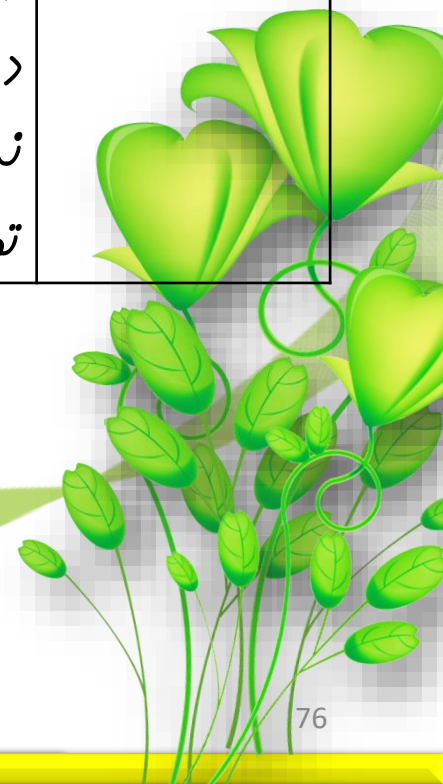
- توانایی گوش دادن هم یک هنر است و هم یک مهارت آموختنی و نیاز دارد که پرستار به طور کامل به مددجو با گوش‌ها و چشم‌ها و ذهنی باز به بیمار توجه کند. لمس مهربان و همدلانه و از روی عشق شاید مهم‌ترین بعد از مراقبت معنوی پرستاری باشد.



مهارت های لازم برای مراقبت و مشاوره معنوی

۲- حمایتی

پیشنهاد به مضمون فردی که با بیمار همدردی کند.
تسهیل اظهار عقاید و اعمال مذهبی یا معنوی
به بیمار این اطمینان داده شده که پرستار برای حمایت وی در زمان
رنج کشیدن در دسترس خواهد بود.
در صورت تمایل بیمار، مضمون روحانی برای انجام خدمات را تشویق
نماید.
توانایی پرورش خود معنوی در دوره های منظم



۳-دانشی

فودآگاهی و شناخت محدودیت ها
درک و شناسایی نیازهای معنوی
افزایش دانش در مورد چگونگی تأثیر عقاید معنوی بیمار بر شیوه
زندگی، پاسخ به بیماری، انتفاع های مراقبت سلامت و انتفاع
های درمانی
تشخیصهای پرستاری مربوط به سلامت معنوی و پریشانی معنوی



کمک به مردجو در فهم معنای مرگ
اظهار امیدواری و تبیین نگرانی های معنوی در مرحله انتهای زندگی
کمک به بحث و جستجو برای یافتن معنی و هدف مواجهه با رنج، بیمار
و مرگ

گسترش اعتماد و داشتن صداقت
حساسیت به نیازهای معنوی بیمار را اثبات کنید.
در برابر احساس تنهایی و ضعف بیمار و احساسات وی نسبت به
بیماری و مرگ برفوردی باز داشته باشید.
به عقاید و اعمال معنوی دیگران احترام بگذارد.

۵- اجرای

مراقبت

معنوی (روانی)

- حرکتی)

عبادت به همراه مدرّجو

ارائه ی مراقبت معنوی به بیماران مبتلای به سبب بیماری و
برسبب بیماری

خواندن کتاب مقدس دینی یا سایر متون مذهب برای مدرّجو
ارائه ی مراقبت معنوی از بیمار در حال مرگ و خانواده بیمار و
بیماران بخش ویژه ...

برقراری ارتباط با بیماران جهت ارائه مراقبت معنوی



۶-ارجاع به

متخصصان

دینی

ارجاع به روحانی، کشیش، خافام و سایر ارائه دهندگان معنویت
به ناصح معنوی به انتخاب بیمار مراجعه کنید (۲۹).



موانع مراقبت معنوی / مذهبی

○ **موانع مربوط به پرستار:** احساس روزمرگی، احساس نتوانستن، انتظار بالا از بیمار، پرستار

مبتدی، خستگی پرستار، عدم آگاهی، عدم تأمل، عدم قدرت پرستار، ناامیدی پرستار، ناتوانی

جسمی پرستار

○ نداشتن زمان کافی

○ اهمیت نداشتن مذهب/معنویت برای پرستار

○ نگرانی از اینکه که بیماران احساس ناراحتی کنند

○ نگرانی از اختلاف اعتقادات خود با بیمار

○ نگرانی از به هم خوردن پویایی اعضا خانواده

موانع مراقبت معنوی / مذهبی

- موانع مربوط به محیط: نگرانی از نابرابری جایگاه پزشک و پرستار نسبت به بیمار. فقدان فضای خصوصی برای بحث کردن با بیمار در باره مسائل مذهبی/معنوی
- عدم وجود دستورالعمل یا راهنمای بالینی برای مراقبت معنوی
- عدم آموزش کافی.....
- موانع مربوط به بیمار: عدم تمایل بیمار به صحبت در مورد مسائل مذهبی/معنوی (۱۴).





ایتم های خودکارامدی

۱. من می دانم که چطور تاریخچه اعتقادات و اعمال مذهبی / معنوی مددجویانم را به شکل ماهرانه ای گردآوری کنم.
۲. من می توانم درگیری و کشمکش های مذهبی / معنوی (مانند تنش و تعارض با خدا یا قدرت بالاتر، گروه های مذهبی / معنوی، اعتقادات معنوی و ...) را در مددجویانم تشخیص دهم.
۳. من می دانم با مددجویانی که تصور می کنند تحت تسلط و سیطره ی شیطان هستند چگونه رفتار کنم.
۴. من نیازهای منحصر به فرد مددجویان با زمینه ی مذهبی / معنوی متفاوت را در نظر می گیرم.
۵. من می توانم تشخیص دهم چه موقع مددجویان از راهبردهای مقابله ای مذهبی / معنوی مثبت استفاده می کنند.
۶. اگر مددجویان من دسترسی به منابع مذهبی / معنوی را در فرآیند بهبودی خود مهم بداند، من می توانم این منابع را در اختیار او قرار دهم (مانند کتاب های مذهبی / معنوی، مشاوره مذهبی / معنوی، اطلاعات تماس با روحانی محل و نمازخانه)
۷- احساس می کنم، مهارت کافی برای بحث با مددجویانم در مورد نقاط قوت او در مذهب / معنویت را دارم.
۸. به توانایی ام در ادغام اعتقادات مذهبی / معنوی مددجویانم در درمانشان اعتماد دارم.
۹- من زمان مناسب برای ارجاع مددجویانم به مشاوران مذهبی / معنوی را می دانم.
۱۰ احساس می کنم، مهارت کافی برای بحث با مددجویانم در مورد کشمکش های مذهبی / معنوی آنان را دارم.
۱۱ من می توانم تشخیص دهم چه موقع مددجویانم از راهبردهای مقابله مذهبی / معنوی منفی استفاده می کنند. (مانند تنبیه الهی، دانستن مشکلات فعلی و ...).
۱۲- من راهکار مناسب برای مواجهه با مددجویانی که اعتقادات مذهبی / معنوی شان برایم نا آشنا است، را می دانم.
۱۳. من به راحتی در مورد کشمکش های مذهبی / معنوی مددجویانم در درمان صحبت می کنم. (مثلا غیر مذهبی دانستن انتقال خون و ...)

ایتم های نگرش

۱. بررسی اعتقادات مذهبی / معنوی مددجویان در عملکرد ضروری است.
۲. ادغام نیازهای مذهبی / معنوی مددجویان در طول درمان به بهبود پیامد (نتایج) آن ها کمک می کند.
۳. پرسنلی که برای درک اعتقادات مذهبی / معنوی مددجویانشان وقت صرف می کنند، در واقع به بهزیستی (سلامتی) مددجویان بیشتر توجه می کنند.
۴. ادغام اعتقادات مذهبی / معنوی مددجویان در درمان، به آنان کمک می کند تا به اهداف خود برسند.
۵. من برای یادگیری اعتقادات مذهبی / معنوی مددجویانی که با من متفاوت هستند، آماده ام.
۶. توجه به نیازهای مذهبی / معنوی مددجویان از قوانین و مقررات ملاقات در مکانی که حضور دارند، تبعیت می کند
۷. حساسیت به اعتقادات مذهبی / معنوی مددجویان باعث بهبود عملکرد پرسنل خواهد شد.
۸. من نگرش مثبت نسبت به ارجاع مددجویانم به مشاوره مذهبی یا معنوی دارم.
۹. توجه به باورهای مذهبی / معنوی مددجویان با کد های اخلاق حرفه ای (پرستاری) همخوانی دارد.
۱۰. درمان های ادغام یافته با مذهب / معنویت مبتنی بر شواهد تحقیقاتی، در عملکرد من موضوعیت دارند.
۱۱. عملکرد من یک بعد مذهبی / معنوی دارد.
۱۲. من با مددجویانی که سیستم اعتقاد مذهبی / معنوی آنها با خودم متفاوت است، کار نمی کنم.



ایتم های امکان پذیر بودن

۱- من وقت کافی برای ارزیابی زمینه ی مذهبی / معنوی مددجویانم دارم.
۲. من وقت کافی برای شناسایی نقاط قوت و یا کشمکش های احتمالی مرتبط با مذهب / معنویت مددجویانم را دارم.
۳. محیط کارم از ادغام مذهب / معنویت در عملکرد حمایت نمی کند.
۴. من وقت کافی برای فکر کردن درباره ی رویکرد ادغام مذهب / معنویت در عملکردم را ندارم.
۵. با توجه به اینکه مسائل زیادی باید در درمان مددجویان در نظر گرفته شود، من زمانی باید ادغام مذهب / معنویت مددجویانم در مراقبت را انجام دهم که ترجیحی برای آن داشته باشند (یا جزوء اولویت هایشان باشد).
۶. من برای ادغام مذهب / معنویت مددجویانم در درمان به اندازه ی کافی آموزش دیده ام.

د- رفتارهای مرتبط با ادغام مذهب / معنویت مددجویان در عملکرد بالینی پرستاران:

چگونگی استفاده از منابع و دستیابی به نتایج است.
مانند چگونگی برخورد با مسائل مذهبی / معنوی مددجویان



ایتم های رفتارها

۱. من برای چگونگی برخورد با مسائل مذهبی / معنوی مدجویانم در درمان، از مشاوره کمک می گیرم.
۲. من در مورد راه های ادغام مذهب / معنویت مدجویانم مطالعه می کنم تا در تصمیم گیری هایم بهتر عمل کنم.
۳. من شواهد و یافته های تحقیقات در مورد مذهب / معنویت و ارتباط آن با سلامتی را مطالعه می کنم تا تصمیمات عملکردی من را هدایت کند.
۴. من مدجویانم را در تصمیم گیری در مورد اینکه آیا اعتقادات مذهبی / معنوی آنها را در درمان ادغام کنم، مشارکت می دهم.
۵. من از یافته های تحقیقات و شواهد علمی که دقیقاً مشخص می کنند که چطور مذهب / معنویت مدجویانم را در درمان ادغام کنم، استفاده می کنم.
۶. یک ارزیابی کامل روانی، اجتماعی و معنوی برای هر یک از مدجویانم انجام می دهم.
۷. ارتباط مدجویانم را به منابع مذهبی / معنوی، در صورتی که احتمال دهم این امر به آن ها کمک می کند، فراهم می کنم (مثلاً خواندن کتب مذهبی / معنوی، اطلاعات تماس با روحانیون محلی یا آدرس نمازخانه ها و مساجد).
۸. به مدجویانم کمک می کنم تا روش های مفیدی برای به کارگیری سیستم های حمایتی مذهبی / معنوی خود در نظر بگیرند.
۹. من به مدجویان کمک می کنم تا هدف و معنای مذهب / معنویت را در شرایط فعلی زندگی شان مورد توجه قرار دهند.

مرکز تحقیقات علوم قرآن ، حدیث و طب دانشگاه علوم پزشکی تهران

سلسله سخنرانی های گروه سلامت معنوی

با موضوع :

تکنیک های مراقبت معنوی

سخنران :



دکتر سید ناصر زیدی (از کانادا)

متخصص مراقبت معنوی در بیمارستان وانکوور جنرال
و دانشگاه بریتیش کلمبیا ، دکتری فلسفه و کلام از دانشگاه تهران

SYED NASER ZAIDI, PH.D

Spiritual Care Professional at VGH.
Muslim Chaplain, University of British Columbia
Sessional Lecturer at Vancouver School of Theology
Religious Consultant Az-Zahraa Islamic Centre
Religious Consultant Fatimia Community Services Society of BC

شرکت در دوره به صورت مجازی و رایگان است
همراه با امتیاز فرهنگی برای اعضای هیئت علمی ، دانشجویان و کارکنان

<https://www.skyroom.online/ch/tums1/fanavari>

۲۴ ام شهریورماه ۱۴۰۰ ساعت ۱۸:۲۰
September 15, 2021

منابع پیشنهادی برای مطالعه



مشکلات معنوی و مذهبی

در راهنمای تشخیصی و آماری بیماری‌های روانی

(DSM - IV)



جله اول

ایمان و سلامت روان

منابع مذهبی جهت شفا جستن

دکتر هارولد کونینگ

مترجمان: دکتر نجف نهمایی پور
محمد شیمانی

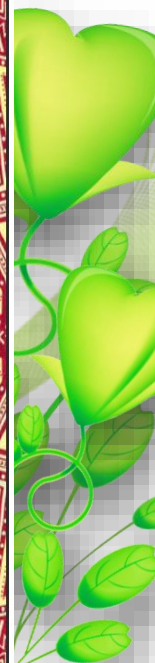
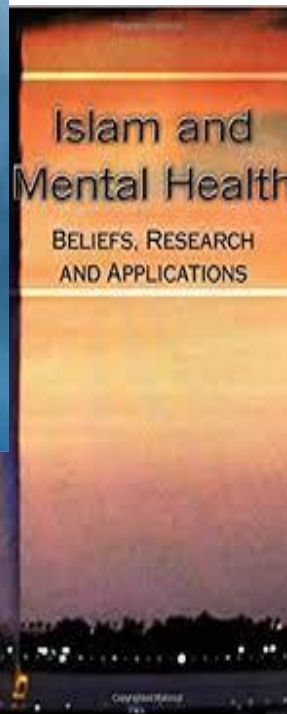
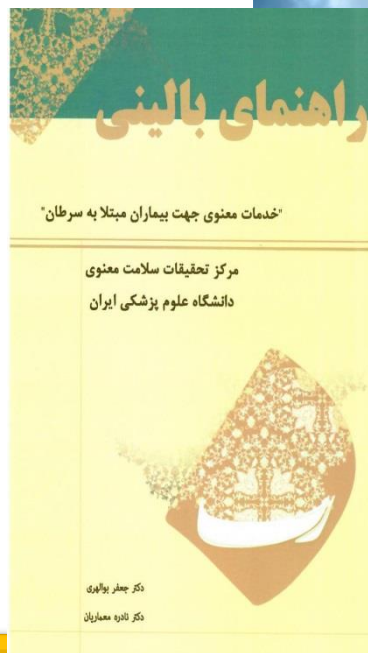
با مقدمه ای از دکتر جعفر یواله‌ری

نویسنده: دکتر دیوید لوکاف

مترجمین: دکتر محمدرضا پیرمرادی

زینب قائم پناه

زیر نظر: دکتر جعفر یواله‌ری



منابع

- 1- مطهری، مرتضی، انسان کامل، انتشارات صدرا، چاپ هجدهم، 1377.
- 2- قرآن کریم، سوره مبارکه حجرات، آیات 29-28
- 3- ضیائی، محمدصادق، نرگسیان، عباس، آبیای اصفهانی، سعید، نقش رهبری معنوی در توانمندسازی کارکنان دانشگاه تهران، نشریه مدیریت دولتی، دوره 1، شماره 1، 1387، ص 86-67.
- 4-Puchalski CM, Vitillo R, Hull SK, Reller N. Improving the spiritual dimension of whole person care: reaching national and international consensus. *Journal of Palliative Medicine*. 2014;17(6):642-56.
- 5- حمیدیه. نسبت مفهومی «معنویت» و «دین». پژوهشنامه ادیان. ۱۸؛۲۰۱۱ (۲) ۲۲ پاییز و زمستان ۱۳۹۶: ۷۹-۶-۱.
- 6-Hodge DR. Spiritually modified cognitive therapy: A review of the literature. *Social Work*. 2006;51(2):157-66.
- 7-Villagomez, LR, Mending Broken Hearts, the Role of Spirituality in Cardiac Illness: a Research Synthesis, 1991-2004, *Holistic Nursing Practice*, Volume 20, Issue 4, 2006, pp:169-185.
- 8-Brady, MJ, Peterman, AH, Fitchett, G, A Case for Including Spirituality in Quality of Life Measurement in Oncology, *Psycho-Oncology* Volume 8, 1999, pp:417-428.
- 9-Dunn, L, Handley, MC, Dunkin, JW, The Provision of Spiritual Care by Maternal- Infant Unit, *Journal of Holistic Nursing*, Volume 27, Issue 1, 2009, pp:19-28.
- 10- فرهنگي، علي اکبر، رستگار، عباس علي، ارائه و تدوين مدل انگيزشي مبتني بر معنويت کارکنان، دانشور، سال سیزدهم، شماره ۲۰، ۱۳۸۵، ص ۲۴-۱.
- 11-YILMAZ M. HOLİSTİK BAKIMIN BİR BOYUTU: SPİRİTUALİTE, DOĞASI ve HEMŞİRELİKLE İLİŞKİSİ. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2011;14(2):61

10-فرهنگی، علی اکبر، رستگار، عباس علی، ارائه و تدوین مدل انگیزشی مبتنی بر معنویت کارکنان. دانشور. سال سیزدهم، شماره ۲۰. ۱۳۸۵، ص ۲۴-۱.

11-YILMAZ M. HOLİSTİK BAKIMIN BİR BOYUTU: SPIRİTUALİTE, DOĞASI ve HEMŞİRELİKLE İLİŞKİSİ. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2011;14(2):61

12-Scotland NEf. Spiritual Care Matters: An Introductory Resource for all NHS Scotland Staff. NHS Education for Scotland Edinburgh; 2009.

13-Reza HMRaN. Patient's religious beliefs are respected from the point of view of nurses. Journal of Qualitative Research in Health Sciences. 2014.

14-کریم‌اللهی، منصوره، طراحی مدل مراقبت معنوی در پرستاری ایران، رساله پایانی جهت دریافت درجه دکتری تخصصی (PHD) پرستاری در سال ۱۳۸۶، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، دانشکده پرستاری و مامایی، ۱۳۸۶.

15-et al YeA. Evaluation of Spiritual Care Competency in Students of Ferdows Paramedical and Health School. Iran Journal of Nursing (2008-5923). 2017;30(105).

16-et al HaA. The pattern of spiritual health service delivery in Iranian hospitals. Medicine and Cultivation. 2018;27(1):56-66.

17-Farahani AS, Rassouli M, Salmani N, Mojen LK, Sajjadi M, Heidarzadeh M, et al. Evaluation of Health-Care Providers' Perception of Spiritual Care and the Obstacles to Its Implementation. Asia-Pacific journal of oncology nursing. 2019;6(2):122.

18-فلاح، راحله، گلزاری، محمد، داستانی، محبوبه، ظهیرالدین، علیرضا، موسوی، مهدی، اکبری، اسماعیل، اثر بخشی مداخله‌ی معنوی به شیوه گروهی بر ارتقای امید و سلامت روان در زنان مبتلا به سرطان پستان، اندیشه و رفتار، دوره پنجم، شماره 19، 1390، ص 65-79.

19-آسایش، حمید، حیدری، فاطمه، استفاده از دعا به عنوان یک رویکرد معنوی در مداخلات شناختی با تأکید بر دعا‌های امام سجاد(ع) در صحیفه سجادیه، مجله علمی دانشکده پرستاری و مامایی بویه گرگان، دوره چهارم، شماره 2، 1387، ص55-50.

20-فلاحی‌خشک‌ناب، مسعود، مظاهری، منیر، معنویت، مراقبت معنوی و معنویت درمانی، انتشارات دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، چاپ اول، تهران، 1387.

21-HEIDARI A, HAJEBI A, BOLHARI J, DAMARI B. A PLAN FOR SPIRITUAL HEALTH SERVICES IN IRANIAN HOSPITALS. 2018.

22-Eagger S. A short guide to the assessment of spiritual concerns in mental healthcare. Royal College of Psychiatrists. [http://www.rcpsych.ac.uk/PDF ...](http://www.rcpsych.ac.uk/PDF...); 2005.

23-Narayanasamy A. Spiritual care. A resource guide Quay Publishing, Lancaster. 1991.

24-Memaryan nadereh Davh, Mehrabi Maryam, Rasooli Maryam, Ghaempanah zeinab. How to get a spiritual history. Journal of Medical Jurisprudence. 2013.

25-Kemp P, Wells RP. Spirituality in healthcare: what can you do? British Journal of Healthcare Assistants. 2009;3(7):333-5.

26-Puchalski C, Ferrell B, Virani R, Otis-Green S, Baird P, Bull J, et al. Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: the report of the Consensus Conference. Journal of palliative medicine. 2009;12(10):885-904.

27-Memaryan nadereh MM, Ghaempanah zeinab, Dos ali vand hoda. taking spiritual history. National Institute of Health Research. 2014.

28-Scotland NEf. Spiritual Care Matters: An Introductory Resource for all NHS Scotland Staff. NHS Education for Scotland Edinburgh; 2009.

29-et al HaA. The pattern of spiritual health service delivery in Iranian hospitals. Medicine and Cultivation. 2018;27(1):56-66.

30-Shirley, R, Incorporating Spirituality in to Home Care at the End of Life, J Home Health Care Nurse, Volume 26, Issue 3, 2008, pp:158-163.

31-Oxhandler HK, Parrish DE. The development and validation of the religious/spiritually integrated practice assessment scale. Research on Social Work Practice. 2016;26(3):295-307.