

Peaceful End of Life: Evidence-based Recommendations for Spiritual Care

Soolmaz Moosavi¹ , Camelia Rohani^{2*} 

1- Department of Medical Surgical Nursing, School of Nursing & Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
 2- Department of Community Health Nursing, School of Nursing & Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
 *Correspondence should be addressed to Dr. Camelia Rohani; Email: camelia.rohani@mchs.se

Article Info

Received: Jan 27, 2025
 Received in revised form:
 May 31, 2025
 Accepted: Aug 4, 2025
 Available Online: Sep 23, 2025

Keywords:

Palliative care
 Spirituality
 Spiritual care
 The end of life



 <https://doi.org/10.22037/jrrh.v11i3.47406>

Abstract

Background and Objective: Spiritual care is recognized as a vital element in enhancing the quality of life for patients at the end of their lives. This type of care, by focusing on psychological, spiritual, and ethical needs, plays a fundamental role in facilitating the acceptance process and reducing stress associated with advanced diseases. Considering the complexities of this sensitive stage, the present study was conducted with the aim of developing evidence-based recommendations for spiritual care for patients at the end-of-life stage.

Methods: This was a mixed-methods study conducted in several phases. The qualitative phase involved content analysis of semi-structured interviews with 18 participants. In the second phase, a systematic search and review of national and international databases was conducted. After integrating the findings from both phases, validation of the recommendations was performed by the Delphi technique. In the present study, all ethical considerations were observed and the authors reported no conflict of interests.

Results: Spiritual care at the end of life requires comprehensive assessment of the patient and family, effective communication, symptom management, shared decision-making, respect for cultural and religious values, and psychological support during bereavement.

Conclusion: The findings revealed that spiritual care at the end of life, with a comprehensive and evidence-based approach, plays a significant role in enhancing patients' quality of life and supporting families. Attention to physical, psychological, social, and cultural dimensions, development of communication skills, and family involvement contributes to improving the patient experience. Implementing evidence-based recommendations and localizing guidelines can enhance the quality of care within the healthcare system.

Please cite this article as: Moosavi S, Rohani C. Peaceful End of Life: Evidence-based Recommendations for Spiritual Care. Journal of Pizhūhish dar dīn va salāmat. 2025;11(3):11-22. <https://doi.org/10.22037/jrrh.v11i3.47406>

Summary

Background and Objective

Today, with the rise of chronic diseases especially amongst the elderly, comprehensive care provision has become paramount (1). This shift has expanded the focus of care beyond the physical domain to include psychological, social,

and spiritual aspects. In Iranian religious and cultural beliefs, spiritual health is considered inseparable from physical and psychological well-being (2). Therefore, identifying and addressing spiritual needs -especially at the end of life- is regarded as a core duty of the healthcare team. End-of-life is a difficult and decisive stage where the main objective of care is to increase quality of life by reducing patient and family pain, anxiety, and distress (3, 4). Spiritual interventions, by raising hope, promoting meaning-making, and facilitating family mourning, can greatly boost patient adjustment (5). In Iran, due to the absence of localized guidelines, spiritual care is often implemented inconsistently or informally; therefore, generating context-specific and evidence-based knowledge takes priority in research (6). Accordingly, the present study was designed and conducted with a mixed method approach in line with the cultural and belief structures of the Iranian society aiming at developing recommendations based on evidence for taking care of patients at the final state of their lives.

Methods

Compliance with ethical guidelines: Before the study, the research objectives were fully explained to the participants, and informed consent was obtained from them in both written and verbal forms. The participants were assured that all their information would remain confidential and that the research documents would be stored in a secure environment. Additionally, participants were completely free to withdraw from the study at any stage, without any negative consequences, should they wish to do so.

This research employed a multi-methods approach in three phases. The first phase was a qualitative study using content analysis of 18 semi-structured interviews with participants including patients with advanced chronic illnesses, their family members, healthcare team members, and spiritual care experts (all with at least five years of relevant professional experience). In the second phase, a systematic review of national and international sources on spiritual care was conducted. Finally, the recommendations were validated and finalized using the Delphi technique and expert consensus (4, 6).

Results

• Spiritual care must be based on a comprehensive assessment of the patient's physical, mental,

cultural, social, and spiritual needs, as well as their family's (4, 7).

• Universal access to spiritual support, systematic questioning of the patient's medical awareness and preferences, and delivering clear, simple information are fundamental to effective care (4, 5).

• Active family presence and participation in care decisions (such as treatment choices and place of death preference) enhance satisfaction and reduce stress or helplessness in families (8).

• Facilitating the presence of clergies or spiritual companions, and enabling the conduct of religious rituals, as well as honoring cultural and spiritual beliefs of patients, are crucial (9, 10).

• Holistic care models, interprofessional teamwork, and respect for cultural and religious differences among patients increase acceptance and effectiveness of spiritual services (11, 12).

• Special attention to family mourning and post-death emotional support is another core pillar of spiritual care, helping survivors through grief and reducing psychiatric disorders (10).

• Contextualization of guidelines, professional standards development, and regular training of healthcare teams are recommended to enhance spiritual care delivery (6).

• Healthcare systems should plan spiritual care programs according to stages of illness—from diagnosis to end-of-life and after death—to address the variety of needs at different phases (6).

Evidence-based recommendations

1. Comprehensive assessment of patient and family's physical, psychological, social, cultural, and spiritual dimensions (4).

2. Effective management of physical symptoms, especially pain, and improving patient comfort (7, 13).

3. Identification of patient and family fears, worries, and nurturing realistic hope (5).

4. Providing transparent, easy-to-understand information tailored to patient preferences and cultural-religious context (4, 14).

5. Active family and patient engagement in care and medical decision-making (8).

6. Facilitation of patient access to spiritual, religious, or clergy counseling upon request (9).

7. Respect for and facilitation of desired religious rituals and customs for patient and family (10).

8. Support and practical education for families during bereavement and after patient death (10).

9. Development of localized care protocols and ongoing training for the healthcare team based on local experiences (6).

Conclusion

The health systems of many countries design patients' spiritual care based on different time processes, especially in the end-of-life stage, where the development of communication skills in the care team becomes particularly important (6). At this stage, the way information is communicated about disease progression, death, patient preferences, and active participation in decision-making requires advanced abilities in the care team. Ford et al. reported in their study that addressing patients' spiritual needs and observing their preferences during this period not only improves quality of life and satisfaction with care, but also reduces treatment costs, symptoms of depression, and improves communication between the patient, family, and the healthcare team (15).

Effective and empathetic communication with patients and families, in addition to reducing anxiety, enhances their trust and active participation in decision-making—a finding confirmed by multiple studies (11, 17).

Management of physical symptoms such as pain, psychological and spiritual support, as well as facilitating the expression of concerns and realistic hope, are fundamental aspects of end-of-life care and help reduce the suffering of patients and families (13, 11). Family involvement in sensitive decisions, such as choosing the place of death, increases satisfaction and the quality of care. Attention to cultural and religious differences, respect for rituals of death and mourning, and providing spiritual support based on local beliefs are highly significant, leading to a more humane end-of-life experience (10).

Spiritual care at the end of life, based on evidence and contextual policies, not only enhances the quality of life of patients and families, but also reduces anxiety, fosters meaning, and promotes better acceptance of death. Adapting such care to the cultural and religious context increases its effectiveness and satisfaction. Therefore, developing local guidelines, continuous staff training, and coordinated policymaking in this field are essential.

Acknowledgements

We would like to thank all the participants in the study.

Ethical considerations

According to the authors, this study was conducted with permission from Shahid Beheshti University of Medical Sciences and introduced to research environments, and the University's Biomedical Research Ethics Committee approved

this study with the ethics code IR.SBMU.PHNM.1395.576.

Funding

According to the authors, this study was not sponsored and was conducted at the authors' personal expense.

Conflict of interest

The authors of the article reported no conflicts of interest regarding this study.

Authors' contribution

Developing the idea and design of the study, data collection, analysis and interpretation, drafting the article and approval of the final version for submission: First author; Developing the idea and design of the study, data analysis and interpretation, editing and critical review of the article for scientific content and approval of the final version for submission: Second author.

نهاية الحياة بسلام: توصيات مستندة إلى الأدلة للعناية الروحية

سولماز موسوي^١، كامليا روحاني^{٢*}

١- قسم التمريض الباطني - الجراحي، كلية التمريض والقبالة، جامعة الشهيد بهشتي للعلوم الطبية، طهران، إيران.

٢- مجموعة تمريض الصحة المجتمعية، كلية التمريض والقبالة، جامعة الشهيد بهشتي للعلوم الطبية، طهران، إيران.

* المراسلات الموجهة إلى الدكتورة كامليا روحاني؛ البريد الإلكتروني: camelia.rohani@mchs.se

معلومات المادة

الوصول: ٢٦ رجب ١٤٤٦

وصول النص النهائي: ٤ ذى الحجة ١٤٤٦

القبول: ١٠ صفر ١٤٤٧

النشر الإلكتروني: ٣٠ ربيع الأول ١٤٤٧

الكلمات الرئيسية:

الرعاية التلطيفية

الرعاية الروحية

الروحانية

نهاية الحياة

الملخص

خلفية البحث وأهدافه: تُعدُّ الرعاية الروحية من الجوانب الأساسية في تحسين جودة حياة المرضى في نهاية حياتهم. يؤدي هذا النوع من الرعاية، من خلال التركيز على الاحتياجات النفسية والروحية والأخلاقية للمرضى، دوراً محورياً في تيسير التقبل والتخفيف من الضغوط الناتجة عن الأمراض المتقدمة. نظراً إلى تعقيدات الرعاية في هذه المرحلة الحرجة، تبرز أهمية خاصة لتحديد الأبعاد المختلفة للرعاية الروحية وكيفية تقديمها. نظراً إلى أهمية هذه المرحلة، أُجريت هذه الدراسة بهدف وضع توصيات مستندة إلى الأدلة لرعاية المرضى في مرحلة نهاية الحياة.

منهجية البحث: تمت صياغة هذه الدراسة متعددة المنهجيات على عدة مراحل. اشتملت الدراسة النوعية على تحليل محتوى تعاقدي، تم إنجازه من خلال مقابلات شبه منظمة مع ثمانية عشر مشاركاً. تم إنجاز مرحلة المراجعة المنهجية من خلال إجراء بحث منهجي في قواعد البيانات المحلية والدولية. بعد دمج النتائج، تم اعتماد مرحلة التحقق من الصلاحية باستخدام أسلوب دلفي.

المعطيات: تشمل الرعاية الروحية في نهاية الحياة تقيماً شاملاً للمريض وأسرته، ومهارات فعالة في التواصل، وإدارة الأعراض، والمشاركة في اتخاذ القرار، واحترام المعتقدات الثقافية والدينية، فضلاً عن الدعم النفسي في مرحلة الحداد.

الاستنتاج: أظهرت النتائج أن الرعاية الروحية في نهاية الحياة، من خلال نهج شامل ومستند إلى الأدلة، تؤدي دوراً مهماً في تحسين جودة حياة المرضى ودعم أسرهم. إنَّ الاهتمام بالأبعاد الجسدية والنفسية والاجتماعية والثقافية، إلى جانب تنمية المهارات التواصلية وإشراك الأسرة، يسهم في تحسين تجربة المرضى. إنَّ تنفيذ التوصيات المستندة إلى الأدلة ومواءمة الأدلة الإرشادية مع الخصوصيات المحلية يمكن أن يسهم في رفع جودة الرعاية في النظام الصحي.

يتم استناد المقالة على الترتيب التالي:

Moosavi S, Rohani C. Peaceful End of Life: Evidence-based Recommendations for Spiritual Care. Journal of Pizhūhish dar dīn va salāmat. 2025;11(3):11-22. <https://doi.org/10.22037/jrrh.v11i3.47406>

پایان زندگی با آرامش: توصیه‌های مبتنی بر شواهد برای مراقبت معنوی

سولماز موسوی^۱ ID، کاملیا روحانی^۲ ID*

۱- گروه پرستاری داخلی - جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

۲- گروه پرستاری سلامت جامعه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

*مکاتبات خطاب به دکتر کاملیا روحانی؛ رایانامه: camelia.rohani@mchs.se

اطلاعات مقاله

دریافت: ۸ بهمن ۱۴۰۳

دریافت متن نهایی: ۱۰ خرداد ۱۴۰۴

پذیرش: ۱۳ مرداد ۱۴۰۴

نشر الکترونیکی: ۱ مهر ۱۴۰۴

واژه‌های کلیدی:

انتهای زندگی

مراقبت تسکینی

مراقبت معنوی

معنویت

چکیده

سابقه و هدف: مراقبت معنوی یکی از جنبه‌های اساسی در بهبود کیفیت زندگی بیماران در پایان زندگی شناخته می‌شود. این نوع مراقبت با تأکید بر نیازهای روانی، معنوی و اخلاقی بیماران، نقش مهمی در تسهیل فرایند پذیرش و کاهش استرس‌های مرتبط با بیماری‌های پیشرفته ایفا می‌کند. با توجه به پیچیدگی‌های مراقبت در این مرحله حساس، شناخت ابعاد مختلف مراقبت معنوی و چگونگی معرفی آن، اهمیت ویژه‌ای دارد. با توجه به اهمیت این دوران، این مطالعه با هدف تدوین توصیه‌های مبتنی بر شواهد برای بیماران در مرحله انتهای زندگی صورت گرفته است.

روش کار: این مطالعه چندروشی در چند مرحله طراحی شده است. مطالعه کیفی شامل یک تحلیل محتوای قراردادی بود که از طریق مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته با ۱۸ شرکت‌کننده صورت گرفت. بخش مرور نظام‌مند از طریق جست‌وجوی نظام‌مند در پایگاه‌های اطلاعاتی داخل و خارج انجام شد. بعد از تلفیق یافته‌ها، مرحله معتبرسازی از طریق فن دلفی انجام شد. در این پژوهش همه موارد اخلاقی رعایت شده است و مؤلفان مقاله تضاد منافی گزارش نکرده‌اند.

یافته‌ها: مراقبت معنوی در پایان زندگی نیازمند ارزیابی جامع بیمار و خانواده، مهارت‌های ارتباطی مؤثر، مدیریت علائم، مشارکت در تصمیم‌گیری، احترام به باورهای فرهنگی و مذهبی و حمایت روانی در دوران سوگ است.

نتیجه‌گیری: یافته‌ها نشان داد مراقبت معنوی در انتهای زندگی با رویکردی جامع و مبتنی بر شواهد، نقش مهمی در ارتقای کیفیت زندگی بیماران و حمایت از خانواده‌ها دارد. توجه به ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و فرهنگی، توسعه مهارت‌های ارتباطی و مشارکت خانواده، به بهبود تجربه بیماران کمک می‌کند. اجرای توصیه‌های مبتنی بر شواهد و بومی‌سازی راهنماها می‌تواند کیفیت مراقبت را در نظام سلامت ارتقا بخشد.

استناد مقاله به این صورت است:

Moosavi S, Rohani C. Peaceful End of Life: Evidence-based Recommendations for Spiritual Care. Journal of Pizhūhish dar dīn va salāmat. 2025;11(3):11-22. <https://doi.org/10.22037/jrrh.v11i3.47406>

مقدمه

در دهه‌های اخیر، گسترش بیماری‌های مزمن به یکی از مهم‌ترین چالش‌های نظام‌های سلامت در سراسر جهان بدل شده است. این روند که عمدتاً ناشی از افزایش امید به زندگی، تغییر سبک زندگی و پیشرفت‌های درمانی است، بار مضاعفی را بر دوش بیماران، خانواده‌ها و ارائه‌دهندگان مراقبت‌های سلامت نهاده است (۱). اگرچه پیشرفت‌های فناوریانه نقش انکارناپذیری در بهبود وضعیت سلامت ایفا کرده است، اما بسیاری از صاحب‌نظران معتقدند که ارتقای واقعی کیفیت مراقبت، مستلزم توجه عمیق‌تر به ابعاد انسانی و معنوی وجود انسان است (۲). ارتباط معنویت و سلامت از سال‌ها قبل توجه محافل علمی را به خود جلب کرده و همواره منشأ اعطای سلامتی به انسان به‌ویژه در زمان بیماری بوده است. بر اساس معرفت اسلامی، سلامت معنوی پایه سلامت جسمی و روانی انسان است (۲). در واقع، امروزه شاهد چرخشی بنیادین از رویکرد صرفاً زیستی به رویکرد کل‌نگر هستیم؛ رویکردی که در آن شناخت نیازهای معنوی بیماران به‌ویژه در شرایط بحرانی و پایان زندگی، اهمیت ویژه‌ای یافته است.

مطالعات متعدد نشان می‌دهد که معنویت می‌تواند به‌عنوان منبعی قوی برای مقابله با استرس، افزایش تاب‌آوری و ارتقای کیفیت زندگی بیماران در تمام مراحل بیماری ایفای نقش کند (۲-۴). معنویت نه تنها به بیماران در سازگاری با شرایط دشوار کمک می‌کند، بلکه موجب کاهش احساس آسیب‌پذیری، افزایش رضایت از زندگی، بهبود روابط بین‌فردی، ارتقای سلامت روان و جسم و حتی پیگیری بهتر درمان می‌شود (۵-۷). این نقش کلیدی معنویت به‌ویژه در حرفه پرستاری که بر اصل کل‌نگری و مراقبت انسان‌محور تأکید دارد، اهمیت دوچندان می‌یابد. پرستاران به‌عنوان ارائه‌دهندگان اصلی مراقبت، موظف‌اند به تمام ابعاد وجودی بیمار اعم از جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی توجه کنند تا مراقبتی جامع و شایسته ارائه دهند (۸).

یکی از حساس‌ترین و پیچیده‌ترین مراحل مراقبت، مرحله انتهایی زندگی است؛ دوره‌ای که بیمار به درمان‌های متداول پاسخ نداد و هدف اصلی مراقبت، ارتقای کیفیت زندگی از طریق کنترل پریشانی جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی است. اگرچه تعاریف متعددی برای این مرحله وجود دارد، اما اغلب منابع، بیماران با پیش‌آگهی مرگ در بازه زمانی چند هفته تا ۱۲ ماه را در این گروه قرار می‌دهند (۹). مجمع

عمومی انگلستان، بیمارانی را که احتمال مرگ آنان طی ۱۲ ماه آینده وجود داشته باشد، در مرحله انتهایی زندگی معرفی می‌کند. برخی از منابع، مرحله انتهایی زندگی را شش ماه آخر زندگی توصیف می‌کنند (۱۰، ۱۱). در این شرایط، مراقبت معنوی که یکی از ارکان اساسی مراقبت جامع است، می‌تواند نقش بسزایی در کاهش رنج بیماران و خانواده‌های آنان ایفا کند. با وجود تأکید گسترده متون بین‌المللی بر اهمیت مراقبت معنوی در پایان زندگی، در نظام سلامت ایران با چالش‌هایی نظیر فقدان راهنماهای بالینی بومی، انطباق‌ناداشتن مراقبت‌ها با فرهنگ و باورهای دینی و اجتماعی و نبود اجماع در اقدامات معنوی مواجه هستیم. این خلأها ضرورت انجام پژوهش‌هایی با رویکرد بومی‌سازی و مبتنی بر شواهد را بیش از پیش نمایان می‌سازد.

مطالعه حاضر با هدف تدوین توصیه‌های مبتنی بر شواهد برای مراقبت معنوی بیماران در مرحله انتهایی زندگی، با رویکردی چندروشی و متناسب با بافت فرهنگی و اعتقادی جامعه ایرانی طراحی و اجرا شده است. امید است نتایج این پژوهش بتواند گامی مؤثر در جهت ارتقای کیفیت مراقبت و پاسخگویی به نیازهای معنوی بیماران و خانواده‌های آنان بردارد.

روش کار

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: پیش از آغاز مطالعه، اهداف پژوهش به‌صورت کامل برای شرکت‌کنندگان تشریح و رضایت‌نامه آگاهانه به‌صورت کتبی و شفاهی از آنان دریافت شد. به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که تمامی اطلاعات آنان محرمانه باقی خواهد ماند و مستندات پژوهش در محیطی امن نگهداری می‌شود. همچنین، به مشارکت‌کنندگان اختیار کامل داده شد تا در هر مرحله از پژوهش، در صورت تمایل، بدون هیچ‌گونه پیامد منفی از ادامه همکاری انصراف دهند. پژوهشگر متعهد به حفظ امانت‌داری در قبال تمامی اسناد، شواهد و داده‌های استخراج‌شده از مطالعه بوده است.

مطالعه حاضر بخشی از یک پژوهش گسترده‌تر است. در این مقاله، بر یافته‌ها و توصیه‌های اختصاصی مربوط به مراقبت معنوی در مرحله انتهایی زندگی تمرکز شده است؛ این توصیه‌ها شامل راهکارهایی عملی در زمینه ارتباط درمانگر با بیمار و خانواده، پاسخ به نیازهای معنوی، حمایت در تصمیم‌گیری، مدیریت نشانه‌های روانی و آماده‌سازی بیمار برای پایان زندگی است که از ترکیب یافته‌های مرحله کیفی و

داده‌ها و ایجاد طبقات، مسیر مصاحبه‌های بعدی تعیین شد. سپس برای اختتام مصاحبه از شرکت‌کنندگان پرسیده شد آیا مطلبی هست که در حین مصاحبه مطرح نشده باشد و مایل باشند که درباره آن بیشتر صحبت کنند. طول مدت مصاحبه‌ها با توجه به شرایط و علاقه شرکت‌کنندگان در توضیح‌دادن تجارب و ادراکاتشان از ۶۰-۱۵ دقیقه و به‌طور متوسط ۳۵ دقیقه در نوسان بود.

روش تحلیل داده‌ها در این مطالعه، تحلیل محتوای قراردادی با رویکرد گرانهایم و لاندمن^۱ بود (۱۲). در این مطالعه برای تأیید اعتبار و مقبولیت داده‌ها، پژوهشگر به‌مدت طولانی با داده‌ها درگیر بود و با حضور مداوم در محل پژوهش زمان کافی برای جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل داده‌ها صرف کرد. برای تأییدپذیری داده‌ها، از درگیری مستمر ذهنی با داده‌ها و روش بازنگری مشارکت‌کنندگان استفاده شد. برای این منظور بخش‌هایی از متن مصاحبه، کدها و تحلیل‌ها در اختیار پنج تن از شرکت‌کنندگان قرار گرفت. سپس از سه صاحب‌نظر درخواست شد تا مصاحبه‌ها و کدها و درون‌مایه‌های استخراج‌شده را مطالعه نمایند. جهت قابلیت اعتماد و اطمینان داده‌ها از حسابرسی تحقیق که شامل بررسی دقیق داده‌ها و مدارک حمایت‌کننده به دست یک ناظر خارجی بود، استفاده شد. برای قابلیت انتقال داده‌ها، در گزارش تحقیق، داده‌های توصیفی کافی فراهم خواهد شد تا خوانندگان بتوانند به ارزیابی کاربرد داده‌ها در سایر زمینه‌ها بپردازند (۱۳).

بخش دوم این پژوهش با یک مطالعه مرور نظام‌مند دنبال شد. تمامی مطالعاتی که دست‌کم یک مداخله معنوی/ مذهبی در آن اعمال شده بود، وارد مطالعه شد. تمامی مطالعات به زبان انگلیسی و فارسی بود. در این مطالعه محدودیت زمان وجود نداشت. همچنین مطالعات انجام‌شده در تمامی مراکز درمانی و مراقبتی وارد مطالعه شد.

جست‌وجو در پایگاه‌های کارین، کلینیکال کی، وب آو ساینس، امبیس، اسکوپوس و پابمد^۲ انجام شد. بانک‌های اطلاعاتی الکترونیکی در بازه زمانی اول ژانویه ۲۰۰۵ تا روز ۳۱ دسامبر ۲۰۲۴ جست‌جو شد. جست‌جو در پایگاه‌های فارسی میگیران، پایگاه اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی، پژوهشگاه علوم و فناوری اطلاعات ایران، پایگاه اطلاعات علمی برکت با کلیدواژه‌های مراقبت معنوی، انتهای عمر و مراقبت تسکینی

مرور نظام‌مند به‌دست آمده است و در مرحله نهایی متخصصان با استفاده از روش دلفی از نظر میزان ضرورت و اعتبار علمی آن را بررسی کردند.

این مطالعه با رویکرد چندروشی، در سه مرحله اصلی اجرا شده است: در مرحله نخست، یک مطالعه کیفی با استفاده از روش تحلیل محتوا انجام شد. جامعه پژوهش شامل تمامی بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن پیشرفته، اعضای خانواده‌های آنان، اعضای گروه سلامت و پژوهشگران حوزه معنوی بود. محیط پژوهش بیمارستان‌های امام حسین (ع)، طالقانی و شهدای تجریش، وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی بود. برای این مطالعه از روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد و داده‌ها از طریق ۱۸ مصاحبه نیمه‌ساختاریافته با چهار گروه از مشارکت‌کنندگان جمع‌آوری شد: (۱) بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن پیشرفته (چهار نفر)، (۲) اعضای درجه اول خانواده آنان (چهار نفر)، (۳) اعضای گروه مراقبت سلامت (پزشکان، پرستاران و مددکاران اجتماعی) (پنج نفر) و (۴) متخصصان حوزه مراقبت معنوی (پنج نفر). این متخصصان شامل دو متخصص مراقبت تسکینی، یک روان‌شناس سلامت با تجربه بالینی در حوزه سرطان، یک روحانی فعال در مشاوره بیمارستانی و دو عضو هیئت علمی آشنا با مراقبت‌های معنوی و پایان زندگی بودند. این افراد دارای دست‌کم پنج سال سابقه فعالیت حرفه‌ای، بالینی یا پژوهشی در زمینه مراقبت معنوی یا تسکینی بودند و به‌صورت هدفمند بر مبنای تخصص، تجربه و توانایی بیان دیدگاه‌های تحلیلی انتخاب شدند.

معیارهای ورود برای بیماران شامل ابتلا به بیماری در مراحل انتهایی، سن بالای ۱۸، دارای تابعیت ایرانی و قادر به درک و تکلم به زبان فارسی و برای اعضای خانواده خویشاوندی درجه یک با بیمار بود.

روش جمع‌آوری اطلاعات، مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته با استفاده از سؤالات باز بود که برای اطمینان از جامع بودن اطلاعات کسب‌شده، از راهنمای مصاحبه استفاده شد. سپس بر اساس مطالب بیان‌شده و با طرح سؤالات پیش‌برنده و واضح‌کننده، سعی شد تا محتوای هر مصاحبه در جهت پوشش اهداف پژوهش باشد. مصاحبه‌ها با سؤالات پیگیری‌کننده و اکتشافی (مانند: لطفاً بیشتر توضیح دهید؟ منظور شما از این موضوع چیست؟ لطفاً برایم مثال بزنید؟) همراه با فنون ارتباط و تأیید غیرکلامی و یا تکان‌دادن سر به‌منظور ادامه صحبت و جهت اخذ داده‌های عمیق، ادامه پیدا کرد. به‌تدریج با تحلیل

^۱) Graneheim and Lundman

^۲) Cochrane Library, Clinical Key, Web of Science, Embase, Scopus, PubMed

انجام شد. در مرحله جست‌وجوی اولیه، در مجموع ۳۵۶ مقاله به دست آمد. پس از حذف مقالات تکراری و بررسی بر اساس عنوان و چکیده، ۱۲۵ مقاله وارد مرحله ارزیابی کامل متن شد. در نهایت، بر اساس معیارهای ورود و خروج، ۱۰ مقاله واجد شرایط وارد تحلیل نهایی شد.

در بخش سوم که تلفیق یافته‌ها و فن دلفی بود، داده‌های حاصل از مرحله کیفی و مرور متون تلفیق و پیش‌نویس اولیه توصیه‌های بالینی تدوین شد. سپس با استفاده از فن دلفی، اعتبار و اجماع بر سر توصیه‌ها بررسی شد و از متخصصان خواسته شد بدون محدودیت، نظرات آزادانه و مکتوب خود را درباره هر یک از توصیه‌های پیشنهادی بیان کنند. هدف این مرحله، اصلاح و غنی‌سازی مفهومی توصیه‌ها بر اساس تجربه و دانش تخصصی شرکت‌کنندگان پیش از ورود به مرحله امتیازدهی بود.

سطوح شواهد مرتبط با هر توصیه بر اساس نظام درجه‌بندی^۱ تعیین شد. به توصیه‌هایی که دارای شواهد قوی و مستند در سطوح I یا II بودند، درجه A اختصاص یافت. توصیه‌هایی که شواهد متوسط و در سطح III داشتند، درجه B دریافت کردند و به توصیه‌های مبتنی بر شواهد ضعیف یا نظر متخصصان که در سطوح IV و V قرار داشتند، درجه C تعلق گرفت (۱۴).

یافته‌ها

در تمام زمان‌ها و مراحل بیماری مراقبت معنوی از اهمیت خاصی برخوردار است؛ اما مراقبت معنوی در انتهای زندگی نیاز به توسعه مهارت‌های ارتباطی گروه مراقبت دارد. بنابراین، با توجه به اهمیت این دوران، توصیه‌های مبتنی بر شواهد درباره مرحله انتهای زندگی در کنار سایر توصیه‌ها گزارش شده است.

(۱) با توجه به ارتباط و تأثیر ابعاد وجودی انسان، ارائه مراقبت در انتهای زندگی نیاز به بررسی جامع جسمی، روانی، اجتماعی، فرهنگی، معنوی و محیطی از بیمار و خانواده (منظور از خانواده فرزند، همسر، اقوام نزدیک یا دوستی که ارتباط نزدیکی با بیمار دارد) دارد (مبتنی بر راهنمای بالینی مراقبت در انتهای زندگی، سطح شواهد: I؛ درجه A: قوی) (۱۰).

(۲) وضعیت جسمی بیمار را کنترل کنید. درد و نشانه‌های

دیگر را مدیریت کنید. به پریشانی جسمی ناشی از بیماری حساس باشید. در صورت داشتن درد با توجه به شرایط بیمار درد او را تسکین دهید (مبتنی بر راهنمای بالینی مراقبت در انتهای زندگی بیماران مبتلا به سرطان ریه، سطح شواهد: I؛ درجه A: قوی) (۱۵).

(۳) با بیمار و خانواده ارتباط مناسب برقرار کنید. اطلاعات بیمار و خانواده را ارزیابی کنید (مبتنی بر راهنمای بالینی مراقبت در انتهای زندگی، سطح شواهد: I؛ درجه A: قوی) (۱۶).

(۴) برای درک بهتر از تمایلات و خواسته‌های بیمار سؤالات راهنمای زیر کمک‌کننده است: از وضعیت بیماری و شرایط پزشکی خود چقدر اطلاع دارید؟ درباره روش‌های درمانی چقدر می‌دانید؟ چه اطلاعاتی دوست دارید که بدانید؟ چه چیزهایی دوست ندارید که راجع به آنها صحبت شود؟ تصمیم‌گیری درباره مسائل مختلف چگونه انجام شود؟ اگر شرایط بیماری شما بدتر شود، مهم‌ترین اهداف شما چیست؟ مهم‌ترین ترس و نگرانی شما چیست؟ (مبتنی بر مطالعه‌ای مروری، سطح شواهد: III؛ درجه B: متوسط) (۱۱).

(۵) با همدلی و گوش‌دادن به صحبت‌های آنان درباره انتظارات، ارزش‌ها، نیازها، فرهنگ و رسوم و آداب مذهبی آنان صحبت کنید. بیمار و خانواده را تشویق کنید تا درباره ترس‌ها و نگرانی‌های خود صحبت کنند و سؤالات خود را بپرسند (مبتنی بر راهنمای بالینی مراقبت انتهای زندگی، سطح شواهد: I؛ درجه A: قوی) (۱۶).

(۶) اطلاعات لازم را با توجه به نیاز بیمار با زبان ساده و روشن ارائه دهید (مبتنی بر راهنمای بالینی مراقبت در انتهای زندگی بیماران مبتلا به سرطان ریه، سطح شواهد: I؛ درجه A: قوی) (۱۰).

(۷) توضیحات پزشک معالج درباره شرایط بیماری و مرگ باید واضح و صادقانه باشد. به واکنش‌های بیمار، احساسات و تفاوت‌های فرهنگی و مذهبی حساس باشید. زمان کافی برای سؤال در اختیار بیمار بگذارید (مبتنی بر راهنمای بالینی مراقبت در انتهای زندگی بیماران مبتلا به سرطان ریه، سطح شواهد: I؛ درجه A: قوی) (۶).

(۸) به بیمار و خانواده امید واقع‌بینانه بدهید (مبتنی بر تحقیق کیفی پژوهشگر؛ سطح شواهد: IV؛ درجه C: ضعیف) (۱۷).

(۹) بیمار و خانواده را در تصمیم‌گیری دخالت دهید. از کمیته اخلاق مرکز بستری برای مشاوره و تصمیم‌گیری درباره

^۱GRADE

بیماران می‌توانند در فرایندهای زمانی متفاوت طراحی و اجرا شود (۲۲).

در تمام زمان‌های ذکر شده نحوه ارائه مراقبت معنوی از اهمیت خاصی برخوردار است؛ اما مراقبت معنوی در انتهای زندگی نیاز به توسعه مهارت‌های ارتباطی گروه مراقبتی - درمانی دارد؛ زیرا چگونگی دادن خبر بد، صحبت راجع به روند درمان و بیماری، صحبت درباره مرگ به‌عنوان تجربه همگانی و اجتناب‌ناپذیر، دادن اطلاعات، توجه به ترجیحات بیمار و مشارکت او در تصمیم‌گیری‌های مربوط به درمان و مراقبت به توانایی بالای اعضای گروه مراقبتی - درمانی در برقراری ارتباط با بیمار و خانواده نیاز دارد. توجه به نیازهای معنوی علاوه بر زمان بستری و تشخیص بیماری و روند درمان در دوران انتهای زندگی نیز بر کیفیت زندگی و کاهش هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی تأثیر دارد (۱۵، ۲۳)؛ تاجایی که ارزیابی نیازهای معنوی که پزشک و پرستار انجام می‌دهند، در کنار ارزیابی سایر ابعاد بر کاهش علائم افسردگی، افزایش رضایت عملکرد و بهبود روابط گروه مراقبتی - درمانی و بیمار مؤثر است. همچنین بیمارانی که مراقبت معنوی دریافت کرده‌اند و به نیازهای معنوی آنان پاسخ داده شده است، احتمال دریافت مداخلات بهبودی‌بخش به‌ویژه در انتهای زندگی و میزان بستری مجدد و حتی مرگ در بخش مراقبت‌های ویژه در آنان کمتر خواهد بود (۱۹).

یکی از مهم‌ترین یافته‌ها، تأکید بر بررسی جامع ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی، فرهنگی و معنوی بیماران و خانواده‌ها است. این رویکرد کل‌نگر، با تکیه بر شواهد قوی نشان می‌دهد که جداسازی ابعاد وجودی انسان از یکدیگر به‌ویژه در انتهای زندگی، می‌تواند منجر به غفلت از نیازهای اساسی بیماران شود. الگوهای مراقبت کل‌نگر در مراقبت تسکینی و انتهای زندگی بر لزوم ارزیابی و پاسخ به نیازهای معنوی، روانی، اجتماعی و جسمی بیماران و خانواده‌ها تأکید دارد (۲۴، ۲۵).

یافته‌ها بر اهمیت توسعه مهارت‌های ارتباطی گروه مراقبت تأکید دارد. ارتباط مؤثر و همدلانه با بیمار و خانواده نه تنها به شفاف‌سازی اطلاعات و کاهش اضطراب کمک می‌کند، بلکه زمینه‌ساز اعتماد و مشارکت فعال آنان در فرایند تصمیم‌گیری می‌شود. پرسش‌های راهبردی برای شناخت بهتر خواسته‌ها، نگرانی‌ها و ارزش‌های بیماران ابزار مهمی برای شخصی‌سازی مراقبت و احترام به ترجیحات فردی و فرهنگی بیماران محسوب می‌شود (۲۴، ۲۶).

قطع درمان، احیا نشدن، رضایت آگاهانه و تصمیم‌گیری درباره افراد بدون خانواده کمک بگیرید (مبتنی بر راهنمای بالینی مراقبت تسکینی و انتهای زندگی در بیماران مبتلا به سرطان ریه؛ سطح شواهد: I؛ درجه A: قوی) (۱۸).

۱۰ منابع حمایتی موجود در زمینه‌های مختلف را به بیمار و خانواده معرفی کنید و زمینه ارتباط و استفاده از این منابع را برای بیمار و خانواده فراهم کنید (مبتنی بر راهنمای بالینی مراقبت انتهای زندگی؛ سطح شواهد: I؛ درجه A: قوی) (۱۹).

۱۱ بیماران در حال احتضار را با حضور، حمایت و احترام به شأن انسان همراهی کنید (مبتنی بر تحقیق کیفی پژوهشگر؛ سطح شواهد: IV؛ درجه C: ضعیف) (۱۷).

۱۲ زمینه را برای حضور خانواده و دوستان در کنار وی فراهم کنید (مبتنی بر راهنمای بالینی مراقبت انتهای زندگی؛ سطح شواهد: I؛ درجه A: قوی) (۱۹).

۱۳ درباره انتخاب مکان مرگ و ترجیح بیمار و خانواده در این باره با آنان صحبت کنید (مبتنی بر راهنمای بالینی مراقبت از بزرگسالان در حال فوت در روزهای انتهای زندگی؛ سطح شواهد: I؛ درجه A: قوی).

۱۴ با توجه به فرهنگ و مذهب بیمار درباره آیین و مراسم مربوط اقدامات لازم را انجام دهید (مبتنی بر راهنمای بالینی مراقبت از بزرگسالان در حال فوت در روزهای انتهای زندگی؛ سطح شواهد: I؛ درجه A: قوی) (۲۰).

۱۵ در صورت تمایل شرایط حضور فرد مذهبی بر بالین بیمار یا شرایط ارتباط با گروه‌های مذهبی را تسهیل کنید (مبتنی بر راهنمای بالینی کیفیت مراقبت تسکینی؛ سطح شواهد: I؛ درجه A: قوی) (۲۱).

۱۶ اقدامات لازم را برای خاکسپاری و مراسم تدفین تسهیل کنید (مبتنی بر راهنمای بالینی کیفیت مراقبت تسکینی؛ سطح شواهد: I؛ درجه A: قوی) (۲۱).

۱۷ با همکاری بخش مراقبت تسکینی ضمن برقراری ارتباط با خانواده متوفی، به تأمین نیازهای روانی و معنوی خانواده در طول دوران سوگ و فقدان بپردازید (مبتنی بر راهنمای بالینی کیفیت مراقبت تسکینی؛ سطح شواهد: I؛ درجه A: قوی) (۲۱).

بحث و نتیجه‌گیری

نظام سلامت در بیشتر کشورها برای طراحی برنامه‌های مراقبتی، فرایند زمانی را در نظر می‌گیرد تا با توجه به زمان بتواند مراقبت مناسب را ارائه دهد. برنامه مراقبت معنوی

در مجموع، یافته‌های این مطالعه بر اهمیت مراقبت معنوی جامع و مبتنی بر شواهد در انتهای زندگی تأکید دارد و نشان می‌دهد که توجه به ابعاد مختلف وجودی بیماران، توسعه مهارت‌های ارتباطی، مشارکت خانواده و احترام به فرهنگ و مذهب می‌تواند به ارتقای کیفیت مراقبت و کاهش رنج بیماران و خانواده‌ها منجر شود. اجرای این توصیه‌ها مستلزم آموزش گروه مراقبت، تدوین راهنماهای بومی و فراهم‌سازی زیرساخت‌های حمایتی در نظام سلامت است. هر چند مراقبت معنوی در انتهای زندگی مفهومی شناخته‌شده است، نوآوری این مطالعه در این است که با مشارکت ذی‌نفعان داخلی و بهره‌گیری از رویکرد ترکیبی کیفی، مروری و دلفی، برای نخستین‌بار راهنمایی بالینی متناسب با بافت فرهنگی و اخلاقی بیماران ایرانی طراحی و اعتبارسنجی شده است.

محدودیت‌های پژوهش

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به محدودیت تعمیم‌پذیری یافته‌های مطالعه مبتنی بر روش مطالعه اشاره کرد که با گستردگی محیط پژوهش و تنوع شرکت‌کنندگان در مصاحبه‌ها تلاش شد تا درک عمیق‌تری حاصل شود.

پیشنهاد‌های پژوهش

با توجه به یافته‌های این مطالعه، پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های آتی با تمرکز بر ابعاد مغفول‌مانده مراقبت معنوی در پایان زندگی طراحی و اجرا شود. از جمله موضوعات قابل توجه در این حوزه می‌توان به بررسی و توسعه روش‌های مؤثر در تسکین نشانه‌های جسمی و روانی در مراقبت پایان زندگی، شناسایی و تحلیل ترجیحات بیماران در زمینه انتخاب روش‌های کنترل درد با در نظر گرفتن تفاوت‌های فرهنگی و فردی و همچنین بررسی عوامل مؤثر بر ترجیح مکان مرگ در بیماران در حال احتضار اشاره کرد. پرداختن به این موضوعات می‌تواند به بهبود کیفیت مراقبت و تصمیم‌گیری‌های آگاهانه در فرایند پایان زندگی کمک شایانی کند.

قدردانی

از تمامی مشارکت‌کنندگان در مطالعه تشکر و قدردانی می‌شود.

ملاحظات اخلاقی

کنترل نشانه‌های جسمی به‌ویژه درد، مدیریت پریشانی و حمایت روانی - معنوی، از ارکان مراقبت در انتهای زندگی است. یافته‌ها نشان می‌دهد که تسکین درد و توجه به پریشانی جسمی و روانی، به بیماران کمک می‌کند تا با آرامش بیشتری این مرحله حساس را طی کنند. همچنین، فراهم‌کردن فضایی برای بیان نگرانی‌ها و ترس‌ها و دادن امید واقع‌بینانه می‌تواند نقش مهمی در کاهش رنج بیماران و خانواده‌ها داشته باشد (۲۴، ۲۷).

درگیری فعال خانواده و حتی بیمار در فرایند تصمیم‌گیری به‌ویژه در موضوعات حساسی مانند قطع درمان یا انتخاب مکان مرگ از جمله توصیه‌های کلیدی مبتنی بر شواهد است. این رویکرد نه تنها به افزایش رضایت و کاهش احساس بی‌قدرتی خانواده کمک می‌کند، بلکه به تصمیم‌گیری اخلاقی و آگاهانه‌تر منجر می‌شود. مطالعات نشان می‌دهد که مشارکت خانواده در تصمیم‌گیری‌های انتهای زندگی، با کیفیت بالاتر مراقبت و رضایت بیشتر همراه است.

مطالعه حاضر بر ضرورت توجه به تفاوت‌های فرهنگی و مذهبی بیماران در ارائه مراقبت معنوی تأکید دارد. تسهیل حضور افراد مذهبی، احترام به آیین‌ها و رسوم مربوط به مرگ و تدفین و حمایت از خانواده در دوران سوگ از جمله اقداماتی است که می‌تواند به تجربه مثبت‌تر و انسانی‌تر در انتهای زندگی منجر شود. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های پیشین در زمینه اهمیت معنویت و مراقبت معنوی در پایان زندگی همسو است و بر لزوم بومی‌سازی راهنماهای بالینی تأکید می‌کند (۲۸).

برخی از توصیه‌ها مانند «دادن امید واقع‌بینانه»، «تسهیل حضور خانواده در کنار بیمار در حال احتضار» و «احترام به آیین‌های مذهبی در لحظات پایانی»، مستقیماً از داده‌های مرحله کیفی و تحلیل تجارب مشارکت‌کنندگان ایرانی حاصل شد. این توصیه‌ها بیانگر اهمیت باورهای بومی در طراحی مداخلات معنوی در پایان زندگی است.

یافته‌های این مطالعه تأکید می‌کند که مراقبت معنوی در مرحله انتهای زندگی نه تنها ضرورتی اخلاقی و انسانی، بلکه الزامی حرفه‌ای برای ارتقای کیفیت مراقبت و حمایت همه‌جانبه از بیماران و خانواده‌های آنان است. اهمیت مراقبت معنوی در این مرحله، به دلیل پیچیدگی نیازهای بیماران و خانواده‌ها و نیز مواجهه با چالش‌های عمیق روانی، اجتماعی و معنوی دوچندان می‌شود.

post-traumatic growth in breast cancer survivors and their partners: an actor-partner interdependence modeling approach. *Psycho-Oncology*. 2017;26(10): 1691-9.

7. Geravand A, Jalilzadeghan H, Khezri H, Ahmadishooli P, Mehraban Sh. Effectiveness of spiritual-religious interventions in mental health and quality of life of cancer patients: A meta-analysis of studies conducted in Iran. *Journal of Pizhūhish dar dīn va salāmat*. 2025 10(4):128-42. (Full Text in Persian)

8. Fawcett J, DeSanto-Madeya S. Contemporary nursing knowledge: Analysis and evaluation of nursing models and theories: Fa Davis; 2012.

9. Payne S, Chan N, Davies A, Poon E, Connor S, Goh C. Supportive, palliative, and end-of-life care for patients with cancer in Asia: resource-stratified guidelines from the Asian Oncology Summit 2012. *The lancet oncology*. 2012;13(11):e492-e500.

10. Lim RB. End-of-life care in patients with advanced lung cancer. *Therapeutic advances in respiratory disease*. 2016;10(5):455-67.

11. Treatment G. care towards the end of life: good practice in decision making. 2010. URL: https://www.gmc-uk.org/-/media/documents/treatment-and-care-towards-the-end-of-life-english-1015_pdf-48902105.pdf (abgerufen 1208 2019). 2019.

12. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*. 2004;24(2):105-12.

13. Guba EG, Lincoln YS. Competing paradigms in qualitative research. *Handbook of qualitative research*. 1994;2(163-194):105.

14. Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, Kunz R, Falck-Ytter Y, Alonso-Coello P, et al. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *Bmj*. 2008;336(7650):924-6.

15. Ford DW, Koch KA, Ray DE, Selecky PA. Palliative and end-of-life care in lung cancer: diagnosis and management of lung cancer: American College of Chest Physicians evidence-based clinical practice guidelines. *Chest*. 2013;143(5):e498S-e512S.

16. National Guideline Centre. Evidence review: Barriers to accessing end of life care services: End of life care for adults: service delivery: Evidence review C. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2019 Oct. (NICE Guideline, No. 142.) Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK558767/>

17. Moosavi S, Borhani F, Akbari ME, Sane N, Rohani C. Recommendations for spiritual care in cancer patients: a clinical practice guideline for oncology nurses in Iran. *Supportive Care in Cancer*. 2020;28(11):5381-95. (Full Text in Persian)

بنا بر اظهار مؤلفان مقاله، این مطالعه با اخذ مجوز از دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و معرفی به محیط‌های پژوهش اجرا شده است و کمیته اخلاق در پژوهش‌های زیست‌پزشکی دانشگاه این پژوهش را با کد اخلاق IR.SBMU.PHNM.1395.576 تأیید کرده است.

حامی مالی

بنا بر اظهار مؤلفان مقاله، این پژوهش حامی مالی نداشته و با هزینه شخصی مؤلفان نگاشته شده است.

تضاد منافع

مؤلفان مقاله هیچ‌گونه تضاد منافی درباره این پژوهش گزارش نکرده‌اند.

مشارکت مؤلفان

طراحی مطالعه، جمع‌آوری و تحلیل و تفسیر داده‌ها و تأیید نسخه نهایی: مؤلف اول؛ و طراحی مطالعه، جمع‌آوری و تحلیل و تفسیر داده‌ها، نگارش پیش‌نویس مقاله، ویرایش و بازبینی انتقادی مقاله از نظر محتوای علمی و تأیید نسخه نهایی: مؤلف دوم.

References

1. Nolte S, Osborne RH. A systematic review of outcomes of chronic disease self-management interventions. *Quality of Life research*. 2013;22:1805-16.
2. Abbasi M. An Introduction to Spiritual Health. Legal Publication, Tehran: 2013. (Full Text in Persian)
3. Ward Jr TR. Spirituality and community: Centering prayer and the ecclesial dimension. *Sewanee Theological Review*. 2000;43(3):266.
4. Shakibae M, Ahmady-Faraz MM, Piryaee S. Contribution of the Problem-focused Coping Strategies at the Time of Grief and Difficulty Considering Prayers 7 and 54 of Sahifa al-Sajjadih Based on a Psychological Approach in Psychological Processes; a Qualitative Study. *Journal of Pizhūhish dar dīn va salāmat*. 2024;10(1):151-69. (Full Text in Persian)
5. Salsman JM, Fitchett G, Merluzzi TV, Sherman AC, Park CL. Religion, spirituality, and health outcomes in cancer: A case for a metaanalytic investigation. *Cancer*. 2015;121(21):3754-9.
6. Gesselman AN, Bigatti SM, Garcia JR, Coe K, Cella D, Champion VL. Spirituality, emotional distress, and

18. Mitchell D. Spiritual and cultural issues at the end of life. *Medicine*. 2008;36(2):109-10.
19. Hodgkinson S, Ruegger J, Field-Smith A, Latchem S, Ahmedzai SH. Care of dying adults in the last days of life. *Clinical Medicine*. 2016; 16(3):254-8.
20. Kelley AS, Morrison RS. Palliative care for the seriously ill. *New England Journal of Medicine*. 2015;373(8):747-55.
21. Rolling Ferrell B, Paice JA. Clinical practice guidelines for quality palliative care. Third National Consensus Project for Quality Palliative Care. Oxford Textbook of Palliative Nursing. Northants: 2013.
22. Balboni T, Balboni M, Paulk ME, Phelps A, Wright A, Peteet J, et al. Support of cancer patients' spiritual needs and associations with medical care costs at the end of life. *Cancer*. 2011;117(23):5383-91. (Full Text in Persian)
23. Fatemi-Amin N, Soleymani S, Allahdadi R. The Religious Experience of Fear of Death and its Developmental Effects on Spiritual Health. *Journal of Pizhūhish dar dīn va salāmat*. 2024;10(2):93-105. (Full Text in Persian)
24. Kang K-A, Kim D-B, Koh S-J, Park M-H, Park HY, Yoon DH, et al. Spiritual Care Guide in Hospice-Palliative Care. *Journal of Hospice and Palliative Care*. 2023;26(4):149.
25. A Holistic Approach to Palliative Care That Focuses on the Whole Person. Available from: <https://keystone.health/holistic-palliative-care>.
26. <https://iahpc.org/resources/publications/getting-started/communication/>
27. The Vital Role of Spiritual Care in Hospice <https://www.gentivahs.com/articles/stories-and-insights/hospice-care/the-vital-role-of-spiritual-care-in-hospice/>
28. Sudore RL, Casarett D, Smith D, Richardson DM, Ersek M. Family involvement at the end-of-life and receipt of quality care. *Journal of pain and symptom management*. 2014;48(6):1108-16