سلامت معنوی در مراقبت‌های نگهدارنده پایان حیات در نظام سلامت

محمود عباسی[۱]

احسان شمسی گوشکی[۲]

هدیه موحدی[۳]

صبا صفاری[۴]

چکیده

بشر همواره برای حیات تقلا می‌کند و این امر در مواجهه با مرگ بیشتر رخ می‌نماید. روبروشدن با مرگ همیشه همراه با اضطراب و وحشت بوده است و این موضوع زمانی تشدید می‌شود که فرد از مرگ حتمی خودآگاه گردیده و در فرآیند پایان حیات قرار می‌گیرد.

نظر به این‌که در عصر حاضر به واسطه پیشرفت دانش پزشکی پروسه پایان حیات طولانی شده و اغلب، فرد این مرحله از زندگی را در بیمارستان، در انزوا و اضطراب سپری می‌نماید، اندیشیدن تدابیر و تمهیداتی جهت رفع این مسائل در مرحله پایان حیات، اهمیت می‌یابد.

از جمله عوامل تأثیرگذار در تسکین رنج روانی و انزوای عاطفی ناشی از سپری‌شدن روند منتهی به مرگ، به خصوص در نهاد بیمارستانی، مراقبت معنوی می‌باشد که با تقویت بعد معنوی بیماران، منجر به تقویت سلامت معنوی آن‌ها می‌گردد.

---

۱. رییس مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و دبیر گروه سلامت معنوی فرهنگستان علوم پزشکی، تهران، ایران.

۲. پژوهشگر مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و دبیر کمیته کشوری اخلاق در پژوهش‌های پزشکی، تهران، ایران. (نویسنده مسؤول)
Email: ehsanshamsi713@gmail.com

۳. پژوهشگر مرکز تحقیقات اخلا ق و حقوق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

۴. پژوهشگر مرکز تحقیقات اخلا ق و حقوق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

نوع مقاله: پژوهشی **تاریخ دریافت مقاله:** ۹۳/۳/۱۱ **تاریخ پذیرش مقاله:** ۹۳/۷/۹

با توجه به اهمیت جایگاه مراقبت معنوی در پایان حیات و ملازمت آن با مفهوم سلامت معنوی، در این پژوهش سعی شده با مرور مطالعات صورت‌گرفته در این حوزه، اهمیت ارائه این نوع خدمات و نحوه مکانیسم تأثیر آن بر سلامت معنوی بیمار مورد بررسی قرار گیرد و با ارزیابی نقاط ضعف و قوت پژوهش‌های صورت‌گرفته، لزوم و چگونگی ارائه مراقبت معنوی در ایران را با توجه به پیش‌زمینه‌های اعتقادی و فرهنگی آن نتیجه‌گیری نماید.

واژگان کلیدی

پایان حیات، سلامت معنوی، مراقبت معنوی

مقدمه

«مرگ» واقعیتی اجتناب‌ناپذیر می‌باشد که بشر آن را همواره به دو صورت آنی و تدریجی درک نموده است. در تجربه آنی، فرد یک‌باره با مرگ مواجه می‌گردد و در شرایط چالش با آن قرار نمی‌گیرد، اما در مواجهه تدریجی با مرگ، فرد در یک بازه زمانی نامشخص در انتظار و در کشاکش با آن می‌باشد.

آنچه که در رابطه با مرگ تدریجی قابل تأمل می‌باشد، آن است که برخلاف گذشته که بازه زمانی منتهی به مرگ، کوتاه‌مدت بود و پروسه مرگ برای بیمار در کنار خانواده و نزدیکان سپری می‌شد، در دوران مدرن به واسطه پیشرفت علم پزشکی، فرایند مرگ طولانی‌تر شده و مکان بیمار در این مقطع زمانی به بیمارستان انتقال یافته و لحظات منتهی به مرگ در تنهایی طی می‌شود.

از سوی دیگر در مقایسه با گذشته که افراد از نزدیک شاهد مرگ بیماران بودند و پدیده مرگ برای آن‌ها ملموس بود، در جامعه مدرن با نوعی سرکوب‌شدن مرگ و نوعی واپس‌زدگی نسبت به آن مواجه می‌باشند که همین امر منجر به آن شده که افراد از مشاهده مرگ دیگران و تصور مرگ خود اجتناب نماید؛ این همان تعبیری است که گیدنز از جامعه مدرن دارد، جامعه‌ای که دست به مصادره تجربه‌هایی می‌زند که اصول بدیهی انگاشته زندگی روزمره را تهدید می‌کند و مرگ نیز در زمره این دست از تجربیات قرار می‌گیرد. (کریمی، ۱۳۸۵ ش.)

همانطور که اشاره شد، به واسطه پیشرفت در دانش پزشکی، بازه زمانی بین حیات و مرگ طولانی شده و مسأله‌ای که در این میان قابل تأمل می‌باشد، آن است که در نتیجه این پیشرفت، مراقبت از خود بیماران گاهی در سایه روند مراقبت از اندام‌هایشان رنگ باخته و از یاد می‌رود، از این رو، چندی است به منظور اصلاح نظام درمانی حاکم، رویکرهای حاکم بر نظام درمانی از تلاش برای

درمان صرف به مراقبت تسکینی[۱] تغییر جهت داده است.

مراقبت تسکینی مدیریت انسان‌های مبتلا به بیماری‌های پیشرفته‌ای است که تمرکز آن بر بهبود کیفیت زندگی می‌باشد. سازمان بهداشت جهانی[۲] (WHO) مراقبت تسکینی را مراقبت فعال و کامل از افرادی می‌داند که بیماری آن‌ها مدت‌ها است که به درمان‌های علاج بخش پاسخ نمی‌دهد. (سایت سازمان جهانی بهداشت)

هدف مراقبت تسکینی چیزی فراتر از ایجاد مرگ راحت است و این رویکرد توجه دقیق به درد و سایر نشانه‌ها، حمایت عاطفی، معنوی، نیازهای فرهنگی و بهبود وضعیت عملکردی بیماران دارد. حیطه‌های مراقبت تسکینی شامل برنامه‌ریزی مراقبتی پیشرفته، حمایت جسمانی و عاطفی و حمایت اجتماعی، داغدیدگی و حمایت معنوی می‌باشند. مراقبت‌های حمایتی به آن دسته فعالیت‌هایی اطلاق می‌گردد که به بیمار و خانواده‌اش در کنارآمدن و تطابق با بیماری و درمان آن از پیش از تشخیص، تا زمان تشخیص و درمان و حتی تا زمان مرگ و سوگ، کمک می‌کند. از این رو، مراقبت تسکینی تنها در تسکین درد بیمار خلاصه نمی‌شود، بلکه زمینه روانی را برای پذیرش مرگ در بیمار تسهیل می‌نماید.

از جمله عوامل تأثیرگذار در تسکین رنج روانی و انزوای عاطفی ناشی از سپری‌شدن روند منتهی به مرگ، به خصوص در نهاد بیمارستانی، مراقبت معنوی می‌باشد؛ این مراقبت یک بخش ضروری، حیاتی و از جنبه‌های منحصر به فرد مراقبت بوده و به سؤالاتی اساسی، نظیر معنای زندگی، درد، رنج و مرگ پاسخ می‌دهد، اما آنچه که در نهایت برآیند مراقبت معنوی تلقی می‌شود، افزایش آن بعد از سلامت در بیمار می‌باشد که از آن تحت عنوان سلامت معنوی یاد می‌شود.

سلامت معنوی یکی از ابعاد مهم سلامت در انسان است که ارتباط هماهنگ و

یکپارچه‌ای را بین نیروهای داخلی فراهم می‌کند و با ویژگی‌هایی نظیر ثبات در زندگی، صلح، تناسب و هماهنگی، احساس ارتباط نزدیک با خویشتن، خدا، جامعه و محیط مشخص می‌شود. سلامت معنوی یکپارچگی و تمامیت فرد را تأمین می‌کند. (کارون[۳]، ۲۰۰۳ م.)

نظر به این‌که تمرکز رویکردهای اخیر بر مراقبت تسکینی و اهمیت‌یافتن مراقبت معنوی در پایان حیات می‌باشد، این پژوهش بر آن است که با مرور نقاط ضعف و قوت مطالعات انجام‌شده در این حوزه، مکانیسم تأثیرگذاری مراقبت معنوی بر بیمار را که همانا ارتقای سلامت معنوی او می‌باشد بررسی نموده و لزوم و چگونگی ارائه مراقبت معنوی در جامعه اسلامی را نتیجه‌گیری نماید.

روش‌شناسی

پژوهش حاضر بر آن است تا با توجه به موضوع تحقیق و استفاده از روش مروری سیستماتیک، به مرور پژوهش‌های مرتبط با موضوع تحقیق بپردازد و با بررسی نقاط قوت و ضعف مطالعات صورت‌گرفته، به رویکردهای اتخاذشده در مرحله پایان حیات پی برد، از جمله این‌که مراقبت‌های پایان حیات شامل چه بیمارانی شده و به طور خاص چه نوع مراقبتی را دربرمی‌گیرد، تأثیر این نوع مراقبت بر بیمار به چه صورت بوده و چه تأثیری بر حالات او در مرحله پایان حیات داشته است.

با توجه به توضیحات بیان‌شده در آغاز این فصل، ابتدا مقالات مرتبط با عنوان موضوع را بر مبنای واژگان کلیدی، سلامت معنوی، مراقبت معنوی، مراقبت تسکینی، مرحله پایان حیات در مجلات علمی و همچنین پایگاه‌های اطلاعاتی[۴] جستجو گردید.

پس از استخراج منابع مرتبط با موضوع پژوهش، ابتدا مقالات را بر مبنای موضوع، مؤلف، انتشارات و سال انتشار در جدول ۱ فهرست نموده و به هر مقاله برای تسهیل ادامه کار بر مبنای عنوان مقاله کدی اختصاص داده شد.

پس از مطالعه بخش خلاصه مقالات، مقالات شاخص‌تر که ارتباط نزدیک‌تری با موضوع بحث داشتند تفکیک شده و به طورکامل مورد تدقیق قرارگرفتند. پس از واکاوی مقالات، مطالعات انجام‌شده به دو دسته مطالعات تئوریک و کاربردی تقسیم گردیدند.

مطالعات تئوریک مقالاتی را شامل می‌شدند که درصدد توضیح و تفسیر مفاهیم و روش‌های مداخله‌ای مرتبط با مراقبت معنوی در پایان حیات (مراقبت تسکینی) بودند. این مقالات بر مبنای هدف، روش و یافته‌ها و نتایج حاصل در جدول ۲ قرار گرفتند.

مطالعات کاربردی نیز مطالعاتی را شامل می‌شدند که مراقبت معنوی در پایان حیات را بر روی بیمارانی که در این مرحله به سر می‌بردند به صورت عملی بیان می‌داشت. در بخش مطالعات کاربردی نیز مقالات دسته‌بندی‌شده از این دست، در جدول ۳ با مؤلفه‌های جمعیت مورد مطالعه، هدف مطالعه، روش مطالعه، یافته‌ها، نتایج قرار داده شدند.

هدف از تفکیک جداول به دو بخش تئوریک و کاربردی، آن بود که از جداول تئوریک به ارائه تعریفی جامع از مراقبت معنوی و مکانیزم تأثیر آن بر پایان حیات دست یابیم.

همچنین با تحلیل جدول مقالات کاربردی به طور مجزا، پیام‌دهی استفاده از خدمات مراقبت معنوی پایان حیات را در بیماران شناسایی نموده و با توجه به تعریف جامع حاصل از مطالعات تئوریک، پیشنهاداتی برای اصلاح و تقویت

خدمات مراقبت معنوی ارائه نماییم. شمای کلی از روند ارائه مقالات در نمودار ۱ آورده شده است.

یافته‌های پژوهش

در این پژوهش ۱۰۵ مقاله در رابطه با مفهوم سلامت معنوی و مراقبت معنوی از پایگاه‌های اطلاعاتی متفاوت استخراج گردید. پس از مرور اجمالی مقالات، ۲۸ مقاله بر اساس عنوان حذف شدند که علت خروج آن‌ها از تحقیق، عناوین مشابه، روش مطالعه یکسان، گروه هدف یکسان، بوده است.

در مرحله بعد، چکیده ۷۷ مقاله، یک کتاب و یک طرح پژوهشی مرور شده است و از میان آن‌ها ۳۹ مقاله حذف شده و ۳۸ مقاله شاخص‌تر[5] و یک کتاب و یک طرح پژوهشی که ارتباط نزدیک‌تری با موضوع بحث دارند وارد مرحله نهایی مطالعه گردیدند. پس از واکاوی مقالات، مطالعات انجام‌شده به دو دسته مطالعات تئوریک و کاربردی تقسیم شدند که تحلیل آماری آن‌ها در ذیل به تفکیک آمده است:

تحلیل مطالعات تئوری بر مبنای روش

مطالعات انجام‌شده بر روی مفهوم سلامت معنوی که در طبقه‌بندی انجام شده، در مطالعات تئوریک قرار گرفته‌اند و شامل مقالاتی است که درصدد توضیح و تفسیر مفاهیم و روش‌های مداخله‌ای مرتبط با مراقبت معنوی در پایان حیات (مراقبت تسکینی) بودند، با روش‌های مطالعه سیستماتیک، نظرخواهی، مطالعه موردی و مطالعه تحلیلی انجام شده‌اند. پراکندگی مطالعات در روش‌های متفاوت در جدول ۴ و نمودار ۲ نشان داده شده است.

تحلیل مطالعات کاربردی بر مبنای نوع بیماری

در مطالعات کاربردی، تعدادی از مقالات، مراقبت معنوی را بر روی بیمارانی با سرطان پیشرفته، بیماران کلیوی، بیماری‌های زنان و بیماری‌های مزمن استخوانی، مورد بررسی قرار داده‌اند. همچنین برخی دیگر، بیماران را بر اساس نوع بیماری تقسیم‌بندی نکرده‌اند و تمامی آن‌ها را به عنوان بیماران مرحله پایان حیات در نظر گرفته‌اند. جدول ۵ و نمودار ۳ مطالعات انجام‌شده را به تفکیک گروه هدف مطالعه نشان می‌دهد.

تحلیل مفهومی

علاوه بر مرور ۳۸ مقاله، یک کتاب[۶] و یک طرح پژوهشی[۷] نیز بررسی شده‌اند و نتایج حاصل از مرور منابع از نقطه نظرهای گوناگون مورد توجه قرار گرفت، در این بخش به تفکیک هریک از این نقطه نظرها بیان می‌گردد.

۱ـ زمینه‌های رشته‌ای و حرفه‌ای

با توجه به یافته‌های حاصل از مرور منابع، زمینه‌های رشته‌ای و حرفه‌ای مداخله‌گر در رفع نیازهای معنوی بیمارانی که در مرحله پایان حیات به سر می‌برند، قابل تقسیم‌بندی به دو گروه می‌باشد. گروهی از مداخله‌هایی که به واسطه افراد حاضر در تیم پزشکی و پرستاران و روحانیون صورت می‌پذیرد و گروهی دیگر از مداخله‌هایی که مبتنی بر بهره‌گیری از شیوه‌های مراقبتی خاص از جمله مدیتیشن، ذن و... می‌باشد.

گروه مداخلاتی نوع اول شامل گروه‌های زیر می‌شود:

ـ پرستاران

- تیم پزشکی
- روحانیون
- مراقبان خاص

۱-۱- پرستاران

جامعه پرستاری در طیف وسیعی از زمینه‌های بالینی و تخصصی مفید واقع شده است. پرستاری سازمان‌دهنده مباحثات و ارتباط‌دهنده بعد معنوی مراقبت با بسیاری از حرفه‌های بهداشت و درمان بوده است. (سوئینتون[۸]، ۲۰۰۶ م.)

پرستاران نقش به سزایی در پاسخگویی به نیازهای معنوی بیماران مبتلا به بیماری‌های صعب‌العلاج دارند، حضور فعال آن‌ها بر بالین بیمار باعث می‌گردد که همواره ارتباط نزدیکی با بیمار درحال مرگ داشته باشند و با برقراری حس اعتماد بین آن‌ها، بیمار نیازهای معنوی خود را بیان نموده و پرستار درصدد برآورده‌ساختن آن برآید.

۱-۲- تیم پزشکی

تیم پزشکی نیز با آگاهی از نیازهای معنوی بیمار با توجه به وخیم‌بودن شرایط جسمانی بیمار، رویکردی تسکینی در پیش گرفته و سعی بر آن دارد تا با کاهش درد جسمانی بیمار، مرگی آرام را برای او فراهم آورد. همانطور که مقاله «بحث درباره موضوعات معنوی و مذهبی پایان حیات» این‌گونه بر این امر صحه می‌گذارد «پزشکان با پاسخ به دغدغه‌ها و نیازهای معنوی و مذهبی بیماران خود، قادر خواهند بود پایان حیات آرامی را برای آن‌ها فراهم نمایند». (لو[۹]، ۲۰۰۲ م.)

۱-۳- روحانیون

همواره حضور روحانیون در اجتماع به علت توجه به نیازهای معنوی انسان تأثیرگذار می‌باشد، نهادهای بیمارستانی نیز از تأثیرات این حضور بی‌نصیب نبوده‌اند.

وظیفه اصلی روحانیون آن است که به نیازهای معنوی بیماران و مراقبانشان با همراه‌شدن در سفر معنوی آن‌ها، پاسخ دهند. (هالووی[۱۰]، ۲۰۰۹ م.) این موضوع که معنویت و نیازهای معنوی چیست باید در مباحثات روشن شده، و مدل‌ها و چشم‌اندازهای متفاوتی برای بیان آن‌ها ارائه گردد. (استیرلینگ[۱۱]، ۲۰۰۷ م.) معنویت یکی از ویژگی‌های عمومی انسان‌هاست که در جستجو برای معنا، هدف و امید نمود می‌یابد و مراقبت معنوی مراقبتی است که نیازهای روحی انسان را هنگامی که با آسیب روانی، غم و اندوه مواجه می‌شود، شناسایی نموده و به آن پاسخ می‌دهد. (هالووی، ۲۰۰۹ م.) با این درک از معنویت و مراقبت معنوی، روحانیون از ریشه‌های تاریخی خود در نهاد سلامت و بهداشت بهره برده و بر پایه دانش مذهبی خود به نیازهای معنوی بیماران پاسخ می‌گویند.

هرچند که روحانیون روند خلاقانه‌ای را در این حوزه بکار نمی‌گیرند، اما عمل آن‌ها ترکیب منحصر به فردی از چندین ویژگی از جمله گوش‌دادن، گفتگوکردن، درک معنوی، مشاوره و... می‌باشد که به آن‌ها جایگاه ویژه‌ای در نهاد بهداشت و سلامت می‌بخشد. (لو، ۲۰۰۲ م.)

همانطور که مقاله «ارائه حمایت معنوی به بیماران در حال مرگ و خانواده‌های آنان از طریق سرویس‌های ارائه‌شده توسط روحانیون «که بر حضور روحانیون در مرحله پایان حیات در مراکز مراقبتی لیورپول اشاره دارد، نیز برداشت مثبتی از ارائه این نوع خدمات داشته و این‌گونه نتیجه‌گیری می‌کند: «ارزیابی ارزشمندی از حضور آنان (روحانیون) در بیمارستان شده و روحانیون

خدمات حمایتی معنوی را هم به بیماران و هم به مراقبان آن‌ها ارائه داده‌اند». (پوق[۱۲]، ۲۰۱۰ م.)

۱-۴- مراقبان خاص

همانطور که پیش‌تر نیز اشاره شد، گروه مداخلاتی دوم مبتنی بر استفاده از مکانیسم‌هایی خاص در ارائه مراقبت می‌باشد. در این شیوه مراقبان با روش‌های خاصی آشنا می‌شوند که به واسطه آن می‌توانند بیماران را قادر به تفکر و تأمل در راهی سازند که آن‌ها را به آرامش می‌رساند. (لیندبرگ[۱۳]، ۲۰۰۵ م.)

برای نمونه مقاله «ترویج مرگ آرام برای بودایی‌های تایلند» اذعان می‌دارد که «الگوهای بودایی راه‌هایی را برای کمک به بیماران و خانواده‌هایشان جهت نزدیک‌شدن به مرگ و ترویج مرگ آرام، ارائه می‌دهند». (کونگ سوان[۱۴]، ۲۰۰۹ م.) در واقع این مقاله به نوعی مراقبت بودایی اشاره دارد که می‌تواند در مراقبت از بیمارانی که در مرحله پایان حیات به سر می‌برند، مؤثر واقع شود. یا نتایج حاصل از تحقیق «مطالعه تصادفی روش جدید گفتگوی ذن برای تولید معنویت و ارتقای سلامت: مفاهیمی برای مراقبت‌های پایان حیات حاکی از آن است که «روش جدید گفتگو محور ذن می‌تواند موجب پیشرفت‌های قابل توجهی در شاخص‌های معنوی، مدیتیشن و سلامت شود». (جانسون[۱۵]، ۲۰۰۱ م.)

به طور کلی یافته‌های حاصل از نتایج مداخلات معنوی حاکی از آن بود که اطلاعات نسبتا کمی درباره مداخلات طراحی شده به منظور توسعه، ترویج و حمایت از ارائه مراقبت معنوی وجود دارد، تا آنجایی که ارزیابی معنوی خود فرد، به عنوان مداخله در نظر گرفته می‌شود. مداخلات در سطح خدماتی و همچنین عمل مستقیم فردی و شماری از الگوهای ایجادشده، مشاهده گردیده است. موارد

ذکرشده به الگوهای منسجم مراقبت‌های پایان حیات تعلق دارند که شامل مراقبت معنوی به عنوان یکی از جنبه‌های جایگزین شده، یا الگوهای مراقبت معنوی که ارائه مراقبت معنوی را به عنوان نقطه آغاز خود در نظر می‌گیرند، می‌شوند. قابل ذکر است که کمبود مطالعات ارزیابی در بهره‌برداری از این مدل در عمل وجود دارد.

۲ـ آموزش و تعلیم

مرور مقالات هیچ نوع مطالعاتی را که متمرکز بر چگونگی آموزش و پرورش نیروی کار باشد، نشان نمی‌دهد. برخی مشاوره‌های عملی حرفه‌ای در دسترس می‌باشد، به ویژه برای روحانیون که به طرق مختلفی به مهارت‌های مورد نیاز می‌پردازند و ضرورت‌ها و استانداردها را برای تمرین می‌آموزند. با این همه شواهد نسبتا زیادی مبنی بر نیازگسترده به تعلیم همه جنبه‌های مراقبت معنوی وجود دارد.

برای مثال در مقاله «ارائه حمایت معنوی به بیماران در حال مرگ و خانواده‌های آنان از طریق سرویس‌های ارائه‌شده توسط روحانیون» که به ارزیابی حمایت معنوی روحانیون در مرکز مراقبتی در لیورپول می‌پردازد نیز به مکانیسم تأثیر اشاراتی نموده، اما به چگونگی آموزش و تعلیم روحانیون به طور خاص نسبت به موضوع پایان حیات پرداخته نشده است.

همانطور که اشاره شده، رابطه معنویت با مراقبت‌های پایان حیات به رسمیت شناخته شده است. برآوردن نیازهای معنوی نیازمند آموزش خاص و توسعه چشم‌اندازها و رویکردهایی است که به مراقبان اجازه می‌دهد تا نیازهای معنوی بیماران را شناسایی نموده و برخورد مؤثری در مواجهه با آن‌ها داشته باشند.

بررسی داده‌ها نشان می‌دهد که اگرچه بسیاری از متخصصین مراقبت سلامت، سطح بالایی از شایستگی را در بین مراقبان داشته‌اند، اما دانش کافی و آمادگی لازم برای مراقبت از بیمارانی که در سطح پیشرفته‌ای از بیماریشان هستند را نداشتند. همانطور که نتایج حاصل از مقاله «مراقبت‌های تسکینی و مراقبت معنوی: نقش حیاتی مراقبت معنوی در مراقبت از بیماران مبتلا به بیماری‌های پیشرفته» این‌گونه به این موضوع اذعان دارد: «با وجود شواهد تجربی برای لزوم مراقبت معنویی به عنوان بخشی از مراقبت‌های تسکینی، مراقبت معنوی/ مذهبی‌ای که توسط سیستم پزشکی ارائه می‌شود، ناکافی می‌باشد. تحقیقات بیشتری به منظور شناسایی دقیق‌تر نقش ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی و استاندارد نمودن تدارکات مراقبت معنوی در مراقبت تسکینی، مورد نیاز است». (ال ناواوی[۱۶]، ۲۰۱۲ م.)

این موضوع داشتن دانشی خاص در زمینه مراقبت‌های معنوی را تصدیق می‌نماید، اگرچه این واقعیت وجود دارد که مراقبت معنوی جزء اصلی سیاست‌های مراقبت معنوی می‌باشد، اما متخصصین مراقبت‌های سلامت مشکلاتی را در رابطه با ارائه آن بیان می‌دارند. (یاردلی[۱۷]، ۲۰۰۹ م.)

۳ـ استانداردهای عملکرد حرفه‌ای

در بخشی از مقالات به ویژگی‌ها و استانداردهای عملکرد حرفه‌ای توجه شده است که افراد ارائه‌دهنده خدمات این حوزه می‌بایست، حائز آن باشند؛ جنبه نهایی آموزش و پرورش نیز با توسعه این استانداردها و شایستگی مرتبط است. چنین شایستگی‌ها و استانداردهایی برای قادرساختن متخصصین به موارد زیر طراحی می‌گردند.

ـ شناخت معنویت و نیازهای معنوی

ـ درک معنای آن و امکانی برای مداخلات مؤثر

ـ آگاه‌شدن از شرایط و چشم‌اندازهایی که پیرامون مسائل معنوی وجود دارد

ـ ایجاد توانایی‌های ضروری خاص برای ارائه مراقبت معنوی

علاوه بر موارد ذکرشده در بالا بررسی مقالات، مهارت‌هایی را در ارائه مراقبت معنوی بیان نموده‌اند که در زیر بدان‌ها اشاره می‌نماییم.

۳-۱- تکنیک‌های گوش‌دادن فعال و دلسوزانه

در اینجا مراقبت معنوی، نیازمند مهارت‌های خوب‌گوش‌دادن می‌باشد که در آن تمرکز بر شنیدن نیازهای بیمار در مواجهه با اوست. دغدغه و نگرانی‌هایی که شامل دردو رنج‌های شخصی، ترک کسانی که دوستشان دارند، حسرت در رابطه با اموری که ناتمام مانده، و ترس از تنهامردن (هالووی، ۲۰۰۹ م.) می‌باشد، همگی مواردی است که در مورد افرادی که در مرحله پایان حیات به سر می‌برند صادق بوده و از جمله خدمات مراقبین خوب‌گوش‌دادن به این دغدغه‌ها می‌باشد.

۳-۲- همراهی‌کردن

در اینجا مراقبتی فرای مراقبت‌های معمولی لازم است که از سوی متخصیصین صورت می‌گیرد و آن همراهی بیمار در حال مرگ با درگیری‌های معنویش می‌باشد. (هالووی، ۲۰۰۹ م.)

۳-۳- مهارت‌های ضروری برای روحانیون

این مهارت‌ها شامل ارتباط خوب و گوش‌دادن به آنچه بیمار می‌گوید، راحت‌بودن

با افراد دیگری که در پیرامون بیمار حضور دارند، کمک به افراد برای فکرکردن به سؤالات مشکلی که در جستجویشان برای معنا با آن‌ها مواجه می‌شوند، می‌باشد. (سوئینتون، ۲۰۰۲ م.)

به منظور تسهیل چنین مهارت‌هایی، انواع رویکردها، توسعه یافته است:

ـ دریافتن، تشخیص و چگونگی مواجهه با نیازهایی افراد. (مار[۱۸]، ۲۰۰۷ م.)

ـ ایجاد فرصت‌هایی برای متخصصان جهت پرسیدن سؤالاتی درباره معنویت و پی‌بردن به روش‌هایی برای مواجهه با بیماران. (یاردلی، ۲۰۰۹ م.)

ـ طرح‌های مشاوره‌ای که روش‌هایی را بررسی می‌نماید که متخصصان با تجربه می‌توانند به کارکنان جدید مشاوره دهند. (یاردلی، ۲۰۰۹ م.)

ـ تدارک برنامه‌های آموزش حرفه‌ای در سطح دانشگاه‌های پزشکی و برنامه‌های آموزشی برای کارکنان (هالووی، ۲۰۰۹م.).

در انتها لازم به ذکر است که در رابطه با مفاهیم و تعاریف مرتبط با مراقبت معنوی در پایان حیات، انرژی و مباحثه قابل ملاحظه‌ای صرف توضیح و بررسی مفهوم معنویت و ارتباط آن با دین شده است. مرور مقالات نشان می‌دهد، بدنه برخی مقالات به طور قابل ملاحظه‌ای به توصیف و تعریف مفهوم سلامت معنوی پرداخته‌اند و پیوند آن با متغیرهای مذهبی و معنوی را بیان می‌دارند.

بسیاری از تحقیقات مربوط به مطالعات صورت‌گرفته در آمریکا می‌باشد، جایی که معمولا «معنویت» با عواملی که در انگلستان «مذهبی» خوانده می‌شود یکسان در نظر گرفته می‌شود.

نتیجه‌گیری

جنبش‌های فرهنگی ـ عقلانی ناشی از مدرنیته بر تمامی ابعاد زندگی انسان تأثیر گذاشتند؛ نظام پزشکی، بیماری و مرگ از جمله موارد متأثر از این روند بودند که به موجب آن‌ها مواجهه انسان با مفاهیم ذکرشده در این دوران دگرگون گشت. از یک سو به واسطه پیشرفت در دانش پزشکی، بسیاری از بیماری‌ها قابل درمان شد و حتی در موارد قطعی‌شدن مرگ نیز امکان طولانی‌شدن بازه زمانی میان حیات و مرگ، وجود داشت و از سوی دیگر به دلیل واپس‌زدگی مرگ در دوران مدرن، پذیرش مرگ نیز تغییر یافت. به واسطه تغییرات ذکرشده تمرکز نظام‌های درمانی در دوران مدرن بیش از پیش بر درمان جسمانی معطوف گردید و بعد روحی، روانی و معنوی بیمار به ویژه در مقاطع منتهی به مرگ، مغفول ماند. با طی‌شدن دوران مدرن و یافته‌های حاصل از تجربیات درمانی این دوران، رویکرد درمانی به بیمار دچار تحول شد و مفهوم سلامت نیز باز تعریف گشت؛ آنچنان‌که منجر به تغییر رویکرد صرفا درمانی به رویکردی تسکینی و کل‌نگر به بیمار شد.

رویکرد فوق به مفهوم بیماری و سلامت، زمینه‌ساز ورود مفهوم مراقبت تسکینی در نظام سلامت شده است؛ مراقبت تسکینی، مدیریت انسان‌های مبتلا به بیماری‌های پیشرفته است که تمرکز آن بر بهبود کیفیت زندگی می‌باشد. در این رویکرد تمرکز نیروهای درمانی از تسکین جسمانی محض به پاسخگویی به نیازهای روحی، روانی، اجتماعی و معنوی بیمار معطوف می‌شود و مهیانمودن شرایط روحی و روانی مناسب و زمینه‌سازی مرگ آرام برای او الزام‌آور می‌گردد.

یکی از ابعاد مهم مفهوم مراقبت تسکینی در بیمارانی که در مرحله نهایی بیماری می‌باشند، مراقبت معنوی از بیمار و ایجاد سلامت معنوی در فرد در مرحله پایان حیات به منظور زمینه‌سازی مرگ خوب می‌باشد؛ مراقبت معنوی به

طور فزاینده‌ای به عنوان بخش جدایی ناپذیر از سیستم‌های مراقبت بهداشتی سراسر جهان شناخته شده است. این نوع مراقبت در خدمات بهداشتی درمانی دو دهه اخیر، خود نیز دچار تحولاتی گردیده و از موقعیتی که با مراقبت مذهبی یکسان پنداشته می‌شد و به عنوان قلمروی انحصاری روحانیون تلقی می‌گشت به موقعیتی که در آن، مفهوم گسترده‌ای از معنویت مورد نظر است، تغییر یافته است. همچنین مراقبت معنوی با طیف وسیعی از حوزه‌ها ارتباط داشته و در حیطه عمل همه فعالان مراقبت اجتماعی و بهداشتی نفوذ یافته است.

در این پژوهش به منظور بررسی مفهوم مراقبت معنوی و نیز خدمات ارائه شده در این حوزه و برون‌داد آن بر بیماران، مقالات منتشر شده بین سال‌های ۱۹۹۱ تا ۲۰۱۳ که به بحث در رابطه با موضوع مراقبت معنوی در مرحله پایان حیات می‌پرداختند و شامل ابزارهای ارزیابی معنوی و الگوهای مداخله‌گر در حال اجرا می‌شدند، مورد بررسی قرار گرفته‌اند.

آنچه ابتدا از بررسی مقالات بر می‌آید، آن است که دو رویکرد متفاوت نسبت به مقوله مراقبت معنوی در مرحله پایان حیات اتخاذ گشته است. برخی مقالات به طور عمده به بررسی مفهومی مراقبت معنوی، ضرورت ادغام در مراقبت تسکینی و لزوم آموزش آن به تیم پزشکی و مراقبتی حاضر در بستر بیمار، نیازهای معنوی فرد بیمار و استانداردهای مورد نیاز در مراقبت از بیمارانی که در مرحله پایان حیات به سر می‌برند، پرداخته‌اند و برخی دیگر با پیاده‌نمودن شیوه مراقبت معنوی در مواجهه با بیمارانی که به بیماری‌های لاعلاج و صعب‌العلاج از جمله سرطان‌های پیشرفته دچارند، تأثیر این نوع از درمان را بر احوالات بیمار و رضایت بیماران از خدمات مراقبتی ارائه شده، سنجیده و نتایج حاصل از آن را ارائه داده‌اند؛ در پاره‌ای از موارد نیز، نظرات خانواده بیماران نیز مورد ارزیابی واقع شده است.

در رابطه با رویکردهای اتخاذشده در مقالات نوع اول که از آن‌ها، تحت عنوان مقالات تئوریک یاد شده است، به طور کلی می‌توان این‌گونه برداشت نمود که در همگی آن‌ها توصیفی که از مراقبت معنوی وجود دارد، مربوط به ارائه خدمات معنوی به بیمارانی می‌شود که از پایان حیات خود مطلع بوده و یاس و افسردگی ناشی از این آگاهی، منجر به از دست‌دادن معنا و احساس پوچی در آن‌ها گردیده است. تعریفی که این مقالات از مراقبت معنوی ارائه می‌دهند بسیار کلی است؛ اساسا به این موضوع که مراقبت معنوی دارای چه پارامترهایی می‌باشد و برآیند آن بر بیمار و سلامت معنوی او چیست، پرداخته نشده است.

در واقع آنچه که در این پژوهش‌ها مغفول مانده، آن است که چگونه مراقبت معنوی بر سلامت معنوی بیمار مؤثر خواهد بود و همچنین هیچ اشاره‌ای نیز به مقوله سلامت معنوی که بی‌شک می‌تواند از مهم‌ترین دستاوردهای مراقبت معنوی باشد، نگردیده است.

مطالعه نتایج مقالاتی که رویکرد عملی نسبت به موضوع مراقبت معنوی در پایان حیات اتخاذ نموده‌اند، حاکی از آن است که اکثر آن‌ها با اذعان به لزوم ارائه مراقبت معنوی به بیماران، آن را در تجربه مرگ آرام برای بیمار مثبت ارزیابی نموده‌اند.

در برخی از ارزیابی‌هایی که از سوی بیماران نسبت به ارائه خدمات صورت گرفته است، آن‌ها ارائه مراقبت‌های معنوی را یا ناکافی دانسته‌اند یا در مواردی به آن دسترسی نداشته‌اند. مسأله قابل تأمل آن است که با وجود پژوهش‌های کاربردی زیاد در این حوزه، هیچ‌کدام از آن‌ها نیازهای معنوی بیماران را به طور صریح بیان ننموده و علت ناکافی‌بودن این خدمات را مشخص نکرده‌اند؛ تنها برخی از پژوهش‌ها، عدم آموزش کافی در این زمینه را از عوامل مؤثر بر ضعف این حوزه دانسته‌اند.

اگرچه مقالات زیادی به ارائه شیوه‌های مداخله‌گر در مراقبت معنوی پرداخته‌اند، اما هیچ‌کدام الگوی مراقبتی معتبری که قابل تعمیم به تمامی نهادهای مراقبتی باشد، ارائه نداده‌اند.

با مرور و بررسی منابع موجود در حوزه سلامت معنوی در پایان حیات، می‌توان گفت هرچند شمار پژوهش‌های صورت‌گرفته در حوزه سلامت معنوی تدریجا رو به افزایش است و بر توجه بیشتر متخصصین حوزه سلامت بر این مقوله به ویژه در چند سال اخیر گواهی می‌دهد، اما همچنان این مطالعات به خصوص در جامعه ایران و نیز در زمینه اسلامی محدود می‌باشد.

از عوامل عدم توجه به مراقبت تسکینی می‌توان به عدم پذیرش مرگ از سوی اطرافیان بیمار اشاره نمود؛ عدم پذیرش مرگ در جامعه ما، خود عاملی مؤثر بر پافشاری اطرافیان بیمار بر طولانی‌نمودن مدت حیات می‌باشد که ریشه در فرهنگ ما دارد، چراکه جامعه ایران از نظر فرهنگی به شدت عاطفی و احساسی بوده و از این رو پذیرش بیماری و مرگ در آن به سهولت امکان‌پذیر نمی‌باشد.

از دیگر عوامل مؤثری که می‌توان در عدم ترویج مراقبت تسکینی و توجه به آن در جامعه اشاره نمود، اقتدار نظام پزشکی است. این مفهوم بر فرایندی اشاره دارد که طی آن بخش عظیمی از کنش‌های اجتماعی و انسان‌شناختی که در گذشته در مقوله‌هایی خارج از علوم پزشکی مطرح و مطالعه می‌شدند، امروزه تحت قلمرو اقتدار پزشکی درآمده‌اند و از طریق تعاریف، ابزار و مداخله‌های پزشکی کنترل و مدیریت می‌شوند. می‌توان گفت نظام فرهنگی مبتنی بر عواطف و احساسات جامعه ایرانی از یک‌سو و خواست نظام پزشکی برای تداوم اقتدار موجود و عدم واگذاری بخشی از مسؤولیت‌های مراقبتی به دیگر نهادها می‌تواند زمینه‌ساز عدم گسترش مراقبت تسکینی در ایران باشد.

پذیرش مرحله مابین حیات و مرگ و نیز توجه به این امر که ادامه روند درمان، توفیقی در بهبود بیمار نداشته و تنها زمان مرگ را به تأخیر می‌اندازد، زمینه‌ساز پذیرش مراقبت تسکینی خواهد گردید.

از آنجا که مقوله مراقبت و سلامت معنوی، مفاهیمی نو در نهاد پزشکی و درمانی کشور هستند، ورود و پذیرش آن از سوی تیم مراقبتی و بیماران، نیازمند توجه به بسترهای فرهنگی ـ اجتماعی موجود و زمینه‌سازی فرهنگی می‌باشد و تزریق یک‌باره این مفاهیم به بدنه نظام درمانی موجود امکان‌پذیر نیست، اما تکیه بر پیش‌زمینه‌های اعتقادی در جامعه اسلامی می‌تواند بستر مناسبی را برای وورد تدریجی مفاهیم مورد نظر فراهم سازد و پاسخی مناسب را به خلأ معنایی و ترس ناشی از رویارویی با مرگ ارائه دهد.

در نظرداشتن پتانسیل‌های اعتقادی در مردم جامعه ما نقطه قوتی بر تمرکز بیشتر بر موضوع مراقبت معنوی در پایان حیات است، چراکه مهم‌ترین مسأله در ارائه این نوع خدمات وجود پیش‌زمینه‌هایی معنوی در بیمار می‌باشد.

خلأ اعتقادی و فقدان باورهای مذهبی، خود مانعی اساسی در پذیرش مراقبت معنوی از سوی بیماران است، اما از آنجا که باورهای اعتقادی ازگذشته‌ای دور در ناخودآگاه جمعی جامعه ما نهادینه شده، می‌توان از آن به عنوان مهم‌ترین مزیت در استفاده از مراقبت معنوی نام برد.

آنچه که در اینجا اهمیت دارد روندی است که مجموعه آیات و روایات در سنت اسلامی از مرگ ترسیم می‌کنند. بر اساس سنت اسلامی می‌توان گفت، مرگ همیشه یک اتفاق لحظه‌ای نیست و دارای روندی است که تدریجا اتفاق می‌افتد و از یک مرحله به بعد این روند غیر قابل بازگشت است. فرد در حال مرگ در ادبیات اسلامی محتضر نامیده می‌شود و اطرافیانش در مرحله‌ای به این

بی‌بازگشت‌بودن واقف می‌شوند. از طرف دیگر احکامی که در مورد بیمار محتضر در سنت فقهی اسلامی و شیعی وجود دارد به روشنی حاکی از این است که دوره احتضار در این سنت به رسمیت شناخته می‌شود. به صورت کلی می‌توان گفت که روح و جان مایه مجموعه این احکام به رسمیت‌شناختن روند طبیعی مرگ و پرهیز از اعمالی است که بدون رساندن فایده قابل قبول و منطقی به بیماران، در این روند تداخل ایجاد می‌کنند.

نکته قابل توجه دیگر در توصیه این احکام به خواندن سوره‌هایی از قرآن مانند سوره یس و صافات که طول دوره احتضار را کم می‌کنند، نهفته است. با توجه به این‌که توجیه منابعی که خواندن این سوره‌ها را توصیه کرده‌اند، این است که با این کار فرد محتضر زودتر از سختی این مرحله رهایی می‌یابد و راحت می‌شود، توجه به این آیات گویای این واقعیت است که شارع نه تنها طولانی‌کردن مرحله احتضار را تشویق نمی‌کند، بلکه اصولا توصیه‌هایی برای کوتاه‌کردن این مرحله ارایه می‌دهد، اگرچه که ماهیت این توصیه‌ها ماهیتی معنوی است و دربردارنده عملی فعال برای کوتاه‌کردن زمان احتضار نیست، اما حداقل نشان‌دهنده رویکرد شارع در مورد دوره احتضار بیماران است، چراکه آن را دوره‌ای سخت برای فرد محتضر می‌داند.

در منابع فقه اسلامی نیز آنجا که بحث پیرامون مرگ و زندگی است، علاوه بر اشاره به دو وضعیت روشن «مرگ» و «حیات»، از وضعیت سومی با عنوان «حیات غیر مستقر» یا «زندگی ناپایدار» یاد می‌کنند. به عبارت دیگر وضعیت حیات برای انسان منحصر به دو حالت زنده‌بودن و زنده‌نبودن نیست، بلکه حالت سومی که به نوعی می‌تواند حالتی بین مرگ و زندگی باشد نیز به رسمیت شناخته شده است. آنگونه که آیتا... دکتر سیدمصطفی محقق داماد بیان می‌کند: «از آنجا که مرگ

یعنی جدایی ارتباط روح از بدن، فرایندی است تدریجی، همیشه همراه با ظهور آثاری بر بدن است، آثاری که از یک سو، بیانگر بقای حیات فرد نیستند، چراکه بدن قابلیت خود را برای تعلق روح به آن، از دست داده است و از سوی دیگر، بیانگر بقای حیات هستند، چراکه ارتباط میان روح و جسم به طور کامل قطع نشده است، فقها از این حالت، تعبیر به حیات غیر مستقر کرده‌اند». با این تعریف مفهوم حیات غیر مستقر در واقع با ویژگی تدریجی‌بودن مرگ گره خورده است و به نوعی به فاصله زمانی بین آغاز روند مرگ تا خروج کامل روح از بدن اشاره می‌کند.

با توجه به قائل‌بودن مرحله حیات ناپایدار باید وظایف پزشک را در این مرحله از مرحله حیات پایدار متمایز نمود، چراکه تمهیداتی که بر اساس شرایط حاکم بر حیات پایدار تبیین شده است به آسانی قابل تعمیم به سایر مراحل نیست. از این رو، وظیفه یا مسؤولیت پزشک و نوع مداخلاتی که پزشکی می‌بایست در مورد فردی که در مرحله گذار قرار دارد اجرا کند نیز متفاوت خواهد بود.

یکی از رویکردهای درمانی که در این مرحله اتخاذ می‌گردد، مراقبت معنوی می‌باشد که هدف غایی از ارائه آن، افزایش سلامت معنوی بیمار است. مفهوم سلامت معنوی مفهومی ملازم با مراقبت معنوی می‌باشد که به فراخور شرایط اجتماعی و فرهنگی جوامع تعبیری متفاوت دارد. بدین منظور لازم است مفهوم مورد نظر در جامعه ما نیز با توجه به زمینه‌های اعتقادی و مذهبی آن مورد واکاوی قرار گیرد.

از این رو، با بهره‌گیری از مفهوم سلامت معنوی و بازشناسی عناصر تأثیرگذار پایان حیات آن، می‌توان مراقبت‌های معنوی مورد نیاز بیمار را تشخیص داد و با اتکا به ابزارهایی معنوی که منجر به ارتقای سلامت معنوی بیمار شده و به مسأله

زندگی و مرگ با رنگ معنویت پاسخ می‌دهد از رنج روانی مواجهه با مرگ در فرد در حال احتضار کاست.

سلامت معنوی حاصل از مراقبت معنوی نه تنها بیمار را در رسیدن به مرگی آرام یاری می‌رساند، بلکه تسکین‌دهنده اطرافیان و حتی تیم مراقبتی بیمار نیز می‌باشد که شاهد سپری‌شدن لحظات پایان حیات او هستند.

در نظرگرفتن واحدهای آموزشی تخصصی مراقبت معنوی که در آن ابتدا تعریفی جامع از مراقبت معنوی ارائه می‌گردد و پس از آن نحوه شناسایی این نیازها و نحوه ارائه خدمات معنوی به بیمار تعلیم داده می‌شود، بدون شک حائز اهمیت خواهد بود. عملا استفاده از کادری مجرب و آگاه نسبت به چگونگی ارائه خدمات معنوی، به مرور زمان منجر به رسیدن به الگوهای مفیدی خواهد شد که قابل ارائه در تمامی نهادهای مراقبتی می‌باشد.

تحقق این امر در نظام پزشکی ایران در وهله اول مستلزم شفاف‌ساختن لزوم اتخاذ مراقبت معنوی در رابطه با بیماران مبتلا به بیماری‌های سرطانی پیشرفته و لاعلاج می‌باشد، و پس از آن تخصصی‌نمودن این حوزه از مراقبت و مجهزنمودن نهاد بیمارستانی به تیم مراقبت معنوی که تنها شامل پزشکان و پرستاران نباشد، بلکه افراد متخصص در حوزه دین، اخلاق، روانشناسی و جامعه‌شناسی را نیز در برگیرد.

لازم به ذکر است که رهیافت‌های ارائه‌شده در بالا زمانی قابل اجرا است که تحقیقات کمی و کیفی پیوسته و هدفمندی در راستای شناسایی نیازهای معنوی بیماران در پایان حیات صورت پذیرد و با مشورت افراد متخصص در حوزه‌های پزشکی و روانشناسی، جامعه‌شناسی، دین و... الگوهایی قابل اجرا با توجه به باورهایی اعتقادی جامعه ما طراحی گردد.

مقالاتی که در مرحله نهایی مورد بررسی قرار گرفته اند:

Title	Authors	Journal	Year
Review of Spiritual Health: Definition, Role, and Intervention Strategies in Health Promotion	Steven R. Hawks Melisa L. Hull	AmericaJno urnaol f HealthP romotioInn, c.	1995
Discussing Religious and Spiritual Issues at the End of Life	Bernard Lo	JAMA	2002
The relationship between religion/spirituality and physical health, mental health, and pain in a chronic pain population	Elizabeth Rippentropa Elizabeth M. Altmaierb Joseph J. Chena	PAIN	2005
Identity and resistance: why spiritual care needs	Swinton, J	Journal of Clinical Nursing	2006
Religiousness and spiritual support among advanced cancer patients and associations with end-of-life treatment preferences and quality of life	Balboni TA Vanderwerker LC Block SD Paulk ME	Journal of Clinical Oncology: J Clin Oncol	2007
Spiritual needs of end of life home care patients: a qualitative study with 13 patients	Raoul M Rougeron C	Journal International de bioéthique : J Int Bioethique	2007
Spiritual needs of persons with advanced cancer	Hampton Hollis DE	Am J Hosp Palliat Care	2007
The provision of spiritual care in a hospice: moving towards a multidisciplinary perspective	Stirling, I	Journal of Healthcare Chaplaincy	2007
Spirituality training for palliative care fellows'	Marr, L Billings, J.A Weissman, D.E	Journal of Palliative Medicine	2007
Care for Patients in the Last Months of Life The Belgian Sentinel Network Monitoring End-of-Life Care Study	Nathalie Bossuyt, Sabien Bauwens,	Arch Intern Med.	2008
Spiritual care at the end of life in long-term care	Daaleman TP	Med Care	2008
Spiritual care at the end of life in the Islamic context, a systematic review	Asadi-Lari M Goushegir SA Madjd Z Latifi NA	American Journal of Clinical Pathology (AJCP)	2008

Spiritual needs as experienced by Muslim patients in Iran: a qualitative study	Mansooreh Karimollahi Heidar Ali Abedi Alireza Yousefy	BMC Palliative Care BioMed Central | Journals	2008
Integrative Review of Research Related to Meditation, Spirituality and the Elderly	Lindberg, D.A.	Geriatric Nursing	2008
Advanced lung disease: quality of life and role of palliative care	Gilbert CR Smith CM	Mount Sinai Journal of Medicine:Mt Sinai J Med	2009
Promoting Peaceful Death for Thai Buddhists	Waraporn Kongsuwan Theris Touhy	Holistic Nursing Practice	2009
Improving training in spiritual care: a qualitative study exploring patient perceptions of professional education requirements	Yardley, S.J. Walshe, C.E. Parr, A	Palliative Medicine	2009
End-of-life care in Germany: Study design, methods and first results of the EPACS study (Establishment of Hospice and Palliative Care Services in Germany)	Luis Carlos Escobar Pinzón Eva Münster Sabine Fischbeck Michael Unrath Matthias Claus	BMC Palliative Care BioMed Central Journals	2010
End-of-life care preferences and needs: perceptions of patients with chronic kidney disease	Davison SN	Clin J Am Soc Nephrol	2010
Offering spiritual support to dying patients and their families through a chaplaincy service	Edwin J Pugh Susan Smith Paul Salter	PUBMED Nurs Times	2010
Provision of spiritual care to patients with advanced cancer: associations with medical care and quality of life near death.	Balboni TA Paulk ME Balboni MJ Phelps AC Loggers ET	Journal Of Clinical Oncology: J Clin Oncol	2010
The understanding of spirituality and the potential role of spiritual care in end-of-life and palliative care: a meta-study of qualitative research	Edwards A Pang N Shiu V Chan C	Palliat Med	2010
A randomized study of a novel Zen dialogue method for	Johnson M	J Holist Nurse	2011

producing spiritual and well-being enhancement: implications for end-of-life care			
7 Discussing end-of-life issues in the last months of life: a nationwide study among general practitioners.	Abarshi E Echteld M Donker G Van den Block L Onwuteaka-Philipsen BDeliens L	J Palliat Med	2011
Support of cancer patients' spiritual needs and associations with medical care costs at the end of life	Balboni T Balboni M Paulk ME	Cancer	2011
The use of palliative care services associated with better dying circumstances. Results from an epidemiological population-based study in the brussels metropolitan region.	Cohen J Houttekier D Chambaere K Bilsen J Deliens L	Journal of Pain and Symptom Management:J Pain Symptom Manage	2011
Chemotherapy prescription appropriateness in end-of-life cancer care: impact of referral to the palliative care specialist at the Cancer Institute of Romagna (IRST)–IRCCS	Mattia Marri Marco Maltoni Nicola Gentili Elisabetta Sansoni Oriana Nanni	Springer Journal of Medicine and the Person	2012
Palliative care and end of life: the caregiver	McGuire DB Grant M; Park J	Nurs Outlook	2012
Palliative care and spiritual care: the crucial role of spiritual care in the care of patients with advanced illness	El Nawawi NM Balboni MJ Balboni TA	Curr Opin Support Palliat Care	2012
Psychosocial, cultural, and spiritual health disparities in end-of-life and palliative care: where we are and where we need to go	Evans BC Ume E	Nurs Outlook	2012
Unmet spiritual care needs impact emotional and spiritual well-being in advanced cancer patients	Michelle J. Pearce April D. Coan James E. Herndon II Harold G. Koenig Amy P. Abernethy	Supportive Care in Cancer	2012
An Examination of End-of-Life Care in a Safety Net Hospital System: A Decade in Review	Rhodes RL Xuan L Paulk ME Stieglitz H Halm EA	J Health Care Poor Underserved	2013

Building a Tran disciplinary Approach to Palliative Care In an Acute Care Setting	Donnelle Daly Stephen Chavez Matzel	OMEGA	2013
Early Palliative Care in Advanced Lung Cancer A Qualitative Study	Jaclyn Yoong Elyse R. Park Joseph A. Greer Vicki A. Jackson	JAMA Intern Med	2013
Palliative care: The last hours and days of life	F Amos Bailey Stephanie M Harman	Uptodate	2013.
Spirituality in Cancer Care at the End of Life	Betty Ferrell Shirley Otis-Green Denice Economou	The Cancer Journal	2013
The role and timing of palliative medicine consultation for women with gynecologic malignancies: Association with end of life interventions and direct hospital costs	Nevadunsky NS Gordon S Spoozak L Van Arsdale A Hou Y Klobocista M Eti S Rapkin B Goldberg GL	Gynecol Oncol	2013
Why is spiritual care infrequent at the end of life? Spiritual care perceptions among patients, nurses, and physicians and the role of training	Balboni MJ Sullivan A Amobi A	Journal of Clinical Oncology: J Clin Oncol	2013

جدول ۱: مشخصات مقالات

N	Title	Authors	Journal	Year
۱				

جدول ۲: مشخصات مقالات تئوریک

کد	هدف	روش	یافته‌ها	نتایج

جدول ۳: مشخصات مقالات کاربردی

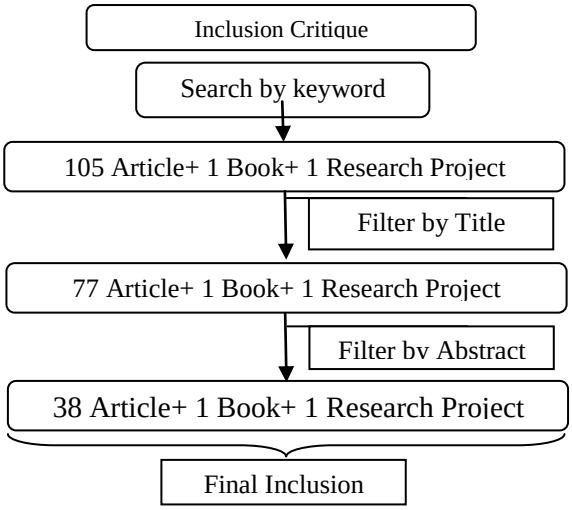
کد	جمعیت مورد مطالعه		هدف	روش	یافته‌ها	نتایج
	نوع بیماری	تعداد بیماران				

جدول ۴: پراکندگی مطالعات در روش‌های متفاوت

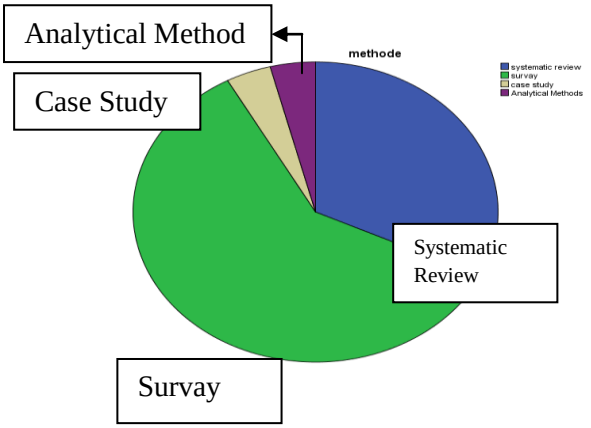
Method		Frequency	Percent
Valid	Systematic Review	8	32.0
	Survay	15	60.0
	Case Study	1	4.0
	Analytical Methods	1	4.0
	Total	25	100.0

جدول ۵: مطالعات انجام‌شده به تفکیک گروه هدف

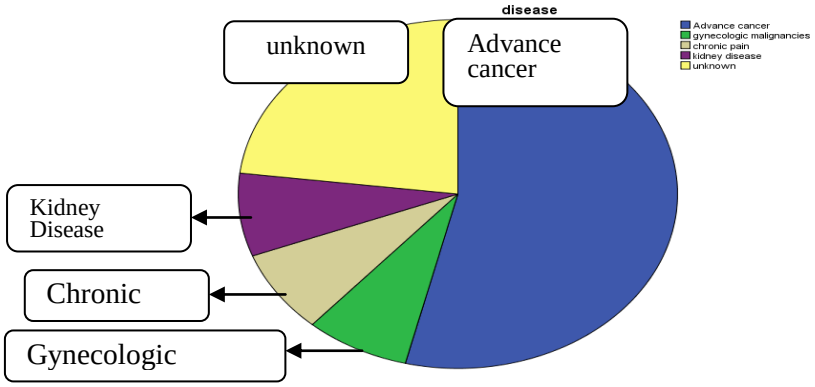
		Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid	Advance cancer	7	53.8	53.8
	gynecologic malignancies	1	7.7	61.5
	chronic pain	1	7.7	69.2
	kidney disease	1	7.7	76.9
	unknown	3	23.1	100.0
	Total	13	100.0	



نمودار ۱: شمای کلی روند استخراج مقالات



نمودار ۲: پراکندگی مطالعات در روش‌های متفاوت



نمودار ۳: مطالعات انجام‌شده به تفکیک گروه هدف

پی‌نوشت‌ها

1. Palliative Care
2. World Health Organization
3. Carven

۴. پایگاه‌های اطلاعاتی مورد استفاده، در بخش ضمیمه فهرست شده است.

۵. مشخصات مقالات در ضمیمه ذکر شده است.

6. Rediscovering mystery and wonder: towards a narrative-based perspective on chaplaincy', in L. Vandecreek (ed) Professional Chaplaincy and Clinical Education should become more scientific
7. Spiritual Care at the End of Life: a systematic review of the literature
8.- Swinton
9. Lo
10. Holloway
11. Stirling
12. Pugh
13. Lindberg
14. Kongsuwan
15. Johnson
16. El Nawawi
17. Yardley
18. Marr

این مقاله برگرفته از طرح تحقیقاتی سلامت معنوی در مراقبت‌های پایان حیات در نظام سلامت سلامت ایران می‌باشد که به به سفارش گروه سلامت معنوی فرهنگستان علوم پزشکی اجرا شده است.

پایگاه‌های اطلاعاتی مورد استفاده:

Am J Hosp Palliat Care
Ann Fam Med: ANNALS OF FAMILY MEDICINE
Applied Nursing Research:Appl Nurs Res
Arch Intern Med
Br J Nurs
British Journal of Community Nursing
British Medical Journal:BMJ

Can J Psychiatry
Cancer
CHEST
Clin J Am Soc Nephrol
Clinics in Geriatric Medicine
Curr Opin Support Palliat Care
Current Cardiology Reports:Curr Cardiol Rep
European Journal of Cancer Care: Eur J Cancer Care
J Clin Oncol
J Holist Nurs
J Pain Symptom Manage
J Palliat Med
J Pastoral Care Counsel
JAMA Intern Med
Journal International de bioéthique : J Int Bioethique
Journal of Clinical Oncology: J Clin Oncol
Journal of Pain and Symptom Management:J Pain Symptom Manage
Lancet Oncol
Med Care
Med Ref Serv Q
Mount Sinai Journal of Medicine:Mt Sinai J Med
North Carolina Medical Journal:N C Med J
Nurs Outlook
Nurs Stand
Nursing Standard
Palliat Med
Palliat Support Care
Pediatr Clin North Am
Pediatric Clinics of North America
Revue des Maladies Respiratoires: Rev Mal Respir
The journal of pastoral care & counseling : JPCC
Ther Umsch
Data BASE
Oxford journals
Pub Med
Siencedirect

Springer link
UpToDate
Wiley online library

فهرست منابع

منبع فارسی:

کریمی، م. (۱۳۸۵ ش.). جامعه‌شناسی مرگ: نگاهی کوتاه به مسائل و مشکلات محتضران. *روزنامه شرق*. ۷۷۷: ۱۸.

منابع انگلیسی:

Carven, RF. Himle, CJ. (2003). *Fundamental of Nursing Human Heart and Function*. Philadelphia: Liooincot: 1383, 1392.

El Nawawi, NM. Balboni, MJ. Balboni, TA. (2012). Palliative Care and Spiritual Care: the Crucial Role of Spiritual Care in the care of patients with advanced illness. *Curr Opin Support Palliat Care*. 6 (2): 269-74.

Holloway, M. (2009). *Spiritual Care at the End of Life: a Systematic Review of the Literature*. Researvh Project By Un Iversities Of Hull, Staffordshire and Aberdeen.

Johnson, M. (2001). A Randomized Study of A Novel Zen Dialogue Method for Producing Spiritual and Well-Being Enhancement: Implications for End-Of-Life Care. *J Holist Nurse*. 29 (3): 201-10.

Kongsuwan, W. Touhy, T. (2009). Promoting Peaceful Death for Thai Buddhists Implications for Holistic End-of-Life Care. *Holist Nurs Pract*. 23 (5): 289-96.

Lindberg, DA. (2005). Integrative Review of Research Related to Meditation, Spirituality and the Elderly. *Geriatric Nursing*. 26 (6): 372-7.

Lo, B. Ruston, D. (2002). Discussing Religious and Spiritual Issues at the End of Life: a Practical Guide for Physicians. *JAMA*. 287 (6): 749-54.

Marr, L. Billings, JA. Weissman, DE. (2007) ‘Spirituality Training for

Palliative Care Fellows'. *Journal of Palliative Medicine*. 10 (1): 169-77.

Pugh, EJ. Smith, S. Salter, P. (2010). Offering Spiritual Support to Dying Patients and Their Families Through a Chaplaincy Service. *Nursing Times*. 106 (28): 18-20.

Stirling, I. (2007). The Provision of Spiritual Care in a Hospice: Moving Towards a Multidisciplinary Perspective'. *Scottish Journal of Healthcare Chaplaincy*. 10 (2): 21-6.

Swinton, J. (2002) *Rediscovering Mystery and Wonder: Towards a Narrative, Based Perspective on Chaplaincy', in L*. Vandecreek (ed) Professional Chaplaincy and Clinical Education Should Become More Scientific: Yes and No, New York: Haworth Press.

Swinton, J. (2006). Identity and Resistance: Why Spiritual Care Needs 'Enemies'. *Journal of Clinical Nursing*. 15 (7): 918-28.

Yardley, SJ. Walshe, CE. Parr, A. (2009). Improving Training in Spiritual Care: a Qualitative study Exploring Patient Perceptions of Professional Education Requirements'. *Palliative Medicine*. 23: 601-7.

یادداشت شناسه مؤلفان

محمود عباسی: رییس مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و دبیر گروه سلامت معنوی فرهنگستان علوم پزشکی، تهران، ایران.

احسان شمسی گوشکی: پژوهشگر مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و دبیر کمیته کشوری اخلاق در پژوهش‌های پزشکی، تهران، ایران. (نویسنده مسؤول)
پست الکترونیک: ehsanshamsi713@gmail.com

هدیه موحدی: پژوهشگر مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

صبا صفاری: پژوهشگر مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

Spiritual Care at the End of Life (Systematic Review)

M.Abbasi
E.Shamsi Gooshki
H.Movahedi
S.Saffari

Abstract

Human always tries for life and this issue appears more in facing with death. Facing with death is always accompanied with anxiety and panic; in particular, this issue becomes worse that the person is aware of his imminent death and he is placed in the process of End of life.

According to this issue that in present era, by using the improvements in medical science, the life process becomes longer and often, the person spend this stage of life in isolation and anxiety. Thinking about strategies and measures become so important to address these issues, in the end.

Among the affecting factors in relieving mental and emotional suffering due to the lapse of the death process, especially within the hospital, is the spiritual care and strengthen the spiritual dimension of patients, leads to strengthening their spiritual health.

According to the importance of spiritual care in the end of life and its requirement with the spiritual sense, in this study we intend, by using the studies in this areas, to investigate the importance of providing these services and the type of mechanism and its effect on spiritual health of patient and by using the strengths and weakness points, we want to conclude the way of appropriate spiritual in Iran due to the cultural and religious backgrounds.

Keywords

Spiritual Care, Spiritual Health, End of Life