

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



مراقبت معنوی



مراقبت معنوی

مرکز تحقیقات سلامت معنوی

دانشگاه علوم پزشکی ایران



تهیه و تنظیم: دکتر فاطمه سادات مرتضوی، فاطمه رضایی خدادادی

زیر نظر: دکتر نادره معماریان

۱۴۰۲

فهرست

۵

مقدمه

۷

سابقه مراقبت معنوی در کشورهای مختلف

۸

سابقه مراقبت معنوی در مرکز تحقیقات سلامت معنوی

۱۰

دوره تربیت مراقب معنوی برگزار شده در مرکز تحقیقات سلامت معنوی

۱۴

نمردان سفر بیمار همراه با مراقب معنوی

۱۵

توضیح اجزاء نمودار سفر بیمار همراه با مراقب معنوی

۱۹

منابع

اهمیت خدمات سلامت امروزه بر کسی پوشیده نیست، چراکه فراگیر بودن نیاز به آن در تمامی اقشار و نیز تأثیر قابل توجه آن در سلامت آحاد جامعه سبب شده تا جایگاه ویژه ای کسب کند. تأثیر این خدمات در سلامت افراد جامعه، نقش مستقیمی در توسعه هر جامعه دارد. از سوی دیگر، سیستم‌های مراقبت سلامت سالها است که نسبت به تأمین نیازهای معنوی نیز احساس نیاز می‌کنند و در پی ارتقاء سلامت معنوی بیماران هستند (۱).

مطالعات نشان می‌دهد دین و معنویت می‌تواند به کنار آمدن با تنشها و ایجاد آرامش و معنا در بیماران کمک کند و سبب نگرش مثبت بیماران به خود و زندگی، ارزیابی بهتر وقایع منفی، کنترل بهتر شرایط موجود و کسب آرامش بهتر در زندگی شود (۲). از این رو لازم است بیمارستانها به عنوان بخش کلیدی سیستم مراقبت بهداشتی و درمانی در راستای ایجاد معنا و مفهوم در زندگی بیماران و تسهیل فرآیند بیماری و نیز مراحل پایانی زندگی آنها، نیازهای معنویشان را شناسایی و در راستای مراقبت معنوی گام بردارند. مراقبت معنوی تأثیرات گسترده ای بر کاهش دردهای جسمانی، آسودگی روانی، کاهش ابتلا به افسردگی، کاهش اضطراب، افزایش سرعت بهبودی، افزایش امیدواری، ارتباط عمیق تر بیمار و کارکنان سلامت، ایجاد آسایش، معنا و هدف در زندگی می‌شود (۳-۵).

مراقبت معنوی مراقبتی است که نیازهای معنوی انسان (شامل نیاز به ارتباط، حمایت عاطفی، احترام به ارزشها، باورها و جستجوی معنا در زندگی) را شناسایی می‌کند و به آنها پاسخ می‌دهد. این نوع از مراقبت شامل مراقبت مذهبی- دینی است اما محدود به آن نیست (۶). انجام این نوع از مراقبت که به دنبال شناسایی منابع معنوی و نیازهای افراد است، مستلزم گوش دادن دقیق و همراه با تأمل است؛ همچنین حمایت، آرامش، مشاوره معنوی و خدمات دینی مبتنی بر ایمان را به بیماران و خانواده‌های آنها ارائه می‌دهد. شواهد قانع کننده ای وجود دارد که بسیاری از بیماران و خانواده‌هایشان نیازهای معنوی دارند که اگر در مراقبت‌های سلامت مورد توجه قرار گیرند به بهبودی مؤثر آنها کمک می‌کند (۷).

افرادی که با یک بیماری جسمی روبه رو می شوند چیزی بیش از صرفاً یک تأثیر فیزیکی را تجربه می کنند و با پیامدهای روانی- اجتماعی و معنوی نیز درگیر خواهند شد. در این میان معنویت علیرغم تأثیر آن بر ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی کمتر از سایر موارد مورد توجه مراقبت‌های سلامت قرار می گیرد (۸). با این حال در دهه های گذشته معنویت و مراقبت معنوی به عنوان یک مؤلفه مراقبت جامع و بخشی از مراقبت‌های حمایتی و تسکینی در نظر گرفته شده است و همچنین تأثیر آن بر کیفیت زندگی بیمار در مطالعات مورد توجه قرار گرفته است. مطالعات نشان دهنده آن است که توجه به نیازهای معنوی بیمار می تواند تأثیر عمیقی بر بیماری، علائم روان شناختی و سطح رضایتمندی بیمار داشته باشد. به طوری که مراقبت معنوی عنصر اساسی مراقبت‌های بالینی شناخته شده است (۹).

سابقه مراقبت معنوی در کشورهای مختلف



درمانهای تسکینی از روزگار باستان انجام می شده است. اما نظریه جدید طب تسکینی توسط نقاتگاه سنت کریستوفر لندن از سال ۱۹۷۶ شروع شد. سازمان جهانی بهداشت (WHO) مراقبت تسکینی را چنین تعریف می کند: رویکردی برای ارتقاء کیفیت زندگی بیماران و خانواده بیماران که با مشکلات مرتبط با بیماریهای تهدید کننده زندگی رو به رو هستند. مراقبت تسکینی در مراحل انتهایی زندگی شامل مراقبت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی بیمار، اعضای خانواده و مراقبان است. به این ترتیب مراقبت معنوی به عنوان بخشی از مراقبت جامع (کل نگر) در نظر گرفته شده و از جمله مراقبتهایی است که در کدهای اخلاقی ملی و بین المللی منعکس می شود (۱۰). از این رو امروزه برخی از سازمانهایی که عهده دار ارزیابی مراکز مراقبتهای بهداشتی و درمانی و اعطای اعتبارنامه به آنها هستند، پیشنهاد می کنند که نیازهای معنوی بیماران نیز در مراکز یاد شده مورد ارزیابی قرار گیرد (۱۱).

با مشخص شدن اهمیت بعد معنوی، حدود دو دهه پیش تمامی دولتهای اروپایی با امضای اعلامیه کپنهاگ خود را متعهد به رسیدگی به نیازهای معنوی جامعه خود کردند (۱۲). سپس در کشورهای مختلف دپارتمانهای مراقبت معنوی تأسیس شده، کار مراقبت معنوی را در سیستم بهداشتی-درمانی کشور خود وارد کردند و بیماران را از نظر بعد معنوی هم مورد ارزیابی و مراقبت قرار دادند. در این دپارتمانها روزانه بیماران توسط مراقبین معنوی نماینده هر دین و بییت می شوند و به آنها مراقبت معنوی ارائه می شود. از جمله دپارتمانهای مراقبت معنوی: دپارتمان مراقبت معنوی دانشگاه میشیگان [۱]، دپارتمان بیمارستان جان هاپکینز [۲]، دپارتمان بیمارستان بریگهام [۳] و دپارتمان بیمارستان جنرال ونکور کانادا [۴].

[1] <https://www.uofmhealth.org/patient-visitor-guide/counseling-spiritual-services>

[2] <https://www.hopkinsmedicine.org/spiritualcare/>

[3] <https://www.brighamandwomens.org/patients-and-families/spiritual-care/spiritual-care-services-department>

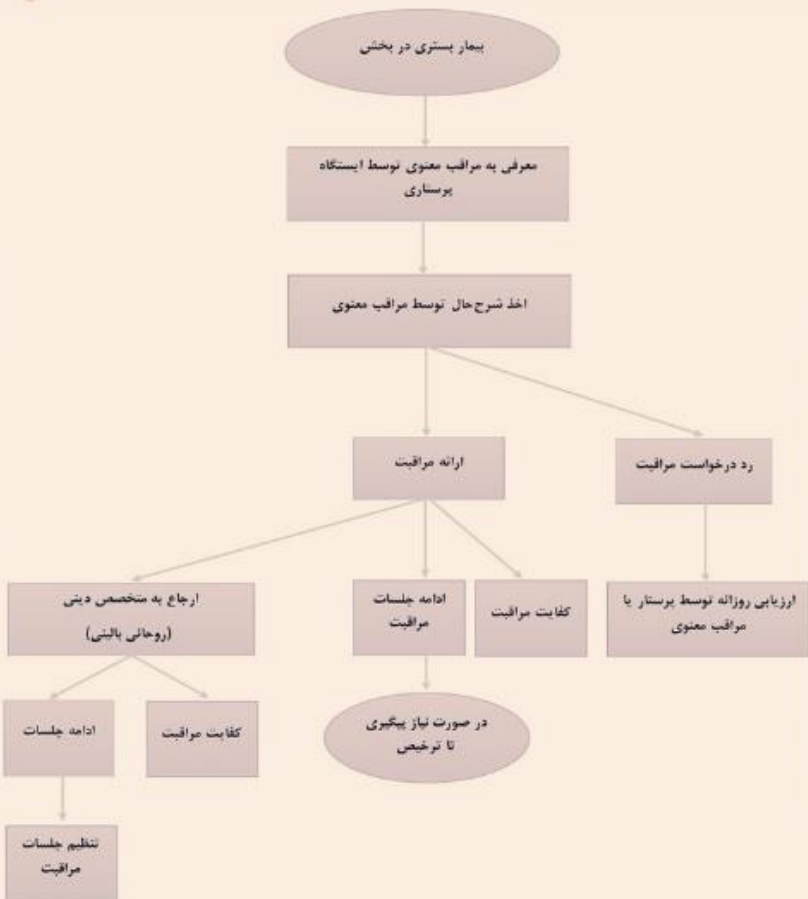
[4] <https://www.vch.ca/en/service/spiritual-care-multi-faith-services>

سابقه مراقبت معنوی در مرکز تحقیقات سلامت معنوی



در ایران مرکز تحقیقات سلامت معنوی دانشگاه علوم پزشکی ایران از زمان شروع همه گیری ویروس کرونا آغاز به ارائه خدمت مراقبت معنوی کرد (۱۳)؛ پس از آن در اواخر سال ۱۴۰۰ به طور رسمی تر به ارائه این نوع از مراقبت پرداخت و سرانجام در نیمه دوم سال ۱۴۰۱ اقدام به جذب نیروی مراقب معنوی بر طبق پروتکل طراحی شده توسط تیم خود کرد. هم اکنون نیز دپارتمان مراقبت معنوی دانشگاه علوم پزشکی ایران در بخش داخلی؛ و خون و سرطان بیمارستان حضرت رسول اکرم (ص) مشغول به ارائه این خدمت است.

این مرکز برای ارائه خدمت مراقبت معنوی در ایران به دلیل پیشتاز بودن در این زمینه و همچنین منطبق کردن نحوه ارائه این خدمت در کشورهای دیگر با فرهنگ کشور خود اقدام به انجام تحقیقات متعدد کرده و براساس شواهد علمی به دست آمده از این تحقیقات فلوچارتی را برای ارائه گام به گام این خدمت در کشور تهیه کرده است (۱۴). این فلوچارت برای آشنایی بیشتر مخاطبان از نحوه ارائه خدمت مراقبت معنوی توسط این مرکز در ذیل قرار داده شده است:



دوره تربیت مراقب معنوی برگزار شده در مرکز تحقیقات سلامت معنوی



مرکز تحقیقات سلامت معنوی در نیمه دوم سال ۱۴۰۱ اقدام به برگزاری دوره تربیت مراقب معنوی برای آموزش به مراقبین خود و به روز کردن دانش و تجربیات آنها در خصوص مراقبت معنوی کرد. مدرس این دوره جناب آقای دکتر ناصر زیدی، مراقب معنوی بیمارستان عمومی ونکوور کانادا بود که طی ۱۰ جلسه به مراقبین معنوی این مرکز آموزشهایی را ارائه کرد. شرح اهم عناوین مطرح شده در این جلسات به تفکیک در ذیل اشاره می شود:

جلسه اول:

ارائه اهمیت و ضرورت مراقبت معنوی در سیستم درمان و نکاتی در خصوص نحوه ارائه مراقبت و نقش آن برای بیماران.



جلسه دوم:

- شرح و تبیین نمودار تهیه شده توسط بیمارستان عمومی ونکوور با عنوان: سفر بیمار با مراقب معنوی در طی مراقبت معنوی
- تبیین مؤلفه های اساسی در مراقبت معنوی
- نحوه برقراری ارتباط مراقب با بیمار و گرفتن شرح حال معنوی



جلسه سوم:

- تبیین اهمیت حضور مراقبین معنوی در بیمارستان جهت پرداختن به بعد معنوی بیمار در کنار ابعاد جسمی و معنوی در راستای نظام پزشکی
- تعریف خودشناسی و توضیح اهمیت آن برای مراقب معنوی و تأثیری که در ارائه مراقبت معنوی دارد.
- اهمیت شناخت نظام ارزشی بیمار توسط مراقب معنوی
- توضیح اهمیت گذراندن دوره های clinical pastoral education برای مراقب معنوی
- توضیح چگونگی تفکیک بعد روانی از بعد معنوی
- توضیح تفکیک دین و مذهب از معنویت



جلسه چهارم:

- آگاهی مراقب نسبت به نوع شخصیتی بیمار علاوه بر نوع بیماری و اختلالات روانی او و همچنین تفاوت مواجهه مراقب با انواع بیماران
- تفاوت میان ارزیابی های معنوی و ارزیابی های پزشکی
- موانع کاری مراقبین در طول ارائه مراقبت معنوی در بیمارستان

- ویژگی‌های شخصیتی مطلوب برای یک مراقب معنوی
- زمان مطلوب ارائه مراقبت معنوی بر بالین بیمار



جلسه پنجم:

- بیان راهکارهای ایجاد صمیمیت با بیمار
- بیان میزان اهمیت فوق العاده داستان زندگی بیمار برای مراقبان معنوی
- چگونگی آموزش دانشجویان برای ارائه مراقبت معنوی و شرایط آن در دپارتمان سلامت معنوی بیمارستان عمومی ونکوور
- نحوه ارائه مراقبت معنوی به بیماران بستری در بیمارستان عمومی ونکوور کانادا



جلسه ششم:

- تأثیر ارتباط قلبی مراقب معنوی با بیمار در روند ارائه مراقبت
- اهمیت بازخورد بیمار برای مراقب معنوی و روحیه پذیرا بودن مراقب نسبت به این بازخورد
- اهمیت حضور بی قضاوت مراقب معنوی در کنار بیمار
- بررسی یک نمونه مراقبت معنوی ارائه شده به بیمار دارای بیماری ژوال عقل



جلسه هفتم:

- لزوم آشنایی با نظریات روان شناختی برای مراقب معنوی
- داشتن موضع خنثی در ارائه مراقبت معنوی نسبت به عقاید بیمار
- توجه به اهمیت زبان بدن در ارائه مراقبت
- داشتن زبان ساده در ارائه مراقبت و عدم استفاده از الفاظ پیچیده
- تلاش جهت برقراری ارتباط با بیمار به عنوان «عضوی از تیم مراقبت و درمان»



جلسه هشتم:

- اهمیت اعتماد به نفس مراقب معنوی در طول ارائه مراقبت معنوی
- شرح ابزارهای ارزیابی معنوی FICA و HOPE



جلسه نهم:

- مراحل نظری و عملی مراقبت معنوی
- مراحل گام به گام مراقبت معنوی برای بیمار
- نحوه ارزیابی نیازهای معنوی بیمار
- ارائه نمونه ای از Role Play مراقب معنوی با بیمار



جلسه دهم:

- تئوری روان شناختی متمرکز بر ذهن آگاهی به صورت مفصل
- معرفت شناسی و اهمیت آن
- خطاهای ذهن انسان
- اعتقاد گرایی به عنوان یک خطای اساسی در انسان
- گذشتن از معنویت و پنهان شدن انسانها پشت معنویتشان
- شخصیت شناسی و اهمیت آن در مراقبت معنوی

توضیح اجزاء نمودار سفر بیمار همراه با مراقب معنوی



یکی از موضوعهایی که در دوره آموزشی تربیت مراقب معنوی مورد تدریس و تبیین قرار گرفت متن توضیحی نمودار سفر بیمار و مراقب معنوی بود. با توجه به اینکه این نمودار مفهومی و نیازمند شرح و تبیین است، متنی توضیحی در خصوص قسمتهای مختلف آن به شرح زیر ارائه می شود:

این مدل به دنبال ارائه طرحی نمادین از سفر یک بیمار به همراه مراقب معنوی، در طول پیدایش یک بحران مرتبط با سلامتی است. بر اساس این مدل، سفر بیمار با مراقب معنوی با یک به هم ریختگی نظم معمولی زندگی یا به عبارتی بحران سلامتی شروع شده و به سمت عدم قطعیت پیش می رود.

یکی از چیزهایی که مراقبین معنوی را از سایر متخصصان مراقبتهای سلامت متمایز می کند، میزان توانایی برای ارتباط عمیق با بیماران است. هدف مراقب معنوی معمولاً حل مشکلات بیمار نیست، بلکه او تنها از طریق حضور خود تلاش می کند تا مواجهه افراد با بحرانها از جمله بیماری را تسهیل کند؛ این تسهیل می تواند قدرت کافی برای مقابله با بیماری یا کنار آمدن با شرایط جدید را برای او فراهم کند. یا دیدگاه و گرایش او را نسبت به معنا و هدف زندگی و منابع این معنا تغییر دهد. امید می رود در طی ارائه مراقبت معنوی، بیمار در تجربه ناشناخته ها و ادغام بخش جدیدی از آگاهی ناهشیارانه خود، بحران خود را به امیدی جدید در زندگی تبدیل کند.

پزشکان همیشه نمی توانند بیماران را در تمام طول این سفر دنبال کنند؛ همه بیماران نیز آنقدر خوش شانس نیستند که بتوانند با امیدواری و برقراری نظم، دوباره به آگاهی هشیارانه بازگردند. با وجود این امید مراقب معنوی و نتیجه مکرر ارائه مراقبت معنوی اینگونه بوده است. در هر حال چنین سفری (همراهی مراقب معنوی با بیمار در طول تجربه بحران بیماری) نشان دهنده ظفرمندی روح انسان است، حتی زمانی که هیچ پیروزی‌ای از نظر پزشکی نیز وجود نداشته باشد. در نتیجه این نمودار هم به عنوان یک نقشه و هم به عنوان نمادی عمل می کند که فراتر از خودش به حقیقتی بزرگتر اشاره می کند.

در یک نگاه: حرکت

به طور اجمالی این مدل نشان می دهد بیمار از ابتدای بحران بیماری با چه چالشهای درونی‌ای مواجه می شود و با مرور زمان چه مراحل و مسیری را در درون خود طی می کند تا به آرامش و پذیرش شرایط جدید برسد. طی کردن این مراحل نوعی حرکت قلمداد می شود که می توان گفت با امیدواری و برقراری نظم از دست رفته توسط بحران، آغاز می شود. از نظر معنوی، کلمه "امید" ممکن است در این زمینه به عنوان اطمینانی در میان عدم قطعیت ایجاد شده برای بیمار در نظر گرفته شود؛ عدم قطعیتی که با وجود پیش آمدن شرایط جدید برای بیمار حاصل شده است. البته همه انسانها در سطوح مختلف زندگی با عدم قطعیت درونی نسبت به بسیاری از امور، زندگی می کنند؛ بنابراین قبل از پیش آمدن بحران نیز همیشه ناشناخته هایی در زندگی انسان حضور دارد اما در کانون توجه نیست. با وجود این همیشه ظرفیتی نسبی برای قابل پیش بینی و شناخته شده بودن امور زندگی وجود دارد؛ کلمه «سازماندهی» در نمودار نشان دهنده این ظرفیت در زندگی است.

فرد و صعود؛ فلش های نمودار

رنگ آبی در نمودار نشان دهنده آرامش و صلح نسبی است، همانگونه که زندگی پایدار است. حرکت فلشها در نمودار نیز از بالا به دنبال دایره و فلشها به سمت چپ، سپس پایین، راست و در نهایت به سمت بالا طراحی شده است. با توجه به اینکه پزشکان همیشه بیماران را در این سفر دایره ای به صورت کامل دنبال نمی کنند این مدل به عنوان نشان دهنده یک سفر نسبتاً مطلق و کامل یک بیمار با یک مراقب معنوی است.

به دلیل غیر قابل پیش‌بینی بودن زندگی و شکنندگی بسیار زیاد انسان، هنگامی که یک فرد در بحران قرار می‌گیرد، از نظم عادی و روزمره فعلی زندگی خود خارج شده و به یک احساس عدم اعتماد در میان ناشناخته‌ها نزول می کند. ناشناخته جدیدی که پس از یک بحران ظاهر می شود، بیمار را از منابع فعلی معنا و هدف خود جدا می کند و او را با یک حالتی از ناهشیاری در شرایط موجود مواجه می کند، بنابراین در این مرحله آشفتگی و عدم قطعیت برای بیمار حاکم است.

نقش مراقب معنوی در این نمودار با رنگ سیاه نوشته شده است؛ مراقب معنوی در طول بحران از طریق ایجاد ارتباط با بیمار و حضوری همدلانه از بیمار حمایت می کند. در طول این حضور، بیماران ممکن است پذیرش شرایط جدید را در درون خود تجربه کنند. این پذیرش می تواند منجر به دگرگونی وضعیت آنها و شکل‌گیری اعتماد و ایمان جدید به منبعی متعالی یا منابع جدیدی از معنا و هدف برای او شود یا حتی می تواند به اتصال مجدد به منابع هدف و معنای قبلی خود منجر شود.

مراقب در ابتدا تنها به موضوع بحران بیمار می پردازد و سپس در گذر زمان در هنگام مناسب، به استکشاف و ارائه تفسیر؛ درواقع ارائه دیدگاهی جدید در مورد رابطه فعلی بیماران با بیماری یا بحران خود.

قسمتهای داخلی مدل

در قسمت داخل فلشها چهار بخش قرار دارد. بخش اول به افکار، عواطف و احساساتی که همه بیماران در مواجهه با حقایق جدید تجربه می کنند اشاره دارد. این بخش نشان دهنده طیفی از پدیده‌های درونی و عمیقاً شخصی است و در صورتی که مراقب معنوی نباشد تا به بیمار کمک کند که تجربه خود را نظم و سامان دهد، اغلب در این چرخه گیر می‌کند.

بعد از این به بخش بعدی یعنی «امر فراشخصیتی» می‌رسیم که می‌تواند معانی متعددی داشته باشد. امر فراشخصیتی چیزی است که افراد به عنوان تجربیات خارج از جسم و حواس فیزیکی، فراموش نشدنی، رویا، الهام، امور خودآگاه، شهودی، عرفانی تجربه می‌کنند. در این مرحله مراقب معنوی به عنوان یک سنگ محک عمل می‌کند.

بخش سوم در مرکز نمودار، واژه «امر مقدس» است به معنای: "گرایش به امور مقدس (فرامادی) که باعث احساس حضور خداوند می‌شود". در توضیح این بخش می‌توان گفت در حالی که بیماران واقعیتهای پدیدارشناختی را از طریق حواس ظاهری خود تجربه می‌کنند، عبارت «امر مقدس» تجربیاتی خارج از حواس فیزیکی فرد را نشان می‌دهد، چیزی فراتر از تجربه معمول. در اینجا مراقب معنوی با پردازش معنا به بیمار کمک می‌کند.

بخش نهایی در مرکز مدل نیز متعلق به «تعالی» است. می‌توان به تعالی به عنوان یک فرآیند یا یک اصل اشاره کرد، یا چیزی که می‌تواند God (خداوند) را به عنوان امری حسی یا شخصی نشان دهد. تعالی به عنوان یک فرآیند، بالا رفتن از مرزهای درونی و بین فردی انسان را در بر می‌گیرد؛ هر فرآیند عاطفی، فیزیکی، اجتماعی یا ذهنی که از توانایی فرد برای انعکاس معناداری فراتر می‌رود، می‌تواند در این دسته نیاز به تعالی، به عنوان وسیله‌ای برای پردازش یا مقابله قرار گیرد. برای برخی نیز تعالی صرفاً به داشتن تجربه‌ای اشاره دارد که از حد معمول و مرزهای عادی جسمی و مادی فراتر می‌رود. بیماران ممکن است فراتر از شرایط خود صحبت کنند و برای رسیدن به این مقطع ممکن است تمایل داشته باشند از یک مراقب معنوی کمک بگیرند یا نه.

از سوی دیگر هنگامی که کسی «تعالی» را به عنوان یک اصل می داند، به این معنا است که معتقد است قوانین یا حقایقی ثابت در مورد زندگی وجود دارد که تغییرناپذیر هستند. اما در مواقع بحران، ما اغلب پریشانی وجودی را تجربه می کنیم، زیرا به نظر می رسد آنچه همیشه فکر می کردیم تغییر ناپذیر است، تغییر کرده است. در چنین لحظاتی «هستی»، خود را به عنوان «زندگی خارج از کنترل» به ما نشان می دهد و ما نمی توانیم مانند گذشته با آن کنار بیاییم.

در تمام موارد فوقی یک مراقب معنوی در کشف دیدگاه های جدید نسبت به موقعیت فعلی بیمار می تواند مفید باشد.

راه های استفاده از این مدل: ارزیابی با ترسیم سلامت معنوی بیمار دانشجویان و سرپرستان می توانند با پرسیدن سوالات زیر، از مدل برای ارزیابی پایه استفاده کنند:

- بیمار در حال حاضر در سفر خود، در چه مرحله ای از بحران سلامتی قرار دارد؟
- در این مرحله من روی چه نوع مداخله یا حمایتی باید تمرکز کنم؟ ارتباط، حضور همدلانه، تفسیر، استکشاف، چالش یا نگهداری؟
- آن دسته از افکار، احساسات، عواطف و حقایق مربوط به بیمار که نیاز به مرتب سازی و پردازش دارد کدام است؟
- امر متعالی برای بیمار به چه معنا است؟ (فرآیند، اصل یا امر شخصی)
- بیمار چه نشانه هایی از امر متعالی را - در صورت وجود - تجربه می کند؟ (نشانه هایی مانند رویاها، تجربیات خارج از جسم، الهام، خودآگاهی، تجربیات عرفانی و همزمانی)
- وضعیت خود فراشخصیتی بیمار چگونه است و با توجه به جهت گیری معنوی خود چقدر به آن متصل است؟

1. Moeini M, Taleghani F, Mehrabi T, Musarezaie A. Effect of a spiritual care program on levels of anxiety in patients with leukemia. *Iranian journal of nursing and midwifery research*. 2014;19(1):88.
2. Azarnik S, Seddigh R, Keshavarz A, Amir Abbas , Memaryan N. Educational resources of psychiatry residency about spirituality in Iran: A qualitative study. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2015;21(2):175-86. [In Persian].
3. Adib-Hajbaghery M, Zehtabchi S. Assessment of nurses' professional competence in spiritual care in Kashan's hospitals in 2014. *Avicenna Journal of Nursing and Midwifery Care*. 2014;22(4):23-32.
4. Rykkje L, Søvik MB, Ross L, McSherry W, Cone P, Giske T. Educational interventions and strategies for spiritual care in nursing and healthcare students and staff: A scoping review. *Journal of Clinical Nursing*. 2022;31(11-12):1440-64.
5. Jones KF, Paal P, Symons X, Best MC. The content, teaching methods and effectiveness of spiritual care training for healthcare professionals: A mixed-methods systematic review. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2021;62(3):e261-e78.
6. Kuepfer J, Schmidt A, O'Connor TSJ, James M. Promise, Provision, and Potential: A Hopeful Trajectory for Spiritual Care in Long-Term Care. *Journal of Pastoral Care & Counseling*. 2022;76(2):105-13.

7. Timmins F, Connolly M, Palmisano S, Burgos D, Juárez LM, Gusman A, et al. Providing spiritual care to in-hospital patients during COVID-19: A preliminary European fact-finding study. *Journal of religion and health*. 2022;61(3):2212-32.
8. Fitch MI, Bartlett R. Patient perspectives about spirituality and spiritual care. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*. 2019;6(2):111-21.
9. Willems S, Smeets W, Van Leeuwen E, Nielen-Rosier T, Janssen L, Foudraire N. Spiritual care in the intensive care unit: An integrative literature research. *Journal of Critical Care*. 2020;57:55-78.
10. Ghadri a. spiritual care. *Iranian journal of ethics and medical history*. 2014;8:201-.
11. Abbasi M, Azizi F, Gooshki ES, Naserirad M, Lakeh MA. Conceptual Definition and Operationalization of Spiritual Health: A Methodological Study. *Medical Ethics Journal*. 2012;6:11-44.
12. Vader JP. Spiritual health: the next frontier. *European journal of public health*. 2006;16(5):457.
13. Mmaryan N, Saeidi M, Ahmadi MS, Salehian R, Beygi MM, Arabiyeh M. With COVID-19 patients in the hospital wards: the experience of iranian clergy visits. *International Journal of Multicultural and Multireligious Understanding*. 2021;8(6):28-36.
14. Mmaryan N, Ghaempanah Z, Aghababaei N, Koenig HG. Integration of Spiritual Care in Hospital Care System in Iran. *Journal of religion and health*. 2020;59(1):82-95.