



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت درمان



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت آموزشی

دبیرخانه شورای راهبردی تدوین راهنماهای بالینی

راهکار طبابت بالینی

"خدمات معنوی جهت بیمار ان مبتلا به سرطان"

واحد مدیریت دانش بالینی

سلامت معنوی

دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان (انستیتو روانپزشکی تهران)

دانشگاه علوم پزشکی ایران

خرداد ۱۳۹۶

مقدمه:

توسعه جوامع و گسترش نظام های سلامت، به ویژه در دو سده اخیر و نیز گسترش علوم پزشکی در جهان موجب شده است که تقریباً تمام کشورها به منظور برآورده شدن نیازهای سلامت محور خود، به تدوین راهنماهای بالینی (راهکارها، سیاست ها، استانداردها و پروتکل های بالینی) در راستای ارتقا سطح کیفی و کمی ارائه خدمات و همچنین تدوین سیاست های کلان در چارچوب استقرار پزشکی مبتنی بر شواهد گام بر دارند. از سویی ضرورت تعیین حدود و ثغور اختیارات دانش آموختگان حرف مختلف پزشکی و استاندارد فضای فیزیکی و فرآیندهای ارائه خدمات سبب شد تا تدوین شناسنامه های مرتبط به منظور افزایش ایمنی، اثر بخشی و هزینه اثر بخشی در دستور کار وزارت متبوع قرار گیرد.

اندازه گیری کیفیت برای جلب اطمینان و حصول رضایت آحاد جامعه، قضاوت در زمینه عملکردها، تامین و مدیریت مصرف منابع محدود، نیازمند تدوین چنین راهنماهایی می باشد. این مهم همچنین به سیاستگذاران نیز کمک خواهد نمود تا به طور نظام مند، به توسعه و پایش خدمات اقدام نموده و از این طریق، آنان را به اهدافی که نسبت به ارائه خدمات و مراقبت های سلامت دارند، ناائل نماید تا به بهترین شکل به نیازهای مردم و جامعه پاسخ دهند. علاوه بر تدوین راهنماها، نظارت بر رعایت آن ها نیز حائز اهمیت می باشد و می تواند موجب افزایش رضایتمندی بیماران و افزایش کیفیت و بهره وری نظام ارائه خدمات سلامت گردد. طراحی و تدوین راهنماهای مناسب برای خدمات سلامت، در زمره مهمترین ابعاد مدیریت نوین در بخش سلامت، به شمار می آید. اکنون در کشورمان، نیاز به وجود و استقرار راهنماهای ملی در بخش سلامت، به خوبی شناخته شده و با رویکردی نظام مند و مبتنی بر بهترین شواهد، تدوین شده است.

در پایان جا دارد تا از همکاری های بی دریغ معاون محترم درمان «جناب آقای دکتر محمد حاجی آقاجانی»، معاون محترم آموزشی «جناب آقای دکتر باقر لاریجانی» و شورای راهبردی تدوین راهنماهای بالینی در مدیریت تدوین راهنماهای طبابت بالینی، و نیز هیات های مورد و انجمن های علمی تخصصی مربوطه، اعضاء محترم هیئت علمی مراکز مدیریت دانش بالینی و همچنین هماهنگی موثر سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران، وزارت کار، تعاون و رفاه اجتماعی و سازمان های بیمه گر و سایر همکاران در معاونت های مختلف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تقدیر و تشکر نمایم.

انتظار می رود راهنماهای طبابت بالینی تدوین شده تحت نظارت فنی دفتر ارزیابی فناوری، تدوین استاندارد و تعرفه سلامت و کمیته فنی تدوین راهنماهای بالینی، مورد عنایت تمامی نهادها و مراجع مخاطب قرار گرفته و به عنوان معیار عملکرد و محک فعالیت های آنان در نظام ارائه خدمات سلامت شناخته شود.

امید است اهداف متعالی نظام سلامت کشورمان در پرتو گام نهادن در این مسیر، به نحوی شایسته محقق گردد.

دکتر سید حسن قاضی زاده هاشمی

وزیر



گروه تدوین کننده:

رئیس واحد دانش بالینی سلامت معنوی:

دکتر جعفر بوالهری: استاد روانپزشکی، رئیس دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان، دانشگاه علوم پزشکی ایران

سرپرست تدوین:

دکتر نادره معماریان: پزشکی اجتماعی، عضو هیئت علمی دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان، دانشگاه علوم پزشکی ایران

همکاران اصلی:

زینب قائم پناه: روانشناسی، دفتر مطالعات اسلامی در بهداشت روان، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان، دانشگاه علوم پزشکی ایران

دکتر عاطفه قنبری جلفائی: روانپزشکی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران

دکتر آرمین شیروانی: ریاست اداره استاندارسازی و تدوین راهنماهای سلامت، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

فهیمه احمدی ورگهان: روانشناسی، دانشگاه علوم پزشکی ایران

هدی دوس علیوند: روانشناسی، دانشگاه علوم پزشکی ایران

دکتر شهربانو قهاری: روانشناسی، عضو هیئت علمی دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان، دانشگاه علوم پزشکی ایران

اعضای نشست تخصصی برای اجماع:

دکتر فرح لطفی کاشانی: روانشناسی، مرکز تحقیقات سرطان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

دکتر میترا شوشتری: روانپزشکی اطفال، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران

دکتر نفیسه انصاری: فوق تخصصی خون و سرطان بالینی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران

حجۀ الاسلام و المسلمین میرمجید سعیدی: مشاوره، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان، دانشگاه علوم پزشکی ایران

دکتر محمد رضا شعرباغچی: روانپزشکی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

دکتر سید روح الله موسوی زاده: اخلاق اسلامی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

حجۀ الاسلام و المسلمین سید امانالله میرزایی: سطح 4 حوزوی و فلسفه و کلام، مسئول مراقبت معنوی بیمارستان فیروزگر

دکتر بهمن بهمنی مشاوره: عضو هیات علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

دکتر محمد مهدی ادیب سرشگی: فوق تخصصی خون و سرطان بالینی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران

دکتر جعفر بوالهری: استاد روانپزشکی، رئیس دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان، دانشگاه علوم پزشکی ایران

دکتر نادره معماریان: پزشکی اجتماعی، عضو هیئت علمی دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان، دانشگاه علوم پزشکی ایران

دکتر عاطفه قنبری جلفائی: روانپزشکی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران

زینب قائم پناه: روانشناسی، دفتر مطالعات اسلامی در بهداشت روان، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان، دانشگاه علوم پزشکی ایران

سایر همکاران:

الهه هماوندی، مریم فراغتی، ساره قربانی

ویراستار:

منصوره یزدانی

تحت نظارت فنی:

گروه استاندارسازی و تدوین راهنماهای بالینی

دفتر ارزیابی فن آوری، استاندارسازی و تعرفه سلامت

دکتر علیرضا اولیایی منشی، دکتر مجید داوری، دکتر آرمان زندی، دکتر آرمین شیروانی،

مجیدحسن قمی، دکتر عطیه صباغیان پی رو، دکتر مریم خیری، دکتر بیتا لشگری، مرتضی سلمان ماهینی



فهرست:

خلاصه راهنمای بالینی

مقدمه

متدولوژی

واژه نامه

راهنمای بالینی

شواهد



خلاصه راهنمای بالینی

توصیه اصلی: بیماران مبتلا به سرطان باید به انواع مختلف حمایت‌های معنوی متناسب با نیازشان دسترسی داشته باشند.	
ارزیابی معنوی	اولین گام در ارائه خدمات معنوی، ارزیابی نیازهای معنوی بیماران است که شامل موارد ذیل می باشد: غربالگری معنوی اخذ شرح حال معنوی
بیماران کاندید در بافت خدمات معنوی	تمامی بیماران مبتلا به سرطان در هر مرحله ای از بیماری و همراه با دیگر درمان ها مانند شیمی درمانی و رادیو تراپی، می توانند از این خدمات سود ببرند. تنها مورد منع ارائه خدمات معنوی مربوط به بیمار، عدم تمایل آگاهانه اوست
اجزای مراقبت معنوی	توجه ، مشاوره و مداخله در بحران سه جزء اصلی مراقبت‌های معنوی هستند.
ارائه دهندگان خدمات معنوی	خانواده و دوستان بیمار(در صورت آموزش) هر یک از مراقبین سلامت و پرسنل ارائه خدمت از جمله پرستاران و مددکاران اجتماعی تیم تخصصی ارائه مراقبت معنوی(متشکل از پزشک معالج، روانشناس، مشاور دینی/مذهبی ^۱)
عرصه های ارائه خدمات معنوی	تمامی جنبه‌های مراقبت معنوی در هر زمینهای قابل عرضه است :در بیمارستان تخصصی، آسایشگاهها، خانهای نگهداری، منزل شخصی، یا بیمارستانهای عمومی.
امکانات و منابع ارائه خدمات معنوی	اطلاعات و تابلوهای عمومی؛ اتاق آرام، فضای عبادت مراقبت های معنوی زمان احتضار(مرگ) و پس از مرگ



۱. مشاورین دینی/مذهبی (روحانی): متخصصین علوم دینی/مذهبی هستند که برای کار در بخش های مراقبت تسکینی و سرطان انتخاب و آموزش دیده اند.

اپیدمیولوژی (میزان شیوع):

سرطان در کشورهای پیشرفته جهان، پس از بیماریهای قلبی عروقی، دومین علت مرگ و میر و در کشورهای رو به پیشرفت چهارمین علت مرگ است (۱). پیش بینی می شود شیوع سرطان تا سال ۲۰۲۰ دو برابر شود (۲). این بیماری در ایران پس از بیماریهای قلبی و سوانح، سومین عامل مرگ و میر در کشور به حساب می آید؛ سالانه بیش از ۳۰۰۰۰ نفر در ایران در اثر سرطان جان خود را از دست میدهند (۳). در ایران هم چنین سالانه بیش از ۵۰ هزار مورد جدید سرطان گسترش مییابد.

اهمیت موضوع:

سرطان با توجه به میزان بروز، مرگ و میر و مشکلات مربوط به آن به عنوان یکی از مهمترین اولویتهای بهداشتی کشور در نظر گرفته شده است و نیاز به مداخله برنامه ریزی شده جهت پیشگیری و کنترل دارد (۵). جنبه های فرهنگی و ارزشها، تجربیات زندگی، وضعیت اجتماعی اقتصادی و تفاوت های شخصیتی، همواره تعیین کننده معنای سرطان برای بیماران و خانواده آنها است و بر چگونگی مقابله با بیماری می تواند تاثیر گذار باشد (۶).

با آگاهی یافتن از داشتن بیماری بدخیم تهدید کننده حیات، ادراک افراد از زندگی تغییر میکند. به طوری که تحقیقات متعددی نشان دهنده رابطه تنگاتنگ میان سرطان و حالات روانشناختی فرد است (۷) معنویت و مذهب میتوانند ابزار کنار آمدن، منابع قدرت، شفا بخشی و امید را فراهم سازند و به افراد کمک کنند تا ادراک متفاوتی از تجربه بیماری خود داشته باشند (۸).

سرطان به عنوان یکی از عوامل استرس زای شدید، واکنش های نسبتا یکسانی را در بیماران فرا می خواند. اکثر بیماران در پی آگاهی از بیماری، که درگیر هیجانات منفی و پیچیده نسبت به خدا می شوند که می تواند در افزایش میزان استرس در بیماران مبتلا به سرطان موثر باشد؛ مداخله در این موارد تنها با فنون معنوی امکان پذیر است (۹).

همچنین آگاهی از تشخیص سرطان باعث میشود که نیازهای معنوی بیماران به طور چشمگیری افزایش یابد (۶)، در همین راستا اعتماد به نفس و ایمان مذهبی به خطر می افتد، ارتباطات بین فردی به دلیل عدم اطمینان به آینده مختل میشود و مکانیزمهای سازگاری قبلی ناکافی به نظر میرسد. بستری شدن در بیمارستان نیز ممکن است به فرد احساس تنهایی را القا کند. در مجموع میتوان گفت بحران معنوی در بیمار پدیدار میشود (۱۰). و فرد در مراقبت از خود دچار مشکلات فراوانی چه در کمیت و چه در کیفیت مراقبت می گردد.

مطالعات زیادی نشان داده اند که یکی از مهمترین پاسخ های سازگاری در بیماران مبتلا به سرطان، بازگشت آنها به معنویت است و مداخلات معنوی، نقش بسیار مهمی در بهبود تطابق و سازگاری با شرایط و کیفیت زندگی آنان دارد (۹) ۶-۱۱-۱۵ به گونه ای که حتی در مطالعات اخیر، تغییر در کورتیزول و بیان ژنی افراد به دنبال مداخلات معنوی، گزارش شده است (۱۶).

معنویت پیش بینی کننده ای قوی برای سلامت روان فرد به شمار میرود (۱۷). مداخله معنوی و معنوی مذهبی یکی از مداخلاتی است که در زمینه کاهش مشکلات روان شناختی در بیماران مبتلا به سرطان، مورد استفاده فراوان قرار گرفته است (۲۰-۱۸).



تعریف:

امکان جدا کردن احساس، باور، عمل و نیاز معنوی و دینی بیماران به ویژه در شرایط بحرانی و فوریت‌های پزشکی وجود ندارد و لازم است کارکنان حوزه خدماتی سلامت، به ویژه تیم درمان واکنش مناسبی را در شرایطی مثل خبر بیماری و پیش آگهی مرتبط با آن به بیماران و اطرافیان‌شان، و یا داشتن احساس گناه، خشم و بی تابی و آشفتگی معنوی بیماران ارائه بدهند. این مسئله نیاز به دانش و مهارت لازم در زمینه شناخت معنویات بیمار دارد.

در واقع متخصصان بالینی با پرداختن به ابعاد معنوی در مراقبت از بیمار خود می‌توانند کل نگر باشند و رفاه جسمی، روانی و معنوی بیماران را به شکل یکپارچه مدنظر قرار دهند. درمانگران با این کار این پیام مهم را ارسال می‌کنند که آنها می‌دانند، بیماران اعتقاداتی دارند که ممکن است تاثیر درمانی یک مداخله را تحت الشعاع قرار دهد و تلاش می‌کنند تا در راستای دستیابی به سلامت کامل آنها گام بردارند (۲۱). شاید بهترین دلیل برای رسیدگی به جنبه‌های معنوی بیماران در کشور ما این مسئله باشد که بسیاری از بیماران دارای اعتقادات مذهبی و نیازهای معنوی هستند، که بر پذیرش بیماران برای اجرای مداخلات درمانی و حتی تبعیت و پیگیری آنها بسیار تاثیر گذار است و بنابراین بسیج تمام نیروهای پر قدرت درونی بیماران از جمله بعد معنوی وجود آنان برای ارائه خدمت، حمایت و مراقبت کامل از آنان امری ضروری است.

متخصصین و کارکنان خدمات سلامت ممکن است اطلاعات کافی برای دسترسی به افرادی که بتوانند نیازهای معنوی بیماران را برآورده کنند، نداشته باشند و یا حتی ممکن است تمایلی را به برقراری ارتباط با متخصصین و مشاورین معنوی احساس نکنند. اما آن چه که حقیقتاً لازم است، متخصصان سلامت و مراقبان باید بتوانند مسایل معنوی بیماران را شناسایی و تصدیق کنند و به شیوه‌ای انعطاف‌پذیر و به دور از قضاوت و تحمیل، پاسخگوی مسایل آنها باشند.

فهرست سوالات بالینی که راهنما به آن‌ها پاسخ خواهد داد:

- ارزیابی نیازهای معنوی بیماران مبتلا به سرطان چگونه صورت می‌پذیرد؟
- چه بیماران مبتلا به سرطانی کاندید دریافت خدمات معنوی هستند؟
- ارائه خدمات معنوی در چه مرحله‌ای از بیماری اولویت بیشتری دارد؟
- چه بیمارانی کاندید دریافت خدمات معنوی نیستند؟
- اجزای اصلی مراقبت معنوی در بیماران مبتلا به سرطان کدامند؟
- چه کسانی خدمات معنوی را ارائه می‌دهند؟
- در چه عرصه‌هایی ارائه خدمات معنوی امکان‌پذیر است؟
- الزامات (امکانات، منابع) ارائه خدمات معنوی چیستند؟



منابع این بخش:

۱. مقیمیان و سلمانی (۱۳۹۱). مطالعه همبستگی سلامت معنوی و امید در بیماران مبتلا به سرطان مراجعه کننده به مرکز آموزشی - درمانی سیدالشهدا وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، سال ۱۳۸۹. مجله دانشگاه علوم پزشکی قم، ۶، ۳، ۴۰-۴۵.
2. Hatamipour, K., Rassouli, M., Yaghmaie, F., Zendedel, K., & Majd, H. A. (2015). Spiritual needs of cancer patients: a qualitative study. *Indian J Palliat Care*, 21(1), 61-67.
۳. لطفی کاشانی، وزیری، ارجمند، موسوی و هاشمیه (۱۳۹۱). اثربخشی مداخله معنوی بر کاهش پریشانی مادران کودکان مبتلا به سرطان. فصلنامه اخلاق پزشکی، ۶، ۲۰.
۴. اسمعیلی، روانبخش؛ احمدی، فضل.؛ محمدی، عیسی و تیرگری سراج، عبدالحکیم (۱۳۹۱). حمایت: اصلترین نیاز بیماران مبتلا به سرطان در زمان مواجهه با سرطان. مجله علوم پزشکی مازندران، دور بیست و دوم، شماره. ۸۹، ۳۰-۲۱.
۵. رفیعی، مینو؛ اکبری، محمد اسماعیل؛ عزیزاده، مهتاب؛ عشرتی، بابک و حاتمی، حسین (۱۳۹۱). فصلنامه پایش، سال یازدهم، شماره پنجم، ص ۶۰۹-۶۰۳.
۶. سادات آقاحسینی، شیما؛ رحمانی، آزاد؛ عبداللهزاده، فرحناز؛ اسودی کرمانی، ایرج (۱۳۹۰). مجله دانشگاه علوم پزشکی قم، ۵، ۳، ویژه نامه طب و دین، ۷-۱۲.
۷. یگانه، طیبه (۱۳۹۲). بررسی نقش جهت گیریهای مذهبی در تبیین امید و بهزیستی روانشناختی زنان مبتلا به سرطان پستان. فصلنامه بیماریهای پستان ایران، سال ششم، شماره سوم، ص ۵۶-۴۷.
8. Barton, BM. Smit, E. Frain, J. Loggins, C. (2010). Advance Center in Underserved Populations. *Seminars in Oncology Nursing*; 26(3):157-67.
9. Rashid YA, Ghafoor ZA, Masood N, Mehmood T, Awan S, Ansar T, Mirza M, Rashid UA. (2012). Psychosocial impact of cancer on adult patients. *J Pak Med Assoc. Sep*;62(9):905-9.
۱۰. بوالهیری، جعفر؛ نظیری، قاسم و زمانیان، سکینه (۱۳۹۱). اثربخشی رویکرد گروه درمانی معنوی بر کاهش میزان افسردگی، اضطراب و استرس در زنان مبتلا به سرطان سینه. فصلنامه جامعه‌شناسی زنان، سال سوم، شماره اول، ص ۱۱۷-۸۷.
۱۱. فلاح، راحله؛ گلزاری، محمود؛ داستانی، محبوبه؛ ظهیرالدین، علیرضا؛ موسوی، سید مهدی و اکبری، محمد اسماعیل (۱۳۹۰). اثربخشی مداخله معنوی به شیوه گروهی بر ارتقای امید و سلامت روان زنان مبتلا به سرطان. اندیشه و رفتار، دوره پنجم، شماره ۱۹، ص ۸۰-۶۹.
12. Moghimian M, Salmani F. The Study of Correlation between Spiritual well-being and Hope in Cancer Patients Referring to Seyyedo Shohada Training-Therapy Center of Isfahan University of Medical Sciences, 2010. *Qom University of Medical Sciences Journal* 2012;6(3)
13. Candy, B., Jones, L., varagunam, M. speck, P., Tookman, A., & king, M. (2012). Spiritual and religious interventions for well- being of adults in the terminal phase of disease. New york. John wiley & sons.
14. Phelps, AC, Lauderdale, KE, Alcom, S., et. Al. (2012). Addressing spirituality with in the care of patients at the end of life: perspectives of patients with advanced cancer, ecologists and oncology nurses. *Journal of clinical oncology*. 10, 30 (20): 2538- 2544.



15. Caplan, L. S., Sawyer, P. Holt, C., & Allman, R. M. (2013). Religiosity and function Among community- Dwelling older adult survivors of cancer. *Journal of Relig spiritual aging.*, 25 (4): 311- 325.
۱۶. آذرینیا معصومه (۱۳۹۲). اثربخشی معنویت درمانی بر کاهش سطح کورتیزول. دانشگاه آزاد اسلامی. واحد زنجان.
17. Rashid YA, Ghafoor ZA, Masood N, Mehmood T, Awan S, Ansar T, Mirza M, Rashid UA.(2012). Psychosocial impact of cancer on adult patients. *J Pak Med Assoc. Sep*;62(9):905-9.
18. Salajegheh S, Raghibi M. The Effect of Combined Therapy of Spiritual-Cognitive Group Therapy on Death Anxiety in Patients with Cancer. *Journal of Shaeed Sdoughi University of Medical Sciences Yazd.* 2014 ; 22 (2 :) 1130 - 9 [text in persian.]
19. LotfiKashani F, Mofid B, Sarafraz MS. Effectiveness of Spirituality Therapy in Decreasing Anxiety, Depression and Distress of Women Suffering from Breast Cancer. *journal of clinical psychology Andishe va Raftar.* 2013;7(27):27-36 [text in persian].
20. Musarezaie A, Moeini M, Taleghani F, Mehrabi T. Does spiritual care program affect levels of depression in patients with Leukemia? A randomized clinical trial. *Journal of education and health promotion.* 2014;3:96
21. D'Souza, R. The importance of spirituality in medicine and its application to clinical practice. *MJA*; 2007, 186 (10 Suppl).



متدولوژی

کاربران هدف:

- پزشکان متخصص
- پزشکان عمومی
- پرستاران
- روانشناسان
- کارکنان خدمات بهداشت
- مراقبان بیماران مبتلا به سرطان
- خانواده و دوستان بیماران درگیر در سرطان
- روحانیون

راهنماهای یافت شده مرتبط با موضوع:

1. Integral kankercentrum Nederland (Netherland comprehensive cancer center). Nation-wide guideline. Spiritual care Version: 1.0. Nederland: 2013
2. The Scottish Government. Spiritual Care and Chaplaincy in the NHS in Scotland. Edinburgh: 2009
3. National Institute for Clinical Excellence .Improving Supportive and Palliative Care for Adults with Cancer. Department of Health. London: March 2004(chap:7)

روش غربالگری راهنماها:

ملاک‌های غربالی			راهنما
در راهنما بین هر توصیه و شواهد حمایت کننده آن ارتباط آشکار وجود دارد	پرسشهای بالینی در راهنما به طور مشخص بیان شده باشند	نسخه کامل گایدلاین در دسترس باشد	
خیر	؟	★	شماره ۱
خیر	؟؟	★	شماره ۲
خیر	؟	★	شماره ۳

به آن سبب که بر اساس اطلاعات جدول فوق و محتوای راهنماهای یافت شده، پاسخ به سوالات طرح از طریق بومی سازی راهنماهای موجود ممکن نبود، تیم تحقیق اقدام به تلفیقی از بومی سازی و تدوین نمود.



سرطان

سرطان واژه‌ای است که به طیف وسیعی از بیماری‌هایی گفته میشود که در آنها سلولها به صورتی عنان گسیخته، رشد و تکثیر می‌یابند. بنابراین منظور از سرطان یک بیماری نیست، بلکه این عنوان به تعداد زیادی از بیماریها که این خصوصیت مشترک را دارند، اطلاق می‌شود. به طور کلی سرطان بیماری سلولهاست که مشخصه آن تکثیر غیرقابل کنترل سلولها در نواحی مختلف بدن انسان است که باعث بروز انواع بدخیمی (نئوپلازی بدخیم) می‌شود (۲۲).

معنویت

معنویت اشاره به باورها، تجارب و پدیده‌هایی است که به جنبه‌های متعالی وجودی انسان مربوط می‌شود. و شامل نظرات و رفتارهایی است که حس تعلق به یک بعد متعالی یا امری فراتر از خود را بیان میکند. در جامعه ایرانی پایه و شالوده معنویت "ایمان به خدای یکتا است (توحید)".

معنویتی که بر پایه ایمان به خدا و یک نظام عقیدتی الهی (دین) شکل گرفته باشد، موجب بروز آثار ذیل در زندگی و وجود انسان می‌شود: حس معنابخشی به آفرینش و هدفمند بودن زندگی

وجودی مطلق و یگانه (خداوند) را به عنوان منبع امید، قدرت و توکل دانستن داشتن انگیزه برای برخورد با مشکلات، گذشت، ایثار و ...

رعایت موارد اخلاقی و بروز رفتارهای مبتنی بر دستورهای خداوند (اعمال و رفتارهای دینی و مذهبی)

تجربه آرامش باطنی در سختی‌ها، مفهوم زندگی، مفهوم مرگ و تداوم زندگی

در این میان هر آنچه که موجب پیوند انسان با خدا شود و یا منشا اثر حرکت و توجه به سوی او گردد، از جمله زیبایی‌های طبیعت، هنر و ... می‌تواند جلوه‌ای از معنویت به حساب آید (۲۳-۲۶).

خدمت/مراقبت معنوی

مراقبت معنوی عبارت است از هرگونه مراقبتی در زمینه محورهای اعتقادی و رفتاری فرد (ایمان به خدا و نظام عقیدتی الهی) که در راستای نیازها و درخواستهای معنوی بیمار باشد (۲۸-۲۷).



منابع این بخش:

۲۲. میرزایی و همکاران (۲۰۰۵). روانشناسی سلامت. تهران: انتشارات رشد.

23. Chiu L, Emblen JD, Van Hofwegen L, Sawatzky R, Meyerhoff H .An integrative review of the concept of spirituality in the health sciences. West J Nurs Res. 2004 Jun;26(4):405-28.

24. Lephred L. Spirituality: Everyone has it, but what is it? Int J Nurs Pract. 2015 Oct;21(5):566-74.

25. Weathers E, McCarthy G, Coffey A. Concept Analysis of Spirituality: An Evolutionary Approach. Nurs Forum. 2015 Feb 2.

26. Wong KF, Yau SY. Nurses' experiences in spirituality and spiritual care in Hong Kong. Appl Nurs Res. 2010 Nov;23(4):242-4

27. Sinclair Sh, Bouchal Sh, Chochinov H, Hagen N, McClement S. (2012). Spiritual care: how to do it? BMJ Supportive & Palliative Care;2:319-32

معماریان، نادره؛ دوس علی وند، هدی؛ مهربابی، مریم؛ رسولی، مریم؛ قائم پناه، زینب (۱۳۹۲). چگونه شرح حال معنوی بگیریم؟ فصلنامه فقه پزشکی، سال پنجم، شماره ۱۵ و ۱۶، ص ۱۶۲-۱۳۹.



▪ راهنمای بالینی

توصیه اصلی

بیماران مبتلا به سرطان باید به انواع مختلف حمایت‌های معنوی متناسب با نیازشان دسترسی داشته باشند.

استناد به شواهد: ۱ و ۲ و ۳

۱. ارزیابی معنوی: توصیه ها

۱-۱ اولین گام در ارائه خدمات معنوی، ارزیابی نیازهای معنوی بیماران است. که به عنوان بخشی از ارزیابی معمول هر بیمار صورت می پذیرد.

استناد به شواهد: ۱ و ۲ و ۳ و ۴

۱-۲ غربالگری معنوی

غربالگری معنوی یا تریاژ، نوعی ارزیابی سریع بیماران است که با پرسش یک یا دو سؤال انجام می شود و مشخص می کند که آیا بیمار نیاز به ارجاع فوری برای مشاوره معنوی را دارد یا خیر؟
سوالات شامل: "رابطه شما با خدا چگونه است؟ آیا دعا می کنید؟
غربالگری معنوی توسط هر یک از مراقبین سلامت، می تواند صورت پذیرد.

استناد به شواهد: ۴ و ۵ و ۶

۱-۳ اخذ شرح حال معنوی

در قالب سئوالات ذیل می توان اقدام به این امر نمود:

- ۱) در مواقع دشوار و در سختی ها به چه کسی یا چه چیزی تکیه میکنید؟
- ۲) چه چیز در زندگیتان به شما قوت قلب و آرامش درونی میبخشد؟
- ۳) چه چیز به زندگی شما معنا و مفهوم می دهد؟
- ۴) اگر ایمان به خدا یکی از اصول معنویت باشد، آیا خود را فردی معنوی می دانید؟
- ۵) برای برخی افراد اعتقادشان به خدا به عنوان منبعی از قدرت در برخورد با افت و خیزهای زندگی عمل میکند(یار آنها در سختی هاست). آیا این مسئله در مورد شما نیز صدق میکند؟
- ۶) باورها و اعتقادات معنوی شما، بر حالات و روحیات شما در طول این بیماری چه اثری گذاشته است؟(یا خواهد گذاشت؟)
- ۷) از نظر شما باورها و اعتقادات معنوی تان چه نقشی در به دست آوردن مجدد سلامتی شما دارند؟
- ۸) معمولاً کدام اعمال دینی/مذهبی در شما حس بهبودی و آرامش ایجاد میکند؟(برای مثال: نماز، ذکر و مناجات، خواندن کتاب آسمانی، حضور در اماکن و یا مراسم مذهبی)...
- ۹) آیا جزئی از مراقبت پزشکی با باورها و اعتقادات شما منافات دارد و یا بر طبق دیدگاه شما ممنوع، حرام یا مکروه است و لازم است مورد توجه قرار گیرد؟



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

۱۱. آیا بین باورها و اعتقاداتتان و از طرفی شیوه درمانی که ما انجام می‌دهیم، سازگاری وجود دارد؟ (برای شما مشکلی ایجاد نکرده است؟)

۱۲. آیا چیزی در ارتباط با مسائل دینی/مذهبی و از طرفی درمان شما وجود دارد که دوست داشته باشید در مورد آن صحبت کنیم؟

۱۳. آیا شرایط خاصی وجود دارد که من باید از آنها در درمان شما آگاه باشم؟ (برای مثال: محدودیتهای رژیم غذایی، استفاده از

۱۴. فرآوردههای خونی، حفظ حجاب در شرایطی خاص و یا درمانگر یا پرستار مرد یا زن)...

۱۵. میل دارید که من یا دیگر همکارانم موضوعات اعتقادی شما را در سیر درمان، چگونه رعایت کنیم و یا مورد توجه قرار دهیم؟

۱۶. برای حفظ آرامش معنوی شما تمایل دارید من به عنوان یک درمانگر چه منابع، وسایل و یا امکاناتی را برایتان فراهم کنم؟ (به عنوان

مثال کتاب آسمانی، خاک تیمم، جایی برای عبادت، تعلیم تلاوت اذکار و مناجات)...

آیا نیاز دارید فردی را که در مورد موضوعات معنوی مطلع است، برای کمک به شما معرفی کنم؟

▪ اخذ شرح حال توسط تیم درمان بیمار صورت گرفته است و همانند غربالگری معنوی، نیاز به آموزش دارد.

▪ شرح حال معنوی بایستی از همه بیماران اخذ شود و بر حسب پاسخ بیمار و تشخیص درمانگر، بیمار به یکی از ارائه دهندگان خدمات معنوی ارجاع گردد.

▪ کلیه اطلاعات لازم (با حفظ رازداری و رعایت نکات اخلاقی) جهت تشخیص و درمان بیمار در برگه شرح حال بیمار ثبت شود. همچنین در برگه سیر بیماری نتایج درمان و ارائه خدمات ذکر گردد.

▪ همانطور که درمانگران بر حسب شرایط بیمار، اخذ شرح حال معمول را براساس تشخیص خود به طور مختصر یا به تفصیل انجام می دهند، شرح حال معنوی نیز از همین قاعده پیروی می کند. و درمانگران بر حسب شرایط، بخشی یا تمام سئوالات را برای پرسشگری انتخاب می کند. ولی آنچه ضروری است غفلت نکردن از این بعد وجودی مهم مراجعان است.

▪ درمانگران بایستی درگیر صحت یا سقم عقاید بیماران شوند، بلکه بایستی به دنبال شناخت عمیق تری از عوامل غالباً مهم که در مراقبت از بیماران نقش بسزایی دارند، باشند. و در حفظ رازداری و انتقال این مهم به بیمار بکوشند.

استناد به شواهد: ۲ و ۴ و ۷

۲- بیماران کاندید دریافت خدمات معنوی: توصیه ها

۱-۲ شواهد نشان می دهد که معنویت و مذهب بر سلامتی و کیفیت زندگی همه بیماران سرطانی موثر است. بنابراین تمامی بیماران مبتلا به سرطان در هر مرحله‌ای از بیماری و همراه با دیگر درمان‌ها مانند شیمی درمانی و رادیو تراپی، می توانند از این خدمات سود ببرند.

استناد به شواهد: ۳ و ۸ و ۹

۲-۲ در برخی مراحل بیماری ارائه خدمات معنوی اهمیت بیشتری دارد، از جمله:



- زمان تشخیص بیماری
- ظهور علائم جدید
- آزار دهنده شدن عوارض درمان
- زمان کنار آمدن با تغییرات ایجاد شده در زندگی و توانمندسازی بدنبال تاثیرات هیجانی و اجتماعی بیماری
- تغییرات در روابط با افراد کلیدی زندگی
- مراحل پایانی زندگی

استناد به شواهد ۳:

۲-۳ ادغام خدمات معنوی در مراقبت از بیماران سرطانی پیشرفته ضروری است.

استناد به شواهد: ۲ و ۳

۲-۴ تنها مورد منع ارائه خدمات معنوی مربوط به بیمار، عدم تمایل آگاهانه اوست.

استناد به شواهد ۳:

۳- اجزای مراقبت معنوی: توصیه ها

۲-۵ توجه، مشاوره و مداخله در بحران سه جزء اصلی مراقبتهای معنوی هستند.

۲-۶ توجه و مشاوره باهم همپوشانی دارند و البته تفاوت آنها در این است که توجه یک وظیفه همیشگی ارائه کنندگان مراقبت است در حالیکه مشاوره مرحله‌ای بالاتر است و فقط وقتی ارائه می شود که بیمار خواستار آن باشد.

۲-۷ تفاوت مشاوره و مداخله در بحران هم در این است که در مشاوره، بیمار اولویتها را تعیین می کند ولی در مداخله در بحران، ارائه کننده مراقبت این نقش را به عهده می گیرد.

استناد به شواهد ۱:

۲-۸ نکات کلیدی در ارائه مراقبتهای معنوی مؤثر شامل موارد زیر است:

۲-۹ گوش کردن به تجربیات بیماران و سئوالات آنها

۲-۱۰ حفظ وقار و احترام به بیمار، ارزش و هویت او

۲-۱۱ مطمئن ساختن بیمار از این نکته که مراقبت معنوی به عنوان بخشی از یک رویکرد کل نگر به سلامت و در قالب عقاید بیمار یا فلسفه زندگی او خواهد بود.

استناد به شواهد ۳:

۲-۱۲ برای درمان مناسب و انتخاب روش آن بایستی نیازها و مشکلات معنوی بیماران را شناخت.

استناد به شواهد ۴:

۲-۱۳ نیازهای معنوی بیماران و مراقبان ممکن است در طول زمان و در پاسخ به مراقبتهای بالینی تغییر کند. بنابراین این مرتبا و در طول زمان باید ارزیابی مجدد شوند و بسته به تغییرات مراقبتهای لازم ارایه شود.



استناد به شواهد ۳:

۲-۱۴ با توجه به اینکه ممکن است بیمار نیازهای خود را فقط یکبار مطرح کند، بسیار مهم است که افرادی که ارزیابی نیازها را انجام می دهند، کاملاً فعالیت خود را با ابعاد معنوی مراقبت بیمار وفق دهند. برخی بیماران دچار مشکلات معنوی دیرپا هستند که مراقبت مداوم را می طلبد.

استناد به شواهد ۳:

۱-۳ مراقبت معنوی تنها تسهیل کننده مناسب با اعتقادات بیمار نیست، بلکه توجه به کلیه نیازهای معنوی بیمار ضروری به نظر می رسد.

استناد به شواهد ۳:

۲-۳ برای ارائه مناسب مراقبت معنوی موارد ذیل توصیه می گردد:

۳-۳ پذیرای بعد معنوی خود باشید.

۴-۳ تظاهر نکنید

۵-۳ شرایط و محیط را از قبل آماده کنید به طوریکه محیط آرام باشد و انفرادی صحبت کنید.

۶-۳ شرایط احساس امنیت و برقراری اعتماد را ایجاد کنید.

۷-۳ مراقبت با احترام و حفظ عزت و ایجاد احساس تعلق، ارزش و اعتماد را در بیمار برانگیزید.

۸-۳ وقت کافی برای بیمار بگذارید. (اگر ارائه دهنده مراقبت به نظر برسد که در کار خود تعجیل دارد، بیمار ممکن است از بیان سوالات عمیق تر خودداری کند)

۹-۳ با دقت و دلسوزانه گوش کنید و مشاهده کنید.

۱۰-۳ برای شنیدن احساسات بیمار اشتیاق و توجه نشان دهید.

۱۱-۳ اهداف و خواسته های بیمار را در خط مقدم قرار دهید.

۱۲-۳ با نیازها و خواسته های بیمار و نزدیکان وی هماهنگ باشید.

۱۳-۳ یک نگرش پذیرا داشته باشید و با همدلی پاسخ دهید.

۱۴-۳ قضاوت نکنید.

۱۵-۳ عصبانی نشوید و بیمار را سرزنش نکنید.

۱۶-۳ در زمان مناسب راهکار و راهنمایی لازم را ارائه دهید، مهم این است که به فرد کمک کنید تا نقاط قوتش را پیدا کند.

۱۷-۳ خود و ارزشهایتان را تحمیل نکنید.

۱۸-۳ موضوعات را زیاد کوچک یا بزرگ جلوه ندهید.

۱۹-۳ بیمار را به ارتباط با خدا (فراهم کردن زمان، مکان و حریم خصوصی برای دعا و عبادت) تشویق کنید.

۲۰-۳ ایجاد فرصت ها و تشویق به استنتاج معانی از تجارب، از جمله بیماری کمک کننده است..

۲۱-۳ بیمار را به تعمیق ایمان، ایجاد اتصال جهانی و امید به بخشوده شدن تشویق کنید.

۲۲-۳ به محدودیت های حرفه ای و شخصی خود احترام بگذارید.

۲۳-۳ همیشه در دسترس بیمار باشید؛ حتی اگر دیگر کاری از شما ساخته نباشد یا اینکه بیمار مراقبت شما را رد کند.



۳: شواهد به استناد

۳-۲۴ موارد نیازمند ارجاع:

- زمانی که شما احساس می کنید که پاسخگو نیاز های معنوی بیمار نیستید
- زمانی که معنویت شخص باید مجددا ارزیابی شود (به عنوان مثال، هنگامی که امید به زندگی به طور ناگهانی و به طرز چشمگیری تغییر کند).
- هنگامی که ترس از مرگ، تجربه ناتوانی و احساس گناه در بیمار بوجود آید.
- هنگامی که بیمار و / یا مراقبت کنندگانش نیاز به اجرای مراسمی خاص دارند.
- زمانی که شک به بحران وجودی دارید.
- هنگامی که شما با محدودیت های شخصی مواجه شده اید. "من درک می کنم که این برای شما مهم است، اما من قادر نیستم به شما کمک کنم".

استناد به شواهد: ۱:

۴- ارائه دهندگان خدمات معنوی: توصیه ها-

۴-۱ خدمات معنوی ممکن است توسط افراد زیر ارائه شود:

- خانواده و دوستان بیمار (در صورت آموزش)
- هر یک از مراقبین سلامت و پرسنل ارائه خدمت از جمله پرستاران و مددکاران اجتماعی
- تیم تخصصی ارائه مراقبت معنوی (متشکل از پزشک معالج، روانشناس، مشاور دینی/مذهبی)^۲

استناد به شواهد: ۱ و ۲ و ۳

۴-۲ همه افراد تیم درمان لازم است که در زمینه مراقبت معنوی پاسخگو و آگاه باشند، ولی روحانیون، اعضا اصلی تیم در پذیرش ارجاعات، مشاوره و مداخله در بحران معنوی هستند.

استناد به شواهد: ۴:

۴-۳ کلیه افراد تیم با مستند سازی شواهد، باید ارتباط قوی و مشترک، شبکه ای را تشکیل دهند و از کلیه فعالیت های یکدیگر باخبر باشند و مراقبت را به صورت تیمی ارائه دهند.

استناد به شواهد: ۴:

۴-۴ ضروری است که ارائه کنندگان خدمات؛ به منظور کسب مهارتها و دانش لازم، آموزش ببینند و ارزیابی، نظارت و حمایت شوند.



۲ - مشاورین دینی/مذهبی (روحانی): متخصصین علوم دینی/مذهبی هستند که برای کار در بخش های مراقبت تسکینی و سرطان انتخاب و آموزش دیده اند

استناد به شواهد: ۳ و ۱۰

۴-۵ ضروری است مشاورین دینی/مذهبی ارائه دهنده خدمات معنوی در مراکز درمانی، گواهینامه مصوب کمیته اجرایی خدمات معنوی جهت بیماران را که توسط مقام مسئول صادر می گردد، دریافت نمایند .

استناد به شواهد: ۳ و ۴

۴-۶ در مجموع از بین ارائه دهندگان خدمات سلامت، پرستاران نقش کلیدی را برای شناخت نیازهای اولیه معنوی بیماران بر عهده دارند.

استناد به شواهد: ۳

۵- عرصه‌های ارائه خدمات معنوی: توصیه ها

۵-۱ تمامی جنبه‌های مراقبت معنوی در هر زمینهای قابل عرضه است: در بیمارستان تخصصی، آسایشگاهها، خانه‌های نگهداری، منزل شخصی، یا بیمارستانهای عمومی .

استناد به شواهد: ۳

۵-۲ مراقبت معنوی بیماران مبتال به سرطان و مراقبان آنها باید در همه محیطهای مراقبتی، جزئی جدایی ناپذیر از خدمات درمانی و بهداشتی باشد و مانند سایر جنبه‌های غیرجسمی مراقبت، در معرض بررسی موشکافانه و نظارت قرار گیرد .

استناد به شواهد: ۳

۵-۳ خدمات معنوی در بخشهای بستری تخصصی به عنوان بخشی از خدمات مراقبت مداوم الزم است و علاوه بر آن ارزیابی نیازهای معنوی بیماران و ارجاع در درمانگاههای سرپایی نیز حائز اهمیت است.

استناد به شواهد: ۳ و ۱۱

۵-۴ بیشتر مراقبت های سلامت در درون جامعه صورت میگیرد. بنابراین، مراقبت معنوی باید جایگاه خود را در زمینه‌هایی به غیر از بیمارستانها پیدا کند. این موضوع شاید به صورت واضحتر در مورد افرادی که کمتر به مراقبت بستری نیاز دارند، دیده شود.

استناد به شواهد: ۲

۶- امکانات و منابع ارائه خدمات معنوی:توصیه ها

۶-۱ اطلاعات و تابلوهای عمومی تأمین کنندگان خدمات معنوی باید اطمینان حاصل کنند که اطلاعات ویژه مراقبت معنوی همانند اطلاعات مربوطه به چگونگی دسترسی به این خدمات به بیماران در مراکز مراقبت ارائه می شود.

• اطلاعات درباره خدمات مراقبت معنوی باید از طریق بروشورها، کارمندان، جلسات آموزشی و سایر گونه های نوشتاری در دسترس بیماران و کارکنان قرار گیرد.

• مشخص کردن بخش مراقبت معنوی/مذهبی از طریق تابلو .



استناد به شواهد: ۳ و ۲

۶-۲ اتاق آرام، فضای عبادت ارائه کنندگان خدمات در مراکز بستری یا مراکز روزانه باید از دسترس بودن یک اتاق یا «فضای ساکت» اختصاصی و قابل وصول، مطمئن باشند.

• چیدمان اتاق باید به گونه‌ای باشد که امکان استفاده از آن توسط گروه‌های مختلف دینی یا افرادی که دین و ایمان خاصی ندارند وجود داشته باشد و به سهولت برای استفاده توسط اعضای تمامی گروه‌های اعتقادی و غیراعتقادی قابل انطباق باشد. یک مشاوره دقیق قبل از چیدمان اثاثیه در این زمینه توصیه می‌شود.

• این اتاق یا فضا باید با وسایل مذهبی مناسب برای استفاده گروه‌های مختلف مجهز شده باشد. لوازم جانبی برای عبادت تمامی گروه‌های اعتقادی و مکانی برای نگهداری این لوازم هنگامی که مورد استفاده قرار نمی‌گیرند، در صورت لزوم باید فراهم شود. E. وسایلی که الزم است در اتاق مورد استفاده قرار گیرد: کتابهای مقدس و کتابهای دعا برای گروه‌های مختلف، زیرانداز عبادت (جانماز)، امکانات شستشو، قبله‌نما. یک سیستم برای تدارک موسیقی های آرامشبخش نیز باید فراهم شود. به علاوه، میتوان شرایطی را برای پرورش گیاهانی که رشد آنها آسان است، فراهم کرد.

• نام اتاق باید نشان دهنده، مکانی برای اعتقادات گوناگون باشد. این اتاق ممکن است "اتاق ارتباط با خدا" نامیده شود

• تمامی مراکز مراقبت سلامت باید حداقل یک اتاق داشته باشند که به طور انحصاری برای عبادت، مراقبه و تعمق، اختصاص یافته باشد. بیمارستانهای بزرگتر نیز باید بیش از یک اتاق معین در این زمینه را در نظر گیرند .

استناد به شواهد: ۳ و ۲ و ۱۲

۶-۳ اتاق باید به گونه ای باشد که، مراقبان معنوی بتوانند از طریق یک دفتر کار و مکان مصاحبه، با بیماران و همراهان آنها، مالمقات کنند .

استناد به شواهد: ۲

۶-۴ ضروری است که ارائه کنندگان مراقبت معنوی، مهارتها، دانش و حمایت الزم را برای این مراقبت حساس داشته باشند. بنابراین، مراقبان معنوی باید به مکان آموزشی مناسبی نیز دسترسی داشته باشند.

۶-۵ تجهیزات دفتر کار آنها الزم است شامل رایانه‌های شخصی و امکانات اینترنتی، نوشته های مناسب، مقالات، کتابهای درسی، تلفن همراه و پیجر (pager) باشد.

استناد به شواهد: ۳ و ۲

۶-۶ مراقبت های معنوی زمان احتضار(مرگ) و پس از مرگ

- مراقبت های معنوی زمان احتضار(مرگ) و پس از مرگ ضروری است
- مراقبت معنوی محدود به قبل از احتضار و مرگ نمی شود، بلکه پس از آن نیز بایستی برای متوفی، با حفظ احترام به ارزشهای معنوی او تسهیلات دفن فراهم شود. ارائه کنندگان خدمات باید مطمئن شوند که یک اتاق مناسب که ممکن است خارج از آن محیط باشد (off-site) برای نگه داشتن بیمار متوفی تا زمان انجام مناسک فراهم باشد
- کارکنان مسئول فراهم کردن اتاق باید برای فرد فوت شده، احترام قائل باشند.



1. Nation-wide guideline. Spiritual care Version: 1.0. Nederland. 2013
2. The Scottish Government. Spiritual Care and Chaplaincy in the NHS in Scotland. Edinburgh 2009
3. National Institute for Clinical Excellence .Improving Supportive and Palliative Care for Adults with Cancer. March 2004
4. Puchalski CM, Ferrell B, Virani R et al. Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: the report of the Consensus Conference. Journal of Palliative Medicine 2009; 12: 885-904
5. Puchalski CM. REVIEW ARTICLE. Integrating spirituality into patient care: an essential element of person-centered care. POLSKIE ARCHIWUM MEDYCYN Y WEWNĘTRZNEJ 2013; 123 (9):491-497
6. Puchalski CM. Formal and Informal Spiritual Assessment. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, Vol 11, 2010: MECC Supplement, 51-57 7 .
۷. معماریان، نادره؛ دوس علی وند، هدی؛ مهربانی، مریم؛ رسولی، مریم؛ قائم پناه، زینب (۱۳۹۲). چگونه شرح حال معنوی بگیریم؟. فصلنامه فقه پزشکی، سال پنجم، شماره ۱۵ و ۱۶، ص ۱۶۲-۱۳۹
8. Phelps, AC, Lauderdale, KE, Alcom, S., et. Al. (2012). Addressing spirituality with in the care of patients at the end of life: perspectives of patients with advanced cancer, oncologists and oncology nurses. Journal of clinical oncology. 10, 30 (20): 2538- 2544.
9. Caplan, L. S., Sawyer, P. Holt, C., & Allman, R. M. (2013). Religiosity and function Among community-Dwelling older adult survivors of cancer. Journal of Relig spiritual aging., 25 (4): 311- 325.
10. Marie Curie Cancer Care. Spiritual and Religious Care Competencies for Specialist Palliative Care. London: Marie Curie Cancer Care. October 2003
11. Delgado- Guay, M. O; Hui, D; Parsons, H. A; Govan, K; De la cruz, M & et al (2011). Spirituality, Religiosity, and Spiritual Pain in Advanced Cancer Patients. Journal of Pain and Symptom management, 41(6), 986-984.
12. Naku, M, Imanishi, ji, Imanishi, Ju, watanabe, S, Imanishi, A & et al (2013). Spiritual care of cancer patients by integrated medicine in urban green: a pilot study .EXPLORE, 9 (2), 87-90.



با تشکر از همکاری :

دکتر علی شهرامی، دکتر امیر احمد اخوان، حسن باقری، سعید معنوی، دکتر غلامحسین صالحی زلانی، دکتر سید موسی طباطبایی،
عسل صفایی، دکتر علی شعبان خمسه، سلماز سادات نقوی الحسینی، دکتر مینا نجاتی، پروانه سادات ذوالفقاری، دکتر زهرا خیری،
سوسن صالحی، مهرناز عادل بحری، لیدا شمس، گیتی نیکو عقل، حوریه اصلانی، حامد دهنوی، دکتر محمدرضا ذاکری،
معصومه سلیمانی منعم، مهرندا سلام زاده، سید جواد موسوی، افسانه خان آبادی، دکتر مجتبی نوحی

