



بسته خدمتی مراقبت معنوی / مذهبی
Spiritual/Religious Care

دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اداره سلامت نوزادان

10/18/2014

بسم الله الرحمن الرحيم

سبح لله ما فى السموات و الارض و هو العزيز الحكيم، له ملك

السموات و الارض، يحيى و يميت، و هو على كل شى قدير

بسته خدمتی

مراقبت معنوی / مذهبی

Spiritual/ Religious care

دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

اداره سلامت نوزادان

مسئول طراحی (به ترتیب حروف الفبا):

- حسن پور، مرضیه، دکتری تخصصی پرستاری، عضو هیئت علمی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
- حیدرزاده، محمد، فوق تخصص نوزادان، اداره سلامت نوزادان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- صادقی، نرگس، دانشجوی دکتری تخصصی پرستاری، عضو هیئت علمی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)

اعضای گروه پانل متخصصان (به ترتیب حروف الفبا):

-

فهرست:

.....	مقدمه
.....	فصل ۱: مفاهیم مرتبط با مراقبت معنوی
.....	فصل ۲: مراقبت انتهای زندگی نوزاد
.....	فصل ۳: مراقبت داغداری
.....	فصل ۴: مراقبت معنوی
.....	منابع

مقدمه:

معنویت به عنوان جوهره هستی انسان و تاثیر آن در التیام و شفا بخشی انسان در سال‌های اخیر مورد توجه فزاینده‌ای قرار گرفته است. بعد معنوی یکی از ابعاد چهارگانه مراقبت کل نگر بوده و مانند ابعاد زیستی، روانی و اجتماعی انسان از اهمیت خاصی برخوردار است. در زندگی انسان شرایط و موقعیت‌هایی پیش می‌آید که تحمل آن بسیار سخت است انسان نیاز دارد از این شرایط دردناک فراتر رفته و توجه خود را روی چیزهایی متمرکز کند که دیده نمی‌شود، بلکه نادیدنی است، زیرا چیزی که دیده می‌شود فانی و گذراست از دست دادن اشخاصی که برای ما مهم هستند احساس نوعی شکست و ناتوانی و تنهایی را در ما ایجاد می‌کند که نیاز داریم این حوادث را به گونه‌ای معنا کنیم که برای ما قابل تحمل باشد. در این بین هیچ فقدانی درناک تر از از دست دادن فرزند نمی‌باشد، والدین در جستجوی معنا و هدف زندگی دچار سرگردانی می‌شوند و لازم است با انجام مراقبت معنوی در جهت کسب آرامش و پیدا کردن معنا و هدف در زندگی به آن‌ها کمک کرد.

این بسته در جهت کمک به خانواده‌هایی که نوزاد خود را در بخش مراقبت ویژه نوزادان از دست می‌دهند طراحی گردیده است. روش تهیه آن، استفاده از نیاز سنجی کیفی در رابطه با نیازهای معنوی خانواده‌هایی که نوزاد خود را در بخش مراقبت ویژه نوزادان از دست داده بودند و تطبیق آن با گایدلاین‌ها، استانداردها و متون مرتبط با معنویت و مراقبت معنوی و توافق گروهی از متخصصان، نوشته شده است. کوشش زیادی شده است تا رفرنس هر مطلب استفاده شده آورده شود و متونی مورد استفاده قرار گیرد که اجازه کپی- برداری داشته باشد.

این مجموعه شامل چهار فصل است:

فصل ۱: مفاهیم مرتبط با راهنمای بالینی مراقبت معنوی

فصل ۲: مراقبت انتهای زندگی

فصل ۳: مراقبت داغداری

فصل ۴: مراقبت معنوی

رسالت: رسالت این راهنمای بالینی مراقبت معنوی، ارتقاء کیفیت مراقبت از نوزاد در مرحله انتهای زندگی با رویکرد مراقبت خانواده محور، تسهیل فرایند داغداری و ارتقاء همکاری بین حرفه‌ای در بخش مراقبت ویژه نوزادان، می‌باشد. به طور اولیه این راهنمای بالینی برای پرستاران و پزشکان در نظر گرفته شده است هرچند که بقیه تیم درمان هم می‌توانند از آن بهره ببرند.

چشم‌انداز: چشم‌انداز این راهنمای بالینی دستیابی به شرایطی است که طی آن نوزادان و خانواده‌های آنها در مرحله انتهای زندگی نوزاد و حتی در دوره داغداری از بهترین خدمات ممکن جهت تسکین آلام روحی روانی و حمایت‌های معنوی بهره‌مند گردند.

محدوده و قلمرو گایدلاین: این راهنمای بالینی، عملی، خانواده محور، توأم با احترام برای نوزاد و خانواده در مرحله انتهای زندگی نوزاد و داغداری با تاکید بر همکاری بین حرفه‌ای می‌باشد.

جامعه هدف: این راهنمای بالینی برای همه نوزادان در مرحله انتهای زندگی بستری در بخش مراقبت ویژه نوزادان و خانواده‌های آنان که شرایط لازم برای مراقبت معنوی را دارند به کار می‌رود.

اهداف:

هدف کلی: تدوین راهنمای بالینی مراقبت معنوی در خصوص خانواده‌های دارای نوزاد بستری در مرحله انتهای زندگی در بخش مراقبت ویژه نوزادان و داغداری، منطبق با شرایط بومی و فرهنگی ایران، جهت اجرای مراقبت معنوی و تسکین آلام خانواده‌های داغدار می‌باشد.

اهداف اختصاصی:

ایجاد یک برنامه حمایتی مناسب، به شیوه یک مراقبت علمی و معمول مطابق با دستورالعمل‌های شفاف برای والدینی که شیرخوار خود را در بخش مراقبت ویژه نوزادان از دست می‌دهند.

- آشنایی تیم درمان با مفاهیم مرتبط با مراقبت معنوی
- اجرای مراقبت دلسوزانه از نوزاد و خانواده، در مرحله انتهای زندگی نوزاد
- حفظ تکریم نوزاد و خانواده
- اجرای مراقبت داغداری
- ارتقاء مهارت‌های بالینی پرستاران در ارتباط با مراقبت معنوی از خانواده

فصل اول

مفاهیم مرتبط با راهنمای بالینی مراقبت معنوی

مفاهیم مرتبط با راهنمای بالینی مراقبت معنوی:

مراقبت تسکینی^۱:

مراقبت تسکینی، یک رویکرد کامل فعال برای مراقبت است و شامل اجزاء مراقبت‌های جسمی، عاطفی، اجتماعی و معنوی است (۱) هدف مراقبت تسکینی پیشگیری و تسکین زجر و حمایت در جهت ارائه بهترین کیفیت زندگی برای بیماران و خانواده آنها علی‌رغم مرحله بیماری یا دیگر نیازهای درمانی است. سازمان بهداشت جهانی مراقبت تسکینی از کودکان و خانواده‌ها را یک مراقبت کامل فعال از بدن، ذهن و روح کودک می‌داند و همچنین بر حمایت از خانواده با رویکرد همکاری بین حرفه‌ای تاکید دارد (۲). مراقبت تسکینی نوزادان بر روی نوزاد و خانواده تمرکز دارد و هدف از آن پیشگیری از رنج نوزاد، کاهش رنج نوزاد و بهبود وضعیت زندگی و مرگ او و حصول بهترین کیفیت زندگی برای نوزاد و خانواده می‌باشد (۳). مراقبت‌های تسکینی برای نوزاد، شامل سه مرحله قبل از تولد، در طی حضور نوزاد در بخش مراقبت‌های ویژه، و بعد از مرگ می‌باشد، همچنین حمایت از خانواده در طی سوگواری و بعد از مرگ شیرخوار را نیز شامل می‌گردد (۴) این مراقبت، مراقبت کل‌نگر و فراگیر است، و برای نوزادانی که امیدی به بهبودی آن‌ها نمی‌باشد با تمرکز بر روی نوزاد و خانواده صورت می‌گیرد و شامل مراقبت‌های جسمی، روانی، اجتماعی، عاطفی و معنوی است (۵).

معنویت^۲:

ریشه لغت spirit از کلمه لاتین spiritus است که تصویری از زندگی^۳، تنفس^۴، باد^۵ و هوا^۶ را ایجاد می‌کند. لغت spirit با روح منحصر به فرد هر شخص ارتباط دارد که نیروی زندگی، جوهره و انرژی بودن است و باعث حرکت و انگیزه فرد به طرف پیدا کردن معنا و هدف در زندگی می‌شود. معنویت یک مفهوم کلی است که با همه اشخاص ارتباط دارد، همه افراد صرف نظر از عقیده، فرهنگ، نژاد یا مذهب معنویت دارند (۶) معنویت بعد پویای زندگی انسان و راهی است که افراد معنا و هدف را در زندگی خود جستجو کرده و با لحظه‌ها، خود، دیگران و طبیعت ارتباط پیدا می‌کنند (۷). معنویت با روشی که مردم می‌فهمند و زندگی می‌کنند و درک آنها از معنای نهایی مرتبط است و شامل نیاز به پیدا کردن پاسخ‌های رضایت بخش در باره سوالات نهایی در باره معنای زندگی، بیماری و مرگ است و دارای اجزای معنا، هدف، و ارتباط با یک قدرت برتر یا چیزی بزرگتر از خود می‌باشد. عده‌ای دلیل اصلی عدم استفاده از مفهوم معنویت در نظام سلامت را فقدان وضوح تعریف آن می‌دانند. در مقابل گروهی دیگر فقدان تعریف واضح معنویت را به صورت یک قوت

1 Palliative care

2 spirituality

3 life

4 Breath

5 Wind

6 Air

در نظر می‌گیرند زیرا به افراد اجازه می‌دهد تفاوت جزئی در تعریف مفهوم معنویت فردی داشته باشند(۸) در متون پرستاری تعریف منفردی از معنویت ارائه نشده است ولی در بیشتر متون برای معنویت اجزاء عشق^۷، شفقت^۸، مراقبت^۹، تفوق^{۱۰}، ارتباط با خدا و ارتباط با بدن، ذهن و روح را ذکر کرده‌اند(۹) معنویت برای افراد گوناگون بسته به نگرش آنها به جهان یا فلسفه زندگی آنها، معانی گوناگونی دارد. معنویت پدیده‌ای جهانی است که برای همه مومنین و بی‌ایمان‌ها به کار می‌رود زیرا برخی معنویت را در موسیقی، هنر یا ارتباط با طبیعت و دیگران و برخی در ارزش‌ها و اصول‌شان می‌یابند(۱۰) در مقیاس سنجش معنویت و مراقبت معنوی^{۱۱}، ۹ حیطه اساسی مربوط به معنویت شامل امید، معنا و هدف، بخشش، عقاید و ارزش‌ها، روابط، اعتقاد به خدا، اخلاقیات، نوآوری و خود بیانی است(۱۱).

مذهب^{۱۲}:

مذهب، به صورت شرکت در باورهای خاص، مراسم و فعالیت‌های مذهبی تعریف می‌شود. مذهب و معنویت می‌تواند فواید مشخص در سازگاری با بیماری و تهدید مرگ داشته باشد. معنویت اساسی تر از مذهب است. یک تجربه ذهنی است که هم درون و خارج از سیستم‌های مذهبی است(۱۲). پیوستگی و تبعیت به جنبه های یک سیستم اعتقادی، ارزش‌ها و روابط است که در آن آداب و رسوم، مراسم، رهبران مذهبی، اشیاء مقدس، و متون مقدس و غیره ممکن است بیشتر یا کمتر در بین افراد مشترک باشد(۸) در نظر بسیاری از مسیحیان معنویت رابطه مستقیمی با مذهب دارد(۱۰) در اسلام با عنایت به قرآن کریم و احادیث تمایزی بین دین و معنویت وجود ندارد. مفهوم دین زیر چتر معنویت قرار دارد. در زمینه اسلامی معنویت بدون تفکرات و عملکرددینی وجود ندارد و دین مسیر معنوی برای رستگاری و یک روش زندگی فراهم می‌کند(۱۳) در اسلام خداوند متعال به مثابه منبع و سرچشمه وجود همه کمالات معرفی شده و نزدیک شدن به او هدف اصلی آفرینش انسان شمرده شده است(۱۰).

مراقبت معنوی/مذهبی^{۱۳}:

مراقبت معنوی در دنیا، به عنوان یک قسمت ادغام شده در سیستم مراقبت‌های بهداشتی و به عنوان قسمتی از مراقبت تسکینی و مراقبت انتهای زندگی با یک رویکرد کل‌نگر است. از یک دیدگاه مراقبت معنوی ممکن است با مراقبت مذهبی یکی در نظر گرفته شود. عده‌ای مراقبت معنوی را مرتبط با مذهب و عده‌ای

⁷ love

⁸ compassion

⁹ Caring

¹⁰ Transcendence

¹¹ Spirituality and spiritual care rating scale(SSCRS)

¹² Religion

¹³ Spiritual/religious care

آن را با یک دید وسیع تر می بینند، همه مراقبت‌هایی که ما انجام می‌دهیم به طور بالقوه معنوی است، همه ما در زندگی‌مان یک بعد معنوی داریم و بنابراین مراقبت از این بعد مراقبت معنوی است. مفید است که فکر کنیم مراقبت معنوی به صورت رسیدگی به نیازهای معنوی است (۸) مراقبت معنوی کاملاً فرد محور است و هیچ پیش فرضی در باره اعتقادات و یا زندگی شخصی ندارد. مراقبت معنوی لزوماً مذهبی نیست، مراقبت مذهبی در بهترین حالتش همیشه معنوی است (۷) در بالین تمایز قایل شدن بین معنویت و مذهب کم‌تر اتفاق می‌افتد زیرا اغلب بیماران خود را هر دو مورد تلقی می‌کنند (۱۴) مراقبت معنوی به عنوان حضور حمایت‌گرایانه، شامل توجه کردن، گوش دادن فعال ارتباط متقابل کلامی و غیر کلامی، لمس بیمار (۶، ۹) دعا و نیایش با بیمار و برای بیمار، انجام تشریفات مذهبی، ارجاع بیمار به یک روحانی یا کشیش، زمان گذاشتن برای بیمار (۹) بودن با بیمار در تجربه درد، رنج یا دیگر مشکلات و نیازها (۱۵) و دادن معنا و ارزش به زندگی و درک مددجو است (۹، ۱۶). دانستن پیوستگی مذهبی افراد به تنهایی برای فراهم کردن مراقبت معنوی / مذهبی کافی نیست. مراقبت موثر و مناسب باید همیشه به طور فردی مورد بررسی قرار گیرد، و در همکاری با بقیه افراد مرتبط طرح ریزی گردد، به طور حساس به وسیله مراقبین مناسب انجام شود و برای مشخص شدن پی آمدها، بازبینی صورت گیرد (۷).

ارزیابی معنوی^{۱۴}:

یک بررسی کامل، برای شناسایی نیازهای معنوی است. و معمولاً در هنگام پذیرش بیمار در طی مصاحبه شفاهی یا کتبی انجام می‌شود، و یک تصویر کامل از حالت معنوی شخص ایجاد می‌کند (۱۵). یک روند از فعالیت‌های مهارت یافته‌ای است (گوش دادن، مشاهده و تعامل) که به وسیله آن امکان رسیدن به تاریخچه معنوی و مذهبی، نظام خانواده و مسائل اجتماعی، وابستگی مذهبی و معنوی، منابع و نیازها فراهم می‌کند (۷). فراهم کنندگان مراقبت می‌توانند یک طرح درمان کامل و جامع برای حالت معنوی فرد، مخصوصاً فردی که در معرض خطر معنویت^{۱۵} قرار دارد فراهم کنند (۱۵).

مددجویان^{۱۶}:

به طور خاص به بیماران یا خانواده آنها یا افراد مهم دیگر اطلاق می‌شود، اما ممکن هست همچنین شامل افراد دیگری شود که رضایت آنها برای سرویس ما برای انجام موفقیت آمیز کار مهم است (مانند کارکنان، اعضای تیم، روحانی جامعه، ..) (۷).

¹⁴ Spiritual Assessment

¹⁵ Spiritual Risk

¹⁶ Clients

مراقبت خانواده محور^{۱۷}:

مراقبت خانواده محور ، مراقبتی است که براساس، منحصر به فرد بودن بیمار با حفظ احترام برای بیمار و خانواده انجام می‌شود. بیمار و خانواده اش واحد مراقبت را تشکیل می‌دهند، طرح مراقبت براساس اهداف و ترجیحات بیمار و خانواده با حمایت تیم درمان مشخص می‌شود(۱۲).

سوگ^{۱۸}، غم و اندوه^{۱۹}، عزاداری^{۲۰}:

موری پارکس^{۲۱} سوگ را به صورت فقدان ناشی از مرگ تعریف کرد ، و غم و اندوه را به صورت واکنش عاطفی و روانی ناشی از سوگ تعریف نمود. غم و اندوه یک پاسخ طبیعی و مورد انتظار در فقدان است اغلب افراد، قادر هستند با فقدان عزیزانشان با هیچ حمایتی یا حداقل حمایت یا مداخله سازگاری یابند. عزاداری همچنین یک قسمت طبیعی از فرایند غم و اندوه است و یک جزء از فرایند سازگاری روانی است. قسمت عمده مردم یک دوره عزاداری بدون مشکل را طی می‌کنند، در حالی که عده‌ای نیاز به حمایت روانی اضافی پیدا می‌کنند. تعداد کمی هم ممکن است نیاز به درمان‌های روانی برای سازگاری با یک بحران بزرگ یا یک مشکل سلامت ذهنی جدی مربوط به فقدان های پیچیده و موارد داغداری داشته باشند(۱۷).

تیم مراقبت^{۲۲}:

برای اطمینان از مراقبت معنوی با کیفیت بالا، مراقبت به وسیله یک تیم بین حرفه ای ماهر با محوریت مددجو انجام می‌شود(۷). در این بسته خدمتی تیم مراقبت شامل (پرستار، پزشک، روحانی، روانشناس، مددکار اجتماعی و خانواده) می‌باشد.

استانداردها^{۲۳}:

اظهارات ساختاریافته‌ای از رفتارهای مورد نیاز است که براساس عملکردهای مبتنی برشواهد ، همراه با معیارهای قابل اجرای قابل مشاهده پایه‌ریزی شده است و به وسیله اعضای حرفه قابلیت اجرا پیدا می‌کند(۷).

گایدلاین^{۲۴}

اظهارات مبتنی براصل است که معمولاً از یک ماهیت غیر الزام آور و هنجاری ، به منظور افزایش کیفیت مراقبت طرح‌ریزی شده است(۷).

راهنمای بالینی^{۲۵}: راهنماهای عملکرد بالینی توصیه‌هایی هستند که با روش‌های منظم ایجاد شده و به ارائه‌دهندگان و استفاده‌کنندگان خدمات بهداشتی در جهت تصمیم‌گیری در شرایط بالینی خاص کمک کمک کننده است(۱۸).

¹⁷ Patient and family centered care

¹⁸ Bereavement

¹⁹ Grief

²⁰ Mourning

²¹ Murray-Parkes

²² Care Team

²³ Standards

²⁴ Guidelines

²⁵ clinical practice guideline

فصل دوم

مراقبت‌های انتهای زندگی در بخش مراقبت ویژه نوزادان

مراقبت‌های انتهایی زندگی در بخش مراقبت ویژه نوزادان

دوره انتهایی زندگی، از زمانی که تصمیم در مورد قطع درمان‌های تهاجمی برای یک فرد گرفته می‌شود آغاز گردیده و مراقبت‌های پس از مرگ را نیز شامل می‌گردد، لازم است علایم و نشانه‌های مشرف به مرگ بودن نوزاد شناسایی و مراقبت‌های مناسب برای این مرحله انجام گردد.

راهنمای بالینی حمایت از نوزاد و خانواده در مرحله انتهایی زندگی

اقدامات لازم قبل از مرگ نوزاد:

قبل از مرگ نوزاد، لازم است اقدامات ذیل انجام گیرد:

- مراقبت همراه با شفقت و معنویت از نوزاد و خانواده صورت گیرد و هر مقدار از زمان که والدین نیاز داشتند در کنار نوزاد خود بمانند (۱۹، ۲۰).
- حفظ کرامت انسانی نوزاد و احترام به خانواده (۲۱، ۲۲).
- اطلاعات مناسب و صحیح در مورد نوزاد و روند درمان او به خانواده داده شود (۲۳، ۲۴) (ترجیحا پزشک مسئول نوزاد، در غیر این صورت پرستار مسئول نوزاد می‌تواند این اطلاعات را روزانه و با توجه به شرایط نوزاد، ارائه کند).
- خانواده‌ها ممکن است نیاز داشته باشند اطلاعات لازم را بیش از یک بار با زبان ساده بشنوند (۱۹).
- پزشک باید در مورد تشخیص، درمان، پیش‌آگهی و قریب‌الوقوع بودن مرگ یا معلولیت غیر قابل تحمل نوزاد، منافع و بار درمان، به خانواده توضیح دهد (منظور از خانواده پدر و مادر نوزاد می‌باشد) (۲۵). بنا به درخواست اغلب مشارکت کنندگان بهتر است پزشک با خانواده در مورد موارد فوق صحبت کند ولی لازم است در هنگام صحبت پزشک با خانواده یک رزیدنت و پرستار برای پیوستگی و ادامه بحث حضور داشته باشند (۲۳، ۲۶).
- در باره علایم و نشانه‌های رو به مرگ بودن نوزاد، به خانواده به یک روش متناسب با فرهنگ توضیح داده شود (۱۲). خبر بدحالی نوزاد به افراد مورد درخواست خانواده (پدر یا مادر یا نزدیکان) داده شود.
- انتقال خانواده و نوزاد به فاز فعال مرگ در حد امکان تشخیص داده و ثبت شود و بطور مناسب با بیمار و خانواده ارتباط برقرار گردد (۱۲).
- ارتباط واضح، حساس، و سازگار با خانواده نوزادی که در حال مرگ است برقرار گردد (۱۷).
- ارتباط موثر و رضایت‌بخش با فراهم کردن زمان کافی، ارائه اطلاعات مکرر و مداوم توسط یک پزشک و کفایت نیروی انسانی پرستار و پزشک بدست می‌آید. باید به خانواده اطمینان داد که زمان کافی برای پرسش و پاسخ در نظر گرفته شده است (۲۵).

- در نظر گرفتن جلسه پرسش و پاسخ برای خانواده و در صورتی که خانواده به بیش از یک جلسه برای پرسش و پاسخ نیاز داشته باشد با دید جلسه اضافی در نظر گرفته شود. توصیه می‌شود جلسه در یک اتاق آرام انجام شود(۲۷).
- همه بحث‌ها با والدین ثبت شود تا تیم مراقبت بدانند که چه چیزی گفته شده است و چه تصمیمی گرفته شده است(۲۷).
- در این مرحله از بیماری، طرح مراقبت از نوزاد و خانواده با توجه به نیازهای منحصر به فرد نوزاد و خانواده مورد بازبینی قرار گیرد(۱۲).
- مراقبت از نوزاد توسط پرستار با حس مادرانه صورت گیرد.
- نوزاد توسط پرستار و خانواده، مورد نوازش و محبت قرار گیرد(۱۹).
- احترام نوزاد و خانواده در تمام مراحل درمان و مرگ حفظ شود(۱۷, ۲۸).
- تساوی و بی‌غرضی تیم درمان، در ارائه مراقبت در نظر گرفته شود(۱۷).
- محل مناسب برای احیا و مرگ نوزاد در نظر گرفته شود.
- بدحال بودن نوزاد به خانواده اطلاع داده شود(۲۴).
- در صورت تمایل و فراهم بودن شرایط لازم، خانواده بتواند در هنگام مرگ بر بالین نوزاد خود حضور داشته باشد و نوزاد خود را لمس کند(۲۸, ۲۹).
- حمایت‌های عاطفی، روحی روانی و معنوی از نوزاد و خانواده در این شرایط انجام گیرد.
- به آرزوها و درخواست‌های خانواده در ارتباط با محل مرگ توجه شود(۱۲).
- باید در زمینه خواسته‌ها و آرزوهای والدین مانند شرکت خواهر برادر نوزاد یا دیگر اعضای خانواده یا حتی درخواست برای عدم حضور آنها انعطاف داشت(۳۰).
- سیاست‌های موسسه باید به گونه‌ای باشد که به کارکنان در زمینه پاسخ به خواسته‌های والدین انعطاف داشته باشد(۳۰).
- خواهر، برادر نوزاد باید بتوانند در بخش راحت باشند، آنها ممکن است بخواهند برای نوزاد نامه بنویسند یا نقاشی بکشند(۳۰).
- قبل از مرگ و پس از مرگ نوزاد به والدین اجازه بدهید تا هر زمان که می‌خواهند (با توجه به شرایط و امکانات بخش) در کنار نوزاد خود باشند(۲۰, ۳۰, ۳۱).
- به خانواده فرصت بیان ارزش‌ها و اعتقادات در یک محیط امن و بدون مورد قضاوت قرار گرفتن داده شود(۲۸).
- چنانچه مادر در بیمارستان بستری است بهتر است در اتاقی که مادران بدون فرزند هستند بستری گردد تا از ایجاد مشکلات روحی ناشی از تماس مادر بدون بچه با مادر دارای فرزند جلوگیری گردد.

اقدامات لازم حین مرگ نوزاد:

حین مرگ نوزاد، لازم است اقدامات ذیل انجام گیرد:

در اسلام تنها گذاشتن محتضر مکروه است (۳۲) هیچ بیماری در هنگام مرگ نباید تنها باشد و هر بیماری نیاز دارد در لحظه مرگ کسی در کنار او حضور داشته باشد و او را لمس کند، با او صحبت کند و به او اجازه رفتن بدهد. در زمان مرگ باید یک استراتژی برای مراقبت معنوی وجود داشته باشد، عملکردهای مذهبی و معنوی نقش مهمی در زمان گذر از زندگی به مرگ دارد (۹).

- بهتر است یک پرستار مسئولیت مراقبت از نوزاد در حال مرگ را به عهده داشته باشد و در زمانی که خانواده با نوزاد در حال وداع هستند، حضور داشته باشد (۳۰).
- بهتر است پزشک نوزاد، در هنگام مرگ بر بالین نوزاد حاضر باشد و به والدین اطلاعات درست را انتقال دهد (۲۴).
- محیط مطلوب برای مرگ نوزاد و حضور خانواده فراهم شود (۳۰، ۳۱).
- به خانواده اجازه داده شود پس از مرگ نوزاد، زمانی را با نوزاد متوفی خود باشند (۲۸، ۳۱).
- مراقبت باید در یک محل خصوصی در نزدیکی بخش مراقبت ویژه نوزادان با هدف جمع کردن اعضای خانواده در نزدیک یکدیگر انجام گردد (۱۹، ۲۴، ۳۳).
- هشداردهنده‌ها^{۲۶} و پیجرها^{۲۷} باید خاموش گردند (۳۳).
- سطح نور باید مناسب باشد جوری که خانواده احساس راحتی نماید (۳۳).
- اندازه گیری روتین علائم حیاتی و آزمایشات باید متوقف شود (۳۳).
- بررسی درد برای مشخص شدن دیسترس شیرخوار مکررا باید سنجیده شود (۳۳).
- هیچگونه بررسی دردناک (مانند خونگیری و ضربه به پاشنه، اندازه گیری گازهای خونی) نباید انجام شود (۳۳).
- به خانواده و دوستان باید خوش آمد گفت و محدودیت ملاقات مستثنی شود (۳۳).
- در نظر گرفتن زمانی برای خلق خاطره‌ها مانند اینکه به والدین اجازه داده شود به نوزادشان لباس بپوشانند، دیپرش را عوض کنند و او را حمام بدهند (اگر امکان پذیر است) عکس بگیرند (۳۰) (توسط فرد حرفه‌ای یا غیر حرفه‌ای)، جای پا یا دست نوزاد^{۲۸} را داشته باشند، قطعه‌ای از موهای نوزاد^{۲۹} را ببرند و بتوانند از نوزاد خود یادگاری داشته باشند یا مراسم مخصوص مذهبی یا معنوی خاص خود را داشته باشند (۱۹-۲۱، ۲۴، ۲۷، ۲۹، ۳۳-۳۵). و یا نوزاد خود را در آغوش بگیرند و اگر می‌خواهند نوزاد خود را به یک مکان آرام و طبیعی ببرند (۳۰).

²⁶ Alarms

²⁷ pagers

²⁸ making handprints and footprints

²⁹ cutting locks of hair

- اگر خانواده در دسترس نیستند پرستار باید شیرخوار را مورد نوازش قرار داده و مراقبت نماید^{۳۰} و شرایط راحتی برایش فراهم کند(۳۳).
- باید به خانواده حمایت های معنوی پیشنهاد شود(۳۳).
- مشورت با یکی از چهره های مذهبی و فرهنگی محلی مورد اعتماد خانواده (یا روحانی بیمارستان) پیشنهاد شود(۱۹, ۳۶).
- مراقبت ها باید تا پس از مرگ شیرخوار به صورت حمایت داغداری ادامه یابد(۳۳).
- بخش مراقبت ویژه نوزادان ممکن است برنامه پیگیری داغداری خودش را انجام بدهد یا اینکه خانواده را به سرویس های مشخص شده در جامعه ارجاع دهد(۳۳).

اقدامات لازم پس از مرگ نوزاد:

پس از مرگ نوزاد، لازم است اقدامات ذیل انجام گیرد:

- با جسد نوزاد مانند یک انسان برخورد گردد و مورد تکریم قرار گیرد(۱۹, ۲۲, ۲۸, ۳۴).
- تمام اتصالات نوزاد از دستگاه قطع گردد و نظافت و تمیزی جسد رعایت گردد(۳۲).
- مراقبت از بدن نوزاد پس از مرگ با احترام صورت گیرد(۱۲).
- از هرگونه اقدام آموزشی بر روی جسد نوزاد پرهیز گردد.
- چنانچه خانواده حضور ندارند، خیر بد، به روش مناسب به خانواده اطلاع داده شود و به آنها اجازه ابراز احساسات داده شود(۲۷, ۳۴).
- چنانچه خانواده تمایل به انجام اقدامات مذهبی خاصی است با توجه به شرایط و امکانات بخش ممانعت صورت نگیرد(۱۹).
- حمایت های جسمی و عاطفی از خانواده های داغدار صورت گیرد (مانند: حفظ تماس فیزیکی با نوزاد متوفی، حفظ حریم خصوصی خانواده، فراهم نمودن اطلاعات مورد نیاز، حمایت از خواهر یا برادر نوزاد...)(۱۹, ۲۴).
- اجازه بدهید به والدین قبل از مرگ و پس از مرگ نوزاد تا هر زمان که می خواهند در کنار نوزاد خود باشند(۲۷, ۳۱).
- به خانواده در جهت انجام وداع با نوزاد کمک کنید(۳۴).
- تیم درمان، به خانواده فرصت در زمینه پرسیدن سوالات و مطرح کردن نگرانی هایشان قبل از این که به خانه برگردند را بدهند(۲۷).
- صحبت با خانواده در یک محیط خصوصی و مساعد صورت گیرد و حریم خصوصی خانواده حفظ گردد ولی خانواده تنها رها نگردد، به صحبت های خانواده گوش فرا دهید، به سوالات خانواده صادقانه پاسخ بگویید، احساس غمگینی و ناراحتی خود را نشان دهید و گوشزد نمایید در یک شرایط مناسب می توانید به سوالاتی که برای آنها پیش خواهد آمد، پاسخ دهید (۲۰, ۳۶).
- در هنگام صحبت کردن در مورد نوزاد، نام او را بکار ببرید(۲۷).

- اغلب والدین متعاقب مرگ نوزاد خود خواستار ملاقات با پزشک هستند تا علت مرگ را جویا گردند و احساسات خود را نشان دهند (۱۹، ۲۸، ۳۴، ۳۶).
- به والدین اطمینان داد که هیچ کار بیشتری نمی‌توان انجام داد (۲۰).
- به والدین باید اطمینان داد که احساس عدم راحتی^{۳۱} آنها در این شرایط طبیعی است (۲۰).
- اعضای خانواده ممکن است احساس گناه یا ندامت کنند که این مسائل باید با بردباری حل شود. به خانواده یادآوری کنیم که مرگ غیر قابل اجتناب است و علم پزشکی نمی‌تواند در همه موارد درمان ارائه کند و فرایند مرگ نیاز به یک رویکرد انسانی به جای یک رویکرد صرفاً فنی و تکنیکی دارد. در مواردی که خانواده در پذیرش مرگ با مشکل مواجه می‌شود لازم است که به یک مشاوره روانشناسی ارجاع شود (۲۶).
- ترتیب دادن مشاوره با روحانی مورد درخواست خانواده (۱۹، ۳۶).
- تماس تلفنی با خانواده روز بعد از فوت شیرخوار، جهت ابراز همدردی صورت گیرد (۳۳).
- یک نامه یا کارت از طرف کارکنان بیمارستان برای خانواده جهت ابراز همدردی، فرستاده شود (۳۳).
- معرفی خانواده به یک گروه حمایتی یا یک سازمان حمایتی صورت گیرد (۳۳). بهتر است شبکه‌ای از خانواده‌هایی که نوزاد خود را از دست می‌دهند ایجاد شود تا این خانواده‌ها بتوانند، با یکدیگر ارتباط برقرار کنند.
- در صورت تمایل خانواده، در روزهای خاص مانند روز تولد یا سالگرد فوت نوزاد با خانواده تماس برقرار گردد (۳۳).
- بعضی از والدین ممکن است بخواهند مراسم دفن را خودشان انجام بدهند. مواردی مانند اتوپسی، مراسم تشییع جنازه، دفن و اینکه چه کسی باید بدن نوزاد را انتقال دهد باید بحث شود. مخصوصاً اگر والدین دور از خانه هستند و می‌خواهند بدن نوزاد خود را به محل زندگی خود برای دفن برگردانند (۳۰).
- در ارتباط با والدین از گفتن موارد ذیل اجتناب کنید: شرایط می‌توانست بدتر از این باشه، شما می‌تونید بچه‌های بیشتری داشته باشید، زمان باعث بهبودی شما می‌شه، خوبه که بچه شما قبل از شما مرده، از اصطلاحات پزشکی استفاده نکنید و با والدین بحث نکنید (۲۰).
- چنانچه مادر در بیمارستان بستری است، پزشک مادر (متخصص زنان) و پرسنل بخش مربوطه از مرگ نوزاد آگاه گردند و رفتار مناسب با مادر داشته باشند و به طور غیر عمد صحبتی نکنند که باعث افزایش دیسترس مادر گردد (۲۷، ۳۴).

³¹ uncomfortable

فصل سوم

حمایت داغداری

مراقبت داغداری:

مراقبت داغداری باید به طور ایده‌آل برای خانواده‌هایی که در معرض خطر هستند (نوزادان‌ها در مرحله انتهایی زندگی است) و ممکن است داغدار شوند و نیاز به ارجاع پیدا کنند، قبل از مرگ نوزاد شروع شود. مراقبت داغداری می‌تواند در طی دوران غم و اندوه و عزاداری کمک کننده باشد. بسته به شدت سوگ حمایت‌ها ممکن است به صورت تماس تلفنی، ملاقات در منزل و مشاوره گروهی یا فردی ارائه شود. مراقبت معنوی و داغداری باید به طور ایده‌آل به صورت پیشگیرانه قبل از مرگ یک بیمار شروع شود (۴، ۱۷).

اقدامات مناسب:

- پرسنل آموزش دیده در زمینه مراقبت داغداری به این کار اختصاص داده شود (۱۲).
- جهت کمک به خانواده برای عملکردهای مذهبی، طرح مراسم تشییع جنازه و دفن یک تیم بین حرفه‌ای به خانواده در دوره پس از مرگ اختصاص داده شود (۱۲، ۳۷).
- به افراد داغدار، حمایت معنوی و فرهنگی مناسب بلافاصله، در زمان مرگ و مدت کوتاهی پس از مرگ ارائه شود (۲۸، ۳۸).
- هر سازمانی پروتکل مناسب داغداری متناسب با شرایط منطقه‌ای خود، داشته باشد. اطلاعات داده شده به بیمار باید ثبت گردد تا بررسی و حسابرسی منظم تسهیل گردد، برای مثال می‌تواند در گزارش بیمار ثبت شود (۱۷).
- هر سازمانی باید به بررسی تجربه داغداری خویشان و نزدیکان بیمار، تعهد داشته باشد (۱۷).
- یک سازمان دهنده مناسب برای حمایت داغداری در نظر گرفته شود (۱۷).
- نظارت مناسب بر فرایند حمایت داغداری صورت گیرد (۱۷).
- در حد امکان، خانواده‌هایی که داغدار می‌شوند باید از نظر خطر واکنش غم و اندوه مورد بررسی قرار گیرند، که می‌توان از ابزارهای مشخص شده یا بررسی نیازهای کل نگر استفاده کرد (۱۷).
- خدمات مشاوره روحی روانی و معنوی در دسترس خانواده‌ها باشند (۲۸).
- سرویس‌های داغداری باید با افرادی که از نظر در معرض خطر یا آسیب بودن شناسایی شدند با یک نامه یا تماس تلفنی حدود ۶ تا ۸ هفته بعد از مرگ در تماس باشند (۱۷، ۳۷).
- در این سرویس‌ها باید افرادی کار کنند که آموزش رسمی در زمینه ارائه مراقبت داغداری دیده باشند (۱۷).
- تصمیم برای ارجاع به سرویس حمایت سوگ باید براساس بررسی نیازهای کل نگر یا بررسی سوگ خانواده‌ها باشد و آن‌هایی که در معرض خطر غم و اندوه پیچیده هستند باید به یک سرویس محلی مناسب در عرض ۱۰ روز از بررسی ارجاع شوند (۱۷).
- سرویس‌های حمایت داغداری باید مواردی مانند سن، فرهنگ، ناتوانایی‌ها و جنس را که می‌تواند در داغداری اثرگذار باشد در نظر بگیرند، همچنین به فرهنگ‌ها و اعتقادات مذهبی خاص نیز احترام بگذارند (۱۷).
- هر سرویس باید از فرآیند بررسی منظم با مستندات مرتبط استفاده کند (۱۷).

- باید قبل از ارجاع مددجویه سرویس‌های بیشتر رضایت گرفته شود (۱۷).
- حمایت داغداری حداقل برای همه مراقبت دهنده‌های اولیه نوزاد فراهم شود. اگر منابع اجازه داد حمایت به افراد خانواده دیگر و مراقبین دیگر هم گسترش یابد (۲۵، ۳۹).
- خدمات باید به یک روش حساس به باورهای اجتماعی، فرهنگی و اعتقادی معنوی ارزش‌ها و عملکردها به مددجویان ارائه شود (۲۵).
- یک شخص با شایستگی و تجربه کافی در زمینه حمایت داغداری به عنوان مسئول برنامه حمایت داغداری مشخص شود (۲۵).
- نقش‌ها، مسئولیت‌ها و دامنه عملکرد کارکنان حمایت داغداری به طور واضح مشخص و مستند گردد و کارکنان از این موارد آگاهی داشته باشند (۲۵).
- همه کارکنان که در تماس با مردم داغدار هستند، نیازمند آموزش، حمایت و شایستگی‌های مناسب در ارائه حمایت داغداری می‌باشند (۲۵).
- فراهم کنندگان مراقبت داغداری افرادی مانند روان‌شناس^{۳۲}، روان‌پزشک^{۳۳}، پرستار، مددکار اجتماعی، پیشوای روحانی^{۳۴} یا مشاور^{۳۵} که در زمینه فقدان و غم و اندوه دوره^{۳۵} دیده است می‌باشند (۲۵).
- توصیه می‌شود که با رضایت مددجو، یک بررسی جامع روانی اجتماعی، معنوی و داغداری در نزدیکترین زمان ممکن بعد از مرگ نوزاد، انجام شود (۲۵).
- در زمان مرگ نوزاد (یا زودترین زمان ممکن پس از مرگ) یک بررسی از سطح ترومای تجربه شده خانواده در نتیجه مرگ برای آگاهی یافتن از خطر انجام شود (۲۵).
- ۱۲ هفته پس از مرگ نوزاد یک تماس تلفنی با همه مراقبین برای مشخص کردن حمایت مورد نیاز انجام گیرد (۲۵).
- در هر مرحله، چنانچه احتمال خطر رفتار خودکشی، آسیب به خود یا اینکه ممکن است تهدیدی برای دیگران باشد مشخص شد، باید سریعاً به سرویس‌های مربوطه ارجاع شود (۲۵).
- در حدود ۶ ماه پیگیری پس از مرگ نوزاد، خانواده‌هایی که در معرض خطر طولانی شدن غم و اندوه هستند نیاز به یک بررسی داغداری جامع با استفاده از یک ابزار معتبر مانند PG-13 دارند (۲۵).

استراتژی‌های حمایت داغداری

قبل از انجام مراقبت داغداری لازم است:

- ۱- رضایت آگاهانه از افراد داغدار قبل از اینکه اطلاعات در باره آنها کسب شود یا با دیگران ارتباط برقرار شود گرفته شود.

³² psychologists

³³ psychiatrists

³⁴ pastoral care worker

³⁵ counselors with postgraduate qualifications or equivalent in loss and grief

- ۲- اطلاعات محرمانه به یک روشی که قابل اطمینان باشد نگهداری شود. و فقط پرسنل مسئول بتوانند به این اطلاعات دسترسی داشته باشند.
- ۳- افراد داغدار از سیاست‌های برنامه‌های داغداری و پروسیجرهای قابل دسترس آگاه گردند (۲۵، ۲۸).

توصیه می‌شود حمایت داغداری شامل دو نوع استراتژی باشد:

- ۱- استراتژی‌های کلی و عمومی^{۳۶} که همه مراقبین و مردم داغدار را شامل می‌شود.
- ۲- استراتژی‌های حمایت داغداری مخصوص، آنهایی را که در معرض خطر توسعه اندوه عارضه دار یا دسترس‌های معنوی و روانی باشند را شامل می‌شود (۲۵).

استراتژی‌های کلی شامل:

- بررسی خطر مشکلات داغداری و غربالگری از نظر مشکلات همراه با داغداری (۲۵).
- فراهم کردن اطلاعات ساختاریافته و مورد نیاز خانواده و ارائه حمایت‌های جسمی و عاطفی در زمان‌های بلافاصله پس از مرگ نوزاد، و در فواصل منظم مرگ ۳، ۶ و ۱۲ ماه (و پس از آن در صورت نیاز) (۱۹، ۲۵، ۳۴، ۳۷).
- فراهم کردن دسترسی به استراتژی‌های حمایتی مانند شرکت در یک جلسه دریافت اطلاعات در زمینه داغداری و فرصت برای مرور و بازتاب بروی تجربه فقدان یا شرکت در گروهی از افراد با تجربه مشابه داغداری (۲۴، ۲۵، ۲۸).
- توصیه در زمینه پیگیری‌های پزشکی و روانی اجتماعی (۱۹).
- توصیه به شرکت در فعالیتهایی مانند قدم زدن، آرام‌سازی، موزیک و گروه‌های هنری (۲۵).

استراتژی‌های حمایت داغداری مخصوص ممکن است شامل:

بعضی از خانواده‌های داغدار ممکن است فرایند غم و اندوه آن‌ها طولانی شده و نیاز به مداخلات مناسب داشته باشند لازم است این خانواده‌ها شناسایی گردند و اقدامات لازم برای آنان صورت گیرد.

بررسی‌ها بهتر است به شکل ذیل انجام گیرد:

- سرویس‌های حمایت داغداری، ۱۲ هفته پس از مرگ همه مراقبین اولیه از نوزاد را برای فراهم کردن اطلاعات وضعیت داغداری و حمایت مورد پیگیری قرا دهد.
- در ۶ ماه پس از مرگ، یک بررسی رسمی داغداری^{۳۷} برای افرادی که غم و اندوه آنها عارضه‌دار شده یا طول کشیده است انجام شود (۲۵، ۳۷).
- زمانی که فراهم کردن حمایت داغداری خارج از محدوده مهارت‌ها و شایستگی‌های کارکنان مراقبت تسکینی است باید ارجاع به سرویس‌های مناسب صورت گیرد.
- مشاوره داغداری و روان درمانی با استفاده از مداخلات متخصصان آگاه

³⁶ universal

³⁷A formal bereavement assessment

➤ درمان رفتاردرمانی شناختی^{۳۸}

➤ ارجاع به گروه‌های حمایت داغداری (۲۵).

موارد عملکردی زیر باید در نظر گرفته شود:

- والدینی که چند فرزند دارند، به توجه ویژه ای نیاز دارند تا بتوانند داغداری کرده و به فرزندان دیگرشان هم ابراز عشق و علاقه کنند (۳۰).
- به والدین برای برگزاری هرگونه مراسم مطابق با فرهنگشان زمان و اختیار داده شود (۳۰).
- آموزش مهارت‌های ارتباطی عمومی برای همه کارکنان و داوطلبان که با مواردی مانند فقدان، غم و اندوه و داغداری در ارتباط هستند در دسترس باشد (۳۸).

مراقبت‌های پیگیری از خانواده:

برای خانواده‌هایی که یک تجربه مرگ نوزاد دارند کارکنان باید برنامه پیگیری و ارتباط با خانواده در آینده را طرح ریزی کنند:

- تثبیت برقراری تماس با مددکار اجتماعی، کشیش، یا مشاور غم و اندوه^{۳۹} قبل از ترخیص انجام شود.
- یک بسته اطلاعاتی در اختیار خانواده قرار گیرد که در آن تاریخ ملاقات با پزشک نوزاد نیز مشخص شده باشد (۳۰).
- یک ملاقات در منزل توسط پرسنل یا یک پرستار بهداشت عمومی در اولین فرصت ممکن بعد از مرگ نوزاد، انجام شود (۳۷).
- پرستار نوزاد، احساسی که در مراقبت از نوزاد داشته است را به خانواده بیان کند (۳۰).
- یک ملاقات در منزل توسط پرسنل یا یک پرستار بهداشت عمومی در طی چند روز بعد انجام شود.
- تماس تلفنی با خانواده در ابتدا هفته ای یک بار و سپس ماهی یک بار و سپس در صورت توافق خانواده هر ۶ ماه یک بار صورت گیرد. همچنین در روزهای خاص مانند روز مادر، تاریخ تولد نوزاد، یا سالگرد مرگ او^{۴۰} با خانواده تماس برقرار گردد. وقتی که با والدین تماس می‌گیرید بخاطر داشته باشید که بپرسید کل خانواده شامل پدر، مادر بزرگان و پدربزرگان، و خواهر برادران چه انجام می‌دهند. هر بار از والدین بپرسید ممکن است من دومرتبه با شما تماس بگیرم؟ (۳۰، ۳۷)
- با اجازه والدین آدرس آنها را به واحدی که برای آنها کارت می‌فرستد بدهید (۳۰).
- اگر والدین تمایل دارند آنها را به والدین دیگری که نوزاد یا شیرخوار خود را از دست داده اند معرفی کنید (۳۰).
- معرفی آنها به یک گروه حمایتی، را تسهیل کنید. بعضی از والدین ترجیح می‌دهند به یک گروه حمایت داغداری معرفی شوند و بعضی ترجیح می‌دهند به یک مشاور در خارج از بیمارستان معرفی شوند (۳۰).

³⁸ - cognitive behavioral therapy

³⁹ grief counselor

⁴⁰ anniversary of death

- دعوت از خانواده به شرکت در مراسم یادبود گروه‌های بیمارستان برای خانواده هایی که در سال های گذشته نوزاد خود را از دست داده اند (۳۰) .
- اطلاع متخصص زنان خانواده از مرگ نوزاد بدون توجه به اینکه چه مدت پس از زایمان اتفاق افتاده است (۳۰).
- تذکر این نکته که حاملگی بعدی ممکن است مشکل باشد و حمایت های لازم مانند مشاوره ژنتیک اگر لازم است پیشنهاد شود (۳۰).
- یادگاری و عکس فوری از نوزادان را در بخش نگه دارید زیرا ممکن است والدین در آن زمان تمایلی به گرفتن این یادگاری‌ها نداشته باشند ولی بعد به بخش مراجعه کنند و پلاک نام نوزاد خود و یادگاری‌ها را بخواهند. همچنین بعضی از والدین ممکن است به بخش برگردند و بخواهند به طور داوطلبانه به خانواده‌های دیگر کمک کنند. البته باید پرسنل بدانند که بعضی از خانواده ها ممکن است بعد از فوت شیرخوارشان نخواهند که با بخش تماس داشته باشند (۳۰).

حمایت کارکنان مراقبت داغداری به طور مداوم

- کارکنان حمایت کننده نباید فقط به کارکنان پرستاری محدود شود بلکه باید پزشک، و همه مراقبین سلامتی و افراد کمکی که با شیرخوار یا خانواده در تماس هستند را نیز شامل شود (۳۰).
- کارکنان دیگری در بیمارستان هستند که ممکن است از آنها کمک گرفته شود مانند روانشناس، مشاور اخلاق، کارکنان بخش روان پزشکی، مددکار اجتماعی، مشاور سلامت روان، کارکنان داغداری، و فراهم کنندگان مراقبت معنوی (۳۰).

حمایت ها باید شامل:

- تسهیل ملاقات تیم بین حرفه ای هر زمانی که لازم باشد (۳۰) .
- کسب اطلاعات بعد از مرگ هر شیرخوارو بعد از هر موقعیت بحرانی ممکن است برای کارکنان مفید باشد (۳۰).
- جلسات نشست یا مشاوره باید قسمتی از ساعات کاری منظم باشدو در زمان های اختیاری و بدون حقوق نباشد (۳۰).
- مهم است که رزیدنت ها، دانشجویان پزشکی و پرستاری در فراهم کردن مراقبت داغداری درگیر شوند. البته اگر پرستاران یا پزشکان نمی خواهند در این مراقبت درگیر شوند نباید اجبار باشد (۳۰).
- وضوح در دستورات پزشک برای انسجام در روند مراقبت الزامی است یک کار تیمی نزدیک و دوستانه باعث می شود که مراقبت از بیمار هموار و نرم باشد و دیسترس اخلاقی افراد حداقل گردد.
- حمایت‌های اخلاقی و معنوی از طرف همکاران، مسئولین، دیگر متخصصان نوزادان، روحانیون، و سوپروایزهای پرستاری از پرستاران و پزشکانی که مستقیماً از نوزادهای در حال مرگ مراقبت می کنند لازم است (۳۰).
- برنامه کارکنان پرستاری باید قابل انعطاف باشد و وقت اضافه را با خانواده ادامه بدهند و پرستار ماهر دیگری کار را ادامه دهد (۳۰).

فصل چهارم

مراقبت معنوی

مراقبت معنوی چیست؟

در حقیقت معنویت هسته شخص است فرد نمی‌تواند جدا از خود معنوی باشد، بنابراین مراقبت معنوی به عنوان یک قسمت از مراقبت پرستاری با دیگر جنبه‌های مراقبت هماهنگ است و شاید به عنوان مرکز مراقبت باشد (۱۵).

مراقبت معنوی وقتی که جستجو برای معنا با مشکل مواجه شده، خارج از حالت تعادل قرار گرفته و سوالات معنوی ایجاد می‌شود کمک‌کننده است و یک نقش مهم در درک بیماری یا مشکل دارد (۴۰).

در مراقبت معنوی سه فعالیت ممکن است انجام شود: بودن با بیمار در تجربه درد و رنج یا دیگر مشکلات و نیازها؛ گوش دادن به کلام بیمار در هنگام اضطراب یا احساساتی مانند ترس، عصبانیت، تنهایی، افسردگی یا غم و اندوه که ممکن است مانعی برای احساس خوب بودن باشد؛ لمس کردن بیمار (تماس با بیمار) به صورت جسمی، عاطفی، یا معنوی برای اطمینان دادن به مددجو که در ارتباط با دیگران در خانواده و خداست. بودن با مددجو، قلب مراقبت از بیمار است و گوش دادن نیز یک قسمت از بودن با شخص^{۴۱} و تعامل با اوست، لمس کردن نیز ممکن است به صورت کلامی باشد مانند گفتن یک لغت مهربانانه. مفاهیم گوش دادن و بودن با بیمار مهم‌ترین اجزاء مراقبت معنوی هستند (۹، ۳۶) در پرسشنامه مقیاس سنجش معنویت شاخص‌های مراقبت معنوی را گوش داده، صرف زمان، احترام به خلوت و شان مددجو، حفظ اعمال مذهبی و ارائه مراقبت با نشان دادن کیفیاتی نظیر مهربانی و توجه بیان کرده است (۱۱).

ممکن است از خودتان بپرسید که چگونه می‌توان مراقبت معنوی را برای خانواده‌ها فراهم کرد؟

برای پاسخ به این سوال باید بگوییم که افراد نیازهای معنوی متفاوتی دارند و باید این نیازها به طور سیستماتیک به وسیله پرستار بررسی شوند. مراقبت معنوی بهتر است در چارچوب فرایند پرستاری بررسی شود ولی باید در نظر گرفت که مشکلات معنوی ممکن است دقیقاً با هر مرحله از فرایند پرستاری متناسب نباشند و حتی ممکن است در طی مرحله بررسی شناسایی نشوند (۶).

از دیدگاه انسان‌گرایی مراقبت معنوی یک رویکرد مداخله‌ای برای نیازهای معنوی است و فرد می‌تواند این نیازها را بیان کند (۴۱) بنابراین لازم است در مرحله اول، نیازهای معنوی خانواده مورد بررسی قرار گیرد، روش‌های متفاوتی برای بررسی نیازهای معنوی وجود دارد (۶) توافق کلی در زمینه انتخاب یک روش واحد برای بررسی معنویت و نیازهای معنوی وجود ندارد، در طی یک بررسی مناسب است که پرستار می‌تواند تشخیص‌های پرستاری مناسب برای بیمار بگذارد، در مراقبت معنوی مرحله بررسی محوریت دارد، بیشتر روش‌های بررسی نیازهای معنوی، ذهنی و غیررسمی هستند (۱۵).

طرح مراقبت معنوی از خانواده

گام اول: بررسی نیازهای معنوی خانواده

بررسی نیازهای معنوی:^{۴۲}

بررسی نیازهای معنوی، یک نوع بررسی کامل و غیر تهاجمی برای شناسایی نیازهای معنوی است و معمولاً با چند سوال کوتاه به صورت شفاهی یا نوشتاری، انجام می‌شود. بررسی معنویت یک تصویر کامل از حالت

⁴¹ Being with

⁴² Spiritual Assessment

معنوی فرد ایجاد می‌کند، با چنین اطلاعاتی فراهم کنندگان مراقبت می‌توانند یک طرح درمان کامل و جامع برای مشکلات معنوی فرد در معرض خطر در نظر بگیرند(۱۵) امروزه برای پرستاران محیط درمان با حجم بیماران زیاد و زمان کم برای بررسی نیازهای مراقبت معنوی، چالش برانگیز است. بنابراین پرستاران نیازمند توانایی انجام یک بررسی معنوی کوتاه و مختصر به وسیله پرسیدن فقط چند سوال به جای یک بررسی معنوی پیچیده، رسمی دارند. با این حال هر بیمار تمایل دارد پرستار حضور داشته باشد و به نیازهای معنوی‌اش چه شفاهی یا غیر شفاهی با یک بیان مناسب، پاسخ دهد. در بررسی معنوی، مشابه بررسی فیزیکی لازم است اطلاعات پایه بررسی گردد و همراه با یک بررسی مداوم بر اساس تغییر وضعیت بیمار باشد. راه‌های زیادی برای بررسی نیازهای معنوی وجود دارد. مهمترین توانایی پرستاران مهارت استفاده درست، از انواع سوالات برای بررسی نیازهای معنوی است(۴۲) و بهترین راه شناسایی موارد معنوی و فرهنگی گفتگو^{۴۳} و پرسش از مددجو می‌باشد(۴۳) سوالاتی در رابطه با اعتقادات، منابع قدرت یا امید، عملکردهای مذهبی و احساسات در رابطه با خدا(۴۴).

چنانچه نوزاد در مرحله انتهای زندگی است و خانواده در معرض خطر دیسترس معنوی قرار دارد می‌توان سوالات کلیدی زیر را در یک دوره زمانی کوتاه از مرحله بررسی، پرسید:

- آیا شما اعتقادات معنوی / مذهبی خاصی دارید که در موارد زندگی و مشکلات کمک کننده باشد؟
- اگر بله، چگونه ما می‌توانیم به شما در عمل کردن به این حمایت معنوی کمک کنیم؟
- اگر شما با مشکل خاصی مواجه شوید آیا شخصی مانند یک رهبر معنوی یا روحانی یا دوستی وجود دارد که شما بخواهید با او تماس برقرار کنید؟
- اگر خیر- چه چیزی می‌تواند شما را در برخورد با مشکلات زندگی حمایت کند و چطور آیا شما دوست دارید که ما به شما کمک کنیم؟(۴۲).
- چطور آیا شما به به اعتقادات معنوی خودتان عمل می‌کنید؟
- آیا صدمه یا بیماری بروی اعتقادات معنوی شما اثر گذاشته است؟(۱۵)
- چه کسی یا چه چیزی از خانواده شما برای شما با معناترین در نظر گرفته می‌شود؟
- چه چیزی به خانواده شما در زندگی معمولی معنا می‌دهد؟
- چه چیزی به خانواده شما آرامش، لذت، و رضایت می‌دهد؟
- چه چیزی به خانواده شما قدرت می‌دهد؟
- چه چیزی آیا خانواده در جهت دوباره قدرت دادن به شما انجام می‌دهد؟
- چه چیزی به خانواده شما کمک می‌کند که با بحران سروکار داشته باشید؟
- آیا خانواده شما با خدا / قدرت برتری دیگران ارتباط دارند؟ اگر بله چطور آیا شما آن را توصیف می‌کنید؟
- آیا خانواده شما در فعالیت‌های معنوی جامعه درگیر می‌شوند؟ اگر بله کدام؟
- خانواده شما چه باورهایی دارند؟ و این باورها چه معنایی به سلامتی می‌دهند؟
- آیا خانواده شما در مراسم مذهبی مانند دعا، عبادت یا آرام سازی meditation شرکت می‌کنند؟

- چطور اعضای خانواده شما معنویتشان را بیان می‌کنند؟ چه معنایی برای سلامتی آنها دارد؟
 - آیا تضادی بین اعضای خانواده در رابطه با دیدگاه معنوی وجود دارد؟ اگر بله چه اثری بر روی سلامت فرد و خانواده دارد؟
 - چطور آیا خانواده دیدگاه معنوی خودشان را توصیف می‌کنند؟
 - خانواده می‌تواند مثال‌هایی از این که چطور پرستاران می‌توانند دیدگاه معنوی خانواده را وقتی که با آنها یکی کنند یکی کنند؟
 - آیا خانواده فردی را به عنوان رهبر معنوی در نظر دارد(۴۵)؟
- برای بررسی نیازهای معنوی ابزارهای رسمی وجود دارد که فقط به نام آنها اشاره می‌شود. پرستارانی که تجربه کافی در زمینه بررسی شفاهی نیازهای معنوی ندارند می‌توانند از این ابزارها استفاده نمایند.
- FICA: یک ابزاری است که چهارپرسش هسته‌ای دارد که قدرت ایمان و اعتقاد و ترجیحات مراقبت^{۴۴} (فرد را نشان می‌دهد.
 - SPIRIT: یک ابزاری است که شش قسمت دارد و اعتقادات معنوی، عملکردها، و کاربرد برای مراقبت پزشکی و طرح واقعه‌نهایی را شناسایی می‌کند.
 - SBI^{۴۵}: 15R را بررسی می‌کند. یک ابزاری است که برای بررسی سوالات معنا، ارتباطات و اثرآن بر روی تجربه مرگ طراحی شده است(۸).
- در تعدادی از مدل‌ها از سوالات زیر استفاده شده است:
- وقتی که در زندگی با سختی مواجه می‌شوید چه چیزی می‌تواند به شما کمک کند ؟
 - آیا کسی یا چیزی وجود دارد که در شرایط سخت بتواند به شما کمک کند؟
 - چطور شما با آنچه که برایتان اتفاق می‌افتد سازگاری پیدا می‌کنید؟
 - چطور آنچه که برای شما اتفاق می‌افتد را حس می‌کنید ؟
 - وقتی که نیاز به کمک دارید چه کسی به شما کمک می‌کند؟ آیا آن‌ها قابل دسترس هستند؟
 - آیا عملکردهای مذهبی وجود دارد که برای شما مفید باشند؟
 - وقتی که در زندگی با مشکل مواجه می‌شوید چه منابعی از قدرت می‌تواند به شما کمک کند ؟ (۶, ۸).
- گاهی اوقات شرایطی وجود دارد که پرستار به طور ناگهانی با آن مواجه می‌شود و برنامه‌ریزی در جهت بررسی نیازهای معنوی انجام نشده است، یا خانواده در یک موقعیت بحرانی قرار دارد که ممکن است نیازهای معنوی خود را به طور مستقیم بیان نکنند یا از نیازهای معنوی خود آگاه نباشد مگر این که به آنها در جهت تشخیص طبیعت این نیازها کمک شود. در چنین شرایطی نقش پرستار به عنوان یک کارآگاه^{۴۶} است زیرا باید آنچه مددجو اعتقاد دارد یا نیاز دارد را کشف کند، تا این که مشخص گردد چه مداخلاتی ممکن است مفید باشد. پرستاران باید به نشانه‌های کلامی و غیر کلامی توجه کنند. نشانه کلامی ممکن است شامل بیان عصبانیت یا بدبختی، ناامیدی، درخواست برای کمک، دعا و درخواست برای حمایت از طرف خانواده، دوستان، روحانی یا پرستاران باشد. اشاره‌های غیر کلامی ممکن است شامل سکوت، دوری از دیگران، گریه

⁴⁴ care preferences

⁴⁵ Systems of Belief Inventory

⁴⁶ a detective

کردن یا یک ظاهر غمناک باشد. پرستاران باید این موارد را به عنوان علامتی از لزوم بررسی نیازهای معنوی ببینند. خانواده ها ممکن است در بحران معنوی باشند و بپرسند چرا من؟ چرا نوزاد من؟ آیا من چه کار اشتباهی انجام دادم؟ پرستارانی که حساس هستند و به این اشاره‌ها و سوالات کلیدی توجه دارند، می‌توانند برای بیماران در شناسایی نیازهای معنوی و پیشنهاد حمایت معنوی کمک کننده باشند (۶، ۳۰، ۴۲).

گام دوم: تشخیص مشکلات معنوی و ارائه طرح مراقبت معنوی تشخیص و طرح^{۴۷}:

همانطور که پرستار نیازهای معنوی را بررسی می‌کند تشخیص‌های پرستاری مشخص می‌شود و باید براساس نیازهای معنوی مشخص شده، مراقبت‌های معنوی مناسب طراحی گردد. مهم است که مشخص شود چه کسی برای برطرف کردن نیازهای معنوی بیماران مناسب است. به طور ایده آل وقتی که پرستارو بیمار جهان بینی، اعتقادات معنوی و ارزش‌های مشابه دارند می‌تواند بهترین مراقبت فراهم شود. همه پرستاران مسئولیت بررسی نیازهای معنوی و کمک به بیماران در جهت شناسایی منابع مراقبت معنوی مناسب را دارند. هرچند که هر پرستار نباید لازم نیست که در هر نوع از مداخلات معنوی شرکت کند (۴۲). نیازهای معنوی مطرح شده می‌تواند شامل: نیاز به امید، آرامش، توکل، اعتماد، مراقبت همراه با شفقت، درک و همدردی، برقراری ارتباط با خدا، تیم درمان، کودک و حتی خانواده، معنا و هدف، احترام و تکریم خانواده و نوزاد، دعا، بخشش، مرور زندگی و خاطرات، می‌باشد (۱۶، ۲۸، ۲۹، ۳۶) مهمترین ویژگی نیازهای معنوی از نظر اسلام این است که منشا و خاستگاه آن فطرت انسان بوده و به نحوی ارتباط انسان با خدا را در قلوب و اخلاق و ارزش‌های معنوی تبیین می‌کند (۴۶).

تشخیص مشکلات معنوی:

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

- درد معنوی^{۴۸}، بیان اینکه در ارتباط با خالق خود و خدا دچار زجر و ناراحتی است و آرامش ندارد.
- بیزاری معنوی^{۴۹}، بیان احساس تنهایی یا احساس دور بودن از خدا، دور شدن از زندگی روزانه، نگرش منفی نسبت به دریافت هر نوع راحتی یا آسایش یا کمک از طرف خدا، بیان احساس بدبختی، یا بیان می‌کند خدا کجاست وقتی که من به او احتیاج دارم؟
- اضطراب معنوی^{۵۰}، ابراز ترس از خشم و تنبیه خدا، ابراز ترس اینکه خدا ممکن است به او توجه نکند، ترس از اینکه خدا از رفتار او ناراحت است.

⁴⁷ Diagnostic and plan

⁴⁸ Spiritual pain

⁴⁹ Spiritual Alienation

⁵⁰ Spiritual anxiety

- گناه معنوی^{۵۱}، احساس اینکه باید کاری را انجام می‌داده است ولی کوتاهی کرده و انجام نداده است یا کاری انجام داده که مورد رضایت خدا^{۵۲} نبوده است، یک نوع نگرانی در باره زندگی گذشته، یک نوع احساس گناه می‌باشد.
 - خشم معنوی^{۵۳}، یک نوع احساس ناامیدی، غم و اندوه و خشم نسبت به خدا در رابطه با بیماری و رنج، احساس غیر عادلانه بودن خدا، یک احساس منفی در رابطه با مراقبت معنوی است و خانواده ممکن است به خاطر این که خدا خواسته است فرد مورد علاقه آن‌ها مورد رنج قرار گیرد احساس عصبانیت و خشم خود را نسبت به خدا بیان کنند.
 - فقدان معنوی^{۵۴}، بیان احساس خاتمه عشق به خدا، احساس تهی بودن^{۵۵} در ارتباط با چیزهای معنوی، احساس فقدان معنوی ممکن است همراه با افسردگی روانی باشد و فرد احساس غیر مفید بودن داشته باشد و با خدا یا هر چیزی که فکر می‌کند خوبست احساس بیگانگی^{۵۶} کند.
 - ناامیدی معنوی^{۵۷}، بیان اینکه هیچ‌امیدی در ارتباط با درخواست کمک از خدا وجود ندارد یا احساس اینکه خدا بیشتر از این نمی‌تواند از یک نفر مراقبت کند.
- اگرچه ناامیدی معنوی در بین افرادی که معتقد هستند نادر است ولی می‌تواند همراه با اختلالات روانی جدی باشد، اگر چنین احساسی توسط بیمار بیان شود لازم است پرستار احتمال خودکشی در بیمار را مدنظر قرار دهد. از بین تشخیص‌های پرستاری فوق بیشترین تشخیص در ارتباط با درد معنوی است (۹، ۱۶).

طرح مراقبت معنوی:

بعد از این که نیازهای معنوی خانواده در مرحله انتهای زندگی نوزاد مشخص شد لازم است به تایید خانواده برسد و طرح مراقبتی خانواده محور در تعامل با خانواده و متناسب با نیازهای مشخص شده طراحی گردد. مراقبت معنوی باید برای همه بیماران با هر دیدگاهی در دسترس باشد. وقتی که یک بیمار درخواست آیین و رسوم مذهبی خاص دین خود را می‌نماید مراقبت‌دهنده معنوی بیمار را به محل مناسب در داخل موسسه یا خارج از موسسه باید ارجاع دهد. نیازهای معنوی چارچوبی برای برنامه مراقبت معنوی می‌باشد. در نوشتن اهداف مراقبت معنوی موارد ذیل را در نظر داشته باشید:

- اهداف واقعی و قابل دسترس باشند.
- اهداف خانواده محور باشند.
- اهداف یک چارچوب زمانی داشته باشند که برای خانواده و پرستار قابل قبول باشد (۶، ۱۶، ۴۰).

⁵¹ Spiritual guilt

⁵² Pleasing to god

⁵³ Spiritual anger

⁵⁴ Spiritual loss

⁵⁵ emptiness

⁵⁶ Alienation

⁵⁷ Spiritual Despair

گام سوم: اجرا

اجرا^{۵۸}:

با توجه به مرحله بررسی و تشخیص، اقدامات معنوی مناسب برای خانواده طراحی گردد. طرح مراقبت باید براساس نیازهای معنوی باشد، این نیازها ممکن است شرکت در مراسم مذهبی خاص یا اجرای آداب و رسوم خاص براساس اعتقادات باشد (۶) مراقبت معنوی از خانواده در جهت رسیدن به بیشترین درجه سلامت معنوی در تجربه بیماری است. در شرایطی که خانواده دارای نوزادی است که در بخش مراقبت ویژه نوزادان بستری است مراقبت‌های معنوی می‌تواند شامل دادن اطلاعات به خانواده در رابطه با بیماری و وضعیت نوزاد، آشنا کردن خانواده با محیط و امکانات و تیم درمان، تشویق اعضای خانواده برای بیان اضطراب و نگرانی‌ها و پیشنهاد بعضی از استراتژی‌های سازگاری برای کاهش استرس می‌باشد(۹).

در ذیل اقدامات معنوی براساس دسته بندی NIC و سایر متون، آورده شده است.

تعریف و نام اقدام معنوی:

تسهیل رشد معنوی^{۵۹}: رشد ظرفیت مددجو برای شناسایی، ارتباط و اتصال با منبع معنا، هدف، راحتی، قدرت و امید را تسهیل کنید.

اقدامات:

- مددجو را تشویق کنید که نگرانی‌های معنوی خود را بیان کند و از منابع معنا و امید در زندگی مددجو آگاه باشید.
- برگزاری مراسم نماز^{۶۰} به صورت گروهی به شکل مناسب را پیشنهاد دهید. نماز صحبت با خداست و می‌تواند باعث آرامش شود.
- شرکت در خدمات مذهبی، و برنامه‌های دعا را تشویق کنید.
- ارتباط با خدا یا یک قدرت برتر را تسهیل کنید.
- ارتباط با خود، دیگران، دوستان و فامیل را ارتقا دهید، هر نوع ارائه مراقبت معنوی بر اساس ارتباط است.
- استفاده از مراسم مذهبی را تشویق کنید.
- یک محیطی که مددجو بتواند بر روی تفکر خود تامل و بازتاب داشته باشد را فراهم کنید.
- در صورت نیاز، به گروه‌های حمایتی برای دریافت حمایت معنوی ارجاع داده شود.
- در صورت نیاز، به مراقب معنوی برای دریافت حمایت معنوی ارجاع داده شود.

حمایت معنوی^{۶۱}: به بیمار کمک کنید که احساس تعادل کند و با یک قدرت برتر ارتباط داشته باشد.

اقدامات:

⁵⁸ Implementation

⁵⁹ Spiritual Growth facilitation

⁶⁰ prayer

⁶¹ Spiritual support

- در صورت درخواست مددجو، استفاده از خدمات مکان‌های مذهبی را تشویق کنید.
- در صورت درخواست مددجو، استفاده از منابع معنوی را تشویق کنید.
- متناسب با ترجیحات مددجو، گفتار معنوی مورد درخواست را فراهم کنید.
- استفاده از آرام‌سازی^{۶۲}، نماز، و سنت‌ها و آیین‌های مذهبی را تسهیل کنید.
- به دقت به صحبت‌های مددجو گوش فرا دهید و زمانی را برای مراسم معنوی در نظر بگیرید.
- به مددجو اطمینان دهید که پرستار برای حمایت از مددجو در زمان زجر و ناراحتی در دسترس است.
- با مددجو در رابطه با احساساتی مانند مرگ و بیماری راحت باشید.

حضور^{۶۳}: بودن با مددجو، هم از نظر فیزیکی و روانی در زمان مورد نیاز، پرستاران اغلب بیشترین مراقبت معنوی را بدون کاربرد استراتژی‌های مختلف به سادگی با بودن با مددجو فراهم می‌کنند.

اقدامات :

- نگرش خود نسبت به پذیرش مددجو را نشان دهید.
- ارتباط کلامی همراه با یکدلی^{۶۴} داشته باشید یا به مددجو بیان کنید که تجربه او را درک می‌کنید.
- اعتماد و احترام را تثبیت کنید.
- به نگرانی‌های مددجو گوش فرادهید.
- در صورت مناسب بودن، مددجو را برای بیان نگرانی‌ها لمس کنید.
- از نظر فیزیکی به عنوان یک کمک‌کننده در دسترس باشید.
- از نظر فیزیکی بدون انتظار پاسخ‌های تعاملی حضور داشته باشید.
- برای مددجو وقت بگذارید.

گوش دادن فعال^{۶۵}: به پیام‌های کلامی یا غیر کلامی مددجو توجه کنید. وقتی که مددجو نگرانی-

- های خود را بیان می‌کند به او گوش فرا دهید.
- برای تعامل با مددجو هدف مشخص کنید.
- به عواطف و احساسات مددجو واکنش نشان دهید.
- معنای پیام را با بازتاب بر روی نگرش‌ها، تجارب گذشته و موقعیت کنونی مشخص کنید.

خلق^{۶۶}: آنچه که برای مددجو خوشحال‌کننده یا سرگرم‌کننده است را برای تثبیت ارتباطات، رها شدن از تنش و عصبانیت و تسهیل یادگیری یا سازگاری با احساسات دردناک تسهیل کنید.

62

63 presence

64 empathy

65 Active listening

66 Humor

اقدامات :

➤ مواردی که برای مددجو باعث ایجاد حالت متوسطی از شوخ طبعی دارد انتخاب کنید.

لمس^{۶۷}: از طریق لمس هدفمند با مددجو ارتباط برقرار کنید.

➤ دست مددجو را برای تامین حمایت عاطفی بگیرید.

افزایش خودآگاهی^{۶۸}: در جستجوی یک وسیله یا چیزی باشید که بتواند در بهبودی مددجو تاثیر مثبت داشته باشد.

اقدامات :

➤ به مددجو در جهت شناسایی منابع کمک کننده کمک کنید مانند اعتقادات مثبت، اعتقادات مثبت می توانند به عنوان یک منبع انگیزه باشند.

موزیک درمانی^{۶۹}: برای کمک در جهت تغییر در رفتار، احساسات یا حالات فیزیولوژیکی از موزیک کمک بگیرید. موزیک باید بیانی از عمق و احساس معنویت مددجو و متناسب با فرهنگ و مذهب او باشد.

اقدامات :

➤ مددجو را به گوش فرا دادن یا خواندن موارد معنوی تشویق کنید(۹، ۱۱، ۱۵، ۱۶، ۲۸، ۴۴، ۴۷-۴۹).

گام چهارم: ارزیابی^{۷۰}

ارزیابی:

از آن جایی که نیازهای معنوی منحصر به فرد هستند بنابراین هیچگونه معیار کلی برای ارزیابی آن وجود ندارد و باید مددجو مورد مشاوره قرار گیرد و پرسیده شود که آیا در نیازهای معنوی خود احساس پیشرفت می کند؟ از مشاهده هم می توان به عنوان یک ابزار ارزیابی استفاده کرد و پرستار ممکن است رفتارهای کلامی یا غیر کلامی مددجو که دلالت بر تغییر نگرش دارد را مورد مشاهده قرار دهد.

ارزیابی نیازهای معنوی معمولاً نیاز به گذشت زمان دارد. برای مثال یکی از اهداف ممکن است به این صورت باشد: مددجو کاهش عصبانیت در ارتباط با خدا را در طی دو هفته نشان دهد. ارزیابی چنین هدفی نیازمند این است که پرستار از مددجو بخواهد احساس عصبانیت و دیسترس معنوی خود را بیان کند یا علایم قابل مشاهده کاهش دیسترس معنوی را مشاهده کند البته اگر پرستار این موارد را فقط به طور ذهنی بدون این- که مددجو به طور واقعی بیان کند ارزیابی کند ارزیابی این هدف ناکامل است. هرچند که ارزیابی مراقبت

⁶⁷ Touch

⁶⁸ Self-awareness enhancement

⁶⁹ Music Therapy

⁷⁰ Evaluation

معنوی باید به وسیله هر بیمار بر اساس نیازهای معنوی بیمار و پی آمد مورد نظر ارزیابی گردد. وقتی که نیازهای معنوی و فرهنگی بیمار و خانواده به طور رضایت بخشی برآورده شود به پی آمد مورد نظر رسیده ایم بنابراین لازم است بعد از ترخیص مددجو، طرح ترخیص پیگیری شود (۶، ۱۵، ۴۲).

گام پنجم: مستند کردن^{۷۱}

مانند همه مراقبت‌های پرستاری، ثبت مراقبت‌های معنوی نیز ضروری است. پرستاران باید از اهمیت ثبت مراقبت‌های معنوی آگاه باشند (۱۵).

منابع معنویت^{۷۲}:

۱- اعتقادات مذهبی: اعتقادات مذهبی (مانند اعتقاد به زندگی پس از مرگ و اعتقاد به معجزه،...)، یک منبع مهم معنویت است (۱۶، ۲۹، ۳۶).

۲- مراقبت معنوی / مذهبی^{۷۳}: مراقبت‌هایی است که توسط روحانیون در پاسخ به نیازهای مذهبی و معنوی مددجویان انجام می‌شود (۹).

۳- ایمان و ارتباط و توکل به خدا^{۷۴}: یکی از منابع قوی برای مسلمانان توکل و ایمان به خدا و تسلیم خواست او بودن می‌باشد (۱۶، ۳۶).

۴- نماز و دعا: نماز و عبادت در ارتباط با خداست و می‌تواند رسمی یا غیر رسمی انجام شود و برای شفا و بهبودی بیمار مرکزیت داشته باشد. عبادت پرستار با بیمار و برای بیمار می‌تواند به عنوان یک مراقبت معنوی مهم باشد. عبادت می‌تواند به عنوان یک منبع مهم آرامش و آسایش برای یک فرد بیمار و خانواده او باشد (۹، ۱۶، ۳۶، ۵۰).

۵- کتاب مقدس یا آسمانی^{۷۵}: کتاب مقدس یا آسمانی یا سخن خدا دارای اصول و راهنمای مذهب است. خواندن کتاب مقدس یا آسمانی می‌تواند باعث احساس آسایش برای بیمار و خانواده او شود و یک بعد مهم از مراقبت معنوی است (۹) بنابراین لازم است کتب متبرک مورد نیاز در دسترس خانواده قرار گیرند.

۶- آداب و رسوم مذهبی^{۷۶}: آداب و رسوم مذهبی مجموعه‌ای از رفتارهایی هستند که نشان‌دهنده اعتقادات و معنویت فرد می‌باشند. شرکت در مراسم مذهبی می‌تواند در بهبودی مددجو تاثیر عمیقی داشته باشد و به عنوان یکی از مراقبت‌های معنوی در نظر گرفته می‌شود (۹).

۷- اشیاء عبادتی^{۷۷}: مواردی هستند که برای عبادت کردن بکار می‌روند مانند استفاده از تسبیح برای نام خدا را گفتن یا قرآن خواندن، اینها موارد با اهمیت برای مددجو می‌باشد که پرستار باید به این

⁷¹ Documentation

⁷² Spiritual and religious resources

⁷³ Pastoral care

⁷⁴ Put your faith in god

⁷⁵ scripture

⁷⁶ Religious rituals

موارد احترام بگذارد(۹). ممکن است مادری بخواهد در بالین نوزادش قرآن بخواند یا تسبیح بگوید یا اینکه پارچه متبرکی را بر بالین نوزادش قرار دهد که در چنین مواردی لازم است پرستار به اعتقادات خانواده احترام بگذارد.

۸- **موزیک مقدس یا معنوی:** موزیک باید بیانی از عمق و احساس معنویت مددجو و متناسب با فرهنگ و مذهب او باشد(۹) برای مددجویان ایرانی گوش کردن به آوای قرآن می‌تواند عاملی برای آرامش معنوی باشد.

۹- **توسل به ائمه اطهار:** توسل پیدا کردن به ائمه اطهار یکی از منابع معنوی قوی در بین مددجویان می‌باشد.

۱۰- برای عده‌ای خانواده، دوستان، اقوام و آشنایان ممکن است منبعی برای تامین حمایت معنوی باشند(۳۶).

چه کسی باید مراقبت معنوی را فراهم کند؟

هیچ متونی به طور اختصاصی به این سوال نپرداخته است اما از نتایج متون می‌توان موارد ذیل را استنباط کرد:

- مراقبت معنوی به طور اولیه به وسیله پرستاران سازمان‌دهی می‌شود.
- در اغلب متون از درگیری رشته‌های مختلف مانند پرستاری، پزشکی، روحانیون، مددکار اجتماعی، روانشناسان یا مشاوران^{۷۸} و متخصص مراقبت تسکینی ذکر شده است(۱۶, ۲۴, ۲۹).

ویژگی‌های مراقبت‌دهنده معنوی:

- می‌تواند مراقبت معنوی به اشخاص با هر مذهب یا دیدگاه فلسفی را ارائه کند.
- قادر است در یک ارتباط همراه با احترام وارد شده و اعتماد مددجو را جلب کرده و همچنین به مددجو اعتماد کند.
- افراد با باورهای مختلف را پذیرفته و مورد احترام قرار می‌دهد.
- تجارب انسانی را می‌فهمد و قادر به یکدلی است.
- قادر است سیگنال‌های کلامی و غیر کلامی افراد و گروهها را درک کند.
- در زمینه بررسی نیازهای معنوی، دیدگاه زندگی، درک بیماری و نقص و چگونگی برخورد مردم با آن‌ها مهارت دارد.
- قادر به برقراری ارتباط در زمینه مسائل وجودی، و درک معنا و مذهب است.
- می‌تواند با عواطف فرد و دیگران مقابله کند.
- قادر است یک تعادل درست از نظر فاصله و نزدیک بودن با مددجو داشته باشد.
- در برقراری مکالمات مرتبط و مهارت‌های ارتباط درمانی، شایستگی دارد.
- قادر به برقراری ارتباط کلامی و غیر کلامی براساس سمبول‌ها و تصورات دیدگاه زندگی است.
- قادر به انجام کار در موقعیت‌های بحرانی است.

⁷⁷ Devotional article

⁷⁸ counsellors

- در جستجوی راهنمایی و کمک مناسب و فراهم کردن آنها برای مددجویان پشتکار دارد.
- قادر است بار زیاد روانی را تحمل کند.
- قادر به برقراری ارتباط با همکاران و دیگر فراهم کنندگان مراقبت است.
- قادر است در یک موقعیت بین حرفه‌ای براساس مسئولیت‌ها و موقعیت اداری خودش کار کند.
- قادر است با همکاران و دیگر فراهم کنندگان مراقبت ارتباط برقرار کند .
- قادر است با حفظ عقاید خود یک نگرش باز و قابل احترام به دیگر عقاید هم داشته باشد.
- قادر است بحث‌ها را هدایت کند و مسئول جلسات و گروه‌های کاری است.
- قادر است در بحث‌های ایدئولوژیک و دین‌شناسی شرکت کند (۴۰، ۵۱).

یک مراقبت دهنده معنوی باید دانش در یک سطح آکادمیک در نواحی زیر داشته باشد:

- آگاهی از مذهب، نژاد، اخلاق، کلام، مطالعات انسانی و فرهنگ
- آگاهی از اثرات مذهب و دیدگاه زندگانی در جامعه و زندگی شخصی افراد
- آگاهی از عقیده شخصی و توسعه آن
- آگاهی از کتب مقدس و سنت‌ها
- آگاهی از ادیان مرتبط
- آگاهی از رسومات، سمبول‌ها و آیین نماز و دعا
- آگاهی از امکانات و محدودیت‌های مراقبت معنوی
- آگاهی از متودولوژی مراقبت معنوی (تشخیص، تفسیر، و متدهای درمانی)
- آگاهی از پویایی گروه و فرآیند گروه
- آگاهی از روش‌های ارتباطی و آموزشی
- دانش کافی از رشته‌های مرتبط مانند روان‌شناسی، روان درمانی، انسان‌شناسی، مددکار اجتماعی، جامعه‌شناسی، آموزش و جامعه‌شناسی (۴۰، ۵۲).

دانش مرتبط با بالین^{۷۹} در مراقبت‌دهنده معنوی:

- آگاهی از تاریخچه موسسه
- آگاهی از اخلاق و کاربرد آن در مراقبت سلامتی
- بینش نسبت به مفاهیم مراقبت و سیاست اخلاق موسسه
- آگاهی از تحولات مربوطه در مراقبت‌های بهداشتی
- آگاهی از بیماری‌ها و معلولیت‌ها ، برداشت از آنها و آگاهی از نحوه برخورد افراد با آنها
- بینش نسبت به وظایف دیگر فراهم کنندگان مراقبت
- بینش نسبت به معیارها و نرم‌های کیفیت مراقبت معنوی

➤ آگاهی از نقشه منطقه از نظر اجتماعی، مذهبی و زندگی (۴۰).

کدهای حرفه برای مراقبت دهنده‌های معنوی در موسسات^{۸۰}:

- یک مراقبت دهنده معنوی به منحصر به فرد بودن هر شخص احترام بگذارد. هر فرد یک حق برای مراقبت معنوی صرف‌نظر از ریشه نژادی، سن، جنس، ترجیحات سیاسی، سبک و شیوه زندگی، اعتقادات و موقعیت اجتماعی بیمار دارد.
- یک مراقبت دهنده در قبال افرادی که برای آن‌ها مراقبت انجام می‌دهد مسئول است.
- یک مراقبت دهنده معنوی از مهارت یا موقعیت خود سوء استفاده نمی‌کند.
- یک مراقبت دهنده معنوی به طور شخصی، برای عملکرد حرفه‌ای خودش مسئول است، بنابراین لازم است سطح دانش، نگرش، مهارت‌ها و معنویت خود را در سطح مناسب نگه دارد.
- یک مراقبت دهنده معنوی باید دیدگاه شخصی خود در زندگی را به طور واضح و صحیح بیان کند و نسبت به اعتقادات دیگران دیدگاه باز داشته و اهمیت حفظ معنویت خود را مد نظر داشته باشد.
- یک مراقبت دهنده معنوی نباید باعث بدنامی حرفه گردد (۴۰).

اصول اخلاقی مراقبت معنوی در ارتباط با مددجویان:

- ارتباط پرستار معنوی با مددجو باید همراه با احترام باشد.
- یک مراقبت دهنده معنوی اطمینان دهد که تماس بین یک مراقبت دهنده معنوی و مددجو می‌تواند شروع، ادامه و خاتمه آزاد داشته باشد. یک بیمار حق دارد راهنمایی یا مراقبت را در هر مرحله از زمان خاتمه دهد. یک مراقبت دهنده معنوی حق ندارد راهنمایی یا مراقبت را قطع کند مگر این‌که علت قابل قبول وجود داشته باشد. وقتی که مراقبت دهنده معنوی لازم است به تماس خاتمه دهد باید انگیزه این تصمیم را به صورت قابل فهم برای مددجو بیان کند. همچنین باید تمایل داشته به بیماران توصیه‌های مناسب را بنماید و در صورت نیاز مددجو را ارجاع نماید.
- علایق شخصی مراقبت دهنده معنوی نباید در شروع، ادامه یا خاتمه تماس نقش داشته باشد.
- هر مراقبت دهنده معنوی با مواردی سرو کار دارد که به دایره شخصی بیمار مربوط می‌شود، بنابراین باید محدودیت‌ها را به طور مناسب در نظر گرفته و به مددجو احترام بگذارد.
- یک مراقبت دهنده معنوی، در طی راهنمایی و مراقبت باید فقط یک ارتباط کاری با مددجو داشته باشد و نباید هرآرزوی دیگری را بیان کند. باید برای تمامیت فیزیکی و عاطفی مددجو احترام قایل شود.
- یک مراقبت دهنده معنوی فقط اطلاعاتی را جمع‌آوری کند که به شخص و مشکل مددجو مربوط بوده و برای راهنمایی و کمک ضروری است.
- یک مراقبت دهنده معنوی باید فعالیت‌های حرفه‌ای را ثبت کند به طوری دیگر اعضای تیم بین حرفه‌ای بتوانند در صورت نیاز به آن دسترسی داشته باشند.

⁸⁰ Professional code for spiritual caregivers in care institutions

➤ وظیفه مراقبت دهنده معنوی است که رازدار باشد تا مددجو بتواند به او اعتماد کند (۴۰، ۴۵، ۵۱).

مکان مناسب جهت عبادت در بیمارستان

- در بیمارستان باید مکان مناسب جهت نماز، دعا و آداب و رسوم مذهبی در نظر گرفته شود.
- این مکان‌ها ۲۴ ساعته باز باشند.
- فضا در حدی باشد که ۲۰ نفر در حالت نشسته بتوانند در آنجا قرار بگیرند.
- امکان استفاده از سمبول‌های خاص مذهبی وجود داشته باشد.
- جهت استفاده از مکان راهنماهای لازم نصب گردد (مانند قدم زدن در بین افرادی که در حال دعا کردن هستند،...).
- دسترسی به کتب مقدس آسمانی مانند قرآن و کتب ادعیه وجود داشته باشد (۵۲).

حمایت از کارکنان تیم مراقبت معنوی:

- کارکنانی که از دیسترس شخصی در ارتباط با مراقبت از بیمار، یا حتی در اثر موارد شخصی زجر می‌برند به حمایت معنوی، مناسب دسترسی داشته باشند.
- ایجاد فرصت‌های منظم بحث، در زمینه خوب بودن معنوی و نیاز به هرنوع حمایت، برای کارکنانی که در زمینه داغداری کار می‌کنند.
- سیاست‌های سازمانی در جهت، فراهم کردن حمایت معنوی مناسب برای کارکنانی که دیسترس-های شخصی یا موارد مرتبط با کار را تجربه کرده‌اند.

References:

1. Bhatia J. Palliative care in the fetus and newborn. Journal of perinatology : official journal of the California Perinatal Association. 2006;26 Suppl 1:S24-6; discussion S31-3. Epub 2006/04/21.
2. NCPfQP. Clinical practice guidelines for quality palliative care. The Kansas Nurse. 2004;79(9):16.
3. Ahern K. What Neonatal Intensive Care Nurses Need to Know About Neonatal Palliative Care. Advances in Neonatal Care. 2013;13(2):108-14.
4. Eden LM, Callister LC. Parent involvement in end-of-life care and decision making in the newborn intensive care unit: an integrative review. The Journal of perinatal education. 2010;19(1):29.
5. Reid S, Bredemeyer S, van den Berg C, Cresp T, Martin T, Miara N. Palliative care in the neonatal nursery: Guidelines for neonatal nurses in Australia. Neonatal, Paediatric & Child Health Nursing. 2011;14(2):2.
6. McSherry W. Making sense of spirituality in nursing and health care practice: An interactive approach: Jessica Kingsley Publishers; 2006.
7. Trust N. Religious, Spiritual, Pastoral & Cultural Care A GUIDE FOR STAFF IN PROVIDING GOOD Religious, Spiritual, Pastoral & Cultural Care. <http://nwwsdevonhc-trswestnhsuk/intranethhtm>.
8. Holloway M, Adamson S, McSherry W, Swinton J. Spiritual Care at the End of Life Universities of Hull, Staffordshire and Aberdeen. 2010.
9. O'Brien ME. Spirituality in nursing: Jones & Bartlett Publishers; 2013.
10. شمساپی ع. سلامت معنوی: چارچوب، محدوده و مولفه های مبتنی برآموزه های اسلام فصلنامه برنامه ریزی رفاه و توسعه اجتماعی. ۹۲-1-25(14)
11. رهگذر م. نگرش پرستاران به معنویت و مراقبت معنوی. فصلنامه پژوهشکده علوم بهزیستی جهاد دانشگاهی. ۱۳۸۷؛ ۸(۱):۳۷-۱.
12. NCPfQP. Clinical practice guidelines for quality palliative care: National Consensus Project for Quality Palliative Care; 2009.
13. Rassool GH. The crescent and Islam: healing, nursing and the spiritual dimension. Some considerations towards an understanding of the Islamic perspectives on caring. Journal of advanced nursing. 2000;32(6):1476-84.
14. Koenig HG. Spirituality, wellness, and quality of life. Sexuality, Reproduction and Menopause. 2004;2(2):76-82.
15. Mauk KL, Schmidt NA. Spiritual care in nursing practice: Lippincott Williams & Wilkins; 2004.
16. Edwards A, Pang N, Shiu V, Chan C. The understanding of spirituality and the potential role of spiritual care in end-of-life and palliative care: a meta-study of qualitative research. Palliative medicine. 2010;24(8):753-70. Epub 2010/07/28.
17. Network EMC. Delivering the Supportive and Palliative Care Improving Outcomes Guidance (IOG) across the East Midlands. 2010.
18. Network SIG, Harbour RT, Forsyth L. SIGN 50: a guideline developer's handbook: Scottish Intercollegiate Guidelines Network; 2008.
19. Williams C, Munson D, Zupancic J, Kirpalani H. Supporting bereaved parents: practical steps in providing compassionate perinatal and neonatal end-of-life care. A North American perspective. Seminars in fetal & neonatal medicine. 2008;13(5):335-40. Epub 2008/05/13.
20. CANADIAN, PAEDIATRIC, SOCIETY, STATEMENT. Guidelines for health care professionals supporting families experiencing a perinatal loss. Paediatr Child Health. 2001;6(7).
21. Bremner I. Reactions to loss. Medicine. 2008;36(2):114-7.

22. Larcher V. Ethical considerations in neonatal end-of-life care. *Seminars in fetal & neonatal medicine*. 2013;18(2):105-10. Epub 2012/12/04.
23. Guillaume S, Michelin N, Amrani E, Benier B, Durrmeyer X, Lescure S, et al. Parents' expectations of staff in the early bonding process with their premature babies in the intensive care setting: a qualitative multicenter study with 60 parents. *BMC pediatrics*. 2013;13(1):18.
24. Brosig CL, Pierucci RL, Kupst MJ, Leuthner SR. Infant end-of-life care: the parents' perspective. *Journal of perinatology : official journal of the California Perinatal Association*. 2007;27(8):510-6. Epub 2007/04/20.
25. Hall C, Hudson P, Boughey A. Bereavement support standards for specialist palliative care services. Melbourne, Australia: Department of Health, State Government of Victoria; 2012.
26. Mani R, Amin P, Chawla R, Divatia J, Kapadia F, Khilnani P, et al. Guidelines for end-of-life and palliative care in Indian intensive care units: ISCCM consensus Ethical Position Statement. *Indian Journal of Critical Care Medicine*. 2012;16(3):166.
27. Henley A, Schott J. The death of a baby before, during or shortly after birth: good practice from the parents' perspective. *Seminars in fetal & neonatal medicine*. 2008;13(5):325-8. Epub 2008/05/03.
28. Meert KL, Thurston CS, Briller SH. The spiritual needs of parents at the time of their child's death in the pediatric intensive care unit and during bereavement: a qualitative study. *Pediatric critical care medicine : a journal of the Society of Critical Care Medicine and the World Federation of Pediatric Intensive and Critical Care Societies*. 2005;6(4):420-7. Epub 2005/06/29.
29. Rosenbaum JL, Smith JR, Zollfrank R. Neonatal end-of-life spiritual support care. *The Journal of perinatal & neonatal nursing*. 2011;25(1):61-9; quiz 70-1. Epub 2011/02/12.
30. Catlin A, Carter B. Creation of a neonatal end-of-life palliative care protocol. *Neonatal Network: The Journal of Neonatal Nursing*. 2002;21(4):37-49.
31. Davies R. Mothers' stories of loss: their need to be with their dying child and their child's body after death. *Journal of child health care : for professionals working with children in the hospital and community*. 2005;9(4):288-300. Epub 2005/11/09.
32. کاظمی، ع. تحلیل شرایط بیماران در آستانه مرگ، مراقبتهای پایان حیات و اطرافیان بیمار مشرف به موت و توجه به توصیه های موجود. *مجله ایرانی اخلاق و تاریخ پزشکی*. ۱۳۹۱؛ ۵(۲):۵۶-۴۵.
33. Directors NBo. *Palliative Care for Newborns and Infants*. 2010.
34. Gold KJ. Navigating care after a baby dies: a systematic review of parent experiences with health providers. *Journal of perinatology : official journal of the California Perinatal Association*. 2007;27(4):230-7. Epub 2007/03/23.
35. Branchett K, Stretton J. Neonatal palliative and end of life care: What parents want from professionals. *Journal of Neonatal Nursing*. 2012;18(2):40-4.
36. Robinson MR, Thiel MM, Backus MM, Meyer EC. Matters of spirituality at the end of life in the pediatric intensive care unit. *Pediatrics*. 2006;118(3):e719-29. Epub 2006/09/05.
37. Hudson P, Remedios C, Zordan R, Thomas K, Clifton D, Crewdson M, et al. Guidelines for the psychosocial and bereavement support of family caregivers of palliative care patients. *Journal of palliative medicine*. 2012;15(6):696-702.
38. Department of Health N. *Draft Spiritual Support and Bereavement Care Quality Markers and Measures for End of Life Care*. 2008.
39. Hall C, Hudson P, Boughey A. Bereavement support standards for specialist palliative care services. Department of Health, State Government of Victoria, Melbourne: Victorian Government; 2012.
40. Zorginstellingen VvGVi. *Professional Standard of the Netherlands Association of Spiritual Caregivers in Care Institutions*. 2005.
41. Pesut B. Fundamental or foundational obligation?: Problematizing the ethical call to spiritual care in nursing. *Advances in Nursing Science*. 2006;29(2):125-33.

42. Rieg LS, Mason CH, Preston K. Spiritual care: practical guidelines for rehabilitation nurses. *Rehabilitation Nursing*. 2006;31(6):249-56.
43. Mitchell D. Spiritual and cultural issues at the end of life. *Medicine*. 2008;36(2):109-10.
44. Stryker R. Spiritual Care: An Unexpected Lesson. *Journal of Christian Nursing*. 2010;27(1):28-31.
45. Tanyi RA. Spirituality and family nursing: spiritual assessment and interventions for families. *Journal of advanced nursing*. 2006;53(3):287-94.
46. شجاعی، م. نظریه نیازهای معنوی از دیدگاه اسلام و تناظر آن با سلسله مراتب نیازهای مازلو. *دوفصلنامه مطالعات اسلام و روانشناسی*. ۱۳۸۶؛ ۱(۱):۱۱۶-۸۷.
47. Cavendish R, Konecny L, Mitzeliotis C, Russo D, Luise BK, Medeiindt J, et al. Spiritual care activities of nurses using nursing interventions classification (NIC) labels. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*. 2003;14(4):113-24.
48. Iranmanesh S, Tirgari B, Cheraghi MA. Developing and testing a spiritual care questionnaire in the Iranian context. *Journal of religion and health*. 2012;51(4):1104-16.
49. Chan MF. Factors affecting nursing staff in practising spiritual care. *Journal of Clinical Nursing*. 2010;19(15-16):2128-36.
50. Catlin EA, Guillemin JH, Thiel MM, Hammond S, Wang ML, O'Donnell J. Spiritual and religious components of patient care in the neonatal intensive care unit: sacred themes in a secular setting. *Journal of perinatology: official journal of the California Perinatal Association*. 2000;21(7):426-30.
51. Collaboration Co. Common Code of Ethics for Chaplains, Pastoral Counselors, Pastoral Educators and Students. Retrieved September. 2004;16:2008.
52. Chaplaincy N. Meeting the religious and spiritual needs of patients and staff. Department of Health, London, England (November 2003). 2003.