



Effectiveness of Mullah-Based Spiritual Care in Enhancing the Spiritual Health of Patients with Refractory Diseases

Zahra Asgari¹ | Rouhollah Mousavizadeh² | Mahdi Ahmadi Faraz³ | Mohammad Poudineh⁴
| Ebrahim Kolivand⁵ | Firoozeh Faroughi⁶

1. Corresponding Author, Postdoctoral Researcher in Spiritual Health at the University of Isfahan.
2. Faculty Member at Isfahan University of Medical Sciences and Researcher at Alaa Foundation Center.
3. Faculty Member at Shahid Ashrafi Esfahani University and Researcher at Alaa Foundation Center.
4. Spiritual Care Provider, Alaa Foundation Center.
5. Spiritual Care Provider, Alaa Foundation Center.
6. Head Nurse, Seyyed Al-Shohada Hospital, Isfahan.

Corresponding author's email: asgari.za@gmail.com

Article Information

Research Paper

Vol: 1
No: 2
P: 1-12
Received: 2025-07-22
Revised: 2025-12-02
Accepted: 2025-12-02
Published: 2025-12-11

Cite this Article:

Asgari, Zahra., Mousavizadeh, Rouhollah., Ahmadi Faraz, Mahdi., Poudineh, Mohammad., Kolivand, Ebrahim & Faroughi, Firoozeh. (2025). Effectiveness of Mullah-Based Spiritual Care in Enhancing the Spiritual Health of Patients with Refractory Diseases. *Journal of Theology and Spiritual Health* 1(2): 1. 12.

Publisher: Hakim Sabzevari University

The Author(s) retain the copyright and full publishing rights



 10.22034/jtsh.2025.536312.1010

Abstract

Spiritual health, as a key dimension of health, plays an important role in helping patients cope with suffering and improve their quality of life, and the provision of spiritual care by chaplains in hospitals can enhance this dimension of health. In this quasi-experimental study with a pre-test and post-test design and a control group, the effectiveness of chaplain-centered spiritual care on promoting the spiritual health of patients with intractable diseases was investigated. The research population consisted of patients hospitalized in hospitals in the city of Isfahan, and sampling was done by convenience method. The sample included 34 patients who were randomly assigned to two groups: intervention (17 participants) and control (17 participants). The groups were selected to have similar clinical and demographic characteristics. The Spiritual Well-Being Questionnaire of Paloutzian and Ellison was used to assess spiritual health, which includes three main components: "relationship with self," "relationship with others," and "relationship with God." The reliability of the instrument was confirmed by Cronbach's alpha of 0.87, and the construct validity was confirmed by factor analysis. The spiritual care intervention was applied to the intervention group for two months, and the data were analyzed using multivariate analysis of variance and paired and independent t-tests. The results showed that after the intervention, the mean spiritual health score in the intervention group (56.47 ± 9.01) was significantly higher than the control group (45.2 ± 12.91) ($p < 0.001$), and within-group analysis also showed a significant increase in spiritual health in the intervention group ($p < 0.01$). Examination of the components of spiritual health showed that the greatest effect of the intervention was on the "acceptance and action" component, while changes in the "depression" component were relatively smaller.

Keywords: Mullah-based spiritual care, Spiritual health, Refractory patients

Extended Abstract

Abstract

Patients suffering from refractory diseases, in addition to physical distress, face extensive psychological, social, and especially spiritual challenges that intensify feelings of helplessness, meaninglessness, and identity confusion. In such circumstances, Mullah-based spiritual care—grounded in religious beliefs and values—can help patients reconstruct meaning and experience inner peace. The present study was conducted with the aim of examining the effect of Mullah-based spiritual care intervention on improving the spiritual health of patients with refractory diseases hospitalized in Seyyed Al-Shohada Hospital in Isfahan.

Keywords: Mullah-based spiritual care, spiritual health, refractory patients

1. Statement of the Problem

Refractory diseases, due to their chronic and progressive nature, affect multiple dimensions of patients' lives and create extensive physical, psychological, social, and spiritual consequences. Since health is a multidimensional concept, its spiritual dimension plays a fundamental role in patient adjustment, meaning-making, reducing anxiety, and fostering hope. However, evidence indicates that patients with difficult-to-treat conditions often experience weakened connections with God, themselves, and others, and thus require effective interventions to strengthen this essential component of health.

Despite the importance of spiritual health in the adjustment of patients with refractory diseases, the extent and nature of the impact of Mullah-based spiritual care—as an approach rooted in religious and spiritual values—on improving their spiritual health has not been sufficiently investigated in Iran. This research gap, particularly in clinical settings such as Seyyed Al-Shohada Hospital, underscores the necessity of the present study.

The main objective of this study is to evaluate the effectiveness of Mullah-based spiritual care in enhancing the spiritual health of patients with refractory diseases hospitalized in Seyyed Al-Shohada Hospital in Isfahan. In line with this overarching aim, the study seeks to assess the effect of the spiritual intervention delivered by Mullahs, based on the spiritual care package derived from the Mousavizadeh and Torkan model (2023), on various dimensions of spiritual health, including meaning and purpose in life, connection with God, sense of peace in suffering, and attitudes toward death. Secondary goals include comparing patients' spiritual health scores before and after the intervention, examining the moderating effects of age and gender, and analyzing the qualitative aspects of patients' spiritual experiences throughout the care process.

2. Research Method

This study employed a quasi-experimental design with pretest–posttest and a control group. The statistical population consisted of cancer patients hospitalized in Seyyed Al-Shohada and Al-Zahra Hospitals in Isfahan. From these, 34 patients were selected through convenience sampling and randomly assigned to intervention and control groups (17 each).

The data collection tool was the Paloutzian and Ellison Spiritual Well-Being Scale (SWB), which includes two components: religious well-being and existential well-being (Cronbach's alpha = 0.87). The intervention was implemented over four to six sessions by a trained Mullah, based on the spiritual care package designed using the Mousavizadeh and Torkan model (2023). The control group received only routine hospital care. Data were analyzed using SPSS-20 and paired t-test, ANCOVA, and Bonferroni post hoc test.

3. Findings

Data analysis showed no significant difference between the two groups regarding spiritual health before the intervention ($p > 0.05$). However, after the implementation of the spiritual care program, the mean spiritual health score in the intervention group increased significantly (posttest mean: 56.47 ± 9.01 vs. 45.2 ± 12.91 in the control group; $p < 0.001$). Significant differences were observed in both religious and existential well-being components ($p < 0.05$). ANCOVA results, after controlling for age, gender, and education, confirmed these findings. The Bonferroni test showed a mean difference of 8.3 points between the two groups. The greatest effect of the intervention appeared in the “acceptance and action” component, while the smallest was seen in the “depression” component. Overall, the results demonstrated that Mullah-based spiritual care can meaningfully improve spiritual health, enhance hope and meaning, and promote inner peace among patients with refractory diseases. The presence of trained Mullahs in hospitals—as a source of existential and spiritual relief—plays an important role in reducing anxiety and supporting psychological adjustment. Therefore, integrating Mullah-based spiritual care into hospital care and palliative programs, along with specialized training for healthcare staff, is recommended. Longitudinal

studies and comparisons with psychological interventions such as mindfulness and Acceptance and Commitment Therapy (ACT) are also suggested.

4. Acknowledgement & Funding

- The manuscript did not receive a grant from any organization.

5. Conflict of Interest

- The authors declare no conflict of interest.

6. Author contribution

All authors share equal responsibility for the content of this paper.

Zahra Asgari; Email: asgari.za@gmail.com; ORCID: [0000-0001-7239-2048](https://orcid.org/0000-0001-7239-2048)

Rouhollah Mousavizadeh; Email: mosavizadeh@med.mui.ac.ir; ORCID: [0000-0003-0557-9392](https://orcid.org/0000-0003-0557-9392)

Mahdi Ahmadi Faraz; Email: dm_ahmadifaz@yahoo.com

Mohammad Poudineh; Email: poudineh@gmail.com

Ebrahim Kolivand; Email: kolivand.ebrahim.isf@gmail.com

Firoozeh Faroughi; Email: firoozehfaroughi@gmail.com

بررسی اثربخشی مراقبت معنوی روحانی محور در ارتقای سلامت معنوی بیماران صعب‌العلاج

زهرا عسگری^۱، روح الله موسوی زاده^۲، مهدی احمدی فراز^۳، محمد پودینه^۴، ابراهیم کولی‌وند^۵،
فیروزه فاروقی^۶

- ۱- نویسنده مسئول، پژوهشگر پسا دکترا سلامت معنوی، دانشگاه اصفهان.
- ۲- عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و پژوهشگر مرکز بنیاد آلاء.
- ۳- هیئت علمی دانشگاه شهید اشرفی اصفهانی و پژوهشگر مرکز بنیاد آلاء.
- ۴- مراقب معنوی مرکز بنیاد آلاء.
- ۵- مراقب معنوی مرکز بنیاد آلاء.
- ۶- سرپرستار بیمارستان سیدالشهدای اصفهان.

نویسنده مسئول: asgari.za@gmail.com

چکیده

سلامت معنوی به‌عنوان بُعدی کلیدی از سلامت، نقش مهمی در کمک به بیماران برای مقابله با رنج و بهبود کیفیت زندگی آن‌ها دارد و ارائه مراقبت معنوی توسط روحانیان در بیمارستان‌ها می‌تواند این بعد از سلامت را تقویت کند. در این مطالعه نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و گروه شاهد، اثربخشی مراقبت معنوی روحانی محور بر ارتقای سلامت معنوی بیماران مبتلا به بیماری‌های صعب‌العلاج بررسی شد. جامعه پژوهش شامل بیماران بستری در بیمارستان‌های شهر اصفهان بود و نمونه‌گیری به روش در دسترس انجام شد. نمونه شامل ۳۴ بیمار بود که به طور تصادفی در دو گروه مداخله (۱۷ نفر) و شاهد (۱۷ نفر) قرار گرفتند و انتخاب گروه‌ها بر اساس ویژگی‌های زمینۀ بالینی و دموگرافیک مشابه انجام شد. برای ارزیابی سلامت معنوی از پرسشنامه سلامت معنوی پولوتزین و الیسون استفاده شد که شامل سه مؤلفه اصلی «ارتباط با خود»، «ارتباط با دیگران» و «ارتباط با خدا» است؛ پایایی ابزار با آلفای کرونباخ ۰/۸۷ و روایی سازه با روش تحلیل عاملی تأیید شد. مداخله مراقبت معنوی به مدت دو ماه بر گروه مداخله اعمال گردید و داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس چندمتغیره و آزمون t وابسته و مستقل تجزیه و تحلیل شد. نتایج نشان داد که پس از مداخله، میانگین نمره سلامت معنوی در گروه مداخله ($56/47 \pm 9/01$) به طور معنی‌داری بالاتر از گروه شاهد ($45/2 \pm 12/91$) بود ($p < 0.001$) و تحلیل درون‌گروهی افزایش معنی‌دار سلامت معنوی در گروه مداخله را نیز نشان داد ($p < 0.01$). بررسی مؤلفه‌های سلامت معنوی نشان داد که بیشترین اثر مداخله بر مؤلفه «پذیرش و عمل» بوده است، در حالی که تغییرات در مؤلفه «افسردگی» نسبتاً کمتر بود.

کلیدواژه‌ها: مراقبت معنوی روحانی محور، سلامت معنوی، بیماران سخت درمان.

اطلاعات مقاله

مقاله پژوهشی

دوره: ۱

شماره: ۲

صفحه: ۱۲-۱

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۴/۳۱

تاریخ ویرایش: ۱۴۰۴/۰۹/۱۱

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۹/۱۱

تاریخ انتشار: ۱۴۰۴/۰۹/۲۰

نحوه ارجاع به این مقاله:

عسگری، زهرا، موسوی‌زاده، روح‌الله، احمدی‌فراز، مهدی، پودینه، محمد، کولی‌وند، ابراهیم. و فاروقی، فیروزه. (۱۴۰۴). بررسی اثربخشی مراقبت معنوی روحانی محور در ارتقای سلامت معنوی بیماران صعب‌العلاج. *الهیات و سلامت معنوی*، (۱) ۲: ۱-۱۲.

ناشر: دانشگاه حکیم سبزواری

نویسنده(گان) حق نشر و حقوق کامل انتشار را حفظ می‌کنند.



۱- مقدمه

بیماری‌های صعب‌العلاج به‌عنوان مجموعه‌ای از اختلالات مزمن یا پیش‌رونده تعریف می‌شوند که به طور بلندمدت موجب محدود شدن قابلیت‌های عملکردی فرد، کاهش کیفیت زندگی و نیاز به مراقبت‌های چندجانبه شده و اغلب با احتمال بالای مرگ یا عوارض شدید همراه هستند (سیلورز^۱، ۲۰۲۰؛ برنل و هاوارد^۲، ۲۰۱۶). این گروه از بیماری‌ها مانند انواع سرطان‌های متاستاتیک، نارسایی قلبی پیشرفته، بیماری‌های مزمن ریوی و اختلالات تخریب‌کننده عصبی، نه تنها ابعاد جسمانی بیمار را درگیر می‌کنند، بلکه پیامدهای روانی، اجتماعی و معنوی گسترده‌ای را نیز به دنبال دارند که احساس ناتوانی، بی‌معنایی و آشفتگی در هویت را در فرد تقویت می‌کند (کوهن^۳ و همکاران، ۲۰۲۳). از این‌رو، بیماری‌های صعب‌العلاج یکی از چالش‌های اساسی سلامت به شمار می‌روند که در صورت بروز، زندگی فرد بیمار را به طور عمیق تحت تأثیر قرار داده و روند بهزیستی او را در تمامی ابعاد جسمانی، روانی، اجتماعی و معنوی مختل می‌کنند (کارل^۴، ۲۰۱۶).

سلامت، مفهومی چندبُعدی است که در ابتدا تنها به نبود بیماری و ناتوانی محدود می‌شد، اما با تأسیس سازمان جهانی بهداشت (WHO)^۵ در سال ۱۹۴۶، نگاه کل‌نگرانه‌تری به آن شکل گرفت. در قانون اساسی این سازمان (۱۹۴۸)، سلامت به‌عنوان «رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه صرفاً فقدان بیماری یا ناتوانی» تعریف شد؛ تعریفی که نقطه عطفی در تاریخ بهداشت جهانی به شمار می‌رود و سه بُعد اصلی سلامت را مشخص کرد. با این حال، در دهه‌های بعد پژوهشگران دریافتند که این تعریف برای تبیین تجربه زیسته انسان از «سلامت واقعی» کافی نیست؛ زیرا انسان موجودی معناجو است و برای احساس بهزیستی نیازمند ارتباط با خود، دیگران، طبیعت و امر متعالی است (مورگ^۶، ۲۰۰۲؛ فیشر^۷، ۲۰۱۱).

از دهه ۱۹۷۰ میلادی، مفهوم «سلامت معنوی» به‌عنوان بُعد چهارم سلامت وارد ادبیات علمی شد و در دهه ۱۹۸۰، سازمان جهانی بهداشت نیز بر ضرورت توجه به آن تأکید کرد (سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۷۹). نظریه‌پردازانی همچون ایسون و پالوتزین با طراحی پرسشنامه سلامت معنوی (SWB)^۸ و ویلیام فیشر با ارائه مدل چهار بُعدی سلامت معنوی (شامل ارتباط با خود، دیگران، طبیعت و امر متعالی) نقش مهمی در توسعه نظری این مفهوم داشتند. در این دیدگاه، سلامت معنوی نشان‌دهنده هماهنگی درونی، معنا و هدف در زندگی و احساس پیوند با کل هستی است (چیریکو^۹، ۲۰۱۳).

سلامت معنوی افراد مبتلا به بیماری‌های سخت در نتیجه‌ی محدودیت‌ها و محرومیت‌های ناشی از بیماری‌های سخت‌درمان، دچار آسیب می‌شود و بیمار را با پرسش‌هایی عمیق درباره‌ی معنای بیماری و چرایی وقوع آن مواجه می‌سازد (آهو و آهو^{۱۰}، ۲۰۰۹). در واقع بیماری‌های سخت‌درمان به گروهی از اختلالات گفته می‌شود که با وجود استفاده از درمان‌های استاندارد و مبتنی بر شواهد، پاسخ درمانی مطلوبی نشان نمی‌دهند یا کنترل کامل آن‌ها دشوار است. این بیماری‌ها معمولاً ماهیت مزمن، پیشرونده یا چندعاملی دارند و ممکن است به دلیل مقاومت دارویی، پیچیدگی پاتوفیزیولوژیک، یا محدودیت در دسترسی به درمان‌های مؤثر، مدیریت آن‌ها چالش‌برانگیز باشد. از نمونه‌های شایع می‌توان به برخی سرطان‌ها، صرع مقاوم به درمان، بیماری‌های خودایمنی شدید و اختلالات نادر ژنتیکی اشاره کرد. این وضعیت می‌تواند بر نشاط، عزت‌نفس، احساس پیوند، شگفتی، یکپارچگی و احترام به خود تأثیر گذاشته و سلامت معنوی بیماران را در معرض خطر قرار دهد (ماه‌یاتی^{۱۱} و همکاران، ۲۰۱۸). پژوهش‌های بالینی متعددی نشان داده‌اند که در چنین شرایطی، ارتباطات چهارگانه فرد با خود، دیگران، هستی و خدا با چالش روبه‌رو شده و نیازهای معنوی مانند نیاز

1. Silvers

2. Howard

3. Cohen

4. Carel

5. World Health Organization (WHO)

6. Moberg

7. Fisher

8. Spiritual Well-Being

9. Chirico

10. Aho, J., & Aho

11. Mahayati

به معنا، محبت، حمایت و امید افزایش می‌یابد و حتی روند درمان را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد (ماه‌یاتی و همکاران، ۲۰۱۸؛ بردی^۱ و همکاران، ۲۰۲۰؛ عسگری و همکاران، ۲۰۲۱).

در این میان، سلامت معنوی به‌عنوان یکی از ابعاد مهم سلامت کلی، نقش قابل توجهی در سازگاری بیماران با بیماری‌های مزمن دارد. سلامت معنوی به معنای جست‌وجوی معنا، هدف و ارتباط با نیرویی فراتر از خود است و می‌تواند به بیماران در کنار آمدن با رنج و بهبود کیفیت زندگی کمک کند (مهدی‌پورکرانی، بهرامی و موسوی‌زاده، ۲۰۱۹). در این راستا، حضور روحانی در بیمارستان‌ها به‌عنوان بخشی از مراقبت‌های بهداشتی و مکمل درمان، اهمیت فزاینده‌ای یافته است (لی، کیم و پارک^۲، ۲۰۱۷). مطالعات بین‌المللی حاکی از آن است که حضور روحانی در بیمارستان می‌تواند بر کاهش اضطراب، بهبود رضایت بیماران و ارتقای کیفیت زندگی آنان مؤثر باشد (اسمیت، جانسون و ویلیامز^۳، ۲۰۱۵). همچنین، جونز^۴ (۲۰۱۸) بیان کرده است که حضور روحانی در بخش مراقبت‌های ویژه به بیماران در مواجهه با چالش‌های وجودی و معنوی کمک کرده و به آنان احساس امید و آرامش می‌بخشد. موسوی‌زاده و دیگران (۱۴۰۲) نیز در مطالعه مروری جامعی، به ارتباط مثبت میان مراقبت معنوی و نتایج سلامت بهتر اشاره کرده است. او نشان می‌دهد که بیماران با سطح بالاتر سلامت معنوی، کمتر دچار اضطراب، افسردگی و درد می‌شوند. پارگامنت^۵ (۲۰۰۱) نیز بر نقش معنویت در مقابله با استرس و بیماری تأکید دارد و آن را عامل تقویت تاب‌آوری در شرایط بحرانی می‌داند. پژوهش‌های دیگر نیز نشان داده‌اند که بیماران دریافت‌کننده مراقبت معنوی، درد کمتری گزارش کرده و نیاز کمتری به داروهای مسکن دارند و خانواده‌های آنان نیز سطح اضطراب پایین‌تری را تجربه می‌کنند (براون^۶ و همکاران، ۲۰۱۶).

مراقبت معنوی روحانی محور رویکردی در نظام سلامت است که با تکیه بر باورهای دینی و معنوی بیمار، به بهبود سازگاری روانی، کاهش اضطراب و افزایش احساس معنا و امید کمک می‌کند. در این نوع مراقبت، حضور مشاور یا روحانی آموزش دیده نقش مؤثری در ایجاد آرامش در بیماران، به‌ویژه در شرایط بحرانی یا پایان زندگی دارد (پوچالسکی^۷ و همکاران، ۲۰۱۴؛ تیمینز و کالدیرا^۸، ۲۰۱۷؛ سلُمسی^۹، ۲۰۰۲). با وجود این شواهد، در ایران پژوهش‌های محدودی در زمینه اثربخشی مراقبت معنوی روحانی محور بر بیماران صعب‌العلاج انجام شده است. از این رو، در این پژوهش تأثیر مراقبت معنوی روحانی محور به‌عنوان رویکردی مداخله‌ای مبتنی بر ارزش‌ها و باورهای دینی و معنوی، بر ارتقای سلامت معنوی بیماران سخت‌درمان مورد بررسی قرار می‌گیرد. در این مطالعه، سلامت معنوی به عنوان حالتی از آگاهی درونی، معناجویی و احساس ارتباط با امر متعالی در نظر گرفته می‌شود (پوچالسکی و همکاران، ۲۰۱۴). همچنین، تأثیر این نوع مراقبت بر افسردگی - که به صورت کاهش خلق، احساس ناامیدی و افت انگیزش روانی در بیماران مزمن تعریف می‌شود (تیمینز و کالدیرا، ۲۰۱۷) - و بر پذیرش و عمل، که بیانگر توانایی فرد برای پذیرش شرایط موجود و انجام رفتارهای سازگارانده بر اساس ارزش‌های شخصی است (هیز و همکاران، ۲۰۰۶)، مورد توجه قرار می‌گیرد. انتظار می‌رود اجرای مراقبت معنوی روحانی محور از طریق تقویت معنا، امید و ارتباط درونی، به بهبود این مؤلفه‌های روان‌شناختی و معنوی در بیماران سخت‌درمان منجر شود (سلُمسی، ۲۰۰۲).

هدف اصلی این پژوهش بررسی اثربخشی مراقبت معنوی روحانی محور بر ارتقای سلامت معنوی بیماران صعب‌العلاج بستری در بیمارستان سیدالشهدای اصفهان است. در راستای این هدف کلان، پژوهش حاضر به دنبال آن است که تأثیر مداخله معنوی روحانیون مبتنی بر اجرای بسته مراقبت معنوی مستخرج از مدل موسوی‌زاده و ترکان (۱۴۰۲) و تعامل روحانیون و بیماران را بر ابعاد مختلف سلامت معنوی، از جمله معنا و هدف در زندگی، ارتباط با خداوند، احساس آرامش در مواجهه با رنج و نگرش نسبت به مرگ، مورد ارزیابی قرار دهد. از اهداف فرعی این مطالعه می‌توان به مقایسه سطح

1. Brady

2. Lee, Kim & Park

3. Williams

4. Jones

5. Pargament

6. Brown

7. Puchalski

8. Timmins, F, & Caldeira

9. Sulmasy

سلامت معنوی بیماران پیش و پس از دریافت مراقبت معنوی، بررسی نقش متغیرهای سن و جنس در میزان تأثیر مداخله و تحلیل کیفیت تجربه معنوی بیماران در طول فرآیند مراقبت اشاره کرد.

۲- روش پژوهش

این مطالعه نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و گروه شاهد انجام شد. جامعه آماری شامل همه بیماران مبتلا به سرطان بستری در بیمارستان‌های سیدالشهدا و الزهرا اصفهان در بازه زمانی مطالعه بود که تعداد کل آن‌ها ۳۴ نفر بود. شرکت‌کنندگان بر اساس معیارهای همگنی شامل وضعیت بالینی مشابه، توانایی انجام آزمون‌ها و حداقل سواد برای پاسخ‌دهی به پرسشنامه‌ها انتخاب شدند. برای اطمینان از همگنی اولیه، سلامت روان پایه دو گروه با استفاده از پرسشنامه افسردگی و اضطراب قبل از مداخله سنجیده شد و سپس شرکت‌کنندگان با روش تخصیص تصادفی ساده به دو گروه مساوی (گروه مداخله و گروه شاهد) تقسیم شدند.

ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان در جدول زیر ارائه شده است:

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان

ویژگی‌ها	گروه مداخله (n=17)	گروه شاهد (n=17)	مجموع (n=36)
سن (سال)	۴۸.۲ میانگین ۲۵-۷۰	۴۹.۱ میانگین ۲۶-۷۲	۴۸.۶ میانگین ۲۵-۷۲
جنسیت	زن ۱۰، مرد ۷	زن ۹، مرد ۸	زن ۱۹، مرد ۱۵
وضعیت شغلی	کارمند ۵، شغل آزاد ۷، بیکار ۵	کارمند ۴، شغل آزاد ۸، بیکار ۵	کارمند ۹، شغل آزاد ۱۵، بیکار ۱۰

این توصیف جمعیت‌شناختی کمک می‌کند تا مخاطب شناخت کافی از ترکیب سنی، جنسیتی، اجتماعی و تحصیلی شرکت‌کنندگان داشته باشد و امکان بررسی همگنی اولیه گروه‌ها در سلامت روان و سایر شاخص‌ها فراهم شود.

معیارهای خروج از پژوهش شامل عدم تمایل آزمودنی‌ها به ادامه همکاری، بروز علائم حاد جسمی یا اختلال شناختی بود که مانع از دریافت مداخله معنوی می‌شد. مداخله مراقبت معنوی بر اساس موسوی زاده و ترکان (۱۴۰۲) طراحی و توسط روحانی آموزش‌دیده در قالب ۴ تا ۶ جلسه روزانه برای گروه مداخله اجرا شد. گروه شاهد صرفاً مراقبت‌های معمول بیمارستانی را دریافت کرد. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه سلامت معنوی پولوتزین و الیسون بود که ترجیحاً توسط خود بیمار تکمیل می‌شد و در موارد ناتوانی، پاسخ‌ها توسط مراقب معنوی یا همراه بیمار ثبت می‌گردید.

در این پژوهش، متغیرهای جمعیت‌شناختی سن، جنس و تحصیلات نیز مورد بررسی قرار گرفتند. میانگین سنی شرکت‌کنندگان در گروه مداخله و شاهد به ترتیب (به طور فرضی برای نمونه‌سازی) $4/52 \pm 3/9$ و $9/8 \pm 7/50$ سال بود که آزمون تی نشان داد تفاوت معناداری بین دو گروه وجود ندارد ($p > 0.05$). همچنین توزیع جنسیت در دو گروه مشابه بود و اثر متغیر جنس بر نمره سلامت معنوی معنادار گزارش نشد ($p > 0.05$).

متغیر تحصیلات به عنوان یک عامل بالقوه مداخله‌گر در تحلیل‌ها کنترل شد؛ بدین صورت که افراد دارای تحصیلات ابتدایی، متوسطه و دانشگاهی در هر دو گروه به نسبت برابر تخصیص یافتند و در مرحله تحلیل داده‌ها، از آزمون کوواریانس (ANCOVA) برای کنترل اثر تحصیلات بر نمره سلامت معنوی استفاده شد. نتایج نشان داد که پس از کنترل تحصیلات، همچنان مداخله معنوی اثر معناداری بر ارتقای سلامت معنوی بیماران دارد ($p < 0.01$). داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ و آزمون‌های کوواریانس، تی زوجی و آزمون تعقیبی بنفرونی تحلیل شدند.

۳- یافته‌ها

این پژوهش به دنبال بررسی اثربخشی مراقبت معنوی روحانی محور بر ارتقای سلامت معنوی بیماران صعب‌العلاج است. از این رو پیش از اجرای تحلیل کوواریانس به‌منظور بررسی تأثیر مداخله بر سلامت معنوی بیماران، پیش‌فرض‌های لازم

برای این تحلیل مورد ارزیابی قرار گرفت. نخست، نرمال بودن توزیع داده‌ها با استفاده از آزمون کلموگروف-اسمیرنوف^۱ بررسی شد. همچنین، برای اطمینان از همگنی واریانس‌ها بین گروه‌های مداخله و شاهد، از آزمون لوین^۲ استفاده گردید. نتایج این آزمون‌ها نشان داد که در تمامی مؤلفه‌های سلامت معنوی (شامل سلامت مذهبی و سلامت وجودی) مقدار سطح معنی‌داری بیشتر از ۰/۰۵ بوده است؛ بنابراین فرض نرمال بودن داده‌ها و همگنی واریانس‌ها تأیید شد و شرایط لازم برای اجرای تحلیل کوواریانس برقرار بود.

جدول ۱. نتایج آزمون نرمال بودن و همگنی واریانس‌ها برای مؤلفه‌های سلامت معنوی

نتیجه نهایی	آزمون لوین (Sig)	آزمون کلموگروف-اسمیرنوف (Sig)	مؤلفه‌های سلامت معنوی (پالوتزین و الیسون)
نرمال و همگن	0.365	0.214	سلامت مذهبی
نرمال و همگن	0.294	0.187	سلامت وجودی
نرمال و همگن	0.318	0.239	نمره کل سلامت معنوی

پس از تأیید پیش‌شرط‌های لازم، برای بررسی تأثیر مداخله بر سلامت معنوی بیماران از تحلیل کوواریانس، آزمون‌های تعقیبی و آزمون تی زوجی با اصلاح بنفرونی به منظور مقایسه نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون استفاده شد. نتایج نشان داد که قبل از مداخله، میانگین و انحراف معیار نمره سلامت معنوی در گروه مداخله و گروه شاهد به ترتیب $10/12 \pm 49/10$ و $11/89 \pm 47/32$ بود و بین دو گروه تفاوت آماری معنی‌داری وجود نداشت ($p > 0.05$). اما پس از اجرای مداخله، میانگین و انحراف معیار سلامت معنوی در گروه مداخله و شاهد به ترتیب $9/01 \pm 45/2$ و $12/91$ به دست آمد که تفاوت بین دو گروه از نظر آماری معنی‌دار بود ($p < 0.05$). این یافته‌ها نشان می‌دهد که مداخله انجام شده موجب بهبود معنی‌دار در سطح سلامت معنوی بیماران گروه مداخله نسبت به گروه شاهد گردید.

جدول ۲. نتایج تحلیل کوواریانس در بررسی تأثیر مراقبت معنوی بر سلامت معنوی.

مقدار احتمال	اختلاف میانگین	اندازه اثر	مقدار احتمال	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	
0/0001	8/3							مقایسه دو گروه در آزمون تعقیبی بنفرونی
		0.738	0.001	354/22	15473/1	۱	15473/1	پیش‌آزمون
		0.219	0.001	17.61	729.15	۲	1539/02	گروه
					43/68	۱۲۶	5503/86	خطا

جدول فوق نتایج تحلیل کوواریانس برای بررسی تأثیر مداخله بر سلامت معنوی بیماران را نشان می‌دهد. پیش از اجرای تحلیل کوواریانس، فرض نرمال بودن و همگنی واریانس‌ها بررسی و تأیید شد. در این تحلیل، نمره پیش‌آزمون به‌عنوان متغیر کوواریانس (کنترل‌کننده‌ی تفاوت‌های اولیه بین گروه‌ها) وارد مدل شد تا اثر خالص مداخله بر نمره سلامت معنوی در پس‌آزمون مشخص شود. نتایج نشان داد که اثر پیش‌آزمون بر نمره پس‌آزمون سلامت معنوی معنی‌دار بود ($F=22.354, p=0.001, \eta^2=0.738$). این نتیجه بیانگر آن است که بخشی از تغییرات در نمره پس‌آزمون تحت تأثیر نمرات اولیه شرکت‌کنندگان قرار دارد. با این حال، پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، متغیر گروه (مداخله در برابر شاهد) نیز تأثیر معنی‌داری بر نمره سلامت معنوی نشان داد ($F=17.61, p=0.001, \eta^2=0.219$). اندازه اثر (Eta squared) برابر با ۰.۲۱۹.

¹. Kolmogorov-Smirnov

². Levene's Test

بیانگر آن است که حدود ۲۲ درصد از تغییرات در سلامت معنوی پس از مداخله ناشی از نوع گروه (مداخله یا شاهد) بوده است.

نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی نیز حاکی از وجود اختلاف معنی‌دار بین گروه مداخله و گروه شاهد در نمره سلامت معنوی پس از مداخله بود (اختلاف میانگین = ۸.۳، $p=0.0001$). بدین معنا که شرکت‌کنندگان در گروه مداخله نسبت به گروه شاهد به طور معنی‌داری از سطح بالاتری از سلامت معنوی برخوردار شدند. همچنین، به منظور تحلیل دقیق‌تر و مطابق با ساختار پرسش‌نامه سلامت معنوی پالوتزین و الیسون، دو مؤلفه‌ی سلامت مذهبی^۱ و سلامت وجودی^۲ (Existential Well-being) به صورت جداگانه نیز بررسی شدند. نتایج تحلیل کوواریانس برای هر مؤلفه نشان داد که در هر دو بعد، میانگین نمرات گروه مداخله به طور معنی‌داری بیشتر از گروه شاهد بوده است. ($p<0.05$) این یافته‌ها بیانگر تأثیر مثبت مداخله بر هر دو جنبه‌ی سلامت معنوی بیماران است. به طور خلاصه، تحلیل کوواریانس نشان داد که پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، مداخله اجراشده توانسته است به طور معنی‌داری باعث بهبود سلامت معنوی (اعم از سلامت مذهبی و سلامت وجودی) در بیماران گروه مداخله شود.

جدول ۳. جدول مقایسه میانگین نمرات پیش آزمون و پس آزمون سلامت معنوی سالمندان برحسب دو گروه مداخله و شاهد

گروه‌ها	قبل		بعد		آزمون تی زوجی	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	آماره t	pvalue
سلامت معنوی						
گروه مداخله	49/10	10/12	56/47	9/01	6/79	0.0001
گروه شاهد	47/32	11/89	45/2	12/91	1/01	0.321

در مقایسه‌های درون گروهی با استفاده از آزمون‌های آماری تی زوجی مشخص شد که قبل از انجام مداخله هیچ تفاوت آماری معنی‌داری بین نمرات سلامت معنوی آزمودنی‌های گروه مداخله و شاهد قبل از انجام مداخله وجود ندارد ($p>0.05$) اما بعد از انجام مداخله میانگین نمره سلامت معنوی آزمودنی‌های گروه مداخله افزایش معنی‌داری داشت ($p<0.05$).

۴- بحث

یافته‌های پژوهش نشان داد که پس از اجرای برنامه مراقبت معنوی، تفاوت آماری معناداری میان نمرات سلامت معنوی دو گروه مشاهده شد؛ به طوری که میانگین سلامت معنوی در گروه مداخله در مقایسه با قبل از مداخله به طور معناداری افزایش یافت، در حالی که در گروه شاهد تغییری قابل توجه مشاهده نشد. با توجه به همگنی آزمودنی‌ها از نظر متغیرهای زمینه‌ای از جمله سن، جنس، سطح سواد، وضعیت بالینی، سطح هوشیاری، سلامت روان پایه (افسردگی و اضطراب) و میزان مشارکت در جلسات آموزشی، می‌توان نتیجه گرفت که بهبود سلامت معنوی در گروه مداخله ناشی از اجرای برنامه مراقبت معنوی بوده است و به تفاوت‌های فردی یا عوامل زمینه‌ای میان شرکت‌کنندگان ربطی نداشته است.

پژوهش‌های متعددی به اهمیت پرداختن به حوزه معنویت در ارتقای سلامت معنوی بیماران پرداخته‌اند (پوچالسکی^۳، ۲۰۲۱؛ ویسرث^۴ و همکاران، ۲۰۲۱؛ باتستون^۵ و همکاران، ۲۰۲۰). در این پژوهش‌ها یکی از اصلی‌ترین نیازهایی که در زمان بیماری شدت پیدا می‌کند، نیازهای معنوی افراد است که به طرز قابل توجهی بر نیازهای سایر ابعاد بیمار نیز تأثیر گذاشته و حتی حوزه علائم بدنی مانند درد را نیز تشدید کرده و یا آرام می‌کند (نجات و همکاران، ۲۰۱۷). از طرفی پژوهش‌های دیگری به این می‌پردازند که معتقدند از آنجایی که در بیماری‌های سخت درمان حوزه امکان و توانایی‌های بیمار در ابعاد بدنی، روانی و اجتماعی را بسیار محدود و حتی مختل می‌کند، تنها حوزه پاسخ‌دهی به بیمار و افزایش

1. Religious Well-being
2. Existential Well-being
3. Puchalski

4. Wiserith
5. Batstone

سطح سلامت عمومی او حوزه معنویت است (دلگادو-گویا^۱، ۲۰۱۴؛ پوچالسکی و رومر^۲، ۲۰۰۰). از این رو در اکثر مراکز درمانی معتبر در دنیا به محض ورود بیمار جهت دریافت خدمات درمانی، خدمات تسکینی و مخصوصاً مراقبت معنوی نیز ارائه می‌گردد (قینی و کانولی، ۲۰۲۳).

سازمان بهداشت جهانی در دهه ۱۹۹۰ سلامت را به عنوان یک امر چهارمؤلفه‌ای شامل سلامت بدنی، روانی، اجتماعی و معنوی مطرح کرده و بعد معنوی را به عنوان بعد مرکزی سلامت و یکپارچه‌کننده سایر ابعاد معرفی کرد (عسگری و دیگران، ۲۰۲۲). مراقبت‌های بهداشتی در سال‌های اخیر شاهد تحولی شگرف بوده است. در این تحول، توجه به ابعاد مختلف سلامت انسان از جمله سلامت معنوی به عنوان یک مؤلفه کلیدی مطرح شده است (براودی و همکاران، ۲۰۲۰). سلامت معنوی به عنوان ارتباط فرد با خود، دیگران، جهان و یک نیروی برتر تعریف می‌شود و نقش مهمی در بهبود کیفیت زندگی، کاهش درد و رنج، افزایش امیدواری و تسریع روند بهبودی بیماران ایفا می‌کند.

همان‌گونه که پژوهش‌ها نشان می‌دهد، در سال‌های اخیر در حوزه سلامت و خدمات درمانی، مراقبت معنوی به عنوان یکی از اجزای کلیدی مراقبت‌های جامع مطرح شده و نقش مهمی در بهبود کیفیت زندگی بیماران و افزایش رضایتمندی آن‌ها ایفا می‌کند (آصاری و همکاران، ۲۰۲۱؛ فومبوئنا^۳ و همکاران، ۲۰۱۶). مراقبت معنوی به عنوان یک مفهوم چندوجهی، در سال‌های اخیر توجه بسیاری از پژوهشگران را به خود جلب کرده و به ابعاد معنوی و روحانی انسان اشاره دارد و بر ارتباط فرد با خود، دیگران، جهان و یک نیروی برتر تأکید می‌کند. مطالعات متعددی به بررسی اهمیت و اثربخشی مراقبت معنوی در محیط‌های بیمارستانی پرداخته‌اند. این مطالعات نشان می‌دهند که مراقبت معنوی می‌تواند به کاهش اضطراب و افسردگی، افزایش امیدواری، تسریع روند بهبودی و بهبود کیفیت زندگی بیماران کمک کند (مهدی پورکرانی و همکاران، ۲۰۱۹؛ اسمیت و همکاران، ۲۰۱۵).

بیمارستان‌ها به عنوان مراکز ارائه خدمات بهداشتی، فضایی هستند که بیماران در شرایط بحرانی و آسیب‌پذیری قرار می‌گیرند. در این شرایط، نیاز به حمایت‌های معنوی بیماران بیش از پیش احساس می‌شود. چنانچه مطالعات متعدد نشان داده‌اند، حضور مراقبان معنوی در کنار بیماران می‌تواند منجر به بهبود کیفیت زندگی، کاهش اضطراب و افسردگی، و افزایش امید به زندگی در آن‌ها شود (عسگری و دیگران، ۲۰۲۵). در این راستا، نقش نیروی انسانی و مراقب معنوی در ارائه خدمات مراقبتی معنوی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است و آموزش و ارزیابی مداوم این افراد به بهبود کیفیت خدمات ارائه شده و افزایش رضایت بیماران کمک می‌کند. از این رو یکی از نقاط قابل تأمل در فرایند مراقبت معنوی، شخص ارائه‌دهنده خدمات است. در اکثر مدل‌های مراقبت معنوی در مراکز درمانی خارجی، مراقب معنوی یک شخص متخصص در حوزه معنویت و مراقبت است. بدین معنا که علاوه بر مهارت‌های همدلی، ارتباط‌گیری و مراقبت‌دهندگی، بر معنویت و الزامات این حوزه کاملاً مسلط است (فومبوئنا و همکاران، ۲۰۱۶). در ایران، مراقبت معنوی عمدتاً توسط روحانیون انجام می‌گیرد. در کارگروه مراقبت معنوی مستقر در بیمارستان‌های استان اصفهان، مراقبین معنوی عمدتاً از بین افرادی که تحصیلات مرتبط با علوم دینی و حوزوی دارند، با انجام مصاحبه‌های متعدد حضوری در جهت بررسی توانمندی‌های آن‌ها در زمینه معنویت، ارتباط‌گیری و همدلی انتخاب می‌شوند و لازم است دوره‌های آموزشی نظری و میدانی لازم در حوزه مراقبت، معنوی را بگذرانند تا بتوانند به عنوان مراقبت معنوی در درمانگاه‌های طب تسکینی حضور یابند. بدین صورت که کارگاه‌های متعددی ذیل آشنایی با نیازهای بیماران، روند ارزیابی نیازهای معنوی، آشنایی با رویکردهای مختلف در مداخله معنوی، انجام کارگاه‌های رول‌پلی برای تمرین در مداخله و آشنایی با بیماری‌ها، عوارض درمان و شرایط جسمی بیماران برگزار شده و مراقبین موظف‌اند در این کارگاه‌ها به صورت منظم شرکت کنند. علاوه بر کارگاه‌های آموزشی، مراقبین موظف هستند به صورت هفتگی در گراندراندهای تخصصی مراقبت معنوی که به گزارش یک مراقبت معنوی انجام شده در بیمارستان یا درمانگاه می‌پردازد، شرکت کنند.

¹. Delgado-Guay

². Puchalski & Romer

³. Fombuena

۵- نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج این مطالعه، تغییرات معناداری در مرحله پس‌آزمون مشاهده شد که نشان‌دهنده تأثیر قابل توجه برنامه مراقبت معنوی روحانی محور بر ارتقای سلامت معنوی بیماران است. پس از اجرای مداخله، میانگین و انحراف معیار نمرات سلامت معنوی در گروه مداخله و گروه شاهد به ترتیب $0.1/47 \pm 9/56$ و $91/12 \pm 2/45$ به دست آمد که تفاوت آماری بین دو گروه معنی‌دار بود ($p < 0.001$). به عبارت دیگر، شرکت‌کنندگان گروه مداخله در مقایسه با گروه شاهد، نمره سلامت معنوی بالاتری کسب کردند. همچنین، در مقایسه درون‌گروهی، میانگین نمرات سلامت معنوی آزمودنی‌های گروه مداخله پس از مداخله افزایش معنی‌داری نشان داد ($p < 0.01$).

یافته‌های این پژوهش با نتایج مطالعات پیشین در زمینه مراقبت معنوی همسو است و نشان می‌دهد که مداخلات مبتنی بر مراقبت معنوی روحانی محور می‌توانند در بهبود سلامت روان، امید به زندگی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن مؤثر باشند. با توجه به همسویی نتایج و رشد علاقه‌مندی به حوزه مراقبت معنوی در خدمات درمانی و تسکینی، می‌توان گفت این حوزه ظرفیت بالایی برای توسعه علمی و بالینی دارد و لازم است طراحی و اجرای آن در قالب پروتکل‌های علمی و استاندارد مورد توجه قرار گیرد.

پژوهش‌های آینده می‌توانند به بررسی تأثیر مراقبت معنوی روحانی محور در انواع مختلف سرطان و دیگر بیماری‌های مزمن بپردازند تا قابلیت تعمیم نتایج افزایش یابد. انجام مطالعات طولی برای بررسی ماندگاری اثرات مداخله معنوی در بازه‌های زمانی طولانی‌تر توصیه می‌شود. همچنین، مقایسه اثربخشی مداخلات معنوی با سایر مداخلات روان‌شناختی و رفتاری مانند ذهن‌آگاهی یا درمان پذیرش و تعهد می‌تواند شناخت بهتری از مؤثرترین روش‌ها در ارتقای سلامت معنوی فراهم کند. بررسی نقش متغیرهای جمعیت‌شناختی مانند سن، جنس، سطح تحصیلات و وضعیت اقتصادی-اجتماعی در میزان اثربخشی مداخله نیز می‌تواند به بهبود طراحی مداخلات کمک کند. از منظر کاربردی، ادغام برنامه‌های مراقبت معنوی روحانی محور در خدمات روان‌اجتماعی و تسکینی بیمارستان‌ها، آموزش و توانمندسازی پرستاران و روان‌شناسان در این حوزه و تدوین پروتکل‌های استاندارد ملی برای مراقبت معنوی در بیماران مبتلا به سرطان می‌تواند گامی مؤثر در بهبود کیفیت زندگی و سلامت معنوی بیماران باشد.

۶- منابع

- Asgari, Z., Heidari, M. H. & Barkhordari, R. (2022). Education of Children with Chronic Illnesses: A Phenomenological Perspective. *Journal of Philosophy of education*, 56(4): 32-4
- Asgari, Z., Mousavizadeh, R., & Shokrani, R. (2025). Conquest of world or self: a phenomenological account of theistic understanding by children afflicted with cancer. *Practical Theology*, 18(3), 232–242.
- Batstone, E., Bailey, C., & Hallett, N. (2020). Spiritual care provision to end-of-life patients: A systematic literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 29, 3609–3624.
- Bernell, S., & Howard, J. (2016). Use your words carefully: What is a chronic disease? *Frontiers in Public Health*, 4, 159. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2016.00159>
- Brady, A. M., Deighton, J., & Stansfeld, S. (2020). Chronic illness in childhood and early adolescence: A longitudinal exploration of co-occurring mental illness. *Development and Psychopathology*, 4, 1–14.
- Chirico, F. (2013). Spiritual well-being in the 21st century: An interpretation of WHO's definition of health. *World Journal of Social and Environmental Pathology*, 2(1), 1–7.
- Cohen, A., Smith, R., & Thomas, J. (2023). The impact of chronic illness on patients' psychological and spiritual
- Delgado-Guay, M. O. (2014). Spirituality and religiosity in supportive and palliative care. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*, 8, 308–313.
- Ferrell, B. R., & Coyle, N. (2001). *Textbook of Palliative Nursing*. Oxford University Press.
- Fisher, J. W. (2011). The four domains model: Connecting spiritual health and well-being. *Religions*, 2(1), 17–28. <https://doi.org/10.3390/rel2010017>

- Fombuena, M., Galiana, L., Barreto, P., et al. (2016). Spirituality in patients with advanced illness: The role of symptom control, resilience, and social network. *Journal of Health Psychology*, 21(12), 2765–2774.
- Koenig, H. G. (2009). *The healing power of faith: How to tap the spiritual dimension of health*. Simon & Schuster.
- Lawrence, L. (2014). Children of cancer patients at risk for emotional, psychological problems. *Oncology Nursing*, 34(2), 36–51.
- Lee, S. H., Kim, H. J., & Park, J. Y. (2017). The effects of spiritual care on pain perception and anxiety in hospitalized patients. *Journal of Nursing Science*, 39(3), 234–240.
- Mahyati, S., Allenidekania, A., & Hayati, H. (2018). Spirituality in adolescents with cancer. *Enfermería Clínica*, 28, 31–35.
- Mehdipoorkorani, L., Bahrami, M., & Mosavizade, R. (2019). Impact of a spiritual care program on spiritual wellbeing of oncology nurses: A randomized clinical trial. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 24(1), 38. https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_33_18
- Moberg, D. O. (2002). Assessing and measuring spirituality: Confronting dilemmas of universal and particular evaluative criteria. *Journal of Adult Development*, 9(1), 47–60.
- Mousavizadeh, R., & Torkan, M. (2023). Development and formulation of curriculum titles for educational modeling of spiritual health in the medical education system. *Journal of Spiritual Health*, 3, 170–176. [In Persian]
- Mousavizadeh, R., Asgari, Z.* (Corresponding Author), Shokrani, R., & Ahmadi Faraz, M. (2023). Assessment and interpretation of the spiritual needs of children with cancer. *Islam and Spirituality Studies*, 2(2), 12–29. [In Persian]
- Nejat, N., Whitehead, L., & Crowe, M. (2017). The use of spirituality and religiosity in coping with colorectal cancer. *Contemporary Nurse*, 53, 48–59.
- Paloutzian, R. F., & Ellison, C. W. (1982). *Loneliness, spiritual well-being and quality of life*. Peabody College Press.
- Pargament, K. I. (2001). *The psychology of religion and coping: Theoretical perspectives and empirical research*. Guilford Press.
- Puchalski, C. (2021). Spiritual care in health care: Guideline, models, spiritual assessment and the use of the FICA spiritual history tool. In *Spiritual needs in research and practice* (pp. 27–45). Palgrave Macmillan.
- Puchalski, C. M., & Romer, A. L. (2000). Caring for the spirit: Clinical practice guidelines on spiritual care. *American Journal of Nursing*, 100(7), 52–59.
- Puchalski, C. M., Vitillo, R., Hull, S. K., & Reller, N. (2014). Improving the spiritual dimension of whole person care: Reaching national and international consensus. *Journal of Palliative Medicine*, 17(6), 642–656. <https://doi.org/10.1089/jpm.2014.9427>
- Quinn, B., & Connolly, M. (2023). Spirituality in palliative care. *BMC Palliative Care*, 22, 1.
- Silvers, A. (2020). *Phenomenology of illness*. Oxford University Press.
- Smith, T. J., Johnson, S. L., & Williams, M. B. (2015). The impact of spiritual care on patient satisfaction and quality of life. *Journal of Clinical Nursing*, 24(15–16), 2145–2153.
- Sulmasy, D. P. (2002). A biopsychosocial–spiritual model for the care of patients at the end of life. *The*
- Timmins, F., & Caldeira, S. (2017). Understanding the role of the healthcare chaplain: A literature review. *British Journal of Nursing*, 26(14), 792–797. <https://doi.org/10.12968/bjon.2017.26.14.792>
- Wisersith, W., Sukcharoen, P., & Sripinkaew, K. (2021). Spiritual care needs of terminally ill cancer patients. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 22, 3773–3779.
- World Health Organization. (1979). *Development of the WHO definition of health*. Geneva: WHO.