

מליווי דתי לליווי רוחני - שינוי בתפיסת התפקיד של המלווה רוחני

תקציר:

מיכאל שולץ¹
נטע בנטור³
זיו רעיקורן¹
גיל בר סלע^{2,1}

¹המערך לאונקולוגיה, הקריה הרפואית רמב"ם, חיפה
²הפקולטה לרפואה, הטכניון, חיפה
³מאירסיג'וינט - מכון ברוקדייל, ירושלים

רוחניות היא מושג שקשה להגדירו והוא בעל משמעויות שונות, הקשורות בין השאר לתרבות, לדת, לתכלית החיים ולנשגב מהאדם. מחלה קשה או אירוע הגורם למוגבלות עלולים לגרום לשינוי משמעותי ברצף החיים, ולעורר לעיתים שאלות על ערך עצמי ומשמעות החיים, שאלות של סליחה לעצמנו ולאחרים ושאלות רבות אחרות. מקצוע הליווי הרוחני בא לתמוך באדם חולה או מוגבל המתמודד עם השאלות האלה. המקצוע צמח אמנם מהעולם הדתי, אך כיום ברוב בתי החולים הגדולים, המלווה הרוחני משרת את כל הציבור ללא קשר לדתם או אמונתם, על מנת לתת מענה רחב לכל הצרכים הרוחניים ולא רק לאלו הדתיים. סקירה זו נועדה להציג את ההבדל בין השפעתה של רוחה דתית לבין השפעתה של רוחה רוחנית בהתמודדות עם מצבים רפואיים ותפקודיים קשים, ואת מקומו של המלווה הרוחני בתמיכה באדם חולה המתמודד עם מצוקה רוחנית.

ממחקרים בנושא אנו למדים, כי בזמן מחלה קשה יש קשר חיובי בין רוחה רוחנית או דתית לבין מצב בריאות טוב יותר. נמצא קשר ישר בין רוחה רוחנית גבוהה, בנפרד מרוחה דתית, לבין רמה נמוכה של דיכאון וייאוש בקרב חולי סרטן ואיידס, כמו גם שיפור בהישרדות בקרב חולי אי ספיקת לב עם רמת רוחה רוחנית גבוהה. מאידך, נמצא קשר שלילי בין מאבק פנימי דתי (Religious struggle) לבין מדדים שונים. לדוגמה, נמצאה ירידה בשיעור ההישרדות של קשישים המתאשפזים במוסדות ולהם מאבק פנימי דתי בהשוואה לקשישים ללא מאבק כזה. כמו כן, נמצא משך אשפוז ארוך יותר בקרב חולי אי ספיקת לב החווים מאבק פנימי דתי, וקשר ישר בין התמודדות דתית שלילית, כגון תחושת נטישה של האל או עונש מהאל, לבין דיכאון, חרדה וירידה באיכות החיים בקרב חולי אי ספיקת כליות, חולי סרטן ומושתלי לשד עצם (Bone marrow).

על מנת להטמיע את עבודת המלווה הרוחני בתוך צוות רב מקצועי בבית החולים, נבנה מודל שבו הצוות הרפואי שואל את החולה בזמן הקבלה לאשפוז מספר שאלות סינון קצרות בנושא רוחניות, המתייחסות לאמונות ולתפיסת עולם, לקיום קהילה תומכת, ולחשיבות הרוחניות עבורו, תוך שהוא לומד להקשיב ולזהות דברים המרמזים על צורך להפנות את החולה למלווה רוחני. המלווה הרוחני בוחן ומזהה ביחד עם החולה את צרכיו הרוחניים, כמו לדוגמה, התאמת תוכנית הטיפול לערכיו, יצירת קשר של אכפתיות ותמיכה, מתן אישור לעולמו הרוחני, לסייע לו בהפחתת חרדות ותחושת בדידות, ולהיות ביחד אתו בתהליך האבלות. מאחר שמקצוע הליווי הרוחני בישראל עדיין חדש, הוא אינו מזוהה עם דפוסי העבודה הישנים ממדינות אחרות הקשורים לאיש דת, עובדה המאפשרת להטמיע מודל חדש של השתלבות טובה שלו בצוות הרב מקצועי והפניית החולים הזקוקים להתערבותו.

מילות מפתח:
:KEY WORDS

ליווי רוחני; ליווי דתי; מאבק פנימי דתי; רוחה רוחנית; צוות רב מקצועי.
.Spiritual care; Pastoral care; Chaplaincy; Religious struggle; Spiritual well-being; Multidisciplinary care

השפעת הרוחה הרוחנית בהתמודדות עם מצבים רפואיים קשים, ואת מקומו של המלווה הרוחני בתמיכה באדם חולה המתמודד עם מצוקה רוחנית.

התערערות הבסיס הרוחני בעת מחלה

רוחניות היא מושג שקשה להגדירו והוא עשוי לקבל משמעויות שונות הקשורות, בין השאר, לתרבות, לדת ולחוויה אישית. ניסיון לתפוס את הרוחניות בהיבטה הרחב ניתן למצוא בהגדרת כנס הסכמה בינלאומי לליווי רוחני בהקשר הרפואי: "רוחניות היא אספקט דינמי ואינהרנטי של האנושות שדרכה בני אדם מחפשים משמעות ואוליטימטיבית, תכלית, והתעלות, ושדרכה חווה

הקדמה

מחלה קשה או אירוע טראומתי הגורם למוגבלות עלולים לגרום לשינוי גדול ברצף החיים ולעורר לעיתים שאלות על ערך עצמי, משמעות החיים, שכר ועונש, נטישה ואחרות. בעבר, השאלות האלה נקשרו עם הנשגב מהאדם, דת ואלוהות, בעוד שכיום הולכת ומתבססת התפיסה, לפיה אלו שאלות רוחניות רחבות שאינן קשורות בהכרח לדת. במחקרים מוקדמים נבדקה השפעת המאבקים הדתיים הפנימיים על מצבו הרפואי של אדם חולה. אולם בשנים האחרונות, בשיעור גובר והולך של עבודות נבחנת השפעת הרוחניות על מצבי חולי קשים, ללא קשר למימד הדתי. סקירה זו נועדה להציג את ההבדל בין השפעת הדתיות לבין

להערכת רווחה רוחנית. הקשר בין רווחה רוחנית לבין ייאוש, רצון למות וחשיבה על התאבדות נבדק בקרב 160 חולי סרטן מאושפזים עם תוחלת חיים צפויה של פחות משלושה חודשים [7]. נמצא קשר חזק בין רווחה רוחנית נמוכה לבין רצון לזרוז את המוות, מחשבות אובדניות וייאוש, גם לאחר פיקוח על מידת הדיכאון, בעוד שקשר כזה לא נמצא עם אמונה בנפרד. לפיכך, הסיקו McClain וחב' [7], כי היכולת למצוא משמעות תומכת בחיים שמתקרבים אל קיצם ורווחה רוחנית מסייעים לדחיית הרצון לסיים את החיים יותר מאשר אמונה דתית.

בעבודה דומה שנערכה בקרב 162 חולים סופניים מאושפזים לקבלת טיפול תומך, 84 חולי סרטן ו-78 חולי AIDS, נמצא קשר הפוך בין רווחה רוחנית לבין דיכאון [8]. אך בבדיקת הקשר בין דתיות לבין דיכאון לא נמצא קשר כזה. נמצא כי בשניים משלושת המימדים

■ **מקצוע הליווי הרוחני צמח מהעולם הדתי, אך כיום, ברוב בתי החולים הגדולים בצפון אמריקה, משרת המלווה הרוחני את כלל הציבור ללא קשר לדתם או אמונתם.**

■ **במחקרים נמצא קשר ישיר בין רווחה רוחנית גבוהה לבין רמות נמוכות של דיכאון וחרדה בקרב חולים במחלות כרוניות מקצרות חיים. במחקר על חולי אי ספיקת לב, אך נמצא קשר ישיר בין שיפור בהישרדות לבין רווחה רוחנית גבוהה.**

■ **מודל עבודת המלווה הרוחני מבוסס על כך שצוות הרפואי מאתר את החולים הזקוקים להתערבות המלווה הרוחני באמצעות שאלות פשוטות בעת הקבלה לאשפוז. המלווה הרוחני מבצע הערכה רוחנית מקיפה ופועל בהתאם למצבו של החולה, באמצעות התערבות שונות. המודל הזה כמעט שאינו מיושם בישראל, אך מאחר שהמקצוע חדש בארץ, יש כיום הזדמנות טובה להשתלבותו בצוות רב מקצועי, ללא הקשר דתי.**

ירידה בשיעור התמותה לבין רווחה רוחנית, אך לא נמצא קשר בין ירידה בשיעור התמותה לבין דתיות. עם זאת, קשה זה נעלם כמעט לחלוטין בפיקוח על מידת התמיכה החברתית [11].

במצבים של מחלה מתקדמת, אנשים רבים עסוקים בעניינים ובנושאים רוחניים (Spiritual concerns), אשר עלולים להשפיע לרעה על איכות חייהם. במחקר שנערך בקרב 69 חולי סרטן שקיבלו טיפול פליאטיבי בקרינה, הם נשאלו לגבי עניינים רוחניים המעסיקים אותם בעת המחלה. מתוך 16 נושאים שנשאלו, 11

האדם קשר לעצמו, למשפחה, לאחרים, לקהילה, לתרבות, לטבע, למשמעותי או לקדוש. הביטוי של רוחניות הוא דרך אמונות, ערכים, מסורות, ואורח חיים" [1]. מחלה מהווה שינוי משמעותי ברצף ובהרגלי החיים של האדם. היבטים רבים בחיים מתערערים ובהם גם ההיבט הרוחני. הקשר לדברים שמעבר לעצמו, בין אם זה לסביבה שלו או למה שמעורר בו תחושת נשגבות, עלול להיחלש או אף להיעלם. תחושת התקווה עשויה להתחלף בתחושת ייאוש ותחושת הבדידות עלולה להתגבר. העולם עשוי להיחווה כלא בטוח או לא הגון.

Sulmasy [2] ו־Emanuel וחב' [3] מיטיבים לתאר את הקשיים האלו במאמריהם. שניהם מתייחסים בעיקר למצבי סוף חיים, אך תובנותיהם נכונות גם לחוליים שאינם מאיימים בהכרח על המשך החיים, כמו אירוע טראומטי הגורם למוגבלות ולנכות. Sulmasy [2] מתאר את השאלות שעשויות לעלות בסוף חיים, ביחס לערך ולמשמעות החיים, לסבל, ולמוות; שאלות ביחס לערך עצמי, המבוטאות לעיתים דרך הנושא של כבוד; ושאלות על סליחה, לעצמנו ולאחרים, שהן למעשה שאלות לגבי קשרים שנפגעו בעקבות נסיבות החיים. במודל שמציעים Emanuel וחב' [3], כל אדם קשור למה שנשגב עבורו, וגם קשור לדברים נוספים מעבר לעצמו, קשר שמורגש במה שמתואר כחוויות רוחניות שכמעט כל אחד יודע לתאר. בעת מחלה, קשרים אלו עלולים להתערער והוא עלול לחוש חוויה של ניתוק מהם. לתפיסתה, למרות הסערה הפנימית, הייאוש והניתוק, גם במצבים קשים קיימת הזדמנות להתפתחות ופתיחות רוחנית, וניתן לעורר אותה באמצעות שיח וכלים מתאימים. במצבים האלה נכנס המלווה הרוחני לתוכנית הטיפול.

Massey [5] ניסח את עיקרי המטרות וההתערבויות של הליווי הרוחני בארצות הברית. הוא התבסס על הספרות ועל ניסיונם של מלווים רוחניים בעבודתם, במחלקות לטיפול תומך ובטיפול נמרץ. הוא ראיין מלווים רוחניים מוסמכים, ערך רשימה של סוגים שונים של התערבויות, ושילב בין פריטים דומים, ולבסוף בדק את האחידות בשפה (האם כולם משתמשים באותן כותרות כדי לתאר את אותן פעילויות - Inter-rater reliability). כמו כן, הוא ערך מעקב שוטף אחר עבודתם של 27 מלווים רוחניים כדי לבדוק עד כמה הם מבצעים את ההתערבויות השונות. בסוף התהליך הוא הגדיר את עשר ההתערבויות החשובות ביותר וניסח רשימה בת 100 פריטים המחולקת לסוגי ההתערבויות, והתוצאות המצופות מהתערבותו של המלווה הרוחני.

דוגמאות לתוצאות מצופות הן: להתאים את תכנית הטיפול לערכי המטופל, ליצור קשר של אכפתיות ותמיכה, להוות נוכחות מרגיעה, ל"הוריד את הלהבות" במקרים של סערת נפש, ליצור תחושת חיבור ומערכת יחסים מבינה, לאשר את עולמו הרוחני של המטופל, לעזור לו להרגיש נחמה, לנוע איתו בתהליך האבלות, לסייע בהפחתת חרדות, לסייע בהפחתת תחושת הבדידות, לסייע ביצירת משמעות, לסייע באישוש מערכות יחסים פגועות, לשמור על כבוד, ולקדם תחושת שלווה. רשימת התוצאות המצופות מלמדת, כי אופי העבודה של המלווה הרוחני מתייחס לרוחניות במובנה הרחב ולא דווקא לדתיות.

רווחה רוחנית לעומת מצוקה רוחנית: היבטים רפואיים

רווחה רוחנית, מושג הנמצא בשימוש במחקר על ליווי רוחני, באה לידי ביטוי במימדים כגון: משמעות, שלווה, ואמונה. בשאלון ה־Facit-Sp [6], שהוא השאלון השגור להערכת הרווחה הרוחנית ברוב המחקרים, מהווים שלושת המימדים הללו את הבסיס

מתן ליווי רוחני לעומת ליווי דתי

מקצוע הליווי הרוחני צמח מתוך העולם הדתי, ורבים מהמלווים הרוחניים בעולם הם עדיין אנשי דת, אשר משרתים רק אנשים מאותה דת והשקפת עולם. למרות זאת, עם השנים, חלה מגמת שינוי, וכיום המלווה הרוחני בבתי החולים משרת את כל המאושפזים. תהליך ההכשרה שלו מכין אותו לעבוד עם כל אחד ואחת, על פי דרכו בעולם ועל פי רוחניותו, ללא קשר לרקע הדתי והרוחני של המטופל ושל המלווה. יתרה מכך, בשנים האחרונות נפתחו בארצות הברית הדלתות ללימודי ליווי רוחני, גם לאנשים ללא רקע של לימודי דת [21]. בישראל, המקצוע מושתת מתחילתו על רוחניות במובנה הרחב ביותר, ולאו דווקא על דת, אך מבלי להוציא את הדת מכלל התמונה. הלומדים בתוכניות ההכשרה לליווי רוחני הם רובם בעלי השכלה אקדמית קודמת במקצועות שונים, עם קשר וחיבור לרוח שבחייהם האישיים. קיים יתרון להכשרת מלווים רוחניים מדתות ורקע מגוונים ככל שניתן, כיוון שדמיון ברקע ממנו באים המטופל והמלווה הרוחני נותן סיכוי טוב יותר לחיבור ולהבנה של החוויה של האחר בכל ההקשרים שלה [22].

במחקרים רבים עלה, כי רובם המכריע של החולים רוצים שהצוות הרפואי יתייחס למימד הרוחני בחייהם. התייחסות כזו אף נמצאת בהנחיות הקליניות למתן טיפול תומך בארה"ב לצוות רב-מקצועי [23]. אולם יש הבדל גדול בין התייחסות של רופא, אחות, או איש צוות אחר למימד הרוחני, לבין המענה המקצועי שיינתן על ידי המלווה הרוחני. ברוב המקרים, תפקיד איש הצוות הוא לעשות סקירה רוחנית קצרה (באמצעות מספר מצומצם של שאלות המאפשרות לו לזהות מטופל במצוקה רוחנית לצורך הפנייה מיידית למלווה רוחני) או לקיחת אנמנזה רוחנית (דוגמת ה-FICA של פוצ'לסקי) [24,23]. לעומת זאת, תפקיד המלווה הרוחני כולל הערכה רוחנית ומתן מענה הולם.

בשפה האנגלית קיימת אי בהירות מסוימת באבחנה בין המונחים *Chaplaincy, Spiritual care, Pastoral care*. כותבי הסקירה של ה-*Health Care Chaplaincy* מעודדים את השימוש הבא: *Chaplaincy* עבור מתן השירות המקצועי של ליווי רוחני; *Spiritual care* עבור ההתייחסות למימד הרוחני על ידי כל איש צוות; ו-*Pastoral care* לעבודה של איש דת התומך באנשי קהילתו בעת משבר [24]. גם בישראל קיימת אי בהירות מסוימת, ונעשה שימוש בשני מושגים "ליווי רוחני" ו"תמיכה רוחנית". השימוש בהם הוא כמילים נרדפות ועדיין אין מונח אחיד בישראל.

הפניות לליווי רוחני

Puchalski וחב' [25] כינסו אנשי מקצוע רבים, בין היתר רופאים, אחיות, ומלווים רוחניים, ל"כנס קונצנזוס", על מנת להציע מודל לתהליך היעיל ביותר למתן ליווי רוחני. הם התמקדו במתן ליווי רוחני בהקשר של טיפול תומך, אך רוב מסקנותיהם מתאימות לכל מסגרת טיפול. הם הציעו תהליך אשר לפיו, איש צוות שעבר השתלמות בנושא, שואל את המטופל ארבע שאלות קצרות במהלך הקבלה לאשפוז, ועל בסיס ממצאיו מפנה את החולה למלווה הרוחני. השאלות הן: אמונות ותפיסת העולם של החולה, החשיבות שיש לכך עבורו, מידת התמיכה שיש לו בקהילה, והדרך שבה רוחניותו עשויה להשפיע על הטיפול בו. איש הצוות לומד להקשיב לנקודות מרכזיות העשויות לעלות כאשר האדם מספר על הרקע שלו ואשר עשויות להעיד על הצורך להפנות אותו למלווה רוחני. נקודות כאלה הן לדוגמה דיווח על תחושה של חוסר משמעות, תחושת נטישה, אמונות שאינן עוזרות עכשיו,

הוגדרו על ידי החוקרים כ"מאבק רוחני פנימי" (*Spiritual struggle*) וחמישה הוגדרו כ"חיפוש רוחני" (*Spiritual seeking*), אולם בפועל נושאי המאבק הרוחני הפנימי עסקו כולם בדת, בעוד שנושאי החיפוש הרוחני עסקו ברוחניות במובן הרחב [12]. במקביל, נבדקה איכות החיים של המטופלים באמצעות שאלון McGill המותאם לבדיקת איכות חיים במצבי סוף החיים וכולל ארבעה מימדים: איכות חיים גופנית, נפשית, קיומית ותומכת [13]. נמצא כי 86% מהחולים הצביעו על נושא אחד לפחות של "מאבק רוחני פנימי" המעסיק אותם וחציון הנושאים שהעסיקו את החולים היה ארבעה. נמצא מיתאם חיובי מובהק בין מידת העיסוק בנושאים רוחניים לבין ירידה באיכות החיים הנפשית [12].

השפעת מאבק פנימי דתי והתמודדות דתית שלילית על מדדים רפואיים

תוצאות מחקרים מלמדות על קשר בין מאבק פנימי דתי (*Religious struggle*) או התמודדות דתית שלילית, כגון תחושת היות האדם החולה ננטש או נענש על ידי האל, או לא אהוב על ידי האל, לבין מדדים רפואיים.

השפעת המאבק הפנימי הדתי (*Religious struggle*), אשר עלול להוות סוג אחד של מצוקה רוחנית, נבדקה במספר מחקרים בקרב חולי איס"ל מתקדמת. במחקר שבו נכללו 101 חולים נמצא, כי חולים עם מאבק פנימי דתי היו מאושפזים לתקופה ארוכה יותר ורמת התפקוד הגופנית שלהם הייתה פחותה בהשוואה לאלו שלא חוו מאבק כזה [14]. במחקר אחר נמצא קשר בין קיום מאבק דתי פנימי ושיעור תמותה גבוה יותר תוך שנתיים בקרב קשישים מאושפזים [15]. במחקר שנערך בקרב 170 חולי סרטן מתקדם המאושפזים בבית חולים בארצות הברית, נבדק הקשר בין קושי דתי לבין איכות חיים [16] באמצעות שאלון McGill על איכות חיים בסוף החיים. נמצא קשר חיובי מובהק בין התמודדות דתית חיובית לבין ציון מסכם גבוה יותר במדד McGill, ובמיוחד במימדים של איכות חיים תומכת ואקסיסטנציאלית. כמו כן נמצא במחקר קשר בין התמודדות דתית שלילית לבין איכות חיים ירודה יותר במדד המסכם, ובמימדים של איכות חיים אקסיסטנציאלית ונפשית.

במחקר אורך נבדקה ההשפעה של התמודדות דתית שלילית בקרב 284 נשים חולות סרטן השד בשלב ראשוני ומתקדם [17]. החוקרים בדקו התמודדות דתית פעמיים, בתחילת המחקר ואחרי 12 חודשים באמצעות כלי ה-RCOPE [18], שביעות רצון מהחיים, דיכאון, ואיכות חיים (*Wellbeing*) גופנית ונפשית. הממצאים מלמדים שהתמודדות דתית שלילית מנבאת באופן מובהק רוחה נפשית פחותה, תסמיני דיכאון, וערכים נמוכים יותר של שביעות רצון מהחיים.

במחקר שייחודו הוא מיקומו והאוכלוסייה, נבדקה השפעת ההתמודדות הדתית על מצבם הרפואי של 170 חולי אי ספיקת כליות מתקדמת בשלוש מרפאות בברזיל [19]. גם במחקר זה נעשה שימוש ב-RCOPE, וגם בו נמדדו מדדים גופניים ונפשיים. החוקרים מצאו קשר חיובי מובהק בין התמודדות דתית שלילית לבין דיכאון וחרדה. כמו כן, נמצא קשר חיובי מובהק בין התמודדות דתית חיובית לבין איכות חיים גבוהה וקשר שלילי מובהק בין התמודדות דתית רעה לבין איכות חיים נמוכה.

במחקר אורך נבדקה השפעת ההתמודדות הדתית על חולים העוברים השתלת לשד עצם עצמית [20]. החוקרים בדקו 94 מטופלים בזמן איסוף לשד העצם ושוב מיד לאחר ההשתלה. נמצא שהתמודדות דתית שלילית הייתה בקשר חיובי מובהק עם חרדה ועם דיכאון לאחר ההשתלה.

מהווה בין 25%-40% מעבודת המלווה הרוחני, על פי דיווחים מישראל ומדינות אחרות [29]. בעבודה עם בני משפחה עולים נושאים ייחודיים, כגון תמיכה לקראת המוות הצפוי של יקירם, עזרה בתקשורת בין המשפחה לצוות, שיתוף בזיכרונות, ועזרה בשימור ובחזוק הקשר בין המטופל לבני משפחתו בסוף חייו [30].

סיכום

"רווחה רוחנית" מהווה מרכיב בעל ערך באיכות החיים של חולים במחלות כרוניות, על פי מספר רב של מחקרים. שילוב מלווה רוחני בצוות רפואי רב מקצועי עשוי לתת מענה למחסור הקיים בתחום זה כיום במערכת הרפואית. עבודת המלווה הרוחני מתבססת על תפיסה רוחנית רחבה ואינה מתמקדת בנושאים דתיים. יעילותה של גישה זו הוכחה בשיפור חיי החולים במחלות כרוניות ולקראת סוף החיים. ●

מחבר מכותב: גיל בר סלע

היחידה לטיפול תומך, המערך לאונקולוגיה, רמב"ם ת.ד. 9602, חיפה

טלפון: 04-7773128, פקס: 04-7773168

דוא"ל: g_barsela@rambam.health.gov.il

ייאוש, אשמה, ובדידות [26,25]. אולם מעטות מסגרות הטיפול שמיישמות כיום את כל המודל הזה. מגבלות של כוח אדם, זמן והכשרה, משפיעים על האפשרות ליישמו. רצוי שאנשי הצוות רפואי ושיקומי ובכלל זה רופאים, אחיות ואנשי צוות שיקומי, יקבלו הכשרה על עקרונות רווחה רוחנית וכיצד לבחון את הצרכים הרוחניים של החולה כבר בתקופת הכשרתם הבסיסית, וילמדו להקשיב לדברים שהחולה מעלה על מנת להפנותו למלווה רוחני. בנוסף, חשוב גם לתת לצוות הרפואי השתלמויות ורענון בנושא הליווי הרוחני, במהלך עבודתם ולאחר שכבר צברו ניסיון.

ברחבי העולם, הליווי הרוחני ניתן לעיתים כחלק מעבודת הצוות הרב מקצועי בתוך מחלקה או מרפאה, ולעיתים כשירות נפרד המשרת את כל המחלקות במוסד רפואי, בדומה לשירות מקצועי אחר, כגון פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק וכדומה. בישראל, ברוב המקרים המלווה הרוחני הוא חלק מצוות המחלקה ואנשי הצוות מפנים אליו חולים לפי שיקול דעתם ולפי המצב המשתנה של החולה מיום ליום [27]. במחקר שהתקיים במרכז הרפואי רמב"ם נמצאו שלושה ביטויים עיקריים של מצוקה רוחנית: חוסר רוגע, תחושות עצב או אובדן, וייאוש. ניתן להניח שהסיבות האלה עשויות להיות אמת מידה להפניה גם בבתי חולים אחרים בארץ [28]. ליווי רוחני ניתן גם לבני משפחה ולא רק למטופלים, ועבודה עם המשפחה

ביבליוגרפיה

1. Puchalski C, Vitillo R, Hull S & Reller N, Improving the Spiritual Dimension of Whole Person Care: Reaching National and International Consensus. *Journal of Palliative Medicine*, 2014; 17(6):642-656.
2. Sulmasy DP, A biopsychosocial-spiritual model for the care of patients at the end of life. *Gerontologist* 2002; 42(Special Issue 3):24-33.
3. Emanuel L, Handzo G, Grant G & al, Workings of the human spirit in palliative care situations: a consensus model from the Chaplaincy Research Consortium. *BMC Palliative Care*, 2015; 14:29.
4. Lucas AM, Introduction to the Discipline for pastoral care giving. *J Health Care Chaplain*, 2001;10:1-33.
5. Massey K, Barnes M, Villines D & al, What do I do? Developing a taxonomy of chaplaincy activities and interventions for spiritual care in intensive care unit palliative care. *BMC Palliative Care*, 2015;14:10.
6. Peterman AH, Fitchett G, Brady MJ & al, Measuring spiritual well-being in people with cancer: The functional assessment of chronic illness therapy - spiritual well-being scale (FACIT-Sp). *Behav Med*, 2002;24:49-58.
7. McClain CS, Rosenfeld B & Breitbart W, Effect of spiritual well-being on end-of-life despair in terminally-ill cancer patients. *Lancet*, 2003;361(9369):1603-7.
8. Nelson CJ, Rosenfeld B, Breitbart W & Galiotta M, Spirituality, religion, and depression in the terminally ill. *Psychosomatics*, 2002;43:213-20.
9. Wilson CS, Forchheimer M, Heinemann AW & al, Assessment of the relationship of spiritual well-being to depression and quality of life for persons with spinal cord injury. *Disability and Rehabilitation*, 2016;25:1-6.
10. Park C, Aldwin C, Choun S & al, Spiritual Peace Predicts 5-Year Mortality in Congestive Heart Failure Patients. *Health Psychology*, 2016;35:203-210.
11. Spinale J, Cohen SD, Khetpal P & al, Spirituality, Social Support, and Survival in Hemodialysis Patients. *CJASN*, 2008;3:1620-1627.
12. Winkelman WD, Lauderdale K, Balboni MJ & al, The relationship of spiritual concerns to the quality of life of advanced cancer patients: preliminary findings. *J Palliat Med*, 2011; 14:1022-8.
13. Cohen SR, Mount BM, Bruera E & al, Validity of the McGill Quality of Life Questionnaire in the palliative care setting: a multi-centre Canadian study demonstrating the importance of the existential domain. *Palliat Med*, 1997;11:3-20.
14. Park C, Wortmann J & Edmondson D, Religious struggle as a predictor of subsequent mental and physical well-being in advanced heart failure patients. *J Behav Med*, 2011; 34:426-436.
15. Pargament KI, Koenig HG, Tarakeshwar N & Hahn J, Religious struggle as a predictor of mortality among medically ill elderly patients: a 2-year longitudinal study. *Arch Intern Med*, 2001;161:1881-5.
16. Tarakeshwar N, Vanderwerker LC, Paulk E & al, Religious coping is associated with quality of life of patients with advanced cancer. *J Palliat Med*, 2006; 9:646-57.
17. Hebert R, Zdaniuk B, Schulz R & Scheier M, Positive and negative religious coping and well-being in women with breast cancer. *J Palliat Med*, 2009;12:537-45.
18. Pargament KI, Smith BW, Koenig HG & Perez L, Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 1998;37:710-724.
19. Ramirez SP, Macêdo DS, Sales PM & al, The relationship between religious coping, psychological distress and quality of life in hemodialysis patients. *J Psychosom Res*, 2012; 72:129-35.
20. Sherman AC, Plante TG, Simonton S & al, Prospective study of religious coping

- among patients undergoing autologous stem cell transplantation. *J Behav Med*, 2009;32:118-28.
21. <https://www.spiritualcareassociation.org/credentialing-and-certification-requirements.html> Accessed May 23, 2016.
 22. Abu-Ras W & Laird L, How Muslim and non-Muslim chaplains serve Muslim patients? Does the interfaith chaplaincy model have room for Muslims' experiences? *J Relig Health*, 2011; 50:46-61.
 23. *National Consensus Project for Quality Palliative Care. Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care*, 3rd edition 2013:26-27. Retrieved from: http://www.nationalconsensusproject.org/NCP_Clinical_Practice_Guidelines_3rd_Edition.pdf.
 24. Jankowski KR, Handzo GF & Flannelly KJ, Testing the efficacy of chaplaincy care. *J Health Care Chaplain*, 2011;17(3-4):100-125;
 25. Puchalski C, Ferrell B, Virani R & al, Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: the report of the Consensus Conference. *J Palliat Med*, 2009;12:885-904.
 26. Borneman T, Ferrell B & Puchalski CM, Evaluation of the FICA Tool for Spiritual Assessment. *J Pain Symptom Manage*, 2010;40:163-73.
 27. Ziv A, Talmi R, Gary-Cohen M & Chen W, Spiritual support in the spirit of current trends in the Israeli healthcare system. *Harefuah*, 2014;153:652-3.
 28. Schultz M, Megeed-Book T, Mashlach T & Bar-Sela G, Identifying the Presence and Content of Spiritual Distress in Israel: An Analysis of the Applicability of American Tools in Israel. Abstract ISCORT 2016.
 29. Fogg SL, Weaver AJ, Flannelly KJ & Handzo GF, An analysis of referrals to chaplains in a community hospital in New York over a seven-year period. *Journal of Pastoral Care and Counseling*, 2004;58:225-235.
 30. Johnson JR, Engelberg RA, Nielsen EL & al, The association of spiritual care providers' activities with family members' satisfaction with care after a death in the ICU. *Crit Care Med*, 2014;42:1991-2000.