

آموزش مراقبت‌های مذهبی بیماران، نیاز فراموش شده در آموزش پزشکی

سلیمان زند^۱، دکتر محمد رفیعی^۲نویسنده مسوول: اراک، دانشگاه علوم پزشکی اراک، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی
slmnzand@arakmu.ac.ir

دریافت: ۹۳/۲/۷ پذیرش: ۹۴/۱/۳۰

چکیده

زمینه و هدف: با توجه به اینکه در حال حاضر متأسفانه توجه به مراقبت‌های مذهبی و دینی بیماران بستری در بخش‌های درمانی در حوزه‌ی آموزش پزشکی مورد بی‌توجهی قرار گرفته است، پژوهش حاضر با هدف سنجش نیاز به مراقبت‌های مذهبی بیماران بستری در بیمارستان طراحی شده است.

روش بررسی: پژوهش حاضر یک مطالعه‌ی توصیفی - مقطعی می‌باشد. نمونه‌های مورد پژوهش شامل ده درصد از بیمارانی هستند که به هر دلیل در زمان انجام طرح در یکی از بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی اراک بستری و با استفاده از روش غیراحتمالی از نوع سهمیه‌ای انتخاب شده‌اند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه‌ای مشتمل بر دو بخش بود که بخش اول آن مشخصات دموگرافیک و بخش دوم پرسشنامه خود ساخته‌ای مشتمل بر ۱۱ سوال درحیطه‌ی ضرورت آموزش مراقبت‌های مذهبی بود که پس از اخذ رضایت‌نامه کتبی، جهت تکمیل در اختیار آن‌ها قرار داده شد. در نهایت داده‌ها جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل نتایج از طریق نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) انجام گرفت.

یافته‌ها: اکثر افراد مورد مطالعه مونث و ساکن شهر و با میانگین سنی ۴۴ سال بودند. آزمون کای‌اسکویر در بعد نیازهای آموزشی مراقبت‌های مذهبی بیماران تفاوت آماری معنی‌دار را نشان داد ($P < 0/05$). آزمون آنالیز واریانس یک طرفه نیز ارتباط معنی‌داری را از نظر سن و شغل با نیازهای آموزشی در بعد مراقبت‌های مذهبی در نمونه‌های مورد پژوهش نشان داد ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج پژوهش حاضر، انجام مراقبت‌های مذهبی به منظور ارتقای سطح مراقبت‌های بالینی از نظر بیماران بسیار مهم و ضروری است. در نتیجه توصیه می‌شود مسوولین و برنامه‌ریزان بخش آموزش پزشکی کشور، روش‌های مراقبت‌های مذهبی را به‌عنوان بخشی از مراقبت‌های جامع بالینی بیماران در سرفصل دروس دانشجویان رشته‌های مختلف پزشکی منظور نمایند.

واژگان کلیدی: مراقبت‌های مذهبی، پرستاری، آموزش بیمار، آموزش پزشکی

مقدمه

توجه‌ای از کل زندگی آنان را حذف خواهد کرد. بدون تردید بیمار در سیستم خدمات بهداشتی دارای حقوق است که باید مورد توجه و حمایت قرار گیرد و انجام آن وابسته به سلیقه و میل شخصی ارایه‌دهندگان مراقبت بهداشتی - درمانی نمی‌باشد (۲). در کنار رعایت حقوق بیمار توجه به مسایل فرهنگی و مذهبی از جمله ضروریاتی است که باعث تصمیم

نیاز حاکمی از شکاف بین وضع موجود و مطلوب تعریف شده است و نیازسنجی فرآیند جمع‌آوری اطلاعات در باره نیازهای افراد، گروه‌ها و الویت بندی آنهاست تا از این رهگذر زمینه‌ی لازم برای برطرف کردن این نیازها فراهم آید (۱). انسان‌ها موجوداتی چند وجهی هستند که نادیده گرفتن هریک از این وجوه، بخشی حیاتی از انسانیت افراد و نیز نتایج قابل

۱- کارشناس ارشد آموزش پزشکی، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، مربی بالینی دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران

۲- دکترای آمار زیستی، گروه بهداشت و آمار پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران

گیری منطقی می‌شود (۳). انجمن روانپزشکی آمریکا نیز توصیه می‌کند که پزشکان، گرایش مذهبی و معنوی بیماران را جویا شوند. زیر بنای این توصیه‌ها این است که مراقبت از بیمار بسیار فراتر از درمان بیمار است و در برگیرنده نیازهای مختلف است. به همین خاطر است که اکثر بیماران خواهان رسیدگی و برآورده شدن نیازهای معنوی و مذهبی خود هستند (۴). چرا که مذهب بسیاری از نیازهای انسان را برآورده و خلع‌های وجودی او را پر می‌کند. بسیاری از اعتقادات مذهبی و اعمال مذهبی در ارتباط با پیشگیری از بیماری و مصایب می‌باشند (۵). مراقبت‌های مذهبی، مجموعه اقداماتی است که گروه پزشکی باید برای کمک به بیمار جهت ادامه فعالیت‌های مذهبی طبیعی خود در محیط ناآشنای بیمارستان یا مرکز درمانی انجام دهند. آشنا کردن بیمار با سرویس‌های مذهبی و امکانات موجود در هر موسسه، احترام گذاشتن به نیاز بیمار مبنی بر تنهایی و سکوت حین عبادت، کمک به بیمار جهت تهیه نمودن وسایل مورد نیاز برای عبادت، در نظر گرفتن خواسته بیمار جهت برخورداری از مراسم و آیین‌های مذهبی همچون گذشته، تلاش به منظور رعایت محدودیت وضع شده در رژیم غذایی بیمار از نظر مذهبی و در صورت تمایل بیمار، ترتیب دادن قرار ملاقات با کشیش یا روحانی می‌تواند از آن جمله باشد (۶).

از طرفی انسان برای مراقبت از خود، برای خوب ماندن و خوب شدن، نیاز به آموزش دارد و آموزش به بیمار از جمله عملکردهای اصلی حرفه‌های بهداشتی، درمانی است. فلسفه‌ی آموزش به بیمار این است که بیمار اطلاعات و مهارت‌های آموخته را برای اهداف مورد نظر به کار گیرد (۷). در همین راستا، محققان پیشنهاد می‌کنند که مراکز خدمات بهداشتی، درمانی می‌توانند نقش مهمی در برآوردن نیازهای معنوی و مذهبی مراقبین خانوادگی، بویژه افرادی که به دلیل مشکلات سلامتی خود یا بیمارانشان، قادر به شرکت در فعالیت‌های مذهبی منظم نیستند، بر عهده بگیرند (۸). Black به نقل از

Benson کاردیولوژیست مدرسه پزشکی هاروارد می‌نویسد که انجام مراقبت‌های مذهبی مانند دعا و نیایش می‌تواند منافعی مثل کاهش ویزیت پزشک جهت تسکین درد قلبی تا حدود ۲۶ درصد و کاهش استفاده از دارو در ۸۰ درصد بیماران مبتلا به فشار خون را برای بیماران داشته باشد (۹). همچنین ارتباط معنی‌داری بین نماز خواندن و ارتباط با ذهن و سلامتی جسمی و روانی در بیماران مبتلا به درد‌های مزمن وجود دارد (۱۰). انجام مراقبت‌های مذهبی مانند نماز خواندن، عبادت کردن، نذر کردن، حاضر شدن در اماکن مذهبی و خواندن دعا و نیایش‌های مذهبی همه تحمل فرد را در مقابل درد بیشتر می‌نماید و سبب مقابله‌ی بهتر در مقابل با درد و استرس می‌شوند (۱۱). تشویق بیمارانی که به دعا و نیایش اعتقاد دارند و انجام اعمال مذهبی، یکی از عوامل موثر در درمان شمرده می‌شود (۱۲). درک بیشتر درمانگران از انواع مقابله مذهبی و نقش هرکدام در فرآیند مراقبتی، به محققان کمک می‌کند تا روش‌های بهتر یاری رساندن به مراقبین، در مقابله با مشکلات و فشارهای مراقبتی را شناسایی نمایند. از طرف دیگر راهبردهای مقابله مذهبی، وابسته به فرهنگ و مذهب بوده و ممکن است برای گروه‌های متفاوت فرهنگی و مذهبی، تلویحات متفاوتی داشته باشد (۱۳). در نتیجه تیم درمانی باید از اهمیت نیازهای روحانی و مذهبی در فرهنگ‌های مختلف اطلاع داشته باشد (۱۴). بر همین اساس آموزش بیماران باید براساس بررسی و تعیین نیازهای آموزشی آنان صورت پذیرد. جهت انجام این امر نیازهای آموزشی هر بیمار باید در مدت بستری وی در بیمارستان شناخته شود. در واقع نیازهای آموزشی بیان شده از طرف بیماران حایز اهمیت می‌باشد، نه آنچه که از نظر کارکنان بهداشتی مهم تلقی می‌شود (۱۵). فردی که در ارتباط با وضعیت پزشکی یا بیماری خود آموزش‌های مورد نیاز را دریافت می‌کند، به خاطر برآورده شدن یکی از نیازهای انسانی در خود، احساس امنیت و آرامش می‌کند، لذا

نمونه‌ها به صورت سهمیه‌ای در بیمارستان‌های مختلف تعیین شدند. برای ورود بیماران به مطالعه می‌بایست، حداقل ۲۴ ساعت در بخش بستری شده بودند و توانایی برقراری ارتباط با پژوهشگر را داشته باشند (از روحی روانی و جسمی توانایی پاسخگویی به سوالات را داشته باشد). در نتیجه بیمارانی که در بخش‌های روانی بستری بودند و یا دارای اختلالات روحی و روانی بودند، بیمارانی که در فاز حاد بیماری قرار داشتند و یا در یکی از بخش‌های اورژانس، ای‌سی‌یو، نوزادان و اطفال بودند، بیمارانی که علاقمند به همکاری نبودند و یا بیمارانی که داری مشکلات شنوایی و یا گفتاری بودند از مطالعه خارج شدند. پس از اثبات ویژگی ورود به مطالعه، نمونه‌ها به صورت سیستماتیک، هر روز از لیست پذیرش بیمارستان‌ها استخراج شدند. ابتدا کلیه بخش‌هایی را که طبق معیار ورود باید در نمونه‌گیری دخالت داده می‌شدند تعیین و نمونه‌ها بر اساس سهمیه‌ی ۱۰ درصد کلیه بیمارستان‌های بستری در دسترس و واجد شرایط در این بخش‌ها تا تکمیل حجم نمونه انتخاب شدند. پس از کسب رضایت و تمایل آگاهانه نمونه‌ها، پرسشنامه جهت تکمیل شدن در اختیار آنها قرار داده شد. ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه‌ای بود مشتمل بر دو بخش، که بخش اول آن مشخصات دموگرافیک و بخش دوم پرسشنامه خود ساخته‌ای، مشتمل بر ۱۱ سوال درحیطه‌ی ضرورت آموزش مراقبت‌های مذهبی بود. جهت تهیه پرسشنامه در ابتدا نمودار درختی پرسشنامه براساس مراجعه به متون تخصصی، مصاحبه با تعدادی از بیماران و با توجه به مسایل فرهنگی، مذهبی و روانشناختی تهیه و تدوین گردید. در نهایت بانک سوالات بر اساس آنچه پرسش شونده باید بداند و آنچه دانستن آن برای پرسش شونده مفید است تهیه شد. به منظور ایجاد زبان مشترک بین محقق و پاسخگویان، پرسشنامه در اختیار ۱۰ نفر از بیمارانی که دارای شرایط ورود به مطالعه بودند قرار داده شد و از آنها خواسته شد پرسشنامه به روش

محروم ساختن او از اطلاعات مورد نیازش عملی غیر اخلاقی است. شناسایی و رفع نیازهای آموزشی مددجویان با توجه به تغییری که بیماری در زندگی آنها بوجود آورده است یکی از شاخص‌های اصلی رضایتمندی بیماران از خدمات مراقبتی درمانی است (۱۶). بنابراین برآورده کردن نیازهای آموزشی بیماران، از حقوق مددجویان است (۱۷ و ۱۸). ارزشیابی مداوم نیازهای بیمار، دست‌یابی به اهداف مورد انتظار و آموزش‌های داده شده به بیمار می‌تواند پایه‌ای جهت آموزش‌های آینده باشد و فرآیند آموزش بیمار را موثرتر سازد (۱۹). بنابراین آشنایی با نیاز مراقبت‌های مذهبی بیماران و رعایت اصول مذهبی بیماران در مواقعی که بیماران در بیمارستان بستری هستند و خود به تنهایی قادر به انجام حیاتی‌ترین اعمال خود هم نمی‌باشند امری ضروری است. اما در حال حاضر متأسفانه نه تنها در بیمارستان‌ها توجه چندانی به نیازهای مذهبی و دینی بیماران در بخش‌های درمانی نمی‌شود بلکه درحوزه آموزش نیز به چگونگی برآورده کردن این نیازها توجه نمی‌شود. از طرفی تحقیقات جامع و کاملی در رابطه با نیازهای مراقبت مذهبی و علل و عوامل موثر در اجرا و حیطه‌های آموزشی آنها در ایران صورت نگرفته است و اطلاعات اولیه جهت انجام پژوهش‌های گسترده وجود ندارد. لذا این تحقیق با هدف سنجش نیاز مراقبت‌های مذهبی به‌عنوان یکی از ابعاد فراموش شده در آموزش پزشکی در حوزه‌های درمانی صورت گرفته است، تا شاید راه‌گشا برای ایجاد تحقیقت بعدی و همچنین ایجاد زمینه‌های لازم برای آموزش و انجام مراقبت‌های مذهبی را فراهم نماید.

روش بررسی

این پژوهش یک مطالعه‌ی توصیفی - مقطعی می‌باشد. بر اساس اصل ککران در تعیین حجم نمونه از جوامع نامتقارن انتخاب ۱۰ درصد بیماران، برابر آمار سال گذشته ۱۷۵۱ نفر برآورد شد که طی دوره زمانی شش ماه اجرا گردید. تعداد

مدت سه ماه با روش مصاحبه جمع‌آوری شد. در مواردی که گروه‌های مورد پژوهش علاقمند به شرکت در مطالعه بودند ولی آمادگی لازم را در زمان مراجعه به آنها نداشتند، به آنها فرصت داده می‌شد تا حداقل ظرف مدت یک روز شرایط تکمیل پرسشنامه را با مجریان طرح هماهنگ نمایند. به منظور تعیین میانگین نمرات، به پاسخ‌های خیر صفر و پاسخ‌های بلی یک نمره داده شده و در نهایت داده‌ها با نرم افزار SPSS (نسخه ۱۶) و با استفاده از آمارهای توصیفی، آزمون کای اسکویر و آنالیز واریانس یکطرفه تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها

اکثر افراد مورد مطالعه از نظر جنسیت مونث (۱۰۶۴/۸) (۶۰/۸ درصد)، بی‌سواد (۷۰۳/۱) (۴۰/۱ درصد)، متأهل (۱۵۵۸/۸۹) (۸۹ درصد) و ساکن شهر (۱۱۲۰/۶۴) (۶۴ درصد) بودند. حد اکثر سن افراد شرکت کننده در مطالعه ۱۰۰ سال و حداقل ۱۲ سال داشتند که میانگین سنی آنها ۴۴ سال بود. به جز مرکز درمانی آموزش طالقانی که یک بیمارستان زنان می‌باشد در سایر مراکز بیماران مورد پژوهش از نظر جنسیت در پنج مرکز درمانی مورد بررسی برابر بوده، که این موضوع حاکی از آن است که بیماران مورد بررسی در واحدهای مختلف مورد بررسی در متغیر جنسیت همگن بوده اند (جدول ۱).

خود-ایفا تکمیل گردد. متن تهیه شده در اختیار ۱۰ تن از اساتیدی که رشته آنها مرتبط با موضوع است (روانپزشک، معارف، آموزش پزشکی و پرستار) قرار داده شد و نظرات آنها جمع‌آوری و در سوالات در صورت لزوم تغییراتی داده شد. سپس در مرحله بعد، برای بدست آوردن تصویر دقیق تر، قابل فهم تر و بدون ابهام از سوالات و همچنین ارزیابی امکان اجرای آن در جامعه هدف، یک بررسی مقدماتی بر روی ۳۰ نفر از افراد جامعه هدف انجام شد. به منظور تعیین اعتبار ابزار از روش سنجش اعتبار محتوا (Content Validity) استفاده شد. در این مرحله پرسشنامه در اختیار ده نفر از اعضای هیات علمی با تخصص‌های مختلف مربوط به موضوع داده شد. روایی محتوی و صورتی آن با استفاده از پانل خبرگان تایید شد. برای تعیین ثبات درونی نیز ۳۰ نفر مورد مطالعه قرار گرفتند که در این مطالعه مقدماتی با توجه به اینکه سوالات به صورت صحیح و غلط می‌باشد جهت سنجش پایایی از روش Kuder-Richardson (K-R 20) استفاده شده است که با استفاده از این ضریب مقدار پایایی $K-R = 0.9442$ برآورد گردید. داده‌ها توسط چهار نفر از پرستاران و دانشجویان ترم آخر پرستاری مقطع لیسانس که طی چند جلسه آموزشی، نسبت به اهداف و چگونگی انجام طرح توجیه شده و آمادگی لازم را کسب نموده بودند، در طی

جدول ۱: توزیع فراوانی نسبی و مطلق واحدهای مورد پژوهش بر حسب جنس در مراکز درمانی آموزشی

بیمارستان	مرد		زن		تعداد کل (درصد)
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
امیرکبیر	۱۵۶	۸/۹	۲۱۰	۱۲	۳۶۶ (۲۰/۹)
ولی عصر	۲۲۳	۱۲/۷	۲۱۳	۱۲/۲	۴۳۶ (۲۴/۹)
طالقانی	۰۰	۰۰	۳۵۰	۲۰	۳۵۰ (۲۰)
امیرالمومنین	۱۹۳	۱۱	۱۵۶	۸/۹	۳۴۹ (۱۹/۹)
آیت... خوانساری	۱۱۲	۶/۴	۱۳۸	۷/۹	۲۵۰ (۱۴/۳)
جمع	۶۸۴	۳۹/۱	۱۰۶۴	۶۰/۹	۱۷۵۱ (۱۰۰)

آزمون کای اسکویر توزیع جنسیت را در پنج مرکز درمانی معنی دارد نشان داد ($P < 0.05$).

(۶۰ سال) و کمترین آن مربوط به بیمارستان طالقانی (۲۸/۹ سال) بود(جدول ۴). آزمون های کای اسکویر ارتباط معنی دار آماری را بین فراوانی مقایسه دو نسبت پاسخ های مثبت و منفی (بله و خیر) سوالات نیازهای آموزش مراقبت های مذهبی واحد های مورد پژوهش نشان داد(جدول ۵).

همچنین اکثریت واحدهای مورد پژوهش دارای سطح تحصیلات زیر دیپلم بودند(جدول ۲) و ارتباط معنی دار آماری بین شغل و سن واحد های مورد پژوهش با نیاز های آموزشی مراقبت های مذهبی وجود داشت(جدول ۳ و ۴). ضمن آنکه بیشترین میانگین سنی مربوط به بیمارستان ولی عصر

جدول ۲: توزیع فراوانی نسبی و مطلق واحدهای مورد پژوهش بر حسب سطح تحصیلات در مراکز درمانی آموزشی

فراوانی تحصیلات	مرد		زن		تعداد کل (درصد)
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
بی سواد	۲۶۰	۱۴/۸	۴۴۳	۲۵/۳	(۴۰/۱)۷۰۳
خواندن و نوشتن	۱۴۸	۸/۵	۲۴۲	۱۳/۸	(۲۲/۳)۳۹۰
دیپلم وزیر دیپلم	۲۱۹	۱۲/۵	۲۹۳	۱۶/۷	(۲۹/۲) ۵۱۲
دانشگاهی	۶۰	۳/۴	۸۶	۴/۹	(۸/۳)۱۴۶
جمع	۶۸۷	۳۹/۲	۱۰۶۴	۶۰/۸	(۱۰۰)۱۷۵۱

آزمون کای اسکویر ارتباط آماری معنی داری را بین سطوح تحصیلات و جنسیت نشان داد ($p < 0/05$).

جدول ۳: توزیع فراوانی مطلق و نسبی سطح نیاز های آموزشی مراقبت های مذهبی بر حسب شغل واحدهای مورد پژوهش

فراوانی شغل	تعداد	میانگین	انحراف معیار	مقدار p
محصل و دانشجوی	۱۰۲	۱۴/۳۸	۴/۳۸	
کارمند	۶۴	۱۳/۴	۳/۲۶	
شغل آزاد	۲۸۰	۱۴/۱۵	۴/۲۱	* ۰/۰۰۰
خانه دار	۸۵۷	۱۲/۴۶	۳/۶۷	
سایر	۴۴۳	۱۳/۹	۴/ ۱	

*آزمون آنالیز واریانس یک طرفه ارتباط معنی دار آماری بین شغل واحد های مورد پژوهش با نیاز های آموزشی مراقبت های مذهبی نشان داد ($p < 0/05$).

جدول ۴: توزیع فراوانی نسبی و مطلق واحدهای مورد پژوهش بر حسب سن در مراکز درمانی آموزشی

سن بیمارستان	حد اقل	حد اکثر	میانگین	انحراف معیار
امیرکبیر	۱۲	۹۸	۶۰	۱۶/۴
ولی عصر	۱۲	۹۶	۴۵	۲۰/۹۸
طالقانی	۱۵	۶۰	۲۸/۹	۷/۱۳
امیرالمومنین	۱۵	۱۰۰	۵۵/۷	۱۹/۱۴
آیت...خوانساری	۱۶	۸۵	۵۶/۵	۱۵/۵

آزمون آنالیز واریانس یک طرفه نیز ارتباط معنی داری را از نظر سن با نیاز های آموزشی مراقبت های مذهبی در نمونه های مورد پژوهش نشان داد ($p < 0/05$).

جدول ۵: توزیع فراوانی مطلق و نسبی نیازهای مذهبی بعد نیازهای آموزشی واحد‌های مورد پژوهش

مقدار <i>p</i>	خیر		بله		پاسخ	نوع نیاز مذهبی
	درصد	تعداد	درصد	تعداد		
						لازم است پرستاران در ابتدای زمان بستری شدنم امکانات مذهبی موجود در بیمارستان را برایم توضیح دهند
< ۰/۰۰۰۱ *	۲۰/۷	۳۶۳	۷۹/۳	۱۳۸۹		یک کارشناس مذهبی در بیمارستان حضور داشته باشد تا در مورد احکام و سوالات مذهبی با او مشورت نمایم .
< ۰/۰۰۰۱ *	۲۰/۶	۳۶۰	۷۹/۴	۱۳۹۰		دانشجویان رشته های مختلف می باید از نیازهای مذهبی من آگاهی داشته باشند تا در مواقع لزوم من را راهنمایی نمایند .
< ۰/۰۰۰۱ *	۲۵/۱	۴۴۰	۷۴/۸	۱۳۱۰		لازم است پرسنل درمانی از وجود امکانات مورد نیاز برای انجام فعالیت های مذهبی آگاهم نمایند .
< ۰/۰۰۰۱ *	۱۸/۷	۳۲۷	۸۱/۳	۱۴۲۴		در مورد نجسی یا پاکی ترشحاتی که به دلیل زخم ، استفراغ و.... در بدن من دیده میشود، برایم توضیح دهند
< ۰/۰۰۰۱ *	۲۱/۵	۳۷۶	۷۸/۵	۱۳۷۴		در مورد نجس یا پاک بودن هر دارو(پماد ، ژل و....) که برای من استفاده می شود، توضیح دهند.
< ۰/۰۰۰۱ *	۱۹/۵	۳۴۲	۸۰/۵	۱۴۰۹		در مورد نجس یا پاک بودن لوله ، درن و سوندی که در بدن من وجود دارد، توضیح دهند.
< ۰/۰۰۰۱ *	۱۹/۸	۳۴۷	۸۰/۲	۱۴۰۴		در مورد چگونگی انجام فرایض دینی با وجود داشتن سوند ، لوله و ترشحاتی که از آنها خارج می شود برایم توضیح دهند
< ۰/۰۰۰۱ *	۱۸/۵	۳۲۴	۸۱/۵	۱۴۲۷		در صورت آلوده شدن لباسم به نجاسات (ادرار ، مدفوع ، خون) ، در خصوص چگونگی رفع آن برایم توضیح دهند .
< ۰/۰۰۰۱ *	۲۰/۷	۳۶۳	۷۹/۳	۱۳۸۸		در صورت آلوده بودن اعضای وضوی من در مورد چگونگی رفع آن به من توضیح وکمک داده شود
< ۰/۰۰۰۱ *	۲۰/۷	۳۶۳	۷۹/۳	۱۳۸۸		درمورد طهارت بعد از اجابت مزاج در صورتیکه نیاز به لگن در تخت داشته باشم به من توضیح دهند و یا کمک داده شود .

• آزمون کای اسکوائر اختلاف آماری معنی دار را بین سطوح پاسخ های منفی و مثبت نشان داد.

بحث

عابدی و همکاران در تحقیقی مراقبت های مذهبی بیماران بستری و موانع آن را مورد بررسی قرار دادند. نتایج این تحقیق نشان داد که عدم آگاهی پرستاران در رابطه با انواع مراقبتهای مذهبی و اطلاعات ناکافی آنها ، همچنین نبود دستور العمل آموزشی مشخصی در رابطه با آرایه‌ی این نوع مراقبت ها و نبود روحانی در تمام شیفت ها جهت پاسخ به

نتایج تحقیق مانعان داد که اکثریت نمونه‌های مورد پژوهش به سوالات بعد نیاز های آموزشی از مجموعه سوالات نیازهای مذهبی پاسخ بلی داده بودند که این میزان در تمامی سوالات بیشتر از ۷۴ درصد پاسخ بلی بوده است. این نتیجه با نتایج تحقیق عابدی و همکاران (۲۰) همخوانی داشته است.

برای بیمارستان مورد توجه قرار گیرد. به طوری که از طریق افزایش دانش دز مورد مراقبت های دینی، تغییر نگرش نسبت به خدمات معنوی و مذهبی از طریق آموزش مراقبت های مذهبی در عمل بالینی به عنوان یک مدل جامع مراقبت از بدن، روح و روان بیمار توجه شود (۲۳).

در بررسی سطح نیازهای مذهبی در بعد نیازهای آموزشی در مراکز درمانی آموزشی منتخب، آزمون آنالیز واریانس یک طرفه در تمام مراکز درمانی ارتباط معنی داری را نشان داد. این بدان معنی است که همه بیماران بدون توجه به بیمارستان و یا بخشی که بستری هستند توجه به آموزش مراقبت های مذهبی را ضروری دانسته و عدم انجام این مراقبت ها را از نواقص موجود در تیم مراقبت کننده از خود می دانند.

نتیجه گیری

با توجه به نتایج پژوهش حاضر، انجام مراقبت های مذهبی به منظور ارتقای سطح مراقبت های بالینی از نظر بیماران بسیار مهم و ضروری است. در نتیجه توصیه می شود مسوولین و برنامه ریزان بخش آموزش پزشکی کشور، روش های مراقبت های مذهبی را بعنوان بخشی از مراقبت های جامع بالینی بیماران در سر فصل دروس دانشجویان رشته های مختلف پزشکی منظور نمایند.

References

- 1- Fathi Vajargah K. Educational need assessment: models and techniques. Tehran: Abeeze publication; 2005.
- 2- Bandman EL, Bandman B. Nursing ethics through the life span: Appleton & Lange; 2001.
- 3- Fry ST. Ethics in nursing practice: a guide to ethical decision making. 2008.
- 4- Mueller PS, Plevak DJ, Rummans TA, editors.

سوالات مذهبی بیماران را از موانع و نیازهای بیماران در جهت رفع نیازهای مراقبت مذهبی عنوان کرده اند، که تا حدودی با نیازهای ارزیابی شده در این پژوهش در بعد آموزش هم خوانی داشته است (۲۰). ولی از آنجا که نتایج بررسی عابدی به صورت کیفی صورت گرفته است، لذا به صورت جامع به بحث نیاز آموزشی توجهی نشده است لیکن به صورت کلی نشان می دهد که یکی از نیازهای مذهبی بیماران آموزش مراقبت های مذهبی است، ولی تیم مراقبت نیز خود در این مورد آشنایی و اطلاعاتی نداشته در نتیجه در مجموع به نیاز هایی که بتواند بیماران را از آن مطلع نمایند، توجه نمی شود. همچنین در بررسی بهارلو نشان داده شده است که ۴۵ درصد موارد دستورالعمل خاصی در مورد موازین شرعی در اختیار پرستاران قرار داده نشده است و یا در بخش نبوده نصب نشده است (۲۱). به همین منظور ضمن تاکید ضرورت نیاز های آموزشی در خصوص مراقبت های مذهبی، نیاز به آموزش هایی در خصوص مراقبت های مذهبی به تیم مراقبت هم دارای الویت می باشد. پرستار به عنوان یک انسان باید از اخلاق و احکام اسلامی اطلاع داشته و به طور مستقیم و غیر مستقیم ضرورت رعایت آن ها را به بیماران آموزش دهد (۲۲). به منظور افزایش دسترسی مراقبت های مذهبی برای بیماران و اعضای خانواده آن ها، خدمات مذهبی باید به عنوان یک ایتم

- Religious involvement, spirituality, and medicine: implications for clinical practice. Mayo clinic proceedings; 2001: Elsevier.
- 5- Carpenito-Moyet LJ. Nursing care plans & documentation :nursing diagnoses and collaborative problems: Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
 - 6- Speck P, Ellershaw J, Wilkinson S. Spiritual religious issues in care of the dying. Care of

- Dying A pathway to excellence. 2011:106-26.
- 7- Redman BK. The practice of patient education: A case study approach: Elsevier Health Sciences; 2007.
- 8- Herrera AP, Lee JW, Nanyonjo RD, Laufman LE, Torres-Vigil I. Religious coping and caregiver well-being in Mexican-American families. *Aging and Mental Health*. 2009;13(1):84-91.
- 9- Chitty KK, Black BP. Professional nursing: concepts & challenges. 2001.
- 10- Rippentrop AE, Altmaier EM, Chen JJ, Found EM, Keffala VJ. The relationship between religion/spirituality and physical health, mental health, and pain in a chronic pain population . *Pain*. 2005;116(3):311-21.
- 11- Safari Fard F. Investigation of barriers to religions care in hospitalize patients [MSc Thesis]. Isfahan, Iran: Isfahan University of Medical Sciences. 1999.
- 12- Noorbakhsh M, Poryousefi H. Role of religion and beliefs of mental health. *Journal of Studies*. 2007;2(3):72-94.
- 13- Pearce MJ. A critical review of the forms and value of religious coping among informal caregivers. *Journal of Religion and Health*. 2005;44(1):81-117.
- 14- Fontaine KL, Fletcher JS. Mental health nursing :Prentice Hall; 2003.
- 15- Goodman H. Patients' perceptions of their education needs in the first six weeks following discharge after cardiac surgery. *Journal of advanced nursing*. 1997;25(6):1241-51.
- 16- Borhani F. Nurses and nurse-managers' opinions about the importance of patients' training barriers. *The Journal of Qazvin University of Medical Sciences*. 2002;5(4):84-90.
- 17- Lamiani G, Furey A. Teaching nurses how to teach: An evaluation of a workshop on patient education. *Patient education and counseling*2009;75(2):270-3.
- 18- Xanthos T, Ekmektzoglou KA, Bassiakou E, et al. Nurses are more efficient than doctors in teaching basic life support and automated external defibrillator in nurses. *Nurse Education Today*. 2009;29(2):224-31.
- 19- Strömberg A, Broström A, Dahlström U, Fridlund B. Factors influencing patient compliance with therapeutic regimens in chronic heart failure: a critical incident technique analysis. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care* .1999;28(5):334-41.
- 20- Abedi H, Asgari M, Kazemi Z, Saffari F, Nasiri M. Religious care patients and the barriers. *Journal of Teb and Tazkieh*. 2005;4(53):23-16.
- 21- Zarea K, Nikbakht-Nasrabadi A, Abbaszadeh A, Mohammadpour A. Facing the challenges and building solutions in clinical psychiatric nursing in Iran: A qualitative study. *Mental Health Nursing*. 2012;33(10):697-706.
- 22- Horton JB, Reece EM, George Broughton I, Janis JE, Thornton JF, Rohrich RJ. Patient safety in the office-based setting . *Plastic and Reconstructive Surgery*. 2006;117(4):61e-80e.
- 23- Woll ML, Hinshaw DB, Pawlik TM. Spirituality and religion in the care of Surgical

Oncology patients with life-threatening or advanced illnesses. *Annals of surgical oncology*. 2008;15(11):3048-57.

Patients' Religious Care: A Neglected Need in Medical Education

Zand S¹, Rafiei M²

¹Dept. of Nursing, Faculty of Nursing & Midwifery, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran

²Dept. of Health & Medical Statistics, Faculty of Medicine, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran

Corresponding Author: Zand S, Dept. of Nursing, Faculty of Nursing & Midwifery, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran

Email: slmnzand@arakmu.ac.ir

Received: 27 Apr 2014 **Accepted:** 19 Apr 2015

Background and Objective: Religious rules can help patients to improve their recovery speed. Anxiety may be caused by neglecting patients' religious orders which have negative impacts on the course of remission and may prolong length of stay in hospital and successively have adverse psychological effects. The present study aimed to assess the need for religious care of patients.

Materials and Methods: This cross - sectional study consisted of patients who stayed in teaching hospitals and were selected through census method. Data collection instrument was a two-section questionnaire which the first part was the demographic characteristics and the second part was researcher-made questions on the need for patients' religious care. After obtaining consent, patients were asked to complete the questionnaire. Chi-square test and one-way ANOVA were used and finally data was analyzed through SPSS software.

Results: Chi-square test showed a significant difference in aspect of religious care ($p < 0.05$) and one-way ANOVA also indicated a significant relationship between age and job and the need for religious care.

Conclusion: According to the results of this study, considering the religious care of patients is very important and necessary. It is recommended that officials and educational planners put religious care as a part of clinical care in medical curriculum.

Keyword: *Nursing, Patient education, Medical education, Religion care*