مقاله پژوهشی اصیل

مجلـــه‌ی توســـعه‌ی آمـــوزش در علـوم پزشـــکی

دوره‌ی ۸، شماره ۲۰، زمستان ۹٤ ، صفحات ٤۹ تا ۵۷

آموزش مراقبت های مذهبی بیماران، نیاز فراموش شده در آموزش پزشکی

سلیمان زند[۱] ، دکتر محمد رفیعی[۲]

نویسنده مسوول : اراک، دانشگاه علوم پزشکی اراک ، دانشکده‌ی پرستاری ومامایی slmnzand@arakmu.ac.ir

دریافت: ۹۳/۲/۷ پذیرش: ۹٤/۱/۳۰

چکیده

زمینه و هدف *: با توجه به اینکه در حال حاضر متاسفانه توجه به مراقبت های مذهبی و دینی بیماران بستری در بخش های درمانی در حوزه‌ی آموزش‌پزشکی مورد بی‌توجهی قرار گرفته است، پژوهش حاضر با هدف سنجش نیاز به مراقبت های مذهبی بیماران بستری در بیمارستان طراحی شده است .*

روش بررسی: *پژوهش حاضر یک مطالعه‌ی توصیفی – مقطعی می باشد. نمونه‌های مورد پژوهش شامل ده‌درصد از بیمارانی هستندکه 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 پرسشنامه ای مشتمل بر دو بخش بود که بخش اول آن مشخصات دموگرافیک و بخش دوم پرسشنامه خود ساخته‌ای مشتتمل بر۱۱ سوال درحیطه‌ی ضرورت آموزش مراقبت‌های مذهبی بود که پس از اخذ رضایت‌نامه کتبی، جهت تکمیل در اختیار آن‌ها قرار داده شد. در نهایت داده ها جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل نتایج از طریق نرم‌افزار آماری spss (نسخه ۱٦) انجام گرفت.*

یافته‌ها *: اکثر افراد مورد مطالعه مونث و ساکن شهر و با میانگین سنی ٤٤ سال بودند. آزمون کای‌اسکویر در بعد نیاز های آموزشی مراقبت های مذهبی بیماران تفاوت آماری معنی دار را نشان داد ($P<۰/۰۵$). آزمون آنالیز واریانس یک طرفه نیز ارتباط معنی داری را از نظر سن و شغل با نیازهای آموزشی در بعد مراقبت‌های مذهبی در نمونه های مورد پژوهش نشان داد($P<۰/۰۵$).*

نتیجه گیری: *با توجه به نتایج پژوهش حاضر، انجام مراقبت های مذهبی به منظور ارتقای سطح مراقبت‌های بالینی از نظر بیماران بسیار مهم و ضروری است. در نتیجه توصیه می شود مسوولین وبرنامه ریزان بخش آموزش‌پزشکی کشور، روش های مراقبت‌های مذهبی را به‌عنوان بخشی از مراقبت‌های جامع بالینی بیماران در سرفصل دروس دانشجویان رشته های مختلف پزشکی منظور نمایند.*

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

مقدمه

نیاز حاکی از شکاف بین وضع موجود ومطلوب تعریف شده است و نیازسنجی فرآیندجمع آوری اطلاعات در باره نیازهای افراد، گروه ها و الویت بندی آن‌هاست تا از این رهگذر زمینه‌ی لازم برای برطرف کردن این نیازها فراهم آید (۱). انسان‌ها موجوداتی‌چند وجهی‌هستند که‌نادیده گرفتن‌هریک از این وجوه ، بخشی حیاتی از انسانیت افراد و نیز نتایج قابل توجه ای 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 ارایه دهندگان مراقبت بهداشتی- درمانی نمی باشد (۲). در کنار رعایت حقوق بیمار توجه به مسایل فرهنگی و مذهبی از جمله ضروریاتی است که باعث تصمیم

۱- کارشناس ارشد آموزش پزشکی، گروه پرستاری ، دانشکده پرستاری ومامایی ،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

[Downloaded from edujournal.zums.ac.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.22519521.1394.8.20.2.0]

گیری منطقی می شود(۳). انجمن روانپزشکی امریکا نیز توصیه می کند که پزشکان ، گرایش مذهبی و معنوی بیماران را جویا شوند. زیر بنای این توصیه ها این است که مراقبت از بیمار بسیار فراتر از درمان بیمار است و در بر گیرنده نیاز های مختلف است. به همین خاطر است که اکثر بیماران خواهان رسیدگی و برآورده شدن نیازهای معنوی ومذهبی خود هستند (٤). چرا که مذهب بسیاری از نیاز های انسان را برآورده و خلع های وجودی او را پر می کند. بسیاری از اعتقادات مذهبی و اعمال مذهبی در ارتباط با پیشگیری از بیماری و مصایب می‌باشند(۵). مراقبت های مذهبی، مجموعه اقداماتی است که گروه پزشکی باید برای کمک به بیمار جهت ادامه فعالیت های مذهبی طبیعی خود در محیط نا آشنای بیمارستان یا مرکز درمانی انجام دهند. آشنا کردن بیمار با سرویس های 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 آیین های 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 می تواند از آن جمله باشد(٦).

از طرفی انسان برای مراقبت از خود، برای خوب ماندن و خوب‌شدن، 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 می کنند که مراکز خدمات بهداشتی، درمانی می توانند نقش مهمی در برآوردن نیازهای معنوی و مذهبی مراقبین خانوادگی، بویژه افرادی که به دلیل مشکلات سلامتی خود یا بیمارانشان، قادر به شرکت در فعالیت های مذهبی منظم نیستند، بر عهده بگیرند(۸).Blackبه نقل از Benson کاردیولوژیست مدرسه پزشکی هاروارد می نویسد که انجام مراقبت های مذهبی مانند دعا و نیایش می تواند منافعی مثل کاهش ویزیت پزشک جهت تسکین درد قلبی تا حدود ٢٦ درصد وکاهش استفاده از دارو در ۸۰ درصد بیماران مبتلا به فشار خون را برای بیماران داشته باشد(۹).همچنین ارتباط معنی داری بین نماز خواندن و ارتباط با ذهن و سلامتی جسمی و روانی در بیماران مبتلا به درد های مزمن وجود دارد(۱۰).انجام مراقبت های 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 می نماید و سبب مقابله‌ی بهتر در مقابل با درد واسترس می شوند(۱۱). تشویق بیمارانی که به دعا و نیایش اعتقاد دارند و انجام اعمال مذهبی، یکی از عوامل موثر در درمان شمرده می شود(۱۲). درک بیشتر درمانگران از انواع مقابله مذهبی و نقش هرکدام در فرآیند مراقبتی، به محققان کمک می کند تا روش های 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 گروه های متفاوت فرهنگی و مذهبی، تلویحات متفاوتی داشته باشد(۱۳). در نتیجه تیم درمانی باید از اهمیت نیازهای روحانی و مذهبی در فرهنگ های مختلف اطلاع داشته باشد(١٤). 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 ازطرف بیماران حایز اهمیت می‌باشد، نه آنچه که از نظر کارکنان بهداشتی مهم تلقی می شود(۱۵). فردی که در ارتباط با وضعیت پزشکی یا بیماری خود آموزش‌های مورد نیاز را دریافت می کند، به خاطر برآورده شدن یکی از نیازهای انسانی در خود، احساس امنیت و آرامش می کند، لذا

[Downloaded from edujournal.zums.ac.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.22519521.1394.8.20.2.0]

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(۱۸و۱۷).ارزشیابی مداوم نیاز های بیمار، دست یابی به اهداف مورد انتظار و آموزش های داده شده به بیمار می تواند پایه ای جهت آموزش های آینده باشد و فرآیند آموزش بیمار را موثرتر سازد(۱۹). بنابراین آشنایی با نیاز مراقبت های مذهبی بیماران و رعایت اصول مذهبی بیماران در مواقعی که بیماران در بیمارستان بستری هستند و خود به تنهایی قادر به انجام حیاتی ترین اعمال خود هم نمی‌باشند امری ضروری است. اما در حال حاضر متاسفانه نه تنها در بیمارستان‌ها توجه چندانی به نیاز های مذهبی و دینی بیماران در بخش‌های درمانی نمی‌شود بلکه درحوزه آموزش نیز به چگونگی برآورده کردن این نیازها توجه نمی شود. 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 مراقبت های مذهبی به‌عنوان یکی از ابعاد فراموش شده در آموزش پزشکی در حوزه های درمانی صورت گرفته است، تا شاید راه گشا برای ایجاد تحقیقت بعدی و همچنین ایجاد زمینه های لازم برای آموزش و انجام مراقبت های مذهبی را فراهم نماید.

روش بررسی

این پژوهش یک مطالعه‌ی توصیفی – مقطعی می باشد . بر اساس اصل ککران در تعیین حجم نمونه از جوامع نامتقارن انتخاب۱۰ درصد بیماران ، برابر آمار سال گذشته ۱۷۵۱نفر بر آورد شد که طی دوره زمانی شش ماه اجرا گردید . تعداد نمونه ها به صورت سهمیه ای در بیمارستان های مختلف تعیین شدند. برای ورود بیماران به مطالعه می بایست، حداقل ۲۴ ساعت در بخش بستری شده بودند و توانایی بر قراری ارتباط با پژوهشگر را داشته باشد(از روحی روانی و جسمی توانایی پاسخگویی به سوالات را داشته باشد). در نتیجه بیمارانی که در بخش های روانی بستری بودند ویا دارای اختلالات روحی وروانی بودند ، بیمارانی که در فاز حاد بیماری قرار داشتند ویا در در یکی از بخش های اورژانس، ای‌سی‌یو، نوزادان و اطفال بودند، بیمارانی که علاقمند به همکاری نبودند ویا بیمارانی که داری مشکلات شنوایی ویا گفتاری بودند از مطالعه خارج شدند. پس از اثبات ویژگی ورود به مطالعه، نمونه ها به‌صورت سیستماتیک ، هر روز از لیست پذیرش بیمارستان ها استخراج شدند . ابتدا کلیه‌ی بخش‌هایی را که طبق معیار ورود باید در نمونه گیری دخالت داده می شدند تعیین و نمونه ها بر اساس سهمیه‌ی ۱۰ درصد کلیه‌ی بیماران بستری در دسترس و واجد شرایط در این بخش ها تا تکمیل حجم نمونه انتخاب شدند. پس از کسب رضایت وتمایل آگاهانه نمونه ها، پرسشنامه جهت تکمیل شدن دراختیار آنها قرار داده شد. ابزار جمع آوری اطلاعات پرسشنامه ای بود مشتمل بر دو بخش، که بخش اول آن مشخصات دموگرافیک و بخش دوم پرسشنامه خود ساخته ای، مشتتمل بر ۱۱ سوال درحیطه‌ی ضرورت آموزش مراقبت‌های مذهبی بود. جهت تهیه‌ی پرسشنامه در ابتدا نمودار درختی پرسشنامه براساس مراجعه به متون تخصصی، مصاحبه با تعدای از بیماران و با توجه به مسایل فرهنگی ، مذهبی و روانشناختی تهیه وتدوین گردید. در نهایت بانک سوالات بر اساس آنچه پرسش شونده باید بداند وآنچه دانستن آن برای پرسش شونده مفیداست 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 ازآنها خواسته شد پرسشنامه به روش

[Downloaded from edujournal.zums.ac.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.22519521.1394.8.20.2.0]

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 جمع آوری ودر 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 دراختیار ده نفر از اعضای هیات علمی با تخصص های مختلف مربوط به موضوع داده شد .روایی محتوی وصوری آن با استفاده از پانل خبرگان تایید شد. برا ی تعیین ثبات درونی نیز ۳۰ نفر مورد مطالعه قرار گرفتند که در این مطالعه مقدماتی با توجه به اینکه سوالات به‌صورت صحیح وغلط می باشد 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 مدت سه ماه با روش مصاحبه جمع‌آوری شد. در مواردی که گروه های مورد پژوهش علاقمند به شرکت در مطالعه بودند ولی آمادگی لازم را در زمان مراجعه به آنها نداشتند، به آن‌ها فرصت داده می شد تا حداقل ظرف مدت یک روز شرایط تکمیل پرسشنامه را با مجریان طرح هماهنگ نمایند. به منظور تعیین میانگین نمرات، به پاسخ های خیر صفر و پاسخ‌های بلی یک نمره داده شده و در نهایت داده ها با نرم افزار **SPSS** (نسخه ۱۶)و با استفاده از آمارهای توصیفی ، آزمون کا ی اسکویر و آنالیز واریانس یکطرفه تجزیه و تحلیل شد.

یافته ها

اکثر افراد مورد مطالعه از نظر جنسیت مونث ۱۰۶۴ (۶۰/۸ درصد) ، بی سواد۷۰۳ (۴۰/۱ی درصد) ، متاهل ۱۵۵۸ (۸۹ درصد) وساکن شهر۱۱۲۰ (۶۴ درصد)بودند. حد اکثر سن افرد شرکت کننده در مطالعه ۱۰۰ سال و حداقل ۱۲سال داشتند که میانگین سنی آن‌ها ۴۴ سال بود. به‌جز 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 درمتغیر جنسیت همگن بوده اند (جدول ۱).

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

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

آزمون کای اسکویر توزیع جنسیت را در پنج مرکز درمانی معنی دارد نشان داد (P<۰/۰۵).

[Downloaded from edujournal.zums.ac.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.22519521.1394.8.20.2.0]

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 مراقبت‌های مذهبی وجود داشت(جدول ۳و ٤). ضمن آنکه بیشترین میانگین سنی مربوط به بیمارستان ولی عصر (٦٠ سال) و کمترین آن مربوط به بیمارستان طالقانی (۲۸/۹ سال) بود(جدول ٤). آزمون های کای اسکوایر ارتباط معنی‌دار آماری را بین فراوانی مقایسه دو نسبت پاسخ های مثبت و منفی (بله و خیر) سوالات نیازهای آموزش مراقبت‌های مذهبی واحد های مورد پژوهش نشان داد(جدول ۵).

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

فراوانی تحصیلات	مرد		زن		تعدادکل(درصد)
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
بی سواد	۲٦۰	۱٤/۸	٤٤۳	۲۵/۳	(٤۰/۱)۷۰۳
خواندن ونوستن	۱٤۸	۸/۵	۲٤۲	۱۳/۸	(۲۲/۳)۳۹۰
دیپلم وزیر دیپلم	۲۱۹	۱۲/۵	۲۹۳	۱٦/۷	(۲۹/۲) ۵۱۲
دانشگاهی	٦۰	۳/٤	۸٦	٤/۹	(۸/۳)۱٤٦
جمع	٦۸۷	۳۹/۲	۱۰٦٤	٦۰/۸	(۱۰۰)۱۷۵۱

آزمون کای اسکویر ارتباط آماری معنی داری را بین سطوح تحصیلات و جنسیت نشان داد ($p<۰/۰۵$).

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 دانشجو	۱۰۲	۱٤/۳۸	٤/۳۸	
کارمند	٦٤	۱۳/٤	۳/۲٦	
شغل ازاد	۲۸۰	۱٤/۱۵	٤/۲۱	۰/۰۰۰ *
خانه دار	۸۵۷	۱۲/٤٦	۳/٦۷	
سایر	٤٤۳	۱۳/۹	٤/ 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($p<۰/۰۵$).**

جدول ٤: 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	٦۰	۱٦/٤
ولی عصر	۱۲	۹٦	٤۵	۲۰/۹۸
طالقانی	۱۵	٦۰	۲۸/۹	۷/۱۳
امیرالمومنین	۱۵	۱۰۰	۵۵/۷	۱۹/۱٤
آیت ...خوانساری	۱٦	۸۵	۵٦/۵	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($p<۰/۰۵$).

[Downloaded from edujournal.zums.ac.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.22519521.1394.8.20.2.0]

جدول ٥ : توزیع فراوانی مطلق و نسبی نیاز های مذهبی بعد نیاز های آموزشی واحد های مورد پژوهش

پاسخ	بله		خیر		**مقدار *p***
نوع نیاز مذهبی	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
لازم است پرستاران در ابتدای زمان بستری شدنم امکانات مذهبی موجود در بیمارستان را برایم توضیح دهند	١٣٨٩	٧٩ /٣	٣٦٣	٢٠/ ٧	< ٠/٠٠٠١ *
یک کارشناس مذهبی در بیمارستان حضور داشته باشد تا در مورد احکام و سوالات مذهبی با او مشورت نمایم .	١٣٩٠	٧٩/٤	٣٦٠	٢٠/٦	<٠/٠٠٠١ *
دانشجویان رشته های مختلف می باید از نیازهای مذهبی من آگاهی داشته باشند تا در مواقع لزوم من ر ا راهنمایی نمایند .	١٣١٠	٧٤ /٨	٤٤٠	٢٥/١	< ٠/٠٠٠١*
لازم است پرسنل درمانی از وجود امکانات مورد نیاز برای انجام فعالیت های مذهبی آگاهم نمایند .	١٤٢٤	٨١/٣	٣٢٧	١٨/٧	<٠/٠٠٠١ *
در مورد نجسی یا پاکی ترشحاتی که به دلیل زخم ، استفراغ و....در بدن من دیده میشود، برایم توضیح دهند	١٣٧٤	٧٨/٥	٣٧٦	٢١/٥	< ٠/٠٠٠١ *
در مورد نجس یا پاک بودن هر دارو(پماد ، ژل و....) که برای من استفاده می شود، تو ضیح دهند.	١٤٠٩	٨٠/٥	٣٤٢	١٩/٥	< ٠/٠٠٠١ *
در مورد نجس یا پاک بودن لوله ، درن و سوندی که در بدن من وجود دارد، توضیح دهند.	١٤٠٤	٨٠/٢	٣٤٧	١٩/٨	< ٠/٠٠٠١ *
در مورد چگونگی انجام فرایض دینی با وجود داشتن سوند ، لوله و ترشحاتی که از آنها خارج می شود برایم توضیح دهند	١٤٢٧	٨١/٥	٣٢٤	١٨/٥	< ٠/٠٠٠١ *
در صورت آلوده شدن لباسم به نجاسات (ادرار ، مدفوع ، خون) ، در خصوص چگونگی رفع آن برایم توضیح دهند .	١٣٨٨	٧٩/٣	٣٦٣	٢٠/٧	<٠/٠٠٠١ *
در صورت آلوده بودن اعضای وضو ی من در مورد چگونگی رفع آن به من توضیح وکمک داده شود	١٣٨٨	٧٩/٣	٣٦٣	٢٠/٧	< ٠/٠٠٠١ *
درمورد طهارت بعد از اجابت مزاج در صورتیکه نیاز به لگن در تخت داشته باشم به من توضیح دهند و یا کمک داده شود .	١٤١٨	٨٠/٩	٣٣٣	١٩	< ٠/٠٠٠١ *

- **آزمون کای اسکوایر اختلاف آماری معنی دار را بین سطوح پاسخ های منفی ومثبت نشان داد.**

بحث

نتایج تحقیق مانشان داد که‌اکثریت نمونه های 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 ٧٤ درصد پاسخ بلی بوده است. این نتیجه با نتایج تحقیق عابدی و همکاران (٢٠)همخوانی داشته است. 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 ارایه‌ی این نوع مراقبت ها و نبود روحانی در تمام شیفت ها جهت پاسخ به

[Downloaded from edujournal.zums.ac.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.22519521.1394.8.20.2.0]

سوالات مذهبی بیماران را از موانع ونیازهای 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 به‌صورت کیفی صورت گرفته است، لذا به‌صورت جامع به بحث نیاز آموزشی توجهی نشده است لیکن به‌صورت کلی نشان می‌دهد که یکی از نیازهای مذهبی بیماران آموزش مراقبت‌های 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 نمی‌شود . همچنین در بررسی بهارلو نشان داده شده است که ٤٥درصد موارد دستورالعمل خاصی در مورد موازین شرعی در اختیار پرستاران قرار داده نشده است ویا در بخش نبوده نصب نشده است(۲۱). به همین منظور ضمن تاکید ضرورت نیاز های آموزشی در خصوص‌مراقبت‌های مذهبی ، نیاز به آموزش‌هایی در خصوص مراقبت‌های مذهبی به تیم مراقبت هم دارای الویت می باشد. پرستار به‌عنوان یک انسان باید از اخلاق و احکام اسلامی اطلاع داشته و به‌طور مستقیم وغیر مستقیم ضرورت رعایت آن‌ها را به بیماران آموزش دهد (۲۲). به منظور افزایش دسترسی مراقبت های مذهبی برای بیماران واعضای خانواده آن‌ها ، خدمات مذهبی باید به‌عنوان یک ایتم برای بیمارستان مورد توجه قرار گیرد .به‌طوری‌که از طریق افزایش دانش دز مورد مراقبت های دینی ، تغییر نگرش نسبت به خدمات معنوی ومذهبی از طریق آموزش مراقبت های مذهبی در عمل بالینی به‌عنوان یک مدل جامع مراقبت از بدن ، روح وروان بیمار توجه شود (۲۳).

در بررسی سطح نیازهای مذهبی در بعد نیاز های 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 ویا بخشی که بستری هستند توجه به آموزش مراقبت‌های مذهبی را ضروری دانسته و عدم انجام این مراقبتها 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 مراقبت‌های بالینی از نظر بیماران بسیار مهم و ضروری است . در نتیجه توصیه می شود مسوولین وبرنامه ریـزان بخـش آموزش پزشکی کشور، روش‌های مراقبت های مذهبی را بعنوان بخشی از مراقبت های جامع بالینی بیماران در سر فصل دروس دانشجویان رشته‌های 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. 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

[Downloaded from edujournal.zums.ac.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.22519521.1394.8.20.2.0]

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 counseling2009;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

[Downloaded from edujournal.zums.ac.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.22519521.1394.8.20.2.0]

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

[Downloaded from edujournal.zums.ac.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.22519521.1394.8.20.2.0]

Patients' Religious Care: A Neglected Need in Medical Education

Zand S [1], Rafiei M[2]

[1]Dept. of Nursing, Faculty of Nursing & Midwifery, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran
[2]Dept. 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: *R*eligious 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

[Downloaded from edujournal.zums.ac.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.22519521.1394.8.20.2.0]