

وضعیت ارائه مراقبتهای مذهبی به بیماران بستری

پژوهشگران: عبدالحسین امامی سیگارودی^۱، هادی بصیری^۲، ژیلا شکنی^۳، علی نوری سعید^۴

لیلا روحی بلسی^۳، احسان کاظم نژاد لیلی^۴

(۱) گروه پرستاری (بهداشت)، استادیار، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران.
(۲) گروه معارف اسلامی، مربی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران.
(۳) گروه پرستاری، مربی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران.
(۴) آمار حیاتی، استادیار، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران.

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۱/۸/۱۴

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۳/۵/۲۶

چکیده

مقدمه: ایمان و اعتقاد مذهبی یکی از سرمایه های زندگی بشر و دارای ارزشی بیشتر از هر متغیری است. سلامتی جسم و جان و هم چنین طول عمر، مدیون ایمانی است که در دل افراد قرار گرفته است. فرد مسلمان، انجام فرائض دینی و عبادت را بعنوان بهترین و مهمترین راه ادای دین می شناسد. ارائه مراقبت مذهبی به نیازمندان نیز علاوه بر آنکه از وظایف مراقبت دهندگان و بخشی از حقوق بیمار است در دین بعنوان یک وظیفه شرعی و مهم مطرح شده است.

هدف: این مطالعه با هدف تعیین وضعیت ارائه مراقبتهای مذهبی به بیماران بستری در یکی از مراکز آموزشی-درمانی منتخب شهر رشت انجام شده است.

روش کار: این پژوهش یک مطالعه مقطعی از نوع توصیفی-تحلیلی است. ۱۰۰ نفر از بیماران بستری در بخشهای داخلی و جراحی یکی از بیمارستانهای منتخب شهر رشت در سال ۱۳۹۰ با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. اطلاعات بوسیله پرسشنامه محقق ساخته بررسی وضعیت ارائه مراقبت های مذهبی به بیماران بستری که شامل ۲۰ سؤال در حیطه های انطباق جنسیت پرسنل با مددجو، وضعیت رعایت حریم بیماران، وضعیت عیادت، ملاقات و رازداری و وضعیت تسهیلات انجام فرائض در بیمارستان بود، گردآوری گردید. اطلاعات جمع آوری شده بوسیله شاخص های آمار توصیفی و آزمون فریدمن مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج: اکثریت نمونه ها (۷۲٪) بیشتر از ۴۵ سال سن داشتند. اکثراً مؤنث (۵۵/۶٪) و خانه دار (۵۵/۴٪) بودند. ۸۵ درصد نمونه ها تحصیلات زیردیپلم داشتند. بیماران با پرستاران بیشترین انطباق جنسیتی (بیمار و پرستار هر دو مؤنث یا مذکر) و با پزشکان کمترین انطباق را داشتند ولی تفاوت از لحاظ آماری معنی دار نبوده است ($P < 0/097$). رعایت حریم بیمار و وضعیت عیادت مطلوب نبود و تفاوت آماری معنی داری در بخش های مختلف از نظر ارائه مراقبت های مذهبی به بیماران مشاهده شد ($P = 0/009$).

نتیجه گیری: به طور کلی یافته ها از نامطلوب بودن ارائه مراقبت در بیشتر حیطه های مورد بررسی حکایت دارد. این نکته توجه ویژه مسئولین جهت افزایش آگاهی پرسنل درمانی و اصلاح ساختار بیمارستانی در این مورد را ضروری می سازد.

کلید واژه ها: دین، مراقبت از بیمار، بیماران بستری

مقدمه

تصمیم گیری های درمانی بیماران نیز تحت تاثیر مذهب قرار گیرد (۴). در واقع اعتقادات مذهبی در زمان بیماری نسبت به هر زمان دیگری از زندگی شخصی اهمیت بیشتری پیدا می کنند (۲، ۱). بنابراین حفظ اصول مذهبی و ایجاد امکانات لازم جهت انجام اعمال مذهبی و برطرف ساختن نیازهای مذهبی بیماران در مواقعی که بیمار در بیمارستان بستری می باشد، امری لازم و ضروری است (۲). ارائه مراقبت مذهبی به بیماران علاوه بر آنکه از وظایف

مذهب، بسیاری از نیازهای انسان را برآورده و خلاءهای وجودی را پر کرده (۱) و به انسان کمک می کند تا معنای حوادث زندگی، مخصوصاً حوادث دردناک و اضطراب آور را درک کرده و سبب دلگرمی و خرسندی مطبوع در روان و روحیه او شود (۲). به طور کلی به نظر می رسد که مذهب یک استراتژی سازگاری مهم برای افراد مبتلا به بیماری های تهدید کننده حیات باشد (۳). علاوه بر نقش مذهب در سازگاری و تطابق با بیماری، ممکن است

نیازهای مرتبط با مراقبت‌های مذهبی و علل و عوامل مؤثر در اجرای آن‌ها در ایران صورت نگرفته است (۲)، لذا این مطالعه با هدف تعیین وضعیت ارائه مراقبت‌های مذهبی به بیماران بستری در یکی از مراکز آموزشی-درمانی منتخب شهر رشت انجام شده است.

روش کار

این پژوهش یک مطالعه مقطعی از نوع توصیفی-تحلیلی می‌باشد. جامعه پژوهش را کلیه بیماران بستری در بخش‌های یکی از مراکز آموزشی و درمانی منتخب شهر رشت (به جز بیماران بستری در بخش‌های ویژه) تشکیل می‌دادند. دلیل انتخاب این مرکز عمومی میزان و تنوع بیماران بستری در آن بود. نمونه‌ها به روش نمونه‌گیری در دسترس و به تعداد ۱۰۰ نفر وارد مطالعه شدند. حجم نمونه بر اساس یک مطالعه مقدماتی به حجم ۱۰ بیمار با اطمینان ۹۵٪ و در نظر گرفتن حد اشتباه برآورد نسبی ۱۰ درصد نسبت وضعیت رعایت حریم درمانی توسط پزشک و کادر درمانی ($p=0/795$) براساس فرمول کوکران $n = \frac{z_{1-\alpha/2}^2 \cdot p \cdot (1-p)}{d^2}$ بدست آمده است. جمع‌آوری داده‌ها به صورت یک مرحله‌ای و در بازه زمانی یک هفته‌ای در سال ۱۳۹۰ انجام شد. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه‌ای مشتمل بر دو بخش بود: بخش نخست خصوصیات دموگرافیک (سن، جنس، شغل و تحصیلات) را مورد پرسش قرار می‌داد و بخش دوم پرسشنامه محقق ساخته بررسی وضعیت ارائه مراقبت‌های مذهبی از دیدگاه بیماران بستری بود که شامل ۲۱ سؤال در حیطه‌های انطباق جنسیت پرسنل با مددجو (۴ سؤال)، وضعیت رعایت حریم بیماران (۶ سؤال)، وضعیت عیادت و ملاقات و رازداری (۲ سؤال) و وضعیت تسهیلات انجام فرائض در بیمارستان (۹ سؤال) با پاسخ‌های دارای طیف لیکرت ۴ حالتی بود.

جهت تعیین روایی ابزار از روش روایی محتوی استفاده شد. بدین منظور ابزار در اختیار ۵ نفر از اساتید گروه معارف و ۷ نفر از اساتید گروه پرستاری قرار گرفت. نتایج نشان داد کلیه عبارات دارای CVI و CVR در دامنه

مراقبت‌دهنده محسوب می‌شود، جزء حقوق بیمار است و در دین بعنوان یک وظیفه شرعی و مهم مطرح شده است (۵،۶). مراقبت‌های مذهبی مجموعه عملکردهای خاصی است که بوسیله کادر درمانی در رابطه با بیمار، بستگان و همراهان وی و سایر موارد، در جریان انجام وظیفه تجلی می‌یابد (۷). پرداختن به نیازهای معنوی جزء ضروری مراقبت جامع در پرستاری شناخته شده و در منابع نیز مراقبت جامع و کل‌نگر به مفهوم مراقبت جسم، ذهن و روح توصیف شده است (۸). در ارائه مراقبت‌های مذهبی از جنبه علمی و حرفه‌ای، کافی است بدانیم که انجمن پرستاری آمریکا در ارتباط با نیاز به مراقبت مذهبی، تشخیص پرستاری "زجر روحی" را پیشنهاد نموده است و ایجاد امید، بهبود وضعیت روانی و حمایت روحی را بعنوان مداخله پرستاری برای این تشخیص در نظر گرفته است (۷). ایجاد سازگاری بر اساس تعلیمات دینی می‌تواند سبب سلامت جسمی و ذهنی پایدار گردد (۳). از این رو اکثر بیماران خواهان رسیدگی و برآورده شدن نیازهای معنوی و مذهبی خود هستند (۲). از طرفی با توجه به این که ما در کشوری زندگی می‌کنیم که پایبندی به احکام شرعی و ارزش‌های دینی را بخشی جدایی‌ناپذیر از زندگی و حتی لحظات مرگ می‌دانیم و حکومت ما نیز بر پایه اصول اسلامی پایه‌ریزی شده است، بنابراین رعایت اصول مذهبی و ایجاد امکانات لازم جهت اعمال مذهبی برطرف ساختن نیازهای مذهبی بیماران در مواقعی که در بیمارستان بستری می‌باشند، امری لازم و ضروری است (۲). اما متأسفانه در بیمارستانها به نیازهای مذهبی بیماران توجه چندانی نمی‌شود (۱،۲،۹). حال با توجه به اینکه عوامل متعددی می‌توانند در ارائه مراقبت‌های مذهبی به بیماران بستری مؤثر باشند و همچنین ارائه این مراقبت‌ها می‌توانند در تعالی ارزشهای اخلاقی در جامعه پزشکی مؤثر بوده و از سوی دیگر سبب ارتقاء رضایتمندی بیماران و ادای حقوق آنها باشد (۷) به نظر می‌رسد ارائه گزارشی از وضعیت فعلی ارائه مراقبت‌ها می‌تواند نقش کمک‌کننده‌ای جهت برنامه‌ریزی‌های بعدی ایفا نماید. از طرفی تحقیقات جامع و کاملی در رابطه با مراقبت‌های مذهبی،

بودند که رعایت حریم در زمان عیادت و ملاقات همیشه عالی است، یعنی گزینه همیشه را انتخاب کردند. در مورد ملاقات و رازداری ۵۵/۸ درصد نمونه‌ها پاسخ عالی دادند (جدول شماره ۳).

همچنین در ارتباط با وضعیت تسهیلات انجام فرائض در بیمارستان بیش از نیمی از بیماران اطلاع‌رسانی در مورد امکانات انجام فرایض و اوقات شرعی، وضعیت مکانی و بهداشتی، امکان انجام فرایض روی تخت و کمک به بیمار در انجام فرایض را متوسط یا ضعیف ارزیابی نمودند (جدول شماره ۴).

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد در خصوص وضعیت انطباق جنسیت از نظر بیماران در هیچ یک از موارد ذکر شده به طور کامل رعایت نشده است. نتایج مطالعه قاسمی و همکاران نشان داد که تطابق جنسیتی فقط تقریباً در نیمی از نمونه‌ها وجود داشت و رضایت در گروه انطباق جنسیتی بالاتر از گروه عدم انطباق جنسیتی بود ولی این تفاوت از لحاظ آماری معنی‌دار نبود (۱۰). اما در مطالعه آقاجانی و همکاران میزان ارائه مراقبت متجانس از بیمار وضعیت خوبی داشت و جزء بیشترین موارد رعایت شده در حیطه رعایت حریم بیمار بود (۱۱).

در این مطالعه بیشترین انطباق جنسیت بین پرستاران و بیماران بود که می‌تواند ناشی از بیشتر بودن تعداد کادر پرستاری مؤنث نسبت به مذکر و تعداد بیشتر بیماران مؤنث باشد. به علاوه به نظر می‌رسد با توجه به اینکه وظایف شرعی در خانمها ظرافت و گستره بیشتری دارد، حضور پررنگ تر کادر پرستاری خانم، به بهبود وضعیت انطباق جنسیت کمک کرده باشد. از نظر عقلانی و شرعی نیز قابل قبول است که در موارد اورژانس و اضطرار، انطباق جنسیت پزشک و پرستاران با بیمار، کمتر ممکن باشد ولی عدم انطباق سایر کادر درمانی و خدماتی در این موارد قابل توجیه نیست و موجب تضییع حقوق بیماران می‌گردد.

نتایج نشان داد که رعایت حریم بیمار دارای نقص است و کمترین دقت در این مورد در اتاق عمل وجود

۸۵-۱۰۰ درصد بوده‌اند. برای پایایی در این مطالعه بازآزمایی در ۱۰ بیمار انجام گردید که این افراد در نمونه‌های کلی مطالعه وارد نشدند. انجام آزمون، همبستگی بین دو مرحله را ۰/۹۱ نشان داد. از معیارهای ورود به مطالعه مسلمان و بستری بودن به مدت حداقل سه روز در بخش، به جز بخش ویژه بود. معیار خروج نیز عدم هوشیاری بیمار و عدم رضایت به شرکت در مطالعه بود. در این مطالعه هر حیطه بصورت جداگانه با هم جمع شده و مورد تجزیه تحلیل قرار گرفت. همچنین قبل از تکمیل پرسشنامه توسط بیماران، جهت رعایت اخلاق پزشکی اهداف مطالعه به آنها گفته شده و از آنان رضایت شفاهی اخذ گردید. در این مطالعه میزان پاسخ شرکت‌کنندگان ۱۰۰ درصد بود، به طوری که تمام افرادی که مورد پرسش قرار گرفتند به شرکت در مطالعه رضایت دادند. پس از تکمیل پرسشنامه‌ها، اطلاعات کدگذاری شد و وارد نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ شد و با استفاده از آمار توصیفی (فراوانی، درصد و میانگین) و آزمون فریدمن مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. سطح معنی‌داری با $p < 0/05$ در نظر گرفته شد.

نتایج

یافته‌های مطالعه نشان داد که ۷۲ درصد نمونه‌ها بالای ۴۵ سال داشتند. ۵۵/۶ درصد نمونه‌ها مؤنث، ۴۶/۹ درصد بی‌سواد و ۵۵/۴ درصد خانه‌دار بودند و تنها ۳ درصد آنها کارمند بودند. بیماران با پرستاران بیشترین انطباق جنسیتی (۴۶/۵٪) و با پزشکان کمترین انطباق (۲۲/۲٪) را داشتند. آزمون فریدمن نشان داد انطباق جنسیتی این دو گروه فاقد تفاوت معنی‌دار آماری بوده است (جدول شماره ۱).

از نظر نمونه‌ها بیشترین رعایت حریم بیمار در زمینه ملاقات عمومی و حضور همراهان (۵۸/۲٪) و کمترین رعایت در اتاق عمل (۳۲/۷٪) انجام گرفته و با توجه به آزمون فریدمن رعایت حریم بیمار در شرایط مختلف اختلاف معنی‌داری داشت ($p < 0/009$) (جدول شماره ۲).

نتایج بیانگر آن است که ۵۳/۳ درصد نمونه‌ها معتقد

درمانی مثل سونداژ و کاتتر وریدی شاکی بودند(۱۵). همچنین در مطالعه زمان زاده نیز نشان داده شد که نامناسب بودن محیط مراقبتی، فقدان فضای خصوصی برای اعمال معنوی و مذهبی و عدم توجه و احترام به اعتقادات معنوی بیمار از تقویت معنوی پیشگیری کرده و این درک را در بیماران ایجاد می کند که به نیازهای معنوی و مذهبی آنها توجه کافی نمی شود(۱۶). بنابراین ساختن بیمارستانی که لوازم نماز، قطب نما و همچنین یک سالن برای ملاقات با روحانی و خانواده بیمار داشته باشد، ضروری است(۲). با توجه به ضرورت مراقبت مذهبی از بیماران و اهمیت آن در جامعه اسلامی، لازم است متولیان امر بیش از پیش به این مهم بپردازند.

بیشتر واحد های مورد پژوهش در این مطالعه را بیماران بالای ۴۵ سال تشکیل می دادند و با توجه به نظرات آنان در مورد ضعف های ارائه مراقبت های مذهبی، به نظر می رسد توجه به این دسته از بیماران حائز اهمیت ویژه باشد. زیرا با افزایش سن، جنبه معنویت و مذهبی افزایش می یابد یا در زندگی برجسته تر می شود. همچنین نشان داده شده است که افراد مسن تر در برخورد های روزانه احتمالاً تعامل بیشتری با ارزش ها و باورهای مذهبی در شیوه زندگی خصوصی دارند و مذهب را منبع مهم حمایت های روانی- اجتماعی خود می دانند(۲).

حال با توجه به یافته های برآمده از نمونه هایی با تجارب مختلف درمانی در یکی از بزرگترین مراکز آموزشی درمانی استان، به منظور افزایش دسترسی مراقبت های مذهبی برای بیماران و اعضاء خانواده، لازم است خدمات مذهبی به عنوان یک نکته مهم برای بیمارستان مورد توجه قرار گیرد. به طوری که از طریق افزایش دانش در مورد مراقبت های دینی و در نتیجه تغییر نگرش نسبت به خدمات معنوی و مذهبی از طریق آموزش، مراقبت های مذهبی به عنوان یک مدل جامع در عمل نسبت به مراقبت از بدن، روح و روان بیمار مورد توجه قرار گیرد(۳). از طرفی با توجه به نقش مهم کادر درمان اعم از پرستار، پزشک و سایر پرسنل درمانی در ارائه مراقبت های مذهبی

داشت که با توجه به بیهوشی بیمار در هنگام انجام فرآیندها در اتاق عمل، مسئله اهمیت بیشتری می یابد. اگرچه احکام اسلامی دارای انعطاف هایی می باشد ولی موارد آن محدود به شرایط خاصی است که فرا تر از آن مجاز نیست. البته از نظر رعایت حریم بیمار در حضور همراهان و هنگام ملاقات عمومی وضعیت بهتر بود ولی انتظار فراتر از اینهاست. به نظر می رسد محدودیت نیروی انسانی و موقعیت های اضطراری بتوانند از دلایل بروز این مشکل باشند که در مطالعه سرخیل و همکاران نیز نشان داده شد با وجود رعایت حریم بیماران در حد نسبتاً مطلوب، هنوز حریم بیماران به طور کامل در بخش های مراقبت ویژه قلب رعایت نمی شود. لذا توجه خاص مدیران این بخش ها به برنامه ریزی و اجرای اقدامات لازم جهت رعایت کامل حریم بیماران از مسائل ضروری و مهم میباشد(۱۲).

هر چند بیش از نصف نمونه ها وضعیت رازداری، عیادت و ملاقات را عالی ارزیابی کردند که نشان از اهتمام مسئولین و پرسنل دارد، لیکن از جامعه ای با نظام اسلامی توقع بیشتری می رود زیرا از نظر اسلام، مشاغل پزشکی و پرستاری و بطور کلی هر حرفه ای محتاج افراد امانت دار است، همچنانکه در حدیث نبوی آمده: "افشای راز بردارت خیانت است، پس از این کار بپرهیز"(۱۳). بر همین اساس، ماده ۶۴۸ قانون مجازات اسلامی، افشای سر بیمار را جرم تلقی نموده و مجازاتهایی برای آن لحاظ کرده است(۱۴). هم چنین از آنجا که عیادت از بیمار به عنوان سنت اسلامی در کلام رسول خدا معرفی شده است، به ناچار محیط های درمانی برای حفظ حریم ها باید تدابیر لازم را در آن بیندیشند(۱۳).

در خصوص تسهیلات انجام فرایض دینی در تمام موارد ضعف هایی مشاهده می شود. بعلاوه امکانات طهارت، دسترسی به فرد مطلع و منابع دینی، از نظر بیش از ۴۰ درصد بیماران متوسط یا ضعیف بود. در مطالعه رهنما و همکاران نیز مشارکت کنندگان از فراهم نبودن شرایط عبادت در بیمارستان به دلیل احتمال آلودگی و نجاست یا عدم امکان خواندن نماز به دلیل مداخلات

References

- 1-Abedi H, Asgari M, Kazemi Z, Safari Fard F, Nasiri M. Religious care of hospitalized patients and its barriers. *Teb va Tazkieh*. 2005; 14(57):16-23. (Text in Persian).
- 2-Zand S, Rafiei M. Assessing religious care needs of patients in hospital. *Teb va Tazkieh*. 2010; 19(4):21-34. (Text in Persian).
- 3-Ursaru M, Crumpeib I, Crumpeic G. Quality of Life and Religious Coping in Women with Breast Cancer. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 2014; 114: 322 – 326.
- 4- Phelps AC, Maciejewski PK, Nilsson M, Balboni TA, Wright AA, Paulk ME, Paulk E, et al. Association between religious coping and use of intensive life prolonging care near death among patients with advanced cancer. *JAMA*. 2009; 301(11): 1140-1147.
- 5-Ghbeljo M. Application of management skills in the nursing care. Tehran:Aiandehsazan ;1990.p.6. Persian.
- 6-Carpenito LJ. Handbook of nursing diagnosis. 8th ed. Philadelphia: Lippincott, Williams & waltins ;1999.
- 7-Shahrzad MK. The mission of authorities to improve the moral structure of the medical community. First International Congress of Medical Ethics; 1993, Iran.Tehran:1993. (Text in Persian).
- 8-Mazaheri M , Fallahi Khoshknab M , Bagher Maddah S, Rahgozar M. Nursing attitude to spirituality and spiritual care. *Payesh*. 2008; 8(1):31-37. (Text in Persian).
- 9-Zand S, rafiei M. The Assessment of Legal and Religious Care of Patients Admitted to Hospital in Arak, 2010. *Forensic Medicine*. 2011;17(1);21-27 (Text in Persian)..
- 10-Ghasemi Gh, Pooramiry SV, Yavari P, Mehrabi Khoushki A. A Comparative Study of Satisfaction with Physicians among Patients at Outpatient Departments affiliated to Isfahan University of Medical Sciences, *Iran Journal of Esfahan medical school*. 2013;31(249):1314-1323. (Text in Persian).
- 11-Aghajani M, Dehghannayeri N. The rate of observe "various dimensions of Patients Privacy" by treatment team. *ijme*. 2009; 2 (1) :59-70. Persian.
- 12- Sarkhil H, Darvishpoor-Kakhaki A, Borzabadi-Farahani Z. Respecting patient's privacy in cardiac care units of Tehran selected hospitals. *Cardiovascular Nursing Journal*. 2013; 2(2):40-47. . (Text in Persian).
13. Rey Shahri Mohammadi M. *Hadith Encyclopedia of Medicine*. 3ed th. Qom: Dar Al Hadith; 2005.p.63 (Text in Persian)..
14. Kamalan M. *Practical Handbook on Criminal Laws and Regulations*. Tehran:Kamalan; 2005.p.660. (Text in Persian).
15. Rahnama M, Fallahi Khoshknab M, Seyed Bagher Madah S, Ahmadi F. Cancer patients' perception of spiritual care. *ijme*. 2012; 5 (3) :64-80. (Text in Persian).
- 16 . Zamanzadeh V, Rassouli M, Abbaszadeh A, Alavi-Majd H, Nikanfar A.R, Mirza-Ahmadi F, et al. Spirituality in Cancer Care: A Qualitative Study. *J Qual Res Health Sci*. 2014; 2(4): 366-78(Text in Persian).

شایسته است آموزش‌هایی بیشتر از وضعیت فعلی در این رابطه جهت کادر درمانی در دوران تحصیل دانشگاهی و همچنین در دوران کاری ارائه گردد تا شاید به بهبود وضعیت ارائه مراقبت مذهبی منجر گردد.

این مطالعه دارای محدودیت‌هایی است که تعمیم یافته‌ها را محدود می‌کند. در واقع با توجه به نمونه‌گیری غیر تصادفی تعمیم نتایج ممکن نمی‌باشد. با توجه به این نکته پیشنهاد می‌شود، مطالعات بعدی در مراکز متعدد و با شیوه نمونه‌گیری تصادفی انجام گرفته تا بتوان تابلوی دقیق ارائه مراقبت‌های مذهبی به بیماران را مورد تحلیل قرار داد.

از طرفی با توجه به اینکه این مطالعه بر روی بیماران مسلمان انجام گرفته است قابلیت تعمیم به سایر ادیان را ندارد. از این رو پیشنهاد می‌شود مطالعاتی برای مذاهب و ادیان دیگر و یا با نمونه‌هایی فراگیرتر انجام گیرد تا بتوان نتایج آنرا به کل جامعه و ادیان دیگر تعمیم داد.

تشکر و قدردانی

در پایان نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از تمامی بیماران شرکت‌کننده در مطالعه سپاسگزاری و قدردانی نمایند.

جدول شماره (۱): توزیع دیدگاه بیماران در مورد انطباق جنسیت پرسنل با مددجو

سطح معنی داری*	هیچوقت	بندرت	غالباً	همیشه	فراوانی
	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)	انطباق جنسیت بامددجو
۰/۰۹۷	۴(۴)	۳۰(۳۰/۳)	۴۳(۴۳/۴)	۲۲(۲۲/۲)	پزشکان
	۶(۶/۱)	۲۴(۲۴/۲)	۲۳(۲۲/۲)	۴۶(۴۶/۵)	پرستاران
	۵(۵/۱)	۱۵(۲/۱۵)	۵۱(۵۱/۵)	۲۸(۲۸/۳)	سایر کادر درمانی
	۱۱(۱۱/۱)	۱۴(۱۴/۱)	۳۹(۳۹/۴)	۳۵(۳۵/۴)	خدمات

*آزمون فریدمن

جدول شماره (۲): توزیع دیدگاه بیماران در مورد وضعیت رعایت حریم بیماران

سطح معنی داری*	هیچوقت	بندرت	غالباً	همیشه	وضعیت رعایت حریم بیماران در هنگام / حضور
	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)	
۰/۰۰۹	۶(۱۲/۲)	۱۱(۲۲/۴)	۱۶(۳۲/۷)	۱۶(۳۲/۷)	اتاق عمل
	۱(۱)	۴(۴/۱)	۳۶(۳۶/۷)	۵۷(۵۸/۲)	ملاقات عمومی
	۴(۴)	۱۶(۱۶/۲)	۳۹(۳۹/۴)	۴۰(۴۰/۴)	سایر بیماران
	۰(۰)	۱۱(۱۱/۳)	۴۱(۴۱/۸)	۴۶(۴۶/۹)	همراه بیمار
	۴(۴/۱)	۱۵(۱۵/۳)	۴۹(۵۰)	۳۰(۳۶)	پزشک و پرسنل درمانی
	(۲/۳)	۴(۴/۵)	۴۳(۴۸/۹)	۳۹(۴۴/۳)	پرسنل غیر درمانی

*آزمون فریدمن

جدول شماره (۳): توزیع فراوانی نمونه‌ها بر حسب وضعیت عیادت، ملاقات و رازداری

وضعیت	ضعیف	متوسط	خوب	عالی
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
عیادت و ملاقات	۱(۱/۳)	۴(۵/۳)	۳۰(۴۰)	۴۰(۵۳/۳)
رازداری	۰(۰)	۶(۷/۸)	۲۸(۳۶/۴)	۴۳(۵۵/۸)

جدول شماره (۴): توزیع دیدگاه بیماران در مورد وضعیت تسهیلات انجام فرائض در بیمارستان

وضعیت	ضعیف	متوسط	خوب	عالی
تسهیلات انجام فرائض	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)
اطلاع رسانی امکانات	۳۵(۴۲/۲)	۲۰(۲۴/۱)	۱۹(۲۲/۹)	۹(۱۰/۸)
اطلاع رسانی اوقات شرعی	۲۴(۲۵/۳)	۱۳(۱۳/۷)	۴۵(۴۷/۴)	۱۳(۱۳/۷)
وضعیت مکانی	۱(۲۲/۴)	۶(۲۶/۵)	۷(۳۸/۸)	۱(۱۲/۲)
وضعیت بهداشتی	۵(۱۸/۵)	۱۴(۵۱/۹)	۷(۲۵/۹)	۱(۳/۷)
امکانات طهارت	۱۳(۱۶/۹)	۲۹(۳۷/۷)	۲۵(۳۲/۵)	۱۰(۱۳)
امکان انجام فرائض در تخت	۸(۱۵/۱)	۱۷(۳۲/۱)	۲۲(۴۱/۵)	۶(۱۱/۳)
کمک به انجام فرائض	۵(۶/۸)	۲۹(۳۹/۲)	۳۲(۴۳/۲)	۸(۱۰/۸)
دسترسی به فرد مطلع	۱۸(۲۴/۷)	۲۳(۳۱/۵)	۲۷(۳۷)	۵(۶/۸)
دسترسی به منابع دینی	۲۶(۳۵/۱)	۲۵(۳۳/۸)	۲۰(۳۱/۱)	۳(۴/۱)

Condition of religious care provided to hospitalized patients

By: Emami Sigaroodi AH¹, Basiri H^{2*}, Shekani J³, Nouri Saeed A², Rouhi Balasi L³,
Kazemnejad Leili E⁴

- 1) Department of Nursing (Health), Assistant professor, Social Determinants of Health Research Center (SDHRC), School of Nursing and Midwifery, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran
- 2) Department of Islamic, Instructor, School of Nursing and Midwifery, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran
- 3) Department of Nursing, Instructor, School of Nursing and Midwifery, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran
- 4) Bio-Statistics, Assistant professor, Social Determinants of Health Research Center (SDHRC), School of Nursing and Midwifery, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran

Received: 2012/11/04

Accepted: 2014/08/17

Abstract

Introduction: Faith and religious beliefs are important and even the most fundamental assets of life. Physical and spiritual health and also length of life is owed to beliefs of people. A Muslim considers performing religious affairs as the most and best way of religious commitment. Providing religious care to those in needs is patient's right and it's an important religious duty.

Objective: This study aimed to determine the condition of religious care provided to hospitalized patients in selected educational centers in Rasht city.

Methods: This is a descriptive-analytic study. One hundred patients hospitalized in medical-surgical units in one of the selected hospitals in Rasht city in 2011 were chosen by convenience sampling method. Data were collected through a researcher made questionnaire to survey the religious care provided to hospitalized patients that included 20 questions in domains of sex conformity, condition of patient privacy, praying condition, visiting and confidentiality and condition of praying facilities in hospital. Collected data were analyzed by using descriptive statistics and Friedman test.

Results Most samples (72%) were older than 45 years. Most were female (55.6%) and housewife (55.4%). 85% had education under diploma. Patients had the most sex conformity with nurses and least conformity with the doctors but it was statistically non-significant ($p < 0.097$). Patient privacy compliance and condition of praying was unfavorable and there was no significant difference between different units ($p = 0.009$).

Conclusion: Overall findings indicated that care provided was unsatisfactory in most domains surveyed. Study results require authorities to increase the knowledge of personnel and promote the hospital structure.

Keywords: Religion, Patient Care, Inpatients

*Corresponding Author: Hadi Basiri, Rasht, School of Nursing and Midwifery
Email: Hadi.Basiri@yahoo.com