

نیازسنجی بعد حقوقی مراقبت‌های مذهبی از بیماران بستری در بیمارستان‌های شهر اراک، سال ۱۳۸۹

سلیمان زند* - دکتر محمد رفیعی**

* کارشناس ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اراک
** دکترای آمار حیاتی گروه بهداشت و آمار پزشکی، دانشکده علوم پزشکی اراک

چکیده

مقدمه: نگرش در چارچوب اصول اخلاقی و حقوقی مددجو بر پایه دانش پزشکی و پدیده مراقبت‌های بهداشتی - درمانی موجب می‌شود تا مشارکت مددجو در فرآیند مراقبت بیشتر و اعتماد به مراقبین در او تقویت گردد. فرامین مذهبی و دینی سبب توانمندسازی بیماران و افزایش سرعت بهبود آن‌ها می‌شود. اضطراب ناشی از جدا شدن فرد از فرامین مذهبی علاوه بر تأثیر منفی بر سیر بهبود بیماری و طولانی شدن اقامت در بیمارستان، باعث ایجاد عوارض روانی نامطلوب در فرد می‌شود. پژوهش حاضر با هدف سنجش نیاز بعد حقوقی مراقبت‌های مذهبی در بیماران بستری در بیمارستان طراحی شده است.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی - مقطعی می‌باشد. نمونه‌های مورد پژوهش شامل ۱۰٪ از بیمارانی هستند که به هر دلیل در زمان انجام طرح در یکی از بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی اراک بستری و به صورت تصادفی سیستماتیک انتخاب شده‌اند. پس از اخذ رضایت‌نامه کتبی، پرسشنامه مربوط جهت تکمیل در اختیار آن‌ها قرار داده شد. در نهایت داده‌ها جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل نتایج از طریق نرم‌افزار آماری SPSS، انجام گرفت.

یافته‌ها: اکثر افراد مورد مطالعه مؤنث، بی‌سواد و ساکن شهر با حداکثر سن ۱۰۰ سال و حداقل سن ۱۲ سال با میانگین سنی ۴۴ سال بودند. آزمون X^2 در تمامی ابعاد نیازهای مذهبی تفاوت آماری معنی‌دار را نشان داد ($p < 0/05$). آزمون آنالیز واریانس یک طرفه در تمامی ابعاد نیازهای مذهبی ارتباط معنی‌داری را از نظر سن و شغل در نمونه‌های مورد پژوهش نشان داد ($p < 0/05$).

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج پژوهش حاضر، انجام مراقبت‌های مذهبی یک حق فراموش شده‌ای است که از نظر بیماران بسیار مهم و ضروری است. در نتیجه توصیه می‌شود مسئولان و برنامه‌ریزان انجام مراقبت‌های مذهبی را به عنوان بخشی از مراقبت‌های جامع بیمارستانی محسوب نمایند.

کلمات کلیدی: مراقبت‌های مذهبی، پرستاری، بیمار، بیمارستان

تأیید مقاله: ۱۳۹۰/۴/۲۵

وصول مقاله: ۱۳۸۹/۱۱/۳۰

نویسنده پاسخگو: اراک، سردشت، مجتمع آموزشی دانشگاه علوم پزشکی اراک، دانشکده پرستاری و مامایی slmnzand@yahoo.com

مقدمه

کل زندگی آنان را حذف خواهد کرد. انجمن روانپزشکی آمریکا توصیه می‌کند که پزشکان، گرایش مذهبی و معنوی بیماران را جویا شوند. زیربنای این توصیه‌ها این است که مراقبت از بیمار بسیار فراتر از درمان بیمار است و در برگیرنده نیازهای مختلف است. اکثر بیماران خواهان رسیدگی و برآورده شدن نیازهای معنوی و مذهبی خود هستند (۲). حدود ربع قرن پیش سازمان بهداشت جهانی بعد معنویت را به تعریف سلامت اضافه کرد. ضمن آنکه اخیراً نیز در منشور بانکوک بر بعد معنوی سلامت در ارتقاء سلامت تاکید شده است (۴، ۳). از طرفی از مواد ۲۷ و ۲۹ و ۲۲ و ۸ اعلامیه جهانی حقوق بشر (۵)، فصل ۶ و ۸ قوانین اخلاقی انجمن پزشکی استرالیا (۶) و مواد ۱۹

نیاز به عنوان شکاف بین وضع موجود و مطلوب تعریف شده است و نیازسنجی فرایند جمع‌آوری اطلاعات درباره نیازهای افراد، گروه‌ها و ... و اولویت‌بندی آن‌ها می‌باشد تا از این رهگذر زمینه لازم برای برطرف کردن این نیازها فراهم آید (۱). همچنین واژه حقوق در تمام زبان‌ها به معنی آنچه راست و سزاوار است تعریف شده است. بنابراین، حقوق مددجو را می‌توان، آنچه برای بیمار بایسته و سزاوار است تعریف کرد. انسان‌ها موجوداتی چند وجهی هستند که نادیده گرفتن هر یک از این وجوه، بخشی حیاتی از انسانیت افراد و نیز نتایج قابل توجهی از

روش بررسی

این پژوهش یک مطالعه توصیفی - مقطعی می‌باشد. بر اساس اصل ککران در تعیین حجم نمونه از جوامع نامتقارن انتخاب ۱۰٪ بیماران، برابر آمار سال گذشته ۱۷۵۱ نفر برآورد شد. تعداد نمونه‌ها به صورت طبقه‌ای 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 باشد (یعنی از نظر روحی - روانی و جسمی توانایی پاسخگویی به سؤالات را داشته باشد).

ابتدا بخش‌هایی که طبق معیار ورود باید نمونه‌ها از آن‌ها انتخاب می‌شدند، مشخص شدند. هر روز نمونه‌ها پس از اثبات ویژگی ورود به مطالعه با استفاده از نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای و در داخل هر طبقه از نمونه‌گیری تصادفی سیستماتیک از لیست پذیرش بیمارستان، استخراج شدند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه‌ای بود مشتمل بر دو بخش، که بخش اول آن مشخصات دموگرافیک و بخش دوم پرسشنامه خود ساخته‌ای بود مشتمل بر ۴۶ سؤال ویژه بیماران که ۱۱ سؤال در حیطه آموزشی، ۶ سؤال در حیطه ضرورت نیازهای مذهبی، ۷ سؤال در حیطه امکانات، ۵ سؤال در حیطه محیط فیزیکی، ۶ سؤال در حیطه عوامل اجرایی، ۶ سؤال در حیطه پرسنلی و ۵ سؤال در حیطه اخلاقی و حقوقی بود. به منظور تعیین اعتبار ابزار از روش سنجش اعتبار محتوا (Content Validity) استفاده شد. در این مرحله پرسشنامه در اختیار ده نفر از اعضای هیأت علمی با تخصص‌های مختلف مربوط به موضوع داده شد. روایی محتوی و صوری آن با استفاده از پانل خبرگان تأیید شد. برای تعیین ثبات درونی نیز ۳۰ نفر مورد مطالعه قرار گرفتند، در این مطالعه مقدماتی با توجه به اینکه سؤالات به صورت صحیح و غلط بود. 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. پس از کسب رضایت‌نامه آگاهانه و توجیه نحوه تکمیل، پرسشنامه‌ها در اختیار نمونه‌ها قرار داده شدند، تا با روش خود گزارش‌دهی نسبت به تکمیل آن اقدام نمایند. به گروه‌های مورد پژوهش فرصت داده می‌شد تا حداقل ظرف مدت یک روز پرسشنامه‌ها را تکمیل و عودت دهند. به منظور تعیین میانگین نمرات در هر حیطه، به پاسخ‌های خیر نمره صفر و پاسخ‌های بلی نمره یک داده شده و در نهایت داده‌ها جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل نتایج با استفاده از آزمون‌های آماری t، مجذور کای، همبستگی و آنالیز واریانس یک طرفه با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS، انجام گرفت.

و ۲۰ آیین‌نامه رسیدگی به تخلفات حرفه‌های پزشکی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران (۷) چنین استنباط می‌شود که، هرگاه اعضاء گروه مراقبت درمانی، از شیوه درمانی یا مراقبتی مناسب پیروی نکنند و استاندارد شغلی خود را نادیده بگیرند، در اثر آن به انجام جرم متهم می‌گردند. بنابراین امروز جامعه ما از هر عضو حرفه خدمات بهداشتی و درمانی انتظار دارد که مسؤولیت‌های خود را با توجه به معیارهای موردنظر براساس صلاحیت مددجو که به عنوان حقوق او محسوب می‌شود، انجام دهند.

به عنوان یکی از مهم‌ترین ارکان ارائه خدمات سلامت، بیمارستان‌ها باید نهادی برای درک و احترام به حقوق بیمار و خانواده آنان باشند. در منشور حقوق بیمار اشاره شده است که ارائه خدمات سلامت باید شایسته شأن و منزلت انسان و با احترام به ارزش‌ها، اعتقادات فرهنگی و مذهبی او باشد و در کلیه مراحل مراقبت اعم از تشخیص و درمان باید به حریم خصوصی بیمار احترام گذاشته شود. وقایع زندگی اتفاقات منحصر به فردی هستند که پاسخی معنوی را برمی‌انگیزند و می‌توانند فرصت‌هایی برای تأمین مراقبت معنوی توسط مراقبین بخش سلامت باشند. از آنجا که مذهب را عرضه کننده‌ی افکار معناداری در مواجهه با رنج‌ها و تحمل سختی‌ها و دشواری‌ها تعریف کرده‌اند (۸)، التزام عملی به اعتقادات دینی به عنوان عامل بازدارنده بسیاری از مشکلات روانی توجه تعداد زیادی از روان‌شناسان و دانشمندان را به خود جلب کرده است. منابع اسلامی و نظریات دانشمندان مسلمان گویای این مسأله است که بین التزام عملی به اعتقادات دینی و سلامت روانی، همبستگی مثبت وجود دارد. در زمینه تأثیر مثبت روانی ارتباط با پروردگار به صورت فردی و جمعی به هنگام رو به رو شدن با سختی‌ها در گنجینه‌ی ذخایر اسلامی شواهد بسیاری موجود است (۹). نتیجه پژوهش‌هایی که در مورد اثر مذهب بر سلامت روان انجام شده است نیز حاکی از وجود اثر مثبت مذهب بر سازگاری، ارتقای سلامت روانی، کاهش علایم بیماری و کاهش ناراحتی و آشفتگی می‌باشد (۱۰). همچنین بین مدت زمان صرف شده برای فعالیت‌های مذهبی و دچار شدن به اضطراب، افسردگی و سوء مصرف مواد رابطه معکوسی را گزارش کرده‌اند (۱۱). در قرآن کریم به طور صریح بیان شده است که ذکر خدا موجب آرامش دل‌ها می‌شود (۱۲). اما در حال حاضر متأسفانه در بیمارستان‌ها به نیازهای مذهبی بیماران توجه چندانی نمی‌شود (۱۳). از طرفی در ایران تحقیقات جامع و کاملی در رابطه با نیازهای مراقبت مذهبی و علل و عوامل مؤثر در اجرا آن‌ها صورت نگرفته است و اطلاعات اولیه جهت انجام پژوهش‌های گسترده وجود ندارد. این تحقیق با هدف سنجش نیاز مراقبت‌های مذهبی به عنوان یک حقوق معنوی در یکی از حوزه‌های درمانی صورت گرفته است، تا شاید راه‌گشا برای ایجاد تحقیقات بعدی و همچنین ایجاد زمینه‌های لازم برای انجام مراقبت‌های مذهبی را فراهم نماید.

یافته‌ها

مذهبی کسر می‌شد.

آزمون کای اسکوایر ارتباط معنی‌دار آماری را بین فراوانی پاسخ‌های مثبت و منفی سؤالات در بعد ضرورت برطرف کردن نیازهای مذهبی و بعد حقوقی مراقبت‌های مذهبی واحدهای مورد پژوهش نشان داد (جداول ۱ و ۲).

آزمون آنالیز واریانس یک طرفه بین نمره بعد حقوقی مراقبت‌های مذهبی با سطوح درآمدی واحدهای مورد پژوهش ارتباط آماری معنی‌داری را نشان داد (جدول ۳). همچنین آزمون تی ارتباط معنی‌دار آماری بین نیازهای مذهبی واحدهای مورد پژوهش با سن و محل سکونت نشان داد (جداول ۴ و ۵).

بیشتر افراد مورد مطالعه [۶۰/۸٪] (۱۰۶۴)، مؤنث، بی‌سواد [۷۰۳٪] (۴۰/۱)، متأهل [۱۵۵۸٪] (۸۹) و ساکن شهر [۱۱۲۰٪] (۶۴) بودند. حداکثر سن افراد شرکت‌کننده در مطالعه ۱۰۰ سال و حداقل ۱۲ سال و میانگین سنی آن‌ها ۴۴ سال بود. آزمون همبستگی پیرسون ارتباط معنی‌دار آماری بین سن و نمرات بعد حقوقی نیازهای مذهبی ($p = ۰/۰۰۱$ و $r = -۰/۰۸۰$) و بعد ضرورت نیازهای مذهبی ($p = ۰/۰۴۵$ و $r = -۰/۰۴۸$) با واحدهای مورد پژوهش نشان داد، به صورتی که هر چقدر سن افزایش می‌یافت نمره بعد حقوقی و بعد ضرورت نیازهای

جدول ۱- توزیع فراوانی مطلق و فراوانی نسبی پاسخ واحد های مورد پژوهش به سوالات مربوط به ضرورت ارائه نیاز های مذهبی

مقدار P	خیر		بله		پاسخ	نوع نیاز مذهبی
	درصد	تعداد	درصد	تعداد		
* ۰/۰۰۰	۹/۸	۱۷۲	۹۰/۲	۱۵۷۹		نیازهای مذهبی من باید جزء مهم در مراقبت از من قرار داده شوند.
* ۰/۰۰۰	۶۱/۸	۱۰۸۲	۳۸/۱	۶۶۸		من لازم نمی‌دانم که نیازهای مذهبی خود را از پرسنل درخواست نمایم.
* ۰/۰۰۰	۳۲/۲	۴۰۶	۷۶/۸	۱۳۴۵		لازم است نیازهای مذهبی من توسط کلیه کادر درمان مورد توجه و پیگیری قرار گیرد.
* ۰/۰۰۰	۴۵/۶	۷۹۹	۵۴/۳	۹۵۱		لازم است نیازهای مذهبی من توسط یک فرد جداگانه مورد ارزیابی و پیگیری قرار گیرد.
* ۰/۰۰۰	۲۴/۵	۴۲۹	۷۵/۵	۱۳۲۲		من نیاز دارم پرسنل درمانی در خصوص نیازهای مذهبی من سوال کنند.
* ۰/۰۰۰	۱۰/۳	۱۸۱	۷۹/۷	۱۵۷۰		لازم است از نظر پرسنل درمانی نیاز های مذهبی من همانند مراقبت‌های جسمی من مورد توجه قرار گیرد.

* آزمون کای اسکوایر ارتباط معنی‌دار آماری را بین فراوانی پاسخ‌های مثبت و منفی سؤالات در بعد ضرورت نیاز های مذهبی واحدهای مورد پژوهش نشان داد ($p < ۰/۰۵$).

جدول ۲- توزیع فراوانی مطلق و فراوانی نسبی پاسخ واحد های مورد پژوهش به ابعاد حقوقی مراقبت‌های مذهبی

مقدار P	خیر		بله		پاسخ	نوع نیاز مذهبی
	درصد	تعداد	درصد	تعداد		
* ۰/۰۰۰	۵۸	۱۰۱۵	۴۲	۷۳۶		پرسنل درمانی در امور مذهبی من دخالت نکنند.
* ۰/۰۰۰	۱۹/۶	۳۴۳	۸۰/۴	۱۴۰۸		دستورالعمل مشخصی در رابطه با ارایه نیازهای مذهبی وجود داشته باشد و در معرض دید من قرارگیرد
* ۰/۰۰۰	۴/۱	۷۱	۶/۶	۱۶۸۰		به شأن و خلوت من در هنگام انجام فرایض مذهبی احترام گذاشته شود.
* ۰/۰۰۰	۳۱/۱	۵۴۴	۶۸/۹	۱۲۰۷		نیازهای مذهبی من مانند تمام نیازهای مراقبتی در پرونده من ثبت گردد
* ۰/۰۰۰	۲۴	۴۲۱	۷۶	۱۳۳۰		در زمان‌های نزدیک به اوقات شرعی وهنگام انجام فرایض دینی اجازه داده نشود که همراهان سایر بیماران و پرسنل درمانی ایجاد مزاحمت کنند

* آزمون کای اسکوایر ارتباط معنی‌دار آماری را بین فراوانی پاسخ‌های مثبت و منفی سؤالات در بعد حقوقی واحدهای مورد پژوهش نشان داد ($p < ۰/۰۵$).

جدول ۳ - توزیع فراوانی مطلق و فراوانی نسبی نیازهای مذهبی واحدهای مورد پژوهش بر اساس سطح درآمد

ابعاد	سطح درآمد		کمتر از ۵۰۰۰۰۰۰ ریال		بین ۵۰۰۰۰۰۰ تا ۱۰۰۰۰۰۰۰ ریال		بیشتر از ۱۰۰۰۰۰۰۰ ریال	
	تعداد	میانگین \pm انحراف معیار	تعداد	میانگین \pm انحراف معیار	تعداد	میانگین \pm انحراف معیار	تعداد	میانگین \pm انحراف معیار
بعد ضرورت نیازهای مذهبی	۱۴۷۷	۷/۷۲ \pm ۱/۴۵	۲۶۶	۷/۹۰ \pm ۱/۶۶	۵	۷/۶ \pm ۱/۶۷		
بعد اخلاقی و حقوقی	۱۴۸۰	۶/۳۵ \pm ۱/۰۷	۲۶۶	۶/۴۲ \pm ۱/۰۶	۵	۶/۴ \pm ۱/۵۱		

* آزمون آنالیز واریانس یک طرفه ارتباط معنی‌دار آماری بین سطح درآمد واحدهای مورد پژوهش با ابعاد مختلف نیازهای مذهبی نشان داد ($p < 0/05$).

جدول ۴ - توزیع فراوانی مطلق و فراوانی نسبی نیازهای مذهبی واحدهای مورد پژوهش بر اساس محل سکونت

ابعاد	محل سکونت		شهر		روستا		مقدار P
	تعداد	میانگین \pm انحراف معیار	تعداد	میانگین \pm انحراف معیار	تعداد	میانگین \pm انحراف معیار	
بعد ضرورت نیازهای مذهبی	۱۱۱۹	۷/۸۵ \pm ۱/۵۱	۶۲۹	۷/۵۷ \pm ۱/۴۳			* ۰/۰۰۰
بعد اخلاقی و حقوقی	۱۱۲۰	۶/۴۱ \pm ۰/۰۹	۶۳۱	۶/۲۷ \pm ۱/۰۲			* ۰/۰۰۰

* آزمون تی ارتباط معنی‌دار آماری بین محل سکونت واحدهای مورد پژوهش با ابعاد مختلف نیازهای مذهبی نشان داد ($p < 0/05$).

جدول ۵ - توزیع فراوانی مطلق و نسبی نیازهای مذهبی واحدهای مورد پژوهش بر اساس جنس

ابعاد	مرد		زن		مقدار P
	تعداد	میانگین \pm انحراف معیار	تعداد	میانگین \pm انحراف معیار	
بعد ضرورت نیازهای مذهبی	۶۸۴	۷/۸۵ \pm ۱/۶۵	۱۰۶۴	۷/۶۸ \pm ۱/۳۷	* ۰/۱۸۱
بعد اخلاقی و حقوقی	۶۸۷	۶/۴ \pm ۱/۱۵	۱۰۶۴	۶/۳۵ \pm ۱/۰۲	* ۰/۴۶۹

* آزمون تی ارتباط معنی‌دار آماری را بین جنسیت واحدهای مورد پژوهش با ابعاد مختلف نیازهای مذهبی نشان داد ($p < 0/05$).

جدول ۶ - توزیع فراوانی مطلق و فراوانی نسبی سطوح

نیازهای مذهبی بر حسب شغل واحدهای مورد پژوهش

شغل	تعداد	میانگین	انحراف معیار	مقدار P
بعد ضرورت نیازهای مذهبی	۱۰۲	۸/۰۴	۱/۶۴	
محصل و دانشجو	۶۳	۸/۲۵	۱/۶۴	
کارمند	۲۸۱	۷/۹	۱/۷۵	* ۰/۰۰۰
شغل آزاد	۸۵۸	۷/۶۶	۱/۳۲	
خانه دار	۴۴۴	۷/۶۸	۱/۵۴	
سایر				
بعد اخلاقی و حقوقی	۱۰۲	۶/۵	۱/۰۷	
محصل و دانشجو	۶۴	۶/۵۳	۱/۰۸	
کارمند	۲۸۲	۶/۳۶	۱/۱۵	* ۰/۴۱۵
شغل آزاد	۸۵۸	۶/۳	۰/۹۹	
خانه دار	۴۴۵	۶/۳۷	۱/۱۴	
سایر				

* آزمون آنالیز واریانس یک طرفه ارتباط معنی‌دار آماری بین شغل واحدهای مورد پژوهش با ابعاد مختلف نیازهای مذهبی نشان داد ($p < 0/05$).

بحث

در بررسی حاضر با افزایش سن نیازهای مذهبی کمتر مورد توجه قرار گرفته است و این در حالی است که اکثر تحقیقات، نظری مخالف دارد. چاورتز معتقد است که با افزایش سن جنبه معنویت و مذهبی افزایش می‌یابد و یا در زندگی آن‌ها برجسته‌تر می‌شود. همچنین داده‌های او نشان داده است که احتمالاً افراد مسن‌تر در برخورد های روزانه تعامل بیشتری با ارزش‌ها و باورهای مذهبی در شیوه زندگی خصوصی خود دارند. همچنین افراد مسن‌تر مذهب را منبع مهم در حمایت‌های روانی - اجتماعی خود می‌دانند (۱۴). بیماران مسن‌تر و یا با کار افتادگی جسمی نسبت به دیگران بیشتر به خواندن دعا و رجوع به کتاب مقدس تمایل از خود نشان می‌دهند (۱۵). اگر چه نتایج این تحقیق ظاهراً با سایر مطالعات متفاوت است. لیکن این بدان معنی نیست که افراد مسن‌تر در این پژوهش علاقمند انجام فعالیت‌های مذهبی نیستند بلکه این تفاوت احتمالاً از آنجا نشأت گرفته است که چون اکثر این افراد از سطح سواد مناسبی برخوردار نبوده‌اند لذا برای

اجتماعی و یا قانونی برای او در نظر گرفته شده است. بدیهی است که همه قوانین، مقررات و برنامه‌های اسلام، راه را برای آرامش خیال و سلامت روان انسان و تحقق خلیفه... بودن او، هموار و آماده می‌سازد. از این دیدگاه، انجام اعمال دینی از جایگاه والایی برخوردار است و در آیات مختلف، به طور مستقیم به نقش آن‌ها در آرام سازی درون، شفابخشی قلب و شادابی روح و روان اشاره شده است، از جمله در سوره طه آیه ۱۴ (اقم الصلوه لذكری) و سوره رعد آیه ۲۸ (الا بذکر... تطمئن القلوب) (۱۲).

در بررسی حاضر نیازهای مذهبی در بعد حقوقی نیز در اکثر موارد با پاسخ مثبت بیماران همراه بوده و در نتیجه آزمون کای اسکوپر تفاوت معنی داری را از لحاظ آماری نشان داد.

محدودیت رژیم غذایی، روزه، مراقبه و نماز برای آرامش روانی و پاک کردن خود از آلودگی‌ها می‌تواند شیوه‌ای مناسب برای سلامت عمومی فرد باشد. ممکن است در این مورد نیاز به مشورت در خصوص الزامات مذهبی داشته باشد. به خصوص در زمان پایان عمر بیمار نیاز دارد در خصوص عفو و بخشش از گناهان و ایجاد آرامش مشورت بگیرد (۲۱). کریمی الهی و همکاران نشان دادند که بیماران در اقامه نماز، این نیاز اساسی روحی و معنوی خود در بیمارستان با مشکلات عدیده‌ای رو به رو هستند و متأسفانه هیچ‌گونه کمکی در این مورد انجام نمی‌گیرد و بسیاری از کارکنان حرفه‌ای دارای این پیش فرض هستند که بیماران خود تمایلی به این کار ندارند و بدون بررسی بیمار نتیجه‌گیری می‌کنند، در حالی که بیماران از این مسأله در عذابند. با توجه به این که در فرهنگ اسلامی نماز جایگاه والایی داشته و بدون آن دین فرد تکمیل نیست و به خصوص در بحبوحه بستری شدن که بیمار هم نیاز زیادی به نماز به عنوان منبع آرامش دارد و هم با توجه به این که احتمال مرگ خود را می‌دهد بیشتر به انجام وظایف شرعی تقید دارد، عدم رسیدگی به این نیاز می‌تواند عوارض روحی شدید و جبران‌ناپذیری بر آن‌ها بگذارد (۲۲).

Koenig و همکاران در بررسی خود طرحی را برای تأثیر مذهب و بهداشت برای متخصصان سلامت در بیمارستان برای پاسخ به نیازهای دینی بیماران ارائه کردند که شامل گرفتن شرح حال مذهبی بیمار، حمایت از اعتقادات مذهبی بیمار، چگونگی دسترسی به منابع مذهبی، احترام به روحانیت در کنار بستر بیمار، توجه به روحانی بیمارستان به عنوان بخشی از تیم مراقبت بهداشتی می‌باشد (۲۳). افراد برای انجام نماز نیاز به آمادگی دارند (وضو) و نیز ممکن است در جستجوی خلوت، پوشاک مناسب یا شنیدن اذان باشند. زمان نیز موضوع مهمی است که لازم است بیماران سه بار در روز برای نماز گزاردن در محیط خلوت باشند و قبله نیز مشخص باشد. همچنین باید اشاره شود که نماز به هیچ عنوان نباید قطع شود حتی برای راندها و مراقبت پرستاری. بنابراین در نهایت می‌توان گفت از آنجا که رایجه مراقبت دارای کیفیت از اهداف غایی تیم درمانی و مراکز درمانی می‌باشد لذا چنانچه مراقبت‌های ارائه شده به نیاز بیمار نزدیک تر باشد،

تکمیل پرسشنامه از همراهان خود که سن کمتری داشتند، کمک گرفته‌اند. در نتیجه احتمال دارد نظرات شخصی همراهان در نتایج پژوهش تأثیرگذار بوده باشد.

در بعد ضرورت رایجه مراقبت‌های مذهبی، بیش از ۵۰٪ نمونه‌های مورد پژوهش به سؤالات پاسخ بلی داده‌اند. یعنی آن‌ها را ضروری دانسته‌اند. حتی علی‌رغم نظر عابدی که دخالت پرستار را در امر مراقبت‌های مذهبی نوعی تفتیش عقاید می‌داند (۱۶)، ۷۶/۸٪ نمونه‌های مورد پژوهش در موارد توجه پرسنل به نیازهای مذهبی آن‌ها را ضروری دانسته و حتی سؤال از نیاز مذهبی خود را لازم شمرده‌اند. ۴۵/۳٪ نمونه‌ها اعلام کرده‌اند لازم است ارزیابی و پیگیری نیازهای مذهبی توسط یک فرد جداگانه صورت گیرد. فرهمند نیز در مطالعه خود نشان داده است که در ۶۵/۵٪ موارد از حضور فرد روحانی بر بالین بیمار در حال احتضار استفاده نمی‌شود و در ۱۰۰ مورد روحانی در محیط‌های درمانی وجود ندارد (۱۷). بسیاری از کارکنان پرستاری تصور دارند که مسأله مذهب یک مسأله خصوصی است که پشت درهای بسته قرار می‌گیرد و پرستار وظیفه دارد اعمال و خدمات پرستاری را بدون توجه به مذهب بیمار انجام دهد. به عبارت دیگر پرستار حق مداخله در امور مذهبی بیماران را ندارد. غافل از این که بدون توجه به این نیاز بیمار، مراقبت جسمی هر چقدر هم کامل باشد راه به جایی نخواهد برد زیرا در این حالت بیمار همانند محزنی است که با وجود این که به طور مرتب مواد به آن اضافه می‌شود چون از جای دیگری تخلیه می‌شود هرگز پر نخواهد شد. شواهدی هم وجود دارند که نشان می‌دهند بسیاری از بیماران برای یافتن راحتی به نیایش می‌پردازند (۱۸، ۱۹). در نتیجه این مسأله تأکیدی بر این موضوع دارد که مراقبت‌کنندگان باید این مسأله را در نظر داشته باشند و از نماز و نیایش بیمار در بخش حمایت کنند. کارکنان مراقبتی باید از نیازهای استفاده‌کنندگان از خدمات آگاه باشند. همچنین ممکن است لازم باشد که کارکنان بخش سلامت بر نیازها و عملکردهای خود نیز تأمل داشته باشند.

مردم عوام و بیماران علاقه شدید به روحانیت و فعالیت‌های مذهبی خود دارند. اما هنوز این موضوع به عنوان یکی از زمینه‌هایی است که انسان از آن غافل است. در روان‌پزشکی مذهب و معنویت نقش حیاتی در زندگی فردی و اجتماعی افراد دارد و آن را به عنوان بخشی از رسانه قدرتمند برای کمک در روند شفا بیمار به حساب می‌آورند (۱۴). به طوری که از نمونه‌های ظاهری و باطنی آداب در نماز می‌توان پوشیدن لباس تمیز، طهارت، پوشاندن عورت جهت ادب حضور در پیشگاه خدا، ذکر اذان و اقامه، استعاذه، حضور قلب و توجه به خدای بلند مرتبه، داشتن طمأنینه و آرامش قلب در حین نماز، خواندن نماز با نشاط، تازگی و دوری کردن از کسالت و خستگی، اخلاص نیت جهت تصفیه‌ی عمل، خشوع و تواضع در نماز را برشمرد (۲۰). این احساس درک بیمار از نیازهایش، مبتنی بر تجربیات شخصی وی در طی بیماری و فارغ از مطلع بودن یا نبودن از حقوقی است که از نظر

دسترسی به منابع مذهبی، احترام به روحانیت در کنار بستر بیمار، توجه به روحانی بیمارستان به عنوان بخشی از تیم مراقبت بهداشتی می‌باشد (۲۳).

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج حاصل از این پژوهش نیازهای مراقبت مذهبی به عنوان یکی از ابعاد حقوق معنوی بیماران بستری در بیمارستان از نظر بیماران بسیار مهم و ضروری بوده است. لذا پیشنهاد می‌شود، مسؤولین و برنامه‌ریزان در برنامه‌ریزی‌های خود جهت ارائه مراقبت با کیفیت به این موضوع نیز توجه ویژه داشته باشند.

مبین کیفیت بهتر مراقبت خواهد بود (۲۴). در بررسی سطوح نیازهای مذهبی در مراکز درمانی آموزشی منتخب، آزمون آنالیز واریانس یک طرفه در تمام مراکز درمانی ارتباط معنی‌داری را نشان داد. این بدان معنی است که همه بیماران بدون توجه به بیمارستان و یا بخشی که بستری هستند توجه به مراقبت‌های مذهبی را ضروری دانسته و عدم انجام این مراقبت‌ها را از نواقص موجود در رعایت حقوق آن‌ها توسط تیم مراقبت‌کننده از خود می‌دانند. در نهایت می‌توان گفت نتایج پژوهش حاضر تکمیل‌کننده طرحی است که Koenig و همکاران در بررسی خود به منظور تأثیر رعایت حقوق معنوی و بهداشت برای متخصصان سلامت در بیمارستان برای پاسخ به نیازهای دینی بیماران ارائه کرده‌اند و شامل توصیه به گرفتن شرح حال مذهبی بیمار، حمایت از اعتقادات مذهبی بیمار، چگونگی

References

- 1- Fathi K. Research needs. Tehran. Published Aeyzh, 2008. [Persian]
- 2- Mueller PS, Plevak DJ, Rummans TA. Religious Involvement, Spirituality and Medicine: Implications for Clinical Practice. Mayo Clinic Proceedings, 2001; 76: 1225-1235.
- 3- John –Paul vader. Spiritual health: the Next Frontier. The European Journal of Public Health, 2006; 16: 457.
- 4- The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World, 2005. Available at: http://www.afro.who.int/healthpromotion/Bangkok_charet_health_promotion.pdf.
- 5- Maori, Fvrykv, Translator, J firpnahy, M. Universal Declaration of Human Rights, Tehran, Phoenix Publishers, 2002.
- 6- Larijani, B. the Rights of Patients in Europe, Nshrmvss. h Cultural Publications, 1908.
- 7- Amooei M, Soltani K, Kahani AR, Najari F, Roohi M. Study of medical negligence sues referring to LMO in 1999. Journal of Legal Medicine of Islamic Republic of Iran 2001;6(21): 23-15.
- 8- Chaudhry HR. Psychiatric Care in Asia: Spirituality and Religious Connotations. Int Rev Psychiatry. 2008 Oct; 20(5): 477-83.
- 9- Haley K.C., Koenig H.G. and Bruchett B.M. Relationship between Private Religious Activity and Physical Functioning in Older Adults, J Religion Health, 2001; 40: 305–312.
- 10- Abedi, H A, Askari, M, Kazemi Z, Safari Fard F, Nassiri M. The Religious Care of Patients and Barriers Teb va Tazkiyeh, 2008, 14 (2 (57)): 16-23. [Persian]
- 11- Farahmand N, Baharloo Smdzad N. Evaluation of Nursing Care of the Dying Vaqdm Ethics education in medical care by nurses, Ahwaz University of Medical Sciences. Proceedings of Seminar on Ethics in Nursing and Midwifery. 1994: 124-115. [Persian]
- 12- Monica L Woll, Daniel B Hinshaw, Timothy M Pawlik. Spirituality and Religion in the Care of Surgical Oncology Patients with Life-Threatening or Advanced Illnesses. Annals of Surgical Oncology, 2008; 15(11): 3048-3085 .
- 13- Koenig HG, McCullough ME, Larson DB. Handbook of Religion and Health. Oxford University Press, 2001.

The Assessment of Legal and Religious Care of Patients Admitted to Hospital in Arak, 2010

Solyeman Zand**† - Mohamad rafiei **

* MSc in Nursing, Faculty of Nursing & Midwifery, Arak University of Medical Sciences

** PhD in Biostatistics, Faculty of Medicine, Arak University of Medical Sciences

Abstract:

Background: Attitudes within the ethical principles based on knowledge of client rights and medical care leads to the client participation in the process of care, and more confidence in caregivers. Religious orders can empower patients to improve sooner. The anxiety after separation from individual religious orders also have negative effects on the course of remission and will prolong hospital stays; besides, it will cause adverse psychological effects on the patient. This study has been designed to survey the needs for religious care of patients as one of the aspects of intellectual property.

Methods: A cross-sectional study was designd. Samples of the study consisted of ten percent of patients who were hospitalized for any reason at the time of implementation in a medical university hospital. After obtaining consent, the relevant questionnaire provided were placed. After data collection, the analysis was performed through SPSS software.

Findings: Most cases were female and citizen with maximum age 100 and minimum 12 years old. The mean age was 44 years. Chi-square test showed significant differences ($p < 0.05$). The one-way ANOVA in all aspects of religious requirements showed significant relationship between all civil centers.

Conclusion: Considering the results of this study, the religious care performance in a patient is very important and necessary; consequently, it is recommended that religious cares should be considered as a part of hospital cares in the future plannings.

Key word: Nursing , Patient, Hospital, Religious Cares

Received: 2011|Feb|18

Accepted: 2011|Jul|15

†Corresponding: Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran

Email: slmnzand@yahoo.com