

نیاز به مراقبت‌های مذهبی در بیماران بستری

نویسندگان:

سلیمان زند^۱ (نویسنده‌ی مسؤل)، دکتر محمد رفیعی^۲

چکیده

زمینه و هدف: فرامین مذهبی و دینی در بهبود و توانمندسازی بیماران نقش مؤثری دارند و باعث می‌شوند که بیمار سلامتی خود را زودتر به دست آورد. 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 به مراقبت‌های مذهبی در بیماران 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 سرشماری انتخاب شده‌اند. پس از اخذ رضایت‌نامه‌ی کتبی، پرسش‌نامه‌ی مربوطه 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 بودند. حداکثر و حداقل سن آن‌ها ۹۰ و ۱۲ سال و میانگین سنی آن‌ها ۴۴ سال بود. آزمون‌های کای اسکوئر و آنالیز واریانس یک طرفه در تمامی ابعاد نیازهای مذهبی ارتباط آماری معنی‌داری را نشان داد ($p < 0/05$).

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج پژوهش حاضر، انجام مراقبت‌های مذهبی از نظر بیماران بسیار مهم و ضروری است. در نتیجه توصیه می‌شود مسؤولین و برنامه‌ریزان بخش مراقبت‌های بیمارستانی انجام مراقبت‌های مذهبی را به عنوان بخشی از مراقبت‌های جامع بیمارستانی محسوب کنند.

مراقبت‌های مذهبی، پرستاری، بیمار، بیمارستان

کلید واژه‌ها

۱- گروه پرستاری، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران. (Email: slmnzand@arakmu.ac.ir)
۲- گروه بهداشت و آمار پزشکی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران.

مقدمه:

نیازسنجی یکی از مباحث متنوعی است که با مفاهیمی چون برنامه‌ریزی و پیش‌بینی اهداف و مقاصد سر و کار دارد و آگاهی از نیازها ملاک اصلی برای ارائه‌ی خدمات گوناگون و اجرای برنامه‌های متنوع در جهت رفاه و آسایش بیش‌تر گروه‌های هدف می‌باشد.

نیاز، شکاف بین وضع موجود و مطلوب تعریف شده است و نیازسنجی، فرآیند جمع‌آوری اطلاعات در باره‌ی نیازهای افراد، گروه‌ها و... و اولویت‌بندی آن‌هاست تا از این رهگذر زمینه‌ی لازم برای برطرف کردن این نیازها فراهم آید [۱]. روانشناسان معتقد هستند، مذهب عبارت است از تأثیر احساسات و رویدادهایی که برای هر انسانی در عالم تنهایی و دور از همه‌ی وابستگی‌ها روی می‌دهد، به طوری که بین او و چیزی که او آن را امر خدایی می‌داند، رابطه برقرار می‌کند که این رابطه یا از راه قلب یا از روی عقل و یا به وسیله‌ی اجرای مراسم و اعمال مذهبی ایجاد می‌گردد [۲]. عده‌ای از روانشناسان بر این باورند که نیمی از متغیرهای مربوط به سلامت روانی افراد بالغ به وسیله‌ی باورهای مذهبی تبیین می‌شود. مذهب به انسان کمک می‌کند تا معنای حوادث زندگی، مخصوصاً حوادثی که دردناک و اضطراب‌انگیزند را بفهمد و باعث دلگرمی و خرسندی مطبوعی در روان و روحیه‌ی او بشود. نتایج مطالعات متعددی در نقاط مختلف جهان، مذهب را به عنوان نیروی حمایت‌کننده در کاهش فشارهای روانی، کاهش تمایل به فساد و همچنین افزایش رضایت از زندگی دانسته اند [۳ و ۴].

دور ماندن از باورهای اصیل مذهبی راه را برای ابتلای فرد به کشمکش‌های درونی و روانی، احساس پوچی و بی‌هدفی و یأس و ناامیدی در برابر محرومیت‌ها، ناملایمات و فشارهای روانی هموار می‌کند [۴].

در نتیجه، مذهب عملاً به عنوان یک سیستم ارزشی به حرکت‌های انسان جهت می‌دهد و انسان را هدفمند می‌کند و به سوی اعتدال روانی، انسانی و تکامل رهنمود می‌سازد. انجام اعمال مذهبی یکی از عوامل مؤثر در درمان شمرده می‌شود. امید به زندگی، صلح و آرامش از نتایج مناجات گزارش شده‌اند و پیروی از مذهب اغلب نتایج مثبت و تحولات اساسی در زندگی اشخاص به وجود آورده است [۵]. البته باید یادآور شد که مراقبت مذهبی با مراقبت معنوی

متفاوت است و مراقبت معنوی، قابل جایگزینی با مراقبت مذهبی یا مراقبت روانی-اجتماعی نیست. مراقبت معنوی به سؤالات انسانی بنیادی و اساسی، نظیر معنای زندگی، درد، رنج و مرگ، پاسخ می‌دهد [۶].

اعتقادات مذهبی در زمان بیماری اهمیت بیش‌تری نسبت به هر زمان دیگر از زندگی شخص پیدا می‌کند و کمک می‌کند که فرد بیماری را بپذیرد. 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 می‌باشد و خود به تنهایی قادر به انجام حیاتی‌ترین اعمال خود هم نمی‌باشد، امری لازم و ضروری است [۷].

بعضی از بیماران به بیماری از دید یک امتحان الهی می‌نگرند و معتقدند اگر ایمان آن‌ها قوی باشد نجات می‌یابند. بعضی دیگر تصور می‌کنند که به خاطر رفتارهای غیراخلاقی گذشته از سوی خداوند سبب آن تنبیه شده‌اند. این افراد معتقدند که دعا، نذر، توبه و صدقه، مقاومت و تحمل انسان را در برابر بیماری و مشکلات ناشی از آن افزایش می‌دهد [۸]. قرآن کریم در سوره‌ی زُمر آیه‌ی ۸ می‌فرماید «هنگامی که به انسان زبانی برسد پروردگار خود را می‌خواند و به سوی او باز می‌گردد». در این هنگام انجام اعمال مذهبی مثل نماز خواندن و دعا کردن، یک مکانیسم سازگار شایع است که احساس لیاقت و امید را افزایش می‌دهد [۹]. به‌طور کلی انجام احکام دینی، منبعی قدرت‌بخش برای بیماران است که باعث افزایش سرعت بهبودی فرد می‌شود. اضطراب ناشی از جدا شدن فرد از جامعه‌ی دینی، و قصور فرد در انجام وظیفه‌اش نسبت به خدا و مردم، علاوه بر تأثیر منفی بر سیر بهبودی بیماری، موجب طولانی شدن اقامت در بیمارستان و بالا رفتن هزینه‌های درمانی می‌شود.

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 دربرگیرنده‌ی نیازهای مختلف است. اکثر بیماران خواهان رسیدگی و برآورده شدن نیازهای معنوی و مذهبی خود هستند [۱۰].

نتایج یک پژوهش نشان داد که موانع فردی تأثیر به‌سزایی

بیمارستان‌های مختلف تقسیم شدند. بیماران مورد مطالعه می‌بایست حداقل ۲۴ ساعت در بخش بستری می‌بودند و توانایی برقراری ارتباط با پژوهشگر را می‌داشتند؛ به این معنی که باید از نظر روحی-روانی و جسمی توانایی پاسخگویی به سؤالات را داشته باشند. در نتیجه، بیماران که در بخش‌های روانی بستری بودند یا دارای اختلالات روحی و روانی بودند، در فاز حاد بیماری قرار داشتند یا در یکی از بخش‌های اورژانس، آی سی یو، نوزادان و اطفال بودند، همچنین بیمارانی که علاقه‌مند به همکاری نبودند و یا بیمارانی که دارای مشکلات شنوایی یا گفتاری بودند از مطالعه خارج شدند.

پس از اثبات دارا بودن معیارهای اولیه‌ی ورود به مطالعه، نمونه‌ها به صورت سیستماتیک، هر روز از لیست پذیرش بیمارستان‌ها استخراج شدند. ابتدا کلیه‌ی بخش‌هایی را که طبق معیار ورود باید در نمونه‌گیری دخالت داده می‌شدند تعیین و نمونه‌ها با استفاده از روش سرشماری از کلیه‌ی بیماران بستری در این بخش‌ها به صورت مقطعی تا تکمیل حجم نمونه انتخاب شدند. پس از کسب رضایت و تمایل آگاهانه‌ی افراد انتخاب شده، پرسش‌نامه جهت تکمیل در اختیارشان قرار داده شد. ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسش‌نامه‌ای بود مشتمل بر دو بخش، که بخش اول آن شامل مشخصات دموگرافیک بود؛ بخش دوم، پرسش‌نامه خودساخته‌ای بود مشتمل بر ۴۶ سؤال ویژه‌ی بیماران: ۱۱ سؤال در حیطه‌ی آموزشی، ۶ سؤال در حیطه‌ی ضرورت نیازهای مذهبی، ۷ سؤال در حیطه‌ی امکانات، ۵ سؤال در حیطه‌ی محیط فیزیکی، ۶ سؤال در حیطه‌ی عوامل اجرایی، ۶ سؤال در حیطه‌ی پرسنلی، ۵ سؤال در حیطه‌ی اخلاقی و حقوقی. به منظور تعیین اعتبار ابزار از روش سنجش اعتبار محتوا^۱ استفاده شد، به طوری که پرسش‌نامه در اختیار ده نفر از اعضای هیأت علمی با تخصص‌های مختلف داده شد، تا روایی محتوی و صورت آن با استفاده از پانل خبرگان تأیید شود. برای تعیین ثبات درونی نیز ۳۰ نفر مورد مطالعه قرار گرفتند. با توجه به این که پاسخ سؤالات به صورت صحیح و غلط بود، در این مطالعه‌ی مقدماتی، جهت

در ارائه‌ی مراقبت‌های مذهبی کارکنان پرستاری، بیماران و کارکنان حرفه‌های دیگر دارد و موانع مربوط به محیط در سه بُعد امکانات، فضای فیزیکی و زمان نیز دارای اهمیت است [۷]. پرستاران معمولاً از مردمی که دارای ادیان و مذاهب مختلفی هستند مراقبت می‌کنند. از آن‌جا که غیرممکن است پرستاران بر همه‌ی مذاهب و قوانین تسلط داشته باشند، بهتر است نیاز معنوی و مذهبی مددجویانی که با اعمال مذهبی‌شان آشنایی دارند را درک کرده، امکاناتی فراهم سازند که مددجو بتواند اعمال مذهبی خود را انجام دهد [۱۱].

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 پایه‌ی اصول اسلامی پایه‌ریزی شده است، بنابراین رعایت اصول مذهبی و ایجاد امکانات لازم جهت اعمال مذهبی و برطرف ساختن نیازهای مذهبی بیماران در مواقعی که بیمار هستند و در بیمارستان بستری می‌باشند امری لازم و ضروری است. جهت مراقبت مذهبی و رفع نیازهای دینی و مذهبی بیماران اولین فعالیت تعیین نیازهای مذهبی آن‌ها می‌باشد. در حال حاضر متأسفانه در بخش‌های درمانی توجه به مراقبت‌های مذهبی بیمار مورد غفلت قرار گرفته است؛ از طرفی تحقیقات جامع و کاملی در رابطه با مراقبت‌های مذهبی، نیازهای مراقبت مذهبی و علل و عوامل مؤثر در اجرای آن‌ها در ایران صورت نگرفته است؛ همچنین اطلاعات اولیه جهت انجام پژوهش‌های گسترده وجود ندارد. این تحقیق با هدف سنجش نیاز مراقبت‌های مذهبی در حوزه‌های درمانی صورت گرفته است و امید است مقدمه‌ای برای انجام تحقیقات بعدی باشد و همچنین زمینه‌های لازم برای انجام مراقبت‌های مذهبی را فراهم کند.

روش اجرا:

این پژوهش یک مطالعه‌ی توصیفی-مقطعی می‌باشد. بر اساس اصل کوکران در تعیین حجم نمونه از جوامع نامتقارن، ۱۰ درصد بیمارانی که به تشخیص پزشک معالج در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی اراک بستری بودند، (به عنوان جامعه‌ی محدود و تعریف شده) برای مطالعه انتخاب شدند. برابر آمار سال گذشته، حجم نمونه ۱۵۵۰ نفر برآورد شد که به صورت سهمیه‌ای در

مختلف نیازهای مذهبی به جز در ابعاد نیازهای آموزشی، محیط فیزیکی و پرسنلی، از نظر سطح درآمد در نمونه‌های مورد پژوهش وجود داشته است ($p < 0/05$). آزمون آنالیز واریانس یک طرفه در تمامی ابعاد نیازهای مذهبی ارتباط معنی‌داری را از نظر سن در نمونه‌های مورد پژوهش اختلاف معنی‌داری نشان داد ($p < 0/05$). همچنین با توجه به نرمال بودن نمرات سطوح مختلف نیازهای مذهبی، آزمون همبستگی بین سن و سطوح نیازهای مذهبی (ضرورت نیازهای مذهبی، محیط فیزیکی، عوامل اجرایی، پرسنلی، اخلاق و حقوق) همبستگی معنی‌دار معکوس نشان داده است.

آزمون مجذور کای نشان داد که در تمامی ابعاد نیازهای مذهبی (نیاز آموزشی، تصریح نیاز مذهبی، نیاز به امکانات، محیط فیزیکی، پرسنلی، عوامل اجرایی و اخلاقی و حقوقی) در نمونه‌های مورد پژوهش پاسخ بله نسبت به پاسخ خیر بیش‌تر می‌باشد و این تفاوت از لحاظ آماری در تمامی موارد معنی‌دار بوده است ($p < 0/05$) (جداول ۱ تا ۶).

سنجش پایایی از روش (K-R 20) استفاده شده است که با استفاده از این ضریب مقدار پایایی $K-R = 0/9442$ برآورد گردید. پس از توجیه نحوه‌ی تکمیل، پرسش‌نامه‌ها در اختیار نمونه‌ها قرار داده شدند، تا با روش خودگزارش‌دهی نسبت به تکمیل آن اقدام نمایند. به گروه‌های مورد پژوهش فرصت داده می‌شد تا حداکثر ظرف مدت یک روز پرسش‌نامه‌ها را تکمیل کنند. در نهایت، داده‌ها جمع‌آوری شدند و تجزیه و تحلیل نتایج با استفاده از آزمون‌های آماری تی، مجذور کای، همبستگی و آنالیز واریانس یک طرفه، از طریق نرم افزار آماری spss انجام گرفت.

یافته‌ها:

اکثر افراد مورد مطالعه از نظر جنسیت مؤنث، بی‌سواد و ساکن شهر بودند. حداکثر سن افراد شرکت کننده در مطالعه ۹۰ سال و حداقل ۱۲ سال داشتند که میانگین سنی آن‌ها ۴۴ سال بود. آزمون آماری تی نشان داد که بین میانگین نمرات سطوح

جدول ۱ - توزیع فراوانی مطلق و نسبی نیازهای مذهبی مربوط به حیطةی آموزشی در واحدهای مورد پژوهش.

مقدار P	پاسخ		نوع نیاز مذهبی		
	خیر درصد	تعداد	بله درصد	تعداد	
* /001	۲۰/۷	۳۶۳	۷۹/۳	۱۳۸۹	لازم است پرستاران در ابتدای زمان بستری شدن امکانات مذهبی موجود در بیمارستان را برایم توضیح دهند.
* /001	۲۰/۶	۳۶۰	۷۹/۴	۱۳۹۰	یک کارشناس مذهبی در بیمارستان حضور داشته باشد تا در مورد احکام و سوالات مذهبی با او مشورت کنم.
* /001	۲۵/۱	۴۴۰	۷۴/۸	۱۳۱۰	دانشجویان رشته‌های مختلف می‌بایست از نیازهای مذهبی من آگاهی داشته باشند تا در مواقع لزوم من را راهنمایی کنند.
* /001	۱۸/۷	۳۲۷	۸۱/۳	۱۴۲۴	لازم است پرسنل درمانی از وجود امکانات مورد نیازم برای انجام فعالیت‌های مذهبی آگاهم کنند.
* /001	۲۱/۵	۳۷۶	۷۸/۵	۱۳۷۴	در مورد نجس یا پاک بودن ترشحاتی که به دلیل زخم، استفراغ و... در بدن من دیده می‌شود، برایم توضیح دهند.
* /001	۱۹/۵	۳۴۲	۸۰/۵	۱۴۰۹	در مورد نجس یا پاک بودن هر دارو (پماد، ژل و...) که برای من استفاده می‌شود، توضیح دهند.
* /001	۱۹/۸	۳۴۷	۸۰/۲	۱۴۰۴	در مورد نجس یا پاک بودن لوله، درن و سوندی که در بدن من وجود دارد، توضیح دهند.
* /001	۱۸/۵	۳۲۴	۸۱/۵	۱۴۲۷	در مورد چگونگی انجام فرایض دینی با وجود داشتن سوند، لوله و ترشحاتی که از آنها خارج می‌شود، برایم توضیح دهند.
* /001	۲۰/۷	۳۶۳	۷۹/۳	۱۳۸۸	در صورت آلوده شدن لباسم به نجاسات (ادرار، مدفوع، خون) در خصوص چگونگی رفع آن برایم توضیح دهند.
* /001	۲۰/۷	۳۶۳	۷۹/۳	۱۳۸۸	در صورت آلوده بودن اعضای وضوی من، در مورد چگونگی رفع آن به من توضیح و کمک داده شود.
* /001	۱۹	۳۳۳	۸۰/۹	۱۴۱۸	در مورد طهارت بعد از اجابت مزاج در صورتی که نیاز به لگن در تخت داشته باشم، به من توضیح دهند یا کمک داده شود.

*آزمون مجذور کای ارتباط معنی‌دار آماری نشان داد ($p < 0/05$).

جدول ۲ - توزیع فراوانی مطلق و نسبی ضرورت نیازهای مذهبی در واحدهای مورد پژوهش.

مقدار P	پاسخ			نوع نیاز مذهبی	
	خیر درصد	تعداد	بله درصد		تعداد
* / .001	۹/۸	۱۷۲	۹۰/۲	۱۵۷۹	نیازهای مذهبی من باید جزء مهمی در مراقبت از من باشد.
* / .001	۶۱/۸	۱۰۸۲	۳۸/۱	۶۶۸	لازم نمی‌دانم که نیازهای مذهبی خود را از پرسنل درخواست کنم.
* / .001	۲۳/۲	۴۰۶	۷۶/۸	۱۳۴۵	لازم است نیازهای مذهبی من توسط کلیه کادر درمان مورد توجه و پیگیری قرار گیرد.
* / .001	۴۵/۶	۷۹۹	۵۴/۳	۹۵۱	لازم است نیازهای مذهبی من توسط یک فرد جداگانه مورد ارزیابی و پیگیری قرار گیرد.
* / .001	۲۴/۵	۴۲۹	۷۵/۵	۱۳۲۲	نیاز دارم پرسنل درمانی در خصوص نیازهای مذهبی من سؤال کنند.
* / .001	۱۰/۳	۱۸۱	۷۹/۷	۱۵۷۰	لازم است از نظر پرسنل درمانی نیازهای مذهبی من همانند مراقبت‌های جسمی من مورد توجه قرار گیرند.

*آزمون مجذور کای ارتباط معنی‌دار آماری نشان داد ($p < 0.05$).

جدول ۳ - توزیع فراوانی مطلق و نسبی نیاز مذهبی مربوط به حیطة امکانات در واحدهای مورد پژوهش.

مقدار P	پاسخ			نوع نیاز مذهبی	
	خیر درصد	تعداد	بله درصد		تعداد
* / .001	۷/۸	۱۵۲	۹۱ / ۱	۱۵۹۶	برای انجام فرایض مذهبی مکان خاصی (نماز خانه) در هر بخش یا اتاقم در نظر گرفته شود.
* / .001	۱۰/۱	۱۷۶	۸۹/۹	۱۵۲۲	امکانات (مهر، خاک تیمیم و...) در بخش برای انجام فرایض دینی وجود داشته باشد.
* / .001	۱۰/۱	۱۷۶	۸۹/۹	۱۵۲۲	امکانات فرهنگی-مذهبی (نوار، ضبط صوت، کتاب‌های دعا، تلویزیون و...) در بخش وجود داشته باشد.
* / .001	۲۶/۷	۴۶۸	۷۳/۳	۱۲۸۳	لازم است خوش‌بو کننده‌های توصیه شده در مذهب هنگام انجام فرایض دینی در اختیار من قرار داده شود.
* / .001	۱۰/۱	۱۷۶	۸۹/۹	۱۵۷۵	لازم است بخش فرهنگی بیمارستان، برنامه‌های مذهبی را در بخش و بیمارستان برنامه‌ریزی و پیگیری نماید.
* / .001	۶/۱	۱۰۷	۹۳/۹	۱۶۴۴	اجازه داده شود تا در صورت نیاز، همراهان در انجام اعمال مذهبی به من کمک کنند.
* / .001	۴/۱	۷۱	۹۵/۹	۱۶۸۰	لباس مناسب و پوشیده در داخل بخش یا هنگام آمادگی برای انجام اعمال جراحی داشته باشم.

* آزمون مجذور کای ارتباط معنی‌دار آماری نشان داد ($p < 0.05$).

جدول ۴ - توزیع فراوانی مطلق و نسبی نیازهای مذهبی مربوط به حیطة فیزیکی در واحدهای مورد پژوهش.

مقدار P	پاسخ				نوع نیاز مذهبی
	خیر درصد	تعداد	بله درصد	تعداد	
* / .001	۹/۵	۱۶۶	۹۰/۵	۱۵۸۵	دستشویی برای گرفتن وضو در بخش یا هر اتاق وجود داشته باشد.
* / .001	۱۴/۳	۲۵۰	۸۵/۷	۱۵۰۱	امکان جابه‌جایی تخت من به منظور انجام اعمال مذهبی وجود داشته باشد.
* / .001	۱۲/۳	۲۱۵	۸۷/۷	۱۵۳۶	در بخش با توجه به نیازهای ارزیابی شده، تغییراتی در شکل ساختمان بخش (ساخت حمام و وضوخانه جهت انجام نیازهای مذهبی من) صورت گیرد.
* / .001	۷/۸	۱۳۶	۹۲/۲	۱۶۱۵	مکانی جهت برگزاری جلسات دعا و نیایش به صورت جمعی یا فردی در بیمارستان وجود داشته باشد.
* / .001	۴/۶	۸۱	۹۵/۴	۱۶۷	حمام جهت استحمام، رفع نجاسات از بدن و انجام احتمالی غسل در بخش وجود داشته باشد.

* آزمون مجذور کای ارتباط معنی دار آماری نشان داد ($p < 0.05$).

جدول ۵ - توزیع فراوانی مطلق و نسبی نیازهای مذهبی مربوط به حیطة عوامل اجرایی در واحدهای مورد پژوهش.

مقدار P	پاسخ				نوع نیاز مذهبی
	خیر درصد	تعداد	بله درصد	تعداد	
* / .001	۱۳	۲۲۸	۸۷	۱۵۲۳	مدیران بیمارستان متقاعد شوند امکانات لازم جهت برآورده کردن نیازهای مذهبی بیماران را فراهم نمایند.
* / .001	۱۷/۱	۳۰۰	۸۲/۹	۱۴۵۱	بودجه‌ی لازم به منظور اجرای برنامه‌های مذهبی در نظر گرفته شود.
* / .001	۱۳/۵	۲۳۶	۸۶/۵	۱۵۱۵	سازمان‌هایی مثل رادیو و تلویزیون در مورد نیازهای مذهبی فعالیت جدی داشته باشند تا مردم آگاهی لازم در مورد نیاز مذهبی در بیمارستان پیدا کنند.
* / .001	۱۱/۵	۲۰۲	۸۵/۵	۱۴۴۹	انگیزه‌ی کافی برای کادر درمانی ایجاد شود تا در تأمین نیازهای مذهبی توجه بیشتری نشان دهند.
* / .001	۱۰/۱	۱۷۷	۸۹/۵	۱۵۷۴	روابط عمومی بیمارستان در مورد نحوه‌ی استفاده از امکانات و تسهیلات ایجاد شده برای انجام اعمال مذهبی فعالیت مستمر و مداوم داشته باشد.
* / .001	۱۱/۱	۱۹۴	۸۸/۹	۱۵۵۷	من نیاز به پرسنل درمانی قابل اعتمادی دارم تا بتوانم نیازهای مذهبی خود را به راحتی با آنها در میان بگذارم و از آنها در انجام آن نیازها کمک بگیرم.

* آزمون مجذور کای ارتباط معنی دار آماری نشان داد ($p < 0.05$).

جدول ۶ - توزیع فراوانی مطلق و نسبی نیازهای مذهبی در حیطه‌ی پرسنلی در واحدهای مورد پژوهش.

مقدار P	پاسخ			نوع نیاز مذهبی	
	خیر درصد	تعداد	بله درصد		تعداد
* ۰/۰۰۱	۳۱/۱	۵۴۵	۶۸/۸	۱۲۰۵	گرفتاری‌های شخصی و مشغله‌های فکری کادر درمانی مانع توجه به تأمین نیازهای مذهبی من نشود.
* ۰/۰۰۱	۱۰/۶	۱۸۵	۸۹/۴	۱۵۶۶	تعداد پرسنل به اندازه‌ای باشد تا در کنار ارائه‌ی نیاز درمانی به نیازهای مذهبی من نیز توجه نمایند.
* ۰/۰۰۱	۶/۲	۱۰۹	۹۳/۸	۱۶۴۲	پرسنلی که از من مراقبت می‌کنند، خودشان نیز از اعتقادات مذهبی قابل قبولی برخوردار باشند.
* ۰/۰۰۱	۱۶/۸	۲۹۵	۸۳/۲	۱۴۵۶	نباید زمان دادن دارو و معاینات پزشکی با زمان انجام فرایض مذهبی من تداخل کند.
* ۰/۰۰۱	۵/۳	۹۳	۹۴/۷	۱۶۵۸	باید بتوانم در تمام شیفت‌ها نیازهای مذهبی خود را به راحتی انجام دهم.
* ۰/۰۰۱	۵/۸	۱۰۱	۹۴/۲	۱۶۶۰	اوقات شرعی را در وقت خود به من اطلاع دهند تا بتوانم فرایض خود را انجام دهم.

*آزمون مجذور کای ارتباط معنی‌دار آماری نشان داد ($p < ۰/۰۵$).

بحث:

با افزایش سن، جنبه‌ی معنویت و مذهبی افزایش می‌یابد یا در زندگی افراد برجسته‌تر می‌شود. همچنین داده‌های او نشان داده است که افراد مسن‌تر در برخورد‌های روزانه احتمالاً تعامل بیش‌تری با ارزش‌ها و باورهای مذهبی در شیوه‌ی زندگی خصوصی خود دارند. همچنین افراد مسن‌تر مذهب را منبع مهم در حمایت‌های روانی - اجتماعی خود می‌دانند [۱۳]. بیماران مسن‌تر یا از کار افتاده‌ی جسمی، تمایل بیش‌تری به خواندن دعا و رجوع به کتاب مقدس نسبت به دیگران از خود نشان می‌دهند [۱۲]. این موضوع می‌تواند ناشی از نگرشی باشد که بیماران نسبت به محیط بیمارستان به عنوان محل درمان دردهای جسمی دارند یا ناشی از آگاهی کم افراد از نوع خدماتی باشد که باید بیمارستان در اختیار آن‌ها قرار دهد.

نتایج تحقیق ما نشان داد که بیش‌تر نمونه‌های مورد پژوهش به سؤالات حیطه‌ی نیازهای آموزشی پاسخ بلی داده بودند که این میزان در تمامی سؤالات مربوط به حیطه‌ی آموزشی بیش‌تر از ۷۴٪ بوده است. این نتیجه با

بررسی حاضر نشان داد که میانگین سطوح نیازهای آموزشی در ابعاد مختلف نیازهای مذهبی در افرادی که درآمد بالاتری دارند، بیش‌تر بود. این بدان معنی است که افرادی که از سطح درآمد بالاتری برخوردار بودند به رفتارها و نیازهای مذهبی در بیمارستان توجه بیش‌تری نشان داده‌اند. این موضوع می‌تواند ناشی از این عامل باشد که احتمالاً میزان درد و رنج آن‌ها به علت آگاهی بیش‌تری که داشته‌اند و مراجعه‌ی به موقع کم‌تر بوده است. در نتیجه، فرصت توجه به نیازهای معنوی در آن‌ها بیش‌تر بوده است. هر چند که در برخی از مطالعات نشان داده شده است که افراد فقیرتر و کسانی که درآمد کم‌تری دارند به فعالیت‌های مذهبی و معنوی توجه بیش‌تری دارند و معتقد هستند که در سلامت جسمی آن‌ها این فعالیت‌ها تأثیر گذار است [۱۲].

همچنین در بررسی حاضر با افزایش سن، نیازهای مذهبی کم‌تر مورد توجه قرار گرفته است. این درحالی است که اکثر تحقیقات، نظری مخالف دارند. چاورتر معتقد است که

نتایج تحقیق عابدی و همکاران [۷] هم‌خوانی داشته است. نتایج تحقیق آن‌ها نشان داد که عدم آگاهی پرستاران در رابطه با انواع مراقبت‌های مذهبی و اطلاعات ناکافی آن‌ها، نبود دستورالعمل آموزشی مشخصی در رابطه با ارائه‌ی این نوع مراقبت‌ها و نبود روحانی در تمام شیفت‌ها جهت پاسخ به سؤالات مذهبی بیماران، از موانع رفع نیازهای مذهبی بیماران هستند؛ که تا حدودی با نیازهای ارزیابی شده در این پژوهش در بعد آموزش هم‌خوانی داشته است [۷]. ولی از آن‌جا که این بررسی به صورت کیفی صورت گرفته است، لذا به صورت جامع به بحث نیاز آموزشی توجه نداشته است؛ لیکن به صورت 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، و به آن توجه نمی‌کرده‌اند. همچنین در بررسی بهارلو نشان داده شده است که در ۴۵٪ موارد دستورالعمل خاصی در مورد موازین شرعی در اختیار پرستاران قرار داده نشده است یا در بخش نبوده و نصب نشده است [۱۴]. به همین منظور ضمن تأکید بر ضرورت نیازهای آموزشی در خصوص مراقبت‌های مذهبی، نیاز به آموزش‌هایی در خصوص مراقبت‌های مذهبی به تیم مراقبت هم دارای اولویت می‌باشد. پرستار به عنوان یک انسان باید ضمن اطلاع از اخلاق و احکام اسلامی و رعایت و عمل به آن‌ها، به طور مستقیم و غیرمستقیم به بیماران آموزش دهد و ضرورت رعایت احکام، اخلاق و رسیدن به هدف غایی را به مردم بنمایاند [۱۵]. به منظور افزایش دسترسی مراقبت‌های مذهبی برای بیماران و اعضای خانواده، خدمات مذهبی باید به عنوان یک آیتم برای بیمارستان مورد توجه قرار گیرد؛ به طوری که از طریق افزایش دانش در مورد مراقبت‌های دینی و در نتیجه تغییر نگرش نسبت به خدمات معنوی و مذهبی از طریق آموزش مراقبت‌های مذهبی، به عنوان یک مدل جامع در عمل نسبت به مراقبت از بدن، روح و روان بیمار توجه شود [۱۶].

در بُعد ضرورت نیازهای مذهبی، نمونه‌های مورد پژوهش بیش از ۵۰٪ به سؤالات پاسخ بلی داده بودند. این بدان معنی است که انجام مراقبت‌های مذهبی ضروری است. حتی علی‌رغم نظر عابدی که دخالت پرستار در

امر مراقبت‌های مذهبی را نوعی تفتیش عقاید می‌داند [۷]، نمونه‌های مورد پژوهش در ۷۶/۸٪ موارد توجه پرسنل به نیازهای مذهبی خود را ضروری دانسته و حتی سؤال از نیاز مذهبی خود را لازم شمرده‌اند و ۴۵/۳٪ نمونه‌ها اعلام کرده‌اند لازم است ارزیابی و پیگیری نیازهای مذهبی توسط یک فرد جداگانه صورت گیرد. فرهمند در مطالعه‌ی خود نشان داده است که در ۶۵/۵٪ موارد از حضور فرد روحانی بر بالین بیمار در حال احتضار استفاده نمی‌شود [۱۷]. کلی در تأیید این موضوع می‌نویسد یک پرستار با دیدن نشانه‌های شکرگزاری قبل و بعد از غذا یا داشتن تسبیح و نظائر آن می‌تواند به توجه بیمار به اعمال مذهبی پی برده و به آن‌ها توجه کند [۱۹]. در مطالعه‌ی دیگر نشان داده شده است که بیماران مسلمان معتقد هستند که پس از به دنیا آمدن نوزاد از مادر می‌بایست روحانی ندای ... اکبر را در گوش نوزاد زمزمه کند؛ زیرا مسلمانان معتقد هستند که هیچ کلمه‌ای قبل از نام پروردگار در گوش نوزاد نباید گفته شود [۱۹]. به عنوان بخشی از مراقبت‌های جامع، پرستاران وظیفه دارند که برای ملاقات بیمار با روحانی جهت رفع نیازهای مذهبی اقدام کنند. این بخش از مراقبت به وضوح جزء استانداردهای پرستاری و مامایی محسوب می‌شود؛ زیرا ممکن است بیمار نیازهای مذهبی و معنوی داشته باشد [۲۰]. در مطالعه‌ی هویی مینگ و همکاران در بررسی ۳۵ بیمارستان در تایوان اعلام کردند تنها ۳ بیمارستان روحانی در دسترس یا امکان استفاده دواطلبانه از روحانی وجود داشته است [۲۱]. عموم مردم و بیماران علاقه‌ی شدید به روحانیت و فعالیت‌های مذهبی خود دارند. اما هنوز این زمینه مورد غفلت انسان واقع می‌شود. در روان‌پزشکی، مذهب و معنویت نقشی حیاتی در زندگی فردی و اجتماعی افراد دارد و آن را به عنوان بخشی از رسانه‌ای قدرتمند برای کمک در روند شفای بیمار به حساب می‌آورند. مذهب پل تماس انسان و خالق است و درک این نیاز توسط متخصصان بهداشت روانی موجب ارتقای ارزش‌های معنوی بیمار و ترکیب آن‌ها در ارزیابی درمانی بیمار خواهد شد [۱۳]. عوامل استرس‌زا مانند درد مزمن،

موجب افزایش فراوانی رفتارهای مذهبی افراد می‌شود [۱۲]. داشتن سطح بیش‌تر توجهات مذهبی و معنوی منجر به کم‌تر شدن مشکلات بهداشت روان می‌شود [۲۲]. فعالیت مذهبی با سطوح بیش‌تری از خوشبختی همراه است. داشتن چشم‌انداز خوش‌بینانه به زندگی، مبارزه با بیماری را آسان‌تر می‌کند و بهبودی بیماری را، از هر دو جنبه‌ی جسمی و عاطفی، در انواع بیماری‌ها تسهیل می‌کند [۲۳].

در بُعد امکانات، نتایج این پژوهش نشان داد که بیش‌ترین نیازها از سوی افراد مورد پژوهش، در این بُعد مورد توجه قرار گرفته است؛ به‌طوری که در اکثر سؤالات بین ۷۳٪ تا ۹۶٪ پاسخ بلی را انتخاب کرده‌اند که این موضوع با تحقیق عابدی و موقر هم‌خوانی داشته است. موقر می‌نویسد تنها ۳٪ از نمونه‌های مورد پژوهش امکانات و وسایل موردنیاز جهت ادای نیازهای مذهبی را عالی دانسته‌اند [۲۴] و عابدی این نیازها را از موانع مراقبت‌های مذهبی بخش‌های بیمارستانی دانسته است و رفع آن‌ها را لازم می‌داند [۱۷]. در پژوهشی دیگر نشان داده شد که ۴۸/۷۵٪ از بخش‌های مورد مطالعه فاقد خاک تیمم بودند و محلی برای خواندن نماز نداشتند [۱۳]. داویتسون و همکاران در بررسی خود نشان دادند که شرکت‌کنندگان مسلمان پیشنهاد داشته‌اند که لوازمی مثل کتاب دعا، قطب نما و فرش نماز که حتماً باید پاکیزه باشد، در بخش‌های بیمارستانی نیاز است. همچنین توصیه شده است که لباس بیماران مناسب و پوشیده باشد [۲۰].

در بُعد نیازهای محیط فیزیکی، نتایج نشان داد که آزمون مجذور کای با توجه به این که بیش از ۸۵٪ نمونه‌های مورد پژوهش به تمامی سؤالات پاسخ بلی داده‌اند معنی‌دار بوده است که با پژوهش عابدی کاملاً هم‌خوانی دارد، به طوری که می‌توان گفت از نیازهای بسیار ضروری است. فرهمند و همکاران نیز نشان داده‌اند که ۷۴/۴۴٪ افراد مورد مطالعه اقرار کرده‌اند که فضای کافی جهت رو به قبله کردن بیمار در بخش وجود ندارد [۱۸]. والریت و همکاران دیدگاه روانی اجتماعی از قبیل احترام به عقاید و باورهای بیماران، امکانات، وسایل و وجود مکان‌های خاصی جهت عبادت، هر چند کوچک را در سلامت روانی مؤثر می‌دانند [۲۵]. وجود مکانی در بیمارستان که بیماران یا همراهان آن‌ها بتوانند با صدای بلند دعا و نیایش خود را انجام دهند ضروری است.

ضمن آن که ساختن بیمارستانی که لوازم نماز، قطب‌نما و همچنین سالتی برای ملاقات با روحانی و خانواده‌ی بیمار داشته باشد لازم است [۱۹]. در مطالعه‌ای که در تایوان انجام شده است از ۳۵ بیمارستان مورد بررسی تنها ۲ بیمارستان برای جامعه‌ی مسلمانان نمازخانه‌ی کوچکی به همراه یک اتاق برای خانواده‌ی بیماران فوت شده وجود داشت تا بتوانند آداب مذهبی را انجام بدهند [۲۱].

در بُعد عوامل اجرایی نیز بیش‌ترین پاسخ‌های بلی به سؤالات داده شده است، به طوری که در تمامی سؤالات پاسخ بلی نمونه‌های مورد پژوهش بیش‌تر از ۸۳٪ از کل جواب‌ها را به خود اختصاص داده است. همان طور که در جدول ۸ دیده می‌شود آزمون مجذور کای نیز این اختلاف پاسخ‌های بلی و خیر را معنی‌دار نشان داده است. پرستار باید به بیمار به عنوان یک انسان، نگرش مثبت داشته باشد؛ که چنین نگرشی مستلزم ارتباط گرم، مطلوب، توأم با توجه و احترام، درک همدلانه، صبر و شکیبایی، درستی و صداقت، تواضع و فروتنی است که موجب خواهد شد تا بیمار، محیط درمانی را مطلوب، آرام و فارغ از هرگونه ترس و وحشت ببیند و به راحتی بتواند به پرستار اعتماد کند [۲۶].

در بررسی نیازهای مذهبی در بُعد پرسنلی، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بیماران نیاز دارند که پرسنلی که از آن‌ها مراقبت می‌کنند خود دارای اعتقادات مذهبی مناسب بوده تا بتوانند اوقات شرعی و هماهنگی زمانی درمان بالینی با انجام فرایض دینی در تمام شیفت‌های کاری، فارغ از مشغله‌های فکری را رعایت کنند. مرادی و همکاران نیز در بررسی خود نشان دادند ۴۲٪ پرستاران توجه به اعتقادات مذهبی را وظیفه‌ی خود دانسته‌اند و در مطالعه‌ی ناجی نیز بیان شده است که تنها ۵۰٪ پرستاران شاغل اجرای احکام شرعی را کاملاً ضروری دانسته‌اند [۲۷]. افضل‌فر نیز در بررسی خود ضعف آگاهی پرسنل درمانی را یکی از علل مهم عدم رعایت احکام شرعی در بیش از ۵۱٪ موارد در مراکز درمانی آموزشی تبریز ذکر می‌کند [۲۸]. بنابراین داشتن اعتقادات مذهبی و آگاهی در خصوص نوع نیازهای مذهبی بیماران توسط تیم درمان با توجه به نواقص یاد شده در تحقیقات ضروری می‌نماید. نتایج یک بررسی نشان داد که بین مراقبت مذهبی پرستاران با خواسته‌ی بیمار

کرده‌اند و شامل توصیه به گرفتن شرح حال مذهبی بیمار، حمایت از اعتقادات مذهبی بیمار، چگونگی دسترسی به منابع مذهبی، احترام به خواست بیمار برای حضور روحانی در کنار بستر بیمار و توجه به حضور روحانی در بیمارستان به عنوان بخشی از تیم مراقبت بهداشتی می‌باشد [۲۲].

نتیجه‌گیری:

با توجه به نتایج حاصل از این پژوهش نیاز به مراقبت مذهبی از نظر بیماران بسیار مهم و ضروری بوده است. در نتیجه توصیه می‌شود مسؤولین و برنامه‌ریزان بخش مراقبت‌های بیمارستانی انجام مراقبت‌های مذهبی را بخشی از مراقبت‌های جامع بیمارستانی محسوب کنند. بدین منظور شایسته است با گنجانیدن شیوه‌ی مراقبت مذهبی در دروس دانشجویان گروه پزشکی، تهیه‌ی ملزومات مورد نیاز، پیش‌بینی فضای لازم در ساختار بیمارستان‌ها و تدوین دستورالعمل‌های جامع و ابلاغ آن به دانشگاه‌ها جهت اجرا، انجام این نیاز مراقبتی توسط تیم درمانی در مراکز درمانی احیا شود.

فاصله است و داشتن باورهای مذهبی ذاتی با همدلی پرستار ارتباط دارد؛ همچنین می‌تواند در برخورد با بیماران در حال احتضار، مؤثر باشد و پرستارانی که در مقیاس بالاتری از اعتقادات مذهبی قرار دارند تمایل بیشتری دارند که به بیمار اجازه دهند در خصوص نیاز به مراقبت‌های مذهبی با آن‌ها گفت‌وگو کند. همچنین تجربه نشان داده است تصور پرستاران از مرگ تصویری معنوی است و تجربه‌ی اشتغال این معنویت را افزایش می‌دهد [۲۹]. رسیدن به تعادل در مراقبت از بیمار محتضر یک چالش عمده‌ی پرستاری است و نگرانی پرستاران تنها از تعامل با بیمار و خانواده‌ی آن‌ها نیست، بلکه تا حدودی ناشی از درک خود از مرگ و اقدامات خود در مراقبت از بیماری است که در حال مرگ است [۳۰].

در نهایت می‌توان گفت نتایج پژوهش حاضر تکمیل‌کننده‌ی طرحی است که کونین و همکاران در بررسی خود به‌منظور نشان دادن تأثیر مذهب و بهداشت برای متخصصان سلامت در بیمارستان برای پاسخ به نیازهای دینی بیماران ارائه

تشکر و قدردانی:

این پژوهش بخشی از طرح تحقیقاتی است که با حمایت دانشگاه علوم پزشکی اراک انجام شده است. بدین وسیله از کلیه‌ی همکاران دانشکده‌ی پرستاری و مامایی و حوزه‌ی معاونت پژوهشی دانشگاه تشکر و قدردانی می‌شود.

Assessing religious care needs of patients in hospital

Authors: Soleiman Zand^{1*}, Mohammad Rafiei²

Abstract:

Background and objective:

Religious orders have effective role in empowering the patients and cause the patient to reach to healthy state sooner. The anxiety caused by the separation of individual religious orders also has negative effects on the course of disease, prolongs the hospital staying and causes adverse psychological effects on a person. The present study measured the need for religious care among patients.

Methods:

A cross - sectional study was performed. Samples of the study consisted of ten percent of patients hospitalized for any reason at the time of implementation in educational hospitals and medical university hospitals. The relevant questionnaire was provided after obtaining consent to it from patients. Finally, data collection and analysis was performed using statistical software SPSS.

Results:

Most patients were female, low educated and lived in a city. The maximum and the minimum age were 90 and 12 years respectively with the mean age of 44 years. Chi-square test and one-way ANOVA showed statistically significant differences in all aspects of religious behavior ($p < 0/05$).

Conclusion:

Considering the results of this study, the religious care of patients is a necessary aspect of hospital care. As a result, hospital officials are recommended to implement programs for performing religious duties as part of a comprehensive care program.

Key word: *Nursing, Patients, Hospital, Religion, Care*

1-BSc. Department of Nursing, Faculty of Nursing & Midwifery, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran

(* Correspondence: slmnzand@arakmu.ac.ir)

2-PhD. Department of Health & Medical Statistics, Faculty of Medicine, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran

References:

- 1- Fathi K, Research assessment (models and techniques), Tehran, Ktabyran Publishing, 1385, p. 11.
- 2- Sadeghi M, the place of religion in mental health, Tehran, tharyigh Kmal publications, 1999, pp. 146-149.
- 3- Lwvin J.SS, Vanderpool H.Y. Relation factors in physical health and the prevention of illness . prevention in Human Services 1991;9:41-64 .
- 4- W .Lurry Ventis . The relationships between religion and mental health . Journal of Social Issues 1995;15:33-48 .
- 5-Aslani Moghadam P, the role of prayer on mental health, Thesis, School of Management and Social Sciences, North Tehran Branch, 2006..
- 6- Newman M.A, Sime A, Corcoran-Perry S A. The focus of the discipline of nursing. Advances in Nursing Science 1991; 14: 1-6.
- 7-Abedi HA, Asgari M, Kazemi Z, Safarifar F, Nassiri M, Barriers the care of religious patients. Teb&tzkyh medicine. Fourth year. Summer of 2005. Pp. 16 -23
- 8-Motahari (Ayatollah ..) Morteza, a man in the Qur'an, Sadra Publications, Eighth Edition, 1996, p. 36.
- 9- Black M.J, Jacobs M Y E .Medical surgical nursing .Psycho physiologic approach .4th edition .W.B.saunders 1993 .p:100.
- 10- Mueller PS , Plevak DJ , Rummans TA . Religious involvement , spirituality and medicine : Implications for clinical practice .Mayo Clinic Proceedings 2001;76:1225-1235
- 11-Qabljv M, Apply management skills in nursing, Boshra Publishing, Printing, 1991 p. 6
- 12-Cochran WG. Sampling techniques , 3rd edition;1977:Wiley.
- 13- 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.
- 14-.Chaudhry HR .Psychiatric care in Asia: spirituality and religious connotations. Int Rev Psychiatry. 2008 Oct;20(5):477-83.
- 15-Baharloo Samad-Zadeh N., F. Community. Barriers in nursing from the perspective of religious orders of nurses in Ahvaz. Proceedings of Seminar on Ethics in Nursing and Midwifery ,1996. P. 6-10.
- 16- Moradi A. Patients safety based on Sharia, Conference Proceedings Srary client, Tabriz University of Medical Sciences, 2001.
- 17-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.
- 18-Farahmand N, Baharloo Smdzad N. Evaluation of nursing care in Ahtzar Vaqdm ethics education at medical centers Tehran University of Medical Sciences by nurses. Proceedings of Seminar on Ethics in Nursing and Midwifery.1996. Pp. 124-115.
- 19- Kley L .Dimension of professional nursing .mosby co 1962 , p.222.
- 20 -Davidson JE, Boyer ML, Casey D, Matzel SC, Walden CD .Gap analysis of cultural and religious needs of hospitalized patients. Crit Care Nurs Q. 2008 Apr-Jun;31(2):119-26 .
- 21- Ledger SD . The duty of nurses to meet patients' spiritual and/or religious needs. Br J Nurs. 2005 Feb 24-Mar 9;14(4):220-5.
- 22-Koenig HG, McCullough ME, Larson DB. Handbook of religion and health. Oxford University Press, 2001.
- 23- Cotton S, Puchalski CM, Sherman SN, Mrus JM, Peterman AH, Feinberg J, Pargament KI, Justice AC, Leonard AC, Tsevat JSpirituality and religion in patients with HIV/AIDS. J Gen Intern Med. 2006.21; 1 5:S5-13.

- 24- Hall BA. Patterns of spirituality in persons with advanced HIV disease. *Res Nurs Health*. 1998;21:143-53 .
- 24-Movaghar M R, Nikbakht Nasrabadi A. Quality of care in the spiritual rehabilitation of elderly patients in psychiatric hospitals in Tehran University of Medical Sciences. *Quarterly Payesh*. The second year. The second number in spring 2033. P. 126.
- 25-Valeriet D , Laurie A .Cognitive model of religions influence of health .*Journal of social issues* 1995;51:49-52 .
- 26- Esfahani M. Ways to save goals of moral education and nursing. *Publications and Research Center of Medical Ethics*, Tehran, 1996, pp. 77-78
- 27- Naji A, administrative barriers in the legal provisions Nurses working in nursing from the perspective of the state's hospitals, *Proceedings of the National Congress of Medical Ethics*, Tehran, 1994, pp. 42-45
- 28-Afzali Far H, Karamoz M, the position of the Sharia compliance of technical affairs, to obtain the PhD thesis of Medicine, *Tabriz University of Medical Sciences*, Faculty of Medicine, 1995.
- 29- Christopher SA. Patient Educ Couns. The relationship between nurses' religiosity and willingness to let patients control the conversation about end-of-life care. *Patient Educ Couns*. 2010 Feb;78(2):250-5.
- 30- Boroujeni AZ, Mohammadi R, Oskouie SF, Sandberg J . Iranian nurses' preparation for loss: finding a balance in end-of-life care. *J Clin Nurs*. 2009 Aug;18(16):2329-36.