

بررسی موانع اقامه نماز بیمار از دیدگاه بیماران بستری در بخش‌های بستری بیمارستان حضرت علی بن ابیطالب رفسنجان

علی راوری^۱، طیبه میرزایی*^۲، سکینه میرزایی^۳، مجید کاظمی^۴، فاطمه حسینی^۵

چکیده

زمینه: نماز قدرت سازگاری با بیماری را به فرد می‌دهد لذا این مطالعه به منظور بررسی موانع اقامه نماز بیمار از دیدگاه بیماران بستری در بخش‌های بستری بیمارستان حضرت علی بن ابیطالب رفسنجان صورت گرفت.

روش مطالعه: این پژوهش یک مطالعه توصیفی از نوع مقطعی بود که بر روی ۲۸۴ نفر از بیماران بستری در بخش‌های داخلی و جراحی و سی‌سی‌یو انجام شد. برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسش‌نامه پژوهشگر ساخته سه قسمتی شامل شرایط موجود جهت اقامه نماز، موانع اقامه نماز و مشکلات اقامه نماز استفاده شد. اطلاعات حاصل از پژوهش با استفاده از نرم‌افزار Spss نسخه ۱۸ و آزمونهای آماری ضریب همبستگی پیرسون و تی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند و نتایج با $p > 0/05$ معنی‌دار تلقی گردیدند.

یافته‌ها: بر اساس یافته‌های حاصل از مطالعه از بین موانع مربوط به اقامه نماز بیشترین همبستگی بین موانع حرکتی و عدم اقامه نماز وجود داشت ($r=0/385$). کمترین همبستگی نیز بین موانع امکانات و مرتبط با بیماری ($r=0/422$) مشاهده شد. آزمون همبستگی پیرسون همبستگی بالایی بین موانع با یکدیگر و با نمره کل موانع نشان داد.

نتیجه‌گیری: علاوه بر آموزش به بیماران در رابطه با نحوه اقامه نماز در هنگام بیماری، توجه به رفع موانع اقامه فریضه نماز در ساخت بیمارستانهای جدید می‌تواند کمک‌کننده باشد.

کلمات کلیدی: موانع اقامه نماز، بیمار، بیمارستان.

۱- استادیار عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، مرکز تحقیقات مراقبت سالمندی؛ رفسنجان، ایران
*۲- استادیار عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، مرکز تحقیقات مراقبت سالمندی؛ رفسنجان، ایران - تلفن محل کار:

۰۳۴۳۴۲۵۵۹۰۰ آدرس ایمیل: t.mirzaei@rums.ac.ir

۳- استادیار عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، گروه آموزشی زنان و زایمان، رفسنجان، ایران
۴- استادیار عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، دانشکده پرستاری و مامایی، رفسنجان، ایران
۵- کارشناس مرکز تحقیقات مراقبت سالمندی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران

مقدمه:

فریضه نماز باعث احساس گناه در فرد معتقد می‌شود. زیرا که احساس گناه با احساسات منفی همراه با نادیده گرفتن یک معیار اخلاقی و اجتماعی یا تصور نقض آن همراه است و این باعث می‌شود که فرد منتظر تنبیه و یا بازخواست باشد و احساس گناه به وجود آمده می‌تواند پیش زمینه‌ای برای افسردگی و اضطراب فرد شود (۱۸). در حالیکه نماز خواندن و دعا کردن باعث پیشگیری از اضطراب، افسردگی و کاهش احساس تنهایی می‌شود (۱۹-۲۰).

اکثر بیماران بستری در بیمارستان داری نگرش دینی و مذهبی خوب هستند (۱۹). آنها از اینکه نمی‌توانند فریضه نماز خود را در بیمارستان در شرایط بستری بخوبی انجام بدهند در رنج و عذاب هستند (۲۱). برآورده نشدن نیازهای عاطفی و روانی بیماران در بیمارستان باعث ایجاد حالت سر خورده از ارائه خدمات می‌شود (۲۲) بیماران به دلیل عدم آگاهی یا فقدان شرایط حداقل لازم، در کار اقامه نماز خود به هنگام بستری شدن در بیمارستان دچار مشکلاتی می‌شوند و حتی بعضی از آنها علی‌رغم اعتقاد خود نماز خواندن را به زمان مرخصی از بیمارستان و فراهم شدن شرایط مطلوب موکول می‌کنند (۲۱) Halligan در این باره می‌گوید در مراقبت از بیماران مسلمان داشتن توجه به دین شان بخصوص نماز خواندن مهم است (۲۳) بنابراین با توجه به نقش نماز در سازگاری با بیماری و بهبود و درمان بیماری و کاهش عوارض ناشی از بیماری (۲۴-۲۵) و با توجه به هزینه اندکی که برای بیمار و سیستم درمانی دارد، می‌تواند به عنوان درمان مکمل در نظر گرفته شود (۲۶). پرسنل درمانی توجه به این موضوع مهم را می‌بایست جزء اولویت‌های کاری خود قلمداد نمایند. توجه به رفع موانع نماز بعنوان درمان تکمیلی در کنار مداخلات جراحی و دارویی کمک زیادی به بهبود بیماران می‌کند. به همین دلیل پژوهشگر بر آن شد تا موانع اقامه نماز را در بیماران در در زمان بستری در بیمارستان را مورد بررسی قرار دهد و با شناسایی این موانع در جهت بوجود آوردن شرایط مناسب برای اقامه نماز بیماران در زمان بستری در بیمارستان کمک کند.

روش کار:

این پژوهش یک مطالعه توصیفی از نوع مقطعی است. که

در سال های اخیر دین را عامل اساسی در بهداشت فردی و اجتماعی معرفی کرده‌اند (۱). خدای دانا و توانا در آیه ۲۸ سوره رعد می‌فرماید نماز آرامش بخش دلها است (۲). نماز عالیترین ذکر خدا، موجب آرامش و اطمینان قلب ها و مایه صفای باطن و روشنی روح و روان است (۴). هندرسون یکی از نظریه پردازهای پرستاری نماز را یکی از چهارده نیاز اساسی بیمار می‌داند (۵). از طریق نماز مؤمن با برون ریزی هیجانی خود از همه ناپاکی ها و افکار منفی تخلیه شده به سوی پالایش روانی خود گام بر می‌دارد و نتیجه پالایش روحی، سلامت روحی و روانی فرد خواهد بود (۶).

بیماری حالت دشواری است که در انسان پیش آمده و علاوه بر یاد آوری ارزش سلامتی زمینه آزمون او را نیز فراهم می‌آورد. در این حالت است که او بیش از همه اوقات نیاز به احساس امنیت و پشتیبانی و از همه مهمتر امیدواری دارد (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 سبحانه تنبیه شده‌اند. این افراد معتقدند که نماز، دعا، نذر، توبه و صدقه، مقاومت و تحمل انسان را در برابر بیماری و مشکلات ناشی از آن افزایش می‌دهد (۸). این طبیعی است که انسان در شرایط فیزیکی مزمن و غیر قابل درمان به دنبال یک نیروی قوی و ماورطبیعی جهت درمان و یا سازگاری با وضعیت موجود باشد (۹). نماز تأثیر قابل ملاحظه‌ای در سازگاری افراد دارد و از آن در کار بالینی استفاده می‌شود (۱۰). مداخلات معنوی و روانی به سازگاری بیماران بستری در بیمارستان کمک کرده است (۱۱-۱۲) بیماران در مواجه با بحران، نماز را وسیله‌ای برای سازگاری می‌دانند (۱۳). بطوریکه یکی از موثرترین راه‌های سازگاری بیماران و خانواده‌ها آنها نماز می‌باشد، بیشتر بیماران به دنبال راحتی و آرامش ناشی از نماز هستند (۱۴).

در احکام اسلامی آمده است که نماز در هیچ حالی از انسان ساقط نمی‌شود (۱۶). با وجود این بیماران در انجام فریضه نماز در بیمارستان با مشکلات عدیده ای روبرو هستند و هیچگونه کمکی به آنها صورت نمی‌گیرد (۱۷). انجام ندادن



یا بدن یا ملحفه بر عدم اقامه نماز خود در زمان بستری گزینه‌های زیاد، متوسط، کم و اصلاً را علامت بزند. در ضمن اگر موردی از آیتم‌های موجود در بخش موانع اقامه نماز شامل حال بیمار نمی‌شد، گزینه موردی ندارد را علامت می‌زد. جهت محاسبه نمرات مربوط به بخش موانع به گزینه زیاد امتیاز ۳، متوسط ۲، کم ۱ و اصلاً نمره ۰ تعلق گرفت. به گزینه موردی ندارد هم امتیازی تعلق نگرفت. لذا نمره بالاتر پرسشنامه نشان دهنده تأثیر بیشتر عوامل چهارگانه بر عدم اقامه نماز بیمار بود.

جهت آنالیز داده‌ها از نرم افزار SPSS نسخه ۱۸ استفاده شد و آزمون‌های ضریب همبستگی پیرسون و تی مستقل استفاده شد.

نتایج:

یافته‌های این مطالعه نشان داد میانگین سنی افراد شرکت کننده $20/72 \pm 6/29$ با حداقل ۱۵ و حداکثر ۸۵ سال بود. بیشترین افراد تحت مطالعه زن $52/8\%$ ، بی‌سواد $34/9\%$ ، خانه‌دار $44/4\%$ و شیعه $99/3\%$ بودند (جدول شماره ۱).

از نظر وضعیت حرکتی ۴۷ نفر $(16/5\%)$ استراحت مطلق، ۱۳۷ نفر $(48/2\%)$ استراحت نسبی و ۱۰۰ نفر $(35/2\%)$ بدون محدودیت حرکتی بودند. از نظر اقامه نماز در زمان سلامت $62/7\%$ درصد اعلام کردند همیشه، 31% اغلب، $4/6\%$ معمولاً و $1/8\%$ بندرت نماز می‌خوانند. از نظر آگاهی از احکام نماز در زمان بیماری $14/8\%$ آگاهی خود را زیاد، 56% در حد متوسط، $19/7\%$ در حد کم و $9/5\%$ هم اذعان کرده بودند اصلاً آگاهی ندارند. همچنین در خصوص آگاهی از چگونگی وضو گرفتن در زمان بیماری $21/8\%$ آگاهی خود را زیاد، $51/4\%$ متوسط، $16/9\%$ در حد کم و $9/9\%$ درصد اصلاً در این زمینه آگاهی نداشتند. ۲۴۹ نفر از بیماران $(87/7\%)$ اذعان کرده بودند که اقامه نماز می‌تواند در فرایند بهبودی آنها نقش زیادی داشته باشد و فقط ۵ نفر $(1/8\%)$ معتقد بودند اقامه نماز در بهبودی آن‌ها نقشی ندارد.

یافته قابل توجه در این مطالعه این بود که ۹۴ نفر از بیماران $(33/1\%)$ اذعان کرده بودند از زمان بستری شدن موفق به اقامه نماز شده و ۱۹۰ نفر $(66/9\%)$ نماز خود را اقامه نکرده

بر روی ۲۸۴ نفر از بیماران بستری در بخش‌های داخلی و جراحی و سی‌سی‌یو بیمارستان علی ابن ابیطالب رفسنجان انجام شد. بیماران به صورت نمونه‌گیری غیر احتمالی و به صورت سهمیه‌ای انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بود از برخورداری از هوشیاری کامل، تمایل شرکت در مطالعه، داشتن سن تکلیف، برخورداری از ثبات کامل روحی روانی. برای جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه پژوهشگر ساخته سه قسمتی شامل مشخصات دموگرافیک، شرایط موجود جهت اقامه نماز و موانع و مشکلات اقامه نماز، استفاده شد. در بخش مربوط به شرایط موجود سولاتی در خصوص توانایی بیمار جهت وضو گرفتن، پخش شدن اذان از بلندگوی بخش، اعلان وقت نماز از سوی پرسنل درمانی، مشخص بودن جهت قبله در اتاق و آموزش احکام نماز از سوی پرسنل پرسیده شد. در بخش موانع مربوط به اقامه نماز چهار مانع مهم مورد سوال قرار گرفت. این موانع عبارت بودند از موانع مرتبط با مقدمات نماز (۷گویه)، موانع مربوط به وضعیت حرکتی بیمار (۵گویه)، موانع مرتبط با امکانات (۳گویه) و موانع مرتبط با بیماری (۷گویه). این تقسیم‌بندی بر اساس گویه‌های مرتبط با هر عامل انجام گرفته بود. آیتم‌های مربوط به پرسشنامه با انجام مطالعات کتابخانه‌ای و مرور متون، مصاحبه با افراد با تجربه و صاحب نظر، مصاحبه با بیماران بستری در بخش‌ها تدوین شد. جهت انجام روایی محتوا با استفاده از نظرات افراد صاحب نظر و دفتر محترم نهاد نمایندگی دانشگاه و به صورت کیفی اصلاحات لازم بعمل آمد. جهت انجام پایایی ابزار از آزمون آلفای کرونباخ استفاده شد و ضریب آلفای $0/95$ برای کل پرسشنامه محاسبه شد.

به بیماران با سواد توضیحات لازم ارائه و به آنها جهت تکمیل درست و مناسب پرسشنامه کمک می‌شد. در بیمارانی که از سواد خواندن و نوشتن برخوردار نبوده و یا به هر دلیلی قادر به تکمیل پرسشنامه نبودند با انجام مصاحبه پرسشنامه تکمیل می‌گردید. به بیماران اطمینان داده شد که کلیه مشخصات آنها کاملاً محرمانه خواهد بود. از بیماران خواسته شده بود میزان تاثیر هر گویه جهت عدم اقامه نماز خود را از زیاد تا اصلاً علامت بزنند. بعنوان مثال در عامل مرتبط با مقدمات نماز از بیمار خواسته شده بود در خصوص تمیز نبودن لباس

بودند. در مورد شرایط مقدماتی اقامه نماز یافته‌ها نشان داد که فقط ۸۸ نفر (۳۱٪) اذعان کردند که قادر به وضو گرفتن بودند. ۱۶۰ نفر (۵۶/۳٪) گفته بودند برای وضو گرفتن آب در دسترسشان می‌باشد. از نظر اعلام وقت نماز ۷۶ نفر (۲۶/۸٪) اذعان کرده بودند صدای اذان از بلندگوی بخش شنیده‌اند. اکثر بیماران ۲۵۳ نفر (۸۹/۱٪) ذکر کرده بودند که وقت نماز از سویی پرسنل به آنها اعلام نمی‌شود. همچنین ۲۷۵ نفر (۹۶/۸٪) گفته بودند از سویی پرسنل در مورد نحوه اقامه نماز در زمان بیماری به آنها آموزشی داده نشده است. این در حالی است که ۲۶۵ نفر (۹۳/۳٪) نیز در رابطه با چگونگی اقامه نماز زمان بیماری از پرسنل درمانی درخواست کمک و آموزش نکرده بودند. جهت قبله نیز در اتاق بیماران مشخص نشده است. به طوری که ۲۴۰ نفر (۸۴/۵٪) گفته بودند در اتاقی که بستری شده‌اند جهت قبله مشخص نیست (جدول شماره ۲).

از بین موانع مربوط به اقامه نماز بیشترین همبستگی بین موانع حرکتی و عدم اقامه نماز وجود داشت ($r=0.583/0$) موانع مرتبط با مقدمات نماز و امکانات ($r=0.537/0$) در مرتبه بعدی قرار داشتند. کمترین همبستگی نیز بین موانع امکانات و مرتبط با بیماری ($r=0.244/0$) مشاهده شد. آزمون همبستگی پیرسون همبستگی بالایی بین موانع با یکدیگر و با نمره کل موانع نشان داد (جدول شماره ۳).

یافته‌ها نشان داد بین جنسیت ($p=0.0001$) و شغل ($p=0.0004$) با نمره کل موانع اختلاف معنی‌داری مشاهده شد. زن‌ها نسبت به مردها موانع چهارگانه را موثرتر می‌دانستند. در بین مشاغل، کارمندان شدت عوامل را کم اثرتر ذکر کرده بودند. بین سن ($p=0.28$) و تحصیلات ($p=0.23$) با نمره کل موانع اختلاف معنی‌داری مشاهده نشد. علاوه بر مشخصات دموگرافیک عواملی چون آگاهی در مورد احکام نماز ($p=0.02$)، وضعیت حرکتی بیمار ($p=0.0001$) توانایی بیمار جهت وضو ساختن ($p=0.0001$) و شنیده شدن صدای اذان توسط بیمار ($p=0.036$) با نمره کل موانع اختلاف معنی‌داری مشاهده شد (جدول شماره ۴). بیمارانی که در مورد احکام نماز آگاهی کمتری داشته، وضعیت حرکتی محدودتری داشتند، قادر به وضو ساختن نبودند و از بلندگوی بخش صدای اذان را شنیده

بودند، شدت موانع را شدیدتر گزارش کرده بودند.

بحث:

در این مطالعه اکثر بیماران معتقد بودند نماز خواندن می‌تواند در فرایند بهبودی آنها نقش زیادی داشته باشد. در مطالعات بالینی که در زمینه نقش نماز در بهبود بیماری‌های قلبی و سایر بیماری‌ها انجام شده‌اند مشخص کردند نماز نقش بهبود دهنده دارد (۲۵-۲۶). با وجود اعتقاد قلبی اکثریت بیماران به تاثیر نماز در بهبودی آنها، فقط یک‌سوم آنها موفق به اقامه نماز شده بودند. این در حالی است که در حالت عادی و سلامت دوسوم از افراد نماز می‌خوانند. این نشان می‌دهد یک‌سوم افراد به علت بستری شدن در بیمارستان نماز خود را ترک کرده‌اند. از جمله عواملی که به عنوان مهمترین موانع حرکتی اقامه نماز در بیمارستان ذکر گردید، وجود آنژیوکت و وصل بودن سرم به بیمار بود. در پژوهش خانصعی و همکاران نیز وجود آنژیوکت و چسب برانول از موانع اصلی اقامه نماز گزارش شده بود (۲۱). در مطالعه کیفی که کریمی الهی و عابدینی به منظور بررسی تجربه بیماران بستری در بیمارستان از اقامه نماز انجام دادند بیماران اظهار کردند که بدلیل وجود چسب خونی و برانول قادر به تیمم و اقامه نماز نیستند (۲۷).

در این مطالعه از موانع اقامه نماز مربوط به بیماری مهمترین آنها درد بود. تعداد زیادی از بیماران به علت درد از اقامه نماز باز می‌ماندند. این در صورتی است که نماز خواندن به عنوان یک وسیله سازگاری با بیماری و تسکین درد است و می‌تواند باعث سرزندگی و خوشحالی بیمار شود (۲۸). در مطالعه حاضر تمیز نبودن لباس و بدن بیماران نیز از موانع مهم مربوط به مقدمات اقامه نماز بوده است. در پژوهش خانصعی و همکاران نیز بیماران برای نماز خواندن احتیاج به پوشیدن پوشاک و لباس مناسب داشتند (۲۱). در پژوهش کیفی کریمی الهی و عابدینی یکی از بیماران اظهار کرد که به دلیل نداشتن لباس پاک بمدت سه روز است که نماز نخوانده است (۲۷). در دین اسلام پوشیدن لباس تمیز و پاک و همچنین گرفتن وضو، انجام تیمم قبل از نماز واجب است (۲۹).

در پژوهش حاضر اکثر بیماران نسبت به احکام نماز آگاهی



در بررسی موانع مربوط مقدمات و امکانات اقامه نماز مانع اصلی نماز نخواندن در دسترس نبودن امکانات لازم برای تیمم، عدم وجود آب برای وضو در بخش‌ها بود. جالب این که با وجود لوله‌کشی بهداشتی آب در تمام اتاق بیماران تقریباً نیمی از گفته بودند برای وضو گرفتن آب در دسترسشان می‌باشد. شاید این به این دلیل است در بخش‌ها جای مجزای برای وضو گرفتن و نماز خواندن وجود ندارد. یا اینکه بعضی از بیماران به دلیل بیماری قادر به رفتن به دستشویی نیستند و نیاز دارند کسی به آنها کمک کند تا در تخت وضو بگیرند. در مطالعه خانصمعی و همکاران فراهم نبودن امکانات لازم برای طهارت فردی بیماران (حمام) از موانع انجام نماز بود (۲۱). کریمی الهی و عابدی در مطالعه خود پیشنهاد دادند که توجه به وجود امکانات طهارت به بیماران در اقامه نماز کمک می‌کند زیرا بسیاری از بیماران دارای آرمان‌گرایی بوده در صورت فراهم نشدن امکانات طهارت فردی و وضو این فریضه را به بعد موکول می‌کنند (۲۷). در پژوهشی نشان داده شد که تقریباً ۴۸٪ بخش‌های مورد مطالعه فاقد خاک تیمم بودند و محلی برای خواندن نماز نداشتند (۳۱).

با توجه به نتایج می‌توان گفت توجه به احکام اقامه نماز در ساخت بیمارستان‌ها می‌تواند به بعد مذهبی بیماران و آرامش روحی آنها کمک کند. مشخص نبودن قبله در اتاق‌ها و عدم چینش تخت‌ها به جهت قبله از دیگر مشکلات مقدماتی اقامه نماز بود. که ارتباط آن با کل موانع اقامه نماز نیز معنی‌دار بود. در مطالعات دیگر هم عدم چینش تخت بیماران در جهت قبله یکی از موانع اقامه نماز در این مطالعات بود (۲۱، ۲۷). جای بسی تعجب است که چرا در ساخت بیمارستان‌های اسلامی هیچ توجه به جهت قبله در چینش تخت‌ها نمی‌شود شاید یکی از دلایل آن کم بود فضای فیزیکی و حجم زیاد بیماران باشد. اما باید خاطر نشان کرد احترام به عقاید و باورهای بیماران، فراهم کردن امکانات، وسایل و وجود مکان‌های خاصی جهت عبادت، می‌تواند نقشی هر چند کوچک در سلامت روانی بیماران داشته باشد (۳۳). ارائه خدمات همه جانبه به بیمار که بخشی از آن معنویت است توجه به رفع موانع اقامه نماز را می‌طلبد.

کافی و لازم را نداشتند آنها بدلیل داشتن زخم و پانسمان، احساس سرگیجه، نداشتن تعادل، وجود ترشحات خونی، تمیز بودن لباس و بدن، آلوده بودن کف اتاق، ناتوانی در ایستادن یا نشستن، وجود سند ادراک و یا معده را از موانع اقامه نماز می‌دانستند. این در صورتی است که احکام نماز در شرایط بیماری و نداشتن امکانات متفاوت است. بیماران در محیط‌های درمانی به خاطر غیر عادی بودن شرایط مثل بستری بودن بیمار و مجروح بودن یا عدم امکان استفاده از آب تصور می‌کنند که نمی‌توانند نماز بخوانند، در حالی که شرع مقدس اسلام در هر حالی به مناسبت وضع انسان برای او شرایط آسانی را مقدر فرموده تا بتواند با خدای خود راز و نیاز کند (۳۰). نتایج مطالعه خانصمعی و همکاران نیز نشان می‌دهد بیماران به دلیل عدم آگاهی در مورد احکام نماز هنگام بیماری، نماز خواندن را مشکل می‌دانند (۲۱). نگرش پرستاران اینگونه است پرستار وظیفه دارد اعمال و خدمات پرستاری را بدون توجه به مذهب انجام دهد و اعتقاد به شخصی بودن جنبه مذهبی بیماران تاثیر عمده‌ای بر حمایت نکردن از مذهب بیماران می‌گذارد (۲۱) این در حالی است که پرستار شایسته‌ترین فردی است که می‌تواند بیمار را در انجام اعمال عبادی یاری داده و آنچه را نمی‌داند به او آموزش دهد (۲۱) عدم آگاهی بیماران از اینکه چه کسی در بیمارستان آموزش‌های مذهبی را می‌دهد باعث سردرگمی بیماران در پرسیدن سوالات مذهبی می‌شود. در مطالعه‌ای ضعف آگاهی پرسنل درمانی را یکی از علل مهم عدم رعایت احکام شرعی توسط بیماران در بیش از ۵۱٪ موارد بیان می‌کند (۳۰)

وظیفه کادر درمانی است که جهت تسریع در امر بهبودی بیماران زمینه‌ای را فراهم سازند تا با تقویت روحیه بیمار او را در جهت حل مشکلش یاری دهند (۱۷، ۱۹، ۲۷، ۳۱) مسؤلیت همه جانبه پرستار نسبت به بیمار اقتضا می‌کند که مساله راهنمایی بیماران و حمایت و نظارت بر تأمین شرایط لازم برای اقامه نماز بیماران در اتاق بستری یا بخش یا بیمارستان را مورد عنایت ویژه قرار دهند و با استفاده از آگاهی، توان و نفوذ خود؛ بیماران را در اقامه این امر واجب الهی و حیات بخش یاری نمایند (۱۹، ۲۷، ۳۲)

نتیجه گیری:

زمان بیماری آگاه بودند بیشتر موفق به انجام اقامه نماز می شدند. اکثر موانع اقامه نماز با داشتن آگاهی کافی از شرایط اقامه نماز در زمان بیماری قابل بر طرف شدن هستند. از آنجا که در دسترس ترین فرد به بیمار در بیمارستان پرستاران هستند. آموزش احکام نماز در زمان بیماری در کنار سایر آموزش های که توسط پرستاران به بیماران داده می شود، کمک کننده است.

عدم اقامه نماز توسط بیماران در بیمارستان می تواند به دلیل شرایط بیمارستان و موانعی باشد که بیماران با آن مواجه هستند. این موانع عبارتند از: موانع مربوط با مقدمات نماز، وضعیت حرکتی بیمار، امکانات و موانع مربوط با بیماری. نتایج این مطالعه نشان داد بیمارانی که از احکام نماز در

جدول شماره ۱: ویژگی های دموگرافیک

درصد	تعداد	ویژگی های دموگرافیک	
۴۵٫۱٪	۱۲۸	۴۰ >	سن
۲۶٫۴٪	۷۵	۶۰-۴۱	
۲۸٫۵٪	۸۱	۶۱ <	
۴۷٫۲٪	۱۳۴	مرد	جنس
۵۲٫۸٪	۱۵۰	زن	
۳۴٫۹٪	۹۹	بیسواد	تحصیلات
۱۶٫۵٪	۴۷	خواندن و نوشتن	
۱۴٫۸٪	۴۲	راهنمایی	
۲۵٫۴٪	۷۲	متوسطه	
۸٫۵٪	۲۴	عالی	
۲۰٫۱٪	۵۷	بیکار	شغل
۳۱٫۰٪	۸۸	کارمند	
۴۴٫۴٪	۱۲۶	خانه دار	
۴٫۶٪	۱۳	بازنشسته	
۹۹٫۳٪	۲۸۲	شیعه	مذهب
۰٫۷٪	۲	سنی	



جدول شماره ۲ حیطة های مر بوطه : موانع اقامه نماز به تفکیک

موردی نداشت	اصلا		کم		متوسط		زیاد		جدول شماره (۲) تعداد	موانع مرتبط با مقدمات نماز
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد		
	۵۸	۱۴/۱	۴۰	۷/۰	۲۰	۱۱/۶	۳۳	۴۶/۸	۱۳۳	تمیز نبودن لباس
	۵۹	۱۵/۱	۴۳	۶/۷	۱۹	۱۵/۸	۴۵	۴۱/۵	۱۱۸	تمیز نبودن بدن
	۱۰۴	۱۴/۸	۴۲	۶/۷	۱۹	۱۲/۷	۳۶	۲۹/۲	۸۳	ناتوانی در طهارت گرفتن
	۶۵	۲۰/۸	۵۹	۶/۰	۱۷	۱۴/۴	۴۱	۳۵/۹	۱۰۲	ناتوانی در وضو گرفتن
	۱۱۴	۲۲/۵	۶۴	۷/۴	۲۱	۱۸/۳	۵۲	۱۱/۶	۳۳	در دسترس نبودن امکانات برای تیمم
	۱۱۹	۱۵/۸	۴۵	۱۷/۶	۵۰	۸/۱	۲۳	۱۶/۵	۴۷	آلوده بودن کف اتاق
	۱۱۳	۱۸/۳	۵۲	۱۶/۵	۴۷	۹/۲	۲۶	۱۶/۲	۴۶	آلوده بودن تخت و ملحفه ها

بررسی موانع اقامه نماز بیمار از دیدگاه بیماران بستری در ...

موانع مرتبط به حرکت	داشتن سوند ادراری یا سوند معده	۳۳	٪۱۱٫۶	۱۷	٪۶٫۰	۱۰	٪۳٫۵	۴۱	٪۱۴٫۴	۱۸۳	٪۶۴٫۴	
	وصل بودن سرم و داشتن انژیوکت	۱۱۳	٪۳۹٫۸	۴۳	٪۱۵٫۱	۱۴	٪۴٫۹	۷۴	٪۲۶٫۱	۴۰	٪۱۴٫۱	
	داشتن استراحت مطلق در تخت	۵۱	٪۱۸٫۰	۳۰	٪۱۰٫۶	۱۷	٪۶٫۰	۲۱	٪۷٫۴	۱۶۵	٪۵۸٫۱	
	ناتوانی در ایستادن	۶۰	٪۲۱٫۱	۳۱	٪۱۰٫۹	۲۶	٪۹٫۲	۴۲	٪۱۴٫۸	۱۲۵	٪۴۴٫۰	
	ناتوانی در نشستن	۴۴	٪۱۵٫۵	۲۴	٪۸٫۵	۲۲	٪۷٫۷	۳۸	٪۱۳٫۴	۱۵۶	٪۵۴٫۹	
	موانع مرتبط با امکانات	در دسترس نبودن آب برای وضو گرفتن	۱۲	٪۴٫۲	۱۴	٪۴٫۹	۱۴	٪۴٫۹	۹۸	٪۳۴٫۵	۱۴۶	٪۵۱٫۴
		نبودن جهت تخت به سمت قبله	۱۸	٪۶٫۳	۲۰	٪۷٫۰	۲۱	٪۷٫۴	۹۲	٪۳۲٫۴	۱۳۳	٪۴۶٫۸
		دسترسی نداشتن به نمازخانه	۲۲	٪۷٫۷	۲۴	٪۸٫۵	۱۴	٪۴٫۹	۱۰۹	٪۳۸٫۴	۱۱۵	٪۴۰٫۵



داشتن درد	۹۲	٪۳۲٫۴	۷۱	٪۲۵٫۰	۴۲	٪۱۴٫۸	۲۹	٪۱۰٫۲	۵۰	٪۱۷٫۶
احساس سرگیجه و عدم تعادل	۳۳	٪۱۱٫۶	۵۱	٪۱۸٫۰	۴۱	٪۱۴٫۴	۴۶	٪۱۶٫۲	۱۱۳	٪۳۹٫۸
احساس خستگی	۲۲	٪۲۳٫۲	۴۵	٪۱۸٫۰	۵۱	٪۱۵٫۸	۶۶	٪۷٫۷	۱۰۰	٪۳۵٫۲
احساس ضعف و بیحالی	۴۵	٪۱۵٫۸	۵۵	٪۱۹٫۴	۵۳	٪۱۸٫۷	۶۱	٪۲۱٫۵	۷۰	٪۲۴٫۶
داشتن تهوع و استفراغ	۱۶	٪۵٫۶	۲۱	٪۷٫۴	۲۴	٪۸٫۵	۴۳	٪۱۵٫۱	۱۸۰	٪۶۳٫۴
داشتن زخم و پانسمان	۴۷	٪۱۶٫۵	۲۸	٪۹٫۹	۱۸	٪۶٫۳	۳۵	٪۱۲٫۳	۱۵۶	٪۵۴٫۹
داشتن ترشحات و خونریزی	۳۷	٪۱۳٫۰	۲۳	٪۸٫۱	۱۱	٪۳٫۹	۴۱	٪۱۴٫۴	۱۷۲	٪۶۰٫۶

موانع مرتبط با بیماری

جدول شماره ۳: آزمون همبستگی پیرسون بین موانع اقامه نماز با یکدیگر و با نمره کل موانع اقامه نماز.

نمره کل موانع	موانع مرتبط با بیماری	موانع مرتبط با امکانات	موانع مربوط به حرکت	موانع مرتبط با مقدمات نماز		
۰/۷۴۳	۰/۲۴۴	۰/۵۳۷	۰/۵۸۳		R	موانع مرتبط با مقدمات نماز
۰/۰۰۰	۰/۰۰۸	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰		P	
۰/۸۱۵	۰/۴۸۱	۰/۱۲۹		۰/۵۸۳	R	موانع مربوط به حرکت
۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۴۳۴		۰/۰۰۰	P	
۰/۶۰۶	۰/۳۱۸		۰/۱۲۹	۰/۵۳۷	R	موانع مرتبط با امکانات
۰/۰۰۰	۰/۰۰۱		۰/۴۳۴	۰/۰۰۰	P	
۰/۷۰۸		۰/۳۱۸	۰/۴۸۱	۰/۲۴۴	R	موانع مرتبط با بیماری
۰/۰۰۰		۰/۰۰۱	۰/۰۰۰	۰/۰۰۸	P	

جدول شماره ۴: ارتباط نمره کل موانع اقامه نماز با متغیرهای دموگرافیک

P	Std. Deviation	Mean		
۰/۰۰۰۱	۱۳/۰۳۵۶۵	۱۶/۶۹۴۰	مرد	جنس
	۱۲/۲۶۹۶۷	۲۳/۸۱۷۶	زن	
۰/۲۸	۱۲/۱۵۲۲۰	۲۱/۴۳۳۱	۴۰ >	سن
	۱۴/۴۷۸۴۴	۲۰/۸۶۴۹	۶۰-۴۱	
	۱۳/۱۹۸۵۷	۱۸/۴۶۹۱	۶۱ <	
۰/۲۳	۱۴/۳۳۷۲۳	۲۰/۹۲۹۳	بی‌سواد	تحصیلات
	۱۲/۸۹۳۵۷	۱۶/۸۷۲۳	خواندن و نوشتن	
	۱۲/۲۲۹۰۱	۲۲/۴۱۴۶	راهنمایی	
	۱۱/۷۶۵۰۵	۲۱/۵۹۱۵	متوسطه	
	۱۲/۹۷۸۱۷	۱۸/۵۴۱۷	عالی	
۰/۰۰۰۴	۱۳/۹۳۸۵۷	۲۰/۴۲۱۱	بیکار	شغل
	۱۱/۴۵۰۰۴	۱۵/۷۶۱۴	کارمند	
	۱۲/۵۰۵۷۲	۲۳/۴۲۷۴	خانه دار	
	۱۷/۳۶۶۷۱	۲۳/۵۳۸۵	بازنشسته	
۰/۰۰۲	۱۳/۵۵۰۷۰	۱۶/۸۰۹۵	زیاد	آگاهی در مورد احکام نماز
	۱۲/۶۶۰۱۸	۱۹/۸۳۴۴	متوسط	
	۱۱/۰۷۷۱۷	۲۰/۶۲۹۶	کم	
	۱۴/۰۹۸۹۹	۲۴/۷۳۲۱	اصلا	
۰/۰۰۰۱	۱۴/۰۵۰۸۵	۲۸/۵۵۳۲	مطلق	وضعیت حرکتی
	۱۳/۰۰۳۶۲	۱۹/۹۶۳۵	نسبی	
	۱۱/۱۵۱۸۶	۱۷/۱۹۳۹	آزاد	
۰/۰۰۰۱	۱۲/۷۶۷۶۷	۱۴/۳۰۲۳	بلی	توانایی وضو گرفتن
	۱۲/۳۶۰۶۲	۲۳/۱۲۲۴	خیر	
۰/۰۰۳۶	۱۳/۸۵۰۰۲	۱۷/۷۳۶۸	بلی	شنیدن صدای اذان از بلندگوی بخش
	۱۲/۷۱۷۶۵	۲۱/۴۲۷۲	خیر	



منابع

1. Sohrabi N, Samani S. Evaluation of the impact of religious attitudes on adolescent mental health. The role of religion and mental health. Tehran: Tehran University of Medical Sciences 2002. (Persian)
2. Quran H. ,chapter 13.verse 28 of the Sura Raad.
3. Fallah MH. Prayer Training. Tehran. Autumn 1995; Publications Staff pray (Seventh Edition) (Persian)
4. Tomey, Marriner A, Alligood, Martha R. Nursing theorists and their work. mosby. 1998;
5. Mogharab M, kafa Mg, Rezaei. Relationship namaz and Depression in Medical Students in Birjand. School of Nursing and Midwifery Journal of Birjand University of Medical Science 2010; Volume 6(1_4) (Persian) <http://www.bums.ac.ir/shares/nurse/nurse/vol6-%2014/12-%20Mogharab%20181.pdf>
6. Ghafouri A. Introduction of prayer and fasting patients. Publications of the Ministry of Health and Medical Education. 2000.; Tehran (Persian)
7. Motahari, Morteza. a man in the Qur'an. Sadra Publications. 1996 (Persian)
8. Pargament K. The Psychology of Religion and Coping. Guilford. 1997; New York.
9. Chavoshi, Talebian, Tarkhorani, Sedqi-Jalal, Azarmi, Fathi-Ashtian. The relationship between prayers and religious orientation with mental health. Journal of Behavioral Sciences. 2008; 2(2): 149-56 (Persian)
http://www.jbs.ir/browse.php?a_id=233&sid=1&slc_lang=en
10. Mehran N, Raisi M, Bakouei S. Prayer and physical pains. Health, Spirituality and Medical Ethics. 2014; 1(2) (Persian) <http://jhsme.muq.ac.ir/index.php/jhsme/article/view/14>
11. Westlake C, Dracup K. Role of spirituality in adjustment of patients with advanced heart failure. Progress in cardiovascular nursing. 2001; 16(3): 119-25 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11464434>.
12. Kantor DE, Houldin A. Breast cancer in older women: treatment, psychosocial effects, interventions, and outcomes. Journal of gerontological nursing. 1999; 25(7): 19-25; quiz 54-5. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10476127>
13. Dossey L. Prayer is good medicine: How to reap the healing benefits of prayer: HarperSan-Francisco; 1996. <http://www.dosseydossey.com/larry/goodMed.html>
14. Gheraei M. With prayers. Pub Staff Prayer. 1998 (Persian)
15. Ghafouri. Prayer and fasting patients. Publications of the Ministry of Health and Medical Education. 2000 (Persian)
16. demehri f, honarmand m, yavari a. depression and obsessive-compulsive as antecedent of guilt feeling and anxiety as consequences of it in university girl students. woman and culture. 2011.
17. Kazemi, Vazirinejad, Ravari, Jafarpour. Relationship between religious attitudes and prayer of patients in medical and surgical in Hospital of Alilbn AbiTaleb,. Community and Health. 2012; 3(6): 31_8 (Persian) http://chj.rums.ac.ir/browse.php?a_id=25&slc_lang=en&sid=1&printcase=1&hbnr=1&hmb=1
18. Kaczorowski JM. Spiritual well-being and anxiety in adults diagnosed with cancer. Hospice Journal. 1989.
19. Khanzmy Shaban, Ahmadi Tehran H, Abedini Z, Razzaghi. Difficulties and Barriers to perform the ritual prayer hearts Hospital. Medicine and Religion Special. 2000
http://www.sid.ir/Fa/VEWSSID/J_pdf/499139003v05.pdf; 5:26_30.
20. Kent G, Wills G, Faulkner A, Parry G, Whipp M, Coleman R. Patient reactions to met and unmet psychological need: a critical incident analysis. Patient education and counseling. 1996; 28(2): 187-90 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8852093>.
21. Halligan P. Caring for patients of Islamic denomination: critical care nurses' experiences in Saudi Arabia. Journal of clinical nursing. 2006; 15(12): 1565-73. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17118079>
22. Harris WS, Gowda M, Kolb JW, Strychacz CP, Vacek JL, Jones PG, et al. A randomized, controlled trial of the effects of remote, intercessory prayer on outcomes in patients admitted to the coronary care unit. Archives of Internal medicine. 1999; 159(19): 2273-8. <http://>

www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10547166

23. Byrd RC. Positive therapeutic effects of intercessory prayer in a coronary care unit population. Southern medical journal. 1988

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3393937>; 81(7):826-9.

24. Seskevich JE, Crater SW, Lane JD, Krucof MW. Beneficial effects of noetic therapies on mood before percutaneous intervention for unstable coronary syndromes. Nursing research. 2004;53(2):116-21. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15084996>.

25_Karimollahi, Abedi. experience with the prayers in the hospital. Nursing Research. 2009;10(3):63-73.

<http://www.medlib.ir/en-us/article/28480793/patients-experience-of-prayer-in-hospital>

26. Yates JW, Chalmer BJ, James PS, Follansbee M, McKegney FP. Religion in patients with advanced cancer. Medical and Pediatric Oncology. 1981;9(2):121-8 <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/mpo.2950090204/abstract>.

27. Imam Khomeini (Ayatollah). Ruhollah paper catechism Press Association altar. 1993:532_5.

28. Yousefi hojjatollah aah. spiritual care in hospitalized patients. Iranian journal of nursing and midwifery research (ijnmr). 2011;16 (1):49-64 <http://www.ijnmr.mui.ac.ir/index.php/ijnmr/article/view/376/367>.

29_Zand S, Rafiei M, . Assessing religious care needs of patients in hospital Teb Va Tazkieh. 2013;19(32). (Persian) <http://en.journals.sid.ir/ViewPaper.aspx?ID=277556>

30. Brush SG. The prayer test. American Scientist. 1974;62:561-3.

31. Dull VT, Skokan LA. A cognitive model of religion's influence on health. Journal of Social Issues. 1995;51(2):49-64. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1540-4560.1995.tb01323.x/abstract;jsessionid=A6D93F038CD54F7CCCABEFD4DA70740B.f02t03>



An Investigation on Barriers Existing in Prayer (Salat) Performance for Patients in the Perspective of Inpatients of “HazratAli ibn AbiTalib” Hospital of Rafsanjan.

Ali Ravari¹, Tayebeh Mirzaei^{*2}, Sakineh Mirzaei³, Majid Kazemi⁴, fattermeh Hosieni⁵

Abstract:

Background and objective : prayer gives equip people with a power for dealing with diseases. Thus, the goal of this research is to investigate barriers existing in prayer performance for patients in the view of inpatients of “Hazrate Ali ibn AbiTalib” Hospital of Rafsanjan.

method: This work is a qualitative cross sectional research conducted on 284 inpatients interior, surgical, and CCU sections. To gather required information, a three part (present conditions for prayer performance, barriers for prayer performance, and obstacles of prayer performance) questionnaire designed by the researcher was used. The obtained data were analyzed using the SPSS18 software via the statistical tests of correlation coefficients including Pearson and T, where the results were found to be significant ($p < 0.05$).

results: Based on the findings of this study, among the barriers of prayer performance the maximum correlation is between the movement barriers and lack of prayer performance ($R = 0.583$). Here, the minimum correlation is between facility barriers and barriers related to illness ($r = 0.244$). Moreover, the results of Pearson correlation test revealed a high correlation among the barriers with each other and with the total score of the barriers.

Conclusion: training the patients about the prayer performance during the illness and paying attention to resolving the prayer performance barriers during the new hospital establishment would be useful herein.

Keywords: Prayer (Salat) Performance for Patient, patients, Hospital

1-Geriatric Care Research Center, Rafsanjan University of Medical Sciences- Rafsanjan University of Medical Sciences, ravary4776@yahoo.com,

*2-Geriatric Care Research Center, Rafsanjan University of Medical Sciences- Rafsanjan University of Medical Sciences, t.mirzaei@rums.ac.ir,

3-Sakineh Mirzaei, Assistant Professor, Dept. of obstetrics and Gynecology, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran- Rafsanjan University of Medical Sciences, mirzaie_sk@yahoo.com,

4-Assistant professor, faculty of nursing and midwifery, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran- Rafsanjan University of Medical Sciences, maj_kaz@yahoo.com

5-Geriatric Care Research Center, Rafsanjan University of Medical Sciences- Rafsanjan University of Medical Sciences, hossini1389@yahoo.com

