

مراقبت های مذهبی بیماران بستری و موانع آن

نویسندگان: دکتر حیدرعلی عابدی^۱، مجید عسگری^۲،
زهرا کاظمی^۳، فرانک صفاری فرد^۴، محمود نصیری^۵

چکیده

مذهب اطمینان و قدرت را در افراد قوت بخشیده و خصوصیات اخلاقی و معنوی را استحکام می بخشد و همیشه پناهگاهی است برای غلبه بر تنیدگی های ناشی از زمان، مذهب بسیاری از نیازهای انسان را برآورده و خلاءهای وجودی او را پر می کند و پایگاه بسیار محکمی در مقابل مشکلات و مصائب و محرومیت های زندگی ایجاد می کند. اعتقادات مذهبی در زمان بیماری نسبت به هر زمان دیگر از زندگی شخص اهمیت بیشتری پیدا می کند و به بعضی از افراد کمک می کند که بیماری را بپذیرد و بعضی دیگر معنای بیماری را دریابند.

بنابراین رعایت 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 و خود به تنهایی قادر به انجام حیاتی ترین اعمال خود هم نمی باشد امری لازم و ضروری می باشد.

موضوع مورد مطالعه یک موضوع کیفی است، که روش پدیدشناسی بعنوان روش مطالعه انتخاب شد. هدف از این روش توصیف تجربی است که افراد یا فرد در مورد پدیده داشته اند. جامعه پژوهش مشتمل بر دو گروه پرستاران شاغل و بیماران بستری در بخش های مختلف بیمارستانی وابسته به دانشگاه باتوجه به مشخصات واحدهای مورد پژوهش می باشد و بدین ترتیب تعداد ۲۴ بیمار و ۲۴ پرستار با استفاده از متدهای تعیین نمونه در پژوهش های کیفی انتخاب شدند. محیط پژوهش شامل سه بیمارستان از بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی بود که بطور تصادفی انتخاب شدند. اطلاعات مورد نیاز توسط یک مصاحبه منظم جهت جمع آوری اطلاعات نمودگرافیک بیماران و پرستاران و یک مصاحبه نیمه منظم جهت توصیف تجربیات واحدهای مورد پژوهش در رابطه با موضوع پژوهش بدست آمد. جهت تجربه و تحلیل با استفاده از روشهای تجربه و تحلیل پژوهش های کیفی استفاده شد و یافته های روش بر اساس اهداف پژوهش مورد بررسی و تفسیر قرار گرفتند.

نتایج پژوهش نشان داد که موانع فردی تاثیر بسزایی در ارائه مراقبت های مذهبی کارکنان پرستاری، بیماران و کارکنان حرفه های دیگر می باشد و موانع مربوط به محیط در سه بعد امکانات، فضای فیزیکی و زمان نیز دارای اهمیت است که در متن مقاله توضیح بیشتری داده خواهد شد.

ارائه مراقبت مذهبی به بیماران بستری تنها به عهده کارکنان پرستاری نمی باشد بلکه نیاز به همکاری گروهی کارکنان بیمارستان جهت ارائه این مراقبت ها می باشد، لذا در این مقاله پیشنهاداتی به پرسنل پرستاری و افرادی که در رابطه با مراقبت و درمان بیماران بستری انجام وظیفه می نمایند، ارائه می شود.

کلید واژه: مراقبت های مذهبی، پرستاران، بیماران بستری

مقدمه:

ناشی از زمان امروزی بدان نیاز دارند (۱). مذهب بسیاری از نیازهای انسان را برآورده و خلاءهای وجودی او را پر می کند.

مذهب همیشه ملجاء و پناهگاهی در بحران های زندگی به شمار می رود و راهنمایی است که افراد برای غلبه بر تنیدگی های

۱- دانشجویار دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

۲- کارشناس فیزیوتراپی

۳- کارشناس علوم اجتماعی

۴- فوق لیسانس پرستاری

۵- عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری اصفهان

دکتر حیدر علی عابدی ...

آنجا که بسیاری از مردم در هنگام دعا و نیایش و انجام اعمال مذهبی از روش آرام سازی استفاده می کنند می توان منافع یاد شده را به دعا و نیایش نسبت داد (۱۰). وقتی یک فرد وارد بیمارستان می شود جهت انجام اعمال مذهبی نیازهای خاصی دارد که اگر برطرف شود و سرعت بهبودی و رسیدن به سطح سلامت معنوی و در نتیجه بر کیفیت زندگی آنها تاثیر می گذارد (۱۱). پس از این مسئله مهم است که بیماران کمک لازم را برای برآورده شدن نیازهای معنوییشان دریافت کنند. البته معنویت هر شخص شامل مذهب او می شود، ولی منحصر به مذهب نمی شود. پرستارها باید از نیازهای معنوی مددجویان آگاه باشند و چون این معنویت از طریق انجام اعمال ویژه مذهبی نمودار میشود باید برای مددجو امکاناتی را فراهم سازند تا در حد امکان بتوانند به اعمال انتخاب شده مذهبی اش عمل کنند (۱۲). بطور کلی همانطور که قبلاً گفته شد، انجام احکام دینی و مذهبی، منبع قدرت بخش برای بیماران است که باعث افزایش سرعت بهبودی فرد می شود. بالعکس اگر مددجو عدم تطابقی بین آنچه از ایمانش ابراز می نماید و آن اعمالی که انجام می دهد ببیند دچار زجر معنوی می شود. در این حالت بسیاری از حالات اضطراب و افسردگی های فرد ناشی از ابتلاء به زجر معنوی می باشد. اضطراب ناشی از جدا شدن فرد از جامعه دینی، قصور فرد در انجام وظیفه نسبت به خدا و مردم و ... این اضطراب علاوه بر تاثیر منفی بر سیر بهبودی بیماری و طولانی شدن اقامت در بیمارستان، باعث ایجاد عوارض روانی نامطلوب در فرد می شود. در اینجا باید به تاثیرات منفی طولانی شدن اقامت فرد در بیمارستان، بالا رفتن هزینه های درمانی بطور مستقیم هزینه های سلامت اشاره نمود. امروزه دانشمندان دنیا متوجه شده اند که مراقبت معنوی از بیماران منافع روحی، طبی و اقتصادی را به دنبال دارد (۱۳). با توجه به اهمیت انجام مراقبت معنوی، پرستاران بعنوان عضو کلیدی تیم سلامت موظفند که علاوه بر در نظر گرفتن جنبه های جسمی و روحی بیمار به عقاید و ارزش های وی احترام بگذارند. امروزه مراقبت مذهبی از وظایف پرستاران به شمار می رود، بنابراین پرستار موظف است با ایجاد رفاه جسمی و روحی، بیمار را به منظور رفع نیازهای مذهبی حمایت کند (۱۴). متأسفانه در بیمارستان ها به نیازهای مذهبی

مذهب پایگاه بسیار محکمی در مقابل مشکلات، مصائب و محرومیت های زندگی ایجاد می کند و بالاخره مذهب اطمینان، امید و قدرت را در شخص قوت بخشیده و خصوصیات اخلاقی و معنوی را در فرد و اجتماع استحکام می بخشد (۲). در تمام جوامع مذهبی ارتباط نزدیکی با فرآیند بیماری، سلامت و شفایابی دارد. هر مذهبی برای علت بروز بیماری دلیلی می آورد و برای پیشگیری از بیماری ها و بلایا توصیه هایی در اختیار پیروانش میگذارد و نهایتاً به فرد چهارچوبی می دهد که براساس آن برای راه های درمان و شفایابی تصمیم بگیرد. بسیاری از اعتقادات مذهبی و اعمال مذهبی در ارتباط با پیشگیری از بیماری ها و بدبختی ها می باشد (۳). اعتقادات مذهبی در زمان بیماری نسبت به هر زمان دیگر از زندگی شخصی اهمیت بیشتری پیدا می کند و به بعضی از افراد کمک می کند که بیماری را بپذیرند و بعضی دیگر معنای بیماری را دریابند. بعضی از مددجویان به بیماری از دیدیک امتحان الهی می نگرند و معتقدند اگر ایمان آنها قوی باشد نجات می یابند. بعضی دیگر تصور می کنند که به خاطر رفتارهای غیر اخلاقی گذشته شان از سوی خداوند سبب آن تنبیه شده اند. این افراد معتقدند که دعا، نذر، توبه و صدقه مقاومت و تحمل انسان را در برابر بیماری و مشکلات ناشی از آن افزایش می دهد (۵). در تمام بیمارانی که در حال رنج کشیدن و یا در حال احتضار هستند، حمایت خواستن از خدا و جاری کردن نام وی بر زبان طبق اصول اعتقادی فرد معمول است (۶). بسیاری از مددجویان در زمان بحران و زمانی که سایر مکانیسم های سازگاریشان کارآئی لازم راندارد مذهبی تر از گذشته می شوند (۷). در این هنگام انجام اعمال مذهبی مثل نماز خواندن و دعا کردن، یک مکانیسم سازگاری شایعی است که احساس لیاقت و امید را در فرد با کاهش احساس تنهایی، افزایش می دهد (۸). انجام اعمال مذهبی و دعا و نیایش نه تنها بر حالات عاطفی بلکه بر کیفیات بدنی فرد تاثیر گذاشته و گاهی در عرض چند لحظه و یا چند روز بیماری جسمی را بهبود می بخشد. این کیفیات هر چند که غیر قابل درک میباشد ولی بایستی به واقعیتشان معترف شد (۹). آرام سازی یک روش درمانی جهت کاهش استرس، کاهش فشار خون بالا، دردهای مزمن و دیگر بیماریهای مرتبط با استرس در بیماران می باشد. از

بررسی موانع ارائه مراقبت های مذهبی به ...

بیماران توجه چندانی نمی شود (۵) بطوریکه بارها مشاهده شده در ایران نیز جهت انجام اعمال مذهبی بیمار نیازمند، از سوی کارکنان کمک چندانی صورت نمی گیرد. علاوه بر آن تحقیقات جامع و کاملی نیز در رابطه با مراقبت مذهبی از بیماران تاکنون انجام نگرفته است و اطلاعات اولیه جهت انجام پژوهش های گسترده تر وجود ندارد. مسلم است ما در کشوری با بیش از ۶۰ میلیون مسلمان زندگی می کنیم که پایبندی به احکام شرعی و ارزش های دینی با زندگی مردم عجین شده است و این قسمتی جدایی ناپذیر از لحظات زندگی و حتی لحظات پس از مرگ می باشد. بنابراین رعایت 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 و خود به تنهایی قادر به انجام حیاتی ترین اعمال خود هم نمی باشد، امری لازم و ضروری می باشد. لذا پژوهشگر بر آن شد که به دنبال بررسی عوامل و موانعی باشد که باعث غفلت و قصور در ارائه مراقبت های مذهبی به بیماران شده است. هدف کلی پژوهش عبارت است از تعیین موانع ارائه مراقبت های مذهبی در بیماران بستری در بیمارستان ها، همچنین اهداف عینی آن، تعیین موانع فردی و محیطی در ارائه مراقبت مذهبی به بیماران بود. در این ارتباط سئوالات پژوهشی تدوین که در این مقاله بدین صورت خلاصه گردید که چه موانع فردی و محیطی در ارائه مراقبت مذهبی به بیماران وجود دارد؟

مفاهیم مرتبط در این راستا یکی از مفاهیم مهم که نیاز به توضیح دارد نیاز انسان به معنویت در ابعاد مختلف می باشد که این مهم را می توان به صورت زیر بیان کرد:

معنویت دوستی و محبت ریسمان محکمی است که انسان را به خدا پیوند می دهد و باعث اخلاص در عبادات و پیروی از راه و روش الهی و پای بندی به دین و شریعت می شود (۱۶). در این مورد روایات متعددی از پیشوایان اسلام نقل شده است. در روایتی آمده است: آیا دین چیزی جز محبت است؟ منظور این است که روح و حقیقت دین ما همان ایمان و عشق به خداست (۱۷). اوج محبت نه تنها در نماز، دعا و ذکر خدا، بلکه در هر کار و رفتار نیکویی که از انسان سر می زند تجلی می یابد. ارتباط با انسان ها در حقیقت نتیجه ارتباط و پیوند با خداست. انسان با

خدا پیوسته خود را مدیون او می داند و سعی می کند مواهبی را که او در اختیارش گذاشته در اختیار همه نیازمندان بگذارد (۱۸).
نیاز به عفو: یکی از نیازهای معنوی، نیاز به عفو است که عفو و بخشش همواره با قدرتمندی از سیره و روش پیامبران و پرهیزکاران است. امید به عفو خداوند و بازگشت به سوی او سبب آمرزش گناهان، تقویت امید انسان و جلب رضایت الهی که در نهایت باعث کاهش اضطراب می شود (۱۹).

نیاز به معنا: ما در پی معنا هستیم چون زندگی ما کاملتر و غنی تر می شود. بدون وجود معنا در زندگی، زیستن در آن بی ارزش می شود. هر چه با معنا تر زندگی کنیم بیشتر میتوانیم جهت انطباق موثر با زندگی به خودمان قدرت بخشیم (۲۰).
آیت اله مطهری در تفسیر معنویت می نویسد: انسان در آغاز وجود، جسمی مادی است ولی با حرکت تکاملی جوهری تبدیل به روح با جوهر معنوی می شود (۲۱).

نیاز به هدف: جهان ما جهانی هدفدار است یعنی در درون موجودات، کششی به سوی هدف کمال موجود است و هدفداری، همان هدایت الهی است.
امید: امید و آرزو رحمتی است بر پیروان من [محمد (ص)]:
اگر امید نبود هیچ مادری فرزند خود را شیر نمی داد و یا باغبانی درختی نمی نشانند. امیدانگیزه ای ای برای رفتار، عملکرد و حفظ حیات فرد است (۲۲).

سلامت معنوی: سلامت معنوی عبارت است از توانایی ما به کشف هدف های نهایی زندگی، یاد گرفتن اینکه چگونه دوست داشته باشیم. لذت ببریم، آرامش و کمال داشته باشیم و از مشخصات اصلی و طبیعی یک معنویت این است که احساس کمال را در خود و در ارتباط با خدا و دیگران حفظ نماییم (۲۲).
عوامل مساعد کننده سلامت معنوی عبارتند از: آموزش های مذهبی مناسب، هویت معنوی قوی و استوار وجود یک سلسله اعتقادات پویا و شناخت همیاران معنوی. ایمان یکی از مظاهر سلامتی معنوی می باشد. گرایش های خیر و والای بشر آنگاه که پایه و زیر بنای اعتقادی و فکری پیدا کند نام ایمان به خود خواهد گرفت. ایمان به خداوند یکی از بهترین پایه های سعادت بشر و سرچشمه نیرومند و قدرت روح است (۲۴). ایمان بدون شک موثرترین درمان برای کاهش اضطراب است. فقدان ایمان

مددجو بتواند اعمال مذهبی خودش را انجام دهد (۲۹). با توجه به اینکه اکثر مردم کشور ما مسلمان می‌باشند و اسلام برای همه مورد احترام می‌باشد، بر پرستاران است که در حین انجام مراقبت‌های جسمی، احکام شرعی را نیز در نظر گرفته و به بیماران کمک کنند تا اعمال دینی خود را انجام دهند. یکی از قوانین دینی که باید در نظر گرفته شود رو به قبله کردن بیمار در حال احتضار است. بنابر حکم آیات عظام رو به قبله کردن محتضر بر هر مسلمان واجب است و اجازه گرفتن از وی لازم نیست. با توجه به این توضیح پرستاران موظف خواهند بود که بیماران در حال احتضار را رو به قبله نمایند (۳۰). در دین اسلام تشخیص‌های طبی باید توسط جنس همگن انجام شود. بهتر است بیماران زن توسط پرستاران زن مراقبت شوند نماز واجب است و گرفتن وضو یا تیمم جهت انجام فریضه نماز نیز واجب همچنین پوشیدن لباس پاک و عاری از نجاسات جهت انجام نماز لازم می‌باشد (۳۱).

مواد و روش‌ها: این پژوهش یک پژوهش کیفی است که متناسب با موضوع مورد مطالعه که یک موضوع کیفی است انتخاب شده است. روش مطالعه پدیده‌شناسی می‌باشد و هدف از این روش توصیف تجاربی است که افراد یا فرد مورد مطالعه در مورد پدیده‌ها کسب کرده‌اند (۳۲). جامعه این پژوهش مشتمل بر دو گروه پرستاران و بیماران بستری در بخش‌های مختلف بیمارستانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی با توجه به مشخصات واحدهای مورد پژوهش می‌باشد. تعداد ۲۴ بیمار و ۲۴ پرستار بعنوان نمونه پژوهش با استفاده از روش‌های تعیین نمونه در پژوهش‌های کیفی (روش تداومی) انتخاب شدند. به منظور جمع‌آوری اطلاعات افراد نمونه واجد شرایط در سه بیمارستان مورد مطالعه قرار گرفتند که مشخصات آنان به شرح ذیل بود:

الف: بیماران (۱) حداقل ۳ روز از بستری شدن آنها گذشته بود (۲) بیماران بخش‌های اورژانس - اطاق عمل و ICU حذف شدند (۳) مسلمان بودن (۴) زنان بیش از ۹ سال و مردان بیش از ۱۵ سال سن داشتند.

ب: مشخصات کارکنان پرستاری (۱) حداقل ۶ ماه سابقه خدمت پرستاری داشتند (۲) مسلمان بودند (۳) دارای مدرک لیسانس، فوق دیپلم و یا دیپلم بهیاری بودند.

محیط پژوهش این مطالعه شامل سه بیمارستان است که بطور

زنگ خطری است که ناتوانی انسان را در برابر سختی‌های زندگی اعلام می‌دارد. ایمان به خدا و توفیق الهی دو انگیزه نیرومند معنوی هستند که نقش مهم و اساسی در زندگی انسان دارد.

اصولاً انسان با انگیزش ایمان تکالیف مذهبی و دینی را انجام می‌دهد (۲۵). معنویت مکرراً بعنوان وابستگی به ارزش‌های مذهبی تعریف می‌شود. مذهب عبارت است از یک سیستم متشکل از ایمان، عبادت، مراسم و آیین عبادی که اجازه می‌دهد نیازهای معنوی فرد پاسخ داده شود. بسیاری از مردم نیازهای معنوی خود را از خلال یک مذهب خاص و یا چهارچوب مذهبی ارضاء می‌نمایند (۲۶). مذهب و ایمان، پذیرش بیماری و حوادث زندگی را آسان کرده و حتی فرد را برای مرگ آماده می‌کند چرا که اگر به ادامه حیات پس از مرگ و پاداش اخروی اعتقاد داشته باشد، مرگ برای او پایان زندگی نیست. مددجویانی که در شرف مرگ هستند و در بیمارستان بستری می‌باشند، بیشتر از سایرین جنبه‌های معنوی را بروز میدهند (۲۷). برای هرانسانی ممکن است در طول زندگیش لحظه‌ای پدید آید که بستری شدن در بیمارستان را تجربه کند. ارائه خدمات به بیماران، مهمترین وظیفه سرویس‌های سلامت است. چنانچه مراقبت‌های ارائه شده به نیازهای بیمار نزدیک‌تر باشد. مبین کیفیت بهر مراقبت می‌باشد (۲۸). از آنجا که بیماران در زمان بستری شدن علاوه بر نیازهای جسمی دارای نیازهای مذهبی می‌باشند که بر آوردن آنها باعث تاثیر بر سیر بهبودی بیمار می‌شود، لذا بر پرستاران است که با در نظر گرفتن جنبه‌های معنوی بیمار و احترام به ارزش‌ها و اعتقادات بیمار وظایف خود را انجام دهند. پرستاری که مدعی است مراقبت همه جانبه ارائه می‌دهد باید همه نیازهای بیمار از جمله نیازهای مذهبی وی را تعیین نماید (۲۸). جهت مراقبت مذهبی و رفع نیازهای مذهبی بیماران اولین فعالیت تعیین نیازهای معنوی آنها می‌باشد. پرستاران معمولاً از مردمی که دارای ادیان و مذاهب مختلف هستند مراقبت می‌کنند و از آنجا که غیر ممکن است پرستاران بر همه مذاهب و قوانین تسلط داشته باشند بهتر است بتوانند نیازهای معنوی مددجویانی که با اعمال مذهبی آشنا است را درک کرده و امکاناتی فراهم سازد که

تصادفی از بین بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی انتخاب شدند. اطلاعات مورد نیاز از طریق انجام مصاحبه منظم در مورد اطلاعات دموگرافیک بیماران و پرستاران جمع آوری و با روش مصاحبه نیمه منظم، توصیف تجربیات واحدهای مورد پژوهش که در مطالعات کیفی شرکت کننده یا پاسخ دهنده گفته می شوند، ضبط شد.

پژوهش مورد نظر یک پژوهش دو مرحله ای بود که شامل گروه مطالعه بود. پژوهشگر یک بار جهت جمع آوری اطلاعات به پاسخ دهندگان مراجعه نمود. سپس جهت تأیید و اعتبار یافته ها، مجدداً پس از پایان تجزیه و تحلیل مراجعه و مطالب بازخوانی و توسط آنان تصحیح و تصدیق صورت گرفت.

جهت تجزیه و تحلیل با استفاده از روش های تجزیه و تحلیل پژوهش های کیفی، کلیه مصاحبه ها با بیماران ضبط و سپس یادداشت برداری شد. جملات ویژه متناسب با اهداف پژوهش مشخص و کد گذاری شد. جملات اضافه، حذف شد و جملات استخراج شده واحدهای مورد پژوهش دسته بندی شد. سپس جهت اطمینان مجدداً با گفته های آنان مقایسه شد و در نهایت تئوری های استخراج شده توسط واحدهای مورد پژوهش تأیید و تصدیق شد. کلیه ملاحظات اخلاقی رعایت شد (۳۳) و یافته های پژوهش بر اساس اهداف پژوهش مورد بررسی و تفسیر قرار گرفت. به منظور دستیابی به اولین هدف عینی این پژوهش که تعیین موانع فردی در ارائه مراقبت های مذهبی می باشد، سه دسته از افراد مشخص شدند که شامل کارکنان پرستاری، بیماران و کارکنان حرفه های دیگر می باشند. افراد فوق شامل امور فرهنگی و روابط عمومی بیمارستان، مدیریت بیمارستان و روحانیون بود. پس از تجزیه و تحلیل اطلاعات به روش کلاسی موانع بصورت زیر دسته بندی شد (۳۴).

موانع مربوط به کادر پرستاری :

- ۱- سرگرم شدن پرستاران به مشکلات جسمی بیماران
- ۲- حجم زیاد رسیدگی به مشکلات جسمی بیماران و تعداد کم پرستاران
- ۳- عدم آگاهی پرستاران در رابطه با انواع مراقبت های

مذهبی و تاثیر آن بر سیر بیماری

- ۴- اطلاعات ناکافی پرستاران در رابطه با چگونگی ارائه مراقبت مذهبی
- ۵- عدم انگیزه در پرستاران به علت مورد حمایت قرار نگرفتن از سوی مدیران و مسئولین بیمارستان
- ۶- معتقد بودن پرستاران به اینکه مراقبت مذهبی وظیفه پرستار نمی باشد.
- ۷- نبودن دستورالعمل مشخصی در رابطه با ارائه این نوع مراقبت
- ۸- ضروری نبودن این نوع مراقبت در مقایسه با نیازهای جسمی بیماران از دیدگاه پرستاران
- ۹- گرفتاری های شخصی مشغله های فکری پرستاران
- ۱۰- وضعیت اعتقادی پرستاران

موانع مربوط به خود بیمار:

- ۱- مطرح شدن نیازهای مذهبی از سوی بیمار
- ۲- بعضی از بیماران مسئله مذهب و اعمال مذهبی را امری خصوصی می دانند و دخالت پرستاران را نوعی تفتیش عقاید می دانند.
- ۳- عدم همکاری همراهان و ایجاد مزاحمت جهت ارائه برخی مراقبتهای مذهبی
- ۴- وضعیت جسمی بیمار
- ۵- بستری شدن تعداد زیادی بیمار در بخش و اختلاف اعتقادی بیماران با هم
- ۶- پرخاشگری بعضی از همراهان
- ۷- عدم علاقه بیماران به دریافت برخی مراقبت های مذهبی
- ۸- عدم اعتماد برخی بیماران به کارکنان پرستاری

موانع مربوط به کارکنان حرفه های دیگر بیمارستان

- ۱- عدم فعالیت پویای امور فرهنگی بیمارستان
- ۲- عدم پیگیری مسئولین بیمارستان جهت ایجاد کلاس های آموزشی در این رابطه
- ۳- عدم پیگیری مدیریت بیمارستان جهت ایجاد فضاهای اختصاصی مناسب

موانع مربوط به زمان :

- ۱- اتلاف وقت پرستاران در اثر سرگرم شدن به مراقبت های جسمی و عدم فرصت برای رسیدگی به نیازهای مذهبی
- ۲- تداخل زمان های ارائه مراقبت مذهبی با زمان استراحت بیماران
- ۳- اختصاص نداشتن زمان خاصی جهت اجرای برنامه های مذهبی در برنامه های پرستاری

بحث :

تفسیر یافته ها نشان می دهد که نگرش پرستاران به شخصی بودن جنبه مذهبی بیماران، یکی از موانع مطرح شده می باشد که تاثیر عمده ای بر ارائه مراقبت مذهبی می گذارد. بسیاری از کارکنان پرستاری تصور دارند که مسئله مذهب یک مسئله خصوصی می باشد که پشت درهای بسته قرار می گیرد و پرستار وظیفه دارد اعمال و خدمت پرستاری خود را بدون توجه به مذهب بیمار انجام دهد. به عبارتی دیگر پرستار حق مداخله در امور مذهبی بیماران را ندارد و فقط زمانی می تواند مداخله نماید که بیمار از او درخواست کند. در حقیقت پرسش از بیمار در مورد نیازهای مذهبی نوعی تفتیش عقاید می باشد که طبق قانون اساسی کشور ممنوع می باشد. طبق یافته های موجود کارکنان پرستاری حقیقی برای خود قائل نمی باشند که از بیماران در مورد نماز خواندن و یا نخواندن آن سؤال نموده و یا او را تشویق و ترغیب به نماز خواندن کنند. پژوهشگر معتقد است که پرستاران به علت عدم آشنایی با نحوه تعیین نیازهای مذهبی و نداشتن دانش و مهارت کافی در رابطه با ارائه مراقبت مذهبی، قادر به ایجاد ارتباط با بیمار نبوده و ممکن است هنگام ارزیابی بیمار از نظر مذهبی سئوالات خود را به گونه ای مطرح نمایند که ظاهر تفتیش عقاید بخود بگیرد و بیمار تصور کند که در حقیقت پرستار قصد دخالت در امور مذهبی او را دارد در حالیکه اگر پرستار با نحوه ارزیابی مذهبی بیمار آشنایی داشته و آن را جزئی از حرفه خود بداند و همچنین مهارت جهت برقراری ارتباطی معتمدانه با بیمار داشته باشد قادر خواهد بود حتی بدون پرسیدن در مورد نیازهای معنوی بیمار نیازهای او را همانند سایر نیازهای جسمی و روحیش تأمین نماید. کلی (۱۹۶۲) می نویسد: یک

- ۴- عدم اختصاص بودجه جهت تهیه امکانات برای ارائه این نوع مراقبتها
- ۵- عدم اهمیت دادن به اجرای این نوع مراقبت ها توسط کادرهای درمانی دیگر شامل پزشکان، پرسنل آزمایشگاه و پرسنل رادیولوژی
- ۶- نبودن روحانی ثابت در تمام شیفت ها جهت همکاری با کارکنان پرستاری در این زمینه موانع مربوط به محیط عبارتند از:

موانع مربوط به امکانات :

- ۱- نبودن خاک یا سنگ تیمم در بخش ها
- ۲- نبودن وسائل جداکننده در بخش ها مثل پاراون به اندازه کافی
- ۳- نبودن فرم مشخص جهت ارزیابی نیازهای مذهبی بیماران در پرونده بیماران
- ۴- نبودن تلویزیون مدار بسته و رادیو و ضبط در بخش ها جهت پخش برنامه های مذهبی مناسب وضعیت بیمار
- ۵- کمبود کتب مذهبی در بخش ها
- ۶- نبودن موکت، فرش یا زیرانداز جهت تشکیل جلسات مذهبی

موانع فیزیکی :

- ۱- نبودن یا کوچک بودن نمازخانه در بخش ها
- ۲- روبه قبله نبودن اتاق های بیماران
- ۳- عدم امکان جابجایی تخت های بیماران جهت انجام مراسم مذهبی بدلیل نیاز به منابع برقی (پریز - کلید) جهت انجام عملیات احیا در صورت لزوم
- ۴- نبودن یک فضای اختصاصی جهت تشکیل جلسات دعا
- ۵- تعبیه نشدن یک دستشویی جهت وضو در اکثر اتاق های بیماران
- ۶- نبودن یک فضای مخصوص جهت بخش برنامه های تلویزیونی جهت جلوگیری از مزاحمت برای بیماران دیگر.

پرستاری، افزایش تعداد پرسنل پرستاری، اختصاص پرسنل مشخص در هر بخش جهت ارائه مراقبت مذهبی پیگیری نیازهای مذهبی بیماران، ثبت نیازهای بیماران در پرونده آنها، تهیه یک فرم ارزیابی نیازهای مذهبی در بیماران، استخدام روحانیون در بیمارستان ها، با هدف پیگیری و هدایت برنامه ریزی مذهبی در بیمارستانها در تمام شیفت ها، فعالیت مداوم روابط عمومی در امور فرهنگی جهت تشکیل برنامه های مذهبی در بخش های بیمارستان، تغییرات فیزیکی در بخش ها. در حیطه امکانات فضا جهت ارائه مراقبت های مذهبی، تهیه امکانات انجام اعمال مذهبی مثل سنگ تیمم برای هر تخت، تهیه مر و تعبیه وضوخانه در اتاق ها، تعبیه قفسه های کتاب در اتاق ها، جهت در معرض دید قرار گرفتن کتب مذهبی، تهیه دعاها و مخصوص و مناسب با حال بیمار و ایجاد مکانی جهت تشکیل جلسات دعا.

امید است با به کار گیری اصولی که مطرح شد و با همکاری جدی بین دست اندرکاران تیم سلامت برای اجرای احکام شرعی که امروزه بعنوان مراقبت های مذهبی مطرح است شاهد تاثیر اینگونه مراقبت ها و ایجاد احساس آرامش و تسریع بهبودی در بیماران باشیم.

پرستار نیازی ندارد که از بیمار در مورد اعتقاداتش سؤال کند، بلکه وجود یک تسبیح مدال مذهبی، کتاب دینی و حتی یک عرقچین بر سر او و اجرای مراسم شکرگزاری قبل و بعد از غذا مدارکی دال بر مذهبی بودن بیمار می باشد (۳۵). با توجه به اینکه در تحصیلات پرستاری جهت ارزیابی نیازهای مذهبی بیماران مباحث بسیار مختصری مطرح شده ولی بر آن تاکید نشده است. این مسئله قابل انتظار است که پرستاران دانش و مهارت کافی در این رابطه نداشته باشد. تایلور (۱۹۹۱) می نویسد تشخیص مشکلات برنامه ریزی کردن و رهایی بیمار از مشکلات نیاز به دانش و آگاهی پرستار و مهارت او دارد (۳۶).

نتایج حاصله از این پژوهش نشان می دهد ارائه مراقبت مذهبی به بیماران بستری تنها به عهده کارکنان پرستاری نمی باشد، بلکه نیاز به همکاری گروهی کارکنان بیمارستان جهت ارائه هر چه بهتر این مراقبت ها می باشد. لذا به پرسنل، پرستار و افرادی که در رابطه با مراقبت و درمان بیمار بستری انجام وظیفه می نمایند پیشنهادات ذیل ارائه می شود:

ارتباط روحانیون با پرستاران جهت برنامه ریزی مذهبی برای بیماران، آموزش پرستاران و کارکنان بیمارستان جهت تعیین و برنامه ریزی ویژه جهت مراقبت مذهبی، اضافه نمودن سرفصل های مراقبت های مذهبی در برنامه های درسی آموزش

منابع:

6- Black M.J. and Jacobs. M. Y E., Medical surgical nursing, Psycho physiologic approach, Fourth Edition., W.B. saunders . 1993, P:100

7- Labun.E.Psychiatric mental health nursing .y Lippincott, 1997, P:362.

8- Code 3.P:854

9- Code 3. P:854

10- Chirty K.Y., Professional nursing concepts and challenges, Seconds Edition W.B saunders, 1997, P:359

11- Ross.Y .A., Spirituality aspects of nursing Journal of Advances Nursing, 1994, 18(3), P. 441-446.

12- Potter & Perry. Basic nursing , theory and practice Mosby Co.3rd,1995, P:396

13- Code 10. P:360

14- Potter & Perry, Fundamental in nursing , Spiritual

۱- دوگاس- وری و تر، اصول مراقبت از بیمار، گروه

مترجمین، انتشارات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ۱۳۷۰، ص ۶۷۴

۲- انگیستون - رئیبال همیگارد، زمینه روانشناسی، ترجمه محمد تقی برهمی، ۱۳۷۰، ص ۳۱۹

3- Capenite. J., Nursing care plans & documentation. Second Edition, Lippitcott. J.B, 1997, P: 835

4- Kozier. E.&rtly. Al, Fundamentals of nursing., concps process and practice, Fith Edition, westy company, 1995, p55.

۵- مطهری (آیه الله) سید مرتضی، انسان در قرآن، انتشارات

صدر، ۱۳۵۷، ص ۳۶.

- ۲۶- کد ۱۲ ص: ۷
۲۷- کد ۲۱ ص: ۹۶۳
- ۲۸- قابلاجو- سبزه، کاربرد مهارت‌های مدیریت در خدمات پرستاری، چاپ اول، ۱۳۶۹ ص: ۶.
- ۲۹- لوئیس - لوردن ولف، مهارت‌های اساسی در مراقبت از بیمار، گروه مترجمین تهران، مرکز نشر دانشگاهی، ۱۳۷۱ ص: ۵۹.
- ۳۰- امام خمینی (آیه الله). روح الله، رساله توضیح المسائل، کانون انتشارات محراب، ۱۳۷۱ مسائل ۵۳۵-۵۳۲.
- ۳۱- کد ۳۰.
- 32- Burns. N.K.& Grove . S.y., The practice of nursing research, conduct & critique utilization, . Second Edition. W.B. Saunders, 1993. P: 27.
- ۳۳- صفاری فر- فرانک، پایان نامه کارشناسی ارشد، بررسی موانع ارائه مراقبت‌های مذهبی به بیمار بستری در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، ۱۳۷۷.
- 34- Cod 32.
- 35- Kely. L., Dimension of professional nursing, Mosby Co., 1962. P: 222
- 36- Taylor Cand Lillis C., Fundamental of nursing the art and science of nursing care, Philadelphia J.B, Lippincott, company, 1989, P: 513.
- health Mosby Co. 1989, P:297
15- Code 3.P:772
- ۱۶- نجاتی-محمد عثمان، قرآن و روانشناسی، ترجمه یعقوب عرب انتشارات آستان قدس رضوی، ۱۳۷۲، ص: ۱۰۵
- ۱۷- مکارم شیرازی (آیه الله)- ناصر، تفسیر نمونه، انتشارات دارالکتب اسلامیة، جلد اول، ۱۳۵۲ ص: ۳۱.
- ۱۸- کد ۱۷ ص: ۷۴.
- ۱۹- کد ۱۷ ص: ۱۹۶.
- 20- Narayumasomy . A.J.Y .Spiritual care of chronically ill patients, British Journal of Nursing, 5(7), 1996, P41-416.
- ۲۱- کونت. والرهاید، ریچارد بوش، جهان مذهبی ادیان در جوامع امروز، ترجمه عبدالرحیم گواهی، نشر فرهنگ اسلامی، جلد دوم، ۱۳۷۴ ص: ۱۵.
- ۲۲- شاه بلاغی-فرحناز، مفهوم امید و بررسی میزان آن در بیماران مبتلا به سرطان بستری در بیمارستان های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۱۳۷۳، ص: ۸۶.
- ۲۳- راهیوم - رابرت، ادیان زنده جهان، ترجمه دکتر عبدالرحیم گواهی، نشر فرهنگ اسلامی، ۱۳۶۹، ص: ۱۷
- 24- Zerwekh. J and Claborn J. Y .Nursing today chapter two , B, Saunders, 1997, P473.
- 25- Olson. M., Healing the dying, Delmar Co., 1997. P:122.