

مشکلات و موانع انجام فریضه نماز در بیماران بستری بیمارستان نکویی قم، سال ۱۳۸۸

شعبانعلی خانصمی^۱، هدی احمري طهران^۲، زهرا عابدینی^۳، یاسر تبرایی^۴، معصومه رزاقی^۵

^۱استادیار معارف، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.

^۲مری مامایی، مرکز تحقیقات طب و دین، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.

^۳مری پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.

^۴مری آمار حیاتی، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران.

^۵کارشناس زبان انگلیسی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: نماز عملکردی معنوی و بهترین وسیله برای تقرب به سوی خدا است. اگرچه در خصوص ارتباط بین نماز و سلامتی در مطالعات مطالب بسیاری بیان شده است، اما هنوز درباره انجام نماز و مشکلاتی که بیماران در اقامه آن در بیمارستان‌ها با آن مواجه‌اند، تحقیقات بسیار اندکی وجود دارد. لذا بررسی حاضر با هدف تعیین مشکلات و موانع انجام نماز در بیماران بستری بیمارستان نکویی شهر قم در سال ۱۳۸۸ صورت گرفت.

روش بررسی: این پژوهش از نوع توصیفی - مقطعی است که با استفاده از پرسشنامه دو قسمتی (شامل مشخصات دموگرافیک، موانع و مشکلات فردی و ساختاری انجام نماز) به روش نمونه‌گیری تصادفی بر روی ۴۰۰ بیمار بستری در بخش‌های مختلف بیمارستان نکویی شهر قم انجام شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی صورت گرفت.

یافته‌ها: در این مطالعه، اکثریت نمونه‌ها در شرایط بیماری از اقامه نماز باز می‌مانند (۷۲/۲٪). میزان مشکلات و موانع انجام نماز در بیماران بستری که در شرایط فعلی بیماری خود نماز نمی‌خواندند به ترتیب اولویت، ۹۸/۲٪ به علت مشکلات فردی و ۸۳/۸٪ به علت مشکلات ساختاری بیمارستان بود. در میان مشکلات فردی به ترتیب اولویت پاسخ‌دهی عبارات "عدم آگاهی از احکام نمازگزار در شرایط بیماری" (۳۶/۸٪)، "ترک نماز به دلیل شدت ضعف و بیماری" (۲۲/۵٪) گزارش شد. همچنین اکثر مشکلات و موانع انجام نماز در بیماران بستری که در شرایط فعلی بیماری خود نماز می‌خواندند، ناشی از مشکلات ساختاری بیمارستان بود (۹۶/۴٪)، که در میان این مشکلات ساختاری، انجام طهارت و عدم مراعات پاکی و نجاست در سرویس‌های بهداشتی (۴۵/۹٪) از اولویت پاسخ‌های مثبت به شمار می‌رفت.

نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه نشان داد بیماران بستری در بیمارستان برای ادای نماز با مشکلاتی مواجه می‌باشند. لذا پیشنهاد می‌گردد مسئولین مربوطه با تدبیر یکسری اقدامات جدی در جهت رفع مشکلات و موانع اقامه نماز برنامه‌ریزی نمایند.

کلید واژه‌ها: مذهب؛ بیماران؛ بستری.

نویسنده مسئول مکاتبات: مرکز تحقیقات طب و دین، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران؛

آدرس پست الکترونیکی: ahmari9929@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۹۰/۱/۲۰

تاریخ دریافت: ۸۹/۱۰/۱۹

مقدمه

برای طراوت بخشیدن به روح و پلی برای نیل به اوج کمال مطلق و زینت‌بخش شخصیت و منش مؤمنان است (۱). نماز یک عملکرد معنوی است (۲)، که باعث ارتباط با موجود متعالی

نماز، تقدیم حمد و سپاس به درگاه خالق منان و کامل‌ترین پاسخ به عالی‌ترین نیاز انسان یعنی حس کمال‌جویی است. نماز فرصتی

می شود و یک عمل ساده برای برگرداندن ذهن و قلب به سوی مقدسات است (۳).

در تمام ادیان نماز وجود داشته، و اختلاف تنها در کیفیت برگزاری آن بوده است. بی تردید خداوند در قرآن کریم اقامه نماز را وظیفه ثابت و دائمی انسان می داند و می فرماید: "به درستی که نماز بر مؤمنان ثابت و واجب گردیده است" (سوره نساء آیه ۱۰۳). همچنین بیش از ۱۲۲ آیه پیرامون نماز نازل شده است که این امر نشان دهنده اهمیت و منزلت نماز نزد خداوند بی همتا است (۴). امروزه تحقیقات پژوهشی به طور روزافزون ارتباط مثبتی را بین نیایش و شاخص های مختلف سلامتی، روانی نشان می دهند (۵، ۶). در بسیاری از مطالعات باورها و عملکردهای دینی با سلامت بیشتر مرتبط بوده است. به علاوه، تعداد قابل توجهی از مطالعات نیایش را به عنوان بیشترین و ارجح ترین روش سازگاری در بیماران، مراقبت کنندگان خانواده و سالمندان بیان می کنند (۵، ۸، ۷). برای مثال تحقیق Saudia و همکارانش نشان داد ۹۶ نفر از ۱۰۰ نفر بیمار، روز قبل از جراحی قلبی از نیایش برای سازگاری استفاده کردند و ۷۰ نفر از ۱۰۰ نفر در ابزار لیکرت که مفید بودن نیایش را بررسی می کند؛ بالاترین نمره ممکن را به آن دادند (۷). مطالعه دیگری درباره کاربرد طب مکمل در بین بیماران آمریکایی، نیایش را به عنوان بیشترین روش مورد استفاده قلمداد نمود (۹، ۱۰). همچنین Levin, Larson, Puchalski نتیجه گیری کردند که مشارکت دینی یک عامل حفاظت کننده اپیدمیولوژیکی است (۱۱). McCullough نیز در مرور متون پزشکی برای تعیین اثرات نماز بر سلامتی، بیان نمود این اثرات از طریق مسیرهای فیزیولوژیکی، روان شناختی و معنوی تسهیل می شود. او دریافت که نماز آرامش را تسهیل کرده و به خلق بهتر، سلامتی ذهنی و احساس آرامش منجر می گردد (۱۲). همچنین او معتقد بود نماز با ایجاد راحتی، خوشحالی و انگیزه در فرد، خلق را بالا برده و انگیزش و احساس هدفمندی را نیز افزایش می دهد. از طرف دیگر، در مطالعه ای (سال ۱۹۹۰)، ۸۲٪ بیماران ابراز داشتند برای سلامتی خود نیایش می کنند (۱۳). تحقیقات در مورد معنویت نیز نشان داده است ارتباط دین و سلامتی از نوع همبستگی بوده و ارتباط علت و معلول مستقیم قابل اثبات نیست (۱۴)، اما شواهد یک ارتباط قوی بین مشارکت دینی

و سلامتی (۱۵) و بین آگاهی از تعهد معنوی و سلامتی را نشان می دهد (۱۶). توجه به فواید جسمی، عاطفی و معنوی که با نماز همراه است، محققان را برانگیخته تا آن را در مجموعه توصیه های بهبودی بیمار لازم بدانند. علاوه بر محتوای نماز، آداب نماز نیز مهم است. از شرایط لازم برای درستی نماز، این است که مکان و لباس نماز گزار و آبی که با آن وضو می گیرد، غصبی نباشد و حقوق دیگران نیز در آن رعایت شده باشد. همچنین نماز، روح نظم و انضباط را در انسان تقویت می کند؛ چرا که باید در اوقات معینی از شبانه روز با نظم و ترتیب خاصی انجام شود. از آنجا که حیات جسمانی و روحانی انسان گاهی دچار تغییر و دگرگونی می شود، ممکن است چند صباحی در بستر بیماری قرار گیرد. در این صورت او احساس نیاز بیشتری برای ارتباط با خدا می کند. ولی نباید دشواری شرایط، انسان را از تکلیفی همچون نماز خواندن و نیایش با خدا باز دارد؛ بلکه این وضعیت باید زمینه انس بیشتر بیمار را با خدا فراهم سازد (۱۷). به این ترتیب این سؤال مطرح است که آیا بیماران می توانند در هنگام بستری در بیمارستان به این نیاز روحی و دینی خود جامه عمل پوشانند. اگرچه مطالعات زیادی در زمینه عبادت صورت گرفته است، ولی با توجه به اهمیت بسیار بالای نماز در دین مبین اسلام و وجود حکومت اسلامی در کشور ایران، تحقیقی که به این مهم پرداخته باشد، یافت نشد و تنها در مطالعه کیفی کریم الهی و عابدی در سال ۱۳۸۷، تجربه بیماران از نماز در بیمارستان بررسی شده بود (۱۸). لذا این مطالعه با هدف بررسی مشکلات و موانع انجام نماز در بیماران بستری بیمارستان نکویی شهر قم صورت گرفت.

روش بررسی

این پژوهش به صورت توصیفی - مقطعی بر روی بیماران مسلمان بستری در بخش های مختلف بیمارستان نکویی شهر قم انجام شد. ابزار جمع آوری اطلاعات شامل پرسشنامه ای طراحی شده توسط محقق، حاوی ۲ بخش مشخصات فردی، مشکلات و موانع انجام نماز (موانع و مشکلات فردی و ساختاری انجام نماز) بود. تعداد کل نمونه با در نظر گرفتن یک مطالعه راهنما ($I=0/32$) و توان آزمون ۹۰٪، ۳۶۰ نفر برآورد گردید، که در نهایت ۴۰۰ نفر وارد مطالعه شدند. نمونه گیری به صورت تصادفی از بیماران بستری در

بیمارستان به ترتیب اولویت پاسخ‌دهی، عبارات "عدم آگاهی از احکام نماز گزار در شرایط بیماری" (۳۶/۸٪)، "ترک نماز به دلیل شدت ضعف و بیماری" (۲۲/۵٪)، "تصور دلچسب نبودن محیط بیمارستان جهت انجام نماز" (۲۱/۵٪)، "قصد قضای نماز پس از بهبودی به صورت کامل و صحیح" (۱۵/۵٪) و "ساقط بودن نماز مانند روزه از بیماران" (۳/۷٪) بود.

در میان مشکلات ساختاری اولویت پاسخ‌دهی نمونه‌های مورد پژوهش عبارت بودند از: "عدم چیدمان مناسب تخت‌ها برای انجام نماز (رو به قبله نبودن تخت‌ها)" (۳۲/۲٪)، "عدم مراعات پاکی و نجاست در سرویس‌های بهداشتی بیمارستان" (۳۰/۸٪)، "عدم یاری و کمک کارکنان بیمارستان در انجام نماز" (۱۸/۵٪)، "عدم دسترسی به استحمام در صورت نیاز" (۱۵٪)، "در دسترس نبودن نمازخانه بیمارستان" (۳/۵٪). همچنین اکثر مشکلات و موانع انجام نماز در بیماران بستری که در شرایط فعلی بیماری خود نماز می‌خواندند، مشکلات ساختاری بیمارستان گزارش شد (۹۶/۴٪) که از میان آنها، مشکلات انجام طهارت و عدم مراعات پاکی و نجاست در سرویس‌های بهداشتی (۴۵/۹٪) از اولویت پاسخ‌های مثبت به شمار می‌رفت.

بخش‌های ارتوپدی و جراحی مردان و زنان صورت گرفت. در قسمت دوم پرسشنامه، برای نمونه مورد بررسی در صورتی که در وضعیت فعلی بیماری نماز می‌خواند، ۹ پرسش و در غیر این صورت ۵ پرسش ثانوی مطرح گردید. پاسخ‌دهی عبارات به صورت بلی، خیر و نمی‌دانم بود، به طوری که در جواب به عبارات گزینه "بلی" نمره ۲، گزینه "خیر" نمره ۱ و گزینه "نمی‌دانم" نمره صفر تعلق گرفت. بدین ترتیب دامنه نمرات در حیطه مشکلات فردی بین ۱۰-۰ و در حیطه مشکلات ساختاری بین ۱۲-۰ بود. داده‌ها به کمک آمار توصیفی، میانگین و انحراف معیار در نرم‌افزار SPSS تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها

از ۴۰۰ نمونه مورد مطالعه، ۲۶۰ نفر زن و ۱۴۰ نفر مرد بودند که دامنه سنی آنان ۱۶-۶۲ سال با میانگین و انحراف معیار 39 ± 3 سال بود. نتایج نشان داد اکثریت نمونه‌های مورد بررسی در شرایط بیماری خود نماز نمی‌خواندند (۷۲/۲٪)، اکثر مشکلات و موانع انجام نماز در بیماران بستری که در شرایط فعلی بیماری خود قادر به اقامه نماز نبودند؛ به ترتیب اولویت ۹۸/۲٪ به علت مشکلات فردی و ۸۳/۸٪ به علت مشکلات ساختاری بیمارستان گزارش شد (جدول). در میان مشکلات فردی جهت انجام فریضه نماز در

جدول: توزیع فراوانی نمونه‌های مورد پژوهش برحسب پاسخ به عبارات مشکلات فردی

سؤالات	پاسخ‌ها		
	بلی	خیر	نمی‌دانم
آیا دلیل نماز نخواندن شما آن است که فکر می‌کنید نماز مانند روزه از بیماران ساقط است؟	۷۵	۳۱۲	۱۳
آیا به دلیل شدت ضعف و بدحالی می‌شود نماز را ترک کرد؟	۹۹	۲۸۱	۲۰
آیا به دلیل عدم رعایت پاکی و نجاست در محیط بیمارستان می‌توان نماز را نخواند؟	۱۰۹	۲۶۳	۲۸
آیا فکر می‌کنید احکام نماز بیماران سخت و پیچیده است و به خاطر دشواری احکام می‌شود نماز را ترک کرد؟	۸۹	۲۹۷	۱۴
آیا ترجیح می‌دهید قضای نماز را پس از بهبودی به صورت کامل به جا آورید؟	۳۳۸	۳۶	۲۶

بحث

اکثر بیماران از اینکه نمی‌توانند نماز خود را در بیمارستان و در شرایط بستری به خوبی انجام دهند در رنج و عذاب می‌باشند. با توجه به اینکه در فرهنگ اسلامی نماز جایگاه والایی داشته و بدون آن دین فرد کامل نیست و به خصوص در بحبوحه بستری شدن که بیمار نیاز بیشتری به آرامش، ارتباط و توسل به خدا دارد، انجام نماز می‌تواند به عنوان مهم‌ترین منبع و

نتایج نشان داد بیماران در اقامه نماز، این نیاز اساسی روحی و معنوی خود در بیمارستان، با مشکلات عدیده‌ای روبه‌رو هستند و متأسفانه بسیاری از کارکنان حرفه‌ای بیمارستان‌ها نیز دارای این پیش فرض بوده که بیماران خود تمایلی به این کار ندارند و بدون بررسی این موضوع را نتیجه‌گیری می‌کنند. درحالی که

آسان ترین راه، شرایط بهتری برای تحمل بیماری و بازیافت سلامتی فراهم نماید. همان طور که Levin و همکارانش در تحقیق خود از تجربه یک بیمار در رابطه با نیایش با خداوند در حین بیماری چنین بیان نمودند: "وقتی نماز می خوانم احساس می کنم که تخلیه می شوم؛ زیرا با آفریننده خود سخن می گویم، کسی که بیماری و شفا هر دو در دست اوست (۱۱). در تحقیقاتی که نیایش را به نتایج روانی مثبت ارتباط می دهد، آمده است پرستاران باید به این مهم توجه داشته باشند که بسیاری از بیماران برای یافتن آرامش در هنگام بیماری به نیایش نیاز دارند. لذا محققین بر این مسئله تأکید دارند که مراقبت کنندگان با توجه به این نکته، بایستی از نماز و نیایش بیماران در بیمارستان حمایت کنند. Halligan در مطالعه خود با عنوان تجارب مراقبت از بیماران مسلمان به این نکته اشاره نمود که در مراقبت از بیماران مسلمان کارکنان باید در مورد دین اسلام اطلاعات کافی داشته و در مراقبت از بیمار خود آنها را لحاظ کنند که در این خصوص مهم ترین مسئله همان نماز است (۱۹). عابدی و همکارانش نیز می گویند: نگرش پرستاران به شخصی بودن جنبه مذهبی بیماران، از موانع مراقبت مذهبی است که تأثیر عمده ای بر ارائه مراقبت مذهبی می گذارد. بسیاری از کارکنان پرستاری تصور دارند مسئله مذهب یک مسئله خصوصی بوده که پشت درهای بسته قرار می گیرد 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 (۲۰). در مطالعه حاضر، از موانع عمده ای که نمونه های مورد پژوهش، آن را از اولویت پاسخ دهی می دانستند؛ عدم رعایت طهارت در بیمارستان بود. از جمله عواملی که می توان در این زمینه به آن اشاره نمود؛ آلودگی لباس ها و بدن به ادرار و مدفوع، خونی بودن لباس، بدن و پانسمان ها شامل: چسب کاتتر وریدی، آلودگی تخت و میز به خون و ترشحات دیگر می باشد. در این راستا کریم الهی و عابدی در تحقیقی کیفی که به منظور تجربه بیماران از نماز در بیمارستان انجام دادند، دریافتند بیماران برای اقامه نماز خود در بیمارستان با موانعی مواجه هستند؛ به طوری که بیماری در این خصوص بیان نمود "به علت وجود برانول و چسب خونی قادر به

تیمم و وضو نبوده است". بایستی متوجه بود افراد برای انجام نماز نیاز به آمادگی دارند (وضو یا تیمم) و نیز ممکن است در جستجوی خلوت، پوشاک مناسب یا شنیدن اذان باشند. به طوری که در مطالعه کریم الهی و عابدی، خانمی در تجربیات خود از ادای نماز در بیمارستان ذکر می نماید که: "۳ روز است به علت نداشتن جامه پاک نماز نخوانده است" (۱۸). در مطالعه حاضر، فراهم نبودن برخی امکانات لازم برای طهارت فردی بیماران (حمام) در همه اتاق ها، یکی دیگر از موانع انجام نماز بود. کریم الهی و عابدی نیز در پژوهش خود پیشنهاد دادند فراهم نمودن امکانات لازم برای طهارت بیماران منجر به این احساس در بیمار می شود که به نیاز عبادتی او پاسخ داده شده است و احساس آرامش وی را در پی دارد. آنان در سطح کلان توصیه نمودند بخش های بیمارستان طوری طراحی شود که امکان انجام وضو بدون آلودگی و نماز خواندن برای بیمار مهیا باشد، تا بیماران با آرامش خاطر این عبادت را به جا آورند؛ به خصوص که اکثر بیماران دچار نوعی آرمان گرایی بوده و در صورت عدم اطمینان از طهارت خود این وظیفه را به بعد موکول می کنند. همچنین بهتر است نمازخانه ای ساکت، تمیز و مفروش برای بیمار در نظر گرفته شود (۱۸). در این مطالعه، اکثر بیماران نسبت به احکام نماز گزاران در حین بیماری آگاهی مناسب نداشته و اجرای احکام نماز در حین بیماری را دشوار می دانستند. در این راستا می توان با بهره گیری از بروشور به زبان ساده، احکام مورد نیاز بیماران را در دسترس آنان قرار داد.

نتیجه گیری

با توجه به اهمیت نماز در دین اسلام و فرهنگ ایرانی و تحقیقات وسیعی که نشان دهنده تأثیر مثبت این فریضه در سلامت جسمی و روحی بیمار می باشد و نیز نتایج تحقیق حاضر که بیانگر وجود برخی موانع انجام فریضه نماز در بیمارستان بوده است، پیشنهاد می گردد؛ تا با برنامه ریزی صحیح و اصولی، نشر جزوات و بروشورهای آموزشی در خصوص اهمیت نماز و احکام مخصوص بیماران، اقامه نماز هرچه باشکوه تر در بیمارستان ها برگزار شود؛ زیرا نخستین ثمره حکومت صالحان برپایی نماز است (۱۸).

References:

1. Nasr A, Moipour H, Arizi H, Bagheri Z. Effective Factors in Absorbtion of Student to Prayer. J Noavari Amouzeshi 2008;26(7):1-6.
2. Swarbrick P, Burkhardt A. Spiritual Health: Implications for The Occupational Therapy Process. Mental Health Special Interest Section Quarterly 2000;23:1-3.
3. Ameling A. Prayer: An Ancient Healing Practice Becomes New Again. Holistic Nursing Practice 2000;14:40-48.
4. Bashlide K, Maktabi G, Taghipour M, Shokrkon H. Effective Factors in Absorbtion of High School Student to Prayer in Khozestan. J Olome Tarbiati Va Ravanshenasi 2003;3(10):63-90. [Full Text in Perain]
5. O'Laoire S. An Experimental Study of The Effects of Distant, Intercessory Prayer on Self-Esteem, Anxiety and Depression. Altern Ther Health Med 1997;3:38-42,44-53.
6. Saudia TL, Kinney MR, Brown KC, Young-Ward L. Health Locus of Control and Helpfulness of Prayer. Heart Lung 1991;20:60-65.
7. Saudia TL, Kinney MR, Brown KC, Young-Ward L. Health Locus of Control and Helpfulness of Prayer. Heart Lung 1991;20:60-65.
8. 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. Arch Intern Med 1999;159:2273-8.
9. King DE, Bushwick B. Beliefs and Attitudes of Hospital Inpatients about Faith Healing and Prayer. Journal of Family Practice 1994;39:349-352.
10. Koenig HG. Religious Attitudes and Practices of Hospitalized Medically Ill Older Adults. Int J Geriatr Psychiatry 1998;13:23-224.
11. Levin J, Larson D, Puchalski C. Religion and Spirituality In Medicine: Research and Education. Journal of The American Medical Association 1997;278:792-793.
12. McCullough ME. Prayer and Health: Conceptual Issues, Research Review, and Research Agenda. Journal of Psychology and Theology 1995;23:15-29.
13. Taylor EJ. Spiritual Care: Nursing Theory, Research, and Practice. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2001.
14. Unruh A, Versnel J, Kerr N. Spirituality Unplugged: A Review of Commonalities and Contentions, and a Resolution. Canadian Journal of Occupational Therapy 2002;69:5-19.
15. Levin JS, Taylor EJ, Chatters LM. A Multidimensional Measure of Religious Involvement for African Americans. Sociological Quarterly 1995;36:157-173.
16. Waldfogel S. Spirituality in Medicine. Complementary and Alternative Therapy in Primary Care 1997;24:963-975.
17. Najafi M, Jafari A, Raei M. The Principle of Prayer for Patients. Isfahan: Kancash Publisher; 2003. [Full Text in Perain]
18. Karimallahi M, Abedi HA. Patients' Experience of Prayer in Hospital. Pajoohesh Parastari 2008;3:64-73. [Full Text in Perain]
19. Halligan P. Caring for Patients of Islamic Denomination: Critical Care Nurses' Experiences in Saudi Arabia. Journal of Clinical Nursing 2006;15:1565-1573.
20. Abedi HA, Asgari M, Kazemi Z, Saffarifard F. Religious Care in Hospitalized Patients and its Barriers. Teb VA Tazkieh J 2005;4. [Full Text in Perain]