







A Study of Religious Care Needs in Patients Admitted to Allameh Bohlool Gonabadi Hospital

Maryam Moradi¹ , Nasim Khajavian² , Matine Khoshkhoo¹ , Mostafa Amiri³ ,
 Hamideh Mohammadzadeh⁴ , Leila Sadeghmoghadam^{5*} 

1- Nursing Research Center, Gonabad University of Medical Sciences, Gonabad, Iran.

2- Social Development and Health Promotion Research Center, Gonabad University of Medical Sciences, Gonabad, Iran.

3- Department of General Education, School of Medicine, Gonabad University of Medical Sciences, Gonabad, Iran.

4- Department of Dermatology, School of Medicine, Gonabad University of Medical Sciences, Gonabad, Iran.

5- Department of Nursing, School of Nursing, Social Development and Health Promotion Center, Gonabad University of Medical Sciences, Gonabad, Iran.

*Correspondence should be addressed to Dr. Leila Sadeghmoghadam; Email: ls_moghadam@yahoo.com

Article Info

Received: May 26, 2021

Received in revised form:
 Jul 3, 2021

Accepted: Aug 3, 2021

Available Online: Dec 22, 2022

Keywords:

Hospital care

Religious care

Religious needs

Abstract


Background and Objective: Religious activities are considered as an important source for dealing with diseases. Research has shown that religion and religious beliefs are effective in adapting to adversity, and help the patient regain his/her health sooner. Anxiety caused by separation from religious orders has a negative effect on the course of the disease and prolongs hospital stay and causes undesirable psychological complications in individuals. Therefore, the study was designed to investigate the religious care needs of the patients admitted to Allameh Behlool Gonabadi Hospital.

Methods: This descriptive cross-sectional study was performed with the participation of 622 patients admitted to Allameh Bohlool Gonabadi Hospital in 2018. Data were collected through demographic information questionnaire and religious care questionnaire in general wards of the hospital. Data analysis was performed using descriptive and analytical statistics. In this study, all ethical considerations were observed and the authors reported no conflict of interests.

Results: Based on the obtained results, the mean and standard deviation of age and length of hospitalization of the participants in this study were 46.50 ± 21.21 and 2.76 ± 2.64 , respectively. Out of the 60.5% female participants, 78.5% were married and 48.4% were housewives. Also, 60% of them were literate. In addition, the results of chi-square test showed a significant relationship in all dimensions of religious needs ($P < 0.001$).

Conclusion: According to the results of this study, religious care is very important and necessary from the patients' perspective. Therefore, it is suggested that managers and planners of hospital care departments consider religious care as a part of comprehensive hospital care to keep the patients satisfied with the provision of nursing care.



 <https://doi.org/10.22037/jrrh.v8i4.35003>

Please cite this article as: Moradi M, Khajavian N, Khoshkhoo M, Amiri M, Mohammadzadeh H, Sadeghmoghadam L. A Study of Religious Care Needs in Patients Admitted to Allameh Bohlool Gonabadi Hospital. Journal of Pizhūhish dar dīn va salāmat. 2022;8(4):59-70. <https://doi.org/10.22037/jrrh.v8i4.35003>

Summary

Background and Objective

Religion leads to the development of a positive attitude toward the world helping the individual

against undesirable events in life such as diseases and making him/her hopeful toward the improvement of his/her life (1). Religion increases endurance and acceptance of unchangeable situations (2). Besides its role in adaptation to the disease, religion also influences the medical

decisions to be made by the patients (3). Religious activities are considered as an important source of fighting diseases. Religious adaptive strategies help to maintain and promote the patient's self-esteem, purposefulness and sense of life and increase mental peace and optimism (1, 4). When a person is admitted to a hospital, s/he has certain needs in relation to the religious practices. If these needs are satisfied, they will influence the speed of recovery and reaching spiritual health and, consequently, the quality of life. Therefore, it is important that patients receive the required help for satisfying their spiritual needs.

Given the fact that providing religious care to the patients is among the responsibilities of medical health care providers and Gonabad is one of the Iranian religious cities, satisfying the religious needs of the hospitalized patients is of great significance. To provide religious care and satisfy the religious needs of the patients, the first step to be taken is to find out their religious needs. Currently, based on evidence, providing religious care to the patients is of lower significance. On the other hand, there has been no comprehensive research on religious care, religious care needs, and the factors influential in their implementation in Iran particularly in Gonabad. Therefore, this study investigates the religious care needs of patients admitted to Allameh Behloul Gonabadi Hospital.

Methods

Compliance with ethical guidelines: Following the ethical guidelines: The ethical considerations including explaining the purpose of the study, ensuring confidentiality of the participants' personal information, obtaining their informed consent, and leaving them free to withdraw from the study were observed in the present study.

The present study is descriptive cross-sectional. The statistical population of the study included all patients with 12 years of hospitalization in general units of Allameh Bohloul Gonabadi Hospital, Iran. The sample population was selected using Cochran's formula for determining sample size from asymmetric communities; 10% of the patients admitted to the hospital based on their physicians' diagnosis in the past year were selected.

The inclusion criteria included the patients' consent, being in the age range of 12-90 years old, have passed minimum 24 hours after hospitalization, hearing and speech health (ensured by observation and asking the patient about his/her health), cognitive health (measured using the abbreviated Mental Test in the participants older than 60 years old). The patients hospitalized in the psychiatric units of the hospital and the patients who were not able to take part in the study due to low level of consciousness were excluded from the study. The data collection instruments included a two-part questionnaire including demographic information and religious care questionnaire.

After obtaining permission from the Research Department of the university and making the required coordination with the hospital authorities, the researchers attended the general units of the hospital and selected the participants based on the already determined sample size and using accessible sampling method. After selecting the samples based on the inclusion criteria and obtaining oral consent from the participants, the questionnaire were completed by the researcher for the illiterate participants and as self-report for the literate participants.

Results

In this study, the data collected from 622 patients hospitalized in general units of Allameh Bohloul Gonabadi Hospital were submitted to analysis. Based on the obtained results, the mean and standard deviation of age and length of hospitalization of the participants in this study were 46.50 ± 21.21 and 2.76 ± 2.64 , respectively. 60.5% of the participants were female, 78.5% were married, 48.4% were housewives and 53.7% were urban residents. Also, 60% of them were literate. The results of chi-square test showed a significant relationship in all dimensions of religious needs (training needs, confirming the religious needs, the need for facilities, the physical environment, personnel, executional, ethical, and legal factors) ($P < 0.001$). Overall, the participants selected the answer 'yes' more than 'no'; this difference was statistically significant in all dimensions. The chi-square test showed the importance of all religious needs dimensions from the participants' perspective.

Table 1. Distribution of the absolute and relative frequency of the religious needs of the participants in the research

Dimension	Answer				P-value
	Yes		No		
	Frequency	Percentage	Frequency	Percentage	

Dimension	Answer				P-value
Training needs	481	77	141	23	<0.001
The essentiality of religious needs	424	69	198	31	
Facilities	509	81	113	19	
Physical environment	530	85	92	15	
Personnel	489	79	133	21	

*Chi-Square test

Conclusion

In the area of training needs, the findings revealed that the majority of the participants believe training religious care is essential. The results of the study by Zand and Rafiee also showed that religious care and training these cares to promote the level of clinical care are essential from the patients' perspective (6). In line with the findings of the present study, Shojaee et al. (7) and Delaney et al. showed that the presence of such groups as committed clergymen who are familiar with the medical issues and training religious care can reduce anxiety and depression in the patients and play an important role in reducing their problems and improving their spirit and in their final recovery.

With regard to the physical environment, according to the hospitalized patients, allocating a particular place in hospital for doing religious obligations is essential. This finding is consistent with the results of Zamanzadeh et al., who also showed that inappropriate care environment, lack of a private place for performing spiritual and religious duties and ignoring and disrespecting the patients' spiritual beliefs prevent their spiritual promotion and leads to this understanding in the patients that their spiritual and religious needs are not cared about (9).

The results related to personnel needs are indicative of the hospitalized patients' willingness to have religious nurses and care providers who respect the patients' religious beliefs. This result is matched with that of Zand and Rafiee (10).

Based on the studies, training religious care to patients is essential. Therefore, it is suggested that managers and planners of hospital care departments consider religious care as a part of comprehensive hospital care to keep the patients satisfied with the provision of nursing care.

Acknowledgements

We would like to thank the Research Department of Gonabad University of Medical Sciences, the Educational Department of Allameh Bohlool Gonabadi Hospital, the authorities of the hospital and the patients participating in the study.

Ethical considerations

According to the authors, the Ethics Committee in Biomedical Research of Gonabad University of Medical Sciences approved the present study under the ethics code of IR.GMU.REC.1397.125.

Funding

According to the authors, the Research and Technology Department of the Gonabad University of Medical Sciences sponsored this study.

Conflict of interest

The authors reported no conflict of interests.

Authors' contribution

Drafting the article: first and sixth authors; Statistical analysis: second author; Collecting data: third author; Designing and final revision of the article: third to fifth authors.

References

1. Hatamipour K, Rassouli M, Yaghmaie F, Alavi Majd H, Zendedel K. Cancer Patients of Religious Needs: A qualitative study. *Journal of Medical Figh.* 2014;6(20-21):141-69. (Full Text in Persian)
2. Hojjati H, Taheri N, Akhundzade G, Heydari B, Sharifnia S. Resorting to pray rate in hemodialysis patients of Golestan province. *Journal of Critical Care Nursing.* 2010;3(2):11-2. (Full Text in Persian)
3. Emamisigaroudi A, Basiri H, Nouri Saeed A, Rouhi Balasi L, Kazemnejad Leili E. Condition of religious care provided to hospitalized patients. *Journal of Holistic Nursing and Midwifery.* 2015;25(2):1-7.
4. Talebi R, Jouybari L, Sanagoo A. Explain the religious behaviors of mothers during child hospitalization: a qualitative study. *Journal of Pizhūhish dar dīn va Salāmat.* 2017;3(3):31-42. (Full Text in Persian)
5. Abedi HA, Asgari M, Kazemi Z, Safari Fard F, Nasiri M. Religious Care Of Hospitalized Patients And Its Barriers. *Teb Va Tazkieh.* 1384;14(2). (Full Text in Persian)
6. Zand S, Rafiei M. Patients' religious care: A neglected need in medical education. *Journal of medical education development.* 2016;8(20). (Full Text in Persian)

in Persian)

7. Shojaei S, Abbasi M, Rahimi T, Vahedian M, Farhadloo R, Movahed E, et al. The Effect of Religious Care by the Clergyman next to the Patients' Bedside on their Depression and Anxiety. *Journal of Pizhūhish dar dīn va salāmat*. 2018;4(3):45-55. (Full Text in Persian)

8. Delaney C, Barrere C. Blessings: the influence of a spirituality-based intervention on psychospiritual outcomes in a cardiac population. *Holistic Nursing Practice*. 2008;22(4):210-9.

9. Zamanzadeh V, Rassouli M, Abbaszadeh A, Nikanfar A-R, Alavi-Majd H, Mirza-Ahmadi F, et al. Spirituality in cancer care: a qualitative study. *Journal of Qualitative Research in Health Sciences*. 2014; 2(4): 366-78. (Full Text in Persian)

10. Zand S, Rafiei M. Assessment Of Religion Needs Of Patients In Hospital. *Teb Va Tazkieh*. 2011;19(4):7-9. (Full Text in Persian)

دراسة احتياجات الرعاية الدينية للمرضى الراقدين في مستشفى العلامة بهلول غنابادي

مريم مرادي^١، نسيم خواجهيان^٢، متينة خوشخو^٣، مصطفى اميري^٣، حميدة محمدزادة^٣،
ليلا صادق مقدم^٥

- ١- مركز أبحاث التمريض، كلية التمريض، جامعة غناباد للعلوم الطبية، غناباد، إيران.
 - ٢- مركز أبحاث التنمية الاجتماعية و تعزيز الصحة، جامعة غناباد للعلوم الطبية، غناباد، إيران.
 - ٣- مجموعة التعليم العام، كلية الطب، جامعة غناباد للعلوم الطبية، غناباد، إيران.
 - ٤- قسم الأمراض الجلدية، كلية الطب، جامعة غناباد للعلوم الطبية، غناباد، إيران.
 - ٥- قسم تمريض صحة المسنين و التمريض النفسي، كلية التمريض، مركز أبحاث التنمية الاجتماعية و تعزيز الصحة، جامعة غناباد للعلوم الطبية، غناباد، إيران.
- * المراسلات الموجهة إلى الدكتور ليلا صادق مقدم؛ البريد الإلكتروني: ls_moghadam@yahoo.com

الملخص

معلومات المادة

خلفية البحث وأهدافه: تعتبر الأنشطة الدينية مصدراً مهماً للسيطرة على الأمراض فقد أظهرت الأبحاث أنّ الدين و المعتقدات الدينية من العوامل المؤثرة في التكيف مع الخن ممّا يجعل المريض على استعادة صحته بشكل أسرع يتسبب القلق الناجم عن انفصال الشخص عن الطوائف الدينية في تأثير سلبي على التاريخ الطبيعي للمرض و يطيل مدة الإقامة في المستشفى حيث يسبب آثاراً نفسية ضارة لدي الناس. ومن هذا المنطلق تم تصميم الدراسة الحالية بهدف دراسة احتياجات الرعاية الدينية للمرضى الراقدين في مستشفى العلامة بهلول غنابادي.

الوصول: ١٤ شوال ١٤٤٢
وصول النص النهائي: ٢٢ ذى القعدة ١٤٤٢
القبول: ٢٣ ذى الحجة ١٤٤٢
النشر الإلكتروني: ٢٧ جمادى الأولى ١٤٤٤

الكلمات الرئيسية:

الرعاية الدينية
الرعاية الإستشفائية
الحاجة الدينية

منهجية البحث: اجريت هذه الدراسة الوصفية المقطعية بمشاركة ٦٢٢ مريضاً تم إدخالهم في مستشفى العلامة بهلول غنابادي في عام ٢٠١٨. تم جميع البيانات من خلال استبيان المعلومات الديموغرافية و استمارة الرعاية الدينية في الأقسام العامة بالمستشفى. تم تحليل البيانات باستخدام الإحصاء الوصفي و التحليلي. تمت مراعاة جميع الموارد الأخلاقية في هذا البحث وإضافة إلى ذلك فإن مؤلفي البحث لم يشيروا إلى أي تضارب في المصالح.

المعطيات: بناءً على النتائج التي تم الحصول عليها، كان المتوسط الإنحراف المعياري للعمر و فترة الإستشفاء المشاركين في هذه الدراسة ٢١/٢١±٤٠/٥٠ و ٦٤/٦٤±٢/٧٦ على التوالي. ٦٠/٥٪ من المشاركات كانت ٧٨/٥٪ متزوجات و ٤٨/٤٪ ربات بيوت. كما أن ٦٠٪ من هؤلاء الناس يعرفون القراءة والكتابة. بالإضافة إلى ذلك أظهر اختبار مربع كاي علاقة ذات دلالة إحصائية في جميع أبعاد الاحتياجات الدينية.

الاستنتاج: حسب نتائج هذه الدراسة فإنّ الحاجة للرعاية الدينية مهمة جداً و ضرورية للمرضى. لذلك يقترح على مديري و مخططي قسم الرعاية بالمستشفى اعتبار الرعاية الدينية جزءاً من الرعاية الشاملة في المستشفى مما سيؤدي الى رضا المرضى عن الرعاية التمريضية.

يتم استناد المقالة على الترتيب التالي:

Moradi M, Khajavian N, Khoshkhoo M, Amiri M, Mohammadzadeh H, Sadeghmoghadam L. A Study of Religious Care Needs in Patients Admitted to Allameh Bohlool Gonabadi Hospital. Journal of Pizhūhish dar dīn va salāmat. 2022;8(4):59-70. <https://doi.org/10.22037/jrrh.v8i4.35003>

بررسی نیازهای مراقبت مذهبی بیماران بستری در بیمارستان علامه بهلول گنابادی

مریم مرادی^۱، نسیم خواجهویان^۲، متینه خوشخو^۱، مصطفی امیری^۳، حمیده محمدزاده^۴، لیلا صادق مقدم^{۵*}

- ۱- مرکز تحقیقات پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران.
- ۲- مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقای سلامت، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران.
- ۳- گروه آموزشی عمومی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران.
- ۴- گروه بیماری‌های پوست، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران.
- ۵- گروه پرستاری سلامت سالمندان و روان پرستاری، دانشکده پرستاری، مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقای سلامت، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران.

*مکاتبات خطاب به دکتر لیلا صادق مقدم؛ رایانامه: ls_moghadam@yahoo.com

اطلاعات مقاله

دریافت: ۵ خرداد ۱۴۰۰

دریافت متن نهایی: ۱۲ تیر ۱۴۰۰

پذیرش: ۱۲ مرداد ۱۴۰۰

نشر الکترونیکی: ۱ دی ۱۴۰۱

واژگان کلیدی:

مراقبت مذهبی

مراقبت‌های بیمارستانی

نیاز مذهبی

چکیده

سابقه و هدف: فعالیت‌های مذهبی منبعی مهم در مقابله با بیماری‌ها محسوب می‌شود. تحقیقات نشان داده است که مذهب و باورهای دینی از عوامل تأثیرگذار در سازگاری با سختی‌ها است که موجب می‌شود بیمار سلامتی خود را زودتر به دست آورد. اضطراب ناشی از جدانشدن فرد از فرمان‌های مذهبی سبب تأثیر منفی بر سیر بهبود بیماری و طولانی‌تر شدن مدت زمان بستری در بیمارستان و ایجاد عوارض روانی نامطلوب در افراد می‌شود. از این رو، پژوهش حاضر با هدف بررسی نیازهای مراقبت مذهبی بیماران بستری در بیمارستان علامه بهلول گنابادی طراحی شده است.

روش کار: این مطالعه توصیفی-مقطعی با شرکت ۶۲۲ نفر از بیماران بستری در بیمارستان علامه بهلول گنابادی در سال ۱۳۹۷ انجام شده است. داده‌ها از طریق پرسش‌نامه اطلاعات جمعیت‌شناختی و پرسش‌نامه مراقبت مذهبی در بخش‌های عمومی بیمارستان جمع‌آوری شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و تحلیلی انجام گرفت. در این پژوهش همه موارد اخلاقی رعایت شده است و مؤلفان تضاد منافی گزارش نکرده‌اند.

یافته‌ها: بر اساس نتایج به دست آمده، میانگین و انحراف معیار سنی و مدت زمان بستری افراد شرکت‌کننده در این مطالعه به ترتیب $46/50 \pm 21/21$ و $2/76 \pm 2/64$ بود. $60/15\%$ از شرکت‌کنندگان زن، $78/5\%$ متأهل و $48/4\%$ خانه‌دار بودند و 60% این افراد نیز سواد خواندن و نوشتن داشتند. علاوه بر این، آزمون خی‌دو در تمامی ابعاد نیازهای مذهبی ارتباط آماری معنی‌داری نشان داد ($P < /0.01$).

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های حاصل از این پژوهش، نیاز به مراقبت مذهبی از نظر بیماران بسیار مهم و ضروری است. بنابراین، پیشنهاد می‌شود مدیران و برنامه‌ریزان بخش مراقبت‌های بیمارستانی انجام مراقبت‌های مذهبی را بخشی از مراقبت‌های جامع بیمارستانی محسوب نمایند که در نتیجه موجب رضایتمندی بیماران از ارائه مراقبت‌های پرستاری خواهد شد.

استناد مقاله به این صورت است:

Moradi M, Khajavian N, Khoshkhoo M, Amiri M, Mohammadzadeh H, Sadeghmoghadam L. A Study of Religious Care Needs in Patients Admitted to Allameh Bohlool Gonabadi Hospital. Journal of Pizhūhish dar dīn va salāmat. 2022;8(4):59-70. <https://doi.org/10.22037/jrrh.v8i4.35003>

مقدمه

مذهب موجب ایجاد نگرش مثبت نسبت به دنیا در فرد می‌شود و او را در مقابل رویدادهای ناگوار زندگی مانند فقدان یا بیماری یاری می‌رساند و با ایجاد انگیزه و انرژی در فرد، وی را به بهتر شدن زندگی امیدوار می‌کند (۱). این امر موجب افزایش تحمل و پذیرش موقعیت‌های تغییرناپذیر می‌شود و در بسیاری از موارد اضطرابی که علم‌قادر به کمک به فرد نیست، این مسئله از اهمیت خاصی برخوردار است (۲). علاوه بر نقش مذهب در سازگاری و تطابق با بیماری، ممکن است تصمیم‌گیری‌های درمانی بیماران نیز تحت تأثیر مذهب قرار گیرد (۳). اعمال مذهبی مثل نماز خواندن و دعا کردن راهبرد سازگار شایعی است که احساس لیاقت و امید را افزایش می‌دهد (۱، ۴). فعالیت‌های مذهبی منبعی مهم در مقابله با بیماری‌ها محسوب می‌شود. راهبردهای سازگاری مذهبی سبب حفظ و ارتقای عزت نفس بیمار، ایجاد حس هدفمندی و معناداری زندگی، افزایش آسودگی روانی و امیدواری می‌شود (۱، ۵). از آنجایی که ما در کشوری زندگی می‌کنیم که پایبندی به احکام شرعی و ارزش‌های دینی در آن بخش جدایی‌ناپذیری از زندگی و حتی لحظات مرگ تلقی می‌شود، بنابراین، رعایت اصول مذهبی و برطرف ساختن نیازهای مذهبی بیماران امری لازم و ضروری است (۶).

اعمال مذهبی ممکن است موجب معالجه بیمار نشود، اما می‌تواند به فرد کمک کند تا احساس خوبی داشته باشد، از برخی مشکلات سلامتی جلوگیری کند و با بیماری و مرگ به راحتی کنار آید. منابع مذهبی می‌تواند موجب ایجاد حس کلی امید و دیدگاه مثبت به زندگی گردد (۷). وقتی فردی وارد بیمارستان می‌شود جهت انجام اعمال مذهبی نیازهای خاصی دارد که اگر برطرف شود بر سرعت بهبودی و رسیدن به سطح سلامت معنوی و در نتیجه بر کیفیت زندگی او تأثیر می‌گذارد. پس این مسئله مهم است که بیماران کمک لازم را برای برطرف شدن نیازهای معنوی‌شان دریافت کنند. البته معنویت منحصر به مذهب نمی‌شود بلکه شامل آن می‌شود (۸).

بیشتر بیماران خواهان رسیدگی و برآورده شدن نیازهای معنوی و مذهبی خود هستند (۹). در نتیجه گروه درمانی باید نیازهای روحانی و مذهبی فرهنگ‌های متفاوت را بشناسد و بر همین اساس آموزش بیماران و نیازسنجی آنان صورت گیرد. جهت انجام این امر باید نیازهای مذهبی بیمار در طول بستری

مشخص شود و بر اساس آن برنامه‌ریزی صورت گیرد (۱۰). مطالعه حسینی و همکاران نشان داده است که الگوی مراقبت معنوی-مذهبی ریچاردز و برگین^۱ (با تمرکز بر آیین اسلام) بر کاهش اضطراب بیماران قبل از عمل جراحی قلب باز مؤثر است (۱۱). پژوهش عراقیان مجرد و همکاران بیانگر این است که با توجه به رویکرد جامع‌نگر مراقبت، گروه درمانی باید به بُعد مذهبی نیز همراه با ابعاد دیگر بپردازد و رعایت اصول مذهبی و فراهم کردن شرایط لازم برای اعمال مذهبی از اولین فعالیت‌های رفع نیازهای مذهبی آنان به شمار می‌رود (۱۲). نتایج مطالعه زند و رفیعی حاکی از این است که انجام مراقبت‌های مذهبی از نظر بیماران بسیار مهم و ضروری است (۱۴).

با توجه به اینکه ارائه مراقبت مذهبی به بیماران از وظایف مراقبان درمانی است و شهر گناباد یکی از شهرهای مذهبی کشور است، رفع نیازهای مذهبی بیماران بستری اهمیت فراوانی پیدا می‌کند. جهت مراقبت مذهبی و رفع نیازهای دینی و مذهبی بیماران، نخستین فعالیت تعیین نیازهای مذهبی آنان است. در حال حاضر با توجه به شواهد موجود، در بخش‌های درمانی توجه به مراقبت‌های مذهبی بیمار بسیار کم‌اهمیت شده است؛ از طرفی تحقیقات جامع و کاملی درباره مراقبت‌های مذهبی، نیازهای مراقبت مذهبی و عوامل مؤثر در اجرای آنها در ایران به‌ویژه در شهرستان گناباد صورت نگرفته است. این پژوهش با هدف سنجش نیاز مراقبت‌های مذهبی در حوزه‌های درمانی بیمارستان علامه بهلول گنابادی انجام شده است.

روش کار

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: اصول اخلاقی پژوهش شامل بیان واضح اهداف، اطمینان‌دادن به افراد درباره محرمانه بودن اطلاعات شخصی، رضایت آگاهانه و اختیاری بودن شرکت در پژوهش رعایت شده است.

مطالعه حاضر از نوع توصیفی-مقطعی است. جامعه پژوهش تمام بیماران بالای ۱۲ سال بستری در بخش‌های عمومی بیمارستان علامه بهلول گنابادی بود. حجم نمونه بر اساس اصل کوکران در تعیین حجم نمونه از جوامع نامتقارن، ۱۰٪ بیماران که به تشخیص پزشک معالج در بیمارستان علامه بهلول گنابادی در سال گذشته بستری بودند انتخاب

^۱ Richards and Bergin

و میزان تحصیلات بیماران را در بر می‌گیرد.

۲) پرسش‌نامه مراقبت مذهبی: زند و رفیعی این پرسش‌نامه را در سال ۱۳۸۹ طراحی کرده‌اند (۱۳). مقیاس مذکور ۴۶ سؤال و ۷ حیطه دارد که ۱۱ گویه در حیطه آموزشی، ۶ گویه در حیطه ضرورت نیازهای مذهبی، ۷ گویه در حیطه امکانات، ۵ گویه در حیطه محیط فیزیکی، ۶ گویه در حیطه عوامل اجرایی، ۶ گویه در حیطه کارمندی و ۵ گویه در حیطه اخلاق و حقوق. به منظور تعیین اعتبار پرسش‌نامه از روش سنجش اعتبار محتوا استفاده شد؛ به طوری که پرسش‌نامه در اختیار ۱۰ نفر از اعضای هیئت علمی با تخصص‌های مختلف (با گرایش‌های پرستاری، روان‌شناسی و روحانیت) قرار گرفت تا روایی محتوا و صوری آن با استفاده از خبرگان تأیید شد. برای تعیین ثبات درونی نیز ۳۰ نفر بررسی شدند. با توجه به اینکه پاسخ سؤالات به صورت صحیح و غلط بود، جهت سنجش پایایی از روش کودر-ریچاردسون^۳ استفاده شد که با استفاده از این ضریب مقدار پایایی $K-R=0/9442$ برآورد شد (۱۳). تجزیه و تحلیل داده‌ها در دو بخش آمار توصیفی (جدول فراوانی، میانگین و انحراف معیار) و استنباطی (خی دو) انجام شد. مقدار P نیز در این آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در این مطالعه اطلاعات مربوط به ۶۲۲ بیمار بستری در بخش‌های عمومی بیمارستان علامه بهلول گنابادی تجزیه و تحلیل شد. میانگین و انحراف معیار سنی و مدت زمان بستری افراد شرکت‌کننده در این مطالعه به ترتیب $21/21 \pm 46/50$ و $2/64 \pm 2/76$ بود. ۶۰/۵٪ از شرکت‌کنندگان زن، ۷۸/۵٪ متأهل و ۴۸/۴٪ خانه‌دار بودند. همچنین ۶۰٪ این افراد سواد خواندن و نوشتن داشتند. آزمون خی دو نشان داد که در تمامی ابعاد نیازهای مذهبی (نیاز آموزشی، تصریح نیاز مذهبی، نیاز به امکانات، محیط فیزیکی، کارمندی، عوامل اجرایی و اخلاقی و حقوقی) به طور میانگین بیماران شرکت‌کننده در پژوهش پاسخ «بله» را نسبت به «خیر» بیشتر انتخاب کردند که این تفاوت از لحاظ آماری در تمامی ابعاد معنی‌دار بود. آزمون خی دو نیز اهمیت تمامی ابعاد نیازهای مذهبی را از نظر شرکت‌کنندگان نشان داد.

شد. برابر آمار سال گذشته، حجم نمونه ۶۲۲ نفر برآورد شد که به صورت سهمیه‌ای و بر اساس تعداد بیماران بستری در هر بخش تقسیم گردید. بر اساس این تقسیم‌بندی بخش جراحی ۱، ۸۴ نفر، جراحی ۲، ۱۰۲ نفر، جراحی ۳، ۱۰۸ نفر، جراحی ۴، ۱۸ نفر، مامایی، ۵۴ نفر، داخلی ۱، ۱۰۲ نفر، داخلی ۲، ۹۶ نفر و داخلی ۳، ۳۶ نفر برآورد شد.

معیارهای ورود به مطالعه عبارت بود از: رضایت فردی بیمار پاسخگو، سن بین ۱۲ تا ۹۰، سپری شدن دست‌کم ۲۴ ساعت از زمان بستری، سلامت شنوایی و تکلم بیمار (از طریق سؤال از خود بیماران و مشاهده) و سلامت شناختی (که با استفاده از پرسش‌نامه کوتاه‌شده وضعیت شناختی^۱ در سالمندان بالای ۶۰ سال سنجیده شد). بیماران بستری در بخش‌های روان و بیمارانی که به علت کاهش سطح هوشیاری قادر به همکاری نبودند از مطالعه خارج شدند.

یادآوری این نکته لازم است که با توجه به کمبود امکانات بیمارستان معمولاً بیماران بدحال و بیماران در مرحله پایانی عمر^۲ به بیمارستان بزرگ‌تر در مرکز استان منتقل می‌شوند و بیماران بستری در بیمارستان شرایط یکسانی دارند؛ در صورتی که بیمار در مرحله پایانی عمر قرار گرفته باشد و بیمارستان مرکزی شهرستان این بیماران را پذیرش نکرده باشد و بیمار بستری بخش باشد، خودبه‌خود این بیماران به دلیل نداشتن معیار ورود به مطالعه از جمله هوشیاری کامل، از مطالعه خارج شدند.

پس از کسب مجوز کار از معاونت پژوهشی دانشگاه و هماهنگی با مسئولان مربوط در بیمارستان علامه بهلول گنابادی، پژوهشگران به بخش‌های عمومی مراجعه و با توجه به حجم نمونه‌ای که از قبل مشخص شده بود به روش دردسترس نمونه‌ها را انتخاب نمودند. پس از انتخاب هر یک از نمونه‌ها و با توجه به معیارهای ورود به مطالعه و کسب رضایت آگاهانه شفاهی، پرسش‌نامه‌ها به روش مصاحبه به وسیله خود پژوهشگر برای افراد بی‌سواد و روش خودگزارشی برای افراد باسواد تکمیل گردید.

در پژوهش حاضر ابزارهای جمع‌آوری اطلاعات پرسش‌نامه‌ای دوبخشی شامل اطلاعات جمعیت‌شناختی و پرسش‌نامه مراقبت مذهبی بود.

۱) پرسش‌نامه اطلاعات جمعیت‌شناختی: این پرسش‌نامه اطلاعاتی از قبیل سن، جنس، وضعیت تأهل، شغل

^۱ Abbreviated Mental Test (AMT)

^۲ End Stage

^۳ Kuder-Richardson (K-R-20)

جدول ۱) توزیع فراوانی مشخصات جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان در پژوهش

متغیر	فراوانی (درصد)
جنسیت	مرد (۳۹/۵) ۲۴۶
	زن (۶۰/۵) ۳۷۶
تأهل	متأهل (۷۸/۵) ۴۸۸
	بدون همسر (۲۱/۵) ۱۳۴
تحصیلات	سواد خواندن و نوشتن (۶۰/۰) ۳۷۳
	دیپلم (۲۱/۹) ۱۳۶
محل سکونت	دانشگاهی (۱۸/۲) ۱۱۳
	شهر (۵۳/۷) ۳۳۴
شغل	روستا (۴۶/۳) ۲۸۸
	کارمند (۹/۰) ۵۶
نوع متغیر	خانه‌دار (۴۸/۴) ۳۰۱
	بی‌کار (۴۲/۶) ۲۶۵
انحراف معیار ± میانگین	
سن	۴۶/۵۰ ± ۲۱/۲۱
مدت زمان بستری	۲/۷۶ ± ۲/۶۴

جدول ۲) توزیع فراوانی مطلق و نسبی حیطه‌های نیازهای مذهبی شرکت‌کنندگان در پژوهش

نوع حیطه	پاسخ	*P- value
نیاز آموزشی	بله	خیر
	فراوانی	فراوانی
ضرورت نیاز مذهبی	درصد	درصد
	۴۲۴	۶۹
امکانات	۵۰۹	۱۱۳
	۸۱	۱۹
محیط فیزیکی	۵۳۰	۹۲
	۸۵	۱۵
کارمندی	۴۸۹	۷۹
	۲۱	۱۳۳

*Chi-Square test

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی نیازهای مراقبت مذهبی بیماران بستری در بیمارستان علامه بهلول گنابادی بود. یافته‌های پژوهش در حیطه نیاز آموزشی نشان داد که بیشتر شرکت‌کنندگان آموزش مراقبت مذهبی را امری ضروری و مهم می‌دانند. نتایج مطالعه زند و رفیعی حاکی از این است که

انجام مراقبت‌های مذهبی و آموزش این مراقبت‌ها جهت ارتقای سطح مراقبت‌های بالینی از نظر بیماران بسیار ضروری است (۱۰). این یافته با نتایج مطالعه حاضر همخوان است. نتایج مطالعه شجاعی و همکاران (۶)، دلانی^۱ و همکاران (۱۴) و دیویس^۲ و همکاران (۱۵) نشان می‌دهد که حضور افرادی نظیر روحانی متعهد و آشنا به مسائل درمانی در کنار افراد دیگر و آموزش مراقبت مذهبی می‌تواند موجب کاهش اضطراب و افسردگی بیماران شود و نقش بسزایی در کاهش مشکلات و تقویت روحیه بیماران و بهبودی آنان دارد. نتایج مطالعه عابدی و همکاران نشان می‌دهد که ناآگاهی پرستاران درباره انواع مراقبت‌های مذهبی و اطلاعات ناکافی آنان، نبود دستورالعمل آموزشی مشخص درباره ارائه این نوع مراقبت‌ها و نبود روحانی در تمام نوبت‌ها جهت پاسخ به سؤالات مذهبی بیماران از موانع رفع نیازهای مذهبی بیماران است (۸) که تا حدودی با نیازهای ارزیابی‌شده در پژوهش حاضر در بُعد آموزش همخوانی دارد. نتایج مطالعه عیسی‌زاده و همکاران از این حکایت دارد که توجه به آموزش در حیطه احکام شرعی پرستاران امری لازم و ضروری است و در نتیجه اجرای این فرایند می‌تواند موجب افزایش رضایتمندی بیمار از ارائه مراقبت پرستاری گردد (۱۶). با توجه به مطالعات انجام‌شده، آموزش مراقبت‌های مذهبی به بیماران اولویت دارد.

یافته‌های پژوهش در زمینه ضرورت نیازهای مذهبی نشان می‌دهد که بیشتر مشارکت‌کنندگان با ضرورت و انجام مراقبت مذهبی برای بیماران در بیمارستان موافق بودند. بر اساس مطالعات انجام‌شده، با افزایش سن جنبه معنویت و مذهبی افزایش می‌یابد یا در زندگی برجسته‌تر می‌شود. همچنین افراد مسن‌تر در برخوردهای روزانه احتمالاً تعامل بیشتری با ارزش‌ها و باورهای مذهبی در شیوه زندگی خصوصی دارند و مذهب را منبع مهم حمایت‌های روانی-اجتماعی خود می‌دانند (۳). نتایج مطالعه زند و رفیعی (۱۳) نیز با نتایج مطالعه حاضر همسو است. در مطالعه کاظمی و همکاران نیز بیماران شرکت‌کننده دارای نگرش دینی بالایی بودند که پژوهشگران پیشنهاد نمودند با انجام آموزش‌های مذهبی و معنوی از طرف روحانیون و دادن جزوات آموزش می‌توان آگاهی افراد را افزایش داد (۱۷).

بر اساس مطالعات انجام‌شده، بیشتر افراد و بیماران بستری در بیمارستان علاقه فراوانی به انجام مراقبت‌های مذهبی دارند

^۱ Delaney

^۲ Davis

جهت انجام اعمال مذهبی حکایت دارد (۳). بر اساس نتایج مطالعه دال^۳ و همکاران (۲۳) توجه به دیدگاه روانی-اجتماعی از قبیل احترام به عقاید و باورهای بیماران، امکانات، وسایل و وجود مکان‌هایی خاص جهت عبادت، هر چند کوچک در سلامت روانی مؤثر است. بنابراین، اختصاص مکانی در بیمارستان که بیماران یا همراهانشان بتوانند با صدای بلند دعا و نیایش خود را انجام دهند ضروری است.

نتایج به‌دست‌آمده دربارهٔ حیطة نیاز کارمندی گویای این است که بیماران بستری در بیمارستان تمایل دارند پرستاران و مراقبانشان اعتقاد مذهبی داشته باشند و به اعتقادات مذهبی بیماران احترام بگذارند. نتایج پژوهش زند و رفیعی نشان می‌دهد که بیشتر بیماران تمایل دارند کادر درمانی که از آنان مراقبت می‌کنند، اعتقادات مذهبی مناسب داشته باشند تا بتوانند اوقات شرعی و هماهنگی زمانی درمان بالینی را با انجام فرایض دینی در تمام نوبت‌های کاری، فارغ از مشغله‌های فکری رعایت کنند (۱۳). این یافته با نتایج پژوهش حاضر همخوان است. نتایج مطالعه عیسی‌زاده و همکاران نیز حاکی از این است که آموزش احکام شرعی به پرستاران امری لازم و ضروری است که موجب رضایتمندی بیماران از ارائهٔ مراقبت پرستاری می‌گردد (۱۶). مطالعه کریم‌اللهی و عابدی نشان می‌دهد که پرستاران می‌توانند نیایش بیمار را به طریقی حمایت کنند؛ این حمایت می‌تواند با احترام گذاشتن به نیاز برای زمان آرام و خلوت باشد (۲۱). نتایج مطالعه حسن‌دوست و همکاران که مراقبت مذهبی جزئی از آن است گویای این است که نگرش پرستاران نسبت به معنویت و مراقبت معنوی در حد متوسط قرار دارد (۲۴). نتایج مطالعه شهرآبادی و همکاران از این حکایت دارد که نگرش دانشجویان پرستاری و پزشکی سال آخر نسبت به مراقبت معنوی در سطح متوسط قرار دارد (۲۵).

با توجه به نتایج حاصل از پژوهش حاضر، نیاز به مراقبت مذهبی از نظر بیماران بسیار مهم و ضروری است. بنابراین، ضروری است که مدیران و برنامه‌ریزان بخش مراقبت‌های بیمارستانی انجام مراقبت‌های مذهبی را بخشی از مراقبت‌های جامع بیمارستانی محسوب نمایند تا در نتیجه موجب رضایتمندی بیماران از ارائهٔ مراقبت‌های پرستاری گردد.

محدودیت‌های پژوهش

اما به نظر می‌رسد به این مسئله هنوز به‌طور جدی توجه نشده است (۱۸). بنابراین، گروه درمان وظیفه دارد که برای ملاقات بیمار با روحانی جهت رفع نیازهای مذهبی اقدام کنند (۱۹). نتایج در حیطة نیاز امکانات نشان می‌دهد که وجود امکانات مذهبی در بیمارستان برای بیماران بستری از اهمیت خاصی برخوردار است. از مطالعات همخوان با مطالعه حاضر می‌توان مطالعه عابدی و همکاران (۸) و زند و رفیعی (۱۳) را نام برد. داویتسون^۱ و همکاران در بررسی خود نشان داده‌اند که شرکت‌کنندگان مسلمان پیشنهاد داده‌اند لوازمی مثل کتاب دعا، قطب‌نما و فرش نماز پاکیزه در تمامی بخش‌های بیمارستانی وجود داشته باشد و همچنین لباس بیماران مناسب و پوشیده باشد (۱۹). در مطالعه رهنما و همکاران مشارکت‌کنندگان از فراهم‌نبودن شرایط عبادت در بیمارستان به‌علت احتمال آلودگی و نجاست یا نبود امکان نمازخواندن به‌دلیل مداخلات سونداژ و کاتتر وریدی^۲ شکایت داشتند (۲۰). کریم‌اللهی و عابدی بر این باورند که افراد برای انجام نماز نیاز به آمادگی (وضو) دارند و نیز ممکن است در جست‌وجوی خلوت، پوشاک مناسب یا شنیدن اذان باشند و پیشنهاد نمودند برای فراهم‌آوردن امکانات لازم برای عبادت به این نیاز عبادی بیماران پاسخ داده شود (۲۱). نتایج مطالعات امامی سیگارودی (۳) و زمان‌زاده (۲۲) نیز حاکی از نامطلوب‌بودن امکانات مذهبی بیمارستان است. با توجه به اهمیت مذهب در جامعه اسلامی لازم است مدیران بیمارستان بیشتر به این امر توجه نمایند.

دربارهٔ نیاز به محیط فیزیکی، از نظر بیماران بستری وجود مکانی خاص در بیمارستان برای انجام فرایض دینی ضروری به نظر می‌رسد؛ این یافته با نتایج مطالعه زند و رفیعی (۱۳) همخوانی دارد. نتایج مطالعه زمان‌زاده و همکاران نشان می‌دهد که نامناسب‌بودن محیط مراقبتی، نبود فضای خصوصی برای اعمال معنوی و مذهبی و توجه‌نکردن و احترام به اعتقادات معنوی بیمار از تقویت معنوی پیشگیری و این درک را در بیماران ایجاد می‌کند که به نیازهای معنوی و مذهبی آنان توجه کافی نمی‌شود (۲۲). نتایج مطالعه رهنما و همکاران حاکی از این است که ازجمله نیازهای معنوی مطرح‌شدهٔ بیماران که بی‌پاسخ مانده، نبود فضای خصوصی برای دعا و عبادت در بخش است (۲۰). نتایج مطالعه امامی سیگارودی نیز از نامناسب‌بودن فضای فیزیکی بیمارستان

^۱) Davidson

^۲) Venuse Catheter

^۳) Dull

نگارش متن اصلی مقاله: مؤلفان اول و ششم؛ تحلیل آماری: مؤلف دوم؛ جمع‌آوری داده‌ها: مؤلف سوم؛ و مسئول، طراح و ویراستار نهایی مقاله: مؤلفان سوم تا پنجم.

با توجه به اینکه این مطالعه برای نمونه‌های مسلمان انجام شده است، نمی‌توان نتایج پژوهش حاضر را به سایر ادیان تعمیم داد. ممکن است بیماران به دلیل وضعیت جسمی نامناسب با تمرکز و دقت کمتری نسبت به وضعیت جسمی سالم به سؤالات پاسخ داده باشند. علاوه بر این، با توجه به اینکه گناباد یک بیمارستان عمومی دارد، بنابراین نمی‌توان نتایج مطالعه حاضر را به طور قطع به بیماران با بیماری‌های خاص از جمله بیماران مبتلا به سرطان و نقص ایمنی تعمیم داد.

References

1. Hatamipour K, Rasooli M, Yaghmaei F, Alavimajid H, ZendeDel K. Cancer Patients of Religious Needs: A qualitative study. *Medical Figh*. 2017;6(21-20):141-69. (Full Text in Persian)
2. Hojjati H, Taheri N, Akhondzade G, Heydari B, Sharifnia S H. Resorting to pray rate in hemodialysis patients of Golestan province. *Journal of Critical Care Nursing*. 2010;3(2):11-2. (Full Text in Persian)
3. Emamisigaroudi A, Basiri H, Nouri Saeed A, Rouhi Balasi L, Kazemnejad Leili E. Condition of religious care provided to hospitalized patients. *Journal of Holistic Nursing And Midwifery*. 2015;25(2):1-7. (Full Text in Persian)
4. Khoshnudi M, Safari A, Qanea-al-Hosseyni M, Taheri M, Nejati Parvaz N. Investigating the Relationship of Saying Prayers with Depression and Students' Type of Identity Style. *Journal of Pizhūhish dar dīn va Salāmat (ie, Research on Religion & Health)*. 2021;7(2):28-40. (Full Text in Persian)
5. Talebi R, Jouybari L, Sanagoo A. Explain the Religious Behaviors of Mothers during Child Hospitalization: A Qualitative Study. *Journal of Pizhūhish dar dīn va Salāmat (ie, Research on Religion & Health)*. 2017;3(3):31-42. (Full Text in Persian)
6. Shojaei S, Abbasi M, Rahimi T, Vahedian M, Farhadloo R, Movahed E, et al. The Effect of Religious Care by the Clergyman next to the Patients' Bedside on their Depression and Anxiety. *J Res Relig Heal*. 2018;4(3):45-55. (Full Text in Persian)
7. Tsevat J. Spirituality/religion and quality of life in patients with HIV/AIDS. *Journal of general internal medicine*. 2006;21(5).
8. Abedi HA, Asgari M, Kazemi Z, Safari Fard F, Nasiri M. Religious Care Of Hospitalized Patients And Its Barriers. *Teb Va Tazkieh*. 1384;14(2). (Full Text in Persian)
9. Mueller PS, Plevak DJ, Rummans TA, editors. Religious involvement, spirituality, and medicine: implications for clinical practice. *Mayo clinic proceedings*; 2001: Elsevier.
10. Zand S, Rafiei M. Patients' religious care: A neglected need in medical education. *Journal of medical education development*. 2016;8(20). (Full Text in Persian)
11. Hosseini M, Salehi A, Fallahi Khoshknab M, Rokofian A, Davidson PM. The effect of a

پیشنهاد‌های پژوهش

پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی به نیاز مذهبی بیماران خاص (سرطان، نقص ایمنی، بیماران روان و...) توجه شود و با نتایج مطالعه حاضر مقایسه گردد. همچنین نیازهای مراقبت مذهبی بیماران سایر ادیان بستری در بیمارستان بررسی شود.

قدردانی

پژوهشگران از همکاری معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی گناباد، معاونت آموزشی بیمارستان علامه بهلول گنابادی، مسئولان بیمارستان علامه بهلول گنابادی و بیماران شرکت کننده در این مطالعه تشکر و قدردانی می‌کنند.

ملاحظات اخلاقی

بنا بر اظهار مؤلفان مقاله، کمیته اخلاق در پژوهش‌های زیست‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گناباد پژوهش حاضر را با کد اخلاق IR.GMU.REC.1397.125 تأیید نموده است.

حامی مالی

بنا بر اظهار مؤلفان مقاله، معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی گناباد حمایت مالی این پژوهش را بر عهده داشته است.

تضاد منافع

مؤلفان مقاله هیچ‌گونه تضاد منافی درباره پژوهش حاضر گزارش نکرده‌اند.

مشارکت مؤلفان

preoperative spiritual/religious intervention on anxiety in Shia Muslim patients undergoing coronary artery bypass graft surgery: a randomized controlled trial. *Journal of Holistic Nursing*. 2013;31(3):164-72.

12. Araghian Mojarad F, Sanago A, Joibari L. Explanation of the Viewpoints and Experiences of Nurses in Intensive Care Units Regarding Religious-Spiritual Care. *Journal of Qualitative Research in Health Sciences*. 2016;4(4):426-37.

13. Zand S, Rafiei M. Assessment Of Religion Needs Of Patients In Hospital. *Teb Va Tazkieh*. 2011;19(4):7-9. (Full Text in Persian)

14. Delaney C, Barrere C. Blessings: the influence of a spirituality-based intervention on psychospiritual outcomes in a cardiac population. *Holistic Nursing Practice*. 2008;22(4):210-9.

15. Davis TL, Kerr BA, Kurpius SER. Meaning, purpose, and religiosity in at-risk youth: The relationship between anxiety and spirituality. *Journal of psychology and theology*. 2003;31(4):356-65.

16. Eisazadeh N, Vaskoei Eshkevari K, Zebardast J, Malek Mohamadi M, Shasty S. The Assessment Of Nurses' Knowledge And Attitude Towards Islamic Commandments In Tehran University Of Medical Sciences (TUMS) Hospitals In 2014. *Journal of Payavard Salamat*. 2015;9(3):266-75. (Full Text in Persian)

17. Kazemi M, Vazirinejad R, Ravari A, Jafarpor P. Relationship between religious attitudes and prayer of patients in medical and surgical in Hospital of Alilbn AbiTaleb, Rafsanjan, 2012. *Community Health Journal*. 2017;6(3):31-8. (Full Text in Persian)

18. Haley KC, Koenig HG, Bruchett BM. Relationship between private religious activity and physical functioning in older adults. *Journal of Religion and Health*. 2001;40(2):305-12.

19. Davidson JE, Boyer ML, Casey D, Matzel SC, Walden CD. Gap analysis of cultural and religious needs of hospitalized patients. *Critical Care Nursing Quarterly*. 2008;31(2):119-26.

20. Rahnama M, Fallahi Khoshknab M, Seyed Bagher Madah S, Ahmadi F. Cancer patients' perception of spiritual care. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2012;5(3):64-80. (Full Text in Persian)

21. Karim elahi M, Abedi HA. Patients' experience of prayer in hospital. *Iranian journal of nursing research*. 2008;3(10-11).63-73 (Full Text in Persian)

22. Zamanzadeh V, Rassouli M, Abbaszadeh A, Nikanfar A-R, Alavi-Majd H, Mirza-Ahmadi F, et al. Spirituality in cancer care: a qualitative study. *Journal of Qualitative Research in Health Sciences*. 2014;2(4):366-78. (Full Text in Persian)

23. Dull VT, Skokan LA. A cognitive model of religion's influence on health. *Journal of social issues*. 1995;51(2):49-64.

24. Hasandoost F, Kasirlou L. A Survey of spirituality attitudes and spiritual care of nurses in Vellayat educational and therapeutic center in Qazvin in 2016. *Scientific Journal of Nursing, Midwifery and Paramedical Faculty*. 2018;3(3):36-44. (Full Text in Persian)

25. Shahrabadi R, Masroor D, Hadjizadeh S, Hosseini F. Comparison of the attitudes of the last-year nursing and medical students about spiritual care. *Iranian Journal of Cardiovascular Nursing*. 2012;1(1):30-4. (Full Text in Persian)