



Evaluating knowledge and attitudes of hospital staff in teaching hospitals in Khorramabad toward the project of conformity of medical issues with the principles of holy religion

Fatemeh Ghasemi¹ ; Fatemeh Valizadeh^{*2} ; Maryam Hassani³ 

1. Associate Professor in Nursing Education Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery Lorestan University of Medical Sciences, Khorramabad, Iran.
2. Associate Professor in Nursing Education, Social Determinants of Health Research Center, School of Nursing and Midwifery Lorestan University of Medical Sciences, Khorramabad, Iran. valizadeh1352@yahoo.com
3. Assistant Professor, Social Determinants of Health Research Center, School of Nursing and Midwifery, Lorestan University of Medical Sciences, Khorramabad, Iran.

Article Info

Article type:
Research/ Original

Article history:
Received 13 May 2024
Received in revised form 21 July 2024
Accepted 31 August 2024
Available online 21 September 2024

Keywords:
knowledge,
attitude,
the project of
conformity
of medical issues
with
the principles of
holy
religion,
hospital staff
teaching hospitals,
Khorramabad.

Abstract

Objective: This study aimed to determine the knowledge and attitudes of teaching hospital staff in Khorramabad toward the project of conformity of medical issues with the principles of the holy religion (Islam). The project has two parts: technical conformity of medical issues with Islam, and moral and behavioral adaptation of medical staff.

Method: This descriptive cross-sectional study was conducted in 1390 (2011–2012). The sample consisted of 383 general practitioners, specialist physicians, nurses, midwives, and other medical staff working in teaching hospitals in Khorramabad, enrolled through convenience sampling. Data were collected using a researcher-made questionnaire with three sections: demographic information, knowledge (14 questions), and attitude (29 questions). Content validity was verified by 8 faculty members and clergy of the Leadership Office of Lorestan University of Medical Sciences. Internal consistency reliability was assessed using Cronbach's alpha (knowledge $\alpha = 0.84$; attitude $\alpha = 0.87$). Questionnaires were completed by self-report. Data were analyzed using parametric tests (frequency, percentage, mean, t-test, ANOVA, Pearson correlation, linear regression) and non-parametric tests (median, Mann–Whitney, Kruskal–Wallis, Spearman).

Results: The median knowledge score was 11 (mean $\pm$ SD: 10.36 ± 2.55), and 51.2% of subjects had moderate awareness. 58% (222 participants) mentioned only one component of the project's definition (same-sex care and separation of men's and women's wards). The attitude mean $\pm$ SD was 102.25 ± 17.04 , and 55.4% had a moderate attitude. Knowledge and attitude were significantly correlated. Work experience correlated significantly with knowledge ($p = 0.007$, $r = 0.14$) and attitude ($p = 0.017$, $r = 0.12$). Attitude differed significantly between Asalian Hospital staff and Shohada Ashayer and Shahid Madani hospitals. Operating room staff attitudes differed significantly from emergency, intensive/critical care, internal, and surgery wards. Operating room technicians' attitudes differed from general practitioners, specialists, and nurses; anesthesiology technicians differed from specialists and nurses. In regression, awareness, educational major, hospital, and participation in educational programs significantly predicted attitude.

Conclusions: Staff knowledge and attitudes toward conformity of medical issues with religious principles were moderate and better among experienced staff, operating room staff, and women's hospital staff. Participants considered implementation of the conformity plan essential for all patients.

Cite this article: Ghasemi F, Valizadeh F, Hassani M. Evaluating knowledge and attitudes of hospital staff in teaching hospitals in Khorramabad toward the project of conformity of medical issues with the principles of holy religion. *Caring Today*. 2024;17(1):1-19.
<https://doi.org/10.22087/ca.to.2026.499597.1027>



Publisher: Lorestan University of Medical Sciences
This is an open access article under the CC BY 4.0 license (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>)

Extended Abstract

Introduction

patient advocacy, one of the fundamental responsibilities of healthcare professionals, extends beyond physical and psychological care and includes respecting patient's emotional, spiritual, and religious values. Evidence shows that religious beliefs and practices have a strong connection with better health and patients learn to adapt to pain and suffering through spiritual beliefs. Compliance with religious and divine standards guarantees human welfare in all aspects of life and adherence to religious principles is no different in health and illness. Following the establishment of the Islamic republic of Iran, a suitable basis was provided for the implementation of divine rules in hospitals and the first ministerial circular entitled "the plan for the adaptation of medical principles of Islamic Sharia" was issued in 1988. This plan includes two technical parts (medical issues such as abortion, organ transplantation, and gender reassignment) and behavioral-ethical (doctor-patient communication). Despite the passage of years since the enactment of this law, numerous studies show that Sharia standards are still not fully observed in many hospitals. Previous studies, such as the study by Heydari, Emami Razavi, Moradi, and Afzali, have all emphasized the lack of sufficient awareness of medical staff as one of the most fundamental obstacles to implementing the compliance plan. Most previous studies have only examined one or two groups of personnel, and a study that examines all medical groups working in teaching hospitals simultaneously has been conducted less frequently. Since the success of this plan depends on sufficient awareness and appropriate attitude of medical personnel, this study was designed and implemented with the aim of determining the awareness and attitude of healthcare personnel towards the compliance plan in teaching hospitals of Khorramabad city.

Method

This descriptive-analytical-cross-sectional study was conducted in 2011. The study population included all general practitioners, specialist physicians, nurses, midwives, and other groups working in teaching hospitals in Khorramabad city. The sample size was calculated to be 376 based on Heidari's study. Sampling was done by convenience method and finally 383 questionnaires were completed. The data collection tool was a researcher-made questionnaire consisting of three parts: the first part was demographic information, and the second part was 14 questions of awareness (one descriptive question and 13 test questions) whose total score was calculated from 0 to 15 and based on that, awareness was classified into three levels: good (12 and above), average (8-12) and poor (less than 8). The third part was 29 questions of attitude with a 5-point Likert scale whose total score varied

between 29 and 145 and attitude was divided into three levels: good (116-145), average (87-115) and poor (86 and below). The validity of the questionnaire was confirmed by content validity method and using the opinions of 8 faculty members and clergies. The reliability of the instrument was calculated with Cronbach's alpha coefficient, which was obtained for the awareness questionnaire ($\alpha=0.84$) and for the attitude questionnaire ($\alpha=0.87$). After obtaining the necessary permissions and observing ethical considerations, the questionnaires were completed using a self-report method. Attitude scores were normally distributed and analyzed with parametric tests, but knowledge scores were not normally distributed and analyzed with non-parametric tests.

Results

Out of more than 500 distributed questionnaires, 383 questionnaires were completed and returned. The average age of the participants was 32.97 years and their average work experience was 9.32 years. The majority of the participants were women (73.4%) and married (65.8%). The highest frequency of the field of study was related to nursing (61.4%). The staff awareness score had a median of 11 and a mean of 10.36 ± 2.55 . 51.2% had moderate awareness, 36% had good awareness, and 12.8% had poor awareness. In the descriptive questions, none of the participants mentioned both components of the adaptation plan definition; 58% mentioned only one component, and 42% did not respond. The highest number of correct answers was related to the question of childbirth performed by a male obstetrician when a female obstetrician is available (90.3 percent) and the lowest number of correct answers was related to the question of examination by a student of the opposite sex for training (64 percent). The average staff attitude score was 102.25 ± 17.04 . 55.4 percent had an average attitude, 25.6 percent had a good attitude, and 19.1 percent had a poor attitude. The highest number of "completely agree" responses was related to the necessity of implementing the plan (50.7 percent) and the necessity of recruiting human resources (54.6 percent). There was a positive and significant correlation between awareness and attitude ($r= 0.22$, $p= 0.000$). Awareness had a significant relationship with age ($p=0.003$) and work experience ($p= 0.03$). There was a significant difference between awareness and attitude in terms of the hospital of employment, the ward of practice, and the professional discipline. The attitude of the staff of Assalian Hospital was significantly better than that of Shohada and Shahid Madani Hospitals. The attitude of the operating room staff was also significantly better than that of other departments. The linear regression model showed that the variables of awareness, education, hospital of service, and participation in the training program were significant predictors of attitude ($P= 0.000$) and explained 24.8% of the variance of attitude ($R^2= 0.248$).

Conclusion

The findings of this study showed that most of the personnel of teaching hospitals in Khorramabad city had moderate awareness and attitude towards the adaptation plan. This finding is consistent with similar studies in other parts of the country. The positive and significant correlation between awareness and attitude ($r= 0.22$, $p= 0.000$) confirms that the

moderate attitude of the personnel is rooted in their insufficient awareness of the details of the plan. More than half of the personnel had no history of participating in any relevant training program. Personnel with more work experience, working in the operating room and women's hospital had a better attitude, which could be due to gaining experience and being more familiar with the implementation requirements of the plan. Despite the passage of more than two decades since the approval of compliance law, awareness and attitude of personnel are not at the desired level, which could be due to the lack of sufficient attention of managers and the underestimation of ethical issues. The units under study considered the implementation of the plan essential for all patients and stated that the most important requirements were the commitment of the personnel, the recruitment of human resources, the separation of departments and the holding of continuous training sessions. It is suggested that managers, in addition to eliminating human resource deficiencies, put on the agenda continuous training programs, including a related course unit in the curriculum of medical science students, and the establishment of incentive and disciplinary policies. It is also recommended to conduct a similar study from the perspective of patients.

Funding

This study has no financial support.

Author Contributions

“Designing the research: F.GH, F.V. Data collection: F.GH, F.V. Data analysis: F.GH, F.V, M. H. Data recording in the software: F.GH. Analysis and interpretation of results and writing original draft preparation: F.GH, F.V, M. H. writing review and editing: F.V. visualization and supervision: F.GH, F.V. project administration and funding acquisition: F.GH, F.V. All authors have read and agreed to the published version of the manuscript.”

All authors contributed equally to the conceptualization of the article and writing of the original and subsequent drafts.

Declaration of Generative AI and AI-assisted technologies in the writing process

Not used

Conflict of Interest

The authors declare no conflict of interest.

Ethical Considerations

The authors avoided data fabrication, falsification, and plagiarism, and any form of misconduct.

Data Availability Statement

Data available on request from the authors.

AKnowledgements

We hereby express our gratitude and appreciation to all those who assisted us in this research project.



بررسی آگاهی و نگرش پرسنل بیمارستان‌های آموزشی شهر خرم آباد نسبت به طرح انطباق امور پزشکی با موازین شرع مقدس

فاطمه قاسمی^۱، فاطمه ولی زاده^{۲*}، مریم مسلی^۳

۱. دانشیار آموزش پرستاری، گروه پرستاری کودکان؛ دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم‌آباد، ایران.
۲. دانشیار آموزش پرستاری، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم‌آباد.
valizadeh1352@yahoo.com
۳. استادیار، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم‌آباد، ایران.

اطلاعات مقاله	چکیده
نوع مقاله: پژوهشی/اصیل	هدف: هدف این مطالعه، تعیین میزان آگاهی و نگرش کارکنان بیمارستان‌های آموزشی خرم‌آباد نسبت به طرح «انطباق مسائل پزشکی با اصول دین مبین اسلام» بود. طرح انطباق امور پزشکی با موازین شرع شامل دو بخش است. بخش انطباق مسائل فنی پزشکی با اسلام و بخش دیگر به انطباق رفتاری و اخلاقی جامعه پزشکی مربوط می‌شود.
تاریخچه مقاله: تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۲/۲۴	روش پژوهش: این مطالعه توصیفی-مقطعی در سال ۱۳۹۰ (۲۰۱۱-۲۰۱۲) انجام شد. نمونه پژوهش شامل ۳۸۳ نفر از پزشکان عمومی، پزشکان متخصص، پرستاران، ماماها و سایر کادر درمانی شاغل در بیمارستان‌های آموزشی خرم‌آباد بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. گردآوری داده‌ها با استفاده از پرسشنامه محقق‌ساخته‌ای انجام شد که دارای سه بخش بود: اطلاعات دموگرافیک، دانش (۱۴ سؤال) و نگرش (۲۹ سؤال). روایی محتوایی پرسشنامه توسط ۸ نفر از اعضای هیئت علمی و نمایندگان دفتر نهاد رهبری در دانشگاه علوم پزشکی لرستان تأیید گردید. پایایی (همسانی درونی) ابزار با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ سنجیده شد (آلفای دانش = ۰/۸۴؛ آلفای نگرش = ۰/۸۷). پرسشنامه‌ها به روش خودگزارش‌دهی تکمیل شدند. تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون‌های پارامتریک (فراوانی، درصد، میانگین، آزمون t، تحلیل واریانس (ANOVA)، همبستگی پیرسون، رگرسیون خطی و آزمون‌های ناپارامتریک (میان، من-ویتنی، کروسکال-والیس، اسپیرمن) صورت گرفت.
تاریخ بازنگری: ۱۴۰۳/۰۴/۳۱	یافته‌ها: میان‌نمره دانش برابر با ۱۱ (میانگین $\pm$ انحراف معیار: $۲,۵۵ \pm ۱۰,۳۶$) بود و ۵۱,۲ درصد از افراد مورد مطالعه، سطح آگاهی متوسطی داشتند. ۵۸ درصد (۲۲۲ شرکت‌کننده) تنها به یکی از مؤلفه‌های تعریف پروژ (ارائه مراقبت توسط هم‌جنس و تفکیک بخش‌های مردان و زنان) اشاره کردند. میانگین $\pm$ انحراف معیار نمره نگرش $۱۰۲,۲۵ \pm ۱۷,۰۴$ بود و ۵۵,۴ درصد از افراد نگرشی در سطح متوسط داشتند. بین دانش و نگرش، همبستگی معناداری وجود داشت. سابقه کاری با دانش ($p = ۰,۰۷۰$ ، $r = ۰,۱۴$) و نگرش ($p = ۰,۰۱۷$ ، $r = ۰,۱۲$) همبستگی معناداری نشان داد. نگرش کارکنان بیمارستان عسلیان با کارکنان بیمارستان‌های شهدای عشایر و شهید مدنی تفاوت معناداری داشت. نگرش کارکنان اتاق عمل با کارکنان بخش‌های اورژانس، مراقبت‌های ویژه، داخلی و جراحی تفاوت معناداری داشت. نگرش تکنسین‌های اتاق عمل با پزشکان عمومی، متخصصان و پرستاران متفاوت بود؛ همچنین نگرش تکنسین‌های بیهوشی با متخصصان و پرستاران تفاوت داشت. در تحلیل رگرسیون، متغیرهای سطح آگاهی، رشته تحصیلی، بیمارستان و شرکت در برنامه‌های آموزشی، پیش‌بینی‌کننده‌های معناداری برای نگرش بودند.
کلیدواژه‌ها: آگاهی، نگرش، انطباق امور پزشکی با موازین شرع، پرسنل، بیمارستان آموزشی، خرم‌آباد.	نتیجه‌گیری: میزان آگاهی و نگرش کارکنان نسبت به انطباق مسائل پزشکی با اصول دینی در سطح متوسط بود؛ این وضعیت در میان کارکنان باتجربه، کارکنان اتاق عمل و کارکنان بیمارستان‌های زنان، در سطح بهتری قرار داشت. شرکت‌کنندگان، اجرای طرح انطباق را برای تمامی بیماران ضروری دانستند.

استناد: قاسمی ف، ولی زاده ف. حسنی م. بررسی آگاهی و نگرش پرسنل بیمارستان‌های آموزشی شهر خرم‌آباد نسبت به طرح انطباق امور پزشکی با موازین شرع مقدس. مراقبت امروز. ۱۴۰۳؛ ۱۷ (۱): ۱۹-۱. <https://doi.org/10.22087/ca.to.2026.499597.1027>

ناشر: دانشگاه علوم پزشکی لرستان



This is an open access article under the CC BY 4.0 license
(<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>)

مقدمه

یکی از وظایف گروه پزشکی، حمایت از بیمار است. حمایت از بیمار به معنی حمایت از تمامیت انسانی اوست. انسانی که تنها دارای ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی نبوده بلکه دارای ابعاد وجودی گسترده‌تر و گاه ناشناخته از جمله ابعاد عاطفی و عقیدتی است و این ابعاد وجودی او غیر قابل تفکیک بوده، در یک ارتباط تنگاتنگ و متأثر از یکدیگر قرار دارند و شرط سلامتی کامل تعادل بین این عوامل است (۱). حفظ حریم بیماران و احترام به عقاید و محترم نگه داشتن ارزش‌های آن‌ها موجب بهبود وضعیت روحی، اجتماعی آن‌ها شده، در نتیجه در بهبود وضعیت جسمی آن‌ها تاثیر بسزایی دارد (۲). در بسیاری از مطالعات مقطعی و کوهورت آینده‌نگر باورها و عملکردهای دینی با سلامتی بهتر همراه است (۳). با وجود این که مطالعات انجام شده در مورد معنویت/دین و سلامتی از نوع همبستگی بوده و ارتباط علت و معلولی مستقیم قابل اثبات نیست (۴) اما شواهد ارتباطی قوی بین مشارکت دینی و سلامتی خوب (۵) و بین آگاهی از تعهد معنوی و سلامتی خوب را نشان می‌دهد (۶).

بیماران از طریق باورهای معنوی سازگاری با درد و رنجشان را یاد می‌گیرند که می‌تواند به آگاهی از هدف بزرگ رنج و رفع ناراحتی از طریق اتصال به منبع بزرگتری از قدرت کمک کرده و منجر به قدرت معنوی و امید شود (۷). انطباق با موازین شرعی و الهی در تمام ابعاد زندگی مسئله‌ای است که سعادت انسان‌ها در گرو آن است. بی‌تردید التزام به احکام عملی و توجه به اعتقادات مذهبی جزء لاینفک زندگی هر فرد مسلمان است و تقید انسان در سلامت و بیماری تفاوتی نمی‌کند (۸). در بسیاری از موارد هنوز هم شاهد این باور اجتماعی هستیم، که برخی از بیماران در برخورد با پزشک و پرستار همگن احساس آرامش بیشتری را می‌نمایند. این مسئله تنها در کشورهای اسلامی وجود ندارد بلکه حتی در جوامع غربی (مسیحیان) و یا در کشوری مثل ژاپن که بودایی می‌باشند، این اختیار به بیمار داده می‌شود که بطور آزادانه جنسیت پزشک و پرستار خود را انتخاب نماید و چنانچه بدون توجه به نظر او از پزشک یا پرستار غیرهمگن استفاده شود؛ حق شکایت برای وی محفوظ است (۹).

با حاکمیت نظام جمهوری اسلامی ایران و توجه بیش از پیش مردم به مسائل و احکام شرعی، بهترین زمینه و فرصت جهت اجرای احکام الهی در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی به وجود آمد (۱۰). به طوری که در بهمن ماه سال ۱۳۶۷ اولین بخشنامه وزارتی با عنوان انطباق امور اطاق عمل، نوار قلب، رادیولوژی و تزریقات با موازین شرع مقدس اسلام از سوی وزیر محترم وقت به دانشگاه‌های علوم پزشکی و مراکز درمانی سراسر کشور جهت اجرا ابلاغ گردید (۹).

در خصوص مفهوم طرح انطباق امور پزشکی با موازین شرع عموماً به غلط تصور می‌شود، که این مسئله فقط در جداسازی بخش‌های بهداشتی درمانی و انجام مراقبت توسط افراد همجنس خلاصه می‌شود. اما واقعیت این است که مسئله بسیار فراتر از موضوع فوق است و شامل تمامی امور پزشکی می‌گردد؛ به عبارتی می‌توان گفت انطباق شامل دو بخش است یکی بخش فنی انطباق که مربوط می‌شود به رابطه مسائل فنی پزشکی با اسلام مثل سقط جنین، تشریح، پیوند اعضا، تغییر جنسیت و تهدید نسل که شرع اسلام به همه این‌ها پاسخ گفته است. بخش دیگر انطباق رفتاری و اخلاقی است و ارتباط پزشک با بیمار که این مسئله به بدنه جامعه پزشکی مربوط می‌شود (۸).

با وجود گذشت سال‌ها از وضع این طرح یا در واقع قانون هنوز در بعضی بیمارستان‌های کشور هنگام انجام اقدامات درمانی موازین شرعی و اسلامی به طور کامل رعایت نمی‌شود. مثلاً در پژوهش طولابی میزان رعایت طرح انطباق ۶۵/۴۰ درصد گزارش شد (۱۱).

در مطالعه شمس خرم آبادی ۶۳/۴ درصد نمونه‌ها از نامناسب بودن لباس بیمارستان (نازکی، تنگی یا کوتاه بودن) شکایت داشتند (۱۲).

مطالعه کریم‌الهی نشان داد بیماران در بیمارستان جهت اقامه نماز، این نیاز اساسی روحی و معنوی خود، با مشکلات عدیده ای روبرو هستند و متأسفانه هیچ کمکی در این زمینه انجام نمی‌شود (۱۳).

مطالعه پیمانی نشان داد در یک بیمارستان تنها ۳۵ درصد و در بیمارستان دیگر هم تنها ۳۹ درصد جراحی‌ها بدون حضور تکنسین جنس مخالف انجام می‌شد (۱۴).

در پژوهش امامی رضوی در رابطه با بررسی مفاهیم انطباق امور فنی پزشکی با موازین شرع مقدس از دیدگاه پزشکان مهم‌ترین موضوع درمورد جامعه مورد مطالعه عدم شناخت آن‌ها نسبت به احکام اسلامی عنوان شد (۱۵).

در مطالعه حیدری نیز یکی از اساسی‌ترین مشکلات در زمینه اجرای طرح انطباق عدم آگاهی کافی کارکنان علوم پزشکی در مورد این طرح مطرح شد، اما علی‌رغم پایین بودن سطح آگاهی در مقابل اکثر نگرش مثبتی نسبت به اجرا و موفقیت این طرح داشتند (۸).

بررسی اضافی نیز ضعف آگاهی پرسنل درمانی را یکی از علل مهم عدم رعایت احکام شرعی در بیش از ۵۱ درصد موارد در مراکز درمانی تبریز ذکر کرد (۱۶).

در مطالعه مرادی عنوان شد که تنها ۲۲ درصد شرکت‌کنندگان از آگاهی خوبی نسبت به مراقبت از بیمار براساس موازین شرعی داشتند و ۴۱ درصد توجه به اعتقادات مذهبی بیمار در انجام مراقبت‌های پرستاری را لازم می‌دانستند (۱۷). در مطالعه شاهرخی نیز پاسخ‌های صحیح کارکنان در مورد احکام شرعی بیماران ۶۸ درصد بود (۱۸). مطالعه ناجی نشان داد ۵۰ درصد پرستاران شاغل اجرای احکام شرعی را کاملاً ضروری می‌دانستند (۱۹).

بدیهی است برای موفق بودن این طرح و اثرات مثبت آن بر سلامت بیماران پرسنل درمانی بایستی در قدم اول خودآگاهی کافی و نگرش مناسبی نسبت به این طرح و مسائل و احکام شرعی که در رابطه با شغل آنان است داشته باشند. هدف این مطالعه تعیین آگاهی و نگرش پرسنل بیمارستان‌های آموزشی شهر خرم‌آباد نسبت به طرح انطباق است.

روش پژوهش

این پژوهش توصیفی-تحلیلی-مقطعی در سال ۱۳۹۰ انجام شد. جامعه مورد مطالعه شامل کلیه پزشکان عمومی، پزشکان متخصص، پرستاران، ماماها و سایر گروه‌های شاغل در بیمارستان‌های دولتی شهر خرم‌آباد بود.

نمونه پژوهش براساس مطالعه حیدری (آگاهی ۴۳ درصد) و فرمول $P = 0.43, n = z^2 \cdot p \cdot (1-p) / d^2$ ، که در آن $n = z^2 \cdot p \cdot (1-p) / d^2$ ، $1-p = 0.57$ ، $d = 0.05$ ، $z = 1-\alpha/2 = 1/96$ ، ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه پژوهشگر ساخته‌ای شامل ۳ بخش بود. بخش اول اطلاعات دموگرافیک (شامل سن، جنس، وضعیت تاهل، رشته تحصیلی، سابقه کار، بخش، بیمارستان محل خدمت و سابقه شرکت در برنامه‌های آموزشی مرتبط با طرح انطباق) بود. بخش دوم ۱۴ سوال مربوط به آگاهی از طرح انطباق امور پزشکی با موازین شرعی شامل یک سوال تشریحی در مورد مفهوم طرح انطباق که در صورت اشاره به هر دو جزء تعریف امتیاز ۲، در صورت اشاره به یک جزء امتیاز ۱ و در صورت عدم پاسخ امتیاز صفر در نظر گرفته می‌شد. یک سوال تستی در مورد مسئول تعیین ضرورت پزشکی و ۱۲ سوال در مورد احکام شرعی مربوط به لمس، نگاه کردن، معاینه و سایر امور پزشکی بود که در صورت پاسخ صحیح امتیاز ۱ و در صورت پاسخ اشتباه امتیاز صفر تعلق می‌گرفت. نمره کلی آگاهی از ۰ تا ۱۵ محاسبه می‌شد. امتیاز ۱۲ و بالاتر (بیش از ۷۵ درصد پاسخ صحیح) به عنوان آگاهی خوب، ۸-۱۲ آگاهی متوسط (حداقل ۵۰ درصد پاسخ صحیح) و کمتر از ۸ آگاهی ضعیف در نظر گرفته شد. بخش سوم پرسشنامه سوالات مربوط به بررسی نگرش (۲۹ سوال) نسبت به طرح انطباق امور پزشکی با موازین شرعی بود که به صورت مقیاس لیکرت ۵ تایی از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف بود و به هر سوال براساس پاسخ شرکت‌کنندگان امتیازی از ۱ تا ۵ تعلق می‌گرفت (۱= کاملاً مخالف، ۲= مخالف، ۳= نظری ندارم، ۴= موافق، ۵= کاملاً موافق) در مورد سوالات معکوس نمره‌دهی نیز معکوس در نظر گرفته شد. نمره کلی نگرش براساس پاسخ‌های داده شده بین ۲۹ تا ۱۴۵ محاسبه می‌شد. امتیاز ۱۱۶-۱۴۵ به عنوان نگرش خوب (بیش از ۷۵ درصد)، ۸۷-۱۱۵ به عنوان نگرش متوسط (حداقل ۵۰ درصد) و ۸۶ و کمتر به عنوان نگرش ضعیف در نظر گرفته شد.

روایی پرسشنامه به روش اعتبار محتوی با گردآوری به کارگیری نظرات ۸ نفر از اعضای هیئت علمی و روحانیون دفتر نهاد رهبری دانشگاه علوم پزشکی لرستان بررسی شد. پایایی پرسشنامه به روش همبستگی درونی و استفاده از ضریب آلفای کرونباخ بررسی شد که برای پرسشنامه آگاهی $\alpha = 0.84$ و برای پرسشنامه نگرش $\alpha = 0.87$ بود. پس از رعایت کلیه ملاحظات اخلاقی از قبیل کسب مجوز و معرفی‌نامه از معاونت تحقیقات و فناوری به بیمارستان‌های محل پژوهش مراجعه شد. به شرکت‌کنندگان هدف تحقیق و عدم نیاز به ذکر نام توضیح داده شد، بر اختیاری بودن شرکت در پژوهش تاکید شد، اطمینان داده شد که اطلاعات محرمانه خواهد ماند و انتشار نتایج بدون ذکر نام خواهد بود. سپس پرسشنامه‌ها در اختیار واحدهای مورد پژوهش قرار گرفته و از آن‌ها درخواست شد در صورت تمایل در فرصت مناسب پرسشنامه را به دقت خوانده و به روش خودگزارشی

تکمیل و عودت دهند. جهت تجزیه تحلیل اطلاعات گردآوری شده ابتدا آزمون کولموگروف اسمیرنوف تک نمونه‌ای جهت بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها انجام شد. نمرات نگرش از توزیع نرمال برخوردار بود ($P = ۰/۰۹$, $Z = ۱/۲۴$) و اطلاعات مربوط به آن با آزمون‌های آماری پارامتریک شامل فراوانی، درصد، میانگین، تی‌تست، آنالیز واریانس، آزمون همبستگی پیرسون و رگرسیون خطی تجزیه تحلیل شد.

اما نمرات آگاهی توزیع نرمال نداشت ($P = ۰/۰۰۰$, $Z = ۳/۹۲$) و اطلاعات آن با استفاده از آزمون‌های غیرپارامتری شامل میانه، من‌ویتنی، کروسکال والیس و اسپیرمن تجزیه تحلیل شد.

یافته‌ها

بیش از ۵۰۰ پرسشنامه در بین پرسنل شاغل در بیمارستان‌های دولتی خرم آباد توزیع شد که نهایتاً ۳۸۳ پرسشنامه به پژوهشگران برگشت داده شد.

نمره آگاهی پرسنل دامنه ۱۴-۰، میانه ۱۱ و میانگین و انحراف معیار ($۱۰/۲ \pm ۳۶/۵۵$) داشت. ۵۱/۲ درصد واحدهای مورد پژوهش آگاهی متوسط داشتند (جدول ۱).

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش برحسب میزان آگاهی از طرح انطباق		
آگاهی	درصد	تعداد
ضعیف	۱۲/۸	۴۹
متوسط	۵۱/۲	۱۹۶
خوب	۳۶	۱۳۸

در مورد سوال اول آگاهی یعنی تعریف طرح انطباق هیچ یک از واحدهای مورد پژوهش به هردو جزء تعریف اشاره نکردند، (۵۸ درصد) ۲۲۲ نفر فقط به یک جزء تعریف (مراقبت توسط همگن و جداسازی بخش‌ها) اشاره کردند و (۴۲ درصد) ۱۶۱ نفر پاسخی به این سوال نداده بودند. پاسخ‌های سوال دوم آگاهی یعنی مسئول تصمیم‌گیری ضرورت انجام امور پزشکی (۶۵/۵ درصد) پزشک، (۲۰/۱ درصد) ۷۷ نفر مرجع تقلید، (۷/۶ درصد) ۲۹ نفر بیمار و (۶/۸ درصد) ۲۶ نفر نمی‌دانم بود. نحوه پاسخ به سایر سوالات آگاهی در جدول شماره ۲ نشان داده شده است.

جدول شماره ۲: توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش برحسب پاسخ به سوالات آگاهی		
سوالات آگاهی	پاسخ صحیح	پاسخ اشتباه
مسئول تعیین ضرورت در انجام امور پزشکی در مواقع ضرورت چه کسی است؟	۲۵۱ (۶۵/۵)	۱۳۲ (۳۴/۵)
مراجعه بیمار زن به پزشک مرد در صورت وجود پزشک زن با تساوی مهارت تخصصی، از نظر شرعی چه حکمی دارد؟	۳۲۲ (۸۵/۱)	۶۱ (۱۵/۹)
انجام زایمان به وسیله متخصصین مرد در صورت وجود متخصص زن چه حکمی دارد؟	۳۴۶ (۹۰/۳)	۳۷ (۹/۷)
اندازه‌گیری فشارخون، نبض، انجام تزریقات عضلانی و وریدی توسط جنس مخالف چه حکمی دارد؟	۲۷۱ (۷۰/۸)	۱۱۲ (۲۹/۲)
لمس بدن بیمار زن در صورت لزوم توسط پزشک مرد از روی لباس بدون تهییج غریزه جنسی چه حکمی دارد؟	۲۸۲ (۷۳/۶)	۱۰۱ (۲۶/۴)
هرگونه معاینه ضروری برای خاتم بیماری که در روستای دورافتاده که جانش در خطر می‌باشد توسط پزشک مرد چه حکمی دارد؟	۳۲۷ (۸۸)	۴۶ (۱۲)
لمس بدن خاتم بیمار توسط پزشک مرد از روی لباس (چه پزشک خاتم دردسترس باشد یا نباشد) چه حکمی دارد؟	۲۴۱ (۶۲/۹)	۱۴۲ (۳۷/۱)
معاینه افراد سالم برای کنترل سلامتی در صورت تماس با نامحرم چه حکمی دارد؟	۲۷۹ (۷۲/۸)	۱۰۴ (۲۷/۲)
حضور مرد و زن نامحرم در یک اتاق در بسته بدون قصد لذت چه حکمی دارد؟	۳۰۶ (۷۹/۹)	۷۷ (۲۰/۱)
نگاه کردن به اعضای جدا شده از بدن نامحرم چه حکمی دارد؟	۲۷۳ (۷۱/۳)	۱۱۰ (۲۸/۷)
معاینه و لمس نواحی مختلف بدن (شکم، سینه، لگن) توسط دانشجوی جنس مخالف برای آموزش چه حکمی دارد؟	۲۴۵ (۶۴)	۱۳۸ (۳۶)
نگاه به عکس‌های عریان کتب پزشکی به قصد آموزش که در حین آموزش قصد لذت در کار آید چه حکمی دارد؟	۳۱۸ (۸۳)	۶۵ (۱۷)
تکلیف پرستار یا دانشجو در هنگام الزام توسط مافوق جهت انجام معاینه‌ای که خلاف فتاوی‌ای فقهی باشد چه حکمی دارد؟	۲۷۷ (۷۲/۳)	۱۰۶ (۲۷/۷)

نمره نگرش پرسنل دامنه ۶۰ تا ۱۴۵ و میانگین و انحراف معیار ($102/17 \pm 25/04$) داشت. ۵۵/۴ درصد واحدهای مورد پژوهش نگرش متوسط داشتند (جدول ۳).

جدول شماره ۳: توزیع فراوانی واحد های مورد پژوهش برحسب میزان نگرش نسبت به طرح انطباق		
آگاهی	درصد	تعداد
ضعیف	۱۹/۱	۷۳
متوسط	۵۵/۴	۲۱۲
خوب	۲۵/۶	۹۸

پاسخ شرکت کنندگان به کلیه سوالات نگرش در جدول شماره ۴ نشان داده شده است. آزمون اسپیرمن بین آگاهی و نگرش ($r = 0/22, p = 0/000$) همبستگی معنی داری نشان داد.

جدول شماره ۴: توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش برحسب نحوه پاسخ به سوالات نگرش نسبت به طرح انطباق					
سوالات نگرش	کاملاً موافقم	موافقم	نظری ندارم	مخالفم	کاملاً مخالفم
اجرای طرح انطباق ضرورت دارد	۱۹۴(۵۰/۷)	۱۹۸(۳۰/۸)	۲۵(۶/۵)	۳۲(۸/۴)	۱۴(۳/۷)
شرط اساسی اجرای طرح انطباق اعتقاد قلبی است	۱۶۰(۴۱/۸)	۱۴۸(۳۸/۶)	۳۲(۸/۴)	۲۸(۷/۳)	۱۵(۳/۹)
رعایت طرح انطباق تنها برای بیماران زن ضروری است	۲۲(۵/۷)	۲۸(۷/۳)	۶۸(۱۷/۸)	۱۹۵(۵۰/۹)	۷۰(۱۸/۳)
رعایت طرح انطباق برای کلیه بیماران ضروری است	۱۷۴(۴۵/۴)	۱۲۶(۳۲/۹)	۲۰(۵/۲)	۴۲(۱۱)	۲۱(۵/۵)
طرح انطباق قابلیت اجرایی دارد	۱۱۸(۳۰/۸)	۱۵۲(۳۹/۷)	۳۵(۹/۱)	۵۲(۱۳/۶)	۲۶(۶/۸)
در اجرای طرح انطباق برگزاری جلسات آموزشی لازم است	۱۴۹(۳۲/۹)	۱۶۴(۴۲/۸)	۳۱(۸/۱)	۲۴(۶/۳)	۱۵(۳/۹)
در اجرای طرح انطباق جداسازی بخش ها لازم است	۱۲۶(۳۲/۹)	۱۶۵(۴۳/۱)	۳۱(۸/۱)	۴۴(۱۱/۵)	۱۷(۴/۴)
در اجرای طرح انطباق جذب نیروی انسانی لازم است	۲۰۹(۵۴/۶)	۱۲۰(۳۱/۳)	۲۵(۶/۵)	۲۰(۵/۲)	۹(۲/۳)
در اجرای طرح انطباق کنترل پرسنل لازم است	۹۶(۲۵/۱)	۱۵۲(۳۹/۷)	۵۱(۱۳/۳)	۶۴(۱۶/۷)	۲۰(۵/۲)
تفکیک دانشجویان بری اجرای طرح ضروری است	۸۶(۲۲/۵)	۱۲۸(۳۳/۴)	۵۸(۱۵/۱)	۸۴(۲۱/۹)	۲۷(۷)
کلیه بیماران تمایل به اجرای طرح انطباق دارند	۹۱(۲۳/۸)	۱۳۴(۳۵)	۶۰(۱۵/۷)	۷۳(۱۹/۱)	۲۵(۶/۵)
فقط بیماران زن تمایل به اجرای طرح انطباق دارند	۲۵(۶/۵)	۷۵(۱۹/۶)	۸۷(۲۲/۷)	۱۵۱(۳۹/۳)	۴۵(۱۱/۷)
فقط بیماران مرد تمایل به اجرای طرح انطباق دارند	۱۵(۳/۹)	۳۶(۹/۴)	۱۰۲(۲۶/۶)	۱۶۷(۴۳/۶)	۶۳(۱۶/۴)
اجرای طرح انطباق برای تمامی رده های شغلی آموزشی و درمانی لازم است	۱۵۳(۳۹/۹)	۱۲۱(۳۱/۶)	۳۰(۷/۸)	۵۷(۱۴/۹)	۲۲(۵/۷)
اجرای طرح انطباق فقط پرسنل خاتم لازم است	۲۳(۶)	۳۳(۸/۶)	۷۴(۱۹/۳)	۱۸۴(۴۸)	۶۹(۱۸)
اجرای طرح انطباق فقط برای پرسنل آموزشی و درمانی آقا لازم است	۲۰(۵/۲)	۳۵(۹/۱)	۷۲(۱۸/۸)	۱۸۷(۴۸/۸)	۶۹(۱۸)
رعایت طرح انطباق حتی در صورت مراقبت مرد از مرد ضروری است	۶۲(۱۶/۲)	۱۰۴(۲۷/۲)	۵۰(۱۳/۱)	۱۲۱(۳۱/۶)	۴۶(۱۲)
رعایت طرح انطباق حتی در صورت مراقبت زن از زن ضروری است	۶۳(۱۶/۴)	۱۰۱(۲۶/۴)	۴۷(۱۲/۳)	۱۲۸(۳۳/۴)	۴۳(۱۱/۲)
نیروها و پرسنل علوم پزشکی محرم بیماران هستند	۴۲(۱۱)	۱۰۳(۲۶/۹)	۷۴(۱۹/۴)	۱۲۵(۳۲/۶)	۴۰(۱۰/۴)
عدم اجرای طرح انطباق سبب تهدید سلامت جسمی روانی جامعه می شود	۵۸(۱۵/۱)	۱۱۸(۳۰/۸)	۵۲(۱۳/۶)	۱۱۱(۲۹)	۴۴(۱۱/۵)
عدم آگاهی پرسنل از موازین شرعی مهمترین مانع اجرای طرح انطباق است	۵۸(۱۵/۱)	۱۲۱(۳۱/۶)	۵۴(۱۴/۱)	۱۱۵(۳۰)	۳۵(۹/۱)
کمبود نیروی انسانی از مهمترین موانع اجرای طرح انطباق است	۱۱۹(۳۱/۱)	۱۰۲(۲۶/۶)	۲۸(۷/۳)	۷۵(۱۹/۶)	۵۹(۱۵/۴)
محیط های آموزشی به جهت اختلاط دانشجویان از	۶۷(۱۷/۵)	۱۰۴(۲۷/۲)	۶۶(۱۷/۲)	۱۱۰(۲۸/۷)	۳۶(۹/۴)

موانع اجرای طرح انطباق است

عدم اعتقاد قلبی بعضی به مسائل شرعی از مهمترین موانع اجرای طرح است	۷۵(۱۹/۶)	۱۰۰(۲۶/۱)	۵۳(۱۳/۸)	۱۱۳(۲۹/۵)	۴۲(۱۱)
مسائل ومشکلات اقتصادی اجتماعی مهمترین مانع اجرای طرح انطباق است	۶۸(۱۷/۸)	۱۱۸(۳۰/۸)	۵۵(۱۴/۴)	۱۰۸(۲۸/۲)	۳۴(۸/۹)
وضعیت نامطلوب محیط های درمانی مهمترین مانع اجرای طرح انطباق است	۸۰(۲۰/۹)	۱۱۳(۲۹/۵)	۴۷(۱۲/۳)	۱۰۴(۲۷/۲)	۳۹(۱۰/۲)
مسائل و مشکلات مدیریتی مهمترین مانع اجرای طرح انطباق است	۷۹(۲۰/۶)	۱۱۷(۳۰/۵)	۵۷(۱۴/۹)	۸۴(۲۱/۹)	۴۶(۱۲)
رعایت طرح انطباق جزء حقوق بیمار می باشد	۱۴۸(۳۸/۶)	۹۲(۲۴)	۱۹(۵)	۴۹(۱۲/۸)	۷۵(۱۹/۶)
رعایت طرح انطباق جزء حقوق پرسنل می باشد	۱۳۸(۳۶)	۹۲(۲۴)	۲۵(۶/۵)	۵۷(۱۴/۹)	۷۱(۱۸/۵)

سن واحدهای مورد پژوهش از ۲۱ تا ۵۸ سال و میانگین و انحراف معیار آن $(32/8 \pm 97/07)$ بود. نگرش پرسنل برحسب سن گرچه متفاوت بود اما از نظر آماری این تفاوت معنی دار نبود. آگاهی پرسنل برحسب سن تفاوت معنی داری با یکدیگر داشت (جدول ۵).

جدول شماره ۵: آگاهی و نگرش پرسنل بیمارستان های آموزشی شهر خرم آباد نسبت به طرح انطباق امور پزشکی با موازین شرع مقدس برحسب سن

سن	(درصد)تعداد	انحراف معیار $\pm$ میانگین	آماره *	p	میانگین رتبه ها	آماره **	P
<۲۵	۶۵ (۱۷)	۱۰۴/۴۵ $\pm$ ۱۸/۳۰			۱۹۹/۲۴		
۲۵-۳۰	۸۵ (۲۲/۲)	۱۰۰/۱۲ $\pm$ ۱۸/۰۹	F=۱/۲۲	۰/۳	۱۵۶	$\chi^2=11/95$	۰/۰۰۳
>۳۰	۲۳۳ (۶۰/۸)	۱۰۲/۴۲ $\pm$ ۱۶/۲۶			۲۰۳/۱۱		
		* ANOVA		** Kruskal walis			

همچنین آزمون اسپیرمن بین آگاهی با سن $(r=0/11, p=0/036)$ همبستگی معنی دار ضعیفی را نشان داد اما آزمون پیرسون بین نگرش با سن $(r=0/06, p=0/24)$ همبستگی معنی داری نشان نداد. آگاهی و نگرش پرسنل برحسب جنسیت و وضعیت تاهل از نظر آماری تفاوت معنی دار نداشت (جدول ۶و ۷).

جدول شماره ۶: آگاهی و نگرش پرسنل بیمارستان های آموزشی شهر خرم آباد نسبت به طرح انطباق امور پزشکی با موازین شرع مقدس برحسب جنسیت

جنس	زن	مرد	(درصد)تعداد	انحراف معیار $\pm$ میانگین	آماره *	p	میانگین رتبه ها	آماره **	P
زن	۲۸۱ (۷۳/۴۰)			۱۰۳/۵۶ $\pm$ ۱۶/۴۱	t=۲/۳۸	۰/۰۱۸	۲۰۴	z=-۳/۵۷	۰/۰۰۰
مرد		۱۰۲ (۲۵/۶۰)		۹۸/۶۶ $\pm$ ۱۸/۲۸۱			۱۵۸/۹۳		
		Mann-witney U		** T test					

جدول شماره ۷: فراوانی آگاهی و نگرش پرسنل بیمارستان های آموزشی شهر خرم آباد نسبت به طرح انطباق امور پزشکی با موازین شرع مقدس برحسب وضعیت تاهل

تاهل	مجرد	متاهل	(درصد)تعداد	انحراف معیار $\pm$ میانگین	آماره *	p	میانگین رتبه ها	آماره **	P
مجرد	۱۳۱			۱۰۰/۲۷ $\pm$ ۱۶/۶۳	t=-۱/۶۶	۰/۰۹۸	۱۷۳/۸۹	z=-۲/۳۴	۰/۰۱۹
متاهل		۲۵۲		۱۰۳/۲۸ $\pm$ ۱۷/۲۰			۲۰۱/۴۱		
		* T test		** Mann-witney U					

سابقه کار واحدهای مورد پژوهش از ۱ تا ۳۰ سال و میانگین و انحراف معیار آن $(9/7 \pm 32/56)$ بود. آگاهی و نگرش پرسنل برحسب سابقه کار تفاوت معنی‌داری نداشت (جدول ۸).

جدول شماره ۸: فراوانی آگاهی و نگرش پرسنل بیمارستان‌های آموزشی شهر خرم آباد و نسبت به طرح انطباق امور پزشکی با موازین شرع مقدس برحسب سابقه کار

سابقه کار	نوع	نگرش			آگاهی		
		(درصد) تعداد	انحراف معیار $\pm$ میانگین	آماره	p	میانگین رتبه ها	آماره
< ۵ سال	رسمی	۱۳۷ (۳۵/۸)	$101/23 \pm 18/05$	*		۱۷۶/۹۹	**
۵-۱۰ سال	پیمانی	۸۴ (۲۱/۹)	$99/45 \pm 16/21$			۱۸۳/۶۷	$\chi^2 = 7/01$
> ۱۰ سال	شبه پیمانی	۱۶۲ (۴۲/۳۰)	$104/56 \pm 16/37$			۲۰۹/۰۱	
		*ANOVA			**Kruskal walis		

آزمون اسپیرمن بین آگاهی و سابقه کار ($I = 0/14$, $p = 0/007$) همبستگی معنی‌دار ضعیفی را نشان داد و نیز آزمون پیرسون بین نگرش با سابقه کار ($I = 0/12$, $p = 0/017$) همبستگی معنی‌دار ضعیفی را نشان داد. نوع استخدام واحدهای مورد پژوهش، رسمی (۴۲/۶ درصد) ۱۶۳ نفر، پیمانی (۲۹/۵ درصد) ۱۱۳ نفر، شبه پیمانی (۳/۴ درصد) ۱۳ نفر، تبدیل وضعیت (۱/۶ درصد) ۶ نفر، قراردادی (۶/۶ درصد) ۲۵ نفر، طرحی (۱۵/۷ درصد) ۶۰ نفر و اضافه کار (۰/۸ درصد) ۳ نفر بود. آگاهی و نگرش پرسنل برحسب وضعیت استخدامی از نظر آماری تفاوت معنی‌دار نداشت (جدول ۹).

جدول شماره ۹: فراوانی پرسنل بیمارستان‌های آموزشی شهر خرم آباد برحسب وضعیت استخدامی و آگاهی و نگرش نسبت به طرح انطباق امور پزشکی با موازین شرع مقدس

نوع استخدام	نگرش			آگاهی		
	(درصد) تعداد	انحراف معیار $\pm$ میانگین	آماره	p	میانگین رتبه ها	آماره
رسمی	۱۶۳ (۴۲/۶۰)	$102/74 \pm 16/22$			۲۰۲/۶۳	
پیمانی	۶۰ (۱۵/۷۰)	$98/72 \pm 16/15$	*		۱۶۸/۷۵	**
شبه پیمانی	۱۱۳ (۲۹/۵)	$104/32 \pm 16/86$			۱۸۴/۸۱	$\chi^2 = 5/40$
قراردادی	۱۳ (۳/۴۰)	$95/85 \pm 17/12$			۲۰۸/۰۴	
تبدیل وضعیت	۶ (۱/۶۰)	$92/17 \pm 17/55$			۱۸۳/۱۷	
طرحی	۲۵ (۶/۵۰)	$104/32 \pm 16/86$			۲۰۴/۲۴	
اضافه کار	۳ (۰/۸۰)	$90/33 \pm 25/74$			۱۹۶	
		* ANOVA			**Kruskal walis	

سابقه شرکت در برنامه‌های آموزشی مرتبط با طرح انطباق، کارگاه اخلاق (۷/۸۰ درصد) ۳۰ نفر، کلاس احکام (۹/۴۰ درصد) ۳۶ نفر، سمینار و کنگره انطباق (۳/۴ درصد) ۱۳ نفر، بیش از یک برنامه (۲۶/۱ درصد) ۷۰ نفر، هیچکدام (۵۳/۳ درصد) ۲۰۴ نفر بود. آگاهی و نگرش شرکت‌کنندگان برحسب سابقه شرکت در برنامه‌های آموزشی مرتبط با طرح انطباق تفاوت معنی‌داری نداشت (جدول ۱۰).

جدول شماره ۱۰: فراوانی پرسنل بیمارستان‌های آموزشی شهر خرم آباد برحسب ویژگی‌های دموگرافیک و آگاهی و نگرش نسبت به طرح انطباق امور پزشکی با موازین شرع مقدس

شرکت در برنامه آموزشی	کارگاه اخلاق	انحراف معیار ± میانگین	آماره	p	آماره	P	نگرش	
							(درصد) تعداد	آگاهی
		۱۰۱ ± ۱۷/۸۸			۱۸۷/۰۳		۳۰ (۷/۸)	میانگین رتبه ها
		۱۰۲/۹۴ ± ۲۰/۰۰	* F=۰/۶۶	۰/۶۲	۱۹۹/۱۵	** $\chi^2=۲/۸۵$	۳۶ (۹/۴)	آماره
		۱۰۹/۳۱ ± ۱۶/۳۲			۲۳۹/۰۸		۱۲ (۳/۴)	میانگین رتبه ها
		۱۰۱/۷۵ ± ۱۶/۹۲			۱۸۷/۹۰		۱۰۰ (۲۵/۹)	آماره
		۱۰۲/۵۱ ± ۱۶/۰۷			۱۹۳/۱۵		۲۰۴ (۵۳/۳)	میانگین رتبه ها
			* ANOVA				**Kruskal walis	

بین آگاهی و نگرش پرسنل برحسب بیمارستان محل خدمت تفاوت معنی داری وجود داشت (جدول ۱۱).

جدول شماره ۱۱: فراوانی آگاهی و نگرش پرسنل بیمارستان های آموزشی شهر خرم آباد نسبت به طرح انطباق امور پزشکی با موازین شرع مقدس برحسب بیمارستان محل خدمت								
شهادت	انحراف معیار ± میانگین	آماره	p	آماره	P	نگرش		آگاهی
						(درصد) تعداد	میانگین رتبه ها	آماره
	۱۰۱/۴۰ ± ۱۷/۸۴		* F=۶/۹۴	۰/۰۰۰	۱۷۹/۲۸	۲۹۴ (۷۶/۱۸)	۱۷۹/۲۸	** $\chi^2=۱۹/۹۴$
	۹۶/۰۸ ± ۱۳/۲۹				۲۱۰/۸۵	۳۶ (۹/۴۰)	۲۱۰/۸۵	
	۱۱۰/۷۰ ± ۱۲/۶۱				۲۵۶/۱۰	۱۰ (۲/۶۰)	۲۵۶/۱۰	
	۱۱۱/۲۶ ± ۱۰/۱۴				۲۴۸/۲۹	۴۳ (۱۱/۲۰)	۲۴۸/۲۹	
			* ANOVA			**Kruskal walis		

در مورد نگرش انجام post Hoc با آزمون توکی نگرش پرسنل بیمارستان عسلیان با پرسنل بیمارستان شهدا (۰/۰۰۳) و شهید مدنی (P= ۰/۰۰۰) اختلاف معنی دار داشت.

بخش محل خدمت اورژانس (۱۳/۳ درصد) ۵۱ نفر، ویژه (۱۷/۵ درصد) ۶۷ نفر، داخلی (۸/۱ درصد) ۳۱ نفر، جراحی (۱۲/۵ درصد) ۴۸ نفر، کودکان (۴/۷ درصد) ۱۸ نفر، زایشگاه (۴/۲ درصد) ۱۶ نفر، زنان (۲/۱ درصد) ۸ نفر، قلب (۳/۹ درصد) ۱۵ نفر، نورولوژی (۳/۹ درصد) ۱۵ نفر، اتاق عمل (۱۶/۷ درصد) ۶۴ نفر، ریاست و مدیریت بیمارستان (۱/۳ درصد) ۵ نفر، دفتر پرستاری (۲/۳ درصد) ۹ نفر، آزمایشگاه (۵/۷ درصد) ۲۲ نفر، رادیولوژی (۳/۷ درصد) ۱۴ نفر، درمانگاه (۱/۸ درصد) ۷ نفر و فیزیوتراپی (۰/۸ درصد) ۳ نفر بود. بین آگاهی و نگرش پرسنل بر بخش محل خدمت تفاوت معنی داری وجود داشت (جدول ۱۲).

جدول شماره ۱۲: فراوانی آگاهی و نگرش پرسنل بیمارستان‌های آموزشی شهر خرم آباد نسبت به طرح انطباق امور پزشکی با موازین شرع مقدس برحسب بخش محل کار در بیمارستان

نگرش				آگاهی	
درصد(تعداد	انحراف	آماره	p	میانگین	P
	معیار±میانگین			رتبه ها	آماره
اورژانس	۵۱ (۱۳/۳۰)	۹۴/۳۹±۱۹/۴۰	*	۱۳۶/۱۵	**
ویژه	۶۷ (۱۷/۵۰)	۹۹/۲۴±۱۴/۰۳	F=۵/۶۱	۲۱۵/۹۹	$\chi^2=۳۵/۵۴$
داخلی	۳۱ (۸/۱۰)	۹۴/۲۶±۱۶/۴۲	۰/۰۰۰	۱۶۶/۶۵	
جراحی	۴۸ (۱۲/۵۰)	۹۶/۴۸±۱۴/۲۲		۱۹۷/۶۱	
کودکان	۱۸ (۴/۷۰)	۱۰۳/۲۸±۱۶/۳۷		۲۲۳/۴۴	
زایشگاه	۱۶ (۴/۲۰)	۱۰۴/۸۱±۱۵/۳۰		۲۳۲/۴۷	
زنان	۸ (۲/۱۰)	۱۱۰/۲۸±۱۶/۳۷		۲۰۹/۷۵	
قلب	۱۵ (۳/۹۰)	۹۱±۱۰/۴۴		۲۴۶/۱۷	
نورولوژی	۱۵ (۳/۹۰)	۱۰۱/۱۳±۱۶/۲۳		۲۳۰/۳۰	
گوش حلق	۷ (۱/۸۰)	۱۰۳/۵۷±۱۱/۱۸		۱۹۳/۶۴	
بینی					
اتاق عمل	۶۴ (۱۶/۷۰)	۱۱۶/۰۶±۱۵/۳۲		۱۸۵/۵۹	
دفتر	۷ (۱/۸۰)	۱۰۶/۱۴±۱۰/۵۷		۲۷۳/۹۳	
آزمایشگاه	۲۲ (۵/۷۰)	۱۰۵/۴۱±۱۵/۳۲		۱۷۳/۵۷	
مدیریت	۵ (۰/۰۵)	۱۱۲/۵۰±۷/۷۸		۲۸۴/۵۰	
ریاست					
درمانگاه	۷ (۱/۸۰)	۹۶/۱۴±۱۴/۴۲		۱۹۲/۶۴	
فیزیوتراپی	۳(۰/۸)	۱۰۸/۶۷±۶/۶۵		۶۰/۱۷	
رادیولوژی	۱۴ (۳/۷۰)	۱۰۷/۰۷±۱۸/۲۲		۱۹۹/۲۵	
* ANOVA		**Kruskal walis			

انجام post Hoc با آزمون توکی نشان داد نگرش بین پرسنل شاغل در اتاق عمل با پرسنل بخش های اورژانس (۰/۰۰۰)، ویژه (P= ۰/۰۰۰)، داخلی (P= ۰/۰۰۰) و جراحی (P= ۰/۰۰۰) اختلاف معنی داری داشت. رشته تحصیلی واحدهای مورد پژوهش، پزشک عمومی (۳/۷ درصد) ۱۴ نفر، پزشک متخصص (۳/۹ درصد) ۱۵ نفر، پرستاری (۶۱/۴ درصد) ۲۳۵ نفر، مامایی (۳/۹ درصد) ۱۵ نفر، تکنسین رادیولوژی (۳/۷ درصد) ۱۴ نفر، تکنسین آزمایشگاه (۵/۷ درصد) ۲۲ نفر، فیزیوتراپ (۰/۸ درصد) ۳ نفر، تکنسین هوشبری (۵/۵ درصد) ۲۱ نفر، تکنسین اتاق عمل (۱۰/۴ درصد) ۴۰ نفر، بینایی و شنوایی سنجی (۰/۵ درصد) ۲ نفر و مدیریت (۰/۵ درصد) ۲ نفر بود. بین آگاهی و نگرش پرسنل برحسب رشته تحصیلی تفاوت معنی داری وجود داشت (جدول ۱۳).

جدول شماره ۱۳: فراوانی پرسنل بیمارستان‌های آموزشی شهر خرم آباد برحسب ویژگی‌های دموگرافیک و آگاهی و نگرش نسبت به طرح انطباق امور پزشکی با موازین شرع مقدس

رشته تحصیلی	پزشک عمومی	نگرش (درصد)تعداد		انحراف معیار±میانگین		آماره	p	میانگین رتبه	آگاهی	P	
پزشک متخصص	۱۴ (۳/۷۰)	۱۰۱/۵۰±۱۷/۰۱	*	۱۵۱/۰۴	**	۰/۰۱	F=۸/۳۸	۰/۰۰۰	۰/۰۱	χ²=۲۳/۳۰	
	۱۵ (۳/۹۰)	۹۱/۸۰±۱۸/۴۹		۱۰۳/۳۷							
	۲۳۵ (۶۱/۴۰)	۹۸/۲۳±۱۵/۶۶		۱۹۸/۸۶							
	۱۵ (۳/۹۰)	۱۰۷/۲۷±۱۳/۴۵		۲۴۶/۲۰							
	۱۴(۳/۷)	۱۰۷/۰۷±۱۸/۲۲		۱۹۹/۲۵							
	۲۲(۵/۷)	۱۰۵/۴۱±۱۵/۳۳		۱۷۳/۲۵							
	۳(۰/۸/۰)	۱۰۸/۶۷±۶/۶۶		۶۰/۱۷							
	۲۱(۵/۵)	۱۱۴/۸۶±۱۶/۱۱		۱۸۲/۵۷							
	۴۰(۱۰/۴)	۱۱۷/۷۵±۱۳/۸۲		۱۹۴/۷۱							
	۲(۰/۵)	۸۶±۹/۹۰		۲۴۳							
	۲(۰/۵)	۱۱۷±۱/۴۱		۲۷۴							
	* ANOVA		**Kruskal walis								

انجام post Hoc با آزمون توکی نشان داد نگرش تکنسین‌های اتاق عمل با پزشکان عمومی ($P=0/03$)، پزشکان متخصص ($P=0/000$) و پرستاران ($P=0/000$) تفاوت معنی‌دار داشت. همچنین نگرش تکنسین‌های هوشبری نیز با پزشکان متخصص ($P=0/000$) و پرستاران ($P=0/000$) تفاوت معنی‌دار داشت.

جهت پیش‌بینی متغیر وابسته نگرش متغیرهای سن، جنس، وضعیت تاهل، سابقه کار، رشته تحصیلی، وضعیت استخدامی، بیمارستان محل خدمت، بخش محل کار، شرکت در برنامه آموزشی مرتبط با طرح انطباق و آگاهی به روش forward وارد مدل رگرسیون خطی شد، ولی نهایتاً فقط متغیرهای آگاهی، تحصیلات، بیمارستان محل خدمت و شرکت در برنامه آموزشی مرتبط با طرح انطباق در مدل باقی ماندند و سایر متغیرها به علت معنی‌دار نبودن از مدل خارج شدند (جدول ۱۴).

جدول شماره ۱۴: نتایج رگرسیون چند متغیره به شیوه forward با متغیر وابسته نگرش

مدل	B	Std. err	Beta	t	Sig
عرض از مبدا	۷۱/۶۷	۳/۴۶		۲۰/۷۰	۰/۰۰۰
تحصیلات	۲/۷۲	۰/۳۲	۰/۳۸	۸/۴۱	۰/۰۰۰
بیمارستان محل خدمت	۲/۸۶	۰/۷۸	۰/۱۷	۳/۶۶	۰/۰۰۰
شرکت در برنامه آموزشی مرتبط با طرح انطباق	۰/۰۸	۰/۰۲	۰/۱۷	۳/۷۳	۰/۰۰۰
آگاهی	۱/۳۲	۰/۳۰	۰/۲۰	۴/۳۴	۰/۰۰۰
$SIG=0/000$ $R^2=0/248$ $F=31/24$ $R=0/498$ $Y= 71/67 + 2/72 X_1 + 2/86 X_2 + 0/08 X_3 + 1/32 X_4$					

بحث

نتایج نشان داد اکثر واحدهای مورد پژوهش آگاهی متوسطی از طرح انطباق داشته و تنها ۳۶ درصد آگاهی خوب داشتند. در مطالعه میری نیز میانگین نمرات آگاهی از ۲۵، ۱۳/۵ بود (۱). در مطالعه حیدری میزان آگاهی واحدهای مورد پژوهش از طرح انطباق به نحوی بود که هر یک از آن‌ها به طور متوسط به ۴۳ درصد سوالات پاسخ صحیح دادند (۸). در حالی که در مطالعه احدی ۶۳/۸ درصد از آگاهی خوبی در این زمینه برخوردار بودند (۲۰). شاید علت این تفاوت‌ها اختلاف در ابزار، محیط پژوهش و مهم‌تر از همه نمونه‌های پژوهش باشد؛ زیرا سایر مطالعات فقط آگاهی و نگرش یک یا دو گروه از پرسنل را مورد بررسی قرار داده‌اند در حالی که مطالعه حاضر تقریباً تنها مطالعه‌ای است که تمامی گروه‌های پزشکی شاغل در بیمارستان را از این لحاظ مورد بررسی قرار داده است.

در تعریف طرح انطباق اکثر واحدهای مورد پژوهش فقط به یک جزء تعریف یعنی مراقبت توسط همگن و جداسازی بخش‌ها اشاره کردند. بیش از یک سوم واحدهای مورد پژوهش در پاسخ به بعضی از سوالات آگاهی مانند مسئول تعیین ضرورت انجام امور پزشکی، لمس بدن بیمار زن در صورت لزوم توسط پزشک مرد از روی لباس و معاینه و لمس نواحی مختلف بدن توسط دانشجوی جنس مخالف برای آموزش جواب نمی‌دانم یا اشتباه دادند. این نتایج بیانگر اطلاع ناکامل و ناکافی واحدهای مورد پژوهش از جزییات طرح انطباق می‌باشد.

در مطالعه خورشیدی نیز شرکت‌کنندگان به جز در مورد اعضای که نیاز به پوشیدن دارند، مانند رکتوم و ناحیه تناسلی معاینه بیماران توسط جنس مخالف را مجاز می‌دانستند و در مورد نواحی مانند دست‌ها که کمتر نیاز به پوشیدنشان احساس می‌شود و یا در معاینات اعصاب و روان که بیشتر از طریق شرح حال تشخیص صورت می‌گیرد و معاینه فیزیکی کمتر استفاده می‌شود، این موافقت به مراتب بیشتر بود. در صورتی که این مخالف انطباق امور پزشکی با موازین شرعی است و علت آن را عدم آگاهی کافی از شعائر اسلامی و مسائل مربوط به انطباق امور پزشکی با موازین شرع و از طرفی در دسترس نبودن متخصص جنس همگن گزارش کردند (۲۱).

در مطالعه احدی نیز ۷۳/۴ درصد از واحدهای مورد پژوهش در خصوص فرد تصمیم گیرنده حدود و موارد ضرورت اقدامات تشخیصی درمانی توسط پرسنل ناهمگن در مراکز درمانی و بیمارستانها آگاهی نداشتند و این کمبود آگاهی را به دلیل بی‌توجهی به مفاد آیین نامه انطباق دانستند (۲۰).

بیش از نیمی از واحدهای مورد پژوهش نسبت به طرح انطباق نگرش متوسط داشتند و تنها حدود ۲۵ درصد نگرش خوب داشتند. در مطالعه میری میانگین نمرات نگرش از ۸۵، ۷۳/۷ بود (۱) و در مطالعه احدی ۸۴/۱ درصد از نگرش مناسبی در این زمینه برخوردار بودند (۲۰).

در مطالعه حیدری از نظر نگرش ۸۶ درصد موافق اجرای طرح و نگرش مثبتی نسبت به طرح انطباق داشتند (۸). شاید علت این تفاوت هم اختلاف در ابزار، محیط پژوهش و مهم‌تر از همه نمونه‌های پژوهش باشد، زیرا سایر مطالعات فقط آگاهی و نگرش یک یا دو گروه از پرسنل را مورد بررسی قرار داده‌اند درحالی‌که مطالعه حاضر تقریباً تنها مطالعه‌ای است که تمامی گروه‌های پزشکی شاغل در بیمارستان را از این لحاظ مورد بررسی قرار داده است. با توجه به همبستگی مثبت و معنی‌داری که در این مطالعه بین آگاهی و نگرش به‌دست آمد، می‌توان نتیجه گرفت که این نگرش متوسط و نسبتاً خنثی نتیجه همان سطح آگاهی ناکافی از طرح انطباق می‌باشد. در مطالعه احدی نیز اکثریت افراد دارای نگرش خوب از آگاهی خوبی نیز برخوردار بودند و همچنین همبستگی مثبت ($r = 0.16$) و معنی‌داری بین آگاهی و نگرش کادر پرستاری از آیین نامه انطباق به‌دست آمد (۲۰). میری نیز علت عدم رعایت موازین شرعی و اسلامی هنگام اجرای اقدامات درمانی را عدم آگاهی پرسنل از برخی احکام شرعی هنگام مواجهه با بیمار و طرز نگرش این افراد نسبت به بیماران و احکام شرعی مربوط به آن‌ها گزارش کرد (۱). به نظر می‌رسد یکی از اساسی‌ترین مشکلات در زمینه اجرای طرح انطباق عدم آگاهی کافی کارکنان علوم پزشکی در مورد این طرح است. علی‌رغم پایین بودن سطح آگاهی اکثر آن‌ها نگرش مثبتی نسبت به اجرا و موفقیت این طرح دارند (۸).

در این پژوهش گزینه‌های ضرورت اجرای طرح انطباق، لزوم جذب نیروی انسانی جهت اجرای طرح انطباق، ضروری بودن رعایت طرح انطباق برای همه بیماران و ضرورت اعتقاد قلبی برای اجرای طرح انطباق بیشترین نگرش کاملاً موافق و گزینه‌های ضرورت جداسازی بخش‌ها، برگزاری جلسات آموزشی بیشترین نگرش موافق نسبت را داشتند. یعنی واحدهای مورد پژوهش اجرای طرح انطباق را برای همه بیماران ضروری شمرده و مهم‌ترین لوازم آن را اعتقاد قلبی پرسنل، جذب نیروی انسانی، جداسازی بخش‌ها و برگزاری جلسات آموزشی در مورد آن می‌دانند. در پژوهش حیدری نیز مهم‌ترین گام در اجرای طرح انطباق جذب نیروی انسانی، جداسازی بخش‌ها و برگزاری جلسات آموزشی گزارش شد و ۹۹/۴ درصد داشتن اعتقاد قلبی را شرط اساسی در اجرای طرح دانستند (۸). در مطالعه ایازی نیز مهم‌ترین عامل در پیشبرد طرح انطباق در اکثر موارد (۵۴ درصد) میزان اعتقاد و پایبندی به امور دینی گزارش شد (۲۲).

شاید علت اینکه پرسنل در این پژوهش اعتقاد قلبی پرسنل را مهم‌ترین لازمه اجرای طرح انطباق می‌دانند ناشی از نگرش آنان به شخصی بودن جنبه مذهبی باشد، که این خود از مهم‌ترین موانع مراقبت مذهبی است (۲۳). عابدی نیز می‌گوید بسیاری از کارکنان پرستاری تصور می‌کنند که مسئله مذهب یک مسئله خصوصی است که پشت درهای بسته انجام می‌گیرد و پرستار وظیفه اعمال و خدمات پرستاری را بدون توجه به مذهب بیمار انجام می‌دهد و به عبارت دیگر پرستار حق دخالت در امور مذهبی بیماران را ندارد (۲۳). غافل از اینکه بدون توجه به این نیاز مراقبت جسمی هر اندازه که کامل و بدون نقص باشد راه به جایی نمی‌برد، زیرا وظیفه پرستار علاوه بر مراقبت جسمی کمک به مددجویان برای سازگاری و تطابق عاطفی و راحتی است که با مراقبت مذهبی از جمله نیایش (نمازخواندن) قابل دستیابی است (۱۳). مطالعه‌ای نشان داد ۹۴ درصد بیماران بستری در بیمارستان‌ها باور دارند که سلامتی معنوی به همان اندازه سلامت جسمی مهم است و ۷۷ درصد باور داشتند که پزشکان باید نیازهای معنوی بیماران خود را به عنوان قسمتی از مراقبت پزشکی در نظر داشته باشند (۲۴). چه بسیاری بیماران که به دلیل حجب و حیا و التزام به رعایت موازین شرع مقدس و با توجه به کمبود متخصص همگن و یا عدم رعایت بعضی مسائل شرعی در مراکز بهداشتی درمانی از مراجعه خودداری نموده و آسیب‌های جبران ناپذیری به سلامت جسمی آنان وارد می‌شود (۲۵). ماگلیان در تحقیق خود با عنوان تجارب مراقبت از بیماران مسلمان اشاره می‌کند که در مراقبت از بیماران مسلمان کارکنان باید در مورد دین اسلام اطلاعات کافی داشته و در مراقبت از بیمار خود وارد کنند (۲۶).

بیش از نیمی از واحدهای مورد پژوهش سابقه شرکت در هیچ برنامه آموزشی مرتبط با طرح انطباق شامل کلاس احکام، کارگاه اخلاق و یا شرکت در کنگره و سمینار را نداشتند. آگاهی و نگرش شرکت کنندگان برحسب سابقه شرکت در برنامه‌های آموزشی مرتبط با طرح انطباق تفاوت معنی‌داری نداشت. اما در مدل رگرسیونی پیش‌بینی‌کننده نگرش شرکت در برنامه آموزشی جزء متغیرهای معنی‌دار و موثر در پیش‌بینی نگرش بود. در مطالعه میری و همکاران بین آگاهی پرسنل و شرکت در کلاس احکام ارتباط معنی‌داری وجود داشت (۱). اما در مطالعه احدی و همکاران ارتباط معنی‌داری بین وضعیت مطالعه آئین نامه انطباق و نگرش کادر پرستاری به آیین نامه انطباق وجود نداشت (۲۰) که این می‌تواند مطرح‌کننده موثر نبودن این شیوه های آموزشی مقطعی و نیاز به آموزش مستمر و مداوم در این زمینه باشد.

بین آگاهی و نگرش با سابقه کار واحدهای مورد پژوهش همبستگی معنی‌دار ضعیفی وجود داشت. در مطالعه مرادی نیز پرستاران با سابقه کار بالاتر بیشتر از تازه کارها در مورد مسائل شرعی آگاهی داشتند (۱۷). به نظر می‌رسد در درسال‌های اولیه شروع به کار، پرسنل توجه بیشتری به مسائل مذهبی و رعایت اصول انطباق دارند اما پس از گذشت چند سال از کار در محیطی که امکان رعایت این مسائل به راحتی فراهم نیست به جو موجود عادت کرده و حساسیت آن‌ها در این زمینه کمتر می‌شود اما با افزایش سابقه کار، کسب تجربه کافی و رسیدن به بلوغ فکری، اعتقادی و حرفه‌ای مجدداً توجه به مسائل مذهبی بیشتر می‌شود و شاید پرسنل با افزایش سابقه کار به اهمیت مراقبت مذهبی از بیماران پی می‌برند.

اختلاف نگرش بین پرسنل بیمارستان شهدا و شهید مدنی با بیمارستان عسلیان معنی‌دار بود. در مطالعه حیدری هم محل اشتغال تاثیر معنی‌داری بر میزان آگاهی داشت و میزان آگاهی در بخش خصوصی کمتر بود (۸). یعنی بیمارستان محل خدمت می‌تواند بر آگاهی و نگرش پرسنل در این زمینه موثر باشد. شاید علت این باشد که دو بیمارستان اول بیمارستان‌هایی عمومی هستند ولی بیمارستان عسلیان تنها بیمارستان دولتی ارائه‌کننده خدمات زنان و زایمان و از نظر قوانین و مقررات امکان رعایت طرح انطباق در آن بیشتر است.

نگرش بین پرسنل شاغل در بخش اتاق عمل به طور معنی‌داری از پرسنل بخش‌های اورژانس، ویژه، داخلی و جراحی بهتر بود. همچنین نگرش تکنسین‌های اتاق عمل و هوشبری از پزشکان (عمومی و متخصص) و پرستاران به طور معنی‌داری بالاتر بود، که به نظر می‌رسد این تفاوت بیشتر ناشی از همان بخش محل خدمت یعنی اتاق عمل می‌باشد.

در مطالعه حیدری نیز از نظر رشته تحصیلی به ترتیب پرستاران، ماماها، پزشکان عمومی، دندانپزشکان و پزشکان متخصص نمرات بالاتری را از نظر آگاهی نسبت به یکدیگر کسب نمودند. اما از نظر نگرش تفاوت معنی‌داری بین گروه پزشکان و پرستاران به‌دست نیاموردند و این را نکته مثبتی در جهت به اجرا در آمدن طرح دانستند (۸). به نظر می‌رسد نیاز به تعمیم و گسترش طرح انطباق در محیط اتاق عمل یا در محیط‌هایی چون بخش‌های زنان و زایمان که پوشش بیمار بنا به ضرورت و نیاز درمان کمتر می‌باشد بیشتر احساس می‌شود.

به طور کلی نتایج رگرسیون نیز نشان داد که متغیرهای آگاهی، رشته تحصیلی، بخش و بیمارستان محل خدمت و شرکت در برنامه‌های آموزشی مرتبط با طرح انطباق در پیش‌بینی نگرش پرسنل موثرند.

با گذشت بیش از سه دهه از انقلاب و بیش از دو دهه از تصویب قانون انطباق و با وجود تغییرات بنیادی در تمام ابعاد جامعه و با وجودی که این مسئله همیشه مد نظر و توجه بوده است، همچنان آگاهی و نگرش پرسنل در این زمینه در حد مناسب نمی‌باشد. این مسئله ممکن است ناشی از موارد ذیل باشد. مدیران مسولان و پرسنل به این موضوع توجه لازم را ندارند و درصدد حل این مشکل برنیامده‌اند یا اشتغال شدید به مسائل علمی داشته و به مسائل اخلاقی اهمیت کمتری می‌دهند یا پرسنل به علت احساس عدم گناه ناشی از کمبود اطلاعات مذهبی و یا ریختن زشتی و قبح گناه در اثر تکرار به وضع موجود عادت کرده‌اند.

لذا پیشنهاد می‌شود مدیران و مسئولان ذی‌ربط ضمن تلاش جهت رفع مشکلاتی نظیر کمبود نیروی انسانی و اصلاح امکانات و محیط فیزیکی برنامه‌هایی نظیر در نظر گرفتن واحد درسی تحت عنوان فوق جهت دانشجویان همه رشته‌های علوم پزشکی، برگزاری کلاس‌های آموزش مداوم و دوره‌ای جهت آموزش احکام شرعی و انطباق امور فنی پزشکی با موازین شرع زیر نظر دفتر نهاد رهبری و قرار دادن آیین‌نامه انطباق در سطح گسترده در اختیار پرسنل را در نظر داشته باشند. ایجاد و تعیین مقررات تشویقی و تنبیهی برای پرسنل در رابطه با رعایت و عدم رعایت جزئیات طرح انطباق نیز موثر خواهد بود. همچنین

آشنا کردن بیماران با حقوق و وظایف شرعی خود در بیمارستان و انجام پژوهش حاضر با همین عنوان از دیدگاه بیماران جهت تعیین آگاهی و نگرش آنان نسبت به طرح انطباق نیز توصیه می‌شود.

نتیجه‌گیری

آگاهی و نگرش پرسنل نسبت به طرح انطباق در حد متوسط می‌باشد و در پرسنل با سابقه کار بیشتر، شاغل در اتاق عمل و بیمارستان زنان بهتر است. واحدهای مورد پژوهش اجرای طرح انطباق را برای همه بیماران ضروری شمرده و مهم‌ترین لوازم آن را اعتقاد قلبی پرسنل، جذب نیروی انسانی، جداسازی بخش‌ها و برگزاری جلسات آموزشی در مورد آن می‌دانند.

حمایت مالی

این مطالعه حمایت مالی ندارد.

مشارکت نویسندگان

طراحی پژوهش: نویسنده اول و دوم. جمع‌آوری داده‌ها: نویسنده اول و دوم. تجزیه و تحلیل داده‌ها: نویسنده اول و دوم و سوم. ثبت داده‌ها در نرم افزار: نویسنده اول. تجزیه، تحلیل و تفسیر نتایج و تهیه گزارش و نوشتن پیش نویس اصلی: نویسنده اول و دوم. بررسی و ویرایش نوشته: نویسنده دوم و سوم. مصور سازی و نظارت: نویسنده اول و دوم و مدیریت پروژه و تامین بودجه: نویسنده اول و دوم.

همه‌ی نویسندگان نسخه‌ی منتشر شده‌ی مقاله را خوانده و با آن موافقت کردند.
همه‌ی نویسندگان به‌طور یکسان در مفهوم‌سازی مقاله و نوشتن پیش‌نویس‌های اصلی و بعدی مشارکت داشته‌اند.

اعلامیه هوش مصنوعی مولد و فناوری‌های مبتنی بر هوش مصنوعی در فرایند نگارش

موردی وجود ندارد.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان این مقاله تعارض منافع ندارد.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

نویسندگان اصول اخلاقی را در انجام و انتشار پژوهش رعایت نموده‌اند و این موضوع مورد تأیید همه آن‌هاست.

بیانیه دسترسی به داده‌ها

داده‌های پژوهش حاضر از طریق درخواست از نویسندگان قابل دسترسی است.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از کلیه کسانی که ما را در این طرح پژوهشی یاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌کنیم.

References

۱. میری محمد رضا، سعادتجو سیدعلیرضا، عابدینی محمدرضا، غلامی حسن. بررسی آگاهی و نگرش پرسنل مرکز آموزشی درمانی شهرستان بیرجند نسبت به انطباق امور پزشکی با موازین شرع مقدس در سال ۱۳۷۴. مجله دانشگاه علوم پزشکی بیرجند: ۷۵-۸۱
۲. محمدی عیسی. اخلاق در پرستاری. خلاصه مقالات اولین کنگره سراسری اخلاق در پرستاری، نشر مرکز تحقیقات و مطالعات اخلاق پزشکی، تهران، ۱۳۷۳، ۱۲-۱۴.
- 3- Koenig HG, McCollough ME, Larson DB. Hand book of religion and health. New York: Oxford University Press, 2001. Accessed in [https://doi.org/10.1177/000841740206900101](http://www.spiritualityandhealth.duke.edu/.../RFP%20Background%20pdf....SimilarYou+1'd>this publicly. Undo : PDF/Adobe Acrobat - Quick View
4 - 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. <a href=)
- 5 - Levin JS, Taylor EJ, Chatters LM. A multidimensional measure of religious involvement for African Americans. Sociological Quarterly. 1995; 36: 157-173. <https://doi.org/10.1111/j.1533-8525.1995.tb02325.x>
- 6 - Waldfogel S. Spirituality in medicine. Complementary and Alternative Therapy in Primary Care. 1997; 24: 963-975. <https://doi.org/10.3390/rel3020467>
- 7 - Puchalski C, Romer A. Taking a spiritual history allows clinicians to understand patients more fully. Journal of Palliative Medicine. 2000; 3(1): 129-137. <https://doi.org/10.1089/jpm.2000.3.129>
۸. حیدری عباس. بررسی میزان آگاهی و نگرش کارکنان پزشکی و پیرا پزشکی در مورد طرح انطباق امور پزشکی با موازین شرع مقدس. اسرار مجله دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزوار. ۱۳۷۶، ۴(۳): ۲۶-۳۹
۹. زهره بنکداران، تاریخچه اهداف طرح انطباق امور پزشکی و پرستاری با موازین شرع مقدس اسلام. قابل دسترسی در [www.mums.ac.ir/shares/.../bonakdaran%20\(3\).pdf](http://www.mums.ac.ir/shares/.../bonakdaran%20(3).pdf). accsed on september
۱۰. نیکبخت نصرآبادی علیرضا. نقش کلیدی پرستار در طرح انطباق. مجموعه مقالات اولین کنگره سراسری انطباق امور پزشکی با موازین شرع مقدس جلد ۳. موسسه فرهنگی انتشاراتی تیمورزاده: ۱۶۷
۱۱. طولابی طاهره، گله دار نسرين. بررسی میزان رعایت آیین نامه انطباق امور پزشکی با موازین شرع مقدس اسلام در مراکز درمانی دانشگاه علوم پزشکی لرستان سال ۱۳۷۸. یافته بهار و تابستان ۱۳۷۹؛ ۲(۴-۵): ۲۸-۲۳
۱۲. شمس خرم آبادی منوچهر، حیدری محمد، احمدی نژاد مجتبی، گله دار نسرين، امیری زینب. لباس بیماران در بیمارستانهای آموزشی شهر خرم آباد به عنوان یک مانع و مشکل در طرح انطباق. خلاصه مقالات سمینار سراسری انطباق خدمات بهداشتی درمانی با موازین شرع مقدس اسلام. دانشگاه علوم پزشکی لرستان. اردیبهشت ۱۳۹۰: ۱۲۹
۱۳. کریم الهی منصوره، عابدی حیدر علی. تجربه بیماران از نماز در بیمارستان. پژوهش پرستاری. پاییز و زمستان ۱۳۸۷؛ ۳(۱۰، ۱۱): ۶۳-۷۳
۱۴. پیمانی زینب، اسدی کلمه زهرا، شرافت سیده مریم، محمودیان فرزاد. بررسی میزان رعایت تناسب جنسیتی بیماران تحت عمل جراحی با کادر درمان و تحلیل جنبه های اخلاقی و شرعی موضوع. مجله اخلاق پزشکی و تاریخ پزشکی، پاییز ۱۳۸۸؛ ۲(۴): ۳۷-۴۵
۱۵. امامی رضوی سیدحسن. بررسی مفاهیم انطباق امور فنی پزشکی با موازین شرع مقدس از دیدگاه پزشکان. مجله طب و تزکیه. پاییز ۱۳۷۴، ۱۸: ۱۹-۲۱
۱۶. افضل فرد حبیب، کارآموز مجید. تعیین وضعیت انطباق امور پزشکی با موازین شرعی. پایان نامه جهت اخذ درجه دکتری پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، دانشکده پزشکی، ۱۳۷۵

۱۷. مرادی آذر. بررسی اطلاعات پرستاران در مورد چگونگی برقراری ارتباط و مراقبت از بیماران بر اساس موازین شرعی. دانشور دوماهنامه علمی پژوهشی دانشگاه شاهد. ۱۳۸۶؛ ۱۵(۷۲): ۶۵ - ۷۰
۱۸. شاهرخ سیده شهین، حیدری زاده خدیجه. بررسی و مقایسه میزان آگاهی کارکنان و بیماران مرکز آموزشی درمانی شهدای عشایر در ارتباط با احکام شرعی بیماران بستری. خلاصه مقالات سمینار سراسری انطباق خدمات بهداشتی درمانی با موازین شرع مقدس اسلام. دانشگاه علوم پزشکی لرستان. اردیبهشت ۱۳۹۰: ۴۶
۱۹. ناجی سیدعلی. بررسی موانع اجرای احکام شرعی در خدمات پرستاری از دیدگاه پرستاران شاغل در بیمارستانهای منتخب دولتی اصفهان، خلاصه مقالات سمینار اخلاق در پرستاری و مامایی. ۱۳۷۵: ۱۱۵-۱۲۴
۲۰. احدی فاطمه. بررسی میزان آگاهی و نگرش کادر پرستاری شاغل در بیمارستانهای آموزشی شهر سمنان نسبت به آیین نامه انطباق امور پزشکی با موازین شرع مقدس. طب و تزکیه ۱۳۸۴؛ ۱۵(۵۶): ۴۹-۵۷
۲۱. خورشیدی احمد، تقدسی محسن، اطهری زاده محمود. مقایسه نگرش بیماران و کادر پزشکی نسبت به انجام معاینات بیماران بر اساس موازین شرع مقدس اسلام در شرایط غیراضطراری در شهر کاشان. طب و تزکیه ۱۳۸۱؛ ۱۳(۴۵): ۹-۱۵
۲۲. ایازی زهرا، ملک محمدی علیرضا، حسینی ایرانی سید جلیل، پوریا مفرد ابراهیم، حیدریپور زهرا. بررسی عوامل موثر در پیشبرد طرح انطباق امور اداری و فنی پزشکی با موازین اخلاقی و شرعی از دیدگاه کارکنان مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی شهر کرد سال ۱۳۸۸. خلاصه مقالات سمینار سراسری انطباق خدمات بهداشتی درمانی با موازین شرع مقدس اسلام. دانشگاه علوم پزشکی لرستان. اردیبهشت ۱۳۹۰: ۲۹-۳۰
23. Abedi HA, Asgari M, Kazemi Z, Saffarifard F. Religious care in hospitalized patients and its barriers. *Teb Ve Tazkieh J.* 2005; 4
24. King DE, Bushwick B. Beliefs and attitudes of hospital inpatients about faith healing and prayer. *Journal of Family Practice.* 1994; 39: 349-352
۲۵. توکلی بزاز جواد. انطباق ضرورت ها موانع. طب و تزکیه. ۱۳۷۴؛ ۱۸ سال: ۸
26. Halligan P. Caring for patients of Islamic denomination: critical care nurses' experiences in Saudi Arabia. *Journal of Clinical Nursing.* 2006; 15: 1565-1573.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2005.01525.x>