

بررسی سلامت معنوی و امید در بیماران مراجعه‌کننده به مراکز

همودیالیز شهر زاهدان در سال ۹۳

فاطمه دهباشی^۱

سکینه سبزواری^۲

بتول تیرگری^۳

چکیده

مقدمه: نارسایی مزمن کلیوی یک مشکل سلامتی است که ادامه حیات بیمار به درمان‌های جایگزین کلیه از جمله همودیالیز وابسته است. همودیالیز فرآیندی استرس‌زا است و علاوه بر مشکلات روانشناختی و اجتماعی فراوان، زمینه‌ساز بروز اختلالات روانی می‌شود. مطالعه حاضر با هدف تعیین سطح سلامت معنوی و امید در بیماران همودیالیزی زاهدان انجام شد.

روش: پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی همبستگی است که در ۱۴۰ بیمار مراجعه‌کننده به مراکز همودیالیز شهر زاهدان به صورت نمونه در دسترس انجام شد. جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از پرسشنامه شامل بخش‌های ویژگی‌های دموگرافیک، سلامت معنوی الیسون و پویزان و امید هرث جمع‌آوری شد، تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS 18 و آزمون‌های آماری توصیفی (توزیع فراوانی، میانگین و انحراف معیار) و استنباطی

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد، دانشکده پرستاری و مامایی رازی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمان، کرمان، ایران.

۲. استادیار، گروه پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی رازی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمان، کرمان، ایران. (نویسنده مسؤول)
Email: S_Sabzevari@kmu.ac.ir

۳. استادیار، گروه پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی رازی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمان، کرمان، ایران.

(ANOVA) یا معادل نان پارامتریک آن، من ویتنی یو، کروسکال والیس و ضریب همبستگی پیرسون) صورت گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد بیماران مورد مطالعه ۵۷٪ مرد، ۸۴/۳ درصد متأهل و ۵۵٪ بی‌سواد بودند. میانگین سن شرکت‌کنندگان ۴۸/۷۵ سال بود. سابقه حداقل ۱ و حداکثر ۱۵ سال (میانگین ۵/۵۳ سال) دیالیز را داشتند. میانگین نمره سلامت معنوی بیماران 91 ± 11 (حداقل ۲۰ و حداکثر ۱۲۰)، سلامت وجودی 42 ± 7 و سلامت مذهبی 48 ± 5 بود. که ۷۵٪ سلامت معنوی متوسط داشتند. میانگین نمره امید ۱۷/۷۷ (حداقل ۱۲ و حداکثر ۳۶) بود. بین امید و سلامت معنوی ارتباط مثبت و معنی‌دار دیده شد ($r=0/202$ و $P<0/005$). سلامت معنوی و امید با متغیرهای دموگرافیک (سن، جنس و وضعیت تأهل) ارتباط معنی‌دار ($P<0/001$) و با ابتلا به بیماری زمینه‌ای رابطه معنی‌دار نداشتند. امید با سطح تحصیلات رابطه معنی‌دار داشت ($P<0/002$).

نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد بین امید و سلامت معنوی در بیماران مورد مطالعه ارتباط وجود داشت. با توجه به تأثیر نارسایی مزمن کلیه و همودیالیز بر ابعاد مختلف جسمی و روانی بیماران پیشنهاد می‌گردد پرستاران با رویکرد مراقبت کل‌نگر با تأکید بر بعد معنوی مراقبت در دستیابی به ارتقای سطح سلامت معنوی بیماران تلاش کنند. انتظار می‌رود ارتقای سلامت معنوی، افزایش امید در بیماران را به دنبال داشته باشد.

واژگان کلیدی

سلامت معنوی، امید، همودیالیز، زاهدان

مقدمه

بیماری‌های مزمن کلیوی از جمله مشکلات سلامتی در دنیای امروز است که موقعیت تهدیدکننده‌ای برای وضعیت سلامتی، اقتصادی و اجتماعی فرد مبتلا، خانواده و جامعه او محسوب می‌گردد، به طوری که در چند سال گذشته، توجه فوق‌العاده زیادی را خصوصا در کشورهای پیشرفته به خود معطوف کرده است. (لیدر، ۲۰۰۷ م.) بیماری کلیوی مرحله نهایی، نمایانگر یک وضعیت بالینی است که در نتیجه آن، کلیه‌ها قادر به برقراری اعمال متابولیک و حفظ تعادل مایعات و الکترولیت‌ها در بدن نیستند. (اسبورن، ۲۰۱۰ م.) این بیماری یکی از بیماری‌های جسمی شایع می‌باشد که ۲ تا ۳٪ مردم جهان به آن مبتلا می‌باشند. (نریمانی و همکاران، ۱۳۸۷ ش.) در حال حاضر از هر یک میلیون نفر ایرانی، ۷۵ نفر دارای نارسایی کلیه هستند. (سیدمحسن، ۱۳۹۲ ش.) برای ادامه حیات بیمار، بعد از درمان‌های محافظتی، استفاده از درمان‌های جایگزین کلیه اجتناب‌ناپذیر خواهد بود. از جمله درمان‌های جایگزین کلیه، انواع مختلف دیالیز می‌باشد که به عنوان یک درمان نگهدارنده مطرح است. (طیبی، ۱۳۸۷ ش.) در حال حاضر همودیالیز رایج‌ترین درمان جایگزینی کلیه در ایران شده است. (منفرد، ۱۳۸۸ ش.)

در بیماری‌های مزمن، اعتماد به نفس و ایمان مذهبی بیمار به مخاطره می‌افتد، مکانیسم‌های سازگاری و ارتباطات فرد به سبب عدم اطمینان به آینده مختل می‌شود و بحران معنوی در فرد پدیدار می‌شود. (سیدفاطمی، ۱۳۸۶ ش.) آشفتگی‌های معنوی موجب غم و اندوه در بیمار شده و انگیزه‌های مثبت درمانی را از بین می‌برد. (کریم‌اللهی و همکاران، ۱۳۸۷ ش.) سلامت معنوی یکی از مفاهیم مهم در نحوه رویارویی بیمار با مشکلات و تنش ناشی از بیماری می‌باشد که فرد را به احساسات هویت، کمال، رضایت‌مندی، خرسندی، زیبایی، عشق، احترام،

نگرش مثبت، آرامش، توازن درونی و هدف در زندگی متمایل می‌کند، (عسکری و همکاران، ۱۳۹۱ ش.) سلامت معنوی به عنوان جدیدترین بعد سلامت، در کنار ابعاد دیگر سلامتی (جسمی، روانی و اجتماعی) قرار گرفته (عصارودی و همکاران، ۱۳۹۱ ش.) و سبب یکپارچگی سایر ابعاد آن می‌شود. از طرفی خود در برگیرنده دو بعد وجودی و مذهبی است. سلامت مذهبی به رضایت ناشی از ارتباط با یک قدرت برتر و سلامت وجودی به تلاش برای درک معنا و هدف در زندگی اطلاق می‌شود. (الله‌بخشیان و همکاران، ۱۳۸۹ ش.) به طور کل اعمال مذهبی و معنوی اگرچه باعث درمان بیمار نمی‌شود، اما به وی کمک می‌کند تا با بیماری کنار آمده و از برخی مشکلات سلامت پیشگیری می‌کنند. (تیسویت، ۲۰۰۶ م.)

از جمله مفاهیمی که در رویارویی با مشکلات و تنش ناشی از آن نقش مهمی دارد امید است و به عنوان یک عامل بالقوه قدرتمند در بهبود و سازگاری بیماران مؤثر است. (هرث، ۲۰۰۰ م.) به عبارتی امید باعث زندگی واقعی توأم با برنامه، هدف و مقصود می‌شود و نشانه سلامت روان است (بیجاری، ۱۳۸۶ ش؛ شفيعی، ۱۳۸۹ ش.) و بدون ارتقای آن زمینه برای پذیرش آموزش‌های درمانی و مراقبتی فراهم نمی‌شود، (پورغزنین و همکاران، ۱۳۸۴ ش؛ شفيعی، ۱۳۸۹ ش.) امید دربردارنده تصورات و توجه افراد به آینده است و باعث تلاشی با این تصور است که احتمال دارد نتایج مثبت حاصل شود. هر نوع مفهوم‌سازی از امید، چندبعدی، آینده‌نگر و فرآیندنگری آن را منعکس می‌کند. (مکلین^۱، ۲۰۰۸ م.) امید، توانایی باور یک احساس بهتر از آینده است. امید معمولاً به عنوان عامل مهمی در سازگاری، شرایط مبهم و رنج بردن است. (لی^۲، ۲۰۰۱ م؛ حیدری، ۱۳۹۱ ش.) امروزه از پرستاران انتظار می‌رود نقش اساسی را در کمک و حمایت از بیماران دیالیزی ایفا کنند. از این رو، توجه به سازگاری و کنارآمدن با بیماری و مشکلات ناشی از آن از طریق شناخت و تقویت

بعد معنوی سلامت بیماران از اهمیت خاصی برخوردار است. (عسکری، ۱۳۹۰ ش.) یافته‌های برخی مطالعات نشان داده‌اند که امید (روستون^۳، ۲۰۱۰ م.) و سلامت معنوی (تاراکشور^۴ و همکاران، ۲۰۰۶ م.) عوامل معنادار در زندگی هستند که به افراد کمک می‌کند تا با بیماری سازگار شوند، تنش روانی خود را کاهش داده و کیفیت زندگی و سلامت روانی - اجتماعی خود را ارتقا از آنجا که انسان‌ها موجوداتی زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی هستند، پرستاران برای تأمین مراقبت معنوی مطلوب باید دانش و درک خود را از معنویت گسترش داده و آن را با مراقبت پرستاری تلفیق کنند. (عبادی، ۱۳۹۱ ش.) همچنین موقعیت‌های زندگی که نقش و تأثیر خاصی بر امید داشته‌اند را بررسی کنند و به دنبال خلق محیطی باشند که فرصتی را برای دست یابی به اهداف (سلامتی) فراهم کنند، دیدگاه‌های فرد را مورد قضاوت مجدد قرار دهند و ارزش‌ها را یادآوری و وقایع رنج‌آور زندگی و مرگ را معنی‌دار نمایند. (پورغزنین، ۱۳۸۴ ش.) مطالعات مختلف نشان‌دهنده تأثیرات مثبت عبادات، نماز و دعا را بر میل به زندگی، احساس خوب‌بودن و شادی، کاهش اضطراب و تنش، اثربخشی روان‌درمانی و تقویت سایر فرآیندهای درمانی، در اکثر فرهنگ‌ها و مذاهب مختلف می‌باشد. (دلشاد، ۱۳۹۱ ش.) فرهنگ یکی از عوامل مؤثر بر عقاید، نگرش‌ها سلامت معنوی و امید در بیماران می‌باشد و تفاوت‌های فرهنگی در نتایج ارتباط سلامت معنوی و امید تأثیر دارد. بنابراین لازم است در بررسی این مفاهیم فرهنگ بیماران مدنظر باشد. (برس، ۲۰۰۲ م.) با توجه به اهمیت این دو مفهوم در ارتقای سلامت بیماران و اختلافات فرهنگی نمونه پژوهش به ویژه از نظر اعتقادات مذهبی با سایر مناطق، مطالعه حاضر با هدف بررسی سلامت معنوی و امید و ارتباط این دو متغیر در بیماران همودیالیزی زاهدان انجام شد.

روش

مطالعه حاضر، یک مطالعه توصیفی همبستگی بود که بر روی بیماران مراجعه کننده به مراکز همودیالیز شهر زاهدان در سال ۱۳۹۳ انجام شد. در این پژوهش کلیه بیماران نارسایی مزمن کلیوی واجد شرایط بیمارستان‌های خاتم‌الانبیاء و علی ابن ابیطالب زاهدان که ۱۴۰ نفر بودند، به روش نمونه‌گیری سرشماری مشارکت داشتند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه، شامل خصوصیات دموگرافیک، سلامت معنوی الیسون و پوییزان و پرسشنامه امید هرث جمع‌آوری شد. خصوصیات دموگرافیک: شامل ۷ مورد (سن، جنس، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، سابقه بیماری زمینه‌ای، تعداد سال‌های همودیالیز، مشکلات همراه همودیالیز) بوده است. سلامت معنوی: SWBS (Spiritual Well Being) پرسشنامه سلامت معنوی الیسون و پوییزان شامل ۲۰ گویه (۱۰ گویه مربوط به سلامت مذهبی و ۱۰ گویه دیگر سلامت وجودی) می‌باشد. دامنه سؤالات به صورت ۶ گزینه‌ای در مقیاس لیکرت (از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم) دسته‌بندی می‌شود. در پایان نمرات سلامت معنوی به ۳ سطح پایین (۲۰-۴۰)، متوسط (۴۱-۹۹) و بالا (۱۰۰-۱۲۰) تقسیم‌بندی می‌شود. (مقیمیان، ۱۳۸۹ ش). روایی و پایایی پرسشنامه سلامت معنوی الیسون و پوییزان در چندین مطالعه سنجیده شده است از جمله: پایایی آن توسط الله‌بخشیان (۱۳۸۹ ش). به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۹ گزارش شده است. در مطالعه بالجانی، (۱۳۹۰ ش). پایایی آن با استفاده آلفای کرونباخ ۰/۹۳ و پایایی درونی آن توسط رضایی (۱۳۸۷ ش). با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ مورد تأیید قرار گرفته است. ج) پرسشنامه امید هرث: شامل دوازده عبارت (با درجات موافقم، مخالفم و مطمئن نیستم و امتیازات ۱ تا ۳) می‌باشد. در مجموع برای هر فرد حداقل امتیاز ۱۲ و حد اکثر ۳۶ منظور

می‌شود. در مطالعه بالجانی (۱۳۹۰ ش.) روایی آن تأیید و پایایی آن با استفاده از الفای کرونباخ ۰/۸۲ گزارش شد. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بود از: ابتلا به نارسایی مزمن کلیوی، داشتن سن بالای ۱۸ سال، سابقه حداقل ۱۲ ماه همودیالیز، هوشیار و آگاه به زمان و مکان بودن، تمایل به شرکت در مطالعه، آگاهی به زبان فارسی. معیارهای خروج از مطالعه شامل: عدم تمایل به شرکت در مطالعه، ناتوانی در ادامه پاسخ به سؤالات پرسشنامه، ضعف و بی‌حال یا کاهش سطح هوشیاری.

ملاحظات اخلاقی پژوهش شامل تصویب طرح به شماره ۹۲/۸/۳۷۰۳ و اخذ مجوز از تحصیلات تکمیلی، کسب اجازه از مسؤولین بیمارستان، جلب رضایت و همکاری بیماران، دادن اطمینان جهت محرمانه ماندن اطلاعات و اجازه خروج از مطالعه در صورت تمایل می‌باشد. داده‌های پژوهش بعد از جمع‌آوری با استفاده از نرم‌افزار SPSS 18 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. جهت توصیف امید و سلامت معنوی از میانگین و انحراف معیار و جداول درصد و فراوانی متغیرها، و جهت بررسی تفاوت میانگین‌ها در صورت نرمال بودن توزیع متغیر از آزمون‌های تی و آنووا استفاده شد و در جایی که توزیع نرمال نبود از معادل نان پارامتریک آن (من ویتنی یو و کروسکال والیس) استفاده شد. برای تعیین ضریب همبستگی امید و سلامت معنوی از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد.

یافته‌ها

نتایج نشان داد از ۱۴۰ بیمار شرکت‌کننده در مطالعه، ۸۱ نفر مرد (۵۷/۹ درصد)، ۲۲ نفر مجرد (۱۵/۷ درصد)، ۱۱۸ نفر متأهل (۸۴/۳ درصد)، ۷۲ نفر (۵۱٪) در سنین ۴۱-۶۰ بودند. مانگین سن $48/75 \pm 14/6$ بود. از نظر تحصیلات، بیشتر نمونه‌ها ۷۷ نفر (۵۵٪) بی‌سواد بودند.

میانگین و انحراف معیار نمره سلامت معنوی $91/3 \pm 11/29$ (حداقل نمره ۲۰ و حداکثر ۱۲۰)، سلامت وجودی $42/2 \pm 7$ ، سلامت مذهبی $48/7 \pm 5$ و میانگین و انحراف معیار نمره امید $17/78 \pm 10/3$ (حداقل نمره ۱۲ و حداکثر نمره ۳۶) بود. یافته‌ها نشان داد، ۳۴ نفر (۲۴٪) بیماران دارای نمره سلامت معنوی بالا (نمرات ۱۲۰-۱۰۰) و ۱۰۶ نفر (۷۵٪) نمره سلامت معنوی متوسط (۹۹-۴۱) بوده و هیچکدام نمره سلامت معنوی پایین نداشتند. به منظور بررسی ارتباط امید و سلامت معنوی از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد که بین نمرات امید با سلامت معنوی و ابعاد آن ارتباط وجود داشت ($p < 0.05$) (جدول ۱).

بر اساس نتایج آزمون نرمالیتی (کولموگروف اسمیرنوف ($p = 0/12$ و $Z = 1/17$)) جهت تجزیه و تحلیل نمرات سلامت معنوی بر اساس متغیرهای جمعیت شناختی از آزمون‌های T و ANOVA استفاده شد که در موارد گروه‌های سنی ($p < 0/001$)، جنس ($p < 0/001$)، تأهل ($p < 0/001$) تفاوت معنی‌دار آماری وجود داشت، ولی در موارد بیماری زمینه‌ای و تعداد سال‌های دیالیز تفاوت مشاهده نشد (جدول ۲).

بر اساس نتایج آزمون کولموگروف اسمیرنوف توزیع نمرات امید نرمال نبود ($p < 0/001$ و $Z = 3/41$)، از اینرو جهت بررسی تفاوت نمرات امید در ویژگی‌های دموگرافیک از آزمون‌های من ویتنی یو و کروسکال والیس استفاده شد. نتایج نشان داد در سطوح تحصیلات ($P < 0/002$)، گروه‌های سنی ($P < 0/001$) و وضعیت تأهل ($P < 0/001$)، تفاوت معنی‌دار آماری مشاهده شد. در بیماری زمینه‌ای و سال‌های دیالیز تفاوت وجود نداشت (جدول ۳).

بحث

نتایج نشان داد که نمرات سلامت معنوی اکثر بیماران مورد مطالعه در سطح متوسط بود که با نتایج چندین مطالعه از جمله: مطالعه الله‌بخشیان، (۱۳۸۹ ش.) رضایی، (۱۳۸۷ ش.) بالجانی، (۱۳۹۰ ش.) طاهری، (۱۳۹۲ ش.) و ضیغمی محمدی (۱۳۹۰ ش.) همخوانی دارد، اما با نتیجه مطالعه مقیمیان و همکاران (۱۳۸۹ ش.) که نمره سلامت معنوی بیماران سرطانی پایین گزارش شد همخوانی ندارد، علت احتمالی این تفاوت می‌تواند ناشی از نوع بیماری و مدت زمان تشخیص آن باشد که کمتر از شش‌ماه از تشخیص سرطان برای آن‌ها گذشته بود. از طرفی این عوامل می‌تواند بر سازگاری آن‌ها اثرگذار بوده و موجب چنین نتیجه‌ای شده باشد. در حالی که در مطالعه حاضر بیماران به طور متوسط ۵ سال سابقه دیالیز داشتند. در مطالعه حاضر میانگین نمره بعد مذهبی (48 ± 5) از میانگین نمره بعد وجودی ($42/7 \pm 9$) بالاتر بود که این با نتایج مطالعه مؤمنی (۱۳۹۰ ش.) در مورد بیماران سرطانی و جهانی (۱۳۹۱ ش.) در بیماران مبتلا به عروق کرونر همخوانی دارد. نمره بالای سلامت مذهبی بیماران نسبت به سلامت وجودی، می‌تواند ناشی از فرهنگ مذهبی بعضی مناطق باشد که در شرایط پراسترس و بحرانی ناشی از بیماری‌های مزمن گرایش بیشتری به مذهب و خدا دارند، (مؤمنی و همکاران، ۱۳۹۰ ش.) اما از سوی دیگر نتایج مطالعه حاضر با نتایج مطالعه الله‌بخشیان (۱۳۸۹ ش.) در مولتیپل اسکروزیس تفاوت دارد. به نظر می‌رسد علاوه بر نوع بیماری، محیط، شرایط اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی در این‌گونه نتایج تأثیرگذار باشد که در مطالعه حاضر بررسی نشده است.

در مطالعه حاضر میانگین نمرات امید بیماران مورد بررسی در سطح پایین بوده است ($17/77 \pm 10$) که با نتایج مطالعات اورلندی و همکاران، (۲۰۱۱ م.) بر

روی بیماران تحت همودیالیز در برزیل، آلبرتوجان (۲۰۰۸ م.) در بیماران انسداد مزمن ریوی ایالت متحده، بلو ول و فورد گیلبر (۲۰۰۴ م.) در مطالعه بررسی امید در اسکروز آمیوتروپیک در کانادا و مطالعه اوانجلستا و همکاران (۲۰۰۳ م.) در زنان پیوند قلب متفاوت می‌باشد، در همه این مطالعات میانگین نمره امید در محدوده ۳۵-۴۰ از حداکثر نمره ۴۸ بود. از آنجا که عوامل متعددی بر امید تأثیرگذار است تفاوت جوامع پژوهش به ویژه از نظر فرهنگی مذهبی و استفاده از امکانات مادی بیشتر که کیفیت زندگی بهتر و بالتبع رضایتمندی را به دنبال خواهد داشت، می‌تواند موجب این تفاوت‌ها باشد. از طرفی ویژگی‌های فردی نمونه پژوهش نیز می‌تواند عامل مهم تأثیرگذار در ایجاد چنین نتایجی باشد، چنانچه در مطالعه حاضر اکثراً بی‌سواد یا کم‌سواد، و میانسال و بالاتر بوده و احتمالاً به دلیل وضعیت جسمی خود بیکار بوده یا شغل مناسبی نداشتند. بین سلامت معنوی و امید در بیماران مراجعه‌کننده به مراکز همودیالیز ارتباط مثبت و معنی‌دار وجود داشت، که با نتایج چندین مطالعه همخوانی دارد. از جمله، در مطالعه لینرتی (۲۰۰۳ م.) در مبتلایان به سرطان پستان، مقیمیان و سلمانی، (۱۳۸۹ ش.) مؤمنی و همکاران، (۱۳۹۰ ش.) قهرمانی، محمدآبادی (۱۳۹۱ ش.) و ضیغمی محمدی و تجویدی (۱۳۹۰ ش.) نیز بین سلامت معنوی و امید ارتباط وجود داشت.

در ارتباط سلامت معنوی با ویژگی‌های فردی در مورد سن تفاوت معنی‌دار ($P < 0.001$) بود (جدول ۲). این نتیجه مطالعه حاضر با چندین مطالعه همخوانی دارد از جمله: نتایج پژوهش لیون، (۲۰۰۴ م.) آلن و همکاران، (۲۰۰۴ م.) مطالعات طاهری، (۱۳۹۲ ش.) مقیمیان و (۱۳۸۹ ش.) رضایی (۱۳۸۷ ش.) به نظر می‌رسد که گرایش به معنویت با افزایش سن بیشتر دیده می‌شود، البته از طرفی بافت مذهبی جامعه مورد پژوهش نیز می‌تواند در ایجاد چنین نتایجی تأثیرگذار باشد. در مورد

وضعیت تأهل نیز تفاوت معنی‌دار مشاهده شد ($p < 0/001$) (جدول ۲) که با نتایج مطالعات ریلی و همکاران (۱۹۹۸ م.) که نشان دادند افراد متأهل از سطح سلامت معنوی بالاتری برخوردارند و طاهری (۱۳۹۲ ش.) همخوانی داشت. همچنین میانگین نمرات سلامت معنوی مردان بالاتر از میانگین نمرات سلامت معنوی زنان بود ($p < 0/001$)، (جدول ۲) که با نتایج مطالعه بوزینگ (۲۰۰۷ م.) همخوانی دارد، اما با نتایج مطالعه الله‌بخشیان (۱۳۸۹ ش.) و مطالعه رضایی (۱۳۸۷ ش.) همخوانی ندارد. در توجیه علت بالابودن نمرات سلامت معنوی مردان نسبت به نمرات زنان در مطالعه حاضر می‌توان به آداب و رسوم خاص منطقه و محدودیت‌های حضور زنان در جوامع مساجد، برنامه‌ها و مناسک مذهبی اشاره کرد. ضیغمی محمدی (۱۳۹۰ ش.) نیز معتقد است: حضور در اماکن مقدس چون زیارتگاه‌ها، انجام فرایض دینی و شرکت در فعالیت‌های مرتبط با امور معنوی و مذهبی نه تنها به عنوان کانون فعالیت اجتماعی برای بیماران محسوب می‌شود، بلکه به بهبود ارتباطات اجتماعی بیماران نیز کمک می‌کند.

در زمینه بررسی تفاوت میانگین نمرات امید بر اساس ویژگی‌های فردی نتایج نشان داد در مورد وضعیت تأهل تفاوت معنی‌دار بود ($p < 0/001$) (جدول ۳) که با مطالعات بومین (۲۰۰۲ م.) در خانواده بیماران سرطانی تحت مراقبت در منزل، روستئون (۲۰۰۳ م.) در بیماران سرطانی تازه تشخیص داده شده، مطالعه الله‌بخشیان (۱۳۸۹ ش.) بر روی بیماران سرطانی همخوانی دارد، اما با مطالعه مقیمیان (۱۳۸۹ ش.) متفاوت می‌باشد. علت احتمالی تفاوت نتایج می‌تواند ناشی از تفاوت نمونه‌ها و تشخیص بیماری باشد البته نکته دیگری که باید در نظر داشت نمره سلامت معنوی در افراد مجرد، سن بالاتر و مردان بیشتر بود که خود می‌تواند توجیهی برای نتایج حاصله باشد، به عبارتی سلامت معنوی بیشتر موجب شده نمره امید

بالاتری هم داشته باشند. نتایج حاصل از این مطالعه نشان‌دهنده تفاوت میانگین نمرات امید بر اساس سطح تحصیلات ($p < 0/002$) و جنس ($p < 0/01$) می‌باشد (جدول ۳). که با نتایج مطالعه، پورغزنین و غفاری (۱۳۸۴ ش.) و مطالعه بالجانی (۱۳۹۰ ش.) متفاوت می‌باشد و از آنجا که اکثر بیماران مرد، متأهل و بی‌سواد بودند نتایج حاصله دور از انتظار نیست.

نتیجه‌گیری

با توجه به ارتباط سلامت معنوی و امید تأکید بر مفاهیم مذکور در ارائه مراقبت به ویژه مراقبت معنوی پیشنهاد می‌شود. از آنجا که در بخش‌های همودیالیز پرستاران مدت زمان بیشتری را با بیماران می‌گذرانند، با توجه به مراجعات این بیماران به جرات می‌توان گفت نسبت به سایر بیماران بیشترین ارتباط پرستار با بیمار مشاهده می‌شود. از این رو، تأکید بر نقش حمایتی و مشاوره‌ای پرستار می‌تواند در ارتقای سلامت معنوی و امید نه تنها در این بیماران، بلکه در سایر بیماری‌های مزمن نیز تأثیر بسزایی داشته باشد. در این زمینه با توجه به مشاهده تفاوت آماری در سن، جنس، تأهل و تحصیلات لزوم توجه بیشتر به افراد گروه‌های سنی پایین‌تر، متأهل و مؤنث و بی‌سواد یا کم‌سواد احساس می‌شود.

سیاسگزاری

این مقاله حاصل پایان‌نامه کارشناسی ارشد با کد اخلاق ۱۳۹۲/۷/۱۳/۳۷۶ می‌باشد. نویسندگان بدینوسیله از کلیه مسئولین، پرسنل و بیماران بخش همودیالیز بیمارستان‌های خاتم‌الانبیا و علی ابن ابیطالب زاهدان که امکان پژوهش حاضر را فراهم ساختند کمال تشکر و قدردانی را دارند.

جدول ۱: ارتباط امید با سلامت معنوی و ابعاد آن در بیماران مراجعه‌کننده به مراکز همودیالیز

شهر زاهدان در سال ۹۳

P	ضریب همبستگی	شاخص‌ها	
		متغیرها	
*۰/۰۱۶	۰/۲۰۲	امید	
*۰/۰۱۶	۰/۲۰۲	سلامت معنوی	
*۰/۰۲۷	۰/۱۸۷	سلامت وجودی	ابعاد سلامت معنوی
*۰/۰۲۸	۰/۱۸۵	سلامت مذهبی	

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار نمرات سلامت معنوی بر حسب ویژگی‌های فردی در

بیماران مراجعه‌کننده به مراکز همودیالیز در سال ۹۳

P-Value	نتیجه آزمون	میانگین $\pm$ انحراف معیار	شاخص‌ها	
* $P < ۰/۰۰۱$	ANOVA $F = ۰/۲۵$	۸۱/۴ $\pm$ ۱۱	۲۰-۴۰ سال	سن
		۹۴/۱۲ $\pm$ ۹/۲	۴۱-۶۰ سال	
		۹۵/۶ $\pm$ ۹	بالای ۶۰ سال	
* $P < ۰/۰۰۱$	T = ۴/۴۶	۸۶ $\pm$ ۳۳	زن	جنس
		۹۴ $\pm$ ۴۳	مرد	
* $P < ۰/۰۰۱$	T = ۵/۱۰	۸۰ $\pm$ ۶۳	متاهل	وضعیت تاهل
		۹۲ $\pm$ ۹۵	مجرد	
P < ۰/۰۹۸	ANOVA $F = ۲/۳$	۹۴/۶ $\pm$ ۱۰	دیابت	پیماری زمینه‌ای
		۹۰ $\pm$ ۱۲	فشارخون	
		۸۹/۴ $\pm$ ۹/۷۹	دیابت و فشارخون	
P < ۰/۱	ANOVA $F = ۲/۳$	۸۹ $\pm$ ۱۰	۱-۵ سال	سال‌های دیالیز
		۹۳ $\pm$ ۴۶	۶-۱۰ سال	
		۹۱/۲۶ $\pm$ ۸/۱۵	۱۱-۱۵ سال	

بررسی سلامت معنوی و امید در بیماران مراجعه‌کننده به مراکز همودیالیز...

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار نمرات امید بر اساس ویژگی‌های فردی در بیماران مراجعه

کننده به مرکز همودیالیز در سال ۹۳

متغیرها	میانگین $\pm$ انحراف معیار	P-Value (نتیجه من ویتنی یو و کروسکال والیس)
جنس	زن ۱۶/۳۴ $\pm$ ۳/۲	*P<۰/۰۰۱
	مرد ۱۸/۰۷ $\pm$ ۱/۴	
وضعیت تأهل	متأهل ۱۵/۰۳ $\pm$ ۶/۵	*P<۰/۰۰۱
	مجرد ۱۷/۸ $\pm$ ۴/۶	
سطح تحصیلات	بی‌سواد ۱۶/۶۷ $\pm$ ۳/۱۵	*P<۰/۰۰۲
	خواندن و نوشتن ۲۱/۴ $\pm$ ۱۹/۵۹	
	راهنمایی ۱۹/۰۸ $\pm$ ۴۰	
	دیپلم ۱۳/۵۴ $\pm$ ۲/۷	
	دانشگاه ۱۵ $\pm$ ۲/۲۸	
بیماری زمینه‌ای	دیابت ۱۵/۹ $\pm$ ۴/۴۸	P<۰/۱۲
	فشارخون ۱۸/۸۶ $\pm$ ۱۳/۹	
	دیابت و فشارخون ۱۷/۲ $\pm$ ۴/۵۲	
سال‌های دیالیز	۱-۵ سال ۱۷/۴۴ $\pm$ ۴/۴۹	P<۰/۴۵
	۶-۱۰ سال ۱۸/۷۵ $\pm$ ۱۷/۱۳	
	۱۱-۱۵ سال ۱۷ $\pm$ ۴/۳	

پی‌نوشت‌ها

1. McClain
2. Lee
3. Rustoen
4. Tarakeshwar

فهرست منابع

منابع فارسی:

- الله‌بخشیان، م. جعفرپور، م. پرویزی، س. حقانی، ح. (۱۳۸۹ ش.). ارتباط سلامت معنوی و کیفیت زندگی در مبتلایان به مولتیپل اسکلروزیس. *مجله تحقیقاتی علوم پزشکی زاهدان*. طبیب شرق. ۱۲ (۳): ۳۳-۲۰.
- بالجانی، ا. رخشانی، ج. امانپور، ا. عظیمی، ن. (۱۳۹۰ ش.). بررسی ارتباط سلامت معنوی با مذهب و امید در بیماران مبتلا به سرطان شهر تهران. *مجله حیات، مجله دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران*. ۱۷ (۳): ۳۷-۲۷.
- بیجاری، ه. قنبری هاشم‌آبادی، ب. محمدیان، ح. شاندیز، ف. (۱۳۸۶ ش.). بررسی اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر رویکرد امیددرمانی بر میزان امید به زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان شهر مشهد. *مجله مطالعات تربیتی و روانشناسی دانشگاه فردوسی مشهد*. ۱۰ (۱): ۸۰-۱۷۲.
- پورغزنین، ط. غفاری، ف. (۱۳۸۴ ش.). بررسی ارتباط امید و عزت نفس در مددجویان پیوند کلیه در بیمارستان امام رضا مشهد در سال ۱۳۸۱-۸۲. *مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد*. ۱۳ (۱): ۶۳-۵۷.
- جهانی، ع. رژه، ه. هروی، م. خ. هادوی، ا. ژابری، ف. خاتونی، ع. (۱۳۹۱ ش.). بررسی ارتباط سلامت معنوی با کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر. *مجله سبک‌های اسلامی سلامت*. ۱ (۲): ۲۴-۱۹.
- حیدری، ح. (۱۳۹۱ ش.). بررسی مقایسه‌ای رابطه بین کیفیت زندگی، امید و شادکامی با رضایت زندگی همسران جانباز و عادی. *پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه فردوسی مشهد*. ۶۹-۷۴.
- دلشاد، ع. (۱۳۹۱ ش.). تأثیر دین در حفظ و تعادل روانی و امیدواری در سالمندان. *پایگاه جامع آموزش و فرهنگ سازی سلامت*. ۱۳۹۱/۲/۷.

رضایی، م. سیدفاطمی، ن. حسینی، ف. (۱۳۸۷ ش.). سلامت معنوی در بیماران مبتلا به سرطان تحت شیمی‌درمانی. مجله دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران. ۱۴ (۴): ۸-۶.

سیدفاطمی، ن. رضایی، م. گیوری، ا. حسینی، ف. (۱۳۸۵ ش.). اثر دعا بر سلامت معنوی بیماران مبتلا به سرطان. فصلنامه پایش. ۵ (۴): ۳۰۴-۲۹۵.

سیدمحسن. (۱۳۹۲ ش.). شادکردن دیگران به قیمت اهدا. روزنامه ایران. ۵۵۱۰: ۴، ۱۳۹۳/۲/۲۳.

شفیعی، م. (۱۳۸۹ ش.). بررسی تأثیر باز توانی قلبی بر سطح امید بیماران بعد از عمل جراحی پیوند عروق کرونر. پایان‌نامه کارشناسی ارشد پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی مشهد. ۵۹-۶۵.

ضیغمی، ش. تجویدی، م. (۱۳۹۰ ش.). ارتباط سلامت معنوی با ناامیدی و مهارت اجتماعی نوجوانان مبتلا به تالاسمی ماژور. مجله مراقبت‌های نوین، فصلنامه علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند. ۸ (۳): ۸-۱۶.

طاهری، ز. آسایش، ح. زمانیان، ه. شعوری، ع. شریفی، ف. میرقیصری، ا. (۱۳۹۲ ش.). سلامت معنوی و راهبردهای مقابله‌ای در بیماران همودیالیز. مجله روان پرستاری. ۱۱ (۱): ۴۱-۲۵.

طیعی، ع. (۱۳۷۸ ش.). مراقبت‌های پرستاری ویژه در دیالیز. تهران: مؤسسه فرهنگی انتشاراتی تیمورزاده. چاپ اول: ۲۶-۱۸.

عسکری، پ. روشنی، ک. ادریانی، م. (۱۳۹۱ ش.). ارتباط عقاید مذهبی و سلامت معنوی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی اهواز. مجله تازه‌های روانشناسی. ۲۱ (۲): ۲۷-۹.

عسکری، م. ر. (۱۳۹۰ ش.). طراحی الگوی سازگاری در بیماران همودیالیزی. پایان‌نامه دوره دکتری تخصصی پرستاری، دانشگاه تربیت مدرس. ۱۲-۷.

عصارودی، ع. جلیلود، م. عودی، د. اکبری، ا. (۱۳۹۱ ش.). ارتباط سلامت معنوی و رضایت زندگی در کارکنان پرستاری بیمارستان شهید هاشمی‌نژاد مشهد. مراقبت‌های نوین. ۹ (۲): ۱۶۲-۵۶.

کریم‌الهی، م. (۱۳۸۶ ش.). مدل مراقبت معنوی با تأکید بر مبانی اسلامی در پرستاری ایران. پایان‌نامه دکترای پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان.

منفرد، آ. اورنگ‌پور، ر. کوهانی، م. (۱۳۸۷ ش.). ارزیابی کفایت دیالیز در بیماران تحت همودیالیز در بیمارستان رشت. مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان. ۱۷ (۶): ۳۰-۴.

مومنی، ط. رضایی، ا. کریمیان، ج. ابراهیمی، ا. (۱۳۹۰ ش.). ارتباط سلامت معنوی و افسردگی در مراجعه‌کنندگان مبتلا به سرطان سینه بیمارستان تخصصی سیدالشهداء اصفهان. مدیریت اطلاعات سلامت. ۸ (۸): ۱۶-۱۰۰۷.

مقیمیان، م. سلمانی، ف. (۱۳۸۹ ش.). مطالعه همبستگی سلامت معنوی و امید در بیماران مبتلا به سرطان مراجعه‌کننده به مرکز آموزشی درمانی سیدالشهداء دانشگاه علوم پزشکی اصفهان. مجله دانشگاه علوم پزشکی قم. ۶ (۳): ۴۰-۵.

نریمانی، ک. (۱۳۸۷ ش.). بررسی تأثیر آموزش مراقبت از خود بر کیفیت زندگی بیماران همودیالیز. ماهنامه علمی - پژوهشی دانشور (دانشگاه شاهد). ۱۶ (۷۹): ۴-۱۳.

منابع انگلیسی:

- Alberto, J. Joyner, B. (2008). Hope, Optimism, and self-care among better breathers Support group members with chronic obstructive pulmonary disease. *Applied Nursing Research*. 21 (4): 212-7.
- Allen, RG. Rowe, MM. (2004). Spirituality As a Means of Coping with Chronic Illness. *American Journal of Health Studies*. 19 (1): 62-8.
- Büssing, A. Ostermann, T. Matthiessen, P. (2007). Adaptive coping and spirituality resource cancer patients. *Breast Care*. 2 (4): 195- 202.
- Beres, L. (2002). Negotiating Images: Popular Culture, Imagination, and Hope in Clinical Social Work Practice. *Journal of Women and Social Work*. 17 (4): 429-47.
- Bluvol, A. Ford-Gilboe, M. (2004). Hope, health work and quality of life in families of stroke survivors. *Journal of Advanced Nursing*. 48 (4): 322-32.
- Evangelista, LS. Doering, LV. Dracup, K. Vassilakis, ME. Kobashigawa, J. (2003). Hope, mood states and quality of life in female heart transplant recipients. *Journal of Heart and Lung Transplantation*. 22 (6): 681-6.
- Herth, K. (2000). Enhancing hope in people with a first recurrence of cancer. *Journal of Advanced Nursing*. 32 (6): 1431-41.
- Lederer, E. Ouseph, R. (2007). Chronic Kidney Disease. *American Journal of Kidney Disease*. 49 (1): 162-71.
- Linley, p. Joseph, AS. (2004). Positive Psychology in Practice, John Wiley & Sons, Inc. Hoboken. 3 (9): 239-41.
- Lynette, M. Gibson, D. (2003). Inter-relationships Among Sense of Coherence, Hope, and Spiritual Perspective (Inner Resources) of African-American and European-American Breast Cancer Survivors. *Applied Nursing Research*. 16 (4): 236-44.

- Osborn, KS. Wraa, CE. Watson, AB(. 2010). Medical – Surgical Nursing, Preparation for Practice. *Pearson*. 9 (47): 148.
- Orlandi, FS. Pepino, BG. Pavarini, DS. Dos Santos, DA. Mendiondo, MSZ. (2012). The evaluation of the level of hope of elderly chronic kidney disease patients undergoing hemodialysis. *Revista Escola de Enfermagem da usp*. 46 (4): 900-5.
- Reiley, BB. Perna, R. Tate, DG. Forchheimer, M. Anderson, C. Luera, G. (1998). Type of spintual well- being among person with chronic illness. Their relationship to various forms of quality of life. *Arch Phys Med Rehabil March*. 79 (3): 258-63.
- Rustoen, T. Wahl, AK. Hanestad, BR. Lerdal, A. Miaskowski, C. Moum, T. (2003). Hope in the general Norwegian population, measured using the Herth Hope Index. *Palliative and Supportive Care*. (4): 309-18.
- Tsevat, J. (2006). Religion, Spirituality and Depressive Symptoms in Patients with HIV/AIDS. *Journal of General Internal Medicine*. 21 (5): 21-7.

یادداشت شناسه مؤلفان

فاطمه دهباشی: دانشجوی کارشناسی ارشد، دانشکده پرستاری و مامایی رازی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمان، کرمان، ایران.

سکینه سبزواری: استادیار، گروه پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی رازی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمان، کرمان، ایران. (نویسنده مسؤول)
پست الکترونیک: S_Sabzevari@kmu.ac.ir

بتول تیرگری: استادیار، گروه پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی رازی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمان، کرمان، ایران.

The relationship between spiritual well-being and hope in Hemodialysis patients referring to the Khatam Anbiya hospital in Zahedan 2013-2014

F. Dehbashi

S. Sabzevari

B. Tirgari

Abstract

Background: Chronic renal failure is a significant health problem in the world today is that of the survival of renal replacement therapy, including dialysis-dependent patients. Dialysis is a stressful process and the many social and psychological problems, underlying psychological disorders.

Methods: This descriptive correlational study with 140 patients in hemodialysis centers in Zahedan preceding sample was available. Data collection using three demographic questionnaires, Spiritual Ellison Pvyyzan and hope Harison were collected, data analysis using spss software version 18 and descriptive statistics (frequency distribution, mean, variance and standard deviation) and inferential statistics (ANOVA or the equivalent of bread parametric Mann-Whitney u and Kruskal-Wallis) was

Results: The results showed that %57 were male, % 84/3 married, and 55% were illiterate. Average age 48/75 years. Experience minimum 1 and maximum 15 years (mean 5/53 years) had dialysis. Average score for the spiritual health of patients, 91 ± 11 (minimum 20, maximum 120), health and well-being 42 ± 7 , health religious 48 ± 5 were. 75% of the sample had an average of spiritual health. Average hope to score 17/77 (minimum 12, maximum 36), respectively. Positive and significant relationship between hope and spiritual health, as seen in ($r=0/202$, $P<0/005$). Spiritual hope demographic variables (age, sex and marital status) correlated ($P<0/001$) and no significant correlation with the underlying disease. Hope had a significant relationship with education level ($P<0/002$).

Conclusion: The results showed a significant relationship between hope and spiritual health in hemodialysis patients, respectively. Chronic renal failure and hemodialysis on the body, psychological impact, therefore, is recommended in order to maintain health and increase O. hemodialysis patients spirituality and spiritual care as an important factor in improving the health of hemodialysis patients is important, Therefore, hemodialysis nurses, their treatment should be

بررسی سلامت معنوی و امید در بیماران مراجعه کننده به مراکز همودیالیز...

considered for the treatment of religious and spiritual coping and using holistic care approach with an emphasis on the spiritual dimension of care to help patients achieve mental health promotion. They could with identifying training needs, spiritual and religious spiritual groups creates opportunities to promote spiritual health and are looking for hope in patients

Keywords

Hemodialysis, Hope, Health Spirituality