

بررسی سلامت معنوی و امید در بیماران مراجعه کننده به مراکز

همودیالیز شهر زاهدان در سال ۹۳

فاطمه دهباشی^۱

سکینه سبزواری^۲

بتول تیرگری^۳

چکیده

مقدمه و اهداف: نارسایی مزمن کلیوی یک مشکل سلامتی است که ادامه‌ی 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.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی همبستگی است که در ۱۴۰ بیمار مراجعه کننده 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 پوییزان و امید هرث جمع‌آوری شد، تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۸ و آزمون‌های آماری توصیفی (توزیع فراوانی، میانگین و انحراف معیار) و استنباطی (ANOVA یا معادل نان پارامتریک آن، من ویتنی یو، کروسکال والیس و ضریب همبستگی پیرسون) صورت گرفت.

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

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

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

نوع مقاله: پژوهشی تاریخ دریافت مقاله: ۹۳/۴/۱ تاریخ پذیرش مقاله: ۹۳/۸/۱۵

یافته‌ها: نتایج نشان داد بیماران مورد مطالعه ۵۷٪ مرد، ۸۴/۳٪ متأهل و ۵۵٪ بی‌سواد بودند. میانگین سن شرکت کنندگان ۴۸/۷۵ سال بود. سابقه حداقل ۱ و حداکثر ۱۵ سال (میانگین ۵/۵۳ سال) دیالیز را داشتند. میانگین نمره سلامت معنوی بیماران ۹۱±۱۱ (حداقل ۲۰ و حداکثر ۱۲۰)، سلامت وجودی ۴۲±۷ و سلامت مذهبی ۴۸±۵ 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 ($r = 0/202 - P < 0/005$). 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 کل نگر با تأکید بر بعد معنوی مراقبت در دستیابی به ارتقاء 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 تهدید کننده‌ای برای وضعیت سلامتی، اقتصادی و اجتماعی فرد مبتلا، خانواده و جامعه‌ی او محسوب می‌گردد، به طوری که در چند سال گذشته، توجه فوق‌العاده زیادی را خصوصاً در کشورهای پیشرفته به خود معطوف کرده است (لیدر، ۲۰۰۷م). بیماری کلیوی مرحله‌ی نهایی، نمایانگر یک وضعیت بالینی است که در نتیجه‌ی آن، کلیه‌ها قادر به برقراری اعمال متابولیک و حفظ تعادل مایعات و الکترولیت‌ها در بدن نیستند (اسبورن، ۲۰۱۰م). این بیماری یکی از بیماری‌های جسمی شایع می‌باشد که ۲ تا ۳٪ مردم جهان به آن مبتلا می‌باشند (نریمانی و همکاران، ۱۳۸۷ش). در حال حاضر از هر یک میلیون نفر ایرانی، ۷۵ نفر دارای نارسایی کلیه هستند (سید محسن، ۱۳۹۲ش). برای ادامه‌ی حیات بیمار، بعد از درمان‌های محافظتی، استفاده از درمان‌های جایگزین کلیه اجتناب ناپذیر خواهد بود. از جمله درمان‌های جایگزین کلیه، انواع مختلف دیالیز می‌باشد که به عنوان یک درمان نگهدارنده مطرح است (طیبی، ۱۳۸۷ش). در حال حاضر همودیالیز رایج‌ترین درمان جایگزینی کلیه در ایران شده است (منفرد، ۱۳۸۸ش).

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 (سید فاطمی، ۱۳۸۶). آشفتگی‌های معنوی موجب غم و اندوه در بیمار شده و انگیزه‌های مثبت درمانی را از بین می‌برد (کریم‌اللهی و همکاران، ۱۳۸۷ش). 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، ۱۳۹۱ش)، سلامت معنوی به عنوان جدیدترین بعد سلامت، در کنار ابعاد دیگر سلامتی (جسمی، روانی و اجتماعی) قرار گرفته (عصارودی و همکاران، ۱۳۹۱ش) و سبب یکپارچگی سایر ابعاد آن می‌شود. از طرفی خود در برگیرنده‌ی 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 (الله بخشیان و همکاران، ۱۳۸۹ش). 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، ۲۰۰۶م).

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، ۲۰۰۰م). به عبارتی امید باعث زندگی واقعی توأم با برنامه، هدف و مقصود می‌شود و نشانه سلامت روان است (بیجاری، ۱۳۸۶ش؛ شفیعی، ۱۳۸۹ش) و بدون ارتقاء آن زمینه برای پذیرش آموزش‌های درمانی و مراقبتی فراهم نمی‌شود (پور غزنین و غفاری، ۱۳۸۴ش؛ شفیعی، ۱۳۸۹ش)، امید در بردارنده تصورات و توجه افراد به آینده است و باعث تلاشی با این تصور است که احتمال دارد نتایج مثبت حاصل شود. هر نوع مفهوم سازی از امید، چند بعدی، آینده‌نگر و فرآیندنگری آن را منعکس می‌کند (مکلین^۱، ۲۰۰۸). 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؛ حیدری، ۱۳۹۱). امروزه از پرستاران انتظار می‌رود نقش اساسی را در کمک و حمایت از بیماران دیالیزی ایفا کنند. از اینرو توجه به سازگاری و کنار آمدن با بیماری و مشکلات

ناشی از آن از طریق شناخت و تقویت بعد معنوی سلامت بیماران از اهمیت خاصی برخوردار است (عسکری، ۱۳۹۰ش). یافته‌های برخی مطالعات نشان داده‌اند که امید (روستون^۳، ۲۰۱۰) و سلامت معنوی (تاراکشور^۴ و همکاران، ۲۰۰۶) 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 ارتقاء 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 آنرا با مراقبت پرستاری تلفیق کنند (عبادی، ۱۳۹۱ش). همچنین موقعیت‌های زندگی که نقش و تأثیر خاصی بر امید داشته‌اند را بررسی کنند و بدنبال 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 (پور غزنین، ۱۳۸۴ش). مطالعات مختلف نشان‌دهنده تأثیرات مثبت عبادات، نماز و دعا را بر میل به زندگی، احساس خوب بودن و شادی، کاهش اضطراب و تنش، اثر بخشی روان درمانی و تقویت سایر فرآیندهای درمانی، در اکثر فرهنگ‌ها و مذاهب مختلف می‌باشد (دلشاد، ۱۳۹۱ش). 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، ۲۰۰۲م). با توجه به اهمیت این دو مفهوم در ارتقاء 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 بررسی

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 ابن‌ابیطالب 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) دسته بندی می‌شود. در پایان نمرات سلامت معنوی به ۳ سطح پایین (۲۰-۴۰)، متوسط (۴۱-۹۹) و بالا (۱۰۰-۱۲۰) تقسیم بندی می‌شود (مقیمیان، ۱۳۸۹ش). روایی و پایایی پرسشنامه سلامت معنوی الیسون و پوییزان در چندین مطالعه سنجیده شده است از جمله: پایایی آن توسط الله بخشیان (۱۳۸۹ش) به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۹ گزارش شده است. در مطالعه بالجانی (۱۳۹۰ش)، پایایی آن با استفاده آلفای کرونباخ ۰/۹۳ و پایایی درونی آن توسط رضایی (۱۳۸۷ش) 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 بی حال 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 نسخه ۱۸ 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 شرکت کننده در مطالعه، ۸۱ نفر مرد (۵۷/۹٪)، ۲۲ نفر مجرد (۱۵/۷٪)، ۱۱۸ نفر متأهل (۸۴/۳٪)، ۷۲ نفر (۵۱٪) در

سنین ۶۰-۴۱ بودند. مانگین سن $14/6 \pm 48/75$ بود. از نظر تحصیلات، بیشتر نمونه‌ها ۷۷ نفر (۵۵٪) بی‌سواد بودند.

میانگین و انحراف معیار نمره سلامت معنوی $11/29 \pm 91/3$ (حداقل نمره ۲۰ و حداکثر ۱۲۰)، سلامت وجودی $7 \pm 42/2$ ، سلامت مذهبی $5 \pm 48/7$ و میانگین و انحراف معیار نمره امید $10/3 \pm 17/78$ (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 شماره ۱).

جدول شماره ۱: ارتباط امید با سلامت معنوی و ابعاد آن در بیماران مراجعه کننده به

مراکز همودیالیز شهر زاهدان در سال ۹۳

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

بر اساس نتایج آزمون نرمالیتی (کولمو گرو ف اسمیر نوف $(z=1/17 - p=0/12)$)

جهت تجزیه و تحلیل نمرات سلامت معنوی بر اساس متغیرهای جمعیت شناختی از آزمون‌های T, ANOVA استفاده شد که در موارد گروه‌های سنی

($p < 0/001$)، جنس ($p < 0/001$)، تأهل ($p < 0/001$) تفاوت معنی دار آماری وجود داشت. ولی در موارد بیماری زمینه‌ای و تعداد سال‌های دیالیز تفاوت مشاهده نشد (جدول شماره ۲).

جدول شماره ۲: میانگین و انحراف معیار نمرات سلامت معنوی بر حسب ویژگی‌های فردی در بیماران مراجعه کننده به مراکز همودیالیز در سال ۹۳

شاخص‌ها	میانگین \pm انحراف معیار	نتیجه آزمون	P-Value
سن	۲۰-۴۰ سال	ANOVA $F = 0/25$	* $P < 0/001$
	۴۱-۶۰ سال		
	> ۶۰ سال		
جنس	زن	T = ۴/۴۶	* $P < 0/001$
	مرد		
وضعیت تاهل	متاهل	T = ۵/۱۰	* $P < 0/001$
	مجرد		
بیماری زمینه‌سلهای دیالیز	دیابت	ANOVA $F = 2/3$	$P < 0/098$
	فشارخون		
	دیابت و فشارخون		
بیماری زمینه‌سلهای دیالیز	۱-۵ سال	ANOVA $F = 2/3$	$P < 0/1$
	۶-۱۰ سال		
	۱۱-۱۵ سال		

فاطمه دهباشی، سکینه سبزواری، بتول تیرگری

بر اساس نتایج آزمون کولموگروف اسمیرنوف توزیع نمرات امید نرمال نبود ($p < 0/001 - z = 3/41$)، 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 شماره ۳).

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

مراجعه کننده به مرکز همودیالیز در سال ۹۳

P-Value (نتیجه من ویتنی یو و کروسکال والیس)	میانگین ±انحراف معیار	متغیرها	
* $P < 0/001$	۱۶/۳۴±۳/۲	زن	جنس
	۱۸/۰۷±۱/۴	مرد	
* $P < 0/001$	۱۵/۰۳±۶/۵	متاهل	وضعیت تاهل
	۱۷/۸±۴/۶	مجرد	
* $P < 0/002$	۱۶/۶۷±۳/۱۵	بیسواد	سطح تحصیلات
	۲۱/۴±۱۹/۵۹	خواندن و نوشتن	
	۱۹/۰۸±۴۰	راهنمایی	
	۱۳/۵۴±۲/۷	دیپلم	
	۱۵±۲/۲۸	دانشگاه	
* $P < 0/02$	۱۵/۹±۴/۴۸	دیابت	بیماری زمینه ای
	۱۸/۸۶±۱۳/۹	فشارخون	
	۱۷/۲±۴/۵۲	دیابت و فشارخون	
* $P < 0/45$	۱۷/۴۴±۴/۴۹	۵-۱سال	سالهای دیالیز
	۱۸/۷۵±۱۷/۱۳	۱۰-۶ سال	
	۱۷±۴/۳	۱۱-۱۵ سال	

بحث

نتایج نشان داد که نمرات سلامت معنوی اکثر بیماران مورد مطالعه در سطح متوسط بود که با نتایج چندین مطالعه از جمله: مطالعه الله بخشیان (۱۳۸۹ش)، رضایی (۱۳۸۷ش)، بالجانی (۱۳۹۰ش)، طاهری (۱۳۹۲ش) و ضیغمی محمدی (۱۳۹۰ش) همخوانی دارد اما با نتیجه مطالعه مقیمیان و همکاران (۱۳۸۹ش) 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 شش ماه 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 (۱۳۹۰ش) در مورد بیماران سرطانی و جهانی (۱۳۹۱ش) 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، ۱۳۹۰ش). اما از سوی دیگر نتایج مطالعه حاضر با نتایج مطالعه الله بخشیان (۱۳۸۹ش) 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 ($10 \pm 17/77$) که با نتایج مطالعات اورلندی و همکاران (۲۰۱۱م)، بر

روی بیماران تحت همودیالیز در برزیل، آلبرتوجان (۲۰۰۸م) در در بیماران انسداد مزمن ریوی ایالت متحده، بلو ول و فورد گیلبر (۲۰۰۴م) در مطالعه بررسی امید در اسکروز آمیوتروپیک در کانادا و مطالعه اوانجلستا و همکاران (۲۰۰۳م) 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 (۲۰۰۳م) در مبتلایان به سرطان پستان، مقیمیان و سلمانی (۱۳۸۹ش)، مؤمنی و همکاران (۱۳۹۰ش)، قهرمانی و محمد آبادی (۱۳۹۱ش)، ضیغمی محمدی و تجویدی (۱۳۹۰ش) 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 لیونه (۲۰۰۴م)، آلن و همکاران (۲۰۰۴م)، مطالعات طاهری (۱۳۹۲ش)، مقیمیان (۱۳۸۹ش)، رضایی (۱۳۸۷ش). 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 شماره ۲) که با نتایج مطالعات ریلی و همکاران (۱۹۹۸م) که نشان دادند افراد متأهل از سطح سلامت معنوی بالاتری برخوردارند و طاهری (۱۳۹۲ش) 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 (۲۰۰۷م) همخوانی دارد، اما با نتایج مطالعه الله‌بخشیان (۱۳۸۹ش) و مطالعه رضایی (۱۳۸۷ش) 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 (۱۳۹۰ش) 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 بومیمن (۲۰۰۲م) در خانواده بیماران سرطانی تحت مراقبت در منزل، روستون (۲۰۰۳م) در بیماران سرطانی تازه تشخیص داده شده، مطالعه الله‌بخشیان (۱۳۸۹ش) بر روی بیماران سرطانی همخوانی دارد، اما با مطالعه مقیمیان (۱۳۸۹ش) 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 بانتهای مطالعه، پورغزنین و غفاری (۱۳۸۴ش) و مطالعه بالجان (۱۳۹۰ش) 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 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 اینرو تأکید بر نقش حمایتی و مشاوره‌ای پرستار می‌تواند در ارتقا 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 کم سواد احساس می‌شود.

سپاسگزاری

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

پی نوشت‌ها

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

فهرست منابع

الله بخشیان 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): ۲۰-۳۳

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): ۲۷-۳۷.

بیجاری ه، قنبری هاشم آبادی ب، محمدیان ح، شاندیز ف (۱۳۸۶ ش). بررسی اثر بخشی گروه درمانی مبتنی بر رویکرد امید درمانی بر میزان امید به زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان شهر مشهد. مجله مطالعات تربیتی و روانشناسی دانشگاه فردوسی مشهد، ۱۰(۱): ۱۸۰-۱۷۲.

پورغزنین ط، غفاری ف (۱۳۸۴ ش). بررسی ارتباط امید و عزت نفس در مددجویان پیوند کلیه در بیمارستان امام رضا مشهد در سال ۸۲-۱۳۸۱. مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد، ۱۳(۱): ۵۷-۶۳.

جهانی ع، رژه ه، هروی مخ، هادوی ا، ژابری ف، خاتونی ع، (۱۳۹۱ ش). بررسی ارتباط سلامت مهنوی با کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر. مجله سبکهای اسلامی سلامت، ۱(۲): ۱۹-۲۴.

حیدری ح (۱۳۹۱). بررسی مقایسه ای رابطه بین کیفیت زندگی، امید و شادکامی با رضایت زندگی همسران جانباز و عادی. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد: صص ۷۴-۶۹.

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

<http://webda.behdasht.gov.ir/index.aspx?siteid=326&pageid=32628&newsview=6185>

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

- سید فاطمی ن، رضایی م، گیوری ا، حسینی ف (۱۳۸۵ش). اثر دعا بر سلامت معنوی بیماران مبتلا به سرطان. فصلنامه پایش، ۵(۴): ۳۰۴-۲۹۵.
- سید محسن (۱۳۹۲ ش). شادکردن دیگران به قیمت اهدا، روزنامه ایران شماره ۵۵۱۰: صفحه ۴، magiran.com/n2848 ۱۳۹۳/۲/۲۳
- شفیعی م (۱۳۸۹ش). بررسی تأثیر باز توانی قلبی بر سطح امید بیماران بعد از عمل جراحی پیوند عروق کرونر. پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی مشهد: ص ۶۵-۵۹.
- ضیغمی ش و تجویدی م (۱۳۹۰ش). ارتباط سلامت معنوی با ناامیدی و مهارت اجتماعی نوجوانان مبتلا به تالاسمی ماژور. مجله مراقبت های نوین، فصلنامه علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، ۸(۳): ۱۸-۱۶.
- طاهری ز، آسایش ح، زمانیان ه، شعوری ع، شریفی ف، میر قیصری ا (۱۳۹۲ش). سلامت معنوی و راهبرد های مقابله ای در بیماران همودیالیز. مجله روان پرستاری، ۱(۱): ۴۱-۲۵.
- طیبی ع (۱۳۷۸ش). مراقبتهای پرستاری ویژه در دیالیز. تهران: مؤسسه فرهنگی انتشاراتی تیمورزاده، چاپ اول: ۲۶-۱۸.
- عبادی ع. نقش پرستاران در تامین سلامت معنوی
<http://ino.ir/tabid/61/ctl/ArticleView/mid/384/articleId/4225/language/fa-IR>
- عسکری پ، روشنی ک و ادريانی م (۱۳۹۱ش). ارتباط عقاید مذهبی و سلامت معنوی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی اهواز. مجله تازه های روانشناسی، ۲۱(۲): ۲۹-۲۷
- عسکری، محمد رضا (۱۳۹۰ ش). طراحی الگوی سازگاری در بیماران همودیالیزی. پایان نامه دوره دکتری تخصصی پرستاری، دانشگاه تربیت مدرس: صص ۱۲-۷
- عصارودی ع، جلیلودی م، عودی د، اکابری ا (۱۳۹۱ش). ارتباط سلامت معنوی و رضایت زندگی در کارکنان پرستاری بیمارستان شهید هاشمی نژاد مشهد، مراقبتهای نوین. ۹(۲): ۱۶۲-۵۶.
- کریم الهی م. مدل مراقبت معنوی با تأکید بر مبانی اسلامی در پرستاری ایران. پایان نامه دکترای پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، ۱۳۸۶.
- منفرد آ، اورنگ پور ر، کوهانی م (۱۳۸۷ ش). ارزیابی کفایت دیالیز در بیماران تحت همودیالیز در بیمارستان رشت. مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان. ۱۷(۶): ۳۴-۳۰
- مومنی، ط، رضایی ا، کریمیان، ج، ابراهیمی، ا (۱۳۹۰ ش). ارتباط سلامت معنوی و افسردگی در مراجعه کنندگان مبتلا به سرطان سینه بیمارستان تخصصی سید الشهداء اصفهان، مدیریت اطلاعات سلامت، ۸(۸): ۱۰۱۶-۱۰۰۷
- مقیمیان م، سلمانی ف (۱۳۸۹ ش). مطالعه همبستگی سلامت معنوی و امید در بیماران مبتلا به سرطان مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی سید الشهداء دانشگاه علوم پزشکی اصفهان. مجله دانشگاه علوم پزشکی قم، ۶(۳): ۴۰-۴۵.

نریمانی ک (۱۳۸۷ ش). بررسی تأثیر آموزش مراقبت از خود بر کیفیت زندگی بیماران همودیالیز ماهنامه علمی - پژوهشی دانشور (دانشگاه شاهد)، ۱۶(۷۹): ۱۴-۱۳.

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):212-217.

Allen RG, Rowe M M (2004). Spirituality As a Means of Coping with Chronic Illness. *American Journal of Health Studies*. 19(1):62-68.

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): 429-447.

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. Alex, Joseph, Stephen (2004). *Positive Psychology in Practice*, John Wiley & Sons, Inc., Hoboken, New Jersey. 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):236-244.

Osborn KS, Wraa CE, Watson AB (2010). *Medical - Surgical Nursing, Preparation for Practice*. Pearson, 9(47); p: 148.

Orlandi F S, Pepino B G, Pavarini D S, dos Santos D A, Mendiondo M S Z (2012). The evaluation of the level of hope of elderly chronic kidney disease patients undergoing hemodialysis. *Revista Escola de Enfermagem da usp*, 46 (4): 900-905.

Reiley BB, Perna R, Tate DG, Forchheimer M, Anderson C, Luera G (1998). Type of spiritual 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):309-318.

Tsevat, Joel. (2006). Religion, Spirituality, and Depressive Symptoms in Patients with HIV/AIDS. Journal of General Internal Medicine; 21(5):S 21-S27.

یادداشت شناسه مؤلفان

فاطمه دهباشی: دانشجوی کارشناسی ارشد، دانشکده پرستاری و مامایی رازی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمان، کرمان، ایران
سکینه سپزواری: استادیار، گروه داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی رازی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمان، کرمان، ایران (نویسنده مسؤول)
 نشانی الکترونیک: S_Sabzevari@kmu.ac.ir
بتول تیرگری: استادیار، گروه 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

Back ground: 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.

Materials and 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 Pvyzhan 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 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