

سلامت معنوی در بیماران تحت درمان با همودیالیز

ناهدید شاهقلیان^۱

*لیلا مردانیان دهکردی^۲

چکیده

زمینه و هدف: نارسایی مزمن کلیه یکی از بیماری‌های مزمن و تهدید کننده زندگی است. اختلالات ناشی از بیماری و درمان نشان دهنده لزوم کمک به این بیماران در ابعاد مختلف سلامتی است. از آن جا که توجه به بعد سلامت معنوی انسانها تاثیر ویژه‌ای در کسب سلامتی آنها دارد، این مطالعه به منظور بررسی وضعیت سلامت معنوی و رابطه آن با مشخصات زمینه‌ای (مشخصات دموگرافیک و سابقه ابتلا به سایر بیماری‌ها و دفعات بستری) بیماران تحت درمان با همودیالیز انجام شده است.

روش بررسی: این مطالعه به روش توصیفی تحلیلی و با مشارکت ۹۶ بیمار مراجعه کننده به سه مرکز همودیالیز وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان که از طریق سرشماری انتخاب شدند، انجام شد. جهت جمع آوری اطلاعات از پرسشنامه شامل دو قسمت مشخصات زمینه‌ای و سلامت معنوی Ellison & Palutzian استفاده شد و نتایج با استفاده از نرم افزار SPSS و استفاده از آزمون‌های آماری ANOVA و t مستقل و ضریب همبستگی پیرسون و اسپیرمن مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج حاصل نشان داد ۲۵ درصد افراد از سطح سلامت معنوی بالا، ۷۴ درصد افراد از سطح سلامت معنوی متوسط و تنها یک درصد افراد از سطح سلامت معنوی پایین برخوردار بودند و بین سطح تحصیلات ($P=0/002$) و وضعیت تاهل ($P=0/033$) با سطح سلامت معنوی رابطه معنی دار وجود داشت ولی بین جنس ($P=0/28$)، سن ($P=0/104$)، تعداد فرزندان ($P=0/465$)، سابقه ابتلا به سایر بیماری‌ها ($P=0/056$) و دفعات بستری ($P=0/407$) رابطه معنی داری وجود نداشت.

نتیجه‌گیری کلی: یافته‌ها حاکی از آن بود که سطح سلامت معنوی در بیماران تحت درمان با همودیالیز در حد متوسط است و افراد با سطح تحصیلات بالاتر و افراد متأهل از سطح سلامت معنوی بالاتری برخوردار بودند. لذا به منظور ارتقا سطح سلامت معنوی بیماران انجام مداخلات مبتنی بر آموزه‌های دینی در افراد دارای سطح سلامت معنوی پایین پیشنهاد می‌شود.

کلید واژه‌ها: سلامت، معنویت، همودیالیز، بیماری مزمن کلیه

تاریخ دریافت: ۹۵/۶/۳۱

تاریخ پذیرش: ۹۵/۱۰/۴

۱. کارشناس ارشد پرستاری داخلی جراحی، مرکز تحقیقات کلیوی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

۲. کارشناس ارشد پرستاری داخلی جراحی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران. (*نویسنده مسئول)

مقدمه

یکی از بیماری‌های مزمن و تهدید کننده زندگی که دو تا سه درصد مردم جهان به آن مبتلا هستند، نارسایی مزمن کلیه است^(۱). اختلالات ناشی از بیماری مرحله نهایی نارسایی کلیه از یک سو و عوارض ناشی از همودیالیز از سوی دیگر شرایط زندگی را برای این بیماران دشوار کرده است. وجود مشکلاتی همچون افسردگی، اضطراب، استرس^(۲) و خودکشی در این بیماران^(۳) لزوم حمایت این افراد در جهت افزایش سازگاری با بیماری را نشان می‌دهد^(۴). سلامت معنوی از اجزا مهم مراقبت‌های حمایتی و تسکینی بوده^(۵-۷) و به عنوان یکی از منابع بالقوه بهداشت روان و یکی از مکانیسم‌های سازگاری در رویارویی با عوامل استرس‌زا به شمار می‌رود^(۸) که منجر به کاهش استرس، احساس کنترل بر بیماری، حفظ امید و احساس معنی و هدف در زندگی می‌گردد^(۹).

ارتباط میان معنویت، مراقبت بهداشتی و پیامدهای بالینی در مطالعات زیادی مشخص شده است^(۵-۹). اهمیت شناخت نگرانی‌های معنوی بیمار در توسعه برنامه‌های مراقبت تسکینی مطرح شده است^(۹). Chan معتقد است نیازهای معنوی مفهومی کلی برای تمام افراد است اما در بیماری‌های تهدید کننده زندگی به شکل ویژه‌ای حاد می‌شود^(۱۰). شرایط و مشکلات بیماران تحت همودیالیز نیز اهمیت توجه به سطح سلامت معنوی در این افراد را مطرح می‌سازد^(۶،۷). همودیالیز باعث طولانی شدن زندگی بیماران می‌شود ولی محدودیت‌های فراوانی را به این بیماران تحمیل می‌کند و منجر به ایجاد عوارض جسمی، روانی، اجتماعی و اقتصادی فراوانی می‌گردد^(۱۱). و برای کاهش این عوارض مراقبت همه جانبه از این بیماران ضروریست. شاهقلیان و یوسفی در پژوهشی که با هدف تعیین مفهوم حمایت از دیدگاه بیماران تحت درمان با همودیالیز انجام دادند دریافتند که یکی از مفاهیم حمایت از نظر این بیماران تقویت معنویات بوده و مشارکت کنندگان بیان داشته‌اند که مراقبت‌های معنوی تاثیر مهمی

بر سازگاری بیماران با شرایط ناشی از بیماری و درمان دارد^(۱۱).

مراقبت معنوی بنیاد پرستاری کل گرا است که لزوم توجه به تمام ابعاد وجودی انسان را مطرح می‌سازد، بنابراین برآوردن نیازهای معنوی این بیماران جز وظیفه پرستاران است و بایستی مورد توجه قرار گیرد^(۱۲). برای تامین مراقبت معنوی متناسب، پرستاران باید دانش و درک خود را از معنویت گسترش دهند، معنویت را در مراقبت پرستاری خود تلفیق نموده و ارتباط با مددجویان و خانواده شان را بهبود بخشند^(۱۳).

اگرچه برخی پژوهش‌ها به بررسی سطح سلامت معنوی پرداخته‌اند^(۱۴-۱۶) اما مطالعات اندکی در زمینه ارتباط سطح سلامت معنوی با مشخصات زمینه‌ای انجام شده است و نظر به اهمیت بررسی سطح سلامت معنوی و لزوم در نظرگیری مراقبت‌های معنوی در راستای نیاز بیماران، که خود منوط به آگاهی پرستاران از عوامل زمینه‌ای (مشخصات دموگرافیک و سابقه ابتلا به سایر بیماری‌ها و دفعات بستری) می‌باشد، لازم است سلامت معنوی بیماران و ارتباط آن با مشخصات زمینه‌ای تحت بررسی قرار گیرد تا بتوان مراقبت‌های معنوی را به گونه‌ای ارائه نمود که منجر به کاهش مشکلات ناشی از بیماری، تسریع بهبودی و افزایش کیفیت زندگی شود. این مطالعه نیز به منظور بررسی سلامت معنوی در بیماران تحت درمان با همودیالیز و ارتباط آن با مشخصات زمینه‌ای از جمله مشخصات دموگرافیک (سن، جنس، سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال، وضعیت تاهل، تعداد فرزندان) و سابقه ابتلا به سایر بیماری‌ها و دفعات بستری انجام شده است.

روش بررسی

مطالعه انجام شده یک مطالعه توصیفی تحلیلی است که در سال ۱۳۹۰ در سه مرکز همودیالیز وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان انجام شد. این سه مرکز به طور ثابت ۲۰۰ بیمار تحت درمان با همودیالیز دارند که از این

SPSS و استفاده از آزمونهای آماری ANOVA و t مستقل و ضریب همبستگی پیرسون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها نشان داد که ۴۰/۲ درصد نمونه‌ها در فاصله سنی ۷۸-۵۹ قرار داشته و ۵۷/۳ درصد آنها مرد بودند. از نظر سطح تحصیلات نیز بیشتر نمونه‌ها (۲۸/۴ درصد) در مقطع ابتدایی بودند. ۱۲/۶ درصد مجرد و ۸۷/۴ درصد متأهل بودند. از نظر وضعیت اشتغال بیشتر نمونه‌ها (۸۴ درصد) بیکار بودند. ۵۰ درصد علاوه بر بیماری کلیوی و درمان با همودیالیز سابقه بیماری‌های دیگر از جمله لوپوس، فشار خون، قلبی، ریوی دیابت را نیز بیان نمودند (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی ویژگی‌های جمعیت شناختی شرکت کنندگان

| متغیر | گروه | تعداد | در صد |
|--------------|----------------------------------|-------|-------|
| سن | ۱۷-۳۷ | ۱۸ | ۲۲ |
| | ۳۸-۵۸ | ۳۱ | ۳۷/۸ |
| جنس | ۵۹-۷۹ | ۳۳ | ۴۰/۲ |
| | میانگین ۵۱/۹۸ انحراف معیار ۱۵/۵۶ | | |
| سطح تحصیلات | زن | ۴۱ | ۴۲/۷ |
| | مرد | ۵۵ | ۵۷/۳ |
| وضعیت اشتغال | بی سواد | ۲۵ | ۲۶/۳ |
| | ابتدایی | ۲۷ | ۲۸/۴ |
| وضعیت اشتغال | راهنمایی | ۲۰ | ۲۱/۱ |
| | دبیرستان | ۱۳ | ۱۳/۷ |
| وضعیت اشتغال | دانشگاهی | ۱۰ | ۱۰/۵ |
| | بیکار | ۲۰ | ۲۱/۳ |
| وضعیت اشتغال | خانه دار | ۳۵ | ۳۷/۲ |
| | محصل یا دانشجو | ۲ | ۲/۱ |
| وضعیت اشتغال | کارگر | ۶ | ۶/۴ |
| | کارمند | ۳ | ۳/۲ |
| وضعیت اشتغال | بازنشسته | ۲۲ | ۲۳/۴ |
| | آزاد | ۴ | ۴/۳ |
| وضعیت اشتغال | از کار افتاده | ۲ | ۲/۱ |
| | مجرد | ۱۲ | ۱۲/۶ |

میان ۹۶ بیمار دارای شرایط ورود به پژوهش (سن بالای ۲۰ سال با حداقل ۳ ماه سابقه درمان با همودیالیز و ایرانی و فارسی زبان)، بودند و به صورت سرشماری انتخاب و در مطالعه مشارکت نمودند. افرادی که به علت مشکلات حاد در بیمارستان بستری و برای همودیالیز مراجعه می‌نمودند و یا در طول سه ماه گذشته دچار بحران‌های عاطفی مانند جدایی از همسر، مرگ یا بیماری یکی از نزدیکان شده بودند، وارد این مطالعه نشدند. جمع آوری داده‌ها از خرداد تا دی ماه ۱۳۹۰ به طول انجامید.

در این پژوهش جهت جمع آوری داده‌ها، پرسشنامه‌ای شامل دو قسمت مشخصات زمینه‌ای و بخش دوم سلامت معنوی مورد استفاده قرار گرفت. پرسشنامه مشخصات زمینه‌ای شامل سن، جنس، سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال، وضعیت تاهل، تعداد فرزندان، سابقه ابتلا به سایر بیماری‌ها و دفعات بستری بود و به منظور بررسی سلامت معنوی نیز از پرسشنامه سلامت معنوی Ellison & Palutjian حاوی ۲۰ سوال استفاده شد.

رضایی و همکاران پایایی این ابزار را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۲ و روایی آن را با اعتبار محتوا مورد تایید قرار داده‌اند^(۱۷). نمره گذاری سوالات بر اساس مقیاس لیکرت ۶ گزینه‌ای از کاملاً مخالفم با نمره ۱ تا کاملاً موافقم با نمره ۶ بوده و در سوالات منفی نمره گذاری به صورت معکوس صورت گرفت و امتیاز کلی بین ۲۰ تا ۱۲۰ در نظر گرفته شد، در نهایت نمره سلامت معنوی به سه سطح پایین (۲۰-۴۰)، متوسط (۴۱-۹۹) و بالا (۱۰۰-۱۲۰) تقسیم بندی شد.

پس از اخذ مجوز از کمیته اخلاق با کد اخلاق ۹۲/د/۱۲۰/۲۹۰۰۴۴ دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و دریافت معرفی نامه از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و مسئولین بیمارستان و بخش‌های مربوطه بیماران دارای شرایط ورود به مطالعه انتخاب و پس از توضیح کامل اهداف پژوهش به بیمار و کسب رضایت آگاهانه از وی، اطلاعات لازم به وسیله پرسشنامه جمع آوری شد. نتایج با استفاده از نسخه ۱۶ نرم افزار

جدول شماره ۲: توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر

حسب سطح سلامت معنوی

| سطح سلامت معنوی | تعداد | درصد |
|-----------------|--------------------|------|
| بالا | ۲۴ | ۲۵ |
| متوسط | ۷۱ | ۷۴ |
| پایین | ۱ | ۱ |
| جمع | ۹۶ | ۱۰۰ |
| میانگین=۸۷/۴۳ | انحراف معیار=۱۷/۱۱ | |

توزیع فراوانی و میانگین و انحراف معیار پاسخ بیماران به پرسشنامه سلامت معنوی در جدول شماره سه قابل مشاهده می‌باشد.

| | | |
|-------------|--------------|-------------------|
| متاهل | ۸۳ | ۸۷/۴ |
| بلی | ۴۹ | ۵۲/۶۸ |
| خیر | ۴۴ | ۴۷/۳۲ |
| تعداد فرزند | میانگین ۳/۶۵ | انحراف معیار ۲/۶۲ |
| دفعات بستری | میانگین ۴/۹۳ | انحراف معیار ۶/۶۵ |

میانگین و انحراف معیار نمره کل سلامت معنوی ۱۷/۱۱ ± ۸۷/۴۳ بود. همچنین بر اساس یافته‌ها، ۲۵ درصد بیماران تحت درمان با همودیالیز دارای سطح سلامت معنوی بالا، ۷۴ درصد دارای سطح سلامت معنوی متوسط و یک درصد دارای سطح سلامت معنوی پایین بودند (جدول شماره ۲).

جدول شماره ۳: توزیع فراوانی و میانگین و انحراف معیار پاسخ‌های داده شده به پرسشنامه سلامت معنوی

| سوالات | کاملاً موافقم | نسبتاً موافقم | نسبتاً مخالفم | مخالفم کاملاً مخالفم | میانگین | انحراف معیار |
|--|---------------|---------------|---------------|----------------------|---------|--------------|
| در دعا و خلوت با خداوند احساس رضایت زیادی نمی‌کنم. | ۶/۳ | ۸/۳ | ۷/۳ | ۷/۳ | ۴/۷۳ | ۱/۵۸ |
| نمیدانم کی هستم، از کجا آمده‌ام و به کجا خواهم رفت. | ۱۲/۶ | ۱۶/۸ | ۱۳/۷ | ۴/۲ | ۳/۹۷ | ۱/۸۴ |
| عقیده دارم که خداوند مرا دوست دارد و مراقب من است. | ۵۴/۲ | ۳۵/۴ | ۰ | ۸/۲ | ۵/۳۹ | ۰/۸۶ |
| احساس می‌کنم زندگی یک تجربه مثبت است. | ۱۹/۲ | ۴۳/۶ | ۲۰/۲ | ۷/۴ | ۴/۵۰ | ۱/۳۰ |
| معتقدم خداوند غیر قابل تجسم است و به من و زندگی من توجه ندارد. | ۲/۲ | ۶/۴ | ۳/۲ | ۷/۵ | ۵/۱۱ | ۱/۲۸ |
| احساس می‌کنم آینده نامعلومی دارم. | ۱۶/۷ | ۲۴ | ۱۴/۶ | ۱۲/۵ | ۳/۴۰ | ۱/۷۸ |
| با خداوند ارتباط معنادار خاصی دارم. | ۳۳ | ۳۵/۱ | ۲۱/۲ | ۳/۲ | ۴/۷۷ | ۱/۲۲ |
| در زندگی به حد کمال رسیده و از زندگی رضایت دارم. | ۱۲/۸ | ۲۷/۷ | ۲۳/۴ | ۱۳/۷ | ۳/۸۵ | ۱/۵۱ |
| از خداوند نیرو و حمایت زیادی دریافت نمی‌کنم. | ۹/۸ | ۹/۸ | ۷/۶ | ۱۰/۹ | ۴/۳۸ | ۱/۶۸ |
| نسبت به مسیر زندگی که در پیش رو دارم، احساس خوبی ندارم. | ۱۸/۴ | ۳۰/۴ | ۲۵ | ۷/۶ | ۴/۱۲ | ۱/۵۳ |
| باور دارم که خداوند به فکر مشکلات من است. | ۴۲/۱ | ۳۵/۸ | ۱۱/۶ | ۳/۲ | ۴/۹۷ | ۱/۳۰ |
| از زندگی لذت زیادی نمی‌برم. | ۸/۳ | ۲۵ | ۱۷/۷ | ۱۶/۷ | ۳/۵۵ | ۱/۵۹ |
| ارتباط فردی رضایت بخشی با خداوند ندارم. | ۳/۲ | ۱۰/۸ | ۱۱/۸ | ۱۲/۹ | ۴/۵۱ | ۱/۴۷ |
| نسبت به آینده‌ام احساس خوبی دارم. | ۱۶ | ۳۱/۹ | ۲۸/۷ | ۵/۳ | ۴/۱۶ | ۱/۴۳ |
| ارتباط با خداوند به من کمک می‌کند تا احساس تنهایی نکنم. | ۴۴/۱ | ۳۳/۳ | ۱۸/۳ | ۱/۱ | ۵/۱۳ | ۱/۰۱ |
| احساس می‌کنم زندگی پر از ناامیلات و ناخوشیها است. | ۱۹/۳ | ۲۰/۴ | ۲۶/۹ | ۸/۶ | ۳/۰۳ | ۱/۵۸ |
| وقتی رابطه صمیمی و نزدیک با خداوند دارم، احساس می‌کنم. | ۴۷/۸ | ۳۴/۴ | ۱۳/۴ | ۲/۲ | ۵/۱۶ | ۱/۱۰ |
| زندگی معنای زیادی ندارد. | ۵/۳ | ۱۰/۶ | ۱۳/۸ | ۱۰/۶ | ۴/۳۶ | ۱/۶۲ |
| ارتباط با خداوند در احساس سلامتی من نقش دارد. | ۴۲/۷ | ۴۱/۷ | ۱۰/۴ | ۱ | ۵/۱۶ | ۱/۵۴ |
| معتقدم، هدف خاصی برای زنده بودنم وجود دارد. | ۳۷/۵ | ۳۷/۵ | ۱۱/۵ | ۱ | ۴/۷۹ | ۱/۴۶ |

سلامت معنوی در زنان و مردان تفاوت معنی‌دار نداشت ($P=0/28$). در سطح سلامت معنوی بر اساس سن ($P=0/104$)، تعداد فرزندان ($P=0/465$)، سابقه ابتلا به سایر بیماری‌ها ($P=0/56$) و دفعات بستری ($P=0/407$) ($P=$ اختلاف معنی‌دار مشاهده نشد (جدول شماره چهار).

شواهد نشان داد بین سلامت معنوی و برخی از مشخصات جمعیت شناختی رابطه معنی‌دار وجود دارد، چنانکه با توجه به نتیجه آزمون آنالیز واریانس بین تحصیلات و نمره سلامت معنوی رابطه معنی‌دار وجود دارد ($P=0/018$). همچنین آزمون t مستقل نشان داد که میانگین نمره سلامت معنوی در افراد متاهل به طور معنی‌دار بیش از افراد مجرد بود ($P=0/033$). اما میانگین نمره

جدول شماره ۴: ارتباط مشخصات زمینه‌ای و نمره سلامت معنوی

| مشخصات زمینه‌ای | گروه‌ها | میانگین | انحراف معیار | نمره سلامت معنوی |
|-----------------|----------|-----------|--------------|--------------------|
| جنس | زن | ۸۶/۲۶ | ۱۵/۸۲ | $t=0/85$ $P=0/28$ |
| | مرد | ۸۸/۳۰ | ۱۸/۱۰ | |
| وضعیت تاهل | مجرد | ۷۸/۹۱ | ۱۷/۵۴ | $t=85/1$ $P=0/03$ |
| | متاهل | ۸۸/۶۲ | ۱۶/۹۰ | |
| تحصیلات | بی سواد | ۸۵/۳۶ | ۱۴/۴۳ | $f=2/91$ $P=0/018$ |
| | ابتدایی | ۸۰/۰۰ | ۱۶/۹۷ | |
| | راهنمایی | ۹۱/۲۰ | ۱۶/۷۷ | |
| | دبیرستان | ۸۹/۳۸ | ۲۰/۲۹ | |
| | دانشگاهی | ۱۰۱/۷۰ | ۱۲/۴۹ | |
| سن | | $P=0/104$ | $r=0/14$ | |
| تعداد فرزند | | $P=0/465$ | $r=0/009$ | |
| دفعات بستری | | $P=0/407$ | $r=-0/24$ | |

بحث و نتیجه‌گیری

در پژوهش حاضر اکثر بیماران از سلامت معنوی متوسط برخوردار بودند. این در حالی است که بر اساس مطالعه حجتی و همکاران در آمل ۷۵ درصد افرادی که تحت درمان با همودیالیز قرار داشتند از سلامت معنوی بالایی برخوردار بودند^(۱۸). مطالعه آسایش و همکاران که در قم انجام شده بود نیز نشان می‌دهد بیش از نیمی از افراد تحت درمان با همودیالیز دارای سطح سلامت معنوی بالا هستند^(۱۹). با توجه به این مسئله که تعداد و میانگین سن افراد شرکت کننده در هر سه مطالعه تقریباً یکسان بود. ممکن است علت تفاوت در نتایج مطالعه حاضر با مطالعات مذکور مربوط به تفاوت در محیط‌های پژوهش و قومیت افراد شرکت کننده در پژوهش باشد چرا که در

محیط‌های مختلف به واسطه شرایط مذهبی مختلف سطح معنویات یکسان نیست. همچنین مشارکت کنندگان در این پژوهش تنها افراد ایرانی و فارسی زبان بودند در حالیکه ۱۳ درصد از مشارکت کنندگان در پژوهش آسایش و همکاران غیر ایرانی بودند^(۱۹). نتایج نشان داد بین تحصیلات و نمره سلامت معنوی رابطه معنی‌داری وجود دارد. چنانکه هر چه سطح تحصیلات بالاتر باشد، سلامت معنوی بیشتر است. نتایج مطالعه Parsian و Dunning در تایید این یافته بوده و نشان می‌دهد سلامت معنوی رابطه مستقیم با سطح تحصیلات داشته و افراد با سطح تحصیلات بالاتر از سطح سلامت معنوی بالاتری نیز برخوردار بودند^(۲۰). همچنین نتایج مطالعه حاضر نشان داد بین میانگین نمره

Chan نشان می‌دهد افرادی که سابقه بستری در بیمارستان دارند در مراقبت معنوی از دیگران نیز بیشتر شرکت می‌نمایند^(۱۰). به نظر می‌رسد مراقبت معنوی در نظر افرادی که سابقه بستری در بیمارستان دارند اهمیت بیشتری دارد. این مسئله لزوم تمرکز بر مراقبت‌های معنوی در بیماران بستری را مطرح می‌سازد.

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که سطح سلامت معنوی در بیماران تحت درمان با همودیالیز در حد متوسط است، این در حالی است که بالا بودن سطح سلامت معنوی خود با افزایش سرعت بهبودی و سازگاری بیمار همراه می‌باشد، بنابراین به منظور دستیابی به سطح سلامت معنوی بالاتر در این بیماران باید مراقبت‌های معنوی در راستای نیازهای معنوی بیماران به آنان ارائه شود. از سویی سطح سلامت معنوی در افراد متاهل بالاتر از افراد مجرد بود. این مسئله احتمال ارتباط حمایت‌های خانوادگی با سلامت معنوی را مطرح می‌سازد که لازم است مورد بررسی قرار گیرد و در صورت وجود این ارتباط با ارائه حمایت‌های خانوادگی به بیماران در دستیابی به سطح سلامت معنوی بالاتر کمک نمود. از آنجا که تعداد نمونه در این پژوهش محدود بود و بیماران بالای ۲۰ سال در پژوهش شرکت داشتند پیشنهاد می‌شود مطالعه دیگری با تعداد نمونه بیشتر انجام شود و سلامت معنوی در نوجوانان و جوانان تحت درمان با دیالیز نیز مورد بررسی قرار گیرد.

تقدیر و تشکر

این مقاله حاصل از طرح تحقیقاتی به شماره ۲۹۰۰۴۴ دانشگاه علوم پزشکی اصفهان می‌باشد و بدین وسیله از معاونت محترم پژوهشی این دانشگاه و همکاری کارکنان محترم بخش‌های همودیالیز بیمارستان‌های نور، علی اصغر و الزهرا اصفهان، شرکت کنندگان در پژوهش و کلیه افرادی که ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند، سپاسگزاریم.

سلامت معنوی در زنان و مردان تفاوت معنی‌داری وجود ندارد، ولی یافته‌های حاصل از مطالعه Parsian و Dunning نشان می‌دهد که بین جنس و سلامت معنوی ارتباط معنی‌داری وجود دارد به طوری که زنان بیشتر از مردان به تمرینات معنوی می‌پردازند^(۲۰). تفاوت نتایج این مطالعه با مطالعه حاضر ممکن است از آنجا نشأت گرفته باشد که در مطالعه حاضر تعداد زنان شرکت کننده کمتر از مردان بوده است.

میانگین نمره سلامت معنوی در افراد متاهل به طور معنی‌داری بیش از افراد مجرد بود در حالیکه در مطالعه Chan اختلاف معنی‌داری در انجام مراقبت‌های معنوی بر حسب وضعیت تاهل وجود نداشت^(۱۰). تفاوت نتایج این مطالعه با مطالعه حاضر ممکن است به دلیل کمتر بودن تعداد مشارکت کنندگان مجرد نسبت به افراد متاهل در مطالعه حاضر باشد.

بر اساس یافته‌های حاصل از این پژوهش اختلاف معنی‌داری در سطح سلامت معنوی بر اساس تعداد فرزندان ($P=0/465$) در واحدهای مورد پژوهش وجود نداشت. پژوهشگر در فرایند جستجو به مطالعه‌ای که موارد بالا را تایید یا رد نماید دست نیافت.

همچنین نتایج اختلاف معنی‌داری در سطح سلامت معنوی بر حسب سن ($P=0/104$) را نشان نداد. یافته‌های مطالعه جدیدی و همکاران نیز موید یافته فوق می‌باشد^(۲۱). هرچند مطالعه آسایش و همکاران وجود ارتباط معنی‌دار بین سلامت معنوی و سن را نشان می‌دهد^(۱۹).

علاوه بر این تفاوت معنی‌داری میان میانگین نمره سلامت معنوی بر حسب سابقه سایر بیماری‌ها ($P=0/056$) وجود نداشت و این یافته مورد تایید نتایج مطالعه spinal و همکاران است^(۱۶). همچنین نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که بین میانگین نمره سلامت معنوی و دفعات بستری در بیماران ارتباطی وجود ندارد ($P=0/407$). اگر چه پژوهشگران مطالعه‌ای در راستای رد یا تایید این یافته بدست نیاوردند اما نتایج مطالعه

فهرست منابع

- 1- Parvan K, ABD EF, Ghoujzadeh M, Ahangar R. Stressors and methods of coping with stress in peritoneal dialysis patients]. *Nurs Midwifery Journal*; 2010. 5(17): 34-41. Persian
- 2- Mollahadi M, Tayyebi A, Ebadi A, Daneshmandi M. [Comparison between anxiety, depression and stress in hemodialysis and kidney transplantation patients]. *Iranian Journal of Critical Care Nursing*. 2010;2(4):153-6. Persian
- 3- Spahbodi F, Hosseini S-H, Makhloogh A, Sadeghie O, Taghipoor M. [The suicide ideations rate and its risk factors among patients under hemodialysis]. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2014;23(110):110-6. Persian
- 4- Martinez BB, Custodio RP. Relationship between mental health and spiritual wellbeing among hemodialysis patients: a correlation study. *Sao Paulo Med J*. 2014;132(1):23-7.
- 5- Brown MA, Crail SM, Masterson R, Foote C, Robins J, Katz I, et al. ANZSN renal supportive care guidelines 2013. *Nephrology*. 2013;18(6):401-54.
- 6- Davison SN, Jhangri GS. Existential and religious dimensions of spirituality and their relationship with health-related quality of life in chronic kidney disease. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2010;5(11):1969-76.
- 7- Davison SN, Jhangri GS. The relationship between spirituality, psychosocial adjustment to illness, and health-related quality of life in patients with advanced chronic kidney disease. *J Pain Symptom Manage*. 2013;45(2):170-8.
- 8- Yang J-Y, Huang J-W, Kao T-W, Peng Y-S, Lu C-S, Chen D-L, et al. Impact of spiritual and religious activity on quality of sleep in hemodialysis patients. *Blood Purif*. 2008;26(3):221-5.
- 9- Akhbardeh M. [Role of spiritual beliefs and prayer in health promotion of chronic patients: A qualitative study]. *Quran and Medicine*. 2011;2011(1, Summer [En]):5-9. Persian
- 10- Chan MF. Factors affecting nursing staff in practising spiritual care. *J Clin Nurs*. 2010;19(15-16):2128-36.
- 11- Shahgholian N, Yousefi H. [Supporting hemodialysis patients: A phenomenological study]. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2015;20(5):626. Persian
- 12- fouladvandi M, Azizzade foroozi m, fouladvandi g, sadeghi h, Malekian I. [Relationship of spiritual health with attitude to spirituality and spiritual care in hemodialysis patients the city of Bam]. *Complementary Medicine Journal of faculty of Nursing & Midwifery*. 2015;5(2):1133-45. Persian
- 13- Mazaheri M, Falahi KM, Sadat MS, Rahgozar M. [Nursing attitude to spirituality and spiritual care]. *Payesh*; 2009. 8(1): 31-7. Persian
- 14- Tanyi RA, Werner JS. Spirituality in African American and Caucasian women with end-stage renal disease on hemodialysis treatment. *Health Care Women Int*. 2007;28(2):141-54.
- 15- Abbasi M, Farahani-Nia M, Mehrdad N. [Nursing students' spiritual well-being, spirituality and spiritual care]. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2014;19(3):242. Persian
- 16- Spinale J, Cohen SD, Khetpal P, Peterson RA, Clougherty B, Puchalski CM, et al. Spirituality, social support, and survival in hemodialysis patients. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2008;3(6):1620-7.
- 17- Rezaei MA, Fatemi NS, Givari A, Hoseini F. [Relation between prayer activity and spiritual well-being in cancer patients undergoing chemotherapy]. *Iran Journal of Nursing*. 2007;20(52):51-61. Persian
- 18- Hojati H, Motlagh M, Nouri F, Sharifnia S, Mohammadnezhad E, Heydari B. [Relationship Frequently Pray with Spiritual Health in Patients Treated with Hemodialysis]. *Iranian Journal of Critical Care Nursing*; 2010. 2(4):149-52. Persian
- 19- Asayesh H, Zamanian H, Mirgheisari A. [Spiritual Well-being and religious coping strategies among hemodialysis patients]. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*. 2013;1(1):48-54. Persian
- 20- Parsian N, Dunning T. Spirituality and coping in young adults with diabetes: a cross-sectional study. *European diabetes nursing*. 2009;6(3):100-4.
- 21- Jadidi A, Farahaninia M, Janmohammadi S, Haghani H. [The relationship between spiritual well-being and quality of life among elderly people residing in Kahrizak senior house]. *Iran Journal of Nursing*. 2011;24(72):48-56. Persian

Spiritual Health in Patients undergoing Hemodialysis

Shahgholian N. MS.¹

*Mardanian Dehkordi L. MS.²

Abstract

Background & Aims: End stage renal disease (ESRD) is one the chronic and threatening life disease. The disorders of the disease and its treatment reveal the need to help these patients in various dimension of health. As paying attention to spiritual dimension can have a great impact on health gain; this study was performed to examine the spiritual health in patients undergoing hemodialysis treatment.

Material & Methods: This descriptive analytical study was done in 96 patients selected by census sampling, from three hemodialysis centers of Isfahan University of medical science. Information collected through a questionnaire with two parts: demographics part & Palutzian and Ellison spiritual health questionnaire. The data analyzed by SPSS 16, ANOVA, independent t test, Spearman and Pearson correlation coefficient test.

Results: The results indicated that 25 % of patients had high level, 74% had moderate level and 1% had low level spirituality. There was a significant correlation between the level of education ($P = 0.002$) and marital status ($P = 0.033$) with the level of mental health, but it had no significant relationship with the sex ($P = 0.28$), age ($P = 0.104$), the number of children ($P = 0.465$), history of other diseases ($P = 0.56$) and hospitalizations ($P = 0.407$).

Conclusion: Findings showed that the level of Spiritual health was moderate in hemodialysis patients and Spirituality health was higher in married and educated patients. As a result for promotion of spirituality health, it is suggested to provide religious-based interventions in people with lower spiritual health.

Keywords: Health, Spirituality, Hemodialysis, Chronic Kidney Disease

Received: 21 Sep 2016

Accepted: 24 Dec 2016

¹.Member of Isfahan Kidney Diseases Research Center, Department of Critical Care Nursing, School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

².Department of Adult Health Nursing, School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran. (*Corresponding author). Tel: 03137927541 Email: mardanian@nm.mui.ac.ir