

ارتباط سلامت معنوی با کیفیت زندگی در افراد تحت درمان با همودیالیز در بیمارستان شهید مطهری جهرم در سال ۱۳۹۵

ایمان حقیقی^۳

*فاطمه نسیمی^۲

محمد میلان^۱

یوسف حسینی^۵

مریم قربان زاده^۴

چکیده

زمینه و هدف: اختلال در عملکرد و کیفیت زندگی ممکن است سلامت روان افراد تحت درمان همودیالیز را دچار مشکل کند. رفتارهای معنوی به ویژه ارتباط با خدا می‌تواند باعث افزایش انرژی معنوی و ایجاد نگرش مثبت در این افراد شود. هدف این مطالعه بررسی سلامت معنوی با کیفیت زندگی در افراد تحت درمان با همودیالیز بود.

روش بررسی: این مطالعه توصیفی-تحلیلی بر روی ۸۲ فرد تحت درمان با همودیالیز در مرکز همودیالیز بیمارستان مطهری شهر جهرم در سال ۱۳۹۵ انجام شد. نمونه‌گیری به روش آسان بود. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران کلیوی و سلامت معنوی Ellison و Paloutzian گردآوری شد و با کمک آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و استنباطی (ضریب همبستگی پیرسون) و نرم افزار SPSS نسخه ۲۰ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: همبستگی مثبت و معنی‌داری بین بعدهای کیفیت زندگی از جمله عملکرد جسمی (۰/۲۲۲)، اختلال نقش به خاطر مشکلات عاطفی (۰/۲۶۰)، انرژی/خستگی (۰/۳۹۳)، سلامت عمومی (۰/۳۹۴) و سلامت جسمی (۰/۲۹۳) با بعدهای سلامت معنوی وجود داشت.

نتیجه‌گیری کلی: با توجه به نتایج مطالعه، می‌توان به ضرورت تقویت بعد سلامت معنوی به عنوان عاملی مهم در راستای بهبود کیفیت زندگی افراد پی برد. توجه به این نکته کلیدی در کشوری با باورهای فکری، فرهنگی و مذهبی مانند ایران می‌تواند در طراحی برنامه‌های مراقبتی درمانی برای این دسته از بیماران مفید و مؤثر واقع گردد.

کلید واژه‌ها: سلامت معنوی، کیفیت زندگی، همودیالیز

تاریخ دریافت: ۹۷/۲/۲۲

تاریخ پذیرش: ۹۷/۵/۲۰

-
۱. دانشجوی کارشناسی پرستاری، عضو کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی جهرم، جهرم، ایران.
 ۲. مربی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد واحد کازرون، کازرون، ایران. (*نویسنده مسئول)
شماره تماس: ۰۹۱۷۱۲۵۹۳۳۵
Email: nasimif@yahoo.com
 ۳. مربی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران.
 ۴. مربی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران.
 ۵. دانشجوی علوم آزمایشگاهی، عضو کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی جهرم، جهرم، ایران.

مقدمه

بیماری‌های مزمن از جمله نارسایی کلیه بزرگترین مشکل سیستم‌های مراقبت بهداشتی در جهان هستند. شیوع نارسایی مزمن کلیه به دلایل مختلفی در جهان در حال افزایش است. متوسط رشد جهانی این بیماری در پنج سال گذشته هشت درصد در سال بوده است^(۱). این رشد در ایران بیشتر از متوسط رشد جهانی و در حدود ۱۲ درصد می‌باشد^(۲). نارسایی مزمن کلیه شروعی آرام و تدریجی دارد و در طول آن صدمه‌ی غیرقابل برگشت به بافت کلیه‌ها رخ می‌دهد و نهایتاً عملکرد کلیه‌ها برای حفظ حیات مختل می‌شود و به ناچار کاربرد یکی از درمان‌های جایگزین عملکرد کلیه (همودیالیز، دیالیز صفاقی یا پیوند کلیه) مورد نیاز خواهد بود^(۳). استرس‌های روانی که این بیماران مبتلا در زمان بستری در بیمارستان و مدتی که تحت مراقبت‌های ویژه هستند تحمل می‌کنند، نه تنها آنها را از نظر جسمی تحت تأثیر قرار می‌دهد، بلکه از نظر روحی نیز تأثیرگذار بوده و بر سلامتی و کیفیت زندگی افراد اثرات منفی دارد^(۴).

کیفیت زندگی، درک مشخصی از میزان رضایت از زندگی، سلامت اجتماعی، سلامت جسمانی و خانوادگی، امید به زندگی و سلامت روانی بیمار است. کیفیت زندگی، مفهوم وسیعی است که عرصه‌های مختلف زندگی همچون وضعیت مالی، کار، مذهب و همچنین سلامت جسمی و روانی و اجتماعی را در بردارد^(۵). کیفیت زندگی برای ارزیابی نیازهای سلامت جامعه، ارزیابی تأثیر اجتماعی بیماری‌ها، شناسایی افراد در معرض خطر، اجرای سیاست‌های بهداشتی متناسب با این مسائل و تخصیص منابع در بخش سلامت استفاده می‌شود^(۶).

مطالعه AL-Jumaih و همکاران نشان داد که بیشتر افراد تحت درمان با همودیالیز در محدودیت نقش جسمانی، محدودیت نقش احساسی، وضعیت شغلی و عملکرد شناختی، کیفیت زندگی پایینی دارند^(۷). در مطالعه دیگری گزارش شد که افراد تحت درمان با همودیالیز در تمامی ابعاد کیفیت زندگی در مقایسه با

افرادی که پیوند کلیه می‌شوند، کیفیت زندگی پایین‌تری داشتند^(۸).

در بیماری‌های مزمن، اعتماد به نفس و ایمان مذهبی بیمار به مخاطره می‌افتد، مکانسیم‌های سازگاری و ارتباطات فرد به سبب عدم اطمینان به آینده مختل می‌شود و بحران معنوی در فرد پدیدار می‌شود^(۹). آشفتگی‌های معنوی موجب غم و اندوه در بیمار شده و انگیزه‌های مثبت درمانی را از بین می‌برد^(۱۰). سلامت معنوی یکی از مفاهیم 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^(۱۱) و به عنوان جدیدترین بعد سلامت، در کنار ابعاد دیگر سلامتی (جسمی، روانی و اجتماعی) قرار گرفته است^(۱۲).

معنویت به عنوان یک بعد انسانی و با درک نقشی که در بهبودی افراد دارد، به طور روزافزونی مورد توجه قرار گرفته است؛ چنان که به عنوان عنصر اساسی مراقبت بالینی جهت برآورده شدن نیازهای روحی افراد مبتلا به بیماری شناخته شده است^(۱۳). همچنین به عنوان یکی از جنبه‌های مهم از وجود آدمی، ارتباط مهمی با سلامت افراد دارد^(۱۴). برخی مطالعات بیانگر آن است که بدون سلامت معنوی، دیگر ابعاد زیستی، روانی و اجتماعی نمی‌توانند عملکرد درستی داشته یا به بیشترین ظرفیت خود برسند و در نتیجه بالاترین سطح کیفیت زندگی، قابل دستیابی نخواهد بود^(۱۵).

سلامت معنوی به عنوان یکی از ابعاد سلامتی در کنار سلامت جسمی، روحی و اجتماعی مطرح شده است؛ سلامتی یک فرد به تعادل بین تمامی این ابعاد بستگی دارد^(۱۶) و فرد در مواجهه با بیماری، با تمام ابعاد وجودی خود به بیماری پاسخ می‌دهد؛ پس بدون توجه به بعد معنوی انسان، نمی‌توان جسم و روان او را شناخت و برای سلامت او اقدام یا مداخله‌ای انجام داد^(۱۷). شواهد تجربی نشان داده‌اند حمایت معنوی می‌تواند به عنوان یک

برخورداری از آمادگی جسمی لازم برای پاسخگویی به سؤالات پژوهشگر^(۱۸). معیار خروج از مطالعه شامل تمایل نداشتن به ادامه شرکت در تحقیق، داشتن بیماری‌های دیگر از جمله بیماریهای قلبی، ریوی و روحی- روانی و مشکلات خاص دیگر مثل مرگ عزیزان یا حادثه بود.

داده‌ها با استفاده از پرسشنامه خصوصیات جمعیت شناختی (سن، سابقه بیماری مزمن کلیوی، سابقه دیالیز، سابقه بیماری کلیوی در خانواده)، پرسشنامه استاندارد سلامت معنوی Ellison و Paloutzian و پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران کلیوی KDQOL-SF جمع آوری شد. پرسشنامه استاندارد سلامت معنوی Ellison و Paloutzian حاوی ۲۰ سؤال است که ۱۰ سؤال آن سلامت مذهبی و ۱۰ سؤال دیگر سلامت وجودی را اندازه گیری می‌کند. دامنه‌ی نمره‌ی سلامت مذهبی و وجودی، هر کدام به تفکیک ۶۰-۱۰ می‌باشد. برای زیر گروه‌های سلامت مذهبی و وجودی، سطح بندی وجود ندارد و قضاوت بر اساس نمره‌ی به دست آمده صورت می‌گیرد. هر چه نمره‌ی به دست آمده بالاتر باشد نشانه‌ی سلامت مذهبی و وجودی بالاتری است. نمره‌ی سلامت معنوی، جمع این دو زیرگروه است که دامنه‌ی آن ۱۲۰-۲۰ در نظر گرفته شده است. پاسخ سؤالات به صورت لیکرت شش گزینه‌ای از (کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) دسته‌بندی شد. در سؤالات منفی، نمره گذاری به شکل معکوس انجام شد و در پایان، سلامت معنوی به سه سطح پایین (۲۰-۴۰) متوسط (۴۰-۹۹) (۴۱) و بالا (۱۲۰-۱۰۰) تقسیم بندی گردید^(۱۹). در مطالعه‌ی رضایی و همکاران، روایی پرسشنامه‌ی سلامت معنوی از طریق اعتبار محتوا مشخص شد و پایایی آن در تهران با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۲، مورد تأیید قرار گرفت^(۱۶).

همچنین پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران کلیوی kidney Disease Quality of (KDQOL-SF) Life-Short Form یک پرسشنامه خودایفا است که شامل دو بعد عمومی و اختصاصی در ارتباط با کیفیت زندگی است^(۲۰). بعد عمومی کیفیت زندگی خود شامل

مراقبت تسکینی مؤثر برای بیماران مبتلا به بیماری‌های پیشرفته و مزمن عمل کند^(۱۷). رضایی و همکاران در تحقیق خود نشان دادند که بین ایمان درونی، سلامت معنوی، امید و سایر حالات مثبت خلقی، ارتباط مستقیم وجود دارد که باعث سازگاری افراد با بیماری خود می‌شود^(۱۸). McCauley و همکاران در مطالعه‌ی خود دریافتند که معنویت به عنوان راهکاری رایج برای مقابله با مشکلات روانی، نقش مؤثری بر سلامت روانی و جسمی افراد دارد^(۱۹).

پیش آگهی طولانی مدت افراد تحت درمان با همودیالیز، تحت تأثیر کفایت درمان با دیالیز قرار دارد و بررسی آن در اداره افراد تحت همودیالیز دارای اهمیت ویژه‌ای می‌باشد. در واقع اگر همودیالیز انجام شده از کفایت لازم برخوردار نباشد، سطح توکسین‌های خون و علائم بالینی فرد به خوبی کنترل نشده و بنابراین میزان ناتوانی و مرگ و میر افراد افزایش می‌یابد. بنابراین با توجه به اهمیت تأمین کیفیت زندگی افراد تحت همودیالیز و سلامت معنوی آنان، پژوهش حاضر با هدف بررسی ارتباط بین کیفیت زندگی و سلامت معنوی در افراد تحت درمان با همودیالیز بیمارستان مطهری شهرستان جهرم انجام گرفته است.

روش بررسی

این مطالعه تحلیلی است و جامعه پژوهش آن، تمامی افراد تحت درمان با همودیالیز بودند که در سال ۱۳۹۵ به مرکز همودیالیز بیمارستان استاد مطهری شهرستان جهرم مراجعه کرده بودند. تعداد ۸۲ نفر تحت درمان با همودیالیز با سن بیش از ۱۵ سال به روش سرشماری و با توجه به معیارهای ورود و تمایل آنان به شرکت در مطالعه انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه به این شرح بود: ۱. ابتلا به نارسایی مزمن کلیه که توسط پزشک معالجه تشخیص داده و در پرونده پزشکی آنها درج شده بود. ۲. توانایی سخن گفتن به زبان فارسی ۳. برخورداری از هوشیاری کامل و قدرت همکاری با پژوهشگر ۴.

ها نمودند. مدت زمان تکمیل پرسشنامه‌ها ۲۰ الی ۳۰ دقیقه بود. در مورد تعداد اندکی از شرکت کنندگان که بدحال بودند یا خودشان درخواست می‌کردند، پرسشنامه توسط پژوهشگر از طریق مصاحبه تکمیل شد. داده‌ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۰ و آمار توصیفی (جداول، میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (آزمون همبستگی پیرسون) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

در این مطالعه ۸۲ فرد تحت درمان با همودیالیز، مورد بررسی قرار گرفتند. میانگین سنی آنها $۶۰/۹ \pm ۱۲/۵$ بود. ۵۴/۴ درصد از آنها زن بودند. ۹۶/۳ درصد از واحدهای پژوهش متأهل و از نظر سطح تحصیلات ۵۵ درصد بی سواد بودند. ۶۱ درصد آنها سابقه بیماری‌های زمینه‌ای داشتند و سابقه بیماری مزمن کلیوی و درمان با همودیالیز در آنها به طور میانگین به ترتیب $۵/۱ \pm ۲/۸$ سال و $۲/۶ \pm ۴$ سال بود.

یافته‌های پژوهش نشان داد که میانگین نمره کل کیفیت زندگی نمونه‌های مورد مطالعه $۱۶/۹ \pm ۳۸/۴$ بود و در میان ابعاد کیفیت زندگی کم‌ترین امتیاز در بعد اختلال نقش به خاطر مشکلات عاطفی ($۴۰/۲ \pm ۲۵/۰$) بود و درد بدنی میانگین ($۱۳/۹ \pm ۴۸/۰$) بالاتری را به خود اختصاص داده بود. (جدول شماره ۱).

طبق یافته‌های جدول شماره ۲ سلامت مذهبی و معنوی بیماران تحت همودیالیز در سطح متوسط و همچنین سلامت وجودی این افراد در سطح پایین قرار داشت.

دو بعد (سلامت جسمی و سلامت روانی) و هشت حیطه است. بعد شرایط جسمی شامل چهار حیطه سلامت عمومی (۶ گویه)، عملکرد جسمی (۱۰ گویه)، ایفای نقش جسمی (۴ گویه)، درد جسمی (۳ گویه) است. بعد شرایط روانی نیز شامل چهار حیطه ایفای نقش عاطفی (۳ گویه)، عملکرد اجتماعی (۲ گویه)، سلامت روان و نشاط (۸ گویه) می‌باشد. بعد اختصاصی مشتمل بر ۱۱ حیطه شامل لیست علائم و مشکلات (۱۲ گویه)، تأثیر بیماری کلیه (۸ گویه)، بار بیماری کلیه (۴ گویه)، عملکرد شناختی (۳ گویه)، کیفیت روابط اجتماعی (۳ گویه)، حمایت اجتماعی (۲ گویه)، وضعیت خواب (۴ گویه)، وضعیت شغلی (۲ گویه)، مسائل جنسی (۲ گویه)، میزان رضایت از مراقبت و کارکنان بخش (۳ گویه) می‌باشد. این پرسشنامه یک ابزار چند بعدی روا و پایا است که تمامی ابعاد پرسشنامه SF-36 به علاوه متغیرهای مرتبط با بیماری کلیه را در بردارد و از درجات بالای همسانی و همبستگی درونی برخوردار می‌باشد. نمره هر بعد از ۰ تا ۱۰۰ است که نمره بالاتر از ۵۰ در هر بعد و هر حیطه از کیفیت زندگی نشان دهنده کیفیت زندگی بهتر است. پایایی این پرسشنامه در ایران نیز با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ محاسبه گردیده است^(۲۰).

بعد از کسب تاییدیه کمیته اخلاق (کد IRJUMS.REC.1395.135) و مجوز ورود به محیط پژوهش، پژوهشگر به بیمارستان استاد مطهری شهرستان جهرم مراجعه کرده و پس از انتخاب واحدهای مورد پژوهش طبق معیارهای ورود و خروج مطالعه و معرفی خود و ارایه توضیحات کافی در مورد هدف از انجام پژوهش و جلب رضایت کتبی آنان، تمام واحدهای مورد پژوهش به صورت داوطلبانه اقدام به تکمیل پرسش نامه

مقدار p	آماره آزمون (Z)	بیشترین	کمترین	انحراف معیار	میانگین	مشخصه
۰,۰۲۶	-۲,۲۳	۱۰۰	۰	۳۰,۷	۳۶,۱	عملکرد جسمی (PF)
۰,۳۴۸	-۰,۹۴	۱۰۰	۰	۴۳,۵	۳۱,۶	اختلال نقش به خاطر سلامت جسمی (RP)
۰,۱۶۷	-۱,۳۸	۱۰۰	۰	۴۰,۲	۲۵,۰	اختلال نقش به خاطر سلامت هیجانی (RE)
۰,۶۳۰	-۰,۴۸	۷۰	۱۵	۱۱,۸	۳۸,۴	انرژی / خستگی (EF)
۰,۶۵۲	-۰,۴۵	۷۶	۲۰	۱۱,۶	۴۴,۹	بهزیستی هیجانی (EW)
۰,۰۸۱	-۱,۷۵	۷۵	۱۳	۱۲,۷	۴۷,۳	کارکرد اجتماعی (SF)
۰,۱۸۳	-۱,۳۳	۷۸	۱۰	۱۳,۹	۴۸,۰	درد (P)
۰,۱۱۹	-۱,۵۶	۷۰	۱۰	۱۳,۵	۴۲,۲	سلامت عمومی (GH)
۰,۰۳۴	-۲,۱۲	۸۳	۱۰	۱۸,۳	۳۹,۵	سلامت جسمی
۰,۱۲۸	-۱,۵۲	۷۷	۲۱	۱۴,۵	۳۸,۹	سلامت روانی

جدول شماره ۲: میانگین و انحراف معیار ابعاد سلامت معنوی

مقدار p	انحراف معیار \pm میانگین	ابعاد سلامت معنوی
۰/۰۳	۴۷/۴ \pm ۳/۷	سلامت مذهبی
۰/۷۷	۴۰/۳ \pm ۴/۹	سلامت وجودی
۰/۱۰	۸۷/۷ \pm ۶/۵	سلامت معنوی

عاطفی و عملکرد اجتماعی همبستگی مثبت و معنی‌داری با سلامت معنوی مشاهده شد ($P < ۰/۰۵$). از بین ابعاد سلامت معنوی، سلامت وجودی و سلامت معنوی با تمام ابعاد کیفیت زندگی ارتباط معنی‌داری داشتند (جدول شماره ۳).

یافته‌ها نشان داد همبستگی مثبت و معنی‌داری بین ابعاد عملکرد جسمی (۰/۲۲۲)، اختلال نقش به خاطر مشکلات عاطفی (۰/۲۶۰)، انرژی/خستگی (۰/۳۹۳)، سلامت عمومی (۰/۳۹۴) و سلامت جسمی (۰/۲۹۳) با سلامت معنوی وجود دارد. همچنین بین ابعاد سلامت

جدول شماره ۳: رابطه بین ابعاد کیفیت زندگی و سلامت معنوی در بیماران

نتایج آزمون همبستگی			ابعاد سلامت معنوی		
سلامت معنوی	سلامت وجودی	سلامت مذهبی	ابعاد کیفیت زندگی		
	r	r		r	
۰/۲۲۲	۰/۲۴۹	۰/۱۰۹	عملکرد جسمی		
۰/۲۰۶	۰/۱۴۵	۰/۲۲۰	اختلال نقش به خاطر مشکلات جسمی		
۰/۲۶۰	۰/۲۲۹	۰/۱۴۴	اختلال نقش به خاطر مشکلات عاطفی		
۰/۳۹۳	۰/۵۶۸	-۰/۰۱۴	انرژی/خستگی		
۰/۱۸۷	۰/۲۲۵	۰/۰۹۰	سلامت عاطفی		
۰/۰۴۳	۰/۳۱۴	-۰/۲۶۹	عملکرد اجتماعی		
۰/۰۰۴	۰/۰۸۵	-۰/۰۲۱	درد بدنی		
۰/۳۹۴	۰/۵۵۹	-۰/۰۰۵	سلامت عمومی		
۰/۲۹۳	۰/۳۳۰	۰/۱۴۰	سلامت جسمی		
۰/۳۲۸	۰/۳۸۲	۰/۱۳۱	نمره کل کیفیت زندگی		
P=۰/۲۲	P=۰/۰۵	P=۰/۰۴	ارتباط ابعاد سلامت معنوی با کیفیت زندگی		

مبتلا به سرطان ارتباط متوسط معنی‌داری میان کیفیت زندگی و سلامت معنوی گزارش نمودند^(۲۷). علت این تضاد می‌تواند تفاوت در نوع بیماری، نوع درمان، تفاوت‌های فرهنگی و عقیدتی افراد در این کشورها و مسایل روحی- روانی آنها باشد. در دیگر بیماری‌های مزمن نیز افرادی که از سطح کنترل بالاتر بیماری برخوردار بوده‌اند کیفیت زندگی بالاتری را گزارش نموده‌اند^(۲۸). کیفیت زندگی بر پایه تجربه زندگی فرد قرار دارد و اساساً بر مبنای ارزیابی شخصی از تجارب زندگی خود قابل بررسی است. بیماری مزمن کلیوی اختلال گسترده‌ای تلقی می‌شود که بیمار را در همه ابعاد تحت تأثیر قرار می‌دهد. مشکلات روانی اجتماعی نیز به علت طبیعت این بیماری، نقش مخرب زیادی در زندگی فرد دارند و تلاش‌ها بر بالا بردن کیفیت زندگی این بیماران استوار است^(۲۹). بنابراین توجه به کفایت دیالیز به عنوان عامل تأثیرگذار بر کیفیت زندگی و سلامت معنوی افراد تحت درمان با همودیالیز بیش از پیش احساس می‌شود. نتایج مطالعه حاضر حاکی از نبود ارتباط معنی‌دار بین جنسیت و کیفیت زندگی در افراد تحت درمان با همودیالیز بود. این در حالی است که در مطالعه شریفی نیا و اله بخشیان، زنان از کیفیت زندگی بهتری نسبت به مردان برخوردار بودند که با مطالعه حاضر همسو نبود^(۳۰). نتایج این مطالعه، نشان داد که افزایش سن و همچنین وجود بیماری زمینه‌ای باعث کاهش سلامت معنوی می‌شود که به دنبال آن کیفیت زندگی افراد کاهش می‌یابد. همسو با مطالعه حاضر، وثوقی و همکاران نیز در بررسی رابطه سن با کیفیت زندگی افراد تحت درمان با همودیالیز و پیوند کلیه، وجود بیماری‌های زمینه‌ای و تغییرات ناشی از کهولت سن سبب کاهش کیفیت زندگی در افراد تحت درمان دیالیز شد^(۳۲).

از دیگر نتایج این مطالعه بالاتر بودن سطح سلامت معنوی در متأهلین نسبت به افراد مجرد بود که بر روی کیفیت زندگی آنان نیز تأثیرگذار بود. این تفاوت را ممکن است بتوان به حمایت مادی و معنوی بیماران تحت درمان با

نتایج به دست آمده در مطالعه حاضر بیانگر کیفیت زندگی پایین افراد تحت درمان با همودیالیز می‌باشد. در مورد کیفیت زندگی افراد تحت درمان با همودیالیز گزارش‌های متفاوتی وجود دارد. نتایج مطالعه حجت در جهرم همراستا با مطالعه حاضر، نشان داد که کیفیت زندگی افراد تحت درمان با دیالیز در سطح پایین بوده است^(۳۰). اما در مطالعه اشرافی و همکاران در شاهرود کیفیت زندگی در افراد تحت درمان با دیالیز در حد قابل قبول گزارش شده است^(۳۱) که علت آن می‌تواند تسهیلات بیشتر این مرکز و یا گزارش نشدن بی‌کفایتی دیالیز بوده باشد. در مطالعه وثوقی و همکاران افراد تحت درمان با همودیالیز در اردبیل از کیفیت زندگی متوسطی برخوردار بودند^(۳۲).

در مطالعه حاضر میانگین نمره بعد مذهبی سلامت معنوی $3/7 \pm 4/4$ و میانگین نمره بعد وجودی سلامت معنوی $4/9 \pm 4/3$ بود. بر اساس نتایج پژوهش حاضر، سطح سلامت معنوی افراد تحت درمان با همودیالیز در این پژوهش در محدوده متوسط قرار داشت. همسو با مطالعه حاضر، اشرافی و همکاران^(۳۱) و شریفی نیا و همکاران^(۳۳) نیز در مطالعه خود سطح سلامت معنوی در افراد تحت درمان با همودیالیز را متوسط گزارش کردند. در این راستا، نتایج پژوهش Davies از یافته‌های پژوهش حاضر حمایت می‌کند؛ به طوری که میانگین نمره کل سلامت معنوی افراد مبتلا به سرطان در این پژوهش، متوسط گزارش شده است^(۳۴).

از نظر ارتباط کیفیت زندگی و سلامت معنوی در این مطالعه بین برخی ابعاد کیفیت زندگی (عملکرد اجتماعی و درد بدنی) و نیز ابعاد سلامت معنوی همبستگی معنی‌داری وجود داشت. در مطالعه اعتمادی‌فر و همکاران، زنان نابارور که از سلامت معنوی بالایی برخوردار بودند، میزان رضایت بیشتری از زندگی را گزارش کردند^(۳۵). Finkelstein (نیز ارتباط مستقیم و معنی‌داری بین سلامت معنوی و کیفیت زندگی مبتلایان به نارسایی کلیوی مشاهده نمود^(۳۶)، Ellison و همکاران در بیماران

سعی کردند در زمانی که خود بیماران برای تکمیل پرسشنامه اعلام آمادگی می نمودند، به تکمیل پرسشنامه‌ها اقدام نمایند. از محدودیت‌های دیگر این مطالعه نمونه گیری به صورت سرشماری و محدود بودن آن بود.

با توجه به اینکه سلامت معنوی می‌تواند در ارتقای کیفیت زندگی افراد تحت درمان با همودیالیز، نقش محوری داشته باشد، هر چه میزان سلامت معنوی در این افراد بالاتر و قوی‌تر باشد، کیفیت زندگی بهتری خواهند داشت. به عبارت دیگر، با تغییرات بعد وجودی سلامت معنوی در بیماران، می‌توان سلامت عمومی آنان را پیش بینی کرد. این یافته‌ها نتایج پژوهش‌های Rippentrop و Moreira-Almeida و همکاران که معتقدند معنویت با سلامتی، احساس خوب داشتن و بهبودی ارتباط دارد، همسو است (۳۳،۳۴).

بر همین اساس معنویت دارای فواید بهداشتی چشم‌گیری است که می‌تواند منجر به بهبود مراقبت شود و چنانچه ارایه دهندگان مراقبت، درصدد ارایه‌ی مراقبت‌های جامع هستند، باید علاوه بر توجه به جسم و ذهن بیمار، نیازهای معنوی آنان را نیز به رسمیت بشناسند (۳۵). پرستاران به عنوان یک گروه حرفه‌ای در طول مدت بستری و اقامت بیمار در بیمارستان باید وی را همراهی نمایند، زیرا بیمارستان مکان مناسبی برای تشخیص آشفتگی‌های معنوی است که پرستاران می‌توانند با حمایت‌های پرستاری و رفع نیازهای معنوی علاوه بر ارتقای سلامت معنوی موجب افزایش سلامت عمومی بیماران شوند (۳۶).

با توجه به یافته‌های پژوهش سلامت وجودی و سلامت معنوی با تمام ابعاد کیفیت زندگی ارتباط معنی‌داری دارند. به عبارت دیگر می‌توان چنین استنباط کرد که هرچه میزان ابعاد سلامت معنوی در بیماران بالاتر و قوی‌تر باشد، کیفیت زندگی بالاتر خواهد بود. از این رو؛ ارتقای سلامت معنوی افراد تحت درمان با همودیالیز باید از اولویت‌های کارکنان بهداشت و درمان قرار گیرد.

همودیالیز توسط همسر و خانواده آنها نسبت داد. اشرافی و همکاران نیز بر تفاوت کیفیت زندگی در افراد متأهل و مجرد تحت درمان با همودیالیز تأیید کردند به طوری که در افراد متأهل کیفیت زندگی بالاتری گزارش شده بود (۲۱).

مطالعه حاضر نشان داد سلامت مذهبی با بعد اختلال نقش به خاطر مشکلات جسمی رابطه مستقیمی دارد. در این راستا Ellison و همکاران در ایالات متحده در بررسی ارتباط مذهب، اضطراب و آرامش در میان جوانان گزارش کردند که اعتقاد به زندگی پس از مرگ و توجه به دعا باعث ایجاد آرامش و کاهش اضطراب در فرد می‌شود (۲۷). در مطالعه اشرافی و همکاران نیز بعد محدودیت نقش ناشی از وضعیت سلامت جسمانی رابطه مستقیمی با سلامت مذهبی بیماران همودیالیزی داشت (۲۱) که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد.

عابدی به نقل از Newman نقش‌های روان شناختی مهم و بی‌شمار مذهب را که مردم برای درک و کنار آمدن با رخدادهای زندگی به کار می‌برند توصیف نموده است و عقیده دارد مذهب می‌تواند در ایجاد احساس امید، نزدیکی به خدا و کمک به حل مشکلات موثر باشد (۳۱). یافته‌های مطالعه Balboni که در شهر نیویورک بر روی بیماران مبتلا به سرطان انجام شد، حاکی از وجود ارتباط معنی‌دار آماری بین حمایت‌های معنوی در با کیفیت زندگی آنان بود. یافته‌ها نشان داد که هر چه سطح معنویت در این بیماران بالاتر بود بهتر توانستند با بیماری و مسایل مربوط به آن کنار آیند و روند بهبودی در آنها نیز بهتر پیش رفت (۳۲). نتایج مطالعه عابدی و همکاران بر روی موانع مراقبت‌های مذهبی بیماران نشان داد، انجام اعمال مذهبی و دعا و نیایش نه تنها بر حالت‌های عاطفی بلکه بر کیفیت بدنی فرد تأثیر دارد (۳۱).

از محدودیت‌های این پژوهش وجود تفاوت‌های فردی بیماران و شرایط روانی-عاطفی آنان در زمان پاسخگویی به پرسشنامه بود که ممکن است سبب کاهش دقت پاسخ دهی آنان گردد که برای رفع این محدودیت، پژوهشگران

حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی جهرم انجام شده است. پژوهشگران مراتب سپاس خود را از معاونت پژوهشی و تمامی پرستاران بخش دیالیز و مشارکت کنندگان عزیزی که در این طرح همکاری داشتند، ابراز می‌دارند.

تضاد منافع: نویسندگان هیچگونه تضاد منافی را گزارش نکرده‌اند.

تقدیر و تشکر

این مطالعه بخشی از طرح مصوب با عنوان "بررسی همراهی سلامت معنوی با کیفیت زندگی افراد تحت درمان با همودیالیز در شهرستان جهرم" است که با

فهرست منابع

1. Lucchetti G, Almeida L. GC D., & Granero, AL (2010). Spirituality for dialysis patients: Should the nephrologist address. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*.32(1):128-32.
2. Ebrahimi B. [Study Physiological stress intensity associated with treatment In hemodialysis patients referred to Boooli Teaching Hospital in Ardabil]. Kermanshah University of Medical Sciences. 2011. Persian
3. Paul P, Williams B. Brunner & Suddarth's textbook of Canadian medical-surgical nursing: Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
4. Behrouzifar S, Zenouzi S, Nezafati M, Esmaili H. [Factors affecting the patients' quality of life after coronary artery bypass graft]. *Iran journal of nursing*. 2009;22(57):31-41. Persian
5. Bompori E, Niakas D, Nakou I, Siamopoulou-Mavridou A, Tzoufi MS. Comparative study of the health-related quality of life of children with epilepsy and their parents. *Epilepsy Behav*. 2014;41:11-7.
6. Al-Jumaih A, Al-Onazi K, Binsalih S, Hejaili F, Al-Sayyari A. A study of quality of life and its determinants among hemodialysis patients using the KDQOL-SF instrument in one center in Saudi Arabia. *Arab journal of nephrology and transplantation*. 2011;4(3):125-30.
7. Abbaszadeh A, Javanbakhtian R, Salehee S, Motvaseliyan M. Comparative assessment of quality of life in hemodialysis and kidney transplant patients. *SSU_Journals*. 2010;18(5):461-8.
8. Hojati H, Motlagh M, NOURI F, Sharifnia S, Mohammadnezhad E, Heydari B. [Relationship frequently pray with spiritual health in patients treated with hemodialysis]. *J Crit Care Nurs* 2010; 2(4): 149-52. Persian
9. Al-Arabi S. Quality of life: subjective descriptions of challenges to patients with end stage renal disease. *Nephrol Nurs J*. 2006;33(3): 285-98.
10. Seyed FN, Rezaei M, Givari A, Hosseini F. [Prayer and spiritual well-being in cancer patients]. *Payesh* 2007; 5(4): 295-304. Persian
11. Potter PA, Perry AG. *Fundamentals of nursing*. 2004.:536-56.
12. Omidvari S. [Spiritual health, its nature and the instruments used]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2010; 16(3): 274. Persian
13. Ellis JR, Hartley CL. *Managing and coordinating nursing care*: Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
14. Faribors B, Fatemeh A, Hamidreza H. [The relationship between nurses' spiritual intelligence and happiness in Iran]. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2010;5:1556-61. Persian
15. Fardinmehr O, Farajzadegan Z, Naini AE, Mortazavi M, Gholamrezaei A. [The Validity and Reliability of the Persian Version of Kidney Disease Quality of Life Questionnaire-Short Form (KDQOL-SF) in Iranian Patients]. *Journal of Isfahan medical school*. 2012;29(165). Persian
16. Omidvari S. [Spiritual health; concepts and challenges]. *Specialty Quran Interdisciplinary Res*. 2008;1:6-17. Persian
17. Rezaei M, Seyedfatemi N, Hosseini F. [Spiritual Well-being in Cancer Patients who Undergo Chemotherapy]. *Hayat*. 2008;14(4):33-9. Persian

18. Rezaei M, 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
19. McCauley J, Tarpley MJ, Haaz S, Bartlett SJ. Daily spiritual experiences of older adults with and without arthritis and the relationship to health outcomes. *Arthritis Care & Research: Official Journal of the American College of Rheumatology*. 2008;59(1):122-8.
20. Hojjat M. [Hemodialysis adequacy in patients with chronic renal failure]. *Iran J Crit Care Nurs*. 2009;2(2):61-6. Persian
21. Ashrafi Z, Ebrahimi H, Sarafha J. [The relationship between hemodialysis adequacy and quality of life and spiritual wellbeing in hemodialysis patients]. *Journal of Clinical Nursing and Midwifery*. 2014;3(3):44-51. Persian
22. Namadi vosoghi M, Movahedpor A. [Compare the quality of life in patients undergoing hemodialysis and kidney transplantation in training centers and Ardabil]. *Journal of University of medical sciences*. 2010;19(2):. 171-9. Persian
23. Sharif NSH, Hojjati H, Nazari R, Qorbani M, Akhoondzade G. [The effect of prayer on mental health of hemodialysis patients]. *Iranian Journal of Critical Care Nursing*. 2012; 5(1): 29 -34. Persian
24. McCoubrie RC, Davies AN. Is there a correlation between spirituality and anxiety and depression in patients with advanced cancer? *Support Care Cancer*. 2006;14(4):379-85.
25. Alijanpoor M, Omrani A, Ziraki A, Hosseiny R, Etemadifar S. [The Relationship Between Spiritual Well-Being and Life Satisfaction in Females With Infertility]. *Women's Health Bulletin*. 2016;3(4):e32344. Persian
26. Finkelstein FO, West W, Gobin J, Finkelstein SH, Wuerth D. Spirituality, quality of life and the dialysis patient. *Oxford University Press*; 2007; 22(1): 2432-4.
27. Ellison CG, Burdette AM, Hill TD. Blessed assurance: Religion, anxiety, and tranquility among US adults. *Soc Sci Res*. 2009;38(3):656-67.
28. Harris MA, Freeman KA, Beers M. Family therapy for adolescents with poorly controlled diabetes: initial test of clinical significance. *J Pediatr Psychol*. 2009;34(10):1097-107.
29. Yaghmae F, Khalfi A, Khost N, Alavi Majd H. [The relationship between self-concept dimensions of health status in hemodialysis patients in selected hospitals affiliated to Shahid Beheshti University of Medical Sciences and Health Services, 2009]. *Pajoohandeh Journal*. 2006;1(6):9-15. Persian
30. Allahbakhshian M, Jaffarpour M, Parvizy S, Haghani H. [A Survey on relationship between spiritual wellbeing and quality of life in multiple sclerosis patients]. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences*. 2010;12(3):29-33. Persian
31. Abedi H, Asgari M, Kazemi Z, Saffari F, Nasiri M. [Religious care patients and the barriers]. *Journal of Teb and Tazkieh*. 2005;4(53):23-16. Persian
32. Balboni TA, Vanderwerker LC, Block SD, Paulk ME, Lathan CS, Peteet JR, et al. Religiousness and spiritual support among advanced cancer patients and associations with end-of-life treatment preferences and quality of life. *Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology*. 2007;25(5):555-60.
33. Rippentrop AE, Altmaier EM, Chen JJ, Found EM, Keffala VJ. The relationship between religion/spirituality and physical health, mental health, and pain in a chronic pain population. *Pain*. 2005;116(3):311-21.
34. Moreira-Almeida A, Lotufo Neto F, Koenig HG. Religiousness and mental health: a review. *Revista brasileira de psiquiatria*. 2006;28(3):242-50.
35. Narayanasamy A. The impact of empirical studies of spirituality and culture on nurse education. *J Clin Nurs*. 2006;15(7):840-51.
36. Karimollahi M, Abedi H, Yousefi A. Antecedents of spiritual distress experienced by Iranian Muslim patients. *Res J Biol Sci*. 2008;3(5):1815-46.

Association of Spiritual Health and Quality of Life in the Hemodialysis Patients Admitted in Shahid Motahari Hospital in Jahrom, Iran (2016)

Milan M. BS.¹

*Nasimi F. MS.²

Hafizi I. MS.³

Ghorbanzadeh M. MS.⁴

Hosseini Y. BS.⁵

Abstract

Background & Aims: Impaired performance and poor quality of life may deteriorate the psychological health of the patients undergoing hemodialysis. Spiritual behaviors, especially bonding with God, could improve spiritual energy and create a positive attitude in these patients. The present study aimed to assess the association between spiritual wellbeing and quality of life in hemodialysis patients.

Materials & Methods: This descriptive-analytical study was conducted on 82 hemodialysis patients in the Hemodialysis Center of Motahari Hospital in Jahrom, Iran in 2016. The subjects were selected via convenience sampling. Data were collected using the quality of life questionnaire for renal patients and the spiritual wellbeing scale by Paloutzian and Ellison. Data analysis was performed in SPSS version 20 using descriptive (mean and standard deviation) and inferential statistics (Pearson's correlation-coefficient).

Results: Positive, significant correlations were observed between the dimensions of quality of life, including physical functioning (0.222), role impairment due to emotional problems (0.260), energy/fatigue (0.393), general health (0.394), and physical health (0.293), and domains of spiritual wellbeing.

Conclusion: According to the results, it is critical to enhance spiritual wellbeing as an important influential factor in the quality of life of individuals. Paying attention to the key role of spiritual health in a country like Iran, where cultural values and religious beliefs prevail, could be beneficial in developing effective healthcare programs for hemodialysis patients.

Keywords: Spiritual Health, Quality of Life, Hemodialysis

Received: 12 May 2018

Accepted: 11 Aug 2018

¹. Student of Nursing, Student Research Committee, Jahrom University of Medical Sciences, Jahrom, Iran.

². Instructor, School of Nursing and Midwifery, Islamic Azad University, Kazerun Branch, Iran. (*Corresponding author) Tel: 09171259335 Email: nasimif@yahoo.com

³. Instructor, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran.

⁴. Instructor, School of Nursing and Midwifery, North Khorasan University of Medical Sciences, Bojnurd, Iran.

⁵. Student of Laboratory Sciences, Student Research Committee, Jahrom University of Medical Sciences, Jahrom, Iran.