



روان پرستاری

دوره اول شماره ۱ بهار ۱۳۹۲

- ۱ - تأثیر حساسیت‌زدایی حرکات چشم و پردازش مجدد بر اضطراب بیماران مبتلا به سکته قلبی
محمد بهنام‌مقدم - محمد مرادی - رضا ضیغمی - حمیدرضا جوادی - محمود علیپور حیدری
- ۱۰ - مقایسه وضعیت دل‌بستگی به والدین کودکان مهد و غیرمهد شهر تبریز
سوسن ولیزاده - محمد ارشدی بستان‌آباد - جلیل باباپور خیرالدین - راحله شاملی
- ۱۹ - ارتباط مهارت حل مسأله با مصرف قرص اکستازی در نوجوانان
فاطمه خوشنوا فومنی - نعیمه سیدفاطمی - نسرین بهبانی - فاطمه حسینی
- ۲۸ - بررسی ارتباط عزت نفس با افسردگی در دانشجویان پرستاری یکی از دانشگاه‌های علوم پزشکی منتخب تهران
مریم عزیزی - فریال خمسه - ابوالفضل رحیمی - محمد براتی
- ۳۵ - بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس نگرش به ازدواج
پریسا نیلفروشان - علی نویدیان - احمد عابدی
- ۴۸ - سلامت معنوی و راهبردهای مقابله مذهبی در بیماران همودیالیزی
زهرا طاهری خرامه - حمید آسایش - هادی زمانیان - علیرضا شعوری بیدگی - اعظم السادات میرقیصری - فاطمه شریفی‌فرد
- ۵۵ - تأثیر شعردرمانی گروهی بر افسردگی سالمندان مقیم در سرای سالمندان شهر اراک
جمشید فرجی - مسعود فلاحی خشک‌تاب - حمیدرضا خانکه
- ۶۳ - بررسی تأثیر آموزش هم‌تا محور بر میزان افسردگی بیماران مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس
علی دهقانی - سیما محمدخان کرمانشاهی - ربابه معماریان - حمید حجتی - مرتضی شمسی‌زاده

به نام خداوند جان و خرد
نشریه تخصصی روان پرستاری
فصلنامه علمی - پژوهشی انجمن علمی پرستاری ایران
دوره اول - شماره ۱ - بهار ۱۳۹۲

- صاحب امتیاز: انجمن علمی پرستاری ایران
- مدیر مسؤول و سردبیر: دکتر مسعود فلاحي خشکناپ
- مدیر اجرایی: محمدرضا شیخی
- شماره پروانه انتشار وزارت ارشاد اسلامی: ۹۱/۳۴۷۰۲ مورخ ۱۳۹۱/۱۱/۱۶
- شماره مجوز موافقت اصولی برای اخذ رتبه علمی پژوهشی از یکصد و ششمین جلسه کمیسیون نشریات علوم پزشکی کشور: ۷۰۰/۵۰۹۱ مورخه ۱۳۹۰/۹/۲۲

• مشاوران علمی این شماره (به ترتیب حروف الفبا):

دکتر مسعود بحرینی
دکتر اکبر بیگلریان (مشاور آمار)
دکتر اکرم ثناگو
دکتر حسن جهانی هاشمی (مشاور آمار)
دکتر مهدی رهگذر (مشاور آمار)
دکتر کورش زارع
دکتر نعیمه سیدفاطمی
دکتر فرشید شمسانی
محمدرضا شیخی
دکتر رضا ضیغمی
دکتر مسعود فلاحي خشکناپ
جمیله محتشمی
دکتر علی نویدیان
دکتر مجید هروی

• شورای نویسندگان (به ترتیب حروف الفبا):

- دکتر فاطمه الحانی، دانشیار آموزش بهداشت دانشگاه تربیت مدرس
- دکتر مسعود بحرینی، استادیار روان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی بوشهر
- دکتر اکبر بیگلریان، استادیار آمار زیستی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر یداله جنتی، استادیار روان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی مازندران
- دکتر محمدرضا خدایی، دانشیار روان پزشکی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر اصغر دادخواه، استاد توانبخشی روانی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر محمد ذوالعدل، استادیار روان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی یاسوج
- دکتر مهدی رهگذر، دانشیار آمار زیستی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر کورش زارع، استادیار روان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز
- دکتر سادات سیدباقر مداح، استادیار آموزش پرستاری دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر نعیمه سیدفاطمی، دانشیار روان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر فرخنده شریف، استاد روان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی شیراز
- دکتر فرشید شمسانی، استادیار روان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی همدان
- دکتر رضا ضیغمی، استادیار روان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی قزوین
- دکتر عباس عبادی، استادیار پرستاری داخلی جراحی دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله الاعظم (عج)
- دکتر فرید فدایی، دانشیار روان پزشکی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر مسعود فلاحي خشکناپ، دانشیار روان پرستاری دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر پروانه محمدخانی، استاد روان شناسی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر عیسی محمدی، دانشیار پرستاری داخلی جراحی دانشگاه تربیت مدرس
- دکتر ندا مهرداد، استادیار پرستاری بهداشت جامعه دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر علی نویدیان، استادیار مشاوره دانشگاه علوم پزشکی زاهدان
- دکتر علیرضا نیکبخت نصرآبادی، استاد پرستاری داخلی جراحی دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر فریده یغمایی، دانشیار بهداشت دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
- دکتر شهرزاد یکتاطلب، استادیار روان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی شیراز

• ویراستار انگلیسی: دکتر علی نجومی

• ویراستار فارسی: محمدرضا شیخی

• حروفچینی و صفحه‌آرایی: فرشته حیدری

• طراح جلد: اصغر سورانی

• ناشر: انجمن علمی پرستاری ایران

• نشانی: تهران - میدان توحید - دانشکده پرستاری و مامایی تهران

• کدپستی: ۱۴۱۹۷۳۳۱۷۱، صندوق پستی: ۱۴۱۹۵/۳۹۸، تلفن و نمابر: ۶۶۵۹۲۵۳۵

e-mail: info@ijpn.ir , Website: http://ijpn.ir

سلامت معنوی و راهبردهای مقابله مذهبی در بیماران همودیالیزی

زهره طاهری خرامه^۱، حمید آسایش^۲، هادی زمانیان^۳، علیرضا شعوری بیدگلی^۴، اعظم السادات میرقیصری^۵، فاطمه شریفی فرد^۶

چکیده

مقدمه: سلامت معنوی و فعالیت‌های مذهبی به عنوان یک منبع مهم در سازگاری با مشکلات ناشی از بیماری‌های مزمن شناخته شده‌اند. این مطالعه با هدف تعیین وضعیت سلامت معنوی و سبک‌های مقابله‌ی مذهبی بیماران همودیالیزی انجام شد.

روش: این مطالعه مقطعی (توصیفی-تحلیلی)، در سال ۱۳۹۰ بر روی ۹۵ بیمار تحت درمان با همودیالیز در مراکز همودیالیز بیمارستان‌های کامکار-عرب‌نیا و حضرت ولیعصر (عج) شهر قم انجام شد. نمونه‌گیری به روش در دسترس بود. ابزار گردآوری داده‌ها نسخه فارسی پرسشنامه سلامت معنوی الیسون و پالوتزین و مقیاس مقابله مذهبی پارگامنت استفاده شد. داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی، آزمون‌های آماری ضریب همبستگی پیرسون و آزمون تی مستقل تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که میانگین و انحراف معیار نمره کل سلامت معنوی بیماران $(91/98 \pm 15/09)$ و میانگین و انحراف معیار نمره راهبردهای مقابله مذهبی مثبت و منفی به ترتیب $(23/38 \pm 4/17)$ و $(11/46 \pm 4/34)$ می‌باشد. $52/6\%$ از بیماران در مقیاس سلامت معنوی نمره بالاتر از میانگین کسب کرده بودند. $52/6\%$ نمونه‌ها در مقیاس راهبردهای مذهبی مثبت نمره بالاتر داشتند و این رقم در مورد راهبردهای مذهبی منفی $37/9\%$ بود. سلامت معنوی و راهبردهای مقابله مذهبی مثبت ارتباط مستقیم و معنادار داشت $(r=0/463, p<0/001)$ و ارتباط سلامت معنوی و راهبردهای مقابله مذهبی منفی معکوس و معنادار می‌باشد $(r=-0/43, p<0/001)$. بین سلامت معنوی و میزان استفاده از راهبردهای مقابله مذهبی در دو جنس تفاوت معناداری نداشت. با افزایش سن، سلامت معنوی نیز بیشتر می‌شد و این رابطه از نظر آماری معنادار بود $(r=0/326, p<0/01)$.

نتیجه‌گیری: یافته‌ها نشان داد سلامت معنوی بیماران همودیالیزی در حد نسبتاً مطلوبی قرار داشت و با توجه به تأثیر مثبت راهبردهای مذهبی کارآمد در افزایش سلامت معنوی، تمرکز بر تقویت راهبردهای مذهبی در مراقبت‌های معمول، می‌تواند وضعیت سلامت معنوی و در نهایت کیفیت زندگی روان‌شناختی این بیماران را بهبود بخشد.

کلید واژه‌ها: همودیالیز، سلامت معنوی، معنویت، مذهب، مقابله مذهبی

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۱/۱۱/۱۵

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۶/۹

۱ - دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت‌های ویژه، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران
۲ - کارشناسی ارشد پرستاری، گروه فوریت‌های پزشکی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران (نویسنده مسؤول)

پست الکترونیکی: asayeshpsy@gmail.com

۳ - دانشجوی دکترای آموزش بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران
۴ - کارشناس ارشد پرستاری، گروه اتاق عمل، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران
۵ - کارشناس پرستاری، بیمارستان شهید بهشتی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران
۶ - دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران

مقدمه

در سال‌های اخیر نارسایی مزمن کلیه به علت مورتالیتی و موربیدیتی بالا به عنوان یک مشکل مهم سلامتی مورد توجه قرار گرفته است. تقریباً ۱۱٪ از جمعیت بزرگسال دنیا به نارسایی مزمن کلیه مبتلا هستند که درصد زیادی از این افراد نهایتاً به درمان‌های جایگزینی کلیه نیاز خواهند داشت (۲۰۱). پیشرفت‌های تکنولوژیک سبب افزایش میزان بقای بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه شده است و سالانه به تعداد افراد نیازمند استفاده از درمان‌های جایگزین کلیه افزوده می‌شود. مرسوم‌ترین درمان در بین درمان‌های جایگزینی کلیه همودیالیز می‌باشد که سبب کاهش نشانه‌های بیمار و حفظ زندگی فرد می‌شود (۲). به دلیل ماهیت بیماری نارسایی مزمن کلیه و جلسات مکرر همودیالیز، بیماران مبتلا، با مشکلات متعدد جسمی، روان‌شناختی، اجتماعی و اقتصادی روبرو هستند و با توجه به سیر طولانی مدت این بیماری و مشکلات ناشی از آن، ابعاد مختلف سلامت افراد مبتلا تحت تأثیر قرار می‌گیرد (۳). معنویت و فعالیت‌های مذهبی به عنوان یک منبع مهم در مقابله با بیماری‌های مزمن محسوب می‌شوند. معنویت و راهبردهای سازگاری مذهبی سبب حفظ و ارتقای عزت نفس بیمار، ایجاد حس هدفمندی و معناداری زندگی، افزایش آسودگی روانی و امیدواری می‌شود (۴-۶).

در مطالعه‌ای که توسط Warren انجام شده است نشان می‌دهد مطالعات زیادی در زمینه اثرات مثبت معنویت و مذهب بر جنبه‌های مختلف سلامت در بیماران دارای بیماری‌های مزمن صورت گرفته است (۷). Trankle در مطالعه خود نشان داد میزان سلامت روانی با افزایش استفاده از روش‌های مقابله مذهبی مثبت افزایش می‌یابد. مطالعات صورت گرفته در بین جمعیت‌های مسلمان نیز ارتباط بین مکانیسم‌های مقابله مذهبی و جنبه‌های مختلف سلامت را آشکار ساخته است (۸). Tiliouine و همکاران در یک جمعیت الجزایری نشان دادند فعالیت مذهبی اسلامی با سلامت مسلمانان ارتباط مستقیم دارد (۹). توکل به خداوند، خواندن دعا، رفتن به مسجد و تلاوت قرآن را از جمله مکانیسم‌های مقابله مذهبی در بین مسلمان می‌باشد و مطالعه French و همکاران نیز در یک جمعیت اندونزیایی مشخص کرد راهبردهای مقابله مذهبی با عزت نفس، تنظیم حالات

هیجانی و رفتارهای اجتماعی بهنجار ارتباط مستقیم دارد (۱۰). در مطالعه‌ای که توسط حسنگ و همکاران در ایران در بین جانبازان شیمیایی جنگ تحمیلی صورت گرفته است یافته‌ها بر تأثیر مثبت راهبردهای مذهبی در تحمل درد و رنج ناشی از جراحات شیمیایی دلالت دارد (۱۱).

علی‌رغم وجود شواهد متعدد در زمینه مؤثر و مفید بودن معنویت و رفتارهای مذهبی در فرآیند سازگاری بیماران مبتلا به مشکلات طبی مزمن، هنوز مسایل معنوی و مذهبی به عنوان اجزای اصلی مراقبت‌های معمول در نظر گرفته نمی‌شود (۱۲). براساس مدل کل‌نگر، انسان دارای ابعاد زیستی، روان‌شناختی، اجتماعی و معنوی است که باید در یک مراقبت جامع، تمامی این ابعاد در نظر گرفته شود (۱۲). بر همین اساس محققین این مطالعه را برای بررسی وضعیت سلامت معنوی و راهبردهای مقابله‌ای مذهبی در بیماران تحت درمان با همودیالیز طراحی و اجرا نمودند.

روش مطالعه

مطالعه توصیفی-تحلیلی حاضر، به صورت مقطعی در سال ۱۳۹۰ انجام شد. جامعه پژوهش، کلیه بیماران همودیالیزی مراجعه‌کننده به مراکز همودیالیز دانشگاه علوم پزشکی قم انجام بودند. تعداد ۹۵ بیمار دارای سن بیش از ۱۵ سال به روش نمونه‌گیری آسان انتخاب شدند و سایر شرایط ورود به مطالعه، حداقل دارای شش ماه سابقه همودیالیز، عدم وجود یک تشخیص روان‌پزشکی و استفاده از داروهای روان‌پزشکی، مسلمان بودن و توانایی برقراری ارتباط به زبان فارسی بود.

جهت تعیین میزان سلامت معنوی از مقیاس سلامت معنوی پرسشنامه سلامت معنوی Ellison و Paloutzian استفاده شد. این مقیاس یک پرسشنامه ۲۰ عبارتی می‌باشد که ۱۰ عبارت آن سلامت مذهبی و ۱۰ عبارت دیگر سلامت وجودی را اندازه می‌گیرد. فرد پاسخگو نظر خود را در مورد هر عبارت بر روی یک مقیاس لیکرت شش‌گزینه‌ای از بسیار موافقم تا بسیار مخالفم مشخص می‌کند و دامنه نمرات بین ۲۰-۲۰ متغیر می‌باشد و نمره بالاتر بر سلامت معنوی بهتر دلالت دارد. در پایان سلامت معنوی به سه سطح پایین (۲۰-۴۰)، متوسط (۴۱-۹۹) و بالا (۱۰۰-۱۲۰) تقسیم‌بندی شد. ۲۰

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن بیماران $(15/72 \pm 5/40)$ بود و $61/3\%$ از بیماران را مردان (۵۸ نفر) تشکیل می‌دادند. 95% افراد شرکت‌کننده در مطالعه ساکن شهر و 5% آن‌ها ساکن روستا بوده‌اند. 64% شرکت‌کنندگان از نظر قومیت، فارس، 2% از کرد، 3% عرب، 19% ترک و 12% افغانی بوده‌اند. 87% شرکت‌کنندگان ایرانی و 13% غیر ایرانی بوده‌اند. از نظر وضعیت تأهل، $76/8\%$ متأهل، $12/6\%$ مجرد و مابقی شرایطی از قبیل متارکه $2/1\%$ و بیوه بودن $8/4\%$ را داشتند.

میانگین و انحراف معیار نمره کل سلامت معنوی بیماران $91/98 \pm 15/09$ و میانگین و انحراف معیار نمره راهبردهای مقابله مذهبی مثبت و منفی به ترتیب $(23/38 \pm 4/17)$ و $(11/46 \pm 4/34)$ بود. $62/1\%$ از بیماران در مقیاس سلامت معنوی نمره بالاتر از میانگین (وضعیت مطلوب) کسب کرده بودند. $52/6\%$ نمونه‌ها در مقیاس راهبردهای مذهبی مثبت نمره بالاتر از میانگین (وضعیت مطلوب) داشتند و این رقم در مورد راهبردهای مذهبی منفی $37/9\%$ بود (جدول شماره ۱).

سلامت معنوی و راهبردهای مقابله مذهبی مثبت ارتباط مستقیم و معنادار داشت ($t=0/463$, $p<0/001$) و ارتباط سلامت معنوی و راهبردهای مقابله مذهبی منفی معکوس و معنادار بود ($t=-0/430$, $p<0/001$) (جدول شماره ۲).

براساس مقایسه سلامت معنوی و میزان استفاده از راهبردهای مقابله مذهبی در دو جنس با استفاده از آزمون تی مستقل، تفاوت معناداری بین دو جنس وجود نداشت ($p>0/05$). با افزایش سن، سلامت معنوی نیز بیشتر می‌شد و این رابطه از نظر آماری معنادار بود ($t=0/326$, $p<0/01$). آزمون آنالیز واریانس یک طرفه نشان داد میانگین سلامت معنوی و خرده مقیاس‌های سلامت وجودی و مذهبی، به طور معناداری در بیماران متأهل و بیوه و بیشتر از بیماران مجرد می‌باشد ($p<0/05$). میانگین نمره مقابله مثبت در مجردها به طور معناداری از سایر گروه‌ها پایین‌تر بود و این اختلاف از نظر آماری معنادار بود ولی بیماران متأهل، مجرد و بیوه، اختلاف معناداری از نظر مقابله منفی نداشتند ($p<0/05$) (جدول شماره ۳). مدت دیالیز با سلامت معنوی و مقابله مذهبی ارتباط معناداری نداشت ($p>0/05$).

گویه پرسشنامه به طور کلی فلسفه اصلی زندگی، برآیند داشتن هدف و معنی در زندگی، عشق و بخشش را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. سلامت وجودی به حس هدفمندی و رضایت از زندگی و سلامت مذهبی به رضایت حاصل از ارتباط با یک قدرت برتر یا خداوند اطلاق شده است (13 و 14). پایایی درونی این پرسشنامه توسط رضایی و همکاران در تهران با ضریب آلفای کرونباخ $0/79$ مورد تأیید قرار گرفت (14). روش‌های مقابله مذهبی با استفاده از مقیاس فرم کوتاه مقابله مذهبی Pargament مورد بررسی قرار گرفت. این ابزار استاندارد دارای 14 آیتم جهت اندازه‌گیری راهبردهای مقابله مذهبی مثبت و منفی می‌باشد و توسط Kenneth Pargament ساخته شده است (15). هر یک از مقیاس‌های مثبت و منفی شامل 7 ماده آزمون مقابله مذهبی هستند. شیوه نمره‌گذاری به صورت لیکرت 4 گزینه‌ای از به هیچ وجه تا بسیار زیاد انجام می‌گیرد. مقابله مذهبی مثبت، سبک‌هایی از مواجهه شدن با رویدادهای منفی زندگی است که در آن فرد با بهره‌گیری از ارزیابی‌ها و تغییرهای مثبت مرتبط با یاری پروردگار به استقبال رویدادها می‌رود. برای مثال فرد معتقد است که در هنگام مواجهه با یک رویداد دردناک خدا او را تنها نخواهد گذاشت. اما در شکل دیگر از مقابله که با نام مقابله منفی نام‌گذاری شده است، فرد رابطه اجتنابی و نامطمئن با خدا برقرار می‌نماید. برای مثال فرد معتقد است که خدا در لحظه‌های سخت مرا تنها خواهد گذاشت (16). Pargament و همکاران ضریب پایایی درونی (آلفای کرونباخ) مقیاس مقابله مذهبی را 80 گزارش نموده‌اند (15 و 17).

داده‌های این مطالعه توسط نرم‌افزار SPSS v.16 با استفاده از آزمون‌های آمار توصیفی و آزمون‌های آماری تی مستقل، آنالیز واریانس یک طرفه و ضریب همبستگی پیرسون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. سطح معناداری در آزمون‌ها، کمتر از $0/05$ ($p<0/05$) در نظر گرفته شد. پژوهشگران پس از کسب مجوز از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی قم و آرایه آن به مسؤولین مراکز آموزشی درمانی، مجوزهای مورد نیاز را برای اجرای مطالعه اخذ نمودند و پس از بیان اهداف، از بیماران منتخب رضایت آنان به شکل شفاهی برای شرکت در مطالعه گرفته شد.

جدول ۱- وضعیت سلامت معنوی و مقابله مذهبی

دامنه تغییرات نمرات در مقیاس	تعداد (درصد) بیماران دارای نمره بیش از میانگین n(%)	(انحراف معیار) میانگین M(SD)	متغیر
۱۰-۶۰	۵۹(۶۲/۱)	۵۰/۷۶(۸/۰۶)	سلامت معنوی وجودی
۱۰-۶۰	۴۴(۴۷/۳)	۴۱/۲۲(۸/۹۱)	سلامت مذهبی
۲۰-۱۲۰	۵۰(۵۲/۶)	۹۱/۹۸(۱۵/۰۹)	سلامت معنوی کل
۴-۲۸	۵۰(۵۳/۲)	۲۳/۳۸(۴/۱۷)	مقابله مثبت
۴-۲۸	۳۶(۳۷/۹)	۱۱/۴۶(۴/۳۴)	مقابله منفی

جدول ۲- همبستگی سلامت معنوی و مقابله مذهبی

مقابله مذهبی کل	مقابله مذهبی منفی	مقابله مذهبی مثبت	متغیر
۰/۶۳۱*	۰/۳۸۹*	۰/۵۵۱*	سلامت مذهبی
۰/۴۱۴*	۰/۳۶۸*	۰/۲۸۴*	سلامت وجودی
۰/۵۷۷*	۰/۴۳۰*	۰/۴۶۳*	سلامت معنوی کل

* معنادار در سطح ۰/۰۵ (p < ۰/۰۵)

جدول ۳- مقایسه سلامت معنوی و مقابله مذهبی براساس وضعیت تأهل

p-value	اماره F	سایر (بیوه) M(SD)	متاهل M(SD)	مجرد M(SD)	متغیر
۰/۰۰۸	۵/۰۹	۵۲/۱۰ (۵/۹۰)	۵۲/۰۱ (۶/۷۰)	۴۴/۷۵ (۱۱/۲۲)	سلامت مذهبی
۰/۰۰۵	۵/۶۱	۴۴/۰۰ (۷/۱۱)	۴۲/۳۵ (۸/۴۷)	۳۳/۹۱ (۹/۳۳)	سلامت معنوی
۰/۰۰۲	۶/۹۵	۹۶/۱۰ (۱۲/۰۶)	۹۴/۷۵ (۱۱/۲۲)	۷۸/۶۶ (۱۱/۲۲)	نمره کل
۰/۰۷	۲/۷۴	۲۴/۲۰ (۵/۰۲)	۲۳/۷۸ (۳/۶۹)	۲۰/۹۱ (۵/۲۶)	مقابله مذهبی مثبت
۰/۹۱۶	۰/۰۸	۱۰/۹۰ (۳/۴۱)	۱۱/۴۹ (۴/۵۵)	۱۱/۲۵ (۳/۹۱)	مقابله مذهبی منفی

بحث

مذهبی مثبت افزایش می‌یابد. براساس رویکردهای جدید سلامت معنوی یکی از ابعاد سلامت می‌باشد بنابراین عواملی که بر سلامت اثرات منفی یا مثبت دارند می‌توانند سلامت معنوی را نیز متأثر سازند. در مطالعه‌ای که توسط حسنگ و همکاران در ایران در بین جانبازان شیمیایی جنگ تحمیلی صورت گرفته است راهبردهای مذهبی را عنوان یک عامل مهم در تحمل مشکلات از جراحات شیمیایی جانبازان و ارتقای سلامت معنوی ایشان معرفی کرده است (۱۱). مطالعه French و همکاران نیز در یک جمعیت اندونزیایی مشخص کرد راهبردهای مقابله مذهبی با عزت نفس، تنظیم حالات هیجانی و رفتارهای اجتماعی پهنجار ارتباط مستقیم دارد (۱۰).

Patel و همکاران در مطالعه خود بین معنویت و مذهب در بیماران همودیالیزی و راهبردهای مقابله با بیماری، ارتباط معناداری را نشان داد (۱۹). Tanyi و Werner در مطالعه وجود ارتباط بین مقابله مؤثر با سلامت وجودی و مذهبی و به طور کلی با سلامت معنوی را معنادار عنوان نمودند (۲۰). Walton نیز در یک مطالعه

براساس یافته‌های این مطالعه سلامت معنوی و راهبردهای مقابله مذهبی بیماران همودیالیزی در حد نسبتاً مطلوبی قرار داشت و سلامت معنوی و راهبردهای مقابله مذهبی مثبت، ارتباط مستقیم و معنادار داشتند. بیماری‌های دارای سیر طولانی همانند نارسایی مزمن کلیه در دراز مدت اثرات منفی جبران‌ناپذیر متعددی بر جنبه‌های مختلف سلامت می‌گذارند. داشتن معنا و هدف در زندگی، احساس تعلق داشتن به منبعی والا، امیدواری به یاری خداوند در شرایط مشکل‌زای زندگی، بهره‌مندی از حمایت‌های اجتماعی و معنوی، همگی از جمله روش‌هایی هستند که افراد مذهبی با دارا بودن آن‌ها می‌توانند در مواجهه با حوادث فشارزای زندگی، آسیب کمتری را متحمل شوند (۱۸).

مطالعاتی که در حوزه فعالیت‌های مذهبی و سلامت صورت گرفته است یافته‌های مطالعه ما را تأیید می‌کنند. در این راستا Trankle در مطالعه خود نشان داد میزان سلامت روانی با افزایش استفاده از روش‌های مقابله

معنویت آن‌ها مرتبط است و در مطالعه حاضر نیز بین سن و سلامت معنوی ارتباط معنادار وجود داشت (۲۶). از محدودیت‌های این مطالعه نمونه‌گیری غیرتصادفی و حجم محدود نمونه‌ها بود که می‌تواند میزان قابلیت تعمیم‌پذیری یافته‌ها را کاهش دهد و انجام این مطالعه با حجم نمونه بالاتر (بیماران همودیالیزی چند استان) می‌تواند در رفع این محدودیت مؤثر باشد.

نتیجه‌گیری

براساس یافته‌های این مطالعه، سلامت معنوی بیماران همودیالیزی در حد نسبتاً مطلوبی قرار داشت و با توجه به ارتباط راهبردهای مقابله مذهبی و سلامت معنوی که بیانگر تأثیر مثبت راهبردهای مذهبی کارآمد در افزایش سلامت معنوی، تمرکز بر تقویت راهبردهای مذهبی در مراقبت‌های معمول بیماران همودیالیزی، می‌تواند وضعیت سلامت معنوی و روان‌شناختی این بیماران را بهبود بخشد.

تشکر و قدردانی

از معاونت محترم تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی قم که حمایت مالی این مطالعه را برعهده داشتند و همچنین از بیماران و همکاران محترم بخش دیالیز بیمارستان‌های کامکار-عرب‌نیا و حضرت ولیعصر (عج)، که در انجام مطالعه ما را یاری نمودند کمال تشکر و قدردانی را داریم.

کیفی، ایمان و معنویت به عنوان نیروی محرک در کمک به بیماران همودیالیزی برای مقابله با مرگ و قبول دیالیز و درمان‌های مرتبط توصیف کرد (۲۱). Lin و Bauer-Wu در مطالعه خود عنوان می‌کنند بیمارانی که سلامت معنوی آن‌ها تقویت شود به طور مؤثرتری می‌توانند با بیماری خود سازگار شوند و حتی مراحل آخر بیماری را به خوبی سپری کنند (۲۲). Jansena و همکاران، اعتقادات مذهبی جنبه‌های خاصی از دینداری است که نقش مؤثری در سلامت روان دارد و فرد را در برابر افسردگی محافظت می‌نماید (۲۳). به طور کلی مطالعاتی که در این قسمت به یافته‌های آن‌ها اشاره شد با آنچه که در مطالعه فعلی به دست آمده است هم‌خوانی دارد.

در این مطالعه بین سلامت معنوی و سن ارتباط معناداری وجود داشت، به طوری که با افزایش سن، سلامت معنوی نیز افزایش می‌یابد. Rowe و Allen به این نکته اشاره کردند که کشش به سوی معنویت به عنوان عملکرد افزایش سن محسوب می‌شود زیرا راهی است که توسط آن فرد با واقعیت مرگ روبه‌رو شده و با آن سازگار می‌شود (۲۴). همچنین بین سلامت معنوی و وضعیت تأهل بیماران ارتباط معنادار وجود داشت. Riley و همکاران در مطالعه خود نشان دادند که بعد وجودی سلامت معنوی در افراد متأهل بالاتر از افراد مجرد است که با نتایج مطالعه حاضر هم‌خوانی دارد (۲۵). Wink و Dillon در مطالعه خود نشان دادند که با افزایش سن افراد، وضعیت معنویت نیز بهبود می‌یابد و به نوعی می‌توان گفت مراحل تکاملی افراد با میزان درجه

منابع

- 1 - Meguid El Nahas A, Bello AK. Chronic kidney disease: the global challenge. *Lancet*. 2005 Jan 22-28; 365(9456): 331-40.
- 2 - Lucchetti G, Guilherme Camargo de Almeida L, Lamas Granero A. Spirituality for dialysis patients: should the nephrologist address?. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*. 2010; 32(1): 126-130.
- 3 - Kimmel PL. Psychosocial factors in adult end-stage renal disease patients treated with hemodialysis: correlates and outcomes. *American Journal of Kidney Diseases*. 2000; 35(4): S132-40.
- 4 - Bussing A, Fischer J, Ostermann T, Matthiesen, PF. Reliance on God's help, depression and fatigue in female cancer patients. *International Journal Psychiatry Medicine*. 2008, 38(3): 357-372.
- 5 - Bussing A, Michalsen A, Balzat HJ, Grünther RA, Ostermann T, Neugebauer EA, et al. Are spirituality and religiosity resources for patients with chronic pain conditions? *Pain Medicine*. 2009; 10(2): 327-339.
- 6 - Hebert R, Zdaniuk B, Schulz R, Scheier M. Positive and negative religious coping and wellbeing in women with breast cancer. *Journal of Palliative Medicine*. 2009; 12(6): 537-545.

- 7 - Warren A. Religion/Spirituality and Well Being Review. June 2009:10-21
<http://thriving.ucaqld.com.au/files/file/Research/Religion%20%20Spirituality%20and%20Wellbeing%20Research.pdf> Available at 5/2012.
- 8 - Trankle TM. Psychological Well-Being, Religious Coping, and Religiosity in College Students. *CHARIS: A Journal of Lutheran Scholarship, Thought, and Opinion*. 2006; 5(3): 29-33.
- 9 - Tiliouine H, Cummins R, Daver M. Islamic religiosity, subjective well-being, and health. *Mental Health, Religion & Culture*. 2009; 12(1): 55-74.
- 10 - French D, Eisenberg N, Vaughan J, Purwowq U, Suryanti T. Religious involvement and the social competence and adjustment of Indonesian Muslim adolescents. *Developmental Psychology*. 2008; 44(2): 597-611.
- 11 - Hassank H, Taleghani F, Mills J, Birks M, Francis K, Ahmadi F. Being Hopeful and Continuing to Move Ahead: Religious Coping in Iranian Chemical Warfare Poisoned Veterans, a Qualitative Study. *Journal Religious Health*. 2010; 49(3): 311-21.
- 12 - Sulmasy DP. A biopsychosocial-spiritual model for the care of patients at the end of life. *Gerontologist*. 2002; 42(3): 24-33.
- 13 - Ellison CW. Spiritual well-being: Conceptualization and measurement. *Journal of Psychology and Theology*. 1982; 11: 330-340.
- 14 - Rezaei M, Adib-Hajbaghery M, Seyedfatemi N, Hoseini F. Prayer in Iran cancer patients undergoing chemotherapy. *Complementary Therapies in Clinical Practice*. 2008; 14(2): 90-7.
- 15 - Pargament KI, Koenig HG, Perez LM. The many methods of religious coping: development and initial validation of the RCOPE. *Journal of Clinical Psychology*. 2000; 56(4): 519-43.
- 16 - Pargament KI, Hahn J. God and Just World: Causal and Coping Attribution to God in Health Situations. *Journal for the Scientific Study of Religion*. 1986; 25: 193-207.
- 17 - Ghiami Z. An investigation about the relation of attachment styles with religious coping styles. *Journal of Psychology and education*. 2005; 35(1): 221-233.
- 18 - Lesio CA. Accountability for mental Health counseling in schools. Thesis the degree of Master of Science and Advanced Graduate Certificate. College of Liberal Arts New York. August 22 2007: 4-10.
- 19 - Patel SS, Shah VS, Peterson RA, Kimmel PL. Psychosocial variables, quality of life, and religious beliefs in ESRD patients treated with hemodialysis. *American Journal of Kidney Diseases*. 2002; 40(5): 1013-22.
- 20 - Tanyi RA, Werner JS. Spirituality in African American and Caucasian women with end-stage renal disease on hemodialysis treatment. *Health Care Women International*. 2007; 28(2): 141-54.
- 21 - Walton J. Finding a balance: a grounded theory study of spirituality in hemodialysis patients. *Nephrology Nursing Journal*. 2002; 29(5): 447-56.
- 22 - Lin HR, Bauer-Wu SM. Psycho-spiritual well-being in patient with advanced cancer: An integrative review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*. 2003; 44(1): 69-80.
- 23 - Jansena KL, Motleya R, Hoveya J. Anxiety, depression and students religiosity. *Mental Health, Religion & Culture*. 2010; 13(3): 267-271.
- 24 - Rowe MM, Allen RG. Spirituality as a means of coping with chronic illness. *American Journal of Health Studies*. 2004; 19(1): 62-67.
- 25 - Riley BB, Perna R, Tate DG, Forchheimer M, Anderson C, Luera G. Types of spiritual well-being among persons with chronic illness: their relation to various forms of quality of life. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 1998; 79(3): 258-64.
- 26 - Wink P, Dillon M. Religiousness, spirituality, and psychosocial functioning in late adulthood: findings from a longitudinal study. *Psychol Aging*. 2003 Dec; 18(4): 916-24.

Spiritual well-being and religious coping strategies among hemodialysis patients

Taheri Kharamé¹ Z (B.Sc.) - Asayesh² H (MSc.) - Zamanian³ H (MSc.) - Shouri Bidgoli⁴ A (MSc.) - Mirgheisari⁵ A (B.Sc.) - Sharifi Fard⁶ F (B.Sc.).

Introduction: Spiritual wellbeing and religious activities have been known as important sources to cope with chronic disease induced problems. The aim of this study was to determine the spiritual wellbeing status and religious coping among hemodialysis patients.

Methods: In this descriptive and analytical study, 95 hemodialysis patients from Qom Kamkar-Arabnia and Valiasr hospitals were selected via convenience sampling methods. Ellison & Paloutzian spiritual wellbeing scale and Pargament religious coping scale were used as data gathering tools. Data analysis was done in SPSS v.16 software environment with descriptive statistical tests, Pearson correlation coefficient, independent *t*-test and one way ANOVA. In all tests, level of significance was considered less than 0.05.

Results: Mean and standard deviations of spiritual wellbeing, positive and negative religious coping scores were 91.98 ± 15.09 , 23.38 ± 4.17 and 11.46 ± 4.34 respectively. 52.6 percent of patients had higher than mean score in spiritual wellbeing scale. 53.6 percent of patients showed higher than mean score in positive religious coping and the portion about negative religious coping was 37.9 percent. Spiritual wellbeing had significant correlation with positive religious coping ($r=0.463$, $P<0.001$) and There were no reverses significant correlations between spiritual wellbeing and negative religious ones ($r=-0.430$, $P<0.001$). There was no significant difference between two genders in spiritual wellbeing status and religious coping. With age increasing, the spiritual wellbeing score increased and this relation was statistically significant ($r=0.326$, $P<0.01$).

Conclusion: Our finding indicated that spiritual wellbeing of hemodialysis patients was in partially favorite level and according to the positive effect of efficient religious coping strategies, focuses on religious coping reinforcement in routine patients care, and could improve spiritual wellbeing and psychological aspect of life quality.

Key words: Hemodialysis, spiritual well-being, religious, religious coping

Received: 30 August 2012

Accepted: 3 February 2013

1 - MSc. Student in Nursing, Qom Faculty of Paramedical, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran
2 - Corresponding author: MSc. in Nursing, Qom Faculty of Paramedical, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran

e-mail: asayeshpsy@gmail.com

3 - Ph.D Health Education, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran

4 - MSc. in Nursing, Qom Faculty of Paramedical, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran

5 - B.Sc in Nursing, Shahid Behashti Hospital, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran

6 - MSc. Student in Nursing, Qom Faculty of Paramedical, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran



Iranian Journal of Psychiatric Nursing

Vol. 1 No. 1 Spring 2013

- The effect of eye movement desensitization and reprocessing on anxiety in patients with myocardial infarction..... 9*
Behnammoghadam M (B.Sc) - Moradi M (MSc.) - Zeighami R (Ph.D) - Javadi HR (Ph.D) - Alipour Heydari M (Ph.D).
- Comparison of kindergarten and non-kindergarten students to parents attachments in Tabriz 18*
Valizadeh S (Ph.D) - Arshadi Bostanabad M (MSc.) - Babapour Kheiroddin J (Ph.D) - Shameli R (B.Sc).
- Relationship between problem solving skill and ecstasy usage among adolescents..... 27*
Khoshnavay Fomani F (MSc.) - Seyedfatemi N (Ph.D) - Behbahani N (MSc.) - Hosseini F (MSc.).
- The relationship between self-esteem and depression in nursing students of a selected medical university in Tehran..... 34*
Azizi M (MSc.) - Khamseh F (MSc.) - Rahimi A (Ph.D) - Barati M (MSc.).
- Studying the psychometric properties of marital attitude scale 47*
Nilforooshan P (Ph.D) - Navidian A (Ph.D) - Abedi A (Ph.D).
- Spiritual well-being and religious coping strategies among hemodialysis patients 54*
Taheri Kharam Z (B.Sc) - Asayesh H (MSc.) - Zamanian H (MSc.) - Shouri Bidgoli A (MSc.) - Mirgheisari A (B.Sc) - Sharifi Fard F (B.Sc).
- The effect of poetry therapy on depression in elderly residents of a nursing home in Arak – Iran..... 62*
Faraji J (MSc.) - Fallahi Khoshknab M (Ph.D) - Khankeh HR (Ph.D).
- The effect of peer-led education on depression of multiple sclerosis patients..... 71*
Dehghani A (MSc.) - Kermanshahi S (Ph.D) - Memarian R (Ph.D) - Hojjati H (MSc.) - Shamsizadeh M (MSc.).