

# Prediction of Depression, Anxiety and Stress Based on Spiritual Components in Patients on Hemodialysis

Jamil Sadeghifar<sup>1</sup>, Tahereh Mehrabian<sup>2,\*</sup>

<sup>1</sup> Psycho-Social Injuries Research Center, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran

<sup>2</sup> Assistant Professor, Department of Public Health, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran

<sup>3</sup> MSc, Department of Clinical Psychology, University of Kurdistan, Sanandaj, Iran

\* **Corresponding author:** Tahereh Mehrabian, MSc, Department of Clinical Psychology, University of Kurdistan, Sanandaj, Iran. E-mail: t.mehrabian@yahoo.com

**Received:** 05 Oct 2015

**Accepted:** 11 Oct 2016

## Abstract

**Introduction:** Kidney disease is one of the most common diseases in people that leads to emotional problems such as stress, anxiety and depression. The purpose of this study was to predict of the amount of depression, anxiety and stress based on spiritual components in hemodialysis patients in Ilam province.

**Methods:** In this research, which was carried out with the correlation method, 150 hemodialysis patients were selected and then subjected to the study by means of available sampling. Three questionnaires regarding depression, anxiety, stress, prayer and spiritual health were used as a means of data collection. In this research, dimensions of prayer and spiritual health were considered as a predictors and emotional components were considered as a dependent variable. The data were analyzed by R Pearson correlation coefficient and multiple regressions analyzes.

**Results:** The results of the study revealed that there are significant negative relationships between all dimensions of prayer and depression and stress, while there are also significant negative relationships between a dimensions of prayer except pray frequency and anxiety ( $P < 0.01$ ). Also the results showed that there are significant negative relationships between dimensions of spiritual health and depression, anxiety and stress ( $P < 0.01$ ). These factors could account for 36% of the variation in the level of emotional components. Regression coefficients with stepwise method for linear combination of spiritual components with emotional components were significant at less than 0.001.

**Conclusions:** Spiritual components are correlative with patient's emotional component. Thus, religious beliefs can be used to improve hemodialysis patients' health.

**Keywords:** Depression, Anxiety, Stress, Spirituality, Hemodialysis Patients

## پیش بینی میزان افسردگی، اضطراب و استرس بیماران همودیالیز بر اساس مؤلفه‌های معنوی

جمیل صادقی فر<sup>۱</sup>، طاهره محرابیان<sup>۲\*</sup>

<sup>۱</sup> مرکز تحقیقات آسیب های روانی-اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران

<sup>۲</sup> استادیار، گروه بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران

<sup>۳</sup> کارشناس ارشد، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه کردستان، سنندج، ایران

\* نویسنده مسئول: طاهره محرابیان، کارشناس ارشد، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه کردستان، سنندج، ایران. ایمیل: t.mehrabian@yahoo.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۰۷/۲۰

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۴/۰۷/۱۴

### چکیده

**مقدمه:** بیماری‌های کلیوی یکی از شایع‌ترین بیماری‌ها در افراد است و موجب بروز مشکلات هیجانی همچون استرس، اضطراب و افسردگی می‌شود. این تحقیق با هدف پیش بینی میزان افسردگی، اضطراب و استرس بر اساس مؤلفه‌های معنوی در بیماران همودیالیزی استان ایلام انجام گرفت.

**روش کار:** در این پژوهش که به روش همبستگی انجام گرفت، تعداد ۱۵۰ بیمار تحت درمان با دیالیز به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و وارد مطالعه شدند. از سه پرسشنامه افسردگی، اضطراب و استرس، دعا، سلامت معنوی به‌عنوان ابزار جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد. ابعاد دعا و سلامت معنوی به‌عنوان متغیرهای پیش بین و مؤلفه‌های هیجانی به‌عنوان متغیر ملاک در نظر گرفته شد. داده‌ها با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چند متغیری با روش گام به گام (Stepwise) تجزیه و تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** نتایج پژوهش نشان داد که بین تمام ابعاد دعا با افسردگی و استرس رابطه منفی معناداری وجود دارد، همچنین بین تمام ابعاد دعا بجز تناوب دعا با اضطراب نیز رابطه منفی معناداری وجود دارد ( $P < 0/01$ ). همچنین نتایج نشان داد که بین هر دو بعد سلامت معنوی با افسردگی، اضطراب و استرس رابطه منفی معناداری وجود دارد ( $P < 0/01$ ). این عوامل در مجموع ۳۶ درصد از واریانس مؤلفه‌های هیجانی را تبیین کردند. ضرایب تحلیل رگرسیون برای ترکیب خطی مؤلفه‌های معنوی با مؤلفه‌های هیجانی در سطح کمتر از ۰/۰۰۱ معنی‌دار بود.

**نتیجه گیری:** مؤلفه‌های معنوی با مؤلفه‌های هیجانی بیماران در ارتباط است. بنابراین می‌توان از اعتقادات مذهبی جهت ارتقای سلامت بیماران تحت درمان با دیالیز استفاده نمود.

**واژگان کلیدی:** افسردگی، اضطراب، استرس، معنویت، بیماران همودیالیز

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

### مقدمه

امروزه شیوع بیماری‌های کلیوی رو به رشد است و راه‌های گوناگونی برای کنترل و کاهش عوارض آن وجود دارد، هر چند عوامل زیادی بر کنترل این بیماری مؤثر هستند، اما با توجه به نتایج پژوهش‌های مختلف مبنی بر وجود رابطه بین سلامت روانی و سلامت جسمانی، می‌توان نتیجه‌گیری کرد که از طریق ارتقای سلامت و بهداشت روانی افراد مبتلا، می‌توان سلامت جسمانی آن‌ها را نیز افزایش داد. از مؤلفه‌هایی که ارتباط تنگاتنگی با سلامت و بهداشت روانی دارد، سلامت معنوی، نگرش مذهبی و اعتقادات دینی هست. متأسفانه در حال حاضر شیوع افسردگی، اضطراب و استرس در بیماران تحت دیالیز رو به افزایش است که این موضوع می‌تواند بهداشت و سلامت روانی و جسمانی این افراد را با مشکل مواجه کند و نیز در روند درمان آنها

اختلال ایجاد کند. یکی از راهکارهای درمان افسردگی و اضطراب روش‌های معنوی و روان‌درمانی دینی است. دانشمندان علوم تجربی معتقدند که علایق مذهبی و باورهای دینی در کاهش یا حتی رفع بیماری‌های مختلف روحی و جسمی نقش بسزایی دارند. منظور از معنویت‌درمانی، درمان آلام و رنج‌های درونی و بیرونی انسان از طریق امور متعالی و ماوراءالطبیعی است، از این منظر نگرشی تازه به یکی از کارکردهای گوناگون دیناست. برخی از روانشناسان مشهور برای درمان بیماری‌ها، گرویدن به معنویت را توصیه می‌کنند. Hallis سلامت را مجموعه‌ای از عناصر جسمی، روانی، اجتماعی، معنوی، عقلانی و محیطی می‌داند، او سلامت معنوی را چنین توصیف می‌کند: «اعتقاد به معنی داشتن زندگی، نظم حاکم بر جهان و قدرتی برتر، به زندگی

بستری می‌شود، ذهنیت‌پردازی می‌تواند او را قادر سازد که به مکانی دیگر سفر کند که این مکان شاید مکانی شفادهنده و التیام‌بخش برای او باشد، احساس آرامش روح در او ایجاد کند و موجب شود که بیمار در فعالیت‌هایی مانند دعا کردن شرکت جوید دعا یکی از رفتارهای مذهبی مرتبط با سلامت روان و سلامت معنوی است (۱۴). Wachholtz & Sambamoorthi بر تأثیر دعا بر بهداشت روان و Poloma & Pendleton بر تأثیر دعا بر کیفیت زندگی افراد تأکید می‌کنند (۱۵، ۱۶). خلیلی و همکاران در پژوهش خود نشان دادند که دعا با سلامت روانی ارتباط دارد و نگرش مثبت به دعا و سایر فعالیت‌های معنوی و مذهبی مرتبط با دعا می‌تواند سلامت روانی افراد را ارتقا دهد (۱۷). همچنین امیرفخرایی و علی‌نقی‌زاده به تأثیر دعا و روزه‌داری بر سلامت روان اشاره دارند (۱۸). بنابراین هدف از پژوهش حاضر پیش بینی میزان افسردگی، اضطراب و استرس بر اساس مؤلفه‌های معنوی بیماران همودیالیز استان ایلام بود.

### روش کار

پژوهش حاضر از نوع همبستگی بود که جامعه آماری پژوهش مورد نظر، تمامی بیماران کلیوی تحت درمان با دیالیز استان ایلام بودند. با توجه به اینکه دسترسی به لیست جامعه آنان به منظور گزینش تصادفی آنان امکان‌پذیر نبود، بنابراین مقدر نبود که نمونه‌گیری بصورت تصادفی باشد. اما با توجه به قاعده حداقل حجم نمونه در تحقیقات همبستگی که ۱۰۰ نفر ذکر شده است (۱۹)، در این پژوهش تعداد ۱۵۰ نفر از بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های سطح استان ایلام به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. محدوده سنی آنها بین ۱۸ تا ۶۴ سال و دامنه تحصیلات آنها از ابتدائی تا کارشناسی ارشد متغیر بود. از ۳ پرسشنامه‌های دعا، سلامت معنوی و مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس بعنوان ابزار جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد. داده‌ها به وسیله روش‌های آماری ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چند متغیری با روش گام به گام (stepwise) تجزیه و تحلیل شدند. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS-22 انجام گرفت. معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از: بیماران کلیوی تحت درمان با دیالیز و اینکه ساکن استان ایلام باشند. معیارهای خروج از پژوهش: عدم تکمیل پرسشنامه یا بروز مشکل خاصی طی انجام پژوهش بود. ابتدا به افراد تحت درمان با دیالیز که در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی بودند، توضیحاتی درباره پژوهش داده شد، سپس به آنان اطمینان داده شد که اطلاعات مربوط به آنها بصورت محرمانه و بدون نام مورد بررسی قرار خواهد گرفت و در نهایت بصورت کلی گزارش خواهد شد. رضایت شرکت‌کنندگان در مطالعه به طور شفاهی جلب شد و با توجه به نوع مطالعه نیازی به گرفتن تأییدیه رسمی کمیته اخلاق دانشگاه نبود.

الف) پرسشنامه دعا: در پژوهش حاضر به منظور اندازه‌گیری ابعاد دعا کردن از پرسشنامه دعای Poloma & Pendleton استفاده شد. این پرسشنامه که در سال ۱۹۹۱ طراحی شد ۳۲ سؤال دارد و ۳ بعد تناوب آداب دعا کردن، تجربه قبلی دعا و نگرش نسبت به دعا را اندازه‌گیری می‌کند. ۱۷ سؤال اول در مورد تناوب دعا کردن، ۹ سؤال بعدی تجربه قبلی دعا و ۶ سؤال آخر نگرش نسبت به دعا را می‌سنجد. پاسخ سؤالات بصورت لیکرت ۷ درجه‌ای از مطمئن نیستم تا به طور مداوم انجام می‌دهم دسته‌بندی شده است (۲۰). این پرسشنامه توسط

فرد مفهومی ژرف‌تر می‌بخشد و این اعتقاد جزء اساسی سلامت روانی است (۱). به بیان Koeing لازم است در ارزیابی بیماران علاوه بر جنبه‌های جسمانی، جنبه‌های روانی و همچنین جنبه‌های معنوی آنان بررسی شود، زیرا مردم ارگانسیم‌های بیولوژیک صرف نیستند (۱). استرس متغیری است که در ارتباط با تمام عوامل روانی می‌باشد. استرس موجب افزایش میزان افسردگی، اضطراب و نگرانی و دیگر اشکال ناراحتی‌های روانی در بیماران مختلف می‌شود. به صورت فیزیولوژیک اضطراب و استرس می‌توانند بر عملکرد سیستم ایمنی تأثیر بگذارند و با کاهش مقاومت بدن، فرد را مستعد هرگونه بیماری جسمانی و روانی کنند. از طرفی بین افسردگی، استرس و اضطراب ارتباط وجود دارد؛ به طوریکه در بیماران مبتلا به بیماری‌های کلیوی مضطرب و دارای استرس، افسردگی شیوع بالاتری دارد و بالعکس، اضطراب پاسخی به یک تهدید و بیماری یک عامل تهدیدکننده است، بنابراین تعداد زیادی از بیماران تحت دیالیز مضطرب هستند (۲). با توجه به اینکه در نظریات روانشناسی بین افسردگی و افکار خودکشی ارتباط قوی وجود دارد، اسپهیدی و همکارانش در پژوهش خود با عنوان تعیین فراوانی شیوع افکار خودکشی و عوامل مؤثر بر آن در بیماران تحت دیالیز، نشان دادند که مشکلات مربوط به مسائل روان‌پزشکی در بیماران تحت دیالیز، می‌تواند به شدت زندگی آنها را تحت تأثیر قرار دهد (۳). نتایج تحقیق رئیسی و همکارانش حاکی از شیوع بالای افسردگی در بیماران همودیالیزی است (۴). شفیعی‌پور و همکارانش در پژوهش خود نشان دادند که بین شدت استرس و کیفیت زندگی در بیماران تحت دیالیز رابطه منفی وجود دارد (۵). نتایج تحقیق علوی و همکارانش حاکی از شیوع بالای افسردگی و اضطراب در بیماران جایگزین کلیه خصوصاً بیماران دیالیزی بود (۶). بهداشت و سلامت روان می‌تواند سلامت جسمانی افراد را تحت تأثیر قرار دهد. در پژوهش‌های مختلف و متعددی بر نقش مذهب و سلامت معنوی بر بهداشت و سلامت روانی و بهزیستی روانشناختی تأکید شده است. زانگ و همکاران در پژوهش خود بر رابطه معنویت و سلامت روان تأکید می‌کنند (۷). Bell و همکارانش و مرعی و همکارانش در تحقیقاتشان به تأثیر معنویت بر رضایت از زندگی و Chlan و همکارانش بر تأثیر معنویت در مقابله با بیماری تأکید دارند (۸-۱۰). McCoubrie & Davies در پژوهش خود یافتند که بین سلامت معنوی با افسردگی و اضطراب رابطه منفی معنی‌داری وجود دارد (۱۱). رضایی و همکارانش در پژوهش خود یافتند که بین سلامت معنوی با اضطراب و استرس در زنان مبتلا به سرطان سینه رابطه منفی معنی‌داری وجود دارد (۱). Rippentropa و همکارانش در پژوهش خود نشان دادند که بین مذهب و معنویت با سلامت و بهداشت روان رابطه معنی‌داری وجود دارد (۱۲). صف‌آرا و همکارش نشان دادند که بین اعتقادات مذهبی با افسردگی و اضطراب رابطه منفی معنی‌داری وجود دارد (۱۳).

یکی از متغیرهای مرتبط با سلامت معنوی، دعا کردن است. دعا کردن می‌تواند شفادهنده و آرام‌بخش باشد. دعا کردن شامل ستایش و پرستش، اقرار و اعتراف، نیایش، شفاعت، سوگواری و شکرگذاری می‌باشد. دعا کردن در تعداد زیادی از سنت‌ها، چه فرهنگی و چه مذهبی انجام می‌شود. یادآوری معنای دعا و راه‌هایی که حضور خداوند و ارتباط با او تجربه می‌شود، باعث ایجاد منبعی غنی برای بیماران می‌گردد. زمانی که فرد از نظر جسمی ناتوان شده و در بیمارستان

### یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار تناوب دعا کردن در بیماران تحت دیالیز به ترتیب ۹۰/۵۴ و ۱۵/۷۶ می‌باشند. میانگین و انحراف معیار به ترتیب برای تجربه قبلی دعا ۴۶/۰۲ و ۸/۱۰، نگرش نسبت به دعا ۳۳/۱۸ و ۵/۷۷، بعد مذهبی سلامت معنوی ۴۸/۲۸ و ۷/۵۹، بعد وجودی سلامت معنوی ۴۳/۴۲ و ۹/۵۴، افسردگی ۵/۱۴ و ۴/۳۶، اضطراب ۵/۳۰ و ۳/۸۱ و استرس ۶/۷۹ و ۴/۲۲ است (جدول ۱).

ضریب همبستگی بین تناوب دعا کردن با نمره کل مؤلفه‌های هیجان‌مندی و معنی‌دار بود ( $r = -0/18$  و  $P < 0/05$ ) همچنین بین تجربه قبلی دعا و نمره کل مؤلفه‌های هیجانی نیز رابطه معنی‌دار منفی مشاهده شد ( $r = -0/35$  و  $P < 0/01$ ). همچنین یافته‌ها نشان داد که بین نگرش نسبت به دعا رابطه معنی‌دار منفی وجود دارد ( $r = -0/38$  و  $P < 0/01$ )، بین سلامت مذهبی و نمره کل مؤلفه‌های هیجانی و  $r = -0/50$  و نیز بین سلامت وجودی و نمره کل مؤلفه‌های هیجانی رابطه معنی‌دار منفی مشاهده شد ( $r = -0/59$  و  $P < 0/01$ ) (جدول ۲).

Meravigelia برای بیماران مبتلا به سرطان مورد استفاده قرار گرفت و در آن تجدید نظر شد، ضریب پایایی تناوب آداب دعا کردن، تجربه قبلی دعا و نگرش نسبت به دعا در مطالعه وی به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۷۵ و ۰/۷۲ تعیین شد. پایایی و روایی این پرسشنامه در ایران توسط سید فاطمی و همکارانش تعیین گردید؛ روایی پرسشنامه پس از ترجمه به فارسی از طریق اعتبار محتوا تعیین شد و نیز پایایی آن از طریق آلفای کرونباخ ( $\alpha = 0/79$ ) گزارش شد (۲۰). (ب) پرسشنامه سلامت معنوی (SWBS): در پژوهش حاضر برای سنجش سلامت معنوی بیماران از مقیاس سلامت معنوی Ellison & Paloutzian استفاده شده است. این مقیاس حاوی ۲۰ ماده و ۲ خرده مقیاس است که ۱۰ سؤال آن سلامت مذهبی و ۱۰ سؤال دیگر سلامت وجودی را اندازه‌گیری می‌کند. پاسخ سؤالات بصورت لیکرت ۶ درجه‌ای از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم دسته‌بندی شده است. دامنه نمره کل سلامت معنوی از ۱۲۰-۲۰۰ در نظر گرفته شده است. در سؤالات منفی نمره‌گذاری بصورت معکوس است و در پایان سلامت معنوی به سه سطح پایین (۲۰-۴۰)، متوسط (۴۱-۹۹) و بالا (۱۰۰-۱۲۰) تقسیم می‌شود (۲۱). Genia در پژوهش خود که روی دانشجویان انجام داد، ساختار ۲ عاملی را برای پرسشنامه یافت (۲۲). پایایی و روایی این پرسشنامه در ایران توسط سید فاطمی و همکارانش تعیین گردید، روایی پرسشنامه پس از ترجمه به فارسی از طریق اعتبار محتوا تعیین گردید.

جدول ۱: میانگین، انحراف معیار، حداکثر و حداقل متغیرهای ابعاد دعا، سلامت معنوی، افسردگی، اضطراب و استرس

متغیر	میانگین	انحراف معیار	حداکثر	حداقل
تناوب دعا کردن	۹۰/۵۴	۱۵/۷۶	۱۲۹	۲۸
تجربه قبلی دعا	۴۶/۰۲	۸/۱۰	۶۳	۲۰
نگرش نسبت به دعا	۳۳/۱۸	۵/۷۷	۴۲	۶
بعد مذهبی سلامت معنوی	۴۸/۲۸	۷/۵۹	۶۳	۱۸
بعد وجودی سلامت معنوی	۴۳/۴۲	۹/۵۴	۶۶	۱۴
افسردگی	۵/۱۴	۴/۳۶	۲۱	۰
اضطراب	۵/۳۰	۳/۸۱	۱۵	۰
استرس	۶/۷۹	۴/۲۲	۲۰	۰

جدول ۲: ضرایب همبستگی پیرسون متغیرهای ابعاد دعا و سلامت معنوی با افسردگی، اضطراب، استرس و نمره کل مؤلفه‌های هیجانی

متغیرهای پیش‌بین	افسردگی	اضطراب	استرس	نمره کل مؤلفه‌های هیجانی
تناوب دعا کردن	** -0/26	-0/05	* -0/18	* -0/18
تجربه قبلی دعا	** -0/40	** -0/27	** -0/29	** -0/35
نگرش نسبت به دعا	** -0/46	* -0/19	** -0/40	** -0/38
سلامت مذهبی	** -0/54	** -0/34	** -0/47	** -0/50
سلامت وجودی	** -0/63	** -0/40	** -0/56	** -0/59

\*\* معنی‌داری در سطح ۰/۰۱ و \* معنی‌داری در سطح ۰/۰۵

متغیرهای ابعاد دعا و سلامت معنوی با نمره کل مؤلفه‌های هیجانی برابر با ۰/۶۰ می‌باشد. ضریب تعیین برابر با ۰/۳۶ و نسبت F چندگانه برابر با ۱۶/۳۳ است که در سطح کمتر از ۰/۰۰۱ معنی‌دار است (جدول ۳). تجزیه و تحلیل داده‌ها با روش رگرسیون Stepwise نشان داد که

در جدول‌های ۳ و ۴ روابط چندگانه ابعاد دعا و سلامت معنوی با نمره کل مؤلفه‌های هیجانی از طریق تحلیل رگرسیون چندمتغیری با هر دو روش (Enter) و (Stepwise) ارائه شده است. چنان‌که مشاهده می‌شود همبستگی چندگانه با روش Enter برای ترکیب خطی

از میان متغیرهای ابعاد دعا و سلامت معنوی به عنوان متغیرهای پیش‌بین مؤلفه‌های هیجانی، سلامت وجودی بیشترین اهمیت را در تبیین واریانس مؤلفه‌های هیجانی داشته است (جدول ۴).

جدول ۳: ضرایب رگرسیون متغیرهای ابعاد دعا و سلامت معنوی با نمره کل مؤلفه‌های هیجانی با استفاده از روش Enter

متغیر پیش‌بین	همبستگی چندگانه MR	ضریب تعیین RS	نسبت F		ضرایب رگرسیون (β)				
			احتمال P	نسبت F	۱	۲	۳	۴	۵
تناوب دعا	۰/۲۲	۰/۰۵	F = ۸/۰۸ P = ۰/۰۰۵	β = -۰/۲۲ t = -۲/۸۴ P = ۰/۰۰۵					
تجربه دعا	۰/۳۵	۰/۱۲	F = ۱۰/۷۵ P < ۰/۰۰۱	β = -۰/۰۷ t = -۰/۸۶ P = ۰/۰۳۸	β = -۰/۳۱ t = -۳/۵۷ P = ۰/۰۰۱				
نگرش به دعا	۰/۴۱	۰/۱۷	F = ۱۰/۰۵ P < ۰/۰۰۱	β = -۰/۰۱ t = -۰/۱۱ P = ۰/۰۹۱	β = -۰/۱۸ t = -۱/۸۶ P = ۰/۰۰۶	β = -۰/۲۷ t = -۲/۷۶ P = ۰/۰۰۶			
سلامت مذهبی	۰/۵۲	۰/۲۷	F = ۱۳/۸۰ P < ۰/۰۰۱	β = ۰/۱۰ t = ۱/۱۸ P = ۰/۰۲۳	β = -۰/۱۲ t = -۱/۳۱ P = ۰/۱۹	β = -۰/۰۷ t = -۰/۷۱ P = ۰/۰۴۷	β = -۰/۴۵ t = -۴/۵۶ P = ۰/۰۰۱		
سلامت وجودی	۰/۶۰	۰/۳۶	F = ۱۶/۳۳ P < ۰/۰۰۱	β = ۰/۰۸ t = ۰/۹۹ P = ۰/۰۳۱	β = -۰/۰۱ t = -۰/۱۸ P = ۰/۸۵	β = -۰/۰۵ t = -۰/۵۱ P = ۰/۶۰	β = -۰/۱۷ t = -۱/۵۱ P = ۰/۱۳	β = -۰/۴۶ t = -۴/۴۰ P < ۰/۰۰۱	

جدول ۴: ضرایب رگرسیون متغیرهای ابعاد دعا و سلامت معنوی با نمره کل مؤلفه‌های هیجانی با استفاده از روش Stepwise

متغیر پیش‌بین	همبستگی چندگانه MR	ضریب تعیین RS	نسبت F و احتمال P	ضرایب رگرسیون (β)
سلامت وجودی	۰/۵۹	۰/۳۴	F = ۷۸/۰۸ P = ۰/۰۰۱	β = -۰/۵۹ t = -۸/۸۳ P = ۰/۰۰۱

## بحث

دهند و بهزیستی روانشناختی خود را بالا ببرند. Shuler در پژوهش‌های خود به این نتیجه رسید که افرادی که در کلیساها مراسم دعا و نیایش را انجام می‌دهند، به‌طور معناداری کمتر از الکل، داروهای ضد استرس و اضطراب استفاده می‌کنند؛ همچنین میزان افسردگی در آنها بسیار پایین است و می‌کوشند با مسائل و مشکلات زندگی به‌طور مسئله‌مداری برخورد کنند. می‌توان گفت دعا به درگاه ایزد دانا از شدت اضطراب می‌کاهد؛ زیرا مؤمن امیدوار است که خداوند دعایش را مستجاب و مشکلاتش را حل کند و اضطرابش را رفع سازد؛ زیرا صرف رو آوردن به خدا از طریق دعا و امیدواری، به کاهش اضطراب انسان می‌انجامد (۲۵).

همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین ابعاد سلامت معنوی با افسردگی، اضطراب و استرس در بیماران تحت درمان با دیالیز رابطه منفی معنی‌دار و قوی وجود دارد، به عبارتی افرادی که سلامت معنوی بالاتری دارند، میزان افسردگی، اضطراب و استرس نیز در آنها پایین‌تر است. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های پیشین از جمله رضایی و همکاران (۱)، سعادت و لشنی (۲۶)، آزادمرزآبادی و همکاران (۲۷)،

پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی میزان افسردگی، اضطراب و استرس بر اساس مؤلفه‌های معنوی در بیماران همودیالیزی استان ایلام انجام گرفت. نتایج پژوهش نشان داد که بین تمام ابعاد دعا با افسردگی و استرس در بیماران تحت درمان با دیالیز استان ایلام رابطه منفی معناداری وجود دارد. همچنین بین تمام ابعاد دعا بجز تناوب دعا کردن با اضطراب نیز رابطه منفی معناداری وجود دارد. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های پیشین از جمله بناب و همکاران (۲۳)، بطحانی و همکاران (۲۴)، اکبری (۲۵) و همین‌طور بصورت غیرمستقیم با یافته‌های Poloma & Wachholtz & Sambamoorthi (۱۵)، Pendleton (۱۶)، خلیلی و همکاران (۱۷) و امیرفرخایی و علی‌نقی‌زاده (۱۸) همخوانی دارند. در تبیین این رابطه می‌توان گفت افرادی که تجربه رفتار دعا در آنها بالا و نگرش مثبتی نسبت به دعا دارند، میزان افسردگی، اضطراب و استرس در بین آنها کمتر و در نتیجه از بهداشت روانی بالاتری برخوردارند. این افراد از طریق انجام اعمال و رفتارهای مذهبی از جمله دعا کردن، در قالب ارتباط قوی و سالمی که با خداوند برقرار می‌کنند، می‌توانند افسردگی و اضطراب خود را کاهش

مشکل، به گونه‌ای که قابل حل باشد، به افراد کمک کند و به آنها بیاموزد که خودشان را از هیجانات منفی افسردگی حفظ کرده و در برخورد با آن از طریق معناجویی و امیدوار بودن تلاش کنند (۲۵).

### نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج این مطالعه می‌توان نتیجه‌گیری کرد که معنویت و اعتقادات مذهبی افراد و به ویژه افراد مبتلا به بیماری‌های جسمانی، نقش مهم و مؤثری بر بهداشت و سلامت روان آنها دارد، افرادی که سلامت معنوی بالایی دارند، در واقع هنگام مواجهه با مشکلات می‌توانند با بهره‌گیری از این استعداد خود، آستانه تحمل خود را افزایش دهند، در نتیجه نیروی بیشتری برای مواجهه با شرایط ناسازگار زندگی دارند و چون زندگی را با معنا و هدفمند تلقی می‌کنند، کمتر دچار ناامیدی و درماندگی می‌شوند. این پژوهش نیز مانند بسیاری از مطالعات دیگر با محدودیت‌هایی روبرو بوده است که عبارتند از: اینکه این پژوهش فقط روی بیماران تحت درمان با دیالیز استان ایلام صورت گرفته است، بنابراین باید در تعمیم نتایج به بیماران دیگر با احتیاط عمل شود.

### سیاسگزاری

از تمامی بیماران محترم که با صبوری خویش ما را در این پژوهش یاری کردند و نیز تمام کسانی که در اجرای این پژوهش هرگونه همکاری را داشتند، تشکر و قدردانی می‌کنیم. همچنین این مقاله نتیجه طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان ایلام به شماره قرارداد ۹۰۹۵۰۱ می‌باشد

### تضاد منافع

هیچگونه تضاد منافی برای این پژوهش وجود ندارد.

### References

1. Marashi A. [Mental health and the role of religion]. Tehan: Publications of Chamran University; 2006.
2. Rezaei A, Moemeni T, Ebrahimi A, Karimian J. [The relationship between spiritual well-being with anxiety, stress, and demographic variables in women with breast cancer]. J Health Syst. 2011;7(1):104-13.
3. Spahbodi F, Hosseini S-H, Makhloogh A, Sadeghie O, Taghipoor M. [The suicide ideations rate and its risk factors among patients under hemodialysis]. J Mazandaran Univ Med Sci. 2014;23(110):110-6.
4. Raeisi F, Nasehi A, Ekhtiari M. Frequency of depression in hemodialysis patients in imam khomeini hospital. New Titles Cogn Sci. 2005;7(2):55-9.
5. Shafiepur V, Jafari H, Shafiepur L. [Relationship between stress and quality of life in patients undergoing hemodialysis in hospitals in Surrey]. Sabzevar Univ Med Sci Health Serv. 2009;16(3).
6. Alavi NM, Aliakbarzadeh Z, Sharifi K. Depression, anxiety, activities of daily living, and quality of life scores in patients undergoing renal replacement therapies. Transplant Proc. 2009;41(9):3693-6. DOI:

Tsung و همکاران (۷)، McCoubrie & Davies (۱۱) و صف‌آرا و همکاران (۱۳) همسو می‌باشد. اضطراب از عجز در برابر حل تضادهای روانی ناشی می‌گردد و اصولاً بخش بزرگی از نیروهای روانی انسان برای حل تضادهای روانی صرف می‌شود. به همین دلیل، افراد مبتلا به بیماری‌های روانشناختی نمی‌توانند به‌طور مناسب از توانایی‌ها و استعدادهای خود به شکل بهینه‌ای استفاده کنند؛ زیرا تضادها و تعارض‌های روانی، نیرو و انرژی روانی آنها را تحلیل برده و موجب ناهماهنگی در سرمایه‌گذاری در تمام ابعاد و نیازهای روانی او می‌شود (۲۵). افراد با سلامت معنوی بالا، اتفاقات و ناسازگاری‌های زندگی را در پرتوی معنای کلی زندگی تفسیر می‌کنند و راحت‌تر با آنها کنار می‌آیند، در نتیجه کمتر به دنبال سختی‌های زندگی از جمله بیماری‌ها، احساس پوچی و بی‌معنایی و به دنبال آن افسردگی می‌کنند. نوزاد در پژوهش خود به بررسی رابطه هوش معنوی با شیوه‌های مقابله مذهبی پرداخت. بر اساس نتایج به دست آمده آشکار شد که بین هوش معنوی و مقابله مذهبی و یکی از شیوه‌های آن یعنی توکل؛ رابطه مثبت وجود دارد. به این معنا که افراد با هوش معنوی بالا در هنگام مواجهه با حوادث ناگوار زندگی از مقابله مذهبی خصوصاً توکل به خدا بیشتر استفاده می‌کنند. به عبارت دیگر این افراد برای مقابله با حوادث ناگوار زندگی به خدا توکل می‌کنند و در عین حال در جهت رفع و کاهش استرس تلاش می‌کنند (۲۷). نتایج مربوط به تحلیل رگرسیون روی نمره کل مؤلفه‌های هیجانی با روش Enter (جدول ۳) نشان داد که متغیرهای پیش‌بین مورد بررسی ۳۶ درصد واریانس مؤلفه‌های هیجانی را تبیین می‌کنند. این موضوع بیانگر اهمیت این متغیرها است که مقدار زیادی از مؤلفه‌های هیجانی را در بین بیماران تبیین می‌کنند. نتایج تحلیل رگرسیون با روش Stepwise (جدول ۴) نشان می‌دهد که از بین متغیرهای پیش‌بین، سلامت وجودی بیش‌ترین اهمیت را در تبیین واریانس مؤلفه‌های هیجانی دارد. مذهب می‌تواند به‌مثابه بخشی از فرآیند مقابله تلقی گردد و بر نحوه ارزیابی فرد از عامل تهدیدکننده و شدت آن اثر بگذارد. افزون بر این، مذهب می‌تواند در تعریف مجدد از

- 10.1016/j.transproceed.2009.06.217 PMID: 19917369
7. Tsuang MT, Williams WM, Simpson JC, Lyons MJ. Pilot study of spirituality and mental health in twins. Am J Psychiatry. 2002;159(3):486-8. DOI: 10.1176/appi.ajp.159.3.486 PMID: 11870019
8. Bell A, Rajendran D, Theiler S. Spirituality at Work: An Employee Stress Intervention for Academics? Int J Bus Social Sci. 2012;3(11):12-22.
9. Mehrabiyani T. [The Relationship of Prayer and Spiritual Health with Self-Esteem of Patients Treated with Hemodialysis in Ilam]. Mil Care Sci. 2016;2(4):214-20.
10. Chlan KM, Zebracki K, Vogel LC. Spirituality and life satisfaction in adults with pediatric-onset spinal cord injury. Spinal Cord. 2011;49(3):371-5. DOI: 10.1038/sc.2010.80 PMID: 20603633
11. 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. DOI: 10.1007/s00520-005-0892-6 PMID: 16283208

12. Rippentrop EA, 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. DOI: [10.1016/j.pain.2005.05.008](https://doi.org/10.1016/j.pain.2005.05.008) PMID: 15979795
13. Safara M, Bhatia M. Relationship of Religious Beliefs with Anxiety and Depression. *Delhi Psychiatr J*. 2008;11(2):177-9.
14. Sadri M. [The effect of trust in God to provide mental health of students 23-19 years of Isfahan]. *Behav Sci J*. 2003;1(2):43-6.
15. Wachholtz AB, Sambamthoori U. National trends in prayer use as a coping mechanism for depression: changes from 2002 to 2007. *J Relig Health*. 2013;52(4):1356-68. DOI: [10.1007/s10943-012-9649-y](https://doi.org/10.1007/s10943-012-9649-y) PMID: 23054479
16. Poloma MM, Pendleton BF. Exploring Types of Prayer and Quality of Life: A Research Note. *Rev Religious Res*. 1989;31(1):46. DOI: [10.2307/3511023](https://doi.org/10.2307/3511023)
17. Khalili F, Izanlu H, Assaiesh H, Abdullah Tabar H. [Related attitudes and behaviors associated with prayer and mental health of students]. *J Gorgan Nurs Midwifery Fac*. 2010;7(1):55-62.
18. Amirfakhraei A, Alinaghizadeh A. [The impact of praying and fasting on the mental health of students attending the Bandar Abbas Branch of Islamic Azad University in Iran in 2012]. *Life Sci J*. 2012;9(3):2179-84.
19. Delavar A. [Theoretical and practical research in the humanities and social sciences]. Tehran: Roshd Publications; 2003.
20. Sayedfatemi N, Rezaei M, Givari A, Hosseini F. [Spiritual effects of prayer on patients with cancer]. *J Payesh*. 2006;5(4):295-306.
21. Paloutzian R, Ellison C. Loneliness. spiritual well-being and quality of life, in *Loneliness: A Sourcebook of Current Theory, Research and Therapy*. Perlman D, editor. New York: Wiley Interscience; 1982. 224-37 p.
22. Genia V. Evaluation of the Spiritual Well-Being Scale in a Sample of College Students. *Int J Psychol Religion*. 2001;11(1):25-33. DOI: [10.1207/s15327582ijpr1101\\_03](https://doi.org/10.1207/s15327582ijpr1101_03)
23. Ghobari Bonab B, Motavalipoor A, Hakimrad E, Habibi Asgarabadi M. Relationship between anxiety and depression and magnitude of spirituality in students of the University of Tehran. *J Appl Psychol*. 2009;3(2):1167-78.
24. Bathaei SA, Asayesh H, Razavian F, Vafae K, Raesi M. [Relationship between resorting to pray and depression in Muslim hemodialysis patients]. *Compl Med J fac Nurs Midwifery*. 2015;5(2):1167-78.
25. Akbari B. [Relationship between commitment to prayer and anxiety, according to sociodemographic variables among students of Islamic Azad University Anzali]. *J Psychol Religion*. 2009;2(3):145-55.
26. Saadati H, Lashani L. [Spiritual intelligence relationship with coping strategies]. *J Rehabil*. 2012;12(4):75-81.
27. Azadmarzabadi E, Hoshmandja M, Porkhalil M. [Organizational spirituality with psychological empowerment, creativity, spiritual intelligence, job stress and job satisfaction]. *J Behav Sci*. 2012;6(2):181-7.