

فصلنامه علمی - پژوهشی طب مکمل، شماره ۲، تابستان ۱۳۹۳

بررسی تأثیر مشاوره با رویکرد معنویت بر امید در بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه

فریبا مرصعی^۱، محمد آقاجانی^{۲*}

۱. کارشناسی ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران.

۲. مربی، عضو هیات علمی گروه روان پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران.

تاریخ دریافت: ۹۲/۱۰/۲۸ تاریخ پذیرش: ۹۳/۰۶/۱۷

چکیده

مقدمه: با توجه به اینکه امید یکی از منابع مهم سازگاری برای بیماران مزمن جهت بقاء است و بر نگرش، وضعیت سلامتی و کیفیت زندگی آنان تأثیر می‌گذارد و ناامیدی به عنوان عامل مهمی در عدم پایداری بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه به ادامه درمان باعث مرگ آنان می‌شود انجام مداخلاتی در جهت افزایش و تقویت امید، امری ضروری است. بنابراین این مطالعه با هدف تعیین تأثیر مشاوره با رویکرد معنویت، بر امید بیماران نارسایی مزمن کلیه اجرا گردید.

مواد و روش‌ها: این پژوهش یک مطالعه کارآزمایی بالینی است که بر روی ۹۰ بیمار مبتلا به نارسایی مزمن کلیه که تحت همودیالیز بوده و به صورت تصادفی به دو گروه اختصاص داده شدند، انجام شد. گروه مداخله طی ۸ جلسه تحت مشاوره معنوی قرار گرفتند و گروه کنترل تنها مراقبت‌های معمول را دریافت کردند. اطلاعات با استفاده از پرسش‌نامه امید هرث جمع‌آوری شد و با استفاده از آمار توصیفی و تحلیلی در نرم‌افزار SPSS ۱۱/۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: در شروع مطالعه تفاوت معنی‌داری بین نمرات امید دو گروه یافت نشد اما پس از پایان مداخله تفاوت معنی‌داری بین نمرات امید در گروه مداخله و کنترل مشاهده شد ($p < 0/0001$). بین نمرات امید قبل و بعد از مشاوره در گروه مداخله و قبل و بعد در گروه کنترل تفاوت معنی‌داری وجود داشت ($p < 0/0001$).

نتیجه‌گیری: مشاوره با رویکرد معنویت منجر به ارتقاء امید در مبتلایان به نارسایی مزمن کلیه می‌شود. لذا می‌تواند به عنوان یک درمان مکمل به وسیله پرستاران در کنار سایر مراقبت‌ها برای این بیماران ارائه شود.

کلیدواژه‌ها: امید، مشاوره معنوی، همودیالیز، نارسایی مزمن کلیه.

*نویسنده مسئول: Email: aghajani1362@yahoo.com

مقدمه:

نارسایی مزمن کلیه بیماری تخریب‌کننده و پیش‌رونده‌ای است که موجب اختلال در تعادل آب، الکترولیت‌ها و متابولیسم بدن می‌شود. درمان اصلی نارسایی مزمن کلیه پیوند کلیه است اما با توجه به مشکلات پیوند، بیماران تحت درمان همودیالیز قرار می‌گیرند تا زمانی که شرایط جهت پیوند کلیه فراهم شود (۱).
 (۲). گرچه همودیالیز دارای اثرات درمانی در بیماران نارسایی مزمن کلیه است اما بر ابعاد فیزیکی، روان‌شناختی، اجتماعی و عاطفی افراد تأثیر می‌گذارد (۳، ۴). مهم‌ترین مشکلات روان-شناختی بیماران همودیالیز، اضطراب، افسردگی، دلواپسی و در مراحل شدید بیماری ناامیدی، انکار و عدم پایبندی به ادامه درمان است (۵، ۶). این اختلالات روان‌شناختی منجر به عدم تحمل فعالیت می‌شود، استقلال فرد در انجام فعالیت‌های معمول زندگی را از او سلب می‌کند و او را در امر مراقبت از خود، به دیگران وابسته می‌سازد (۷، ۸). پیامد اصلی این وابستگی عملکرد مختل و ایجاد محدودیت‌هایی در وظایف شغلی، خانوادگی و اجتماعی است که در نهایت سبب اختلال در سلامت روان، و ایجاد یأس و ناامیدی می‌گردد (۹). حدود ۳۰-۱۵ درصد از مرگ‌ومیر بیماران نارسایی مزمن کلیه به دلیل عدم پایبندی به ادامه درمان، یأس و ناامیدی است (۱۰).
 «امید» یکی از منابع مهم سازگاری برای بیماران مزمن جهت بقاء است و روی نگرش فرد، وضعیت سلامتی و امکانات او در آینده تأثیر دارد (۱۱). امید، مرکب از مؤلفه‌های قدرت تمرکز، توجه، برنامه‌ریزی و هدفمندی در زندگی است (۱۲). مطالعات نشان داده‌اند که امید بر درمان جسمی بیماران با آنژین و مشکلات گوارشی تأثیر مثبت دارد و موجب خوش‌بینی و امیدواری و بهبود روابط فردی در جهت رسیدن به اهداف درمانی می‌شود (۱۳-۱۵). همچنین مطالعات گزارش می‌کنند که امید موجب بهبود خودکارآمدی، عزت نفس، افزایش معنویت، حمایت اجتماعی و ارتقاء کیفیت زندگی بیماران می‌شود (۱۶). از طرفی یأس و ناامیدی در عدم پایبندی به رعایت

درمان در بیماری‌های مزمن نقش مهمی را دارد و همچنان به عنوان یک چالش در حرفه پزشکی و اجتماعی باقی مانده است. این در حالی است که نیمی از مداخلات در جهت پایبندی بیماران به درمان و رعایت رژیم غذایی بی‌نتیجه مانده است (۱۷). بنابراین انجام مداخلاتی جهت افزایش و تقویت امید، امری ضروری است. یکی از مهم‌ترین مداخلات روان-شناختی در بیماران همودیالیز می‌تواند حمایت‌های روانی-اجتماعی و مشاوره‌ای از جمله مشاوره معنوی باشد (۱۸، ۱۹). در مشاوره با رویکرد معنویت، درمانگر به بررسی ابعاد شناختی، احساسی و رفتاری فرد می‌پردازد. در بعد شناختی درمانگر فرد را به جستجو در معنا، هدف و مفهوم در زندگی و عقاید و ارزش‌هایی که برای او مهم است، آشنا می‌سازد، در بعد احساسی به متغیرهای امید، علاقه و حمایت در روند بهبودی می‌پردازد و در بعد رفتاری به بررسی عقاید معنوی و مذهبی و وضعیت معنوی فرد توجه می‌کند (۲۰). مشاوره با رویکرد معنویت شامل دعا، استفاده از متون قدیمی، مراقبه، تصویرسازی معنوی، بخشایش‌گری، عبادات و مناسک، خودفاش‌سازی معنوی، همراهی و خدمت، نوشتن یادداشت‌های روزانه^۱، تمرکز^۲ و کتاب‌درمانی^۳ می‌باشد (۲۱-۲۳). اخیراً بهره‌وری از روش مشاوره معنوی و روان‌درمانی‌های معنوی-مذهبی در تغییر نگرش فرد برای رفع مشکلات، مورد توجه قرار گرفته است. موریتز و همکاران در مطالعه‌ای به بررسی برنامه آموزش معنویت برای درمان بیماران مبتلا به افسردگی شدید پرداختند. نتایج نشان داد که تأثیر اولیه آگاهی معنوی شامل بخشش خود، دلسوزی، قدرشناسی، پذیرش زندگی روزانه، کاهش افکار منفی، اضطراب و افسردگی، و افزایش آرامش، توسعه ارتباط و بهبود اعتماد به نفس می‌باشد (۲۲). نتایج مطالعه ایرونسون^۴ و همکاران نشان داد که افزایش معنویت و گرایش به مذهب موجب کاهش پیشرفت بیماری و

¹ - journal writing

² - focusing

³ - bibliotherapy

⁴ - Ironson

ایران، این مطالعه با هدف تعیین تأثیر مشاوره با رویکرد معنویت بر امید بیماران نارسایی مزمن کلیه تحت همودیالیز انجام شده است.

مواد و روش‌ها:

این مطالعه از نوع کارآزمایی بالینی تصادفی شده در بیماران نارسایی مزمن کلیه تحت همودیالیز بیمارستان امین اصفهان می‌باشد که در سال ۱۳۹۲ انجام شده است. حجم نمونه در این مطالعه بر اساس محاسبه میانگین‌ها و مطالعه مشابه (۳۶) و با اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۸۰ درصد، ۹۰ بیمار تعیین گردید و نمونه‌گیری به طور مستمر انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل دارا بودن سن ۱۸ تا ۶۵ سال، داشتن حداقل سه ماه سابقه همودیالیز، اعلام رضایت به شرکت در تحقیق، توانایی صحبت کردن، برخورداری از سواد خواندن و نوشتن، و نداشتن مشکلات شناختی آشکار از جمله آلزایمر، سکتة مغزی و حمله گذرای مغزی، و در نهایت عدم ابتلا به بیماری شناخته‌شده بینایی و شنوایی بود. معیارهای خروج از مطالعه نیز شامل فوت بیمار، عدم همکاری بیمار، دارا بودن مشکلات عصبی شناخته‌شده و اختلالات شنوایی و بینایی بود. در این مطالعه معیارهای اخلاقی شامل توضیح اهداف، کسب رضایت آگاهانه، اظهار تمایل بیمار به شرکت در تحقیق، و محرمانه‌ماندن اطلاعات بر اساس معاهده هلسینکی رعایت گردید. سپس بیماران بر اساس تصادفی‌سازی بلوکی^۳ به دو گروه ۴۵ نفره مداخله و کنترل تخصیص داده شدند. ابزار پژوهش شامل پرسش‌نامه‌ای دارای سه بخش اطلاعات دموگرافیک و مقیاس امید هرث^۴ بود که به روش مصاحبه در طی دیالیز تکمیل شد. این پرسش‌نامه دارای ۱۲ سوال بر مبنای لیکرت ۴ گزینه‌ای (به شرح کاملاً مخالفم = ۱ تا کاملاً موافقم = ۴) است و نمره‌گذاری سوالات ۳ و ۶ آن به صورت معکوس می‌باشد. امتیازات کلی مقیاس بین اعداد ۱۲ تا ۴۸ متغیر است و امتیاز بالاتر بیانگر وضعیت امید بیشتر است. پایایی پرسش‌نامه در

کمتر شدن مشکلات روان‌شناختی در مبتلایان به ایدز و بهبود سیستم ایمنی می‌شود (۲۳). پاکرت^۱ و همکاران در بررسی تأثیر رویکرد درمان شناختی- رفتاری با معنویت- مذهب گزارش کردند که این رویکرد باعث بهبود مهارت‌های سازگاری افراد می‌شود (۲۴). همچنین کوزاکی^۲ و همکاران بیان کردند مداخلات مبتنی بر معنویت می‌تواند موجب کاهش افسردگی و اضطراب شود (۲۵). اما با این حال تحقیقات در زمینه مشاوره معنوی در بیماران و به‌ویژه در مورد شاخص مهم امید بسیار محدود است. از طرفی مشاوره معنوی صورت- گرفته در این مطالعات متناسب با فرهنگ آن جوامع است که تفاوت زیادی با فرهنگ اسلامی- ایرانی جامعه ما دارد. بسیاری از مطالعات به بررسی عناصر معنویت و شاخص‌های سلامت بیماران پرداخته‌اند (۲۶) با این وجود اکثر این مطالعات از نوع رابطه‌ای بودند و بیشتر از ارتباط مثبت معنویت و حصول بهبودی ناشی از آن سخن گفته‌اند (۲۷-۳۰) اما نتایج مطالعات در خصوص رابطه عناصر معنویت با وضعیت سلامت روان در بیماری‌های مزمن همیشه مثبت و معنی‌دار گزارش نشده بلکه به شکل‌های متناقض بوده است (۳۱،۳۲).

از طرفی پرستاران به عنوان مراقبان سلامت، نقش مهمی را در ایجاد آرامش درونی، امیدواری و حمایت از بیماران دارند (۳۳، ۳۴). با توجه به اینکه پرستاران بیشتر در دسترس بیماران هستند، می‌توانند وقت بیشتری را برای مشاوره صرف کنند که این امر می‌تواند عامل انجام یک مشاوره کامل باشد. در واقع مشاوره و آموزش جزء مهمی از خدمات پرستاری است (۳۳، ۳۵) لذا با توجه به عوارض و پیامدهای بیماری نارسایی مزمن کلیه از جمله ناامیدی و به دنبال آن عدم پایداری به رعایت درمان، رعایت نکردن رژیم غذایی و تداوم دیالیز، تمایل بیمار برای مردن، ورود افکار ایجادکننده خودکشی، تحمیل هزینه‌های قابل توجه به خانواده‌ها و نظام بهداشتی- درمانی کشور و نیز وجود فرهنگ غنی اسلامی در جامعه

³ - Blocking randomization

⁴ - Herth

¹ - Paukert

² - Kozaki

نشان داد که تفاوت معنی‌داری بین میانگین نمره امید بیماران گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل وجود ندارد ($p > 0/05$) اما پس از مشاوره معنوی، میانگین نمره امید گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل افزایش یافت. آزمون تی زوجی نیز تفاوت معنی‌داری را بین میانگین نمره امید گروه مداخله قبل و بعد از مشاوره معنوی نشان داد. بدین صورت که میانگین نمره امید بعد از مشاوره معنوی ۹ نمره افزایش را نسبت به قبل داشت. همچنین در گروه کنترل بعد از یک ماه این تفاوت معنی‌دار بود ($p = 0/0001$) بدین صورت که میانگین نمره امید بعد از یک ماه نسبت به قبل ۳ نمره افزایش داشت (جدول شماره ۲).

بحث:

نتایج این تحقیق نشان داد که مشاوره با رویکرد معنویت باعث افزایش معنادار امید می‌شود. نتایج این مطالعه با تحقیقات تریس^۴ و همکاران هم‌خوانی دارد (۴۰). تحقیقات متعدد نشان داده‌اند که مشاوره معنوی و درمان‌های معنوی می‌توانند باعث ارتقاء سلامت روان بیماران شوند. به عنوان مثال مطالعه آقاعلی و همکاران (۴۱) در بررسی تأثیر مشاوره گروه شناختی- رفتاری با تأکید بر اندیشه‌های معنوی در بیماران ام. اس، مطالعه یعقوبی و همکاران (۴۲) در بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و روان‌درمانی معنوی- مذهبی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی و مطالعه رحمتی و همکاران در بررسی تأثیر گروه‌درمانی معنوی - مذهبی در بیماران اسکیزوفرنی نشان داد که معنویت موجب بهبود سلامت روان می‌شود (۴۳). همچنین مطالعات نشان داده‌اند که مشاوره معنوی، معنویت و اجزاء آن در کاهش مشکلات روحی- روانی، جسمی و درد بیماران مؤثر است. ریچاردز^۵ و همکاران در بررسی استفاده از درمان‌های مکمل در بیماران سرطانی بیان کردند که معنویت و مذهب بالاترین سطح استفاده را نسبت به دیگر درمان‌های مکمل در کاهش اضطراب و ایجاد آرامش دارد (۴۴). طاهری-

مطالعات قبلی بنزئین و برج^۱ (۳۷) و هرث^۲ (۳۸) به تأیید رسیده و در ایران پایایی آن به وسیله بالجانی و همکاران با آزمون آلفای کرون‌باخ ۰/۸۲ محاسبه گردیده است. همچنین پورغزنین با استفاده از آزمون مجدد در بیماران سرطانی پایایی آن را (۰/۸۴) تأیید کرده است (۳۹). گروه مداخله تحت مشاوره معنوی و گروه کنترل تنها مراقبت‌های معمول بیماران دیالیزی را دریافت کردند. همچنین در مورد هر موضوع مورد بحث، به بیمار تکالیفی داده می‌شد تا در منزل انجام دهد و در جلسه بعد گزارش نماید. رویکرد مشاوره معنوی در این مطالعه برگرفته از مداخلات معنوی و مذهبی‌یی است که در مطالعات میلر^۳، و معرفزاده به کار برده شده (۲۰، ۱۹) و مورد تأیید ۸ نفر از استادان و کارشناسان دانشگاه و حوزه قرار گرفته است (کادر ۱-۱). در این مطالعه مشاوره معنوی شامل ۸ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای بود که به صورت انفرادی و ۲ بار در هفته در شیفت صبح یا عصر، در بخش همودیالیز و در کنار تخت بیمار با حفظ حریم شخصی او انجام شد. پس از پایان مطالعه ابزار مطالعه مجدداً در هر دو گروه تکمیل شد و داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی (جدول‌های توزیع فراوانی، میانگین و انحراف معیار) و تحلیلی (آزمون کای دو، فیشر، تی‌تست مستقل و زوجی) در نرم‌افزار SPSS ۱۱/۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. سطح معناداری در این مطالعه کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها:

میانگین سن گروه مداخله $53/06 \pm 10/5$ و گروه کنترل $52/11 \pm 11/34$ بود. همچنین ۶۰ درصد گروه مداخله را مردان و ۴۶ درصد گروه کنترل را زنان تشکیل می‌دادند. دو گروه از نظر متغیرهای زمینه‌ای چون جنس، سن و .. مورد مقایسه قرار گرفتند و از این نظر تفاوت معنی‌دار آماری نداشتند ($p > 0/05$) (جدول شماره ۱). همچنین آزمون تی مستقل در شروع مطالعه

1 - Benzein, Berg

2 - Herth

3 - Miller

4 - Theris

5 - Richards

علت بهبود شرایط جسمی بیماران ناشی از همودیالیز، امیدواری آنان به دریافت کلیه و انجام پیوند کلیه باشد. با توجه به تأثیر به‌سزای مشاوره معنوی در سلامت معنوی و روانی بیماران و اهمیت مراقبت روانی در حرفه پرستاری توصیه می‌شود دوره‌هایی جهت آشنایی دانشجویان و پرستاران با مفاهیم و اجزای مراقبت معنوی برگزار شود. همچنین پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی تأثیر مداخله در فواصل زمانی مختلف مورد پیگیری قرار گیرد. مطالعات دیگر می‌تواند به روشن‌سازی زمینه‌های مهم و مختلف در مورد چگونگی تأثیر این نوع مداخله، موانع و تسهیل‌گرهای کاربرد آن در بالین برای بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن کمک کند. وضعیت روحی-روانی بیماران در پاسخدهی به سؤالات پرسش‌نامه می‌تواند از محدودیت‌های این مطالعه باشد.

نتیجه‌گیری:

نتایج حاصل از این پژوهش نشان می‌دهد که مشاوره با رویکرد معنویت، بر امید بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه تأثیر مثبت دارد. بنابراین با توجه به مسائل و مشکلات بیماران همودیالیزی و پیامدهای ناامیدی بر کیفیت زندگی این بیماران و پایداری به درمان و بهبودی آن‌ها، استفاده از تأثیرات مثبت مشاوره معنوی بر ابعاد جسمی، روانی و معنوی بیماران توصیه می‌شود با فراهم ساختن زمینه‌ها، بیش از پیش مورد توجه مراقبان، مدیران و صاحب‌نظران نظام سلامت قرار گیرد و در برنامه‌های مراقبتی گنجانده شود. امید است با توجه به این بعد مهم انسانی و فراهم کردن زمینه مراقبت جامع، روند بهبودی و رفاه بیماران ارتقاء یابد.

تشکر و قدردانی:

این مقاله حاصل پایان‌نامه دانشجویی دوره کارشناسی ارشد پرستاری دانشگاه علوم پزشکی کاشان به شماره ۹۲۳۹ و کد کارآزمایی بالینی N۱۰۸۶۰۱۴۰۱۳۷۲۱۲۰۱ می‌باشد. بدین‌وسیله از مسئولان محترم دانشکده پرستاری، بیمارستان امین و کلیه همکاران و بیماران عزیزی که در این پژوهش شرکت نمودند و ما را یاری رساندند، سپاس‌گزاری می‌شود.

خرامه و همکاران در بررسی دعا به عنوان یک رویکرد معنوی در مداخلات روان‌شناختی گزارش کردند که دعا به عنوان یک رفتار معنوی اختیاری برای برقراری ارتباط با معبود، تأثیر به‌سزایی در پیشگیری و بهبود مسائل تهدیدکننده سلامت روان مانند اضطراب و افسردگی دارد (۴۵). الیسون^۱ و همکاران در بررسی ارتباط مذهب، اضطراب و آرامش در میان جوانان گزارش کردند که اعتقاد به زندگی پس از مرگ و توجه به نماز باعث ایجاد آرامش و کاهش اضطراب در فرد می‌شود (۴۶). پاکرت و همکاران در بررسی رویکرد درمان شناختی-رفتاری با معنویت گزارش کردند که این رویکرد درمانی باعث بهبود مهارت‌های مقابله‌ای در سلامت روان می‌شود (۲۴). به نظر می‌رسد مشاوره با رویکرد معنویت با کاهش مشکلات جسمی و روان‌شناختی بیماران باعث افزایش و بهبود امید آنان می‌شود. وجود «امید» در بیماری‌های مزمن امری مهم است و در واقع به مبارزه طلبیدن در جهت غلبه بر محدودیت‌های زندگی و تلاش برای زندگی کردن است (۴۷). مشاوره با رویکرد معنوی به فرد کمک می‌کند تا به رغم بیماری و ناامید بودن، در زندگی بر کمبودها و ناکامی‌ها تمرکز نکند، بلکه در جستجوی امید و هدف در زندگی و اتصال به خدا باشد و در نتیجه زندگی‌اش را معنادار کند. معناداری، هدفمندی و امیدواری از اجزای تحکیم‌بخش سلامت روان است (۴۸). پس اگر زندگی معنادار باشد به طور طبیعی هر رخدادی هر چند طاقت‌فرسا (همچون بیماری‌های مزمن) در این مسیر معنا می‌یابد. بنابراین عملکرد مناسب پرستاران در ارائه مشاوره معنوی موجب ایجاد احساس هدفمندی در زندگی فرد می‌شود، استرس و افسردگی او را کاهش می‌دهد، او را به ارتباط با دیگران و خداوند تشویق می‌کند و در نهایت باعث ایجاد ارتباط بین فردی و امیدواری در زندگی وی می‌گردد (۴۹، ۵۰).

همچنین یافته‌های تحقیق بیانگر افزایش نمره امید، قبل و بعد از یک ماه در گروه کنترل بود. این افزایش امید می‌تواند به

¹ - Ellison

کادر ۱-۱: محتوای جلسات مشاوره با رویکرد معنویت

عنوان جلسات	جلسه درمان
آشنایی اعضا با یکدیگر و گفت‌وگو در مورد بررسی معنویت، دین و تأثیر آن در زندگی فرد.	جلسه نخست
اثر ایمان و توکل بر کاهش مشکلات روان‌شناختی چون اضطراب و افسردگی.	جلسه دوم
تصویرسازی معنوی / تن‌آرامی پیش‌رونده عضلانی: در این جلسه به تصویرسازی و نیز تن‌آرامی با استفاده از تکنیک آرام‌سازی جانسون به همراه شنیدن موسیقی آرام‌بخش (صدای طبیعت و باران) پرداخته شد.	جلسه سوم
نقش صبر در تحمل سختی‌ها و مصائب / نقش صبر در کنار توکل به خدا.	جلسه چهارم
کتاب‌درمانی / خواندن قرآن / گوش دادن به آوای قرآن کریم: بیمار به تلاوت قرآن کریم می‌پرداخت. همچنین به نواری شامل تلاوت سوره‌های منتخب قرآن کریم (واقع، نبأ، الرحمن) با صدای استاد عبدالباسط به مدت ۲۰ دقیقه با گوشی گوش می‌داد.	جلسه پنجم
راه‌برد دعا‌درمانی در کاهش مشکلات روان‌شناختی و افزایش امید: اهمیت دعا و نقش آن در سلامت روان و امید به آینده مورد بحث قرار می‌گرفت و بیمار می‌توانست به کمک درمانگر به خواندن دعاهای منتخب صحیفه سجاده بپردازد.	جلسه ششم
نوشتن یادداشت روزانه / خودفاش‌سازی معنوی: به ضرورت نوشتن فعالیت‌های روزانه و خاطرات خود در طی یک ۲۴ ساعت و ارائه راه‌کارهایی برای آرامش روح و سلامت جسمی فرد در زندگی پرداخته می‌شد.	جلسه هفتم
بخشایش‌گری / تعریف توبه و شرایط آن.	جلسه هشتم

جدول شماره ۱: وضعیت متغیرهای دموگرافیک بیماران همودیالیز مورد مطالعه در دو گروه

P-Value	گروه کنترل		گروه مداخله		
	مؤنث تعداد (درصد)	مذکر تعداد (درصد)	مؤنث تعداد (درصد)	مذکر تعداد (درصد)	
۲	۵۲/۱۱±۱۱/۳۴		۵۳/۰۶±۱۰/۵		سن
۰/۵۲	۲۵/۳±۱۴		۲۸/۶±۱۵		سابقه همودیالیز
۰/۰۸۵	۵/۶±۲		۴/۲±۲		تعداد فرزندان
۰/۳۵	مؤنث تعداد (درصد)	مذکر تعداد (درصد)	مؤنث تعداد (درصد)	مذکر تعداد (درصد)	جنس
	۲۱(٪۴۸)	۲۴(٪۵۲)	۱۸(٪۴۰)	۲۷(٪۶۰)	
۱	مجرد تعداد (درصد)	متأهل تعداد (درصد)	مجرد تعداد (درصد)	متأهل تعداد (درصد)	تأهل
	۹(٪۲۰)	۳۶(٪۸۰)	۵(٪۱۵)	۴۰(٪۸۵)	
۱	استیجاری تعداد (درصد)	شخصی تعداد (درصد)	استیجاری تعداد (درصد)	شخصی تعداد (درصد)	وضعیت منزل
	۱۴(٪۳۲)	۳۱(٪۶۸)	۱۳(٪۳۰)	۳۲(٪۷۰)	
۰/۱۳	خیر تعداد (درصد)	بلی تعداد (درصد)	خیر تعداد (درصد)	بلی تعداد (درصد)	سیگاری بودن
	۳۵(٪۷۸)	۱۰(٪۲۲)	۳۴(٪۷۶)	۱۱(٪۲۴)	

جدول شماره ۲: مقایسه میانگین نمره امید بیماران در گروه مداخله و کنترل در قبل و بعد از مطالعه

گروه	قبل مداخله (انحراف معیار±میانگین)	بعد از مداخله (انحراف معیار±میانگین)	آزمون تی زوجی P-Value
مداخله	۲۷/۳۴±۳/۸۳	۳۶/۴۸±۶/۲	t=۸/۲۶ P=۰/۰۰۰۱
کنترل	۲۸/۶۵ ±۳/۳۶	۳۱/۵۸±۳/۲۶	t=۶/۵۲ p=۰/۰۰۰۱
آزمون تی مستقل P-Value	t= ۱/۶۵ p=۰/۱	t=۴/۴۵ p=۰/۰۰۰۱	

References :

1. Beaulieu M, Levin A. Analysis Multidisciplinary care Models and interface with Primary Care in Management of Chronic Kidney Disease. Seminar Nephrol 2009. 29(5): 467-74.
2. Heidarzadeh M, Ateshpelkar S, Jalilazar T. Relationship between Quality of life and selfcare ability in Patients receiving hemodialysis. Iran Nurse and midwifery 2010. 15(2): 71-76.[persian]
3. Markus M, Jager K, Dekker F, Boeschoten E, Sterens P, Krediet R. Quality of life in Patients on Chronic dialysis: self-assessment 3 months after the start of treatment. Am Kidney Dise 1997. 29(4): 584-92.
4. Lancaste L.E. Impact of Chronic illness over The life span. ANNA Journal, 1988. 15(3): 164-168.
5. Atabak s, Dabaghzadeh M. Text book Nurse and hemodialysis 2 edition, Saha publication, 2008: 11. [persian]
6. Kimmel T, Weihs K, Peterson R. Survival in Hemodialysis Patients: Survival in Hemodialysis Patients: The Role of Depression. J Am Soc Nephrol 1995; 3:12-27.
7. Heidenreich P.A, Spertus J.A, Jones P.G, Weintraub W.S, Rumsfeld J.S, Rathore S.S and et al. Health status identifies heart failure outpatients at risk for hospitalization or death. Am Coll Cardiol 2006;21(47): 752-56. [persian]
8. Dunderdale K. Thompson D.R. Quality of life measurement in chronic heart failure do we take account of patient's perspective? Euro Journal Heart fail 2005;7(4):572-8.
9. Molly G.Y. Jhnonston, D.W. Family care giving and chronic failure. Euro Heart fail, 2005: 7(4): 592-603.
10. Davison S. Simpson C. Hope and advance care planning in Patients with end stage renal disease: Qualitative interview study. British Medical Journal(BMJ). 2006; 333 (886): 1-15.
11. Ghezelseflo M. Esbati M. Effectiveness of Hope-Oriented Group Therapy on Improving Quality of life in HIV male Patients. Procedia- social and Behavioral Sciences 2013. 84: 534-537.
12. Aldridge D. Spirituality, Hope and Music Therapy in Palliative care. The Arts in psychotherapy. 1995; 22(2): 103-109.
13. Werner S. Subjective Well-being hope and needs of individuals with serious mental illness. Psychiatry Research. 2012; 196(2-3): 214-219.
14. Benzein E. Saveman B. One Step towards the understanding of Hope: A concept analysis. Int of Nursing studies 1998. 35: p. 7.
15. Schrank B. Woppmann A, Hay A, Sibitz I, Zehetmayer S, Lauber C. Validation of the integrative Hope scale in People With psychosis. Psychiatry Research 2012. 198(3):395-399.
16. Hematimasla M, Ahadi F, Anoonesh M. Spiritual Beliefs and Quality of Life: Qualitative Research about Diabetic Adolescence girl's perception. Koomesh Golestan Med 2011;12(2): 144-151. [persian]
17. Dulmen D, Sluijs E, Dijk L, Ridder D, Heerdink R, Bensing J. Patient adherence to medical treatment. BMC Health services Research 2007; 7: 55.
18. Anandarajah G, Hight E. Spirituality and Medical Practice: using Hope Question as a practical Tool for Spiritual Assesment. Am Fam Physician, 2001; 63(1):81-89.
19. Moarefzadeh S, Sodani M, Shafiabadi A.

- The study of the effect of teaching of contrastive training skills originated of Quran on reducing anxiety among high school girl student in Ahwaz. Quarterly of Educational Psychology Islamic Azad University Tonekabon 2010; 1(3): 19-32. [persian]
20. Miller R, Thoresen E. Spirituality, Religion Health. An Emergency Research Field. American Psychologist 2003. 58(1): 24-35.
 21. Bahrami H, Alizadeh H, Ghoaribonab B, Karami A. The Effect Spirituality Healing on Decrease Depression for Student Counseling Research & Developments journals. 2007;5(19): 49.[Persian]
 22. Moritz S, Kelly M, Xu T, Towes J, Rickhi D. A spirituality teaching program for depression: qualitative findings on cognitive and emotional change. Commentary Therapies in Medicine 2011. 19(4): 201-207.
 23. Ironson G, Stuetzle R, Fletcher M. J.J. An Increase in Religiousness, Spirituality occurs after HIIV Diagnosis and Predicts slower Disease Progression Over Yeas in People with HIV. J Gen inter MED 2006; 21(5): 62-68.
 24. Paukert AL, Phillips L, Cully JA, Loboprabhu SM, Lomax JW, Stanley MA. Integration of religion into cognitive-behavioral therapy for geriatric anxiety and depression. Journal of Psychiatric Practice 2009;15(2):103-112.
 25. Koszycki D, Raab K, Aldosary F, Bradwein J. Multifaith spirituality Based Intervention for Generalized Anxiety Disorder: A pilloot Randomized Trial. Clin Psychol 2010; 66(4): 430-441.
 26. Hojjati H, Taheri N, Akhundzade G, Heydari B, Sharifnia S. Resorting to pray rate in hemodialysis patients of Golestan province. Journal of Critical Care Nursing 2010; 2(3): 11-12. [persian]
 27. Wink P, Dillon M. Religiousness, spirituality, and psychosocial functioning in late adulthood: findings from a longitudinal study. Psychol Aging. 2003; 18(4): 916-624.
 28. Piedmont R.L, Ciarrocchi W, Dy-Liacco G. S, Williams, E.G. The empirical and conceptual value of the spiritual transcendence and religious involvement scales for personality research. Psychology of Religion and Spirituality 2009. 1(3): 162-179.
 29. Hackney C.H, Sanders G.S. Religiosity and mental health: A meta-analysis of recent studies. Journal for the scientific study of religion 2003. 42(1): 43-55.
 30. Hematimaslak M, Ahmadi F, Anoosheh M. Spiritual beliefs and Quality of life: A Qualitative research about diabetic adolescent girl's perceptio. koomesh Golestan medical University 2010; 12(2): 144-151. [persian]
 31. Ko B, Khurana A, Spencer J, Scott B, Hahn M, Hammes M. Religious beliefs and quality of life in an American inner-city haemodialysis population. Nephrology Dialysis Transplantation 2007. 22(10): 2985-2990.
 32. Abraham S, Venu A, Ramachandran A, Chandran PM, et al. Assessment of quality of life in patients on hemodialysis and the impact of counseling. Saudi Journal of Kidney Diseases and Transplantation 2012; 23(5): 953-957.
 33. Kermanshahi S, Hoseynzadeh Sh, Alhani F. The Effect of the group Counseling Program on the Status on Primary dysmenorrheal, Dietary condition and Exercise in Shahriyar Girl High school. Zanzan Uni Med Sci 2009; 16(65): 49-60.

- [persian]
34. Herth K. Development and implementation of a Hope intervention program. *Oncology Nursing Forum* 2001;28(6): 1009-1016.
 35. Mcshery W, Cash K, Ross L. Meaning of Spirituality: Implications for Nursing practice. *Clin Nursing* 2004; 13(8): 934-41.
 36. Moattari M, Ebrahimi M, Sharifi N, Rouzbeh J. The Effect of empowerment on the self Efficacy, quality of life and clinical and laboratory indicators of patients treated with hemodialysis: A randomized controlled trial. *Health and Quality of life outcomes* 2012; 10:155. [persian]
 37. Benzein E. Berg A. The level and relation between hope, hopeless and fatigue in patients and family members in palliativ care. *Palliat Med* 2005; 19(3): 234-240.
 38. Herth K. Enhancing hope in people with a first recurrence of cancer. *Journal of advanced nursing* 2000; 32(6): 1431-41.
 39. Baljani E, Khashabi J, Amanpour E, Tizfahmi T. A Survey on relationship between religion, spiritual wellbeing hope and quality of life in patients with cancer. *Hayat journal*. 2011; 17(3): 27-37. [persian]
 40. Touhy TA. Nurturing Hope and Spirituality in the Nursing Home. *Holist Nurs Pract* 2001;15(4): 45-56.
 41. Aghaali F, Zandipour F, Ahmadi M. The Effect of Behavioral-Cognition group based on Islamic thinking on spirituality and mental health of multiple sclerosis patients in Qom. *Ravanshenasi Va Din* 2011. 1(4): 37-54. [persian]
 42. Yaghubi H, Sohrabi F, Mohamadzadeh A.. The Comparison Of Cognitive Behavior Therapy And Islamic Based Spiritual Religion Psychotherapy On Reducing Of Students Overt Anxiety. *Behavioral Research* 2012: 10(2):99-107. [persian]
 43. Ghanbari V, Rahmati M. Beig Mohammadi GH. Effective Spirituality-Religious Healing intervention On Depression Schizophrenic patients. *Nursing and Midwifery Tabriz J* 2012; 6(22):17. [persian]
 44. Richards P.S, Hardman R.K, Berrett M.W. Book review: *Spiritual Approaches Women with Eating Disorders* .American Psychological Assoc. 2007.
 45. Taheri Kharam Z, Asayesh H, Zamanian H, Sharifi fard F. Spiritual Well being and religious coping strategies among hemodialysis patient. *Iran Psychiatry Nursing* 2013;1(1): 48-54. [persian]
 46. Ellison C.G, Burdette A.M, Hill T.D. Blessed assurance: Religion, anxiety, and tranquility among US adults. *Social Science Research* 2009. 38(3): 656-667.
 47. Soundy A, Benson j, Dawes H, Smith B.J. understanding Hope in individuals with multiple sclerosis. *Psychotherapy* 2012; 98(4): 344-50.
 48. Hawks S.R, Hull M.L, Thalman R.L, Richins P.M. Review of spiritual health: Definition, Role and intervention. strategies in health promotion. *American of Health promotion* 1995; 9(5): 371-8.
 49. Rippentrop A.E, Altmaier E.M, Burns C.P. The relationship of religiosity and spirituality to quality of life among cancer patients. *clinical psychology in medical setting* 2006. 13(1): 31-32.
 50. Mueller P.S, Plevak D.J, Rummans T.A. Religious involvement, Spirituality and Medicine: implications for clinical practice. *Mayo clinical Proceedings* 2001.76:1225-1235.

The Effect of counseling with spirituality approach on Hope in patients with chronic renal failure

Morassaie F¹, Aghajani M^{*2}

1. Ms in nursing, Kashan University of Medical sciences, Kashan. Iran.
2. Instructor, Department of Psychiatric Nursing, Kashan University of Medical Sciences, Kashan. Iran.

Received: 18January, 2014; Accepted: 08September, 2014

Abstract

Introduction: Hope is an important source of adaptation for survival in chronic patients. It is effective on patient's attitude, health and quality of life. Hopelessness is an important factor in treatment continuous and mortality of chronic renal failure therefore it is necessary implication of interventions for increase of hope. This study survey the effect of spirituality approach counseling on Hope in patients with chronic renal failure.

Methods: This clinical trial was performed on 90 hemodialysis patient in 2013 that randomized to two groups. The intervention group got the spirituality approach counseling through 8 sessions and control group got only typical care. Data collected with Herth Hope Questionnaire and analyzed by descriptive and analytical statistic in SPSS version 11.5.

Results: no significant difference found in hope score between two groups in beginning of study but significant difference found in hope score in end of study ($p < 0.0001$). Significant difference found between Hope scores before and after of spirituality approach counseling in intervention group and before and after in control group.

Conclusion: counseling with spirituality approach caused hope promotion in patients with chronic renal failure. Therefore it could implicate as a complementary therapy beside other cares by nurses for this patients.

Keywords: Hope, Spirituality counseling, Hemodialysis, chronic renal failure

*Corresponding author: E.mail: aghajani1362@yahoo.com