

فصلنامه علمی-پژوهشی طب مکمل، شماره ۲، تابستان ۱۳۹۴

ارتباط سلامت معنوی با نگرش به معنویت و مراقبت معنوی در بیماران همودیالیزی شهر بم

معصومه فولادوندی^۱، منصوره عزیز زاده فروزی^۲، غلامرضا فولادوندی^۳، هاجر صادقی^۴، لیلا ملکیان^{۵*}

۱. مربی، کارشناسی ارشد پرستاری، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بندرگز، گلستان، ایران.
۲. مربی، کارشناسی ارشد پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران.
۳. مربی، کارشناسی ارشد مدیریت صنعتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.
۴. مربی، کارشناسی ارشد پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران.
۵. مربی، کارشناسی ارشد پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بم، بم، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۱۲/۱۲ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۰۲/۱۵

چکیده

مقدمه: بیماری مزمن کلیه از بدو تشخیص با ناراحتی های روحی و روانی همراه است. از آنجا که معنویت، نگرش معنوی و مراقبت معنوی نقش چشم گیری در سلامت روان دارند، می توانند به عنوان منابع مهمی جهت سازگاری با وقایع تنش زای زندگی در نظر گرفته شوند. این پژوهش با هدف بررسی ارتباط سلامت معنوی با نگرش به معنویت و مراقبت معنوی در بیماران همودیالیزی انجام شده است.

مواد و روش ها: طی یک پژوهش توصیفی تحلیلی، ۵۰ نفر بیمار همودیالیزی بیمارستان پاستور شهرستان بمبه شکل سرشماری انتخاب شده و پس از اخذ رضایت آگاهانه در مطالعه شرکت نمودند. در این مطالعه از پرسشنامه های نگرش به معنویت و مراقبت معنوی، و سلامت معنوی جهت گرد آوری اطلاعات استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل داده ها از آزمون همبستگی پیرسون، آنالیز واریانس یک طرفه و آزمون تی مستقل تحت SPSS نسخه ۲۰ استفاده گردید.

یافته ها: نمره کل نگرش معنوی و مراقبت معنوی بیماران $(74/4 \pm 7/08)$ و نمره سلامت معنوی $(76/22 \pm 5/91)$ بود. بین نمره کلی نگرش معنوی و مراقبت معنوی و سلامت معنوی ارتباط معنی داری با ضریب همبستگی $0/54$ مشاهده شد $(p=0/001)$. همچنین ارتباط معنی داری بین نگرش معنوی و مراقبت معنوی، و سلامت معنوی با ویژگی های دموگرافیک شرکت در مراسم مذهبی $(p=0/03)$ ، کمک به خیریه $(p=0/006)$ و قرائت قرآن $(p=0/02)$ وجود داشت.

نتیجه گیری: با توجه به نگرش معنوی و مراقبت معنوی بالا و سلامت معنوی متوسط شرکت کنندگان، می توان جهت بهبود وضعیت مراقبت از خود و بهبود کیفیت زندگی بیماران دیالیزی دوره های آموزشی با تاکید بر الگوها و اعمال مذهبی را پیشنهاد نمود.

کلید واژه ها: نگرش معنوی، مراقبت معنوی، سلامت معنوی، بیمار، همودیالیز.

*نویسنده مسئول: E.mail: ilimalkyan@yahoo.com

مقدمه

کنترل بیماری‌های واگیر در طی دهه‌های گذشته و افزایش امید به زندگی در زمان معاصر، بیماری‌های مزمن را به‌عنوان یک مشکل اساسی و اصلی بهداشت پدیدار نموده است (۱).

شیوع بیماری «نارسایی مزمن کلیه»^۱ به دلایل مختلفی در جهان در حال افزایش است. متوسط‌رشد جهانی این بیماری در پنج سال گذشته هشت درصد در سال بوده است (۲). این رشد در ایران بیشتر از متوسط رشد جهانی و در حدود ۱۲٪ می‌باشد (۳). نارسایی مزمن کلیه شروعی آرام و مزمن دارد و در طول آن صدمه‌ی غیر قابل برگشت به بافت کلیه‌ها رخ می‌دهد و نهایتاً عملکرد کلیه‌ها برای حفظ حیات نارسا شده و استفاده از یکی از درمان‌های جایگزین کار کلیه (همودیالیز، دیالیز صفاقی یا پیوند کلیه) مورد نیاز خواهد بود (۴).

بیماری‌های مزمن از جمله نارسایی کلیه بزرگ‌ترین مشکل سیستم مراقبت بهداشتی هستند (۵)؛ بیماران مبتلا به آن، در زمان بستری در بیمارستان در مدتی که تحت مراقبت‌های ویژه هستند کم و بیش دچار استرس می‌شوند. استرس‌های روانی تنها بیمار را از نظر جسمی تحت تأثیر قرار نمی‌دهد، بلکه از نظر روحی نیز بر بیمار تأثیر می‌گذارد (۶) که این موضوع خود روی سلامتی و کیفیت زندگی اثرات منفی دارد (۷).

معنویت - به‌عنوان یک بعد انسانی و با درک نقشی که در بهبودی افراد دارد - به‌طور روزافزونی مورد توجه قرار گرفته است؛ چنان‌که به‌عنوان عنصر اساسی مراقبت بالینی جهت برآورده شدن نیازهای روحی بیماران شناخته شده است (۸)، همچنین به‌عنوان یکی از جنبه‌های مهم از وجود آدمی، ارتباط مهمی با سلامت افراد دارد (۹)؛ در واقع جدیدترین بعد سلامت است که در کنار ابعاد دیگر سلامتی همچون

سلامت جسمی، روانی و سلامت اجتماعی قرار گرفته است (۱۰)، نیروی یگانه‌ای است که ارتباط هماهنگ و یکپارچه‌ای را بین نیروهای داخلی فراهم می‌کند (۱۱) و جهت‌سازگاری با بیماری لازم است (۱۲).

سلامت معنوی دارای دو بعد سلامت مذهبی که بر کیفیت و چگونگی درک فرد از سلامتی در زندگی معنوی، هنگامی‌که با قدرتی بالاتر ارتباط دارند. متمرکز است و سلامت وجودی است که بر سازگاری افراد با جامعه و خود و بر نگرانی‌های اجتماعی و روانی افراد بحث می‌کند (۱۳-۱۵). معنویت همراه بانبروهای مذهبی سبب ایجاد نگرش مثبت فرد نسبت به دنیا می‌شود و او را در مقابل پذیرش موقعیت‌های غیر قابل تغییر مثل بیماری یاری می‌رساند و وی را به بهتر شدن زندگی امیدوار می‌کند (۱۶). شواهدی وجود دارد که اقدامات مذهبی و معنوی به‌عنوان یکی از منابع مقابله‌ای با سلامت فیزیکی و روانی و حمایت اجتماعی ارتباط دارد (۱۷، ۱۸).

برخی معتقدند که بدون سلامت معنوی، ابعاد دیگر سلامتی نمی‌توانند حداکثر عملکرد مورد نظر را داشته باشند و اختلال در آن نیز سبب آشفتگی‌های روانی، افسردگی و از دست دادن معنی زندگی می‌شود که در این صورت رسیدن به سطح بالای کیفیت زندگی امکان‌پذیر نیست (۱۹، ۱۵، ۱۴). رضایی و همکاران در تحقیق خود یافتند که بین ایمان درونی، سلامت معنوی، امید و سایر حالات مثبت خلقی، ارتباط مستقیم وجود دارد که باعث سازگاری افراد با بیماری خود می‌شود (۲۰). جنی^۲ و همکاران در مطالعه‌ی خود دریافتند معنویت به‌عنوان راهکاری رایج برای مقابله با مشکلات روانی نقش مؤثری بر سلامت روانی و جسمی افراد دارد (۲۱). ریپنتروپ^۳ و همکاران بیان می‌کنند که معنویت و دین و مذهب به‌عنوان استراتژی‌های مقابله‌ای، اثرات مثبتی بر درمان دارند (۲۲) و عابدی و همکاران بیان می‌کنند که اعتقادات مذهبی در زمان بیماری برای شخص اهمیت پیدا می‌کند (۲۳).

¹Chronic renal failure

²Dialysis

³Hemodialysis

⁴Neuropathy

⁵osteodistrophy

²Jeanne

³Rippentrop

به ادامه‌ی زندگی و پذیرش درمان وادار نماید جزء وظایف مهم پرستاران می‌باشد. با توجه به اهمیت سلامت معنوی در بیماران نارسایی مزمن کلیه این مطالعه با هدف بررسی ارتباط بین نگرش به معنویت و مراقبت معنوی با سلامت معنوی در بیماران همودیالیز انجام گرفته است.

مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع مطالعات توصیفی - تحلیلی است. جامعه و نمونه‌های این پژوهش را ۵۰ بیمار همودیالیزی بیمارستان آموزشی پاستور شهر بم تشکیل دادند که با استفاده از روش نمونه‌گیری سرشماری انتخاب شدند.

معیارهای ورود شرکت‌کنندگان در مطالعه به این شرح بود:
 ۱. ابتلا به بیماری نارسایی مزمن کلیه که به وسیله‌ی پزشک معالج تشخیص داده شده و در پرونده‌ی پزشکی آن‌ها درج شده باشد،
 ۲. توانایی سخن گفتن به زبان فارسی،
 ۳. برخورداری از هوشیاری کامل و قدرت همکاری با پژوهشگر و
 ۴. برخورداری از آمادگی جسمی لازم برای پاسخ‌گویی به سؤالات پژوهشگر.

بعد از تعیین حجم نمونه، پرسش‌نامه‌ها در وقت دیالیز به صورت فردی به بیماران ارائه شد و بعد از اعلام رضایت آگاهانه‌ی شفاهی و کتبی نمونه‌ها برای شرکت در تحقیق، به آنان اطمینان داده شد که اطلاعات آنان محرمانه خواهد بود. ابزار گردآوری داده‌ها پرسش‌نامه‌ای شامل سه بخش ویژگی‌های دموگرافیک، سلامت معنوی برگرفته از پرسش‌نامه‌ی پولوتزین والیسون (۲۰ سؤالی) و پرسش‌نامه‌ی نگرش به معنویت و مراقبت معنوی^۲ (SSCRS) (۲۳ سؤالی) بود. پرسش‌نامه‌ی سلامت معنوی مشتمل بر ۲۰ سؤال است که ۱۰ سؤال آن سلامت مذهبی و ۱۰ سؤال دیگر سلامت وجودی را اندازه‌گیری می‌کند. دامنه‌ی نمره‌ی سلامت مذهبی و وجودی، هر کدام به تفکیک ۶۰-۱۰ می‌باشد. برای زیرگروه‌های سلامت مذهبی و وجودی، سطح‌بندی وجود ندارد و قضاوت بر اساس نمره‌ی دست آمده صورت می‌گیرد. هر چه نمره‌ی به دست آمده بالاتر باشد نشانه‌ی سلامت مذهبی و

محققان معتقدند که تشویق بیماران به دعا و نیایش و انجام اعمال مذهبی، یکی از عوامل مؤثر در درمان شمرده می‌شود (۲۴)؛ نیومن^۱ معتقد است در نظام بهداشت و سلامت که سعی در ایفای مراقبت جامع دارد، مراقبت معنوی یک بخش ضروری و حیاتی مراقبت‌دهنده است (۲۵). پرستاری رشته‌ای است کل‌نگر که به تمامی ابعاد وجودی انسان توجه دارد؛ پس درک این بعد از وجود انسان برای پرستاران بسیار با اهمیت است (۲۶) و از آنجا که هدف پرستاری حفظ و ارتقاء سلامت، پیشگیری از بیماری و برطرف کردن ناخوشی و ناراحتی بیماران است مراقبت معنوی سهم قابل توجهی را در دستیابی به این هدف دارا می‌باشد (۲۷)؛ بنابراین برآوردن نیازهای معنوی بیماران باید در وظیفه و توجه پرستاری وجود داشته باشد (۲۸) و مراقبت معنوی باید جزء اساسی‌ترین مداخلات پرستاری قرار گیرد (۲۹).

در سال‌های اخیر، معنویت به عنوان بعد انسانی فرد و با درک نقشی که در بهبودی دارد، توجه فزاینده‌ای را به دست آورده است (۳۰).

لازم به ذکر است که توجه به سلامت معنوی و مراقبت معنوی بیش از جنبه‌های فنی مراقبت، موجب رضایت بیماران خواهد شد (۳۱). بسیاری از تحقیقات جدید از نظر کمی و کیفی نشان داده‌اند که حمایت از مراقبت معنوی، سلامت معنوی و داشتن ارتباط با قدرتی بالاتر سودمند بوده و می‌تواند برای بهبود کیفیت زندگی، افزایش حمایت بین فردی، کاهش شدت علائم و افزایش نتایج مناسب پزشکی و همچنین پیشرفت در بهبودی سودمند باشد (۳۲، ۳۳) و بیمارانی که سلامت معنوی آن‌ها تقویت می‌شود به طور مؤثر می‌توانند با بیماری خود سازگار شوند (۳۴).

با این وجود در سازمان‌های بهداشت و درمان به جنبه‌های معنوی که بر روی ابعاد مختلف زندگی بیمار تأثیر زیادی دارد کمتر توجه می‌شود و با توجه به افزایش روزافزون بیماری‌های مزمن کلیه و ناراحتی‌های روحی و روانی (اضطراب، افسردگی و ناامیدی) که از هنگام تشخیص بیماری با بیمار همراه می‌شوند ارائه‌ی مراقبت‌هایی که بیمار را

² - Spirituality and Spiritual Care Rating Scale

¹ Neuman

درصد، میانگین و انحراف معیار به تجزیه و تحلیل داده‌ها پرداخته شد و در سطح آمار تحلیلی برای تعیین ارتباط بین متغیرهای سلامت معنوی با نگرش به معنویت و مراقبت معنوی از آزمون همبستگی استفاده گردید. برای تعیین ارتباط بین سلامت معنوی با نگرش به معنویت و مراقبت معنوی با ویژگی‌های دموگرافیک از آنالیز واریانس یک طرفه و آزمون تی مستقل استفاده گردید. سطح معنی داری آزمون‌ها $\alpha = 0/05$ با ضریب اطمینان ۹۵ درصد بود.

یافته‌ها

نتایج مطالعه نشان داد که ۳۰ نفر از شرکت‌کنندگان (۶۰ درصد) زن بودند و میانگین و انحراف معیار سنی بیماران به طور متوسط $(57/08 \pm 16/75)$ سال بود. در بین نمونه‌ها، ۴۱ نفر (۸۲٪) متأهل، ۲۵ نفر از بیماران (۵۰٪) بی‌سواد و ۲۱ نفر (۴۲٪) بی‌کار بودند. نوع دیالیز همه بیماران (۱۰۰٪) همودیالیز بود و مدت زمان ابتلای ۳۳ نفر (۶۶٪) آنان بین ۱-۵ سال بود. ۳۰ نفر از بیماران (۶۰٪) در امور خیریه فعالیت زیادی داشتند، ۱۷ نفر (۳۴٪) آن‌ها به طور متوسط در مراسم مذهبی شرکت می‌کردند. ۲۳ نفر (۴۶٪) از بیماران اهل قرائت قرآن بودند و ۱۸ نفر (۳۶٪) از آنان میزان اهمیت به تکالیف مذهبی مانند نماز را گزارش کرده بودند (جدول شماره ۱).

نتایج مربوط به میزان نگرش و مراقبت معنوی و ابعاد آن و سلامت معنوی و ابعاد آن در جدول شماره ۲ آمده است. با توجه به نتایج آزمون کولموگروف اسمیرنوف نمرات اعتقادات مذهبی از توزیع نرمال برخوردار بودند؛ بنابراین از آزمون‌های پارامتریک برای بررسی ارتباط بین ابعاد نگرش معنوی و مراقبت معنوی و متغیرهای دموگرافیک استفاده شد. نتایج آزمون تحلیل واریانس (ANOVA) نشان داد که بین نمره کلی نگرش معنوی و مراقبت معنوی $(p=0/03)$ با گویه‌ی دموگرافیک شرکت در مراسم مذهبی، نگرش مراقب معنوی $(p=0/006)$ با گویه‌ی دموگرافیک کمک به خیریه و نمره سلامت وجودی $(p=0/02)$ با گویه-ی قرائت قرآن رابطه‌ی معنی‌دار وجود دارد (جدول شماره ۳).

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، نمره‌گذاری به شکل معکوس انجام شد و در پایان، سلامت معنوی به سه سطح پایین (۲۰-۴۰) متوسط (۴۰-۹۹) (۴۱) و بالا (۱۰۰-۱۲۰) تقسیم‌بندی گردید. در مطالعه‌ی رضایی و همکاران، روایی پرسش‌نامه‌ی سلامت معنوی از طریق اعتبار محتوا مشخص شد و پایایی آن در تهران با ضریب آلفا کرونباخ ۰/۸۲ مورد تأیید قرار گرفت (۱۴).

پرسش‌نامه‌ی نگرش به معنویت و مراقبت معنوی (SSCRS) شامل ۲۳ گویه در دو بخش نگرش به معنویت و مراقبت معنوی است. بخش اول این مقیاس، ۹ شاخص مربوط به نگرش معنوی را که شامل امید، معنا و هدف، بخشش، عقاید و ارزش‌ها، روابط، اعتقاد به خدا، اخلاقیات، نوآوری و خودبینی است در قالب سؤالات ۳-۶، ۱۰، ۱۱، ۱۷-۱۴ و ۲۳-۲۱ ابزار فوق‌الذکر در بر می‌گیرد. در بخش دوم، سؤالات مربوط به مراقبت معنوی وی لحاظ گردیده است که شاخص‌های آن شامل گوش دادن، صرف زمان، احترام به خلوت و شأن بیمار، حفظ اعمال مذهبی و ارائه‌ی مراقبت با نشان دادن کیفیاتی نظیر مهربانی و توجه در سؤالات ۱، ۲، ۱۸، ۱۳، ۱۲، ۹، ۸، ۷، ۱۹ و ۲۰ است که بر مبنای لیکرت ۵ درجه‌ای از «کاملاً موافق = ۴» تا «کاملاً مخالف = ۰» تقسیم‌بندی شده است. بیشترین نمره ۹۲ و کمترین نمره صفر در نظر گرفته شده است. نمرات ۶۳ تا ۹۲ بالا و مطلوب، نمرات ۳۲ تا ۶۲ متوسط و تاحدی مطلوب و نمرات ۰ تا ۳۱ پائین و نامطلوب در نظر گرفته شده‌اند. در مطالعه‌ی فلاحی خشک‌ناب و همکاران به منظور تعیین اعتبار ابزار از روش سنجش اعتبار محتوا استفاده شده است. ضریب آلفا کرونباخ در این مطالعه ۰/۸۵ بود که بیانگر پایایی قابل قبول پرسش‌نامه است (۳۵).

برای تجزیه و تحلیل پرسش‌نامه‌ها از نرم‌افزار تخصصی آماری SPSS نسخه‌ی ۲۰ استفاده شد. در سطح آمار توصیفی، با استفاده از مشخصه‌های آماری نظیر فراوانی،

پیش‌بینی بود. مطالعات خرامه (۱۳۹۲) و همکاران و جانسنا^۱ با نتیجه‌ی این پژوهش هم‌خوانی دارد (۳۹،۴۰). در این پژوهش بین سن، جنس، تأهل، سطح تحصیلات و طول مدت دیالیزرابطه‌ی معنی‌داری یافت نشد که این نتیجه با مطالعات رامبد و همکاران و رضایی همکاران مغایرت دارد (۳۷،۳۸)؛ علت این مغایرت را می‌توان به تفاوت عوامل فرهنگی برجسته و مذهبی واحدهای مورد پژوهش ارتباط داد.

در این پژوهش بین نگرش معنوی و مراقبت معنوی با شرکت در مراسم مذهبی و کمک به امور خیریه ارتباط معنادار مشاهده شد که چنین رابطه معناداری بین این متغیرها در مطالعات بوسینگ^۲ و همکاران و هبرت^۳ و همکاران گزارش شده است (۴۱،۴۲)؛ در توضیح این نتایج می‌توان گفت که، فعالیت مذهبی از جمله شرکت در مراسم مذهبی و کمک در امور خیریه از جمله منابع مهم در مقابله با بیماری‌های مزمن است که سبب تغییر در نگرش معنوی افراد، ایجاد حس هدفمندی، سازگاری، امیدواری، رضایت‌مندی از زندگی و به‌طور کلی بهبود کیفیت زندگی می‌شود.

از جمله نتایج حاصل از این مطالعه برقراری ارتباط معنی‌دار بین سلامت معنوی با قرائت قرآن است که با نتیجه‌ی حاصل از پژوهش فرنچ^۴ و همکاران هم‌خوانی دارد (۴۳). می‌توان گفت نیایش و تلاوت قرآن رابطه‌ی مستقیمی با عزت نفس، تنظیم حالات هیجانی و رفتارهای اجتماعی بهنجار دارند که بعضی افراد مذهبی با برخورداری از آن‌ها به‌عنوان یک استراتژی رایج می‌توانند در مواجهه با مشکلات و بیماری‌ها آسیب کم‌تری را متحمل شوند.

یافته‌ها نشان داد که بین نگرش معنوی و مراقبت معنوی با سلامت معنوی ارتباط معناداری وجود دارد. نتایج مطالعات چونگ^۵ و همکاران، چاگ^۶ و دیگران، استرانهانبا یافته‌های

با توجه به نرمال بودن توزیع نگرش به معنویت و مراقبت معنوی شامل دو بعد نگرش به معنوی و مراقبت معنوی و سلامت معنوی شامل دو بعد سلامت وجودی و سلامت مذهبی با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون ارتباط معنی‌دار مثبتی بین نمره‌یکلی نگرش به معنویت و مراقبت معنوی با سلامت معنوی مشاهده شد ($p=0/001$).

در یافته‌های این پژوهش ارتباط معنی‌دار آماری نیز بین نگرش معنوی با هر دو بعد سلامت معنوی (سلامت وجودی ($p=0/01$) و سلامت مذهبی ($p=0/005$) دیده می‌شود.

همچنین بین نگرش مراقبت معنوی با سلامت مذهبی ($p<0/02$) ارتباط معنی‌دار مثبت وجود دارد؛ ولی بین نگرش به مراقبت معنوی و سلامت وجودی ارتباط معناداری یافت نشد ($p=0/83$). (جدول شماره‌ی ۴).

بحث

یافته‌های پژوهش بیان‌گر این است که میانگین نمره‌ی نگرش به معنویت و مراقبت معنوی در بیماران همودیالیز در سطح بالایی قرار دارد. می‌توان علت آن را این‌گونه بیان کرد که در اغلب اقشار جامعه‌ی ما نگرش یکسانی به معنویت و مراقبت معنوی در کلیه‌ی شئون زندگی دیده می‌شود؛ پس نگرش به معنویت و مراقبت معنوی در سطح بالا دور از انتظار نیست. این یافته با مطالعات حجتی و همکاران، رضایی و رامبد هم‌خوانی دارد (۳۶-۳۸). همچنین مطالعات نشان می‌دهد که نگرش به معنویت و مراقبت معنوی سبب بهبود سلامتی و افزایش توان رویارویی فرد با بیماری می‌شود (۲۱).

میانگین نمره‌ی سلامت معنوی در بیماران همودیالیز نشان‌دهنده‌ی سطح متوسط به بالای سلامت معنوی در واحدهای مورد پژوهش بود. از نظر پژوهشگر، گرایش به معنویت در وجود اغلب انسان‌ها نهادینه شده و به‌عنوان یک استراتژی رایج در مقابله با مشکلات و بیماری‌ها مطرح است و امری فطری است، پس متوسط به بالا بودن نمره‌ی میانگین آن در واحدهای مورد پژوهش قابل

¹Jansena

²Bussing

³Hebert

⁴French

⁵Chung

⁶Chag

سلامت معنوی در بیماران همودیالیز دیده شد؛ این ارتباط را می‌توان ناشی از توجه ویژه در سال‌های اخیر به مقوله‌ی معنویت و مراقبت معنوی و همچنین افزایش آگاهی و درک این مفهوم در بیماران همودیالیز دانست. می‌توان با آموزش پرستاران جهت ارائه بهتر خدمات مراقبتی این ابعاد را در کلیه‌ی بیماران ارتقاء داد. همچنین در نظر گرفتن این موضوع که تغییر در نگرش معنوی فرد می‌تواند فرصت‌هایی را برای تأمین مراقبت معنوی به وسیله‌ی پرستاران و همراهان بیمار ایجاد کند، باید زمینه را جهت پژوهش در این مقوله در پرستاران فراهم کرد.

تشکر و قدردانی

طرح مذکور مصوب دانشگاه علوم پزشکی کرمان به شماره‌ی ۱۰۲ و کد اخلاق ۹۳/۲ می‌باشد. پژوهشگرانبر خود لارم می‌دانند از کلیه‌ی بیماران تحت درمان با همودیالیز که در انجام این پژوهش همکاری نمودند تشکر نموده و از معاونت محترم تحقیقات و فناوری دانشگاه به سبب حمایت مالی قدردانی به عمل آورند.

این پژوهش هم‌خوانی دارند (۴۴-۴۶). بین سلامت معنوی و میزان نگرش و تمایل به ارائه‌ی مراقبت معنوی ارتباط تنگاتنگی وجود دارد؛ این بدان معنا است که هر قدر سلامت معنوی مراقبت‌کننده قوی‌تر و بالاتر باشد مبادرت به ارائه‌ی مراقبت معنوی در بیمار بیشتر می‌شود. ارائه‌ی مراقبت معنوی به شفاف نمودن نگرش مراقبت معنوی بستگی دارد؛ پس بین نگرش مثبت به مراقبت معنوی و ارائه‌ی مراقبت معنوی با سلامت معنوی ارتباط زیادی وجود دارد. از محدودیت‌های این مطالعه حجم محدود نمونه‌ها بود که می‌تواند قابلیت تعمیم‌پذیری یافته‌ها را کاهش دهد؛ انجام این مطالعه با حجم نمونه‌ی بالاتر (بیماران همودیالیزی چند استان) می‌تواند در رفع این محدودیت مؤثر باشد. جامعه‌ی مورد نظر و نمونه‌ی آماری این تحقیق شهر بم بود؛ بنابراین نتایج حاصله قابل تعمیم به سایر شهرها و استان‌ها نمی‌باشد.

نتیجه‌گیری

با توجه به یافته‌های به دست آمده در این پژوهش، ارتباط معناداری بین نگرش به معنویت و مراقبت‌های معنوی با

جدول شماره ۱: ویژگی‌های دموگرافیک بیماران همودیالیزی بیمارستان آموزشی پاستور شهر بم

متغیرها	تعداد (درصد)	متغیرها	تعداد (درصد)
رده‌ی سنی	۲۰-۴۰	۵-۱	۳۳(۶۶)
	۴۰-۶۰	۵-۱۰	۱۱(۲۲)
	۶۰>	> ۱۰	۶(۱۲)
مدت ابتلا	۱۹(۳۸)		
شغل	بیکار	زیاد	۱۵ (۳۰)
	کارمند	متوسط	۱۷ (۳۴)
	سایر مشاغل	کم	۱۸(۳۶)
جنس	مرد	زیاد	۳۵(۷۰)
	زن	متوسط	۱۰ (۲۰)
	بی‌سواد	کم	۱۳ (۲۶)
تحصیلات	زیر دیپلم	زیاد	۳۲(۶۴)
	دیپلم	متوسط	۱۲ (۲۴)
	بالتر از دیپلم	کم	۶ (۱۲)
تعداد دیالیز	یک بار	زیاد	۱۳(۲۶)
	دو بار	متوسط	۴ (۸)
	بیشتر از دو بار	کم	۳۳(۶۶)
نوع دیالیز	مجرد	همودیالیز	۵۰ (۱۰۰)
	متاهل	دیالیز صفاقی	۰(۰)

جدول شماره ۲: میانگین و انحراف معیار ابعاد پرسش‌نامه‌ی نگرش و مراقبت معنوی و پرسش‌نامه‌ی سلامت معنوی بیماران همودیالیزی بیمارستان آموزشی پاستور شهر بم

متغیر	نگرش معنوی	نگرش مراقبت معنوی	نگرش معنوی و مراقبت معنوی	سلامت مذهبی	سلامت وجودی	سلامت معنوی Pvalue*
سن	$r = 0/85$	$r = 0/66$	$r = 0/77$	$r = 0/83$	$r = 0/97$	$r = 1/12$
تأهل	$t = -0/72$	$t = 0/47$	$t = 0/38$	$t = 0/84$	$t = 1/24$	$t = 1/38$
جنس	$t = -0/56$	$t = -0/58$	$t = 0/00$	$t = -0/08$	$t = 0/47$	$t = -0/31$
تحصیلات	$r = 0/54$	$r = 0/91$	$r = 0/81$	$r = 0/76$	$r = 0/71$	$r = 1/06$
شغل	$r = 1/09$	$r = 0/4$	$r = 0/9$	$r = 0/87$	$r = 0/6$	$r = 1/18$
تعداد دیالیز	$r = 1/06$	$r = 0/48$	$r = 1/41$	$r = 0/88$	$r = 0/59$	$r = 0/46$
کمک به خیریه	$r = 1/11$	$r = 0/39$	$r = 1/06$	$r = 0/90$	$r = 0/57$	$r = 1/32$
شرکت در مراسم مذهبی	$r = 1/79$	$r = 0/07$	$r = 2/09$	$r = 0/39$	$r = 0/54$	$r = 0/86$
قرائت قرآن	$r = 0/52$	$r = 0/93$	$r = 1/93$	$r = 0/64$	$r = 0/83$	$r = 0/71$
اهمیت انجام تکالیف مذهبی	$r = 1/08$	$r = 0/4$	$r = 1/22$	$r = 0/89$	$r = 0/68$	$r = 0/67$
مدت ابتلا	$r = 1/04$	$r = 0/44$	$r = 0/87$	$r = 0/86$	$r = 0/64$	$r = 1/21$

*آزمون پیرسون

جدول شماره ۳: ارتباط بین متغیرهای نگرش معنوی و مراقبت معنوی با سلامت معنوی با ویژگی‌های دموگرافیک بیماران همودیالیزی بیمارستان آموزشی پاستور شهر بم

متغیرها	حیطه‌ها	انحراف معیار \pm میانگین	دامنه‌ی نمره‌ی پرسش‌نامه	میانگین کل	دامنه‌ی نمره‌ی پرسش‌نامه
نگرش و مراقبت معنوی	نگرش معنوی	$41/72 \pm 5/63$	از ۰ تا ۵۲	$74/4 \pm 7/08$	از ۰ تا ۹۲
سلامت معنوی	مراقبت معنوی	$32/68 \pm 4/09$	از ۰ تا ۴۰		
سلامت معنوی	سلامت مذهبی	$38/98 \pm 4/42$	۱۰-۶۰	$76/22 \pm 5/91$	از ۱۲۰-۲۰
	سلامت وجودی	$37/24 \pm 3/51$	۱۰-۶۰		

جدول شماره ۴: ارتباط بین متغیرهای نگرش معنوی و مراقبت معنوی با سلامت معنوی در بیماران همودیالیزی بیمارستان آموزشی پاستور شهر بم

سلامت معنوی	سلامت مذهبی	سلامت وجودی	سلامت معنوی (کلی)
نگرش معنوی و مراقبت معنوی	نگرش معنوی	$r = 0/34$	$r = -0/07$
	$*p \text{ value} = -/005$	$*p \text{ value} = -/01$	$*p \text{ value} = 0/60$
نگرش مراقبت معنوی	$r = 0/31$	$r = 0/39$	$r = 0/1$
	$*p \text{ value} = -/02$	$*p \text{ value} = -/83$	$*p \text{ value} = -/49$
نگرش معنویو مراقبت معنوی (کلی)	$r = 0/39$	$r = 0/39$	$r = 0/54$
	$*p \text{ value} = -/81$	$*p \text{ value} = -/87$	$*p \text{ value} = -/001$

*آزمون آنووا

References:

1. Woodcock S. Why do renal nurses focus on issues of compliance when working in the rehabilitative HD setting? *EDTNA-ERCA Journal*. 1999;25(1):28-30.
2. Smeltzer S, et al. *Brunner and Suddarth's Textbook of Medical Surgical Nursing*. Lippincott Williams & Wilkins; 2009 .
3. Aghighi M, Heidary Rouchi A, Zamyadi M, Mahdavi-Mazdeh M, Rajolani H, Ahrabi S, et al. Dialysis in Iran. *Iranian Journal of Kidney Diseases*. 2008;2(1):5-11.
4. Leatherland S. Continuing care of the renal patients: A guide for nurses. *Dialysis and transplantation. Haemodialysis International*. 2007; 12(4): 492-498.
5. Nassiri M, Mashouf T, Rahimiyan B. Determinants of quality of life for the patients and nurses in hemodialysis patients. *Journal of Guilan University of Medical Sciences*. 2004: 27-31. [persion]
6. Ebrahimi B, et al. Study Physiological stress intensity associated with treatment In hemodialysis patients referred to Boali Teaching Hospital in Ardabil. *Kermanshah University of Medical Sciences*. 2011. [persion]
7. Oskar S, Borgström F, Zethraeus N, Johnell O, Lidgren L, Ponzer S, et al. Long-term cost and effect on quality of life of osteoporosis-related fractures in Sweden. *Acta orthopaedica*. 2008;79(2):269-280.
8. Polzer RL. African Americans and diabetes: Spiritual role of the health care provider in self-management. *Research in nursing & health*. 2007;30(2):164-174.
9. Bagheri F, Akbarizadeh F, Hatami H. The Relationship Between Nurses' Spiritual Intelligence And Happiness In Iran. *Procedia Social and Behavioral Science Journal*. 2010; 5: 1556–1561.
10. Omidvari S. Spiritual Health, Its Nature and the Instruments Used: Abstracts of the 10th Consecutive Annual Meeting of the Iranian Psychiatric Association. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2010; 16(3): 274.
11. Craven RF, Hirnle CJ . *Fundamentals of Nursing: Human Health and Function*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
12. Fernsler JI, Klemm P, Miller MA. Spiritual well-being and demands of illness in people with colorectal cancer. *Cancer Nursing*. 1999; 22(2):134-140.
13. Brown DR, Johnson EP, Parrish MS. *Spirituality Assessments: Limitations and Recommendations*. VISTAS 2007 Online. 2007. Available from: <http://counselingoutfitters.com/vistas/vistas07/Brown.htm>.
14. Rezaei M, Seyedfatemi N, Hosseini F. Spiritual well-being in cancer patients who undergo chemotherapy. *Hayat*. 2009;14(4):33-39. (Persian)
15. Safayi Rad I, Karimi L, Shomoossi N, Ahmadi Tahour M. The relationship between spiritual well-being and mental health of university students. *Quarterly Journal of sabzevar university of Medical Sciences*. 2010;17(4):274-280. [persion]
16. Koenig HG. Spirituality, wellness, and quality of life. *Sexuality,*

- Reproduction and Menopause.2004; 2(2):76-82.
17. Delgado C. Sense of coherence, spirituality, stress and quality of life in chronic illness. *Journal of Nursing Scholarship*. 2007;39(3):229-234.
 18. Koenig HG, George LK, Titus P, Meador KG. Religion, spirituality, and acute care hospitalization and long-term care use by older patients. *Archives of Internal Medicine*. 2004;164(14):1579-1585.
 19. 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.[persion]
 20. 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]
 21. 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*. 2008;59(1):122-128.
 22. 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):311-321.
 23. Abedi H, Asgari M, Kazemi Z, Saffari F, Nasiri M. Religious care patients and the barriers. *Journal of Teb and Tazkieh*. 2005;4(53):16-23. [persion]
 24. Noorbakhsh M, Poryousefi H. Role of Religion and beliefs of mental health. *Journal of Studies*.2007; 2(3): 72-94. [persion]
 25. Newman MA, Sime AM, Corcoran-Perry SA. The focus of the discipline of nursing. *Advances in Nursing Science*. 1991;14(1):1-6.
 26. KarimAllahy M, Abedi H. Spiritual care in nursing in Iran: a study of the theoretical Grande. *Qualitative Research in Health Sciences Poster Conference, Kerman*.2009;146. [persion]
 27. FarahaniNia M, et al. Spiritual health and nursing students about their views of spirituality and spiritual care of patients. *Iran Journal of Nursing*.2005;18(44): 7-13. [persion]
 28. Cavendish R, Konecny L, Mitzeliotis C, Russo D. Spiritual care activities of nurses using nursing interventions classification (NIC) labels. *International Journal of Nursing Knowledge*. 2003;14(4):113.
 29. American Nurses Association. Code for nurses. Washington, DC: American Nurses Publishing, 2003.
 30. Corinne Lemmer R. Teaching the spiritual dimension of nursing care: a survey of U.S. baccalaureate nursing program. *Journal of Nursing Education*. 2002; 41: 482-491.
 31. Koren ME, Czurylo K, Epsom R, Gattuso M, Stark B, Zastrow P, et al. Nurses' work environment and spirituality: a descriptive study. *International Journal of Caring Science*. 2009;2(3):118-124.
 32. Culliford, L., Spirituality and clinical care. *British medical journal* 2002. 325: p. 1434-1436.
 33. Seyed-fatemi N, et al. Effect of

- prayer for spiritual well-being in patients with cancer. *Payesh*. 2006; 5(4): 295-304. [persian]
34. Lin HR, Bauer-Wu SM. Psycho-spiritual well-being in patients with advanced cancer: an integrative review of the literature. *Journal of advanced nursing*. 2003; 44(1):69-80.
 35. Mazaheri M, et al. Nursing attitude to spirituality and spiritual care. *Payesh*. 2009; 8(1): 31-37.
 36. Hojati M, et al. Related to different aspects of prayer and spiritual health of patients undergoing hemodialysis. *Journal of Nursing Care*. 2009; 2(3): 149-152.
 37. Rambod M, Pyravi H, Sareban M, Raieskarimian F. Prayer in Hemodialysis patients and its related factors. *Sadra Medical Sciences Journal*. 2013; 1(1): 13-21. [persian]
 38. Rezaei M, Adib-Hajbaghery M, Seyedfatemi N, Hoseini F. Prayer in Iranian cancer patients undergoing chemotherapy. *Complementary Therapies in Clinical Practice*. 2008;14(2):90-97.
 39. Jansen KL, Motley R, Hovey J. Anxiety, depression and students' religiosity. *Mental Health, Religion & Culture*. 2010;13(3):267-271.
 40. Taheri kharameh Z, Asayesh H, Zamanian H, Shoouri bidgoli A, Mirgheisari A, Sharififard F. Spiritual Well-being and religious coping strategies among hemodialysis patients. *Journal of Psychiatric Nursing*. 2013; 1(1):48-54.
 41. Büssing A, Fischer J, Ostermann T, Matthiessen PF. Reliance on God's help, depression and fatigue in female cancer patients. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*. 2008;38(3):357-372.
 42. Hebert R, Zdaniuk B, Schulz R, Scheier M. Positive and negative religious coping and well-being in women with breast cancer. *Journal of Palliative Medicine*. 2009; 12(6):537-545.
 43. French DC, Eisenberg N, Vaughan J, Purwono U, Suryanti TA. Religious involvement and the social competence and adjustment of Indonesian Muslim adolescents. *Developmental Psychology*. 2008; 44(2):597-611 .
 44. Chan M, Chung L, Lee A, Wong W, Lee G, Lau C, et al. Investigating spiritual care perceptions and practice patterns in Hong Kong nurses: results of a cluster analysis. *Nurse education today*. 2006; 26(2):139-150.
 45. Chung L, Wong F, Chan M. Relationship of nurses' spirituality to their understanding and practice of spiritual care. *Journal of advanced nursing*. 2007;58(2):158-170 .
 46. Stranahan S. Spiritual perception, attitudes about spiritual care, and spiritual care practices among nurse practitioners. *Western Journal of Nursing Research*. 2001;23(1):90-104.

Relationship of spiritual health with attitude to spirituality and spiritual care in hemodialysis patients the city of Bam

Fouladvandi M¹, AzizzadehForoozi M², Fouladvandi Gh³, Sadeghi H⁴, Malekian L^{*5}

1. Instructor, MS in Nursing, Islamic Azad University, Bandargaz Branch, Golestan, Iran.
2. Instructor, MS in Nursing, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran.
3. Instructor, MS in Industrial Management, Tehran University, Tehran, Iran.
4. Instructor, MS in Nursing, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran.
5. Instructor, MS in Nursing, Bam University of Medical Sciences, Bam, Iran.

Received: 03 March, 2015; Accepted: 05 May, 2015

Abstract

Introduction: Chronic kidney disease is associated with mental and emotional health problems from the beginning of the diagnosis. Since spirituality, spiritual attitude and spiritual care have a significant role in a person's mental and emotional health, they can be considered as important resources for coping with stressful life events. Therefore this study was designed to investigate the relationship between spiritual health with attitude to spirituality and spiritual care in hemodialysis patients.

Methods: This is a descriptive analytical study. 50 hemodialysis patients from Pasteur hospital in Bam city were selected by census method and participated in the study after obtaining informed consents. Data was collected by spiritual attitude and spiritual care, and spiritual health questionnaires. Data analysis was done using Pearson correlation coefficient, one way ANOVA and t-test.

Result: The total score of spiritual attitude and spiritual care was 74.4 ± 7.08 and total score of spiritual health was 76.22 ± 5.91 . There was a significant correlation between the total spiritual attitude and spiritual care with the total score of spiritual health ($r=0.54$, $p=0.001$). Also there was a significant relationship between spiritual attitude and spiritual care, and spiritual health with demographic variables in terms of participating in religious ceremonies ($p=0.03$), charity contribution ($p=0.006$), and Quran recitation ($p=0.02$).

Conclusion: Regarding the high spiritual attitude and spiritual care, and medium spiritual health in participants, providing educational courses with emphasis on religious patterns and religious practice to improve patients' self-care and quality of life can be recommended.

Keywords: Spiritual Attitude, Spiritual care, Spiritual health, Patient, Hemodialysis.

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