

Spirituality and Its Related Factors in Hemodialysis Patients

Yadollah Jannati¹, Milad Zati Rostami², Samaneh Emami^{2*}

- 1- Psychiatry and Behavioral Sciences Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
- 2- BSc student of Nursing, Student Research Committee, Nasibeh School of Nursing and Midwifery, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

***Corresponding Author:**

Samaneh Emami
Student Research Committee,
Nasibeh School of Nursing
and Midwifery, Mazandaran
University of Medical Sciences,
Sari, Iran

Email:

emamisamaneh2080@gmail.com

Received: 25 Mar 2016

Revised: 9 Jul 2016

Accepted: 1 Oct 2016

Abstract

Background and Purpose: Spiritual well-being is one of the essential aspects of health in coping with disease. Since one of the major bases of diseases is spiritual insecurity due to lack of spiritual dimension, this study aimed to investigate spiritual health and its related factors in hemodialysis patients.

Materials and Methods: This descriptive-analytical study was conducted on 81 hemodialysis patients referring to the Imam Khomeini Hospital of Sari, Iran, in 2015. Sampling was performed by stratified census method. The data was collected using a demographic form and Palotzian and Elison spiritual health questionnaire. To analyze the data, descriptive and analytical statistics, including mean and Pearson correlation coefficient, were used in SPSS 20.

Results: The mean scores of spiritual, religious, and existential health were 70.93 ± 16.79 , 36.54 ± 8.71 , and 34.39 ± 8.61 , respectively. There was not a significant relationship between gender, number of family members, number of children, residence condition, hookah use, marital and economic status, and spiritual health of patients ($P > 0.05$). However, a significant relationship was found between age, housing condition, and smoking status of the patients with their spiritual health ($P < 0.05$).

Conclusion: The results of the present study showed that most of the patients had an average spiritual health and that their religious health was slightly higher than their existential health, which is normal in our culture. Lack of spiritual health, particularly in chronic disease patients, is a predisposing factor for many mental, social, and somatic problems. Therefore, spirituality and religious practices such as praying play crucial roles in accepting the disease.

Keywords: Hemodialysis, Mazandaran, Spiritual health

► **Citation:** Jannati Y, Zati Rostami M, Emami S. Spirituality and Its Related Factors in Hemodialysis Patients. Religion and Health, Autumn & Winter 2016; 4(2): 12-19 (Persian).

معنویت و عوامل مرتبط با آن در بیماران تحت درمان با همودیالیز

یداله جنتی^۱، میلاد ذاتی رستمی^۲، سمانه امامی^{۳*}

چکیده

سابقه و هدف: سلامت معنوی از جمله مهم‌ترین ابعاد سلامت در جهت سازگاری فرد با بیماری به‌ویژه در بیماران دیالیزی است که سلامت روانی، جسمی و معنوی مختل می‌شود. از آنجا که یکی از زمینه‌های عمده بیماری‌ها، تزلزل روحی ناشی از فقدان بعد معنوی می‌باشد، این پژوهش با هدف تعیین سطح سلامت معنوی و عوامل مرتبط با آن در بیماران تحت درمان با همودیالیز طراحی و انجام شد.

مواد و روش‌ها: این پژوهش توصیفی-تحلیلی بر روی ۸۱ نفر از بیماران تحت درمان با همودیالیز مراجعه‌کننده به بیمارستان امام خمینی (ره) شهرستان ساری در سال ۱۳۹۴ انجام شد. ابزار مورد استفاده در این پژوهش شامل: پرسشنامه جمعیت‌شناختی و پرسشنامه سلامت معنوی Palotzian و Elison بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها نیز با نرم‌افزار SPSS 20، آمار توصیفی، آزمون میانه و ضریب همبستگی پیرسون صورت گرفت.

یافته‌ها: میانگین کل و انحراف معیار نمره سلامت معنوی بیماران $70/93 \pm 16/79$ و میانگین و انحراف معیار نمره سلامت مذهبی و وجودی آن‌ها به ترتیب معادل $36/54 \pm 8/71$ و $34/39 \pm 8/61$ بود. همچنین، بین متغیرهای جنس، وضعیت تأهل، تعداد فرزندان، تعداد اعضای خانواده، وضعیت سکونت، مصرف قلیان و وضعیت اقتصادی با نمره کل سلامت معنوی ارتباط معناداری وجود نداشت ($P < 0/05$)؛ اما بین متغیرهای سن، وضعیت مسکن و مصرف سیگار با سلامت معنوی، ارتباط آماری معناداری مشاهده شد ($P < 0/05$).

استنتاج: نتایج پژوهش حاضر نشان داد بیشتر بیماران مورد مطالعه و تحت درمان با همودیالیز، از سلامت معنوی متوسطی برخوردار بودند و سطح مذهبی آن‌ها کمی از سلامت وجودی بالاتر بود. شایان ذکر است که فقدان سلامت معنوی به‌ویژه در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن، زمینه‌ساز بسیاری از مشکلات روانی، اجتماعی و عوارض جسمی است؛ بنابراین، معنویت و اعمال مذهبی مانند دعا، نقش مهمی را در قبول بیماری‌ها ایفا می‌کند.

واژه‌های کلیدی: سلامت معنوی، مازندران، همودیالیز

۱- عضو مرکز تحقیقات روانپزشکی و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۲- دانشجوی کارشناسی پرستاری، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی نسیبه ساری، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

* مؤلف مسئول: سمانه امامی

دانشکده پرستاری و مامایی نسیبه ساری، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

Email:
emamismaneh2080@gmail.com

دریافت: ۶ فروردین ۱۳۹۵
اصلاحات: ۱۹ تیر ۱۳۹۵
پذیرش: ۱۰ مهر ۱۳۹۵

بیماران است. مراقبت‌های پرستاری اغلب به زمینه جسمانی محدود شده و در مورد معنویت به فراموشی سپرده می‌شود (۱۵،۱۶).

با توجه به موارد فوق، پژوهش حاضر با هدف تعیین میزان معنویت و عوامل مرتبط با آن در بیماران تحت درمان با همودیالیز انجام شد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع مطالعات توصیفی می‌باشد که به منظور تعیین میزان معنویت و عوامل مرتبط با آن در بیماران تحت درمان با همودیالیز بیمارستان امام خمینی (ره) شهرستان ساری در سال ۱۳۹۴ انجام شد. جامعه آماری پژوهش را تمام بیماران تحت درمان با همودیالیز مراجعه‌کننده به بیمارستان امام خمینی (ره) شهرستان ساری تشکیل دادند که با استفاده از سرشماری، ۸۱ بیمار پس از اعلام رضایت آگاهانه وارد مطالعه شدند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات در این پژوهش شامل: دو پرسشنامه دموگرافیک و پرسشنامه استاندارد سلامت معنوی Elison و (Spiritual Well-Being Scale: SWB) Palotzian بود (۱۰) که پرسشنامه دموگرافیک شامل: سن، جنس، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، شغل، درآمد ماهیانه، مصرف سیگار، مصرف قلبان و تعداد اعضای خانواده بود و پرسشنامه سلامت معنوی نیز دارای ۲۰ سؤال در دو زیرگروه سلامت مذهبی و سلامت وجودی بود که در هر قسمت، پاسخگویان نمره ۱۰ تا ۶۰ را به خود اختصاص می‌دادند. لازم به ذکر است که عبارت‌های دارای شماره فرد، سلامت مذهبی و عبارت‌های با شماره زوج، سلامت وجودی را می‌سنجیدند.

نمره سلامت معنوی، حاصل جمع این دو زیرگروه است که دامنه آن بین ۱۲۰-۲۰ می‌باشد و پاسخ این سؤالات به صورت لیکرت ۶ گزینه‌ای از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم دسته‌بندی شده است. سلامت معنوی افراد نیز به سه دسته پایین (۲۰-۴۰)، متوسط (۴۱-۹۹) و بالا (۱۰۰-۱۲۰) تقسیم‌بندی می‌شود. این پرسشنامه در

نارسایی مزمن کلیه یکی از شایع‌ترین بیماری‌های جسمی می‌باشد؛ به طوری که در سال ۲۰۰۸، حدود ۲ تا ۳ درصد از مردم جهان به این بیماری مبتلا بودند و این مسأله می‌تواند بهداشت روان فرد را مختل سازد (۱). طبق گزارش مرکز تحقیقات بیماران کلیوی و پیوند کلیه، در سال ۱۳۸۶ حدود ۲۹۰۰۰ بیمار مبتلا به نارسایی کلیه در کشور ایران وجود داشته است که ۱۴۰۰۰ نفر از آن‌ها تحت درمان با همودیالیز بودند (۲). بیماران دیالیزی مانند تمام بیماران مزمن در معرض استرس هستند و برای ادامه زندگی از فرآیندهای محافظتی بهره می‌جویند (۱). Lemmer معتقد است که در سال‌های اخیر، معنویت به عنوان بعد انسانی فرد و با درک نقشی که در بهبودی دارد، توجه فزاینده‌ای را به خود معطوف نموده است (۳) و به ویژه نقش آن و اعتقادات در روابط بین پزشکان و بیماران در جامعه پزشکی مورد توجه بیشتری قرار گرفته است (۹-۴). به دلیل بحران معنوی همراه با بیماری‌های مزمن، گاهی اعتماد به نفس و ایمان مذهبی به مخاطره می‌افتد، ارتباطات فردی به علت عدم اطمینان به آینده مختل می‌شود، مکانیسم‌های سازگاری ناکافی به نظر رسیده و ممکن است احساس تنهایی را به فرد القا کنند و به طور کلی، بحران معنوی در فرد پدیدار می‌گردد (۱۰). هرچند با استفاده از همودیالیز، طول عمر بیماران کلیوی افزایش پیدا می‌کند؛ اما بیماری بر زندگی آن‌ها تأثیر گذاشته و در مراحل پیشرفته منجر به تغییراتی در کیفیت زندگی آن‌ها می‌گردد (۱۱). بیماری که از نظر معنوی پریشان و مضطرب می‌شود، ممکن است متحمل رنج بیشتری شود که با مشکلاتی همچون درد، اعتماد به نفس پایین، احساس تنهایی، ضعف، ناامیدی و عصبانیت همراه می‌باشد (۱۲). دین و مذهب به عنوان استراتژی‌های مقابله‌ای، اثرات مثبتی بر درمان دارند (۱۳). Matthäus معتقد است تشویق بیمارانی که به دعا و نیایش اعتقاد دارند و نیز انجام اعمال مذهبی، از جمله عوامل مؤثر در درمان محسوب می‌شود (۱۴). یکی از نگرانی‌های اخیر در متون پرستاری، ارائه ناکافی مراقبت‌های معنوی برای

(جدول ۱). علاوه بر این، بیشتر بیماران شرکت کننده (۳۶ درصد) در این پژوهش را افراد ۶۰-۴۰ سال تشکیل دادند. تعداد اعضای خانواده بیشتر آن‌ها (۵۶ درصد) نیز بین ۳-۶ نفر گزارش شد و تعداد فرزندان بیشتر آن‌ها (۵۷/۶ درصد) کمتر از ۴ نفر بود. در پژوهش حاضر بین نمره کل سلامت معنوی و متغیرهای سن، وضعیت مسکن و مصرف سیگار به لحاظ آماری ارتباط معناداری مشاهده شد ($P < 0/05$) (جدول ۱)؛ اما بین متغیرهای جنس، وضعیت تأهل، تعداد فرزندان، تعداد اعضای خانواده، وضعیت سکونت، مصرف قلیان و وضعیت اقتصادی با نمره کل سلامت معنوی ارتباط معناداری به دست نیامد ($P > 0/05$). میانگین سنی بیماران معادل $55/27 \pm 18/28$ و میانگین تعداد فرزندان و تعداد اعضای خانواده به ترتیب $3/46 \pm 2/85$ و $3/51 \pm 1/62$ به دست آمد (جدول ۱).

کشور ایران توسط مژگان عباسی استفاده شده و پایایی آن معادل $R = 0/82$ گزارش شده است (۱۷). در ادامه، داده‌ها پس از استخراج از پرسشنامه با استفاده از نرم‌افزار SPSS 20، آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار، فراوانی و درصد فراوانی) و آمار استنباطی (آزمون ضریب همبستگی پیرسون) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

بر اساس نتایج مشخص شد که ۴۱ نفر (۵۵/۶ درصد) از بیماران مرد بوده و ۳۶ نفر (۴۴/۴ درصد) از آن‌ها زن هستند و بیشتر بیماران (۷۷/۸ درصد) متأهل بوده و ساکن شهر (۶۵/۴ درصد) می‌باشند. همچنین، وضعیت اقتصادی ۴۵/۷ درصد از بیماران در حد متوسط بوده و بیشتر آن‌ها سابقه مصرف سیگار و قلیان را نداشته‌اند

جدول ۱: توزیع فراوانی متغیرهای جمعیت‌شناختی و ضریب همبستگی آن‌ها با سلامت معنوی

متغیر	فراوانی	درصد	ضریب همبستگی با سلامت معنوی
سن	کمتر از ۲۰ سال	۱/۲	
	۲۰-۴۰ سال	۲۱/۶	$R = 0/226$
	۴۰-۶۰ سال	۳۶	$P = 0/042^*$
	۶۰-۸۰ سال و بیشتر	۳۰/۲	
جنسیت	زن	۴۴/۴	$R = 0/139$
	مرد	۵۵/۶	$P = 0/217$
وضعیت تأهل	مجرد	۱۲/۳	$R = 0/213$
	متأهل	۷۷/۸	$P = 0/057$
	مطلقه	۳/۷	
وضعیت سکونت	شهر	۶۵/۴	$R = 0/083$
	روستا	۳۴/۶	$P = 0/462$
تعداد اعضای خانواده	۱-۳ نفر	۳۳/۴	$R = 0/073$
	۳-۶ نفر	۵۶	$P = 0/515$
	۶-۸ نفر	۱۰/۶	
تعداد فرزند	کمتر از ۴ فرزند	۵۷/۶	$R = 0/136$
	۴-۸ فرزند	۲۸/۸	$P = 0/226$
	بیشتر از ۸ فرزند	۱۰/۸	
وضعیت اقتصادی	عالی	۳/۷	
	خوب	۳۹/۵	$R = 0/167$
	متوسط	۴۵/۷	$P = 0/137$
	ضعیف	۱۱/۱	
سیگار	شخصی	۸۷/۷	
	اجاره‌ای	۱۲/۳	
	استعمال	۱۲/۳	$R = 0/343$
	عدم استعمال	۸۷/۷	$P = 0/003^*$
قلیان	استعمال	۷/۴	$R = 0/200$
	عدم استعمال	۹۲/۶	$P = 0/074$

جدول ۲: میانگین، حداقل و حداکثر سلامت معنوی و ابعاد آن

حداقل	حداکثر	میانگین و انحراف معیار	
۱۵	۵۸	۳۶/۵۴±۸/۷۱	سلامت مذهبی
۱۲	۵۹	۳۴/۳۹±۸/۶۱	سلامت وجودی
۲۷	۱۱۴	۷۰/۹۳±۱۶/۷۹	سلامت معنوی

همچنین، میانگین سلامت مذهبی بیماران ۳۶/۵۴±۸/۷۱ و میانگین سلامت وجودی آن‌ها برابر با ۳۴/۳۹±۸/۶۱ بود. میانگین نمره کل سلامت معنوی بیماران نیز معادل ۷۰/۹۳±۱۶/۷۹ به دست آمد که مقدار متوسطی بود (جدول ۲).

نتایج نشان داد که از ۸۱ بیمار مبتلا به دیالیز، ۶ نفر دارای سلامت معنوی درجه پایین (۲۰-۴۰)، ۶۹ نفر دارای سلامت معنوی در حد متوسط (۴۱-۹۹) و ۶ نفر دارای سلامت معنوی در سطح بالا بودند (جدول ۳).

جدول ۳: سطح سلامت معنوی

سلامت معنوی	فراوانی (درصد)
پایین (۲۰-۴۰)	۶ (۷/۲)
متوسط (۴۱-۹۹)	۶۹ (۸۵/۶)
بالا (۱۰۰-۱۲۰)	۶ (۷/۲)

بحث

یافته‌ها نشان داد که میزان سلامت معنوی در بیماران تحت درمان با همودیالیز، بیشتر در سطح متوسط قرار دارد که با نتایج پژوهش جان‌بابایی و همکاران که در مورد بیماران مبتلا به سرطان انجام شده بود، همخوانی دارد (۱۸). همچنین، مطابق با یافته‌های پژوهش شریف‌نیا و همکاران که بر روی بیماران همودیالیز انجام شد، می‌باشد (۱۹). نتایج پژوهش کلانتری و همکاران نیز که بر روی بیماران همودیالیز استان ایلام صورت گرفت، حاکی از این بود که سطح سلامت معنوی این بیماران با میانگین و انحراف معیار ۹۱/۷۱±۱۶/۰۱ در حد متوسط قرار دارد که با پژوهش حاضر همخوانی می‌باشد (۲۰). در این ارتباط، می‌توان همسویی پژوهش حاضر را از نظر سطح سلامت معنوی بیماران همودیالیز با پژوهش دهباشی و همکاران و ابراهیمی و همکاران تأیید نمود (۲۱، ۲۲). شایان ذکر است

که نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های پژوهش رضایی و همکاران که نشان دادند بیش از نیمی از بیماران مبتلا به سرطان از نظر سلامت معنوی در سطح بالایی قرار داشته و هیچ‌یک از آن‌ها در سطح ضعیف نمی‌باشند، مغایرت دارد (۲۳). این تفاوت ممکن است ناشی از اختلاف در روش نمونه‌گیری باشد. در پژوهش حاضر، میانگین سلامت مذهبی بیماران، اندکی بیشتر از سلامت وجودی آن‌ها بود که این امر با توجه به فرهنگ غالب مذهبی در جامعه ما دور از انتظار نمی‌باشد؛ زیرا، سلامت معنوی با اتصال به قدرت لایزال الهی موجب اثرات شگفت‌انگیزی می‌شود و علاوه بر تغییر دیدگاه خودمحوری به سوی خدامحوری، رنگ زندگی فرد را خدایی نموده و به امور زندگی بیش از نگاه مادی به آن‌ها ارزش می‌دهد. مطالعات مختلف نشان داده‌اند که بیماران مبتلا به صدمات و آسیب‌های جسمی، به سمت عقاید مذهبی سوق می‌یابند؛ زیرا، مذهب به آن‌ها کمک می‌کند رنج و ناراحتی ناشی از بیماری را راحت‌تر تحمل نمایند (۲۴). در این ارتباط، عابدی عقیده دارد که مذهب می‌تواند در ایجاد احساس امید، نزدیکی به خدا و کمک به حل مشکل مؤثر باشد (۲۵). با عنایت به این امر که کشش به سوی معنویت به‌عنوان عملکرد افزایش سن محسوب می‌شود (۲۶)، نتایج حاصل از این پژوهش نیز بیانگر این نکته بود که بین سن و سلامت معنوی بیماران رابطه معناداری وجود دارد که با یافته‌های پژوهش Rowe و Allen (که حاکی از بر خوداری بیشتر بیماران ۷۰ سال به بالا از سلامت معنوی بود)، Linley و همکاران، ابراهیمی و دهباشی همخوانی دارد (۲۱، ۲۲، ۲۶، ۲۷)؛ اما با یافته‌های پژوهش جان‌بابایی و همکاران که رابطه معناداری را بین سن و سلامت معنوی بیماران مبتلا به سرطان مشاهده نکردند؛ ناهمسو می‌باشد (۱۸). این موضوع می‌تواند به دلیل اختلاف در میانگین سنی نمونه‌ها در دو پژوهش باشد؛ بدین‌گونه که در پژوهش جان‌بابایی، بیشتر نمونه‌ها بیشتر از ۷۰ سال سن داشتند؛ اما در پژوهش حاضر، میانگین سنی بیشتر نمونه‌ها ۵۰ سال بود. Craven و همکاران معتقد هستند که زنان نسبت به مردان از راه‌های گوناگونی جهت مقابله با تنش در مواقع بحران استفاده می‌کنند و

مطالعه و تحت درمان با همودیالیز، از سلامت معنوی متوسطی برخوردار بودند و سطح مذهبی آن‌ها کمی از سلامت وجودی بالاتر بود. شایان ذکر است که فقدان سلامت معنوی به‌ویژه در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن، زمینه‌ساز بسیاری از مشکلات روانی، اجتماعی و عوارض جسمی است؛ بنابراین، معنویت و اعمال مذهبی مانند دعا، نقش مهمی را در قبول بیماری‌ها ایفا می‌کند.

پیشنهادات

از راهکارهای ارتقای سلامت معنوی در بیماران تحت درمان با همودیالیز این است که مسئولان مرتبط با بخش همودیالیز، توجه بیماران را به خواندن دعا و نماز به‌عنوان عوامل معنوی مؤثر در سازگاری با بیماری جلب نمایند و پرستاران این بخش نیز برای توجه‌نمودن به عوامل معنوی، تحت آموزش ویژه قرار گیرند.

حمایت مالی

این طرح با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی مازندران انجام شده است و نویسندگان از نتایج آن سودی حاصل نمی‌کنند.

ملاحظات اخلاقی

این پژوهش با رعایت تمام موازین اخلاقی صورت گرفته است و با کسب رضایت آگاهانه از بیماران و بدون هیچ‌گونه اجبار و تهدید از آزمودنی‌های انسانی انجام شده است. پژوهشگر اطلاعات مربوط به روش اجرا و هدف از انجام پژوهش، زبان‌های احتمالی، فواید، ماهیت و مدت پژوهش را به میزانی که با آزمودنی ارتباط دارد، به وی تفهیم نموده و به سؤالات او پاسخ‌های قانع‌کننده‌ای داده است. پژوهشگر به آزمودنی اعلام نمود که می‌تواند هر زمان که مایل باشد از شرکت در پژوهش منصرف شود. انجام روش‌های گوناگون پژوهش با موازین دینی و فرهنگی آزمودنی و جامعه مغایرت

این اختلافات بیش از آنکه به مسائل زیستی مرتبط باشد، از مسائل عاطفی، شخصیتی و جامعه‌شناختی ناشی می‌شوند؛ بنابراین، زنان بیشتر به سمت مسائل معنوی تمایل نشان می‌دهند (۲۸) که این نتایج با یافته‌های پژوهش حاضر که بیانگر عدم وجود رابطه معنادار بین سلامت معنوی و جنسیت بیماران بود، مطابقت ندارد؛ هرچند که با نتایج حاصل از مطالعات دیگر هماهنگ می‌باشد (۱۸،۳۲). در این ارتباط، یافته‌های پژوهش جان‌بابایی و همکاران نشان داد که سلامت معنوی در ساکنان شهر، بیشتر از ساکنان روستا است که این امر با نتایج پژوهش حاضر همخوانی ندارد (۱۸). دلیل این تفاوت ممکن است ناشی از اختلاف در تعداد نمونه‌ها، تفاوت در موقعیت‌های شخصی افراد و احساس بیماران نسبت به بیماری خود باشد. در بررسی یافته‌های پژوهشی مشاهده شد که بعد وجودی سلامت معنوی در افراد متأهل، بالاتر از افراد مجرد است. آن‌ها معتقد هستند که تنهایی و انزوا به‌ویژه اگر شخص به بیماری مبتلا باشد، موجب عدم علاقه‌مندی می‌شود که در این صورت می‌تواند سلامت معنوی افراد را تحت تأثیر قرار دهد (۲۹). باید عنوان کرد که این موضوع با پژوهش حاضر همخوانی دارد. افرادی که با بیماری درگیر هستند و یا در انتظار مرگ خود در آینده نزدیک می‌باشند، سلامت معنوی آن‌ها چندان تحت تأثیر وضعیت اقتصادی قرار نمی‌گیرد (۲۹) (که پژوهش حاضر نیز این امر را تأیید می‌کند). مطالعات نشان داده است که فقدان سلامت معنوی به‌ویژه در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن، زمینه‌ساز بسیاری از مشکلات روانی، اجتماعی و عوارض جسمی می‌باشد؛ بنابراین، معنویت و نیروهای مذهبی مانند دعا، نقش مهمی را در قبول بیماری‌ها ایفا می‌کند. از آنجا که در این پژوهش، بیماران مسلمان شرکت داشته‌اند، نتایج آن قابل تعمیم به ادیان دیگر نمی‌باشد و پیشنهاد می‌شود به مطالعه در جوامع دارای ادیان دیگر تکرار شود.

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد بیشتر بیماران مورد

تشکر و قدردانی

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از معاونت محترم تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی مازندران، مسئولان دانشکده پرستاری و مامایی و مسئولان بیمارستان امام خمینی (ره) ساری، کمال تشکر و قدردانی را داشته باشند.

تضاد منافع

این اثر پژوهشی هیچ‌گونه تضادی با منافع فرد، گروه یا سازمانی نداشته است.

References

- Narimani M, Rafiq Iran S. The relationship between methods of coping and mental health in patients treated with hemodialysis. *Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2009; 9(2):117-22.
- Aghighi M, Heidary Rouchi A, Zamyadi M, Mahdavi-Mazdeh M, Rajolani H, Ahrabi S, et al. Dialysis in Iran. *The Iranian Journal of Kidney Diseases*. 2008; 2(1):11-5.
- Corinne Lemmer RN. Teaching the spiritual dimension of nursing care: a survey of US baccalaureate nursing programs. *Journal of Nursing Education*. 2002; 41(11):482.
- Astrow AB, Sulmasy DP. Spirituality and the patient-physician relationship. *JAMA*. 2004; 291(23):2884.
- Ehman JW, Ott BB, Short TH, Ciampa RC, Hansen-Flaschen J. Do patients want physicians to inquire about their spiritual or religious beliefs if they become gravely ill? *Archives of Internal Medicine*. 1999; 159(15):1803-6.
- Hall DE, Meador KG, Koenig HG. Measuring religiousness in health research: review and critique. *Journal of Religion and Health*. 2008; 47(2):134-63.
- Hill PC, Hood RW. *Measures of religiosity*. Birmingham, AL: Religious Education Press; 1999.
- Kendler KS, Liu XQ, Gardner CO, McCullough ME, Larson D, Prescott CA. Dimensions of religiosity and their relationship to lifetime psychiatric and substance use disorders. *American Journal of Psychiatry*. 2003; 160(3):496-503.
- Koenig HG, McCullough ME, Larson DB. *Handbook of religion and health*. New York: Oxford University Press; 2001.
- Seyed FN, Rezaei M, Givari A, Hosseini F. Prayer and spiritual well-being in cancer patients. *Payesh*. 2006; 5(4):295-303 (Persian).
- Rambod M, Rafiee F, Hosseini F. Quality of life in patients with end stage renal disease. *Journal of Hayat*. 2008; 14(2):51-61 (Persian).
- Farsi Z, Salsaly M. Mtaparadym conceptual and nursing care in Islam. *Iranian Journal of Critical Care Nursing*. 2008; 16(64-66):8-21 (Persian).
- Rippentrop AE, Altmaier EM, Chen JJ, Found EM, Keffala VJ. The relationship between religion/spirituality and physical health, mental health, and pain in a chronic pain population. *Pain*. 2005; 116(3):311-21.
- Noorbakhsh M, Poryousefi H. Rol of Religion and beliefs of mental health. *Journal of Studies*. 2007; 2(3):72-94.
- Farsi Z, Salsaly M. Mtaparadym conceptual and nursing care in Islam. *Iranian Journal of Critical Care Nursing*. 2008; 16(64-66):8-21 (Persian).
- Narayanasamy A. The impact of empirical studies of spirituality and culture on nurse education. *Journal of Clinical Nursing*. 2006; 15(7):840-51.
- Farahaninia M, Abbasi M, Givari A, Haghani H. Nursing students' spiritual well-being and their perspectives towards spirituality and spiritual care perspectives. *Iran Journal of Nursing*. 2006; 18(44):7-14.
- Janbabaei G, Esmaili R, Mosavinasab N, Rajbar M. A survey of the role of spiritual health and its related factors in the patients with metastatic digestive cancer. *Journal of Religion and Health*. 2014; 2(1):9-14.
- Sharifnia SH, Hojjati H, Nazari R, Qorbani M, Akhoondzade G. The effect of prayer on mental health of hemodialysis patients. *Journal of Critical Care Nursing*. 2012; 5(1):29-34.
- Kalantari F, Mehrabian T, Savadkuhi S, Mosalman M. An investigation of the relationship between the dimensions of prayer and spiritual health among patients und er dialysis in Ilam, Iran. *Religion and Health*. 2015; 3(1):32-8 (Persian).
- Dehbashi F, Sabzevari S, Tirgari B. The relationship between spiritual well-being and hope in Hemodialysis patients referring to the Khatam Anbiya hospital in Zahedan 2013-2014. *Medical Ethics Journal*. 2015; 9(30):77-97 (Persian).
- Ebrahimi H, Sarafha J. The relationship between hemodialysis adequacy and quality of life and spiritual wellbeing in hemodialysis



- patients. *Journal of Clinical Nursing and Midwifery*. 2014; 3(3):44-51.
23. Rezaei MA, Seyedfatemi N, Hosseini FA. Spiritual well-being in cancer patients who undergo chemotherapy. *Journal of Hayat*. 2009; 14(4):33-9 (Persian).
24. Dinesh B, Kamoldeep B. *Textbook of cultural psychiatry*. East Anglia: Cambridge; 2007.
25. Abedi HM, Asgari M, Kazemi Z, Saffari F, Nasiri M. Religious care patients and the barriers. *Journal of Teb and Tazkieh*. 2005; 4(53):23-16 (Persian).
26. Rowe MM, Allen RG. Spirituality as a means of coping with chronic illness. *American Journal of Health Studies*. 2003; 19(1):62-6.
27. Linley PA, Joseph S, Seligman ME. *Positive psychology in practice*. New York: Wiley Online Library; 2004.
28. Craven RF, Hirnle CJ, Jensen S. *Fundamentals of nursing: human health and function*: Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 1992.
29. Young C, Koopsen C. *Spirituality, health, and healing: an integrative approach*. Massachusetts: Jones & Bartlett Publishers; 2010.

