Religion and Health

ORIGINAL ARTICLE
2015, Vol: 3, No: 2, Pages: 1-8.

# *Evaluation of Spiritual Health Status and Its Relationship with Demographic Characteristics of Hemodialysis Patients*

Milad Borji[1], Masummeh Malek[2*], Milad Azammi[3], Mohammad Reza Bastami[4], Sanaz Aazammi[5]

1- BSc Department of Medical and Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran
2- MSc, Department of Medical and Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran
3- MD, School of Medical Science, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran
4- MSc, Department of Medical and Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran
5- PhD, Department of Medical and Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran

***Corresponding Author:**
Masummeh Malek
MSc, Department of Medical and Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran

**Email:**
masoome.malek@gmail.com

**Received: 20 Jun 2015**
**Revised: 31 Jan 2016**
**Accepted: 15 Mar 2016**

***Abstract***

**Background and Purpose:** Spirituality is one of the important aspects of well-being and is an effective factor for human adaptation with chronic diseases. The present study aimed to evaluate spiritual well-being status and investigate its relationship with demographic characteristics of hemodialysis patients.

**Materials and Methods:** This cross-sectional, descriptive study was conducted in 56 patients (age range: 35-91 years) undergoing hemodialysis in the dialysis center of Ilam, Iran, during 2014. Spiritual well-being was evaluated using Spiritual Well-Being Scale, which is proved to be a reliable and valid instrument.

**Results:** Findings of this study showed that 10.7% of the patients had high level of spiritual well-being, while 42.9% had low level of spiritual well-being. In addition, mean score of spiritual well-being was higher in patients with university education, employees, and those with high levels of knowledge, income, and family support ($P<0.05$).

**Conclusion:** In the process of health care provision, taking personal characteristics and spiritual aspect of patients into account can help patients to adapt to different stages of their disease and might improve patient compliance to treatment. Spirituality plays an important role in patients' adaptation to chronic diseases. Therefore, it is mandatory to focus more attention on spiritual health status of patients and empowering health care professionals to enhance patients' spiritual well-being.

***Keywords:*** Chronic disease, Spiritual health, Demographic characteristics, Hemodialysis

▶ **Citation**: Borji M, Malek M, Azammi M, Bastami MR, Aazammi S. Evaluation of Spiritual Health Status and Its Relationship with Demographic Characteristics of Hemodialysis Patients. Religion and Health. Autumn & Winter 2015; 3(2): 1-8 (Persian).



[ Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-15 ]

دین و سلامت

مقاله پژوهشی

دوره سوم، شماره دوم، سال ۱۳۹۴ صفحه: ۸-۱.

# بررسی وضعیت سلامت معنوی و ارتباط آن با ویژگی‌های جمعیتی بیماران تحت همودیالیز

میلاد برجی[۱]، معصومه مالک[۲*]، میلاد اعظمی[۳]، محمد رضا بسطامی[۴]، ساناز اعظمی[۵]

۱- دانشجوی کارشناسی پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی ایلام، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایران
۲- کارشناسی ارشد پرستاری، عضو هیئت علمی، دانشکده پرستاری و مامایی ایلام، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایران
۳- دانشجوی پزشکی، کمیته تحقیقات، دانشکده پزشکی ایلام، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایران
۴- کارشناسی ارشد پرستاری، عضو هیئت علمی، دانشکده پرستاری و مامایی ایلام، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایران
۵- دکتری بهداشت جامعه، دانشکده پرستاری و مامایی ایلام، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایران

* مؤلف مسئول: معصومه مالک
دانشکده پرستاری و مامایی ایلام، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایران

Email:
masoome.malek@gmail.com

دریافت: ۳۰ خرداد ۱۳۹۴
اصلاحات: ۱۱ بهمن ۱۳۹۴
پذیرش: ۲۵ اسفند ۱۳۹۴

## چکیده

**سابقه و هدف:** یکی از ابعاد مهم مفهوم سلامت، معنویت است که از عوامل مؤثر بر سازگاری انسان با بیماری‌های مزمن می‌باشد؛ بنابراین این مطالعه به‌منظور بررسی وضعیت سلامت معنوی و ارتباط آن با ویژگی‌های جمعیتی در بیماران تحت همودیالیز انجام گرفت.

**مواد و روش‌ها:** مطالعه حاضر از نوع توصیفی-مقطعی بوده و بر روی ۵۶ نفر از بیماران همودیالیزی با دامنه سنی ۳۵ تا ۹۱ ساله در مرکز دیالیز شهرستان ایلام در سال ۱۳۹۳ انجام شد. به‌منظور جمع‌آوری اطلاعات، از پرسشنامه سلامت معنوی از دیدگاه اسلام استفاده شد که از قبل اعتبار و پایایی آن در ایران به تأیید رسیده است.

**یافته‌ها:** در مطالعه حاضر ۴۲/۹ درصد از افراد دارای سطح سلامت معنوی ضعیف و ۱۰/۷ درصد دارای سطح سلامت معنوی عالی بودند. همچنین نمره سلامت معنوی در بیماران با تحصیلات دانشگاهی، کارمند، بیماران با سطح بالای آگاهی از بیماری خود، بیماران با درآمد بیشتر و بیمارانی که حمایت خانوادگی بیشتری داشتند، بالاتر بود ($P < ۰/۰۵$).

**استنتاج:** در نظر گرفتن بعد معنوی بیماران در فرآیند مراقبت، با توجه به ویژگی‌های شخصی آن‌ها، می‌تواند به سازگار شدن فرد با مراحل مختلف بیماری و پیگیری روند درمان کمک نماید. نظر به نقش معنویت در سازگاری افراد با بیماری مزمن لازم است، هر چه بیشتر به سلامت معنوی بیماران و ارتقای آن از سوی تیم مراقبت سلامت توجه شود.

**واژه‌های کلیدی:** بیماری مزمن، سلامت معنوی، ویژگی‌های جمعیتی، همودیالیز

◀ **استناد:** برجی، میلاد؛ مالک، معصومه؛ اعظمی، میلاد؛ بسطامی، محمدرضا؛ اعظمی، ساناز. بررسی وضعیت سلامت معنوی و ارتباط آن با ویژگی‌های جمعیتی بیماران تحت همودیالیز . دین و سلامت، پاییز و زمستان ۱۳۹۴؛۳(۲): ۸-۱ (فارسی).



[ Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-15 ]

**مقدمه**

بیماری مزمن تجربه‌ای چند بعدی است که موجب ناتوانی در زمینه‌های مختلف جسمی، روحی-روانی، اجتماعی و اقتصادی می‌گردد. در این میان، اعتقادات مذهبی در زمان بیماری بیشتر از هر زمان دیگری برای شخص اهمیت پیدا می‌کند؛ زیرا در زمان بحران و هنگامی که سایر مکانیسم‌های سازگاری، کارایی لازم را ندارند؛ افراد مذهبی‌تر می‌شوند (۱). به‌دلیل بحران‌های معنوی همراه با بیماری‌های مزمن، گاهی ایمان مذهبی فرد به مخاطره می‌افتد که می‌تواند سبب اختلال در ارتباطات فردی، کاهش اعتماد به نفس، اضطراب، غم و اندوه، ناامیدی و از بین رفتن انگیزه‌های مثبت درمانی و در نهایت ایجاد رنج و درد بیشتر شود (۵-۲). معنویت می‌تواند با افزایش ایمان، موجب افزایش سطح رفتارهای بهداشتی، افزایش اثر تقویت‌کنندگی بر وضعیت جسمی و سازگاری بیمار با مشکل شود؛ به‌طوری که بیمار می‌تواند مراحل آخر بیماری را به‌راحتی بگذراند (۳،۶)؛ بنابراین آگاهی از نیازهای معنوی بیمار و پیامدهای بیماری که ممکن است بر روی تجربیات معنوی فرد مؤثر باشد، در جریان مراقبت از بیمار امری ضروری است (۷). با این وجود، امروزه یکی از چالش‌های مطرح در ارائه نظام مراقبت سلامت، نادیده گرفتن بعد سلامت معنوی بیمار است (۸،۹).

در این میان نارسایی مزمن کلیوی از جمله بیماری‌هایی است که به‌عنوان یک بیماری مزمن ابعاد مختلف جسمی و روحی-روانی فرد را تحت تأثیر خود قرار می‌دهد. هرچند که به واسطه‌ی همودیالیز طول عمر بیمار کلیوی افزایش می‌یابد؛ اما بیماری بر زندگی آن‌ها تأثیر گذاشته و در مراحل پیشرفته سبب اختلال در وضعیت عملکردی فرد و کاهش کیفیت زندگی آنان می‌شود (۱۰،۱۱). آمار بیماران تحت همودیالیز در ایران و سایر کشورهای جهان رو به افزایش است (۱۲). در این بین در مطالعات مختلف به ارتباط سلامت معنوی با ویژگی‌های مختلف جمعیت‌شناختی از جمله سن، جنس، تأهل، شغل و... بیماران اشاره شده است (۸،۱۳). بنابراین با توجه به تأثیر این بیماری بر کلیه ابعاد مختلف زندگی و روند رو به رشد بیماری در جامعه و نقش سلامت معنوی بر سازگاری فرد با بیماری و بهبود سلامتی، مطالعه‌ی حاضر با هدف بررسی وضعیت سلامت معنوی و ارتباط آن با ویژگی‌های جمعیتی در بیماران تحت همودیالیز صورت گرفت.

## مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر از نوع توصیفی-مقطعی بوده و بعد از کسب اجازه‌ی اخلاقی انجام پژوهش از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ایلام و با در نظر گرفتن ملاحظات اخلاقی مطالعه، از جمله حفظ محرمانه ماندن هویت شرکت‌کنندگان مورد مطالعه، انجام شد. با توجه به جمعیت ۱۰۰ نفری مراجعه‌کننده به مرکز دیالیز شهر ایلام، تنها ۵۶ نفر واجد شرایط برای ورود به مطالعه حاضر بودند؛ بنابراین مطالعه حاضر بر روی ۵۶ نفر از بیماران تحت همودیالیزی مراجعه‌کننده به بخش همودیالیز بیمارستان شهید مصطفی شهرستان ایلام در سال ۱۳۹۳ انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل: افراد تحت انجام همودیالیز حداقل به مدت ۶ ماه و توانایی فهم محتوای پرسشنامه توسط آنان و معیارهای خروج از مطالعه شامل: عدم توانایی ارتباط برقرار نمودن شرکت‌کننده با دیگران و عدم رضایت کتبی و شفاهی فرد برای شرکت در مطالعه بود.

به‌منظور انجام مطالعه، در ابتدا فرم رضایت



[ Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-15 ]

**جدول ۱: مشخصات فردی ۵۶ بیمار مورد مطالعه**

| متغیرهای دموگرافیک | طبقات | فراوانی (درصد) |
|---|---|---|
| جنس | زن | ۳۶(۶۴/۳) |
| | مرد | ۲۰(۳۵/۷) |
| سن | ۳۵-۴۵ | ۱۰(۱۷/۹) |
| | ۴۶-۵۷ | ۲۱(۳۷/۵) |
| | ۵۸-۶۸ | ۱۸(۳۲/۱) |
| | ۶۹-۷۹ | ۵(۸/۹) |
| | ۸۰-۹۱ | ۲(۳/۶) |
| تحصیلات | بی سواد | ۲۴(۴۲/۹) |
| | زیر دیپلم | ۲۷(۴۸/۲) |
| | دانشگاهی | ۵(۸/۹) |
| حمایت خانوادگی | زیاد | ۱۰(۱۷/۹) |
| | متوسط | ۲۵(۴۴/۶) |
| | کم | ۶(۱۹/۶) |
| | اصلاً | ۱۰(۱۷/۹) |
| میزان درآمد ماهیانه | کمتر از ۲۰۰ هزار تومان | ۲۰(۳۵/۷) |
| | تا ۵۰۰ هزار تومان ۲۰۰ | ۲۸(۵۰) |
| | تا یک میلیون تومان ۵۰۰ | ۲(۳/۶) |
| | بیشتر از یک میلیون تومان | ۶(۱۰/۷) |
| شغل | خانه دار | ۳۲(۵۷/۱) |
| | بیکار | ۱۸(۳۲/۱) |
| | کارمند | ۶(۱۰/۷) |
| تحمل محدودیت بیماری | کاملاً | ۲۴(۴۲/۹) |
| | تا حدودی | ۱۳(۲۳/۲) |
| | اصلاً | ۱۹(۳۳/۹) |
| آگاهی از بیماری | زیاد | ۱۵(۲۶/۸) |
| | متوسط | ۱۹(۳۳/۹) |
| | کم | ۲۲(۳۹/۳) |

**جدول ۲: میانگین نمره سلامت معنوی بر حسب ویژگی های فردی ۵۶ بیمار مورد مطالعه**

| متغیر | | میانگین (SD) | مقدار P |
|---|---|---|---|
| تحصیلات | بی سواد | ۴۳/۰۸±۱۱/۴۸ | <۰/۰۰۱ |
| | زیردیپلم | ۹۰/۲۵±۹/۴۹ | |
| | دانشگاهی | ۹۹/۲۰±۶/۹۷ | |
| جنس | زن | ۷۲/۰۸±۲۵/۸۷ | ۰/۶۸۴ > |
| | مرد | ۶۸/۶۰±۲۷/۷۹ | |
| میزان درآمد ماهیانه | کمتر از ۲۰۰ هزار تومان | ۶۰/۶۵ ±۲۶/۹۶ | <۰/۰۰۵ |
| | تا ۵۰۰ هزارتومان ۲۰۰ | ۷۵/۶۴ ±۲۳/۵۳ | |
| | تا یک میلیون تومان ۵۰۰ | ۶۳ ±۱۱/۳۱ | |
| | بیشتر از یک میلیون تومان | ۹۴/۰۰± ۱۴/۱۸ | |
| حمایت خانوادگی | زیاد | ۶۸/۶۰±۳۴/۵۴ | <۰/۰۰۱ |
| | متوسط | ۸۹/۹۶±۹/۸۲ | |
| | کم | ۴۸±۱۶/۲۸ | |
| | اصلاً | ۵۰/۴۰±۱۹/۵۹ | |
| شغل | خانه دار | ۷۴/۵۰±۲۵/۱۴ | ۰/۰۰۱ |
| | بیکار | ۲۵/۱۴±۷۴/۵۰ | |
| | کارمند | ۹۸/۰۰±۶/۸۹ | |
| آگاهی از بیماری | زیاد | ۶۹/۵۳±۳۱/۵۳ | <۰/۰۰۱ |
| | متوسط | ۹۱/۲۱±۸/۲۳ | |
| | کم | ۵۴/۱۳±۲۰/۷۸ | |
| تعداد دیالیز در هفته | کمتر از ۲ با ر | ۸۱/۳۳±۱۸/۵۸ | ۰/۴۱۳ > |
| | بیشتر از ۲بار | ۷۰/۲۴±۲۶/۷۵ | |
| تحمل محدودیت بیماری | کاملاً | ۷۴/۲۰±۲۳/۵۳ | ۰/۲۳۶ > |
| | تاحدودی | ۶۰/۳۰±۲۹/۸۱ | |
| | اصلاً | ۷۳/۷۸±۲۶/۸۵ | |

آگاهانه توسط شرکت‌کنندگان مطالعه کامل شد و بعد از اینکه هدف از انجام مطالعه برای هر کدام از شرکت‌کنندگان توسط محقق توضیح داده شد، به دو روش خودگزارشی و مصاحبه ساختاریافته (در صورت نیاز) به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند.

به‌منظور جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه سلامت معنوی (Spiritual Well Being Scale: SWBS) استفاده شد که در قالب مقیاس لیکرت ۶ گزینه‌ای از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم، شامل ۲۰ سؤال که ۱۰ سؤال آن در مورد سلامت مذهبی و ۱۰ سؤال دیگر سلامت وجودی را بررسی می‌کند، نمره‌ی کلی سلامت معنوی در این پرسشنامه از ۱۲۰-۲۰ به سه سطح پایین (۴۰-۲۰)، متوسط (۹۹-۴۱) و بالا (۱۲۰-۱۰۰) تقسیم‌بندی شده است (۱۴).

در مطالعه حاضر ضریب آلفای کرون‌باخ برای کل شرکت‌کنندگان ۰/۸۲ بود. در چندین مطالعه اعتبار و پایایی ابزار به تأیید رسیده؛ به‌طوری که در مطالعه بالجانی و همکاران ۰/۹۳، و رضایی و همکاران ۰/۷۹ گزارش شده است (۱۵،۱۶).

تجزیه و تحلیل داده‌ها توسط نرم‌افزار SPSS 18 و با استفاده از آزمون‌های آماری t-test (برای متغیرهای دو گروهی) و Anova ( برای متغیرهای بیشتر از دو گروه) انجام شد. برای تحلیل همه

**جدول ۳: توزیع فراوانی سطوح نمره سلامت معنوی ۵۶ بیمار مورد مطالعه**

| سطح | فراوانی | درصد |
|---|---|---|
| ضعیف | ۲۴ | ۴۲/۹ |
| متوسط | ۲۶ | ۴۶/۴ |
| عالی | ۶ | ۱۰/۷ |



[ Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-15 ]

متغیرهـا مقـدار $P \leq ۰/۰۵$ معنـادار در نظـر گرفتـه شـد.

## یافته‌ها

در پژوهـش حاضـر ۵۶ بیمـار بـا میانگیـن سـنی ۱۲/۴۴±۵۸/۱۸ شـرکت نمودنـد. جـدول ۱ توزیـع این افـراد را بـر حسـب متغیـرات دموگرافیکـی و جـداول ۲ و ۳ به‌ترتیـب میانگیـن نمـره سـلامت معنـوی بـر حسـب ویژگی‌هـای فـردی بیمـاران و توزیـع فراوانـی سـطوح سـلامت معنـوی شـرکت‌کنندگان مطالعـه را نشـان می‌دهنـد.

## بحث

معنویـت بـر سـلامت جسـمانی و روحی-روانـی افـراد، سـازگار شـدن فـرد بـا بیمـاری مزمـن و بهبـود کیفیـت زندگـی آن‌هـا تأثیرگـذار اسـت و می‌توانـد تحـت تأثیـر ویژگی‌هـای مختلـف جمعیتـی باشـد؛ به‌طـوری کـه نتایـج مطالعـات مختلـف حاکـی از وجـود ارتبـاط مثبـت بیـن سـلامت معنـوی و سـلامت جسـمی، روحی-روانـی فـرد می‌باشـد (۱۹-۱۷). ایـن مطالعـه بـا هـدف بررسـی وضعیـت سـلامت معنـوی و ارتبـاط آن بـا ویژگی‌هـای جمعیتـی بیمـاران همودیالیـزی انجـام شـد.

در مطالعـه حاضـر، ۴۲/۹ درصـد از افـراد دارای سـطح سـلامت معنـوی ضعیـف و ۱۰/۷ درصـد دارای سـطح سـلامت معنـوی عالـی بودنـد. ایـن در حالـی اسـت کـه در مطالعـه حجتـی و همـکاران سـلامت معنـوی ۷۲ درصـد از بیمـاران در سـطح بـالا، در مطالعـه اشـرفی و همـکاران ۶۸/۱ درصـد در سـطح متوسـط، در مطالعـه دهباشـی و همـکاران ۷۵ درصـد در سـطح متوسـط و در مطالعـه طاهـری خرامـه و همـکاران ۶۲/۱ درصـد در سـطح بالایـی از سـلامت معنـوی برخـوردار بودنـد (۸،۱۰،۱۳،۲۰).

در مطالعـه حاضـر بـا بررسـی نمـره سـلامت معنـوی در متغیرهـای فـردی بیمـاران نشـان داده شـد کـه نمـره سـلامت معنـوی در بیمـاران بـا تحصیـلات دانشـگاهی، کارمنـد، بیمـاران بـا سـطح بـالای آگاهـی از بیمـاری خـود، بیمـاران بـا درآمـد بیشـتر و بیمارانـی کـه از حمایـت خانوادگـی بیشـتری برخـوردار بودنـد، بالاتـر اسـت ( در همـه مـوارد $P \leq ۰/۰۵$ بـود). همچنیـن بیـن سـلامت معنـوی و متغیرهـای جنـس، تعـداد دیالیـز در هفتـه و تحمـل محدودیت‌هـای ناشـی از بیمـاری ارتبـاط معنـاداری یافـت نشـد ( در همـه مـوارد $P \leq ۰/۰۵$ بـود). ایـن در حالـی اسـت کـه در مطالعـه دهباشـی و همـکاران سـلامت معنـوی بـا سـن جنـس و وضعیـت تأهـل ارتبـاط معنـاداری داشـت؛ به‌طـوری کـه نمـره سـلات معنـوی در افـراد مسـن‌تر، مجـرد و مـردان بـالا گـزارش شـد (۱۳). در مطالعـه حجتـی و همـکاران نمـره سـلامت معنـوی در افـراد بیـکار و خانـه‌دار بیشـتر بـود (۸). همچنیـن در چندیـن مطالعـه کـه روی بیمـاران سـرطانی انجـام شـد، بیـن سـلامت معنـوی و ویژگی‌هـای فـردی سـن، جنـس، تحصیـلات، حمایـت خانوادگـی و وضعیـت اقتصـادی رابطـه معنـاداری دیـده نشـد (۲۰،۲۱).

اختـلاف در نتایـج مطالعـه حاضـر و سـایر مطالعـات می‌توانـد بـه دلایـل تفاوت‌هـای فرهنگـی و محیطـی، مذهبـی، نـوع بیمـاری، سـن، و مـدت زمـان ابتـلا بـه بیمـاری افـراد تحـت مطالعـه باشـد؛ همان‌طـور کـه در سـایر مطالعـات هـم بـه ایـن امـر اشـاره شـده اسـت (۱۳،۲۰). یافته‌هـای ایـن مطالعـه نشـان داد کـه اکثـر بیمـاران دارای سـطح متوسـطی از سـلامت معنـوی بودنـد و بیـن سـلامت معنـوی و چندیـن متغیـر از جملـه تحصیـلات، شـغل، شـرایط اقتصـادی، حمایـت خانوادگـی و آگاهـی از بیمـاری تفـاوت معنـاداری وجـود داشـت. رابطـه یافت‌شـده می‌توانـد ناشـی از متغیـر بـودن میـزان امیـدواری افـراد و درک آن‌هـا از مفاهیـم زندگـی براسـاس ویژگی‌هـای جمعیت‌شـناختی و به‌دنبـال آن سـطح تعامـلات اجتماعـی افـراد



[ Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-15 ]

باشد که در نهایت بر وضعیت سلامت معنوی تأثیرگذار است، در دیگر مطالعات نیز به این امر اشاره شده است (۱۳).

محققان ارتباط با خداوند را به‌عنوان یکی از روش‌های مؤثر بر سازگاری و مقاومت در مقابل بیماری‌ها لازم می‌دانند. مذهب و ایمان با افزایش امید به زندگی در کاهش اضطراب و افسردگی نقش مهمی دارد که این خود می‌تواند در بهبود سلامت جسمانی تأثیرگذار باشد؛ بنابراین یکی از چالش‌های مهم در فرآیند مراقبت از بیماران، توجه هر چه بیشتر به بعد مذهب و معنویات در کنار بعد جسمانی است (۲۵-۲۳).

## نتیجه گیری

یافته‌های این مطالعه و سایر مطالعات نشان می‌دهند که معنویت افراد با ویژگی‌های فردی بیماران در ارتباط است؛ بنابراین در نظر گرفتن بعد معنوی بیماران در فرآیند مراقبت با توجه به ویژگی‌های شخصی آن‌ها می‌تواند به سازگار شدن فرد با مراحل مختلف بیماری و پیگیری روند درمان کمک نماید. در نتیجه نظر به نقش مراقبت‌های معنوی در ارتقای سلامت، توجه هر چه بیشتر تیم مراقبت سلامت به باورها و ارزش‌های معنوی بیماران ضرورت دارد.

از محدودیت‌های مطالعه حاضر تعداد پایین بیماران مراجعه‌کننده به مرکز همودیالیز شهرستان ایلام بود؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود که مطالعات بعدی در سطح استانی روی تعداد بیشتری از نمونه‌ها انجام شود. همچنین عدم پر نمودن پرسشنامه توسط شرکت‌کنندگان بیسواد و تکمیل پرسشنامه توسط پژوهشگر از دیگر محدودیت‌های مطالعه بود که این محدودیت با اطمینان از توانایی فهم کامل محتوای پرسشنامه و انتقال عین پاسخ به سؤالات توسط شرکت‌کننده، از سوی پژوهشگرکنترل شد.


## حمایت مالی

توسط دانشگاه علوم پزشکی ایلام حمایت مالی شده است .


## ملاحظات اخلاقی

کلیه موازین اخلاقی در انجام مطالعه لحاظ شده است .

## تضاد منافع

تضاد منافعی وجود ندارد.


## تشکر و قدردانی

مطالعه حاضر حاصل یک طرح تحقیقاتی تصویب‌شده به شماره ۹۰۹۲۷۷ از سوی دانشگاه علوم پزشکی ایلام است. از همکاری تمامی افراد شرکت‌کننده در این مطالعه و مساعدت کارکنان بخش دیالیز بیمارستان شهید مصطفی خمینی و همکاری معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایلام صمیمانه تشکر و قدردانی می‌نمائیم.


## پیشنهادات

انجام مطالعات بعدی در سطح استانی با حجم نمونه بیشتر پیشنهاد می شود.

## References


1. 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 (Persian).
2. AL-Arabi S. Quality of life: subjective descriptions of challenges to patients with end stage renal disease. Nephrology Nursing Journal. 2006; 33(3):285-98.
3. Seyed Fatemi N, Rezaie M, Givari A, Hosseini F. Prayer and spiritual well-being in cancer patients. Payesh. 2007; 5(4):295-303 (Persian).




[ Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-15 ]

4. Karimollahi M, Abedi H, Yousefi R. Antecedents of spiritual distress experienced by Iranian Muslims patients. Research Journal of Biological Sciences. 2008; 3(5):491-9.

5. Farsi Z, Slsaly M. Mtaparadym conceptual and nursing care in Islam. Journal of Research Development in Nursing & Midwifery. 2008; 16(66-64):8-21 (Persian).

6. Social factors and their role in mental health. Mashhad University of Medical Sciences. Available at: URL: http://www.mums.ac.ir/mhn/fa; 2012.

7. Abbasian L, Abbasi M, Shamsi Gooshkie E, Naseri Rad M, Memariani Z. Survey on the scientific position of the spiritual health and its role in preventing from diseases: a preliminary study. Medical Ethics. 2011; 4(14):83-104 (Persian).

8. Hojjati H, Qorbani M, Nazari R, Sharifnia H, Akhondzadeh G. On the relationship between prayer frequency and spiritual health in patients under hemodialysis-therapy. Journal of Fundamentals of Mental Health. 2010; 12(2):46.

9. Omidvari S. Spiritual health, concepts and challenges. Quranic Interdisciplinary Studies Journal of Iranian Students Quranic Organization. 2008; 1(1):6-17.

10. 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 (Persian).

11. Haghigh AN, Broumand B, Amico M, Locatelli F, Ritz E. The epidemiology of end-stage renal disease in Iran in an international perspective. Nephrology Dialysis Transplantation. 2002; 17(1):28-32 (Persian).

12. Mokhtari N, Nasiri M, Mashoof T, Kazem Neghad E. A comparative study of hemodialysis patients' QOL from patients' and nurses' perception. Journal of Guilan University of Medical Sciences. 2003; 12(47):16-23 (Persian).

13. 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. 2015; 8(30):77-96.(Persian).

14. Ellison CW, Smith J. Spiritual well-being: conceptualization and measurement. Psychology and Theology. 1982; 11:330-40.

15. Baljani E, Khashabi J, Amanpour E, Azimi N. Relationship between spiritual well-being, religion, and hope among patients with cancer. Hayat. 2011; 17(3):27-37 (Persian).

16. Rezaei M, Adib-Hajbaghery M, Seyedfatemi N, Hoseini F. Prayer in Iran cancer patients undergoing chemotherapy. Complementary Therapies in Clinical Practice. 2008; 14(2):90-7.

17. Daaleman TP, Perera S, Studenski SA. Religion, spirituality, and health status in geriatric outpatients. The Annals of Family Medicine. 2004; 2(1):49-53.

18. Cinar S, Barlas GU, Alpar SE. Stressors and coping strategies in hemodialysis patients. Pakistan Journal of Medical Sciences. 2009; 25(3):447-52.

19. Santavirta N, Raholm MB, Eriksson K, Lindholm L. Perspectives of coronary bypass surgery in terms of gender, age, previous myocardial infarction and spirituality. Australian Journal of Advanced Nursing. 2004; 22(1):18-23.

20. Asayesh H, Zamanian H, Mirgheisari A. Spiritual well-being and religious coping strategies among hemodialysis patients. Iranian Journal of Psychiatric Nursing. 2013; 1(1):48-54.

21. Moghimian M, Salmani F. The study of correlation between spiritual well-being and hope in cancer patients referring to Seyyedo Shohada training-therapy center of Isfahan university of medical sciences, 2010, Isfahan, Iran. QOM University of Medical Sciences Journal. 2012; 6(3):40-5 (Persian).

22. Aghahosseini SS, Rahmani A, Abdollahzadeh F, kermani IA. The relation between awareness of cancer diagnosis and spiritual health among cancer patients. Journal of Caring Sciences. 2012; 1(2):67-72.

23. Townsend MC. Essential of psychiatric. Mental Health Nursing. 2006; 6(4):84-5.

24. Zwingmann C, Muller C, Korber J, Murken



[ Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-15 ]

S. Religious commitment, religious coping and anxiety: a study in German patients with breast cancer. European Journal of Cancer Care. 2008; 17(4):361–70.

25. Stephenson C. The concept of hope revisited for nursing. Journal of Advanced Nursing. 1991; 16(12):1450-61.

[ Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-15 ]