

ارتباط سلامت معنوی با بکارگیری سبک‌های مقابله‌ای در بیماران تحت درمان با همودیالیز

لیلا مردانیان دهکردی^۱، ناهید شاهقلیان^۲

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: نارسایی مزمن کلیه یکی از بیماری‌های مزمن و تهدیدکننده زندگی است. از آنجا که بیماران دچار بیماری‌های مزمن بایستی با چالش‌های موجود مقابله نمایند تا به سطح قابل قبولی از سلامت و کارکرد جسمی، روانی و اجتماعی دست یابند. این پژوهش به منظور بررسی ارتباط سلامت معنوی با سبک‌های مقابله‌ای در بیماران تحت درمان با همودیالیز انجام گردید.

مواد و روش‌ها: این مطالعه از نوع تحقیقات همبستگی است. که در میان ۹۶ نفر از بیماران دچار نارسایی مزمن کلیه که برای درمان با همودیالیز به مراکز همودیالیز تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی اصفهان مراجعه می‌کردند، در سال ۱۳۹۰ انجام شد. جهت جمع‌آوری اطلاعات، از پرسش‌نامه‌ای مشتمل بر سه قسمت: بخش اول مربوط به خصوصیات دموگرافیک، بخش دوم سبک‌های مقابله‌ای با بیماری و بخش سوم سلامت معنوی استفاده شد. آنالیز داده‌ها با آزمون‌های آماری توصیفی و تحلیلی انجام شد.

یافته‌ها: ۲۵ درصد افراد دارای سطح سلامت معنوی بالا، ۷۴ درصد افراد دارای سطح سلامت معنوی متوسط و ۱ درصد افراد دارای سطح سلامت معنوی پایین بودند. بین نمره سلامت معنوی و نمره سازگاری و ابعاد آن رابطه مستقیم وجود داشت ($p < 0/000$). به طوری که با افزایش نمره سلامت معنوی، نمره سبک‌های مقابله‌ای نیز افزایش می‌یافت ($r=0/445$).

نتیجه‌گیری: سطح سلامت معنوی در بیماران تحت درمان با همودیالیز در حد متوسط بود و میان سلامت معنوی و سبک‌های مقابله‌ای ارتباط مستقیم وجود داشت، لذا به منظور افزایش مقابله با بیماری برنامه مراقبتی بایستی با تأکید بر نیازهای معنوی بیماران انجام شود.

واژه‌های کلیدی: سبک‌های مقابله‌ای، سلامت معنوی، همودیالیز، بیماری‌های مزمن، شیوه حل مسأله و شیوه هیجانی

ارجاع: مردانیان دهکردی لیلا، شاهقلیان ناهید. ارتباط سلامت معنوی با بکارگیری سبک‌های مقابله‌ای در بیماران تحت درمان با همودیالیز.

مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۳؛ ۱۲(۴): ۴۸۹-۴۸۱

دریافت مقاله: ۱۳۹۲/۰۴/۰۹

پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۰۵/۰۳

۱. کارشناس ارشد پرستاری، هیأت علمی گروه پرستاری بزرگسالان، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران (نویسنده مسؤل)
Email: mardanian@nm.mui.ac.ir

۲. کارشناس ارشد پرستاری، هیأت علمی گروه پرستاری ویژه، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

مقدمه

می‌شود (۳-۲). از میان این درمان‌ها، همودیالیز رایج‌ترین شیوه درمانی این بیماری در ایران و جهان است (۴)، به طوری که بیش از ۶۰ درصد از بیماران مبتلا به بیماری کلیوی مرحله نهایی در ایالات متحده آمریکا از طریق همودیالیز درمان می‌شوند (۵). بر اساس گزارش انجمن حمایت از بیماران کلیوی نیز تعداد این بیماران در ایران در پایان سال ۱۳۸۳، ۱۵۰۰۰ نفر بوده است (۶).

یکی از بیماری‌های مزمن و تهدیدکننده زندگی که ۲ تا ۳ درصد مردم جهان به آن مبتلا هستند، نارسایی مزمن کلیه است (۱). که به کاهش غیر قابل برگشت عملکرد کلیه‌ها و بیماری کلیوی مرحله نهایی (ESRD یا end stage renal disease) منجر می‌گردد، به طوری که بیمار جهت پیشگیری از اورمی و عوارض آن، برای باقی‌مانده عمر به درمان‌های جایگزین کلیه (همودیالیز، دیالیز صفاقی و پیوند کلیه) وابسته

بیماری را یک شوک تلقی کرده و معتقد است معنویت نقش مهمی در برگشت به حالت اولیه و تعادل سلامتی دارد (۱۷). در این زمینه مطالعاتی ارتباط احتمالی معنویت و افزایش بقا در بیماران مبتلا به ESRD را بررسی کرده اند (۱۸-۱۹) و نتایج برخی مطالعات دیگر نیز بیانگر ارتباط میان اعتقادات مذهبی و معنوی با کاهش درک از فشار بیماری، کاهش اثرات منجر به افسردگی، افزایش درک حمایت‌های اجتماعی و رضایت بیشتر از زندگی و کیفیت بالاتر زندگی در بیماران ESRD است (۲۰). در ایران نیز مطالعاتی به بررسی روش‌های مقابله‌ای (۲۱-۲۲) و یا سلامت معنوی (۲۳-۲۴) در بیماران دچار بیماری‌های مزمن پرداخته‌اند اما هیچ یک ارتباط این دو مقوله با یکدیگر را بررسی نکرده‌اند.

ازسویی از دیدگاه پرستاری جامع نگر پرستاران باید انسان را یک واحد زیستی روانی و اجتماعی با مرکزیت بعد روانی در نظر گیرند و توجه نمایند که هرکدام از این ابعاد به هم وابسته و متأثر از یکدیگر هستند (۲۵) اما با وجود این که مداخله معنوی در کنار دیگر مداخلات پرستاری سبب تعادل میان جسم، روان و معنویت در جهت کسب سلامتی کامل و همه جانبه خواهد شد (۲۶) اغلب به بعد معنوی توجهی نمی‌شود چرا که به اندازه کافی در این زمینه مطالب علمی وجود ندارد. لذا این پژوهش به منظور بررسی فرضیه وجود ارتباط میان سلامت معنوی و بکارگیری سبک‌های مقابله‌ای در بیماران تحت درمان با همودیلیز انجام گردید.

مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع تحقیقات همبستگی است. نمونه‌گیری به صورت سرشماری در میان بیماران تحت درمان با همودیلیز که برای درمان به مراکز همودیلیز تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی اصفهان (بیمارستان الزهرا و علی اصغر اصفهان و امام خمینی فلاورجان) مراجعه می‌کردند، انجام شد. اما تنها ۹۶ نفر در مطالعه شرکت نمودند. جهت انجام این مطالعه پژوهشگران با دریافت معرفی نامه از دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به مراکز همودیلیز تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در شهر اصفهان و فلاورجان مراجعه نموده و

اختلالات ناشی از بیماری مرحله نهایی نارسایی کلیه از یک سو و عوارض ناشی از همودیلیز از سوی دیگر شرایط زندگی را برای این بیماران سخت کرده به گونه‌ای که این بیماران بایستی با چالش‌های موجود مقابله نمایند تا به سطح قابل قبولی از سلامت و کارکرد جسمی، روانی و اجتماعی دست یابند (۷). چرا که هدف از استفاده از درمان‌های جایگزین فقط افزایش طول عمر این بیماران نیست بلکه هدف زندگی با کیفیتی بالا است. آمار بالای افسردگی، اضطراب، اختلالات خواب و روابط زناشویی و آمار قابل توجه خودکشی در این بیماران (۸-۱۰) لزوم کمک به این بیماران در راستای هماهنگ شدن آن‌ها با تغییرات ناشی از بیماری و درمان را نشان می‌دهد (۱۱). استفاده از روش‌های مقابله‌ای که فرایندی محافظتی است (۱) منجر به کاهش اضطراب و نگرانی ناشی از بیماری می‌گردد (۱۲).

اما بکارگیری این روش‌ها به تجارب شخصی، سیستم حمایت اجتماعی، اعتقادات افراد و در دسترس بودن منابع حمایت بستگی دارد (۱۳-۱۴). و از آنجایی که هدف از مراقبت و درمان بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن، کمک به آن‌ها جهت مقابله با بیماری و پیامدهای آن است، آگاهی پرستاران از سبک‌های مقابله‌ای به کار گرفته شده توسط بیماران به پرستاران در برنامه‌ریزی و ارزیابی مراقبت‌های پرستاری مؤثر به بیماران، کمک خواهد کرد (۱۱). از سویی مقابله با بیماری تحت تأثیر عوامل فردی مانند عوامل جسمی، روانی، رفتاری شناختی و عوامل محیطی و اجتماعی و نیز اثرات متقابل آن‌ها قرار دارد و لازم است عوامل مرتبط با آن مورد توجه قرار گیرد (۱۱). از آنجایی که انسان موجودی چند بعدی است، هر کدام از ابعاد وجودی انسان ممکن است سازگاری وی را تحت تأثیر خود قرار دهند. نظر به این که بعد معنوی در مرکز این ابعاد قرار دارد توجه به بعد معنوی می‌تواند تأثیر به سزایی در کسب سلامتی داشته باشد زیرا معنویت یکی از جوانب انسان در پرستاری کل‌گرا است که در سلامتی و خوب بودن انسان نقش به سزایی دارد (۱۵). برخی نیز معتقد هستند که معنویت توانایی مقابله بیمار را با وقوع یک بیماری بالا برده و سرعت بهبودی را افزایش می‌دهد (۱۶). مرحمت‌نیا به نقل از Newman

استفاده شد. بدین ترتیب که با استفاده از آمار توصیفی (میانگین و فراوانی) امتیاز سلامت معنوی تعیین گردید. با استفاده از آمار توصیفی (میانگین و فراوانی) نیز میانگین سبک‌های مقابله‌ای تعیین شد و در نهایت به منظور بررسی ارتباط بین سلامت معنوی و سبک‌های مقابله‌ای از آمار استنباطی (آزمون رگرسیون پیرسون) استفاده شد و ارتباط بکارگیری سبک‌های مقابله‌ای با سلامت معنوی مورد بررسی قرار گرفت. ارتباط سلامت معنوی با مشخصات دموگرافیک با آزمون‌های آماری t و ANOVA بررسی شد. همچنین ارتباط بین این دو مقوله بر حسب برخی مشخصات دموگرافیک (سن، جنس، وضعیت تأهل و تحصیلات) با آزمون Z و $Chisquare$ (آزمون‌های مقایسه همبستگی در دو یا چند گروه) مورد ارزیابی قرار گرفت.

یافته‌ها

میانگین سنی مشارکت‌کنندگان در پژوهش ($SD=15/56$) $51/98$ ، $57/3$ درصد آن‌ها مرد و اکثراً ($87/4$ درصد) متأهل بودند. سطح تحصیلات اکثر آن‌ها ($63/2$ درصد) زیر دیپلم و بیشتر خانه‌دار ($37/2$ درصد) بودند. همچنین بیش از نیمی از آن‌ها به جز نارسایی مرحله آخر کلیه از بیماری‌های دیگر نیز رنج می‌بردند (52 درصد).

بر اساس یافته‌ها 25 درصد افراد دارای سطح سلامت معنوی بالا، 74 درصد افراد دارای سطح سلامت معنوی متوسط و 1 درصد افراد دارای سطح سلامت معنوی پایین بودند. میانگین سلامت معنوی در واحدهای مورد پژوهش ($SD=17/11$) $87/43$ بود.

با استفاده از آزمون‌های آماری t مستقل و ANOVA میانگین سلامت معنوی بر حسب مشخصات دموگرافیک مقایسه شد. بر اساس نتایج میانگین سلامت معنوی بر حسب جنس ($P=0/57$) و وضعیت تأهل ($P=0/06$) و سن ($P=0/27$) تفاوت معنی‌داری نداشت اما اختلاف معنی‌داری در سلامت معنوی بر حسب سطح تحصیلات دیده شد ($P=0/03$).

از سویی میانگین نمره کل سبک‌های مقابله‌ای در بیماران $34/71$ و انحراف معیار آن $8/37$ بود و شیوه هیجان‌مدار

پس از اخذ اجازه از ریاست بیمارستان و رئیس بخش‌های همودیالیز در بخش حضور پیدا کرده و پس از فهرست نمودن بیماران واجد شرایط با توجه به برنامه دیالیز آنان به بخش مراجعه و بعد از توضیح کامل اهداف پژوهش به بیمار و کسب رضایت آگاهانه را از وی، اطلاعات لازم بوسیله پرسش‌نامه جمع‌آوری نمودند، در مواردی که بیمار قادر به نوشتن نبود، سؤالات پس از اتمام دیالیز در محیط کاملاً خصوصی توسط پژوهشگر از بیمار پرسیده و بدون هیچ‌گونه دخل و تصرفی در پاسخ‌نامه علامت زده می‌شد. نمونه‌گیری از تاریخ $90/3/1$ تا $90/9/20$ به طول انجامید.

در این پژوهش جهت جمع‌آوری اطلاعات، پرسش‌نامه‌ای مشتمل بر سه قسمت: بخش اول مربوط به خصوصیات دموگرافیک، بخش دوم سبک‌های مقابله‌ای و بخش سوم سلامت معنوی مورد استفاده قرار گرفت. جهت بررسی سبک‌های مقابله‌ای از پرسش‌نامه مقابله‌ای Billings و Moos شامل 19 سؤال استفاده شد که پایایی آن توسط پورشه‌باز به روش تصنیف و با استفاده از روش اسپیرمن-براون محاسبه گردیده و ضریب پایایی آن برابر با 78 درصد به دست آمده بود (27) در این پرسش‌نامه دو شیوه مقابله متمرکز بر حل مسئله با 8 سؤال و شیوه مقابله بر هیجان با 11 سؤال سنجیده شد. سؤالات این بخش مقیاس چهار گزینه‌ای داشت و هر سؤال بر اساس گزینه‌ای که فرد انتخاب می‌نمود بین صفر تا 3 به صورت «همیشه=3»، «اغلب=2»، «گاهی=1» و «هیچ وقت=0» نمره‌دهی شد (سؤالات منفی به صورت معکوس نمره‌دهی شد). به منظور بررسی سلامت معنوی نیز از پرسش‌نامه سلامت معنوی Palutzian و Ellison حاوی 20 سؤال استفاده شد، پایایی این ابزار نیز در سال 1385 توسط رضایی با ضریب آلفای کرونباخ 82 درصد مورد تأیید قرار گرفت (28). نمره‌گذاری سؤالات این بخش بر اساس مقیاس لیکرت 6 گزینه‌ای از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم بوده و در سؤالات منفی نمره‌گذاری به صورت معکوس بود.

اطلاعات به‌دست آمده با استفاده از نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و از آمار توصیفی و استنباطی

آزمون همبستگی پیرسون در مورد ارتباط میان سلامت معنوی و سبک‌های مقابله‌ای، نشان داد بین نمره سلامت معنوی و نمره سبک‌های مقابله‌ای و ابعاد آن رابطه معنی‌دار ($p < 0/001$) و مستقیم وجود دارد. به طوری که با افزایش نمره سلامت معنوی، نمره سبک‌های مقابله‌ای ($r = 0/445$) و به کارگیری شیوه هیجان‌مدار ($r = 0/420$) و شیوه مسأله‌مدار ($r = 0/371$) در افراد افزایش می‌یافت.

هم‌چنین مقایسه همبستگی سلامت معنوی و سبک‌های مقابله‌ای بر حسب مشخصات دموگرافیک با آزمون Z و Chisquare تفاوت معنی‌داری در ارتباط بین سلامت معنوی و بکارگیری سبک‌های مقابله‌ای بر حسب جنس، وضعیت تأهل، سن و سطح تحصیلات نشان نداد (جدول ۲).

(میانگین = $20/07$ انحراف معیار = $4/39$) نسبت به شیوه مسأله‌مدار (میانگین = $16/65$ ، انحراف معیار = $5/08$) بیشتر توسط بیماران به کار گرفته می‌شد ($P < 0/000$).

آزمون‌های آماری t مستقل و ANOVA تفاوت معنی‌داری در میانگین سبک مقابله‌ای هیجان‌مدار بر حسب جنس ($0/81$) ($P = 0/86$) و وضعیت تأهل ($P = 0/18$) نشان نداد. اما اختلاف معنی‌داری در سبک مقابله‌ای هیجان‌مدار بر حسب سطح تحصیلات ($P = 0/015$) و سن ($P = 0/006$) دیده شد. هم‌چنین آزمون‌های آماری t مستقل و ANOVA تفاوت معنی‌داری در میانگین سبک مقابله‌ای مسأله‌مدار بر حسب جنس ($P = 0/21$)، وضعیت تأهل ($P = 0/18$)، سطح تحصیلات ($P = 0/22$) و سن ($P = 0/21$) نشان نداد.

جدول ۱. میانگین سلامت معنوی و سبک‌های مقابله‌ای بر حسب جنس، وضعیت تأهل، سن و تحصیلات

شیوه مسأله‌مدار		شیوه هیجان‌مدار		سلامت معنوی			
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		
۴/۹	۱۳/۹۰	۴/۱	۱۹/۹۵	۱۵/۸	۸۶/۲۷	زن	جنس
۵/۱۰	۱۵/۲۰	۴/۶	۲۰/۱۶	۱۸/۱۰	۸۸/۳	مرد	
$t = -1/24$		$t = -0/23$		$t = -0/57$			آزمون t
P value = 0/21		P value = 0/8		P value = 0/5			
۵/۱۵	۱۴/۹۴	۴/۳۵	۲۰/۱۰	۱۶/۹۰	۸۸/۶۲	متاهل	وضعیت تأهل
۴/۵	۱۲/۸۳	۴/۷۳	۲۰/۳۳	۱۷/۵	۷۸/۹۱	مجرد	
$t = -1/34$		$t = 0/17$		$t = -1/85$			آزمون t
P value = 0/18		P value = 0/8		P value = 0/06			
۳/۶۵	۱۴/۹۴	۴/۲۷	۲۱/۶۱	۲۱/۴۲	۸۲/۶۱	گروه سنی > ۴۰ سال	سن
۴/۷۷	۱۵/۲۳	۴/۱۴	۲۱/۱۰	۱۵/۵۹	۹۱/۰۹	گروه سنی ۴۰-۶۰ سال	
۵/۷۹	۱۳/۱۲	۴/۲۰	۱۸/۱۸	۱۷/۴۱	۸۷/۹۰	گروه سنی < ۶۰ سال	
F = 1/58		F = 5/48		F = 1/30			آزمون ANOVA
P value = 0/21		P value = 0/006		P value = 0/27			
۴/۶۷	۱۳/۴۰	۳/۶۶	۱۸/۴۴	۱۴/۴۳	۸۵/۳۶	بیسواد	تحصیلات
۵/۴۰	۱۴/۸۱	۴/۵۷	۲۰/۲۰	۱۸/۱۵	۸۵/۸۶	زیر دیپلم	
۳/۷۷	۱۶/۴۲	۳/۴۸	۲۲/۸۳	۱۲/۴۱	۹۹/۵	دانشگاهی	
F = 1/52		F = 4/42		F = 3/60			آزمون ANOVA
P value = 0/22		P value = 0/015		P value = 0/031			

جدول ۲. ارتباط بین سلامت معنوی و بکارگیری شیوه‌های مقابله‌ای بر حسب جنس، وضعیت تأهل، سن و تحصیلات

متغیرها	جنس	وضعیت تأهل	سن (سال)	تحصیلات				
	زنان	مردان	< ۴۰	۶۰-۴۰	> ۶۰	بی‌سواد	زیر دیپلم	دانشگاه
	(نفر ۴۱)	(نفر ۵۵)	(نفر ۱۲)	(نفر ۸۳)	(نفر ۱۸)	(نفر ۳۱)	(نفر ۲۵)	(نفر ۵۹)
مسأله مدار	۰/۳۴۵	۰/۳۸۱	۰/۷۰۹	۰/۳۱۳	۰/۴۶۹	۰/۲۸۶	۰/۵۴۹	۰/۴۴۲
	۰/۲۲۰	۰/۳۷۸	۰/۳۷۸	۰/۳۷۸	۰/۳۷۸	۰/۳۷۸	۰/۳۷۸	۰/۳۷۸
هیجان مدار	۰/۴۰۱	۰/۴۳۰	۰/۷۴۱	۰/۳۹۱	۰/۵۴۴	۰/۴۰۸	۰/۴۶۲	۰/۳۳۲
	۰/۵۷۸	۰/۳۷۹	۰/۳۷۹	۰/۳۷۹	۰/۳۷۹	۰/۳۷۹	۰/۳۷۹	۰/۳۷۹

بحث و نتیجه‌گیری

در پژوهش حاضر اکثر بیماران از سلامت معنوی متوسط برخوردار بودند. یافته‌های مطالعه اله‌بخش‌یان در مبتلایان به MS در تأیید این مطلب بوده و نشان می‌دهد سلامت معنوی در اکثر این بیماران در حد متوسط (۹/۹۷ درصد) می‌باشد (۲۳). این در حالی است که مطالعه حجتی و همکاران نشان می‌دهد ۷۵ درصد افرادی که تحت درمان با همودپالیز قرار دارند از سلامت معنوی بالایی برخوردار هستند (۲۴). نظر به این‌که حمایت‌های معنوی و منابع مذهبی و داشتن ارتباط قوی با قدرتی بالاتر می‌تواند موجب بهبود کیفیت زندگی و کاهش شدت علائم شود که نتایج سودمند برای مراقبت‌های پزشکی و درمانی به دنبال دارد (۲۹) این مسأله لزوم توجه به نیازهای معنوی و ارائه مراقبت‌های معنوی در این بیماران را مطرح می‌سازد.

در این مطالعه بین تحصیلات و نمره سلامت معنوی رابطه معنی‌داری وجود داشت. نتایج مطالعه parsian در تأیید این یافته بوده و نشان می‌دهد سلامت معنوی رابطه مستقیم با سطح تحصیلات داشته و افراد مبتلا به دیابت با سطح تحصیلات بالاتر معنویت بالاتری دارند (۳۰).

میانگین نمره سلامت معنوی در زنان و مردان تفاوت معنی‌داری نداشت، لیکن یافته‌های حاصل از مطالعه parsian نشان می‌دهد که بین جنس و سلامت معنوی ارتباط معنی‌داری وجود دارد به طوری که زنان بیشتر از مردان به تمرینات معنوی می‌پردازند (۳۰). میانگین نمره سلامت معنوی در افراد متأهل و افراد مجرد تفاوت معنی‌داری نداشت.

در مطالعه chan نیز اختلاف معنی‌داری در انجام مراقبت‌های معنوی بر حسب وضعیت تأهل وجود نداشت (۳۱). هم‌چنین نتایج اختلاف معنی‌داری در سطح سلامت معنوی بر حسب سن نشان نداد. این نتیجه توسط یافته‌های برخی مطالعات دیگر مورد تأیید می‌باشد (۳۲).

در این مطالعه اختلاف معنی‌داری در سبک‌های مقابله‌ای بر حسب جنس و وضعیت تأهل وجود نداشت. اما تفاوت معنی‌داری در میانگین سبک مقابله‌ای هیجان‌مدار بر حسب سطح تحصیلات و سن دیده شد. مطالعات دیگر نتایج متفاوت داشته به گونه‌ای که برخی نشان می‌دهند که سطح سازگاری زنان بیشتر از مردان است، و مردان بیشتر از روش مسأله‌مدار و زنان بیشتر از روش‌های هیجان‌مدار استفاده می‌کنند (۳۳) و برخی نیز حاکی از این مسأله هستند که رفتارهای سازگاری در مردان بیشتر از زنان است (۳۰). اما همسو با یافته‌های این مطالعه در سایر مطالعات نیز تفاوت معنی‌داری در سازگاری بین افراد متأهل و مجرد وجود نداشت (۳۴). در مطالعات دیگر نیز ارتباط معکوس سن و روش‌های سازگاری (۳۳) و ارتباط مستقیم میان سازگاری و تحصیلات دیده می‌شود (۳۵).

در این پژوهش میان سلامت معنوی و سبک‌های مقابله‌ای و ابعاد آن ارتباط مستقیم وجود داشت ($p < ۰/۰۰۰$)، سایر منابع نیز از نظر تأثیر معنویت بر قدرت بهبود یافتن، اجماع دارند و بر اساس نتایج مطالعات افزایش سطح سلامت معنوی با بهبودی بیماران همراه بوده (۳۶-۳۹) و با توانایی مقابله با تغییر و سازگاری ارتباط دارد (۴۰-۴۱) Koenig و همکاران نیز بیان می‌کنند میان ارزش‌های معنوی و سازگاری

جنس انجام شده بود (۴۵)، ارتباط حمایت اجتماعی و علایم افسردگی اختلاف معنی‌داری در زنان و مردان و گروه‌های سنی مختلف نداشت. شاید به نوعی بتوان نتایج مطالعه فوق را در تأیید این یافته دانست چراکه سبک‌های مقابله‌ای به جهت رویارویی با علایم و چالش‌های ناشی از بیماری (هم‌چون افسردگی) توسط بیماران به کار گرفته می‌شود و معنویت نیز به عنوان یک منبع حمایتی به شمار می‌رود.

یافته‌های حاصل از این پژوهش حاکی از آن بود که سطح سلامت معنوی در بیماران تحت درمان با همودیالیز در حد متوسط است، لذا به منظور دستیابی به سطح سلامت معنوی بالاتر در این بیماران باید مراقبت‌های معنوی در راستای نیازهای معنوی بیماران به آنان ارایه شود.

دیگر یافته مهم این پژوهش ارتباط میان سلامت معنوی و سبک‌های مقابله‌ای بود که در طراحی برنامه‌های مراقبتی-درمانی در بیماران مفید و ضروری است. لذا طرح مداخلات مراقبتی و آموزشی به بیماران با تأکید بر شیوه‌های مقابله‌ای و نیازهای معنوی به بیماران توصیه می‌شود.

ارتباط وجود دارد به طوری که کاهش سطح افسردگی فرد را به دنبال دارد (۲۳). نتایج برخی مطالعات دیگر نیز نشان می‌دهد اعتقادات مذهبی و معنوی علاوه بر کاهش اثرات منجر به افسردگی باعث کاهش فشار بیماری، افزایش حمایت‌های اجتماعی و رضایت بیشتر از زندگی (۴۲) و کیفیت بالاتر زندگی در بیماران می‌گردد (۴۲-۴۳). حتی برخی مطالعات نشان می‌دهد معنویت بر توانایی اداره بیماری توسط فرد تأثیر می‌گذارد (۳۹). Hampton و Wienert نیز معتقد هستند سلامت معنوی با سلامتی ایده‌آل در ارتباط است، چرا که معنویت به افراد کمک می‌کند تا با بیماری‌های مزمن سازگار شده و واقعیت زندگی با بیماری بدون درمان را پذیرفته و نتایج را بپذیرند (۴۴).

در این مطالعه ارتباط سلامت معنوی و بکارگیری سبک‌های مقابله‌ای بر حسب جنس، وضعیت تأهل، سن و سطح تحصیلات تفاوت معنی‌داری نداشت. پژوهشگر در فرایند جستجو به مطالعه‌ای که ارتباط این دو مقوله را بر حسب مشخصات دموگرافیک بررسی نماید برخورد نکرد. اما بر اساس مطالعاتی که در خصوص ارتباط حمایت اجتماعی و علایم افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان بر حسب سن و

References

1. Narimani M, Rafigh Irani S. A survey of relationship between coping styles and mental health in patients undergoing hemodialytic treatment. *Fundamentals of Mental Health* 2008; 10(38): 117-22.
2. Kasper DL, Braunwald E, Fauci AC, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL. *Harrison's principles of internal medicine*. 16th Ed. New York: McGraw-Hill Companies; 2005. P. 1653
3. Saunderson CA, Brener TH. *End of life: A nurse's guide to compassionate care*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007. P. 175.
4. Mahadavi Mazdeh M, Hemmat-abadi M, Ahmadi F, Seifi S. Comparing acute clinical intrahemodialysis complications and biocompatibility of polysulfone versus hemophane membranes. *Journal of Arak University of medical sciences (Rahavaed-e Danesh)* 2007; 9(4): 88-92.
5. Welch JL, Perkins SM, Johnson CS, Kraus MA. Patterns of interdialytic weight gain during the first year of hemodialysis. *Nephro nurse* 2006; 33(5): 493-9.
6. Heydarzadeh M. Quality of Life and it's Dimensions in Hemodialysis Patients. *Tabriz Faculty of Nursing and Midwifery Magazine* 2007; 4: 52-9.
7. De Ridder D, Schreurs K. Developing interventions for chronically ill patients: Is coping a helpful concept? *Clinical Psychology Review* 2001; 21(2): 205° 40.
8. Kallenbach JZ, Gutch CF, Stoner MH, Corea AL. *Review of hemodialysis for nurses and dialysis personnel*. 7th ed. St. Louis: Mosby; 2005. P: 132-7.
9. Sharon Wallace Williams and et al. Correlates of sleep behavior among Hemodialysis patient. *Am J Nephrology*. 2002; 22: 18-28.

10. Samimi Ardestani M, Karbasi V, Zahir Aldin AR , Atabak, S. Compare the prevalence of depression in hemodialysis patients and continuous cycling peritoneal dialysis. *The Quarterly Journal of Fundamentals Of Mental Health*. 2004-2005; 6(23-24): 127-30.
11. Afrasiabi Far A, Hassani P, Falahi Khoshknab M, Yaghmaei F. Patterns of coping with illness. *Journal of Nursing (Shahid Beheshti University of Medical Sciences)*. 2008; 19(67):42-7.
12. Fortune DG, Richards HL, Griffith CEM, Main CJ. Psychological stress, distress and disability in patients with psoriasis: Consensus and variation in the contribution of illness perceptions, coping and alexithymia. *Br J Clin Psychol* 2002; 41:157° 74.
13. Finkelstein FO, Finkelstein SH. Depression in chronic dialysis patients: Assessment and treatment. *Nephrol Dial Transplant* 2000; 15:1911° 3.
14. Kimmel PL, Thamer M, Richard CM, Ray NF. Psychiatric illness in patients with end-stage renal disease. *Am J Med* 1998;105:214° 21
15. Chiu L. Spiritual resources of Chinese immigrants with breast cancer in the USA. *International Journal of Nursing Studies* 2001; 38: 175° 84.
16. Potter PA, Perry AG. *Basic Nursing*. 5th ed. St Louis: Mosby Company; 2003.P.421-4.
17. Farahaninia M, Abbasi M, Givari A, Haghani H. Nursing students spiritual wellbeing and their perspective toward spirituality and spiritual perspective. *Iran journal of nursing* 2006; 18(44): 7-14.
18. Matthews WJ, Conti J, Sireci SG: The effects of intercessory prayer, positive visualization, and expectancy on the well-being of kidney dialysis patients. *Altern Ther Health Med*. 2001; 7(5): 42° 52.
19. Tanyi RA, Werner JS. Spirituality in African American and Caucasian women with end-stage renal disease on hemodialysis treatment. *Health Care Women Int* 2007; 28(2): 141° 54.
20. Patel SS, Shah VS, Peterson RA, Kimmel PL: Psychosocial variables, quality of life, and religious beliefs in ESRD patients treated with hemodialysis. *Am J Kidney Dis*. 2002; 40: 1013° 22.
21. Bagherian Sararoudi R, Ahmadzadeh GH H, Mahmmodi M A. coping styles among diabetic patients. *Journal of Arak University of Medical Sciences* 2009; 12(1): 9-17.
22. Bagherian Sararoudi R, Ahmadzadeh GH H , Yazdani E. Study of coping styles among dialysis patients. *Journal of Semnan University of Medical Sciences* 2009; 10(2):111-8
23. Allahbakhshian M, Jafarpur 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.
24. Hojjati H, Taheri N, Akhundzade G, Heydari B, Sharifnia S. H. Resorting to pray rate in hemodialysis patients of Golestan province. *Iranian Journal of Critical Care Nursing* 2010; 3(2): 75-9.
25. Mauk KL, Schmidt NK. *Spiritual care in nursing practice*. New York: Lippicott Williams & Wilkins; 2004. P:15.
26. Andrew MM, Boyle JS. *Transcultural concepts in nursing*. 4th ed. London: Lippincott Company; 2003.P. 435-6
27. Pour Shahbaz A. The relation between stressful life events & personality type in patients with leukemia. [MsC Thesis]. Tehran, Iran: Tehran Psychiatric Institute; 1993.
28. Rezaeei M, Fatemi N. Frequency relationship in prayer and spiritual health of patients with cancer chemotherapy. *Iran Nurs J* 2007; 20(50):10-5. [In Persian].
29. Abedi H, Asgari M, Kazemi Z, Saffari F, Nasiri M. Religious care patients and the barriers. *J Teb Tazkieh*. 2005;4(53):16-23. [In Persian].
30. Parsian N, Dunning T. Spirituality and coping in young adults with diabetes: a cross-sectional study. *European Diabetes Nursing* 2009; 6(3): 100-4.
31. Chan MF. Factors affecting nursing staff in practicing spiritual care. *Journal of clinical nursing* 2011; 20(1-2):299-300.
32. Starks, Sandra and Hughey, Aaron W. African American Women at Midlife: The Relationship between Spirituality and Life Satisfaction. *Affilia* 2003; 18 (2), 133-47
33. Yeh Sh. Ch. J., Chou H. Ch oping Strategies and Stressors in Patients With Hemodialysis *Psychosomatic Medicine* 2007; 69:182-90.
34. Drageset S, Lindstrom T.C. Coping with a possible breast cancer diagnosis: demographic factors and social Support. *Journal of Advanced Nursing* 2005; 51(3): 217° 26.
35. Collen J coping satisfaction and cycle in families mentally retarded persons. *Nursing* 1994; 14: 193- 197
36. Tanyi RA, Werner JS: Spirituality in African American and Caucasian women with end-stage renal disease on hemodialysis treatment. *Health Care Women Int*. 2007; 28: 141° 154.
37. Pesut B. Spirituality and spiritual care in nursing fundamentals textbooks. *J Nurs Educ* 2008; 47: 167° 173.

38. Harvy IS. Assessing self-management and spirituality practice among older women. *Am J health Behave.* 2008; 32: 157-168
39. Samuel-Hodge CD, Headen SW, Skelly AH, et al. Influences of day-today self-management of type 2 diabetes among African-American women. *Diabetes Care* 2000; 23: 928° 933.
40. Krok D. The role of spirituality in coping: Examining the relationships between spiritual dimensions and coping styles *Mental Health, Religion & Culture* 2008; 11(7): 643-653
41. Narayanasmy A .Nurses awareness and educational preparation in meeting their patients spiritual needs. *Nurse education today.* 1993; 13:196-201.
42. Koenig HG. Spirituality and depression: A look at the evidence. *South Med J* 2007; 100: 737° 9.
43. Patel SS, Shah VS, Peterson RA, Kimmel PL. Psychosocial variables, quality of life, and religious beliefs in ESRD patients treated with hemodialysis. *Am J Kidney Dis.* 2002; 40: 1013° 22.
44. Hampton JS, Wienert C. An exploration of spirituality in rural women with chronic illness. *Holis Nurs Pract* 2006; 20(1): 27° 33
45. Hann D, Baker F, Denniston M, et al. The influence of social support on depressive symptoms in cancer patients: Age and gender differences. *Journal of Psychosomatic Research.* 2002. 52(5), 279-83.



Relation between spiritual health & coping style in patients undergoing hemodialysis treatment

Leila Mardanian Dehkordi¹, Nahid Shahgholian²

Original Article

Abstract

Aim and Background: Chronic Renal Failure is One of the chronic and life-threatening diseases.. these patients require adapting to achieve desirable psycho social and physical health condition . This study was performed to examine the relationship between spiritual health and coping style in patients undergoing hemodialysis treatment.

Methods and Materials: This study is a correlation research That done among 96 samples who were refer for treating with hemodialysis to hemodialysis centers affiliated to Isfahan University of Medical Sciences. For data collection, a questionnaire consisting three parts was used; the first part on the demographic characteristics, the second part on the coping style, the third part on spiritual health. The data analyzed by Descriptive and analytical statistical tests.

Findings: The result indicated that 25 % of patients had high level, 74% had intermediate level & 1% had low level spirituality. Findings showed a direct relation between spiritual health score and coping score and its dimension ($p < 0.000$). So that increase in the spiritual health score causes increase in the coping score ($r = 0.445$).

Conclusions: Level of spiritual health in most patients was moderate and there was direct relation between coping style and spiritual health so for increasing coping with illness care plan should be done base on patients' spirituality needs.

Keywords: Coping Style, Spiritual Health, Hemodialysis, Chronic Illness, Problem-Based Emotion-Based

Citation: Mardanian Dehkordi L, Shahgholian N. **Relation between spiritual health & coping style in patients undergoing hemodialysis treatment.** J Res Behave Sci 2014; 12(4): 481-489

Received: 30.06.2013

Accepted: 21.08.2013

1. MSc, Department of Adult Health Nursing, School of Nursing and Midwifery , Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran (Corresponding Author) Email: mardanian@nm.mui.ac.ir
2. MSc, Department of Critical Care Nursing, Kidney Disease Research Center, School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran