مقاله تحقیقی

مجله سلامت و سالمندی خزر، دانشکده پرستاری مامایی فاطمه زهرا (س) رامسر
دوره سوم، شماره ۲، پاییز و زمستان ۱۳۹۷، صفحه۳۸-۳۱

سلامت معنوی و ارتباط آن با مشخصات جمعیت شناختی بیماران تحت همودیالیز

نسرین توسلی (MSc) [۱]، آذر درویش پور (PhD)[۲و۱*]، رؤیا منصورقناعی(PhD)[۱]، زهرا عطرکار روشن (PhD) [۳]

۱-گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی و پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران
۲-مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران
۳-گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

دریافت: ۹۷/۹/۲۴، اصلاح: ۹۷/۱۰/۲۳، پذیرش:۹۷/۱۱/۷

خلاصه

سابقه و هدف: در بیماری‌های مزمن، ایمان مذهبی بیمار به مخاطره می‌افتد و بحران معنوی در فرد پدیدار می‌شود. هدف از این مطالعه تعیین سلامت معنوی و ارتباط آن با مشخصات جمعیت شناختی بیماران تحت همودیالیز در زمستان سال ۱۳۹۶ بود.

مواد و روش‌ها: این مطالعه مقطعی روی ۱۰۳ بیمار مراجعه‌کننده به مرکز همودیالیز رازی رشت به‌صورت نمونه تصادفی ساده انجام شد. جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌های خصوصیات دموگرافیک و سلامت معنوی انجام شد. روان‌سنجی این پرسشنامه در مطالعات داخلی کشور به تأیید رسیده است. داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و تحلیلی (Mann–Whitney و Kruskal–Wallis) و بهره‌گیری از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ با در نظر گرفتن سطح معنی‌داری (P<۰/۰۵)، مورد تجزیه تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: میانگین نمره کلی سلامت معنوی در بیماران برابر با ۲۲۷/۹۲ و با انحراف معیار ۱۹/۰۱ بود که نشانگر بالا بودن سلامت معنوی در بیماران تحت همودیالیز می‌باشد. سلامت معنوی در بیماران بالای ۶۰ سال، دارای تحصیلات سطح دانشگاهی، کشاورزان، بیماران دارای سابقه پیوند و سابقه دیالیز کمتر از یک سال، درآمد بالای دو میلیون تومان، عدم وجود بیماری زمینه‌ای بالابود. بین سلامت معنوی باسابقه دیالیز و میزان درآمد تفاوت معنی‌دار وجود داشت (P<۰/۰۵).

نتیجه‌گیری: در این مطالعه سطح سلامت معنوی بیماران تحت تأثیر برخی ویژگی‌های جمعیت شناختی بود. آگاهی از نتایج این پژوهش می‌تواند مورد توجه مسئولین قرار گیرد تا با برنامه‌ریزی لازم و فراهم آوردن تمهیدات موردنیاز، زمینه را جهت ارتقاء سلامت معنوی بیماران فراهم نمایند.

واژه‌های کلیدی: همودیالیز، سلامت معنوی، بیماری مزمن.

مقدمه

بیماری‌های مزمن علل عمده مرگ‌ومیر در سراسر جهان است (۱). بیماری مزمن تجربه‌ای چندبعدی است که موجب ناتوانی در زمینه‌های مختلف جسمی، روحی-روانی، اجتماعی و اقتصادی می‌گردد (۲). نارسایی مزمن کلیه یکی از بزرگ‌ترین مشکلات سلامتی در دنیا محسوب می‌شود. شیوع نارسایی کلیه در جهان ۲۴۲ نفر در هر یک‌میلیون نفر گزارش شده است. این آمار در ایران ۳۵۷ نفر در هر یک‌میلیون نفر می‌باشد و پیش‌بینی می‌شود که در سال ۴۰۰ تعداد مبتلایان به ۹۵۰۰۰ نفر برسد که حدود ۵۰ درصد از این بیماران تحت درمان با همودیالیز قرار خواهند گرفت (۳). بیماری مزمن کلیه یک وضعیت متشنجی است که باعث بروز عوارض بسیاری می‌شود. علاوه بر آن، درمان این بیماران نیز سبب ایجاد تغییرات قابل‌توجهی در روند زندگی روزانه آن‌ها می‌شود. اختلال در کیفیت زندگی مربوط به بیماری مزمن کلیه و درمان آن می‌باشد. دیالیز درمان قطعی بیماری مزمن کلیه نمی‌باشد ولی به طولانی شدن بقا بیماران و بهبود کیفیت زندگی آن‌ها کمک می‌کند (۴). پیشرفت‌های تکنولوژیک سبب افزایش میزان بقای بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه شده است و سالانه به تعداد افراد نیازمند استفاده از درمان‌های جایگزین کلیه افزوده می‌شود. مرسوم‌ترین درمان در بین درمان‌های جایگزینی کلیه همودیالیز می‌باشد که سبب کاهش نشانه‌های بیمار و حفظ زندگی فرد می‌شود. به دلیل ماهیت بیماری نارسایی مزمن کلیه و جلسات مکرر همودیالیز، بیماران مبتلا، با مشکلات متعدد جسمی، روان‌شناختی، اجتماعی و اقتصادی روبه‌رو هستند و با توجه به سیر طولانی‌مدت این بیماری و مشکلات ناشی از آن، ابعاد مختلف سلامت افراد مبتلا تحت تأثیر قرار می‌گیرد (۵). در بیماری‌های مزمن، ایمان مذهبی بیمار به مخاطره می‌افتد و بحران معنوی در فرد پدیدار می‌شود (۶). مواجهه با بیماری می‌تواند باعث بحران‌های حاد و شدید در سلامت فرد شود (۷). شرایط و مشکلات بیماران تحت همودیالیز اهمیت توجه به سلامت معنوی در این افراد را مطرح می‌سازد (۸). سلامت معنوی یکی از ابعاد مهم سلامت در انسان محسوب می‌شود که ارتباط هماهنگ و یکپارچه را بین نیروهای داخلی فراهم می‌کند و با ویژگی‌های ثبات در زندگی، صلح، تناسب و هماهنگی، احساس ارتباط نزدیک با خویشتن، خدا، جامعه و محیط مشخص می‌شود. سلامت معنوی نیروی یگانه‌ای است که ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی را هماهنگ می‌کند و جهت سازگاری با بیماری لازم است (۹). تلقی موجود از سلامت معنوی در ایران بیشتر دربردارنده مفهومی وسیع‌تر و جامع‌تر است که مستلزم وجود برخی خصوصیات مرتبط با معنویت برای اثبات سلامتی کامل یک فرد است و به‌عبارت‌دیگر معنویت یک رکن سلامت فرد به شمار می‌آید، نگاهی

*مسئول مقاله: دکتر آذر درویش پور
آدرس:گیلان، لنگرود، جاده لیلا کوه، خیابان شهید یعقوبی، دانشکده پرستاری و مامایی و پیراپزشکی تلفن:۰۹۸-۱۳۴۲۵۶۵۰۸۵+ E-mail:darvishpour@gums.ac.ir

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.22088/cjhaa.3.2.31]

که بیشتر در یک بستر غیرپزشکی مطرح می‌شود (۱۰). معنویت باارزش‌های متعالی و راهی که مردم، معنا، هدف و امیدواری را در زندگی و در میان درد و رنج پیدا می‌کنند، مربوط است. عقاید معنوی با کاهش درک از فشار بیماری، کاهش اثرات افسردگی، افزایش درک از حمایت اجتماعی و رضایت از زندگی در ارتباط است (۱۱).

معنویت و نگرش معنوی، سبب حفظ و ارتقای عزت‌نفس بیمار، ایجاد حس هدفمندی و معناداری زندگی، افزایش آسودگی روانی و امیدواری می‌شود (۱۲). اهمیت معنویت و رشد معنوی در انسان در چند دهه گذشته به صورتی روزافزون توجه روانشناسان و متخصصان بهداشت را به خود جلب کرده است. انجمن روان‌پزشکی آمریکا توصیه می‌کند که پزشکان، گرایش مذهبی و معنوی بیماران را جویا شوند. زیربنای این توصیه این است که مراقبت از بیمار، بسیار فراتر از درمان بیماری است و دربرگیرنده نیازهای مختلف وی است. همچنین نتایج برخی مطالعات بیانگر آن است که بدون سلامت معنوی دیگر ابعاد زیستی، روان‌شناختی و اجتماعی نمی‌تواند عملکرد درست داشته باشد یا به حداکثر ظرفیت خود برسد و بنابراین بالاترین سطح کیفیت زندگی، قابل‌دستیابی نخواهد بود (۱۳).

معنویت بر سلامت جسمانی و روحی–روانی افراد، سازگار شدن فرد با بیماری مزمن و بهبود کیفیت زندگی آن‌ها تأثیرگذار است و می‌تواند تحت تأثیر ویژگی‌های مختلف جمعیتی باشد (۲). فقدان سلامت معنوی بخصوص در بیماری‌های مزمن زمینه‌ساز بسیاری از مشکلات جسمی، روانی و اجتماعی است (۱۴). بیمارانی که سلامت معنوی آن‌ها تقویت می‌شود به‌طور مؤثر می‌توانند با بیماری خودسازگار شده و حتی مراحل آخر بیماری خود را به‌خوبی بگذرانند (۷). معنویت می‌تواند با افزایش ایمان، موجب افزایش سطح رفتارهای بهداشتی، افزایش اثر تقویت‌کنندگی بر وضعیت جسمی و سازگاری بیمار با مشکل شود؛ به‌طوری‌که بیمار می‌تواند مراحل آخر بیماری را به‌راحتی بگذراند؛ 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 (۲). با در نظر گرفتن غلبه فرهنگ مذهبی در جامعه ایرانی، توجه به ابعاد معنوی در افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن ضروری به نظر می‌رسد (۱۴).

نظر به اهمیت نقش معنویت در سازگاری افراد با بیماری مزمن، لازم است هر چه بیشتر به‌سلامت معنوی بیماران و ارتقای آن از سوی تیم مراقبت سلامت موردتوجه واقع شود (۲). بر این اساس مطالعاتی نیز در کشور صورت گرفته است (۱۶، ۱۵، ۵). علیرغم وجود شواهد متعدد درزمینه‌ی مؤثر و مفید بودن معنویت و رفتارهای مذهبی در فرآیند سازگاری بیماران مبتلا به مشکلات طبی مزمن، هنوز مسائل معنوی و مذهبی به‌عنوان اجزای اصلی مراقبت‌های معمول در نظر گرفته نمی‌شود (۵)؛ بنابراین با توجه به تأثیر این بیماری بر کلیه ابعاد مختلف زندگی و روند رو به رشد بیماری‌های مزمن در جامعه و نقش سلامت معنوی بر سازگاری فرد با بیماری و بهبود سلامتی، مطالعه‌ی حاضر باهدف تعیین ارتباط سلامت معنوی با مشخصات جمعیت شناختی بیماران تحت همودیالیز صورت گرفت.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر، بخشی از یک مطالعه بزرگ‌تر تحلیلی است که بر روی بیماران مراجعه‌کننده به مرکز دیالیز رازی رشت در سال ۱۳۹۶ انجام شد. در این پژوهش ۱۰۳ نفر از بیماران نارسایی مزمن کلیه که از معیارهای ورود به مطالعه برخوردار بودند، به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده و با استفاده از لیست بیماران بر اساس حجم نمونه موردنظر انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بود از: ابتلا به نارسایی مزمن کلیه، حداقل ۶ ماه دیالیز، هوشیار و آگاه به زمان و مکان، تمایل به شرکت در مطالعه، توانایی خواندن و نوشتن یا صحبت به زبان فارسی، دفعات انجام دیالیز سه بار در هفته، نداشتن مشکلات شناختی آشکار ازجمله آلزایمر و اختلالات سایکوتیک. معیارهای خروج از مطالعه شامل: عدم تمایل به شرکت در مطالعه، ناتوانی در ادامه پاسخ به سؤالات پرسشنامه، ضعف و بی‌حالی و یا کاهش سطح هوشیاری، داشتن بیماری‌هایی مانند هپاتیت، ایدز و اختلالات شنوایی و بینایی بود.

داده‌ها با استفاده از پرسشنامه خصوصیات دموگرافیک و سلامت معنوی جمع‌آوری شد. خصوصیات دموگرافیک شامل: جنس، سن، وضعیت تاهل، میزان درآمد ماهانه، سطح تحصیلات، وضعیت شغلی، سابقه دیالیز، سابقه پیوند و مصرف سیگار بوده است. جهت بررسی سلامت معنوی از پرسشنامه جامع سلامت معنوی در جمعیت ایرانی استفاده شد. این پرسشنامه شامل ۴۸ سؤال بوده و برای هریک از گویه‌های پرسشنامه طیفLikert ۵ قسمتی و از نمره‌ی ۱ (کاملاً موافق) تا ۵ (کاملاً مخالف) در نظر گرفته‌شده است که نمره بالاتر نشانگر برخورداری از سلامت معنوی بهتر می‌باشد. سؤالات ۱–۲۸ برای سنجش بینش و گرایش (مؤلفه شناختی/عاطفی) و سؤالات ۲۹–۴۸ برای سنجش عملکرد (مؤلفه رفتاری) می‌باشد. حداقل و حداکثر نمرات در سنجش بینش – گرایش ۱۴۰ – ۲۸، در سنجش عملکرد ۱۰۰ – ۲۰ و در کل سلامت معنوی ۲۴۰ – ۴۸ می‌باشد. روان‌سنجی پرسشنامه توسط امیری و همکاران در سال ۱۳۹۳ انجام‌شده است و اعتبار آن از طریق Cronbach's alpha بیش از ۰/۷ به‌دست‌آمده است (۱۷). مقدار Cronbach's alpha در پژوهش حاضر، ۰/۹۰ بود.

ملاحظات اخلاقی پژوهش شامل تصویب طرح تحقیقاتی، کسب مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه و اخذ مجوز از تحصیلات تکمیلی، کسب اجازه از مسئولین بیمارستان رازی، جلب رضایت و همکاری بیماران، دادن اطمینان جهت محرمانه ماندن اطلاعات و اجازه خروج از مطالعه در صورت تمایل می‌باشد.

داده‌های پژوهش با استفاده از آمار توصیفی (جداول توزیع فراوانی، میانگین و انحراف معیار) و استنباطی (Mann–Whitney و Kruskal–Wallis) و بهره‌گیری از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ با در نظر گرفتن سطح معنی‌داری (P<۰/۰۵)، مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

یافته نشان داد از ۱۰۳ بیمار شرکت‌کننده در مطالعه، شمار بیشتری مرد (۵۹/۲٪)، خانه‌دار (۳۵/۹٪)، متأهل (۸۳/۵٪)، دارای درآمد ماهانه کمتر از یک‌میلیون (۶۰/۲٪)، زیر دیپلم (۵۳/۴٪)، دارای بیماری زمینه‌ای (۶۷٪) بودند (جدول ۱). یافته‌ها در ارتباط با سلامت معنوی نشان داد، میانگین نمره کلی آن برابر با ۲۲۷/۹۲ و با انحراف معیار ۱۹/۰۱ بود و با توجه به اینکه حداکثر نمره سلامت معنوی در ابزار موردبررسی، ۲۴۰ می‌باشد، نمره مذکور نشانگر بالا بودن سلامت معنوی در بیماران تحت همودیالیز می‌باشد. همچنین میانگین نمره ابعاد بینش–گرایش ۱۳۴/۴۰ با انحراف معیار ۱۱/۸۸ و میانگین عملکرد ۹۳/۵۲ با

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-11-25]
[DOI: 10.22088/cjhaa.3.2.31]

انحراف معیار۸/۰۹ می‌باشند و با توجه به اینکه حداکثر نمره بینش- گرایش در ابزار موردبررسی، ۱۴۰ و حداکثر نمره عملکرد، ۱۰۰ می‌باشد، نمرات مذکور نشانگر بالا بودن نمرات در هر دو بعد می‌باشند (جدول۲). همچنین میانگین نمره سلامت معنوی در بیماران بالای ۶۰ سال، سطح تحصیلات دانشگاهی، کشاورزان، سابقه دیالیز کمتر از یک سال، درآمد بالای دو میلیون، عدم وجود بیماری زمینه‌ای (بیماری فشارخون و دیابت) و بیمارانی که سابقه پیوند داشتند بالابود. بر اساس آزمون Kruskal–Wallis از نظر میانگین نمره سلامت معنوی، بین سابقه دیالیز و میزان درآمد تفاوت معنی‌دار وجود داشت (P<۰/۰۵) (جدول۳).

جدول ۱: مشخصات جمعیت شناختی بیماران تحت همودیالیز بیمارستان رازی رشت در سال ۱۳۹۶(N = ۱۰۳)

معیار	آماره	فراوانی	درصد	معیار	آماره	فراوانی	درصد
جنس	مرد	۶۱	۵۹/۲	بیماری زمینه‌ای	دارد	۶۹	۶۷
	زن	۴۲	۴۰/۸		ندا رد	۳۴	۳۳
سن	۴۰ –۲۰ سال	۱۱	۱۰/۷	سابقه دیالیز	کمتر از ۱ سال	۶۲	۶۰/۲
	۶۰ –۴۰ سال	۴۴	۴۲/۷		بین ۱ – ۵ سال	۳۳	۳۲
	بالای ۶۰ سال	۴۸	۴۶/۶		بیش از ۵ سال	۸	۷/۸
سطح تحصیلات	بی‌سواد	۲۶	۲۵/۲	وضعیت تاهل	مجرد	۶	۵/۸
	زیر دیپلم	۵۵	۵۳/۴		متأهل	۸۶	۸۳/۵
	دیپلم	۱۶	۱۵/۵		مطلقه	۱	۱
	دانشگاهی	۶	۵/۸		همسر مرده	۱۰	۹/۷
سابقه مصرف سیگار	بلی	۱۴	۱۳/۶	میزان درآمد	کمتر از ۱ میلیون	۶۲	۶۰/۲
	خیر	۷۸	۷۵/۷		بین ۱ – ۲ میلیون	۳۳	۳۲
	ترک کرده	۱۱	۱۰/۷		بیش از ۲ میلیون	۸	۷/۸
وضعیت شغلی	بازنشسته	۳۱	۳۰/۱	بیماری دیابت	دارد	۶۳	۶۱/۲
	کارمند	۲	۱/۹		ندارد	۴۰	۳۸/۸
	کشاورز	۴	۳/۹	بیماری فشارخون	دارد	۴۵	۴۳/۷
	بیکار	۱۸	۱۷/۵		ندارد	۵۸	۵۶/۳
	خانه‌دار	۳۷	۳۵/۹	سابقه پیوند	بله	۷	۶/۸
	آزاد	۱۱	۱۰/۷		خیر	۹۶	۹۳/۲

جدول ۲: میانگین نمره سلامت معنوی در بیماران تحت همودیالیز در بیمارستان رازی رشت در سال ۱۳۹۶

معیار	ابعاد	میانگین	انحراف معیار	فاصله اطمینان ۹۵٪(CI)
سلامت معنوی	بینش و گرایش (۱۴۰– ۲۸)	۱۳۴/۴۰	۱۱/۸۸	(۱۳۲/۰۷ –۱۳۶/۷۲)
	عملکرد (۱۰۰– ۲۰)	۹۳/۵۲	۸/۰۹	(۹۱/۹۴ –۹۵/۱۱)
نمره کلی سلامت معنوی (۲۴۰– ۴۸)		۲۲۷/۹۲	۱۹/۰۱	(۲۲۴/۲۱ –۲۳۱/۶۴)

جدول ۳: میانگین نمره سلامت معنوی برحسب ویژگی‌های جمعیت شناختی در بیماران تحت همودیالیز در بیمارستان رازی رشت در سال ۱۳۹۶ (N=۱۰۳)

معیار	آماره	میانگین±انحراف معیار	نتایج آزمون آماری	مقدار احتمال	معیار	آماره	میانگین±انحراف معیار	نتایج آزمون آماری	مقدار احتمال
جنس	مرد	۲۲۸/۱۰ ± ۱۷/۲	Mann-Whitney Z= -۰/۲۶۹	p=۰/۷۸	بیماری زمینه‌ای	دارد	۲۲۷/۱۴ ± ۲۲/۳۶	Mann-Whitney Z=-۰/۸۵۰	P=۰/۳۹
	زن	۲۲۷/۶۷ ± ۲۱/۵۸				ندا رد	۲۲۹/۵۰ ± ۹/۱۳		
سن	۴۰ –۲۰ سال	۲۲۳/۰۹ ± ۵/۳۱	Kruskal-Wallis H=۰/۱۳۶	P=۰/۹۳	سابقه دیالیز	کمتر از ۱ سال	۲۳۴/۷۸ ± ۴/۰۳	Kruskal-Wallis H=۱۱/۲۷	**۰/۰۰۴ P=
	۶۰ –۴۰ سال	۲۲۶/۵۵ ± ۱۹/۲				بین ۱– ۵ سال	۲۳۱/۲۹ ± ۸/۶۰		
	بالای ۶۰ سال	۲۲۸/۰۰ ± ۲۰/۷				بیش از ۵ سال	۲۱۹/۹۲ ± ۲۸/۹۵		
سطح تحصیلات	بی‌سواد	۲۲۲/۴۶ ± ۲۶/۷۱	Kruskal-Wallis H=۴/۴۸۹	P=۰/۲۱	وضعیت تاهل	مجرد	۲۳۰/۰۰ ± ۸/۲۴	Kruskal-Wallis H=۰/۶۵۸	P=۰/۸۸
	زیر دیپلم	۲۲۸/۸۴ ± ۱۷/۶۱				متأهل	۲۲۹/۱۰ ± ۱۵/۰۱		
	دیپلم	۲۳۱/۳۸ ± ۷/۹۱				مطلقه	۲۲۹/۰۰		
	دانشگاهی	۲۳۴/۰۰ ± ۴/۶۹				همسر مرده	۲۱۶/۴۰ ± ۴۲/۰۳		

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-11-25]
[DOI: 10.22088/cjhaa.3.2.31]

سابقه مصرف سیگار	بلی	۲۲۸/۰۷ ± ۸/۱۹	Kruskal-Wallis	P=۰/۲۳	میزان درآمد	کمتر از ۱ میلیون	۲۲۴/۵۸ ± ۲۳/۱۵	Kruskal-Wallis	P=۰/۰۰۸ **
	خیر	۲۲۹/۵۶ ± ۱۷/۰۱				بین ۱ – ۲ میلیون	۲۳۲/۲۴ ± ۸/۳۲		
	ترک کرده	۲۱۶/۰۹ ± ۳۴/۶۰	H=۲/۸۷۶			بیش از ۲ میلیون	۲۳۶/۰۰ ± ۴/۱۷	H=۹/۶۸۱	
وضعیت شغلی	بازنشسته	۲۲۹/۸۱ ± ۱۵/۶۹	Kruskal-Wallis	P=۰/۳۰	بیماری دیابت	دارد	۲۲۵/۵۵ ± ۲۵/۰۲	Mann-Whitney Z=-۰/۱۷۹	P=۰/۸۶
	کارمند	۲۲۰/۵۰ ± ۱۰/۶۰				ندارد	۲۲۹/۴۳ ± ۱۳/۹۷		
	کشاورز	۲۳۵/۰۰ ± ۵/۹۴			بیماری فشارخون	دارد	۲۲۶/۸۴ ± ۲۳/۹۲	Mann-Whitney Z=- ۰/۸۷۶	P=۰/۳۸
	بیکار	۲۲۴/۱۱ ± ۲۲/۶۴				ندارد	۲۲۹/۳۱ ± ۹/۶۶		
	خانه‌دار	۲۲۷/۱۴ ± ۲۲/۹۳	H=۶/۰۶۳		سابقه پیوند	بله	۲۳۳/۵۷ ± ۴/۵۰	Mann-Whitney Z=-۰/۷۱۶	P=۰/۴۷
	آزاد	۲۳۰/۲۷ ± ۹/۲۵				خیر	۲۲۷/۵۱ ± ۱۹/۶۰		

سطح معنی‌داری، $p \leq 0.001$**

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی رابطه ویژگی‌های جمعیت شناختی سن، در مطالعه حاضر با توجه به میانگین نمره سلامت معنوی بیماران، مشخص شد که اکثر بیماران از سطح سلامت معنوی بالایی برخوردار می‌باشند. همچنین نتایج مطالعه حاضر نشان داد میانگین نمره سلامت معنوی در بیماران بالای ۶۰ سال، سطح تحصیلات دانشگاهی، کشاورزان، سابقه دیالیز کمتر از یک سال، درآمد بالای دو میلیون، عدم وجود بیماری زمینه‌ای (بیماری فشارخون و دیابت) و بیمارانی که سابقه پیوند داشتند، بالاتر از سایر گروه‌ها بود. نیز نتایج نشان داد که بین سلامت معنوی و سابقه دیالیز و میزان درآمد تفاوت آماری معنی‌دار وجود داشت ولی در مورد سن، جنس، سطح تحصیلات، سابقه سیگار کشیدن، وضعیت تاهل، بیماری زمینه‌ای، وضعیت شغلی و سابقه پیوند تفاوت معنی‌دار آماری مشاهده نشد. این نتایج نشان‌دهنده وجود ارتباط بین سلامت معنوی با متغیرهای جمعیت شناختی می‌باشد. مطالعاتی که در حوزه سلامت معنوی صورت گرفته است یافته‌های مطالعه ما را تائید می‌کند. در این راستا سعیدی مهر و همکاران در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که سلامت معنوی اکثر شرکت‌کنندگان (۵۴/۳۶ درصد) در سطح بالا قرار دارد و بین سلامت معنوی و افسردگی سالمندان رابطه منفی معنی‌داری وجود دارد (۱۸).

از دیگر پژوهش‌های قابل‌ذکر در این زمینه می‌توان به پژوهش طاهری خرامه و همکاران اشاره نمود که در این مطالعه ۵۲/۶ درصد از بیماران در مقیاس سلامت معنوی نمره بالاتر از میانگین کسب کرده بودند و با افزایش سن، سلامت معنوی نیز بیشتر می‌شد و این رابطه ازنظر آماری معنادار بود، همچنین میانگین سلامت معنوی به‌طور معناداری در بیماران متأهل و بیوه بیشتر از بیماران مجرد بود (۵). ایلالی و همکاران در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که میانگین نمره کل سلامت معنوی در اکثر بیماران (۷۱/۱ درصد) در حد بالایی بوده و ارتباط معنی‌داری بین سن و سلامت معنوی وجود دارد (۱۹). طاهری خرامه به نقل از Allen و Rowe به این نکته اشاره کردند که کشش به‌سوی معنویت به‌عنوان عملکرد افزایش سن محسوب می‌شود زیرا راهی است که توسط آن فرد با واقعیت مرگ روبه‌رو شده و با آن سازگار می‌شود (۳)؛ و چون با افزایش سن وضعیت معنویت نیز بهبود می‌یابد لذا می‌توان گفت مراحل تکاملی افراد با میزان درجه معنویت آن‌ها در ارتباط است. همچنین Spinale و همکاران که در مطالعه خود سلامت معنوی بیماران همودیالیزی را سنجیده بودند به این نتیجه رسیدند که سلامت معنوی در بیشتر بیماران، بالاتر از میانگین بود (۱۱). نتایج مطالعات فوق بیانگر همسو بودن نتایج مطالعات فوق با نتایج مطالعه حاضر است. نمره‌ی بالای سلامت معنوی بیماران می‌تواند تا حدود زیادی به فرهنگ مردم کشور ما وابسته باشد، زیرا با توجه به فرهنگ غالب مذهبی در جامعه‌ی ایرانی و اعتقادات مردم، اعتقادات دینی به‌عنوان یک منبع سازگاری می‌تواند مؤثر واقع گردد (۲۰). نتایج مطالعه اشرفی و همکاران نشان داد که اکثر بیماران (۶۸/۱ درصد) از سطح سلامت معنوی متوسطی برخوردار بوده‌اند (۱۵). همچنین دهباشی و همکاران به این نتیجه رسیدند که میانگین نمره سلامت معنوی در ۷۵ درصد از بیماران در سطح متوسط قرار دارد و سلامت معنوی با متغیرهای دموگرافیک (سن، جنس و وضعیت تاهل) ارتباط معنی‌دار داشتند (۶) که با نتایج مطالعه ما همخوانی ندارد. برجی و همکاران در مطالعه خود به این نتیجه دست‌یافت که ۴۲/۹ درصد از افراد دارای سطح سامت معنوی ضعیف و فقط ۱۰/۷ درصد دارای سلامت معنوی عالی بودند. همچنین نمره سلامت معنوی در بیماران با تحصیلات دانشگاهی، کارمند و بیماران با درآمد بیشتر بالاتر بود (۲).

این مطالعه ازنظر میانگین نمره سلامت معنوی بامطالعه ما همخوانی ندارد ولی ازآنجاکه نمره سلامت معنوی در بیماران با تحصیلات دانشگاهی و بیماران با درآمد بیشتر؛ بالاتر گزارش‌شده است با مطالعه ما همخوانی دارد. همچنین نتایج حاصل از مطالعه شاهقلیان و همکاران نشان داد ۲۵ درصد از افراد از سلامت معنوی بالا و تنها یک درصد از افراد از سطح سلامت معنوی پایین برخوردار بودند و بین سطح تحصیلات و وضعیت و وضعیت تاهل با سطح سلامت معنوی معنی‌دار وجود داشت ولی بین جنس و سن رابطه معنی‌دار وجود نداشت (۸)؛ که با نتایج مطالعه ما همخوانی ندارد. در مطالعه مقیمیان و همکاران که بر روی بیماران سرطانی انجام شد، بین جنس و سلامت معنوی رابطه معنی‌داری مشاهده نشد ولی یافته‌های این پژوهش نشان داد که با افزایش سن در بیماران، سطح سلامت معنوی آنان افزایش می‌یابد (۲۱). در مطالعه حجتی و همکاران اکثریت بیماران (۷۲ درصد) از سطح بالایی از سلامت معنوی برخوردار بودند و نمره سلامت معنوی در افراد بیکار و خانه‌دار بیشتر بود (۱۴). اختلاف در نتایج مطالعه حاضر و

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-11-25]
[DOI: 10.22088/cjhaa.3.2.31]

سایر مطالعات می‌تواند به دلایل تفاوت‌های محیطی، فرهنگی، مذهبی، نوع بیماری، سن و مدت‌زمان ابتلا به بیماری افراد تحت مطالعه باشد.

به‌طورکلی سلامت معنوی به‌عنوان یکی از ابعاد مهم سلامت انسان، می‌تواند یک ارتباط هماهنگ و یکپارچه میان نیروهای درونی فرد ایجاد کند و سبب ثبات در زندگی، احساس ارتباط نزدیک با خویشتن، خدا، جامعه و محیط گردد. درواقع معنویت منبع مهم قدرت و حمایت در تمام دوران زندگی بوده و جهت خروج از شرایط بحرانی و تنش‌زا کمک‌کننده است (۱۸). نتایج این پژوهش نشان داد که معنویت افراد با ویژگی‌های جمعیت شناختی در ارتباط است؛ بنابراین توجه به بعد معنوی بیماران در فرایند مراقبت با توجه به ویژگی‌های شخصی می‌تواند به سازگار شدن بیمار با مراحل مختلف بیماری و پیگیری روند درمان کمک‌کننده باشد.

تقدیر و تشکر

این مطالعه حاصل طرح پژوهشی با کد شماره ۹۶۱۰۰۹۰۶ مورخ ۹۶/۱۰/۹ معاونت محترم تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی گیلان و مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه با کد شماره IR.GUMS.REC.1396.431 است و بدین‌وسیله پژوهشگران لازم می‌دانند مراتب سپاس و قدردانی خود را از آن

معاونت جهت تصویب این طرح تحقیقاتی اعلام نمایند. همچنین بدین‌وسیله مراتب تشکر و قدردانی خود را از ریاست و کادر بخش همودیالیز بیمارستان رازی که در فرایند انجام این تحقیق نهایت همکاری را نموده و همچنین تمام بیمارانی که در انجام این پژوهش با ما همکاری نموده‌اند، اعلام می‌داریم.

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.22088/cjhaa.3.2.31]

Spiritual Health and its Relationship with Demographic Characteristics of Hemodialysis Patients

N. Tavassoli (MSc) [1], A. Darvishpour (PhD) [*1,2], R. Mansour-Ghanaei(PhD)[1], Z. Atrkarroushan(PhD)[3]

1.Department of Nursing, School of Nursing, Midwifery and Paramedicine, Guilan University of Medical Sciences, Rasht,Iran
2.Social Determinants of Health (SDH) Research Center, Guilan University of Medical Sciences, Rasht,Iran
3.Department of Biostatistics, School of Medicine, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran

Caspian Journal of Health and Aging; 3(2); Fall & Winter 2018- 2019; PP: 31-38
Received: Dec 15th 2018, Revised: Jan 13th 2019, Accepted: Jan 27th 2019.

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVE: In chronic diseases, the religious belief of the patient is at risk and the spiritual crisis arises in the person. The aim of this study was to determine the spiritual health and its relationship with demographic characteristics of hemodialysis patients in 2018.

METHODS: This cross-sectional study was conducted on 103 hemodialysis patients referred to the Razi Hemodialysis Center in Rasht and selected through a simplified random sampling. Data were collected using demographic characteristics and spiritual health questionnaires. The psychometrics of this questionnaire has been confirmed in the national studies. The data were analyzed through descriptive and analytical statistics (Mann-Whitney and Kruskal-Wallis) using SPSS 16, considering the significant level of $P < 0.05$.

FINDINGS: The findings showed that the total mean score of spiritual health was 227.92 and its standard deviation was 19.01, indicating the high spiritual health among hemodialysis patients. The spiritual health was high among patients older than 60 years with college-level education, farmers, patients with a history of transplantation and a history of dialysis less than one year, income above 2.000.000 Tomans and without underlying disease. There was a significant difference between spiritual health with history of dialysis and income level ($P < 0.05$).

CONCLUSION: In this study, the spiritual health level of patients was influenced by some demographic characteristics. Knowledge of the results of the current study can be considered by the managers to provide context for improving the spiritual health of patients through planning and providing the necessary arrangements.

KEY WORDS: *Hemodialysis, Spiritual Health, Chronic Disease.*

Please cite this article as follows:

Tavassoli N, Darvishpour A, Mansour-Ghanaei R, Atrkarroushan Z. Spiritual Health and its Relationship with Demographic Characteristics of Hemodialysis Patients. CJHAA.2019;3(2):31-38.

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.22088/cjhaa.3.2.31]

***Corresponding author: Azar Darvishpour (PhD)**
Address: School of Nursing, Midwifery and Paramedicine, Martyr Yaghoub Sheikhi St. leyla kooh, Langeroud, Guilan, I.R.Iran.
Tel: +98 (13) 42565058
E-mail: darvishpour@gums.ac.ir

References

1.Kalhornia Golkar M, BaniJamali Sh, Bahrami H, Hatami H R, Ahadi H. Effect of Spiritual Therapy on Blood Pressure, Anxiety and Quality of Life in Patients with High Blood Pressure. J Kermanshah Univ Med Sci. 2014;18(8): 462-72. [In Persian]

2.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. JRH. 2016;3(2):1-8. [In Persian]

3.Tabiban S, Soleimani MA, Bakhshande H, Asghary M. Effect of an illness perception-based intervention on hemodialysis patients' hope: A clinical trial study. Hayat. 2017; 23(3): 266-76. [In Persian]

4.Shdaifat Emad A, Abdul Manaf Mohd R. Quality of Life of Caregivers and Patients Undergoing Haemodialysis at Ministry of Health, Jordan. IJAST.2012; 2(3):75-85.

5.Taheri Kharame Z, Asayesh H, Zamanian H, Shouri Bidgoli A, Mirgheisari A, Sharifi Fard F. Spiritual well-being and religious coping strategies among hemodialysis patients. IJPN. 2012;1(1):48-54. [In Persian]

6.Dehbashi F, Sabzevari S, Tirgari B.The assessment of spiritual well-being and hope in Hemodialysis patients referring to the Khatam Anbiya hospital in Zahedan 2013-2014.J Medical Ethics. 2014;8(30):77-9. [In Persian]

7.Habibi A, Savadpour M T. Spiritual Well-being in Cancer Patients under Chemotherapy. JHC. 2011;13(3):16-21.[In Persian]

8.Shahgholian N, Mardanian Dehkordi L. Spiritual Health in Patients undergoing Hemodialysis. IJN. 2016;29(103):60. [In Persian]

9.Salmani F, Azarbarzine M, Mohammadi M. Investigating the relationship between spiritual well-being and hope in cancer patients. Aflak. 2008;4(12,13): 41-9. [In Persian]

10.Abbasi M, Azizi F, Shamsi Gooshki E, Naserirad M, Akbari Lakeh M. Conceptual Definition and Operationalization of Spiritual Health: A Methodological Study. J Medical Ethics. 2012;6(20):11-44. [In Persian]

11.Spinale J, Cohen SD, Khetpal P, Peterson R, Clougherty B, Puchalski CM et al. Spirituality, Social Support, and Survival in Hemodialysis Patients. Clin J Am Soc Nephrol. 2008;3(6);1620-27.

12.Heidari Sangelaji M, Rassouli M, Shirinabadi Farahani A, Shakeri N, Ilkhani M. Correlation between spiritual attitude and hope with quality of life in adolescents with chronic disease. J Medical Ethics. 2016;10(34):143 –63. [In Persian]

13.Mehrabi T, Alijanpour Agamaleki M, Hosseini RS, Zeraki Dana A, Safaei Z. A Study on the Relationship Between Spiritual Wellbeing and Quality of Life in Infertile Women Referred to Infertility Centers in Isfahan. J Urmia Nurs Midwifery Fac. 2014;12(7):562 –7. [In Persian]

14.Hojjati H, Ghorbani M, Nazari R, Sharifnia S H, Akhondzadeh G. On the relationship between prayer frequency and spiritual health in patients under hemodialysis therapy. J Fundam Ment Health. 2010;12(46): 21-514. [In Persian]

15.Aashrafi Z, Ebrahimi H, Sarafha J. The relationship between hemodialysis adequacy and quality of life and spiritual wellbeing in hemodialysis patients. J Clin Nurs Midwifery. 2014;3(3):44-51. [In Persian]

16.Ebrahimi H, Sadeghi M, Khatibi MR. The relationship between quality of life with dialysis efficacy and laboratory parameters in Shahroud' hemodialysis patients. Iran J Crit Care Nurs.2015;8(2):109-16.

17.Amiri P, Abbasi M, Gharibzadeh S, Asghari Jafarabadi M, Hamzavi Zarghani N, Azizi F. Designation and psychometric assessment of a comprehensive spiritual health questionnaire for Iranian populations. J Medical Ethics. 2014;8(30):25-55. [In Persian]

18.Saeidimehr S, Geravandi S, Ezadmehr A, Mohammdi M, Hassani M. Study of Relationship between Spiritual Health and Depression among Elderly People. sjimu. 2014;23(3):16-25. [In Persian]

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.22088/cjhaa.3.2.31]

19.Ilali ES, Taraghi Z, Yazdani J, Golmohammadi M, Savasar R, Mosavi Jarrahi A. The Relationship Between Praying and Spiritual Health Among Iranian Older People With Cerebrovascular Accidents. sija. 2016;11(3):424-31. [In Persian]

20.Hojjati H, Ghorbani M, Nazari R, Sharifnia S H, Akhondzadeh G. On the relationship between prayer frequency and spiritual health in patients under hemodialysis therapy. J Fundam Ment Health. 2010; 12(46):514- 21. [In Persian]

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. Qom Univ Med Sci J. 2012; 6(3) 40-5. [In Persian]

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.22088/cjhaa.3.2.31]