

بررسی تأثیر مشاوره معنوی بر اضطراب و افسردگی در بیماران همودیالیز

* محمد آقاجانی^۱، محمد رضا افاضل^۲، فریبا مرصعی^۳

۱. مربی گروه روان پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران
۲. مربی گروه داخلی و جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران
۳. دانش آموخته کارشناسی ارشد آموزش پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران

* نویسنده مسؤل: کاشان، بلوار قطب راوندی، بلوار پرستار، دانشکده پرستاری و مامایی
پست الکترونیک: aghajani_m@kaums.ac.ir

چکیده

مقدمه: با توجه به شیوع مشکلات روان‌شناختی در بیماران همودیالیز و عوارض و پیامدهای ناشی از آن‌ها و نقش مهم پرستاران در حمایت روحی-روانی بیماران، استفاده از درمان‌های مکمل همچون مشاوره معنوی اهمیت فراوانی دارد.

هدف: تعیین تأثیر مشاوره معنوی بر اضطراب و افسردگی بیماران همودیالیز.

روش: این پژوهش یک مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی شده بر روی ۹۰ بیمار نارسایی مزمن کلیه تحت همودیالیز بیمارستان امین اصفهان (۱۳۹۲) می‌باشد؛ که به صورت تصادفی به دو گروه اختصاص داده شدند. گروه آزمون تحت مشاوره معنوی طی ۸ جلسه قرار گرفتند و در گروه کنترل، فقط مراقبت‌های معمول صورت گرفت. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه اضطراب و افسردگی بیمارستانی (HADS) جمع‌آوری و با استفاده از آزمون‌های آماری تی مستقل، تی زوجی و فیشر در نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۱/۵ تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: تفاوت معنی‌داری از نظر متغیرهای زمینه‌ای در دو گروه مداخله و کنترل مشاهده نشد ($p > 0/05$). همچنین آزمون تی مستقل در شروع مطالعه نشان داد که تفاوت معنی‌داری بین میانگین نمره اضطراب و افسردگی بیماران گروه مداخله در مقایسه با کنترل وجود نداشت ($p > 0/05$)؛ اما پس از مشاوره معنوی، کاهش میانگین نمره اضطراب و افسردگی گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل به وجود آمد ($p < 0/05$). آزمون تی زوجی نیز تفاوت معنی‌داری بین میانگین نمره اضطراب و افسردگی گروه مداخله قبل و بعد از مشاوره معنوی نشان داد ($p < 0/05$).

نتیجه‌گیری: مشاوره معنوی می‌تواند باعث کاهش اضطراب و افسردگی بیماران دیالیزی شود. بنابراین، توصیه می‌شود این رویکرد به عنوان یک مداخله پرستاری مکمل، اثربخش، کم‌هزینه و غیرتهاجمی در کاهش مشکلات روان‌شناختی این بیماران به کار گرفته شود.

کلیدواژه‌ها: اضطراب، افسردگی، کارآزمایی بالینی تصادفی شده، مشاوره معنوی، همودیالیز

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۰۶/۰۲

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۰۹/۲۶

مقدمه

نارسایی مزمن کلیه یک بیماری تهدید کننده حیات است؛ که در این بیماری، فرد برای ادامه حیات خود نیاز به یک درمان جایگزین کلیه و طولانی مدت از جمله همودیالیز دارد. این بیماران با مشکلات منحصر به فردی روبرو هستند (۱ و ۲) و مجبور به تغییراتی در رژیم غذایی، مکمل‌های غذا و دارو، محدودیت در دریافت مایعات و جلسات مکرر همودیالیز می‌شوند (۳). از طرفی، این بیماران به دلیل تغییر در سبک زندگی و شیوه درمان اغلب با مشکلات روان‌شناختی زیادی دست به گریبان هستند. افسردگی و اضطراب شایعترین مشکلات روان‌شناختی در این بیماران است؛ که در موارد شدید منجر به مرگ بیمار می‌شود (۴-۶).

مطالعات گزارش می‌دهند که میزان شیوع افسردگی و اضطراب در این بیماران به ترتیب ۲۰ تا ۷۰ درصد و ۳۰ تا ۶۰ درصد متغیر است (۷). تحقیق ربکا (Rebecca) (۲۰۰۶) بر روی بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه گزارش می‌دهد که ۱۴/۷۶ درصد اختلالات اضطرابی و ۳۶/۷ درصد از واحدهای مورد مطالعه اختلالات افسردگی داشتند (۸). بین افسردگی و اضطراب و عدم تبعیت بیماران همودیالیزی از رژیم غذایی توصیه شده و حتی درمان‌های ضروری ارتباط معنی‌داری وجود دارد (۹). همچنین مطالعات نشان می‌دهد که ارتباط معنی‌داری بین افسردگی و مرگ‌ومیر در این بیماران وجود دارد (۲ و ۳).

دریور (Dryer) و همکاران (۲۰۰۵) گزارش کردند که بیماران همودیالیزی افسرده، کیفیت زندگی و عملکرد زندگی پایین‌تر و مرگ‌ومیر بالاتری نسبت به بیماران غیرافسرده دارند (۱۰). مطالعات در جهان و ایران گزارش می‌دهد که افسردگی عامل خطری در افزایش استفاده از مراقبت‌های پزشکی و هزینه‌های بستری است و در نتیجه شناسایی و درمان آن هزینه‌های پزشکی را کاهش می‌دهد (۴، ۵ و ۱۱). از طرف دیگر، بیماری‌های مزمن موجب می‌شود که فرد در باورها و ارزش‌های معنوی دچار بحران معنوی شود و متحمل مشکلات بیشتری از جمله درد، اعتماد به نفس پایین‌تر، اضطراب، افسردگی، ناامیدی، تنهایی و عصبانیت شود (۱۲ و ۱۳).

در حال حاضر، استراتژی‌های رایج به منظور درمان مشکلات روان‌شناختی این بیماران، درمان‌های دارویی و مداخلات روانی است. یکی از مهمترین مداخلات روانی در بیماران همودیالیز می‌تواند حمایت‌های روانی- اجتماعی و مشاوره‌ای از جمله مشاوره معنوی باشد (۱۴ و ۱۵). مشاوره معنوی نوعی درمان روان‌شناختی است؛ که درمانگر، درمانجو را در جهت کاوش در موضوع‌ها و مسایل معنوی که مرتبط با بهبود و بازبانی سلامتی او است، هدایت می‌کند. در واقع، مشاوره معنوی مداخله‌ای

متکی بر قدرت بالقوه ایمان و معنویت مددجو در راستای درمان و بهبودی وی می‌باشد (۱۶ و ۱۷).

مشاوره معنوی شامل دعا، استفاده از متون نوشته‌های قدیمی، مراقبه، تصویرسازی معنوی، بخشایش‌گری، عبادات و مناسک، خودفاش‌سازی معنوی، همراهی و خدمت، نوشتن یادداشت‌های روزانه، تمرکز و کتاب‌درمانی می‌باشد (۱۸ و ۱۹). اخیراً بهره‌وری از روش مشاوره با رویکرد معنوی در تغییر نگرش فرد برای رفع مشکلات روان‌شناختی مورد توجه قرار گرفته است. موریتزه (Moritze) و همکاران (۲۰۱۱) در مطالعه‌ای به بررسی برنامه آموزش معنویت برای درمان بیماران افسردگی شدید پرداختند و نتایج نشان داد که تأثیر اولیه آگاهی معنوی بخشندگی خود، دلسوزی، قدرشناسی، پذیرفتن زندگی روزانه، کاهش افکار منفی، اضطراب و افسردگی و افزایش آرامش، توسعه ارتباط و بهبود اعتماد به نفس می‌باشد (۲۰).

نتایج مطالعه بسکاگلیا (Boscaglia) و همکاران (۲۰۰۵) به بررسی تأثیر معنویت‌درمانی و مقابله معنوی بر اضطراب و افسردگی در زنان مبتلا به سرطان ژنیکولوژی پرداختند، نتایج نشان داد که بالا بردن معنویت و مقابله معنوی موجب بهبود مشکلات روان‌شناختی در زنان مبتلا به سرطان ژنیکولوژی می‌شود (۲۱). همچنین تونبویلی (Thuneboyle) (۲۰۰۶) و تیلور (Taylore) (۲۰۰۲) در بررسی تأثیر معنویت‌درمانی در درمان بیماران سرطانی گزارش داد که معنویت‌درمانی موجب کاهش اضطراب، افسردگی و علائم جسمانی می‌شود (۲۲ و ۲۳).

نتایج مطالعه آیرونسان (Ironson) و همکاران (۲۰۰۶) نشان داد که افزایش معنویت و مذهب موجب کاهش پیشرفت بیماری و مشکلات روان‌شناختی در مبتلایان به ایدز و بهبود سیستم ایمنی می‌شود (۲۴). در این مطالعات که تعداد آن‌ها هم اندک می‌باشد، به بررسی تأثیر برخی از اجزای معنویت بر مشکلات روان‌شناختی پرداخته شده است و این در حالی است که معنویت متشکل از مجموعه‌ای از عناصر و تکنیک‌ها است. همچنین مشاوره معنوی صورت گرفته متناسب با فرهنگ آن جوامع می‌باشد؛ که تفاوت زیادی با فرهنگ اسلامی- ایرانی جامعه ما دارد. حجتی و همکاران در مطالعه‌ای به بررسی میزان توسل به دعا در بیماران همودیالیزی پرداختند. نتایج نشان داد که میزان توسل به دعا در بیماران همودیالیزی در سطح بالایی قرار دارد (۲۵). این در حالی است که اخبارده در مطالعه‌ای به بررسی نقش باورهای معنوی و نماز در ارتقای سلامت بیماران مزمن پرداختند و گزارش کردند که با افزایش طول دوره بیماری، اعتقادات معنوی در برخی از این بیماران کاهش می‌یابد (۲۶).

ویژگی‌های واحدهای پژوهش حاضر عبارت بود از: سن بیماران ۱۸-۶۵ سال، مسلمان، شیعه، داشتن حداقل سه ماه سابقه همودیالیز، رضایت به شرکت در تحقیق، توانایی صحبت کردن و سواد خواندن و نوشتن، نداشتن مشکلات شناختی شناخته شده از جمله آلزایمر، سکنه مغزی، حمله گذرای مغزی، بیماری شناخته شده بینایی و شنوایی؛ و همچنین بیماران مبتلا به مشکلات عصبی شناخته شده و بیماری‌های شنوایی و بینایی از مطالعه خارج شدند. ابزار مطالعه به طریق مصاحبه از بیماران تکمیل گردید و سپس بیماران را بر اساس تصادفی‌سازی بلوکی (Blocking randomization) و با استفاده از جدول اعداد تصادفی به دو گروه ۴۵ نفره مداخله و کنترل تخصیص داده شدند. شکل ۱ ساختار نمونه‌گیری مداخله را نشان می‌دهد.

گروه مداخله تحت مشاوره معنوی به صورت انفرادی و ۲ بار در هفته و شامل ۸ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای در شیفت صبح یا عصر در بخش همودیالیز و در کنار تخت بیمار با حفظ حریم شخصی او (کشیدن پاراوان) قرار گرفت. رویکرد مشاوره معنوی در این مطالعه بر اساس آموزه‌های اسلامی و برگرفته از مداخلات معنوی و مذهبی است که در مطالعات بهرامی، معرف‌زاده و میلر (Miller) به کار برده شده است (۲۹، ۳۰ و ۳۷). محتوای جلسات مشاوره معنوی در کادر ۱-۱-۱ ارائه شده است که مورد تأیید ۸ نفر از کارشناسان دانشگاه و حوزه قرار گرفت. تمامی مداخلات توسط روان‌پرستار و پرستار آموزش‌دیده صورت گرفت. همچنین در مورد هر موضوع مورد بحث به بیمار تکالیفی داده می‌شد؛ تا در منزل انجام دهد و در جلسه بعد گزارش نماید. بیماران در گروه کنترل تنها مراقبت‌های معمول بیماران دیالیزی را دریافت می‌کردند. پس از پایان مداخله در گروه مداخله و کنترل ابزار مطالعه مجدداً از هر دو گروه تکمیل شد.

ابزار پژوهش شامل پرسشنامه‌ای دارای دو بخش اطلاعات دموگرافیک (۹ پرسش) و مقیاس اضطراب و افسردگی بیمارستانی (Anxiety Depression Scale Hospital) بود؛ که به روش مصاحبه در طی دیالیز تکمیل شد. این پرسشنامه ۱۴ پرسشی که شامل دو مقیاس اضطراب (۷ پرسش با شماره‌های فرد) و افسردگی (۷ پرسش با شماره زوج) است؛ که از افراد می‌خواهد احساسات و هیجانات خود را در خلال یک هفته گذشته در یک مقیاس لیکرت ۴ گزینه‌ای (۰=هرگز، ۳=همیشه) مشخص کنند. جمع امتیازات پرسشنامه از دامنه ۰ تا ۲۱ برای هر کدام از زیرمقیاس‌ها می‌باشد؛ که امتیاز بالاتر نشان دهنده اضطراب و افسردگی بیشتر است. این پرسشنامه توسط زیگموند و اسمیت در سال ۱۹۸۳ طراحی شده و روایی و پایایی آن در کشورها و مطالعات مختلف ثابت شده است (۳۸) و در

بسیاری از مطالعات در خصوص معنویت و مذهب با مشکلات روان‌شناختی نظیر افسردگی، اضطراب از نوع رابطه‌ای بوده است و بیشتر از ارتباط مثبت معنویت و حصول بهبودی سخن گفته‌اند (۲۷-۳۰)؛ اما ارتباط بین معنویت، مذهب با وضعیت سلامت روان در بیماری‌های مزمن همیشه مثبت و معنی‌دار گزارش نشده است. کائو (Kao) و همکاران (۲۰۰۷) در بررسی عقاید و نگرش مذهبی و معنوی بیماران تحت همودیالیز به این نتیجه رسیدند که رابطه معنی‌داری بین کیفیت زندگی و باورهای مذهبی و معنوی در این بیماران وجود ندارد (۳۱). مطالعه‌ای در کشور انگلستان گزارش می‌کند که بیمارانی که از لحاظ اعتقادات معنوی وضعیت بالاتر و قوی داشتند، در مدت ۹ ماه پیگیری مداوم پس از ترخیص از بیمارستان، وضعیت روحی-روانی به مراتب بدتری نسبت به سایر بیماران داشتند (۳۲). همچنین هیلسمن (Hillsman) و فهر (Feher) در مطالعات خود رابطه معناداری بین اضطراب و مذهبی بودن گزارش نکردند. همچنین اسپیلمن مذهبی بودن را با افزایش اضطراب مربوط می‌داند (۱۶).

از طرفی، پرستاران به عنوان مراقبین سلامت نقش مهمی را در آرامش درونی، امیدواری و حمایت بیماران دارند (۳۳) و با توجه به این که بیشتر در دسترس بیماران هستند، می‌توانند وقت بیشتری را برای مشاوره صرف کنند؛ که این امر می‌تواند باعث یک مشاوره کامل شود. در واقع، مشاوره و آموزش به عنوان جزء مهم خدمات پرستاری است (۳۴ و ۳۵). بنابراین، با توجه به شیوع مشکلات روان‌شناختی در بیماران همودیالیز و عوارض و پیامدهای ناشی از آن و حضور فرهنگ غنی اسلامی در جامعه و نقش مهم پرستاران در حمایت روحی-روانی بیماران، استفاده از درمان‌های مکمل همچون مشاوره معنوی اهمیت فراوانی دارد. از سویی دیگر، با توجه به رویکرد متفاوت مشاوره معنوی در فرهنگ ایرانی-اسلامی نسبت به فرهنگ غرب، مطالعات محدود مشاوره معنوی بر روی بیماران همودیالیز، تناقضات موجود و ایجاد راهکارهای مراقبتی مؤثر در این بیماران، این مطالعه با هدف تعیین تأثیر مشاوره معنوی بر اضطراب، افسردگی و بیماران همودیالیز طراحی و اجرا گردید.

روش‌ها

این مطالعه از نوع کارآزمایی بالینی تصادفی شده است و جامعه پژوهش را ۱۶۰ بیمار نارسایی مزمن کلیه تحت همودیالیز بیمارستان امین اصفهان ۱۳۹۲ تشکیل می‌دهد. نمونه پژوهش بر اساس محاسبه میانگین‌ها و مطالعه مشابه (۳۶) با اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۸۰ درصد در هر گروه ۴۵ نفر تعیین شد. در نهایت، ۹۰ بیمار نارسایی مزمن کلیه تحت همودیالیز در طی ۳ ماه تابستان وارد مطالعه شدند.

نرم افزار SPSS نسخه ۱۱/۵ تجزیه و تحلیل شد. سطح معنی داری در این پژوهش کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

با توجه به توزیع نرمال واحدهای پژوهش از لحاظ متغیرهای کمی، آزمون‌های پارامتریک تی مستقل و فیشر تفاوت معنی داری را از نظر متغیرهای زمینه‌ای همچون سن، جنس، سابقه دیالیز در دو گروه مداخله و کنترل نشان نداد ($p > 0/05$) و دو گروه از این نظر دارای توزیع یکسان بودند (جدول ۱).

ایران نیز ترجمه و اعتباریابی توسط منتظری با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۸ تأیید شده است (۳۹ و ۴۰). در این مطالعه، برای تعیین پایایی ابزار از روش همسانی درونی استفاده شد؛ که ضریب آلفای کرونباخ آن $\alpha = 0/79$ به دست آمد.

در این مطالعه، تمامی معیارهای اخلاقی بر اساس کدهای اخلاقی همچون کسب رضایت آگاهانه، توضیح اهداف پژوهش، اطمینان از محرمانه ماندن اطلاعات رعایت شد و مطالعه مورد تأیید کمیته اخلاق دانشگاه قرار گرفت. اطلاعات حاصل به وسیله آمار توصیفی (جداول توزیع فراوانی، میانگین و انحراف معیار) و تحلیلی (آزمون فیشر، تی مستقل و تی زوجی) در

کادر ۱: محتوای جلسات مشاوره معنوی

جلسه درمان	عنوان جلسات
جلسه نخست	آشنایی اعضا با یکدیگر و گفتگو در مورد بررسی معنویت، دین و تأثیر در زندگی فرد
جلسه دوم	اثر ایمان و توکل بر کاهش مشکلات روان‌شناختی همچون اضطراب و افسردگی
جلسه سوم	تصویرسازی معنوی / تن آرامی پیش‌رونده عضلانی: در این جلسه به تصویرسازی و نیز تن آرامی با استفاده از تکنیک آرام‌سازی جانسون به همراه شنیدن موسیقی آرام‌بخش (صدای طبیعت و باران) پرداخته شد.
جلسه چهارم	نقش صبر در تحمل سختی‌ها و مصائب / نقش صبر در کنار توکل به خدا
جلسه پنجم	کتاب‌درمانی / خواندن قرآن / گوش دادن به آوای قرآن کریم: بیمار به تلاوت قرآن کریم می‌پرداخت. همچنین به نواری شامل تلاوت سوره‌های منتخب قرآن کریم (واقعه، نبأ، الرحمن) با صدای استاد عبدالباسط به مدت ۲۰ دقیقه با هدفون گوش می‌داد (۴۹).
جلسه ششم	راهبرد دعا درمانی در کاهش مشکلات روان‌شناختی و افزایش امید: اهمیت دعا و نقش آن در سلامت روان و امید به آینده بحث می‌شد و بیمار می‌توانست به کمک درمانگر به خواندن دعاها و انتخاب صحیفه سجاده بپردازد (۶۰).
جلسه هفتم	نوشتن یادداشت روزانه / خودفاش‌سازی معنوی: ضرورت نوشتن فعالیت‌های روزانه و خاطرات خود در طی یک ساعت و راهکارهایی برای آرامش روح و سلامت جسمی فرد در زندگی پرداخته می‌شد.
جلسه هشتم	بخشایش‌گری / تعریف توبه و شرایط آن

اضطراب و افسردگی گروه مداخله قبل و بعد از مشاوره معنوی نشان داد ($p < 0/0001$). به این صورت که میانگین نمره اضطراب پس از مداخله ۵ نمره کمتر از قبل از مداخله بود. در حالی که این تفاوت در گروه کنترل معنی‌دار نبود ($p > 0/05$) (جدول ۲).

همچنین آزمون تی مستقل در شروع مطالعه نشان داد که تفاوت معنی‌داری بین میانگین نمره اضطراب و افسردگی بیماران گروه مداخله در مقایسه با کنترل وجود ندارد ($p > 0/05$)؛ اما پس از مشاوره معنوی، کاهش میانگین نمره اضطراب و افسردگی گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل به وجود آمد ($p < 0/0001$). آزمون تی زوجی نیز تفاوت معنی‌داری بین میانگین نمره

جدول ۱: وضعیت متغیرهای دموگرافیک بیماران همودیلایز مورد مطالعه در دو گروه مداخله و کنترل

نوع و نتیجه آزمون	گروه کنترل		گروه مداخله		
	انحراف معیار \pm میانگین				
تی مستقل $p = 0/68$ $t = 0/41$	۵۲/۱۱ \pm ۱۱/۳۴		۵۳/۰۶ \pm ۱۰/۵		سن
تی مستقل $p = 0/52$ $t = 0/63$	۲۵/۳ \pm ۱۴		۲۸/۶ \pm ۱۵		سابقه همودیلایز
تی مستقل $p = 0/085$ $t = 1/72$	۵/۶ \pm ۲		۴/۲ \pm ۲		تعداد فرزندان
دقیق فیشر $p = 0/35$	مؤنث ۲۱ (%۴۸)	مذکر ۲۴ (%۵۲)	مؤنث ۱۸ (%۴۰)	مذکر ۲۷ (%۶۰)	جنس
دقیق فیشر $p = 0/1$	مجرد ۹ (%۲۰)	متاهل ۳۶ (%۸۰)	مجرد ۵ (%۱۵)	متاهل ۴۰ (%۸۵)	تاهل

وضعیت منزل	شخصی ۳۲ (%۷۰)	استیجاری ۱۳ (%۳۰)	شخصی ۳۱ (%۶۸)	استیجاری ۱۴ (%۳۲)	دقیق فیشر p=۰/۱
سیگاری بودن	بلی ۱۱ (%۲۴)	خبر ۳۴ (%۷۶)	بلی ۱۰ (%۲۲)	خبر ۳۵ (%۷۸)	دقیق فیشر p=۰/۱۳

واچهولتز (Wachholtz) و همکاران (۲۰۰۵) بررسی تأثیر مشاوره معنوی بر آرام‌سازی بیماران قلبی همخوانی دارد (۴۱-۴۴).

همچنین مطالعه حاضر نشان داد که مشاوره معنوی باعث کاهش میانگین نمره افسردگی در بیماران همودیالیز می‌شود. این یافته با نتایج مطالعات موریتس (Moritz) و همکاران (۲۰۰۵) با عنوان تأثیر برنامه آموزش معنویت در بیماران مبتلا به افسردگی شدید، بورمان (Bormann) و همکاران (۲۰۰۹) بررسی تأثیر معنویت بر مشکلات روان‌شناختی در مبتلایان به ایدز، مک‌کلین (Mcclain) و همکاران (۲۰۰۳) بررسی تأثیر سلامت معنوی بر افسردگی، اضطراب مرگ و ناامیدی بیماران سرطانی همخوانی دارد (۴۵ و ۴۶). همچنین نتایج مطالعات رحمتی و همکاران در بیماران اسکیزوفرنیک، مطالعات بواله‌ری در زنان سرطانی و بهرامی در دانشجویان اثرات مثبت مشاوره معنوی را در کاهش افسردگی گزارش کرده‌اند (۱۶، ۲۷ و ۴۸).

یافته‌های پژوهش حاضر که با یافته‌های پژوهشگران فوق همسو است، به چند صورت تبیین می‌شود. در واقع، مجموعه عواملی که می‌تواند باعث تأثیر مثبت مشاوره معنوی بر کاهش اضطراب و افسردگی بیماران شود، شامل این موارد می‌باشد. اولاً رویکرد مشاوره معنوی در صورتی که متناسب با فرهنگ و اعتقادات فرد باشد می‌تواند به طرق مختلف به عمیق‌ترین نیازها، مشغله‌های ذهنی و مسایل افراد پاسخ دهد و موجب معنایابی در زندگی شود (۵۰).

ثانیاً مشاوره معنوی موجب بهبود شرایط جسمانی همچون بهبود عملکرد سیستم ایمنی و کاهش درد بیماران می‌شود (۴۹ و ۵۱)؛ و نهایتاً تکنیک‌های به کار رفته در مشاوره معنوی هر کدام به صورت مجزا می‌تواند باعث کاهش مشکلات روان‌شناختی و بهبود وضعیت روحی- روانی بیماران شود. به عنوان مثال، آرام‌سازی عضلانی در کاهش مشکلات روان‌شناختی و بهبود وضعیت روحی- روانی بیماران قلبی، دعا کردن به عنوان یک مکانیسم سازگاری مؤثر در کاهش اضطراب بیماران همودیالیزی، گوش دادن به آوای قرآن کریم در بهبود کفایت همودیالیز، مرور حوادث سوگوار زندگی در بهبود سلامت معنوی، کاهش افسردگی و اضطراب و دادن معنا و مفهوم به زندگی افراد سرطانی و فعالیت‌های معنوی در بهبود وضعیت روانی و مراقبت از خود بیماران اسکیزوفرنی مؤثر بوده است (۱۶، ۲۳، ۴۹، ۵۲ و ۵۳). از طرفی، ارتباط بین معنویت، مذهب با وضعیت

جدول ۲: مقایسه میانگین نمره اضطراب بیماران در گروه مداخله و کنترل در شروع و پایان مطالعه

گروه	شروع مطالعه (انحراف معیار ± میانگین)	پایان مطالعه (انحراف معیار ± میانگین)	نوع و نتیجه آزمون
مداخله	۱۲/۹۷ ± ۴/۵۸	۷/۳۹ ± ۱/۶۷	تی زوجی T=۸/۱۳ p<۰/۰۰۰۱
کنترل	۱۱/۸۲ ± ۴/۰۲	۱۱/۳ ± ۴/۰۹	تی زوجی T=۱/۰۳۷ p=۰/۳
نوع و نتیجه آزمون	تی مستقل ۱/۲ p=۰/۲۳	تی مستقل ۵/۶۸ p<۰/۰۰۰۱	

جدول ۳: مقایسه میانگین نمره افسردگی بیماران در گروه مداخله و کنترل در شروع و پایان مطالعه

گروه	شروع مطالعه (انحراف معیار ± میانگین)	پایان مطالعه (انحراف معیار ± میانگین)	نوع و نتیجه آزمون
مداخله	۱۲/۹۷ ± ۳/۶۸	۶/۴۳ ± ۳/۰۴	تی زوجی T=۹/۳ p<۰/۰۰۰۱
کنترل	۱۱/۴۱ ± ۴/۳۶	۱۰/۸۷ ± ۴/۶۲	تی زوجی T=۱/۱۹ p=۰/۲۴
نوع و نتیجه آزمون	تی مستقل ۱،۷۵ p=۰/۰۸۴	تی مستقل ۵،۱۳ p<۰/۰۰۰۱	

بحث

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که مشاوره معنوی باعث کاهش میانگین نمره اضطراب در بیماران همودیالیز می‌شود. نتایج پژوهش در رابطه با تأثیر مشاوره معنوی بر اضطراب با یافته‌های مطالعات داویس (Davise) و همکاران (۲۰۰۳) با عنوان بررسی ارتباط بین سلامت معنوی و اضطراب جوانان، یعقوبی و همکاران بررسی تأثیر درمان شناختی- رفتاری و روان‌درمانی معنوی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی بر اضطراب آشکار دانشجویان و نیز مطالعه استانلی (Stanley) و همکاران (۲۰۱۱) بررسی معنویت و درمان اضطراب در افراد مسن،

می‌شود دوره‌هایی به منظور آشنایی دانشجویان و پرستاران با مفاهیم و اجزای مراقبت معنوی صورت گیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی تأثیر مداخله در فواصل زمانی مختلف مورد پیگیری قرار گیرد. مطالعات دیگر می‌تواند به روشن‌سازی زمینه‌های مهم و مختلف در مورد چگونگی تأثیر این نوع مداخله، موانع و تسهیل‌گرهای کاربرد آن در بالین برای بیماران مبتلا به سایر بیماری‌های مزمن کمک کند. وضعیت روحی-روانی بیماران در پاسخ‌دهی به سوالات پرسشنامه می‌تواند از محدودیت‌های این مطالعه باشد. توصیه می‌شود که در مطالعات دیگر از سایر ابزارها به منظور ارزیابی مشکلات بیماران استفاده شود.

نتیجه‌گیری

نتایج حاصل از این پژوهش نشان می‌دهد که مشاوره معنوی بر اضطراب و افسردگی بیماران همودیالیز تأثیر مثبت دارد؛ بنابراین، با توجه به شیوع مشکلات روان‌شناختی در بیماران همودیالیزی و پیامدها و عوارض آن بر کیفیت زندگی، روند درمان و بهبودی آن‌ها، به صرفه بودن مشاوره معنوی و تأثیر آن بر ابعاد جسمی، روانی و معنوی بیماران توصیه می‌شود که با فراهم ساختن زمینه این امر و گنجانده شدن آن در برنامه مراقبتی، بیش از پیش مورد توجه مراقبین، مدیران و صاحب‌نظران سیستم سلامت قرار گیرد. امید است با توجه به این بُعد مهم انسانی و فراهم کردن مراقبت جامع، روند بهبودی و رفاه بیماران ارتقاء یابد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان‌نامه دانشجویی مقطع کارشناسی ارشد مصوب معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کاشان به شماره ۹۲۳۹ می‌باشد. به این وسیله، از مسؤولان محترم دانشگاه، مسؤولان و کارکنان بیمارستان امین و کلیه همکاران و بیماران عزیزی که در این پژوهش شرکت نمودند و ما را یاری رساندند، سپاسگزاری می‌شود.

سلامت روان در بیماری‌های مزمن همیشه مثبت و معنی‌دار گزارش نشده است.

کو (Ko) و همکاران (۲۰۰۷) در بررسی عقاید و نگرش مذهبی و معنوی بیماران تحت همودیالیز به این نتیجه رسیدند که رابطه معنی‌داری بین کیفیت زندگی و باورهای مذهبی و معنوی در این بیماران وجود ندارد (۵۴). همچنین نتایج مطالعه بریتبارت (Breitbart) و همکاران (۲۰۰۰) در بیماران در مرحله انتهایی سرطان نشان داد که سطح سلامت معنوی به طور قابل توجهی با تمایل به مرگ زودرس این بیماران ارتباط دارد (۵۵). مطالعه‌ای در کشور انگلستان گزارش می‌کند بیمارانی که از لحاظ اعتقادات معنوی وضعیت بالاتر و قوی داشتند، در مدت ۹ ماه پیگیری مداوم پس از ترخیص از بیمارستان، وضعیت روحی-روانی به مراتب بدتری نسبت به سایر بیماران داشتند (۵۶). این تفاوت‌ها ناشی از تفاوت‌های فرهنگی، اجتماعی، اعتقادات و تجارب متفاوت معنوی-مذهبی می‌باشد. جامعه ما دارای فرهنگ غنی اسلامی است. فلسفه آموزش‌های اسلامی بر اساس مفهوم عقلانی خدا و انسان است و در واقع تأکید بر نگاه توحیدی دارد. این مفهوم انسان را متعادل نگاه می‌دارد و بنابراین بسیاری از مشکلات انسان با طی کردن مسیر ذات خود که همانا خالق انسان می‌باشد حل می‌شود (۵۷).

بر طبق پژوهش محققین دانشگاه هاروارد (۲۰۰۶)، معنویت نه فقط ریشه در عقیده فرد داشته است؛ بلکه ریشه در تجربه او نیز دارد. اگر شخصی فقط اعتقاد داشته باشد؛ ولی تجربه نکرده باشد، بسیاری از فواید جسمی و روانی معنویت را از دست می‌دهد (۵۸). تجربه معنویت با محتوایی درست برانگیزنده ایمان درونی است و به اعتقاد فهرینگ (Fehring)، میلر (Miller) و شاو (Shaw) بین ایمان درونی، سلامت معنوی، امید و سایر حالات مثبت خلقی، ارتباط مثبت و بین ایمان درونی، افسردگی و حالات منفی خلقی، ارتباط منفی وجود دارد (۵۹).

با توجه به تأثیر به‌سزای مشاوره معنوی در سلامت معنوی و روانی بیماران و اهمیت مراقبت روانی در حرفه پرستاری توصیه

References

- Hagren B, Pettersen IM, Severinsson E, Clyne N, Lutzen K. Maintain Hemodialysis Patients Experiences of Their Life Situation. Clin J Nurse 2005; 14: 294-300.
- Davison SN. End of Life Care Preferences and Needs Perception of Patients with Chronic Kidney Disease. Clin J Am Soc Nephrology 2010;5: 195-204.
- Ko B, Khurana A, Spancen J, Scott B, Hahn M. Religious Belief and Quality of Life an American Inner-City Hemodialysis. Oxford J medicine Nephrology Dialysis Transplantation 2005; 22: 2985-90.
- Gilbar O, Or-Han K, Plivazky N. Mental Adjustment, Coping Strategy and Psychological Distress among End-Stage Renal Disease Patients. J of psychosom Res 2005; 58(6):471-6.

5. Koo j, Yoon J, Kim s, Lee Y. Association of Depression with Malnutrition in Chronic Hemodialysis Patient. *Am J Kidney Dis* 2003; 41(5):1037-42.
6. Marvi A, Bayazi M ,Rahmani M, Kazemi A. Studying the Effect of Cognitive Behavioral Group Training on Depression In Hemodialysis Patients. *Science direct j* 2011; 30: 1831-6.
7. Cukor D, Coplan J, Brown C, The Associations Between Depression, Health Related Quality of Life, Social Support, Life Satisfaction and Disability In Community - Dwelling Us Adults. *J Nerve Ment Dis* 2009; 197: 61-4.
8. Rebecca A, Drayer M, Piraino B, Reynolds C, Houck P, Mazumdar S and et al. Characteristics of Depression in Hemodialysis Patients: Symptoms, Quality of Life and Mortality Risk. *General Hospital Psychiatry* 2006; 28: 306-12.
9. Kimmel Pl, Weishes K, Peterson R. Survival in Hemodialysis Patients the Role of Depression. *J Am soci- Nephrol* 1993; 4: 12-27.
10. Drayer R ,Piraino B, Reynolds C, Houck P, Mazumdar S, Bernardini J and et all. Charactristics of Depression in Hemodialysis Patients: Symptom, Quality of Life and Mortality Risk. *J General Hosp Psychiatry* 2006; 28(4): 306-12.
11. Tavallaie S, Ebrahimnia M, Shamspour N, Assari S .Effect of Depression on Health Care Utilization in Patients With End – Stage Renal Disease Treated With Hemodialysis. *Euro J of internal med* 2009; 20: 411-4. (Persian)
12. Farsi Z, Salsali M. Metaparadaim Conceptual and Nursing Care in Islam 2008; 1(66-68):8-21. (Persian)
13. Rezaie M, Fatemi N, Hoseini F. Spiritual Wellbeing in Cancer Patients Who Undergo Chemotherapy. *Hayat J* 2008; 14(3-4):33-9. (Persian)
14. Davison S, Simpson C. Hope and Advance Care Planning in Patients With End Stage Renal Disease. *British Med J* 2006; 333(757): 886.
15. Hematimaslak M, Ahmadi F, Anosseh M. Spiritual Beliefs and Quality of life: A Qualitative Research about Diabetic Adolescent Girl's Perception. *Koomesh J Golestan medical University* 2011; 12(2):144-51. (Persian)
16. Bolhari J, Naziry y, Zamaniyan S. Effective Spiritual Healing Therapy for Decrease Depression, Anxiety, Stress Woman with Breast Cancer. *J of socialliaty*2012; 3(1):85-116. (Persian)
17. Richards P, Hrdman K, beret M. Spiritual Approaches in Treatment of Women with Eating Disorders Washington. *American Psychological Association* 2006;304
18. Moghimian M, Salmani F. The Study of Correlation between Spiritual Well-Being and Hope in Cancer Patients Referring to Training – Therapy Center of Isfahan University Medical Sciences. *J Qom Med Univer* 2012; 6(3):40-5. (Persian)
19. Eatemadi A. Faith Spirituality in Counseling and Psychotherapy. *Quarterly J Psychotherapy* 2005; 10(36-35):131-146. (Persian)
20. Moritz S, Kelly M, Xu T, Towes J, Rickhi D. Teaching Spirituality in Depression. *Commentary Therapies in Med J* 2011;19:201-7
21. Boscaglia N, Clarke D, Jobling T, Quinn M. The Contribution of Spirituality and Spirituality Coping to Anxiety and Depression in Women with a Recent Diagnosis of Gynecological Cancer 2005. *Int J Gynecol cancer*;15:755-761
22. Taylor E, Outlaw F. Use of Prayer among Persons with Cancer. *J Holistic Nurse* 2002;16(3): 46-60
23. Thuneboyle I, Stygall J, Keshtgar M, Newman S. Do Religious/ Spiritual Coping Strategies Affect Illness Adjustment in Patients with Cancer? A Systematic Review of the Literature. *J Socia& scie Med* 2006;63: 151-64

24. Ironson G, Stuetzle R, Fletcher M. An Increase in Religiousness/ Spirituality Occurs after HIV Diagnosis and Predicts Slower Disease Progression over 4 Years in People with HIV2006. *J Gen intern Med*;21:62-8
25. Hojjati H, Taheri N, Akhundzadeh G. Resorting to Pray Rate in Hemodialysis Patients of Goldstone Province. *Iranian J of critic care Nursing* 2010; 3(2):75-9. (Persian)
26. Akhbardeh M. Role of Spiritual Beliefs and Prayer in Health Promotion of Chronic Patients: A Qualitative Study. *Quart J of Quran Med* 2011; 1(1):1-9. (Persian)
27. Wink P, Dillon M. Religiousness, Spirituality and Psychosocial Functioning in Late Adulthood Finding from a Longitude Study. *Psych and aging J* 2003; 18:916-24.
28. Piedmont L, Ciarrochi W, Williams J. The Empirical and Conceptual Value of The Spiritual Transcendences Religious Involvement Scales for Personality Research. *Psycholog Relig Spiritual* 2009; 1(3):162-79.
29. Bahrami H, Tashk A. Relation between Religious Orientation and Mental health and Evaluation of Religious Orientation Scales. *J of Psychology and Educa*2005; 34(2): 41-63. (Persian)
30. Miller W, Thoresen E. spirituality, Religious and Health. An Emerging Research Field. *Am Psychol J*2003; 58:24-35.
31. Kao T, Lai M, Tsai T. Economic, Social and Psychology Factors Associated with Health – Related quality of life Chronic Hemodialysis Patient in Northern Taiwan. *J Art Organs*2009; 33(1):61-8.
32. Breitbart W, Rosenfeld B, Pessin H. Depression, Hopelessness and Desire for Hastened Death in Terminally Ill Patients with Cancer. *JAMA* 2000; 284(22): 2907-11.
33. Shirmohamadi M. The Effect of Consultation on the Symptom of PMS. (Thesis Msc Midwifery), Tehran Uni of Med Sci; 2009. (Persian)
34. Kermanshahi S, Hoseynzadeh SH, Alhani F. The Effect of the Group Counseling Program on the Status of Primary Dysmenorrheal, Dietary Condition and Exercise in Shahreyar Girl's High School. *J Zanzan Uni Med Sci.* 2008; 16(65): 49-59. (Persian)
35. Mcshery W, Cash K, Ross L. Meaning of Spirituality: Implications for Nursing Practice. *J of Clin Nurs* 2004;13: 934-41
36. Ahmadvand A, Saie R, Sepehrmanesh Z, Ghanbari A. Effect of Cognitive Behavioral on Anxiety and Depression in Hemodialysis Patients. *Qom med Sci Uni* 2010; 6(1):35-9. (Persian)
37. Moarefzadeh S, Sodani M, Shafiabadi A. The Study of the Effect of Teaching of Contrastivetraining Skills Originated of Quran on Reducing Anxiety Among High School Girl Student in Ahwaz. *Quart J of Edu Psychol Islamic Azad Uni Tonekabon Branch* 2010;1(3):19-26(Persian)
38. Drayer R, Piraino B, Reynolds S, Houck P, Mazumdar S, Bernardini J and et al. Characteristics Depression Hemodialysis Patient. *Psych-Med J* 2006; 4(24):306-12.
39. Ebadi A, Moradian T, Feyzi F, Asiabani M. Comparison of Hospital Anxiety and Depression among Patients with Coronary Artery Disease on Proposed Treatment. *Iranian J of Crit Care Nursing* 2011;2(4):97-103.(Persian)
40. Montazeri A, Vahdaninia M, Ebrahimi M, Jarvandi S. The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS): Translation and Validation Study of the Iranian Version. *Health Quality Life Outcomes.*2003; 28(1):14. (Persian)
41. Davis T, Kerr B, Kurpius S. Meaning, Purpose and Religiosity in At- Risk Youth. The Relationship between Anxiety and Spirituality. *J of Psychol* 2003; 6:132-40.
42. Yagoubih, Sohrabi F, Mohammadzadeh A. The Comparison of Cognitive Behavior Therapy and Islamic Based Spiritual Religion Psychotherapy on Reducing of Student's Overt Anxiety. *Behav Res J*2011; 10(2): 99-107. (Persian)

43. Stanley M, Bush A, Jameson , Philips L, Barber C and et al. J Aging and Ment health 2011;5(3): 334-43.
44. Wachholtz A, Pargament K. Is Spirituality A Critical Ingredient of Meditation? J of Med Behav 2005; 28(4): 369-84.
45. Moritz S, Kelly M, Xu T, Towes J, Rickhi D. Teaching Spirituality in Depression. J Commentary Therap in Med 2011; 19:201-7.
46. Bormann J, Aschbacher K, Wetherell J, Roesch S and Redwine L. Effect of Faith Assurance on Cortisol Levels are enhanced by a Spiritual Mantram. Intervention in Adults with HIV: A Randomized Trial. J of Psychosom Res 2009; 66(2): 161- 71.
47. Rahmati M, Ghanbari V, Khaledi P, Mohammadi B. Effective Spirituality-Religious Healing intervention on Depression Schizophrenic Patients. J Nurs and Midwif Tabriz 2011. (Persian)
48. McClain C, Rosenfeld B, Breitbart W. Effect of Spiritual Wellbeing on End of Life Despair in Terminally- Ill Cancer Patients. Lancet j 2003; 361:1603-07.
49. Mirbagher N, Aghajani M, Shahshahani M. The Effect of Music and Holy Quran on Patient Anxiety and Vital Sign before Abdominal Surgery. J Mashhad Evidence Based Medical 2010;1(1):65-76.(Persian)
50. Asayesh H, Heidary F. Prayer like Spirituality Approach in Psychological Intervention Sajjadih Sahifeh. Gorgan Nurse and midwifery J 2006;4(2):50-5.(Persian)
51. Bussing A, Michalsen A, Grunther R. Are Spirituality and Religiosity Resources for Patients With Chronic Pain Condition? J Pain Medicine 2009; 10(2): 327-39.
52. Ando M, Morita T, Akechi T, Okamoto T. Efficacy of Short Term Life Review Interviews on Spiritual Well-Being of Terminally Ill Cancer Family Patients. J of pain and symptom Management 2010; 39(6):993-1002.
53. Hojat M, Zehadatpour Z, Nasr Esfahani M. The Effect Quran Sound with Normal, Quiet , Arabic Music and Irani Music on dialysis Efficacy. Iranian j of Criti Care Nurs 2010; 3(2): 69-74. (Persian)
54. KO B, Khurana A, Spancen J, Scott B, Hahn M. Religious Beliefs and Quality of Life an American Inner_City Haemodialysis. oxford J medicine Nphrology Dialysis Transplantation 2005;22: 2985-90
55. Breitbart W, Rosenfeld B, Pessin H. Depression, Hopelessness and Desire for Hastened Death in Terminally Ill Patients with Cancer. JAMA 2000;284(22): 2907-11
56. Momeni T, Musarezaie A, Karimian J, Ebrahimi A. Relationship between Spiritual Well-Being And Depression in Iranian Breast Cancer Patient. Health Inf Manag J 2012; 8(8):1007-16.
57. Norwati M, Nur Syahidah K. Spiritual Well-Being of INSTED, IIUM Students and Its Relationship with College Adjustment. Procedia Soc Behav Sci 2012; 1314– 23.
58. Nur Syahidah Khalid Karren KJ, Hafen BQ, Smith NL, Frandsen KJ. Mind-Body Health: The Effects of Attitudes, Emotions and Relationship. 3th Ed, Pearson: Sanfrancisco, 2006.
59. Fehring RJ, Miller JF, Shaw C. Spiritual Wellbeing, Religiosity, Hope, Depression, and Other Mood-States in Elderly People Coping with Cancer. Oncol Nurs Forum 1997; 24: 663-71.
60. Asayesh H, Heidary F. Prayer like Spirituality Approach in Psychological Intervention Sajjadih sahifeh. Gorgan Nurse and midwifery J 2006; 4(2):50-5. (Persian)

The Effect of Spirituality Counseling on Anxiety and Depression in Hemodialysis Patients

*Mohammad Aghajani¹, Mohammad Reza Afazel², Fahimeh Morasai³

1. Instructor of Nursing, Department of Psychiatric Nursing, School of Nursing and Midwifery, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran

2. Instructor of nursing, Department of Medical-Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran

3. MS in Nursing, School of Nursing and Midwifery, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran

* Corresponding author, Email: aghajani_m@Kaums.ac.ir

Abstract

Background: In attention of increasing prevalence psychological problems, complications and consequences of hemodialyses and important role of nurses in psychological support of patients, application of complementary therapies such as spirituality counseling is very important.

Aim: This study investigates the effect of spirituality counseling on anxiety and depression in hemodialysis patient.

Methods: This randomized clinical trial study included 90 patients with chronic renal failure undergoing hemodialysis in Amin Hospital, Isfahan (2013), which was randomly assigned into two groups. The experimental group received 8 sessions of spiritual counseling and the control group took routine care. Data were collected with the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) and were analyzed using independent and paired t-test and exact fisher test in SPSS software version 11.5.

Results: Statistical results showed no significant difference in demographic variables between intervention and control groups ($p>0/05$). In addition, independent t-test showed no significant difference between the mean anxiety and depression scores in the intervention and control groups ($p>0/05$). However, after applying spiritual counseling, average scores of anxiety and depression decreased in intervention group in comparison with the control group. Paired t-test showed significant differences between average scores of anxiety and depression scores before and after the spiritual counseling in an intervention group ($p<0/05$), while in the control group, this difference did not reach statistical significance ($p>0/05$).

Conclusion: Spiritual counseling could decrease the anxiety and depression in dialysis patients; therefore it is recommended that this approach performed as a complementary, effective, non-invasive, low cost nursing intervention to decrease the psychological problems of these patients.

Keywords: anxiety, depression, randomized clinical trial, Spiritual Counseling

Received: 25/08/2013

Accepted: 17/12/2013