

تأثیر دعا بر سلامت معنوی بیماران همودیالیزی

سیدحمید شریف نیا^۱، حمید حجتی^{۲*}، رقیه نظری^۳، مصطفی قربانی^۴، گلپهار آخوندزاده^۲

۱. دانشکده پرستاری و مامایی آمل، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران

۲. دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علی آباد کتول، گروه پرستاری، علی آباد کتول، ایران

۳. دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران

۴. مربی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران

چکیده

مقدمه: همودیالیز، با اختلال در عملکرد و کیفیت زندگی فرد، سلامت روان را دچار مشکل می‌کند. استعانت مذهبی و دعا کردن نقش مهمی در قبول بیماری‌ها دارد و با کاهش آشفتگی‌های معنوی سبب انگیزه‌ی مثبت درمانی می‌شود. از آن جایی که یکی از زمینه‌های عمده‌ی بیماری‌ها و مشکلات روانی و عوارض جسمی و اجتماعی احساس پوچی، بیهودگی و تزلزل روحی است که از فقدان بعد معنوی افراد سرچشمه می‌گیرد، این مطالعه با هدف «بررسی تأثیر دعا بر سلامت معنوی بیماران همودیالیزی» انجام گرفت.

روش‌ها: این پژوهش نیمه‌تجربی بر روی ۸۸ نفر از بیماران تحت درمان با همودیالیز (۴۴ نفر گروه مورد ۴۴ نفر شاهد) مراجعه کننده به بیمارستان امام رضای شهر آمل در سال ۱۳۸۸ انجام شد. این پژوهش به صورت طرح سالامون اجرا شد. برای گروه مورد به مدت ده هفته هر روز صبح به مدت بیست دقیقه به‌طور متناوب دعای توسل پخش می‌شد. بعد سلامت معنوی توسط پرسش‌نامه‌ی استاندارد سلامت معنوی پولوتزین و الیسون، در دو گروه سنجیده شد. نتایج بعد از وارد نمودن داده‌ها به نرم افزار آماری SPSS16 توسط آمار توصیفی و آمار استنباطی مورد تجزیه تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: یافته‌ها، سلامت معنوی را در گروه مورد 103 ± 3 به میزان بالا و در گروه شاهد 93 ± 10 در حد متوسط نشان داد. آزمون آنالیزواریانس دو طرفه بین سلامت معنوی گروه مورد و شاهدی که هم پیش آزمون و هم پس آزمون داده بودند ارتباط معنی‌داری نشان داد ($p < 0.01$). این آزمون بین دو گروهی که تنها پس آزمون داده بودند ارتباط معنی‌داری را نشان داد ($p < 0.01$).

نتیجه‌گیری: دعا، یک روش مناسب برای سازگاری با بیماری است. چون علاوه بر تسکین اضطراب، موجب ارتقای معنویت می‌شود. از آن جایی که رویکرد زندگی این بیماران بر پایه‌ی معنویت بنا شده است، لازم است که پزشکان و پرستاران از نقش کلیدی باورهای اعتقادی در زندگی این بیماران آگاه باشند. از این رو امید است با همکاری جدی بین دست اندرکاران تیم سلامت، برای اجرای احکام شرعی، که امروزه به عنوان مراقبت‌های مذهبی مطرح است، شاهد تأثیر این‌گونه مراقبت‌ها، ایجاد احساس آرامش و تسریع بهبودی در بیماران باشیم.

واژگان کلیدی: دعا؛ سلامت معنوی؛ همودیالیز

The effect of prayer on mental health of hemodialysis patients

Seyed Hamid Sharif Nia¹, Hamid Hojjati^{2*}, Roghayeh Nazari³, Mostafa Qorbani⁴, Golbahar Akhoondzade²

1. School of Nursing and Midwifery of Amol, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran

*2. Department of Nursing, Aliabad katoul branch, Islamic azad university, Aliabad Katoul, Iran

3. Babol University of medical sciences, Babol, Iran

4. Instructor, Faculty of Medicine, Golestan University of Medical Scie, Gorgan, Iran

Abstract

Aims: Hemodialysis brings about difficulties in individuals' mental health by causing disorder in the function and quality of life. Asking for religious help and prayer play a vital role in sickness acceptance and it causes positive treatment motivation through decreasing mental disorders. Among the important factors which lead to diseases, psychological problems as well as physical and social complications, one can mention to absurdity and uselessness as well as mental instability which is resulted from lack of spiritual dimension in peoples' life. The present research aimed to review the effect of prayer on mental health of hemodialysis patients referring to Imam Reza Hospital of Amol City in 2009.

Methods: This experimental study was conducted on 88 people under hemodialysis treatment (44 people as test group and 44 people as control group). The survey was done in Solomon desian. "Tavassol Prayer" was played periodically for the test group for 10 weeks in the mornings for 20 minutes. Then, mental health of both groups was evaluated by the spiritual health standard questionnaire of Palutzian & Ellison. The results were analyzed by descriptive and inferential statistics after entering data into statistical Software SPSS₁₆.

Results: The findings showed mental health for the test group was 103 ± 3 as a high level and for the control group as 93 ± 10 in an intermediate level. Two ways ANOVA test showed a significant correlation between mental health of the test and control groups both in pretest and posttest ($p < 0.01$). In addition, this test also showed a significant correlation between the two groups who had only posttest ($p < 0.01$).

Conclusion: According to the results, it can be concluded that prayer is a suitable method to adapt with the disease. Because, not only it mitigates stress, but also, it improves health spirituality. Since, life approach of these patients is built on spirituality, it is necessary for physicians and nurses to know the key role of ideological beliefs in the patients' life. Therefore, it is hoped that with the serious cooperation among the health team members in following the religious rituals, which are known as religious care today, we may see the effect of these cares and creation of peace feeling as well as rapid recovery in health condition of these patients.

Key words: Prayer; Spiritual Health; Hemodialysis

مقدمه

مکان شاید مکان شفا دهنده و التیام بخشی برای او باشد [۵]. ایمان به خدا و هدفدار بودن زندگی به همراه حس ظن و توجه بیشتر به مسائل معنوی زندگی، باعث کاهش اضطراب و تزلزل روحی و عوارض ناشی از آن می‌شود [۱۲].

مراقبت‌های معنوی نه تنها برای افرادی که اعتقادات مذهبی دارند بلکه برای همه مردم لازم است [۷]. در تحقیقات پرستاری نشان می‌دهند که بُعد معنوی، یکی از ابعاد مهم پرستاری در مراقبت و تسکین درد بیماران است و لازم است که پرستار، جنبه‌های مذهبی مردم منطقه‌ی خود را به خوبی بداند تا به درمان‌های تسکینی کمک نماید [۱۳]. یکی از نگرانی‌های اخیر در متون پرستاری، ارایه‌ی ناکافی مراقبت‌های معنوی برای بیماران است. فرصت‌های یادگیری در پرستاری، اغلب به نیازهای جسمانی محدود شده و اطلاعات در خصوص معنویت به فراموشی سپرده می‌شود [۷ و ۱۴]؛ در حالی که تحقیقات انجام شده نشان داده‌اند که معنویت نه تنها بر حالات خلقی و سلامت روانی افراد مؤثر است، که شرایط جسمانی آن‌ها را نیز بهبود می‌بخشد [۱۵]. متأسفانه در بیمارستان‌ها نیز به نیازهای مذهبی و معنوی بیماران توجه چندانی نمی‌شود و بارها مشاهده شده برای انجام اعمال مذهبی بیمار نیازمند، کمک چندانی از سوی کارکنان صورت نمی‌گیرد [۹]. امروزه در کشور ما پرستار در بسیاری از موارد، تنها به شناسایی مسائل صوری بیماران بسنده می‌کند؛ در حالی که پرستاری باید احاطه‌ی کامل بر جنبه‌های جسمی، روانی و معنوی افراد داشته باشد [۱۶]. از آن جایی که در کشور ما بیش از هفتاد میلیون مسلمان زندگی می‌کند که پایبندی به احکام شرعی و ارزش‌های دینی با زندگی آنان عجین شده است [۹] و با توجه به نقش سلامت معنوی بیماران، به ویژه بیماران مزمن، پژوهشگران بر آن شدند تا به بررسی اثرات دعا بر سلامت معنوی بیماران همودیالیزی بپردازند.

روش‌ها

مطالعه‌ی حاضر از نوع تجربی با طرح چهار گروهی سالامون است که از بین ۱۰۴ بیمار مراجعه کننده به مرکز همودیالیز بیمارستان امام رضا شهر آمل، در سال ۱۳۸۸، تعداد ۸۸ نفر از بیمارانی که شرایط مطالعه را داشتند انتخاب و سپس به صورت تصادفی به دو گروه ۴۴ نفره شاهد و مورد تقسیم شدند. واحدهای مورد پژوهش، همگی ایرانی و مسلمان بودند و در هفته، حداقل یک بار دیالیز می‌شدند و از شروع زمان دیالیز آن‌ها شش ماه می‌گذشت. هیچ کدام از واحدهای مورد پژوهش تا به حال در پژوهش مشابه شرکت نکرده بودند. در سابقه‌ی آن‌ها بیماری روحی - روانی مزمن و مصرف داروهای روان گردان دیده نمی‌شد و از حداقل سواد خواندن و نوشتن برخوردار بودند. ابزار گردآوری اطلاعات، پرسش‌نامه‌ی مشخصات فردی و سلامت معنوی پولوتزین و الیسون (Palutzian & Ellison) بود که

نارسایی مزمن کلیه، اختلال پیش‌رونده و برگشت‌ناپذیر عملکرد کلیه است که در طی پنج سال اخیر با سرعت هشت درصد در سال افزایش یافته است [۱]. طبق گزارش مرکز تحقیقات بیماران کلیوی و پیوند کلیه، در سال ۱۳۸۶ حدود ۲۹۰۰۰ بیمار مبتلا به نارسایی کلیه در ایران وجود داشت که از این بین تعداد ۱۴۰۰۰ نفر تحت درمان با همودیالیز بودند [۲]. هر چند به واسطه‌ی همودیالیز، طول عمر بیماران کلیوی افزایش یافته است اما بیماری بر زندگی آن‌ها تأثیر گذاشته و در مراحل پیش‌رفته سبب اختلال در وضعیت عملکردی فرد و تغییرات در کیفیت زندگی آنان می‌شود [۳]؛ چرا که منجر به وابستگی فرد به دیگران، کاهش اعتماد به نفس و احساس تنهایی شده و سلامت و بهداشت روان افراد را دچار مشکل می‌سازد [۴].

به دلیل بحران‌های معنوی همراه با بیماری‌های مزمن، گاهی اعتماد به نفس و ایمان مذهبی به مخاطره می‌افتد، ارتباطات فردی به سبب عدم اطمینان به آینده مختل می‌شود، مکانیسم‌های سازگاری ناکافی به نظر می‌رسند و ممکن است احساس تنهایی را به فرد القاء کنند. در یک کلام بحران معنوی در فرد پدیدار می‌شود [۵]. آشفتگی‌های معنوی موجب غم و اندوه در بیماران شده و می‌تواند انگیزه‌های مثبت درمانی را از بین ببرد [۶]؛ زیرا بیماری که از نظر معنوی پریشان‌تر و مضطرب‌تر می‌شود، ممکن است متحمل رنج بیشتری شود که با مشکلاتی چون درد، اعتماد به نفس پایین، احساس تنهایی، ضعف، ناامیدی و عصبانیت همراه است [۷].

دین و مذهب به عنوان استراتژی‌های مقابله‌ای، اثرات مثبتی بر درمان دارند [۸]. در این زمینه قرآن کریم در سوره زمر می‌فرماید «وَأُوَاذِ مَسَ الْإِنْسَانَ ضَرْعًا رِبِّهِ مَنِيْبًا إِلَيْهِ» یعنی: هنگامی که به انسان زبانی برسد، پروردگار خود را می‌خواند و به سوی او باز می‌گردد (قرآن کریم، سوره زمر، آیه ۹).

در بحران‌های زندگی مذهب از پناهگاه‌های انسان به شمار می‌آید و پای‌گاه محکمی در مقابل مشکلات و محرومیت‌های زندگی ایجاد می‌کند. پس اعتقادات مذهبی در زمان بیماری برای شخص اهمیت پیدا می‌کند [۹].

معنویت به همراه مناسک مذهبی، از قبیل دعا کردن، نقش مهمی را در قبول بیماری‌ها دارند [۱۰]. دکتر ماتئوس معتقد است که تشویق بیمارانی که به دعا و نیایش اعتقاد دارند و انجام اعمال مذهبی، یکی از عوامل مؤثر در درمان شمرده می‌شود [۱۱]. در میان منابع مذهبی و معنوی، بیشترین منبعی که مورد استفاده قرار می‌گیرد، دعا است. یادآوری معنای دعا و راه‌هایی که حضور خداوند و ارتباط با او تجربه می‌شود، منبعی غنی برای بیماران تلقی می‌شود؛ زیرا زمانی که فرد از نظر جسمی ناتوان شده و در بیمارستان بستری می‌شود، ذهنیت-پردازی می‌تواند او را قادر سازد که به مکانی دیگر سفر کند که این

داشتند. در سابقه‌ی نه درصد واحدهای مورد پژوهش، پیوند کلیه مشاهده می‌شد و پنجاه درصد هم قصد پیوند را داشتند. در گروه شاهد، میانگین سنی واحدهای مورد پژوهش $56/6 \pm 1/4$ سال، ۵۷ درصد زن بودند، ۴۵ درصد سواد قرآنی داشتند، ۷۹ درصد متأهل بودند و به‌طور میانگین چهار فرزند داشتند. همچنین ۵۴ درصد ساکن روستا، ۴۱ درصد بیکار و بعد از آن ۳۴ درصد خانه‌دار بودند که در سابقه‌ی هفت درصد واحدهای پژوهش، پیوند کلیه مشاهده می‌شد. ۴۸ درصد هم قصد پیوند را داشتند که به‌طور میانگین $3/7 \pm 1/8$ سال بود که تحت درمان با همودیالیز بودند.

سلامت معنوی در گروه موردی که مورد پیش‌آزمون قرار گرفته بودند با میانگین و انحراف معیار $92/1 \pm 11$ ، به میزان متوسط بود. که بیشترین درصد $63/6\%$ از سلامت معنوی متوسط و $34/4\%$ سلامت معنوی بالایی داشتند. همچنین پیش‌آزمون در گروه شاهد با میانگین و انحراف معیار $93 \pm 14/6$ سلامت معنوی را به میزان متوسط نشان داد. طوری که بیشترین درصد واحدهای پژوهش $54/5\%$ سلامت معنوی متوسط و $45/5\%$ از سلامت معنوی بالایی داشتند. که بین سلامت معنوی دو گروه قبل مداخله هیچ اختلاف معنی داری مشاهده نشد. ($p=0/8$) یعنی سلامت معنوی در هر دو گروه شاهد و مورد تفاوت چندانی نداشت. همچنین بعد از انجام مداخله سلامت معنوی در گروه مورد که پیش‌آزمون قرار گرفته بودند با میانگین و انحراف معیار $105/2 \pm 5/5$ به میزان بالایی نشان داده شد. که بیشترین درصد $81/8$ درصد از سلامت معنوی بالا و $18/2$ درصد از سلامت معنوی متوسطی برخوردار بودند. در گروه شاهده‌ی که قبل مداخله مورد پیش‌آزمون قرار گرفته بود با میانگین و انحراف معیار $93/4 \pm 10/7$ سلامت معنوی متوسط نشان داده شد که بیشترین درصد $72/7$ درصد از سلامت معنوی متوسط و $27/3$ درصد از سلامت معنوی بالا برخوردار بودند. آزمون آنالیز واریانس دو طرفه بین دو گروه ارتباط معنی‌داری را نشان داد ($p < 0/01$)؛ یعنی سلامت معنوی در گروه مداخله بیشتر از گروه شاهد بود (جدول ۱).

سلامت معنوی در گروه موردی که قبل از مداخله مورد پیش‌آزمون قرار نگرفته بودند، با میانگین و انحراف معیار $100/5 \pm 6/6$ به میزان بالایی نشان داده شد که بیش‌ترین درصد ($72/7$ درصد) از سلامت معنوی بالا و $27/3$ درصد از سلامت معنوی بالا برخوردار بودند. سلامت معنوی در گروه شاهده‌ی که قبلاً تحت پیش‌آزمون قرار نگرفته بود با میانگین و انحراف معیار $92/2 \pm 9/6$ در حد متوسطی قرار داشت که بیش‌ترین درصد ($68/2$ درصد) از سلامت معنوی متوسط و $31/8$ درصد از سلامت معنوی بالا برخوردار بودند. آزمون آنالیز واریانس دوطرفه بین دو گروه شاهد و مورد که تنها از آن‌ها پس‌آزمون گرفته شده بود ارتباط معنی‌داری را نشان داد ($p < 0/01$) (جدول ۲). همچنین در مقایسه‌ی دو گروه ۴۴ نفری شاهد - مورد،

پایایی آن توسط رضایی در سال ۱۳۸۵ با ضریب آلفای کرونباخ ($\alpha=0/82$) مورد تأیید قرار گرفت. این پرسش‌نامه، حاوی بیست سؤال، که ده سؤال اول سلامت مذهبی و ده سؤال بعدی سلامت وجودی را اندازه‌گیری می‌کند بود. نمره‌گذاری سؤالات بر اساس مقیاس لیکرت شش‌گزینه‌ای، از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم دسته بندی شد. در سؤالات منفی، نمره‌گذاری به صورت معکوس انجام گرفت و در پایان نمره‌ی سلامت معنوی از بیست تا ۱۲۰، به سه سطح (بیست تا چهل) پایین، (۴۱ تا ۹۹) متوسط و (صد تا ۱۲۰) بالا تقسیم بندی شد. ابتدا از بین جامعه‌ی پژوهش ۸۸ نفر که شرایط انجام مطالعه را داشتند انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه ۴۴ نفره شاهد و مورد تقسیم شدند. سپس هر گروه، خود به دو گروه ۲۲ نفره تقسیم شد؛ به طوری که برای کنترل عوامل مداخله‌گر قبل از شروع پژوهش، در گروه شاهد از ۲۲ نفر پیش‌آزمون گرفته شد و از ۲۲ نفر دیگر هیچ آزمونی گرفته نشد. در گروه مورد هم به همین صورت، ۲۲ نفر تحت پیش‌آزمون قرار گرفتند و در ۲۲ نفر دیگر پیش‌آزمون گرفته نشد [۱۷]. سپس برای گروه مورد، به مدت ده هفته، هر روز صبح حین دیالیز به مدت بیست دقیقه از طریق دستگاه پخش، دعا پخش شد. بعد از انجام مداخله از هر چهار گروه پس‌آزمون گرفته شد. برای بیمارانی که قادر به تکمیل پرسش‌نامه‌ها نبودند، این کار به کمک پژوهشگر انجام شد. به منظور جمع‌آوری اطلاعات بعد از کسب اجازه از مسئولین دانشگاه و مراجعه‌ی پژوهشگر به بیمارستان امام رضای شهر آمل و پس از انتخاب واحدهای مورد پژوهش و معرفی خود و آرایه توضیحات کافی در مورد هدف از انجام پژوهش و جلب رضایت کتبی آنان، تک تک واحدهای مورد پژوهش به صورت داوطلبانه اقدام به تکمیل پرسش‌نامه‌ها نمودند. داده‌ها پس از وارد شدن در نرم‌افزار آماری SPSS16 با استفاده از آمار توصیفی (جدول، نمودار، میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (آزمون آنالیز واریانس دو طرفه) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. ابتدا دو گروه شاهد و موردی که هم پیش‌آزمون و هم پس‌آزمون داده بودند مقایسه شدند. سپس طبق روش آنالیز طرح سالمون برای تعمیم مطالعه دو گروه شاهد و موردی که تنها از آن‌ها پس‌آزمون گرفته شده بود با هم مقایسه شدند [۱۸].

یافته‌ها

میانگین سنی گروه مورد $54 \pm 1/5$ سال بود که بیش‌تر زن بودند (۶۱ درصد)، ۴۳ درصد سواد قرآنی داشتند و تنها قادر به خواندن نوشتن اولیه بودند. همچنین ۷۹ درصد از واحدهای پژوهش متأهل بودند و به‌طور میانگین چهار فرزند داشتند. ۵۷ درصد ساکن روستا بودند. بیشترشان بیکار (۵۷ درصد) و بعد از آن ۳۴ درصد خانه‌دار بودند که به‌طور میانگین چهار سال تحت درمان با همودیالیز قرار

جدول ۱: مقایسه‌ی سلامت معنوی بیماران همودیالیزی مراجعه کننده به بخش همودیالیز بیمارستان امام رضای شهر آمل در سال ۱۳۸۸

p-value	میانگین انحراف معیار	سلامت معنوی گروه	
		مورد	قبلا پیش آزمون داده
p<۰/۰۱	۱۰۵/۲±۵/۵	مورد	قبلا پیش آزمون داده
	۹۳/۴±۱۰/۷	شاهد	
p<۰/۰۱	۱۰۰/۵±۶/۶	مورد	پیش آزمون نداده
	۹۲/۲±۹/۶	شاهد	

جدول ۲: مقایسه‌ی سلامت معنوی بیماران همودیالیزی مراجعه کننده به بخش همودیالیز بیمارستان امام رضای شهر آمل در سال ۱۳۸۸

میانگین انحراف معیار	بالا		متوسط		سلامت معنوی گروه
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۱۰۳±۳	۷۷/۳	۳۴	۲۲/۷	۱۰	مورد n=۴۴
۹۳±۱۰	۷۰/۵	۳۱	۲۹/۵	۱۳	شاهد n=۴۴

مثبت نسبت به دنیا در فرد می‌شود و او را در مقابل رویدادهای ناگوار زندگی، مثل فقدان یا بیماری، یاری می‌رساند و با ایجاد انگیزه و انرژی در فرد، وی را به بهتر شدن زندگی امیدوار می‌کند که این امر موجب افزایش تحمل و پذیرش موقعیت‌های غیر قابل تغییر شده و در بسیاری از موارد اضطرابی، که علم قادر نیست، به فرد کمک می‌کند. این مسأله، به ویژه در موارد جدی مثل بیماری‌های صعب-العلاج، از اهمیت خاصی برخوردار است [۲۲].

طالقانی به نقل از مالی و فیبر عنوان می‌کند که اعتقادات مذهبی، عامل مهمی در حمایت روحی بیماران است و آنان اعتقاد داشتند که برای احساس راحتی بیشتر و کسب توان دوباره برای حرکت به سوی تطابق بیشتر با بیماری، باید به قدرت خداوند تکیه نمود [۲۳]. حجتی و همکاران (۱۳۸۹)، در مطالعه‌ای تحت عنوان بررسی میزان توسل به دعا در بیماران همودیالیزی استان گلستان نشان دادند که ۹۸ درصد بیماران به میزان زیادی دعا می‌کردند و از خداوند یاری می‌طلبیدند و معتقد بودند خدا مراقب آن‌ها است و این خدا است که به بندگان خود شفا می‌دهد [۲۴]. رضایی در تهران و حجتی در استان گلستان در مطالعات خود نشان دادند که تناوب دعا با سلامت معنوی در ارتباط است؛ یعنی بیمارانی که بیشتر به دعا و خداوند متعال اعتقاد دارند، از سلامت معنوی بیشتری برخوردار هستند (۱۷ و ۲۵). انجام احکام دینی و مذهبی، منبعی قدرت‌بخش برای بیماران است که باعث افزایش سرعت بهبودی فرد می‌شود. بالعکس، اگر مددجو بین آنچه از ایمانش ابراز می‌نماید و آن اعمالی که انجام می‌دهد، عدم تطابق ببیند، دچار زجر معنوی می‌شود. در این حالت بسیاری از حالات اضطراب و افسردگی‌های فردی، ناشی از ابتلا به

سلامت معنوی در گروه مورد، (۱۰۳±۳) به میزان بالا و در گروه شاهد (۹۳±۱۰) در حد متوسط نشان داده شد. (جدول ۲)
مقایسه‌ی دو گروه شاهد و مورد، نشانگر بیشتر بودن سلامت معنوی در گروه مورد است که این بیانگر تأثیر دعا بر سلامت معنوی در بیماران همودیالیزی است.

بحث

نتایج آنالیز واریانس دوطرفه در این پژوهش نشان داد که گوش دادن به دعا سبب ارتقای سلامت معنوی بیماران می‌شود. مطالعات گوناگون نیز نشان دادند که بین سلامت جسمی، سلامت معنوی و دعا کردن، ارتباط مستقیم وجود دارد [۱۹]. چون حمایت ناشی از منابع مذهبی و داشتن ارتباط با قدرتی بالاتر سودمند بوده و می‌تواند برای بهبود کیفیت زندگی، حمایت بین فردی، کاهش شدت علائم و نتایج مناسب پزشکی سودمند باشد [۲۰]؛ زیرا دعا درمانی، یکی از روش‌های درمانی است که از طریق آن، ارتباط معنوی و روحی بین انسان محتاج با خداوند ایجاد شده و این ارتباط موجب تجدید روحیه‌ی بیمار و شکستن دیوار ناامیدی در نفس وی می‌شود که این امر در پذیرش بیماری تأثیر می‌گذارد [۲۱].

خداوند در قرآن کریم در سوره‌ی رعد می‌فرماید: «إِلا يَذْكُرِ اللهُ تَطْمَئِنُّ الْقُلُوبُ». یاد خدا، اندیشیدن در مورد عظمت پروردگار و فلسفه‌ی خلقت، تسبیح ذات حق و شکرگزاری در برابر نعمت‌ها، موجب آرامش جان و تسکین قلب می‌شود (قرآن کریم، سوره رعد، آیه ۲۶). کوئینگ (۲۰۰۴) معتقد است که مذهب، باعث ایجاد نگرش

واقع در صدد ارایه‌ی مراقبت‌های جامع هستند، باید علاوه بر توجه به جسم، ذهن، روح و نیازهای معنوی بیماران را به رسمیت بشناسند [۱۴]. پرستاران به عنوان یک گروه حرفه‌ای در طول مدت بستری و اقامت بیمار در بیمارستان، باید وی را همراهی کنند. بیمارستان مکان مناسبی برای تشخیص آشفته‌گی‌های معنوی است. پرستاران می‌توانند با حمایت‌های پرستاری و رفع نیازهای معنوی، علاوه بر ارتقای سلامت معنوی، موجب افزایش سلامت عمومی بیماران شوند [۶]. تحقیقات پرستاری نشان داده‌اند که بعد معنویت در همه‌ی جنبه‌های مراقبت‌های پرستاری نفوذ می‌کند [۱۳].

نتیجه‌گیری

امید است با به کارگیری از یافته‌های این پژوهش و با همکاری جدی بین دست‌اندرکاران تیم سلامت، برای اجرای احکام شرعی که امروزه به عنوان مراقبت‌های مذهبی مطرح است، شاهد تأثیر این-گونه مراقبت‌ها و ایجاد احساس آرامش و تسریع در روند بهبودی در این بیماران باشیم.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی مصوب به شماره ۸۱۸۵۱۹۸ دانشگاه علوم پزشکی بابل است.

در خاتمه بر خود لازم می‌دانیم که از زحمات پرسنل بخش همودیالیز بیمارستان امام رضای شهر امل، به ویژه خانم‌ها فرشته نوری، معصومه مطلق و سرکار خانم گلنهار آخوندزاده، کمال تقدیر و تشکر را به جای آوریم.

زجر معنوی است [۲۶]. دعا و نذر کردن، تحمل انسان را در برابر بیماری‌ها و مشکلات زیاد می‌کند و استعانت مذهبی (دعا کردن)، عامل مواجهه با مشکلات خاص بوده که موجب آرامش روحی - روانی در بیماران می‌شود. که این آرامش و احساس کنترل در اعمال مذهبی به واسطه دعا کردن ایجاد می‌شود. زیرا دعا کردن موجب کنترل شرایط به ظاهر غیر قابل کنترل شرایط به ظاهر غیرقابل کنترل شده این مسئله در موارد جدی مثل بیماری‌های صعب‌الاعلاج از اهمیت خاصی برخوردار است [۲۵ و ۲۷]. بالیونی در مطالعه‌ی خود بر بیماران سرطانی، بین حمایت‌های معنوی با کیفیت زندگی آنان ارتباط معنی‌داری را نشان داد. طوری که هر چه سطح معنویت در این بیماران بالاتر باشد، بهتر می‌تواند با بیماری و مسائل مربوط به آن کنار آید و روند بهبودی در آن‌ها بهتر می‌شود [۲۸]. معنویت، به عنوان یک استراتژی رایج در مقابله با مشکلات و بیماری‌ها، نقش و اثرات زیادی بر سلامت روانی و جسمانی افراد دارد [۲۹]. دعا فقط برای رهایی از بیماری نیست، بلکه همه‌ی انسان‌ها چه در سلامت و چه در بیماری به آن نیازمندند. امام علی (ع) می‌فرماید: «آن کس که به شدت گرفتار است، نیازش به دعا بیشتر از تندرستی که از بلا در امان است نیست» [۷]. میل به دعا و نیایش در وجود انسان، امری فطری است که راز این حقیقت را باید در فقر ذاتی و غنای پروردگار جستجو کرد [۳۰]. از این رو مراقبت‌های معنوی برای همه مردم است؛ طوری که متعاقب پذیرش یک مذهب، معنویت به عنوان یک نیاز اساسی مطرح می‌شود [۷]. بر همین اساس تعداد زیادی از متون اشاره می‌کنند که معنویت دارای فواید بهداشتی چشم‌گیری است که می‌تواند منجر به بهبود مراقبت شود. استنباط این متون این است که رایج دهنندگان مراقبت، اگر به

References

- Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH. Brunner & Suddarth Textbook of Medical Surgical Nursing. 11th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
- Aghighi M, Rouchi AH, Zamyadi M, Mahdavi-Mazdeh M, Norouzi Sh, Rajolani H, et al. Dialysis in Iran. Iranian Journal of Kidney Diseases. 2008;2(1):11-5. [Persian]
- Rambod M, Rafiee F, Hosseini F. Evaluated the quality of life in patients with chronic renal failure life Magazine. 2009;14(2):51-61. [Persian]
- 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.
- Seyyedfatemi N, Rezaie M, Givari A, Hosseini F. Prayer and spiritual Well-being in cancer patients. Journal Payesh. 2007;5(4):295-304. [Persian]
- Karimollahi M, Abedi HA, Yousefi R. School of Nursing and Midwifery, Ardabil Medical Sciences University. Iran School of Nursing and Midwifery. Islamic Azad University Khorasgan Branch and

- Medical Education Research Center of Isfahan Medical Sciences University. Iran Research Journal Biological Sciences. 2008;3(5):491-9.
- Farsi Z, Slsaly M. Mtaparadym Conceptual and Nursing care in Islam. 2008;16(66-64):8-21. [Persian]
- Rippentrop EA, Altmaier EM, Chen JJ, Found EM, Keffala VJ. The relationship between religion/spirituality and physical health, mental health, and pain in a chronic pain population. Pain. 2005;116(3):311-21.
- Abedi H, Asgari M, Kazemi Z, Saffari F, Nasiri M. Religious Care Patients and the barriers. Journal of Teb and Tazkieh. 2005;4(53):23-16. [Persian]
- Moher WK. Psychiatric mental health nursing. Edition. Lippincott Williams & Wilkins. 2006.
- Noorbakhsh M, Poryousefi H. Rol of Religion and beliefs of mental health. Journal of Studies. 2007;2(3):72-94. [Persian]
- Seyyednavazy M. Book a Comprehensive Public health. Second Printing. Tehran: Publishing Smat; 2006.

13. Cheraghi M, Payan S, Salsali. Spiritual aspects of end of Life Care for Muslim patients. 2005;11(9):468-74.
14. Narayanasamy A. The impact of Epirical Studies of Spirituality and Culture on Nurse Education. Journal of Clinical Nusing. J Clin Nurs. 2006;15(7):840-51.
15. Cheraghi M, Molavi H. The Relationship between different dimensions of religiosity and general health in student of Isfahan University. Journal of Educational and Psychological Research Education and Psychology University Isfahan. 2007;2(2):1-22. [Persian]
16. Ilkhani M. Consolation providers. Golban Publication. 2002. [Persian]
17. Rezaei M, Adib M, Seyyedfatemi N, Hoseini F. Prayer in Iran Cancer Patients Undergoing Chemotherapy. Journal Complementary Thrapies in Clinical Practice. 2008;14(2):90-7.
18. Hojjat H, Sharifinia H, Tahery N. Statistic and research methodology in Medical. Theran: Salemi Publication. 2010. [Persian]
19. Khalatbary J. Statistic and Research Methodology. Theran: Pardazesh Publication. 2008. [Persian]
20. Tasumura Y, Maskarince G, Shumay DM, Kakai H. Religiigious and spiritual resources. Alternative Therapies in Health and Medicine. 2003; 9(3):64-71.
21. Navidi A, Ghasemi Kh. Adopts a Comprehensive medical encyclopedia (Way of traditional and modem medicine). Vol III. Theran: Saman Publication; 2004. [Persian]
22. Koeing HG. Spirituality Wellness and quatily of life. Sexuality reproduction and Menopause. 2004;2(2):76-82.
23. Taleghani F. The Coping process in breast cancer patient. Doctorial thesis. Theran: nursing School of Tehran Medical Tehran University. 2005.p.75-8,138. [Persian]
24. Hojjati H, Taheri N, Akhoondzadeh G, Sharifnia H, Mohammadnejad S, Heydari B. Restoring to pray rate in hemodialysis paints of Golestan provaince. Journal of Critical Care Nursing. 2010;3(2):75-9.
25. Hojjati H, Ghorbani M, Nazari R, Sharifnia SH, Akhundzade G. Relationship between prayer frequency and spiritual health in patients with hemodialysis referred to hospitals in Golestan University of Medical Sciences. Journal Mental Health. 2010;46(1):67-71. [Persian]
26. Hojjati H. Comprehensive over view of mental health. Tehran: Jamenegar Puplicaton. 2011. [Persian]
27. Hojjati H, Tahery N, Akhondzadeh G, Hydary B, Sharifinia H. Pray rate in hemodialysis patiens of Golestan province. J Crit Care Nurs. 2010;3(2):75-9.
28. Balboni TA, Vanderwerker LC, Block SD, Paulk ME, Lathan CS, Peteet JR, et al. Religiousness and Spiritual Support Among Advanced Cancer Patients and Associations With End-of-Life Treatment Preferences and Quality of Life. J Clin Oncol. 2007 Feb 10;25(5):555-60.
29. Carmody J, Reed G, Kristeller J, Merriam P. Mindfulness, Spirituality, and health-related Symptoms. J Psychosom Res. 2008 Apr; 64(4):393-403.
30. Qayany A. Surely prayer and works and the clear evidence. Journal Sci Educ Nurs. 2007; 7(24):3-10. [Persian]