



باورهای مذهبی و ارتباط آن با امید در بیماران همودیالیزی: یک مطالعه مقطعی

پذیرش مقاله: ۹۴/۱۰/۱۴

دریافت مقاله: ۹۴/۵/۱۴

چکیده

محمد آقاجانی (MSc)^۱

فریبا مرصعی (MSc)^۲

ندا میرباقر آجریز (MSc)^۳

سابقه و هدف: بیماری نارسایی مزمن کلیه تحت همودیالیز با مشکلات متعددی مواجه می‌شوند و باورهای مذهبی و امید نقش مهمی را در سازگاری و کاهش مشکلات روانشناسی آنها دارد. با توجه به نقش باورهای مذهبی و امید در روند درمان بیماران و توجهات فرهنگی، این مطالعه با هدف تعیین ارتباط باورهای مذهبی و امید در بیماران همودیالیزی انجام گرفته است.

مواد و روش‌ها: این مطالعه از نوع مقطعی است که بر روی ۳۰۰ بیمار همودیالیز مراجعه کننده به بیمارستان امین اصفهان در سال ۱۳۹۳ انجام شد. نمونه‌گیری به شیوه در دسترس بود و اطلاعات با استفاده از پرسشنامه‌ای شامل اطلاعات دموگرافیک، پرسشنامه باورهای مذهبی کندلر و پرسشنامه امید Herth جمع‌آوری و با استفاده از آمار توصیفی و تحلیلی در نرم افزار spss14 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: میانگین سن بیماران شرکت کننده ۵۱/۶۴±۱۱/۳۸ سال، ۵۵٪ مرد بودند و مدت زمان همودیالیز به طور متوسط ۲۵±۱۶/۷۲ ماه بود. بیش از ۹۰٪ از بیماران دارای باورهای مذهبی در حد متوسط بودند. ارتباط مثبت و معنی‌داری بین باورهای مذهبی با امید بیماران یافت شد. ($P<0/03$). همچنین رابطه خطی مثبت و معنی‌داری بین باورهای مذهبی، سن بیمار، تعداد فرزندان با امید به دست آمد ($P=0/04$).

نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد بین امید و باورهای مذهبی بیماران تحت همودیالیز رابطه مثبت وجود دارد. بنابراین هر چه باورهای مذهبی بیمار بیشتر شود امید به زندگی در آنها بالا می‌رود.

واژگان کلیدی: باورهای مذهبی، امید، همودیالیز

۱. مرکز تحقیقات پرستاری تروما، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران
۲. بیمارستان امین، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۳. مرکز تحقیقات بیماری‌های اتوایمون، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران

*نویسنده مسئول: محمد آقاجانی، مرکز تحقیقات پرستاری تروما، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران

تلفن: +۹۸ ۳۱ ۵۵۵۴۰۰۲۱

فاکس: +۹۸ ۳۱ ۵۵۵۴۶۶۳۳

Email: aghajani1362@yahoo.com

مقدمه

معنویت و مذهب که گاهی افراد آن را به سلامت معنوی و باورها و اعمال مذهبی نیز تعبیر می‌کنند (۱۴) با هم همپوشانی دارند. باورهای مذهبی و معنویت، فرد را به جستجوی معنی و هدف و اتصال به ارزش‌ها هدایت می‌کند و یکی از راه‌های مناسب برخورد با بیماری و افزایش امید در زندگی می‌باشد (۱۵ و ۱۶). مطالعات مختلف بیان می‌کنند که بین امید و مذهب و معنویت ارتباط وجود دارد (۱۹-۱۷). مطالعات مختلف نشان داده‌اند که داشتن اعتقادات معنوی و مذهبی منجر به افزایش انعطاف‌پذیری فرد به بیماری و منجر به کاهش مشکلات روانشناختی، درد، اضطراب و افسردگی می‌شود و همچنین اعتقادات مذهبی منجر به بهبودی سریع و طولانی مدت از بیماری و افزایش امیدواری در فرد می‌شود (۲۲-۲۰). همچنین Nelson و همکاران بیان کردند سطح بالای باورهای مذهبی و سلامت معنوی موجب کاهش سطح اختلالات روانی از قبیل افسردگی، ناامیدی و افکار خودکشی در بیماران سرطانی می‌شود (۲۳). همچنین McClain و همکاران گزارش کردند که سلامت معنوی اثر قوی بر ناامیدی پایان زندگی در بیماران سرطانی دارد (۲۴). این در حالی است که برخی مطالعات ارتباط معنی‌داری را یافت نکرده‌اند. Vellone و همکاران ارتباط معنی‌داری را بین امید و انجام اعمال مذهبی مانند نماز

زمانی که بیماری نارسایی مزمن کلیه تشخیص داده شد، این بیماران نیاز به درمان جایگزین کلیه از جمله دیالیز صفاقی و همودیالیز دارند. این بیماران با مشکلات منحصر به فردی رو به رو می‌شوند (۱ و ۲) و دستخوش تغییراتی در رژیم غذایی، مکمل‌های غذا و دارو، محدودیت در دریافت مایعات و جلسات مکرر همودیالیز می‌شوند (۳). این بیماران به دلیل تغییر در سبک زندگی و شیوه درمان اغلب دچار مشکلاتی از جمله احساس ترس، کاهش فعالیت‌های اجتماعی و احساس ناامیدی می‌شوند. این ناامیدی می‌تواند منجر به خودکشی افراد شود (۷-۴). امید یکی از اجزای اصلی نیازهای انسان است و بر روی بینش افراد، وضعیت سلامتی و توانایی‌های فرد تاثیر می‌گذارد (۱۰-۸). Snyder و Anderson، امید را مرکب از مولفه‌های قدرت اراده، قدرت راهیابی یا تفکر، برنامه‌ریزی، هدف و تشخیص موانع می‌دانند (۱۱). به گفته Snyder امید مفهومی است که متوجه آینده است بنابراین بیماران تحت همودیالیز اگر آینده را باور داشته باشند، موجب برخورداری از زندگی مطلوب و امیدواری در این بیماران افزایش خواهد یافت (۱۲ و ۱۱). برعکس ناامیدی به عنوان تحمل وضعیت فائق نیامدنی تعریف می‌شود که در آن دستیابی به هیچ هدفی مورد انتظار نیست، با افسردگی، آرزوی مرگ و خودکشی ارتباط دارد (۱۳).

یافته ها

به طور کلی ۳۰۰ بیمار در این پژوهش شرکت کردند، میانگین سن بیماران شرکت کننده $51/64 \pm 11/38$ سال، ۵۵٪ مرد بودند و مدت زمان همودیالیز به طور متوسط $25 \pm 16/72$ ماه بود. مشخصات واحدهای مورد پژوهش در جدول شماره ۱ آورده شده است.

جدول ۱: مشخصات دموگرافیک افراد شرکت کننده در پژوهش

مشخصات دموگرافیک	تعداد (درصد)	Mean±SD
سن (سال)	۱۸-۲۸ (۲۵)	
	۲۹-۳۸ (۳۲/۶)	$51/64 \pm 11/38$
	۳۹ به بالا (۴۵/۶)	
سابقه همودیالیز	زیر یک سال (۴۰/۶)	$25 \pm 16/72$
(ماه)	بالای یک سال (۵۹/۳)	
تعداد فرزندان	۱-۳ سال (۳۷/۶)	$3/72 \pm 1/85$
	بالای ۳ سال (۶۲/۳)	
پایین	۲۵ (۸/۳)	
باورهای مذهبی	متوسط (۹۱/۷)	$70/7 \pm 7/37$
	بالا -	
پایین	۲۵ (۸/۳)	
امید	متوسط (۹۱/۷)	$28/3 \pm 2/4$
	بالا -	
جنس	زن (۴۵)	-
	مرد (۵۵)	
وضعیت تاهل	متاهل (۸۰)	-
	مجرد (۲۰)	

آزمون‌های آماری ارتباط معنی‌داری را بین سن بیماران ($P=0/02$) و جنسیت مونث ($P=0/03$) با باورهای مذهبی آنها نشان داد ($P=0/02$) بدین صورت که با افزایش سن، باورهای مذهبی بیماران نیز افزایش می‌یافت. همچنین همبستگی معنی‌داری بین جنسیت مذکر و سابقه همودیالیز با باورهای مذهبی یافت نشد ($P>0/05$). ضریب همبستگی پیرسون رابطه معنی‌داری را بین امید با جنسیت مونث و تعداد فرزندان نشان داد ($P<0/05$) (جدول شماره ۲). همچنین ضریب همبستگی پیرسون ارتباط مثبت و معنی‌داری را بین باورهای مذهبی با امید نشان داد ($P=0/02$ ، $r=0/3$). آنالیز رگرسیون رابطه خطی مثبت و معنی‌داری را بین باورهای مذهبی، سن بیمار و تعداد فرزندان با امید نشان داد ($P=0/04$).

بحث و نتیجه گیری

با توجه به نتایج مطالعه ارتباط مثبت و معنی‌دار بین باورهای مذهبی با امید یافت شد که این یافته‌ها با نتایج مطالعات Bormann و همکاران (۲۰۰۹) در بررسی باور مذهبی و ارتباط با کیفیت زندگی در بیماران همودیالیز، Koszycki و همکاران (۲۰۱۰) در بررسی معنویت و مذهب

خواندن یافت نکردند (۲۵) از طرفی اثر گذاری تفاوت‌های فرهنگی و مذهبی بر رویکردها و خصوصیات افراد در جوامع مختلف متفاوت است. نتایج مطالعه Mickley و Soeken نشان داد که تفاوت‌های فرهنگی در نتایج ارتباط بین امید و معنویت و باورهای مذهبی تأثیرگذار است (۲۶). لذا با توجه به روند رو به افزایش بیماری و مشکلات روانشناختی ناشی از نارسایی مزمن کلیه، نقش مذهب و امید در این بیماران، نتایج متناقض در این زمینه، اهمیت نقش فرهنگی و مذهبی در جامعه اسلامی ایرانی این مطالعه با هدف تعیین ارتباط بین باورهای مذهبی با امید در بیماران همودیالیزی انجام شد.

مواد و روش ها

این مطالعه از نوع توصیفی-تحلیلی است که بر روی ۳۰۰ بیمار همودیالیز مراجعه کننده به بیمارستان امین اصفهان در سال ۱۳۹۳ انجام شد. نمونه‌گیری به روش در دسترس بود. معیارهای ورود به مطالعه شامل سن ۱۸-۶۵ سال، حداقل سه ماه همودیالیز، فقدان بیماری شناخته شده روانی، سایکوز، سکنه مغزی و تمایل داوطلبانه بیمار به مشارکت در تحقیق بود. معیارهای اخلاقی بر اساس معاهده هلسینکی رعایت و مطالعه مورد تأیید کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی کاشان قرار گرفت.

ابزار گردآوری پژوهش شامل پرسشنامه‌ای شامل اطلاعات دموگرافیک (سن، جنس، سابقه همودیالیز و ...)، مقیاس باورمذهبی کندلر و مقیاس امید Herth بود که به روش مصاحبه در طی دیالیز تکمیل شد. پرسشنامه باور مذهبی اولین بار توسط کندلر طراحی شده است. این پرسشنامه دارای ۳۰ سوال و در یک مقیاس لیکرت چهار گزینه‌ای (هرگز=۱ و همیشه=۴) است. مجموع امتیازات در دامنه ۱ تا ۱۲۰ می‌باشد و طبقه‌بندی باورهای مذهبی بدین صورت می‌باشد: پایین: ۳۰-۶۰، متوسط: ۶۱-۹۰ و بالا: ۹۱-۱۲۰. این پرسشنامه توسط Ganji و Hosseini در سال ۱۳۸۹ استاندارد شده است. ضریب همبستگی آن با استفاده از آزمون مجدد ۰/۸۵ گزارش شده است و اعتماد علمی آن را مورد تأیید قرار داده است (۲۷). پرسشنامه امید Herth دارای ۱۲ سوال بر مبنای لیکرت چهار گزینه‌ای (کاملاً مخالفم=۱ تا کاملاً موافقم=۴) است. نمره گذاری سوالات ۳۰ به صورت معکوس می‌باشد. امتیازات کلی شاخص امید Herth بین ۱۲-۴۸ متغیر است و امتیاز بالاتر بیانگر وضعیت امید بهتر است.

پایایی پرسشنامه در مطالعات قبلی Benzein و Berg (۲۸) و Herth (۱۰) به تأیید رسیده است. در ایران پایایی این پرسشنامه توسط بالاجانی و همکاران (۱۳۹۰) در مطالعه بر بیماران سرطانی با استفاده از آزمون آلفای کرونباخ، ضریب ۰/۸۲ گزارش شده است (۱۷). برای وارد کردن و تجزیه و تحلیل آماری از نرم افزار SPSS نسخه ۱۴ استفاده شد. امتیازات کلی امید و مشکلات روانشناختی با استفاده از آمار توصیفی شامل توزیع فراوانی مطلق و نسبی، شاخص مرکزی و پراکندگی توصیف می‌شود همچنین از آمار استنباطی شامل آزمون آماری T-Test و ضریب همبستگی پیرسون و آنالیز رگرسیون برای بررسی ارتباط متغیرهای پژوهش استفاده شد.

جدول شماره ۲: ارتباط بین متغیرهای دموگرافیک با باورهای مذهبی و امید

متغیر	سن	جنس		سابقه همودیالیز	تعداد فرزندان	تاهل
		زن	مرد			
باورهای مذهبی	$r=0/12$	$r=0/18$	$r=0/95$	$r=0/02$	$r=0/13$	$r=0/31$
	$P=0/02$	$P=0/03$	$P=0/2$	$P=0/6$	$P=0/01$	$P=0/03$
امید	$r=0/72$	$r=0/21$	$r=0/81$	$r=0/32$	$r=0/11$	$r=0/22$
	$P=0/2$	$P=0/03$	$P=0/4$	$P=0/1$	$P=0/02$	$P=0/01$

دارند و در زندگی روزانه خود از روش‌های مقابله‌ای مثبت مانند عفو، بخشش، جستجو برای ارتباط معنوی با خدا، دوستی با افراد مذهبی، دریافت حمایت معنوی- اجتماعی، امید داشتن، شناخت خدا به عنوان خیرخواه و مهربان استفاده می‌کنند، سریع‌تر بهبود می‌یابند و سلامت روان بهتری دارند (۳۶و۳۵). در این زمینه می‌توان گفت رفتارهای مذهبی در پرداختن به نکات معنادار زندگی ارزش مثبتی دارند. رفتارهایی از قبیل عبادت و توکل به خدا می‌توانند با ایجاد امید و تشویق افراد به نگرش مثبت به موقعیت‌های فشارزای روانی باعث آرامش درونی آنها می‌شود. در مقابل این مطالعات، پژوهش Pearce و همکاران در سال ۲۰۰۶ نشان داد که بین اعتقادات مذهبی و کیفیت زندگی و امید در بیماران سرطانی رابطه معنی‌داری وجود ندارد و نیاز به ارزیابی‌های بیشتر را در این زمینه پیشنهاد می‌دهد (۳۷). شاید دلیل این ناهمخوانی با مطالعه حاضر در متغیرهایی مثل نوع بیماری، شخصیت افراد و حمایت‌های اجتماعی بیماران باشد. در مطالعه دیگری که در سال ۲۰۰۹ صورت گرفت رابطه معنی‌داری بین باورهای مذهبی و عوامل روانشناختی از جمله امید یافت نشد (۳۸) که با مطالعه حاضر ناهمخوانی دارد. شاید دلیل این ناهمخوانی در نوع بیماری و عوامل تأثیرگذار بر روان افراد باشد.

در مطالعه حاضر ارتباط معنی‌داری بین سن بیماران و جنسیت مونث با باورهای مذهبی به دست آمد، بدین صورت که با افزایش سن، باورهای مذهبی بیماران نیز افزایش می‌یافت. این یافته با نتایج مطالعه McClain و همکاران همخوانی دارد (۲۴). همچنین مطالعه حاضر نشان داد که باورهای مذهبی در بیماران مونث بیشتر است که با مطالعه fehring و همکاران همخوانی دارد (۳۴). ضریب نتایج مطالعه حاضر رابطه معنی‌داری را بین امید با جنسیت مونث و تعداد فرزندان نشان داد. بدین معنی که در بیماران زن امید به زندگی بیشتر است که با مطالعه Vellone و همکاران همخوانی دارد (۲۵).

همچنین مطالعه حاضر نشان داد در افراد متأهل و تعداد فرزندان زیاد، امید به زندگی افزایش می‌یابد که با نتایج مطالعه Vellone و همکاران در یک راستا می‌باشد (۲۵). در پژوهش حاضر رابطه خطی مثبت و معنی‌داری بین باورهای مذهبی، سن بیمار و تعداد فرزندان با امید به دست آمد که با مطالعه Moghimian و Salmani همخوانی دارد (۲۲). از آنجا که مقابله‌های معنوی منبع حمایت اجتماعی، عاطفی و امید هستند، لذا افرادی که از این مقابله‌ها استفاده می‌کنند کمتر دچار اضطراب و افسردگی می‌شوند و سریع‌تر بهبود می‌یابند. یافته‌های به دست آمده

در بیماران سرطانی، Ruston و همکاران (۲۰۱۰) به بررسی امید در بیماران سرطانی همخوانی دارد (۳۱-۲۹). نتایج همه مطالعات بیان می‌کند که اعتقادات معنوی- مذهبی موجب ارتقاء کیفیت زندگی، افزایش حس امیدواری در زندگی می‌شود و در واقع مذهب به عنوان یک مکانیسم سازگاری مهم در برابر دیسترس‌های روحی- روانی و ناامیدی در زندگی می‌شود. Ko (۲۰۰۷) گزارش کرد که اعتقادات مذهبی و مداخلات مذهبی اثرات مفید و اثربخش دارد که شامل کاهش یاس، ناامیدی، خودکشی، اضطراب و افسردگی و ارتقاء سلامتی، امیدواری، خوش‌بینی، معنا و مفهوم در زندگی، حمایت اجتماعی و رضایت زناشویی می‌شود (۲). همچنین مطالعات در بیماران مبتلا به سرطان نشان داد که مذهب و باورهای مذهبی موجب حمایت اجتماعی، احساسی و عاطفی می‌شود، همچنین باورهای مذهبی پاسخی به استرس بیماری در مبتلایان می‌باشد (۳۲). باورهای مذهبی نه تنها موجب تأثیرات مثبت بر روی وضعیت سلامتی، روحی افراد بلکه موجب امیدواری و بقاء افراد می‌شود (۳۳).

Nelson و همکاران بیان کردند سطح بالای اعتقادات معنوی و سلامت معنوی موجب کاهش سطح اختلالات روانی از قبیل افسردگی، ناامیدی و افکار خودکشی در بیماران سرطانی می‌شود (۲۳). مطالعات مختلف ذکر می‌کنند متغیرهای متعددی مثل شخصیت و تکامل عاطفی افراد بر روی باورهای مذهبی افراد اثر گذارند که این عوامل در دستیابی به امید در افراد نقش دارند (۳۲و۲۹). McClain و همکاران بیان کردند که سلامت معنوی اثر قوی بر ناامیدی پایان زندگی بیماران مبتلا به سرطان داشته است (۲۴).

fehring و همکاران در مطالعه خود به این مهم دست یافتند که ایجاد ارتباط با قدرت بیکران به فرد این اطمینان را می‌دهد که نیرویی قوی همیشه او را حمایت می‌کند و این افراد حوادث را با تکیه بر ایمان و اعتقاد خود راحت گذرانیده و کمتر دستخوش اضطراب و استرس می‌شوند و انتظار این افراد نسبت به آینده امیدوارانه‌تر و خوش بینانه‌تر است (۳۴). مطالعات متعدد نشان دادند که باورهای مذهبی مثبت نظیر نماز خواندن و دعا کردن رابطه مثبتی با بسیاری از پیامدهای مثبت نظیر سلامت جسمانی (۲)، امید به زندگی (۳۵)، احساس خوشحالی و نشاط دارند. یافته‌های این مطالعات با مطالعه حاضر همخوانی دارد. به نظر می‌رسد دلیل این همخوانی استفاده از آزمون‌های آماری مشابه و همچنین بررسی در بیماری‌های مزمن مشابه باشد. محققان به نتایج قابل توجهی در تأثیرات مثبت باورهای مذهبی دست یافتند، بیمارانی که اعتقادات مذهبی قوی

مذهبی توجه و در جهت تقویت مثبت آن بکوشند. از جمله این اقدامات می‌توان به تشویق بیمار به توسل به نماز، ادعیه و ائمه را نام برد. همچنین پیشنهاد می‌شود مطالعه‌ای با هدف تاثیر به کارگیری مداخلات معنوی- مذهبی بر امید بیماران نارسایی مزمن کلیه تحت همودیالیز انجام شود. در مطالعه حاضر رابطه مثبت و معنی‌داری بین امید و باورهای مذهبی به دست آمده است ولی همانگونه که ملاحظه می‌کنیم عدد ضریب همبستگی پایین می‌باشد و ممکن است مثبت و معنی‌دار شدن آن ناشی از حجم نمونه زیاد باشد که پیشنهاد می‌شود این ارتباط در بیماری‌های مزمن دیگر و با حجم نمونه متفاوت بررسی گردد.

تقدیر و تشکر

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی دانشگاه علوم پزشکی کاشان به شماره ۹۲۶۴ می‌باشد. بدینوسیله از مسئولان محترم دانشگاه، معاونت محترم پژوهشی، بیمارستان امین اصفهان و کلیه همکاران و بیماران عزیزی که در این پژوهش شرکت نموده و ما را یاری رساندند، سپاسگزاری می‌شود.

نشانگر این مسئله است که در جامعه ما مردم به باورهای مذهبی از طریق نمازخواندن، حضور در مسجد و غیره در راستای اعتقاد به خداوند به عنوان قدرت بی‌نهایت است که یاد آن باعث آرامش دل‌ها شده و کتاب مقدس وجود زندگی جاویدان بعد از مرگ را بشارت داده است و این آرامش درونی موجب امیدواری در زندگی می‌شود، امیدواری به زندگی مفهوم می‌بخشد و موجب تغییر نگرش فرد و تحمل مشکلات روانشناختی در زندگی می‌شود. در مطالعه حاضر ارتباط مثبت و معنی‌داری بین باورهای مذهبی و امید به دست آمد. این بدان معنی است که هر چه در بیماران همودیالیزی باورهای مذهبی قوی‌تر باشد، امید به زندگی در آنها بیشتر است. لیکن آنچه از نتایج این مطالعه استنباط می‌شود نشان می‌دهد که باورها و تجارب مذهبی می‌توانند نقش تأثیرگذاری در ارتقاء امید در این بیماران ایجاد نمایند و بنابراین شاید بتوان با تقویت این باورها از طریق برگزاری برنامه‌ها و جلسات مذهبی برای بیماران و شناخت هر چه بیشتر روحیه و دیدگاه‌های مذهبی ایشان، گام موثری در جهت افزایش امید در آنها برداشت و حتی از این اعتقادات مذهبی به عنوان نوعی راهبرد درمانی کمک گرفت. لذا پیشنهاد می‌شود پرستاران در حین مراقبت از این بیماران به باورهای

References

1. Davison SN. End-of-life care preferences and needs: perceptions of patients with chronic kidney disease. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology* 2010; 5(2): 195-204.
2. Ko B, Khurana A, Spencer J, Scott B, Hahn M, Hammes M. Religious beliefs and quality of life in an American inner-city haemodialysis population. *Nephrology Dialysis Transplantation* 2007; 22(10): 2985-90.
3. Davison SN, Simpson C. Hope and advance care planning in patients with end stage renal disease: qualitative interview study. *Bmj* 2006; 333(7574): 886.
4. Gilbar O, Or-Han K, Plivazky N. Mental Adjustment Coping Strategy and Psychological Distress among End-Stage Renal Disease Patients. *J. psychosom Res* 2005; 58(6): 471-6.
5. Koo JR, Yoon JW, Kim SG, Lee YK, Oh KH, Kim GH. Association of Depression with Malnutrition in Chronic Hemodialysis Patients. *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. *Procedia- Social and Behavioral Sciences* 30(2011): 1831-1836.
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(1): 61-4.
8. Wonghong T, Moore S, Musil C, Schneider S, Deimling G. The influence of uncertainty in illness stress appraisal and hope on coping in survivors of breast cancer. *cancer Nurse* 2000; 23(6): 422-9.
9. Lee EH. Fatigue and hope: relationships to psychological adjustment in korean women with breast cancer. *Applied Nursing Research* 2001; 14(2): 87-93.
10. Herth K. Enhancing hope in people with a first recurrence of cancer. *Journal of advanced nursing* 2000; 32(6): 1431-41.
11. Snyder R, Anderson J. Hope and health: measuring the will and ways. *handbook of social and clinical Psychology: the Health Perspective* NewYork: program press1991.
12. Snyder CR, Ilardi SS, Cheavens J, Michael ST, Yamhure L, Sympson S. The role of hope in cognitive-behavior therapies. *Cognitive Therapy and Research* 2000; 24(6): 747-762.
13. Farran CJ, Herth KA, Popovich JM. Hope and hopelessness: Critical clinical constructs. London: Sage Publications, Inc, 1995.
14. Ballen-Sanchez MA. Spiritual care interventions to improve the quality of life in patients with advanced cancer receiving palliative care: [dissertation]. Florida. University of Central Florida Orlando, 2012.
15. Balboni TA, Vanderwerker L.C, Block SD, Paulk ME, Lathan C, Peteet J. Religiousness and spiritual support among advanced cancer patients and associations with end-of-life treatment preferences and quality of life. *Journal Clinical of Oncology* 2007; 25(5): 555-60.
16. Hawks S, Hull ML, Thalman RL, Richins PM. Review of spiritual health: definition, role and intervention. strategies in health promotion. *American Journal of Health Promotion* 1995; 9(5): 371-8.
17. Baljani E, Khashabi J, Amanpour E, Azimi N. Relationship between Spiritual Well-being, Religion, and Hope among Patients with Cancer. *hayat*. 2011; 17(3): 27-37 [In Persian].
18. Jafari E, Najafi M, Sohrabi F, Dehshiri GR, Soleymani E, Heshmati R. Life satisfaction, spirituality well-being and hope in cancer patients. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*; 2010; 5: 1362-6.
19. Mascaro N, Rosen DH, Morey LC. The development, construct validity, and clinical utility of the spiritual meaning scale. *Personality and Individual Differences* 2004; 37(4): 845-60.
20. Wachholtz AB, Pargament KI. Is spirituality a critical ingredient of meditation? Comparing the effects of spiritual meditation, secular meditation, and relaxation on spiritual, psychological, cardiac, and pain outcomes. *Journal of Behavioral Medicine* 2005; 28(4): 369-84.
21. Theris A, Touhy N. Nurturing Hope and Spirituality in the Nursing Home. *Holist Nurs Pract* 2001; 5(4): 45-56.
22. 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 University of Medical Sciences Journal* 2012; 6(3) [In Persian].

23. Nelson C, Rosenfeld B, Breitbart W. Spirituality, religion and depression in the terminally ill Psychosomatic. *Journal of Palliative Medicine* 2002; 43(3): 213-20.
24. McClain CS, Rosenfeld B, Breitbart W. Effect of spiritual well-being on end-of-life despair in terminally-ill cancer patients. *The lancet* 2003; 361(9369): 1603-7.
25. Vellone E, Rega ML, Galletti C, Cohen MZ. Hope and related variables in Italian cancer patients. *Cancer nursing* 2006; 29(5): 356-66.
26. Mickley J, Soeken K, editors. Religiousness and hope in Hispanic-and Anglo-American women with breast cancer. *Oncology Nursing Forum*; 1993 Sep; 20(8): 1171-7.
27. Ganji T, Hosseini AF. Spirituality and Anxiety in Nursing Students of Faculty of Nursing and Midwifery Iran University of Medical Science-2006. *Iran Journal of Nursing* 2010; 23(64): 44-51 [In Persian].
28. Benzein E, Berg A. The level and relation between hope, hopeless and fatigue in patients and family members in palliativ care. *Palliat Med* 2005; 19(3): 234-40.
29. Bormann JE, Aschbacher K, Wetherell JL, Roesch S, Redwine L. Effects of faith/assurance on cortisol levels are enhanced by a spiritual mantram intervention in adults with HIV: A randomized trial. *Journal of Psychosomatic Research* 2009; 66(2): 161-71.
30. Koszycki D, Raab K, Aldosary F, Bradwein J. A Multifaith spirituality Based Intervention for Generalized Anxiety Disorder: A pilot Randomized Trial. *J Clin Psychol* 2010; 66(4): 430-41.
31. Ruston T, Cooper BA, Miaskowski C. The Importance of hope as a Mediator of Psychological distress and Life-Satisfaction in Community sample of cancer patients. *Cancer Nursing* 2010; 33(4): 258-67.
32. Boscaglia N, Clarke D, Jobling T, Quinn M. The contribution of spirituality and spiritual coping to anxiety and depression in women with a recent diagnosis of gynecological cancer. *International Journal of Gynecological Cancer* 2005; 15(5): 755-61.
33. Ellison CG, Burdette AM, Hill TD. Blessed assurance: Religion, anxiety, and tranquility among US adults. *Social Science Research* 2009; 38(3): 656-67.
34. fehring R, Miller J, Shaw C. Spiritual wellbeing, Religiosity, hope, depression and other mood- states in elderly people coping with cancer. *Oncology Nursing Forum* 1997; 24(4): 663-71.
35. Richardson MA, Sanders T, Palmer JL, Greisinger A, Singletary SE. Complementary/alternative medicine use in a comprehensive cancer center and the implications for oncology. *Journal of Clinical Oncology* 2000; 18(13): 2505-14.
36. Richards PS, Hardman RK, Berrett MW. *Spiritual Approaches in the Treatment of Women with Eating Disorders*. American Psychological Association, 2007.
37. Pearce MJ, Singer JL, Prigerson HG. Religious coping among caregivers of terminally ill cancer patients: main effects and psychosocial mediators. *J Health Psychol* 2006; 11(5): 743-59.
38. Assimakopoulos K, Karaivazoglou K, Ifanti AA, Gerolymos MK, Kalofonos HP, Iconomou G. Religiosity and its relation to quality of life in Christian Orthodox. Cancer patients undergoing chemotherapy. *Psychooncology* 2009; 18(3): 284-9.



Relationship between religious belief and hope in hemodialysis patients: A cross sectional study

Received: 5 Aug 2015

Accepted: 4 Jan 2016

Aghajani M (MSc)^{1*}

Morasaei F (MSc)²

Mirbagher Ajorpaz N (MSc)³

1. Trauma Nursing Research Center, Faculty of Nursing and midwifery, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran
2. Amin hospital, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
3. Autoimmune Diseases Research Center, Faculty of Nursing and midwifery, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran

*Corresponding Author:

Aghajani M, Trauma Nursing Research Center, Faculty of Nursing and midwifery, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran

Tel: +98 31 55540021

Fax: +98 31 55546633

Email: aghajni1362@yahoo.com

Abstract

Introduction: Patients with chronic renal failure disease under hemodialysis were encountered with several problems. Religious beliefs and hope have the important role in adapting and decreasing their psychological problems. According to the role of religious beliefs and hope in the process of treatment and cultural considerations, the aim of this study was to determine the relationship between religious beliefs and hope in hemodialysis patients.

Methods: This cross-sectional study was conducted on 300 hemodialysis patients referred to Amin Hospital in Isfahan in 2014. Sampling was available. Data were collected using questionnaire such as demographic data, Candler religious beliefs and the Herth Hope. Data were analyzed by using SPSS 14 and descriptive and analytic statistics.

Findings: The mean age of patients was 51.64 ± 11.38 years and 55% of them were man. The average duration of hemodialysis was 25 ± 16.72 months. More than 90% of patients had moderate religious beliefs. There was a significant positive relationship between religious beliefs and hope ($P < 0.03$). So, there was a positive linear relationship between religious beliefs, age and number of children, and hope ($P = 0.04$).

Conclusion: The result showed that there was a positive relationship between religious beliefs and hope in hemodialysis patients. So, when the religious beliefs increase in these patients, the hope of life rises, too.

Keywords: Religious beliefs, hope, Hemodialysis