

تأثیر قرائت قرآن بر اضطراب و راهبردهای مقابله‌ای شناختی / رفتاری در بیماران همودیالیزی

محمد رضا شیخیان / فوق تخصص گوارش و کبد، بخش گوارش و کبد، بیمارستان امام رضا، دانشگاه علوم پزشکی مشهد
SheikhianMR@mums.ac.ir
soheyla.meysami@gmail.com

سهیلا میسمی بناب / کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی علوم پزشکی مشهد
دریافت: ۱۳۹۵/۰۶/۰۱ - پذیرش: ۱۳۹۵/۱۱/۰۶

چکیده

این پژوهش برای ارزیابی تأثیر قرائت قرآن بر اضطراب و راهبردهای مقابله‌ای شناختی / رفتاری در بیماران همودیالیزی انجام شد. این پژوهش، از نوع آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. آزمودنی‌های پژوهش به شیوه نمونه‌گیری تصادفی منظم از میان بیماران همودیالیزی بخش همودیالیز بیمارستان امام رضا مشهد، در دو گروه آزمایش (۲۰ نفر) و گروه گواه (۲۰ نفر) بررسی شدند. همه شرکت‌کنندگان، در آغاز پژوهش و دو ماه پس از پایان درمان، پرسش‌نامه اضطراب حالت - صفت اشیپیل برگر و پرسش‌نامه مقابله با استرس بیلینگز و موس را تکمیل کردند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل کواریانس استفاده شد. نتایج آزمون تحلیل کواریانس نشان داد که قرائت قرآن، میانگین نمرات اضطراب و راهبردهای مقابله‌ای هیجانی را در پس‌آزمون به‌طور معناداری کاهش داد. قرائت قرآن، تأثیر مثبت در کاهش میزان اضطراب و راهبردهای مقابله‌ای هیجانی بیماران همودیالیزی داشت.

کلیدواژه‌ها: قرآن، اضطراب، راهبردهای مقابله‌ای شناختی، راهبردهای مقابله‌ای رفتاری، همودیالیز.

نارسایی کلیوی مزمن، یک فرایند پاتولوژیک با علل متعدد است که نتیجه آن کاهش توقف‌ناپذیر تعداد و کارکرد نفرون‌ها است و در بسیاری موارد منجر به بیماری کلیوی مرحله انتهایی می‌شود (لنگو و همکاران، ۲۰۱۲، ص ۱۰۵۴). در این وضعیت کلیه توانایی دفع مواد زائد متابولیک و حفظ مایعات و الکترولیت‌ها را از دست می‌دهد (هادی و همکاران، ۱۳۹۰). بیماران در چنین شرایطی برای ادامه زندگی به درمان‌های جایگزین کلیه (دیالیز یا پیوند کلیه) به صورت مداوم نیاز دارند (اسملترز و همکاران، ۲۰۱۰). همودیالیز، شایع‌ترین روش درمان در این بیماران است. هر چند با استفاده از همودیالیز، طول عمر بیماران کلیوی افزایش می‌یابد، اما بیماری بر زندگی آنها تأثیر گذاشته است و در مراحل پیشرفته سبب اختلال در وضعیت عملکردی و تغییرات در کیفیت زندگی آنان می‌گردد (اسملترز و همکاران، ۲۰۰۸). این روش درمانی، از عوامل ایجادکننده آشفته‌گی‌های معنوی است که موجب وابستگی فرد به دیگران، کاهش اعتماد به نفس و احساس تنهایی شده و سلامت و بهداشت روان افراد را دچار مشکل می‌سازد (بهرامی و رضائی‌فرانی، ۱۳۸۴). تشخیص و آگاهی فرد از وجود بیماری می‌تواند موجب ایجاد بحران معنوی شده و گاهی اعتماد به نفس و ایمان مذهبی وی را به مخاطره اندازد. همچنین، ارتباطات فردی به دلیل عدم اطمینان به آینده، مختل و سازوکارهای انطباقی قبلی ناکافی به نظر می‌رسند. بستری شدن در بیمارستان نیز ممکن است موجب احساس تنهایی به فرد شود. از این رو، استفاده از روش‌های مقابله‌ای لازم و ضروری به نظر می‌رسد (طاهری خرامه و همکاران، ۱۳۹۲).

بیماران مبتلا به نارسایی پیشرفته کلیه، از جمله بیمارانی هستند که به دلیل تغییر در سبک زندگی به دلیل بیماری و شیوه درمان اغلب با مشکلات روانی - اجتماعی زیادی دست به گریبانند. به همین دلیل، افسردگی و اضطراب از جمله شایع‌ترین مشکلات روان‌شناختی آنان محسوب می‌گردد (ملاهادی و همکاران، ۱۳۸۸). بر اساس نتایج مطالعه *ناظمیان* و همکاران در رابطه با میزان افسردگی و اضطراب بیماران دیالیزی، ۶۴/۵ درصد بیماران دچار افسردگی، ۵۱/۴ درصد دچار اضطراب هستند (ناظمیان و همکاران، ۱۳۸۷). بیماران دیالیزی مانند همه بیماران مزمن و گاهی در حد شدیدتر از سایر بیماران در معرض استرس شدید می‌باشند (کارولین و همکاران، ۲۰۰۱) و برای ادامه زندگی از شیوه‌های مقابله‌ای و سازگاری که یک عمل محافظتی است، بهره می‌جویند (گری، ۲۰۰۰). هرگونه تغییر در زندگی انسان اعم از خوشایند و ناخوشایند، مستلزم نوعی سازگاری مجدد است. روش‌های مقابله با تغییرات زندگی و تنیدگی‌های حاصله از این تغییرات در افراد مختلف و بر حسب موقعیت‌های گوناگون، متفاوت است (غضنفری و همکاران، ۱۳۸۸). راهبردهای مقابله‌ای، مجموعه‌ای از تلاش‌های شناختی و رفتاری فرد است که برای تعبیر و تفسیر و اصلاح یک وضعیت تنیدگی‌زا و کنار آمدن با مسائل و مشکلات به کار می‌رود و نقش اساسی و تعیین‌کننده در سلامت جسمانی و روانی ایفا می‌کند. راهبردهای مقابله‌ای مؤثر موجب می‌شوند که واکنش فرد به سطوح بالای تنیدگی کاهش یابد و آثار زیانبار آن تعدیل شود (فرزین‌راد و همکاران، ۱۳۸۹). لازاروس و همکاران، در مفهوم‌سازی مقابله یک تمایز قائل شده‌اند و آن تمایز مقابله مسئله‌مدار از مقابله

هیجان‌مدار است (حسن‌زاده و همکاران، ۱۳۹۱). تلاش‌های مسئله‌مدار، معطوف به تغییر موقعیت تنیدگی‌زا می‌باشد؛ یعنی بر مهار عامل تنیدگی‌زا به‌منظور کاهش یا حذف آن توجه دارد. درحالی‌که تلاش‌های هیجان‌مدار، معطوف به تغییر واکنش‌های هیجانی به عوامل تنیدگی‌زا می‌باشد؛ یعنی بر مهار پاسخ‌های هیجانی و برانگیختگی فیزیولوژیایی در جهت کاهش تنیدگی تأکید دارد (حسن‌زاده و همکاران، ۱۳۹۱).

روش‌های معمول پزشکی، جراحی و تشخیصی در بیماران هوشیار، با اضطراب و نگرانی زیادی همراه بوده و روش‌های شناختی - رفتاری می‌توانند به‌عنوان درمان همراه، برای کاهش استرس به کار روند. به علت مخارج پایین‌تر و عوارض جانبی و خطرات کمتر، دعادرمانی شایستگی این را دارد که برای یک درمان همراه و مکمل، بیشتر مورد بررسی قرار گیرد. همان‌طور که در هر شیوه جدید درمانی مطرح می‌شود، باید مراحل آزمایش و نیز رشد خود را طی کند تا در سیستم ارائه خدمات بهداشتی - درمانی، نهاده‌ینه گردد. در این مورد نیز ضروری است تا مراحل پژوهش و برنامه‌ریزی و تعیین اثربخشی این روش در سیستم بهداشتی مورد بررسی قرار گیرد.

مطالعات صورت گرفته نشان داده‌اند که دین و مذهب، به‌عنوان راهکارهای مقابله‌ای، اثرات مثبتی بر روند درمان دارند (شجاعیان و زمانی‌منفرد، ۱۳۸۱)؛ زیرا در چنین شرایطی مذهب به‌عنوان پناهگاهی در بحران‌های زندگی به‌شمار آمده و به صورت پایگاه بسیار محکمی در مقابل دشواری‌ها و محرومیت‌های زندگی عمل می‌کند (تاسومورا و همکاران، ۲۰۰۳). در میان منابع مذهبی و معنوی بیشترین منبعی که مورد استفاده قرار می‌گیرد، دعا است؛ چرا که دعا موجب کاهش اضطراب و ارتقای معنویت گردیده و روش مناسبی برای سازگاری با بیماری می‌باشد (حجتی و همکاران، ۱۳۸۹). مطالعه‌های گوناگون نشان داده‌اند که بین سلامت جسمی، سلامت معنوی، معنا در زندگی و دعا کردن ارتباط مثبت وجود دارد (طاهری‌خرامه و همکاران، ۱۳۹۲). برخی تحقیقات دیگر، مذهب و ایمان را برای بقا و مقاومت در برابر بیماری‌های جدی لازم دانسته‌اند (حجتی و همکاران، ۱۳۸۹). معنویت، می‌تواند با افزایش بُعد ایمان، موجب سازگاری بیمار با مشکل شود، به گونه‌ای که بیمار بتواند مراحل آخر بیماری را به خوبی سپری کند. تحقیقات مشخص کرده‌اند که معنویت نه‌تنها بر حالت‌های خلقی و سلامت روانی افراد مؤثر است، بلکه شرایط جسمانی آنها را بهبود می‌بخشد (شریف‌نیا و همکاران، ۱۳۹۱). با توجه به اینکه تاکنون پژوهش‌های بسیار کمی در ارتباط با تأثیر دعادرمانی بر میزان اضطراب و راهبردهای مقابله‌ای بیماران همودیالیز انجام شده است و تاکنون تحقیقی در مراکز درمانی شهر مشهد در این رابطه صورت نگرفته است. این پژوهش، به بررسی تأثیر قرائت قرآن بر اضطراب و راهبردهای مقابله‌ای در بیماران همودیالیزی می‌پردازد.

فرضیه‌های پژوهش

- قرائت قرآن در کاهش میزان اضطراب بیماران تحت درمان با همودیالیز تأثیر مثبت دارد.
- قرائت قرآن در کاهش راهبردهای رفتاری بیماران تحت درمان با همودیالیز تأثیر مثبت دارد.
- قرائت قرآن در افزایش راهبردهای شناختی بیماران تحت درمان با همودیالیز تأثیر مثبت دارد.

روش پژوهش

این پژوهش از نوع آزمایشی است و در دو گروه کنترل و مداخله و با طرح قبل و بعد (در دو مرحله، قبل از دریافت مداخله و بعد از دریافت مداخله) انجام گردید. محل انجام مطالعه، مرکز همودیالیز بیمارستان امام رضا^ع وابسته به دانشگاه علوم پزشکی مشهد بود. مطالعه به مدت شش ماه و از خرداد تا آذر ماه ۱۳۹۴ انجام گردید. از میان بیماران مراجعه‌کننده به مرکز همودیالیز، ۴۰ بیمار به صورت نمونه‌گیری تصادفی منظم، از میان لیست بیماران انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و کنترل تقسیم شدند. همچنین، در دو گروه از نظر متغیرهای دموگرافیک همسان‌سازی انجام گرفت. از بین جامعه پژوهش، ۴۰ نفر انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه ۲۰ نفره آزمایشی و کنترل تقسیم شدند. برای کنترل عوامل مداخله‌گر، پیش از شروع پژوهش، از گروه شاهد و آزمایشی پیش‌آزمون گرفته شد.

مبارهای ورود و خروج به مطالعه عبارت بود از: دامنه سنی شرکت‌کنندگان ۱۸ تا ۶۰ سال، حداقل هفته‌ای دو جلسه دیالیز، توانایی تکمیل پرسش‌نامه و شرکت در جلسات، عدم مبتلا به بیماری روانی، نداشتن سابقه پیوند کلیه.

برای گروه آزمایش، به مدت هشت هفته، هفته‌ای دو روز حین دیالیز به مدت چهل و پنج دقیقه، ۷۰ مرتبه سوره حمد توسط یک روحانی برای بیماران خوانده شد و به بیماران گفته شد که برای سلامتی آنها دعا خوانده می‌شود؛ زیرا در سندی معتبر امام صادق^ع فرمودند: «هر صاحب دردی، هفتاد مرتبه سوره مبارکه حمد را بخواند، از آن مرض شفا یابد» (مجلسی، ۱۳۶۱، ج ۹۲، ص ۲۳۵). برای کنترل حضور روحانی، در گروه گواه نیز روحانی حضور داشت، اما به بیماران هیچ مطلبی درباره دعا خواندن توسط روحانی گفته نشد. پس از انجام مداخله از هر دو گروه پس‌آزمون گرفته شد. برای بیمارانی که قادر به تکمیل پرسش‌نامه‌ها نبودند، این کار به کمک پژوهشگر انجام شد.

ابزار پژوهش

پرسش‌نامه اضطراب حالت - صفت اشیپیل برگر: پرسش‌نامه اضطراب حالت - صفت/اشپیل برگر، ۴۰ ماده دارد که بیست ماده اول آن مربوط به اضطراب حالتی است و آزمودنی شدت احساس کنونی خود را به وسیله یک مقیاس چهار درجه‌ای (اصلاً تا حدی، متوسط و خیلی زیاد) درجه‌بندی می‌کند. بیست ماده دوم آن مربوط به اضطراب صفتی است که آزمودنی‌ها در یک مقیاس چهار درجه‌ای احساس کلی خود را نشان می‌دهند. این پرسش‌نامه از هماهنگی درونی بالایی برخوردار است. میانگین ضرایب پایایی در گروه‌های مختلف در مقیاس اضطراب حالتی، ۰/۹۲ و در مقیاس اضطراب صفتی، ۰/۹۰ گزارش شده است. برای بررسی اعتبار پرسش‌نامه، از آزمون اضطراب پیشرفت‌بازدارنده و تسهیل‌کننده استفاده شد. نتایج نشان داد که همبستگی پرسش‌نامه اضطراب صفت با خرده‌آزمون بازدارنده (۰/۵۶/۱=) و تسهیل‌کننده (۰/۲۸/۱=) معنادار می‌باشد (ابولقاسمی، ۱۳۸۴). در این مطالعه، پایایی این پرسش‌نامه از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۰ به دست آمد.

پرسش‌نامه مقابله با استرس بیلینگز و موس: پرسش‌نامه مقابله با استرس توسط بیلینگز و موس در سال ۱۹۸۱ برای اندازه‌گیری شیوه‌های مقابله با استرس طراحی و تدوین شده است. این مقیاس، ۱۹ آیتم دارد و ۳ راهبرد مقابله‌ای شناختی، رفتاری و اجتنابی را می‌سنجد. همچنین، این مقیاس ۲ مقابله مسئله‌مدار و هیجان‌مدار را اندازه‌گیری می‌کند. در پژوهش پورشه‌باز، ضریب پایایی بازآزمایی کل پرسش‌نامه $r=0/73$ به دست آمد. بیلینگز و موس، همسانی درونی این پرسش‌نامه را برابر $0/62$ گزارش داده‌اند (مردانیان دهکردی و شاهقلیان، ۱۳۹۳). در این پژوهش، ضریب آلفای کرونباخ پرسش‌نامه $0/85$ به دست آمد.

با توجه به اینکه در این پژوهش از طرح دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل با پیش‌آزمون و پس‌آزمون استفاده شده است و در این نوع طرح‌ها، تأثیر یک متغیر (مستقل) بر متغیر دیگر (وابسته) سنجیده می‌شود، آنچه اهمیت دارد، کنترل متغیرهای همگام است. بنابراین، داده‌های این پژوهش با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس و با به‌کارگیری نرم‌افزار SPSS-22 تحلیل شد.

یافته‌های پژوهش

تحلیل‌های آماری در مورد سن، جنس، تحصیلات، وضعیت تأهل، تعداد فرزندان، شغل، سطح درآمد و طول دوره دیالیز نشان داد که دو گروه از نظر این متغیرها همگن بودند. میانگین سنی آزمودنی‌ها در گروه آزمایش، $30/20$ و در گروه کنترل، $29/93$ سال بود و در دامنه سنی $60-18$ سال قرار داشتند. از نظر وضعیت تحصیلی، گروه آزمایش $33/3$ درصد راهنمایی، $26/7$ درصد دبیرستان و 40 درصد دانشگاهی بودند؛ و گروه کنترل $26/7$ درصد راهنمایی، 40 درصد دبیرستان و $33/3$ درصد دانشگاهی بودند. به‌طور میانگین هر دو گروه سه سال تحت درمان با همودیالیز قرار داشتند. تعداد جلسات در هفته برای دو گروه، ۳ بار در هفته بود.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار نمرات مربوط به اضطراب و راهبردهای مقابله‌ای در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل

گروه آزمایش		گروه کنترل		موقعیت
پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	گروه
Mean±SD	Mean±SD	Mean±SD	Mean±SD	متغیر
$34/9 \pm 8/7$	$46/5 \pm 9/2$	$45/6 \pm 11/8$	$47/1 \pm 10/3$	اضطراب
$44/12 \pm 4$	$52/27 \pm 5/19$	$51/66 \pm 5/34$	$53/28 \pm 8/52$	راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار
$26/18 \pm 2/63$	$24/74 \pm 2/69$	$24/25 \pm 2/15$	$24/35 \pm 3/5$	راهبردهای مقابله‌ای مسئله‌مدار

جدول ۱، میانگین و انحراف معیار نمرات مربوط به اضطراب و راهبردهای مقابله‌ای در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه آزمایشی و کنترل به تفکیک نشان می‌دهد.

مقادیر نمایش داده شده در جدول ۱، حاکی از این است که میانگین نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش نسبت به پیش‌آزمون در متغیرهای اضطراب و راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار، کاهش و در متغیر راهبردهای مقابله‌ای مسئله‌مدار، افزایش پیدا کرده است، درحالی‌که در گروه کنترل این تفاوت ناچیز است. برای تحلیل داده‌های پژوهش و

از بین بردن اثر پیش‌آزمون بر پس‌آزمون از تحلیل کواریانس استفاده گردید. ابتدا پیش‌فرض‌های لازم برای استفاده از این تحلیل (بررسی همگنی واریانس‌ها، نرمال بودن توزیع نمرات و همگنی شیب رگرسیون) مورد بررسی قرار گرفت. جدول ۲. نتایج آزمون لون برای متغیرهای مورد مطالعه در گروه آزمایش و کنترل

متغیرها	F	df1	df2	P
اضطراب	۱/۵۶	۱	۳۸	۰/۲۲
راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار	۰/۴۱	۱	۳۸	۰/۵۲
راهبردهای مقابله‌ای مسئله‌مدار	۳/۱۲	۱	۳۸	۰/۸۸

برای بررسی همگنی واریانس‌ها، از آزمون لون استفاده شد. با توجه به عدم معناداری آزمون لون، برای پیش‌آزمون و پس‌آزمون ($p > ۰/۰۵$) می‌توان گفت: پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها نیز برقرار است.

جدول ۳. نتایج بررسی همگنی شیب رگرسیون

منبع تغییرات	متغیرهای وابسته	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	آزمون F	سطح معناداری
اثر تعامل گروه با پیش‌آزمون	اضطراب	۱۸/۸۴	۲	۹/۴۲	۰/۳۴	۰/۷۰۹
	راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار	۱۶/۹۹	۲	۸/۴۹	۱/۰۵	۰/۳۶۲
	راهبردهای مقابله‌ای مسئله‌مدار	۲۲/۲۱	۲	۱۱/۱۰	۲/۳۷	۰/۱۲۰

جدول ۳، نتایج همگنی شیب رگرسیونی بین متغیر کمکی (پیش‌آزمون اضطراب و راهبردهای مقابله‌ای) و وابسته (پس‌آزمون اضطراب و راهبردهای مقابله‌ای) را در سطوح عامل (گروه‌های آزمایش و کنترل) نشان می‌دهد؛ چون سطح معناداری کنش متقابل گروه‌ها و پیش‌آزمون‌ها در هر پنج متغیر بیشتر از $۰/۰۵$ می‌باشد. از این‌رو، تعامل بین شرایط آزمایش و متغیر همپراش (پیش‌آزمون) معنادار نیست؛ یعنی اینکه شیب خط رگرسیون برای تمام رویکردها یکسان است. در نتیجه، می‌توان از تحلیل کواریانس استفاده کرد.

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل کواریانس پس‌آزمون نمرات اضطراب و راهبردهای مقابله‌ای در دو گروه آزمایش و کنترل با حذف اثر پیش‌آزمون

متغیر وابسته	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری	مجزور ایثای سهمی
راهبردهای مقابله‌ای مسئله‌مدار	۳۴/۱۲	۱	۳۴/۱۲	۴/۹۷	۰/۰۰۳	۰/۱۲۹
راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار	۵۱/۷۷	۱	۵۱/۷۷	۳/۳۳	۰/۰۰۱	۰/۲۶۵
اضطراب	۷۹/۶۶	۱	۷۹/۶۶	۵/۳۳	۰/۰۰۰	۰/۴۴۲

جدول ۴، تأثیر دعا بر اضطراب و راهبردهای مقابله‌ای را در پس‌آزمون نشان می‌دهد. همان‌طور که مشاهده می‌شود، تأثیر عضویت گروهی بر اضطراب و راهبردهای مقابله‌ای معنادار است و بین گروه آزمایش و گروه تفاوت معناداری وجود دارد ($p < ۰/۰۵$). در نتیجه، تأثیر دعا بر بهبود راهبردهای مقابله‌ای مسئله‌مدار و کاهش نمرات اضطراب و راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار، معنادار است.

بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه برای بررسی تأثیر قرائت قرآن بر اضطراب و راهبردهای مقابله‌ای در بیماران همودیلیزی انجام گرفته است. نتایج آنالیز کواریانس در این پژوهش نشان داد که گوش دادن به قرائت قرآن موجب کاهش اضطراب و

راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار بیماران می‌شود. مطالعات گوناگون نیز نشان داده‌اند که بین سلامت جسمانی، سلامت معنوی، سلامت روان و دعا کردن، ارتباط مستقیم وجود دارد، چون حمایت ناشی از منابع مذهبی و داشتن ارتباط با قدرتی بالاتر، سودمند بوده و می‌تواند برای بهبود کیفیت زندگی، حمایت بین‌فردی، کاهش شدت علائم و نتایج مناسب پزشکی سودمند باشد (آقاجانی و همکاران، ۱۳۹۲؛ حیدری و شهبازی، ۱۳۹۲؛ شریف‌نیا و همکاران، ۱۳۹۱؛ بوسینگ و همکاران، ۲۰۰۹)؛ زیرا دعادرمانی، 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 روحیه بیمار و شکستن دیوار ناامیدی در نفس وی می‌شود که این امر در پذیرش بیماری تأثیر می‌گذارد (حجتی و همکاران، ۱۳۸۹). کوئینگ (۲۰۰۴)، معتقد است: مذهب، موجب ایجاد نگرش 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. این امر، موجب افزایش تحمل و پذیرش موقعیت‌های غیرقابل تغییر شده و در بسیاری از موارد اضطراری، که علم قادر نیست، به فرد کمک می‌کند. این مسئله، به‌ویژه در موارد جدی مثل بیماری‌های صعب‌العلاج از اهمیت خاصی برخوردار است (کوئینگ، ۲۰۰۴). بیماری‌های دارای سیر طولانی همانند نارسایی مزمن کلیه در بلندمدت اثرات منفی جبران‌ناپذیر متعددی بر جنبه‌های مختلف سلامت می‌گذارند. داشتن معنا و هدف در زندگی، احساس تعلق داشتن به منبعی والا، امیدواری به یاری خداوند در شرایط مشکل‌زای زندگی، بهره‌مندی از راهبردهای مقابله‌ای، همگی از جمله روش‌هایی هستند که افراد می‌توانند در مواجهه با حوادث فشارزای زندگی، آسیب کمتری را متحمل شوند (لسیو، ۲۰۰۷).

اتانابه در این زمینه بیان می‌کند: مشکلات اقتصادی، استرس‌های مربوط به درمان، درمان‌های طولانی‌مدت، تغییر در الگوی زندگی و عادات غذایی و مشکلات خانوادگی از جمله عواملی هستند که بیماران دیالیزی را مستعد اختلالات روانی از جمله افسردگی و اضطراب کرده است. افسردگی و اضطراب، مهم‌ترین عکس‌العمل بیمار در مقابل بیماری نارسایی مزمن کلیه است و بر بقا و طول عمر بیمار تأثیر می‌گذارد (پورتر و بیف، ۲۰۰۵). بر اساس مطالعات انجام شده توسط *اژدر* و همکاران (۱۳۹۱)، قرائت دعا، از نظر لفظی اثربخش است و این اثربخشی در طب تتوسوماتیک، توسط پزشکان و دانشمندان تجربی مورد تأیید قرار گرفته است. همچنین، دعا از جهت محتوا و مضمون اثربخش بوده، به گونه‌ای که اگر نیایشگر الگوی فکری، رفتاری و عاطفی خود را با آموزه‌های دعا هماهنگ نماید و طبق آن عمل نماید، جسم و روانی سالم خواهد داشت. اثربخشی دعا از جهت محتوا، در جسم و روان از طریق سایکونور فیزولوژیک و هوش معنوی تأیید گردید (*اژدر* و همکاران، ۱۳۹۱).

بیماران همودیالیزی برای انطباق مؤثر با بیماری خود به کمک نیاز دارند. این افراد نیاز خواهند داشت تا مهارت‌های مقابله‌ای جدید را یاد بگیرند. این هدف زمانی می‌تواند تحقق یابد که مقابله و واکنش‌های آن در قبال بیماری و مشکلات وابسته به آن از طریق آگاهی‌افزایی کاملاً شناخته شده باشد. این توانایی‌ها به بیمار مجال می‌دهند

تا سهمی ایفا نماید و تا اندازه‌ای کنترل آنچه برای او اتفاق می‌افتد، در دست بگیرد. استفاده بیشتر از پاسخ مقابله‌ای هیجان‌مدار با افزایش اضطراب، آسیب جسمانی، افسردگی و اختلال در عملکرد اجتماعی رابطه دارد. درحالی‌که پاسخ مقابله‌ای مسئله‌مدار بیشتر بر تعاملات بین‌فردی و عملکرد اجتماعی فرد مؤثر است. افرادی که از پاسخ‌های مقابله‌ای مسئله‌مدار و شناخت‌های سازگارانه استفاده می‌کنند، در واقع رفتارهایی را برای بازسازی دوباره مسئله از نظر شناختی و یا موقعیت استرس‌زا به کار می‌گیرند و از سلامت روان و کیفیت زندگی بالاتری برخوردارند.

به دلیل محدود شدن نمونه به بیماران همودیالیز شهر مشهد در تعمیم یافته‌ها باید جانب احتیاط را رعایت نمود. فقدان اطلاعات دقیق از نقش عواملی نظیر مدت بیماری، بیماری‌های همراه و داروهای مصرفی نتیجه‌گیری قاطع از یافته‌های پژوهش را با محدودیت روبرو می‌کند. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده، با بهره‌گیری از متدلوژی علمی دقیق نقش این عوامل در شیوه‌های مقابله‌ای مورد بررسی قرار گیرد. با توجه به نتایج پژوهش، به مراکز و مؤسسات دست‌اندرکار بهداشت روانی پیشنهاد می‌گردد افرادی را که در مقابله با عوامل تنیدگی‌زای محیطی ناتوان هستند، مشخص نموده و برنامه‌هایی را جهت پیشگیری از بیماری‌ها و آموزش راهبردهای مقابله‌ای مؤثر اجرا کنند. در پایان امید است که نتایج این مطالعه بتواند زمینه‌ساز حمایت‌های عملی در راستای درمان چندمنظوره (درمان بالینی و مدیریت همزمان اختلالات رفتاری) بیماران باشد و بتوان گامی در جهت استفاده از این یافته‌ها در سیاست‌گذاری، طرح‌ریزی و پیاده‌سازی برنامه‌ها برداشت.

منابع

- ابولقاسمی، عباس و محمد نریمانی، ۱۳۸۴، *آزمون‌های روان‌شناختی*، اردبیل، باغ رضوان.
- اژدر، علیرضا و همکاران، ۱۳۹۱، «بررسی جایگاه دعا در سلامت جسم و روان»، *تازدهای روان‌درمانی*، ش ۶۱ ص ۱۳۳-۱۴۰.
- آقاجانی، محمد و همکاران، ۱۳۹۲، «بررسی تأثیر مشاوره معنوی بر اضطراب و افسردگی در بیماران همودیالیز»، *مراقبت مبتنی بر تسواهد*، ش ۹، ص ۱۹-۲۸.
- بهرامی، فاضل و عباس رضانی فرانی، ۱۳۸۴، «نقش باورهای مذهبی درونی و بیرونی در سلامت روان و میزان افسردگی سالمندان»، *توانبخشی*، ش ۶ ص ۴۲-۴۷.
- حجتی، حمید و همکاران، ۱۳۸۹، «میزان توسل به دعا در بیماران همودیالیزی استان گلستان»، *پرستاری مراقبت ویژه*، ش ۲، ص ۷۵-۷۹.
- حسن‌زاده، پرستو و همکاران، ۱۳۹۱، «حمایت اجتماعی و راهبردهای مقابله‌ای در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو»، *روان‌شناسی سلامت*، ش ۲، ص ۱۲-۲۱.
- حیدری، محمد و سارا شهبازی، ۱۳۹۲، «بررسی تأثیر آوای قرآن و موسیقی بدون کلام بر اضطراب بیماران کاندید آندوسکوپی»، *دانش و تندرستی*، ش ۲، ص ۶۱-۷۰.
- شجاعیان، رضا و افشین زمانی منفرد، ۱۳۸۱، «ارتباط دعا با سلامت روانی و عملکرد شغلی کارکنان فنی صنایع مهمات‌سازی»، *روان‌پژوهی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ش ۲، ص ۳۴-۳۷.
- شریف‌نیا، سیدحمید و همکاران، ۱۳۹۱، «تأثیر دعا بر سلامت معنوی بیماران همودیالیزی»، *پرستاری مراقبت ویژه*، ش ۱، ص ۲۹-۳۴.
- طاهری‌خرامه، زهرا و همکاران، ۱۳۹۲، «سلامت معنوی و راهبردهای مقابله مذهبی در بیماران همودیالیزی»، *روان‌پرستاری*، ش ۱، ص ۴۸-۵۴.
- غضنفری، فیزوزه و عزت‌الله قدم‌پور، ۱۳۸۷، «بررسی رابطه راهبردهای مقابله‌ای و سلامت روانی در ساکنین شهر خرم‌آباد»، *اصول بهداشت روانی*، ش ۳۷، ص ۴۷-۵۴.
- فرزین‌راد، بنفشه و همکاران، ۱۳۸۹، «مقایسه راهبردهای مقابله‌ای و سبک‌های شخصیتی در دانشجویان افسرده و غیرافسرده»، *علوم رفتاری*، ش ۴، ص ۱۷-۲۱.
- مردانیان دهکردی، لیلا و ناهید شاهقلیان، ۱۳۹۳، «بررسی ارتباط سلامت معنوی با سازگاری در بیماران تحت درمان با همودیالیز»، *تحقیقات علوم رفتاری*، ش ۴، ص ۴۸۱-۴۸۹.
- مجلسی، محمدباقر، ۱۳۶۱، *بحارالانوار*، بیروت داراحیاء التراث العربی.
- ملاهادی، محسن و همکاران، ۱۳۸۸، «مقایسه افسردگی، اضطراب و استرس در بیماران همودیالیزی و پیوند کلیه»، *پرستاری مراقبت ویژه*، ش ۴، ص ۱۵۳-۱۵۶.
- ناظمیان، فاطمه و همکاران، ۱۳۸۷، «بررسی افسردگی و اضطراب در بیماران همودیالیزی»، *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، ش ۳، ص ۱۷۱-۱۷۸.
- هادی، نگین و همکاران، ۱۳۸۹، «کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در بیماران با نارسایی مزمن کلیوی تحت همودیالیز»، *پایش*، ش ۴، ص ۳۴۹-۳۵۴.

Bussing, A, et al, 2009, "Are Spirituality and Religiosity Resources for Patients With Chronic Pain Condition?", *J Pain Medicine*, v. 10(2), p. 327-39.

Carolyn, M, et al, 2001, "Coping and health acomparison of the stress and trauma", *American Psychological Association Journal*, v. 53(7), p. 11-25.

Gray, M, 2000, "Coping and behavior Diabetes Life styl", *Diabet Spectrum*, v. 13(3), p. 167-173.

- Koeing, HG, 2004, "Spirituality Wellness and quality of life, *Sexuality reproduction and Menopause*, v. 2(2), p. 76-82.
- Lesio, CA, 2007, "*Accountability for mental Health counseling in schools*", Thesis the degree of Master of Science and Advanced Graduate Certificate, College of Liberal Arts New York, p. 4-10.
- Longo, D, et al, 2012, "Harrison's Principles of Internal Medicine", 18th ed. New York: McGraw-Hill.
- Porter, J, & Beuf, A, 2005. "The quality of life in Hemodialysis patient", *J psychosom Res*, v. 58, p. 1101-1108.
- Smeltzer, O, et al, 2010, "*Brunner & Suddarth textbook of medical-surgical Nursing*", 12th ed, Philadelphia, Lippincott, p. 54-55.
- _____, 2008, "*Brunner and Suddarth S textbook of medical surgical nursing*" 11th ed, Philadelphia, Lippincott, 1326-34.
- Tasumura, Y, et al, 2003, "Religiigious and spiritual resources", *Alternative Therapies in Health and Medicine*, v. 9(3), p. 64-71.