Original Article

Relationship between attitude and practical commitment to prayer with subjective well- being in chronic renal failure patients

Gholami M[1], Taghadosi M[2], Asgari P[3], Bahramnezhad F[4], Hosseini-Nasrabadi SS[5], Noori H[5], Sadat Z[2*]

1- Ph.D Candidate of Nursing, Nursing Care Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, I.R. Iran.
2- Nursing Trauma Research Center, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, I.R. Iran.
3- Ph.D Candidate of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, I.R. Iran.
4- Department of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, I.R. Iran.
5- Student Research Committee, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, I.R. Iran.

Received: 2019/07/14 | Accepted: 2019/11/16

Abstract:

Background: Chronic renal failure causes a decrease in mental health and life satisfaction. Prayer as a religious coping strategy can be a great help to subjective well-being in these patients. This study aimed to investigate relationship between attitude and practical commitment to prayer with subjective well-bring in chronic renal failure patients admitted in selected hospitals in Kashan city, 2019.
Materials and Methods: This study was a descriptive analytical research. 180 patients were selected through census method. The research tools included: background information questionnaire, attitude and practicing prayer questionnaire, and Edinburgh subjective well-being questionnaire. Data were analyzed by SPSS version 16 using t-test, Pearson correlation coefficient and regression analysis.
Results: The findings of this study showed that 59% of subjects were male, 80.6% were married, mean score of attitude and practical commitment to prayer (on a scale of 200-0) and subjective well-being (on a scale of 147-14) in the patients under study was 144.92±28.73 and 52.57±4.64, respectively. The variables of attitude and practical commitment to prayer and non-other underlying illness, in addition to renal failure, explained 74% and 20% of the variance of subjective well-being score, respectively. There was a statistically significant relationship between employment status and place of residence with subjective well-being, so that the scores of subjective well-being were higher in unemployed and rural patients.
Conclusion: Subjective well-being of patients in this study was high, the score of attitude and practical commitment to prayer and non-other underlying illness can be the important variables related to subjective well-being.

Keywords: Subjective well-being, Chronic renal failure, Prayer

***Corresponding Author:**
Email: sadat_z2003@yahoo.com
Tel: 0098 315 555 40021
Fax: 0098 315 555 46633

Conflict of Interests: ***No***

Feyz, Journal of Kashan University of Medical Sciences, Supplement, 2020; Vol. 23, No 7, Pages 720-726

Please cite this article as: Gholami M, Taghadosi M, Asgari P, Bahramnezhad F, Hosseini Nasrabadi SS, Noori H, Sadat Z. Relationship between attitude and practical commitment to prayer with subjective well- being in chronic renal failure patients. ***Feyz*** 2020; 23(7): 720-6.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-12]

PDF created with pdfFactory Pro trial version pdffactory.com

بررسی ارتباط نگرش و التزام عملی به نماز با بهزیستی ذهنی در بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه

مصطفی غلامی [1]، محسن تقدسی [2]، پروانه عسگری [3]، فاطمه بهرام‌نژاد [4]، سیدسجاد حسینی نصرآبادی [5]، حسین نوری [5]، زهره سادات [2*]

خلاصه:

سابقه و هدف: ابتلا به نارسایی مزمن کلیه موجب کاهش سلامت روان و رضایت از زندگی می‌شود. نماز به‌عنوان یک استراتژی مقابله‌ای مذهبی می‌تواند کمک شایانی به بهزیستی ذهنی در این بیماران کند. این مطالعه با هدف بررسی ارتباط نگرش و التزام عملی به نماز با بهزیستی ذهنی در بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های منتخب شهرستان کاشان در سال 1397 انجام شد.

مواد و روش‌ها: این پژوهش یک پژوهش توصیفی - تحلیلی بود. 180 بیمار از طریق روش دردسترس انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش شامل: پرسشنامه‌های اطلاعات زمینه‌ای، پرسشنامه نگرش و التزام عملی به نماز و پرسشنامه بهزیستی ذهنی ادینبورگ بودند. آنالیز داده‌ها توسط نسخه 16 نرم‌افزار SPSS و با آزمون‌های تی‌تست، ضریب همبستگی پیرسون و آنالیز رگرسیون صورت گرفت.

نتایج: یافته‌های این مطالعه نشان داد 59 درصد شرکت‌کنندگان در مطالعه مرد و 80/6 درصد متأهل بودند، میانگین نمره نگرش و التزام عملی به نماز (در مقیاس200-0) و بهزیستی ذهنی (در مقیاس70-14) در بیماران تحت مطالعه به‌ترتیب 28/73±144/92 و 9/64±52/57 بود. متغیرهای نگرش و التزام عملی به نماز و ابتلا به سایر بیماری‌ها علاوه بر نارسایی کلیه به ترتیب 74 درصد و 20 درصد از واریانس نمره بهزیستی ذهنی را تبیین می‌کردند. بین وضعیت اشتغال و محلّ زندگی با بهزیستی ذهنی ارتباط آماری معناداری وجود داشت، به نحوی که بهزیستی ذهنی در بیماران غیر شاغل و ساکن در روستا در سطح بالاتری بود.

نتیجه‌گیری: بهزیستی ذهنی بیماران در این مطالعه در سطح بالایی بود، به‌ترتیب متغیرهای نگرش و التزام به نماز وعدم ابتلا به سایر بیماری‌های زمینه‌ای، می‌تواند مهم‌ترین عوامل مرتبط با بهزیستی ذهنی بیماران تحت مطالعه باشد.

واژگان کلیدی: بهزیستی ذهنی، نماز، نارسایی مزمن کلیه

دو ماه‌نامه علمی– پژوهشی فیض، دوره بیست و سوم، شماره 7، ضمیمه 1398، صفحات 726-720

مقدمه

End Stage Renal Disease (ESRD) یا بیماری مزمن کلیه، اختلالی است که در آن کاهش برگشت‌ناپذیر عملکرد کلیه به میزانی رسیده که باعث وابستگی دائم بیمار به درمان‌های جایگزینی کلیه می‌شود [1]، شیوع نارسایی کلیه در جهان 16-8 درصد [2] و در ایران 11/6 درصد برآورد شده است [3].

بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه تحت یک رژیم پیچیده درمانی و تغییرات وسیع و اساسی در سبک زندگی‌شان قرار می‌گیرند که منجر به محدودیت‌هایی در عملکرد جسمی و روانی و اجتماعی این بیماران می‌شود [4]. این بیماری با بستری شدن مداوم در بیمارستان، کاهش کیفیت زندگی، مرگ‌ومیر بالا و هزینه‌های درمانی بسیار سنگین همراه است [6،5] و با وجود این‌که به کمک همودیالیز طول عمر بیماران مبتلا به نارسایی کلیه افزایش می‌یابد، اما فرآیند بیماری بر زندگی بیماران تأثیر گذاشته، در مراحل انتهایی سبب کاهش کیفیت زندگی، اختلال در وضعیت عملکردی بیماران [7]، وابستگی بیمار به دیگران، کاهش اعتماد به نفس و احساس تنهایی در آن‌ها می‌شود و سلامت روان و رضایت از زندگی را در این بیماران کاهش می‌دهد [8]. نارسایی مزمن کلیه فشارهای روحی و مشکلات روانی و اجتماعی متعددی به‌دنبال دارد [9،8] و در این زمینه سنجش سلامت روانی این بیماران جهت تعیین وضعیت بهبودی و اثرگذاری درمان‌ها و اجرای مداخلات و حمایت‌های مورد نیاز و در صورت نیاز توان‌بخشی و مشاوره روانی امری اجتناب‌ناپذیر است. ویژگی مهمّ سلامت روانی که فرد بایستی از آن برخوردار باشد، احساس بهزیستی یا رضایتمندی

1. دانشجوی دکتری پرستاری، مرکز مراقبت‌های پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
2. دانشیار، مرکز تحقیقات پرستاری تروما، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران
3. دانشجوی دکتری پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
4. استادیار، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پرشکی تهران، تهران، ایران
5. دانشجوی کارشناسی پرستاری، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران

* **نشانی نویسنده مسؤول:**
کاشان، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، مرکز تحقیقات پرستاری تروما

تلفن: 03155540021 **دورنویس:** 03155546633

پست الکترونیک: sadat_z2003@yahoo.com

تاریخ دریافت: 23/4/1398 **تاریخ پذیرش نهایی:** 25/8/1398

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-12]

PDF created with pdfFactory Pro trial version pdffactory.com

است [10]. بهزیستی ذهنی یکی از شاخص‌های مهمّ سنجش وضعیت بهداشت روان است و به قضاوت فرد از درجه یا میزان مطلوبیت کیفیت کلّ زندگی خود او اطلاق می‌شود [11]. مطالعات حاکی از آنند که عوامل متعددی از جمله: تحصیلات [12]، سن [13]، جنسیت [14،12]، درآمد خانواده [12]، ابتلا به بیماری‌های جسمی و روانی [15،14] بر وضعیت بهزیستی ذهنی بیماران تأثیرگذار هستند، یکی از مهم‌ترین این عوامل باورها و اعمال مذهبی و به‌خصوص نماز است [16،10]، مطالعه ورعی در کرمانشاه نشان‌دهنده رابطه مثبت و معناداری بین دین‌داری و بهزیستی روان‌شناختی بود [16] و در همین راستا در مطالعه‌ای دیگر، اقامه نماز قوی‌ترین عامل پیش‌بینی‌کننده بهزیستی ذهنی در افراد تحت مطالعه ذکر شده است [17]. با توجه به این‌که ارتقای بهزیستی ذهنی بیماران یکی از مهم‌ترین اهداف تیم مراقبتی بیماران است، ضرورت سنجش بهزیستی ذهنی بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه و شناسایی فاکتورهای اثرگذار بر آن، به‌خصوص نگرش و عملکرد به نماز از جایگاه ویژه‌ای برخوردار است و با نظر به این‌که تاکنون مطالعه‌ای در سطح ملی در این زمینه انجام نگرفته است، هدف این مطالعه تعیین همبستگی نگرش و التزام عملی به نماز با بهزیستی ذهنی در بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های منتخب شهرستان کاشان در سال 1397 می‌باشد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه توصیفی - تحلیلی است و 180 بیمار مبتلا به نارسایی مزمن کلیه مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های منتخب شهرستان کاشان (شامل بیمارستان‌های اخوان، سیدالشهدا و یثربی) در ابتدای دی‌ماه تا انتهای اسفندماه سال 1397 از طریق نمونه‌گیری دردسترس مورد بررسی قرار گرفتند. معیارهای ورود به مطالعه شامل: تابعیت ایرانی، سنّ بالای 18 سال، توانایی برقراری ارتباط کلامی، عدم ابتلا به اختلالات شناختی و روانی شناخته‌شده، گذشت حداقل 6 ماه از تشخیص بیماری و موافقت با شرکت در مطالعه بودند. ابزارهای جمع‌آوری داده‌ها شامل: سه پرسشنامه: 1-عوامل مرتبط احتمالی با بهزیستی ذهنی (در برگیرنده 10 سؤال که 7 سؤال آن مربوط به اطلاعات دموگرافیک، 2 سؤال مربوط به بیماری و 1 سؤال مربوط به اقامه نماز در اعضای خانواده بیمار)، پرسشنامه نگرش و التزام عملی به نماز و پرسشنامه بهزیستی ذهنی Warwick-Edinburg بودند. 2- پرسشنامه نگرش و التزام عملی به نماز: این ابزار دارای 50 گویه است و توسط انیسی و همکاران (سال 1388) طراحی و به کار گرفته شد، محدوده نمره کلّ ابزار از 0 تا 200 می‌باشد؛ که نمره بالاتر نشان‌دهنده اهمیت بیشتر به نماز است. در این ابزار به هر گویه در مقیاس لیکرت پنج‌گزینه‌ای (همیشه=4، اغلب=3، گاهی اوقات=2، خیلی کم=1، هیچ‌وقت=0) نمره داده می‌شود. روایی این ابزار به‌روش سنجش روایی محتوایی، روایی هم‌زمان و روایی سازه و پایایی آن به روش سنجش همسانی درونی و ثبات (از طریق بازآزمایی) مورد بررسی قرار گرفته است. پایایی این ابزار از طریق سنجش همسانی درونی (محاسبه آلفای کرونباخ) معادل 92 درصد و در روش بازآزمون به فاصله یک هفته 96 درصد گزارش شده است [18]. پایایی این ابزار در مطالعه فعلی به روش محاسبه آلفای کرونباخ 85 درصد محاسبه شد.

3- پرسشنامه بهزیستی ذهنی وارویک ادینبورگ: این ابزار دارای 14 سؤال در مقیاس لیکرت پنج گزینه‌ای (همیشه=5، اغلب=4، گاهی اوقات=3، خیلی کم=2، هیچ‌وقت=1) است و توسط Tennant و همکاران (2007) طراحی و به کار گرفته شد. محدوده نمره کلّ این ابزار از 14 تا 70 می‌باشد که نمره بالاتر نشان‌دهنده سطح بالاتر بهزیستی ذهنی است. ویژگی‌های روان‌سنجی این ابزار توسط رجبی و همکاران (1391) مورد تأیید قرار گرفته است. روایی این ابزار به روش سنجش روایی محتوایی، روایی هم‌زمان و روایی سازه و پایایی آن به روش سنجش همسانی درونی مورد بررسی قرار گرفته است [19]. پایایی این ابزار در مطالعه فعلی به روش محاسبه آلفای کرونباخ 90 درصد محاسبه شد. قبل از انجام اجرای مطالعه از معاونت پژوهشی و کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی کاشان (کد اخلاق: IR.KAUMS.NUHEPM.REC.1397.062) مجوز اخذ شد. جهت شرکت در مطالعه از کلیه بیماران شرکت‌کننده رضایت آگاهانه کتبی گرفته شد. پرسشنامه‌ها در محیطی خلوت و ضمن رعایت حریم خصوصی بیماران از طریق مصاحبه با بیماران تکمیل شدند. به تمام واحدهای پژوهش اطمینان داده شد که اطلاعات شخصی اخذشده از آن‌ها کاملاً محرمانه تلقی خواهد شد و هر زمان که مایل باشند می‌توانند از ادامه همکاری انصراف دهند. داده‌ها توسط ویرایش 16 نرم‌افزار SPSS، آنالیز شدند. متغیرهای کمّی با شاخص‌های مرکزی و پراکندگی و متغیرهای دسته‌بندی‌شده با فراوانی مطلق و نسبی توصیف شدند. برای بررسی نرمال‌بودن داده‌های کمّی، آزمون کولموگروف - اسمیرنوف مورد استفاده قرار گرفت. برای بررسی ارتباط متغیرهای کیفی با بهزیستی ذهنی از آزمون t استفاده شد، جهت تعیین ارتباط متغیرهای کمّی با نمره بهزیستی ذهنی آزمون همبستگی پیرسون و برای تعیین عوامل مرتبط با بهزیستی ذهنی آنالیز رگرسیون مورد

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-12]

PDF created with pdfFactory Pro trial version pdffactory.com

استفاده قرار گرفت. در کلیه آزمون‌ها سطح معنی‌داری کمتر از 0/05 مدّنظر قرار گرفت. داده‌ها توسط نسخه 16 نرم‌افزار SPSS، آنالیز شدند.

نتایج

در این مطالعه 200 بیمار دارای معیارهای ورود به مطالعه بودند که 20 نفر (10 درصد) تمایل به شرکت در مطالعه نداشتند، از 180 بیمار شرکت‌کننده در مطالعه، 107 نفر (59/2 درصد) از بیماران تحت مطالعه مرد بودند، 71 نفر (39/2 درصد) سنّ بالای 60 سال داشتند، اکثر افرد تحت مطالعه متأهل (80/6 درصد)، دارای تحصیلات ابتدایی (40/3 درصد)، بازنشسته (30/9 درصد)، ساکن شهر (82/9 درصد) و دارای سایر بیماری‌های زمینه‌ای (شامل: فشارخون، دیابت، سکته مغزی، نارسایی قلب، زخم‌های گوارشی، آرتریت، سکته قلبی) علاوه‌بر نارسایی کلیه (71/7 درصد) بودند. سایر شاخص‌های آماری کمّی مورد بررسی در جدول شماره 1 نشان داده شده است.

جدول شماره 1- شاخص‌های آماری متغیرهای کمّی پژوهش در افراد مورد مطالعه

نام متغیر	$\bar{X} \pm SD$
سن(سال)	55/95±13/66
طول مدت بیماری(سال)	6/44±6/40
نمره نگرش و التزام عملی به نماز(در مقیاس200-0)	144/92±28/73
نمره بهزیستی ذهنی(در مقیاس70-14)	52/57±9/64

جدول شماره 2 نشان می‌دهد که نمره نگرش و التزام به نماز با نمره بهزیستی ذهنی همبستگی معنی‌دار و مثبتی دارد (r=0/75). با توجه به جهت همبستگی می‌توان گفت که با افزایش نمره نگرش و التزام به نماز، نمره بهزیستی ذهنی بیشتر می‌شود. همچنین جدول نشان می‌دهد طول مدت ابتلا به نارسایی کلیه با بهزیستی ذهنی همبستگی مثبت و معنی‌دار دارد. بین سن و نمره بهزیستی ذهنی همبستگی معکوس وجود دارد که از نظر آماری معنی‌دار نمی‌باشد.

جدول شماره 2- آزمون همبستگی متغیرهای کمّی پژوهش با بهزیستی ذهنی

متغیر	میزان همبستگی با بهزیستی ذهنی	P
نگرش و التزام عملی به نماز	0/75	P<0/001
سن	-0/04	P=0/59
طول مدت بیماری	0/15	P=0/04

جدول شماره 3 ارتباط متغیرهای کیفی پژوهش را با نمره بهزیستی ذهنی نشان می‌دهد. یافته‌های این جدول نشان می‌دهد که با افزایش تحصیلات، زن بودن و شاغل نبودن نمره بهزیستی ذهنی افزایش می‌یابد، اگرچه این افزایش از نظر آماری معنی‌دار نیست. اما با عدم ابتلا به سایر بیماری‌ها علاوه‌بر نارسایی کلیه نمره بهزیستی ذهنی به‌طور معنی‌دار کاهش می‌یابد.

جدول شماره 3- آزمون ارتباط متغیرهای کیفی مورد پژوهش با بهزیستی ذهنی

متغیر	بهزیستی ذهنی	تعداد	$\bar{X} \pm SD$	سطح معنی‌داری P
جنس	مرد	106	51/71±9/41	P=0/15
	زن	74	53/79±9/9	
وضعیت تأهل	متأهل	145	52/58±9/16	P=0/96
	مجرد	35	52/51±11/57	
تحصیلات	ابتدایی و بی‌سواد	63	50/85±9/66	P=0/12
	دبیرستانی و دانشگاهی	117	53/28±9/59	
وضعیت اشتغال	شاغل	48	50/37±10/26	P=0/065
	غیر شاغل	132	53/38±9/32	
محلّ زندگی	شهر	150	52/17±9/98	P=0/21
	روستا	30	54/59±7/56	
سایر بیماری‌ها	دارد	129	51/05±9/56	P<0/001
	ندارد	51	56/41±8/79	

جدول شماره 4 با استفاده از رگرسیون خطی نقش هر یک از متغیرهای مرتبط با بهزیستی ذهنی را نشان می‌دهد. نتایج آزمون رگرسیون خطی نشان می‌دهد متغیرهای نگرش و التزام به نماز، عدم ابتلا به سایر بیماری‌ها علاوه‌بر بیماری کلیوی، زندگی در روستا و شاغل نبودن به‌طور معنی‌دار نمره بهزیستی را افزایش می‌دهند. متغیر نگرش و التزام به نماز با ضریب بتای استاندارد

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-12]

PDF created with pdfFactory Pro trial version pdffactory.com

β=0/74 نیرومندترین متغیر دارای 74 درصد سهم و پس از آن متغیر عدم ابتلا به سایر بیماری‌های زمینه‌ای علاوه‌بر نارسایی کلیه با ضریب بتای استاندارد β=-0/20دارای20 درصد سهم در تبیین نمره بهزیستی ذهنی دارد. به عبارت دیگر افزایش یک نمره در انحراف استاندارد متغیر نگرش و التزام به نماز میزان بهزیستی ذهنی را به اندازه 0/74 انحراف استاندارد افزایش می‌دهد و افزایش یک نمره در انحراف استاندارد متغیر عدم ابتلا به سایر بیماری‌های زمینه‌ای به اندازه 0/2 انحراف استاندارد میزان بهزیستی ذهنی را افزایش می‌دهد. در این مطالعه در مجموع 63 درصد واریانس متغیر وابسته (بهزیستی ذهنی) توسط متغیرهای مستقل تبیین شد (R^2=0/63).

جدول شماره 4- ضرایب رگرسیونی متغیرهای وارد شده به معادله برای پیش‌بینی بهزیستی ذهنی

متغیر	B	خطای استاندارد	ضریب بتا	t	سطح معنی‌داری
ضریب ثابت	18/99	3/84		4/938	<0/001
نگرش و التزام عملی به نماز	0/24	0/02	0/74	15	0/001
سن	-0/04	0/04	-0/06	-1/109	0/26
جنسیت	-1/58	1/01	-0/08	-1/566	0/11
طول مدت بیماری	0/07	0/07	0/05	0/990	0/32
محلّ زندگی	2/52	1/21	0/09	2/082	0/03
وضعیت اشتغال	2/29	1/15	0/10	1/991	0/04
ابتلا به سایر بیماری‌های زمینه‌ای	-4/24	1/05	-0/20	-4/037	0/001
تحصیلات	1/18	1/06	0/06	1/119	0/26

بحث

این مطالعه با هدف تعیین ارتباط نگرش و التزام عملی به نماز با بهزیستی ذهنی در بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های منتخب شهرستان کاشان انجام شد. نتایج نشان داد به‌ترتیب نگرش و التزام به نماز و عدم ابتلا به سایر بیماری‌های زمینه‌ای علاوه‌بر نارسایی کلیه با نمره بهزیستی ذهنی بیماران ارتباط دارند و به‌ترتیب قوی‌ترین متغیرها در تبیین نمره بهزیستی ذهنی افراد مورد مطالعه هستند. همسو با این مطالعه، نتایج پژوهش‌های انجام‌گرفته توسط Tiwari و همکاران [20] و Ivtzan و همکاران [21] نیز بیانگر آن است که معنویت و مذهب با بهزیستی بالاتر بیماران همراه می‌باشد. در مطالعه هادیانفر در شیراز نیز اقامه نمازهای واجب قوی‌ترین فاکتور پیش‌بینی‌کننده بهزیستی ذهنی در افراد تحت مطالعه بود [17]. در مطالعه‌ای که ورعی و همکاران روی سالمندان شهر کرمانشاه انجام دادند، بین بهزیستی روان‌شناختی و دین‌داری رابطه مثبت و معناداری یافت شد. به نحوی که نگرش اسلامی قادر به پیش‌بینی 22 درصد از بهزیستی روان‌شناختی در سالمندان بود [16]، یافته‌های مطالعه چاووشی و همکاران نیز مبین آن است که افرادی که بیشتر به نماز اهمیت می‌دادند و نماز می‌خواندند، مشکلات جسمانی و اضطراب و بی‌خوابی و افسردگی کمتری نسبت به افرادی که کمتر به نماز اهمیت می‌دادند، داشتند و سلامت روانی آن‌ها به‌طور کلی بیشتر بود [10] که همگی با یافته‌های این مطالعه همسو هستند، در رابطه با یافته‌های فوق می‌توان اظهار داشت که مذهب و اعمال مذهبی از جمله نماز که در واقع برگرفته از الگوی زندگی بزرگان دینی است، به‌واسطه بهبود سبک زندگی افراد و اعتماد آن‌ها به وجود خداوند به‌عنوان یک قدرت لایزال و منبع حمایت‌کننده در شرایط دشوار موجب احساس انسجام وجودی و امیدواری در بیماران می‌شود و تاب‌آوری آن‌ها را در برابر بیماری‌ها و مشکلات ناشی از آن بالا می‌برد و به‌تبع موجب ایجاد احساس آرامش و ارتقای سازگاری آن‌ها می‌شود و بنابراین احساس سلامتی بیماران را در تمام ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی، عاطفی و معنوی بهبود می‌بخشد. اما یافته‌های مطالعه Francis و همکاران [22] و Francis و همکاران [23] در این زمینه با مطالعه حاضر همخوانی نداشت، به‌نظر می‌رسد دلیل این اختلاف‌ها متفاوت بودن محیط پژوهش، بافت فرهنگی واحدهای تحت مطالعه، ابزارهای مورد استفاده در مطالعات و تعریف اعمال مذهبی در مطالعات مذکور باشد. دومین فاکتور مرتبط با بهزیستی ذهنی در این مطالعه، عدم ابتلا به سایر بیماری‌های زمینه‌ای علاوه‌بر نارسایی کلیه بود، در مطالعه تقربی و همکاران [15] نیز ابتلا به بیماری جسمی یا روانی مزمن مهم‌ترین عامل پیش‌گویی‌کننده بهزیستی ذهنی در واحدهای پژوهش ذکر شده است، اما در مطالعه Malkoç و همکاران روی دانشجویان در استانبول تأثیر سلامت جسمانی معنی‌دار گزارش

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-12]

PDF created with pdfFactory Pro trial version pdffactory.com

نشده است؛ که محققان علت احتمالی آن را جوان بودن واحدهای مورد بررسی، عدم ابتلا به مشکلات جسمانی و عدم درک اهمیت این‌گونه مشکلات در زندگی از سوی آن‌ها مطرح کرده‌اند [24]. بدیهی است که بهزیستی ذهنی دربرگیرنده ابعاد مختلف از جمله بعد جسمانی است [25] که ابتلای فرد به‌طور همزمان به بیماری‌های مختلف منجر به گسترش ناتوانی بیمار و وابستگی بیشتر وی به مراقبان می‌شود و همین مسأله تطابق بیمار را با شرایط موجود مشکل‌تر می‌کند. در این مطالعه مشخص شد طول مدت ابتلا به نارسایی کلیوی با بهزیستی ذهنی همبستگی مثبت و معنی‌دار دارد، به عبارتی با افزایش مدت ابتلا به بیماری، به‌طور معنی‌دار نمره بهزیستی ذهنی افزایش می‌یابد. نتایج مطالعه Kelly و همکاران نیز هم‌راستا با این مطالعه نشان داد که طول مدت بیماری با دیسترس روانی در بیماران رابطه معکوس دارد [26]، به‌نظر می‌رسد سازگاری فرد با بیماری در طول زمان در حصول این یافته بی‌تأثیر نباشد. در این مطالعه با افزایش سن، نمره بهزیستی ذهنی کاهش می‌یافت، اگرچه این کاهش از نظر آماری معنی‌دار نبود، علی‌رغم این‌که این یافته همسو با نتایج برخی مطالعات است [15،13] اما یافته‌های مطالعه هاشمیان و همکاران نشان‌دهنده تفاوت معنادار در سطح بهزیستی ذهنی در سنین مختلف جمعیت شهر تهران بود [27]، احتمالاً همگن بودن تقریبی بافت سنی جمعیت مورد مطالعه در این پژوهش علت عدم گزارش اثر معنی‌دار سن باشد. نمره بهزیستی ذهنی بیماران در این پژوهش در زنان بالاتر بود، اگرچه از نظر آماری معنی‌دار نبود، این یافته مطالعه حاضر با یافته‌های برخی مطالعات همسو می‌باشد [17،15،14] اما در مطالعه ضاربان و همکاران بین بُعد معنوی بهزیستی ذهنی و جنسیت رابطه معناداری وجود داشت [12]، احتمالاً تفاوت در یافته‌های موجود به ابزارهای مختلف مورد استفاده در مطالعات مرتبط است. در مطالعه حاضر اگرچه بیمارانی که تحصیلات بالاتری داشتند، از سطح بهزیستی ذهنی بالاتری برخوردار بودند اما این افزایش از نظر آماری معنی‌دار نبود که در تناقض با یافته‌های مطالعه هاشمیان است، در مطالعه مذکور متغیر تحصیلات به‌عنوان یکی از فاکتورهای پیش‌گویی‌کننده بهزیستی ذهنی در جمعیت شهر تهران ذکر شده است [27]، علت این تناقض ممکن است به دلیل متفاوت بودن جمعیت تحت مطالعه باشد. به‌علاوه در مطالعه ضاربان روی بیماران همودیالیزی در زاهدان، بین سطح تحصیلات و ابعاد فیزیکی و روانی بهزیستی رابطه معناداری وجود داشته است [12] که علت تفاوت در یافته‌های این مطالعه با مطالعه حاضر ممکن است ناشی از کاربرد ابزارهای متفاوت در دو مطالعه باشد.

نتیجه‌گیری

بهزیستی ذهنی بیماران در این مطالعه در سطح مطلوبی قرار داشت، قوی‌ترین متغیر در تبیین نمره بهزیستی ذهنی بیماران تحت مطالعه نمره نگرش و التزام به نماز بود و پس از آن متغیر ابتلا به سایر بیماری‌های زمینه‌ای علاوه‌بر نارسایی کلیه، بهزیستی ذهنی را در این بیماران تبیین می‌کرد. اقامه نماز در بیماران می‌تواند سطح سلامت روان و کیفیت زندگی این بیماران را بهبود بخشد.

تشکر و قدردانی

مطالعه حاضر بخشی از طرح تحقیقاتی با شماره 97205 می‌باشد که توسط معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی کاشان مورد حمایت مالی قرار گرفته است. پژوهشگران مراتب تقدیر خود را از کلیه واحدهای پژوهش و معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی کاشان اعلام می‌دارند.

References:

[1] Mahmoodi BK, Matsushita K, Woodward M, Blankestijn PJ, Cirillo M, Ohkubo T, et al. Associations of kidney disease measures with mortality and end-stage renal disease in individuals with and without hypertension: a meta-analysis. ***Lancet*** 2012; 380(9854): 1649-61.

[2] Hill NR, Fatoba ST, Oke JL, Hirst JA, O'Callaghan CA, Lasserson DS, et al. Global prevalence of chronic kidney disease–a systematic review and meta-analysis. ***PloS One*** 2016; 11(7): e0158765.

[3] Khajehdehi P, Malekmakan L, Pakfetrat M, Roozbeh J, Sayadi M. Prevalence of chronic kidney disease and its contributing risk factors in southern Iran: a cross-sectional adult population-based study. ***Iran J Kidney Dis*** 2014; 8(2): 109.

[4] Sakhai S, Habibpor Z, Khorami Markani A, Motarefi H, Nafei A. Assessment of the stressors and coping mechanism in end stage renal disease patients under hemodialysis in khoy city 2011. ***J Urmia Nurs Midwifery Fac*** 2014; 11(12): 998-1005. [in Persian]

[5] Pagels AA, Söderkvist BK, Medin C HB, S. H. Health-related quality of life in different stages of chronic kidney disease and at initiation of dialysis treatment. ***Health Quality Life Outcomes*** 2012; 10(1): 71.

[6] Jha V, Garcia-Garcia G, Iseki K, Li Z, Naicker S, Plattner B, et al. Chronic kidney disease: global dimension and perspectives. ***Lancet*** 2013; 382(9888): 260-72.

[7] Pagels AA, Söderkvist BK, Medin C, Hylander B, Heiwe S. Health-related quality of life in different stages of chronic kidney disease and at initiation of

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-12]

PDF created with pdfFactory Pro trial version pdffactory.com

dialysis treatment. ***Health Quality Life Outcomes*** 2012; 10(1): 71.
[8] Wang LJ, Chen CK. The Psychological impact of hemodialysis on patients with chronic renal failure. Renal Failure-The Facts: InTech; 2012.
[9] Drayer RA, Piraino B, Reynolds III CF, Houck PR, Mazumdar S, Bernardini J, et al. Characteristics of depression in hemodialysis patients: symptoms, quality of life and mortality risk. ***General Hospital Psychiatry*** 2006; 28(4): 306-12.
[10] Chavoshi A, Talebian D, Tarkhorani H, Sedqi-Jalal H, Azarmi H, Fathi-Ashtiani A. The relationship between prayers and religious orientation with mental health. ***J Behav Sci*** 2008; 2(2): 149-56.
[11] Kormi Nouri R, Mocrie A, Mohammadifar M, EY. The study of happiness & well being and the role of different factors for them among students of Tehran university. ***J Psychol Educ*** 2002; 32(1): 3-41.
[12] Zareban I, Seraji M, Rakhshani F, Shojaeizadeh D. Well-being of Hemodialysis Patients Referred to the Hospitals of Zahedan, Southeast of Iran. ***J Clin Basic Res*** 2017; 1(1): 36-42.
[13] Suhail KR. Chaudhry, HR. Predictors of subjective well-being in an Eastern Muslim culture. ***J Soc Clin Psychol*** 2004; 23(3): 359-76.
[14] Mahon NE, Yarcheski A, Yarcheski TJ. Happiness as related to gender and health in early adolescents. ***Clin Nurs Res*** 2005; 14(2): 175-90.
[15] Tagharrobi Z, Sharifi K, Z. S. Subjective well-being in students of Kashan nursing and midwifery faculty. ***Sci J Hamadan Nurs Midwifery Fac Sci*** 2012; 1(37). [in persian]
[16] Varaee P, Momeni Kh AM. Prediction of psychological well-being based on attitude toward religion and death anxiety in the elderly men of Kermanshah's part-time elderly care center. ***J Res Relig Health*** 2018; 4(2): 54-68.
[17] Hadianfard H. Subjective Well-Being and Religious Activities in a Group of Muslims. ***Iran J Psychiatry Clin Psychol*** 2005; 11(2): 224-32.
[18] Anisi J, Navidi A. Making and determination the validity and reliability the scale for assessing being bound to prayer. ***Int J Behav Sci*** 2011; 4(4): 313-8. [in persian]
[19] G.R. Validity and Reliability of the Persian Version of the Subjective Well Being Scale in Cancer Patients. ***Health Psychol*** 2013; 1(4): 30-41.
[20] Tiwari S, Singh R, Chand H. Spirituality and Psychological Wellbeing of Elderly of Uttarakhand: A Comparative Study Across Residential Status. ***J Psychol*** 2016; 7(2): 112-8.
[21] Ivtzan I, Chan CP, Gardner HE, Prashar K. Linking religion and spirituality with psychological well-being: Examining self-actualisation, meaning in life, and personal growth initiative. ***J Religion Health*** 2013; 52(3): 915-29.
[22] Francis LJ, Elken A, Robbins M. The affective dimension of religion and personal happiness among students in Estonia. ***J Res Christian Educ*** 2012; 21(1): 84-90.
[23] Holder MD, Coleman B, Wallace JM. Spirituality, religiousness, and happiness in children aged 8–12 years. ***J Happiness Stud*** 2010; 11(2): 131-50.
[24] Malkoç A. Quality of life and subjective well-being in undergraduate students. ***Procedia-Social Behav Sci*** 2011; 15: 2843-7.
[25] Rothmann S, Ekkerd J. The validation of the perceived wellness survey in the South African police service. ***SA J Industrial Psychol*** 2007; 33(3): 35-42.
[26] Ryan KA, Rapport LJ, Sherman TE, Hanks RA, Lisak R, Khan O. Predictors of subjective well-being among individuals with multiple sclerosis. ***Clin Neuropsychologist*** 2007; 21(2): 239-62.
[27] Hashemian K, Pourshahriari S, Bani Jamali M A, Golestani-Bakht T. The study of the relationship between demographic characteristics and the amount of subjective well-being and happiness in the population of Tehran. ***Uarterly J Psychological Stud*** 2007; 3(3): 140-63. [in Persian]

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-12]

PDF created with pdfFactory Pro trial version pdffactory.com