مقاله پژوهشی
(Original paper)

بررسی رابطه کفایت دیالیز با شادکامی و امید به زندگی و بهزیستی معنوی در بیماران همودیالیز

سید مجتبی عقیلی[1*]، زهرا حدیدی[2]، آرزو اصغری[3]، میترا نمازی[4]

۱- استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، ایران، Dr_aghili1398@yahoo.com، ۰۰۰-۰۰۲-۰۵۲۳-۲۹۸۱

۲- کارشناس‌ارشد روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، گلستان، ایران، Hadidi_17z@gmail.com، ۳۷۵- ۰۰۰۰-۰۰۰۳-۲۴۱۵

۳- استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه کوثر بجنورد، بجنورد، ایران، azasghari@gmail.com، ۰۰۰۰-۰۰۰۳-۲۰۱۱-۰۶۹۹

۴- کارشناس‌ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم و تحقیقات شاهرود، سمنان، ایران، Mitra_namazi@yahoo.com، ۰۰۰۰-۰۰۰۳-۰۲۳۵-۳۱۲۴

چکیده

زمینه و هدف: بیماری‌های مزمن کلیوی از جمله مشکلات سلامتی در دنیای امروز است. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف تعیین رابطه کفایت دیالیز با شادکامی و امید به زندگی و خوب زیستی معنوی در بیماران همودیالیز انجام شد.

مواد و روش‌کار: این پژوهش مقطعی از نوع توصیفی و تحلیلی و جامعه پژوهش شامل بیماران همودیالیز شهر کردکوی در سال ۱۳۹۵ بود. با مراجعه به بیمارستان امیرالمؤمنین شهر کردکوی با روش نمونه‌گیری در دسترس، تعداد ۵۰ بیمار انتخاب شدند. جهت جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه شادکامی آکسفورد، پرسشنامه امید به زندگی اشنایدر، پرسشنامه بهزیستی معنوی (SWBS) استفاده شد. جهت آنالیز داده‌ها از آزمون همبستگی پیرسون و رگرسیون استفاده شد.

یافته‌ها: بین شادکامی، امید به زندگی و بهزیستی معنوی با کفایت دیالیز رابطه معنادار وجود داشت ($P<۰/۰۵$). تحلیل رگرسیونی نشان داد که شادکامی، امید به زندگی، و بهزیستی معنوی می‌توانند ۲۱/۱ درصد واریانس کفایت دیالیز را تبیین کند.

بحث و نتیجه‌گیری: بیمارانی که از شادکامی، امید به زندگی، و بهزیستی معنوی خوبی برخوردارند، امید به بهبود و ادامه زندگی نیز در آنان بالاتر از سایرین می‌باشد و هرچه امید به زندگی بالاتر، کیفیت دیالیز نیز مطلوب‌تر خواهد بود. در نتیجه این بیماران نسبت به تحمل فشارها و استرس‌های ناشی از درمان بیماری پاسخ مناسب‌تری از خود نشان می‌دهند و درمان‌های ارائه شده را بهتر پذیرفته و به آن عمل می‌کنند.

واژه‌های کلیدی: دیالیز کلیوی، شادکامی، امید به زندگی، سلامت

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-02-13]

مقدمه

بیماری‌های مزمن کلیوی از جمله مشکلات سلامتی در دنیای امروز است که موقعیت تهدید کننده‌ای برای وضعیت سلامتی، اقتصادی، و اجتماعی فرد مبتلا، خانواده و جامعه او محسوب می‌گردد، به طوری که در چند سال گذشته، توجه فوق العاده زیادی را خصوصاً در کشورهای پیشرفته به خود معطوف کرده است (۱). بیماری کلیوی مرحله نهایی، نمایانگر یک وضعیت بالینی است که در نتیجه آن، کلیه‌ها قادر به برقراری اعمال متابولیک و حفظ تعادل مایعات و الکترولیت‌ها در بدن نیستند (۲). این عارضه یکی از بیماری‌های جسمی شایع می‌باشد که ۲ تا ۳ درصد مردم جهان به آن مبتلا هستند (۳). عوارض احتمالی مانند فشار خون، انقباض‌های دردناک عضلانی، خونریزی، آمبولی هوا، درد قفسه سینه، و کاهش سطح هوشیاری منجر به کیفیت زندگی (Quality of Life) پایین در افراد مبتلا به نارسایی کلیه می‌شود. همچنین، این بیماری می‌تواند با ایجاد اختلال جسمی، اجتماعی، و اقتصادی سبب تغییر در ارزیابی بیمار از وضعیت سلامت و کیفیت زندگی خود شود (۴). برای ادامه حیات بیمار، بعد از درمان‌های محافظتی، استفاده از درمان‌های جایگزین کلیه اجتناب‌ناپذیر خواهد بود. از جمله درمان‌های جایگزین کلیه انواع مختلف دیالیز (Dialysis) می‌باشد که به عنوان یک درمان نگهدارنده مطرح است (۵). علی‌رغم پیشرفت‌هایی که در امر مراقبت‌های پزشکی و دیالیز بوجود آمده است، میزان مرگ و میر در این بیماران به طور غیرقابل‌انتظاری بالاست. عدم کفایت دیالیز یکی از اصلی‌ترین عوامل مرگ و میر در این بیماران است (۶). در صورتی که همودیالیز کفایت لازم را نداشته باشد، سطح توکسین‌های خون بالا می‌رود و علائم بالینی بیمار به خوبی کنترل نخواهد شد و میزان مرگ و میر افزایش پیدا خواهد کرد (۷). همچنین، کفایت دیالیز (Adequacy of dialysis) پایین باعث افزایش تعداد جلسات دیالیز، هزینه بیشتر درمان، و افزایش روزهای بستری بیماران می‌شود. از طرف دیگر، هر چه دیالیز بهتر انجام شود بیماران از وضعیت و امید به زندگی بهتری برخوردار خواهند بود (۸).

بیماری کلیوی و طولانی بودن مدت همودیالیز، سبب می‌شود این بیماران از زندگی خود کمتر لذت ببرند و به دلیل شرایط خاصی که دارند، فشارهای زیادی را تحمل نمایند. این فشارها بر کارکردهای اجتماعی، اقتصادی، سلامت، و کیفیت زندگی آنها تأثیر می‌گذارد و در نهایت، با کاهش شادکامی (Happiness)، امیدواری (Hope)، خودکارآمدی (Efficacy)، و خوشبینی (Optimism) در زندگی خود مواجه می‌گردند (۹). شادکامی میزان ارزش مثبتی است که شخص برای خود قائل باشد (۱۰). شادکامی به دلیل تأثیر بسیاری که در احساس رضایت و بهزیستی دارد، از دیرباز مورد توجه اندیشمندان و فلاسفه غرب و شرق بوده است (۱۱). شادکامی ناشی از قضاوت و داوری انسان درباره چگونگی گذراندن زندگی است. این قضاوت از بیرون به فرد تحمیل نمی‌شود، بلکه حالتی درونی است که از هیجان‌های مثبت تاثیر می‌پذیرد. بر این اساس شادکامی به نگرش و ادراک شخصی مبتنی است و به حالتی مطبوع و دلپذیر دلالت دارد که از تجربه هیجان‌های مثبت ناشی می‌شود (۱۲). شواهد موجود گویای آن است که شادکامی مولد انرژی، شور، و نشاط است و همچون سپری می‌تواند انسان را در برابر فشارهای روانی محافظت و سلامت او را تضمین کند (۱۳). از نظر فوردایس (Fordyce)، شادی هیجان مثبت یا احساسی است که توأم با رضایت باشد و معمولاً به وسیله عباراتی چون خرسندی، احساس بهزیستی، نشاط، مسرت و دل

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-02-13]

خوشی توصیف می‌شود (۱۴). شادکامی، دو مؤلفه عاطفه و شناخت دارد. در بعد عاطفه به تنظیم هیجانات می‌توان اشاره کرد و در بعد شناخت به ارزیابی میزان رضایت بر اساس حرکت در جهت ارزش‌ها دلالت دارد (۱۵). آرگیل و هیلز (Argyle and Hills) بیان می‌دارند که شادکامی به عنوان یکی از عوامل مؤثر در به وجود آوردن یک زندگی مطلوب حالتی مطبوع و دلپذیر است که از تجربه هیجان‌های مثبت و خشنودی از زندگی نشأت می‌گیرد و از نظر کارکردی اهمیتی دوگانه دارد (۱۶). از یک سو، شادکامی احساس مثبتی است که از حس ارضاء و پیروزی حاصل می‌شود، بنابراین تجربه‌های غیرقابل اجتناب ناکامی، ناامیدی، و در مجموع عواطف منفی را بی‌اثر می‌سازد. از طرف دیگر، اشتیاق انسان‌ها را برای پرداختن به فعالیت‌های اجتماعی آسان می‌سازد و طبعاً چنین حالت خوشایندی با فقدان ناامیدی همراه است (۱۷).

مهمترین شناسه تندرستی و طول عمر، به بهبودی و تداوم زندگی است (۱۸). امید به زندگی (Life expectancy) از جمله شاخص‌های مهمی است که نه تنها خود متاثر از مولفه‌های متعددی است، بلکه بیانگر وضعیت فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی، و بهداشتی هر جامعه نیز هست (۱۹). همچنین، روحیه امیدوارانه از فاکتورهای بسیار مهم و از عناصر ضروری در بیماران است که اثرات زیادی در سازگاری بیماران با شرایط خود به خصوص در طی دوران درد و محرومیت دارد (۲۰). امید به زندگی یک شاخص آماری است که نشان می‌دهد متوسط طول عمر در یک جامعه چقدر است و یا به عبارت دیگر هر عضو آن جامعه چند سال می‌تواند توقع زندگی داشته باشد (۲۱). اشنایدر (Schneider) و همکاران امید را مجموعه‌ای شناختی می‌دانند که مبتنی بر احساس موفقیت ناشی از منابع گوناگون (تصمیم های هدف‌دار) و مسیرها (شیوه انتخاب شده برای نیل به اهداف) است (۲۲). افرادی که دارای امیدواری بالا هستند، نسبت به آنهایی که امیدواری کمتری دارند، توانایی بیشتری برای پیاده-سازی استراتژی سازگاری و مقابله‌ای با بحران‌ها دارند. آنهایی که امید بیشتری دارند، قادر به مفهوم‌سازی اهداف خود به روشنی بوده و احساس اعتماد به نفس و قابلیت بیشتری برای مدیریت موثر بر عوامل استرس‌زا دارند و به خوبی می‌دانند که برای مقابله با هر استرسی باید برنامه خاصی داشته باشند (۲۳).

یکی از ابعاد مهم روانشناختی این بیماران که تحت تاثیر بیماری و استرس‌های ناشی از ادراک بیماری است، بهزیستی معنوی (Spiritual well-being) می-باشد (۲۴). در سال‌های اخیر، از میان سازه‌های مرتبط با سلامتی، بهزیستی معنوی (در کنار بهزیستی اجتماعی، عاطفی/ هیجانی، شناختی و رفتاری) به دلیل توجه و نیاز بیشتر به معنویت و معنویت‌گرایی در بین ملل و اقوام بشری در اقلیم‌های مختلف به صورت فزآینده‌ای، محور نظریه پردازی، و پژوهش در ادبیات پزشکی قرار گرفته است (۲۵). بهزیستی معنوی، به عنوان نوعی معنایابی برای زندگی و زنده بودن، سلامت و آرامش روانی مطرح شده و حاکی از ارتباط با یک وجود برتر است (۲۶). به عبارت دیگر، بهزیستی معنوی، احساس رضایت خاطر فرد است که از خود درونی او ناشی می‌شود و دو مؤلفه دارد، بهزیستی مذهبی و بهزیستی وجودی. بهزیستی مذهبی به رضایت از داشتن رابطه با یک قدرت برتر اشاره دارد، در حالی که بهزیستی وجودی به تلاش برای درک معنا و هدف در زندگی اشاره دارد (۲۷). به نظر می‌رسد که معنویت به عنوان یک مکانیزم کنارآمدن در واکنش به بیماری، یا فشار زندگی مورد استفاده قرار می‌گیرد (۲۸). پژوهش‌ها نشان می‌دهد که هنگامی که بهزیستی معنوی افراد در معرض خطر قرار می‌گیرد، ممکن است

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-02-13]

بسیاری از بیماری‌های روان‌شناختی همچون ناامیدی، افسردگی، و فقدان معنا در زندگی آشکار شود (۲۹).

پیش‌آگهی طولانی مدت بیماران همودیالیزی مزمن، تحت تأثیر کفایت درمان با دیالیز قرار دارد و بررسی آن در اداره بیماران همودیالیزی دارای اهمیت ویژه‌ای می‌باشد. در واقع، اگر همودیالیز انجام شده از کفایت لازم برخوردار نباشد، سطح توکسین‌های خون و علائم بالینی بیمار به خوبی کنترل نشده و بنابراین میزان ناتوانی و مرگ و میر بیماران افزایش می‌یابد (۳۰). بنابراین، با توجه به اهمیت تأمین شادکامی و امید به زندگی بیماران همودیالیز و بهزیستی معنوی آنان و نیز لزوم بررسی کفایت دیالیز به عنوان یکی از اصلی-ترین عوامل تعیین‌کننده ناتوانی و مرگ و میر در این بیماران و با توجه به محدود بودن این گونه مطالعات، پژوهش حاضر با هدف تعیین رابطه کفایت دیالیز با شادکامی و امید به زندگی و خوب زیستی معنوی در بیماران همودیالیز انجام شده است.

مواد و روش‌کار

پژوهش مقطعی حاضر از نوع توصیفی و تحلیلی بود و جامعه پژوهش کلیه بیماران همودیالیز شهر کردکوی در سال ۱۳۹۵ بودند. با مراجعه به بیمارستان امیرالمومنین شهر کردکوی با روش نمونه‌گیری در دسترس، تعداد ۵۰ بیمار با توجه به ملاک‌های ورود و خروج انتخاب شدند. ملاک‌های ورود شامل بیماران بستری در بخش همودیالیز، تشخیص نارسایی مزمن کلیوی توسط متخصص و با توجه به پرونده پزشکی، تحت درمان همودیالیز، بازه سنی ۲۰ تا ۴۰ سال، سطح تحصیلات حداقل دیپلم، تمایل به شرکت در پژوهش؛ و معیارهای خروج عدم تمایل به همکاری تعیین شد. همچنین، در مورد مسائل اخلاقی پژوهش به شرکت-کنندگان در پژوهش درباره محرمانه بودن اطلاعات و گمنامی در تکمیل ابزارها اطمینان داده شد. داده‌های این پژوهش به وسیله پرسشنامه گردآوری و در نهایت ۵۰ پرسشنامه برای تحلیل نهایی انتخاب شد. داده‌های پژوهش با آزمون همبستگی پیرسون و رگرسیون با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۰ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ابزار

پرسشنامه شادکامی آکسفورد (Oxford Happiness Questionnaire): آزمون شادکامی آکسفورد دارای ۲۹ گویه است و میزان شادکامی فردی را می‌سنجد. پایه نظری این پرسشنامه تعریف آرگایل و کراسلند (Argyle and Crossland) از شادکامی است. آنها به منظور ارائه یک تعریف عملیاتی از شادکامی آن را سازه‌ای دارای سه بخش مهم دانسته‌اند: فراوانی و درجه عاطفه مثبت، میانگین سطح رضایت در طول یک دوره، و نداشتن احساس منفی. این آزمون در سال ۱۹۸۹ توسط مایکل آرگایل و بر اساس پرسشنامه افسردگی بک (BDI-II) ۱۹۷۹ ساخته شده است. مانند آزمون افسردگی بک، پرسشنامه شادکامی دارای چهار گزینه است. طبقات پنج‌گانه این پرسشنامه شامل: «خیلی موافق، موافق، مردد، مخالف، و کاملاً مخالف» می‌باشد که به ترتیب نمره‌های ۴، ۳، ۲، ۱ و صفر به آنها تعلق می‌گیرد. نمره شادکامی از مجموع نمرات ۲۹ گویه بدست می‌آید (۱۶). پایایی پرسشنامه آکسفورد را به کمک ضریب آلفای کرونباخ ۹۰ درصد و پایایی بازآزمایی آن را طی هفت هفته ۷۸ درصد گزارش کرده‌اند. روایی همزمان این پرسشنامه با استفاده از ارزیابی دوستان افراد درباره آنها ۰/۴۳ محاسبه شد. همچنین، پایایی این پرسشنامه توسط پژوهشگری نیز سنجیده شد که آلفای کرونباخ ۰/۸۸ به دست آمد (۳۱). در پژوهش حاضر پایایی ابزار با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۴ به دست آمد.

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-02-13]

پرسشنامه امید بزرگسالان اشنایدر (Schneider Adult Hope Questionnaire): پرسشنامه امید اشنایدر (adult hope scale)، در سال ۱۹۹۱ توسط اشنایدر (Snyder) و همکاران، با هدف سنجش میزان امید به زندگی در افراد بزرگسال (بالای سن ۱۵ سال) تهیه شد. نمره‌گذاری مقیاس امید بزرگسالان اشنایدر بر اساس طیف لیکرت هشت درجه‌ای از کاملاً نادرست با نمره یک تا کاملاً درست با نمره هشت است. این مقیاس دو خرده مقیاس دارد: خرده مقیاس تفکر عامل (agency thinking) (به معنای انرژی هدفمند) که با سوالات ۲، ۹، ۱۰، ۱۲ و خرده مقیاس مسیرها (Pathways) (برنامه-ریزی برای رسیدن به اهداف) با سوالات ۱، ۴، ۶، ۸ مشخص می‌گردد، قابل ذکر است که سوالات ۳، ۵، ۷ و ۱۱ به عنوان سوالات انحرافی از موضوع پرسشنامه می‌باشد و نمره‌گذاری نمی‌شوند (۲۲). نمره‌گذاری سوال‌های ۳، ۵، ۷ و ۱۱ به عنوان سوال‌های انحرافی که برای افزایش دقت آزمون است، حذف می‌شوند. بنابراین، دامنه نمرات این مقیاس از ۸ تا ۶۴ می‌باشد؛ به عبارتی حداقل کسب امتیاز در این آزمون نمره هشت و حداکثر کسب امتیاز ۶۴ می‌باشد. اشنایدر و همکاران (۲۲) پایایی این مقیاس را از طریق روش بازآزمایی بعد از سه هفته، برای کل مقیاس، ۰/۸۵، برای خرده مقیاس تفکر عامل ۰/۸۱ و برای خرده مقیاس مسیرها ۰/۷۴ گزارش نمودند. کوهساریان و همکاران (۳۲) همسانی درونی مقیاس را با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۷۴ تا ۰/۸۴ و پایایی آن را با استفاده از روش بازآزمایی ۰/۸۰ گزارش نمودند. در جمعیت دانشجویی ایران، پایایی این مقیاس از طریق روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۲ و برای خرده مقیاس تفکر عامل ۰/۷۹ و برای مسیرها ۰/۸۸ محاسبه شد. پژوهش کرمانی، خداپناهی و حیدری (۳۳) پایایی مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس امید ۰/۸۶، برای خرده مقیاس تفکر عامل ۰/۷۷ و برای خرده مقیاس مسیرها ۰/۷۹ گزارش شده است. در پژوهش حاضر اعتبار این پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ ۰/۹۲ به دست آمد.

پرسشنامه بهزیستی معنوی (SWBS): این پرسشنامه در سال ۱۹۸۳ توسط پالوتزیان و الیسون (Paloutzian & Ellison W)، طراحی شده است و شامل ۲۰ مورد خودگزارشی است که ۱۰ سوال ابتدایی آن سلامت مذهبی و ۱۰ سوال دیگر سلامت وجودی را اندازه-گیری می‌کند. هر گزینه شامل یک مقیاس شش درجه‌ای است (از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) که دامنه آن از ۱ تا ۶ مرتب شده است. در سوالات منفی، نمره‌گذاری به شکل معکوس انجام می‌شود و در پایان، سلامت معنوی به سه سطح پایین ۴۰-۲۰، متوسط ۹۹-۴۱، و بالا ۱۲۰-۱۰۰ تقسیم‌بندی می‌گردد (۳۴). پایایی درونی آزمون را (۰/۹۹ تا ۰/۷۳ =r) و اعتبار آن را (۰/۹۴ تا ۰/۷۸ =r) گزارش نمودند. همچنین، ضریب پایایی این آزمون به روش آلفای کرونباخ در پژوهشی که به منظور تعیین سلامت معنوی دانشجویان پرستاری و دیدگاه آنها در مورد معنویت و مراقبت معنوی بیماران انجام گرفته بود، ۰/۸۷ تعیین شد که بیانگر ضرایب قابل قبول مقیاس یاد شده می‌باشد. در پژوهش حاضر پایایی ابزار با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به دست آمد.

ابزار همودیالیز

حجم توزیع اوره: منظور از v تجمع توزیع اوره در مایعات بدن می‌باشد. با توجه به این که اوره در تمامی مایعات بدن به راحتی قابل توزیع است، v برابر حجم مایعات بدن است که بستگی به قد، جنس، و وزن دارد. ضریب سطح انتقال صافی (KOA) کارایی یک صافی در برداشت هر ماده به صورت یک عدد ثابت به نام KOA توصیف می‌شود که به صورت میلی‌لیتر در دقیقه

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-02-13]

اندازه‌گیری می‌شود و عبارت است از حداکثر کلیرانس احتمالی یک صافی در شرایط حداکثر میزان جریان خون و جریان محلول دیالیز است . هر چه KOA بیشتر باشد میزان کلیرانس هم بیشتر است. میزان جریان محلول دیالیز:کلیرانس اوره وابسته به میزان جریان محلول دیالیز نیز می‌باشد و افزایش جریان محلول دیالیز کارایی انتشار اوره از خون به داخل محلول دیالیز را افزایش می‌دهد. میزان جریان خون در صافی: میزان کلیرانس به میزان جریان خون صافی بستگی و با افزایش جریان خون در یک صافی با KOA مشخص می‌توان میزان کلیرانس را افزایش داد.

اثر هماتوکریت بر کلیرانس: هر چه میزان هماتوکریت بیشتر باشد میزان کلیرانس برخی مواد مانند فسفات‌ها که به خوبی از غشاء گلبول قرمز عبور نمی‌کند، کاهش پیدا خواهد کرد. مثلاً در مورد فسفر اگر هماتوکریت از ۲۰ درصد به ۴۰ درصد افزایش یابد میزان کلیرانس فسفر حدود ۱۳ درصد کاهش خواهد یافت.

کلیرانس یا K: غلظت مواد زاید در خون که صافی را ترک می‌کند کم‌تر از خونی است که وارد صافی می‌شود. از جمله فاکتورهای موثر در کلیرانس: زمان یا T: مدت زمانی که برای دیالیز لازم است تا به ۱/۲ KT/V رسید و در این حال با داشتن K و V و حاصل این عبارت که ۱/۲ است، می‌توان زمان را محاسبه کرد.

یافته‌ها

در رابطه با اطلاعات جمعیت‌شناختی شرکت-کنندگان در پژوهش، ۷۴ درصد آنها مجرد و ۲۶ درصد متاهل بودند. از میان آنها، ۶۹/۵ درصد مذکر و ۳۰/۵ درصد مونث بودند، ۴۷/۳۰ درصد دارای تحصیلات لیسانس، ۲۹/۴ درصد تحصیلات فوق دیپلم، و ۲۳/۳ درصد دارای تحصیلات دیپلم بودند. میانگین سنی شرکت‌کنندگان در پژوهش ۲۹ سال بود. جدول ۱ یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد.

جدول ۱: شاخص آماری متغیر کفایت دیالیز، شادکامی، امید به زندگی، و بهزیستی معنوی

متغیر	کمترین	بیشترین	میانگین	انحراف معیار	فاصله اطمینان
کفایت دیالیز	۰/۷۵	۱/۶۷	۱/۱۹۵	۰/۲۰۷۱	۱/۱۹۵ ±۰/۲۰۷۱
امید به زندگی	۱۲	۳۷	۲۶/۱۹۲	۵/۳۸۷	۲۶/۱۹۲ ۵/۳۸۷
شادکامی	۳۶	۷۹	۵۷/۶۱۵	۹/۰۰۳	۵۷/۶۱۵± ۹/۰۰۳
بهزیستی معنوی	۱۰۴	۱۳۱	۱۱۹/۹۶۲	۷/۳۷۷	۱۱۹/۹۶۲± ۷/۳۷۷

همان طورکه در جدول ۱ مشاهده می‌شود، میانگین و انحراف معیار نمره متغیرهای کفایت دیالیز، شادکامی، امید به زندگی، و خوب زیستی معنوی ارائه شده است.

جدول ۲: ضریب همبستگی بین کفایت دیالیز با شادکامی، امید به زندگی، و بهزیستی معنوی در بیماران همودیالیز

شماره	متغیرها	۱	۲	۳	۴
۱	کفایت دیالیز	۱			
۲	شادکامی	۰/۵۲	۱		
۳	امید به زندگی	۰/۲۲	۰/۲۷	۱	
۴	بهزیستی معنوی	۳۶/۲۱	۴/۵۲	۰/۳۱	۱

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-02-13]

با توجه به نتایج جدول ۲، شادکامی (r=۰/۵۲)، امید به زندگی (r=۰/۲۲) و بهزیستی معنوی (r=۳۶/۲۱) با کفایت دیالیز در سطح ۰/۰۱ رابطه مثبت و معنادار دارد.

جدول ۳: نتیجه آزمون جهت کفایت دیالیز با شادکامی، امید به زندگی، و بهزیستی معنوی

منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	آماره F	سطح معناداری
رگرسیون	۰/۳۹۲	۱	۰/۳۹۲		
باقیمانده	۱/۷۹۷	۵۰	۰/۰۳۶	۱۰/۹۰۵	۰/۰۰۰
کل	۲/۱۸۹	۵۱			

با توجه به سطح معناداری مدل در جدول ۳، می‌توان نتیجه گرفت که مدل رگرسیونی برازش ارائه شده معنادار است و متغیرهای شادکامی، امید به زندگی، و بهزیستی معنوی، قابلیت پیش‌بینی کفایت دیالیز را دارند.

جدول ٤: خلاصه مدل رگرسیونی

ضریب همبستگی (R)	ضریب تعیین (R2)	ضریب تعیین تعدیل یافته	خطای استاندارد برآورد	آماره دوربین واتسون
۰/۴۹۷	۰/۳۲۷	۰/۲۱۱	۱۸/۵۳۱	۱/۵۶۳

با توجه به مقدار ضریب تعیین تعدیل‌یافته در جدول ۴، می‌توان نتیجه گرفت متغیرهای شادکامی و امید به زندگی و بهزیستی معنوی، ۲۱/۱ درصد توانایی پیش‌بینی کفایت دیالیز را دارند. یکی از مفروضاتی که در رگرسیون مدنظر قرار می‌گیرد، استقلال خطاها (تفاوت بین مقادیر واقعی و پیش‌بینی شده توسط معادله رگرسیون) از یکدیگر می‌باشد. در صورتی‌که فرضیه استقلال خطاها رد شود و خطاها با یکدیگر همبستگی داشته باشند، امکان استفاده از رگرسیون وجود ندارد. به‌منظور بررسی استقلال خطاها از یکدیگر از آزمون دوربین واتسون (Durbin-Watson Test) استفاده شد. آماره دوربین واتسون بین صفر تا چهار است. با توجه به اینکه در مدل به دست آمده، مقدار آن ۱/۵۶۳ به دست آمد، نشان دهنده وضعیت مطلوب می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه کفایت دیالیز با شادکامی و امید به زندگی و خوب زیستی معنوی در بیماران همودیالیز انجام شد. یافته‌ها نشان داد که کفایت دیالیز با شادکامی و امید به زندگی و خوب زیستی معنوی در بیماران همودیالیز ارتباط مستقیم و معنی‌دار دارد. نتایج این پژوهش با یافته‌های بدیعی اول (۹)، اشرفی و همکاران (۳۰)، ریبادو و تاکاشی (Ribado & Takashi) (۲۸)؛ اوزاوا (Ozawa) (۲۹) همسو است.

در تبیین یافته‌های پژوهش می‌توان گفت که شادکامی سبب می‌شود که بیماران اطلاعات محیط خود را به نحوی پردازش کنند که موجب تقویت خوش‌بینی و خوشحالی شود. خلق مثبت، شادکامی هر کدام از طریق مکانیسم‌های روانی و ویژگی‌های رفتاری که در افراد ایجاد می‌کنند، می‌توانند به عنوان حایلی در برابر استرس عمل کنند و در نهایت بهبود‌دهنده کفایت دیالیز افراد باشند. بیمارانی که شادکامی بیشتری دارند، روابط اجتماعی گسترده‌تری نیز دارند که باعث می شود این افراد از یکی از مهمترین منابع مقابله بااسترس و درد ناشی از دیالیز یعنی حمایت

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-02-13]

اجتماعی برخوردار باشند. علاوه بر این افراد دارای شادکامی بالا از راهبردهای سازگارانه‌تر مقابله با درد استفاده می‌کنند که تمامی این موارد اثربخشی و کفایت دیالیز را افزایش می‌دهد (۱۴). همچنین امید به زندگی می‌تواند تفکر عامل (یکی از مولفه‌های تفکر امیدوارانه) معنای زندگی و عزت نفس را افزایش داده و نشانه‌های ناامیدی و درماندگی را کاهش دهد که خود به بهبود و کیفیت دیالیز افراد کمک می‌کند. از سویی، با افزایش امید به زندگی بیماران می‌آموزند که چگونه اهداف مهم، قابل دستیابی، و قابل اندازه‌گیری را تعیین کنند، گذرگاه‌های متعدد برای حرکت به سمت این اهداف تعیین کنند، منابع انگیزشی و تاثیر هر مانع بر انگیزش را شناسایی کنند، پیشرفت به سوی هدف را بازنگری کنند و اهداف و گذرگاه‌ها را در صورت لزوم اصلاح کنند، و بتوانند با اتکاء به توانمندی‌های خود در مقابل مشکلات صبورتر شوند و بر مشکلات فائق آیند. بنابراین، در یک چرخه هماهنگ بین هدف گزینی، برنامه‌ریزی، اجرا، و دستیابی به هدف به جای نگرستین به فرصت‌های از دست رفته و تمرکز بر آینده نامطمئن، به نتایج رضایت‌بخش دیالیز در آینده تمرکز کنند (۱۲). بهزیستی معنوی با دادن یک جهت‌گیری و جهان‌بینی خاص، به افراد کمک می‌کند تا مسائل و مشکلات زندگی را از منظر متفاوت نگاه کنند و در آن، مشکلات به دنبال معنا و مفاهیم وجودی باشند. افزون بر این، داشتن این رویکرد به آنها یک مجموعه راهبردهای عملی از جمله عبادت، توکل کردن، شرکت کردن در تشریفات مذهبی به همراه دیگران، و غیره را می‌دهد به نظر می رسد، برخورداری از این منابع حمایتی، بهزیستی روان‌شناختی افراد را در مواقع بیماری، درد هنگام دیالیز، فشار و استرس حفظ می‌کند (۲۸). با توجه به نتایج این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که بیماری کلیوی و طولانی بودن مدت همودیالیز، منجر می‌شود این بیماران از زندگی خود کمتر لذت ببرند و به دلیل شرایط خاصی که دارند، فشارهای زیادی را تحمل می‌کنند. این فشارها بر کارکردهای اجتماعی، اقتصادی، سلامت و کیفیت زندگی آنها تأثیر می‌گذارد و در نهایت، با کاهش شادکامی، امیدواری، خودکارآمدی، و خوشبینی در زندگی خود مواجه می‌گردند. اما اگر بیماران شادکامی، روحیه امیدوارانه که اثرات زیادی در سازگاری بیماران با شرایط خود و در نهایت احساس بهزیستی معنوی بالا داشته باشند، کفایت روند دیالیز این بیماران افزایش پیدا می‌کند. از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به این مورد اشاره نمود که پژوهش روی بیماران همودیالیز شهر کردکوی انجام شد که تعمیم نتایج را به سایر شهرستان‌ها با مشکل مواجه می‌کند. از این رو، پیشنهاد می‌شود پژوهشی مشابه این پژوهش روی بیماران همودیالیز در شهرهای دیگر انجام گیرد و یافته‌های آن با یافته‌های پژوهش حاضر مقایسه شود. استفاده از مقیاس‌های خود گزارشی از محدودیت‌های دیگر این پژوهش است. بنابراین، پیشنهاد می‌شود از روش‌های دیگر جمع‌آوری اطلاعات همچون مصاحبه (فردی، خانوادگی) و مشاهده استفاده شود تا اطلاعات کامل‌تر و دقیق‌تر به دست آید.

ملاحظات اخلاقی

رعایت دستورالعمل های اخلاقی

این مقاله از پایان نامه مقطع کارشناسی ارشد با کد ۱۳/۴/۲۹۱۷ در دانشگاه پیام نور گلستان استخراج شده است. در این پژوهش، سایر ملاحظات اخلاقی مانند رضایت کامل افراد نمونه، رعایت اصل رازداری و محرمانه ماندن اطلاعات نیز در نظر گرفته شده است.

تضاد منافع

بین نویسندگان هیچ‌گونه تعارضی در منافع انتشار این مقاله وجود ندارد.

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-02-13]

تشکر و قدردانی

نگارندگان بر خود لازم می دانند مراتب تشکر صمیمانه خود را از کلیه شرکت کنندگان در پژوهش به جهت همکاری در گردآوری داده‌ها و و مسئولان و پرسنل بیمارستان امیرالمومنین شهرستان کردکوی که با سعه صدر، همکاری نمودند و ما را در انجام و ارتقاء کیفی این پژوهش یاری دادند، اعلام نمایند.

References

1. Sanyaolu A, Okorie C, Annan R, Turkey H, Akhtar N, Gray F, & Nwaduwa, C. Epidemiology and management of chronic renal failure: a global public health problem. Biostatistics Epidemiol Int J. 2018; 1(1): 11-6.
2. Lucchetti G, Almeida L. & Granero, A. Spirituality for dialysis patients: Should the nephrologist address. J Bras Nefrol. 2010; 32(1):128-32.
3. Monfared A, Khosravi M, Orang poor R, Moosavian Roshan zamir S, Aghajani Nargesi D. Reasons of Chronic Renal Failure in Hemodialysis Patients in Guilan Province. J Guil Uni Med Sci. 2003; 12(46): 76-83.
4. De Jong M, Eisenga M, Van Ballegooijen J, Beulens W, Vervloet G, Navis G, De Borst M. Fibroblast growth factor 23 and new-onset chronic kidney disease in the general population: the Prevention of Renal and Vascular Endstage Disease (PREVEND) study. Nep Dial Tran. 2018; 36(1):121-8.
5. Taybi A, Shasti S, Ebadi A, Ainollahi B. Evaluation of the relationship between blood pressure and dialysis adequacy in dialysis patients. Iranian Journal of Critical Care Nursing. 2016; 5(1):49-54.
6. Zhang L, & Rothenbacher D. Prevalence of chronic kidney disease in populationbased studies: Systematic review. BMC Pub Halt. 2008; 8(1):1-13.
7. Motedayen Z, Nehrir B, Ebadi A, Tayebi A, Eynollahi B, Aliasgharpour M. The effect of planned Physical and Mental Exercises on Adequacy of Dialysis in Hemodialysis Patients in Military hospitals. J Police Med. 2014;2(4):255-62.
8. Farnia F, Baghshahi N, Zarei H. The effect of group hope therapy on the happiness in hemodialysis patients. Nurs Midwifery J. 2016; 14(6): 543-50.
9. Badiei Awal M, Samari A, Badiei Awal Sh. Comparison of the effect of scan-supportive and cognitive-behavioral psychotherapy, focusing on improving the physician-patient relationship on depression and adherence to treatment in hemodialysis patients. J Ment Halt Princ. 2019; 22(1):37-46.
10. Babahsani Kh, Amini N, Shafiabadi A, Deira E. The effectiveness of existential group therapy on experience and perception of suffering, emotion regulation and happiness in migraine patients. J Soci Psycho. 2020; 9(2):295-309.
11. Varei H, Askarizadeh Q, Bagheri M. Comparison of components of spiritual well-being with happiness and general health in students of Shahid Bahonar University and seminaries in Kerman. J Res Relig Helt. 2017;3(3):55-67.
12. Mowqar A, Akbari Amrghan H. The effectiveness of group hope therapy on resilience and happiness of female students. Deve of Psycho. 2020;9(2):127-34.
13. Pelechano V, Gonzalez-Leandro P, Garcia L, Moran C. Is it Possible to be too happy? Happiness, Personality, and Psychopathology. Int J Clin & Halt Psycho. 2013;13(2):18−24.
14. Nadi E, Saeedpoor F, Boland H. The effectiveness of religious-based cognitive-behavioral group therapy on increasing life expectancy and happiness in infertile women. Islc Life Sty. 2020; 3(3):41-8.
15. Andalib S, Abedi M, Neshat Doost H, Aghaei A. Comparison of the effectiveness of experience-based therapy package with compassion-based therapy on happiness and rumination in depressed patients. Clini Psycho. 2020;12(1):99-110.
16. Argyle M, & Lu L. The happiness of extraverts. Perso & Indi Differ. 1990;11(1):1011-7.
17. Moradizadeh S. Evaluation of the effectiveness of positive psychotherapy on increasing happiness and psychological well-being of divorced women. J Wom & Soci. 2020;11(43): 223-42.
18. Shirkund N, Gholami Heidari S, Arabsalari Z, Ashuri J. The effect of life skills training on happiness and hope of patients with type 2 diabetes. Diabe Nurs. 2015;23(3):8-19.
19. Katebi M, Sepah Mamsour M. Comparison of health and life expectancy in patients with diabetes and breast cancer. halt Psycho. 2019;8(3):168-55.

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-02-13]

20. Alaqband M, Sarvat F, Zarehpour F. Investigating the relationship between quality of life and life expectancy in patients with breast cancer. Daw of Helth. 2016;15(2):175-85. [In Persian]
21. Luhmann M, Necka E, Schönbrodt F, Hawkley L. Is valuing happiness associated with lower well-being? A factor-level analysis using the Valuing Happiness Scale. J of Res in Perso. 2016; 6(1):46-51.
22. Snyder C, Harris C, Anderson J, Holleran S, Irving L, Sigmon S. The will and the ways: Development and validation of an individual-differences measure of hope. J Pers Soc Psycho. 1991; 60(4):570-85.
23. Sabzevari M, Karamati M, Nasimi S. Correlation between religious orientation and life expectancy with life satisfaction. Isla Lif Styl. 2019;3(2):91-97.
24. Samin T, Akhlaghi Kuhpaei H. Predicting life expectancy based on quality of life, perceived stress and fatigue in patients with multiple sclerosis (MS). J of Halt Psycho. 2019;8(29):101-18.
25. Ahangarkani M, Rahimian Bogar I, Makvand Hosseini Sh. Relationship between histological factors and spiritual needs with spiritual well-being in cancer patients. Sadra J Medi Sci. 2019;7(4): 335-356.
26. Firooz A, Baba Mohammadi M, Sabahi P. Depression in paramedical students: The predictive role of spiritual well-being and hope. Relig & Helth. 2017;5(1):40-50.
27. Eini S, Hashemi Z, Taghavi R. Perceived stress in the elderly: the role of predictors of spiritual well-being, coping strategies and sense of cohesion. Aging. 2019;4(3):25-34.
28. Ribaudo A, Takahashi M. Temporal trends in spirituality research: a meta-analysis of journal abstracts. J Relig Spirit Agi. 2018;20(2):16-28.
29.Ozawa C. Resilience and Spirituality in Patients with Depression and Their Family Members: A Cross-Sectional Study. Comp Psychi. 2017;77(1):53-9.
30. Ashrafi Z, Ebrahimi H. Evaluation of the relationship between dialysis adequacy and quality of life and spiritual health of patients undergoing hemodialysis. Clini J of Nurs & Midw. 2014;3(3):44-51.
31. Alipour A, Agah Harris M. Validity and validity of the Oxford Happiness Index in Iranians. Dev Psycho Irn Psycho. 2007;3(12):287-98.
32. Koohsarian P. The effect of novel hope on reducing depression in diabetic women in Semnan Diabetes Research Center. Master Thesis in General Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allam Taba Uni. 2008.
33. Kermani Z, Khodapnahi M, Heidari M. Psychometric properties of the Snyder Hope Scale. Apli Psycho. 2011;5(3):7-23.
34. Ellison C, Smith J. Toward an integrative measure of health and well-being. Biola Uni. 1991;19(1):35-48.

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-02-13]

Original paper

The relationship between dialysis adequacy and happiness and life expectancy and spiritual well-being in hemodialysis patients

Seyed Mojtaba Aghili[1*], Zahra Hadidi [2], Arezoo Asghari [3], Mitra Namazi [4]

1- Assistant Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Iran, Dr_aghili1398@yahoo.com, 0000-0002-0523-2981
2- Master of Psychology, Payame Noor University, Golestan, Iran, Hadidi_17z@gmail.com, 0000-0003-2415-3751
3- Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Kowsar University, Bojnourd, Bojnourd, Iran, azasghari@gmail.com, 0000-0003-2011-0699
4- Master of Clinical Psychology Shahroud University of Science and Research, Semnan, Iran, mitra_namazi@yahoo.com, 0000-0003-0235-3124

Abstract

Background and Aim: Chronic kidney disease is one of the health problems in today's world. Therefore, this study aimed to investigate the relationship between dialysis adequacy and happiness, life expectancy, and spiritual well-being in hemodialysis patients.

Materials and Methods: The present study was a descriptive-analytical section. The study population was all hemodialysis patients in Kordkoy in 2016. Among them, by the available sampling method, 50 patients who were referred to Amir Al-Momenin Hospital in Kordkoy were selected. Oxford Happiness Questionnaire, Schneider Life expectancy Questionnaire, and Spiritual Welfare Questionnaire (SWBS) were used to collect information. Pearson correlation test and regression were used to analyze the data.

Results: There was a significant relationship between happiness, life expectancy, and spiritual well-being with dialysis adequacy ($P<0.05$). Regression analysis showed that happiness, life expectancy, and spiritual well-being can explain 21.1% of the variance of dialysis adequacy.

Conclusion: In patients who have good happiness, life expectancy, and spiritual well-being, their hope for improvement and continuation of life is higher than others and the higher the life expectancy, the better the quality of dialysis will be as a result. Patients show a more appropriate response to the pressures and stresses caused by the treatment of the disease and better treatment compliance.

Keywords: Renal dialysis, Happiness, Life expectancy, Health

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-02-13]