

Association between Subjective Wellbeing and Perceived Social Support and Spiritual Well-Being in Hemodialysis Patients

Ommolbanin Ansari¹,
Vida Shafipour²,
Mohammad Ali Heidari Gorji³,
Reza Ali Mohammadpour⁴

¹ MSc Student in Critical Care Nursing, Student Research Committee, Nasibeh Faculty of Nursing and Midwifery, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

² Assistant Professor, Department of Medical-Surgical Nursing, Nasibeh Faculty of Nursing and Midwifery, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

³ Associate Professor, Department of Medical-Surgical Nursing, Nasibeh Faculty of Nursing and Midwifery, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

⁴ Associate Professor, Department of Biostatistics, Faculty of Health, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

(Received June 9, 2018 Accepted October 7, 2018)

Abstract

Background and purpose: Hemodialysis patients experience special conditions of illness and treatment and are exposed to various physical, mental, psychological, and social damage that will reduce their sense of subjective well-being. Perceived social support and spiritual health can enhance subjective well-being by adapting to the severe conditions of the disease. The aim of this study was to examine the relationship between subjective well-being and perceived social support and spiritual health in hemodialysis patients.

Materials and methods: This correlational study was performed in 130 hemodialysis patients in east of Mazandaran province, Iran. Data were collected using a demographic questionnaire, Subjective Well-being Scale (Keyes), Spiritual Well-Being Scale (SWB), and Perceived Social Support Scale. Data were then analyzed by descriptive and inferential statistics, including Pearson correlation and Multivariate linear regression analysis.

Results: Pearson correlation coefficient indicated significant direct relationships between perceived social support and subjective well-being ($r= 0.507$, $p<0.001$), and also between spiritual health and subjective well-being ($r= 0.751$, $p<0.001$) in hemodialysis patients. Subjective well-being was also significantly associated with gender, economic status, job, and physical ability ($p<0.05$). Considering the moderating effects of interventional variables, the predictive value of subjective well-being was calculated based on perceived social support and spiritual well-being.

Conclusion: Spiritual well-being and perceived social support can predict subjective well-being, therefore, they should be considered in training programs for patients.

Keywords: subjective well-being, perceived social support, spiritual well-being, hemodialysis

J Mazandaran Univ Med Sci 2018; 28 (166): 140-150 (Persian).

* Corresponding Author: Vida Shafipour - Nasibeh Faculty of Nursing and Midwifery, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran (E-mail: vidashafipour@yahoo.com)

بررسی رابطه حمایت اجتماعی درک شده و سلامت معنوی با بهبودی ذهنی در بیماران تحت همودیالیز

ام البنین انصاری^۱
ویدا شفیع پور^۲
محمد علی حیدری گرجی^۳
رضا علی محمدپور^۴

چکیده

سابقه و هدف: بیماران همودیالیزی به علت شرایط خاص بیماری و درمان، در معرض آسیب‌های جسمی، روحی، روانی و اجتماعی متعددی هستند که باعث کاهش احساس بهزیستی ذهنی در آنان خواهد شد. حمایت اجتماعی درک شده و سلامت معنوی از طریق ایجاد سازگاری با شرایط سخت بیماری، می‌توانند در ارتقاء بهزیستی ذهنی نقش داشته باشند. هدف از این مطالعه، بررسی رابطه حمایت اجتماعی درک شده و سلامت معنوی با بهزیستی ذهنی در بیماران تحت همودیالیز بود.

مواد و روش‌ها: مطالعه حاضر یک پژوهش همبستگی است که در ۱۳۰ بیمار همودیالیزی شرق استان مازندران انجام شده است. جمع‌آوری داده‌ها از طریق پرسشنامه‌های جمعیت شناختی، بهزیستی ذهنی کیز، سلامت معنوی پولویتزین و حمایت اجتماعی درک شده زیمت انجام شد و داده‌ها از طریق آمار توصیفی و استنباطی مانند همبستگی پیرسون و رگرسیون خطی چند متغیره تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: ضریب همبستگی پیرسون مشخص کرد رابطه مستقیم و معنی‌دار بین حمایت اجتماعی درک شده با بهزیستی ذهنی ($r=0/507, p<0/001$) و هم‌چنین بین سلامت معنوی با بهزیستی ذهنی ($r=0/751, p<0/001$) در بیماران همودیالیز وجود دارد. هم‌چنین بهزیستی ذهنی با جنسیت، وضعیت اقتصادی، وضعیت شغلی و توانایی جسمی رابطه معنی‌دار داشت ($p<0/05$). با توجه به تعدیل اثرات متغیرهای مداخله‌گر به وسیله مدل رگرسیونی، میزان پیش‌بینی بهزیستی ذهنی بر اساس حمایت اجتماعی درک شده و سلامت معنوی محاسبه شد.

استنتاج: متغیرهای سلامت معنوی و حمایت اجتماعی درک شده قادرند متغیر بهزیستی ذهنی را پیش‌بینی کنند. بنابراین نیاز است در برنامه‌های آموزش به بیمار مد نظر قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: بهزیستی ذهنی، حمایت اجتماعی درک شده، سلامت معنوی، همودیالیز

مقدمه

مرحله انتهایی بیماری کلیوی
بیماری‌های مزمن است که بخش عمده‌ای از ابعاد زندگی
و شخصیت بیمار را تحت تاثیر قرار می‌دهد(۱). همودیالیز
End Stage Renal Disease (ESRD) جزء دسته‌ی از

E-mail: vidashafipour@yahoo.com

مؤلف مسئول: ویدا شفیع پور - ساری: کوی وصال دانشکده پرستاری و مامایی نسیبه

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت‌های ویژه، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، دانشکده پرستاری و مامایی نسیبه، ساری، ایران

۲. استادیار، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی نسیبه، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۳. دانشیار، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی نسیبه، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۴. دانشیار، گروه آمار حیاتی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۳/۱۹ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۳۹۷/۴/۵ تاریخ تصویب: ۱۳۹۷/۷/۱۵

رایج‌ترین روش درمان این بیماران است (۲،۱) که علی‌رغم افزایش طول عمر، مشکلات روانی اجتماعی متعددی را در پی دارد (۱). طبق آمار سال ۲۰۱۶، تعداد افراد مبتلا به ESRD در جهان، ۳۷۳۰۰۰۰ نفر بوده و سالانه ۵-۶ درصد به این تعداد اضافه می‌شود. میانگین شیوع ESRD در ایران بالاتر از میانگین جهانی است. در پایان سال ۲۰۱۶، در دنیا تعداد ۲۶۴۸۰۰۰ نفر و در ایران حدود ۲۹۲۰۰ نفر تحت درمان همودیالیز قرار گرفته‌اند. هم‌چنین متوسط شیوع بیماران همودیالیزی در کل استان‌های کشور ۳۶۵ نفر در یک میلیون و در مازندران بیش از ۴۰۰ نفر در یک میلیون (حدود ۱۲۰۰ نفر) گزارش شده است (۲). هرچند با دیالیز می‌توان سلامت جسمی این بیماران را تامین کرد، اما تامین آسایش روانی - اجتماعی این بیماران نیز از درجه اهمیت بالایی برخوردار است (۳). تا به امروز راهکارهای مختلفی مانند تقویت افکار مثبت، توانایی اجتماعی شدن و حمایت اطرافیان برای ارتقاء سلامت روانی بیماران همودیالیز مورد استفاده قرار گرفته است (۴). مدل‌های سلامت روانی امروزه بر ابعاد مثبت روان شناسی تاکید دارند که بهزیستی و ارتقاء خوب بودن از جمله رویکردهای مثبت‌گرای آن می‌باشد (۵،۶). منظور از واژه بهزیستی ذهنی، نحوه ارزیابی افراد از زندگی خودشان است و محصول صفات درونی و فرایندهای روانشناختی از قبیل صفات شخصیت، حالات خلقی، اهداف و سبک‌های مقابله می‌باشد (۷-۵). پژوهشگران معتقدند ایجاد بهزیستی ذهنی و رضایت از زندگی انسان‌ها را به سمت موفقیت بیش‌تر در زندگی، سلامت بهتر، ارتباط اجتماعی حمایت‌گرانه‌ی سالم‌تر و در نهایت سلامت روانی و جسمی بالاتر رهنمون می‌سازد (۵،۸،۷). طولانی بودن مدت درمان و مشکلات عدیده این بیماران به مرور زمان، میزان توجه اعضای خانواده و دوستان را به آنان کاهش می‌دهد و از طرفی افزایش وابستگی و نیاز به دیگران منجر به کاهش اعتماد به نفس و احساس تنهایی بیمار می‌شود، بنابراین حمایت اجتماعی به‌عنوان یکی از مکانیسم‌های مقابله‌ای،

دارای قدرت بالقوه تاثیر بر ابعاد هیجانی، روانشناختی و اجتماعی بهزیستی ذهنی می‌باشد و با ارتقاء سازگاری، تحمل بیماری مزمن را تسهیل می‌نماید (۹،۱۰). مطالعاتی در جمعیت سالمندان انجام شده که نشان داده است بین حمایت اجتماعی درک شده و بهزیستی ذهنی افراد، رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد (۱۰،۱۱). Cohen معتقد است افرادی که حمایت‌کننده بیش‌تری داشته‌اند، از بهزیستی ذهنی بالاتری برخوردار بودند (۱۲). سلامت معنوی به معنی داشتن زندگی معنادار، یکی از اساسی‌ترین دغدغه‌های وجودی انسان است و در دو بعد سلامت وجودی یعنی اعتقاد به هدف و ارزش زندگی و خودباوری و سلامت مذهبی یعنی اعتقاد به وجود نیرویی قدرتمند و برتر تعریف می‌شود. تحقق معنا در زندگی، روی عملکرد، تصمیم‌گیری و رضایت از زندگی و در نتیجه بر بهزیستی ذهنی و تمامی ابعاد آن تاثیر می‌گذارد (۱۳). معنویت می‌تواند بر جنبه‌های مختلف مراقبت پزشکی نیز تاثیر به‌سزایی داشته باشد (۱۴). شواهدی وجود دارد که سلامت معنوی با سلامت جسمی و روانی و اجتماعی ارتباط دارد (۱۵،۱۶). اشرفی و همکاران در مطالعه‌ای در بیماران تحت درمان همودیالیز، سطح سلامت معنوی را در ۶۸/۱ درصد از بیماران در سطح متوسط گزارش کرده‌اند (۱۵). فولادوندی و همکاران نیز سطح سلامت معنوی بیماران دیالیزی شهر بم را متوسط توصیف کردند (۱۷)، اما در مطالعه حجتی و همکاران که در بیماران همودیالیزی در استان مازندران انجام شد، سلامت معنوی در ۷۵ درصد از نمونه‌ها در سطح بالا بود (۱۸). در ایران هنوز پرستاری در بسیاری از موارد تنها به شناسایی مسائل ظاهری و سلامت جسمی بیماران بسنده می‌کند، در حالی که امروزه در کشورهای پیشرفته دنیا به ابعاد دیگر سلامتی نیز توجه ویژه‌ای شده است (۱۹،۲۰). از آنجایی که تعداد بیماران همودیالیزی رو به افزایش است و بسیاری از این بیماران چندین سال به‌عنوان بیماران ثابت این بخش تلقی می‌شوند و با توجه به شواهدی که بیانگر آسیب‌پذیری بیش‌تر آنان می‌باشد، فرصت مناسبی

برای پرداختن به مشکلات سلامت این بیماران در دست خواهد بود. در راستای ارتقاء مراقبت‌های پرستاری کل نگر، علاوه بر بعد فیزیولوژیک، اهتمام بر سایر ابعاد سلامت از جمله بعد اجتماعی و معنوی را باید مد نظر قرار داد. توجه به این موارد و نبود مطالعات کافی در زمینه ارزیابی بهزیستی ذهنی و عوامل موثر بر آن در بیماران همودیالیز، ضرورت این مطالعه را ایجاب می‌کند. گرچه در کشورمان چندین مطالعه به رابطه حمایت اجتماعی درک شده با بهزیستی روانشناختی در اقشار مختلف نظیر دانش‌آموزان (۲۱)، سالمندان (۱۰) و زنان باردار (۲۲) پرداخته‌اند، اما با توجه به پایگاه داده‌های در دسترس، مطالعه‌ای به ویژه با در نظر گرفتن همزمان سلامت معنوی و بررسی ارتباط آن با بهزیستی ذهنی و مولفه‌های آن در بیماران همودیالیزی انجام نشده است. بنابراین مطالعه‌ای با هدف بررسی میزان حمایت اجتماعی درک شده، سطح سلامت معنوی و میزان بهزیستی ذهنی و نیز بررسی رابطه حمایت اجتماعی درک شده و سلامت معنوی با بهزیستی ذهنی در بیماران تحت درمان همودیالیز در شرق استان مازندران طراحی شد.

مواد و روش‌ها

در این پژوهش همبستگی، جامعه آماری، بیماران تحت درمان همودیالیز مراکز منتخب تحت نظارت دانشگاه علوم پزشکی مازندران در شرق استان شامل بخش دیالیز بیمارستان امام خمینی (ره) بهشهر و بخش دیالیز بیمارستان امام حسین (ع) نکا بودند. تمامی بیماران دارای پرونده دیالیز در مراکز نامبرده که رضایت به شرکت در این مطالعه داشته و معیارهای ورود به مطالعه را دارا بودند، مورد مطالعه قرار گرفتند. تعداد کل بیماران بیمارستان امام خمینی بهشهر ۱۲۶ نفر و بیمارستان امام حسین نکا ۵۵ نفر و در مجموع ۱۸۱ نفر بودند. معیارهای ورود شامل سن بالای ۱۸ سال، برخوردار بودن از هوشیاری کامل، عدم ابتلا به اختلالات خلقی (افسردگی اساسی، مانیا) و اختلالات شناختی (دلیریوم،

دمانس، آرایمر) و توانایی همکاری با پژوهشگر و آمادگی جسمی لازم برای پاسخگویی به سوالات، توانایی شنیدن و توانایی تکلم به زبان فارسی یا بومی مازندرانی بود. از مجموع ۱۸۱ نفر، ۲۴ نفر توانایی جسمی لازم جهت پاسخگویی به سوالات را نداشتند، ۴ نفر اختلال در تکلم، ۳ نفر مشکل شنوایی، ۶ نفر اختلال خلقی و ۷ نفر اختلال شناختی داشتند، ۱ نفر زیر ۱۸ سال بود و ۶ نفر راضی به شرکت در مطالعه نشدند. بر اساس فرمول، حداقل حجم نمونه ۱۱۷ نفر تعیین شده بود که در این پژوهش، تعداد ۱۳۰ نفر واجد شرایط بودند و مورد مطالعه قرار گرفتند. پس از اخذ اجازه از مسئولین مراکز، اطلاعات و اهداف مطالعه بازگو شد و پس از ایجاد اطمینان از محرمانه بودن اطلاعات و اخذ رضایت‌نامه، پرسشنامه‌ها در اختیار بیماران قرار داده شد. ابزارهای گردآوری داده‌ها شامل پرونده بالینی بیماران، پرسشنامه جمعیت شناختی، پرسشنامه سلامت معنوی، مقیاس چند بعدی حمایت اجتماعی ادراک شده و پرسشنامه بهزیستی ذهنی بود. پرسشنامه‌ها در وقت دیالیز به صورت فردی در اختیار بیماران قرار داده شد و طی ساعاتی که بیمار تحت دیالیز قرار داشت، با نظارت محقق توسط بیمار و در صورت نیاز، با کمک همراه یا محقق تکمیل گردید.

پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی و بالینی شامل سن، جنسیت، وضعیت تاهل، تعداد فرزندان، میزان تحصیلات، کفایت وضعیت اقتصادی، وضعیت اشتغال، محل سکونت، مدت شروع دیالیز، تعداد دفعات دیالیز در هفته، داشتن سایر بیماری‌ها و توانایی انجام فعالیت جسمی بود.

پرسشنامه بهزیستی ذهنی توسط keyes و Magyar-Moe در سال ۲۰۰۳ طراحی شد که شامل سه بعد بهزیستی هیجانی (۱۲ سوال)، بهزیستی روانشناختی (۱۸ سوال) و بهزیستی اجتماعی (۱۵ سوال) می‌باشد. سوالات بهزیستی هیجانی شامل بخش هیجان‌ات مثبت (۶ سوال اول) و هیجان‌ات منفی (۶ سوال دوم) می‌شوند و از مجموع نمرات این دو بخش، نمره کل بهزیستی هیجانی

به دست می‌آید. در این زیر مقیاس حداقل نمره ۱۶ و حداکثر نمره ۵۶ می‌باشد. این مقیاس هیجانات مثبت و منفی افراد را در یک ماه اخیر منتهی به مطالعه ارزیابی می‌کند. بعد بهزیستی روانشناختی شامل ۱۸ سوال با حداقل نمره ۱۸ و حداکثر ۱۲۶ و بعد بهزیستی اجتماعی شامل ۱۵ سوال با نمرات حداقل ۱۵ و حداکثر ۱۰۵ می‌باشد. از مجموع نمرات بهزیستی هیجانی، روانشناختی و اجتماعی، نمره بهزیستی ذهنی به دست می‌آید. این پرسشنامه توسط گلستانی بخت، روی ۵۷ آزمودنی اجرا و اعتباریابی شد و ضریب همبستگی پرسشنامه بهزیستی ذهنی را ۰/۷۸ و مقیاس‌های فرعی آن شامل بهزیستی هیجانی، بهزیستی روانشناختی و بهزیستی اجتماعی را به ترتیب ۰/۷۶، ۰/۶۴ و ۰/۷۶ گزارش کرد (۲۳). ضریب همسانی درونی بر اساس آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۰ و برای مقیاس‌های فرعی آن به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۰ و ۰/۶۱ به دست آمد. تمنایی فر و معتقدی فرد در مطالعه‌ای که در دانشجویان کاشان انجام دادند، ضریب همسانی درونی بر اساس آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۶۳ و برای مقیاس‌های فرعی آن به ترتیب ۰/۲۵، ۰/۷۰ و ۰/۶۱ به دست آوردند (۲۴).

پرسشنامه ۲۰ سوالی سلامت معنوی (SWB) Paloutzian و Ellison شامل ۱۰ سوال سلامت مذهبی و ۱۰ سوال سلامت وجودی است. عبارت‌های زوج سلامت وجودی و عبارت‌های فرد، سلامت مذهبی را نشان می‌دهند. نمره سلامت معنوی جمع این دو زیرگروه است که دامنه آن بین ۲۰ تا ۱۲۰ می‌باشد. پاسخ به صورت لیکرت ۶ گزینه‌ای از "کاملاً مخالفم" تا "کاملاً موافقم" دسته بندی شده است. در پایان سلامت معنوی افراد به سه دسته پایین (۲۰ تا ۴۰)، متوسط (۴۱ تا ۹۹) و بالا (۱۰۰ تا ۱۲۰) تقسیم بندی می‌شود. روایی این ابزار توسط رضایی و همکاران از طریق اعتبار محتوا مشخص شد و پایایی آن با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۲ مورد تأیید قرار گرفت (۲۵). مقیاس چند بعدی حمایت اجتماعی درک شده (MSPSS)

توسط Zimet و همکاران تهیه شد. این مقیاس ۱۲ سوالی، شامل ۳ زیر مقیاس خانواده، دوستان و افراد مهم می‌باشد. برای به دست آوردن امتیاز هر زیر مقیاس، نمره تک تک سوالات آن با هم جمع می‌شود هم‌چنین برای به دست آوردن امتیاز کلی، نمره مجموع سوالات ۱ تا ۱۲ با هم جمع می‌شود تا میزان حمایت اجتماعی ادراک شده مشخص شود. دامنه این امتیاز از ۱۲ تا ۸۴ خواهد بود. امتیاز بالاتر نشان دهنده حمایت اجتماعی ادراک شده بالاتر خواهد بود و بالعکس.

Bruwer و همکاران، پایایی درونی این ابزار را با آلفای کرونباخ ۰/۸۶ گزارش نمودند (۲۶).

سلیمی و همکاران سه بعد حمایت اجتماعی دریافت شده از سوی خانواده، دوستان و افراد مهم زندگی را به ترتیب با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹، ۰/۸۶ و ۰/۸۲ ذکر نمودند (۲۷). پس از تکمیل و جمع‌آوری پرسشنامه‌ها، داده‌های گردآوری شده از طریق نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها از آزمون کالموگراف-اسمیرنف استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون t مستقل، من ویتنی، کراسکال والیس، همبستگی اسپیرمن و پیرسون انجام شد. برای آزمون روابط دو متغیره حمایت اجتماعی با بهزیستی ذهنی و هم‌چنین سلامت معنوی با بهزیستی ذهنی از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. برای تبیین مقدار واریانس بهزیستی ذهنی توسط مولفه‌های حمایت اجتماعی و سلامت معنوی از رگرسیون چند متغیری استفاده شد.

یافته‌ها

از کل افراد مورد مطالعه، ۶۰ نفر زن و ۷۰ نفر مرد بودند. محدوده سنی ۱۹ تا ۸۳ سال بود. مدت زمان انجام دیالیز در بیماران از ۳ ماه تا ۲۰ سال مشاهده شد. بیش‌ترین فراوانی مشاهده شده مربوط به بیماران با طول مدت دیالیز ۱ تا ۵ سال (۵۲/۳ درصد) و کم‌ترین فراوانی مشاهده شده مربوط به بیماران با طول مدت دیالیز ۱۰ تا

۲۰ سال (۳/۱ درصد) بوده است. تعداد دفعات دیالیز در هفته برای ۲۲/۳ درصد بیماران ۲ بار یا کم تر و برای ۷۷/۷ درصد از بیماران ۳ بار یا بیش تر بوده است. ۸۱/۱۲ درصد از بیماران علاوه بر نارسایی کلیه، به بیماری دیگری (فشارخون، دیابت، بیماری قلبی و غیره) نیز مبتلا بوده‌اند و ۱۸/۵ درصد بیماران بیماری دیگری نداشتند. از بین ۱۳۰ بیمار حاضر در پژوهش، ۷۹ نفر (۶۰/۸ درصد) دارای توانایی انجام فعالیت شخصی و ۵۱ نفر (۳۹/۲ درصد) نیازمند کمک در انجام فعالیت شخصی بوده‌اند (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱: خصوصیات جمعیت شناختی نمونه‌های مورد پژوهش (n=۱۳۰)

متغیر	تعداد (درصد)
جنسیت	
زن	۶۰ (۴۶/۲)
مرد	۷۰ (۵۳/۸)
سن	
زیر ۴۰ سال	۱۹ (۱۴/۶)
۴۱-۶۰ سال	۵۳ (۴۰/۸)
بالتر از ۶۰ سال	۵۸ (۴۴/۶)
تحصیلات	
بی سواد	۴۸ (۳۶/۹)
ابتدایی	۳۶ (۲۷/۷)
متوسطه	۳۳ (۲۵/۴)
دانشگاهی	۱۳ (۱۰/۰)
وضعیت تاهل	
متاهل	۱۰۱ (۷۷/۷)
غیرمتاهل	۲۹ (۲۲/۳)
تعداد فرزندان	
۰ فرزند	۱۸ (۱۳/۸)
۱-۳ فرزند	۳۷ (۲۸/۵)
۴-۶ فرزند	۵۰ (۳۸/۵)
۷ فرزند و بیش تر	۲۵ (۱۹/۲)
محل سکونت	
شهر	۷۰ (۵۳/۸)
روستا	۶۰ (۴۶/۲)
وضعیت اقتصادی	
ضعیف	۴۹ (۳۷/۷)
متوسط	۶۷ (۵۱/۵)
خوب	۱۴ (۱۰/۸)
وضعیت شغل	
شاغل	۶ (۴/۶)
غیر شاغل	۸۸ (۶۷/۷)
بازنشسته	۳۶ (۲۷/۷)

نتایج نشان داد میانگین و انحراف معیار حمایت اجتماعی درک شده کل $68/12 \pm 13/36$ بوده که در بعد خانواده $26/52 \pm 3/11$ ، در بعد دوستان $15/75 \pm 9/91$ و در بعد افراد مهم $25/85 \pm 4/91$ بوده است. طبق این یافته‌ها، افراد از نظر حمایت اجتماعی در بعد دوستان امتیاز کم تری را کسب نمودند. میانگین و انحراف معیار سلامت معنوی کل $100/95 \pm 12/88$ ، در بعد سلامت مذهبی $43/31 \pm 10/49$ و در بعد سلامت وجودی $57/64 \pm 4/17$

بود. هم‌چنین سلامت معنوی در $39/2$ درصد از بیماران در سطح متوسط و در $60/8$ درصد مابقی در سطح بالا بوده است. در بعد سلامت مذهبی، $6/9$ درصد بیماران در سطح متوسط و $93/1$ درصد آنان در سطح بالا قرار داشتند. در بعد سلامت وجودی نیز $2/3$ درصد بیماران در سطح پایین، $69/2$ درصد بیماران در سطح متوسط و $28/5$ درصد آنان در سطح بالا بوده‌اند. بر این اساس اختلاف سطح در ابعاد وجودی و مذهبی سلامت معنوی افراد، قابل توجه می‌باشد. میانگین و انحراف معیار بهزیستی ذهنی کل $200/75 \pm 36/53$ بوده است که در بعد بهزیستی هیجانی $90/15 \pm 17/82$ ، در بعد بهزیستی روانشناختی $39/12 \pm 9/31$ و در بعد بهزیستی اجتماعی $71/49 \pm 15/09$ بود. بر اساس یافته‌های جدول شماره ۲، با محاسبه ضریب همبستگی پیرسون مشخص شد که بین حمایت اجتماعی درک شده و ابعاد آن (خانواده، دوستان و افراد مهم) با بهزیستی ذهنی رابطه مستقیم و معنی‌دار وجود دارد. با محاسبه ضریب همبستگی پیرسون مشخص شد که رابطه مستقیم و معنی‌دار وجود دارد. با محاسبه ضریب همبستگی پیرسون مشخص شد که رابطه مستقیم و معنادار بین بهزیستی ذهنی و سلامت معنوی کل و ابعاد آن وجود دارد. بر اساس نتایج آزمون‌های مربوط به متغیرهای کمی و کیفی (تی مستقل، کروسکال والیس، من ویتنی و ضریب همبستگی اسپیرمن) مشخص شد که رابطه معناداری بین بهزیستی ذهنی و متغیرهای جنسیت، وضعیت اقتصادی، وضعیت شغلی و وضعیت فعالیت جسمی وجود داشته است. میانگین امتیاز بهزیستی ذهنی در بیماران مرد به‌طور معناداری بیش تر از بیماران زن بوده است ($p < 0/05$). بهزیستی ذهنی در بیماران با وضعیت اقتصادی ضعیف به‌طور معناداری کم تر از بیماران با وضعیت اقتصادی متوسط و خوب بوده است و بهزیستی ذهنی در بیماران شاغل به‌طور معنی‌داری بیش تر از بیماران بازنشسته و غیر شاغل بوده است. هم‌چنین بهزیستی ذهنی در بیماران بازنشسته به‌طور معنی‌داری بیش تر از بیماران غیر شاغل بوده است. میانگین امتیاز بهزیستی ذهنی در بیماران دارای توانایی جسمی به‌طور معنی‌داری بیش تر از بیماران ناتوان بوده است ($p < 0/05$).

جدول شماره ۲: میزان همبستگی پیرسون بین حمایت اجتماعی درک شده و سلامت معنوی با بهزیستی ذهنی (N=130)

پهزیستی ذهنی (کل)	بعد هیجانی	بعد روانشناختی	بعد اجتماعی
۰/۵۰۷	۰/۴۱۹	۰/۴۱۸	۰/۴۷۶
p<۰/۰۰۱	p<۰/۰۰۱	p<۰/۰۰۱	p<۰/۰۰۱
۰/۳۷۵	۰/۳۰۵	۰/۲۸۸	۰/۳۷۹
p<۰/۰۰۱	p<۰/۰۰۱	p<۰/۰۰۱	p<۰/۰۰۱
۰/۴۶۱	۰/۴۰۶	۰/۴۰۶	۰/۳۸۵
p<۰/۰۰۱	p<۰/۰۰۱	p<۰/۰۰۱	p<۰/۰۰۱
۰/۲۱۲	۰/۱۲۸	۰/۱۳۴	۰/۲۷۶
p=۰/۰۱۶	p=۰/۱۴۸	p=۰/۱۲۸	p=۰/۰۰۱
۰/۷۵۱	۰/۵۴۸	۰/۶۹۳	۰/۶۶۲
p<۰/۰۰۱	p<۰/۰۰۱	p<۰/۰۰۱	p<۰/۰۰۱
۰/۲۹۱	۰/۱۵۷	۰/۲۵۷	۰/۱۸۳
p=۰/۰۰۱	p=۰/۰۷۵	p=۰/۰۰۲	p=۰/۰۰۱
۰/۸۰۷	۰/۶۱۱	۰/۷۴۲	۰/۷۰۰
p<۰/۰۰۱	p<۰/۰۰۱	p<۰/۰۰۱	p<۰/۰۰۱

بر اساس نتایج مدل رگرسیون چند متغیره، متغیرهای جنسیت و وضعیت اقتصادی درسه سطح، وضعیت جسمی، سلامت معنوی و حمایت اجتماعی درک شده به عنوان متغیرهای مستقل و متغیر بهزیستی ذهنی به عنوان متغیر وابسته، وارد مدل شدند، متغیرهای جنسیت، وضعیت شغلی، وضعیت جسمی و وضعیت اقتصادی معنادار نبوده و از مدل حذف شدند و متغیرهای سلامت معنوی و حمایت اجتماعی درک شده به عنوان تنها متغیرهای پیش‌بین در مدل باقی ماند (جدول شماره ۳).

جدول شماره ۳: نتایج تحلیل رگرسیون چند متغیره بهزیستی ذهنی برای تعیین متغیرهای پیش‌بین

منبع تغییر	مجموع مربعات	درجه آزادی	df	میانگین مربعات	F	آماره	سطح معناداری
رگرسیون	۱۰۷۱۵۳/۹۵۸	۲	۲	۵۳۵۷۶/۹۶۴	۱۰۴۷/۶۱	<۰/۰۰۱	
باقیمانده	۶۶۹۵۰/۱۹۶	۱۲۷	۱۲۷	۵۱۱/۴۱۹			
خطا	۱۷۲۱۰۴/۱۳۳	۱۲۹	۱۲۹				

متغیر وابسته: بهزیستی ذهنی $R^2=۰/۶۲۳$

بر اساس نتایج جدول شماره ۳ و با توجه به مقدار F مشاهده شده، معنی‌دار بودن پیش‌بینی امتیاز بهزیستی ذهنی بر اساس متغیر سلامت معنوی و حمایت اجتماعی ادراک شده در سطح $p<۰/۰۵$ تأیید می‌شود. مجذور رگرسیون برابر با $۰/۶۲۳$ می‌باشد؛ به عبارت دیگر حدود ۶۲ درصد واریانس امتیاز بهزیستی ذهنی، ناشی از متغیرهای سلامت معنوی و حمایت اجتماعی ادراک شده بوده است و درصد باقیمانده، مربوط به سایر عوامل

خواهد بود. ضرایب بتا استاندارد برای سلامت معنوی ($\beta=۰/۶۵۳$) ($p<۰/۰۰۱$) و برای حمایت اجتماعی درک شده ($\beta=۰/۲۶۱$) ($p<۰/۰۰۱$) است.

بحث

هدف اصلی این مطالعه، بررسی رابطه حمایت اجتماعی درک شده و سلامت معنوی با بهزیستی ذهنی در بیماران همودیالیز بود. در راستای این هدف، میزان حمایت اجتماعی درک شده، سطح سلامت معنوی و میزان بهزیستی ذهنی افراد ارزیابی شد. نتایج مطالعه نشان داد بیماران همودیالیز از نظر امتیاز حمایت اجتماعی درک شده میانگین مطلوبی کسب کردند که با نتایج مطالعه اسماعیلی و همکاران (۹) و رامبد و همکاران که به بررسی میزان حمایت اجتماعی درک شده در بیماران همودیالیز پرداختند، مطابقت داشت (۲۸). این نتایج نشان‌دهنده وجود فضای صمیمی و حمایتگر در خانواده ایرانی می‌باشد. این در حالی است که در مطالعه حاضر، اکثر بیماران از حمایت اجتماعی مطلوبی در ابعاد خانواده و افراد مهم برخوردار بودند، اما حمایت اجتماعی در بعد دوستان کم‌تر بوده است. در تایید این نتایج، مطالعه علیزاده و همکاران در بیماران نارسای قلبی (۲۹) و مطالعه رحیمی و همکاران در بیماران همودیالیز (۳۰) است.

اما در مطالعه رجیبی و همکاران که با ابزاری مشابه در دانشجویان دانشگاه شهید چمران اهواز انجام شد، میزان حمایت اجتماعی درک شده در ابعاد خانواده، افراد مهم و دوستان تفاوت چندانی وجود نداشت (۳۱). این تفاوت می‌تواند مربوط به میانگین سنی پایین‌تر در دانشجویان باشد. در مطالعه حاضر، امتیاز حمایت اجتماعی بیماران در بعد دوستان نسبت به ابعاد دیگر پایین‌تر بود که نشان‌دهنده ضعف در برقراری ارتباط موثر با دوستان است. از آن‌جا که بیش‌تر افراد مورد مطالعه دارای سن بالای ۵۰ سال بودند، می‌توان این پیامد را ناشی از تغییرات رفتاری سالمندی دانست. هم‌چنین می‌توان به تأثیر ماهیت بیماری بر روابط دوستان اشاره کرد.

شده که با ابزار متفاوتی به سنجش بهزیستی ذهنی در بیماران همودیالیز و جمعیت عمومی پرداخته است. نتایج این مطالعه نشان داد که میزان بهزیستی ذهنی در بیماران همودیالیز کم تر از میزان آن در جمعیت عمومی بوده است (۳۵).

مطالعه ای در ایران در جمعیت سالمندان با ابزاری مشابه انجام شده است که نشان داد میانگین امتیاز بهزیستی ذهنی سالمندان نسبت به میزان آن در مطالعه حاضر کم تر بوده است (۳۶). به طور واضح، عوامل متعددی در میزان بهزیستی ذهنی افراد تاثیر گذار است که شناخت این عوامل نیازمند انجام مطالعات گسترده تر می باشد. مطالعه حاضر نشان داد با افزایش میزان حمایت اجتماعی درک شده، میزان بهزیستی ذهنی افراد به طور معناداری افزایش می یابد. در همین راستا، فرهادی و همکاران طی مطالعه ای با ابزاری مشابه در سالمندان، به نتایج مشابهی دست یافتند (۳۶).

مطالعه ای در بنگلادش نیز نشان داد بین حمایت اجتماعی و بهزیستی ذهنی با کیفیت زندگی در بیماران همودیالیز رابطه مثبت و معنادار وجود دارد (۶). هم چنین مطالعه عمادپور و همکاران که به بررسی ارتباط حمایت اجتماعی درک شده با بهزیستی روانشناختی در دانش آموزان پرداخته بودند نیز موید همین نتایج بود (۲۱). Fancourt و Steptoe نیز بیان داشتند که شرکت افراد سالمند در گروه های اجتماعی و مذهبی، سبب افزایش بهزیستی ذهنی در آنان می شود که با نتایج مطالعه حاضر همسو می باشد (۳۷). مطالعه ای که با نتایج پژوهش حاضر مغایرت داشته باشد دیده نشد. حمایت اجتماعی به عنوان یکی از روش های مقابله با استرس نقش محافظ را ایفا می کند. بیماران همودیالیزی به خاطر کاهش قوای جسمی و یا از دست دادن شغل از جهات زیادی وابستگی و نیاز به حمایت دیگران در آنان بیش تر بروز می کند. بنابراین افرادی که این حمایت را دریافت می کنند، احساس رضایت و شادمانی بیش تر و بهزیستی ذهنی بالاتری خواهند داشت.

در مطالعه حاضر، سطح سلامت معنوی بیماران همودیالیزی در سطح بالایی قرار داشت که با مطالعه حجتی و همکاران (۱۸) که در جامعه مشابه در مازندران انجام شد، مطابقت دارد. هم چنین مطالعه سید فاطمی و همکاران (۲۵) و مطالعه مرعشی و محرابیان (۱۹) نیز چنین یافته ای را گزارش کردند. اما مطالعه ای در اصفهان سطح سلامت معنوی در اکثر بیماران دیالیزی را متوسط گزارش کرد (۲۰). فولادوندی و همکاران نیز در شهر بم (۱۷) و اشرفی و همکاران در شاهرود به چنین نتیجه ای دست یافتند (۱۵). ابزار مورد استفاده در تمامی این مطالعات مشابه بود.

ممکن است اختلاف زمینه های فرهنگی و اجتماعی دلیل این تفاوت باشد. برخی معتقدند اعتقادات مذهبی در زمان بیماری اهمیت پیدا می کند و معنویت به عنوان استراتژی مقابله ای اثرات مثبت بر بیماری دارد (۳۲). مطالعه ای در بیماران همودیالیز مسلمان اردن با ابزاری متفاوت انجام شده که نشان داد سطح سلامت معنوی در آنان پایین بوده و با استرس و افسردگی رابطه معکوس دارد (۳۳). در مطالعه مشابهی در برزیل در افراد غیر مسلمان نیز چنین نتایجی به دست آمد (۳۴).

در مطالعه حاضر بعد وجودی سلامت معنوی در ۶۹/۲ درصد از بیماران در سطح متوسط بود، در حالی که در بعد مذهبی، ۹۳/۱ درصد در سطح بالا قرار داشتند. با توجه به تعریفی که از سلامت وجودی عنوان شد، این تفاوت نشان دهنده ضعف در شناخت هدف و ارزش زندگی و خودباوری می باشد. برای بهبود و اصلاح این ضعف می توان از برنامه ریزی آموزشی مناسب بهره جست. هم چنین نیاز به انجام مطالعات دیگر در زمینه عوامل موثر در سلامت وجودی توصیه می شود.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که اکثر بیماران همودیالیز از نظر میزان بهزیستی ذهنی، امتیاز متوسطی را کسب کردند. تاکنون در کشور ما هیچ مطالعه ای در خصوص ارزیابی میزان بهزیستی ذهنی در بیماران تحت همودیالیز ثبت نشده است، اما مطالعه ای در استرالیا انجام

آموزش از طریق فیلم و یا برگزاری جلسات آموزشی در خصوص تفهیم اهمیت بعد وجودی انسان، با حضور کارشناس دینی یا روانشناس می‌تواند در ارتقاء سطح سلامت وجودی افراد موثر باشد.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به کثرت سوالات پرسشنامه بهزیستی ذهنی اشاره کرد که باعث طولانی شدن زمان پاسخگویی و در بعضی موارد ایجاد خستگی در افراد شده بود. طراحی پرسشنامه بهزیستی ذهنی با گویه‌های کم‌تر به پژوهشگران علاقه‌مند پیشنهاد می‌شود.

سپاسگزاری

این مقاله حاصل پایان‌نامه دانشجویی کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت‌های ویژه و طرح مصوب به مورخه ۱۳۹۶/۸/۲ با کد اخلاق IR.MAZUMS.REC.1396.10302 می‌باشد. بدین وسیله از تمامی افرادی که ما را در اجرای این طرح یاری نمودند و همکاری لازم را مبذول داشته‌اند، خصوصاً پرسنل و بیماران بخش دیالیز بیمارستان‌های امام خمینی (ره) بهشهر و امام حسین (ع) نکا، تشکر و قدردانی می‌نماید.

References

- Oshvandi K, Amini S, Moghimbeigi A, Sadeghian E. The effect of spiritual care on death anxiety in hemodialysis patients with end-stage of renal disease: A Randomized Clinical Trial. *Hayat* 2018; 23(4): 332-344 (Persian).
- calendar of dialysis. In: Affairs DoPRAI, editor. Tehran: Iranian Consortium of Dialysis; 2017. (Persian)
- Shkurti E, Shtiza D. Mental Characteristics of Hemodialysis Patients. *Journal of Educational and Social Research*. 2014; 4(1): 143-146.
- Jadid Milani M, Amiri P. The Effects of Peer Support Groups on Mental Health of

نتیجه دیگر این پژوهش نشان‌دهنده وجود رابطه مثبت و معنادار سلامت معنوی با بهزیستی ذهنی در بیماران همودیالیز بود. هرچند مطالعات دیگری که به بررسی رابطه این دو متغیر در بیماران همودیالیز پرداخته باشد دیده نشد، اما چنین مطالعه‌ای در جمعیت سالمندان و با ابزار مشابه انجام شده که تایید کننده همین نتایج بود (۳۶). با توجه به روند بیماری ESRD و درمان همودیالیز و وابستگی بیماران به دستگاه همودیالیز که ابعاد زندگی این بیماران را تحت الشعاع قرار می‌دهد، تقویت متغیرهای حمایت اجتماعی در حیطه‌های خانواده، دوستان و افراد مهم و توجه به سلامت معنوی و پایبندی به اعتقادات افراد، سبب ارتقاء سلامت روان و بهزیستی ذهنی و رضایتمندی در آنان می‌شود. با کمک نتایج این مطالعه و با توجه به دارا بودن میزان مطلوبی از حمایت اجتماعی که از طرف خانواده و افراد مهم پیش‌تر از حمایت دوستان درک نمودند، با کمک خانواده و مشارکت آنان در برنامه‌های آموزشی می‌توان گام‌های موثری در بهبود بخشیدن به شرایط برداشت. هم‌چنین با توجه به برخورداری بیماران از سطح بالای سلامت مذهبی، استفاده از آموزه‌های دینی و مذهبی و

- Hemodialysis Patients. *Iran J Nurs* 2015; 28(96): 40-49 (Persian).
- Bakhshandeh F, Kakabaraei K. Subjective wellbeing. 3rd international conference on behavioral science and social studies, 2015.
- Masood A, Kamran F, Rashid S, Mazahir S. Life-orientation, Subjective Well-being and Social Support as Predictors of Quality of Life in Patients with End Stage Renal Disease. *Bangladesh J Med Sci* 2017; 16(3): 346.
- Alatartseva E, Barysheva G. Well-being: subjective and objective aspects. *Procedia-*

- Social and Behavioral Sciences 2015; 166: 36-42.
8. Ratelle CF, Simard K, Guay F. University students' subjective well-being: The role of autonomy support from parents, friends, and the romantic partner. *Journal of Happiness Studies* 2013; 14(3): 893-910.
 9. Ravanbakhsh E, Ahmadi H, Jannati Y, Khalilian A, Espahbodi F. The relationship between perceived social support and self-efficacy with diet adherence among hemodialysis patient. *Sci J Hamadan Nurs Midwif* 2013; 21(3): 59-67 (Persian).
 10. Goudarz M, Foroughan M, Makarem A, Rashedi V. Relationship between social support and subjective well-being in older adults. *Sālmānd* 2015; 10(3): 110-119 (Persian).
 11. Esgalhado MG, Reis M, Pereira H, Afonso RM. Influence of social support on the psychological well-being and mental health of older adults living in assisted-living residences. *International Journal of Developmental and Educational Psychology* 2010; 1(1): 267-278.
 12. Cohen S. Social relationships and health. *Am Psychol* 2004; 59(8): 676-684.
 13. Abedi S, Foroughan M, Khanjani MS, Bakhshi EA, Farhadi A. Relationship Between Meaning of Life and Spiritual Well-being in the Older People Residing in Nursing Homes Shemiranat, 2014. *Iran J Age* 2016; 11(3): 456-465 (Persian).
 14. Martinez BB, Custodio RP. Relationship between mental health and spiritual wellbeing among hemodialysis patients: a correlation study. *Sao Paulo Med J* 2014; 132(1): 23-27.
 15. Ashrafi Z, Ebrahimi H, Sarafha J. The relationship between hemodialysis adequacy and quality of life and spiritual wellbeing in hemodialysis patients. *Shahrekord J Clin Nurs Midwif* 2014; 4(3): 44-51 (Persian).
 16. Davison SN, Jhangri GS. Existential and religious dimensions of spirituality and their relationship with health-related quality of life in chronic kidney disease. *Clin J Am Soc Nephrol* 2010; 5(11): 1969-1976.
 17. Fouladvandi M, Azizzade Foroozi M, Fouladvandi G, Sadeghi H, Malekian I. Relationship of spiritual health with attitude to spirituality and spiritual care in hemodialysis patients the city of Bam. *Complement Med J Facult Nurs Midwif (cmja)* 2015; 5(2): 1133-1145 (Persian).
 18. Hojjati H, Motlagh M, Nouri F, Sharifnia S, Mohammadnezhad E, Heydari B. Relationship frequently pray with spiritual health in patients treated with hemodialysis. *Iran J Crit Care Nurs (IJCCN)* 2010; 2(4): 0-0 (Persian).
 19. SA M. The Relationship of Prayer and Spiritual Health with Self-Esteem of Patients Treated with Hemodialysis in Ilam. *Military Caring Sciences* 2016; 2(4): 214-220.
 20. Shahgholian N, Mardanian Dehkordi L. Spiritual Health in Patients undergoing Hemodialysis. *Iran J Nurs* 2016; 29(103): 60-67 (Persian).
 21. Emadpoor L, Lavasani MG, Shahcheraghi SM. Relationship between perceived social support and psychological well-being among students based on mediating role of academic motivation. *Int J Ment Health Addict* 2016; 14(3): 284-290.
 22. Saraian E, Sajjadian I. Comparison of Perceived Social Support and Psychological Well-being between Pregnant Women with Surrogacy, Assisted Reproductive Technology (ART) and Natural Fertility. *J Nursing Educ* 2016; 4(2): 1-10.

23. Golestanibakht THK, Pourshahriari M, Banijamali S. Alzahra: proposed model of subjective wellbeing and happiness in the population of Tehran. 2008. (Master Thesis).
24. Tamanaeefar M, Motaghedifar M. The relationship between self-efficacy and subjective well-being in adolescents. Proceedings of the 6th International Congress of Child and Adolescent Psychiatry; 2013; Tabriz, Iran. (Persian).
25. Seyed Fatemi N, Rezaii M, Giori A, Hoseini F. The effect of prayer on spiritual health of cancer patients. Payesh 2006; 5(4): 295-304 (Persian).
26. Bruwer B, Emsley R, Kidd M, Lochner C, Seedat S. Psychometric properties of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support in youth. Compr Psychiatry 2008; 49(2): 195-201.
27. Salimi A, Jokar B, Nikpoor R. Perceived social support and loneliness as antecedent variables. Psychol Stud 2009; 5(3): 81-102 (Persian).
28. Rambod M, Rafii F. Perceived social support in hemodialysis patients. Iran J Nursing 2009; 22(58): 99-110 (Persian).
29. Alizadeh Z, Ashktorab T, Nikravan MM, Zayeri F. Correlation between perceived social support and self-care behaviors among patients with heart failure. J Health Promot Manage (JHPM) 2014; 3(19): 27-35.
30. Rahimi Z. Evaluation of Perceived Social Support of Patients Undergoing Hemodialysis and Its Relation to Treatment Adherence and Clinical Outcomes in Educational Institutions in West Azerbaijan Province, 2016. The J Urmia Nurs Midwif Fac 2017; 14(11): 952-959 (Persian).
31. Rajabi Gh, Alibazi H, Jamali A, Abasi G. Examine the relationship between self-esteem and social support with mental health in shahid Chamran ahvaz University. Journal of Educational Psychology 2015; 12(21): 83-104 (Persian)
32. Abedi Sh, Foroughan M, Khanjani M, Bakhshi E, Farhadi A. Relationship Between Meaning of Life and Spiritual Well-being in the Older People Residing in Nursing Homes Shemiranat, 2014. Iran J Salmand (sija). 2016; 11(3): 456-465 (Persian).
33. Musa AS, Pevalin DJ, Al Khalaileh MAA. Spiritual well-being, depression, and stress among hemodialysis patients in Jordan. J Holistic Nurs. 2017: 0898010117736686.
34. Loureiro ACT, de Rezende Coelho MC, Coutinho FB, Borges LH, Lucchetti G. The influence of spirituality and religiousness on suicide risk and mental health of patients undergoing hemodialysis. Compr Psychiatry 2018; 80: 39-45.
35. Bennett PN, Weinberg MK, Bridgman T, Cummins RA. The happiness and subjective well being of people on haemodialysis. J Ren Care 2015; 41(3): 156-161.
36. Farhadi A, Barazandeh CS, Mokhtarpour H, Krami K, Daraeezadeh A. Role of social support spiritual well being and self efficiency in predicting the subjective well being of the elderly. Journal of Aging Psychology 2015; 1(2): 23-34 (Persian).
37. Fancourt D, Steptoe A. Community group membership and multidimensional subjective well-being in older age. J Epidemiol Comm Health 2018; 72(5): 376-782.