

نقش واسطه‌ای سازگاری اجتماعی در رابطه سلامت معنوی و شفقت به خود، با رضایت از زندگی در بیماران دیالیزی

سلمان زارعی / استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه لرستان

salman_zareo@yahoo.com

مریم‌السادات زادپور / کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه تهران، ایران، تهران

maryam.zadpor.nurse@gmail.com

دریافت: ۱۳۹۷/۱۰/۱۰ - پذیرش: ۱۳۹۸/۰۲/۲۲

چکیده

بیماری‌های مزمن، تأثیرات زیادی بر فرد بیمار دارد که می‌تواند بر تمام جنبه‌های زندگی فرد و سطح کلی رضایت او از زندگی تأثیر داشته باشد. شناسایی عوامل مؤثر بر رضایت از زندگی این بیماران مهم است. از این رو، هدف این پژوهش بررسی نقش واسطه‌ای سازگاری اجتماعی، در رابطه سلامت معنوی و شفقت به خود، با رضایت از زندگی بود. روش پژوهش همبستگی بود. جامعه آماری بیماران زن دیالیزی بیمارستان‌های طالقانی و لقمان شهر تهران بودند که ۲۴۲ نفر با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. داده‌های با استفاده از مقیاس‌های رضایت از زندگی داینر (SWLS)، شفقت به خود نف (SCS)، سلامت معنوی پالوتزین و الیسون (SWBS) و سازگاری اجتماعی بل (SAS) گردآوری و با استفاده از آزمون همبستگی پیرسون، تحلیل مسیر و آزمون بوت استرپ تحلیل شد. یافته‌ها نشان داد که بین متغیرهای سازگاری اجتماعی، شفقت به خود؛ و سلامت معنوی با رضایت از زندگی، رابطه مثبت و معناداری وجود دارد ($P < 0/01$). همچنین، نتایج آزمون بوت استرپ نشان داد که شفقت به خود بر رضایت از زندگی و سلامت معنوی بر رضایت از زندگی از طریق سازگاری اجتماعی اثر غیرمستقیم معناداری دارد. این پژوهش بر نقش واسطه‌ای سازگاری اجتماعی به‌عنوان یک مکانیسم مهم در رابطه شفقت به خود و سلامت معنوی با رضایت از زندگی تأکید دارد.

کلیدواژه‌ها: سازگاری اجتماعی، رضایت از زندگی، شفقت به خود، سلامت معنوی، بیماران دیالیزی.

بیماری‌های مزمن می‌توانند با ایجاد اختلالات جسمانی، اجتماعی، اقتصادی و... موجب تغییر در ارزیابی بیمار از وضعیت سلامت و کیفیت زندگی خود شوند (روجر، ۲۰۱۳). از جمله این اختلالات، آسیب‌های ناشی از بیماری کلیوی است که موجب بروز مشکلات متعدد می‌شود و آثار خود را به صورت مزمن و پیش‌رونده، بر سایر اندام‌ها به جای می‌گذارد (کویسر و همکاران، ۲۰۱۱). نارسایی مزمن کلیه، یک بیماری با اختلال شدید و غیرقابل برگشت در عملکرد کلیه‌هاست که بر اثر تخریب پیش‌رونده و برگشت‌ناپذیر نفرون‌ها به وجود می‌آید. نتیجه آن، ناتوانی بدن در حفظ تعادل مایعات، الکترولیت‌ها و متابولیسم مواد است (کارسون و همکاران، ۲۰۰۹). در جهان، تعداد بیماران نارسایی مزمن کلیه در پایان سال ۲۰۱۶، حدود ۳۷۳۰۰۰۰ نفر برآورد شده است. با توجه به رشد سالانه تقریباً ۵ درصدی بیماران کلیوی مزمن در دنیا در مقایسه با رشد جمعیت در دنیا (۱/۱ درصد)، این بیماری یکی از معضلات مهم درمانی در تمام کشورهای دنیاست (دهایدان، ۲۰۱۸). میانگین شیوع بیماری مزمن کلیوی در ایران، ۶۸۰ نفر در یک میلیون و بالاتر از میانگین جهانی است. با توجه به تغییرات جمعیتی، اقتصادی و فرهنگی در ایران، پیش‌بینی می‌شود ابتلا به این بیماری شتاب صعودی داشته باشد (ساریزاده و همکاران، ۱۳۹۷). پاتوفیزیولوژی نارسایی مزمن کلیوی، به گونه‌ای است که علاوه بر عوارض جسمانی متعددی که برای بیمار ایجاد می‌کند، پیامدهای روانی و اجتماعی متعددی را نیز به همراه دارد و تغییرات بسیاری را در زندگی روزمره به بیمار تحمیل می‌کند (یونروح و همکاران، ۲۰۰۵). موقعیت شغلی، خانوادگی و اجتماعی بسیاری از این بیماران، به علت دیالیز مکرر، دست‌خوش تغییر می‌گردد که تغییرات ایجادشده بر خلق این افراد تأثیر گذاشته و مواجهه با چالش‌های زندگی را برای ایشان دشوار می‌سازد (ترویدل و همکاران، ۲۰۰۳). به دلیل گستردگی پیامدهای بیماری‌های مزمن بر تمام ساحت‌های زندگی، امروزه اندازه‌گیری سلامت و ارزیابی مداخلات بهداشتی، علاوه بر محاسبه شاخص‌های مرگ، فراوانی و شدت بیماری، به سایر شاخص‌های انسانی مانند رضایت از زندگی نیز توجه دارد (کیمل و همکاران، ۲۰۰۳). رضایت، از شاخص‌های مهمی است که اندازه‌گیری آن در تحقیقات مختلف مربوط به سلامت، لازم و ضروری است (کونگ و همکاران، ۲۰۰۶). رضایت از زندگی، یک عامل مهم پیش‌بینی‌کننده در سلامت روان‌شناختی افراد بخصوص در بیماری‌های مزمن است (یونروح و همکاران، ۲۰۰۵). مراد از «رضایت از زندگی»، نگرش فرد و ارزیابی عمومی نسبت به کلیت زندگی خود، همچون زندگی خانوادگی است (ان جی و ژائو، ۲۰۱۴). رضایت از زندگی، به‌عنوان سطحی از آگاهی فردی یا به عبارت بهتر، ارزیابی شناختی از کیفیت زندگی تعریف شده است. این امر ممکن است یک ارزیابی کلی و جامع را منعکس و به‌عنوان نشانه‌ای بارز از سازگاری موفقیت‌آمیز فرد با تغییر در موقعیت‌های گوناگون زندگی محسوب شود (کوتنر، ۲۰۱۷). مشکلات ناشی از همدیالیز، تغییرات زیادی بر سطح رضایت از زندگی بیماران، با نارسایی مزمن کلیوی ایجاد می‌کند که شامل کاهش کارایی، کاهش توانایی انجام فعالیت‌ها، خستگی و ضعف و انقباض‌های عضلانی متعدد است که در نهایت منجر به ناامیدی به آینده،

بی‌حرکی، کاهش اعتماد به نفس و انزوای اجتماعی این بیماران می‌شود (بیات و همکاران، ۲۰۱۲). در همین راستا، مطالعه *آبراهام و رامچاندران* (۲۰۱۲)، نشان می‌دهد که رضایت از زندگی در بیمارانی که تحت درمان با دیالیز قرار گرفته‌اند، در مقایسه با افراد عادی جامعه، به میزان قابل ملاحظه‌ای پایین‌تر است. همچنین، نتایج مطالعات مختلف نشان می‌دهد که سطح رضایت از زندگی بیماران دیالیزی، به دلیل سطح استرس بالا (جوشی، ۲۰۱۴)، کاهش کیفیت زندگی جنسی (فینکلستین و فینکلستین، ۲۰۱۴)، فاصله گرفتن از سرگرمی‌های لذت‌بخش (یورگنسن و همکاران، ۲۰۰۶) و پیدایش خلق افسرده (کیوکور و همکاران، ۲۰۱۴) تحت تأثیر قرار می‌گیرد. لذا، با توجه به تعداد و تنوع مشکلاتی که رضایت از زندگی افراد مبتلا به بیماری کلیوی را تحت تأثیر قرار می‌دهد، بررسی پیشایندهای افزایش‌دهنده رضایت از زندگی، در بین این بیماران در جهت افزایش سازگاری با بیماری ضروری است. وینهون (۱۹۹۵)، در مدل نظری رضایت از زندگی خود، که اساس پژوهش حاضر است، عوامل اصلی تأثیرگذار بر رضایت از زندگی را در سه دسته قابلیت‌ها و توانایی‌های شخصیتی (مانند: تاب‌آوری روان‌شناختی، عاطفه‌مندی مثبت و منفی، شفقت به خود، منبع کنترل)، عوامل اجتماعی و محیطی (مانند: شانس‌های زندگی، کیفیت جامعه، سازگاری اجتماعی، حمایت اجتماعی، امنیت اجتماعی) و تجارب لذت‌بخش و متعالی (مانند: ظرفیت لذت بردن، خودآگاهی معنوی، سلامت معنوی، اعتقادات و اعمال مذهبی) تقسیم می‌کند. در همین راستا، مرور ادبیات پژوهش همسو با مدل علی رضایت از زندگی وینهون (۱۹۹۵)، نشان می‌دهد که رضایت از زندگی، از سازگاری اجتماعی (دنور، ۱۹۸۲؛ رویز و همکاران، ۲۰۱۱)، خودشفقت ورزی (یوسال، ۲۰۱۴؛ میولازیم و الدلکیولوگلو، ۲۰۱۶) و سلامت معنوی (تیت و فرچمیر، ۲۰۰۲؛ شرجاباد و همکاران، ۲۰۱۷) تأثیر می‌پذیرد.

در این میان، براساس مدل علی رضایت از زندگی وینهون (۱۹۹۵) و مبانی پژوهشی مطرح‌شده، یکی از متغیرهای پژوهش حاضر، که از طبقه تجارب لذت‌بخش و متعالی مورد بررسی قرار می‌گیرد، سلامت معنوی است. سلامت معنوی، از اجزا مهم مراقبت‌های حمایتی در بیماران دیالیزی بوده و به‌عنوان یکی از منابع بالقوه بهداشت روان و یکی از سازوکارهای سازگاری با عوامل استرس‌زا به‌شمار می‌رود که منجر به کاهش استرس، احساس کنترل بر بیماری، حفظ امید و احساس معنی و هدف در زندگی می‌گردد (مارتینز و کاستدیو، ۲۰۱۴). سلامت معنوی، شامل دو بعد سلامت مذهبی و سلامت وجودی است (فینکلستین و همکاران، ۲۰۰۷). سلامت مذهبی، شامل ادراکات شخصی از سلامت زندگی معنوی، در ارتباط با یک قدرت متعالی است. سلامت وجودی، بر نگرانی‌های اجتماعی و روانی و چگونگی ارتباط فرد با خود، جامعه و محیط متمرکز است. ارتباط بین سلامت معنوی، مراقبت بهداشتی و پیامدهای بالینی، در مطالعات بسیاری مشخص شده است. *شاهقلیان و یوسفی* (۲۰۱۵)، در پژوهشی با هدف تبیین مفهوم حمایت از دیدگاه بیماران دیالیزی، دریافتند که از نظر این بیماران، تقویت معنویات یکی از مفاهیم حمایتی بوده و مراقبت‌های معنوی تأثیر مهمی بر سازگاری بیماران، با شرایط ناشی از بیماری و در نتیجه، ارتقای رضایت از زندگی دارد. در همین زمینه، پوتر و پری (۲۰۰۳) عنوان می‌کنند که سلامت

معنوی از طریق ارتقای توانایی بیماران برای مقابله با شرایط جسمی، روانی، اجتماعی و اقتصادی ناشی از بیماری، به سرعت بهبودی بیماران و ارتقا کیفیت زندگی آنان کمک می‌کند. در این رابطه، انصاری و همکاران (۱۳۹۷)، در پژوهشی نشان دادند که سلامت معنوی می‌تواند میزان قابل توجهی از واریانس بهزیستی ذهنی بیماران تحت همودایالیز را پیش‌بینی کند. سایر مطالعات نیز نشان دادند که هرچه بیماران دیالیزی معنویت خود را تقویت کنند و از سطح سلامت معنوی بالاتری برخوردار باشند، به نسبت از رضایت از زندگی بالاتری برخوردار هستند (فولادوندی و همکاران، ۱۳۹۴؛ اشرفی و همکاران، ۱۳۹۳؛ اوتاوایی و همکاران، ۲۰۱۴). در مجموع، براساس مبنای پژوهشی مطرح‌شده و نظریه روان‌شناسی مثبت سلینگمن (۲۰۰۲)، که معنویت را یکی از توانایی‌های مهم انسان در شاد بودن و رضایت کلی از زندگی می‌داند و گرایش و سلامت معنوی نقش اساسی در پیشگیری از اختلالات شایع روانی، از جمله افسردگی و اضطراب دارد، وارد کردن سلامت معنوی به‌عنوان یکی از پیشایندهای مؤثر بر رضایت از زندگی مهم و ضروری است.

براساس مدل علی رضایت از زندگی وینیهوون (۱۹۹۵)، دیگر طبقه تأثیرگذار بر رضایت از زندگی قابلیت‌ها و توانایی‌های شخصیتی افراد است که در پژوهش حاضر، شفقت به خود مورد بررسی قرار می‌گیرد. شفقت به خود، به‌عنوان کیفیت در تماس بودن با رنج‌ها و آسیب‌های خود و احساس کمک کردن برای رفع مشکلات خود تعریف می‌شود که با مؤلفه‌های مثبت روان‌شناختی، همانند نوع‌دوستی، مهربانی و شادی همراه است (مکبث و گیوملی، ۲۰۱۲). شفقت به خود، از طریق فراهم آوردن منابع مقابله‌ای مؤثر برای مواجهه با رویدادهای منفی، ناشی از بیماری‌های مزمن به افراد کمک می‌کند تا سلامت خود را به‌طور مؤثرتری حفظ کنند (برینس و همکاران، ۲۰۱۴). در این راستا، کلی (۲۰۱۴) مطرح می‌کند که داشتن یک نگرش دلسوزانه نسبت به خود، برای بیماران، جهت اجتناب از شرایط سخت بیماری و داشتن زندگی با کیفیت لازم است. مطالعات نشان می‌دهد که شفقت به خود، در برابر استرس‌های محیطی موجب واکنش‌های متعادل‌تری می‌شود (برینس و چن، ۲۰۱۲). افرادی که نسبت به خود شفقت بالاتری دارند افسردگی، اضطراب و نشخوار ذهنی کمتری را در موقعیت‌های چالش‌برانگیز مانند دوران بیماری مزمن را تجربه می‌کنند و از رضایتمندی بیشتری در زندگی خود برخوردار هستند (واندام و همکاران، ۲۰۱۱). همچنین، مطالعات نشان داده‌اند افرادی که شفقت به خود بالایی دارند، در مقایسه با افرادی که شفقت به خود کمتری دارند، سلامت روان‌شناختی بیشتری نشان می‌دهند؛ زیرا در آنها درد گریزناپذیر و احساس شکستی، که همه افراد تجربه می‌کنند، به‌وسیله یک سرزنش خود بی‌رحمانه، احساس انزوا و همانندسازی افراطی با افکار و هیجان‌ها استمرار نمی‌یابد (نف، ۲۰۰۳؛ نف و همکاران، ۲۰۰۷). سایر پژوهش‌ها نشان می‌دهند، بیماران با میزان شفقت به خود بالا شادی، خوش‌بینی و تاب‌آوری بیشتری را گزارش می‌هند و در این افراد، شفقت به خود با احساساتی چون پیوند اجتماعی و رضایت از زندگی مرتبط است (بیکر و مکتولتی، ۲۰۱۱). در مجموع، براساس مبنای پژوهشی و نظریه توسعه و ساخت عواطف مثبت فردریکسون (۲۰۰۱)، که بیان می‌دارد شفقت به خود، به‌عنوان یکی

از مهم‌ترین منابع به‌دست‌آمده از عواطف مثبت می‌تواند با افزایش احساس کفایت افراد در مواجهه با یک چالش و ایجاد ظرفیت برای دریافت و انتقال حمایت عاطفی به کسب رضایت بیشتر افراد از موقعیت‌های مختلف زندگی کمک کند، وارد کردن شفقت به خود، به‌عنوان یکی از پیشایندهای مؤثر بر رضایت از زندگی مهم و ضروری است.

براساس مدل علی رضایت از زندگی وینیهوون (۱۹۹۵)، دیگر طبقه تأثیرگذار بر رضایت از زندگی عوامل محیطی و اجتماعی است که در پژوهش حاضر سازگاری اجتماعی مورد بررسی قرار می‌گیرد. سازگاری، به‌عنوان یک متغیر روانی - اجتماعی، شرایط یا حالتی است که در آن، فرد با نیازهای فرهنگ یا جامعه‌ای که به آن تعلق دارد، منطبق می‌شود و احساس می‌کند که نیازهایش ارضا شده‌اند، یا ارضا خواهند شد (گرای و همکاران، ۲۰۱۳). سازگاری اجتماعی، یکی از سازوکارهای مؤثر در مدیریت مشکلات ناشی از بیماری مزمن است (کوهن، ۲۰۰۴). منظور از «سازگاری اجتماعی»، در بیماران مزمن برخورداری از نگرش‌ها و عملکردهایی است که بیماران را در جهت ابقا سلامت، تندرستی، احساس خوشبختی و غلبه بر استرس‌های بیماری یاری می‌کند (هوسپلان و مزلوژی، ۲۰۰۹). طولانی بودن مدت درمان و مشکلات عدیده بیماران کلیوی، به مرور زمان با محدودیت‌های فعالیت‌های روزانه و تغییر در شیوه زندگی و نیازهای مختلف بیماران و از طرفی، افزایش وابستگی و نیاز به دیگران، منجر به کاهش اعتماد به نفس بیمار می‌شود (واسیلیکی و همکاران، ۲۰۰۹). در این خصوص، *واژکوز* و همکاران (۲۰۰۳)، عنوان می‌کنند سازگاری اجتماعی در بیماران دیالیزی، نقش اساسی در ارتقای سلامت جسمی و روانی فرد، سازگاری ایشان با محیط خانوادگی و اجتماعی داشته، موجب برقراری تعاملات مناسب با اطرافیان می‌گردد. همچنین، *آلورانی و آلرادی* (۲۰۱۸)، در پژوهش خود مطرح می‌کنند که افراد بهره‌مند از سازگاری اجتماعی، اعتماد به نفس بالاتری داشته و رضایت بیشتری از زندگی خود، در ابعاد مختلف دارند. در این رابطه، *رامبد و رفیعی* (۲۰۱۰)، در پژوهشی نشان دادند که سازگاری اجتماعی، مهارت‌های حل مسئله اجتماعی و حمایت اجتماعی ادراک‌شده با سطح رضایت و کیفیت زندگی بیماران دیالیزی، رابطه معناداری دارد. سایر پژوهش‌ها نیز نشان دادند که هرچه بیماران مهارت‌های بیشتری برای سازگاری با محیط اجتماعی داشته باشند، به نسبت از سطح بالاتری از رضایت زندگی برخوردار هستند (الآرابی، ۲۰۰۳؛ کیمل، ۲۰۰۰). در مجموع، براساس مبانی پژوهشی مطرح‌شده و نظریه نابرابری‌های اجتماعی کریسبرگ (۱۹۹۸؛ انصاری و همکاران، ۱۳۹۷) که عنوان می‌کند منشأ اساسی نارضایتی افراد در موقعیت‌های مختلف زندگی از ناسازگاری افراد در زندگی اجتماعی ناشی می‌شود، وارد کردن سازگاری اجتماعی به‌عنوان یکی از پیشایندهای مؤثر بر رضایت از زندگی، مهم و ضروری است.

در خصوص، نقش واسطه‌ای سازگاری اجتماعی در رابطه بین سلامت معنوی و رضایت از زندگی، می‌توان به نظریه روان‌شناسی مثبت *سلیگمن* (۲۰۰۲) استناد کرد که مطرح می‌کند افراد از طریق اعمال معنوی و ارتقای معنویت در زندگی، می‌توانند ارتباط با خود و دیگران را تقویت کنند و در برخورد با نامایمات زندگی، سازگاری می‌تواند از نتایج معنویت باشد. در همین راستا، *کاکس و ورهاگن* (۲۰۱۱)، در مطالعات خود بیان می‌کنند که

سلامت معنوی به‌عنوان یک استرژمی مقابله‌ای، می‌توان به سازگاری افراد با شرایط دشوار اجتماعی کمک کند. همچنین، نتایج پژوهش‌های مک کالو و ویلوگی (۲۰۰۹)، براون (۲۰۱۲)، رودریگز و هندرسون (۲۰۱۳)، تأکیدی بر رابطه معنادار سلامت معنوی و سازگاری اجتماعی است. از این‌رو، براساس مطالب مطرح‌شده، می‌توان فرض میانجیگری سازگاری اجتماعی در رابطه بین سلامت معنوی با رضایت از زندگی را عنوان کرد. همچنین سازگاری اجتماعی در رابطه بین شفقت به خود و رضایت از زندگی، میانجیگری می‌کند. در همین راستا، براساس نظریه شفقت به خود نف (۲۰۰۳)، که عنوان می‌کند شفقت به خود، علاوه بر آنکه فرد را در مقابل حالات روانی منفی محافظت می‌کند، در تقویت حالات هیجانی مثبت مانند پیوند اجتماعی نیز نقش دارد. لذا شفقت به خود، می‌تواند از طریق کمک به ارضای نیاز به برقراری ارتباط و افزایش سازگاری اجتماعی، به رضایت از زندگی افراد کمک کند. در همین زمینه، نتایج پژوهش آکین و آکین (۲۰۱۵)، نشان می‌دهد که انزوا به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های شفقت به خوددوری، به طور منفی پیش‌بینی‌کننده سازگاری اجتماعی است و ذهن آگاهی، به‌عنوان مؤلفه دیگر شفقت به خود، به طور مثبت سازگاری اجتماعی را پیش‌بینی می‌کند. همچنین، ژانگ و چن (۲۰۱۷) بیان کرده که شفقت به خود، در سازگاری مثبت افراد مؤثر است. افرادی که نسبت به خود شفقت بیشتری دارند، در شکست روابط خود با سازگاری بیشتری عمل می‌کنند. علاوه بر این، یافته‌های نف و برات واس (۲۰۱۳)، تأکیدی بر رابطه بین شفقت به خود و سازگاری است. از این‌رو، براساس مطالب مطرح‌شده می‌توان، فرض میانجیگری سازگاری اجتماعی در رابطه بین شفقت به خود، با رضایت از زندگی را عنوان کرد.

در مجموع، با توجه به تغییراتی که در ابعاد گوناگون زندگی بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیوی ممکن است ایجاد شود، در راستای ارتقا مراقبت‌های پرستاری کل‌نگر، علاوه بر بعد فیزیولوژیک، اهتمام بر سایر ابعاد سلامت، بخصوص ابعاد روان‌شناختی می‌تواند نقش مهمی در ارتقای سطح رضایت از زندگی این بیماران داشته باشد. با عنایت به اینکه در مبانی نظری پژوهش، ارتباط این متغیرها به صورت جداگانه با هم مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته و در زمینه تعامل این متغیرها، تا کنون پژوهشی صورت نگرفته است، این پژوهش در نظر دارد تا صرفاً از سه جنبه سلامت معنوی، شفقت به خود و سازگاری اجتماعی، به رضایت از زندگی بیماران دیالیزی بنگرد. از این‌رو، در این پژوهش سعی شده در قالب یک مدل نقش واسطه‌ای سازگاری اجتماعی، در رابطه سلامت معنوی و شفقت به خود، با رضایت از زندگی در بیماران دیالیزی، به محک آزمون گذاشته شود و براین اساس، فرضیه‌های ذیل مطرح می‌شود:

۱. سلامت معنوی، بر رضایت از زندگی اثر مثبت مستقیم دارد.
۲. شفقت به خود، بر رضایت از زندگی اثر مثبت مستقیم دارد.
۳. سازگاری اجتماعی، بر رضایت از زندگی اثر مثبت مستقیم دارد.
۴. سلامت معنوی، از طریق سازگاری اجتماعی بر رضایت از زندگی اثر غیرمستقیم دارد.
۵. شفقت به خود، از طریق سازگاری اجتماعی بر رضایت از زندگی اثر غیرمستقیم دارد.

روش پژوهش

این پژوهش، توصیفی و از نوع همبستگی است که با استفاده مدل‌یابی تحلیل مسیر انجام شد. جامعه آماری پژوهش، بیماران دیالیزی زن مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های طالقانی و لقمان شهر تهران، در سال ۱۳۹۶ بود. برای نمونه‌گیری، از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. برای تعیین حجم نمونه، متناسب با مدل‌یابی تحلیل مسیر براساس دیدگاه کلارین (۲۰۱۱)، در تحلیل مسیر برای تعیین حجم نمونه، $2/5$ تا 5 برابر تعداد ماده‌ها کفایت می‌کند. از این رو، براساس این دیدگاه، با وجود ۸۳ ماده در پژوهش حاضر و با بیش برآورد برای جبران ریزش احتمالی، تعداد ۲۵۰ نفر به‌عنوان نمونه نهایی انتخاب شد. ملاحظات اخلاقی، شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت گردید. در ادامه، شرح ابزارهای مورد استفاده به تفصیل آمده است.

مقیاس رضایت از زندگی: این مقیاس توسط داینر و همکاران، در سال ۱۹۸۵ برای سنجش میزان رضایت کلی از زندگی تهیه شده است. این مقیاس در پنج سؤال تدوین شده است. برای پاسخ‌گویی به سؤالات پرسش‌نامه یک مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای (کاملاً مخالفم = ۱ تا کاملاً موافقم = ۷) به کار گرفته می‌شود که حداقل نمره آن، ۵ و حداکثر نمره آن، ۳۵ است. براساس گزارش داینر و همکاران (۱۹۸۵)، پرسش‌نامه از روایی و همسانی درونی بالایی برخوردار است، به ترتیبی که آلفای کرونباخ آن برابر با $0/78$ و پایایی بازآزمایی، با فاصله دو ماه $0/82$ گزارش شده است. در پژوهش گیلیسن و همکاران (۲۰۰۸)، اعتبار این ابزار $0/86$ گزارش شده است. بیانی و همکاران (۱۳۸۶)، در پژوهشی به هنجاریابی این پرسش‌نامه در ایران پرداخته‌اند و اعتبار این ابزار را از طریق آلفای کرونباخ $0/83$ و از طریق بازآزمایی $0/75$ و همچنین روایی سازه $0/79$ را گزارش کردند. در این پژوهش، اعتبار مقیاس به روش آلفای کرونباخ $0/67$ به دست آمد.

مقیاس شفقت به خود: این مقیاس توسط نف در سال ۲۰۰۳، به منظور اندازه‌گیری میزان شفقت به خود افراد تدوین شده که شامل ۲۶ ماده است و پاسخ‌ها در آن، در یک دامنه پنج درجه‌ای لیکرت از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) قرار می‌گیرند. این مقیاس، سه مؤلفه ۲ قطبی را در قالب ۶ زیرمقیاس مهربانی با خود، قضاوت خود، ذهن آگاهی، همانندسازی فزاینده، اشتراکات انسانی و انزوا اندازه می‌گیرد. روایی این ابزار توسط نف (۲۰۰۳)، مناسب ارزیابی شده و اعتبار آن توسط او $0/91$ گزارش شده است. خسروی و همکاران (۱۳۹۲)، اعتبار این مقیاس را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برابر با $0/76$ و روایی سازه این مقیاس را $0/84$ گزارش کرده‌اند. در این پژوهش، اعتبار مقیاس به روش آلفای کرونباخ $0/71$ به دست آمد.

مقیاس سلامت معنوی: این مقیاس توسط لیسون و پالاتریان در سال ۱۹۸۲، ساخته شده که شامل ۲۰ سؤال و دو خرده‌مقیاس سلامت مذهبی و سلامت وجودی می‌شود. سؤال‌های فرد مقیاس مربوط به خرده‌مقیاس، سلامت مذهبی است و میزان توجه فرد از رابطه رضایت‌بخش با خدا را می‌سنجد. سؤال‌های زوج، مربوط به خرده‌مقیاس سلامت وجودی است که احساس هدف‌مندی و رضایت از زندگی را می‌سنجد. پاسخ‌گویی به سؤال‌ها براساس

مقیاس لیکرت، شش درجه‌ای از کاملاً موافقم (۱) تا کاملاً مخالفم (۶) است (الیسون و همکاران، ۱۹۹۱). در پژوهش آلورانی و آلراداید (۲۰۱۸)، اعتبار این ابزار برابر ۰/۸۱ گزارش شده است. یوسفی و همکاران (۱۳۹۸)، اعتبار پرسش‌نامه سلامت معنوی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ را برای کل مقیاس برابر با ۰/۸۸ گزارش کردند. در این پژوهش، اعتبار مقیاس به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۹ به دست آمد.

مقیاس سازگاری اجتماعی: این مقیاس توسط بل در سال ۱۹۶۱، ساخته شده است؛ که دارای ۳۲ گویه می‌باشد. مقیاس سازگاری اجتماعی، به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های آن دارای نمره کل آزمون ۳۲ است و گزینه‌های آن، براساس طیف سه درجه‌ای لیکرت عبارت است از: «بله»، «خیر» و «نمیدانم». در پژوهش اودی، کافلان، تیرمن و جنکینس (۱۹۸۵)، اعتبار این مقیاس براساس ضریب آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۲ گزارش شده است. افلاک سیر و همکاران (۱۳۹۴) پس از تأیید روایی این مقیاس در بین بیماران مبتلا به دیابت در ایران، ضریب اعتبار به روش بازآزمایی را برابر ۰/۷۹ گزارش کردند. در این پژوهش، نیز اعتبار مقیاس به روش آلفای کرونباخ ۰/۶۶۱ به دست آمد.

یافته‌ها پژوهش

پس از اجرای پرسش‌نامه‌ها، تعداد ۸ پرسش‌نامه به علت مخدوش بودن از روند پژوهش حذف شد و داده‌های مربوط به ۲۴۲ نفر مورد تحلیل قرار گرفت. بررسی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، نشان داد که میانگین سنی بیماران دیالیزی زن گروه نمونه، برابر ۴۶/۵۹ با انحراف استاندارد ۱۳/۸۸۲ بود که در دامنه سنی ۱۸ تا ۷۴ سال قرار داشتند. همچنین، میانگین مدت بیماری گروه نمونه ۳/۳۴ سال با انحراف استاندارد ۳/۵۶۵ بود که مدت بیماری افراد، بین یک تا ۲۰ سال بود. همچنین، ۱۷۴ نفر (۷۱/۹ درصد) از گروه نمونه را زنان متأهل تشکیل و ۶۸ نفر (۲۸/۱ درصد) از گروه نمونه نیز مجرد بودند. در جدول زیر، به بررسی توصیفی نمرات آزمودنی‌ها در پرسش‌نامه‌ها پرداخته می‌شود.

جدول ۱: شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیرها	میانگین	انحراف استاندارد	حداقل	حداکثر	کجی	کشیدگی
رضایت از زندگی	۲۰/۸۲	۵/۷۸۵	۶	۳۵	-۰/۳۳۸	-۰/۰۱۵
سازگاری اجتماعی	۱۸/۰۹	۴/۷۶۷	۳	۳۰	-۰/۱۲۴	۰/۲۹۳
شفقت به خود	۷۹/۷۳	۹/۰۶۶	۵۶	۱۱۰	۰/۱۰۰	۰/۵۵۵
سلامت معنوی	۸۱/۰۲	۴/۹۰۵	۵۲	۱۲۰	۰/۵۱۷	-۰/۱۶۳

نتایج جدول (۱) نشان می‌دهد که میانگین رضایت از زندگی بیماران دیالیزی برابر ۲۰/۸۲ است که نزدیک به نمره متوسط ابزار (دامنه ۵ تا ۳۵ و نمره متوسط ۲۰) است. میانگین سازگاری اجتماعی بیماران نیز برابر ۱۸/۰۹ است که بالاتر از نمره متوسط ابزار است (دامنه صفر تا ۳۲ و نمره متوسط ۱۶). این جدول نتایج نشان می‌دهد که میانگین شفقت به خود و سلامت معنوی بیماران دیالیزی، به ترتیب برابر ۷۹/۷۳ و ۸۱/۰۲ است. همچنین، نشان می‌دهد

هیچ‌یک از متغیرهای پژوهش انحراف جدی از توزیع بهنجار ندارند. براساس دیدگاه کلاین (۲۰۰۷)، کجی توزیع نمره‌ها در دامنه (۲ و -۲) و کشیدگی در دامنه (۳ و -۳) را می‌توان بهنجار فرض کرد، توزیع داده‌های هیچ‌یک از متغیرهای پژوهش، از این دامنه‌ها تخطی نکرده است، بنابراین، می‌توان توزیع داده‌ها را بهنجار فرض کرد. برای آزمون فرضیه‌های پژوهش، از آزمون تحلیل مسیر استفاده شد. پیش از اجرای این آزمون، از برقراری مفروضه‌های اساسی آن (حجم نمونه، بهنجاری توزیع داده‌ها، داده‌های پرت، آزمون کرویت و هم‌خطی چندگانه) اطمینان حاصل شد. بهنجاری توزیع داده‌ها در جدول (۱) مورد بررسی قرار گرفت. برای حجم نمونه، اغلب مؤلفان نمونه بالاتر از ۲۰۰ نفر را برای معادلات ساختاری مناسب دانسته‌اند. براین اساس، حجم نمونه (۲۴۲ نفر) انتخاب شد. افزون بر این شاخص کیسر میر / اولکین (KMO)، برابر ۰/۶۹۰ به دست آمد که بیانگر کفایت حجم این نمونه است. نتایج آزمون کرویت بارتلت (Bartlett's Test of Sphericity) ($\chi^2=5216/313$ و $sig=0/000$) نیز بیانگر برقراری مفروضه همانی نبودن ماتریس همبستگی بین ماده‌هاست. هم‌خطی چندگانه بین متغیرهای پژوهش، مفروضه دیگر آزمون تحلیل مسیر است که با استفاده از شاخص تحمل و عامل تورم واریانس مورد بررسی قرار گرفت. نتایج حاصل از بررسی هم‌خطی چندگانه، در جدول (۲) نشان می‌دهد که شاخص تحمل و عامل تورم واریانس، در دامنه پذیرش قرار دارند. دامنه پذیرش شاخص تحمل، بزرگتر از ۰/۱۰ و عامل تورم واریانس، کمتر از ۱۰ است. بنابراین، بین متغیرهای پژوهش هم‌خطی چندگانه وجود ندارد.

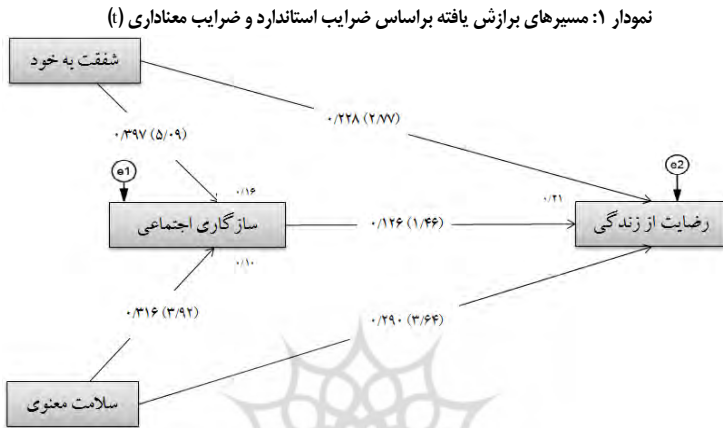
جدول ۲: ماتریس همبستگی متغیرها و بررسی هم‌خطی چندگانه متغیرهای پیش بین

شاخص‌های آماری متغیرها	ضرایب همبستگی				شاخص‌های هم‌خطی چندگانه
	(۱)	(۲)	(۳)	(۴)	
(۱) سازگاری اجتماعی	۱				عامل تورم واریانس ۱/۲۸۲
(۲) شفقت به خود	۰/۳۹۷*	۱			آماره تحمل ۰/۷۸۰
(۳) سلامت معنوی	۰/۳۱۶*	۰/۱۷۷*	۱		عامل تورم واریانس ۱/۱۹۱
(۴) رضایت از زندگی	۰/۳۰۷*	۰/۳۲۸*	۰/۳۶۹*	۱	آماره تحمل ۰/۸۹۷
					عامل تورم واریانس -

* < ۰/۰۵P

جدول (۲) به ماتریس همبستگی متغیرها می‌پردازد. نتایج نشان می‌دهد که بین رضایت از زندگی، با سازگاری اجتماعی ($P < 0/001$ و $r = 0/307$)، بین رضایت از زندگی با شفقت به خود ($P < 0/001$ و $r = 0/328$) و بین رضایت از زندگی با سلامت معنوی ($P < 0/001$ و $r = 0/369$)، رابطه مثبت معنادار وجود دارد. همچنین، سازگاری اجتماعی با شفقت به خود ($P < 0/001$ و $r = 0/397$) و سلامت معنوی ($P < 0/001$ و $r = 0/316$)، رابطه مثبت معنادار دارد. با توجه به تأیید ارتباط معنادار بین متغیرهای پژوهش (رضایت از زندگی، سازگاری اجتماعی، شفقت به خود و سلامت معنوی) با یکدیگر، امکان بررسی نقش واسطه‌ای سازگاری اجتماعی در

ارتباط بین شفقت به خود و سلامت معنوی، با رضایت از زندگی فراهم است. در ادامه، برای اطمینان یافتن از وجود یا عدم وجود رابطه متغیرهای پیش‌بین، با متغیر وابسته و همچنین، بررسی تناسب داده‌های مشاهده شده با مدل پژوهش و بررسی برازش مدل از تحلیل مسیر استفاده شد. نمودار (۱)، مدل پژوهش براساس ضرایب استاندارد شده و ضرایب t را نشان می‌دهد.



جدول ۳: شاخص‌های نیکویی برازش الگوی آزمون شده پژوهش

شاخص‌های برازش مطلق و تطبیقی			
CFI	ACFI	GFI	شاخص
۰/۹۶	۰/۹۰	۰/۹۱	مقدار به دست آمده
بیشتر از ۰/۹۰	بیشتر از ۰/۸۰	بیشتر از ۰/۹۰	حد قابل پذیرش
شاخص‌های برازش تعدیل یافته			
RMSEA	PNFI	χ^2/df	شاخص
۰/۰۲	۰/۸۱	۱/۱۵۳	مقدار به دست آمده
کمتر از ۰/۰۸	بیشتر از ۰/۶۰	کمتر از ۳	حد قابل پذیرش

پیش از تحلیل نتایج آزمون تحلیل مسیر، به بررسی شاخص‌های برازش مدل پرداخته می‌شود. نتایج جدول (۳) نشان می‌دهد که تمامی شاخص‌های برازش به دست آمده از مطلوبیت بالایی برخوردارند؛ زیرا مطابق دیدگاه کلاین (۲۰۰۷) در خصوص مهم‌ترین شاخص‌های مربوط به برازش مدل، نسبت χ^2/df دو به دو به درجه آزادی (χ^2/df)، کمتر از ۳، شاخص برازش تطبیقی (CFI)، و شاخص نیکویی برازش (GFI)، بزرگتر از ۰/۹۰ و ریشه میانگین مجذور خطا (RMSEA)، کمتر از ۰/۰۸ نشانگر برازش مطلوب است. از این رو، شاخص‌های به دست آمده نشان می‌دهند که داده‌ها، با مدل مفهومی مدنظر پژوهش برای روابط متغیرهای برازش دارد. در ادامه، ضرایب نتایج تحلیل مسیرهای مستقیم و غیرمستقیم مدل ارائه شده در جداول (۴) و (۵) منعکس می‌شود.

جدول ۴: اثرات مستقیم، غیرمستقیم، کل و واریانس تبیین شده متغیرها

مسیرها	اثر مستقیم	اثر غیرمستقیم	اثر کل	واریانس تبیین شده
بر سازگاری اجتماعی از سلامت معنوی	۰/۳۱۶**	-	۰/۳۱۶	۰/۱۰۱
بر سازگاری اجتماعی از شفقت به خود	۰/۳۹۷**	-	۰/۳۹۷	۰/۱۵۷
بر رضایت از زندگی از سازگاری اجتماعی	۰/۱۲۶*	-	۰/۱۲۶	۰/۲۱۴
سلامت معنوی	۰/۲۹۰**	۰/۰۹۱*	۰/۳۸۱	
شفقت به خود	۰/۲۲۸**	۰/۰۹*	۰/۳۱۸	

$$P < ۰/۰۱ ** \quad P < ۰/۰۵ *$$

بر اساس مسیرهای آزمون شده در مدل و نتایج جدول (۴) مشاهده می‌شود که اثر مستقیم شفقت به خود، بر سازگاری اجتماعی ($\beta = ۰/۳۹۷$ ، $C.R = ۵/۰۹۳$ و $P < ۰/۰۰۱$)، مثبت و معنادار است. این متغیر قادر است ۱۵ درصد از واریانس سازگاری اجتماعی را در بین بیماران تبیین کند. اثر مستقیم سلامت معنوی بر سازگاری اجتماعی ($\beta = ۰/۳۱۶$ ، $C.R = ۳/۹۲۹$ و $P < ۰/۰۰۱$)، مثبت و معنادار است. این متغیر قادر به پیش‌بینی ۱۰ درصد از واریانس سازگاری اجتماعی در بین بیماران است. همچنین، نتایج نشان داد که اثر مستقیم شفقت به خود، بر رضایت از زندگی ($\beta = ۰/۲۲۸$ ، $C.R = ۲/۷۷۶$ و $P < ۰/۰۰۱$)، مثبت و معنادار است. اثر مستقیم سلامت معنوی بر رضایت از زندگی ($\beta = ۰/۲۹۰$ ، $C.R = ۳/۶۴۸$ و $P < ۰/۰۰۱$)، نیز مثبت معنادار است و اثر مستقیم سازگاری اجتماعی بر رضایت از زندگی ($\beta = ۰/۱۲۶$ ، $C.R = ۲/۱۷۹$ و $P < ۰/۰۵$)، مثبت و معنادار است. همچنین، نتایج نشان می‌دهد که متغیرهای سازگاری اجتماعی، شفقت به خود و سلامت معنوی، توانایی تبیین ۲۱ درصد از واریانس رضایت از زندگی بیماران دیالیزی را دارند. برای بررسی معناداری مسیرهای غیرمستقیم از آزمون بوت استرپ استفاده شد که نتایج در جدول زیر ارائه شده است.

جدول ۵: نتایج بوت استرپ برای مسیرهای غیرمستقیم الگو

مسیر	اثر غیرمستقیم	حد بالا	حد پایین	معنی‌داری
سلامت معنوی به رضایت از زندگی از طریق سازگاری اجتماعی	۰/۰۹۱	۰/۱۳	۰/۰۶	۰/۰۲
شفقت به خود به رضایت از زندگی از طریق سازگاری اجتماعی	۰/۰۹	۰/۰۷	۰/۰۳	۰/۰۳

با توجه به جدول (۵)، ملاحظه می‌شود که سازگاری اجتماعی در رابطه بین سلامت معنوی و رضایت از زندگی، نقش واسطه‌ای دارد که ضریب بتای مسیر غیرمستقیم، برابر $\beta = ۰/۰۹۱$ است. با توجه به اینکه حد پایین فاصله اطمینان، $۰/۰۶$ و حد بالای آن $۰/۱۳$ است و صفر بیرون از این فاصله قرار دارد، این رابطه واسطه‌ای در سطح

$p < 0/05$ معنادار است و فرضیه چهارم پژوهش تأیید می‌شود. همچنین، ملاحظه می‌شود که سازگاری اجتماعی در رابطه بین شفقت به خود و رضایت از زندگی، نقش واسطه‌ای دارد که ضریب بتای مسیر غیرمستقیم برابر $\beta = 0/09$ است. با توجه به اینکه حد پایین فاصله اطمینان $0/03$ و حد بالای آن $0/08$ است و صفر بیرون از این فاصله قرار دارد، این رابطه واسطه‌ای، در سطح $p < 0/05$ معنادار است و فرضیه پنجم پژوهش تأیید می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش، با هدف بررسی نقش واسطه‌ای سازگاری اجتماعی، در رابطه بین سلامت معنوی و شفقت به خود، با رضایت از زندگی در بین بیماران دیالیزی انجام شد. نتایج بررسی فرضیه اول نشان داد که بین سلامت معنوی و رضایت از زندگی، رابطه مثبت معناداری وجود دارد و سلامت معنوی، بر رضایت از زندگی اثر مستقیم دارد. نتایج این بخش از پژوهش، با نتایج شاهقلیان و یوسفی (۲۰۱۵)، انصاری و همکاران (۱۳۹۷) و فولادوندی و همکاران (۱۳۹۴) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت: زندگی افراد در فرهنگ ایرانی - اسلامی موجب درهم‌تنیدگی باورهای معنوی با زندگی آنها شده، به‌گونه‌ای که دور ماندن از این باورها و عقاید موجب می‌شود که فرد دچار کشمکش‌های درونی، احساس پوچی، یاس، بی‌هدفی، نارضایتی و ناامیدی بیشتر، در برابر بحران‌های زندگی از قبیل بیماری شود و نتواند محرومیت‌ها و ناملایمات زندگی را تحمل کند. در نتیجه، رضایت او از زندگی کاهش یابد. درحالی‌که یک باور مذهبی و معنوی قوی، می‌تواند این مشکلات را حل کند و زمینه‌های رضایت از زندگی را نیز برای فرد تأمین کند (اشرفی و همکاران، ۱۳۹۳). در تبیین موارد مطرح‌شده، اوتانویانی و همکاران (۲۰۱۴)، عنوان می‌کنند سلامت معنوی و داشتن باورهای محکم معنوی، از طریق ارتقای توانایی بیماران برای مقابله با بیماری و شرایط جسمی، روانی، اجتماعی و اقتصادی، ناشی از آن به سرعت بهبودی بیماران کمک می‌کند. این امر می‌تواند در افزایش سطح رضایت از زندگی آنها مؤثر باشد. همچنین، ریپتروپ و همکاران (۲۰۰۶)، در پژوهشی که بر روی بیماران مزمن انجام داده بودند، مدعی‌اند سلامت معنوی این بیماران، نیروی یگانه‌ای است که ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی بیماران را هماهنگ می‌کند و به آنها در کاهش درد، مقابله با افسردگی و در نهایت، رضایمندی از زندگی کمک می‌کند.

نتایج بررسی فرضیه دوم پژوهش، نشان داد که بین شفقت به خود و رضایت از زندگی در بیماران دیالیزی، رابطه مثبت معناداری وجود دارد و شفقت به خود، بر رضایت از زندگی اثر تأثیر مستقیم دارد. نتایج این بخش از پژوهش، با نتایج پژوهش‌های نف و همکاران (۲۰۰۷)، وان دام و همکاران (۲۰۱۱) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت همان‌طور که نف (۲۰۰۹) مطرح می‌کند، افراد خود شفقت‌ورز با خود مهربان‌تر هستند، از سطح ذهن‌آگاهی و اشتراکات انسانی بالاتری برخوردار هستند و نسبت به خود رفتار

انزوطلبانه و انتقادگرانه کمتری دارند. در نتیجه، رضایت بیشتری از زندگی خود دارند. در بیکر و مکنولتی (۲۰۱۱)، بیان می‌کنند که داشتن رویکرد انتقادگرایانه نسبت به خود، ویژگی‌ها و کاستی‌ها می‌تواند موجب کاهش احساس رضایت از زندگی در افراد شود. افزون بر این می‌توان گفت: بیماران با شفقت به خود بالا، زمانی که رویدادهای منفی ناشی از بیماری را تجربه می‌کنند، با مهربانی با خود برخورد می‌کنند. این امر ابتدا موجب کاهش انتقاد از خود، نشخوار فکری و سرکوبی افکار منفی، ناشی از بیماری و در نهایت باعث بهزیستی ذهنی و رضایت از زندگی می‌شود (برینس و همکاران، ۲۰۱۴). همچنین، افراد دارای شفقت به خود بالا، در موقعیت‌های مختلف وابسته به بیماری کارآمد عمل می‌کنند. آنان به واسطه مهربانی با خود، شایستگی‌های خود را شناسایی و بر مشکلات غلبه می‌کنند. علاوه بر این، این افراد از تمرکز مثبت، برنامه‌ریزی منظم، و پذیرش خود برخوردارند که این عوامل، از طریق افزایش سلامت و انسجام روانی موجب افزایش سطح رضایت از زندگی آنان می‌شود (برینس و چن، ۲۰۱۲).

نتایج بررسی فرضیه سوم پژوهش نشان داد که سازگاری اجتماعی، با رضایت از زندگی رابطه مثبت معناداری دارد. این متغیر بر رضایت از زندگی تأثیر مستقیم دارد. نتایج این بخش از پژوهش، با نتایج پژوهش‌های وانزکویز و همکاران (۲۰۰۳)، آلورانی و همکاران (۲۰۱۸)، رامید و رفیعی (۲۰۱۰) همسو است. در تبیین این یافته، می‌توان گفت: همان‌طور که هوسپلان و همکاران (۲۰۰۹) مطرح می‌کنند، سازگاری اجتماعی برخوردار از نگرش‌ها و عملکردهای است که بیماران را در جهت ابقا سلامت و غلبه بر استرس‌های بیماری یاری می‌کند. از این رو، سازگاری افراد دیالیزی، با محیط اجتماعی خویش، می‌تواند اثرات مثبت و مستقیمی بر رضایت از زندگی این افراد داشته باشد؛ زیرا این نگرش‌ها شامل مواردی از قبیل همدلی کردن، مشارکت با دیگران، تقاضای کمک کردن، قدردانی از دیگران، آغازگر بودن رابطه و مواردی از این رفتارهاست که مطابق با دیدگاه کوهن (۲۰۰۴)، می‌تواند در گسترش روابط اجتماعی سالم، سلامت فرد و عملکرد کلی فرد در زندگی اثر مثبت داشته باشد. همچنین لازم به یادآوری است که پژوهش‌های مختلف، سازگاری اجتماعی را با داشتن مهارت‌های اجتماعی مترادف دانسته‌اند و عنوان می‌کنند افرادی که از سازگاری بالایی برخوردارند، در تعاملات اجتماعی خود قدرت خودکارآمدی، خودمدیریتی، تصمیم‌گیری و حل مسئله بالایی دارند. این موارد می‌تواند در روابط بین فردی و مواجهه با مشکلات موقعیتی، دستاوردهای مهمی را برای آنان به همراه داشته باشد. این امر، افزایش بهزیستی ذهنی و رضایت از زندگی را در پی دارد (کانت و همکاران، ۲۰۱۶؛ جیانگ و همکاران، ۲۰۱۶). در خصوص بیماران دیالیزی نیز گفتنی است که خودکارآمدی ناشی از سازگاری اجتماعی، به‌عنوان یک مهارت مهم، می‌تواند به این افراد در رفع و حل مشکلات ارتباطی حادث‌شده بر اثر بیماری کمک کند و از طریق گسترش رفتارهای سازش‌یافته‌تر به افزایش سطح رضایت از زندگی این افراد کمک کند.

نتایج بررسی فرضیه چهارم پژوهش نشان داد که سازگاری اجتماعی، در رابطه بین سلامت معنوی و رضایت از زندگی بیماران دیالیزی، نقش واسطه‌ای دارد. با مرور پیشینه پژوهش، پژوهشی همسو با این نتیجه یافت نشد. در تبیین این یافته، می‌توان گفت: افراد دیالیزی به دلایل مختلفی، از جمله درد، افسردگی، ترس از آینده مبهم و حتی مرگ با روی آوردن به باورهای معنوی و تقویت ایمان درونی و پرداختن به امور معنوی، به‌عنوان استراتژی‌های مقابله‌ای، به سازگاری بهتری دست می‌یابند (آلورانی و همکاران، ۲۰۱۸). می‌توان گفت: که بیماران دیالیزی با تقویت سلامت معنوی و به تبع آن، ارتقای سازگاری اجتماعی، به‌عنوان دو عامل مؤثر، می‌توانند رضایت بیشتری از زندگی خود داشته باشند. در کنار موارد مطرح‌شده، در تبیین این یافته باید گفت: افرادی که از سلامت معنوی بالایی برخوردار هستند، از طریق یک فرایند پویا و هماهنگ شناختی - عاطفی، به حس پذیرش، احساسات مثبت و حس ارتباط متقابل با هستی دست می‌یابند (فینکلستین و همکاران، ۲۰۰۷). در نتیجه، بالطبع این شرایط، پذیرش خود و شکل‌گیری احساسات مثبت در بیمارانی که به دلیل بیماری با مشکلاتی در سلامت فردی و اجتماعی روبه‌رو شده‌اند، می‌تواند توانایی تنظیم و مدیریت رفتار را افزایش دهد و با تأثیر مثبت روی انگیزه و سلامت روان بیماران، سطح رضایت از زندگی آنان در دوران بیماری را افزایش دهد. افزون بر این، پوتر و پری (۲۰۰۳)، عنوان می‌کنند افراد دارای سلامت معنوی، به دلیل وجود حمایتی‌های ادراک‌شده، از منابع درونی و بیرونی خود موقعیت‌های تنش‌زا را مثبت ارزیابی می‌کنند. این ارزیابی مثبت، سازگاری اجتماعی آنها را ارتقا می‌دهد. این عامل موجب می‌شود که افراد به اتفاقات مثبت زندگی اهمیت بیشتری بدهند. این ارزیابی مثبت، موجب ایجاد رضایت از جنبه‌های مختلف زندگی می‌شود. همچنین، در خصوص نقش واسطه‌ای سازگاری اجتماعی، می‌توان گفت: افراد دارای سازگاری اجتماعی بالا، با اطمینان بیشتری که حاصل از معنویات است، در موقعیت‌های چالش‌برانگیز با تلاش بیشتری حاضر می‌شوند. این امر موجب کاهش واکنش‌های هیجانی و رفتارهای منفی نیست به عوامل استرس‌زای زندگی و افزایش رضایت از زندگی می‌شود (شرج‌آباد و همکاران، ۲۰۱۷).

نتایج بررسی فرضیه پنجم پژوهش نشان داد که سازگاری اجتماعی، در رابطه بین شفقت به خود و رضایت از زندگی بیماران دیالیزی نقش واسطه‌ای دارد؛ به این معنا، افرادی که نسبت به خود از شفقت بیشتری برخوردارند، سازگاری اجتماعی بالاتری دارند و به آن نسبت احساس رضایت بیشتری از زندگی می‌کنند. با مرور پیشینه پژوهش، پژوهشی همسو با نتیجه حاضر یافت نشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت: شفقت به خود، به بیماران دیالیزی این امکان را می‌دهد که بتوانند با دیگران ارتباط صمیمانه برقرار کنند و در موقعیت‌های اجتماعی مختلف، پذیرش بالایی نسبت به دیگران داشته باشند (نف و همکاران، ۲۰۰۷). این مورد، می‌تواند پایه‌های سازگاری اجتماعی را برای آنان تسهیل کند و با پذیرش خود (شفقت) و پذیرش دیگران (سازگاری)، در لحظه، رضایت بالایی از شرایط زندگی کنونی خود داشته

باشند. افزون بر این، در خصوص نقش واسطه‌ای سازگاری اجتماعی، لازم به یادآوری است بیماران دیالیزی که نسبت به خود شفقت بالایی دارند، براساس خودپذیرشی و ذهن‌آگاهی که از مؤلفه‌های مهم شفقت به خود هستند (بیکر و مکنولتی، ۲۰۱۱)، خودشان را به‌عنوان یک فرد دارای نقص (محدودیت‌های جسمانی ناشی از بیماری) درک کرده و می‌پذیرند که این مورد موجب می‌شود در تعاملات اجتماعی با دیگران بخصوص افراد نزدیک محدودیت‌های دیگران را نیز پذیرا بوده، سازگاری بالاتری با محیط اجتماعی خودشان داشته باشند. از این رو، می‌توان گفت: این شفقت به خود، با اثر بر روی سازگاری اجتماعی، همزمان تأثیر مثبتی بر رضایت از زندگی دارد. همچنین، می‌توان گفت: شخصی که بتواند با محیط خود و اطرافیان و به‌طور کلی با محیط اجتماعی سازگار باشد، بنا بر دیدگاه نف (۲۰۰۳)، در خصوص شفقت به خود، این فرد در بعد اشتراکات انسانی در سطح بالایی قرار دارد و از سلامت روان‌شناختی بالایی برخوردار بوده که به‌تبع آن، می‌توان گفت: رضایت از زندگی بالایی نیز برخوردار است. در مجموع با توجه به نتایج به‌دست‌آمده و تبیین‌های صورت‌گرفته، می‌توان بیان کرد که سلامت معنوی و شفقت به خود، در کنار سازگاری اجتماعی، نقش بسزایی در سطح رضایت از زندگی بیماران دیالیزی دارند. در واقع هرچه بیماران از سلامت معنوی بالاتری برخوردار باشند و نسبت به خود دیدگاه غیرقضاتوی و همراه با دلسوزانه‌ای داشته باشند، انتظار می‌رود در تعاملات اجتماعی روزمره و در برخورد با ناملایمات اجتماعی ایجادشده به‌وسیله بیماری مهارت‌های مقابله‌ای مؤثرتری برای سازگاری با این مشکلات داشته باشند. این عوامل موجب شود که سطح رضایت از زندگی در این افراد، رشد کیفی مطلوبی داشته باشد.

سرانجام اینکه، هر پژوهشی دارای محدودیت است و در خصوص این پژوهش می‌توان گفت: تفاوت‌های فردی آزمودنی‌ها مانند تفاوت در انگیزه و علاقه به موضوع، می‌تواند نتایج این پژوهش را با محدودیت روبه‌رور کند. همچنین، این پژوهش صرفاً بر روی زنان مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های طالقانی و لقمان شهر تهران انجام شده است؛ تعمیم نتایج باید با احتیاط صورت گیرد. از این رو، پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های با نمونه‌های دیگر و با در نظر گرفتن متغیرهای مانند جنس متفاوت، سطح اجتماعی - اقتصادی متفاوت و محل سکونت متفاوت انجام گیرد. افزون بر این، پیشنهاد می‌شود که با استفاده از رویکردهای کیفی، عوامل مؤثر بر سازگاری اجتماعی و رضایت از زندگی در بیماران کلیوی، مورد بررسی بیشتری قرار گیرد. سرانجام، براساس نتایج پژوهش، پیشنهاد می‌شود که کادر درمان در کنار درمان‌های دارویی، با تدارک کارگاه‌هایی در جهت ارتقاء دانش و مهارت‌های بیماران دیالیزی، ایشان را در ارتقاء سازگاری اجتماعی، گسترش مهارت شفقت به خود، تقویت سلامت معنوی، برای ارتقا سطح رضایت از زندگی یاری کنند تا از این طریق، مسیر تحمل دشواری‌های فرایند درمان بیماران تا حدودی هموار شود.

منابع

- اشرفی، زهرا و همکاران، ۱۳۹۳، «بررسی رابطه کفایت دیالیز با کیفیت زندگی و سلامت معنوی بیماران تحت درمان با همودیالی»، *بالیبی پرستاری و مامایی*، ش ۳ (۳)، ص ۴۴-۵۱.
- افلاک سیر، عبدالعزیز و همکاران، ۱۳۹۴، «پیش‌بینی سازگاری روانی - اجتماعی با بیماری براساس ابعاد کانون کنترل سلامت در بیماران دیابتی نوع دو»، *دیابت و متابولیسم ایران*، ش ۱۴ (۵)، ص ۳۳۷-۳۴۴.
- انصاری، ام‌النبین و همکاران، ۱۳۹۷، «بررسی رابطه حمایت اجتماعی درک‌شده و سلامت معنوی با بهزیستی ذهنی در بیماران تحت همودیالیز»، *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، ش ۲۸ (۱۶۶)، ص ۱۴۰-۱۵۰.
- بیانی، علیرضا و همکاران، ۱۳۸۶، «اعتبار و روایی مقیاس رضایت از زندگی»، *روانشناسی تحولی*، ش ۳ (۱۱)، ص ۲۵۹-۲۶۵.
- خسروی، صدرا و همکاران، ۱۳۹۲، «کفایت روانسنجی مقیاس شفتت به خود»، *روش‌ها و مدل‌های روانشناختی*، ش ۳ (۱۳)، ص ۴۷-۵۸.
- ساریزاده، محمصدق و همکاران، ۱۳۹۷، «اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی: یک مطالعه کارآزمایی آموزشی تصادفی شده»، *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*، ش ۱۷ (۳)، ص ۲۴۱-۲۵۲.
- فولادوندی، معصومه و همکاران، ۱۳۹۴، «ارتباط سلامت معنوی با نگرش به معنویت و مراقبت معنوی در بیماران همودیالیزی شهر بم»، *طب مکمل*، ش ۵ (۲)، ص ۱۱۳۳-۱۱۴۵.
- یوسفی، حبیب‌الله و همکاران، ۱۳۹۸، «بررسی رابطه میزان پای‌بندی به نماز و مرتبه سلامت معنوی»، *فیض*، ش ۲۳ (۷)، ص ۷۳۵-۷۴۰.
- Abraham, S & Ramachandran, A, 2012, "Estimation of quality of life in hemodialysis patients", *Indian Journal of Pharmaceutical Sciences*, N. 74, p. 583-587.
- Akin, A & Akin, U, 2015, "Self-compassion as a predictor of social safeness in Turkish university students", *Revista Latinoamericana de Psicología*, N. 47 (1), 43-49.
- Alarabi, S, 2003, *Social support, coping methods and quality of life in Hemodialysis patient*, Ph. D Dissertation, Galveston, University of Texas.
- Alorani, O, I & Alradaydeh, F. M, 2018, "Spiritual well-being, perceived social support, and life satisfaction among university students", *International Journal of Adolescence and Youth*, N. 23 (3), p. 291-298.
- Baker, L. R & McNulty, J. K, 2011, "Self-compassion and relationship maintenance: the moderating roles of conscientiousness and gender", *Journal of Personality and Social Psychology*, N. 100 (5), p. 853-873
- Bayat, A., et al, 2012, "Psychological evaluation in hemodialysis patients", *Journal of Pakistan Medical Association*, N. 62 (3), p. 1-5.
- Breines J.G & Chen, S, 2012, "Self-compassion increases self-improvement motivation", *Personality and Social Psychology Bulletin*, N. 38 (1), p. 1133-1143.
- Breines, J. G., et al, 2014, "Self-compassion as a predictor of interleukin-6 response to acute psychosocial stress", *Brain, Behavior and Immunity*, N. 37, p. 109-114.
- Brown, T, 2012, "A Psychological Examination of the Interface between Religion, Stress and Depression", *International Review of Social Sciences and Humanities*, N. 1, p. 59-73.
- Carson, R. C., et al, 2009, "Is maximum conservative management an equivalent treatment option to dialysis for elderly patients with significant comorbid disease? ", *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, N. 4, p. 1611-1619.
- Cohen, S, 2004, "Social relationships and health", *American psychology*, N. 9 (8), p. 676- 684.
- Couser, W. G., et al, 2011, "The contributions of chronic kidney disease to the global burden of major no communicable diseases", *Kidney International*, N. 80, p. 1258-1270.

- Cox, J & Verhagen, P. J, 2011, "Spirituality religion and Psychopathology.towards an integrative Psychiatry", *The International Journal of Person Centered Medicin*, N. 1, p. 146-148.
- Cukor, D., et al, 2014, "Psychosocial intervention improves depression, quality of life, and fluid adherence in hemodialysis", *Journal of the American Society of Nephrology*, N. 25, p.196–206.
- De Nour, A. K, 1982, "Social adjustment of chronic dialysis patients", *American Journal Psychiatry*, N. 139 (1), p. 97-100.
- Dhaidan, F. A, 2018, "Prevalence of end stage renal disease and associated conditions in hemodialysis patients", *International Journal of Research in Medical Sciences*, N. 6 (5), p. 1515- 1518.
- Diener, E., et al, 1985, "The Satisfaction with Life Scale", *Journal of Personality*, N. 49 (1), p. 71- 75.
- Ellison, C. W., et al, 1991, "Norms for the spiritual well-being scale", *Journal of Psychology and Theology*, N. 19, p. 56-70.
- Finkelstein, F. O & Finkelstein, S. H, 2014, "Sexual Inactivity among Hemodialysis Patients, The Patients' Perspective", *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, N. 9 (1), p. 6-7.
- Finkelstein, O. F., et al, 2007, "Spirituality, quality of life and the dialysis patient", *Nephrology Dialysis Transplantation*, N. 22 (9), p. 2432–2434.
- Fredrickson, B. L, 2001, "The role of positive emotions in positive psychology: the Broaden-and-Build Theory of Positive Emotions", *American Psychologist*, N. 56(3), p. 218-226.
- Gillison, F., et al, 2008, "Conges in quality of life and psychological need satisfaction following the transition to secondary school", *British Journal of Education Psychology*, N. 78, p. 149-162.
- Gray R., et al, 2013, "Examining social adjustment to college in the age of social media, Factors influencing successful transitions and persistence", *Computers and Education Journal*, N. 67, p. 193-207.
- Howseplan, B. A & Merluzzi, T. V, 2009, "Religious belief, Social support, self-efficacy and adjustment to cancer", *Psycho Oncology Journal*, N. 18 (1), p. 1069- 1079.
- Jiang, X., et al, 2016, "An examination of the reciprocal relations between life satisfaction and social problem solving in early adolescents", *Journal of Adolescence*, N. 53, p. 141-151.
- Joshi, V, 2014, "Quality of life in end stage renal disease patients", *World Journal of Nephrology*, N. 3 (4), p. 308-316.
- Juergensen, E., et al, 2006, "Hemodialysis and peritoneal dialysis, patients' assessment of their satisfaction with therapy and the impact of the therapy on their lives", *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, N. 1 (6)p. 1191–1196.
- Kant, S., et al, 2016, "Valuation of First Nations peoples' social, cultural, and land use activities using life satisfaction approach", *Journal of Political Economy*, N. 72, p. 46-55.
- Kelley, R, 2014, "Mindfulness, self-compassion, and empathy among health care professionals, a review of the literature", *Journal of Health Care Chaplaincy*, N. 20 (3), p. 95-108.
- Kimmel, P. L, 2000, "Psychological factors in adult end stage renal disease patient treated with hemodialysis, correlates and outcomes", *American Journal of Kidney Diseases*, N. 21, p. 171-184.

- Kimmel, P. L., et al, 2003, "ESRD patient quality of life, symptoms, spiritual beliefs, psychosocial factors, and ethnicity", *American Journal of Kidney Diseases*, N 42, p. 713-721.
- Klein, R, 2011, *Principles and practices of structural equation modeling*, NewYork, Guilford Press.
- Kong, F., et al, 2006, "Satisfaction of patients on chronic hemodialysis and peritoneal dialysis", *Swiss Medical Weekly*, N. 136 (13), p. 210-217.
- Kutner, N. G, 2017, "Comment on, Quality of Life, Perceptions, and Health Satisfaction of Older Adults with End-Stage Renal Disease", *Journal of the American Geriatrics Society*, N. 65 (10), p. 2330-2331.
- MacBeth, A & Gumley, A, 2013, "Exploring compassion, A meta-analysis of the association between self-compassion & psychopathology", *Clinical Psychology Review*, N. 32, p. 545-552.
- Martinez, B. B & Custodio, R. P, 2014, "Relationship between mental health and spiritual wellbeing among hemodialysis patients, a correlation study", *Sao Paulo Medical Journal*, N. 132 (1), p. 23-7.
- McCullough, M. E & Willoughby, B. L, 2009, "Religion, self regulation and self-control: Associations, explanations and implications", *Psychological Bulletin*, N. 135, p. 69-93.
- Mulazım, O. C & Eldeleklioglu, J, 2016, "What is the role of self-compassion on subjective happiness and life satisfaction?", *Journal of Human Sciences*, N. 13 (3), p. 3895-3904.
- Neff, K. D, 2003, "The development and validation of a scale to measure self-compassion", *Self-Identity Journal*, N. 2, p. 223-250.
- Neff, K. D, 2009, "The role of self-compassion in development, A healthier way to relate to oneself", *Human Development*, N. 52 (4), p. 211-214.
- Neff, K. D., et al, 2007, "Self-compassion and adaptive psychological functioning", *Journal of Research in Personality*, N. 41, p. 139-154.
- Neff, K., D & Beretvas, S. N, 2013, "The role of self-compassion in romantic relations", *Self-Identity*, N. 12 (1), p. 78-98.
- Ng, X & Zhao, J, 2014, "Dispositional mindfulness and life satisfaction, the role of core self-evaluations", *Personality and Individual Differences*, N. 56, p. 165-169.
- Oddy, M., et al, 1985, "Social adjustment after closed head injury, a further follow-up seven years after injury", *Journal of Neuro Psycho Physiology*, N. 48 (6), p. 564-568.
- Ottaviani, A. C., et al, 2014, "Hope and spirituality among patients with chronic kidney disease undergoing hemodialysis, a correlational study", *Revista Latino-American Enfermagem*, N. 22 (2), p. 248-54.
- Potter, P & Perry A, 2003, *Basic Nursing*, St Louis, Mosby Company.
- Rambod, M & Rafii, F, 2010, "Perceived social support and quality of life in Iranian hemodialysis patients", *Journal of Nursing Scholarship*, N. 42 (3), p.242-249.
- Rippentrop, E. A., et al, 2006, "The relationship of religiosity and spirituality to quality of life among cancer patients", *Journal of Clinical Psychology Med Setting*, N. 13 (1), p. 29- 35.
- Rodrigusz, C., M & Henderson, R., C, 2013, "Who spares the rod? Religious orientation, social conformity and child abuse potential", *Child Abuse Negl*, N. 34 (2), p. 32-39.
- Roger, V. L, 2013, "Epidemiology of heart failure", *Circulation Research Journal*, N. 113 (6), p. 646-659.
- Ruiz, M. A., et al, 2011, "Relations between life satisfaction, adjustment to illness, and emotional distress in a sample of men with ischemic cardiopathy", *The Spanish journal of psychology*, N. 14 (1), p. 356-365.

- Seligman, M. E. P, 2002, *Authenti Happiness*, New York, Free Press.
- Shahgholian, N & Yousefi, H, 2015, "Supporting hemodialysis patients, a phenomenological study", *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, N. 20 (5), p. 626- 633.
- Sharajabad, F. A., et al, 2017, "Life satisfaction and its relationship with spiritual well-being and religious practice in Iranian adolescent girls", *International journal of adolescent medicine and health*, N. 19 (2), p. 80-93.
- Tate, D., G & Forchheimer, M, 2002, "Quality of life, life satisfaction, and spirituality: Comparing outcomes between rehabilitation and cancer patients", *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, N. 81 (6), p. 400-410.
- Troidle, L. K., et al, 2003, "Depression and its association with peritonitis in long-term peritoneal dialysis patients", *American Journal of Kidney Diseases*, N. 42, p. 350-354.
- Unruh, M., et al, 2005, "Health-related quality of life in nephrology research and clinical practice", *Seminars in Dialysis*, N. 18 (2), p. 82-90.
- Uysal, R, 2014, "Life satisfaction and self-compassion, a structural equation modeling", *International Journal of Current Research*, N. 6 (6), p. 7251-7256.
- Van Dam, N. T., et al, 2011, "Self-compassion is a better predictor than mindfulness of symptom severity and quality of life in mixed anxiety and depression", *Journal of Anxiety Disorders*, N. 25, p. 123-130.
- Vasiliki, N. K. S., et al, 2009, "The impact of chronic hemodialysis on the personality of patients with chronic renal failure", *Rostrum of Asclepius Journal*, N. 8 (3), p. 240-254.
- Vazquez, I., et al, 2003, "Psychosocial factors and quality of life in young hemodialysis patients with low comorbidity", *Journal of Nephrology*, N.16, p. 886-94.
- Veenhoven, R, 1995, "The cross-national pattern of happiness", *Journal of Social Indicators Research*, N. 34, p. 33-68.
- Zhang, J. W & Chen, S, 2017, "Self-compassion promotes positive adjustment for people who attribute responsibility of a romantic breakup to themselves", *Self and Identity*, N. 13, p. 1-28.