Religion and Health

ORIGINAL ARTICLE

2021, Vol: 9, No: 2, Pages: 15-23.

Relationship between Religious Beliefs and Self-management Behaviors in Patients with Kidney Transplantation

Abbas Mahmoudi[1], Seyed Kazem Mousavi[2*], Mohsen Kamali[3], Hamed Azizkhani[4]

1- Instructor, Department of Nursing, School of Nursing & Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
2- Instructor, Faculty Member of Zanjan University of Medical Sciences, PhD Candidate of Nursing, Shahid Beheshti School of Nursing and Midwifery, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran
3- Instructor, Department of Nursing, Abhar School of Nursing, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran
4- Instructor, Valiasr Hospital, Zanjan, Iran

***Corresponding Author:**
Seyed Kazem Mousavi
Shahid Beheshti School of Nursing and Midwifery, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran

Email:
kazemmoosavi69@gmail.com

Received: 01 Jun 2021
Revised: 18 Dec 2021
Accepted:-27 Dec 2021

Abstract

Background and Purpose: Every year, a large number of patients with chronic renal failure undergo kidney transplantation in the hope of getting rid of dialysis problems and improving their quality of life. Nonetheless, the post-transplant treatment process in these patients is long, complicated, and requires strengthening self-management behaviors to manage the disease process. In our culture, religious beliefs hold a prominent place, affecting people's daily actions and behaviors. The present study aimed to assess the relationship between religious beliefs and self-management behaviors in patients with kidney transplantation.

Materials and Methods: In this cross-sectional descriptive-correlational study, 117 patients with kidney transplantation referred to the Tehran Kidney Patients Support Association in 2017 were selected by convenience sampling method. Data collection tools included demographic characteristics form, Glock and Stark's questionnaire of religious beliefs, and Kozaka's self-management behavior scale that were completed by the self-report method. The obtained data were analyzed in SPSS software (version 20) using descriptive statistics (frequency, frequency percentage, mean and standard deviation) and inferential statistics (Pearson correlation test).

Results: Regarding age, 50.4% of participants were within the age range of 31-50 years, and more than half of them had undergone a kidney transplant in the last five years. The mean score of participants' religious beliefs was obtained at 64.07, and 68% of them had moderate religious beliefs. The mean score of patients' self-management behaviors was 66.87, and most of them (61.5%) had a high level of self-management. In general, there was a statistically significant correlation between religious beliefs and self-management (P= 0.046).

Conclusion: As evidenced by the results of the present study, there is a direct relationship between religious beliefs and self-management behaviors in patients with kidney transplantation. Therefore, it is suggested that the role of religious beliefs be highlighted in the educational programs of these patients, and necessary planning be done to strengthen this factor.

Keywords: Behavior, Beliefs, Culture, Kidney transplantation, Religion, Self-management

► **Citation:** Mahmoudi A, Mousavi SK, Kamali M, Azizkhani H. Relationship between Religious Beliefs and Self-management Behaviors in Patients with Kidney Transplantation. Religion and Health, Autumn & Winter 2021; 9(2): 15-23 (Persian).

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-23]

دین و سلامت

مقاله پژوهشی اصیل

دوره ۹، شماره ۲، سال ۱۴۰۰ صفحه: ۲۳-۱۵.

بررسی ارتباط بین باورهای دینی با رفتارهای خودمدیریتی در بیماران با پیوند کلیه

عباس محمودی[۱]، سید کاظم موسوی[۲*]، محسن کمالی[۳]، حامد عزیزخانی[۴]

۱- مربی، گروه آموزشی پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

۲- مربی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی زنجان، دانشجوی دکتری پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

۳- مربی، گروه آموزشی پرستاری، دانشکده پرستاری ابهر، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران

۴- مربی، بیمارستان ولیعصر زنجان، زنجان، ایران

* **مؤلف مسئول:**
سید کاظم موسوی
دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

Email:
kazemmoosavi69@gmail.com

دریافت: ۱۳ خرداد ۱۴۰۰
اصلاحات: ۲۷ آذر ۱۴۰۰
پذیرش: ۶ دی ۱۴۰۰

چکیده

سابقه و هدف: هر ساله تعداد زیادی از بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیوی به امید رهایی از مشکلات ناشی از دیالیز و بهبود کیفیت زندگی تحت عمل پیوند کلیه قرار می‌گیرند. روند درمانی پس از پیوند در این بیماران طولانی، پیچیده و نیازمند تقویت رفتارهای خودمدیریتی است. در فرهنگ ما باورهای دینی جایگاه ارزشمندی دارد و بر رفتارهای روزانه افراد اثربخش است. مطالعه حاضر با هدف ارتباط بین باورهای دینی و رفتارهای خودمدیریتی در بیماران با پیوند کلیه انجام شده است.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه مقطعی از نوع توصیفی-همبستگی، ۱۱۷ نفر از بیماران با پیوند کلیه مراجعه‌کننده به انجمن حمایت از بیماران کلیوی تهران در سال ۱۳۹۶ به روش در دسترس انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل سه پرسش‌نامه دموگرافیک، سنجش باورهای دینی Glock و Stark و رفتارهای خودمدیریتی Kozaka بود که به روش خودگزارش‌دهی تکمیل شد. داده‌های به‌دست‌آمده با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ و با استفاده از آمار توصیفی (فراوانی، درصد فراوانی، میانگین و انحراف معیار) و استنباطی (آزمون همبستگی پیرسون) تجزیه وتحلیل شد.

یافته‌ها: ۵۰/۴ درصد از شرکت‌کنندگان ۳۱ تا ۵۰ ساله و بیش از نیمی از آن‌ها در پنج سال اخیر تحت پیوند کلیه قرار گرفته بودند. میانگین نمره باورهای دینی شرکت‌کنندگان ۶۴/۰۷ بود و ۶۸ درصد از آن‌ها باورهای دینی در حد متوسط داشتند. میانگین نمره رفتارهای خودمدیریتی بیماران ۶۶/۸۷ به‌دست آمد و بیشتر آن‌ها (۶۱/۵ درصد) خودمدیریتی در سطح بالا داشتند. به‌طورکلی، بین باورهای دینی و خودمدیریتی همبستگی آماری معنی‌داری به‌دست آمد (P=۰/۰۴۶).

استنتاج: یافته‌های این مطالعه نشان داد بین باورهای دینی و رفتارهای خودمدیریتی در بیماران با پیوند کلیه رابطه مستقیمی وجود دارد؛ بنابراین، پیشنهاد می‌شود در برنامه‌های آموزشی این بیماران نقش باورهای دینی بیش از پیش مورد توجه قرار گیرد و برنامه‌ریزی‌های لازم برای تقویت این عامل انجام شود.

واژه‌های کلیدی: باورها، پیوند کلیه، دین، رفتار، خودمدیریتی، فرهنگ

◄ **استناد:** محمودی، عباس؛ موسوی، سید کاظم؛ کمالی، محسن؛ عزیز خانی، حامد. بررسی ارتباط بین باورهای دینی با رفتارهای خودمدیریتی در بیماران با پیوند کلیه. دین و سلامت، پاییز و زمستان ۱۴۰۰؛۹(۲): ۲۳-۱۵ (فارسی).

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-23]

مقدمه

بروز و شیوع نارسایی مزمن کلیه به‌طور چشمگیری در طول چند دهه گذشته در سراسر جهان افزایش یافته است و هر ۷ سال آمار آن دو برابر می‌شود (۱). تخمین زده می‌شود بیش از ۱۰ درصد (۲۰ میلیون نفر) از افراد بالغ در ایالات متحده آمریکا از نارسایی مزمن کلیوی رنج می‌برند. شیوع این بیماری در آفریقا ۸/۶۶، هندوستان ۱۳/۱۰، ژاپن ۱۳/۷۴، استرالیا ۱۴/۷۱ و اروپا ۱۸/۳۸ درصد گزارش شده است. مطالعه‌ای در ایران شیوع این بیماری را تا ۲۰ درصد گزارش کرده است (۲). حدود ۳۲۰ هزار نفر در ایران به نوع شدید نارسایی مزمن کلیه (Chronic Renal Disease) مبتلا هستند. ۴۹ درصد از این بیماران تاکنون پیوند کلیه انجام داده‌اند و بقیه نیز از همودیالیز (۴۸ درصد) و دیالیز صفاقی (۳ درصد) استفاده می‌کنند (۳).

بیماران با نارسایی مزمن کلیه هم‌زمان با انجام دیالیز تحت یک رژیم پیچیده درمانی و تغییرات وسیع و اساسی در سبک زندگی‌شان قرار می‌گیرند که باعث ایجاد محدودیت‌هایی در عملکرد جسمی، روانی و اجتماعی آن‌ها می‌شود. ازاین‌رو، بسیاری از این بیماران به فکر انجام عمل پیوند کلیه می‌افتند (۴). برخلاف تصور آنان، پیوند کلیه به معنای پایان مشکلات نیست؛ بیماری که تحت عمل پیوند کلیه قرار می‌گیرد، مانند هر عمل جراحی دیگری، در معرض عوارض پس از عمل قرار دارد (۵). اضطراب و تردید درباره آینده و مشکلات سازگاری پس از پیوند، عوامل مهم تنش‌زا برای بیمار و خانواده او محسوب می‌شوند. علاوه‌براین، وضعیت جسمی و فیزیکی بیمار ممکن است در اثر دوره طولانی ابتلا به نارسایی کلیوی و درمان‌های مربوط به آن به خطر بیفتد (۶).

اگرچه پیوند کلیه سبب رهایی بیمار از وابستگی به دیالیز و محدودیت‌های ناشی از آن می‌شود، ترس از ابتلا به عفونت‌های مختلف به دلیل استفاده از داروهای سرکوب‌کننده سیستم ایمنی و همچنین نگرانی از رد پیوند ازجمله عللی است که اضطراب و نگرانی زیادی را در این بیماران ایجاد می‌کند (۷). تداوم این نگرانی‌ها سبب آسیب‌پذیری روان‌شناختی در این بیماران می‌شود، میزان ابتلا به اضطراب و افسردگی را در آن‌ها افزایش می‌دهد و درنهایت، بر کیفیت زندگی آن‌ها تأثیرات منفی می‌گذارد (۸).

هر فردی در مواقعی که دچار تنش‌های جسمی و روحی می‌شود، از مکانیسم‌های مختلفی برای مواجهه با آن موقعیت استفاده می‌کند. باورهای دینی یکی از این مکانیسم‌هاست که موجب افزایش انعطاف‌پذیری افراد در مقابل مشکلات و عوارض جسمی و روانی بیماری‌های مزمن می‌شود (۹). داشتن اعتقادات دینی و ایمان و عشق به خالق، موجب ثبات و سلامت روانی می‌شود و انسان را برای فعالیت و زندگی همراه با انگیزه تشویق می‌کند. تجربه‌های عینی و بررسی‌های اجتماعی نشان داده‌اند افرادی که با آموزه‌های راستین و منطقی دینی و اخلاقی پرورش یافته‌اند، در برخورد با مسائل و مشکلات توانایی بیشتری دارند و بیشتر از سایر افراد می‌توانند شرایط به‌وجودآمده را مدیریت کنند (۱۰). مطالعات نشان داده‌اند تقویت معنویات و باورهای دینی در بیماران با پیوند کلیه یکی از بهترین راهبردها برای مقابله با مشکلات و چالش‌های پس از پیوند است و سبب ارتقای کیفیت زندگی، حس امیدواری و کنترل بهتر فرایند بیماری و درمان در این بیماران می‌شود (۱۰،۱۱).

در بیماران دریافت‌کننده پیوند کلیه، ارتقای کیفیت زندگی پس از پیوند اهمیت ویژه‌ای دارد (۸). ازجمله عوامل تأثیرگذار بر کیفیت زندگی در این بیماران، ارتقای رفتارهای خودمدیریتی در آن‌هاست. رفتارهای خودمدیریتی به مجموعه اعمالی اطلاق می‌شود که افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن و اعضای خانواده‌شان برای کاهش بار بیماری باید انجام دهند و شامل پذیرش رژیم‌های درمانی، رفتارهای خودپایشی و ایجاد ارتباط بین رژیم‌های درمانی و علائم بیماری است (۱۲). تحقیقات مختلف نشان داده‌اند رفتارهای خودمدیریتی، برایندهای درمانی بیماران را بهبود می‌بخشد. همچنین با کمک به بیماران در درک بیماری و درمان آن، سبب پذیرش بهتر درمان و نیز افزایش دانش و مهارت بیماران

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-23]

و مراقبان آنان برای حفظ و ارتقای بهداشت و سلامتی می‌شود (۱۳،۱۴). رفتارهای خودمدیریتی از طریق تغییر سبک زندگی موجب کاهش سیر پیشرفت بیماری و افزایش کیفیت زندگی در بیماران می‌شود (۱۲). این رفتارها به بیماران کمک می‌کند با اطمینان کامل، مهارت‌های آموزش‌دیده برای کنترل بیماری‌شان را اجرا و مشکلات و عوارض شایع بیماری را برطرف کنند (۱۳).

پیوند کلیه نویددهنده شروع یک زندگی جدید در افراد است. ازآنجاکه این بیماران تا پایان زندگی با پیامدهای مزمن و گوناگون پیوند دست به گریبان خواهند بود، لازمه موفقیت در این مسیر، داشتن نقش فعال‌تر در اداره و درمان بیماری خود و مدیریت مؤثر این شرایط طولانی و پیچیده است. با وجود شواهد متعدد مبنی بر فواید بالینی و روانی خودمدیریتی در بیماران کلیوی، مطالعات محدودی در زمینه ارزش رعایت برنامه‌های خودمدیریتی در بیماران پیوند کلیه در جامعه ما انجام شده است. از سوی دیگر، مذهب و باورهای دینی که یکی از عوامل مهم تأثیرگذار بر ایجاد انگیزش و تشویق افراد برای تغییر رفتار است و به صورت فراگیر در سطح جامعه گستردگی دارد، کمتر مورد توجه محققان پرستاری قرار گرفته و تبیین تأثیرات آن بر ابعاد مختلف زندگی بیماران به‌ویژه افراد با پیوند کلیه نیازمند پژوهش‌های بیشتری است. مجموعه این عوامل در کنار نبود پژوهشی مناسب در زمینه ارتباط بین باورهای دینی و رفتارهای خودمدیریتی در بیماران با پیوند کلیه، محققان را بر آن داشت تا مطالعه حاضر را با هدف پاسخ به این سؤال برنامه‌ریزی و اجرا کنند.

مواد و روش‌ها

این پژوهش یک مطالعه مقطعی از نوع توصیفی-همبستگی است که در آن ارتباط بین باورهای دینی با رفتارهای خودمدیریتی در بیماران با پیوند کلیه بررسی شد. جامعه هدف پژوهش شامل تمام بیماران با پیوند کلیه مراجعه‌کننده به انجمن حمایت از بیماران کلیوی ایران در سال ۱۳۹۶ بود. دلیل انتخاب این مرکز به عنوان محیط پژوهش، وجود تنوع بالای فرهنگی و اجتماعی به دلیل پذیرش بیماران از سراسر کشور و نیز دسترسی راحت‌تر به شرکت‌کنندگان بود. حجم نمونه با استفاده از فرمول

$$N=\frac{2\left(z_{1-\frac{\alpha}{2}}+z_{1-\beta}\right)^2}{\delta_0{}^2}+3 \quad \left(z_{1-\frac{\alpha}{2}}=1.96\ .\ z_{1-\beta}=1.28\ .\ \delta_0=0.37\right)$$

۱۱۷ نفر برآورد شد. نمونه‌گیری از میان مراجعه‌کنندگان به این مرکز به صورت در دسترس انجام شد.

معیارهای ورود به مطالعه شامل سن بیشتر از ۱۸ سال، اعتقاد به دین اسلام، توانایی درک و تکلم به زبان فارسی، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن، نبود اختلالات حسی مخصوصاً بینایی و شنوایی، مبتلا نبودن به سایر بیماری‌های جسمی و روانی مزمن (با تأیید پزشک معالج)، پس نزدن پیوند و گذشت حداقل ۶ ماه از زمان انجام پیوند کلیه و معیار خروج تمایل نداشتن به شرکت در مطالعه در نظر گرفته شد.

ابزار گردآوری داده‌ها شامل سه پرسش‌نامه مشخصات دموگرافیک، سنجش باورهای دینی Glock و Stark و رفتارهای خودمدیریتی Kozaka بود. پرسش‌نامه جمعیت‌شناختی افراد شامل اطلاعاتی از قبیل سن، جنس، وضعیت تأهل، تحصیلات، شغل، میزان درآمد، طول مدت پیوند و سابقه دریافت آموزش‌های خودمراقبتی و خودمدیریتی در رابطه با پیوند و بیماری‌های کلیوی بود.

پرسش‌نامه سنجش باورهای دینی را نخستین بار Glock و Stark در سال ۱۹۶۵ ساختند. سراج‌زاده و همکاران (۱۳۷۷) این پرسش‌نامه را با تعالیم اسلامی به‌ویژه اسلام شیعی تطبیق داده و متناسب کرده‌اند. این پرسش‌نامه ۲۶ گویه دارد که چهار بعد اعتقادی، عواطفی، پیامدی و مناسکی را بر اساس مقیاس لیکرت پنج گزینه‌ای می‌سنجد. دامنه نمرات این پرسش‌نامه ۰ تا ۱۰۴ است و نمرات ۰ تا ۲۶ بیانگر باورهای دینی ضعیف، ۲۶ تا ۷۸ باورهای دینی متوسط و ۷۸ تا ۱۰۴ مؤید باورهای دینی قوی است. سراج‌زاده روایی صوری این پرسش‌نامه را از طریق نظرخواهی از تعدادی از دانشجویان دکترا به دست آورد که با اسلام آشنایی کامل

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-23]

داشتند (۱۵). رابطه بین نمره‌های دینداری آن‌ها در مقیاس Glock و Stark و نیز نمره ارزیابی خود آن‌ها از دینداری خود با ضریب همبستگی پیرسون معادل ۰/۶۱ گزارش شد (۱۶). این میزان به‌عنوان روایی بیرونی در نظر گرفته شد. همچنین در پژوهش محمدی و میرابی‌زاده (۱۳۸۶) پایایی کامل آزمون به روش تصنیف و آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۷۵ و ۰/۷۸ و اعتبار آن ۰/۴۵ برآورد شد. پایایی و اعتبار تمامی ابعاد معنی‌دار بود و در سطح رضایت‌بخش قرار داشت (۱۷).

برای سنجش رفتارهای خودمدیریتی از پرسش‌نامه رفتارهای خودمدیریتی Kozaka استفاده شد. این ابزار برای سنجش و بررسی رفتارهای خودمدیریتی در بیماران با پیوند کلیه طراحی شده است و ۲۴ گویه در پنج بعد دارد. ارزش هر گویه از ۱ تا ۴ متفاوت است و دامنه نمرات ۰ تا ۲۴ در این ابزار نشان‌دهنده خودمدیریتی سطح پایین، ۲۵ تا ۶۰ خودمدیریتی متوسط و ۶۱ تا ۹۶ خودمدیریتی قوی است. ضریب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌ها از ۰/۶۱ تا ۰/۸۷ و برای هر مقیاس از ۰/۸۸ تا ۰/۹۵ بود. طراح ابزار روایی و پایایی ابزار را با بررسی زمینه‌ای بیمارمحور تأیید کرد (۱۸). پژوهشگر این ابزار را ترجمه و بازترجمه کرد و به‌منظور تأیید روایی محتوا در اختیار ده نفر از اعضای هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران قرار داد و با بررسی و اعمال نظرات آن‌ها روایی ابزار تأمین شد. پایایی ابزار نیز به روش آزمون-بازآزمون بررسی شد. به این صورت ده نفر از نمونه‌های پژوهش ابزار را در فاصله سه هفته‌ای تکمیل کردند و ضریب همبستگی خرده‌مقیاس‌ها r=۰/۸۷ تعیین شد.

برای انجام این پژوهش، پژوهشگر پس از گرفتن مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ایران (IR.IUMS.REC.1395.9211196208) و معرفی‌نامه از دانشکده پرستاری و مامایی، به انجمن حمایت از بیماران کلیوی مراجعه کرد و پس از تأیید مسئولان مرکز مربوطه، ضمن معرفی خود به نمونه‌های پژوهش، ارائه اطلاعات در زمینه اهداف پژوهش و جلب رضایت آن‌ها و تکمیل فرم رضایت آگاهانه، سه پرسش‌نامه را در اختیار بیماران قرار داد و اطلاعات را به شیوه خودگزارش‌دهی جمع‌آوری کرد. نمونه‌گیری حدود سه ماه طول کشید و داده‌های به‌دست‌آمده با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ و آمار توصیفی (فراوانی، درصد فراوانی، میانگین و انحراف معیار) و استنباطی (تحلیل واریانس، تی مستقل و آزمون‌های ناپارامتریک کروسکال والیس و من‌ویتنی) در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ تجزیه‌وتحلیل شد.

یافته‌ها

بر اساس یافته‌های این پژوهش، ۵۳ درصد از شرکت‌کنندگان را مردان تشکیل می‌دادند. بیشتر شرکت‌کنندگان متأهل بودند (۴۷/۹) و بین ۳۱ تا ۵۰ سال سن داشتند (۵۰/۴). همچنین ۶۱ نفر از بیماران (۵۳ درصد) عمل پیوند کلیه را در پنج سال اخیر انجام داده بودند. سایر مشخصات دموگرافیک شرکت‌کنندگان در جدول ۱ آورده شده است.

جدول ۱: مشخصات دموگرافیک شرکت‌کنندگان در پژوهش

متغیر		فراوانی	درصد
سن	۱۸ تا ۳۰ سال	۳۴	۲۹/۱
	۳۱ تا ۵۰ سال	۵۹	۵۰/۴
	۵۱ تا ۷۰ سال	۲۲	۱۸/۸
	بیش از ۷۰ سال	۲	۱/۷
جنس	مرد	۶۲	۵۳
	زن	۵۵	۴۷
تحصیلات	خواندن و نوشتن	۳	۲/۷
	زیر دیپلم	۱۱	۹/۸
	دیپلم	۴۸	۴۲/۹
	دانشگاهی	۵۰	۴۴/۶
وضعیت تأهل	مجرد	۳۹	۳۳/۳
	متأهل	۵۶	۴۷/۹
	جداشده	۱۴	۱۲
	همسر فوت‌کرده	۸	۶/۸
وضعیت اشتغال	شاغل	۷۸	۶۶/۷
	بیکار	۱۵	۱۲/۸
	خانه‌دار	۱۹	۱۶/۲
	دانشجو	۵	۴/۳
طول مدت پیوند	۶ ماه تا ۵ سال	۶۱	۵۳
	۵ تا ۱۰ سال	۳۷	۳۲/۲
	بیش از ۱۰ سال	۱۷	۱۴/۸
دریافت آموزش‌های مرتبط	بله	۸۶	۷۵/۴
	خیر	۲۸	۲۴/۶

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-23]

جدول ۲: شاخص‌های عددی وضعیت باورهای دینی، خودمدیریتی و ابعاد آن‌ها در واحدهای پژوهش

متغیر		کمینه	بیشینه	میانگین	انحراف معیار
باورهای دینی		۱۸	۹۶	۶۴/۰۷	۱۶/۵۹
ابعاد	اعتقادی	۰/۵۷	۴	۳/۵۱	۰/۵۷
	عاطفی	۰/۵	۴	۲/۵۱	۰/۷۱
	پیامدی	۰/۸۳	۳/۱۷	۱/۹۸	۰/۵۲
	مناسکی	۰	۳/۷۱	۱/۳۵	۱/۱۴
خودمدیریتی		۴۵	۹۶	۶۶/۸۷	۱۲/۸۷
ابعاد	خودپایشی	۱	۴	۲/۱۹	۰/۶۸
	رفتار خودمدیریتی در زندگی روزمره	۲	۴	۳/۱۶	۰/۵۶
	تشخیص و تطابق زودهنگام با موارد غیرطبیعی بعد از پیوند	۱/۲۵	۴	۲/۶۶	۰/۷۴
	مدیریت استرس	۱/۳۳	۴	۲/۵۸	۰/۵۸
	مصرف دارو	۱/۵	۴	۳/۲۸	۰/۶۸

در بین ابعاد باورهای دینی در بیماران، بعد مناسکی با میانگین ۱/۳۵ کمترین نمره و بعد اعتقادی با میانگین ۳/۵۱ بیشترین نمره را به خود اختصاص دادند. میانگین نمره وضعیت باورهای دینی ۶۴/۰۷ به‌دست آمد. همچنین در بین ابعاد خودمدیریتی، بعد مصرف دارو با میانگین ۳/۲۸ و خودپایشی با میانگین ۲/۱۹ به ترتیب بیشترین و کمترین میانگین نمره را کسب کردند. میانگین نمره خودمدیریتی شرکت‌کنندگان ۶۶/۸۷ گزارش شد (جدول ۲).

باتوجه به نتایج آزمون همبستگی پیرسون که در جدول ۳ آمده است، مشاهده می‌شود که خودمدیریتی در بعد زندگی روزمره با باورهای دینی در ابعاد اعتقادی (P=۰/۰۳۷)، عاطفی (P=۰/۰۲۷) و پیامدی (P=۰/۰۰۱) همبستگی معنی‌دار و مثبت آماری داشته است؛ ابعاد تشخیص و تطابق زودهنگام با موارد غیرطبیعی پس از پیوند و مدیریت استرس از ابعاد خودمدیریتی نیز با تمامی ابعاد باورهای مذهبی همبستگی مثبت و معنی‌داری داشته‌اند (P<۰/۰۵). همچنین باورهای دینی و خودمدیریتی به‌طورکلی همبستگی معنی‌دار آماری داشتند (P<۰/۰۵).

جدول ۳: همبستگی باورهای دینی و ابعاد آن با رفتارهای خودمدیریتی و ابعاد آن در بیماران مطالعه‌شده

خودمدیریتی و ابعاد آن	باورهای دینی و ابعاد آن				
	بعد اعتقادی	بعد عاطفی	بعد پیامدی	بعد مناسکی	باورهای دینی
خودپایشی	r=۰/۰۰۰ p=۰/۹۹۶	r =۰/۰۷۵ P=۰/۴۲۲	r =۰/۰۵۸ P=۰/۵۳۶	r=-۰/۱۳۳ P=۰/۱۵۵	r =-۰/۳۰ P=۰/۷۴۵
رفتار خودمدیریتی در زندگی روزمره	r=۰/۱۹۳ p=۰/۰۳۷	r =۰/۲۰۴ P=۰/۰۲۷	r =۰/۳۱۳ P=۰/۰۰۱	r =۰/۰۵۸ P=۰/۵۳۹	r =۰/۱۸۸ P=۰/۰۴۲
تشخیص و تطابق زودهنگام با موارد غیرطبیعی بعد از پیوند	r=-۰/۳۱۴ p=۰/۰۰۲	r =۰/۱۷۲ P=۰/۰۴۱	r =-۰/۲۱۴ P=۰/۰۳۴	r =-۰/۱۶۴ P=۰/۰۳۹	r =-۰/۰۶۷ P=۰/۰۲۷
مدیریت استرس	r=-۰/۲۱۱ p=۰/۰۱	r =۰/۱۳۵ P=۰/۰۱۴	r =۰/۱۱۴ P=۰/۰۴۸	r =-۰/۱۹۵ P=۰/۰۳۲	r =-۰/۱۵۶ P=۰/۰۴۷
مصرف دارو	r=-۰/۰۱۶ p=۰/۸۶۲	r =۰/۰۸۵ P=۰/۳۶۲	r =۰/۱۴۱ P=۰/۱۲۳	r =-۰/۰۶۸ P=۰/۴۶۷	r =۰/۰۱۵ P=۰/۸۷۴
خودمدیریتی	r=۰/۱۴۷ p=۰/۰۱۹	r =۰/۱۷۵ P=۰/۰۱۷	r =۰/۱۴۳ P=۰/۰۲۳	r =-۰/۰۹۱ P=۰/۳۳۳	r =۰/۱۱۳ P=۰/۰۴۶

بحث

این مطالعه با هدف بررسی ارتباط بین باورهای دینی با رفتارهای خودمدیریتی در بیماران با پیوند کلیه انجام شد. بر اساس یافته‌های پژوهش میانگین نمره باورهای

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-23]

دینی در شرکت‌کنندگان ۶۴/۰۷ بود و ۶۸ درصد از آن‌ها باورهای دینی در حد متوسط داشتند. همسو با مطالعه حاضر، Rambod و همکاران (۲۰۲۰) (۱۹) و آقاجانی و همکاران (۱۳۹۴) (۲۰) در دو مطالعه جداگانه میزان باورهای دینی را در بیشتر بیماران تحت همودیالیز در حد متوسط گزارش کردند. در مطالعه Davison و همکاران (۲۰۱۳) میانگین نمره باورهای دینی در بیماران با مشکلات کلیوی ۴۲/۹ (۲۱)، در مطالعه Ghahfarokhi و همکاران (۲۰۱۸) ۷۵/۰۵ (۲۲) و در مطالعه Zhang و همکاران (۲۰۲۰) ۳۰/۱۶ گزارش شد (۲۳). در بین ابعاد باورهای دینی، بعد اعتقادی بیشترین و بعد مناسکی کمترین نمره را به خود اختصاص داد. در همین زمینه Loureiro و همکاران (۲۰۱۸) در مطالعه خود بیان کردند که اعتقادات معنوی زیاد در این بیماران در واقع راهکاری مقابله‌ای در برابر مشکلات عمده ناشی از بیماری و تضمین‌کننده سلامت روان در آن‌هاست (۲۴). در رابطه با کم بودن نمرات بعد مناسکی در این بیماران نیز می‌توان گفت که این بعد مربوط به جنبه‌های عملی باورهای دینی نظیر خواندن نماز، روزه گرفتن و رفتن به مسجد است و این بیماران به علت تحمل درد و رنج بیماری، از نظر جسمی ضعیف هستند و طبق نظر پزشک معالج نمی‌توانند تمام یا بخشی از این اعمال دینی را به جا آورند.

بر اساس دیگر یافته این پژوهش، میانگین نمره خودمدیریتی در بیماران با پیوند کلیه ۶۶/۸۷ گزارش شد و بیشتر این بیماران (۶۱/۵ درصد) خودمدیریتی در سطح بالا داشتند. برخلاف یافته‌های مطالعه حاضر، میزان خودمدیریتی در مطالعه Kazawa و همکاران (۲۰۱۳) (۲۵) و Li و همکاران (۲۰۱۴) در حد متوسط گزارش شد (۲۶). این تناقض در یافته‌ها را می‌توان به محیط انجام پژوهش در مطالعه حاضر نسبت داد. به این صورت که بیش از ۷۵ درصد از شرکت‌کنندگان این مطالعه طبق خوداظهاری آموزش‌های مربوط به خودمدیریتی و خودمراقبتی را در محل انجمن حمایت از بیماران کلیوی به‌طور مستمر دریافت می‌کردند و در هر جلسه مراجعه با حضور بیمار و تیمی متشکل از کارشناسان متخصص برنامه آموزشی مرور و بازخوردهای لازم به بیمار داده می‌شد. در همین زمینه، Sorat (۲۰۱۸) در مطالعه‌ای مروری مهم‌ترین علت خودمدیریتی کم را در بیماران با پیوند کلیه نبود کفایت مداخلات آموزشی دانست. او تأکید کرد که مداخلات آموزشی جسمی و روان‌شناختی رفتارهای خودمدیریتی را در این بیماران تقویت می‌کند و سازگاری آن‌ها را با فرایند درمان به‌طور قابل توجهی افزایش می‌دهد (۲۷).

یافته‌های به‌دست‌آمده نشان داد بین باورهای دینی با رفتارهای خودمدیریتی در بیماران با پیوند کلیه رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد؛ یعنی بیمارانی که باورهای دینی قوی‌تری داشتند، رفتارهای خودمدیریتی‌شان پس از پیوند کلیه بهتر بود. همچنین نتایج نشان داد بین ابعاد رفتارهای خودمدیریتی در زندگی روزمره، تشخیص و تطابق زودهنگام با موارد غیرطبیعی بعد از پیوند و مدیریت استرس از رفتارهای خودمدیریتی با باورهای مذهبی رابطه مثبت و معنی داری وجود دارد. همسو با این یافته، ولی‌زاده زارع و همکاران در مطالعه‌ای که روی ۱۶۹ نفر از بیماران مراجعه‌کننده برای پیوند کلیه انجام دادند، تقویت باورهای مذهبی را استراتژی مؤثری برای تطابق با مشکلات پس از پیوند در این بیماران ذکر کردند (۲۸). Bravin و همکاران (۲۰۱۹) نیز در مطالعه خود بیان کردند که تقویت باورهای مذهبی در بیماران با بیماری‌های مزمن کلیوی سبب کنترل بهتر استرس، ارتقای سلامت روان و بهبود کیفیت زندگی می‌شود (۲۹).

با توجه به محدودیت در محیط پژوهش حاضر و محدود بودن زمان آن، پیشنهاد می‌شود در آینده پژوهش‌هایی با جامعه آماری بزرگ‌تر و مدت زمان طولانی‌تری برای بررسی دقیق‌تر نتایج این پژوهش انجام شود. دیگر محدودیت این مطالعه تعداد زیاد سؤالات و همچنین تردید در صداقت بیماران در پاسخگویی به سؤالات به‌ویژه پرسش‌نامه باورهای دینی

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-23]

بود که برای کنترل این عامل سعی شد با برقراری ارتباط مستمر و جلب اطمینان بیماران، تبیین اهداف پژوهش و دادن زمان کافی نسبت به جلب همکاری آن‌ها اقدام شود.

نتیجه‌گیری

یافته‌های این مطالعه نشان داد بین باورهای دینی و رفتارهای خودمدیریتی در بیماران با پیوند کلیه رابطه مستقیمی وجود دارد.

پیشنهادات

با توجه به نتایج حاصل از پژوهش پیشنهاد می‌شود در برنامه‌های آموزشی این بیماران نقش باورهای دینی بیش از پیش مورد توجه قرار گیرد و برنامه‌ریزی‌های لازم برای تقویت این عامل انجام شود.

حمایت مالی

پژوهش حاضر با حمایت مالی معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی ایران انجام شده است.

ملاحظات اخلاقی

نویسندگان اعلام می‌کنند در این پژوهش تمام اصول اخلاقی مرتبط ازجمله محرمانه بودن پرسش‌نامه‌ها، رضایت آگاهانه شرکت‌کنندگان در پژوهش و اختیار خروج از آن رعایت شده است.

تعارض منافع

هیچ‌گونه تضاد منافعی در این مطالعه وجود ندارد.

تشکر و قدردانی

این مقاله از پایان‌نامه با شماره ۶۲۸۱۴۹ گرفته شده که در دانشگاه علوم پزشکی ایران تأیید شده است. بدین‌وسیله از انجمن حمایت از بیماران کلیوی ایران و بیماران عزیز شرکت‌کننده در مطالعه تشکر و قدردانی می‌شود.

References

1. Abdi A, Dalvand S, Vahedian-Azimi A, Ghanei Gheshlagh R, Kurdi A. Prevalence of depression among Iranian patients under hemodialysis: a systematic review and meta-analysis. Journal of Nephropathology. 2018; 7(4):224-232.
2. Alipor A, Yasari F, Khodakarim S, Shokri A. Epidemiologic Pattern of Patients with Chronic Renal Failure and Related Factors in Hemodialysis Patients of Shahid Ayatollah Ashrafi Esfahani Hospital in Tehran in 2017. journal of Urological Research. 2018; 2(3):13-19.
3. Motedayen M, Sarokhani D, Ghiasi B, Khatony A, Dehkordi AH. Prevalence of hypertension in renal diseases in Iran: Systematic review and meta-analysis. International Journal of Preventive Medicine. 2019; 10(1):124-130.
4. Yamagata K, Hoshino J, Kohzuki M. Clinical practice guideline for renal rehabilitation: systematic reviews and recommendations of exercise therapies in patients with kidney diseases. Renal Replacement Therapy. 2019; 5(28): 1-19.
5. Ramirez C.G.B. Kidney Transplantation: Surgical Complications. Contemporary Kidney Transplantation. 2018; 4(2):1-7.
6. Naqvi R. Evaluation of psychiatric issues in renal transplant setting. Indian Journal of Nephrology. 2015; 25(6): 321–325.
7. De Pasquale C, Pistorio ML, Veroux M, Indelicato L, Biffa G, Bennardi N, Zoncheddu P, Martinelli V, Giaquinta A and Veroux P. Psychological and Psychopathological Aspects of Kidney Transplantation: A Systematic Review. Frontiers in Psychiatry. 2020; 11(106):1-25.
8. Soltannezhad F, Farsi Z. An investigation of quality of life in kidney transplant patients. Journal of the School of Army Nursing. 2015; 2(3):167-172.
9. Bravin AM, Trettene ADS, Cavalcante RD, Banin VB, Paula NAMR, Saranholi TL, Popim RC, de Andrade LGM. Influence of spirituality on renal function of kidney transplant patients. Acta Paulista de Enfermagem. 2017; 30(5):1-8.
10. Abdeldayem H, El-Kased AF, Elshaarawy A, Hammad ES, Al-Haddad O, Sobhi G, Allam N. Religious Concepts in Organ Transplantation. Frontiers in Transplant Ology. 2016; 14(6):

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-23]

1-20.
11. Bravin AM, Santos AD, de Andrade LG, Popim, RC. Benefits of spirituality and/or religiosity in patients with Chronic Kidney Disease: an integrative review. Revista Brasileira de Enfermagem. 2019; 72(2): 541-551.
12. Kuwaiti S, Ghadami A, Yousefi H. Effects of the self-management program on the quality of life among kidney-transplant patients in Isfahan's Hazrat Abolfazl Health and Medical Charity in 2015. Annals of Tropical Medicine and Public Health. 2017; 10(1):1607-12.
13. Been-Dahmen JMJ, Beck DK, Peeters MAC, van der Stege H, Tielen M, van Buren MC, Ista E, van Staa A, Massey EK. Evaluating the feasibility of a nurse-led selfmanagement support intervention for kidney transplant recipients: a pilot study. BMC Nephrology. 2019; 20(143): 1-16.
14. Massierer D, Sapir-Pichhadze R, Bouchard V, Dasgupta K, MD, MSc, Fernandez N, PhD, da Costa D, Ahmed S, Fortin MC, Langevin R, Mayo N, Janaudis-Ferreira T. Web-Based Self-Management Guide for Kidney Transplant Recipients (The Getting on With Your Life With a Transplanted Kidney Study): Protocol for Development and Preliminary Testing. JMIR Research Protocols. 2019; 8(6):1-10.
15. Serajzade SH. Religious attitudes and behaviors of Tehran adolescents and its implications for secularization theory. Journal of Research Index. 1999; 7(8):105-27.
16. Glock CY, Stark R. Religion and society in tension. Chicago: Rand McNally; 1965.
17. Mohammadi SD, Mehrabizadeh HM. Relationship between religiousness and locus of control and the role of gender differences. Psychological Research. 2007; 9(3-4):47-64.
18. Kosaka S, Tanaka M, Sakai T, Tomikawa S, Yoshida K, Chikaraishi T, Kazuma K. Development of Self-Management Scale for Kidney Transplant Recipients, Including Management of Post-Transplantation Chronic Kidney Disease. ISRN Transplantation; 2013; 1(1):1-8.
19. Rambod M, Pasyar N, Mokhtarizadeh M. Psychosocial, Spiritual, and Biomedical Predictors of Hope in Hemodialysis Patients. International Journal of Nephrology and Renovascular Disease. 2020; 13(1): 163-169.
20. Aghajani M, Morasaei F, Mirbagher Ajorpaz N. Relationship between religious belief and hope in hemodialysis patients: A cross sectional study. Islam and Health Journal Babol University of Medical Sciences. 2015; 2(1): 19-25.
21. Davison SN, Jhangri GS. The Relationship Between Spirituality, Psychosocial Adjustment to Illness, and Health-Related Quality of Life in Patients With Advanced Chronic Kidney Disease. Journal of Pain and Symptom Management. 2013; 45(2):1-8.
22. Musavi Ghahfarokhi M, Mohammadian S, Mohammadi Nezhad B, Kiarsi M. Relationship between spiritual health and hope by dietary adherence in haemodialysis patients in 2018. Nursing Open. 2020; 7(2):503-511.
23. Zhang Y, Xue G, Chen Y, KeRun A, Chen L. Factors related to spiritual health in Chinese haemodialysis patients: A multicentre cross-sectional study. Nursing Open. 2020; 7(5): 1536-43.
24. Loureiro ACT, Rezende Coelhoa MC, Coutinhob FB, Borgesa LH, Lucchetti G. The influence of spirituality and religiousness on suicide risk and mental health of patients undergoing hemodialysis. Comprehensive Psychiatry. 2018; 80(1) 39–45.
25. Kazawa K, Moriyama M. Effects of a Self-Management Skills-Acquisition Program on Pre-Dialysis Patients with Diabetic Nephropathy. Journal of the American Nephro logy Nurses' Association. 2013;40(2):141-8.
26. Li H, Jiang YF, Lin ChCh. Factors associated with self-management by people undergoing hemodialysis: A descriptive study. International Journal of Nursing Studies. 2014; 51(2):208-216.
27. Sorat W. The association of self-efficacy and self-management behavior in adult patients with chronic kidney disease: an integrative review. Journal of Kidney Treatment and Diagnosis. 2018; 1(1):33-40.
28. Valizadeh Zare N, Saadatpanah S, Malekzadeh J, Sadeghi T, Khorashadizadeh F. Relationship between Coping and Spiritual Health in Renal Transplant Recipients. Evidence Based Care Journal. 2018; 7(4):73-77.
29. Bravin AM, Trettene ADS, de Andrade LGM, Popim RC. Benefits of spirituality and/or religiosity in patients with Chronic Kidney Disease: an integrative review. Revista Brasileira de Enfermagem. 2019; 72(2):541-51.

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-23]