



The Effectiveness of Using Integrated Cognitive-Spiritual Counseling Interventional Approach on Adherence to the Treatment Regimen and its Components in Hemodialysis Patients

Zahra Moradi ¹ , Yaser Madani ^{2,*} , Masood Sadeghi ³

¹ MSc Student in Family Counseling-University of Tehran, Iran

² Assistant Professor of Psychology and Educational Sciences. Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Tehran, Iran.

³ Assistant Professor Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Lorestan University, Khorramabad, Iran

* **Corresponding author:** Yasser Madani, Assistant Professor of Psychology and Education Sciences. Department of Educational Psychology and Counseling, University of Tehran, Iran. E-mail: yaser.madani@ut.ac.ir

Received: 28 Jul 2019

Accepted: 20 Jan 2020

Abstract

Introduction: Dialysis is a type of medical treatment in which the blood is filtered using special equipment that helps maintain the balance of liquids and the body's electrolytes. Non-compliance with the treatment regimen is one of the obstacles to successful dialysis in hemodialysis patients. This study aimed to investigate the effect of the integrated approach of spiritual-cognitive counseling on adherence to the treatment or therapy regimen and its components in hemodialysis patients.

Methods: A quasi-experimental design with a pre-test, post-test, and control group was used. The statistical population of the study included all hemodialysis patients who needed and used hemodialysis in Shahid Rahimi Hospital in Khorramabad in the spring of 2019. For this study, 30 individuals were selected through convenient sampling and were randomly assigned to experimental and control groups (each group 15). A pre-test with a questionnaire about adherence to therapy regimen was given at the same time and conditions. Then, the intervention was performed using the combined method of spiritual-cognitive counseling for eight ninety-minute sessions on the experimental group. At the same time, the control group did not receive any interventions. After completing the courses, the post-test was administered for both groups.

Results: The results of multivariate and one-variable covariance analysis showed that the intervention of the combined approach of spiritual-cognitive counseling was effective in compliance with the regimen and its components in hemodialysis patients and there was a significant difference between the two groups ($P < 0.01$).

Conclusions: According to the results, the combined approach of cognitive-spiritual counseling can increase compliance with the treatment regimen and its components in hemodialysis patients. So, this method can be used to adhere to the hemodialysis treatment regimen.

Keywords: Integrated Approach, Cognitive-Spiritual Counseling, Adherence to Treatment Regimen, Hemodialysis

© 2020 Iranian Nursing Scientific Association (INA)



تأثیر مداخله رویکرد تلفیقی مشاوره معنوی - شناختی بر تبعیت از رژیم درمانی و مولفه‌های آن در بیماران همودیالیزی

زهرا مرادی^۱ ID، یاسر مدنی^{۲*} ID، مسعود صادقی^۳ ID

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه تهران، تهران، ایران
^۲ استادیار گروه روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران
^۳ استادیار گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، لرستان، ایران
 * نویسنده مسئول: یاسر مدنی، استادیار دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، گروه روان‌شناسی تربیتی و مشاوره، دانشگاه تهران، تهران، ایران، yaser.madani@ut.ac.ir

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۸/۱۰/۳۰

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۸/۰۵/۰۶

چکیده

مقدمه: دیالیز نوعی روش درمان پزشکی است که طی آن خون با استفاده از یک دستگاه مخصوص تصفیه می‌شود. این امر کمک می‌کند که تعادل مایعات و الکترولیت‌های بدن حفظ شوند. عدم تبعیت از رژیم درمانی یکی از موانع دیالیز با کفایت در بیماران همودیالیزی است. هدف پژوهش حاضر بررسی تأثیر مداخله رویکرد تلفیقی مشاوره معنوی - شناختی بر تبعیت از رژیم درمانی و مولفه‌های آن در بیماران همودیالیزی شهر خرم‌آباد انجام گرفته است.

روش کار: طرح پژوهش شبه تجربی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش متشکل بود از کلیه بیماران همودیالیزی که در بهار سال ۹۸ در بیمارستان شهید رحیمی شهر خرم‌آباد همودیالیز می‌شدند. روش نمونه‌گیری در این پژوهش ۳۰ نفر به صورت در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه ۱۵ نفر) جایگزین شدند. در شرایط یکسان و همزمان، پیش‌آزمون با پرسشنامه تبعیت از رژیم درمانی از هر دو گروه به عمل آمد. سپس مداخله با روش الگوی تلفیقی مشاوره معنوی - شناختی به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بر روی گروه آزمایش اجرا شد ولی گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از اتمام جلسات مجدداً از هر دو گروه پس‌آزمون گرفته شد.

یافته‌ها: نتایج تحلیل کواریانس چند متغیره و تک متغیره نشان داد که مداخله رویکرد تلفیقی مشاوره معنوی - شناختی بر تبعیت از رژیم درمانی و مولفه‌های آن در بیماران همودیالیزی مؤثر بوده و بین دو گروه تفاوت معنادار وجود داشته است ($P < 0/01$).

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج به دست آمده می‌توان گفت، رویکرد تلفیقی مشاوره معنوی - شناختی باعث افزایش تبعیت از رژیم درمانی و مولفه‌های آن در بیماران همودیالیزی شده است. لذا می‌توان از این روش جهت کمک به تبعیت کردن از رژیم درمانی در بیماران همودیالیزی استفاده کرد.

واژگان کلیدی: رویکرد تلفیقی، مشاوره معنوی - شناختی، تبعیت از رژیم درمانی، همودیالیز

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

کلیه‌ها به علت بیماری یا آسیب، نتواند این وظایف را انجام دهند، از دیالیز برای این کار استفاده می‌کنند [۱]. بیماری مزمن کلیه (Chronic kidney disease) یک اصطلاح عمومی است که برای

عملکرد صحیح کلیه، از تجمع آب، مواد زائد و دیگر ناخالصی‌ها در بدن جلوگیری می‌کند. علاوه بر این کلیه‌ها حتی نوعی ویتامین D را در بدن فعال می‌کنند که جذب کلسیم را بهبود می‌بخشد. زمانی که

یک مشکل اساسی در مسیر رسیدن به نتایج درمانی مطلوب است. بیماران همودیالیزی نسبت به سایر بیماران مزمن داروی بیشتری در طول روز مصرف می‌کنند. این بیماران در طی روز از داروهای متعددی جهت کنترل بیماری‌های قلبی، استخوانی، گوارشی، کلسترول بالا، عفونت، اختلالات مربوط به غدد درون ریز، بیماری‌های روانی و اختلال خواب استفاده می‌کنند [۱۱]. میزان تبعیت از رژیم دارویی بستگی به اهمیتی دارد که بیماران به داروهایشان می‌دهند. مثلاً داروهایی که درد آنها را تسکین می‌دهد و اثربخشی آن را درک کرده باشند، بیشتر استفاده می‌کنند [۱۲]. عدم تبعیت رژیم درمانی در بسیاری از بیماران به علت نگرانی آنها درباره عوارض جانبی داروهاست و با تصور می‌کنند که این داروها غیرضروری است و بر روند بهبود بیماری‌شان تاثیری ندارد. یکی دیگر از علت‌های عدم تبعیت، فراموشی در دریافت داروها می‌باشد که ممکن است عمدی و یا غیرعمدی اتفاق بیفتد. درک پایین و مشکلات مربوط به تبعیت در فراموشی غیرعمدی این بیماران تأثیر می‌گذارد و همچنین درک غلط در مورد مزایای تبعیت و خطرات عدم تبعیت می‌تواند باعث فراموشی عمدی در بیماران گردد [۱۳]. بسیاری از مسائل شناسایی شده در مورد عدم تبعیت با استفاده از مداخلات روانشناختی یا مداخله شناختی رفتاری به طور بالقوه قابل تغییر و اصلاح است [۱۴]. فاکتورهای که بر تبعیت از درمان در بیماران همودیالیزی تأثیر می‌گذارد، متفاوت و ممکن است مرتبط به درمان، شرایط، سیستم بهداشتی یا اجتماعی و اقتصادی باشد [۱۵]. کرپز و همکاران [۱۶] مطالعه‌ای تحت عنوان بررسی تأثیر پیام‌های انگیزشی در بهبود تبعیت از رژیم دارویی در افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن انجام دادند، نتایج تحقیق آنها نشان داد که نگرانی بیماران از عوارض داروها و هزینه بالای داروها دو عامل مهم عدم تبعیت از رژیم دارویی در بیماران مبتلا به بیماری مزمن می‌باشد. هر چه تبعیت از رژیم درمانی بالاتر باشد، کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی بالاتر خواهد بود که این ارتباط در بُعد تبعیت از برنامه فعالیتی بیشتر از دو بُعد دیگر (تبعیت از رژیم غذایی و تبعیت از رژیم دارویی) است [۱۷]. کاظمی و همکاران [۱۸] در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که بیماران دیالیزی که از رژیم غذایی و دارویی خود تبعیت می‌کنند خودکارآمدی بالاتری نسبت به گروهی که از درمان خود تبعیت نمی‌کنند، دارند. پایبندی به درمان، محصول متغیرهای متنوع، اما همپوشانی است، و استراتژی‌های جامع برای مقابله با مسائل مختلف مورد نیاز برای دستیابی به بهبود پایدار در پایبندی باید به کار گرفته شود. تغییر در رفتار مانند تبعیت از درمان یک فرایند بسیار پیچیده است، بخشی از آن در مدل‌های مختلف نظری رفتاری بررسی شده است [۱۹]. شناخت درمانی با ارزیابی میزان سازگاری‌های رفتاری و ایجاد یک سبک شناختی و مساله محور به بیماران کمک خواهد کرد [۲۰]. مضمون اصلی نظریه‌های شناختی-رفتار درمانی و تغییر رفتار این است که نحوه تفکر افراد چگونه احساس و رفتار آنان را تعیین می‌کند. هدف

اختلالات مختلفی که ساختار کلیه را تحت تأثیر قرار می‌دهند، به کار می‌رود. بروز این بیماری در مناطق مختلف جهان متفاوت است، اما به طور کلی بروز این بیماری در اغلب کشورها بیش از ۲۰۰ مورد در هر یک میلیون نفر در سال می‌باشد. مرحله نهایی بیماری کلیوی شکل شدیدتر مزمن بیماری است که کلیه‌ها عملکرد خود را به طور کامل از دست می‌دهد و در صورت عدم انجام دیالیز و یا پیوند کلیه، منجر به مرگ فرد می‌گردد [۲]. در کاهش کارکرد کلیه‌ها، مواد زائد و سمی ناشی از متابولیسم در بدن گرد آمده و اختلال در تعادل آب و الکترولیتها، تعادل اسید و باز و عملکرد اندوکراین کلیه ایجاد می‌شود که در این صورت فرد نیازمند دیالیز می‌شود [۳]. دو نوع دیالیز وجود دارد: ۱. همودیالیز: ۲. دیالیز صفاقی. بسته به شرایط بیمار و خواست پزشک و بیمار یکی از روش‌های دیالیز انتخاب می‌شود که همودیالیز باید در مراکز بیمارستانی با حضور کادر پزشکی از طریق دستگاهی که خون به درون این دستگاه وارد شده و پس از تصفیه از دستگاه خارج می‌شود، انجام می‌گیرد و دیالیز صفاقی نیز در بیشتر موارد توسط فرد در منزل انجام می‌شود، که البته بیمار باید برای انجام این کار آموزش دیده باشد [۴]. یک دیالیز موفق به چهار عامل وابسته است: محدودیت مصرف مایعات، تبعیت از رژیم دارویی و غذایی و حضور در جلسات دیالیز. می‌توان مجموعه این موارد را رفتارهای تبعیت از درمان در بیماران همودیالیز دانست [۵].

تبعیت از رژیم درمانی (Adherence to the treatment regimen) در بیماران همودیالیزی یک عامل مهم برای دستیابی به نتایج درمانی مطلوب می‌باشد. همچنین سبب کاهش میزان مرگ و میر، ناتوانی بیمار و عوارض ناشی از همودیالیز (اختلالات تغذیه‌ای، گرفتی عضلانی و عفونت خون) می‌شود. تبعیت از رژیم دارویی بدین معنی است که کلیه رفتارهای بیمار (در مورد تبعیت از رژیم درمانی) در جهت توصیه‌های ارائه شده از سوی مراقبان بهداشتی - درمانی باشد [۶]. بعضی از عوامل شناسایی شده برای عدم تبعیت از رژیم درمانی، نگرانی‌های در مورد ایمن بودن دارو، اختلال در روال کارهای روزانه، فراموشی و باور به عوارض استفاده از دارو می‌باشد [۷]. ویژگی‌های جمعیت شناختی و بالینی هر دو از موارد مهم و اثرگذار بر تبعیت از رژیم درمانی در بیماران همودیالیزی است [۸]. با این حال که عدم تبعیت از رژیم درمانی به عنوان یک مانع جهت دستیابی به اهداف درمانی است، حدود ۴۰٪ - ۳۰٪ از بیماران با بیماری‌های مزمن، رژیم دارویی خود را رعایت نمی‌کنند [۹]. در یک مرور سیستماتیک که توسط هوز و همکاران [۱۰] تحت عنوان تبعیت از داروهای خوراکی در بیماران تحت همودیالیز انجام گرفت، در بیش از نیمی از مطالعات (۶۷٪) نتایج نشان می‌دهد که عدم تبعیت از داروها در این بیماران وجود داشته و با این که این مسئله تهدید کننده زندگی است، اما متأسفانه توجه چندانی به آن نمی‌شود. محققان یاد شده بیان کردند که عدم تبعیت از رژیم دارویی در بیماران همودیالیزی هنوز به عنوان

شناخت درمانی تشخیص و اصلاح افکاری است که به احساس‌ها و رفتارهای نامطلوب می‌انجامد [۲۱]. شناخت‌گراها عقیده دارند وجود تحریف‌های شناختی بین فردی، باعث ناسازگاری رفتاری و تعارضات بین فردی می‌گردد [۲۲]. یک معتقد است وجود طرح واره‌های غلط نسبت به روابط و خطاهای شناختی موجب آشفتگی و ناراضی‌تی در زندگی افراد می‌گردد. او عقیده دارد افراد متعارض در زندگی خود دارای انواعی از خطاهای شناختی مثل استدلال انتخابی، بزرگ‌نمایی رفتار بد همدیگر، شخصی‌سازی و منفی‌بافی هستند [۲۳]. درمان شناختی به درمانجویان آموزش می‌دهد چگونه شناخت‌های تحریف شده و کژکار را از طریق فرایند ارزیابی تشخیص دهند. درمانجویان از طریق تلاش مشترک یاد می‌گیرند، افکار خود را از وقایعی که در عمل روی می‌دهند متمایز کنند. آن‌ها از تأثیری که شناخت بر احساسات و رفتارهای آنها و حتی بر وقایع محیط دارد آگاه می‌شوند. به درمانجویان آموزش داده می‌شود افکار و مفروضه‌های خود، مخصوصاً افکار خودکار منفی خویش را تشخیص دهند [۲۴]. درمان شناختی باعث افزایش احساس کنترل درد، استفاده از راهبردهای مقابله‌ای مثبت و کاهش افسردگی و حالات هیجانی منفی در بیماران مبتلا به دردهای مزمن می‌گردد [۲۵]. مطالعات فراتحلیل اخیر نشان داده است درمان شناختی در مقایسه با گروه‌های دیگر اثر بخش‌تر است [۲۶]. درمان شناختی رفتاری بر این اصل استوار است که پاسخ‌های فیزیولوژیک، رفتاری، شناختی و عاطفی با یکدیگر در تعامل بوده و یکدیگر را تحت تأثیر قرار می‌دهند. تغییر در یکی از سیستم‌های واکنشی می‌تواند منجر به ایجاد تغییراتی در دیگر سیستم‌های واکنشی گردد [۲۷].

مشاوره معنوی مداخله‌ای مبتنی بر قدرت بالقوه ایمان و معنویت بیمار، به منظور توانمند نمودن او در بهره‌گیری از منابع معنوی برای مقابله با شرایط بحرانی از جمله همودپالیز می‌باشد [۲۸]. معنویت عامل مهمی در سازگاری با شرایط استرس‌زای ناشی از بیماری‌های مزمن است [۲۹]. اخیراً استفاده از روش مشاوره با رویکرد معنوی در تغییر نگرش فرد برای رفع مشکلات روان‌شناختی مورد توجه قرار گرفته است. مشاوره معنوی نوعی درمان روان‌شناختی است؛ که درمانگر، درمانجو را در جهت کاوش در موضوع‌ها و مسائل معنوی که مرتبط با بهبود و بازیابی سلامتی او است، هدایت می‌کند [۳۰]. از نظر فرانکل، انسان‌ها همیشه اسیر شرایط نیستند، بلکه اساساً در تصمیم‌گیری آزاد و به اتخاذ موضع خود نسبت به شرایط درونی (روانی) و بیرونی (فیزیولوژیک و اجتماعی) قادر هستند. از نظر او آزادی از بعد معنوی انسان نشأت می‌گیرد. بعدی که ویژه انسان و برتر و بالاتر از ابعاد جسمانی و روانی اوست. از نظر او نگرش انسان به رویدادها، از جمله سلامت و بیماری و تعبیر و تفسیرهای اوست که تعیین‌کننده سلامت روان یا آسایش روانی اوست [۳۱]. مقابله مذهبی و معنوی روش موثری در رابطه با پریشانی، خشم، اضطراب، انزوای اجتماعی و کنار آمدن با بیماری مزمن است. بدون سلامت معنوی جنبه‌های بیولوژیکی، روان‌شناسی و اجتماعی

افراد به درستی کار نمی‌کند و یا نمی‌تواند به حداکثر توانایی برسد [۳۲]. معنویت بیماران با کیفیت زندگی و اعتقاد به تأثیرگذاری معنویت در درمان آنان رابطه مستقیم و معنادار دارد. هر چه میزان معنویت فرد بالاتر باشد استرس وی در مواجهه با مشکلات کاهش می‌یابد و در نتیجه افسردگی کمتر رخ می‌دهد و موجب تقویت معنای زندگی، عزت‌نفس و عاطفه مثبت می‌گردد [۳۳]. معنویت از طریق برخی مکانیسم‌ها همچون سبک مقابله‌ای مشارکتی، کنترل درونی و بهره‌مندی از یک شبکه حمایتی در مواقع استرس‌زا، بر روی سلامت روان تأثیر گذاشته و باعث افزایش آن می‌شود [۳۴]. معنویت می‌تواند با تأمین منابع حمایتی روانی برای فرد و نیز به شکلی غیر مستقیم از طریق اثرگذاری بر امید، به سازگاری‌های روانی بیشتر منجر شود. معنویت به افراد خود کنترلی را می‌آموزد [۳۵]. به گفته باسینگ و همکاران [۳۶] افراد دارای درد مزمن حتی در جوامع غیر دینی با اعتقاد به اینکه فرشته محافظ مراقب آنهاست، به خود آرامش می‌بخشند. نقش معنویت و مذهب در بیماری و سلامت در سال‌های اخیر مورد توجه قرار گرفته است به طوری که برخی معتقدند که معنویت بخشی از مدل زیستی، روانی و اجتماعی است [۳۷]. ترکیب دو رویکرد مشاوره معنوی و شناختی یک درمان مؤثر برای بیماران شناخته شده است. پاکرت و همکاران [۳۸] با استفاده از رویکرد تلفیقی درمان شناختی با معنویت، نشان دادند که این رویکرد باعث بهبود مهارت‌های مقابله‌ای در بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی می‌شود. تعدادی از مقالات نظری و تجربی نشان داده‌اند که نیاز شدید برای مذهب و تلفیق مذهب و معنویت با درمان - های دیگر می‌تواند اثر بخشی درمان‌ها را بیشتر کند [۳۹]. تمرکز درمان بر بخشودگی، مذهب، انجام تکالیف رفتاری و تنظیم افکار موجب می‌شود که تلفیق دو رویکرد فوق اثر بخش‌تر شود [۴۰]. باررا و همکاران [۴۱] نشان دادند که درمان ترکیبی شناختی - رفتاری با معنویت، در کاهش علایم اضطراب مانند نگرانی در افراد اثر بخش است. از سوی دیگر نتایج این پژوهش نشان دهنده تداوم بهبودی ناشی از درمان در مدت ۶ ماه پیگیری بود. از دیدگاه این پژوهشگران، ترکیب رویکرد شناختی - رفتاری با رویکرد معنوی، اثر بخش‌تر از سایر فنون می‌باشد. با توجه به مطالب گفته شده در بالا و نقش تبعیت از رژیم درمانی در بهبود روند درمان بیماران دیالیزی، و اثر بخشی رویکردهای شناختی و معنوی در بیماران، پژوهش حاضر بر آن شده به بررسی تلفیقی رویکرد شناختی - معنوی در جهت ارتقاء تبعیت از رژیم درمانی بیماران دیالیزی بپردازد.

روش کار

این پژوهش یک تحقیق شبه آزمایشی به روش پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه آزمایش و گواه بود. جامعه آماری پژوهش را کلیه بیماران همودیالیزی که در بهار سال ۹۸ در بیمارستان شهید رحیمی شهر خرم‌آباد همودیالیز می‌شدند، تشکیل می‌داد. از میان این بیماران

ابزار پژوهش: پرسشنامه تبعیت از درمان، در سال ۱۳۹۲ توسط مدانلو در زمینه بیماران مزمن طراحی و روان سنجی شد. این پرسشنامه شامل ۴۰ سؤال در حیطه‌های اهتمام در درمان (۹ سؤال)، تمایل به مشارکت در درمان (۷ سؤال)، توانایی تطابق (۷ سؤال)، تلفیق درمان با زندگی (۵ سؤال)، چسبیدن به درمان (۴ سؤال)، تعهد به درمان (۵ سؤال) و تدبیر در اجرای درمان (۳ سؤال) می‌باشد. در مقابل هر سؤال طیف ۵ گزینه‌ای از کاملاً مخالفم (نمره ۱) تا کاملاً موافقم (نمره ۵) قرار دارد. روایی و پایایی: در تحقیق مدانلو روایی صوری و محتوایی این ابزار توسط اساتید مورد تأیید قرار گرفته و پایایی ابزار تبعیت از درمان با استفاده از روش آزمون مجدد سنجیده شده که در مطالعه ایشان ضریب همبستگی $r = 0.875$ بود.

داده‌های این پژوهش با استفاده از آمار توصیفی، جداول میانگین و انحراف معیار توصیف و با استفاده از تحلیل کواریانس چند متغیره و تحلیل کواریانس تک متغیره و با استفاده از نرم‌افزار SPSS ویرایش ۲۴ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. مداخله مشاوره معنوی - شناختی که در این پژوهش از آن استفاده شد بر اساس برنامه مداخله معنوی وزیری و کاشانی (۱۳۹۲) و مداخله شناختی خدایاری و همکاران (۱۳۹۴) بود. محتوی جلسات درمانی معنوی - شناختی در جدول ۱ می‌باشد.

همودیالیزی پس از بررسی ملاک ورود (سابقه بیش از یک سال همودیالیز، رضایت به شرکت داشتن در طرح و نداشتن اختلالات روان-پزشکی) و ملاک‌های خروج (غیبت ۳ جلسه یا بیشتر، داشتن اختلال روانی و عدم تمایل شرکت در جلسات) تعداد ۳۰ نفر به عنوان نمونه به صورت تصادفی انتخاب و سپس به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و گواه (هر گروه ۱۵ نفر) جایگزین شدند که به گروه آزمایشی رویکرد تلفیقی مشاوره معنوی - شناختی ارائه شد. برای پژوهش حاضر ابتدا کد اخلاق از دانشگاه علوم پزشکی شهرستان خرم‌آباد اخذ و سپس مقدمات لازم برای انجام کار آماده گردید. پیش از انجام مداخلات، به توضیح دلایل و نحوه انجام پژوهش برای بیماران پرداخته شد و با آنها اطمینان داده شد که اطلاعات آنها محرمانه خواهد ماند و پس از اعلام رضایت آگاهانه بیمار (شامل این مورد است که فرد هر زمان که بخواهد می‌تواند از ادامه جلسات درمانی انصراف دهد و هیچ عواقبی برای او ندارد) جلسات شروع شد. در ابتدا هر دو گروه آزمایشی و گواه در شرایط یکسان پرسشنامه تبعیت از درمان را به عنوان پیش‌آزمون بیم تکمیل کردند. سپس برای گروه آزمایشی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای مشاوره معنوی - شناختی به صورت یک جلسه در هفته انجام پذیرفت و گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. پس از اتمام جلسات مشاوره معنوی - شناختی، پرسشنامه تبعیت از درمان مجدداً به عنوان پس‌آزمون توسط هر دو گروه تکمیل شد.

جدول ۱. محتوای جلسات برگزار شده

تعداد جلسات	شرح جلسات
اول	آشنایی اعضا با یکدیگر و آشنایی با قوانین گروه و اشاره به ضرورت مشارکت در جلسات.
دوم	بررسی عوامل مؤثر بر زندگی سالم، عزت نفس و احترام به خود و بررسی بحث در مورد موانع و مشکلات عدم تبعیت از رژیم درمانی و نیز بررسی وجود متعالی و ماورای مادی و باور به نیروی برتر و مقدس در بین اعضا.
سوم	آموزش مهارت‌های تحلیل رفتار، مثبت‌نگری و حل مسئله، ایجاد تعهد و اعتماد به نفس در بیمار جهت اصلاح رفتار غلط و بحث گروهی و آگاهی از خود مشاهده‌گر.
چهارم	آموزش مهارت‌های مقابله با استرس، مقابله‌ای بین فردی و مهارت‌های اجتماعی مطلوب و بیان مفهوم تمرکز، مراقبه و اثر آن در بیماری بیان گردید و قراردادی بین اعضای گروه جهت بهبود تبعیت از درمان بسته شد
پنجم	ارتقای مهارت‌های اجتماعی جرات ورزی، آموزش مثبت نگری، کشف ویژگی‌های مثبت و بحث گروهی درباره مفهوم پایان-ناپذیری و اتصال به نیروی لایزال از طریق نیایش و برقراری ارتباط با خدا و تعریف توکل سازنده و نحوه به کار بستن آن. همچنین ایجاد انگیزه و تشویق اعضا در راستای تبعیت از رژیم درمانی
ششم	آموزش و کمک به اعضا در راستای کسب بینش در مورد توانایی‌های خود، درک درست از مشکلات و اثرات منفی عدم پایبندی به رژیم درمانی و توضیح مفهوم طلب بخشش و بخشودگی
هفتم	بیان چند خاطره تلخ و اصلاح تحریف‌های شناختی در رابطه با آن خاطرات، تمایز قائل شدن بین مشاهدات عینی و تعبیر و تفسیر ذهنی از وقایع، گزارش از تأثیرات مثبت پیروی از درمان در بین اعضا آموزش مهارت کنترل خشم، آموزش صحیح مفهوم صبر و جایگاه صبر در حل مشکلات.
هشتم	توضیح نوع دوستی و احسان، آشنایی با مفهوم شکر و قدردانی و آموزش ایمن سازی در برابر استرس و جمع‌بندی مباحث و اجرای پس‌آزمون برا هر دو گروه آزمایش و گواه

یافته‌ها

در پژوهش حاضر دامنه سنی بیماران مورد بررسی قرار گرفت که بین ۷۱-۳۰، با میانگین ۵۲٪۴ سال بودند. از ۳۰ نفر گروه آزمایش و گواه ۱۷ نفر مرد و ۱۳ نفر زن بودند. ۸ مرد و ۷ زن در گروه آزمایش و ۹ مرد و ۶ زن در گروه گواه بودند. سابقه بیماران دیالیزی در پژوهش

حاضر بین ۲ تا ۱۲ سال با میانگین ۴٪۸ بود. در بین دو گروه ۴ نفر مجرد و ۲۰ نفر متأهل و ۶ نفر نیز همسرانشان فوت کرده بود. همان طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، میانگین نمرات تبعیت از رژیم درمانی، اهتمام در درمان، تمایل به مشارکت در درمان، توانایی تطابق، تلفیق درمان با زندگی، چسبیدن به درمان، تعهد به درمان و تدبیر در اجرای درمان در مرحله پیش‌آزمون برای گروه آزمایش به

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد تبعیت از رژیم درمانی و خرده مولفه‌های آن در پیش‌آزمون - پس‌آزمون گروه آزمایش و گواه

مؤلفه‌ها	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
تبعیت از رژیم درمانی		
گروه آزمایش	۷/۴۸ ± ۹۳/۲	۲۶/۱۹ ± ۱۳۲/۲
گروه گواه	۶/۱۹ ± ۹۱/۱	۹/۱۲ ± ۹۴/۹
اهتمام در درمان		
گروه آزمایش	۳/۰۱ ± ۲۴/۷	۶/۹۱ ± ۳۳/۳
گروه گواه	۲/۸۸ ± ۲۳/۹	۳/۲۷ ± ۲۴/۱
تمایل به مشارکت در درمان		
گروه آزمایش	۳/۲۱ ± ۱۲/۲	۵/۳۶ ± ۲۱/۹
گروه گواه	۲/۴۲ ± ۱۲/۹	۲/۵۷ ± ۱۳/۱
توانایی تطابق		
گروه آزمایش	۲/۲۷ ± ۱۶/۸	۶/۲۸ ± ۲۴/۹
گروه گواه	۲/۲۱ ± ۱۶/۴	۲/۸۲ ± ۱۵/۳
تلفیق درمان با زندگی		
گروه آزمایش	۲/۳۷ ± ۱۰/۲	۵/۲۵ ± ۱۷/۷
گروه گواه	۲/۳۱ ± ۱۰/۶	۱/۹۱ ± ۱۱/۱
چسبیدن به درمان		
گروه آزمایش	۱/۷۸ ± ۸/۲	۳/۸۸ ± ۱۲/۹
گروه گواه	۱/۵۱ ± ۸/۴	۲/۱۲ ± ۸/۲
تعهد به درمان		
گروه آزمایش	۲/۰۹ ± ۱۱/۶	۵/۶۳ ± ۱۹/۱
گروه گواه	۲/۱۴ ± ۱۰/۹	۳/۱۸ ± ۱۱/۵
تدبیر در اجرای درمان		
گروه آزمایش	۱/۱۸ ± ۷/۴	۲/۴۱ ± ۱۰/۱
گروه گواه	۱/۹۲ ± ۶/۸	۱/۴۴ ± ۶/۶

اطلاعات در جدول به صورت میانگین ± انحراف معیار آمده است.

ترتیب برابر ۹۳/۲، ۲۴/۷، ۱۲/۲، ۱۶/۸، ۱۰/۲، ۸/۲، ۱۱/۶ و ۷/۴ است که پس از مداخله مشاوره معنوی و شناختی مقادیر تبعیت از رژیم درمانی، اهتمام در درمان، تمایل به مشارکت در درمان، توانایی تطابق، تلفیق درمان با زندگی، چسبیدن به درمان، تعهد به درمان و تدبیر در اجرای درمان افزایش یافته است و به ترتیب برابر با ۱۳۲/۲، ۳۳/۳، ۲۳/۹، ۲۴/۹، ۱۷/۷، ۱۲/۹، ۱۹/۱ و ۱۰/۱ است. در گروه گواه این میانگین‌ها در مرحله پیش‌آزمون برابر با ۹۰/۶، ۲۳/۹، ۱۲/۵، ۱۶/۲، ۱۰/۶، ۸/۴، ۱۰/۹ و ۶/۸ و در مرحله پس‌آزمون برابر با ۹۱/۱، ۲۳/۹، ۱۳/۱، ۱۵/۳، ۱۱/۱، ۸/۲ و ۱۱/۵ و ۶/۶ است. برای استفاده از آماره استنباطی تحلیل کواریانس چند متغیره و تک متغیره پیش‌فرض‌های این تحلیل مورد بررسی قرار گرفت. برای پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمره‌ها از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شد که در هر دو گروه آزمایش و گروه گواه ($P < 0/05$) مورد تأیید بود. پیش‌فرض تساوی واریانس‌ها (پس‌آزمون) با استفاده از آزمون لوین بررسی شد، این پیش‌فرض در مرحله پس‌آزمون ($P < 0/05$) مورد تأیید قرار گرفت. نمرات پیش‌آزمون به عنوان متغیرهای همگام در نظر گرفته شد و تأثیر آن بر روی نمرات پس‌آزمون با استفاده از تحلیل کواریانس کنترل شد. نمودار پراکندگی نشان داد که پیش‌فرض خطی بودن رابطه بین متغیرهای همگام (نمرات پیش‌آزمون مربوطه) برقرار است. همچنین همگنی شیب‌های خط رگرسیون بین متغیرهای وابسته و متغیرهای همگام در هر دو گروه آزمایش و گواه از طریق رسم نمودار پراکنش برقرار بود. بنابراین برای بررسی تأثیر مداخله تلفیقی معنوی - شناختی از آزمون تحلیل کواریانس استفاده شد که در زیر نتایج آن ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج کواریانس چند متغیره برای تبعیت از رژیم درمانی در مرحله پس‌آزمون

آزمون	ارزش	درجه آزادی خطا	درجه آزادی فرضیه	F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آماری
اثر پیلایی	۰/۷۷	۱۵	۷	۷/۴۱	۰/۰۰۱	۰/۷۷	۰/۹۹
لامبدایی ویلکز	۰/۲۲	۱۵	۷	۷/۴۱	۰/۰۰۱	۰/۷۷	۰/۹۹
هتلیگ	۳/۴۵	۱۵	۷	۷/۴۱	۰/۰۰۱	۰/۷۷	۰/۹۹
بزرگترین ریشه خطا	۳/۴۵	۱۵	۷	۷/۴۱	۰/۰۰۱	۰/۷۷	۰/۹۹

با توجه به نتایج جدول ۴، با کنترل نمرات پیش‌آزمون، بین گروه‌های آزمایش و گواه در اهتمام در درمان، تمایل به مشارکت در درمان، توانایی تطابق، تلفیق درمان با زندگی، چسبیدن به درمان، تعهد به درمان و تدبیر در اجرای درمان بیماران دیالیزی در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/001$). با توجه به نتایج فوق می‌توان نتیجه گرفت که رویکرد تلفیقی معنوی - شناختی موجب افزایش ۴۵، ۵۷، ۴۸، ۵۲، ۳۷، ۴۲ و ۴۱ درصدی خرده مولفه‌های اهتمام در درمان، تمایل به مشارکت در درمان، توانایی تطابق، تلفیق درمان با زندگی، چسبیدن به درمان، تعهد به درمان و تدبیر در اجرای در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون شده است.

همان طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود پس از خارج کردن اثر پیش‌آزمون و سایر متغیرهای گواه، به روش تحلیل کواریانس چند متغیره، اثر معنی‌داری برای عامل عضویت گروهی وجود دارد. این اثر چند متغیره نشان می‌دهد که مشاوره معنوی - شناختی بر تبعیت از رژیم درمانی تأثیر دارد و بین مولفه‌های تبعیت از رژیم درمانی بیماران گروه‌های آزمایش و گواه تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/01$). $F = 7/41$ (به منظور تعیین اینکه در کدام یک از مولفه‌های تبعیت از رژیم درمانی تفاوت معناداری بین گروه آزمایش و گواه وجود دارد از آزمون تحلیل کواریانس تک متغیره استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ ارائه گردیده است).

جدول ۴. نتایج کوواریانس تک متغیره برای مولفه‌های تبعیت از رژیم درمانی بر حسب عضویت گروهی

منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آماری
اهتمام در درمان							
پیش آزمون	۷/۲۷	۱	۷/۲۷	۰/۲۴	۰/۶۲	۰/۰۰۹	۰/۰۷
عضویت گروهی	۶۸۸/۸۴	۱	۶۸۸/۸۴	۲۲/۸۹	۰/۰۰۰۱	۰/۴۵	۰/۹۹
تمایل به درمان							
پیش آزمون	۲۴/۱۳	۱	۲۴/۱۳	۱/۴۱	۰/۲۴	۰/۰۵	۰/۲۱
عضویت گروهی	۶۱۳/۱۴	۱	۶۱۳/۱۴	۳۵/۸۵	۰/۰۰۱	۰/۵۷	۱
توانایی تطابق							
پیش آزمون	۴۴/۸۵	۱	۴۴/۸۵	۱/۹۵	۰/۱۷	۰/۰۶	۰/۲۷
عضویت گروهی	۵۷۲/۶۹	۱	۵۷۲/۶۹	۲۴/۹۲	۰/۰۰۰۱	۰/۴۸	۰/۹۹
تلفیق درمان با زندگی							
پیش آزمون	۲۲/۸۷	۱	۲۲/۸۷	۱۴/۴۸	۰/۲۳	۰/۰۵	۰/۲۱
عضویت گروهی	۳۴۶/۲۲	۱	۳۴۶/۲۲	۲۲/۵۲	۰/۰۰۱	۰/۵۲	۰/۹۹
چسبیدن به درمان							
پیش آزمون	۲/۳۶	۱	۲/۳۶	۰/۲۳	۰/۲۳	۰/۰۹	۰/۰۷
عضویت گروهی	۱۶۰/۲۴	۱	۱۶۰/۲۴	۱۵/۹۳	۰/۰۰۱	۰/۳۷	۰/۹۷
تعهد به درمان							
پیش آزمون	۱/۱۷	۱	۱/۱۷	۰/۵۴	۰/۸۱	۰/۰۲	۰/۰۵
عضویت گروهی	۴۳۷/۵۳	۱	۴۳۷/۵۳	۲۰/۱۸	۰/۰۰۱	۰/۴۲	۰/۹۹
تدبیر در اجرای درمان							
پیش آزمون	۰/۳۷	۱	۰/۳۷	۰/۰۷	۰/۸۹	۰/۰۱	۰/۰۵
عضویت گروهی	۴۱۱/۲۰	۱	۴۱۱/۲۰	۱۸/۹۴	۰/۰۰۰۱	۰/۴۱	۰/۹۸

بحث

هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی مداخله رویکرد تلفیقی مشاوره معنوی - شناختی بر تبعیت از رژیم درمانی و مولفه‌های آن در بیماران همودیالیزی بود. براساس نتایج به دست آمده می‌توان گفت: تلفیق دو رویکرد مشاوره معنوی و شناختی بر تبعیت از رژیم درمانی بیماران همودیالیزی اثر گذار بوده و باعث افزایش تبعیت از درمان در این بیماران گردید. همان طور که در **جدول ۳** نشان داده شده است تلفیق رویکرد مشاوره معنوی - شناختی بیشترین تأثیر را بر تمایل به درمان و تلفیق درمان با زندگی داشته است. نتایج پژوهش نشان می‌دهد که رویکرد تلفیقی فوق باعث شده که بیماران تمایل بیشتری نسبت به درمان پیدا کنند و در جهت تبعیت از درمان تلاش کنند. همچنین نتایج نشان می‌دهد بیماران همودیالیزی در پژوهش حاضر توانسته‌اند درمان را با زندگی خود تلفیق کرده و آن را به عنوان بخشی از زندگی خود در نظر بگیرند. این نتیجه با نتایج مدنی و همکاران [۴۰] مبنی بر تأثیر درمان شناختی رفتاری مبتنی بر معنویت روی تاب‌آوری و رضایت از زندگی مادران دارای کودک آهسته گام شد، سوخک و همکاران [۴۲] مبنی بر تأثیر مداخله شناختی - رفتاری بر تبعیت از رژیم دارویی بیماران دیالیزی و نیز با نتایج گراهام و همکاران [۴۳]، فانگ و همکاران [۴۴]، قیصری [۴۵]، سانتو و همکاران [۴۶] همسو می‌باشد. همچنین با نتایج یاراحمدی و همکاران [۴۷] که نشان دادند گروه درمانی شناختی - رفتاری به میزان قابل توجهی موجب کاهش اضطراب و افسردگی در بیماران همودیالیزی می‌شود، شریفی‌نیا و همکاران [۴۸] که در تحقیق خود به مطالعه تأثیر دعا بر سلامت معنوی بیماران

همودیالیزی پرداختند و نشان دادند افزایش فعالیت‌های مذهبی و معنوی می‌تواند منجر به کاهش رنج روان‌شناختی در بیماران دیالیزی شود، و نتایج هادیان و همکاران [۴۹] همخوانی دارد. معنویت درمانی باعث افزایش کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی می‌شود [۵۰]. سوکرپا و همکاران [۳۴] در پژوهشی که در برزیل انجام دادند، نشان دادند که ارتباط مثبت و معناداری بین دینداری و شادی در بیماران همودیالیزی وجود دارد. به این معنا که از میان افراد همودیالیزی آن‌هایی که دینداری بیشتری داشتند، از شادی بیشتری برخوردار بودند و از زندگی خود راضی‌تر بودند.

در تبیین یافته‌های فوق می‌توان گفت افزایش نمره تبعیت از رژیم درمانی در گروه آزمایشی پژوهش حاضر به دلیل ماهیت چند بُعدی مداخله معنوی - شناختی باشد. درمان‌های شناختی به بیمار کمک می‌کند با مشکلات خود آشنا شده و آنها را تغییر دهد و در نتیجه این تغییرات باعث بهبود در عواطف و رفتار فرد نیز می‌شود. دیدگاه شناختی - رفتاری برای بیمارانی که دارای چندین اختلال هستند مفید است و می‌تواند برای افرادی که هیچگونه باوری در مورد سازگاری با رژیم درمانی‌شان ندارند، کمک کننده باشد [۵۱]. اجرای مداخله‌های روان‌شناختی با تمرکز بر اصلاح سبک‌های اسنادی، چالش با باورهای غیر منطقی، آرام سازی، آموزش مهارت حل مسئله و آموزش مهارت - های مقابله‌ای از جمله راهبردهای درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی است و باور به مهربانی خدا، توکل به خدا در مشکلات، و زندگی را محدود نکردن به دنیای مادی از راهبردهای مشاوره معنوی است، که نه تنها پیامدهای عاطفی منفی بیماران تخفیف می‌بخشد، بلکه به افزایش

فعالیت‌های تشویق نماید که سلامتی را ارتقا می‌دهد. علائم و نشانه‌های بیماری را کنترل و درمان می‌کند و بر تأثیر بیماری بر عملکرد، احساسات و ارتباطات بین فردی و تبعیت از رژیم درمانی مانند مصرف کمتر مایعات، مصرف کمتر مواد پروتئینی و شرکت منظم در برنامه همودیالیز، اثر می‌گذارد.

این پژوهش بر روی بیماران همودیالیزی شهر خرم‌آباد انجام گرفته است از این رو در تعمیم نتایج به سایر شهرها باید احتیاط کرد. همچنین به علت نداشتن دوره پیگیری تعمیم نتایج با محدودیت روبرو است. با توجه به نتایج به دست آمده و تأثیر مداخله رویکرد تلفیقی مشاوره معنوی - شناختی بر تبعیت از رژیم درمانی بیماران همودیالیزی، پیشنهاد می‌شود که این مداخلات بر دیگر بیماران مبتلا به بیماری‌های خاص جهت افزایش تبعیت از رژیم درمانی، اجرا شود.

سیاسگزاری

پژوهش حاضر دارای کد اخلاق IR.LUMS.REC.1398.047 از دانشگاه علوم پزشکی لرستان می‌باشد. نویسندگان این مقاله تشکر صمیمانه خود را از مسئولان و کارکنان محترم بیمارستان شهید رحیمی خرم‌آباد، معاونت پژوهش و تحقیقات دانشگاه علوم پزشکی لرستان و بیماران همودیالیزی که در انجام این پژوهش ما را یاری دادند، کمال تشکر و قدردانی را ابراز می‌دارند.

تضاد منافع

در مقاله حاضر هیچ تضاد منافی وجود ندارد.

References

1. Chilcot J, Wellsted D, Farrington K. Illness representations are associated with fluid nonadherence among hemodialysis patients. *J Psychosom Res.* 2010;68(2):203-12. doi: 10.1016/j.jpsychores.2009.08.010 pmid: 20105704
2. Tsai SH, Wang MY, Miao NF, Chian PC, Chen TH, Tsai PS. CE: original research: The efficacy of a nurse-led breathing training program in reducing depressive symptoms in patients on hemodialysis: a randomized controlled trial. *Am J Nurs.* 2015;115(4):24-32; quiz 3, 42. doi: 10.1097/01.NAJ.0000463023.48226.16 pmid: 25793429
3. Jager KJ, Fraser SDS. The ascending rank of chronic kidney disease in the global burden of disease study. *Nephrol Dial Transplant.* 2017;32(suppl_2):ii121-ii8. doi: 10.1093/ndt/gfw330 pmid: 28201666
4. Kang SS, Chang JW, Park Y. Nutritional Status Predicts 10-Year Mortality in Patients with End-Stage Renal Disease on Hemodialysis. *Nutrients.* 2017;9(4). doi: 10.3390/nu9040399 pmid: 28420212
5. Denhaerynck K, Manhaeve D, Dobbels F, Garzoni D, Nolte C, De Geest S. Prevalence and

سطح پایبندی به توصیه‌های درمانی نیز کمک می‌کند. ترکیب این دو رویکرد در کنار هم باعث می‌شود افراد جهان‌بینی خود را تغییر داده، تفسیر مثبت‌تری از دنیا داشته باشند و بیماری را به معنای پایان زندگی و آرزوها و اهداف خود در نظر نگیرند. در دیدگاه معنوی باور بر این است که حل مشکلات در دست خداست و اوست که درد و درمان را می‌دهد. ولی طبق آیات و روایت خدا کارهایش را از طریق اسباب انجام می‌دهد. برای شفای یافتن از بیماری نیاز به درمان و پیگیری درمان هست. در روایت آمده است که حضرت موسی بیمار بود هر چه برای او دارو آوردن امتناع کرد و گفت خدا شفا می‌دهد تا از جانب خدا وحی شد «به عزت و جلالم سوگند که بهبودی به تو نمی‌دهم مگر اینکه از داروی که برای تو آورده‌اند استفاده کنی» بر همین اصل مداخلات معنوی به بیماران در پژوهش حاضر کمک کرد که خدا درمان و شفا را به وسیله اسباب که همان درمان و تبعیت از درمان است، قرار داده و آنها ملزم به رعایت از دستورات درمانی هستند.

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر می‌توان گفت تلفیق دو رویکرد معنوی - شناختی باعث می‌شود تبعیت از رژیم درمانی و خرده مولفه‌های آن در بیماران همودیالیزی افزایش پیدا کند. همچنین به توانمندی و قدرت پذیرش وضعیت خود، خودگویی مثبت، سعی در کنترل افکار ناکارآمد، کنترل هیجانات منفی و پی بردن به تقدس و کرامت انسانی کمک کرده و توانسته است افراد همودیالیزی را به انجام

- consequences of nonadherence to hemodialysis regimens. *Am J Crit Care.* 2007;16(3):222-35.
6. Hill NR, Fatoba ST, Oke JL, Hirst JA, O'Callaghan CA, Lasserson DS, et al. Global Prevalence of Chronic Kidney Disease - A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS One.* 2016;11(7):e0158765. doi: 10.1371/journal.pone.0158765 pmid: 27383068
 7. Rebafka A. Medication Adherence After Renal Transplantation-a Review of the Literature. *J Ren Care.* 2016;42(4):239-56. doi: 10.1111/jorc.12181 pmid: 27629770
 8. Alikari V, Tsironi M, Matziou V, Babatsikou F, Psillakis K. Adherence to Thera-peutic Regimen in Adults Patients Undergoing Hemodialysis: The Role of Demographic and Clinical Characteristics. *Int Arch Nurs Health Care.* 2018;4:096.
 9. Kelly JT, Rossi M, Johnson DW, Campbell KL. Beyond Sodium, Phosphate and Potassium: Potential Dietary Interventions in Kidney Disease. *Semin Dial.* 2017;30(3):197-202. doi: 10.1111/sdi.12580 pmid: 28239979
 10. Havas K, Bonner A, Douglas C. Self-management support for people with chronic kidney disease: Patient perspectives. *J Ren Care.* 2016;42(1):7-14. doi: 10.1111/jorc.12140 pmid: 26404772

11. Biruete A, Jeong JH, Barnes JL, Wilund KR. Modified Nutritional Recommendations to Improve Dietary Patterns and Outcomes in Hemodialysis Patients. *J Ren Nutr*. 2017;27(1):62-70. doi: 10.1053/j.jrn.2016.06.001 pmid: 27471172
12. Ghimire S, Castelino RL, Lioufas NM, Peterson GM, Zaidi ST. Nonadherence to Medication Therapy in Haemodialysis Patients: A Systematic Review. *PLoS One*. 2015;10(12):e0144119. doi: 10.1371/journal.pone.0144119 pmid: 26636968
13. Lambert K, Mullan J, Mansfield K. An integrative review of the methodology and findings regarding dietary adherence in end stage kidney disease. *BMC Nephrol*. 2017;18(1):318. doi: 10.1186/s12882-017-0734-z pmid: 29061163
14. Ghimire S, Peterson GM, Castelino RL, Jose MD, Zaidi ST. Medication Regimen Complexity and Adherence in Haemodialysis Patients: An Exploratory Study. *Am J Nephrol*. 2016;43(5):318-24. doi: 10.1159/000446450 pmid: 27166159
15. Chironda G, Bhengu B. Contributing Factors to Non-Adherence among Chronic Kidney Disease (CKD) Patients: A Systematic Review of Literature. *Med Clin Rev*. 2016;02(04). doi: 10.21767/2471-299x.1000038
16. Kreps GL, Villagran MM, Zhao X, McHorney CA, Ledford C, Weathers M, et al. Development and validation of motivational messages to improve prescription medication adherence for patients with chronic health problems. *Patient Educ Couns*. 2011;83(3):375-81. doi: 10.1016/j.pec.2011.04.029 pmid: 21602010
17. Masror Roudsari D, Dabiri Golchin M, Haghani H. Relationship between adherence to therapeutic regimen and health related quality of life in hypertensive patients. *Iran J Nurs*. 2013;26(85):44-54.
18. Kazemi S, Didarlo A, Khalkhali H, Feizi A. Studing The Relationship Between Self- Efficacy and Dietary Adheren, in Patents Under Hemodialysis. *J Urmia Nurs Midwifery Fac*. 2018;15(11):835-42.
19. Murali KM, Mullan J, Chen JH, Roodenrys S, Lonergan M. Medication adherence in randomized controlled trials evaluating cardiovascular or mortality outcomes in dialysis patients: A systematic review. *BMC Nephrol*. 2017;18(1):42. doi: 10.1186/s12882-017-0449-1 pmid: 28143438
20. Wu LM, Sheen JM, Shu HL, Chang SC, Hsiao CC. Predictors of anxiety and resilience in adolescents undergoing cancer treatment. *J Adv Nurs*. 2013;69(1):158-66. doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.06003.x pmid: 22489627
21. Humayun S, Herlitz L, Chesnokov M, Doolan M, Landau S, Scott S. Randomized controlled trial of Functional Family Therapy for offending and antisocial behavior in UK youth. *J Child Psychol Psychiatry*. 2017;58(9):1023-32. doi: 10.1111/jcpp.12743 pmid: 28504358
22. Jolokhanian M, Khademi A. Assessing of effective of cognitive distortions education on marital satisfaction in women. *J Holistic Nurs*. 2013;4(12).
23. Beck A, Asmundson G, Hofmann, S. (). The science of cognitive therapy. *Behav therap*. 2011;14(4).
24. Shahsavari A, Foroghi S. Effectiveness of cognitive therapy on depression in epileptic patients. *Iran J Psychiatr Nurs*. 2015;3(1):37-46.
25. Sela R. Chronic low back pain and cognitive-behavioral therapy (Dissertation). Canada: alberta; 1990.
26. Hall J, Kellett S, Berrios R, Bains MK, Scott S. Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy for Generalized Anxiety Disorder in Older Adults: Systematic Review, Meta-Analysis, and Meta-Regression. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2016;24(11):1063-73. doi: 10.1016/j.jagp.2016.06.006 pmid: 27687212
27. Gilbody S, Littlewood E, Hewitt C, Brierley G, Tharmanathan P, Araya R, et al. Computerised cognitive behaviour therapy (cCBT) as treatment for depression in primary care (REEACT trial): large scale pragmatic randomised controlled trial. *BMJ*. 2015;351:h5627. doi: 10.1136/bmj.h5627 pmid: 26559241
28. Bolhari N, Zamaniyan S. Effective spiritual healing therapy for decrease depression, anxiety, stress woman with breast cancer. *Socialiaty*. 2012;3(1):85-116.
29. Taghizadeh M, Miralayi M. Study of spiritual group therapy on increase of resiliency in female multiple sclerosis patients in Esfahan. *J Health Psychol*. 2013;2(7):82-102.
30. Kim NY, Huh HJ, Chae JH. Effects of religiosity and spirituality on the treatment response in patients with depressive disorders. *Compr Psychiatry*. 2015;60:26-34. doi: 10.1016/j.comppsy.2015.04.009 pmid: 25956752
31. Frankl VE. Man's search for meaning. Jami: Tehran; 2015.
32. El Filali A, Bentata Y, Ada N, Oneib B. Depression and anxiety disorders in chronic hemodialysis patients and their quality of life: A cross-sectional study about 106 cases in the northeast of morocco. *Saudi J Kidney Dis Transpl*. 2017;28(2):341-8. doi: 10.4103/1319-2442.202785 pmid: 28352018
33. Vitorino LM, Soares R, Santos AEO, Lucchetti ALG, Cruz JP, Cortez PJO, et al. Two Sides of the Same Coin: The Positive and Negative Impact of Spiritual Religious Coping on Quality of Life and Depression in Dialysis Patients. *J Holist Nurs*. 2018;36(4):332-40. doi: 10.1177/0898010117725429 pmid: 28836475
34. Siqueira J, Fernandes NM, Moreira-Almeida A. Association between religiosity and happiness in patients with chronic kidney disease on

- hemodialysis. *J Bras Nefrol.* 2019;41(1):22-8. **doi:** 10.1590/2175-8239-JBN-2018-0096 **pmid:** 30421782
35. Tajikzadeh F, Sadeghi R, Raeeskarimian F. The comparison of resilience, coping style and pain catastrophizing behavior between cancer patients and normal people. *J Anesth Pain.* 2016;7(1):38-48.
 36. Bussing A, Reiser F, Michalsen A, Zahn A, Baumann K. Do patients with chronic pain diseases believe in guardian angels: even in a secular society? A cross-sectional study among German patients with chronic diseases. *J Relig Health.* 2015;54(1):76-86. **doi:** 10.1007/s10943-013-9735-9 **pmid:** 23722249
 37. Kamari S, Foolad Chang M. The effectiveness of therapeutic spirituality optimism based on life expectancy and life satisfaction. *J Res Clin Psychol Counselings.* 2016;6(1):5-23.
 38. Paukert AL, Phillips L, Cully JA, Loboprabhu SM, Lomax JW, Stanley MA. Integration of religion into cognitive-behavioral therapy for geriatric anxiety and depression. *J Psychiatr Pract.* 2009;15(2):103-12. **doi:** 10.1097/01.pra.0000348363.88676.4d **pmid:** 19339844
 39. Worthington EL, Jr., Hook JN, Davis DE, McDaniel MA. Religion and spirituality. *J Clin Psychol.* 2011;67(2):204-14. **doi:** 10.1002/jclp.20760 **pmid:** 21108313
 40. Madani Y, Hoseininezhad S, N., Fathi D, Mousavi. A M. Effectiveness of Spirituality-Based Cognitive Behavioral Therapy on Resiliency and Life Satisfaction in Mothers with Slow-Paced Children. *J Empower Child.* 2016;7(17):1-12.
 41. Barrera TL, Zeno D, Bush AL, Barber CR, Stanley MA. Integrating Religion and Spirituality Into Treatment for Late-Life Anxiety: Three Case Studies. *Cognit Behav Pract.* 2012;19(2):346-58. **doi:** 10.1016/j.cbpra.2011.05.007
 42. Sookhak F, Zolfaghari M, Asadi Noghabi AA, Haghani H. Effect of a cognitive-behavioral intervention on medication adherence in patients' undergoing hemodialysis. *J hayat.* 2014;20(3):85-94.
 43. Graham CD, Gillanders D, Stuart S, Gouick J. An acceptance and commitment therapy (ACT)-based intervention for an adult experiencing post-stroke anxiety and medically unexplained symptoms. *Clin Case Stud.* 2015;14(2):83-97.
 44. Fang J, Wang JW, Li J, Li H, Shao C. The correlates of social capital and adherence to healthy lifestyle in patients with coronary heart disease. *Patient Prefer Adherence.* 2017;11:1701-7. **doi:** 10.2147/PPA.S140787 **pmid:** 29033557
 45. Gheisari M. The Effectiveness of Schema Therapy Neuropsychology for occupational therapists: Cognition in occupational performance. London: John Wiley & Sons; 2016. 148-69 p.
 46. Santo K, Chow CK, Thiagalingam A, Rogers K, Chalmers J, Redfern J. MEDication reminder APPs to improve medication adherence in Coronary Heart Disease (MedApp-CHD) Study: a randomised controlled trial protocol. *BMJ Open.* 2017;7(10):e017540. **doi:** 10.1136/bmjopen-2017-017540 **pmid:** 28993388
 47. Yarahmadi F, Ghasemi F, Foroghi S. The Effects of Emotional Intelligence Items Training on Increasing Emotional Intelligence in Hemodialysis Patients. *Iran J Psychiatr Nurs.* 2016;3(4):10-7.
 48. Sharif NSH, hojjati h, nazari r, qorbani m, akhoondzade g. The effect of prayer on mental health of hemodialysis patients. *Iranian J Crit Care Nurs.* 2012;5(1):29-34.
 49. Hadian Z, Rafiee Vardanjani L, Barimnejad L. The most important causes of non-adherence in patients on dialysis. *Clin Excell.* 2016;5(2).
 50. Rezaei J. Effect of Cognitive-Behavioral Group Therapy with Emphasis on Islamic-Based Spiritual Beliefs on Increasing the Spirituality and Mental Health of Multiple Sclerosis Patients; a Case Study of Markazi Province, Iran. *Islamic Life J.* 2018;2(1):5-12.
 51. L Abawa M, Tsehay D, Begashaw G, Wondie Y, Koester LS. Trauma-focused cognitive behavioral therapy in treating childhood depression and negative self-esteem in poly-victimized, institutionalized Ethiopian children. *Ethiopian renaissance.* 2016;3(1):57.