

Research Paper

The Effectiveness of Integrative Pattern of Cognitive and Spiritual Counseling on Resiliency and Self-Efficacy of Hemodialysis Patients

Zahra Moradi¹, Yaser Madani^{2*} , Masoud Sadeghi³

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

2. Faculty Member, School of Psychology and Educational Sciences, Department of Educational Psychology and Counseling, University of Tehran, Iran

3. Faculty Member, Department of Psychology, School of Literature and Humanities, Lorestan University, Khorramabad, Iran

Citation: Moradi Z, Madani Y, Sadeghi M. [The Effectiveness of Integrative Pattern of Cognitive and Spiritual Counseling on Resiliency and Self-Efficacy of Hemodialysis Patients (persian)] Journal of Clinical Nursing and Midwifery. 2019 8(3): 423-435

Resived: 23 July 2019

Accepted: 17 Dec 2019

Available Online: Jan 2020

Abstract

Introduction: The kidney is one of the most distinguished organs of the body. Impairment in kidney function can cause serious harm to a person's physical and mental health. In the event of kidney failure, dialysis will perform the kidney function, and the person will need dialysis for the rest of his life. Therefore, this study aimed to investigate the effectiveness of the combined pattern of spiritual and cognitive counseling on the Resiliency and self-efficacy of hemodialysis patients in Khorramabad city.

Methods: A quasi-experimental study was carried out using pretest and post-test methods. The statistical population of the study included all patients who were hemodialysis in Shahid Rahimi hospital in spring 1398 in Khorramabad city. The method of sampling in this study was that of all individuals who were hemodialyzed in Shahid Rahimi Khorramabad Hospital, 30 patients were randomly selected according to entry and exit criteria and then randomly divided into two groups Experiments and attestation (each group of 15 people) were ranked. Then, under identical and simultaneous conditions, the pretest was performed with the Resiliency and self-efficacy questionnaire from both groups. Then, the intervention was performed using the combined method of spiritual and cognitive counseling for 8 sessions of 90 minutes on the experimental group, but the control group did not receive intervention. After completing the sessions, again, the two groups were retested.

Results: The results of multivariate and one-variable covariance analysis showed that the intervention of the combined model of spiritual and cognitive counseling had a significant effect on increasing the resiliency and self-efficacy of the patients ($P < 0.001$)

Conclusion: According to the results of this study, the combined pattern of spiritual and cognitive counseling can increase the Resiliency and self-efficacy of hemodialysis patients. Therefore, this method can be used to increase the Resiliency and self-efficacy of hemodialysis patients.

Keywords:

Integration of Spiritual and Cognitive Counseling, Resiliency, Self-Efficacy, Hemodialysis

*Corresponding author:

Yaser Madani

Address: Department of Educational Psychology and Counseling, University of Tehran, Iran

Tel: (+98)203188207

Email: yaser.madani@ut.ac.ir

بررسی اثربخشی الگوی تلفیقی مشاوره معنوی و شناختی بر تاب آوری و خودکارآمدی بیماران همودیالیزی

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

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره خانواده- دانشگاه تهران، ایران
۲. عضو هیات علمی دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی. گروه روانشناسی تربیتی و مشاوره، دانشگاه تهران، ایران.
۳. عضو هیات علمی گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران

چکیده:

زمینه و هدف: کلیه یکی از تمایز یافته‌ترین ارگانهای بدن است. اختلال در عملکرد کلیه می‌تواند آسیب جدی به سلامت جسمانی و روانی فرد وارد کند. در صورت نارسایی کلیه، دیالیز وظیفه کلیه را انجام خواهد داد و فرد تا آخر عمر نیازمند دیالیز می‌شود. لذا هدف پژوهش حاضر، بررسی اثر بخشی الگوی تلفیقی مشاوره معنوی و شناختی بر تاب‌آوری و خودکارآمدی بیماران همودیالیزی شهر خرم‌آباد بود.

روش بررسی: روش پژوهش 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 داد. روش نمونه‌گیری در این پژوهش بدین صورت بود که از میان کلیه افراد که در بیمارستان شهید رحیمی خرم‌آباد همودیالیز می‌شدند، با رعایت ملاک‌های ورود و خروج به صورت در دسترس ۳۰ نفر انتخاب و سپس به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه ۱۵ نفر) جایگزین شدند. سپس در شرایط یکسان و همزمان، پیش‌آزمون با پرسشنامه‌های تاب‌آوری و خودکارآمدی از هر دو گروه به عمل آمد. سپس مداخله با روش الگوی تلفیقی مشاوره معنوی و 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 مداخله الگوی تلفیقی مشاوره معنوی و شناختی بر افزایش تاب‌آوری و خودکارآمدی بیماران تاثیر معنادار داشته است ($P < 0/001$).

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج این مطالعه میتوان گفت الگوی تلفیقی مشاوره معنوی و شناختی باعث افزایش تاب‌آوری و خودکارآمدی بیماران همودیالیزی شده است. لذا می‌توان از این روش جهت افزایش تاب‌آوری و خودکارآمدی بیماران همودیالیزی استفاده کرد.

تاریخ دریافت: ۱ مرداد ۱۳۹۸

تاریخ پذیرش: ۲۶ آذر ۱۳۹۸

تاریخ انتشار: بهمن ۱۳۹۸

کلید واژه‌ها:

الگوی تلفیقی، مشاوره معنوی، مشاوره شناختی، تاب‌آوری، خودکارآمدی، همودیالیز

* نویسنده مسئول:

یاسر مدنی

نشانی: ایران، دانشگاه تهران، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی. گروه روانشناسی تربیتی و مشاوره

تلفن: ۰۹۲۰۳۱۸۸۲۰۷

پست الکترونیک: yaser.madani@ut.ac.ir

مقدمه:

برخوردار از سطح خودکارآمدی ادراک شده بالا، استرس کمتری را تجربه می‌کنند^(۱۶). بندورا خودکارآمدی را به عنوان «قضاوت افراد در مورد توانایی‌هایشان به منظور سازماندهی و انجام یک رشته از فعالیت‌های مورد نیاز جهت رسیدن به انواع تعیین شده از عملکرد» تعریف کرده است^(۱۷). خودکارآمدی که بر نظریه شناختی-اجتماعی آلبرت بندورا مبتنی است به باور شخص در مورد این که چگونه به خوبی می‌تواند در تغییر موفق باشد، دلالت دارد. در نظام شناختی منظور از خودکارآمدی مفهومی است که به احساسات شایستگی و کفایت شخص در مورد انجام اعمالی که توان آن را در خود می‌بیند، اشاره دارد^(۱۸). بندورا نشان می‌دهد که تمام درمان‌های شناختی-رفتاری ممکن است باعث افزایش خودکارآمدی در افراد شوند^(۱۹). باورهای خودکارآمدی علاوه بر تأثیر بر رفتار انسان، افکار و احساسات افراد را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهند. شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد افزایش خودکارآمدی بیماران دیالیزی با بهبود کنترل وزن بین جلسات دیالیز، کاهش بستری شدن، کاهش قطع عضو و بهبود کیفیت زندگی بیماران به خصوص در بیماران دیالیزی مبتلا به دیابت شده است^(۲۰). همچنین افزایش خودکارآمدی تغییر رفتار، پذیرش درمان و در نتیجه ارتقاء سلامت جسمی و روانی را به همراه داشته است^(۲۱). اختلال در عملکرد کلیه می‌تواند آسیب جدی به سلامت جسمانی و روانی فرد وارد کند، بنابراین بیماران همودیالیزی با مشکلات روان‌شناختی زیادی روبرو هستند و مداخلات روان‌شناختی برای این بیماران ضروری است^(۲۲).

درمان شناختی رفتاری، (Ther- Cognitive Behavior) (Cognitive Behavior Therapy) به عنوان یکی از درمان‌های طب مکمل، در ابتدا به عنوان درمانی در اختلالات عاطفی به خصوص افسردگی و اضطراب به کار رفته است. 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^(۲۳). به عبارت دیگر، از آنجایی که مقابله، یک تلاش رفتاری و شناختی برای حل مشکل و اداره نیازهاست؛ نیاز به مهارت‌هایی نظیر تفکر سازنده، انعطاف در رفتار، شناختن توانمندی‌ها و موقعیت دارد. در مدل شناختی اهمیت اصلی به باورها و فرض‌های فرد داده میشود و شناخت به عنوان عاملی در نظر گرفته می‌شود که در درک و تفسیر وقایع و شکل دهی هیجان واقعی و رفتاری نقش دارد^(۲۴). در کل، هدف شناخت درمانی، محو کردن یا کنترل هیجانات به طور معمول نیست بلکه هدف پروراندن توانایی‌های مراجع برای آماده کردن خودشان است، تا هرچه بیشتر واقع‌گراتر شوند و ارزیابی دقیق‌تری از موقعیتی که با آن روبرو می‌شوند داشته باشند^(۲۵).

تجربه درمان معنوی استراتژی بسیار موثری برای غلبه بر مشکلات ناشی از بیماری در بیماران است^(۲۶). در مشاوره با رویکرد معنویت، درمانگر به بررسی ابعاد شناختی، احساسی و رفتاری فرد می‌پردازد. در بعد شناختی درمانگر، فرد را به جستجو در معنا، هدف و مفهوم در زندگی و عقاید و ارزش‌هایی که برای او مهم است، آشنا می‌سازد، در بعد احساسی به متغیرهای امید، علاقه و حمایت در روند بهبودی می‌پردازد و در بعد رفتاری به بررسی عقاید معنوی و مذهبی و وضعیت معنوی فرد توجه می‌کند^(۲۷). مشاوره با رویکرد معنویت شامل دعا، استفاده از متون

بیماری کلیوی (kidney patient) مرحله نهایی یک اختلال پیشرونده و غیر قابل بازگشت است که در آن توانایی بدن برای حفظ تعادل مایعات و الکترولیت از بین می‌رود و منجر به تجمع مواد زائد در بدن می‌شود. مطالعات متعدد نشان می‌دهند بیماری‌های مزمن کلیوی تأثیر قابل توجهی بر کیفیت زندگی گذاشته و عواقبی مانند بستری شدن و مرگ و میر را در پی دارد^(۲۸). همودیالیز روشی برای خارج ساختن مایعات و فرآورده‌های زائد از بدن است و هنگامی استفاده می‌شود که کلیه‌ها نتوانند چنین وظیفه‌ای را انجام دهند. هدف اصلی از دیالیز بازایی محیط مایع داخل و خارج سلولی است که از ویژگی‌های عملکرد کلیه‌ها می‌باشد^(۲۹). دیالیز شکل اصلی درمان جایگزین کلیه است و بر اساس آمار موجود در ایران سالانه ۱۲۰۰ تا ۱۶۰۰ نفر به این بیماری مبتلا می‌شوند^(۳۰). روزانه حدود ۱۵ هزار همودیالیز در کشور انجام می‌شود^(۳۱).

بیماران همودیالیزی اغلب با تجارب ناخوشایندی در زندگی خود مواجه هستند، این عوامل باعث درماندگی این بیماران و کاهش کیفیت زندگی و امید به زندگی آنها می‌شود^(۳۲). دسترسی گسترده به دیالیز باعث طولانی شدن زندگی صدها هزار نفر از این بیماران، می‌گردد. اما این بیماران از یک سو با توجه به آگاهی نسبت به وخامت بیماری خود مجبور به تحمل استرس‌های مربوط به اقدامات درمانی طاقت فرسا از جمله دیالیز هستند^(۳۳) و از سوی دیگر با طولانی شدن مدت بیماری، عملکرد روانی-اجتماعی آنها به شدت تحت تأثیر قرار می‌گیرد؛ به طوری که اغلب آنها دچار اختلالات روانی مانند اختلال در روابط اجتماعی، اضطراب و افسردگی می‌گردند^(۳۴).

باور فاجعه‌آمیز بودن در مورد بیماری لاعلاج، تحمل آن را طاقت فرسا نموده و تاب‌آوری (resiliency) فرد را کاهش می‌دهد. با تقویت تاب‌آوری و بهبود راهبردهای مقابله با استرس می‌توان به کاهش درد بیماران کمک کرد^(۳۵). پژوهش‌ها نشان می‌دهد تاب‌آوری نقش مهمی در افزایش بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی در شرایط استرس‌زا و تحت فشار را دارد^(۳۶). تاب‌آوری یک ویژگی شخصیتی است که به عنوان یک عامل روان‌شناختی با گسترش بیماری‌های مزمن رابطه دارد و در علوم مرتبط با سلامت به عنوان یک توانایی برای مقابله با مشکلات زندگی تعریف می‌شود^(۳۷). تاب‌آوری به فرآیند پویایی انطباق مثبت با تجربه‌های تلخ و ناگوار اطلاق می‌شود^(۳۸). افراد با تاب‌آوری قوی، سریع‌تر با شرایط انطباق پیدا می‌کنند، توانایی برنامه‌ریزی برای اهداف بلند مدت را دارا می‌باشند، از آسیب سریع‌تر بهبود می‌یابند و در مواجهه با آن کمتر مضطرب و پریشان می‌شوند. در مقابل، افراد با تاب‌آوری پایین در شرایط استرس‌زا به شیوه انعطاف‌ناپذیر و خشک عمل می‌کنند که منجر به رفتار ناسازگارانه می‌شود^(۳۹)، و به هنگام مواجهه با مشکلات، مدت زمان بیشتری از استرس رنج می‌برند^(۴۰). با این اوصاف تاب‌آوری نه تنها افزایش قدرت تحمل و سازگاری فرد در برخورد با مشکل، بلکه مهم‌تر از آن حفظ سلامت روانی و حتی ارتقای آن است^(۴۱).

یکی از ویژگی‌های افراد تاب‌آور، خودکارآمدی بالا است^(۴۲). پژوهش‌های انجام گرفته در خصوص نقش خودکارآمدی (Self-efficacy) در ادراک استرس نشان داده است که افراد

سال همودیالیز، رضایت به شرکت داشتن در طرح و نداشتن اختلالات روان‌پزشکی) 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. به یک گروه تلفیق الگوی مشاوره معنوی‌شناختی ارائه شد (گروه آزمایش) و گروه دوم هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد (گروه گواه). برای پژوهش حاضر ابتدا کد اخلاق (IR.LUMS.REC.1398.047) 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 به 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 پرسشنامه‌های تاب‌آوری و خودکارآمدی را به عنوان پیش‌آزمون 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 و شناختی، پرسشنامه‌های تاب‌آوری و خودکارآمدی مجدداً به عنوان پس‌آزمون توسط هر دو گروه تکمیل شد. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون و خودکارآمدی بود. الف: پرسشنامه تاب‌آوری را کانر و دیویدسون با مرور منابع پژوهشی ۱۹۷۹-۱۹۹۱ حوزه تاب‌آوری، تهیه کردند. تهیه کنندگان این مقیاس بر این عقیده اند که این پرسشنامه به خوبی قادر به پیش‌بینی تفکیک افراد تاب‌آور از افراد غیر تاب‌آور در گروه بالینی و غیربالینی بوده و می‌تواند در موقعیت‌های پژوهشی و بالینی مورد استفاده قرار گیرد.^(۳۷) پرسشنامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون ۲۵ گویه دارد که در مقیاس لیکرتی بین صفر (کاملاً نادرست) و چهار (همیشه درست) نمره گذاری میشود. در پژوهش سامانی و همکاران پایایی مقیاس تاب‌آوری به کمک ضریب آلفا ضریب پایایی مقیاس را ۰/۸۹ و روایی مقیاس را به روش همبستگی هر گویه با نمره کل مقوله ضریب ها، بین ۰/۴۱ تا ۰/۶۴ به دست آوردند. ب: پرسشنامه خودکارآمدی دارای ۱۷ سوال است که هر سوال براساس مقیاس لیکرت از کاملاً مخالفم (نمره ۱) تا کاملاً موافقم (نمره ۵)، تنظیم شده است. سوال‌های ۱، ۳، ۸، ۹، ۱۳، ۱۵ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. بنابراین حداکثر نمره‌ای که فرد می‌تواند کسب کند ۸۵ و حداقل نمره ۱۷ میباشد. این مقیاس توسط براتی (۱۳۷۵) ترجمه و اعتباریابی شده است. ضریب پایایی مقیاس با استفاده از روش دو نیمه کردن آزمون گاتمن برابر ۰/۷۶ و با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ به دست آمده است. همچنین نجفی ۳۰ نفر آزمودنی را به صورت تصادفی انتخاب کرد و آزمون خودکارآمدی را برای آنها اجرا نمود و آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۳ بدست آورد. در پژوهش گنجی و فراهانی (۱۳۸۸) به روش آلفای کرونباخ ضریب پایایی ۰/۸۱ بدست آمد و حسینی (۱۳۹۲) ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۰ را بدست آورد. برای تجزیه و تحلیل آماری و بررسی فرضیه پژوهش از نرم‌افزار SPSS-24 استفاده شد. برای این منظور در

قدیمی، مراقبه، تصویرسازی معنوی، بخشایشگری، عبادات و مناسک، خودفاش‌سازی معنوی، همراهی و خدمت، نوشتن یادداشت‌های روزانه، تمرکز و کتاب درمانی میباشد^(۳۸). از جمله شیوه‌های شناختی، با تأکید بر اندیشه‌های معنوی برای مقابله با مشکلات و فشارهای زندگی که در متون اسلامی به آنها اشاره شده است، عبارتند از:

۱. نقش ایمان به خدا: « من جن و انس را جز برای عبادت نیافریدم و هرگز از آنها رزق و روزی نخواستم و نمیخواهم مرا اطعام کنند» (قرآن کریم ذاریات: آیه ۵۶). ۲. بینش فرد نسبت به سختی‌ها و توجه به حکمت: « آنان که نگران فرزندان ناتوانی باشند که از خود بر جای می‌گذارند، باید از خدا بترسند و سخنی عادلانه و درست گویند» (قرآن کریم نساء: آیه ۹). ۳. توکل به خدا و اعتماد به مقدرات الهی: « او کسی است که شما را از گل بیافرید و مهلتی مقدر داشت تا نیکی کنید، با این همه، باز به مقدرات الهی شک می‌کنید» (قرآن کریم انعام: آیه ۲). وارتینگتون و همکاران^(۳۹) با انجام فراتحلیلی از ۴۶ مداخله معنویت محور به این نتیجه رسیدند که درمان‌های معنوی با افراد مذهبی و معنوی خیلی بیشتر از درمان‌های مبتنی بر روان‌درمانگری، موثرتر بودند. طبق مطالعات مشاوره معنوی باعث افزایش کیفیت زندگی در بیماران همودیالیزی می‌شود^(۳۰).

زمان آن رسیده است که نظریه و روش‌های علمی روان‌درمانی با راهکارهای معنوی، ترکیب شوند^(۳۱). پاکرت و همکاران در بررسی تأثیر رویکرد درمان شناختی- رفتاری با معنویت- مذهب گزارش کردند که این رویکرد باعث بهبود مهارت‌های سازگاری افراد می‌شود^(۳۲). تعدادی از مقالات نظری و تجربی نشان داده‌اند که نیاز شدید برای مذهب و تلفیق مذهب و معنویت با درمان‌های دیگر می‌تواند اثر بخشی درمان‌ها را بیشتر کند^(۳۳). باررا و همکاران^(۳۴) نشان دادند که درمان ترکیبی شناختی- رفتاری با تأکید بر مذهب و معنویت، در کاهش علائم اضطراب مانند نگرانی در افراد اثر بخش است. از سوی دیگر نتایج این پژوهش نشان‌دهنده تداوم بهبودی ناشی از درمان در مدت ۶ ماه پیگیری بود. از دیدگاه این پژوهشگران، رویکرد شناختی- رفتاری مبتنی بر مذهب و معنویت، اثر بیشتر از سایر فنون می‌باشد.

با توجه به مطالب ذکر شده و نظر به نقش تاب‌آوری و خودکارآمدی در بهبود روند درمان بیماران همودیالیزی، و اثر بخشی رویکردهای شناختی و معنوی در بیماران و همچنین با توجه به این‌که تا کنون پژوهشی به بررسی تلفیقی رویکردهای مشاوره معنوی و شناختی بر تاب‌آوری و خودکارآمدی بیماران به خصوص بیماران همودیالیزی انجام نشده‌است، پژوهش حاضر بر آن شد که به بررسی اثر بخشی الگوی تلفیق مشاوره معنوی و شناختی بر تاب‌آوری و خودکارآمدی بیماران همودیالیزی بپردازد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش یک تحقیق شبه آزمایشی به روش پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه آزمایش و گواه بود. جامعه آماری پژوهش را کلیه بیماران که در بهار سال ۹۸ بیمارستان شهید رحیمی شهر خرم‌آباد همودیالیز می‌شدند، تشکیل می‌داد. از میان این بیماران همودیالیزی پس از بررسی ملاک ورود (تشخیص دیالیزی بودن توسط پزشک متخصص، سابقه بیش از یک

SPSS - 24 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

مداخله مشاوره معنوی و شناختی که در این پژوهش از آن استفاده شد بر اساس برنامه مداخله معنوی وزیر و کاشانی (۱۳۹۲) و مداخله شناختی خدایاری و همکاران (۱۳۹۴) بود. محتوی جلسات درمانی معنوی و شناختی به شرح ذیل بود:

سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی از تحلیل کواریانس چند متغیره و تحلیل کواریانس تک متغیره استفاده شد.

داده‌های این پژوهش با استفاده از آمار توصیفی، جداول میانگین و انحراف معیار و با استفاده از تحلیل کواریانس چند متغیره و تحلیل کواریانس تک متغیره و با استفاده از نرم‌افزار

جدول ۱. محتوی جلسات درمانی معنوی و شناختی

جلسات	شرح جلسات
جلسه اول	آشنایی اعضا با یکدیگر و آشنایی با قوانین گروه و اشاره به ضرورت مشارکت در جلسات.
جلسه دوم	بررسی عوامل موثر بر زندگی سالم، عزت نفس و احترام به خود و بررسی وجود متعالی و ماورای مادی و باور به نیروی برتر و مقدس در بین اعضا.
جلسه سوم	آموزش مهارت‌های تحلیل رفتار، مثبت‌نگری و حل مسئله، بحث گروهی و آگاهی از خود مشاهده‌گر.
جلسه چهارم	آموزش مهارت‌های مقابله با استرس، مقابله‌ای بین فردی و مهارت‌های اجتماعی مطلوب و بیان مفهوم تمرکز و مراقبه و اثر آن در بیماری بیان گردید.
جلسه پنجم	ارتقای مهارت‌های اجتماعی جرات ورزی، آموزش مثبت‌نگری، کشف ویژگی‌های مثبت و بحث گروهی درباره مفهوم پایان‌ناپذیری و اتصال به نیروی لایزال از طریق نیایش و برقراری ارتباط با خدا و تعریف توکل سازنده و نحوه به کار بستن آن.
جلسه ششم	آموزش و کمک به اعضا در راستای کسب بینش در مورد توانایی‌های خود و توضیح مفهوم طلب بخشش و بخشودگی.
جلسه 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، آموزش مهارت کنترل خشم، آموزش صحیح مفهوم صبر و جایگاه صبر در حل مشکلات.
جلسه هشتم	توضیح نوع دوستی و احسان، آشنایی با مفهوم شکر و قدردانی و آموزش ایمن سازی در برابر استرس و جمع بندی مباحث و اجرای پس آزمون برای هر دو گروه آزمایش و گواه.

یافته ها

گروه آزمایش و ۹ مرد و ۶ زن در گروه گواه وجود داشتند. سابقه بیماران همودیالیزی 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.

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

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد تاب‌آوری و خودکارآمدی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایشی و گواه

مرحله	گروه آزمایشی	پیش آزمون		پس آزمون	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
تاب‌آوری	گروه آزمایشی	۲۴/۴	۱/۱۸	۳۷/۲	۱/۲۶
	گروه گواه	۲۳/۲	۱/۸۶	۲۱/۷	۱/۱۶
خودکارآمدی	گروه آزمایشی	۲۶/۶	۱/۸۱	۳۹/۲	۱/۵۳
	گروه گواه	۲۶/۳	۱/۲۹	۲۷/۳	۲/۲۹

گواه ($p > 0/05$) مورد تایید بود. پیش فرض تساوی واریانس‌ها (پس‌آزمون) با استفاده از آزمون لوین بررسی شد، این پیش‌فرض در مرحله پس‌آزمون ($p > 0/05$) مورد تایید قرار گرفت. نمرات پیش‌آزمون به عنوان متغیرهای همگام در نظر گرفته شد و تاثیر آن بر روی نمرات پس‌آزمون با استفاده از تحلیل کواریانس کنترل شد. نمودار پراکنندگی 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 تاثیر مشاوره معنوی و شناختی از آزمون تحلیل کواریانس استفاده شد که در زیر نتایج آن ارائه شده است.

همان طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، میانگین نمره تاب‌آوری در مرحله پیش‌آزمون برای گروه آزمایش ۲۴/۴ است که بعد از و پس از مداخله تلفیق مشاوره معنوی و شناختی به ۳۷/۲ افزایش یافته است. در گروه گواه این میانگین در مرحله پیش‌آزمون ۲۳/۲ بود که در مرحله پس‌آزمون برابر با ۲۱/۷ است. میانگین خودکارآمدی در مرحله پیش‌آزمون برای گروه آزمایش ۲۶/۶ است که پس از مداخله به ۳۹/۲ افزایش یافته است و برای گروه گواه در مرحله پیش‌آزمون برابر ۲۶/۳ و در مرحله پس‌آزمون برابر ۲۷/۳ 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

جدول ۳. نتایج تحلیل کواریانس چند متغیره نمرات پس‌آزمون تاب‌آوری و خودکارآمدی در گروه‌های آزمایش و گواه

توان آماری	اندازه اثر	سطح معناداری	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	ارزش	آزمون	گروه
۰/۹۹	۰/۵۸	۰/۰۰۱	۱۷/۴	۲	۲۵	۰/۵۸	اثر پیلاهی	
۰/۹۹	۰/۵۸	۰/۰۰۱	۱۷/۴	۲	۲۵	۰/۴۱	لامبدایی ویلکز	
۰/۹۹	۰/۵۸	۰/۰۰۱	۱۷/۴	۲	۲۵	۱/۳۹	هتلیگ	
۰/۹۹	۰/۵۸	۰/۰۰۱	۱۷/۴	۲	۲۵	۱/۳۹	بزرگترین ریشه خطا	

و خودکارآمدی بیماران گروه‌های آزمایشی و گواه تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($F=17/4, p < 0/001$). به منظور تعیین تفاوت معنی‌دار بین تاب‌آوری و خودکارآمدی گروه آزمایشی و گروه گواه از آزمون تحلیل کواریانس تک متغیره استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ و ۵ ارائه گردیده 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 تاب‌آوری و خودکارآمدی وجود دارد. این اثر چند متغیره نشان می‌دهد که مشاوره معنوی و شناختی بر تاب‌آوری و خودکارآمدی تاثیر دارد و بین تاب‌آوری

جدول ۴. نتایج تحلیل کواریانس تک متغیره نمره پس‌آزمون تاب‌آوری آزمودنی‌های گروه‌های آزمایش و گواه

توان آماری	اندازه اثر	سطح معناداری	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	متغیرها
۰/۸۷	۰/۲۸	۰/۰۰۳	۱۲/۰۱	۱۶۹۸/۸	۱	۱۶۹۸/۸	پیش‌آزمون تاب‌آوری
۱	۰/۶۴	۰/۰۰۰۱	۷۹۱/۳	۱۲۹۷/۵	۱	۱۲۹۷/۵	عضویت گروهی
-	-	-	-	۱/۶۴	۲۷	۴۴/۲۷	خطا

مشاوره معنوی و شناختی موجب افزایش ۶۴ درصدی تاب‌آوری در گروه آزمایشی در مرحله پس‌آزمون شده است.

با توجه به نتایج جدول ۴، با کنترل نمره پیش‌آزمون، بین گروه‌های آزمایشی و گواه در تاب‌آوری تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p < 0/001$). با توجه به نتیجه فوق می‌توان نتیجه گرفت

جدول ۵ نتایج تحلیل کواریانس تک متغیره نمره پس آزمون خودکارآمدی آزمودنی‌های گروه‌های آزمایش و گواه

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آماری
پیش‌آزمون خودکارآمدی	۳۸۱۷/۲۹	۱	۳۸۱۷/۲۹	۱۸/۵۲	۰/۰۰۱	۰/۲۹	۰/۹۸
عضویت گروهی	۳۳۹۱/۴	۱	۳۳۹۱/۴	۱۲۱۱/۳	۰/۰۰۰۱	۰/۶۶	۱
خطا	۷۵/۵۹	۲۷	۲/۸۲	-	-	-	-

گفت مشاوره معنوی و شناختی موجب افزایش ۶۶ درصدی خودکارآمدی در گروه آزمایشی در مرحله پس‌آزمون شده است.

با توجه به نتایج جدول ۵، با کنترل نمره پیش‌آزمون، بین گروه‌های آزمایش و گواه در خودکارآمدی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p < 0/001$). با توجه به نتیجه فوق می‌توان

جدول ۶. میانگین تعدیل شده متغیرهای دو گروه آزمایشی و گواه در مرحله پس‌آزمون

مرحله	پس آزمون	کران بالا و پایین	
	میانگین	انحراف استاندارد	
	کران پایین	کران بالا	
تاب‌آوری	گروه آزمایشی	۳۷	۰/۳۹
	گروه گواه	۲۳/۱	۰/۳۹
خودکارآمدی	گروه آزمایشی	۳۹/۱	۰/۴۹
	گروه گواه	۲۶/۹	۰/۴۹

می‌کند همچنین طیب‌زاده و سپهریان^(۴۱) که نشان دادند شناخت درمانی باعث افزایش تاب‌آوری می‌شود، همخوان است. عبداللهی و همکاران^(۴۲) در پژوهش خود به بررسی نقش تاب‌آوری و حمایت اجتماعی در کیفیت زندگی نوجوانان مبتلا به اختلال مزمن کلیه پرداختند و بیان کردند که افزایش تاب‌آوری و حمایت اجتماعی در افراد بیمار باعث بهبود وضعیت سلامت و کیفیت زندگی بیماران کلیوی می‌شود. تیلور^(۴۳) معتقد است فنون آزمون واقعیت و رد کردن که در مداخله‌های شناختی استفاده می‌شوند، می‌توانند به کاهش باورهای منفی و درک این مسئله منتهی شوند که استرس واقعا کنترل شدنی است.

در تبیین یافته‌های فوق می‌توان اظهار کرد تجربه‌ی معنوی، نوعی استراتژی بسیار موثر شخصی برای غلبه بر مشکل‌های ناشی از بیمارهای مزمن در افراد مبتلا، به حساب می‌آید و افراد همودیالیزی با روی آوردن به عبادت و ارتباط با خداوند متعال به راحتی می‌توانند با علائم روانی و جسمی و حتی عوارض داروها و رژیم‌های غذایی سخت، مقابله کنند و تاب‌آوری آنها افزایش یابد. آموزه‌های مشاوره معنوی نه تنها در ایجاد بستری مناسب برای پیگیری اهداف شخصی در زندگی یا به عبارت دیگر شوق زیستن در مبتلایان، مؤثر بوده، بلکه بسیاری از شرکت کنندگان

بحث

هدف اصلی این پژوهش بررسی اثر بخشی تلفیق الگوی مشاوره معنوی و شناختی بر تاب‌آوری و خودکارآمدی بیماران همودیالیزی بود. براساس نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر می‌توان گفت تلفیق الگوی مشاوره معنوی و شناختی بر تاب‌آوری بیماران همودیالیزی تاثیر معناداری داشته و باعث ارتقاء تاب‌آوری و خودکارآمدی در بیماران همودیالیزی شده است.

این نتیجه با نتایج پژوهش محمد کریم و شریعت‌نیا^(۳۵) مبنی بر مداخله معنویت درمانی سبب افزایش تاب‌آوری در بیماران زن مبتلا به سرطان پستان، پژوهش سرتیپ زاده و همکاران^(۳۶) با عنوان اثر بخشی معنویت درمانی بر تاب‌آوری سالمندان پژوهش محمدی و همکاران^(۳۷) که نشان دادند مشاوره معنوی باعث کاهش اضطراب بیماران همودیالیزی می‌شود، همچنین با یافته‌های کنجت و فروند^(۳۸) در خصوص تاثیر معنویت درمانی بر تاب‌آوری همسو می‌باشد. نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های کاظمی و همکاران^(۳۹) در پژوهشی با عنوان تاثیر راهبردهای مدیریت زندگی با شیوه‌های شناختی بر تاب‌آوری بیماران دیالیز، میرمهدی و رضاعلی^(۴۰) نشان دادند شناخت درمانی مبتنی بر آگاهی به افزایش تاب‌آوری زنان مبتلا به دیابت نوع ۲ کمک

به این نتیجه رسیدند که شناخت درمانی اثر ماندگارتری نسبت به داروهای ضد افسردگی، بر درمان افسردگی بیماران همودیالیزی دارد. مرادحاصلی و همکاران^(۴۲) نشان دادند درمان شناختی روی خودکارآمدی و سبک زندگی مرتبط با کاهش وزن موثر می‌باشد. این با نتایج صناعی و همکاران^(۴۳)، ساسان‌فر و همکاران^(۴۴) که نتیجه گرفتند شناخت درمانی گروهی بر کاهش وزن و افزایش خودکارآمدی زنان مبتلا به چاقی موثر است، و با نتایج اومان و پرومان^(۴۵)، همسو می‌باشد. رویانی و همکاران^(۴۶) جویدیت و همکاران^(۴۷)، دی‌سوزا و همکاران^(۴۸) نیز نتیجه گرفتند بین خودکارآمدی و خودمراقبتی با توانمندسازی بیماران دیالیزی، رابطه وجود دارد و هرچه خودکارآمدی بالا باشد، خودمراقبتی نیز افزایش می‌یابد. اسم‌زاده و ثمری^(۴۹) نشان دادند درمان شناختی- رفتاری با رویکرد معنوی بر کیفیت زندگی و سلامت معنوی بیماران دیابت نوع ۲ اثر گذار بوده و باعث ارتقاء کیفیت زندگی و سلامت معنوی بیماران شده است. ساری‌زاده و همکاران^(۵۰) در پژوهش خود نشان دادند مداخلات درمان شناختی مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث ارتقاء کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی گردید. در مطالعات نیکوگفتار و خانعلی‌لو^(۵۱) تاثیر شناخت درمانی بر اضطراب و افسردگی بیماران دیالیزی، رضایی^(۵۲) تاثیر گروه‌درمانی شناختی-رفتاری با تاکید بر باورهای معنوی در افزایش معنویت و سلامت روان بیماران ام‌اس، و سلاجقه و رقیبی^(۵۳) اثر بخشی درمان ترکیبی گروه درمانی معنوی و شناختی در کاهش اضطراب مرگ در بیماران مبتلا به سرطان انجام دادند، همگی تاثیر مثبت ترکیب دو رویکرد فوق را تایید کردند.

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر می‌توان گفت تلفیق دو رویکرد مشاوره معنوی و شناختی باعث می‌شود تاب‌آوری و خودکارآمدی بیماران دیالیز افزایش پیدا کند. مداخلات کمک می‌کند بیماران در درجه اول، بیماری را به معنای پایان زندگی در نظر نگیرند و به زندگی امیدوار باشند. دوما این کمک می‌کند که شناخت‌های تحریف شده خود را بشناسند و اصلاح کنند و خود را به یک نیروی برتر و متعالی وصل کنند. بنابراین شرکت افراد همودیالیزی در جلسات مشاوره معنوی و شناختی و یادگیری تکنیک‌های خود آرام‌سازی (مانند مراقبه، ذکر، صبر، توکل، شکر و نوع دوست و احسان)، 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 فعالیت‌های تشویق نماید که سلامتی را ارتقا می‌دهد. به نظر می‌رسد تلفیق مشاوره معنوی و شناختی در کنار هم به عنوان مکمل یکدیگر، به کار گرفته می‌شوند. این مداخله تلفیقی به بیمار کمک می‌کند نگاه و نگرش خود را به بیماری تغییر دهد و به صورت کلی دید مثبت‌تری به زندگی داشته باشد.

پژوهش حاضر 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 تاثیر تلفیق دو رویکرد فوق در بیماران همودیالیزی، پیشنهاد می‌شود که این مداخلات بر دیگر بیماران مبتلا به بیماری‌های خاص نیز اجرا شود.

بیان کردند، با وجود مشکل‌های ناشی از درمان، مصمم‌تر شدند تا بتوانند از فرصت‌های پیش روی، برای غنا بخشیدن به زندگی خویش و سازگاری با فشارهای طبیعی زندگی خود بهره گیرند. توکل بر خدا امری ضروری است که مشاوره معنوی با قاطعیت بر آن تاکید می‌کند^(۴۲). همچنین درمان شناختی رفتاری با افزایش انعطاف‌پذیری شناختی در بیماران همودیالیزی موجب کاهش خلق منفی و افسرده این بیماران می‌شود. متعاقب آن با افزایش تاب‌آوری در این افراد همراه است و کمک می‌کند سبک‌های مقابله‌ای سازگارانه‌تری را برانگیزد. شناخت درمانی به بیماران همودیالیزی کمک می‌کند شناخت‌های تحریف شده‌ای که باعث افکار و احساس منفی می‌شود، را شناسایی کنند و آنها را مجدداً باسازی کنند و نگاه بهتری نسبت به زندگی داشته باشند.

در پژوهش حاضر نتایج نشان داد که تلفیق الگوی مشاوره معنوی و شناختی باعث افزایش خودکارآمدی بیماران همودیالیزی شد. یافته‌های پژوهش حاضر بیانگر آن است که آموزش عزت نفس و احترام به خود به افزایش خودکارآمدی بیماران کمک کرده است. همچنین کشف ویژگی‌های مثبت در اعضای گروه و اصلاح تحریف‌های شناختی در مورد توانایی‌های خود، منجر به افزایش خودکارآمدی بیماران گردید. می‌توان گفت این آموزش‌ها باورهای مثبتی در شخص نسبت به خودکارآمدی و توانایی‌هایش ایجاد می‌کند و به او این توانایی را می‌دهد، کنترل آنچه برای وی اتفاق می‌افتد را در دست بگیرد. در واقع شناخت درمانی و معنویت به بیمار می‌آموزد تا مهارت‌های مقابله‌ای و واکنش‌های هیجانی مثبت را در قبال بیماری و مشکلات مربوط به آن را به کار گیرد. طبق تحقیقات بیماران همودیالیزی هر چه از خودکارآمدی بالاتر برخوردار باشند، تبعیت از درمان بیشتری دارند^(۴۴). در تحقیقی که خوش‌نظر و همکاران^(۴۵) انجام دادند، نشان دادند با توجه به این‌که افسردگی و اضطراب شیوع زیادی در میان بیماران همودیالیزی دارد، کیفیت زندگی آنان تحت تاثیر قرار می‌گیرد، لذا خودکارآمدی به عنوان یکی از عوامل موثر در کنترل و دستیابی به برآیندهای مورد انتظار توسط بیماران محسوب می‌شود. بنابراین افزایش خودکارآمدی بیماران می‌تواند سبب افزایش توان خود مراقبتی آنان شود. نتایج پژوهش حاضر با نتایج تقوی^(۴۴) که نشان داد معنویت درمانی با تاکید بر آموزه‌های اسلام بر ارتقاء خودکارآمدی و تاب‌آوری دانشجویان اثر گذار است، درویشی و همکاران^(۴۶) که نشان دادند مشاوره معنوی باعث افزایش خودکارآمدی بیماران همودیالیزی می‌شود، همسو می‌باشد. در بسیاری از جوامع معنویت هسته مهم ارزشی و فرهنگی است و به عنوان منبعی مطرح است که با ایجاد پذیرش و انعطاف به گسترش بهبود زندگی بیماران خاص کمک می‌کند^(۴۷). در پژوهشی که مرصعی و آقاجانی^(۴۸) با عنوان تاثیر مشاوره معنوی بر امید در بیماران نارسایی مزمن کلیه انجام دادند به این نتیجه رسیدند که مشاوره با رویکرد معنویت منجر به ارتقاء امید در بیماران کلیوی می‌شود، بالجانی و همکاران^(۴۹) نتیجه گرفتند مشاوره معنوی در امید بیماران سرطانی موثر است، ایمنی و همکاران^(۵۰) نیز بیان کردند معنویت درمانی گروهی میزان خودمراقبتی و ابعاد آن را در بیماران دیابتی افزایش می‌دهد. چیلچوت و هادسون^(۵۱) در پژوهشی با موضوع درمان موفق افسردگی در بیماران دیالیز یک هدف قابل دستیابی است؛ به مقایسه داروهای ضد افسردگی و درمان شناختی بر روی افسردگی بیماران همودیالیزی پرداختند،

سیاسگذاری

نویسندگان این مقاله تشکر صمیمانه خود را از مسئولان و کارکنان محترم بیمارستان شهید رحیمی خرم‌آباد و کلیه کسانی که ما را در انجام این پژوهشی یاری دادند، کمال تشکر و قدردانی را ابراز می‌دارند.

کاربرد یافته‌های پژوهش در بالین

از آنجا که اثربخشی رویکرد فوق بر تاب‌آوری و خودکارآمدی بیماران همودیالیزی تایید شد، این رویکرد می‌تواند برای بیماران همودیالیزی که به مراکز درمانی مراجعه می‌کنند و به مدت چند ساعت به دستگاه دیالیز وصل می‌شود، به صورت همزمان ارائه گردد. همچنین پیشنهاد می‌شود که دوره‌های الگوی تلفیقی مشاوره معنوی و شناختی به صورت کارگاه‌های آموزشی در دانشگاه‌های علوم پزشکی اجرا شود و جزء برنامه این دانشگاه‌ها، جهت کمک به حال جسمی و روانی بیماران قرار گیرد.

ملاحظات اخلاقی

این پژوهش استخراج شده از پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه تهران می‌باشد و حامی مالی ندارد.

References

- Hinkle JL, Cheever KH. Brunner & Sudarth's textbook of medical-surgical nursing: 13th ed Lippincott Williams & Wilkins; 2013. Philadelphia: Lippincott.
- Yang, F., Griva, K., Lau, T., Vathsla, A., Lee., Ng, H. J., Mooppil, N., Foo, M., Newman, S. P., Chia, K. S., Luo, N. (2015). Health-related quality of life of Asian patients with end-stage renal disease (ESRD) in Singapore. *Qual Life Res*, 24:2163–2171. [Doi: 10.1007/s11136-015-0964-0.]
- Shahgholian N, Jazi SK, Karimian J, Valiani M. The effects of two methods of reflexology and stretching exercises on the severity of restless leg syndrome among hemodialysis patients. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2016; 21(3):219-24[Doi: 10.4103/1735-9066.180381]
- Saifi, F. Ali Akbari, F. Aein, F. Drees, F. The Effect of Breathing Intervention on Anxiety Levels of Patients Undergoing Hemodialysis (Persian)]. *Journal of Clinical Nursing and Midwifery*. 2018; 7(2):170-179.
- Di Lullo L, Rivera R, Barbera V, et al. Sudden cardiac death and chronic kidney disease: from pathophysiology to treatment strategies. *Int J Cardiol*. 2016;217:16–27. [Doi: 10.1016/j.ijcard.2016.04.170]
- Katon WJ, Von Korff M, Lin EH, et al. The Pathways Study: a randomized trial of collaborative care in patients with Shirazian et al.: Depression and Kidney Disease. *International Reports* (2017)2,94–107105
- Jafarzade, M. Malek Khahi, A. Jadid Milani, M. Rakhshani, M. The effect of peer support groups on physical health status in patients treated with hemodialysis. *Quarterly Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*, 2015, 21 (6):40-49.
- Tajikzade, F. Sadeghi, R. Raeskarimian, F. The comparison of resilience, coping style and pain catastrophizing behavior between cancer patients and normal people. *Journal Anesth pain* 2016;6(4):38-48.
- Xu, J., & Ou, L. (2014). Resilience and quality of life among Wenchuan earthquake survivors: the mediating role of social support. *Public health*, 128(5), 430-437[Doi: 10.1016/j.puhe.2014.03.002.]
- Kiani, J. Jahanpour, F. Abbasi, F. Darvishi, Sh. Gholizadeh, B. The effectiveness of spiritual therapy in mental health of cancer patients. Received: 4 Aug 2016 – Accepted, 2 (5): 40-51.
- Wood S, Bhatnagar S. (2015). Resilience to the effects of social stress: Evidence from clinical and preclinical studies on the role of coping strategies. *Neurobiology of Stress*, 1, PP 164.173-[Doi: 10.1016/j.ynstr.2014.11.002]
- Sharpley CF, Bitsika V, Jesulola E, Fitzpatrick K, Agnew LL. The association between aspects of psychological resilience and subtypes of depression: implications for focussed clinical treatment models. *International journal of psychiatry in clinical practice*. 2016 Jul 2;20(3):151-163.[Doi: /10.1080/13651501.2016.1199810]
- He F, Cao R, Feng Z, Guan H, Peng J. The impacts of dispositional optimism and psychological resilience on the subjective well-being of burn patients: A structural equation modeling analysis. *PloS one*. 2013 Dec 17;8(12):e82939.[Doi: 10.1371/journal.pone.0082939]
- Ring, A., Jacoby, A., Baker, G. A., Marson, A., & Whitehead, M. M. (2016). Does the concept of resilience contribute to understanding the good quality of life in the context of epilepsy?. *Epilepsy & Behavior*, 56, 153-164.[Doi: 10.1016/j.yebeh.2016.01.002]
- Veselska, Z., Geckova, A. M., Orosova, O., Gajdosova, B., Dijk, G. P., & Reijneveld, S. A. (2009). "Self-esteem and resilience: The connection with risky behavior among adolescents". *Addictive Behaviors*, 34, PP: 287–291.[Doi: 10.1016/j.addbeh.2008.11.005]
- Curtis, R., Groarke, A., & Sullivan, F. (2014). Stress and self-efficacy predict psychological adjustment at diagnosis of prostate cancer. *Sci Rep*, 4, 5569. Doi: 10.1038/

- srep05569[Doi: 10.1038/srep05569]
17. Bandura, A. (1986). *Social foundation of thought & action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
 18. Haji Ahmadi Foumani, H. Shams Esfand Abad, H. Kakavand, R. Efficacy of dialectical behavior therapy on perceived stress, self-efficacy and quality of life in women with breast cancer. *Journal of Applied Psychology*. 8 (29), Spring 2014.
 19. Bandura, A. (1993). Perceived self-efficacy in cognitive development and functioning. *Education psychology* 1993; 28(2): 117-48. [Doi:10.1207/s15326985ep2802_3]
 20. Borji, M., Abdi, A., Tarjoman, A., & Vasigh, A. (2019). The prevalence of neuropathy among type 1 diabetic adolescents in Iran: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 12–18. [Doi: 10.1515/ijamh-2018-0223]
 21. Moattari M, Ebrahimi M, Sharifi N, Rouzbeh J. The effect of empowerment on the self-efficacy, quality of life and clinical and laboratory indicators of patients treated with hemodialysis: a randomized controlled trial. *HQLO*. 2012; 10: 115. [Doi: 10.1186/1477-7525-10-115]. (Persian)
 22. Salar, A. KermanSaravi, F. Navidian, A. Taheri, B. The effect of a family-centered empowerment model on quality of life in dialysis patients. *Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research*. Payesh 2018; 17(2): 179-190
 23. Gilbody S, Littlewood E, Hewitt C, et al. REEACT Team. Computerised cognitive behaviour therapy (CBT) as treatment for depression in primary care (REEACT trial): large scale pragmatic randomised controlled trial. *BMJ* 2015;351:h5627[Doi:10.1136/bmj.h5627]
 24. Frouzandeh N, Aein F, Frouzandeh M, Derakhshandeh S. Effects of cognitive-behavioural therapy on utilization of coping styles of nursing and midwifery students in Shahrekord University of Medical Sciences. *Journal of Clinical Nursing and Midwifery*. 2012; 1(1): 1-9. [Persian]
 25. van Ballegooijen W, Cuijpers P, van Straten A, et al. Adherence to Internet-based and face-to-face cognitive behavioural therapy for depression: a meta-analysis. *PLoS ONE* 2014;9:e100674.[Doi: 10.1371/journal.pone.0100674]
 26. Moss-Morris R, Dennison L, Landau S, et al. A randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy (CBT) for adjusting to multiple sclerosis (the saMS trial): Does CBT work and for whom does it work? *J Consult Clin Psychol* 2013;81:251–62. [Doi: 10.1037/a0029132.]
 27. Miller WR. *Integrating spirituality into treatment: resources for practitioners*. Washington, D.C.: American Psychological Association; 2003.
 28. 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 Journal of Kidney Diseases and Transplantation*. 2017; 28: 341.[Doi: 10.4103/1319-2442.202785.]
 29. Worthington, J. R., & Sandage, S. J. (2016). *Forgiveness and spirituality in psychotherapy: a relational approach*. 1ed. American Psychological Association.
 30. Magalhães, L, Renata, V. Santos, C. Ana, S. Oliveira Santos, E. Two Sides of the Same Coin: The Positive and Negative Impact of Spiritual Religious Coping on Quality of Life and Depression in Dialysis Patients. (2017). *Journal of Holistic Nursing*[Doi:10.1177/0898010117725429]
 31. Richards, P. S., & Bergin, A. E. (2007). *A spiritual strategy for counseling and psychotherapy*.
 32. Paukert AL, Phillips L, Cully JA, Lobo-prabhu SM, Lomax JW, Stanley MA. Integration of religion into cognitive behavioral therapy for geriatric anxiety and depression. *Journal of Psychiatric Practice* 2009;15(2):103–112.[Doi: 10.1097/01.

- pra.0000348363.88676.4d]
33. Hook, J. N., Worthington, E. L., Davis, D. E., Jennings, D. J., Gartner, A. L., & Hook, J. P., (2010). Empirically supported religious and spiritual therapies. *Journal of Clinical Psychology*. 66, 46–72. [Doi: 10.1002/jclp.20626.]
 34. Barrera, T. L., Zeno, D., Bush, A. L., Barber, C. R., Stanley, M. A. (2012). Integrating religion and spirituality into treatment for late-life anxiety: three case studies. *Cognitive and Behavioral Practice*. 19 (2): 346-58. [Doi:10.1016/j.cbpra.2011.05.007]
 35. Mohamad Karimi, M. Shariatnia, K. Effect of spirituality therapy on the resilience of women with breast cancer in Tehran, Iran. (2018). *Journal of Gorgan University of Medical Sciences*. 19 (4).
 36. Sartipzadeh, A. Ali-Akbari, M. Tabaian, R. Effectiveness of Spirituality Therapy on the Resiliency of the Elderly in Isfahan, Iran. *Journal Research Behavioral Sciences*. 56-63 :(1)14 ;2016.
 37. Mohammadi, N. Ramezani, S. Amanzad, Z. The Effectiveness of Spirituality Group Therapy on Happiness and Hardiness in Elderly Women. *Journal of Research on Religion & Health*.2018;4(2):42- 53.
 38. Knecht, M. and A. M. Freund, A. M. “The use of selection, optimization, and compensation(COC) in goal pursuit in the daily lives of middle-aged adults,” *European Journal of Developmental Psychology*, vol. 12, pp. 1-17, 2016.
 39. Kazemi, S. Didarlo, A. Khalkhali, H. Feizi, A. Studying The Relationship Between Self-Efficacy and Dietary Adheren, in Patents Under Hemodialysis. *The Journal Urmia Nurs Midwifery Fac*, 15(11), February 2018
 40. Mir Mahdi, S. R. Rezaali, M. The Effectiveness of Mindfulness-based Cognitive Therapy on Resilience, Emotion Regulation and Life Expectancy among Women with Diabetes2. *Journal Health Psychology*. (2019) 7, (4).[Doi: 10.30473/HPJ.2019.40990.4049]
 41. Tabibzadeh, F. Sepehrian Azar, F. The Cognitive- Behavioral Therapy on the Resilience and Obsessive Rumination among Multiple Sclerosis (MS) Patients. (2017). *Journal of Disability Studies*4) .).
 42. Abdolahi, SH. Zarani, F. Fath Abadi, J. The role of social support and resilience in predicting quality of life of adolescents with chronic kidney disease. *Health Psychology*. Winter, 2018, 6, (4).
 43. Taylor, R. R. (2010). *Cognitive behavioral therapy for chronic illness and disability*. United States of America: Springer Science & Business Media, 234-251.
 44. Naghavi, A. Qualitative Study of Spirituality and Resilience from the Perspective of Iranian Immigrant Women in Melbourne (Australia). *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 21,(4) Winter 2016, 281-296
 45. Khoshnazar, T. Izadi Tameh, A. Moghamnia, M. Farmanbar, R. Rostamnia, L. Monfared, A.Relevance self- efficacy with anxiety and depression among patients receiving hemodialysis referred to hemodialysis unit at educational- therapeutic center in Rasht. Received: 16 Aug , 2014; Accepted: 12(9):807-814.
 46. Darvishi, A. Otaghi, M. Mami, SH. The Effectiveness of Spiritual Therapy on Spiritual Well-Being, Self-Esteem and Self-Efficacy in Patients on Hemodialysis(2019). *Journal of Religion and Health*[Doi: 10.1007/s10943-018-00750-1.]
 47. Hunter-Hernández M, Costas-Muñiz R, Gany F. Missed opportunity: spirituality as a bridge to resilience in latinos with cancer. *J Relig Health*. 2015 Dec; 54(6): 2367-75. [Doi: 10.1007/ s10943-015-0020-y]
 48. Morassaie, F. Aghajani, M. The Effect of counseling with spirituality approach on Hope in patients with chronic renal failure. Received: 18 January 2014, 4(2).
 49. Baljani, E. Azimpour, A. Babaloo, T. Rahimi, J. Cheraghi, R.The impact of spiritual counseling in hope of patients with cancer.

- The J Urmia Nurs Midwifery Fac, December 2017, 15(9):296-703
50. Imeni, F. Sadeghi, M. Gholam Rezaei, S. The effect of group spirituality therapy on self-care and its dimensions in women with type 2 diabetes scientific - Research Journal of Shahed University 25th Year, No. 134 April- May (2018).
51. Chilcot, J. Hudson, L. (2018). Is successful treatment of depression in dialysis patients an achievable goal? Seminars in dialysis. ISI Journal Citation Reports © Ranking: 2018:48/76 (Urology & Nephrology). [Doi:10.1111/sdi.12755]
52. Moradhaseli, M. Shams Esfandabad, H. A Comparison of the Effectiveness of Schema Therapy and Cognitive Behavioral Therapy on the Self Efficacy and Lifestyle Related to Weight Loss. Journal of Research in Psychological Health. (2017).9 (4). [Doi: 10.18869/acadpub.rph.9.4.74]
53. Sanaei, H. Mousavi, S. Moradi, A. Parhoon, H. Sanaei, S. The effectiveness of mindfulness-based stress reduction on self-efficacy, perceived stress and life orientation of women with breast cancer (2017). Journal of Thought & Behavior in Clinical Psychology Vol. 11 (No. 44), pp.57-66
54. Sasanfar, H. Shabahari, R. Pazouki, A. Pishgahroudsari, M. Ghanbari-Jolfaie, A. The effectiveness of combined cognitive group therapy and diet therapy on obese women's weight-loss and self-efficacy. Razi Journal of Medical Sciences Sep-Oct 2016, 23, (148).
55. Oman, D., & Bormann, J. E. (2015). Mantram repetition fosters self-efficacy in veterans for managing PTSD: A randomized trial. Psychology of Religion and Spirituality, 7(1), 34-45. [Doi:10.1037/a0037994]
56. Royani, Z. Rayyani, M. Vatanparast, M. MahdaviFar, M. Goleij, J. The relationship between self-care and self - efficacy with empowerment in patients undergoing hemodialysis. (2015), 2 (2): 116-122. [Doi:10.18869/acadpub.mcs.1.2.116]
57. Judith A. Turnera, Melissa L. Anderson b, Benjamin H. Baldersonb, Andrea J. Cookb, Karen J. Shermanb, and Daniel C. Mindfulness-based stress reduction and cognitive-behavioral therapy for chronic low back pain: similar effects on mindfulness, catastrophizing, self-efficacy, and acceptance in a randomized controlled trial. Cherkinb Published in final edited form as Pain. 2016 November; 157(11): 2434-2444
58. Dsouza, M. S., Karkada, S. N., Parahoo, K., Venkatesaperumal, R., Aghora, S., & Cayaban, A. R. R (2017). Self-efficacy and self-care behaviours among adults with type 2 diabetes. Applied Nursing Research. [Doi: 10.1016/j.apnr.2017.05.004.]
59. Esmzadeh, M. Saari, A. The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy with Spiritual Approach on Quality of Life and Spiritual Health of Type 2 Diabetes Patients in Mashhad, National Conference on Consultation and Mental Health, Islamic Azad University, Quchan Branch. (2017).
60. Sarizadeh, M.S. Rafenia, P. Sabahi, P. Tamaddon, M.R. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Hemodialysis Patients' Quality of Life: A Randomized Educational Trial Study. (2018).17:241-252.
61. Nikoogoftar M, Khanaliloo R. Comparison of the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Reducing Symptoms of Depression in Women with Multiple Sclerosis. Journal Research Behavioral Sciences. 2017; 15(1): 59-66.
62. 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. Afarand Scholarly Publishing Institute, Iran. Islamic Life Style Centered on Health. 2018;2(1):5-12.
63. Salajegheh, S. Raghibi, M. The Effect of Combined Therapy of Spiritual-Cognitive Group Therapy on Death Anxiety in Patients with Cancer. Journal Shahid Sadoughi Univ Med Sci 2014; 22(2): 1130-39.