



Comparing the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Logotherapy Based on Rumi's Thoughts on Treatment Adherence in Patients Undergoing Hemodialysis

Mahbobeh Khaleghzadeh Rostami¹, Asghar Noruzi^{2*}, Seyed Hamzeh Hosseini³

1- Department of Psychology, Sar.c., Islamic Azad University, Sari, Iran.

2- Assistant Professor, Department of Psychology, Sar.c., Islamic Azad University, Sari, Iran.

3- Psychosomatic Research Center, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran.

Corresponding author: Asghar Noruzi: Assistant Professor, Department of Psychology, Sar.c., Islamic Azad University, Sari, Iran.

Email: 2091474029@iau.ir

Received: 2025/08/16

Accepted: 2025/11/23

Abstract

Introduction: Treatment adherence plays an important role in improving the physical condition of chronic patients and reducing disease recurrence. This study aimed to compare the effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) and logotherapy based on Rumi's thoughts (LBRT) on treatment adherence in patients undergoing hemodialysis.

Methods: The present study was a quasi-experimental study with a pre-test-post-test design and a control group with a follow-up period of 45 days. The statistical population of this study included all hemodialysis patients in Sari in 2024. 45 people were selected using the convenience sampling method and randomly assigned to three groups: experiment 1 (15 people), experiment 2 (15 people), and control (15 people). The Morisky Medication Adherence Scale was used to collect data. ACT and LBRT were implemented in groups for 8 sessions for the intervention groups. Data analysis was performed using repeated measures analysis of variance.

Results: The results of the pairwise comparison between the groups indicated that there was a significant difference between the intervention groups of ACT ($P=0.01$) and LBRT ($P=0.01$) compared to the control group until the follow-up stage; in addition, the results of the pairwise scale between the two treatment groups of LBRT and ACT were not significant ($P<0.05$).

Conclusion: In general, it can be concluded that both interventions of ACT and LBRT had the same effect on treatment adherence of patients undergoing hemodialysis over time.

Keywords: Acceptance and commitment therapy, Logotherapy, Treatment adherence, Hemodialysis.

How to cite this article: Mahbobeh Khaleghzadeh Rostami, Asghar Noruzi, Seyed Hamzeh Hosseini, Comparing the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Logotherapy Based on Rumi's Thoughts on Treatment Adherence in Patients Undergoing Hemodialysis, Iranian Journal of Nursing Research (IJNR). 2025. P: 69- 80 (in Persian).

Published by Iranian Nursing Association.

This is an open access article under the CC BY license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).





مقایسه اثربخشی درمان پذیرش و تعهد و معنا درمانی مبتنی بر اندیشه‌های مولانا بر تبعیت از درمان در بیماران تحت همودیالیز

محبوبه خالق زاده رستمی^۱، اصغر نوروزی^{۲*}، سید حمزه حسینی^۳

۱- گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.

۲- استادیار، گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.

۳- مرکز تحقیقات روانتی، گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران.

نویسنده مسئول: اصغر نوروزی؛ استادیار، گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.
ایمیل: 2091474029@iaui.ir

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۹/۲

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۵/۲۵

چکیده

مقدمه: تبعیت از درمان نقش مهمی در بهبود وضعیت جسمانی بیماران مزمن و کاهش عود بیماری دارد. این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان پذیرش و تعهد و معنا درمانی مبتنی بر اندیشه‌های مولانا بر تبعیت از درمان در بیماران تحت همودیالیز انجام شد.

روش کار: پژوهش حاضر نیمه تجربی با طرح پیش آزمون-پس آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری ۴۵ روز بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه بیماران همودیالیز شهر ساری در سال ۱۴۰۳ بودند. ۴۵ نفر با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و در سه گروه آزمون ۱ (۱۵ نفر)، آزمون ۲ (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) به صورت تصادفی جایگزین شدند. جهت جمع آوری داده ها از مقیاس تبعیت از درمان Morisky استفاده شد. درمان پذیرش و تعهد و معنا درمانی مبتنی بر اندیشه های مولانا طی ۸ جلسه برای گروه های مداخله به صورت گروهی اجرا شد. تحلیل داده ها به روش تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر انجام شد.

یافته‌ها: نتایج مقایسه زوجی بین گروه ها گویای این بود که بین گروه های مداخله درمان پذیرش و تعهد ($P=0/01$) و معنا درمانی بر اساس اندیشه های مولانا ($P=0/01$) در مقایسه با گروه کنترل تا مرحله پیگیری تفاوت معناداری وجود داشت؛ علاوه بر این نتایج مقیاسه زوجی بین دو گروه درمانی معنا درمانی بر اساس اندیشه های مولانا و درمان پذیرش و تعهد تفاوت معناداری وجود نداشت ($P>0/05$).

نتیجه گیری: در مجموع می‌توان نتیجه گرفت که هر دو مداخله درمان پذیرش و تعهد و معنا درمانی مبتنی بر اندیشه‌های مولانا بر تبعیت از درمان بیماران تحت همودیالیز اثر یکسانی در طول زمان داشته است.

کلیدواژه ها: درمان پذیرش و تعهد، معنا درمانی، تبعیت از درمان، همودیالیز.

مداخلات روانشناختی با پرداختن به موانع عاطفی، شناختی و رفتاری، نقش مهمی در بهبود پایبندی به درمان در بین بیماران تحت همودیالیز ایفا می‌کنند. به عنوان مثال، درمان شناختی رفتاری (CBT) به بیماران کمک می‌کند تا استرس عاطفی و افسردگی مرتبط با بیماری مزمن کلیه را مدیریت کنند و خودکارآمدی و انگیزه آن‌ها را برای پایبندی به رژیم‌های درمانی پیچیده از جمله محدودیت‌های مایعات و دارو افزایش می‌دهد (۸). مشاوره روانشناختی ساختاریافته و جلسات گروهی CBT با افزایش درک بیماران از وضعیت خود و تجهیز آنها به استراتژی‌های مقابله‌ای برای غلبه بر تعلل و مشکلات عاطفی، بهبودهایی را در پایبندی نشان داده‌اند (۹). حمایت روانی-اجتماعی، از جمله حمایت خانواده و کارکنان مراقبت‌های بهداشتی، انگیزه و پایبندی را به طور قابل توجهی افزایش می‌دهد، و حمایت درک شده خانواده مهمترین عامل مؤثر بر پایبندی است (۱۰). مداخلات روانشناختی همچنین بر استراتژی‌های رفتاری مانند افزایش آگاهی، کاهش رفتارهای ناسازگار و تقویت عادات مثبت تمرکز دارند که در مجموع میزان بستری شدن در بیمارستان و مرگ و میر را کاهش می‌دهند. ادغام مداخلات روانشناختی و ورزش بدنی با بهبود سلامت روان و عملکرد جسمی، به بیماران سود بیشتری می‌رساند و در نتیجه از پایبندی پایدار حمایت می‌کند (۱۱). با توجه به ماهیت مزمن و طاقت‌فرسای همودیالیز، حمایت روانی مداوم برای حفظ پایبندی طولانی‌مدت به درمان و بهینه‌سازی نتایج درمان ضروری است. به‌طور کلی، مداخلات روانشناختی اجزای حیاتی مراقبت‌های چندرشته‌ای هستند که پایبندی را افزایش می‌دهند، عوارض را کاهش می‌دهند و بهزیستی بیماران همودیالیزی را بهبود می‌بخشند.

درمان پذیرش و تعهد (ACT) با افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی پذیرش و تعهد بیماران به رژیم درمانی خود، تأثیر مثبتی بر بهبود پایبندی به درمان دارد؛ مطالعات نشان می‌دهد که مد درمان پذیرش و تعهد می‌تواند میزان پایبندی به دارو را به طور قابل توجهی افزایش دهد، به طوری که یک مطالعه موردی پس از چند جلسه درمان پذیرش و تعهد همراه با مداخلات پرستاری، بهبود ۷۱ درصدی در پایبندی و افزایش ۷۰ درصدی در پذیرش و تعهد در بین بیماران روانی را گزارش کرده است (۱۲). درمان پذیرش و تعهد با آموزش پذیرش تجربیات دشوار و همسو کردن اقدامات با ارزش‌های شخصی، به بیماران کمک

بیماران همودیالیزی اغلب به دلیل فشارهای جسمی، روانی و اجتماعی ناشی از درمان و بیماری کلیوی زمینه‌ای، کیفیت زندگی پایین‌تری را تجربه می‌کنند (۱). از نظر جسمی، بیماران اغلب از خستگی، سوء تغذیه و سایر عوارضی که عملکرد روزانه و سلامت جسمی را مختل می‌کنند، رنج می‌برند و از نظر روانی، بسیاری با افسردگی، پریشانی عاطفی و چالش‌های شناختی روبرو هستند که می‌تواند با طولانی‌تر شدن مدت دیالیز بدتر شود؛ همچنین از نظر اجتماعی، بیماران ممکن است با روابط خانوادگی و اجتماعی مشکل داشته باشند، که تا حدودی به دلیل برنامه درمانی طاقت‌فرسا و انگ مرتبط با سلامت است (۲). به طور کلی، اگرچه همودیالیز امید به زندگی را افزایش می‌دهد، اما چالش‌های قابل توجهی را تحمیل می‌کند که نیاز به مدیریت جامع برای افزایش رفاه بیماران دارد (۳).

پایبندی به درمان در بیمارانی که تحت همودیالیز قرار می‌گیرند، به طور قابل توجهی بر پیامدهای سلامتی و کیفیت زندگی آن‌ها تأثیر می‌گذارد. پایبندی ضعیف به دلیل پیچیدگی رژیم درمانی، که شامل محدودیت‌های مایعات و رژیم غذایی، داروهای متعدد و جلسات مکرر دیالیز است، رایج است که اغلب منجر به عوارض حاد و مزمن، افزایش عوارض و مرگ و میر می‌شود (۴). مطالعات نشان می‌دهد که برنامه‌هایی که برای افزایش پایبندی به درمان طراحی شده‌اند، به طور مؤثر پایبندی را بهبود می‌بخشند که به نوبه خود عوارض را کاهش می‌دهد و پارامترهای بالینی مانند افزایش وزن بین دیالیزی و سطح فسفر و پتاسیم سرم را بهبود می‌بخشد (۵). حمایت اجتماعی از خانواده و دیگران با پایبندی بهتر همبستگی مثبت دارد و اهمیت عوامل روانی-اجتماعی را در مدیریت رژیم‌های درمانی برجسته می‌کند. عدم پایبندی با کیفیت زندگی پایین‌تر و بدتر شدن وضعیت سلامتی مرتبط است و شناسایی و رفع موانعی مانند تعلل و مشکلات تنظیم عاطفی را بسیار مهم می‌کند (۶). مداخلات فردی توسط ارائه دهندگان خدمات درمانی، به ویژه پرستاران، که چالش‌های خاص بیمار را درک می‌کنند، نشان داده است که پایبندی را بهبود می‌بخشد. برنامه‌های مشاوره‌ای و آموزشی می‌توانند پایبندی به دارو را به طور قابل توجهی افزایش دهند که با بهبود نمرات کیفیت زندگی در بین بیماران همودیالیزی مرتبط است (۷).

می‌کند تا پریشانی مربوط به عوارض جانبی و بار درمان را مدیریت کنند، که این امر باعث ایجاد تعامل پایدار با درمان می‌شود. این درمان همچنین به رفتارهای اجتنابی و موانع عاطفی می‌پردازد و بیماران را قادر می‌سازد تا ناراحتی را بهتر تحمل کنند و علیرغم چالش‌ها، پایبندی خود را حفظ کنند (۱۳). درمان پذیرش و تعهد همچنان اثربخشی خود را در افزایش پایبندی در جمعیت‌های مختلف نشان می‌دهد. ارائه جلسات درمان پذیرش و تعهد از راه دور نیز امکان‌پذیر و قابل قبول بوده و دسترسی به این مداخله را گسترش می‌دهد. به طور کلی، درمان پذیرش و تعهد یک رویکرد روانشناختی امیدوارکننده برای حمایت از رفتار مصرف دارو و بهبود پایبندی به درمان در بیماری‌های مزمنی است که نیاز به رژیم‌های درمانی پیچیده دارند (۱۴-۱۶).

معدارمانی مبتنی بر اندیشه‌های مولانا، با افزایش بهزیستی روانی بیماران از طریق جستجوی معنا، آزادی اراده و پذیرش رنج، که از مضامین اصلی فلسفه مولانا هستند، پایبندی به درمان را بهبود می‌بخشد (۱۷). این رویکرد درمانی به بیماران کمک می‌کند تا با وجود بیماری مزمن، هدف و ارزش را در زندگی خود بیابند و نگرش مثبتی نسبت به رژیم درمانی خود ایجاد کنند. نشان داده شده است که یک برنامه آموزشی ساختار یافته مبتنی بر اندیشه‌های مولانا، که طی جلسات متعدد ارائه می‌شود، نمرات بهزیستی روانی را به طور قابل توجهی افزایش می‌دهد، که با انگیزه و مسئولیت‌پذیری بهبود یافته در مدیریت رفتارهای بهداشتی مرتبط است (۱۸). در معنادرمانی با پرداختن به دغدغه‌های وجودی مانند رنج، عشق و سرنوشت، بیماران صبر و تحمل بیشتری پیدا می‌کنند و موانع روانی برای پایبندی به درمان را کاهش می‌دهند (۱۹). این برنامه بیماران را تشویق می‌کند تا چالش‌های درمانی را به عنوان جنبه‌های معنادار سفر زندگی خود ببینند و در نتیجه تعهد آنها به درمان‌های تجویز شده افزایش می‌یابد. این رویکرد همچنین خوش‌بینی و روابط مثبت را ترویج می‌دهد که از تعامل پایدار با درمان پشتیبانی می‌کند. تمرکز لوگوتراپی بر مسئولیت شخصی و انتخاب آگاهانه، بیماران را قادر می‌سازد تا به طور فعال در مراقبت از خود مشارکت کنند (۲۰).

انجام این پژوهش از چند جهت دارای اهمیت است؛ بیماران همودیالیزی اغلب سطوح بالایی از پریشانی روانشناختی، از جمله اضطراب و افسردگی را تجربه می‌کنند. درک اینکه

کدام رویکرد درمانی موثرتر است می‌تواند نقش مهمی در انتخاب و اجرای مداخلات روانشناختی برای این بیماران داشته باشد (۲۱). هدف درمان پذیرش و تعهد و معنادرمانی مبتنی بر اندیشه‌های مولانا افزایش سرسختی روانشناختی است، اما این کار را از طریق مکانیسم‌های مختلف انجام می‌دهند. این مدل از پژوهش‌ها می‌تواند روشن کند که کدام روش به طور مؤثرتری تبعیت درمانی را در این جمعیت تقویت می‌کند. همچنین آموزه‌های مولانا با افراد زیادی در زمینه‌های فرهنگی خاص طنین انداز می‌شود. مقایسه این رویکرد فرهنگی در مقایسه با درمان پذیرش و تعهد می‌تواند بینش‌هایی را در مورد چگونگی تأثیر عوامل فرهنگی بر اثربخشی درمانی ارائه دهد. علاوه بر این شواهد فزاینده‌ای وجود دارد که از اثربخشی درمان پذیرش و تعهد در جمعیت‌های مختلف حمایت می‌کند، اما کمتر در مورد اثربخشی معنادرمانی مبتنی بر اندیشه‌های مولانا شناخته شده است. تحقیقات می‌تواند این شکاف را تکمیل کند و به تمرین مبتنی بر شواهد در مداخلات روانشناختی کمک کند. در نهایت، این تحقیق می‌تواند شکاف بین سنت‌های فلسفی شرقی و روش‌های روان‌شناختی غربی را پر کند و رویکردی جامع به سلامت روان در مدیریت بیماری‌های مزمن تقویت کند. به طور کلی، هدف این مطالعه کمک به دانش نظری و کاربردهای عملی در تنظیمات بالینی است. با توجه به اهمیت موارد ذکر شده، این مطالعه با هدف مقایسه اثربخشی درمان پذیرش و تعهد و معنا درمانی مبتنی بر اندیشه‌های مولانا بر تبعیت از درمان در بیماران تحت همودیالیز انجام شد.

روش کار

پژوهش حاضر نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری ۴۵ روز بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه بیماران کلیوی نیازمند دریافت خدمات همودیالیز شهر ساری در سال ۱۴۰۳ بودند. حجم نمونه با استفاده از جدول کوهن با اندازه اثر ۰/۵ و توان آزمون ۰/۸۵ برابر ۱۵ نفر برای هر گروه برآورد شد که از بین افراد دارای ملاک‌های ورود ۴۵ نفر با روش نمونه‌گیری غیرتصادفی در دسترس از مرکز بیماری‌های کلیوی شهروند (طوبی ۲) شهر ساری انتخاب و در سه گروه آزمون ۱ (۱۵ نفر)، آزمون ۲ (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) به صورت تصادفی جایگزین شدند. معیارهای ورود به

محبوبه خالق زاده رستمی و همکاران

بالا، ۶-۷ نشان دهنده پایبندی متوسط و نمره کمتر از ۶ نشان دهنده پایبندی کم است (۲۲). اعتبار پیش‌بینی‌کننده در مطالعات نشان داده‌اند که پایبندی به درمان، می‌تواند پیامدهای سلامتی، مانند کنترل آسم و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به آسم را پیش‌بینی کند (۲۳)؛ همچنین ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۷ گزارش شده است (۲۳). در نمونه از بیماران مبتلا به فشار خون بالا یک مطالعه اعتبارسنجی کرد و آن را قابل اعتماد و معتبر دانست؛ همچنین آلفای کرونباخ، معیاری برای سنجش سازگاری درونی، در یک مطالعه ۰/۸۳ گزارش شده است (۲۴).

مداخلات

درمان پذیرش و تعهد: این پروتکل درمانی توسط Hayes & Strosahl (۲۰۱۰) تدوین شده است (۲۵)، همچنین این مداخله در ایران توسط شهبازی و نعمت زاده گنابی (۱۴۰۳) در گروهی از بیماران مزمن اجرا شده است (۲۶)؛ این مداخله در ۸ جلسه (یکبار در هفته به صورت گروهی به مدت ۹۰ دقیقه) ارائه شد.

این پژوهش شامل به پژوهش اعلام آمادگی برای شرکت در پژوهش، عدم سابقه اختلالات روانشناختی بر اساس نظر متخصص، عدم تجربه سوگ در شش ماه گذشته و عدم سابقه مصرف مواد مخدر یا الکل بود. معیارهای خروج هم عبارتند از: شرکت در درمان‌های گروهی دیگر به صورت همزمان؛ غیبت بیش از دو جلسه در حین مداخلات و عدم تمایل به ادامه شرکت در جلسات درمانی بود. جهت جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس تبعیت از درمان موریسکی (The Morisky Medication Adherence Scale; MMAS) (۸) استفاده شد؛ این مقیاس یک ابزار خودگزارشی پرکاربرد است که برای ارزیابی پایبندی به مصرف دارو طراحی شده است. این ابزار در دو نسخه ۴ و ۸ سوالی موجود است. هر دو مقیاس بر اساس پاسخ‌های بیمار به سوالاتی در مورد رفتار مصرف دارو ساخته شده‌اند. در این مطالعه از نسخه ۸ سوالی استفاده شده است. نمره‌گذاری این مقیاس به روش بله (نمره صفر) و خیر (نمره یک) است و دامنه نمرات بین صفر الی ۸ متغیر است. نمره ۸ نشان دهنده پایبندی

جدول ۱: محتوای جلسات درمان پذیرش و تعهد

جلسه	خلاصه جلسات
۱	آشنایی اعضای گروه با درمانگر و با یکدیگر، آشنا کردن افراد با موضوع جلسات درمان و معرفی کل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بیان قوانین جلسات، بررسی نظرات و دیدگاه‌های اعضای گروه راجع به موضوع اضطراب و استرس در زندگی روزمره
۲	ناامیدی خلاقانه، ایجاد بینش درباره راهبردهای کنترلی و اجتناب از اضطراب و به چالش کشیدن آنها، پی بردن به بیهودگی و ناکارآمدی کنترل‌ها.
۳	بیان مفهوم پذیرش و جایگزین کردن پذیرش به جای کنترل و اجتناب از اضطراب و استرس، بیان تفاوت تحمل با پذیرش، آموزش تمایل به هیجانات و تجارب منفی، تکنیک داستان شفابخش.
۴	بیان مفهوم آمیختگی و بیان مفهوم گسلش، استخراج تجربه اجتناب و آمیختگی. تمرین مشاهده بدون قضاوت.
۵	تعریف مفهوم ذهن‌آگاهی، تمرین تکنیک‌های ذهن آگاهی و ارتباط با زمان حال، در نظر گرفتن خود به عنوان زمینه.
۶	تعریف و شناسایی ارزش‌ها، بیان تفاوت بین اهداف و ارزش‌ها، شناسایی موانع موجود در تحقیق ارزش‌ها.
۷	مشخص کردن اهداف، تعریف مفهوم عمل متعهدانه، شناسایی اقدامات متعهدانه برای رسیدن به اهداف و ارزش‌های زندگی و برنامه ریزی برای تعهد در قبال پیگیری ارزش‌ها.
۸	جمع بندی نهایی جلسات، مرور آموزش و تمرین‌های ارائه شده در طول جلسات، اجرای پس آزمون

پژوهش بابانژاد دریکنده و همکاران (۱۴۰۲) در زنان مبتلا به سرطان پستان نیز اجرا شده است (۲۸)؛ این مداخله در ۸ جلسه (یکبار در هفته به مدت ۹۰ دقیقه) ارائه شد.

معنادرمانی مبتنی بر اندیشه‌های مولانا: برنامه معنادرمانی مبتنی بر اندیشه‌های مولانا بر اساس مدل نوروزی و همکاران (۱۳۹۶) تنظیم شده است (۲۷)، این برنامه قبلا در

جدول ۲: محتوای جلسات معنادرمانی مبتنی بر اندیشه های مولانا

جلسات	خلاصه جلسات
جلسه اول: «درک سرچشمه هستی»	۱- توجه و تمرکز انسان بر سرچشمه هستی (خدا)، ۲- خود ارزیابی صحیح انسان و تفکر در مورد سرچشمه هستی، ۳- مقایسه رابطه مادر و فرزند با خداوند و انسان بر اساس داستان سروش مهر و ۴- تفسیر و تحلیل دو غزل مولانا.
جلسه دوم: «خودکنترلی در مسیر تغییر»	۱- تفسیر داستان چینیان و رومیان در صورتگری، ۲- تفسیر تمثیل انبار گندم، ۳- تفسیر تمثیل خاربن و خارکن، ۴- تفسیر تمثیل تشبیه دنیا به تون حمام، ۵- تفسیر تمثیل مرد بغدادی، ۶- شناخت توانمندی ها و علاقه مندی های افراد از خود و هدف گذاری، ۷- شناخت ویژگیهای مثبت و منفی افراد از خود و هدف گذاری و ۸- شناخت افراد از اهداف زندگی و هدف گذاری.
جلسه سوم: «پذیرش»	۱- بر اساس تمثیل «پیر مرد و طیب» و «عارف و کشیش» فرد شرایط موجود را بپذیرد، ۲- جلوگیری از انزوا و اجتناب، ۳- جلوگیری از وابستگی خودالقای، ۴- اهمیت پیری عقلی بر پیری تقویمی و ۵- آموزش راهبرد حل مسئله مبتنی بر تغییر نگرش.
جلسه چهارم: «سازش با درد و رنج و ساخت معنا»	۱- صبر و تحمل، ۲- درد باید موجب زایش فکر شود، ۳- تغییر توجه، نشاط و چالاکی به وجود می آورد، ۴- پرداختن به معناها و لذت های زندگی موجب شکوفایی و کمال انسان می گردد و ۵- درد اصلی درد فراق از خداوند بزرگ است.
جلسه پنجم: «ذکر و مراقبه (ذهن آگاهی)»	۱- تمرکز و ذکر، دغدغه های گذشته را میزداید، ۲- تفسیر تمثیل عور و زنبور، ۳- با تمرکز بیشتر بر لحظه حال، درون خود را صافی کنیم، ۴- نماز بهترین ذکر، مراقبه و آرامش دهنده است و ۵- با نماز نظمدهی درستی نسبت به هیجانانگام داشته باشیم. بیان اسرار قیام و قعود و رکوع و سجود و سالم در نماز (تمرکز بر ذهنآگاهی)
جلسه ششم: «اضطراب مرگ و یافتن معنای عشق»	۱- پذیرش آموزش در زمینه مقابله با اضطراب مرتبط با بیماری و مرگ، ۲- بازسازی زندگی، ۳- مقابله کردن با مرگ به طور طبیعی از طریق پذیرش این اصل که هر کس ناچار به پذیرفتن مرگ است و مرگ یکی از مراحل طبیعی و تکاملی است، ۴- مرگ به معنای فنا نیست، ۵- راز آفرینش است، ۶- قبل از مردنم قرار است چه کاری انجام دهم؟، ۷- تفسیر تمثیل گفتگوی موسی و خدا و ۸ کمک به دیگران (مفید بودن برای دیگران) صحبت درباره جنبه های متفاوت عشق و راهی برای رسیدن به معنای زندگی از طریق عشق.
جلسه هفتم: «صبر و تحمل در غم و رنج»	۱- هدف اصلی از زندگی، گریز از درد و رنج نیست بلکه با صبر و تحمل یافتن معنا از درون آن است، ۲- صبر و تحمل معنای زیبایی از کنترل خود به انسان میدهد، ۳- دریافت و درک صحیح از رشد و تعالی در صبر و تحمل، ۴- تفسیر تمثیل کبودی زدن قزوینی و ۵- تفسیر داستان لقمان و داوود.
جلسه هشتم: «شکر و سپاسگزاری»	۱- اهمیت شکر و سپاسگزاری از خلق، ۲- سپاسگزاری و افزایش نعمت، ۳- سپاسگزاری از خداوند و جهان هستی، ۴- سپاسگزاری از خانواده و عزیزانمان ۵- تفسیر اشعار مولوی در مورد شکر و سپاسگزاری.

ناشناس بودن و برای اینکه حریم خصوصی شرکت کنندگان تضمین شود، برای هر شرکت کننده کد متناسب اختصاص داده شد؛ همچنین این مطالعه دارای تایید اخلاقی با شناسه IR.IAU.SARI.REC.1403.049 بوده است. تحلیل داده ها در نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۴ انجام شد؛ در بخش توصیفی شاخص های گرایش مرکزی گزارش شدند و در بخش استنباطی از آزمون آماری تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر استفاده شد.

یافته‌ها

در این پژوهش ۴۵ نفر در سه گروه ۱۵ نفری مشارکت داشتند، میانگین و انحراف معیار سنی گروه درمان پذیرش و تعهد ($66/78 \pm 9/31$)، معنادرمانی مبتنی بر اندیشه های مولانا ($67/32 \pm 7/33$) و کنترل ($65/77 \pm 7/342$) بر حسب سال همگون بود. از نظر جنسیت در گروه درمان پذیرش و تعهد ۹ نفر (۶۰ درصد) زن و ۶ نفر (۴۰ درصد) مرد بودند، در گروه معنادرمانی مبتنی بر اندیشه های مولانا ۷ نفر (۴۶/۷ درصد) زن و ۸ نفر (۵۳/۳۰ درصد) مرد بودند. در گروه کنترل

پس از تصویب پروپوزال و دریافت موافقت اصولی جهت انجام پژوهش به مراکز بیماری های کلیوی شهر ساری مراجعه شد؛ از بین مراکز فقط مرکز بیماری های کلیوی شهروند (طوبی ۲) حاضر به همکاری شد. از بین مراجعه کنندگان با احراز معیارهای ورود ۴۵ نفر با روش نمونه گیری غیرتصادفی در دسترس از مرکز بیماری های کلیوی شهروند (طوبی ۲) شهر ساری انتخاب و در سه گروه آزمون ۱ (۱۵ نفر)، آزمون ۲ (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) به صورت تصادفی جایگزین شدند. پس از اجرای حضوری پیش آزمون، اعضای گروه های مداخله تحت آموزش قرار گرفتند و سپس از هر دو گروه پس آزمون و پس از گذشت ۴۵ روز مجدداً آزمون پیگیری اجرا شد. ملاحظات اخلاقی هم در تمام مراحل پژوهش در نظر گرفته شد. به تمامی افراد نمونه اطمینان داده شد که اسم آن ها در هیچ قسمتی از پژوهش ذکر نخواهد شد و تنها از نتایج داده ها استفاده می شود. به منظور انجام پژوهش، یک جلسه توجیهی برگزار و فرم رضایت نامه و پرسشنامه حاوی اطلاعات جمعیت شناختی بین شرکت کنندگان توزیع شد. با هدف

محبوبه خالق زاده رستمی و همکاران

نفر ۷ (۴۶/۷ درصد) زن و ۸ نفر (۵۳/۳۰ درصد) مرد بودند. از نظر تحصیلات در گروه درمان پذیرش و تعهد ۱۲ نفر (۸۰ درصد) دیپلم یا کمتر از دیپلم و ۳ نفر (۲۰ درصد) کارشناسی بودند، در گروه معنادرمانی مبتنی بر اندیشه های مولانا ۱۰ نفر (۶۶/۷۰ درصد) دیپلم یا کمتر از دیپلم و ۵

نفر ۷ (۴۶/۷ درصد) زن و ۸ نفر (۵۳/۳۰ درصد) مرد بودند. از نظر تحصیلات در گروه درمان پذیرش و تعهد ۱۲ نفر (۸۰ درصد) دیپلم یا کمتر از دیپلم و ۳ نفر (۲۰ درصد) کارشناسی بودند، در گروه معنادرمانی مبتنی بر اندیشه های مولانا ۱۰ نفر (۶۶/۷۰ درصد) دیپلم یا کمتر از دیپلم و ۵

جدول ۳: شاخص های توصیفی متغیر تبعیت از درمان به تفکیک گروه ها

متغیرها	مراحل سنجش	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	Shapiro-Wilk	
					آماره	معناداری
تبعیت از درمان	پیش آزمون	درمان پذیرش و تعهد	۲/۶۱	۲/۰۴	۰/۹۵	۰/۵۴
		معنادرمانی مولانا	۲/۷۰	۱/۸۵	۰/۹۳	۰/۲۷
	پس آزمون	کنترل	۲/۷۴	۱/۸۱	۰/۹۳	۰/۲۶
		درمان پذیرش و تعهد	۶/۳۳	۱/۳۹	۰/۹۰	۰/۰۹
پیگیری	پس آزمون	معنادرمانی مولانا	۶/۱۳	۱/۲۴	۰/۹۳	۰/۲۵
		کنترل	۲/۸۱	۱/۷۳	۰/۹۱	۰/۱۵
	پیگیری	درمان پذیرش و تعهد	۶/۴۰	۱/۴۰	۰/۹۲	۰/۰۲
		معنادرمانی مولانا	۶/۲۰	۱/۲۶	۰/۹۲	۰/۲۲
		کنترل	۲/۸۷	۱/۶۶	۰/۹۱	۰/۱۵

که ماتریس کوواریانس ها در حالت چندمتغیره برقرار است ($P > 0.05$). نتایج آزمون کرویت موچلی با حضور گروه کنترل نشان داد که مقادیر متغیر تبعیت از درمان ($P = 0.01$)، $W = 0.04$) معنادار می باشد، بر این اساس گزارش شاخص F در آزمون تحلیل واریانس نیاز به اصلاح دارد و با توجه به آماره اپسیلون که 0.53 است و کمتر از 0.75 محاسبه شده است از تصحیح «Greenhouse-Geisser Test» استفاده می شود. با توجه به برقراری پیش فرض های آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر، جهت آزمون مقایسه اثربخشی مداخله ها در مراحل سنجش و مقایسه آن ها از این آزمون استفاده شده است. در جدول ۴ نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر مختلط (میکس آنوا) ارائه شده است.

در جدول ۳ نتایج نشان می دهد که گروه های مداخله نسبت به کنترل در طول مراحل سنجش تغییرات بیشتری در متغیر تبعیت از درمان داشته است؛ در واقع روند تغییرات در گروه های مداخله افزایشی بوده است. همچنین نتایج آزمون Shapiro-Wilk نشان داد، داده ها در مراحل مختلف سنجش به تفکیک گروه ها دارای توزیع نرمال می باشند ($P > 0.05$)؛ بر این اساس با توجه به نرمال بودن می توان از آزمون های پارامتری استفاده کرد. جهت بررسی همگونی خطای واریانس ها از آزمون «Levene» استفاده شد، نتایج نشان داد که خطای واریانس ها در متغیر تبعیت از درمان به تفکیک مراحل سنجش پیش آزمون ($F = 0.26, P = 0.77$)، پس آزمون ($F = 2.15, P = 0.13$) و پیگیری ($F = 1.37, P = 0.27$) همگون می باشد؛ همچنین نتایج آزمون $Bax \times M$ نشان داد

جدول ۴: نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر برای متغیر تبعیت از درمان

اثر	آزمون ها	ارزش	مقدار F	درجه آزادی اثر	درجه آزادی خطا	معناداری	ضریب اتا	توان آماری
گروه	Pillais Trace	۰/۵۵	۲۵/۳۲	۲	۴۱	۰/۰۱	۰/۵۵	۱
	Wilks Lambda	۰/۴۵	۲۵/۳۲	۲	۴۱	۰/۰۱	۰/۵۵	۱
	Hotelling's Trace	۱/۲۳	۲۵/۳۲	۲	۴۱	۰/۰۱	۰/۵۵	۱
	Roy's Largest Root	۱/۲۳	۲۵/۳۲	۲	۴۱	۰/۰۱	۰/۵۵	۱

در جدول فوق نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر مختلط (میکس آنوا) ارائه شده است؛ نتایج ارزیابی

درون گروهی نشان می دهد نشان داد که بین نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در ترکیب گروه ها و متغیر

مورد مطالعه متفاوت بوده است، اما دقیق مشخص نسیت که در کدام یک از گروه ها این چنین بوده است، برای بررسی دقیق روند تغییرات در ادامه، نتایج تک متغیره در متن میکس آنوا ارائه خواهد شد.

وابسته به طور همزمان ($P=0/01$ ، $F=25/32$ ، $Pillais=0/55$) تفاوت معناداری وجود داشت. به عبارتی یافته های فوق حاکی از آن است که روند تغییر معناداری در میانگین متغیر مورد بررسی در مراحل ارزیابی مشاهده شده و میزان تغییرات مربوط به متغیر طی مراحل ارزیابی در سه گروه

جدول ۵: نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری های مکرر در متن میکس آنوا برای تبعیت از درمان در سه مرحله اندازه گیری

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	معناداری	اندازه اثر	توان آماری
تبعیت از درمان	زمان	۱۷۹/۱۹	۱/۰۷	۱۶۷/۵۳	۴۹/۴۷	۰/۰۱	۰/۵۴	۱
	زمان*گروه	۸۲/۷۹	۲/۱۴	۳۸/۷۰	۱۱/۴۳	۰/۰۱	۰/۳۵	۱
	خطا	۱۵۲/۱۵	۴۴/۹۲	۳/۳۹				
بین گروهی	۱۵۲/۹۱	۴۲	۷۶/۴۶	۱۷/۸۱	۰/۰۱	۰/۴۶	۱	

روند تغییرات در گروه ها در ادامه نتایج آزمون تعقیبی Bonferoni به تفکیک گروه ها در جدول ۴ ارائه شده است.

نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر نشان داد که بین گروه ها در متغیر تبعیت از درمان ($P=0/01$ ، $\eta=0/46$ ، $F=17/81$) تفاوت معنادار وجود دارد. جهت بررسی

جدول ۶: نتایج آزمون تعقیبی Bonferoni برای مقایسه تغییرات درون گروهی و بین گروهی متغیر تبعیت از درمان

مراحل سنجش	درمان پذیرش و تعهد		معنادارانی مولانا		گروه کنترل
	اختلاف میانگین	معناداری	اختلاف میانگین	معناداری	
پیش آزمون	۳/۷۳	۰/۰۱	۳/۴۴	۰/۰۱	۱/۰۰
پیش آزمون	۳/۷۹	۰/۰۱	۳/۵۰	۰/۰۱	۱/۰۰
پس آزمون	۰/۰۷	۱/۰۰	۰/۰۶	۱/۰۰	۱/۰۰
مقایسه گروهی	درمان پذیرش و تعهد * معنادارانی مولانا		درمان پذیرش و تعهد * کنترل		معنادارانی مولانا * کنترل
	اختلاف میانگین	معناداری	اختلاف میانگین	معناداری	اختلاف میانگین
	۰/۱۰	۱/۰۰	۲/۳۱	۰/۰۱	۲/۲۰

و تعهد تفاوت معناداری وجود ندارد ($P>0/05$)؛ در واقع هر دو درمان اثر مشابهی بر افزایش تبعیت از درمان داشته‌اند.

بحث

این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان پذیرش و تعهد و معنا درمانی مبتنی بر اندیشه‌های مولانا بر تبعیت از درمان در بیماران تحت همودپالیز انجام شد. یافته اول نشان داد که درمان پذیرش و تعهد نقش موثری بر بهبود تبعیت از درمان در بیماران تحت همودپالیز داشته است؛ این یافته با پژوهش‌های Smith و همکاران (۱۲)، Saldaña و همکاران (۱۳)، Spidel و همکاران (۱۴)، صادقی و همکاران (۱۵) و عبدالمی و همکاران (۱۶) همسو است؛ اما در بررسی پیشینه مطالعات ناهمسو یافت نشد. در تبیین این یافته

نتایج آزمون Bonferoni نشان داد که فقط در گروه های مداخله بین نمرات پیش آزمون با پس آزمون و پیگیری تفاوت وجود دارد ($P=0/01$)؛ این در حالی است که در گروه های مداخله بین پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود ندارد که نشان دهنده ثبات نتایج در طول زمان است ($P<0/05$). نتایج مقایسه زوجی بین گروه ها گویای این است که بین گروه های مداخله درمان پذیرش و تعهد ($P=0/01$) و معنا درمانی بر اساس اندیشه های مولانا ($P=0/01$) در مقایسه با گروه کنترل تا مرحله پیگیری تفاوت معناداری وجود داشت؛ در واقع هر دو درمان نسبت به گروه کنترل موجب افزایش تبعیت از درمان شده اند. علاوه بر این نتایج مقایسه زوجی بین دو گروه درمانی معنا درمانی بر اساس اندیشه های مولانا و درمان پذیرش

محبوبه خالق زاده رستمی و همکاران

می‌کند. تحقیقات نشان می‌دهد که معنادرمانی مبتنی بر اندیشه‌های مولانا می‌تواند امید را افزایش داده و اضطراب مرگ را کاهش دهد و پایبندی به درمان را در بیماری‌های مزمن بیشتر کند (۱۹). تمرکز فرهنگی و وجودی آن، آن را به ویژه برای بیمارانی که با نیازهای درمانی طولانی مدت مواجه هستند، مناسب می‌کند. در مجموع، این درمان به بیماران این قدرت را می‌دهد که سفر درمانی خود را با پذیرش بیشتر و تعامل هدفمند بپذیرند و منجر به پایبندی بهتر و بهبود نتایج سلامتی شود.

یافته سوم نشان داد که درمان پذیرش و تعهد و معنادرمانی مبتنی بر اندیشه‌های مولانا نقش مشابه و یکسانی بر بهبود تبعیت از درمان در بیماران تحت همودیالیز داشته‌اند؛ در بررسی پیشینه مطالعه مشابه‌ای جهت مقایسه همسویی یا عدم همسویی یافت نشد. در تبیین این یافته می‌توان بیان نمود که درمان پذیرش و تعهد و معنادرمانی مبتنی بر اندیشه‌های مولانا، تأثیر مشابهی بر بهبود پایبندی به درمان دارند، زیرا هر دو بر افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی و معناسازی بیماران تمرکز دارند. درمان پذیرش و تعهد؛ پذیرش احساسات دشوار و تعهد به اعمال مبتنی بر ارزش را گسترش می‌دهد و رفتارهای اجتنابی را که مانع پایبندی می‌شوند، کاهش می‌دهد (۲۹). در حالی که معنادرمانی بیماران را تشویق می‌کند تا در رنج، هدف و معنا بیابند و تاب‌آوری و انگیزه برای دنبال کردن درمان را تقویت کنند (۳۰). هر دو رویکرد، پریشانی روانشناختی مانند اضطراب و افسردگی، موانع رایج پایبندی، را کاهش می‌دهند و در نتیجه، بهزیستی روانی و تعامل با درمان را بهبود می‌بخشند. آنها بیماران را قادر می‌سازند تا با همسو کردن اعمال با ارزش‌های عمیق یا اهداف وجودی، مسئولیت سلامت خود را بر عهده بگیرند. علاوه بر این، هر دو درمان، صبر، خوش‌بینی و تحمل عاطفی را پرورش می‌دهند که از پایبندی پایدار علیرغم چالش‌های بیماری مزمن پشتیبانی می‌کند. این مداخلات با پرداختن به موانع وجودی و عاطفی، کیفیت زندگی و رفتارهای مراقبت از خود را بهبود می‌بخشند. تأکید آنها بر پذیرش، تعهد و معنا، پایه روانشناختی قوی برای پایبندی ایجاد می‌کند. در نتیجه، درمان پذیرش و تعهد و معنادرمانی مبتنی بر اندیشه‌های مولانا با ادغام ابعاد روانشناختی و معنوی، درمان زیست‌پزشکی را تکمیل می‌کنند و منجر به نتایج سلامتی بهتر می‌شوند. پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آینده

می‌توان بیان نمود که درمان پذیرش و تعهد با افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی، نقش مؤثری در بهبود پایبندی به درمان ایفا می‌کند. این روش به بیماران کمک می‌کند تا احساسات و افکار دشوار مربوط به بیماری خود را بدون اجتناب بپذیرند. این پذیرش، پریشانی و علائم بالینی مانند اضطراب و افسردگی را که اغلب مانع پایبندی به رژیم‌های درمانی می‌شوند، کاهش می‌دهد (۱۴). درمان پذیرش و تعهد بیماران را تشویق می‌کند تا به اقداماتی مطابق با ارزش‌های خود متعهد شوند و انگیزه لازم برای پیروی از درمان‌های تجویز شده را با وجود چالش‌ها تقویت کند. همچنین خودکارآمدی و خوش‌بینی را افزایش می‌دهد که برای تعامل پایدار در رفتارهای مراقبت از خود بسیار مهم هستند. تمرکز این درمان بر ذهن آگاهی و آگاهی از لحظه حال به بیماران کمک می‌کند تا درد و ناراحتی را بهتر مدیریت کنند و رفتارهای اجتنابی را که پایبندی را به خطر می‌اندازند، کاهش دهند (۱۶).

یافته دوم نشان داد که معنادرمانی مبتنی بر اندیشه‌های مولانا نقش مؤثری بر بهبود تبعیت از درمان در بیماران تحت همودیالیز داشته است؛ این یافته با پژوهش‌های بهار و همکاران (۱۷)، Robotmili و همکاران (۱۸)، مشاشائی و همکاران (۱۹) و ابراهیمی و همکاران (۲۰) همسو است؛ اما در بررسی پیشینه مطالعات ناهمسو یافت نشد. در اکثر این پژوهش‌ها معنادرمانی نقش مؤثری بر بهبود کیفیت زندگی و سلامت روانشناختی بیماران نیز داشته است. در تبیین این یافته می‌توان بیان نمود که معنادرمانی مبتنی بر اندیشه‌های مولانا با افزایش سلامت روان بیماران از طریق کاوش عمیق در معنا، آزادی اراده و پذیرش رنج، نقش مؤثری در بهبود پایبندی به درمان ایفا می‌کند. این رویکرد به افراد کمک می‌کند تا با وجود بیماری مزمن، هدف و ارزش را در زندگی خود بیابند که این امر انگیزه و مسئولیت‌پذیری آنها را در قبال پیروی از رژیم‌های درمانی افزایش می‌دهد (۱۷). مطالعات نشان می‌دهد که برنامه‌های آموزشی مبتنی بر فلسفه مولانا به طور قابل توجهی سلامت روان را بهبود می‌بخشند و اضطراب و افسردگی - موانع رایج پایبندی به درمان - را کاهش می‌دهند. معنادرمانی با تقویت دیدگاه مثبت به چالش‌های زندگی و تشویق بیماران به معنادار دیدن رنج، تاب‌آوری و صبر را تقویت می‌کند (۱۸). این درمان همچنین بر معنویت و رشد شخصی تأکید دارد که از ثبات عاطفی و تعهد به رفتارهای بهداشتی پشتیبانی

بر پذیرش شرایط دشوار و تعهد به ارزش‌های شخصی به بیماران کمک می‌کند تا به جای اجتناب از تجربه‌های ناخوشایند، با بیماری خود مواجه شوند و رفتارهای سلامت‌محور را تقویت کنند. از سوی دیگر، معنا درمانی مبتنی بر اندیشه‌های مولانا با بهره‌گیری از مفاهیم عمیق فلسفی و عرفانی، به بیماران این امکان را می‌دهد که در تجربه بیماری خود معنا و هدفی والاتر بیابند و رنج ناشی از درمان‌های طولانی‌مدت را قابل تحمل‌تر سازند. این هم‌پوشانی نشان می‌دهد که مداخلات روان‌شناختی با رویکرد ارزش‌محور و معناگرا می‌توانند به عنوان مکمل درمان‌های پزشکی، اثربخشی برنامه‌های مراقبتی در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن مانند بیماران تحت همودیالیز را بهبود دهند.

سیاسگزاری

مقاله حاضر برگرفته از رساله‌ی نویسنده اول است. بدین وسیله از تمامی شرکت‌کنندگان و افرادی که در اجرای این پژوهش ما را یاری نمودند، تقدیر و تشکر به عمل می‌آوریم.

تضاد منافع

هیچگونه تضاد منافی بین نویسندگان این مقاله وجود ندارد.

References

1. Yonata A, Islamy N, Taruna A, Pura L. Factors affecting quality of life in hemodialysis patients. *International Journal of General Medicine*. 2022;15:7173. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9480587/> <https://doi.org/10.2147/IJGM.S375994>
2. Sułkowski L, Matyja A, Matyja M. Social support and quality of life in hemodialysis patients: A comparative study with healthy controls. *Medicina*. 2024;60(11):1732. <https://doi.org/10.3390/medicina60111732>
3. Aljawadi MH, Babaeer AA, Alghamdi AS, Alhammad AM, Almuqbil MS, Alonazi KF. Quality of life tools among patients on dialysis: a systematic review. *Saudi Pharmaceutical Journal*. 2024;32(3):101958. <https://doi.org/10.1016/j.jsps.2024.101958>
4. Kim H, Jeong IS, Cho MK. Effect of treatment

از طرح‌های کارآزمایی بالینی کنترل شده تصادفی استفاده شود تا تعمیم دهی نتایج بهتر انجام شود. همچنین پیشنهاد می‌شود که در مطالعات آینده سابقه دریافت خدمات روانشناختی و ضعف‌های شناختی مورد توجه پژوهشگران باشد. در زمینه کاربردی اجرای معنا درمانی مبتنی بر اندیشه‌های مولانا و همچنین درمان پذیرش و تعهد به منظور بهبود تبعیت درمان بیماران کلیوی نیازمند دریافت خدمات همودیالیز پیشنهاد می‌شود. مطالعه حاضر در نمونه محدودی از بیماران کلیوی نیازمند دریافت خدمات همودیالیز شهر ساری به شیوه در دسترس انجام شد؛ امکان نمونه‌گیری تصادفی وجود نداشت، بر این اساس تعمیم نتایج با محدودیت همراه است. همچنین در این پژوهش سابقه دریافت خدمات روانشناختی و ضعف‌های شناختی افراد کنترل نشد.

نتیجه‌گیری

در مجموع می‌توان نتیجه گرفت که درمان پذیرش و تعهد و معنا درمانی مبتنی بر اندیشه‌های مولانا بر بهبود تبعیت درمان بیماران تحت همودیالیز موثر بوده است. در نتیجه، هم درمان پذیرش و تعهد و هم معنادارمانی مبتنی بر اندیشه‌های مولانا، با پرداختن به موانع روانشناختی و تقویت رویکردی معنادار و ارزش‌محور برای مدیریت بیماری‌های مزمن، به طور مؤثری پایبندی به درمان را در بیماران تحت همودیالیز افزایش می‌دهند. درمان پذیرش و تعهد با تمرکز

- adherence improvement program in hemodialysis patients: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022;19(18):11657. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9517018/> <https://doi.org/10.3390/ijerph191811657>
5. Morgan L. A decade review: methods to improve adherence to the treatment regimen among hemodialysis patients. *Nephrology Nursing Journal*. 2000;27(3):299. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11249328/>
 6. Alatawi AA, Alaamri M, Almutary H. Social Support and Adherence to Treatment Regimens among Patients Undergoing Hemodialysis. *InHealthcare*. 2024;12:1958. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11476326/> <https://doi.org/10.3390/healthcare12191958>
 7. Bazrafshan FD, Darvizeh Z, Banijamali SS. The relationship between hemodialysis patients'

- treatment adherence, procrastination, and difficulty in emotion regulation: A cross-sectional study in southeast Iran. *Frontiers in Psychology*. 2023;13:1041912. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1041912>
8. Cai MM, Beweja S, Reilly R, Clements A, Kent A, Taylor NF, MacGinley RJ, Holt SG, McMahon LP. Psychological and Exercise Intervention Training for Hemodialysis Patients: A Pilot Study. *World Journal of Nephrology and Urology*. 2014;3(2):83-91. <https://wjnu.org/index.php/wjnu/article/view/156/128>
 9. Anson HM, Byrd MR, Koch EI. Cognitive behavioral treatment to improve adherence to hemodialysis fluid restrictions: a case report. *Case Reports in Medicine*. 2009;20(1):835262. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2801524/> <https://doi.org/10.1155/2009/835262>
 10. Sharp J, Wild MR, Gumley AI. A systematic review of psychological interventions for the treatment of nonadherence to fluid-intake restrictions in people receiving hemodialysis. *American Journal of Kidney Diseases*. 2005;45(1):15-27. <https://doi.org/10.1053/ajkd.2004.09.010>
 11. Howren MB, Kellerman QD, Hillis SL, Cvetengros J, Lawton W, Christensen AJ. Effect of a behavioral self-regulation intervention on patient adherence to fluid-intake restrictions in hemodialysis: a randomized controlled trial. *Annals of Behavioral Medicine*. 2016;50(2):167-76. <https://doi.org/10.1007/s12160-015-9741-0>
 12. Smith SG, Ellison R, Hall L, Clark J, Hartley S, Mason E, Metherell J, Olivier C, Napp V, Naik J, Buckley S. Acceptance and Commitment Therapy to support medication decision-making and quality of life in women with breast cancer: protocol for a pilot randomised controlled trial. *Pilot and Feasibility Studies*. 2022;8(1):33. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8822728/> <https://doi.org/10.1186/s40814-022-00985-6>
 13. Saldaña KS, McGowan SK, Martin JL. Acceptance and commitment therapy as an adjunct or alternative treatment to cognitive behavioral therapy for insomnia. *Sleep medicine clinics*. 2023;18(1):73-83. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10182873/> <https://doi.org/10.1016/j.jsmc.2022.09.003>
 14. Spidel A, Lecomte T, Kealy D, Daigneault I. Acceptance and commitment therapy for psychosis and trauma: Improvement in psychiatric symptoms, emotion regulation, and treatment compliance following a brief group intervention. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 2018;91(2):248-61. <https://doi.org/10.1111/papt.12159>
 15. Sadeghi AH, Ahmadi SA, Ghodrati-Torbati A. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on clinical symptoms and treatment adherence in dialysis patients. *Journal of Education and Health Promotion*. 2024;13(1):28. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_1704_22
 16. Abdollahi S, Hatami M, Manesh FM, Askari P. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on the self-care and adherence to treatment in patients with type 2 diabetes. *International Archives of Health Sciences*. 2020;7(2):78-83. https://doi.org/10.4103/iahs.iahs_13_20
 17. Bahar A, Shahriary M, Fazlali M. Effectiveness of logotherapy on death anxiety, hope, depression, and proper use of glucose control drugs in diabetic patients with depression. *International journal of preventive medicine*. 2021;19;12:6. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8106274/> https://doi.org/10.4103/ijpvm.IJPVM_553_18
 18. Robatmili S, Sohrabi F, Shahrak MA, Talepasand S, Nokani M, Hasani M. The effect of group logotherapy on meaning in life and depression levels of Iranian students. *International Journal for the Advancement of Counselling*. 2015;37:54-62. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4355442/> <https://doi.org/10.1007/s10447-014-9225-0>
 19. Moshashai SK, Yarahmadi Y, Sharifi HP. The efficacy of a logotherapy educational program based on Rumi's thoughts on the mental well-being of chronic mental patients' families. *Journal of Clinical Research in Paramedical Sciences*. 2023;12(1): e133581. <https://doi.org/10.5812/jcrps-133581>
 20. Ebrahimi M, Tashk A, Moghadam SD, Parizi AS. Effectiveness of Logotherapy on Bodily and Psychological Variables: Mental Pain, Adherence to Treatment, and Abdominal Pain in Irritable Bowel Syndrome. *Govaresh*. 2022;27(2):79-87. <http://www.govaresh.org/index.php/dd/article/view/2399>
 21. El Toum Y, Boulos C, Haddad T, Costa T, El Toum E, Al Aaraj A, Zarzour M, Chelala D,

- Azar H, Finianos S, Elkarak F. Differences in Psychological Distress of Cancer and Hemodialysis Caregivers: A Comparative Cross-Sectional Study in Lebanon. *European Journal of Cancer Care*. 2025;20(1):6372523. <https://doi.org/10.1155/ecc/6372523>
22. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Medical care*. 1986;24(1):67-74. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3945130/> <https://doi.org/10.1097/00005650-198601000-00007>
 23. Martínez-Perez P, Orozco-Beltrán D, Pomares-Gomez F, Hernández-Rizo JL, Borrás-Gallen A, Gil-Guillen VF, Quesada JA, Lopez-Pineda A, Carratala-Munuera C. Validation and psychometric properties of the 8-item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8) in type 2 diabetes patients in Spain. *Atención Primaria*. 2021;53(2):101942. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.09.007>
 24. Iranpour A, Sarmadi V, Alian Mofrad A, Mousavinezhad SA, Mousavinezhad SM, Mohammad Alizadeh F, Neshat S. The Persian version of the 8-item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8): can we trust it?. *Journal of Diabetes & Metabolic Disorders*. 2022;21(1):835-40. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35673439/> <https://doi.org/10.1007/s40200-022-01047-7>
 25. Hayes SC, Strosahl KD, Strosahl K, editors. *A practical guide to acceptance and commitment therapy*. Springer Science & Business Media; 2010. <https://link.springer.com/book/10.1007/978-0-387-23369-7>
 26. Shahbazi M, Nematzadeh Getabi S. The effectiveness of acceptance and commitment-based therapy on emotional regulation and psychological well-being of women with vitiligo skin disease. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal (RRJ)*. 2025;13(11):85-94. <http://frooyesh.ir/article-1-5110-fa.html>
 27. Noruzi A, Moradi A, Zamani K, Hassani J. Comparison the effectiveness of Logotherapy Based on Rumi's Thought with acceptance and commitment therapy on the psychological well-being of elderly. *Journal of Research in Psychological Health*. 2017;11 (3):41-61. <http://rph.khu.ac.ir/article-1-3021-fa.html> <https://doi.org/10.29252/rph.11.3.41>
 28. Bababnejad Darikandeh S, Norouzi A, Bagheri H. The Effectiveness of Logotherapy Based on Rumi's Thoughts in Death Anxiety and Depression among Women with Breast Cancer. *Community Health Journal*. 2023;17(1):76-86. https://chj.rums.ac.ir/article_171584.html
 29. Galvez-Sánchez CM, Montoro CI, Moreno-Padilla M, Reyes del Paso GA, de la Coba P. Effectiveness of acceptance and commitment therapy in central pain sensitization syndromes: a systematic review. *Journal of clinical medicine*. 2021; 10 (12):2706. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8235706/> <https://doi.org/10.3390/jcm10122706>
 30. Khodashenas H, Norouzi A. The Effectiveness of Logotherapy Based On Rumi's Thoughts on the Psychological Well-Being and Spiritual Intelligence in Older Adult. *Journal of Psychology New Ideas*. 2024;21(25):1-9. <http://jnip.ir/article-1-1238-en.html>