

مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و معنادرمانی مبتنی بر اندیشه‌های مولانا بر تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی بیماران کلیوی تحت درمان دیالیز

تاریخ چاپ نهایی: ۱۴۰۶/۰۳/۰۱

تاریخ چاپ اولیه: ۱۴۰۵/۰۷/۰۵

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۶/۰۲

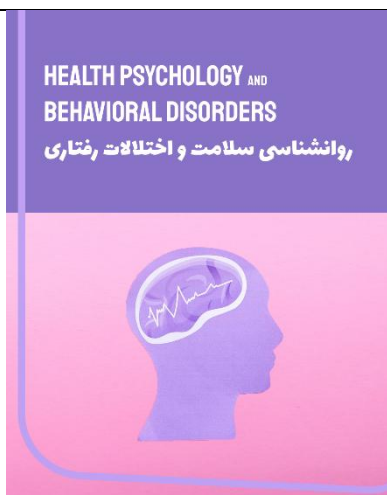
تاریخ بازنگری: ۱۴۰۵/۰۵/۲۴

تاریخ ارسال: ۱۴۰۵/۰۲/۲۷

چکیده

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و معنادرمانی مبتنی بر اندیشه‌های مولانا بر تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی بیماران کلیوی تحت درمان دیالیز انجام شد. این پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری دوماهه، شامل دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل بود. جامعه آماری را بیماران کلیوی ۲۵ تا ۴۵ ساله مراجعه‌کننده به بخش همودیالیز بیمارستان شهید بهشتی بابل در شش‌ماهه دوم سال ۲۰۲۵ تشکیل دادند. با استفاده از نمونه‌گیری هدفمند، ۴۵ بیمار واجد شرایط انتخاب و به صورت تصادفی در گروه درمان شناختی-رفتاری، گروه معنادرمانی مبتنی بر اندیشه‌های مولانا و گروه کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) جایگزین شدند. گروه نخست پروتکل نه‌جلسه‌ای درمان شناختی-رفتاری بارلو و گروه دوم پروتکل معنادرمانی مبتنی بر اندیشه‌های مولانا را دریافت کردند؛ گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. داده‌ها با استفاده از مقیاس تاب‌آوری کانر-دیویدسون و مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف گردآوری و با تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر، تحلیل کوواریانس و آزمون تعقیبی بونفرونی در SPSS نسخه ۲۷ تحلیل شدند. پس از کنترل نمرات پیش‌آزمون، تفاوت بین گروه‌ها در تاب‌آوری معنادار بود ($F(2,42)=60.909$, $p<0.001$, $\eta^2=0.744$). هر دو مداخله در مقایسه با گروه کنترل تاب‌آوری را افزایش دادند ($p<0.001$)، اما درمان شناختی-رفتاری نسبت به معنادرمانی اثربخشی بیشتری داشت (تفاوت میانگین=۱۱.۵۱، $p<0.001$). تفاوت گروه‌ها در بهزیستی روان‌شناختی نیز معنادار بود ($F(2,42)=33.343$, $p<0.001$, $\eta^2=0.994$). هر دو مداخله بهزیستی روان‌شناختی را در مقایسه با کنترل بهبود بخشیدند ($p<0.001$)، اما معنادرمانی نسبت به درمان شناختی-رفتاری مؤثرتر بود (تفاوت میانگین=۵.۰۰، $p<0.001$). بهبودها در پیگیری دوماهه نیز حفظ شدند. هر دو مداخله می‌توانند برای ارتقای سازگاری روان‌شناختی بیماران تحت دیالیز به کار روند؛ با این حال، درمان شناختی-رفتاری برای تقویت تاب‌آوری و معنادرمانی مبتنی بر اندیشه‌های مولانا برای بهبود بهزیستی روان‌شناختی مزیت نسبی بیشتری دارد.

کلیدواژه‌گان: درمان شناختی-رفتاری؛ معنادرمانی؛ اندیشه‌های مولانا؛ تاب‌آوری؛ بهزیستی روان‌شناختی؛ همودیالیز.



مریم محسنی^۱، محمد کاظم فخری^{۱*}، اصغر نوروزی^۱

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

* ایمیل نویسنده مسئول:

Mk.Fakhri@iau.ac.ir

شیوه استناددهی: محسنی، مریم، فخری، محمد کاظم، و نوروزی، اصغر. (۱۴۰۶). مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و معنادرمانی مبتنی بر اندیشه‌های مولانا بر تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی بیماران کلیوی تحت درمان دیالیز. *روانشناسی سلامت و اختلالات رفتاری*، ۵ (۲)، ۱-۲۰.

Comparing the Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy and Logotherapy Based on Rumi's Thoughts in Improving Resilience and Psychological Well-Being among Kidney Patients Undergoing Dialysis

Submit Date:
2026-05-17

Revise Date:
2026-08-15

Accept Date:
2026-08-24

Initial Publish Date:
2026-09-27

Final Publish Date:
2027-05-22

Abstract

This study compared the effectiveness of cognitive behavioral therapy (CBT) and logotherapy based on Rumi's thoughts in improving resilience and psychological well-being among kidney patients undergoing dialysis. This quasi-experimental study employed a pretest–posttest design with two intervention groups, a control group, and a two-month follow-up. The statistical population comprised male and female kidney patients aged 25–45 years who attended the hemodialysis department of Shahid Beheshti Hospital in Babol during the second half of 2025. Using purposive sampling, 45 eligible patients were selected and randomly assigned to the CBT, Rumi-based logotherapy, or control group, with 15 participants in each group. The first intervention group received Barlow's nine-session CBT protocol, whereas the second received a logotherapy protocol based on Rumi's thoughts. The control group received no intervention. Data were collected using the Connor–Davidson Resilience Scale and Ryff's Psychological Well-Being Scale. Repeated-measures analysis of variance, analysis of covariance, and Bonferroni post-hoc comparisons were performed using SPSS version 27. After controlling for pretest scores, a significant between-group difference was observed in resilience ($F(2,42)=60.909$, $p<0.001$, $\eta^2=0.744$). Both interventions significantly increased resilience compared with the control condition ($p<0.001$); however, CBT was more effective than Rumi-based logotherapy (mean difference=1.511, $p<0.001$). A significant between-group difference was also found in psychological well-being ($F(2,42)=3334.30$, $p<0.001$, $\eta^2=0.994$). Both treatments significantly improved psychological well-being compared with the control group ($p<0.001$), while Rumi-based logotherapy produced a greater improvement than CBT (mean difference=5.00, $p<0.001$). The intervention effects were maintained at the two-month follow-up. Both interventions can improve psychological adjustment among patients undergoing dialysis. Nevertheless, CBT appears to offer a relative advantage in strengthening resilience, whereas Rumi-based logotherapy may be more beneficial for enhancing psychological well-being.

Keywords: Cognitive behavioral therapy; Rumi-based logotherapy; Resilience; Psychological well-being; Hemodialysis; Kidney patients.

HEALTH PSYCHOLOGY AND BEHAVIORAL DISORDERS

روانشناسی سلامت و اختلالات رفتاری

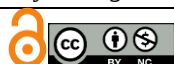


Maryam Mohseni¹, Mohamad Kazem Fakhri^{1*}, Asghar Norouzi¹

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

*Corresponding Author's Email:
M.k.Fakhri@iau.ac.ir

How to cite: Mohseni, M., Fakhri, M.K., & Norouzi, A. (2027). Comparing the Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy and Logotherapy Based on Rumi's Thoughts in Improving Resilience and Psychological Well-Being among Kidney Patients Undergoing Dialysis. *Health Psychology and Behavioral Disorders*, 5(2), 1-20.



بیماری مزمن کلیه یکی از مشکلات مهم حوزه سلامت است که با کاهش تدریجی و برگشتناپذیر عملکرد کلیه‌ها همراه بوده و بیماران را در معرض پیامدهای جسمانی، روان‌شناختی و اجتماعی متعددی قرار می‌دهد. از آنجاکه مراحل اولیه این بیماری ممکن است بدون نشانه‌های آشکار پیش برود، در بسیاری از موارد بیماری زمانی تشخیص داده می‌شود که عملکرد کلیه به میزان قابل‌توجهی کاهش یافته و استفاده از درمان‌های جایگزین کلیه ضرورت پیدا کرده است. همودیالیز یکی از مهم‌ترین روش‌های حفظ حیات بیماران مبتلا به نارسایی پیشرفته کلیه است که از طریق حذف مواد زائد و مایعات اضافی از خون و کمک به تنظیم تعادل الکترولیتی، امکان ادامه زندگی را برای بیماران فراهم می‌کند. با این حال، همودیالیز بیماری زمینه‌ای را برطرف نمی‌کند و بیمار ناگزیر است برای مدتی طولانی و در بسیاری از موارد تا پایان زندگی، از یک برنامه درمانی مستمر، فشرده و محدودکننده پیروی کند. افزون بر این، اختلال عملکرد کاتتر و سایر عوارض مربوط به دسترسی عروقی می‌توانند روند درمان را مختل کرده و نگرانی و ناطمینانی بیماران را درباره وضعیت جسمانی و آینده درمان افزایش دهند (Lazarus et al., 2025). از این رو، بیماران تحت همودیالیز باید به‌طور هم‌زمان با نشانه‌های بیماری مزمن، انجام مکرر اقدامات پزشکی، محدودیت‌های غذایی و مصرف مایعات، مصرف منظم داروها، کاهش توانایی جسمانی و ابهام درباره سیر بیماری مقابله کنند.

پیامدهای همودیالیز تنها به مشکلات جسمانی محدود نمی‌شود. جلسات مکرر و طولانی درمان می‌تواند فعالیت‌های شغلی، تحصیلی، خانوادگی، اجتماعی و تفریحی بیماران را مختل کند و احساس استقلال و کنترل آنان بر زندگی روزمره را کاهش دهد. وابستگی مستمر به دستگاه دیالیز، پرسنل درمانی و اعضای خانواده نیز ممکن است احساس آسیب‌پذیری، درماندگی و فقدان خودمختاری را تشدید کند. یافته‌های کیفی نشان داده‌اند که بیماران میانسال تحت همودیالیز، تنهایی را به‌عنوان تجربه‌ای پیچیده و چندبعدی ادراک می‌کنند که از محدودیت‌های جسمانی، الزامات درمانی، تغییر روابط بین‌فردی و دشواری در انتقال تجربه بیماری به دیگران تأثیر می‌پذیرد (Jeong et al., 2025). تداوم چنین فشارهایی می‌تواند بیماران را در معرض اضطراب، افسردگی، استرس، کناره‌گیری اجتماعی، ترس از مرگ و کاهش امید قرار دهد. بر همین اساس، پژوهش‌های انجام‌شده در میان بیماران دیالیزی بر اهمیت مداخلات روان‌شناختی برای کاهش شدت درد، اضطراب مرگ، افسردگی و تنیدگی تأکید کرده‌اند (Al Jalil et al., 2020; Khoshkhat et al., 2019). بنابراین، مراقبت روان‌شناختی باید بخشی جدایی‌ناپذیر از درمان جامع بیماران تحت همودیالیز تلقی شود، نه خدمتی فرعی که صرفاً در صورت بروز اختلال شدید ارائه شود.

سازگاری با همودیالیز تنها تابع شدت نشانه‌های جسمانی نیست، بلکه تا حد زیادی به منابع روان‌شناختی و اجتماعی بستگی دارد که بیمار می‌تواند هنگام مواجهه با سختی‌های مستمر از آن‌ها استفاده کند. حمایت اجتماعی، برخورداری از درکی منسجم از رویدادهای زندگی و توانایی مدیریت الزامات درمانی، در بیماران تحت همودیالیز با یکدیگر ارتباط دارند (Song et al., 2022). بیمارانی که وضعیت خود را قابل‌فهم و تا حدی مدیریت‌پذیر تلقی می‌کنند، احتمالاً بهتر می‌توانند به درمان پایبند بمانند، نیازهایشان را با اعضای خانواده و متخصصان سلامت در میان بگذارند، روابط اجتماعی خود را حفظ کنند و با وجود محدودیت‌های جسمانی، فعالیت‌های هدفمند را ادامه دهند. در مقابل، اگر بیماری به‌عنوان پدیده‌ای کاملاً کنترل‌ناپذیر، بی‌هدف و فاقد معنا تفسیر شود، احتمال بروز درماندگی، آشفتگی هیجانی و کاهش مشارکت در خودمراقبتی افزایش می‌یابد. در میان منابع روان‌شناختی مؤثر بر این فرایند، تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی از اهمیت ویژه‌ای برخوردارند؛ زیرا این دو سازه فراتر از نبود علائم اختلال روانی، ظرفیت فرد برای تحمل دشواری، حفظ عملکرد سازگارانه، یافتن معنا و ادامه رشد در شرایط بیماری مزمن را منعکس می‌کنند.

تاب‌آوری به ظرفیت یا فرایندی پویا اشاره دارد که از طریق آن فرد می‌تواند در مواجهه با فشارهای شدید، تغییرات ناخواسته و موقعیت‌های دشوار، سازگاری موفقیت‌آمیزی نشان دهد و عملکرد مؤثر خود را حفظ یا بازیابی کند. تاب‌آوری به معنای آسیب‌ناپذیری یا فقدان ناراحتی روان‌شناختی نیست، بلکه توانایی تنظیم هیجان‌ها، ارزیابی انعطاف‌پذیر شرایط، استفاده از منابع شخصی و بین‌فردی و ادامه رفتارهای هدفمند با وجود مشکلات را در بر می‌گیرد. این سازه در توان‌بخشی و مراقبت از بیماران مزمن اهمیت ویژه‌ای دارد؛ زیرا این بیماران به‌طور مکرر با

محدودیت‌های عملکردی، عود یا تشدید مشکلات پزشکی و نااطمینانی درباره آینده روبه‌رو می‌شوند. با این حال، تاب‌آوری سازه‌ای چندبعدی است و ارزیابی آن مستلزم توجه به وضوح مفهومی و تناسب ابزار اندازه‌گیری با ویژگی‌های جامعه مورد مطالعه است (Seko et al., 2020). در بیماران تحت همودیالیز، تاب‌آوری می‌تواند زمینه مقابله مؤثرتر با خستگی ناشی از درمان، درد جسمانی، وابستگی به دیگران، اختلال در برنامه‌های زندگی و نگرانی درباره آینده را فراهم کند و از تفسیر هر مشکل یا عارضه به‌عنوان نشانه‌ای از شکست شخصی یا زوال اجتناب‌ناپذیر جلوگیری نماید.

تاب‌آوری الزاماً یک ویژگی ثابت شخصیتی نیست، بلکه می‌توان آن را از طریق مداخلاتی که ارزیابی‌های ناسازگارانه را اصلاح می‌کنند، مهارت‌های مقابله‌ای را افزایش می‌دهند، تنظیم هیجان را بهبود می‌بخشند و به فرد در یافتن معنا در تجربه‌های دشوار کمک می‌کنند، تقویت کرد. شواهد حاصل از مطالعه جمعیت‌های بالینی نیز از این دیدگاه حمایت می‌کنند. درمان شناختی-رفتاری و آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی توانسته‌اند تاب‌آوری و امید به زندگی را در افراد مبتلا به بیماری‌های جدی و مزمن بهبود بخشند (Jahandar & Alipour, 2021). همچنین، درمان شناختی-رفتاری مذهب‌محور و آموزش تاب‌آوری موجب افزایش تبعیت از درمان در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو شده‌اند و نشان داده‌اند که مداخلات روان‌شناختی ساختاریافته و متناسب با زمینه فرهنگی می‌توانند بر سازگاری با برنامه‌های درمانی طولانی‌مدت تأثیر بگذارند (Hasannia et al., 2022). در زمینه مداخلات معن‌گرا نیز مشخص شده است که معنادرمانی مبتنی بر اندیشه‌های مولانا می‌تواند استرس پس از سانحه را کاهش داده و تاب‌آوری کارکنان بیمارستان‌های درگیر با بحران کرونا را افزایش دهد (Faghih Khoshabi & Norouzi, 2022). افزون بر این، یافته‌های جدید درباره بیماران تحت همودیالیز، اثربخشی معنادرمانی مبتنی بر اندیشه‌های مولانا را بر سرسختی روان‌شناختی نشان داده‌اند و بر تناسب مداخلات معن‌گرا و فرهنگ‌محور با نیازهای افراد مواجه با بیماری‌های پایدار تأکید کرده‌اند (Khaleghzadeh Rostami et al., 2026).

بهبودی روان‌شناختی یکی دیگر از ابعاد اساسی سازگاری با بیماری کلیوی و درمان همودیالیز است. رویکردهای معاصر، بهزیستی را نوعی عملکرد مثبت روان‌شناختی می‌دانند که ارضای نیازهای بنیادین، مشارکت مؤثر در زندگی و تحقق توانایی‌های بالقوه انسان را شامل می‌شود (Pincus, 2024). در الگوی فضیلت‌گرای ریف، بهزیستی روان‌شناختی دارای مؤلفه‌های پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، خودمختاری، تسلط بر محیط، هدفمندی در زندگی و رشد شخصی است. هریک از این مؤلفه‌ها در زندگی بیماران تحت همودیالیز اهمیت ویژه‌ای دارد. بیماری مزمن می‌تواند از طریق تغییر ظاهر و عملکرد جسمانی، پذیرش خود را تضعیف کند؛ با ایجاد کناره‌گیری اجتماعی، روابط مثبت با دیگران را کاهش دهد؛ از طریق وابستگی به برنامه درمانی، خودمختاری را تهدید کند؛ با محدود کردن فعالیت‌های روزمره، تسلط بر محیط را کاهش دهد؛ و با ایجاد احساس توقف در مسیر زندگی، هدفمندی و رشد شخصی را مختل سازد. از این‌رو، ارزیابی بهزیستی امکان بررسی کارکردهای مثبت بیمار را فراتر از کاهش علائم فراهم می‌کند و توجه را به ظرفیت‌هایی معطوف می‌سازد که ممکن است با وجود بیماری همچنان حفظ یا تقویت شوند (Kaylor & Gallios, 2024).

حفظ بهزیستی روان‌شناختی در طول درمان می‌تواند به بیمار کمک کند هویتی منسجم داشته باشد که به‌طور کامل با بیماری و دیالیز تعریف نشده باشد. فرد ممکن است با محدودیت‌های جسمانی روبه‌رو باشد، اما همچنان بتواند روابط حمایت‌کننده‌ای ایجاد کند، اهداف دست‌یافتنی را دنبال نماید، انتخاب‌های معنادار داشته باشد و نگرشی سازنده نسبت به زندگی پرورش دهد. اثربخشی مداخلات روان‌شناختی بر افزایش اشتیاق به زندگی، امید و کیفیت زندگی در گروه‌های مواجه با مشکلات جدی، اهمیت تمرکز بر جنبه‌های مثبت عملکرد روان‌شناختی را نشان داده است (Hasanzadeh & Talebi, 2023). این موضوع برای بیماران تحت همودیالیز از اهمیت بیشتری برخوردار است؛ زیرا تمرکز انحصاری بر کاهش علائم ممکن است نیاز آنان به معنا، عاملیت، رشد و مشارکت در جنبه‌های ارزشمند زندگی را نادیده بگیرد. بنابراین، بهبود بهزیستی روان‌شناختی به مداخلاتی نیاز دارد که هم الگوهای شناختی و هیجانی ناکارآمد و هم نگرانی‌های عمیق وجودی بیمار را مورد توجه قرار دهند.

درمان شناختی-رفتاری یکی از شناخته‌شده‌ترین رویکردهای روان‌شناختی برای کاهش آشفتگی هیجانی و اصلاح شیوه‌های مقابله‌ای ناسازگارانه است. این رویکرد بر این اصل استوار است که پاسخ‌های هیجانی و رفتاری افراد صرفاً از رویدادهای بیرونی ناشی نمی‌شوند، بلکه برداشت‌ها و تفسیرهای آنان از این رویدادها نقش تعیین‌کننده‌ای دارند. بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن ممکن است افکار خودکاری مانند «زندگی من تمام شده است»، «من سربار دیگران هستم»، «هیچ کاری نمی‌تواند شرایط مرا بهتر کند» یا «تحمل دیالیز برای من ممکن نیست» را تجربه کنند. چنین افکاری می‌توانند ناامیدی، اجتناب، انفعال و برانگیختگی روانی و جسمانی را افزایش دهند. درمان شناختی-رفتاری به بیماران کمک می‌کند این افکار خودکار را شناسایی کنند، شواهد تأییدکننده و ردکننده آن‌ها را مورد بررسی قرار دهند، تفسیرهای متعادل‌تر و واقع‌بینانه‌تری ایجاد کنند و پاسخ‌های رفتاری سازگارانه‌تری را به کار گیرند. این درمان همچنین مهارت‌هایی مانند حل مسئله، برنامه‌ریزی فعالیت، آرام‌سازی، تنظیم هیجان، هدف‌گذاری و مقابله نظام‌مند با شرایط تنش‌زا را شامل می‌شود. شواهد نشان داده‌اند که درمان شناختی-رفتاری می‌تواند علائم افسردگی و اضطراب را در بیماران مبتلا به مشکلات جسمانی و عصبی جدی کاهش دهد (Rezaei et al., 2021).

ویژگی ساختاریافته و مهارت‌محور درمان شناختی-رفتاری می‌تواند آن را به مداخله‌ای مناسب برای تقویت تاب‌آوری بیماران تحت همودیالیز تبدیل کند. بازسازی شناختی از شدت فاجعه‌سازی و تفسیرهای خودتضعیف‌کننده درباره مشکلات درمانی می‌کاهد و فنون رفتاری، بیمار را به ازسرگیری فعالیت‌های امکان‌پذیر و تجربه مجدد احساس شایستگی تشویق می‌کنند. آموزش حل مسئله نیز می‌تواند به بیماران کمک کند جنبه‌های تغییرپذیر و تغییرناپذیر شرایط خود را از یکدیگر تفکیک کنند، برای موانع مرتبط با درمان برنامه‌ریزی نمایند و ارتباط مؤثرتری با خانواده و متخصصان سلامت برقرار سازند. کاربردهای فناوریانه اخیر نیز امکان ارائه محتوای شناختی-رفتاری مبتنی بر سناریو را به بیماران مبتلا به نارسایی انتهایی کلیه نشان داده و انعطاف‌پذیری این رویکرد را برای پاسخ‌گویی به تجربه‌های خاص بیماران دیالیزی برجسته ساخته‌اند (Kim et al., 2025). بنابراین، درمان شناختی-رفتاری می‌تواند هم توانایی تحمل و مدیریت دشواری‌ها و هم ابعادی از بهزیستی روان‌شناختی، مانند تسلط بر محیط، خودمختاری، پذیرش خود و رشد شخصی را افزایش دهد.

باوجوداین، همه پیامدهای بیماری مزمن را نمی‌توان تنها از طریق بازسازی شناختی یا حل مسئله رفتاری برطرف کرد. همودیالیز بیمار را با واقعیت‌هایی مواجه می‌سازد که فقط تا حدی قابل کنترل هستند؛ از جمله فقدان برگشت‌ناپذیر عملکرد کلیه، وابستگی به درمان مستمر، رنج جسمانی، نااطمینانی و آگاهی از مرگ. در چنین شرایطی، پرسش اساسی درمان ممکن است از چگونگی حذف سختی به چگونگی برخورداری از یک زندگی معنادار در حضور سختی تغییر کند. معنادرمانی و تحلیل وجودی بر ظرفیت انسان برای کشف معنا از طریق فعالیت‌های خلاقانه، تجربه‌های ارزشمند، روابط انسانی و نگرشی که در برابر رنج اجتناب‌ناپذیر اتخاذ می‌کند، تأکید دارند (Reitinger & Bauer, 2019). بر اساس این دیدگاه، معنایی نوعی تفسیر مثبت سطحی از رنج نیست، بلکه چارچوبی است که به فرد کمک می‌کند مسئولیت‌ها، ارزش‌ها، امکانات و آزادی نگرشی خود را حتی در شرایطی که امکان تغییر عوامل بیرونی وجود ندارد، تشخیص دهد.

معنا در زندگی به‌عنوان یکی از منابع مهم سلامت‌زا شناخته می‌شود که می‌تواند انسجام روان‌شناختی، مقابله مؤثر و بهزیستی را تقویت کند. معنا در زمان بحران به زندگی جهت می‌دهد، تجربه‌ها را در قالبی منسجم سازمان‌دهی می‌کند و فرد را برای ادامه حرکت به سوی اهداف ارزشمند برمی‌انگیزد (Haugan & Dezutter, 2021). برای بیماران دیالیزی، معنا می‌تواند از روابط خانوادگی، معنویت، کمک به دیگران، حفظ نقش‌های ارزشمند، پذیرش مسئولیت یا دستیابی به برداشتی متفاوت از رنج حاصل شود. اثربخشی معنادرمانی گروهی بر افزایش امید و سلامت عمومی بیماران دیالیزی نشان می‌دهد که توجه نظام‌مند به معنا می‌تواند آشفتگی روان‌شناختی را کاهش داده و کارکردهای مثبت را در این بیماران تقویت کند (Tara et al., 2020). همچنین، آموزش معنادرمانی موجب افزایش تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی زنان دارای تجربه سوگ شده است؛ گروهی که آنان نیز با فقدان برگشت‌ناپذیر و اختلالی عمیق در ساختار وجودی زندگی خود مواجه بوده‌اند (Chamani Ghalandari et al., 2019). این یافته‌ها از کاربرد مداخلات معناگرا در موقعیت‌هایی حمایت می‌کنند که فرد ناگزیر است با شرایطی سازگار شود که حذف کامل آن‌ها امکان‌پذیر نیست.

تلفیق اصول معنادرمانی با اندیشه‌های مولانا چارچوبی متناسب با زمینه فرهنگی بیماران فارسی‌زبان فراهم می‌سازد. آثار مولانا موضوعاتی مانند رنج، تحول، صبر، مسئولیت، عشق، خودفراروی و جست‌وجوی معنا را به شیوه‌ای مطرح می‌کنند که می‌تواند برای مراجعان از نظر روان‌شناختی قابل درک و از نظر فرهنگی آشنا باشد. در این چارچوب، رنج نه انکار می‌شود و نه به‌خودی‌خود ارزشمند تلقی می‌گردد؛ بلکه فرد تشویق می‌شود درباره نگرشی که در برابر رنج اتخاذ می‌کند و امکان‌های باقی‌مانده برای رشد، بینش و کنش هدفمند تأمل نماید. معنادرمانی مبتنی بر اندیشه‌های مولانا ممکن است به بیماران کمک کند دیالیز را صرفاً عامل توقف زندگی ندانند، بلکه آن را یکی از شرایط دشواری تلقی کنند که درون آن همچنان امکان برقراری روابط معنادار، انتخاب مسئولانه و تحول فردی وجود دارد. این رویکرد می‌تواند پذیرش بدون انفعال، صبر بدون تسلیم‌شدگی و امید بدون انکار واقعیت‌های پزشکی را در بیماران تقویت کند.

ظرفیت درمانی این رویکرد انطباق‌یافته با فرهنگ در جمعیت‌های مختلف تأیید شده است. مقایسه معنادرمانی مبتنی بر اندیشه‌های مولانا و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در سالمندان نشان داده است که این رویکرد می‌تواند بر حافظه سرگذشتی و سازمان‌دهی تجربه‌های شخصی اثر بگذارد (Norouzi et al., 2019). همچنین، تأثیر آن بر تاب‌آوری افراد مواجه با فشارهای شغلی و تجربه‌های آسیب‌زا نشان می‌دهد که این مداخله می‌تواند سازگاری را در شرایط تنش‌زای شدید و طولانی تقویت کند (Faghih Khoshabi & Norouzi, 2022). در بیماران تحت همودیالیز نیز استفاده از روایت‌ها، حکایت‌ها و استعاره‌های فرهنگی می‌تواند مشارکت هیجانی در درمان را افزایش دهد و میان مفاهیم انتزاعی وجودی و تجربه‌های عینی درد، محدودیت، وابستگی و امید ارتباط برقرار کند. چنین انطباق فرهنگی اهمیت دارد؛ زیرا درمان زمانی پذیرفتنی‌تر و معنادارتر خواهد بود که زبان، نمادها و فرض‌های آن با چارچوب تفسیری مراجعان هماهنگی داشته باشد.

اگرچه درمان شناختی-رفتاری و معنادرمانی مبتنی بر اندیشه‌های مولانا هر دو می‌توانند سازگاری بیماران را افزایش دهند، سازوکارهای زیربنایی آن‌ها تا حدودی متفاوت است و ممکن است آثار یکسانی بر تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی نداشته باشند. درمان شناختی-رفتاری به‌طور مستقیم افکار تحریف‌شده، رفتارهای مقابله‌ای ناکارآمد، اجتناب و ضعف در حل مسئله را هدف قرار می‌دهد. تمرین‌های ساختاریافته، تکرار مهارت‌ها و تکالیف خانگی این درمان ممکن است آن را برای پرورش توانایی‌های مقابله‌ای فعال مرتبط با تاب‌آوری مناسب‌تر سازد. در مقابل، معنادرمانی مبتنی بر اندیشه‌های مولانا مستقیماً به معنا، ارزش‌ها، رنج اجتناب‌ناپذیر، مسئولیت، امید و خودفراروی می‌پردازد و از این‌رو ممکن است تأثیر برجسته‌تری بر هدفمندی در زندگی، پذیرش خود، رشد شخصی و سایر ابعاد اصلی بهزیستی روان‌شناختی داشته باشد. بالین‌حال، این دو رویکرد در تأکید بر آگاهی، پذیرش، خودتنظیمی، مسئولیت‌پذیری و حرکت در جهت اهداف ارزشمند اشتراک دارند. بنابراین، برای تعیین اینکه آیا تفاوت‌های نظری آن‌ها به تفاوت در پیامدهای بالینی منجر می‌شود، مقایسه مستقیم این مداخلات ضرورت دارد.

پژوهش‌های پیشین غالباً درمان‌های شناختی-رفتاری، ذهن‌آگاهی، آموزش تاب‌آوری یا مداخلات معناگرا را به‌صورت جداگانه بررسی کرده و بیشتر بر پیامدهایی مانند اضطراب، افسردگی، درد، تبعیت از درمان، امید، سلامت عمومی یا سرسختی روان‌شناختی متمرکز شده‌اند. شواهد مربوط به اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در کاهش مشکلات روان‌شناختی بیماران دیالیزی (Al Jalil et al., 2020; Khoshkhat et al., 2019)، حمایت‌های پژوهشی از مداخلات شناختی-رفتاری در بیماران مزمن (Hasannia et al., 2022; Jahandar & Alipour, 2021) و یافته‌های مرتبط با مداخلات معناگرا در بیماران دیالیزی و سایر گروه‌های آسیب‌پذیر (Chamani, 2020; Ghalandari et al., 2019; Tara et al., 2020)، مبنای مناسبی برای ارائه درمان روان‌شناختی به این بیماران فراهم ساخته‌اند. بالین‌حال، مقایسه مستقیم یک مداخله ساختاریافته شناختی-رفتاری با نوعی معنادرمانی منطبق با زمینه فرهنگی در بیماران تحت همودیالیز کمتر مورد توجه قرار گرفته است؛ به‌ویژه در شرایطی که تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی به‌طور هم‌زمان بررسی شوند و پایداری آثار مداخلات نیز در مرحله پیگیری ارزیابی گردد.

بررسی این خلأ از نظر نظری و بالینی اهمیت دارد؛ زیرا یک مطالعه مقایسه‌ای می‌تواند روشن سازد که رویکرد مهارت‌محور شناختی-رفتاری و رویکرد معناگرای مبتنی بر اندیشه‌های مولانا، الگوهای مشابه یا متفاوتی از تغییر ایجاد می‌کنند. چنین دانشی می‌تواند روان‌شناسان، مشاوران،

پرستاران و اعضای تیم‌های چندتخصصی مراقبت از بیماران کلیوی را در انتخاب مداخله متناسب با نیازهای اصلی بیمار یاری دهد. بیمارانی که با افکار ناسازگارانه، اجتناب و ضعف در مهارت‌های مقابله‌ای مواجه‌اند، ممکن است از درمان شناختی-رفتاری بیشتر سود ببرند؛ درحالی‌که بیماران درگیر احساس بی‌معنایی، آشفتگی وجودی یا دشواری در ادغام رنج با روایت زندگی خود، احتمالاً به مداخله معناگرا نیاز بیشتری دارند. شناخت اثربخشی نسبی این دو رویکرد همچنین می‌تواند زمینه طراحی مداخلات تلفیقی را فراهم سازد که مهارت‌های مقابله‌ای شناختی-رفتاری را با منابع وجودی و فرهنگی معنادار ترکیب می‌کنند.

بر این اساس، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و معنادرمانی مبتنی بر اندیشه‌های مولانا بر تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی بیماران کلیوی تحت درمان همودیالیز انجام شد.

روش‌شناسی

پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون، دو گروه آزمایش، یک گروه کنترل و مرحله پیگیری دوماهه بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی بیماران زن و مرد مبتلا به بیماری کلیوی در دامنه سنی ۲۵ تا ۴۵ سال بود که در شش‌ماهه دوم سال ۱۴۰۴ برای دریافت خدمات همودیالیز به بخش همودیالیز بیمارستان شهید بهشتی بابل مراجعه کرده بودند. حجم نمونه با استفاده از نرم‌افزار G*Power تعیین شد و در نهایت ۴۵ بیمار واجد شرایط به روش نمونه‌گیری غیرتصادفی و هدفمند انتخاب شدند. پس از انتخاب شرکت‌کنندگان و اخذ رضایت آگاهانه، آنان با استفاده از روش تصادفی ساده در سه گروه درمان شناختی-رفتاری، معنادرمانی مبتنی بر اندیشه‌های مولانا و کنترل قرار گرفتند؛ به‌طوری‌که هر گروه از ۱۵ شرکت‌کننده تشکیل شد. معیارهای ورود به پژوهش شامل ابتلا به بیماری کلیوی و دریافت درمان همودیالیز، قرار داشتن در دامنه سنی ۲۵ تا ۴۵ سال، برخورداری از توانایی جسمانی و شناختی لازم برای شرکت در جلسات، نداشتن اختلال روان‌پزشکی شدید بر اساس پرونده پزشکی و گزارش بیمار، عدم شرکت هم‌زمان در سایر برنامه‌های روان‌درمانی و اعلام رضایت آگاهانه برای مشارکت در پژوهش بود. غیبت در بیش از دو جلسه مداخله، انصراف از ادامه همکاری، تشدید وضعیت جسمانی به‌گونه‌ای که شرکت در جلسات را ناممکن سازد و شرکت هم‌زمان در مداخلات روان‌شناختی دیگر نیز به‌عنوان معیارهای خروج در نظر گرفته شد. هر سه گروه پیش از آغاز مداخلات، بلافاصله پس از پایان مداخلات و دو ماه بعد از پس‌آزمون ابزارهای پژوهش را تکمیل کردند. در طول اجرای مطالعه، گروه کنترل هیچ‌یک از مداخلات مورد بررسی را دریافت نکرد و خدمات معمول پزشکی و مراقبتی بخش همودیالیز را ادامه داد. به شرکت‌کنندگان درباره محرمانه ماندن اطلاعات، اختیاری بودن مشارکت و امکان خروج از پژوهش در هر زمان اطمینان داده شد.

مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون توسط کانر و دیویدسون در سال ۲۰۰۳ برای سنجش توانایی افراد در سازگاری با فشارها، دشواری‌ها و موقعیت‌های تنش‌زا تدوین شد. این مقیاس از ۲۵ گویه تشکیل شده است و پاسخ‌دهندگان میزان انطباق هر گویه با وضعیت خود را بر روی یک طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای از صفر به معنای «کاملاً نادرست» تا چهار به معنای «همیشه درست» مشخص می‌کنند. با جمع نمرات گویه‌ها، یک نمره کلی برای تاب‌آوری به دست می‌آید و نمره بالاتر نشان‌دهنده برخورداری از سطح بیشتر تاب‌آوری است. بر اساس شیوه نمره‌گذاری اصلی، دامنه نمره کل این ابزار از صفر تا ۱۰۰ است. کانر و دیویدسون روایی سازه، روایی همگرا و واگرایی مقیاس را بررسی و کفایت ویژگی‌های روان‌سنجی آن را در گروه‌های عادی و در معرض خطر تأیید کردند. همچنین، پایایی ابزار با استفاده از روش‌های آلفای کرونباخ و بازآزمایی مطلوب گزارش شده است. در ایران، جوکار در سال ۱۳۸۳ ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس را ۰٫۹۳ گزارش کرد و نتایج تحلیل عاملی به روش مؤلفه‌های اصلی نیز از وجود یک عامل کلی تاب‌آوری حمایت کرد. در پژوهش حاضر، نمره کل این مقیاس به‌عنوان شاخص تاب‌آوری شرکت‌کنندگان در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری مورد استفاده قرار گرفت.

مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف در سال ۱۹۸۹ توسط کارول ریف تدوین شد و هدف آن ارزیابی عملکرد مثبت روان‌شناختی و میزان تحقق ظرفیت‌ها و استعدادهای بالقوه فرد است. نسخه مورد استفاده در پژوهش حاضر دارای ۸۴ گویه و شش مؤلفه پذیرش خود، روابط مثبت با

دیگران، خودمختاری، تسلط بر محیط، هدفمندی در زندگی و رشد شخصی بود. این ابزار از دیدگاه نظری بر رویکرد فضیلت‌گرایانه به بهزیستی استوار است و بهزیستی را صرفاً به‌عنوان برخورداری از هیجان‌های مثبت در نظر نمی‌گیرد، بلکه بر شکوفایی، معناداری زندگی، استقلال فردی و عملکرد مطلوب روان‌شناختی تأکید دارد. ریف در مطالعه اولیه، ضرایب آلفای کرونباخ را برای پذیرش خود ۰,۹۳، روابط مثبت با دیگران ۰,۹۱، خودمختاری ۰,۸۶، تسلط بر محیط ۰,۹۰، هدفمندی در زندگی ۰,۹۰ و رشد شخصی ۰,۸۷ گزارش کرد. در بررسی نسخه فارسی این مقیاس در یک نمونه دانشجویی، ضرایب پایایی برای تسلط بر محیط ۰,۶۹، رشد شخصی ۰,۷۴، روابط مثبت با دیگران ۰,۶۵، هدفمندی در زندگی ۰,۷۳، پذیرش خود ۰,۶۵ و خودمختاری ۰,۶۰ به دست آمد و ضریب آلفای کرونباخ نمره کلی مقیاس ۰,۹۰ گزارش شد. در پژوهش حاضر، نمره کلی این مقیاس برای ارزیابی بهزیستی روان‌شناختی بیماران در سه مرحله اندازه‌گیری استفاده شد و نمرات بالاتر نشان‌دهنده سطح مطلوب‌تر بهزیستی روان‌شناختی بود.

مداخله درمان شناختی-رفتاری بر اساس پروتکل نه‌جلسه‌ای بارلو در سال ۲۰۱۴ اجرا شد که احمدی و همکاران در سال ۱۳۹۸ آن را متناسب با شرایط فرهنگی جامعه ایرانی بومی‌سازی کرده بودند. این مداخله به‌صورت گروهی و طی ۹ جلسه برای اعضای نخستین گروه آزمایش برگزار شد. محتوای جلسات بر آشنا کردن بیماران با منطق درمان شناختی-رفتاری و ارتباط متقابل افکار، هیجان‌ها، رفتارها و واکنش‌های جسمانی متمرکز بود. در جریان جلسات، بیماران شناسایی افکار خودکار منفی و تحریف‌های شناختی مرتبط با بیماری، دیالیز، درد، محدودیت‌های جسمانی و آینده زندگی خود را آموختند و برای ارزیابی شواهد موافق و مخالف این افکار و جایگزینی آن‌ها با برداشت‌های واقع‌بینانه‌تر تمرین کردند. آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان، آرام‌سازی، حل مسئله، مقابله مؤثر با موقعیت‌های تنش‌زا، افزایش فعالیت‌های سازگاران، کاهش رفتارهای اجتنابی، هدف‌گذاری و تقویت احساس خودکارآمدی نیز در جلسات گنجانده شد. برای تثبیت آموخته‌ها، در پایان جلسات تکالیف خانگی متناسب با محتوای آموزش ارائه و عملکرد شرکت‌کنندگان در ابتدای جلسه بعد مرور شد. تمرین‌های عملی و بازخورد گروهی به بیماران کمک کرد تا مهارت‌های آموخته‌شده را در موقعیت‌های روزمره و هنگام مواجهه با فشارهای ناشی از همودیالیز به کار گیرند.

مداخله معنادرمانی مبتنی بر اندیشه‌های مولانا بر اساس پروتکل تدوین‌شده به‌وسیله نوروزی و همکاران در سال ۱۳۹۷ برای اعضای دومین گروه آزمایش اجرا شد. در این مداخله، مفاهیم بنیادین معنادرمانی با آموزه‌های عرفانی و انسان‌شناختی برگرفته از اندیشه‌ها و آثار مولانا تلفیق شد تا محتوای درمان با زمینه فرهنگی شرکت‌کنندگان تناسب بیشتری داشته باشد. محورهای اصلی جلسات شامل آشنایی با مفهوم معنا و ضرورت جست‌وجوی آن در زندگی، تشخیص منابع معنا، مسئولیت‌پذیری در برابر انتخاب‌ها، بازنگری نگرش به بیماری، پذیرش محدودیت‌های تغییرناپذیر، صبر و تحمل در برابر درد و رنج، یافتن معنا در تجربه رنج، تقویت امید، خودفراروی و جهت‌گیری به سوی اهداف ارزشمند بود. شرکت‌کنندگان با استفاده از گفت‌وگوی گروهی، تأمل در حکایت‌ها و مضامین منتخب مولانا، بازنگری تجربه‌های شخصی و انجام تمرین‌های مرتبط آموختند که بیماری و دیالیز را صرفاً به‌عنوان رویدادی محدودکننده تفسیر نکنند و در دل دشواری‌های موجود، فرصت‌هایی برای رشد، انتخاب مسئولانه و تعالی فردی بیابند. درمانگر همچنین به بیماران کمک کرد نگرش خود را نسبت به شرایط تغییرناپذیر اصلاح کنند، اهداف قابل دستیابی و معناداری برای زندگی برگزینند و از ظرفیت‌های معنوی و روان‌شناختی خود برای سازگاری مؤثرتر با بیماری استفاده کنند. گروه کنترل در مدت اجرای این دو مداخله فقط مراقبت‌های معمول پزشکی را دریافت کرد.

پس از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها، داده‌ها در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۷ وارد و تحلیل شدند. در بخش توصیفی، از شاخص‌های میانگین و انحراف معیار برای توصیف نمرات تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی در گروه‌های درمان شناختی-رفتاری، معنادرمانی مبتنی بر اندیشه‌های مولانا و کنترل در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری استفاده شد. پیش از انجام تحلیل‌های استنباطی، مفروضه‌های لازم برای به‌کارگیری آزمون‌های پارامتریک، از جمله عادی بودن توزیع نمرات، همگنی واریانس‌ها، همگنی ماتریس‌های کوواریانس و مفروضه کرویت بررسی شد و در صورت نقض مفروضه کرویت، اصلاح لازم برای درجات آزادی در نظر گرفته شد. برای بررسی تغییرات نمرات در سه مرحله اندازه‌گیری و مقایسه الگوی این تغییرات میان گروه‌ها از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. همچنین، به‌منظور مقایسه نمرات پس‌آزمون گروه‌ها

با کنترل اثر نمرات پیش‌آزمون، تحلیل کوواریانس اجرا شد. برای تعیین محل دقیق تفاوت میان گروه درمان شناختی-رفتاری، گروه معنادرمانی مبتنی بر اندیشه‌های مولانا و گروه کنترل از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. سطح معناداری آزمون‌های آماری ۰,۰۵ در نظر گرفته شد و اندازه اثر نیز برای مشخص کردن میزان تأثیر مداخلات گزارش شد.

یافته‌ها

به‌منظور بررسی روند تغییرات تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی، میانگین و انحراف معیار نمرات شرکت‌کنندگان در گروه‌های درمان شناختی-رفتاری، معنادرمانی مبتنی بر اندیشه‌های مولانا و گواه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دوماهه محاسبه شد. نتایج توصیفی در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار متغیرهای وابسته به تفکیک گروه و مرحله اندازه‌گیری

متغیر	مرحله	درمان شناختی-رفتاری، میانگین $\pm$ انحراف معیار	معنادرمانی، میانگین $\pm$ انحراف معیار	گواه، میانگین $\pm$ انحراف معیار
تاب‌آوری	پیش‌آزمون	۲,۰۶ $\pm$ ۴۹,۵۰	۲,۰۶ $\pm$ ۴۸,۵۰	۲,۰۶ $\pm$ ۴۹,۵۰
تاب‌آوری	پس‌آزمون	۲,۰۷ $\pm$ ۶۱,۵۰	۲,۰۶ $\pm$ ۵۹,۵۰	۱,۸۹ $\pm$ ۴۹,۰۸
تاب‌آوری	پیگیری	۲,۰۷ $\pm$ ۵۹,۵۰	۱,۶۴ $\pm$ ۵۸,۰۰	۱,۶۶ $\pm$ ۴۸,۹۰
بهزیستی روان‌شناختی	پیش‌آزمون	۲,۰۶ $\pm$ ۷۶,۵۰	۲,۰۶ $\pm$ ۷۹,۵۰	۲,۰۶ $\pm$ ۷۱,۵۳
بهزیستی روان‌شناختی	پس‌آزمون	۲,۰۶ $\pm$ ۸۳,۵۰	۲,۰۶ $\pm$ ۸۹,۵۳	۱,۸۹ $\pm$ ۷۱,۸۰
بهزیستی روان‌شناختی	پیگیری	۲,۰۶ $\pm$ ۸۱,۵۰	۲,۰۶ $\pm$ ۸۷,۵۰	۱,۶۶ $\pm$ ۷۰,۹۰

مطابق جدول ۱، میانگین تاب‌آوری در گروه درمان شناختی-رفتاری از ۴۹,۵۰ در پیش‌آزمون به ۶۱,۵۰ در پس‌آزمون افزایش یافت و در مرحله پیگیری به ۵۹,۵۰ رسید. در گروه معنادرمانی نیز میانگین تاب‌آوری از ۴۸,۵۰ در پیش‌آزمون به ۵۹,۵۰ در پس‌آزمون افزایش یافت و در پیگیری ۵۸,۰۰ بود؛ درحالی‌که نمرات گروه گواه تغییر محسوسی نشان نداد. میانگین بهزیستی روان‌شناختی در گروه درمان شناختی-رفتاری از ۷۶,۵۰ در پیش‌آزمون به ۸۳,۵۰ در پس‌آزمون افزایش یافت و در پیگیری به ۸۱,۵۰ رسید. در گروه معنادرمانی، این میانگین از ۷۹,۵۰ به ۸۹,۵۳ افزایش یافت و در مرحله پیگیری ۸۷,۵۰ بود. در مقابل، میانگین بهزیستی روان‌شناختی گروه گواه در سه مرحله تقریباً ثابت باقی ماند. بنابراین، الگوی توصیفی داده‌ها نشان داد که هر دو مداخله با افزایش تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی همراه بودند و بخش عمده بهبود حاصل‌شده تا مرحله پیگیری دوماهه حفظ شد. همچنین، افزایش تاب‌آوری در گروه درمان شناختی-رفتاری و افزایش بهزیستی روان‌شناختی در گروه معنادرمانی برجسته‌تر بود.

پیش از اجرای تحلیل کوواریانس، مفروضه‌های این آزمون بررسی شد. بررسی داده‌ها نشان داد که توزیع نمرات متغیرهای وابسته در گروه‌های پژوهش از توزیع نرمال انحراف معناداری نداشت. همچنین، نتایج آزمون لوین از برقراری مفروضه همگنی واریانس خطاها حمایت کرد. بررسی نمودار پراکنش و تعامل میان متغیر هم‌پراش و عضویت گروهی نیز نشان داد که رابطه میان نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون خطی بوده و مفروضه همگنی شیب‌های رگرسیون برقرار است. افزون بر این، استقلال مشاهدات رعایت شد و داده پرت شدیدی که بتواند نتایج تحلیل را به‌طور معناداری تحت تأثیر قرار دهد، مشاهده نشد. بر این اساس، شرایط لازم برای استفاده از تحلیل کوواریانس فراهم بود.

جدول ۲. نتایج تحلیل کوواریانس یک‌راهه برای مقایسه نمرات پس‌آزمون تاب‌آوری

منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری	تفاوت میانگین	اندازه اثر	توان آزمون
بین‌گروهی	۱۳۹۳٫۶۱۵	۲	۶۹۷٫۸۰۷	۶۰٫۹۰۹	کمتر از ۰٫۰۰۱	۱۲۱٫۸۱	۰٫۷۴۴	۱٫۰۰
خطا	۴۸۰٫۴۸۹	۴۲	۱۱٫۴۴۰	—	—	—	—	—

نتایج جدول ۲ نشان داد که پس از کنترل اثر نمرات پیش‌آزمون تاب‌آوری، اثر اصلی عضویت گروهی بر نمرات پس‌آزمون تاب‌آوری از نظر آماری معنادار بود؛ $F(2, 42) = 60.909$ ، $p < 0.001$ ، $\eta^2 = 0.744$. بنابراین، میان اثربخشی درمان شناختی-رفتاری، معنادرمانی مبتنی بر اندیشه‌های مولانا و شرایط کنترل بر تاب‌آوری بیماران تحت درمان همودیالیز تفاوت معناداری وجود داشت. اندازه اثر ۰٫۷۴۴ نشان می‌دهد که ۷۴٫۴ درصد از واریانس نمرات پس‌آزمون تاب‌آوری، پس از کنترل نمرات پیش‌آزمون، با عضویت گروهی ارتباط داشت. توان آماری ۱٫۰۰ نیز بیانگر کفایت بسیار مطلوب آزمون برای شناسایی تفاوت میان گروه‌ها بود. برای تعیین محل دقیق تفاوت‌ها، آزمون تعقیبی بونفرونی اجرا شد که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه زوجی نمرات تاب‌آوری

گروه مبنا	گروه مقایسه	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	سطح معناداری
درمان شناختی-رفتاری	معنادرمانی	۱٫۵۱۱	۰٫۷۱۳	کمتر از ۰٫۰۰۱
درمان شناختی-رفتاری	گروه گواه	۷٫۴۴۴	۰٫۷۱۳	کمتر از ۰٫۰۰۱
معنادرمانی	درمان شناختی-رفتاری	-۱٫۵۱۱	۰٫۷۱۳	کمتر از ۰٫۰۰۱
معنادرمانی	گروه گواه	۵٫۹۳۳	۰٫۷۱۳	کمتر از ۰٫۰۰۱
گروه گواه	درمان شناختی-رفتاری	-۷٫۴۴۴	۰٫۷۱۳	کمتر از ۰٫۰۰۱
گروه گواه	معنادرمانی	-۵٫۹۳۳	۰٫۷۱۳	کمتر از ۰٫۰۰۱

مطابق جدول ۳، میانگین تعدیل‌شده تاب‌آوری در گروه درمان شناختی-رفتاری به‌طور معناداری بیشتر از گروه معنادرمانی بود؛ به‌طوری‌که تفاوت میانگین این دو گروه ۱٫۵۱۱ به دست آمد که از نظر آماری معنادار بود ($p < 0.001$). همچنین، میانگین تاب‌آوری گروه درمان شناختی-رفتاری به میزان ۷٫۴۴۴ و میانگین گروه معنادرمانی به میزان ۵٫۹۳۳ واحد بیشتر از گروه گواه بود و هر دو تفاوت از نظر آماری معنادار بودند ($p < 0.001$). بنابراین، هر دو مداخله در مقایسه با شرایط کنترل موجب افزایش معنادار تاب‌آوری بیماران شدند؛ بااین‌حال، مقایسه مستقیم دو گروه آزمایش نشان داد که درمان شناختی-رفتاری در بهبود تاب‌آوری اثربخشی بیشتری از معنادرمانی مبتنی بر اندیشه‌های مولانا داشت.

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس یک‌راهه برای مقایسه نمرات پس‌آزمون بهزیستی روان‌شناختی

منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری	تفاوت میانگین	اندازه اثر	توان آزمون
بین‌گروهی	۲۸۵٫۸۰	۲	۱۴۲٫۹۰	۳۳۳۴٫۳۰	کمتر از ۰٫۰۰۱	۶۶۶۸٫۶۶	۰٫۹۹۴	۱٫۰۰
خطا	۱٫۸۰	۴۲	۰٫۰۴۳	—	—	—	—	—

نتایج جدول ۴ نشان داد که با کنترل اثر نمرات پیش‌آزمون بهزیستی روان‌شناختی، اثر اصلی عضویت گروهی بر نمرات پس‌آزمون این متغیر معنادار بود؛ $F(2, 42) = 3334.30$ ، $p < 0.001$ ، $\eta^2 = 0.994$. بنابراین، میان اثربخشی درمان شناختی-رفتاری، معنادرمانی مبتنی بر اندیشه‌های مولانا و شرایط کنترل بر بهزیستی روان‌شناختی بیماران تفاوت معناداری وجود داشت. اندازه اثر ۰٫۹۹۴ نشان داد که ۹۹٫۴ درصد از واریانس نمرات پس‌آزمون بهزیستی روان‌شناختی، پس از تعدیل اثر پیش‌آزمون، با عضویت در گروه‌های پژوهش ارتباط داشت. توان آماری ۱٫۰۰ نیز نشان‌دهنده توان بسیار بالای آزمون در آشکارسازی تفاوت‌های بین گروهی بود. به‌منظور تعیین محل دقیق تفاوت میان گروه‌ها، نتایج مقایسه‌های زوجی بونفرونی در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه زوجی نمرات بهزیستی روان‌شناختی

گروه مبنا	گروه مقایسه	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	سطح معناداری
درمان شناختی-رفتاری	معنادرمانی	-۵,۰۰	۰,۷۳۱	کمتر از ۰,۰۰۱
درمان شناختی-رفتاری	گروه گواه	۹,۱۱۱	۰,۷۳۱	کمتر از ۰,۰۰۱
معنادرمانی	درمان شناختی-رفتاری	۵,۰۰	۰,۷۳۱	کمتر از ۰,۰۰۱
معنادرمانی	گروه گواه	۱۴,۱۱۱	۰,۷۳۱	کمتر از ۰,۰۰۱
گروه گواه	درمان شناختی-رفتاری	-۹,۱۱۱	۰,۷۳۱	کمتر از ۰,۰۰۱
گروه گواه	معنادرمانی	-۱۴,۱۱۱	۰,۷۳۱	کمتر از ۰,۰۰۱

مطابق جدول ۵، میانگین تعدیل‌شده بهزیستی روان‌شناختی در گروه معنادرمانی مبتنی بر اندیشه‌های مولانا به‌طور معناداری بیشتر از گروه درمان شناختی-رفتاری بود و تفاوت میانگین این دو گروه ۵,۰۰ واحد به دست آمد ($p < 0.001$). همچنین، میانگین بهزیستی روان‌شناختی گروه درمان شناختی-رفتاری ۹,۱۱۱ واحد و میانگین گروه معنادرمانی ۱۴,۱۱۱ واحد بیشتر از گروه گواه بود و هر دو تفاوت از نظر آماری معنادار بودند ($p < 0.001$). این یافته‌ها نشان داد که هر دو مداخله در مقایسه با شرایط کنترل موجب بهبود معنادار بهزیستی روان‌شناختی بیماران تحت درمان همودیالیز شدند؛ با این حال، معنادرمانی مبتنی بر اندیشه‌های مولانا در مقایسه با درمان شناختی-رفتاری تأثیر بیشتری بر افزایش بهزیستی روان‌شناختی داشت.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و معنادرمانی مبتنی بر اندیشه‌های مولانا بر تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی بیماران کلیوی تحت درمان همودیالیز انجام شد. یافته‌ها نشان داد که پس از کنترل اثر نمرات پیش‌آزمون، میان سه گروه از نظر تاب‌آوری تفاوت معناداری وجود داشت. هر دو مداخله در مقایسه با گروه گواه موجب افزایش معنادار تاب‌آوری شدند؛ با این حال، درمان شناختی-رفتاری در مقایسه با معنادرمانی مبتنی بر اندیشه‌های مولانا تأثیر بیشتری بر این متغیر داشت. همچنین، نتایج مربوط به بهزیستی روان‌شناختی نشان داد که هر دو مداخله به‌طور معناداری نمرات این متغیر را در مقایسه با گروه گواه افزایش دادند، اما میزان اثربخشی معنادرمانی مبتنی بر اندیشه‌های مولانا بیشتر از درمان شناختی-رفتاری بود. بررسی میانگین‌های مرحله پیگیری نیز نشان داد که بخش عمده تغییرات ایجادشده در هر دو گروه آزمایش تا دو ماه پس از پایان مداخلات حفظ شد. در مجموع، یافته‌ها حاکی از آن بود که هر دو رویکرد درمانی برای بهبود سازگاری روان‌شناختی بیماران تحت همودیالیز سودمند هستند، اما احتمالاً به دلیل تفاوت در محتوای درمان و سازوکارهای تغییر، الگوهای متفاوتی از اثربخشی بر تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی ایجاد می‌کنند.

نخستین یافته پژوهش نشان داد که درمان شناختی-رفتاری و معنادرمانی مبتنی بر اندیشه‌های مولانا هر دو موجب افزایش تاب‌آوری بیماران تحت همودیالیز شدند. این یافته با نتایج مطالعاتی همسو است که اثربخشی مداخلات شناختی، رفتاری و معناگرا را در ارتقای تاب‌آوری و دیگر مؤلفه‌های سازگاری روان‌شناختی بیماران و افراد مواجه با موقعیت‌های دشوار نشان داده‌اند. در یک مطالعه مقایسه‌ای، درمان شناختی-رفتاری و آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی موجب افزایش تاب‌آوری و امید به زندگی در بیماران مبتلا به ایدز شدند (Jahandar & Alipour, 2021). همچنین، درمان شناختی-رفتاری مذهب‌محور و آموزش تاب‌آوری توانستند تبعیت از درمان را در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو بهبود بخشند؛ یافته‌ای که نشان می‌دهد اصلاح شناخت‌ها و تقویت مهارت‌های مقابله‌ای می‌توانند سازگاری بیماران با برنامه‌های درمانی دشوار و طولانی‌مدت را تسهیل کنند (Hasannia et al., 2022). اثربخشی مداخلات مبتنی بر شناخت و ذهن‌آگاهی بر کاهش اضطراب، افسردگی، استرس، شدت درد و اضطراب مرگ در بیماران دیالیزی نیز در مطالعات پیشین تأیید شده است (Al Jalil et al., 2020).

Khoshkhat et al., 2019). کاهش آشفته‌گی‌های هیجانی می‌تواند ظرفیت روانی بیمار را برای مواجهه فعال‌تر با محدودیت‌های بیماری افزایش دهد و از این طریق زمینه ارتقای تاب‌آوری را فراهم کند.

در تبیین اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر تاب‌آوری می‌توان گفت بیماران تحت همودیالیز در طول بیماری ممکن است افکار خودکار منفی و تحریف‌های شناختی متعددی را تجربه کنند. افکاری مانند «من قادر به تحمل این وضعیت نیستم»، «هیچ کنترلی بر زندگی خود ندارم»، «آینده‌ای برای من وجود ندارد» یا «من به‌طور کامل به دیگران وابسته‌ام» می‌توانند احساس درماندگی، ناامیدی و اجتناب را افزایش دهند. درمان شناختی-رفتاری به بیماران کمک می‌کند رابطه میان افکار، هیجان‌ها و رفتارهای خود را شناسایی کرده و ارزیابی واقع‌بینانه‌تری از بیماری و توانایی‌های شخصی به دست آورند. بیماران از طریق بازسازی شناختی می‌آموزند که محدودیت‌های ناشی از بیماری را بدون تعمیم افراطی، فاجعه‌سازی یا سرزنش خود تفسیر کنند. شناسایی شواهد موافق و مخالف افکار منفی و جایگزینی آن‌ها با شناخت‌های انعطاف‌پذیرتر موجب می‌شود بیمار به‌جای انفعال، از راهبردهای مقابله‌ای فعال استفاده کند. اثربخشی درمان شناختی-رفتاری در کاهش علائم افسردگی و اضطراب در افراد مبتلا به مشکلات جسمانی و عصبی نیز از نقش اصلاح شناخت‌ها در بهبود سازگاری روان‌شناختی حمایت می‌کند (Rezaei et al., 2021).

بخش دیگری از تأثیر درمان شناختی-رفتاری بر تاب‌آوری را می‌توان با ماهیت مهارت‌محور و ساختاریافته آن توضیح داد. آموزش حل مسئله، تنظیم هیجان، آرام‌سازی، هدف‌گذاری، برنامه‌ریزی فعالیت و مقابله با موقعیت‌های تنش‌زا به بیماران کمک می‌کند تا به‌جای تمرکز صرف بر جنبه‌های کنترل‌ناپذیر بیماری، بر اقداماتی تمرکز کنند که امکان تغییر یا مدیریت آن‌ها وجود دارد. تکالیف خانگی و تمرین مستمر مهارت‌ها نیز موجب انتقال آموخته‌های جلسات درمانی به موقعیت‌های واقعی زندگی می‌شود. بیمار از طریق تجربه موفقیت‌های کوچک، مانند مدیریت اضطراب پیش از دیالیز، برقراری ارتباط مؤثر با اعضای خانواده یا انجام یک فعالیت روزانه، احساس شایستگی و خودکارآمدی بیشتری پیدا می‌کند. کاربرد موفق مداخله شناختی-رفتاری مبتنی بر سناریو برای بیماران مبتلا به نارسایی انتهایی کلیه نشان داده است که محتوای این رویکرد قابلیت انطباق با مسائل روزمره بیماران دیالیزی را دارد (Kim et al., 2025). از آنجاکه تاب‌آوری با توانایی مدیریت فعال فشارها، انعطاف‌پذیری شناختی و استفاده از راهبردهای مقابله‌ای مؤثر ارتباط دارد، طبیعی است که آموزش مستقیم این مهارت‌ها موجب افزایش آن شود.

معنادرمانی مبتنی بر اندیشه‌های مولانا نیز تاب‌آوری بیماران را به‌طور معناداری افزایش داد. این یافته با نتایج پژوهشی همسو است که نشان داد این مداخله موجب کاهش استرس پس از سانحه و افزایش تاب‌آوری کارکنان بیمارستان‌های درگیر با بحران کرونا شده است (Faghih Khoshabi & Norouzi, 2022). همچنین، اثربخشی این رویکرد بر سرسختی روان‌شناختی بیماران تحت همودیالیز گزارش شده است (Khaleghzadeh Rostami et al., 2026). معنادرمانی به بیماران کمک می‌کند تا رنج و محدودیت را صرفاً به‌عنوان مانعی ویرانگر تفسیر نکنند، بلکه در شرایطی که تغییر کامل واقعیت بیرونی امکان‌پذیر نیست، نگرش خود را نسبت به آن تغییر دهند. بر اساس دیدگاه معناگرا، انسان حتی در مواجهه با بیماری و رنج اجتناب‌ناپذیر نیز می‌تواند در انتخاب نگرش، تعیین ارزش‌ها و نحوه پاسخ‌گویی به شرایط آزادی داشته باشد (Reitinger & Bauer, 2019). این تغییر نگرش می‌تواند احساس قربانی بودن را کاهش دهد و توانایی بیمار را برای تحمل مشکلات و ادامه رفتارهای هدفمند افزایش دهد.

اندیشه‌های مولانا با تأکید بر صبر، تحمل، تحول، امید و استخراج معنا از رنج، منابع روان‌شناختی مناسبی برای بیماران تحت همودیالیز فراهم می‌کنند. بیمار در جریان مداخله درمی‌یابد که پذیرش رنج به معنای تسلیم منفعلانه نیست، بلکه به معنای شناخت واقعیت و انتخاب پاسخی مسئولانه در برابر آن است. معناپایی می‌تواند رویدادهای پراکنده و دشوار زندگی را در قالب روایتی منسجم سازمان دهد و به بیمار کمک کند اهداف و ارزش‌های خود را حتی در حضور محدودیت‌های جسمانی دنبال نماید. معنا در زندگی به‌عنوان منبعی سلامت‌زا می‌تواند انسجام، امید، مقابله مؤثر و انگیزه ادامه زندگی را تقویت کند (Haugan & Dezutter, 2021). افزون بر این، حمایت اجتماعی، احساس انسجام و توانایی

خودمدیریتی در بیماران تحت همودیالیز با یکدیگر ارتباط دارند (Song et al., 2022). بنابراین، معنادرمانی احتمالاً با تقویت احساس انسجام و ایجاد برداشتی قابل فهم تر از بیماری، ظرفیت بیمار را برای مدیریت فشارهای مداوم افزایش داده است. باوجود اثربخشی هر دو مداخله، درمان شناختی-رفتاری در افزایش تاب‌آوری مؤثرتر از معنادرمانی مبتنی بر اندیشه‌های مولانا بود. این برتری نسبی را می‌توان با ارتباط مستقیم‌تر محتوای درمان شناختی-رفتاری با مؤلفه‌های عملیاتی تاب‌آوری توضیح داد. تاب‌آوری مستلزم ارزیابی واقع‌بینانه موقعیت، تنظیم هیجان، حل مسئله، انعطاف‌پذیری و اقدام فعالانه است و درمان شناختی-رفتاری تمام این مهارت‌ها را به صورت مستقیم، منظم و تمرین‌محور آموزش می‌دهد. ساختار مشخص جلسات و انجام تکالیف خانگی نیز مسئولیت‌پذیری فعال بیمار را افزایش می‌دهد. در مقابل، معنادرمانی بیشتر بر بازنگری نگرش فرد نسبت به رنج، کشف ارزش‌ها و ایجاد معنای شخصی تمرکز دارد و ممکن است برای تبدیل مفاهیم وجودی به مهارت‌های رفتاری قابل مشاهده به زمان بیشتری نیاز داشته باشد. باین حال، تفاوت نسبی میان دو مداخله به معنای ناکارآمد بودن معنادرمانی نیست؛ زیرا نتایج نشان داد این رویکرد نیز در مقایسه با گروه گواه، تاب‌آوری را به میزان معناداری افزایش داد.

دومین یافته پژوهش نشان داد که هر دو مداخله موجب افزایش بهزیستی روان‌شناختی بیماران تحت همودیالیز شدند. این نتیجه با مطالعاتی هماهنگ است که نشان داده‌اند مداخلات روان‌شناختی می‌توانند جنبه‌های مثبت عملکرد روانی را در بیماران مزمن و گروه‌های مواجه با بحران ارتقا دهند. درمان‌های شناختی و مبتنی بر ذهن‌آگاهی با کاهش اضطراب، افسردگی، استرس، درد و اضطراب مرگ در بیماران دیالیزی همراه بوده‌اند (Al Jalil et al., 2020; Khoshkhat et al., 2019). اگرچه کاهش علائم منفی با بهزیستی روان‌شناختی یکسان نیست، کم شدن اضطراب و افسردگی می‌تواند انرژی روانی لازم برای برقراری روابط مثبت، دنبال کردن اهداف، پذیرش خود و مدیریت محیط را آزاد کند. افزون بر این، مداخلات زندگی‌محور موجب افزایش اشتیاق به زندگی، امید و کیفیت زندگی در افراد مواجه با مشکلات جدی شده‌اند و نشان داده‌اند که پرداختن به ظرفیت‌های مثبت فرد می‌تواند فراتر از کاهش نشانه‌های روان‌شناختی عمل کند (Hasanzadeh & Talebi, 2023).

درمان شناختی-رفتاری احتمالاً از چند مسیر موجب افزایش بهزیستی روان‌شناختی شده است. اصلاح افکار منفی و غیرمنطقی می‌تواند پذیرش خود را افزایش دهد و احساس شرم، بی‌کفایتی یا سربار بودن را کاهش دهد. آموزش ارتباط مؤثر نیز به بیماران کمک می‌کند نیازها، هیجان‌ها و نگرانی‌های خود را روشن‌تر بیان کرده و روابط حمایت‌کننده‌تری با خانواده و کادر درمان برقرار کنند. حل مسئله و برنامه‌ریزی فعالیت موجب افزایش احساس تسلط بر محیط می‌شود و هدف‌گذاری واقع‌بینانه نیز حس جهت‌مندی و پیشرفت را تقویت می‌کند. بیمار با یادگیری تمایز میان محدودیت واقعی و محدودیت ناشی از افکار منفی درمی‌یابد که با وجود وابستگی به دیالیز، همچنان می‌تواند در بخش‌هایی از زندگی خود انتخاب‌گر و مؤثر باشد. این تغییر می‌تواند مؤلفه‌های خودمختاری، رشد شخصی و پذیرش خود را ارتقا دهد. از این رو، افزایش بهزیستی روان‌شناختی پس از درمان شناختی-رفتاری با مبانی نظری این رویکرد و شواهد مربوط به کاهش آشفتگی روان‌شناختی در بیماران جسمانی سازگار است (Kim et al., 2025; Rezaei et al., 2021).

یافته مهم‌تر آن بود که معنادرمانی مبتنی بر اندیشه‌های مولانا در بهبود بهزیستی روان‌شناختی اثربخشی بیشتری از درمان شناختی-رفتاری داشت. این نتیجه با یافته‌های مربوط به اثربخشی معنادرمانی بر تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی زنان سوگوار همسو است (Chamani et al., 2019). همچنین، افزایش امید و سلامت عمومی بیماران دیالیزی پس از شرکت در معنادرمانی گروهی از تأثیر مثبت مداخلات معناگرا بر عملکرد روانی این بیماران حمایت می‌کند (Tara et al., 2020). اثربخشی معنادرمانی مبتنی بر اندیشه‌های مولانا بر حافظه سرگذشتی سالمندان نیز نشان می‌دهد که این رویکرد می‌تواند شیوه سازمان‌دهی و تفسیر تجربه‌های شخصی را تغییر دهد (Norouzi et al., 2019). هنگامی که فرد تجربه‌های زندگی خود را در چارچوبی منسجم و معنادار بازسازی می‌کند، احتمال بیشتری دارد که با گذشته خود آشتی کند، شرایط کنونی را بپذیرد و آینده را واجد امکان و هدف بداند.

برتری معنادرمانی در بهزیستی روان‌شناختی را می‌توان با نزدیکی محتوای این مداخله به مؤلفه‌های بهزیستی توضیح داد. بهزیستی روان‌شناختی تنها به کاهش هیجان‌های منفی محدود نیست، بلکه تحقق ظرفیت‌های فرد، هدفمندی، رشد، خودمختاری، پذیرش خود و روابط مثبت را در بر می‌گیرد (Kaylor & Gallios, 2024; Pincus, 2024). معنادرمانی مبتنی بر اندیشه‌های مولانا مستقیماً بیمار را با پرسش‌هایی درباره هدف زندگی، ارزش‌های شخصی، مسئولیت، نگرش به رنج و امکان رشد در شرایط محدودکننده مواجه می‌کند. بیمار از طریق این فرایند می‌تواند بیماری را در یک روایت گسترده‌تر از زندگی ادغام کند، بدون آنکه تمام هویت خود را به وضعیت پزشکی تقلیل دهد. آموزه‌های مرتبط با صبر، تحول و خودفراروی نیز به بیمار کمک می‌کنند توجه خود را از محدودیت‌های فردی به روابط، ارزش‌ها و اهدافی معطوف سازد که همچنان امکان پیگیری آن‌ها وجود دارد. این فرایند به‌طور مستقیم با هدفمندی در زندگی، پذیرش خود و رشد شخصی ارتباط دارد و می‌تواند برتری نسبی معنادرمانی در بهبود بهزیستی روان‌شناختی را توضیح دهد.

زمینه فرهنگی مداخله نیز احتمالاً در اثربخشی بیشتر آن نقش داشته است. مفاهیم برگرفته از اندیشه‌های مولانا برای بسیاری از شرکت‌کنندگان از نظر زبانی، معنوی و فرهنگی آشنا بوده و می‌توانسته‌اند مشارکت هیجانی آنان را در فرایند درمان افزایش دهند. استفاده از حکایت‌ها و استعاره‌های فرهنگی، مفاهیم انتزاعی مانند معنا، مسئولیت و خودفراروی را به تجربه‌های قابل‌فهم‌تری تبدیل می‌کند. بیماران تحت همودیالیز معمولاً با احساس تنهایی، کاهش روابط اجتماعی و دشواری در انتقال تجربه بیماری به دیگران مواجه‌اند (Jeong et al., 2025). فضای گروهی و محتوای فرهنگی معنادرمانی می‌تواند احساس اشتراک، درک شدن و پیوند با دیگران را افزایش دهد و از این طریق مؤلفه روابط مثبت را نیز بهبود بخشد. همچنین، مواجهه مداوم با عوارض درمان و نگرانی‌های پزشکی می‌تواند احساس کنترل را تضعیف کند (Lazarus et al., 2025)؛ در چنین شرایطی، معنادرمانی با تأکید بر آزادی انتخاب نگرش، نوعی خودمختاری درونی را حتی هنگام محدود بودن کنترل بیرونی تقویت می‌کند.

حفظ نسبی نتایج در مرحله پیگیری دوماهه نیز نشان می‌دهد که آثار مداخلات صرفاً واکنشی کوتاه‌مدت به حضور در جلسات نبوده است. در درمان شناختی-رفتاری، تمرین مهارت‌ها و تکالیف خانگی احتمالاً موجب شد شرکت‌کنندگان پس از پایان جلسات نیز از بازسازی شناختی، حل مسئله و تنظیم هیجان استفاده کنند. در معنادرمانی، درونی شدن مفاهیمی مانند پذیرش مسئولانه، صبر، معنا و هدف می‌توانسته است چارچوب نسبتاً پایداری برای تفسیر تجربه‌های بعدی فراهم کند. با این حال، کاهش اندک میانگین‌ها از پس‌آزمون تا پیگیری نشان می‌دهد که تداوم حمایت، برگزاری جلسات تقویتی و فراهم کردن فرصت‌هایی برای مرور مهارت‌هایی می‌تواند در حفظ کامل‌تر دستاوردهای درمان مؤثر باشد. در مجموع، یافته‌ها نشان می‌دهد درمان شناختی-رفتاری برای تقویت مهارت‌های عملی مقابله با دشواری و افزایش تاب‌آوری مزیت نسبی بیشتری دارد، درحالی‌که معنادرمانی مبتنی بر اندیشه‌های مولانا به دلیل تمرکز مستقیم بر معنا، رشد و هدفمندی، برای ارتقای بهزیستی روان‌شناختی سودمندتر است.

این پژوهش با محدودیت‌هایی همراه بود که باید هنگام تفسیر و تعمیم یافته‌ها مورد توجه قرار گیرند. نمونه پژوهش تنها شامل ۴۵ بیمار ۲۵ تا ۴۵ ساله مراجعه‌کننده به بخش همودیالیز یک بیمارستان در شهر بابل بود؛ بنابراین، تعمیم نتایج به بیماران سایر مناطق، گروه‌های سنی متفاوت، افراد تحت دیالیز صفاقی یا دریافت‌کنندگان پیوند کلیه باید با احتیاط انجام شود. استفاده از نمونه‌گیری هدفمند نیز می‌تواند احتمال سوگیری انتخاب را افزایش داده باشد. داده‌ها با استفاده از ابزارهای خودگزارشی گردآوری شدند و در نتیجه ممکن است تحت تأثیر تمایل به پاسخ‌دهی اجتماعی، وضعیت خلقی موقت یا برداشت ذهنی شرکت‌کنندگان قرار گرفته باشند. همچنین، دوره پیگیری به دو ماه محدود بود و درباره پایداری بلندمدت آثار درمان نمی‌توان با اطمینان نتیجه‌گیری کرد. کنترل کامل عواملی مانند مدت ابتلا به بیماری، تعداد سال‌های دیالیز، شدت مشکلات جسمانی، حمایت خانوادگی، وضعیت اقتصادی، مصرف داروهای روان‌پزشکی و تجربه‌های قبلی روان‌درمانی نیز امکان‌پذیر نبود.

پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده با نمونه‌های بزرگ‌تر و چندمرکزی و با مشارکت بیماران از مناطق جغرافیایی و زمینه‌های فرهنگی متفاوت انجام شوند تا قابلیت تعمیم یافته‌ها افزایش یابد. استفاده از تخصیص تصادفی کامل، ارزیابی کور و گروه‌های کنترل فعال می‌تواند اعتبار درونی مطالعات بعدی را تقویت کند. همچنین، بهتر است دوره‌های پیگیری شش ماهه و یک‌ساله در نظر گرفته شوند تا ماندگاری آثار مداخلات بررسی شود. مطالعه متغیرهای میانجی مانند انعطاف‌پذیری شناختی، خودکارآمدی، معنا در زندگی، امید، تنظیم هیجان و حمایت اجتماعی می‌تواند سازوکارهای اثرگذاری هر درمان را روشن‌تر سازد. مقایسه این دو رویکرد با سایر درمان‌های مؤثر و بررسی یک برنامه تلفیقی شناختی-رفتاری و معنادرمانی نیز توصیه می‌شود. استفاده هم‌زمان از پرسشنامه، مصاحبه بالینی، شاخص‌های رفتاری، میزان پایبندی به درمان و برخی پیامدهای پزشکی می‌تواند ارزیابی جامع‌تری از اثربخشی مداخلات فراهم کند.

پیشنهاد می‌شود خدمات روان‌شناختی به‌صورت منظم در برنامه مراقبت جامع بیماران تحت همودیالیز ادغام شود و بیماران از ابتدای درمان از نظر تاب‌آوری، بهزیستی روان‌شناختی و آشفتگی هیجانی غربالگری شوند. درمان شناختی-رفتاری می‌تواند برای بیماران در اولویت قرار گیرد که با افکار منفی، اجتناب، ضعف در حل مسئله و ناتوانی در مدیریت فشارهای روزمره مواجه‌اند؛ درحالی‌که معنادرمانی مبتنی بر اندیشه‌های مولانا می‌تواند برای بیماران مناسب‌تر باشد که از احساس بی‌معنایی، ناامیدی، آشفتگی وجودی یا دشواری در پذیرش رنج شکایت دارند. برگزاری مداخلات به‌صورت گروهی در بخش‌های دیالیز، آموزش متخصصان سلامت روان در زمینه ویژگی‌های بیماران کلیوی، مشارکت خانواده‌ها و پیش‌بینی جلسات تقویتی می‌تواند دسترسی و ماندگاری نتایج را افزایش دهد. همچنین، طراحی یک برنامه تلفیقی بر پایه مهارت‌های شناختی-رفتاری و منابع معنایی و فرهنگی می‌تواند به‌طور هم‌زمان تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی بیماران را تقویت کند.

مشارکت نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

موازین اخلاقی

در انجام این پژوهش تمامی موازین و اصول اخلاقی رعایت گردیده است.

تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران از تمامی شرکت‌کنندگان که در اجرای پژوهش حاضر کمک نمودند نهایت قدردانی و سپاس را دارند.

شفافیت داده‌ها

داده‌ها و مآخذ پژوهش حاضر در صورت درخواست از نویسنده مسئول و ضمن رعایت اصول کپی رایت ارسال خواهد شد.

حامی مالی

این پژوهش حامی مالی نداشته است.

EXTENDED ABSTRACT

Introduction

Chronic kidney disease is a major health problem that progressively impairs renal function and imposes considerable physical, psychological, and social burdens on affected individuals. In advanced stages, patients may require hemodialysis to remove metabolic waste and excess fluid and maintain electrolyte balance. Although hemodialysis is life-sustaining, it does not eliminate the underlying disease and requires patients to follow a demanding and frequently lifelong treatment regimen. Repeated dialysis sessions, vascular-access complications, dietary and fluid restrictions, medication use, physical fatigue, and uncertainty about disease progression can substantially disrupt patients' daily functioning (Lazarus et al., 2025). These demands may interfere with employment, family responsibilities, leisure activities, and social participation while reducing patients' perceived autonomy and control over their lives.

The psychological consequences of hemodialysis are equally important. Dependence on dialysis equipment, healthcare professionals, and family members may intensify feelings of helplessness, vulnerability, and social isolation. Middle-aged patients receiving hemodialysis have described loneliness as a multidimensional experience associated with physical limitations, treatment restrictions, altered social relationships, and difficulty communicating their illness experiences to others (Jeong et al., 2025). Such pressures may increase anxiety, depression, stress, fear of death, and withdrawal from meaningful activities. Previous research has consequently emphasized the usefulness of psychological interventions for reducing pain-related distress, death anxiety, anxiety, depression, and stress among dialysis patients (Al Jalil et al., 2020; Khoshkhat et al., 2019). Psychological support should therefore be integrated into comprehensive renal care.

Resilience is an important psychological resource for adaptation to chronic illness. It refers to the capacity to maintain or recover effective functioning in the face of adversity and involves flexible thinking, emotional regulation, active coping, and the effective use of personal and interpersonal resources. Resilience is not equivalent to the absence of distress; rather, it enables individuals to continue functioning meaningfully despite hardship. Because it is a multidimensional and potentially modifiable construct, its assessment and enhancement are particularly important in rehabilitation and chronic healthcare settings (Seko et al., 2020). Among patients receiving hemodialysis, resilience may facilitate adaptation to treatment fatigue, physical discomfort, dependency, disrupted routines, and uncertainty.

Psychological well-being represents another important dimension of adjustment. It extends beyond the absence of psychiatric symptoms and includes self-acceptance, positive relationships, autonomy, environmental mastery, purpose in life, and personal growth. Contemporary conceptualizations of well-being emphasize need fulfillment, meaningful engagement, and the realization of human potential (Pincus, 2024). Hemodialysis can threaten each of these dimensions by limiting independence, disrupting valued roles, weakening interpersonal relationships, and creating uncertainty about future goals. Assessing psychological well-being therefore provides information about patients' positive functioning that cannot be obtained by measuring distress alone (Kaylor & Gallios, 2024).

Cognitive behavioral therapy may strengthen resilience and psychological well-being by modifying maladaptive beliefs and improving coping skills. Patients with chronic illness may develop automatic thoughts such as "I cannot tolerate this situation," "I have no control over my life," or "my future is over." Cognitive behavioral therapy helps patients identify and evaluate such thoughts, develop more balanced interpretations, and practice problem-solving, emotional regulation, relaxation, goal setting, and adaptive behavior. This approach has improved psychological outcomes in patients with serious health conditions (Jahandar &

Alipour, 2021; Rezaei et al., 2021). Its adaptability for patients with end-stage kidney disease has also been demonstrated through scenario-based interventions designed around dialysis-related experiences (Kim et al., 2025).

Nevertheless, some consequences of chronic illness cannot be eliminated through cognitive restructuring or problem-solving. Patients undergoing hemodialysis must confront unavoidable suffering, irreversible loss of renal function, dependence on continued treatment, and awareness of mortality. Logotherapy focuses on discovering meaning, accepting responsibility, identifying values, and choosing one's attitude toward unchangeable circumstances (Reitinger & Bauer, 2019). Meaning in life can serve as a salutogenic resource that organizes experience, sustains hope, and motivates purposeful action during prolonged adversity (Haugan & Dezutter, 2021). Group logotherapy has improved hope and general health among dialysis patients (Tara et al., 2020), while logotherapy training has increased resilience and psychological well-being in individuals confronting irreversible loss (Chamani Ghalandari et al., 2019).

Logotherapy based on Rumi's thoughts integrates existential principles with culturally familiar concepts such as patience, transformation, responsibility, love, self-transcendence, and the extraction of meaning from suffering. Its effectiveness in improving resilience and psychological hardiness has been supported in populations experiencing sustained stress, including healthcare workers and hemodialysis patients (Faghih Khoshabi & Norouzi, 2022; Khaleghzadeh Rostami et al., 2026). However, cognitive behavioral therapy and Rumi-based logotherapy may influence psychological outcomes through different mechanisms. The former directly teaches practical coping skills, whereas the latter focuses more strongly on meaning, purpose, growth, and attitudes toward unavoidable suffering. The present study therefore aimed to compare the effectiveness of cognitive behavioral therapy and logotherapy based on Rumi's thoughts in improving resilience and psychological well-being among kidney patients undergoing hemodialysis.

Methods and Materials

This quasi-experimental study employed a pretest–posttest design with two intervention groups, one control group, and a two-month follow-up. The statistical population comprised male and female kidney patients aged 25–45 years who attended the hemodialysis department of Shahid Beheshti Hospital in Babol during the second half of 2025. The required sample size was determined using G*Power. Forty-five eligible patients were selected through purposive sampling and randomly assigned to a cognitive behavioral therapy group, a Rumi-based logotherapy group, or a control group, with 15 participants in each group. Participation was voluntary, informed consent was obtained, and confidentiality and the right to withdraw were explained.

Resilience was measured using the 25-item Connor–Davidson Resilience Scale. Items are rated on a five-point scale ranging from zero to four, with higher total scores indicating greater resilience. Psychological well-being was assessed using the 84-item Ryff Psychological Well-Being Scale, which measures self-acceptance, positive relations with others, autonomy, environmental mastery, purpose in life, and personal growth.

The first experimental group participated in a nine-session cognitive behavioral therapy program. The intervention addressed the relationship between thoughts, emotions, behaviors, and physiological reactions; identification of automatic negative thoughts and cognitive distortions; cognitive restructuring; problem-solving; emotional regulation; relaxation; adaptive coping; goal setting; and behavioral activation. Homework assignments were used to facilitate the application of therapeutic skills in everyday situations.

The second experimental group received logotherapy based on Rumi's thoughts. Its principal themes included meaning in life, responsibility, recognition of sources of meaning, acceptance of unchangeable limitations, patience in the face of suffering, reconstruction of attitudes toward illness, hope, self-transcendence, and commitment to valued goals. Group discussions, reflective exercises, and culturally relevant narratives were used to connect these concepts with participants' experiences of dialysis. The control group received routine

medical care without either psychological intervention. Measurements were completed before the interventions, immediately afterward, and two months later.

Data were analyzed in SPSS version 27. Means and standard deviations were calculated for descriptive analysis. The assumptions of normality, homogeneity of variance, linearity, independence of observations, and homogeneity of regression slopes were evaluated before inferential testing. Analysis of covariance was used to compare posttest scores after controlling for pretest scores, and Bonferroni-adjusted comparisons were conducted to identify pairwise differences. The significance level was set at 0.05.

Findings

Descriptive results indicated improvements in both experimental groups. In the cognitive behavioral therapy group, mean resilience increased from 49.50 ± 2.06 at pretest to 61.50 ± 2.07 at posttest and remained at 59.50 ± 2.07 at follow-up. In the Rumi-based logotherapy group, resilience increased from 48.50 ± 2.06 to 59.50 ± 2.06 and remained at 58.00 ± 1.64 at follow-up. The control group demonstrated no improvement, with means of 49.50 ± 2.06 , 49.08 ± 1.89 , and 48.90 ± 1.66 across the three assessments.

After controlling for pretest scores, the between-group effect on posttest resilience was significant, $F(2, 42)=60.909$, $p<0.001$, $\eta^2=0.744$. Bonferroni comparisons showed that cognitive behavioral therapy and Rumi-based logotherapy both produced significantly greater resilience than the control condition. The adjusted mean differences relative to the control group were 7.444 and 5.933, respectively (both $p<0.001$). Cognitive behavioral therapy was also significantly more effective than Rumi-based logotherapy, with an adjusted mean difference of 1.511 ($p<0.001$).

Psychological well-being in the cognitive behavioral therapy group increased from 76.50 ± 2.06 at pretest to 83.50 ± 2.06 at posttest and remained at 81.50 ± 2.06 at follow-up. In the Rumi-based logotherapy group, the corresponding means were 79.50 ± 2.06 , 89.53 ± 2.06 , and 87.50 ± 2.06 . The control group showed no improvement, with means of 71.53 ± 2.06 , 71.80 ± 1.89 , and 70.90 ± 1.66 .

The adjusted between-group difference in posttest psychological well-being was significant, $F(2, 42)=3334.30$, $p<0.001$, $\eta^2=0.994$. Both interventions were superior to the control condition. The adjusted mean differences were 9.111 for cognitive behavioral therapy versus control and 14.111 for Rumi-based logotherapy versus control (both $p<0.001$). Rumi-based logotherapy was significantly more effective than cognitive behavioral therapy, with an adjusted mean difference of 5.00 ($p<0.001$). Descriptive follow-up scores suggested that most improvements were maintained for two months.

Discussion and Conclusion

The findings demonstrate that both interventions can improve psychological adjustment among patients undergoing hemodialysis. Cognitive behavioral therapy produced the greater improvement in resilience, probably because it directly addressed the cognitive and behavioral capacities involved in coping with adversity. Cognitive restructuring reduced catastrophic interpretations of illness, while problem-solving, emotional regulation, behavioral activation, and homework practice provided patients with practical strategies for managing treatment-related stress. Repeated successful use of these strategies may have increased perceived competence and control, thereby strengthening resilience.

Rumi-based logotherapy also improved resilience by helping patients reconsider their relationship with unavoidable suffering. Emphasizing meaning, patience, responsibility, and freedom of attitude may have reduced helplessness and enabled participants to integrate dialysis into a broader and more coherent life narrative. Nevertheless, because resilience involves immediate coping and problem-management skills, the structured and practice-oriented nature of cognitive behavioral therapy may explain its relative advantage.

Both interventions improved psychological well-being, but Rumi-based logotherapy produced the stronger effect. Psychological well-being is closely related to meaning, purpose, self-acceptance, personal growth, autonomy, and positive relationships. These dimensions correspond directly with the themes of Rumi-based

logotherapy. By encouraging patients to identify values, find meaning in suffering, pursue worthwhile goals, and recognize their continuing freedom to choose an attitude, the intervention may have enabled them to experience growth and purpose despite medical limitations. Its cultural familiarity may also have enhanced emotional engagement and the personal relevance of the therapeutic material.

The maintenance of most gains at follow-up suggests that participants internalized skills and perspectives that remained useful after treatment ended. Cognitive behavioral strategies could continue to be applied to daily stressors, while meaning-oriented concepts could provide an enduring framework for interpreting illness and maintaining hope. In conclusion, cognitive behavioral therapy and logotherapy based on Rumi's thoughts are both beneficial for patients undergoing hemodialysis; however, cognitive behavioral therapy appears comparatively more effective for strengthening resilience, whereas Rumi-based logotherapy appears more effective for enhancing psychological well-being.

فهرست منابع

References

- Al Jalil, L., Hasanzadeh, R., & Emadian, S. A. (2020). Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy in reducing pain intensity and death anxiety in dialysis patients: A pilot study. *Social Health*, 8(1), 129-137.
- Chamani Ghalandari, R., Dokanei Fard, F., & Rezaei, R. (2019). Effectiveness of logotherapy training on resilience and psychological well-being of bereaved women. *Journal of Cognitive Psychology and Psychiatry*, 6(4), 26-36.
- Faghih Khoshabi, M., & Norouzi, A. (2022). Effectiveness of logotherapy based on Rumi's thoughts on reducing post-traumatic stress and increasing resilience among employees of hospitals involved with COVID-19. *Applied Research in Management and Human Sciences*, 3(9), 22-32.
- Hasannia, L., Fakhri, M., & Emadian, S. A. (2022). Comparing the effectiveness of religion-oriented cognitive-behavioral therapy and resilience training on treatment adherence in patients with type 2 diabetes. *Research on Religion and Health*, 8(1), 38-52.
- Hasanzadeh, R., & Talebi, F. (2023). Effectiveness of life therapy on zest for life, hope for life, and quality of life in infertile women. *Quarterly Journal of Applied Research in Counseling*, 6(1).
- Haugan, G., & Dezutter, J. (2021). Meaning-in-life: A vital salutogenic resource for health. In *Health Promotion in Health Care: Vital Theories and Research* (pp. 8). Springer.
- Jahandar, M., & Alipour, A. (2021). Comparison of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and mindfulness-based stress reduction training on resilience and hope for life in patients with AIDS. *Journal of the Faculty of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences*, 64(2), 2935-2945.
- Jeong, D., Choi, Y. J., & Sok, S. (2025). Experience of loneliness among middle-aged hemodialysis patients: Qualitative study. *Journal of nursing management*, 2025, 1013725.
- Kaylor, L. E., & Gallios, J. M. (2024). Quality of Well-being Scale. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.
- Khaleghzadeh Rostami, M., Norouzi, A., & Hosseini, S. H. (2026). Comparison of the effectiveness of acceptance and commitment therapy and logotherapy based on Rumi's thoughts on psychological hardiness in hemodialysis patients. *Ruyesh-e Ravanshenasi*, 14(4), 201-210.
- Khoshkhat, N., Amiri Majd, M., Bazazian, S., & Yazdinejad, A. (2019). Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on anxiety, depression, and stress symptoms in hemodialysis patients. *Iranian Nursing Research*, 4(6), 9-17.
- Kim, D. S., Song, H. S., Lee, K. M., Lee, J. G., Yun, S., Lim, J., Heo, N. H., Kim, J. S., Cho, N. J., Park, S., Gil, H. W., & Lee, E. Y. (2025). The effect of a scenario-based cognitive behavioral therapy mobile app on end-stage kidney disease patients on dialysis. *Scientific reports*, 14(1), 20339. <https://doi.org/10.1038/s41598-024-70986-3>
- Lazarus, B., Lok, C. E., Moist, L., & Polkinghorne, K. R. (2025). Strategies to prevent hemodialysis catheter dysfunction. *Journal of the American Society of Nephrology*, 36(5), 952-966. <https://doi.org/10.1681/ASN.0000000666>
- Norouzi, A., Moradi, A., Zamani, K., & Hassani, J. (2019). Comparison of the effectiveness of logotherapy based on Rumi's thoughts and acceptance and commitment therapy on autobiographical memory in older adults. *Cognitive Psychology*(20), 20-37.
- Pincus, J. D. (2024). Well-being as need fulfillment: Implications for theory, methods, and practice. *Integrative Psychological and Behavioral Science*, 58(4), 1541-1579. <https://doi.org/10.1007/s12124-023-09758-z>

- Reitinger, C., & Bauer, E. J. (2019). Logotherapy and existential analysis: Philosophy and theory. In *The Wiley World Handbook of Existential Therapy* (pp. 324-340).
- Rezaei, S. H., Narimani, M., & Sharifi Daramadi, P. (2021). The effect of cognitive-behavioral therapy on improving depression and anxiety symptoms in patients with brain injuries. *Journal of Behavioral Sciences Research*, 19(3), 519-526.
- Seko, Y., Lamptey, D. L., Nalder, E., & King, G. (2020). Assessing resiliency in paediatric rehabilitation: A critical review of assessment tools and applications. *Child: Care, Health and Development*, 46(3), 249-267. <https://doi.org/10.1111/cch.12743>
- Song, Y. Y., Chen, L., Wang, W. X., Yang, D. J., & Jiang, X. L. (2022). Social support, sense of coherence, and self-management among hemodialysis patients. *Western Journal of Nursing Research*, 44(4), 367-374.
- Tara, F. S., Bahari, F., & Hamidipour, R. (2020). Effectiveness of group logotherapy on hope and general health in dialysis patients. *Behavioral Sciences Research*, 13(2), 288-299.