

October-November 2020, Volume 8, Issue 4

Effect of Spiritual Counseling Based on the Sound Heart Model on Anxiety of Hemodialysis Patients

Nasrollahi Z¹, Asadzandi M^{2*}, Mohammadzadeh M³, Farahani M⁴, Tayebi K⁵

1- PhD in Medical Mycology, Spiritual Health Research Center of Qom University of Medical Sciences. Qom, Iran.

2- PhD Research Management. Assistant Professor and Researcher. Medicine, Quran and Hadith Research Center, Anesthesiology Department, Faculty of Nursing, Baqiyatallah University of Medical Sciences. Member of Founding Board, Spiritual Health Research Center, Qom University of Medical Sciences. Member of the Department of Spiritual Health of the Academy of Medical Sciences of Tehran, Tehran, Iran (**Corresponding Author**)

Email: mazandi498@gmail.com

3- PhD Student, Department of Biostatistics, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.

4- Bachelor of Nursing and Master of Sport Management, Dialysis Unit of Kamkar Hospital. Qom. Iran.

5- Master of Clinical Psychology, Qom University of Medical Sciences. Qom. Iran.

Received: 10 April 2020

Accepted: 19 Oct 2020

Abstract

Introduction: Anxiety disorders, as spiritual distresses in hemodialysis patients are associated with an increased risk of suicide that requires spiritual care. Evidence suggests that spiritual care is not based on a model consistent with the values and culture of Muslim patients. The purpose of this study was to investigate the effect of spiritual counseling based on the Sound Heart Model on the anxiety of hemodialysis patients.

Methods: This clinical trial was conducted in 2018, for 110 hemodialysis patients of Kamkar hospital in Qom. After convenience sampling according to inclusion criteria, obtaining informed the written consent and random allocation of samples to experimental and control groups, in the support-educational system, spiritual care based on a sound heart model was performed for patients and families of the experimental group, in 12 individual sessions, 35 to 45 minutes according to the patients' self-care ability. Beck Anxiety Questionnaire was completed by both groups before and after the intervention.

Results: Independent t-test was used to compare anxiety between the two groups and a paired t-test was used to compare the level of anxiety before and after intervention in each group. The significance level of 0.05. Calculations were performed with SPSS software version 24. There was no statistically significant difference between the two groups before the intervention ($p = 0.530$). After the intervention, the difference was significant ($P = 0.000$). The mean score of anxiety in the control group did not show any significant difference before and after the intervention ($p = 0.692$), the difference was significant in the intervention group ($P < 0.001$).

Conclusions: Considering the impact of spiritual beliefs on patients adaptation, the necessity of community-based and holistic care, attention to patients' spiritual needs and findings of this study that indicate the effectiveness of spiritual counseling in reducing anxiety in hemodialysis patients, the use of a sound heart model is recommended.

Key words: Anxiety, patient, care, spirituality, Sound Heart Model.

تأثیر مشاوره معنوی مبتنی بر مدل قلب سلیم بر اضطراب بیماران همودیالیز

زهرا نصر الهی^۱، مینو اسدزندی^{۲*}، مرتضی محمد زاده^۳، مرضیه ولاشجردی فراهانی^۴، کلتوم طیبی^۵

- ۱- دکتری قارج شناسی پزشکی، محقق مرکز تحقیقات سلامت معنوی، دانشگاه علوم پزشکی قم، ایران.
 ۲- دکترای مدیریت تحقیقات علوم پزشکی، محقق مرکز تحقیقات طب، قران و حدیث، استادیار گروه هوشبری، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، عضو هیات موسس مرکز تحقیقات سلامت معنوی دانشگاه علوم پزشکی قم. عضو گروه سلامت معنوی فرهنگستان علوم پزشکی کشور، تهران، ایران (نویسنده مسئول)
 ایمیل: mazandi498@gmail.com
 ۳- دانشجوی دکتری گروه آمار زیستی، دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس تهران ایران.
 ۴- کارشناسی پرستاری، کارشناسی ارشد مدیریت ورزشی، بخش دیالیز بیمارستان کامکار قم، ایران.
 ۵- کارشناس ارشد روان شناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی قم، ایران.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۷/۲۸

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱/۲۲

چکیده

مقدمه: اختلالات اضطرابی بیماران همودیالیز که با افزایش خطر خودکشی همراه است، دیسترس معنوی و نیازمند مراقبت معنوی است. شواهد نشانگر عدم انجام مراقبت معنوی مبتنی بر مدلی هماهنگ با ارزشها و فرهنگ بیماران مسلمان است. این مطالعه با هدف بررسی تأثیر مشاوره معنوی مبتنی بر مدل قلب سلیم بر اضطراب بیماران همودیالیز انجام شد.

روش کار: این کارآزمایی بالینی، در سال ۱۳۹۸، برای ۱۱۰ بیمار همودیالیزی بیمارستان کامکار قم انجام شد. پس از نمونه گیری در دسترس مطابق معیارهای ورود، اخذ رضایت کتبی آگاهانه و تخصیص تصادفی به دو گروه آزمون و شاهد، در سیستم حمایتی-آموزشی، مراقبت معنوی مبتنی بر مدل قلب سلیم در ۱۲ جلسه فردی، ۳۵ تا ۴۵ دقیقه ای با توجه به توانایی خودمراقبتی بیماران، برای بیماران و خانواده های گروه آزمون انجام شد. پرسشنامه اضطراب بک قبل و بعد از مداخله توسط هر دو گروه تکمیل شد.

یافته ها: برای مقایسه میزان اضطراب بین دو گروه به تفکیک زمان، از آزمون تی مستقل و برای مقایسه میزان اضطراب قبل و بعد از مداخله در هر گروه، از آزمون تی زوجی با سطح معناداری ۰/۰۵ استفاده شد. محاسبات با نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ انجام شد. میانگین نمره اضطراب بین دو گروه، قبل از مداخله اختلاف آماری معناداری وجود نداشت ($p=0.530$). بعد از مداخله، اختلاف معنی داری شد ($P=0.000$). میانگین نمره اضطراب گروه کنترل، قبل و بعد از مداخله اختلاف معنی داری مشاهده نشد ($p=0.692$), این اختلاف در گروه مداخله، معنی دار بود ($P < 0.001$).

نتیجه گیری: با توجه به تأثیر باورهای معنوی در سازگاری بیماران، ضرورت مراقبت جامعه نگر و کل نگر، توجه به نیازهای معنوی بیماران و یافته های این تحقیق مبنی بر تأثیر مشاوره معنوی در کاهش اضطراب بیماران همودیالیزی، استفاده از مدل قلب سلیم در مراقبتهای بالینی توصیه می گردد.

کلیدواژه ها: اضطراب، بیمار، مراقبت، معنویت، مدل قلب سلیم.

مقدمه

نفرونه های کلیه، سبب بروز نارسایی کلیه، به عنوان یک بیماری تهدید کننده حیات با پیش آگهی ضعیف می گردد [۳] که استفاده از درمانهای جایگزین کلیه (دیالیز خونی، دیالیز صفاقی یا پیوند کلیه) را برای ادامه حیات بیمار، الزامی می کند [۱]. بر اساس گزارش کنسرسیوم دیالیز

در مراحل پایانی بیماری کلیه، چنانچه اختلالات پاتولوژیک [۱] منجر به کاهش میزان فیلتراسیون گلوبولرول به کمتر از ۶۰ میلی لیتر در دقیقه به ازای هر ۱،۳۷ متر مربع بدن شود [۲] با از بین رفتن برگشت ناپذیر عملکرد بیش از ۸۰ درصد

ایران، ۷۰٪ بیماران دچار نارسایی مزمن کلیه، از روش درمانی همودیالیز استفاده می کنند. به طوری که دو میلیون و ۶۴۸ هزار بیمار دیالیزی در ۳۹۶۰۰ مرکز دیالیز در سراسر جهان تحت درمان همودیالیز قرار می گیرند و به طور متوسط ۶۷ بیمار به هر مرکز درمانی مراجعه می کند. در ایران جمعیت بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه، در سال ۱۳۹۵ حدود ۵۸ هزار نفر گزارش شده که ۹۵٪ آنان تحت درمان همودیالیز هستند. با توجه به رشد سالانه متوسط ۵ درصدی بیماران، سالانه ۷۰۰۰ نفر به تعداد بیماران دیالیزی ایران اضافه می شود [۴]. پیش بینی می شود در امریکا، تعداد بیماران از ۳۵ میلیون نفر در سال ۲۰۰۰، به ۷۰ میلیون نفر در سال ۲۰۳۰ برسد [۵]. با توجه به میزان بروز سالیانه ۳۵۰ مورد در یک میلیون نفر جمعیت جهان و مرگ سالیانه بیش از ۶۰ هزار نفر از مبتلایان در سراسر جهان، نارسایی مزمن کلیه یک مشکل بهداشتی در سراسر جهان محسوب می گردد [۶] که نیازمند درمان طولانی مدت و گاهی مادام العمر با دیالیز، محدودیت رژیم غذایی، بار سنگین مالی درمان، محدودیت حرکتی ناشی از دیالیز، درد محل فیستول، خستگی، تغییر در تصویر ذهنی، درمانهای داورپی حین دیالیز است که بیماران را ناتوان و بی انرژی کرده و توانایی فعالیت روزمره شان را محدود می نماید [۷].

همودیالیز در کنار عوارض جسمی، سبب مشکلات اجتماعی (مشکلات مالی به دلیل از دست دادن شغل، نگرانی در مورد ازدواج و مسائل جنسی، بستری شدن مکرر) و اختلالات روانشناختی (اضطراب، ترس از مرگ، خشم، افسردگی، انکار، عدم همکاری، استرس، احساس ناکارآمدی و بی کفایتی، نگرانی از آینده غیر قابل پیش بینی بیماری، اختلال خواب، درماندگی) می گردد [۸، ۹]. ادراک بیماران همودیالیزی از بیماری به عنوان یک بیماری واجد عوارض ناتوان کننده، همراه با عدم رضایت از زندگی، افکار آشفتنه، ناامیدی و احساس سربار بودن برای خانواده، درماندگی ناشی از بیماری، علت بروز اختلالات روانشناختی بیماران است [۱۰]. در این میان، وابستگی بیماران همودیالیزی به دیگران، کاهش اعتماد به نفس و عزت نفس بیماران، احساس تنهایی و رها شدگی، نقص در سیستم حمایتی، سبب اضطراب [۱۱] ناتوانی در تطابق با موقعیتهای تنش زا، تشدید بیماری، کند کردن سیر بهبودی، مراجعات مکرر به

بیمارستان، افزایش هزینه، کاهش کیفیت زندگی و افزایش خطر خودکشی و مرگ و میر می شود [۱۲].

اضطراب یک احساس منفی است که در پاسخ به تهدید درک شده، روی میدهد و میتواند از منبع داخلی یا خارجی بوده، واقعی یا خیالی باشد [۱۳]. اضطراب، واکنشی است در برابر خطری نامعلوم، درونی، مبهم که منشأ آن ناخودآگاه فرد است [۱۴]. در میان انواع خاصی از اضطراب که براساس منشأ آنها نامگذاری می شوند (نظیر اضطراب مرگ، اضطراب بی معنایی و اضطراب محکومیت)، اضطراب مرگ یکی از مهمترین مشکلات بیماران نارسایی کلیه است [۱۵] که شامل پیش بینی مرگ و ترس از فرایند مرگ خویش و افراد مهم زندگی است. اضطراب مرگ به عنوان یک ترس غیرعادی و بزرگ از مرگ، همراه با احساس وحشت از آن یا دلهره هنگام فکر کردن به فرایند مردن و یا چیزهایی که پس از مرگ رخ میدهد، تعریف میشود [۱۶]. طبق تعریف سازمان خدمات بهداشت ملی بریتانیا، اضطراب مرگ نوعی احساس وحشت، هراس یا نگرانی زیاد هنگام فکر کردن در مورد فرایند مردن و قطع ارتباط با دنیا و یا آنچه که بعد از مرگ رخ میدهد، می باشد [۱۷] که ناشی از ترس و نگرانی درباره درد و عذاب هنگام مرگ، تنهایی و از دست دادن کنترل، نا آگاهی از وقایع پس از مرگ، ترس از رنج جدا شدن و ترس از ناشناخته هاست [۱۸].

متأسفانه اضطراب در بیماران همودیالیز از فراوانی بالایی برخوردار است، این فراوانی در مطالعات داخل کشور توسط نوقانی و همکاران، ۶۵،۲۰٪ [۱۹] براتی و همکاران، ۵۰،۸٪ [۲۰] احمدزاده و مهدی، ۷۸٪ به شکل افسردگی همراه با اضطراب [۲۱] ملاهادی و همکاران، ۶۳،۹٪ [۲۲] ناظمیان و همکاران، ۵۱٪ [۲۳] گزارش شده است. در مطالعات خارج از کشور: در امریکا، ۳۸،۱٪ [۲۴] در نروژ، ۸۵،۲٪ [۲۵] در کشور چین ۲۱٪ اضطراب شدید گزارش شده است [۲۶]. کوکر و همکاران، میزان اختلالات اضطرابی بیماران مرحله انتهایی کلیه را بیش از دو برابر میزان متوسط عمومی گزارش کردند [۲۷]. باسولا و همکارانش این میزان را ۴۷،۵٪ [۲۸] مارتاق بین ۱۲ الی ۵۲٪ [۲۹] گزارش کردند. چن و همکاران، نشان دادند که اختلالات اضطرابی با افزایش خطر خودکشی در این بیماران همراه است [۳۰].

در بیماریهای مزمن، ترس از آینده بیماری، اضطراب مرگ،

زهرا نصر الهی و همکاران

شناختی- رفتاری با رویکرد معنویت باعث بهبود مهارتهای مقابله ای بیماران میشود [۴۶]. اما متأسفانه چگونگی انجام مراقبت معنوی در کوریکولوم آموزشی دانشجویان علوم سلامت ایران وارد نشده و ایشان با این موضوع مهم نا آشنا هستند به نحوی که مداخلات انجام شده جهت کاهش اضطراب بیماران همودیالیز در ایران شامل کاربرد روشهای مکمل نظیر: بررسی تاثیر ماساژ بازتابی کف پا [۴۷] آرامسازی عضلانی بنسون و تصویرسازی ذهنی [۴۸] طب فشاری [۴۹] مداخلات تنفسی [۵۰] توابخشی روانی به شیوه دوسا [۵۱] یا مداخلات روانشناسی مانند: شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی [۵۲] مداخله مبتنی بر درک از بیماری [۵۳] گروه درمانی شناختی- رفتاری [۵۴] است. متأسفانه تحقیقات بسیار کمی به بررسی تاثیر مشاوره / مراقبت معنوی در کاهش اضطراب بیماران همودیالیز پرداخته اند [۵۵، ۱۵]. در حالی سلامت معنوی در قرآن برخوردار از قلب سلیم است [۵۶] و صاحبان قلب سلیم در پرتو حقیقت بندگی [۵۷]، از ترس و اضطراب آینده، اندوه و حسرت از دست دادن سلامت گذشته، در امان هستند و با صبر و شکر گزاری در زمان حال زندگی می کنند [۵۸]. تمام حوادث زندگی را به عنوان یک آزمایش الهی و یک تجربه معنوی معنا کرده و با تکیه به رحمت خداوند با استرسهای زندگی سازگاری می یابند [۵۹]. اما علیرغم این که بیش از ۹۰ درصد مردم ایران مسلمان هستند [۶۰]، موضوع مراقبت معنوی همچنان توسط محققان و اندیشمندان ایران مغفول مانده است. تعداد بسیار محدود تحقیقات در ایران هم بر اساس مدل ریچارد برگین بوده است. در حالی که رویکرد جهانی بر ارائه مراقبت جامعه نگر متناسب با فرهنگ و ارزشهای افراد هر جامعه، تاکید دارد و ضروری است تا مراقبت معنوی با باورهای بیمار و خانواده وی هماهنگ باشد [۶۱]. با توجه به خلاء موجود این مطالعه با هدف بررسی تاثیر مشاوره مراقبت معنوی مبتنی بر مدل قلب سلیم به عنوان متغیر مستقل، بر اضطراب بیماران همودیالیز به عنوان متغیر وابسته، انجام شد.

روش کار

پژوهش حاضر یک کارآزمایی بالینی شاهد دار، قبل و بعد می باشد در مرکز تحقیقات سلامت معنوی

اندوه از دست دادن سلامت [۳۱] سبب ایجاد دیسترسهای معنوی نظیر نارضایتی از سرنوشت، ناامیدی از رحمت خدا، سوئ ظن، کینه و انتقام جویی شده [۳۲] با تضعیف باورها و ارزشهای معنوی بیماران، سبب بحران معنوی می گردند و پیامدهایی چون درد، کاهش اعتماد به نفس، اضطراب، افسردگی، ناامیدی، تنهایی و عصبانیت را به همراه دارد که معمولا با افزایش طول دوره بیماری، اعتقادات معنوی بیماران هم کاهش می یابد [۳۳]. چرا که بیماری در فرد نیازهای معنوی ایجاد می کند که نیازمند مراقبت معنوی است، اما شواهد نشانگر عدم توجه تیم درمانی به نیازهای معنوی بیماران است [۳۴]. در حالی که تأمین نیازهای معنوی، برآوردن نیازهای حمایتی و عاطفی و رعایت شأن انسانی بیماران، بیماران، با ارتقای سطح سلامت معنوی ایشان، در سرعت بهبودی، کاهش اضطراب و افسردگی ایشان موثر است [۳۵، ۳۶]. چرا که معنویت به عنوان یکی از راههای مطلوب سازگاری با بیماری [۳۷] با ایجاد معنا و هدف در زندگی، از طریق احساس تعلق به خداوند، به افراد کمک می کند تا با شرایط استرس زای بیماری سازگاری بیشتری پیدا کنند [۳۸]. آگاهی معنوی سبب بخشش خود، دلسوزی، قدرشناسی، پذیرش زندگی روزانه، کاهش افکار منفی، کاهش اضطراب و افسردگی، افزایش آرامش، توسعه ارتباط و بهبود اعتماد به نفس می گردد [۳۹].

کوزاکی و همکاران نشان دادند، مداخلات مبتنی بر معنویت میتواند موجب کاهش افسردگی و اضطراب بیماران شود [۴۰]، به نحوی که امروزه در جهان، مراقبت معنوی جزء جدایی ناپذیر پرستاری [۴۱]، جنبه مهمی از فعالیتهای روزانه پرستاری [۴۲] و شامل فعالیتهای و روشهایی از مراقبت است که باعث ارتقای کیفیت زندگی، سلامت و عملکرد معنوی شده، بر پاسخ فرد به استرس، احساس تمامیت و تعالی، افزایش اعتماد به نفس، افزایش قدرت کنترل درونی و تواناییهای شناختی بیماران و بهبود ارتباطات با دیگران تأثیر مثبت دارد [۴۳]. ریچاردز و همکاران، معنویت و مذهب را نسبت به سایر روشهای مکمل دارای بالاترین سطح استفاده در کاهش اضطراب و ایجاد آرامش می دانند [۴۴]. الیسون و همکاران گزارش کردند که اعتقاد به زندگی پس از مرگ و توجه به نیایش باعث ایجاد آرامش و کاهش اضطراب افراد می شود [۴۵]. پاکرت و همکاران گزارش کردند که درمان

کتابچه راهنمای مراقبت معنوی برای بیماران [۶۲] همکاری با بیمار در جهت اجرای مراقبت معنوی. پایان دادن به ارتباط درمانی با اظهار بیمار و خانواده در حین مراجعه به مرکز دیالیز جهت پیگیری درمان بود. پس از پایان مداخله پنج ماهه، پرسشنامه اضطراب مجدد توسط هر دو گروه شاهد و مداخله تکمیل و داده ها تحلیل شدند. برای مقایسه میزان اضطراب بین دو گروه مداخله و شاهد به تفکیک زمان مداخله، از آزمون تی مستقل استفاده شد. همچنین برای مقایسه میزان اضطراب قبل و بعد از مداخله در هر گروه [مورد و شاهد] آزمون تی زوجی بکار رفت. سطح معناداری برای تمام آزمون ها ۰/۰۵ است. محاسبات با نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ انجام شد. برای مقایسه متوسط اضطراب در گروه مداخله و شاهد، حداقل حجم نمونه ۴۵ نفر در هر زیر گروه برآورد شد. این مقدار با استفاده از نرم افزار G Power و با در نظر گرفتن سطح معناداری ۰/۰۵، توان آزمون حداقل ۰/۸۰ و اندازه اثر ۰/۶ بدست آمد [۶۳]. با توجه به احتمال ۲۰ درصد ریزش برای هر گروه ۵۴ نفر در نظر گرفته شد. به علت مخدوش بودن پرسشنامه های مرحله دوم در گروه شاهد در نهایت ۴۷ پرسشنامه مورد ارزیابی قرار گرفت.

$$n = \frac{(z_{1-\alpha/2} + z_{1-\beta})^2 (s_1^2 + s_2^2)}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

ابزار اندازه گیری: پرسشنامه اضطراب بک ۲۱ عبارتی که به بررسی علائم اضطراب در یک طیف لیکرت چهارگزینه ای [اصلا، خفیف، متوسط، شدید] می پردازد. دامنه نمرات از ۰-۶۳ می باشد. نمرات بالا نشاندهنده شدت اضطراب است. این مقیاس از ثبات درونی و همبستگی بالایی (۷۵٪) برخوردار است [۶۴] کاپویانی و موسوی اعتبار و روایی پرسشنامه اضطراب بک را مناسب گزارش کرده اند با روایی (I=۰.۷۲) و پایایی (I=۰.۸۳) و ثبات درونی (alpha=۰.۹۲) [۶۵].

دانشگاه علوم پزشکی قم با کد اخلاق IR.MUQ.REC.1397.83 و کد ثبت در سامانه کار آزمایشی بالینی IRCT20181103041532N1 به تصویب رسید. در سال ۱۳۹۸ از بین بیماران مراجعه کننده به مرکز همودیالیز بیمارستان کامکار شهر قم، نمونه ها، بصورت در دسترس، بر اساس معیارهای ورود به مطالعه: (بیماران بزرگسال بالاتر از ۱۸ سال، دارای سواد خواندن و نوشتن، قادر به برقراری ارتباط، نداشتن سابقه بیماری روانی مزمن در گذشته و اکنون، عدم مصرف داروهای روان گردان، تکلم به زبان فارسی، با حداقل یک سال سابقه دیالیز و حداقل دو بار دیالیز در هفته، نداشتن سابقه شرکت در جلسات مشاوره معنوی یا دوره های آموزشی سلامت معنوی) انتخاب شدند. معیارهای خروج از مطالعه شامل: بروز بحران شدید جسمی یا روانی علاوه بر بیماری نارسایی کلیه ابتلا به سایر بیماریهای تهدید کننده حیات عدم تمایل به ادامه تحقیق از طرف بیمار-انتقال جهت همودیالیز به مرکز دیگر کاندید عمل پیوند کلیه، بودند.

پس از توضیح روش مطالعه و گرفتن رضایت آگاهانه کتبی، پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی و پرسشنامه سنجش اضطراب بک در اختیار نمونه ها قرار گرفت. نمونه ها به روش تخصیص تصادفی به دو گروه آزمون و شاهد تقسیم شدند. برای جلوگیری از تبادل اطلاعاتی بین افراد، محل مشاوره معنوی برای گروه آزمون در طبقه مجزایی در بیمارستان در نظر گرفته شد. محققان پس از شرکت در کارگاه آموزشی مراقبت معنوی مبتنی بر قلب سلیم و کسب گواهی از مرکز تحقیقات طب، قرآن و حدیث دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله، با روش مداخله آشنا شدند. جلسات مداخله مبتنی بر مدل قلب سلیم، در ۱۲ جلسه حضوری، انفرادی، ۳۵-۴۵ دقیقه ای برای بیمار و خانواده، بر اساس الگوریتم اجرایی مدل قلب سلیم [۵۶] برنامه ریزی و اجرا شد. در جلسات ملاحظات زیر رعایت شد: انتخاب مهارتهای معنوی با انتخاب توجه به علایق و توان بیمار و خانواده اش آموزش نحوه انجام خود مراقبتی معنوی به بیمار و خانواده، ارائه

زهرا نصر الهی و همکاران

جدول ۱: روش اجرای مشاوره معنوی مبتنی بر مدل قلب سلیم

جلسه	عنوان جلسه	اهداف جلسه	مهارت‌های معنوی آموزش داده شده
۱	آشنایی	برقراری ارتباط درمانی و جلب اعتماد بیمار جهت مشاوره و بررسی دیسترس معنوی بیمار	بررسی اضطراب بیمار
۲	احساسات و نگرش بیمار به بیماری	حرکت از ترس تهدید درک شده یا غم واندوه بیماری به سمت شهامت درونی مواجهه با بحران بیماری	مهارت تفکر منطقی آموزش
۳	توجه به جنبه های مثبت بیماری بر محور دو سوگرایی	توسعه خوش بینی و امید و مثبت اندیشی	آموزش و توصیه روشهای ایمان درمانی [ذکر، دعا حضرت پیامبر در بیماری، آداب اسلامی خواب حضرت زهرا ی اطهر، صدقه، قربانی، نذر، همراه با توکل، تفویض کارها به خدا]
۴	خود آگاهی معنوی	شفاف سازی چرایی ابتلا بیمار به بیماری از نظر طبی و بیماری به عنوان آزمایش الهی	آموزش مهارت خود آگاهی معنوی [توجه به تاثیر افکار و عواطف بر سلامت جسمی و روانی]
۵	توسعه ارتباطات اجتماعی	ایجاد تمایل درونی برای توسعه روابط خانوادگی، اجتماعی	مهارت عفو و اخوت، مهارت نیکی واحسان،
۶	بهره گیری از خلقت	کمک برای هماهنگ شدن بیمار با نغمه تسبیح عالم خلقت و بهره گیری از نعمات الهی	پیوند با عالم طبیعت [استماع نغمه باران، تماشای درختان، استفاده از ریاحین، ترجم به حیوانات]
۷	انگیزش و ارزشها	شناسایی و تأیید و تصدیق ارزش های بیمار و کمک جهت کسب انگیزه [تمایل درونی] تغییر رفتار و حالات معنوی خود	قصه درمانی و اسفاده از محبت مهترین افراد زندگی بیمار
۸	مقابله و سازگاری	ایجاد توان سازگاری مسئله محور با بیماری	مهارت حل مسئله، مهارت‌های لازم در اصلاح سبک زندگی متناسب با بیماری
۹	سازگاری احساسی	ایجاد توان سازگاری احساس محور با بیماری	آموزش دستور العمل‌های مبتنی بر شواهد دینی در مدل قلب سلیم
۱۰	قصد رفتاری	شناخت موقعیت های وسوسه کننده و سنجش پایانی	قصه درمانی و معنادادن به رویدادهای زندگی
۱۱	خود کنترلی	سنجش مجدد تعهد، سطح اطمینان و انگیزش فرد برای تغییر و افزایش اعتماد به نفس	آموزش مهارت محاسبه نفس روزانه
۱۲	خاتمه ارتباط درمانی	رسیدن به توانایی مراقبت از خود از طرف بیمار و خانواده و اعلام آن.	اهدای چک لیست خود مراقبتی معنوی روزانه

یافته ها

مداخله اختلاف معنی داری مشاهده شد ($P = 0/000$). در مقایسه میانگین نمره اضطراب گروه کنترل، قبل و بعد از مداخله اختلاف معنی داری مشاهده نشد ($P=0/692$), در حالی که این اختلاف در گروه مداخله معنی دار بود ($P < 0/001$).

میانگین نمره اضطراب بین گروه‌های قبل از مداخله اختلاف آماری معنا داری وجود نداشت ($P=0/530$). بعد از

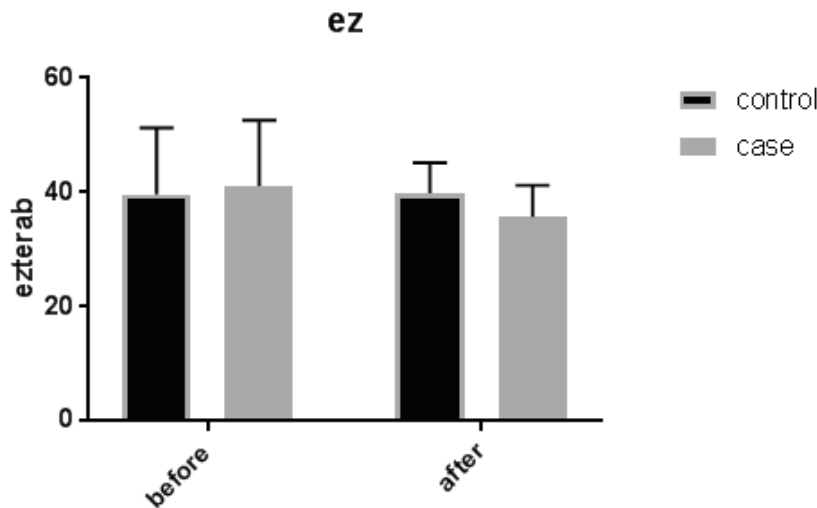
جدول ۲: مشخصات جمعیت شناختی

	p-value	گروه		شاهد		
		مداخله	تعداد	درصد	تعداد	
		درصد				
جنسیت	0/88 ^a	۵۴.۹%	۲۸	۴۵.۱%	۲۳	زن
		۵۶.۴%	۳۱	۴۳.۶%	۲۴	مرد
		۵۶.۳%	۹	۴۳.۸%	۷	بی سواد
تحصیلات	0/94 ^b	۵۶.۴%	۲۲	۴۳.۶%	۱۷	ابتدایی
		۷۰.۰%	۷	۳۰.۰%	۳	راهنمایی
		۵۰.۰%	۱۴	۵۰.۰%	۱۴	دبیرستان
		۵۷.۱%	۴	۴۲.۹%	۳	کاردانی
		۵۰.۰%	۲	۵۰.۰%	۲	لیسانس

a: Pearson chi-square, b: fisher exact

جدول ۳: مقایسه میانگین و خطای استاندارد نمره اضطراب درد گروه مورد و شاهد قبل و بعد از مداخله

گروه زمان	شاهد n=۴۷ میانگین (خطای استاندارد)	مداخله n=۵۴ میانگین (خطای استاندارد)	آزمون آماری تی مستقل
قبل	۳۹٫۵۷ (۱٫۶۹)	۴۱٫۰۰ (۱٫۴۹)	p=۰٫۵۳۰
بعد	۳۹٫۸۳ (۰٫۷۶)	۳۵٫۸۶ (۰٫۷۲)	P=۰٫۰۰۰
آزمون تی زوجی	p=۰٫۰۶۲	P<۰٫۰۰۱	



همخوانی دارد.

در گام دوم ضمن بررسی دیسترس‌های معنوی بیمار و خانواده، برای حرکت از ترس تهدید درک شده به ایجاد شهامت مواجهه با بحران بیماری، توسعه خوش بینی، امید و مثبت اندیشی، مهارت‌های ایمان درمانی آموزش داده شد [۵۷]. با تقویت ارتباط بیمار با خدا، بیماران به لطف و محبت خدا به بندگان خود، امیدوار شدند. ذکر مداوم قدرت الهی، بیان حمایت‌های خدا در زندگی گذشته، پناهندگی به پناه خدا و توکل به خدا، درک از حمایت الهی تقویت گردید. چرا که بیماران هومودیالیز به علت افزایش وابستگی به دیگران، کاهش اعتماد به نفس و احساس تنهایی، نیاز مند حمایت بیشتری هستند [۶۸]. گروه تحقیق در جلسات مشاوره تلاش کرد مداخله ای متکی بر قدرت ایمان و معنویت خود بیماران، در راستای بازیابی سلامت ایشان انجام دهد. ضمن ارائه اطلاعاتی درباره بیماری جسمی و روش‌های کنترل بیماری، رژیم درمانی، روش تغذیه، به معرفی انواع دیسترس‌های معنوی پرداخته و بیماران به تفکر درباره احساسات و عواطف خود نسبت به بیماری تشویق شدند تا از طریق حمایت اطلاعاتی، آگاهی بیماران افزایش یابد [۳۲]. با تشریح بیماری به عنوان یک آزمایش و سنت عام

بحث

نتایج این تحقیق نشان داد که مراقبت معنوی مبتنی بر مدل قلب سلیم سبب کاهش معنا دار اضطراب بیماران گروه مداخله شد. جهت انجام مراقبت معنوی با توجه به توان خود مراقبتی ایشان در سیستم آموزشی- حمایتی، مشاوره معنوی انجام شد که با دیدگاه مدل مراقبت از خود دوروتی اورم همخوانی دارد. در گام اول، مشاوران معنوی ضمن رعایت اصول برقراری ارتباط معنوی [۶۶-۶۷] در برقراری ارتباط درمانی پیش قدم شدند و به جلب اعتماد بیماران پرداختند. چرا که یک ارتباط درمانی مؤثر با بیمار و ارایه برنامه های حمایتی - مراقبتی به شکل ارایه اطلاعات به بیمار و تشویق به بیان احساسات، بررسی عقاید و ترس‌های منفی بیمار، توضیح مسؤولیتهای اعضای گروه درمانی و پاسخ به سؤالات بیمار، انجام مراقبت جسمی، ضمن کاهش اضطراب بیماران [۶۸] ایشان را در مقابله با درد و اندوه توانمند ساخته [۶۹] باعث بهبود وضعیت جسمانی، افزایش توان سازگاری و رفتارهای تطابقی بیماران می شود [۷۰]. این اقدام با یافته های ابراهیمی و همکاران [۶۸] لانگ و همکاران [۷۱] رضایی و همکاران [۷۲] خرده فروش و همکاران [۷۳] کومانچ و همکاران [۷۴] مور و همکاران [۷۵]

زهرای نصر الهی و همکاران

و احسان به دیگران، احساس مفید بودن و مورد حمایت دوستان قرار داشتن را تقویت نمود. این اقدام با یافته های رفیعی و همکاران همخوانی دارد. ایشان نشان دادند بیماران تحت همودیالیز علاقه مندند تا با انجام کاری هر چند کوچک دیگران را خوشحال نموده و حمایت اجتماعی ایشان را جلب کنند [۸۵]، از این طریق سبب ارتقای احساس عزت نفس، اعتماد به توانمندیهای خویش، استفاده از منابع حمایتی در حوادث ناخوشایند شوند [۸۶].

با توجه به تاکید اسلام بر خود مراقبتی معنوی، و تاکید ائمه معصومین بر محاسبه نفس روزانه، دستور العمل های مراقبت معنوی در اضطراب [۸۷] به بیماران آموزش داده شد و با اهدای چک لیست خود مراقبتی روزانه به بیماران، انجام آنها مورد پیگیری قرار گرفت. ارتباط با عالم طبیعت برای بهره مندی از نعمات عالم خلقت توصیه شد. چرا که توجه به نعمه تسبیح موجودات عالم خلقت، خود آگاهی معنوی، تقویت ارتباط با مردم، در پرتو ارتباط با خدا به بیمار کمک می کند تا به باطن و ملکوت عالم هستی، توجه بیشتری کرده و بیماری را به عنوان چالشی فرا روی خود مشاهده کند که در پرتو محبت و قدرت خداوند به عنوان شفا دهنده، قابل مدیریت است. این اقدام با تحقیقات اسدی و همکاران [۶۰]، سعیدی و همکاران [۸۹]، ادراکی و همکاران [۷۷]، وظیفه دوست و همکاران [۹۰]، بابا محمودی و همکاران [۷۶] و اکبری و همکاران [۳۱]، اختری و همکاران [۵۹] هماهنگی دارد. در جلسات آموزشی متناسب با سوالات بیماران و یا مشاهده علائمی از اضطراب مرگ، مطالبی درباره مرگ از بیان ائمه معصومین بیان شد از جمله تعریف مرگ به عنوان تولدی دوباره، رها شدن از رنج و محتتهای بیماری، پل ورود به عالم بهشت برزخی [۹۱].

نتیجه گیری

با توجه به تاثیر باورهای معنوی در افزایش توان سازگاری بیماران، ضرورت مراقبت جامعه نگر و کل نگر، توجه به نیازهای معنوی بیماران و یافته های این تحقیق مبنی بر تاثیر مشاوره معنوی در کاهش اضطراب بیماران همودیالیزی، استفاده از مدل قلب سلیم در مراقبتهای بالینی توصیه می گردد.

سپاسگزاری

گروه تحقیق صمیمانه ترین قدردانی را نسبت به همکاران

الهی که در پرتو قدرت خدا قابل سرپرستی است، برای افزایش شهامت مواجهه با بحران بیماری و اعتماد به نفس و کاهش اضطراب و نگرانی بیماران تلاش شد، که با یافته های علمی روز هماهنگی دارد [۷۶، ۷۷]. همچنین بیماران با تاثیرات منفی دیسترسهای معنوی، هیجانات مخرب و افکار منفی بر سلامت جسمی - روانی - اجتماعی آشنا شدند، که این اقدامات با یافته های پسیکونروایمنو اندوکرینولوژی همخوانی دارد [۷۸].

توسعه ارتباطات اجتماعی بیماران در گام بعدی انجام گرفت چرا که قرآن همسر را منبع آرامش و سکون، فرزندان را مایه امیدواری معرفی می کند [۵۹] و حضور همسر، احساس همبستگی و تعلق بیمار را افزایش داده، بر سلامت، عملکرد و درک حمایت اجتماعی بیمار تاثیر گذار است. بنابر این از مشارکت اعضای خانواده بیمار در جلسات مداخله، استقبال شد و مشارکت اعضای خانواده در فرآیند مراقبت مورد توجه قرار گرفت. این اقدام با شواهد علمی هماهنگی دارد [۷۹]. تحقیقات نشان داده، حمایت اجتماعی حمایت روانی و احساسی، اطلاعاتی، ملموس و معاشرتی) در واقع، مکانیسم مقابله ای عاطفه نگر، احساس ذهنی تعلق، پذیرش، مورد علاقه بودن و دریافت کمک در شرایط مورد نیاز، ادراک برآورده شدن نیازهای احساسی، همراه با احساس رضایت، تعلق و امنیت است، که درک و نگرش بیماران نسبت به حمایت دریافتی، را افزایش داده [۸۰] سبب حفاظت بیمار در مقابل تنشهای ناشی از بیماری، ارتقای سازگاری و تحمل بیماری مزمن، کاهش اضطراب و افسردگی، غلبه بر خود بیمار انگاری، افزایش اعتماد به نفس و گسترش روابط اجتماعی می گردد [۸۱]، از بروز عوارض نامطلوب فیزیولوژیکی بیماری جلوگیری نموده، میزان مراقبت از خود را افزایش داده، منجر به افزایش عملکرد بیماران می شود [۸۲]. علاوه بر اعضای خانواده بیمار بر توسعه ارتباطات اجتماعی و دیدار با دوستان و اقوام حتی در حد ارتباط تلفنی یا ارسال پیامک تاکید شد. زیرا بروز نارسایی مزمن کلیوی و ناتوانی عملکردی بیماران همودیالیز، سبب اختلال در روابط اجتماعی میشود و مراجعه مکرر فرد به مرکز دیالیز عضویت وی در گروههای مختلف را مختل می کند [۸۳]، در حالی که حضور دوستان و اعضای خانواده در شبکه ارتباطات اجتماعی فرد با ایجاد احساس تعلق، منابع حمایتی را در شکلهای حمایت عاطفی، ابزاری و اطلاعاتی فراهم می کنند [۸۴]. گروه تحقیق با آموزش مهارت عفو

REC.1397.83 و کد ثبت در سامانه کار آزمایشی بالینی IRCT20181103041532N1 می باشد.

تضاد منافع

نویسندگان اظهار می کنند که تضاد منافی در این تحقیق وجود ندارد.

مرکز تحقیقات سلامت معنوی دانشگاه علوم پزشکی قم، بیماران و کارکنان بخش همودیالیز بیمارستان کامکار قم ابراز می دارند. این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی مصوب در مرکز تحقیقات سلامت معنوی دانشگاه علوم پزشکی قم است که با حمایت‌های مادی و معنوی آن مرکز انجام شد. دارای کد اخلاق IR.MUQ.

References

1. Kasper DL, Braunwald E, Fauci AC, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL. Harrison's principles of internal medicine. 18th Ed. New York: McGraw-Hill Companies; 2018.
2. Mula-Abed WA, Al Rasadi K, Al-Riyami D. Estimated glomerular filtration rate (GFR (: a serum creatinine-based test for the detection of chronic kidney disease and its impact on clinical practice. Oman Med J. 2012; 27(2):108-113. <https://doi.org/10.5001/omj.2012.23>
3. Mistovich J, Karren K, Hafen B. Pre hospital Emergency Care. 10th Edition. Brand: Pearson2020 .
4. 4- Iranian Dialysis Consortium, Department of Public Affairs and International Affairs. Iranian Dialysis Hall. Tehran: 2017. [On-line]. Available: <http://www.icdgroup.org>
5. Zhang QL, Rothenbacher D. Prevalence of chronic kidney disease in population-based studies: systematic review. BMC Public Health. 2008; 8(117):1-13. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-8-117>
6. Kao TW, Lai MS, Tsai TJ, Jan CF, Chie WC, Chen WY. Economic, Social, and Psychological Factors Associated With Health-Related Quality of Life of Chronic Hemodialysis Patients in Northern Taiwan: A Multicenter Study. Artific. organs. 2009; 33(1):61-68. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1594.2008.00675.x>
7. Tavallaii SA, Ebrahimia M, Shamspour N, Assari SJEjoim. Effect of depression on health care utilization in patients with end-stage renal disease treated with hemodialysis. Eur. J Intern. Med.2009; 20(4):411-4. <https://doi.org/10.1016/j.ejim.2009.03.007>
8. Mardanian L, Shahgholian N. An investigation of coping styles of hemodialysis patients. Iran J Nurs. Midwifery Res. 2013; 18(1): 42-46.
9. Narimani M, Rafigh S. A survey of relationship between coping styles and mental health in patients undergoing hemodialysis treatment. Q. J. Fun dam. Mental Health. 2008; 10 (38): 117-122. Official URL: http://jfmh.mums.ac.ir/article_1765.html
10. Saeedi M, Ghafarzagdeghan R, Hekmatpou D. Perception of Illness in Patients Undergoing Hemodialysis: A Qualitative Study. Iran Journal of nursing .IJN. 2017;30(107):60- 71.
11. Hojjati h. On the relationship between prayer frequency and spiritual health in patients under hemodialysis therapy. Q. J. Fun dam. Mental Health. 2010; 12 (46): 514-521. Official URL: http://jfmh.mums.ac.ir/article_1091.html
12. Kring DL, Crane PB. Factors affecting quality of life in persons on hemodialysis. nephrol nurs j. 2009; 36(1):15-24, 55.
13. Shaddock BJ, Sadok V. Kaplan and Shaddock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences. Clinical Psychiatry. Tehran: Arjmand Publication: 2019.
14. Ghasempour A, Sooreh J, Seid Tazeh Kand MT. predicting death anxiety on the basis of emotion cognitive regulation strategies. JSRP 2012; 13 (2, 48): 65- 72.
15. Oshvandi Kh, Amini Sh, Moghimbeigi A, Sadeghian E. The effect of spiritual care on death anxiety in hemodialysis patients with end-stage of renal disease: HAYAT. 2018; 23(4): 332-344.
16. Moetamedi A, Pajouhinia Sh, Fatemi Ardestani H. The Impact of Spiritual Wellbeing and Resiliency in Predicting Death Anxiety among Elderly People in Tehran. Shefaye Khatam. 2015; 3(2): 19-26.
17. Venes D, Taber CW. Taber's cyclopedia medical dictionary. 22th ed. Philadelphia: F.A. Davis Company; 2016.
18. Valikhani A, Yarmohammadi Vassel M. The relationship between attachment styles and death anxiety among cardiovascular patients. JKMU. 2014; 21(4): 355-367.
19. Delshad Noughabi A, Ghorbany Moghadam I, Khavasi M, Raznahan R, Abbasi Mendi A, Mohsenikhah M . Evaluation of Depression, Anxiety and Stress in Hemodialysis Patients in Gonabad City 2017. Horizon Med Sci. 2019, 25(2): 134-138.
20. Baratee F, Ramezanzade Tabriz E, Fegghi H, Sharifzadeh G, Najafi F . Investigation of Anxiety Status and Some Related Factors in Hemodialysis Patients in Birjand in 2014. J Tanin Salamat. 2015; 3(4): 1-7.
21. Ahmadzadeh Gh, Mehdi M. The prevalence of depression, anxiety and psychosis among hemodialysis patients of Nour and Ali Asghar hospital in Isfahan. J of Esfahan Med School. 2012; 29(162): 1918-1926.
22. Mollahadi M, Tayyebi A, Ebadi A, Daneshmandi M.

- Comparison between anxiety, depression and stress in hemodialysis and kidney transplantation patients. *IJCCN*. 2010; 2(4): 153-166.
23. Nazemian F, Ghafari F, Pourghazneyn T. Evaluation of depression and anxiety in hemodialysis patients. *Mjms*. 2008; 51 (3): 171-176. Official URL http://mjms.mums.ac.ir/article_5511.html
 24. Finkelstein F, Finkelstein S. Depression in chronic dialysis patients: Assessment and treatment. *nephro dial transplant*. 2000; 15(12): 1911-1913. <https://doi.org/10.1093/ndt/15.12.1911>
 25. Dumitrescu AL, Gârneaþă L, Guzun O. Anxiety, stress, depression, oral health status and behaviors in Romanian hemodialysis patients. *Rom J Intern Med*. 2009; 47(2):161-168.
 26. Kimmel PL, Cohen SD, Peterson RA. Depression in patients with chronic renal disease: where are we going? *J. Ren. Nutr*. 2008; 18(1):99-103. <https://doi.org/10.1053/j.jrn.2007.10.020>
 27. Cukor D, Coplan J, Brown C, Friedman S, Newville H, Safier M, et al. Anxiety disorders in adults treated by hemodialysis: a single-center study. *Am J Kidney Dis*. 2008; 52(1):128-36. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2008.02.300>
 28. Bossola M, Ciciarelli C, Luigi G, Vulpio C, Luciani G, Tazza L. Correlates of symptoms of depression and anxiety in chronic hemodialysis patients. *Gen Hosp. Psychiatry* 2010; 32(2):125-131. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2009.10.009>
 29. Murtagh F, Addington-Hall J, Higginson IJ. The prevalence of symptoms in end-stage renal disease: a systematic review. *Adv Chronic Kidney Dis*. 2007; 14(1):8 <https://doi.org/10.1053/j.ackd.2006.10.001>
 30. Chen C-K, Tsai Y-C, Hsu H-J, Wu I-W, Sun C-Y, Chou C-C, et al. Depression and suicide risk in hemodialysis patients with chronic renal failure. *J. Psychosom. Res*. 2010; 51(6):528-530. [https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(10\)70747-7](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(10)70747-7)
 31. Akbarpour H, Asadzandi M, Saffari M, Khaghanizadeh M. Effect of Spiritual Care Based on Sound-Heart Consulting Model [SHCM] on Spiritual Health of Hemodialysis Patients. *IJCCN*. 2017 10(4) (:1-6. <https://doi.org/10.5812/ccn.16147>
 32. Asadzandi M. Clients and Patients' Spiritual Nursing Diagnosis of the Sound Heart Model. *J Com Med Health Educ*. 2017; 7(6):1-6. <https://doi.org/10.4172/2161-0711.1000581>
 33. Akhbardeh M. Role of Spiritual Beliefs and Prayer in Health Promotion of Chronic Patients: A Qualitative Study. *Quart J Quran Med* 2011; 1(5):5-9.
 43. Delaney C, Barrere C. Blessings: the influence of a spirituality-based intervention on psycho-spiritual outcomes in a cardiac population. *J Holist Nurs*. 2008; 22(4): 210-219.
 35. Farahaninia M, Abbasi M, Givari A, Haghani H. Nursing students' spiritual well-being and their perspectives towards spirituality and spiritual care perspectives. *Iran. J. Nurs. Res*. 2006; 18(44): 7-14.
 36. Sangestani G, Khatiban M, Pourolajal J, Oshvandi Kh. Influence of doula on the primiparous parturients' anxiety in the delivery ward. *HAYAT*. 2013; 19(4): 48-60.
 37. Gijsberts M, Liefbroer A, Otten R, Olsman E. Spiritual Care in Palliative Care: A Systematic Review of the Recent European Literature. *Med Sci*. 2019 7; 7(2):25-32.
 38. Valikhani A, Yarmohammadi-Vasel M. The relationship between attachment styles and death anxiety among cardiovascular patients. *JKMU*. 2014; 21(4): 355-367.
 39. Moritz S, Kelly MT, Xu TJ, Toews J, Rickhi B. A spirituality teaching program for depression: qualitative findings on cognitive and emotional change. *Complement Ther Med*. 2011; 19(4): 201-207. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2011.05.006>
 40. Koszycki D, Bilodeau C, Raab-Mayo K, Bradwein J. A Multifaith Spiritually Based Intervention Versus Supportive Therapy for Generalized Anxiety Disorder: A Pilot Randomized Controlled Trial. *J Clin Psychol*. 2014; 70(6): 489-509. <https://doi.org/10.1002/jclp.22052>
 41. Lemmer C. Teaching the spiritual dimension of nursing care: a survey of U.S. baccalaureate nursing programs. *J Nurs. Educ*. 2002 Nov; 41(11): 482-90.
 42. Fitchett G, Emanuel L, Handzo G, Boyken L, Wilkie DJ. Care of the human spirit and the role of dignity therapy: a systematic review of dignity therapy research. *BMC Palliat Care*. 2015; 14: (8). <https://doi.org/10.1186/s12904-015-0007-1>
 43. Cavendish R, Konecny L, Mitzeliotis C, Russo D, Luise B, Lanza M, et al. Spiritual care activities of nurses using Nursing Interventions Classification labels. *Int J Nurs Terminol Classif*. 2003; 14(4): 113-124. <https://doi.org/10.1111/j.1744-618X.2003.00113.x>
 44. Richards P.S, Hardman R.K, Berrett M.W. Spiritual Approaches Women with Eating Disorders. *American Psychological Assoc*. 2007.
 45. Ellison C.G, Burdette A.M, Hill T.D. Blessed assurance: Religion, anxiety, and tranquility among US adults. *Soc. Sci. Res*. 2009. 38(3): 656-667.
 46. Paukert AL, Phillips L, Cully JA, Loboprabhu SM, Lomax JW, Stanley MA. Integration of religion into cognitive behavioral therapy for geriatric anxiety and depression. *J. Psychiatr. Pract*. 2009; 15(2); 103-112.
 47. Ghasemi S, Dehghan P, Jahan Razadeh A, Elihari A, Bameri F. The effect of foot reflexology massage on anxiety of hemodialysis patients. *Zabol Med School*

- J. 2020; 2 (4):22-29. <http://www.jzms.ir/index.php/JZMS/article/view/155>
48. Motaghee M, Ibrahim Zadeh M. Evaluation of the difference between two non-pharmacological methods of Benson muscle relaxation and mental imagery on anxiety level of patients undergoing hemodialysis in Mahshahr city: a randomized controlled trial. *J.UrmiaNurs.MidwiferyFac.* 2019; 16(12):881-890.
 49. Moradi M, Azizi H, Safari A, Kushan M. Acupressure on anxiety level of hemodialysis patients. *Nutrients.*2015; 22(5):765-772.
 50. DreesF , Aein F , Akbari A. Effect of Breathing Intervention on Anxiety Level of patients Undergoing Hemodialysis . *J Clin Nurs Midwife.* 2018; 2(7):170-179.
 51. Shirazi M, Kuhkan AS, Khosrovani. The effect of peer-reviewed mental rehabilitation on depression, anxiety and stress in hemodialysis patients in Zahedan. *Iran J Basic Med Sci.* 2015; 23 (2): 130-140.
 52. Khosh-khat N, Amiri M, Bazzian SA, Yazdinejad AS. The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Symptoms of Anxiety, Depression, and Stress in Hemodialysis Renal Patients. *IJNR.* 2020, 14(6): 9-17.
 53. Soleimani M, Tabibian S, Bakhshandeh H, Asghar M. The effect of disease-based intervention on death anxiety of hemodialysis patients: a clinical trial study. *JMUMS.*2020; 28(162):12-24.
 54. Ahmadvand A, Saeer R, Sepehrmanesh Z, Ghanbari A. The effect of cognitive behavioral group therapy on anxiety and depression in hemodialysis patients in Kashan. *Qom Univ.*2014; 1(6):35-39.
 55. Aghajani M, Afazel M, Morasai F. The Effect of Spirituality Counseling on Anxiety and Depression Hemodialysis Patients. *EBCJ,* 2013; 3(9):20-28.
 56. Asadzandi M. An Islamic religious spiritual health training model for patients *J Relig. Health.*2018; 1-15. <https://doi.org/10.1007/s10943-018-0709-9>
 57. Abolghasemi H, Asadzandi M. Reinforcing faith, the main care and method of maintaining and improving the spiritual health of patients and clients. *ijhp.* 2018; 1(1):39-49.
 58. Asadzandi M. Characteristics of Sound Heart Owners as Islamic Spiritual Health Indicators. *JCMHR.* 2019; 4(1):1-4. id1032.
 59. Akhtari A, Ranjkesh F, Asadzandi A, OlfatiF. The impact of spiritual counseling on domestic violence in pregnant women: a clinical trial. *J Urmia Nurs Midwifery Fac.* 2019; 17(5):410-420.
 60. Asadi M, Asadzandi M, Ebadi A. Effects of spiritual care based on Gable Salim nursing model in reducing anxiety of patients undergoing CABG surgery. *IJCCN.* 2014; 6(4):142-151.
 61. Asadzandi M. Sound Heart: Spiritual Nursing Care Model from Religious Viewpoint. *J Relig. Health.*2017; 56(6): 2063–2075.
 62. Asadzandi M. A guide to the spiritual care of patients. Publisher: Publications of the Iranian Academy of Medical Sciences; 2017.
 63. Faul, Franz, Edgar Erdfelder, Albert-Georg Lang, and Axel Buchner .G Power 3: A Flexible Statistical Power Analysis Program for the Social, Behavioral, and Biomedical Sciences. *Behav. Res. Methods.*2007; 39(2): 175–191.
 64. Beck A, Apstein N, Brown G, Steer R. An inventory for measuring clinical anxiety psychometric properties. *J. Consult. Clin. Psychol.* 1988; 56(6):893-897.
 65. Fallahi Khesht-Masjedi M, Omar Z, Kafi Masoleh M. Psychometrics properties of the Persian version of Beck Anxiety Inventory in North of Iranian adolescents. *Int J Educ Psychol Res* 2015; 1(2):145-153. <http://www.ijepjournal.org/text.asp?2015/1/2/145/152233>
 66. Asadzandi M. Analysis of nursing concepts and theories with introduce Sound Heart model (Methods of care based on Islam). Heydari Publications; 2013.
 67. Asadzandi M. Principles of spiritual communication based on religious evidence in the “Sound Heart Model”. *J Med.Therapeut.*1-5 :3(2) ;2018 .
 68. Al-Arabi S. Quality of life: Subjective descriptions of challenges to patients with end stage renal disease. *Nephrol Nurs J.* 2006; 33(3): 285-298.
 69. Asadzandi M. Handbook for anger management training for family Publisher: Resaneh-takhassosi; 2018.
 70. Ebrahimi H, Navidian A, Keykha R. Effect of supportive nursing care on self -esteem of patients receiving electroconvulsive therapy: a randomized controlled clinical trial. *J Caring Sci.* 2014; 3(2): 149-156.
 71. Leung KK, Chen CY, Lue BH, Hsu ST. Social support and family functioning on psychological symptoms in elderly Chinese. *Arch Gerontol Geriatr.* 2007; 44(2): 203-213. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2006.05.001>
 72. Rezaei T, Azarfarin R, Totonchi Z, Bakhshandeh H, Alizadehasl A, Fakhari S. Effects of a nursing supportive program on anxiety and stress levels in the family members of patients after cardiac surgery in the ICU. *IHJ.* 2017; 17(4): 36-41.
 73. Khordeh Fourosh H, Soheili A, Rahmani A, Mohamadpour Y, Mohammadzadeh M-H, Sheikhi N. The effect of supportive care plan: a new process of nursing care delivery on physiological indicators of patients undergoing cardiac coronary angiography *J. Urmia Nurs. Midwifery Fac.* 2016; 14(4): 325-334.
 74. Kumakech E, Cantor-Graae E, Maling S, Bajunirwe F. Peer-group support intervention improves the psychosocial well-being of AIDS orphans: cluster

- randomized trial. *Soc Sci Med.* 2009 Mar; 68(6): 1038-1043.
75. Mohr DC, Burke H, Beckner V, Merluzzi N. A preliminary report on a skills-based telephone administered peer support program for patients with multiple sclerosis. *Mult Scler.* 2005; 11(2): 222-226.
 76. Babamohamadi H, Kadkhodaei-Elyaderani H, Ebrahimian A. et al. The Effect of Spiritual Care Based on the Sound Heart Model on the Spiritual Health of Patients with Acute Myocardial Infarction. *J Relig Health.* 2020.77
 77. Edraki M, Noeezad Z, Bahrami R, Pourahmad S, Hadian Shirazi Z. Effect of Spiritual Care Based on “Ghalbe Salim” Model on Anxiety among Mothers with Premature Newborns Admitted to Neonatal Intensive Care Units. *IJN.* 2019; 10(1):50-57.
 78. Asadzandi M. Effect of spiritual health (Sound Heart) on the other dimensions of health at different levels of prevention. *Clin J Nurs Care Pract.* 18-24 : (1)2 ;2018 .
 79. Mazandarani H, Asadzandi M, Saffari M, Khaghanizadeh M. (2018). The Effect of Spiritual Care Based on Sound Heart Model on Quality of Life in Hemodialysis Patients. *JPBHF.* 1(1):1-6.
 80. Ravanbakhsh E, Ahmadi H, Jannati Y, Khalilian A, Espahbodi F. The relationship between perceived social support and self- efficacy with diet adherence among hemodialysis patient. *Sci J Hamadan Nurs Midwif* 2013; (21)3 .59-67.
 81. Aghakhani N, Sharif F, Molazem Z, Habibzadeh H. A qualitative study of hemodialysis patient’s experience of perceived personal social. *J. Urmia Nurs. Midwifery Fac.* 2014; 12(6); 409-419.
 82. Heo S, Lennie TA, Moser DK, Kennedy RL. Types of social support and their relationships to physical and depressive symptoms and health-related quality of life in patients with heart failure. *Heart & Lung* 2014; 43(4): 299-305. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2014.04.015>
 83. Unruh ML, Weisbord SD, Kimmel PL. Health-related quality of life in nephrology research and clinical practice. *Semin Dial.* 2005; 18(2): 82-90. <https://doi.org/10.1111/j.1525-139X.2005.18206.x>
 84. Ansari O, Shafipour V, Heidari Gorji M, Mohammad pour R. Association between Subjective Wellbeing and Perceived Social Support and Spiritual Well-Being in Hemodialysis Patients. *J Mazan Uni Med Sci.* 2018; 28 (166): 140-150.
 85. Rafii F, Rambod M, Hosseini F. Perceived Social Support in Hemodialysis Patients. *HAYAT.* 2009; 1(15):5-12.
 86. Rahimi Z. Evaluation of Perceived Social Support of Patients Undergoing Hemodialysis and Its Relation to Treatment Adherence and Clinical Outcomes in Educational Institutions in West Azerbaijan Province. *J. Urmia Nurs. Midwifery Fac.* 2017; 14(11): 952-959.
 87. Asadzandi M , Eskandari AR, Khadem olhosseini S.M, Ebadi A. Designing and validation religious evidence-based guidelines of Sound Heart pastoral care model for hospitalized patients. *Res. J. Med. Sci.* 2017; 1(1):1-6.
 88. Saeidi Taheri Z, Asadzandi M, Ebadi A. The effect of spiritual care based on Ghalbe Salim model on the sleep quality of the patients with coronary artery disease. *IJCCN.* 2014; 7(2):94-103.
 89. Vazifeh doust M, Hojjati H, Farhangi H. Effect of Spiritual Care Based on Ghalbe Salim on Anxiety in Adolescent with Cancer. *J Relig Health.* 2019. <https://doi.org/10.1007/s10943-019-00869-9>
 90. Asadzandi M. Prevention of Death Anxiety by Familiarity with the Concept of Death *J Prev Med care* 2019; 2(4): 23-30. <https://doi.org/10.14302/issn.2474-3585.jpmc-19-2947>