

بررسی تأثیر برنامه مراقبت معنوی بر تبعیت از درمان بیماران تحت همودیالیز

مریم رحیم‌پور^۱، ناصر پرزاد^۲، عبدالله خرمی مارکانی^۳، وحید علی‌نژاد^۴

تاریخ دریافت ۱۴۰۲/۱۲/۱۸ تاریخ پذیرش ۱۴۰۲/۰۱/۲۱

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: عدم تبعیت از درمان در بیماری‌های مزمن و مخصوصاً در بیماران تحت همودیالیز هنوز به‌عنوان یک چالش مطرح است که نیازمند استفاده از مداخلات پرستاری اثربخش است. این پژوهش باهدف تعیین تأثیر برنامه مراقبت معنوی بر تبعیت از درمان بیماران تحت همودیالیز انجام شد. **مولد و روش کار:** مطالعه حاضر یک مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی شده دو گروه با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون است که بر روی بیماران تحت همودیالیز مراجعه‌کننده به بخش‌های همودیالیز بیمارستان‌های شهر ارومیه در نیمه دوم سال ۱۴۰۲ انجام شد. در گروه‌های مداخله و کنترل مراقبت‌های روتین بخش ادامه داشت. برای بیماران گروه مداخله، برنامه مراقبت معنوی شامل چهار جلسه یک‌ساعتی بود که به‌صورت انفرادی و دو بار در هفته بعد از انجام همودیالیز در یک اتاق مناسب در بخش همودیالیز انجام شد. جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های اطلاعات دموگرافیک بیماران و تبعیت از درمان در بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه کیم و همکاران (۲۰۱۰) قبل و بعد از مداخله استفاده شد. داده‌ها با نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۲ و با استفاده از آزمون‌های آماری توصیفی و استنباطی تحلیل شدند.

یافته‌ها: دو گروه از نظر مشخصات جمعیت شناختی تفاوت آماری معنی‌داری نداشتند و همگن بودند. میانگین نمرات تبعیت از درمان بیماران قبل از مداخله در گروه آزمون ۸۵/۶۲ ± ۶۷۸/۳۷ و در گروه کنترل ۱۰۷/۶۲ ± ۶۸۲/۶۹ بود که تفاوت آماری معنی‌داری نداشتند (P=۰/۸۴۸). بعد از مداخله در گروه آزمون به ۱۳۹/۹۸ ± ۸۹۷/۹۷ و در گروه کنترل به ۱۰۴/۲۱ ± ۶۹۴/۸۷ رسید که تفاوت بین آن‌ها معنی‌دار بود (P<۰/۰۰۱) و در گروه آزمون ارتقا پیدا کرده بود. **بحث و نتیجه‌گیری:** یافته‌ها نشان داد که برنامه مراقبت معنوی در ارتقای تبعیت از درمان بیماران تحت همودیالیز مؤثر است لذا پیشنهاد می‌شود که پرستاران شاغل در بخش‌های همودیالیز در کنار مداخلات پرستاری به بعد معنوی بیماران توجه نمایند و برنامه مراقبت معنوی را در برنامه‌های خود برای بیماران بگنجانند. **کلیدواژه‌ها:** مراقبت معنوی، تبعیت از درمان، بیمار، همودیالیز

مجله پرستاری و مامایی، دوره بیست و دوم، شماره اول، پی‌درپی ۱۷۴، فروردین ۱۴۰۳، ص ۴۸-۳۸

آدرس مکاتبه: گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران، تلفن: ۰۴۴۳۲۷۵۴۹۶۱

Email: parizad.n@umsu.ac.ir

مقدمه

(۳). در حال حاضر حدود ۸۵۰ میلیون نفر در سراسر جهان به بیماری‌های کلیوی مبتلا هستند و بر اساس پیش‌بینی‌های صورت گرفته بیماری‌های مزمن کلیوی تا سال ۲۰۴۰ پنجمین علت مرگ‌ومیر در جهان خواهند بود (۴). شیوع و میزان بروز بیماری کلیوی مرحله نهایی در ایران به ترتیب ۳۵۷ و ۵۷ مورد در هر یک‌میلیون نفر از جمعیت در یک سال گزارش شده است (۵). مدیریت بیماری کلیوی مرحله نهایی نیاز به درمان جایگزین کلیه از

بیماری مزمن کلیه^۱ یک عامل تهدیدکننده سلامت عمومی در سرتاسر جهان می‌باشد که شیوع آن در افراد بزرگ‌سال به‌خصوص افراد بالای ۶۰ سال در حال افزایش است (۱، ۲). بیماری کلیوی مرحله نهایی، به کاهش برگشت‌ناپذیر عملکرد کلیه گفته می‌شود که در صورت عدم انجام دیالیز یا پیوند کلیه منجر به مرگ می‌گردد

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت‌های ویژه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

^۲ دانشیار پرستاری، گروه پرستاری، مرکز تحقیقات چاقی مادر و کودک، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران (نویسنده مسئول)

^۳ دانشیار پرستاری، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی خوی، دانشگاه علوم پزشکی خوی، ایران

^۴ استادیار آمار زیستی، گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

^۵ Chronic Kidney Disease (CKD)

طریق دیالیز یا پیوند کلیه را دارد. که اکثریت قریب به اتفاق بیماران در ابتدا با همودیالیز درمان می‌شوند (۶).

در حال حاضر همودیالیز رایج‌ترین روش درمانی در نارسایی مزمن کلیه است. بیماران به دنبال شروع همودیالیز، با نیازهای متعدد و تغییرات زیادی در زندگی خود روبه‌رو می‌شوند و برای حفظ زندگی خود و پیشگیری از عوارض ناشی از آن به رعایت رژیم غذایی، رژیم درمانی و مایعات نیاز دارند (۷). بیماران به دنبال شروع همودیالیز، با نیازهای متعدد و تغییرات زیادی در زندگی خود روبه‌رو می‌شوند و برای حفظ زندگی خود و پیشگیری از عوارض ناشی از آن به رعایت رژیم غذایی، رژیم درمانی و مایعات نیاز دارند (۷). همودیالیز عوارض و مشکلات متعددی نظیر اضطراب، اختلال خواب، افسردگی، مشکلات فیزیکی و سوءتغذیه را در این بیماران ایجاد می‌کند (۷-۹). یکی از این مهم‌ترین عوارض همودیالیز افسردگی و اضطراب است (۸). مطالعات نشان داده است که افسردگی باعث عدم تبعیت این بیماران از درمان می‌شود (۹، ۱۰).

عدم تبعیت از رژیم درمانی یکی از مشکلات جدی در بیماران تحت همودیالیز است (۹). تبعیت از رژیم درمانی در این بیماران یک فاکتور مهم برای دستیابی به نتایج درمانی مطلوب بوده و سبب کاهش میزان مرگ‌ومیر، ناتوانی بیمار و عوارض ناشی از همودیالیز مانند اختلالات تغذیه‌ای، گرفتگی عضلانی و عفونت خون خواهد شد (۱۱). بیش از نیمی از بیماران همودیالیزی رژیم درمانی خود را رعایت نمی‌کنند (۱۲). آراد و همکاران در سال ۱۳۹۹ نشان دادند که میزان تبعیت بیماران تحت همودیالیز از رژیم درمانی در سطح پایین قرار داشت (۱۳). از آنجاکه بیماران دارای سطح سواد بهداشتی پایین، کنترل کمتری بر بیماری خود دارند، لذا برنامه آموزشی و مراقبتی به این افراد باعث بهبود ارائه مراقبت‌های بهداشتی و کاهش هزینه‌ها می‌شود (۱۴). عدم اجرای برنامه آموزشی و مراقبتی موجب می‌شود تا بیماران به علت عدم آگاهی از وضعیت خود دچار استرس شده و در مراقبت از خود دچار اشتباه شوند و در برخی موارد به خود آسیب برسانند (۱۱).

استرس‌های روانی تنها بیمار را از نظر جسمی تحت تأثیر قرار نمی‌دهد، بلکه از نظر روحی و معنوی نیز بر بیمار تأثیر می‌گذارد (۱۵)، که این موضوع خود روی سلامتی و تبعیت از درمان بیماران اثرات منفی دارد (۱۶). بنابراین برای غلبه این بیماران به استرس ناشی از بیماری و کاهش مشکلات آن‌ها برآوردن نیازهای معنوی و ارتقاء سلامت معنوی در این بیماران توصیه شده است (۱۷). معنویت، به‌عنوان عنصر اساسی مراقبت بالینی جهت برآورده شدن نیازهای روحی بیماران شناخته شده است (۱۸). در واقع جدیدترین بعد سلامت است که در کنار ابعاد دیگر سلامتی همچون سلامت جسمی، روانی و سلامت اجتماعی قرار گرفته است (۳۱). معنویت

همراه با نیروهای مذهبی سبب ایجاد نگرش مثبت فرد نسبت به دنیا می‌شود و او را در مقابل پذیرش موقعیت‌های غیرقابل تغییر مثل بیماری یاری می‌رساند و وی را به بهتر شدن زندگی امیدوار می‌کند (۱۹). رضایی و همکاران یافتند که بین ایمان درونی، سلامت معنوی، امید و سایر حالات مثبت خلقی، ارتباط مستقیم وجود دارد (۲۰).

از آنجاکه هدف پرستاری حفظ و ارتقاء سلامت، پیشگیری از بیماری و برطرف کردن ناخوشی و ناراحتی بیماران است مراقبت معنوی سهم قابل‌توجهی را در دستیابی به این هدف دارا است (۲۱)؛ بنابراین برآوردن نیازهای معنوی بیماران باید در وظیفه و توجه پرستاری وجود داشته باشد و مراقبت معنوی باید جزء اساسی‌ترین مداخلات پرستاری قرار گیرد (۲۲). با توجه به آمار بالای عدم تبعیت از درمان در این بیماران و عوارض جدی آن؛ همچنین در مرور متون مطالعه‌ای که تأثیر برنامه مراقبت معنوی را در بیماران تحت همودیالیز در ایران بررسی کرده باشد، یافت نشد. لذا این مطالعه باهدف تعیین تأثیر برنامه مراقبت معنوی بر تبعیت از درمان بیماران تحت همودیالیز مراجعه‌کننده به مراکز همودیالیز ارومیه در سال ۱۴۰۲ انجام شد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه یک پژوهش کارآزمایی بالینی تصادفی شده دارای گروه کنترل و با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون بود. جامعه پژوهش آن را بیماران تحت همودیالیز مراجعه‌کننده به مراکز همودیالیز شهر ارومیه در نیمه دوم سال ۱۴۰۲ تشکیل دادند. حجم نمونه با توجه به مطالعه ژیانفر و همکاران (۲۳) و از طریق فرمول

$$n = \frac{\left(Z_{1-\frac{\alpha}{2}} + Z_{1-\beta} \right)^2 (\delta_1^2 + \delta_2^2)}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

بر اساس آزمون t دو نمونه مستقل و با استفاده از نرم‌افزار آماری *stata* محاسبه گردید. با قرار دادن مقدار آلفای ۵ درصد، توان آزمون ۸۰ درصد و با در نظر گرفتن احتمال ریزش ۱۵ درصدی برای هر گروه ۴۰ نفر و در کل ۸۰ نفر برآورد گردید. واحدهای مورد پژوهش بر اساس معیارهای ورود شامل: تشخیص قطعی ابتلا به نارسایی مزمن کلیه و تحت همودیالیز بودن بیمار توسط متخصص نفرولوژی، داشتن پرونده در بخش همودیالیز و انجام همودیالیز سه بار در هفته و هر بار به مدت ۳ الی ۴ ساعت، سن بین ۳۲ تا ۶۸ سال (۲۴)، تمایل به شرکت در مطالعه، توانایی شنیداری و گفتاری، داشتن سواد خواندن و نوشتن و مسلمان باشد، بود. معیارهای خروج نیز شامل: عدم تمایل بیمار به ادامه شرکت در مطالعه به هر دلیل، بدحال شدن بیمار به هر دلیل و خروج وی از بخش یا انتقال به

داشتند انتخاب نمود. نمونه‌ها با تخصیص تصادفی به دو گروه مداخله و گروه کنترل تقسیم شدند. در واقع بخش همودیالیز دو بیمارستان طالقانی و امام خمینی با قرعه‌کشی به گروه کنترل و مداخله تخصیص یافتند. ابتدا با استفاده از پرسشنامه‌های دموگرافیک و پرسشنامه تبعیت از درمان پیش‌آزمونی از تمامی شرکت‌کنندگان به عمل آمد. در گروه‌های مداخله و کنترل مراقبت‌های روتین بخش ادامه داشت. برنامه مراقبت معنوی شامل چهار جلسه یک‌ساعته بود که به‌صورت انفرادی و دو بار در هفته بعد از انجام همودیالیز در یک اتاق مناسب در بخش همودیالیز انجام شد (۲۷). جلسه اول، حضور حمایت‌گرانه، جلسه دوم، حمایت از تشریفات مذهبی بیمار، جلسه سوم، استفاده از سیستم‌های حمایتی و جلسه چهارم، جمع‌بندی مطالب بود. قبل از اجرای برنامه مراقبت معنوی ابتدا با مطالعات گسترده کتابخانه‌ای و مروری بر مقالات، بسته آموزشی مراقبتی (کتابچه و بروشور) برای بیماران همودیالیزی تهیه و به بیماران گروه مداخله تحویل داده شد. یک شماره تلفن ثابت و همراه از بیمار یا همراه بیمار جهت پیگیری و پرسیدن هرگونه پرسش در زمینه بیماری گرفته شد. گروه کنترل هیچ آموزشی در این زمینه دریافت نکرد. پس از اتمام مداخله آموزشی، پرسشنامه تبعیت از درمان توسط شرکت‌کنندگان هر دو گروه تکمیل شد. بعد از اتمام مداخله بسته آموزشی به بیماران گروه کنترل هم تحویل داده و در جلسه‌ای از قبل هماهنگ شده به سؤالات بیماران پاسخ داده شد. داده‌ها به‌وسیله آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار، فراوانی) و آزمون‌های استنباطی (کای دو، دقیق فیشر و آزمون تی زوجی، تی مستقل)، به کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. این مطالعه به تأیید کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ارومیه (با کد اخلاقی IR.UMSU.REC.1402.272) رسید. جهت رعایت اصول اخلاقی بیماران به‌طور داوطلبانه وارد مطالعه شدند و هر زمان که تمایل داشتند می‌توانستند از مطالعه خارج شوند. همچنین رضایت‌نامه آگاهانه از تمام بیماران اخذ شد. محرمانه ماندن تمام داده‌ها و رعایت امانت در منابع اطلاعاتی استفاده‌شده نیز رعایت شد.

ICU در حین مطالعه، فوت بیمار و انجام هرگونه پروسیجر خارج از برنامه روتین در طول مطالعه بود. نمونه‌گیری به روش در دسترس انجام گرفت.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها شامل پرسشنامه‌های اطلاعات جمعیت شناختی بیماران (سن، جنس، سطح تحصیلات، وضعیت سکونت، وضعیت تأهل، میزان درآمد و شغل) و تبعیت درمانی کیم و همکاران (۲۰۱۰) بود. پرسشنامه تبعیت از درمان در بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه در سال ۲۰۱۰ توسط کیم و همکاران در آمریکا طراحی و اعتبارسنجی شد. پرسشنامه مذکور دارای ۱۱ آیتم در پنج حیطه اصلی است که حیطه اول شامل اطلاعات عمومی (۷ سؤال)، حیطه دوم در رابطه با درمان با همودیالیز (۱۱ سؤال)، حیطه سوم در رابطه با تبعیت از درمان دارویی (۹ سؤال)، حیطه چهارم در رابطه با تبعیت از محدودیت مصرف مایعات (۱۱ سؤال) و حیطه پنجم مربوط به تبعیت از رژیم غذایی (۸ سؤال) است. نمره کلی تبعیت از درمان از جمع پنج حیطه مختلف به‌دست آمده و در محدوده ۰ تا ۱۲۰۰ قرار می‌گیرد. کسب نمره بالاتر در این پرسشنامه نشان‌دهنده تبعیت بهتر از درمان است که آزمودنی‌ها پاسخ خود را بر روی یک ابزار لیکرت ۵ نقطه‌ای از یک (عدم تبعیت درمان) تا پنج (تبعیت کامل درمان) مشخص می‌کنند (۲۵). روایی و پایایی این پرسشنامه در مطالعه کیم و همکاران در سال ۲۰۱۰ مورد تأیید قرار گرفت. آنان از پانل متخصصان برای بررسی روایی صوری و محتوا استفاده کرده و شاخص روایی محتوی را ۰/۹۹ گزارش نمودند. پایایی پرسشنامه با استفاده از همسانی درونی با آزمون آلفای کرونباخ ۰/۹۱ مورد تأیید قرار گرفت (۲۵). این پرسشنامه قبلاً در ایران بومی‌سازی شده و روایی و پایایی آن توسط رفیعی و همکاران در بیماران همودیالیزی مورد تأیید قرار گرفته است (پایایی آن با الفای کرونباخ ۰/۹۸ و آزمون مجدد ۰/۸۵ محاسبه شده است (۲۶)).

در مرحله اول پژوهشگر به مرکز آموزشی درمانی آیت‌الله طالقانی و امام خمینی (ره) ارومیه که دارای بخش همودیالیز می‌باشند، مراجعه کرد. سپس نمونه‌هایی که شرایط شرکت را

جدول (۱): برنامه مراقبت معنوی در گروه مداخله

جلسات	عنوان	محتوای جلسه
		۱. ایجاد اعتماد، همدلی و صداقت بین پرستار و مددجو جهت برقراری ارتباط مناسب
		۲. گوش دادن با توجه و دقت به سخنان بیمار، نگرانی و دلهره‌های بیماران
جلسه اول	حضور حمایت‌گرانه	۳. انجام حمایت‌های روحی- روانی از بیماران ۴. تقویت امید و قوای درونی افراد
		۵. استفاده از جملات انرژی مثبت و تقویت تفکرات سالم و سازنده
		۶. برقراری ارتباط کلامی و غیرکلامی با بیمار

جلسات	عنوان	محتوای جلسه
		۷. پاسخ به سؤالات بیمار و توضیح روند درمان، دادن اطلاعات و آگاهی به بیماران در مورد بیماری به منظور کاهش استرس‌های جسمی و روحی
		۸. تشویق بیماران به استفاده از فضاهاى تفریحی و دیدنی و انجام فعالیت‌های ورزشی طبق نظر پزشک معالج
		۱. کمک به مددجو در پیدا کردن معنا و مفهوم زندگی و توجه به این‌که هیچ‌یک از حوادث زندگی خارج از تقدیر الهی نیست
جلسه دوم	حمایت از تشریفات مذهبی بیمار	۲. فراهم آوردن امکانات لازم جهت انجام اعمال مذهبی ۳. تشویق بیمار به خواندن دعا، ذکر، نماز و قرآن ۴. تشویق بیمار به بیان عقاید دینی مذهبی خود ۵. تشویق بیماران جهت مراجعه به روحانیون مذهبی
جلسه سوم	استفاده از سیستم‌های حمایتی	۱. تشویق بیماران جهت ارجاع به افرادی که با آنها می‌توانند احساس آرامش داشته باشند ۲. حمایت عاطفی از بیماران توسط همراهان و کارکنان درمانی ۳. توصیه به همراهان بیمار مبنی بر کمک به بیمار جهت انجام مسؤولیت‌های معمولی و روزمره خود مانند انجام کارهای خانه ۴. تشویق بیمار به حضور در سر کار خود
جلسه چهارم	جمع‌بندی مطالب	مطالب آموزش داده شده در طی سه جلسه گذشته جمع‌بندی می‌شود و از بیماران خواسته می‌شود که نظرات و سؤالات خود را در زمینه مراقبت معنوی ارائه‌شده، بیان کنند و در صورت بروز هرگونه ابهام در زمینه آموزش‌های ارائه‌شده سعی خواهد شد که ابهام بیماران برطرف گردد.

یافته‌ها

درصد و کنترل (۷۴/۴ درصد) متأهل بودند. بیشتر شرکت‌کنندگان گروه آزمون (۵۴/۱ درصد) و کنترل (۴۶/۲ درصد) تحصیلات دیپلم و گروه آزمون (۳۵/۱ درصد) و گروه کنترل (۵۱/۳ درصد) بازنشسته بودند. بر اساس آزمون تی مستقل دو گروه از نظر (سن)، بر اساس آزمون کای دو، دو گروه از نظر (جنسیت، وضعیت تأهل، شغل، محل سکونت، تحصیلات و درآمد)، تفاوت آماری معنی‌داری نداشتند و همگن بودند ($P > 0.05$). (جدول ۲).

در مطالعه حاضر در مجموع ۸۰ بیمار شرکت داشتند که سه نفر در گروه آزمون و یک نفر در گروه کنترل به دلایلی از ادامه تحقیق انصراف دادند و مابقی تا پایان مطالعه باقی ماندند. میانگین سن شرکت‌کنندگان گروه آزمون $10/20 \pm 52/18$ سال و در گروه کنترل $10/77 \pm 52/00$ سال بود. بیشتر شرکت‌کنندگان گروه آزمون (۸۳/۸ درصد) و کنترل (۸۷/۲ درصد) مرد و گروه آزمون (۸۱/۱)

جدول (۲): توزیع فراوانی مشخصات دموگرافیک شرکت‌کنندگان در دو گروه و نتایج آزمون مقایسه میانگین‌ها

متغیر	دسته‌بندی	گروه آزمون		گروه کنترل	
		تعداد	درصد	تعداد	درصد
سن (سال)	۳۰-۵۰ سال	۱۶	۴۳/۲	۱۵	۳۸/۵
	۵۱-۶۰ سال	۱۲	۳۲/۴	۱۸	۴۶/۲
	۶۱-۷۰ سال	۹	۲۴/۳	۶	۱۵/۴
	انحراف معیار \pm میانگین	$52/18 \pm 10/20$		$52/00 \pm 10/77$	
	نتایج آزمون تی مستقل	$t = 0.078 \quad df = 74 \quad P = 0.938$			
جنسیت	مرد	۳۱	۸۳/۸	۳۴	۸۷/۲
	زن	۶	۱۶/۲	۵	۱۲/۸
	نتایج آزمون	$\chi^2 = 0.177 \quad df = 1 \quad P = 0.752$			

متغیر	دسته بندی	گروه آزمون		گروه کنترل	
		تعداد	درصد	تعداد	درصد
وضعیت تأهل	مجرد	۶	۱۶/۲	۹	۲۳/۱
	متأهل	۳۰	۸۱/۱	۲۹	۷۴/۴
	بیوه	۱	۲/۷	۱	۲/۶
		$\chi^2 = 0.565$ df=۲P = 0.781			
تحصیلات	زیر دیپلم	۱۳	۳۵/۱	۱۴	۳۵/۹
	دیپلم	۲۰	۵۴/۱	۱۸	۴۶/۲
	دانشگاهی	۴	۱۰/۸	۷	۱۷/۹
		$\chi^2 = 0.908$ df=۲P = 0.667			
شغل	خانه دار	۶	۱۶/۲	۵	۱۲/۸
	آزاد	۱۰	۲۷	۶	۱۵/۴
	بازنشسته	۱۳	۳۵/۱	۲۰	۵۱/۳
	بیکار	۶	۱۶/۲	۵	۱۲/۸
	ازکارافتاده	۲	۵/۴	۳	۷/۷
		$\chi^2 = 2.816$ df=۴P = 0.574			
درآمد	ناکافی	۱۵	۴۰/۵	۱۲	۳۰/۸
	تا حدی کافی	۹	۲۴/۳	۹	۲۳/۱
	کافی	۱۳	۳۵/۱	۱۸	۴۶/۲
		$\chi^2 = 1.088$ df=۲P = 0.617			
محل سکونت	بومی	۲۹	۷۸/۴	۳۲	۸۲/۱
	غیربومی	۸	۲۱/۶	۷	۱۷/۹
		$\chi^2 = 0.162$ df=۱P = 0.777			

نمرات میانگین و انحراف معیار تبعیت از درمان بیماران در گروه آزمون با استفاده از آزمون تی زوجی نشان داد که تفاوت از زمان پیش‌آزمون به زمان پس‌آزمون معنی‌دار بود و تبعیت از درمان بیماران بهبود پیدا کرده بود ($P < 0.001$). در گروه کنترل این تفاوت از زمان پیش‌آزمون به زمان پس‌آزمون معنی‌دار نبود ($P = 0.105$) (جدول ۳).

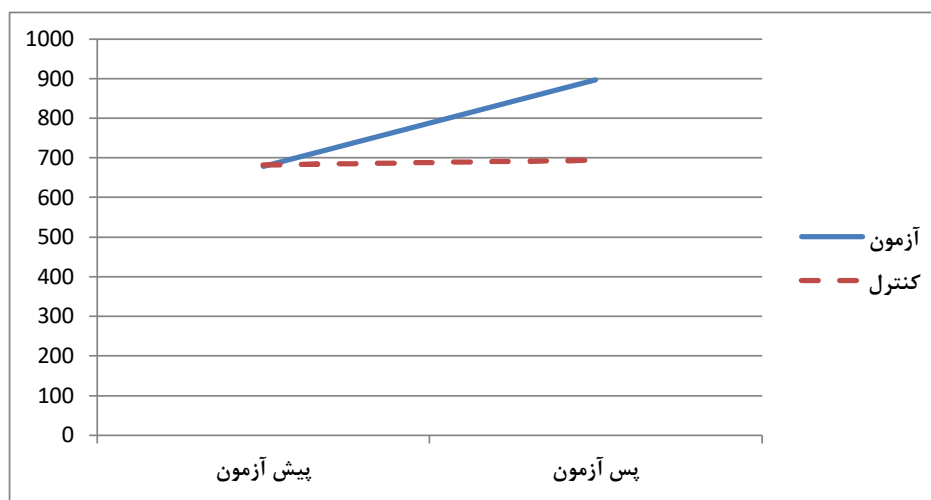
میانگین و انحراف معیار نمرات تبعیت از درمان بیماران قبل از مداخله در گروه آزمون 85.62 ± 67.37 و در گروه کنترل 107.62 ± 68.269 بود که بر اساس آزمون تی مستقل تفاوت آماری معنی‌داری نداشتند ($P = 0.848$). بعد از مداخله میانگین و انحراف معیار نمرات تبعیت از درمان بیماران در گروه آزمون به 139.98 ± 89.97 و در گروه کنترل به 104.21 ± 69.487 رسید که بر اساس آزمون تی مستقل این تفاوت معنی‌دار بود ($P < 0.001$). مقایسه

جدول (۳): مقایسه میانگین نمرات تبعیت از درمان و مؤلفه‌های آن در واحدهای مورد پژوهش قبل و بعد از مداخله

زمان گروه	قبل از مداخله		بعد از مداخله		×× نتیجه آزمون
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
آزمون	۳۰۵/۴۰	۷۸/۲۰	۳۸۹/۸۶	۹۳/۰۶	$P < 0.001$
کنترل	۲۹۹/۳۵	۸۵/۳۵	۳۰۳/۸۴	۷۹/۵۸	۰/۴۶۵
		$P < 0.001$			
آماره	۰/۳۲۱			۴/۳۳۸	

زمان گروه	قبل از مداخله		بعد از مداخله		نتیجه آزمون $\times\times$	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	P _{value}	آماره
تبعیت از درمان دارویی	آزمون	۱۱۴/۸۶	۱۶۲/۱۶	۴۶/۲۵	$P < 0.001$	-۶/۳۱۵
	کنترل	۱۲۵/۶۴	۳۴/۱۶	۱۳۰/۷۶	۰/۲۱۰	-۱/۲۷۵
	P _{value}	۰/۱۱۴	۰/۰۰۲			
	آماره	-۱/۶۰۱	۳/۲۰۱			
تبعیت از محدودیت مصرف مایعات	آزمون	۱۰۶/۷۵	۱۷/۳۲	۴۸/۰۸	$P < 0.001$	-۷/۲۸۷
	کنترل	۱۱۲/۸۲	۲۲/۱۱	۱۱۴/۱۰	۰/۳۲۴	-۱/۰۰۰
	P _{value}	۰/۱۸۹	$P < 0.001$			
	آماره	-۱/۳۲۶	۵/۷۷۱			
تبعیت از رژیم غذایی	آزمون	۱۵۱/۳۵	۳۰/۰۱	۱۸۲/۴۳	$P < 0.001$	-۵/۵۵۱
	کنترل	۱۴۴/۸۷	۳۵/۸۹	۱۴۶/۱۵	۰/۳۲۴	-۱/۰۰۰
	P _{value}	۰/۳۹۷	$P < 0.001$			
	آماره	۰/۸۵۱	۴/۸۶۹			
تبعیت از درمان کل	آزمون	۶۷۸/۳۷	۸۵/۶۲	۸۹۷/۹۷	$\times\times P < 0.001$	-۱۰/۲۲۹
	کنترل	۶۸۲/۶۹	۱۰۷/۶۲	۶۹۴/۸۷	۰/۱۰۵	-۱/۶۵۹
	P _{value} \times	۰/۸۴۸	$P < 0.001$			
	آماره	-۰/۱۹۳	۷/۱۹۹			

\times آزمون تی مستقل، $\times\times$ آزمون تی زوجی



نمودار (۱): روند تغییر میانگین تبعیت از درمان بیماران از زمان پیش‌آزمون به زمان پس‌آزمون

میانگین نمرات تبعیت از درمان بیماران قبل از مداخله بین دو گروه آزمون و کنترل تفاوت آماری معنی‌داری نداشت اما بعد از مداخله این تفاوت بین آن‌ها معنی‌دار بود و در گروه آزمون ارتقا پیدا کرده بود. عدم تبعیت از درمان مشکل شایعی در بیماران همودیالیزی است و به‌عنوان یکی از عوامل پیشرفت بیماری، افزایش

بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه باهدف تعیین تأثیر برنامه مراقبت معنوی بر تبعیت از درمان بیماران تحت همودیالیز مراجعه‌کننده به مراکز همودیالیز ارومیه در سال ۱۴۰۲ انجام شد.

شانس بستری و پاسخ نامناسب این بیماران به همودیالیز مطرح است (۲۶). باوجود اینکه تبعیت پایین از درمان در تمام بیماران مزمن و مخصوصاً بیماران تحت همودیالیز به‌عنوان یک چالش مطرح است اما هنوز انواع مداخلات آموزشی و بهره‌گیری از مدل‌های پرستاری نیز نتوانسته است این مشکل را حل نماید. به نظر می‌رسد بر اساس مطالعات انجام‌گرفته چهار عامل مرتبط با بیمار، عوامل اجتماعی-اقتصادی، عوامل مرتبط با درمان و عوامل مرتبط با اعضای تیم سلامت می‌توانند به عدم تبعیت یا ارتقای آن برگردد (۲۸). یکی از حلقه‌های مفقوده در این زمینه به یک‌بعدی از سلامت بر می‌گردد که شاید در این مداخلات نادیده گرفته شده است. توجه به این بعد هم به عوامل مرتبط با اعضای تیم سلامت و هم به عامل مرتبط با بیمار برمی‌گردد. از طرفی با این نگاه و دیدگاه که یکی از زمینه‌های عمده بیماری‌ها، تزلزل روحی ناشی از فقدان بعد معنوی است و در مقابل سلامت معنوی از جمله مهم‌ترین ابعاد سلامت در جهت سازگاری فرد با بیماری به‌ویژه در بیماران دیالیزی است (۲۹)، می‌توان گفت حلقه مفقوده در زنجیره مداخلات برای ارتقای تبعیت دارویی استفاده از مراقبت معنوی در پرستاری است. در راستای نتایج مطالعه حاضر، مرادی و همکارانش در سال ۲۰۲۰ مطالعه‌ای در ارتباط با تأثیر مداخله رویکرد تلفیقی مشاوره معنوی - شناختی بر تبعیت از رژیم درمانی و مؤلفه‌های آن در بیماران همودیالیزی شهر خرم‌آباد انجام دادند که بر اساس آن رویکرد تلفیقی مشاوره معنوی - شناختی باعث افزایش تبعیت از رژیم درمانی و مؤلفه‌های آن در بیماران همودیالیزی شد (۳۰). شیرین‌آبادی فراهانی و همکاران (۲۰۲۲) با بررسی نقش میانجی‌گری معنویت در افزایش تبعیت درمانی بیماران مبتلا به سرطان نشان دادند که تقویت سلامت معنوی و معنویت این بیماران برای افزایش تبعیت درمانی ضروری است (۳۱). طاهری و همکاران (۲۰۲۱) با بررسی ارتباط بین معنویت و تبعیت درمان در بیماران مغزی نشان دادند که ارتقای معنویت می‌تواند با ارتقای تبعیت دارویی همراه باشد (۳۲). تاچت^۱ و همکاران در کشور آمریکا (۲۰۱۲) با بررسی تأثیر معنویت بر تبعیت دارویی بیماران روان گزارش نمودند که معنویت بالا موجب افزایش تبعیت دارویی بیماران روان می‌شود (۳۳).

از نظر محقق از دلایل اصلی ارتقای تبعیت دارویی بیماران و کسب نتایج یکسان در مطالعات بررسی‌شده می‌توان به ماهیت مراقبت معنوی اشاره کرد که ارائه مراقبت معنوی به بیماران می‌تواند موجب آسودگی روانی و ایجاد هدف و معنا در بیماران گردد. از دیدگاه پرستاری جامع‌نگر، انسان موجودی چندبعدی است که بعد معنوی در مرکز این ابعاد قرار داشته و تأثیر بسزایی بر کسب سلامتی

دارد. معنویت و مراقبت معنوی جزء لاینفک مراقبت کل‌نگر در پرستاری محسوب شده و توجه به آن می‌تواند نقش مهمی در بهبود بیماران و دستیابی به اهداف سلامتی داشته باشد (۳۴). خرمی مارکانی و همکاران (۱۳۹۸) می‌نویسند ارتباط مراقبت معنوی با بهبودی مددجویان باعث شده که انجمن پرستاران آمریکا مراقبت معنوی را در استانداردها و کدهای اخلاقی خود به رسمیت بشناسند و مراقبت معنوی به‌عنوان جزئی از مراقبت کلی در برنامه درسی پرستاری گنجانده شود (۳۵). اوجی^۲ و همکاران در کشور آمریکا (۲۰۲۲) با انجام یک مطالعه مرور سیستماتیک گزارش نمودند که معنویت از طریق ارزیابی معنوی ممکن است به شناسایی تأثیر مثبت یا منفی بر سلامت کمک کند و از این طریق در ارتقای پایبندی به دارو مفید باشد (۳۶).

در مطالعه حاضر محقق به‌صورت کارآزمایی بالینی اثرات برنامه مراقبت معنوی را بر ارتقای تبعیت از درمان موردبررسی قرار داد که به‌عنوان نقطه قوت اصلی مطالعه مطرح است. مرور مطالعات نشان می‌دهد که اکثراً به‌صورت ارتباط سنجی و توصیفی بوده‌اند. همچنین باوجود اهمیت مراقبت معنوی در حرفه پرستاری اما اثرات آن در کشور ایران و مخصوصاً در محیط پژوهش یعنی شهر ارومیه موردبررسی قرار نگرفته است.

برنامه مراقبت معنوی می‌تواند با ارتقای سلامت معنوی گام مهمی در راستای تبعیت بهتر از رژیم درمانی و دارویی بردارد، شاعری نیا و همکاران در سال ۱۴۰۲ با بررسی ارتباط بین سلامت معنوی و امید با تبعیت از رژیم دارویی در سالمندان مبتلا به دیابت نوع دو نشان دادند که بهزیستی و سلامت معنوی به‌طور مستقیمی با پایبندی به درمان ارتباط داشت (۳۷). هرچند که این یافته در مطالعه افشاری (۱۳۹۷) تأیید نشد که در مطالعه خود باهدف پیش‌بینی تبعیت درمانی بیماران مبتلا به دیابت بر اساس خود شفقیت ورزشی، تنظیم هیجان و بهزیستی معنوی نشان داد که دشواری در تنظیم هیجان و خود شفقیت ورزشی به‌طور معناداری تبعیت از درمان بیماران مبتلا به دیابت را پیش‌بینی می‌کنند، اما بهزیستی معنوی در این مدل معنادار نبود (۳۸). همچنین به‌صورت ناهم‌سو با نتایج مطالعه حاضر در مطالعه مرور سیستماتیک بارباردنتو^۳ و همکاران (۲۰۱۸) نتایج نشان داد که برخی از مطالعات ارتباط مثبت بین معنویت و پایبندی درمانی را تأیید می‌کنند، اما برخی دیگر اثر معکوس یا حتی مختلط را نشان می‌دهند (۳۹).

از محدودیت‌های مطالعه می‌توان به این مورد اشاره کرد که از آنجایی که بیماران از دو مرکز مختلف (بیمارستان‌های امام خمینی و طالقانی) با دو مراقبت روتین متفاوت برای گروه‌های مداخله و

³ Bárbara Badanta-Romero

¹ Touchet

² Oji

گرایش مراقبت‌های ویژه است که در دانشگاه علوم پزشکی ارومیه به تصویب رسید. از مسئولین محترم معاونت پژوهش و فناوری و تحصیلات تکمیلی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه و همکاری صمیمانه مدیران و بیماران محترمی که بدون همکاری آنها این تحقیق ممکن نبود نهایت سپاسگزاری به عمل می‌آید.

حمایت مالی:

ندارد.

تضاد منافع:

در این مطالعه هیچ تضاد منافی وجود نداشت.

ملاحظات اخلاقی:

این مطالعه به تأیید کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ارومیه (با کد (IR.UMSU.REC.1402.272) رسید.

کنترل انتخاب شدند، احتمال تحت تأثیر قرار دادن نتایج مطالعه وجود داشت. لذا، پیشنهاد می‌شود مطالعه مشابه در یک مرکز بزرگ‌تر با حجم نمونه بالاتر و زمان مداخله طولانی‌تر انجام شود.

نتیجه‌گیری نهایی

یافته‌های مطالعه نشان داد که برنامه مراقبت معنوی در ارتقای تبعیت از درمان بیماران تحت همودیالیز مؤثر است لذا پیشنهاد می‌شود که پرستاران شاغل در بخش‌های همودیالیز در کنار مداخلات پرستاری به بعد معنوی بیماران توجه نمایند و برنامه مراقبت معنوی را در برنامه‌های خود برای بیماران بگنجانند. برگزاری کلاس‌های آموزش معنوی برای پرستاران به‌طور دوره‌ای برای ارتقاء دانش و مهارت مراقبت معنوی آنان کمک‌کننده خواهد بود.

تشکر و قدردانی:

این مطالعه بخشی از پایان‌نامه کارشناسی ارشد پرستاری با

References:

1. Grams ME, Sang Y, Ballew SH, Carrero JJ, Djurdjev O, Heerspink HJ, et al. Predicting timing of clinical outcomes in patients with chronic kidney disease and severely decreased glomerular filtration rate. *Kidney Int* 2018;93(6):1442-51. <https://doi.org/10.1016/j.kint.2018.01.009>
2. Chin MP, Bakris GL, Block GA, Chertow GM, Goldsberry A, Inker LA, et al. Bardoxolone methyl improves kidney function in patients with chronic kidney disease stage 4 and type 2 diabetes: post-hoc analyses from bardoxolone methyl evaluation in patients with chronic kidney disease and type 2 diabetes study. *Am J Nephrol* 2018;47(1):40-7. <https://doi.org/10.1159/000486398>
3. Chen TK, Knicely DH, Grams ME. Chronic kidney disease diagnosis and management: a review. *Jama* 2019;322(13):1294-304. <https://doi.org/10.1001/jama.2019.14745>
4. Ataei N, Madani A, Esfahani ST, Otoukesh H, Hooman N, Hoseini R, et al. Chronic kidney disease in Iran: first report of the national registry in children and adolescences. *Urol J* 2021;18(1):122-30.
5. Bouya S, Balouchi A, Rafiemanesh H, Hesaraki M. Prevalence of chronic kidney disease in Iranian general population: a meta-analysis and systematic review. *Ther Apher Dial* 2018;22(6):594-9. <https://doi.org/10.1111/1744-9987.12716>
6. Darvishi Z, Zarnakesh SM, Salehi S. The Effect of Implementation of Empowerment Program by Teach-Back Method on the Quality of Life of Patients Undergoing Hemodialysis. *J Nurs Educ* 2022;11(2):79-89.
7. Sahathevan S, Khor B-H, Ng H-M, Abdul Gafor AH, Mat Daud ZA, Mafra D, et al. Understanding development of malnutrition in hemodialysis patients: a narrative review. *Nutrients* 2020;12(10):3147. <https://doi.org/10.3390/nu12103147>
8. Roumelioti M-E, Argyropoulos CP, Unruh ML. Sleep disorders in patients with CKD and ESRD. *Psychosocial Aspects of Chronic Kidney Disease: Elsevier*; 2021. p. 183-212. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-817080-9.00009-9>
9. Ferreira TL, Ribeiro HS, Ribeiro ALA, Bonini-Rocha AC, Lucena JMS, de Oliveira PA, et al. Exercise interventions improve depression and anxiety in chronic kidney disease patients: a systematic review

- and meta-analysis. *Int Urol Nephrol* 2021;53(5):925-33. <https://doi.org/10.1007/s11255-020-02612-w>
10. Cho J-H, Lee J-Y, Lee S, Park H, Choi S-W, Kim JC. Effect of intradialytic exercise on daily physical activity and sleep quality in maintenance hemodialysis patients. *Int Urol Nephrol* 2018;50(4):745-54. <https://doi.org/10.1007/s11255-018-1796-y>
 11. Ghanbari A, Norooztabrizi K, Dalvandi A, Kavari SH, Noroozi M. Effect of an educational program based on the teach-back method on adherence to treatment regimen in dialysis patients with end stage renal disease referred to Sina Hospital during 2015-2016. *Iran J Rehabil Res Nurs* 2017;4(1):27-30.
 12. Jebraeily M, Makhdoomi K. Factors influencing the improvement of self-management behavior in hemodialysis patients. *J Nephropharmacol* 2018;7(2):110-3. <https://doi.org/10.15171/npj.2018.23>
 13. Arad M, Goli R, Parizad N, Vahabzadeh D, Baghaei R. Do the patient education program and nurse-led telephone follow-up improve treatment adherence in hemodialysis patients? A randomized controlled trial. *BMC Nephrol* 2021;22(1):1-13. <https://doi.org/10.1186/s12882-021-02319-9>
 14. Mallick B, Popy FB, Yesmin MF. Awareness of Tribal Parents for Enrolling Their Children in Primary Education: Chittagong Hill Tracts. *Adv Soc Sci Res J* 2022;9(۳) <https://doi.org/10.14738/assrj.93.11905>
 15. Matsuzawa R, Suzuki Y, Yamamoto S, Harada M, Watanabe T, Shimoda T, et al. Determinants of health-related quality of life and physical performance-based components of frailty in patients undergoing hemodialysis. *J Renal Nutr* 2021;31(5):529-36. <https://doi.org/10.1053/j.jrn.2020.08.011>
 16. Zolfaghari M, Sookhak F, Asadi Noughabi A, Haghani H. Effect of cognitive-behavioral intervention on adherence to dietary and fluid-intake restrictions in hemodialysis patients. *J Nurs Educ* 2013;2(3):9-17.
 17. Taheri-Kharameh Z, Zamanian H, Montazeri A, Asgarian A, Esbiri R. Negative religious coping, positive religious coping, and quality of life among hemodialysis patients. *Nephrourol Mon* 2016;8.(۹) <https://doi.org/10.5812/numonthly.38009>
 18. Darvishi A, Otaghi M, Mami S. The effectiveness of spiritual therapy on spiritual well-being, self-esteem and self-efficacy in patients on hemodialysis. *J Religion Health* 2020;59(1):277-88. <https://doi.org/10.1007/s10943-018-00750-1>
 19. Handelzalts JE, Stringer MK, Menke RA, Muzik M. The association of religion and spirituality with postpartum mental health in women with childhood maltreatment histories. *J Child Fam Stud* 2020;29(2):502-13. <https://doi.org/10.1007/s10826-019-01595-2>
 20. Rezaei M, Fatemi NS, Givari A, Hoseini F. Relation between prayer activity and spiritual well-being in cancer patients undergoing chemotherapy. *Iran J Nurs* 2007;20(52):51-61.
 21. Mandal L, Seethalakshmi A, Rajendrababu A. Rationing of nursing care, a deviation from holistic nursing: A systematic review. *Nurs Philosophy* 2020;21(1):e12257. <https://doi.org/10.1111/nup.12257>
 22. Ali G, Snowden M, Wattis J, Rogers M. Spirituality in nursing education: knowledge and practice gaps. *Int Res J multidiscip Comparat Stud* 2018;5(1-3):27-49.
 23. Zhianfar L, Nadrian H, Jafarabadi MA, Espahbodi F, Shaghghi A. Effectiveness of a multifaceted educational intervention to enhance therapeutic regimen adherence and quality of life amongst iranian hemodialysis patients: A randomized controlled trial (MEITRA study). *J Multidiscip Healthc* 2020;13:361. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S247128>
 24. Morovatdar N, Tayebi Nasrabad G, Tsarouhas K, Rezaee R. Etiology of renal replacement therapy in Iran. *Int J Nephrol* 2019;2019. <https://doi.org/10.1155/2019/5010293>
 25. Kim Y, Evangelista LS, Phillips LR, Pavlish C, Kopple JD. The End-Stage Renal Disease Adherence Questionnaire (ESRD-AQ): testing the psychometric properties in patients receiving in-center hemodialysis. *Nephrol Nurs J* 2010;37(4):377-93.

- 26 .Rafiee Vardanjani L, Parvin N, Mahmoodi Shan GR, Molaie E, Shariati A, Hasheminia MA. Adherence to hemodialysis treatment and some related factors in hemodialysis patients admitted in Shahrekord Hajar hospital. *J Clin Nurs Midwifery* 2014;2(4):17-25.
- 27 .Oshvandi K, Amini S, Moghimbeigi A, Sadeghian E. The effect of spiritual care on death anxiety in hemodialysis patients with end-stage of renal disease: A Randomized Clinical Trial. *Hayat* 2018;23(4):332-44.
- 28 .Akbari M, Niknejad R. Factors affecting adherence to the treatment in patients under hemodialysis: a qualitative content analysis. *Nurs Midwifery J* 2020;18(2):141-56.
- 29 .Jannati Y, Zati Rostami M, Emami S. Spirituality and its related factors in hemodialysis patients. *Religion* 2017.
- 30 .Moradi Z, Madani Y, Sadeghi M. The Effectiveness of Using Integrated Cognitive-Spiritual Counseling Interventional Approach on Adherence to the Treatment Regimen and its Components in Hemodialysis Patients. *Iran J Psychiat Nurs* 2020;7(6):54-62.
- 31 .Shirinabadi Farahani A, Ashrafizadeh H, Akbari ME, Motefakker S, Khademi F, Ebrahimloee S, et al. The Mediating Role of Spiritual Health in Adherence to Treatment in Patients with Cancer. *Int J Cancer Manag* 2022;15.(5) <https://doi.org/10.5812/ijcm-127820>
- 32 .Taheri L, Shamsaei F, Tapak L, Sadeghian E. Treatment Adherence in Patients with Mental Illnesses: The Effect of Stigma and Spirituality. *Arch Psychiat Psychother* 2021;4:32-45. <https://doi.org/10.12740/APP/138429>
- 33 .Touchet B, Youman K, Pierce A, Yates W. The impact of spirituality on psychiatric treatment adherence. *J Spiritual Ment Health* 2012;14(4):259-67. <https://doi.org/10.1080/19349637.2012.730468>
- 34 .Soheili M, Mollai Iveli M. A review of the role of spiritual cares in the nursing profession. *J Religion Health* 2019;7(1):75-84.
- 35 .Khorrami Markani A, Vahidi M. Spiritual care of end of life patients in Iran: a neglected nursing practice. *Nurs Midwifery J* 2020;17(10):767-70.
- 36 .Oji VU, Hung LC, Abbasgholizadeh R, Terrell Hamilton F, Essien EJ, Nwulia E. Spiritual care may impact mental health and medication adherence in HIV+ populations. *HIV AIDS (Auckl)* 2017:101-9. <https://doi.org/10.2147/HIV.S126309>
- 37 .Shareinia H, Mamashli F, Mehranipoor B, Sadegh-Moghadam L, Daneshfar M. The Relationship between Spiritual Health and Hope by Adherence to the Medication Regimen in the Elderly with Type 2 Diabetes. *J Health Sys Res* 2023;19(2):95-102.
- 38 .Afshari A. Prediction of diabetic patients' treatment adherence by self compassion, emotional regulation and spritual wellbeing. *J Res Behav Sci* 2018;16(4):466-75. <https://doi.org/10.52547/rbs.16.4.466>
- 39 .Badanta-Romero B, de Diego-Cordero R, Rivilla-Garcia E. Influence of religious and spiritual elements on adherence to pharmacological treatment. *J Religion Health* 2018;57(5):1905-17. <https://doi.org/10.1007/s10943-018-0606-2>

THE EFFECT OF SPIRITUAL CARE PROGRAM ON TREATMENT ADHERENCE OF PATIENTS UNDERGOING HEMODIALYSIS

Maryam Rahimpour¹, Naser Parizad^{2*}, Abdullah khorrami markani³, Vahid Alinejad⁴

Received: 08 March, 2024; Accepted: 09 April, 2024

Abstract

Background & Aim: Non-adherence to treatment in chronic diseases, especially in hemodialysis patients, is still a challenge that requires effective nursing interventions. This study was conducted to determine the effect of the spiritual care program on the adherence to treatment of hemodialysis patients.

Materials & Methods: This study is a two-group randomized clinical trial study with a pre-test-post-test design conducted on hemodialysis patients referred to the hemodialysis departments of Urmia City hospitals in the second half of 2023. The study comprises two groups: a control group and an intervention group, each receiving routine care. For patients in the intervention group, the spiritual care program consisted of four one-hour sessions conducted individually and twice a week after hemodialysis in a suitable room in the hemodialysis department. In order to collect data, the questionnaires of patients' demographic information and The End-Stage Renal Disease Adherence Questionnaire (ESRD-AQ) (Kim et al., 2010) were used before and after the intervention. Data were analyzed using descriptive and inferential statistical tests with SPSS version 22 statistical software.

Results: The two groups were homogeneous and not statistically significantly different regarding demographic characteristics. The mean score of patients' adherences to treatment was 678.37 ± 85.62 before the intervention in the intervention group, and it was 682.69 ± 107.62 in the control group, which had no statistically significant difference ($P=0.848$). After the intervention, it reached 897.97 ± 139.98 in the intervention group and 694.87 ± 104.21 in the control group. The difference between the two groups was significant ($p<0.001$) and improved in the intervention group.

Conclusions: The study's findings demonstrate the effectiveness of the spiritual care program in improving adherence to treatment among hemodialysis patients. This underscores the recommendation that nurses in hemodialysis wards focus on nursing interventions and incorporate the spiritual care program into their patient care plans.

Keywords: Spiritual care, adherence to treatment, patient, hemodialysis

Address: Maternal and Childhood Obesity Research Center, Nursing and Midwifery School, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

Tel: +984432754961

Email: parizad.n@umsu.ac.ir

This is an open-access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution-noncommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, as long as the original work is properly cited.

¹ MSc in intensive care Nursing, School of Nursing and Midwifery, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

² Associate Professor of Nursing, Maternal and Childhood Obesity Research Center, Nursing and Midwifery School, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran (Corresponding Author)

³ Associate Professor of Nursing, Department of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Khoy University of Medical Sciences, Khoy, Iran

⁴ Assistant Professor of Biostatistics, Biostatistics and Epidemiology, School of Medicine, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran