



Comparison of The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Process Emotion Regulation Training in Quality of Life among Hemodialysis Patients

Abstract

Introduction: Kidney disease causes many physical and mental problems for the patient and reduces the quality of life of these people. The aim of the present study was to compare the effectiveness of acceptance and commitment therapy and process emotion regulation training in quality of life of hemodialysis patients.

Method: The statistical population of this semi-experimental study with Pretest-Posttest follow up design were all hemodialysis patients who referred to Loghman Hospital in Tehran in 2019. Among them the patients who were willing and qualified to participate in the study were selected in convenience and then randomly assigned to experimental and control groups (15 persons in the first experimental group, 15 persons in the second experimental group and 15 persons in waiting list control group). The research instrument was the quality of life questionnaire of Hayes et al. (2003). Research data were analyzed using mixed analysis of variance test.


Results: The results of data analysis showed that treatment based on acceptance and commitment and process emotion regulation training in the participants of the experimental groups compared to the control group had a significant effect on improving the quality of life of hemodialysis patients ($P < 0.05$). Also, the effectiveness of acceptance and commitment therapy was higher on patients' quality of life ($P < 0.05$).


Conclusion: Acceptance and commitment therapy and process emotion regulation training is effective on improving the quality of life of hemodialysis patients by increasing behavior control and the desire to experience a range of emotions.

Keywords: Acceptance and Commitment Therapy, Process Emotion Regulation Training, Quality of Life, Hemodialysis Patients

Article Info

Authors:

Kalbasi R¹ 

Hatami M^{2*} 

Sirafi MR³ 

Hakemi MA⁴ 

Sabet M⁵ 

Received: 2020/4/2

Accepted: 2020/8/5

E-Published: 2021/3/2

Affiliations

1- PhD student in Health Psychology, Kish International Branch, Islamic Azad University, Kish Island, Iran

2- Associate Professor, Department of Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran

Corresponding Author: Hatami513@gmail.com

3- Assistant professor, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran

4- Associate Professor of Nephrology, Tehran University of Medical Sciences, Tehran Iran

5- Assistant professor, Department of Clinical Psychology, Roodehen Branch, Islamic Azad University, Roodehen, Iran

Citation Subjects:

ACT, Emotions, Self-Regulation, Health Related Quality of Life, Extracorporeal Dialysis



مقایسه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و نظم‌جویی فرآیندی هیجان در کیفیت زندگی بیماران همودیالیز

اطلاعات مقاله

نویسندگان:

رزیتا کلباسی^۱

محمد حاتمی^{۲*}

محمدرضا صیرفی^۳

منیرالسادات حاکمی^۴

مهرداد ثابت^۵

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱/۱۴

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۵/۱۵

تاریخ انتشار: ۱۳۹۹/۶/۲۵

چکیده

مقدمه: بیماری کلیوی موجب بروز مشکلات متعدد جسمانی و روانی برای فرد بیمار شده و موجب افت کیفیت زندگی این افراد می‌شود. هدف پژوهش حاضر مقایسه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و نظم‌جویی فرآیندی هیجان در کیفیت زندگی و بیماران همودیالیز بود.

روش کار: پژوهش حاضر جزء طرح‌های نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون - پیگیری سه گروهی بود. جامعه آماری این مطالعه شامل کلیه بیماران همودیالیز مراجعه‌کننده به بیمارستان لقمان تهران در سال ۱۳۹۸ بودند. از بین این بیماران کسانی که واجد شرایط برای ورود به پژوهش بودند، با روش نمونه‌گیری در دسترس (با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود و خروج)، ابتدا ۴۵ نفر انتخاب شدند و سپس به صورت تصادفی در سه گروه گمارش شدند (۱۵ نفر در گروه آزمایش اول و ۱۵ نفر در گروه آزمایش دوم و ۱۵ نفر در گروه کنترل در انتظار درمان). ابزار پژوهش پرسش‌نامه کیفیت زندگی بیماران کلیوی هاپس و همکاران (۲۰۰۳) بود. داده‌های پژوهش با استفاده از تحلیل واریانس مختلط تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج تحلیل داده‌ها نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و نظم فرآیندی هیجان در شرکت‌کنندگان گروه‌های آزمایشی به نسبت گروه کنترل در انتظار درمان تأثیر معناداری بر بهبود کیفیت زندگی بیماران همودیالیز داشت ($P < 0/05$). همچنین اثربخشی روش درمان پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی بیماران بیشتر بود ($P < 0/05$).
نتیجه‌گیری: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و آموزش نظم‌جویی فرآیندی هیجان با افزایش کنترل رفتار و تمایل به تجربه کردن گستره‌ای از عواطف بر بهبود کیفیت زندگی بیماران همودیالیز موثر است.

واژگان کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، نظم‌جویی فرآیندی هیجان، کیفیت زندگی، بیماران همودیالیز

وابستگی سازمانی نویسندگان

- ۱- دانشجوی دکتری روان‌شناسی سلامت، گروه روان‌شناسی، واحد بین الملل کیش، دانشگاه آزاد اسلامی، جزیره کیش، ایران
- ۲- دانشیار، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی، تهران ایران
(نویسنده مسئول) Hatami513@gmail.com
- ۳- استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران
- ۴- دانشیار نفلولوژی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران ایران
- ۵- استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران

عناوین ارجاعی:

دیالیز

مقدمه

بیماری کلیوی موجب بروز مشکلات متعدد جسمانی و روانی برای فرد بیمار شده و موجب افت کیفیت زندگی^۱ این افراد می‌شود. درمان‌های مختلف مسئول ایجاد تغییرات قابل توجهی در کیفیت زندگی بیماران مزمن کلیوی هستند (۱). تعاریف متعددی در رابطه با کیفیت زندگی وجود دارد، سازمان جهانی بهداشت کیفیت زندگی را تصور افراد از موقعیت خود در زندگی با توجه به محتوای فرهنگی و ارزش سیستمی که در آن زندگی می‌کنند در رابطه با اهداف، استانداردها و نگرانی‌های آن تعریف کرده است (۲). بر اساس تعریف سازمان جهانی بهداشت سلامتی حالتی از سلامت کامل فیزیکی، جسمی و روانی است و نه فقط فقدان بیماری یا ناتوانی و می‌تواند تحت تأثیر متغیرهای دموگرافیک، اجتماعی و بیماریها و وضعیت بالینی فرد قرار گیرد و در عین حال متأثر از تجربه و درک شخص از زندگی باشد (۳). مطالعات انجام شده در این زمینه نشان می‌دهد کیفیت زندگی و سلامت روانی بیماران همودیالیز^۲ پایین‌تر بوده و عملکرد جسمانی، محدودیت نقش به علت مشکلات جسمانی، درد جسمانی، سرزندگی، محدودیت نقش به علت مشکلات روحی، سلامت روانی کاهش قابل‌ملاحظه‌ای داشتند (۱، ۴). کیفیت زندگی اصطلاحی توصیفی است که به سلامت و ارتقاء عاطفی، اجتماعی و جسمی افراد و همچنین توانایی آنان برای انجام وظایف روزمره زندگی اشاره دارد (۵).

برای کمک به این افراد در حوزه روان‌شناختی درمان‌های زیادی وجود دارد علی‌دوست قهفرخی، مکوند حسینی، کیان ارثی، مؤمنی (۶) نشان دادند، مصاحبه انگیزشی بر پیروی از درمان بیماران همودیالیزی اثربخشی است. شیرازی، کوهکن، خسروانی (۷) نشان دادند توانبخشی روانی به شیوه دوسا بر افسردگی، اضطراب و استرس بیماران همودیالیز شهر زاهدان اثربخش است. یاسائی سکه، شفیع‌آبادی، فرزاد (۸) نشان دادند شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی^۳ (MBCT) بر بهزیستی روان-شناختی و مؤلفه‌های آن در بیماران همودیالیزی اثربخش است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۴ بر مبنای این فرضیه به وجود آمده است که آسیب روانی با تلاش برای کنترل و اجتناب از افکار و هیجانات منفی همراه است (۹). در این درمان، مشکلات بالینی در قالب رفتاری مفهوم‌بندی می‌شود که سه مشکل اساسی زیربنای اختلالات روان‌شناختی را تشکیل می‌دهد و شامل مشکلات مرتبط با آگاهی، اجتناب از تجارب درونی و عدم انجام فعالیت‌های مهم و ارزشمند زندگی فرد است. این مشکلات به عنوان اهداف مداخله مدنظر قرار می‌گیرند (۱۰). پژوهش‌های انجام شده در این زمینه نشان می‌دهد درمان

پذیرش و تعهد بر اضطراب و افسردگی (۱۱)، کاهش تجربه درد (۱۲)، بهبود ناتوانی و معلولیت و عملکرد فیزیکی (۱۳) در میان بیماران مزمن نشان داده‌اند.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد رویکردی است بر پایه پذیرش و ذهن‌آگاهی که برای بسیاری از مشکلات و اختلالات به‌کار گرفته می‌شود. به‌نظر می‌رسد ACT یک روش قدرتمند در کاهش رنج درمان‌جو می‌باشد. ACT بر مشاهده افکار و احساسات آن‌گونه که هستند و بدون سعی بر تغییر آنها و نیز رفتار کردن به نحوی که همگام با اهداف ارزشمند و جهت‌گیری‌های زندگی است، تأکید می‌کند (۱۴). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک مداخله روان‌شناختی است که فرایندهای پذیرش و ذهن‌آگاهی را با تعهد و استراتژی‌هایی برای تغییر رفتاری ادغام می‌کند تا انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را شکل و گسترش دهد (۱۵).

یکی دیگر از درمان‌های روان‌شناختی برای کمک به افراد دارای بیماری‌های روان‌تنی و مشکلات روان‌شناختی بیماران جسمانی، نظم‌جویی فرآیندی هیجان^۵ می‌باشد. اگرچه هیجانات پایه و اساس بیولوژیکی دارند اما افراد قادر به تأثیر گذاردن بر هیجانات و راه‌های ابراز آن‌ها می‌باشند که این عمل نظم‌جویی هیجان نامیده می‌شود (۱۶). مفهوم نظم‌جویی هیجان به فرایندهایی اشاره دارد که افراد آگاهانه یا ناآگاهانه، جهت پاسخ-دهی مناسب به تقاضاهای محیطی، به کار می‌روند (۱۷). افراد هیجانات خود را به گونه‌های مختلفی تنظیم می‌کنند که یکی از این تنظیمات هیجانی مدل، فرایندی می‌باشد. نظم‌جویی هیجان متمرکز بر پیش‌بینی شامل راهبردهایی است که پیش از ایجاد هیجان و یا در آغاز بروز آن فعال می‌شوند و از بروز هیجانات متمرکز بر پاسخ شامل راهکارهایی است که پس از بروز حادثه و پس از پیدایش هیجانات فعال می‌شوند از قبیل تشدید، کاهش، طولانی یا محدود کردن تجربه، ابراز و پاسخ‌های فیزیولوژیکی هیجانات و غیره (۱۸).

از آنجایی که درمان با همودیالیز یک روند طولانی‌مدت است و نیاز به استفاده از یک سری راهکارهایی برای بهتر کنار آمدن و اداره نمودن بیماری خود دارند. مشاوره موثر در بیماران باعث کاهش علائم روان‌شناختی می‌گردد. درمان به موقع اختلالات روان‌پزشکی در افزایش طول عمر و بهبود کیفیت زندگی بیماران نقش خواهد داشت و آسیب‌پذیری این بیماران را در مقابل خودکشی در اثر اضطراب و افسردگی کاهش می‌دهد. به نظر می‌رسد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و نظم‌جویی فرآیندی هیجان، در کنار رعایت درمان‌های دارویی و تغذیه‌ای می‌تواند سهم بسزائی در کاهش سیکل معیوب و نیز مشکلات اجتماعی، اقتصاد و روانی این بیماران داشته باشد (۱۹). بنابراین حفظ سلامت روان در بیماران اهمیت زیادی دارد. با توجه با این

1- Quality of Life

2- Hemodialysis Patients

3- Mindfulness-Based Cognitive Therapy - MBCT

4- Acceptance and Commitment Therapy - ACT

مطالعات کمی، از حیث هدف جزء مطالعات کاربردی و از نظر شیوه جزء طرح‌های نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون، پیگیری چند گروهی (همراه با گروه کنترل در انتظار درمان) است. جامعه آماری در این مطالعه شامل ۴۵ نفر از بیماران همودیالیز مراجعه‌کننده به بیمارستان لقمان تهران در سال ۱۳۹۸ بودند. لازم به ذکر است که برآورد حجم نمونه در نرم-افزار G*POWER براساس سطح اطمینان ۰/۹۵، اندازه اثر ۰/۸ و خطای برآورد ۰/۵ برآورد شد. این افراد که به صورت نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به طور تصادفی به دو گروه آزمایش و گروه کنترل در انتظار درمان تقسیم شدند. بر این اساس ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از ابتلا به نارسایی مزمن کلیه براساس پرونده پزشکی، شروع درمان همودیالیز بیش از سه ماه، سن بین ۳۵ تا ۶۵ سال، دریافت نکردن قبل روان‌شناختی تا ۶ ماه قبل و نداشتن اختلالات شخصیت و روان‌پریشی و سوءمصرف مواد. لازم به ذکر است پژوهش حاضر با شناسه IR.IAU.TMU.REC.1399.233 در کمیته اخلاق پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم پزشکی تهران به تصویب رسید.

که بیماری‌های مزمن از جمله نارسایی مزمن کلیوی بر جنبه‌های مختلف اقتصادی، اجتماعی، عاطفی، فرد، خانواده، اجتماع و جامعه تأثیرگذار بوده و عوارض زبان باری که مصرف داروها به علت مشکل نارسایی کلیوی برای بیماران دارد، اجرای برنامه‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و نظم‌جویی فرآیندی هیجان به عنوان یک روش غیردارویی می‌تواند بیماران را در بالاترین سطح توانایی در انجام فعالیت‌های روزمره یاری نموده و رفع مشکلات جسمانی، روانی، اجتماعی کمک‌کننده باشد. تحقیقات انجام شده نشان داده است درمان‌های روان‌شناختی مثل مبتنی بر پذیرش و تعهد و نظم‌جویی فرآیندی هیجان بر بسیاری از جنبه‌های روان‌شناختی و جسمانی در بیماران مختلف تأثیرگذار بوده است (۲۰). لذا با توجه به اثربخشی این دو نوع درمان بر بیماری‌های جسمی و روان‌شناختی، پژوهش حاضر در صدد پاسخ‌گویی به این سؤال است که اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و نظم‌جویی فرآیندی هیجان در کیفیت زندگی بیماران همودیالیز متفاوت است؟

روش کار

پژوهش حاضر از نظر ماهیت داده‌های جمع‌آوری شده جزء

جدول ۱: خلاصه محتوای جلسات آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد، اقتباس از هیز، پیسترلو و لوین (۲۱)

جلسه	محتوای جلسات
جلسه اول	آشنایی اعضا با درمانگر و یکدیگر، آشنایی و توصیف کلی از رویکرد درمانی، قرارداد درمانی.
جلسه دوم	بررسی مشکلات بیماران از منظر ACT (استخراج تجربه اجتناب، آمیختگی و ارزش‌های فرد و این که کنترل مسئله است نه راه‌حل).
جلسه سوم	شفاف‌سازی ناکارآمدی و کنترل رویدادهای منفی با استفاده از استعاره‌ها و آموزش تمایل نسبت به هیجانات و تجارب منفی.
جلسه چهارم	آموزش جدا کردن ارزیابی‌ها از تجارب شخصی، در نظر گرفتن خود به عنوان زمینه و اتخاذ موضع، مشاهده افکار بدون قضاوت.
جلسه پنجم	ارتباط با زمان حال و آموزش فنون ذهن‌آگاهی
جلسه ششم	شناسایی ارزش‌های زندگی بیماران و سنجش ارزش‌ها بر مبنای میزان اهمیت آنها در زندگی بیماران.
جلسه هفتم	ارائه راه‌کارهای عملی در رفع موانع ضمن به کارگیری استعاره‌ها و برنامه‌ریزی برای تعهد نسبت به پیگیری ارزش‌ها
جلسه هشتم	جمع‌بندی مفاهیم بررسی شده در طی جلسات، درخواست از بیماران برای توضیح دستاوردهایشان از درمان و برنامه آنها برای ادامه زندگی.

جلسات آموزشی راهبردهای نظم‌جویی فرایندی هیجان هر هفته یک بار و به مدت ۹۰ دقیقه برگزار شد. خلاصه‌ای از جلسات در جداول زیر ارائه می‌شود. در این پژوهش برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزارهای ذیل استفاده شد

جدول ۲: خلاصه محتوای جلسات آموزشی راهبردهای نظم‌جویی فرایندی هیجان مبتنی بر مدل گراوس (۲۲)

محتوای جلسات	مراحل	جلسات
بیان منطق و مراحل مداخله، ضرورت تنظیم هیجان، چرا باید این مهارت را بیاموزیم، دیدگاه‌های درست در مورد هیجان‌ها کدامند، مروری بر هیجان‌های اولیه و ثانویه، همه هیجان‌ها به ما کمک می‌کنند.		جلسه اول
ارائه آموزش هیجانی هیجان نرمال و هیجان مشکل‌آفرین، خودآگاهی هیجانی: ۱- آموزش و معرفی هیجان، ۲- شناسایی و نام‌گذاری و برجسب زدن به احساسات، ۳- تمایز میان هیجان‌ات مختلف، ۴- شناسایی هیجان در حالت فیزیکی و روانشناختی، ۵- عوامل موفقیت در تنظیم هیجان.	انتخاب موقعیت	جلسه دوم
ارزیابی میزان آسیب‌پذیری و مهارت‌های هیجانی اعضا: ۱- خودارزیابی با هدف شناخت تجربه‌های هیجانی خو، ۲- خودارزیابی با هدف شناسایی میزان آسیب‌پذیری هیجانی در فرد، ۳- خودارزیابی با هدف شناسایی راهبردهای تنظیمی فرد، ۴- پیامدهای شناختی واکنش‌های هیجانی، ۵- پیامدهای فیزیولوژیک واکنش‌های هیجانی، ۶- پیامدهای رفتاری واکنش‌های هیجانی و رابطه این سه باهم، ۷- معرفی هیجان خشم و راه‌های غلبه بر خشم.	انتخاب موقعیت	جلسه سوم
ایجاد تغییر در موقعیت برانگیزاننده هیجان: ۱- جلوگیری از انزوای اجتماعی و اجتناب، ۲- آموزش راهبردهای حل مسئله، ۳- آموزش مهارت‌های بین‌فردی (گفتگو، اظهار وجود و حل تعارض).	اصلاح موقعیت	جلسه چهارم
تغییر توجه: ۱- متوقف کردن نشخوار فکری و نگرانی، ۲- آموزش توجه.	گسترش توجه	جلسه پنجم
تغییر ارزیابی‌های شناختی: ۱- شناسایی ارزیابی‌های غلط و اثرات آن‌ها روی حالت‌های هیجانی و ۲- آموزش راهبرد باز ارزیابی.	ارزیابی شناختی	جلسه ششم
تغییر پیامدهای رفتاری و فیزیولوژیکی هیجان: ۱- شناسایی میزان و نحوه استفاده از راهبرد بازدارنده و بررسی پیامدهای هیجانی آن، ۲- مواجهه، ۳- آموزش ابزار هیجان، ۴- اصلاح رفتار از طریق تغییر تقویت‌کننده‌های محیطی و ۵- آموزش تخلیه هیجانی، آرمیدگی و عمل معکوس.	تعدیل پاسخ	جلسه هفتم
ارزیابی مجدد و رفع موانع کاربرد: ۱- ارزیابی میزان نیل به اهداف، ۲- کاربرد مهارت‌های آموخته شده در محیط‌های طبیعی خارج از جلسه و ۴- بررسی و رفع موانع انجام تکالیف.	ارزیابی و کارکرد	جلسه هشتم
مرور جلسات و تمرین مهارت‌های آموخته شده.		جلسه نهم

اختصاصی $KDQOL-SF^{TM1,3}$ نشان داد که پرسش‌نامه حاوی ساختار دو عاملی (رضایت بیمار و کاهش بار بیماری) می‌باشد که این عوامل قادرند ۶۳ درصد از واریانس داده‌ها را توصیف نمایند (۲۳). پرسش‌نامه ثبات خوبی را در فاصله ده روزه نشان داد (کلیه ضرایب بالاتر از ۰/۷ بود). هم‌چنین این مقیاس‌ها از همسانی درونی بالایی برخوردار بودند، به‌طوری که دامنه نمرات برای مقیاس‌ها و کل پرسشنامه از ۰/۷۳ تا ۰/۹۳

۱- پرسش‌نامه کیفیت زندگی بیماران کلیوی نسخه ۳/۱؛ هایس و همکاران در سال ۱۹۹۴ پرسش‌نامه مختص کیفیت زندگی بیماران کلیوی را ساختند. پایایی و روایی پرسش‌نامه به زبان فارسی توسط یکانی‌نژاد و همکارانش در جامعه ایرانی مورد بررسی قرار گرفته است (۲۳). نتایج تحلیل عاملی برای ابعاد

6- Kidney disease quality of life - KDQOL

پرسشنامه شامل جنسیت، سن، تحصیلات، و سابقه درمان همودیالیز و سایر اطلاعات پزشکی بود.

یافته‌ها

تحلیل داده‌های جمعیت شناختی نشان داد در هر گروه ۷ نفر مرد و ۸ نفر زن حضور داشتند. همچنین میانگین سنی برای گروه پذیرش و تعهد ۴۹/۳۳، گروه نظم‌جویی هیجان، ۵۱/۲۰، و گروه کنترل در انتظار درمان ۵۰/۲۰ بودند. شاخص‌های توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) نمرات افسردگی، در گروه‌های آزمایش (درمان‌های درمان مثبت نگر و ایمن سازی در مقابل استرس) و گروه کنترل در انتظار درمان در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در ادامه ارائه شده است.

بود. طبق دستورالعمل استاندارد که برای نمره‌گذاری این پرسش‌نامه وجود دارد، برای هر بعد و همچنین کل پرسشنامه نمره‌ای از ۰ تا ۱۰۰ تعلق می‌گیرد که کسب نمرات بالاتر نشان‌دهنده کیفیت زندگی بهتر افراد است (۹).

لازم به ذکر است برای تحلیل داده‌ها در بخش توصیفی شاخص‌های میانگین و انحراف معیار گزارش شد و در بخش استنباطی از روش تحلیل واریانس مختلط برای تحلیل داده‌ها استفاده شد.

۲- پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناختی محقق ساخته: به منظور بررسی ملاک‌های ورود و خروج و روشن شدن ویژگی‌های جمعیت‌شناختی محقق ساخته استفاده شد. سؤال‌های این

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی به تفکیک مرحله سنجش در گروه‌ها

گروه	متغیر	شاخص	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
پذیرش و تعهد	کیفیت زندگی	میانگین	۴۸/۵۳	۵۴/۴۷	۵۵/۴۷
		انحراف معیار	۴/۸۵	۳/۲۷	۳/۲۷
نظم	کیفیت زندگی	میانگین	۴۹/۶۷	۵۲/۴۷	۵۲/۰۰
		انحراف معیار	۲/۹۴	۲/۳۶	۲/۱۴
کنترل	کیفیت زندگی	میانگین	۴۸/۸۷	۴۸/۲۰	۴۷/۹۳
		انحراف معیار	۳/۰۲	۲/۷۸	۲/۰۲

نسبت به پیش‌آزمون افزایش نشان می‌دهد. خلاصه نتایج تحلیل واریانس مختلط برای عوامل درون‌گروهی و بین‌گروهی در جدول ۴ ارائه شده است.

همچنان که ملاحظه می‌شود میانگین در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه نظم‌جویی هیجان در مرحله پس‌آزمون،

جدول ۴: آزمون تحلیل واریانس مختلط نمرات کیفیت زندگی با معیار گرین‌هاوس گیزر

شاخص آماری عوامل	SS	df	MS	F	Sig	ضریب ای‌تا
آزمون (تکرار اندازه)	۷۰۵/۶۰	۱/۰۰	۷۰۵/۶۰	۶/۶۹	۰/۰۲	۰/۱۹
تعامل آزمون * گروه	۸۲/۸۲	۱/۱۶	۷۱/۴۵	۱۲/۶۷	۰/۰۰۱	۰/۳۱
بین‌گروهی	۴۶/۹۴	۱/۰۰	۴۶/۹۴	۴/۸۵	۰/۰۴	۰/۱۲

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد در رابطه با عامل درون‌گروهی مقدار F محاسبه شده برای اثر مراحل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) در سطح ۰/۰۵ معنادار است ($F=۶/۶$ و $P<۰/۰۵$). در نتیجه بین میانگین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نمرات کیفیت زندگی در مراحل سه‌گانه پیش‌آزمون، پس‌آزمون

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد در رابطه با عامل درون‌گروهی مقدار F محاسبه شده برای اثر مراحل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) در سطح ۰/۰۵ معنادار است ($F=۶/۶$ و $P<۰/۰۵$). در نتیجه بین میانگین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نمرات کیفیت زندگی در مراحل سه‌گانه پیش‌آزمون، پس‌آزمون

در نتیجه بین میانگین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری کیفیت زندگی در دو گروه تفاوت معنادار وجود دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج تحلیل داده‌ها نشان داد که تفاوت معناداری بین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و نظم‌جویی فرآیندی هیجان در کیفیت زندگی و بیماران همودیالیز مشاهده شد و میزان افزایش در گروه پذیرش و تعهد بیشتر بوده است. همسو با این یافته کید و همکاران (۱۳) در پژوهشی مروری نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در باعث افزایش کیفیت زندگی بیماران مزمن می‌شود. در همین راستا نتایج پژوهش فلیو-سولر و همکاران (۲۴) نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به عنوان یک مداخله گر مؤثر در کاهش درد کاتسروفی در بیماران می‌باشد.

در تبیین این یافته می‌توان به ماهیت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اشاره کرد؛ درمان پذیرش و تعهد که از یک چهارچوب فلسفی و نظری منسجم برخوردار است. یک مداخله روان-شناختی مبتنی بر تجربه است که راهبردهای مبتنی بر آگاهی و پذیرش را همراه با راهبردهای تعهد و تغییر رفتار به منظور افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به کار می‌گیرد. انعطاف-پذیری روان‌شناختی به این معنی است که فرد به طور کامل با لحظات کنونی تماس داشته و بر اساس مقتضیات وضعیتی که در آن قرار دارد، رفتار خود را در راستای ارزش‌هایی که برگزیده است، تغییر یا ادامه دهد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به عنوان یک مداخله‌ی رفتاری به انسان کمک می‌کند تا بیشتر در لحظات کنونی زندگی کند، و به جای افکار، احساسات و تجارب دردناک، بر ارزش‌ها و اهداف مهم تمرکز نماید (۱۴). پذیرش و تعهد، احساس بدون قضاوت و متعادلی از آگاهی است که به واضح دیدن و پذیرش هیجان‌ها و پدیده‌های فیزیکی، همان طور که اتفاق می‌افتد کمک می‌کند، بنابراین آموزش آن به افراد، باعث می‌شود که آنان احساسات و نشانه‌های روانی خود را بپذیرند و قبول و پذیرش این احساسات و افکار، باعث کاهش توجه و حساسیت بیش از می‌شود که خود عاملی جهت ارتقاء خودکارآمدی ایشان است؛ همچنین آموزش‌ها در جلسات دوم و سوم (شامل آموزش انعطاف‌پذیری روانی، پذیرش روانی، آگاهی روانی، جداسازی شناختی) نیز در این زمینه مؤثر است. آموزش جداسازی شناختی باعث می‌شود که بیماران بتوانند مشکلات خود را از بیرون ببینند و راحت‌تر در مورد مشکلات خود حرف بزنند و این به فرد کمک می‌کند تا این که ارزش‌های شخصی اصلی خود را بشناسد و به طور واضح مشخص سازد و آن‌ها را به اهداف رفتاری خاص تبدیل کند. در جلسات ششم و هفتم که بر افزایش آگاهی روانی تمرکز می‌شود، افراد تحت درمان

نقاط مثبت و منفی خود را دوباره مورد سنجش قرار می‌دهند و سعی می‌کنند قضاوت درستی در مورد مشکلات خود بکنند. از سویی وقتی فرد برای کاهش افکار و احساسات تلاش نکند و جنگ با افکار و احساساتش را رها کند و به جای آن به اهداف تعیین شده در جهت‌های ارزشمند زندگی حرکت کند، افزایش کیفیت زندگی رخ می‌دهد.

در کل رفتار درمانی مبتنی بر پذیرش بر افزایش عمل ارزشمند تاکید می‌کند. مراجعین آن دسته از اهداف رفتاری را انتخاب می‌کنند که بیشترین اهمیت یا ارزش را برای آنان دارد. در این درمان‌ها "ارزش" بیش از آنکه نوعی قضاوت اخلاقی باشد، اهمیت شخصی یک عمل خاص برای فرد را نشان می‌دهد. این ارزش‌ها می‌تواند شامل بهبود روابط بین فردی، تحصیل، مراقبت از خود، روابط زناشویی و... باشد (۲۵).

از سوی دیگر در مورد اثرگذاری نظم‌جویی فرآیندی هیجان همسو با نتایج پژوهش جان و گروس (۲۲) باید گفت که تنظیم هیجان علاوه بر تأثیرات مثبت بر بهزیستی ذهنی، موجب بهبودی سلامت جسمانی نیز می‌شود و در برخی پژوهش‌ها نیز نشان داده شده است که مشکل تنظیم هیجان منجر به مشکلات جسمانی می‌شود (۱۸). هیجان‌های منفی سبب تغییر و تحولاتی در سازمان شناختی فرد می‌گردند. به همین دلیل، افراد به هنگام تجربه‌ی رخدادهای تهدیدکننده یا تنش‌زای زندگی، قبل از انجام هر کاری، به لحاظ شناختی از راهبردهایی برای تنظیم هیجان‌ها خود استفاده، می‌کنند (۱۶).

یکی از تأکیدهای راهبردهای نظم‌جویی فرآیندی هیجان درمان کاهش آسیب‌پذیری شناختی است که با کاهش آن سازمان شناختی افراد بهبود می‌یابد. آموزش راهبرد ارزیابی مجدد به مشارکت‌کنندگان سبب می‌شود که استفاده از این تکنیک در موقعیت‌های پرخطر بتواند پریشانی روان‌شناختی را کاهش دهد. همچنین در راهبردهای نظم‌جویی فرآیندی هیجان، بر تمرینات و مهارت‌هایی تأکید می‌شود که می‌توان کاهش قابل‌ملاحظه شدت پریشانی روان‌شناختی در میان مشارکت‌کنندگان این پژوهش را با آن مرتبط دانست. آموزش و تمرین مهارت توقف نشخوار فکری تکنیک‌های توجه برگردانی فعال، انحراف فکر، تأخیر فکر و توقف فکر سبب می‌شود افکار پریشان‌کننده در افراد متوقف شود. نظم‌جویی هیجان و مخصوصاً راهبرد مثبت باز ارزیابی شناختی باعث کاهش احساسات منفی و افزایش احساسات مثبت و رفتار سازگارانه افراد می‌شود (۲۲). بنابراین، در نتیجه‌ی ارزیابی شناختی نادرست از موقعیت به دلیل کمبود اطلاعات، برداشت اشتباه یا اعتقادات بی‌منطق و نادرست، فرد راهبرد شناختی خود را برای روبه‌رو شدن با موقعیت تنیدگی‌زا برمی‌گزیند. در این دیدگاه، به افراد در بازسازی الگوی فکری آنان از طریق بازسازی شناختی کمک می‌شود (۱۷). راهبردهای

اجرای از مصاحبه برای گردآوری داده‌های پژوهش استفاده نشد. در نهایت در تعمیم یافته‌های این پژوهش به افراد با سایر مشکلات کلیوی به ویژه در سطح شدید، بایستی جنبه احتیاط را رعایت نمود. در مجموع و با در نظر گرفتن افزایش بیماران همودیالیز در سطح جامعه، از جمله اقدام‌های کاربردی در خصوص بالا بردن سطح آگاهی و سلامت جامع جامعه برقراری دوره‌های آموزشی کارگاهی می‌باشد لذا پیشنهاد می‌شود نهادهای متولی سلامت از برگزاری کارگاه‌ها و دوره‌های آموزشی مبتنی بر رویکرد پذیرش و تعهد برای بیماران همودیالیز استفاده کنند.

تشکر و قدردانی

نویسندگان این مقاله بر خود لازم می‌دانند مراتب سپاسگزاری خود را از همه‌ی بیماران شرکت‌کننده در این پژوهش و مسئولان بخش دیالیز بیمارستان لقمان، به عمل آورند.

نظم‌جویی شناختی هیجان، پاسخ‌های شناختی به وقایع فراخواننده‌ی هیجان هستند که به صورت هشیار یا ناهشیار سعی در تعدیل شدت و یا نوع تجربه‌ی هیجانی با خود واقعه دارند (۱۶)؛ بنابراین افزایش استفاده از راهبردهای سازگاران در افراد سبب می‌شود که کیفیت زندگی بیماران تحت درمان آموزش راهبردهای نظم‌جویی در پایان جلسات مداخله‌ی آموزشی بهبود قابل‌ملاحظه‌ای یابد.

نظر به این که پژوهش حاضر در شهر تهران انجام شده، شرایط محیطی و زمینه‌های فرهنگی - اقتصادی متفاوتی بر این سندرم تأثیرگذار بوده است و همین امر تعمیم یافته‌ها را به دیگر مناطق با زمینه‌های فرهنگی - اقتصادی دیگر سخت می‌کند. چراکه برخی زمینه‌های ابتلا به این بیماری به شرایط محیطی وابسته است. به علاوه در این پژوهش فقط از پرسشنامه برای گردآوری اطلاعات استفاده کرد و به دلیل محدودیت‌های

References

- 1- Ferreira RC, Silva Filho CRd. Quality of life of chronic renal patients on hemodialysis in Marília, SP, Brazil. *Brazilian Journal of Nephrology*. 2011;33(2):129-35.
- 2- Najafi M, SHEYKH VM, Montazeri A, AB-BASI SHA, SHEYKH FEM. Quality of life in coronary artery disease: SF-36 compared to WHOQOL-BREF. 2008.
- 3- Cervino G, Terranova A, Briguglio F, De Stefano R, Famà F, D'Amico C, et al. Diabetes: Oral health related quality of life and oral alterations. *BioMed research international*. 2019;2019.
- 4- de Abreu MM, Walker DR, Sesso RC, Ferraz MB. Health-related quality of life of patients receiving hemodialysis and peritoneal dialysis in São Paulo, Brazil: a longitudinal study. *Value in health*. 2011;14(5):S119-S21.
- 5- Valles-Colomer M, Falony G, Darzi Y, Tigchelaar EF, Wang J, Tito RY, et al. The neuroactive potential of the human gut microbiota in quality of life and depression. *Nature microbiology*. 2019;4(4):623-32.
- 6- Alidoust Ghahfarokhi f, Makvand Hosseini S, Kiyan Ersi F, Moemeni A. Effectiveness of motivational interviewing on treatment adherence in dialysis patients in Hajar hospital of Shahrekord, 2013. *Journal of Shahrekord Uuniversity of Medical Sciences*. 2015;17(4):17-24.
- 7- Shirazi M, Koohkan azim H, Khosravani E. Effectiveness of psychological rehabilitation, using Dohsa-Hou, on hemodialysis patients' depression, anxiety, and stress in Zahdan city. *Journal of Birjand University of Medical Sciences*. 2016;23(2):130-40.
- 8- yasaei sekeh m, Shafiabadi A, Farzad V. Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) on psychological well-bing and Its Components in hemodialysis patients. *Scientific Journal Management System*. 2018;13(55):149-62.
- 9- Hays RD, Kallich JD, Mapes DL, Coons SJ, Carter WB. Development of the kidney disease quality of life (KDQOL TM) instrument. *Quality of life Research*. 1994;3(5):329-38.
- 10- Karekla M, Panayiotou G. Coping and experiential avoidance: Unique or overlapping constructs? *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*. 2011;42(2):163-70.
- 11- Pingo JC, Dixon MR, Paliliunas D. Intervention Enhancing Effects of Acceptance and Commitment Training on Performance Feedback for Direct Support Professional Work Performance, Stress, and Job Satisfaction. *Behavior Analysis in Practice*. 2019:1-10.
- 12- Roditi D, Robinson ME. The role of psychological interventions in the management of patients with chronic pain. *Psychology research and behavior management*. 2011;4:41.
- 13- Kidd T, Mold F, Jones C, Ream E, Grosvenor W, Sund-Levander M, et al. What are the most effective interventions to improve physical performance in pre-frail and frail adults? A systematic review of randomised control trials. *BMC geriatrics*. 2019;19(1):184.
- 14- Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. *Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes*. Behaviour research and therapy. 2006;44(1):1-25.
- 15- Harris R. *ACT made simple: An easy-to-read primer on acceptance and commitment therapy*: New Harbinger Publications; 2019.
- 16- Garnefski N, Teerds J, Kraaij V, Legerstee J, van Den Kommer T. Cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: Differences between males and females. *Personality and individual differences*. 2004;36(2):267-76.
- 17- Rood L, Roelofs J, Bögels SM, Nolen-Hoeksema S, Schouten E. The influence of emotion-focused rumination and distraction on depressive symptoms in non-clinical youth: A meta-analytic review. *Clinical psychology review*. 2009;29(7):607-16.
- 18- JJ G. Thompson RA. *Emotion regulation: conceptual foundations*. Gross JJ. *Handbook of emotion regulation*. New York: Guilford press; 2007.
- 19- Jonsjö MA, Wicksell RK, Holmström L, Andreasson A, Olsson GL. Acceptance & commitment therapy for ME/CFS (chronic fatigue syndrome)—a feasibility study. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2019;12:89-97.
- 20- Freud D, Levy-Kardash O, Glick I, Ezrati-Vinacour R. Pilot program combining acceptance and commitment therapy with stuttering modification therapy for adults who stutter: A case report. *Folia Phoniatica et Logopaedica*. 2020;72(4):290-301.
- 21-Hayes SC, Pistorello J, Levin ME. Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. *The Counseling Psychologist*. 2012;40(7):976-1002.
- 22-Gross JJ, John OP. Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of personality and social psychology*. 2003;85(2):348.
- 23-Yekaninejad M, Mohammadi Zeidi I, Akaberi A, Golshan A, Pakpour Haji Agha, A. Validity and reliability of the Kidney Disease Quality of Life - Short Form (KDQOL-SF™ 1.3) in Iranian patients. *JNKUMS*, 2012; 4(2): 261-272. (Persian)
- 24-Feliu-Soler A, Montesinos F, Gutiérrez-Martínez O, Scott W, McCracken LM, Luciano JV. Current status of acceptance and commitment therapy for chronic pain: a narrative review. *Journal of pain research*. 2018;11:2145.
- 25-Vowles KE, Sowden G, Hickman J, Ashworth J. An analysis of within-treatment change trajectories in valued activity in relation to treatment outcomes following interdisciplinary Acceptance and Commitment Therapy for adults with chronic pain. *Behaviour research and therapy*. 2019;115:46-54.