Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry
Vol. 10/ No. 2/ 2023
Page: 131-146

Comparing the effectiveness of acceptance and commitment therapy and dialectical behavioral therapy on coherent self-knowledge, emotional regulation and life quality of hemodialysis patients

Mojgan Rouhi[1], Alireza Manzari Tavakoli[2], Mahshid Tajrobehkar[3]

1-PhD Student, Department of Psychology, Zarand Branch, Islamic Azad University, Kerman, Iran.
2- Assistant Professor, Department of Psychology, Kerman Branch, Islamic Azad University, Kerman, Iran (Corresponding Author). E-mail: A.manzari@iauk.ac.ir
3- Assistant Professor, Department of Psychology, Shahid Bahonar University, Kerman, Iran.

Received: 29/11/2022 **Accepted:** 11/04/2023

Abstract

Introduction: Chronic kidney diseases are one of the problems that threaten people's physical and psychological health.

Aim: The present study aims to compare the effectiveness of acceptance and commitment therapy and dialectical behavioral therapy on coherent self-knowledge, emotional regulation and life quality of hemodialysis patients.

Method: The present study is a semi-experimental one with a pre-test, post-test and a control group design. The statistical population of this research was hemodialysis patients of Shafa Hospital and Javad Al-Aima Clinic in Kerman in 2022. For this research 45 hemodialysis patients were selected using convenience sampling and randomly placed into two experimental groups of effectiveness of acceptance and commitment therapy and dialectical behavioral therapy and a control group. The research tools included Qorbani Coherent Self-knowledge (2008), Gross Emotional Regulation (2003) and World Health Organization Life Quality (1996) Questionnaire. The collected data were analyzed using covariance analysis or ANACOVA statistical exams, Tukey's b post Hoc exam using SPSS-24 statistical software.

Results: The result of covariance analysis showed significance difference between the experimental and control groups as ($P<0.001$). Compare to the control group, improvements were observed in coherent self-knowledge, emotional regulation and life quality of hemodialysis patients participated in both experimental groups.

Conclusion: Acceptance and commitment therapy and dialectical behavioral therapy, are proper methods in increasing coherent self-knowledge, emotional regulation and life quality of hemodialysis patients. It is recommended that these approaches can be used alongside other medical treatments.

Keywords: Acceptance and commitment therapy, Dialectical behavior therapy, Sense of coherence, Emotions, Quality of life

How to cite this article: Rouhi M, Manzari Tavakoli A, Tajrobehkar M. Comparing the effectiveness of acceptance and commitment therapy and dialectical behavioral therapy on coherent self-knowledge, emotional regulation and life quality of hemodialysis patients. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry. 2023; 10(2): 131-146. URL: http://shenakht.muk.ac.ir/article-1-1704-en.pdf

Copyright © 2018 the Author (s). Published by Kurdistan University of Medical Sciences. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Non Commercial License 4.0 (CCBY-NC), where it is permissible to download, share, remix, transform, and buildup the work provided it is properly cited. The work cannot be used commercially without permission from the journal.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1402.10.2.11.1]
[DOI: 10.32598/shenakht.10.2.131]

مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت
سال دهم، شماره ۲، ۱۴۰۲
صفحات: ۱۴۶-۱۳۱

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با رفتار درمانی دیالکتیک بر خودشناسی انسجامی، تنظیم هیجان و کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی

مژگان روحی[۱]، علیرضا منظری توکلی[۲]، مهشید تجربه‌کار[۳]

۱.دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد زرند، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمان، ایران.
۲. استادیار، گروه روانشناسی، واحد کرمان، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمان، ایران (مولف مسئول). ایمیل: A.manzari@iauk.ac.ir
۳. استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه شهید باهنر، کرمان، ایران.

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۰۹/۰۸ **تاریخ پذیرش مقاله:** ۱۴۰۲/۰۱/۲۲

چکیده

مقدمه: بیماری‌های مزمن کلیوی از جمله مشکلات، تهدید کننده سلامت جسمی و روانی است.

هدف: هدف پژوهش حاضر مقایسه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با رفتار درمانی دیالکتیک بر خودشناسی انسجامی، تنظیم هیجان و کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی بود.

روش: روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل بیماران همودیالیزی بیمارستان‌های شفا و کلینیک جوادالائمه شهر کرمان در سال ۱۴۰۱ بود. براساس روش نمونه‌گیری در دسترس ۴۵ نفر انتخاب و سپس به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و رفتار درمانی دیالکتیک) و یک گروه گواه جایگزین شدند (هر گروه ۱۵ نفر). ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه خودشناسی انسجامی قربانی (۲۰۰۸)، تنظیم هیجان گروس (۲۰۰۳) و کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (۱۹۹۶) بود. جهت تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از آزمون‌های آماری تحلیل کوواریانس تک متغیره، آزمون تعقیبی توکی و نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که بین نمرات گروه گواه و آزمایش تفاوت معناداری وجود دارد ($P<۰/۰۰۱$). در مقایسه با گروه گواه، گروه‌های آزمایشی خودشناسی انسجامی، تنظیم هیجان و کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی را بهبود بخشیدند. با وجود اینکه بین دو رویکرد آزمایشی تفاوت معناداری وجود نداشت؛ اما تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به رفتار درمانی دیالکتیک اندکی بیشتر بود.

نتیجه‌گیری: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و رفتار درمانی دیالکتیک روش‌هایی مناسب در افزایش خودشناسی انسجامی، تنظیم هیجان و کیفیت زندگی در بیماران همودیالیزی بود؛ لذا پیشنهاد می‌گردد از این درمان‌ها در کنار سایر درمان‌های پزشکی استفاده شود.

کلیدواژه‌ها: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، رفتار درمانی دیالکتیک، حس انسجام، هیجان، کیفیت زندگی

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی کردستان محفوظ است.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1402.10.2.11.1]
[DOI: 10.32598/shenakht.10.2.131]

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2024-10-12]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1402.10.2.11.1]

[DOI: 10.32598/shenakht.10.2.131]

مقدمه

وجود استرس‌ها و فشارهای روانی ناشی از نارسایی مزمن کلیوی بیش از هر دوره‌ای، سلامت انسان را تهدید می‌کند. تخریب پیش‌رونده و برگشت ناپذیر عملکرد کلیه‌ها منجر به بالا رفتن سطح اوره خون، بر هم خوردن سوخت و ساز، تعادل آب و الکترولیت در بدن می‌شود (لوکاس و تایو[1]، ۲۰۲۲). سیستم روانی بیماران همودیالیزی به‌صورت مستمر تحت فشار روانی ناشی از درمان است که منجر به ناتوانی در استنباط از خود در ارزیابی گذشته، حال، آیند و احساس ناتوانی از ادامه درمان است (حجتی، مجتبی و سرافراز، ۱۴۰۰). دیالیز مستمر می‌تواند موجب کاهش کارایی و توانایی، ضعف، خستگی، انقباضات عضلانی و نهایتاً به وجود آمدن هیجان‌های منفی، افسردگی، انزوای اجتماعی، عدم تحرک و کاهش کیفیت زندگی، اعتماد به نفس و خودشناسی انسجامی در آن‌ها شود (رئو، زینگ، وانگ، هئو و جیانج[2]، ۲۰۲۲).

خودشناسی انسجامی[3] نتیجه تلاش فرد برای یکپارچه نمودن تجربه خود از زمان گذشته، حال و آینده به جهت سازش و ارتقاء مفهوم خود رشد یافته است. این ویژگی شخصیتی درونداد که از تجارب فردی بدست می‌آید، برای مقابله با چالش‌ها و دستیابی به اهداف سلامت روانی الزامی است (کبیرحکیمز و مردیکیان[4]، ۲۰۲۱). حجتی و همکاران (۱۴۰۰) در پژوهشی به بررسی تأثیر درمان روان‌پویشی کوتاه مدت بر بیماران افسرده پرداختند که نتیجه نشان از افزایش خودشناسی انسجامی در بیماران مقاوم به درمان داشت. بررسی حالات روانی انسان بدون در نظر گرفتن بعد هیجانی فرد غیر ممکن است، بیشتر درمان‌های روانشناختی جدید متمرکز بر بعد هیجانی بیماران است (پکرون[5]، ۲۰۲۲).

تنظیم هیجان نتیجه مدیریت تجارب هیجانی، فهم و پذیرش هیجان‌ها و توانایی رفتار مطلوب صرف نظر از موقعیت هیجانی است (نیستر، برند، شیلیک و کومار[6]، ۲۰۲۲). کاظمی‌رضایی و کاکابرایی (۱۴۰۰) در مطالعه‌ای بر روی بیماران قلبی به این نتیجه دست یافتند که آموزش تنظیم هیجان می‌تواند به‌عنوان یک مداخله اثربخش، زمینه را برای بهبود بیماری‌های قلبی و عروقی فراهم سازد که این موضوع با کیفیت زندگی آنان مرتبط بود.

سازمان بهداشت جهانی[7] کیفیت زندگی را، ادراک فرد از موقعیت زندگی، زمینه فرهنگی و سیستم ارزشی در ارتباط با اهداف، انتظارات و استانداردها می‌داند (کای، ویرز و بجیرکواوند جوهانسون[8]، ۲۰۲۱). امینی و همکاران (۱۴۰۰) در مطالعه‌ای به بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش خودکارآمدی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به کمردرد مزمن پرداختند که نتایج نشان از تأثیر هر دو روش درمانی در کنار همودیالیز در آنان داشت.

از روش‌های درمانی رایج، در درمان جایگزینی نارسایی کلیه، می‌توان به همودیالیز، دیالیز صفاقی و پیوند کلیه اشاره کرد، در این بین همودیالیز، شایع‌ترین روش درمانی مورد استفاده است (خزائی، میرزاحسینی و نوکانی، ۱۳۹۸). این فرآیند به عنوان یک راه حل در درمان نارسایی کلیه، تنش‌زا بوده و فشارهای روانی ناشی از آن در این بیماران با بروز مشکلات روانی- اجتماعی

[1]- Lucas & Taiwo
[2]- Rao, Zeng, Wang, Hao & Jiang
[3]- Coherence with self-knowledge
[4]- Cabir hakyemez & Mardikyan
[5]- Pekrun
[6]- Nester, Brand, Schielke & Kumar
[7]- World Health Organization
[8]- Cai, Verze & Bjerklund Johansen

متعددی همراه است (بللو، اوکوپیچی، عثمان، کو، هتای و همکاران[1]، ۲۰۲۲) که منجر به افت کیفیت زندگی در آنان می‌شود (واندرملیک، هممملدر، بارت، وآن‌آترسام، هوجیندیک-وان دین‌کار و همکاران[2]، ۲۰۲۰). با وجود اینکه دیالیز رویکرد رایج و اثربخش برای رفع مشکل جسمی ناشی از نارسایی کلیه محسوب می‌شود؛ اما به نظر می‌رسد که این درمان به تنهایی کافی نبوده و نیاز به مداخلات روانشناختی در کنار همودیالیز است.

رفتاردرمانی دیالکتیک[3] و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد[4] تعهد[4] هر دو از مداخلات روانشناختی موج سوم درمان های رفتاری هستند. هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد افزایش کیفیت زندگی و کاهش تأثیر راهبردهای مهارگری نا مؤثر و حمایت از تغییر رفتار مبتنی بر ارزش‌ها است. نظریه‌پردازان این رویکرد بر این باور هستند که آسیب روانی با تلاش برای مهار کردن یا اجتناب از افکار و هیجانات منفی همراه است (هیز، پیسترول و لیواین[5]، ۲۰۱۲).

رفتار درمانی دیالکتیک بر پایه نظریه زیستی- اجتماعی[6] بنا نهاده شده است و به‌طور موفقیت‌آمیزی مفاهیم رفتار درمانی را با مبانی دیالکتیک و مفاهیم شرقی یکپارچه نموده است. پذیرش، مسئله گشایی و رویاروی رفتاری از جمله روش‌های مورد استفاده در رفتار درمانی دیالکتیک است. این درمان به ویژه برای درمان اختلالات شخصیت مرزی، خوردن، کنترل وسوسه و مدیریت سبک زندگی در حیطه سلامت بکار گرفته شده است (اثنی‌عشران، یزدخواستی و عریضی، ۱۴۰۰).

بیماران دیالیزی با رنج روانی شدیدی روبرو هستند که این موضوع با خودشناسی انسجامی، تنظیم هیجان و کیفیت زندگی در آنان ارتباط دارد. شکاف تحقیقاتی در خصوص بررسی و مقایسه تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و رفتار درمانی دیالکتیک که هر دو از جامع‌ترین درمان‌های موج سوم رفتاری است بر خودشناسی انسجامی، تنظیم هیجان و کیفیت زندگی در بیماران دیالیزی، برای پی بردن به اینکه کدام درمان ابعاد بیشتری (جسمی، روانی و اجتماعی) از مشکل این بیماران را بهبود می‌دهد ضروری است؛ لذا پژوهش حاضر با هدف مقایسه تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با رفتار درمانی دیالکتیک بر خودشناسی انسجامی، تنظیم هیجان و کیفیت زندگی در بیماران تحت عمل همودیالیز شهر کرمان انجام شد.

روش

روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل همه بیماران همودیالیز شهر کرمان در سال ۱۴۰۱ بود. در این مطالعه حجم نمونه با استفاده از نرم‌افزار جی- پاور[7] براساس مطالعات مشابه با سطح اطمینان ۹۵ درصد و توان ۸۰ درصد، ۱۲ نفر برای هر گروه برآورد شد (عقیلی و ملکی، ۱۴۰۰). در نهایت با توجه به احتمال ریزش مشارکت‌کنندگان برای هر گروه ۱۵ نفر به روش نمونه-گیری در دسترس در نظر گرفته شد. پس از اخذ مجوزهای لازم از علوم پزشکی کرمان و اطلاع‌رسانی از طریق پیامک و نصب فراخوان در بیمارستان شفا و کلینیک جواد ائمه (ع) شهر کرمان، از میان ۷۸ نفر

[1]- Bello, Okpechi, Osman, Cho, Htay & et al
[2]- Van Der Willik, Hemmelder, Bart, Van Ittersum, Hoogendijk-Van Den Akker & et al
[3]- Dialectical behavior therapy
[4]- Acceptance and Commitment Therapy
[5]- Hayes, Pistorello & Levin
[6]- Biosocial Theory
[7]- G-Powe

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1402.10.2.11.1]
[DOI: 10.32598/shenakht.10.2.131]

واجدین شرایط ۴۵ نفر به‌صورت تصادفی انتخاب و پس از بررسی ملاک‌های ورود به‌صورت تصادفی در گروه آزمایش ۱ (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد)، گروه آزمایش ۲ (رفتار درمانی دیالکتیک) و گروه گواه جایدهی شدند (هر گروه ۱۵ نفر). ملاک‌های ورود به مطالعه شامل: رضایت آگاهانه جهت شرکت در مطالعه، سابقه حداقل یک سال همودیالیز، نداشتن بیماری دیگر به غیر از نارسایی کلیوی، سواد خواندن و نوشتن، عدم مصرف داروهای اعصاب و روان، عدم دریافت خدمات روانشناختی در سه ماه گذشته و نداشتن سابقه دریافت رفتار درمانی دیالکتیک و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد؛ و ملاک‌های خروج از مطالعه نیز شامل: غیبت بیشتر از دو جلسه، ابتلا به بیماری‌های روانی از جمله افسردگی، شرکت هم‌زمان در سایر کارگاه‌های آموزشی روانشناختی و انصراف از ادامه همکاری بود.

جهت پژوهش حاضر ابتدا کد اخلاق از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمان اخذ و سپس مقدمات لازم برای انجام کار آماده گردید. رضایت آگاهانه، توجیه مشارکت‌کنندگان در مورد روش و هدف انجام پژوهش، رعایت اصل رازداری و محرمانه نگه‌داشتن اطلاعات، آزادی افراد در ترک مطالعه و ارائه مداخله به گروه گواه پس از اتمام پژوهش ازجمله اصول اخلاقی رعایت شده در این مطالعه بود. در ابتدا هر دو گروه آزمایش و یک گروه گواه در شرایط یکسان فرم اطلاعات جمعیت‌شناختی، پرسشنامه خودشناسی انسجامی، پرسشنامه تنظیم هیجان و پرسشنامه کیفیت زندگی را به عنوان پیش‌آزمون تکمیل نمودند. سپس گروه آزمایش ۱ درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، طی ۸ جلسه ۷۵ دقیقه‌ای و گروه آزمایش ۲ رفتاردرمانی دیالکتیک طی ۸ جلسه ۷۵ دقیقه‌ای به‌صورت هفته‌ای دو جلسه در سالن بیمارستان شفا کرمان توسط نویسنده اول که دانشجوی دکترای روانشناسی و پرستار بود تحت درمان قرار گرفتند؛ و گروه گواه در انتظار دریافت مداخله، پس از اتمام مراحل پژوهش بود. هر سه گروه مجدد در پس‌آزمون با پرسشنامه‌های خودشناسی انسجامی، تنظیم هیجان و کیفیت زندگی مورد ارزیابی قرار گرفتند. جهت تحلیل داده‌ها از روش‌های آماری توصیفی نظیر فراوانی، درصد، میانگین و انحراف استاندارد و از روش‌های آماری استنباطی شامل آزمون خی‌دو در خصوص پارامترهای جمعیت شناختی و تحلیل کواریانس یکراه و آزمون تعقیبی توکی جهت بررسی معناداری فرضیه‌های پژوهش استفاده شد. داده‌ها به وسیله نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ تحلیل شد. محتوای خلاصه جلسات آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (کلباسی، حاتمی، صیرافی، حاکمی و ثابت، ۱۳۹۹) و رفتار درمانی دیالکتیک (پهلوان، رمضانی و رسولی، ۱۴۰۰) در جدول ۱ و ۲ ارائه گردیده است.

جدول ۱ خلاصه جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (کلباسی و همکاران، ۱۳۹۹)

جلسه	محتوای جلسه
اول	تشریح اهداف آموزش و آشنایی با اعضا، برقراری رابطه مناسب، ارزیابی و ناامیدی خلاقانه، معرفی درمان پذیرش و تعهد به اعضا، بنیان اتحاد درمانی، ارائه اطلاعات درباره دیالیز؛ استعارها: لجن در لیوان، دو کوهستان، مردی در حفره چاه و مدیتیشن ذهن آگاهی بود. تکلیف: تفسیرشان از بیل‌ها، ارزیابی و تفسیر حواس‌پرتی آزمودنی‌ها در زمان مدیتیشن بود.
دوم	بحث در مورد تجربیات و ارزیابی آن‌ها، تمایل فرد به تغییر، بررسی انتظارات بیماران از درمان پذیرش و تعهد، ایجاد ناامیدی خلاقانه،

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1402.10.2.11.1]
[DOI: 10.32598/shenakht.10.2.131]

	یادآوری مطالب جلسه اول، استعاره: طناب‌کشی با هیولا بود. تکلیف: ذهن آگاهی با تمرکز بر تنفس و شمارش و یادداشت تجربه مشارکت‌کنندگان از رها کردن طناب بود.
سوم	مفهوم پذیرش و تفاوت آن با مفهوم شکست، یاس، انکار، مقاومت، مشکلات و چالش‌های پذیرش بیماری، مدیتیشن، بیانیه مراجعه‌کنندگان از تجربه‌ها. استعارها: پلی گراف یا دروغ سنج، عاشق شدن، کیک شکلاتی ژله‌ای گرم، مسافران داخل اتوبوس، درد در برابر رنج کشیدن بود. تکلیف: تمرین مدیتیشن‌ها در منزل بود.
چهارم	تعهد رفتاری، معرفی و تفهیم آمیختگی به خود مفهوم سازی شده و گسلش، کاربرد تکنیک‌های گسلش شناختی، مداخله در عملکرد زنجیره‌های مشکل‌ساز زبان ساده و استعاره‌ها: افکار و عواطف بود. تکلیف: مدیتیشن و یادداشت افکار مزاحم بود.
پنجم	مشاهده خود به عنوان زمینه، تضعیف خود مفهومی و بیان خود، آموزش تنفس شکمی، خودآگاهی بر هیجانات، حس‌ها و شناخت‌ها، استعارها: اعداد، شطرنج، تمرین شیر شیر، مدیتیشن در جلسه، نشانه‌گذاری افکار، برگ‌های روی رودخانه بود. تکلیف:تمرین مدیتیشن و مرور جلسات بود.
ششم	شناسایی ارزش‌های زندگی بیماران و تصریح و تمرکز بر ارزش‌ها و توجه به قدرت انتخاب آن‌ها بود. استفاده از تکنیک‌های ذهن آگاهی با تأکید بر زمان حال، جمع‌بندی بحث‌های مطرح شده در جلسه بود. تکلیف: تمرین مدیتیشن و مرور جلسات، ارزیابی ارزش‌ها و یادداشت آن‌ها در کاربرگ ارائه شده بود.
هفتم	بررسی مجدد ارزش‌ها و ارزیابی مفاهیم قبلی، بررسی تفاوت ارزش‌ها، اشتباهات معمول در انتخاب ارزش‌ها، موانع درونی و بیرونی احتمالی پیشرو برای تقویت ارزش‌ها بود. بررسی اهداف مرتبط با ارزش‌ها و ویژگی‌های اهداف (اختصاصی، قابل ارزیابی، واقع گرایانه بود). تکلیف: تکمیل کاربرگ ارزیابی ارزش‌ها، انجام مدیتیشن‌های و تمام آموزش داده شده قبلی بود.
هشتم	اعضا، سه مورد از مهم‌ترین ارزش‌هایشان را مشخص و اهدافی که مایل بودند در راستای هر یک از آن ارزش‌ها دنبال کنند را تعیین کردند. استعارها: ولگرد کنار در، گذر از باتلاق، مدیتیشن با تمرکز بر ارزش بود. تکلیف: بکار گیری مهارت‌های آموخته شده و به‌کارگیری استعاره‌ها در موقعیت‌های زندگی بود.

جدول ۲ خلاصه جلسات رفتاردرمانی دیالکتیک (پهلوان و همکاران، ۱۴۰۰)

جلسه	محتوای جلسه
اول	آشنایی اعضا با یکدیگر و تشریح اهداف گروه، توضیحات مقدماتی در مورد رفتاردرمانی دیالکتیک و ارتباط آن با افکار و رفتار، مفهوم‌سازی مشکل افراد همودیالیزی، آماده‌سازی مراجعه‌کنندگان و معرفی مدل بود. تکلیف: تهیه فهرست فعالیت‌های لذت بخش و انگیزشی و گنجاندن آن در برنامه هفتگی بود.
دوم	بررسی تکالیف جلسه قبل، پاسخ دادن به سؤالات، آموزش ذهن آگاهی (هیجانی و خردمندانه)، آموزش به مراجع در مورد اینکه چه مهارت‌هایی مشاهده و توصیف می‌شوند و چگونه مهارت‌ها مورد قضاوت قرار نمی‌گیرند. تکلیف: تمرین مهارت ذهن آگاهی (هیجانی و خردمندانه) و مشاهده و توصیف آن‌ها بدون قضاوت بود.
سوم	ارزیابی تکالیف و رفع ابهام، آموزش مهارت‌های پایندگی در بحران‌ها، منحرف کردن حواس، تسکین دادن به خود با استفاده از حواس پنج‌گانه و تمرین ذهن‌آگاهی، در این جلسه مورد تحلیل و آموزش با تکنیک‌های دیالوگ سقراطی بود. تکلیف: تمرین ذهن‌آگاهی، منحرف کردن حواس به‌صورت روزانه و یادداشت برداری بود.
چهارم	تعریف باورهای شناختی افراد و تأثیر آن‌ها بر فرد، باورهای شناختی مثبت و منفی، چگونگی ارزش‌گذاری درونی برای ایجاد انگیزه، اشاره‌ای به ماهیت عزت نفس و اعتماد به نفس و آموزش درباره چگونگی افزایش خودشناسی و تنظیم هیجان گردید. تکلیف: ارزیابی باورهای شناختی، ارزش‌گذاری بر آن‌ها به روش درست و منطقی و نوشتن گزارش انجام این فعالیت ها بود.
پنجم	آموزش ارتقا خودشناسی انسجامی و تنظیم هیجان و منافع آن در رفتارهای مرتبط با سلامت جسمی، روانی و اجتماعی و ارتباطی انسان،

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1402.10.2.11.1]
[DOI: 10.32598/shenakht.10.2.131]

	تلاش برای ارتقاء کیفیت زندگی کاهش آسیب‌پذیری و رنج هیجانی، افزایش هیجان مثبت، تغییر دادن عواطف از طریق قصد متناقض بود. تکلیف: تمرین خودشناسی و باور به خود با توجه مبحث موردبحث بود.
ششم	ارزیابی تمرینات جلسه قبل که در طول هفته انجام داده بودند، بررسی توان خودکارآمدی و تأثیرات آن بر خودشناسی انسجامی، هیجان و کیفیت زندگی که چگونه ارتقا می‌یابد، جهت‌گیری اهداف به سمت رفع هیجانات منفی و افزایش هیجانات مثبت در کنار ذهن‌گرایی بود. تکلیف: مرور تکالیف هفته‌گذشته و یادداشت برداری موضوع جلسه که در طی زمان فراموش نشود.
هفتم	آموزش رفتارهای مرتبط با سلامت جسمی، روانی و اجتماعی و ارتباطی انسان توضیح داده شد، کاهش آسیب‌پذیری و رنج هیجانی، افزایش هیجان مثبت، تغییر دادن عواطف از طریق قصد متناقض با عواطف اخیر و انگیزش فعالیت بود. تکلیف: ذهن آگاهی هیجانات، تلاش برای درک هیجانات و فضا دادن به هیجانات بود.
هشتم	در این جلسه، کل جلسات آموزشی قبل جمع‌بندی و مرور گردید و محتوای جلسات آموزشی تذکر داده شد و نظرسنجی از افراد در مورد این دوره گردید و به سؤالات و ابهامات آنان پاسخ داده شد. تکلیف: تذکر به به‌کارگیری مهارت‌های آموخته شده در زندگی و موقعیت‌ها لازم بود

ابزار

پرسشنامه خودشناسی انسجامی[1]: در سال ۲۰۰۸ توسط قربانی، واتسون و حارجیس[2] ساخته شد. این پرسشنامه شامل ۱۲ سؤال بسته پاسخ، با طیف پنج گزینه‌ای لیکرت (از عمدتاً نادرست ۱ نمره تا عمداً درست ۵ نمره) می‌باشد، و دارای سه خرده مقیاس خودآگاهی تأملی، خودآگاهی تجربی و یکپارچه کردن تجارب گذشته و حال برای ایجاد آینده مطلوب بود. دامنه نمرات بین ۱۲ الی ۶۰، و نمره بالاتر نشان دهنده خودشناسی انسجامی بیشتر است. قربانی و همکاران (۲۰۰۸) ضریب پایایی این پرسشنامه را با استفاده از روش آلفای کرونباخ و بازآزمایی به ترتیب برابر با ۰/۸۵ و ۰/۸۰ و ضریب روایی همگرای پرسشنامه از طریق همبستگی با مقیاس دیکمن[3] برابر با ۰/۵۶ گزارش کردند. همچنین در پژوهش حجتی و همکاران (۱۴۰۰) ضریب پایایی پرسشنامه از طریق محاسبه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۲ گزارش شد. در پژوهش حاضر پایایی کل ابزار و ابعاد خودآگاهی تأملی، تجربی و یکپارچه کردن تجارب به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۷۹، ۰/۸۱ و ۰/۷۸ بدست آمد.

پرسشنامه تنظیم هیجان[4]: پرسشنامه تنظیم هیجان توسط گروس و جان[5] در سال ۲۰۰۳ تدوین شده است. این پرسشنامه مشتمل بر ۱۰ سؤال و دو خرده مقیاس ارزیابی مجدد و فرونشانی است. سؤالات براساس طیف لیکرت ۷ درجه‌ای از کاملاً مخالفم (نمره ۱) تا کاملاً موافقم (نمره ۷) نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نمره مؤلفه ارزیابی مجدد از ۶ الی ۴۲ و مؤلفه فرونشانی از ۴ الی ۲۸ و در نتیجه نمره کل پرسشنامه در محدوده ۱۰ الی ۷۰ می‌باشد، و نمره بالاتر نشان دهنده تنظیم هیجان بیشتر است. در پژوهش گروس و جان (۲۰۰۳) پایایی ابزار با روش آلفای کرونباخ برای مؤلفه ارزیابی مجدد ۰/۷۹، فرونشانی ۰/۷۳ و کل پرسشنامه ۰/۸۱ بدست آمد. در بررسی زهانگ و بیان[6] (۲۰۲۰) ضریب آلفای کرونباخ کلی پرسشنامه برابر ۰/۸۴ و برای خرده مقیاس ارزیابی مجدد و سرکوبی به

[1]- Integrative Self-Knowledge Scale
[2]- Ghorbani, Watson & Hargis
[3]- Dickman
[4]- Emotion Regulation questioner
[5]- Gross & John
[6]- Zhang & Bian

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1402.10.2.11.1]
[DOI: 10.32598/shenakht.10.2.131]

ترتیب ۰/۷۳ و ۰/۸۲ گزارش شده است. در ایران قاسم-خانلو، عطادخت و صبری (۱۴۰۰) ضرایب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس در دامنه ۰/۶۰ تا ۰/۸۱ گزارش شده است. در پژوهش حاضر پایایی کل ابزار و ابعاد ارزیابی مجدد و فرونشانی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۸۲، ۰/۸۰ و ۰/۷۷ بدست آمد.

پرسشنامه کیفیت زندگی[1]: پرسشنامه توسط سازمان بهداشت جهانی در سال (۱۹۹۶) تهیه و دارای ۲۶ سؤال است. این پرسشنامه، کیفیت زندگی را در پنج حیطه سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی، سلامت محیطی و کیفیت سلامت عمومی را اندازه‌گیری می‌کند. سؤالات براساس طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از بسیار بد (نمره ۱) تا بسیار خوب (نمره ۵) نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نمرات خرده مقیاس سلامت جسمانی ۷ الی ۳۵، سلامت روانی ۶ الی ۳۰، روابط اجتماعی ۳ الی ۱۵، سلامت محیطی ۸ الی۴۰، کیفیت سلامت عمومی ۲ الی۱۰ و نمره کل پرسشنامه که از مجموع حاصل جمع خرده مقیاس‌ها بدست می‌آید در محدوده ۲۶ تا ۱۳۰ می-باشد و نمره بالاتر نشان دهنده کیفیت زندگی بالاتر است. روایی هم‌زمان و پایایی (کرونباخ) پرسشنامه توسط سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۶) به ترتیب ۰/۵۴ و ۰/۸۳ گزارش شده است (دی‌بورس، کارلایر و وان‌هرمت[2]، ۲۰۲۲). رصافیانی و همکاران (۱۳۹۹) ضریب پایایی این پرسشنامه را با محاسبه آلفای کرونباخ از ۰/۷۸ تا ۰/۸۹ گزارش کردند. در پژوهش حاضر پایایی کل ابزار و ابعاد سلامت جسمانی، روانی، اجتماعی و محیطی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۱، ۰/۷۸، ۰/۸۴ و ۰/۷۷ بدست آمد.

یافته‌ها

با توجه به اطلاعات جمعیت شناختی میانگین سنی گروه آزمایش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، گروه آزمایش رفتار درمانی دیالکتیک و گروه گواه به ترتیب ۴۱/۳±۴/۴۹، ۴۲/۱±۵/۳۸ و ۴۰/۴۰±۵/۵۱ بود. از میان شرکت‌کنندگان گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ۴ نفر (۲۶/۶۶٪) مرد و ۱۱ نفر (۷۳/۳۳٪) زن، از نظر تحصیلات ۹ نفر (۶۰٪) دیپلم، ۴ نفر (۲۶/۶۶٪) لیسانس و ۲ نفر (۱۳/۳۳٪) فوق‌لیسانس بودند. در گروه رفتار درمانی دیالکتیک، ۴ نفر (۲۶/۶۶٪) مرد و ۱۱ نفر (۳۳/۷۳٪) زن، از نظر تحصیلات ۱۰ نفر (۶۶/۶۶٪) دیپلم، ۴ نفر (۲۶/۶۶٪) لیسانس و ۱ نفر (۶/۶۶٪) فوق‌لیسانس بودند. در گروه گواه ۴ نفر (۲۶/۶۶٪) مرد و ۱۱ نفر (۷۳/۳۳٪) زن، از نظر تحصیلات ۱۱ نفر (۷۳/۳۳٪) دیپلم، ۳ نفر (۲۰٪) لیسانس و ۱ نفر (۶/۶۶٪) فوق‌لیسانس داشتند. از میان شرکت‌کنندگان این پژوهش ۳۹ نفر (۸۶/۷٪) متأهل و ۶ نفر (۱۳/۳٪) مجرد بودند. بین گروه‌ها از نظر سن، جنس، سطح تحصیلات و تأهل تفاوت معناداری وجود نداشت و همتا بودند ($P>0/05$). میانگین و انحراف استاندارد خودشناسی انسجامی، تنظیم هیجان و کیفیت زندگی برای هر سه گروه (دو گروه آزمایشی و یک گروه گواه) در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول ۳ ارائه شده است.

[1]- Quality of Life Questionnaire (WHO-QOL-BREF)
[2]- De Beurs, Carlier & van Hemert

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1402.10.2.11.1]
[DOI: 10.32598/shenakht.10.2.131]

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2024-10-12]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1402.10.2.11.1]

[DOI: 10.32598/shenakht.10.2.131]

جدول ۳ میانگین و انحراف استاندارد خودشناسی انسجامی، تنظیم هیجان و کیفیت زندگی در مرحله پیش‌آزمون- پس‌آزمون گروه‌های مورد مطالعه

گروه	متغیر	تعداد	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
			میانگین±انحراف معیار	میانگین±انحراف معیار
آزمایش ۱ (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد)	خودشناسی انسجامی	۱۵	۶/۵۲±۲۶/۴۰	۶/۷۸±۳۶/۴۷
	تنظیم هیجان	۱۵	۱۵/۶۱±۳۸/۰۷	۱۳/۲۲±۵۰/۳۳
	کیفیت زندگی	۱۵	۵/۸۸±۵۸/۴۰	۸/۱۲±۶۸/۴۷
آزمایش ۲ (رفتار درمانی دیالکتیک)	خودشناسی انسجامی	۱۵	۵/۷۹±۲۶/۰۷	۶/۴۸±۳۵/۸۷
	تنظیم هیجان	۱۵	۱۲/۰۲±۳۷/۰۱	۱۰/۱۸±۴۸/۲۱
	کیفیت زندگی	۱۵	۷/۰۷±۵۸/۴۷	۹/۹۱±۶۷/۳۳
گواه	خودشناسی انسجامی	۱۵	۶/۴۳±۲۶/۶۷	۷/۶۴±۲۶/۱۳
	تنظیم هیجان	۱۵	۱۴/۴۴±۳۸/۱۳	۱۰/۴۴±۳۴/۸۰
	کیفیت زندگی	۱۵	۹/۸۰±۶۰/۳۳	۹/۸۱±۵۷/۹۳

مطابق نتایج جدول ۳ میانگین نمرات هر دو گروه آزمایش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و رفتار درمانی دیالکتیک در پیش‌آزمون نسبت به پس‌آزمون افزایش یافته است، در حالیکه درگروه گواه تغییرات محسوسی رخ نداده است. جهت تحلیل داده‌ها و بررسی فرضیه‌های پژوهش از تحلیل کوواریانس یک‌راهه استفاده شد. قبل از تحلیل داده‌ها برای اطمینان از اینکه داده‌های این پژوهش پیش‌فرض‌های زیربنایی تحلیل کوواریانس یک‌راهه را برآورد می‌کنند، مورد بررسی مفروضه‌های، نرمال بودن داده‌ها با آزمون شاپیرو ویلکز، خطی بودن با نمودار پراکنش داده‌ها، همگنی واریانس‌ها با آزمون لون و همگنی شیب‌های رگرسیون قرار گرفتند، که محقق گردید (P>۰/۰۵). نتایج تحلیل کوواریانس یک‌راهه بر خودشناسی انسجامی، تنظیم هیجان و کیفیت زندگی در جدول ۴ ارائه گردیده است.

جدول ٤ نتایج تحلیل کوواریانس یک‌راهه بر خودشناسی انسجامی، تنظیم هیجان و کیفیت زندگی بین گروه‌ها

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
پیش‌آزمون خودشناسی انسجامی	۱۴۵۵/۸۴	۱	۱۴۵۵/۸۴	۱۰۰/۵۹	۰/۰۰۱	۰/۷۱
گروه	۱۰۸۹/۵۸	۲	۵۴۴/۷۹	۳۷/۶۴	۰/۰۰۱	۰/۶۵
خطا	۵۹۳/۳۶	۴۱	۱۴/۴۷			
کل	۵۱۵۳۷/۰۱	۴۵				
پیش‌آزمون تنظیم هیجان	۲۳۷۰/۳۰	۱	۲۳۷۰/۳۰	۳۱/۷۶	۰/۰۰۱	۰/۴۴
گروه	۲۲۰۴/۰۱	۲	۱۱۰۲/۰۱	۱۴/۷۷	۰/۰۰۱	۰/۴۲
خطا	۳۰۵۹/۸۳	۴۱	۷۴/۶۳			
کل	۹۶۴۴۶/۰۱	۴۵				
پیش‌آزمون کیفیت زندگی	۲۹۷۰/۵۳	۱	۲۹۷۰/۵۲	۱۷۹/۷۷	۰/۰۰۱	۰/۸۱
گروه	۱۴۳۵/۶۲	۲	۷۱۷/۸۱	۴۳/۴۴	۰/۰۰۱	۰/۶۸

خطا	۶۷۷/۴۸	۴۱	۱۶//۵۲	
کل	۱۹۲۳۱۴/۰۱	۴۵		

نتایج کوواریانس یک‌راهه مندرج در جدول ۴ نشان می‌دهد که بین نمرات خودشناسی انسجامی، تنظیم هیجان و کیفیت زندگی گروه‌های آزمایش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و رفتار درمانی دیالکتیک با گروه گواه در پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد (P<۰/۰۰۱). همچنین آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و رفتار درمانی دیالکتیک به گروه‌های آزمایش ۶۵ درصد افزایش خودشناسی انسجامی، ۴۲ درصد افزایش تنظیم هیجان و ۶۸ درصد افزایش کیفیت زندگی در گروه‌های آزمایش را تبیین می‌کند. جهت مشخص شدن تفاوت بین گروه‌های آزمایش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و رفتار درمانی دیالکتیک نسبت به هم و گروه گواه از آزمونی تعقیبی توکی استفاده شد، که نتایج در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵ نتایج آزمون تعقیبی توکی برای مقایسه میانگین نمرات گروه‌ها در پس‌آزمون

متغیر	گروه (الف)	گروه (ب)	تفاوت میانگین‌ها (الف- ب)	خطای استاندارد	سطح معناداری
خودشناسی انسجامی	درمان پذیرش و تعهد	رفتار درمانی دیالکتیک	۰/۶۰	۲/۵۵	۰/۹۷۰
		کنترل	۱۰/۳۳	۲/۵۵	۰/۰۰۱
	رفتار درمانی دیالکتیک	درمان پذیرش و تعهد	-۰/۶۰	۲/۵۵	۰/۹۷۰
		کنترل	۹/۷۳	۲/۵۵	۰/۰۰۱
	کنترل	رفتار درمانی دیالکتیک	۹/۷۳	۲/۵۵	۰/۰۰۱
		درمان پذیرش و تعهد	-۱۰/۳۳	۲/۵۵	۰/۰۰۱
تنظیم هیجان	درمان پذیرش و تعهد	رفتار درمانی دیالکتیک	۲/۱۳	۴/۱۵	۰/۸۶۵
		کنترل	۱۵/۵۳	۴/۱۵	۰/۰۰۲
	رفتار درمانی دیالکتیک	درمان پذیرش و تعهد	-۲/۱۳	۴/۱۵	۰/۸۶۵
		کنترل	۱۳/۴۰	۴/۱۵	۰/۰۰۷
	کنترل	رفتار درمانی دیالکتیک	-۱۳/۴۰	۴/۱۵	۰/۰۰۷
		درمان پذیرش و تعهد	-۱۵/۵۳	۴/۱۵	۰/۰۰۲
کیفیت زندگی	درمان پذیرش و تعهد	رفتار درمانی دیالکتیک	۱/۱۳	۳/۴۰	۰/۹۴۱
		کنترل	۱۰/۵۳	۳/۴۰	۰/۰۱۰
	رفتار درمانی دیالکتیک	درمان پذیرش و تعهد	-۱/۱۳	۳/۴۰	۰/۹۴۱
		کنترل	۹/۴۰	۳/۴۰	۰/۰۲۳
	کنترل	رفتار درمانی دیالکتیک	-۹/۴۰	۳/۴۰	۰/۰۲۳
		درمان پذیرش و تعهد	-۱۰/۵۳	۳/۴۰	۰/۰۱۰

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1402.10.2.11.1]
[DOI: 10.32598/shenakht.10.2.131]

نتایج آزمون تعقیبی توکی نشان می‌دهد که میانگین نمرات گروه‌های آزمایش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و رفتار درمانی دیالکتیک نسبت به یکدیگر تفاوت معناداری ندارند؛ اما میانگین نمرات هر دو گروه مداخله با گروه گواه تفاوت معناداری دارند (P<۰/۰۵). بیشترین تفاوت معنادار میانگین‌های مربوط به متغیرهای خودشناسی انسجامی، تنظیم هیجان و کیفیت زندگی به ترتیب مربوط به گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و سپس رفتار درمانی دیالکتیک بود، که البته بین آن‌ها تفاوت معناداری وجود ندارد.

بحث

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با رفتار درمانی دیالکتیک بر خودشناسی انسجامی، تنظیم هیجان و کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و رفتار درمانی دیالکتیک هر دو منجر به افزایش خودشناسی انسجامی، تنظیم هیجان و کیفیت زندگی در بیماران همودیالیزی شدند و در این رابطه هیچ‌کدام از این دو درمان برتری معناداری با یکدیگر ندارند. پژوهش مشابهی که به‌طور دقیق و به همین روش به بررسی مقایسه اثربخشی این دو رویکرد بر خودشناسی انسجامی، تنظیم هیجان و کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی انجام گرفته باشد، یافت نگردید در نتیجه نزدیکترین مطالعات مرتبط مد نظر قرار گرفت.

یافته اول مطالعه نشان داد که هر دو مداخله منجر به افزایش خودشناسی انسجامی شد که با وجود عدم تفاوت معنادار بین آن‌ها اما اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد کمی بیشتر از رفتار درمانی دیالکتیک بود. نتایج این پژوهش با یافته‌های کاراپتو و فیاکس[1] (۲۰۱۹) مبنی بر بررسی خودشناسی و علائم افسردگی در اواخر نوجوانی؛ نتایج پژوهش حسینی مطلق، آذری و امینی منش (۱۴۰۰) مبنی بر پیش‌بینی خودشناسی انسجامی براساس خودشفقت‌ورزی، خودیابی و ذهن‌آگاهی با نقش واسطه‌ای خودتنظیمی هیجانی و پژوهش حجتی و همکاران (۱۴۰۰) که با پژوهشی بر روی بیماران افسرده به این نتیجه رسیدند که درمان روان‌پویشی کوتاه مدت منجر به افزایش سطح خودشناسی انسجامی در بیماران شده همسو بود.

در تبیین تأثیر هر دو روش آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و رفتار درمانی دیالکتیک بر خودشناسی انسجامی می‌توان با توجه به دیدگاه نظری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد چنین بیان کرد که سازوکار اصلی درگیر در تأثیر این درمان بر خودشناسی انسجامی مربوط به تأثیری است که این درمان بر انعطاف‌پذیری روانی دارد، و منجر به پذیرش هیجانات و رویدادهای رنج‌آور از یک‌سو و از طرف دیگر ایجاد تعهد و یافتن معنا (ارزش-ها) در رنج‌ها می‌شود (هیز، لوما، باند، ماسودا و لیلیس[2]، ۲۰۰۶). یکی از نگرانی‌های عمده بیماران دیالیزی، ترس از ناکامی در درمان و تحمل رنج دیالیز شدن است، آن‌ها هر چقدر تلاش می‌کنند که از نگرانی‌های خود اجتناب کنند بیشتر ناکام می‌شوند، این رفتار که معروف به رفتار جستجوی امنیت است از عوامل مختل کننده آرامش فرد به شمار می‌آید (ترس از ترس). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تمایل فرد به تجربه‌های درونی تأکید دارد، البته این را باید در نظر داشت که مشکل رنج ناشی از دیالیزی واقعیت موجود است و منحصر به استنباط فردی نیست.

[1]- Carapeto & Feixas
[2]- Hayes, Luoma, Bond, Masuda & Lillis

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1402.10.2.11.1]
[DOI: 10.32598/shenakht.10.2.131]

پذیرش این موضوع که من این مشکل دارم و باید با آن کنار بیایم و از آن سوی یافتن معنا در رنج با تقویت ارزش‌ها مهم‌ترین عامل افزایش خودشناسی انسجامی می‌تواند باشد.

در خصوص تأثیر رفتار درمانی دیالکتیک بر خودشناسی انسجامی باید توجه داشت که رفتار درمانی دیالکتیک برگرفته از نظریه زیستی- اجتماعی است، در این رویکرد اعتقاد بر این است که کژ کنشی هیجانی منجر به مشکلات روانی می‌گردد (پهلوان، رمضانی و رسولی، ۱۴۰۰). رفتار درمانی دیالکتیک با کاهش آسیب‌پذیری هیجانی، منجر به تلاش انطباقی فرد در کاهش خود سرزنشی، غم و غصه، هیجانات منفی و ناامیدی و رنج روانی ناشی از همودیالیز شده و باعث افزایش خودشناسی انسجامی می‌گردد.

یافته دوم این مطالعه نشان داد که هر دو مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و رفتار درمانی دیالکتیک نسبت به گروه گواه به‌طور معناداری منجر به افزایش تنظیم هیجان در بیماران همودیالیزی شد. نتایج این پژوهش با یافته‌های نستر و همکاران (۲۰۲۲) مبنی بر بررسی روابط بین بی‌نظمی هیجانی، گسستگی و آسیب به خود در میان بیماران اختلال تجزیه‌ای؛ نتایج پژوهش تقوای‌نیا و زارعی (۱۴۰۱) مبنی بر اثربخشی آموزش تنظیم هیجان بر ارتقاء سلامت روانی و کاهش نشخوار فکری زنان مطلقه و مطالعه کاظمی رضایی و کاکابرایی (۱۴۰۰) که بر روی بیماران قلبی- عروقی انجام دادند و به این نتیجه رسیدند که آموزش تنظیم هیجان منجر به کاهش تجارب هیجانی و بهبود بیماری قلبی- عروقی می‌گردد، همسو است و مطالعه‌ای ناهمسو یافت نشد.

در تبیین تأثیر آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم هیجان می‌توان با توجه به دیدگاه نظری چنین بیان کرد. افراد هیجان‌های خود را به دو طریق مجزا در زندگی تنظیم می‌کنند، یکی از طریق احساس هیجانی که فرد در درون خود احساس می‌کند (هیجان درونی) و دیگری چگونگی بروز هیجان (برون‌ریزی هیجان) فرد مثلاً با حرف زدن و یا رفتار کردن است (گروس و جان، ۲۰۰۳). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با به‌کارگیری استعاره‌های مناسب، فرد را به این منطق می‌رساند که رفتار ناکارآمد مضرتر است (ناامیدی خلاقانه) و از سوی دیگر از طریق افزایش تمایل بیماران به پذیرش رنج خود و تمرکز منطقی (قصد متناقض) بر شرایط، مدیریت هیجان آنان را بهبود می‌بخشد. استعاره‌ها با ایجاد بازخورد ارزشمند به زندگی منجر به تغییر بازخورد فرد نسبت هیجانات منفی در آنان می‌گردد، که از فرد درگیر به فرد نظاره‌گر بیرونی تبدیل می‌شود (گروس و جان، ۲۰۰۳). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با کمک به مراجع برای پذیرش افکار و باورها به عنوان فقط یک فکر (بُعد شناختی)، منجر به پذیرش هیجانات شده و از سوی دیگر با ارتقاء ارزش‌ها تحمل رنج بیماری را هموارتر می‌کند.

در تبیین تأثیر آموزش رفتار درمانی دیالکتیک بر تنظیم هیجان این را باید در نظر گرفت که فرد در این رویکرد مهارت‌های: نام‌گذاری هیجانات، ارتقاء رفتارهای کارآمد، کاهش تنفر از خود، تشویق به چندجانبه فکر کردن، مدیریت هیجانات به‌صورت ارادی (قصد متناقض) را می‌آموزد و در نتیجه هیجانات منفی (غم، بی انگیزگی، اضطراب و استرس) جای خود را به هیجانات مثبت (تلاش برای شوخ‌طبعی، افزایش خرسندی و خنده) خواهند داد که این موضوع منجر به کاهش رنج هیجانی

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1402.10.2.11.1]
[DOI: 10.32598/shenakht.10.2.131]

بیماران همودیالیزی و افزایش مدیریت هیجانات در آنان می‌شود.

یافته سوم این مطالعه نشان داد که هر دو مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و رفتار درمانی دیالکتیک نسبت به گروه گواه به‌طور معناداری منجر به افزایش کیفیت زندگی در بیماران همودیالیزی شده است. نزدیک‌ترین پژوهش‌های انجام شده امینی صدر و همکاران (۱۴۰۰) مبنی بر مقایسه اثربخشی درمان های شناختی- رفتاری و پذیرش و تعهد بر خودکارآمدی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به کمردرد مزمن؛ نتایج پژوهش محمدی، فتاحی، جابرقادری، خیرآبادی و بختیاری (۱۴۰۱) مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت خواب و بهبود کیفیت زندگی در بیماران با مشکلات قلبی- عروقی و صادقی و همکاران (۱۳۹۹) که به بررسی تأثیر آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عواطف منفی و بهبود کیفیت زندگی در افراد وابسته به مواد پرداخت و به این نتیجه رسیدند که آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بعد از ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای منجر به کاهش عواطف منفی و افزایش کیفیت زندگی در مشارکت‌کنندگان شد، همسو بود و مطالعه‌ای ناهمسو یافت نگردید.

در تبیین تأثیر آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی باید در نظر داشت که بیماران همودیالیزی مسائل و مشکلات طاقت فرسایی دارند که این مشکلات بر ابعاد مختلف کیفیت زندگی مانند بعد جسمانی، روانی، عاطفی، اجتماعی، رفتاری، هدف‌ها و انتظارات آنان تأثیر می‌گذارد و منجر به کاهش کیفیت زندگی می‌شود. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از لحاظ فلسفی متکی بر مبنای چهارچوب زمینه‌گرائی عملکردی[1] است. زمینه-گرائی یک مکتب فکری است که بر اهمیت بافت در درک طبیعت یک رویداد تأکید می‌کند (هیز و همکاران، ۲۰۱۲). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با استعاره‌هایش در مراجعه کنندگان این مفهوم را زنده می-کند که خود را به عنوان زمینه بپذیرند و از سوی دیگر با ارتقاء انعطاف‌پذیری روانی رفتارهای اجتناب تجربه‌ای خود را کاهش و در نهایت با تقویت ارزش‌ها و تعدیل انتظارات در بیماران همودیالیزی انگیزه زندگی و تعاملات بهبود می‌یابد. تقویت ارزش‌ها، یافتن معنا در رنج‌ها و پذیرش شرایط بیماری منجر به افزایش تمایل به ارتباط با جامعه، کاهش اجتناب تجربه‌ای و استفاده از منابع و فرصت‌های بیماران همودیالیزی منجر به بهبود کیفیت زندگی در آنان می‌شود.

در تبیین تأثیر آموزش رفتار درمانی دیالکتیک بر کیفیت زندگی می‌توان چنین استنباط کرد که بدنه اصلی تمرکز رفتار درمانی دیالکتیک حول یادگیری و آموزش و به‌کارگیری و تعمیم مهارت‌های انطباقی خاص است. این مداخله با افزایش تاب‌آوری در مقابل مشکلات و موانع به زندگی بیماران، رنگ و بوی دوباره می‌بخشد. در این درمان مهارت‌های کارآمد بین فردی، مهارت‌های ذهن-آگاهی، مهارت‌های تحمل پریشانی (رنج) آموزش داده می‌شود (کیان، وانگ، زهانگ و هوللاند[2]، ۲۰۲۰). برای نمونه مهارت ذهن‌آگاهی که از مهارت‌های خاص رفتار درمانی دیالکتیک نیز است، منجر به کاهش اجتناب فرد و کاهش غلیان هیجانات مرتبط با سلامت در او می‌شود و با مشکلاتش روبرو می‌شود، این مهم منجر به پی بردن به شایستگی‌های خود، خود پیروی و باور به خویشتن شده

[1]- Functional Contextualism
[2]- Qian, Wang, Zhang & Hulland

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1402.10.2.11.1]
[DOI: 10.32598/shenakht.10.2.131]

که همین موضوع منجر به افزایش تعاملات و ارتباط با زندگی و به تبع آن افزایش کیفیت زندگی می‌گردد.

نتیجه‌گیری

از یافته‌های این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که هر دو روش درمانی؛ درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و رفتار درمانی دیالکتیک مداخلات سودمندی برای افزایش خودشناسی انسجامی، تنظیم هیجان و کیفیت زندگی در بیماران همودیالیزی هستند. در مقام مقایسه بین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و رفتار درمانی دیالکتیک تفاوت معناداری مشاهده نشد هرچند اندازه اثر در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اندکی بیشتر بود؛ بنابراین با توجه به تائید اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و رفتار درمانی دیالکتیک بر خودشناسی انسجامی، تنظیم هیجان و کیفیت زندگی پیشنهاد می‌شود که درمانگران، این دو روش را در بیماران همودیالیزی مدنظر قرار دهند. محدود شدن مطالعه به شهرکرمان، عدم امکان بررسی تغییرات شاخص‌های جسمانی بیماری، استفاده از ابزارهای خودگزارشی و نداشتن مرحله پیگیری از جمله محدودیت‌های این تحقیق بود. به مدیریت مراکز درمانی و بیمارستانی مرتبط با بیماران همودیالیزی توصیه می‌گردد با به‌کارگیری متخصصان بهداشت روان، روانشناسان و پرستاران دوره دیده، با آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و یا رفتار درمانی دیالکتیک به بیماران همودیالیزی قدمی مثبت در راه سلامت جسمی، روانی و اجتماعی این بیماران بردارند. همچنین توصیه می‌شود نتایج این پژوهش با سایر درمان‌ها نیز مقایسه شود.

سپاسگزاری

پژوهشگران این مطالعه بر خود لازم می‌دانند از کلیه مسئولان و کارکنان بخش دیالیز و به‌طور ویژه از بیماران محترم همودیالیزی شرکت‌کننده در این پژوهش صمیمانه قدردانی و تشکر کنند. این مقاله برگرفته از رساله دکترای روانشناسی (نویسنده اول) تصویب شده در شورای تخصصی پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد زرند و کد اخلاق از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمان به شماره IR.IAU.KERMAN.REC.1401.020 می‌باشد. سهم تمامی نویسندگان در این مطالعه یکسان بوده و هیچ‌گونه تعارض منافعی وجود ندارد.

References

Aghili SM, Malek F. (2021). Comparison of the Effectiveness of Treatment Based on Acceptance and Commitment and Cognitive Therapy Based on Mindfulness on Spiritual Health and Blood Pressure of Hemodialysis Patients in Gorgan. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry, 8, 81-94. (In Persian)

Amini Sadr N, Makvandi B, Askari P, Seraj Khorami N. (2022). Comparison of the Effectiveness Between Cognitive-Behavioral and Acceptance and Commitment Therapies on Pain Self-Efficacy and Quality of life in Chronic Back Pain Patients. Journal of Police Medicine, 11, 1-13. (In Persian)

Bello AK, Okpechi IG, Osman MA, Cho Y, Htay H, Jha V, Johnson DW. (2022). Epidemiology of Haemodialysis Outcomes. Nature Reviews Nephrology, 18, 378-395.

Cabir Hakyemez T, Mardikyan S. (2021). The Interplay between Institutional Integration and Self-Efficacy in the Academic Performance of First-Year University Students: A Multigroup Approach. The International Journal of Management Education, 19, 100430.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2024-10-12]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1402.10.2.11.1]

[DOI: 10.32598/shenakht.10.2.131]

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2024-10-12]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1402.10.2.11.1]

[DOI: 10.32598/shenakht.10.2.131]

Cai T, Verze P, Bjerklund Johansen TE. (2021). The Quality of Life Definition: Where Are We Going?. Uro, 1, 14-22.

Carapeto MJ, Feixas G. (2019). Self-Knowledge and Depressive Symptoms in Late Adolescence: A Study Using the Repertory Grid Technique. Journal of Constructivist Psychology, 32, 81-97.

De Beurs E, Carlier I, Van Hemert A. (2022). Psychopathology and Health-Related Quality of Life as Patient-Reported Treatment Outcomes: Evaluation of Concordance between the Brief Symptom Inventory (BSI) and the Short Form-36 (SF-36) in Psychiatric Outpatients. Quality of Life Research, 31, 1461-1471.

Esnaasharan S, Yazdkhasti F, Orayzi H. (2021). The Effect of Dialectical Behavior Therapy (DBT) on Emotional Regulation and Distress Tolerance of addicted women leaving: The Mediating Role of Mindfulness, Effective Communication and Emotional Cognitive Regulation Strategies. Knowledge & Research in Applied Psychology, 22, 1-12. (In Persian)

Ghasemkhanloo A, Atadokht A, Sabri V. (2021). The Effectiveness of Emotional Schema Therapy on the Severity of Depression, Emotional Dysregulation and Emotional Schemas in Patients with Major Depressive Disorder. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry, 8, 76-88. (In Persian)

Ghorbani N, Watson PJ, Hargis MB. (2008). Integrative Self-Knowledge Scale: Correlations and Incremental Validity of a Cross-Cultural Measure Developed in Iran and the United States. The Journal of Psychology, 142, 395-412.

Gross JJ, John OP. (2003). Individual Differences in Two Emotion Regulation Processes: Implications for Affect, Relationships, and Well-Being. Journal of personality and social psychology, 85, 348.

Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, Processes and Outcomes. Behav Res Ther, 44, 1-25.

Hayes SC, Pistorello J, Levin ME. (2012). Acceptance and Commitment Therapy as a Unified Model of Behavior Change. The Counseling Psychologist, 40, 976-1002.

Hojjati A, Mojtabaei M, Sarafraz M. (2021). The Effectiveness of Integrative Psychodynamic Group Psychotherapy on Ego Function in Depression Desorder. Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal (RRJ), 10, 11-20. (In Persian)

Hosseini Motlagh M, Azari Z, Aminimanesh S. (2022). Predicting Integrative Self- Knowledge Based on self-Compassion, Self-Discovery and Mindfulness with the Mediating Role of Emotional Cognitive Self-Regulation in the University Students. Psychological Methods and Models, 12, 99-112. (In Persian)

Kalbasi R, Hatami M, Seyrafi M, Hakemi M, Sabet M. (2020). Comparison of the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Process Emotion Regulation Training in Quality of life Among Hemodialysis Patients. Nurse and Physician within War, 8, 7-15. (In Persian)

Kazemi Rezaei SV, Kakabraee K. (2021). The Effect of Emotional Regulation Training on Reappraisal and Suppression Emotional Experiences of Cardiovascular Patients. Journal of Sabzevar University of Medical Sciences, 28, 581-595. (In Persian)

Khazaei F, Mirza Hosseini H, Nokani M. (2020). The Effectiveness of Emotional Schema Therapy Based on Improving the Quality of Life of Dialysis Patients Referred to Dialysis Centres of Tehran University of Medical Sciences in 2019. Hospital, 19, 51-59. (In Persian)

Lucas A, Taiwo A. (2022). The Management of Women with Kidney Disease. Journal of the National Medical Association, 114, 43-49.

Mohammadi S, Fattahi A, Jaberghaderi N, Kheirabadi Z, Bakhtiari M. (2022). The effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on sleep quality and quality of life of patients with cardiovascular problems. Shenakht

Journal of Psychology and Psychiatry, 9, 85-96. (In Persian)

Nester MS, Brand BL, Schielke HJ, Kumar S. (2022). An Xamination of the Relations Between Emotion Dysregulation, Dissociation, and Self-Injury Among Dissociative Disorder Patients. European Journal of Psychotraumatology, 13, 2031592.

Pahlavan F, Ramezani K, Rasouli Y. (2022). The Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy on Basic Psychological Needs and Health Hardiness in Patients with Type 2 Diabetic. Journal of Health Promotion Management, 11, 66-79. (In Persian)

Pekrun R. (2022). Emotions in Reading and Learning from Texts: Progress and Open Problems. Discourse Processes, 59, 116-125.

Qian TY, Wang JJ, Zhang JJ, Hulland J. (2020). Fulfilling the Basic Psychological Needs of Esports Fans: A Self-Determination Theory Approach. Communication & Sport, 10, 216-240.

Rao Q, Zeng J, Wang S, Hao J, Jiang M. (2022). Chronic Pain and Quality of Life in Maintenance Hemodialysis Patients in China: A Multicenter, Cross-Sectional Study. Journal of pain research, 15, 147-157.

Rasafiani M, Sahaf R, Shams A, Vameghi R, Zareian H, Akrami R. (2020). Validity and Reliability of the Persian Version of the World Health Organization Quality of Life Questionnaire – the Older Adults Edition. Salmand: Iranian Journal of Ageing, 15, 28-41. (In Persian)

Sadeghi R, Sodani M, Gholamzadeh Jofreh M. (2022). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Reducing Negative Emotions and Improving Quality of Life in Substance-Dependent Individuals. Research on Addiction, 15, 61-84. (In Persian)

Taghvaeinia A, Zarei F. (2022). The Effectiveness of Emotion Regulation Training on Promoting Mental Health and Rumination of Divorce Women. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry, 9, 44-56. (In Persian)

Van Der Willik EM, Hemmelder MH, Bart HAJ, Van Ittersum FJ, Hoogendijk-Van Den Akker JM, Bos WJW, Meuleman Y. (2020). Routinely Measuring Symptom Burden and Health-Related Quality of Life in Dialysis Patients: First Results from the Dutch Registry of Patient-Reported Outcome Measures. Clinical Kidney Journal, 14, 1535-1544.

Zhang Y, Bian Y. (2020). Emotion Regulation Questionnaire for Cross-Gender Measurement Invariance in Chinese University Students. Front Psychol, 11, 569438.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2024-10-12]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1402.10.2.11.1]

[DOI: 10.32598/shenakht.10.2.131]