Semnan University of Medical Sciences

KOOMESH

Journal of Semnan University of Medical Sciences

[Downloaded from koomeshjournal.semums.ac.ir on 2024-03-29]

Volume 21, Issue 1 (Winter 2019), 1-204

ISSN: 1608-7046

Full text of all articles indexed in:
Scopus, Index Copernicus, SID, CABI (UK), EMRO, Iranmedex, Magiran, ISC, Embase

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی‌ذهنی بیماران همودیالیزی: یک مطالعه کارآزمایی بالینی

محمدصادق ساریزاده[۱](Ph.D)،پروین رفیعی‌نیا[۱*](Ph.D)،پرویز صباحی[۱](Ph.D)،محمدرضا تمدن[۲](M.D)

۱-گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

۲-گروه داخلی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی سمنان، سمنان، ایران

* نویسنده مسئول، تلفن: ۰۲۳-۳۳۶۲۳۳۰۰ p_rafieinia@semnan.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۹/۲۵ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۴/۳۱

چکیده

هدف: بیماری مزمن کلیوی و درمان با همودیالیز، منجر به مشکلات فیزیکی و روان‌شناختی بسیاری می‌شود که می‌تواند اثرات نامطلوبی بر سلامت جسمی، روانی و بهزیستی بیماران بگذارد. برخی پژوهش‌ها نشان داده‌اند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سلامت جسمی و روانی افراد مبتلا به بیماری مزمن مؤثر است؛ لذا پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی ذهنی بیماران همودیالیزی انجام شد.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر یک کارآزمایی بالینی تصادفی همراه با پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پی‌گیری بود که برروی ۲۲ بیمار تحت همودیالیز بیمارستان کوثر شهرستان سمنان انجام گردید. داده‌های پژوهش حاضر توسط پرسش‌نامه بهزیستی ذهنی جمع‌آوری و با آزمون تحلیل واریانس دو طرفه با اندازه‌گیری مکرر تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: براساس نتایج به‌دست آمده، تفاوت آماری معناداری بین دوگروه آزمایش و کنترل در مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی (p=۰/۰۰۱) و بهزیستی اجتماعی (p=۰/۰۱۷) مشاهده گردید.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج پژوهش، استفاده از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به عنوان یک مداخله روان‌شناختی مؤثر در کنار درمان‌های پزشکی به منظور ارتقاء بهزیستی ذهنی بیماران همودیالیزی پیشنهاد می‌گردد.

واژه‌های کلیدی: همودیالیز، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، کیفیت زندگی، بهزیستی ذهنی

مقدمه

بیماری مزمن کلیوی (Chronic Kidney Disease,CKD) و مرحله نهایی بیماری کلیوی (End –Stage Renal Disease, ESRD) به یک مشکل سلامت عمومی در جهان تبدیل شده و باعث افزایش مرگ‌و میر و هزینه‌های اقتصادی بسیاری برای سیستم‌های مراقبت بهداشتی شده است [۱]. یکی از تعاریف CKD، کاهش میزان فیلتراسیون گلومرول به کم‌تر از ۶۰ میلی‌لیتر در دقیقه به ازای هر ۱/۷۳متر مربع بدن می‌باشد. اگرچه بروز این بیماری در مناطق مختلف جهان متفاوت است، اما به طور کلی بروز آن در اغلب کشورها بیش از ۲۰۰ مورد در هر یک میلیون نفر در سال می‌باشد [۲]. مرحله نهایی بیماری کلیوی، شکل شدیدتر CKD است. ESRD به کاهش برگشت‌ناپذیر عملکرد کلیه‌ها گفته می‌شود که در صورت عدم انجام همودیالیز یا پیوند کلیه منجر به مرگ می‌گردد [۳]. بیماری مزمن کلیوی و همودیالیز بر سلامت بیماران، اعم از سلامت جسمی، روانی و روحی تاثیر می‌گذارد و علاوه بر ایجاد مشکلات جسمی و فیزیولوژیک متعدد، ممکن است آن‌ها را با تنش‌های روحی و روانی مواجه کند که می‌تواند زمینه‌ساز بسیاری از مشکلات رفتاری و سایر مشکلات روان‌شناختی شود [۴]. روش‌های درمانی موجود این بیماری شامل همودیالیز، دیالیز صفاقی و پیوند کلیه می‌باشد. در کشور ایران همودیالیز ۴۷/۷٪ از درمان جایگزینی کلیه را شامل می‌شود و براساس آمار سال ۲۰۱۳، ۲۵۹۳۴ بیمار در کشور تحت همودیالیز قرار داشتند. اگرچه دسترسی به همودیالیز موجب شده که زندگی بسیاری از این بیماران طولانی گردد اما با این وجود بیماران در معرض مشکلات و عوارض بسیاری قرار دارند [۵].

موضوع بهزیستی(Well-bing) همواره برای جوامع جالب و بحث‌انگیز بوده است [۶]؛ به‌طوری که در طول دهه گذشته، پژوهش و مطالعه در زمینه بهزیستی ذهنی (Subjective Well-bing)، به طور قابل ملاحضه‌ای در میان پژوهشگران، سیاست‌مداران، رسانه‌ها و جوامع افزایش‌یافته

[Downloaded from koomeshjournal.semums.ac.ir on 2024-03-29]

است [۷]. امروزه پژوهش در خصوص بهزیستی ذهنی،توان‌مندی‌های ذهنی و روان‌شناسی مثبت به طور روزافزون در حال رشد است و بهزیستی ذهنی یک ساختار مهم در پژوهش‌های مربوط به تفسیر شخصیت است که به عنوان ارزیابی مثبت از زندگی و تعادل میان عاطفه مثبت و منفی تعریف شده است [۸]. بهزیستی ذهنی به ارزیابی‌های فرد از زندگی اشاره دارد که شامل خشنودی یا عاطفه خوشایند، رضایت از زندگی و فقدان عواطف و هیجانات ناخوشایند می‌شود و این ارزیابی‌ها هم قضاوت‌های شناختی (رضایت از زندگی) و هم ارزیابی‌های عاطفی (احساس‌ها و هیجان‌های مثبت و منفی) را در بر می‌گیرد [۹]. داینر [۱۰] مدل سه مؤلفه‌ای برای مفهوم نظری بهزیستی ذهنی پیشنهاد کرده است. مؤلفه اول، رضایت افراد از جنبه‌های مختلف زندگی (مانند شغل، ازدواج، پدر یا مادر بودن، دوستی و روابط اجتماعی) می‌باشد. جنبه شناختی بهزیستی ذهنی همان رضایت از زندگی است. دو مؤلفه دیگر این سازه، یعنی عاطفه مثبت و عاطفه منفی، شفاف‌تر و کلی‌تر هستند که تجارب عاطفی روزانه را توصیف می‌کنند و همان جنبه هیجانی بهزیستی ذهنی می‌باشند.

یکی از مداخلات روان‌شناختی که اخیراً با علاقه رو به رشدی روبه‌رو شده است، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (Acceptanceand Commitment Therapy, ACT) است که به عنوان یکی از درمان‌های رفتاری موج سوم شناخته می‌شود [۱۱]. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ریشه در یک نظریه فلسفی به نام زمینه‌گرایی عملکردی (Functional contextualism) دارد و مبتنی بر یک برنامه تحقیقاتی در مورد زبان و شناخت است که نظریه چارچوب رابطه‌های ذهنی(Relational frame theory) خوانده می‌شود. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که توسط هیز و همکاران طراحی شده است، شش فرآیند مرکزی دارد که منجر به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌شود. این شش فرآیند عبارتند از: پذیرش(Acceptance) ، گسلش شناختی (Cognitive fusion)، ارتباط با زمان حال (Being present)، خود به عنوان زمینه (Self as context)، ارزش‌ها (Values) و عمل متعهدانه (Committed action) [۱۲]. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک درمان رفتاری است که از فرایندهای مرکزی ذکرشده، به منظور افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی استفاده می‌کند. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد عبارت است از افزایش توانایی افراد برای ایجاد ارتباط با تجربه‌شان در زمان حال و بر اساس آن‌چه در لحظه حاضر برای آن‌ها امکان‌پذیر است، انتخاب کنند که به شیوه‌ای عمل نمایند که در راستای ارزش‌های انتخاب شده‌شان باشد[۱۳]. به علاوه، در این درمان به جای تغییر، تلاش می‌شود تا ارتباط روان‌شناختی فرد با افکار و احساس‌هایش افزایش یابد [۱۴]. به عبارت دیگر، تأکید اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، کاهش شدت و فراوانی هیجانات و افکار آزار دهنده است. این درمان به جای تلاش مستقیم بر کاهش موارد اخیر، بر افزایش کارآمدی رفتاری در عین وجود افکار واحساسات ناخوشایند، تأکید می‌کند [۱۵]. همان‌طور که بیان شد، هدف درمان پذیرش و تعهد، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است، یعنی این‌که به فرد کمک کند به جای اجتناب از افکار، احساسات، خاطره‌ها و تمایلات آشفته‌ساز، عملی را انتخاب کند که در بین گزینه‌های مختلف زندگی مناسب‌تر باشد [۱۶]. نارسایی مزمن کلیوی و درمان با همودیالیز می‌تواند مشکلات روان‌شناختی بسیاری از جمله استرس‌های شدیدی برای بیماران به‌وجود آورد که می‌توانند برای جنبه‌های مختلف زندگی آن‌ها آسیب‌زا باشد و باعث کاهش بهزیستی کلی بیماران شود[۱۷]. از طرفی مرور پیشینه پژوهش نشان می‌دهد که پژوهش‌های اندکی به کاربرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به عنوان یک مداخله روان‌شناختی در بهبودی سلامت جسمی و روانی بیماران همودیالیزی پرداخته‌اند؛ لذا هدف از انجام پژوهش حاضر بررسی تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی ذهنی بیماران همودیالیزی بود.

مواد و روش‌ها

طرح پژوهش حاضر از نوع کارآزمایی بالینی تصادفی با کد ثبتی کارآزمایی۲۰۱۷۰۱۲۷۲۵۷۳۲N12همراه با گروه کنترل و پیش‌آزمون، پس‌آزمون و دوره پی‌گیری دو ماهه بود که از سوی کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی سمنان مورد تأیید قرار گرفت. جامعه آماری مورد مطالعه در این پژوهش شامل کلیه بیماران همودیالیزی ۲۰ تا ۶۵ ساله بود که در اردیبهشت و خرداد ماه سال ۱۳۹۵ به بخش دیالیز بیمارستان کوثر شهرستان سمنان مراجعه کرده بودند. نمونه مورد مطالعه در این پژوهش به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت گمارش تصادفی از طریق قرعه‌کشی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. در ابتدا ۲۴ نفر از بیماران تحت همودیالیز با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود و خروج انتخاب شدند. البته به علت ریزش ۱ نفر از هر گروه، پژوهش برروی ۲۲ نفر (۱۱ نفر در هرگروه) انجام شد. در انجام مطالعه ملاحضات اخلاقی لازم در حین انجام پژوهش ازجمله کسب رضایت آگاهانه بیماران برای شرکت در مطالعه، رازداری و محرمانه نگه‌داشتن اطلاعات بیماران، عدم تحمیل هیچ‌گونه بار مالی و آسیب جسمی برای بیماران و عدم مغایرت

[Downloaded from koomeshjournal.semums.ac.ir on 2024-03-29]

مطالعه با موازین دینی و فرهنگی شرکت‌کنندگان رعایت گردید. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از سن بیش‌تر از ۲۰سال، سپری شدن حداقل۳ ماه از بیماری مزمن کلیه و نیاز به دیالیز، داشتن سواد خواندن و نوشتن و تمایل و رضایت آگاهانه برای مشارکت در پژوهش. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز عبارت بودند از بیمارانی که دارای مشکلات شناختی یا اختلالات روان‌پریشی بودند، بیمارانی که همزمان روان‌درمانی دیگری دریافت می‌کردند، بیماران دارای تجربه پیوند کلیه و غیبت بیش از دو جلسه از درمان. ابزار جمع‌آوری اطلاعات در این مطالعه پرسش‌نامه بهزیستی ذهنی کییز و ماگیارمو بود.

پرسش‌نامه بهزیستی ذهنی: این پرسش‌نامه توسط کی‌یز و ماگیارمو [۱۸] به منظور سنجش بهزیستی ذهنی طراحی شده و شامل ۴۵ سوال است. این پرسش‌نامه شامل سه بعد بهزیستی هیجانی، بهزیستی روان‌شناختی و بهزیستی اجتماعی می‌باشد. بهزیستی هیجانی ۱۲ سوال دارد و مربوط به هیجانات فرد است، بهزیستی روان‌شناختی ۱۸ سوال دارد و مربوط به ارزیابی افراد از زندگی خود است. هم‌چنین، بهزیستی روان‌شناختی شامل ۶ مؤلفه پذیرش خویشتن، رشد شخصی، هدف در زندگی، تسلط بر محیط، خودمختاری و روابط مثبت با دیگران می‌باشد. بهزیستی اجتماعی ۱۵ سوال دارد و به مقبولیت و پذیرش اجتماعی، واقع‌گرایی اجتماعی، مشارکت اجتماعی، پیوستگی و هم‌بستگی اجتماعی مربوط می‌شود. در مطالعه هاشمیان و همکاران [۱۹] اعتبار پرسش‌نامه به دو روش بازآزمایی و آلفای کرونباخ یا همسانی درونی بر روی ۵۷ آزمودنی اجرا شد. ضریب هم‌بستگی پرسش‌نامه بهزیستی ذهنی r=۰/۷۸ و مؤلفه‌های آن شامل بهزیستی هیجانی r=۰/۷۶، بهزیستی روان‌شناختی r=۰/۷۶ و بهزیستی اجتماعی r=۰/۷۶ بود. هم‌چنین، همسانی درونی پرسش‌نامه بهزیستی ذهنی براساس آلفای کرونباخ ۰/۸۰ و مؤلفه‌های آن شامل بهزیستی هیجانی ۰/۸۶، بهزیستی روان‌شناختی ۰/۸۰ و بهزیستی اجتماعی ۰/۶۱ بود. مؤلفه بهزیستی هیجانی به صورت طیف لیکرت از ۱(اصلاً) تا ۵ (تمام مدت) و مؤلفه بهزیستی روان‌شناختی و اجتماعی با طیف هفت درجه‌ای لیکرت از ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۷ (کاملاً موافقم) نمره‌گذاری می‌شوند.

در مطالعه حاضر، ابتدا هر دو گروه آزمایش و کنترل پرسش‌نامه بهزیستی ذهنی را تکمیل کردند. گروه آزمایش به مدت هشت جلسه متوالی هفتگی در ساختمان آموزشی بیمارستان کوثر سمنان در اردیبهشت و خرداد ماه ۱۳۹۵ تحت مداخله روان‌شناختی مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفت. خلاصه محتوای هر جلسه در جدول ۱ نشان داده شده است.

برروی گروه کنترل هیچ مداخله‌ای انجام نگرفت و هر هفته یک ملاقات دوستانه با هدف غیر درمانی با این افراد انجام شد. پس از هشت هفته مداخله، از هر دو گروه مجدداً پس‌آزمون به عمل آمد و بعد از دو ماه از اتمام مداخله، هردوگروه مجدداً پرسش‌نامه‌ها را به منظور پی‌گیری نتایج درمان تکمیل کردند. داده‌های به دست آمده از مطالعه با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۹ و شاخص‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار)، آزمونt استیودنت گروه مستقل (برای مقایسه سن و مدت بیماری)، مجذور کای (برای مقایسه سطح تحصیلات و وضعیت تأهل) و آزمون آماری تحلیل واریانس دو طرفه با اندازه‌گیری مکرر با رعایت پیش‌فرض‌های آن مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. هم‌چنین سطح معناداری آماری برای آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد [۱۳]

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

نتایج

در مطالعه حاضر، تعداد ۲۲ بیمار در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۱ نفر) مورد مطالعه قرار گرفتند. بررسی مشخصه‌های جمعیت‌شناختی نشان می‌دهد که میانگین و انحراف استاندارد سنی برای گروه آزمایشی، ۱۴/۵۷±۴۷/۹۰ وبرای گروه کنترل، ۱۳/۲۲± ۵۲/۲۷ سال بود (P=۰/۶۲۰). میانگین و انحراف استاندارد مدت دیالیز در گروه آزمایش، ۱/۲۱±۲/۵۴ و برای گروه کنترل، ۱/۱۶±۲/۱۸ سال بود (P=۰/۷۳۴). میزان تحصیلات شرکت کنندگان در گروه آزمایشی ۹/۱٪ دانشگاهی (۱ نفر)، ۵۴/۵٪ دیپلم (۶ نفر) و ۳۶/۴٪ زیر دیپلم (۴ نفر) بود و در گروه کنترل ۹/۱٪ دانشگاهی (۱ نفر) و ۹۰/۹٪ دیپلم (۱۰ نفر) بود (P=۰/۰۸۲). در گروه آزمایشی ۷۲/۷٪ (۸ نفر) شرکت کنندگان متاهل و

[Downloaded from koomeshjournal.semums.ac.ir on 2024-03-29]

۲۷/۳٪ (۳ نفر) مجرد بودند و در گروه کنترل ۹۰/۹٪ شرکت کنندگان متاهل (۱۰ نفر) و ۹/۱٪ مجرد (۱ نفر) بودند(P=۰/۲۶۹). بنابراین، متغیرهای جمعیت‌شناختی بین دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت آماری معناداری نشان نداد. شاخص‌های توصیفی زیرمقیاس‌های بهزیستی ذهنی در جدول ۲ نشان داده شده است.

به منظور بررسی پیش‌فرض‌های آزمون آماری از آزمون‌های کرویت موچلی (Mauchly's Test) و لوین (Levene) استفاده شد. بررسی آزمون کرویت موچلی برقراری شرط کرویت را رد می‌کند (P<۰/۰۵) و لذا با عدم فرض کرویت از تصحیح آزمون گرین هاوس–گیسر (Greenhouse-Geisser) برای انجام آزمون در سه بار اندازه‌گیری استفاده شد. به‌علاوه، فرض همگنی واریانس‌ها با آزمون لوین مورد تأیید قرار گرفت (P>۰/۰۵). به منظور مقایسه دو گروه آزمایش و کنترل از لحاظ بهزیستی ذهنی، نتایج آزمون اثر پیلایی برای بهزیستی ذهنی بیماران کلیوی نشان داد مقدار F برابر با ۹/۶۹۲ و سطح معناداری برابر با ۰/۰۰۱ بود. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر (جدول۲) برای مؤلفه‌های بهزیستی ذهنی بیماران کلیوی نشان می‌دهد تفاوت آماری معناداری بین سه بار اندازه‌گیری برای مؤلفه‌های بهزیستی اجتماعی (P=۰/۰۰۱) و بهزیستی اجتماعی (P=۰/۰۱۷) بین دو گروه آزمایش و کنترل وجود دارد.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آزمون تحلیل واریانس دو طرفه با اندازه‌گیری مکرر مؤلفه‌های بهزیستی ذهنی بیماران همودیالیزی مراجعه کننده به بیمارستان کوثر شهرستان سمنان

مؤلفه‌های بهزیستی ذهنی	گروه	میانگین و انحراف معیار پیش‌آزمون	میانگین و انحراف معیار پس‌آزمون	میانگین و انحراف معیار پی‌گیری	مقایسه بین‌گروهی (اثر گروه)		مقایسه‌درون‌گروهی (اثر زمان)		اثر تعاملی (گروه و زمان)	
					مقدارF	سطح معنی‌داری	مقدارF	سطح معنی‌داری	مقدارF	سطح معنی‌داری
بهزیستی هیجانی	آزمایش	۳۹/۷۲ ±۹/۱۲	۳۴/۴۵ ±۴/۷۸	۳۰/۵۳ ±۱/۵۸	۰/۱۷۷	۰/۶۷۸	۱۷/۷۱۱	<۰/۰۰۱	۰/۲۶۱	۰/۶۸۱
	کنترل	۳۸/۵۰ ±۳/۰۷	۳۳/۴۹± ۳/۱۸	۳۱/۱۸± ۲/۶۷						
بهزیستی روان‌شناختی	آزمایش	۸۷/۷۲± ۱۵/۴۷	۹۵/۵۴ ±۱۵/۶۱	۱۱۴/۴۵ ± ۳/۲۳	۲۲/۵۳۱	<۰/۰۰۱	۱۵/۴۲۳	<۰/۰۰۱	۱۲/۹۸۲	<۰/۰۰۱
	کنترل	۸۱/۸۱ ± ۹/۸۴	۷۸/۴۵± ۱۰/۰۴	۸۲/۰۹ ±۱۰/۳۰						
بهزیستی اجتماعی	آزمایش	۵۸/۲۷± ۱۳/۶۹	۶۸/۷۲ ± ۱۳/۷۰	۹۰/۵۴ ± ۴/۲۵	۶/۷۳۸	<۰/۰۱۷	۱۰/۱۶۲	<۰/۰۰۲	۱۴/۱۹۲	<۰/۰۰۱
	کنترل	۶۶/۱۸ ±۱۳/۸۰	۶۴/۲۷ ± ۱۲/۵۴	۶۳/۲۷± ۷/۸۲						

بحث و نتیجه‌گیری

هدف مطالعه حاضر، بررسی تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی ذهنی بیماران همودیالیزی بود. با توجه به یافته‌های به دست آمده، به‌نظر می‌رسد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی ذهنی بیماران همودیالیزی مؤثر است. به طور کلی، در مقایسه با گروه کنترل، گروه آزمایشی که آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد دریافت کردند؛ بهبودی معنادار و پایداری را در مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی و بهزیستی اجتماعی نشان دادند. یافته‌های این پژوهش همسو با پژوهش کیسر و همکاران [۲۰] است که نشان دادند پذیرش بیماری می‌تواند با تغییرات مثبتی در بهزیستی روزمره همراه باشد. در تأیید این یافته‌ها مکینو و تگامی [۲۱] نشان دادند که بین پذیرش خود و بهزیستی ذهنی رابطه مثبتی وجود دارد. به‌طور کلی آزموش پذیرش و تعهد به‌جای نادیده گرفتن هیجانات و تجارب درونی، برعکس، با هدایت فرد به سوی آگاه شدن از احساسات، تجارب دورنی و هیجانی و پذیرش آن‌ها و استفاده مناسب و به جا از آن‌ها، به فرد کمک می‌کند با خود و تجارب درونی و در نتیجه با موقعیت‌ها و تعاملات ارتباط مناسبی برقرار کرده و با نگاهی تازه آن‌ها را تجربه کند [۲۲]. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، هدف این بود که به بیماران کمک شود افکار و احساسات آزاردهنده شان را فقط به‌عنوان یک فکر تجربه کنند و از ماهیت ناکارآمدی برنامه‌های فعلی‌شان آگاه شوند و به جای پاسخ به آن، به انجام آن‌چه در زندگی، برایشان مهم و در راستای ارزش‌هایشان است، بپردازند. در این درمان، بیماران با جایگزین کردن خود به عنوان زمینه، می‌توانند رویدادهای درونی ناخوشایند را در زمان حال به سادگی تجربه کنند و قادر به جدا کردن خود از واکنش‌ها، خاطرات و افکار ناخوشایند شوند. در واقع در این درمان به بیماران آموزش داده می‌شود تا چگونه رویدادهای درونی را به‌جای کنترل، بپذیرند؛ از افکار آزاردهنده رهایی یابند، به‌جای خود مفهوم سازی شده، خود مشاهدگر را تقویت کنند؛ ارزش‌ها را تصریح کنند و به آن‌ها بپردازند؛ به عبارت دیگر در این درمان بیماران یاد می‌گیرند به‌جای فاصله گرفتن از احساساتشان آن‌ها را بپذیرند و به‌وسیله مهارت‌های ذهن‌آگاهی به افکار و فرایند تفکرشان بیش‌تر پرداخته و آن‌ها را در جهت فعالیت‌های هدف‌محور پیوند دهند. هم‌چنین، در این درمان از افراد خواسته می‌شود کهدر جهت ارزش‌هایشان کار کنند و افکار و احساسات خود را تجربه کنند[۱۳]. علاوه براین، در این درمان بیمار تلاش

[Downloaded from koomeshjournal.semums.ac.ir on 2024-03-29]

می‌کند با در نظر گرفتن خود به عنوان زمینه با استفاده از استعاره‌ها در طول درمان، تکنیک‌ها و تکالیف درمانی یاد بگیرد که هنگام رویارویی با رویدادهای زندگی توانمند باشد. استعاره‌های استفاده شده درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به بیماران کمک می‌کند به تجربیات مثبت و خوب زندگی‌شان توجه کنند که در بهبودی آن‌ها نقش دارد و در عین حال بتوانند رویدادهای روانی آسیب‌رسان را پذیرفته و در زمان حال زندگی کنند. هم‌چنین، این درمان به بیمارانی که افکار، رفتار و احساسات آن‌ها آمیخته است به گونه‌ای که معتقدند افکار آن‌ها عین حقیقت و غیر قابل تغییر است کمک می‌کند تا بتوانند بین افکار، رفتار و احساسات تمایز قائل شوند. بررسی افکار و مشخص کردن این که کدام‌یک از آن‌ها درست و غلط است به بیماران کمک می‌کند به‌جای این‌که ناامید باشند، بتوانند بر مشکلات غلبه کنند [۲۳]. هریس [۲۴] در مورد پایداری اثر درمان معتقد است که شفاف‌سازی ارزش‌ها و درونی شدن عمل متعهدانه که در طی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد صورت می‌گیرد، به اعضای گروه انگیزه کافی برای ادامه و پایبندی به درمان می‌دهد. علاوه بر این، دو فرایند مهم درمان مبتنیبر پذیرش و تعهد یعنی تماس با زمان حال و خود به‌عنوان زمینه، در طول کسب مهارت‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شکل می‌گیرند که هردو سبب می‌شوند آگاهی افراد از خود و نیازهای فعلی‌شان افزایش یابد.

مطالعه حاضر دارای محدودیت‌هایی است که در نتیجه‌گیری و تعمیم نتایج، باید به آن توجه شود. یکی از محدودیت‌های مطالعه حاضر ماهیت چند رشته‌ای بودن مطالعه (روان‌شناختی و پزشکی) بود که امکان کنترل درمان پزشکی وجود نداشت. به علاوه، در مطالعه حاضر پی‌گیری بلندمدت درمان بعد از آموزش روان‌شناختی وجود نداشت و پی‌گیری آن کوتاه مدت (دو ماه پس از مداخله) بود؛ هم‌چنین در این مطالعه نیز مانند پژوهش‌های انسانی دیگر، محیط خانوادگی و شرایط اجتماعی و اقتصادی افراد از موارد تأثیرگذار بر نتایج مطالعه است؛ لذا، تعمیم نتایج آن به کل جامعه باید با احتیاط و دانش کافی صورت بگیرد. با توجه به نتایج به دست آمده، به نظر می‌رسد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبودی بهزیستی ذهنی بیماران همودیالیزی مؤثر است. باوجود محدودیت‌های ذکرشده، به نظر می‌رسد که یافته‌های مطالعه حاضر بتواند گام مفیدی در زمینه درمان روان‌شناختی بیماران همودیالیزی باشد و امید است با همراه نمودن مداخلات روان‌شناختی در کنار درمان‌های دارویی و پزشکی، بتوان سطح بهزیستی ذهنی مبتلایان به بیماری مزمن کلیوی را ارتقاء بخشید.

جهت بررسی دقیق ماندگاری اثر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، توصیه می‌شود در مطالعات آتی پی‌گیری‌های بلندمدت‌تری بعد از درمان انجام بگیرد. هم‌چنین اثربخشی این درمان بر دیگر متغیرهای مرتبط با سلامت‌روان آن‌ها بررسی شود. از آن جایی که بیماری‌های مزمن معمولاً چند وجهی بوده و نه تنها خود بیمار، بلکه خانواده بیمار را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد، پیشنهاد می‌گردد به درمان‌های روان‌شناختی در خانواده‌های این بیماران و استفاده از مداخله‌های روان‌شناختی در بخش دیالیز بیمارستان‌ها، به منظور بهبود سلامت جسمی و روانی توجه شود.

تشکر و قدردانی

پژوهش‌گران بر خود لازم می‌دانند بدین‌وسیله از مسئولین محترم دانشگاه علوم پزشکی سمنان، مسئولین محترم بیمارستان کوثر شهرستان سمنان، پرسنل بخش دیالیز بیمارستان کوثر و کلیه عزیزانی که در این پژوهش شرکت کردند، سپاس‌گزاری نمایند. همین‌طور از داوران عزیز که با دیدگاه‌های ارزنده خویش موجب افزایش کیفیت این مقاله شدند، تشکر و قدردانی می‌شود. سلامتی و کامیابی روزافزون همگی آنان را از درگاه خداوند متعال آرزومندیم.

منابع

[1] Modi GK, Jha V. The incidence of end-stage renal disease in India: a population-based study. Kidney Int2006; 70: 2131-2133.

[2]Levey AS, Coresh J. Chronic kidney disease. The lancet 2012; 379: 165-180.

[3]Bond M, Pitt M, Akoh J, Moxham T, Hoyle M, Anderson R. The effectiveness and cost-effectiveness of methods of storing donated kidneys from deceased donors: a systematic review and economic model. Health Technol Assess 2009; 13: 1-7.

[4] Sohrabi Z, Salehi M, Ekramzade M, Sagheb M, Ayatollahi M, Hassanzade J. Effect of seleniumsupplement on quality of life in hemodialysis patients. Koomesh 2015;16:136-142.(Persian).

[5]Ghane GO, Farahani MA, Seyedfatem N, Haghani HA.Effect of problem-focused coping strategies on the quality of life in family caregivers of hemodialysis patients. Koomesh 2017; 19: 391-400.(Persian).

[6] Alatartseva E, Barysheva G. Well-being: subjective and objective aspects. Proc Soc Behav Sci 2015;166: 36-42.

[7] National Research Council. Subjective well-being: Measuring happiness, suffering, and other dimensions of experience. Nat Acad Press 2014; 15-30.

[8] Molavi H, Torkan H, Soltani I, Palahang H. Structure standardization, validity and reliability of subjective well-being questionnaire. Iran J Psyc Clin Psychol 2010; 16: 231-238.

[9]Diener E. Guidelines for national indicators of subjective well-being and ill-being. J Happiness Studies 2006; 7: 397-404.

[10]Tsaousis I, Nikolaou I, Serdaris N, Judge TA. Do the core self-evaluations moderate the relationship between subjective well-being and physical and psychological health?. Personal Indiv Differ 2007; 42: 1441-1452.

[11]IrandoostF, Safari S, Taher-Neshatdoost H, Nadi MA. The effectiveness of group acceptance and commitment therapy (ACT) on pain related anxiety and depression in women with chronic low back pain. J Behav Sci 2015; 9: 1-8 (Persian).

[12]Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. Behav Res Ther 2006;44: 1-25.

[Downloaded from koomeshjournal.semums.ac.ir on 2024-03-29]

[13]Izadi R, Abedi MR. Acceptance and commitment therapy. 4end ed, Tehran, Junglepub 2015; 73-150.(Persian).

[14]Thomas N, Shawyer F, Castle DJ, Copolov D, Hayes SC, Farhall J. A randomised controlled trial of acceptance and commitment therapy (ACT) for psychosis.BMC Psychiatry 2014; 14: 198.

[15]Hayes SC. Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. Behav Ther 2004;35: 639-665.

[16]Hayes SC, Pistorello J, Levin ME. Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. Counsel Psychol 2012; 40: 976-1002.

[17]Bayat A, Kazemi R, Toghiani A, Mohebi B, Tabatabaee MN, Adibi N. Psychological evaluation in hemodialysis patients. J Pak Med Assoc 2012; 62: 1-5.

[18]Keyes CL, Magyar-Moe JL. The measurement and utility of adult subjective well-being. Positive psychological assessment: A handbook of models and measures 2003; 411-425.

[19] Hashemian K, Pourshahryari M, Bani Jamali S, Golestani Bakht T. Investigation of relationship between demographic Factors and subjective well bing and Happiness in the population of Tehran. Psychol Studi 2008; 3: 139-163.(Persian).

[20] Casier A, Goubert L, Gebhardt WA, Baets FD, Aken SV, Matthys D, Crombez G. Acceptance, well-being and goals in adolescents with chronic illness: a daily process analysis. Psychol Health 2013; 28:1337-1351.

[21]Makino Y, Tagami F. Subjective well-being and self acceptance. Shinrigaku Kenkyu 1998;69: 143-148.

[22]Narimani, M, Bakhshayesh, R. The effectiveness of acceptance/ commitment training on the psychological well-being, emotional and marital satisfaction in divorce. J Couns Res 2015; 13: 108-123.(Persian).

[23]Dadashi S, Momeni F. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on hope in women with breast cancer undergoing chemotherapy. Practice Clin Psychol 2017; 5:107-114.

[24] Harris R. ACT made simple: An easy-to-read primer on acceptance and commitment therapy. Oakland New Harbinger Public 2009; 33-39.

[Downloaded from koomeshjournal.semums.ac.ir on 2024-03-29]

Effectiveness of acceptance and commitment therapy on subjective well-being among hemodialysis patients: A randomized clinical trial study

Mohammad-Sadegh sarizadeh (Ph.D)[1], Parvin Rafieinia (Ph.D)[*1], Parviz Sabahi (Ph.D)[1], mohammad-reza Tamaddon (M.D)[2]

1- Dept. of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Semnan, Semnan, Iran

2- Dept. of Internal Medicine, Semnan University of Medical Sciences. Semnan, Iran

* Corresponding author. +98 23-33623300p_rafieinia@semnan.ac.ir

Received: 15 Dec 2016 ; Accepted: 12 Jul 2018

Introduction*:* Chronic kidney disease and hemodialysis lead to many physical and psychological problems which can have adverse effects on the physical, psychological health and well-being of patients. Correspondigly, some studies indicated that the acceptance and commitment therapy (ACT) is effective on improving physical and mental health in patients with chronic illnesses. Therefore, the present study aimed to investigate the effectiveness of acceptance and commitment therapy on subjective well-bing in patients undergoing hemodialysis.

Materials and Methods*:* Current study was a randomized clinical trial with pretest, posttest and follow up, which conducted on 22 patients undergoing hemodialysis in Kosar Hospital of Semnan (Iran). Data was collected by Questionnaire of subjective-well-being.

Results: There was significant statistical differences between two groups in the subscales of psychological well-bing ($p = 0.001$) and social well-bing($p = 0.017$).

Conclusion: According to the results, it is recommended to the use of ACT as an effective and complementary psychological intervention alongside with medical therapy to improve the subjective-well-being of hemodialysis patients.

Keywords*:* Chronic kidney disease, Acceptance and Commitment Therapy, Quality of Life, subjective well-bing.

[Downloaded from koomeshjournal.semums.ac.ir on 2024-03-29]