

مقایسه‌ی اثر بخشی روان درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و روان درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر استرس بیماران دیالیزی

آسیه جفاکش مقدم^۱، دکتر فاطمه شهابی زاده^۲، دکتر عبدالمجید بحرینیان^۳

نویسنده‌ی مسؤل: معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد jafakesh.as@gmail.com

دریافت: ۹۴/۷/۲۳ پذیرش: ۹۵/۱/۲۲

چکیده

زمینه و هدف: بیماران دیالیزی با تنش‌های روانی بسیاری مواجه هستند که بر وسعت مشکلات روانی- اجتماعی آنان تاثیر گذار است. امروزه درمان‌های موج سوم روان شناختی نسبت به سایر درمان‌ها در بهبود مشکلات این بیماران پیشی گرفته است. مطالعه‌ی حاضر با هدف مقایسه اثربخشی روان درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و روان درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر استرس بیماران دیالیزی انجام شد. **روش بررسی:** مطالعه از نوع آزمایشی به روش کار آزمایی «پیش آزمون- پس آزمون همراه با گروه کنترل» روی ۳۰ نفر از بیماران تحت درمان همودیالیز در سال ۱۳۹۳ در شهر بجنورد انجام شد. جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌ی استاندارد DASS-21 استفاده و داده‌ها با آزمون‌های توصیفی، مجذور کای، فیشر، واریانس یک طرفه و کوواریانس و به وسیله‌ی نرم‌افزار SPSS ۲۱ تجزیه و تحلیل گردید. **یافته‌ها:** نتایج مطالعه نشان داد، مداخله‌های صورت گرفته بر استرس بیماران دیالیزی اثربخش بوده و روان درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به صورت معنی‌داری موثرتر از روان درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بوده است ($P=0/003$). **نتیجه گیری:** روان درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به صورت گروهی می‌تواند بر کاهش استرس بیماران دیالیزی موثر باشد، اما با توجه به شرایط درمانی متفاوت و مقابله‌ی بیماران با شرایط تنش‌زا به صورت روزانه، به نظر می‌رسد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به صورت انفرادی بتواند اثربخشی بیشتری نسبت به درمان گروهی داشته باشد.

واژگان کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان مبتنی بر ذهن آگاهی، استرس، دیالیز

مقدمه

بیماران مبتلا به نارسایی حاد و مزمن کلیه، همودیالیز می‌باشد که جهت تصحیح عدم تعادل آب و الکترولیت‌ها و مواد شیمیایی خون و همچنین نزدیک‌تر کردن زندگی بیمار کلیوی به زندگی عادی استفاده می‌شود (۲). این بیماران علاوه بر

بیماری مزمن کلیوی، فرآیندی فیزیوپاتولوژیک با علل متنوع است که باعث کاهش اجتناب ناپذیر تعداد و عملکرد نفرون‌ها شده و معمولاً منجر به بیماری کلیوی مرحله‌ی نهایی می‌گردد (۱). یکی از رایج‌ترین روش‌های درمانی برای

۱- کارشناس ارشد روان شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بیرجند، بیرجند

۲- کارشناس پرستاری، معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد

۳- دکترای روان شناسی، استادیار گروه روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بیرجند، بیرجند

۴- دکترای روان شناسی، استادیار گروه روان شناسی، دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهشتی، تهران

تعهد و درمان مبتنی بر ذهن آگاهی از جمله درمان‌های مذکور می‌باشند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تنها مداخله‌ی روانی و تجربی است که در آن راهبردهای پذیرش و ذهن آگاهی به همراه تعهد و راهبردهای تغییر رفتار به کار گرفته می‌شود تا انعطاف پذیری روان شناختی (توانایی تغییر یا ثبات، همراه با رفتارهای عملکردی که از راه آن، اهداف تحقق یابند)، افزایش دهد (۹). از طرفی ذهن آگاهی توجه کردن قاطعانه نسبت به امور در زمان حاضر است که افراد تا به حال طور دیگری به آن‌ها توجه کرده‌اند. شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی مستلزم راهبردهای رفتاری و شناختی و فراشناختی ویژه‌ای برای متمرکز کردن فرآیند توجه است که به نوبه‌ی خود به جلوگیری از عوامل ایجاد کننده‌ی خلق منفی، فکر منفی، گرایش به پاسخ‌های نگران کننده و رشد دیدگاه جدید و شکل‌گیری افکار و هیجان‌های خوشایند منجر می‌شود (۱۰). این پژوهش با هدف مقایسه‌ی اثر بخشی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر استرس بیماران دیالیزی مورد بررسی قرار گرفته است.

روش بررسی

مطالعه‌ی حاضر از نوع آزمایشی بوده و فرضیه‌های تحقیق با استفاده از کار آزمایشی آزمایشی «پیش‌آزمون - پس‌آزمون همراه با گروه کنترل» مورد بررسی قرار گرفته است. جمعیت هدف شامل بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه بود که در سال ۱۳۹۳ در یکی از مراکز درمانی شهر بجنورد تحت درمان دیالیز قرار گرفته بودند. برای شروع مطالعه ابتدا با مراجعه به بخش دیالیز یکی از بیمارستان‌های شهر بجنورد، با مطالعه‌ی مشخصات موجود در پرونده‌ی ۹۹ بیمار تحت دیالیز، افرادی که واجد شرایط پژوهش نبودند حذف شدند و نهایتاً ۳۶ نفر جهت ورود به مطالعه پس از کسب رضایت آگاهانه، پرسشنامه‌ی استاندارد مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس DASS-21 و پرسشنامه‌ی اطلاعات دموگرافیک را به‌عنوان

رو به رو شدن با تغییرات متعدد فیزیولوژیک با تنش‌های روانی بسیاری مواجه می‌گردند که هرکدام به نوبه‌ی خود می‌تواند در روان و شخصیت آن‌ها تاثیرگذار باشد به‌طوری که اغلب آن‌ها با مشکلات و تنش‌ها سازگار نشده و دچار تغییرات رفتاری متعددی می‌گردند (۳).

دفعات و طول مدت دیالیز از جمله عوامل تنش‌زای بیماران همودیالیزی است که بر وسعت مشکلات روانی - اجتماعی آنان می‌افزاید (۴). زندگی بیماران دیالیزی به دلیل دیالیز مزمن، استرس‌زاست. این استرس‌ها عبارتند از: ۱- محرومیت‌های ناشی از محدودیت غذایی و مایعات ۲- وابستگی به دیگران برای انجام فعالیت‌های ساده‌ی روزمره که به پرخاشگری می‌انجامد. ۳- تغییر در تصور از بدن خود که به دو مساله ارتباط دارد: الف) ارتباط با ماشین و گسترش مرزهای جسمی به ماشین. ب) ادرار نکردن که سهم بالایی از استرس را در این بیماران داشته که مورد توجه هم قرار نگرفته است. ۴- اجتناب از مرگ: عقیده بر این است که کوتاه‌تر بودن دوره‌ی زندگی در این گروه از بیماران می‌تواند از علل قوی استرس باشد. برخی معتقدند که بیماران نه تنها از مرگ می‌ترسند بلکه از زندگی نیز هراس دارند و این مساله نیز دلیل بالا بودن میزان خودکشی این بیماران است (۵).

مطالعات نشان داده است ۳۰ درصد بیماران همودیالیزی دچار استرس هستند (۶) پاسخ نامناسب به استرس‌ها، کیفیت زندگی این بیماران را کاهش داده و مشکلات متعدد جسمی؛ روانی؛ اقتصادی؛ اجتماعی و واکنش‌های عاطفی را به وجود می‌آورد (۷). با توجه به مطالب فوق، به نظر می‌رسد مسئله‌ی بازتوانی این بیماران از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. هدف از بازتوانی بیمار، توسعه و اصلاح کیفیت زندگی طبیعی و نزدیک به طبیعی است (۸). از جمله درمان‌های قابل استفاده در بهبود مشکلات این بیماران، درمان‌های روان شناختی می‌باشد. امروزه درمان‌های موج سوم روان شناختی نسبت به سایر درمان‌ها پیشی گرفته است. درمان مبتنی بر پذیرش و

تحصیلات، مدت زمان هر جلسه‌ی دیالیز، جلسات دیالیز در هفته، مدت زمان دیالیز، بیماری زمینه‌ای و مصرف سایر داروها غیر از داروهای بیماری کلیوی.

مقیاس کوتاه افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-21):

این مقیاس توسط لایبوند (۱۹۹۵) تهیه شد. این مقیاس دارای دو فرم است. فرم کوتاه دارای ۲۱ عبارت است که هریک از سازه‌های روانی افسردگی، اضطراب و استرس را توسط ۷ عبارت متفاوت مورد ارزیابی قرار می‌دهد. فرم بلند آن شامل ۴۲ عبارت است که هر یک از ۱۴ عبارت، یک عاملی سازه روانی را اندازه‌گیری می‌کند. فرم کوتاه ۲۱ عبارتی توسط صاحبی و همکاران (۱۳۸۴) برای جمعیت ایرانی اعتباریابی شده است. قابلیت اعتماد این مقیاس از طریق همسانی درونی و اعتبار آن با استفاده از تحلیل عاملی و اعتبار ملاک با اجرای همزمان آزمون‌های افسردگی بک، اضطراب زانگ و تنیدگی ادراک شده بررسی شد. در کل ضرایب قابلیت اعتماد و اعتبار به دست آمده در سطح $P < 0/001$ معنادار بود. همچنین توسط مرادی پناه، آلفای کرونباخ در حیطه‌ی افسردگی $0/94$ ، اضطراب $0/92$ و استرس $0/82$ گزارش گردیده است. نحوه‌ی پاسخ دهی به پرسش‌ها به صورت ۳ گزینه‌ای است که به صورت خودسنجی تکمیل می‌شود. دامنه پاسخ‌ها از «اصلاً در مورد من صدق نمی‌کند» تا «کاملاً در مورد من صدق می‌کند» متغیر است، به‌طوری که افراد می‌توانند پاسخ‌های خود را به‌صورت یکی از گزینه‌های مقابل پرسش مربوطه مشخص نمایند، مجموع نمرات جمع‌بندی شده و براساس جدول تفسیر می‌شود (۱۱).

محتوی جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد:

(ACT Acceptance and Commitment Therapy) مداخله گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای بیماران دیالیزی شامل ۶ جلسه $1/5$ تا ۲ ساعته بود که از ساختار گروه درمانی تبعیت می‌کرد. محتوای جلسات شناخت درمانی مبتنی بر

پیش آزمون پر نمودند. با شروع جلسات درمانی تعدادی از نمونه‌ها از ادامه‌ی شرکت در کلاس‌ها انصراف داده و در نهایت ۳۰ نفر از بیماران همودیالیزی به‌صورت تصادفی در سه گروه، ۱۰ نفر در گروه آزمایش دریافت‌کننده‌ی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ۱۰ نفر در گروه آزمایش دریافت‌کننده‌ی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی و ۱۰ نفر در گروه کنترل جایگزین شدند. بلافاصله پس از تعیین گروه آزمایش و کنترل، بیماران گروه آزمایش در کنار دریافت درمان همودیالیز خود به مدت یک ماه به‌صورت دو روز در هفته و به مدت ۲ ساعت تحت مداخله‌ی گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و مداخله‌ی گروهی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی در بخش دیالیز بیمارستان امام علی (ع) بجنورد قرار گرفتند. همچنین بیماران گروه کنترل هیچ گونه درمانی را به جز همودیالیز دریافت نکردند. پس از پایان مداخله، با استفاده از پرسشنامه‌ی مذکور پس از آزمون برای تمامی نمونه‌ها انجام گردید.

ملاک‌های ورود برای شرکت در پژوهش عبارت بودند از: ۱- حداکثر سن ۵۵ سال، ۲- حداقل تحصیلات سیکل، ۳- تحت درمان همودیالیز بودن ۴- ساکن شهر بجنورد، ۵- تکمیل فرم رضایت آگاهانه شرکت در برنامه درمانی توسط بیمار، ۶- توانایی نوشتن و گوش کردن عادی.

ملاک‌های خروج نیز عبارت بودند از: ۱- وجود اختلالات روانی ایجاب‌کننده‌ی درمان‌های فوری (مانند نشانه‌های روان پریشی، وابستگی به مواد و خودکشی) ۲- تحت درمان با داروهای ضد افسردگی و ضد اضطراب بودن و یا به‌طور همزمان در هنگام اجرای طرح تحت عمل پیوند کلیه قرار گرفتن ۳- عدم تمایل به شرکت در جلسات درمانی یا وجود ناتوانی جسمی شدید (آنمی شدید ناشی از همودیالیز) که مانع از شرکت بیمار در جلسات درمانی شود.

ابزار سنجش: پرسشنامه‌ی اطلاعات دموگرافیک: شامل سن، جنس، وضعیت تاهل، شغل، وضعیت اقتصادی،

دیالیزی شامل ۸ جلسه ۱/۵ تا ۲ ساعته بود که از ساختار گروه درمانی تبعیت می‌کرد. محتوای جلسات بر اساس راهنمای عملی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی (۱۴) به شرح زیر تدوین گردید:

جلسه اول: شکل دهی به گروه، تعیین اصول و قواعد دوره و مرزهای گروه؛ شرکت کنندگان خود را به سایر اعضای گروه معرفی می‌کنند درباره آنچه آن‌ها را به شرکت در گروه ترغیب کرده و آنچه از گروه می‌خواهند صحبت می‌کنند. ارایه‌ی تمرین خانگی.

جلسه دوم: آموزش توجه و آگاهی با محوریت افکار مربوط به استرس، آگاهی کامل از افکار و احساسات به شیوه‌ی فراشناختی، با تاکید بر آموزش همیشگی نبودن احساسات منفی، آموزش ارتباط میان افکار و احساسات با تاکید بر افکار مربوط به استرس، مراقبه و آرسی بدنی، ده دقیقه حضور ذهن بر روی جریان تنفس، تکالیف جلسه، تمرین افکار و احساسات، خوردن کشمش با حضور ذهن، مراقبه و آرسی بدنی، ارایه‌ی تمرین خانگی.

جلسه سوم: پی بردن به ذهن سرگردان، آموزش تکنیک و آرسی بدن، کنترل ذهن سرگردان با تمرین و آرسی بدن، مرور بر افکار خود آیند منفی، بازنگری تکالیف خانگی

جلسه چهارم: پی بردن به آنچه تجارب ناخوشایند محسوب می‌شوند. تعریف قلمرو افسردگی، یا حوزه دیگری که گروه درگیر آنند مانند خستگی مزمن، استرس و غیره.

حضور ذهن دیداری یا شنیداری، مراقبه نشسته، معرفی این روش به عنوان راهبردی مقابله‌ای برای استفاده در زمان‌هایی که در وضعیت موجود احساسات دشواری را بر می‌انگیزاند، راه رفتن با حالت حضور ذهن، مراقبه نشسته.

جلسه پنجم: ارتباط متفاوت به معنی اجازه‌ی حضور به تجربه، دقیقاً همان طوری که هست، بدون اینکه در مورد آن قضاوت کنیم یا سعی داشته باشیم که تغییری در آن نسبت به آنچه هست ایجاد کنیم، خواندن شعر میهمان خانه اثر مولانا و

تعهد و پذیرش با استناد بر پروتکل درمانی (۱۲) و (۱۳) به شرح زیر تدوین گردید.

جلسه اول: معارفه‌ی اعضا، تشریح قوانین گروه، ارایه‌ی سرفصل‌های هریک از جلسات، معرفی اجمالی روش درمانی، توضیحی درباره زبان و نقش دوگانه آن، مروری بر علایم افسردگی و اضطراب و به بیمار آموزش داده شد که چگونه احساسات و عواطفی که وی را آزار می‌دهد شناسایی نماید.

جلسه دوم: توضیح در مورد عمل و تجربه در مقابل فکر و هیجان، تمرین تمایز گزاری، استفاده از استعاره‌ی پلی گراف، استعاره‌ی عاشق شدن، استعاره‌ی دونات ژله‌ای.

جلسه سوم: (گشودگی و پذیرش) گشایش به معنای بازبودن و ایجاد فضا برای احساسات، تکانه‌ها و حس‌های دشوار است تا در وجود مراجع، بدون جدال جریان یابند، استفاده از استعاره‌ی شیر - شیر - شیر، استعاره‌ی اتوبوس، ارایه کاربرگ تمرین گشایش.

جلسه چهارم: توجه، آگاهی و بودن در لحظه‌ی کنون، استفاده استعاره‌ی صفحه‌ی شطرنج، استعاره‌ی خانه با مبلمان، تمرین راه رفتن آگاهانه، تمرین نشستن، تمرین خوردن کشمش، تمرین ساکن شدن.

جلسه پنجم: جستجوی ارزش‌ها: افراد اهداف مهم زندگی خود را جستجو و ارزیابی می‌کنند. سیبل هدف یا تخته دарт، ارایه کاربرگ ارزش‌ها، اقدامات و دستاوردها، ارایه کاربرگ جستجوی ارزش‌ها.

جلسه ششم: اقدام متعهدانه (هدف‌گزینی و اقدام عملی) مروری بر جلسات گذشته و اجرای پس آزمون برای گروه، استفاده از استعاره‌ی گدای دم در، ارائه کاربرگ ارزش‌ها و اهداف، ارایه‌ی کاربرگ موانع و راهکارهای مقابله‌ای، تمرین مدیریت زمان.

محتوای جلسات درمان مبتنی بر ذهن آگاهی: (MBCT Mind Fullness-Based Cognitive Therapy) مداخله‌ی گروهی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی برای بیماران

کردن ریشه‌ی اختلاف معنی‌داری درون گروه استفاده شد، جهت تجزیه و تحلیل داده‌های این مطالعه از نرم‌افزار SPSS استفاده گردید. سطح معنی‌داری در این مطالعه ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

نتایج مقایسه‌ی سه گروه از نظر متغیرهای دموگرافیک نشان داد که بین سه گروه از نظر جنسیت، وضعیت تاهل، تحصیلات، شغل تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. در سه گروه مورد بررسی میانگین ساعت‌های دیالیز نزدیک به ۴ ساعت و تعداد جلسات ۳ مرتبه در هفته بود. آزمون آماری آنالیز واریانس نشان داد میانگین ساعت‌های دیالیز و تعداد جلسه‌های دیالیز در سه گروه مورد مطالعه از نظر آماری تفاوت معناداری نداشت. میانگین و انحراف معیار استرس در نمونه‌های مورد مطالعه به تفکیک گروه‌های آزمایش و کنترل در جدول ۱ آورده شده است.

جدول ۱: مقایسه‌ی میانگین‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون سه گروه در متغیر استرس

میانگین	انحراف معیار		
گروه ACT*	۱۳/۵	۴/۸۴	پیش
گروه MBCT**	۱۳	۴/۴۷	آزمون
گروه کنترل	۱۶/۸۰	۳/۵۸	
گروه ACT	۱۰/۱۰	۲/۴۲	پس
گروه MBCT	۶۰/۸۰	۲/۹۴	آزمون
گروه کنترل	۱۱/۵۰	۴/۳۳	

*ACT: Acceptance and Commitment Therapy
**MBCT: Mind Fullness-Based Cognitive Therapy

نتایج تحلیل کواریانس نشان داد که سه گروه از نظر میانگین نمره‌ی پس‌آزمون نمره‌ی استرس اختلاف آماری معنی‌داری با یکدیگر دارند که نشان دهنده‌ی این است که

شناسایی مضمون آن در گروه، تمرین کاوش الگوی عاداتی واکنش و کاربرد بالقوه مهارت‌های حضور ذهن برای تسهیل پاسخدهی بیشتر به تجربه فضای حالت، مراقبه نشسته - آگاهی از تنفس و بدن، تاکید بر پی بردن به چگونگی واکنش دهی به افکار، احساسات و حس‌های بدنی که به نوعی ایجاد شده‌اند.

جلسه‌ی ششم: تمرین خلق‌ها، افکار و دیدگاهی جایگزین، مشخص کردن نشانه‌ای برای عود که ممکن است برای هر فرد متفاوت باشد و برنامه‌ای عملی برای مقابله با آن، آماده کردن شرکت کنندگان برای پایان دوره، مراقبه نشسته، آگاهی از تنفس و بدن

جلسه‌ی هفتم: پی بردن به روابط بین فعالیت و خلق، آماده کردن فهرستی از فعالیت‌های روزانه و تعیین اینکه کدامیک دفع کننده یا روحیه بخش است و کدامیک حسی از تسلی یا لذت را در فرد ایجاد می‌کند، شناسایی نشانگان عود و توسعه‌ی کارهایی برای مقابله با تهدید به عود، بازگشت مراقبه نشسته - آگاهی از تنفس، بدن، اصوات، افکار و هیجانات

جلسه‌ی هشتم: مروری بر سامانه‌های هشدار اولیه و برنامه‌های عملی که برای استفاده در زمان‌هایی که خطر عود بالاست توسعه داده شده‌اند. مروری بر کل آنچه در دوره آموخته شد، چه چیزهایی در زندگیتان بیشترین ارزش برایتان داشت که انجام این تمرین‌ها توانست به شما در رسیدن به آن‌ها کمک کند؟ و اجرای پس‌آزمون برای گروه.

داده‌های این مطالعه از طریق آزمون‌های مجذور کای و در صورت برقرار نبودن پیش فرض‌های این آزمون و از آزمون دقیق فشر برای بررسی فرض استقلال بین متغیرهای کیفی استفاده شد، از آزمون آنالیز واریانس یک طرفه برای مقایسه‌ی میانگین‌های سه گروه استفاده شد و برای بررسی اثربخشی مداخله‌ی صورت گرفته از آنالیز کواریانس استفاده شد. همین‌طور از آزمون‌های تعقیبی بونفرونی جهت مشخص

مداخله‌های صورت گرفته به صورت معنی‌داری بر استرس اثربخش بوده است (جدول ۲).

جدول ۲: نتیجه‌ی آزمون آماری آنالیز کواریانس سنجش اثربخشی مداخله صورت گرفته بر روی نمره استرس

Source	مجموع مربعات	df	میانگین مربعات	F	P-value	ضریب اتا
ثابت مدل	۳۳۲/۰	۱	۳۳۲/۰	۳۰/۵	۰/۰۰۰	۰/۵۳۹
استرس پیش تست (متغیر پراش)	۱۵/۶	۱	۱۵/۶	۱/۴	۰/۲۴۲	۰/۰۵۲
گروه	۱۳۱/۹	۲	۶۶/۰	۶/۱	۰/۰۰۷	۰/۳۱۸
خطا	۲۸۳/۴	۲۶	۱۰/۹			
کل	۳۱۰۴/۰	۳۰				

آزمون تعقیبی مقایسه‌ی گروه‌ها نشان داد که روش ذهن آگاهی به صورت معنی‌داری موثرتر از روش مبتنی بر پذیرش و تعهد بوده است ($P=۰/۰۳۰$) همین طور روش ذهن آگاهی به صورت معنی‌داری با گروه کنترل اختلاف معنی‌داری داشت ($P=۰/۰۰۲$). ولی اختلاف بین گروه مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه کنترل از نظر آماری معنی‌دار نبود (جدول ۳).

جدول ۳: نتایج آزمون تعقیبی مقایسه‌ی میانگین‌های تعدیل شده استرس سه گروه

گروه (I)	گروه (J)	اختلاف میانگین	انحراف استاندارد	P-value
MBCT	ACT	-۳/۳۸۶	۱/۴۷۸	۰/۰۳۰
	control	-۵/۳۵۶	۱/۵۷۵	۰/۰۰۲
Control	ACT	۱/۹۷۰	۱/۵۵۱	۰/۲۱۵

بحث

کند (۱۵). کابات زین در سال ۱۹۸۲ در مطالعات خود نشان داد که آموزش ذهن آگاهی با تلفیقی از تن آرامی و مراقبه‌ی ذهنی یکی از روش‌های درمانی مبتنی بر کاهش استرس و روان درمانی است که در آن بازنمایی ذهنی اشیای موجود در زندگی که از کنترل بلافاصله انسان خارج است، از طریق تنفس و فکر کردن آموزش داده می‌شود. تحقیقات نشان داده است که آموزش ذهن آگاهی، کاهش درد، اضطراب و پریشانی روان شناختی را به دنبال دارد (۱۶). همچنین سگال و همکاران معتقدند که روش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی عنصر اصلی بالا بردن خودآگاهی لازم برای

نتایج مطالعه‌ی حاضر نشان داد که مداخله‌های صورت گرفته به صورت معنی‌داری بر استرس اثربخش بوده است. روش ذهن آگاهی به صورت معناداری موثرتر از روش مبتنی بر پذیرش و تعهد بوده است. شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی شیوه‌ی متفاوتی از مواجهه با افکار ناکارآمد و هیجانات وابسته به آن، نظیر اضطراب، درد، پریشانی و افسردگی را ارائه می‌کند. این رویکرد می‌تواند در رها سازی افراد از افکار اتوماتیک، عادت‌ها و الگوهای رفتاری ناسالم کمک کند و از این رو نقش مهمی در کاهش استرس و تنظیم رفتاری ایفا

توانمندسازی و پاسخ‌های مطلوب در شرایط بحرانی برای جلوگیری از تجربه‌ی اضطراب می‌باشد و همواره به‌عنوان یک محرک قوی دایمی پیش‌گیرنده عمل می‌کند (۱۷). نتایج پژوهش‌ها حاکی از بهبود خلق و نیز کاهش معنادار شدت استرس ادراک شده بر اثر ذهن آگاهی بود. ذهن آگاهی را می‌توان در گروهی از بیماران با طیف علایم گسترده (۱۸)، برای متخصصان سلامت روان به‌منظور کاهش استرس در روابط با بیماران (۱۹) و حتی کاهش استرس مراقبان مبتلایان به بیماری‌های مزمن (۲۰) هم به کار برد. پژوهشگران نشان داده‌اند که افزایش ذهن آگاهی با انواع پیامدهای سلامتی نظیر کاهش درد، اضطراب، افسردگی، خوردن مرضی و استرس ارتباط دارد. ذهن آگاهی می‌تواند در رهاسازی افراد از افکار اتوماتیک، عادت‌ها و الگوهای رفتاری ناسالم کمک کند و از این رو نقش مهمی را در تنظیم رفتاری ایفا کند (۲۱). همچنین والستد و همکاران دریافتند کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی موجب تعدیل نشانه‌های اضطراب و نگرانی و اضطراب صفت در افراد مبتلا به اختلال اضطراب می‌گردد (۲۲). در زمینه‌ی معنادار نبودن درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر استرس در مطالعه‌ی حاضر، پژوهش‌های تجربی در روان‌شناسی شناختی نشان داده‌اند که چندین سطح شناخت وجود دارد و باید بین آثار افکار و هیجان‌ها در سطوح مختلف این سیستم تمایز قائل شد (۲۳). به دلیل تجزیه‌ای که ممکن است بین سطوح مختلف روی دهد این خطر وجود دارد که کار درمانی انجام گرفته در یک سطح به سطوح دیگر اثر نگذارد (۲۴). از طرفی در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نیاز است فرد مفاهیمی را اجرا کند که اغلب در مقابل هنجارهای اجتماعی و آداب و رسوم می‌باشد و زمانی که افراد دور از حمایت و راهنمایی درمانگر هستند احتمال می‌رود برای پیاده سازی اصول درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد دچار دشواری گردند (۲۵). این در حالیست که نتایج مطالعه‌ی حاضر نشان داد که ۵۶/۷ درصد افراد مورد مطالعه

دارای تحصیلات راهنمایی بوده و با توجه به اینکه پیش از این هیچ‌گونه آموزشی در مورد مولفه‌ها و اختلالات روان شناختی نداشته‌اند به نظر می‌رسد درک و پیاده سازی درمان درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در جهت کنترل استرس برای آن‌ها در مدت زمان کوتاه مداخله دشوار بوده است. علاوه بر این بیماران مورد مطالعه علاوه بر بیماری مزمن خود باید با تنش‌های متعددی از جانب همسر، خانواده، شغل و اجتماع سازش پیدا کنند (۲۶). با توجه به نتایج پژوهش حاضر هر نوبت دیالیز این بیماران به‌طور متوسط ۴ ساعت و ۳ بار در هفته به طول می‌انجامد و بر اساس مطالعه‌ی پاکپور و همکاران نیز اغلب بیماران از خستگی، گرفتگی عضلانی و سر درد بعد از دیالیز رنج می‌برند و با احتساب زمان رفت و برگشت هر بیمار دیالیزی که حدود ۵ تا ۶ ساعت به طول می‌انجامد بیماران را ناچار می‌سازد شرایط تنش‌زای زیادی را متحمل شوند و نسبت به انجام تکالیف خانگی درمان مذکور بی‌علاقه گردند (۲۷). به نظر می‌رسد این بی‌علاقگی در انجام تکالیف، در عدم اثربخشی درمان جمعیت مورد مطالعه موثر بوده است.

نتیجه گیری

با توجه به نتایج مطالعه به نظر می‌رسد برنامه‌ی آموزشی مبتنی بر ذهن آگاهی را می‌توان برای کاهش استرس بیماران تحت درمان دیالیز به کار برد، اما با توجه به شرایط درمانی متفاوت بیماران دیالیزی و مقابله‌ی آنان با شرایط تنش‌زا به صورت روزانه به نظر می‌رسد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌صورت انفرادی بتواند اثربخشی بیشتری نسبت به درمان گروهی داشته باشد.

تقدیر و تشکر

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از کارشناس بیماران خاص معاونت درمان، سرپرستار بخش دیالیز و کلیه‌ی پرسنل

و قدردانی نمایند.

بیمارستان امام علی (ع) و کلینیک ایرانمهر شهر بجنورد تشکر

References

- 1- Aghakhani N, Nazari R, Sharifnia H, Nahrir B. A comparative study of quality of life (QOL) among patients with hemodialysis and peritoneal dialysis. *J Gorgan Univ Med Sci*. 2011; 8: 35-42.
- 2- Moini V, Ramezani-Badr F, Avazeh A, Jalalzadeh M, Hakami M, Akhlaghi M. The combined effect of aerobic and anaerobic exercises on the quality of life in hemodialysis patients. *J Zanjan Univ Med Sci*. 2014; 22: 55-65.
- 3- Rahimi A, Ahmadi F, Gholyaf M. Effects of applying continuous care model on self-esteem in hemodialysis patients. *J Zanjan Univ Med Sci*. 2005; 13: 16-21.
- 4- Navidian A, Arbabi Sarjou A, Kikhai A. Frequency of mental disturbances in hemodialysis patients referred to hemodialysis ward of Khatam-Al-Anbia Hospital in Zahedan. *J Guilan Univ Med Sci*. 2006; 15: 61-7.
- 5- Zare H. Prevalence of depression in hemodialysis patients in Taleghani hospital in Tehran [dissertation]. tehran. Iran: Tehran university; 2007.
- 6- Mollahadi M, Tayyebi A, Ebadi A, Daneshmandi M. Comparison between anxiety, depression and stress in hemodialysis and kidney transplantation patients. *Int J Care Nurs*. 2010; 2: 9-10.
- 7- Shafipour V, Jafari H, Shafipour L. The relationship between stress intensity and life quality in hemodialysis patients hospitalizes in Sari Iran. *J Sabzevar Univ Med Sci*. 2009; 16: 155-160.
- 8- Sheikholeslami F. Study of the effect of group therapy on depression following myocardial infarction. *Sci J Hamdan Univ Med Sci*. 2004; 11: 48-53.
- 9- Mehrdost Z, Neshat dost T, Abedi H. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on the decrease of self-focused attention and improving self-efficacy. *J Psychol Modes Methods*. 2013; 3: 67-82.
- 10- Shahrestani M, Ghanbari B, Nemati SH, Rabardar H. The effectiveness of mindfulness-based cognitive group therapy on improvement of perceived stress of infertility and irrational cognitions in infertile women with IVF treatment. *Global J Health Sci*. 2012; 15: 28-38.
- 11- Fathi ashtiyani A. Psychological tests personality and mental health (2009): Tehran. besat publisher
- 12- Izadi R, Abedi MR. Alleviation of obsessive symptoms in treatment-resistant obsessive-compulsive disorder using acceptance and commitment-based therapy. *FEYZ*. 2013; 17: 275-86.
- 13- Hor M, Aghaei A, Abedi A, Attari A. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on depression in patients with type 2 diabetes. *J Res Behav Sci*. 2013; 11: 121-8.

- 14- Mohamad khani P, Khanipour H. Practical guide to mindfulness-based cognitive therapy. Tehran: University of Social Welfare and Rehabilitation; 2012.
- 15- Semple RJ, Reid EF, Miller L. Treating anxiety with mindfulness: an open trial of mindfulness training for anxious children. *J Cogn Psychother*. 2005; 19: 372-92.
- 16- Kabat-Zinn j. Full catastrophe living: using the wisdom of your body and mind to face stress: pain and illness. 1990. New York: Delacort.
- 17- Segal ZV, Teasdel JD, Mindfulness-based cognitive therapy for depression: a new approach to preventing relapse. 2002. New York: Guilford Press.
- 18- Green SM, Bieling PJ. Expanding the scope of mindfulness-based cognitive therapy: evidence for effectiveness in a heterogeneous psychiatric sample. *cognitive and behavioral practice*, 2012; 19: 174-80.
- 19- Praissman S. Mindfulness-based stress reduction: A literature review and clinician's guide. 2008.
- 20- Minor H G, Carlson LE, Mackenzie MJ, Zernicke K, Jones L. Evaluation of a Mindfulness-based stress reduction (MBSR) program for caregivers of children with chronic conditions. *Soc Work Health Care*. 2006; 43: 91-109.
- 21- Omidi A, Mohammad Khani P, Poorshahbaz P, Dolatshahi A. Efficacy of combined cognitive behavior therapy and mindfulness based cognitive therapy in patients with major depressive disorder. *KAUMS J (FEYZ)*. 2008; 12: 9-14.
- 22- Vollestad J, Sivertsen B, Nielsen G. H. Mindfulness-based stress reduction for patients with anxiety disorders: Evaluation in a randomized controlled trial. *Behav Res Ther*. 2011; 49: 281-88.
- 23- Greenberg LS, Safran JD. Integrating affect and cognition: a perspective on the process of therapeutic change. *Cognitive Ther Res*. 1984; 8: 559-78.
- 24- Williams JM, Teasdale JD, Segal ZV, Soulsby J. Mindfulness-based cognitive therapy reduces overgeneral autobiographical memory in formerly depressed patients. *J Abnorm Psychol*. 2000; 109: 150-5.
- 25- Forman EM, Shaw JA, Goetter EM, Herbert JD, Park JA, Yuen EK. Long-term follow-up of a randomized controlled trial comparing acceptance and commitment therapy and standard cognitive behavior therapy for anxiety and depression behavior therapy. *Behav Ther*. 2012; 43: 801-11.
- 26- Kimmel P. Psychosocial Factors in Dialysis Patients. *Kidney Int*. 2001; 59: 1599-613.
- 27- Pakpour A, Zeidi IM, Chatzisarantis N, Molsted S, Harrison A, Plotnikoff R. Effects of action planning and coping planning within the theory of planned behaviour: A physical activity study of patients undergoing haemodialysis. *Int J Sports Psychol*. 2011; 12: 609-14.

Comparative Effectiveness of Mindfulness-based Psychotherapy Versus Acceptance or Commitment Therapy on Stress Level in Dialysis Patients

Jafakesh Moghadam A^{1,2}, Shahabizadeh F¹, Bahrainian AM³

¹Dept. of Psychology, Islamic Azad University, Birjand Branch, Birjand, Iran

²Treatment Affairs, North Khorasan University of Medical Sciences, Bojnurd, Iran

³Dept. of Psychology, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Corresponding Author: Jafakesh Moghadam A, Dept. of Treatment Affairs, North Khorasan University of Medical Sciences, Bojnurd, Iran

E-mail: jafakesh.as@gmail.com

Received: 15 Oct 2015 **Accepted:** 10 Apr 2016

Background and objective: Dialysis patients are encountering many psychological distresses aggravating their psycho-social problems. Currently, the third wave of psychological treatment has surpassed other treatments in solving the problems of these patients. This article aimed to study the comparative effectiveness of mindfulness-based psychotherapy versus acceptance and commitment therapy on stress level in dialysis patients.

Materials and Methods: This pilot study (trial with pretest, posttest and control group) was conducted on 30 dialysis patients in 2014 in one of the hospitals in Bojnurd city. Data were collected by standard DASS-21 questionnaire and was analyzed with SPSS 21 software and descriptive tests, chi-square, Fisher's exact, variance and covariance analysis were employed.

Results: Results of the study showed that despite the effectiveness of both interventions on stress reduction of dialysis patients, mindfulness-based psychotherapy was meaningfully more efficient than acceptance and commitment therapy ($p=0.003$).

Conclusion: Mindfulness based group psychotherapy can be implemented to reduce stress in dialysis patients. However, due to diverse therapeutic conditions and patients' dealing with daily stressful situations, it seems that patient's acceptance and commitment therapy can be more effective than group therapy.

Keywords: Acceptance and Commitment therapy, Mindfulness-based psychotherapy, Stress, Dialysis