اثربخشی درمان پذیرش و تعهد با و بدون تمرین‌های ورزشی توام با ذهن‌آگاهی بر امیدواری بیماران همودیالیز

علی کاظمی دلویی[۱]، فاطمه شهابی زاده[۲*]، مریم نصری[۳]، علی اکبر ثمری[۴]

۱- دانشجوی دکتری روانشناسی واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی. بیرجند، ایران

۲-دانشیار، گروه روانشناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران

۳- استادیار، گروه روانشناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران

۴- استادیار، گروه روانشناسی، واحد کاشمر، دانشگاه آزاد اسلامی، کاشمر، ایران

یافته / دوره ۲۳ / شماره ۱ / ویژه نامه ۱۴۰۰

چکیده

دریافت مقاله: ۱۳۹۹/۱۲/۲۶ پذیرش مقاله: ۱۴۰۰/۵/۱۰

مقدمه: همودیالیز فرایندی استرس‌زا است و با مشکلات روانی- اجتماعی همراه است، لذا مطالعه‌ی حاضر در صدد است تا اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را قبل از شروع دیالیز، با و بدون تمرین‌های ورزشی توام با ذهن‌آگاهی را در حین دیالیز بر امیدواری این بیماران بسنجد.

مواد و روش‌ها: طرح پژوهش نیمه تجربی همراه با گروه کنترل با پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری شامل کلیه بیماران همودیالیز تحت پوشش بیمارستان امام زمان(عج) مشهد در بازه زمانی تیر تا آذرماه ۱۳۹۹ بودند که تعداد۶۰ نفر به روش نمونه گیری هدفمند بر اساس معیار ورود انتخاب شدند و به صورت تصادفی در سه گروه (اول: درمان پذیرش و تعهد قبل از دیالیز. دوم: درمان پذیرش و تعهد قبل از دیالیز همراه با تمرین های ورزشی توام با ذهن آگاهی در حین دیالیز) و گروه کنترل قرار گرفتند. همچنین پس از ۲ ماه آزمون پیگیری بر روی گروه ها اجرا شد. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه امیدواری بود. تحلیل داده ها به شیوه تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر انجام شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد هر دو گروه درمان پذیرش و تعهد قبل از دیالیز ($P<۰/۰۰۱$) و گروه درمان پذیرش و تعهد قبل از دیالیز همراه با تمرین های ورزشی توام با ذهن آگاهی در حین دیالیز ($P<۰/۰۰۱$) بر افزایش امیدواری در بیماران همودیالیز تاثیرگذار است.

بحث و نتیجه‌گیری: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به تنهایی به عنوان یک مداخله مؤثر، می‌تواند در مراکز درمانی در جهت افزایش امیدواری بیماران همودیالیز به کار برده شود.

واژه‌های کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، همودیالیز، ذهن آگاهی، امیدواری، تمرین های ورزشی.

*آدرس مکاتبه: بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، گروه روانشناسی.

پست الکترونیک: f_shahabizadeh@yahoo.com

مقدمه

امروزه ۸ تا ۱۶ درصد مردم جهان به بیماری نارسایی مزمن کلیه مبتلا هستند، که شروعی تدریجی دارد و در طول آن صدمه‌ی غیرقابل‌برگشت به بافت کلیه‌ها وارد می شود (۱). همودیالیز یکی از درمان‌های جایگزین عملکرد کلیه فرایندی استرس‌زا است و با مشکلات روانی- اجتماعی همراه است (۲) به گونه ای که این بیماران از افسردگی (۳)، رنج می کشند و از طرفی ناامیدی یکی از مولفه های افسردگی است. در یک مفهوم جامع امید یکی از منابع مقابله‌ی انسان در سازگاری با مشکلات و حتی بیماری‌های صعب‌العلاج (۴) و عامل حمایت روانی در شرایط سخت (۵) در نظر گرفته می-شود و به عنوان عامل شفادهنده، چندبعدی و قدرتمند، نقش مهمی در سازگاری با فقدان (۶) از جمله فقدان سلامتی دارد. در مجموع در بین عوامل اثرگذار بر سلامت روان، امیدواری (۷) حائز اهمیت می‌باشد. مفهوم امیدواری در دهه‌های اخیر تحت بررسی موشکافانه توسط پژوهشگران قرارگرفته‌است(۸). با توجه به سطح بالای تنیدگی های روان شناختی ناشی از بیماری های مزمن و کاهش امید به زندگی (۹)، مداخلات روانشناختی جهت کاهش غم و اندوه و در نتیجه افزایش امیدواری ضروریست.

در طی دو دهه ی اخیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (Acceptance and Commitment Therapy) و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی (Mindfulness-based Cognitive Therapy) که اشکال متعددی از درمان شناختی- رفتاری (Cognitive Behavior Therapy) است توسعه یافته اند(۱۰). درمان پذیرش و تعهد بر پذیرش افکار و احساسات ناخوشایند و شفاف سازی ارزش ها و اهداف و عمل متعهدانه به آنها تمرکز دارد (۱۱) که اثربخشی آن در مورد طیف وسیعی از مشکلات روان شناختی(۱۲) و امیدواری (۱۴-۱۳) تایید شده است. پیام درمان پذیرش و تعهد این است که آنچه خارج از کنترل است را بپذیر و به عملی که زندگیت را غنی می سازد، متعهد باش و شامل شش فرآیند-پذیرش، گسلش، ارتباط با زمان حال، خود به عنوان زمینه، ارزش ها و عمل متعهدانه است. اگر چه هدف درمان پذیرش و تعهد، انعطاف پذیری روانشناختی است، اما لازمه آن ذهن آگاهی است. ذهن آگاهی به عنوان نوعی توجه کردن به شیوه ای خاص، هدفمند، و بدون قضاوت است و راه جدیدی را برای رهایی از الگوهای شناختی ناکارآمد فراهم می کند و حول محور تقویت تجارب مثبت و گاهی ایجاد تجارب مثبت جدید می‌چرخد (۱۵). به هر حال مطالعات تاثیر ذهن آگاهی را نیز در کاهش نشانگان روانشناختی چون اضطراب و افسردگی (۱۶) نشان دادند که کاهش افسردگی حاکی از افزایش امید است. افزون بر آن اثربخش مداخله ذهن آگاهی در بیماران با نارسایی مزمن کلیه نیز تأیید شده است (۱۸-۱۷)، هر چند به طور مستقیم امیدواری آماج بررسی قربار نگرفته بود. افزون بر آن در کنار مداخلات روانشناختی، انجام تمرین‌های ورزشی نیز در بهبودی بیماران دیالیزی موثر است (۱۹)، لذا به نظر می رسد همگام شدن تمرینات ذهن آگاهی با تمرینات ورزشی موجب بهبود عملکرد شود (۲۰)، بنابراین در پژوهش حاضر ، تمرینات ورزشی توام با ذهن آگاهی در کنار درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بکار گرفته شد. در مجموع با توجه به اثر بخشی مجزای هر یک از مداخله درمان پذیرش و تعهد و ذهن آگاهی، در پژوهش حاضر اثربخشی توامان هر دو مداخله در گروه بیماران خاص بررسی می شود به گونه ای که مطالعه‌ی حاضر در صدد است تا میزان اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قبل از شروع دیالیز، با و بدون تمرین‌های ورزشی توام با ذهن‌آگاهی در حین دیالیز را بر امیدواری این بیماران بسنجد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی و بر اساس طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل همراه با دوره پیگیری دو ماهه است و جامعه آماری شامل کلیه بیماران همودیالیز تحت پوشش بیمارستان امام زمان(عج) مشهد در بازه زمانی تیر تا آذرماه ۱۳۹۹ بود که هفته ای سه جلسه دیالیز می شدند. طبق جدول استیونس (۲۱) جهت بررسی و مقایسه سه گروه و با در

نظر گرفتن حداقل توان آزمون ۷۸ درصد و اندازه اثر متوسط (۰/۴) و احتمال خطای ۰/۰۵، برای هر گروه ۲۰ نفر در نظر گرفته شد و قرار گرفتن هر فرد در گروه ها به صورت تصادفی صورت گرفت، لذا برای انتخاب نمونه، به روش نمونه گیری هدفمند ۶۰ نفر بر اساس ملاک های شمول، انتخاب و به طورتصادفی در سه گروه و سپس به صورت تصادفی مداخلات را دریافت کردند به گونه ای که گروه اول؛ درمان پذیرش و تعهد قبل از دیالیز و همچنین ورزش توام با تمرینات ذهن‌آگاهی را در حین دیالیز و گروه دوم؛ درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به تنهایی قبل از دیالیز دریافت کردند و گروه سوم به عنوان کنترل تقسیم بندی شدند.

معیارهای ورود شامل: دارای فیستول شریانی و وریدی کارامد، تکمیل فرم رضایت نامه، توانایی جسمانی از طریق تست پیاده روی، داشتن مدرک تحصیلی حداقل دیپلم، سن بیماران حداکثر ۲۰ تا ۶۰ سال، سابقه انجام همودیالیز به مدت ۶ ماه، عدم شرکت همزمان در دوره های روان شناختی دیگر. معیارهای خروج نیز شامل؛ تجربه پیوند کلیه، شیمی درمانی یا رادیوتراپی، عدم بستری در زمان مداخله، بیماری ریوی نیاز به اکسیژن، بیماری زمینه ای دیابت و فشار خون، عدم هوشیاری به مکان و زمان، معلولیت ذهنی و جسمی و عفونت و زخم پا، در صورت بیماری در حین ورزش از گروه خارج می شود، فشارخون بالا ۱۱۰/۱۸۰ و پایین کمتر از ۹۰، سابقه سکته قلبی در ۳ ماه گذشته، غیبت بیش از ۲ جلسه.

شیوه اجرای پژوهش

در گروه آزمایش اول (مداخله درمان پذیرش و تعهد)؛ مداخله درمان پذیرش و تعهد در ۵ هفته، هفته ای دو جلسه به صورت گروهی، قبل از شروع دیالیز در آن روز به مدت ۱۰ جلسه صورت گرفت. شیوه اجرا در گروه آزمایش دوم(درمان پذیرش و تعهد توام با تمرین های ورزشی همراه با ذهن آگاهی)؛ بدین صورت بود که در ۵ هفته، هفته ای دو جلسه به صورت گروهی، مداخله درمان پذیرش و تعهد قبل از شروع دیالیز در آن روز به مدت ۱۰ جلسه صورت گرفت و افزون بر آن بجز دو روزی که درمان پذیرش و تعهد در هر هفته قبل از دیالیز اجرا می شد (۲ بار در هفته)، آموزش ذهن آگاهی ۳۰ دقیقه قبل از دیالیز به مدت ۱۰ جلسه (هفته ای یک جلسه) و تمرین ورزشی حین دیالیز توام با اجرای تکنیک های ذهن آگاهی به مدت ۱۵ جلسه (هفته ای سه جلسه در ۵ هفته حین دیالیز) اجرا شد. گروه کنترل آموزشی دریافت نکردند و البته در پایان بعد از دوره پیگیری پمفلت آموزشی رفتارهای خود مراقبتی، ذهن آگاهی و تمرینات ورزشی جهت رعایت ملاحظات اخلاقی دریافت کردند. لازم به ذکر است پس از انتخاب اولیه نمونه مورد نظر بر اساس معیارهای ورود و خروج، تقسیم گروه ها به صورت تصادفی انجام شد. رژیم غذایی مصرفی مشابه در گروه ها از لحاظ نمک و قهوه و شکلات و ... بررسی شد. نوع غشا و مامبران دیالیز در زمان پژوهش برای تمام بیماران ثابت بود و از نوع های فلاکس گزینش شد. در ضمن اندازه مامبران، دور دستگاه و جریان خون بیماران در حین دیالیز ثابت نگه داشته شد.

خلاصه محتوای جلسات

مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد (درمان پذیرش و تعهد): در این پژوهش، از پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (۲۲) استفاده شد. این پروتکل به‌وسیله‌ی بنیان‌گذاران این برنامه درمانی روان‌شناختی، استیون هیز و همکارانش در سال ۱۹۸۴ ابداع شده است. مداخله درمان پذیرش و تعهد در ۱۰ جلسه ۵ هفته ای، (هفته دو جلسه) انجام شد.

جلسه اول؛ آشنایی اعضا و شرح قوانین گروه، آشنایی و توصیف کلی از رویکرد درمانی. تکلیف خانگی: فهرست نمودن ۵نمونه از مهم ترین مشکلاتی که بیماران در زندگی با آن مواجه اند

جلسه دوم: سنجش مشکلات بیماران از نگاه مداخله پذیرش و تعهد، استخراج تجربه‌ای اجتناب، آمیختگی و ارزش‌های فرد.
تکلیف خانگی: تهیه ی فهرستی از مزایا و معایب و شیوه‌های کنترل مشکلات.

جلسه سوم؛ تصریح ناکارآمدی کنترل رویدادهای منفی با استفاده از استعاره ها و آموزش تمایل نسبت به هیجانات و تجارب منفی.
تکلیف خانگی: ثبت مواردی که بیماران موفق به کنارگذاشتن شیوه‌های ناکارآمد کنترل شده‌اند.

جلسه چهارم: آموزش جدا کردن ارزیابی ها از تجارب شخصی(استعاره فنجان بد) و اتخاذ موضع مشاهده‌ی افکار بدون قضاوت.

تکلیف خانگی: ثبت مواردی که بیماران موفق به مشاهده و عدم ارزیابی تجارب و هیجانات شده اند.

جلسه پنجم: ارتباط با زمان حال و در نظرگرفتن خود به عنوان زمینه (استعاره ی صفحه ی شطرنج)، آموزش فنون ذهن‌آگاهی.

تکلیف خانگی: ثبت مواردی که بیماران قادر به نظاره¬ی افکار با استفاده از فنون ذهن آگاهی شده اند.

جلسه ششم: شناسایی ارزش های زندگی بیماران و سنجش ارزش‌ها بر مبنای میزان اهمیت آن ها.

تکلیف خانگی: تهیه¬ی فهرستی از موانع پیش روی در تحقق ارزش‌ها.

جلسه هفتم: ارایه ی راهکارهای عملی در رفع موانع ضمن بکارگیری استعاره ها و برنامه ریزی برای تعهد نسبت به پیگیری ارزش ها.

تکلیف خانگی: گزارشی از گام های پیگیری ارزش ها و اندیشیدن پیرامون دستاوردهای جلسات.

جلسه هشتم: جمع بندی و تکرار مفاهیم بررسی شده در طی جلسات، درخواست از اعضا برای توضیح دستاوردهایشان از گروه و برنامه آنها برای ادامه ی زندگی.

جلسه نهم: درخواست از اعضا برای توضیح دستاوردهایشان از گروه و برنامه آن‌ها برای ادامه ی زندگی.

جلسه دهم: تکرار و تمرین تکالیف جلسات قبل و برطرف کردن ابهامات ومشکلات احتمالی و ارزیابی

تکنیک های ذهن آگاهی: مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی به عنوان یکی از درمانهای شناختی- رفتاری نسل سوم یا موج سوم قلمداد می شود. لازم به ذکر است در گروه آزمایش اول، تمرین های ذهن آگاهی تا ۱۵ جلسه برابر جلسات دیالیز در زمان دیالیز ادامه یافت. آموزش تکنیک های ذهن آگاهی هر سری به مدت ۳۰ دقیقه قبل از شروع دیالیز به مدت ۱۰ جلسه انجام و در زمان دیالیز (۱۵ جلسه دیالیز) تمرین شد به اینصورت که تمرینات ورزشی توام با ذهن اگاهی در ۱۵ جلسه در حین دیالیز در دوساعت اول دیالیز (نیم ساعت اول و نیم ساعت سوم دریافت مداخله ورزشی توام با تکنیک های ذهن اگاهی و نیم ساعت وسط استراحت) انجام می شد. در این پژوهش از پروتکل ذهن‌آگاهی (۲۳) استفاده شد که شرح جلسات آن آمد.

جلسه اول: هدایت خودکار: خوردن یک کشمش با آگاهی، مراقبه، وارسی بدن

جلسه دوم: سروکار داشتن با موانع مراقبه : وارسی بدن، ده دقیقه تنفس ذهن آگاهانه، تمرین‌های افکار و احساسات

جلسه سوم: ذهن آگاهی تنفس (و بدن در حرکت): حرکت ذهن آگاهانه، تمرین کشش و تنفس، مشخص کردن تقویم تجارب خوشایند، تمایز فکر از واقعیت

جلسه چهارم: باقی ماندن در زمان حاضر: ذهن آگاهی پنج دقیقه ای مشاهده کردن یا شنیدن، مراقبه نشستن، راه رفتن ذهن آگاهانه، تحریف های شناختی

جلسه پنجم: پذیرفتن و اجازه دادن: مراقبه نشستن، آگاهی از تنفس و بدن، ماشین زمان و بررسی افکار و پیش بینی های قبلی

جلسه ششم: افکار واقعیتها نیستند: مراقبه نشستن، آگاهی از تنفس و بدن، تمایز فکر از واقعیت، تمرین خلق ها، افکار و دیدگاه های جایگزین

جلسه هفتم: مراقبه نشستن، آگاهی از تنفس، بدن، صداها، افکار و هیجانها، شناسایی ارتباط بین فعالیت و خلق، راه حل آفرینی سازنده

جلسه هشتم: مراقبه وارسی بدن، مراقبه نهایی، مرور کل دوره چه چیزهایی برای شما در زندگیتان بسیار ارزشمند هستند، که تمرین می تواند به شما کمک کند؟

جلسه نهم: تمرین و تکرار مراحل پروتکل ونظارت بر اجرای درست آنها

جلسه دهم: رفع اشکالات و ابهامات بیماران در نحوه اجرای پروتکل

ورزش های اندام تحتانی در حین دیالیز

برای بهتر شدن جریان خون اندامها و بخصوص اندامهای تحتانی و بهبود عملکرد سیستم قلب وعروق، این ورزشها هفته ای سه بار در دو مقطع کوتاه زمانی در نیم ساعت اول و نیم ساعت سوم ازشروع دیالیز انجام شد. در نیم ساعت اول ابتدا انقباض و

انبساط متناوب هردوپا به مدت ۱۰ دقیقه، سپس بالا و پایین کردن هریک از پاها به نوبت (بدون خم کردن زانو) به مدت ۱۰ دقیقه و در انتها حرکات دوچرخه ای پاها به مدت ۱۰ دقیقه انجام شد. در نیم ساعت سوم، ۱۰ دقیقه اول و دوم مانند نیم ساعت اول انجام شد، ولی در ۱۰ دقیقه آخر بعلت احتمال تناول غذا و جلوگیری از فشار بر شکم، پاها بدون بلند کردن، به بیرون و درون متناوبا چرخانده شد. روش انجام مراحل ورزش بصورت حضوری و نیز با تهیه پمفلت آموزشی به هریک از بیماران آموزش داده شد. لازم به یادآوری است که تکنیک های ذهن اگاهی نیز در ابتدا و در طول مراحل ورزش برای بیمار اجرا می شد. مداخله ورزشی توام با ذهن آگاهی در ۱۵ جلسه ۵ هفته ای ادامه یافت.

ابزار جمع آوری داده

امیدواری اشنایدر (Snyder's Hope Scale)

این پرسشنامه که توسط اشنایدر و همکاران در سال ۱۹۹۱ برای سنجش امیدواری ساخته شد ه دارای ۱۲ سوال بوده و هدف آن ارزیابی میزان امیدواری در افراد می باشد. شیوه نمره گذاری آن بر اساس طیف لیکرت ۵ گزینه ای از کاملا مخالفم(۱) تا کاملا موافقم (۵) است. اما این شیوه نمره گذاری در مورد سوالات شماره ۳، ۷ و ۱۱ معکوس می شود. برای بدست آوردن امتیاز کلی پرسشنامه، مجموع امتیازات تک تک سوالات با هم محاسبه می شود و امتیازات بالاتر، نشان دهنده امیدواری بیشتر در فرد پاسخ دهنده است. در پژوهش گلزاری پایایی این ابزار در نمونه ایرانی با استفاده از ضریب آلفا کرونباخ برابر ۰/۸۹ گزارش شد که حاکی از پایایی مناسب است (۲۴) و در پژوهش بیجاری و همکاران نیز همبستگی امیدواری با افسردگی بک ۰/۵۱ بدست آمد که شاهدی بر روایی آزمون است (۲۵). در پژوهش حاضر پایایی ابزار مناسب و ۰/۷۶ بدست آمد.

یافته‌ها

داده های جمعیت شناختی سن، تحصیلات، اشتغال و مدت زمان بیماری به شرح (جدول ۱) بود. با توجه به نتایج تحلیل واریانس یک راهه، بین میانگین سنی گروه ها تفاوت معنی داری مشاهده نشد ($P>0/05$). نتایج آزمون مجذور کای نشان داد بین گروه ها از لحاظ تحصیلات، اشتغال و مدت زمان بیماری تفاوت معنی داری وجود ندارد ($P>0/05$). شاخص های توصیفی امیدواری در جدول۲ آمد.

جدول ۱. شاخص های توصیفی متغیرهای جمعیت شناختی سن، تحصیلات، اشتغال و مدت بیماری

گروه	سن		تحصیلات؛ فراوانی (درصد)				وضعیت اشتغال فراوانی (درصد)		مدت زمان بیماری، فراوانی (درصد)		
	میانگین	انحراف استاندارد	بیسواد	سیکل	دیپلم	لیسانس	بیکار	شاغل	۶ ماه تا ۱سال	۱سال تا ۳ سال	بالاتر از ۳ سال
درمان پذیرش و تعهد قبل از دیالیز	۵۰/۹	۱۰/۶	۶(٪۳۰)	۹(٪۴۵)	۵(٪۲۵)	-	۱۲(٪۶۰)	۸(٪۴۰)	۹(٪۴۵)	۷(٪۳۵)	۴(٪۲۰)
درمان پذیرش و تعهد قبل و ورزشی با ذهن آگاهی در حین دیالیز	۴۸/۷۵	۱۲/۰۹	۴(٪۲۰)	۱۰(٪۵۰)	۵(٪۲۵)	۱(٪۵)	۱۲(٪۶۰)	۸(٪۴۰)	۴(٪۲۰)	۸(٪۴۰)	۸(٪۴۰)
کنترل	۴۹/۲	۱۰/۷	۵(٪۲۵)	۸(٪۴۰)	۷(٪۳۵)	-	۱۴(٪۷۰)	۶(٪۳۰)	۹(٪۴۵)	۶(٪۳۰)	۵(٪۲۵)
شاخص آماری	F=۰/۲۱p=۰/۸۱			p=۰/۸۰ X²= ۳/۰۹			p=۰/۷۵ X²= ۰/۵۷		p=۰/۳۹ X²= ۴/۰۹		

جدول ۲: نتایج میانگین و انحراف معیار متغیرهای امیدواری در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

متغیر	گروه	شاخص	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
امیدواری	درمان پذیرش و تعهد	میانگین	۳۳/۹	۴۰/۰۵	۴۰/۸۵
		انحراف معیار	۱/۸۹	۳/۳۹	۲/۸۵
	درمان پذیرش و تعهد قبل از دیالیز و تمرین های ورزشی توام با ذهن آگاهی در حین دیالیز	میانگین	۳۴/۱۵	۳۹/۹۵	۴۰/۴۵
		انحراف معیار	۱/۶	۳/۳۸	۲/۲۸
	کنترل	میانگین	۳۳/۷۵	۳۳/۴۵	۳۳/۸۰

	انحراف معیار	۱/۲۵	۱/۶۴	۱/۵۴

جهت تحلیل واریانس تک متغیره اندازه گیری مکرر، مفروضه های آن بررسی شد. به منظور اطمینان از نرمال بودن، آزمون شاپیرو–ویلک به تفکیک گروه و در سه مرحله زمانی انجام شد، با توجه به اینکه سطح خطای آماره آزمون شاپیرو–ویلک، بالاتر از ۰/۰۵ (بین رنج ۰/۰۳ تا ۰/۷۲) بدست آمد، مفروضه نرمال بودن در هر سه گروه تایید شد. در بررسی برابری ماتریس های کواریانس، آماره ام باکس (P<۰/۰۰۳ ،۳/۴۱ =(۱۵۷۴۶،۱۲/۱۵) F)، برابر ۴۴/۳۸، بدست آمد که اگر چه موید مفروضه مذکور نیست، اما چون گروه ها با هم برابر هستند، در ادامه جهت بررسی اثر زمان و اثر تعاملی زمان و گروه از اثر لامبدای ویلکز استفاده شد.

نتایج F تک متغیره اثر لامبدای ویلکز نشان داد، اثر زمان (F= ۷۱/۶۷، P<۰/۰۰۱)، با اندازه اثر ۰/۷۲ و اثر تعاملی زمان و گروه (F= ۱۴/۴۹، P<۰/۰۰۱)، با اندازه اثر ۰/۳۴ معنی دار است. در بررسی اثر درون آزمودنی های در تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر، نتایج آزمون موچلی (P=۰/۰۶۷ ،۵/۳۹= $x^2_{(۲)}$)، برابر ۰/۹۱ بدست بدست آمد که فرض کرویت تایید شد، همانطور که در جدول ۳ مشاهده می شود سطح معنی داری اثر زمان و اثر زمان در مقابل گروه (P=۰/۰۴۱)، از ۰/۰۵ کمتر شد.

جهت بررسی اثر بین آزمودنی ها نیز، در بررسی برابری واریانس های خطای متغیر زمان در طول دوره درمان، نتایج آزمون لون به ترتیب برای پیش آزمون (P=۰/۱۹ ،۰/۳۹ =(۵۷) F (۲، ۵۷))، پس آزمون (P=۰/۲۴ ،۰/۳۹ =(۲، ۵۷) F)، و پیگیری (P=۰/۲۹ ،۰/۳۹ =(۲، ۵۷) F) در سطح ۰/۰۱ غیر معنادار بدست آمد که حاکی از تایید مفروضه مذکور است. در بررسی اثر بین آزمودنی ها، نتایج در جدول ۳ نشان داد اثر گروه معنادار بود.

به منظور تعیین اثر گروه و یافتن محل اختلاف بین میانگین ها در سه گروه مورد نظر از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که نتایج نشان داد بین دو "درمان پذیرش و تعهد قبل از دیالیز" و "درمان پذیرش و تعهد قبل از دیالیز همراه با تمرین های ورزشی توام با ذهن آگاهی در حین دیالیز" (تفاوت میانگین=۰/۰۸، P= ۱)، تفاوت معناداری بدست نیآمد. اما بین میانگین نمره "درمان پذیرش و تعهد قبل از دیالیز" و "درمان پذیرش و تعهد قبل از دیالیز همراه با تمرین های ورزشی توام با ذهن آگاهی در حین دیالیز" با گروه کنترل (به ترتیب؛ تفاوت میانگین=۶/۶۰، P<۰/۰۰۱؛ تفاوت میانگین=۴/۵۲، P<۰/۰۰۱)، تفاوت معناداری بدست آمد که حاکی از اثربخشی هر دو مداخله بوده است.

به منظور بررسی پایدار بودن اثر بخشی و تغییرات در هریک از گروه های آزمایش در طول سه دوره زمانی (پیش آزمون، پس آزمون و مرحله پیگیری) به کمک آزمون بنفرونی به مقایسه دو به دوی میانگین ها به تفکیک گروه های مورد نظر در این سه مرحله پرداخته شد. همانطور که (جدول ۴) نشان داد در دو گروه "درمان پذیرش و تعهد قبل از دیالیز" و "درمان پذیرش و تعهد قبل از دیالیز همراه با تمرین های ورزشی توام با ذهن آگاهی در حین دیالیز" میانگین نمرات در مراحل پس آزمون و پیگیری به طور معنی داری بیشتر از پیش آزمون بود اما میانگین نمره مراحل پیگیری و پس آزمون تفاوت معنی داری با هم نداشتند.

جدول۳. نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر در تبیین اثرات درون آزمودنی ها و بین آزمودنی ها متغیر امیدواری

اثر درون و بین آزمودنی ها	منبع تغییرات	مجموع مربعات نوع ۴	درجه آزادی	میانگین مربعات	آماره F	P-Value	مجذور اتا
اثر درون آزمودنی ها	زمان	۷۰۰/۷٤٤	۲	۳۵۰/۳۷۲	۸۳/۱٦۷	۰/۰۰۰	۰/۵۹۳
	زمان و گروه	۳٦۹/٦۵٦	٤	۹۲/٤۱٤	۲۱/۹۳٦	۰/۰۰۰	۰/٤۳۵
	خطا	٤۸۰/۲٦۷	۱۱٤	٤/۲۱۳			
اثر بین آزمودنی ها	عرض مبدا	۲٤۲۵۱۳/٦۰٦	۱	۲٤۲۵۱۳/٦۰٦	۳۰٦۲٤/۲٤۹	۰/۰۰۰	۰/۹۹۸
	گروه	۸۳۱/۳٤٤	۲	٤۱۵/٦۷۲	۵۲/٤۹۰	۰/۰۰۰	۰/٦٤۸
	خطا	٤۵۱/۳۸۳	۵۷	۷/۹۱۹			

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد بین افزایش امیدواری دو گروه "درمان پذیرش و تعهد قبل از دیالیز" و "درمان پذیرش و تعهد قبل از دیالیز همراه با تمرین های ورزشی توام با ذهن آگاهی در حین دیالیز" تفاوت معنی داری وجود ندارد، اما هر دو درمان نسبت به گروه کنترل، افزایش معنی داری در افزایش امیدواری داشته است و این افزایش در طول زمان بعد از قطع مداخلات روانشناختی مذکور، ثابت بوده است و کاهش نیافته است. نتایج حاضر با مطالعات مسلم خانی و همکاران (۱۳) و رضوی و همکاران (۱۴) همخوان است، اگر چه در مطالعات مذکور جامعه هدف با مطالعه حاضر متفاوت است. هدف درمان پذیرش و تعهد، کاهش اجتناب تجربی ای همراه با افزایش انعطاف¬پذیری روان‌شناختی (عدم اجتناب از احساسات و افکار منفی و عدم تلاش در جهت تغییر و کنترل آنها) است. به بیانی دیگر فرد انرژی خود را به‌جای مقابله با اجتناب از رویدادهای ناخواسته دورنی، صرف ارزش¬های زندگی می¬کند (۲۶). در این راستا می توان گفت درمان پذیرش و تعهد یک درمان حساس از نظر معنوی و مذهبی است. این رویکرد با هدف کشف ارزشهای یک شخص (از جمله ارزشهای معنوی و مذهبی)، در پذیرفتن هرگونه تجربه ای که فرد با توجه به این ارزشها بر آن کنترلی ندارد، کمک می کند و با توجه به تعهد به ارزش های زندگی که برای افراد مذهبی می تواند ارزش های معنوی باشد، ارتقای معنویت را ممکن می سازد (۲۷). از طرفی با توجه به رابطه بین امیدواری و معنویت، به نظر می رسد افـرادی کـه امیـدواری بیشتری نشان می‌دهند، اگر چه با اضطراب کمتری همراه هستند اما این ارتباط با سطح معنویت تعدیل می شود، به گونه ای که با سطح بالای معنویت، این ارتباط بیشتر مشهود است که حاکی از اهمیت نقش تعدیلی معنویت در رابطه بین امیدواری و اضطراب است (۲۸). به بیان دیگر افرادی که گرایش‌های معنـوی بیشـتری دارنـد، از سـطح امیـدواری (۲۹) بیشـتری برخوردارند، چرا که با بهره‌گیری از راهبردهای کنار آمدن مؤثرتر مانند ارزیابی مجدد و مسئله گشایی، با فشارهای روانی و اجتماعی، بهتر کنار می‌آیند. لذا به نظر می رسد درماند پذیرش و تعهد با ارتقای ارزش های زندگی، امیدواری را در بیماران افزایش می دهد. در مجموع امیدواری زمینه را برای افزایش دانش و آگاهی فراهم می کند و موجب برخورد منطقی با بیماری در افراد می گردد (۳۰) و مطالعات نشان داده است بهبود امیدواری در بیماران همودیالیزی می تواند با کاهش اضطراب، استرس و افسردگی همراه شود (۳۱).

نکته دیگر قابل تامل در راستای نتایج، عدم اثربخشی همراه بودن مداخله ذهن آگاهی با درمان پذیرش و تعهد است، به بیان دیگر اگر چه تمرینـــات ورزشـــی توام با ذهن آگاهای به افراد کمک می‌کند تا موقعیت‌هایی را که باعث اضطراب و استرس می‌شود شناسایی کنند (۳۲). ذهن آگاهی می تواند توجه به موقعیت های بدنی و پیرامون را در لحظه‌ی حال میسر سازد و پردازش های خودکار اضطراب و افسردگـی را کاهش دهد (۳۳)، اما نتایج حاضر نشان داد حضور ذهن آگاهی اثر بخشی درمان پذیرش و تعهد را بر امیدواری افزایش نمی دهد که حاکی از اهمیت درمان پذیرش و تعهد در این خصوص است، البته در جهت اثربخشی توامان این دو مداخله احتمال می رود بر دیگر سازه های روانشناختی موثر باشد که پیشنهاد می شود در پژوهش آتی این مهم بررسی شود. اما می توان به این مساله توجه داشت که ذهن آگاهی در بخشی از درمان پذیرش و تعهد به آن توجه شده است و افزون بر آن در درمان پذیرش و تعهد، فرد باید تجارب خود را بدون قضاوت بپذیرد و فعالانه درگیر ارزش های زندگی خود و عمل به آنها باشد، اما مداخلات ذهن-آگاهی صرفا حول محور شناسایی و تقویت تجارب مثبت می-چرخد (۱۵). لذا قابل تامل ست چرا درمان پذیرش و تعهد بدون ورزش های ذهن آگاهانه هم می تواند امیدواری را در افراد افزایش دهد.

با توجه به نتایج مطالعه حاضر مبنی بر اثربخشی درمان پذیرش و تعهد قبل از دیالیز با و بدون تمرین های ورزشی توام با ذهن آگاهی در حین دیالیز بر افزایش امیدواری می توان به این نتیجه دست یافت که درمان پذیرش و تعهد از کارامدی لازم بدون حضور تمرین های ذهن آگاهانه بر خوردار است و می تواند در مراکز دیالیز جهت ارتقای سلامت معنوی در این گروه از بیماران خاص صورت پذیرد. اما پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی همراه بود و نکته قابل تأمل، کوتاه بودن دوره

پیگیری و افزون بر آن استفاده از پرسشنامه‌های خود گزارشی است.

تشکر و قدردانی

این پژوهش برگرفته از پایان نامه دکتری تخصصی روانشناسی است که در شهر مشهد به اجرا در آمد، در پژوهش حاضر کد اخلاق از دانشگاه علوم پزشکی استان خراسان جنوبی با شماره و مشخصه IR.BUMS.REC.1399.116 و کد کارآزمایی بالینی با شماره IRCT20200604047657N1 اخذ شد. نویسندگان بر خود لازم می دانند که از همکاری پرسنل بیمارستان امام زمان (عج) مشهد صمیمانه سپاسگزاری نمایند.

References

1. Hill NR, Fatoba ST, Oke JL, Hirst J, O'Callaghan CA, Lasserson DS, et al. Global prevalence of chronic kidney disease–a systematic review and meta-analysis. PloS One. 2016; 11(7): e0158765.
2. Daugirdas JT, Blake PG, Ing TS. Handbook of dialysis: Lippincott Williams & Wilkins. 2012.
3. Alshraifeen A, Alnuaimi K, Al-Rawashdeh S, Ashour A, Al-Ghabeesh S, & Al-Smadi A. Spirituality, Anxiety and Depression Among People Receiving Hemodialysis Treatment in Jordan: A Cross-Sectional Study. Journal of Religion and Health. 2020; 1-16.
4. Wnuk M. Hope as an important factor for mental health in alcohol-dependent subjects attending Alcoholics Anonymous. Journal of Substance Use. 2017; 22(2): 182-186
5. Koenig HG, Youssef NA, Smothers Z, Oliver JP, Boucher NA, Ames D, Haynes, K. Hope, religiosity, and mental health in US veterans and active duty military with PTSD symptoms. Military medicine. 2020; 185(1-2): 97-104.
6. Cherry K, Sampson L, Galea S, Marks LD, Nezat PF, Baudoin KH, Lyon BA. Optimism and hope after multiple disasters: Relationships to health-related quality of life. Journal of loss and trauma. 2017; 22(1): 61-76
7. Long LJ, Bistricky SL, Phillips CA, D'Souza JM, Richardson AL, Lai BS, Short M, Gallagher MW. The Potential Unique Impacts of Hope and Resilience on Mental Health and Well Being in the Wake of Hurricane Harvey. Journal of traumatic stress. 2020; 33(6): 962-972
8. Baghteyfouni Z, Sogolitappeh, F. The Impacts of Spirituality Therapy with Emphasis on True Islam Religion's Teachings on Promotion of Hopefulness. World Scientific News. 2016; 57: 228-236.
9. Mullarkey MC, & Schleider JL. Contributions of fixed mindsets and hopelessness to anxiety and depressive symptoms: A commonality analysis approach. Journal of affective disorders. 2020; 261: 245-252.
10. Twohig MP. Acceptance and commitment therapy: Introduction. Cognitive and Behavioral Practice. 2012; *19*(4): 499–507.
11. Hayes SC, Levin ME, Plumb-Vilardaga J, Villatte JL, & Pistorello J. Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. Behavior Therapy. 2013; 4(2): 180-198.
12. Yu HG, Son C. Effects of ACT on smartphone addiction level, self-control, and anxiety of college students with smartphone addiction. Journal of Digital Convergence. 2016;14(2):415-26.
13. Moslem Khani M, Ebrahimi ME, Sahebi A. The effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on happiness and hope of Hamedanian multiple sclerosis patients. Pajouhan Scientific Journal. 2019;17(2):15-23. (In Persian)
14. Razavi SB, Aboalghasimi S, Akbari B, Nadirinabi B. Effectiveness of acceptance

and commitment therapy on feeling hope and pain management of women with chronic pain. Journal of Anesthesiology and Pain. 2019;10(1):36-49. (In Persian)

15. Klanin-Yobas P, Ramirez D, Fernandez SJ. Examining the predicting effect of mindfulness on psychological wellbeing among undergraduate student: A structural equqtion modelling approach. Pers Individ Differ. 2016; 91:63-8.
16. Takahashi T, Sugiyama F, Kikai T, Kawashima I, Guan S, Oguchi M, Uchida T, Kumano H. Changes in depression and anxiety through mindfulness group therapy in Japan: the role of mindfulness and self-compassion as possible mediators. BioPsychoSocial medicine. 2019;13(1):4.
17. Natashia D, Yen M, Chen HM, Fetzer SJ. Self Management Behaviors in Relation to Psychological Factors and Interdialytic Weight Gain Among Patients Undergoing Hemodialysis in Indonesia. Journal of Nursing Scholarship. 2019; 18(2), 117-125.
18. Kartika IR, Juwita L. Quality of Life on Chronic Renal Patients Who Running Hemodialysis: A Descriptive Study. Indonesian Nursing Journal of Education and Clinic, 2018; 3(1): 22-27.
19. Manfredini F, Mallamaci F, D'Arrigo G, Baggetta R, Bolignano D, Torino C, Lamberti N, Bertoli S, Ciurlino D, Rocca-Rey L, Barillà A. Exercise in patients on dialysis: a multicenter, randomized clinical trial. Journal of the American Society of Nephrology. 2017;28(4):1259-68.
20. Kee YH, Kong PW, Chow JY, Chen LH. Mindfulness, Movement Control, and Attentional Focus Strategies: Effects of mindfulness on a postural balance task. Journal of Sport & Exercise Psychology. 2012; 34(5):561–79.
21. Sarmad z, Hejazi E, Bazargan A. Research Methods in Behavioral Sciences. Agah Publisher. 2015.
22. Eifert GH, & Forsyth JP. Acceptance and commitment therapy for anxiety disorders: A practitioner's treatment guide to using mindfulness, acceptance, and values-based behavior change: Oakland, CA: New Harbinger Publications. 2005.
23. Mousavi SA, PourHosein R, Zare Moghadam A, Gomnam A, Mirbolook A, HasaniEstalkhi. Mindfulness from theory to therapy. Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal. 2019;8(1):155-170. (In Persian)
24. Golzari M.Snyder Hope Scale Validation. A Master's Thesis of educational Science and psychology Degree, University ofAllameh-Tabatabaye. 2008. (in Persian)
25. Bijari H, Ghanbari Hashemabadi B , Aghamohammadian- Sherbaf H, Homayi Shandiz F. Study of group therapy with hope- therapy approach effect on improving life expectancy of females with breast cancer. Educational and Psychological Studies. University of Ferdosi . 2009; 10: 171-84. (in Persian)
26. Hayes SC, Strosahl KD, Bunting K, Twohig M, Wilson KG. What is acceptance and commitment Therapy?a practical guide to acceptance and commitment therapy. New York, NY: Springer Science-Business Media. 2010;(10): 3- 29.

27. Karekla M, Constantinou M. Religious coping and cancer: Proposing an acceptance and commitment therapy approach. Cognitive and Behavioral Practice. 2010;17(4):371-81.
28. DiPierro M, Fite PJ, Johnson-Motoyama M. The role of religion and spirituality in the association between hope and anxiety in a sample of Latino youth. Child & Youth Care Forum. 2018;47(1): 101–114.
29. Proserpio T, Pagani Bagliacca E, Sironi G, Clerici CA, Veneroni L, Massimino M, et al. Spirituality and Sustaining Hope in Adolescents with Cancer: The Patients' View. Journal of adolescent and young adult oncology. Journal of Adolescent and Young Adult Oncology. 2020;9(1):36-40.
30. Field R, Duffy J. Law student psychological distress, ADR and sweet-minded, sweet-eyed hope. Australasian Dispute Resolution Journal. 2012; 23(3): 195-203.
31. Rahimipour M, Shahgholian N, Yazdani M. Effect of hope therapy on depression, anxiety, and stress among the patients undergoing hemodialysis, Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research. 2016; 20(6): 694-699. (In Persian)
32. Gardner H. Intelligence reframed. Multiple intelligences for the 21st century. New York: Basic books. 2010.
33. Kaviani H, Javaheri F, Behiraei H. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) in reducing negative spontaneous thoughts, dysfunctional attitude, depression and anxiety: 60-day follow-up. Cognitive Science News Quarterly. 2005;7(1): 49. (In Persian)

Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy with and without Exercises with Mindfulness on Hope Hemodialysis Patients

KazemiDaluee A[1], Shahabizadeh F[2*], Nasri M[3], Samari AA[4]

1.PhD Student of Psychology, Department of Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad university, Birjand, Iran
2.Associate Professor of psychology, Department of Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad university, Birjand, Iran, f_shahabizadeh@yahoo.com
3.Assistant Professor of psychology, Department of Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad university, Birjand, Iran.
4. Assistant Professor of psychology, Department of Psychology, Kashmar Branch, Islamic Azad university, Kashmar, Iran.

Abstract

***Background*:** Hemodialysis is a stressful process and is associated with social- psychosocial problems, so the present study seeks to evaluate the effectiveness of acceptance and commitment therapy before starting dialysis, with and without sport exercises combined with mindfulness during dialysis to assess the hope of these patients.

Materials and Methods: The research design was semi-experimental with a control group with a two-month follow-up. The statistical population included all hemodialysis patients under the auspices of Imam Zaman Hospital in Mashhad from July to December 2020. 60 people were selected by purposive sampling method based on inclusion criteria and randomly divided into three groups (First: Acceptance and commitment therapy before starting dialysis and Second: Acceptance and commitment with and without sport exercises combined with mindfulness during dialysis) and control. Also, after 2 months, was performed on the groups follow-up test. The research tool included a hope questionnaire. Data analysis was performed by repeated measures analysis of variance.

Results: The results showed that both acceptance and commitment groups before dialysis ($P < 0.001$) and acceptance and commitment group with and without sport exercises combined with mindfulness during dialysis ($P < 0.001$) is effective in increased hope ($P < 0.05$) on hemodialysis patients.

***Conclusion*:** Treatment based on Acceptance and commitment alone as an effective intervention can be used in medical centers to increase the hope of hemodialysis patients.

Keywords: Acceptance and commitment therapy, Hemodialysis, Mindfulness, Hope, Sport exercise

Citation: KazemiDaluee A, Shahabizadeh F, Nasri M, Samari AA. Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy with and without Exercises with Mindfulness on Hope Hemodialysis Patients. Yafte. 2021; 23(1):36-47.