

Research Paper

Comparing the Effects of Acceptance and Commitment Therapy and Metacognitive Therapy on Blood Pressure in Hemodialysis Patients

Samira Haddadi¹, *Saied Malihi Alzakerini¹, Ramin Tajbakhsh², Mansoureh Tajvidi³, Alireza Kakavand⁴

1. Department of Health Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.
2. Department of Internal Medicine, Non-Communicable Diseases Research Center, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran.
3. Department of Nursing, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.
4. Department of Psychology, Faculty of Social Science, Imam Khomeini International University, Qazvin, Iran.

Use your device to scan
and read the article online

Citation Haddadi S, Malihi Alzakerini S, Tajbakhsh R, Tajvidi M, Kakavand A. Comparing the Effects of Acceptance and Commitment Therapy and Metacognitive Therapy on Blood Pressure in Hemodialysis Patients. Qom Univ Med Sci J. 2021; 15(1):10-19. <https://doi.org/10.52547/qums.15.1.10>

doi <https://doi.org/10.52547/qums.15.1.10>



Received: 11 Mar 2021

Accepted: 30 Mar 2021

Keywords:

Metacognition,
Acceptance and Com-
mitment Therapy,
Blood Pressure,
Dialysis

ABSTRACT

Background and Objectives: Dialysis patients encounter numerous psychological distress, aggravating their psycho-social problems. Currently, the third wave of psychological treatment has surpassed other treatments in solving the problems of these patients. The current study aimed to compare the effects of metacognitive therapy and Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on blood pressure in hemodialysis patients.

Methods This was a randomized clinical trial with pre-test, post-test and follow-up and a control group design. This research was performed on 54 patients undergoing hemodialysis at Imam Ali Hospital in Karaj City, Iran. The study participants were selected by convenience sampling method and randomly divided into three groups; metacognitive therapy, ACT, and control. The intervention groups individually received metacognitive therapy and ACT for 8 sessions. All research groups were measured in the pre-test, post-test stage and their blood pressure was measured using a hand sphygmomanometer. The collected data were analyzed using repeated-measures Analysis of Covariance (ANCOVA).

Results The current research results indicated that metacognitive therapy and ACT were effective in reducing blood pressure among the study subjects ($P=0.001$). Additionally, the achieved results remained consistent in the follow-up phase.

Conclusion According to the collected results, the provided interventions can be used as useful and complementary therapies along with pharmacotherapy and other evidence-based interventions for individuals with hypertension receiving dialysis.

*** Corresponding Author:**

Saied Malihi Alzakerini, PhD.

Address: Department of Health Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

Tel: +98 (933) 36703027

E-Mail: malihialzakerini99@yahoo.com

مقاله پژوهشی

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و فراشناخت درمانی بر فشار خون، در بیماران تحت همودیالیز

سمیرا حدادی^{۱*}، سعید ملیحی الذاکرینی^۱، رامین تاجبخش^۲، منصوره تجویدی^۲، علیرضا کاکاوند^۲

۱. گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.
۲. گروه بیماری‌های داخلی، مرکز تحقیقات بیماری‌های غیر واگیر، دانشکده علوم پزشکی البرز، کرج، ایران.
۳. گروه پرستاری، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.
۴. گروه روانشناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه بین‌المللی امام خمینی، قزوین، ایران.

چکیده

تاریخ دریافت: ۲۱ اسفند ۱۳۹۹
تاریخ پذیرش: ۱۰ فروردین ۱۴۰۰

زمینه و هدف: بیماران دیالیزی با تنش‌های روانی بسیاری مواجه هستند که بر وسعت مشکلات روانی اجتماعی آنان تأثیر گذار است. امروزه درمان‌های موج سوم روان‌شناختی نسبت به سایر درمان‌ها در بهبود مشکلات این بیماران پیشی گرفته است. این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی فراشناخت درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر فشار خون در بیماران تحت دیالیز انجام شد.

روش بررسی: پژوهش حاضر یک کار آزمایشی بالینی تصادفی همراه با پیش‌آزمون پس‌آزمون و پیگیری بود که روی ۵۴ بیمار تحت همودیالیز در بیمارستان امام علی (ع) و شهید رجایی کرج انجام شد. نمونه‌ها به روش نمونه‌گیری در دسترس و به صورت تصادفی در سه گروه درمان فراشناختی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه کنترل تخصیص تقسیم شدند. آزمودنی‌های گروه آزمایش، درمان فراشناختی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را به صورت انفرادی در هشت جلسه آموزشی دریافت کردند. هر سه گروه در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری، فشار خونسشان با دستگاه فشارسنج عقربه‌ای اندازه‌گیری شد و داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از روش تحلیل کوواریانس با اندازه‌گیری مکرر تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که فراشناخت درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش فشار خون اثربخش هستند ($P=0/001$). همچنین نتایج در مرحله پیگیری حفظ شدند.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج می‌توان از این مداخله‌ها در کنار درمان دارویی و دیگر درمان‌های مبتنی بر شواهد، برای بیماران دیالیزی مبتلا به فشار خون، به عنوان روش‌های درمانی مفید و مکمل استفاده کرد.

کلیدواژه‌ها:

فراشناخت، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، پرفشاری خون، دیالیز

مقدمه

به کمتر از ۶۰ میلی‌متر در دقیقه به ازای هر ۱/۳۷ متر مربع بدن است و به عنوان هفدهمین علت مرگ‌ومیر در سراسر جهان با شیوع تخمینی ۱۵/۸ درصد شناخته می‌شود [۱]. همودیالیز علی‌رغم پیشگیری از مرگ‌ومیر این بیماران آن‌ها را با عوارض متعددی مواجه می‌کند [۲] در کشور ایران همودیالیز ۴۷/۷ درصد از درمان جایگزینی کلیه را شامل می‌شود و براساس آمار سال ۲۰۱۳، ۲۵ هزار و ۹۳۴ بیمار در کشور تحت همودیالیز قرار داشتند [۴]. با انجام دیالیز می‌توان سلامت جسمی این بیماران را تا حدودی تأمین کرد؛ اما تأمین آسایش روانی اجتماعی آن‌ها

بیماری مزمن کلیه^۱ و مرحله نهایی بیماری کلیوی^۲ یک مشکل سلامت عمومی در جهان است [۱]. مرحله نهایی بیماری کلیوی به کاهش برگشت‌ناپذیر عملکرد کلیه‌ها گفته می‌شود که در صورت عدم انجام همودیالیز یا پیوند کلیه منجر به مرگ می‌شود [۲]. CKD به معنای کاهش میزان فیلتراسیون گلوبولری

1. Chronic Kidney Diseases (CKD)
2. End – Stage Renal Disease (ESRD)

* نویسنده مسئول:

دکتر سعید ملیحی الذاکرینی

نشانی: کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کرج، گروه روان‌شناسی.

تلفن: ۰۲۷-۳۶۷۰۳۰۲۷ (۹۳۳) ۹۸+

رایانامه: malihialzuckeri99@yahoo.com

تداوم اختلال هیجانی می‌شود. اساس آن فعال شدن باورهای فراشناختی مثبت و منفی است و اساس درمان فراشناختی، حذف یا به حداقل رساندن این سندرم است [۱۸].

رویدادهای فشارزای مزمن جزء جدایی‌ناپذیر بیماری مزمن کلیه هستند. از سوی دیگر عوارض جانبی مصرف داروهای شیمیایی، مشکلات ثانوی را برای بیماران ایجاد می‌کنند و هزینه‌های درمانی نیز به این افراد فشار وارد می‌آورد. از آنجایی که نسل دوم درمان‌ها با عنوان شناختی رفتاری با تأکید بر نقش باورها، شناخت‌ها و طرح‌واره‌ها در ایجاد اختلالات روانی انجام می‌شد، در روان‌درمانی باید با تکنیک‌های مختلف در آن‌ها تغییر یا تعدیل ایجاد شود یا باید آن‌ها را به کلی حذف کرد. امروزه با نسل سوم این نوع درمان‌ها مواجه هستیم که آن‌ها را می‌توان با عنوان کلی مدل‌های مبتنی بر پذیرش شناخت، در این درمان‌ها به جای تغییر شناخت‌ها، سعی می‌شود تا ارتباط روان‌شناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد [۱۹]. درمان شناختی رفتاری بر محتوای شناخت‌ها و فراشناخت بر تغییر فراشناخت‌هایی که باعث سندرم شناختی - توجهی می‌شوند، تمرکز دارد [۱۸]. بنابراین لازم است درمانی برای این افراد انتخاب شود که آن‌ها را به سمت پذیرش و انعطاف‌پذیری سوق دهد. مطالعه حاضر قصد دارد تا به بررسی تأثیر دو درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و فراشناخت‌درمانی در کاهش فشار خون افراد مبتلا به دیالیز بپردازد.

روش بررسی

این مطالعه از نوع کارآزمایی بالینی تصادفی (با کد IRCT 20201118049430N1) همراه با گروه کنترل، پیش‌آزمون، پس‌آزمون و دوره پیگیری سه ماه بود. جامعه آماری کلیه زنان دیالیزی بخش دیالیز بیمارستان امام علی (ع) و شهید رجایی کرج در نیمه دوم سال ۱۳۹۹ بودند. حداقل نمونه پژوهش ۵۴ نفر بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی با استفاده از قرعه‌کشی در دو گروه آزمایش (هجده نفر) و یک گروه کنترل (هجده نفر) قرار گرفتند. معیارهای ورود، سن بالای ۳۰ سال، گذشت حداقل سه ماه از شروع دیالیز، عدم ابتلا به اختلالات شدید روانی، حداقل دو تا سه بار دیالیز در هفته به مدت سه الی چهار ساعت و تمایل به شرکت در مطالعه بود. معیارهای خروج، عدم تمایل بیمار به ادامه شرکت در مطالعه، مهاجرت یا فوت بیمار، تغییر روش درمانی به دیالیز صفاقی یا پیوند کلیه، وجود مشکل کلامی، شنوایی و دمانس بود. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش عبارت بودند از: پرسش‌نامه جمعیت‌شناختی حاوی نُه سؤال (سن، تحصیلات، شغل، علت ابتلا، تعداد و مدت جلسه دیالیز، مدت دیالیز شدن، سابقه پیوند و سابقه مراجعه به روان‌شناس) و فشارسنج عقربه‌ای.

برای اندازه‌گیری فشار خون بیمار حداقل ۵ دقیقه قبل از شروع

از اهمیت بالایی برخوردار است [۵] که باعث ضعف جسمی، درماندگی و عدم پذیرش خود می‌شود که زمینه‌ساز استرس، اضطراب و حتی افسردگی است [۶]. یکی از عوامل مهم و تعیین‌کننده در کفایت دیالیز فشار خون است [۷]. بیش از ۸۵ درصد بیماران مبتلا به ESRD فشار خون بالا دارند [۸]. یک مطالعه مقطعی در ایتالیا شیوع فشار خون بالا در بیماران دیالیزی را ۸۸ درصد نشان داد [۹]. تشخیص فشار خون بالا در بیماری مزمن کلیه در سطح فشار خون $140/90$ میلی‌متر جیوه است [۱۰]. در بیماری مزمن کلیه، فشار خون بالا، از پیشرفت بیماری کلیوی تأثیر می‌پذیرد [۸]. مدیریت فشار خون بالا در بیماران همودیالیز به عوامل مختلفی مانند سن، بیماری‌های زمینه‌ای، نوع دیالیز و کنترل وزن خشک بستگی دارد [۱۱]. بیماران همودیالیز نوسانات فشار خونی بیشتری را به دلیل سن، تعداد و مدت جلسات دیالیز تجربه می‌کنند [۱۲]. تنش‌ها و مسائل خانوادگی واسترس‌های محیطی نیز از عوامل خطر ساز فشار خون هستند. استرس با افزایش ۹ درصدی فشار خون بالا همراه است [۱۳]. علل فشار خون بالا در بیماران مزمن کلیوی می‌تواند فاکتورهایی مانند آرترواسکلروز و فعال شدن سیستم عصبی سمپاتیک باشد [۹].

استرس، کلیه‌ها را تحریک می‌کند و باعث ترشح هورمون آدرنالین می‌شود [۱۳]. سیستم اعصاب سمپاتیک باعث تحریک مدولای فوق کلیوی و آزاد شدن اپی‌نفرین و نور اپی‌نفرین در جریان خون می‌شود؛ در نتیجه مقاومت عروق محیطی و برون‌ده قلبی افزایش می‌یابد که در افزایش فشار خون تأثیر خواهد داشت [۸]. راه‌های مدیریت استرس، تغییر سبک زندگی و استفاده از تکنیک‌های آرام‌سازی و مداخلات روان‌شناختی است [۱۳]. بیماری‌های مزمن به درمان‌های چندبُعدی نیاز دارد [۱۴]. درمانی توسط استیون هیز به نام درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۳ مطرح شد که این روش درمانی به جای تأکید بر کاهش یا کنترل علائم به افزایش پذیرش واکنش‌های منفی (افکار، هیجانات و غیره) که تغییر مستقیم آن‌ها امکان‌پذیر نیست، پرداخت [۱۵]. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد صراحتاً بر زندگی بهتر تمرکز دارد. صرف نظر از اینکه زندگی بهتر با احساس بهتر همراه باشد یا نباشد [۱۶]. این روش درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی است که به معنای آوردن هوشیارانه آگاهی به تجربه اینجا و اکنون همراه با گوشدگی، علاقه، پذیرش و پریشان نبودن افکار است [۱۷].

رویکرد فراشناخت‌درمانی بر اساس سندرم شناختی توجهی، که شامل راهبردهای مقابله‌ای نظیر تفکر تکرارشونده به صورت نشخوار فکری، پایش تهدید و اجتناب است، باعث تداوم افکار و هیجان‌های منفی می‌شود. اگرچه فرد برای مقابله با ناهماهنگی ادراک‌شده و تنظیم هیجان‌های منفی از این سندرم استفاده می‌کند، اما در درازمدت نتیجه معکوس دارد و منجر به

3. Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

دیالیز در حالت نشسته و ۵ دقیقه بعد از پایان دیالیز اندازه گیری می شد. بعد از پایان هشت جلسه درمان متوالی مقدار پایه میانگین فشار شریانی را با فرمول شماره ۱ محاسبه شد [۲۰].

۱.

("۲× دیاستولی + سیستولیک)

فشار خون را با استفاده از فشارسنج عقربه ای زنیت مد مدل 5001-ZTH به همراه گوشی طبی زنیت مد مدل 5001-ZTH اندازه گرفته شد.

به منظور جمع آوری داده ها، پس از جلب رضایت شفاهی و کتبی از واحدهای مورد نظر و توضیح درباره اهداف پژوهش، شش روز در هفته در شیفت های مختلف در زمان مشخص به روش مصاحبه فردی پرسش نامه جمعیت شناختی تکمیل شد و به صورت تصادفی افراد در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل قرار گرفتند. برای شرکت کنندگان گروه یک آزمایش علاوه بر درمان های همیشگی خود، جلسات انفرادی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که به صورت ۹۰ دقیقه ای و یکبار در هفته برگزار شد و شرکت کنندگان گروه دو آزمایش علاوه بر درمان های همیشگی خود، در جلسات انفرادی فراشناخت درمانی که به صورت ۶۰ دقیقه ای و یکبار در هفته برگزار شد نیز شرکت کردند؛ در حالی که شرکت کنندگان گروه کنترل که در لیست انتظار قرار داشتند، تنها درمان های همیشگی خود را دریافت کردند.

قبل از هر مداخله که به صورت انفرادی حین دیالیز انجام می شد فشار خون گروه آزمایش با دستگاه فشارسنج عقربه ای اندازه گیری می شد و پس از پایان جلسه مداخله و دوره پیگیری نیز مجدداً فشار خون گروه آزمایش اندازه گیری می شد و فشار خون گروه کنترل یکبار در پیش آزمون و یکبار در مرحله پس آزمون و پیگیری اندازه گیری شد.

بیماران به مدت هشت جلسه، وارد مرحله مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شدند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یکی از روش های رفتار درمانی موج سوم است که شش فرایند محوری دارد و باعث انعطاف پذیری روان شناختی می شود. این شش فرایند عبارت است از: پذیرش، جداسازی یا گسلش شناختی، خود به عنوان زمینه، آگاهی از زمان حال، روشن سازی ارزش ها و تعهد به عمل [۲۱]. در این درمان گروه آزمایش (ACT)، تحت روان درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفت [۱۶]. درمان فراشناخت درمانی^۴ یکی از روش های رفتار درمانی موج سوم است. اصطلاح کارکردهای اجرایی، به گروه وسیعی از فرایندهای فراشناختی مانند برنامه ریزی، جست و جوی نظام مند، کنترل تکانه، خودتنظیمی رفتار، به کارگیری راهبردهای انعطاف پذیر، توجه انتخابی، کنترل توجه و ارزیابی خود اطلاق می شود

4. Meta cognitive therapy (MCT)

[۲۲] در این درمان گروه آزمایش (MCT)، تحت روان درمانی فراشناخت قرار گرفت [۲۳].

خلاصه جلسات در ادامه آورده شده است. به منظور تجزیه و تحلیل آماری داده ها از روش های توصیفی و استنباطی استفاده شد. برای بررسی استنباطی داده ها از آزمون مانکوا، تحلیل واریانس و اندازه گیری مکرر استفاده شد. قبل از انجام دادن تحلیل، مفروضه های این آزمون آماری، شامل نرمال بودن توزیع متغیرها، آزمون کولموگروف اسمیرنوف و همچنین نتایج آزمون لوین، بررسی شدند. در نهایت داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۳ تجزیه و تحلیل شدند. سطح معناداری آزمون ها برابر با ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

خلاصه محتوای طرح درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد [۱۶]

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

خلاصه محتوای طرح فراشناخت درمانی [۲۳]

جلسه اول: آشنایی اعضا با درمانگر، آشنایی و توصیف کلی از رویکرد درمانی، تدوین فرمول بندی موردی، پالایش ذهنی و تغییر دیدگاه و اصلاح ارزیابی شناختی، قرارداد درمانی؛ جلسه دوم: بررسی حافظه و تمرکز، تمرین تکنیک آموزش توجه، ارائه تکلیف خانگی و بحث در خصوص اهمیت آن در فرایند درمانی؛ جلسه سوم: تجزیه و تحلیل سود و زیان معیارهای سخت گیرانه، بی ارزش نمایاندن نکات مثبت (انتظار باز خورد منفی، رد باز خورد مثبت)، تفکر سیاه و سفید و یافتن یک تعادل صحیح، ارائه تکلیف خانگی؛ جلسه چهارم: شناسایی ارزش ها (رفتارهای قابل مشاهده، حالت های غیر قابل مشاهده)، استراتژی برای زندگی کردن با ارزش (شناسایی نقاط مثبت)، تمرین تکنیک افزایش عزت نفس و ارائه تکلیف خانگی؛ جلسه پنجم: بزرگ نمایی و کوچک نمایی،

پیش از انجام تحلیل داده‌ها به روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری، پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس چندمتغیری مورد ارزیابی قرار گرفت. نتایج آزمون کولموگروف اسمیرنف برای هیچ‌یک از متغیرها در سطح ۰/۰۵ معنادار نبود. آماره Z متغیر فشار خون سیستولیک در مداخله فراشناخت ۱/۵۵، در مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد ۱/۵۱ و در کنترل ۱/۶۹ بود. آماره Z متغیر فشار خون دیاستولیک در مداخله فراشناخت ۱/۶۸، در مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد ۱/۹۹ و در کنترل ۱/۵۳ بود که این یافته حاکی از آن است که فرض نرمال بودن برقرار است. همچنین نتایج آزمون M باکس و آزمون لوین معنادار نبودند. این یافته‌ها به ترتیب حاکی از آن است که فرض برابری ماتریس‌های کوواریانس و فرض برابری واریانس‌ها برقرار است.

نتایج جدول شماره ۱ نشان می‌دهد که میزان فشار خون گروه‌های آزمایش در مرحله پس‌آزمون و پیگیری، نسبت به مرحله پیش‌آزمون کاهش پیدا کرده است.

برای بررسی اثرات تعامل زمان (تکرار اندازه‌گیری‌ها به صورت پیش‌آزمون، پس‌آزمون) و گروه‌های مورد مطالعه (درمان فراشناخت، درمان پذیرش و تعهد و گروه کنترل) از تحلیل واریانس استفاده شد. نتایج آزمون کرویت موچلی نیز حاکی از برقراری فرض کرویت است ($P > 0/05$). با توجه به دو آزمون مذکور، می‌توان نتایج را با فرض همگنی ماتریس کوواریانس‌ها و فرض کرویت برای متغیرهای پژوهش تفسیر کرد که نتایج آن در جدول شماره ۲ نشان داده شده است.

نتایج حاصل از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در جدول شماره ۳ ارائه شده است.

با توجه به نتایج جدول‌های شماره ۱ و ۳ میانگین نمرات فشار خون دیاستولیک و سیستولیک در دو گروه آزمایش و گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون و پیگیری متفاوت است. در راستای تعیین تفاوت بین گروه‌ها از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی به منظور بررسی تفاوت بین میانگین‌ها

سبک اسناد (برای رویداد منفی و رویداد مثبت)، ارائه تکلیف خانگی؛ جلسه ششم: بحث در خصوص اهمیت نشخوار فکری در تداوم اختلال و به تعویق انداختن نشخوار ذهنی و تمرین آن، تمرین تکنیک جست‌وجو آرامش و انجام تمرین تنفس، تمرین‌های آرام‌سازی، کناره‌گیری و استفاده از راهبردهای برای شکستن کناره‌گیری و نشخوار فکری و ارائه تکلیف خانگی؛ جلسه هفتم: نتیجه‌گیری عجولانه، ذهن‌خوانی، پیش‌گویی و فاجعه‌آمیز کردن، بررسی نتایج احتمالی و تمرین ارزیابی مجدد احتمالات؛ جلسه هشتم: درک احساسات، استدلال هیجان، درک نشانه غیرکلامی، بررسی هیجانات و تمرین شناسایی آن و ارائه تکلیف خانگی، انجام برنامه پیشگیری از عود (شناسایی عواملی که موجب عود خواهد شد و راه‌های مقابله با آن).

یافته‌ها

در مطالعه حاضر، ۵۴ بیمار در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل (هر گروه هجده نفر) مورد مطالعه قرار گرفتند. بررسی مشخصه‌های جمعیت‌شناختی نشان می‌دهد که میانگین و انحراف استاندارد سنی برای گروه آزمایشی فراشناختی، $56/7 \pm 14/6$ ؛ برای گروه آزمایشی اکت $53/3 \pm 8/9$ و برای گروه کنترل، $54/1 \pm 11/5$ بود. میزان تحصیلات شرکت‌کنندگان: ۱۶/۶ درصد، دانشگاهی (نه نفر)؛ ۲۵/۹ درصد دیپلم (چهارده نفر)؛ ۳۸/۸ درصد، زیر دیپلم (۲۱ نفر) و ۱۸/۵ بی‌سواد (ده نفر). تعداد جلسات دیالیز در هفته: ۶۸/۵ درصد سه جلسه در هفته (۳۷ نفر)، ۲۹/۶ درصد، دو جلسه در هفته (شانزده نفر)، ۱/۸ درصد چهار جلسه در هفته (یک نفر). زمان هر جلسه: ۵۷/۴ درصد، چهار ساعت در روز (۳۱ نفر)؛ ۲۵/۹ درصد، ۳/۵ ساعت (چهارده نفر)؛ ۱۶/۶ درصد سه ساعت (نه نفر). جدول شماره ۱، میانگین و انحراف معیار متغیرهای فشار خون در بیماران تحت دیالیز در سه گروه آزمایش و کنترل را به تفکیک پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری نشان می‌دهد. بر این اساس، میانگین شاخص‌های مذکور در دو گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون و پیگیری در مقایسه با گروه کنترل تغییر یافته است.

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری فشار خون گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر	شاخص‌های آماری	گروه آزمایش فراشناخت			گروه آزمایش اکت			گروه کنترل	
		پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	پس‌آزمون	پیگیری
فشار خون سیستولیک	میانگین	۲/۷۲	۱/۷۲	۲/۱۱	۱/۸۳	۳/۰۰	۲/۲۷	۳/۰۰	۳/۱۷
	انحراف معیار	۰/۸۳	۰/۴۶	۰/۵۸	۰/۳۸	۰/۳۷	۰/۶۷	۰/۹۱	۰/۷۹
فشار خون دیاستولیک	میانگین	۲/۷۷	۱/۴۴	۲/۱۱	۱/۶۶	۳/۰۰	۲/۱۱	۳/۰۰	۳/۱۱
	انحراف معیار	۰/۸۱	۰/۵۱	۰/۵۸	۰/۴۸	۱/۳۷	۰/۷۶	۰/۹۱	۰/۹۰

جدول ۲. نتایج آزمون کرویت موجلی

متغیر	شاخص w موجلی	χ^2	درجه آزادی	P
فشار خون سیستولیک	۰/۶۸۴	۲/۱۵۸	۲	۰/۲۳۸
فشار خون دیاستولیک	۰/۶۰۹	۲/۳۵۴	۲	۰/۲۶۰

مجله
دانشگاه علوم پزشکی قم

محاسبه شد که در جدول شماره ۴ نشان داده شده است.

نتایج جدول شماره ۴ نشان می‌دهد که بین افراد گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه کنترل در متغیرهای فشار خون سیستولیک و فشار خون دیاستولیک تفاوت معنادار وجود دارد. همچنین بین افراد گروه درمان فراشناختی و گروه کنترل نیز در متغیرهای فشار خون سیستولیک و فشار خون دیاستولیک تفاوت معنادار وجود دارد؛ ولی بین دو گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و فراشناختی در کاهش فشار خون تفاوت معنادار وجود نداشت و هر دو درمان از اثربخشی مطلوبی برخوردار هستند.

بحث

نتایج پژوهش نشان داد که مداخله‌های صورت گرفته به صورت معنی‌داری بر فشار خون اثربخش بوده است. این یافته‌ها با یافته‌های برخاز پژوهش‌ها همسوس است [۱۸، ۲۱، ۲۲، ۲۴]. در تبیین یافته‌ها می‌توان گفت بیماران مبتلا به فشار خون بالا به دلیل مزمن بودن و خطرناک بودن علائم آن مداوم آن را بررسی و خود را برای واکنش و پاسخ به علائم جسمی و روانی آماده می‌کنند [۲۵]؛ در نتیجه توجه و حساسیت آن‌ها افزایش می‌یابد و این آگاهی و توجه بر وضعیت بیماران فشار خونی تأثیرگذار است [۲۶]. از آنجایی که هدف این برنامه درمانی، ایجاد یک نگرش یا رابطه متفاوت با افکار، احساسات و عواطف است [۲۷]، می‌توان گفت به دلیل توجه فعال بیماران دیالیزی به زمان حال و ذهن آگاهی، حال روحی‌شان بهبود یافته است. در تبیین دیگر، بیماران دیالیزی که از مشکلات روانی و جسمانی ناشی از بیماری خود در رنج هستند، در طی جلسات درمانی، با افزایش انعطاف‌پذیری، احساسات و

نشانه‌های فیزیکی و روانی خود را پذیرفته و قبول و پذیرش این احساسات باعث کاهش توجه و حساسیت بیش از حد نسبت به گزارش این نشانه‌ها در آنان می‌شود که در نتیجه، سازگاری آن‌ها با بیماری و مشکلات شخصی بهبود یافته و اهداف روشن‌تری را برای زندگی خود خلق می‌کنند [۲۸]. بیماران در فرایند درمان می‌آموزند که به جای اجتناب فکری و عملی از افکار و موقعیت‌های اضطراب‌زای اجتماعی، با افزایش پذیرش روانی و ذهنی نسبت به تجارب درونی و با ایجاد اهداف اجتماعی تر و تعهد به آن‌ها، با نشانه‌های بیماری خود مقابله کنند. درواقع بازنگری در ارزش‌ها و اهداف زندگی و در نهایت منجر به تعهد به هدفی اجتماعی‌تر می‌شود که موجب مقابله با سبک زندگی ناکارآمد بیماران می‌شود [۲۹]. فرایند درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش به فرد کمک می‌کند تا مسئولیت تغییرات رفتاری را بپذیرد و هر زمان که لازم بود، تغییر یا پافشاری کند و درواقع این درمان به دنبال متعادل کردن شیوه‌های متناسب با موقعیت است. در حوزه‌هایی نظیر رفتار آشکار که قابل تغییر است، این درمان بر تغییر متمرکز است و در حوزه‌هایی که تغییر امکان‌پذیر نیست نظیر فشار خون، بر پذیرش و تمرین‌های ذهن آگاهی تمرکز دارد [۳۰]. افزایش انعطاف‌پذیری بیمار در سایه آموزش‌های ذهن آگاهی یکی دیگر از علل تداوم درمان است که در این مطالعه هم این نتیجه حاصل شد [۳۱].

بر اساس یافته‌ها، بین باورهای فراشناختی بیماران دیالیزی مبتلا به فشار خون، با گروه کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد. باورهای فراشناختی در بیماران مبتلا به فشار خون گروه آزمایش به طور قابل توجهی بالاتر از گروه کنترل است که یافته‌های حاضر با یافته‌های پژوهشی دیگر مطابقت دارد [۳۲]. در تبیین

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی تفاوت گروه‌ها در متغیرهای پژوهش

متغیر	تحلیل واریانس		
	F	P	اندازه اثر
فشار خون سیستولیک	۵/۷۱۱	<۰/۰۲۱	اثر زمان
	۸/۹۹۱	۰/۰۰۰	اثر متقابل گروه و زمان
فشار خون دیاستولیک	۸/۳۲۱	<۰/۰۰۶	اثر زمان
	۸/۵۴۷	۰/۰۰۱	اثر متقابل گروه و زمان

مجله
دانشگاه علوم پزشکی قم

جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه دوتایی گروه‌ها در متغیرهای پژوهش

متغیر	گروه	تفاوت میانگین	P
فشار خون سیستولیک	درمان فراشناختی	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۰/۰۰۰
	درمان فراشناختی	کنترل	۰/۰۰۲
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	کنترل	۰/۰۲۶
فشار خون دیاستولیک	درمان فراشناختی	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۰/۰۰۰
	درمان فراشناختی	کنترل	۰/۰۰۱
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	کنترل	۰/۰۰۷

P < ۰/۰۵*

به علت شرایط استرس‌زای زندگی‌شان با ترس از مرگ مواجه هستند. آموزش تکنیک‌های روان‌شناختی موجود در این برنامه به آن‌ها کمک می‌کند تا موقعیت‌های فشارزا را شناسایی کنند و راهبردهای مقابله‌ای مؤثر و کارآمد از جمله ذهن‌آگاهی و یا آموزش توجه برای مواجهه با این موقعیت‌ها را به کار گیرند.

مطالعه حاضر دارای محدودیت‌هایی است که باید به آن توجه شود. یکی از محدودیت‌های مطالعه حاضر ماهیت چندرشته‌ای بودن مطالعه (روان‌شناختی و پزشکی) بود که در آن امکان کنترل درمان پزشکی وجود نداشت؛ به علاوه، در مطالعه حاضر پیگیری کوتاه‌مدت (سه 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 بود؛ بنابراین، تعمیم نتایج آن به کل جامعه باید با احتیاط و دانش کافی صورت بگیرد. با توجه به نتایج، به نظر می‌رسد این دو درمان بر بهبودی فشار خون بیماران همودیالیزی مؤثر است. با وجود محدودیت‌های ذکرشده، به نظر می‌رسد یافته‌های مطالعه حاضر بتواند حرکت مفیدی در زمینه درمان روان‌شناختی بیماران همودیالیزی باشد و امید است با همراه کردن مداخلات روان‌شناختی در کنار درمان‌های دارویی و پزشکی، بتوان سطح فشار خون مبتلایان به بیماری مزمن کلیوی را کاهش بخشید.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

پژوهشگر پس از کسب مجوز رسمی و دریافت کد تأیید از کمیته اخلاق پزشکی دانشگاه آزاد واحد پرند طبق صورت‌جلسه با کد اخلاقی 1399.006 IR.IAU.PIAU.REC. به مرکز دیالیز بیمارستان امام علی (ع) و شهید رجایی کرج مراجعه کرد. در انجام مطالعه ملاحظات اخلاقی لازم در حین انجام پژوهش از جمله کسب رضایت آگاهانه بیماران برای شرکت در مطالعه، رازداری و محرمانه نگه داشتن اطلاعات بیماران، هم‌پیش‌نویس کردن

نتایج درمان مذکور، می‌توان به این نکته اشاره کرد برخی اصول تغییر رفتاری می‌توانند باورهای فراشناختی را به چالش بکشانند. بنابراین یکی از دلایل پایداری نتایج درمانی در مرحله پیگیری می‌تواند به علت افزایش کنترل فراشناختی افراد بر باورهای فراشناختی‌شان باشد. افزایش کنترل فراشناختی این امکان را به افراد مضطرب می‌دهد که رابطه جدیدی با افکار خود برقرار کنند و فراشناخت‌هایی که شیوه ناسازگارانه تفکر منفی تکرارشونده را فزونی می‌بخشند یا باعث افزایش و تشدید باورهای منفی می‌شوند، تغییر دهند به علاوه آموزش ذهن‌آگاهی فراشناختی اجازه می‌دهد افراد به عقب برگردند و شرایط زندگی‌شان را تحلیل کنند و به روشی نو، نه عادی، واکنش نشان دهند. با عنایت به اینکه رفتار توأم با جرئت‌ورزی موجب توسعه ارتباط موفق و باز و ابراز احساسات مثبت، عشق و قدردانی و افزایش احترام و تکریم خود در مواجهه با دیگران می‌شود، ذهن‌آگاهی می‌تواند پذیرش و مقابله و خصومت، اضطراب و خطرپذیری را کاهش دهد [۳۳].

در تبیین اثر درمان فراشناختی، بیماران مبتلا به استرس و مشکلات عاطفی، به دلیل توجه زیاد به مشکلات، دارای آگاهی فراشناختی بالاتری هستند؛ اگرچه این آگاهی مغرضانه است، درمان فراشناختی باید مقدمه درمان شناختی باشد و در آن باورهای مثبت و منفی درباره نشخوار فکری مورد چالش قرار گیرد. سپس از طریق تمرین توجه، به بیمار آموزش داده شود که نشخوار فکری را قطع کند و به دنبال آن درمان‌های رایج شناختی اجرا شود. به این ترتیب کارکرد اجرایی خودنظم‌بخش از کار می‌افتد و حتی در صورت وقوع مجدد افت خلق، احتمال ورود به دوره‌های مشکلات روحی کاهش می‌یابد [۳۴].

نتیجه‌گیری

بیماران مزمن به خاطر ماهیت بیماری و مشکلاتی که با آن‌ها مواجه هستند، در معرض تنش بالاتری هستند که اضطراب مرگ یکی از آن‌هاست. بیماران تحت درمان با همودیالیز نیز

بار مالی و آسیب جسمی برای بیماران و عدم مغایرت مطالعه با موازین دینی و فرهنگی شرکت‌کنندگان رعایت شد.

حامی مالی

مقاله حاضر برگرفته از رساله‌ی دکترای نویسنده اول در گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج است.

مشارکت‌نویسندگان

نظارت و مدیریت: سعید ملیحی الذاکرینی و رامین تاجبخش؛
روش‌شناسی: علیرضا کاکاوند؛ مفهوم‌سازی و تحلیل و بررسی:
منصوره تجویدی؛ پیش‌نویس، نگارش، ویراستاری و مداخله
درمانی: سمیرا حدادی.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان این مقاله تعارض منافع ندارد.

تشکر و قدردانی

از همکاری کارکنان و بیماران دیالیزی مراجعه‌کننده به بیمارستان امام علی (ع) و شهید رجایی کرج قدردانی می‌کنیم.

References

- [1] Gapira BE, Chironda G, Ndahayo D, Marie Theos MP, Tuyisenge MJ, Rajeswaran L. Knowledge related to Chronic Kidney Disease (CKD) and perceptions on inpatient management practices among nurses at selected referral hospitals in Rwanda: A non-experimental descriptive correlational study. *Int J Africa Nurs Sci*. 2020; 13:1-8. [DOI:10.1016/j.ijans.2020.100203]
- [2] 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(38):iii-iv, xiv, 1-156. [DOI:10.3310/hta13380] [PMID]
- [3] Shirazian S, Grant CD, Aina O, Mattana J, Khorassani F, Ricardo AC. Depression in chronic kidney disease and end-stage renal disease: Similarities and differences in diagnosis, epidemiology, and management. *Kidney international reports*. 2017; 2(1):94-107. [DOI:10.1016/j.ekir.2016.09.005] [PMID] [PMCID]
- [4] Ghane G, Ashghali Farahani M, Seyedfatem N, Haghani H. [Effect of problem-focused coping strategies on the quality of life in family caregivers of hemodialysis patients (Persian)]. *Koomesh*. 2017; 19(2):391-400. <http://koomeshjournal.semums.ac.ir/article-1-3504-en.html>
- [5] Shkurti E, Shtiza D. Mental characteristics of hemodialysis patients. *J Edocat Social Res*. 2014; 4(1):143-6. [DOI:10.5901/jesr.2014.v4n1p143]
- [6] Mutiara YT, Hidayati W, Asyraf A. Perbedaan kejadian depresi pada pasien chronic kidney disease on hemodialysis yang dipengaruhi dukungan keluarga. *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*. 2018; 1(1):8-13. [DOI:10.32584/jikj.v1i1.30]
- [7] Tayyebi A, Shasti S, Tadrissi D, Eynollahi B, Sadeghi Sherme M. The relationship between blood pressure and dialysis adequacy in dialysis patients. *Iran J Crit Care Nurs*. 2012; 5(1):49-52. <https://jccnursing.com/article-1-214-en.html>
- [8] Raikou VD, Kyriaki D. The association between intradialytic hypertension and metabolic disorders in end stage renal disease. *Int J Hypertens*. 2018; 2018:1681056. [DOI:10.1155/2018/1681056] [PMID] [PMCID]
- [9] Buchares SGE, Wallbach KKS, de Moraes TP, Pecoits-Filho R. Hypertension in patients on dialysis: Diagnosis, mechanisms, and management (English, Portuguese). *J Bras Nephrol*. 2019; 41(3):400-11. [DOI:10.1590/2175-8239-jbn-2018-0155] [PMID] [PMCID]
- [10] Wyss F, Coca A, Lopez-Jaramillo P, Ponte-Negretti C. Position statement of the Interamerican Society of Cardiology (IASC) on the current guidelines for the prevention, diagnosis and treatment of arterial hypertension 2017-2020. *Int J Cardiol Hypertens*. 2020; 6:100041. [DOI:10.1016/j.ijchy.2020.100041] [PMID] [PMCID]
- [11] Geovanin GR, de Sousa IP, Teixeira SK, Francisco Neto MJ, Gómez Gómez LM, Del Guerra GC, et al. Carotid intima-media thickness and metabolic syndrome in a rural population: Results from the Baependi Heart Study. *Int J Cardiol Hypertens*. 2020; 6:100043. [DOI:10.1016/j.ijchy.2020.100043] [PMID] [PMCID]
- [12] Liao R, Li J, Xiong Y, Lin L, Wang L, Sun S, et al. Association of peridialysis blood pressure and its variability with cardiovascular events in hemodialysis patients. *Kidney Blood Press Res*. 2018; 43(4):1352-62. [DOI:10.1159/000492595] [PMID]
- [13] Haryono R, Taukhit, Suyamto. The effect of meditation and murolal hearing combination therapy on reduction of stress and blood pressure in hypertension. *Int J Commun Med Public Health*. 2020; 7(9):3343-9. [DOI:10.18203/2394-6040.ijcmph20203890]
- [14] Jones L, Crabb S, Turnbull D, Oxlad M. Barriers and facilitators to effective type 2 diabetes management in a rural context: a qualitative study with diabetic patients and health professionals. *J Health Psychol*. 2014; 19(3):441-53. [DOI:10.1177/1359105312473786] [PMID]
- [15] Baruch DE, Kanker JW, Basch AM, Juskiewicz KL. Acceptance and commitment therapy: Enhancing the relationships. *J Clin Case Stud*. 2012; 8(3):241-75. [DOI:10.1177/1534650109334818]
- [16] Hayes SC, Levin ME, Plumb-Villardaga 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. *Behav Ther*. 2013; 44(2):180-98. [DOI:10.1016/j.beth.2009.08.002] [PMID] [PMCID]
- [17] Eilenberg T, Hoffmann D, Jensen JS, Frostholm L. Intervening variables in group-based acceptance & commitment therapy for severe health anxiety. *Behav Res Ther*. 2017; 92:24-31. [DOI:10.1016/j.brat.2017.01.009] [PMID]
- [18] Johnson SU, Hoffart A, Nordahl HM, Wampold BE. Metacognitive therapy versus disorder-specific CBT for comorbid anxiety disorders: A randomized controlled trial. *Anxiety Disord*. 2017; 50:103-12. [DOI:10.1016/j.janxdis.2017.06.004] [PMID]
- [19] Hayes SC, Strosahl KD. A practical Guide to Acceptance & Commitment therapy. New York: Springer Science & Business Media; 2013. <https://books.google.com/books?id=OJJyBgAAQBAJ&dq>
- [20] Losito A, Vecchio LD, Rosso GD, Malandra R, Gruppo di Studio Dell'Iipertensione Arteriosa, Società Italiana di Nefrologia. Blood pressure and cardiovascular mortality in dialysis patients with left ventricular systolic dysfunction. *Am J Hypertens*. 2014; 27(3):401-8. [DOI:10.1093/ajh/hpt190] [PMID]
- [21] van Aubel E, Bakkera JM, Batink T, Michielse S, Goossens L, Lange I, et al. Blended care in the treatment of subthreshold symptoms of depression and psychosis in emerging adults: A randomised controlled trial of Acceptance and Commitment Therapy in Daily-Life (ACT-DL). *Behav Res Ther*. 2020; 128:103592. [DOI:10.1016/j.brat.2020.103592] [PMID]
- [22] Hayes SC, Levin ME, Plumb-Villardaga 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. *Behav Ther*. 2013; 44(2):180-98. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0005789411000669>
- [23] Callesen P, Pedersen LM, Andersen KC, Wells A. Metacognitive therapy for bipolar II disorder: A single case series study. *Neurol Psychiatry Brain Res*. 2020; 38:107-13. [DOI:10.1016/j.npbr.2020.08.004]

- [24] Jelinek L, Van Quaquebeke N, Moritz S. Cognitive and meta-cognitive mechanisms of change in metacognitive training for depression. *Sci Rep.* 2017; 7(1):1-8. [DOI:10.1038/s41598-017-03626-8]
- [25] Zargar Y, Hakimzadeh G, Davodi I. The Effectiveness of acceptance and commitment Therapy on Hypertension and Emotion cognitive Regulation in people with Hypertension: A Semi-Experiential Study. *Jundishapur J Chronic Dis Care.* 2019; 8(2):12-9. [DOI:10.5812/jjcdc.79347]
- [26] Pickering TG. Why are we doing so badly with the control of hypertension? Poor compliance is only part of the story. *J Clin Hypertens.* 2011; 3(3):179-82. [DOI:10.1111/j.1524-6175.2001.00465.x] [PMID]
- [27] Dressler WW, Dos Santos JE, Viteri FE. Blood pressure, ethnicity, and psychosocial resources. *Psychosom Med.* 1986; 48(7):509-19. [DOI:10.1097/00006842-198609000-00006] [PMID]
- [28] Makvand Hoseyni Sh, Rezaii AM, Azadi MM. [Effectiveness of acceptance and commitment group therapy on the self-management of type 2 diabetes patients (Persian)]. *J Clin Psychol.* 2014; 5(4):55-62. [DOI:10.22075/JCP.2017.2145]
- [29] Bai Z, Luo S, Zhang L, Wu S, Chi I. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) to reduce depression: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 2020; 260:728-37. [DOI:10.1016/j.jad.2019.09.040] [PMID]
- [30] Manns BJ, Johnson JA, Taub K, Mortis G, Ghali WA, Donaldson C. Dialysis adequacy and health related quality of life in hemodialysis patients. *ASAIO J.* 2002; 48(5):565-9. [DOI:10.1097/00002480-200209000-00021] [PMID]
- [31] Kashdan TB, Rottenberg J. Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *lin Psychol Rev.* 2010; 30(7):865-78. [DOI:10.1016/j.cpr.2010.03.001] [PMID] [PMCID]
- [32] Valentine S, Godkin L, Varca PE. Role conflict, mindfulness, and organizational ethics in an education-based healthcare institution. *J Bus Ethics.* 2010; 94:455-69. [DOI:10.1007/s10551-009-0276-9]
- [33] Michalsen A, Grossman P, Lehmann N, Knoblauch NTM, Paul A, Moebus S, et al. Psychological and quality of- life outcomes from a comprehensive stress reduction and lifestyle program in patients with coronary artery disease: Results of a randomized trial. *Psychother Psychosom.* 2014; 74(6):344-52. [DOI:10.1159/000087781] [PMID]
- [34] Wells A, Colbear JS. Treating posttraumatic stress disorder with metacognitive therapy: A preliminary controlled trial. *J Clin Psychol.* 2012; 68(4):373-81. [DOI:10.1002/jclp.20871] [PMID]
- [35] Khoshlahjeh Sedgh A. [The effect of cognitive therapy in reducing symptoms of depression and anxiety in patients with constipation (Persian)]. *Health Psychol.* 2017; 6(21):116-28. http://hpj.journals.pnu.ac.ir/article_3703.html?lang=en