

◊ فصلنامه علمی پژوهشی زن و فرهنگ

سال ششم، شماره ۲۳، بهار ۱۳۹۴

صفحات: ۴۶ - ۳۳

تاریخ وصول: ۱۳۹۳/۵/۱۸ - تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۱۱/۱

اثر بخشی درمان شناختی-هیجانی دینی (TECR) بر حالت های روان شناختی مثبت بیماران مزمن کلیوی

فاطمه رهنما*

چکیده

هدف پژوهش حاضر اثر بخشی درمان شناختی-هیجانی دینی (RCET) بر حالت های روان شناختی مثبت بیماران مزمن کلیوی بود. پژوهش از نوع نیمه تجربی و طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل بود. حجم نمونه ۴۰ نفر بود که با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و به تصادف به دو گروه آزمایش (۲۰ نفر) و کنترل (۲۰ نفر) تقسیم شدند. سپس گروه آزمایش به مدت ۱۵ جلسه ۹۰ دقیقه ای تحت تاثیر درمان شناختی-هیجانی دینی قرار گرفتند. ابزار مورد استفاده پرسشنامه حالت های روان شناختی مثبت نسائی، رجایی و خوی نژاد (۱۳۹۰) مورد استفاده قرار گرفت. داده ها با استفاده از آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره (آنکوا) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان داد حالت های روان شناختی مثبت گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل معنا دار بود. نتیجه اینکه، درمان شناختی-هیجانی دینی (RCET) به عنوان رویکردی جدید موجب افزایش معنویت و حل مساله در رویایی با رنج های انسان می شود.

واژه های کلیدی: درمان شناختی-هیجانی دینی، حالت های روان شناختی مثبت، بیماری مزمن کلیوی.

* کارشناس ارشد روانشناسی عمومی و مدرس دانشگاه پیام نور تربت جام. (نویسنده مسئول: rahnamarahnama500@yahoo.com)

** دانش آموخته کارشناسی ارشد گروه روانشناسی صنعتی و سازمانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، ایران.

مقدمه

بیماری از جمله چالش هایی است که امروزه بر سر راه افراد قرار می گیرد و آنان را از فعالیت ها و زندگی عادی خود باز می دارد و برطرف نمودن آن، از ابعاد فردی، اجتماعی، اقتصادی از اهمیت ویژه ای برخوردار است. با نگاهی به منابع و گزارشات مختلف این واقعیت مشخص می شود که در چند سال اخیر بیماری های مزمن از جمله نارسایی کلیه در سطح دنیا در حال افزایش بوده و لذا تعداد بیماران تحت درمان با همودیالیز از افزایش روزافزونی برخوردار هستند. بیماری مزمن کلیوی^۱ یک مشکل تهدید کننده سلامت با میزان مرگ و میر بالاست (ولیس^۲، ۲۰۰۵). میزان شیوع نارسایی مزمن کلیه^۳ در جهان ۲۴۲ مورد در هر ۱۰۰۰۰ نفر جمعیت است. سالانه حدود ۸ درصد به این میزان افزوده می شود و هم اکنون میزان مرگ و میر این بیماری در آمریکا ۱۸ درصد است (عطا پور، میر محمد صادقی، محبوب نیا و پورفرزام، ۱۳۹۲). بیماری مزمن کلیه، وضعیتی است که با از دست رفتن پیشرونده توانائی کلیه در حفظ سطوح نرمال محصولات متابولیسم پروتئینی (همچون اوره)، حفظ فشار خون و هماتوکریت نرمال و حفظ تعادل آب، الکترولیت ها و اسید - باز بدن مشخص می شود. در بالغین فعالیت کلیه بر اساس سطوح پلاسمائی کراتینین و اوره محاسبه می گردد. بر اساس تعاریف موجود بیماری مزمن کلیه به وجود آسیب ساختاری یا عملکردی کلیوی که برای مدت بیش از سه ماه طول بکشد اطلاق می گردد و وجود یکی از سه مشخصه زیر برای تعریف بیماری مزمن کلیه کفایت می کند (لیدری و ایوسف^۴، ۲۰۰۷). نارسایی مزمن کلیه تخریب پیش رونده و برگشت ناپذیر عملکرد کلیوی است. در این مرحله توانایی بدن در حفظ سوخت و ساز و تعادل آب و الکترولیت ها از بین رفته و در نتیجه اورمی ایجاد می شود. درمان اصلی^۵ پیوند کلیه است، اما با توجه به این که دستیابی به کلیه پیوندی در بیشتر نقاط جهان آسان نیست تا زمان پیوند کلیه، بیمار باید تحت درمان با دیالیز قرار گیرد (افشاری، ۱۳۸۱).

برای سالیان متمادی روانشناسان بر ابعاد بیمارگونه عملکرد و رفتار بشر متمرکز شده بودند و کمتر ویژگی های مثبت را مد نظر قرار می دادند، اما اخیراً جنبشی در این زمینه به وقوع پیوسته که با تمرکز بر جنبه های مثبت رفتاری در جستجوی رشد و توسعه فرد، سازمان و جامعه است. آثار این جنبش را می توان در تحقیقات دانشگاهی و کاربردی مشاهده کرد (لوتانز و جنسن^۶، ۲۰۰۲).

نمونه ای از تواناییهای انسان که موضوع اصلی روان شناسی مثبتنگر را تشکیل میدهد حالت های روان شناختی مثبت^۷ (PPS) از جمله: خوشحالی، لذت، انعطاف پذیری، سرسختی، کنترل

۱. chronic kidney disease

۲. wolisi

۳. chronic renal failure

۴. lederer & ouseph

۵. end stage rend disease

۶. luthans & jensen

۷. positive psychological states

شخصی، خوش بینی، سبک تبیینی خوش بینانه، امید، احساس کار آیی، تعیین هدف، معنی، عشق به دانستن، خرد، اصالت، توانایی برای روانی، خود مختاری، بخشندگی، دلسوزی، همدلی، نوع دوستی، شوخ طبعی، معنویت (ریو^۱، ۲۰۰۱، به نقل از قربانی یاقوتی، ۱۳۹۲).

درمان های شناختی با گرایش های مذهبی، لگوتراپی^۲، روان درمانی های حمایتی و بصیرتی با تکیه بر تحلیل های روانی مذهبی، درمان های گروهی در فضا و مکان و گروه های مذهبی، شفا گرفتن، پناه بردن به مکان های مذهبی یا شرکت در دعاها و مراسم مذهبی و بالاخره آموزش، مشاوره و راهنمایی با تکیه بر سنت ها و ارزش های مذهبی، تعدادی از موضوعات زمینه های پژوهشی است که به یافته های با ارزشی دست یافته است (نوغانی، محتشمی، واثق رحیم پرور و بابایی، ۱۳۸۳).

درمان شناختی - هیجانی دینی^۳ شکل جدید از درمان های شناختی است که این مداخله درمانی در سه بعد می توان در نظر گرفت: فیزیولوژیکی، شناختی و معنوی. این اعتقاد و بینش در نظریه درمان شناختی - هیجانی دینی وجود دارد که انسان بدون باورهای اساسی دینی و معنوی نمی تواند به معنای صحیح در زندگی دست یابد و این عدم توفیق در دست یابی به معنا در زندگی می تواند منجر به اختلالات روانشناختی گردد. دیدگاه شناختی - هیجانی دینی این طور فرض می کند که انسان ها در طول زندگی در می یابند که بسیاری از امور و وقایع موافق با خواسته و میل آن ها نیستند. آن ها مرگ والدین، دوستان و افراد دوست داشتنی را تجربه می کنند و خود را هم در معرض مرگ و بیماری می بینند بنابراین از خودشان می پرسند اگر بایستی این مشکلات سخت را تحمل کنند و در نهایت شاهد مرگ افراد دوست داشتنی و خودشان باشند چرا باید زندگی کرد؟ بنابراین در جستجوی معنای زندگی بر می آیند (رجایی، ۱۳۸۷).

بر اساس نظریه های شناختی آنچه ما فکر می کنیم (شناخت)، آنچه که احساس می کنیم (عاطفه و هیجان) و آنچه که ما عمل می کنیم (رفتار) با یکدیگر در تعامل هستند (ندایی، ۱۳۹۱). هر چند که رفتار درمانی شناختی^۴ و روش منطقی عاطفی^۵ بطور گسترده ای در درمان اختلالات روان شناختی مورد استفاده قرار گرفته است، اما به نظر می رسد این درمان های شناختی بیشتر به شیوه های تفکر و تفسیر و تعبیر انسان ها در وقایع روزمره پرداخته اند و به باورهای اساسی که ریشه های فلسفی زندگی انسان ها را می سازد کمتر توجه کرده اند.

همچنین بر اساس این نظریه انسان ها در پی پاسخ به سئوالات اساسی زندگی خود هستند این که من چه هستم؟ و از کجا آمده ام؟ و به کجا خواهم رفت؟ هستی چیست؟ و چگونه خلق شده است؟ و چه کسی مرا و هستی را خلق کرده است و بسیاری از سئوالات بنیادی دیگر

۱. Reeve

۲. legotherapy

۳. religious cognitive emotional theory (RCET)

۴. cognitive behaviour therapy (CBT)

۵. rational emotive therapy (RET)

که افراد به دنبال پاسخ به این سئوالات می باشند. اگر نتواند پاسخ مناسبی برای این سئوالات بیابد دچار بحران هویت خواهند شد. به عقیده وی افراد بدون باورهای اساسی دینی نمی توانند معنای زندگی را درک کرده و دچار بحران هویت که بی شباهت با اضطراب وجودی نیست، می شوند (رجایی، ۱۳۸۷).

معنویت درمانی^۱ به معنای در نظر گرفتن باورهای فرهنگی-مذهبی مردم در فرایند درمانگری و در نظر گرفتن بعد متعالی مراجعان می باشد این بعد متعالی آنها را به سوی خدا رهبری می کند (غباری بناب^۲، ۲۰۰۹)، بنابراین برای اینکه درمانگر بتواند بر سلامتی جسمی و روانی مراجع تأثیر مثبت و قاطعی داشته باشد، می بایستی در روند درمان به مسائل معنوی و دینی مراجع، نیز پردازد (میلر^۳، ۲۰۰۳ به نقل از بوالهروی، نظیری و زمانیان، ۱۳۹۱).

در مطالعه های مختلفی ثابت شده است که افراد مبتلا به بیماریهای مزمن، معنویت را به عنوان یک روش برای کنار آمدن و سازگاری با بیماری، برای به وجود آوردن حس معنی و هدف در زندگی به کار می برند (زیلانی و سیمور^۴، ۲۰۱۰؛ کروس و باستیدا^۵، ۲۰۰۹؛ تانسی^۶، ۲۰۰۷ و پرادو^۷ و همکاران، ۲۰۰۲). همچنین گسترهای از مداخلات معنوی در پژوهشهای مختلف به کار رفته و اثربخشی آنها در اختلالات گوناگون به اثبات رسیده است، از جمله این مداخلات میتوان به دعا، اندیشه (معنوی) و مدیتیشن، خواندن نوشتههای متون مقدس، بخشودگی و توبه، عبادات و مناسک، همراهی و خدمت، کسب هدایت معنوی و آموزش-های اخلاقی اشاره کرد و همچنین در حوزههای افسردگی^۸، الکلیسم^۹، اضطراب^{۱۰}، اختلالات خوردن^{۱۱}، خشم^{۱۲} موثر واقع شده است (به نقل از غفوری، مشهدی و حسن آبادی، ۱۳۹۲).

سلیمانی (۱۳۹۲) در پژوهشی نشان داد که درمان شناختی-هیجانی دینی باعث افزایش حالت های روان شناختی مثبت بیماران مزمن کلیوی می شود.

ندایی (۱۳۹۱) در پژوهش خود نشان داد که درمان شناختی-هیجانی دینی باعث افزایش حالت های روان شناختی مثبت بیماران مبتلا به صرع شد. روحانی، رجایی و کیمیایی (۱۳۹۱) در پژوهشی با عنوان اثر بخشی درمان شناختی-هیجانی دینی بر کاهش مشکلات روانشناختی پرستاران نشان دادند که درمان شناختی-هیجانی دینی

-
۱. spiritual Healing
 ۲. Ghobari Bonab
 ۳. Miller
 ۴. Zeilani & Seymour
 ۵. Krause & Bastida
 ۶. Tuncay
 ۷. Prado
 ۸. depression
 ۹. alcoholism
 ۱۰. anxiety
 ۱۱. eating Disorders
 ۱۲. anger

بر کاهش مشکلات روانشناختی پرستاران موثر است.

با توجه به مباحث مطرح شده و همچنین ابداع روش های جدید با هدف اثر بخشی سریع، پایدار، کم هزینه و تأثیر گذار در رفع مشکلات و پدیده ها و مسائل اجتماعی، یکی از درمانهای مؤثر که اخیراً در حوزه ی روان شناسی به عنوان موضوعی نسبتاً جدید، مورد توجه متخصصان بالینی و پژوهشگران علوم اجتماعی قرار گرفته است تحت عنوان درمان شناختی - هیجانی دینی می باشد. بنابراین با توجه به آنچه گزارش شد مسئله پژوهش این است که آیا درمان شناختی - هیجانی دینی بر حالت های روان شناختی مثبت بیماران مبتلا به بیماری مزمن کلیوی تأثیر دارد؟

روش

روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه: پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی و طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری نیز کلیه بیماران مزمن کلیوی شهرستان تربت جام در سال ۱۳۹۳ بود. تعداد آزمودنیها ۴۰ نفر بود که از بین بیماران مزمن کلیوی با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش (۲۰ نفر) و کنترل (۲۰ نفر) تقسیم شدند. سپس گروه آزمایش به مدت ۱۵ جلسه ۹۰ دقیقه ای تحت تأثیر درمان شناختی - هیجانی دینی قرار گرفتند. شریط ورود به مطالعه، سن ۳۵ تا ۵۰ سال، حداقل ۲ سال متوالی سابقه درمان دارویی، سابقه شرکت در دوره های آموزشی و درمانگری مربوط به درمان های شناختی - رفتاری را نداشته باشند.

ابزار سنجش

پرسشنامه حالت های روان شناختی مثبت: این پرسشنامه توسط، نسائی، رجایی و خویی نژاد (۱۳۹۰) ساخته شد که شامل ۹۶ سؤال و در مجموع ۱۵ حالت روان شناختی مثبت (توکل به خدا؛ خوش بینی؛ احساس کارآمدی؛ وظیفه شناسی؛ احساس کنترل؛ هدفمندی؛ امیدواری؛ معنادار بودن زندگی؛ رضایت از زندگی؛ خلق مثبت و شادمانی؛ اجتماعی بودن؛ عزت نفس و احساس ارزشمندی؛ احساس آرامش؛ قدردانی و بخشش) را می سنجد. روش نمره گذاری این پرسشنامه بر اساس طیف لیکرت از ۱ تا ۵ (از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) می باشد، یعنی کاملاً مخالفم نمره یک، مخالفم نمره دو، بی نظر نمره سه، موافقم نمره چهار، کاملاً موافقم نمره پنج را به خود اختصاص خواهند داد.

جدول ۱- مولفه های مورد سنجش حالت روان شناختی مثبت

ردیف	مؤلفه های مورد سنجش	سئوالات مربوطه	آلفای کرونباخ
۱	توکل به خدا	۱-۲-۳-۴-۲۸-۲۳	۰/۸۱۳
۲	خوش بینی	۵-۶-۷-۸-۹-۲۶-۲۷-۳۰-۵۲-۸۲	
۳	احساس کارآمدی	گرایش به آغازگری	۱۰-۱۱-۱۲-۴۸
		تمایل به ادامه تلاش	۱۳-۲۹
		پافشاری در تکلیف	۱۴-۲۵-۳۱-۳۳
	احساس توانمندی	۱۵-۱۸-۲۴-۴۹	۰/۸۱۲
۴	وظیفه شناسی	۱۶-۱۷-۲۳-۳۶-۳۷	۰/۸۳۵
۵	احساس کنترل	۱۹-۲۰-۲۱-۳۴-۴۱-۴۳	۰/۸۴۳
۶	هدفمندی	۲۲-۳۵-۴۲-۷۵	۰/۷۸۲
۷	امیدواری	۳۸-۴۵-۴۷-۵۱	۰/۸۲۴
۸	معنادار بودن زندگی	۳۹-۴۰-۴۶-۵۰	۰/۸۶۷
۹	رضایت از زندگی	۴۴-۵۳-۵۷-۶۸-۷۶-۸۶-۹۰	۰/۷۹۵
۱۰	خلق مثبت و شادمانی	۵۴-۵۵-۵۶-۶۰-۷۳-۷۴	۰/۸۱۲
۱۱	اجتماعی بودن	۵۸-۶۳-۶۴-۶۷	۰/۸۶۲
۱۲	عزت نفس و احساس ارزشمندی	۸۵-۵۹-۶۱-۶۵-۶۶-۸۰-۸۳	۰/۸۳۳
۱۳	احساس آرامش	۶۲-۷۰-۷۱-۷۲-۷۸-۸۱	۰/۸۴۴
۱۴	قدردانی	۶۹-۸۴-۸۷-۸۸-۸۹-۹۵	۰/۷۸۱
۱۵	بخشش	۷۷-۷۹-۹۱-۹۲-۹۳-۹۴-۹۶	۰/۸۲۸
	کل		۰/۸۳۷

اعتبار^۱ این پرسشنامه حالتهای روان شناختی مثبت توسط اساتید و متخصصان این زمینه مورد تایید قرار گرفته است. مفهوم اعتبار به این سؤال پاسخ میدهد که ابزار اندازه گیری تا چه حد خصیصه ی مورد نظر را می سنجد. بدون آگاهی از روایی ابزار اندازه گیری نمی توان به دقت داده های حاصل از آن اطمینان داشت. برای محاسبه پایایی^۲ این پرسشنامه از روش آلفای کرونباخ استفاده شد. از این روش برای محاسبه ی هماهنگی درونی ابزار اندازه گیری از جمله پرسشنامه به کار میرود. برای این منظور پایلوتی بر روی ۵۰ نفر از دانشجویان انجام گردید که از طریق بهره گیری از نرم افزار SPSS ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده برای کل آزمون ۰/۸۴ بدست آمد که بیانگر پایایی بالای این آزمون است (به نقل از پورمند، ۱۳۹۲). برنامه کلی برای ۱۵ جلسه ۹۰ دقیقه ای طراحی شد. آموزش ها در چندین جهت و به منظور درگیر کردن همه حواس و نقش آن در یادگیری طراحی شد از جمله دیداری، شنیداری، کارگروهی، بحث گروهی، تکالیف خارج از جلسات همچون نوشتن بحران های زندگی و مسایل چالش برانگیز

۱. validity

۲. reliability

و نیز بیان راه های کنار آمدن و مقابله با آن ها و استفاده از تمثیل در هر زمینه به منظور تأثیر گذاری بهتر مباحث و وادار نمودن آزمودنی ها به تفکر استفاده شد. روش کشف سئوالات مطرح شده روش هایی همچون تعلق در وقایع، برگشت به درون، تفکر در مسایل وجودی و عمیق، مقایسه راهکارهای به کار گرفته شده توسط خود فرد و راهکارهای بکار گرفته شده توسط رهبران معنوی را در بر می گیرد. خلاصه ای از جلسات به شرح ذیل می باشد:

۱- اجراء تمرینات مدیتیشن و تعمق و آموزش آن جهت اجرا در هر روز ۱۰ دقیقه
 ۲- آموزش روش های خودآگاهی و پرسشنامه های باز پاسخ طراحی شده در این زمینه در کنار استفاده از تمثیل های عرفانی و استفاده از راهکارهای خودآگاهی و پرسش سئوالات تعمق برانگیزی همچون: در انتهای روز آیا راجع به آن چه در طول روز گذشته و تجربه کرده اید تفکر می کنید؟ آیا از نیازهای خود آگاهی و آیا با وقایع ناراحت کننده زندگی تان می توانید روبرو شوید؟

۳- آموزش در زمینه شناخت، هیجانات و چگونگی کنترل آن.

۴- آموزش در زمینه پرسش های اساسی زندگی و یادگیری جستجوی عواملی که فرد را به بالا یا پایین هرم انگیزه ها هدایت می کنند و تمرین این اصول در زندگی همچنین شناسایی ارزش ها و آن چه فرد عمیقاً به آن معتقد است به طور عملی و در طی جلسات.

۵- آگاهی دادن و توجه به نیازهای دیگران از طریق مباحثه گروهی و به اشتراک گذاردن تجارب و پاسخ پرسش هایی همچون: آیا در صحبت با دیگران به دقت گوش می کنید یا مسیر صحبت خودتان را می روید؟ آیا احساس دیگران یا نزدیکانتان را حس می کنید؟ دردشان را؟ لذتشان را؟ و آیا هیچ تلاشی در جهت تخفیف درد و رنجشان می کنید؟

۶- طرح تجارب فرارونده (اگر داشته اند) شرکت کنندگان و بحث گروهی با طرح تجارب فرارونده ائمه و پیامبران و بحث پیرامون آن.

۷- آگاهی از موانع ارتباط با بعد وجودی و غیرمادی هستی (خدا) به منظور خودآگاهی و ارزشیابی عملکرد توسط خود فرد به صورت پرسش های بازپاسخ و ارزشیابی کارآمدی راه حلی که فرد به کار گرفته است در رفع موانع.

۸- آموزش شناسایی نقاط قوت و ضعف فرد در پاسخ به پرسش های اساسی که در شرایط سخت و بحران هویدا شده است.

۹- آموزش راه های تقویت فضایل اخلاقی و تمرین آن.

یافته ها

از آزمون تحلیل کوواریانس برای بررسی و مقایسه تاثیر آموزش شناختی - هیجانی دینی برحالت های روان شناختی مثبت بیماران مزمن کلیوی استفاده شد. در این تجزیه و تحلیل تاثیر پیش آزمون از روی نمره های پس آزمون بر داشته شده و سپس دو گروه باتوجه به نمره های باقی مانده مقایسه شده اند.

**جدول- ۱ میانگین وانحراف استاندارد نمرات پیش آزمون و پس آزمون
رفتار مثبت و مولفه های آن در گروه آزمایش و کنترل**

کنترل n=۲۰		آزمایش n=۲۰		گروه	مقیاس
SD	M	SD	M	گروه	
۱/۲۹	۲۴/۹	۲/۸۶	۲۵/۰۵	پیش آزمون	توکل به خدا
۱/۷۷	۲۴/۷۵	۱/۶۱	۲۵/۹۵	پس آزمون	
۱/۶۸	۲۱/۹	۴/۷۶	۲۴/۴	پیش آزمون	خوش بینی
۲/۴۷	۲۲/۷	۳/۲۸	۲۷/۹	پس آزمون	
۶/۷۰	۳۳/۱۵	۷/۶۳	۴۴/۰۵	پیش آزمون	احساس کارآمدی
۴/۶۲	۳۵/۰۵	۶/۱۱	۵۲/۷	پس آزمون	
۲/۴۲	۱۲/۹۵	۲/۹۶	۱۸/۵۵	پیش آزمون	وظیفه شناسی
۱/۲۹	۱۳/۷۵	۲/۵۶	۲۰/۰۵	پس آزمون	
۲/۲۹	۱۳/۹	۳/۸۶	۱۹/۴۵	پیش آزمون	احساس
۲/۴۵	۱۵/۳	۲/۶۹	۲۳/۲	پس آزمون	
۱/۸۴	۹/۳	۳/۰۰	۱۱/۴	پیش آزمون	هدفمندی
۳/۵۳	۱۰/۳۵	۲/۶۶	۱۴/۷	پس آزمون	
۱/۹۳	۱۰/۶	۳/۶۶	۱۲	پیش آزمون	امیدواری
۱/۸۱	۱۱/۳	۲/۵۰	۱۶/۰۵	پس آزمون	
۲/۴۲	۷/۸	۳/۱۶	۱۳/۲	پیش آزمون	معنادار بودن
۲/۳۳	۱۰/۰۵	۱/۸۱	۱۶	پس آزمون	
۲/۷۴	۱۴/۷	۵/۲۹	۱۸/۳۵	پیش آزمون	رضایت
۲/۵۶	۱۵/۰۵	۴/۳۸	۲۴/۶۵	پس آزمون	
۲/۰۴	۱۶/۶	۳/۲۵	۱۴/۵۵	پیش آزمون	خلق مثبت
۱/۸۹	۱۶/۳	۲/۴۸	۲۰/۰۵	پس آزمون	
۱/۵۴	۱۰/۵۵	۲/۳۳	۱۱/۰۵	پیش آزمون	اجتماعی
۲/۳۰	۱۰/۶۵	۱/۸۳	۱۷/۱	پس آزمون	
۳/۰۲	۱۵/۶	۵/۸۹	۱۸/۰۵	پیش آزمون	عزت نفس
۲/۰۸	۱۶/۳	۱/۴۲	۲۹/۶۵	پس آزمون	
۱/۲۵	۱۲/۷۵	۳/۴۳	۱۲/۵	پیش آزمون	احساس آرامش
۱/۹۲	۱۳/۷۵	۲/۲۲	۱۶/۲۵	پس آزمون	
۲/۶۸	۱۶/۴۵	۴/۴۴	۲۱/۷۵	پیش آزمون	قدارانی
۱/۹۸	۱۵/۷	۲/۷۸	۲۱/۸۵	پس آزمون	
۱/۹۰	۱۶/۴	۵/۵۰	۲۰/۳	پیش آزمون	بخشش
۲/۳۱	۱۶/۸	۲/۱۳	۲۳/۸۵	پس آزمون	
۱۷/۸۷	۲۳۷/۵۵	۳۲/۴۷	۲۸۴/۶۵	پیش آزمون	رفتار مثبت
۱۸/۴۵	۲۴۶/۵۵	۱۴/۸۳	۳۴۸/۷	پس آزمون	

جدول ۲- نتایج آزمون لوین به تفکیک متغیرهای پژوهش

همگنی واریانس ها		متغیرها
معناداری (p)	لوین	
۰/۲۲	۱/۵۱	توکل به خدا
۰/۵۲	۰/۴۰	خوش بینی
۰/۱۱	۲/۶۵	احساس کارآمدی
۰/۱۵	۲/۱۲	وظیفه شناسی
۰/۷۸	۰/۰۷	احساس
۰/۴۴	۰/۵۸	هدفمندی
۰/۷۳	۰/۱۱	امیدواری
۰/۴۲	۰/۶۴	معنادار بودن
۰/۱۶	۲/۰۳	رضایت
۰/۸۳	۰/۰۴	خلق مثبت
۰/۹۱	۰/۰۱	اجتماعی
۰/۱۰	۲/۷۷	عزت نفس
۰/۵۵	۰/۳۵	احساس آرامش
۰/۴۳	۰/۶۲	قدارانی
۰/۶۴	۰/۲۲	بخشش
۰/۲۹	۲/۱۵	رفتار مثبت

جدول ۳- نتایج تحلیل کواریانس در مورد مقایسه میانگین نمره های رفتار مثبت و مولفه های آن

متغیر	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	میزان تاثیر	توان آماری
توکل به خدا						
عضویت گروهی	۱	۱۹۵/۹۷۴	۲۴/۰۹۸	۰/۰۰۱	۰/۳۹۴	۰/۹۹۸
پیش آزمون	۱	۱۹/۰۹۷	۲/۳۴۸	۰/۱۳۴	۰/۰۶۰	۰/۳۲۰
خوش بینی						
عضویت گروهی	۱	۱۴/۰۰۹	۴/۸۶۰	۰/۰۳۴	۰/۱۱۶	۰/۵۷۴
پیش آزمون	۱	۲/۰۴۷	۰/۷۱۰	۰/۴۰۵	۰/۰۱۹	۰/۱۳۰
احساس کارایی						
عضویت گروهی	۱	۲۰۹۲/۴۲۷	۷۰/۰۳۵	۰/۰۰۱	۰/۶۵۴	۱
پیش آزمون	۱	۷/۷۰۲	۰/۲۵۸	۰/۶۱۵	۰/۰۰۷	۰/۰۷۸
وظیفه						
عضویت گروهی	۱	۱۵۹/۸۲۴	۳۸/۲۱۰	۰/۰۰۱	۰/۵۰۸	۱
پیش آزمون	۱	۱/۹۳۷	۰/۴۶۳	۰/۵۰۰	۰/۰۱۲	۰/۱۰۲

کنترل						
۱	۰/۵۴۵	۰/۰۰۱	۴۴/۳۲۴	۲۹۵/۹۵۲	۱	عضویت گروهی
۰/۱۲۳	۰/۰۱۷	۰/۴۲۵	۰/۶۵۱	۴/۳۴۹	۱	پیش آزمون
هدفمندی						
۰/۹۶۹	۰/۲۹۵	۰/۰۰۱	۱۵/۴۹۹	۱۵۵/۲۲۹	۱	عضویت گروهی
۰/۰۵۲	۰/۰۰۱	۰/۸۹۷	۰/۰۱۷	۰/۱۶۹	۱	پیش آزمون
امیدواری						
۱	۰/۵۵۴	۰/۰۰۱	۴۶/۰۱۷	۲۲۲/۷۸۶	۱	عضویت گروهی
۰/۰۹۶	۰/۰۱۱	۰/۵۲۳	۰/۴۱۷	۲/۰۱۸	۱	پیش آزمون
معنادار بودن						
۱	۰/۴۶۵	۰/۰۰۱	۳۲/۱۵۱	۱۳۸/۶۵۸	۱	عضویت گروهی
۰/۱۹۳	۰/۰۳۳	۰/۲۷۱	۱/۲۴۷	۵/۳۸۰	۱	پیش آزمون
رضایت						
۱	۰/۶۱۲	۰/۰۰۱	۵۸/۳۹۰	۷۷۲/۴۶۱	۱	عضویت گروهی
۰/۰۵۰	۰/۰۰۱	۰/۹۷۳	۰/۰۰۱	۰/۰۱۶	۱	پیش آزمون
خلق مثبت						
۱	۰/۵۱۴	۰/۰۰۱	۳۹/۱۲۷	۱۶۷/۲۷۹	۱	عضویت گروهی
۰/۶۸۶	۰/۱۴۶	۰/۰۱۷	۶/۳۰۷	۲۶/۹۶۳	۱	پیش آزمون
اجتماعی						
۱	۰/۷۱۳	۰/۰۰۱	۹۲/۰۳۲	۴۰۸/۷۸۸	۱	عضویت گروهی
۰/۰۵۰	۰/۰۰۱	۰/۹۷۷	۰/۰۰۱	۰/۰۰۴	۱	پیش آزمون
عزت نفس						
۱	۰/۹۳۷	۰/۰۰۱	۵۵۱/۰۶۸	۱۵۸۲/۷۳۳	۱	عضویت گروهی
۰/۵۹۰	۰/۱۲۰	۰/۰۳۱	۵/۰۴۲	۱۴/۴۸۲	۱	پیش آزمون
احساس آرامش						
۰/۹۵۶	۰/۲۷۷	۰/۰۰۱	۱۴/۱۷۷	۶۲/۶۰۵	۱	عضویت گروهی
۰/۰۵۳	۰/۰۰۱	۰/۸۷۶	۰/۰۲۵	۰/۱۰۹	۱	پیش آزمون
قدارانی						
۱	۰/۵۹۵	۰/۰۰۱	۵۴/۴۰۵	۳۰۸/۸۰۳	۱	عضویت گروهی
۰/۲۶۸	۰/۰۴۹	۰/۱۷۷	۱/۸۹۹	۱۰/۷۳۷	۱	پیش آزمون
بخشش						
۱	۰/۶۸۹	۰/۰۰۱	۸۲/۱۵۱	۴۱۵/۵۴۵	۱	عضویت گروهی
۰/۰۶۳	۰/۰۰۳	۰/۷۳۴	۰/۱۱۷	۰/۵۹۱	۱	پیش آزمون
رفتار مثبت						
۱	۰/۸۳۹	۰/۰۰۱	۱۹۳/۰۹۳	۵۵۴۹۷/۰۸۳	۱	عضویت گروهی
۰/۰۵۳	۰/۰۰۱	۰/۸۶۹	۰/۰۲۸	۷/۹۶۲	۱	پیش آزمون

برای استفاده از تحلیل کواریانس، ابتدا لازم است پیش فرض تساوی واریانس بررسی گردد. برای آزمودن این فرضیه از آزمون لوین استفاده می شود. براساس نتایج حاصل از این آزمون، رفتار مثبت و مولفه های آن شامل (توکل به خدا، خوش بینی، احساس خودکار آمدی، وظیفه شناسی، احساس کنترل، هدفمندی، امیدواری، معنادار بودن، رضایت، خلق مثبت، اجتماعی بودن، عزت نفس، احساس آرامش، قدردانی، بخشش) تأیید گردید. یعنی پیش فرض تساوی واریانس نمره ها در دو گروه آزمایش و کنترل در کلیه متغیرها تأیید شد ($p < 0/05$). بنابراین، استفاده از تحلیل کواریانس برای بررسی این فرضیه که آموزش شناختی - هیجانی معنوی برحالت های روان شناختی مثبت بیماران مزمن کلیوی تأثیر دارد، بلامانع است. فرضیه: درمان شناختی - هیجانی دینی (RCET) بر افزایش حالت های روان شناختی مثبت بیماران مزمن کلیوی تأثیر دارد.

نتایج تحلیل کواریانس در مورد مقایسه میانگین نمره های، رفتار مثبت و مولفه های آن در جدول ۳ ارائه شده است.

نتایج جدول ۳ نشان می دهد، پس از حذف متغیرهای پیش آزمون تفاوت دو گروه در میانگین های باقی مانده نمره کل رفتار مثبت و تمام مولفه های آن شامل (توکل به خدا، خوش بینی، احساس خودکار آمدی، وظیفه شناسی، احساس کنترل، هدفمندی، امیدواری، معنادار بودن، رضایت، خلق مثبت، اجتماعی بودن، عزت نفس، احساس آرامش، قدردانی، بخشش) ($p < 0/01$) معنادار است و میزان این تأثیر برای کل آزمون برابر با $0/83$ و بیشترین تأثیر را بروی عزت نفس ($0/93$) و کمترین تأثیر را بروی خوش بینی ($0/11$) داشته است.

بحث و نتیجه گیری

با توجه به هدف پژوهش حاضر که بررسی اثر بخشی درمان شناختی - هیجانی دینی (RCET) (برحالت های روان شناختی مثبت بیماران مزمن کلیوی بود نتیجه نشان داد که نمره کل حالت های فراشناختی مثبت و تمام مولفه های آن شامل (توکل به خدا، خوش بینی، احساس خودکار آمدی، وظیفه شناسی، احساس کنترل، هدفمندی، امیدواری، معنادار بودن، رضایت، خلق مثبت، اجتماعی بودن، عزت نفس، احساس آرامش، قدردانی، بخشش) معنادار است. و بیشترین تأثیر را بروی عزت نفس و کمترین تأثیر را بروی خوش بینی داشته است. نتایج تحقیقات سلیمانی (۱۳۹۲)، ندایی (۱۳۹۱)، روحانی، رجایی و کیمیایی (۱۳۹۱)، زیلانی و سیمور (۲۰۱۰)، کروس و باستیدا (۲۰۰۹)، تانسی (۲۰۰۷) و پرادو و همکاران (۲۰۰۲) با یافته های این پژوهش همسو و همخوان است. از آن جا که معنویت نقش پر رنگ تری در حل مسأله و روبرویی با رنج های انسانی پیدا کرده است درمان شناختی - هیجانی دینی (RCET) به عنوان رویکردی جدید مورد توجه متخصصان بالینی و دانشجویان و علاقه مندان قرار گرفته است. در عصر جدید اهمیت و ضرورت طرح موضوعات معنوی و مذهب از جهات مختلف احساس می شود. این ضرورت ها در عرصه ی انسان شناسی توجه به بعد معنوی

انسان از دیدگاه دانشمندان و بویژه کارشناسان سازمان جهانی بهداشت است که اخیراً انسان را موجودی زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی تعریف می کنند و از طرفی دیگر این موضوع ظهور دوباره کشف معنوی و جستجوی درک روشن تری از ایمان و کاربرد آن در زندگی روزانه و بخصوص در بهداشت روانی است. پژوهش در مورد معنویت امروزه در رشته های متنوعی از قبیل پزشکی، روان شناسی، انسان شناسی، عصب شناسی و علوم شناختی در حال پیشرفت است (سهرابی، ۱۳۸۷). در مورد دلایل اثربخشی درمان شناختی - هیجانی دینی در افزایش حالت های روانشناختی مثبت بیماران کلیوی می توان به تکنیک های که مؤلفه های حالت های روانشناختی مثبت را هدف قرار می دهد توجه کرد. مراجعان با آموزش تکنیک ها یاد می گیرند که حالت های روانشناختی مثبت خود را افزایش دهند. این راهبردها را می توان مهارت های تنظیم هیجانات اساسی دانست که معمولاً بیماران فاقد آن هستند و علاوه بر آن بیماران، اغلب باورهای معنوی و مذهبی خود را به عنوان راهی برای بدست آوردن معنا در دوران بیماری و بهبود و هم چنین از آن به عنوان راهی برای مقابله و کنار آمدن با مفهوم مرگ استفاده می کنند. از این طریق است که معنویت، به عنوان منبعی موثر برای مقابله با پاسخ های جسمانی و روانی مورد توجه قرار می گیرد (مراویگلیا، ۲۰۰۶). در نهایت می توان این گونه نتیجه گیری کرد که معنویت یکی از مهم ترین منابع برای افزایش حالت های روانشناختی مثبت در بیماران نارسایی مزمن کلیوی می باشد، که لزوم توجه به این موضوع مهم برای کنار آمدن با مشکلات روانی و معنوی ناشی از بیماری را ضروری می سازد. همچنین، نهادینه شدن باورهای معنوی-مذهبی و تقویت آنها در این بیماران موجب می شود که آنها مشکل خود را در متن گسترده ای قرار دهند، بیماری خود را بیشتر پذیرا باشند، خود باوری و عزت نفس خود را افزایش دهند و همه اینها در نهایت موجب بهبود حالت های روانشناختی مثبت بیماران می شود. بنابراین، آموزش های معنوی-مذهبی به وسیله دست اندرکاران و مسؤولان فرهنگی، آموزشی و درمانی به منظور افزایش حالت های روان شناختی مثبت بیماران توصیه می شود. به نظر می رسد جهت فراهم کردن پشتوانه ی محکم علمی برای این نظریه و سهمی بودن جامعه ی ما در تبیین پذیری آن در سطح جهانی محققان و دانشجویان با درک کامل از ویژگی های کاربردی این رویکرد درمانی دست به تحقیق زده، تحقیقی برخواسته از سؤال در زمینه های مختلف که جامعه با آن درگیر است، پژوهش حاضر نیز بر اساس این احساس نیاز روش درمانی شناختی - هیجانی دینی را مد نظر قرار داده است. نتایج این پژوهش به درمانگران در انتخاب روش های درمانی مؤثرتر برای درمان این بیماران و به گسترش تحقیقات در این زمینه کمک می کند.

منابع

- افشاری، ل. (۱۳۸۱). نارسایی کلیه و درمان آن. چاپ اول، تهران: انتشارات طبیب.
- بوالهری، ج.، نظیری، ق.، و زمانیان، س. (۱۳۹۱). اثربخشی رویکرد گروه درمانی معنوی بر کاهش میزان افسردگی، اضطراب و استرس در زنان مبتلا به سرطان سینه. فصلنامه علمی - پژوهشی جامعه شناسی زنان، ۳(۱): ۳۳-۴۰.
- پورمند، ا. م. (۱۳۹۲). بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی خانواده و رضایتمندی زناشویی والدین با حالت های روانشناسی مثبت در دانش آموزان دختر. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی عمومی، دانشگاه آزاد تربت جام.
- رجایی، ع. ر. (۱۳۸۷). درمان شناختی - هیجان دینی (RCET). خلاصه مقالات همایش منطقه ای شیوه های نوین ارتقاء سلامت روانی، تربت جام.
- روحانی، م.، رجایی، ع. ر.، و کیمیایی، ع. (۱۳۹۱). اثر بخشی درمان شناختی - هیجانی دینی (RCET) بر کاهش مشکلات روان شناختی پرستاران. خلاصه مقالات اولین همایش ملی پژوهش و درمان در روانشناسی بالینی.
- سلیمانی، م. (۱۳۹۲). اثر بخشی درمان شناختی - هیجانی دینی (RCET) (برحالت های روان شناختی مثبت بیماران مزمن کلیوی. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تربت جام.
- سهرابی، ف. (۱۳۸۷). مبانی هوش معنوی. فصلنامه سلامت روان، ۱(۱): ۱۸-۱۴.
- عطا پور، ع. ا.، میر محمد صادقی، ح.، محبوب نیا، خ.، و پورفرزام، م. (۱۳۹۲). ارتباط بین سطح سرمی هورمون پاراتیر و وید با مار کرهاي متابولیسم استخوان در بیماران همودیلیزی اصفهان. مجله دانشکده پزشکی اصفهان، ۳۱(۲۴۴): ۱۰۵۹-۱۰۶۶.
- غفوری، س.، مشهدی، ع.، و حسن آبادی، ح. (۱۳۹۲). اثربخشی رواندرمانی معنوی مبتنی بر بخشودگی در افزایش رضایتمندی زناشویی و کاهش تعارضات زوجین شهر مشهد. مجله اصول بهداشت روانی، ۱۵(۱): ۱۴۱۸-۴۰۶.
- قربانی یاقوتی، ع. ا. (۱۳۹۲). مقایسه ی ویژگیهای شخصیتی و حالت های مثبت روان شناختی در معلولین جسمی - حرکتی ورزشکار و غیر ورزشکار. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تربت جام.
- ندایی، س. (۱۳۹۱). اثر بخشی درمان شناختی - هیجانی دینی (RCET) بر افزایش حالت های روان شناختی مثبت بیماران مبتلا به صرع. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد اسلامی، واحد

تربت جام.

نسائی، و.، رجایی، ع. ر.، و خویی نژاد، غ. ر. (۱۳۹۰) مقایسه سبک های فرزندپروری و اجتماعی بودن. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی تربت جام.

نوغانی، ف.، محتشمی، ج.، واثق رحیم پرور، ف.، و بابایی، غ. ر. (۱۳۸۳). تأثیر آموزش فرهنگ دینداری بر میزان افسردگی. فصلنامه حیات، ۱۰(۲۳): ۴۹-۵۶.

Ghobari Bonab, B. (2009). *Counseling and psychotherapy with a spiritual approach*. Tehran: Aaron Publications

Krause, N., & Bastida, E. (2009). Religion, suffering, and health among older Mexican Americans. *Journal of Aging Studies*, 23(2):114-23

Lederer, E., & Ouseph, R. (2007). Chronic Kidney Disease. *Journal of Kidney Dis*, 49(1): 162-71

Luthans, F., & Jensen, S. M. (2002). Hope: A New Positive Strength for Human Resource Development. *Human Resource Development Review*, 1(3): 304-322

Meraviglia, M. (2006). Effects of spirituality in breast cancer survivors. *Journal of Oncology Nursing Forum*, 33(1):1- 7

Prado, G., Feaster, D. J., Schwartz, S. J., Pratt, I. A., Smith, L., & Szapocznik, J. (2004). Religious involvement, coping, social support, and psychological distress in HIV-seropositive African American mothers. *Journal of AIDS Behav*, 8(1): 221-35

Tuncay, T. (2007). Spirituality in coping with HIV /AIDS. Hacettepe University Faculty of Economics and Administrative Sciences. *Journal of Department of Social Work*, 3(2): 10-5

Wolisi, G. O., & Moe, S. M. (2005). The role of vitamin D in vascular calcification in chronic kidney disease. *Journal of Semin Dial*, 18(4): 307-14

Zeilani, R., Seymour, J. E. (2010). Muslim women's experiences of suffering in Jordanian intensive care units: A narrative study. *Journal of Intensive and Critical Care Nursing*, 26(3): 175-84

The Efficacy of Cognitive –Emotional Religious Therapy on Positive Psychological States in Chronic Kidney Disease Patients

The Efficacy of Cognitive – Emotional Religious Therapy on Positive Psychological States in Chronic Kidney Disease Patients

*F. Rahnama

Abstract

The purpose of the current research was to examine cognitive- emotional religious therapy (RCET) on positive psychological states in chronic kidney disease patients. The research was a semi-experimental with pre-test-post-test and control group. The sample included 40 patients whom were selected via convenience sampling method. The subjects were assigned randomly into two experimental and control groups, 20 individuals each. The experimental group was exposed to 15 cognitive- emotional religious therapy (RCET) sessions 90 minutes each. Control group received none. Positive Psychological States Questionnaire (Nessaie, Rajaei and Khoei Nezhad 1390) was implemented to collect data. Multivariate analysis of covariance (ANCOVA) was applied to analyze data. The results revealed a statically significant difference between control and experimental groups concerning the positive psychological states. The research came to the end that the cognitive- emotional religious therapy (RCET) as new approach incremented the spirituality and problem solving in confronting human suffering.

Keywords: cognitive- emotional religious therapy (RCET), positive psychological states, chronic kidney disease

* M.A in General Psychology, Instructor in Torbat Jam Payam Noor University , Torbat Jam , Iran.