



اثربخشی درمان مبتنی بر شناختی رفتاری بر بهبود کیفیت زندگی بیماران زن دیالیزی

دانشجوی دکتری، مشاوره، دانشکده علوم انسانی واحد قم، دانشگاه آزاد اسلامی، قم، ایران
استادیار، گروه روانشناسی، واحد قم، دانشگاه آزاد اسلامی، قم، ایران
استادیار، دانشکده پزشکی اراک، دانشگاه علوم پزشکی اراک، ایران

فاطمه خزاعی^{id}
حسن میرزاحسینی^{id*}
مصطفی نوکنی^{id}

دریافت: ۱۴۰۰/۱۲/۱۲ | پذیرش: ۱۴۰۱/۰۹/۲۱ | ایمیل نویسنده مسئول: mirzahoseini.hasan@yahoo.com

فصلنامه علمی پژوهشی
خانواده درمانی کاربردی

شاپا (الکترونیکی) ۲۴۳۰-۲۷۱۷
<http://Aftj.ir>

دوره ۳ | شماره ۵ پیاپی ۱۴ | ۵۵۱-۵۲۸
زمستان ۱۴۰۱

(مجموعه مقالات حوزه زنان)

نوع مقاله: پژوهشی

به این مقاله به شکل زیر استناد کنید:
درون متن:

(خزاعی، میرزاحسینی و نوکنی، ۱۴۰۱)

در فهرست منابع:

خزاعی، فاطمه، میرزاحسینی، حسن، و نوکنی، مصطفی. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان مبتنی بر شناختی رفتاری بر بهبود کیفیت زندگی بیماران زن دیالیزی. فصلنامه خانواده‌درمانی کاربردی، ۳(۵ پیاپی ۱۴): ۵۵۱-۵۲۸.

چکیده

هدف: مطالعه حاضر با هدف بررسی اثربخشی روش مبتنی بر شناختی رفتاری بر بهبود کیفیت زندگی بیماران دیالیزی انجام شد. روش بررسی: مطالعه کنونی کاربردی و نیمه آزمایشی بوده و به صورت پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه طراحی و پیاده‌سازی گردید، کلیه بیماران سرپایی تحت درمان با دستگاه دیالیز در مراکز درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۹۷-۱۳۹۸ جامعه آماری مطالعه را تشکیل می‌دادند، ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با بیماران کلیوی یکنانی نژاد و همکاران (۱۳۹۱) بود. پس از اجرای پروتکل درمانی توسط محققان این پژوهش طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در گروه مداخله، تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ صورت پذیرفت. یافته‌ها: نتایج تحقیق مطالعه نشان داد پروتکل درمانی مبتنی بر روش شناختی رفتاری بر تمامی ابعاد کیفیت زندگی تاثیر داشته و متجر به افزایش نمره میانگین نسبت به پیش‌آزمون شده است. همچنین تفاوت معناداری بین گروه‌ها، هم در بعد عمومی ($F=51/53, P<0/001$) و هم در بعد اختصاصی ($F=164/78, P<0/001$) کیفیت زندگی بیماران دیالیزی وجود داشت. نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های پژوهش می‌توان بیان کرد که روش شناختی رفتاری بر بهبود کیفیت زندگی بیماران دیالیزی موثر بوده و می‌توان به عنوان یک مداخله موثر در بهبود کیفیت زندگی بیماران به کار گرفته شود.

کلیدواژه‌ها: درمان شناختی رفتاری، بهبود کیفیت زندگی، بیماران دیالیزی.

مقدمه

بیماری مزمن کلیه^۱ یک اصطلاح عمومی است که برای اختلالات مختلفی که ساختار و عملکرد کلیه را تحت تأثیر قرار می‌دهند به کار می‌رود، یکی از تعاریف CKD کاهش میزان فیلتراسیون گلوبول به کمتر از ۶۰ میلی لیتر در دقیقه به ازاء هر ۱/۷۳ متر مربع بدن می‌باشد بروز این بیماری در مناطق مختلف جهان متفاوت است، اما به طور کلی بروز این بیماری در اغلب کشورها بیش از ۲۰۰ مورد در هر یک میلیون نفر در سال می‌باشد (جانسون، ۲۰۰۴). مرحله نهایی بیماری کلیوی^۲ شکل شدیدتر CKD است که به کاهش برگشت ناپذیر عملکرد کلیه‌ها گفته می‌شود و در صورت عدم انجام همودیالیز و یا پیوند کلیه، منجر به مرگ می‌گردد (مکسهم، ۲۰۰۹). با توجه به پیشرفت در تشخیص و روش‌های درمانی تعداد موارد بیماران همودیالیزی رو به افزایش است؛ از روش‌های رایج درمان نارسایی مزمن کلیه می‌توان به همودیالیز، دیالیز صفاقی و پیوند کلیه اشاره کرد (منفرد و همکاران، ۲۰۰۴). سالانه آمار بیماران تحت درمان با همودیالیز در ایران حدود ۱۵ درصد افزایش می‌یابد (محمدی و همکاران، ۲۰۰۸). همودیالیز شایع‌ترین روش درمانی جایگزین عملکرد کلیه در مبتلایان به مرحله نهایی بیماری نارسایی کلیه در سراسر جهان است و هدف عمده آن تا حد امکان نزدیک کردن زندگی بیمار کلیوی به زندگی عادی است (نریمانی، ۲۰۰۹). همودیالیز امروزی از سال ۱۹۴۳ زمانی که ویلیام کلف اولین ماشین دیالیز را ساخت؛ شروع گردید.

در سالهای اخیر تلاشهای زیادی برای کنترل تأثیر جسمی و روانی منفی بیماریها بر کیفیت زندگی صورت گرفته است. محققان کیفیت زندگی ابتدا دسته‌هایی از مردم مانند افراد سالخورده و بیماران را به عنوان جامعه هدف برای مطالعه کیفیت زندگی برگزیدند (شوسلر و فیشر، ۱۹۸۵). بیماران همودیالیز اگر به آینده امید داشته باشند ممکن است در ابعاد مختلف کیفیت زندگی خود وضعیت بهتری را احساس کنند و در صورت تحقق این امر، برخورداری از زندگی مطلوب به نوبه خود، احساس امید را در این بیماران افزایش خواهد داد. یکی از عوامل اثرگذار بر بهزیستی افراد و بهبود کیفیت زندگی بیماران، کاهش بازداری هیجانی در آنهاست. اجتناب از بروز هیجان‌ات منجر به رفتارهای ناسازگارانه شده، که همین امر موجب پریشانی بیشتر همراه با تداوم اجتناب شناختی رفتاری و کاهش کیفیت زندگی در افراد بیمار می‌شود (لوریام و گریشام، ۲۰۱۱). محققان بر این باور هستند که سبک مقابله‌ای اجتنابی می‌تواند به شکل اجتماعی - رفتاری (عدم حضور در موقعیت‌های اجتماعی، دوری‌گزینی از روابط بین فردی، اجتناب از مورد خطاب قرار گرفتن و پناه بردن به رژیم‌های غذایی نامطلوب برای تغییر ظاهر فیزیکی) یا اجتماعی - شناختی (اجتناب از برنامه ریزی برای آینده، بی‌تصمیمی، اجتناب از پذیرش مسئولیت پالش انگیز) باشد، سبک‌های مقابله‌ای اجتنابی به دو صورت اجتناب از شناخت فردی و اجتناب از رفتار فردی نیز بروز می‌کند (بال و لی، ۲۰۰۲؛ گاش، میلانی و ویلیامز، ۲۰۰۴).

از آنجایی که بیماران تحت درمان با دیالیز دچار اضطراب می‌شوند به دنبال راهی هستند بتوانند به طور کامل از اضطراب خود رهایی یابند و معمولاً از سبک‌های مقابله‌ای اجتنابی استفاده می‌کنند و بازداری هیجانی روی می‌آورند و به کمک انواع راهبردهای اجتناب شناختی، احساس بی‌کفایتی و ناتوانی در برقراری روابط اجتماعی مشابه را به وجود می‌آورند (کلارک، ۲۰۱۱).

¹ Chronic kidney disease

² End-stage renal disease

درمان شناختی رفتاری در ایجاد و افزایش توانمندی‌هایی مانند تصمیم‌گیری، ایجاد انگیزه، پذیرش مسئولیت، ارتباط مثبت با دیگران، شادکامی، ایجاد عزت نفس، حل مسئله، خودنظم‌دهی، خودکفایتی و سلامت روان موثر است (هال و همکاران، ۲۰۱۶). با توجه به افت سلامت روان در بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه یکی از روشهایی که می‌تواند باعث بهبود سلامت روان در آنان شود روش شناختی رفتاری است؛ این روش یکی از روش‌های پر کاربرد و اثربخش برای بهبود اکثر ویژگی‌های روانشناختی می‌باشد (هوینگ، ۲۰۱۶). از جمله رویکردهای روان‌شناختی مؤثر در کاهش استرس و بهبود کیفیت زندگی، درمان شناختی رفتاری است (شاه کرمی، ۲۰۱۵).

افراد با کیفیت زندگی پایین مشکلات فراوانی در سازگاری با موقعیتهای پیش آمده در زندگی روزمره دارند (وبل، ۲۰۱۵). با توجه به مشکلات افراد دارای افسردگی بالا و کیفیت زندگی پایین، احساس نیاز میشود تا با روشهای درمانی مناسب به دنبال کاهش افسردگی و افزایش کیفیت زندگی آنان بود؛ بمنظور تحقق این هدف طرحواره درمانی می‌تواند شیوه مناسبی باشد (سیورسن، ۲۰۱۵). آشناسازی با مدل طرحواره درمانی هیجانی یک فرآیند مستمر است که در طی آن، برای اولین بار فرد پی می‌برد که باورهایش در مورد هیجان‌ها را، تجارب مسئله ساز دوران کودکی اش تعیین کرده اند و این باورها به نوبه خود فرد را برای ارضای نیازها یا مقابله با هیجان‌هایش در مسیر بیهوده‌ای قرار داده است این الگوها به واسطه شغل، مراقبت از خویشتن و سایر حوزه‌های زندگی تداوم می‌یابند؛ در واقع مفهوم پردازش مشکل از طریق طرحواره درمانی هیجانی، یکی از اعتباربخش‌ترین تجربی است که بیمار تاکنون در زندگی می‌بیند و این پیام را انتقال دهد که شخص دیگری وی را درک می‌کند و برای تغییر کردن طرحی در دست می‌باشد (زیرک و آزادی، ۱۳۹۷) و منجر به کاهش بازداری هیجانی و در نتیجه بهبود کیفیت زندگی وی خواهد شد. علیرغم نوظهور بودن طرحواره درمانی هیجانی، اثربخشی این رویکرد درمانی برای اختلالاتی مانند استرس پس از سانحه، افسردگی و اضطراب فراگیر مورد تأیید قرار گرفته است (رضایی و همکاران، ۱۳۹۵؛ محمد خانی و همکاران، ۱۳۹۵).

بنابراین این پژوهش با هدف سنجش تاثیر مداخله روانشناختی مبتنی بر شناختی رفتاری بر شناختی رفتاری به عنوان درمانی در راستای بهبود کیفیت زندگی بیماران و کنار آمدن فرد با بیماری طراحی و اجرا شد. پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به سوالات زیر بود:

- ۱- آیا درمان مبتنی بر شناختی رفتاری بر بهبود کیفیت زندگی بیماران زن دیالیزی مراجعه کننده به مراکز دیالیز دانشگاه علوم پزشکی تهران در مرحله پس‌آزمون موثر بود؟
- ۲- آیا درمان مبتنی بر شناختی رفتاری بر بهبود کیفیت زندگی بیماران زن دیالیزی مراجعه کننده به مراکز دیالیز دانشگاه علوم پزشکی تهران در مرحله پیگیری پایدار بود؟

روش پژوهش

مطالعه کنونی کاربردی و نیمه آزمایشی بوده است و به صورت پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری همراه با گروه گواه طراحی و پیاده سازی شده است. کلیه بیماران سرپایی تحت فرآیند درمان با دستگاه دیالیز در مراکز درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران، در سال ۹۸-۱۳۹۷ جامعه آماری مطالعه را تشکیل می‌دادند. در این بین به روش غیر احتمالی در دسترس ۵ بیمارستان که به ارائه خدمات به بیماران دیالیزی

می‌پرداختند، به عنوان نمونه مراکز مورد مطالعه به صورت تصادفی انتخاب شدند. از طرف دیگر، به سبب ذات مطالعه و همچنین بر اساس پیشینه پژوهش‌های صورت پذیرفته؛ برای گروه مداخله و گواه، ۱۰ نفر انتخاب شدند و در مجموع ۲۰ نفر حجم نمونه واحدهای مورد مطالعه بودند. همچنین به منظور انتخاب نمونه‌ها معیارهای تکمیل فرم رضایت آگاهانه، تمایل به شرکت در مطالعه، بهره‌مندی از حداقل تحصیلات، عدم محدودیت در زمان شروع درمان، بازه سنی ۲۰ الی ۵۰ بودن به عنوان شاخص‌های ورود به مطالعه و همچنین وجود نشانه‌های روان-پریشی، اعتیاد به مواد مخدر، استفاده از دارو در درمان و سایر درمان‌های روانشناختی در طی ۶ ماه گذشته؛ به عنوان ملاک‌های خروج از مطالعه در نظر گرفته شدند.

ابزار پژوهش

۱. پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با بیماران کلیوی: در این مطالعه پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با بیماران کلیوی که توسط یکانی نژاد و همکاران روایی و پایایی آن محاسبه شد، مورد استفاده قرار گرفت (۱۳۹۱). این پرسشنامه شامل ۸ زیر مقیاس کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی (عملکرد جسمانی، محدودیت در نقش به علت مشکلات جسمی، محدودیت در نقش به علت مشکلات عاطفی، درد، سلامت کلی، سلامت روان، عملکرد اجتماعی و سرزندگی) و ۱۱ زیر مقیاس کیفیت زندگی ویژه بیماران کلیوی (علائم و مشکلات، اثر بیماری کلیوی، بار بیماری کلیوی، وضعیت کاری، عملکرد شناختی، کیفیت تعاملات اجتماعی، خواب، حمایت اجتماعی، تشویق کارکنان بخش دیالیز و رضایت مندی بیماران) بود. ضریب همسانی درونی این پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ بین ۰/۷۹ تا ۰/۹۱ به دست آمد (یکانی نژاد و همکاران، ۱۳۹۱). برای اجرای پرسشنامه؛ مداخلات و پروتکل درمانی توسط تیم پژوهش (دانشجوی دکتری مشاوره و دو تن از اساتید روانشناسی و مشاوره) به مدت هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای با سرفصل‌های ذیل در گروه مداخله پیاده سازی شد.

جدول ۱. محتوای جلسات درمانی بر اساس رویکرد شناختی رفتاری

جلسه	محتوای جلسات	تکالیف
جلسه اول	معارفه و ارائه اطلاعات کلی پژوهش و مدل شناختی رفتاری، اهداف برنامه، توضیح اصل رازداری، تکمیل فرم رضایت آگاهانه، پیش‌آزمون	-
جلسه دوم	بیان تمایز و رابطه افکار، احساسات و رفتار، آشنایی با سبک‌های ناکارآمد تفکر، تشخیص افکار منفی خودآیند بیماران در جلسه درمان، توجه به تغییر خلق مراجع در جلسه درمان و نشانه‌های کلامی و غیرکلامی بیماران در طول درمان از طریق ایفای نقش توسط بیماران و ارائه آموزش‌هایی در مورد کارایی آنها	اجرای نمونه کاربرگ برای اجرای تکنیک (ارتباط افکار، احساس و رفتار)
جلسه سوم	ارزیابی و شناسایی خطاهای شناختی، خودگویی مثبت بحث در مورد موانع رفتار ابرازگونه، ارائه مؤلفه‌های ارتباط ابرازگرانه، بحث در مورد استفاده از حل مسئله برای تعارضها، بررسی گام‌های رفتار ابرازگرانه تر	آموزش تکنیک حل مسئله
جلسه چهارم	تنظیم و بازسازی افکار و رفتار: توضیح چهار گام اصلی برای بازسازی افکار (شناسایی افکار، ارزیابی افکار، تغییر افکار، تعیین اثرات افکار اصلاح شده)، توزیع مجدد کاربرگ بازسازی افکار، شرح و توضیح تکنیک بازسازی افکار (شناخت)، تکنیک تصویرسازی ذهنی تجارب کودکی و بزرگسالی و کاوش در زمینه هیجان‌های مشترک هر دو تجربه،	آموزش تکنیک توقف فکر

جلسه پنجم	بررسی و اصلاح باورهای ناکارآمد هیجانی و بازسازی شناختی، ایجاد قدرت تحمل هیجان‌ها و افزایش قدرت پذیرش هیجان‌ها، شناخت هیجان‌ها، آموزش گذرا بودن هیجان، آموزش راهبردهای انطباقی رفتاری برای سازش آموزش تکنیک توقف فکر	آموزش آرامش عضلانی و تن آرامی
جلسه ششم	آموزش تکنیک‌های مدیریت استرس و راهبردهای حل مسئله، توضیح در مورد استرس واسترسورها، راهکارهای مقابله‌ای مناسب با استرس	آموزش مدیریت خشم
جلسه هفتم	تعریف عزت نفس، توزیع کاربرد خود انگاره عزت نفس، راهکارهای افزایش عزت نفس، کمک به خودارزیابی اعضا از خشم	تمرین تکنیک آرام‌سازی و ریلکسیشن
جلسه هشتم	جرات ورزی، تعریف رفتار جرات‌مندانه، تصور موقعیتی که در آن رفتار جرات‌مندانه داشتن مشکل است، خودگویی پیشنهادی برای افزایش جرات‌ورزی، تمایز بین رفتار منفعل، پرخاشگرانه و جرات‌مندانه، نمونه‌ای از افکار و خودگویی‌های منفی که مانع جرات‌مندی می‌شود، هدف‌های جرات‌ورزی، پیامدهای منفی نداشتن جرات، عوامل دوری از رفتار جرات‌مندانه راهکارهایی برای ابراز جرات‌مندی برای عینی‌تر کردن راهکارها.	
	ادامه بازسازی شناختی و سبک‌های مقابله‌ای مفید، تقویت آگاهی هیجانی، روند آموزش - تعمیم آن به هنگام مشکل و جمع بندی و پس آزمون	

روش اجرا

ملاحظات اخلاقی در این پژوهش به این صورت بود که شرکت در این پژوهش کاملاً اختیاری بود. قبل از شروع طرح، مشارکت‌کنندگان با مشخصات طرح و مقررات آن آشنا شدند. نگرش و عقاید افراد مورد احترام بود. اعضای گروه آزمایش و گواه، اجازه خروج از پژوهش در هر مرحله‌ای داشتند. علاوه بر این، اعضای گروه گواه در صورت علاقه‌مندی می‌توانستند بعد از اتمام طرح، مداخله انجام شده برای گروه آزمایش را در جلسات درمانی مشابه، عیناً دریافت کنند. کلیه مدارک و پرسشنامه‌ها و سوابق محرمانه، تنها در اختیار مجریان بود. رضایت نامه کتبی آگاهانه از همه داوطلبان اخذ گردید. در بررسی توصیفی داده‌ها شاخص‌های آماری مربوط به هر یک از متغیرهای پژوهش محاسبه گردید. در بخش آمار استنباطی از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و نرم افزار SPSS-22 استفاده گردیده است.

یافته‌ها

میانگین (انحراف معیار) سن شرکت‌کنندگان گروه آزمایش ۳۵/۹ (۷/۴) و گروه گواه ۳۶/۴ (۷/۵) بود. همچنین کمینه و بیشینه سن در گروه آزمایش ۲۶ و ۴۸ سال و در گروه گواه، ۲۷ و ۴۹ سال بود.

جدول ۲. شاخص‌های مرکزی و پراکندگی نمرات متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایش و گواه

متغیر	گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
بُعد عمومی	آزمایش	۱۹۴/۵۳	۴۸/۱۷	۲۸۳/۲۶	۴۷/۶۱
کیفیت زندگی	گواه	۱۹۷/۲۶	۵۳/۸۶	۱۹۵/۳۳	۵۱/۴۹
بُعد اختصاصی	آزمایش	۱۷۰	۴۷/۳۹	۲۷۸/۸۶	۵۸/۰۷
کیفیت زندگی	گواه	۱۷۳/۴۰	۴۶/۱۹	۱۷۵/۵۳	۴۶/۷۳

برای بررسی معناداری تفاوت بین نمره بعد عمومی و خصوصی کیفیت زندگی در دو گروه آزمایش و گروه گواه از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر استفاده شد.

جدول ۳. نتایج آزمون توزیع طبیعی نمره‌ها و آزمون همگنی واریانس‌ها

متغیر	گروه	کولموگروف-اسمیرنف	آزمون لوین	موخلی
		درجه آزادی	درجه آزادی	موخلی
بُعد عمومی	آزمایش	۱۰	۱۸	۰/۱۴۲
گواه	۱۰	۰/۲۸	۱/۷۷	۰/۸۹
بُعد اختصاصی	آزمایش	۱۰	۱۸	۰/۱۲۰
گواه	۱۰	۰/۸۵	۲/۰۱	۰/۸۷

نتایج تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر چند متغیری در بین گروه‌های مورد مطالعه در بعد عمومی و خصوصی کیفیت زندگی نشان داد اثر بین آزمودنی (گروه) معنادار می‌باشد و این اثر بدین معنی است که حداقل یکی از گروه‌ها با یکدیگر در حداقل یکی از متغیرهای بعد عمومی و خصوصی کیفیت زندگی تفاوت دارند. اثر درون آزمودنی (زمان) برای متغیرهای پژوهش نیز معنادار بود که بدین معنی است که در طی زمان از پیش آزمون تا پیگیری حداقل در یکی از متغیرهای میانگین با تغییر همراه بوده است.

جدول ۴. تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر برای مقایسه پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری بعد عمومی و خصوصی کیفیت زندگی در گروه‌های آزمایش و گواه

مقیاس	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	مجذور اتا
بُعد عمومی	زمان	۴۱۸/۱۷	۱	۴۱۸/۱۷	۳۸/۸۶	۰/۰۰۱	۰/۴۴
	زمان*گروه	۲۳۰/۴۶	۱/۷۰	۱۶۰/۱۴	۷۹/۱۶	۰/۰۰۱	۰/۷۳
	گروه	۱۵۰/۰۲	۱/۷۰	۱۰۴/۲۴	۵۱/۵۳	۰/۰۰۱	۰/۶۴
	زمان	۳۷/۴۸	۲	۱۸/۲۴	۷۰/۵۰	۰/۰۰۱	۰/۷۱
بُعد اختصاصی	زمان*گروه	۱۳۱/۶۱	۱	۱۳۱/۶۱	۱۵/۲۵	۰/۰۰۱	۰/۲۴
	گروه	۸۷/۶۲	۲	۴۳/۸۱	۱۶۴/۷۸	۰/۰۰۱	۰/۸۵

نتایج جدول ۴ بیان گر آن است که تحلیل واریانس برای عامل درون گروهی (زمان) معنادار است و بین گروهی معنادار است. این نتایج به آن معنی است که با در نظر گرفتن اثر گروه، اثر زمان نیز به تنهایی معنادار است. همچنین تعامل گروه و زمان نیز معنادار است که. همچنین برای مقایسه زوجی گروه‌ها نیز از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد.

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه بعد عمومی و خصوصی کیفیت زندگی

متغیر	گروه	مراحل	پس آزمون	پیگیری
	گروه آزمایش	پیش آزمون	۲۴/۲۰*	۲۱/۷۷*

۱۳/۴۲*	-	پس آزمون		بُعد عمومی
۲/۰۱	۲/۱۵	پیش آزمون	گروه گواه	
۲/۵۴	-	پس آزمون		
۱۸/۷۵*	۱۶/۶۰*	پیش آزمون	گروه آزمایش	بُعد اختصاصی
۱۵/۱۵*	-	پس آزمون		
۲/۰۸	۱/۰۶	پیش آزمون	گروه گواه	
۱/۱۱	-	پس آزمون		

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که نمره متغیر بُعد عمومی و اختصاصی در گروه آزمایش و در مرحله پس‌آزمون، بالاتر از گروه گواه است. به عبارت دیگر گروه آزمایش اثربخشی بالا بر روی افزایش بُعد عمومی و اختصاصی داشته است. همچنین این نتایج نشان می‌دهند که بُعد عمومی و اختصاصی در مرحله پیگیری در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه افزایش معنی‌داری داشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر با هدف بررسی اثربخشی روش مبتنی بر شناختی رفتاری بر بهبود کیفیت زندگی بیماران دیالیزی انجام شد. دیالیز به معنای تمیز کردن خون می‌باشد بطوریکه با دیالیز شدن بیمار بدن وی از سموم و مایعات اضافی تمیز می‌گردد؛ در بسیاری از کشورها همودیالیز رایج‌ترین روش درمان نارسایی مزمن کلیه است (ژانگ و روزنباخر، ۲۰۰۸). هدف نهایی در نارسایی مزمن کلیه درمان نیست (اسملترز و همکاران، ۲۰۰۸)؛ چرا که همودیالیز در کنار حفظ زندگی بیمار؛ به طور کامل نمیتواند جایگزین کلیه شود. از طرف دیگر درمان با دیالیز منجر به بروز اختلال در عملکرد جسمانی، روانی و اجتماعی در افراد شده، فرد را در معرض تنش‌هایی از جمله از دست دادن شغل، آزادی و امید به زندگی قرار می‌دهد (محمودی، شریعتی و بهنام‌پور، ۱۳۸۲) و در نهایت بیمار توانایی کمتری برای انجام فعالیت‌ها داشته و گوشه‌گیری و انزوا را بر می‌گزیند، بر اساس این چالش‌ها، کیفیت زندگی فرد مورد تهدید قرار می‌گیرد (موسوی و همکاران، ۱۳۸۸).

طبق رویکرد سازمان بهداشت جهانی، سلامتی نه فقط به معنای عدم وجود بیماری، بلکه به معنای رفاه و آسایش جسمانی، روانی و اجتماعی است؛ بنابراین در ارزیابی سلامت افراد نباید فقط به شاخص‌های سنتی سلامتی نظیر میزان مرگ و میر و ابتلا به بیماری توجه نمود. بلکه باید به درک افراد از کیفیت زندگی نیز توجه کرد (مک‌فارلند، ۲۰۱۰)، یکی از روش‌های موثر جهت بهبود کیفیت زندگی توانمند سازی است که اشاره به امکانات و قدرت‌هایی دارد که در درون و پیرامون افراد وجود دارد و ترجیحاً مشکلات و نقایص را شناسایی و آنها را مدیریت می‌کند (قویدل و همکاران، ۱۳۸۸). در موضوع کیفیت زندگی و اقدامات تسهیلی افزایش کیفیت زندگی؛ مطالعه باجانی و همکاران نشان داد که اجرا و پیاده‌سازی برنامه خود مدیریتی در بیماران دیالیزی؛ افزایش کیفیت زندگی هم در بعد عمومی و هم در بعد خصوصی را به همراه دارد (لوندگلو و همکاران، ۲۰۰۴). همچنین در مطالعه قوی دل و همکاران (۲۰۰۹)، اجرای مدل مراقبت مشارکتی؛ بهبود سرزندگی، عملکرد جسمانی و سلامت روان افراد بیمار را در پی دارد. از طرف دیگر مطالعه اوغلو و همکاران بیانگر این مفهوم بود که پس از مداخله و اقدام موثر؛ ابعاد عملکردی جسمی، روانی و فیزیکی بیماران تغییرات معنی‌داری داشته است. ساریزاده و همکاران (۱۳۹۷) در تحقیق خود بیان نمودند که اختلاف

آماری معنی داری در هر یک از شاخصهای مشکلات جسمی و عاطفی، سلامت کلی، سلامت روان، سرزندگی، تاثیر بیماری کلیوی، بار بیماری کلیوی، وضعیت کاری و کیفیت تعاملات اجتماعی بین دو گروه کنترل و آزمایش مشاهده شد.

در تبیین تأثیر روش شناختی رفتاری بر افزایش کیفیت زندگی بیماران می توان گفت با توجه به افت سلامت روان در بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه یکی از روشهایی که می تواند باعث بهبود سلامت روان در آنان شود، روش شناختی رفتاری است؛ این روش یکی از روشهای پر کاربرد و اثربخش برای بهبود اکثر ویژگیهای روانشناختی می باشد (۸). درمان شناختی رفتاری یک بسته راهبردی است که مرکب از عناصری از قبیل افزایش آگاهی افراد، آموزش تن آرامی و مراقبه، آموزش خودزاد، بازسازی شناختی، آموزش مهارت های ابرازگری، افزایش شبکه حمایت اجتماعی و مدیریت خشم می باشد (شاه کرمی و همکاران، ۱۳۹۴).

یافته های مطالعه نشان می دهد؛ نمره میانگین کلیه ابعاد عمومی کیفیت زندگی در گروه آزمایش پس از مداخله- روش شناختی رفتاری، افزایش پیدا کرده است. نمره میانگین کل سلامت عمومی نیز با افزایش روبرو بوده است و نسبت افزایش سلامت روانی به سلامت جسمانی بعد از مداخله، بیشتر بوده است. بر این اساس، جلسات شناختی رفتاری بر تمامی ابعاد اختصاصی کیفیت زندگی تأثیر داشته است و منجر به افزایش نمره میانگین نسبت به پیش آزمون بوده است. همچنین یافته های این مطالعه نشان می دهد؛ تفاوت معناداری بین گروه ها هم در بعد عمومی کیفیت زندگی و هم در بعد اختصاصی کیفیت زندگی بیماران دیالیزی وجود دارد. با توجه به اینکه میزان بعد عمومی و بعد اختصاصی کیفیت زندگی در گروه شناختی رفتاری نسبت به گروه کنترل به طور معناداری افزایش یافته است، این افزایش بدان معنی است که روش شناختی رفتاری بر بهبود بعد عمومی و بعد اختصاصی کیفیت زندگی بیماران دیالیزی موثر بوده است.

در مجموع، نتیجه تحقیق نشان داد روش شناختی رفتاری بر بهبود کیفیت زندگی بیماران دیالیزی موثر بوده است. این یافته با نتایج تحقیقات مشابه میلر و همکاران (۲۰۱۲)، کوالهپرو و همکاران (۲۰۰۸)، کریسچ (۲۰۰۹)، یانگ، کلاسکو، ویشار (۲۰۰۳)، یاوند حسنی و همکاران (۱۳۹۳) و خوش روش و همکاران (۱۳۹۴)، همسو است. رفتار درمانی شناختی نوعی روان درمانی است که بر تأثیر باورها، افکار و نگرش ها، احساسات و رفتارها به میزان ناثیرات محیطی تمرکز دارد (لیپکا و همکاران، ۲۰۱۴) این روش درمانی بوسیله تکالیف رفتاری به بیمار کمک میکند تا، باورهای ناکارآمد، تفسیرهای غلط و خطاهای شناختی، افکار و رفتارهای ناکارآمد خود را تشخیص دهد و این بینش را کسب کنند که تفسیر شخصی از اتفاقات زندگی، باعث بروز رفتارها و احساسات می شود و به طور کلی آنچه را که فکر می کنند احساس خواهند کرد. (راجر و همکاران، ۲۰۰۸)، استفاده از روش شناختی رفتاری باعث توانمند شدن افراد در زمینه افزایش کنترل و تسلط، مواجه شدن با مشکلات یا اتفاقات مختلف زندگی بطور مناسب می گردد (رایت و همکاران، ۲۰۰۹)، آنان یاد می گیرند خود را بدون انتقاد، همانگونه که هستند، دوست بدارند

نتایج این مداخله در دیگر بیماری ها نیز موثر بوده است؛ اکثر پژوهش ها حاکی از اثربخشی روش درمانی شناختی رفتاری بر سلامت روان بودند؛ در مطالعه کاربون و همکاران (۲۰۱۴) ضمن پژوهشی درباره بهبود سلامت روان و نوجوانان مبتلا به صرع از طریق درمان شناختی رفتاری به این نتیجه رسیدند که این شیوه درمانی باعث بهبود سلامت روانی نوجوان مبتلا به صرع شد. همچنین میکوکا-والوس و همکاران (۲۰۱۴)

در مطالعه خود نشان دادند که درمان شناختی رفتاری بر بهبود سلامت روانی موثر است. در مطالعه هاشمی و همکاران (۱۳۹۵) اثربخشی درمان شناختی رفتاری و طرحواره درمانی بر شادکامی و سلامت روان دانشجویان پرستاری مورد بررسی قرار گرفت؛ نتایج مطالعه نشان داد هر دو شیوه درمانی باعث بهبود شادکامی و سلامت روان شد. مطالعات دیگری هم نشان داد که روش شناختی رفتاری یکی از روش‌های موثر در کاهش اضطراب و فرا نگرانی زنان دارای سقط مکرر جنین (آخته، علی‌پور و صریفی‌ساک، ۱۳۹۳) ، کاهش افسردگی، اضطراب، و استرس در معتادان پس از ترک مواد (حبیبی و همکاران، ۲۰۱۳)، بهبود سلامت روان (عاشوری، ۱۳۹۴) و مدیریت استرس در کاهش افسردگی زنان مبتلا به بیماری مولتیپل اسکروزیس (ولی‌زاده و همکاران، ۲۰۱۵) بوده است.

با توجه به مرور پیشینه‌های موجود و شواهد تجربی این تحقیق برای بررسی اثربخشی روش شناختی رفتاری به عنوان درمانی برای بهبود کیفیت زندگی بیماران دیالیزی می‌توان بیان کرد که آموزه‌های رویکرد شناختی-رفتاری نه تنها در ایجاد بستر مناسب به منظور پیگیری اهداف شخصی در زندگی، یا به عبارت دیگر ایجاد شوق زیستن در مبتلایان موثر واقع شد که علی‌رغم وجود مشکلات ناشی از درمان مصمم تر شده، تا بتوانند از فرصت‌های پیش رو در جهت غنا بخشیدن به زندگی خود بهره گیرند. از آنجا که کیفیت زندگی درجه‌ای از نیاز به آسایش در ابعاد فیزیکی، و اجتماعی است و در این باره باید تجربیات افراد از آسایش در نظر گرفته شود، می‌بایست نگاه ویژه‌ای به موضوع کیفیت زندگی بیماران داشت، از این رو آموزش‌های روانشناختی و بهره‌گیری از رویکرد درمان مبتنی بر روش شناختی رفتاری؛ می‌تواند یکی از برنامه‌های موثر در پذیرش و سازگاری با محیط قلمداد شود. با توجه به اینکه بیماری‌های مزمن، زندگی افراد را در طولانی مدت درگیر می‌سازد و نیازمند اتخاذ راهبردهای مناسب است. پیشنهاد می‌گردد، همزمان با استفاده از مداخله‌های روانشناختی در بخش دیالیز بیمارستان‌ها، به درمان‌های روانشناختی در این بیماران و خانواده‌های آنان نیز به منظور بهبود کیفیت زندگی ایشان توجه شود. استفاده از روش درمانی شناختی رفتاری به صورت مشارکت با درمان‌های نوین و طب پزشکی جدید؛ می‌تواند در ارتقا کیفیت زندگی در بیماران خاص که نسبت به سایرین آسیب‌پذیرتر هستند، موثر باشد.

موازین اخلاقی

در این پژوهش موازین اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. با توجه به شرایط و زمان تکمیل پرسشنامه‌ها ضمن تأکید به تکمیل تمامی سؤال‌ها، شرکت‌کنندگان در مورد خروج از پژوهش مختار بودند. پس از اتمام پژوهش گروه گواه نیز تحت مداخله قرار گرفتند.

سپاسگزاری

این مقاله برگرفته از رساله دکتری می‌باشد؛ بدین وسیله نویسندگان از همکاری و حمایت معاون محترم درمان دانشگاه علوم پزشکی تهران و همکاری پرستاران بخش‌های دیالیز مراکز درمانی دانشگاه، بیماران شرکت کننده و کلیه افرادی که در اجرای هر چه بهتر این پژوهش کمک نموده‌اند؛ صمیمانه تشکر و قدردانی می‌نمایند.

مشارکت نویسندگان

پژوهش حاضر حاصل اقتباس از طرح پژوهشی نویسنده اول بود که توسط معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد قم به تصویب رسیده است. نویسنده این پژوهش در طراحی، مفهوم‌سازی، روش‌شناسی، گردآوری داده‌ها، تحلیل آماری داده‌ها، پیش‌نویس، ویراستاری و نهایی سازی نقش داشت.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

منابع

- آخته، مریم، علی پور، احمد، و شریفی ساکی، شیدا. (۱۳۹۳). اثر بخشی آموزش مدیریت استرس در کاهش اضطراب و فرارگری زنان دارای سقط مکرر جنین. روانشناسی سلامت، ۳(۱۱)، ۱۲۰-۱۲۹.
- خوش روش، وحید. پورمحسن، معصومه، و خیاط، سمیرا. (۱۳۹۴). تأثیر آموزش مدیریت استرس بر میزان سازگاری اجتماعی کارکنان زن بیمارستان‌های علوم پزشکی رشت. مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، ۱۴ (۳): ۲۳۵-۲۴۴.
- ساریزاده، محمد صادق، رفیعی نیا، پروین، صباحی، پرویز، و تمدن، محمد رضا. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی: یک مطالعه کارآزمایی آموزشی تصادفی شده. مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، ۱۷ (۳): ۲۵۲-۲۴۱.
- شاهرکمی، محمد، زهراکار، کیانوش، مرادی زاده، سیروس، داورنیا، رضا، و شاکرمی، محمد. (۱۳۹۴). اثر بخشی درمان شناختی- رفتاری مدیریت استرس به شیوه ی گروهی بر بهبود کیفیت زندگی همسران افراد تحت درمان با متادون. مجله تحقیقات سلامت در جامعه، ۱ (۲): ۱۲-۲۱.
- عاشوری، جمال. (۱۳۹۴). مقایسه اثربخشی فراشناخت درمانی و طرحواره درمانی بر کاهش علائم اضطراب و افسردگی دانشجویان پرستاری و مامایی. مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک، ۱۸ (۲): ۶۱-۵۰.
- قویدل، فاطمه، محمدزاده، شهلا، پیراسته، حمید، و علوی مجد، حمید. (۱۳۸۸). بررسی تأثیر بکارگیری مدل مراقبت مشارکتی بر کیفیت زندگی بیماران تحت همودیالیز مراجعه کننده به بیمارستان بعثت نیروی هوایی شهر تهران در سال ۱۳۸۷. ابن سینا، ۱۲ (۲ و ۳): ۲۷-۲۲.
- محمودی، غلام‌رضا، شریعتی، علی‌رضا، و بهنام‌پور، ناصر. (۱۳۸۲). ارتباط بین کیفیت زندگی و روشهای مقابله‌ای به کار گرفته توسط بیماران تحت درمان با همودیالیز. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان، ۵ (۲): ۴۳-۵۲.
- موسوی، بتول، میر سلیمی، فاطمه، سروش، محمدرضا، معصومی، مهدی، و منتظری، علی. (۱۳۸۸). کیفیت زندگی در جانبازان ایرانی با قطع عضو در هر دو اندام تحتانی. پایش، ۸ (۳): ۳۱۰-۳۰۳.
- هاشمی، نظام، غیورباغبانی، سیدمرتضی، خدیوی، غلامرضا، هاشمیان نژاد، فریده، و عاشوری، جمال. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان شناختی رفتاری و طرحواره درمانی بر شادکامی و سلامت روان دانشجویان پرستاری. مجله بالینی پرستاری و مامایی، ۵ (۱): ۲۲-۱۲.
- یاوند حسنی، اصغر، فرح بخش، کیومرث، و شفیع آبادی، عبدالله. (۱۳۹۳). بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و قصه درمانی بر کاهش اختلالات رفتاری نوجوانان. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۴(۱)، ۹۴-۷۱.

یکانی نژاد، میرسعید، محمدی زیدی، عیسی، اکبری، آرش، گلشن، علیرضا، و پاکپورحاجی آقا، امیر. (۱۳۹۱). پایایی و روایی فرم کوتاه پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران کلیوی به زبان فارسی در جامعه ایرانی (KDQOL-SFTM 1.3). مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، ۴(۲ (پیاپی ۱۲))، ۲۶۱-۲۷۳.

References

- Baciu, C., & Baciu, A. (2015). Quality of life and students' socialization through sport. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 209, 78-83.
- Bakr, A., Amr, M., Sarhan, A., Hammad, A., Ragab, M., El-Refaey, A., & El-Mougy, A. (2007). Psychiatric disorders in children with chronic renal failure. *Pediatric nephrology*, 22(1), 128-131.
- Carbone, L., Plegue, M., Barnes, A., & Shellhaas, R. (2014). Improving the mental health of adolescents with epilepsy through a group cognitive behavioral therapy program. *Epilepsy & behavior*, 39, 130-134.
- Cavalheiro, A. M., Moura Junior, D. F., & Lopes, A. C. (2008). Stress in nurses working in intensive care units. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16, 29-35.
- Chilcot, J., Wellsted, D., & Farrington, K. (2010). Illness representations are associated with fluid nonadherence among hemodialysis patients. *Journal of psychosomatic research*, 68(2), 203-212.
- Habibi, Z., Tourani, S., Sadeghi, H., & Abolghasemi, A. (2013). Effectiveness of stress management skill training on the depression, anxiety and stress levels in drug addicts after drug withdrawal. *International journal of high risk behaviors & addiction*, 2(2), 82.
- Hall, J., Kellett, S., Berrios, R., Bains, M. K., & Scott, S. (2016). Efficacy of cognitive behavioral therapy for generalized anxiety disorder in older adults: systematic review, meta-analysis, and meta-regression. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 24(11), 1063-1073.
- Horigan, A. E. (2012). Fatigue in hemodialysis patients: a review of current knowledge. *Journal of pain and symptom management*, 44(5), 715-724.
- Hoying, J., Melnyk, B. M., & Arcoleo, K. (2016). Effects of the COPE cognitive behavioral skills building TEEN program on the healthy lifestyle behaviors and mental health of Appalachian early adolescents. *Journal of Pediatric Health Care*, 30(1), 65-72.
- Idier, L., Untas, A., Koleck, M., Chauveau, P., & Rascle, N. (2011). Assessment and effects of Therapeutic Patient Education for patients in hemodialysis: a systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 48(12), 1570-1586.
- Irwin, M. R., Olmstead, R., Breen, E. C., Witarama, T., Carrillo, C., Sadeghi, N., ... & Cole, S. (2015). Cognitive behavioral therapy and tai chi reverse cellular and genomic markers of inflammation in late-life insomnia: a randomized controlled trial. *Biological psychiatry*, 78(10), 721-729.
- Kirsch, J. (2009). Early maladaptive schemas, self-esteem, and changes in depression and anxiety in young adults during residential substance abuse treatment. *Widener University, Institute for Graduate Clinical Psychology*.
- Levendoğlu, F., Altintepe, L., Okudan, N., Uğurlu, H., Gökbek, H., Tonbul, Z., ... & Türk, S. (2004). A twelve week exercise program improves the psychological status, quality of life and work capacity in hemodialysis patients. *Journal of nephrology*, 17(6), 826-832.
- Lipka, J., Hoffmann, M., Miltner, W. H., & Straube, T. (2014). Effects of cognitive-behavioral therapy on brain responses to subliminal and supraliminal threat and their functional significance in specific phobia. *Biological psychiatry*, 76(11), 869-877.

- McFarland, M. J. (2010). Religion and mental health among older adults: Do the effects of religious involvement vary by gender?. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 65(5), 621-630.
- Mealer, M., Jones, J., Newman, J., McFann, K. K., Rothbaum, B., & Moss, M. (2012). The presence of resilience is associated with a healthier psychological profile in intensive care unit (ICU) nurses: results of a national survey. *International journal of nursing studies*, 49(3), 292-299.
- Reger, M. A., & Gahm, G. A. (2009). A meta analysis of the effects of internet and computer based cognitive behavioral treatments for anxiety. *Journal of clinical psychology*, 65(1), 53-75.
- Scott, C., & Myers, K. (2010). Toward an integrative theoretical perspective on organizational membership negotiations: Socialization, assimilation, and the duality of structure. *Communication Theory*, 20(1), 79-105.
- Shi, J. M., Henry, S. P., Dwy, S. L., Oraziotti, S. A., & Carroll, K. M. (2019). Randomized pilot trial of Web-based cognitive-behavioral therapy adapted for use in office-based buprenorphine maintenance. *Substance abuse*, 40(2), 132-135.
- Smeltzer, S. C., Bare, B. G., Hinkle, J. L., Cheever, K. H., Townsend, M. C., & Gould, B. (2008). *Brunner and Suddarth's textbook of medicalsurgical nursing 10th edition*. Philadelphia: Lipincott Williams & Wilkins.
- Valizadeh, R., Sohrabnejad, S., Mehraban, S., Ahmadboukani, S. (2015). Effectiveness of cognitive- behavioral based stress management training on depression of MS female patients. *J Ilam Uni Med Sci*. 23 (5):91-98.
- Webel, A. R., Wantland, D., Rose, C. D., Kempainen, J., Holzemer, W. L., Chen, W. T., ... & Portillo, C. (2015). A cross-sectional relationship between social capital, self-compassion, and perceived HIV symptoms. *Journal of pain and symptom management*, 50(1), 59-68.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner" s guide*. A Division of Guilford Publications.
- Zhang, Q. L., & Rothenbacher, D. (2008). Prevalence of chronic kidney disease in population-based studies: systematic review. *BMC public health*, 8(1), 1-13.

پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران دیالیزی

این پرسشنامه شامل سوالات بسیار متنوعی در مورد سلامت شما و کیفیت زندگی تان می باشد. ما علاقه مند به نحوه احساس شما در مورد هر یک از این مسائل هستیم.

۱- بطور کلی میگویید سلامتی تان چگونه است. در یک مربع که بهتر پاسخ شما را توصیف می کند علامت بزنید.

ضعیف	متوسط	خوب	خیلی خوب	عالی
۵	۴	۳	۲	۱

۲- اکنون در مقایسه با سال گذشته ، سلامتی خود را بطور کلی چگونه ارزیابی می کنید ؟

اکنون خیلی بدتر از یک سال پیش است	اکنون حدودی بدتر از یک سال پیش است	تقریباً شبیه سال پیش است	اکنون حدودی بهتر از یک سال پیش است	اکنون خیلی بهتر از یک سال پیش است
۵	۴	۳	۲	۱

۳- سوالات زیر در مورد فعالیت‌هایی هستند که ممکن است در طول یک روز معمولی انجام دهید. آیا اکنون وضعیت سلامتی تان موجب محدود شدن شما در این فعالیت‌ها می‌گردد؟ در داخل یک مربع بر روی هر خط، علامت بزنید

بله مقدار زیادی محدود شده	بله ، اندکی محدود شده	نه اصلا محدود نشده	
۱	۲	۳	۱- فعالیت‌های شدید نظیر دویدن ، بلند کردن اشیاء سنگین ، شرکت در ورزشهای پر تحرک
۱	۲	۳	۲- فعالیت‌ها ملایم نظیر حرکت دادن یک میز ، هل دادن یک جارو برقی ، پرتاب توپ با دست ، ضربه زدن توپ با پا
۱	۲	۳	۳- بلند کردن یا حمل کردن مواد غذایی خریداری شده از فروشگاه
۱	۲	۳	۴- بالا رفتن از یک پله
۱	۲	۳	۵- بالا رفتن از چند پله
۱	۲	۳	۶- خم شدن ، زانو زدن یا دولا شدن
۱	۲	۳	۷- پیاده روی بیش از ۱۶۰۰ متر
۱	۲	۳	۸- ۵۰۰ متر پیاده روی
			۹- ۱۰۰ متر پیاده روی

۱	۲	۳	
			۱۰- حمام کردن یا لباس پوشیدن بدون کمک
۱	۲	۳	

۴- آیا در طول هفته گذشته، هیچک از مسائل زیر را در رابطه با کارتان یا سایر فعالیت‌های منظم روزانه تان در نتیجه وضعیت سلامت جسمانی خود، داشته اید؟

خیر	بله	
		۱- کاهش مدت زمانی که صرف کار یا سایر فعالیت‌ها می‌نمایید؟
۱	۲	
		۲- انجام کارها در سطح پایین‌تر از آنچه که مایل بودید؟
۱	۲	
		۳- محدود شدن از نظر نوع کار یا سایر فعالیت‌ها؟
۱	۲	
		۴- دچار مشکل شدن در مورد انجام کار یا سایر فعالیت‌ها (مثلاً تلاش زیادی بخواهد)؟
۱	۲	

۵- آیا در طول ۴ هفته گذشته، هیچک از مسائل زیر را در رابطه با کارتان یا سایر فعالیت‌ها منظم روزانه تان در نتیجه هر نوع مسائل عاطفی (نظیر احساس فردگی یا اضطراب) داشته اید؟

خیر	بله	
		۱- کاهش مدت زمانی که صرف کار یا سایر فعالیت‌ها می‌نمایید؟
۱	۲	
		۲- انجام کارها در سطح پایین‌تر از آنچه که مایل بودید؟
۱	۲	

۳- عدم انجام کار یا سایر فعالیتها به دقت معمول؟		
۱	۲	

۶- در طول ۴ هفته گذشته، به چه میزان وضعیت سلامت جسمانی یا مسایل عاطفی شما موجب اختلال در فعالیتهای طبیعی اجتماعی خانواده، دوستان، همسایگان یا باشگاه‌ها گردیده است؟

خیلی زیاد	خیلی	تا حدودی	اندکی	به هیچ وجه
	۴	۳	۲	۱

۷- در طول ۴ هفته گذشته، چقدر درد بدنی داشته‌اید؟

خیلی شدید	شدید	متوسط	کم	خیلی کم	هیچ
۶	۵	۴	۳	۲	۱

۸- در طول ۴ هفته گذشته، چقدر درد موجب بروز اختلال در فعالیت طبیعی شده است (شامل کار در بیرون و داخل خانه)

خیلی زیاد	خیلی	تا حدودی	اندکی	به هیچ وجه
۵	۴	۳	۲	۱

۹- این سوالات را در مورد نحوه احساس شما و اتفاقات رخ داده در طول ۴ هفته گذشته، می‌باشند. لطفاً به هر سوال یک پاسخ که نزدیکتر به احساس شما میباشد، بدهید.
چه مدت زمانی را در طول ۴ هفته گذشته.....

تمام مدت	بیشتر اوقات	بخش قابل توجهی از زمان	مقداری از زمان	اندک زمانی	هیچ وقت	
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۱. احساس می‌کردید پر از سر زندگی هستید؟
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۲. یک شخص بسیار عصبی بودید؟
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۳. احساس می‌کردید به قدری دچار مشکل هستید که هیچ چیزی نمیتواند شما را خوشحال کند؟
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۴. احساس می‌کردید آرام و آسوده هستید؟
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۵. دارای انرژی زیادی بودید؟
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۶. احساس دل شکستگی و اندوه می‌کردید؟
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷. احساس از کار افتادگی داشتید؟
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۸. فرد خوشحالی بودید؟

۱.۹ احساس خستگی داشتید؟					
۱	۲	۳	۴	۵	۶

۱۰- در طول ۴ هفته گذشته، برای چه مدت زمانی، سلامت جسمی یا مسائل عاطفی شما موجب اختلال در فعالیتهای اجتماعی گردید؟ (نظیر ملاقات با دوستان، بستگان و غیره)

هیچ وقت	اندک زمانی	مقداری از زمان	بیشتر زمان	تمام مدت
۵	۴	۳	۲	۱

۱۱- لطفا پاسخی را انتخاب کنید که به بهترین وجه، صحیح یا غلط بودن هر یک از جملات زیر را در مورد شما توصیف می‌کند.

کاملاً غلط	در بیشتر مواقع غلط	نمی‌دانم	در بیشتر مواقع صحیح	کاملاً صحیح
۵	۴	۳	۲	۱
۱	۲	۳	۴	۵
۱	۲	۳	۴	۵
۱	۲	۳	۴	۵
۱	۲	۳	۴	۵

بیماری کلیوی شما

۱۲- هر یک از جملات زیر چقدر در مورد شما صحیح یا غلط است؟

کاملاً صحیح	در بیشتر مواقع صحیح	نمی‌دانم	در بیشتر مواقع غلط	کاملاً غلط
-------------	---------------------	----------	--------------------	------------

۱	۲	۳	۴	۵	۱. بیماری کلیوی من ، خیلی در زندگی من اختلال ایجاد می کند.
۱	۲	۳	۴	۵	۲. مقدار بسیار زیادی از وقت من صرف کنار آمدن با بیماری کلیوی ام می شود
۱	۲	۳	۴	۵	۳. من در کنار آمدن با بیماری کلیوی ام احساس ناکامی میکنم.
۱	۲	۳	۴	۵	۴. من احساس میکنم باری بر دوش خانواده ام هستم.

۱۳- این سوالات در مورد نحوه احساس شما و نحوه جریان کارها در طی ۴ هفته گذشته ، می باشد. لطفا به هر سوال یک پاسخ بدهید که نزدیکتر به شما باشد.
چه مدت زمان را در طی ۴ هفته گذشته

تمام مدت	بیشتر اوقات	بخش قابل توجهی از زمان	مقداری از زمان	اندک زمانی	هیچ وقت	
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۱. خود را از سایر افراد پیرامون تان ، جدا نگه داشته اید؟
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۲. به آرامی چیزهایی را که گفته شده یا انجام شده واکنش نشان داده اید؟
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۳. با عصبانیت نسبت به اطرافیان خود رفتار کردید؟
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۴. دچار مشکل در تمرکز یا تفکر بودید؟
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۵. به خوبی با دیگر افراد کنار آمدید؟

۶. دچار سردرگمی شدید؟					
۶	۵	۴	۳	۲	۱

۱۴- در طول ۴ هفته گذشته، به چه میزان بوسیله هر یک از موارد زیر دچار زحمت شدید؟

بدون هیچ گونه زحمت	تا حدودی دچار زحمت	نسبتاً دچار زحمت	دچار زحمت خیلی زیاد	دچار فوق العاده زحمت	
۱	۲	۳	۴	۵	۱. درد در ماهیچه های پتان (درد عضلات)
۱	۲	۳	۴	۵	۲. درد قفسیه سینه ؟
۱	۲	۳	۴	۵	۳. گرفتگیها ؟
۱	۲	۳	۴	۵	۴. خارش پوست ؟
۱	۲	۳	۴	۵	۵. خشکی پوست ؟
۱	۲	۳	۴	۵	۶. تنگی نفس ؟
۱	۲	۳	۴	۵	۷. ضعف یا گیجی ؟
۱	۲	۳	۴	۵	۸. بی اشتها یی ؟
۱	۲	۳	۴	۵	۹. خستگی یا بی حالی ؟

۱	۲	۳	۴	۵	۱۰. ای حس در دستها و پاها؟
۱	۲	۳	۴	۵	۱۱. تهوع و دل پیچه؟
۱	۲	۳	۴	۵	(این سوال برای بیماران همودیالیزی است) ۱۲. مشکلات مربوط به دسترسی رگها؟
۱	۲	۳	۴	۵	(این سوال برای بیماران دیالیز صفاقی است) ۱۳. مشکلات مربوط به محل کاتی تر دیالیز

اثرات بیماری کلیوی بر زندگی روزانه شما

۱۵- برخی افراد به وسیله اثرات بیماری کلیوی بر زندگی روزانه شان، دچار زحمت می شوند ، در حالیکه دیگران اینگونه نیستند.

چقدر بیماری کلیوی موجب زحمت شما در هر یک از حیطه های زیر می شود؟

بدون هیچ گونه زحمت	تا حدودی دچار زحمت	نسبتا دچار زحمت	دچار زحمت خیلی زیاد	دچار فوق العاده زحمت	
۱	۲	۳	۴	۵	۱. محدودیت مصرف مایعات؟
۱	۲	۳	۴	۵	۲. محدودیت در مصرف مواد غذایی
۱	۲	۳	۴	۵	۳. توانایی شما برای کار در محیط خانه؟
۱	۲	۳	۴	۵	۴. توانایی شما برای مسافرت؟
۱	۲	۳	۴	۵	۵. وابستگی به پزشکان یا سایر کارکنان پزشکی؟
					۶. تنش یا نگرانی حاصل از بیماری کلیوی؟

۱	۲	۳	۴	۵	
۱	۲	۳	۴	۵	۷. زندگی جنسی شما ؟
۱	۲	۳	۴	۵	۸. ظاهر شخصی شما ؟

سه سوال بعدی ، شخصی هستند و مربوط به فعالیت جنسی شما می باشند ، اما پاسخهای شما در درک چگونگی تأثیرات بیماری کلیوی بر زندگی مردم ، حائز اهمیت هستند.

۱۶- در طول ۴ هفته گذشته ، آیا فعالیت جنسی داشته اید ؟

خیر.....۱ اگر خیر ، لطفا به سوال ۱۷ پاسخ دهید.

بله۲

هر یک از موارد زیر در طول ۴ هفته گذشته ، چقدر با مشکل مواجه بودید؟

بدون هیچ گونه مشکلی	تا حدودی دچار مشکل	نسبتاً دچار مشکل	دچار مشکل خیلی زیاد	دچار مشکل فوق العاده زیاد	
۱	۲	۳	۴	۵	۱. لذت جنسی ؟
۱	۲	۳	۴	۵	۲. ایجاد تحریک جنسی ؟

۱۷- لطفا برای سوال زیر ، میزان خوب خود را با استفاده از مقیاسی با نمره ۰ که بیانگر " خیلی بد " ، تا نمره ۱۰

بیانگر " خیلی خوب " ، درجه بندی نمایید.

اگر فکر میکنید وضعیت خوابتان در جای خیلی بد و خیلی خوب قرار دارد ، لطفا مربع زیر عدد ۵ را علامت بزینید.

خیلی خوب خیلی بد										
۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰

۱۸- چقدر در طول ۴ هفته گذشته

خیلی ناراضی	تا حدودی راضی	تا حدودی راضی	خیلی راضی	
۱	۲	۳	۴	۱. مدت زمانی را که توانستید با خانواده و دوستان تان سپری کنید؟
۱	۲	۳	۴	۲. حمایتی که از جانب خانواده و دوستان تان دریافت نموده اید؟

تمام مدت	بیشتر اوقات	بخش قابل توجهی از زمان	مقدرای از زمان	اندک زمانی	هیچ وقت	
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۱. در طول شب بیدار شدید و مشکل در به خواب رفتن مجدد داشتید؟
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۲. به میزان مورد نیاز تان به خواب رفتید؟
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۳. در بیدار ماندن در طول روز دچار مشکل بودید؟

۱۹- در رابطه با خانواده و دوستان خود، چقدر از موارد ذیل راضی هستید؟

۲۰- آیا در طول ۴ هفته گذشته، یک شغل مناسب دارای درآمد داشته اید؟

بله ۱	خیر ۲
----------	----------

۲۱- آیا وضعیت سلامت شما مانع از داشتن یک شغل دارای درآمد می‌گردد؟

بله ۱	خیر ۲
----------	----------

۲۲- بطور کلی، چه نمرای به سلامتی خود می‌دهید؟

بهبودترین حالت ممکن جایی بین بدتر و بهترین حالت بدترین حالت ممکن										
۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰

رضایت از مراقبت

۲۳- در مورد مراقبتی که برای بیماری کلیوی دریافت می‌کنید، فکر کنید. از نظر میزان رضایتمندی شما، دوستی و علاقه ابراز شده به عنوان یک شخص، چقدر است؟

بهبودترین	عالی	خیلی خوب	خوب	متوسط	ضعیف	خیلی ضعیف
۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱

۲۴- هر یک از جملات زیر چقدر صحیح یا غلط است؟

کاملاً غلط	در بیشتر مواقع غلط	نمی‌دانم	در بیشتر مواقع صحیح	کاملاً صحیح
۵	۴	۳	۲	۱
<p>۱. کارکنان بخش دیالیز من را تشویق می‌کنند تا جایی که ممکن است مستقل باشم.</p>				
<p>۲. کارکنان بخش دیالیز من را در سازگاری با بیماری کلیه ام حمایت می‌کنند</p>				

The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on improving the quality of life of dialysis patients referred to dialysis centers of Tehran University of Medical Sciences

Fatemeh. Khazaei¹, Hassan. Mirzahoseini^{2*} & Mostafa. Nokani³

Abstract

Aim: The aim of this study was to evaluate the effectiveness of cognitive-behavioral methods on improving the quality of life of dialysis patients. **Methods:** The present study is applied and quasi-experimental and was designed and implemented as a pre-test-post-test with a control group. All outpatients treated with dialysis machine in medical centers affiliated to Tehran University of Medical Sciences in 2019-20. The statistical population consisted of the study. The data collection tool was a quality of life questionnaire related to kidney patients. After the implementation of the treatment protocol by the research team in 8 sessions of 90 minutes in the intervention group, data analysis using covariance test Multivariate and SPSS software version 24 were performed. **Results:** The results of the study showed that the treatment protocol based on behavioral methodology had an effect on all aspects of quality of life and resulted in an increase in the mean score compared to the pretest. There is also a significant difference between the groups, both in the general dimension and in the specific dimension of dialysis patients' lives. **Conclusion:** Based on the research findings, it can be stated that behavioral cognitive methodology is effective in improving the quality of life of dialysis patients and can be used as an effective intervention in improving the quality of life of patients.

Keywords: Cognitive Behavioral Therapy, Improving Quality of Life, Dialysis.

1. PhD student, Counseling, Faculty of Humanities, Qom Branch, Islamic Azad University, Qom, Iran

2. *Corresponding author: Department of Psychology, Qom Branch, Islamic Azad University, Qom, Iran

Email: mirzahoseini.hasan@yahoo.com

3. Assistant Professor, Arak School of Medicine, Arak University of Medical Sciences, Iran