

Research Paper



Comparison of Effectiveness of Treatment Based on Acceptance and Commitment and Dialectical Behavior Therapy on Pain Intensity, Blood Pressure and Behavioral Regulation of Emotions in Dialysis Patients



Seyed Mojtaba Aghili^{1*}, Mina Ghasemi²

1. Faculty member, Department, Payam Noor University, Tehran, Iran.
2. Master of Psychology, Faculty of Humanities, Payam Noor University, Gorgan, Iran.



DOI: [10.22034/jmpr.2024.63412.6398](https://doi.org/10.22034/jmpr.2024.63412.6398)

URL: https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_18946.html



ARTICLE INFO

ABSTRACT

Keywords:
Acceptance and Commitment Therapy, Dialectical Behavior Therapy, Pain Intensity, Blood Pressure, Behavioral Regulation of Emotions

Received: 2024/09/09
Accepted: 2024/10/13
Available: 2025/01/01

The present study was conducted with the aim of comparing the effectiveness of acceptance and commitment therapy and dialectical behavior therapy on pain intensity, blood pressure and behavioral regulation of emotions in dialysis patients. The research method was semi-experimental with two experimental groups and a control group with a pre-test-post-test design. The statistical population was all dialysis patients referred to Hakim Teb Andrazgo Dialysis Center in Tehran in 2023. The sample size included 45 dialysis patients from the aforementioned community, who were selected by available sampling method and randomly placed in two test groups and one control group (15 people in each group). The tools included visual pain scale (VAS), Kraich and Garnevsky (2019) Behavioral Emotion Regulation Questionnaire and blood pressure device. For data analysis, multivariate covariance test was used with SPSS version 26 software. The findings showed that both treatments in the post-test stage had a significant effect on the reduction of pain intensity and blood pressure and the behavioral regulation of emotions in dialysis patients ($p < 0.05$). Therefore, it can be concluded that psychologists and therapists can use both acceptance and commitment-based treatments and dialectical behavior therapy in their psychological interventions. To reduce the intensity of pain and blood pressure and to regulate the behavior of emotions in dialysis patients.



* **Corresponding Author:** Seyed Mojtaba Aghili
E-mail: dr_aghili1398@yahoo.com

مقاله پژوهشی



مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و رفتاردرمانی دیالکتیک بر شدت درد، فشار خون و تنظیم رفتاری عواطف بیماران دیالیزی

سید مجتبی عقیلی^{۱*}، مینا قاسمی^۲

۱. عضو هیئت علمی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

۲. کارشناس ارشد روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه پیام نور، گرگان، ایران.

DOI: [10.22034/jmpr.2024.63412.6398](https://doi.org/10.22034/jmpr.2024.63412.6398)URL: https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_18946.html

مشخصات مقاله

چکیده

کلیدواژه‌ها:

درمان پذیرش و تعهد،
رفتاردرمانی دیالکتیک،
شدت درد، فشار خون،
تنظیم رفتاری عواطف

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و رفتاردرمانی دیالکتیک بر شدت درد، فشار خون و تنظیم رفتاری عواطف بیماران دیالیزی انجام شد. روش پژوهش نیمه تجربی به همراه دو گروه آزمایش و یک گروه گواه با طرح پیش آزمون-پس آزمون بود. جامعه آماری کلیه بیماران دیالیزی مراجعه‌کننده به مرکز دیالیز حکیم طب اندرزگو شهر تهران در سال ۱۴۰۲ بودند. حجم نمونه شامل ۴۵ بیمار دیالیزی از جامعه مذکور بود که با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه (هر گروه ۱۵ نفر) جای‌دهی شدند. ابزارها شامل مقیاس دیداری درد (VAS)، پرسشنامه تنظیم رفتاری عواطف کرایچ و گارنفسکی (۲۰۱۹) و دستگاه فشار خون بود. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون کوواریانس چندمتغیره با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ استفاده شد. یافته‌ها نشان داد که هر دو درمان در مرحله پس آزمون بر کاهش شدت درد و فشارخون و تنظیم رفتاری عواطف در بیماران دیالیزی تاثیر معنی‌داری داشته‌اند ($p < 0.05$). بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که روانشناسان و درمانگران می‌توانند در مداخله‌های روانشناختی خود از هر دو درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و رفتاردرمانی دیالکتیک برای کاهش شدت درد و فشار خون و تنظیم رفتاری عواطف در بیماران دیالیزی استفاده نمایند.

دریافت شده: ۱۴۰۳/۰۶/۱۹

پذیرفته شده: ۱۴۰۳/۰۷/۲۲

منتشر شده: ۱۴۰۳/۱۰/۱۲

* نویسنده مسئول: سید مجتبی عقیلی
رایانامه: dr_aghili1398@yahoo.com

مقدمه

نارسایی مزمن کلیه یک اختلال پاتولوژیک پیش‌رونده و غیرقابل برگشت است و در این حالت توانایی کلیه در دفع مواد زائد متابولیک و حفظ مایع و الکترولیت‌ها از بین می‌رود (لمیر^۱ و همکاران، ۲۰۲۱). این بیماری باعث افزایش خستگی (ناتال^۲ و همکاران، ۲۰۲۳)، درد، اضطراب و نوسانات خلقی در بیماران می‌شود (ملک‌پور و همکاران، ۱۴۰۲). به مرحله پیشرفته این بیماری که جهت ادامه حیات نیازمند پیوند یا دیالیز است، مرحله انتهایی بیماری کلیوی اطلاق می‌شود که در حال حاضر در جهان رو به افزایش است (نصرآبادی و همکاران، ۱۴۰۰). دیالیز از شایع‌ترین درمان‌های مرتبط در بیماران مبتلا به مرحله نهایی نارسایی کلیوی است و تغییرات سریع در وضعیت جسمانی و روانی بیماران تحت درمان با دیالیز آن‌ها را در معرض خطرات جدی قرار می‌دهد (مورسا^۳ و همکاران، ۲۰۱۸).

بیماران مبتلا به نارسایی کلیه از جمله بیمارانی هستند که به دلیل تغییر در سبک زندگی، اغلب با مسائل روانی-اجتماعی زیادی مواجه هستند و یکی از مشکلاتی که در بیماران تحت درمان با دیالیز، به میزان زیادی گزارش شده است، درد جسمانی است (کویانگ^۴ و همکاران، ۲۰۲۳؛ تارکا^۵ و همکاران، ۲۰۲۳). درد مزمن و تجربه زندگی کردن با آن، یک تجربه منحصر به فرد است. ادراک فرد از درد از متغیرهای جسمانی، روانی و اجتماعی تأثیر می‌پذیرد (پترز، کلینگر، جایگر^۶، ۲۰۱۸). درد مزمن، یک مشکل عمده‌ی مرتبط با سلامتی در جهان می‌باشد و به طور جدی کیفیت زندگی اجتماعی و شغلی مبتلایان را تحت تأثیر قرار می‌دهد (گلی، میرصفی فرد، ۱۴۰۰). مطالعات نشان دادند که عوامل روانشناختی نقشی کلیدی در تداوم و استمرار دردهای مزمن عضلانی اسکلتی دارند و مبتلایان به درد مزمن، علاوه بر تحمل درد، عوارض زیستی، روانی و اجتماعی دیگری را هم تجربه می‌کنند (کیانی، صباحی، مکوندحسینی، ۱۳۹۹). همچنین درد مزمن وضعیتی تحلیل‌برنده است، به گونه‌ای که فرد دردمند را نه تنها با تنیدگی ناشی از درد، بلکه با بسیاری از عوامل تنیدگی زای دیگر که بخش‌های گوناگون زندگی وی را تحت تأثیر قرار می‌دهد، روبه‌رو می‌کند (الوگین و نیوتن-جان^۷، ۲۰۱۹).

بیماری‌های مزمن ازجمله عواملی هستند که آسیب‌های جبران‌ناپذیری به همراه دارند و بر کیفیت زندگی و سلامت روانی افراد تأثیر می‌گذارند به گونه‌ای که بیمار علاوه بر تحمل بیماری در یک دوره طولانی یا حتی تا پایان عمر، باید با عوارض ناشی از آن هم کنار بیاید. یکی از شایع‌ترین این بیماری‌های مزمن، پرفشاری خون می‌باشد (بهمنی و همکاران، ۱۴۰۰). فشارخون از جمله بیماری‌هایی است که با بالا رفتن سن احتمال وقوع آن افزایش می‌یابد و به علت نداشتن علامت‌های آشکار و قابل تشخیص و عوارض ناخوشایند قلبی-عروقی به عنوان قاتل خاموش شناخته می‌شود (اینتراکامهانگ^۸، ۲۰۲۰). فشارخون بعنوان یک بیماری مزمن شناخته شده است و نیرویی است که خون به دیواره رگ‌ها وارد می‌کند و فشار آن بیش

از حد معمول است که باعث عدم تعادل عوامل منبسط‌کننده و منقبض‌کننده عروق خونی، نارسایی کلیه و ناتوانی قلبی و سخته مغزی می‌شود (نجانر نصب و دشت‌بزرگی، ۱۳۹۸) و چنانچه پرفشاری خون درمان نشود عوارض خطرناک و کشنده‌ای را به همراه دارد (رنجبران و همکاران، ۱۳۹۹).

با وجود این که دیالیز یکی از روش‌های اصلی کنترل این بیماری می‌باشد، اما دارای عوارض گوناگونی نظیر: رنگ پریدگی، اختلال رشد، اختلال ادرار، عفونت دستگاه ادراری مکرر، بی‌اشتهایی، استفراغ ایدیوپاتیک، اختلالات خلقی و خستگی است که از این میان، درد و خستگی از عوارض زودرس و از جمله شکایات شایع در بیماران دیالیزی به حساب می‌آیند (ساجدی و همکاران، ۲۰۱۰). از سوی دیگر، محدودیت‌های ناشی از این بیماری و تجارب مرتبط با دیالیز با بروز طیف گسترده‌ای از عواطف منفی همراه است که لازمه مقابله با اینگونه عواطف، برخورداری از مهارت‌های خودتنظیم‌گری رفتاری هیجانات است. تنظیم رفتاری عواطف، دارای عواملی مثل تلاش برای پرت کردن حواس (یعنی منحرف کردن حواس با استفاده از تمرکز بر روی انجام کارهای دیگر)، رویارویی به صورت فعال (یعنی فعالانه مقابله کردن در زمان بروز تنش‌ها)؛ تلاش برای جلب حمایت اجتماعی (یعنی درخواست حمایت در زمان رویدادهای تنش‌زا)، نادیده گرفتن (یعنی رفتار کردن به نحوی که انگار هیچ‌چیز اتفاق نیفتاده است) و درنهایت کناره‌گیری (یعنی بروز رفتارهای اجتنابی در زمان بروز تنش) (کرایچ و گارنفسکی^۹، ۲۰۱۹). عواطف رفتاری تنظیم‌نشده با اشکال برجسته آسیب‌های خلقی و روانی همراه است و گفته می‌شود که عدم تنظیم هیجانی خود می‌تواند با پیامدهای آسیب‌زا همراه باشد (محقق و همکاران، ۱۳۹۹).

ازجمله درمان‌های نوین که به منظور ارتقای توانمندی‌های روانی و هیجانی بیماران دیالیزی در سالیان اخیر مورد توجه قرار گرفته است، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است که از درمان‌های موج سوم محسوب می‌شود (اورکی و همکاران، ۱۴۰۰). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باهدف افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی از مؤلفه‌های پذیرش، گسلش، بودن در لحظه حال، خود به‌عنوان زمینه، زندگی ارزش‌محور و عمل متعهدانه در درمان استفاده می‌کند (هیز و همکاران، ۲۰۱۵). در این رویکرد، اجتناب تجربه‌ای به تحمل‌ناپذیرتر شدن دردهای جسمانی و تشدید مشکلات روان‌شناختی ازجمله فقدان شفقت به خود در بیماران دیالیزی منجر می‌شود (وایت^{۱۰} و همکاران، ۲۰۲۱). همچنین این رویکرد درمانی با بهره‌گیری از تکنیک‌های ذهن‌آگاهی به بیماران کمک می‌کند تا به‌جای نشخوار فکری در مورد بیماری و نگرانی از سرانجام بیماری و نتایج درمان، به‌طور منعطفانه در لحظه حال بمانند و با احساسات خود به شیوه‌ای سالم ارتباط برقرار کنند (گوستاوسن، ۲۰۲۰). شواهدی نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌عنوان یک رویکرد روان‌شناختی تجربی در مدیریت مشکلات بیماران با دردهای مزمن مؤثر است (پور فراهانی و همکاران، ۱۴۰۲). در این

6. Peters, Klinger, Jagger
7. Eugene and Newton-John
8. Intarakamhang
9. Kraaij, & Garnefski
10. White

1. Lameire
2. Natale
3. Morsa
4. Ouyang
5. Tarca

راستا نتایج مطالعات نشان دهنده اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم عواطف و هیجان (رهبر کرباسدهی و همکاران، ۱۴۰۱؛ روحی و همکاران، ۲۰۲۳؛ یو و همکاران، ۲۰۲۱)، کاهش فشار خون (عقیلی و ملک، ۱۴۰۰؛ کلباسی و همکاران، ۱۴۰۰؛ ابن نصیر و همکاران، ۱۳۹۷؛ زتل و همکاران، ۲۰۲۰)، و کاهش شدت درد (اشرفی و همکاران، ۱۴۰۲؛ لمیر و همکاران، ۲۰۲۱؛ وایت و همکاران، ۲۰۲۱) بود.

از سوی دیگر، رویکرد رفتاردرمانی دیالکتیک نیز در سالیان اخیر نتایج درمانی کارآمدی را ثبت کرده است (به عنوان مثال: عبداللهی و همکاران، ۱۴۰۲؛ رجبی هرسینی و همکاران، ۱۴۰۲؛ پاسیار و محمدی، ۱۴۰۱). رفتاردرمانی دیالکتیک درمانی است که در زمینه تنظیم هیجان‌ها مورد توجه بوده است و در دسته درمان‌های نسل سوم قرار دارد و درمانی جامع و همراه با الگویی چندبُعدی است و با درمان‌های شناختی، روان تحلیلی و کل‌نگرگشتالتی مرتبط است (رجبی هرسینی و همکاران، ۱۴۰۲). هدف درمان، کسب ثبات در رفتار و پردازش و تنظیم هیجان‌ها است. در این درمان هیجان‌ات آشفته‌ساز مورد توجه قرار می‌گیرد. بر اساس نظر لینهان، هیجان‌ات آشفته‌ساز منجر به هیجان‌ات منفی مانند غم، خشم و ترس در افراد می‌شوند که برای افراد قابل تحمل نیستند. بنابراین، تنظیم هیجان اساس رفتاردرمانی دیالکتیک را تشکیل می‌دهد (آسارنوو، ۲۰۲۱). تغییر رفتار، مدیریت هیجان، ذهن آگاهی و پذیرش در این درمان از تکنیک‌های مورد استفاده در این درمان هستند (رجبی و همکاران، ۱۴۰۲). یافته‌ها نشان دهنده تاثیر رفتاردرمانی دیالکتیک بر بهبود تنظیم عواطف (صفری و همکاران، ۱۴۰۰)، کاهش فشار خون (عرب زاده و همکاران، ۱۴۰۰) و کاهش شدت درد بیماران (محقق و همکاران، ۱۳۹۹) بود.

نارسایی مزمن کلیوی مشکلات روانشناختی بسیاری برای بیماران به وجود می‌آورد که می‌تواند جنبه‌های مختلف زندگی آنها را تحت تأثیر قرار دهد و باعث کاهش کیفیت زندگی بیماران شود. تاکنون اثربخشی درمان‌های مبتنی بر تعهد و پذیرش و رفتار درمانی دیالکتیکی، به صورت جداگانه در

درمان و کاهش علائم طیف وسیعی از مشکلات مورد بررسی قرار گرفته است. اما مطالعه پیشینه درمان‌های فوق در داخل کشور، پژوهشی در خصوص مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و رفتار درمانی دیالکتیکی را نشان نمی‌دهد. با توجه به ضعف تحقیقات در این حوزه به منظور مقایسه این دو رویکرد درمانی در بیماران دیالیزی، مسئله اصلی این پژوهش این است که آیا بین اثربخشی درمان پذیرش و تعهد و رفتاردرمانی دیالکتیک بر شدت درد، فشار خون و تنظیم رفتاری عواطف بیماران دیالیزی تفاوتی وجود دارد؟

روش

روش پژوهش نیمه تجربی به همراه دو گروه آزمایش و یک گروه گواه با طرح پیش آزمون-پس آزمون است. در این پژوهش دفعات دیالیز، سابقه همودیالیز، فشار خون، ابتلا به اختلالات روانی و سابقه دریافت درمان‌های روانی کنترل شدند. جامعه آماری شامل کلیه بیماران دیالیزی مراجعه‌کننده به مرکز درمانی منطقه یک شهر تهران در سال ۱۴۰۲ بودند که به مرکز دیالیز حکیم طب اندرزگو مراجعه کرده‌اند. حجم نمونه شامل ۴۵ بیمار دیالیزی مراجعه‌کننده به مرکز دیالیز حکیم طب اندرزگو بود که بوسیله روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت گماش تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر گروه درمان پذیرش و تعهد)، (۱۵ نفر گروه رفتار درمانی دیالکتیک) و یک گروه گواه (۱۵ نفر) جایدهی شدند.

پروتکل درمان پذیرش و تعهد در این پژوهش شامل ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای بود که هر هفته یک جلسه بر روی اعضای گروه آزمایش (گروه درمان پذیرش و تعهد) اجرا شد. این جلسات برگرفته از طرح درمانی ایزدی و عابدی (۲۰۱۵) است که در ادامه به شرح جلسات پرداخته شده است.

جدول ۱: خلاصه جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول	مقدمه و دستور جلسه درمان؛ فراهم کردن فرصتی برای شرکت‌کنندگان تا با همدیگر و با اهداف درمان آشنا شوند.
جلسه دوم	تغییر رفتار و ذهن آگاهی؛ ارزش‌های بالقوه و مساله انتخاب، معرفی مدل رفتاری و مفهوم تغییر رفتار، تمرین ذهن آگاهی (الف) آگاهی از وضع اندام در مقابل عدم آگاهی را مطرح می‌کنیم. (ب) از شرکت‌کنندگان می‌خواهیم چشمانشان را ببندند. (ج) به ترتیب به شرکت‌کنندگان تمرین آگاهی، تمرین تنفس و تنفس اصولی را آموزش می‌دهیم.
جلسه سوم	ارزش‌ها؛ پذیرش: (الف) تکمیل فرم ارزیابی ارزش‌ها (ب) تمرین روزانه ذهن آگاهی
جلسه چهارم	شفاف‌سازی ارزش‌ها و اهداف؛ تمایز میان ارزش‌ها و اهداف، ارزش‌های شخصی در برابر ارزش‌های دیگران، تعیین اهداف و معرفی عمل متعهدانه

جلسه پنجم	گسستگی: مرور تکلیف و یکنواخت کردن حرکت، گسستگی از تهدیدهای زبان
جلسه ششم	عمل متعهدانه: مرور درمان، عمل متعهدانه، تمرین خود مشاهده‌گری
جلسه هفتم	رضایت: آگاهی و تمایز میان رنج اولیه و ثانویه، تعهد و موانع شکل‌گیری رضایت، ذهن آگاهی در پیاده‌روی
جلسه هشتم	ختم جلسات و نتیجه‌گیری: شفاف‌سازی ارزش‌ها، عود و پیشامدهای منفی، آمادگی برای پیشگیری، اجرای پس‌آزمون

رفتاردرمانی دیالکتیک به مدت ۸ جلسه به صورت هفتگی بر روی گروه آزمایش اجرا شد. تدوین محتوای جلسات بر اساس کتاب تکنیک‌های رفتاردرمانی دیالکتیک مک کی و همکاران (۲۰۱۹) بود.

جدول ۲: جلسات و محتوای مختصر رفتار درمانی دیالکتیک

جلسات	محتوای جلسات
اول	در جلسه اول، پس از آشنایی با اهداف و قوانین، اعضای گروه در بخش مهارت‌های هشپاری فراگیر، با سه حالت ذهنی منطقی، هیجانی و خردگرا آشنا می‌شوند. به اعضای گروه توضیح داده می‌شود که منظور از حالت ذهنی در این طرح، سه حالت ذهنی منطقی، هیجانی و خردگراست. در این جلسه پیش‌آزمون گرفته شد.
دوم	در این جلسه علاوه بر تمرین حالت ذهنی جلسه قبل، به آموزش مهارت‌های چه چیز و مهارت‌های چگونگی هشپاری فراگیر، شامل مشاهده، توصیف و شرکت کردن و مهارت‌های "چگونه" شامل اتخاذ موضع غیرقضوتی، خود ذهن‌آگاهی و کارآمد عمل کردن اختصاص یافت.
سوم	مهارت‌های چه چیزی و چگونگی به طور عملی در گروه تمرین شد، چون این تمرین‌ها هسته مرکزی آموزش رفتاردرمانی دیالکتیک محسوب می‌شود، بنابراین در ابتدا آموزش داده می‌شود.
چهارم	در این جلسه علاوه بر مرور تمرین‌های جلسات قبل، به آموزش بخشی از مهارت‌های تنظیم هیجانی، شامل تعریف هیجان و مؤلفه‌های آن پرداخته شد.
پنجم	در این جلسه بخش دیگری از مهارت‌های تنظیم هیجانی، شامل الگوی شناسایی هیجانات و برجسب زدن به آنها که منجر به افزایش توانایی کنترل کردن هیجانات می‌گردد، آموزش داده شد.
ششم	در این جلسه ضمن مرور مهارت‌های قبلی، به آموزش مهارت‌های پذیرش هیجان‌ها، حتی در صورت منفی بودن و آموزش مهارت‌هایی برای کاهش آسیب‌پذیری نسبت به هیجان‌های منفی پرداخته شد.
هفتم	در این جلسه به آموزش بخشی از مؤلفه تحمل پربشانی، یعنی راهبردهای بقا در بحران شامل مهارت‌های پرت کردن حواس و خودآرام‌سازی با حواس پنج‌گانه پرداخته شد.
هشتم	در جلسه آخر، ضمن مرور آموزش‌های قبلی، مهارت‌های به‌سازی لحظات و تکنیک سود و زیان در هنگام مواجه شدن با ناکامی یا احساس خشم از راهبردهای بقا در بحران به صورت عملی در گروه تمرین شد؛ همچنین آموزش چگونگی تعمیم مهارت‌ها به خارج از جلسه درمان مدنظر قرار گرفت. در این جلسه پس‌آزمون اجرا گردید.

ابزارهای پژوهش

مقیاس دیداری درد^۱ (VAS): جهت اندازه‌گیری شدت درد از مقیاس دیداری درد (Visual Analogue Scale (VAS استفاده شد. این مقیاس به صورت خطی از صفر تا ۱۰ رتبه‌بندی شده است که بیمار باید ارزیابی خود را از درد موجود روی یک خط مدرج از صفر (بدون درد) تا ۱۰ (درد خیلی شدید) مشخص کند و عدد حاصل به صورت درصد محاسبه

می‌شود. روایی و پایایی این مقیاس توسط مطالعات متعدد مورد تایید قرار گرفته است (ابراهیمی و همکاران، ۱۴۰۲).

پرسشنامه تنظیم رفتاری عواطف کرایچ و گارنفسکی^۲: این پرسشنامه توسط کرایچ و گارنفسکی در سال ۲۰۱۹ طراحی شد و دارای ۲۰ آیتم است و در طیف لیکرت پنج درجه‌ای از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) تهیه شده است. خرده مقیاس‌های آن تلاش برای پرت کردن حواس، برخورد فعالانه، تلاش برای

1. Visual Analogue Scale

2. Questionnaire of behavioral regulation of emotions by Kraich and Garnefsky

فشارسنج کالیبره با کاف متناسب و توسط یک پرستار بخش، اندازه‌گیری شد. شنیدن فاز ۱ صداهای کورتکوف به عنوان فشارخون سیستولیک و شنیدن فاز ۵ آن (قطع شدن صدا) به عنوان فشارخون دیاستولیک در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

یافته‌های جمعیت شناختی نشان داد که میانگین و انحراف استاندارد سن شرکت کنندگان در پژوهش $59/2 \pm 8/4$ بود. همچنین میزان تحصیلات در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد $71/2$ درصد دارای تحصیلات دیپلم، $26/7$ درصد دارای تحصیلات کاردانی و $2/1$ درصد دارای تحصیلات کارشناسی و بالاتر از آن هستند. در گروه رفتار درمانی دیالکتیک، $76/7$ درصد دارای تحصیلات دیپلم، و $23/3$ درصد دارای تحصیلات کاردانی بودند. در گروه کنترل نیز $74/5$ درصد دارای تحصیلات دیپلم، $25/5$ درصد دارای مدرک کاردانی بودند. در ادامه میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه‌ها

متغیرها	گروه	پیش آزمون		پس آزمون	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
شدت درد	درمان پذیرش و تعهد	7/46	1/68	4/73	1/52
	رفتار درمانی دیالکتیک	8/33	2/58	5/46	1/98
	گروه گواه	7/73	2/08	7/93	1/33
فشار خون	درمان پذیرش و تعهد	15/20	2/89	12/26	3/66
	رفتار درمانی دیالکتیک	13/86	2/32	12/66	1/75
	گروه گواه	14/93	2/08	14/86	2/95
تنظیم عواطف	درمان پذیرش و تعهد	47/80	8/00	62/53	8/51
	رفتار درمانی دیالکتیک	50/06	7/14	59/06	9/67
	گروه گواه	50/13	8/51	51/06	8/67

سطح $P < 0/05$ معنادار است. یافته‌های حاصل نشان داد که در متغیرهای پژوهش پس از حذف اثر پیش‌آزمون، تفاوت معنادار وجود دارد $P < 0/05$ و $(Df=37)$ و $(F=10/637)$ و $(PillaisTrace=0/412)$. در ادامه برای درک دقیق‌تر و بررسی تاثیر جداگانه متغیر مستقل بر متغیرهای وابسته، از آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیره استفاده شد.

جلب حمایت اجتماعی، نادیده گرفتن و کناره‌گیری است. در مطالعه کرایچ و گارنفسکی (۲۰۱۹) پایداری از طریق آلفای کرونباخ برای زیر مقیاس‌های تلاش برای پرت کردن حواس، برخورد فعالانه، تلاش برای جلب حمایت اجتماعی، نادیده گرفتن و کناره‌گیری به ترتیب $0/86$ ، $0/91$ ، $0/89$ و $0/93$ به دست آمد. شاخص روایی محتوایی در پژوهش محقق و همکاران (۱۳۹۹) برای هر یک از خرده‌مقیاس‌های اقدام به کارهای دیگر، کناره‌گیری، رویارویی فعال، جستجوی حمایت اجتماعی و نادیده گرفتن به ترتیب $0/82$ ، $0/87$ ، $0/86$ و $0/83$ بود. پایداری هر یک از خرده‌مقیاس‌های پرسشنامه تنظیم رفتاری هیجان با استفاده از روش آلفای کرونباخ به ترتیب $0/88$ ، $0/90$ ، $0/91$ و $0/89$ و همچنین با روش بازآزمایی در دامنه $0/59$ تا $0/66$ به دست آمد (محقق و همکاران، ۱۳۹۹).

دستگاه فشار خون

دستگاهی است که فشار فرد بیمار را در طول دوران درمان روان شناختی اندازه‌گیری می‌کند. غالباً فشار خون را در شریان بازویی اندازه می‌گیرند. فشار خون افراد مورد مطالعه در حالت نشسته و پس از ۱۵ دقیقه استراحت، در حالی که دست راست در حالت افقی و هم‌سطح قلب بود؛ به وسیله ی دستگاه

جدول ۳ میانگین و انحراف معیار متغیرهای شدت درد، فشار خون و تنظیم عواطف برای مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون را نشان می‌دهد که پس از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و رفتار درمانی دیالکتیک، نمرات گروه‌های آزمایش تفاوت معنادار داشته است. بدلیل آنکه سطوح معنی‌داری آزمون شاپیرو-ویلک در هر دو مرحله و برای متغیرها بیش از ۵ درصد شده است لذا متغیرهای مورد مطالعه از توزیع نرمال برخوردار خواهد بود. نتایج آزمون لوین نشان داد که فرض همگنی واریانس‌ها برای متغیرهای شدت درد ($0/41$)، فشار خون ($2/218$) و تنظیم عواطف ($0/936$) در سطح $p > 0/05$ معنی‌دار می‌باشد. یافته‌های حاصل از تحلیل کوواریانس چندمتغیره حاکی از آن بود که F به دست آمده در تمامی آزمون‌ها، با درجه آزادی ۳ و ۳۷ در

جدول ۴: نتایج کلی تحلیل کواریانس چند متغیری

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	معنی داری	ضریب اتا
شدت درد	پیش‌آزمون	۴/۹۶۹	۱	۴/۹۶۹	۱/۲۲۳	۰/۲۷۶	۰/۰۳۰
	گروه	۸۵/۲۶۲	۲	۴۲۵/۱۳۱	۱۰/۴۹۴	۰/۰۰۱	۰/۳۵۰
	خطا	۱۵۸/۴۳۸	۳۹	۴/۰۶۲			
	کل	۱۹۱۶/۰۰۰	۴۵				
فشار خون	پیش‌آزمون	۱۹/۹۹۲	۱	۱۹/۹۹۲	۸/۶۳۷	۰/۰۰۶	۰/۱۸۱
	گروه	۶۵/۵۰۳	۲	۳۲/۵۱۵	۱۴/۱۴۹	۰/۰۰۱	۰/۴۲۰
	خطا	۹۰/۲۷۶	۳۹	۲/۳۱۵			
	کل	۸۱۱۵/۰۰۰	۴۵				
تنظیم عواطف	پیش‌آزمون	۱۴۰۴/۶۸۲	۱	۱۴۰۴/۶۸۲	۲۵/۳۸۷	۰/۰۰۱	۰/۳۹۴
	گروه	۱۴۵۲/۵۱۴	۲	۷۲۶/۲۵۷	۱۳/۱۲۶	۰/۰۰۱	۰/۳۹۲
	خطا	۲۱۵۷/۸۷۳	۳۹	۵۵/۳۳۰			
	کل	۱۵۴۰۱۴/۰۰۰	۴۵				

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که بین گروه‌های آزمایش و گواه در شدت درد، فشار خون و تنظیم عواطف تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P < ۰/۰۵$). ضریب اتا به دست آمده بیانگر این است که واریانس مربوط به تفاوت دو گروه در پس‌آزمون، ناشی از اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و رفتار درمانی

دیالکتیک می‌باشد. در ادامه برای تعیین تفاوت میان اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و رفتار درمانی دیالکتیک از آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده شد.

جدول ۵: نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه روش‌های مداخله بر متغیرهای وابسته

متغیر وابسته	گروه (۱)	گروه (۲)	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	معنی داری
شدت درد	پذیرش و تعهد	رفتاردرمانی دیالکتیک	-۱/۳۵۷	۰/۷۷۳	۰/۰۸۷
		گواه	-۳/۴۰۶	۰/۷۵۰	۰/۰۰۱
	رفتاردرمانی دیالکتیک	پذیرش و تعهد	۱/۳۵۷	۰/۷۷۳	۰/۰۸۷
		گواه	-۲/۰۴۹	۰/۷۶۱	۰/۰۱۰
فشار خون	پذیرش و تعهد	رفتاردرمانی دیالکتیک	-۱/۰۷۲	۰/۵۸۳	۰/۰۷۴
		گواه	-۲/۹۶۷	۰/۵۶۶	۰/۰۰۱
	رفتاردرمانی دیالکتیک	پذیرش و تعهد	۱/۰۷۲	۰/۵۸۳	۰/۰۷۴
		گواه	-۱/۸۹۵	۰/۵۷۵	۰/۰۰۲
تنظیم عواطف	پذیرش و تعهد	رفتاردرمانی دیالکتیک	۵/۲۲۴	۲/۵۸۲	۰/۰۷۵
		گواه	۱۴/۰۰۰	۲/۷۶۷	۰/۰۰۱
	رفتاردرمانی دیالکتیک	پذیرش و تعهد	-۵/۲۲۴	۲/۵۸۲	۰/۰۷۵
		گواه	۸/۷۷۶	۲/۸۱۰	۰/۰۰۳

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که میان اثربخشی دو روش تفاوت معناداری وجود ندارد ($P < ۰/۰۵$). به این معنی که هر دو رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و رفتاردرمانی دیالکتیک به یک اندازه در کاهش نمرات شدت درد و فشار خون و بهبود نمرات تنظیم رفتاری عواطف در بیماران دیالیزی کارایی داشته‌اند.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و رفتاردرمانی دیالکتیک بر شدت درد، فشار خون و تنظیم رفتاری عواطف بیماران دیالیزی انجام شد. یافته‌ها نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و رفتاردرمانی دیالکتیک منجر به کاهش شدت درد بیماران دیالیزی شده است. این یافته با نتایج مطالعات اشرفی و همکاران (۱۴۰۲)، پورفراهمی و همکاران (۱۴۰۲)، محقق و همکاران (۱۳۹۹)، وایت و همکاران (۲۰۲۱)، لمیر و همکاران (۲۰۲۱) همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت که مسئله اصلی در درمان پذیرش و تعهد این است که رنج‌ها و تاملات روان‌شناختی بوسیله اجتناب و تجارب همجوشی شناختی شکست در برآورده کردن نیازهای رفتاری و هماهنگ شدن با ارزش‌های اساسی ایجاد می‌گردد و هدف درمان پذیرش و تعهد، کاهش نشانه‌ها نیست، اما این چیزی است که به عنوان یک محصول جانبی در فرایند درمانی، درمانگر و مراجع به آن دست پیدا می‌کنند (لمیر و همکاران، ۲۰۲۱). درمان پذیرش و تعهد ارتباط بین افکار و احساسات مشکل‌زا را تغییر می‌دهد تا افراد آنان را به‌عنوان علایم مرضی درک ننموده و حتی یاد بگیرند که آن‌ها را بی‌ضرر درک کنند. از سوی دیگر، در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مفهوم درهم‌آمیختگی یا گسلس شناختی میزان تأثیری می‌باشد که یک فکر بر روی رفتار اثر دارد؛ رفتار وابسته به بافت و رفتار وابسته به فکر در پیوستار بین درهم‌آمیختگی یا گسلس شناختی قرار می‌گیرند و وقتی فرد با افکارش درهم می‌آمیزد، نمی‌تواند قضاوت ذهنی خودش از واقعیت را از خود واقعیت تمیز دهد، در نتیجه، در این درمان با آموزش ذهن آگاهی و عمل در زمان حال، شدت درد کاهش می‌یابد (وایت و همکاران، ۲۰۲۱). رفتاردرمانی دیالکتیکی با آموزش پذیرش بنیادین، به بیماران آموزش می‌دهد که زندگی توأم با مشکلات و چالش‌ها را بپذیرند. بر این اساس رفتاردرمانی دیالکتیک با ایجاد توانایی تحمل آشفتگی، می‌تواند آسیب‌های روانشناختی و متغیرهای مرتبط با آن نظیر درد را کاهش دهد (محقق و همکاران، ۱۳۹۹).

همچنین یافته‌ها نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و رفتاردرمانی دیالکتیک منجر به کاهش فشار خون بیماران دیالیزی شده است. این یافته با نتایج مطالعات عقیلی و ملک (۱۴۰۰)، کلباسی و همکاران (۱۴۰۰)، عرب زاده و همکاران (۱۴۰۰)، ابن نصیر و همکاران (۱۳۹۷)، زتل و همکاران (۲۰۲۰) همسو بود. در تبیین این یافته باید خاطر نشان کرد که درمان پذیرش و تعهد، به بیماران دیالیزی کمک می‌کند تا بیشتر در لحظه اکنون زندگی کنند و به جای افکار، احساسات و تجربیات دردناک پیشین، بر ارزش‌ها و اهداف مهم تمرکز نمایند و تعریف جدیدی از امور جاری زندگی و اهدافشان ارائه دهند. در طی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، بیمار تشویق می‌شود تا به تغییرات رفتارش متعهد باشد و این متعهد بودن وضعیت مناسبی را برای رهایی فرد از گیر کردن در ابعاد لفظی زبان فراهم می‌سازد (عقیلی و ملک، ۱۴۰۰). در درمان پذیرش و تعهد، به جای تغییر شناخت‌ها و چالش با آن‌ها سعی می‌شود تا ارتباط روان‌شناختی فرد با افکار افزایش یابد، یعنی افکار رنج‌آور از شکل آسیب‌زا که مانع زندگی معنادار می‌شود، به شکل تجارب انسانی طبیعی که بخش‌هایی از یک زندگی معنادار هستند،

تغییر می‌یابد. افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند توانایی مقابله‌ای بیمار را در کنار آمدن با علائم بیماری افزایش داده و نشانه‌های منفی مثل فشار خون را کاهش دهد (زتل و همکاران، ۲۰۲۰). آموزش رفتار درمانی دیالکتیکی به بیماران دیالیزی که پیامدهای روانشناختی ناگوار آن را تجربه کرده‌اند، آنان را توانمند می‌سازد که با مشکلات، ناملایمات، پریشانی‌ها، شکست‌ها کنار بیایند و با تحمل پریشانی و تنظیم هیجانات از آشفتگی‌هایی یابند. همچنین با استفاده از پاسخ‌های مقابله‌ای ناشی از تنظیم هیجانی، سلامت خود را بازیافته و فشار خون ناشی از آن را کاهش دهند (عرب زاده و همکاران، ۱۴۰۰).

دیگر یافته پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و رفتاردرمانی دیالکتیک منجر به بهبود تنظیم عواطف بیماران دیالیزی شده است. این یافته با نتایج مطالعات رهبر کرباسدهی و همکاران (۱۴۰۱)، صفری و همکاران (۱۴۰۰)، روحی و همکاران (۲۰۲۳)، یو و همکاران (۲۰۲۱) همسو بود. این یافته اینگونه تبیین می‌شود که درمان پذیرش و تعهد باعث می‌شود که فرد با نحوه برخورد با شرایط موجود، به شیوه متفاوت تعامل داشته باشد و هنگامی که فرد با وجود افکار، مطابق آن‌ها رفتار نمی‌کند و رفتاری را در راستای ارزش‌های فردی‌اش انجام می‌دهد، تجربه جدیدی خواهد داشت و اگر تاکنون به دلیل افکار ناخوشایند کاری را انجام نمی‌داده و این بار با وجود آن افکار عمل می‌کند و متوجه خواهد شد که توان انجام آن را دارد (رهبر کرباسدهی و همکاران، ۱۴۰۱). این تغییر در عملکرد و انجام عمل متعهدانه می‌تواند منجر به تغییر در نگرش افراد در جهت بهبود توان ایستادگی در برابر تنش‌های مرتبط با بیماری می‌شود و همچنین، اضطراب و افسردگی را نه به عنوان تلاش در جهت حل مسئله، بلکه به عنوان گرفتار شدن در مسئله می‌بیند. درمان پذیرش و تعهد به بیماران دیالیزی می‌آموزد تا از طریق افزایش امنیت و پذیرش و تقویت مهارت‌های مثبت فردی، رفتار خود را تصحیح کنند. بنابراین درمان اکت به بیماران دیالیزی آموزش می‌دهد که توانایی شناسایی و در میان گذاشتن هیجان‌ها را داشته باشند که این امر منجر به تقویت تنظیم رفتاری عواطف در آنان می‌شود (یو و همکاران، ۲۰۲۱). در تبیین تأثیر رفتاردرمانی دیالکتیک می‌توان به این نکته اشاره داشت که این رویکرد در زمینه نظم‌بخشی هیجان‌ها مورد توجه متخصصین بوده است. هدف درمان، کسب ثبات در رفتار و پردازش و تنظیم هیجان‌ها است و در این درمان، هیجانات آشفته‌ساز مرتبط با بیماری مورد توجه قرار می‌گیرد. بر اساس نظر لینهان، هیجانات آشفته‌ساز منجر به هیجانات منفی مانند غم، خشم و ترس در افراد می‌شوند که برای افراد قابل تحمل نیستند. بنابراین، تنظیم هیجان اساس رفتاردرمانی دیالکتیک را تشکیل می‌دهد و در این پژوهش منجر به بهبود تنظیم عواطف بیماران دیالیزی می‌شود (صفری و همکاران، ۱۴۰۰).

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر آن است که گروه نمونه پژوهش حاضر را بیماران دیالیزی مراجعه‌کننده به مرکز مرکز دیالیز حکیم طب اندرگو در شهر تهران تشکیل داده‌اند، به همین دلیل لازم است تا در تعمیم نتایج به سایر گروه‌ها جوانب احتیاط رعایت شود. همچنین سنجش تنظیم رفتاری عواطف و شدت درد در شرکت کنندگان از یک ابزار خودگزارشی

است استفاده شده است لذا پیشنهاد می شود که از سایر ابزارها مانند مصاحبه نیز استفاده شود. از آنجایی که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و رفتار درمانی دیالکتیک بر کاهش شدت درد و تنظیم رفتاری عواطف بیماران دیالیزی تأثیر داشته و با بهبود وضعیت روانشناختی بیماران دیالیزی میزان فشار خون آنان نیز کاهش یافته است، لذا به پزشکان توصیه می شود که جهت دستیابی به نتایج بهتر در درمان بیماران دیالیزی، بیماران را به مراجعه به مراکز مشاوره تشویق نمایند.

منابع

- اشرفی حبیب آبادی، مرضیه؛ ثناگوی محرر، غلامرضا؛ طاهری، سارا؛ خزایی، شیلا. (۱۴۰۲). *اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر خستگی ذهنی و جسمی مردان دارای سوء مصرف مواد*، ششمین کنفرانس بین المللی فقه، حقوق، روانشناسی و علوم تربیتی در ایران و جهان اسلام، تهران.
- اورکی، محمد؛ زارع، حسین؛ حسین زاده قاسم آباد، علی (۱۴۰۰). *اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تبعیت از درمان در افراد مبتلا به کبد چرب غیر الکلی*. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد*، ۲۹(۲): ۳۴۷۹-۳۴۹۰.
- ابن نصیر، شکوه؛ خالقی پور، شهناز. (۱۳۹۷). *اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر حساسیت اضطرابی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به پرفشاری خون دارای صفت شخصیت اجتنابی*. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۶(۲): ۱۹۸-۲۰۵.
- ابراهیمی، سارا؛ حاتمی، حسین؛ صالحی سهل آبادی، علی؛ پناهی، داود. (۱۴۰۲). بررسی شیوع اختلالات اسکلتی-عضلانی و میزان همبستگی مقیاس دیداری درد با ابعاد مختلف پرسشنامه درد مک گیل در دانشجویان دندانپزشکی دانشگاه های شهر تهران. *فصلنامه علمی تخصصی طب کار*، ۱۵(۴): ۱۳-۴.
- بهمنی، روزین؛ علیایی، نازیلا؛ درویشی، سونیا؛ شیخ ذکریایی، ندا. (۱۴۰۰). بررسی ارتباط خودمراقبتی، سواد سلامت و حمایت اجتماعی در بیماران مبتلا به فشارخون مراجعه کننده به کلینیک تخصصی قلب بیمارستان توحید سنجند. *مجله مراقبت پرستاری و مامایی ابن سینا*، ۲۹(۳): ۲۰۰-۱۹۰.
- پاسیار، عباس؛ محمدی، زهره. (۱۴۰۱). *اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک برگذشت و افسردگی پسران نوجوان دارای سابقه خودزنی شهر قم*، پانزدهمین کنفرانس بین المللی روانشناسی، مشاوره و علوم تربیتی.
- پورفرهانی، منیره؛ شاره، حسین؛ حاجی اربابی، فاطمه. (۱۴۰۲). *اثربخشی گروه درمانی پذیرش و تعهد بر تصویر بدن و شفقت به خود در زنان تحت دیالیز: یک کارآزمایی بالینی تصادفی*. *مجله علمی روان پزشکی و روان شناسی بالینی ایران*، ۲۹(۱): ۱۷-۲.
- رجبی هرسینی، عرفان؛ حاجی باقری، فاطمه؛ کنجوری، سمیه. (۱۴۰۲). *اثربخشی رویکرد رفتار درمانی دیالکتیک بر کاهش خشم و خشونت، هفتمین کنفرانس بین المللی مطالعات میان رشته ای علوم بهداشتی، روان شناسی، مدیریت و علوم تربیتی*.
- رهبر کرباسدهی، فاطمه؛ حسین خانزاده، عباسعلی؛ شاکری نیا، ایرج. (۱۴۰۱). *اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان و خودکارآمدی اجتماعی نوجوانان مبتلا به صرع*. *فصلنامه پژوهش های کاربردی روانشناختی*، ۱۳(۲): ۱-۱۶.

- رنجبران، رضا؛ علی اکبری دهکردی، مهناز؛ صفاری نیا، مجید؛ علیپور، احمد. (۱۳۹۹). *اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر سرزندگی، بهزیستی روان شناختی و فشارخون زنان مبتلا به بیماری های قلبی عروقی*. *سلامت جامعه*، ۱۴(۲): ۷۷-۶۶.
- صفری، آلاله؛ آفتاب، رویا. (۱۴۰۰). *اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی برخط بر دشواری تنظیم هیجان، احساس گناه و نشانگان تجزیه ای در افراد افسرده*. *فصلنامه روان شناسی کاربردی*، ۱۵(۴): ۲۰۶-۱۷۹.
- عبداللهی، پرپسا سادات؛ کامکار، علی؛ خسروی، صدراله. (۱۴۰۲). *اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر احساس تنهایی و اعتیاد اینترنتی در دانشجویان*. *رویش روان شناسی*، ۱۲(۱۰): ۲۰۰-۱۹۱.
- عقیلی، سید مجتبی؛ ملک، فاطمه. (۱۴۰۰). *مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر سلامت معنوی و فشار خون بیماران همودیالیزی شهرستان گرگان*. *مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت*، ۸(۵): ۹۴-۸۱.
- عرب زاده، احمد؛ نعمتی، معصومه؛ ترکمان منش، ارسطو؛ فرامرزی، فریده. (۱۴۰۰). *اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر افزایش شفقت خود و بهزیستی ذهنی و کاهش فشارخون افراد وابسته به مواد*. *فصلنامه علمی اعتیادپژوهی*، ۱۵(۶۲): ۲۸۸-۲۶۱.
- کیانی، سیاوش؛ صباحی، پرویز؛ مکوند حسینی، شاهرخ؛ رفیعی نیا، پروین؛ آل بویه، محمودرضا. (۱۳۹۹). *مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی - رفتاری مثبت نگر بر آشفستگی های روانشناختی بیماران مبتلا به درد مزمن*. *فصلنامه علمی - پژوهشی روانشناسی سلامت*، ۹(۳۶): ۱۵۰-۱۳۳.
- کلباسی، رزیتا؛ حاتمی، محمد؛ صیرفی، محمدرضا؛ حاکمی، منیرالسادات؛ ثابت، مهرداد. (۱۴۰۰). *اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش/تعهد بر کیفیت زندگی و نوسانات شاخص فشارخون بیماران همودیالیز/ابن سینا*، ۲۳(۱): ۳۴-۲۵.
- گلی، زهرا سادات؛ میرصفی فرد، لیلا سادات. (۱۴۰۰). *نقش باورهای فراشناختی و تاب آوری در پیش بینی سازگاری زناشویی در دو گروه بیماران مبتلا به درد مزمن و بهنجار*. *سنجش و پژوهش در مشاوره و روانشناسی کاربردی*، ۳(۳): ۵۵-۶۳.
- ملک پور، مینا؛ گرجی، یوسف؛ محمودنیا، لیلا. (۱۴۰۲). *اثربخشی هیپنوتراپی بر کاهش میزان درد در بیماران مبتلا به مشکلات کلیوی*، منتشر شده در اولین همایش ملی زیستن با کیفیت از منظر روانشناسی، مشاوره و مددکاری اجتماعی، خمینی شهر.
- محقق، حسین؛ مهدی خاتلو، مسلم؛ پارسی نژاد، زهرا؛ عاشوری، اعظم. (۱۳۹۹). *اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر خودکارآمدپنداری درد و اجتناب تجربه ای مادران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر*. *مجله علوم روانشناختی*، ۱۹(۸۸): ۴۳۹-۴۴۹.
- نصرآبادی، طاهره؛ فتاح مقدم، لادن؛ واقفی، پونه. (۱۴۰۰). *تأثیر ذهن آگاهی بر شادی و تاب آوری بیماران دیالیزی*. *مجله پرستاری و مامایی*، ۱۹(۱۰): ۸۲۱-۸۱۰.
- نجانرصب، سمیه؛ دشت بزرگی، زهرا. (۱۳۹۸). *تأثیر مصاحبه انگیزشی بر سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت و فشار خون زنان مبتلا به اختلال خوردن*. *روانشناسی سلامت*، ۸(۳۱): ۱۱۸-۱۰۳.

- Sajadi, A., Farahani, F., Esmaelpour zanjani, B., Dormanesh, B., Zare, M. (2010). Effective factors on fatigue in patients with chronic renal failure undergoing hemodialysis. *Iranian Journal of Critical Care Nursing*, 3(1): 33-38.
- Tarca, B., Jesudason, S., Wycherley, T., Leu, R., Ovenden, M., Meade, A., Bennett, P., Boyle, T., Ferrar, K. (2023). Ecological Momentary Assessment to Explore Fatigue, Mood, and Physical Activity Levels in People Receiving Peritoneal Dialysis. *Kidney Int Rep*, 9(3): 601-610.
- White, R., Bethell, A., Charnock, L., Leckey, S., Penpraze, V. (2021). Acceptance and commitment approaches for ahh b g and prrformancee. *Journal of Cham: Palgrave Macmillan*, 1(3): 27-39.
- Yu, JY., Kim, J., Hong, C., Lee, K., Cho, N., Park, S., Gil, H., Lee, E. (2021). Psychological distress of patients with end-stage kidney disease undergoing dialysis during the 2019 coronavirus disease pandemic: A cross-sectional study in a University Hospital. *PLoS One*, 3(12): 260-269.
- Zettle, R. (2020). Acceptance and commitment therapy for depression. *Curr Opin Psychol*, 2(1): 65-79.
- Asarnow, J. R., Berk, M. S., Bedics, J., Adrian, M., Gallop, R., Cohen, J., Korslund, K., Hughes, J., Avina, C., Linehan, M. M., & McCauley, E. (2021). Dialectical Behavior Therapy for Suicidal Self-Harming Youth: Emotion Regulation, Mechanisms, and Mediators. *Journal of American Acad Child Adolesc Psychiatry*, 60(9): 1105-1115.
- Hesse, C., Pauley, P., & Frye-Cox, N. (2015). Alexithymia and Marital Quality: The Mediating Role of Relationship Maintenance Behaviors. *Western Journal of Communication*, 79(1): 45-72.
- Izadi, R., Abedi, M. (2015). *Acceptance and Commitment Therapy*. 4th ed, Tehran, Junglepup. 73-150.
- Intarakamhang, U., Macaskill, A., & Prasittichok, P. (2020). Mindfulness interventions reduce blood pressure in patients with non-communicable diseases: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Hypertension*, 6(1): 38-44.
- Kraaij, V., & Garnefski, N. (2019). The behavioral emotion regulation questionnaire: Development, psychometric properties and relationships with emotional problems and the cognitive emotion regulation questionnaire. *Journal of Personality and Individual Differences*, 137(4): 56-61.
- Lameire, N., Levin, A., Kellum, J., Cheung, M., Jadoul, M., Winkelmayer, W. (2021). Harmonizing acute and chronic kidney disease definition and classification: Report of a Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Consensus Conference. *Journal of Kidney International*, 100(3): 516-526.
- McKay, M., Wood, J. C., & Brantley, J. (2019). *The dialectical behavior therapy skills workbook: Practical DBT exercises for learning mindfulness, interpersonal effectiveness, emotion regulation, and distress tolerance*. New Harbinger Publications.
- Morsa, M., Lombrail, P., Boudailliez, B., Godot, C., Jeantils, V., Gagnayre, R. (2018). qualitative study on the educational needs of young people with chronic conditions transitioning from pediatric to adult care. *Patient Prefer Adherence*, 12(1): 264-269.
- Ouyang, Q., Yang, F., Wu, H., Tang, S., Peng, X., Li, Y., Wang, J. (2023). The Effects of Dialysis Modality and Emotional Distress on Fatigue in Patients Undergoing Dialysis. *Blood Purif*. 52(9-10):751-758.
- O'Loughlin, I., & Newton-John, T. R. (2019). 'sss -comfort eanng' nn .. viiii gaooa nmohh. us of food a a oopnng strategy for the management of chronic pain. *Appetite*, 140(1): 288-297.
- Peters, K., Killinger, K., Jaeger, C., Chen, C. (2018). Pilot Study Exploring Chronic Pudendal Neuromodulation as a Treatment Option for Pain Associated with Pudendal Neuralgia. *Low Urin Tract Symptoms*, 7(3): 138-42.
- Rouhi, M., Manzari Tavakoli A., Tajrobehkar, M. (2023). Comparing the effectiveness of acceptance and commitment therapy and dialectical behavioral therapy on coherent self knowledge, emotional regulation and life quality of hemodialysis patients. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*, 10(2): 131-146.