



## Comparison of the Effect of "Acceptance and Commitment Therapy" and "Metacognitive Therapy" on the resilience of Women Undergoing Hemodialysis

Ramin Tajbakhsh<sup>1</sup>, Samira Haddadi<sup>2\*</sup>, Sharareh Zeighami Mohammadi<sup>3</sup>,  
Saied Malihi Alzakerini<sup>4</sup>, Mana Mohammadiafrakoti<sup>5</sup>, Mahbobe Borumand<sup>6</sup>

1- Assistant Professor, Department of Internal Medicine, Non-Communicable Diseases Research Center, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran.

2- PhD, Department of Health Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

3- Assistant Professor, Department of Nursing, College of Nursing & Midwifery, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

4- Assistant Professor, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

5- Assistant Professor of Nephrology, Department of Internal Medicine, School of Medicine, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran.

6- BSM, Imam Ali (AS) Educational and Therapeutic Complex, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran.

**Corresponding author:** Samira Haddadi, Department of Health Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

**Email:** [shaddadi657@gmail.com](mailto:shaddadi657@gmail.com)

Received: 19 Sep 2022

Accepted: 18 Jan 2023

### Abstract

**Introduction:** One of the problems of people undergoing hemodialysis is the reduction of the tolerance threshold and the reduction of resilience against psychological problems. The present study was conducted with the aim of comparing the effectiveness of "Acceptance and Commitment Therapy" and "Metacognitive Therapy" on the resilience of women undergoing hemodialysis.

**Methods:** The current research was semi-experimental using a pre-test, post-test and follow-up design with 3 months later. In this study, 54 hemodialysis patients referred to Imam Ali (AS) and Shahid Rajaei Hospital in Karaj in 2019 were selected by convenience sampling method and included in the study by random and lottery method. Demographic questionnaire and "Connor-Davidson Resilience Scale" were used to collect data. The content validity of the instrument was satisfied by previous studies, and the reliability was calculated by the internal consistency method by calculating the Cronbach's alpha coefficient and by the test-retest method. For the "Acceptance and Commitment Therapy" group (18 people), 8 sessions of 90 minutes "Metacognitive Therapy" group (18 people), 8 sessions of 60 minutes, were held in the dialysis department of the hospital. Data were analyzed with SPSS. 23 with a significance level of less than 0.05.

**Results:** The results of the multivariate covariance analysis showed significant differences between the intervention and control groups in the post-test and follow-up stages ( $P \leq 0.001$ ). The effect size of the intra-group and interaction sources of change for the resilience variable was 0.800 and 0.775 percent, respectively.

**Conclusions:** Both therapy methods have had an effect on improving the endurance of patients undergoing hemodialysis treatment. It is suggested to use therapeutic interventions to increase resilience in hemodialysis patients.

**Keywords:** Hemodialysis, Metacognitive Therapy, Acceptance and Commitment Therapy, Resilience, Females.



## مقایسه تاثیر "درمان پذیرش و تعهد" و "فراشناخت درمانی" بر تاب آوری زنان تحت همودیالیز

رامین تاج بخش<sup>۱</sup>، سمیرا حدادی<sup>۲\*</sup>، شراره ضیغمی محمدی<sup>۳</sup>، سعید ملیحی الذاکرینی<sup>۴</sup>، مانا محمدی افراکتی<sup>۵</sup>، محبوبه برومند<sup>۶</sup>

- ۱- استادیار، گروه بیماری های داخلی، مرکز تحقیقات بیماری های غیر واگیر، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران.
- ۲- دکتری گروه روانشناسی سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.
- ۳- استادیار، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.
- ۴- استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.
- ۵- استادیار، گروه نرفولوژی، گروه بیماری های داخلی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران.
- ۶- کارشناس پرستاری، مجتمع آموزشی درمانی امام علی (ع)، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران.

نویسنده مسئول: سمیرا حدادی، دکتری گروه روانشناسی سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.  
ایمیل: shaddadi657@gmail.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۱۰/۲۸

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۶/۲۸

### چکیده

**مقدمه:** یکی از مشکلات افراد تحت همودیالیز، کاهش آستانه تحمل و کاهش تاب آوری در برابر مشکلات روانشناختی می باشد. پژوهش حاضر با هدف تعیین مقایسه اثربخشی "درمان پذیرش و تعهد" و "فراشناخت درمانی" بر تاب آوری زنان تحت همودیالیز انجام شد.

**روش کار:** پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی با استفاده از طرح پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری با ۳ ماه بعد بود. در این مطالعه تعداد ۵۴ بیمار تحت همودیالیز مراجعه کننده به بیمارستان امام علی (ع) و شهید رجایی کرج در سال ۱۳۹۹، به روش نمونه گیری به صورت غیر تصادفی و دردسترس انتخاب و به روش تصادفی و با قرعه کشی وارد مطالعه شدند. برای جمع آوری داده ها در این مطالعه از پرسشنامه جمعیت شناختی و "مقیاس تاب آوری کانر - دیویدسون" (Connor - Davidson Resilience Scale) استفاده شد. روایی محتوای ابزار به مطالعات پیشین بسنده شد و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ و به روش آزمون - بازآزمون محاسبه شد. برای گروه "درمان پذیرش و تعهد" (۱۸ تن)، ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای و برای گروه "فراشناخت درمانی" (۱۸ تن)، ۸ جلسه ۶۰ دقیقه ای، در بخش دیالیز بیمارستان برگزار شد. داده ها با نرم افزار اسپس پی اس اس ۲۳ با سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ تحلیل شدند.

**یافته ها:** نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری تفاوت های معناداری بین گروه های مداخله و کنترل در مراحل پس آزمون و پیگیری نشان داد ( $P < ۰/۰۰۱$ ) اندازه اثر منابع تغییر درون گروهی و تعاملی برای متغیر تاب آوری به ترتیب ۰/۸۰۰ و ۰/۷۷۵ درصد بود.

**نتیجه گیری:** هر ۲ روش درمانی بر ارتقاء تاب آوری زنان تحت همودیالیز تأثیر داشته است. پیشنهاد می شود از مداخلات درمانی به منظور افزایش تاب آوری در زنان تحت همودیالیز استفاده شود.

**کلیدواژه ها:** همودیالیز، درمان پذیرش و تعهد، فراشناخت درمانی، تاب آوری، زنان.

## مقدمه

بیماری مزمن کلیه در حال حاضر به عنوان یک مشکل عمده پزشکی در سراسر جهان شناخته شده است (۱). این بیماری در برخی از کشورها، ۸/۱ درصد از کل جمعیت (۲) و در آمریکا حدود ۳۷ میلیون تن تخمین زده می شود (۳). در ایران سالیانه بیش از ۴۰۰۰ تن به تعداد افراد دیالیزی اضافه می شوند (۴). تا سال ۲۰۳۰ تعداد بیماران تحت درمان های جایگزین کلیه نسبت به سال ۲۰۱۰، دو برابری شود (۲). همودیالیز، دیالیز صفاقی و پیوند کلیه به ادامه زندگی بیماران نارسایی مزمن کلیه کمک می کنند (۵). یکی از رایج ترین درمان ها برای کنترل علائم بیماری مرحله انتهایی بیماری کلیوی، همودیالیز است به رغم موثر بودن درمان، بیماران تحت همودیالیز از عوارض متعددی رنج می برند (۶). از جمله کمبود انرژی، تنگی نفس، ادم، درد، خشکی دهان، گرفتگی عضله، تمرکز ضعیف و فاصله گرفتن از اجتماع است (۷). زندگی روزمره بیماران تحت همودیالیز را بدلیل محدودیت های آب و غذا، رژیم دارویی مداوم و وابستگی به دیالیز تحت تاثیر قرار می دهد، و زندگی یکنواخت و محدودی را به بیماران تحمیل می کند (۸) که در معرض ابتلا به تنش و افسردگی قرار می گیرند (۹).

اجزای روانشناختی مانند تاب آوری، رشد پس از سانحه و حمایت اجتماعی می تواند از فرد در برابر آسیب های روانشناختی محافظت نماید. یکی از مؤلفه های روانشناختی مهم که قدرت مقابله ای فرد در مواجهه با چالش های پیشرو را بهبود می بخشد، تاب آوری است (۱۰، ۱۱).

تاب آوری به عنوان فرآیندی پویا، باعث می شود افراد با مسائل تنش زا در زندگی به طور مناسب روبرو شوند (۱۲). تاب آوری در برگزیده توانایی تطابق با وضعیت ناخوشایند و وخیم است که نشاندهنده اهمیت آن به عنوان یک نوع عامل شخصیتی است که از افراد در مواقع تنش آور محافظت می کند. به نظر می رسد تاب آوری بالا نوعی عامل حمایتی در مقابل مشکلات روانشناختی در بیماران است (۱۳). تاب آوری به افراد این توانایی را می دهد تا با مشکلات مواجه شوند و حتی این موقعیت ها را فرصتی برای ارتقاء و رشد شخصیت خود بشمارند (۱۲). تاب آوری به عنوان یکی از عوامل مهم در تجربه و

مدیریت همبودی های بدخیم در بیماران همودیالیز شناخته شده است (۱۴). بنابراین، افراد مبتلا به بیماری های مزمن باید مهارت های انطباقی را بیاموزند و این مهارت ها را در مواجهه با چالش های روزانه به کار ببرند (۱۵). از آنجایی که این بیماران بخصوص زنان با تنشهای زندگی روزمره و هم با تنش های ناشی از عوارض بیماری مقابله کنند، ممکن است با وظایف مادری، شغل، زندگی خانوادگی، ارتباطات و فعالیت های اجتماعی تداخل کند. لذا هدف مداخلات روانشناختی کمک به اینگونه بیماران به منظور مقابله با چالش های مختلف است (۱۶). پژوهش های اخیر دلالت بر این دارند که تاب آوری در مقابل تأثیرات منفی موقعیت های زندگی از افراد محافظت می کند. بطوریکه افزایش تاب آوری منجر به کاهش حساسیت در مقابل بیماری ها و انطباق بهتر با بیماری های مزمن از قبیل بیماری کلیه (۱۷) و مولتیپل اسکلروزیس (۱۸) می شود. در نتیجه تاب آوری نوعی مصون سازی در برابر مشکل های روانی و اجتماعی بوده و کارکرد مثبت زندگی را افزایش می دهد. تاب آوری از طریق افزایش سطوح عواطف مثبت باعث تقویت عزت نفس، امیدواری، پذیرش حمایت، برقراری روابط و مقابله موفق با هیجان های منفی می شود (۱۹).

از سال ۱۹۹۰ به بعد و با شروع موج سوم درمان رفتاری شناختی گرایش به سمت روش های درمانی جدید بر پایه شناخت درمانی افزایش یافت و «درمان پذیرش و تعهد» (Acceptance and Commitment Therapy (ACT) بر مبنای این فرضیه روی کار آمد که آسیب روانی با تلاش برای کنترل یا اجتناب از افکار و هیجانات منفی همراه است (۲۰). هدف این درمان تغییر رابطه با افکار و احساسات دشوار است؛ تا جایی که دیگر آن ها را علامت نینند؛ بلکه بر عکس یاد بگیرد تا آن ها را بیخطر و حتی به چشم رویدادهای روانشناختی ناخوشایند گذرا بنگرد و انعطاف پذیری روانشناختی را افزایش دهد (۲۱).

طبق گفته Grégoire و همکاران (۲۲)، برای تقویت انعطاف پذیری روانشناختی، «درمان پذیرش و تعهد» به ۶ فرآیند مرکزی متکی است: پذیرش در مقابل اجتناب، باید سعی شود تجربه ها را بدون هیچ واکنش بیرونی یا درونی برای حذف، پذیرفت. ارتباط با زمان حال در مقابل غلبه بر گذشته و آینده مفهوم سازی شده، یعنی فرد از همه افکار،

آوری (۲۳، ۲۴، ۲۸، ۲۹) در مطالعات گزارش شده است. بیماران دچار نارسای می‌زمن کلیه اغلب با مشکلات روانی درگیر هستند از جمله اضطراب، ترس از پیشرفت بیماری، ترس از آینده و تجربه آسیب روانی و جسمی در مسیر بیماری می‌تواند بر پیش آگهی درمان و مرگ تاثیر گذار باشد. بکارگیری درمان رفتاری شناختی به آن‌ها کمک می‌کند تا انعطاف پذیری روانی را افزایش دهند که این امر نقش ارزنده ای در پیشگیری و درمان بیماری های جسمانی ایفا می‌کنند. در بررسی های انجام شده توسط نویسندگان مطالعه حاضر، پژوهشی در خصوص اثربخشی این ۲ روش درمان بر روی زنان تحت همودیالیز مقایسه نشده است، لذا مطالعه حاضر با هدف مقایسه اثربخشی «درمان پذیرش و تعهد» و «فراشناخت درمانی» بر تاب آوری زنان تحت همودیالیز انجام شد.

### روش کار

پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی با استفاده از طرح پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری بافاصله زمانی ۳ ماه بعد از اتمام جلسه های درمانی با گروه کنترل صورت گرفت. جامعه پژوهش حاضر شامل کلیه زنان تحت همودیالیز مراجعه کننده به بخش دیالیز بیمارستان امام علی (ع) و شهید رجایی شهر کرج در سال ۱۳۹۹ بودند. برای مطالعات مداخله ای تعداد نمونه حداقل ۱۲ تن پیشنهاد شده است (۳۰). که با در نظر گرفتن ۱۰ درصد احتمال ریزش، ۱۸ تن برای هر گروه تعیین شد. در نتیجه ۵۴ تن از زنان دارای شرایط ورود به مطالعه به صورت غیر تصادفی و دردسترس انتخاب و به صورت تصادفی ساده (قرعه کشی) در ۳ گروه گمارش شدند. ۲ گروه مداخله (۱۸ تن) «درمان پذیرش و تعهد» و ۱۸ تن گروه «فراشناخت درمانی» و یک گروه کنترل (۱۸ تن) قرار گرفتند.

معیارهای ورود زنان تحت همودیالیز به مطالعه شامل: خانم های ۱۸ تا ۷۰ سال، گذشت حداقل ۶ ماه از شروع همودیالیز، انجام همودیالیز حداقل ۳-۲ بار در هفته به مدت ۳ الی ۴ ساعت و عدم ابتلا به اختلالات شدید روانی (مصرف داروهای روانپزشکی ذکر شده در پرونده بیماران) و نداشتن رشته تحصیلی روانشناسی بود. معیار خروج شامل مهاجرت یا فوت بیمار و تغییر روش درمانی به دیالیز صفاقی یا

رفتار و حالت های روانی خود در لحظه حال آگاه باشد. خود به عنوان زمینه در مقابل خود مفهوم سازی شده، تلاش برای کاهش تمرکز مفرط بر خود تجسمی که فرد برای خود در ذهنش ساخته است. گسلس در مقابل آمیختگی شناختی، آموزش به فرد در جهت جداسازی خود از تجربه های ذهنی به نحوی که بتواند مستقل از این تجربه ها عمل کند، روشن سازی ارزش ها در مقابل عدم صراحت ارزش ها، کمک به شناسایی ارزش ها و تبدیل آن ها به هدف های رفتاری و اقدام متعهدانه است (۲۰).

مطالعات پیشین گویای این است که «درمان پذیرش و تعهد» با افزایش تاب آوری در افراد مبتلا به درد مزمن (۲۳) و در زنان زندانی مبتلا به سوء مصرف مواد (۲۴) موثر بوده است. لذا «درمان پذیرش و تعهد» از ظرفیت مناسبی برای افزایش انعطاف پذیری شناختی افراد در برخورد با مسائل مختلف برخوردار است (۲۳)

از دیگر درمان های رفتاری شناختی، می توان «فراشناخت درمانی» که بر روی کاهش فرآیندهای غیر سودمند و تسهیل سبک های فراشناختی پردازش، تمرکز دارد را نام برد (۲۵). باورهای فراشناختی مثبت و منفی فراشناختی در مورد نگرانی از جمله عوامل آغازگر و نگهدارنده آسیب روانشناختی هستند. «فراشناخت درمانی» بر این باور است که افراد به این دلیل در دام ناراحتی هیجانی گرفتار می شوند که فراشناخت های آن ها به الگوی خاصی از پاسخ دهی به تجربه های درونی منجر می شوند که موجب تداوم هیجان های منفی و تقویت باورهای منفی می شود (۲۶). در «فراشناخت درمانی» درمانگر با افزایش انعطاف پذیری روانی با تکیه بر به چالش کشیدن باورهای فراشناختی تمرکز دارد (۲۵). بنابراین، این درمان در عین کوتاه بودن، بیشتر مبتنی بر راهبردها و فرایندهایی است که شناخت ها را ارزیابی، کنترل و نظارت می کنند (۲۷). مطالعات نشان می دهد «فراشناخت درمانی» با ارتقا تاب آوری در افراد مبتلا به اختلال اضطراب (۲۸) و افزایش تاب آوری دانشجویان دختر ورزشکار (۲۹) موثر بوده است.

اگرچه درمان های موج سوم در برخی فرآیندهای بنیادین شباهتی با هم داشته، اما از لحاظ نحوه مفهوم سازی و اجرای آن در هر درمان تفاوت وجود دارد (۲۶). اثربخشی «درمان پذیرش و تعهد» و «فراشناخت درمانی»، بر تاب

روی نمونه فوق ۰/۸۹ - گزارش کردند (۳۳). Sahinbaltaci & Karatas در مطالعه ای با ۷۶۰ دانش آموز در شهر بردر ترکیه روایی سازه به روش تحلیل عاملی اکتشافی بررسی و تایید شد. پایایی با روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ بر روی نمونه فوق بررسی و ۰/۸۵ گزارش شد (۳۴).

در ایران، چرمچی در پژوهش خود روایی محتوا و روایی صوری «مقیاس تاب آوری کانر - دیویدسون» توسط ۵ تن از اعضای هیئت علمی و متخصصین روانسنجی بر روی زنان یائسه اندازه گیری و تایید کردند. پایایی با روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ بر روی ۳۳ تن انجام و ضریب پایایی برابر ۰/۹۷ - گزارش شد (۳۵). سامانی و همکاران روایی سازه به روش تحلیل عاملی تاییدی «مقیاس تاب آوری کانر - دیویدسون» با ۲۸۷ تن از دانشجویان انجام و تایید شد. پایایی با روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ بر روی نمونه فوق محاسبه و آن را برابر با ۰/۸۷ - گزارش شد (۳۶).

در مطالعه حاضر به روایی پژوهش های پیشین بسنده شد و پایایی با روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ «مقیاس تاب آوری کانر - دیویدسون» در زنان تحت همودیالیز (۲۰ تن) برابر با ۰/۸۷ - به دست آمد. این تعداد ۲۰ تن زن تحت همودیالیز مجزا از نمونه های مورد مطالعه مورد بررسی قرار گرفتند. همچنین پایایی به روش آزمون - بازآزمون بر روی نمونه فوق به فاصله ۲۰ روز ۰/۸۷ محاسبه شد.

«درمان پذیرش و تعهد» بر اساس پروتکل درمانی پذیرش و تعهد Hayes و همکاران (۳۷) و بر اساس کتاب تالیفی با عنوان «درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد» توسط ایزدی و عابدی طراحی شده است (۳۸). همچنین پرویزیان و همکاران (۳۹) در پژوهش خود برای بررسی روایی محتوای «درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد» از نظر ۴ تن از متخصصان حوزه روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهرکرد استفاده و مطلوب ارزیابی کردند. روش فوق در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای اجرا شد و خلاصه آن به شرح زیر است.

پیوند کلیه، عدم تمایل به ادامه در حین روند درمان و وجود مشکل کلامی و شنوایی که امکان برقراری ارتباط و یکسانی مداخله را در این گروه از بیماران را دچار مشکل می کرد.

ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش شامل: پرسشنامه جمعیت شناختی شامل سن، تحصیلات، تعداد و زمان جلسات دیالیز بود.

«مقیاس تاب آوری کانر - دیویدسون» (Connor - Davidson Resilience Scale) که توسط Connor & Davidson در دانشگاه دوک در سال ۲۰۰۳ جهت سنجش میزان تاب آوری افراد طراحی شد (۳۱). این مقیاس دارای ۲۵ عبارت و ۵ زیر مقیاس می باشد که شامل شایستگی فردی (individual competence) با ۸ عبارت ۲۳، ۲۴، ۲۵، ۱۷، ۱۶، ۱۲، ۱۱، ۱۰، تحمل عاطفه منفی (tolerance of negative emotions) با ۷ عبارت ۲۰، ۱۹، ۱۸، ۱۵، ۱۴، ۷، ۶، پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن (positive acceptance of change and secure relationships) با ۵ عبارت ۸، ۴، ۵، ۲، ۱، کنترل (control) با ۳ عبارت ۲۱، ۲۱، ۱۳ و تأثیرات معنوی (spiritual influences) با ۲ عبارت ۹، ۳ است. پاسخ دهی در یک طیف لیکرت ۵ درجه ای از، کاملاً نادرست است = صفر تا همیشه درست است = ۴، مورد ارزیابی قرار می دهد. برای بدست آوردن نمره کلی در این ابزار حداقل نمره صفر و حداکثر نمره ۱۰۰ است. در این مقیاس نمره بالاتر نشان دهنده تاب آوری بیشتر در شخص می باشد (۳۱). ثبات به روش آزمون باز آزمون روی ۲۴ بیمار تنش پس از سانحه و اضطراب ۰/۸۷ - گزارش کردند. روایی همگرایی این پرسشنامه با استفاده از «مقیاس مختصر سرسختی (Abridged Hardiness Scale)» توسط ۳۰ تن از بیماران روانپزشکی انجام و نتایج ضریب همبستگی ۰/۸۳ را نشان داد (۳۲).

Yu و همکاران در مطالعه ای با ۲۹۱۴ تن از جوانان کشور چین روایی سازه به روش روایی همگرایی «مقیاس تاب آوری کانر - دیویدسون» را با «مقیاس چند بعدی حمایت اجتماعی ادراک شده» (Multidimensional Scale of Perceived Social Support) بررسی و ۰/۴۴ و پایایی آن با روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ بر

## رامین تاج بخش و همکاران

### خلاصه جلسات «درمان پذیرش و تعهد»

جلسات	اجرا
جلسه اول	پژوهشگر به معرفی درماندگی خلاق و کشف اهداف و تلاش های ناموفق پرداخت و سعی داشت تا بیماران به این بینش برسند که راهبردهای کنترل به کار گرفته شده او در مقابل مشکلاتش ناکارآمد بوده است. درمانگر در ابتدای جلسه توضیحاتی را در زمینه این روش درمانی ارائه داد.
جلسه دوم	در این مرحله به بیماران نشان داده شد که مشکلات روانی او به شیوه انتخابی پاسخ او مربوط است، درمانگر سعی کرد بیمار به این بینش برسد که "کنترل مساله است، نه راه حل" و تلاش طولانی تر برای کنترل احساس، منجر به افزایش دور باطل رنج، می شود.
جلسه سوم	هدف این مرحله این بود که بیمار به این منطق برسد که "کنترل یک مشکل است" و تمایل به تجربه اضطراب و ناراحتی جایگزین کنترل به حساب می آید. همچنین درمانگر مشکلات بیمار را ارزیابی کرده و با فعال سازی رفتاری احتمال موفقیت بیمار را افزایش داد. که برای سهولت درمان و آموزش از استعاره برای بیمار استفاده شد.
جلسه چهارم	در این قسمت مفهوم گسلش از افکار و احساسات ناکارآمد مورد بررسی قرار گرفت و به بررسی خود مفهوم سازی متمایز شده در برابر خود مشاهده گر پرداخت.
جلسه پنجم	در این جلسه سنجش توانایی بیمار برای گسلش از افکار و احساسات ناکارآمد صورت گرفت و برقراری ارتباط با زمان حال و آموزش فنون، ذهن آگاهی تمرین شد.
جلسه ششم	هدف از این جلسه این بود که بیمار به این منطق دست یابد که چگونه ارزش ها را شناسایی کند و ارزش ها را بر مبنای اهمیت اولویت بندی کند. در نهایت ارزش های عملی را در زندگی مشخص کند.
جلسه هفتم	ارائه راهکارهای عملی در رفع موانع ضمن به کارگیری استعاره ها و برنامه ریزی برای تعهد نسبت به پیگیری ارزش ها تمرین شد. و به بیمار کمک شد تا بتواند ارزش هایش را به عنوان منشا تعهد درک کند.
جلسه هشتم	از بیماران توضیح دستاوردهایشان از درمان درخواست شد و برنامه آن ها برای ادامه زندگی جمع بندی شد. از بیماران خواسته شد تمرینات را همچنین در روزهای بعدی ادامه دهد.

«فراشناخت درمانی» بر اساس پروتکل Jelinek و همکاران جلسه ۶۰ دقیقه ای طراحی و اجرا شد. خلاصه آن به شرح (۴۰) طراحی شده است. در ایران در مطالعات مختلف توسط متخصصان روانشناسی بکارگرفته شده است (۴۲،۴۱) و در ۸

### خلاصه جلسات «فراشناخت درمانی»

جلسات	هدف	اجرا
جلسه اول	برقراری رابطه حسنه با درمانجو، ارزیابی شناختی	پژوهشگر روش درمانی را توضیح داد، و تأثیرات بیماری (دیالیز)، وپالایش ذهنی (مشخص کردن نکات منفی)، تعمیم بیش از حد (استفاده از کلمه همه وهیچ) را توصیف کرد و تغییر دیدگاه و اصلاح ارزیابی شناختی و تنظیم قوانین توضیح داده شد.
جلسه دوم	تمرین روش آموزش توجه	درمانگر با استفاده از روش های توجه به بیمار کمک کرد آگاهی خود را نسبت به موقعیت افزایش دهد تا فراشناخت افزایش یابد.
جلسه سوم	روش استبداد/باید یافتن تعادل صحیح	درمانگر با معرفی روش استبداد/عبارت "باید" پرداختن به معیارهای سختگیرانه را از طریق تحلیل سود و زیان مشکلات توصیف کرد و برای رسیدن به تعادل توجه به نکات مثبت (انتظار بازخورد منفی، رد باز خورد مثبت) و نداشتن تفکر سیاه وسفید را با بیمار تمرین کرد.
جلسه چهارم	شناسایی ارزش ها، روش افزایش اعتماد به نفس	درمانگر با شناسایی (رفتارهای قابل مشاهده، حالت های غیر قابل مشاهده)، نکات با ارزش که با پی بردن به توانایی خود (شناسایی نقاط مثبت)، و پذیرش خطاها و شکست ها (بدون بی ارزش کردن خود)، افزایش عزت نفس را تمرین کرد.
جلسه پنجم	تحریف تفکر و سبک اسناد	شناسایی و مرور کردن نقط قوت شان و پرهیز از بزرگ کردن مشکل یاد آوری و تمرین شد سبک اسناد (برای رویداد منفی و رویداد مثبت)، توضیح داده شد. و اینکه واقعبینانه به موضوع توجه کنند.
جلسه ششم	بررسی راهبردها و رفتارها و تمرین روش ذهن آگاهی	در خصوص اهمیت نشخوار فکری در تداوم اختلال و به تعویق انداختن نشخوار فکری و تمرین آن، صحبت شد. تمرین جستجو برای آرامش و انجام تمرین تنفس، تمرین های آرام سازی جایگزین شد. کناره گیری از راهبردهایی چون بدون قضاوت درک کردن و ادامه فعالیت ها برای شکستن کناره گیری و نشخوار فکری استفاده شد.
جلسه هفتم	ارزیابی ذهن خوانی، نتیجه گیری عجولانه	توضیح این که با داشتن اطلاعات کم نتیجه گیری عجولانه، ذهن خوانی، پیش گویی وقاجعه آمیز کردن، مشکلات نداشته باشیم. همه جوانب مسئله را بررسی کنیم وتمرین ارزیابی مجدد احتمالات(ارزیابی افکار مثبت و منفی با هم) انجام شد.
جلسه هشتم	تمرین و شناسایی احساسات	بررسی و تمرین زبان بدن، هیجانات و شناسایی آن و اینکه تنها بر اساس احساسات شخص تصمیم گیری نشود. برنامه پیشگیری از عود انجام شد ( شناسایی عواملی که موجب عود خواهد شدو راه های مقابله با آن).



پیگیری ۳ ماهه به این صورت به اجرا در آمد که با کلیه زنان تحت همودیالیز در گروه مداخله هر هفته تماس گرفته شد و طی تماس تلفنی ضمن تاکید بر انجام تمرینات آموزشی داده شده، به سوالات آن ها پاسخ داده شد. برنامه پیگیری با هدف تبعیت از درمان انجام گرفت.

نکات اخلاقی در این مطالعه شامل کسب رضایت از زنان تحت همودیالیز و امضای فرم مربوطه بود. علاوه، بر محرمانه بودن اطلاعات به دست آمده تاکید گردید. به آزمودنی ها یادآوری شد که هیچ فشار و اجباری برای ادامه مشارکت وجود نداشته و خروج از این آزمون اختیاری می باشد.

تحلیل داده ها با روش های آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار، فراوانی و درصد) و آماراستنباطی آزمون های کای دو، آنالیز واریانس، آنالیز کوواریانس و تحلیل واریانس با اندازه های تکراری دو طرفه انجام شد. در این مطالعه  $P < 0.05$  سطح معناداری محسوب شد. برای بررسی اثر مداخله از ابزار اندازه اثر استفاده شد که بر اساس تقسیم بندی کوهن مقدار  $0.01$  اندازه اثر کوچک،  $0.06$  متوسط و  $0.14$  بالا در نظر گرفته می شود (۴۳). تحلیل داده ها با نرم افزار اس پی اس نسخه ۲۳ انجام شد.

### یافته ها

زنان تحت همودیالیز در ۲ گروه مداخله و یک گروه کنترل از نظر مشخصات فردی شامل سن، تحصیلات، تعداد جلسات دیالیز در هفته و مدت زمان دیالیز در روز تفاوت آماری معناداری نداشتند ( $P > 0.05$ ). و یافته های جمعیت شناختی در جدول ۱ ارائه شده است.

نحوه اجرای پژوهش به این شکل بود که پس از کسب کد اخلاق، از سامانه ملی اخلاق در پژوهش های زیست پزشکی، مجوزهای لازم از شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی البرز دریافت شد و به بیمارستان های مورد نظر اعلام شد. در نیمه دوم سال ۱۳۹۹ به ۲ بیمارستان دارای بخش دیالیز از بیمارستان های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی البرز در شهر کرج به روش در دسترس مراجعه شد. پس از مصاحبه با زنان تحت همودیالیز اهداف و روش پژوهش برای آزمودنی ها توضیح داده شد.

در جلسه توجیهی پرسشنامه جمعیت شناختی تکمیل شد و در نهایت ۵۴ تن بر اساس روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. پس از گمارش تصادفی به روش قرعه کشی شرکت کننده ها، در ۲ گروه مداخله و یک گروه کنترل قرار گرفتند. در مرحله بعد، "مقیاس تاب آوری کانر - دیویدسون" به عنوان پیش آزمون بر روی زنان تحت همودیالیز گروه های مداخله و کنترل قبل از شروع مداخله به اجرا در آمد. سپس، افراد گروه مداخله تحت جلسات حضوری "درمان پذیرش و تعهد" و "فراشناخت درمانی" قرار گرفتند و گروه کنترل هیچ نوع مداخله آموزشی دریافت نکردند. پس از پایان پژوهش، گروه کنترل نیز تحت آموزش قرار گرفتند. جلسات درمانی به صورت ۱ جلسه در هفته و ۸ هفته و هر جلسه به مدت ۹۰ دقیقه برای "درمان پذیرش و تعهد" و ۸ هفته به مدت ۶۰ دقیقه برای گروه "فراشناخت درمانی" در بخش دیالیز توسط نویسنده مسئول که دارای گواهی مربوط هستند، اجرا شد. برای جلوگیری از تداخل گروه ها، جلسات در روزهای مجزا انجام گرفت. پس از پایان جلسات درمانی بر روی هر ۳ گروه مداخله و کنترل، در یک جلسه پس آزمون، مجدداً "مقیاس تاب آوری کانر - دیویدسون" اجرا شد.

جدول ۱: مشخصات فردی زنان تحت همودیالیز در ۲ گروه مداخله و یک گروه کنترل (۵۴ تن)

نتایج آزمون	گروه			متغیر جمعیت شناختی
	کنترل تعداد (درصد)	درمان پذیرش و تعهد تعداد (درصد)	درمان فراشناخت تعداد (درصد)	
$X^2=2/819$	۷(۳۸/۹)	۸(۴۴/۴)	۴(۲۲/۲)	کمتر از ۵۰
$df=4$	۶(۳۳/۳)	۴(۲۲/۲)	۸(۴۴/۴)	۵۰-۶۰
$P= 0/588$	۵(۲۷/۸)	۶(۳۳/۳)	۶(۳۳/۳)	۶۰ و بیشتر
$P= 0/490$	۱۰(۵۵/۵)	۱۱(۶۱/۱)	۱۰(۵۵/۵)	زیر دیپلم
	۴(۲۲/۲)	۳(۱۶/۷)	۷(۳۸/۹)	دیپلم
	۴(۲۲/۲)	۴(۲۲/۲)	۱(۵/۶)	کارشناسی

## رامین تاج بخش و همکاران

$X^2=2/309$ $df=2$ $P=.315$	۷(۳۸/۹) ۱۱(۶۱/۱)	۶(۳۳/۳) ۱۲(۶۶/۷)	۳(۱۶/۷) ۱۵(۸۳/۳)	جلسه ۲ جلسه ۳	تعداد جلسات دیالیز در هفته*
$P=.523$	۴(۲۲/۲) ۵(۲۷/۸) ۹(۵۰)	۱(۵/۶) ۶(۳۳/۳) ۱۱(۶۱/۱)	۴(۲۲/۲) ۳(۱۶/۷) ۱۱(۶۱/۱)	۳ ساعت ۳/۵ ساعت ۴ ساعت	مدت زمان دیالیز در هر جلسه (ساعت)*

آزمون های آماری: \* آزمون دقیق فیشر \*\* کای دو

قبل از مداخله است. جهت بررسی معناداری تغییرات نمره در متغیرهای پژوهش از آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر استفاده شد.

نتایج جدول ۱ گویای این است که گروه های مداخله و کنترل در متغیرهای جمعیت شناختی تفاوتی با یکدیگر ندارند. نتایج نشان دهنده همسانی ۲ گروه مداخله و کنترل

جدول ۲: نتایج آزمون لوین در مورد پیش فرض همگنی واریانس ها

متغیرها	F	df1	df2	P
قبل از مداخله	۲/۰۳۹	۲	۵۱	۰/۱۴۱
بعد از مداخله	۰/۴۶۲	۲	۵۱	۰/۶۳۳
پیگیری	۲/۲۱۶	۲	۵۱	۰/۱۱۹

معنادار نبودند (جدول ۲). بررسی آزمون لوین نشان داد مفروضه همگنی واریانس ها برای زیرمقیاس های تاب آوری رعایت شده است. پس از تایید مفروضه های آماری از آزمون آماری تحلیل کوواریانس استفاده شد (جدول ۳).

نتایج آزمون کولموگروف اسمیرنوف برای هیچ یک از متغیرها در سطح ( $p>0/05$ ) معنادار نبود. به عبارت دیگر، داده ها دارای توزیع نرمال است. در ادامه پیش فرض های تحلیل واریانس با اندازه گیری های مکرر مورد بررسی قرار گرفت. آزمون لوین برای هیچ یک از مراحل پژوهش

جدول ۳: تاب آوری زنان تحت همودیالیز قبل، بعد و ۳ ماه بعد از مداخله در گروه کنترل و ۲ گروه مداخله و مقایسه آن ها (۵۴ تن)

گروه- زمان	قبل از مداخله میانگین $\pm$ انحراف معیار	بعد از مداخله میانگین $\pm$ انحراف معیار	پیگیری میانگین $\pm$ انحراف معیار	نتایج تحلیل واریانس با اندازه های تکراری یک طرفه
کنترل	۳۸/۵۶ $\pm$ ۱۰/۷۵	۶۵/۱۶ $\pm$ ۸/۰۸	۶۵/۷۷ $\pm$ ۸/۳۰	$F=89/689$ $P<0/001$
«فراشناخت درمانی»	۲۹/۶۱ $\pm$ ۱۱/۰۰	۹۵/۳۸ $\pm$ ۵/۹۵	۹۱/۷۷ $\pm$ ۵/۲۸	$F=758/590$ $P<0/001$
«درمان پذیرش و تعهد»	۲۸/۱۷ $\pm$ ۶/۵۰	۹۰/۲۲ $\pm$ ۷/۳۳	۸۶/۸۳ $\pm$ ۷/۰۲	$F=1473/134$ $P<0/001$
نتایج آزمون	$F=6/135$ $P=0/004$	$F=100/012$ $P<0/001$ $\eta^2=0/800$	$F=86/024$ $P<0/001$ $\eta^2=0/775$	

تصحیح شده نشان داد، نمره در «گروه درمان پذیرش و تعهد» و «فراشناخت درمانی» به صورت معنا داری از گروه کنترل بیشتر بود ( $P<0/001$ ). بین نمره ۲ گروه درمانی مداخله تفاوت معنا داری مشاهده نشد ( $P=0/118$ ). نتایج آنالیز کوواریانس در ۳ ماه بعد از مداخله نشان داد که

باتوجه به معنادار بودن اختلاف بین ۳ گروه در قبل از مداخله، جهت بررسی نمره در زمان بعد از مداخله (کنترل نمره مخدوشگر) از آنالیز کوواریانس استفاده شد. نتایج نشان داد نمره کل تاب آوری در حداقل یکی از گروه ها اختلاف معناداری داشت ( $P<0/001$ ). نتایج آزمون دو به دو بنفرونی



( $P < 0/001$ ).

### بحث

این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی «درمان پذیرش و تعهد» و «فراشناخت درمانی» بر تاب آوری زنان تحت همودیالیز انجام شد. نتایج مطالعه نشان داد «درمان پذیرش و تعهد» و «فراشناخت درمانی» بر افزایش تاب آوری موثر است و هر ۲ روش درمانی به یک اندازه تاب آوری را افزایش دادند.

در مطالعه حاضر، «درمان پذیرش و تعهد» تاب آوری را در بیماران تحت همودیالیز افزایش داد. این نتایج همسو با یافته های Chen و همکاران است (۱۶) که با استفاده از روش های روان درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی رفتاری و جایگزین کردن راهبردهای مقابله ای مثبت برای کاهش افکار و رفتارهای ناسازگار بیماران مبتلا به نارسایی کلیه توانستند علائم تنش را کاهش دهند. مونس و همکاران است که در مطالعه خود تاثیر «درمان پذیرش و تعهد» بر تاب آوری را گزارش نمودند که این مداخله می تواند با افزایش تاب آوری منجر به کاهش درد مزمن شود (۲۳). در این راستا، نتایج مطالعه اصفهانی و حقایق نشان داد «درمان پذیرش و تعهد» در بهبودی تاب آوری در مراقبین بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی موثر بوده است (۴۴). همچنین نجفی و عرب (۲۴) در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که «درمان پذیرش و تعهد» منجر به افزایش تاب آوری در زنان زندانی مبتلا به سوء مصرف مواد شده است. در تبیین اثربخشی «درمان پذیرش و تعهد» بر تاب آوری، می توان گفت که «درمان پذیرش و تعهد» در طول مداخله از مهارت های ذهن آگاهی، پذیرش و گسلش شناختی برای افزایش انعطاف پذیری روانشناختی استفاده می کند و زمینه را برای تقویت توانایی افراد برای مواجهه با تجاربشان در زمان حال را فراهم می سازد تا افراد به شیوه ای عمل کنند که منطبق با ارزش هایشان باشد. همچنین ارتباط با تجارب زمان حال به افراد کمک می کند که تغییرات و تجربیات را همانگونه که در لحظه حال در جریان هستند که افراد را مستعد پذیرش شرایط دشوار و تجارب دردناک می کنند، و نه آنگونه که ذهن پیش از تجربه واقعی مفهوم سازی کرده است. در نتیجه «درمان پذیرش و تعهد» به آنها کمک می کند که پاسخ های سازگارانه توأم با تاب آوری به تجارب و رویدادها بدهند (۴۵).

نمره کل تاب آوری در حداقل یکی از گروه ها اختلاف معنا داری داشت ( $P < 0/001$ ). نتایج آزمون دو به دو بنفرونی تصحیح شده نشان داد نمره در «گروه درمان پذیرش و تعهد» و «فراشناخت درمانی» به صورت معنا داری از گروه کنترل بیشتر بود ( $P < 0/001$ ). بین نمره ۲ گروه درمانی، مداخله تفاوت معناداری مشاهده نشد ( $P = 0/127$ ).

جهت بررسی اثر مداخله از Partial eta-Squared استفاده شد. برای همچنین اندازه اثر تاب آوری بعد از مداخله ۰/۸۰۰ و در دوره پیگیری ۰/۷۵۵ بود که بر اساس تقسیم بندی کوهن (۴۳) اندازه اثر تاب آوری در سطح بالایی قرار داشت (جدول ۳).

نتایج تحلیل واریانس با اندازه های تکراری نشان داد اثر ( $P < 0/001$ )، اثر متقابل بین زمان و گروه زمان ( $P < 0/001$ ) و همچنین اثر گروه ( $P < 0/001$ ) در تاب آوری معنادار بود. با توجه به معناداری اثر متقابل زمان و گروه، اثر مداخله بر تاب آوری به تفکیک گروه بررسی شد. نتایج آزمون واریانس با اندازه های تکراری نشان داد.

در گروه کنترل نمره کل تاب آوری در حداقل یکی از زمانها اختلاف معناداری داشت ( $P < 0/001$ ). نتایج آزمون دو به دو بنفرونی تصحیح شده نشان داد نمره در بعد از مداخله و همچنین ۳ ماه بعد از مداخله به صورت معنا داری از قبل از مداخله بیشتر بود ( $P < 0/001$ ). بین نمره در ۲ زمان بعد از مداخله و همچنین ۳ ماه بعد از مداخله اختلاف معنا داری مشاهده نشد ( $P = 0/999$ ).

در گروه «درمان پذیرش و تعهد» نمره کل تاب آوری در حداقل یکی از زمان ها اختلاف معناداری داشت ( $P < 0/001$ ). نتایج آزمون دو به دو بنفرونی تصحیح شده نشان داد نمره در بعد از مداخله و همچنین ۳ ماه بعد از مداخله به صورت معنا داری از قبل از مداخله بیشتر بود ( $P < 0/001$ ). همچنین نمره تاب آوری در زمان بعد از مداخله به صورت معناداری از زمان ۳ ماه بعد از مداخله به صورت معنا داری بیشتر بود ( $P = 0/001$ ).

در گروه «فراشناخت درمانی» نمره کل تاب آوری در حداقل یکی از زمان ها اختلاف معناداری داشت ( $P < 0/001$ ). نتایج آزمون دو به دو بنفرونی تصحیح شده نشان داد نمره در بعد از مداخله و همچنین ۳ ماه بعد از مداخله به صورت معنا داری از قبل از مداخله بیشتر بود ( $P < 0/001$ ). همچنین نمره تاب آوری در زمان بعد از مداخله به صورت معناداری از زمان ۳ ماه بعد از مداخله به صورت معنا داری بیشتر بود

## رامین تاج بخش و همکاران

تجربیات روانشناختی و افزایش آگاهی از آنها به خصوص تمرکز بر لحظه حال و پیشی گرفتن روشی غیر ارزیابانه است، که به انعطاف پذیری شناختی و تاب آوری افراد کمک می کند (۴۷). «فراشناخت درمانی» و «درمان پذیرش و تعهد» با بهبود تاب آوری بر روی عواطف و مقابله مؤثر تأثیرگذار بوده و منجر به بهبود بیشتر بیماران می شود.

### نتیجه گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد «درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد» و «فراشناخت درمانی» بر افزایش تاب آوری زنان تحت همودیالیز مؤثر است. نتایج می تواند برای تدوین برنامه های آموزشی در زنان تحت همودیالیز باشد. لذا پیشنهاد می شود از مداخلات درمانی فوق به منظور افزایش تاب آوری در زنان تحت همودیالیز استفاده شود. از جمله محدودیت این پژوهش می توان به نمونه گیری که به صورت در دسترس بوده اشاره کرد و عدم تعمیم پذیری به جامعه مردان که ممکن است تا اندازه های قابلیت تعمیم دهی نتایج پژوهش را دچار مشکل کند.

### سیاسگزاری

این مقاله برگرفته از یک طرح پژوهشی می باشد که در تاریخ ۱۳۹۹/۱۰/۱۴ با کد IR.ABZUMS.REC 1399.265 در سامانه ملی اخلاق در پژوهش های زیست پزشکی به نشانی <https://ethics.abzums.ac.ir> در دانشگاه علوم پزشکی البرز ثبت شده است. بدینوسیله از کلیه بیماران تحت همودیالیز که در این مطالعه شرکت نمودند تشکر می گردد. همچنین از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی البرز جهت تصویب و حمایت مالی طرح قدردانی می شود.

### تضاد منافع

نویسندگان مقاله حاضر هیچگونه تضاد منافی را گزارش نکرده اند.

بر اساس نتایج پژوهش حاضر، نمره تاب آوری بیماران تحت همودیالیز گروه مداخله «فراشناخت درمانی» با گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. میانگین نمره گروه مداخله «فراشناخت درمانی» بالاتر از گروه کنترل بود. یافته های حاضر همسو با نتایج پژوهش عباسی و همکاران (۲۸) که در پژوهشی نشان دادند «فراشناخت درمانی» با بهره گیری از فنونی همچون به تعویق انداختن نگرانی، چالش با باورهای مربوط به خطر، متوقف کردن مهار رفتارهای اجتنابی، دارای کارآیی بالینی مناسبی در جهت بهبود تاب آوری بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر به شمار می رود. در همین راستا، یافته مطالعه شاره واصغر خواه (۱۸)، نشان داد «فراشناخت درمانی» منجر به افزایش تاب آوری در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزیس شده است. همچنین نتایج مطالعه قاسمی و همکاران (۲۹) نشان داد که «فراشناخت درمانی» بر تاب آوری ورزشی دختران دانشجو تأثیر گذار است. در تبیین آن می توان گفت افراد تاب آوردر توضیح رفتارها و انجام تکالیف بیشتر از فراشناخت کمک می گیرند و از تفکر فراشناختی در هنگام تصمیم گیری بهتر بهره می برند (۱۸).

نتایج پژوهش حاضر نشان داد بین «درمان پذیرش و تعهد» و «فراشناخت درمانی» در تاب آوری تفاوتی وجود ندارد و هر ۲ درمان، تاب آوری را بهبود بخشید. این اثربخشی تا ۳ ماه بعد از مداخله اثرش باقی ماند. و نتایج آن همسو با یافته مطالعه Ruiz و همکاران بود (۴۶) که نشان دادند «درمان پذیرش و تعهد» و «فراشناخت درمانی» باعث کاهش افسردگی در افرادی با علائم افسردگی شد. در تبیین این نتیجه می توان گفت که در دیدگاه فراشناخت آنچه دارای اهمیت است، صورت بندی پردازش شناخت درونی و قوانین و سازوکارهایی است که موجب می شود تا مراجعان به تعبیر و تفسیر باورهای ناسازگار بپردازند. بنابراین، «فراشناخت درمانی» زمینه مساعدی برای افزایش تاب آوری فراهم می نماید (۱۸). هدف «درمان پذیرش و تعهد» افزایش تفکر واقع نگر، مؤثر و منطقی یا تشویق احساسات نیست بلکه اهداف این درمان بر کاهش اجتناب از این

## References

1. Cristina Simões e Silva A, Silva Miranda A, Pessoa Rocha N, Teixeira A-L. Neuropsychiatric disorders in chronic kidney disease. *Frontiers in Pharmacology*. 2019;10(932):1-11. <https://doi.org/10.3389/fphar.2019.00932>
2. Torre-del Carpio AG, Bocanegra-Jesús A, Guinetti-Ortiz K, Mayta-Tristán P, Valdivia-Vega y. Original Mortalidad precoz en pacientes con enfermedad renal crónica que inician hemodiálisis por urgencia en unapoblación peruana: Incidenci factores de riesgo. *Revista de la Sociedad Española de Nefrología*. 2018; 38(4):347-432. <https://doi.org/10.1016/j.nefro.2017.11.017>
3. National Institutes of Health. Health Information: Chronic Kidney Disease website. <https://www.niddk.nih.gov/health-information/kidney-disease/chronic-kidney-disease-ckd>. 2021:1-4
4. Nafar M, Aghighi M, Dalili N, Alipour Abedi B. [Perspective of 20 years hemodialysis registry in Iran, on the road to progress]. *Iranian Journal of Kidney Diseases*. 2020; 14(2): 95-101. [www.ijkd.org](http://www.ijkd.org).
5. Liu Y-M, Chang H-J, Wang R-H, Yang L-K, Lu K-C, Hou Y-C. Role of resilience and social support in alleviating depression in patients receiving maintenance hemodialysis. *Therapeutics and Clinical Risk Management*. 2018; 14:441-451. <https://doi.org/10.2147/TCRM.S152273>
6. Drew D A. Psychological flexibility: A novel risk factor for depression in kidney disease. *Kidney Medicine*. 2020;2(6):673-674. <http://creativecommons.org/doi/10.1016/j.xkme.2020.10.002>
7. Kukihara H, Yamawaki N, Ando M, Nishio M, Kimura H, Tamura y. The mediating effect of resilience between family functioning and mental well-being in hemodialysis patients in Japan: A cross-sectional design. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2020; 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01486-x>
8. Dehghani Y. [The effectiveness of Acceptance and Commitment Group Therapy on depression and quality of life in women with dialysis patients]. *Journal of Clinical Psychology*. 2016;8 (31):1-10.
9. Mutiara Y T, Hidayati W, Asyrof A. Perbedaan kejadian depresipadapasiencronickidneydisease on hemodialysis yang dipengaruhi dukungan. *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*. 2018; 1 (1): 8- 13. <https://doi.org/10.32584/jikj.v1i1.30>
10. Oshio A, Taku K, Hirano M, Saeed G. Resilience and Big Five personality traits: A meta-analysis. *Personality and Individual Differences*. 2018; 127: 54-60. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2018.01.048>. <https://s100.copyright.com/AppDispatchServlet?publisherName=ELS&contentID=S0191886918300576&orderBeanReset=true> <https://doi.org/10.1016/j.paid.2018.01.048>
11. Gori A, Topino E, Sette A, Cramer H. Mental health outcomes in patients with cancer diagnosis: Data showing the influence of resilience and coping strategies on post-traumatic growth and post-traumatic symptoms. Contents lists available at science direct. *journal homepage: elsevier.com/locate/dib*. 2021;34(106667):1-10. <https://doi.org/10.1016/j.dib.2020.106667>
12. Hasani H, Zarei B, Danaie Z, Mahmoudi Rad Gh. [Resilience skills training versus Metacognitive Therapy: A comparison of effectiveness on anxiety in nurses working in intensive care units and emergency department]. *Modern Care Journal*. 2020; 17(3): 1-8. <https://doi.org/10.5812/modernc.106905>
13. Gallo LC, Ghaed SG, Bracken WS. Emotions resilience and cognitions in coronary heart disease risk resilience and social context. *Cognitive Therapy and Research*. 2004; 28(5): 669-694. <https://citeseerx.ist.psu.edu/document?repid=rep1&type=pdf&doi=0994de622275f-8b4c3ec61d48b336e10d13aeb28> <https://doi.org/10.1023/B:COTR.0000045571.11566.19>
14. Yu Y, Peng L, Chen L, Long L, He W, Li M, Wang T. Resilience and social support promote posttraumatic growth of women with infertility the mediating role of positive coping. *Psychiatry Research*. 2014;215(2): 401-405. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.10.032>
15. Al Yassin S-A, Davoodi H, Nematollahi M. [The effectiveness of Acceptance and Commitment-Based Therapy on the psychological well-being and resilience of type 2 diabetic women]. *Medical Journal of Mashhad*. 2020;62(6):904-912.
16. Chen Y, Ding J, Li C, Wu T, Li Q, Chen R, Zhou J. Study on nursing effect of psychological intervention on uremic hemodialysis patients. *Hindawi*,

- Computational and Mathematical Methods in Medicine.2022; Article ID 8040656:1-7. <https://doi.org/10.1155/2022/8040656>
17. González-Flores C.J, García-García G, Lerma A, Pérez-Grovas H, Meda-Lara RM, Guzmán-Saldaña R. Resilience: A protective factor from depression and anxiety in Mexican dialysis patients. *International Journal of Environmental Research and Public Health*.2018;14,18(22):1-12. <https://doi.org/10.3390/ijerph182211957>
  18. Shareh H, Asgharkhah E. [The effectiveness of Group Metacognitive Therapy on metacognitive components and resiliency of women with multiple sclerosis]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*.2016;22(1):3-16. <http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-2572-en.html>
  19. Hornor G. Resilience. *Journal of Pediatric Health Care*.2016;31(3):384-390. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2016.09.005>
  20. van Aubel E, Bakker JM, Batink T, Michiels S, Goossens L, Lange I, Schruers K, Lieveve R, Marcelis M, Amelvoort T V. Blended care in the treatment of subthreshold symptoms of depression and psychosis in emerging adults: A randomized controlled trial of Acceptance and Commitment Therapy in Daily-Life (ACT-DL). *Behavior Research and Therapy*. 2020; 128: 1-16. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2020.103592>
  21. Morgan T A, Dalrymple K, D'Avanzato C, Zimage S, Balling C, Ward M. Conducting outcomes research in a clinical practice setting: The effectiveness and acceptability of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in a partial hospital Program. *Behavior Therapy*.2020;4c:1-14.
  22. Grégoire S, Lachance L, Bouffard T, Dionne F. The use of acceptance and commitment therapy to promote mental health and school engagement in university students: A multisite randomized controlled trial. *Behavior Therapy*. 2018; 49(3): 360-372. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2017.10.003>
  23. Moens M, Jansen J, De Smedt A, Roulaud M, Billot M, Laton J. Acceptance and Commitment Therapy to increase resilience in chronic pain patients: A Clinical Guideline. *Medicine*. 2022;58(499):1-12. <https://doi.org/10.3390/medicina58040499>
  24. Najafi L, Arab A. The efficacy of Acceptance and Commitment Therapy on psychological resilience in women with substance use disorder. *International Journal of High Risk Behaviors and Addiction*. 2020; 9(2): 1-6. <https://doi.org/10.5812/ijhrba.92102>
  25. Johnson SU, Hoffart A, Nordahl HM, Wampold BE, Metacognitive Therapy versus disorder-specific CBT for comorbid anxiety disorders: A randomized controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders* 2017; 50: 103-112. [www.elsevier.com/locate/janxdis](http://www.elsevier.com/locate/janxdis) <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2017.06.004>
  26. Callesen P, Lunde Pedersen M, Koch Andersen CH, Wells A, Metacognitive Therapy for bipolar II disorder: A single case series study. *Neurology, Psychiatry and Brain Research*.2020;38: 107-113. <https://doi.org/10.1016/j.npbr.2020.08.004>
  27. Wells A Fisher P, Myers S, Wheatley J, Patel T, Brewin C R. Metacognitive Therapy in recurrent and persistent depression: A multiple-baseline study of a new treatment. *Cognitive Therapy and Research* .2009; 33(3): 291-300. <https://doi.org/10.1007/s10608-007-9178-2>
  28. Abbasi A, Aghaei A, Ebrahimi Moghadam H. [Effectiveness of Metacognitive Therapy on resiliency in the people with generalized anxiety]. *Journal of Psychological Science*.2019; 18(87):691-698. <http://psychologicalscience.ir/article-1-356-en.html>
  29. Ghasemi N, Fathi Aghdam Gh, Ghamari M, Pouyamanesh J. [Comparison of the effectiveness of Group Meaning Therapy and Group Metacognitive Therapy on resilience of female students]. *Sport Psychology Studies*.2021;9(34):197-214. <https://doi.org/10.22089/spsyj.2020.9221.2002>
  30. Oreizy H, Farahani H. [Applied Research Methods in Counseling and Clinical Psychology]. Tehran: Danjeh; 2008. <http://opac.nlai.ir/opac-prod/bibliographic/1071040>
  31. Connor KM, Davidson JR. Development of a New Resilience Scale: The Connor- Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress Anxiety*. 2003; 18 (2): 76-82. <https://doi.org/10.1002/da.10113>
  32. Azizi A, Saleh Hosseini D, Abedi M R. [Comparing the effectiveness of metacognitive and Cognitive Behavioral Therapy on depression, resilience and quality of life of depressed divorced women]. *New Psychological Research Quarterly*. 2018 57(15):203-217.<https://www.>

- noormags.ir/view/fa/articlepage/1704961
33. Yu XN, Lau JT, Mak WW, Zhang J, Lui WW. Factor structure and psychometric properties of the Connor-Davidson Resilience Scale among Chinese adolescents. *Comprehensive Psychiatry*. 2011; 52 (2): 218-224. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2010.05.010>
  34. Sahinbaltaci H, Karatas Z. Validity and Reliability of the Resilience Scale for early adolescents. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*.2014;131:458-464. <https://www.sciencedirect.com/https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.04.148>
  35. Charmchi N, Asgari P, Hafezi F, Makvandi B, Bakhtiar Pour S. [The effect of Cognitive Behavior Therapy in method group on anxiety and psychological resilience of menopausal women]. *Journal of Health Promotion Management*. 2016;5(5):15-21. <https://doi.org/10.21859/jhpm-06013>
  36. Samani S, Joukar B, Sahragard N. Resilience. [Mental health and life satisfaction]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*.2007;13(3):290-295. <http://www.noormags.ir/view/fa/articlepage/16509/290/text>
  37. Hayes SC, Levin ME, Plumb-Villardaga J, Villatte JL, Pistorello J. Acceptance and Commitment Therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of Behavioral and Cognitive Therapy. *Behavior Therapy*. 2013; 44(2):180-98. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2009.08.002>
  38. Izadi R, Abedi M. [Treatment Based on Admission and Commitment]. Tehran Jangal Publication. 2015. <http://www.junglepub.org/university/book.aspx?i=1103&c=68>
  39. Parvizian F, Sharif T, Shokrkan H, Ghazanfar A. [Comparing the effectiveness Schema Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on emotional regulation of patients with obsessive-compulsive personality disorder]. *Journal of Health Promotion Management*.2022;11(6):80-92.
  40. Jelinek L, Van Quaquebeke N, Moritz S. Cognitive and metacognitive mechanisms of change in Metacognitive Training for depression. *Scientific Reports*. 2017;7(3449):1-8. <https://doi.org/10.1038/s41598-017-03626-8>
  41. Malihi Alzakerini S, Haddadi S, Tajbakhsh R, Tajvidi M, Kakavand A. Comparing the effects of Acceptance and Commitment Therapy and Metacognitive Therapy on blood pressure in hemodialysis patients. *Qom University of Medical Sciences Journal*. 2021; 15(1):10-19. <https://doi.org/10.52547/qums.15.1.10>
  42. Nasirdehghan M, Tahmouresi N, Moghimbeigi A, Taghavi Kojidi H. [Comparison of the effectiveness of Metacognitive Therapy and Reality Therapy on self-care, fasting blood pressure and blood sugar in patients with type 2 diabetes]. *Journal of Disability Studies*. 2021;9(2):137-
  43. Cohen J. *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. New York: Routledge; 2013. <https://doi:10.4324/9780203771587>
  44. Moghbel Esfahani S, Haghayegh S A. [The effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on resilience, meaning in life, and family function in family caregivers of patients with schizophrenia]. *Horizon of Medical Sciences*. 2019; 25(4):298-311. <https://doi.org/10.32598/hms.25.4.298>
  45. Twohig MP, Ong CW, Krafft J, Barney JL, Levin ME. Starting off on the right foot in Acceptance and Commitment Therapy. *Psychotherapy*. 2019; 56 (1): 16-20. <https://doi.org/10.1037/pst0000209>
  46. Ruiz F J, Odriozola-González, P. Comparing Cognitive, Metacognitive and Acceptance and Commitment Therapy Models of Depression: A longitudinal study survey. *Spanish Journal of Psychology*.2015;18(39): 1-9. <https://doi.org/10.1017/sjp.2015.31>
  47. Valizadeh Sh, Makvandi B, Bakhtiarpour S, Hafezi F. [The effectiveness of “Acceptance and Commitment Therapy” (ACT) on resilience and cognitive flexibility in prisoners]. *Journal of Health Promotion Management*.2020;9(4):78-89. URL: <http://jhpm.ir/article-1-1174-fa.html>