مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و رفتاردرمانی دیالکتیکی بر تبعیت از درمان دارویی بیماران همودیالیز کلیوی

آرمان مهرآذین[1]، حسین زرین [2*]، محمد متین فر[3]

۱. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی خمینی‌شهر، خمینی‌شهر، ایران
۲. استاد گروه آموزشی روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی خمینی‌شهر، خمینی‌شهر، ایران. (نویسنده مسئول).
۳. نفرولوژیست، دکتر درمانگاه خیریه حضرت ابوالفضل، اصفهان، ایران.

مجله پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری، دوره ششم، شماره پنجاه و پنجم، سال ۱۴۰۰، صفحات ۴۶۱-۴۴۵

تاریخ وصول: ۱۴۰۰/۰۳/۲۱ **تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۴/۲۶**

چکیده

مشکلات جسمانی به دلیل فشارهای زیادی که بر روان و توانمندی‌های هیجانی افراد دارد به‌صورت مستقیم و غیرمستقیم بر نتایج درمان و تبعیت بیماران دیالیزی از درمان دارویی تأثیرگذار می‌باشد. این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و رفتاردرمانی دیالکتیکی بر تبعیت از درمان دارویی بیماران همودیالیز کلیوی انجام شد. این مطالعه کار آزمایی بالینی تصادفی در سال ۱۳۹۹ بر روی ۴۵ نفر از بیماران همودیالیزی بیمارستان امین شهر اصفهان انجام شد. افراد به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. گروه‌های آزمایش تحت ۶ جلسه درمان شناختی رفتاری و ۸ جلسه رفتاردرمانی دیالکتیک قرار گرفتند و گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. برای سنجش از پرسشنامه‌ی تبعیت از درمان دارویی موریسکی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بر روی سه گروه استفاده شد. داده‌ها با استفاده از آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر تجزیه‌وتحلیل شدند. نتایج آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر نشان داد، تفاوت معنی‌داری در میانگین نمرات تبعیت از درمان دارویی گروه‌های آزمایش با گروه کنترل وجود داشت ($P<۰/۰۰۱$). نتایج آزمون تعقیبی Bonferroni نشان داد که در مرحله پس‌آزمون و هم‌چنین پیگیری بین گروه کنترل با گروه رفتاردرمانی دیالکتیک و شناختی-رفتاری تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P<۰/۰۵$) نتایج اما نشان داده است که تفاوت بین دو گروه دیالکتیک و شناختی-رفتاری در هر دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری با یکدیگر معنی‌دار به دست نیامده است ($P>۰/۰۵$). با توجه به نتایج حاصل از پژوهش مبنی بر اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک و درمان شناختی رفتاری بر افزایش تبعیت از درمان دارویی بیماران همودیالیزی، استفاده از این روش جهت افزایش تبعیت از درمان دارویی بیماران کلیوی توصیه می‌گردد.

کلیدواژه: تبعیت دارویی، درمان شناختی رفتاری، رفتاردرمانی دیالکتیک، همودیالیز، بیماران کلیوی.

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-14]

مقدمه

بیماری‌های کلیوی از نوع بیماری مزمنی هستند که هم سلامت جسمی و هم سلامت روان را تهدید می‌کند (ویوکندا[1] و همکاران، ۲۰۱۳). نارسایی کلیوی آسیب موقتی یا دائمی کلیه‌ها است که منجر به از دست دادن عملکرد طبیعی کلیه‌ها می‌شود. کنترل این بیماری با پیوند کلیه و همودیالیز امکان‌پذیر است و این روش‌ها مشکلات روانی، جسمی، اجتماعی و اقتصادی را برای بیماران ایجاد می‌کنند (لوی[2] و همکاران، ۲۰۰۵).

نارسایی مزمن کلیه یکی از بیماری‌های شایع در کشورهای درحال‌توسعه می‌باشد (زانگ[3] و همکاران، ۲۰۱۲). بر طبق آمارهای گزارش‌شده تا پایان ۲۰۱۶ در دنیا تعداد بیماران در مرحله نهایی نارسایی کلیه ۳,۷۳۰,۰۰۰ نفر تخمین زده‌شده است و میزان شیوع آن در جهان حدود ۵ تا ۷ درصد بوده که از این میزان حدود ۲۶۴,۰۰۰ نفر تحت درمان همودیالیز قرار دارند (بیاتی، کاظمی و صادقی، ۱۳۹۸). در یک گزارش دیگر شیوع نارسایی کلیه در جهان ۲۴۲ نفر در هر یک‌میلیون نفر اعلام‌شده است (اسماعیلی و همکاران، ۱۳۹۵). این آمار در ایران ۳۵۷ در هر یک‌میلیون نفر است و پیش‌بینی می‌شود که تا سال ۱۴۰۰ تعداد مبتلایان به ۹۵۰۰۰ نفر برسد (طیبی، باباحاجی، صادقی شرمه، عبادی و عین اللهی، ۱۳۹۰).

فرآیند همودیالیز باعث بهبود بیماران و طولانی شدن عمر آن‌ها می‌گردد، اما بدون رعایت رژیم غذایی، محدودیت مایعات و درمان دارویی مناسب، همودیالیز از کارایی بالایی برخوردار نیست (بالجانی، حبیب زاده، رحیمی، عظیم پور و سلیمی، ۱۳۹۲). به‌نحوی‌که محققان متعدد شیوع بالای عدم تبعیت دارویی در بیماران نارسایی مزمن کلیه را گزارش داده‌اند (اهلاوت[4]، تیواری[5] و کروز[6]، ۲۰۱۶). تبعیت از درمان بدین معنی است که کلیه رفتارهای بیمار (رژیم غذایی، مایعات و دریافت داروها) در جهت توصیه‌های ارائه‌شده از سوی مراقبین بهداشتی درمانی باشد (تاکاکی[7] و یانو[8]، ۲۰۰۶). سازمان جهانی بهداشت[9] واژه تبعیت را برای استفاده در بیماری‌های مزمن پیشنهاد می‌کند. تعریف تبعیت بر اساس تعریف سازمان جهانی بهداشت، میزان انجام رفتار فرد شامل مصرف دارو، رعایت

[1] Vivekanada
[2] Levey
[3] Zhang
[4] Ahlawat
[5] Tiwari
[6] Cruz
[7] Takaki
[8] Yano
[9] World health organization (WHO)

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-14]

رژیم غذایی و یا اجرای تغییر در شیوه زندگی مطابق با توصیه‌های ارائه‌شده توسط پرسنل مراقبت از سلامت، می‌باشد (سازمان بهداشت جهانی[1]، ۲۰۱۳).

ازجمله دلایل عدم تبعیت این است که بیماران تحت همودیالیز باید به‌طور متوسط، ۶ تا ۱۰ دارو را در هر روزدریافت کنند (الخاطری[2] و همکاران، ۲۰۱۴). مضمون اصلی عدم پایبندی به مصرف دارو دارای طبقات "عوامل مربوط به بیمار " با طبقات فرعی ابعاد روانی، وضعیت مشارکت، کمبود آگاهی نسبت به فواید دارو و محدودیت‌ها و استیصال مالی، طبقه "عوامل مربوط به دارو "، با طبقه فرعی چالش‌های مصرف دارو و طبقه "عوامل مربوط به سیستم مراقبت بهداشتی " دارای طبقات فرعی کمبود پرستار، تبعیت از قوانین و مقررات دست‌وپا گیر و کفایت حمایت اجتماعی می‌باشد (نوبهار، ۱۳۹۵).

تحقیقات نشان می‌دهد که مصرف درست داروها و همکاری بیماران با درمان دارویی به باور[3] آن‌ها درباره‌ی اثربخشی[4] داروهای تجویزشده بستگی دارد (کیم[5] و همکاران، ۲۰۱۱) بنابراین بهره‌گیری از رویکردهای درمانی روان‌شناختی براساس هر مدل و رویکردی شاید بتواند باورهای ناکارآمد آنان را تعدیل و میزان مشارکت درمانی در آنان را افزایش دهد، چرا که یافته‌های تحقیقاتی متعدد نشان داده است که آموزش مفهوم‌سازی شناختی رفتاری و تصحیح باورهای ناسازگارانه منجر به افزایش به‌کارگیری مقابله‌های کارآمد و کاهش استفاده از مقابله‌های ناکارآمد می‌شود. با توجه به درگیری هیجانی بیماران دیالیزی با بیماری خود و اختلالاتی که در خلق آن‌ها ایجاد می‌شود، تکنیک‌های معطوف به آزادسازی ذهن از آشفتگی‌ها و نشخوارها[6] و مدیریت هیجان[7] می‌تواند نقش مؤثری در سلامت روان و بهبود کیفیت زندگی آن‌ها داشته باشد (جلالوند، امینی خویی، حسین زاده و جلالوند، ۱۳۹۴). برهمین اساس رویکردهای نوین بجای آنکه به شیوه سنتی علائم و نشانه‌ها یا عوامل آشکارساز و تداوم‌بخش مشکلات هیجانی و روان‌شناختی را هدف قرار دهند، در تلاش برای ارتقاء تاب‌آوری، بهزیستی و سلامت روانی افراد هستند و می‌کوشند تا با افزایش سطح توانمندی‌های موردنیاز برای زندگی در محیط‌های آسیب‌زا، مشکلات آن‌ها را در بلندمدت و به‌صورت غیرمستقیم در حوزه‌های آسیبی کاهش دهند (گلن[8]، کیم و پلتیر[9]، ۲۰۱۸).

[1] World Health Organization
[2] Alkhateri
[3] Belief
[4] Effectiveness
[5] Kim
[6] Rumination
[7] Emotional regulation
[8] Gallone
[9] Pelletier

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-14]

برهمین اساس لینهان[1] در سال ۱۹۹۳ رفتاردرمانی دیالکتیک را پایه‌ریزی نمود. وی این مداخله را برای افرادی که قصد کنترل هیجان‌های آشفته ساز[2] دارند، بسیار مؤثر و اثربخش می‌داند. این مداخله به تقویت توانمندی افراد برای برخورد درست با ناراحتی می‌پردازد. مهارت‌های اصلی آموزش داده‌شده در این مداخله شامل مهارت‌های تحمل آشفتگی[3]، مهارت‌های ذهن‌آگاهی، مهارت‌های نظم‌بخشی هیجانی و مهارت‌های ارتباط مؤثر می‌باشد (مک کی[4]، وود[5]، برنتلی، ۲۰۰۷) که به‌صورت سلسله مراتبی[6] رفتارهای آسیب‌زا را هدف قرار می‌دهد، بدین‌صورت که در مرتبه اول رفتارهای تهدیدکننده زندگی مانند خودآزاری و خودکشی را آماج قرار می‌دهد، در مرتبه بعد رفتارهایی که با خود فرآیند مداخله تداخل می‌کنند و در مرتبه سوم، رفتارهای که کیفیت زندگی را تحت تأثیر قرار می‌دهند هدف قرار می‌دهد و درنهایت مهارت‌های زندگی را افزایش می‌دهد (لینهان، ۲۰۱۵).

هدف این مداخله کمک به افرادی است که درگیر رفتارهای خطرناک در حوزه سلامتی هستند و از طریق آموزش ساختارمند مهارت‌ها با استفاده از تکنیک‌های گوناگون، شعار و باور "زندگی ارزش زندگی کردن دارد[7]" را محقق می‌سازد. این آموزش‌ها کمک می‌کند تا درمان‌جویان مهارت‌های موردنیاز برای زندگی در محیط‌های مختلف و در شرایط متعدد به دست آورده و آن‌ها را تثبیت نمایند. این مهارت‌ها دربردارنده محتواهای به‌منظور پوشش آسیب‌های روان‌شناختی در حوزه‌های فقدان کنترل هیجانی، تکانش گری، سردرگمی هویت[8]، مشکلات بین فردی و تعارضات خانوادگی، بیماری‌های جسمی و روحی و ... است (راتوس[9] و میلر[10]، ۲۰۱۵).

ازجمله راهبردهای درمانی مؤثر درمان شناختی- رفتاری برای آموزش حل مسئله[11] و کاهش منفی‌گرای[12] است (دی رابیس[13]، کفه[14] و بک، ۲۰۱۹). درمان شناختی رفتاری[15] می‌تواند به این افراد در بهبود خلق و کنترل خشم[16] کمک کند. این درمان آگاهی کودکان

[1] Linehan
[2] Overwhelming emotion
[3] Distress tolerance
[4] Mckay
[5] wood
[6] Hierarchically
[7] Life worth living
[8] Identity confusion
[9] Rathus
[10] Miller
[11] Problem Solving
[12] Negativity
[13] DeRubies
[14] Keefe
[15] Cognitive behavioral therapy
[16] Anger control

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-14]

از الگوهای تفکر را که محرک و هدایت‌کننده رفتار آن‌هاست، افزایش می‌دهد و روش‌هایی را برای مقابله با تفکرشان، به آن‌ها می‌آموزد (واتکینس[1]، ۲۰۱۸). سوخک، ذوالفقاری، اسدی نوقابی و حقانی (۱۳۹۳) نیز نشان دادند که این راهبرد درمانی نقشی مؤثر بر تبعیت از درمان دارویی در بیماران همودیالیزی می‌باشد. درمان‌های شناختی -رفتاری به بیمار کمک می‌کنند که مشکلات شناختی خود را شناخته و آن‌ها را تغییر دهند، این تغییرات باعث بهبود در عواطف و رفتار فرد می‌شود. درمان شناختی–رفتاری یک رویکرد نظام‌مند جهت تغییر در رفتارهای فرد می‌باشد و دارای چندین عامل شامل: ۱) خودکنترلی: مشاهده و ثبت رفتارهای روزانه خود که منجر به افزایش آگاهی فرد از رفتارش می‌شود، ۲) شناسایی عوامل محیطی که مرتبط با تبعیت از رژیم‌درمانی است و کنترل محرک‌های فردی که در تبعیت از رژیم‌درمانی مؤثر می‌باشند. ۳) اصلاح شناختی فرد و آگاهی او از تفکرات و باورهایش در مورد رژیم‌درمانی است. ۴) کنترل استرس از طریق روش‌های آرام‌سازی مثل تنفس دیافراگمی، آرام‌سازی عضلانی می‌باشد. ۵) حمایت اجتماعی به‌عنوان یک جزء موفقیت‌آمیز است. این حمایت می‌تواند از طرف یک دوست یا اعضای خانواده باشد و درواقع تأثیر زیادی بر تشویق بیمار به پذیرش دارودرمانی دارد (کپتین[2] و همکاران، ۲۰۱۰). همچنین یک درمان شناختی – رفتاری به همراه یک مصاحبه انگیزشی در چندین جلسه می‌تواند جهت تغییر رفتار مورداستفاده قرار گیرد و درواقع تغییر رفتار از طریق تغییر باور و نگرش فرد می‌باشد (راسل[3] و همکاران، ۲۰۱۱).

روش پژوهش

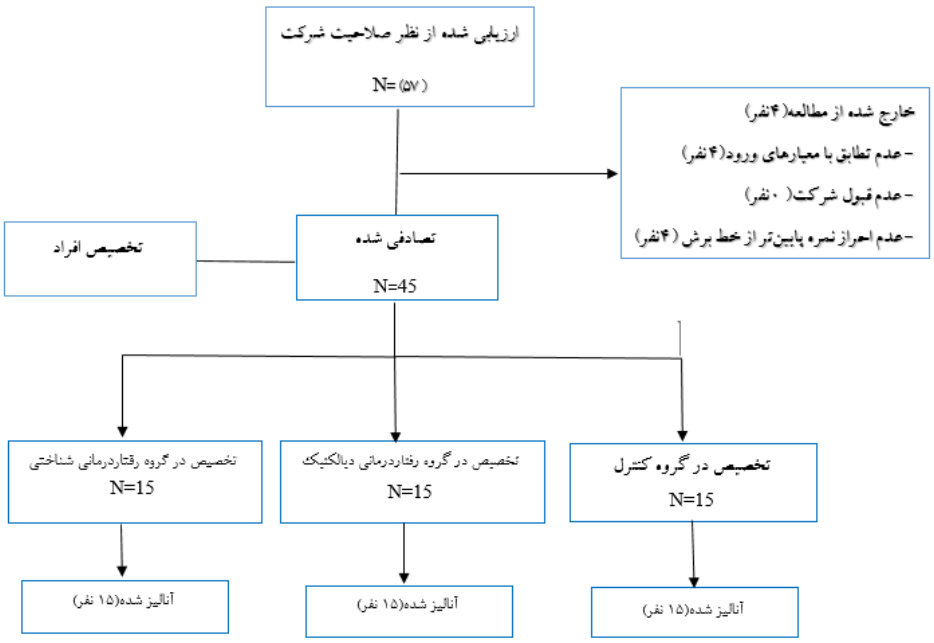
پژوهش حاضر ازنظر هدف کاربردی و ازنظر روش انجام، کار آزمایی آموزشی تصادفی شده (Randomized educational trial) با کد ثبتی کار آزمایی IRCT20200206046394N1 همراه با پیش آزمون–پس‌آزمون با گروه کنترل و دوره پیگیری ۴۵ روزه بود که در سال ۱۳۹۹ بر روی ۴۵ نفر از بیماران همودیالیز بیمارستان شهر اصفهان و دارای ملاک‌های ورود انجام شد. پس از حضور در بیمارستان امین اصفهان و هماهنگی با مدیریت بخش دیالیز اقدام به برگزاری جلسه توجیهی برای بیماران به‌صورت تلفنی و براساس پرونده‌های موجود در بخش گردید. پس از اخذ رضایت شفاهی و ملاک‌های ورود و خروج در پژوهش اقدام به اجرای پرسشنامه عدم تبعیت از درمان دارویی به‌صورت حضوری گردد. گروه اولیه شامل ۵۷ بیمار بودند که پس از مصاحبه تلفنی و لحاظ ملاک‌های ورود تنها ۵۳ بیمار واجد شرایط شرکت در فرایند پژوهش بودند، با دعوت از بیماران موردنظر به‌صورت فردی در محل

[1] Watkins
[2] Kaptain
[3] Russel

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-14]

بیمارستان امین اقدام به برگزاری آزمون تبعیت از درمان دارویی بر روی ۵۳ بیمار داوطلب شد که پس از اجرای آزمون تبعیت از درمان دارویی، تنها ۵۲ نفر دارای نمره ضعیف در آزمون تبعیت از درمان دارویی تشخیص داده شدند که با احتساب ملاک‌های ورود و خروج و قرارگیری نفرات در فرمول ذیل نهایتاً بیماران منتخب به‌صورت تصادفی در سه گروه آزمایش و کنترل (۱۵ نفر در هر گروه) گمارش شدند.

درنهایت با توجه به خروجی فرمول فوق و با استناد به نظر دلاور (۱۳۹۴) که جهت تأمین اعتبار درونی و بیرونی پژوهش‌های تجربی دو گروه برابر ۱۰ الی ۱۵ نفره کفایت می‌کند و با توجه به محدودیت دسترسی به گروه نمونه بزرگ‌تر به دلیل محدودیت قرنطینه اجتماعی تعداد ۴۵ بیمار انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه گمارش شدند. ملاک‌های ورود: بیماران با دامنه سنی ۴۰ تا ۶۰ سال، کسب نمره پایین‌تر از خط برش در پرسشنامه‌ی تبعیت از درمان دارویی مورینسکی، داشتن سواد خواندن و نوشتن، رضایت آگاهانه جهت شرکت در فرایند پژوهش و تابعیت ایرانی بود. ملاک‌های خروج نیز شامل: عدم شرکت بیش از یک جلسه در کلاس‌های آموزشی، عدم تابعیت ایرانی و ابتلا به سایر مشکلات جسمی و روان‌شناختی تحت درمان دارویی یا روان‌شناختی بود. ویژگی‌های سن، تحصیلات، وضعیت تأهل، شغل به‌عنوان متغیرهای جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان پژوهش بررسی و داده‌ها به‌منظور انجام تحلیل آماری جمع‌آوری شد.



[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-14]

این مطالعه به تائید کمیته تخصصی نظارت بر مطالعات علمی و دارای کد اخلاق از کمیته پژوهش تحقیقات علمی دانشگاه برابر با IR.IAU.KHUISF.REC.1399.059 است. ملاحظات اخلاقی مورد رعایت در پژوهش، رعایت رازداری و محرمانه بودن اطلاعات برای تک‌تک شرکت‌کنندگان، داشتن آزادی و اختیار کامل برای کناره‌گیری از پژوهش، اطلاع‌رسانی کامل در موردپژوهش و کسب رضایت‌نامه کتبی و استفاده از داده‌ها فقط در راستای اهداف پژوهش بود. درعین‌حال گروه کنترل (گواه) در راستای معیارهای اخلاقی توصیه‌شده در پژوهش‌های علمی، در پایان دوره اجرای پژوهش به‌صورت آزادانه و به شکل فشرده تحت یکی از درمان‌های رفتاردرمانی دیالکتیک و یا درمان شناختی رفتاری دیالکتیک قرار گرفتند.

شیوه اجرای پژوهش به این صورت بود که پس از انتخاب بیماران و گمارش تصادفی شرکت‌کنندگان به روش تصادفی ساده و با استفاده از جدول اعداد تصادفی، سه گروه تعیین گردید که به دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل (هر گروه ۱۵ نفر)، گروه درمان شناختی رفتاری (۶ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای) و رفتاردرمانی دیالکتیک (۸ جلسه دقیقه‌ای) توسط روان‌شناس و درمانگر دارای مدرک ارشد تخصصی روان‌شناسی در محل بیمارستان امین اصفهان، به‌صورت دو جلسه در هر هفته در شیفت صبح و عصر تحت درمان قرار گرفتند. در ابتدای شروع درمان به‌عنوان پیش‌آزمون و پس از اعمال مداخلات، به‌عنوان پس‌آزمون پس از مدت ۴۵ روز یک‌بار دیگر به‌عنوان پیگیری، میزان تبعیت از درمان دارویی سه گروه با استفاده از پرسشنامه عدم تبعیت از درمان دارویی مورینسکی موردسنجش قرار گرفتند. در این مطالعه کورسازی بدین‌صورت انجام شد که تحلیل‌گر آماری از نوع و چگونگی مداخلات در گروه‌های آزمایش و کنترل بی‌اطلاع بود. روند انتخاب، ارزیابی و پیگیری مشارکت‌کنندگان در پژوهش در نمودار ۱ به‌صورت نمودار کانسورت گزارش‌شده است.

پرسشنامه سنجش میزان تبعیت از رژیم دارویی ۸ آیتمی موریسکی که توسط Morisky، Ang، Wood و Ward در سال ۱۹۸۰، جهت بررسی میزان تبعیت از دارو در بیماران مبتلا به فشارخون طراحی گردیده و پس از ایجاد تغییرات لازم توسط متخصصان و طراحان این ابزار، جهت سنجش میزان تبعیت از رژیم دارویی در بیماران مختلف به کار می‌رود. این پرسشنامه تنها در آیتم ۸ بر درجه‌بندی چهارگانه لیکرت صورت‌بندی شده است و در بقیه آیتم‌ها به‌صورت بلی = ۱ و خیر = ۰ پاسخ داده می‌شود. آیتم‌های ۵ و ۸ برعکس سایر آیتم‌ها نمره‌گذاری می‌شوند. برای محاسبه امتیاز کلی پرسشنامه، نمره همه گویه‌های پرسشنامه باهم جمع می‌شوند. دامنه نمرات کلی آن بین صفر تا ۸ می‌باشد که برای نمره بیشتر از دو تبعیت دارویی ضعیف، نمره یک و دو تبعیت متوسط و نمره صفر تبعیت بالا در نظر گرفته شد (موریسکی، انگ، کروسل وود، وارد، ۲۰۰۸) در پژوهش قشلاق و همکاران (۱۳۹۴) در ضمن سنجش روایی صوری و محتوایی این ابزار توسط اساتید متخصص، پایایی آن با روش آلفای کرونباخ ۰/۶۸ گزارش شد. همچنین

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-14]

در مطالعه پدرسون و ویتری (۲۰۱۴) در ایتالیا، روایی و پایایی این پرسشنامه بر روی بیماران دیابتی انجام‌شده است. ضریب همبستگی و آلفای کرونباخ آن به ترتیب ۰/۶۸ و ۰/۶۲ برآورد شده است. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ پرسشنامه برای مقیاس تبعیت از رژیم دارویی ۰/۸۷ محاسبه گردید.

بسته درمان شناختی رفتاری توسط فرکوهر و آلبرایت (۱۹۹۱) تدوین و اعتباریابی شده است؛ و بسته رفتاردرمانی دیالکتیک توسط لینهان و دکسترمیز (۲۰۰۸) طراحی شد؛ که در پژوهش سوخک و همکاران (۱۳۹۳) مورداستفاده قرارگرفته است. شرح مختصر جلسات درمان شناختی رفتاری و رفتاردرمانی دیالکتیک به ترتیب در جداول ۱ و ۲ ارائه‌شده است.

جدول ۱. شرح مختصر جلسات بسته درمان شناختی رفتاری

جلسه	شرح جلسه
اول	معارفه و بیان اهداف پژوهش، اجرای پیش‌آزمون شناسایی مشکل بیمار و علت عدم تبعیت بیمار از طریق یک مصاحبه چهره به چهره انجام یافت (سؤالاتی از قبیل: چرا شما رژیم دارویی خود را رعایت نمی‌کنید؟ بزرگ‌ترین مانع در تبعیت شما از رژیم دارویی چیست؟)
دوم	ایجاد تعهد و اعتمادبه‌نفس در بیمار در جهت اصلاح رفتار غلط می‌باشد. بدین‌صورت که در این مرحله بیمار با کمک پژوهشگر، مشکلات و موانع مربوط به عدم تبعیت خود را شناخته و در این زمان قراردادی بین بیمار و پژوهشگر مبنی بر بهبود تبعیت ایجاد می‌شود که این مرحله از طریق افزایش انگیزه بیمار جهت تغییر رفتار است و پژوهشگر با گفتن جملات مثبت تأکیدی سعی در جهت افزایش اعتمادبه‌نفس بیمار و ایجاد علاقه در تغییر رفتار نادرست بیمار نمود. در پایان این جلسه همچنین از بیمار خواسته شد که تا هفته آینده و جلسه بعد تمام‌کارهایی را که در جهت تبعیت از رژیم دارویی در طول روز انجام می‌دهد، به‌صورت یک گزارش روزانه یادداشت کند.
سوم	تمامی گزارش‌های روزانه بیمار مبنی بر تبعیت از رژیم دارویی و اظهارات خود گزارشی بیمار بررسی و جمع‌بندی گردید. به این صورت که براساس گزارش بیماران موانع و عوامل مؤثر بر تبعیت بیماران از رژیم دارویی موردبررسی قرار گرفت.
چهارم	در مرحله چهارم مداخله برنامه طراحی‌شده به‌صورت فردبه‌فرد در اختیار بیماران قرار گرفت. این برنامه شامل آموزش‌های مربوط به تبعیت از رژیم دارویی بیماران همودیالیز بود (به‌صورت پمفلت آموزشی) و همچنین درباره اجرای برنامه طراحی‌شده به بیماران آموزش لازم داده شد.
پنجم و ششم	در این مرحله ارزشیابی شد که برنامه طراحی‌شده تا چه میزان بر بهبود تبعیت بیمار مؤثر بوده است و در صورت مؤثر بودن برنامه طراحی‌شده، پژوهشگر اقدام به تشویق بیمار جهت حفظ تغییر رفتار خود می‌نمود که این حفظ رفتار از طریق به کار بردن جملات انگیزشی انجام یافت. جمع‌بندی و اجرای پس‌آزمون

جدول ۲. شرح مختصر جلسات بسته رفتاردرمانی دیالکتیک

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-14]

جلسه	شرح جلسه
اول	معارفه و بیان اهداف پژوهش، اجرای پیش‌آزمون آشنایی با مفهوم ذهن‌آگاهی و سه حالت ذهنی (ذهن منطقی، ذهن هیجانی و ذهن خردگرا)
دوم	آموزش دودسته مهارت برای دست‌یابی به ذهن‌آگاهی: دسته اول مهارت‌های "چه چیز " (شامل مشاهده، توصیف و شرح کردن) و دسته دوم مهارت‌های "چگونه " (شامل موضع غیر قضاوتی، خود هشیاری فراگیر و کارآمد عمل کردن).
سوم	آموزش راهبردهای پرت کردن حواس و منحرف کردن ذهن (ACCEPTS و IMPROVE).
چهارم	آموزش خودآرام سازی با حواس پنج گانه
پنجم	مهارت های بهسازی لحظات و تکنیک سود و زیان
ششم	پذیرش واقعیت (پذیرش محض، برگرداندن ذهن و رضایت‌مندی).
هفتم	آموزش الگوی شناسایی هیجان‌ها و برچسب زدن به آن‌ها که منجر به افزایش کنترل هیجان‌ها می‌شود
هشتم	آموزش ایجاد تجارب هیجانی مثبت از طریق ایجاد تجارب هیجانی مثبت کوتاه‌مدت

داده‌های جمع‌آوری‌شده وارد نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ گردید و از آمار توصیفی (شامل فراوانی، درصد، میانگین و انحراف استاندارد) و آمار استنباطی (آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر و آزمون تعقیبی Bonferroni) جهت تجزیه‌وتحلیل داده‌ها استفاده گردید. سطح معناداری در آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در این مطالعه کار آزمایی بالینی تصادفی شده، تعداد ۱۵ بیمار به هر یک از گروه‌های موردبررسی تخصیص داده شد. در ابتدا متغیرهای جمعیت‌شناختی در سه گروه موردمطالعه، مورد مقایسه قرار گرفت. نتایج بررسی متغیرهای جمعیت‌شناختی در جدول ۳ ارائه‌شده است. نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که بین متغیرهای جمعیت‌شناختی سه گروه تفاوت معناداری وجود ندارد.

جدول۳. ویژگی‌های جمعیت شناختی بیماران گروه‌های و همودیالیزی شهر اصفهان در سال ۱۳۹۹ (n=۴۵)

متغیر		گروه شناختی – رفتاری	گروه رفتاردرمانی دیالکتیک	گروه کنترل	مقدار p
		انحراف استاندار± میانگین	انحراف استاندار± میانگین	انحراف استاندار± میانگین	
سن		۵۱/۳۵±۳/۲۶	۵۲/۸۱±۲/۷۷	۵۰±۱/۹۰	۰/۹۸۱
		تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
تحصیلات	سیکل	(۰/۱۳)۲	(۰/۰۶)۱	(۰/۲۰)۳	
	دیپلم	(۰/۵۳)۸	(۰/۷۳)۱۱	(۰/۶۶)۱۰	۰/۲۲۹

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-14]

	لیسانس	(۰/۳۳)۵	(۰/۲۰)۳	(۰/۱۳)۲	
وضعیت اشتغال	شاغل	(۰/۱۳)۲	(۰/۲۰)۳	(۰/۲۷)۴	۰/۴۶۴
	بیکار	(۰/۸۶)۱۳	(۰/۸۰)۱۲	(۰/۷۳)۱۱	

آزمون مجذور کای برای سطح تحصیلات و شغل آزمون دقیق Fisher برای سن شاخص‌های توصیفی متغیر تبعیت از رژیم دارویی در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در بیماران شهر اصفهان در جدول ۴ ارائه‌شده است. همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، میانگین نمرات تبعیت از رژیم دارویی گروه کنترل در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله‌ی پیش‌آزمون تغییر بارزی نداشته است. میانگین متغیر تبعیت از رژیم دارویی در گروه‌های آزمایش شناختی رفتاری و رفتاردرمانی دیالکتیک در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون کاهش بارز داشته است و این کاهش در گروه آزمایش شناختی – رفتاری بیش‌تر می‌باشد.

جدول ۴. شاخص‌های توصیفی نمرات متغیرهای پژوهش به تفکیک دو گروه و سه مرحله پژوهش

گروه‌ها	درمان شناختی – رفتاری			رفتاردرمانی دیالکتیک			کنترل		
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
میانگین	۶	۳/۸۶	۴/۰۶	۵/۶۶	۳/۸۰	۳/۹۸	۵/۵۳	۵/۹۳	۵/۷۰
انحراف استاندارد	۰/۷۵	۰/۸۳	۰/۹۲	۱/۱۱	۰/۸۶	۰/۹۸	۰/۹۹	۰/۸۸	۱/۱۷

نتایج آزمون Shapiro-Wilk نشان داد که فرض توزیع نرمال تبعیت از رژیم دارویی تائید گردید (p>۰/۰۵). با آزمون باکس جهت بررسی برابری کوورایانس ها در متغیر تبعیت از درمان دارویی (Box's M) نشان داد که پیش‌فرض همگنی ماتریس‌های واریانس – کواریانس سه گروه در متغیر تبعیت از درمان دارویی تائید شد (F=۲۱/۰۶۸p=,۰/۰۹). نتایج آزمون کرویت Mauchly برای بررسی یکسانی تفاوت واریانس درون آزمودنی‌ها نشان داد که با توجه به اینکه p<۰/۰۵ ، پیش فرض یکنواختی کوواریانس‌ها با استفاده از آزمون ماچلی رد نشده است. براساس یافته‌های به دست آمده در جدول ۵، تفاوت بین میانگین نمرات تبعیت از درمان دارویی در سه مرحله از پژوهش معنی‌دار است (P≤۰/۰۰۱). همچنین میانگین نمرات این متغیر در دو گروه آزمایش و کنترل نیز تفاوت معنی‌داری دارد (P≤۰/۰۰۱). نتایج نشان داده است که نزدیک به ۵۲ درصد از تفاوت‌های فردی به تفاوت بین سه گروه مربوط است. علاوه بر این تعامل بین مراحل پژوهش و عضویت گروهی نیز معنی‌دار است (P=۰/۰۰۱). به‌عبارت‌دیگر تفاوت بین نمرات تبعیت از درمان دارویی در سه مرحله از پژوهش در سه گروه معنی‌دار است. میزان این تفاوت در حدود ۰/۴۰۹ است؛ یعنی ۴۰ درصد از واریانس یا تفاوت‌های فردی به تفاوت‌های بین سه مرحله آزمون و عضویت گروهی مربوط است.

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-14]

جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر درمان شناختی – رفتاری و رفتاردرمانی دیالکتیک در خصوص تبعیت از درمان دارویی در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه کنترل و آزمایش

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی‌داری	اندازه اثر	توان آماری
مراحل پژوهش	۳۳/۶۱۱	۱	۳۳/۶۱۱	۴۶/۹۵۱	۰/۰۰۱	۰/۵۲۸	۱
گروه‌ها	۳۲/۹۰۴	۲	۱۶/۴۵۲	۷/۰۶۰	۰/۰۰۲	۰/۲۵۲	۰/۹۱۱
تعامل گروه‌ها با مراحل پژوهش	۲۰/۸۲۲	۲	۱۰/۴۱۱	۱۴/۵۴۳	۰/۰۰۱	۰/۴۰۹	۰/۹۹۸

با توجه به نتایج به دست آمده در جدول ۵ که تفاوت بین مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری معنی‌دار شده است، جهت بررسی جهت تفاوت دو روش درمانی نتایج مقایسه‌های زوجی میانگین‌های سه مرحله پژوهش با استفاده از آزمون تعقیبی Bonferroni در جدول۶ آمده است. نتایج در جدول ۶ نشان داده است که دو گروه دیالکتیک و شناختی رفتاری در مرحله پیش‌آزمون با گروه کنترل و هم‌چنین با یکدیگر تفاوت معنی‌داری ندارند. در مرحله پس‌آزمون و هم‌چنین پیگیری بین گروه کنترل با گروه دیالکتیک، شناختی–رفتاری تفاوت معنی‌داری وجود دارد که نشان می‌دهد میزان تأثیر درمان دیالکتیک و شناختی–رفتاری بر بهبود تبعیت درمانی در پس‌آزمون به ترتیب برابر با ۳۳/۴ و ۳۸/۱ درصد حاصل‌شده است. هم‌چنین تأثیر دو روش دیالکتیک و شناختی–رفتاری در مرحله پیگیری به ترتیب برابر با ۲۶ و ۲۹/۳ درصد به دست آمده است. نتایج اما نشان داده است که تفاوت بین دو گروه دیالکتیک و شناختی–رفتاری در هر دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری با یکدیگر معنی‌دار به دست نیامده است.

جدول ۶. نتایج برآورد پارامترها جهت مقایسه سه گروه به تفکیک متغیر وابسته در مراحل پژوهش

متغیر	مرحله	مقایسه	آماره	معنی‌داری	حجم اثر
تبعیت دارویی	پیش‌آزمون	گروه دیالکتیک با کنترل	-۰/۴	۰/۲۷۹	۰/۰۲۸
		گروه شناختی رفتاری با کنترل	-۰/۴۶۷	۰/۲۰۸	۰/۰۳۸
		گروه دیالکتیک با شناختی–رفتاری	-۰/۰۶۷	۰/۸۵۶	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	گروه دیالکتیک با کنترل	۱/۸۷	۰/۰۰۱	۰/۳۳۴
		گروه شناختی رفتاری با کنترل	۲/۰۷	۰/۰۰۱	۰/۳۸۱
		گروه دیالکتیک با شناختی–رفتاری	۰/۲	۰/۶۲۵	۰/۰۰۶
	پیگیری	گروه دیالکتیک با کنترل	۱/۵۳	۰/۰۰۱	۰/۲۶

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-14]

		گروه شناختی رفتاری با کنترل	۱/۶۷	۰/۰۰۱	۰/۲۹۳
		گروه دیالکتیک با شناختی-رفتاری	۰/۱۳۳	۰/۷۴	۰/۰۰۳

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از اجرای این پژوهش مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و رفتاردرمانی دیالکتیک بر تبعیت از درمان دارویی در بیماران همودیالیزی بیمارستان امین شهر اصفهان بود. یافته‌های حاصل از پژوهش حاضر نشان داد که تبعیت از درمان دارویی در بیماران تحت آموزه‌های شناختی رفتاری و رفتاردرمانی دیالکتیک بهبودیافته است. درعین‌حال بین دو روش تفاوت معناداری یافت نشد. به دلیل نوین بودن مقایسه و هدف پژوهش حاضر سوابق پژوهشی در این خصوص و بالأخص بر متغیر تبعیت از درمان دارویی یافت نشد. بااین‌وجود در پژوهش‌های محدودی همچون سوخک و همکاران (۱۳۹۳) در راستای اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر تبعیت از درمان دارویی همسو می‌باشد.

سوخک و همکاران (۱۳۹۳) اذعان داشتند که مداخله شناختی رفتاری بر باورهای فرد در مورد درمان و خودکارآمدی و خود مدیریتی فرد رد حوزه مراقبت از خود تأثیر گذاشته و تبعیت از درمان را بهبود می‌بخشد. درمان شناختی رفتاری مدل ایده‌آلی برای کمک به بیماران است. این شیوه درمانی به شیوه مؤثری بیمار را ترغیب به انجام فعالیت و تغییر سبک زندگی می‌کند. رویکرد فعال‌سازی رفتاری بر کارکرد، بافت، موقعیت و هدف تأکید می‌کند. در این درمان بیماران ترغیب می‌شوند به زندگی کردن براساس ارزش‌های خودشان و رسیدن به اهداف خود پایبند باشند و ازنظر آرمنتو[1] و هپکو[2] (۲۰۰۹) این بعد درمانی موجب افزایش رفتارهایی برای رسیدن به منابع تقویتی می‌شود؛ بنابراین طبق شرطی‌سازی عامل در نظریه رفتاری می‌توان نتیجه پژوهش را چنین تبیین کرد که وقتی بیمار مبتلا به همودیالیز سالم بودن را به‌عنوان یک ارزش انتخاب می‌کند و با توجه به اینکه یکی از رفتارها در جهت آن ارزش، تبعیت از درمان است، توصیه‌های درمانی را تبعیت کرده و برای این رفتار سالم تقویت مثبت دریافت می‌کند؛ به‌طوری‌که این تقویت ممکن است درونی (مثل احساس سلامت) یا بیرونی (مثل احساس تائید بعد از تعریف و تمجید) باشد و به دنبال آن بیمار به‌احتمال‌زیاد آن رفتار را تکرار کرده و درنتیجه تبعیت از درمان افزایش می‌یابد. همچنین مطابق مدل یادگیری مشاهده‌ای بندورا که توضیح می‌دهد چگونه یک فرد مهارت و اطلاعات را از طریق مشاهده عمل و پیامد عمل افراد دیگر به دست می‌آورند. در این رویکرد به‌موازات آموزش راهکارها توسط درمانگر، بیمار از طریق حضور و کسب تجارب اشتراکی با سایر بیماران تجربیات تبعیت

[1] Armento
[2] Hopko

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-14]

از درمان سایرین را می‌آموزند (کورسبی[1] و نوار[2]، ۲۰۱۰). در این راستا مطالعه سیستماتیک روسل و همکاران (۲۰۱۱) که با هدف بررسی مداخلات جهت بهبود تبعیت از رژیم‌درمانی در بیماران مزمن انجام یافت، نشان داد که مداخله شناختی-رفتاری مؤثرتر از سایر مداخلات انجام‌گرفته جهت تبعیت از رژیم‌درمانی بوده است. همچنین شارپ[3]، ویلد[4] و گاملی[5] (۲۰۰۵) در مطالعه‌ای شواهدی را از قابلیت اجرا و اثربخشی درمان گروهی شناختی رفتاری بر افزایش تبعیت از محدودیت مصرف مایعات[6] در همودیالیزی ها فراهم کردند.

یکی دیگر از مکانیزم های اساسی در این اثربخشی، بهره‌گیری رفتاردرمانی دیالکتیک از راهبردهای شناختی در جهت کاهش هیجان‌های منفی است که این راهبرد با گسترش مفهوم کنترل زندگی روش شخصی و جدیدی را برای مقابله با استرس‌های درونی و بیرونی فرد فراهم می‌کند چرا که این راهبرد درمانی با تقویت عاطفه مثبت و کارکرد بهینه روان‌شناختی و عاطفی و با استفاده از اطمینان‌بخشی و ترغیب فرد برای تغییر محیط و افزایش اثربخشی نقش فرد در کنترل وقایع زندگی، احساس خودکارآمدی را افزایش و راهبردهای خصمانه و منفی را کاهش می‌دهد و درنتیجه کاهش علائم بالینی و بهبود تبعیت از درمان دارویی در افراد دور از ذهن نمی‌باشد. نتایج این پژوهش با نتایج حاصل از نتیجه پژوهش زمانی، فرهادی و جناابادی (۱۳۹۵) و همچنین پژوهش روسل و همکاران (۲۰۱۱) همسو می‌باشد. زمانی و همکاران (۱۳۹۵) «در حوزه درمان و زمینه کار با افرادی که در حالت بحران[7]، درد و رنج هیجانی به سر می‌برند؛ رفتاردرمانی دیالکتیکی و رفتاردرمانی شناختی با توجه به ماهیت آن می‌تواند کارا و نویدبخش باشد». ازآنجایی‌که در اکثر بیماران تحت درمان با همودیالیز مصرف دارو تا آخر عمر ادامه دارد همچنین عواطف و عوامل بسته به آن تا آخر عمر با فرد همراه است، بنابراین به‌صورت همزمان پذیرش و تحمل دردهای ناشی از عواطف منفی و از جهت دیگر تلاش برای کسب زندگی و مهارت‌های سازگاری و محافظتی بهتر امری ضروری به نظر می‌رسد. در این درمان مداخلات مبتنی بر تحمل پریشانی، ذهن‌آگاهی (به‌عنوان مؤلفه‌های پذیرش) و تنظیم هیجانی (به‌عنوان مؤلفه‌ی تغییر) همراه با یکدیگر به‌کاربرده شدند لذا به نظر می‌رسد که راهبردهای پذیرش محور، یادگیری سه حالت ذهنی (ذهن منطقی، ذهن هیجانی و ذهن خردگرا)، تنظیم هیجانی که

[1] Corsby
[2] Noar
[3] Sharp
[4] Wild
[5] Gumley
[6] Fluid restriction
[7] Crisis

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-14]

شامل الگوی شناسایی هیجانات و برچسب زدن به آن ها می شود و آموزش ایجاد تجارب هیجانی مثبت از طریق ایجاد تجارب هیجانی مثبت کوتاه مدت به‌عنوان پاداش برای تبعیت دارویی تناسب بیشتری با تبعییت از درمان دارویی داشته باشند.

به‌صورت مشخص‌تر می‌توان گفت به دلیل ویژگی‌ها و ناهنجاری‌های درمان با همودیالیز، پذیرش رنج‌ها و تحمل آشفتگی‌های ناشی از این دوران سخت و پرتنش امری بسیار حیاتی در این افراد است، لذا آموزش مهارت‌های تحمل آشفتگی توانسته در این گروه با ارتقای میزان تحمل درد و جلوگیری از تبدیل‌شدن آن به رنج روان‌شناختی، مؤثر باشد. از طرفی دیگر ازآنجاکه رفتاردرمانی دیالکتیکی ذهن‌آگاهی را در مرکز کار خود قرار داده، توانسته با افزایش تمرکز فرد و آموزش زندگی در لحظه حال و اتخاذ رویکردی غیر قضاوتی، در ارتقای تبعیت از درمان دارویی مؤثر باشد. رفتاردرمانی دیالکتیکی شامل اصول و تکنیک‌های دیالکتیک (مانند خود مشاهده گری) است و این تکنیک‌ها منجر به ثبات نتایج می‌شود. زمانی و همکاران (۱۳۹۵) ضمناً رفتاردرمانی دیالکتیک عناصر مشترکی با روان پویشی، درمان مراجع‌محور، گشتالت، درمان مبتنی بر قصد تناقضی و درمان راهبردی دارد و رویکردهای استراتژیک درمانی از علوم رفتاری، ذهن‌آگاهی و فلسفه دیالکتیک که تعریف ویژگی‌های آن است را شامل می‌شود، این‌ها باعث می‌شود که بیماران درحالتی بدون قضاوت به مشاهده حالات هیجانی و عاطفی خود پرداخته و علاوه بر سعی در پذیرش وجود این وضعیت و تحمل جنبه‌های منفی آن و توجه به ابعاد مثبت آن، سازوکار کنار آمدن با این وضعیت را بپذیرند. انجام این تمرینات منجر به فاصله گرفتن از هیجانات و کاهش نشخوارهای فکری و ایجاد هیجانات و رفتارهای سازگارتر و کارآمدتر می‌شود که این پذیرش درنهایت منجر به تسهیل تغییرات می‌شود.

درمان دیالکتیکی در تمام مراحل سعی دارد تا دو قطب مختلف یک عمل را به مراجعین نشان دهد که چگونه یک هیجان، فکر و یا رفتار می‌تواند به بهبود یک متغیر یا تخریب آن منجر شود. رفتاردرمانی دیالکتیک، این دو قطب را همراه با پیامدهایشان به افراد نشان می‌دهد و از طریق آموزش سه حالت ذهنی (ذهن منطقی، هیجانی و خردگرا)، ذهن‌آگاهی، مهارت‌های تنظیم هیجانی و تحمل پریشانی به بیماران تحت درمان با همودیالیز کمک می‌کند تا مشکلاتشان درزمینه ی تبعیت دارویی و درمانی را مدیریت کرده و آن‌ها را بهتر بشناسند و به تبعیت دارویی و سلامتی بیشتر خود دست یابند به‌علاوه تمرینات تنظیم هیجانی در ایجاد تجارب هیجانی مثبت کوتاه‌مدت که در جلسه آخر این پروتکل ارائه می‌شود و از آن با هدف پاداش برای تبعیت از درمان دارویی استفاده شد، به‌وسیله‌ی افزایش توانایی فرد در بازگرداندن توجه ازآنچه مفید یا مؤثر نیست (مانند تمرکز روی افکار منفی در رابطه با تبعیت درمانی) و توجه به آنچه مفید و مؤثر است، می‌تواند به تعدیل تجربه هیجانی یا به‌عبارت‌دیگر به انعطاف‌پذیری توجه در او کمک کند و کنترل مناسب‌تری بر هیجانات منفی خود در رابطه با تبعیت درمانی بخصوص تبعیت دارویی داشته باشد. در این راستا سوخک

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-14]

و همکاران (۱۳۹۳) اذعان داشتند که رفتاردرمانی دیالکتیکی مداخلاتی را که مربوط به درمان‌های شناختی-رفتاری اند و مبتنی بر اصل تغییر هستند را با فنون و آموزه‌های فلسفه ذهن درآمیخته و چند شاخصه‌ی مداخله‌ای را در شیوه درمان خود تحت عنوان تحمل پریشانی، هوشیاری بنیادین فراگیر (به‌عنوان مؤلفه‌های پذیرش)، تنظیم هیجانی (به‌عنوان مؤلفه‌های تغییر) را ذکر می‌کند. از محدودیت‌های مطالعه حاضر، محدودیت اول به نمونه بیماران همودیالیز بودند، مربوط می‌شود. در این خصوص تعمیم نتایج به کلیه بیماران امکان‌پذیر نمی‌باشد و نیاز به تکرار پژوهش تا حصول نتایج نهایی در این گروه می‌باشد. محدودیت دوم استفاده از پرسشنامه در قالب خودپاسخ‌گویی است. این روش ممکن است در فرایند سنجش، اطلاعات سطحی و درآمیخته با مطلوب‌نمایی اجتماعی را به دست دهد. با توجه به موارد مورداشاره پیشنهاد می‌شود اثربخشی درمان شناختی رفتاری و رفتاردرمانی دیالکتیک بر روی بیماران همودیالیز و پیوند کلیه نیز انجام شود و استفاده از مصاحبه برای دستابی به اطلاعات عمیق‌تر در کنار پرسشنامه خودپاسخ‌گویی، در مطالعات آینده موردبررسی قرار گیرد.

همان‌طور که نتایج پژوهش حاضر نشان داد، تبعیت از درمان دارویی درنتیجه دو راهبرد شناختی رفتاری و رفتاردرمانی دیالکتیک بهبود یافت، لذا به نظر می‌رسد بهره‌گیری از راهبردهای ترکیبی روان‌شناختی در کنار درمان‌های زیستی برای حل مشکلات روان‌شناختی و هیجانی بیماران همودیالیز عنوان راهبردی مکمل و کمک‌کننده به فرایند درمان‌های زیستی باشد.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی با کد شناسایی۱۸۸۲۰۷۰۱۹۷۲۰۳۷ از دانشگاه آزاد اسلامی اصفهان (خمینی‌شهر) می‌باشد بدین وسیله از دکتر فیروزه معین‌زاده، کلیه‌ی بیماران تحت درمان با دستگاه همودیالیز و همچنین پرسنل بخش همودیالیز بیمارستان امین اصفهان صمیمانه جهت سعه‌ی صدر و همکاری صمیانه در فرایند پژوهش تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

- اسماعیلی، حسین؛ مجلسی، فرشته؛ منتظری، علی؛ صادقی، رویا؛ نجات، سحرناز؛ و زینعلی، جواد. (۱۳۹۵). کفایت دیالیز و ضرورت اجرای مدلهای آموزش بهداشت برای ارتقا آن در ایران، مجله بین المللی تحقیقات پزشکی وعلوم بهداشتی، ۵ (۱۰)، ۱۱۶-۱۲۱.
- بالجانی، اسفندیار؛ حبیب زاده، حسین؛ رحیمی، ژاله؛ عظیم پور، افسانه؛ و سلیمی، صالح. (۱۳۹۲). تأثیر برنامه‌های خودمدیریتی بر پیروی از رژیم غذایی و اضافه وزن بین دو جلسه دیالیز در بیماران تحت درمان با همودیالیز، مجله پرستاری و مامایی، ۱۱ (۴)، ۲۵۹-۲۶۸.

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-14]

- بیاتی، لیلی؛ کاظمی، مجید؛ و تابنده، صادقی. (۱۳۹۸). مقایسه تأثیر آموزش توسط همتا با پرستار بر میزان خود مراقبتی بیماران همودیالیزی، مجله حیات، ۲۵ (۳)، ۲۷۷-۲۸۸.
- جلالوند، مژده؛ امینی خویی، ناصر؛ حسین زاده، نجف؛ و جلالوند، منیره. (۱۳۹۴). کاربست تنظیم هیجان در جهت ارتقای سلامت روان بیماران دیالیزی، روانشناسی معاصر، ۱۰، ۳۹۴-۳۹۶.
- زمانی، نرگس؛ فرهادی، مهران؛ و جناابادی، حسین. (۱۳۹۵). مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی با رفتاردرمانی شناختی، بر افسردگی بیماران زن مبتلا به مولتیپل‌اسکلروزیس. مجله دانشگاه علوم پزشکی قم، ۱۰ (۱۲)، ۷۷-۸۶.
- سوخک، فاطمه؛ ذوالفقاری، میترا؛ اسدی، نوقابی احمدعلی؛ و حقانی، حمید. (۱۳۹۳). تأثیر مداخله شناختی-رفتاری بر تبعیت از رژیم دارویی بیماران همودیالیزی، مجله حیات، ۲۰ (۳)، ۸۵-۹۴.
- طیبی، علی؛ بابا حاجی، ملیحه؛ صادقی شرمه، مهدی؛ عبادی، عباس؛ و عین اللهی، بهزاد. (۱۳۹۰). بررسی تاثیر تمرینات هاتایوگا بر کفایت دیالیز، مجله پرستاری مراقبت ویژه، ۴ (۴)، ۱۸۳-۱۹۰.
- علی، دلاور. (۱۳۹۴). روشهای تحقیق در روانشناسی و آموزش. ویرایش چهارم. تهران: انتشارات ویرایش.
- قانعی قشلاق، رضا؛ عبادی، عباس؛ ویسی رایگانی، علی اکبر؛ نوروزی تبریزی، کیان؛ دالوندی، اصغر؛ و محمودی، حسن. (۱۳۹۴). تعیین روایی ملاک مقیاس تبعیت از رژیم دارویی موریسکی در بیماران دیابتی نوع دو. نشریه پژوهش توانبخشی در پرستاری، ۱ (۳)، ۲۴-۳۲.
- نوبهار، منیر. (۱۳۹۵). تبیین تجربه چگونگی مصرف دارو در بیماران تحت همودیالیز: تحلیل محتوا، مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ۲۶ (۱۴۵)، ۳۴۵-۳۶۳.
- Ahlawat, R., Tiwari, P., Cruz, SD. (2016). Prevalence and Predicators of Medication Non-Adherence in Patients of Chronic Kidney Disease: Evidence from A Cross Section Study. *Journal of Pharmaceutical Care & Health systems*, 3 (1), Doi:10.4172/2376-0419.1000152
- Alkhateri, AM., Alyousif, SM., Alshabanah, N., Albekairy, AM., Alharbi, S., Alhejaili, FF., et al. (2014). Medication adherence among adult patients on hemodialysis. *SAUDI JOURNAL OF KIDNEY DISEASES AND TRANSPLANATION*, 25 (4), 756-761.
- Armento, M., & Hopko, D. (2009). Behavioral activation of a breast cancer patient with co-existent major depression and generalized anxiety disorder. *Clin Case Stud*, 8 (1), 25−37.
- Crosby, R., & Noar, SM. (2010). Theory development in health promotion: are we there yet. *J Behav Med*, 33 (4), 259–63.
- Farquhar, J.W., & Albright, CL. (1991). Principles of behavioral changes. In: Greene HL, editor. Introduction to clinical medicine. *Philadelphia*, Pa: B.C. Decker, Inc. P 596-601.

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-14]

- Gallone, J., Kim, K., Pelletier, A. (2018). How DBT-A in residential treatment facilities may help to overcome caregiver burden, The Brown University Child and Adolescent Behavior Letter, 34(1), 5-6.
- Jha, V., Garcia-Garcia, G., Iseki, K., Li, Z., Naicker, S., Plattner, B., Chih-wei, Y. (2013). Chronic kidney disease: global dimension and perspectives. The Lancet. 20, 382(9888): 260-72. doi: 10.1016/S0140-6736(13)60687-X.
- Kaptein, A.A., van Dijk, S., Broadbent, E., Falzon, L., Thong, M., & Dekker, FW. (2010). Behavioural research in patients with end-stage renal disease: a review and research agenda. Patient Educ Couns, 81(1), 23-9. doi: 10.1016/j.pec.2009.10.031.
- Kim, J.H., Kim, G.S., Kim, E.J., Park, S., Chung, N., Chu, SH. (2011). Factors affecting medication adherence and anticoagulation control in korean patients taking warfarin, *J Cardiovasc Nurs*. 26 (6), 446-74. doi: 10.1097/JCN.0b013e31820914e7.
- Levey, AS., Eckardt, K.U., Tsukamoto, Y., Levin, A., Coresh, J., Rossert, J., Eknoyan, G. (2005). Definition and classification of chronic kidney disease: a position statement from Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO). *Kidney International*, 67 (6), 2100-2089 . DOI: 10.1111/j.1523-1755.2005.00365.x
- Linehan, M. M. (2015). DBT skill training manual (2nd ed.). New York: Guilford.
- Linehan, M.M., Dextter-Maze, E. (2008). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. *Clinical handbook of psychological disorders*. New York: Elisevier. Chapter 1, 365-96.
- Mckay, M., Wood, J., Brantley, J. (2007). The Dialectical Behavior therapy skills workbook united states of America. *New Harbinger publications,* Inc.
- Morisky, D.E., Ang, A., Krousel-Wood, M., & Ward, HJ. (2008). Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting, *J Clin Hypertens* (Greenwich), 10 (5), 348-54.
- Pederson, R., & Vietri, J. (2014). Comparison of The 4 – Item And 8 – Item MORISKY Medication Adherence Scale In Patients With Type 2 Diabetes. *The ISPOR 19th Annual International Meeting*.
- Rathus, J. H., & Miller, A. L. (2015). DBT skills manual for adolescents. New York, NY: Guilford Press.
- Russell, CL., Cronk, N.J., Herron, M., Knowles, N., Matteson, M.L., Peace, L., & Ponferrada, L. (2011). Motivational Interviewing in Dialysis Adherence Study (MIDAS). *Nephrol Nurs J*, 38 (3), 229-36.
- Sharp, J., Wild, MR., & Gumley, AI. (2005). A systematic review of psychological interventions for the treatment of nonadherence to fluid-intake restrictions in people receiving hemodialysis. *Am J Kidney Dis*, 45 (1), 15-27.

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-14]