

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برافسردگی، اضطراب، پرخاشگری و کیفیت زندگی بیماران دیالیزی

زهرا رئیسی گوجانی

دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره، دانشگاه آزاد خمینی شهر.

چکیده

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر افسردگی، اضطراب، پرخاشگری و کیفیت زندگی بیماران دیالیزی به مرحله اجرا درآمده است. روش مطالعه نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و گروه کنترل بود. نمونه پژوهش شامل ۳۰ بیمار دیالیزی بود که به صورت نمونه‌گیری در دسترس از بین بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان شهدای لنگان انتخاب شدند و به صورت گزینش تصادفی در دو گروه آزمایش کنترل گمارده شدند (هر گروه ۱۵ نفر). تمام بیماران طی سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ۲ ماهه پرسشنامه‌های افسردگی (بک و همکاران، ۲۰۰۰)، اضطراب (بک و همکاران، ۱۹۹۰)، پرخاشگری (باس و پری، ۱۹۹۲) و کیفیت زندگی (سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۸۹) را تکمیل کردند. گروه آزمایش طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان پذیرش و تعهد را دریافت کردند. نتایج با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان داد که درمان پذیرش و تعهد هم در مرحله پس‌آزمون و هم مرحله پیگیری بر کاهش افسردگی، اضطراب و پرخاشگری و بهبود کیفیت زندگی بیماران تأثیر داشته است ($P < 0/05$)، ضرایب تأثیر برای متغیرهای فوق نیز به ترتیب ۰/۱۳۴، ۰/۲۶۳، ۰/۱۷۳ و ۰/۲۰۴ به دست آمد. نتیجه‌گیری شد که می‌توان از درمان پذیرش و تعهد در جهت کاهش افسردگی، اضطراب و پرخاشگری و همچنین بهبود کیفیت زندگی بیماران دیالیزی استفاده کرد.

واژه‌های کلیدی: درمان پذیرش و تعهد، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، کیفیت زندگی، دیالیز.

مقدمه

نارسایی مزمن کلیه^۱ یا (ESRD) به از کار افتادگی کامل و غیر قابل برگشت کلیه‌ها اطلاق می‌گردد (هاریسون، ۲۰۱۱). این از کار افتادگی بیش از سه ماه باشد که در آن توانایی کلیه در دفع مواد زائد خون از بین می‌رود. بیماری طولانی مدتی است که تغییرات جسمی در بدن ایجاد می‌کند و کارکرد های بیمار را محدود می‌کند، بیماری مزمن معمولاً صعب‌العلاج است دوره درمان آن طولانی و مراحل بهبود آن دشوار می‌باشد (هاریسون، ۲۰۱۱). بیماری مزمن از جمله نارسایی مزمن کلیه تجربه‌ای چند بعدی است که موجب از هم گسیختگی و ناتوانی فرد در بسیاری از زمینه‌های روانی، اجتماعی، اقتصادی و غیره می‌گردد. بیمار ناچار است برای یک دوره طولانی از عمرش و یا تا پایان عمر این بیماری را تحمل کند و با عوارض ناشی از آن کنار بیاید و خود را با شرایط دشوار و ناگوار سازگار کند و بپذیرد که دیگر هرگز نمی‌تواند از نظر جسمانی به وضعیت قبل از بیماری بازگردد.

همو دیالیز رایج ترین روش برای درمان نارسایی پیشرفته و دائمی کلیه است. همودیالیز برای اولین بار در دهه ی ۱۹۶۰ میلادی به صورت یک درمان عملی برای نارسایی کلیه استفاده شد و تا امروز درمان با این شیوه کارآمدتر شده و عوارض جانبی آن به حداقل رسیده است.

نتایج پژوهش‌های مختلف نشان می‌دهد که انجام عمل همودیالیز هرچند فرد را از خطر مرگ نجات می‌دهد و به نوعی به او حیات مجدد می‌بخشد، ولی در عین حال، مشکلات روان‌شناختی و انطباقی خاصی را به همراه دارد. در واقع، به دلیل شرایط خاصی که این افراد قبل و بعد از عمل همودیالیز تجربه می‌کنند، به نظر می‌رسد که با اختلالاتی مانند افسردگی، اضطراب و پرخاشگری مواجه شوند.

به علاوه، مشخص شده است که کیفیت نامطلوب زندگی و مشکلات روانی ممکن است به انصراف بیماران دیالیزی از درمان منجر شود یا کیفیت درمان به شدت تحت تاثیر قرار دهد (کیمل و همکاران، ۱۹۹۵). به همین دلیل، طی سال‌های اخیر مطالعات مداخله‌ای متعددی برای تعدیل این مشکلات روان‌شناختی و افزایش احتمال ادامه‌ی درمان بیماران به بوته‌ی آزمایش گذاشته شده است. از جمله در برخی از مطالعات آموزش‌های مقابله با استرس به بیماران و خانواده‌هایشان ارائه شده است که نتایج مفیدی به همراه داشته است (سخایی و همکاران، ۲۰۰۱). علاوه بر این، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۲ یا (ACT) نیز از جمله مداخلات روان‌شناختی نوینی است که به واسطه فرایندها و محتوای انعطاف‌پذیر خود توانسته است در فضاهای بالینی و غیربالینی و از جمله بر روی مشکلات روان‌شناختی بیماران شدید جسمانی نتایج سودمندی به همراه داشته باشد (هیز و همکاران، ۲۰۱۰؛ کالدول و همکاران، ۲۰۱۴؛ ویکسل و همکاران، ۲۰۱۴).

در واقع، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و پژوهش‌های مربوط به آن مبتنی بر فلسفه‌ای هستند که زمینه‌گرایی عملکردی خوانده می‌شود (هیز^۳ و همکاران، ۱۹۹۹). علی‌رغم این دید غالب بین متخصصان و درمان‌گران که پرداختن به مباحث فلسفی و نظری لازم نبوده و تلف کردن وقت است. برای درمانگر ACT رسیدن به درکی کلی از فرضیات فلسفی و نظری که تکنیک‌های ACT از آنها بر آمده‌اند بسیار با اهمیت و مورد تأکید است (هیز، ۲۰۱۱). در حقیقت ACT به همان اندازه که بر ایجاد تکنیک تأکید دارد بر کار فلسفی و نظری نیز مبتنی است. در تمام اشکال زمینه‌گرایی، کل رویداد اهمیت دارد. منظور از کل رویداد و عمل پیشرونده در زمینه است (هیز، ۲۰۰۰). در حقیقت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تمرکز کمتری بر کاهش نشانه دارد و بیشتر متمرکز بر افزایش کیفیت زندگی است (هیز و همکاران، ۲۰۱۱). بیشتر مراجعان در نهایت می‌خواهند کیفیت زندگی را افزایش دهند ولی فکر می‌کنند ابتدا باید افکار و اعمال وسواسی کاهش یابد. درمانگران بر کل رویداد تمرکز دارند و فقط اهداف عمل آن رویداد را جزء به جزء می‌کنند. کل رویداد شامل زمینه‌های تاریخی و فعلی و انتظارات آینده است (ایزدی و همکاران، ۱۳۹۴).

1. End stage renal disorder (ESRD)

2. Acceptance and commitment therapy (ACT)

3. hayse

به هر حال با توجه به بررسی‌های به دست آمده که نشان می‌دهد بیماران دیالیزی اختلالات روانی فراوانی دارند، ارائه مداخلات مناسب در بخش همودیالیز می‌تواند از طریق بالا بردن سطح آگاهی سبب بهبود سطح انرژی، سلامت عمومی، عملکرد جسمانی، سلامت روان، در نهایت درک کلی از سلامتی و در نتیجه افزایش کیفیت کلی زندگی در بیماران همودیالیز گردد. به خصوص مداخلات مبتنی بر پذیرش و تعهد به عنوان یکی از قوی‌ترین مداخلات موسوم به موج سوم رفتاردرمانی به علت این که روی پذیرش شرایط موجود و بهبود کیفیت زندگی و یک زندگی ارزشمند تاکید دارند، می‌توانند به چنین بیمارانی کمک نمایند. همچنین پژوهش‌گر تا زمان انجام پژوهش حاضر، به پژوهشی که طی آن اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر متغیرهای وابسته پژوهش مورد بررسی قرار دهد، دست پیدا نکرد. لذا این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر کاهش برخی از مشکلات روان‌شناختی این بیماران به بوته‌ی آزمایش گذاشته شده است؛ بنابراین سؤال پژوهش این است که آیا ارائه درمان پذیرش و تعهد بر کاهش افسردگی، اضطراب و پرخاشگری و بهبود کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری ۲ ماهه موثر است یا خیر؟

روش پژوهش

طرح پژوهش این تحقیق نیمه آزمایشی با پیش آزمون - پس آزمون به همراه گروه کنترل است. جامعه آماری پژوهش کلیه بیماران دیالیزی بیمارستان شهدای لنگان که سابقه دیالیز آنها بیشتر از سه ماه بود که کل آنان ۱۰۰ نفر بودند. به این ترتیب به صورت نمونه‌گیری در دسترس ۳۰ نفر از هر دو جنس انتخاب شدند و به صورت گمارش تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (۱۵ نفر در هر گروه) قرار داده شدند.

روش گردآوری داده‌ها

داده‌های این پژوهش به وسیله پرسشنامه پرخاشگری (AQ)، پرسشنامه افسردگی بک (BDI)، پرسشنامه کیفیت زندگی WHOQOL-BREF، پرسشنامه اضطراب بک (BAI) گردآوری می‌شوند. هر پرسشنامه به صورت جداگانه و با فاصله زمانی دو یا سه روز (بر حسب نوبت دیالیز) توسط مراجعین تکمیل شد و کسانی که سواد خواندن و نوشتن نداشتند از پرسنل و یا همراهان کمک گرفته شد.

ابزار پژوهش

پرسشنامه افسردگی بک (BDI): این پرسشنامه شامل ۲۱ گزینه خود گزارش دهی^۱ و ابزاری رایج برای ارزیابی وجود و شدت افسردگی است که شدت این اختلال را در زمینه‌های عاطفی، رفتاری، شناختی و جسمانی مورد ارزیابی قرار می‌دهد، به طوری که ۶ مورد از ۹ مورد از ملاک‌های DSM-IV در زمینه افسردگی را در بر می‌گیرد (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۷). پژوهشها، اعتبار^۲ و پایایی^۳ این پرسشنامه را در سطح بالایی گزارش می‌کنند (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۷). نتایج فرا تحلیلی حاکی از آن است که همسانی درونی آن بین ۰/۷۳ تا ۰/۹۳ با میانگین ۰/۸۶ و ضرایب پایایی حاصل از بازآزمایی بر حسب فاصله‌ی بین دفعه‌های اجرا و نوع جمعیت در دامنه ۰/۴۸ تا ۰/۸۶ قرار دارد. اعتبار این پرسشنامه نیز در پژوهش‌های مختلف تأیید شده است (گراث - مارنات، ۲۰۰۵). بک، استر و براون^۴ (وریسون و بنت، ۲۰۰۹) ثبات درونی این آزمون را به طور میانگین ۰/۸۶ و ضریب آلفای آن را برای گروه بیمار ۰/۸۶ و گروه غیر بیمار ۰/۷۱ گزارش کرده است.

^۱-self-report

^۲. world health organization

^۳-validity

^۴-reliability

^۵. Beck, Steer & Brown

پرسشنامه پرخاشگری: پری و باس^۱ (۱۹۹۲) با استفاده از چهار خرده مقیاس پرخاشگری صفت را اندازه گیری می کند: پرخاشگری فیزیکی، پرخاشگری کلامی و خشم و خصومت. این ابزار سنجش پرخاشگری را در حوزه های ابزاری، عاطفی و شناختی ترکیب می نماید و شامل ۲۹ گویه است که بر اساس مقیاس پنج درجه ای لیکرت تنظیم شده اند. نمرات بالاتر نشان دهنده پرخاشگر بیشتر است (ترمبلی و بلچوسکی^۲). این پرسشنامه قدرت پیش بینی فوق العاده ای برای محیط های آزمایشگاهی و دنیای واقعی دارد (دلور، ۲۰۰۵). پرسشنامه پرخاشگری از همسانی درونی ۰/۸۹ و پایایی به روش بازآزمایی ۰/۸۰ خوبی برخوردار است (دلور، ۲۰۰۵)

پرسشنامه کیفیت زندگی: این پرسش نامه کیفیت زندگی را در ۴ حیطه مرتبط با سلامتی می سنجد یعنی سلامت جسمانی، سلامت روانشناختی، روابط اجتماعی و محیط زندگی. هریک از حیطه به ترتیب دارای ۸،۳،۶،۷ سوال است. این پرسش نامه دارای ۲۶ سوال بوده که سوال اول کیفیت زندگی را به طور کلی و سوال دوم وضعیت سلامت را به طور کلی مورد پرسش قرار می دهد. پس از انجام محاسبات در هر حیطه امتیازی معادل ۴ تا ۲۰ برای هر حیطه تفکیک بدست خواهد آمد؛ که ۴ نشانه بدترین و ۲۰ نشانه بهترین وضعیت در آن حیطه است (بونومی، پاتریک، بوشنل و مارتین^۳، ۲۰۰۰). در ایران نجات، منتظری، هلاکوئی وجدزاده (۲۰۰۷) آن را به فارسی ترجمه و هنجاریابی کرده اند. مقادیر پایایی در پژوهش نجات و همکاران (۲۰۰۷) به شاخص همبستگی درونی در حیطه سلامت جسمانی، روانشناختی، روابط اجتماعی و محیط به ترتیب ۰/۷۷، ۰/۷۷، ۰/۷۵، ۰/۸۴ بدست آمد. همچنین سازگاری درونی مولفه ها با استفاده از آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۷۳، ۰/۵۵، ۰/۸۴ بدست آمد که حاکی از پایایی قابل قبول و مناسب پرسش نامه کیفیت زندگی است.

پرسشنامه اضطراب بک: این پرسشنامه توسط بک ساخته شده است

مصاحبه بالینی: با استفاده از یک مصاحبه ی بالینی ساختار یافته مسائل کلی بیماران مانند عدم ابتلا به بیماری های شدید روانی و همچنین انگیزه و علاقه حضور در پژوهش مورد بررسی قرار گرفت.

پروتکل اجرایی جلسات

جلسه اول معرفی درمانگر، آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و برقراری رابطه درمانی؛ معرفی درمان ACT، اهداف و محورهای اصلی آن؛ تعیین قوانین حاکم بر جلسات درمان؛ ارائه اطلاعات درباره درد مزمن و انواع آن؛ مرور درمان های مربوطه، هزینه ها و فواید آن ها.

روش تجزیه و تحلیل داده ها

برای تحلیل داده های حاصل از ابزارهای پژوهش، از آمار توصیفی و استنباطی به تناسب برای ارائه نتایج استفاده شد. تحلیل های آماری مربوطه با استفاده از بسته آماری برای علوم اجتماعی^۴ (SPSS) نسخه ۲۰ انجام شد. شاخص های آمار توصیفی که استفاده شده است شامل، جدول فراوانی و درصد فراوانی، میانگین و انحراف استاندارد می باشد. برای بررسی فرضیه های پژوهش نیز ضمن استفاده از آزمون کولموگروف - اسمیرنوف به منظور حصول اطمینان از نرمال بودن نمرات، از آزمون کواریانس چند متغیری برای بررسی فرضیه های پژوهش استفاده شد.

^۱- Perry & Buss

^۲- Tremblay & Belchevski

^۳- Bonomi, Patrick, Bushnell & Martin

^۴: Statistical Package for social science

یافته ها

نتایج پژوهش نشان داد در هر دو گروه آزمایش و کنترل، بیماران دیالیزی مرد با ۵۳ درصد فراوانی بیشتر از بیماران زن با ۴۷ درصد فراوانی بوده‌اند. همچنین مشخص شد در گروه آزمایش، افراد متاهل با ۷۳ درصد فراوانی و در گروه کنترل نیز افراد متاهل با ۶۶/۶ درصد فراوانی بیشتر از افراد مجرد با ۲۷ درصد فراوانی در گروه آزمایش و ۳۳/۴ درصد فراوانی در گروه کنترل قرار داشته‌اند. از نظر وضعیت تحصیلی مشخص شد، بیماران دارای تحصیلات راهنمایی با ۶۰ درصد فراوانی بیشترین و بیماران دارای تحصیلات لیسانس با ۶/۷ درصد فراوانی کمترین بوده‌اند. در گروه آزمایش، بیماران دارای سن ۳۱ تا ۴۰، ۴۱ تا ۵۰ و ۵۱ تا ۶۰ درصد فراوانی بیشترین تعداد و بیماران سن کمتر از ۲۰ سال، ۲۱ تا ۳۰ سال و ۵۱ تا ۶۰ سال با ۶/۷۵ درصد فراوانی کمترین سهم را به خود اختصاص داده‌اند. در گروه کنترل نیز بیماران سن ۳۱ تا ۴۰ و ۴۱ تا ۵۰ سال با ۲۶/۶ درصد فراوانی بوده‌اند و بیماران سن کمتر از ۲۰ سال، ۲۱ تا ۳۰ سال با ۶/۷ درصد قرار داشته‌اند و بیماران سن ۴۱ تا ۵۰ و ۵۱ تا ۶۰ سال نیز به ترتیب با ۲۰ و ۱۳/۴ درصد فراوانی بین آن دو قرار داشته‌اند. از نظر سابقه‌ی انجام دیالیز، در هر دو گروه، بیمارانی که ۲ و ۳ سال سابقه انجام دیالیز داشتند دارای بیشترین درصد فراوانی بوده‌اند و سابقه‌ی ۹ سال در گروه آزمایش و سابقه ۱۰ سال در گروه کنترل بدون فراوانی، کمترین سهم را به خود اختصاص داده‌اند.

- ارائه درمان پذیرش و تعهد بر کاهش افسردگی بیماران دیالیزی در مرحله پس‌آزمون موثر است.

جدول (۱). نتایج تحلیل t مستقل برای مقایسه نمرات افسردگی در مراحل مختلف پژوهش

مرحله	آزمون لوین برای پیش‌فرض تساوی واریانس‌ها		مقدار t	درجه آزادی	اختلاف میانگین	سطح معناداری
	F	معناداری				
پیش‌آزمون	۱/۵۷	۰/۲۲۰	-۰/۴۸۶	۲۸	-۰/۸۶۶	۰/۶۳۱
پس‌آزمون	۲/۸۵	۰/۱۰۲	-۳/۴۵	۲۸	-۵/۷۳	**۰/۰۰۲
پیگیری	۳/۲۷	۰/۰۸۱	-۲/۲۷	۲۸	۴/۰۶	**۰/۰۳۱

**P≤۰/۰۱ و *P≤۰/۰۵

در خصوص فرضیه ویژه یک پژوهش نتایج بیان‌گر آن است که میانگین نمرات بیماران در زمان‌های مختلف اندازه‌گیری با یکدیگر تفاوت معنادار داشته است. همچنین نتایج اثرات بین‌آزمودنی نیز نشان داد که بین میانگین نمرات افسردگی گروه‌های آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود آمده است ($F=۴/۳۲$ و $P=۰/۰۴۷$). ضمن این که مشخص شد بیش از ۱۳ درصد از تغییرات در میانگین نمرات افسردگی گروه آزمایش مربوط به ارائه درمان پذیرش و تعهد بوده است. از سوی دیگر، نتایج آزمون t مستقل نیز نشان داد که میانگین نمرات افسردگی گروه‌های آزمایش و کنترل در مرحله‌ی پیش‌آزمون تفاوت معناداری با یکدیگر نداشته است ($P>۰/۰۵$)، در حالی که در مرحله پس‌آزمون بین میانگین نمرات دو گروه تفاوت معنادار به وجود آمده است ($t=-۳/۴۵$ و $P=۰/۰۰۲$). بدین ترتیب فرضیه فرعی (۱) پژوهش مورد تأیید قرار گرفته است.

- ارائه درمان پذیرش و تعهد بر کاهش اضطراب بیماران دیالیزی در مرحله پس‌آزمون موثر است.

جدول (۲). نتایج تحلیل t مستقل برای مقایسه نمرات اضطراب در مراحل مختلف پژوهش

مرحله	آزمون لوین برای پیش‌فرض		مقدار t	درجه آزادی	اختلاف میانگین	سطح معناداری
	تساوی واریانس‌ها	F				
پیش‌آزمون	۰/۹۰۷	۰/۰۱۴	-۱/۲۶	۲۸	-۴/۱۳	۰/۲۱۸
پس‌آزمون	۰/۰۴	۴/۶۴	-۱/۸۷	۲۸	-۱۲/۵۳	**۰/۰۰۱
پیگیری	۰/۲۱۴	۱/۶۱	-۳/۶۱	۲۸	-۱۰/۷۳	**۰/۰۰۱

نتایج پژوهش نشان داد که میانگین نمرات اضطراب در زمان‌های مختلف اندازه‌گیری (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ۲ ماهه) به صورت ($F=۴۲/۰۳$ و $P=۰/۰۰۱$) و همچنین تعامل زمان اندازه‌گیری با گروه برای میانگین نمرات اضطراب به صورت ($F=۳۳/۶۱$ و $P=۰/۰۰۱$) به دست آمد و نتایج بیان‌گر آن است که بین میانگین نمرات بیماران در زمان‌های مختلف اندازه‌گیری تفاوت معناداری وجود داشته است. همچنین نتایج حاصل از اثرات بین‌آزمودنی نشان داد که بین میانگین نمرات اضطراب گروه‌های آزمایش و کنترل با یکدیگر تفاوت معنادار وجود داشته است ($F=۱۰/۰۰$ و $P=۰/۰۰۴$). ضریب اتا نیز برابر با ۰/۲۶۳ است که بیان‌گر آن است که بیش از ۲۶ درصد از تغییرات در میانگین نمرات اضطراب گروه آزمایش مربوط به ارائه درمان پذیرش و تعهد بوده است.

- ارائه درمان پذیرش و تعهد بر کاهش پرخاشگری بیماران دیالیزی در مرحله پس‌آزمون موثر است.

جدول (۳). نتایج تحلیل t مستقل برای مقایسه نمرات پرخاشگری در مراحل مختلف پژوهش

مرحله	آزمون لوین برای پیش‌فرض		مقدار t	درجه آزادی	اختلاف میانگین	سطح معناداری
	تساوی واریانس‌ها	F				
پیش‌آزمون	۰/۲۷۱	۱/۲۶	-۰/۴۷۳	۲۸	-۱/۸۶	۰/۶۴۰
پس‌آزمون	۰/۹۴۲	۰/۰۰۵	-۴/۰۳	۲۸	-۱۳/۷۳	**۰/۰۰۱
پیگیری	۰/۶۹۵	۰/۱۵۷	-۲/۹۳	۲۸	-۹/۱۳	**۰/۰۰۷

** $P \leq ۰/۰۱$ و * $P \leq ۰/۰۵$

نتایج پژوهش نشان داد که زمان اندازه‌گیری (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ۲ ماهه) به صورت ($F=۸۶/۵۸$ و $P=۰/۰۰۱$) و همچنین تعامل زمان اندازه‌گیری با گروه برای میانگین نمرات پرخاشگری به صورت ($F=۳۶/۱۷$ و $P=۰/۰۰۱$) به دست آمده است. نتایج اثرات بین‌آزمودنی نیز نشان می‌دهد که میانگین نمرات پرخاشگری گروه‌های آزمایش و کنترل با یکدیگر تفاوت معنادار وجود داشته است ($F=۵/۸۴$ و $P=۰/۰۲۲$). ضریب اتا مشاهده شده برابر با ۰/۱۷۳ است که بیان‌گر آن است که بیش از ۱۷ درصد از تغییرات در میانگین نمرات پرخاشگری گروه آزمایش مربوط به ارائه درمان پذیرش و تعهد بوده است.

- ارائه درمان پذیرش و تعهد بر بهبود کیفیت زندگی بیماران دیالیزی در مرحله پس‌آزمون موثر است.

جدول (۴). نتایج تحلیل t مستقل برای مقایسه نمرات کیفیت زندگی در مراحل مختلف پژوهش

مرحله	آزمون لوین برای پیش‌فرض		مقدار t	درجه آزادی	اختلاف میانگین	سطح معناداری
	تساوی واریانس‌ها	F				
پیش‌آزمون	۰/۱۸۴	۱/۸۵	۰/۲۴۸	۲۸	۱/۰۰	۰/۸۰۶
پس‌آزمون	۰/۰۸۷	۳/۱۵	۵/۲۸	۲۸	۱۸/۶۰	**۰/۰۰۱
پیگیری	۰/۲۳۴	۱/۴۷	۲/۴۳	۲۸	۸/۵۳	**۰/۰۲۱

** $P \leq 0/01$ و * $P \leq 0/05$

نتایج پژوهش نشان داد که برای میانگین نمرات کیفیت زندگی بیماران، زمان اندازه‌گیری (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ۲ ماهه) به صورت ($F = 52/55$ و $P = 0/001$) و تعامل زمان اندازه‌گیری با گروه برای میانگین نمرات کیفیت زندگی به صورت ($F = 37/77$ و $P = 0/001$) به دست آمده است. نتایج حاصل از اثرات بین‌آزمودنی نشان داد که میانگین نمرات کیفیت زندگی گروه‌های آزمایش و کنترل با یکدیگر تفاوت معنادار داشته‌اند ($F = 7/16$ و $P = 0/012$). ضریب اتا مشاهده شده برابر با $0/204$ است که بیان‌گر آن است که بیش از ۲۰ درصد از تغییرات در میانگین نمرات کیفیت زندگی گروه آزمایش مربوط به ارائه درمان پذیرش و تعهد بوده است.

- ارائه درمان پذیرش و تعهد بر کاهش میزان افسردگی، اضطراب، پرخاشگری و افزایش کیفیت زندگی بیماران دیالیزی موثر است.

جدول (۵) نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری بر افسردگی، اضطراب، پرخاشگری و کیفیت زندگی

متغیر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	معناداری	ضریب اتا
افسردگی	۲۴۶/۵۳	۱	۲۴۶/۵۳	۱۱/۹۱	**۰/۰۰۲	۰/۲۹۸
اضطراب	۱۱۷۸/۱۳	۱	۱۱۷۸/۱۳	۲۳/۷۷	**۰/۰۰۱	۰/۴۵۹
پرخاشگری	۱۴۱۴/۵۳	۱	۱۴۱۴/۵۳	۱۶/۳۰	**۰/۰۰۱	۰/۳۶۸
کیفیت زندگی	۲۵۹۴/۷۰	۱	۲۵۹۴/۷۰	۲۷/۸۸	**۰/۰۰۱	۰/۴۹۹

** $P < 0/01$

نتایج پژوهش نشان داد که آماره‌های مختلف آزمون از قبیل اثر پیلای، لامبدای ولیکز، هلتینگ و ریشه روی نشان می‌دهند که درمان پذیرش و تعهد بر روی متغیرهای پژوهش گروه‌های آزمایش و کنترل تاثیر معناداری داشته‌اند ($F = 9/42$ ، $P = 0/001$) و می‌توان نتیجه گرفت که حداقل بین یکی از متغیرهای وابسته پژوهش شامل افسردگی، اضطراب، پرخاشگری و کیفیت زندگی تفاوت معنادار وجود داشته است. ضمن این‌که نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس چند متغیری بیان‌گر آن بود بین میانگین نمرات افسردگی ($P = 0/002$ و $F = 11/91$)، اضطراب ($P = 0/001$ و $F = 23/77$)، پرخاشگری ($P = 0/001$) و

کیفیت زندگی ($F=۱۶/۳۰$ ، $P=۰/۰۰۱$ و $F=۲۷/۸۸$)، گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنادار وجود داشته است. لذا فرضیه اصلی پژوهش مبنی بر اینکه ارائه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش افسردگی، اضطراب و پرخاشگری و بهبود کیفیت زندگی بیماران دیالیزی موثر است، مورد تایید قرار گرفته است.

بحث و نتیجه گیری

در فرضیه اول پژوهش، می توان گفت که یافته پژوهش حاضر با با نتایج پژوهش های صبور و همکاران (۱۳۹۴)، رحیمی و همکاران (۱۳۹۳)، ایران دوست و همکاران (۱۳۹۳)، شیدایی اقدم و همکاران (۱۳۹۳)، ناژوانی (۱۳۹۲)، مرادی و همکاران (۱۳۸۸)، والسرد و همکاران (۲۰۱۵)، لارز-گران (۲۰۱۴)، فردریک و همکاران (۲۰۱۴) همسویی دارد. در تبیین اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر کاهش افسردگی ناشی از دیالیز چندین احتمال را می توان مد نظر قرار داد. از جمله اینکه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تغییر در الگوهای اجتنابی را مورد هدف قرار می دهد و در طول مداخلات، کاهش اجتناب های تجربی به عنوان میانجی تغییر در نشانه های افسردگی به حساب می آیند.

نتایج پژوهش در مرحله پیگیری نیز نشان داد که بین میانگین نمرات دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنادار وجود داشته است ($t = -۲/۲۷$ و $P = ۰/۰۳۱$). البته مقداری از میزان اثربخشی درمان کاسته شده است، ولی هم چنان بین میانگین نمرات گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری باقی است؛ بنابراین، نتیجه گیری شد که درمان پذیرش و تعهد بر کاهش افسردگی بیماران دیالیزی تأثیر پایدار داشته است و فرضیه (۲) پژوهش تأیید می شود. این یافته با نتایج پژوهش های مختلفی که پیرامون اثربخشی طولانی مدت و پایداری نتایج درمان های موسوم به موج سوم رفتاردرمانی انجام شده است، همسویی دارد (کابات زین، ۱۹۸۲؛ کابات زین و همکاران، ۱۹۸۸؛ هیز و همکاران، ۱۹۹۵؛ باند و بانسی، ۲۰۰۰).

همچنین در باب اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر کاهش اضطراب می توان گفت در خلال ارائه درمان پذیرش و تعهد فرد از یک سو دست از اجتناب و از سوی دیگر دست از مبارزه بر می دارد؛ بنابراین، فرد هیچ گونه نیازی به کنترل افکار و احساسات و به تبع آن اجتناب از آنها را در خود نمی بیند و این موضوع به نوبه ی خود موجب اصلاح چرخه های شناختی - هیجانی (البته متفاوت از آنچه درمان های شناختی موسوم به موج دوم دنبال می کنند)، خواهد شد.

همچنین در باب اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر کاهش پرخاشگری نتایج پژوهش حاضر با یافته های کاکاوند و همکاران (۱۳۹۴) و کمانی و همکاران (۲۰۱۵) همسویی دارد. همان طور که قبلاً نیز گفته شد، در خلال مداخلات مبتنی بر پذیرش و تعهد، فرد یاد می گیرد که دست از کنترل افکار و احساسات منفی خود بردارد و در نتیجه ظرفیت پذیرش آنها را به دست می آورد و از این طریق دست از مبارزه با آنها برمی دارد و می تواند یک زندگی ارزش مند را دنبال کند (کیاروچی و همکاران، ۱۳۹۵).

همچنین در باب اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر افزایش کیفیت زندگی می توان گفت، پذیرش و گسلش هر دو به تدریج تأثیر لفظی فرایندهای زبانی را تضعیف می کنند؛ خود به عنوان زمینه و در زمان حال بودن هر دو شامل افزایش تجربه لطیف اینجا و اکنون می باشند و ارزش ها و عمل متعهد هر دو هدایت جنبه های عملی و موثر زبان به سوی الگوهای تغییر رفتار را شامل می شوند. تبیین الگوهای زندگی جاری بودن فرد و تمرکز بر اینجا و اکنون منجر به افزایش رضایت و کیفیت زندگی می شود. در واقع، درمان یک مداخله عملی - موقعیتی است که مبتنی بر نظریه ی نظام ارتباطی می باشد که رنج بشر را ناشی از انعطاف ناپذیری روان شناختی می داند که توسط آمیختگی شناختی و اجتناب تجربی پرورش می یابد. در بافت روابط درمانی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اقدامات مستقیم و فرآیندهای کلامی غیرمستقیم را به منظور ایجاد انعطاف پذیری روان شناختی بیشتر به واسطه ی پذیرش، گسلش شناختی، ایجاد حس متعالی از خود، در لحظه بودن، ارزش ها و ایجاد الگوهای عمل متعهدانه در ارتباط با آن ارزش ها، به کار می گیرد.

در تبیین این یافته می توان گفت در خلال درمان پذیرش و تعهد، چون متغیر «پذیرش»، افزایش می یابد، نتیجه گیری می شود که متغیر پذیرش و افزایش توجه و عمل به ارزش ها در درمان اختلالات خلقی و هیجانی مانند افسردگی و استرس، به عنوان

یک متغیر میانجی تغییر عمل می‌کند؛ به عبارت دیگر، می‌توان گفت درمان پذیرش و تعهد از طریق ایجاد و توسعه‌ی پذیرش و افزایش عمل به ارزش‌ها بر بیماران، تغییرات درمانی را ایجاد می‌کند (بارانوفو و همکاران، ۲۰۱۰).

منابع

۱. ایزدی، ر؛ ا؛ عابدی، م؛ (۱۳۹۴). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، چاپ چهارم، انتشارات جنگل، کاوشیار. تهران: ۲۶-۳۶.
۲. باس، ام و پری، جی (۱۳۸۶). بررسی پایایی و روایی پرسش‌نامه پرخاشگری، مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار): زمستان ۱۳۸۶، دوره ۱۳، شماره ۴ (پیاپی ۵۱): ۳۶۵-۳۵۹.
۳. بقایی، ب؛ رحیم، س؛ کاظم نژاد، ا؛ منفرد، آ؛ (۱۳۹۳). عوامل فردی پیشگویی کننده کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی پرستاری و مامایی جامع نگر دانشکده پیراپزشکی مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت. سال ۲۴، شماره ۷۴: ۱۹-۹.
۴. بهروز؛ بوالی، ف؛ حیدر زاده، ن؛ فرهادی، م؛ (۱۳۹۵). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر علائم روانشناختی، سبکهای مقابله‌ای و کیفیت زندگی بیماران دیابتی. گروه روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه پیام نور، کرمانشاه، ایران. مجله سلامت و بهداشت ویژه بهار، سال ۷، شماره ۲: ۲۵۳-۲۳۶.
۵. رئیس، ف؛ ناصحی، ع؛ اختیاری، م؛ (۱۳۸۴). فراوانی افسردگی در بیماران همودیالیزی روانشناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار). بیمارستان امام خمینی تهران. دوره ۷، شماره ۲.
۶. صبور، س؛ کاکابریان، ک؛ (۱۳۹۴). اثر بخشی گروه درمانی پذیرش و تعهد بر میزان علائم افسردگی، استرس و شاخص‌های درد در زنان مبتلا به درد مزمن. مجله پژوهشی توانبخشی در پرستاری. دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات کرمانشاه. دوره ۲، شماره ۴.
۷. کاپلان و سادوک، (۲۰۰۷). خلاصه روانپزشکی، علوم رفتاری / روانپزشکی بالینی. ترجمه سال (۱۳۸۷)، ویراست دهم، ترجمه فرزین رضاعی، انتشارات ارجمند: ۱۵۰-۸۸.
۸. کاکاوند، ع؛ باقری، م؛ شیرمحمدی، ف؛ (۱۳۹۴). اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش استرس در سالمندان مرد مبتلا به بیماری قلبی و عذوقی. مقاله پژوهشی ۴، دوره ۱، شماره ۳: ۱۸۵-۱۷۷.
۹. مرادی، م؛ عزیزی، ه؛ صفاری، ا؛ کوت، م؛ (۱۳۹۴). تأثیر طب فشاری بر میزان اضطراب بیماران تحت درمان با همودیالیز، ۱۳۹۴، مقاله ۷، دوره ۲۲، شماره ۵، صفحه ۷۷۲-۷۶۵.
۱۰. ناظمیان، ف؛ غفاری، ف؛ پورغزنین، ط؛ (۱۳۸۷). بررسی افسردگی و اضطراب در بیماران همودیالیزی مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد. دوره ۵۱، شماره ۳: ۱۷۶-۱۷۱.
۱۱. هاریسون و سسیل (۲۰۰۱). ۶۰ مبحث برگزیده اصول طب داخلی هاریسون و مبنای طب سسیل، جلد اول، ترجمه استادان دانشگاه‌های تهران، ایران، شهید بهشتی و محسن ارجمند، انتشارات ارجمند، (۱۳۸۲)، صفحات، ۵۱۲ - ۵۱۴ - ۵۱۸.
۱۲. الهی، ا؛ رضانی، م؛ (۱۳۷۴). بررسی حالات روانی در بیماران دیالیزی و روانپزشکی و روانشناسی بالینی، شماره ۴: ۴۰-۴۷.

13. Afshar R, ghaedi GH, Sansvi S, Rajabpour A. depression and related factor in patients undergoing maintenance hemodialysis. Daneshvar, Scientific Research Journal of shahed University. 2010; 17(88): 59-66 [Persian]

14. AL-Jumail A, AI-Onazi K, Binsalih S, Hejaili F, AI-Sayyary A. A study of quality of life and its determinants among hemodialysis patients using the KDQOL-sf instrument

- in one center in Saudi Arabia Arab Journal of nephrology and transplantation. 2011;4(3):125-130.
15. Caldwell JM & Patterson-Kane L. The treatment of comorbid anxiety in a male with poorly controlled diabetes in a very remote primary health care service. *Clinical Case Studies*. 2014; 13(3):250-64.
 16. Diamant MJ, Harwood L, Movva S, Wilson B, Stitt L, Lidsay RM, et al. A comparison of quality of life and travel-related factors between in-center and satellite-based hemodialysis patients *Clin. J Am Soc Nephrol* ; 2010;5(2):268-274.
 17. Eifert G. H, Forsyth J.P, Arch J, Espejo E, Keller M, Langer D.(2009). and unified treatment protocol. *Cognitive and behavioral practice*,16(4): 368-385.
 18. Fox HF. The role of psychological factors in cancer incidence and oncology. 1995,9(3):1-32.
 19. Germin-Petrovic D, Mesaros-Devicic I, Mandic M, Soldatic M, Vesmar D, et al. Health-related quality of life in the patients on maintenance hemodialysis: the analysis of demographic and clinical factors. *Coll Antropol*. 2011;35(3):687-693
 20. Hayes S C, Pittsorello J, Levin M E, (2012). acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. *The counseling psychologist*. 40(7): 976-1002.
 21. Hayes SC, Levin ME, Plumb-Villardaga J, Villatte JL, Pistorillo J, acceptance & commitment therapy and contextual behavioral science: examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behav Ther*. 2013;44():180-98. DOI:10.1016/j.bet.2009.08.002 PMID: 23611068.
 22. Hayes Steven: Strosahi, Lirk G, acceptance & commitment therapy experiential approach to behavior change New York/Ny/Us: Guilford press Ace 1999 Xvi 304 PPO.
 23. Hedayati S, Robert DM, Toto DW, Morris JR, Prevalence of major depression episode in CKD. *Am J kidney Dis*. 2009:32-434.
 24. Heravi Karimui M, Poor Dehghan M, Jadid Milani M, Frootan SK, Aeen F. The effect of group counseling on sexual quality of life in breast cancer patients receiving chemotherapy, Imam Khomeini Hospital, Tehran. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2006; 16 (54): 43 51. [in Persian]
 25. Heseih RL, Lee WC, Huang HY, Cheng CH. Quality of life and its correlate in ambulatory hemodialysis patients. *J nephrol*. 2007; 20(6):731-738.
 26. John T, Daugirdas MD, Peter G, Blake MD, Tod S. *Handbook dialysis* ; Ing 2015.
 27. Kamani. Mike MS, Olsson Gunnar L. PHD, Lekander Mats PHD, Hesser Hugo PHD, Andersson Erik PHD, Cksell W, Rikard K PHD. November 2015 volume 31-p 100:2015.
 28. Kimmel PL. multiple measurements of depression predict mortality in a longitudinal study of chronic hemodialysis out patients *kidney int* ;2000 S7:2093-2098.
 29. Lessan-Pezeshki M Rostami Z, Contributing factors in health-related quality of life assessment of ESRD patients: A single center study. *Int J Nephrol Urol*. 2009;1(2): 129-136.
 30. Lopes AA, Jennifer L, Gresham B, David A, Goodkin on Fukuhara S, et al. Factors associated with health-related quality of life among hemodialysis patients in the DOPPS. *Qual life Res*. 2007;16(6): 545-557.
 31. Mohsenifar, S, Ghassemzadeh H, Sadeghi M. Depression and life events in medical residents. *Payesh, Journal of Iranian institute for health Sciences research*. 2003; 2(1): 35-41.
 32. Moist LM, Bragg-Gresham JL, Pisoni RL, Saran R, Akibat T, Jacobson RH. Travel time to dialysis as a predictor of health-related quality of life, adherence and

- mortality: The Dialysis outcomes and practice patterns study (DOPPS). *AmJ Kidney Dis.* 2008 51(4): 641-650.
33. Pakpour AH, Saffari M, Yekaninejad MS, PANAHI D, Harrison Ap, Molsted S. Health-Related Quality of life in a sample of Iranian patients on hemodialysis. *Iran J kidney dis.* 2010 Jan ; 4(1): 50-9.
 34. Paykel ES, Basic concepts of depression. *J clin Neuro Sci.* 2008; 10(3):279-89
 35. rebecca A, Drayer MD. characteristics of depression in hemodialysis. S patient. Symptoms, quality of life and mortality risk. *Gem Hosp Psychiatry* ;2006:28:306-312.
 36. Sakhaie SH, Radfar M. (editors). [The study of stressors and coping styles in chronic hemodialysis patients that referred to hospital of Shahed Madani Khoy]. *Congress of Nursing of Chronic Patients.* Mashhad: Northeast- Iran; 2001: 57. (Persian)
 37. Seica A, Segall L, Verzan C, Vaduva N, Madincea M, Rusoiu S. Factors affecting the quality of life hemodialysis patients from Romania: a multicentric study *Nephrol dial transplant.* 2009;24(2):626-629.
 38. Veerappan IR, Arvind M, Ilaybarthi V. predictor quality of life of hemodialysis patient in India. *Indian J nephrol.* 2012;22(1): 18-25.
 39. Walser RD, Garvert DW, Karlin BE; effectiveness of acceptance & commitment therapy depression suicide ideation in veterans ;10/2016:J:BRAT/2015

Effectiveness of Acceptance and Commitment Based Therapy on the Depression, Anxiety, Aggression, and Life Quality of Dialysis Patients

Zahra Raeesi Gojani

M.A Counselling Student, Azad University, Khomainsi Shar Branch

Abstract

This study was aimed to investigating effectiveness of acceptance and commitment based therapy on the depression, anxiety, aggression, and life quality of Dialysis patients. Research methods was quasi-experimental with pretest-posttest design and control group. The sample of research included 30 Dialysis patients of Velenjan hospital which selected by using convenience samplings. Then randomly divided two group: 1-experiment group, 2. control group. (each group 15 persons). All patients in pretest, posttest, and 2 months' follow-up stages completed The following questionnaire: Depression (Beck et al., 2000), anxiety (Beck et al., 1990), aggression (Buss and Perry, 1992) and quality of life (World Health Organization, 1989). The experimental group received 8 sessions of (each session 90-minute) acceptance and commitment based therapy. The results of analysis of variance and repeated measurements showed that acceptance and commitment therapy in post-test and follow-up had impact on reducing depression, anxiety and aggression and improving the life quality of Dialysis patients ($p < 0.05$), impact factors for the above variables, respectively was 0.134, 0.263, 173 and 0.204. Results showed that we can use acceptance and commitment therapy for reducing depression, anxiety and aggression as well as improving the life quality of Dialysis patients.

Keywords: Anxiety, Aggression, Life Quality, Acceptance and Commitment Based Therapy, Dialysis
