

اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد بر افسردگی و کیفیت زندگی بیماران زن دیالیزی

تاریخ دریافت: ۹۴/۶/۲۰

تاریخ پذیرش: ۹۵/۶/۲۸

یوسف دهقانی*

چکیده

مقدمه: هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد بر افسردگی و کیفیت زندگی بیماران زن دیالیزی بود. **روش:** پژوهش حاضر شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری با گروه گواه بود، جامعه آماری این پژوهش را کلیه زنان مراجعه کننده به انجمن بیماران کلیوی بوشهر تشکیل می دادند که از میان آنها با استفاده از نمونه گیری در دسترس، تعداد ۳۰ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و گواه گمارده شدند. گروه آزمایش تحت درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد در طی ۸ جلسه ۱ ساعته قرار گرفت، و گروه گواه، هیچگونه مداخله ای دریافت نکرد. ابزارهای اندازه گیری پژوهش شامل؛ پرسشنامه افسردگی بک و فرم کوتاه پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی بود که توسط شرکت کنندگان در مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تکمیل گردیدند. برای تجزیه و تحلیل آماری داده ها از روش تحلیل واریانس آمیخته استفاده شد. **یافته ها:** نتایج پژوهش نشان داد که بین افسردگی و کیفیت زندگی گروه آزمایش در هر سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تفاوت معنی دار وجود دارد.

نتیجه گیری: نتایج بر اهمیت کاربرد این مداخلات در افسردگی و کیفیت زندگی بیماران دیالیزی و ارائه افق های جدید در مداخلات بالینی این بیماران تأکید دارد و می توان از آن به عنوان یک روش مداخله ای مؤثر بهره گرفت. **واژه های کلیدی:** درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، افسردگی، کیفیت زندگی، بیماری دیالیزی

مقدمه

یکی از مشکلات عمده سلامت عمومی در سراسر جهان بیماری مزمن کلیه^۱ است [۱]. نارسایی مزمن کلیه یک بیماری با اختلال شدید و غیرقابل برگشت در عملکرد کلیه‌هاست که نتیجه آن ناتوانی بدن در حفظ تعادل مایعات، الکترولیت‌ها و متابولیسم مواد می‌باشد [۲]. سالانه بیش از ۶۰ هزار نفر در سراسر جهان به علت ابتلا به نارسایی کلیه جان خود را از دست می‌دهند [۳]. بر اساس آمار موجود در ایران، سالانه ۱۲۰۰ تا ۱۶۰۰ به تعداد مبتلایان و تقریباً ۱۵ درصد به تعداد بیماران تحت درمان با هم و دیالیز اضافه می‌شود [۴]. بیماری مزمن کلیه موجب می‌شود که فرد مبتلا، کنترل خود را به میزان زیادی در خصوص تنش‌های مزمن و حاد و فشارهای هیجانی از دست بدهد و این مسأله، موجب تغییر رفتار در تمام زندگی وی خواهد شد [۵].

درمان با همودیالیز یکی از روش‌های بهبود بیماران با نارسایی مزمن کلیوی است. به علت دیالیز مکرر، موقعیت شغلی، خانوادگی و اجتماعی بسیاری از این افراد دستخوش تغییر می‌گردد. تغییرات ایجاد شده بر خلق این افراد تأثیر گذاشته، روبرو شدن با چالش‌های زندگی را برای ایشان سخت می‌سازد و آن‌ها را در معرض ابتلای به افسردگی قرار می‌دهد [۶]. بیماران مبتلا به نارسایی کلیه از جمله بیمارانی هستند که به دلیل تغییر در سبک زندگی به دلیل بیماری و شیوه درمانی اغلب با مشکلات روانی-اجتماعی زیادی دست به‌گیرانند و به همین دلیل افسردگی و اضطراب از جمله شایع‌ترین مشکلات روانشناختی ایشان محسوب می‌گردد [۷، ۸]. رژیم‌های کنترل شده، محدودیت در مصرف مایعات و سایر درمان‌های پزشکی همراه با محدودیت‌های دیگر گریبان‌گیر این بیماران است که منجر به عکس‌العمل‌های روحی و روانی مانند افسردگی و اضطراب می‌گردد [۹].

همچنین پژوهش‌های علمی صورت گرفته به میزان بالای اختلالات خلقی، از جمله افسردگی [۱۰، ۱۱، ۱۲] در این بیماران اشاره دارد و آنها را شایع‌ترین تشخیص‌های روانپزشکی در بیماران دیالیزی نسبت به جمعیت عادی می‌دانند که معمولاً واکنشی به فقدان‌های نظیر از دست

دادن شغل، درآمد، انرژی، توانایی‌های جنسی، آزادی، امید به زندگی و ... می‌باشد [۱۳]. تحقیق ربکا^۲ و همکاران بر روی بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه گزارش می‌دهد که ۱۴/۷۶ اختلالات اضطرابی و ۳۶/۷ از واحدهای مورد مطالعه اختلال افسردگی داشتند [۱۴].

علاوه بر افسردگی که افراد مبتلا به نارسایی کلیه با آن مواجه هستند، نارسایی کلیه و درمان‌های آن موجب مشکلات عمده در فعالیت‌های مفید و علائق بیمار نیز می‌شود [۱۵]. یکی از استرس‌زاترین جنبه‌های این بیماری نامعلوم بودن آینده و فرایند درمان می‌باشد که امیدواری فرد مبتلا را تحت تأثیر قرار داده و کیفیت زندگی ایشان را به شدت آسیب‌پذیر می‌سازد. مطالعات نشان داده است که بیماری مزمن کلیوی تأثیر قابل ملاحظه‌ای بر کیفیت زندگی افراد مبتلا به این بیماری می‌گذارد. [۱۶]. عوارض احتمالی مانند افت فشار خون، انقباض‌های دردناک عضلانی، خونریزی، آمبولی هوا، درد قفسه سینه و کاهش سطح هوشیاری منجر به کیفیت زندگی پایین در افراد مبتلا به نارسایی کلیه می‌شود. همچنین این بیماری می‌تواند با ایجاد اختلال جسمی، اجتماعی، اقتصادی سبب تغییر در ارزیابی بیمار از وضعیت سلامت و کیفیت زندگی خود شود [۱۷].

از میان درمان‌های روانشناختی ویژه برای این دسته از بیماران، می‌توان به رفتار درمانی، روانکاو، پسخوراند زیستی و تن‌آرامی، درمان شناختی-رفتاری، خانواده درمانی، گروه درمانی و جدیدترین آن‌ها یعنی درمان مبتنی پذیرش و تعهد^۳ اشاره کرد [۱۸]. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک شکل از درمان شناختی رفتاری مبتنی بر زمینه‌گرایی عملکردی است و ریشه در نظریه جدیدی در مورد زبان و شناخت دارد که نظریه چهارچوب رابطه‌های ذهنی نامیده می‌شود [۱۹]. فرض اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر این است که انسان‌ها بسیاری از احساسات، هیجانات یا افکار درونی‌شان را آزرده می‌دانند و پیوسته سعی می‌کنند این تجارب درونی را تغییر داده یا از آن‌ها رهایی یابند. اما این تلاش‌ها برای کنترل بی‌تأثیر بوده و به طور متناقض منجر به تشدید احساسات، هیجانات و

2- Rebecca

3- acceptance and commitment therapy

1- Chronic Kidney Disease

عزت نفس، بهبود افسردگی و افزایش کیفیت زندگی آنها مؤثر باشد [۲۶]. در مطالعه چن^۳ در مورد تأثیر گروه درمانی شناختی - رفتاری بر مشکلات بیماران دیالیزی مشخص گردید مراقبت از خود، خود کارآمدی، کیفیت زندگی و کیفیت خواب در بیماران، به طور معنی داری در مقایسه با گروه کنترل افزایش می‌یابد [۲۷].

در حقیقت بیماران تحت درمان با دیالیز نسبت به سایر افراد بیشتر دچار افسردگی بوده و از کیفیت زندگی پایین‌تری برخوردار هستند [۲۸]. کنترل این بیماری بسیار سخت است و باید فرد با ابعاد متعددی از بیماری، تطابق و سازگاری پیدا کند. اغلب این بیماران نیز به منظور سازگاری، با مشکل مواجه خواهند شد [۲۹، ۳۰]. این بیماران علاوه بر تطابق با بیماری کلیوی خود، باید با تنش‌های متعددی از جانب همسر، خانواده، شغل و اجتماع سازش پیدا کنند [۳۱]. همچنین هر نوبت دیالیز چهار ساعت و سه بار در هفته انجام می‌شود و اغلب بیماران از خستگی، گرفتگی عضلات و سردرد بعد از دیالیز رنج می‌برند؛ که این بیماران باید با تمام این شرایط سازگار شوند [۳۲]. علاوه بر موارد فوق آسیب‌های فیزیکی و مشکلات جسمانی افراد دیالیزی بسیار زیاد است و عواقب این بیماری بسیار پر زحمت و طولانی است [۳۳]. آنجایی که این بیماران هم بایستی با استرس‌های زندگی روزمره و هم با استرس‌های ناشی از علائم بیماری که نوسان‌دار و غیر قابل پیش‌بینی هستند، مقابله کنند، پیشرفت بیماری ممکن است با کار، زندگی خانوادگی، ارتباطات و فعالیت‌های اجتماعی تداخل کند. هدف درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) در پژوهش حاضر کمک به این افراد به منظور مقابله با چالش‌های فوق می‌باشد.

همچنین بر اساس نتایج پژوهش‌هایی که بدان پرداخته شد مزیت عمده این درمان نسبت به روان‌درمانی‌های دیگر، در نظر گرفتن جنبه‌های انگیزشی به همراه جنبه‌های شناختی می‌باشد و این می‌تواند به تأثیر و تداوم بیشتر اثربخشی درمان منجر شود.

از سوی دیگر، از آنجا که تاکنون پژوهشی که به طور اختصاصی و به شیوه‌ای تجربی، تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر بیماران دیالیزی مورد بررسی قرار دهد،

افکاری می‌شود که فرد در ابتدا سعی داشت از آنها اجتناب کند [۲۰]. این برنامه درمانی شش فرایند مرکزی دارد که منجر به انعطاف‌پذیری روانشناختی افراد می‌شود. این شش فرایند عبارتند از: پذیرش در مقابل اجتناب، گسلش در مقابل آمیختگی شناختی، خود به عنوان زمینه در مقابل خود مفهوم‌سازی شده، ارتباط با زمان حال در مقابل غلبه گذشته و آینده مفهوم‌سازی شده، تصریح ارزشها در مقابل عدم صراحت ارزشها و ارتباط با آنها و تعهد در مقابل منفعل بودن [۲۱].

اگرچه تحقیقات زیادی چه در داخل و چه در خارج در مورد اثربخشی ACT بر بیماران دیالیزی صورت نگرفته است، اما پژوهش‌هایی که با محوریت ACT صورت گرفته است، نتایج رضایت‌بخش و دلایل منطقی برای استفاده از ACT در کار بالینی و مخصوصاً کار با بیماران مبتلا به اختلالات خلقی و اضطرابی را فراهم کرده است [۲۲، ۲۳]. مطالعه‌ای که توسط کوهن^۱ و همکاران انجام شد، نشان داد بیماران دیالیزی شرکت‌کننده در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل پیشرفت بهتری داشته‌اند [۲۴].

در پژوهش دیگری پور فرج عمران، اثر بخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد را بر هراس اجتماعی دانشجویان مورد بررسی قرار داد و به این نتیجه دست یافت که نمرات اضطراب اجتماعی گروه آزمایش نسبت به گروه گواه، به طور معناداری کاهش یافت و در طول مدت پیگیری تغییر چشمگیری نداشت [۲۵]. در مطالعه‌ی دیگری نیز این درمان به صورت فردی روی ۵ بیمار مبتلا به وسواس فکری و عملی انجام گرفت؛ البته در این مطالعه علاوه بر سنجش شدت وسواس به بررسی افسردگی و اضطراب بیماران نیز پرداخته‌اند. نتایج حاکی از کاهش چشمگیری در فراوانی اعمال وسواسی، شدت علائم وسواس، میزان اعتقاد به افکار وسواسی، پریشان‌زدایی و لزوم پاسخ‌دهی به آنها و نیز نمرات افسردگی و اضطراب بود [۲۱]. تحقیقات آنونزیتا و مارکس^۲ نشان داده است که در یک فعالیت گروهی، افراد دیالیزی یاد می‌گیرند که چه روش‌هایی برگزینند تا تغییرات مثبت و پایدارتری را بدست آورند و روش تعهد و پذیرش می‌تواند بر افزایش کنترل متابولیکی،

1- Cohen

2- Annunziata & Marx

3- Chen

انجام نشده است و نیز شیوع بالای افسردگی و پایین بودن کیفیت زندگی بیماران دیالیزی، هدف از انجام پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد بر افسردگی و کیفیت زندگی بیماران زن دیالیزی شهر بوشهر می‌باشد

روش

طرح پژوهش: پژوهش حاضر شبه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری با گروه آزمایش و گواه است.

آزمودنی‌ها: جامعه‌ی آماری مورد مطالعه در این پژوهش را کلیه زنان مبتلا به بیماری مزمن کلیه که در سال ۱۳۹۳ به انجمن بیماران کلیوی بوشهر مراجعه کرده بودند را تشکیل می‌دادند. نمونه‌گیری پژوهش حاضر به این صورت انجام شد که از میان مراجعه‌کنندگان با استفاده از نمونه‌گیری در دسترس، تعداد ۳۰ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و گواه گمارده شدند. گروه آزمایش تحت درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد در طی ۸ جلسه ۱ ساعته قرار گرفت، و گروه گواه، هیچگونه مداخله‌ای دریافت نکرد. به دنبال آن، بیماران با توافق کتبی و با استفاده از ابزارهای مورد نظر، مورد ارزیابی قرار گرفتند.

ملاک‌های ورود برای شرکت در نمونه عبارت بودند از: ۱. تشخیص ابتلا به بیماری مزمن کلیوی و تحت درمان با دیالیز؛ ۲. دامنه سنی بین ۲۰ تا ۵۰ سال؛ ۳. سطح سواد بالاتر از سیکل؛ و ۴. تمایل و رضایت آگانه به شرکت در طرح پژوهشی. ملاک‌های خروج نیز عبارت بودند از: ۱. وجود علائم شدید مربوط به بیماری مزمن کلیوی که امکان حضور در جلسات وجود نداشته باشد؛ ۲. ابتلا به یکی از بیماریهای شدید جسمانی، اختلالات عصب‌شناختی و خیم یا وجود نشانه‌های روان‌گسستگی؛ ۳. بروز افکار جدی افسردگی و احتمال خطر خودکشی؛ و ۴. عدم تمایل به ادامه درمان. لازم به ذکر است که، رضایت بیماران برای شرکت و همکاری در پژوهش، از پیش کسب شد.

ابزار

۱- پرسشنامه افسردگی بک: این پرسشنامه برای سنجش شدت افسردگی در سال ۱۹۶۳ توسط بک تدوین شد و در سال ۱۹۹۴ مورد تجدید نظر قرار گرفت. این مقیاس شامل

۲۱ ماده می‌باشد و هر ماده نمره‌ای بین صفر تا ۳ می‌گیرد. بالاترین نمره در این پرسشنامه ۶۳ است. هر یک از مواد این پرسشنامه یکی از علائم افسردگی را می‌سنجد. پایایی بازآزمایی آن از ۰/۴۸ تا ۰/۸۶ با میانگین ۰/۸۶ گزارش شده است [۳۳]. قاسم‌زاده و همکاران ضریب آلفای این پرسشنامه ۰/۸۷، ضریب بازآزمایی آن را ۰/۷۴ و همبستگی آن با ویرایش اول پرسشنامه افسردگی بک را ۰/۹۳ گزارش کردند [۳۴]. در ایران دابسون و محمدخانی [۳۵] ضریب آلفای ۰/۹۲ برای بیماران سرپایی و ۰/۹۳ برای دانشجویان و ضریب بازآزمایی به فاصله یک هفته را ۰/۹۳ به دست آوردند. همچنین برای محاسبه روایی سازه همبستگی این آزمون را با مقیاس ناامیدی بک (۰/۶۸)، مقیاس افکار خودکشی (۰/۳۸)، پرسشنامه اضطراب بک (۰/۶۰)، و مقیاس تجدیدنظر شده درجه بندی روانپزشکی هامیلتون برای افسردگی (۰/۷۱) گزارش کرده است. [۳۵].

۲- فرم کوتاه پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHOQOL): در این پژوهش، برای سنجش کیفیت زندگی از فرم کوتاه پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی که دارای چهار عامل سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و ادراک محیط زندگی است، استفاده شده است [۳۶]. این مقیاس دارای ۲۴ ماده است هر ماده نمره‌ای بین صفر تا ۴ می‌گیرد. ۲ ماده دیگر (۱ و ۲) نیز وجود دارند که به هیچ یک از حیطه‌ها تعلق ندارند و وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را به شکل کلی مورد ارزیابی قرار می‌دهند (در مجموع شامل ۲۶ ماده است). دامنه نمره از ۲۴ تا ۱۲۰ می‌باشد. نمره بالا نشانه‌ی کیفیت زندگی بهتر و نمره پایین نشانه کیفیت زندگی نامناسب می‌باشد [۳۷]. در ایران نجات و همکاران این پرسشنامه را هنجاریابی کرده‌اند و ضریب آلفای برای جمعیت سالم در حیطه سلامت جسمانی ۰/۷۰، سلامت روانی ۰/۷۳، روابط اجتماعی ۰/۵۵، و ارتباطات محیطی ۰/۸۴ به دست آورده‌اند و ضریب پایایی بازآزمایی بعد از ۲ هفته، ۰/۷ گزارش کرده‌اند. در همین پژوهش روایی افتراقی این پرسشنامه با اختلاف امتیاز افراد سالم و بیمار در خرده‌مقیاس‌های مختلف بررسی شد که با معنادار شدن ضریب گروه پس از کنترل عوامل مخدوش‌کننده بالقوه با استفاده از رگرسیون خطی تأیید گردید [۳۸]. نوروژی و

متغیر مستقل یعنی، مداخلات مربوط پذیرش و تعهد درمانی در ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای و هفته‌ای ۲ جلسه به صورت گروهی انجام شد. در مورد گروه گواه هیچ مداخله‌ای اعمال نگردید. پس از اتمام این جلسات مرحله پس‌آزمون و نیز پیگیری دو ماهه در هر دو گروه به عمل آمد. طرح درمانی جلسات گروه آزمایش به اختصار در جدول ۱ آمده است:

همکاران نیز ضریب آلفای این پرسشنامه را ۰/۸۴ به دست آورده‌اند [۳۹].

روند اجرای پژوهش: پس از انتخاب نمونه، با توجه به ملاک‌های بیان شده، آزمودنیها به طور داوطلبانه در دو گروه آزمایش و گواه، گمارش شدند و پیش‌آزمون در هر دو گروه آزمایش و گواه اجرا شد. سپس برای گروه آزمایش

جدول (۱) خلاصه محتوای طرح درمانی پذیرش و تعهد

جلسات	محتوا
جلسه اول	آشنایی گروه با یکدیگر و برقراری رابطه درمانی؛ آشنا نمودن افراد با موضوع پژوهش؛ بررسی بیماری مزمن کلیوی در هر یک از افراد گروه اعم از مدت بیماری و اقدامات انجام شده؛ سنجش کلی و سنجش شیوه‌های کنترلی و ایجاد درماندگی خلاق و پاسخ به پرسشنامه‌ها.
جلسه دوم	بررسی دنیای درون و بیرون در درمان ACT؛ تمایل به ترک برنامه ناکارآمد تغییر و تفهیم این موضوع که کنترل مسأله است نه راه حل و معرفی جایگزینی برای کنترل، یعنی تمایل.
جلسه سوم	شناسایی ارزشهای افراد؛ تصریح ارزشها؛ تصریح اهداف؛ تصریح اعمال و تصریح موانع.
جلسه چهارم	بررسی ارزش‌های هر یک از افراد و تعمیق مفاهیم قبلی.
جلسه پنجم	تفهیم آمیختگی و گسلس و انجام تمارینی برای گسلس.
جلسه ششم	تفهیم آمیختگی به خود مفهوم سازی شده و آموزش چگونگی گسلس از آن.
جلسه هفتم	ذهن آگاهی و تأکید برای در زمان حال بودن.
جلسه هشتم	بررسی داستان زندگی و عمل متعهدانه.

و وضعیت کیفیت زندگی در افراد گروه آزمایش بعد از مداخله و آموزش رویکرد پذیرش و تعهد درمانی بهبود داشته است و در دو ماه پس از درمان، در مرحله‌ی پیگیری نسبت به مرحله پس‌آزمون تغییرات نسبتاً ثابت مانده است. ولی این شرایط برای گروه گواه تقریباً یکسان بوده و تغییری رخ نداده است. در هر حال استنتاج تفاوت‌های معنا دار در این متغیرها مستلزم بکارگیری آزمون‌های مناسبی است.

یافته‌ها

میانگین سنی گروه آزمایش و کنترل به ترتیب برابر $33 \pm 8/2$ ، $34 \pm 9/2$ بود. از لحاظ عوامل درون گروهی، سه نمره سنجش در زمان قبل از مداخله، بعد از مداخله و سنجش دو ماه بعد از مداخله (پیگیری) وجود داشت. شاخص‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) اندازه‌گیری دو مقیاس افسردگی و کیفیت زندگی در گروه‌های آزمایش و کنترل ارائه شده است. (جدول شماره ۲) اطلاعات جدول شماره دو نشان می‌دهد که شدت افسردگی

جدول (۲) میانگین و انحراف استاندارد افسردگی و کیفیت زندگی در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیرها	شاخص‌های آماری	گروه آزمایش			گروه گواه	
		پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
افسردگی	میانگین	۱۶/۱۲	۸/۵۴	۸/۶۷	۱۶/۲۷	۱۶/۱۴
	انحراف معیار	۸/۴۵	۶/۴۳	۶/۸۲	۳/۳۵	۳/۳
کیفیت زندگی	میانگین	۱۹/۱۸	۲۷/۸۰	۲۷/۷۵	۱۹/۳۲	۱۹/۲۸
	انحراف معیار	۹/۷۴	۱۴/۹۱	۱۴/۶۷	۴/۳۶	۴/۳۴

واریانس- کوواریانس به درستی رعایت شده است
($F = 1/34$, $P = 0/13$ ، $BOX = 37/01$). همچنین سطح
معناداری آزمون لون در متغیرهای افسردگی ($P = 0/74$ ،
 $F = 28$) و کیفیت زندگی ($F = 23$ ، $P = 0/56$) بود.
نتایج تحلیل واریانس آمیخته جهت بررسی اثربخشی
مداخله‌ی پژوهش بر نمرات افسردگی در سه مجموع سه
مرحله‌ی پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در جدول سه
ارائه شده است.

بنابراین به منظور تحلیل دقیق‌تر تفاوت موجود و اینکه آیا
این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار است یا خیر، و همچنین
برای بررسی تفاوت بین نمرات شرکت‌کنندگان در سه
مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری از روش تحلیل
واریانس آمیخته استفاده شد. لازم است اشاره شود که پیش
از اجرای این آزمون، احراز شدن پیش فرض‌های این
روش توسط آزمون‌های باکس و لوین مورد بررسی قرار
گرفت بر اساس آزمون ام باکس که برای هیچ یک از
متغیرها معنادار نبوده است، شرط همگنی ماتریس‌های

جدول ۳) نتایج تحلیل واریانس آمیخته جهت بررسی اثربخشی مداخله‌ی پژوهش بر نمرات افسردگی در سه مرحله‌ی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آماری
بین آزمودنی							
گروه	۲۴۲/۰۹	۲	۱۲۱/۰۴۵	۶/۵۴	۰/۰۰۳	۰/۱۸۹	۰/۸۹۴
خطا	۱۰۳/۲۳	۲۷	۳/۸۲				
درون آزمودنی							
زمان	۱۳۱/۰۷	۲	۶۵/۵۳	۱۴/۰۹	۰/۰۰۱	۰/۷۳	۰/۹۹
گروه×زمان	۹۵/۲۳	۴	۸/۸۱	۶/۶۱	۰/۰۰۱	۰/۳۶	۰/۹۳
خطا	۵۴/۸۱	۵۴	۱/۰۱				

آزمون، پس آزمون و پیگیری در جدول چهار ارائه شده
است. همانطور که در جدول چهار ملاحظه می‌شود، تفاوت
بین دو گروه آزمایش و کنترل، در مجموع سه مرحله‌ی
پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در متغیر کیفیت زندگی
معنادار می‌باشد. بنابراین با توجه به نتایج جدول دو می‌توان
گفت که مداخله‌ی پژوهش منجر به افزایش معنادار کیفیت
زندگی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است.

همانطور که در جدول سه ملاحظه می‌شود، تفاوت بین دو
گروه آزمایش و کنترل، در مجموع سه مرحله‌ی پیش-
آزمون، پس آزمون و پیگیری در متغیر افسردگی معنادار
می‌باشد. بنابراین با توجه به نتایج جدول دو می‌توان گفت
که مداخله‌ی پژوهش منجر به کاهش معنادار افسردگی در
گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است. نتایج تحلیل
واریانس آمیخته جهت بررسی اثربخشی مداخله‌ی پژوهش
بر نمرات کیفیت زندگی در مجموع سه مرحله‌ی پیش

جدول ۴) نتایج تحلیل واریانس آمیخته جهت بررسی اثربخشی مداخله‌ی پژوهش بر نمرات کیفیت زندگی در سه مرحله‌ی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آماری
بین آزمودنی							
گروه	۲۶۴/۴۳	۲	۱۳۲/۲۱	۷/۱۲	۰/۰۰۲	۰/۲۴۳	۰/۹۱
خطا	۱۳۸/۳۱	۲۷	۵/۱۲				
درون آزمودنی							
زمان	۸۴/۰۶	۲	۴۲/۰۳	۹/۴۲	۰/۰۰۱	۰/۷۶	۰/۹۸
گروه×زمان	۶۸/۱۴	۴	۱۷/۰۳	۷/۰۶	۰/۰۰۱	۰/۴۱	۰/۹۶
خطا	۴۷/۲۸	۵۴	۰/۸۷				

بحث

بهبود یافته و اهداف روشنتری را برای زندگی خود خلق می کنند [۷].

همچنین در تبیین یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان ذکر کرد که در فرایند درمان بیماران می‌آموزند که به جای اجتناب فکری و عملی از افکار و موقعیت‌های اضطراب‌زای اجتماعی، با افزایش پذیرش روانی و ذهنی نسبت به تجارب درونی مانند افکار و احساساتی که در حضور و صحبت در جمع به آنها دارند و همچنین با ایجاد اهداف اجتماعی‌تر و تعهد به آن‌ها، با نشانه‌های بیماری خود مقابله کنند. در واقع رویارویی فعال و مؤثر با افکار و احساسات، پرهیز از اجتناب، تغییر نگاه نسبت به خود و داستانی که در آن فرد به خود نقش قربانی را تحمیل کرده است، بازنگری در ارزشها و اهداف زندگی و در نهایت تعهد به هدفی اجتماعی‌تر موجب بهبود کیفیت زندگی و مقابله با سبک زندگی ناکارآمد بیماران می‌گردد [۸]. شاید یکی دیگر از دلایل بهبود افسردگی و کیفیت زندگی در این بیماران، تصریح ارزش‌ها و پرداختن به ارزش‌ها و اهداف مهم زندگی به جای پرداختن به نشانه‌ها و مسائل روزمره بیماری مزمن کلیدی است. به عبارت دیگر، در اینجا هدف کمک به فرد بود تا به جای پاسخ به نشانه‌های جسمانی و روانشناختی بیماری خود، به انجام آنچه در زندگی برایش مهم و در راستای ارزش‌هایش می‌باشد، بپردازد [۹].

علاوه بر موارد فوق در تبیین اثربخشی برنامه درمانی پژوهش حاضر، اثربخشی ACT را می‌توان به واسطه فرایندهای حاکم بر این درمان تبیین کرد. یکی از مهم‌ترین تکنیک‌های این درمان، ذهن‌آگاهی است که به ویژه در پروتکل درمانی این پژوهش تأکید بسیاری بر آن شده است. علاوه بر این، پژوهش‌های متعدد در مورد تأثیر ذهن‌آگاهی نشان داده‌اند که ذهن‌آگاهی می‌تواند افسردگی و کیفیت زندگی را تبیین نماید [۳۷]. فرایند دیگری که در این روش درمانی بر آن تأکید می‌شود و نقش آن در مداخله درمانی پژوهش حاضر نیز برجسته بود، تأکید بر عمل متعهدانه است. ترغیب بیماران به روشن کردن ارزش‌ها، تعیین اهداف، پیش‌بینی موانع و در نهایت تعهد به انجام اعمالی در راستای دستیابی به اهداف و حرکت در جهت ارزش‌ها، باعث می‌شود تا ضمن تحقق اهداف و شادکامی ناشی از آن بر رضایت از زندگی بیمار می‌افزاید و

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و کیفیت زندگی بیماران زن دیالیزی شهر بوشهر انجام شد. یافته‌ها نشان داد که، به کارگیری این مداخله درمانی موجب بهبود معنادار افسردگی و کیفیت زندگی در این بیماران شده است. به علاوه، مشخص شد که تأثیر این درمان تا دو ماه پس از پایان جلسات درمانی نیز، دوام داشته است. یافته‌های حاصل از این پژوهش با نتایج برخی از پژوهش‌های گذشته که تأثیر درمان‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و کیفیت زندگی را مورد بررسی قرار داده‌اند، همسو بوده و یافته‌های آنها را مورد تأیید قرار می‌دهد [۲۵، ۲۶].

در مطالعه ای که به بررسی مقایسه دو درمان شناختی-رفتاری سنتی و درمان پذیرش و تعهد بر روی بیماران سرطانی مرحله پایانی انجام پذیرفت، مشخص شد که بیماران سرطانی طی جلسات درمان پذیرش و تعهد، به طور معناداری کاهش بیشتری را در افسردگی، ناراحتی و نگرانی نسبت به بیماران درمان شناختی-رفتاری سنتی نشان دادند [۳۴]. همچنین در پژوهشی دیگر که اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خود مدیریت مبتلایان دیابت نوع ۲، مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که درمان پذیرش و تعهد بر ارتقای خود مدیریت تأثیر دارد [۳۵]. زاتلی^۱ در پژوهش خود دریافت که شرکت‌کنندگان در گروه مداخله ACT، کاهش چشمگیری را در اعتقاد و باورپذیری و فراوانی افکار منفی نشان دادند [۳۶]. از آنجایی که هدف این برنامه درمانی، ایجاد یک نگرش یا رابطه متفاوت با افکار، احساسات و عواطف می‌باشد [۳۵]، می‌توان گفت که به دلیل توجه فعال بیماران دیالیزی به زمان حال و ذهن‌آگاهی، افسردگی و کیفیت زندگی آن‌ها بهبود یافته است. در تبیین دیگر می‌توان گفت که، بیماران دیالیزی که از مشکلات روانی و جسمانی ناشی از بیماری خود در رنج هستند، در طی جلسات درمانی، احساسات و نشانه‌های فیزیکی و روانی خود را پذیرفته و قبول و پذیرش این احساسات باعث کاهش توجه و حساسیت بیش از حد نسبت به گزارش این نشانه‌ها در آنان می‌شود که در نتیجه، سازگاری آن‌ها با بیماری و مشکلات شخصی

1- Zattle

2. Smeltzer CS, Bare GB. Brunner and suddarth's textbook of medical-surgical nursing. Philadelphia: Lippincot, Williams & Wilkins. 2004.
3. Zamanzadeh V, Heydarzadeh M, Eeshvandi KH. The relationship between quality of life and social support in hemodialysis patients. J Tabriz Univ Med Sci. 2007; 29(1): 49-57. [Persian].
4. Taghizadeh Afshari A, Ghareh-aghagie R, Kazem Nejad A. The survey of kidney transplanted effect on hemodialysis patients quality of life in Urmia Medical Center. J Urmia Med Sci. 2006; 17(3): 175-80. [Persian].
5. Kusman I, Sunutra T, Kittikorn N. Coping and quality of life among Indonesians undergoing hemodialysis. Thai J Nurs Res. 2009; 13(2):109-17.
6. Farrokhi F, Abedi N, Beyene J, Kurdyak P, Jassal SV. Association between depression and mortality in patients receiving long-term dialysis: A systematic review and meta-analysis. Am J Kidney Dis. 2014; 63(4):623-35.
- 7-Yong-shing chen. Depression in chronic hemodialysed patients. Nephrology. 2003; 8:121-26.
8. Manns BJ, Johnson JA, Taub K, Mortis G, Ghali WA, Donaldson C. Dialysis adequacy and health related quality of life in hmodialysis patients. Am Soci Artific Inter organ. 2002; 48: 565-69.
9. Kimmel L. Psychosocial Factors in adult end-Stage renal disease patients treated with hemodialysis: correlates and outcomes. Am J Kid Dis. 2000; 1(35): 132-40.
10. Yoon HE, Kim YS. The association of overhydration status with depression and health-related quality of life in peritoneal dialysis patients. Kidney Res Clin Prac. 2014; 33(2): 5-6.
11. Schell JO, Bova-Collis R, Eneanya ND. An interdisciplinary approach to dialysis decision-making in the CKD patient with depression. Advan Chron Kidney Dis. 2014; 21(4): 385-91.
12. Fischer MJ, Porter AC, Lash JP. Treatment of depression and poor mental health among patients receiving maintenance dialysis: are there options other than a pill or a couch?. Am J Kidney Dis. 2013; 61(5): 694-97.
13. Marvi A, Bayazi M, Rahmani M, Kazemi A. studying the effect of cognitive behavioral group training on depression In hemodialysis patients. Proced Soc Behav Sci. 2011; 30(2): 1831-6.
14. Rebecca A, Drayer M, Piraino B, Reynolds C, Houck P, Mazumdar S, et al. Characteristics of depression in hemodialysis patients: symptoms, quality of life and mortality risk. Gen Hos Psychiat. 2006; 28(3): 306-12.
15. Chilcot J, Wellsted D, Farrington K. Illness representations are associated with fluid nonadherence among hemodialysis patients. J Psychosom Res. 2010; 68(2): 203-12.
16. Santos PR. Correlation between Coping Style and quality of life among hemodialysis patients

او را از گیر افتادن در حلقه‌ای از افکار و احساسات منفی (افسردگی) رهایی می‌بخشد [۳۸].

با وجود اینکه نتایج پژوهش حاضر بیانگر اثربخش بودن درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود افسردگی و کیفیت زندگی بیماران زن دیالیزی بود، اما تعمیم این نتایج به دیگر گروه‌های جامعه با محدودیت‌هایی روبه‌رو است. برای نمونه، نتایج این پژوهش را نمی‌توان به جامعه مردان و همچنین زنان در دیگر سنین تعمیم داد؛ به علاوه تعمیم نتایج، به دیگر گروه‌های جامعه با سایر اختلالات روانپزشکی و جسمانی باید با احتیاط صورت گیرد. همچنین عدم مقایسه آن با درمان‌های رایج شناختی-رفتاری یا روان درمان‌های دیگر و مدت زمان کم پیگیری را می‌توان از دیگر محدودیت‌های این پژوهش دانست؛ با وجود این محدودیت‌ها، چون که این پژوهش یکی از معدودترین پژوهش‌هایی می‌باشد که در ایران درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را در بیماران دیالیزی مورد بررسی قرار داده است، می‌تواند نقطه شروعی باشد برای بررسی و حل مشکلات روانشناختی که در بیماران دیالیزی دیده می‌شود. شیوه‌های درمانی از این دست، باعث معنابخشی به زندگی و افزایش بهزیستی روانشناختی شده و هزینه‌های مورد نیاز برای درمان و توانبخشی را کاهش می‌دهد و می‌توان از این شیوه درمانی در کیلینیک‌های تخصصی و مراکز خدمات روانشناختی به منظور حل مشکلات روانشناختی بیماران دیالیزی و کمک به آن‌ها در سازگاری بهتر با مشکلات جسمانی‌اشان استفاده کرد؛ لذا پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی، این شیوه درمانی با سایر درمان‌های روان‌شناختی مقایسه و به منظور تعیین تداوم تأثیرات درمان، آزمون‌های پیگیری بلند مدت‌تری انجام گیرد.

تشکر و قدردانی

در پایان لازم است از زحمات کارکنان محترم انجمن بیماری‌های کلیوی بوشهر که در انجام این پژوهش ما را یاری کردند، تشکر و قدردانی به عمل آوریم.

منابع

1. Johnson CA, Levey AS, Coresh J. Clinical practice guidelines for chronic kidney disease in adults, Part I: definition, disease stages, evaluation, treatment and risk factors. Am Fam Physician. 2004; 70(5): 869-76.

31. Yang F, Griva K, Lau T, Foo MW, Mooppil N, Newman SP, et al. Health-related quality of life in patients treated with continuous ambulatory peritoneal dialysis and automated peritoneal dialysis in singapore. *Value Health*. 2015; 18(3): 47-53
32. Pakpour A, Zeidi IM, Chatzisarantis N, Molsted S, Harrison A, Plotnikoff R. Effects of action planning and coping planning within the theory of planned behaviour: a physical activity study of patients undergoing haemodialysis. *Int J Sports Psychol*. 2011; 12(6): 609-14.
33. Finkelstein FO, Wuerth D, Finkelstein SH. Health related quality of life and the CKD patient: challenges for the nephrology community. *Kidney Int*. 2009; 76(3): 946-52.
34. Branstetter A, Wilson K, Hildebrandt M, Mutch D. Improving psychological adjustment among cancer patients: ACT and CBT. Association for advancement of behavior therapy. New Orleans; 2004.
35. Makvand Hoseyni Sh, Rezaii AM, Azadi MM. Effectiveness of acceptance and commitment group therapy on the self-management of type 2 diabetes patients. *J clin psychol*. 2014; 5(4):1-2.
36. Zettle R. Acceptance and commitment therapy vs. systematic desensitization in treatment of mathematics anxiety. *Psychol Rec*. 2003; 53(2): 197-215.
37. McCracken LM, MacKichan F, Eccleston C. Contextual cognitive-behavioral therapy for severely disabled chronic pain sufferers: effectiveness and clinically significant change. *Eur J Pain*. 2007; 11(3): 314-22.
38. Dindo L, Recober A, Marchman JN, Turvey C, O'Hara MW. One-day behavioral treatment for patients with comorbid depression and migraine: a pilot study. *Behav Res Ther*. 2012; 50(9): 537-43.
- from a low-income area in brazil. *Hemodial Int*. 2010; 14(4): 316 -21.
17. Hagren B, Pettersen IM, Severinsson E, Clyne N, Lutzen K. Maintain hemodialysis patients experiences of their life situation. *Clin J Nurse*. 2005; 14: 294-300.
18. Hayes SC, Strosahl KD. A practical guide to acceptance and commitment therapy. New York: Springer. 2010.
19. Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behav Res Ther*. 2006; 44(1): 1-25.
20. Ossman WA, Wilson KG, Storaasli RD, McNeill JW. A preliminary investigation of the use of acceptance and commitment therapy in group treatment for social phobia. *Int J Psychol Ther*. 2006; (6): 397-416.
21. Ezadi R, Abedi M, Acceptance and commitment therapy. Tehran: Jungle. 2012. [Persian].
22. Orsillo SM, Batten SV. Acceptance and commitment therapy in the treatment of posttraumatic stress disorder. *Behav Modif*. 2005; 29(1): 95-129.
23. Lopez FC, Salas SV. Acceptance and commitment therapy (ACT) in the treatment of panic disorder: some considerations from the research on basic processes. *Int J Psychol Ther*. 2009; 9(3): 299-315.
24. Cohen SD, Norris L, Acquaviva K, Peterson RA, Kimmel PL. Screening, diagnosis, and treatment of depression in patients with end-stage renal disease. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2007; 2(6):1332-42.
25. Pourfaraj Omran M. The effectiveness of acceptance and commitment group therapy in social phobia of students. *J Knowl Health*. 2011; 6(2):1-5 .[Persian].
26. Annunziata AJ, Green JD, Marx BP. Acceptance and commitment therapy for depression and anxiety. *Encyclopedia of Mental Health*. New York: Williams & Wilkins. 2015.
27. Chen HY, Chiang CK, Wang HH, Hung KY, Lee YJ. Cognitive behavioral therapy for sleep disturbance in patients under going peritoneal dialysis: a pilot randomized controlled trial. *Am J Kidney Dis*. 2008; 52(2): 314-23.
28. Idier L, Untas A, Koleck M, Chauveau P, Rasclé N. Assessment and effects of Therapeutic patient education for patients in hemodialysis: a systematic review. *Int J Nurs Stud*. 2011; 48(12): 1570-86.
29. Courts N. Psychosocial adjustment of patients on home hemodialysis and their dialysis partners. *Clin Nurs Res*. 2000; 9(2): 177-90.
30. Calvin A. Haemodialysis patients and end-of-life decisions: a theory of personal preservation. *J Adv Nurs*. 2004; 46(5): 558-69.

The Effectiveness of Acceptance and Commitment Group Therapy on Depression and Quality of Life in Women with Dialysis Patients

Dehghani, Y. *Ph.D

Abstract

Introduction: The present study aimed at investigating the effect of acceptance and commitment group therapy on depression and quality of life in female patients with dialysis.

Method: In this study, as a quasi-experimental with pretest-posttest, control group and follow up period, sample subjects were selected by accessible sampling method from among those women who referred to Bushehr Kidney Patients Association. Therefore, from among them, 30 female subjects were selected randomly and assigned into two control & experimental groups (each with 15 subjects). The experimental group received the commitment and acceptance group therapy in eight sessions each of which in one hour and the control group received no treatment. The measurement tools were Beck Depression Inventory and Short Version of the World Health Organization Quality of Life Questionnaire that were filled by the participants in the pretest, posttest and follow-up stages. Mixed analysis of variance was used for statistical analysis of data.

Results: Findings showed that there is a significant difference between depression and quality of life among the subjects of the experimental group in pretest, posttest and follow-up stages.

Conclusion: Results emphasize the importance of the use of these interventions in depression and quality of life in dialysis patients and presenting new horizons in clinical interventions and it can be used as an effective intervention method.

Keywords: Acceptance and Commitment Based Therapy, Depression, Quality of Life, Dialysis Disease

*Correspondence E-mail:
Ydehghani@yahoo.com