

مقاله‌ی پژوهشی

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی، سلامت جسمانی و سلامت روانی بیماران همودیالیزی

خلاصه

اکرم عازمی زینال
گروه روان‌شناسی بالینی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران
* عندراغفاری
گروه روان‌شناسی بالینی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران
افسان شرقی
دانشیار گروه پژوهشی اجتماعی، دانشگاه علوم پژوهشی اردبیل، اردبیل، ایران

مقدمه: هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی، سلامت جسمانی و سلامت روانی بیماران همودیالیزی بود.

روش کار: جامعه‌ی آماری این پژوهش بالینی، تمام بیماران همودیالیزی هستند که در نیمه دوم سال ۱۳۹۴ به بخش دیالیز بیمارستان بوعلی شهر اردبیل مراجعه نموده‌اند. حجم نمونه ۶۰ نفر بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمون و شاهد قرار داده شدند. برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسش‌نامه‌های افسردگی بک و کیفیت زندگی استفاده شده است که قبل از مداخله توسط شرکت کنندگان تکمیل گردید. گروه آزمون در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد را دریافت کردند و بیماران در گروه شاهد در ۸ جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای جهت کنترل اثر هاثورن و داروننا تحت آموزش‌های دیگری قرار گرفتند. روش آماری در تحلیل داده‌ها، تحلیل واریانس چندمتغیره بود.

یافته‌ها: نتایج به دست آمده نشانگر تاثیر معنی‌دار درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش افسردگی در بیماران همودیالیزی می‌باشد و نیز اثربخشی درمان بر افزایش سلامت جسمانی و سلامت روانی در گروه آزمون معنی‌دار می‌باشد ($P < 0.05$).

نتیجه‌گیری: بنا بر نتایج این مطالعه، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش افسردگی و افزایش سلامت جسمانی و سلامت روانی در بیماران همودیالیزی تاثیر بهزیزی دارد و در کاهش افسردگی، افزایش سلامت جسمانی و سلامت روانی بیماران، بهبودی قابل ملاحظه‌ای به وجود آمد.

واژه‌های کلیدی: افسردگی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، سلامت جسمانی، سلامت روانی، همودیالیز

*مؤلف مسئول:
گروه روان‌شناسی بالینی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران
parisapari070@gmail.com
تاریخ وصول: ۹۵/۰۶/۰۱
تاریخ تایید: ۹۵/۰۷/۰۸

مقدمه

فرد دارای سلامت روان، قادرند در عین کسب فردیت، با محیط نیز انطباق یابند^(۶).

سلامت جسمانی^(۵) یعنی توان برخورداری از بهداشت خوب که شامل سلامتی، تغذیه و مسکن است^(۷).

افسردگی^(۸) شایعترین عارضه روان شناختی بیماران همودیالیزی است. در پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اخلاقات روانی افسردگی عبارت است از وجود اندوه، احساس تھی بودن یا خلق تحریک پذیر همراه تغییرات شناختی و جسمی است که به شکل چشمگیری روی ظرفیت کارکردن فرد تأثیر منفی می‌گذارد^(۹). افسردگی به عنوان چهارمین علت ناتوانی در مردم جهان، شایع ترین اختلالات روانی در بیماران نارسایی مزمن کلیه به شمار می‌آید. اهمیت شناسایی و بررسی این اختلال تا بدان جاست که در صورت عدم شناسایی و درمان افسردگی فرد دچار اختلال تغذیه، ضعف سیستم ایمنی بدن، عدم رعایت رژیم درمانی، افزایش شدت بیماری شده و در نهایت ممکن است اقدام به خودکشی نماید^(۱۰).

افسردگی از عوامل مهم کاهش تبعیت از درمان است. عدم مشارکت بیماران افسرده در درمان، بر مشکلات طبی آنها می‌افزاید و سلامت آنان را به مخاطره اندخته و در نهایت باعث مرگ زودرس آنان خواهد شد. به علاوه در این بیماران، بسیاری از حیطه‌های کیفیت زندگی با سلامت روان همبستگی معنی داری نشان داده است. کاهش سلامت روان در بیماران همودیالیزی بر کیفیت زندگی آنها اثر گذاشته و موجب اختلال عملکرد آنها در بعد اگوناگون می‌گردد^(۱۱).

درمانی که در این پژوهش به کار گرفته شد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^(۱۲) (ACT) می‌باشد. درمان‌های مبتنی بر پذیرش به عنوان درمان‌های شناختی - رفتاری موج سوم شناخته می‌شوند و در آن‌ها تلاش می‌شود به جای تغییر شناخت‌ها، ارتباط روان شناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد^(۱۳). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، از رایج ترین نوع این درمان‌هاست هیز^(۱۴) ACT را اینگونه تعریف می‌کند: یک رویکرد درمانی بافتاری کار آمد ، براساس نظریه چارچوب ارتباطی ، که مشکلات روان شناختی انسان را عمدتاً به عنوان انعطاف ناپذیری^(۱۵) روان شناختی می‌داند که توسط هم جوشی شناختی^(۱۶) و اجتناب تجربه ای ایجاد شده است. ACT در بافت یک ارتباط درمانی، وابستگی‌های مستقیم و فرآیند‌های کلامی غیر مستقیم را به کار می‌گیرد تا به طور

بیماری مزمن کلیوی^(۱) (CKD) به آسیب کلیوی یا کاهش تدریجی عملکرد کلیه برای ۳ ماه یا بیشتر گفته می‌شود که در ارتباط با کاهش کیفیت زندگی، افزایش هزینه‌ی مراقبت‌های بهداشتی و مرگ زودرس است. در صورت عدم درمان، نارسایی مزمن کلیوی منجر به مراحل آخر بیماری کلیوی^(۲) می‌شود، که اختلال پیشرونده و برگشت ناپذیر عملکرد کلیوی است. دیابت اولین و شایعترین دلیل نارسایی مزمن کلیه است. دومین دلیل شایع CKD افزایش فشار خون به دنبال التهاب گلومرول و کلیه و عفونت باکتریال کلیه، کلیه پلی کیستیک و سرطان کلیه و یا وراثت است^(۱).

یکی از موثرترین درمان‌ها برای کنترل علایم بیماری مرحله انتها بیماری کلیوی، دیالیز است^(۲). همودیالیز^(۳) رایج ترین روش دیالیز است. هدف همودیالیز استخراج مواد نیتروژنی سمی از خون و خارج کردن آب اضافی از بدن است^(۳). همودیالیز بیماری کلیوی را بهبود نمی‌بخشد و از بین رفتن فعالیت‌های آندوکرین و متابولیک کلیه را جبران نمی‌کند اما جان بیمار را نجات می‌دهد. همودیالیز عوارض زیادی به همراه دارد. عوارض شایع حین همودیالیز شامل کاهش فشارخون، انقباض عضلانی، درد قفسه سینه، دردپشت، کم خونی و خستگی می‌باشد^(۳). این بیماران علاوه بر رویرو شدن با تغییرات متعدد فیزیولوژیک با تنش‌های روانی بسیاری نیز رویرو می‌گردد که هر کدام به نوبه خود می‌تواند در روان و شخصیت آنها اختلال ایجاد کند به طوری که اغلب آنها با مشکلات و تنش‌ها سازگار نشده، دچار تغییرات رفتاری مانند اضطراب، افسردگی، انزوا، انکار بیماری می‌گردد. این مشکلات منجر به کاهش کیفیت زندگی بیماران می‌شود^(۴).

طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی، سلامتی عبارت است از یک حالت آسودگی کامل جسمی، روانی، اجتماعی و تنها به نبود بیماری یا ناتوانی اطلاق نمی‌شود^(۵). مفهوم سلامت روان^(۶) شامل احساس درونی خوب بودن و اطمینان از کارآمدی خود، اتکاء به خود، ظرفیت رقابت، وابستگی بین نسلی و خودشکوفایی توانایی‌های بالقوه فکری و هیجانی و غیره می‌باشد. البته با در نظر گرفتن تفاوت‌های بین فرهنگ‌ها، ارائه تعریف جامع از سلامت روان غیرممکن می‌نماید. با این وجود بر سر این امر اتفاق نظر وجود دارد که سلامت روان چیزی فراتر از اختلال روانی است. شخصی که سلامت روانی دارد، می‌تواند ضمن احساس رضایت از زندگی، با مشکلات، به طور منطقی برخورد نماید. به عبارت دیگر،

^۵Physical Health

^۶Depression

^۷Acceptance and Commitment Therapy

^۸Hayes

^۹Psychological Resiliency

^{۱۰}Cognitive Fusion

^۱Chronic Kidney Disease

^۲End Stage Renal Disease

^۳Hemodialysis

^۴Mental Health

روش نمونه گیری این پژوهش به صورت دردسترس بود . بدین صورت که از بین افراد همودیالیزی شهر اردبیل افراد مراجعه کننده به بیمارستان بوعی اردبیل تعداد ۶۰ نفر بر اساس معیارهای ورود به مطالعه انتخاب شد. همچنین این تعداد به تصادف به دو گروه آزمایشی و گواه گمارده شد . ابتدا و با توجه به اینکه در تحقیقات آزمایشی حداقل نمونه ۱۵ نفر در نظر گرفته شده است(۱۵). به خاطر افزایش اعتبار بیرونی و تعیین پذیری بیشتر نتایج برای هر دو گروه ۳۰ نفر انتخاب شد.

ابزار پژوهش

الف- پرسشنامه‌ی افسردگی بک نسخه ۲: این پرسشنامه به عنوان یک ابزار معتر و پایا ، شامل ۲۱ سوال که ۱۵ سوال با علائم عاطفی و ۶ سوال هم با علائم جسمانی و هر سوال شامل ۴ گزینه می باشد و ارزش نمرات آن از ۳ -۰ و نمرات کلی آزمون بین ۶۳ -۰ نمره میباشد پرسشنامه افسردگی بک، به طور وسیع در بیماران نارسایی مزمن کلیوی استفاده شده و از اعتبار و پایایی برخوردار است. در مطالعه حشمتی فر و همکاران پایایی ابزار با آلفای کرونباخ ۰/۸۵ محاسبه شد (۱۶).

ب- پرسشنامه کیفیت زندگی: این پرسشنامه یک ابزار اختصاصی جهت بررسی کیفیت زندگی بیماران است و شامل دو مقیاس عمومی و اختصاصی در ارتباط با کیفیت زندگی است . مقیاس عمومی کیفیت زندگی خود شامل دو زیر مقیاس شرایط جسمی و شرایط عاطفی است. زیر مقیاس جسمی نیز خود شامل چهار حیطه سلامت عمومی (شامل ۶ گویه)، عملکرد جسمی (شامل ۱۰ گویه)، ایفای نقش جسمی (شامل ۴ گویه) و درد جسمی (شامل ۳ گویه) است و زیر مقیاس شرایط عاطفی نیز شامل سه حیطه ایفای نقش عاطفی (شامل ۳ گویه)، عملکرد اجتماعی (شامل ۲ گویه) و سلامت روانی (شامل ۸ گویه) می باشد . بعد از اختصاصی ابزار پژوهش مشتمل بر نه حیط شامل محدودیت های مرتبط با بیماری کلیه (شامل ۱۱ گویه)، مشکلات روانی مرتبط با سلامت (شامل ۶ گویه) ، عملکرد جسمی مرتبط با سلامت (شامل ۱۲ گویه) ، وضعیت عمومی مرتبط با سلامت (شامل ۳ گویه)، رضایت خانوادگی مرتبط با سلامت (شامل ۴ گویه)، وضعیت خواب (شامل ۴ گویه)، وضعیت شغلی مرتبط با سلامت (شامل ۳ گویه)، مسایل جنسی (شامل ۲ گویه) و میزان رضایت از مراقبت و پرسنل بخش (شامل ۳ گویه) در بیماران همودیالیزی می باشد.

هر حیطه با توجه به وزن گویه ها که در هر حیطه متفاوت است ، از ۰ تا ۱۰۰ امتیاز را به خود اختصاص می دهد . نمرات بالاتر درین پرسشنامه نشان دهنده کیفیت زندگی بالاتر است . این پرسشنامه یک ابزار چندی بعدی ، روا و پایا است که تمامی ابعاد پرسشنامه را در بردارد و از درجات بالای همسانی و همبستگی درونی برخوردار می باشد (۲). روابی و اعتبار این پرسشنامه نامه برای اولین بار در ایران منتظری، گشتابی،

تجربی بتواند در درجه اول از طریق پذیرش^۱ ، ناهم جوشی^۲ ، ایجاد یک حس فراتجربی از خود، ارتباط با لحظه اکنون^۳ ، ارزش ها^۴ و ساختن الگوهای بسیار خوب از اقدامات معهدهانه^۵ مرتبط با این ارزش ها ، انعطاف پذیری روان شناختی^۶ بیشتری در فرد ایجاد کند.

ACT از پذیرش و فرآیندهای توجه آگاهی^۷ ، تعهد^۸ و فرآیندهای تغییر رفتار^۹ برای ایجاد انعطاف پذیری روان شناختی استفاده می کند پیامد مطلوب در ACT کاهش نشانه بیماری نیست (اگر چه نشانه ها احتمالاً و معمولاً کاهش می یابند). پیامد مطلوب، افزایش انعطاف پذیری روان شناختی است ؛ به عبارت دیگر فرضی است برای مراجع تا برای دست یافتن به اهداف و پیامدهای ارزشمند، رفتار خود را نگه دارد یا تغییر دهد (۱۳). پذیرش و تعهد درمانی یکی از مداخلات مبتنی بر پذیرش است که برای افراد دارای تجربه واقعی روان شناختی ناخواسته از قبیل درد، بسیار اثر بخش است. پذیرش و تعهد درمانی یکی از زیر مجموعه های رویکرد شناخت رفتار درمانی محسوب می شود که بر این اصل استوار است که اجتناب از درد منجر به ناتوانی و کاهش کیفیت زندگی می گردد. بر اساس این تئوری ، اجتناب زمانی رخ می دهد که افکار و احساسات منطقی تأثیر نامناسب و افراطی بر رفتار می گذارد و در فرآیند درمان ، مواجهه با موقعیت های اجتناب شده به عنوان مداخله هسته ای محسوب می شود برخلاف بسیاری از درمان هایی که بر کاهش یا کنترل علایم بیماری یا بر ارتقاء سطح پذیرش واکنش های منفی ای که مستقیماً تغییر پذیر نیستند (افکار و احساسات جسمانی) در جهت ارتقاء سطح فعالیت بیشتر تاکید دارند (۱۴). از این رو پژوهش در صدد پاسخگویی به این سوال است که آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش افسردگی و بهبود خود مراقبتی بیماران همودیالیزی اثربخشی دارد ؟

روش کار

روش پژوهش حاضر با توجه به اهداف و فرضیه های آن مداخله ای با طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه شاهد می باشد.

جامعه آماری این پژوهش کلیه افراد همودیالیزی شهر اردبیل در نیمه دوم سال ۱۳۹۴ بود که به بیمارستان بوعی مراجعه کرده بودند و تعداد تقریبی آنها ۲۵۰ بود.

¹Acceptance

²Defusion

³Contact with the Present Moment

⁴Values

⁵Committed Action

⁶Psychological Flexibility

⁷Awareness

⁸Commitment

⁹Variable Processes

برای گرداوری اطلاعات در این پژوهش بعد از انجام هماهنگی های لازم و اخذ معرفی نامه به بیمارستان بوعلی شهر اردبیل مراجعته و پس از انتخاب نمونه آماری به تعداد ۶۰ نفر از بیماران همودیالیزی (۳۰ نفر گروه آزمون، ۳۰ نفر گروه شاهد)، اهداف پژوهشی برای آنها توضیح داده شد. در جلسه اول پیش آزمون برای هر دو گروه انجام شد و پرسشنامه های پژوهشی (پرسشنامه افسردگی بک و کیفیت زندگی) در اختیار هر دو گروه قرار گرفت. سپس برای گروه آزمایشی مداخله اعمال شد. مدت جلسات درمانی برای گروه آزمایش ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای بود. گروه کنترل نیز تحت برنامه آموزشی متفاوت که با متغیرهای وابسطه ارتباطی ندارند قرار گرفتند. پس از انجام مداخله پس آزمون برای هر دو گروه اجرا شد و مجداً پرسشنامه های افسردگی بک و کیفیت زندگی به بیماران داده شد. در نهایت پرسشنامه های تهیه شده جمع آوری شده و داده های بدست آمده با نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج

تجزیه و تحلیل اطلاعات ابتدا به صورت توصیفی می باشد که شامل میانگین، انحراف معیار و ... می باشد. همچنین از روش های آماری استنباطی، تحلیل واریانس چند متغیری (مانووا) به منظور مقایسه متغیرهای مورد مطالعه در گروه شاهد و آزمون استفاده شده است ضمناً کلیه فرضیه ها سطح معناداری در این تحقیق تعیین شد.

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار افسردگی در گروه های مورد

مطالعه

متغیر	گروه	زمان	میانگین	انحراف	T	درجه معنی-
آزادی داری	معیار					
۰/۰۸۵	۱/۱۷	پیش آزمون	۶۳/۸۰۰	۴/۴۵۹۷۸		
		پس آزمون	۶۲/۴۶۶۷	۴/۳۹۲۲۶		
۰/۰۰۰	۱۱/۸۰	پیش آزمون	۶۳/۴۶۶۷	۹/۸۹۵۰۸		
		پس آزمون	۳۷/۱۳۳۳	۷/۰۳۵۵۴		

با توجه به سطح معنی داری خطای آزمون می توان گفت که بین نمرات پیش آزمون و پس آزمون گروه شاهد در متغیر افسردگی تفاوت معنی داری وجود ندارد ($P > 0/05$). این در حالی است که بین نمرات پیش آزمون و پس آزمون گروه آزمون در متغیر افسردگی، تفاوت معنی داری وجود دارد ($P < 0/01$).

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار سلامت جسمانی و سلامت روانی

متغیر	گروه	زمان	میانگین	انحراف	T	درجه معنی-
آزادی داری	معیار					
سلامت	شاهد	پیش آزمون	۵۷/۷۳۳	۱/۲۲۷	۵/۷۷۷۷۳	۲/۲۲۷

واحدی نیا بر ۴۱۶۳ نفر در رده سنی ۱۵ سال به بالا ارزیابی کردند، که بیشتر آنها متأهل بودند. ضریب پایابی در هشت بعده ۰/۷۷ تا ۰/۹۵ به غیر از سر زندگی ۰/۶۵ بود. ضریب روایی ۰/۰۵۸ تا ۰/۰۹۵ به دست آمد. آزمون تحلیل عاملی نیز جزء اصلی را به دست داد که ۶۵/۹ درصد پراکندگی میان مقیاس های پرسشنامه را توجیه می نمود. در مجموع یافته ها نشان داد که نسخه ایرانی این پرسشنامه، با روایی و اعتبار بالا برای اندازه گیری کیفیت زندگی در بین جمعیت عمومی، ابزار مناسب است (۱۷).

ج- برنامه درمانی و آموزشی: شیوه درمانی مورد استفاده در این پژوهش، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بود. در این شیوه درمانی تلاش می شود بجای تغییر شناخت ها، ارتباط روان شناختی فرد با افکار و احساسات افزایش یابد. در پژوهش حاضر، این مداخله درمانی براساس پر تکل درمانی واژز و سورول استفاده شد. همچنین به منظور تأیید روانی محتوای بسته درمانی کاملاً استاندارد بوده و در مجتمع و مؤسسه های روان شناسی بالینی مورد تأیید قرار گرفته است (۱۸).

شیوه درمانی مورد استفاده در این پژوهش، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بود دوره درمانی به صورت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای بر روی گروه آزمایش اعمال شده است. که هفته ای دو جلسه براساس پر تکل درمانی ACT متناسب با اختلال افسردگی، کیفیت زندگی و خود مراقبتی بود. ساختار جلسات درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد به شرح زیر خواهد بود:

جلسه اول: آشنایی گروه با یکدیگر و برقراری رابطه درمانی آشنا نمودن افراد با موضوع پژوهش بررسی بیماری نارسایی مزمن کلیه درهاییک از افراد گروه اعم از مدت بیماری و اقدامات انجام شده سنجش کلی و سنجش شیوه های کترلی و ایجاد درماندگی خلاق و پاسخ به پرسشنامه ها.

جلسه دوم: بررسی دنیای درون و بیرون در درمان ACT، ایجاد تمایل به ترک برنامه ناکارآمد تغییر و تفهیم این موضوع که کنترل مساله است نه راه حل و معرفی جایگزینی برای کنترل یعنی تمایل.

جلسه سوم: شناسایی ارزش های افراد؛ تصریح ارزشها؛ تصریح اهداف؛ تصریح اعمال و تصریح موانع.

جلسه چهارم: بررسی ارزش های هریک از افراد و تعمیق مفاهیم قبلی.

جلسه پنجم: تفهیم آمیختگی و گسلش و انجام تمارین برای گسلش.

جلسه ششم: تفهیم آمیختگی به خود مفهوم سازی شده و آموزش چگونگی گسلش از آن.

جلسه هفتم: ذهن آگاهی و تاکید برای در زمان حال بودن.

جلسه هشتم: بررسی داستان زندگی و عمل متعهدانه.

همان طور که جدول ۵ نشان می دهد سطوح معناداری تمام آزمون ها قابلیت استفاده از تحلیل واریانس چند متغیره را مجاز می شمارد. این نتایج نشان می دهد که در گروه های مورد مطالعه حداقل از نظر یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنی داری وجود دارد. $F=36/20$. $P<0.01$.

$= 0.61$ = لامبدا ویلکر). مجدور اثنا نشان می دهد تفاوت بین گروه ها با توجه به متغیرهای وابسته در مجموع معنادار است و میزان این تفاوت بر اساس آزمون لامبدا ویلکر 0.38 است، یعنی 38 درصد واریانس مربوط به اختلاف بین گروه ها ناشی از تاثیر متقابل متغیرهای وابسته می باشد.

جدول ۶- نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیره بر روی متغیر سلامت جسمانی و روانی

P	F	M	متغیر	مجموع درجه	میانگین	متغیر	مجموع درجه	میانگین	متغیر	مجموع درجه	میانگین
			وابسته	مجذورات	آزادی	وابسته	مجذورات	آزادی	وابسته	مجذورات	آزادی
۰/۹۹۴	۰/۰۰۰	۲۰۱۰/۷۸۶	سلامت	۴۲۱۲۶۷/۵۰۰	۱	۴۲۱۲۶۷/۵۰۰	سلامت	۴۲۱۲۶۷/۵۰۰	۱	۴۲۱۲۶۷/۵۰۰	سلامت
۰/۹۹۵	۰/۰۰۰	۲۳۰۲۰/۰۶۰	مدل	۲۴۶۹۷/۱۳۳	۱	۲۴۶۹۷/۱۳۳	سلامت	۲۴۶۹۷/۱۳۳	۱	۲۴۶۹۷/۱۳۳	سلامت
۰/۲۸۱	۰/۰۰۰	۴۵/۴۴۴	روانی	۹۵۲/۰۳۳	۱	۹۵۲/۰۳۳	سلامت	۹۵۲/۰۳۳	۱	۹۵۲/۰۳۳	سلامت
۰/۱۷۸	۰/۰۰۰	۲۵۱/۱۶۶	گروه	۲۷۰/۰۰۰	۱	۲۷۰/۰۰۰	سلامت	۲۷۰/۰۰۰	۱	۲۷۰/۰۰۰	سلامت
۰/۰۹۴۹	۱۱۶	۲۴۳۰/۱۳۳	روانی	۲۴۳۰/۱۳۳	۱۱۶	۲۴۳۰/۱۳۳	سلامت	۲۴۳۰/۱۳۳	۱۱۶	۲۴۳۰/۱۳۳	سلامت
۱۰/۷۲۹	۱۱۶	۱۲۴۴/۵۳۳	خطا	۱۲۴۴/۵۳۳	۱۱۶	۱۲۴۴/۵۳۳	سلامت	۱۲۴۴/۵۳۳	۱۱۶	۱۲۴۴/۵۳۳	سلامت

همان طور که جدول ۶ نشان می دهد بین میانگین سلامت جسمانی و روانی پیش آزمون و پس آزمون گروه آزمایش تفاوت معنی داری وجود دارد ($P<0.01$). بنابراین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهدبرافراش سلامت روانی و جسمانی در بیماران همودیالیزی اثربخش است.

بحث

نتایج پژوهش های انجام شده در زمینه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نشان می دهد که این روش درمانی موجب بهبود سلامت جسمانی در بیماران همودیالیزی می باشد. این پژوهش با پژوهش های به دست آمده در کاهش تجربه درد (۱۴)، در افزایش کیفیت زندگی (۱۹، ۱۸)، کاهش فاجعه پنداری درد (۲۰)، همسو می باشد.

سلامت جسمانی یعنی توان برخورداری از بهداشت خوب که شامل سلامتی، تغذیه و مسکن است. افرادی که از سلامت جسمانی و روانی برخوردارند، شادمانی بیشتری احساس می کنند و آنهایی که شادمان ترند، به نسبت افراد افسرده، کمتر با بیماری و مرگ ناشی از آن روبرو می شوند (۷). اصلی ترین سازه نظری در پذیرش درمان های رفتاری از

جسمانی	پس آزمون	۵۶/۲۶۹۷	۵/۳۴۹۴۰	۵۶/۲۶۹۷	آزمون	پیش آزمون	۵۶/۶۰۰۰	۴/۷۹۶۵۵	۵۶/۶۰۰۰	آزمون	پس آزمون
			۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۵۸	-۳/۳۹۲	۴/۲۳۱۲۵	۶۶/۴۰۰	۴/۲۳۱۲۵	۰/۰۵۰۳	۰/۰۵۰۳
					۵۸	-۰/۰۵۰۳	۳/۴۶۰۱۲	۴۳/۶۰۰	۳/۴۶۰۱۲	۰/۰۶۱۷	۰/۰۶۱۷
							۲/۶۵۲۲۶	۴۴/۰۰۰	۲/۶۵۲۲۶		
							۲/۶۶۴۳۷	۴۳/۷۳۳	۲/۶۶۴۳۷		
							۴/۰۹۹۹	۵۰/۱۳۳۳	۴/۰۹۹۹		

با توجه به سطح معنی داری خطای آزمون می توان گفت که بین نمرات پیش آزمون و پس آزمون گروه شاهد در مورد سلامت جسمانی و سلامت روانی، تفاوت معنی داری وجود ندارد ($P>0.05$). این در حالی است که بین نمرات پیش آزمون و پس آزمون گروه آزمون در متغیر افسردگی تفاوت معنی داری وجود دارد ($P<0.01$).

جدول ۳- نتایج آزمون لوین برای افسردگی در بیماران همودیالیزی

متغیر	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معنی داری
۰/۰۹۸	۱۱۶	۳	۱/۹۴۴	۰/۰۹۸

چنان چه در جدول ۳ مشاهده می شود سطح معنی داری خطای آزمون برابری واریانس ها ($P>0.05$) نشان می دهد که واریانس ها برابر هستند.

جدول ۴- نتایج آزمون لوین برای سلامت جسمانی و روانی در بیماران همودیالیزی

متغیر	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معنی داری
سلامت جسمانی	۲/۱۶۶	۳	۰/۱۶۶	۰/۰۹۶
سلامت روانی	۲/۰۳۸	۳	۱۱۶	۰/۱۰۹

چنانچه در جدول ۴ مشاهده می شود سطح معنی داری خطای آزمون برابری واریانس ها ($P>0.05$) نشان می دهد که واریانس ها برابر هستند.

جدول ۵- نتایج آزمون معناداری تحلیل واریانس چند متغیره سلامت جسمانی و روانی

نام آزمون	مقدار F	مقدار df	مقدار df	مقدار df	فرصه اتا
اثر پلایی	۰/۹۹۷	۰/۰۰۰	۱۱۵/۰۰۰	۲/۰۰۰	۰/۹۹۷
لامبدا ویلکر	۰/۰۰۳	۰/۰۰۰	۱۱۵/۰۰۰	۲/۰۰۰	۰/۹۹۷
اثر هتلینگ	۳۸۵/۰۵۷	۰/۰۰۰	۱۱۵/۰۰۰	۲/۰۰۰	۰/۹۹۷
بزرگترین ریشه خطای	۳۸۵/۰۵۷	۰/۰۰۰	۱۱۵/۰۰۰	۲/۰۰۰	۰/۹۹۷
اثر پلایی	۰/۰۳۸۶	۰/۰۰۰	۱۱۵/۰۰۰	۲/۰۰۰	۰/۰۳۸۶
لامبدا ویلکر	۰/۰۶۱۴	۰/۰۰۰	۱۱۵/۰۰۰	۲/۰۰۰	۰/۰۳۸۶
اثر هتلینگ	۰/۰۶۳۰	۰/۰۰۰	۱۱۵/۰۰۰	۲/۰۰۰	۰/۰۳۸۶
بزرگترین ریشه خطای	۰/۰۶۳۰	۰/۰۰۰	۱۱۵/۰۰۰	۲/۰۰۰	۰/۰۳۸۶

آمده از پژوهش (۲۷، ۲۱، ۲۴-۱۲) در کاهش افسردگی همسو می باشد. افسردگی یکی از شایع ترین و مهمترین اختلالات روانپردازی در بیماران همودیالیزی می باشد. افسردگی اختلالی است که با کاهش انرژی و علاقه، احساس گناه، اشکال در تم رکز، بی اشتہایی و افکار مرگ و خودکشی مشخص می شود و با تغییر در سطح فعالیت، توانایی های شناختی، تکلم و سایر ریتمهای بیولوژیک همراه است. این بیماری، عامل ناراحتی های جسمانی متعددی است که از جمله می توان به خستگی، کم خوابی، کاهش میل جنسی، اسهال و بیوست اشاره نمود (۲۸).

در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هدف افزایش انعطاف پذیری روان شناختی است و افزایش توانایی مراجعان برای ایجاد ارتباط با تجربه شان در زمان حال و بر اساس آنچه در آن لحظه برای آنها امکان پذیر است، بخواهند به شیوه ای عمل کنند که منطبق بر ارزشهای انتخاب شده شان باشد. در این درمان تمرین های تعهد رفتاری به همراه تکنیک های گسلش و پذیرش و نیز بحث پیرامون ارزش ها همگی منجر به کاهش شدت افسردگی در بیماران شدید این درمان، هدف از تأکید بسیار بر تمایل افراد به تجربه های درونی این بود که به آنها کمک کنیم تا افکار آزاردهنده شان را فقط به عنوان یک فکر تجربه کنند و از ماهیت ناکارآمد برنامه فعالیشن آگاه شوند و به جای پاسخ به آن به انجام آنچه در زندگی برایشان مهم و در راستای ارزش هایشان است، پیردادند (۲۱).

با توجه به نتایج بدست آمده پیشنهادات زیر ارائه می گردد:

با توجه به گستردگی و شیوع بیماری همودیالیز و هزینه هایی که بر بیماران تحمل می کند پیشنهاد می شود با برگزاری کارگاههای آموزشی و برنامه های آموزشی، اطلاع رسانی مناسب در مورد این اختلال و راههای مقابله با آن بشود.

پیشنهاد می شود که متخصصان و روانپردازان و روان شناسان در گیر با بیماران همودیالیزی در مداخلات درمانی و مشاوره ای خود عامل های پیش بین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را لحاظ نمایند.

پیشنهاد می شود مشاوران محترم از این روش درمانی برای درمان افسردگی و افزایش خودمراقبتی بیماران همودیالیزی استفاده شود.

قبيل پذيرش و تعهد درمانی، انعطاف پذيری روان شناختی است، به معنای توانيي برای انجام عمل موثر در راستاي ارزش های فردی علی رغم حضور درد است (۱۴).

درمان مبتنی بر پذيرش و تعهد موجب بهبود سلامت روانی بیماران همودیالیزی شده است. نتایج مطالعات انجام شده نشان دادند که درمان مبتنی بر پذيرش و تعهد موجب کاهش میزان افسردگی و اضطراب اجتماعی (۲۱، ۲۲) شده است که همسو با نتایج حاضر می باشد.

سلامت روانی نوعی وضعیت ذهنی است که با شماری از متغرهای درونی و بیرونی در ارتباط می باشد که می تواند از فقدان بیماری تا احساس رضایت و لذت بردن از زندگی را در بر گیرد. بدین گونه که افراد راضی و خشنود، هیجانات مثبت تری دارند احساس مهار و کنترل رویدادهای پیرامون خود ارزیابی مثبت تری دارند احساس مهار و کنترل بالاتری دارند و میزان پیشرفت و رضایت از زندگی بیشتری را تجربه می کنند. نظام ایمنی سالم تر و خلاقیت بالاتری دارند. نسبت به افراد افسرده، کمتر با بیماری و مرگ ناشی از آن روبرو می شوند (۲۳). در درمان مبتنی بر پذيرش و تعهد، يك عامل مهم در ایجاد و حفظ آسیب های روانی، اجتناب تجربی است که به معنای ارزیابی منفی اغراق آمیز از تجارب درونی (انکار، احساسات و هیجانات) و عدم تمایل به تجربه آن هاست که به تلاش برای کنترل یا فرار از آن ها منجر می شود. هدف درمان مبتنی بر پذيرش و تعهد، کاهش اجتناب تجربی و افزایش انعطاف پذيری روانشناختی از طریق پذيرش احساسات ناخوشایند غیر قابل اجتناب و پریشان کننده مانند اضطراب، پرورش ذهن آگاهی به منظور ختنی کردن در گیری مفرط با شناخت ها و مشخص کردن ارزش های شخصی مرتبط با اهداف رفتاری است و بیمار تشویق می شود تا در حالی که به سوی اهداف ارزشمند خود در حرکت است، با تجربیات بطور کامل و بدون مقاومت ارتباط برقرار کند و آن ها را بدون قضاؤت در مورد درستی و نادرستی شان، در هنگام ظهور پذیرد. این امر به بهبود کیفیت زندگی به ویژه در حوزه روانی می شود (۱۸).

طبق نتایج به دست آمده درمان مبتنی بر پذيرش و تعهد موجب کاهش افسردگی در بیماران همودیالیزی می شود این نتایج با نتایج به دست

References

- Hinkle J, Cheever K. [Brunner and Suddarth's textbook of medical-surgical nursing: Kidney and urinary tract]. Masroor Roodsari D, Hazrati M. (translators). Tehran: Jamee Negar Publication; 2014. (Persian)
- Seyyed Rasooli E, Rahmani A, Rahimi Z. [The effect of perception improving intervention on quality of life in Hemodialysis patients]. Preventive care in nursing and midwifery journal 2013; 3(2): 1-12. (Persian)
- Brunner LS, Suddarth DS. [Brunner and Suddarth's textbook: Internal nursing-surgery 2]. Bahrami Nejad F, Ebrahimian AA. (translators). Tehran. Bashari Publication: Tohfeh; 2012. (Persian)
- Rostami F, Ramezani Badr F, Amini K, Pezeski A. [Effect of a self-care educational program based on Orem's model on stress in patients undergoing hemodialysis]. Preventive care in nursing and midwifery journal 2015; 5(1): 13-22. (Persian)

5. Rahimi GR. World Health Organization (WHO). Journal of the Islamic Republic of Iran 2010; 5(1): 53-6. (Persian)
6. Salimi-Bajestani H, Shafieabadi A, Etemadi A, Ahmadi K. A comparison of the effectiveness of Adlerian counseling and cognitive reconstruction based on an allegory of student mental health. Journal of behavioral sciences 2012; 6(3): 237-43.
7. Omydnya S, Khrazyha S, Afsary M, Vares Vezirian M, Jafary F, Arshady M, et al. [Health public education in Medical Sciences and Health Services of Kordestan]. Vice Chancellor for Health Affairs Department of prevention and struggle with diseases; 2010. (Persian)
8. Chitsazan Z, Ghoreishi F, Sadatmousavi GhA, Shabani E. [Serum albumin, ferritin and cholesterol levels among hemodialysis patients with major depressive disorder in Kashan Akhavan hospital during 2009-2010]. Feyz journal 2013; 17(1): 80-84. (Persian)
9. America Psychiatric Association. [Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders .DSM.5]. Rezaei F. (translator). Tehran: Arjmand; 2015. (Persian)
10. Mirzaei M, Akbry Z. [Prevalence of depression in dialysis patients in Iran (1999-2013) a systematic study and analysis]. Journal of medical sciences 2014; 20: 317-25. (Persian)
11. Tayyebi A, Dehkordi K, Ebadi AR, Sahraei A, Einollahi HB. [The effect of aromatherapy with lavender oil on depression, anxiety and stress in hemodialysis patients: Clinical trial]. Journal of evidence-based care 2015; 5: 65-74. (Persian)
12. Hor M, Aghaei A, Abedi A, Attari A. [The effect of acceptance and commitment therapy on the degree of depression in type 2 diabetic patients]. Journal of behavioral sciences 2013; 11(2): 121-8.
13. Bach P, Moran D. [ACT in practice: Case conceptualization in Acceptance and Commitment Therapy]. (Kamali S, Kian Rad N. (translators). Tehran: Arjmand; 2015. (Persian)
14. Gharaei Ardakani Sh, Azad Fallah P, Toolaei SA. [The effectiveness of acceptance and commitment therapy on reducing pain in women with chronic headache disorder]. Journal of clinical psychology 2014; 4: 39-50. (Persian)
15. Delavar A. [Theoretical and scientific principles of research in the humanities and social sciences]. 2nd ed. Tehran: Roshd; 2003. (Persian)
16. Heshmatifar N, Sadeghi H, Mahdavi A, Shegarf Nakhaie MR, Rakhshani MH. [The effect of Benson relaxation technique on depression in patients undergoing hemodialysis]. Journal of Babol Medical Science University 2015; 17(8): 34-40. (Persian)
17. Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M. [Translation, reliability and validity of Persian standard tools SF-36]. Payesh journal 2006; 5(1): 49-56. (Persian)
18. Irandoust F, Taher Neshatdoust H, Nadi MA. [The impact of based on acceptance and commitment therapy on quality of life in women with chronic back pain]. Journal of behavioral sciences 2014; 8(1): 89-96. (Persian)
19. Narimani M, Alamdar A, Abolqasemy A. [Effectiveness of acceptance and commitment therapy based on the quality of life of infertile women]. Family counseling and psychotherapy 2014; 4(1): 387-404. (Persian)
20. Rezaeian M, Ebrahimi A, Zargham M. [The effect of Acceptance and Commitment Therapy on catastrophic and disabling pain in chronic pelvic pain in females]. Cogn Behav Sci 2015; 2: 17-31.
21. Rajabi S, Yazdkhasti F. [The effectiveness of group therapy based on acceptance and commitment in reducing anxiety and depression in women with multiple sclerosis]. Journal of clinical psychology 2014; 6(1): 29-38. (Persian)
22. Pourfaraj Omran M. [The effectiveness of Acceptance and Commitment Group Therapy in social phobia of students]. Knowledge and Health 2011; 6(2): 1-5. (Persian)
23. Ghasemi NA, Kajbaf MB, Rabiei M. [The effectiveness of quality of life therapy (QOLT) on subjective well-being (SWB) and mental health]. Journal of clinical psychology 2011; 3(2): 10. (Persian)
24. Movlavi P, Michaeeli N, Rahimi N, Saeed M. [The effect of treatment based on acceptance and commitment on reducing anxiety and depression in students with social phobia]. Ardabil University of Medical Sciences 2014; 5: 412-23. (Persian)
25. Gholamhoseini B, Khodabakhshi Koolaei A, Taghvaei D. [The effectiveness of acceptance and commitment group on depression and body image in women with obesity]. Community health journal 2015; 2(1): 1-8. (Persian)
26. Folke F, Parling T, Melin L. Acceptance and commitment therapy for depression: A preliminary randomized clinical trial for unemployed on long-term sick leave. Cogn Behav Pract 2012; 19(4): 583-94.
27. Clarke S, Kingston J, James K, Bolderston H, Remington B. Acceptance and Commitment Therapy group for treatment-resistant participants: A randomized controlled trial. J Context Behav Sci 2014; 3: 179-88.
28. Mardani Hamooleh M, Mahboobi M, Moslehi Sh, Ehsani Cheemeh E. [Investigating levels of depression in patients undergoing hemodialysis and the factors affecting it]. Journal of health system; 2009.