

مقاله‌ی پژوهشی

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

خلاصه

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 شرکت‌کنندگان 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 هائورن و دارونما 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 به‌سزایی 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

اکرم عازمی زینال

گروه روان‌شناسی بالینی، واحد اردبیل، دانشگاه

آزاد اسلامی، اردبیل، ایران

* عذرا غفاری

گروه روان‌شناسی بالینی، واحد اردبیل، دانشگاه

آزاد اسلامی، اردبیل، ایران

افشان شرقی

دانشیار گروه پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم

پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران

*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 بر خورداری از بهداشت خوب که شامل سلامتی، تغذیه و مسکن است (۷).

افسردگی^۶ شایعترین عارضه روان شناختی بیماران همودیالیزی است (۸). در پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی افسردگی عبارت است از وجود اندوه، احساس تهی بودن یا خلق تحریک پذیر همراه تغییرات شناختی و جسمی است که به شکل چشمگیری روی ظرفیت کارکردی فرد تأثیر منفی می گذارد (۹). افسردگی به عنوان چهارمین علت ناتوانی در مردم جهان، شایع ترین اختلالات روانی در بیماران نارسایی مزمن کلیه به شمار می آید. 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 می افزاید و سلامت آنان را به مخاطره انداخته و در نهایت باعث مرگ زودرس آنان خواهد شد. به علاوه در این بیماران، بسیاری از حیطه های 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 ابعاد گوناگون می گردد (۱۱).

درمانی که در این پژوهش به کار گرفته شد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۷ (ACT) می باشد. درمان های مبتنی بر پذیرش به عنوان درمان های شناختی - رفتاری موج سوم شناخته می شوند و در آن ها تلاش می شود به جای تغییر شناخت ها، ارتباط روان شناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد (۱۲). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، از رایج ترین نوع این درمان هاست هیز^۸ ACT را اینگونه تعریف می کند: یک رویکرد درمانی بافتاری کار آمد، بر اساس نظریه چارچوب ارتباطی، که مشکلات روان شناختی انسان را عمدتاً به عنوان انعطاف ناپذیری^۹ روان شناختی می داند که توسط هم جوشی شناختی^{۱۰} و اجتناب تجربه ای ایجاد شده است. ACT در بافت یک ارتباط درمانی، وابستگی های مستقیم و فرآیند های کلامی غیر مستقیم را به کار می گیرد تا به طور

بیماری مزمن کلیوی^۱ (CKD) به آسیب کلیوی یا کاهش تدریجی عملکرد کلیه برای ۳ ماه یا بیشتر گفته می شود که در ارتباط با کاهش کیفیت زندگی، افزایش هزینه های مراقبت های بهداشتی و مرگ زودرس است. در صورت عدم درمان، نارسایی مزمن کلیوی منجر به مراحل آخر بیماری کلیوی^۲ می شود، 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 گلو مریول و کلیه و عفونت باکتریال کلیه، کلیه پلی کیستیک و سرطان کلیه و یا وراثت است (۱).

یکی از موثرترین درمان ها برای کنترل علائم بیماری مرحله انتهایی 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 نمی بخشد و از بین رفتن فعالیت های آندوکرین و متابولیک کلیه را جبران نمی کند اما جان بیمار را نجات می دهد. همودیالیز عوارض زیادی به همراه دارد. عوارض شایع حین همودیالیز شامل کاهش فشارخون، انقباض عضلانی، درد قفسه سینه، دردپشت، کم خونی و خستگی می باشد (۳). این بیماران علاوه بر روبرو شدن با تغییرات متعدد فیزیولوژیک با تنش های روانی بسیاری نیز روبرو می گردند که هر کدام به نوبه خود می تواند در روان و شخصیت آنها اختلال ایجاد کند به طوری که اغلب آنها با مشکلات و تنش ها سازگار نشده، دچار تغییرات رفتاری مانند اضطراب، افسردگی، انزوا، انکار بیماری می گردند. این مشکلات منجر به کاهش کیفیت زندگی بیماران می شود (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 نمی شود (۵). مفهوم سلامت روان^۴ شامل احساس درونی خوب بودن و اطمینان از کارآمدی خود، اتکاء به خود، ظرفیت رقابت، وابستگی بین نسلی و خودشکوفایی توانایی های بالقوه فکری و هیجانی و غیره می باشد. البته با در نظر گرفتن تفاوت های بین فرهنگ ها، ارائه تعریف جامع از سلامت روان غیرممکن می نماید. 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، می تواند ضمن احساس رضایت از زندگی، با مشکلات، به طور منطقی برخورد نماید. به عبارت دیگر،

⁵Physical Health

⁶Depression

¹Acceptance and Commitment Therapy

⁸Hayes

⁹Psychological Resiliency

¹⁰Cognitive Fusion

¹Chronic Kidney Disease

²End Stage Renal Disease

³Hemodialysis

⁴Mental Health

روش نمونه گیری این پژوهش به صورت دردسترس بود. بدین صورت که از بین افراد همودیالیزی شهر اردبیل افراد مراجعه کننده به بیمارستان بوعلی 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 تعمیم 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 معتبر 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 ۰-۳ و نمرات کلی آزمون بین ۶۳-۰ نمره می باشد پرسشنامه افسردگی بک، به طور وسیع در بیماران نارسای میزمن 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. زیرمقیاس جسمی نیز خود شامل چهارحیطه 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. بعداختصاصی ابزار پژوهش مشتمل بر نه حیطه 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 در این پرسشنامه نشان دهند 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). روایی و اعتبار این پرسشنامه نامه برای اولین بار در ایران منتظری، گشتاسی،

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 متعهدانه^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 فرصتی است برای مراجع تا برای دست یافتن به اهداف و پیامدهای ارزشمند، رفتار خود را ننگه دارد یا تغییر دهد (۱۳). پذیرش و تعهد درمانی یکی از مداخلات مبتنی بر پذیرش است که برای افراد دارای تجربه وقایع روان شناختی ناخوایسته 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 علائم 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 تأکید 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 بوعلی 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 گردآوری اطلاعات در این پژوهش بعد از انجام هماهنگی های لازم و اخذ معرفی نامه به بیمارستان بوعلی شهر اردبیل مراجعه 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 وابسته ارتباطی ندارند قرار گرفتند. پس از انجام مداخله پس آزمون برای هر دو گروه اجرا شد و مجدداً 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 معیار	T	درجه معنی- آزادی داری
شاهد	افسردگی	پیش آزمون	۶۳/۸۰۰	۴/۴۵۹۷۸	۱/۱۷	۵۸
		پس آزمون	۶۲/۴۶۶۷	۴/۳۹۲۲۶		
آزمون	افسردگی	پیش آزمون	۶۳/۴۶۶۷	۹/۸۹۵۰۸	۱۱/۸۸۰	۵۸
		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 معیار	T	درجه معنی- آزادی داری
سلامت	شاهد	پیش آزمون	۵۷/۳۳۳	۳/۷۷۷۳	۱/۲۲۷	۵۸

واحدی نیا بر ۴۱۶۳ نفر در رده سنی ۱۵ سال به بالا ارزیابی کردند، که بیشتر آنها متأهل بودند. ضریب پایایی در هشت بعد از ۰/۷۷ تا ۰/۹۵ به غیر از سر زندگی ۰/۶۵ بود. ضریب روایی ۰/۵۸ تا ۰/۹۵ 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 احساساتش افزایش یابد. در پژوهش حاضر، این مداخله درمانی براساس پروتکل درمانی واولز و سورل استفاده شد. همچنین به منظور تأیید روانی محتوای بسته درمانی کاملاً استاندارد بوده و در مجامع 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 پروتکل 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 در هر یک از افراد گروه اعم از مدت بیماری و اقدامات انجام شده سنجش کلی و سنجش شیوه های کنترلی 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 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 گسلش و انجام تمرین 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.

آمده از پژوهش (۲۷، ۲۱، ۱۲-۲۴) در کاهش افسردگی همسو می باشد. افسردگی یکی از شایع ترین و مهمترین اختلالات روانپزشکی در بیماران همودیالیزی می باشد. افسردگی اختلالی است که با کاهش انرژی و علاقه، احساس گناه، اشکال در تمرکز، بی اشتها 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 یبوست 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 شدند. 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 فعلیشان آگاه شوند و به جای پاسخ به آن به انجام آنچه در زندگی برایشان مهم و در راستای ارزش هایشان است، بپردازند (۲۱).

با توجه به نتایج بدست آمده پیشنهادت زیر ارائه می گردد: با توجه به گستردگی و شیوع بیماری همودیالیز و هزینه هایی که بر بیماران تحمیل می کند پیشنهاد می شود با برگزاری کارگاه های آموزشی و برنامه های آموزشی، اطلاع رسانی مناسب در مورد این اختلال و راههای مقابله با آن بشود.

پیشنهاد می شود که متخصصان و روان شناسان درگیر 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.

قبیل پذیرش و تعهد درمانی، انعطاف پذیری روان شناختی است، به معنای توانایی برای انجام عمل موثر در راستای ارزش های فردی علیرغم حضور درد است (۱۴).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب بهبود سلامت روانی بیماران همودیالیزی شده است. نتایج مطالعات انجام شده نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب کاهش میزان افسردگی و اضطراب اجتماعی (۲۱، ۱۲، ۲۲) شده است که همسو با نتایج حاضر می باشد.

سلامت روانی نوعی وضعیت ذهنی است که با شماری از متغیرهای 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 بیشتری را تجربه می کنند و از 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 پذیرش و تعهد، یک عامل مهم در ایجاد و حفظ آسیب های روانی، اجتناب تجربی است که به معنای ارزیابی منفی اغراق آمیز از تجارب درونی (افکار، 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 پذیرش و تعهد، کاهش اجتناب تجربی و افزایش انعطاف پذیری روانشناختی از طریق پذیرش احساسات ناخوشایند غیر قابل اجتناب و پریشان کننده مانند اضطراب، پرورش ذهن آگاهی به منظور خنثی کردن درگیری 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 تجربیاتش بطور کامل و بدون مقاومت ارتباط برقرار کند و آن ها را بدون قضاوت در مورد درستی و نادرستی شان، در هنگام ظهور بپذیرد. این امر به بهبود کیفیت زندگی به ویژه در حوزه روانی می شود (۱۸).

طبق نتایج به دست آمده درمان مبتنی بر پذیرش 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, Pezeshki 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, Alamdary 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, Michaeli 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 Koolae 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 Contex 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.