**مقاله پژوهشی**
**مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان**
**دوره ۱۹، شهریور ۱۳۹۹، ۵۶۸-۵۵۵**

# تأثیر گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش کیفیت زندگی بیماران پیوند کلیه و همودیالیزی شهر زنجان: یک مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی شده

**سهیلا آذری[۱]، قمر کیانی[۲]، مسعود حجازی[۳]**

**دریافت مقاله: ۹۹/۱/۵ ارسال مقاله به نویسنده جهت اصلاح: ۹۹/۲/٦ دریافت اصلاحیه از نویسنده: ۹۹/٤/١٤ پذیرش مقاله: ۹۹/٤/١٧**

**چکیده**

**زمینه و هدف:** بیماری‌های کلیوی سلامت جسم و روان را تهدید می‌کنند. درمان پذیرش و تعهد، یکی از درمان‌های رفتاری نسل سوم است که بر کیفیت زندگی بیماران مؤثر بوده است. پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی و پیوند کلیه شهر زنجان انجام شد.

**مواد و روش‌ها:** مطالعه حاضر یک کارآزمایی آموزشی تصادفی شده بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی بیماران همودیالیزی و پیوند کلیه شهر زنجان در سال ۱۳۹۶(دارای پرونده در انجمن بیماران کلیوی) بود. از بین آن‌ها ۸۰ بیمار انتخاب و به‌صورت تصادفی در گروه کنترل (دو گروه) و آزمایش (دو گروه) قرار گرفتند. گروه‌های آزمایشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را طی هشت جلسه، هر هفته یک جلسه ۱/۵ ساعته دریافت کردند و گروه‌های کنترل هیچ مداخله‌ای را دریافت نکرد. در پایان دوره نیز از هر دو گروه پس‌آزمون به‌عمل آمد. داده‌ها با استفاد از تحلیل کوواریانس چند متغیره (مانکووا) و تحلیل کوواریانس یک‌متغیره (ANCOVA) تجزیه و تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** میانگین و انحراف استاندارد سن گروه آزمایش (پیوند کلیه ۸/۹۸±۴۱/۹۵ و همودیالیزی ۸/۸۹±۳۹/۱۰) و گروه کنترل (پیوند کلیه ۹/۱۲±۴۲/۲۰ و همودیالیزی ۶/۴۷±۴۵/۳۵) سال بود (p=۰/۱۴۸). در متغیر کیفیت زندگی و ابعاد آن شامل سلامت روان و ادراک از محیط زندگی بین گروه پیوند کلیه، همودیالیز اختلاف معنی‌داری وجود دارد (p<۰/۰۰۱)

**نتیجه‌گیری:** بر اساس یافته‌ها، استفاده از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به عنوان یک مداخله روان‌شناختی مؤثر و مکمل در بیماران پیوند کلیه و همودیالیز به منظور بهبود کیفیت زندگی آن‌ها پیشنهاد می‌شود.

**واژه‌های کلیدی:** پیوند کلیه، همودیالیز، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، کیفیت زندگی

۱-کارشناس ارشد روان شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی، واحد زنجان، دانشگاه آزاد اسلامی، زنجان، ایران
۲- (نویسنده مسئول) استادیار گروه روان‌شناسی، واحد زنجان، دانشگاه آزاد اسلامی، زنجان، ایران
تلفن: ۳۳۴۲۱۰۰۱-۰۲۴، دورنگار: ۳۳۴۲۱۰۰۱-۰۲۴، پست الکترونیکی kherad739@yahoo.com
۳- استادیار گروه روان‌شناسی، واحد زنجان، دانشگاه آزاد اسلامی، زنجان، ایران

[ Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-31 ]
[ DOR: 20.1001.1.17353165.1399.19.6.3.6 ]
[ DOI: 10.29252/jrums.19.6.555 ]

## مقدمه

بیماری‌های کلیوی از نوع بیماری مزمنی هستند که هم سلامت جسمی و هم سلامت روان را تهدید می‌کند [۲-۱]. نارسایی کلیوی آسیب موقتی یا دائمی کلیه‌ها است که منجر به از دست دادن عملکرد طبیعی کلیه‌ها می‌شود. کنترل این بیماری با پیوند کلیه و همودیالیز امکان پذیر است و این روش‌ها مشکلات روانی، جسمی، اجتماعی و اقتصادی را برای بیماران ایجاد می‌کنند [۴-۳].

نارسایی مزمن کلیه یکی از بیماری‌های شایع در کشورهای در حال توسعه می‌باشد [۵]. بر طبق آمارهای گزارش شده تا پایان ۲۰۱۶ در دنیا تعداد بیماران در مرحله نهایی نارسایی کلیه ۳,۷۳۰,۰۰۰ نفر تخمین زده شده است و میزان شیوع آن در جهان حدود ۵ تا ۷ درصد بوده که از این میزان حدود ۲,۶۴,۰۰۰ نفر تحت درمان همودیالیز قرار دارند [۶]. در یک گزارش دیگر شیوع نارسایی کلیه در جهان ۲۴۲ نفر در هر یک میلیون نفر اعلام شده است [۷]. این آمار در ایران ۳۵۷ در هر یک میلیون نفر است و پیش بینی می‌شود که تا سال ۱۴۰۰ تعداد مبتلایان به ۹۵۰۰۰ نفر برسد [۸]. مطابق آمارهای گزارش شده از سوی مرکز مدیریت پیوند و بیماری‌های خاص تعداد بیماران مزمن کلیه در ایران تا پایان ۲۰۱۶ به ۵۸۰۰۰ نفر رسیده که از این تعداد ۲۹۲۰۰ نفر تحت درمان دیالیز قرار داشته‌اند [۹].

احساس افسردگی و اضطراب در بیماران کلیوی بسیار شایع است و افسردگی در بیماران عواقب متعددی مانند پی‌گیری نکردن درمان، اختلالات رفتاری و حتی پس زدن پیوند را به دنبال دارد [۱۰]. باورها و افکار منفی که بیماران پیوند شده نسبت به خود شکل می‌دهند، آن‌ها را گرفتار فشارهای روانی کرده و بر کیفیت زندگی آن‌ها اثر منفی می‌گذارد [۱۱]. کیفیت زندگی امروزه یکی از پیامدهای مهم سلامتی به شمار می‌آید و منعکس کننده خواسته‌ها، امیدها و انتظارات افراد در ارتباط با حقایق کنونی و آینده زندگی آن‌ها است [۱۳-۱۲]. مفهوم کیفیت زندگی در بر گیرنده‌ی توانایی‌های بالقوه‌ی شخص، دسترسی به منابع و فرصت‌ها جهت استفاده از توانایی‌ها برای پی‌گیری و انجام علاقه‌مندی‌ها و به طور کلی احساس رفاه می‌باشد [۱۶-۱۵]. بین بیماری و کیفیت زندگی یک ارتباط متقابل وجود دارد و مشکلات جسمی اثر مستقیم بر کیفیت زندگی افراد دارند [۱۷].

پژوهش‌ها نشان داده‌اند که کیفیت زندگی در بیماران تحت همودیالیز نسبت به افراد عادی جامعه پایین‌تر است و عواملی مانند حمایت اجتماعی تمرینات بدنی، سطح اقتصادی و اجتماعی، سطح آموزش، زمان و میزان دیالیز، پیوند قبلی رد شده، جنس، افسردگی و وضعیت تغذیه‌ای با کیفیت زندگی بیماران کلیوی ارتباط دارد [۱۸]. از این رو تلاش برای افزایش کیفیت زندگی افراد دچار بیماری‌ها کلیوی و همودیالیزی‌ها از اهمیت خاصی برخوردار است. از مداخله‌های روان‌شناختی که امروزه برای درمان اختلالات و بهینه سازی سلامت بیماران از آن استفاده می‌شود، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد Acceptance and commitment therapy است [۱۹].

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مبنای این فرضیه روی کارآمد که آسیب‌شناسی‌روانی با تلاش برای کنترل یا اجتناب از افکار و هیجانات منفی همراه است و افراد مبتلا به آسیب روانی در مورد هیجان‌های خود دیدگاهی انتقادی داشته و



[ Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-31 ]
[ DOR: 20.1001.1.17353165.1399.19.6.3.6 ]
[ DOI: 10.29252/jrums.19.6.555 ]

خود را بر اساس هیجان‌هایشان مورد قضاوت قرار می‌دهند. هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تغییر دادن روابط افراد با تجارب درونی‌شان، کاهش کنترل و اجتناب از تجارب و افزایش رفتارهای فرد در مسیرهای ارزش‌مند زندگی است [۲۰]. شش فرآیند بنیادین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد عبارتند از: ۱) پذیرش (Acceptance)، ۲) ناهم‌آمیزی شناختی (Cognitive fusion)، ۳) ارتباط با زمان حال زندگی (Being present)، ۴) خود به عنوان زمینه (context Self a)، ۵) ارزش‌ها (Values)، و ۶) عمل متعهدانه (Committed action). این شش مؤلفه را می‌توان در دو حیطه فرآیندهای ذهن آگاهی و تغییر رفتار دسته‌بندی کرد؛ فرآیندهایی که در ترکیب با هم انعطاف‌پذیری شناختی را ایجاد می‌کنند [۲۱]. اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب [۲۲]، بر سلامت روان [۲۳-۲۴]، بر کاهش افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به درد مزمن [۲۵] و افزایش کیفیت زندگی بیماران همودیالیز [۲۶] مورد تأیید قرار گرفته است، اما بر افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی کلیوی مورد توجه نبوده است.

بیماران مبتلا به نارسایی کلیه با توجه به شرایط جسمی و روانی خاص بیماری‌شان مشکلات فراوانی را تجربه می‌کنند. آن‌ها غالباً نگران آینده غیرقابل پیش‌بینی بیماری خود هستند. اغلب شغل خود را از دست می‌دهند و دچار مشکلات مالی می‌شوند و همواره به دلیل بیماری مزمن دچار افسردگی و ترس از مرگ هستند [۲۷]. از آن‌جا که بهبود کیفیت زندگی به عنوان مفهومی وسیع اخیراً از مهم‌ترین اهداف درمانی به شمار می‌رود [۲۸] و با توجه به شیوع روز افزون مشکلات کلیوی و افزایش تعداد پیوند کلیه، لزوم توجه به مسایل روان شناختی و کیفیت زندگی این بیماران ضرورت دارد. بر این اساس پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش کیفیت زندگی بیماران همودیالیز و پیوند کلیه انجام شد.

## مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از نظر روش انجام، کارآزمایی آموزشی تصادفی شده (Randomized educational trial) با کد ثبتی کارآزمایی IRCT20171104037210N1 همراه با پیش آزمون-پس آزمون بود. هم‌چنین این مطالعه دارای کد اخلاق از دانشگاه آزاد اسلامی زنجان به شماره ثبتی IR.IAUZ.REC.1396.63 می باشد. تمامی بیماران دیالیزی و پیوند کلیه شهر زنجان در سال ۱۳۹۶جامعه آماری پژوهش حاضر را تشکیل دادند. پژوهش حاضر دارای یک متغیر مستقل شامل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و یک متغیر وابسته شامل کیفیت زندگی و دارای دو گروه آزمایش (بیماران دیالیزی و پیوند کلیه) و دو گروه کنترل (بیماران دیالیزی و پیوند کلیه) بود.

حجم نمونه مطالعه حاضر با مراجعه به جدول Chohen برای تعیین حجم نمونه در مطالعات آزمایشی [۲۹] و بر اساس پیشینه پژوهش [۳۰] در سطح اطمینان ۹۵ درصد، حجم اثر ۰/۵۰ و توان آزمون ۰/۸۰ برای هر گروه ۲۰ نفر تعیین شد و به روش هدف‌مند انتخاب و به روش تقسیم تصادفی (قرعه کشی) و به نسبت مساوی (هر گروه ۲۰ نفر) جایگزین شدند. بدین شکل که ابتدا بر اساس مراجعه به انجمن بیماران کلیوی شهر زنجان در سال ۱۳۹۶ بیماران شناسایی شدند و با در نظر



[ Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-31 ]
[ DOR: 20.1001.1.17353165.1399.19.6.3.6 ]
[ DOI: 10.29252/jrums.19.6.555 ]

گرفتن رضایت و موافقت آگاهانه آن‌ها برای شرکت در پژوهش، مورد مطالعه قرار گرفتند.

ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: ۱- تشخیص ابتلاء به نارسایی کلیه توسط متخصص، ۲- دارا بودن سابقه حداقل یک سال ابتلاء به نارسایی کلیه، ۳- حداقل سطح تحصیلات سیکل و ۴- دامنه سنی ۵۰-۱۵ سال. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز عبارت بودند از: ۱- ابتلاء به اختلالات شدید روانی مانند اختلال سایکوتیک اختلالات خلقی، اسکیزوفرنی، سایکوزهای ارگانیک، اختلالات روان پریشی حاد و مزمن، افسردگی سایکوتیک، فاز حاد مانیا، فاز افسردگی دو قطبی، ۲- مصرف داروهای ضد روان پریشی مانند تیپیک و و الانزاپین و ۳- داشتن سوء مصرف مواد. بعد از انتخاب نمونه به اعضای گروه آزمایش، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ارائه شد و این در حالی بود که به اعضای گروه کنترل هیچ مداخله و درمانی ارائه نشد. در این پژوهش ملاحظات اخلاقی شامل رعایت صداقت و امانت داری علمی، رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، رعایت حق بی‌نام بودن مقیاس‌ها و ناشناس ماندن آزمودنی‌ها و محرمانه نگه داشتن اطلاعات آن‌ها مورد توجه قرار گرفته است. برای اندازه‌گیری کیفیت زندگی از مقیاس کوتاه ارزیابی کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (The World Health Organization Quality of Life – BREF (WHOQOL-BREF)) استفاده شد. این مقیاس به مطالعه چهار دامنه از کیفیت زندگی افراد می‌پردازد که عبارتند از: سلامت جسمی، سلامت روان، روابط با دیگران، و ادراک از محیط زندگی. جهت سنجش سلامت جسمی، هفت گویه؛ سلامت روان، شش گویه؛ روابط اجتماعی، سه گویه و ادراک از محیط زندگی، هشت گویه در نظر گرفته شده است. به علاوه دو گویه اضافه نیز برای مطالعه کیفیت آشکار زندگی و سلامت عمومی افراد لحاظ شده است. برای هر گویه نمره‌ای از ۱ تا ۵ در نظر گرفته شده است. پس از محاسبه‌های لازم در هر حیطه امتیازی معادل ۲۰-۴ به دست خواهد آمد که در آن، ۴ نشانه بدترین و ۲۰ نشانه بهترین وضعیت مورد نظر است. این امتیازها قابل تبدیل به امتیازی با دامنه ۱۰۰-۰ می‌باشند [۳۱]. روایی این مقیاس در پژوهش Nejat و همکاران تأیید و پایایی آن با استفاده از روش باز آزمایی، برای مؤلفه‌های سلامت جسمی، سلامت روان، وابط اجتماعی و سلامت محیط به ترتیب ۰/۷۷، ۰/۷۷، ۰/۷۵، و ۰/۸۴ محاسبه شده است [۳۲].

پرسش‌نامه دو بار در طی مراحل پیش آزمون و پس آزمون بر روی اعضای گروه آزمایش و کنترل اجرا شد. جلسات درمان که برطبق برنامه‌ای که قبل از شروع جلسات و با استفاده از مبانی نظری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تنظیم شده بود [۲۱]، توسط پژوهش‌گر در انجمن حمایت از بیماران کلیوی شهر زنجان و از اوایل خرداد ماه تا اواخر تیر ماه سال ۱۳۹۶، در هشت جلسه (هر هفته یک جلسه به مدت ۹۰ دقیقه) به آزمودنی‌های گروه‌های آزمایش ارائه گردید و گروه کنترل هیچ‌گونه آموزشی را دریافت نکردند. آموزش‌ها در شیفت صبح و به صورت جداگانه یعنی برای گروه همودیالیز در روزهای زوج و گروه پیوند کلیه در روزهای فرد ارائه می‌شد. خلاصه جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در جدول ۱ آمده است.



[ Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-31 ]
[ DOR: 20.1001.1.17353165.1399.19.6.3.6 ]
[ DOI: 10.29252/jrums.19.6.555 ]

***جدول ۱- خلاصه محتوای جلسات آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش کیفیت زندگی بیماران پیوند کلیه و همودیالیزی شهر زنجان در سال ۱۳۹۶[۲۱]***

| جلسه | هدف | محتوای آموزش | فنون و تکالیف |
|---|---|---|---|
| **اول** | آشنایی با مفهوم بودن در زمان حال به عنوان یکی از گوشه‌های شش ضلعی ACT | ذهن‌آگاهی ( بودن در زمان حال) | استعاره دو کوه، تمرین‌های ذهن آگاهی: ( تمرین بودن در زمان حال، بودن در زمان گذشته و آینده، تفاوت مشاهده و قضاوت) |
| **دوم** | آشنایی با آمیختگی شناختی، اجتناب تجربه‌ای و مفهوم پذیرش | گسلش شناختی (آمیختگی شناختی )- پذیرش | تمرین (ذهن آگاهی از حس‌های بدن)، عینیت بخشیدن به محتوای روان شناختی، تمرین (ذهن غرغرو یا ذهن وراج)، تمرین (افکار نگاشته شده روی کارت‌ها) |
| **سوم** | جلسه سوم: خود به عنوان زمینه | آشنایی با خود به عنوان زمینه | تمرین (ذهن آگاهی از محیط اطراف ): تمرین (پذیرش- پوشش سخت): ارتقای پذیرش فعال (تمثیل ریگ‌های روان) تمرین‌های مشاهده‌گر، |
| **چهارم** | آشنایی با ارزش‌های فردی خود آشنایی با حرکت به سوی ارزش‌ها، آشنایی با زندگی متعهدانه هم سوی ارزش‌ها | حرکت به سوی ارزش‌ها و تعهدها | تمرین (ذهن آگاهی از کارهای روزمره)، تمرین (به روشن سازی ارزش ها)، قطب نمای ارزش ها، تعیین هدف، برنامه‌ریزی فعالیت |
| **پنجم** | آشنایی با مسیر زندگی آگاهانه | زندگی آگاهانه | سؤال‌هایی در خصوص آمال‌ها، آرزوها و رویاها |
| **ششم** | آشنایی با دلایل خروج از زندگی آگاهانه درمدل ACT | چطور از زندگی آگاهانه خارج می‌شویم؟ | تمرین ذهن آگاهی از فکر و هیجان: چه چیز در زندگی ما مهم است؟ تمثیل پیتزای ارزش هاسموم زندگی متعهدانه |
| **هفتم** | آشنایی با پاد زهرهای سموم زندگی آگاهانه (متعهدانه) درمدل ACT | پادزهرهای سموم زندگی آگاهانه (متعهدانه) | تمرین (ذهن آگاهی از حس‌های بدنی با کشش‌های عضلانی) |
| **هشتم** | آشنایی با زندگی آگاهانه (متعهدانه) آشنایی با انتخاب آگاهانه (متعهدانه) | زندگی و انتخاب آگاهانه (متعهدانه) | تمرین (ذهن آگاهی با تن آرامی): زندگی آگاهانه (متعهدانه): تمثیل ظرف شیشه استاد دانشگاه: تصمیم آگاهانه |

برای تجزیه و تحلیل داده‌های به دست آمده از شاخص‌های توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین، انحراف استاندارد)، تحلیل کوواریانس چند متغیره (مانکووا) و تک متغیره (آنکووا) با استفاده از نرم‌افزارSPSS نسخه ۲۵ و با رعایت پیش فرض‌های آزمون انجام گرفت. سطح معنی‌داری در آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. برای بررسی نرمال بودن از آزمون Kolmogorov-Smirnov و برای بررسی مفروضه همگنی واریانس‌ها از آزمون Levene استفاده شد.



[ Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-31 ]
[ DOR: 20.1001.1.17353165.1399.19.6.3.6 ]
[ DOI: 10.29252/jrums.19.6.555 ]

## نتایج

در پژوهش حاضر ۴۰ بیمار در دو گروه مورد مطالعه قرار گرفتند. بررسی ویژگی‌های دموگرافیک آزمودنی‌های مورد مطالعه از نظر جنسیت، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، سن و نوع شغل در جدول ۲ نشان می‌دهد که بین وضعیت تأهل، سن و میزان تحصیلات گروه‌های مورد مطالعه تفاوت معنی‌داری وجود ندارد (p>۰/۰۵).

***جدول ۲- ویژگی‌های جمعیت شناختی بیماران گروه‌های پیوند کلیه و همودیالیزی شهر زنجان در سال ۱۳۹۶ (n=۸۰)***

| | | گروه آزمایش | | | | گروه کنترل | | | | مقدار p |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | پیوند کلیه | | همودیالیز | | پیوند کلیه | | همودیالیز | | |
| | | فراوانی | درصد | فراوانی | درصد | فراوانی | درصد | فراوانی | درصد | |
| جنسیت | مرد | ۹ | ۴۵ | ۱۱ | ۵۵ | ۱۰ | ۵۰ | ۱۰ | ۵۰ | ۰/۹۴۴ |
| | زن | ۱۱ | ۵۵ | ۹ | ۴۵ | ۱۰ | ۵۰ | ۱۰ | ۵۰ | |
| وضعیت تأهل | مجرد | ۱۵ | ۷۵ | ۱۳ | ۶۵ | ۱۵ | ۷۵ | ۱۵ | ۷۵ | ۰/۸۱۲ |
| | متأهل | ۵ | ۲۵ | ۶ | ۳۰ | ۳ | ۱۵ | ۳ | ۱۵ | |
| | مطلقه | ۰ | ۰ | ۱ | ۵ | ۰ | ۰ | ۰ | ۰ | |
| | بیوه | ۰ | ۰ | ۰ | ۰ | ۲ | ۱۰ | ۲ | ۱۰ | |
| میزان تحصیلات | سیکل | ۵ | ۲۵ | ۶ | ۳۰ | ۲ | ۱۰ | ۱۳ | ۶۵ | ۰/۰۸۲ |
| | دیپلم | ۸ | ۴۰ | ۶ | ۳۰ | ۵ | ۲۵ | ۴ | ۲۰ | |
| | کاردانی | ۰ | ۰ | ۱ | ۵ | ۲ | ۱۰ | ۰ | ۰ | |
| | کارشناسی | ۷ | ۳۵ | ۷ | ۳۵ | ۳ | ۱۵ | ۳ | ۱۵ | |
| شغل | کارگر | ۲ | ۱۰ | ۷ | ۳۵ | ۳ | ۱۵ | ۴ | ۲۰ | ۰/۲۲۱ |
| | کارمند | ۷ | ۳۵ | ۴ | ۲۰ | ۴ | ۲۰ | ۳ | ۱۵ | |
| | خانه دار | ۷ | ۳۵ | ۶ | ۳۰ | ۶ | ۳۰ | ۹ | ۴۵ | |
| | بیکار | ۲ | ۱۰ | ۳ | ۱۵ | ۳ | ۱۵ | ۱ | ۵ | |
| | از کار افتاده | ۲ | ۱۰ | ۰ | ۰ | ۴ | ۲۰ | ۳ | ۱۵ | |
| متغیر | | میانگین | انحراف استاندارد | میانگین | انحراف استاندارد | میانگین | انحراف استاندارد | میانگین | انحراف استاندارد | |
| سن (سال) | | ۴۱/۹۵ | ۸/۹۸ | ۳۹/۱۰ | ۸/۸۹ | ۴۲/۲۰ | ۹/۱۲ | ۴۵/۳۵ | ۶/۴۷ | ۰/۱۴۸ |

***فراوانی و درصد برای متغیرهای جنسیت، تأهل، تحصیلات و شغل، میانگین و انحراف استاندارد برای سن و مقدار p برای اختلاف معنی‌داری در متغیرهای دموگرافیک***

شاخص‌های توصیفی کیفیت زندگی در مرحله پیش آزمون و پس آزمون بیماران گروه‌های پیوند کلیه و همودیالیزی در جدول ۳ ارائه شده است. نتایج جدول ۳ حاکی از آن است که بین میانگین کیفیت زندگی بیماران گروه آزمایش در مرحله پس آزمون افزایش داشته است، اما برای بیماران گروه کنترل با افزایش همراه نبوده است.



[ Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-31 ]
[ DOR: 20.1001.1.17353165.1399.19.6.3.6 ]
[ DOI: 10.29252/jrums.19.6.555 ]

***جدول ۳- شاخص‌های توصیفی کیفیت زندگی در مرحله پیش آزمون و پس آزمون بیماران گروه‌های پیوند کلیه و همودیالیزی شهر زنجان در سال ۱۳۹۶ (n=۸۰)***

| متغیر | گروه | | حجم نمونه هر گروه | پیش آزمون میانگین± انحراف استاندارد | پس آزمون میانگین± انحراف استاندارد |
|---|---|---|---|---|---|
| سلامت جسمی | آزمایش | پیوند کلیه | ۲۰ | ۲۱/۴۰ ± ۱/۲۷ | ۲۴/۳۰ ± ۱/۴۵ |
| | | همودیالیز | ۲۰ | ۲۰/۴۰ ± ۲/۰۶ | ۲۳/۴۵ ± ۲/۲۷ |
| | کنترل | پیوند کلیه | ۲۰ | ۲۱ ± ۹/۷۵ | ۲۰/۲۵ ± ۱/۵۸ |
| | | همودیالیز | ۲۰ | ۱۷/۸۵ ± ۲/۷۹ | ۱۸/۵۰ ± ۲/۰۹ |
| سلامت روان | آزمایش | پیوند کلیه | ۲۰ | ۱۷/۸۵ ± ۱/۶۹ | ۲۱/۲۵ ± ۲/۲۶ |
| | | همودیالیز | ۲۰ | ۱۶/۴۰ ± ۳/۴۵ | ۱۹/۴۰ ± ۲/۳۷ |
| | کنترل | پیوند کلیه | ۲۰ | ۱۶/۵۰ ± ۲/۵۲ | ۱۵/۴۰ ± ۲/۲۸ |
| | | همودیالیز | ۲۰ | ۱۵/۰۵ ± ۲/۸۵ | ۱۵/۲۰ ± ۲/۲۱ |
| روابط اجتماعی | آزمایش | پیوند کلیه | ۲۰ | ۶/۴۵ ± ۱/۹۸ | ۹/۶۰ ± ۱/۶۳ |
| | | همودیالیز | ۲۰ | ۷/۳۰ ± ۲/۲۰ | ۸/۷۵ ± ۲/۶۹ |
| | کنترل | پیوند کلیه | ۲۰ | ۶/۷۰ ± ۲/۲۲ | ۶/۲۰± ۲/۱۴ |
| | | همودیالیز | ۲۰ | ۵/۷۰ ± ۲/۱۰ | ۵/۶۰ ± ۱/۷۲ |
| ادراک از محیط زندگی | آزمایش | پیوند کلیه | ۲۰ | ۲۴/۱۰ ± ۴/۴۷ | ۳۱/۲۵ ± ۸/۱۶ |
| | | همودیالیز | ۲۰ | ۲۲/۰۵ ± ۶/۲۴ | ۲۴/۹۰ ± ۵/۰۸ |
| | کنترل | پیوند کلیه | ۲۰ | ۲۲/۶۵ ± ۴/۲۲ | ۲۲/۱۰ ± ۳/۳۲ |
| | | همودیالیز | ۲۰ | ۲۱/۱۵ ± ۵/۹۸ | ۲۱/۵۵ ± ۵/۲۶ |
| نمره کلی | آزمایش | پیوند کلیه | ۲۰ | ۶۹/۸۰ ± ۵/۸۳ | ۸۶/۴۰ ± ۹/۸۳ |
| | | همودیالیز | ۲۰ | ۶۶/۱۵ ± ۱۱/۴۰ | ۷۶/۵۰ ±۱۰ |
| کیفیت زندگی | کنترل | پیوند کلیه | ۲۰ | ۶۶/۸۵ ± ۱۰/۱۶ | ۶۳/۹۵ ± ۷/۹۹ |
| | | همودیالیز | ۲۰ | ۵۹/۹۵ ± ۱۲/۱۶ | ۶۰/۸۵ ± ۹/۰۸ |

قبل از انجام تحلیل کوواریانس، رعایت مفروضه‌های آن مورد بررسی قرار گرفت. نتایج آزمون Kolmogorov-Smirnov نشان داد که آماره پیش آزمون ۰/۱۳ (p=۰/۱۱۲) و پس آزمون۰/۲۰ (p=۰/۲۰) نرمال هستند. با توجه به نتایج آزمون Levene که نشان داد F=۲۴/۳۱ (P=۰/۱۱۱) سطح معنی‌داری به دست آمده از ۰/۰۵ بیش‌تر است، در نتیجه مفروه همگنی واریانس‌ها رعایت شده است.

نتایج آزمون Wilks' Lambda نشان داد که درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی پیوند کلیه و گروه همودیالیز (F=۴۵/۱۶ df (۷۱و۴)، p<۰/۰۵) مؤثر است. برای پی بردن به این تأثیر، از تحلیل آنکووا در متن مانکووا استفاده شد. نتایج تحلیل کواریانس تک متغیره در جدول ۴ حاکی از آن است که درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و ابعاد آن شامل سلامت جسمی و روان، روابط اجتماعی و ادراک از محیط زندگی اعضای گروه آزمایش پیوند



[ Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-31 ]
[ DOR: 20.1001.1.17353165.1399.19.6.3.6 ]
[ DOI: 10.29252/jrums.19.6.555 ]

کلیه و همودیالیز تأثیر مثبت و معنی‌داری داشته است (p<۰/۰۵). در گروه همودیالیز درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روابط اجتماعی و ادراک از محیط زندگی تأثیر زیادی نداشته است. اطلاعات مربوط به تحلیل کواریانس در جدول ۴ نشان می‌دهد که درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سلامت جسمی و روابط اجتماعی دو گروه پیوند کلیه و همودیالیز تأثیر متفاوتی نداشته است (p>۰/۰۵)، اما بر نمره کلی کیفیت زندگی و ابعاد سلامت روان و ادارک از محیط زندگی در دو گروه پیوند کلیه و همودیالیز تأثیر متفاوتی داشته است (p<۰/۰۵).

***جدول ٤- نتایج تحلیل کواریانس جهت بررسی تأثیر درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی در گروه پیوند کلیه و همودیالیزی شهر زنجان در سال ۱۳۹۶ (n=۸۰)***

| گروه | متغیر | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | مقدار F | مقدار P | ضریب اتا | توان آزمون |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | سلامت جسمی | ۱۴۱/۰۹ | ۱ | ۱۴۱/۰۹ | ۱/۷۱ | <۰/۰۰۱ | ۰/۷۱ | ۱ |
| مقایسه گروه | سلامت روان | ۲۹۵/۹۱ | ۱ | ۲۹۵/۹۱ | ۴/۰۱ | <۰/۰۰۱ | ۰/۶۸ | ۱ |
| پیوند کلیه با | روابط اجتماعی | ۹۲/۷۳ | ۱ | ۹۲/۷۳ | ۲/۷۶ | <۰/۰۰۱ | ۰/۴۹ | ۱ |
| گروه کنترل | ادراک از محیط زندگی | ۷۷۹/۰۳ | ۱ | ۷۷۹/۰۳ | ۳۶/۷۱ | <۰/۰۰۱ | ۰/۳۸ | ۰/۹۹ |
| | نمره کلی کیفیت زندگی | ۴۴۳۸/۳۹ | ۱ | ۴۴۳۸/۳۹ | ۵۷/۱۷ | <۰/۰۰۱ | ۰/۶۹ | ۱ |
| | سلامت جسمی | ۱۰۹/۷۰ | ۱ | ۱۰۹/۷۰ | ۲۵/۴۷ | <۰/۰۰۱ | ۰/۴۳ | ۰/۹۹ |
| مقایسه گروه | سلامت روان | ۶۷/۰۳ | ۱ | ۶۷/۰۳ | ۲۰/۷۷ | <۰/۰۰۱ | ۰/۳۸ | ۰/۹۹ |
| همودیالیز با گروه | روابط اجتماعی | ۴۱/۲۷ | ۱ | ۴۱/۲۷ | ۱۳/۳۱ | <۰/۰۰۱ | ۰/۲۸ | ۰/۹۴ |
| کنترل | ادراک از محیط زندگی | ۵۵/۵۸ | ۱ | ۵۵/۵۸ | ۶/۵۷ | ۰/۰۱۵ | ۰/۱۶ | ۰/۷۰ |
| | نمره کلی کیفیت زندگی | ۱۰۵۸/۹۴ | ۱ | ۱۰۵۸/۹۴ | ۳۵/۸۴ | <۰/۰۰۱ | ۰/۵۱ | ۱ |
| | سلامت جسمی | ۰/۵۴ | ۱ | ۰/۵۴ | ۰/۱۳ | ۰/۷۲۴ | ۰/۰۰۴ | ۰/۰۶۴ |
| مقایسه گروه | سلامت روان | ۲۵/۱۶ | ۱ | ۲۵/۱۶ | ۵/۴۱ | ۰/۰۳۲ | ۰/۱۴ | ۰/۶۲ |
| پیوند کلیه با | روابط اجتماعی | ۱/۷۰ | ۱ | ۱/۷۰ | ۰/۴۳ | ۰/۵۲۱ | ۰/۰۱۲ | ۰/۱۰ |
| گروه همودیالیز | ادراک از محیط زندگی | ۲۲۳/۴۲ | ۱ | ۲۲۳/۴۲ | ۵/۴۴ | ۰/۰۳۲ | ۰/۱۴ | ۰/۶۲ |
| | نمره کلی کیفیت زندگی | ۴۸۴/۲۹ | ۱ | ۴۸۴/۲۹ | ۶/۸۶ | ۰/۰۱۱ | ۰/۱۷ | ۰/۷۲ |

***تحلیل کوواریانس یک متغیره p<۰/۰۵ به عنوان اختلاف معنی‌دار***

نتایج آزمون تعقیبی Bonferroni در جدول ۵ نشان می‌دهد که بین پس آزمون سلامت روان، ادراک از محیط زندگی و نمره کلی کیفیت زندگی گروه همودیالیز و پیوند کلیه تفاوت وجود دارد و نمره گروه همودیالیز در متغیرهای مذکور کم‌تر از نمره گروه پیوند کلیه است، به این معنی که درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد تأثیر بیش‌تری بر روی سلامت روان، ادراک از محیط زندگی و نمره کلی کیفیت زندگی بیماران پیوند کلیه داشته است.

***جدول۵- نتایج آزمون Bonferroni برای مقایسه جفتی میانگین کیفیت زندگی در بیماران گروه پیوند کلیه و همودیالیزی شهر زنجان در سال ۱۳۹۶(n=۸۰)***

| متغیر | گروه | تفاوت میانگین | خطای استاندارد | مقدار P |
|---|---|---|---|---|



[ Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-31 ]
[ DOR: 20.1001.1.17353165.1399.19.6.3.6 ]
[ DOI: 10.29252/jrums.19.6.555 ]

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| سلامت روان | همودیالیز-پیوند کلیه | -۱/۷۴ | ۰/۷۵ | ۰/۰۳۲ |
| ادراک از محیط زندگی | همودیالیز-پیوند کلیه | -۵/۱۸ | ۲/۲۲ | ۰/۰۳۴ |
| نمره کلی کیفیت زندگی | همودیالیز-پیوند کلیه | -۷/۶۲ | ۲/۹۱ | ۰/۰۱۳ |

***آزمون تعقیبی Bonferroni برای مقایسه جفتی میانگین***

## بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی و پیوند کلیه شهر زنجان در سال ۱۳۹۶ انجام شد. نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیره نشان داد که درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و همه ابعاد آن اعضای گروه آزمایش همودیالیز مؤثر بوده است و منجر به افزایش کیفیت این گروه شده است. هم‌چنین نتایج تحلیل کواریانس چند متغیره نشان داد که درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و ابعاد آن بر اعضای گروه آزمایش پیوند کلیه مؤثر بوده است و منجر به افزایش کیفیت این گروه شده است.

این یافته با مطالعه Sarizadeh و همکاران [۲۵] که نشان دادند درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی بیماران همودیالیز مؤثر است، همخوان می‌باشد. علت همخوانی را شاید در تعداد جلسات مساوی در دو مطالعه، محتوای آموزشی یک‌سان و همگنی در نمونه‌های مورد مطالعه دانست. در تبیین مؤثر بودن درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی بیماران همودیالیز می‌توان گفت بیماران دیالیزی که از مشکلات روانی و جسمانی ناشی از بیماری خود در رنج هستند، در طی جلسات درمانی، احساسات و نشانه‌های جسمانی و روانی خود را پذیرفته و پذیرش این احساسات باعث کاهش توجه و حساسیت بیش از حد نسبت به گزارش این نشانه‌ها در آن‌ها شده؛ در نتیجه، سازگاری آن‌ها با بیماری افزایش یافته و اهداف روشن‌تری را برای زندگی خود خلق کرده‌اند. در طول جلسات درمان به بیماران گروه آزمایش روش‌های کنترل کنترل کردن تجارب درونی خود مانند افکار و هیجانات منفی، تمرین برای جایگزین کردن تمایل به تجربه پذیری به جای اجتناب کردن از آن، آماده کردن آنها برای ذهن آگاهی و تمرین آگاهی از هیجانات آموزش داده شد. هم‌چنین در پژوهش حاضر هدف این بود که به بیماران گروه آزمایش کمک شود تا افکار و هیجانات آزار دهنده‌شان را فقط به عنوان یک فکر تجربه کنند و از ماهیت ناکارآمدی برنامه‌های فعلی‌شان آگاه شوند و به جای پاسخ به آن، به انجام آن‌چه در زندگی برایشان مهم و در راستای ارزش‌هایشان است بپردازند، بنابراین که انتظار می‌رود این آموزش‌ها توانسته باشد در افزایش کیفیت زندگی مفید و مؤثر بوده باشد.

در تبیین دیگری از یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان ذکر کرد که در فرآیند 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،



[ Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-31 ]
[ DOR: 20.1001.1.17353165.1399.19.6.3.6 ]
[ DOI: 10.29252/jrums.19.6.555 ]

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 [۲۰-۱۹].

ناهمگن بودن افراد نمونه بر اساس متغیرهای مداخله‌گری از جمله وضعیت اقتصادی و سایر متغیرهای جمعیت شناختی دیگر می‌تواند به عنوان یکی از محدودیت‌های عمده این پژوهش به شمار رود. این پژوهش مربوط به شهر زنجان می‌باشد، لذا تعمیم یافته‌ها با احتیاط انجام شود. این پژوهش در شهر زنجان انجام گرفته است، لذا پیشنهاد می‌شود که در شهرها و فرهنگ‌های دیگر پژوهش‌های مشابه پژوهش حاضر انجام گردد. مقایسه آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد با سایر درمان‌های دیگر بر افزایش کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی و کلیوی می‌تواند نتایج مطلوب‌تری را به همراه داشته باشد. با توجه به این‌که استفاده از مرحله پی‌گیری می‌تواند به ارزیابی بهتر نتایج درمانی بی‌انجامد، لذا پیشنهاد می‌شود در مطالعات مشابه این مرحله انجام گردد.

## نتیجه‌گیری

به طور کلی نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بر افزایش کیفیت زندگی بیماران کلیوی و همودیالیز مؤثر بوده است. در نتیجه این درمان می‌تواند در برنامه‌های افزایش کیفیت زندگی بیماران دچار نارسایی کلیوی و همودیالیز توسط روان‌پزشکان و روان‌شناسان بالینی استفاده شود.

### تشکر و قدردانی

مقاله حاضر بر گرفته از پایانامه کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد زنجان است. نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از بیماران همودیالیزی و پیوند کلیه شهر زنجان که به عنوان آزمودنی در این پژوهش شرکت کردند و با همکاری صمیمانه آن‌ها اجرای پژوهش امکان پذیر گردید، تقدیر و تشکر نمایند.

## References

[1 Levey AS, Coresh J. Chronic kidney disease. *The lancet* 2012; 14, 379(9811): 165-80.

[2] Jha V, Garcia-Garcia G, Iseki K, Li Z, Naicker S, Plattner B, et al. Chronic kidney disease: global dimension and perspectives. *The Lancet* 2013; 20, 382(9888): 260-72.

[3] Levey AS, Eckardt KU, Tsukamoto Y, Levin A, Coresh J, Rossert J, et al. Definition and classification of chronic kidney disease: a position statement from Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO). *Kidney International* 2005; 67(6): 2100-2089.



[ Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-31 ]
[ DOR: 20.1001.1.17353165.1399.19.6.3.6 ]
[ DOI: 10.29252/jrums.19.6.555 ]

[4] Neugarten J, Reckelhoff JF. *Gender issues in chronic kidney disease. In chronic Kidney Disease* 2020; Academic Press. 109-99.

[5] Zhang L, Wang F, Wang L, Wang W, Liu B, Liu J, et al. Prevalence of chronic kidney disease in China: a cross-sectional survey. *Lancet* 2012; 3, 379(9818): 815-22.

[6] Bayati L, Kazemi M, Sadeghi T. Comparison of the effect of education by peer and nurse on self-care in hemodialysis patients. *Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences* 2019; 25(3): 288-277. [Farsi]

[7] Esmaili H, Majlessi F, Montazeri A, Sadeghi R, Nedjat S, Zeinali J. Dialysis adequacy and necessity of implement health education models to its promotion in Iran. *Health Sciences* 2016; 5(10): 21-116.[Farsi]

[8] Tayyebi A, Babahaji M, Sadeghi Shermeh M, Ebadi A, Eynollahi B. Effect of Hatha Yoga exercise on dialysis adequacy. *Iranian Journal of Critical Care Nursing* 2012; 4(4):190-83. [Farsi]

[9] [Salnama Iranian Consortium of Dialysis 2016]. Available at: http://www.icdgroup.org/Content/ Upload/pdf/salnama95.pdf. 2017. [Farsi]

[10] Kalsoom U. Gender role in anxiety, depression and quality of life in chronic kidney disease patients. *Pakistan Journal of Medical Sciences* 2020; 36(2): 254-251.

[11] Tesfaye WH, McKercher C, Peterson GM, Castelino RL, Jose M, Zaidi ST, Wimmer BC. Medication adherence, burden and health-related quality of life in adults with predialysis chronic kidney disease: A prospective cohort study. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2020; 17(1): 371.

[12] Michalos A. *Encyclopedia of quality of life and well-being research*. 2014;Springer Netherlands. 311-1

[13] McIntyre C. Quality of life in differentiated thyroid cancer. *International Journal of Surgery* 2018; 50: 136-3.

[14] Eckermann E. Gender, Lifespan and quality of life: An International Perspective. Springer Netherlands. 2014.

[15] Efklides A. A positive psychology perspective on quality of life. Springer Netherlands 2013.

[16] Mukherjee SP. Quality of life. quality: Springer; 2019.

[17] Bradley C, Eschwege E, de Pablos-Velasco P, Parhofer KG, Simon D, Vandenberghe H, et al. Predictors of quality of life and other patient-reported outcomes in the PANORAMA multinational study of people with type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2018; 41(2): 267-76



[ Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-31 ]
[ DOR: 20.1001.1.17353165.1399.19.6.3.6 ]
[ DOI: 10.29252/jrums.19.6.555 ]

[18] Vazquez I, Valderrabano F, Fort J, Lopez Gomez MJ. Psychosocial factors and health related quality of life in Hem dialysis patients. *Quall Life Res* 2005; 14: 190-79.

[19] Arjmand Ghujur K, Mahmoud Aliloo M, Khanjani Z, Bakhshipour A. Effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) in relapse prevention in methamphetamine addict patients. Yafte. 2019; 21(1): 51-38

[20] Harris R. ACT made simple: An easy-to-read primer on acceptance and commitment therapy. Oakland, New Harbinger Publications. 2009; 33-9.

[21] Hayes SC. Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies–republished article. *Behavior Therapy* 2016; 47(6): 885-69.

[22] Dalrymple KL, Herbert JD. Acceptance and commitment therapy for generalized social anxiety disorder: apilot study. *Behav Modif* 2007; 31(5): 543–68.

[23] Mogadam N, Amraae R, Asadi F, Amani O. The efficacy of acceptance and commitment therapy (ACT) on hope and psychological well-being in women with breast cancer under chemotherapy. IJPN 2018; 6 (5): 8-1. [Farsi]

[24] A-Tjak JG, Davis ML, Morina N, Powers MB, Smits JA & Emmelkamp PM. A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for clinically relevant mental and physical health problems. *Psychother Psychosom* 2015; 84(1): 30-6.

[25] BarghiIrani IZ, Zare H, Abedin M. Effectiveness of acceptance and commitment based therapy (ACT) on the psychological capital in patients with esophageal cancer. *Journal of Health Psychology* 2015; 4(14): 128-13. [Farsi]

[26] Sarizadeh MS, Rafienia P, Sabahi P, Tamaddon MR. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on hemodialysis patients' quality of life: A randomized educational trial study. *Univ Med Sci* 2018; 17 (3): 241-52. [Farsi]

[27] Ashrafi Z, Ebrahimi H, Sarafha J. The relationship between hemodialysis adequacy and quality of life and spiritual wellbeing in hemodialysis patients. *Journal of Clinical Nursing and Midwifery* 2014; 3 (3): 51-44. [Farsi]

[28] Bahrami, B., Bahrami, A., Mashhadi, A., Kareshki, H. The role of cognitive emotion-regulation strategies in the quality of life of cancer patients. *Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences* 2015; 58(2): 105-96. [Farsi]



[ Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-31 ]
[ DOR: 20.1001.1.17353165.1399.19.6.3.6 ]
[ DOI: 10.29252/jrums.19.6.555 ]

[29] Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed, United States of America, Lawrence Erlbaum Associates. 1988; 310-11.

[30] Dehghani Y. The effectiveness of acceptance and commitment group therapy on depression and quality of life in women with dialysis patients. *Journal of Clinical Psychology* 2016; 8(3): 10-1. [Farsi]

[31]WorldHealthOrganization(WHO).WHOQOL-BREF: Introduction, Adminis-tration, Scoringand Generic Version of the Assessment:Field Trial Version. World Health Organization, Geneva. Availableat: ⟨http://www.who.int/mental_ health/media/ en/76 .pdf⟩.1996.

[32] Nejat S, Montazeri A, Holakouie Naieni K, Mohammad K, Majdzadeh S. The World Health Organization quality of Life (WHOQOL-BREF) questionnaire: Translation and validation study of the Iranian version. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research* 2006; 4(4): 1. [Farsi]

[ Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-31 ]
[ DOR: 20.1001.1.17353165.1399.19.6.3.6 ]
[ DOI: 10.29252/jrums.19.6.555 ]

# The Effect of Acceptance and Commitment Based Group Therapy on Increasing the Quality of Life in Kidney Transplant and Hemodialysis Patients in Zanjan City: A Randomized Clinical Trial Study

**S. Azari[۱], G. Kiani[۲], M. Hejazi[۳]**

**Received: 24/03/2020 Sent for Revision: 25/04/2020 Received Revised Manuscript: 04/07/2020 Accepted: 07/07/2020**

**Background and Objectives:** kidney diseases threaten mental and physical health. Acceptance and commitment therapy is a third generation treatment that affects life quality of patients. The present research aimed at determining the effect of acceptance and commitment based therapy on life quality of homodialized and kidney transplant patients in Zanjan city.

**Materials and Methods**: This was a randomized clinical trial study. Statistics of the research includes all homodialized and kidney transplant patients admitted in kidney patients association in 2017. Eighty out of them were chosen and randomly grouped in control (two) and experimental (two) groups. The experimental group of acceptance and commitment based therapy were treated for 8 sessions (a 1.5 hour session per week) and the control groups received no intervention. Posttest was accomplished in both groups at end of the experiment. Data were analyzed using multiple analysis of covariance (MANCOVA) and one-way analysis of covariance (ANCOVA).

**Results:**: Mean and standard deviation of the experimental group age was 41.95±8.98 and 10.39±8.89 years for kidney transplantation and hemodialyzed groups, respectively and in the control group 42.20±9.12 and 45.35±6.47 years for kidney transplantation and hemodialyzed groups, respectively (p=0.148).There was a significant differencein life quality and its dimensions including mental health and perception of life environment between kidney transplantation and hemodialysis groups (p<0.001)

**Conclusion**: According to the findings, using acceptance and commitment based therapy is suggested as an effective and complementary psychological intervention in kidney and homodialyzed patients to improve their life quality.

**Key words:** Kidney transplantation, Hemodialysis, Acceptance and commitment based therapy, Quality of life

**Funding**: This article did not have any Funds.

**Conflict of interest**: None declared.

**Ethical approval**: The Ethics Committee of Azad University of Zanjan approved the study (IR.IAUZ.REC.1396.63).

**How to cite this article**: Azari S, Kiani Gh, Hejazi M. The Effect of Acceptance and Commitment Based Group Therapy on Increasing the Quality of Life in Kidney Transplant and Hemodialysis Patients in Zanjan City: A Randomized Clinical Trial Study. *J Rafsanjan Univ Med Sci* 2020; 19 (5): 555-68. [Farsi]

*1 - MSc in Clinical Psychology, Dept. of Psychology, Islamic Azad University, Zanjan Branch, Zanjan, Iran, ORCID: 0000-0002-4710-2544*
*2 - Assistant Prof., Dept. of Psychology, Islamic Azad University, Zanjan Branch, Zanjan, Iran*
*(Corresponding Author )Tel: (024) 33421001, Fax: (024) 33421001, E-mail: kherad739@yahoo.com, ORCID: 0000-0003-1885-4701*
*3 - Assistant Prof., Dept. of Psychology, Islamic Azad University, Zanjan Branch, Zanjan, Iran, ORCID: 000-0001-5220-9225*



[ Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-31 ]
[ DOR: 20.1001.1.17353165.1399.19.6.3.6 ]
[ DOI: 10.29252/jrums.19.6.555 ]