

فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی

سال شانزدهم شماره ۶۲ تابستان ۱۴۰۰

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و امید به زندگی بیماران پیوند کبدی

رسول زارع‌زاده^۱، مرضیه علیوندی وفا^{۲*}، سید محمود طباطبائی^۳، علی نقی اقدسی^۴

۱- دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران

*۲- گروه روان‌شناسی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران

۳- گروه فیزیولوژی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران

۴- گروه روان‌شناسی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۹/۲۴

تاریخ وصول: ۱۳۹۹/۰۸/۱۵

چکیده

هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و امید به زندگی در بیماران کبدی بود. روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پژوهشی پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه‌ی آماری این پژوهش شامل تمامی بیمارانی بودند که بنا به تشخیص پزشکی، عمل جراحی پیوند کبد را تجربه کرده و در طی یک سال گذشته، کبد دریافت کرده باشند. ۳۰ بیمار پیوندی براساس ملاک‌های ورود و خروج انتخاب و به صورت تصادفی ساده در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه گواه (۱۵ نفر) انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس افسردگی بک و پرسشنامه امید به زندگی استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ و جهت از روش تحلیل کواریانس چندمتغیری (MANCOVA) استفاده شد. نتایج آزمون تحلیل کواریانس نشان داد که گروه آزمایش از لحاظ سطح افسردگی به طور معنادار پائین‌تر از گروه کنترل قرار داشتند ($p < 0/001$) همچنین سطح امید به زندگی در گروه آزمایش به طور معنادار افزایش یافته است ($p < 0/001$). بر اساس یافته‌های این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که درمان پذیرش و تعهد باعث کاهش افسردگی و افزایش امید به زندگی در بیماران پیوند کبدی شده است.

واژه‌های کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد؛ افسردگی؛ امید به زندگی؛ بیماران پیوند کبدی

مقدمه

کبد یکی از مهمترین عضوهای بدن بشمار می‌رود که در صورت نداشتن کارکرد فیزیولوژیکی مناسب، می‌تواند باعث تجربه نوعی پیوند بنام پیوند کبد^۱ شود. از لحاظ تخصصی، پیوند کبد هنگامی مطرح می‌شود که کبد دیگر عملکرد خوبی نداشته و یا اصطلاحاً به ناتوانی برسد (کوک، دانگ، کارولاس^۲، ۲۰۱۹). در واقع، ناتوانی کبد می‌تواند بطور ناگهانی و در نتیجه یک عفونت یا عارضه دارویی خاص (ناتوانی حاد کبد) و یا نتیجه‌ی نهایی یک مشکل بلندمدت باشد. در زمان انجام این نوع پیوند، متخصصان به این تشخیص علمی رسیده‌اند که بیماران تحت نظر آنها از نوعی نارسایی پیشرفته کبدی رنج می‌برند؛ این نتیجه‌ی تشخیصی پرخطر زمانی خطیرتر می‌گردد که فرد مبتلا و نیازمند پیوند نتواند به سهولت عضو مورد نیازش را از بسترهای موجود فراهم سازد؛ مقوله‌ای که از لحاظ روان‌شناختی بسیار آسیب‌زننده بوده و می‌تواند فرآیند درمانی عمل و بعد از عمل را برای بیمار با مشکل مواجه سازد. به باور متخصصان امر، پیوند کبد اکنون بهترین درمان بسیاری از بیماری‌های مزمن کبدی است که به مرحله انتهایی رسیده‌اند و درمان دیگری برای آنها امکان‌پذیر نیست. بررسی ادبیات عملیاتی این موضوع نشانگر آن است که در بیشتر عمل‌های پیوند کبد، اهداءکنندگان از جامعه افرادی هستند که دچار مرگ مغزی شده‌اند؛ اگرچه اهداءکننده زنده نیز می‌تواند کبد اهدا کند (مارتینی، دی مارتینی، فنگ، براون و فالون^۳، ۲۰۱۴). بعنوان مثال، در سال ۲۰۱۰ در ایالات متحده، به ازای هر یک میلیون نفر، حدود ۲۵/۶ مورد پیوند از مرگ مغزی انجام شده است. آمار پیوند از مرگ مغزی در همین سال برای اسپانیا، پرتغال و کرواسی به ترتیب ۳۲، ۳۰/۴ و ۳۰ مورد به ازای هر یک میلیون نفر جمعیت گزارش شده است (گومز، اردوندو، پاز و مانیالیچ^۴، ۲۰۱۲). در ایران نیز، این میزان پیوند از جامعه‌ی مرگ مغزی به ازای هر یک میلیون نفر جمعیت در سال ۲۰۰۹ و ۲۰۱۰ به ترتیب ۲/۹ و ۴/۱ گزارش گردیده است. همچنین، طبق آخرین آمار به دست آمده، ایران دارای رتبه‌ی سوم جهان از نظر پیوند از دهنده زنده بوده که این گزارش‌های آماری در مورد کلیه ۲۱/۸ و کبد ۰/۶ به ازای هر یک میلیون نفر جمعیت بدست آمده است (دهقانی و همکاران، ۲۰۱۲).

مبرهن است که فرآیند درمانی این بیماران آسان نبوده و نداشتن آگاهی و تخصص لازم می‌تواند بیمار را با انواع مشکلات مواجه سازد. در اصل، تجربه دردناک خود بیماری و دردسترس نبودن عضو موردنظر و همچنین آینده مبهم نتیجه درمان، چنان بر شاکله شخصیتی و کیفیت کلی زندگی این بیماران تاثیرگذار است، بقای این گروه از بیماران بدون پیوند کم‌تر از ۲۰ درصد است. ولی با انجام پیوند ۶۰ تا ۸۰ درصد افزایش یافته است (بروکر و نیکول^۵، ۲۰۰۳). در حال حاضر بقای یک ساله‌ی بیماران پیوند کبد ۸۵ درصد و بقای ۵ ساله ۷۰ درصد می‌باشد (اسچوماچر و چرنکی^۶، ۲۰۰۵؛ طیبی و عابدی، ۲۰۰۹). با افزایش میزان بقای این گروه از بیماران، کیفیت زندگی و عواملی که می‌تواند باعث افزایش عمر آنها شود، بیشتر به چشم می‌آیند (کراسنوف و همکاران^۷، ۲۰۰۵). چندی است متخصصان و بالینیگران در پی ساده‌سازی مسایل روانشناختی این قشر آسیب‌پذیرند؛ چراکه معتقدند داشتن سلامت روان - شناختی می‌تواند در برآیند درمانی این بیماران بسیار موثر باشد. مرور ادبیات نشان از این امر دارد که بیماران پیوند کبدی از نوعی رنج مبهم در عذابند؛ چراکه نتیجه درمانی ثابت و تعریف شده‌ای از این نوع مداخله‌ی درمانی در دست نمی‌باشد. لذا، در کل، این بیماران علیرغم تحمل دردهای فیزیولوژیکی، از نوعی افسردگی و ناشادی نیز رنج می‌برند. افسردگی^۸، یکی از شایع‌ترین و ناتوان‌کننده‌ترین پدیده‌های هیجانی قرن حاضر است که بشر امروز را با مشکلات و مسایل ناگواری همراه ساخته است (انجمن روانپزشکی امریکا^۹، ۲۰۱۳). قدرت آزاددهندگی و ناتوان‌سازی روانی افسردگی چنان است که این تجربه‌ی دردناک، به عنوان چهارمین اختلال هزینه بر

1. Liver Transplantation

2. Kok, Dong, & Karvellas

3. Martin, DiMartini, Feng, Brown & Fallon

4. Gómez, Arredondo, Páez & Manyalich

5. Brooker & Nicol

6. Schumacher, Chernecky

7. Krasnoff, Vintro, Ascher, Bass, Dodd, & Painter

8. Depression

9. American Psychiatric Association (APA)

جهان در سال ۱۹۹۰ و دومین اختلال هزینه بر جهان تا سال ۲۰۱۵ ذکر شده است (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۷). یکی از دلایل اهمیت این اختلال آن است که دامنه‌ی آسیب آن بسیار گسترده است. بعنوان نمونه، افسردگی می‌تواند باعث تجربه‌ی غمگینی، نومیدی و بی‌انگیزگی، عدم علاقه به کارها و عدم لذت، کاهش میل جنسی، احساس بی‌فایده‌گی و تهی بودن و ناامیدی، باورهای بدبینانه، فکر کردن به خودکشی، ناتوانی تمرکز و تصمیم‌گیری، آهستگی گفتار و رفتار، خستگی، کم‌تحركی روانی حرکتی در اکثر افراد، شلخته و کیفی بودن و اهمیت ندادن به بهداشت، کاهش یا افزایش اشتها و وزن، بی‌بوسه‌گی، اختلالات خواب، کم‌خوابی یا پرخوابی، اختلال سیکل ماهیانه و یا کاهش برانگیختگی جنسی شود (ریچاردسون و ادامز^۱، ۲۰۱۸). به بیانی دیگر، افسردگی قادر است بر انواع جنبه‌های هیجانی، رفتاری، شناختی و فیزیکی فرد تاثیر بگذارد. بررسی ادبیات مربوط نشان می‌دهد که تجربه‌ی این نوع آسیب در بیماران پیوندی بسیار زیاد می‌باشد. فبررو و همکاران (۲۰۱۹) در پژوهشی نشان داد که افسردگی یکی از شایع‌ترین مشکلات روانشناختی بیماران پیوند شده است. آنما و همکاران (۲۰۱۸) در پژوهشی دریافتند که داروهای سرکوب‌کننده ایمنی که افراد پیوند شده مصرف می‌کنند، سبب اضطراب و افسردگی بیماران پیوند شده می‌شود. آنها بیان می‌کنند که استفاده از درمان‌های روانشناختی می‌تواند تا حد زیادی سبب بهبود افسردگی و اضطراب بیماران پیوند شده، شود. همچنین اسکینلاث و همکاران (۲۰۱۹) در پژوهشی دریافتند یکی از مهم‌ترین عوارض روانی پیوند قلب افسردگی می‌باشد. این بیماران بنا به تجارب زیسته مربوط به نابسامانی‌های جسمانی خود، افسردگی را در شکل‌ها و شدت‌های مختلف تجربه می‌کنند (کابز و فرمن، ۲۰۰۵؛ صفا، محمودی، نجفی زاده، بروجردی و خدای ویشته، ۱۳۹۴). علیرغم عوامل سبب‌سازی (مانند وراثت و عوامل ژنتیکی، فعل و انفعالات هورمونی و انتقال-دهنده عصبی) که در افسردگی مهم قلمداد شده است؛ دو نوع تجربه‌ی مهم در افسردگی دخالت دارند که عبارتند از: فقدان و شکست. در این بیماران، از دست دادن تندرستی و احساس شکست در زندگی قادر است بر کلیت ساختاری فرد تاثیر گذاشته و او را در معرض انواع آسیب‌های روانی و جسمانی قرار دهد (کاسیک، سیندر، ۲۰۰۴). دهقانی (۱۳۹۶) در پژوهشی دریافت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب کاهش افسردگی و افزایش کیفیت زندگی زنان دیالیزی می‌شود. در حقیقت، بیماران پیوند شده از درک و پذیرش پایینی برای شرایط حاکم خود برخوردار بوده و نمی‌توانند دلایل روشن و مقبولی برای چرایی مبتلا شدن به این بیماری را ارائه دهند. از طرفی، تجربه این نوع آشفتگی‌های روان‌شناختی در نهایت می‌تواند بر میزان امید به زندگی آنها تاثیر گذاشته و فرآیند بهبودی را متاثر سازد (صفا، محمودی، نجفی زاده، بروجردی و خدای ویشته، ۱۳۹۴).

متخصصان امر بر این باورند که امید به زندگی^۲ مفهومی چند بعدی بوده و ابعاد آن را می‌توان با بازنگری این واژه از نظر علم واژه‌شناسی، روانشناسی، الهیات، فلسفه و جامعه‌شناسی کشف نمود. امید از ریشه لاتین spear به معنای امید داشتن گرفته شده و به صورت اسم و فعل بکار می‌رود. وقتی امید به صورت اسم باشد، معنای احساس فرد به یک امر واقع‌شدنی، امری که امید به آن معطوف است، عاملی که امید به آن وابسته است و منتظر چیزی بودن را می‌رساند. وقتی به صورت فعل باشد، طبق لغت‌نامه ویستر^۳ به عنوان اعتماد، توکل، چشم داشت همراه با انتظار یا اعتقاد به وقوع یک امر معنی می‌شود (میسو^۴، ۲۰۱۳). در سال‌های اخیر روانشناسان، امید را نقطه قوت روان‌شناختی می‌دانند و معتقدند که امید هیجانی است که تخیل را به سمت موارد مثبت هدایت می‌کند (لیو، جوی، کامر و سابرامانیان^۵، ۲۰۲۰). امید به ما انعطاف‌پذیری، نشاط و توانایی خلاصی از ضرباتی را که زندگی بر ما تحمیل می‌کند، می‌دهد و باعث افزایش رضایت از زندگی می‌شود. امید بخش اساسی تکامل انسان است. در تئوری روانشناسی اریکسون^۶

1. Richardson & Adams

2. Life expectancy

3. Webster

4. Missov

5. Liou, Joe, Kumar & Subramanian

6. Erikson

امید در اولین مرحله تکاملی انسان به عنوان نتیجه اعتماد در برابر عدم اعتماد مطرح می‌شود (الیس، ۲۰۱۶). بر این اساس، تشکیل امید و انتظار در دوران شیرخواری بنیان نهاده می‌شود و بر اساس اولین تجارب اعتماد و امنیت شکل می‌گیرد؛ به طوری که کیفیت تجارب اولیه منجر به ایجاد بعدی امید و یاس می‌شود (سولبرگ و همکاران^۱، ۲۰۲۰). فروم^۲ معتقد است، امید آمادگی برای لحظات واقع نشده است. به بیانی دیگر، امید نسبت به چیزی که وجود ندارد و یا نمی‌تواند وجود داشته باشد، هرگز پدید نمی‌آید. افراد امیدوار افرادی قوی تر بوده و برای کمک رسانی آماده‌اند و تمام علایم حیات را نشان می‌دهند، حیاتی که مملو از تولد و وقوع است (فرحی و خلعتبری، ۲۰۱۹). امید تجربه انسانی پیچیده است که باعث رهایی از رنج و معنادار شدن لحظات باقیمانده بیماران رو به مرگ می‌شود. با توجه به این امر که یکی از ویژگی‌های آدمی این است که با اتکا به امید و آینده زندگی می‌کند؛ لذا فردی که به آینده امید ندارد، محکوم به فناست. با از بین رفتن امید، اتکا درونی فرد از دست رفته و تجربه‌ی سقوط و پوسیدگی روحی و جمعی بسیار محتمل است (بروک، شاول و واورا، ۲۰۱۹). همچنین، امید رفتار شناختی آگاهانه‌ای است که به فرد انرژی داده؛ و منجر به عمل برای دستیابی به هدف، تبدیل بحران‌ها به فرصت و سبب تحریک سیستم انگیزشی فرد می‌شود. اشنایدر بنیانگذار نظریه امید و درمان مبتنی بر آن، امید را بعنوان سازه‌ای شامل دو مفهوم اینگونه تعریف می‌کند: توانایی طراحی گذرگاه‌هایی به سوی اهداف مطلوب به رغم موانع موجود و کارگزار یا عامل انگیزش لازم برای استفاده از این گذرگاه‌ها. در اصل، امید به جمع این دو مولفه اطلاق می‌شود. براساس این نوع مفهوم سازی، امید با هدف‌های ارزشی تقویت شده و با داشتن موانع چالش‌انگیز (ولی نه بر طرف نشدنی)، احتمال دستیابی به آن هدف‌ها را نزدیک می‌سازد. به زبان دیگر، زمانیکه رسیدن به اهداف حتمی است، دیگر امید معنایی نخواهد داشت (سولبرگ و همکاران، ۲۰۲۰).

مرور مطالعات تجربی مربوط به بیماران پیوند کبدی نشان می‌دهد که درمان‌های شناختی رفتاری سنتی از جمله رایج‌ترین مداخلات بشمار می‌رود. اگرچه این نوع درمان برای بسیاری از انواع مشکلات روانشناختی بکار می‌رود؛ ولی با توجه به جنس رنج‌های بیماران پیوندی، به نظر می‌رسد انجام مداخلات مبتنی بر دردهای بیماران بتواند نه تنها بر ساخت بلکه بر محتوای کلی درمان نیز تاثیر بگذارد. با توجه به آنچه مطرح شد، یکی از آشفتگی‌های مداوم این بیماران، تلاش برای پذیرش بیماری و جدال بر سر چرایی ابتلا به این بیماری است. لذا، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۳ (ACT) با توجه به اصول و ارکانش، ممکن است دیدگاه پذیرشی بیمار را دستکاری نماید؛ نگاهی که در ادبیات از پشتوانه‌ی تجربی قوی برخوردار نمی‌باشد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، با درمان شناختی رفتاری سنتی متفاوت است؛ به طوری که در این درمان به جای تغییر شناخت‌ها سعی می‌شود تا ارتباط روانشناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد (هیز، ۲۰۰۴). اصول زیربنایی این نوع مداخله به این شرح است: الف) پذیرش یا تمایل به تجربه درد یا دیگر رویدادهای آشفته کننده بدون اقدام به مهار آنها؛ ب) عمل مبتنی بر ارزش یا تعهد توأم با تمایل به عمل به عنوان اهداف معنی‌دار شخصی پیش از حذف تجارب ناخواسته است. در حقیقت، در ACT هدف اصلی ایجاد انعطاف‌پذیری روانی است؛ یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی در بین گزینه‌های مختلف که متناسب‌تر باشد، نه اینکه عملی صرفاً جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطره‌ها یا تمایلات آشفته‌ساز انجام یا در حقیقت به فرد تحمیل شود (فورمن و هربرت^۴، ۲۰۰۹). پذیرش و تعهد نامش را از پیام اصلی خود می‌گیرد: آنچه خارج از کنترل شخصیات است را بپذیر و به عملی که زندگیت را غنی می‌سازد متعهد باش. هدف این رویکرد کمک به مراجع برای ایجاد یک زندگی غنی، کامل و معنادار است در عین پذیرش رنجی که زندگی به ناچار با خود دارد (بستامی و گودرزی، ۱۳۹۵). در این درمان، ابتدا سعی می‌شود پذیرش روانی فرد در مورد تجارب ذهنی (مانند افکار، احساسات) افزایش یابد و متقابلاً اعمال کنترلی نامؤثر کاهش یابد. همچنین، به بیمار آموخته می‌شود که هرگونه عملی جهت اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی ناخواسته بی‌اثر بوده و یا باعث کسب نتیجه‌ی معکوس و یا تشدید آنها می‌شود. در گام دوم، بر آگاهی روانی فرد در

¹. Sohlberg

². Fromm

³. Acceptance and Commitment Therapy

⁴. Forman & Herbert

لحظه حال تاکید می‌شود، یعنی فرد از تمام حالات روانی، افکار و رفتار خود در لحظه حال آگاهی می‌یابد. در مرحله سوم، به فرد آموخته می‌شود که خود را از این تجارب ذهنی جدا سازد (جداسازی شناختی) به نحوی که بتواند مستقل از این تجارب عمل کند. چهارم، تلاش برای کاهش تمرکز مفرط بر خود تجسمی داستان شخصی (مانند قربانی بودن) که فرد برای خود در ذهنش ساخته است. پنجم، کمک به فرد تا اینکه ارزش‌های شخصی اصلی خود را بشناسد و به‌طور واضح مشخص سازد و آن‌ها را به اهداف رفتاری خاص تبدیل کند (روشن‌سازی ارزش‌ها). در نهایت، ایجاد انگیزه جهت عمل متعهدانه یعنی فعالیت معطوف به اهداف و ارزش‌های مشخص شده به همراه پذیرش تجارب ذهنی. این تجارب ذهنی می‌توانند افکار افسرده‌کننده، وسواسی، افکار مرتبط به حوادث (تروما)، هراس‌ها و غیره باشند (فورمن و هربرت، ۲۰۰۹). هافمن، هالسبو، ایلنبرگ، جن سن و فروشلیم در پژوهش خود به این نتیجه دست یافتند که مداخله ACT با تغییر در انعطاف‌پذیری روانی و توجه آگاهانه به حال، علائم اضطراب سلامتی و فشارهای روانی را کاهش می‌دهد (کاکاوند، باقری و شیرمحمدی، ۱۳۹۴ و مفیده، فاتحی زاده و درستی، ۱۳۹۶). پژوهش‌های اخیر که براساس درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش صورت گرفته‌اند نشان داده‌اند که این درمان می‌تواند به عنوان یک درمان مناسب برای افسردگی (فولکه و همکاران، ۲۰۱۲؛ پترسون و همکاران، ۲۰۱۹)، افزایش امید به زندگی باشد (فرحی و خلعتبری، ۲۰۱۹؛ دوال و همکاران، ۲۰۱۷). گومیان و شایری (۲۰۱۴) در پژوهشی نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی کودکان مبتلاء به درد مزمن، مؤثر است و این تغییرات پس از درمان و در مرحله پیگیری نیز ادامه داشت.

همچنین فروس و همکاران (۲۰۱۳) در پژوهشی دریافته‌اند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بهبودی معنی‌داری را در کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان داشت. نتایج این پژوهش نشان داد که انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، در واقع یکی از عوامل پیش‌بینی‌کننده تغییرات مثبت در کیفیت زندگی اختصاصی، آسفتگی و خلق این بیماران است. مقدم، امرایی، اسدی و امانی در پژوهشی دریافته‌اند که به دنبال ارائه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نمرات متغیرهای امید به زندگی و بهزیستی روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان افزایش داشته و این نوع از درمان اثرات مثبت معنی‌داری را بر امید به زندگی و بهزیستی روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان تحت شیمی‌درمانی برجای گذاشته است و این درمان می‌تواند تاثیر بسزایی بر امید به زندگی و بهزیستی روان‌شناختی این گروه از بیماران داشته باشد (مقدم، امرایی، اسدی و امانی، ۱۳۹۷). قدم پور، رادمهر و یوسفوند (۱۳۹۵) در پژوهشی دریافته‌اند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش کفایت اجتماعی و امید به زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلوئوزیس تأثیر معنی‌داری داشته است، این نتایج در مرحله پیگیری حفظ گردید. مرور ادبیات تحقیقاتی نشان از این امر دارد که پرخطر بودن سیر بیماری و نبود امکانات پزشکی و روان‌شناختی لازم در جریان درمان بیماری، بیماران از نوعی بی‌دلیلی، پوچی و ناامیدی رنج می‌برند. در حقیقت، بررسی‌ها نشان می‌دهد که میزان افسردگی در این بیماران بشکل معنی‌داری بالا می‌باشد؛ و این امر اجازه‌ی تجربه‌ی زندگی معنی‌دار، پرامید و آینده‌مدار را به آنها نمی‌دهد. در اصل، غوطه‌ور شدن در افکار و هیجان‌های ابهام‌آلود و ترسناک بیماری چنان بر پیکر این بیماران سایه می‌افکند، که داشتن نگاه خوشبینانه به حال و آینده از آنها سلب شده و احساسی از بی‌وجودی و پوچی وجودشان را فرا می‌گیرد. به بیانی ساده‌تر، این بیماران نه تنها از دردهای جسمانی رنج می‌برند؛ بلکه دچار آسیب‌های روان‌شناختی پیچیده نیز می‌شوند؛ جریانی که بر کل مسیر مداخله تاثیر سوء برجا می‌گذارد (دهقانی، ۱۳۹۶). همچنین، کسب موفقیت‌های درمانی روان‌شناختی-مدار قادر خواهد بود بر برنامه‌ریزی‌های پیشگیرانه‌ی متخصصان امر نیز اطلاعات مهمی را فراهم آورد؛ چراکه شناخت متغیرهای روان‌شناختی مهم این بیماران و مورد توجه قرار دادن آنها از همان ابتدای مسیر درمان، نه تنها می‌تواند بر جریان درمان پزشکی تاثیرگذار باشد؛ بلکه این پتانسیل را خواهد داشت که بیماران را از تجربه‌ی انواع آسیب‌ها و اختلال‌های روان‌شناختی مصون نگه دارد. بعلاوه، با توجه به سخت مداخله بودن این بیماری، به نظر می‌رسد احتمال موفقیت مداخلاتی که کل شاکله‌ی وجودی بیمار را هدف قرار داده باشد، بالا باشد. امید است نتایج این تحقیق بتواند مسیر مداخلاتی این بیماری را شفاف‌تر کرده و راه را برای انجام درمان‌های موثرتر و بادوام‌تر هموارتر سازد. بعلاوه، با توجه به این امر که مداخلات بهنگام می‌تواند در مسیر امور پیشگیری و عود بیماری-

های جسمانی روانی موثر واقع گردد، انجام تحقیقاتی از این دست قادر خواهد بود در راستای ارتقای سطح کیفی مداخلات مربوط مفید باشد. همچنین، از نگاه کاربردی، نتایج این پژوهش می‌تواند برای پزشکان، متخصصان بالینی، روانپزشکان و حتی خود بیماران اطلاعات مفیدی را فراهم آورد. با توجه به موارد ذکر شده هدف این پژوهش بررسی اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و امید به زندگی بیماران پیوند کبدی بود.

روش پژوهش

روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پژوهشی پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه‌ی آماری این پژوهش شامل تمامی بیمارانی بودند که بنا به تشخیص پزشکی، عمل جراحی پیوند کبد را تجربه کرده و در طی یک سال گذشته، کبد دریافت کرده باشند. لازم به ذکر است که جامعه‌ی تحقیق حاضر مربوط به تمامی پیوندهایی بودند که در بیمارستان‌های شهر تبریز عمل پیوند انجام داده‌اند. نمونه پژوهش شامل ۳۰ بیمار پیوند شده بودند که به صورت هدفمند براساس ملاک‌های ورود و خروج انتخاب و به صورت تصادفی ساده در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه گواه (۱۵ نفر) انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به مطالعه عبارت بودند از: الف) انجام عمل پیوند کبد در یکسال گذشته؛ ب) داشتن رضایت برای شرکت در جلسات درمانی؛ و ج) داشتن سواد حداقلی برای شرکت در فرآیند پاسخ‌دهی به پرسشنامه‌ها. همچنین، ملاک‌های خروج از مطالعه عبارت بودند از: الف) عدم داشتن سابقه روانپریشی و اختلالات روانی دیگر؛ ب) عدم ابتلاء به بیماری‌هایی جسمانی حاد، ج) شرکت نداشتن در جلسات مداخلاتی روان‌شناختی در طی شش ماه اخیر، و د) عدم استفاده از داروهای روانپزشکی.

ابزارهای اندازه‌گیری

۱- پرسشنامه افسردگی بک^۱ (BDI): این پرسشنامه، یکی از معتبرترین آزمون‌های سنجش و تشخیص افسردگی است که ۲۱ ماده دارد و علایم مختلف جسمانی، شناختی و هیجانی افسردگی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد که در سال ۱۹۶۶ توسط بک و همکاران ساخته شده است (بک و همکاران، ۱۹۹۶). پاسخ‌های این پرسشنامه بین ۰ تا ۳ نمره‌گذاری می‌شوند. در این ابزار، نقاط برش به این صورت است: ۰ تا ۱۳ نشانگر افسردگی جزئی، ۱۴ تا ۱۹ افسردگی خفیف، ۲۰ تا ۲۸ افسردگی متوسط و ۲۹ تا ۶۳ مشخص-کننده افسردگی شدید است. به طور معمول، نمره افراد افسرده بالینی در دامنه ۱۲ تا ۴۰ قرار می‌گیرد. کاپسی و همکاران (۲۰۰۸) در نمونه غیربالینی و بالینی ضرایب همسانی درونی پرسشنامه افسردگی بک را به ترتیب ۰/۹۰ و ۰/۸۹ و ضرایب بازآزمایی را در نمونه غیربالینی ۰/۹۴ و در نمونه بالینی ۰/۸۸ بدست آوردند احدی و همکاران (۱۳۹۰) همبستگی این پرسشنامه را با مقیاس درجه‌بندی افسردگی هامیلتون ۰/۷۱ گزارش کرده‌اند و پایایی باز آزمایی یک هفته‌ای آن ۰/۹۳ است. بعلاوه، همسانی درونی این پرسشنامه نیز ۰/۹۱ گزارش شده است (۲۰۰۷).

۲- پرسشنامه امید به زندگی^۲ میلر و پاورز (۱۹۸۸): این آزمون اولین بار، جهت سنجش در بیماران قلبی در آمریکا بکار رفت تا میزان امید را در آنها نشان دهد. این پرسشنامه در سال ۱۹۸۸ توسط میلر و پاورز ساخته شد (میلر و پاورز، ۱۹۹۸). پرسشنامه میلر به طور مجدد از نظر عامل‌های پیشنهاد شده برای امید و هماهنگی ماده‌ها با همدیگر و دقت در انتخاب جنبه‌های مختلف از نظر رفتارهای حاکی از امید توسط شش نفر از استادیاران دانشگاه‌های آمریکا مورد بحث و بررسی قرار گرفت که مورد تایید آنها واقع شد. آزمون میلر، شامل ۴۸ جنبه از حالت‌های امید و درماندگی می‌باشد. در آزمون میلر، دامنه نمره‌های کسب شده از ۴۸ تا ۲۴۰ متغیر است و نمره ۴۸، کاملاً درمانده و نمره ۲۴۰، حداکثر امید را نشان می‌دهد (میلر و پاورز، ۱۹۹۸). از لحاظ نمره‌گذاری، این

1. Beck Depression Inventory-2nd Edition Manual

2. Miller Hope Scale

پرسشنامه در طیف لیکرت از بسیار مخالف (نمره ۱) تا بسیار موافق (نمره ۵) نمره گذاری می‌شود. لازم به ذکر است که ۱۴ ماده‌ی این پرسشنامه به صورت وارونه نمره گذاری می‌شوند. سوالات با نمره گذاری وارونه عبارتند از: ۱۱-۱۳-۱۶-۱۸-۲۵-۲۷-۲۸-۳۱-۳۳-۳۴-۳۸-۳۹-۴۷-۴۸). میلر و پاور اعتبار و پایایی پرسشنامه را به ترتیب ۰/۷۱ و ۰/۹۳ گزارش کرده‌اند (میلر و پاورز، ۱۹۹۸). نیکرو (۱۳۸۷)، پایایی پرسشنامه امید به زندگی میلر را با روش آلفای کرونباخ و تنصیف به ترتیب ۰/۸۳ و ۰/۷۴ به دست آورد. لازم به ذکر است که اطلاعات این پژوهش به کد اخلاق شماره: **IR.IAU.TABRIZ.REC.1398.105** در دانشکده پزشکی تبریز ثبت شده است.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد: آموزش پذیرش و تعهد به صورت گروهی و در هشت جلسه یک و نیم ساعته بر اساس پروتکل هیز و بوند آموزش داده شد (۳۹). این درمان که بر رویکرد شناختی رفتاری استوار می‌باشد، بر این فرض استوار است که آسیب روان شناختی به علت کنترل کردن و اجتناب نمودن از افکار و هیجان‌های منفی تجربه شده در زندگی پدید می‌آید. در اصل، این درمان بر کاهش تاثیر راهبردهای کنترلی ناموثر و حمایت از تغییر رفتاری مبتنی بر ارزش‌ها استوار می‌باشد.

جدول (۱) خلاصه محتوای جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسات	اهداف	محتوای جلسات	تکالیف خانگی
اول	آشنایی با قوانین و کلیاتی از روش ACT	اجرای پیش آزمون، آشنایی اعضا با یکدیگر و درمانگر، شرح قوانین گروه، اهداف و ساختار گروه، تعهدات درمانی، صحبت‌های مقدماتی درباره ACT	-
دوم	آشنایی با برخی از مفاهیم درمانی - ACT از جمله تجربه اجتناب، آمیختگی و پذیرش روانی	سنجش مشکلات درمانجویان از نگاه ACT، استخراج تجربه اجتناب، آمیختگی و ارزش‌های فرد. تهیه فهرستی از مزایا، معایب و شیوه‌های کنترل مشکلات	شناسایی موقعیت‌های اجتنابی و اجازه دادن به رفت و آمد افکار منفی بدون اینکه با آنها مبارزه یا عمداً از آنها جلوگیری شود.
سوم	اجرای فنون درمانی ACT مانند جداسازی شناختی، آگاهی روانی، خود تجسمی	بررسی تکالیف خانگی، تصریح ناکارآمدی، کنترل رویدادهای منفی با استفاده از استعاره‌ها، آموزش جداسازی شناختی، آگاهی روانی و خودتجسمی	آگاهی از اینجا و اکنون و علاقمندی به جای فرار از آنچه که هم اکنون در جریان است.
چهارم	آموزش فنون درمانی، آگاهی هیجانی، آگاهی خردمندانه (استعاره قربانی خود)	بررسی تکالیف خانگی، جدا کردن ارزیابی‌ها از تجارب شخصی و اتخاذ موضع مشاهده افکار بدون قضاوت به طوری که به انعطاف پذیری روانی و هیجانات مثبت منجر شود.	تمرکز بر تمام حالات روانی، افکار و رفتار در لحظه بدون هیچگونه قضاوتی
پنجم	آموزش فنون درمانی خود به عنوان زمینه و تمرین فنون ذهن آگاهی و آموزش تحمل پریشانی	بررسی تکالیف خانگی، ارتباط با زمان حال و در نظر گرفتن خود به عنوان زمینه و آموزش فنون ذهن آگاهی و تحمل پریشانی به منظور پذیرش هیجان‌های منفی.	تلاش در جهت کسب حس تعالی یافته با استفاده از فنون آموزش دیده
ششم	آموزش فنون درمانی ارزش‌های شخصی و روشن سازی ارزش‌ها و آموزش تنظیم هیجان‌ها (استعاره فتنان بد)	بررسی تکالیف خانگی، شناسایی ارزش‌های زندگی درمانجویان و سنجش ارزش‌ها بر مبنای میزان اهمیت آنها. تهیه فهرستی از موانع پیش‌رو در تحقق ارزش‌ها و ایجاد هیجان‌های مثبت	شناسایی ارزش‌های شخصی اصلی و طرح‌ریزی اهداف بر اساس ارزش‌ها.
هفتم	آموزش فنون درمانی ارزش‌های شخصی و عمل متعهدانه و افزایش کارآمدی بین - فردی (استعاره صفحه شطرنج)	بررسی تکالیف خانگی، ارائه راهکارهای عملی در رفع موانع ضمن به کارگیری استعاره‌ها و برنامه‌ریزی برای تعهد نسبت به پیگیری ارزش‌ها و ایجاد حس معناداری در زندگی	تلاش متعهدانه برای رسیدن به اهداف طرح‌ریزی شده بر اساس فنون آموزش دیده.
هشتم	مرور و تمرین فنون درمانی آموزش داده شده با تاکید بر تنظیم هیجان‌ها و حس معناداری در زندگی در دنیای واقعی	بررسی تکالیف خانگی، گزارشی از گام‌های پیگیری ارزش‌ها، درخواست از درمانجویان برای توضیح نتایج جلسات و اجرای فنون آموزش دیده در دنیای واقعی زندگی به منظور ایجاد حس معناداری و ایجاد هیجان‌های مثبت، اجرای پس آزمون، هماهنگی جهت برگزاری جلسه پیگیری در یک ماه آینده.	-

همانطور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود خلاصه‌ای از محتوا و جلسات درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد ارائه شده است.

یافته‌ها

در این پژوهش از روش‌های آمار توصیفی مثل میانگین و انحراف معیار و برای بررسی نرمال بودن توزیع از آزمون کولموگروف اسمیرنوف استفاده شد، همچنین به منظور بررسی مفروضه همگنی واریانس‌ها از آزمون لون و باکس و برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از واریانس چندمتغیره (MANCOVA) و نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ استفاده شد و سطح معنی‌داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. براساس اطلاعات جمعیت شناختی میانگین و انحراف معیار سنی گروه آزمایش به ترتیب $۱۰/۶۵۳ \pm ۴۶/۲۶۶$ و از این تعداد ۲۰ درصد (۳ نفر) مجرد و ۸۰ درصد (۱۲ نفر) متاهل بودند، همچنین میانگین و انحراف معیار سنی گروه گواه به ترتیب $۱۰/۰۱۵ \pm ۴۲/۲۰۰$ بود و از این تعداد $۲۶/۷$ درصد (۴ نفر) مجرد و $۷۳/۳$ درصد (۱۱ نفر) متاهل بودند.

جدول (۲) میانگین و انحراف استاندارد پیش آزمون و پس‌آزمون افسردگی و امید به زندگی در دو گروه

متغیر	پیش آزمون		پس آزمون		آزمایش
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
افسردگی	۱۸/۱۳۳	۵/۶۸۰	۱۱/۹۳۳	۴/۳۰۰	آزمایش
امید به زندگی	۱۱۲/۷۳۳	۳۵/۵۸۱	۱۶۷/۸۶۶	۴۰/۵۹۷	
افسردگی	۱۹/۵۳۳	۷/۸۴۵	۱۸/۵۳۳	۷/۳۹۵	گواه
امید به زندگی	۱۷/۵۳۳	۲۸/۸۲۱	۱۱۶/۴۰۰	۳۹/۹۰۳	

همانطور که در جدول شماره ۲ مشاهده می‌شود در افسردگی و امید به زندگی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه آزمایش با یکدیگر متفاوتند.

جدول (۳) نتایج آزمون کالموگروف-اسمیرنوف در افسردگی و امید به زندگی در دو گروه

گروه	وضعیت	متغیر	کالموگروف-اسمیرنوف	سطح معنی‌داری
آزمایش	پیش آزمون	افسردگی	۰/۶۶۹	۰/۷۶۲
	پس آزمون		۰/۵۹۰	۰/۸۷۷
	پیش آزمون	امید به زندگی	۰/۷۶۳	۰/۶۰۶
	پس آزمون		۰/۵۴۸	۰/۹۲۵
کنترل	پیش آزمون	افسردگی	۰/۷۵۰	۰/۶۲۶
	پس آزمون		۰/۸۰۶	۰/۵۳۴
	پیش آزمون	امید به زندگی	۰/۸۳۴	۰/۴۸۹
	پس آزمون		۰/۶۳۸	۰/۸۱۰

برای بررسی نرمال بودن توزیع از آزمون کالموگروف اسمیرنوف استفاده شد. با توجه به نتایج جدول سطوح معناداری بدست آمده هر یک از متغیرهای پژوهش که بزرگتر از ۰/۰۵ بود ($P > ۰/۰۵$)، داده‌های تمام متغیرها نرمال بوده است و لذا برای آزمون هر یک از متغیرهای با توزیع نرمال از آزمون پارامتریک استفاده شد.

جدول (۴) نتایج آزمون لون جهت همگنی واریانس خطای متغیرهای وابسته در گروه‌ها

متغیرها	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معنی-داری	نتایج آزمون
افسردگی	۲/۶۱۶	۱	۲۸	۰/۱۱۷	واریانس‌ها همگن هستند
امید به زندگی	۰/۶۱۴	۱	۲۸	۰/۴۴۰	واریانس‌ها همگن هستند

جهت بررسی همگن بودن واریانس متغیرهای پژوهشی از آزمون برابری خطای واریانس‌های لون استفاده شد. براساس سطح معنی-داری بدست آمده در این آزمون، می‌توان در خصوص همگنی یا عدم همگنی واریانس‌ها قضاوت نمود. بدین طریق که اگر سطح معنی‌داری بدست آمده بزرگ‌تر از ۰/۰۵ باشد، واریانس‌ها برابرند و بالعکس. بنابراین با توجه به جدول فوق شرط همگنی واریانس برقرار است.

جدول (۵) آزمون باکس جهت بررسی برابری ماتریس کوواریانس

Box's M	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معنی داری
۷/۷۸۴	۲/۳۹۴	۳	۱۴۱۱۲۰/۰۰۰	۰/۰۶۶

براساس جدول ۵ نتیجه آزمون ام‌باکس نشان داد که مقدار احتمال بدست آمده هر یک از متغیرهای پژوهش بزرگ‌تر از ۰/۰۵ بود ($P > 0.05$). اگر این مفروضه رعایت شود، تحلیل‌گر می‌تواند از لاندای ویلکز استفاده کند.

جدول (۶) نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیره اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ترکیب وزنی متغیرها

نام آزمون	مقدار	F	df فرض	df خطا	سطح معنی‌داری	ضریب اتا
لاندای ویلکز	۰/۶۱۳	۳/۶۰۸	۴/۰۰۰	۵۲/۰۰۰	۰/۰۰۹	۰/۲۱۷

براساس جدول ۶، نتایج آزمون لاندای ویلکز نشان داد که اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ترکیب وزنی متغیرها معنی‌دار است ($F=3/608, P<0.009$).

جدول (۷) نتایج تحلیل کواریانس تک‌متغیره اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و امید به زندگی بیماران پیوند کبدی

متغیرهای وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجدور اتا
افسردگی	۴۱۸/۸۱۶	۲	۲۰۹/۴۰۸	۶/۰۶۳	۰/۰۰۷	۰/۳۱۰
امید به زندگی	۱۶۹۸۲/۳۳۲	۲	۸۴۹۱/۱۶۶	۴/۷۵۲	۰/۰۱۷	۰/۲۶۰

با توجه به نتایج جدول ۷، با در نظر گرفتن نمره‌های پیش‌آزمون به عنوان نمره‌های همپراش، تفاوت بین افسردگی و امید به زندگی در دو گروه آزمایش و کنترل معنادار است ($P < 0.01$); بنابراین می‌توان گفت که با توجه به مجدور اتا در هر یک از متغیرهای افسردگی و امید به زندگی ۰/۳۱۰ و ۰/۲۶۰ درصد تغییرات با توجه به درمان شناختی مبتنی بر پذیرش و تعهد تبیین می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و امید به زندگی در بیماران پیوند کبدی بود. براساس یافته اول این پژوهش مشخص شد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با کاهش افسردگی بیماران پیوند کبدی همراه بود، این یافته با نتایج پژوهش‌های پترسون و همکاران (۲۰۱۹) همسو می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که در تأیید یافته‌های پژوهش حاضر، گومیان و شاپری در پژوهشی نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی کودکان مبتلاء به درد مزمن، مؤثر است و این تغییرات پس از درمان و در مرحله پیگیری نیز ادامه داشت (۲۰۱۴). همچنین فروس و همکاران در پژوهشی دریافتند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بهبودی معنی‌داری را در کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان داشت. نتایج این پژوهش نشان داد که انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، در واقع یکی از عوامل پیش‌بینی‌کننده تغییرات مثبت در کیفیت زندگی اختصاصی، آسفتگی و خلق این بیماران است (۲۰۱۳). فرخزادیان، عنذلیب و یوسفوند (۱۳۹۸) در پژوهشی دریافتند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد افسردگی افراد مبتلا به سرطان را کاهش می‌دهد. همچنین دریافتند که این درمان انعطاف‌پذیری روان‌شناختی فرد را افزایش داده و ارتباط مراجع را با زمان حال برقرار می‌سازد و منجر به عمل متعهدانه به ارزش‌های فردی در مراجع می‌شود، در نتیجه می‌تواند یکی از درمان‌های روان‌شناختی مناسب برای کاهش افسردگی در افراد سرطانی باشد. دهقانی در پژوهشی دریافت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب کاهش افسردگی و افزایش کیفیت زندگی زنان دیالیزی می‌شود (۱۳۹۵). بستامی و گودرزی، دوران و معنی - داری ارسیا در پژوهشی دریافتند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند بر کاهش علائم افسردگی در افراد مبتلا به دیابت تأثیر داشته باشد (۱۳۹۵). بنابراین به نظر می‌رسد، آموزش پذیرش و تعهد به جای نادیده گرفتن هیجانانگیز و تجارب درونی، با هدایت کردن بیمار به سوی آگاه شدن از احساسات، تجارب درونی و هیجانی، پذیرش آن‌ها و استفاده مناسب و به جا از آن‌ها، موجب می‌شود که بیمار با موقعیت‌ها و تعاملاتش ارتباط مناسبی برقرار کرده و با نگاهی تازه آن‌ها را تجربه کند (نریمانی و بخشایش، ۲۰۱۵).

با توجه به یافته‌های می‌توان چنین استنباط کرد که چون فرد پیوند شده از یک سو دائماً در مرور خاطرات گذشته و تجربه انتظار صف مرگ به سر می‌برد و از دیگر سو دائماً نگران آینده و پس زدگی پیوند و در نتیجه مرگ است سبب می‌شود تا دچار افسردگی شود، بنابراین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به دلیل اینکه انعطاف‌پذیری روان‌شناختی فرد را افزایش داده و ارتباط مراجع را با زمان حال برقرار می‌سازد و همچنین منجر به عمل به ارزش‌های فردی در مراجع می‌شود، این درمان می‌تواند به عنوان یکی از درمان‌های روان‌شناختی مناسب برای کاهش افسردگی در افراد پیوند شده باشد (هیز و بوند، ۲۰۰۳). در نهایت با توجه به ویژگی‌های افراد افسرده (مخصوصاً افراد پیوند شده) که شامل اجتناب یا فرار از آمیختن با افکار افسرده‌کننده، کوشش جهت کنترل افکار و یا احساسات، آمیختگی شناختی، نشخوار کردن و الگوهای فکری تکراری، شناخت‌های منفی، دست کم گرفتن خود و اشتباه در تعقیب اهداف ارزشی می‌باشند، بنابراین مداخلات درمانی ناشی از پذیرش و تعهد توانسته است در تغییر الگوهای اجتنابی اولیه، افزایش پذیرش تجارب عینی، ارتقای کیفیت زندگی و بودن در زمان حال، حذف و کاهش افکار افسرده‌کننده، کاهش نشخوار فکری و شناسایی اهداف و ارزش‌های آزمودنی‌ها تأثیر داشته باشد و منجر به کاهش افسردگی افراد پیوند کبدی گردد.

همچنین براساس یافته دیگر این پژوهش مشخص شد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با افزایش امید به زندگی بیماران پیوند کبدی همراه بود. این یافته با نتایج پژوهش‌های فرحی و خلعتبری (۲۰۱۹) و دوال و همکاران (۲۰۱۷) همسو می‌باشد. مقدم، امرایی، اسدی و امانی (۱۳۹۷) در پژوهشی دریافتند که که به دنبال ارائه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نمرات متغیرهای امید به زندگی و بهزیستی روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان افزایش داشته و این نوع از درمان اثرات مثبت معنی‌داری را بر امید به زندگی و بهزیستی روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان تحت شیمی‌درمانی برجای گذاشته است و این درمان می‌تواند تأثیر بسزایی بر امید به زندگی و بهزیستی روان‌شناختی این گروه از بیماران داشته باشد (مقدم، امرایی، اسدی و امانی، ۱۳۹۷). قدم پور، رادمهر و یوسف‌وند در پژوهشی دریافتند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش کفایت اجتماعی و امید به زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس تأثیر معنی‌داری داشته است، این نتایج در مرحله پیگیری حفظ گردید (۱۳۹۵).

در تبیین تاثیر درمان مبتنی بر تنظیم هیجان بر امید به زندگی بیماران پیوند شده می‌توان چنین استنباط کرد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، با ادغام مداخلات پذیرش و ذهن آگاهی در راهبردهای پایبندی، تعهد و تغییر، به بیماران برای دستیابی به زندگی پرنشاط و، هدفمند و با معنا کمک می‌کند. هدف این درمان تغییر شکل یا فراوانی افکار و یا احساسات آزرده نیست، بلکه هدف اصلی آن تقویت انعطاف پذیری روانشناختی است. توانایی تماس با لحظه لحظه‌های زندگی و تغییر و تثبیت رفتار است، رفتاری که به مقتضای موقعیت، همسو با ارزش‌های فرد می‌باشد. براساس یافته‌های این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که درمان پذیرش و تعهد از طریق فرایندهای گسلس و پذیرش باعث می‌شود که امید به زندگی بیماران پیوند شده افزایش یابد، به عبارتی مراجعان می‌آموزند که متناسب با مسیر ارزش‌های خود حرکت کنند و در عمل نیز ارزش‌های خود را رها نکنند که این به طور کلی سبب کاهش افسردگی و بهبود امید به زندگی بیماران پیوند کبدي می‌شود.

تضاد منافع: نویسندگان اظهار می‌دارند که هیچگونه تعارض منافی در رابطه با یافته‌های مطالعه‌ی حاضر وجود ندارد.

منابع

- احدی، حسن؛ مهریار، امیر هوشنگ؛ نفیسی، غلامرضا؛ نیکوفر، علیرضا؛ جهانیان، سعید (۱۳۹۰). مقایسه‌ی راهبردهای مقابله با استرس و افسردگی در سه گروه از بیماران مبتلا به سرطان. **اندیشه و رفتار در روانشناسی بالینی**. ۲۱(۳)، ۳۵-۴۲.
- اشجع، مهرناز؛ فرح بخش، کیومرث؛ سدرپوشان، نجمه و ستوده، زهرا (۱۳۹۱). بررسی اثربخشی رویکرد پذیرش و تعهد بر کاهش افسردگی زنان خانه دار شهر تهران. **فصلنامه فرهنگی تربیتی زنان و خانواده**. ۱۹(۳)، ۱۲۲-۱۳۵.
- بستامی، مرتضی؛ گودزی، ناصر؛ دوران بهناز و تقوا، ارسیا (۱۳۹۵). اثر بخشی درمان پذیرش و تعهد (ACT) بر کاهش علائم افسردگی کارکنان مرد نظامی مبتلا به دیابت نوع ۲. **ابن سینا**. ۱۸(۱)، ۱۱-۱۸.
- دهقانی، یوسف. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد بر افسردگی و کیفیت زندگی بیماران زن دیالیزی. **مجله روانشناسی بالینی**. ۳(۳۱)، ۱۰-۱.
- رجبی، ساجده و یزدخواستی، فریبا (۱۳۹۳). اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد بر اضطراب و افسردگی زنان مبتلا به بیماری ام-اس. **روان شناسی بالینی**. ۱۶(۱)، ۲۹-۳۸.
- صفا، میترا؛ محمودی، غفارعلی؛ نجفی زاده، کنایون، بروجردی، فاطمه قاسم؛ و خدایمی، حمیدرضا (۱۳۹۴). جنبه‌های روانشناختی و عوامل مداخله گر در بیماران کاندید پیوند ریه و قلب مراجعه کننده به بیمارستان دکتر مسیح دانشوری. **مجله پزشکی قانونی ایران**. ۲۱(۳)، ۱۷۹-۱۸۸.
- فرخزادیان، علی اصغر؛ عندلیب، لیلیا و یوسفوند، مهدی (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش افسردگی در افراد مبتلا به سرطان. **روان-شناسی بالینی و شخصیت**. ۱۷(۱)، ۴۵-۵۲.
- قدم پور، عزت اله؛ رادمهر، پروانه و یوسف وند، لیلیا (۱۳۹۵). تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کفایت اجتماعی و امید به زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. **ارمغان دانش**، ۲۱(۱۱)، ۱۱۱۴-۱۱۰۰.
- کاکاوند، علیرضا؛ باقری، محمدرضا؛ و شیرمحمدی، فرهاد. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش استرس در سالمندان مرد مبتلا به بیماری قلبی عروقی. **روان‌شناسی پیری**. ۱(۳)، ۱۶۹-۱۷۸.
- مفید، وحیده؛ فاتحی زاده، مریم و درستی، فاطمه. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی زنان بزهکار زندانی در شهر اصفهان. **پژوهش‌های راهبردی مسائل اجتماعی ایران**. ۳(۶)، ۳۰-۱۷.
- مقدم، نصیریه؛ امرایی، راضیه؛ اسدی، فاطمه؛ و امانی، امید. (۱۳۹۷). تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر امید به زندگی و بهزیستی روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی‌درمانی. **روان پرستاری**، ۶(۵)، ۸-۱.
- نیکرو، طیبه (۱۳۸۷). بررسی اثربخشی گشتالت درمانی به شیوهی گروهی بر افزایش امید به زندگی و عزت نفس زنان بازنشته آموزش و پرورش شهر بهبهان. **پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره، واحد علوم تحقیقات خوزستان**.

Abedi, H. A., Monemian, S., & Najji, S. A. (2012). Spiritual-Psychological experiences of heart transplant recipients. *Journal of Qualitative Research in Health Sciences*, 1(1), 52-58.

American Psychiatric Association. (2013). *DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th Edition. Washington DC, American Association.

- Annema, C., Drent, G., Roodbol, P. F., Stewart, R. E., Metselaar, H. J., van Hoek, B., ... & Ranchor, A. V. (2018). Trajectories of anxiety and depression after liver transplantation as related to outcomes during 2-year follow-up: a prospective cohort study. *Psychosomatic medicine*, 80(2), 174-183.
- Beck, A. T., Steer, R.A., & Brown, G.K. (1966). *Beck Depression Inventory-2nd Edition Manual*. The Psychological Corporation, San Antonio
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (2000). *Manual for the Beck Depression Inventory-II San Antonio, TX*: Psychological Corporation.
- Behroz, B., Bavali, F, Heidarzade, N, & Farhadi, M. (2016). The effectiveness of Acceptance and commitment therapy on the psychological symptoms of coping style and quality of life type 2 Diabetic patients. *Journal of Health and Hyginie*. 7(2), 235-73.
- Berendes D, Keefe FJ, Somers TJ, Kothadia SM, Porter LS, Cheavens JS. (2010). Hope in the context of lung cancer: relationships of hope to symptoms and psychological distress. *J Pain Symptom Manage*, 40(2):174-82.
- Brooker, C., & Nicol, M. (Eds.). (2003). *Nursing Adults: the practice of caring. Elsevier Health Sciences*.
- Cabness J, Freeman A, Root L. (2005). Two NKF-sponsored research projects study depression in dialysis patients. *Family Focus*. 14, 8-11.
- Dehghani, M. Poorseidi, B. Sattari, H. Nikeghbalian, S. Zahedi, MJ. Seyyed-Mirzaei, SM. Shafiei, M. Vahedian, M. & Malek-Hosseini, SA. (2012). Two-Year Experience of Orthotropic Liver Transplantation in Afzalipoor Hospital, Kerman, Southeastern Iran. *International Journal of Organ Transplantation Medicine*. 3 (3): 120-3.
- Deval C, Bernard-Curie S, Monestès J-L. (2017). Effects of an acceptance and commitment therapy intervention on leaders' and managers' psychological flexibility. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 27(1), 34-42.
- Eilenberg T, Kronstrand L, Fink P, & Frosthalm L. (2013). Acceptance and commitment group therapy for health anxiety-Results from a pilot study. *Journal of Anxiety Disorders*. 27(5), 461-468.
- Ellis A. (2016). *How to live?*. Tehran: Na-wandish Publishing House.
- Farahi, S., & Khalatbari, J. (2019). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on the Life Expectancy, Resilience and Death Anxiety in Women with Cancer. *International Journal of Applied Behavioral Sciences*, 6(3), 9-19.
- Febrero, B., Ramírez, P., Martínez-Alarcón, L., Abete, C., Galera, M., Ríos, A & Pons, J. A. (2019). Group Psychotherapy Could Improve Depression in Cirrhotic Patients on the Liver Transplant Waiting List. In *Transplantation proceedings* (Vol. 51, No. 1, pp. 28-32). Elsevier.
- Feros, D.L., Lane, L., Ciarrochi, J., & Blackledge, J.T. (2013). Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for improving the lives of cancer patients: a preliminary study. *Psych oncology*, 22(2), 459-464.
- Folke F, Parling T. Melin L. (2012). Search results for Acceptance and Commitment Therapy for Depression: A Preliminary Randomized Clinical Trial for Unemployed on Long-Term Sick Leave. *Cog Bhav Pract*. 19(4): 517-25.
- Forman, E.M., & Herbert, J.D. (2009). New directions in cognitive behavior therapy: Acceptance-based therapies. In: O'Donohue WT, Fisher JE. *General principles and empirically supported techniques of cognitive behavior therapy*. New Jersey: Wiley & Sons.
- Forman, E. M., & Herbert, J. D. (2009). New directions in cognitive behavior therapy: Acceptance-based therapies.
- Ghomian S, Shairi MR. (2014). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy for Children with Chronic Pain on the quality of lfe on 7 to 12 year-old children. *International Journal of Pediatrics*, 2(3.2): 47-55.
- Gómez, M.P., Arredondo, E. Páez, G. & Manyalich, M. (2012). International Registry in Organ Donation and Transplantation 2010. *Transplantation Proceedings*. 44: 1592-7.
- Hanna, B, Jarman, H, Savage, S. (2004). The early detection of postpartum depression: midwives and nurses trial a check list. *J Obst Gynecol Neonatal Nurs*. 33(2): 191-7.
- Hayes, S.C., & Bond, F.W. (2003). Act at work. In: Bond F, Dryden W. Editors. *Handbook of brief cognitive behavior therapy*. West Sussex: John Wiley & sons' ltd; 2003.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavior therapy. *Behavior Therapy*, 35(4), 639- 665.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1-25.
- Hoffman, D., Halsboe, L., Eilenberg, T., Jensen, J., & Frosthalm, I. (2014). A Pilot study of processes of change in group- based acceptance and commitment therapy for health anxiety. *Journal of Contextual Behavioural Science*, 3(3), 189-195.

- Ipchi, S. (2017). The effectiveness of Based on acceptance and commitment therapy education on reducing loneliness among the elderly with empty nest syndrome. *Journal of Geriatric Nursing*, 3(2), 89-102.
- Juver, J. P., & Vercosa, N. (2008). Depression in patients with advanced cancer and pain. *Revista brasileira de anesthesiologia*, 58(3), 287.
- Kakavand, A., Bagheri, M. R., & Shirmohamadi, F. (2015). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on stress reduction in afflicted elderly men to heart diseases.
- Kapci, E. G., Uslu, R., Turkcapar, H., & Karaoglan, A. (2008). Beck Depression Inventory II: Evaluation of the psychometric properties and cut-off points in a Turkish adult population. *Depression and Anxiety*, 25, 104-110.
- Kasiske BL, & Snyder. (2004). Risk factors for post-kidney transplant depression identifies which patients need closer mental health assessment. American Society of Nephrology 37th Annual Meeting & Scientific Exposition.
- Khademi, M. (2004). The experiences of hospitalized elderly patient's family caregivers [MS Thesis]. *Isfahan: Isfahan University of Medical Sciences*.
- Kok, B., Dong, V., & Karvellas, C. J. (2019). Graft Dysfunction and Management in Liver Transplantation. *Critical care clinics*, 35(1), 117-133.
- Krasnoff, J. B., Vintro, A. Q., Ascher, N. L., Bass, N. M., Dodd, M. J., & Painter, P. L. (2005). Objective measures of health-related quality of life over 24 month's post-liver transplantation. *Clinical transplantation*, 19(1), 1-9.
- Kuruville, J. (2007). Essentials of critical care nursing. Jaypee Brothers Publishers.
- Liou, L., Joe, W., Kumar, A., & Subramanian, S. V. (2020). Inequalities in life expectancy: An analysis of 201 countries, 1950-2015. *Social Science & Medicine*, 1129-64.
- Martin, P., DiMartini, A., Feng, S., Brown, R., & Fallon, M. (2014). Evaluation for liver transplantation in adults: 2013 practice guideline by the American Association for the Study of Liver Diseases and the American Society of Transplantation. *Hepatology*, 59(3), 1144-1165.
- Miller J. F., & Powers, M. J. (1998). Development of an instrument to measure hope. *Nursing Research*, 37(1), 6-10.
- Missov, T. I. (2013). Gamma-Gompertz life expectancy at birth. *Demographic Research*, 28, 259-270.
- Narimani M, Bakhshayesh R. (2015). The effectiveness of acceptance/ commitment training on the psychological well-being, emotional and marital satisfaction in divorce. *Journal of Counseling Research*; 13(52), 108-23.
- Petersen, J. M., Krafft, J., Twohig, M. P., & Levin, M. E. (2019). Evaluating the open and engaged components of acceptance and commitment therapy in an online self-guided website: Results from a pilot trial. *Behavior modification*, 0145445519878668.
- Polido Jr, W. T., Lee, K. H., Tay, K. H., Wong, S. Y., Singh, R., Leong, S. O., & Tan, K. C. (2007). Adult living donor liver transplantation in Singapore: the Asian centre for liver diseases and transplantation experience. *strategies*. 9, 11-21.
- Richardson, L., & Adams, S. (2018). Cognitive deficits in patients with depression. *The Journal for Nurse Practitioners*, 14(6), 437-443.
- Sadock BJ, Sadock VA. (2007). *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry*. 10th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Schneekloth, T. D., Hitschfeld, M. J., Jowsey-Gregoire, S. G., Petterson, T. M., Dunlay, S. M., Niazi, S. K., ... & Rummans, T. A. (2019). Psychosocial Risk Predicts New Episode Depression After Heart Transplant. *Psychosomatics*, 60(1), 47-55.
- Schumacher L, Chernecky C. (2005). *Critical care and emergency Nursing*. London: Elsevier.
- Snyder CR, Lopez J. (2002). *Handbook of posi-tive psychology*. New York: Oxford university press.
- Sohlberg, E. M., Thomas, I. C., Yang, J., Kapphahn, K., Daskivich, T. J., Skolarus, T. A., ... & Goldstein, M. K. (2020). Life expectancy estimates for patients diagnosed with prostate cancer in the Veterans Health Administration. *In Urologic Oncology: Seminars and Original Investigations*. Elsevier.
- Tayebi, Z., & Abedi, H. A. (2009). The lived experiences of liver transplant patients. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 13(2), 23-41.
- World Health Organization. (2017). *Depression and other common mental disorders: global health estimates* (No. WHO/MSD/MER/2017.2). World Health Organization.

Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy in Depression and Life expectancy in Patients with Liver Transplantation

Zarezadeh, R¹., Alivandi Vafa, M^{2*}., & Tabatabaei, S.M³., & Aghdasi, A.N⁴

¹. PhD student, Psychology, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran

^{*2}. Ph.D, Department of Psychology, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran

Email: m.alivand@iaut.ac.ir (Corresponding Author)

³. Department of Physiology, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran

⁴. Department of Psychology, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran

Abstract

The aim of this study was to determine the effectiveness of acceptance and commitment therapy in depression and life expectancy in patients with liver transplantation. The study design was quasi-experimental with pre-test-post-test research design and control group. The study population included all patients who, according to a medical diagnosis, had undergone liver transplant surgery and had received a liver in the past year. The sample consisted of 30 patients were evaluated according to the criteria of inclusion and exclusion that was purposefully selected and randomly assigned in two groups and control group (15 subjects in each group). Beck Depression Inventory and Life expectancy questionnaire were used for data collection. Data were analyzed by Multivariate analysis of covariance (MANCOVA) using SPSS software version 23. Results showed that the patients in the experimental group had significantly lower level of depression. Besides, the level of life expectancy in the experimental group was significantly increased ($p < .001$). Therefore, it can be concluded that Acceptance and Commitment Therapy has reduced depression and increased life expectancy in liver transplant patients.

Keywords: Acceptance and Commitment Therapy; Depression; Life expectancy; Liver transplant patients