

## مقاله اصلی

## اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رفتارهای خودمراقبتی و پیروی از درمان در بیماران دیالیزی

تاریخ دریافت: ۹۹/۰۲/۲۴ - تاریخ پذیرش: ۹۹/۰۵/۰۵

## خلاصه

**مقدمه:** تحقیقات نشان داده است که ابعاد روان شناختی سهم عمده‌ای در درمان مشکلات جسمانی دارد. بنابراین؛ هدف از انجام مطالعه حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رفتارهای خودمراقبتی و پیروی از درمان در بیماران دیالیزی بود.

**روش کار:** روش تحقیق نیمه تجربی و طرح تحقیق به صورت پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه‌های تجربی و کنترل می‌باشد. جامعه آماری پژوهش را کلیه بیماران دیالیزی بخش دیالیز بیمارستان بوعلی شهر مروان تشکیل دادند. تعداد آزمودنی‌های گروه آزمایشی ۱۵ نفر و گروه گواه نیز ۱۵ نفر بود. گروه آزمایشی تحت ۸ جلسه درمان پذیرش و تعهد قرار گرفت و گروه گواه هیچ درمانی دریافت نکرد. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه پیروی از درمان مدانلو و پرسشنامه توان خودمراقبتی (SCAS) بود. داده‌های حاصل از طریق نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ و با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس، تجزیه و تحلیل شد.

**نتایج:** نتایج حاکی از آن بود که تفاوت بین میانگین نمرات بیماران گروه آزمایش و گروه کنترل در نتیجه اثر متغیر مستقل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر متغیرهای خودمراقبتی، اهتمام در درمان، تمایل به مشارکت در درمان، چسبیدن به درمان، تعهد به درمان و تدبیر در اجرای در بیماران دیالیزی مؤثر است ( $p \leq 0/001$ ). اما با توجه به معنی دار نشدن تفاوت بین میانگین نمرات بیماران گروه کنترل با گروه آزمایشی در زمینه تأثیر متغیر مستقل، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر توانایی تطابق با بیماری و تلفیق درمان با زندگی در بیماران دیالیزی، مؤثر نمی‌باشد ( $p \geq 0/001$ ).

**نتیجه گیری:** به نظر می‌رسد رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر متغیرهای مبنی بر خودمراقبتی مؤثر است. با این حال در جهت بالا بردن اعتبار بیرونی تحقیق پیشنهاد می‌گردد که تحقیقات بیشتری در این راستا صورت بگیرد.

**کلمات کلیدی:** درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، رفتارهای خودمراقبتی، پیروی از درمان، بیماران دیالیزی

شلیب کریمی<sup>۱</sup>

فردین مرادی منش<sup>۲\*</sup>

پرویز عسگری<sup>۳</sup>

سعید بختیار پور<sup>۴</sup>

<sup>۱</sup>دانشجوی دکتری روان‌شناسی سلامت، گروه روان‌شناسی، واحد بین الملل خرمشهر- خلیج فارس، دانشگاه آزاد اسلامی، خرمشهر، ایران.

<sup>۲</sup>گروه روان‌شناسی، واحد دزفول، دانشگاه آزاد اسلامی، دزفول، ایران

<sup>۳</sup>گروه روان‌شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران

<sup>۴</sup>گروه روان‌شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران

Email: fmoradimanesh@yahoo.com

## مقدمه

بیماران مبتلا به نارسایی کلیه از جمله بیمارانی هستند که به دلیل تغییر در سبک زندگی، اغلب با مسائل روانی-اجتماعی زیادی دست به گریبان‌اند. یکی از مشکلاتی که در بیماران تحت درمان با همودیالیز، زیاد گزارش شده است، عدم پیروی از درمان است. پیروی از درمان به معنی رژیم غذایی مناسب، مصرف میزان صحیح مایعات و داروهای تجویز شده از سوی مراقبین بهداشتی درمانی می‌باشد. پیروی بیماران از رژیم درمانی تحت تأثیر عوامل مختلفی از جمله ویژگی‌های فرهنگی و اجتماعی و باورهای شخصی قرار دارد. اگرچه پیروی از رژیم درمانی نقش مهمی در بهبود و احساس خوب بودن بیماران تحت درمان با همودیالیز دارد، اما میزان پیروی از آن در این بیماران به شدت پایین است (۱). پیروی از درمان به این معنی است که کلیه رفتارهای بیمار در جهت توصیه‌های ارائه شده از سوی مراقبین سلامتی درمانی باشد (۲). پیروی از رژیم درمانی که به صورت میزان عدم مطابقت رفتار افراد با توصیه‌های سلامتی یا درمانی تعریف می‌شود، یک فرآیند رفتاری پیچیده بوده و عوامل متعددی مانند خصوصیات فردی بیماران، رابطه متقابل پزشک و بیمار و نظام مراقبت از سلامتی و البته شخصیت روی آن تأثیر می‌گذارد (۳). امروزه پیروی از درمان یک مسئله مهم در بیماری‌های کلیوی است (۴). عدم پذیرش تبعیت از درمان بر بهبود کیفیت زندگی در ابعاد مختلف، پاسخ مناسب به درمان همودیالیز، کاهش عوارض ناشی از عدم رعایت درمان‌های غذایی، دارویی، مایعات و سایر درمان‌ها، کاهش هزینه‌های درمانی مربوط به بستری شدن مجدد، افزایش امید به زندگی و افزایش طول عمر بیماران تحت همودیالیز مؤثر است (۴).

بیماران تحت درمان با همودیالیز برای مشارکت مستمر و پویا در انجام فعالیت‌های مراقبت از خود، به آموزش مداوم در زمینه مراقبت از خود، و سازگاری و تطابق با بیماری نیاز دارند تا بتوانند بر مشکلات روانی و جسمی عبوده‌ای که دارند غلبه کنند (۲). خودمراقبتی شامل انجام برخی جنبه‌های مراقبت جسمی است و شرکت فعالانه بیمار در روند مراقبت از خود مانند پیگیری پیشرفت درمان، نظارت بر علائم، بررسی عوارض جانبی، پیگیری رفتارهای مثبت مرتبط با سلامت از قبیل داشتن یک رژیم سالم، ورزش منظم و بهبود سلامت عمومی بیمار را در برمی‌گیرد که در نهایت موجب کاهش هزینه‌های درمانی خواهد شد (۵). فعالیت‌های خودمراقبتی می‌توانند نقش چشم‌گیری در سازگاری بیماران دیالیزی با فرآیند بیماری، ارتقای کیفیت زندگی، کاهش دفعات بستری در بیمارستان و طول مدت هر دوره

بستری شدن، کاهش هزینه‌های درمانی و مرگ و میر ایفا نماید. خودمراقبتی در بیماران مزمن، شامل کنترل و مدیریت علائم، پذیرش رژیم درمانی، حفظ سبک زندگی سالم و مدیریت تأثیر بیماری بر عملکرد روزانه، عواطف و روابط اجتماعی می‌باشد. در واقع یادگیری اداره کردن وضعیت‌های مزمن، ستون اصلی مراقبت از خود را تشکیل می‌دهد (۳). از میان درمان‌های روانشناختی ویژه برای درمان جنبه‌های روانی بیماری نارسایی مزمن کلیه می‌توان به رفتاردرمانی، روانکاوی، پسخوراند زیستی، تن‌آرامی، درمان شناختی- رفتاری، خانواده‌درمانی، گروه‌درمانی و جدیدترین آنها یعنی درمان پذیرش و تعهد، اشاره کرد. درمان پذیرش و تعهد شش فرآیند محوری دارد که منجر به انعطاف‌پذیری روانشناختی افراد می‌شود (۶). درمان پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روانشناختی متمرکز بوده و این امر زمانی تحقق می‌یابد که فرد آگاهانه، افکار و احساساتش را بپذیرد و رفتاری همسو با ارزش‌های شخصی‌اش نشان دهد. پژوهشی تحت عنوان باورهای بهداشتی و خودمراقبتی بیماران دیالیزی انجام شد. نتایج نشان داد که درک موانع با رعایت موانع رژیم غذایی ارتباط داشت و درک وخامت بیماری با کنترل متابولیسمی مرتبط بود. در مجموع می‌توان گفت که رفتارهای بهداشتی از فاکتورهای درکی شناختی و دموگرافیک متأثر می‌شود. طبق نتایج با افزایش سابقه ابتلا به بیماری، منافع درک شده کاهش می‌یابد که می‌تواند ناشی از این باشد که با بالا رفتن دوره بیماری در آزمودنی‌ها احتمالاً عوارض ناشی از بیماری اتفاق می‌افتد و یا این که درگیر شدن بیشتر با بیماری و مشاهده و جستجوی آن در افراد دیگر سبب می‌شود که به فواید و منافع درمان و مراقبت کمتر باور داشته باشند (۷). با عنایت به شیوع قابل توجه عوارض ناشی از دیالیز و استعداد بالای بیماران دیالیزی برای ابتلاء به اختلالات روانشناختی، که یکی از عوامل مهم بروز آنها میزان استرس این بیماران است و همچنین موجود نبودن برنامه‌ای مشخص جهت افزایش خودمراقبتی این بیماران و کنترل استرس آنها، این پژوهش با هدف بررسی تأثیر درمان پذیرش و تعهد بر متغیرهای خودمراقبتی و پیروی از درمان بیماران دیالیزی انجام شد.

## روش کار

روش تحقیق نیمه تجربی و طرح تحقیق به صورت پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه‌های تجربی و کنترل می‌باشد. جامعه آماری پژوهش را کلیه بیماران دیالیزی بخش دیالیز بیمارستان بوعلی شهر میروان از ۱۳۹۷/۹/۱ تا ۱۳۹۸/۹/۱ تشکیل می‌دهد که از بین آنها نمونه آماری با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند مبتنی بر ملاک انتخاب

پرسشنامه توان خودمراقبتی (SCAS) توسط جانسون ۱۱ تهیه شده است. پرسشنامه توان خودمراقبتی (SCAS) دارای ۲۲ گویه می‌باشد. این پرسشنامه دارای ۵ زیر مقیاس است. زیر مقیاس‌های استفاده از دارو (۶ سؤال)، رژیم غذایی (۵ سؤال)، نظارت بر خود (۴ سؤال)، مراقبت بهداشتی (۴ سؤال) و وضعیت روانی (۳ سؤال) توسط این پرسشنامه مورد سنجش قرار می‌گیرند. نمره گذاری این پرسشنامه به صورت ۳ درجه‌ای می‌باشد که برای گزینه هرگز (۰)، گاهی اوقات (۱) و همیشه (۲) نمره در نظر گرفته شده است. لازم به ذکر است سؤالات ۱۲، ۲۰، ۲۱ و ۲۲ به صورت معکوس نمره گذاری می‌شود. روایی و پایایی این پرسشنامه در پژوهش جانسون ۱۱ به ترتیب برابر با ۰/۸۳ و ۰/۸۸ گزارش شد. همچنین ضریب آلفای کرونباخ در پژوهش مذکور برابر با ۰/۸۵ گزارش شد. روایی و پایایی این پرسشنامه در پژوهش فردمن و کاتلر ۱۲ به ترتیب برابر با ۰/۸۲ و ۰/۸۴ گزارش شد. دامنه نمره گذاری این پرسشنامه بین ۰ تا ۴۴ می‌باشد. نمره بالاتر به معنی رفتارهای خودمراقبتی بیشتر در فرد می‌باشد. پروتکل درمانی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در جدول ۱ توضیح داده شده است.

شدند، تعداد آزمودنی‌های گروه تجربی ۱۵ نفر و گروه گواه نیز ۱۵ نفر بود. گروه تجربی (۸ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای) تحت درمان پذیرش و تعهد قرار گرفت و گروه کنترل هیچ درمانی دریافت نکرد. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه پیروی از درمان مدانلو و پرسشنامه توان خودمراقبتی (SCAS) بود. پرسشنامه پیروی از درمان مدانلو در زمینه بیماران مزمن طراحی و روانسنجی شده است. این پرسشنامه شامل چهار سوال در زمینه‌های اهتمام در درمان (۹ سوال)، تمایل به مشارکت در درمان (۷ سوال)، توانایی تطابق (۷ سوال)، تلفیق درمان با زندگی (۵ سوال)، چسبیدن به درمان (۴ سوال)، تعهد به درمان (۴ سوال) و تدبیر در اجرای درمان (۳ سوال) می‌باشد. حداقل و حداکثر امتیاز در حیطه‌های اهتمام در درمان ۰-۴۵، تمایل به مشارکت در درمان ۰-۳۵، توانایی تطابق ۰-۳۵، تلفیق درمان با زندگی ۰-۲۵، چسبیدن به درمان ۰-۲۰، تعهد به درمان ۰-۲۵، و تدبیر در اجرای درمان ۰-۱۵ می‌باشد که براساس دستورالعمل طراح پرسشنامه، امتیازهای اولیه تبدیل به امتیاز ۰-۱۰۰ می‌شود. براساس این پرسشنامه کسب امتیاز ۷۵-۱۰۰ به معنی پیروی بسیار خوب از درمان، امتیاز ۵۰-۴۰ به معنی پیروی خوب از درمان، امتیاز ۲۶-۴۹ به معنی پیروی متوسط از درمان، و اکتیاز ۰-۲۵ به معنی پیروی ضعیف از درمان خواهد بود.

### جدول ۱- پروتکل جلسات پذیرش و تعهد

| جلسه  | اهداف  | تکالیف   |
|-------|--|--|
| اول   | معارفه- توضیح اهداف- برقراری رابطه درمانی- آشنا نمودن آزمودنی با موضوع پژوهش             | اجرای تمرین تمرکز- سنجش شیوه‌های کنترلی و ایجاد درماندگی خلاق- پاسخ به پرسشنامه‌ها                   |
| دوم   | بررسی دنیای درون و بیرون در درمان پذیرش و تعهد (ACT)- ایجاد تمایل به ترک برنامه ناکارآمد | آموزش ذهن آگاهی- اجرای تمرین‌های ریلکسیشن- آموزش شیوه تغییر موضوع کنترل- معرفی جایگزین کنترل (تمایل) |
| سوم   | شناسایی، تصریح و شفاف سازی ارزشهای مراجع- تصریح اهداف- تصریح اعمال و موانع               | مرور تکالیف- تمرین ذهن آگاهی اسکن بدن- تمرین شیوه تعیین اهداف- آموزش شیوه اقدام و عمل متعهدانه       |
| چهارم | بررسی ارزشهای هر یک از افراد- بررسی موانع  | مرور تکالیف- تعمیق مفاهیم قبلی- تمرین سنگ مزار- تکمیل فرم مسیرهای ارزشمند                            |
| پنجم  | تفهم آمیختگی و گسلش  | مرور تکالیف- انجام تمرین گسلش- تکلیف گسستگی از تهدیدات زبانی- آموزش ذهن آگاهی                        |
| ششم   | تفهم آمیختگی به خود مفهوم سازی شده و آموزش چگونگی گسلش از آن                             | مرور تکالیف- تکلیف رنج اولیه و ثانویه- آموزش تعهد و موانع شکل گیری رضایت                             |
| هفتم  | تأکید برای در زمان حال بودن  | مرور تکالیف- تمرین ذهن آگاهی در پیاده روی- تمرین تنفس  |
| هشتم  | مرور درمان- عمل متعهدانه- مرور پیشامدها  | مرور تکالیف- بررسی داستان زندگی- آموزش آمادگی نه پیشگیری- تکلیف مادام العمر                          |



۶۳٪ آزمودنی‌ها بین ۱ تا ۸ سال و حدود ۳۷٪ از آنها نیز بیش از ۹ سال بود.

در جدول ۲ شاخص‌های توصیفی نمونه پژوهش (بیماران دیالیزی) برای متغیرهای پیروی از درمان و خودمراقبتی به تفکیک گروه آزمایش و کنترل ارائه شده است.

داده‌های حاصل از طریق نرم افزار SPSS و با استفاده از آمار توصیفی و آزمون تحلیل کوواریانس، تجزیه و تحلیل شد.

### نتایج

تعداد کل آزمودنی‌های پژوهش حاضر ۳۰ نفر (۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه کنترل) بود. آزمودنی‌ها در دامنه‌های سنی ۳۰ تا ۴۰ سال (۱۷٪)، ۴۱ تا ۵۰ سال (۲۰٪)، ۵۱ تا ۶۰ سال (۴۰٪)، و ۶۱ سال به بالا (۲۳٪) قرار داشتند. همچنین تعداد سال‌های ابتلاء به بیماری حدود

### جدول ۲- شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه آزمایش و کنترل

| زمان آزمون     |                | متغیرها |      | گروه آزمایش تعداد = ۱۵ نفر |      | گروه کنترل تعداد = ۱۵ نفر |      |
|----------------|----------------|---------|------|----------------------------|------|---------------------------|------|
| پیش آزمون      | پس آزمون       | تعداد   | درصد | تعداد                      | درصد | تعداد                     | درصد |
| پیروی از درمان | پیروی از درمان | ۷       | ۳۹٪  | ۲۳                         | ۸۶٪  | ۴۵                        | ۳۳٪  |
| خودمراقبتی     | خودمراقبتی     | ۹       | ۷۳٪  | ۱۵                         | ۴۰٪  | ۲۶                        | ۳۹٪  |
| پیروی از درمان | پیروی از درمان | ۳       | ۲۶٪  | ۴۲                         | ۹۵٪  | ۴۶                        | ۸۹٪  |
| خودمراقبتی     | خودمراقبتی     | ۷       | ۳۲٪  | ۲۵                         | ۴۴٪  | ۲۵                        | ۴۷٪  |

برای بررسی نرمال بودن متغیرهای پژوهش از آزمون کولموگروف-اسمیرنف استفاده گردید که در جدول ۳ آورده شده است.

### جدول ۳- نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنف متغیرها

| متغیرهای وابسته | آزمون کولموگروف-اسمیرنف |
|-----------------|-------------------------|
| پیروی از درمان  | ۰/۲۶۱                   |
| خودمراقبتی      | ۰/۰۹۱                   |

در ابتدا، به منظور بررسی همگنی واریانس‌ها از آزمون لون استفاده گردید (جدول ۴).

### جدول ۴- نتایج آزمون لون

| متغیر وابسته             | F      | Sig   |
|--------------------------|--------|-------|
| خودمراقبتی               | ۲۵/۰۹۴ | ۰/۱۱۹ |
| پیروی از درمان           | ۷/۴۸۱  | ۰/۰۹۵ |
| اهتمام در درمان          | ۱۶/۲۸۳ | ۰/۸۱۳ |
| تمایل به مشارکت در درمان | ۲۳/۵۱۲ | ۰/۰۹۳ |
| توانایی تطابق با بیماری  | ۵/۴۷۸  | ۰/۶۳۲ |
| تلفیق درمان با زندگی     | ۸/۴۷۷  | ۰/۲۴۳ |
| چسبیدن به درمان          | ۵/۹۰۵  | ۰/۱۷۷ |
| تعهد به درمان            | ۲۷/۴۹۸ | ۰/۲۴۴ |
| تدبیر در اجرای درمان     | ۹/۵۶۷  | ۰/۰۶۴ |

مشخص می‌شود که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر توانایی تطابق با بیماری و تلفیق درمان با زندگی در بیماران دیالیزی مؤثر نمی‌باشد.

همانطور که جدول ۵ نشان می‌دهد، با توجه به معنادار شدن تفاوت بین میانگین نمرات بیماران گروه آزمایش و بیماران گروه کنترل، مشخص می‌شود که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر خودمراقبتی، پیروی از درمان، اهتمام در درمان، تمایل به مشارکت در درمان، چسبیدن به درمان، تعهد به درمان و تدبیر در اجرای درمان در بیماران دیالیزی مؤثر است. با عنایت به عدم معنادار شدن تفاوت بین میانگین نمرات بیماران گروه آزمایش و بیماران گروه کنترل در جدول ۵،

**جدول ۵-** نتایج تحلیل کوواریانس اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر بر خودمراقبتی، پیروی از درمان، اهتمام در درمان، تمایل به مشارکت در درمان، توانایی تطابق با بیماری، تلفیق درمان با زندگی، چسبیدن به درمان، تعهد به درمان و تدبیر در اجرای

درمان در بیماران دیالیزی

| متغیر                    | آماره       | مجموع مجذورات | df | میانگین مجذورات | F      | Sig   | Eta   |
|--------------------------|-------------|---------------|----|-----------------|--------|-------|-------|
| بر خود مراقبتی           | پیش آزمون   | ۱۹۸۴/۴۹۲      | ۱  | ۱۹۸۴/۴۹۲        | ۲۹/۲۳۲ | ۰/۰۰۰ | ۰/۷۲۶ |
|                          | بین گروه‌ها | ۶۸۲/۰۱۷       | ۱  | ۶۸۲/۰۱۷         | ۴۵/۲۱۹ | ۰/۰۰۰ | ۰/۶۳۲ |
|                          | خطا         | ۱۸۹/۴۵۵       | ۲۷ | ۷/۰۱۶           |        |       |       |
| پیروی از درمان           | پیش آزمون   | ۲۴۶۹/۳۵۵      | ۱  | ۲۴۶۹/۳۵۵        | ۳۷/۱۸۹ | ۰/۰۱۱ | ۰/۵۴۳ |
|                          | بین گروه‌ها | ۷۸۳/۱۷۸       | ۱  | ۷۸۳/۱۷۸         | ۳۹/۴۵۲ | ۰/۰۰۳ | ۰/۷۰۱ |
|                          | خطا         | ۲۴۸/۹۰۵       | ۲۷ | ۹/۲۱۸           |        |       |       |
| اهتمام در درمان          | پیش آزمون   | ۸۱۴/۴۲۹       | ۱  | ۸۱۴/۴۲۹         | ۹/۸۳۱  | ۰/۰۰۳ | ۰/۲۷۶ |
|                          | بین گروه‌ها | ۵۳/۲۸۷        | ۱  | ۵۳/۲۸۷          | ۲۶/۱۱۷ | ۰/۰۳۷ | ۰/۴۵۵ |
|                          | خطا         | ۸۶/۲۵۵        | ۲۷ | ۳/۱۹۴           |        |       |       |
| تمایل به مشارکت در درمان | پیش آزمون   | ۱۲۵۹/۱۷۶      | ۱  | ۱۲۵۹/۱۷۶        | ۲۹/۳۲۲ | ۰/۰۰۳ | ۰/۷۵۴ |
|                          | بین گروه‌ها | ۴۳۲/۱۹۸       | ۱  | ۴۳۲/۱۹۸         | ۴۴/۶۷۱ | ۰/۰۰۰ | ۰/۵۹۸ |
|                          | خطا         | ۱۲۵/۷۵۴       | ۲۷ | ۴/۶۵۷           |        |       |       |
| توانایی تطابق با بیماری  | پیش آزمون   | ۱۵۳/۷۶۲       | ۱  | ۱۵۳/۷۶۲         | ۰/۲۱۹  | ۰/۴۶۵ | ۰/۰۰۷ |
|                          | بین گروه‌ها | ۶۵/۱۷۶        | ۱  | ۶۵/۱۷۶          | ۱/۲۳۸  | ۰/۰۹۶ | ۰/۰۱۶ |
|                          | خطا         | ۱۸/۳۹۶        | ۲۷ | ۰/۶۸۱           |        |       |       |
| تلفیق درمان با زندگی     | پیش آزمون   | ۲۵۶/۹۰۴       | ۱  | ۲۵۶/۹۰۴         | ۱/۳۷۹  | ۰/۱۲۷ | ۰/۰۰۶ |
|                          | بین گروه‌ها | ۲۹/۸۷۲        | ۱  | ۲۹/۸۷۲          | ۰/۴۵۵  | ۰/۴۸۶ | ۰/۰۱۵ |
|                          | خطا         | ۲۱/۴۹۳        | ۲۷ | ۰/۷۹۶           |        |       |       |
| چسبیدن به درمان          | پیش آزمون   | ۳۹۲/۰۵۲       | ۱  | ۳۹۲/۰۵۲         | ۱۵/۱۸۸ | ۰/۰۰۸ | ۰/۳۲۷ |
|                          | بین گروه‌ها | ۷۹/۴۴۲        | ۱  | ۷۹/۴۴۲          | ۲۷/۱۱۶ | ۰/۰۰۲ | ۰/۵۳۲ |
|                          | خطا         | ۸۱/۲۷۳        | ۲۷ | ۳/۰۱۰           |        |       |       |
| تعهد به درمان            | پیش آزمون   | ۱۳۵۴/۷۶۹      | ۱  | ۱۳۵۴/۷۶۹        | ۳۶/۹۸۳ | ۰/۰۲۱ | ۰/۶۷۲ |
|                          | بین گروه‌ها | ۴۵۷/۷۵۹       | ۱  | ۴۵۷/۷۵۹         | ۴۷/۳۲۵ | ۰/۰۰۰ | ۰/۸۱۹ |
|                          | خطا         | ۲۶۵/۱۱۹       | ۲۷ | ۹/۸۱۹           |        |       |       |
| تدبیر در اجرای درمان     | پیش آزمون   | ۸۹/۷۶۳        | ۱  | ۸۹/۷۶۳          | ۴/۲۱۹  | ۰/۰۴۲ | ۰/۱۹۷ |
|                          | بین گروه‌ها | ۱۳۵/۶۷۷       | ۱  | ۱۳۵/۶۷۷         | ۱۳/۲۸۷ | ۰/۰۲۸ | ۰/۳۲۶ |
|                          | خطا         | ۳۴/۷۷۲        | ۲۷ | ۱/۲۸۷           |        |       |       |

و همکاران ۱۷ نشان دادند که استفاده از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) می‌تواند به عنوان یک مداخله روانشناختی مؤثر و مکمل در بیماران همودیالیزی به منظور ارتقای کیفیت زندگی آنها، مورد استفاده قرار گیرد. بیماران همودیالیز اغلب با تجارب ناخوشایندی در زندگی خود مواجه هستند که این عوامل باعث درماندگی بیماران و کاهش کیفیت زندگی و امید به زندگی آنها می‌شود. بنابراین پزشکان، پرستاران و بقیه کارکنان بخش دیالیز باید توجه بیشتری به این بیماران داشته باشند. این نتایج می‌تواند دلیلی برای ضرورت به کاربرد مداخلات روانشناختی جهت حل مشکلات همایند با بیماری مزمن کلیوی و درمان دیالیز باشد. اصولاً هر رویکرد و متغیر روانشناختی که بتواند بر خودمراقبتی و پیروی از درمان در بیماران همودیالیزی تأثیر گذار باشد، می‌توان آن را در ارتباط با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) در نظر گرفت و بر این اساس باید مورد توجه قرار بگیرد. به عنوان مثال، رویانی و همکاران ۲۵ در پژوهشی که به بررسی رابطه خودکارآمدی و خودمراقبتی با توانمندسازی در بیماران تحت درمان با همودیالیز پرداختند، نشان دادند که توانمندسازی با حیطه‌های خودمراقبتی و کاهش استرس خودکارآمدی ارتباط معنی داری دارد. بر این اساس بین خودکارآمدی و خودمراقبتی بیماران با توانمندسازی ارتباط وجود دارد و توجه به آموزش رفتارهای خودمراقبتی و خودکارآمدی به منظور ارتقای توانمندسازی بیماران، ضروری به نظر می‌رسد. همچنین از آنجا که تمرکز بر خودکارآمدی، یکی از مؤلفه‌ها و فاکتورهای مورد توجه در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) می‌باشد، بنابراین چنین نتایجی نیز می‌تواند به عنوان نتایج همسو با نتایج پژوهش حاضر در نظر گرفته شده و مورد توجه قرار بگیرد (۱۳).

با توجه به اینکه فرآیند پیروی از درمان در اکثریت بیماری‌ها، شبیه بوده و تبعیت از درمان در بیماران دارای بیماری‌های مختلف، برای بهبودی بیماری لازم می‌باشد، لذا هرگونه تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر بهبود فرآیند پیروی از درمان در بیماران مختلف می‌تواند با سایر بیماری‌ها نیز مرتبط باشد. به عبارتی دیگر زمانی که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر بهبود فرآیند پیروی از درمان در بیماران دارای یک بیماری خاص مؤثر باشد، می‌توان از این رویکرد برای بهبود فرآیند پیروی از درمان در بیماران دارای بیماری‌های دیگر نیز بهره برد. در یکی از این پژوهش‌ها، شیدایی اقدام و همکاران (۸) در پژوهشی که به بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر کاهش پریشانی و

با توجه به معنادار شدن تفاوت بین میانگین نمرات بیماران گروه آزمایش و بیماران گروه کنترل در متغیرهای خودمراقبتی، پیروی از درمان، اهتمام در درمان، تعهد به درمان، تمایل به مشارکت در درمان، چسبیدن به درمان و تدبیر در اجرای درمان، مشخص می‌شود که درمان پذیرش و تعهد تأثیر معنی داری بر متغیرهای فوق دارد. همچنین با عنایت به معنادار شدن تفاوت بین میانگین نمرات بیماران گروه آزمایش و بیماران گروه کنترل در متغیرهای توانایی تطابق با بیماری و تلفیق با زندگی در بیماران دیالیزی، مشخص می‌شود که درمان پذیرش و تعهد اثر معناداری بر این دو متغیر در بیماران ندارد.

### بحث و نتیجه گیری

هدف اساسی پژوهش حاضر بررسی تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر پیروی از درمان و خودمراقبتی بیماران دیالیزی بود. نتایج نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر خودمراقبتی و پیروی از درمان در بیماران دیالیزی مؤثر است. به عبارتی دیگر نتایج نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر مؤلفه‌های اهتمام در درمان، تمایل به مشارکت در درمان، چسبیدن به درمان، تعهد به درمان و تدبیر در اجرای درمان در بیماران دیالیزی تأثیر معناداری دارد. اما بر مؤلفه‌های توانایی تطابق با بیماری و تلفیق درمان با زندگی در بیماران دیالیزی تأثیر معناداری ندارد. نتایج پژوهش حاضر با نتایج پژوهش شیدایی اقدام و همکاران (۸) دهقانی (۶)، نویدیان و همکاران (۹)، کار و همکاران (۱۰)، معصوم پور و همکاران (۱۱) و همکاران (۱۲) همسو و هماهنگ می‌باشد. در کل، بررسی متون پژوهشی مربوط به موضوع پژوهش حاضر نشان می‌دهد که کاربرد مداخلات روانشناختی در زمینه کنار آمدن سازگاران بیماران مزمن با عوارض روانی و اجتماعی بیماری شان یک ضرورت انکارناپذیر بوده و درمان پذیرش و تعهد می‌تواند برای این منظور امیدبخش باشد. در یکی از پژوهش‌های همسو با نتایج پژوهش حاضر، ماری و همکاران ۱۵ در پژوهشی که به بررسی تأثیر درمان پذیرش و تعهد (ACT) بر میزان پیروی از درمان بیماران همودیالیزی پرداختند، نشان دادند استفاده از درمان پذیرش و تعهد (ACT) در زمینه بهبود پیروی از درمان و افزایش کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی موفق بوده است.

از آنجا که ماهیت بیماری‌های کلیوی تا حدی به بیماری‌هایی نظیر دیابت شبیه می‌باشد، لذا هرگونه اثربخشی رویکردهای روانشناختی در درمان این بیماری، می‌تواند بر درمان بیماران دیالیزی نیز مؤثر باشد. در یکی دیگر از پژوهش‌های همسو با نتایج پژوهش حاضر، ساریزاده

دیالیزی تأثیر می‌گذارند. در نهایت اینکه عدم توجه به رفتارهای خودمراقبتی در بین بیماران دیالیزی، باعث زوال کلیوی در این بیماران می‌شود و در ادامه، فرآیند بهبودی آنها را به تأخیر می‌اندازد.

شیوه ارزیابی زندگی، بر رفتارهای خودمراقبتی و پیروی از دوره‌های درمانی در بیماران دیالیزی تأثیر دارد. به عبارتی دیگر، ارزیابی کیفیت زندگی همراه با مشخصات دموگرافیک، اطلاعات کاملی را برای بیماران دیالیزی فراهم می‌کند که در نهایت می‌تواند از این اطلاعات در راستای پیروی از دوره‌های درمانی، برنامه ریزی درمانی و افزایش رفتارهای خودمراقبتی و در نهایت، بهبودی آنها بهره جست. تبعیت از رژیم‌های درمانی تجویز شده به عنوان رفتارهای خودمراقبتی در مبتلایان به بیماری‌های مزمن از اهمیت به سزایی برخوردار است و بیماران می‌توانند با کسب مهارت‌های مراقبت از خود، بر آسایش، توانایی‌های عملکردی و فرآیندهای بیماری خود، تأثیرگذار باشند. اصل مهم در خودمراقبتی، مشارکت و قبول مسئولیت از طرف خود بیمار است تا با انجام صحیح رفتارهای مربوط به آن، بسیاری از عوارض بیماری قابل کنترل شود. اگر چهار رسالت اصلی بخش سلامت را کاهش بار مالی خدمات درمانی تحمیل شده به مردم، رعایت حقوق و کرامت انسانی خدمت گیرندگان ارتقای کیفیت خدمات و ارتقای سلامت در نظر بگیریم، حمایت از خودمراقبتی در راستای هر چهار رسالت می‌باشد. مراقبت از خود به خصوص ارتباط تنگاتنگی با گسترش و استفاده از دو عامل فردی که تعیین کننده‌های مهمی برای سلامت هستند یعنی عملکرد مرتبط با سلامت و مهارت‌های سازگار شدن با محیط افراد دارد. بیشترین مراقبت مورد نیاز افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن، خودمراقبتی است. در حیطه بیماری‌ها، خودمراقبتی باعث مدیریت بهتر علائم (همچون کاهش درد، اضطراب، افسردگی و خستگی) احساس بهبود یافته عافیت و تندرستی، افزایش امید به زندگی بهبود کیفیت زندگی با استقلال بیشتر می‌شود. هدف نظام جامع حمایت از خودمراقبتی، افزایش رفتارهای خودمراقبتی و ارتقای سلامت از طریق رویکرد توانمندسازی است. در یک نظام خودمراقبتی اهداف کلی یک برنامه تقویت خودمراقبتی تلفیقی از گزینه‌هایی مانند ایجاد انگیزه مناسب، ایجاد دانش سلامت، تقویت حس ارزشمندی، تقویت باور خودکارآمدی، افزایش مهارت استفاده از منابع سلامت بهبود سلامتی و کیفیت زندگی در افراد می‌باشد. بسیاری از شواهد حاصل از مطالعات متعدد حاکی از آن است که مداخلات ارتقاء سلامت و خودمراقبتی در زمینه‌های مختلف ارتقاء سلامت مردم مؤثر بوده است. حمایت از

نگرش‌های ناکارآمد در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلوروزیس پرداختند، نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر کاهش افکار ناکارآمد و پریشانی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلوروزیس مؤثر است. بنابراین می‌توان با استفاده از این شیوه در کاهش پریشانی و افکار ناکارآمد این بیماران کمک کرد و از گسترش پریشانی و افکار ناکارآمد آنها کاست. زمانی که رویکردهای روانشناختی دیگری به غیر از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)، بر خودمراقبتی و پیروی از درمان در بیماران همودیالیزی مؤثر باشند، باز هم این امید وجود دارد که رویکرد مورد نظر نیز رویکردی روانشناختی می‌باشد که شاید به رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) نیز شبیه باشد و بتوان آن را به عنوان رویکردی مکمل در کنار درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) جهت بهبود خودمراقبتی و پیروی از درمان در بیماران همودیالیزی به کار برد.

زمانی که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بتواند بر بهبود سایر متغیرهای روانشناختی و مربوط به عملکرد روانی و یا جسمانی بیماران همودیالیزی تأثیرگذار باشد، طبیعتاً می‌تواند بر بهبود متغیرهای دیگری مانند خودمراقبتی و پیروی از درمان در بیماران همودیالیزی نیز تأثیرگذار باشد، چراکه اغلب متغیرهای روانشناختی در افراد و البته در بیماران دارای ماهیتی مشابه می‌باشند. برای نمونه زمانی که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و یا سایر رویکردهای درمانی روانشناختی بتوانند بر بهبود متغیرهایی مانند افسردگی، استرس، اضطراب، کیفیت زندگی و سایر موارد مشابه مؤثر باشند، می‌توانند انگیزه این بیماران را برای توجه بیشتر به خودشان و در نتیجه انجام بیشتر رفتارهای خودمراقبتی و یا بهبود پیروی از درمان در بیماران نیز افزایش دهد. لزوم توجه به رفتارهای خودمراقبتی در بیماران دیالیزی نکته‌ای است که اهمیت توجه به رویکردهای درمانی را بیش از پیش برجسته نموده است. چرا که رفتارهای خودمراقبتی در بیماران همودیالیزی ممکن است مواردی مانند پیروی از درمان را در این بیماران تحت تأثیر قرار بدهد و این امور نیز به نوبه خود، کیفیت زندگی و فرآیند درمان بیماران همودیالیزی را تحت تأثیر قرار دهد. در همین راستا، لین و همکاران (۱۴) در پژوهش خود که به بررسی وضعیت رفتارهای خودمراقبتی در بین بیماران دیالیزی پرداختند، نشان دادند که میزان رفتارهای خودمراقبتی در بین بیماران دیالیزی از وضعیت مطلوبی برخوردار نیست و عوامل چندگانه‌ای از متغیرهای دموگرافیک تا متغیرهای روانی بر رفتارهای خودمراقبتی در بیماران



بیماری و پیشرفت در ناتوانی بیماران مواجه می‌کند و فرآیند بهبود بیماری را به طوری قابل محسوس به تأخیر می‌اندازد. با توجه به پایین بودن سطح تبعیت از درمان در بیماری‌های مزمن، چالش مهم قرن جدید، اجرای مؤثر خودکنترلی و تبعیت از توصیه‌های درمانی در بیماری‌های مزمن می‌باشد. از این رو آموزش و توانمندسازی بیمار جهت خودمراقبتی می‌تواند باعث افزایش تمایل بیمار به تبعیت مطلوب از توصیه‌های درمانی شود. آموزش و توانمندسازی بیمار در خودمراقبتی از طریق موارد مختلفی (افزایش رضایت مددجو، بهبود کیفیت زندگی، کاهش اضطراب بیمار، کاهش عوارض بیماری، افزایش شرکت در برنامه‌های مراقبت بهداشتی، افزایش استقلال مددجو در اجرای برنامه‌های روزانه) می‌تواند باعث افزایش تمایل بیمار به تبعیت مطلوب از توصیه‌های درمانی شود و در نهایت، باعث افزایش سلامت وی شود.

دشواری در تکمیل پرسشنامه‌های پژوهش مانند توضیح سؤالات و آیت‌ها با توجه به سطح پایین تحصیلات افراد از محدودیت‌های پژوهش حاضر به شمار می‌رود. با توجه به نتایج پژوهش پیشنهاد می‌شود پزشکان و متخصصان، جهت کمک به بهبود و درمان بهتر فیزیولوژیک بیماران دیالیزی، سعی کنند از مشاوران، روانشناسان و روانپزشکان به صورت موازی و همزمان در طول دوره درمان کمک بیشتری بگیرند و یا پس از هر دوره دیالیز، بیماران را به مراکز مشاوره و کلینیک‌های روانشناختی و روان‌درمانی ارجاع دهند تا از این رویکردها جهت تسریع در روند بهبود خود بهره ببرند. همچنین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی به بررسی تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و دیگر رویکردها بر ادراک بیماری، پیروی از درمان، خودمراقبتی، اختلالات روانشناختی مرتبط با بیماری و سایر متغیرهای مربوط به درمان بیماران دیالیزی و البته در بیماران مبتلا به سایر بیماری‌های خاص پرداخته شود.

خودمراقبتی شامل مواردی از قبیل تأمین اطلاعات در زمینه سلامت و کمک به کسب اطلاعات مورد نیاز و تفسیر آن، فراهم سازی ابزارهای توانمند سازی در زمینه‌های مختلف و فراهم سازی ابزارهای ساده و کاربردی برای ارزیابی خود، هدایت گروه‌ها، تشکل‌ها و انجمن‌ها و فراهم سازی شبکه‌های اجتماعی سالم سلامت محور، کمک به تغییر نگرش نسبت به سبک زندگی و در نهایت، ایجاد محیط سالم برای مشارکت و کارهای گروهی است. خودمراقبتی، راهی است که به وسیله آن افراد تلاش می‌کنند که از بیماری و معلولیت پیشگیری کنند و یکی از مفاهیم اصلی برای تأکید بر رفتار سالم مثبت است. هدف خودمراقبتی، گسترش یک سیستم مراقبت بهداشتی کارآمد است که مبتنی بر بهره‌برداری کامل از تمام اجزا و توانایی‌های فردی و تعاملات بین فردی مردم باشد (۱۵). عدم تبعیت از درمان باعث ایجاد مشکلاتی برای بیماران دارای بیماری‌های مزمن می‌شود. به طور مثال عدم تبعیت از رژیم غذایی حاوی پتاسیم باعث بروز ایست قلبی و مرگ در بیماران می‌شود. تبعیت از درمان، موفقیت آمیز بودن درمان را پیش بینی کرده، از عوامل منفی، پیامدها و شدت بیماری می‌کاهد و فرآیند بهبود بیماری را تسریع می‌بخشد. تبعیت از درمان و رژیم درمان، میزان مطابقت رفتار افراد و بیماران با توصیه‌های مربوط به سلامتی و درمان می‌باشد. تبعیت از توصیه‌های درمانی توسط بیمار با مشارکت خانواده می‌تواند از عوارض حاد و مزمن بیمار جلوگیری کرده یا بروز آن را به تعویق بیندازد، با این وجود اکثر بیماران در تبعیت از توصیه‌های درمانی کوتاهی می‌کنند. پیروی ضعیف هم برای بیماران و هم برای سیستم‌های ارائه کننده مراقبت‌های مرتبط با سلامت، زنگ خطر محسوب می‌شود، زیرا از منظر بالینی، عدم پیروی می‌تواند سبب کاهش اثرات مفید درمانی، علائم و نشانه‌ها، افزایش عوارض و افزایش میزان بستری یا حتی مرگ گردد. از آنجا که تبعیت از درمان و رژیم درمان، چالشی مهم در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن می‌باشد، لذا عدم تبعیت از درمان و رژیم درمانی، این بیماران را با عواقب وخیمی مانند افزایش احتمال عود

## References

1. Takaki J, Yano E. Possible gender differences in the relationships of self-efficacy and the internal locus of control with compliance in hemodialysis patients. *Behavioral Medicine*. 2006;32(1):5-11.
2. Kaveh K, Kimmel PL. Compliance in hemodialysis patients: multidimensional measures in search of a gold standard. *American journal of kidney diseases: the official journal of the National Kidney Foundation*. 2001;37(2):244.
3. O'Rear S, Jacob B, Parekunnel A, Joby S, Qian Z. Radiology and the Dialysis Patient: Collaboration and Quality of Care. *Journal of Radiology Nursing*. 2018;37(3):211-3.
4. Fang J, Wang J-W, Li J, Li H, Shao C. The correlates of social capital and adherence to healthy lifestyle in patients with coronary heart disease. *Patient preference and adherence*. 2017;11:1701.
5. Royani Z, Ryani M, Beloved patriot; Mahdavi Fard, Masoumeh and Gleej J. The relationship between self-efficacy and self-care with empowerment in patients undergoing hemodialysis. *Journal of Military Care Sciences*. 2013;1(2):116-22.

6. Dehghani Y. Evaluation of the effectiveness of Acceptance and Commitment Group Therapy (ACT) on depression and quality of life in dialysis patients. . *Journal of Clinical Psychology*. 2017;8(3):83-95.
7. Gahlan D, Rajput R, Gehlawat P, Gupta R. Prevalence and determinants of diabetes distress in patients of diabetes mellitus in a tertiary care centre. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*. 2018;12(3):333-6.
8. Shovan Sheydayi Aghdam, Salvi Shamseddini lory, Somaye Abassi, Sara Yosefi, Safiye Abdollahi, Mohammad Moradi joo. The effectiveness of treatment based on acceptance and commitment in reducing distress and inefficient attitudes in patients with MS. *Thought & Behavior in Clinical Psychology*. 2015;9(24):57-88.
9. Navidian A, Yaghoubinia F, Ganjali A, Khoshsimae S. The effect of self-care education on the awareness, attitude, and adherence to self-care behaviors in hospitalized patients due to heart failure with and without depression. *PloS one*. 2015;10(6):e0130973.
10. Kara Kaşıkçı M, Alberto J. Family support, perceived self-efficacy and self-care behaviour of Turkish patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of clinical nursing*. 2007;16(8):1468-78.
11. Masoompour M, Tirgari B, Ghazanfari Z. The relationship between health literacy, self-efficacy, and self-care behaviors in diabetic patients. *Evidence Based Care*. 2017;7(3):17-25.
12. Hu H, Li G, Arao T. The association of family social support, depression, anxiety and self-efficacy with specific hypertension self-care behaviours in Chinese local community. *Journal of human hypertension*. 2015;29(3):198-203.
13. Bowen S, Witkiewitz K, Clifasefi SL, Grow J, Chawla N, Hsu SH, et al. Relative efficacy of mindfulness-based relapse prevention, standard relapse prevention, and treatment as usual for substance use disorders: a randomized clinical trial. *JAMA psychiatry*. 2014;71(5):547-56.
14. Lin YP, Furze G, Spilsbury K, Lewin RJ. Misconceived and maladaptive beliefs about heart disease: a comparison between Taiwan and Britain. *Journal of clinical nursing*. 2009;18(1):46-55.
15. Paryad E, Balasi LR. Smoking cessation: Adherence based on patients' illness perception after coronary artery bypass grafting surgery. *Indian Heart Journal*. 2018;70:S4-S7.

## Original Article

## Effectiveness of treatment based on commitment and acceptance on self-care behaviors and follow-up of treatment in hemodialysis patients

Received: 13/05/2020 - Accepted: 26/07/2020

Shelir karimi<sup>1</sup>  
Fardin Moradi Manesh<sup>2\*</sup>  
Parviz Askary<sup>3</sup>  
Saeed Bakhtiarpour<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Ph.D Student, Department of Health Psychology, Khoramshahr-Persian Gulf, International Branch, Islamic Azad University, khoramshahr, Iran  
<sup>2</sup>Department of Psychology, Dezfol Branch, Islamic Azad University, Dezfol, Iran

<sup>3</sup>Associate Professor, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran

<sup>4</sup>Assistant Professor, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran

Email:  
fmoradimanesh@yahoo.com

### Abstract

**Introduction:** Researches have shown that psychological dimensions play major role in the treatment of physical problems. Therefore, the aim of this study was to evaluate the effectiveness of treatment based on acceptance and commitment on self-care behaviors and follow-up of treatment in dialysis patients.

**Methods:** The research method is quasi-experimental and the research design is pre-test post-test with experimental and control groups. The statistical population of the study consisted of all dialysis patients in the dialysis ward of Bu Ali Hospital in Marivan. The number of subjects in the experimental group was 15 and the control group was 15. The experimental group underwent 8 sessions of acceptance and commitment treatment and the control group did not receive any treatment. Data collection tools were Madanloo treatment adherence questionnaire and self-care ability questionnaire (SCAS). Data were analyzed by SPSS software version 24 using analysis of covariance.

**Results:** The results showed that the difference between the mean scores of patients in the experimental group and the control group was due to the effect of the independent variable of acceptance and commitment therapy (ACT) on the variables of self-care, treatment diligence, willingness to participate in treatment, adherence to treatment, commitment to treatment and management in dialysis patients ( $P \leq 0.001$ ). However, due to the lack of significant differences between the mean scores of patients in the control and the experimental groups in the effect of independent variable, acceptance and commitment therapy (ACT) is not effective on the ability to adapt to the disease and integrate therapy to life in dialysis patients ( $P \geq 0.001$ ).

**Conclusion:** It seems that acceptance and commitment-based treatment approach is effective on self-care variables. However, it is suggested that more research be done in this field to increase the external credibility of the research.

**Key words:** Acceptance and Commitment-Based Therapy, Self-Care Behaviors, Follow-up Treatment, Dialysis Patients