خون
فصلنامه پژوهشی
دوره ۱۶ شماره ۴ زمستان ۹۸ (۲۹۹-۲۸۹)

مقاله پژوهشی

اثر درمان شناختی ـ رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در پیروی از درمان، ادراک بیماری و کیفیت زندگی در بیماران هموفیلی

زیبا برقی ایرانی[۱]، سهیلا دهخدایی[۲]، احمد علی‌پور[۳]

چکیده

سابقه و هدف

بیماری هموفیلی، از جمله بیماری‌های مزمن و نوعی اختلال در انعقاد خون است که به واسطه کمبود فاکتورهای انعقادی، شخص را در معرض انواع مشکلات جسمانی قرار می‌دهد. این امر بر بسیاری از جنبه‌های زندگی بیمار اثرگذار است. هدف از پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و مبتنی بر پذیرش و تعهد در پیروی از درمان، ادراک بیماری و کیفیت زندگی در بیماران هموفیلی در شهر اصفهان سال ۱۳۹۶ بود.

مواد و روش‌ها

این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل و دوره پیگیری بود. به منظور اجرای پژوهش، ۶۰ نفر از بیماران هموفیلی به صورت هدفمند مبتنی بر ملاک‌های ورود و خروج انتخاب و در سه گروه گمارده شدند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه‌های ادراک بیماری بردبنت، کیفیت زندگی(SF-36) و پرسشنامه پیروی درمان ماریسکی بود. محاسبات آماری با استفاده از نرم‌افزار SPSS ۲۲ در دو سطح آمار توصیفی و استنباطی انجام شد.

یافته‌ها

نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان داد که تفاوت بین میانگین نمرات دو گروه درمان شناختی- رفتاری و گروه کنترل در سه متغیر پیروی از درمان، ادراک بیماری و کیفیت زندگی معنادار بود($p< ۰/۰۵$). تفاوت بین میانگین نمرات دو گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه کنترل در سه متغیر پیروی از درمان، ادراک بیماری و کیفیت زندگی نیز معنادار بود($p< ۰/۰۵$).

نتیجه گیری

نتایج نشان داد که می‌توان از دو درمان شناختی ـ رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای افزایش پیروی از درمان، ادراک بیماری و کیفیت زندگی بیماران هموفیلی استفاده نمود.

کلمات کلیدی: **هموفیلی، درمان پذیرش و تعهد، پیروی از درمان، کیفیت زندگی**

تاریخ دریافت: ۹۷/۲/۱۵
تاریخ پذیرش: ۳ /۹۸/۶

۱- مؤلف مسئول: دکترای روانشناسی ـ استادیار دانشگاه پیام نور ـ تهران ـ ایران ـ کدپستی: ۱۴۶۱۰۷۳۹۲۸
۲- دانشجوی دکترای روانشناسی سلامت ـ دانشگاه پیام نور ـ تهران ـ ایران
۳- دکترای روانشناسی ـ استاد دانشگاه پیام نور تهران ـ تهران ـ ایران

[Downloaded from bloodjournal.ir on 2026-11-13]

مقدمه

یک درصد از جمعیت جهان درگیر اختلالات انعقادی هستند که شایع‌ترین آن‌ها، هموفیلی است. بیماری هموفیلی از دسته بیماری‌های مزمن است که به واسطه کمبود فاکتورهای انعقادی، شخص را در معرض انواع مشکلات جسمانی قرار می‌دهد(۱). بروز هموفیلی نوع A ، ۱ نفر در هر ۵۰۰۰ و نوع B ، ۱ نفر در هر ۵۰۰۰۰ تولد پسر برآورد شده است و این میزان در نژادهای مختلف تفاوتی ندارد(۲). طبق برآورد فدراسیون جهانی هموفیلی، در حدود ۴۰۰۰۰۰ نفر در جهان به این بیماری مبتلا هستند(۳). براساس آمار انجمن هموفیلی در ایران، حدود ۱۲ هزار نفر به اختلالات انعقادی دچار هستند و از این میزان ۶ هزار و ۵۰۰ نفر هموفیلی دارند؛ که استان تهران با آمار بالغ بر ۱۸۰۰ نفر دارای بیشترین تعداد مبتلایان می‌باشد(۴). این بیماری می‌تواند تمامی ابعاد زندگی فرد و خانواده وی را تحت تاثیر قرار دهد. بنا به ماهیت بیماری، خونریزی‌های تکرار شونده خود به خودی و یا با کوچکترین ضربه، می‌تواند بر جسم و روح بیمار تاثیر گذارد. هم چنین درمان و هزینه‌های هنگفت آن، مسأله امنیت سلامت فرآورده‌های خونی به خصوص فاکتورهای انعقادی که به طور جدی بیماران و خانواده‌های آنان را در معرض ابتلا به انواع بیماری‌های ویروسی قرار می‌دهد(۵). پیروی از درمان در بیماران مزمن به خصوص بیماران هموفیلی موضوعی است که از دیرباز مطرح بوده است؛ چرا که عدم پیروی همواره یک مشکل مهم و چند وجهی در حوزه سلامت محسوب می‌گردد(۶). همکاری ضعیف در درمان، هم برای بیماران و هم برای سیستم‌های ارائه‌کننده مراقبت‌های مرتبط با سلامت، زنگ خطر محسوب می‌شود؛ زیرا از منظر بالینی، عدم پیروی از درمان سبب کاهش اثرات مفید درمانی، علائم و نشانه‌ها، افزایش عوارض و افزایش میزان بستری و یا حتی مرگ می‌گردد(۷). به طوری که داشتن تصوری غلط درباره بیماری می‌تواند به پیروی ضعیف‌تر منجر شود(۸). به علاوه برخی مطالعه‌ها نشان داده‌اند، درک منفی از وضعیت بیماری با عدم پیروی از درمان، ناتوانی بیشتر در آینده، کاهش سرعت بهبود و کیفیت زندگی پایین‌تر همراه است(۹). هم چنین عوارض بیماری و درمان از جمله درد و خونریزی، خطر هپاتیت و ایدز، اضطراب و افسردگی و ایزوله شدن، با افزایش سن بیشتر می‌شود و منجر به کاهش کیفیت زندگی بیماران می‌گردد(۱۰). کیفیت زندگی یک ساختار ذهنی متغیر و شامل خصوصیات جسمی، روانی و اجتماعی است و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، زیر مجموعه‌ای از مفهوم کلی کیفیت زندگی است که توسط بیماری یا درمان تأثیر پذیرفته است و شاخص مهمی در ارزشیابی درمان‌ها و مراقبت‌هاست(۱۲، ۱۱). مطالعه‌های گذشته نشان می‌دهند که کیفیت زندگی بیماران هموفیلی نسبت به افراد سالم پایین‌تر است(۱۳). بنابراین انجام مداخلاتی در راستای بهبود پیروی بیماران هموفیلی از دستورات مراقبتی، ادراک بیماری و در نهایت افزایش کیفیت زندگی ضروری به نظر می‌رسد(۱۴). بر اساس جست و جوهای انجام شده، پژوهشی که به طراحی و اقدام مداخلاتی در زمینه بهبود وضعیت روان شناختی بیماران هموفیلی باشد، تاکنون انجام نشده است؛ لیکن در بررسی سایر بیماری‌های مزمن نشان داده اند، مداخله شناختی ـ رفتاری(cognitive behavior therapy) در بهبود پیروی از درمان بیماران، ادراک بیماری و کیفیت زندگی مؤثر بوده است(۱۹-۱۵). درمان شناختی-رفتاری، نوعی روان درمانی است که به بیماران کمک می‌کند تا به درک افکار و احساساتی که بر روی رفتارشان تاثیر می‌گذارد، نائل گردند. این درمان کوتاه مدت است و در خلال درمان، فرد یاد می‌گیرد که چگونه الگوهای فکری مخرب یا مزاحمی که دارای تاثیر منفی بر روی رفتارش هستند را شناسایی و تغییر دهد(۱۸). هم چنین امروزه درمانگران با نسل سوم درمان‌ها مواجه‌اند و آن‌ها را می‌توان تحت مدل‌های مبتنی بر پذیرش، درمان مبتنی بر ذهن آگاه (based cognitive therapy mindfulness) و درمان پذیرش و تعهد (acceptance and commitment therapy) برشمرد(۲۰). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد درمانی یک رویکرد بافت‌گرا است که با مراجع به چالش می‌پردازد تا افکار و احساسات خود را پذیرفته و نسبت به تغییرات لازم متعهد شود(۲۱). در درمان‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد با استفاده از مثال و تشبیه تلاش می‌شود تا فرد بدون اجتناب از افکار و احساسات ناراحت کننده با

[Downloaded from bloodjournal.ir on 2026-11-13]

روش متفاوتی، وضعیت زندگی خود را بهبود دهد. هدف این شیوه درمانی، کمک به مراجع برای دستیابی به یک زندگی ارزشمندتر و رضایت‌بخش‌تر از طریق افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی و نه تمرکز صرف بر بازسازی‌های شناختی است(۲۲). پژوهش‌ها بر اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بر بهبود فعالیت‌های خود مراقبتی، ادراک بیماری و کیفیت زندگی تاکید می‌کنند(۲۷-۲۳). دو فرضیه پژوهش عبارتند از:

۱- درمان شناختی - رفتاری بر پیروی از درمان، ادراک بیماری و کیفیت زندگی در بیماران هموفیلی تاثیر معناداری دارد.

۲- درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پیروی از درمان، ادراک بیماری و کیفیت زندگی در بیماران هموفیلی تاثیر معناداری دارد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی و دارای طرح پیش آزمون و پس آزمون همراه با گروه کنترل و دوره پیگیری بود که طی آن تاثیر متغیر مستقل (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی-رفتاری) بر متغیرهای وابسته (پیروی از درمان، ادراک بیماری و کیفیت زندگی) در بیماران هموفیلی شهر اصفهان در سال ۱۳۹۶ بررسی شد. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه بیماران هموفیلی شهرستان اصفهان که در کانون هموفیلی دارای پرونده بیماری بوده‌اند و تعداد آن‌ها جمعاً ۶۱۰ نفر هستند، بود. تعداد ۶۰ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند مبتنی بر ملاک‌های ورود و خروج انتخاب شدند و در ۳ گروه ۲۰ نفره گمارده شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل: حداقل سن ۱۸ سال، سواد خواندن و نوشتن و ملاک‌های خروج شامل دو جلسه غیبت متوالی یا غیر متوالی، ابتلا به سایر بیماری‌های جسمی، عدم همکاری و تمایل به شرکت در پژوهش بود. پس از این که پیش آزمون سه پرسشنامه پژوهش (پرسشنامه‌های کیفیت زندگی، پیروی درمان و ادراک بیماری) بر روی شرکت‌کنندگان اجرا شد؛ برای گروه آزمایش اول ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان شناختی-رفتاری و برای گروه آزمایش دوم، ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش اجرا گردید. در این دوره ۱/۵ ماهه گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند، اما به منظور رعایت اخلاق پژوهش بعد از اتمام پژوهش برای آن‌ها دو جلسه شیوه‌های ارتباط مؤثر برگزار گردید. پس از پایان جلسه دهم، گروه آزمایش و گروه گواه در مرحله پس‌آزمون به سه پرسشنامه پژوهش پاسخ دادند و ۴۵ روز بعد پی‌گیری اجرا شد. پرسشنامه‌های پژوهش عبارتند از:

الف) پرسشنامه پیروی از درمان: به منظور ارزیابی پیروی از درمان از پرسشنامه پیروی ماریسکی(۱۹۹۲) که شامل ۹ سؤال ۵ گزینه‌ای می‌باشد، استفاده شد. در این ابزار سؤالات به گونه‌ای طراحی شدند که امتیازات بالاتر به معنی پیروی بیشتر می‌باشد به این ترتیب امتیازات(۱-۰) نشان‌دهنده پیروی ضعیف و(۴-۳) نشان‌دهنده پیروی خوب می‌باشد. در تحقیقات مختلف روایی و پایایی مناسبی از این پرسشنامه گزارش شده است(۲۸).

ب) پرسشنامه ادراک بیماری: فرم پرسشنامه کوتاه ادراک بیماری، یک پرسشنامه ۹ سؤالی است که برای ارزیابی تجسم عاطفی و شناختی بیماری طراحی شده است. سؤال‌ها به ترتیب پیامدها، طول مدت، کنترل شخصی، کنترل درمان، ماهیت، نگرانی، شناخت بیماری، پاسخ عاطفی و علت بیماری را می‌سنجند. دامنه نمرات ۸ سؤال اول از ۱ تا ۱۰ است. سؤال ۹ پاسخ باز بوده و سه علت عمده ابتلا به بیماری را به ترتیب مورد سؤال قرار می‌دهد. در تحلیل نهایی توصیه شده است که هر یک از زیر مقیاس‌ها به طور جداگانه مورد تحلیل قرار گیرند. آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه ۰/۸۰ و ضریب پایایی بازآزمایی به فاصله ۶ هفته برای سؤالات مختلف، از ۰/۴۲ تا ۰/۷۵ گزارش شده است. روایی هم‌زمان مقیاس با پرسشنامه ادراک بیماری تجدید نظر شده در نمونه‌ای از بیماران مبتلا به آسم، دیابت و بیماران کلیوی، نشان‌دهنده همبستگی زیر مقیاس‌ها از ۰/۳۲ تا ۰/۶۳ می‌باشد. هم چنین همبستگی نمرات زیر مقیاس‌های مقیاس مذکور با خودکارآمدی خاص بیماران مبتلا به آسم ۰/۴۷ تا ۰/۵۳ به دست آمد. روایی تفکیکی پرسشنامه کوتاه ادراک بیماری از طریق مقایسه نمره‌های بیماران مبتلا به دیابت، آسم، درد

[Downloaded from bloodjournal.ir on 2026-11-13]

جدول ۱: خلاصه جلسات درمان شناختی ـ رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسات	توضیحات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	توضیحات درمان شناختی ـ رفتاری
جلسه اول	معرفی اعضا و قواعد گروه- مفهوم سازی متغیرهای پژوهش و نوع درمان-اجرای پیش آزمون	معرفی اعضا و قواعد گروه - مفهوم‌سازی متغیرهای پژوهش و نوع درمان- اجرای پیش‌آزمون پرسشنامه‌های پژوهش
جلسه دوم	معرفی ذهن و زبان از نگاه اکت- معرفی محصولات ذهنی و ارائه تکلیف ثبت تجربه روزانه محصولات ذهن	توضیح مفهوم خودکارآمدی، تبیین تعامل بین شناخت - هیجان- رفتار، نوشتن آن‌ها در جدول سه ستونی و دریافت مثال از شرکت‌کنندگان. دادن تکلیف خانگی جهت ثبت وقایع فعال‌ساز و بررسی واکنش هیجانی و باورها و افکار آن‌ها.
جلسه سوم	ارائه استعاره چاله و بیلچه به معرفی دقیق‌تر ذهن و محصولات ذهنی و راهبردهای کنترل و اجتناب و ارائه تکلیف به جهت مشخص شدن چاله‌ها و بیلچه	بررسی تکالیف خانگی، تمثیل چمدان و ذهن در داشتن وسایل غیر ضروری باورهای غیر منطقی، معرفی القای فکر، آشنایی با طرح‌واره‌های عمیق و باورهای زیر بنایی افسرده‌ساز.
جلسه چهارم	جلسه درماندگی خلاق و بررسی چاله‌ها و بیلچه‌ها و راهبردهای کنترل و بررسی و ارزش‌گذاری رفتارهای کنترل و اجتناب و ارائه جدول بررسی پیامدهای راهبردهای کنترل	آموزش روش پیکان رو به پایین برای رسیدن به طرح‌واره‌ها و باورهای هسته‌ای از طریق حرکت از افکار خودآیند تا رسیدن به بستر تغذیه‌کننده آن‌ها.
جلسه پنجم	جلسه کنترل مسأله است نه راه حل، آموزش قوانین دنیای بیرون و دنیای درون و با ارائه استعاره دستگاه پلی‌گراف، مسأله بودن کنترل، آموزش داده شد.	بررسی تکالیف خانگی، توضیح سبک اسناد و منبع کنترل، آموزش و تمرین پیکان رو به پایین پیشرفته، نقشه‌های شناختی، تغییرپذیری باورها.
جلسه ششم	جلسه پذیرش یا تمایل با کمک از استعاره مهمان و صاحب خانه (میزبان)- آموزش رنج پاک و رنج ناپاک و ارائه جدول ثبت رنج پاک و رنج ناپاک	به چالش کشیدن باورها، معرفی دام‌ها بر کنترل افکار خودآیند، تحلیل عینی باورها، حفظ هشیاری و آگاهی نسبت به افکار خودآیند در هنگام کاهش خلق
جلسه هفتم	تصریح ارزش‌ها و هدف‌گذاری با کمک گرفتن از استعاره اتوبوس و ارائه جدول ارزش‌ها به اعضا و کمک به اعضا جهت تشخیص ارزش‌ها و هدف‌گذاری در جاده ارزش‌های خود در حضور پژوهشگر و اعضا	بررسی تکالیف خانگی، توضیح و تمرین تحلیل کارآمدی، توضیح و تمرین تحلیل هماهنگی در مورد باورهای اصلی.
جلسه هشتم	گسلش- آموزش اعضا با استفاده از استعاره اتوبوس در ارتباط با مفاهیم آمیختگی و گسلش- ارائه تمرین به اعضا در جهت عدم آمیختگی با محصولات ذهنی خود و رسیدگی به اهداف و ارزش‌ها با گسلش داشتن از ذهن	توضیح و تمرین تحلیل منطقی باورها، یافتن مخالف ورزها یا بدیل‌ها برای باورهای خود، تغییر ادراکی از طریق شناسایی نشانه‌های عود
جلسه نهم	خود به عنوان زمینه با استفاده از استعاره صفحه شطرنج – شناساندن خود مفهوم‌سازی شده برخی از اعضا به خودشان و معرفی انواع خود و آموزش این که چگونه می‌توان با استفاده از ارزش‌ها و هدف‌گذاری و گسلش به خود به عنوان زمینه رسید	روش بازداری کورتکس، روش خود تنبیهی – خود پاداشی
جلسه دهم	(جمع‌بندی و پیشگیری از عود) به جهت جلوگیری از بازگشت اعضا به اعمال بیهوده شش ضلعی انعطاف‌پذیری روانشناختی و شش ضلعی آسیب‌شناسی روانی از نگاه اکت به اعضا آموزش ارائه شد(اجرای پس آزمون).	مروری بر جلسات قبلی، خلاصه‌بندی و کمک برای اختتام درمان و نهایتاً گرفتن بازخورد از آن‌ها. در پایان جلسه پس‌آزمون به صورت هم‌زمان با گروه‌های دیگر اجرا شد.

[Downloaded from bloodjournal.ir on 2026-11-13]

قفسه سینه و سرماخوردگی محاسبه شد و مورد تأیید قرار گرفت(۲۹).

ج) پرسشنامه کیفیت زندگی: هدف از این پرسشنامه، ارزیابی کیفیت زندگی از ابعاد مختلف کارکرد جسمی، اختلال نقش به خاطر سلامت جسمی، اختلال نقش به خاطر سلامت هیجانی، انرژی/خستگی، بهزیستی هیجانی، کارکرد اجتماعی، درد و سلامت عمومی) می‌باشد. دارای ۳۶ سؤال است و از ۸ زیر مقیاس تشکیل شده و هر زیر مقیاس متشکل از ۲ الی ۱۰ ماده است. از ادغام زیر مقیاس‌ها دو زیر مقیاس کلی با نام‌های سلامت جسمی و سلامت روانی به دست می‌آید. در این پرسشنامه نمره پایین‌تر نشان‌دهنده کیفیت زندگی پایین‌تر است و برعکس. برای به دست آوردن دو زیر مقیاس کلی سلامت جسمی و سلامت روانی به این صورت عمل می‌شود که زیر مقیاس سلامت جسمی؛ جمع زیر مقیاس‌های کارکرد جسمی، اختلال نقش به خاطر سلامت جسمی، درد و سلامت عمومی می‌باشد. زیر مقیاس سلامت روانی؛ جمع زیر مقیاس‌های اختلال نقش به خاطر سلامت هیجانی، انرژی/خستگی، بهزیستی هیجانی و کارکرد اجتماعی است. آزمون پایایی با استفاده از روش آماری هم‌خوانی داخلی در مورد مقیاس‌های پرسشنامه با تعیین ضریب آلفای کرونباخ برابر ۰/۷۰ گزارش شده است. آزمون روایی با استفاده از روش آماری گروه‌های شناخته شده نیز انجام شده است. آزمون روایی همگرایی نیز به منظور بررسی فرضیات اندازه‌گیری با استفاده از همبستگی هر سؤال با مقیاس فرضیه‌سازی شده آن انجام شده است. اندازه ضریب همبستگی پیرسون برابر ۰/۴ و بیشتر مطلوب در نظر گرفته شده است(۳۰).

هم‌چنین خلاصه جلسات درمان شناختی رفتاری و جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در جدول ارائه شده است(جدول ۱). محاسبات آماری با استفاده از نرم‌افزار SPSS ۲۲ در دو سطح آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد. در سطح توصیفی میانگین و انحراف معیار ارائه شد و در سطح استنباطی نیز در راستای فرضیه‌های پژوهش از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده گردید.

یافته‌ها

در بررسی اطلاعات دموگرافیک، میانگین سن شرکت‌کنندگان گروه آزمایش(۱) که تحت درمان شناختی رفتاری بودند ۴۰/۵۵ سال، میانگین سن گروه آزمایش(۲) با اعمال درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ۴۱/۲۵ سال و در نهایت میانگین سن گروه کنترل ۴۰/۶۵ سال بود. در گروه آزمایش درمان شناختی رفتاری، ۵ نفر زیر دیپلم، ۱۰ نفر دیپلم و ۵ نفر دارای مدرک کارشناسی، در گروه آزمایش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۱۱ نفر زیر دیپلم، ۴ نفر دیپلم، ۴ نفر دارای مدرک کاردانی و ۱ نفر دارای مدرک کارشناسی، و در گروه کنترل، ۴ نفر زیر دیپلم، ۷ نفر دیپلم، ۳ نفر دارای مدرک کاردانی و ۶ نفر دارای مدرک کارشناسی بودند. میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری نمره پیروی از درمان، ادراک بیماری و کیفیت زندگی در گروه‌های آزمایش و کنترل در جدول ارائه شده است(جدول ۲). نتایج این جدول نشان می‌دهد که نمرات پیروی از درمان، ادراک بیماری و کیفیت زندگی در مرحله پس‌آزمون افزایش داشته و در دوره پی‌گیری نیز هم‌چنان ماندگار بوده است.

در ادامه به منظور بررسی تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر باید بیان نمود که پیش‌فرض‌های طبیعی بودن داده‌ها از طریق آزمون شاپیرو- ویلک، پیش‌فرض تساوی واریانس‌ها از طریق آزمون لوین و پیش‌فرض یکسانی ماتریس کواریانس متغیرهای وابسته از طریق آزمون باکس بررسی و بر قرار بود؛ لیکن آزمون ماچلی جهت بررسی ماتریس کوواریانس خطای مربوط به متغیرهای وابسته، برای متغیرهای پژوهش بر قرار نبود و در نتیجه از آزمون گرینهاوس گیسر استفاده شد.

با توجه به معنادار بودن تعامل عامل با گروه در سه متغیر پیروی از درمان(۰/۰۰۱ =p ، ۳۵/۸۲ =F)، ادراک بیماری (۰/۰۰۱ =p ، ۷/۴۰ =F) و کیفیت زندگی(۰/۰۰۱ =p ، ۹/۹۶ =F) و با توجه به معنادار بودن منبع گروه در هر سه متغیر پیروی از درمان(۰/۰۲۳ =p ، ۵/۶۳ =F) ، ادراک بیماری(۰/۰۰۳ =p، ۹/۹۵ =F) و کیفیت زندگی(۰/۰۴۴ =p، ۴/۳۴ =F)، می‌توان گفت تفاوت معناداری بین گروه آزمایشی شناختی و رفتاری و گروه کنترل برای هر سه

[Downloaded from bloodjournal.ir on 2026-11-13]

جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری نمرات پیروی از درمان، ادراک بیماری و کیفیت زندگی در سه گروه

گروه	آماره	پیروی از درمان			ادراک بیماری			کیفیت زندگی		
		پیش آزمون	پس آزمون	پی‌گیری	پیش آزمون	پس آزمون	پی‌گیری	پیش آزمون	پس آزمون	پی‌گیری
رفتار درمانی شناختی	میانگین	۶۰/۶	۷۰/۱۵	۶۸/۶۸	۵۰/۵	۵۳/۵۸	۵۳/۶۸	۱۴۴/۶۸	۱۵۲/۲۷	۱۵۶/۴۵
	تعداد	۲۰	۱۹	۱۹	۲۰	۱۹	۱۹	۲۰	۱۹	۱۹
	انحراف استاندارد	۴/۲۴	۷/۲۷	۷/۲	۳/۵	۳/۸۹	۳/۵۴	۲۰/۴۲	۲۱/۰۲	۱۸/۷
درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	میانگین	۶۲/۱۵	۷۰/۵۸	۷۰/۵۸	۴۸/۴۵	۵۶/۷۳	۵۴/۲۱	۱۴۴/۷۸	۱۵۴/۳	۱۵۷/۳۵
	تعداد	۲۰	۱۹	۱۹	۲۰	۱۹	۹/۱	۲۰	۱۹	۱۹
	انحراف استاندارد	۴/۶۵	۶/۱۳	۶/۲۳	۳/۶۴	۶/۷۸	۷/۶	۱۶/۴۸	۱۷/۹۹	۱۷/۷۶
گروه کنترل	میانگین	۶۳/۵۵	۶۰/۸۳	۶۲/۰۵	۴۷/۹	۴۶/۵۵	۴۷/۸۸	۱۳۹/۰۴	۱۴۱/۲۷	۱۴۲/۳۴
	تعداد	۲۰	۱۸	۱۸	۲۰	۱۸	۱۸	۲۰	۱۸	۱۸
	انحراف استاندارد	۲/۰۱	۷/۶۴	۶/۹۶	۳/۸۸	۷/۷۲	۷/۸۸	۹/۵۵	۱۰/۵	۱۰/۶۷

جدول ۳: تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر روی نمرات پیروی از درمان، ادراک بیماری و کیفیت زندگی

گروه	مقیاس		منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	p-value	اندازه اثر	توان آماری
درمان شناختی رفتاری	پیروی از درمان	درون گروهی	عامل	۲۶۲/۵۲۱	۲	۱۳۱/۲۶۰	۱۲/۸۷۵	۰/۰۰۱	۰/۲۶۹	۰/۹۹
			عامل*گروه	۷۳۰/۴۸۵	۲	۳۶۵/۲۴۲	۳۵/۸۲۶	۰/۰۰۱	۰/۵۰۶	۰/۹۹
			خطا	۷۱۳/۶۴۱	۷۰	۱۰/۱۹۵	–	–	–	–
		بین گروهی	گروه	۵۴۴/۶۲۹	۱	۵۴۴/۶۲۹	۵/۶۳۱	۰/۰۲۳	۰/۱۳۹	۰/۶۳۶
			خطا	۳۳۸۵/۴۶۱	۳۵	۹۶/۷۲۷	–	–	–	–
	ادراک بیماری	درون گروهی	عامل	۶۴/۲۷۰	۲	۳۲/۱۳۵	۵/۰۶۲	۰/۰۰۹	۰/۱۲۶	۰/۸
			عامل*گروه	۹۳/۹۶۴	۲	۴۶/۹۸۲	۷/۴۰۱	۰/۰۰۱	۰/۱۷۵	۰/۹۳
			خطا	۴۴۴/۳۶۱	۷۰	۶/۳۴۸	–	–	–	–
		بین گروهی	گروه	۷۳۷/۴۴۰	۱	۷۳۷/۴۴۰	۹/۹۵۶	۰/۰۰۳	۰/۲۲۱	۰/۸۶۶
			خطا	۲۵۹۲/۵۶۰	۳۵	۷۴/۰۷۳	–	–	–	–
	کیفیت زندگی	درون گروهی	عامل	۱۱۷۱/۶۷۲	۲	۵۸۵/۸۳۶	۳۱/۷۶۱	۰/۰۰۹	۰/۴۵۵	۰/۹۹
			عامل*گروه	۳۶۷/۵۷۱	۲	۱۸۳/۷۸۶	۹/۹۶۴	۰/۰۰۱	۰/۲۰۸	۰/۹۸۱
			خطا	۱۴۰۱/۸۴۱	۷۶	۱۸/۴۴۵	–	–	–	–
		بین گروهی	گروه	۳۱۵۰/۳۳۸	۱	۳۱۵۰/۳۳۸	۴/۳۴۳	۰/۰۴۴	۰/۱۰۳	۰/۵۲۸
			خطا	۲۷۵۶۲/۰۰۱	۳۸	۷۲۵/۳۱۶	–	–	–	–

[Downloaded from bloodjournal.ir on 2026-11-13]

جدول ۴: تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روی نمرات پیروی از درمان، ادراک بیماری و کیفیت

گروه	مقیاس		منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	p-value	اندازه اثر	توان آماری
درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	پیروی از درمان	درون گروهی	عامل	۲۶۰/۷۳۸	۲	۱۳۰/۳۶۹	۱۳/۵۶۰	۰/۰۰۱	۰/۲۷۹	۰/۹۹
			اثر تعاملی	۶۹۰/۰۷۱	۲	۳۴۵/۰۳۶	۳۵/۸۸۷	۰/۰۰۱	۰/۵۰۶	۰/۹۹
			خطا	۶۷۳/۰۱۰	۷۰	۹/۶۱۴	–	–	–	–
		بین گروهی	گروه	۸۷۷/۳۱۰	۱	۸۷۷/۳۱۰	۱۰/۲۰۱	۰/۰۰۱	۰/۲۲۶	۰/۸۷۴
			خطا	۳۰۰۹/۹۸۷	۳۵	۸۶/۰۰۰	–	–	–	–
	ادراک بیماری	درون گروهی	عامل	۲۹۳/۳۳۲	۲	۱۴۶/۶۶۶	۱۴/۸۵۸	۰/۰۰۹	۰/۲۹۸	۰/۹۹
			عامل*گروه	۴۲۴/۷۲۰	۲	۲۱۲/۳۶۰	۲۱/۵۱۳	۰/۰۰۱	۰/۳۸۱	۰/۹۹
			خطا	۶۹۰/۹۹۲	۷۰	۹/۸۷۱	–	–	–	–
		بین گروهی	گروه	۹۰۶/۷۴۱	۱	۹۰۶/۷۴۱	۸/۴۷۲	۰/۰۳	۰/۱۹۵	۰/۸۰۸
			خطا	۳۷۴۶/۰۳۴	۳۵	۱۰۷/۰۳۰	–	–	–	–
	کیفیت زندگی	درون گروهی	عامل	۱۳۵۸/۰۳۷	۲	۶۷۹/۰۱۸	۴۹/۹۶۶	۰/۰۰۱	۰/۵۶۸	۰/۹۹
			عامل*گروه	۴۷۷/۵۵۳	۲	۲۳۸/۷۷۷	۱۷/۵۷۱	۰/۰۰۱	۰/۳۱۶	۰/۹۹
			خطا	۱۰۳۲/۸۰۴	۷۶	۱۳/۵۹۰	–	–	–	–
		بین گروهی	گروه	۳۸۰۲/۹۵۲	۱	۳۸۰۲/۹۵۲	۶/۴۸۸	/۰۱۵	۰/۱۴۶	۰/۶۹۹
			خطا	۲۲۲۷۲/۱۰۶	۳۸	۵۸۶/۱۰۸	–	–	–	–

متغیر پژوهش وجود دارد(جدول ۳)(p< ۰/۰۵). مقدار اندازه اثر منبع بین گروهی نشان می‌دهد که ۱۳/۹٪ از تفاوت افراد در پیروی از درمان، ۲۲/۱٪ از تفاوت در ادراک بیماری و ۱۰/۳٪ از تفاوت در کیفیت زندگی در پس آزمون به تفاوت بین دو گروه شناختی و رفتاری و کنترل و برای متغیر مستقل(درمانی شناختی رفتاری) به حساب آمده است(جدول ۴).

بحث

نتایج فرضیه اول پژوهش نشان داد که بین دو گروه کنترل و آزمایش درمان شناختی رفتاری در سه متغیر پیروی از درمان، ادراک بیماری و کیفیت زندگی بیماران تفاوت معناداری وجود دارد بدین معنا که درمان شناختی و رفتاری سبب افزایش پیروی از درمان، ادراک بیماری و کیفیت زندگی در بیماران هموفیلی شده است.

پورحقیقی و همکاران دریافتند که درمان شناختی- رفتاری به شیوه گروهی با تاثیر بر افکار و باورهای ناکارآمد و سوگیری‌های شناختی بر میزان ادراک بیماری و ادراک درد موثر است (۱۶).

هژیر و همکاران دریافتند که درمان شناختی- رفتاری بر مبنای ساخت نظری مونی و پادسکی بر تعدیل بازنمایی های ادراکی از بیماری و ارتقا حالات عاطفی بیماران موثر است (۱۷).

آدمیت و همکاران در تحلیل و بررسی تاثیر درمان شناختی- رفتاری بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نتیجه گرفتند که درمان شناختی رفتاری بر کیفیت زندگی و همه مؤلفه‌های آن تاثیر معناداری دارد (۱۸).

گلنجینس و همکاران نشان دادند که درمان شناختی رفتاری بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به فشار خونی موثر واقع شده و سبب افزایش کیفیت زندگی در دو بعد سلامت جسمی و سلامت روانی شده است (۱۹).

در تبیین نظری این یافته ها باید بیان نمود که احساس خشم، اضطراب و ترس ناشی از ابتلا به یک بیماری مزمن و دائمی(مانند ابتلا به دردهای مزمن یا بیماری‌هایی نظیر

[Downloaded from bloodjournal.ir on 2026-11-13]

هموفیلی)، عوارض روان شناختی متعددی به دنبال داشته و با ایجاد حالت آماده باش در بدن، سبب فرسایش ذخایر جسمانی و روانی فرد مبتلا می‌شود، همین امر نقش مؤثری را بر ناامیدی از درمان و عدم پیروی بیمار از دستورات درمانی ایفا می‌کند(۱۵). از این رو درمان شناختی رفتاری با تمرکز بر روی افکار به بیماران کمک می‌کند تا ابتدا از افکار و احساسات خویش آگاه شوند و با شناسایی تحریف‌های شناختی و باورهای ناکارآمد و جایگزین کردن آنها با راهکارهای واقعی و عینی‌تر به تصحیح آنها بپردازند و پردازش اطلاعات و فرآیند استدلال خودشان را بهبود بخشند(۳۱). یکی از فرض‌های روش‌ها و فنون شناخت درمانی این است که افراد بر حسب ادراکی که از امور و رویدادها دارند، به آن‌ها واکنش نشان می‌دهند. فرض دوم شناخت درمانی این است که شناخت‌های غلط سبب اختلالات هیجانی می‌شوند(۳۲). از این رو درمان شناختی رفتاری با ایجاد تغییر در تحریف‌های شناختی بیماران هموفیلی هم‌چون فاجعه آفرینی، احساس درماندگی، اضطراب و ارزیابی و تفسیر آنان از بیماری و پیامدهای آن می‌تواند در فرایند ادراکی بیماران از بیماری تاثیر مثبتی داشته باشد(۳۳). همچنین از طریق آموزش آرمیدگی عضلانی و تنفس دیاگرامی به این بیماران آموزش داده شد تا استرسی را که در زندگی روزانه با آن مواجه هستند، کنترل کنند و از طریق کنترل تفکر منفی به بیماران آموزش داده شد تا از افسردگی و علائم جسمی مرتبط با این افکار بکاهند. بنابراین تغییر باورهای تحریف شده و کاهش تنش روانشناختی سبب بهبود کیفیت زندگی بیماران هموفیلی شده است.

نتایج بررسی فرضیه دوم نشان داد که بین دو گروه کنترل و آزمایش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در سه متغیر پیروی از درمان، ادراک بیماری و کیفیت زندگی بیماران تفاوت معناداری وجود دارد بدین معنا که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد سبب افزایش پیروی از درمان، ادراک بیماری و کیفیت زندگی در بیماران هموفیلی شده است. نتایج پژوهش امین پور حاکی از اثر بخشی مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر استرس ادراک شده، راهبردهای مقابله با استرس و ادراک بیماری بر بیماران زن مبتلا به کولیت اولسراتیو بود(۲۱). ایلنبرگ و همکاران نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ادراک بیماری تاثیر دارد(۲۲). سبوحی و همکاران نتیجه گرفتند که مشاوره مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود کیفیت زندگی زنان موثر بوده است(۲۳). نصیری و همکاران نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر درمان بر کیفیت زندگی و ابعاد آن تاثیر معناداری دارند(۲۴).

در تبیین احتمالی یافته فوق می توان گفت که در رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد به مراجعان آموزش داده می‌شود که در گام اول هیجانات خود را بپذیرد و در«اینجا و اکنون» از انعطاف‌پذیری بیشتری برخوردار شود. بدین معنا که در طی فرآیند جلسات درمانی بیماران تشویق می‌شوند تا ضمن شناخت احساسات و هیجانات روانشناختی (شادی، خشم و...) و زیستی خود، شناخت موقعیت‌ها و عوامل مسبب بروز ناامیدی از درمان، شناخت رفتارها و اعمالی که هنگام مواجهه با موقعیت‌های تنش‌زا(برای مثال هنگام عود یا تشدید علائم بیماری) از خود نشان می‌دهند، مبارزه‌ی غیرسودمند با محتوای روانی را کاهش دهند و موضعی با پذیرش بیشتر را ایجاد کنند تا بتوانند در یک جهت ارزشمند حرکت کنند(۳۴). در این رویکرد به فرد آموزش داده می‌شود که بدون تلاش برای کنترل بر افکار مربوط به بیماری، به افکار مرتبط با بیماری اجازه حضور در ذهن دهد. هنگامی که این تجربیات، یعنی افکار و احساسات، با گشودگی و پذیرش مشاهده شوند، حتی دردناکترین آن‌ها کمتر تهدیدکننده و قابل تحمل‌تر به نظر می‌رسند، در عوض اعمال کنترلی غیر موثر کاهش می‌یابند. بدین ترتیب، با افزایش پذیرش بیماری و تعهد به درمان، ادراک بیمار راجع به بیماری و به طبع پیروی از دستورات درمانی افزایش می‌یابد(۳۵). هم چنین درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش تاکید بسیاری بر شناسایی ارزش‌ها و تعهد به آن‌ها دارد و سبب می شود تا بیماران بار دیگر ارزش‌های خانوادگی، تحصیلی و شغلی، اهداف، راه‌های رسیدن و موانع درونی یا بیرونی که مانع رسیدن به آنها می شود، را شناسایی و نسبت به این ارزش‌ها تعهد پیدا کنند. فرآیندهای تعهد شامل استفاده از تمرینات تجربه‌ای و استعاره‌هایی است که به آزمودنی‌ها کمک می‌کند اهدافی

[Downloaded from bloodjournal.ir on 2026-11-13]

که به طور هدفمند و معنادار در زندگی شان بر مـی‌گزیننـد را به طور کلامی بیان کنند(یعنی ارزش‌هـا) و بـه تغییـرات رفتاری پایدار که بر اساس این ارزش ها هدایت مـی‌شـود، متعهد شوند که این امر بر کیفیت زندگی بیماران همـوفیلی تاثیرگذار است(۳۶). از محدودیت‌های پژوهش حاضـر آن است که این پژوهش بر روی بیماران هموفیلی انجام شـده است لذا در تعمیم نتایج به سایر بیماران مبـتلا بـه بیمـاری های خـاص ماننـد اماس و سـرطان، مـی بایسـت جوانـب احتیاط را رعایت نمود. پیشنهاد می‌شود از درمـان شـناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به منظور ارتقـای سلامت روان شناختی بیماران مبـتلا بـه همـوفیلی اسـتفاده شود.

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج به دست آمده می‌توان گفت که تـلاش برای تغییر نگرش و باورهای هسـته‌ای و منفـی در درمـان شـناختی رفتـاری و پـذیرش بیمـاری از سـوی بیمـاران هموفیلی در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، منجر به بهبود وضعیت روان شناختی بیماران هموفیلی گردیـده اسـت. در هر دو درمان، نگرش و نحوه ی برداشت ذهنـی بیمـاران از بیماری شان و علائم آن تغییر یافتـه اسـت و مـی تـوان در کلینیک‌هـای روانشـناختی و کارگـاه هـای آموزشـی بـرای افزایش پیروی از درمان، ادراک بیمـاری و کیفیـت زنـدگی بیماران هموفیلی استفاده نمود.

تشکر و قدردانی

از مسئولین محترم کانون بیماران هموفیلی شهر اصـفهان جهت همکاری در روند اجرای پژوهش صمیمانه تقـدیر و تشکر می‌نماییم.

References:

1- Payandeh M, Amirifard N, Sadeghi E, Sadeghi M, Choubsaz M, Noor Mohammadi Far F. The survey of effective agents on factor viii and ix inhibitors in opatients with hemophilia A and B in kermanshah province. IJBC 2015; 7(4): 191-4.
2- Coppola A, Di Capua M, Di Minno MND, Di Palo M, Marrone E, Ieranò P. Treatment of hemophilia: a review of current advances and ongoing issues. J Blood Med 2014; 1: 183-95.
3- Chen HF, Chang SP, Wu SH, Lin WH, Lee YC, Ni YH, et al. Validating a rapid, real-time, PCR-based direct mutation detection assay for preimplantation genetic diagnosis. Gene 2014; 548: 299-305.
4- Zarei M. Developing of Esfahan's hemophilia patient's achievement model and effectives of training package Derived from this model on occupation and psychological variables.[Psychological PhD Thesis]. Isfahan: Khorasgan Azad University; 2017. p .?.
5- Dekoven M, Wisniewski T, Petrilla A, Holot N, Lee WC, Cooper DL, et al. Health-related quality of life in haemophilia patients with inhibitors and their caregivers. Hemophilia 2013; 19(2): 287-93.
6- Erien JA. Adherence revisited: The patient's choice. Orthop Nurs 2002; 21(2): 79-82.
7- Alborzimanesh M, Kimiagar M, Rashidkhani B, Atefi-Sadrini S. The relation between overweight and obesity with some lifestyle factors in the 3rd – 5th grade primary schoolgirls in Tehran City 6th district. J Nutrition Sciences and Food Technology of Iran 2011; 6(3): 75-84. [Article in Farsi]
8- Kalantari H, Bagherian Sararoodi R, Afshar H, Khoramian N, Forouzandeh N, Daghagh Zadeh H, et al. Relationship between Illness perceptions and quality of Life in patients with irritable bowel syndrome. J Mazandaran Univ Med Sci 2012; 22(90): 33-41. [Article in Farsi]
9- Rouhi Balasi L, Paryad E, Kazemnezhad Leili E, Booraki S, SadeghiMeibodi A, Nassiri Sheikhani N. Study status of care adherence and its related factors in patients undergoing. J Holist Nurs Midwifery 2015; 25(3): 34-45.
10- Sein E. Chronic illness: The child and the family. Current Pediatrics 2001; 11: 46-50.
11- Drotar D. Validating measures of pediatric health status, functional status, and health-related quality of life: key methodological challenges and strategies. Ambul Pediatr 2004; 4(4 Suppl): 358-64.
12- Nejat S. Quality of life and measurement, Iranian Journal of Epidemiology 2008; 4(2): 57-62. [Article in Farsi]
13- Royal S. Quality of life differences between prophylactic and on-demand factor replacement therapy in European Hemophilia patient. Hemophilia 2002; 8(1): 44-50.
14- Jopson NM, Moss-Morris R. The role of illness severity and illness representations in adjusting to multiple sclerosis. J Psychosom Res 2003; 54(6): 503-11.
15- Oraki M, Zare H, Shirazi N, Hasanzadeh Pashang S. The effect of cognitive behavioral anger management training on treatment adherence and glycemic control in patients with type 2 diabetes M. Journal of Health Psychology 2013; 1(4): 56-70. [Article in Farsi]
16- Hamzehpour Haghighi T, Dousty Y, Fakhri MK. Effectiveness of group cognitive behavioral therapy on illness and pain perception in patients with rheumatoid

[Downloaded from bloodjournal.ir on 2026-11-13]

arthritis. Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences 2015; 20(3): 45-57. [Article in Farsi]
17- Hazhir F, Ahadi H, Pourshabaz A, Rezaei M. The effectiveness of cognitive- behavior therapy on illness representations of multiple-sclerosis and improving their emotional states. Journal of Kermanshah University of Medical Sciences 2012; 15(6): 415- 26.
18- Adamit H, Ganbari, Soleyman. Analysis and evaluation of the effect of cognitive-behavioral therapy on quality of life in patients with diabetes, First National Conference on Psychology and Education, Feb 2013.
19- Geleijnse JM, Kok FJ, Grobbee DE. Impact of cognitive behavior therapy on lifestyle of hypertension in Western Populations. Eur J Public Health 2004; 14(3): 235-9.
20- Hayes SC, Strosahl KD. A practical guide to acceptance and commitment therapy. New York: Springer Press; 2010.
21- Hayes SC. Climbing Our Hills: A Beginning Conversation on the Comparison of Acceptance and Commitment Therapy and Traditional Cognitive Behavioral Therapy. Clinical Psychology: Science and Practice 2008; 5(2): 286-95.
22- Ruiz FJ. Acceptance and commitment therapy versus traditional cognitive behavior therapy: a systematic review and meta-Analysis of current empirical evidence. International Journal of Psychology and Psychological therapy 2012; 12(2): 333-57.
23- Shaykhan Z, Amiri P, Agilarofai M, Besharat MA. Effectiveness of acceptance and commitment group therapy on hemoglobin glycosylated healing and self-care activities in patients with type 2 diabetes. Contemporary Psychology 2014; 10(2): 41-50. [Article in Farsi]
24- Aminpour R. The Effectiveness of Acceptance and Commitment-Based Therapy on Perceived Stress, Stress-Coping Strategies and Perceived Disease in Patients with Ulcerative Colitis, Undergraduate Thesis, 2015.
25- Eilenberg T, Kronstrand L, Fink P, Frostholm L. Acceptance and commitment group therapy for health anxiety-Results from a pilot study. J Anxiety Disord 2013; 27: 461-8.
26- Sobouhi R, Fatehizade MA, Ahmadi SA, Etemadi O. The effect of counseiing-based on acceptance and commitment therapy (ACT) on the quality of life of women attending the cultural centers of the city. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry 2015; 2(1): 42-53. [Article in Farsi]
27- Nasiri S, Ghorbani M, Adibi P. The effectiveness of acceptance and commitment therapy in quality of life in patients with functional gastro intestinal Disorder. Journal of Clinical Psychology 2015; 7(4): 93-102. [Article in Farsi]
28- Barghi Irani Z, Aliakbari Dehkordi M, Zare H, Alipour A, Shahidi G. Causal relationship of disease perception, pharma-following and life quality in aged people with Parkinson. CPAP 2014; 2(10): 51-60. [Article in Farsi]
29- Broadbent E, Petrie KJ, Main J, Weinman J. The brief illness perception questionnaire. J Psychosom Res 2006; 60(6): 631-7.
30- Montazeri A, Ghatbasbi A, Vahidani Nia M. The short form health survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. Payesh 2006; 5(1): 49-52. [Article in Farsi]
31- Fenn K, Byrne M. The key principles of cognitive behavioral therapy. InnovAiT 2013; 6(9): 579-85.
32- Seif AA. Behavior Change and Behavior Therapy: Theories and Methods. Tehran: Doran Publishing; 2015. p . 24-30.
33- Oraki M, Sami, P. Investigating the Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on the Perception of Disease and its Severity in Patients with Multiple Sclerosis. Social Cognition 2016; 5(2): 107-19. [Article in Farsi]
34- Darvish Baseri L, DashtBozorgi Z. Effectiveness of Group Therapy Based on Acceptance and Commitment on Cognitive Emotion Regulation and Alexithymia of Patients with Type 2 Diabetes. Iranian Journal of Psychiatric Nursing 2017; 5(1): 7-14. [Article in Farsi]
35- Omidy A, Mohammadkhani P. Mind presence training as a clinical intervention: a conceptual/experimental review. Mental Health Quarterly 2008; 1(1): 29-38. [Article in Farsi]
36- Esmali Kooraneh A, Alizadeh M, Khanizadeh Balderlou K. The effectiveness of group psychotherapy based on Acceptance and commitment therapy on quality of life in women with breast cancer. J Urmia Univ Med Sci 2016; 27(5): 365-74. [Article in Farsi]

[Downloaded from bloodjournal.ir on 2026-11-13]

Sci J Iran Blood Transfus Organ 2019;16 (4): 289-299

Original Article

The effectiveness of cognitive-behavioral therapy and treatment based on acceptance and commitment in adherence to treatment, illness perception and quality of life in hemophilic patients

Barghi Irani Z.[1], Dehkhodaei S.[1], Alipour A.[1]

[1]*Payame Noor University of Tehran, Tehran, Iran*

Abstract

Background and Objectives

Hemophilia is one of the chronic disorders of blood coagulation which due to the lack of coagulation factors exposes the person to a variety of physical problems which affect patient. The effectiveness of cognitive-behavioral therapy and treatment based on acceptance and commitment in adherence to treatment, illness perception and quality of life in hemophilic patients was studied in Isfahan city in 1396.

Materials and Methods

This research was semi-experimental with pre-test and post-test design with control group and follow-up periods. To do the research, 60 hemophilic patients were selected based on eligibility criteria in three groups. The research instrument was a questionnaire for Broadbent questionnaire of illness perception, quality of life and Mariski treatment adherence questionnaire. The statistical analysis was done by SPSS 22 and at two descriptive and inferential levels.

Results

The results of repeated analysis of variance showed that the difference between the mean scores of the two groups of cognitive-behavioral therapy and the control group was significant in the three variables of treatment adherence, illness perception and quality of life ($p < 0.05$) and the difference between the mean scores of the two groups of the treatment based on acceptance and commitment and the control group were similarly significant in the three variables of treatment adherence, illness perception and quality of life ($p < 0.05$).

Conclusions

The results showed that the two cognitive-behavioral treatments and acceptance and commitment therapy could be used to increase adherence to treatment, illness perception and quality of life in patients with hemophilia.

Key words: Hemophilia, Acceptance and Commitment Therapy, Treatment Adherence, Life Quality

Received: 5 May 2019
Accepted: 25 Aug 2019

Correspondence: Barghi Irani Z., PhD in Psychology. Assistant Professor of Payame Noor University of Tehran. Postal Code: 1461073928, Tehran, Iran. Tel: (+9821) 84234; Fax: (+9821) 22484834
E-mail: *kimia2010@gmail.com*

[Downloaded from bloodjournal.ir on 2026-11-13]