

اثر درمان شناختی - 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 دهخدايي^۲، احمد علی پور^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 ($p < 0/05$). 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 ($p < 0/05$).

نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد که می‌توان از دو درمان شناختی - 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: ۹۸/۶/۳

۱- مؤلف مسئول: دکترای روانشناسی - استادیار دانشگاه پیام نور - تهران - ایران - کدپستی: ۱۴۶۱۰۷۳۹۲۸

۲- دانشجوی دکترای روانشناسی سلامت - دانشگاه پیام نور - تهران - ایران

۳- دکترای روانشناسی - استاد دانشگاه پیام نور تهران - تهران - ایران

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 ۵۰۰۰ 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 تصویری 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 تاثیر پذیرفته است و شاخص مهمی در ارزشیابی درمان‌ها و مراقبت‌هاست (۱۱، ۱۲). 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 جوی 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 - 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 رفتارشان 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

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. هم‌چنین 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

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 پیش‌آزمون و پس‌آزمون 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 پیش‌آزمون 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

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

جلسات	توضیحات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	توضیحات درمان شناختی - رفتاری
جلسه اول	معرفی اعضا و قواعد گروه - مفهوم سازی متغیرهای پژوهش و نوع درمان - اجرای پیش آزمون	معرفی اعضا و قواعد گروه - مفهوم سازی متغیرهای پژوهش و نوع درمان - اجرای پیش آزمون پرسشنامه های 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 شرکت کنندگان. دادن تکلیف خانگی جهت ثبت وقایع فعال ساز و بررسی واکنش هیجانی و باورها و افکار آن‌ها.
جلسه سوم	ارائه استعاره چاله و بیلچه به معرفی دقیق تر 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 افسرده ساز.
جلسه چهارم	جلسه درماندگی خلاق و بررسی چاله‌ها و بیلچه‌ها و راهبردهای کنترل و بررسی و ارزش گذاری 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 تغذیه کننده آن‌ها.
جلسه پنجم	جلسه کنترل مسأله است نه راه حل، آموزش قوانین دنیای بیرون و دنیای درون و با ارائه استعاره دستگاه پلی گراف، مسأله بودن کنترل، آموزش داده شد.	بررسی تکالیف خانگی، توضیح سبک اسناد و منبع کنترل، آموزش و تمرین پیکان رو به پایین پیشرفته، نقشه های شناختی، تغییر پذیری 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 هشباری و آگاهی نسبت به افکار خودآیند در هنگام کاهش خلق
جلسه هفتم	تصریح ارزش‌ها و هدف گذاری با کمک گرفتن از استعاره اتوبوس و ارائه جدول ارزش‌ها به اعضا و کمک به اعضا جهت تشخیص ارزش‌ها و هدف گذاری 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 مفهوم سازی شده برخی از اعضا به خودشان و معرفی انواع خود و آموزش این که چگونه می توان با استفاده از ارزش‌ها و هدف گذاری و گسلش به خود به عنوان زمینه رسید	روش بازداری کورتکس، روش خود تنبیهی - خود پاداشی
جلسه دهم	(جمع بندی و پیشگیری از عود) به جهت جلوگیری از بازگشت اعضا به اعمال بیهوده شش ضلعی انعطاف پذیری روانشناختی و شش ضلعی آسیب شناسی روانی از نگاه اکت به اعضا آموزش ارائه شد (اجرای پس آزمون).	مروری بر جلسات قبلی، خلاصه بندی و کمک برای اختتام درمان و نهایتاً گرفتن بازخورد از آن‌ها. در پایان جلسه پس آزمون به صورت هم زمان با گروه‌های دیگر اجرا شد.

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 برقرار بود؛ لیکن آزمون ماچلی جهت بررسی ماتریس کواریانس خطای مربوط به متغیرهای وابسته، برای متغیرهای پژوهش برقرار 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 ($F=35/82$ ، $p=0/001$)، ادراک بیماری ($F=7/40$ ، $p=0/001$) و کیفیت زندگی ($F=9/96$ ، $p=0/001$) و با توجه به معنادار بودن منبع گروه در هر سه متغیر پیروی از درمان ($F=5/63$ ، $p=0/023$)، ادراک بیماری ($F=9/95$ ، $p=0/003$) و کیفیت زندگی ($F=4/34$ ، $p=0/044$)، می‌توان گفت تفاوت معناداری بین گروه آزمایشی شناختی و رفتاری و گروه کنترل برای هر سه

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.

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

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	۲۶۰/۷۳۸	۲	۱۳۰/۳۶۹	۱۳/۵۶۰	۰/۰۰۱	۰/۲۷۹	۰/۹۹
		گروهی	۶۹۰/۰۷۱	۲	۳۴۵/۰۳۶	۳۵/۸۸۷	۰/۰۰۱	۰/۵۰۶	۰/۹۹
		خطا	۶۷۳/۰۱۰	۷۰	۹/۶۱۴	-	-	-	-
		بین	۸۷۷/۳۱۰	۱	۸۷۷/۳۱۰	۱۰/۲۰۱	۰/۰۰۱	۰/۲۲۶	۰/۸۷۴
		گروهی	۳۰۰۹/۹۸۷	۳۵	۸۶/۰۰۰	-	-	-	-
		خطا	-	-	-	-	-	-	-
	ادراک بیماری	درون	۲۹۳/۳۳۲	۲	۱۴۶/۶۶۶	۱۴/۸۵۸	۰/۰۰۹	۰/۲۹۸	۰/۹۹
		گروهی	۴۲۴/۷۲۰	۲	۲۱۲/۳۶۰	۲۱/۵۱۳	۰/۰۰۱	۰/۳۸۱	۰/۹۹
		خطا	۶۹۰/۹۹۲	۷۰	۹/۸۷۱	-	-	-	-
		بین	۹۰۶/۷۴۱	۱	۹۰۶/۷۴۱	۸/۴۷۲	۰/۰۳	۰/۱۹۵	۰/۸۰۸
		گروهی	۳۷۴۶/۰۳۴	۳۵	۱۰۷/۰۳۰	-	-	-	-
		خطا	-	-	-	-	-	-	-
کیفیت زندگی	درون	۱۳۵۸/۰۳۷	۲	۶۷۹/۰۱۸	۴۹/۹۶۶	۰/۰۰۱	۰/۵۶۸	۰/۹۹	
	گروهی	۴۷۷/۵۵۳	۲	۲۳۸/۷۷۷	۱۷/۵۷۱	۰/۰۰۱	۰/۳۱۶	۰/۹۹	
	خطا	۱۰۳۲/۸۰۴	۷۶	۱۳/۵۹۰	-	-	-	-	
	بین	۳۸۰۲/۹۵۲	۱	۳۸۰۲/۹۵۲	۶/۴۸۸	۰/۱۵	۰/۱۴۶	۰/۶۹۹	
	گروهی	۲۲۲۷۲/۱۰۶	۳۸	۵۸۶/۱۰۸	-	-	-	-	
	خطا	-	-	-	-	-	-	-	

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

متغیر پژوهش وجود دارد) (جدول ۳) ($p < 0/05$). 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

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 می شود که در گام اول هیجانات خود را بپذیرد و در «اینجا و اکنون» از انعطاف پذیری بیشتری برخوردار شود. بدین معنا که در طی فرآیند جلسات درمانی بیماران تشویق می شوند تا ضمن شناخت احساسات و هیجانات روانشناختی (شادی، خشم و...) و زیستی خود، شناخت موقعیت ها و عوامل مسبب بروز ناامیدی از درمان، شناخت رفتارها و اعمالی که هنگام مواجهه با موقعیت های تنش زا (برای مثال هنگام عود یا تشدید علائم بیماری) از خود نشان می دهند، مبارزه ی 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 می شود 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 آن ها کمتر تهدیدکننده و قابل تحمل تر به نظر می رسند، در عوض اعمال کنترلی غیر موثر کاهش می یابند. بدین ترتیب، با افزایش پذیرش بیماری و تعهد به درمان، ادراک بیمار راجع به بیماری و به طبع پیروی از دستورات درمانی افزایش می یابد (۳۵). هم چنین درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش تاکید بسیاری بر شناسایی ارزش ها و تعهد به آن ها دارد و سبب می شود تا بیماران بار دیگر ارزش های خانوادگی، تحصیلی و شغلی، اهداف، راه های رسیدن و موانع درونی یا بیرونی که مانع رسیدن به آنها می شود، را شناسایی و نسبت به این ارزش ها تعهد پیدا کنند. فرآیندهای تعهد شامل استفاده از تمرینات تجربه ای و استعاره هایی است که به آزمودنی ها کمک می کند اهدافی

هموفیلی)، عوارض روان شناختی متعددی به دنبال داشته و با ایجاد حالت آماده باش در بدن، سبب فرسایش ذخایر جسمانی و روانی فرد مبتلا می شود، همین امر نقش مؤثری را بر ناامیدی از درمان و عدم پیروی بیمار از دستورات درمانی ایفا می کند (۱۵). از این رو درمان شناختی رفتاری با تمرکز بر روی افکار به بیماران کمک می کند تا ابتدا از افکار و احساسات خویش آگاه شوند و با شناسایی تحریف های شناختی و باورهای ناکارآمد و جایگزین کردن آنها با راهکارهای واقعی و عینی تر به تصحیح آنها بپردازند و پردازش اطلاعات و فرآیند استدلال خودشان را بهبود بخشند (۳۱). یکی از فرض های روش ها و فنون شناخت درمانی این است که افراد بر حسب ادراکی که از امور و رویدادها دارند، به آن ها واکنش نشان می دهند. فرض دوم شناخت درمانی این است که شناخت های غلط سبب اختلالات هیجانی می شوند (۳۲). از این رو درمان شناختی رفتاری با ایجاد تغییر در تحریف های شناختی بیماران هموفیلی هم چون فاجعه آفرینی، احساس درماندگی، اضطراب و ارزیابی و تفسیر آنان از بیماری و پیامدهای آن می تواند 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

برای تغییر نگرش و باورهای هسته‌ای و منفی در درمان شناختی رفتاری و پذیرش بیماری از سوی بیماران هموفیلی در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، منجر به بهبود وضعیت روان شناختی بیماران هموفیلی گردیده است. در هر دو درمان، نگرش و نحوه ی برداشت ذهنی بیماران از بیماری شان و علائم آن تغییر یافته است و می توان در کلینیک‌های روانشناختی و کارگاه های آموزشی برای افزایش پیروی از درمان، ادراک بیماری و کیفیت زندگی بیماران هموفیلی استفاده نمود.

تشکر و قدردانی

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

که به طور هدفمند و معنادار در زندگی شان بر می‌گزینند را به طور کلامی بیان کنند (یعنی ارزش‌ها) و به تغییرات رفتاری پایدار که بر اساس این ارزش ها هدایت می‌شود، متعهد شوند که این امر بر کیفیت زندگی بیماران هموفیلی تاثیرگذار است (۳۶). از محدودیت‌های پژوهش حاضر آن است که این پژوهش بر روی بیماران هموفیلی انجام شده است لذا در تعمیم نتایج به سایر بیماران مبتلا به بیماری های خاص مانند ام‌اس و سرطان، می بایست جوانب احتیاط را رعایت نمود. پیشنهاد می‌شود از درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به منظور ارتقای سلامت روان شناختی بیماران مبتلا به هموفیلی استفاده شود.

نتیجه گیری

با توجه به نتایج به دست آمده می‌توان گفت که تلاش

References:

- 1- Payandeh M, Amirifard N, Sadeghi E, Sadeghi M, Choubasaz 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: Khorasan 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, Daghigh 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 Sheikhan 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- Hamzhepour Haghghi T, Dousty Y, Fakhri MK. Effectiveness of group cognitive behavioral therapy on illness and pain perception in patients with rheumatoid

- 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- Adami H, Ganbari, Soleyma. 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 counseing-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]

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, Dekhodaie S.¹, Alipour A.¹

¹Payame 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