

مقایسه تأثیر روان‌درمانی پویشی - حمایتی و شناختی - رفتاری بر روی افسردگی و تبعیت از درمان در بیماران همودیالیزی

تاریخ دریافت: ۹۸/۰۷/۲۲ - تاریخ پذیرش: ۹۸/۱۱/۰۱

خلاصه

مقدمه: مطالعه حاضر با هدف مقایسه تأثیر روان‌درمانی پویشی - حمایتی و شناختی - رفتاری بر افسردگی و تبعیت از درمان بیماران همودیالیزی انجام گرفت.

روش کار: پژوهش حاضر از نوع شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون در دو گروه آزمایش، یک گروه کنترل بود. شرکت‌کنندگان شامل ۴۵ نفر از بیماران همودیالیزی، که ۱۵ نفر در گروه روان‌درمانی پویشی - حمایتی، ۱۵ نفر روان‌درمانی شناختی - رفتاری و ۱۵ نفر دیگر در گروه کنترل بصورت تصادفی قرار گرفتند. درمان در طی ۱۵ جلسه به صورت فردی برای کلیه بیماران (بجز گروه کنترل) اجرا گردید. ابزارهای اندازه‌گیری شامل دو پرسشنامه افسردگی بک (II) و تبعیت از درمان بیماران مزمن کلیوی (ESRD-AQ) بود. تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها نیز با استفاده از نرم افزار SPSS-23 صورت پذیرفت.

نتایج: یافته‌ها در بررسی شاخص‌های چند متغیری و سطح معناداری ۰/۰۰۱ در درمان پویشی - حمایتی اندازه اثر کوتاه‌مدت (پیش‌آزمون - پس‌آزمون) ۰/۹۰ و بلندمدت (پیش‌آزمون - پیگیری ۴ ماهه) ۰/۸۰، در درمان شناختی - رفتاری با همین سطح معناداری، اثر کوتاه‌مدت ۰/۶۱ و اثر بلندمدت ۰/۳۹ را نشان داد و در نهایت با آزمون بن‌فرونی و با استفاده از پروفایل مقایسه میانگین‌ها اثر کوتاه‌مدت و بلندمدت در درمان پویشی - حمایتی بیشتر از درمان شناختی - رفتاری بود.

نتیجه‌گیری: درمان پویشی - حمایتی در بهبود علائم افسردگی این بیماران نسبت به درمان شناختی - درمانی مؤثرتر می‌باشد اما در خصوص تبعیت از درمان بین این دو نوع روان‌درمانی تفاوت معناداری یافت نشد.

واژگان کلیدی: افسردگی، همودیالیز، تبعیت از درمان، روان‌درمانی

پی‌نوشت: این مطالعه فاقد تضاد منافع می‌باشد.

مژگان بدیعی اول^۱

علی اکبر ثمری^{۲*}

شاپور بدیعی اول^۳

^۱دانشجوی دکتری تخصصی روان‌شناسی سلامت، واحد تربت‌جام، دانشگاه آزاد اسلامی، تربت‌جام، ایران.

^۲استادیار گروه روان‌شناسی سلامت، واحد کاشمر، دانشگاه آزاد

اسلامی، کاشمر، ایران.

^۳دانشیار گروه طب چینی و مکمل، دانشکده طب ایرانی و مکمل، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

Email: aasamari87@gmail.com

مقدمه

نارسایی مزمن کلیوی از جمله بیماری‌هایی است که در بیماران آن باید علاوه بر آسیب جسمی، به جنبه‌های روان‌شناختی بیماری که در طول عمر، افراد مبتلا را تحت تأثیر قرار می‌دهد، نیز توجه کرد (۱).

مزمن بودن بیماری کلیوی و طولانی بودن مدت همودیالیز، مشکلات روانی شدیدی را به خصوص به صورت افسردگی در این بیماران پدید می‌آورد که اتخاذ تدابیر مناسب برای کاهش یا رفع این مسائل روانی را می‌طلبد. بیمارانی که نیازمند همودیالیز در مدت زمانی طولانی هستند، اغلب نگران بیماری‌های غیر قابل پیش‌بینی و ایجاد اختلال در زندگی خود می‌باشند. اغلب آنان دچار مشکلات مالی، عدم امنیت شغلی و اشکال در مسائل جنسی هستند و به دلیل اینکه دائماً دچار بیماری بوده، شدیداً افسرده بوده و از مرگ وحشت دارند. بیماران جوان نگران ازدواج خود، بچه‌دار شدن و اداره خانواده هستند. این نوع سبک زندگی که آنان را دائماً نیازمند درمان با دیالیز و محدودیت در مصرف غذا و مایعات می‌کند، سبب عصبانیت و خستگی بیمار و خانواده‌اش و در ادامه باعث افسردگی آنان می‌گردد (۲). در اصل دیالیز روش زندگی بیمار و خانواده او را تغییر می‌دهد. مقدار زمان مورد نیاز برای دیالیز و ویزیت پزشکان و ماهیت مزمن بیماری، می‌تواند موجب احساس بی‌کفایتی، ناامیدی، گناه و افسردگی شود (۳). ماهیت و شرایط درمان بیمار با همودیالیز، ایجاب می‌کند که بیمار برای مدتی طولانی در بیمارستان بستری باشد، ساعات زیادی در کنار دستگاه دیالیزور سر کند و درمان خسته‌کننده و یکنواختی را تحمل نماید. برونر و کوپ نیز در این باره معتقدند که تشخیص نارسایی مزمن کلیه و نیاز به همودیالیز غالباً بیمار و خانواده او را سردرگم کرده و وی دچار کاهش دامنه توجه، کاهش تمرکز و افسردگی اساسی می‌گردد (۴).

همانطور که فیتس جرالدمی گوید: استرسورهای فیزیولوژیک و روان‌شناختی، اختلال در عملکردهای فردی و ایفای نقش، تغییر سبک زندگی و از طرفی کاهش سطح انرژی، کاهش تمرکز، مشکلات خواب، کاهش وزن و اختلالات در عملکرد اعضای

دیگر بدن، همگی از منابع استرس هستند که بیماران همودیالیزی را تحت تأثیر خود قرار می‌دهند و بالاخص زمینه را برای ایجاد و تداوم مشکلات روانی همچون افسردگی و کاهش اعتماد به نفس فراهم می‌آورند. همچنین تغییر در خودپنداره، تغییر در عملکرد جنسی و ترس از مرگ نیز به این روند معیوب کمک فراوانی می‌کند (۵).

کوپ در سال ۱۹۹۲ در مقاله‌ای بیان می‌دارد که نیازهای فیزیولوژیک و جسمانی بیماران دیالیزی شناخته شده و عمومی است اما نیازهای روان‌شناختی و اجتماعی این بیماران منحصر به فرد است. براساس نظر پژوهشگران حدود ۹٪ از بیماران دیالیزی به علت مشکلات روانی بستری می‌شوند و میزان آن در بیماران همودیالیزی بیش از سایر انواع دیالیزهاست و بستری شدن به علت اختلالات روانی در بیمارستان همودیالیزی ۳-۱/۵ برابر سایر بیماری‌های مزمن است. دمانس و سوء مصرف دارو در زمینه مشکلات روانی و همچنین افسردگی از جمله شایعترین مسائل روانی در این بیماران است و همراهی این اختلالات با نارسایی کلیه مقوله بحث‌برانگیز و بغرنجی برای درمان این بیماران شده است. حتی افسردگی را می‌توان به عنوان عامل خطر مستقلی در مرگ و میر این بیماران دانست. حدود یک نفر از هر ۵۰۰ نفر بیمار همودیالیزی به علت افسردگی اساسی اقدام به خودکشی می‌کنند و این تمایل به خودکشی در زمینه افسردگی می‌تواند سبب عدم رعایت رژیم‌درمانی، رژیم‌غذایی و حتی کناره‌گیری بیمار از ادامه درمان شود که این عوامل (عدم تبعیت از درمان) درصد بالایی از علل مرگ و میر در این بیماران را به خود اختصاص می‌دهند (۶). این تبعیت از رژیم‌غذایی، دارویی و محدودیت مصرف مایعات از اهمیت بسزایی برخوردار بوده و می‌تواند نقش مهمی در بهبود سطح سلامت و احساس خوب بودن در بیماران تحت همودیالیز داشته باشد (۷، ۸، ۹). این در حالی است که عدم تبعیت از رژیم‌درمانی در بیماران همودیالیزی شایع است و حدود ۸۶-۲۵ درصد از بیماران از رژیم خود تبعیت نمی‌کنند (۱۰) و حدود ۵۰ درصد از بیماران محدودیت مایعات

و ۴۴ درصد از آن‌ها برخی از جنبه‌های رژیم غذایی را رعایت نمی‌کنند (۱۱).

امروزه شواهدی مبنی بر رابطه تبعیت از درمان در بیماران دیالیزی و کاهش عامل بستری شدن این بیماران در بیمارستان وجود دارد، بیش از نیمی از آنها معتقدند که از رژیم خود تبعیت نمی‌کنند و این عدم تبعیت شامل کوتاه کردن مدت دیالیز، عدم استفاده صحیح از داروها و رعایت رژیم غذایی و محدودیت مایعات می‌باشد. عدم تبعیت از درمان، احتمال بستری شدن بیشتر در بیمارستان، عدم دریافت پاسخ مناسب از درمان و در نهایت اختلال در روابط خانوادگی و خلق را سبب می‌شود که البته این چرخه می‌تواند دو سویه و متقابل باشد (۱۲). در همین راستا روان‌درمانی یکی از راههای کمک به اینگونه افراد است که علاوه بر تأثیر بر روان، بر بهبود روند درمان برخی مشکلات و بیماری‌های جسمانی هم کمک می‌کند و به شیوه‌هایی گفته می‌شود که در آن مشکلات روانی و عاطفی از طریق بیان مشکلات به یک درمانگر و گفتگو با او درمان می‌گردد و روان‌درمانگر به شناخت فرد از خود و بهتر شدن توانایی مقابله کمک می‌کند (۱۳).

از جمله دلایل مهم انجام تحقیق حاضر این است که روش درمانی پویشی- حمایتی که تاکنون تنها برای افسردگی این بیماران و تنها توسط نگارنده همین پژوهش انجام شده، بر روی تبعیت از درمان این بیماران هم تمرکز کند تا نتیجه آن مشخص گردد زیرا یکی از مشکلات اساسی این گروه از بیماران تأثیر بیماری بر روی خلق آنها است که طبیعتاً بر روی تبعیت از درمان نیز تأثیر قابل ملاحظه‌ای دارد. از جمله پژوهش‌های صورت گرفته در خصوص این بیماران میتوان به پژوهش سوخک و همکاران با عنوان تأثیر مداخله شناختی- رفتاری بر تبعیت از رژیم دارویی بیماران همودیالیزی که در سال ۱۳۹۳ انجام شد، اشاره کرد، نتایج این پژوهش نشان داد که این مداخله بر تبعیت از درمان تأثیر بسزایی دارد (۱۴) اما تحقیق مزبور توجهی به خلق بیماران به عنوان عاملی تأثیرگذار بر روی میزان تبعیت نداشته و روش درمانی به کار گرفته شده را با سایر روش‌ها مقایسه نکرده تا درمان ارجح را معرفی نماید که در پژوهش فعلی به آن توجه

گردید. پژوهش دیگر در این زمینه، پژوهش بدیعی است که در سال ۱۳۹۴ با عنوان اثربخشی روان‌درمانی پویشی- حمایتی و شناختی- رفتاری بر افسردگی بیماران همودیالیزی بر روی ۴۵ نفر از بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های مشهد صورت پذیرفته است، نتایج این تحقیق نشان داد که هر دو درمان در کاهش افسردگی تأثیرگذار بوده و البته نتیجه درمان پویشی- حمایتی در پیگیری نیز پایدار بوده است (۱۵) اما در این پژوهش ذکر شده نیز به مقوله حیاتی تبعیت از درمان توجهی نشده است. در پژوهش حاضر دو روش روان‌درمانی پویشی- حمایتی و شناختی- رفتاری در طی ۱۵ جلسه با زمان ۹۰ دقیقه و هفته‌ای یک نوبت/ به صورت فردی و با هدف مقایسه تأثیر این دو روش بر افسردگی و تبعیت از درمان در بیماران همودیالیزی انجام شده است که در این مقاله نتایج آن گزارش می‌شوند.

روش کار

تحقیق حاضر با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون در سه گروه (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) انجام شد. جامعه آماری آن شامل بیماران همودیالیزی است که در ۶ ماهه دوم سال ۱۳۹۷ در بیمارستان‌های امام‌رضا (ع) مشهد و طالقانی تربت‌جام جهت درمان حضور داشتند. محدوده سنی این بیماران ۲۰ تا ۵۰ سال بود که از بین گروه واجد شرایط، ۴۵ نفر از بیماران همودیالیزی با استفاده از فرمول آماری کوکران به عنوان نمونه تحقیق انتخاب شدند. نمونه تحقیق بعد از تکمیل پرسشنامه افسردگی بک-II تشخیص افسردگی از نوع متوسط تا شدید را دارا شده، سپس پرسش‌نامه تبعیت از درمان برای آن‌ها تکمیل شد و جهت همگن‌سازی گروهی بر اساس نمرات، تقسیم‌بندی از بالاترین نمره شروع گردید و به ترتیب نمره افراد بین دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل توزیع و در نهایت سه گروه همگن بر اساس ترتیب نمرات جهت ارزیابی شکل گرفت، بنابراین روش نمونه‌گیری هدفمند با جایگزینی تصادفی می‌باشد. ملاکهای ورود و خروج به این تحقیق شامل این موارد هستند: ۱- ایرانی و ساکن شهرهای مشهد و حومه باشد، ۲- جهت شرکت در پژوهش رضایت‌نامه کتبی آگاهانه داشته باشد، ۳- حداقل به مدت ۴ ماه تحت درمان با همودیالیز باشد، ۴- به بیماری‌های

این پرسش‌نامه: ۰ تا ۱۳: افسردگی جزئی، ۱۴ تا ۱۹: افسردگی خفیف، ۲۰ تا ۲۸: افسردگی متوسط، ۲۹ تا ۶۳: افسردگی شدید. همبستگی بین فرم کوتاه و بلند آن بین ۸۹٪ تا ۹۷٪ گزارش شده است. کراکر و همکاران (۱۹۸۸) ثبات درونی پرسشنامه را ۹۵٪ ذکر کرده و آن را برای تشخیص علائم افسردگی معمولاً بالا می‌دانند (۱۶، ۱۷). پرسشنامه تبعیت از درمان بیماران مزمن کلیوی (ESRD-AQ): این پرسشنامه شامل ۵ بخش اصلی است که بخش اول شامل اطلاعات عمومی (۵ سؤال)، بخش دوم پذیرش درمان با همودیالیز (۱۴ سؤال)، بخش سوم در خصوص پذیرش درمان دارویی (۹ سؤال)، بخش چهارم در خصوص محدودیت مایعات (۱۰ سؤال) و بخش پنجم در ارتباط با رژیم غذایی توصیه شده (۸ سؤال) می‌باشد. کمترین نمره پرسشنامه صفر و بیشترین نمره کسب شده ۱۲۰۰ است و نمره کل تبعیت از درمان، حاصل جمع امتیازات این ۵ قسمت می‌باشد. کسب نمره بالاتر در این پرسشنامه نشان‌دهنده تبعیت بهتر از درمان است که در نهایت بر اساس طیف لیکرتی دسته‌بندی می‌شود و یک انحراف معیار بالاتر و پایین‌تر از میانگین در تبعیت از درمان کلی و ابعاد آن به عنوان سطح تبعیت از درمان متوسط، نمرات پایین‌تر از آن به عنوان تبعیت از درمان ضعیف و نمرات بالاتر به عنوان تبعیت از درمان خوب در نظر گرفته می‌شود. پایایی این پرسشنامه با آزمون مجدد ۰/۸۳ گزارش شده است (۱۸). نمره روایی محتوای کل برای گویه‌های پرسشنامه ۹۸٪ محاسبه شده که از نظر اعتبار محتوا نمره مطلوبی می‌باشد. پایایی پرسشنامه بعد از تکمیل آن توسط ۱۰ بیمار همودیالیزی به فاصله زمانی دو هفته با آزمون مجدد ۰/۸۵ می‌باشد. پایایی پرسشنامه اصلی بر اساس مطالعات کیم و همکاران با آزمون مجدد ۰/۸۳ اعلام گردیده است (۱۹).

برای جلسات درمانی در هر گروه نیز پروتکل درمانی خاص آن روش اجرا گردید. در روش پویشی- حمایتی و در طی چند جلسه اول، درمانگر باید متوجه شکایت عمده بیمار و علائم بالینی وی شده و به نقاط ضعف و قوت، مکانیزم‌های مورد استفاده، عملکرد خود و سطح عزت‌نفس وی بپردازد و

مزمین شناخته شده دیگری نظیر: ایدز، هپاتیت، سرطان، سل و بیماری مزمن انسدادی ریه مبتلا نباشد، ۵ - طی ۶ ماه گذشته واقعه استرس‌زا یا غم‌انگیزی که به موجب آن دچار افسردگی اساسی شود، نداشته باشد، ۶ - اختلال خلقی، عاطفی شدید که مانع از برقراری ارتباط مؤثر باشد، نداشته باشد (برای پاسخ دادن به پرسشنامه)، ۷ - فارغ‌التحصیل رشته‌های روان‌شناسی و یا علوم پزشکی نباشد، ۸ - معتاد به مواد مخدر و الکل نباشد، ۹ - بیش از یک جلسه در روند جلسات غیبت نداشته باشد. به دلیل رعایت اصول اخلاقی برای گروه کنترل نیز جلساتی در نظر گرفته شده که در صورت تمایل بعد از پایان تحقیق به صورت فردی برای آن‌ها اجرا می‌شود. در این پژوهش ملاحظات اخلاقی مورد توجه قرار گرفتند: ۱- ارائه معرفی‌نامه رسمی از دانشگاه علوم پزشکی جهت بیمارستانها و مراکز انتخاب شده/ ۲- کسب اجازه از پزشکان معالج و سرپرستان بخش‌های مربوطه/ ۳- ارائه توضیحات لازم درباره موضوع و روش انجام پژوهش به کلیه واحدهای مورد مطالعه به نحوی که شرکت آن‌ها در این تحقیق با آگاهی کامل و رضایت شخصی آن‌ها و بدون اجبار باشد/ ۴- کسب رضایت‌نامه کتبی آگاهانه از بیماران/ ۵- در تمام روند اجرای پژوهش به واحدهای پژوهش نیز این اطمینان داده شد که تمامی اطلاعات گردآوری شده اعم از اطلاعات شناسایی و درمانی کاملاً محرمانه است و فقط نتایج کلی آن‌ها اعلام خواهد شد. بعد از گرفتن پس‌تست به مدت چهار ماه درمان قطع گردید تا بیماران بعد از گذشت این مدت پیگیری شوند و نتایج آن نیز به این منظور که پایداری درمانها از جمله درمان مؤثرتر نیز تعیین گردد، بررسی شد.

ابزار پژوهش شامل: پرسشنامه افسردگی بک (II) : این پرسش‌نامه شامل ۲۱ پرسش با جملات انتخابی است که ۱۱ ماده آن مربوط به حوزه شناختی، ۱ ماده مربوط به روابط بین فردی، ۲ ماده علائم عاطفی، ۷ ماده علائم جسمانی و ۲ ماده علائم آشکار افسردگی را مورد سنجش قرار می‌دهد و فرد مورد سنجش با توجه به احساس و نگرش خود، به یکی از گزینه‌ها پاسخ داده و بر اساس مجموع نمرات داده شده به پاسخ‌های وی، میزان افسردگی فرد مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. نقاط برش در

فرمول‌بندی را با فرضیه نواحی نقایص حاد و مزمن در عملکرد دفاعی، مهارت‌های انطباقی و عملکرد خود که مداخلات حمایتی باید به طور مستقیم انجام شود ترکیب مینماید، سپس هنگامی که درمانگر و بیمار به فهم مشترکی در روند درمان رسیدند، با توجه به نوع مورد، در طیفی بین پویایی تا حمایتی پیش می‌رود و علاوه بر تکنیک‌های مخصوص به خود، از اجزای بیشتر درمان‌ها با توجه به مسیر درمان توأمان استفاده می‌کند و در اصل این روش رویکرد متنوعی است که از طریق دستیابی به بینش در مورد احساسات، افکار، نیازها و تعارض‌ها و به دنبال آن تلاش بیمار در جهت حل خودآگاه و تلفیق بهتر این تعارض‌ها در پی تغییر شخصیت به رفع اختلال کمک می‌کند و در اصل هدف از آن کاهش نشانه‌ها، بهبود عملکرد کلی فرد، کمک به تطابق وی با شرایط درونی یا بیرونی که دارد و افزایش عزت‌نفس است تا بیمار یا مراجع با مشکلاتی که دارد بتواند در بهترین حالت ممکن قرار گرفته و از بحرانی که با آن دست و پنجه نرم می‌کند رهایی یافته و از توانایی‌های خود به خوبی استفاده نماید. در ابتدا با توجه به فرمول‌بندی مراجع و تعیین وضعیت وی و با توجه به مزمن بودن بیماری همودیالیز با طیف حمایتی روند درمان شروع خواهد شد و در این طیف باید بیمار افسرده را تشویق کرد تا از گوشه‌گیری پرهیز کرده و فعالیت

پروتکل درمان شناختی - رفتاری

اجتماعی مناسبی داشته باشد. تشویق بیمار برای انجام کارهای فیزیکی از جمله ورزش و استحمام روزانه و مرتب کردن ظاهر و پوشیدن لباس مرتب از راهکارهای روان‌درمانی در طیف حمایتی می‌باشد، اما نباید او را به فعالیت‌هایی که به علت تمرکز ضعیف احتمال شکست در آن هست واداشت (۲۰). در مرحله میانی درمان، درک و حمایت از مراجع یا بیمار به عنوان یک تجربه عاطفی اصلاحی به وی کمک خواهد کرد و بعد از آن به طور ویژه به هدف‌ها پرداخته می‌شود. فاز انتهایی نیز در صورتی آغاز خواهد شد که خود بیمار این احساس را داشته باشد که دیگر نیاز به ادامه کار با یک همراه را نداشته و خود به تنهایی قادر به حل و فصل شرایط حاضر می‌باشد که در بیماران و مراجعان مختلف در جلسات یکسانی این روند اتفاق نمی‌افتد. در طول این دوره از درمان، در موازات و همراهی پرداختن به مسئله اصلی، اهداف جدیدی نیز ممکن است برای بیمار در زمینه‌ای بوجود آیند مانند حوادث زندگی و یا مواردی در عملکرد تطبیقی وی که بر اساس درخواست مراجع یا بیمار به صورت فوری به آن‌ها خواهیم پرداخت. در پایان درمان رسمی، دستاوردها خلاصه و دستور کار برای ادامه انجام روند به مراجع یا بیمار داده می‌شود و این چنین درمان به عنوان یک مجموعه سازمان‌یافته از دوره‌ها، با یک شروع، میانه و پایان صورت می‌پذیرد (۲۱).

راهبردهای مورد استفاده

جلسه

- معرفی درمانگر و بیمار به یکدیگر .
- قواعد جلسات .
- ۱- رازداری و محرمانه بودن .
- ۲- مقیاس‌های درجه‌بندی و فهرست واری .
- ۳- تکلیف منزل .
- ۴- تکالیف انجام نشده .

جلسه اول

- معرفی رویکرد شناخت- رفتاردرمانگری به افسردگی .
- مداخله‌های رفتاری .
- مداخله‌های شناختی .
- تشریح مدل زیستی، روانی، اجتماعی افسردگی و مطرح کردن پنج مؤلفه مهم آن .
- ۱. رفتار .
- ۲. افکار .
- ۳. هیجانها .
- ۴. زیست‌شناختی .

۵. محیط .
- تکلیف منزل : تکمیل برگه‌های مربوط به مدل زیستی، روانی، اجتماعی و مطالعه دستورالعمل همراه با آن .
 - تعیین هدف .
 - ۱ . تعیین اهداف .
 - ۲. تعیین تغییرات رفتاری برای دستیابی به این اهداف .
 - ۳. چگونگی دستیابی به این اهداف و نظارت بر میزان پیشرفت.
- جلسه دوم
- مطرح کردن رابطه بین حالات خلقی و رفتاری .
 - مطرح کردن سیستم نمره‌گذاری خلق - هیجان .
 - نشان دادن رابطه بین فعالیت‌ها و خلق (برای مثال چه فعالیت‌هایی باعث بهبود خلق و چه فعالیت‌هایی سبب بدتر شدن خلق می‌شود) .
 - بررسی راههای بهبود ارتباط با پزشک از دیدگاه بیمار.
 - تکلیف منزل: تکمیل برنامه فعالیت با فعالیت‌ها و درجه‌بندی کردن خلق
 - مداخله‌های رفتاری: اصلاح رفتارها برای بهبود خلق .
 - ۱- مطرح کردن مفهوم تسلط (احساس کارآمدی) و خشنودی و شادی با استفاده از مثال‌هایی از گذشته برای نشان دادن این گونه فعالیت‌ها .
 - ۲- تمرکز روی ترکیب فعالیت‌های شاد و همراه با تسلط برای اثبات تعادل در تقویت و تمرکز بر روشهای ارتقاءدهنده ارتباط با پزشک .
 - تکلیف منزل : تکمیل و انجام برنامه فعالیت یا فعالیت‌های جدیدی که به آن اضافه شده است و درجه بندی خلق.
 - بررسی نتایج و پیامدهای اصلاحات رفتاری و تنظیم آنچه مورد نیاز است.
 - تعیین «تغییرات خلقی» که با مداخله‌های شناختی مورد هدف قرار خواهند گرفت.
 - نامگذاری و درجه بندی هیجانهای تجربه شده در موقعیت‌های سخت موجود در مثال‌ها علی‌الخصوص موارد بین فردی .
 - تکلیف منزل : دو ستون اول برگه ثبت افکار (موقعیت‌ها و هیجانها) تکمیل شود .
 - بررسی موارد و مثال‌های موجود در برگه‌های ثبت افکار: توصیف موقعیت و تشخیص و تعیین هیجان .
 - تشریح تعبیر و تفسیر و « خود گفت‌وگویی » به عنوان رابطه بین موقعیت و هیجان ، با استفاده از مثال‌های بیمار.
- جلسه سوم
- «افکار داغ» و خودآیند : تمرکز بر افکاری که بیشترین رابطه را با هیجان دارند .
 - تکلیف منزل : تکمیل سه ستون اول برگه‌های ثبت افکار و تعیین افکار داغ .
 - بررسی مثال‌های موجود در برگه‌های ثبت افکار: توصیف موقعیت، خلق و افکار .
 - تعیین افکار داغ موجود در مثال‌ها .
 - معرفی تکنیک شواهد، پیدا کردن مدارک و شواهد «برای» افکار داغ .
 - ارزشیابی شواهد موجود درباره افکار داغ .
 - تکلیف منزل : تکمیل چهار ستون اول برگه های ثبت افکار (اضافه کردن شواهدی در زمینه افکار داغ).
 - بررسی مثال‌های موجود در برگه‌های ثبت افکار: موقعیت، خلق ، افکار و شواهدی درباره افکار داغ .
- جلسه چهارم
- معرفی «شواهد مخالف» با پرسیدن سؤال‌هایی برای رسیدن به حقایق جدیدی که از افکار داغ
- جلسه پنجم
- جلسه ششم
- جلسه هفتم

- حمایت نمی‌کنند .
- استفاده از مثال‌های بیمار برای اثبات سؤال‌هایی که برای استخراج شواهد و مدارک موافق و مخالف با افکار داغ پرسیده می‌شوند که این افکار می‌تواند در برخورد با کادر درمانی و علی‌الخصوص در ارتباط با پزشک باشد .
 - تکلیف منزل : تکمیل پنج ستون از برگه‌های ثبت افکار (اضافه کردن شواهدی که «مخالف» افکار داغ هستند) .
 - معرفی فهرست «تحریف‌های فکری» برای اثبات اینکه ممکن است سوگیری‌های موجود در تفکر به صورت نظام‌داری رخ دهند.
 - بررسی مثال‌هایی درباره خطاهای شناختی موجود در برگه‌های ثبت افکار.
 - تکلیف منزل : تکمیل هفت ستون اول برگه‌های ثبت افکار و تعیین تحریف‌های فکری .
 - معرفی «افکار بدیل» و چگونگی ثبت آن‌ها.
 - کاربرد مسئله‌گشایی در مورد افکار بدیل از جمله فراموش کردن شواهد، تشخیص نادرست افکار داغ، فعال‌سازی باورهای محوری و مهم .
 - تکلیف منزل : تکمیل برگه‌های ثبت افکار.
 - بررسی مثال‌های موجود در برگه‌های ثبت افکار که حاوی اطلاعات کافی برای نتیجه‌گیری کردن هستند .
 - مطرح کردن آزمایش‌ها : چه موقع شواهد برای نتیجه‌گیری کردن ناکافی است و به اطلاعات بیشتری نیاز داریم، پیشنهاد راهی برای جمع‌آوری اطلاعات مورد نیاز.
 - طراحی آزمایشی که همگون با مثال یا مورد بیمار است.
 - تکلیف منزل : آزمایش و بازبینی نتایج و پیامدهای آن .
 - بررسی برگه‌های ثبت افکاری که حاوی مشکلی هستند که باید حل شود.
 - مطرح کردن راهبردهای حل مسئله وقتی شواهد نشان‌دهنده وجود مشکل حل نشده‌ای هستند.
 - استفاده از یکی از مثال‌های فرد برای ایجاد یک طرح و برنامه حل مسئله.
 - تکلیف منزل : تکمیل تکالیف حل مسئله.
 - معرفی «شناخت‌های عمیق» ، مفهوم پیش فرض‌های شرطی و باورهای محوری و مهم .
 - نمایش دادن شناخت عمیق با استفاده از فن پیکان وارونه .
 - تشریح روش پیکان وارونه به همان شکلی که برای فرض‌های شرطی درباره خود، دیگران و جهان مورد استفاده قرار می‌گیرد.
 - تکلیف منزل : تکمیل و انجام تمرین پیکان وارونه .
 - تشریح رابطه بین پیش فرض‌های شرطی و باورهای محوری و زیربنایی .
 - نمایش مدل پیوستاری از باورهای محوری و زیربنایی و تأکید بر فنون احتمالی برای تغییر این باورهای محوری و زیربنایی .
 - تکلیف منزل : ایجاد پیوستاری از باورهای محوری و زیربنایی و حرکت در مسیر شواهد مربوط به باورهای محوری و زیربنایی بدیل .
 - معرفی راهبردهای مقابله‌ای مرتبط با باورهای محوری و زیربنایی .
 - استفاده از مثال‌های بیمار برای نشان دادن ماهیت خود آسیب‌رسان راهبردهای مقابله‌ای .
 - پیشنهاد راهبردهای مقابله‌ای بدیل به بیمار و جمع‌بندی روشهای ارتباطی صحیح در برخورد با پزشک .
 - تکلیف منزل : به کارگیری راهبردهای مقابله‌ای بدیل و نظارت بر نتایج این راهبردها .
 - مطرح کردن مفاهیم بازگشت و عود مجدد بیماری .
- جلسه هشتم
- جلسه نهم
- جلسه دهم
- جلسه یازدهم
- جلسه دوازدهم
- جلسه سیزدهم
- جلسه چهاردهم
- جلسه پانزدهم

- معرفی راهبردهایی برای مقابله با این بازگشت‌ها و عودها .
- برنامه‌ریزی راهبردهای مخصوص برای بیماران برای مقابله با بازگشت

نتایج

خصوص جنسیت، سعی شد برابری تعداد مردان و زنان رعایت گردد که با توجه به گروه‌های ۱۵ نفری، تعداد مردان یک نفر در هر گروه بیشتر گردید.

در خصوص ویژگیهای جمعیت‌شناختی در این تحقیق، متغیرهای سن و جنسیت مورد توجه قرار گرفتند که در خصوص سن، میانگین ۳۸ سال و انحراف استاندارد ۵/۲۳ محاسبه شد و در

جدول ۱- شاخص‌های توصیفی نمرات افسردگی گروه‌های آزمایش و گواه در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری
		انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	
	پویایی - حمایتی	۱۳/۰۲	۳۶/۶	۱۱	۲۴/۷	۲۱/۸
افسردگی	شناختی - رفتاری	۸	۳۲/۵	۷/۴	۲۷/۷	۲۶/۵
	گواه	۱۰/۵	۳۳/۵	۹/۷	۳۴	۳۱/۱

جدول ۲- شاخص‌های توصیفی نمرات تبعیت از درمان گروه‌های آزمایش و گواه در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری
		انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	
	پویایی - حمایتی	۱۵۳/۷	۷۴۱/۷	۱۶۰/۶	۸۱۵	۸۰۵
تبعیت از درمان	شناختی - رفتاری	۱۴۳/۹	۶۸۶/۷	۱۰۴/۷	۷۳۵	۷۱۰
	گواه	۱۷۸/۸	۷۵۵	۱۸۸/۱	۸۱۸/۳	۷۹۳/۳

جدول ۳- شاخص‌های چندمتغیری تأثیر درمان پویایی - حمایتی

تأثیر	نوع آزمون	مقدار شاخص	نسبت F	درجه آزادی	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	اندازه اثر
کوتاه‌مدت	لانداى ويلکز	۰/۱۰	۱۱۰/۷**	۲	۲۵	۰/۰۰۰	۰/۹۰
اثر بلندمدت	لانداى ويلکز	۰/۲۰	۵۰/۶۶**	۲	۳۵	۰/۰۰۰	۰/۸۰

جدول ۴- شاخص‌های چندمتغیری تأثیر درمان شناختی - رفتاری

تأثیر	نوع آزمون	مقدار شاخص	نسبت F	درجه آزادی	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	اندازه اثر
کوتاه‌مدت	لانداى ويلکز	۰/۳۹	۱۹/۵**	۲	۲۵	۰/۰۰۰	۰/۶۱
بلندمدت	لانداى ويلکز	۰/۶۱	۷/۹**	۲	۲۵	۰/۰۰۲	۰/۳۹

جدول ۵ - شاخص‌های چندمتغیری تفاوت تأثیر درمان پویایی - حمایتی و درمان شناختی - رفتاری

تأثیر	نوع آزمون	مقدار شاخص	نسبت F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	اندازه اثر
کوتاه‌مدت	لانداى ويلکر	۰/۳۵	۲۳/۴**	۲	۲۵	۰/۰۰۰	۰/۶۵
اثر بلندمدت	لانداى ويلکر	۰/۳۴	۲۳/۸**	۲	۲۵	۰/۰۰۰	۰/۶۶

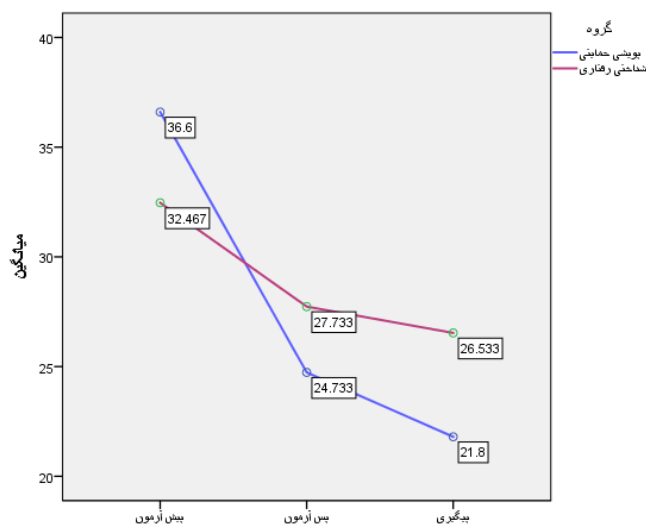
جدول زیر تفاوت تأثیر درمان پویایی - حمایتی و درمان شناختی - رفتاری بر هریک از متغیرهای مورد مطالعه را نشان می‌دهد.

جدول ۶- مقایسه تأثیر درمان پویایی - حمایتی و درمان شناختی - رفتاری

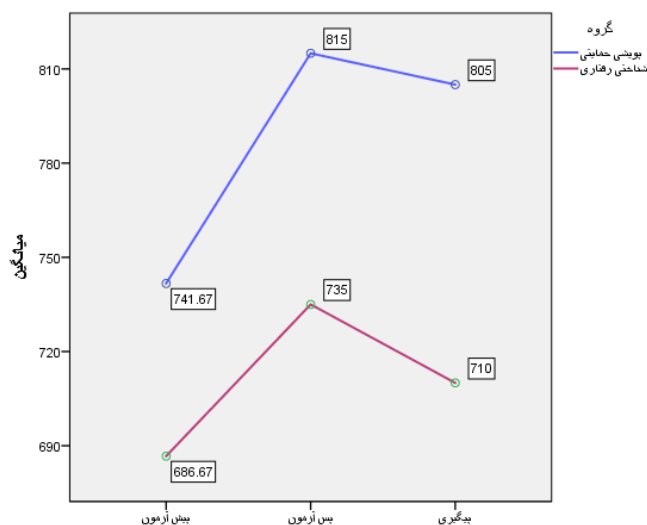
متغیر	اثر	F	سطح معناداری	ضریب اتا
افسردگی	کوتاه‌مدت	۴۷**	۰/۰۰۰	۰/۶۴
	بلندمدت	۴۱/۳**	۰/۰۰۰	۰/۶۱
تبعیت از درمان	کوتاه‌مدت	۱/۶۷	۰/۲۰۸	۰/۰۶
	بلندمدت	۲/۶۳	۰/۱۱۷	۰/۰۹

پروفایل مقایسه میانگین‌ها بهتر صورت می‌گیرد، لذا تفسیر نتایج ذیل پروفایل مقایسه دو گروه انجام شده است.

تفاوت تأثیر درمان پویایی - حمایتی و درمان شناختی - رفتاری را نشان می‌دهد. با توجه به اینکه مقایسه دو گروه همراه با



نمودار ۱- پروفایل مقایسه میانگین افسردگی دو گروه درمان شناختی - رفتاری و درمان پویایی - حمایتی



نمودار ۲- پروفایل مقایسه میانگین تبعیت از درمان دو گروه درمان پویایی - حمایتی و درمان شناختی - رفتاری

بحث

نتایج به دست آمده از این پژوهش نشان داد که در گروه‌های درمان پویایی - حمایتی و شناختی- رفتاری، پس از درمان، افسردگی کاهش قابل ملاحظه‌ای داشته که این کاهش در پیگیری نیز تداوم داشته است. در گروه گواه، تفاوت قابل ملاحظه‌ای در پس‌آزمون مشاهده نشد و در پیگیری میزان افسردگی در حدود دو نمره کاهش یافته است.

در گروه درمان پویایی - حمایتی، پس از درمان، تبعیت از درمان افزایش قابل ملاحظه‌ای داشته که این افزایش در پیگیری نیز تداوم داشته است. در گروه درمان شناختی - رفتاری، پس از درمان، تبعیت از درمان افزایش قابل ملاحظه‌ای داشته اما در پیگیری نسبت به پس‌آزمون نمره تبعیت از درمان کاهش یافته است اما همچنان از خط پایه بالاتر است. در گروه گواه نیز میزان تبعیت از درمان افزایش یافته است اما در پیگیری پایین آمده است. اندازه اثر درمان پویایی - حمایتی بر این متغیرها برای اثر کوتاه‌مدت ۰/۹۰ و بلندمدت ۰/۸۰ می‌باشد که معرف یک اندازه اثر بزرگ می‌باشد، یعنی درمان پویایی - حمایتی بر افسردگی و تبعیت از درمان در بیماران همودیالیزی تأثیر زیادی دارد. اندازه اثر درمان شناختی - رفتاری بر این متغیرها برای اثر کوتاه‌مدت ۰/۶۱ که معرف یک اندازه اثر متوسط است و برای اثر بلندمدت ۰/۳۹ می‌باشد که معرف یک اندازه اثر کوچک می‌باشد، یعنی

درمان شناختی - رفتاری بر افسردگی و تبعیت از درمان در بیماران همودیالیزی تأثیر کوتاه‌مدت متوسط و تأثیر بلندمدت کمی دارد. مقایسه میانگین‌ها نشان می‌دهد، درمان پویایی - حمایتی نسبت به درمان شناختی - رفتاری اثر کوتاه‌مدت بیشتری بر کاهش افسردگی دارد. همچنین، اثر بلندمدت درمان (مقایسه پیش‌آزمون و پیگیری) در دو گروه متفاوت است. مقایسه میانگین‌ها نشان می‌دهد، درمان پویایی - حمایتی نسبت به درمان شناختی- رفتاری اثر بلندمدت بیشتری بر کاهش افسردگی دارد. بنابراین، درمان پویایی - حمایتی نسبت به درمان شناختی - رفتاری تأثیر کوتاه‌مدت و بلندمدت بیشتری بر کاهش افسردگی بیماران دارد. آزمون بن‌فرونی نشان داد، اثر کوتاه‌مدت درمان (مقایسه پیش‌آزمون و پس‌آزمون) و اثر بلندمدت (مقایسه پیش‌آزمون و پیگیری) در دو گروه تفاوت معناداری با یکدیگر ندارد. بنابراین بین درمان پویایی - حمایتی و درمان شناختی - رفتاری بر تبعیت از درمان بیماران تفاوتی وجود ندارد.

محدودیت‌های پژوهش: ۱- برخی بیماران به واسطه تحلیل رفتن قوای جسمانی به دلیل بیماریشان، به سختی در ابتدا قادر به پاسخگویی به سؤالات آزمون به منظور تعیین سطح افسردگیشان بودند/ ۲- برخی بیماران با توجه به مشکلات شناختی در تجزیه و تحلیل مفهوم سؤالات با مشکل مواجه بودند و نیاز به کمک بیشتری داشتند که این مسئله سرعت پاسخدهی را کمی کندتر

می‌کرد/ ۳- کمبود مطالعات جامعه‌نگر در کشور/ ۴- وجود مسائل قانونی و لزوم رعایت آن که در ابتدا باعث از دست دادن زمان زیادی گردید/ ۵- اندک بودن بررسی‌های انجام شده در این زمینه در داخل و خارج از کشور و نیز محدودیت دسترسی به این منابع، پژوهشگر را در مقایسه یافته‌های این پژوهش با سایر یافته‌ها با مشکل مواجه کرد.

نتیجه‌گیری

با توجه به افزایش چشمگیر اختلال افسردگی و کاهش میزان تبعیت از درمان در بین بیماران همودیالیزی و نتایج حاصل از این پژوهش که نشان می‌دهد روان‌درمانی پویشی- حمایتی در بهبود افسردگی بیماران مؤثرتر بوده است و بین دو نوع روان‌درمانی پویشی- حمایتی و شناختی- رفتاری در خصوص تبعیت از درمان تفاوتی وجود ندارد، لزوم توجه ویژه روان‌درمانگران به سمت روان‌درمان پویشی- حمایتی برای درمان افسردگی این بیماران هویدا شده و کاربرد مهم درمانی آن را برای بیماری‌های مزمن از جمله نارسایی مزمن کلیوی آشکار می‌کند و در خصوص تبعیت از درمان تأثیرات یکسان بوده که قاعدتاً برای پیشبرد هر دو مورد (کاهش افسردگی/ افزایش تبعیت از درمان) توجه به درمان پویشی- حمایتی خالی از لطف نیست.

از جمله مطالعاتی که به تأثیر مداخلات روان‌شناختی بر بهبود شرایط این گروه از بیماران پرداخته و نتایج آنها همسو با یافته به دست آمده از این پژوهش بوده است، عبارتند از: پژوهش هادیان و همکاران در سال ۱۳۹۷، با عنوان مهمترین علل عدم

تبعیت از درمان بیماران دیالیزی که در آن مهمترین علل عدم تبعیت از درمان این گروه شامل عوامل روحی و روانی، کمبود آگاهی و نگرش بیماران دیالیزی و کمبود حمایت اجتماعی ذکر گردید (۲۲). با توجه به این یافته لزوم اولویت پرداختن به پژوهش حاضر مشخص می‌گردد. پژوهش مهر و ترا و همکاران نیز در سال ۲۰۱۹ با عنوان مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و درمان دارویی، برای درمان افسردگی بیماران همودیالیزی، در ۳ منطقه شهری در ایالات متحده آمریکا و بر روی ۴۱ بیمار نشان داد که درمان دارویی تأثیر بیشتری نسبت به درمان شناختی- رفتاری بر روند بهبود علائم افسردگی این دسته از بیماران داشته است (۲۳) و همین امر لزوم توجه به درمان روان‌شناختی دیگری را برای آن دسته از بیمارانی که از درمان دارویی در خصوص مشکل روان‌شناختی خود پیروی نمی‌کردند را در ذهن متبادر می‌سازد.

تشکر و قدردانی

در این مقاله هیچگونه تضاد منافی گزارش نمی‌شود و مقاله منتج از بخشی از پایان‌نامه دکتری تخصصی رشته روان‌شناسی سلامت مصوب دانشگاه آزاد اسلامی واحد تربت‌جام با شناسه اخلاق IR.IAU.MSHD.REC.1398.069 می‌باشد. نویسندگان مراتب تقدیر و تشکر خود را از پرسنل بخش‌های دیالیز بیمارستان‌های مربوطه و به خصوص بیماران محترم همودیالیزی که ما را در انجام این پژوهش یاری رساندند، اعلام می‌دارد.
*واژه پویشی در این پژوهش به معنای بیانگر می‌باشد.

References

1. Kaplan, H., Sadok, b. Synopsis in Psychiatry, translated by Farzin Rezaei, Tehran: Shahrab Publications; 1994: 42.(persian).
2. Rahmanian, Q. A study of a codified home visit program on the mental health status of patients treated with hemodialysis in hospitals affiliated to Mashhad University of Medical Sciences, M.Sc. Thesis, School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences. 2012:32- 48.(Persian).
3. Hosseinzadeh, H. Examination of self-concept and depression in patients, treated with hemodialysis in Mashhad, Master's thesis, School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences.2003: 56-60.(Persian).
4. Brunner and Sodarh. Kidney and Urinary Tract Nursing, translated by Pouran Sami, Tehran: Bashari Publications; 2008: 89.(persian).
5. Fitzgerald, j. Coping with chronic illness 3rd ed. penssylvania, united states:f.a.davis company,2000:200-201.
6. Brunner & Suddarth's. Kidney and Urinary Tract Nursing, translated by Marjan Seyed Mazhari, Tehran: Bashari Publications; 2008: 112.(persian).
7. Takaki J, Yano E. Possible gender differences in the relationships of selfefficacy and the internal locus of control with compliance in hemodialysis patients. Behavioral medicine (Washington,DC).2006; 32(1):5-11.

8. Takaki J, Nishi T, Shimoyama H, Inada T, Matsuyama N, Sasaki T, et al. Possible variances of blood urea nitrogen, serum potassium and phosphorus levels and interdialytic weight gain accounted for compliance of hemodialysis patients. *Journal of Psychosomatic Research*.2003; 55(6):525-9.
9. Denhaerynck K, Manhaeve D, Dobbels F, Garzoni D, Nolte C, De Geest S. Prevalence and consequences of nonadherence to hemodialysis regimens. *American journal of critical care: an official publication, American Association of Critical-Care Nurses*.2007; 16(3):222-235.
10. Gerbino G, Dimonte V, Albasi C, Lasorsa C, Vitale C, Marangella M. Adherence to therapy in patients on hemodialysis. *Giornale italiano di nefrologia: organo ufficiale della Societa italiana di nefrologia*.2011; 28(4):416.
11. Khalil AA, Frazier SK, Lennie TA, Sawaya BP. Depressive Symptoms and Dietary Adherence in Patients with End-Stage Renal Disease. *Journal of renal care*.2011; 37(1):30-39.
12. Vaiciuniene R, Kuzminskis V, Ziginiskiene E, Skarupskiene I, Bumblyte IA. Adherence to treatment and hospitalization risk in hemodialysis patients. *Journal of nephrology*.2012; 25(5): 672-678.
13. Prochaska, J. Norcross, c. *Psychotherapeutic Theories*, translated by Yahya Seyed Mohammadi, Tehran: Roshd Publications;2007: 145.(persian).
14. Sookhk, F; Zolfaghari, M; Asadinoghabi, A ;Haghani, H. The effect of cognitive-behavioral interventions on Adherence to the medication regime of Hemodialysis Patients. *Hayad ju*.2014;3(20): 85-94.(persian).
15. Badiee aval, M. Comparison of the effectiveness of two supportive-expressive and cognitive-behavioral psychotherapy on depression in hemodialysis patients. MA. Dissertation. torbat-e-jam: Islamic Azad University Torbat-e- Jam branch.2015:48-54.(Persian).
16. Beck, A.t., Brown, G., Steer, R.A. *Manual for the beck depression inventory-II*. San Antonio, tx:the psychological corporation;2000.
17. Fathi Ashtiani, A; Dastani, M. *Psychological Examinations*. Tehran: Besat Publications.2010:336- 339.(Persian).
18. Kim y . evangelista ls. relationship between illness perceptions, treatment adherence, and clinical outcomes in patients on maintenance hemodialysis. *nephrol nurs j* .2010;37(3):271-280.
19. Kim, Y; Evangelista, LS; Phillips, LR; Pavlish, C; Kopple, JD. The End-Stage Renal Disease Adherence Questionnaire (ESRD-AQ): testing the psychometric properties in patients receiving in-center hemodialysis. *Nephrology Nursing Journal*. 2010; 37(4):377-393.
20. Blind, c. *Theories of counseling and psychotherapy*, translated by Yahya Seyed Mohammadi, Tehran: Negin Publications; 2009: 61.(persian).
21. Winston, a, Rosenthal, r , Pinsker, H . *Learning Supportive Psychotherapy: An Illustrated Guide*.2010:42-48.
22. Hadian, Z; Rafiee Vardanjani, L; Barimnejad, L. The most important causes of non-adherence in patients on dialysis. *Clinical Excellence*.2017; 2(5): 84-97.(Persian).
23. Mehrotra, R; Cukor, D; Unruh, M; Rue, T; Heagerty, P; Cohen, SD; Dember, LM; Diaz-Linhart, Y; Dubovsky, A; Greene, T; Grote, N; Kutner, N; Trivedi, MH; Quinn, D; K, Ver; Halen, N; Weisbord, SD; Young, BA; Kimmel, PL; Hedayati, SS. Comparative Efficacy of Therapies for Treatment of Depression for Patients Undergoing Maintenance Hemodialysis: A Randomized Clinical Trial. *Ann Intern Med*. 2019 Feb 26. doi: 10.7326/M18-2229. [Epub ahead of print] PubMed PMID: 30802897.

Original Article

Comparison of the effect of supportive – expressive and cognitive-behavioral psychotherapy on depression and adherence to hemodialysis patients

Received: 14/10/2019 - Accepted: 21/01/2020

Mozhgan badiie Aval¹
Ali Akbar Samari^{2*}
Shapour Badiie Aval³

¹ PhD Student of Health Psychology, Torbat Jam Branch, Islamic Azad University, Torbat Jam, Iran.

² Assistant Professor, Department of Health Psychology, Kashmar Branch, Islamic Azad University, Kashmar, Iran.

³ Associate Professor, Department of Chinese and Complementary Medicine, Faculty of Iranian and Complementary Medicine, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

Email: aasamari87@gmail.com

Abstract

Introduction: The aim of this study was to compare the efficacy of supportive- expressive and cognitive - behavioral psychotherapy on depression and adherence to hemodialysis patients.

Materials and Methods: The study had a quasi-experimental design with pretest and post-test. A total of 45 patients undergoing hemodialysis were selected through purposive sampling and randomly allocated to the three study groups. 15 patients were treated by supportive – expressive psychotherapy, 15 patients by cognitive - behavioral psychotherapy and 15 patients were in the control group. The measurement tool was Beck Depression Inventory II and End stage renal disease adherence questionnaire (ESRD-AQ). The data were analyzed through spss-23.

Results: Results in the study of multivariate indicators and significance level of 0.001 in the group of supportive-expressive psychotherapy showed the size of short-term (pre-test-post-test) effect was 0.90 and long-term (pre-test-follow-up for 4 months) was 0.80 and in cognitive-behavioral therapy With the same significance level, the short-term effect was 0.61 and the long-term effect was 0.39, and finally, with the Benfroni test and using the average comparison profile, the short-term and long-term effect in supportive- expressive psychotherapy was higher than cognitive-behavioral therapy.

Conclusion: Supportive-expressive psychotherapy is more effective in improving the depressive symptoms of these patients than cognitive-behavioral psychotherapy, but no significant difference was found between these two types of psychotherapy for adherence.

Key words: Depression, Hemodialysis , adherence , psychotherapy

Acknowledgement: There is no conflict of interest.