



The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Symptoms of Anxiety, Depression and Stress in Renal Patients Under Hemodialysis

Nazila Khoshkhatti ¹ , Mojtaba Amiri Majd ^{2,*} , Saeideh Bazzazian ² ,
Alireza Yazdinezhad ³ 

¹ Ph.D. Candidate of Counseling, Department of Counseling, Faculty of Humanities, Abhar Branch, Islamic Azad University, Abhar, Iran

² Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Abhar Branch, Islamic Azad University, Abhar, Iran

³ Associate Professor, Department of Pharmacognosy, School of Pharmacy, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran

* **Corresponding author:** Mojtaba Amiri Majd, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Abhar Branch, Islamic Azad University, Abhar, Iran. E-mail: amirimajd@abhariau.ac.ir

Received: 15 Sep 2019

Accepted: 06 Dec 2019

Abstract

Introduction: Psychological factors play an important role in developing and maintaining health in hemodialysis patients, so this study aimed to determine the effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on symptoms of anxiety, depression and stress in hemodialysis patients.

Methods: The present study was a Quasiexperimental design with pretest-posttest and follow-up with control group. The study population consisted of hemodialysis patients in Zanjan in 1397. 20 patients were selected using Purposive sampling and were randomly divided into two groups (n = 10). Patients in the experimental group received mindfulness-based cognitive therapy in 8 sessions during the two months and the control group did not receive any treatment. The DASS-21 Depression Anxiety and Stress Scale-21 was used to measure the research variables. Data were analyzed by multivariate analysis of variance.

Results: The results of repeated measure ANOVA showed that after the intervention, the scores of all three sub-scales of depression, anxiety and tension significantly decreased compared to the control group ($P < 0/01$) and the stage in none of the following Scales were not significant ($P > 0/01$).

Conclusions: Mindfulness-based cognitive therapy is considered as an effective treatment to reduce the symptoms of depression, anxiety and stress in hemodialysis patients. Therefore, it is suggested that therapists and specialists use the effects of the present study to improve patients' health.

Keywords: Mindfulness-Based Cognitive Therapy, Depression, Anxiety, Stress, Hemodialysis

© 2020 Iranian Nursing Scientific Association (INA)



اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر علائم اضطراب، افسردگی و استرس بیماران کلیوی تحت همودیالیز

نازیلا خوش خلی^۱، مجتبی امیری مجد^{۲*}، سعیده بزازیان^۲، علیرضا یزدی نژاد^۳

^۱ دانشجوی دکتری مشاوره، گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ابهر، ابهر، ایران

^۲ دانشیار، گروه روان شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ابهر، ابهر، ایران

^۳ دانشیار، گروه فارماکوتوزی، دانشکده داروسازی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران

* نویسنده مسئول: مجتبی امیری مجد، دانشیار گروه روان شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ابهر، ابهر، ایران. ایمیل: amirimajd@abhariau.ac.ir

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۸/۰۶/۲۴

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۸/۰۹/۱۵

چکیده

مقدمه: افسردگی، اضطراب و استرس در بیماران همودیالیزی شیوع بالایی دارد که باعث کاهش سلامت روانی شده و منجر به اختلال عملکرد آن‌ها در ابعاد گوناگون می‌شود. با توجه به نقش قابل توجه عوامل روان شناختی در فرایند درمان و بهبود بیماران، این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر علائم اضطراب، افسردگی و استرس بیماران کلیوی تحت همودیالیز اجرا شد.

روش کار: روش پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی با طرح پیش آزمون- پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش بیماران تحت درمان با همودیالیز شهر زنجان در سال ۱۳۹۷ بودند. ۲۰ نفر با روش نمونه گیری هدفمند انتخاب و با روش تصادفی ساده در دو گروه ۱۰ نفری جایگزین شدند. جهت انجام مداخله بیماران گروه آزمایش در طی دو ماه در ۸ جلسه ۱ ساعته شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی را به صورت گروهی دریافت کردند و گروه کنترل هیچگونه درمانی دریافت نکردند. برای سنجش متغیرهای پژوهش از مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-21) استفاده شد. داده‌ها با روش تحلیل واریانس چند متغیره تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر نشان داد که پس از انجام مداخله، نمرات هر سه زیر مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس به طور معناداری نسبت به گروه کنترل کاهش پیدا کرد ($P < 0/01$) و مرحله در هیچ کدام از زیر مقیاس‌ها معنی دار نبود ($P > 0/01$).

نتیجه گیری: شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به عنوان روش درمانی مؤثری در کاهش علائم افسردگی، اضطراب و استرس بیماران کلیوی تحت همودیالیز محسوب می‌گردد. لذا پیشنهاد می‌شود درمانگران و متخصصین از این روش درمانی برای راستای ارتقا سلامت بیماران استفاده نمایند.

کلیدواژه‌ها: شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، افسردگی، اضطراب، استرس، همودیالیز

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

بیماری مزمن کلیوی (CKD) یک فرایند پاتولوژیک با علل متعدد است که نتیجه آن کاهش توقف ناپذیر تعداد و کارکرد نرون‌ها است و در بسیاری از موارد منجر به بیماری کلیوی مرحله انتهایی (ESRD) می‌شود [۱]. مرحله انتهایی بیماری کلیوی (ESRD) نشان دهنده وضعیتی بالینی است که در نتیجه آن کلیه‌ها نمی‌توانند وظایفی چون اعمال متابولیک و حفظ تعادل مایعات و الکترولیت‌ها را در بدن انجام دهند و این یک بیماری جسمی شایع است که ۲ تا ۳ درصد مردم جهان به آن مبتلا می‌باشند و برای ادامه حیات بیمار، بعد از درمان‌های

محافظتی، استفاده از درمان‌های جایگزین کلیه ضروری است، از جمله این درمان‌های جایگزین می‌توان از انواع مختلف دیالیز نام برد که در حال حاضر همودیالیز شایع‌ترین درمان جایگزین در این بیماران می‌باشد [۲]. هرچند همودیالیز باعث افزایش طول عمر بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه می‌شود، اما باید دقت داشت که همودیالیز فرایندی استرس زا است و باعث فشارهای روحی و مشکلات روانی- اجتماعی زیادی در فرد می‌شود [۳]. این بیماران علاوه بر ابتلا به بیماری مزمن با عوامل استرس زای زیادی از جمله مشکلات مربوط به

درمان، محدودیت‌های غذایی و مایعات، ضعف و همچنین اضطراب و افسردگی مواجه می‌باشند [۴]. استرس متغیری است که در ارتباط با تمام عوامل روانی می‌باشد و موجب افزایش میزان افسردگی، اضطراب و نگرانی و دیگر اشکال ناراحتی‌های روانی در بیماران مختلف می‌شود به صورت فیزیولوژیک اضطراب و استرس می‌توانند بر عملکرد سیستم ایمنی تأثیر بگذارند و با کاهش مقاومت بدن، فرد را مستعد هرگونه بیماری جسمانی و روانی کنند [۵]. افسردگی شایع‌ترین اختلال روانی در بیماران همودیالیزی به شمار می‌آید. اهمیت شناسایی و بررسی این اختلال تا حدی است که در صورت عدم شناسایی و درمان افسردگی، بیمار به اختلال تغذیه، ضعف سیستم ایمنی بدن، عدم رعایت رژیم درمانی و افزایش شدت بیماری دچار شده و در نهایت ممکن است که اقدام به خودکشی نماید [۶]. اضطراب نیز یک احساس منفی است که در پاسخ به خطر درک شده روی می‌دهد که این خطر می‌تواند از منبع خارجی یا داخلی بوده و واقعی یا خیالی باشد [۷]. مطالعات نشان می‌دهند که بعد از افسردگی با شیوع ۵۵/۹ درصد، اضطراب با شیوع ۴۶/۷۲ درصد دومین عارضه روانی شایع در بیماران تحت درمان با همودیالیز است [۸]. مطالعات نشان داده‌اند که تشخیص سریع و درمان اضطراب و افسردگی و استرس، کیفیت زندگی بیماران تحت درمان با همودیالیز را افزایش می‌دهد [۹]. چراکه این اختلالات روانی می‌توانند آسیب‌پذیری فرد را در جهت تشدید بیماری افزایش دهند و با افزایش علائم و کند کردن سیر بهبودی آثار نامطلوبی بر سیر درمان بگذارند که تداوم این روند منجر به افزایش مرگ و میر و کاهش کیفیت زندگی می‌شود [۱۰، ۱۱]. متأسفانه در حال حاضر شیوع افسردگی، اضطراب و استرس در بیماران تحت همودیالیز رو به افزایش است که این موضوع می‌تواند سلامت روانی و جسمانی این افراد را با مشکل مواجه کند و نیز در روند درمان آن‌ها اختلال ایجاد کند [۱۲] با توجه به عوارض متعدد داروهای ضد اضطراب و افسردگی و آثار منفی آن در بیماران تحت درمان با همودیالیز به دلیل عملکرد ضعیف کلیوی آن‌ها بهتر است از روش‌های غیردارویی در جهت تسکین اضطراب، افسردگی و استرس بیماران استفاده شود [۱۳، ۱۴]. از جمله درمان‌های قابل استفاده در بهبود مشکلات این بیماران درمان‌های روان‌شناختی می‌باشد. امروزه درمان‌های موج سوم روان‌شناختی نسبت به سایر درمان‌ها پیشی گرفته است. شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) Mindfulness-Based Cognitive Therapy. از جمله این درمان‌ها و از جدیدترین درمان‌های معرفی شده اخیر در زمینه کاهش اضطراب، افسردگی و استرس می‌باشد [۱۵]. شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی نوعی شناخت درمانی است که از ذهن آگاهی بهره می‌گیرد و شامل مراقبه‌های مختلف، یوگای کشیدگی، آموزش درباره استرس، اضطراب و افسردگی و تمرین‌های شناخت درمانی است [۱۶]. ذهن آگاهی توجه فرد را بر تجربه‌های درونی و بیرونی زمان حال متمرکز کرده و باعث پذیرش رویدادها بدون تغییر آن‌ها می‌شود و شامل توجه کردن به شیوه‌ای خاص و هدفمند در زمان حال بدون پیش داوری و قضاوت می‌باشد [۱۷]. کوری و همکاران در پژوهشی عنوان نمودند که در درمان مبتنی بر ذهن آگاهی، افراد ترغیب می‌شوند تا به تجربیات درونی خود در هر لحظه، حس‌های بدنی، افکار و احساس‌ها و همچنین به جنبه‌های محیطی مانند مناظر و صداها توجه کنند. طی این نوع درمان در افراد این نگرش به وجود می‌آید که نسبت به امور

پذیرش بدون قضاوت داشته باشند، یعنی ایجاد آگاهی نسبت به ادراک‌ها، شناخت‌ها، هیجان‌ها یا احساس‌ها بدون اینکه نسبت به خوبی یا بدی، حقیقی یا کاذب، سالم یا ناسالم بودن، مهم بودن یا نبودن آن‌ها قضاوت و ارزیابی شود [۱۸]. همچنین این روش با ترکیب مهارت‌های ذهن آگاهی و فنون شناختی شرایطی را فراهم می‌کند تا فرد بتواند به صورت مجزا و خالی از قضاوت، نظاره‌گر افکار منفی خود باشد و از درگیر شدن با الگوهای پایدار افکار منفی دوری کند و منجر به رشد دیدگاه جدید و شکل‌گیری افکار و هیجان‌های خوشایند می‌شود [۱۹]. برخی از تحقیقات حاکی از آن است که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در بهبود علائم اضطراب و افسردگی و استرس دامنه نسبتاً متنوعی از اختلال‌های پزشکی مورد استفاده قرار گرفته است به عنوان مثال Kyung Sohn و همکاران در پژوهش خود نشان دادند که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به کاهش علائم اضطراب و استرس در بیماران کلیوی تحت همودیالیز کمک می‌کند [۲۰] و در همین راستا جفاکش و همکاران در تحقیقی را برای مقایسه اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و روان‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روی تنش بیماران دیالیزی انجام دادند، یافته‌ها نشان دادند که مداخله‌های صورت گرفته بر استرس بیماران دیالیزی اثربخش بوده و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به صورت معناداری مؤثرتر از روان‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بوده است و این رویکرد می‌تواند به افراد در رهاسازی از افکار اتوماتیک، عادت‌ها، الگوهای رفتاری ناسالم کمک کند و از این رو نقش مهمی در کاهش تنش ایفا کند [۲۱]. شواهد نشان می‌دهد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی اثرات مثبتی بر علائم جسمی و روانی داشته است و می‌تواند درمان کمکی مؤثری برای بیماری‌های جسمانی باشد. در پژوهشی که توسط Heeringen Van و Godfrin به منظور مطالعه اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر روی بیماران مبتلا به افسردگی انجام شد، این درمان کاهش علائم افسردگی را نشان داد [۲۲]. Tickel و همکاران در پژوهشی اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی را در خدمات بهداشت و درمان مورد بررسی قرار دادند که نتایج بیانگر از آن بود که افراد دریافت‌کننده این درمان کاهش قابل توجهی در میزان افسردگی نسبت به قبل از درمان را نشان دادند [۲۳]. مکتزی و همکاران نیز در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی درمانی مؤثر جهت بهبود افسردگی بیماران مبتلا به افسردگی است [۲۴]. در تحقیقی که توسط تقوی و همکاران، با هدف بررسی تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به آسم انجام گرفت، پس از اتمام برنامه مشاهده شد که میزان اضطراب و افسردگی به طور معناداری کاهش یافته بود [۲۵]. و همچنین نتایج پژوهش سینتا و همکاران نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی اضطراب همراه با درد را در نوجوانان مبتلا به لوسمی کاهش داد و این کاهش در مرحله پیگیری ادامه یافت [۲۶]. غضنفری و همکارانش نشان دادند اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر بر روی کاهش افسردگی این بیماران به صورت معناداری مؤثر بوده است ولی در متغیر اضطراب با وجود بهبود میزان اضطراب کاهش معناداری نداشته است [۲۷]. این روش می‌تواند یک ساختار ادراکی برای کمک به بیماران در جهت پذیرش مشکلات

"اضطراب" و "تنش" را توسط ۷ عبارت متفاوت مورد ارزیابی قرار می دهد. فرم بلند آن شامل ۴۲ عبارت است که هریک از ۱۴ عبارت یک عامل یا سازه روانی را اندازه گیری می کند. خرده مقیاس افسردگی شامل عباراتی است که خلق ناشاد، فقدان اعتماد به نفس، ناامیدی، بی ارزش بودن زندگی، فقدان علاقه برای درگیری در امور، عدم لذت بردن از زندگی و فقدان انرژی و قدرت را می سنجد. خرده مقیاس اضطراب دارای عباراتی است که می گوشت تا بیش انگیزشی فیزیولوژیک، ترس ها و اضطراب موقعیتی را مورد ارزیابی قرار دهند. خرده مقیاس استرس عباراتی چون دشواری در دستیابی به آرامش، تنش عصبی، تحریک پذیری و بیقراری را در بر می گیرد. هریک از خرده مقیاس های "مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس" شامل ۷ سؤال است که نمره نهایی هر کدام از طریق مجموع نمرات سؤال های مربوط به آن به دست می آید. هر سؤال از صفر (اصلاً درمورد من صدق نمی کند) تا سه (کاملاً در مورد من صدق می کند) نمره گذاری می شود و بر این اساس نمره نهایی هر کدام از خرده مقیاس ها از طریق مجموع نمرات سؤال های مربوط به آن به دست می آید. از آنجا که "مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس" فرم کوتاه شده مقیاس اصلی (۴۲ سوالی) است، نمره نهایی هر یک از این خرده مقیاس ها باید ۲ برابر شود [۲۹].

خرده مقیاس ها و سؤال های مربوط به مؤلفه ها که شامل افسردگی در سؤالات ۳،۵،۱۰،۱۳،۱۶،۱۷،۲۱ اضطراب در سؤالات ۱،۶،۸،۱۱،۱۲،۱۴،۱۸ استرس در سؤالات ۲،۴،۷،۹،۱۵،۱۹،۲۰ باشد. Antony و همکاران مقیاس مذکور را مورد تحلیل عاملی قرار دادند که نتایج پژوهش آنان حاکی از وجود سه عامل افسردگی، اضطراب و استرس بود. نتایج این مطالعه نشان داد که ۶۸ درصد از واریانس کل مقیاس توسط این سه عامل مورد سنجش قرار می گیرد. ارزش ویژه عوامل تنش، افسردگی و اضطراب در پژوهش مذکور به ترتیب برابر ۰/۹۷، ۰/۸۹، ۰/۷۳ و ضریب آلفای کرونباخ برای این عوامل به ترتیب ۰/۹۷، ۰/۹۲، ۰/۹۵ بود [۳۰].

Crawford & Henry فرم کوتاه "مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس" را به لحاظ روایی ساختار مورد مطالعه قرار داده اند. ۱۷۹۴ عضو جمعیت بالغ انگلیس جمعیت (۹۷۹ زن و ۸۱۵ مرد) جمع آوری شد. این پژوهشگران به وجود یک عامل عمومی و سه عامل افسردگی، اضطراب و استرس در این مقیاس اشاره داشته اند و ضریب پایایی این عوامل را به ترتیب برابر با ۰/۸۸ برای زیر مقیاس افسردگی، ۰/۸۲ برای زیر مقیاس اضطراب، ۰/۹۰ برای زیر مقیاس استرس و ۰/۹۳ برای مقیاس کل گزارش کرده اند [۳۱].

روایی و پایایی این پرسشنامه در ایران توسط سامانی و جوکار مورد بررسی قرار گرفته است این مقیاس بر روی ۶۳۸ نفر (۳۳۰ دختر و ۳۰۸ پسر) از دانشجویان دانشگاه شیراز و دانشگاه علوم پزشکی شیراز اجرا شد. پس از تکمیل این مقیاس توسط گروه نمونه، محتوای مقیاس به دو شیوه مؤلفه های اصلی (Principal component PC) و بیشینه ای احتمال (Mximum-likelihood ML) مورد تحلیل عاملی قرار گرفت که نتایج این تحلیل استخراج سه عامل فشار روانی، افسردگی و اضطراب بود. در خصوص بررسی پایایی "مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس" ۴۰ نفر از بین دانشجویان دانشگاه شیراز و دانشگاه علوم پزشکی شیراز انتخاب و به فاصله سه هفته مورد آزمون و بازآزمایی قرار گرفتند. ضریب بازآزمایی برای مقیاس مورد نظر برای عامل استرس

خود فراهم کند، بر اساس آن چه گفته شد و با توجه به شیوع رو به رشد بیماری های کلیوی و به تبع آن مشکلات روانی ناشی از شرایط بیماری و نقش قابل توجه عوامل روان شناختی در فرایند درمان و سلامت جسمانی بیماران تحت درمان با همودیالیز، ضروری است که مداخلات مؤثری برای کمک به بیمارانی که با این مشکلات روبه رو هستند ایجاد شود. تاکنون مطالعات اندکی در رابطه با اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر روی بیماران دیالیزی انجام گرفته است. لذا بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی برای برگرداندن سلامت روان به بیماران و همچنین بهبود سلامت جسمانی آن ها از اهمیت و ضرورت برخوردار است بنابراین هدف از این مطالعه تعیین اثربخشی "شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر روی اضطراب، افسردگی و استرس بیماران کلیوی تحت همودیالیز بود.

روش کار

روش پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی با طرح پیش آزمون - پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. در این پژوهش "شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی" به عنوان متغیر مستقل پژوهش و افسردگی، اضطراب و استرس به عنوان متغیرهای وابسته بودند. جامعه آماری این پژوهش را ۱۸۰ بیمار تحت همودیالیز شهر زنجان در سال ۱۳۹۷ تشکیل دادند که از میان آن ها به صورت هدفمند افرادی را که براساس معیارهای ورود و خروج واجد شرایط پژوهش بودند را انتخاب نموده و سپس از بین آن ها، افرادی را که بر اساس نمرات "مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس" بالاترین نمره را بر اساس نقطه برش داشتند ۲۰ نفر انتخاب کرده و به روش تصادفی (از طریق قرعه کشی) در دو گروه قرار دادیم و دو گروه به صورت تصادفی در گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. در این پژوهش با توجه به محدودیت های عملی بر سر راه انتخاب نمونه بزرگتر، از قاعده ای انتخاب ده درصد از جامعه برای نمونه گیری استفاده شد. با توجه به اینکه حجم جامعه ۱۸۰ نفر بود نمونه محاسبه شده ۱۸ نفر بود که در این پژوهش ۲۰ نفر گرفته شد. [۲۸] ملاک های ورود شامل: حداقل طول مدت دیالیز ۳ ماه، داشتن سطح سواد حداقل سیکل و احتساب نمره بالاتر از نقطه برش (افسردگی بالاتر از ۹ و اضطراب بالاتر از ۷ و استرس بالاتر از ۱۴) بر اساس "مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس" (DASS-21 Depression Anxiety and Stress Scale) و تمایل و رضایت آگاهانه به شرکت در طرح پژوهشی و عدم داشتن بیماری های اعصاب و روان به گونه ای که تحت معالجه پزشکی اعصاب و روان باشند و عدم سابقه مصرف داروهای ضدافسردگی و عدم ابتلا به بیماری های جسمی دیگر به جز دیابت چرا که اغلب بیماران دیالیزی دیابت دارند بود. ملاک های خروج نیز شامل غیبت یک جلسه و پاسخ ناقص به پرسشنامه بود. ابزار جمع آوری اطلاعات عبارت بودند از: ۱- پرسشنامه ویژگی های جمعیت شناختی که با توجه به اهداف پژوهش شامل سن، جنس، وضعیت تاهل، شغل، سطح تحصیلات، سابقه بیماری، مدت زمان انجام دیالیز طراحی شد. ۲- مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-21) میزان افسردگی، اضطراب و استرس با استفاده از فرم کوتاه شده این مقیاس اندازه گیری شد. "مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس" در سال ۱۹۹۵ توسط Lovibond تهیه شد [۲۸]. این مقیاس دارای دو فرم است. فرم کوتاه دارای ۲۱ عبارت است که هریک از سازه های روانی "افسردگی"،

کنترل جایگزین شدند، بالافاصله بعد از تعیین گروه‌ها، مداخله آغاز شد: بیماران گروه آزمایش در طی دو ماه در ۸ جلسه ۱ ساعته شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی را به صورت گروهی دریافت کردند. هر جلسه با یک تمرین رسمی همچون (تمرکز بر بخش‌های مختلف بدن، حرکات هوشیارانه، یا تمرین مراقبه) آغاز شد. در پی آن تجارب به دست آمده از تمرینات مورد بررسی قرار گرفت و در خصوص شیوه‌های خاصی از ویژگی‌های اصلی ذهن آگاهی بحث و گفتگو شد خلاصه‌ای از جلسه‌های آموزش مهارت‌های ذهن آگاهی کابات زین (۱۹۹۰) در جدول ۱ قید شده است.

پس از پایان مداخله، با استفاده از پرسشنامه مذکور مرحله پس از آزمون بعد از مداخله یعنی بعد از دو ماه و سپس پیگیری یک ماهه گروه‌ها انجام گرفت. از شاخص‌های میانگین و انحراف معیار برای ارائه اطلاعات توصیفی، و در سطح استنباطی نیز از شاخص آماری تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر استفاده گردید. داده‌های به دست آمده با استفاده از نرم افزار اس پی اس اس نسخه ۲۵ مورد تحلیل قرار گرفتند. سطح معنی داری ۰/۰۱ در نظر گرفته شد.

۰/۸۰، افسردگی ۰/۸۱ و اضطراب ۰/۷۸ و برای کل مقیاس ۰/۸۲ بود ($P < ۰/۰۰۱$) و به منظور بررسی میزان همسانی درونی مقیاس از ضریب اعتبار آلفا استفاده شد که این ضریب برای عوامل استرس، افسردگی و اضطراب به ترتیب برابر با ۰/۸۷، ۰/۸۵، ۰/۷۵ بود [۳۲]. در مطالعه حاضر روایی صوری این ابزار توسط هفت تن از اعضای هیئت علمی دانشگاه آزاد واحد ابهر (۳ دانشیار و ۴ استادیار گروه روان شناسی و مشاوره) مورد تأیید قرار گرفت. پایایی پرسشنامه به روش همسانی درونی تعیین گردید و آلفای کرونباخ برای افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۵، ۰/۷۹ و نمره کل ۰/۸۹ به دست آمد. برای شروع به مطالعه پس از اخذ مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد واحد زنجان و هماهنگی با مدیران بیمارستان با مراجعه به بخش دیالیز پس از کسب رضایت آگاهانه از بیماران و اطمینان دادن به آن‌ها که اطلاعاتشان محرمانه باقی خواهد ماند، در نهایت ۲۰ نفر از بیماران که به عنوان نمونه از جامعه آماری انتخاب شده بودند به صورت تصادفی و به روش قرعه کشی در دو گروه که شامل یک گروه آزمایش که دریافت کننده مداخله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بود و یک گروه

جدول ۱. پروتکل جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی

جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول: هدایت خودکار (آشنایی)	تعیین اصول و قواعد دوره و مرزهای آن؛ شرکت کننده خود را معرفی می‌کند (درباره آنچه که او را به شرکت در مداخله ترغیب کرده و آنچه از فرآیند مداخله می‌خواهد صحبت می‌کنند خوردن یک کشمش با آگاهی، مراقبه و آرسی بدن
جلسه دوم: رویارویی با موانع	مراقبه و آرسی بدن، ده دقیقه تنفس ذهن آگاهانه، تمرین‌های افکار و احساسات، معطوف کردن توجه به یک فعالیت روزمره به شیوه‌ای متفاوت ثبت گزارش روزانه از تجربه یک رویداد خوشایند
جلسه سوم: ذهن آگاهی بر روی تنفس	حرکت ذهن آگاهانه، تمرین کشش و تنفس، مشخص کردن تقویم تجارب خوشایند، تمایز فکر از واقعیت
جلسه چهارم: ماندن در زمان حال	ذهن آگاهی پنج دقیقه‌ای مشاهده کردن یا شنیدن، مراقبه نشستن، راه رفتن ذهن آگاهانه، تحریف‌های شناختی
جلسه پنجم: پذیرش و اجازه/ مجوز حضور	مراقبه نشستن، آگاهی از تنفس و بدن، تاکید بر چگونگی واکنش دهی به افکار، احساسات و حسهای بدنی ایجاد شده؛ معرفی یک حالت دشوار در تمرین و کاوش اثراتش بر روی بدن و ذهن و سه دقیقه فضای تنفس
جلسه ششم: افکار حقایق نیستند	مراقبه نشستن، آگاهی از تنفس و بدن، تمایز فکر از واقعیت، تمرین خلقها، افکار و دیدگاههای جایگزین
جلسه هفتم: چگونه می‌توانیم به بهترین شکل از خود مراقبت کنیم؟	مراقبه نشستن، آگاهی از تنفس، بدن، صداها، افکار و هیجانها، و طرح مشکلی که در انجام تکلیف به وجود آمده و پی بردن به اثرات آن بر بدن و ذهن، شناسایی ارتباط بین فعالیت و خلق، راه حل آفرینی سازنده
جلسه هشتم: استفاده از آموخته‌ها برای کنار آمدن با وضعیتهای خلقی در آینده	تمرین و آرسی بدنی، بازنگری کل برنامه: آنچه در گروه یاد گرفته شده و مرور کل برنامه و برنامه ریزی برای آینده و استفاده از فنون حضور درحال برای ادامه زندگی و تعمیم آن‌ها به کل جریان زندگی

یافته‌ها

دهد که نمره هر ۳ متغیر، در گروه آزمایشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، در مراحل پس از آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش از آزمون کاهش داشته است. این در حالی است که این تغییر برای گروه کنترل، در هیچ یک از مراحل پژوهش دیده نمی‌شود

در جدول ۲، شاخص‌های توصیفی به دست آمده برای متغیرهای استرس، اضطراب، افسردگی و ارائه شده است. نتایج جدول ۲ نشان می

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار متغیرهای افسردگی، اضطراب و تنش در گروه آزمایش و کنترل در مراحل پیش از آزمون، پس از آزمون و پیگیری

متغیر	پیش از آزمون			پس از آزمون			پیگیری		
	میانگین	انحراف معیار	بیشینه	کمینه	میانگین	انحراف معیار	بیشینه	کمینه	
افسردگی									
گروه آزمایش	۲۶/۴	۶/۹۷	۳۴	۱۴	۱۳	۷/۶۱	۳۰	۴	۱۲/۲
گروه کنترل	۲۳	۷/۵۵	۳۴	۱۴	۲۲/۲	۷/۱۹	۳۴	۱۴	۲۶
اضطراب									
گروه آزمایش	۲۱	۵/۰۹	۳۰	۱۲	۱۴/۶	۵/۹۶	۲۸	۸	۱۲/۸
گروه کنترل	۲۰/۴	۲/۶۳	۲۴	۱۶	۲۰/۸	۲/۵۲	۲۴	۱۸	۲۰
استرس									
گروه آزمایش	۳۰/۶	۳/۸۹	۳۶	۲۴	۱۵/۲	۴/۰۲	۲۴	۱۰	۱۵
گروه کنترل	۲۵/۴	۴/۸۱	۳۴	۱۸	۲۸/۶	۳/۲۷	۳۴	۲۴	۲۸/۸

جدول ۳. تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر برای مقایسه پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری زیر مقیاس افسردگی، اضطراب و تنش در گروه آزمایش و کنترل

منبع اثر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	آماره F	مقدار احتمال
افسردگی					
مرحله	۰/۲۶۶	۱	۰/۲۶۶	۰/۰۵۵	۰/۸۱۷
مرحله * گروه	۳۱/۴۷۴	۱	۳۱/۴۷۴	۶/۵۶۷	۰/۰۰۸
خطا (درون گروهی)	۸۱/۴۷۹	۱۷	۴/۷۹۳	--	--
گروه	۲۰۲۸/۶۴۴	۱	۲۰۲۸/۶۴۴	۵۶/۷۲۹	۰/۰۰۰
اضطراب					
خطا (برون گروهی)	۶۰۷/۹۲۱	۱۷	۳۵/۷۶۰	--	--
مرحله	۱/۶۸۹	۱	۱/۶۸۹	۰/۲۷	۰/۶۱
مرحله * گروه	۲	۱	۲	۰/۳۲	۰/۵۷۹
خطا (درون گروهی)	۱۰۶/۲۴۷	۱۷	۶/۲۵۰	--	--
گروه	۵۰۴/۴۳۴	۱	۵۰۴/۴۳۴	۳۸/۷۸۰	۰/۰۰۰
استرس					
خطا (برون گروهی)	۲۲۱/۱۲۷	۱۷	۱۳/۰۰۷	--	--
مرحله	۱/۳۱۱	۱	۱/۳۱۱	۹/۸۶۴	۰/۰۰۶
مرحله * گروه	۱/۳۲۳	۱	۱/۳۲۳	۹/۹۵۶	۰/۰۰۶
خطا (درون گروهی)	۲/۲۶۰	۱۷	۰/۱۳۳	--	--
گروه	۲۱۵۸/۳۸۵	۱	۲۱۵۸/۳۸۵	۲۱۰/۳۹	۰/۰۰۰
خطا (برون گروهی)	۱۷۴/۳۹۸	۱۷	۱۰/۲۵۹	--	--

جدول ۴. نتایج اثر سطوح مرحله در گروه آزمایش و کنترل در زیر مقیاس افسردگی و استرس

مرحله	میانگین اختلاف	انحراف معیار	مقدار احتمال
افسردگی			
ازمایش			
پیش آزمون - پس آزمون	۱۴/۴۰	۳/۲۶	۰/۰۰۱
پیش آزمون - پیگیری	۱۴/۲۰	۳/۱۴	۰/۰۰۰
پس آزمون - پیگیری	۰/۸۰	۳/۲۸	۰/۸۱۱
کنترل			
پیش آزمون - پس آزمون	۲	۳/۲۹	۰/۹۵۲
پیش آزمون - پیگیری	۳	۳/۲۲	۰/۳۶۵
پس آزمون - پیگیری	۲/۸	۳/۱۴	۰/۳۸۵
استرس			
ازمایش			
پیش آزمون - پس آزمون	۱۵/۴۰	۱/۷۷۰	۰/۰۰۰
پیش آزمون - پیگیری	۱۵/۶۰	۱/۸۴۵	۰/۰۰۰
پس آزمون - پیگیری	۰/۲۰	۱/۸۷	۰/۹۱۶
کنترل			
پیش آزمون - پس آزمون	۳/۲	۱/۸۴	۰/۹۹
پیش آزمون - پیگیری	۳/۴	۱/۹۱	۰/۹۳
پس آزمون - پیگیری	۰/۲	۱/۵۵	۰/۸۹

برای بررسی معناداری تفاوت بین نمرات استرس، اضطراب و افسردگی در گروه آزمایشی و گروه کنترل، از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر استفاده شد. قبل از انجام آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر، جهت رعایت پیش فرضها، نتایج آزمونهای M باکس، لوین و کرویت موجلی بررسی شد با توجه به نتایج به دست آمده از آنجایی که آزمون M باکس برای هیچ یک از متغیرهای پژوهش معنا دار نبود، برای افسردگی ($P < ۰/۳۶۴$)، اضطراب ($P < ۰/۶۸۰$) و استرس ($P < ۰/۷۷۷$) $P < ۰/۳۶۴$)، شرط همگنی ماتریسهای واریانس-کوواریانس به درستی رعایت شده بود همچنین عدم معناداری هیچ یک از متغیرها در آزمون لوین، برای افسردگی ($P < ۰/۳۱۴$)، اضطراب ($P < ۰/۲۰۵$) و استرس ($P < ۰/۸۰۹$) نشان داد که، شرط برابری واریانسهای بین گروهی رعایت شده و میزان واریانس خطای متغیرهای وابسته در تمام گروهها مساوی بوده است و در نهایت بررسی نتایج آزمون کرویت موجلی نشان داد که این آزمون نیز برای هیچ یک از متغیرها معنی دار نبوده است. بنابراین، فرض برابری واریانسهای درون آزمودنیها رعایت شده بود. در خصوص مقیاس اضطراب، نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر در جدول ۳ با توجه به معنی دار نبودن اثر متقابل مرحله و گروه نشان می دهد که اثر متقابل مراحل (پس آزمون و تعقیب) و گروهها (آزمایش و کنترل) بر متوسط زیر مقیاس اضطراب ($۰/۵۷۹ = P$) معنی دار نبوده است. به عبارت بهتر، تفاوت بین گروهها در طول زمان (مراحل) ثابت بوده و می توان در مورد اثر اصلی مراحل (زمان) و اثر اصلی گروهها جداگانه اظهار نظر نمود. در خصوص اثر اصلی مرحله (زمان) نتایج جدول ۳ نشان می دهد که اثر اصلی مرحله در زیرمقیاس اضطراب ($P = ۰/۶۱$) معنی دار نبوده است و در خصوص اثر اصلی گروه

برای بررسی معناداری تفاوت بین نمرات استرس، اضطراب و افسردگی در گروه آزمایشی و گروه کنترل، از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر استفاده شد. قبل از انجام آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر، جهت رعایت پیش فرضها، نتایج آزمونهای M باکس، لوین و کرویت موجلی بررسی شد با توجه به نتایج به دست آمده از آنجایی که آزمون M باکس برای هیچ یک از متغیرهای پژوهش معنا دار نبود، برای افسردگی ($P < ۰/۳۶۴$)، اضطراب ($P < ۰/۶۸۰$) و استرس ($P < ۰/۷۷۷$) $P < ۰/۳۶۴$)، شرط همگنی ماتریسهای واریانس-کوواریانس به درستی رعایت شده بود همچنین عدم معناداری هیچ یک از متغیرها در آزمون لوین، برای افسردگی ($P < ۰/۳۱۴$)، اضطراب ($P < ۰/۲۰۵$) و استرس ($P < ۰/۸۰۹$) نشان داد که، شرط برابری واریانسهای بین گروهی رعایت شده و میزان واریانس خطای متغیرهای وابسته در تمام گروهها مساوی بوده است و در نهایت بررسی نتایج آزمون کرویت موجلی نشان داد که این آزمون نیز برای هیچ یک از متغیرها معنی دار نبوده است. بنابراین، فرض برابری واریانسهای درون آزمودنیها رعایت شده بود. در خصوص مقیاس اضطراب، نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر در جدول ۳ با توجه به معنی دار نبودن اثر متقابل مرحله و گروه نشان می دهد که اثر متقابل مراحل (پس آزمون و تعقیب) و گروهها (آزمایش و کنترل) بر متوسط زیر مقیاس اضطراب ($۰/۵۷۹ = P$) معنی دار نبوده است. به عبارت بهتر، تفاوت بین گروهها در طول زمان (مراحل) ثابت بوده و می توان در مورد اثر اصلی مراحل (زمان) و اثر اصلی گروهها جداگانه اظهار نظر نمود. در خصوص اثر اصلی مرحله (زمان) نتایج جدول ۳ نشان می دهد که اثر اصلی مرحله در زیرمقیاس اضطراب ($P = ۰/۶۱$) معنی دار نبوده است و در خصوص اثر اصلی گروه

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که اثر اصلی گروه در زیر مقیاس اضطراب معنی دار می‌باشد ($P < 0/05$).

در خصوص زیر مقیاس افسردگی و استرس، نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر در جدول ۳، با توجه به معنی دار بودن اثر متقابل مرحله و گروه نشان می‌دهد که اثر متقابل مراحل (پس آزمون و تعقیب) و گروه‌ها (آزمایش و کنترل) بر متوسط زیر مقیاس افسردگی ($P = 0/008$) و استرس ($P = 0/006$) معنی دار بوده است ($P < 0/01$). به عبارت بهتر، تفاوت بین گروه‌ها در طول زمان (مراحل) متغیر بوده و نمی‌توان در مورد اثر اصلی مراحل و اثر اصلی گروه‌ها جداگانه اظهار نظر نمود. برای این منظور نتایج حاصله در جدول ۴ آمده است که میانگین به تفکیک گروه‌ها در مراحل مقایسه می‌شود. با توجه به جدول ۴ در گروه آزمایش در زیر مقیاس افسردگی و استرس اختلاف معنی داری در هر یک از مراحل پیش آزمون- پس آزمون و پیش آزمون- پیگیری، وجود دارد ولی اختلاف معناداری در مرحله پس آزمون- پیگیری ($P > 0/01$) وجود ندارد و در گروه کنترل در هیچ کدام از مراحل تحقیق اختلاف معنی داری وجود ندارد ($P > 0/15$).

بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر علائم اضطراب، افسردگی و استرس بیماران کلیوی تحت همودیالیز انجام شد. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی موجب بهبود علائم افسردگی، اضطراب و استرس در بیماران کلیوی تحت همودیالیز می‌شود. نتایج حاکی از این بود که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی علائم افسردگی، اضطراب و استرس را در بیماران کلیوی تحت همودیالیز به صورت معناداری کاهش می‌دهد و این نتایج تا یک ماه پس از درمان نیز تداوم داشت. ذهن آگاهی به افراد کمک می‌کند تا موقعیت‌هایی را که منجر به اضطراب، افسردگی و استرس می‌شوند را شناسایی کنند و شناخت بهتری نسبت به خود پیدا کنند، نقاط ضعف و قوت خود را بشناسند و سپس راه بردهای مقابله‌ای برای مواجهه با این موقعیت‌ها را بیاموزند در نتیجه این توانایی را می‌یابند تا افکار اضطراب آور و نگران کننده خود را کنترل کنند و به تبع آن اضطراب، افسردگی و استرس به صورت پیوسته کاهش پیدا می‌کند [۳۳]. نتایج این پژوهش به نوعی با نتایج پژوهش‌های Mackenzie و همکاران [۲۴]، Sohn و همکاران [۲۰]، عبدالقادری و همکاران [۳۴]، تقوی و همکاران [۲۵]، سپنتا و همکاران [۲۶] که اثربخشی این درمان را بر اختلال‌های افسردگی، اضطراب و استرس نشان داده‌اند همخوانی دارد. به عنوان نمونه مکنزی و همکاران در پژوهش‌هایی که برای بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر روی بیماران انجام دادند کاهش علائم افسردگی را مشاهده نمودند [۲۴]. نتایج پژوهش سوهن و همکاران اثر بخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی در بهبود علائم اضطراب و استرس در بیماران کلیوی مرحله نهایی تحت همودیالیز را نشان داد که با نتایج مطالعه حاضر هم خوانی دارد [۲۰]. عبدالقادری و همکاران در تحقیقی که به منظور بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به کمر درد مزمن انجام داده بودند و نتایج آن‌ها حاکی از کاهش میزان اضطراب و افسردگی

بیماران مبتلا به کمر درد مزمن می‌باشد [۳۴]. نتایج پژوهش تقوی و همکاران، نیز نشان دهنده اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به آسم بود [۲۵]. مطالعه سپنتا و همکاران [۲۶] تأثیر درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی را بر کاهش اضطراب همراه با درد بیماران مبتلا به لوسمی را نشان می‌دهد. شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی از چند جنبه باعث کاهش افسردگی، اضطراب و استرس در بیماران کلیوی تحت همودیالیز شده است، در راستای تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که این بیماری به مرور زمان به علت محدودیت‌های جسمی، روانی و اجتماعی که دارد عملکردهای مختلف فرد را تحت الشعاع قرار می‌دهد و منجر به تغییر در نگرش و افکار بیماران می‌شود. وجود افسردگی در این بیماران می‌تواند به دلیل وضعیتی بالینی این بیماری و محدودیت این بیماران به خاطر شرایط بدنی‌شان نیز ایجاد شود که خود افسردگی، دوباره به عنوان عامل تشدیدکننده این بیماری قلمداد می‌شود. در تبیین یافته‌های این پژوهش در کاهش افسردگی در مرحله پس آزمون و پیگیری نسبت به پیش آزمون می‌توان گفت؛ ذهن آگاهی از طریق تنظیم هیجانی، افکار منفی بیماران افسردگی را کاهش می‌دهد [۳۵]. شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی روش متفاوتی برای روبه رو شدن با هیجان و پریشانی ارائه می‌دهد. رها کردن افکار منفی و درگیر نشدن با آن باعث می‌شود که فرد درگیر نشخوارهای ذهنی نشود. در تمرین‌های ذهن آگاهی در هر لحظه افراد متوجه وجود ارتباط بین افکار، هیجان‌ها و حس‌های بدنی می‌شوند و در نتیجه این آگاهی افکار و حالات افسرده ساز شناسایی می‌شوند و با تمرین رها کردن و پذیرش این افکار به تدریج افسردگی کاهش می‌یابد [۳۶]. به سبب تمرین‌های آگاهی و بودن در لحظه و آگاهی به حس‌های بدنی توجه خود را به بدن بیشتر متمرکز می‌کنند و این کار باعث افزایش آگاهی از بدن، احساسات و افکار مرتبط با اضطراب می‌شود که این آگاهی حس کنترل پذیری بر علائم را بالا می‌برد و به دنبال آن کاهش اضطراب را باعث می‌شود. اضطراب و استرس عوامل مؤثری در ایجاد و افزایش افکار ناکار آمد و نگرانی می‌باشند. سگال و همکاران معتقدند که روش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی عنصر اصلی بالا بردن خودآگاهی لازم برای توانمندسازی و پاسخ‌های مطلوب در شرایط بحرانی برای جلوگیری از تجربه اضطراب می‌باشد و به عنوان یک محرک قوی پیش گیرنده عمل می‌کند [۳۷].

با توجه به یافته‌های مطالعه حاضر و تحقیقات بالا می‌توان نتیجه گرفت که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به علت تغییر در محتوای شناختی بیماران و ارائه راهبردهایی در جهت مقابله با مشکلات مرتبط با بیماری می‌تواند در کاهش علائم روان شناختی آنان مؤثر باشد و موجب نشاط و شادمانی در انجام فعالیت‌های روزانه می‌شود. از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به نمونه گیری غیر تصادفی و وجود برخی عوامل محیطی و روانی اشاره کرد که می‌توانند روی افسردگی، اضطراب و استرس بیماران تأثیر بگذارند که تحت کنترل پژوهشگر نبودند. وجود مرحله پیگیری کوتاه مدت (۱ ماهه) از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌باشد. از دیگر کاستی‌های این پژوهش به نمونه پژوهش برمی گردد تعداد نمونه کم می‌تواند نتایج تحقیق را تحت تأثیر قرار دهد بنابراین تعمیم نتایج باید با احتیاط صورت گیرد و تکرار نتایج در این زمینه لازم و ضروری است.

سیاسگزاری

این مقاله مستخرج از رساله دکتری نازیلا خوش خطی در رشته مشاوره به راهنمایی دکتر مجتبی امیری مجد است. پژوهش حاضر دارای کد اخلاق به شماره IR.IAU.Z.REC.1397.001 از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد واحد زنجان است. بدین وسیله از مسئولان محترم بخش دیالیز شهر زنجان و همچنین کلیه بیماران شرکت کننده در این پژوهش صمیمانه تشکر و قدردانی می‌شود.

تضاد منافع

در این مقاله هیچ گونه تضاد منافی بین نویسندگان وجود ندارد.

References

- Wiener C, Fauci A, Braunwald E, Kasper D, Hauser S, Longo D. *Harrisons principles of internal medicine self-assessment and board review 18th edition*: McGraw hill professional 2012.
- Dehbashi F, Sabzevari S, Tirgari B. The relationship between spiritual well-being and hope in Hemodialysis patients referring to the Khatam Anbiya hospital in Zahedan 2013-2014. *Med Ethics J*. 2015;9(30):77-97.
- Daugirdas JT, Blake PG, Ing TS. *Handbook of dialysis*: Lippincott Williams & Wilkins; 2012.
- Shinde M, Mane SP. Stressors and the coping strategies among patients undergoing hemodialysis. *Int J Sci Res (IJSR)*. 2014;3(2):266-76.
- Musarezaie A, Naji Esfahani H, Momeni Ghaleghasemi T, Karimian J, Ebrahimi A. The relationship between spiritual wellbeing and stress, anxiety, and depression in patients with breast cancer. *J Isfahan Med School*. 2012;30(195).
- Mirzaei M, Akbari Z. Prevalence of Depression in Dialysis Patients in Iran (1998-2013): A Systematic Review and Meta-analysis. *J Mazandaran Univ Med Sci*. 2015;24(121):317-25.
- Shahnavaei A, Abdi N, Allahyari E, Bakhshi F, Peighan A. Effectiveness of eye movement desensitization and reprocessing on anxiety in children with Thalassemia in a 12-month follow up. *Armaghane Danesh*. 2016;20(11):962-71.
- Turkistani I, Nuqali A, Badawi M, Taibah O, Alserihy O, Morad M, et al. The prevalence of anxiety and depression among end-stage renal disease patients on hemodialysis in Saudi Arabia. *Ren Fail*. 2014;36(10):1510-5. doi: 10.3109/0886022X.2014.949761 pmid: 25154858
- Macaron G, Fahed M, Matar D, Bou-Khalil R, Kazour F, Nehme-Chlela D, et al. Anxiety, depression and suicidal ideation in Lebanese patients undergoing hemodialysis. *Commun Ment Health J*. 2014;50(2):235-8. doi: 10.1007/s10597-013-9669-4 pmid: 24337520
- Vasilopoulou C, Bourtsi E, Giaple S, Koutelekos I, Theofilou P, Polikandrioti M. The impact of anxiety and depression on the quality of life of hemodialysis patients. *Glob J Health Sci*. 2015;8(1):45-55. doi: 10.5539/gjhs.v8n1p45 pmid: 26234986
- Hmwe NT, Subramanian P, Tan LP, Chong WK. The effects of acupressure on depression, anxiety and stress in patients with hemodialysis: a randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud*. 2015;52(2):509-18. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2014.11.002 pmid: 25468282
- Sadeghifar J, Mehrabian T. Prediction of depression, anxiety and stress based on spiritual components in patients on hemodialysis. *IJPN*. 2016;4(5):45-51.
- Tsai SH, Wang MY, Miao NF, Chian PC, Chen TH, Tsai PS. CE: original research: The efficacy of a nurse-led breathing training program in reducing depressive symptoms in patients on hemodialysis: a randomized controlled trial. *AJN American J Nurs*. 2015;115(4):24-32.
- Cohen SD, Cukor D, Kimmel PL. Anxiety in patients treated with hemodialysis. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2016;11(12):2250-5. doi: 10.2215/CJN.02590316 pmid: 27660303
- Marchand WR. Mindfulness-based stress reduction, mindfulness-based cognitive therapy, and Zen meditation for depression, anxiety, pain, and psychological distress. *J Psychiatr Pract*. 2012;18(4):233-52. doi: 10.1097/01.pra.0000416014.53215.86 pmid: 22805898
- Yang Y, Liu YH, Zhang HF, Liu JY. Effectiveness of mindfulness-based stress reduction and mindfulness-based cognitive therapies on people living with HIV: A systematic review and meta-analysis. *Int J Nurs Sci*. 2015;2(3):283-94.
- Armstrong L, Rimes KA. Mindfulness-based cognitive therapy for neuroticism (stress vulnerability): A pilot randomized study. *Behav Ther*. 2016;47(3):287-98. doi: 10.1016/j.beth.2015.12.005 pmid: 27157024
- Khoury B, Lecomte T, Fortin G, Masse M, Therien P, Bouchard V, et al. Mindfulness-based therapy: a comprehensive meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2013;33(6):763-71. doi: 10.1016/j.cpr.2013.05.005 pmid: 23796855
- Parsons CE, Crane C, Parsons LJ, Fjorback LO, Kuyken W. Home practice in mindfulness-based cognitive therapy and mindfulness-based stress reduction: A systematic review and meta-analysis of participants' mindfulness practice and its association with outcomes. *Behav Res Ther*. 2017;95:29-41. doi: 10.1016/j.brat.2017.05.004 pmid: 28527330
- Sohn BK, Oh YK, Choi JS, Song J, Lim A, Lee JP, et al. Effectiveness of group cognitive behavioral therapy with mindfulness in end-stage renal disease hemodialysis patients. *Kidney Res Clin Pract*. 2018;37(1):77-84. doi: 10.23876/j.krccp.2018.37.1.77 pmid: 29629280
- Jafskesh Moghadam A, Shahabizadeh F, Bahrainian A. Comparative effectiveness of mindfulness-based psychotherapy versus acceptance or commitment therapy on stress level in dialysis patients. *J Adv Med Biomed Res*. 2016;24(107):84-93.
- Godfrin KA, van Heeringen C. The effects of mindfulness-based cognitive therapy on recurrence of depressive episodes, mental health and quality of life: A randomized

نتیجه گیری

یافته‌های پژوهش نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به عنوان روش درمانی مؤثری در کاهش علائم افسردگی، اضطراب و استرس بیماران کلیوی تحت همودیالیز محسوب می‌گردد. بر اساس یافته‌های این پژوهش مبنی بر اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش افسردگی، اضطرابی و استرس پیشنهاد می‌شود پژوهش در مراکز درمانی دیگر و روی نمونه بزرگتر هم انجام گیرد. که نتایج حاصل جهت اطلاع و بهره برداری به مراکز مشاوره، و بیمارستان‌ها، اعلام گردد و این درمان مورد اجرا قرار بگیرد.

- controlled study. *Behav Res Ther.* 2010;48(8):738-46. doi: 10.1016/j.brat.2010.04.006 pmid: 20462570
23. Tickell A, Ball S, Bernard P, Kuyken W, Marx R, Pack S, et al. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) in real-world healthcare services. *Mindfulness (N Y).* 2020;11(2):279-90. doi: 10.1007/s12671-018-1087-9 pmid: 32064009
 24. MacKenzie MB, Abbott KA, Kocovski NL. Mindfulness-based cognitive therapy in patients with depression: current perspectives. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2018;14:1599-605. doi: 10.2147/NDT.S160761 pmid: 29950842
 25. Taghavi M, Ghasemi R, Goodarzi M. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) on depression, anxiety and somatic symptoms in asthma patients. *Razi J Med Sci.* 2017;21(1):27-36.
 26. Sepanta M, Shirzad M, Bamdad S. The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Catastrophizing and Anxiety associated with Pain in Adolescents with Leukemia. *Int J Body Mind Cultur.* 2019;6(1):27-34.
 27. Ghazanfari F, Mir Drikvand F. Efficacy of Mindfulness-based Cognitive Therapy on Anxiety and Depression in Irritable Bowel Syndrome. *Commun Health J.* 2017;11:9-11.
 28. Berry DA LB. *Statistics: Theory and Methods.* Brooks. Cole, Pacific Grove.: CA; 1990.
 29. Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: Comparison of the depression anxiety stress scales (DASS) with the beck depression and anxiety inventories. *Behav Res Therap.* 1995;33(3):335-43.
 30. Antony MM, Bieling PJ, Cox BJ, Enns MW, Swinson RP. Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the depression anxiety stress scales in clinical groups and a community sample. *Psychol Assess.* 1998;10(2):176.
 31. Henry JD, Crawford JR. The short-form version of the depression anxiety stress scales (DASS-21): Construct validity and normative data in a large non-clinical sample. *Br J Clin Psychol.* 2005;44(Pt 2):227-39. doi: 10.1348/014466505X29657 pmid: 16004657
 32. Samani S, Joukar B. A study on the reliability and validity of the short form of the depression anxiety stress scale (DASS-21). 2007.
 33. Sharifi-Shaki S, Aakhte M, Alipor A, Fahimi-Far A, Taghadosi M, Karimi R. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy in reducing anxiety and meta-worry in women with recurrent miscarriages. *KAUMS Journal (FEYZ).* 2015;19(4):334-40.
 34. Abdolghadery M, Kafee M, Saberi A, Aryapouran S. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy (mbct) and cognitive behavior therapy (cbt) on decreasing pain, depression and anxiety of patients with chronic low back pain. *SSU J.* 2014;21(6):795-807.
 35. Philippot P. A qualitative study of mindfulness-based cognitive therapy for depression. *Clin Psychol.* 2004;5:201-21.
 36. Omodi A, Mohamadkhani P. Mindfulness training as a clinical intervention. *Mental Health.* 2008;1(1):29-38.
 37. Segal ZV, Teasdale JD, Williams JM, Gemar MC. The mindfulness-based cognitive therapy adherence scale: Inter-rater reliability, adherence to protocol and treatment distinctiveness. *Clinic Psychol Psychotherap.* 2002;9(2):131-8.