Journal of Research in Psychological Health

September 2019, Volume 13, Issue 2

Comparison of the effectiveness Mindfulness-Based Cognitive Therapy combination with Memory Specificity Training (MB-MeST) and with Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Memory Specificity Trainingon Anxiety in Hemodialysis patients

Marziyeh Noorifard [1], Hamid Taher Neshat Doost* [2], Ilnaz Sajjadian[3]

[1] *PHD student, Department of Psychology, Isfahan(Khorasgan) Branc Islamic Azad University, Isfahan, Iran.*

[2]*(Corresponding Author)Professor, Department of Psychology, Isfahan University, Isfahan, Iran. Email:* h.neshat@edu.ui.ac.ir

[3] *Faculty member of Psychology, Isfahan(Khorasgan) Branc Islamic Azad University, Isfahan, Iran.*

Citation: Noorifard M, Neshat Doost H T, Sajjadian I. The effectiveness of treatment- Cognitive protocol of mindfulness combination with memory specificity training (MEST) and comparison of its effectiveness with mindfulness & memory specificity training (MEST) on Anxiety in Hemodialysis Patients. Journal of **R**esearch in **P**sychological **H**ealth. 2019; 13 (2):1-18. [Persian].

Key words
Mindfulness-based cognitive therapyMemory specificity training, Anxiety, Hemodialysis

Highlights

- Mindfulness training is effective on anxiety disorder, but this effect does not continue in the follow up stage.
- Memory specificity training (MeST) does not affect anxiety disorder.
- Combined mindfulness-based cognitive therapy with memory specificity training (MB-MeST) affects anxiety disorder. The effectiveness continues in the follow up stage.

Abstract

The aim of the current research was to comparison of the effectiveness Mindfulness- Therapy combination with Memory Specificity Training (MB-MeST) and with Mindfulness Therapy and Memory Specificity Training(MeST)on Anxiety in Hemodialysis patients. Research methodology included two parts: qualitative part of thematic analysis type and quantitative part of quasi-experimental type with pretest-posttest, follow-up, and control group design. The statistical population of the research consisted of hemodialysis patients referred to hemodialysis centers of Tehran city hospitals in 2017.A total of 48 patients were selected using purposive sampling method. In order to train subjects, combined MBCT - MeST (Researcher made), mindfulness training (Segal & et al, 2013) and memory specificity training (Maxwell, 2016) were used. In order to collect data, the Beck Anxiety Inventory (BAI) was used. The data were analyzed using multivariate covariance analysis method. The obtained results showed that there is a significant difference between the anxiety of MB-MeST group, MBCT group, MeST group, and control group in the post-test stage. Additionally, the results showed that there was also a significant difference between groups in favor of the combined training group. To explain findings, it can be said that combined training improves acceptance and awareness by establishing a relationship with the past and solving incomplete problems related to it and entering the present time and now without judgment. As the type of treatment used in this research has a clear structure and homework assignments, it increases the capability of the client to follow up treatment and leads to significant effectiveness of the related techniques in changing the individuals' mental status.

[Downloaded from c4i2016.khu.ac.ir on 2024-04-27]

[DOI: 10.52547/rph.13.2.1]

مقایسه‌ی اثربخشی (بسته‌ی تلفیقی *ذهن‌آگاهی* مبتنی بر آموزش اختصاصی‌سازی حافظه) با درمان ذهن‌آگاهی و آموزش اختصاصی‌سازی حافظه بر کاهش اضطراب بیماران همودیالیزی

مرضیه نوری‌فرد [۱] ، حمیدطاهر نشاطدوست [۲*]، ایلناز سجادیان [۳]

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.

۲. (نویسنده‌ی مسئول) گروه روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران. رایانامه: h.neshat@edu.ui.ac.ir

۳. عضو هیات علمی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.

** این مقاله از رساله‌ی دکتری نویسنده‌ی اول برگرفته شده است.*

یافته‌های اصلی

- آموزش ذهن‌آگاهی بر اختلال اضطراب اثربخش است؛ اما این اثربخشی در مرحله‌ی پیگیری ادامه‌دار نیست.
- آموزش اختصاصی‌سازی حافظه بر اختلال اضطراب تأثیر ندارد.
- آموزش تلفیقی *ذهن‌آگاهی* مبتنی بر آموزش اختصاصی‌سازی حافظه، بر اختلال اضطراب اثربخش است. اثربخشی در مرحله‌ی پیگیری نیز ادامه دارد.

واژگان کلیدی

ذهن‌آگاهی، آموزش اختصاصی‌سازی حافظه، اضطراب، همودیالیز.

چکیده

هدف پژوهش حاضر، مقایسه‌ی اثربخشی (بسته‌ی تلفیقی ذهن‌آگاهی مبتنی بر آموزش اختصاصی‌سازی حافظه) با درمان ذهن‌آگاهی و آموزش اختصاصی‌سازی حافظه بر کاهش اضطراب بیماران همودیالیزی بود. روش پژوهش در دو قسمت کیفی، از نوع تحلیل مضامین و کمّی، از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه‌ی آماری پژوهش، بیماران تحت همودیالیز مراجعه‌کننده به مراکز همودیالیز بیمارستان‌های شهر تهران در سال ۱۳۹۶ بودند. تعداد ٤٨ نفر بیمار به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. برای آموزش آزمودنی‌ها از آموزش تلفیقی ذهن‌آگاهی مبتنی بر آموزش اختصاصی‌سازی حافظه (محقق‌ساخت)، آموزش ذهن‌آگاهی سگال و همکاران (۲۰۱۳) و آموزش اختصاصی‌سازی حافظه‌ی مکسول (۲۰۱٦) استفاده شد. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌ی سنجش اضطراب بک استفاده گردید. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری تجزیه‌وتحلیل شدند. نتایج نشان داد بین اضطراب گروه آموزش تلفیقی، گروه ذهن‌آگاهی، گروه اختصاصی‌سازی حافظه و گروه کنترل در مرحله‌ی پس‌آزمون تفاوت وجود دارد. همچنین بر اساس نتایج، در مرحله‌ی پیگیری نیز تفاوت بین گروه‌ها به نفع گروه آموزش تلفیقی وجود داشت. در تبیین یافته‌ها می‌توان بیان کرد آموزش تلفیقی با ارتباط بین گذشته و حل مسائل ناقصِ مربوط به آن و وارد شدن به زمان حال و اکنون بدون قضاوت، پذیرش و آگاهی را بهبود می‌بخشد. ازآنجاکه نوع درمان به‌کارگرفته‌شده در این تحقیق، دارای ساختاری روشن و تکالیف خانگی است، توانمندی مراجع به پیگیری درمان را افزایش داده و باعث اثربخشی معنادار فنون مربوطه در تغییر وضع روانی افراد شده است.

[Downloaded from c4i2016.khu.ac.ir on 2024-04-27]

[DOI: 10.52547/rph.13.2.1]

مقدمه

افزایش شیوع بیماری‌های غیرواگیر و مزمن ازجمله نارسایی مزمن کلیه[1] و بروز عوارض ناشی از این بیماری مزمن، سیاست‌گذاران عرصه سلامت را بیش‌ازپیش متوجه عوارض روانی این بیماری کرده است (۱) کلیه‌ها، عضوهای کوچکی هستند که وظایف حیاتی زیادی، ازجمله تصفیه‌ی مواد زائد و مایعات اضافی از خون را عهده‌دارند و در حفظ سلامتی عمومی بدن نقشی حیاتی دارند (۲). نارسایی مزمن کلیوی یکی از مشکلات عمده‌ی سلامت عمومی در سراسر دنیا به شمار می‌آید. ابتدا افراد مبتلا به این بیماری تحت درمان محافظتی و سرانجام تحت درمان همودیالیز[2] قرار خواهند گرفت (۳). محدودیت در مصرف مایعات، رژیم غذایی با کنترل شدید و سایر روش‌های درمانی مخصوص، همراه با محدودیت‌های بی‌شمار، این بیماران را درگیر کرده است و به اختلالات روان‌شناختی مانند افسردگی، اضطراب و ترس منجر می‌گردد (۴) پژوهش‌ها حاکی از شیوع بالای اضطراب در بین بیماران همودیالیزی است (۵، ۶).

باآنکه اضطراب پدیده‌ی شایع در قرن ما است، از پیشینه‌ای به امتداد تمامی تاریخ بشر برخوردار است (۷). تقریباً یک قرن پیش، زیگموند فروید اصطلاح « نوروز اضطراب» را عنوان نمود و برای ترکیبی از برانگیختگی فیزیولوژیکی و عاطفه‌ی منفی به کاربست. وی اضطراب را نمایشی از تظاهرات ناخودآگاه دانسته که به اعتقاد او از لیبیدو مهارشده، نشئت می‌گیرد (۸). اضطراب عبارت است از: واکنش فرد در برابر یک موقعیت تنش‌آفرین و تهدیدکننده، یعنی موقعیتی که تحت تأثیر افزایش تحریکات اعم از بیرونی یا درونی واقع گردیده و فرد در مهار کردن آن احساس ناتوانی و عجز می‌نماید (۹). این حس ناخوشایند با علائم فیزیولوژیک و نشانه‌های روانی زیادی همراه می‌گردد (۱۰).

روان‌درمانگری، در بیماران همودیالیزی که به‌تازگی تشخیص نارسایی مزمن کلیه برای آن‌ها مطرح‌شده است، به‌طور مؤثری موجب کاهش عوامل روانی می‌گردد (۴)؛ پژوهشگران به این نتیجه دست پیدا کردند که روان‌درمانی‌های فردی و گروهی، هر دو بر کاهش میزان افسردگی بیماران دیالیزی تأثیرگذار است (۱۱) و روان‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی به‌صورت گروهی می‌تواند بر استرس و اضطراب بیماران دیالیزی تأثیر بگذارد. (۱۲). اما در مقوله‌ی درمان، از مداخلات شناختی رفتاری نسل سوم ذهن‌آگاهی، از درمان‌های مؤثر در کاهش اضطراب و استرس است (۱۳). ذهن‌آگاهی یک مداخله‌ی گروهی است. ذهن‌آگاهی به این صورت تعریف می‌گردد «آگاهی از طریق توجه به هدف، در لحظه‌ی اکنون و بدون هیچ‌گونه قضاوت به چیزهایی که وجود دارد». ذهن‌آگاهی شامل آموزش منظم در مراقبه است؛ به‌گونه‌ای که بیماران برای آگاهی بیشتر از افکار، احساسات و حس‌های بدنی، تمرین‌های ذهن‌آگاهی (مانند اسکن بدن) را انجام می‌دهند که در فعال کردن خودکار فرایندهای شناختی و غیرفعال کردن اختلال عملکردی، مانند افکار نشخوارکنندگان و منفی، مقتدرانه عمل می‌کند (۱۴) ذهن‌آگاهی یعنی بودن در لحظه با هر آنچه اکنون هست، بدون قضاوت و بدون اظهارنظر درباره‌ی آنچه اتفاق خواهد افتاد؛ یعنی تجربه‌ی واقعیت محض بدون توضیح (۱۵). پژوهش‌های پیشین به این نتیجه رسید که روان‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی به‌صورت گروهی می‌تواند بر استرس و اضطراب بیماران دیالیزی تأثیرگذار باشد؛ ولی این اثربخشی در مرحله‌ی پیگیری برای متغیر اضطراب دیده نشد (۱۲). پژوهشگران گزارش کردند که مداخله‌ی کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی باعث کاهش علائم اضطراب، خستگی و همچنین افزایش کیفیت خواب در افراد گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل، در مرحله‌ی پس‌آزمون و پیگیری شد (۱۶). همچنین در بررسی اثر ذهن‌آگاهی کوتاه بر علائم افسردگی و اضطراب بیماران همودیالیزی به این نتیجه رسیدند که این مطالعه اثرات قابل‌توجهی از مداخلات در مورد افسردگی و اضطراب را نشان می‌دهد (۱۷) و در بررسی اثربخشی گروه‌درمانی شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در بیماران همودیالیزی بیماری نارسایی مزمن کلیه نتایج نشان داد که مراقبه‌ی ذهن‌آگاهی موجب افزایش سلامت کلی روانی می‌شود (۱۸). در کل پیشینه‌ی پژوهشی از اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی بر کاهش اضطراب حمایت می‌نماید ونشان می‌دهد آموزش ذهن‌آگاهی بر کاهش

---

[1] End Stage Renal Disease(ESRD)
[2] dialysis

[Downloaded from c4i2016.khu.ac.ir on 2024-04-27]
[DOI: 10.52547/rph.13.2.1]

اضطراب در جامعه‌های آماری مختلف اثربخش است (۱۹،۲۰، ۲۱).

پژوهش‌ها نشان از بازگشت اضطراب بعد از اتمام جلسات درمانی پس از مدتی حدود سه ماه در بیماران همودیالیزی دارد (۲۲، ۱۲) که این نتایج از ناکارآمدی اثربخشی بلندمدت ذهن‌آگاهی در این بیماران خبر می‌دهد. در سه دهه‌ی گذشته شناخت‌درمانی و کاربرد آن در مقابله با مسائل روانی و رفتاری روزافزون، ناکافی بودن نظریه‌های صورت‌بندی‌شده‌ی کلاسیک (عمدتاً مدل‌های خطی) را در تبیین مسائل و ارائه‌ی مداخله‌های درمانی مناسب با کاستی‌های فراوان، بیشتر مطرح نمود. لذا پس از انتقادات نظری برای تبیین رابطه‌ی شناخت و هیجان، مدل‌های خطی به‌تدریج جای خود را به مدل‌های پیچیده‌تر و چندلایه‌ای واگذار کردند (۲۳). هرچند هیچ مدل درمانی واحدی وجود ندارد که توانسته باشد اکثریت قریب‌به‌اتفاق درمانگران را با خود همراه کند، اما روان‌درمانی تلفیقی پذیرفته‌ترین رویکرد به درمان است؛ به‌طوری‌که در کاربست روان‌درمانی مدرن، تقریباً هر درمانگری حداقل تا حدودی از تلفیق روان‌درمانی‌ها استفاده می‌کند. تلفیق روان‌درمانی به ورای محدوده‌ی رویکردهای تک‌مکتبی می‌نگرد تا ببیند که از هر دیدگاهی چه می‌توان آموخت و به کار گرفت؛ باوجوداین، تلفیق روان‌درمانی‌ها هرگز به گرفتن تکنیک‌ها از مدل‌های دیگر و به کار بستن آن‌ها در رویکردهای مختلف (چیزی که معمولاً التقاط‌گرایی نامیده می‌شود، محدود نمی‌گردد (۲۴)؛ ازاین‌رو و با توجه به موارد ذکرشده، روش آموزشی‌ای که در مقام تلفیق با شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی انتخاب گردید، آموزشی کوتاه و سریع بود که در سال‌های اخیر برای درمان اختلالات روان‌شناختی مخصوصاً افسردگی به وجود آمد؛ با عنوان آموزش اختصاصی‌سازی حافظه سرگذشتی(شرح‌حال).

از گذشته تا به امروز حافظه‌ی بشر، همواره کانون توجه بسیاری از فعالیت‌های پژوهشی و نظری در زمینه‌های بهنجار و بالینی بوده است. حافظه، یکی از عوامل مهم در پیشرفت انسان است. نقش حافظه در دستاوردهای تمدنی از واپسین روزهای حیات بشر تاکنون غیرقابل‌تردید است (۲۵). توجه زیاد به این حیطه، تا حدی تحت تأثیر قوی و فراگیر حافظه بر زندگی و تجربه‌ی آدمی است. در این میان، حافظه‌ی سرگذشتی[3] سرآمد است (۲۶). ویژگی کاسته‌شده بازیابی حافظه‌ی سرگذشتی (شرح‌حال) نشانگر یک عامل آسیب‌پذیری طولانی‌مدت برای افسردگی است (۲۷). به‌خاطرآوردن و منعکس کردن بر اساس خاطرات شرح‌حال گذشته‌ی ما، زندگی ذهنی انسان را تعریف می‌کند. خاطرات شخصی ارزشی از گفتمان اجتماعی هستند، آن‌ها احساسات ما را قالب‌بندی می‌کنند و شکل می‌دهند، به ما در برنامه‌ریزی آینده ما کمک می‌کنند تا راه‌حل‌های مناسبی را برای مسائلی که ما با آن روبه‌رو هستیم، ارائه می‌دهیم. کتابخانه‌ی خاطرات زندگینامه‌ی ما تعریف می‌کند که ما چه چیزی داریم و احساس‌هایمان در طول زمان چیست (۲۸).

در سال‌های اخیر، درمان‌های کوتاه‌مدت و سریع برای درمان اختلالات روان‌شناختی از محبوبیت برخوردار گردیده است. آموزش اختصاصی‌سازی حافظه، به‌عنوان آموزشی کوتاه‌مدت و سریع برای درمان افسردگی به وجود آمد (۲۷) و یکی از مداخلات شناختی است که نوید کاهش علائم افسردگی را می‌دهد (۲۹). این آموزش، با هدف کمک به بیماران مبتلابه افسردگی برای بازیابی خاطرات سرگذشتی (۳۰) و به‌منظور هدف قرار دادن و اصلاح بیش‌کلی‌گرایی حافظه طراحی شد. از نظر تأثیرات آموزش اختصاصی‌سازی حافظه‌ی سرگذشتی بر سایر فرایندهای مرتبط با کاهش بیش‌کلی‌گرایی، شواهد متفاوتی وجود دارد. این آموزش شواهدی از بهبود توانایی‌های حل مسئله نشان داد (۳۱). اولین پژوهش آموزش اختصاصی‌سازی حافظه (۲۷) برای بهبود افرادی که از علائم افسردگی رنج می‌برند، تدوین گردید (۳۲). خاطرات شخصی، احساسات را قالب‌بندی کرده و شکل می‌دهند، به برنامه‌ریزی برای آینده کمک می‌کنند تا راه‌حل‌های مناسبی برای مسائلی پیچیده‌ی زندگی ارائه دهند (۲۸). مطالعات پژوهشی بسیاری تا به امروز بر روی بیماران افسرده انجام شده است که نتیجه‌ی آن، اثرات خلق افسرده بر حافظه سرگذشتی را مشخص می‌نماید. اما در مورد افراد مضطرب نتایج پژوهش‌ها ضدونقیض است. در پژوهش‌هایی که درباره‌ی آموزش اختصاصی‌سازی حافظه بر کاهش اضطراب

[3] autobiographical Memory

[Downloaded from c4i2016.khu.ac.ir on 2024-04-27]
[DOI: 10.52547/rph.13.2.1]

انجام گردیده، شواهدی بر اثربخش بودن آموزش اختصاصی‌سازی حافظه‌ی سرگذشتی بر کاهش اضطراب نشان داده نشد؛ اما در اختلال افسردگی با اثربخشی بالا و ماندگاری اثر مداخله گزارش شد (۳۳، ۳۴، ۳۵، ۳۶).

با توجه به نقش حافظه در روند روزمره‌ی زندگی و تصمیم‌گیری‌ها و حل مسئله که گاهی موجب بروز اختلالات روانی ازجمله اضطراب می‌گردد و همچنین با استناد به گزارش‌های عنوان‌شده از پژوهش‌ها مبنی بر نقش بیش‌کلی‌گرایی در تشدید افسردگی افراد و همچنین نقش آموزش اختصاصی‌سازی حافظه در بهبود، پایداری و ماندگاری اثر این مداخله بعد از درمان اختلال افسردگی (۳۷، ۲۲) و بر اساس تحقیقات ذکرشده مبتنی بر اینکه ذهن‌آگاهی بر اضطراب بیماران همودیالیزی اثربخشی پایداری نداشته است و بعد از مدتی بازگشت داشته است (۱۲، ۲۲) پژوهشگران در پژوهش حاضر درصدد تدوین بسته‌ای آموزشی بودند که با استمداد از برنامه‌ی درمانی ذهن‌آگاهی و آموزش اختصاصی‌سازی حافظه و تکنیک‌های مورداستفاده در آن‌ها، تغییر باورهای بنیادین و افکار خودآیند منفی مراجع را هدف گرفتند و پس از ایجاد تغییرات شناختی در وی و همزمان با آن، او را به آگاهی از محتوای شناختی و هیجانی خویش رساندند تا با به چالش کشیدن حافظه، افکار و باورهای غیرمنطقی مبنی بر بیماری مزمن با اضطراب ناشی از درمان ناعلاج کلیوی، افکار مثبت جایگزین افکار منفی گردد.

ایده‌ی مورد نظر پژوهشگران در پژوهش حاضر را می‌توان بدین‌صورت مورد بررسی قرار داد که با تدوین بسته‌ی درمانی حاضر با تلفیقی از مرور خاطرات گذشته و حل مسائل به‌جای‌مانده از این اتفاقات و همچنین تأکید بر رها کردن این خاطرات و به لحظه‌ی اکنون پیوستن و توجه‌کردن به لحظه‌ی اکنون، توجهی هدفمند و بدون قضاوت درصدد بهبود حافظه از طریق آموزش اختصاصی‌سازی حافظه و همچنین تأکید بر در لحظه و اکنون بودن و رها کردن خاطرات ناخوشایند گذشته و سعی در بهبود روانی افراد تحت آزمایش برآمدند و بدین ترتیب امکان بررسی راه‌حل‌های مناسب‌تر جایگزین و جلوگیری از پاسخ‌های خودکار را برای او فراهم کردند.

درمجموع و به‌طور خلاصه، با توجه به پژوهش‌های عنوان‌شده می‌توان گفت کار بالینی در حیطه‌ی اختلالات روانی بیماران همودیالیزی، کمتر انجام‌گرفته و همواره با چالش‌هایی همراه بوده است. مقاومت بیمار و رد درمان و بی‌توجهی به نقش سلامت روان در کیفیت زندگی، به بروز و یا عود مجدد اختلالات روان‌شناختی در این بیماران منجر می‌گردد. در ایران، بیشتر این بیماران از دیالیز کافی برخوردار نیستند. دیالیز ناکافی، باعث کاهش آمادگی آن‌ها برای آموزش و یادگیری نیز می‌گردد که برای آموزش مؤثر ضروری است. با توجه به نوع مشکلات این بیماران و لزوم مراقبت مستمر، لزوم آموزشی که موجب تأمین مشارکت فعال و آگاهانه‌ی بیمار برای مراقبت از خود شود و بتواند بیمار را به استقلال نزدیک نماید تا صلاحیت مراقبت مستمر از خود را پیدا کند و با توجه به محدود بودن این‌گونه مطالعات در ایران، لزوم این نوع پژوهش‌ها روزبه‌روز بیشتر می‌گردد.

بنابراین، در راستای چالش مذکور و با توجه به اینکه بیماران همودیالیزی، نقص‌هایی در زمینه‌ی روابط بین‌فردی و درون‌فردی دارند، به نظر می‌رسد آموزش‌هایی که بتوانند متغیر اضطراب را هدف درمانی قرار دهند، کارایی لازم را در افزایش بهبود کیفیت زندگی افراد داشته باشند؛ ازاین‌رو، در این مطالعه، اثربخشی درمان تلفیقی *ذهن‌آگاهی* مبتنی بر آموزش اختصاصی‌سازی حافظه (که به تغییر باورهای بنیادین و افکار خودآیند منفی، ایجاد تغییرات شناختی، آگاهی از محتوای شناختی، چالش کشیدن حافظه، افکار و باورهای غیرمنطقی تمرکز می‌نماید)، درمان ذهن‌آگاهی (که بر لحظه اکنون و بدون قضاوت بودن تمرکز می‌نماید) و آموزش اختصاصی‌سازی حافظه‌ی سرگذشتی (که بر یادآوری خاطرات و رویدادهای گذشته تمرکز می‌کند) بر کاهش اضطراب بیماران تحت همودیالیز بررسی و مقایسه انجام شد.

روش

[Downloaded from c4i2016.khu.ac.ir on 2024-04-27]

[DOI: 10.52547/rph.13.2.1]

الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان: پژوهش حاضر در دو بخش، شامل بخش کیفی از نوع تحلیل مضامین و بخش کمی از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل است.

جامعه‌ی آماری، بیماران تحت همودیالیز مراجعه‌کننده به مراکز همودیالیز بیمارستان‌های شهر تهران در سال ۱۳۹۶ بودند. روش نمونه‌گیری هدفمند بود. بر این اساس ابتدا فرم‌هایی برای اعلام شرکت داوطلبانه در مراکز همودیالیز بین جامعه‌ی آماری پخش و پس از جمع‌آوری این فرم‌ها، پرسشنامه‌ی سنجش اضطراب بک بین داوطلبین توزیع گردید. شرایط ورود به پژوهش: تحت درمان همودیالیز، شرکت نداشتن در هیچ‌گونه درمان روان‌شناختی دیگر و سواد خواندن و نوشتن. شرایط خروج از پژوهش: نداشتن انگیزه برای شرکت در جلسات و غیبت بیش از دو جلسه.

ب) ابزار و مواد

پرسشنامه‌ی اضطراب بک: پرسشنامه‌ی اضطراب بک، برای سنجش میزان اضطراب طراحی شده است و شامل ۲۱ عبارت است که در برابر هر عبارت، چهار گزینه برای پاسخ وجود دارد. هر عبارت بازتاب یکی از علائم اضطراب است برای افرادی که معمولاً ازنظر بالینی مضطرب هستند یا کسانی که وضعیت اضطراب انگیز را تجربه می‌کنند (۳۸). آزمودنی‌ها میزان رنجش خود از علائم اضطراب را در هفته‌ی گذشته در ستون مقابل آن علامت می‌زنند. شیوه‌ی نمره دهی آن به این صورت است: اصلاً: نمره صفر، خفیف: نمره یک، متوسط: دو و شدید: نمره سه؛ بنابراین، دامنه‌ی نمرات اضطراب از صفر تا ۶۳ خواهد بود (۳۹). در صورتی که نمره‌ی به‌دست‌آمده در دامنه‌ی ۰-۷ باشد فرد مورد بررسی هیچ اضطرابی ندارد، اگر بین ۸- ۱۵ باشد، اضطراب خفیف، ۱۶-۲۵ باشد متوسط و بین ۲۶-۶۳ نشان دهنده‌ی اضطراب شدید است (۳۹). این ابزار (۴۰) فارسی ترجمه شده است. این پرسشنامه از پایایی بالایی برخوردار است. ضریب همسانی درونی آن به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲، پایایی آن با روش باز آزمایی به فاصله‌ی یک هفته ۰/۷۵ و همبستگی سؤالات آن از ۰/۳ تا ۰/۷۶ متغیر است (۴۰). در مطالعه‌ای (۴۱) پایایی پرسشنامه‌ی اضطراب بک مقدار ۰/۹۰۲ به دست آمد که بیانگر پایایی مناسب این پرسشنامه است. در مطالعه‌ی انجام‌شده‌ی دیگری که برای ویژگی‌های روان سنجی پرسشنامه‌ی اضطراب بک در طبقات سنی و جنسی جمعیت ایرانی در سال ۱۳۸۷ انجام شده بود، مقدار پایایی این پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۲ برآورد شد (۳۷). ضریب همسانی درونی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آمد.

ج) روش اجرای پژوهش: در بخش کیفی پژوهش محیط پژوهش در قسمت اول شامل منابع داخلی و خارجی مرتبط با موضوع ذهن‌آگاهی و آموزش اختصاصی‌سازی حافظه‌ی سرگذشتی که شامل منابع الکتریکی، کتاب و مقالات تا سال ۲۰۱۷ که در این تحقیق ۱۰۱ اثر به روش تحلیل مضامین (۴۲، ۴۳) مورد بررسی و تحلیل قرار گرفت. یافته‌های بخش کیفی بدین ترتیب بود که درمان ذهن‌آگاهی با ۵ مضمون فراگیر و ۲۰ مضمون سازمان‌دهنده و ۸۹ مضمون پایه و همچنین آموزش اختصاصی‌سازی حافظه‌ی سرگذشتی با ۵ مضمون فراگیر و ۱۹ مضمون سازمان‌دهنده و ۶۶ مضمون پایه به دست آمد و مضامین مشترک بین آموزش ذهن‌آگاهی و دربردارنده‌ی اختصاصی‌سازی حافظه‌ی سرگذشتی شامل ۱۲ مضمون بود؛ شامل تصویرسازی، آگاهی از احساسات، پذیرش، خودآگاهی، هدفمندی، انعطاف‌پذیری، تمرکز، نشخوار فکری، عدم قضاوت، ثبت خاطرات، حل مسئله، برنامه‌ریزی. سپس مضامین را متخصصان آشنا به حوزه‌ی آموزش ذهن‌آگاهی و آموزش اختصاصی‌سازی حافظه‌ی سرگذشتی ارزیابی کردند. آنگاه بسته‌ی درمانی تلفیقی تدوین شد و مجدداً آن را ده متخصص آشنا به حوزه‌ی آموزش ذهن‌آگاهی و آموزش اختصاصی‌سازی حافظه‌ی سرگذشتی ارزیابی کردند. برای تعیین توافق ارزیاب‌ها و تعیین اعتبار محتوایی بسته‌ی درمانی ذهن‌آگاهی تلفیقی با آموزش اختصاصی‌سازی حافظه از ضریب توافق CVI و CVR و برای بررسی روایی صوری، از مقیاس نمره تأثیر و به منظور اعتبار بیرونی از آزمون t استفاده گردید. مقدار روایی محتوایی محاسبه‌شده‌ی بیش از

[DOI: 10.52547/rph.13.2.1] [Downloaded from c4i2016.khu.ac.ir on 2024-04-27]

CVI= ۰/۷۹، CVR= ۰/۸۰، نمره‌ی تأثیر بالاتر از ۱/۵ و مقدار t (۴/۹۱۹ در پیش‌آزمون و ۶/۲۶۸ در پس‌آزمون) مورد تأیید قرار گرفت.

در بخش کمی پژوهش به‌منظور گردآوری اطلاعات بعد از کسب مجوزهای لازم از دانشگاه مبنی بر اجرای پژوهش حاضر و ارائه‌ی آن به ستاد علوم پزشکی استان تهران و انجام مکاتبات لازم، مجوز حضور در بیمارستان ها دریافت و اقدام به انتخاب نمونه‌ی آماری شد. پرسشنامه در بین بیماران توزیع گردید و تعداد ۴۸ بیمار که شرایط ورود به آزمایش را دارا بودند، انتخاب گردیدند. بعد از انتخاب نمونه و کسب رضایت برای شرکت در پژوهش و تعهد به محرمانه بودن اطلاعات آزمودنی‌ها، تعداد ۴۸ فرد بیمار است درمان همودیالیز، در گروه‌های درمان تلفیقی *ذهن‌آگاهی* مبتنی بر آموزش اختصاصی‌سازی حافظه (۱۲ نفر)، آموزش ذهن‌آگاهی (۱۲ نفر)، آموزش اختصاصی‌سازی حافظه‌ی سرگذشتی (۱۲ نفر) و در گروه کنترل (۱۲ نفر) به‌صورت تصادفی جایگزین شدند؛ سپس آموزش روش‌های مداخله درمان تلفیقی *ذهن‌آگاهی* مبتنی بر آموزش اختصاصی‌سازی حافظه، آموزش ذهن‌آگاهی و آموزش اختصاصی‌سازی حافظه‌ی سرگذشتی انجام گردید. پس از اتمام آموزش، از آزمودنی‌ها، پس‌آزمون به عمل آمد. پس‌آزمون شامل پرسشنامه‌ی قبلی بود. دو ماه پس از اتمام دوره مجدداً از بیماران درخواست شد که همان پرسشنامه را تکمیل کنند. این کار برای پیگیری و بررسی ماندگاری اثر مداخلات صورت گرفت.

درمان تلفیقی *ذهن‌آگاهی* مبتنی بر آموزش اختصاصی‌سازی حافظه: بسته‌ی درمانی ذهن‌آگاهی تلفیقی با آموزش اختصاصی‌سازی حافظه (محقق ساخت) یک دوره‌ی درمان ۱۰ هفته‌ای با جلسات دوساعته، برای حداکثر ۱۲ نفر شرکت‌کننده است، شامل تلفیقی از تکنیک‌های ذهن‌آگاهی و آموزش بازیابی خاطرات سرگذشتی به‌منظور تغییر باورهای بنیادین و افکار خودآیند منفی، ایجاد تغییرات شناختی، آگاهی از محتوای شناختی، چالش کشیدن حافظه، افکار و باورهای غیرمنطقی همراه با تمرین و تکالیف خانگی است.

جدول ۱-خلاصه‌ی جلسات درمانی تلفیق ذهن‌آگاهی با آموزش اختصاصی‌سازی حافظه

جلسه	محتوای جلسات آموزشی
اول	آموزش خودآگاهی، هدایت خودکار، زیرساخت‌ها و مطالب نظری درمان، به‌یادآوری یک خاطره‌ی ویژه برای کلمه نشانه خنثی و مثبت، خوردن کشمش، وارسی بدنی، تمرکز بر تنفس.
دوم	آموزش آگاهی از احساسات مثبت و منفی، مهارت‌های خودآگاهی، به‌یادآوری یک خاطره‌ی ویژه برای کلمه نشانه خنثی و مثبت، وارسی بدن، مراقبه‌ی نشسته، تمرین افکار و احساسات.
سوم	آموزش ثبت خاطرات، جلوگیری از ذهن سرگردان و نشخوار فکری، بیان چهار خاطره‌ی خاص دو مثبت و دو خنثی برای هر یک کلمه نشانه خنثی و مثبت، تمرین "دیدن" یا "شنیدن"، مراقبه، فضای تنفس.
چهارم	آموزش تصویرسازی ذهنی، عدم قضاوت، پذیرش و پرورش پذیرش به شیوه‌ی بینشی، بیان چهار خاطره‌ی خاص، دو مثبت و دو خنثی برای هر یک کلمه نشانه خنثی و مثبت، مراقبه‌ی نشسته، فضای تنفس.
پنجم	آموزش تمرکز و هدفمندی، بیان چهار خاطره‌ی خاص، دو مثبت و دو منفی برای کلمه نشانه منفی و مثبت، مراقبه‌ی نشسته، خواندن شعر مولانا، فضای تنفس.
ششم	آموزش حل مسئله و برنامه‌ریزی، مواجه با حس‌های ناراحت‌کننده یا سرگردانی ذهنی، بیان چهار خاطره‌ی خاص، دو مثبت و دو منفی برای کلمه نشانه منفی و مثبت، مراقبه‌ی نشسته، فضای تنفس.
هفتم	آموزش انعطاف‌پذیری و پذیرش، روابط استرس‌زا، آگاهی نسبت به احساسات، ابراز احساسات بیان چهار خاطره‌ی خاص دو مثبت و دو منفی برای کلمه نشانه‌ی منفی و مثبت، مراقبه، فعالیت‌های لذت‌بخش.
هشتم	آموزش عدم قضاوت کردن، آگاهی بر تنفس، متمرکز و یکپارچه بودن، بیان چهار خاطره‌ی خاص دو مثبت و دو منفی برای

[Downloaded from c4i2016.khu.ac.ir on 2024-04-27]

[DOI: 10.52547/rph.13.2.1]

	کلمه نشانه‌ی منفی و مثبت، تمرین پنج‌دقیقه‌ای «دیدن یا شنیدن».
نهم	نشانگاه عود، آموزش رویارویی با عود، بیان شش خاطره ی خاص، دو مثبت و دو منفی و دو خنثی، برای کلمه نشانه منفی و مثبت و خنثی، مراقبه‌ی نشسته، ارتباط فعالیت و خلق، فضای تنفس.
دهم	جمع‌بندی، داشتن تعادل با تمرین منظم توجه آگاهی، بیان شش خاطره خاص دو مثبت و دو منفی و دو خنثی برای کلمه نشانه منفی و مثبت و خنثی، وارسی بدنی، بازنگری کل برنامه، اجرای پرسشنامه‌ی مراقبه.

آموزش ذهن‌آگـاهی: جلسـه‌ها بـر اساس دسـتورالعمل آمـوزش ذهـن‌آگـاهی (۱۵) تنظیم شـد. بسـته‌ی آمـوزش ذهن‌آگاهی، یک دوره‌ی درمان هشت‌هفته‌ای بـرای حـداکثر ۱۲ نفر شرکت‌کننده و شامل تلفیقی از تمرین‌های مراقبـه‌ی حضور ذهن درزمینه‌ی شناختی بود. این درمان یک آموزش گروهی بود که هفته‌ای یک‌بار و به مدت دوساعت به طـول انجامید. در این آموزش، بیماران یادگرفتند کـه چطـور بـه شـیوه‌هـای متفـاوت بـا افکـار و احساسات منفی خود رابطه برقرار کنند و بر تغییر محتـوای باورها و افکارشان متمرکز شوند. آن‌ها همچنین یاد گرفتند که چگونه جهت افکار خودآیند، عادات، نشخوارهای ذهنی، افکار و احساسات منفی خود را تغییر دهند، نسبت به آن‌ها آگاه شوند و آن‌ها را در چشم‌انداز وسیع‌تری ببینند.

جدول ۲-خلاصه‌ی جلسات آموزش ذهن‌آگاهی

جلسه	محتوای جلسات آموزشی
اول	هدایت خودکار، تمرین تمرکز بر کشمش، مراقبه.
دوم	مقابله با موانع، مراقبه، تمرکز بر تنفس.
سوم	تمرکز بر تنفس، تمرکز بر حرکت، انجام دادن حرکت کششی، فضای تنفس.
چهارم	ماندن در زمان حال، حضور ذهن دیداری یا شنیداری، مراقبه، آگاهی بدون جهت‌گیری.
پنجم	آگاهی از تنفس و بدن، تأکید بر پذیرش و اجازه، مراقبه در وضعیت نشسته، معرفی یک حالت دشوار در تمرین.
ششم	معرفی مشکل فکرها نه حقایق، تمرین مراقبه در وضعیت نشسته.
هفتم	چگونه می‌توانم به بهترین شکل از خود مراقبت کنم؟ مراقبه‌ی نشسته.
هشتم	استفاده از آموخته‌ها برای کنار آمدن با وضعیت‌های خلقی در آینده، مراقبه، به پایان رساندن جلسات.

آموزش اختصاصی‌سازی حافظه‌ی سرگذشتی: برای آموزش از دستورالعمل آموزش اختصاصی‌سازی حافظه (۳۲) استفاده شد. بسته‌ی آموزش اختصاصی‌سازی حافظه‌ی سرگذشتی شامل جلسات آموزشی بر اساس راهنمای گام‌به‌گام برنامه‌ی آموزشی اختصاصی‌سازی حافظه‌ی رویدادهای خاص است که نخستین بار با هدف کمک به افسردگی برای بازیابی خاطرات سرگذشتی (۳۰) و به‌منظور هدف قرار دادن و اصلاح بیش‌کلی‌گرایی حافظه طراحی شد (۲۷). این جلسات از ۴ تا ۶ جلسه یک‌ساعته و مدت یک روز در هفته، برای گروه‌هایی با حدود ۳ تا ۱۰ شرکت‌کننده پیشنهاد گردید که دربرگیرنده‌ی تمرین‌ها و تکالیف به‌یادآوردن خاطرات خاص بود.

جدول ۳-خلاصه‌ی جلسات آموزش اختصاصی‌سازی حافظه‌ی سرگذشتی

جلسه	محتوای جلسات آموزشی
اول	آموزش، یادآوری یک خاطره‌ی ویژه برای یک کلمه نشانه خنثی و یک کلمه نشانه مثبت، بحث و گفتگو.
دوم	یادآوری دو خاطره‌ی خاص برای هر یک از چهار نشانه (دو مثبت و دو خنثی).
سوم	رفع موانع و چالش‌ها، یادآوری دو خاطره‌ی خاص برای هر یک از چهار نشانه (دو مثبت و دو خنثی).
چهارم	یادآوری دو خاطره‌ی خاص برای نشانه‌های منفی، پس از هر نشانه‌ی منفی، برای نشانه‌های مثبت «همتا»

[Downloaded from c4i2016.khu.ac.ir on 2024-04-27]
[DOI: 10.52547/rph.13.2.1]

پنجم	یادآوری دو خاطره‌ی ویژه‌ی متفاوت و منحصربه‌فرد برای یک کلمه‌ی نشانه‌ی یکسان، واژه‌های نشانه‌ی مثبت و منفی.
ششم	تمرین بیشتر در جلسه با کلمات مثبت، منفی و خنثی انجام می‌شود، بحث درباره‌ی هر مشکلی که شرکت‌کنندگان با آن روبه‌رو هستند، اتمام جلسات با تأکید بر اهمیت تداوم تمرین‌ها.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر، تعداد ۴۸ نفر زن مبتلابه بیماری کلیوی تحت درمان با همودیالیز مشارکت نمودند. بعد از توصیف داده‌ها، برای بررسی فرضیه‌ی پژوهشی از نرم‌افزار SPSS22 و آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد. یافته‌های توصیفی مربوط به متغیرهای تحقیق در گروه‌های آزمایش و کنترل در جدول ۴ ارائه گردید.

جدول ۴-یافته‌های توی گروه‌های آزمایش و گروه کنترل در متغیر اضطراب بیماران همودیالیزی

متغیر	گروه	تعداد	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
			M	SD	M	SD	M	SD
اضطراب	اختصاصی‌سازی حافظه	۱۲	۳۴/۱۶۶	۵/۴۴۱	۳۳/۸۳۳	۴/۶۴۸	۳۳/۵۸۳	۵/۶۸۰
	ذهن‌آگاهی	۱۲	۳۴/۹۱۶	۴/۱۶۶	۲۷/۶۶۶	۲/۶۷۴	۳۰/۴۱۶	۶/۰۰۶
	درمان تلفیقی	۱۲	۳۱/۸۳۳	۳/۹۰۴	۲۴/۳۳۳	۵/۴۱۶	۲۴/۷۵۰	۵/۰۴۷
	کنترل	۱۲	۳۳/۹۱۶	۱/۳۷۸	۳۵/۵۸۳	۳/۴۴۹	۳۵/۴۱۶	۵/۰۷۱

بر اساس نتایج توصیفی به‌دست‌آمده از جدول ۴ در مرحله‌ی پیش‌آزمون میانگین نمرات افراد نمونه در گروه درمان تلفیقی، گروه ذهن‌آگاهی، گروه آموزش اختصاصی‌سازی حافظه و گروه کنترل تقریباً به هم نزدیک بود. درحالی‌که در مرحله‌ی پس‌آزمون میانگین نمرات آزمودنی‌ها در گروه‌های آزمایش تغییر فراوانی ایجاد گردید.

برای بررسی معنی‌داری این تغییرات از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد. قبل از انجام آزمون، پیش‌فرض‌های این آزمون موردبررسی قرار گرفت. بر اساس نتایج به‌دست‌آمده از آزمون شاپیرو ویلک شرط برابری واریانس‌های درون‌گروهی و نیز نرمال بودن توزیع داده‌ها برقرار بود ($P\geq ۰/۰۵$). برای بررسی همگن بودن واریانس درون‌گروهی از آزمون لوین استفاده شد؛ بنابراین مفروضه‌ی همگنی کوواریانس داده‌ها برقرار بود. با توجه به برقراری پیش‌فرض‌ها، نتایج از تحلیل کوواریانس چندمتغیری به شرح ذیل است:

جدول ۵.نتایج آزمون‌های پیلایی، لامبدای ویلکز و اثر هتلینگ در تحلیل کوواریانس چندمتغیره در گروه‌های مداخله‌ی مورد

	نام آزمون	مقدار	f	df فرضیه‌ی	df خطا	سطح معناداری(P)	اندازه اثر	توان آزمون
اثر گروه در مرحله‌ی پس‌آزمون	اثر پیلایی	۰/۷۰۷	۴/۵۲۰	۹	۱۳۲/۰۰۰	<۰/۰۰۱	۰/۲۳۶	۰/۹۹۸
	لامبدا ویلکز	۰/۳۵۴	۴/۰۵۲ [a]	۹	۱۰۲/۳۶۸	<۰/۰۰۱	۰/۲۹۳	۰/۹۹۸
	اثر هتلینگ	۱/۶۵۳	۷/۴۶۹	۹	۱۲۲/۰۰۰	<۰/۰۰۱	۰/۳۵۵	۱/۰۰۰
	بزرگ‌ترین ریشه‌ی خطا	۱/۵۲۴	۲۲/۶۱۶ [b]	۳	۴۴/۰۰۰	<۰/۰۰۱	۰/۶۰۷	۱/۰۰۰
	آزمون ام باکس	۱۶/۴۴۶	۱/۶۷۹	۹		۰/۰۸۹		

نتایج جدول شماره ۵ نشان می‌دهد که سطوح معناداری همه‌ی آزمون‌ها قابلیت استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری را مجاز می‌شمارد. این نتایج نشان می‌دهد که در گروه‌های مورد مطالعه از نظر حداقل یکی از متغیرهای

[Downloaded from c4i2016.khu.ac.ir on 2024-04-27]

[DOI: 10.52547/rph.13.2.1]

وابسته تفاوت معناداری وجود دارد. میزان اثر نشان می‌دهد تفاوت بین سه گروه با توجه به متغیرهای وابسته درمجموع معنادار است و میزان این تفاوت ۲۹/۳درصد است؛ یعنی بیش از ۲۹درصد واریانس مربوط به اختلاف بین سه گروه ناشی از تأثیر متقابل متغیرهای وابسته است.

جدول ۶-نتایج کلی تحلیل کوواریانس چندمتغیره‌ی اثرات گروه‌ها روی اضطراب بیماران همودیالیزی

شاخص منابع تغییرات		مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری (P)	اندازه اثر	توان آزمون
اثر گروه	پیش‌آزمون	۶۲/۷۵۰	۳	۲۰/۹۱۷	۱/۳۰۵	۰/۲۸۵	۰/۰۸۲	۰/۳۲۴
	پیش‌آزمون	۹۹۵/۰۶۳	۳	۳۳۱/۶۸۸	۱۸/۹۵۶	<۰/۰۰۱	۰/۵۶۴	۱/۰۰۰
	پیگیری	۷۸۶/۹۱۷	۳	۲۶۲/۳۰۶	۸/۷۷۷	<۰/۰۰۱	۰/۳۷۴	۰/۹۹۱
خطا	پیش‌آزمون	۷۰۵/۱۶۷	۴۴	۱۶/۰۲۷				
	پیش‌آزمون	۷۶۹/۹۱۷	۴۴	۱۷/۴۹۸				
	پیگیری	۱۳۱۵/۰۰۰	۴۴	۲۹/۸۸۶				

جدول شماره ۶ خلاصه نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره در مورد مقایسه‌ی اضطراب چهار گروه درمان تلفیقی، گروه ذهن‌آگاهی، گروه آموزش اختصاصی‌سازی حافظه و کنترل در مرحله‌ی پس‌آزمون بیماران همودیالیزی را نشان می‌دهد. طبق نتایج مقدار F در مرحله‌ی پس‌آزمون در پیش‌آزمون متغیر اضطراب با مقدار (۰/۰۰۱= P ۱۸/۹۵۶ = $F_{(۳ و ۴۴)}$) و پس‌آزمون متغیر اضطراب با مقدار (۰/۰۰۱= P، ۸/۷۷۷ =$F_{(۳ و ۴۴)}$) در سطح α = ۰/۰۰۱ معنادار است (P<۰/۰۰۱). میزان اثر در متغیر اضطراب، در مرحله‌ی پس‌آزمون و پیگیری، به‌ترتیب برابر با ۰/۵۶ و ۰/۳۷ بود که نشان می‌دهد تقریباً ۵۶ و ۳۷ درصد تغییرات گروه‌ها به‌وسیله‌ی اضطراب تبیین می‌شود. لذا می‌توان نتیجه گرفت که بین اضطراب چهار گروه درمان تلفیقی با آموزش، گروه ذهن‌آگاهی، گروه آموزش اختصاصی‌سازی حافظه و گروه کنترل در مرحله‌ی پس‌آزمون و پیگیری بیماران همودیالیزی تفاوت وجود دارد (P<۰/۰۰۱). روند تغییرات نمرات در چهار گروه آزمایش و کنترل به‌صورت جداگانه در جدول ۷ بررسی شد.

جدول ۷-مقایسه‌ی زوجی در سه بار اجرای متغیرهای وابسته در چهار گروه مورد بررسی

مقایسه‌ی گروه‌ها*	مقدار P در متغیر اضطراب					
	الف و ب	الف و ج	الف و د	ب و ج	ب و د	ج و د
پیش‌آزمون	۰/۹۶۳	۰/۳۹۵	۰/۹۹۹	۰/۹۹۹	۰/۹۹۹	۰/۹۹۹
پیش‌آزمون	<۰/۰۰۱	۰/۰۵۷	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	۰/۳۱۱	<۰/۰۰۱
پیگیری	<۰/۰۰۱	۰/۰۱۵	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	۰/۴۱۶	۰/۰۳۰

*گروه «الف»: گروه تلفیقی ذهن‌آگاهی با اختصاصی‌سازی حافظه؛ گروه «ب»: اختصاصی‌سازی حافظه؛ گروه «ج»: ذهن‌آگاهی؛ گروه «د»: کنترل

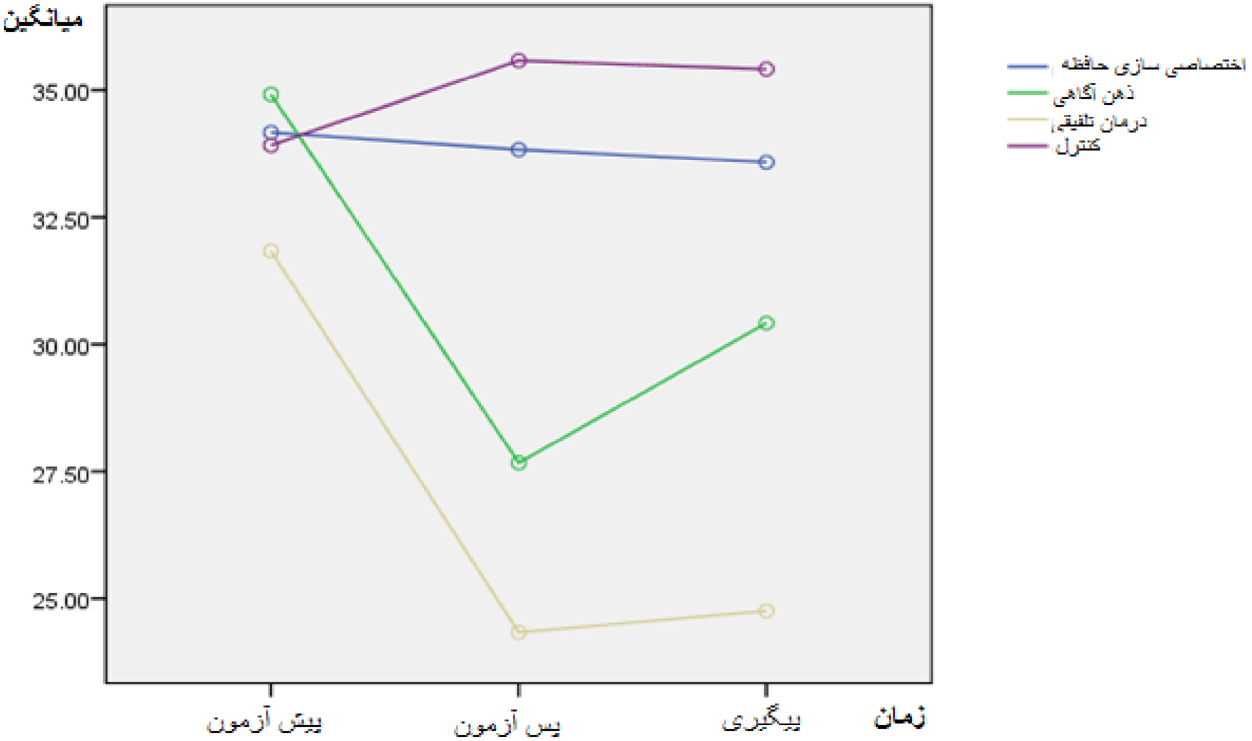
مطابق جدول ۷ آزمون تعقیبی نشان می‌دهد که در مرحله‌ی پس‌آزمون بین میانگین نمره‌ی گروه‌های درمان تلفیقی با سه گروه دیگر، یعنی ذهن‌آگاهی، اختصاصی‌سازی حافظه و کنترل در متغیر اضطراب تفاوت معنی‌داری وجود دارد؛ اما در مرحله‌ی پیش‌آزمون بین میانگین گروه‌های درمان تلفیقی، ذهن‌آگاهی، گروه‌های اختصاصی‌سازی حافظه و کنترل در متغیر اضطراب تفاوت معنی‌داری وجود نداشته است. نتایج آزمون تعقیبی برونفرنی در مورد مقایسه‌ی اضطراب در چهار گروه درمان تلفیقی، گروه ذهن‌آگاهی، گروه آموزش اختصاصی‌سازی حافظه و گروه کنترل در مرحله‌ی پس‌آزمون بیماران همودیالیزی نشان می‌دهد، اختلاف میانگین نمرات گروه ذهن‌آگاهی در

[Downloaded from c4i2016.khu.ac.ir on 2024-04-27]

[DOI: 10.52547/rph.13.2.1]

مرحله‌ی پس‌آزمون در مقایسه با گروه کنترل و آموزش اختصاصی‌سازی حافظه به‌ترتیب (۷/۹۱۷- و ۶/۱۶۷-) در متغیر اضطراب کاهش داشته است (P<۰/۰۰۱). همچنین اختلاف میانگین در گروه درمان تلفیقی در مرحله‌ی پس‌آزمون در مقایسه با گروه ذهن‌آگاهی، گروه آموزش اختصاصی‌سازی حافظه و گروه کنترل به‌ترتیب (۳/۳۳۳- و P=۰/۰۰۱) و (۹/۵۰۰- و P=۰/۰۵) و (۱۱/۲۵۰- و P=۰/۰۰۱) کاهش داشته است (P<۰/۰۵). همچنین نتایج آزمون تعقیبی برونفرنی در مورد مقایسه‌ی اضطراب در چهار گروه درمان تلفیقی، گروه ذهن‌آگاهی، گروه آموزش اختصاصی‌سازی حافظه و گروه کنترل در مرحله‌ی پیگیری بیماران همودیالیزی نشان می‌دهد، اختلاف میانگین نمرات گروه ذهن‌آگاهی در مرحله‌ی پیگیری در مقایسه با گروه کنترل و آموزش اختصاصی‌سازی حافظه به‌ترتیب (۵/۰۰۰ و P= ۰/۰۳۰) و (۳/۱۶۷- و P=۰/۰۰۱) در متغیر اضطراب کاهش داشته است (P<۰/۰۵). همچنین اختلاف میانگین در گروه درمان تلفیقی در مرحله‌ی پیگیری در مقایسه با گروه ذهن‌آگاهی، گروه آموزش اختصاصی‌سازی حافظه و گروه کنترل به‌ترتیب (۵/۶۶۷- و P=۰/۰۱۵) و (۸/۸۳۳- و P=۰/۰۰۱) و (۱۰/۶۶۷- و P=۰/۰۰۱) کاهش داشته است (P<۰/۰۵).

در ادامه نتایج روند تغییرات میانگین نمره‌ها در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به تفکیک گروه‌ها در نمودار ۱ آمده است.



نمودار ۱.اثرات آموزش بر کاهش اضطراب به تفکیک گروه‌ها و مراحل آزمون

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر، بررسی مقایسه‌ی اثربخشی (بسته‌ی تلفیقی ذهن‌آگاهی مبتنی بر آموزش اختصاصی‌سازی حافظه) با درمان ذهن‌آگاهی و آموزش اختصاصی‌سازی حافظه بر کاهش اضطراب بیماران همودیالیزی است. بررسی نتایج با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره نشان داد که بین اضطراب چهار گروه درمان تلفیقی ذهن‌آگاهی مبتنی بر آموزش اختصاصی‌سازی حافظه، گروه مداخله‌ی ذهن‌آگاهی، گروه مداخله‌ی آموزش اختصاصی‌سازی حافظه و گروه کنترل بیماران همودیالیزی در مرحله‌های پس‌آزمون و پیگیری تفاوت وجود دارد.

[Downloaded from c4i2016.khu.ac.ir on 2024-04-27]
[DOI: 10.52547/rph.13.2.1]

شایان‌ذکر است که در داخل و خارج از ایران مطالعه‌ای یافت نشد که اثربخشی درمان تلفیقی ذهن‌آگاهی مبتنی بر آموزش اختصاصی‌سازی حافظه، آموزش ذهن‌آگاهی، آموزش اختصاصی‌سازی حافظه بر کاهش اضطراب بیماران همودیالیزی را مقایسه کرده باشد؛ اما در خصوص اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی بر کاهش اضطراب، با این پژوهش همسو است. پژوهش‌های پیشین به این نتیجه دست یافتند که روان‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی به‌صورت گروهی می‌تواند بر استرس و اضطراب بیماران دیالیزی تأثیرگذار باشد. ولی این اثربخشی در مرحله‌ی پیگیری برای متغیر اضطراب دیده نشد (۱۲). پژوهشگران گزارش کردند که مداخله‌ی کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی باعث کاهش علائم اضطراب، خستگی و همچنین افزایش کیفیت خواب در افراد گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل، در مرحله‌ی پس‌آزمون و پیگیری می‌شود (۱۶). همچنین در بررسی اثر ذهن‌آگاهی کوتاه بر علائم افسردگی و اضطراب بیماران همودیالیزی به این نتیجه رسیدند که این مطالعه اثرات قابل‌توجهی از مداخلات در مورد افسردگی و اضطراب را نشان نداده است (۱۷). پژوهشگران گزارش دادند مدیتیشن نشان داده است که باعث کاهش اضطراب و استرس و بهبود وضعیت سلامت و کیفیت زندگی افراد مبتلابه بیماری مزمن می‌شود (۲۰). همچنین در بررسی اثربخشی گروه‌درمانی شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در بیماران همودیالیزی بیماری کلیوی مرحله‌ی نهایی نتایج نشان داد که مراقبه‌ی ذهن‌آگاهی موجب افزایش سلامت کلی روانی می‌شود (۱۸) و ذهن‌آگاهی را به‌عنوان یک منبع مقابله‌ی روان‌شناختی برای کاهش استرس در بیماران همودیالیز گزارش کردند (۴۴). همچنین گزارش دادند که آموزش ذهن‌آگاهی بر افسردگی، اضطراب و سازگاری روان‌شناختی بیماران تأثیر دارد (۲۱).

نتایج به‌دست‌آمده را می‌توان بر اساس نظریه‌ی ذهن‌آگاهی (۱۵) این‌گونه تبیین کرد که رویکرد ذهن‌آگاهی یک مداخله‌ی روان‌درمانی مبتنی بر شواهد است که عناصر درمان شناختی رفتاری را با مراقبه‌ی ذهن‌آگاهی ادغام کرده است و این باعث کاهش سطوح نشخوار افسرده‌ساز و اضطراب‌آور می‌شود. رویکردهای متمرکز بر ذهن‌آگاهی، راهی را برای افراد فراهم می‌کند تا با افکار و احساسات خود ارتباط برقرار کنند و از طریق آن، افراد را به درک تجربیات پذیرش و دلسوزی به‌جای دوری، کنترل یا سرکوب، سوق دهند (۴۵). ذهن‌آگاهی را می‌توان به‌عنوان یک منبع مقابله‌ی روان‌شناختی برای کاهش اضطراب در بیماران همودیالیز مورد بررسی قرار داد. ارزیابی اولیه‌ی اضطراب شامل تعیین تنش‌زا بودن وضعیت فعلی است. بیماران ابتدا، همودیالیز مداوم را به‌عنوان تنشی تهدیدکننده ارزیابی می‌کنند. ارزیابی ثانویه اضطراب، تعیین اینکه چه باید با منابع مقابله‌ای که افراد در وضعیت اضطراب دارند انجام شود. ذهن‌آگاهی یک منبع مقابله‌ی درونی است که شرایط تنش را در خود جای می‌دهد و توانایی حل مشکلات را با القای تفکر مثبت را افزایش می‌دهد. در ارزیابی شناختی از اضطراب، وضعیت همودیالیز درک‌شده نمی‌تواند توسط بیمار خودکنترل شود و ارزیابی شناختی ثانویه که باعث افزایش منابع داخلی (ذهن‌آگاهی) می‌شود و قادر به مقابله با اضطراب است. آموزش ذهن‌آگاهی بر کاهش اضطراب و سازگاری روان‌شناختی بیماران تأثیر دارد؛ زیرا یکی از جنبه‌های مهم درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی این است که افراد یاد می‌گیرند با هیجانات و افکار منفی مقابله نمایند و حوادث ذهنی را به‌صورت مثبت تجربه کنند (۲۱). به نظر می‌رسد از طریق آموزش ذهن‌آگاهی فرد یاد می‌گیرد تا لایه‌هایی را که به‌صورت عادت، به درک تجربه می‌افزاید، مشاهده کند و لنزهای ویژه‌ای را شناسایی کند که از آن طریق به تماشای دنیا بنشیند. آموزش ذهن‌آگاهی فرد را قادر می‌سازد، برای غلبه بر نیروهای که مانع از حل خلّاقانه‌ی مسئله هستند، روش‌هایی را بیاموزد و مسئله را در زمان حال و بدون قضاوت و فراخوانی داده‌های کاذب قبلی ببیند و بررسی کند (۴۶)؛ بنابراین، پیشنهاد می‌شود که برنامه‌ی ذهن‌آگاهی که می‌تواند منابع داخلی خود را با توجه به ویژگی‌های بیماران همودیالیز بهبود بخشد، توسعه یابد و اثربخشی به‌عنوان مداخله‌ای برای کنترل استرس مورد بررسی قرار گیرد.

درباره‌ی آموزش اختصاصی‌سازی حافظه بر کاهش اضطراب بیماران همودیالیزی، هیچ پژوهشی در داخل یا خارج از کشور یافت نشد؛ اما در خصوص اثربخشی آموزش اختصاصی‌سازی حافظه بر کاهش اضطراب، با این پژوهش

[Downloaded from c4i2016.khu.ac.ir on 2024-04-27]
[DOI: 10.52547/rph.13.2.1]

همسو است. پژوهشگران در بازیابی خاطرات از حافظه سرگذشتی و ارتباط آن با حل مسئله در افراد افسرده و مضطرب به این نتایج دست یافتند که بیش‌کلی‌گرایی در حافظه‌ی سرگذشتی افراد افسرده بیشتر از افراد مضطرب و سالم است (۳۳). افراد افسرده در حل مسائل راه‌حل‌های ناکارآمدی را نسبت به افراد مضطرب و سالم به کار می‌گیرند و بین بیش‌کلی‌گرایی در حافظه‌ی سرگذشتی و مسئله‌گشایی ناکارآمد در افراد افسرده رابطه‌ی معنادار وجود دارد؛ بنابراین طبق مدل بیش‌کلی‌گرایی، افراد افسرده به دلیل خلق منفی و سوگیری در پردازش اطلاعات، نه‌تنها در بازیابی خاطرات سرگذشتی به‌طور اختصاصی دچار مشکل می‌شوند، بلکه این مشکل در بازیابی، حل مسائل و مشکلات، آن‌ها را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد و باعث می‌شود که راه‌حل‌های کمتر مؤثری را تولید کنند. پژوهشگران (۳۴) دریافتند که آموزش اختصاصی‌سازی حافظه با کاهش معنی‌دار افسردگی و اضطراب همراه است. در پیگیری، اثر پیش‌آزمون، اثرات طولانی‌مدت درمان بر افسردگی مشاهده شد اما نمی‌تواند به‌طور مؤثر اضطراب را کاهش دهد. همچنین پژوهشگران (۳۵) پژوهش حاضر به مقایسه‌ی حافظه‌ی سرگذشتی بیماران مبتلابه افسردگی، اضطراب و افراد سالم پرداختند. نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره نشان داد که بیش‌کلی‌گرایی و کم‌اختصاصی‌سازی در افراد افسرده بیشتر از گروه مضطرب و سالم است؛ ولی بین افراد مضطرب و سالم تفاوتی دیده نشد. نتایج به‌دست‌آمده را می‌توان بر اساس نظریه‌ی آموزش اختصاصی‌سازی حافظه (۲۷) این‌گونه تبیین کرد که حافظه‌ی سرگذشتی همواره معطوف به زندگی خود فرد است. این رویدادهای سرگذشتی پس از کدگذاری در حافظه‌ی بلندمدت ثبت می‌گردند. این نوع حافظه به‌صورت خودکار عمل نمی‌نماید. نشانه‌های رویدادی و معنایی، سرنخی را درگذشته‌ی ما فعال کرده و سپس ما رویداد یا خاطره‌ی خاصی را از انبار حافظه‌ی سرگذشتی خود بازیابی می‌نماییم. این حافظه چون مستقیماً با رویدادهای زندگی گذشته‌ی هر فرد در ارتباط است، به احساسات و افکار مرتبط با زمان آن رویداد خاص نیز وابسته است؛ بنابراین بین حافظه‌ی سرگذشتی، رابطه‌ی تنگاتنگ و مستقیمی با خودپنداره‌ی هیجان‌های هر فرد در طول زمان و هویت فردی وجود دارد (۳۲). طبق مدل بیش‌کلی‌گرایی حافظه، افراد افسرده به دلیل خلق منفی و سوگیری در پردازش اطلاعات نه‌تنها در بازیابی خاطرات سرگذشتی به‌طور اختصاصی دچار مشکل بیش‌کلی‌گرایی می‌گردند، بلکه این مشکل بازیابی و حل مسئله، آن‌ها را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد و باعث می‌گردد که راه‌حل‌های کمتر مؤثری را تولید نمایند. حداقل چهار مسیر بالقوه پیشنهاد شده است که از طریق آن‌ها ویژگی بیش‌کلی‌گرایی حافظه منجر به افسردگی می‌شود. مسیر اول: این ویژگی از حل مسئله‌ی اجتماعی یا میان‌فردی مؤثر جلوگیری می‌کند. مسیر دوم: این فقدان ویژگی ممکن است از طریق تأثیرگذاری بر قابلیت تجسم آینده، یعنی توانایی تجسم تصاویر خاصی از آینده، منجر به افزایش احساس ناامیدی گردد. مسیر سوم: از طریق یک رابطه‌ی فزاینده برگشتی با اندیشیدن به افسردگی است. مسیر چهارم: فقدان نسبی قرارگیری تجربی در مقابل خاطرات منفی و احساسات منفی. قرارگیری در معرض خاطرات و احساسات ناراحت‌کننده حتی اگر به‌طور کوتاه‌مدت نگران‌کننده و ناخوشایند باشند، با منافع بلندمدتی برای سلامت روانی فرد همراه است (۳۲). کاهش خاطرات خاص به پردازش هیجانی ضعیف منجر می‌شود. بعد از روبه‌رو شدن با یک حادثه‌ی منفی، تفکر و گفتار به یک شیوه‌ی خاص درباره‌ی چنین تجربه‌ای، یک راه آسان برای روبه‌رو شدن با آن و پردازش هیجانی آن تجربه‌ی منفی است. با افزایش تمرکز بر یادآوری خاطرات و کاهش نشخوار فکری، تسلط و نظم بخشیدن بر هیجانات میسر می‌گردد (۳۳).

همچنین نتایج به‌دست‌آمده را می‌توان بر اساس نظریه‌ی آموزش اختصاصی‌سازی حافظه‌ی سرگذشتی (۲۸) این‌گونه تبیین کرد که یک عامل انگیزشی قوی برای چنین اقداماتی (اگر ناموفق باشد) اجتناب از تجسم جنبه‌های ناراحت‌کننده‌ی گذشته است. این یک واقعیت است که وقتی خاطرات شرح‌حال در افسردگی به ذهن می‌آیند، آن‌ها به ایجاد فرایندهای نشخواری تمایل بیشتری دارند. این‌ها یا بر خاطرات خود تمرکز می‌کنند یا در ارتباط با آن خاطرات به موضوع‌های متنوع افسردگی عمده‌ای که از طریق

[Downloaded from c4i2016.khu.ac.ir on 2024-04-27]

[DOI: 10.52547/rph.13.2.1]

زندگینامه‌ی شخصی به کار می‌رود، تمرکز می‌کنند (۴۷). توابع خاصی از خاطرات خاص و نمونه‌هایی از اختلالات در زمینه‌های عاطفی وجود دارد؛ حل مسئله، برنامه‌ریزی، پردازش احساسی، کاهش نشخوار فکری. یافته‌های نشان می‌دهد که اجتناب از یادآوری خاص، بلافاصله پس از تجربیات عصبی، موجب ناراحتی‌های احساسی می‌شود. عامل سوم، این مدل ادعا می‌کند که اختلال در مدیریت اجرایی توانایی فرد برای تمرکز بر بازیابی حافظه‌ی خاص را محدود می‌کند. برای حمایت از این، مطالعات متعدد نشان داده است که یادآوری حافظه‌ی بیش‌کلی‌گرایی با اختلال کنترل اجرایی در تعدادی از نتایج ازجمله اقدامات کلامی، فضایی و حافظه مرتبط است. شواهد تجربی با سه فرایند شناسایی‌شده در مدل مطابقت دارد (۴۸).

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که تلفیق ذهن‌آگاهی و اختصاصی‌سازی حافظه، میزان اضطراب را در گروه‌های درمانی پایین آورده است. در توضیح این یافته می‌توان بیان کرد که این جلسات یک شخص را قادر می‌سازد تا تمرکزگرایی را در یک محیط کنترل‌شده معمولاً در حالت نشسته با چشم‌های بسته در فضایی آرام تمرین کند و اینکه تفکر بسیار در مورد آینده یا گذشته و نبودن در لحظه‌ی حاضر را کاهش دهد که این موجب می‌شود که تسلط بیشتری بر وقایع اطراف خود داشته باشد و کنترل امور و فرایندهای ذهنی خود را در دست بگیرد. این یافته با نتایج پژوهش پیشین (۳۳) هماهنگ است. این پژوهش با تلفیق دو روش ذهن‌آگاهی و درمانی اختصاصی‌سازی حافظه، در جلسات درمانی و با حصول نتیجه‌ی یادشده (کاهش اضطراب مراجع) به‌وضوح نشان می‌دهد که این تلفیق درمانی در کاهش نگرانی و اضطراب فرد مبتلابه اختلال اضطراب مؤثر است. در تبیین درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی تلفیقی با آموزش اختصاصی‌سازی حافظه هدف پژوهشگر ارتباط بین گذشته و حل مسائل ناقص مربوط به گذشته در گام نخست و در گام دوم، وارد شدن به زمان حال و اکنون و پذیرش و آگاهی است. ازآنجاکه نوع درمان به‌کارگرفته‌شده در این تحقیق، دارای ساختاری روشن و تکالیف خانگی است، توانمندی مراجع به پیگیری درمان را افزایش داده و باعث اثربخشی معناداری فنون مربوطه در تغییر وضع روانی افراد شده است.

همچنین می‌توان بیان کرد که آموزش اختصاصی‌سازی حافظه‌ی سرگذشتی، به‌تنهایی ممکن است خلق‌وخوی افسرده را از طریق کاهش بیش‌کلی‌گرایی حافظه بهبود بخشد و در مقابل شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی تأثیر بیشتری بر اختلال اضطراب دارد. در تبیین اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی و روش‌های مورد استفاده در آن می‌توان عنوان کرد که تغییر باورهای بنیادین و افکار خودآیند منفی بیمار را هدف قرار داده و پس از ایجاد تغییرات شناختی در وی و هم‌زمان با آن، بیمار را به آگاهی از محتوای شناختی و هیجانی خویش رسانده و بدین ترتیب امکان بررسی راه‌حل‌های مناسب‌تر جایگزین و جلوگیری از پاسخ‌های خودکار را برای او فراهم می‌کند. همچنین در آموزش اختصاصی‌سازی حافظه و فنون مورداستفاده در آن، با به چالش کشیدن حافظه، افکار و باورهای غیرمنطقی مبنی بر بیماری مزمن با افسردگی و اضطراب و بی‌نظمی‌های هیجانی ناشی از درمان ناعلاج کلیوی، با کاهش بیش‌کلی‌گرایی حافظه، توانایی حل مسائل اجتماعی را در افراد افزایش می‌دهد و از برخوردهای اجتماعی منفی جلوگیری می‌نماید. همچنین از طریق تأثیرگذاری بر قابلیت تجسم آینده، به افزایش احساس امیدواری در بیماران منجر می‌گردد. افزون بر آن، این آموزش موجب جلوگیری از نشخوار فکری می‌گردد و با قرارگیری تجربی در مقابل خاطرات منفی و احساسات منفی ناشی از آن‌ها موجب کاهش اختلالات روان‌شناختی در بیماران می‌شود.

محدودیت این پژوهش عدم‌کنترل انواع داروست؛ چون بیماران همودیالیزی از مشکلات جسمانی ازجمله مشکلات قلبی، فشارخون، دردهای عضلانی، دیابت رنج می‌برند و داروهای زیادی را مصرف می‌کنند. دیگر محدودیت این پژوهش، خستگی بیماران همودیالیز است. خستگی و داروها می‌توانند بر نتایج پژوهش مخصوصاً در تنظیم هیجانات تأثیر داشته باشند. این پژوهش بر روی بیماران همودیالیزی انجام گرفته است؛ لذا قابلیت تعمیم‌دهی به کل جامعه را ندارد. پیشنهاد کاربردی مطابق با نتایج پژوهش حاضر، با توجه به اثربخشی تلفیق ذهن‌آگاهی با آموزش اختصاصی‌سازی

[Downloaded from c4i2016.khu.ac.ir on 2024-04-27]
[DOI: 10.52547/rph.13.2.1]

حافظه بر کاهش اضطراب در بیماران همودیالیزی پیشنهاد می‌شود که این دو آموزش به‌صورت یک روش ترکیبی با یکدیگر، به بیماران همودیالیزی آموزش داده شود. با توجه به تأثیر طولانی‌مدت بسته‌ی درمان تلفیقی ذهن‌آگاهی مبتنی بر آموزش اختصاصی‌سازی حافظه روی متغیر اضطراب در بیماران همودیالیزی، پیشنهاد می‌شود که این درمان تلفیقی به‌عنوان یک روش درمانی پایدار به بیماران کلیوی مبتلابه اضطراب، آموزش داده شود. به پژوهش‌های دنباله‌رو این پژوهش پیشنهاد می‌شود که در انجام پژوهش‌ها، به کاربرد این روش درمانی در کاهش مشکلات بیماران همودیالیزی در دو جنس و با روش‌های مختلف دیالیز همانند دیالیز صفاقی و همچنین پیوندی نیز توجه گردد. درمجموع به نظر می‌رسد که تلفیق ذهن‌آگاهی مبتنی بر آموزش اختصاصی‌سازی حافظه‌ی سرگذشتی را می‌توان به‌عنوان یک مداخله‌ی شناختی در کنار سایر درمان‌ها، به‌عنوان یک مداخله‌ی کوتاه‌مدت و مقرون‌به‌صرفه برای کاهش شدت اختلالات روانی و شناختی به کار برد.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از رساله‌ی دکترای دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان) با کد ۱۳۲۸۲۰۷۰۵۹۵۲۲۰۸۳است.

همچنین این مقاله دارای کداخلاق به شماره: IR.IAU.KHUISF.REC.1397.255 و کد کار آزمایی بالینی به شماره: IRCT20190202042582N4است.

از تمام عزیزانی که به نحوی در انجام این پژوهش همکاری نمودند، تشکر و قدردانی می کنیم.

References

1. Eslami AA, Rabiei L, Khayri F, Nooshabadi MRR, Masoudi R. Sleep quality and spiritual wellbeing in hemodialysis patients. Iran Red Crescent Med J 2014; 16(7): 1-7 . [Persian].
2. Albino BB, Balbi AL, Abrão JM, Ponce D. Dialysis complications in acute kidney injury patients treated with prolonged intermittent renal replacement therapy sessions lasting 10 versus 6 hours: results of a randomized clinical trial. Artificial Organs 2015; 39(5) :423-31
3. Hashemian SMR, Farzanegan B, Fathi M, Ardehali SH, Vahedianazimi A, AsgharijafarAbadi M, Hajiesmaeili MR. Stress among Iranian nurses in critical wards. Iranian Red Crescent Medical Journal 2015; 17(6) :1-7 . [Persian].
4. Tezel A, Karabulutlu E, Sahin o. Depression and perceived social support from family in Turkish patients with chronic renal failure treated by hemodialysis. Jres Med Sci 2011; 16(5): 666–673.
5. Nazemian F, ghaffari F. Depression and anxiety in hemodialysis patients. Journal of Mashhad University of Medical Sciences 2008; 51(3): 171-6. [Persian].
6. Mollahadi M, Tayyebi A, Ebadi A, Daneshmandi M. Comparison between anxiety, depression and stress in hemodialysis and kidney transplantation patients. Journal of Critical Care Nursing 2009; 2(4): 153-156. [Persian].
7. Alberts NM, Hadjistavropoulos HD, Jones SL, Sharpe D. The short health anxiety inventory: a systematic review and meta-analysis. J Anx Disord 2013; 27(1): 68-78.
8. Oberlander JG, Henderson LP. The Sturm und Drang of anabolic steroid use: angst, anxiety and aggression. Trends Neurosci 2012; 35(6): 382-92.
9. Gaydukevych D, Kocovski NL. Effect of self-focused attention on post-event

[DOI: 10.52547/rph.13.2.1] [Downloaded from c4i2016.khu.ac.ir on 2024-04-27]

processing in social anxiety. Behav Res Ther 2012 ; 50(1): 47-55.
10. Smeltzer S, Bare B. Text book of medical-surgical nursing. Newyork. Lippincott Williams & Wilkins; 2013.
11. Baines LS, Joseph JT, Jindal RM. Prospective Randomized Study of Individual and Group Psychotherapy Versus Controls in Recipients of Renal Transplants. Kidny Int 2004; 65(5): 1937-42.
12. Jafskeshmoghadam A, Shahabizadeh F, Bahrainian A. Comparative effectiveness of mindfulness-based psychotherapy versus acceptance or commitment therapy on stress level in Dialysis patients. Journal of Advances in Medical and Biomedical Researc 2016; 24 (107): 84-93 [Persian].
13. Norouzi H, Hashemi E. The Efficacy of Mindfulness-based Cognitive Therapy (MBCT) on Emotion Regulation among Patients with Breast Cancer. Iranian Quarterly Journal of Breast Disease 2017; 10(2): 38-48. [Persian].
14. MacKenzie MB, Abbott KA, Kocovski NL. Mindfulness-Based Cognitive Therapy in Patients with Depression: current perspectives. Neuropsychiatr Dis Treat 2018; 18(14): 1599-1605.
15. Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. Mindfulness-based Cognitive Therapy for Depression. New York. Guilford Press; 2013.
16. Shirazi M, Koohkanazim H, Khosravani E. Effectiveness of psychological rehabilitation, using Dohsa-Hou, on hemodialysis patients' depression, anxiety, and stress in Zahdan city. Journal of Birjand University of Medical Sciences 2016; 23 (2): 130-140. [Persian].
17. Thomas Z, Novak M, Platas SG, Gautier M, Holgin AP, Fox R, et al . Brief mindfulness meditation for depression and anxiety symptoms in patients undergoing hemodialysis: a pilot feasibility study.Clin J Am Soc Nephrol 2017; 12(12): 2008-2015.
18. 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.
19. Mahdavi A, Heidarigorji J, Didehdarardebili M. Implementing Benson's Relaxation Training in Hemodialysis Patients. N Am J Med Sci. 2013; 5(9): 536-40.
20. Bennett PN, Ngo T, Kalife C, Schiller B. Improving wellbeing in patients undergoing dialysis. Can meditation help? Semin Dial 2018 ; 31(1): 59-64
21. Bohlmeijer E, Prenger R, Taal E, Cuijpers P. The effects of mindfulness-based stress reduction therapy on mental health of adults with a chronic medical disease. A meta-analysis. J Psychosom Res 2010; 68(6): 539-44.
22. Noorifard M, Neshatdoost HT, Sajjadian I. Compilation of Treatment- Cognitive protocol of Mindfulness combination with Memory Specificity Training (MB-MeST) and comparison of its effectiveness with Mindfulness & Eemory specificity training (MeST) on Depression, Anxiety, Mental well-being Cognitive emotion regulation strategies and Physical symptoms in Hemodialysis Patients. [dissertation]. Isfahan. Iran. Islamic Azad University Isfahan(Khorasgan) Branch; 2019. [Persian].
23. Hayes SC. Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies. Behav Ther 2016; 47(6): 869-885.
24. Niloofari A, AbdollahPouri L. Integrating Psychotherapy. 1st edition.Tehran: Arjmand Press; 2015.
25. Barry TJ, ChiuC PY, Raes F, Ricarte H, Lau H. The neurobiology of reduced autobiographical memory specificity.

[Downloaded from c4i2016.khu.ac.ir on 2024-04-27]
[DOI: 10.52547/rph.13.2.1]

Trends Cogn Sci 2018; 22(1): 1038-1049.
26. Martens K, Takano K, Barry TJ, Goedleven J, Vanden Meutter L, Raes F . Remediating Reduced Autobiographical Memory in Healthy Older Adults With Computerized Memory Specificity Training (c-MeST): An Observational Before-After Study. J Med Internet Res 2019; 21(5): 1-10.
27. Raes F, Williams JMG, Hermans D. Reducing Cognitive Vulnerability to Depression. A Preliminary Investigation of Memory Specificity Training (MEST) in Inpatients with Depressive Symptomology. J Behav Ther Exp Psychiatry 2009; 40(3): 24-38.
28. Dalgleish T, Werner-Seidler A. Disruptions in autobiographical memory processing in depression and the emergence of memory therapeutics. Trend Cong Sci 2014; 18(11): 596-604.
29. Hallford DJ, Austin DW, Raes F, Takano K. Computerised Memory Specificity Training (c-MeST) for the Treatment of Major Depression: a study protocol for a randomized controlled trial. BMJ Oen. 2019; 9(2) : 1-6.
30. Erten MN, Brown AD. Memory Specificity Training for Depression and Posttraumatic Stress Disorder: A Promising Therapeutic Intervention. Front Psychol 2018; 9(419): 1-5.
31. Barry TJ, YanSze W, Raes F. A meta-analysis and Systematic Review of Memory Specificity Training (MeST) in the Treatment of Emotional Disorders. Behav Res Ther 2019; 116(4): 36-51.
32. Maxwell K, Callahan JL, Holtz P, Janis BM, Gerber MM, Connor DR. Comparative Study of Group Treatments for Posttraumatic Stress Disorder. Psychotherapy(Chic) 2016; 53(4): 433-445.
33. Zare H, Esmaeili M, The Retrieval of Memories from Autobiographical Memory and its Relationship with Problem- Solving in Depressed and Anxious Individuals. Journal of Cognitive Psychology 2018; 5(3): 24-34. [Persian].
34. Amini K, Neshatdoost HT, Mazaheri MA, Nadi MA. Effectiveness of Specific Recall Training on Depression and Anxiety in Children (7-11 years old) with Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) Caused by Sexual Abuse. Journal of Arak University Medical Sciences 2016; 18(12): 1-10. [Persian].
35. Hajmohammadi F, Neshatdoost HT. Comparison the Autobiographical memory specificity and over generality in women with depression, anxiety and healthy. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry 2018; 4(4): 44-56. [Persian].
36. Hitchcock C, Werner-Seidler A, Blackwell SE, Dalgleish T Autobiographical episodic memory-based training for the treatment of mood, anxiety and stress-related disorders: A systematic review and meta-analysis. Clin Psychol Rev 2017; 5(2): 92-107.
37. Neshatdoost HT, Dalgleish T, Yule W, Kalantari M, Ahmadi SJ, Atledyregrov A, et al. Enhancing Autobiographical Memory Specificity Through Cognitive Training. An Intervention for Depression Translated From Basic Science. Clin Psychol Sci 2013; 1(1): 84–92.
38. Beck AT, Steer RA. Manual for the Beck Anxiety Inventory. San Antonio, TX: Psychological Corporation; 1990.
39. Demehri F, Honarmand MM, Yavari AH. Depression and Obsessive - Compulsive as Antecedent of Guilt Feeling and Anxiety as Consequences of it in University Girl Students. Journal of Woman in Culture and Arts 2012; 2(6): 25-36. [Persian].
40. Kaviani H, Mousavi AS. Psychometric properties of the Persian version of Beck

[Downloaded from c4i2016.khu.ac.ir on 2024-04-27]
[DOI: 10.52547/rph.13.2.1]

Anxiety Inventory.BAI. Tehran University Medical Journal 2008; 65(2): 136-140. [Persian].
41. Rafee m, Seyfi I. An Investigation into the Reliability and Validity of Beck Anxiety Inventory among the University Students. Thought & Behavior in Clinical Psychology 2013; 7(27): 37-46. [Persian].
42. Rohleder P, Lyons A. Thematic analysis. Qualitative Research in Clinical and Health Psychology. 1st edition . Macmillan International Higher Education. Red Globe Press. British; 2014.
43. Stirling JA. Thematic networks: analytic tool for qualitative research. Qual Res 2001; 1 (3): 385-405.
44. Cho IH, Suh SR, Jang KH. Stress coping resources of hemodialysis patients: Mindfulnes. IJANER 2017; 2(1): 153-158.
45. Chiodelli R, Mello LTN, Jesus SN, Andretta I. Effects of a brief mindfulness-based intervention on emotional regulation and levels of mindfulness in senior students. Psicologia: Reflexão e Crítica 2018; 31(21): 1-10.
46. Farhadi A, Movahedi Y, Kariminajad K, Movahedi M. The effect of mindfulness-based cognitive therapy on depression in male patients with coronary artery disease. Iranian Journal of Cardiovascular Nursing 2014; 2(4): 6-14. [Persian].
47. Dalgleish T, Hill E, Golden AM, Morant N, Dunn BD. The structure of past and future lives in depression. J Abnorm Psychol 2011; 120(1): 1-15.
48. Dalgleish T, Bevan A, McKinnon A, Breakwell L, Mueller V, Chadwich I, et al. A comparison of MEmory Specificity Training (MEST) to education and support (ES) in the treatment of recurrent depression: study protocol for a cluster randomised controlled trial. Trials 2014; 22(15): 293-315.

[Downloaded from c4i2016.khu.ac.ir on 2024-04-27]

[DOI: 10.52547/rph.13.2.1]