

## اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) بر بهزیستی روانشناختی و مولفه‌های آن در بیماران همودیالیزی

معصومه یاسائی سکه<sup>۱</sup>

عبدالله شفیق آبادی<sup>۲</sup>

ولی اله فرزاد<sup>۳</sup>

تاریخ دریافت: ۹۶/۰۹/۲۲

تاریخ پذیرش: ۹۷/۰۲/۲۲

چکیده

هدف کلی این تحقیق بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) بر بهزیستی روانشناختی بیماران همودیالیزی بود. به این منظور از بین بیماران مراجعه کننده به بخش همودیالیز بیمارستان امام خمینی (ره) شیروان و بیمارستان امام علی (ع) بجنورد تعداد ۲۸ بیمار همودیالیزی به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و بصورت تصادفی در دو گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و گروه کنترل قرار گرفتند (هر گروه ۱۴ نفر). گروه آزمایش، درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی را به مدت ۸ جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای یک جلسه) دریافت کردند و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. در این تحقیق جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه بهزیستی روانشناختی ریف استفاده شد. داده‌ها با استفاده از تحلیل کوریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. یافته‌های حاصل نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر میزان بهزیستی روانشناختی بیماران همودیالیزی تاثیر مثبت داشته، همچنین اثربخشی این روش درمانی بر مؤلفه‌های ارتباط مثبت با دیگران، هدف مندی در زندگی، رشد شخصی و استقلال بیماران همودیالیزی معنادار بوده در حالی که بر مولفه‌های تسلط بر خویشتن و پذیرش خود موثر نبوده است. لذا نتایج این پژوهش، حمایتی تجربی برای این درمان فراهم کرده و با توجه به شیوع مشکلات روانشناختی در بیماران همودیالیزی و مؤثر بودن مداخلات روان درمانی، ضرورت حضور روانشناسان و مشاوران را در بخش‌های همودیالیز یادآوری می‌نماید.

کلید واژه‌ها: شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT)، بهزیستی روانشناختی، همودیالیز

<sup>۱</sup> دانشجوی دکتری مشاوره، واحد علوم تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

<sup>۲</sup> استاد گروه مشاوره، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران. (نویسنده مسؤل) ashafiabady@yahoo.com

<sup>۳</sup> دانشیار گروه روانشناسی عمومی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

## مقدمه

نارسایی مزمن کلیه (CRF)<sup>۱</sup> به وجود نارسایی پیشرفته و غیر قابل برگشت کلیه که معمولاً پیشرونده نیز است اطلاق می‌شود (عسگری و سلیمانی، ۱۳۹۳). روش‌های درمانی موجود برای بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه شامل همودیالیز، دیالیز صفاقی و پیوند کلیه است (عباسی و همکاران، ۱۳۹۳). تا پایان سال ۱۳۹۳ در ایران جمعیت بیماران مزمن کلیوی با درجه نارسایی پیشرفته کلیه (ESRD)<sup>۲</sup> به حدود ۵۳ هزار نفر رسید که از بین آنان ۲۵۹۳۴ نفر تحت درمان همودیالیز بوده‌اند (کنسرسيوم دیالیز ایران، ۱۳۹۴). این بیماران علاوه بر روبرو شدن با تغییرات متعدد فیزیولوژیکی با تنش‌های روانی بسیاری نیز روبرو می‌شوند که هر کدام به نوبه خود می‌تواند در روان و شخصیت آنان اختلال ایجاد نماید، بطوری که اغلب آنها با مشکلات و تنش‌ها سازگار نشده و دچار اختلالات روانی و تغییرات رفتاری مانند اضطراب، افسردگی، انزوا، انکار بیماری، هذیان و توهم می‌گردد. لذا وجود مداخله روان شناختی به عنوان یک عنصر اساسی در درمان این بیماران ضروری است (سجادی، ۱۳۸۵).

بیماران دیالیزی دچار افسردگی، افت در ابعاد مختلف کیفیت زندگی از جمله بعد بهزیستی روانشناختی<sup>۳</sup> را تجربه می‌کنند و سطح بالاتری از خطر مرگ و میر دارند (ناظمیان، غفاری و پورغزنین، ۱۳۸۷). اختلالات روان پزشکی در بیماران تحت همودیالیز تا ۵۵ درصد گزارش شده است (شریف و وداد، ۱۳۸۶)، در گروهی از بررسی‌ها ۶۵ درصد بیماران دیالیزی دارای یکی از تشخیص‌های افسردگی، اضطراب و اختلال جسمانی شکل ۴ بودند. همچنین سایکوز در بیماران دیالیزی ۶۵ ساله و کمتر ۹/۶ در هزار نفر در سال گزارش شده است (رستمی و حدادی، ۱۳۸۶). کنترل و کاهش نشانه‌های روانشناختی که بدن‌بال بیماری‌های جسمی می‌آیند نه تنها سبب بالا رفتن مهارت‌ها و روحیه‌ی جنگندگی در بیماران می‌شود بلکه باعث افزایش کارایی سیستم ایمنی و در نتیجه کاهش علایم جسمانی و بهبودی می‌گردد. بنابراین برای واحدهای دیالیز ضروری است که راهکارهایی برای ارزیابی و درمان اختلالات روانشناختی در بیماران همودیالیزی تدارک ببینند (لبل<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۰۸).

1. Chronic Renal Failure

2. End Stage Renal Disease

3. Psychological Well-Being

4. Somatoform

5. Lebel

بهزیستی روانشناختی در مدل ریف و همکاران از شش مؤلفه تشکیل شده است: پذیرش خود<sup>۱</sup> (داشتن نگرش مثبت به خود) رابطه مثبت با دیگران<sup>۲</sup> (برقراری روابط گرم و صمیمی با دیگران و توانایی همدلی)، خودمختاری<sup>۳</sup> (احساس استقلال و توانایی ایستادگی در مقابل فشارهای اجتماعی)، زندگی هدفمند<sup>۴</sup> (داشتن هدف در زندگی و معنا دادن به آن) رشد شخصی<sup>۵</sup> (احساس رشد مستمر) و تسلط بر محیط<sup>۶</sup> (توانایی فرد در مدیریت محیط). الگوی ریف به طور گسترده در جهان مورد توجه قرار گرفته است. ریف این الگو را بر اساس مطالعه متون بهداشت روانی ارائه کرد و اظهار داشت مؤلفه‌های الگو، معیارهای بهداشت روانی مثبت است و این ابعاد کمک می‌کند تا سطح بهزیستی و کارکرد مثبت شخص را اندازه‌گیری کرد (صادق پورمرادی، نصیریان و چابکی نژاد، ۱۳۹۵).

اخیراً بحث زیادی در مورد مداخلات درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و زمینه محور شده است؛ خصوصاً برای افرادی که سخت به درمان پاسخ می‌دهند. درمان شناختی مبتنی بر ذهن-آگاهی (MBCT) از جمله آنهاست. این درمان‌ها روی پذیرش باورها در مقابل چالش با آنها، ذهن آگاهی، گسلش شناختی یا توصیف افکار و احساسات بدون معنا دادن به آنها، زندگی مبتنی بر ارزش‌ها و معنویت شخصی تمرکز دارند. همچنین تمرکز اصلی این درمان‌ها بیشتر روی پذیرش نشانه است تا کاهش آن، و نیز شیوه‌های انعطاف پذیرتر و سازگارانه‌تر پاسخدهی به محرک نامطبوع درونی (هیز، لوما و باند<sup>۷</sup>، ۲۰۰۶).

نتایج پژوهش امیرخانلو و میرزاییان (۱۳۹۵) تحت عنوان اثربخشی MBCT بر ابعاد بهزیستی روانشناختی در زنان مبتلا به ملال پیش از قاعدگی، حاکی از آن بود که میانگین نمرات در هر یک از ابعاد و مؤلفه‌های بهزیستی روانشناختی در پس آزمون بطور معناداری افزایش داشته است. همچنین پژوهش‌های اخیر نشان داده‌اند که MBCT در بهبود و رفع نشانگان اختلالات روانی از جمله افسردگی (تیزدل<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۰۰)، اضطراب (بران و ریان<sup>۹</sup>، ۲۰۰۷)، PTSD (بوهلمیر<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۰)، جسمانی سازی (بائر<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۳) و ... نقش بسزایی می‌تواند داشته باشد. با اینحال توجه بسیار

1. Self-acceptance

2. Autonomy

3. Purpose in Life

4. Personal Growth

5. Environmental mastery

6. Interpersonal Relations

7. Hayes, S., Luoma, J.B. & Bond, F

8. Teasdale

9. Brown & Ryan

10. Buhlmire

11. Baer

کمی به تاثیر این رویکرد بر اختلالات روانشناختی در بیماران همودیالیزی شده است؛ از این رو هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی این رویکرد بر بهزیستی روانشناختی بیماران همودیالیزی می‌باشد.

### روش شناسی تحقیق

این پژوهش یک مطالعه شبه آزمایشی است. طرح تحقیق از نوع پیش آزمون، پس آزمون با گروه کنترل می‌باشد. جامعه پژوهش شامل کلیه بیماران همودیالیزی (زن و مرد) مراجعه کننده به بخش دیالیز بیمارستان امام خمینی (ره) شیروان و امام علی (ع) بجنورد می‌باشد که بر اساس گزارش این دو بیمارستان ۱۰۱ نفر بودند.

معیارهای ورود به پژوهش شامل سن بین ۱۴ تا ۷۰ سال - سابقه انجام همودیالیز بیش از ۶ ماه - در زمان پژوهش، درمان روانشناختی دیگری دریافت نکنند و از درمان‌های قبلی حداقل یکماه گذشته باشند. - تمایل به دریافت مداخله و ادامه طرح پس از توضیحات لازم در مورد زمان، مکان و نوع جلسات داشته باشند - سابقه بیماری عصبی، روانی و سابقه بستری در بیمارستان بدلیل بیماری - های اعصاب و روان نداشته باشند - طی ۶ ماه گذشته رویداد استرس زا مثل طلاق، فوت بستگان نزدیک، از دست دادن شغل، تصادف و ... را تجربه نکرده باشند.

با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۲۸ بیمار که معیارهای ورود به پژوهش را داشته و همچنین بیشترین تمایل به شرکت در جلسات آموزشی را داشتند انتخاب و بطور تصادفی در دو گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (۱۴ نفر) و گروه کنترل (۱۴ نفر) قرار گرفتند. قبل از ورود افراد به مطالعه، راجع به هدف تحقیق توضیح داده شد و رضایت شخصی جهت شرکت در مطالعه از آنها اخذ گردید. ابتدا هر دو گروه به سوالات پرسشنامه بهزیستی روانشناختی ریف پاسخ داده (پیش آزمون) و سپس گروه آزمایش تحت درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی به مدت ۸ جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای یک جلسه) قرار گرفت، چهار بعد از آخرین جلسه از هر دو گروه پس آزمون به عمل آمد.

### ابزار پژوهش

نسخه‌ی کوتاه (۱۸ سوالی) مقیاس بهزیستی روانشناختی ریف، توسط ریف در سال ۱۹۸۹ طراحی، و در سال ۲۰۰۲ مورد تجدید نظر قرار گرفته است. این نسخه، مشتمل بر ۶ عامل است که مجموع نمرات این ۶ عامل به عنوان نمره‌ی کلی بهزیستی روان شناختی محاسبه می‌شود. این آزمون نوعی ابزار خودسنجی است که در یک پیوستار ۶ درجه‌ای از "کاملاً موافقم" تا "کاملاً مخالفم"

(یک تا شش) پاسخ داده می‌شود که نمره‌ی بالاتر، نشان دهنده‌ی بهزیستی روان شناختی بهتر است. در ایران همسانی درونی مقیاس با توجه به ضریب آلفای کرونباخ برای ۶ عامل پذیرش خود، تسلط محیطی، رابطه‌ی مثبت با دیگران، داشتن هدف در زندگی، رشد شخصی و استقلال به ترتیب برابر با ۰/۵۱، ۰/۷۶، ۰/۷۵، ۰/۵۲، ۰/۷۳، ۰/۷۲، و برای کل مقیاس ۰/۷۱ به دست آمده است (خانجانی و همکاران، ۱۳۹۳). پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر برای بهزیستی روانشناختی بر حسب ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۱ محاسبه شده است.

در پردازش اطلاعات از نرم افزار Spss21 استفاده شد. در بخش آمار توصیفی با استفاده از آماره میانگین و انحراف معیار نمرات بهزیستی روانشناختی آزمودنی‌ها معرفی شده است و در بخش آمار استنباطی با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره و چند متغیره، فرضیه‌های تحقیق بطور جداگانه مورد بررسی قرار گرفته است.

## یافته‌ها

جدول ۱- شاخص‌های توصیفی بهزیستی روانشناختی در گروه MBCT و کنترل

گروه	مرحله آزمایش	میانگین نمرات	انحراف معیار نمرات	حداکثر نمره	حداقل نمره	درصد تغییرات
MBCT	پیش آزمون	۵۸/۵۰	۷/۹۵	۶۹	۴۴	۱۸/۵
	پس آزمون	۷۷	۱۰/۷۹	۹۰	۵۰	
کنترل	پیش آزمون	۷۰/۲۹	۱۱/۲۶	۸۲	۴۶	-۰/۴۴
	پس آزمون	۶۹/۸۵	۱۱/۷۲	۸۸	۴۸	

بر اساس نتایج جدول فوق نمرات بهزیستی روانشناختی در پس آزمون در گروه MBCT افزایش یافته است در حالی که در گروه کنترل کاهش جزئی داشته است (۱۸/۵ و -۰/۴۴).

جدول ۲- شاخص‌های توصیفی خرده‌مقیاس‌های بهزیستی روانشناختی در گروه آزمایشی MBCT

متغیر	مرحله آزمایش	میانگین نمرات	انحراف‌معیار نمرات	حداکثر نمره	حداقل نمره	درصد تغییرات
تسلط بر محیط	پیش‌آزمون	۸/۰۷	۲/۰۹	۱۱	۴	۲/۷۱
	پس‌آزمون	۱۰/۷۸	۲/۰۴	۱۴	۷	
پذیرش خود	پیش‌آزمون	۹/۵۰	۳/۱۳	۱۴	۵	۱/۷۸
	پس‌آزمون	۱۱/۲۸	۳/۱۲	۱۵	۴	
ارتباط مثبت با دیگران	پیش‌آزمون	۹/۶۴	۳/۰۲	۱۴	۵	۲/۲۸
	پس‌آزمون	۱۱/۹۲	۳/۳۳	۱۵	۵	
هدفمندی در زندگی	پیش‌آزمون	۱۱/۵۰	۲/۶۸	۱۸	۸	۲/۳۵
	پس‌آزمون	۱۳/۸۵	۲/۹۳	۱۸	۸	
رشد شخصی	پیش‌آزمون	۱۳/۲۱	۳/۱۶	۱۸	۸	۲/۲۱
	پس‌آزمون	۱۵/۴۲	۲/۹۷	۱۸	۸	
استقلال	پیش‌آزمون	۱۱/۷۱	۴/۳۵	۱۸	۴	۲/۰۰
	پس‌آزمون	۱۳/۷۱	۳/۳۸	۱۸	۷	

در گروه آزمایشی MBCT متوسط نمرات پس‌آزمون تمامی خرده‌مقیاس‌های بهزیستی روانشناختی افزایش یافته است. بیشترین تغییر مربوط به خرده‌مقیاس تسلط بر محیط با ۲/۷۱ نمره افزایش و کمترین تغییر مربوط به خرده‌مقیاس پذیرش خود با ۱/۷۸ نمره افزایش می‌باشد.

جدول ۳- شاخص‌های توصیفی خرده‌مقیاس‌های بهزیستی روانشناختی در گروه کنترل

متغیر	مرحله آزمایش	میانگین نمرات	انحراف‌معیار نمرات	حداکثر نمره	حداقل نمره	درصد تغییرات
تسلط بر محیط	پیش‌آزمون	۹/۴۲	۲/۳۷	۱۴	۶	-۰/۵
	پس‌آزمون	۸/۹۲	۲/۴۹	۱۳	۵	
پذیرش خود	پیش‌آزمون	۱۲/۱۴	۳/۳۲	۱۸	۶	-۰/۸۶
	پس‌آزمون	۱۳/۰۰	۳/۱۸	۱۷	۶	
ارتباط مثبت با دیگران	پیش‌آزمون	۱۱/۶۱	۳/۴۰	۱۸	۸	-۰/۲۶
	پس‌آزمون	۱۱/۳۵	۳/۴۳	۱۸	۷	
هدفمندی در زندگی	پیش‌آزمون	۱۱/۴۲	۱/۹۸	۱۵	۹	-۰/۲۸
	پس‌آزمون	۱۱/۱۴	۲/۱۰	۱۵	۸	
رشد شخصی	پیش‌آزمون	۱۳/۸۵	۳/۵۴	۱۸	۵	-۰/۲۱
	پس‌آزمون	۱۳/۶۴	۳/۶۰	۱۸	۵	
استقلال	پیش‌آزمون	۱۱/۸۵	۲/۸۷	۱۷	۷	-۰/۰۷
	پس‌آزمون	۱۱/۷۸	۲/۷۵	۱۷	۷	

در گروه کنترل متوسط نمرات پس آزمون اکثر خرده مقیاس‌های بهزیستی روانشناختی کاهش یافته است بجز خرده مقیاس پذیرش خود که ۰/۸۶ نمره افزایش داشته است. کاهش متوسط نمرات پس آزمون بسیار جزئی بوده و بیشترین آن مربوط به خرده مقیاس تسلط بر محیط با ۰/۵ نمره کاهش می‌باشد.

جدول ۴- نتایج آزمون‌های مقدماتی تحلیل کواریانس

متغیر	مرحله	آزمون نرمالیتی (کولموگراف اسمیرنوف)		آزمون برابری واریانس خطا (لون)	
		آماره	معنی‌داری	آماره	معنی‌داری
بهزیستی	پیش‌آزمون	۰/۰۸۹	۰/۲۰۰	۱/۷۵۲	۰/۲۳۳
روانشناختی	پس‌آزمون	۰/۰۸۴	۰/۲۰۰	۰/۱۱۶	۰/۸۹۱

نتایج جدول ۴ و ۵ نشان می‌دهد که مفروضه‌های آزمون تحلیل کواریانس از جمله: توزیع طبیعی نمرات، همگنی واریانس‌ها و همگنی شیب خط رگرسیون برای متغیر بهزیستی روانشناختی برقرار است.

جدول ۵- نتایج آزمون همگنی شیب رگرسیون

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
بهزیستی	تعامل گروه و	۱۰۷۵/۳۳	۳	۳۵۸/۴۴	۴/۱۲	۰/۳۵۲
روانشناختی	پیش‌آزمون					

جدول ۶- تحلیل کواریانس اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) بر بهزیستی روانشناختی

بیماران همودیالیزی

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	ضریب اتا
بهبود کیفیت زندگی	پیش‌آزمون	۲۰۳۴/۸۳۸	۱	۲۰۳۴/۸۳۸	۳۵/۳۴۹	۰/۰۰۰	۰/۸۵۳
	اثر گروه	۱۰۷۲/۵۷۲	۱	۱۰۷۲/۵۷۲	۱۸/۶۳۲	۰/۰۰۰	۰/۷۶۳
	خطا	۱۲۸۱/۵۵۳	۲۴	۵۷/۵۶۵			

آزمون تحلیل کواریانس تک متغیره نشان می‌دهد که در سطح خطای ۵ درصد، پس از اجرای درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی میزان بهزیستی روانشناختی در بین گروه‌های شرکت کننده متفاوت می‌باشد. همچنین اندازه اثر مداخله درمانی برابر ۷۶ درصد محاسبه شده است.

جدول ۷- تحلیل کوواریانس شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) بر مولفه‌های بهزیستی روانشناختی

بیماران همودیالیزی

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجزورات	df	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری	ضریب اتا
تسلط بر محیط	اثر گروه	۱۷/۴۶۰	۲	۸/۷۳۰	۳/۳۴۳	۰/۰۶۵	۰/۶۹۱
	خطا	۳۶/۵۶۳	۱۴	۲/۶۱۲			
پذیرش خود	اثر گروه	۱۷/۶۶۵	۲	۸/۸۳۳	۳/۱۱۷	۰/۰۷۶	۰/۷۰۶
	خطا	۳۹/۶۶۶	۱۴	۲/۸۳۳			
ارتباط مثبت با دیگران	اثر گروه	۱۵۰/۷۲۸	۲	۷۵/۳۶۴	۲۶/۶۸۱	۰/۰۰۰	۰/۷۱۲
	خطا	۳۹/۵۴۵	۱۴	۲/۸۲۵			
هدف مندی در زندگی	اثر گروه	۷۳/۵۵۹	۲	۳۶/۷۸۰	۱۱/۳۴۸	۰/۰۰۱	۰/۶۷۵
	خطا	۴۵/۳۷۶	۱۴	۳/۲۴۱			
رشد شخصی	اثر گروه	۷۱/۳۷۷	۲	۳۵/۶۸۸	۱۱/۴۶۳	۰/۰۰۱	۰/۷۰۹
	خطا	۴۳/۵۸۸	۱۴	۳/۱۱۳			
استقلال	اثر گروه	۹۹/۱۷۱	۲	۴۹/۵۸۶	۲۱/۹۸۹	۰/۰۰۰	۰/۷۱۰
	خطا	۳۱/۵۷۰	۱۴	۲/۲۵۵			

همانطور که در جدول شماره ۷ مشاهده می‌شود بین ارتباط مثبت با دیگران ( $F=۲۶/۶۸$ )، هدفمندی در زندگی ( $F=۱۱/۳۴$ ،  $sig=۰/۰۰۱$ )، رشد شخصی ( $F=۳۵/۶۸$ )، استقلال ( $F=۲۱/۹۸$ ،  $sig=۰/۰۰۰$ ) در شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) و گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. در نتیجه می‌توان گفت که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) بر مولفه‌های ارتباط مثبت با دیگران، هدف مندی در زندگی، رشد شخصی و استقلال بهزیستی روان شناختی بیماران همودیالیزی موثر است. اما در مولفه‌ی تسلط بر محیط ( $F=۳/۳۴$ ،  $sig=۰/۰۶۵$ ) و پذیرش خود ( $F=۳/۱۱$ ،  $sig=۰/۰۷۶$ ) بین نمرات گروه کنترل و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) تفاوت معناداری وجود ندارد. بنابراین می‌توان ادعا کرد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) بر مولفه‌ی تسلط بر محیط و پذیرش خود بیماران موثر نیست.

### بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) بر بهزیستی روانشناختی و مولفه‌های آن در بیماران همودیالیزی صورت گرفته است. یافته‌های حاصل از پژوهش نشان داد شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهزیستی روانشناختی کل و مولفه‌های ارتباط با دیگران، هدف مندی در زندگی، رشد شخصی و استقلال بیماران همودیالیزی موثر و بر مولفه‌ی تسلط بر خویشتن و پذیرش خود بیماران همودیالیزی موثر نیست. با توجه به اینکه تاکنون



پژوهشی به بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) بر بهزیستی روانشناختی بطور کل و یا بر مولفه‌های آن بطور خاص نپرداخته است بنابراین در اینجا به مقایسه نتایج پژوهش با پژوهش‌های انجام شده با سایر متغیرهای مرتبط با سلامت روان می‌پردازیم:

ویلیامز و همکاران (۲۰۰۷) در تحقیق خود تحت عنوان شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی برای پیشگیری از شیوع رفتارهای خودکشی نشان دادند این روش برای بیمارانی که در گذشته دارای تجربه خودکشی بودند، مؤثر بوده است. نتایج پژوهش گروسمن، تیفتنالر-گیلمر، ریز و کسپر (۲۰۰۶) با هدف بررسی اثربخشی روش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر جنبه عمومی بهزیستی شامل کیفیت زندگی، راهبردهای مقابله‌ای با درد، اضطراب و افسردگی، حاکی از آن است که استفاده از روش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بهبود معناداری را در درد، اضطراب و افسردگی نشان می‌دهد. کینگ استون، دولی، بیتس، لاولر و مالون<sup>۱</sup> (۲۰۰۷) پس از بررسی تأثیر ذهن آگاهی به تحمل درد، سلامت روان و فعالیت‌های فیزیولوژیکی دریافتند که ذهن آگاهی تأثیر قابل ملاحظه‌ای در بهبود درد بیماران دارد.

نتایج مطالعه موردی پاتل، کارمدی و سیمپسون (۲۰۰۷) تحت عنوان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی برای درمان اختلال وسواس- اجبار نشان داد که پس از دریافت آموزش‌های ذهن آگاهی، نشانه‌های بیماری وسواس اجباری تا حد قابل ملاحظه‌ای کاهش یافت و ظرفیت کنترل افکار و اندیشه‌ها تا حدود زیادی افزایش می‌یابد. وایت بیرد، کریترز و اوکانر (۲۰۰۹) مشخص کردند که روش‌های مبتنی بر تمرکز حواس منافع قابل توجهی در کمک به مدیریت استرس و بهبود راهبردهای مقابله‌ای سلامت و رفاه افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن از قبیل دیابت دارد. نتایج پژوهش فورتی (۲۰۱۱) حاکی از آن بود که تمرکز حواس تأثیر معنی‌داری بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان دارد. پژوهش‌ها نشان داده‌اند افرادی که ذهن آگاهی بیشتری دارند خلق منفی کمتری تجربه می‌کنند (پرازاک و همکاران، ۲۰۱۲) و از بهزیستی روانشناختی بیشتری برخوردارند (شارپلین و همکاران، ۲۰۱۰). به گفته وزیری (۱۳۹۳) تمرین‌های فشرده ذهن آگاهی می‌تواند باعث کاهش افسردگی، اضطراب و دیگر نشانه‌های آسیب‌شناسی روانی و مشکلات سلامت روان شوند. مک کراکن و ولمن (۲۰۱۰) در پژوهش خود نشان دادند که انعطاف‌پذیری شناختی و ذهن آگاهی بالاتر با رنج و ناراحتی کمتر در بیماران همراه است.

<sup>۱</sup>. Kingston, Dooley, Bates, Lawlor, Malone

نتایج یک پژوهش نشان داده است یک دوره کوتاه مدت ذهن آگاهی به طرز قابل ملاحظه‌ای پردازش دیداری، فضایی، حافظه کاری و کنش‌وری اجرایی را بهبود می‌بخشد. در این پژوهش که بر روی ۲۴ نفر از دانشجویان دانشگاه کلمبیا انجام شد، یک دوره مراقبه فشرده باعث بهبود عملکرد شناختی، پردازش‌های خلقی - عاطفی، نظم جویی هیجانی و بهزیستی روانشناختی شد. در این فرایند به افراد آموزش داده شد تا با سیال نگهداشتن توجه، ذهن خود را از ارزیابی شناختی اطلاعات غیر مرتبط آزا گردانند (زیدان و همکاران، ۲۰۱۰). اثربخشی MBCT در بهبود بهزیستی روانشناختی بیماران همودیالیزی، براساس اصولی چون ماندن در زمان حال، مشاهده‌گری بدون قضاوت، پذیرش، بالا بردن آگاهی از تجربه و ایجاد واکنش سازگارانه قابل توجیه است. آموزش مشاهده افکار و هیجانات آشفته ساز بدون قضاوت و پذیرا بودن به جای اجتناب یا اشتغال ذهنی به آنها، منجر به بالا رفتن آگاهی از تجربه و ایجاد واکنش آگاهانه و سازگارانه و کنترل بهتر افکار یا هیجانات ناخوشایند در بیماران همودیالیزی شده است.

همچنین شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی از طریق فنون ذهن آگاهی در افزایش آرامبخشی عضلانی و در نتیجه کاهش نگرانی، استرس و اضطراب مؤثر است که این خود باعث افزایش بهزیستی روانشناختی می‌گردد. تمرینات ذهن آگاهی آرامش را القا کرده و در نتیجه استرس را کاهش می‌دهند. همچنین گفتگوهای مبتنی بر ذهن آگاهی تأثیر عمیقی بر چارچوب بندی گفتگوی افراد داشته منجر به برقراری روابط مؤثر و مناسب می‌شود که نتایج پژوهش حاضر نیز اثربخشی MBCT بر مولفه "برقراری روابط مثبت" را تأیید کرد. لازم به ذکر است که یکی از مولفه‌های تأثیرگذار در بهزیستی روانشناختی برقراری روابط مناسب است (اسدالهی، ۱۳۹۴). لذا می‌توان چنین نتیجه گرفت که تداوم تمرین‌های ذهن آگاهی منجر به پذیرش بیماری از جانب فرد مبتلا و ایجاد تغییرات رفتاری برای خود مراقبتی بهتر و از بین بردن موانع روانشناختی موجود بر سر راه کنترل عوارض بیماری و همودیالیز می‌گردد.

### سپاسگزاری

بدینوسیله از همکاری بی شائبه پرسنل محترم بخش‌های دیالیز بیمارستان امام خمینی (ره) شیروان و امام علی (ع) بجنورد، خصوصاً سرپرستان محترم سرکارخانم کاظمی مقدم و ترابی‌نژاد و همچنین بیماران همودیالیزی کمال تشکر را داریم و برایشان آرزوی سلامتی می‌نماییم.

## کتابنامه

اسدالهی، جواد. (۱۳۹۴). مقایسه شناخت درمانی مبتنی بر کاهش استرس و راه حل محور بر کاهش پرخاشگری و تعارض زناشویی زوج‌های دارای شوهر معتاد. پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره خانواده. دانشگاه فردوسی مشهد.

امیرخانلو. آذرخش و میرزاییان. بهرام. (۱۳۹۵). تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن MBCT بر ابعاد بهزیستی روانشناختی در زنان مبتلا به اختلال ملال پیش از قاعدگی (PMDD) شهر ساری، نهمین کنگره بین المللی روان درمانی (اجلاس آسیایی در بستر ارزش های فرهنگی)، تهران، دبیرخانه کنگره بین المللی روان درمانی. - <http://www.civilica.com/Paper-PSYCONGRESS09>

## PSYCONGRESS09

خانجانی، مهدی. و همکاران. (۱۳۹۳). ساختار عاملی و ویژگی‌های روان سنجی فرم کوتاه (۱۸ سوالی) مقیاس بهزیستی روان شناختی ریف در دانشجویان دختر و پسر. اندیشه و رفتار. ۸(۳۲): ۳۷-۲۷. رستمی، رضا. و حدادی، پروانه. (۱۳۸۶). بهداشت روان در بیماران دیالیزی، همایش دیالیز. آبان ۱۳۸۶. تهران.

سجادی، موسی. (۱۳۸۵). تأثیر آموزش مراقبت از خود بر میزان افسردگی بیماران تحت درمان با همودیالیز. پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری. دانشگاه علوم پزشکی مشهد.

شریف. فرخنده و وداد. فریبا. (۱۳۸۶). ارتباط میان وضعیت سلامت روان و کیفیت زندگی در بیماران تحت درمان با دیالیز. فصلنامه پرستاری ایران. ۲۰(۵۱): ۶۹-۶۱.

صادق پورمرادی. زهره، نصیریان. منصوره، چابکی نژاد. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ACT بر میزان بهزیستی روانشناختی همسران مردان مبتلا به اماس شهرستان یزد. اولین کنفرانس بین المللی پژوهش های نوین در حوزه علوم تربیتی و روانشناسی و مطالعات اجتماعی ایران.

## ESCONF01\_572

عباسی، نوشین. و همکاران. (۱۳۹۳). بیماری‌های کلیه و مجاری ادراری. تهران: انتشارات حیدری. عسگری، محمدرضا. و سلیمانی، محسن. (۱۳۹۳). مراقبت پرستاری ویژه در بخش ICU، CCU و دیالیز. تهران: بشری.

کنسرسیوم دیالیز ایران. (۱۳۹۴). سالنامه دیالیز ایران ۱۳۹۳.

<http://www.iranerdc.com/Content/Upload/pdf/>

ناظمیان، ف. غفاری، ف و پور غزنین، ط. (۱۳۸۷). بررسی افسردگی و اضطراب در بیماران همودیالیزی. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد. ۵۱(۳): ۱۷۶-۱۷۱.

وزیری، زهرا سادات. (۱۳۹۳). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود کنش وری اجرایی، نظم‌جویی شناختی هیجان و کاهش علائم بالینی در زنان مبتلا به سرطان پستان. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه فردوسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی

Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirica review. *Clinical psychology, Science and practice*. 10: 125-143.

Brown, K. W., Ryan, R. M., & Creswell, J. D. (2007). Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects. *Psychological Inquiry*, 18(7), 11–237.

Forti, A. (2011). Mindfulness an quality of life among breast cancer survivors. Carolina: Harvard Heaith publications. <http://library.uncg.edu>.

Grossman, P., Tiefenthaler-Gilmer, U., Raysz, A., & Kesper, U. (2007). Mindfulness Training as an intervention for Fibromyalgia: Evidence of postintervention and 3-year follow-up benefits in well-being. *Psychother Psychosom*, 76 , 226–233.

Hayes, S., Luoma, J.B. & Bond, F. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes andoutcomes. *Behavior Research and Therapy*, (44), 1-25.

Kingston. T., Dooley. B., Bates A, Lawlor. E, Malone. K.(2007). Mindfulness based cognitive therapy for residual depressive symptoms. *Psychol Psycho Theor Res Pract*. 80(pt 2): 193-203.

Lebel, S. Rosberger, Z. Edgar, L. & Devins, G.M. (2008). Predicting stress-related roblems in long-term breast cancer survivors. *Journal of Psychosomatic research*. 65(6): 513-523.

Mc Cracken LM, Velleman SC.(2010). Psychological flexibility in adults with chronic pain: A study of acceptance, mindfulness, and values-based action in primary care. *Pain*. 148(1): 141-47.

Patel, S.R, Carmody, J. & Simpson. H.B. (2007). Adapting mindfulness-based stress reduction for the treatment of obsessive- compulsive disorder: A case report. *Journal of Cognitive and Behavioral Practice*. 14(4): 375-380.

Prazak, M., Critelli, J., Martin, L., Miranda, V., Pardum, M. & Catherine, P. (2012). Mindfulness and its role in physical and psychological health. *Applied Psychology: Health and Wellbing*. 4(1): 91-105.

Sharplin, G., Jones, S., Hancock, B., Knott, V., Bowden, J. & Whitford, S. (2010). Mindfulness-based cognitive therapy: an efficacious community-based

group intervention for depression and anxiety in a sample of cancer patient. *MJA*, 193: 79-82.

Teasdale, J.D., Segal, Z.V & Williams, J.M.G. (2000). Prevention of relapse / recurrence in major depression by Mindfulness-Based Cognitive Therapy. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68(4): 615-623.

Whitebird, R. R., Kreitzer, M. J., & Oconner, P. J. (2009). Mindfulness based stress reduction and diabetes. *Diabetes Spectru*. 22, 226-230.

Williams, M., Teasdale, J., Segal, Z. & Kabatzinn, J. (2007). *The Mindful Way Through Depression: Freeing Yourself from Chronic Unhappiness*. Gilford Press.

Zeidan, F., Johnson, S., Diamond, B. J., David, Z. & Goolkasian, K. (2010). Mindfulness meditation improves cognition: Evidence of brief mental training. *Consciousness and Cognition*. 19, 597-605.

