

The effectiveness of the stress reduction program based on mindfulness on pain indexes (pain acceptance and intensity) and adherence to treatment regimen in patients with chronic kidney failure

Behzad Behrouz¹

Master of Family Counseling, Razi University, Faculty of Social Sciences, Kermanshah, Iran

Received: 26 March 2024; Accepted: 27 May 2024; Published: 18 June 2024

Abstract

Purpose: This research was conducted with the aim of determining the effectiveness of the mindfulness-based stress reduction program on pain indexes (pain acceptance and intensity) and adherence to the treatment regimen in patients with chronic kidney failure.

Material and Methods: The research was semi-experimental with a pre-test and post-test design with two experimental and control groups. The statistical population of the study included all men with chronic kidney failure who referred to the kidney disease department of Shohada Hospital in Kermanshah in 2023. That 30 people were selected by targeted sampling method and replaced in two equal groups of 15 people. In order to collect information, the questionnaire of adherence to the treatment regimen, acceptance of pain and pain intensity questionnaire were used. Data were analyzed by multivariate covariance analysis and SPSS-26 statistical software.

Results: The results showed that the stress reduction program based on mindfulness improved the average score of the total pain indexes including pain acceptance ($P=0.008$ and $\eta=0.523$) and pain intensity ($P=0.009$ and $\eta=0.457$) and each of their dimensions was effective in the subjects of the experimental group ($P<0.01$). Also, the findings showed that this intervention program was effective in the post-test phase in the subjects of the experimental group on increasing adherence to the treatment regimen ($P=0.007$ and $\eta=0.503$) had an effect ($P<0.01$).

Conclusion: According to the results of the present study, therapists' use of intervention programs in centers that provide treatment services to chronic patients along with drug therapy can have beneficial results.

Keywords: mindfulness, pain, adherence to treatment regimen, kidney failure

¹. Corresponding author:

Behzad Behrouz

Address: Master of Family Counseling, Razi University, Faculty of Social Sciences, Kermanshah, Iran

Tel: 09187536763

Email: b.behrouz1919@gmail.com

اثربخشی برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر شاخص‌های درد (پذیرش و شدت درد) و تبعیت از رژیم درمانی در بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه

بهزاد بهروز^۱

کارشناس ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه رازی، دانشکده علوم اجتماعی، کرمانشاه، ایران

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۱/۷، تاریخ ویراستاری: ۱۴۰۳/۳/۷، تاریخ چاپ: ۱۴۰۳/۳/۲۹

چکیده

هدف: این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر شاخص‌های درد (پذیرش و شدت درد) و تبعیت از رژیم درمانی در بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه انجام شد.

مواد و روش‌ها: پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با دو گروه آزمایش و کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی مردان مبتلا به نارسایی مزمن کلیه مراجعه‌کننده به بخش بیماری‌های کلیوی بیمارستان شهدا شهر کرمانشاه در سال ۱۴۰۲ بود که با روش نمونه‌گیری هدفمند تعداد ۳۰ نفر انتخاب و در دو گروه مساوی ۱۵ نفری جایگزین شدند. برای گردآوری اطلاعات از پرسشنامه تبعیت از رژیم درمانی، پرسشنامه پذیرش درد و پرسشنامه شدت درد استفاده شد. داده‌ها با تحلیل کوواریانس چند متغیری و نرم‌افزار آماری SPSS-26 تحلیل شد.

نتایج: نتایج نشان داد که برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر بهبود میانگین نمره کل شاخص‌های درد شامل پذیرش درد ($P=0/008$ و $\eta=0/523$) و شدت درد ($P=0/009$ و $\eta=0/457$) و هر یک از ابعاد آن‌ها در آزمودنی‌های گروه آزمایش اثربخش بوده است ($P<0/01$). همچنین، یافته‌ها نشان داد که این برنامه مداخله در مرحله پس‌آزمون در آزمودنی‌های گروه آزمایش بر افزایش تبعیت از رژیم درمانی ($P=0/007$ و $\eta=0/503$) مؤثر بوده است ($P<0/01$).

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج مطالعه حاضر استفاده بیشتر درمان‌گران از برنامه‌های مداخلاتی در مراکز ارائه دهنده خدمات درمانی به بیماران مزمن در کنار دارو درمانی می‌تواند نتایج ارزنده‌ای را رقم زند.

واژگان کلیدی: ذهن‌آگاهی، درد، تبعیت از درمان، نارسایی کلیه

^۱ نویسنده مسوول:

بهزاد بهروز

آدرس: دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه رازی کرمانشاه

شماره تماس: ۰۹۱۸۷۵۳۶۷۶۲

ایمیل: b.behrouz1919@gmail.com

مقدمه

طبق برآورد سازمان بهداشت جهانی، بیماری‌های مزمن اصلی‌ترین علت مرگ و میر و ناتوانی عمومی را تا سال ۲۰۲۵ به خود اختصاص خواهند داد (۱). بیماری‌های مزمن یکی از اساسی‌ترین بیماری‌های روان تنی است که افراد با آن مواجه می‌شوند و همواره یکی از دغدغه‌های نظام بهداشتی-درمانی، برنامه‌ریزان و پژوهشگران تلقی می‌گردد (۲). نارسایی مزمن کلیوی از بیماری‌های مزمن، پیشرونده و غیرقابل برگشت است که در اثر آن کلیه‌ها توانایی دفع مواد زائد و حفظ الکترولیت‌ها را از دست می‌دهد و این وضعیت می‌تواند به اورمی^۱ منجر شود و طول عمر فرد مبتلا را کاهش دهد (۳) و با فشار خون ناپایدار، حالت تهوع، مقدار هموگلوبین پایین، گرفتگی پاها، دیابت و دردهای جسمانی در ارتباط باشد (۴). تجربه درد^۲ از شایع‌ترین رویدادهایی است که مبتلایان به مشکلات کلیوی را وادار به درخواست کمک از نظام‌های مراقبتی، بهداشتی و درمانی می‌کند و نه تنها با تنیدگی و ناراحتی ایجاد شده توسط درد، بلکه به واسطه پیامدهای تنیدگی‌زای دیگری از جمله هزینه‌های درمانی و پیامدهای خانوادگی و شغلی، جنبه‌های مختلف زندگی فرد مبتلا را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۵). درد ناشی از بیماری کلیوی معمولاً نزدیک به قفسه سینه و دنده‌ها ایجاد می‌شود و به مرور به کمر هم سرایت می‌کند (۶).

هر چند در بسیاری از تحقیقات شدت درد و آسیب جسمانی به‌عنوان پیش‌بینی‌کننده‌های مهم ناتوانی در مبتلایان به بیماری‌های مزمن مطرح شده است، در سال‌های اخیر علاقه زیادی به شناسایی مکانیزم‌های سازگارانه‌ای که این افراد از طریق آن‌ها سلامت روان‌شناختی و توانایی کارکردی خود را حفظ می‌کنند، به وجود آمده است. یکی از عوامل روان‌شناختی مثبت، پذیرش است (۷). در واقع پذیرش درد^۳ اولین قدم در جهت سازگاری با تغییرات ایجاد شده در زندگی بیمار است، به گونه‌ای که باعث می‌شود فرد در محیط زندگی به فعالیت خود ادامه داده و در عین حال برای کنترل شدت درد ادراک شده نیز تلاش نماید (۸). بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه برای کاهش درد و جهت پیشگیری از عوارض آن نیازمند استفاده از درمان‌های رایج از جمله همودیالیز، دیالیز صفاقی و پیوند کلیه هستند (۹).

اگرچه درمان‌های جایگزین مانند دیالیز به حفظ جان بیماران کمک می‌کند اما با شروع همودیالیز سبک زندگی بیمار به‌طور کامل دستخوش تغییر می‌گردد و بیماران برای نتیجه بخش بودن درمان، مجبور به تبعیت از رژیم‌های درمانی^۴ هستند که از سازه‌های مؤثر و بنیادی در پیش‌بینی درمان موفقیت‌آمیز و کاهش پیامدهای ناشی از ابتلا به بیماری‌های مزمن محسوب می‌گردد (۱۰). با این حال بسیاری از بیماران به علت خستگی ناشی از درمان طولانی‌مدت، افزایش هزینه‌های مراقبت سلامتی و ناامیدی از درمان قطعی، پیگیری رژیم درمانی توصیه شده را رها می‌کنند و این امر با پیامدهای مخرب از جمله افزایش میزان بستری شدن و حتی در مواردی مرگ بیماران همراه است (۱۱). به منظور بهبود نتایج کلینیکی این بیماران طی سالیان اخیر مطالعات متعددی صورت گرفته است و با توجه به همراهی بالای علایم روان‌شناختی و نقشی که در تشدید بیماری می‌توانند ایفا نمایند، مداخلات روان‌شناختی با هدف قرار دادن مشکلات روانی ناشی از این بیماری و آموزش به آن‌ها به منظور پذیرفتن تغییراتی که در وضعیت جسمی و روانی آن‌ها پدیدار شده است، می‌توانند نقشی کمک‌کننده به سازگاری این افراد با بیماری داشته باشد (۱۲).

1. uremia

2. experience pain

3. chronic pain acceptance

4. adherence to treatment regimen

از جمله این روش‌های درمانی می‌توان به درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی اشاره کرد که با ادغام روش‌های مراقبه و واریسی بدنی در جهت افزایش فهم و آگاهی از افکار، احساسات و حس‌های بدنی خودکار و غیرارادی برنامه‌ریزی شده است؛ به طوری که بتوان با بکارگیری روش‌های آن پاسخ‌های وابسته به افکار، احساسات و حس‌های بدنی را از حالت خودکار خارج کرده و در بروز آن‌ها تغییر ایجاد نمود (۱۳). کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی یک مداخله رفتاری است که بر مبانی توجه و تمرکز به خود استوار است و در آن افراد یاد می‌گیرند پذیرش و دلسوزی را به جای قضاوت کردن تجربه‌شان گسترش دهند و هشیاری لحظه حال را به جای هدایت خودکار ایجاد کنند و شیوه‌های جدید پاسخ دادن به موقعیت‌ها را یاد بگیرند (۱۴). هسته مرکزی این شیوه مداخله مراقبه ذهن‌آگاهی است که بر پایه سه مؤلفه اسکن بدن، مدیتیشن نشسته و ذهن‌آگاهی هاپوگا استوار است و کمک می‌کند تا افراد فعالیت‌های شناختی، فیزیولوژیکی و رفتاری خویش را پردازش کنند (۱۵).

بر طبق شواهد پژوهشی درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی به واسطه اینکه بر هر دو بعد جسمانی و ذهنی تمرکز دارند، دارای اثربخشی بالایی هستند. اکبری و همکاران (۱۶) نشان دادند که شرکت در ۸ جلسه برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی در بهبود کیفیت زندگی بیماران مزمن مفید است. بهرام بیگی و همکاران (۱۷) نشان دادند که درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی در کاهش استرس مزمن و افزایش ادراک بیماری نقش مؤثری دارد. همچنین نتایج دیگر مطالعه نشان داد که برنامه مداخله با محوریت ذهن‌آگاهی در بهبود مصرف دارو در بیماران همودیالیز که علائم اضطراب و افسردگی را تجربه می‌کردند، مؤثر است (۱۸). با توجه به اینکه تأثیرات بیماری‌های حاد و مزمن در افراد کاملاً متفاوت هستند و از آنجایی که بیماری‌های مزمن، خاص بیماری نارسایی کلیوی تبعات روان‌شناختی، اجتماعی و اقتصادی برای فرد بیمار، خانواده و جامعه در پی دارد و با عنایت به تأثیر درمان‌های روان‌شناختی در تغییر فرایندهای ذهنی و روانی افراد در برابر تجربه درد و پیگیری مراحل درمان و همچنین کمبود مطالعات در زمینه تأثیر مداخله ذهن‌آگاهی بر بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه، پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر شاخص‌های درد (پذیرش و شدت درد) و تبعیت از رژیم درمانی در بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه انجام شد.

روش پژوهش

این پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و با گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی مردان مبتلا به نارسایی مزمن کلیه مراجعه‌کننده به بخش بیماری‌های کلیوی بیمارستان شهدا شهر کرمانشاه در سال ۱۴۰۲ به تعداد ۱۸۶ نفر بود که از بین آن‌ها با روش نمونه‌گیری در هدفمندتعداد ۳۰ نفر به عنوان نمونه انتخاب و به شیوه تصادفی‌سازی (پرتاب تاس) در دو گروه مساوی ۱۵ نفری قرار گرفتند، به این صورت که اعداد فرد برای گروه آزمایش و اعداد زوج برای گروه گواه در نظر گرفته شد. حجم نمونه براساس معادله Fleiss و با توجه به این که حداقل حجم نمونه در پژوهش‌های مداخله‌ای برای هر زیر گروه ۱۵ نفر می‌باشد، تعیین شد. براساس این معادله، $\sigma=1/61$ (انحراف معیار شاخص‌های درد در مرحله پس‌آزمون گروه آزمایش)، $d^2=4/507$ (دقت مطالعه)، $Power=0/90$ (توان آزمون) و $\alpha=0/05$ (آلفا) در نظر گرفته شد. در معادله‌ی مذکور σ انحراف معیار است که میزان پراکندگی، و d بازه اطمینان است که میزان قابل اغماض بودن بالاتر یا پایین‌تر میانگین نمونه از میانگین جامعه را نشان می‌دهد. براساس معادله، حجم نمونه ۱۵ نفر به دست آمد (گروه آزمایش ۱۵ نفر و گروه گواه ۱۵ نفر).

$$x = \frac{(Z_{1-\frac{\alpha}{2}} + Z_{1-\beta})^2 (S_1^2 + S_2^2)}{d^2} = \frac{(1.96 + 1.44)^2 (7.38^2 + 4.60^2)}{7.74^2} \cong 15$$

ملاک‌های ورود به پژوهش شامل: تمایل و رضایت آگاهانه جهت شرکت در مطالعه، دامنه سنی ۲۰ تا ۵۰ سال، سپری شدن حداقل سه ماه از بیماری مزمن کلیه و نیاز به دیالیز با تشخیص متخصص مربوطه، برخورداری از سواد خواندن و نوشتن جهت تکمیل ابزارهای خودگزارشی و حداقل دو یا سه بار دیالیز در هفته به مدت ۴ ساعت بود. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل: تکمیل ناقص ابزارهای خودگزارشی، بیمارانی که دارای تجربه پیوند کلیه، مشکلات شدید فشار خون، مشکلات مرتبط با غدد درودن ریز، ابتلای به هر یک از بیماری‌های روان‌پزشکی، ناتوانی جهت شرکت در تمامی جلسات مداخله یا غیبت بیش از یک جلسه و تغییر روش درمانی به دیالیز صفاقی یا پیوند کلیه بود. از جمله اصول رعایت شده اخلاقی بر اساس انجمن روان‌شناسی آمریکا عدم تضییع حقوق افراد شرکت‌کننده در پژوهش و رعایت حقوق انسانی آن‌ها می‌باشد. توضیح به شرکت‌کنندگان در پژوهش که مشارکت در تحقیق برای آن‌ها خطری ندارد. توضیح کامل و مفید به افراد شرکت‌کننده جهت نحوه‌ی پاسخدهی به ابزارهای پژوهش، کسب رضایت آگاهانه از آن‌ها، اختیاری بودن پژوهش و همچنین محرمانه ماندن اطلاعات داده شد. همچنین در هنگام اجرا به شرکت‌کنندگان اعلام‌گردید که به‌عنوان سپاسگزاری از همکاری‌شان در پژوهش، کسانی که مایل باشند از نتایج آزمون‌شان مطلع گردند، می‌توانند از نتایج این مطالعه مطلع گردند.

گروه آزمایش تحت ۸ جلسه برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی براساس پروتکل کابات-زین (۱۹) قرار گرفتند که این برنامه به‌صورت جلسات هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای در ساعات بعد از ظهر (ساعت ۱۶ الی ۱۷) و در روز دوشنبه، در یکی از اتاق‌های بیمارستان شهدای شهر کرمانشاه قرار گرفت اما گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای را دریافت نکردند و در لیست انتظار قرار گرفتند. هر جلسه با یک تمرین آغاز و با بحث در مورد تمرین، ادامه و با تکالیف خانگی پایاف یافت. محتوای جلسات مداخله در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. خلاصه جلسات برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی کابات-زین (۱۹)

جلسه	هدف	محتوا	تکالیف منزل
۱	معارفه و هدایت خودکار	برقراری ارتباط و مفهوم‌سازی، ارائه توضیحات در مورد بیماری کلیه، لزوم استفاده از آموزش ذهن‌آگاهی، ارائه توضیحات در مورد هدایت خودکار	تمرین واریس بدن
۲	روبارویی با موانع	پس دادن پسخوراند و بحث در مورد آن، انجام مراقبه ذهن‌آگاهی تنفس	تمرین ۱۰ تا ۱۵ دقیقه‌ای مراقبت نشسته
۳	حضور ذهن از تنفس	آموزش تکنیک دم و بازدم همراه با آرامش و بدون تفکر در مورد چیز دیگر و آموزش تکنیک تماشای تنفس	ثبت افکار روزانه ۵ ستونی، تمرین ۷ دقیقه‌ای دیدن یا شنیدن
۴	ماندن در زمان حال	مراقبه نشسته، بررسی آگاهی از وقایع خوشایند و ناخوشایند بر احساس، افکار و حس‌های بدن	ثبت افکار روزانه ۷ ستونی، تمرین تنفس و اجرای تمرین خانگی تن آرامی
۵	اجازه/مجوز حضور	یوگای هوشیارانه، بحث تفاوت دیدن افکار یا افکار جانشین	ادامه تمرین ۷ دقیقه‌ای دیدن یا شنیدن
۶	افکار حقایق نیستند	تنفس با حضور ذهن ۱۰ تا ۱۵ دقیقه‌ای	تهیه فهرستی از فعالیت‌های لذت‌بخش
۷	آموزش ذهن‌آگاهی افکار	آموزش توجه به ذهن، افکار منفی و مثبت، خوشایند و ناخوشایند بودن افکار و توجه عمیق به آن‌ها	نوشتن تجربیات منفی و مثبت روزانه بدون قضاوت در مورد آن‌ها

تکرار تمام تمرین‌های مؤثر و مرور آن‌ها	مرور تکلیف هفته گذشته، تمرین واریسی بدن، جمع بندی جلسات و اجرای پس‌آزمون	پذیرش و تغییر ۸
--	--	-----------------

پرسشنامه شدت درد^۱

این پرسشنامه توسط مک‌گیل^۲ (۲۰) با هدف سنجش درک افراد از درد و ابعاد مختلف درد طراحی شد و دارای ۲۰ عبارت است و به آزمودنی اجازه می‌دهد با انتخاب کلماتی مناسب، ادراک خود را از احساس درد بیان کند و ابزاری قدرتمند برای بررسی جنبه‌های کمی و کیفی درد می‌باشد که دارای ۴ زیرمقیاس ادراک حسی درد (سئوالات ۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰)، ادراک عاطفی درد (سئوالات ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵)، ادراک ارزیابی درد (سئوال ۱۶) و دردهای متنوع و گوناگون (سئوالات ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰) است. نحوه پاسخدهی به سئوالات پرسشنامه به صورت درجه‌بندی عددی از نداشتن احساس درد (۱ نمره) تا درد خیلی شدید (۱۰ نمره) می‌باشد و از آزمودنی خواسته می‌شود که متوسط درد روزانه خود را طی هفته گذشته درجه‌بندی کند. حداقل نمره اکتسابی در این پرسشنامه ۲۰ و حداکثر نمره ۲۰۰ است. نمره بالاتر نشان‌دهنده ادراک درد بیشتر در آزمودنی است و نمرات پایین‌تر ادراک درد کمتر را نشان می‌دهد. مک‌گیل روایی محتوایی پرسشنامه مورد تأیید قرار گرفت و همچنین پایایی ابزار با استفاده از آلفای کرونباخ محاسبه و برای تمامی ابعاد بین ۰/۸۳ تا ۰/۸۷ بدست آمد ((۲۰). در پژوهش داخل کشور نیز پایایی پرسشنامه با استفاده از روش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ گزارش شد (۲۱). پایایی پرسشنامه در مطالعه حاضر با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۶ بدست آمد.

پرسشنامه پذیرش درد^۳

این پرسشنامه توسط مک‌کراکن و ولز^۴ (۲۲) طراحی و تدوین شد و به‌طور گسترده در پژوهش‌های مرتبط با درد مورد استفاده قرار گرفته است. پرسشنامه پذیرش درد مشتمل بر ۲۰ گویه می‌باشد که دو مؤلفه تمایل به پذیرش درد و مشارکت فعال را مورد سنجش قرار می‌دهد. سئوالات ۴، ۷، ۱۱، ۱۳، ۱۴، ۱۶، ۱۷، ۱۸ و ۲۰ مربوط به مؤلفه تمایل به پذیرش درد و سئوالات ۱، ۲، ۳، ۵، ۶، ۸، ۹، ۱۰، ۱۲، ۱۵ و ۱۹ مربوط به مؤلفه مشارکت فعال می‌باشد. نحوه پاسخدهی به سئوالات پرسشنامه به صورت طیف لیکرت ۷ درجه‌ای از اصلا (صفر نمره) تا همیشه (۶ نمره) است. حداقل نمره‌ای که توسط آزمودنی در این پرسشنامه بدست می‌آید صفر و حداکثر نمره ۱۲۰ است. نمرات بالاتر نشان‌دهنده پذیرش درد بالاتر در آزمودنی است. این پرسشنامه به خوبی یک همسانی درونی مطلوب را با آلفای کرونباخ ۰/۸۲ برای مؤلفه تمایل به پذیرش درد و ۰/۷۸ برای مؤلفه مشارکت فعال نشان داده است و سازندگان پرسشنامه تحلیل عاملی و روایی سازه پرسشنامه را مورد تأیید قرار داده‌اند (۲۲). در داخل کشور پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۱ بدست آمد (۲۳). پایایی پرسشنامه در مطالعه حاضر با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۳ بدست آمد.

1. Pain Questionnaire (MPQ)

2. McGill

3. pain acceptance questionnaire

4. McCracken & Vowles

پرسشنامه تبعیت از درمان^۱

این پرسشنامه توسط سیدفاطمی و همکاران (۲۴) طراحی شد و مشتمل بر ۴۰ سؤال و ۷ مؤلفه اهتمام در درمان (سئوالات ۱ تا ۹)؛ تمایل به مشارکت در درمان (سئوالات ۱۰ تا ۱۶)؛ توانایی تطابق (سئوالات ۱۷ تا ۲۳)؛ تلفیق درمان با زندگی (سئوالات ۲۴ تا ۲۸)؛ چسبیدن به درمان (سئوالات ۲۹ تا ۳۲)، تعهد به درمان (سئوالات ۳۳ تا ۳۷) و تردید در اجرای درمان (سئوالات ۳۸ تا ۴۰) است که آزمودنی به سئوالات آن براساس طیف لیکرت ۶ درجه‌ای از کاملاً ۵ نمره تا اصلاً صفر نمره تعلق می‌گیرد. برخی از سئوالات مانند سئوال ۳۸، ۳۹ و ۴۰ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود به این صورت کاملاً ۰ نمره، بسیار زیاد ۱ نمره، زیاد ۲ نمره، کم ۲ نمره، بسیار ۴ نمره و اصلاً ۵ نمره تعلق می‌گیرد. براساس پرسشنامه امتیاز صفر تا ۲۵ به معنی پیروی ضعیف از درمان، امتیاز ۲۶ تا ۴۹ پیروی متوسط از درمان، امتیاز ۵۰ تا ۷۴ پیروی خوب از درمان و امتیاز ۷۵ تا ۱۰۰ به معنی پیروی بسیار خوب از درمان است. سازندگان برای بررسی پایایی پرسشنامه از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضرایب برای اهتمام در درمان ۰/۸۶، تمایل به مشارکت در درمان ۰/۸۵، توانایی تطابق ۰/۸۳، تلفیق درمان با زندگی ۰/۷۲، چسبیدن به درمان ۰/۷۲، تعهد به درمان ۰/۵۴، تردید در اجرای درمان ۰/۵۲ و کل سئوالات ۰/۹۲ محاسبه و روایی محتوایی پرسشنامه ضریب ۰/۹۱ بدست آمده است (۲۴). در پژوهش داخل کشور پایایی پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۰ گزارش شده است (۲۵). پایایی پرسشنامه در مطالعه حاضر با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۸ بدست آمد.

به منظور تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی و تحلیل کواریانس چندمتغییری با کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ استفاده شد. سطح معنی‌داری نیز ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

اطلاعات جمعیت‌شناختی (دموگرافیک) آزمودنی‌ها در دو گروه آزمایش و کنترل مورد ارزیابی قرار گرفت. نتایج نشان داد در آزمودنی‌های گروه آزمایش دریافت کننده برنامه مداخله تیمیانگین سن ۳۳/۴۱ و در گروه کنترل میانگین سن برابر با ۳۲/۷۳ بود. در آزمودنی‌های هر دو گروه بالاترین سطح تحصیلات مربوط به فوق دیپلم و لیسانس بوده است. همچنین بیشتر آزمودنی‌های هر دو گروه در وضعیت تأهل گزارش نمودند که متأهل هستند.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در افراد دو گروه و مراحل مختلف سنجش

متغیر وابسته	گروه	تعداد	پیش آزمون		پس آزمون	
			میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
ادراک حسی درد	آزمایش	۱۵ نفر	۱۹/۰۹	۴/۱۳	۱۵/۴۵	۴/۶۵
	کنترل	۱۵ نفر	۱۸/۱۹	۴/۰۹	۱۷/۹۸	۳/۷۶
ادراک عاطفی درد	آزمایش	۱۵ نفر	۱۶/۷۶	۳/۹۸	۱۳/۱۶	۴/۱۰
	کنترل	۱۵ نفر	۱۶/۰۱	۴/۵۲	۱۵/۹۰	۴/۳۶
ادراک ارزیابی درد	آزمایش	۱۵ نفر	۱۶/۹۶	۳/۸۲	۱۴/۴۱	۳/۱۰
	کنترل	۱۵ نفر	۱۳/۹۸	۳/۲۶	۱۳/۹۰	۳/۴۱

^۱. Adherence Questionnaire (AQ)

۳/۵۲	۱۳/۴۳	۳/۲۶	۱۷/۰۸	نفر ۱۵	آزمایش	دردهای متنوع و گوناگون
۲/۷۶	۱۶/۰۴	۲/۵۴	۱۶/۲۸	نفر ۱۵	کنترل	
۱۵/۳۷	۵۶/۴۵	۱۵/۱۹	۶۹/۸۹	نفر ۱۵	آزمایش	شدت درد
۱۴/۲۹	۶۳/۸۲	۱۴/۴۱	۶۴/۴۶	نفر ۱۵	کنترل	
۴/۱۶	۱۶/۹۸	۴/۵۲	۱۳/۲۶	نفر ۱۵	آزمایش	تمایل به پذیرش درد
۳/۸۵	۱۲/۲۵	۳/۷۲	۱۲/۶۴	نفر ۱۵	کنترل	
۴/۰۶	۱۸/۶۹	۳/۱۶	۱۵/۲۵	نفر ۱۵	آزمایش	مشارکت فعال
۳/۱۴	۱۳/۹۸	۳/۰۴	۱۴/۱۱	نفر ۱۵	کنترل	
۸/۲۲	۳۵/۶۷	۷/۶۸	۲۸/۵۱	نفر ۱۵	آزمایش	پذیرش درد
۶/۹۹	۲۶/۲۳	۶/۷۶	۲۶/۷۵	نفر ۱۵	کنترل	
۳/۵۹	۱۴/۹۶	۳/۳۶	۱۲/۶۳	نفر ۱۵	آزمایش	اهتمام در درمان
۳/۴۹	۱۰/۸۵	۳/۹۲	۱۱/۰۳	نفر ۱۵	کنترل	
۳/۶۲	۱۲/۹۳	۳/۷۵	۱۰/۵۱	نفر ۱۵	آزمایش	تمایل به مشارکت در درمان
۳/۴۶	۸/۸۸	۳/۱۳	۸/۸۴	نفر ۱۵	کنترل	
۳/۱۴	۱۴/۷۶	۲/۹۳	۱۱/۰۹	نفر ۱۵	آزمایش	توانایی تطابق
۳/۸۸	۱۰/۸۰	۳/۹۸	۱۰/۷۳	نفر ۱۵	کنترل	
۳/۱۴	۱۰/۵۳	۲/۹۹	۷/۸۶	نفر ۱۵	آزمایش	تلفیق درمان با زندگی
۲/۷۷	۷/۴۵	۳/۳۳	۷/۳۸	نفر ۱۵	کنترل	
۳/۵۶	۱۰/۷۹	۳/۰۴	۶/۵۶	نفر ۱۵	آزمایش	چسبیدن به درمان
۳/۸۱	۶/۵۰	۳/۴۱	۶/۶۸	نفر ۱۵	کنترل	
۳/۷۸	۱۱/۹۸	۳/۱۵	۷/۶۵	نفر ۱۵	آزمایش	تعهد به درمان
۲/۹۱	۷/۴۰	۳/۴۷	۷/۶۱	نفر ۱۵	کنترل	
۳/۵۳	۸/۹۹	۳/۱۴	۶/۱۰	نفر ۱۵	آزمایش	تردید در اجرای درمان
۲/۶۹	۴/۰۰	۲/۳۵	۴/۰۹	نفر ۱۵	کنترل	
۲۴/۳۶	۸۴/۹۴	۲۲/۳۶	۶۲/۴۰	نفر ۱۵	آزمایش	تبعیت درمان کل
۲۳/۰۱	۵۵/۸۸	۲۳/۵۹	۵۶/۳۶	نفر ۱۵	کنترل	

در جدول شماره ۲ میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش و ابعاد آن‌ها در آزمودنی‌های دو گروه در مراحل مختلف سنجش ارائه شده است. نتایج نشان می‌دهد در مرحله پس‌آزمون، میانگین نمره کل شدت درد در آزمودنی‌های گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل کاهش و میانگین نمره کل پذیرش درد افزایش یافته است. همچنین، نتایج نشان‌دهنده افزایش میانگین نمره کل تبعیت از رژیم درمانی در آزمودنی‌های گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل است.

برای بررسی پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات در گروه آزمایش و کنترل از آزمون کلموگراف-اسمرنف استفاده شد، و نتایج نشان داد که سطح معناداری برای دو گروه در هر دو مرحله آزمون و برای متغیرهای مورد مطالعه بیش از ۰/۰۵ می‌باشد؛ لذا فرضیه صفر آزمون مذکور رد نمی‌شود ($P < 0/05$). برای بررسی مفروضه برابری واریانس از زمن لوین استفاده شد. با توجه به اینکه آماره F برای متغیرهای وابسته پذیرش درد، شدت درد و تبعیت از رژیم درمانی ترتیب برابر با ۰/۴۸۳، ۰/۴۱۶ و ۰/۵۹۸ و سطح معناداری برای آزمون لوین در تمامی متغیرهای وابسته، بیش از ۰/۰۵ بود، بنابراین با اطمینان ۰/۹۵ فرض برابری واریانس‌های دو گروه پذیرفته شد. در بررسی مفروضه همگنی ماتریس واریانس-کواریانس، با عنایت به اینکه آماره F برابر با ۰/۲۷۳ کمتر از مقدار متناظر در جدول

فیشر بود و همچنین، با توجه به اینکه سطح معناداری متناظر با آن ۰/۱۷۲ و بیش از ۰/۰۵ بود، فرض صفر آزمون ام باکس مبنی بر همگنی واریانس با اطمینان ۰/۹۵ پذیرفته شد. همچنین، با توجه به اینکه در رابطه بین متغیرهای کمکی (همپراش) و متغیرهای وابسته (پس‌آزمون) سطح معناداری کوچک‌تر از ۰/۰۵ به دست آمد ($P < 0.05$)، می‌توان گفت که مفروضه خطی بودن رابطه بین متغیرهای کمکی (همپراش) با متغیرهای وابسته رعایت شده است. مفروضه‌های همخطی بودن متغیرها و استقلال خطاها نیز نشان داد که شاخص تحمل برای متغیر پیش‌بین کوچک‌تر از ۰/۹۰ می‌باشد. عامل تورم واریانس نیز کوچک‌تر از ۱۰ به دست آمد و همچنین، مقدار آزمون دوربین-واتسون که به منظور بررسی مفروضه استقلال خطاها اجرا شد، برابر ۱/۷۱ بود. با توجه به رعایت مفروضه‌های فوق‌الذکر، آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره به کار گرفته شد.

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره (مانکوا)

توان آماری	η	P	آزمون F	مقدار	نوع آزمون
۱/۰۰۰	۰/۶۴۱	۰/۰۰۰	۳۱/۱۸۹	۰/۹۰۱	اثر پیلایی
۱/۰۰۰	۰/۶۴۱	۰/۰۰۰	۳۱/۱۸۹	۰/۰۸۷	لامبدای ویلکز
۱/۰۰۰	۰/۶۴۱	۰/۰۰۰	۳۱/۱۸۹	۷/۵۶۳	اثر هلتینگ
۱/۰۰۰	۰/۶۴۱	۰/۰۰۰	۳۱/۱۸۹	۸/۶۱۲	بزرگترین ریشه روی

نتایج آزمون‌های چهارگانه تحلیل کوواریانس چندمتغیره شامل (اثر پیلایی، لامبدای ویلکز، اثر هلتینگ و بزرگ‌ترین ریشه روی) مربوط به تفاضل متغیرهای پژوهش از لحاظ آماری معنادار بودند ($F=31/189$ ، $\eta=0/641$ و $P=0/000$). بنابراین دو گروه آزمایش و کنترل حداقل در یکی از متغیرهای مورد پژوهش در مرحله پس‌آزمون با یکدیگر تفاوت معناداری دارند. مجذور اتا (یا ضریب تأثیر) حدود ۰/۶۴ بود. این بدان معناست که ۶۴ درصد تغییرات مربوط به نمرات پس‌آزمون متغیرهای وابسته در این پژوهش مربوط به تأثیر برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بوده است. توان آماری ۱/۰۰۰ نیز بیانگر کفایت حجم نمونه و توان بالای آزمون است.

جدول ۴. نتایج اثرات بین آزمودنی تحلیل کوواریانس چندمتغیره پس‌آزمون متغیرهای پژوهش

توان آماری	η	P	آماره F	مجموع مجذورات	متغیر
۰/۳۶۵	۰/۳۴۶	۰/۰۱۱	۱۷/۴۱۶	۱۲۰/۲۵۳	ادراک حسی درد
۰/۴۵۲	۰/۲۹۹	۰/۰۰۹	۱۸/۶۲۵	۷۵/۶۲۳	ادراک عاطفی درد
۰/۳۸۰	۰/۳۴۰	۰/۰۱۳	۲۰/۲۵۸	۳۲/۶۲۵	ادراک ارزیابی درد
۰/۴۵۹	۰/۳۷۱	۰/۰۱۵	۱۸/۱۷۹	۵۹/۲۴۵	دردهای متنوع و گوناگون
۰/۶۸۹	۰/۴۵۷	۰/۰۰۹	۲۴/۷۰۷	۸۵۱/۴۵۲	شدت درد
۰/۵۱۸	۰/۳۱۴	۰/۰۰۷	۱۸/۹۲۷	۸۰/۶۳۰	تمایل به پذیرش درد
۰/۵۲۴	۰/۳۷۵	۰/۰۱۱	۱۹/۴۶۱	۶۹/۶۷۹	مشارکت فعال
۰/۶۱۹	۰/۵۲۳	۰/۰۰۸	۲۷/۰۱۷	۳۸۹/۷۵۶	پذیرش درد
۰/۸۹۶	۰/۴۷۴	۰/۰۰۹	۲۰/۳۷۹	۲۸۶/۷۱۴	اهتمام در درمان
۰/۹۵۲	۰/۴۱۹	۰/۰۱۱	۱۷/۸۶۱	۱۷۲/۲۶۳	تمایل به مشارکت در درمان
۰/۹۹۲	۰/۴۷۶	۰/۰۱۰	۱۸/۱۷۶	۳۸۶/۱۸۶	توانایی تطابق
۰/۹۱۴	۰/۵۴۴	۰/۰۰۷	۲۹/۴۶۲	۲۹۳/۸۵۶	تلفیق درمان با زندگی
۰/۹۷۵	۰/۵۲۹	۰/۰۱۵	۳۱/۷۰۵	۳۵۷/۴۵۶	چسبیدن به درمان

۰/۸۷۹	۰/۶۶۱	۰/۰۱۱	۲۰/۹۳۵	۴۱۲/۵۱۲	تعهد به درمان
۰/۹۷۳	۰/۴۴۹	۰/۰۰۴	۱۸/۷۴۵	۲۵۸/۳۸۰	تردید در اجرای درمان
۰/۹۸۵	۰/۵۰۳	۰/۰۰۷	۲۳/۴۸۶	۶۳۵۶/۶۵۲	تبعیت از رژیم درمانی

یافته‌های تحلیل کوواریانس حاکی از آن است که تفاوت مشاهده شده بین میانگین‌های نمره کل تبعیت از رژیم درمانی و هر یک از ابعاد آن برحسب عضویت گروهی (دو گروه درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی و کنترل) در مرحله پس‌آزمون معنادار می‌باشد ($P < 0/05$). همچنین، این تفاوت برای متغیر شاخص‌های درد شامل شدت درد و پذیرش درد در در بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه معنادار بود ($P < 0/05$). بنابراین، درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی تأثیر معناداری بر افزایش تبعیت از رژیم درمانی و بهبود شاخص‌های درد (شدت درد و پذیرش درد) داشته است و اندازه اثر آن بر میزان تبعیت از رژیم درمانی کلی و ابعاد آن در دامنه‌ای بین ۰/۴۱ تا ۰/۶۶ درصد و برای شاخص‌های درد به ترتیب شدت درد ۰/۴۵ درصد و پذیرش درد ۰/۵۲ درصد بوده است، که مقدار آن قابل توجه می‌باشد. نتیجه کلی گویای آن است که درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر متغیرهای مورد پژوهش اثربخش (سودمند) بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر با هدف تعیین اثربخشی برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر شاخص‌های درد (پذیرش و شدت درد) و تبعیت از رژیم درمانی در بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه انجام شد. نتایج با استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیری نشان داد برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر بهبود شاخص‌های درد (پذیرش و شدت درد) در آزمودنی‌های گروه‌های آزمایش در مرحله پس‌آزمون اثربخش بوده است، اما میانگین نمره شاخص‌های درد (پذیرش و شدت درد) در آزمودنی‌های گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون تغییر محسوسی را نشان نداد. یافته فوق مبنی بر اثربخشی این شیوه مداخله بر بهبود شاخص‌های درد (پذیرش و شدت درد) همسو با برخی از نتایج مطالعات پیشین مانند بست^۱ و همکاران (۲۶)، گارلند^۲ و همکاران (۲۷) و شیبانی و همکاران (۲۸) بود. در همین راستا و طی مطالعه‌ای حق دوست و همکاران (۲۹) بیان داشتند که شرکت در ۸ جلسه برنامه ذهن‌آگاهی مبتنی بر مدیریت استرس به‌عنوان یک روش درمانی مؤثر می‌تواند در کاهش اضطراب مرگ، فاجعه‌پنداری درد، پذیرش و شدت درد در بیماران مبتلا به سرطان پستان مؤثر واقع گردد. ایزدی‌خواه و همکاران (۳۰) نیز بیان داشتند شرکت در جلسات برنامه‌های مداخلاتی با محوریت ذهن‌آگاهی در کاهش شدت درد و افزایش بهزیستی روانشناختی بیماران مبتلا به سردرد میگرنی مؤثر است.

در تبیین این یافته از مطالعه حاضر می‌تواند بیان نمود درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی با تأثیر بر پردازش‌های حسی، شناختی و هیجانی، فرایندهای روانشناختی مبتلایان به بیماری‌های مزمن را در جهت مثبت تحت تأثیر قرار داده و از این رهگذر می‌تواند مؤلفه‌های روانشناختی و فیزیولوژیک بیماران را دستخوش تغییر نماید که بر این اساس می‌تواند تغییرات معناداری در شدت درد و پذیرش درد در بیماران را انتظار داشت. علاوه بر این ذهن‌آگاهی قادر است با تقویت فرایندهای کنارآمدن شناختی و تقویت توانش‌های تنظیم هیجان، آموزش حل مسئله و آموزش فنون نادیده گرفتن در زمان شروع حملات درد در مقابل بدعملکردی خلقی محافظت کند و با انجام تمرین‌های منظم ذهن‌آگاهی تغییراتی مثبت در برخی از کارکردهای روانشناختی ایجاد نماید که منجر به کسب توانش‌های

1. Best

2. Garland

خودگردانی و انعطاف‌پذیری در برخورد با رویدادهای استرس‌زا و کسب توانش‌های فیزیکی و جسمی گردد و اخذ توانش‌های لازم برای تغییر کشاکش‌ها براساس ذهن‌آگاهی، باعث کاهش درد و در نهایت پذیرش درد در بیماران می‌شود.

به بیانی دیگر مطابق نظر گامپورت^۱ و همکاران (۳۱)، درمان ذهن‌آگاهی در کنار درمان مؤلفه‌های فیزیولوژیک می‌تواند نگرش بیماران نسبت به درمان را بهبود بخشیده و از این طریق خودکارآمدی آن‌ها را افزایش دهد و با استفاده از فنون و تکنیک‌های مرتبط با این شیوه مداخله از قبیل انجام تمرینات و تکنیک‌های تنفسی که باعث رشد عواملی مانند مشاهده، غیرقضاوتی بودن، غیرواکنشی بودن و عمل توأم با هوشیاری می‌شود، عاملی برای پذیرش درد گردد. پذیرش درد و آمادگی برای تغییر، عواطف مثبت را افزایش می‌دهد که این امر به نوبه خود منجر به کاهش شدت درد از طریق تأثیر بر سیستم درون ریز و تولید شبه افیونی درون‌زاد و کاهش ناتوانی ناشی از درد یا آماده کردن افراد برای کاربرد رویکردهای مؤثر در برخورد با درد می‌شود. بنابراین با توجه به ارتباط ذهن‌آگاهی و متغیرهای روانشناختی مؤثر در درد، انتظار می‌رود که مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی از طریق افزایش میزان ذهن‌آگاهی در سایر متغیرها نیز اثرگذار باشد و در نتیجه می‌توان بیان نمود حضور ذهن با افزایش میزان دردی که فرد می‌تواند تحمل کند در شدت ادراک فرد به‌طور غیرمستقیم اثر گذاشته و باعث کاهش ادراک شدت درد در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن گردد.

نتایج دیگر یافته‌ مطالعه حاضر حاکی از مفید واقع شدن برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر افزایش تبعیت از رژیم درمانی در بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه بود. همسو با این نتیجه از پژوهش حاضر، کومار و همکاران (۳۲) در پژوهشی بیان داشتند که آموزش ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس بر افزایش تبعیت از درمان و مصرف مواد غذایی مناسب بیماران دیابت نوع ۲ مؤثر بوده است. کلاهی و همکاران (۳۳) در همین راستا نشان دادند که برنامه مداخله‌ای مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش افسردگی و افزایش تبعیت از درمان در بیماران مبتلا به عروق کرونری قلب مؤثر بوده است. موسانجی^۲ و همکاران (۳۴) در پژوهشی مستقل که تعدادی از نوجوانان در اوگاندا را که به نوعی ویروس مبتلا شده بودند مورد مطالعه قرار دادند، بیان داشتند که شرکت در جلسات برنامه مداخلاتی با محوریت ذهن‌آگاهی در افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی و تبعیت بیشتر از رژیم درمانی مفید بوده است. یلدریم اوسنماز^۳ و همکاران (۳۵) در پژوهشی که به میزان اثربخشی برنامه آموزش ذهن‌آگاهی بر پایبندی و تبعیت از درمان دارویی در افراد مبتلا به اسکیزوفرنی: یک مطالعه مقطعی پرداختند، پس از گردآوری اطلاعات و تحلیل نتایج نشان دادند که مهارت‌ها و فنون ذهن‌آگاهی در افزایش پایبندی و تبعیت به درمان دارویی مبتلا به اسکیزوفرنی نقش مؤثری دارد.

در تبیین این یافته از پژوهش می‌توان بیان نمود که نارسایی کلیوی می‌تواند با مشکلات متعددی از قبیل اختلال در سیستم گوارش، مشکلات قلبی-عروقی و مشکلات جنسی همراه باشد و این امر موجب می‌گردد که مبتلایان به این نوع از بیماری نسبت به سایرین در معرض آسیب‌پذیری روانی-جسمانی بیشتری قرار داشته باشند. این امکان وجود دارد که مزمن بودن علائم بیماری نارسایی کلیوی با دیگر مشکلات و رویدادهای منفی زندگی فردی و اجتماعی توأمان گشته که این موضوع به نوبه خود موجب برآورد بیشتر میزان استرس و اضطراب و آشفتگی روانشناختی در آنان شود. در این راستا درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی موجب تغییر آگاهی فرد از افکار، احساس و حس‌های بدنی خود گشته و دیدگاه جدیدی را در فرد ایجاد می‌کند که به گونه‌ای متفاوت با آن‌ها برخورد کند. دیدن افکار و احساسات به‌عنوان رویدادهای گذار در ذهن به‌جای پذیرفتن آن‌ها به صورت واقعیت از جمله عوامل ایجادکننده

^۱. Gumport

^۲ Musanje

^۳ YıldırımÜşenmez

آگاهی در جریان این شیوه از برنامه مداخلاتی است. افراد با کمک برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی، فراگیری تکنیک‌های ریلکسیشن و زندگی در لحظه (اینجا و اکنون) به شایستگی شناختی دست می‌یابند و بهتر و مناسب‌تر می‌توانند خود را با شرایط مختلف سازگار کرده و رفتارهای منطقی‌تری از خود نشان دهند که این عوامل از طریق کاهش استرس و افت ترشح هورمون‌های اپی نفرین و نوراپی نفرین باعث کاهش مشکلات جسمانی می‌شوند. به‌طور کلی می‌توان بیان داشت بیماران با استفاده از تکنیک‌های مدیریت استرس تأثیر افکار خوب و جایگزین کردن آن‌ها با افکار بد را در وضعیت روانی خود درک می‌کنند.

در قالب چنین فرایندی می‌توان اذعان داشت که این روش مداخله‌ای به افراد مبتلا به نارسایی کلیوی و سایر بیماری‌های مزمن یاری می‌رساند تا با تغییر دیدگاه نسبت به ارزیابی و تفسیر و معنادگی به رویدادها، خطاهای شناختی از نوع فاجعه‌انگاری و تعمیم بیش از حد را که در ادراک استرس نقش دارند، کاهش داده و با افزایش توانایی مقابله‌ای سازگارانه با علائم و نشانه‌های بیماری نارسایی کلیوی، رویدادهای تنش‌زا را به گونه‌ای سازمان یافته‌تر مدیریت کرده و به‌دنبال آن سبب شود تا این گروه از بیماران تبعیت درمانی بهتری را از خود نشان دهند. همچنین تکنیک‌ها و فنون این رویکرد مداخلاتی به افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن کمک می‌کند که صرفاً به زمان حال اندیشیده و با عدم توجه به اینکه چند لحظه دیگر چه اتفاقی خواهد افتاد، میزان استرس و اضطراب خود را کاهش داده و ابعاد روانی منفی دیگر را در زندگی خویش به نحوی مؤثر کنترل نمایند.

این پژوهش به مانند سایر مطالعات با چند محدودیت همراه بود. از جمله این که در این پژوهش برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه استفاده شد. با توجه به اینکه پرسشنامه جنبه خودگزارش‌دهی دارد و افراد با تمایل خود به آن پاسخ می‌دهند، ممکن است دچار پدیده مطلوبیت اجتماعی شده باشد. همچنین، از آنجا که پژوهش حاضر در میان مردان مبتلا به نارسایی مزمن کلیه مراجعه‌کننده به بخش بیماری‌های کلیوی بیمارستان شهدا شهر کرمانشاه انجام شد، لازم است در خصوص تعمیم نتایج به دیگر بیماران مزمن و دیگر شهرها با احتیاط عمل شود. در نهایت، به دلیل محدودیت زمانی پژوهش امکان انجام پیگیری وجود نداشت. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی که به صورت نیمه‌آزمایشی انجام می‌گیرد یک دوره پیگیری ۳ ماهه و یا ۶ ماهه برای پیگیری اثر این رویکرد مداخلاتی لحاظ شود و برای گردآوری داده‌ها در کنار پرسشنامه از سایر روش‌ها مانند مشاهده یا مصاحبه بالینی استفاده شود. برای رفع محدودیت تعمیم‌دهی نتایج به دیگر افراد جامعه لازم است پژوهش‌های مشابه در دیگر شهرها و فرهنگ‌های دیگر به اجرا درآورد. همچنین با در نظر گرفتن نتایج بدست آمده از این مطالعه و مؤثر بودن برنامه مداخله کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی، پیشنهاد می‌گردد به منظور حمایت از بیماران برای بهبود سلامت روانی در مراقبت‌های اولیه و ثانویه چنین برنامه‌های مدنظر قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

پژوهشگر از تمامی مسوولین بیمارستان شهدا شهر کرمانشاه و آزمودنی‌ها که همکاری لازم جهت اجرای این پژوهش را داشتند، کمال تقدیر و تشکر دار دارد.

منابع

1. DeClercq, V., & Sweeney, E. (2022). Age and sex-specific associations in health risk factors for chronic disease: evidence from the Atlantic Partnership for Tomorrow's Health (PATH) cohort. *Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement*, 41(2), 164-175. [https://doi.org/10.1017/S0714980821000179]

2. Cohen, N. M., Lifshitz, A., Jaschek, R., Rinott, E., Balicer, R., Shlush, L. I., & et al. (2024). Longitudinal machine learning uncouples healthy aging factors from chronic disease risks. *Nature Aging*. 4(1), 129-144. [DOI: [10.1038/s43587-023-00536-5](https://doi.org/10.1038/s43587-023-00536-5)]
3. Stevens, P. E., Ahmed, S. B., Carrero, J. J., Foster, B., Francis, A., Hall, R. K., & et al. (2024). KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney International*. 105(4), 117-314. [DOI: [10.1016/j.kint.2023.10.018](https://doi.org/10.1016/j.kint.2023.10.018)]
4. Tuttle, K. R., Hauske, S. J., Canziani, M. E., Caramori, M. L., Cherney, D., Cronin, L., & et al. (2024). Efficacy and safety of aldosterone synthase inhibition with and without empagliflozin for chronic kidney disease: a randomised, controlled, phase 2 trial. *The Lancet*. 403(104), 379-390. [DOI: [10.1016/S0140-6736\(23\)02408-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)02408-X)]
5. NiNéill, E., Richards, H. L., Hennessey, D., & Fortune, D. G. (2023). Like a ticking time bomb: A qualitative study exploring the illness experiences of adults with kidney stone disease. *British Journal of Health Psychology*. 19(28), 705-723. [DOI: [10.1111/bjhp.12649](https://doi.org/10.1111/bjhp.12649)]
6. Mallamaci, F., & Tripepi, G. (2024). Risk Factors of Chronic Kidney Disease Progression: Between Old and New Concepts. *Journal of Clinical Medicine*. 13(3), 1-12. [<https://doi.org/10.3390/jcm13030678>]
7. Kim, S., & Kratz, A. L. (2021). A review of the use and psychometric properties of the chronic pain acceptance questionnaires. *Rehabilitation Psychology*. 66(1), 102. [DOI: [10.1037/rep0000342](https://doi.org/10.1037/rep0000342)]
8. Mohamadi, H., Jabalameli, S. h., Haghayegh, A., & Ranjbarkohan, Z. (2021). Structural model for pain self-efficacy based on health oriented lifestyle with mediating role of helplessness in patients with chronic pain. *Daneshvar Medicine*. 29(3), 118-131. [doi: [10.22070/DANESHMED.2021.13955.1042](https://doi.org/10.22070/DANESHMED.2021.13955.1042)] [In Persian]
9. Bhatt, P., Kukkar, D., & Kim, K. H. (2024). Fluorescent nanomaterials for the detection of chronic kidney disease. *TrAC Trends in Analytical Chemistry*. 9(2), 117-125. [DOI: [10.1016/j.trac.2024.117572](https://doi.org/10.1016/j.trac.2024.117572)]
10. Janse, R. J., Fu, E. L., Dahlström, U., Benson, L., Lindholm, B., Van Diepen, M., & et al. (2022). Use of guideline-recommended medical therapy in patients with heart failure and chronic kidney disease: from physician's prescriptions to patient's dispensations, medication adherence and persistence. *European Journal of Heart Failure*. 24(11), 2185-2195. [DOI: [10.1002/ejhf.2620](https://doi.org/10.1002/ejhf.2620)]
11. Hashemi, M., Haghghat, S., Bagheri, M., Akbari, M., & Niknejad, R. (2020). Factors affecting adherence to the treatment in patients under hemodialysis: a qualitative content analysis. *Nursing and Midwifery Journal*. 18(2), 141-56. [<http://unmf.umsu.ac.ir/article-1-3899-fa.html>] [In Persian]
12. Rouhi, M., ManzariTavakoli, A., & Tajrobehkar, M. (2023). Comparing the effectiveness of acceptance and commitment therapy and dialectical behavioral therapy on coherent selfknowledge, emotional regulation and life quality of hemodialysis patients. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*. 10(2), 131-146. [[10.32598/shenakht.10.2.131](https://doi.org/10.32598/shenakht.10.2.131)] [In Persian]
13. Fisher, V., Li, W. W., & Malabu, U. (2023). The effectiveness of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on the mental health, HbA1C, and mindfulness of diabetes patients: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Applied Psychology: Health and Well-Being*. 15(4), 1733-1749. [<https://doi.org/10.1111/aphw.12441>]
14. Agius, H., Luoto, A. K., Backman, A., Eriksdotter, C., Jayaram-Lindström, N., Bölte, S., & et al. (2024). Mindfulness-based stress reduction for autistic adults: A feasibility study in an outpatient context. *Journal of Autism*. 28(2), 403-14. [DOI: [10.1177/13623613231172809](https://doi.org/10.1177/13623613231172809)]
15. Yildirim, D., Yildiz, C. Ç., Ozdemir, F. A., Özdoğan, M. H., & Can, G. (2024). Effects of a Mindfulness-Based Stress Reduction Program on Stress, Depression, and Psychological Well-being in Patients With Cancer: A Single-Blinded Randomized Controlled Trial. *Cancer Nursing*. 47(2), 84-92. [DOI: [10.1097/NCC.0000000000001173](https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000001173)]

16. Akbari Gelvardi, F., Teimory, S., & Rajaei, A. (2022). Effectiveness of Mindfulness-based Stress Reduction Program in the Components of Quality of Life in Thalassemia Patients. *Journal of Health Research in Community*. 8 (1), 16-26. [20.1001.1.24236772.1401.8.1.2.5] [In Persian]
17. Bahrambagi, Z., LotfiKashani, F., & Vaziri, S. (2023). Effectiveness of mindfulness-based therapy on chronic stress and disease perception in heart patients. *Medical Science Journal of Islamic Azad University*. 33(1), 70-79. [10.52547/iau.33.1.70] [In Persian]
18. Garel, N., Rigas, C., Ben m'rad, M., Bodenstern, K., Joobar, R., Sekhon, H., & et al. (2023). Mindfulness-based intervention for benzodiazepine deprescription in hemodialysis patients with anxiety and depressive symptoms. *Journal of Psychiatry & Neuroscience: JPN*. 48(3), 149-150. [doi: 10.1503/jpn.220216]
19. Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based stress reduction (MBSR). *Constructivism in the Human Sciences*. 8(2), 61-73. [https://www.proquest.com/openview/fef538e3ed2210c1201ef2a946faed43/1?pqorigsite=gscholar&cbl=29080]
20. McGill, S. (2008). Low Back Disorders: Evidencebased Prevention and Rehabilitation. [https://www.amazon.com/Low-Back-Disorders-Evidence-Based-Rehabilitation/dp/1450472915]
21. EbrahimiDastgerdi, N., Reisi, Z., Rezaei, S., & Nikyar, H. R. (2022). Efficiency of Reflexive Massage on the Anxiety and Pain Intensity of The Patients with Traumatic Brain Injury. *Quarterly Journal of Health Psychology*. 11(41), 67-82. [https://doi.org/10.30473/hpj.2022.56045.5009] [In Persian]
22. McCracken, L. M., & Vowles, K. E. (2004). Acceptance of chronic pain: component analysis and a revised assessment method. *Pain*. 107(1-2), 159-166. [https://doi.org/10.1016/j.pain.2003.10.012]
23. Fathi, K., Shahbazi, M., Koraei, A., & Malekzadeh, M. (2021). The Effectiveness of Positive Psychology on Pain Acceptance and Control of Emotions in Cancer Patients: A Randomized Clinical Trial Study. *Journal of Nursing Education*. 10(4), 73-84. [http://jne.ir/article-1-1179-fa.html] [In Persian]
24. SeyedFatemi, N., Rafii, F., Hajizadeh, E., & Modanloo, M. (2018). Psychometric properties of the adherence questionnaire in patients with chronic disease: A mix method study. *Journal of Semnan University of Medical Sciences (Koomesh)*. 20(2), 179-191. [http://koomeshjournal.semums.ac.ir/article-1-4156-fa.html] [In Persian]
25. Safarzadeh, S., & Sevari, K. (2020). Implementation of Acceptance and Commitment Therapeutic Theory (ACT) on Anxiety Personality Trait, Alexithymia, and Adherence to treatment in Women with Breast Cancer. *Clinical Psychology and Personality*. 18(1), 17-27. [10.22070/CPAP.2020.2919] [In Persian]
26. Best, R. D., Ozmeral, A., Grinberg, A. S., Smitherman, T. A., & Seng, E. K. (2024). Pain acceptance as a change mechanism for mindfulness-based cognitive therapy for migraine. *Journal of Behavioral Medicine*. 13(2), 1-12. [DOI: 10.1007/s10865-024-00475-5]
26. Garland, E. L., Nakamura, Y., Bryan, C. J., Hanley, A. W., Parisi, A., Froeliger, B., & et al. (2024). Mindfulness-Oriented Recovery Enhancement for veterans and military personnel on long-term opioid therapy for chronic pain: a randomized clinical trial. *American Journal of Psychiatry*. 181(2), 125-134. [DOI: 10.1176/appi.ajp.20230272]
27. Sheybani, F., Dabaghi, P., Najafi, S., & Rajaeinejad, M. (2022). Effectiveness of Mindfulness-based Stress Reduction (MBSR) on Patients With Chronic Pain: A Randomized Clinical Trial. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 28(2), 182-195. [10.32598/ijpcp.28.2.1627.2] [In Persian]
28. Haghdoost, M., Sarajkhorrani, N., & Makvandi, B. (2022). The Effectiveness of Mindfulness Based on Stress Management on Death Anxiety, Disaster of Imagination, Acceptance and Severity of Pain in Prostat Cancer Patients. *Journal of Ilam University of Medical Sciences*. 29 (6), 48-58. [10.52547/sjimu.29.6.48][In Persian]

29. Izadikhah, A., Ansari Shahidi, M., RezaeiJamaloei, H., & Haghayegh, S. A. (2022). Effectiveness of Mindful Therapy on Severity of pain and Psychological well-being in the Patients with Migraine Headache. *Journal of Analytical-Cognitive Psychology*. 13(48), 55-67. [[20.1001.1.28222476.1401.13.48.5.7](https://doi.org/10.28222/476.1401.13.48.5.7)] [In Persian]
30. Gumport, N. B., Dong, L., Lee, J. Y., & Harvey, G. (2018). Patient learning of treatment contents in cognitive therapy. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*. 58 (1), 51-59. [doi: [10.1016/j.jbtep.2017.08.005](https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2017.08.005)]
31. Kumar, G. V., Aghili, S. M., & Zaree, M. (2022). The Effectiveness of Mindfulness-Based Stress Reduction Training on Adherence to Medication and Proper Food Consumption in Patients with Diabetes Type 2. *Iranian Journal of Health Psychology*. 5(2), 17-26. [<https://doi.org/10.30473/ijohp.2022.53251.1092>] [In Persian]
31. Kolahi, P., Salehi, M., Madahi, M. A., & Sepahmansour, M. (2022). Effectiveness of mindfulness-based stress reduction program on depression and adherence to treatment in female coronary heart patients. *Journal of Applied Family Therapy*. 3(3), 418-436. [[10.22034/AFTJ.2022.334113.1476](https://doi.org/10.22034/AFTJ.2022.334113.1476)] [In Persian]
32. Musanje, K., Kanya, M. R., Kasujja, R., Vanderplasschen, W., Sinclair, D. L., Baluku, M. M., & et al. (2024). The Effect of a Group-Based Mindfulness and Acceptance Training on Psychological Flexibility and Adherence to Antiretroviral Therapy Among Adolescents in Uganda: An Open-Label Randomized Trial. *Journal of the International Association of Providers of AIDS Care (JIAPAC)*. 23 (1), 1-11 [DOI: [10.1177/23259582241236260](https://doi.org/10.1177/23259582241236260)]
33. YıldırımÜşenmez, T., Gültekin, A., Erkan, F. M., Bayar, B. D., Can, S. Y., & Şanlı, M. E. (2022). The effect of mindfulness on medication adherence in individuals diagnosed with Schizophrenia: A cross-sectional study. *Perspectives in Psychiatric Care*. 58(4), 2585-2591. [DOI: [10.1111/ppc.13098](https://doi.org/10.1111/ppc.13098)]