

The Relationship between Metacognition Beliefs, Life Expectancy, and Quality of Life and Hospital Depression in Kidney Patients Undergoing Hemodialysis in the City of Karaj

Oraki M^{1*}, Bayat Sh², Najafi M T², Noor Mohammadi A²

¹Associate Professor, Payam-e-Noor University, Tehran, Iran

²Ph.D. Candidate of Health Psychology, International Center of Payam-e-Noor University, Dubai, United Arab Emirates

Abstract

Introduction: Hemodialysis is a tense process and life events influence the treatment process of patients. The aim of this research was to determine the relation between metacognitive beliefs, life expectancy, and quality of life as three contributing factors and hospital depression in kidney patients undergoing hemodialysis in the city of Karaj.

Methods: The research method was correlative. Sampling was done based on 106 kidney patient volunteers undergoing hemodialysis in the year 1395. They all filled out the Metacognitive Beliefs Questionnaire (MCQ-30), Steiner-syndrome life expectancy questionnaire, kidney patients' quality of life and the hospitalized patients' depression questionnaires. Data analysis was carried out using SPSS and the regression analysis was performed simultaneously.

Results: Metacognitive beliefs were uncontrollable, cognitive confidence was low, general negative beliefs regarding thoughts were positive, and positive cognitive beliefs and negative conscious cognition were able to significantly predict depression in the hospitalized patients ($P < 0/01$). From the factors affecting life expectancy, only negative motivation could significantly predict the patients' hospital depression ($P < 0/05$). Among the factors contributing to the quality of life, the socio-economic factors could negatively predict the patients' hospital depression and the rest of the factors (health and performance, mental and spiritual and family conditions) positively predicted the hospital depression ($P < 0/05$).

Conclusion: Hospital depression affects hemodialysis patients' physical and psychological factors. Thus it is recommended that their condition is periodically examined and pharmacological or non-pharmacological procedures are applied accordingly.

Keywords: Cognition beliefs; Life expectancy; Quality of life; Hospital depression; Hemodialysis

Sadra Med Sci J 2018; 6(2): 87-100.

Received: Apr. 21st, 2017

Accepted: Apr. 21st, 2018

*Corresponding Author: **Oraki M.** Associate Professor at Payam-e-Noor University, Tehran, Iran, orakisalamat@gmail.com

مجله علوم پزشکی صدرا

دوره ۶، شماره ۲، بهار ۱۳۹۷، صفحات ۸۷ تا ۱۰۰

تاریخ پذیرش: ۹۷/۰۲/۰۱ تاریخ دریافت: ۹۶/۰۲/۰۱

مقاله پژوهشی

(Original Article)

رابطه باورهای فراشناخت، امید به زندگی و کیفیت زندگی با افسردگی بیمارستانی در بیماران کلیوی تحت همودیالیز شهر کرج

محمد اورکی^{۱*}، شهره بیات^۲، محمد تقی نجفی^۲، احمد نور محمدی^۲^۱دکترای روانشناسی، دانشیار دانشگاه پیام نور، تهران، ایران^۲دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی سلامت، مرکز بین الملل دانشگاه پیام نور، دبی، امارات متحده عربی

چکیده

مقدمه: همودیالیز فرآیندی تنش زا است و رویدادهای زندگی در چرخه درمان بیماران موثر است. هدف پژوهش حاضر تعیین رابطه بین باورهای فراشناخت، امید به زندگی و کیفیت زندگی با افسردگی بیمارستانی بیماران تحت همودیالیز شهر کرج بود.

مواد و روش: روش تحقیق همبستگی بود. ۱۰۶ نفر از بیماران کلیوی تحت همودیالیز ساکن شهر کرج در سال ۱۳۹۵ به روش نمونه گیری آسان انتخاب و به ابزار پژوهش شامل پرسشنامه باورهای فراشناختی (MCQ-30)، امید به زندگی اشنايدر، کیفیت زندگی بیماران کلیوی و پرسشنامه افسردگی بیمارستانی پاسخ دادند. تحلیل داده ها با SPSS و آزمون آماری رگرسیون همزمان انجام شد.

یافته ها: باورهای فراشناخت غیر قابل کنترل، اطمینان شناختی پایین، باورهای منفی کلی در مورد افکار بصورت مثبت و باورهای فراشناختی مثبت و خودآگاهی شناختی بصورت منفی توان پیش بینی معنادار افسردگی بیمارستانی را داشت ($P < 0/01$). از بین مولفه های امید به زندگی تنها انگیزش بصورت منفی توان پیش بینی معنی دار افسردگی بیمارستانی را داشت ($P < 0/05$). بین مولفه های کیفیت زندگی، مولفه های اقتصادی و اجتماعی بصورت منفی توان پیش بینی معنی دار افسردگی بیمارستانی و سایر مولفه ها (سلامتی و عملکرد، وضعیت روانی و معنوی و خانوادگی) بصورت مثبت توان پیش بینی معنی داری افسردگی بیمارستانی را داشته اند ($P < 0/05$).

بحث و نتیجه گیری: افسردگی بیمارستانی مولفه های جسمی و روانشناختی بیماران همودیالیز را تحت تأثیر قرار می دهد. لذا پیشنهاد می گردد وضعیت افسردگی آنها به طور متناوب بررسی و بر مبنای آن اقدامات دارویی و غیر دارویی انجام گیرد.

واژگان کلیدی: باورهای فراشناخت، امید به زندگی، کیفیت زندگی، افسردگی بیمارستانی، همودیالیز

*نویسنده مسئول: محمد اورکی، دکترای روانشناسی، دانشیار دانشگاه پیام نور، تهران، ایران، orakisalamat@gmail.com

مقدمه

نارسایی مزمن کلیوی، تخریب پیشرونده و برگشت ناپذیر عملکرد کلیوی است که در آن توانایی بدن در حفظ سوخت و ساز و تعادل آب و الکترولیت از بین رفته و در نتیجه اورمی (Uremia) ایجاد می گردد (۱). اگر چه فراوانی روش‌های درمانی در خصوص جایگزینی کلیه در مناطق مختلف جغرافیایی متفاوت است، اما فراوان ترین روش مورد استفاده در اغلب بیماران همودیالیز می باشد (۲).

بیمار مبتلا به نارسایی مزمن کلیوی برای تأمین سلامت خود تحت درمان با همودیالیز قرار می‌گیرد، در حالی که عوامل تنش زا علاوه بر این که باقی می‌مانند، ممکن است تشدید نیز بشوند، زیرا بیمار دیالیزی با عوامل تنش زای متعدد فیزیکی، روانی و اجتماعی مواجه می‌باشد، و از لحاظ آینده خود احساس نا امنی می‌کند. چون در روش زندگی، وضع خانوادگی و موقعیت وی تغییرات زیادی رخ داده است. بنابراین توان بخشی در بیماران دیالیزی موضوعی با اهمیت و قابل بررسی می‌باشد (۳).

بیماری‌های مزمن دارای عوارض روانشناختی هستند و به عنوان یک تنش، نیاز به سازگاری و تطابق دارند، بنابراین بیماری‌های کلیوی و دیالیز ناشی از آن نیز می‌تواند بشدت بر سلامت جسمانی و روانی فرد اثر گذار باشد (۴). فرایندهای روانی و اجتماعی بر سلسله اعصاب مرکزی تأثیر دارد و سبب ایجاد وقفه در سیستم ایمنی بدن می‌گردد (۵).

ارتباط بین اختلالات خلقی (Mood disorders) و بیماری‌ها بر متخصصان پوشیده نیست. این پیامدهای مستقیم بیماری و گاهی نتیجه واکنش‌های روانی - شناختی است. ادبیات پژوهش بر توجیه غربالگری معمول برای افسردگی در بیماران کلیوی تحت همودیالیز تأکید دارد (۶). یکی از مهمترین اختلالات خلقی افسردگی (Depression) است (۷). پژوهشی نشان داد که شیوع افسردگی و احتمال بروز بیماری‌های جسمی و روحی در بیماران کلیوی تحت همودیالیز ۵۰٪ تا ۸۰٪

می باشد (۸). آکوچکیان، ابراهیمی و سمونی عوامل تنش زا در بیماران دیالیزی با گروه همتا از جمعیت سالم را مورد مقایسه قرار دادند و مشخص شده که در واقع ویژگی‌های افسردگی و غمگینی، اشتغال ذهنی با بیماری و تمایل به تنهایی و گوشه‌گیری در بیماران دیالیزی بیشتر دیده می‌شود (۹). مدیریت موثر بر علائم افسردگی بیشترین تأثیر را در حمایت اجتماعی دارد (۱۰).

به نظر می‌رسد باورهای افراد در جهت ارضاء نیازها می‌تواند در بروز برخی بیماری‌ها دخیل باشد. یکی از این باورها فراشناخت است. فراشناخت (meta-cognition) به ساختارها، دانش و فرآیندهای روانشناختی اشاره می‌کند که با کنترل، تغییر و تفسیر افکار و شناخت‌ها سروکار دارد. همچنین فراشناخت به عنوان آگاهی از این که فرد چگونه یاد می‌گیرد، آگاهی از چگونگی استفاده از اطلاعات موجود برای رسیدن به یک هدف، توانایی قضاوت درباره فرآیندهای شناختی در یک تکلیف خاص، آگاهی از اینکه چه راهبردهایی را برای چه هدف‌هایی مورد استفاده قرار دهد، ارزیابی پیشرفت خود در حین عملکرد و بعد از اتمام عملکرد، تعریف شده است (۱۱). باورهای فراشناخت به بخشی از دانش فراشناخت اطلاق می‌گردد که باورهای شخص را درباره شناخت و تجربه‌های شناختی و هیجانی مرتبط می‌سازد (۱۲). با مروری بر پژوهش‌های موجود نشان می‌دهد که بین باورهای فراشناختی و شاخص‌های اختلال هیجانی به ویژه اختلال افسردگی اساسی (۱۳)، افسرده خوبی (۱۴)، افسردگی (۱۵، ۱۶ و ۱۷) رابطه معنادار وجود دارد.

کیفیت زندگی معیار مهمی در اثر بخشی مراقبت بهداشتی است (۱۸ و ۱۹). سطح سلامتی و حس خوب زیستن را نشان داده و پیش بینی وقوع مرگ و میر و میزان بستری بیمار در بیمارستان را میسر می‌سازد (۲۰ و ۲۱). با توجه به اینکه کیفیت زندگی ممکن است تحت تأثیر تغییرات کلینیکی ناشی از بیماری و عوارض مربوط به آن قرار گیرد، کسب اطلاعات در این زمینه می‌تواند در شناسایی بیماران در معرض خطر مفید واقع شود (۱۹). اگر چه تعداد

تفکر مثبت و روابط اجتماعی فوق العاده رابطه مثبت دارد (۲۹).

با توجه به آنچه بیان شد، هر چند تاکنون مطالعات اندکی در ارتباط با تعامل متغیرهای افسردگی بیمارستانی در ایران انجام گرفته است، شکاف معنادار دانش در این دست روابط وجود دارد. کسب اطلاعات در زمینه نقش ارتباطی متغیرها در حال، زمینه رابری انجام تحقیقات گسترده تر آزمایشی در مورد افسردگی بیمارستانی فراهم می‌کنند. به نظر می‌رسد کشف ارتباط و تعامل بین باورهای فراشناخت، امید به زندگی، کیفیت زندگی، افسردگی بیمارستانی باعث خواهد شد تا مداخلات روان درمانی موثری در زمینه‌ی متغیرهای مختلف روانشناختی برای بیماران درگیر با بیماری‌های مزمن بکار برد. براساس آنچه گفته شد در این پژوهش، پژوهشگر به دنبال یافتن پاسخ برای این سوال بود که آیا رابطه معناداری بین باورهای فراشناخت، امید به زندگی و کیفیت زندگی با افسردگی بیمارستانی بیماران کلیوی تحت همودیالیز شهر کرج وجود دارد؟ در پژوهش حاضر، متغیرهای پیش بین شامل باورهای فراشناخت، امید به زندگی و کیفیت زندگی و متغیر ملاک شامل افسردگی بیمارستانی بیماران کلیوی تحت همودیالیز می‌باشد.

مواد و روش‌ها

روش پژوهش حاضر همبستگی و از نوع رگرسیونی بود. جامعه آماری پژوهش حاضر همه بیماران کلیوی تحت همودیالیز ساکن شهر کرج مراجعه کننده به سه بیمارستان (شهید رجایی، امام خمینی و البرز) در نیمه اول مهرماه سال ۱۳۹۵، که تعداد آنها برابر ۱۵۰ نفر بود. با استفاده از روش نمونه گیری داوطلبانه تعداد ۱۰۶ نفر نمونه انتخاب شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل داشتن سواد خواندن و نوشتن، عدم وجود بیماری جسمانی دیگری که بر بیماری حاضر (کلیوی) اثرگذار شود، و معیارهای خروج شامل استفاده از داروهای روانگردان، سابقه پیوند کلیه نا موفق، پاسخ ندادن به سوالات

بیماران به دلیل افزایش طول عمر آن‌ها افزایش یافته است، اما بیماری بر زندگی آنها تأثیر گذاشته و در مراحل پیشرفته سبب اختلال در وضعیت عملکردی فرد و تغییراتی در کیفیت زندگی آنان می‌شود. انجام دیالیز و سایر روش‌های درمانی تاحدودی علائم بیماری را کاهش داده و سبب بهبود شیوه زندگی بیماران شده است، با این حال کیفیت زندگی بیماران تحت تأثیر بیماری و عوارض درمان قرار گرفته و بسیاری از بیماران با ناتوانی مواجه می‌شوند (۲۲). کاهش کیفیت زندگی در بیماران تحت همودیالیز ممکن است ابعاد مختلف زندگی فرد را تحت تأثیر قرار دهد و توانایی او را جهت انجام فعالیت‌های روزمره کاهش دهد (۲۳).

از سوی دیگر بروز نارسایی کلیوی می‌تواند منجر به وابستگی فرد به دیگران، کاهش اعتماد به نفس و احساس تنهایی شود و بعد روانی - اجتماعی کیفیت زندگی فرد را متأثر سازد (۲۴). عملکرد خانوادگی، اجتماعی و روانی بیماران تحت همودیالیز ممکن است تحت تأثیر خستگی، اضطراب و اختلالات عصبی - هورمونی قرار گیرد (۲۵) که در نتیجه تغییراتی در ساختار و عملکرد خانواده ایجاد می‌شود و این تغییرات می‌تواند بعد خانوادگی زندگی فرد را تحت تأثیر منفی خود قرار داده و منجر به نامطلوب شدن بعد اجتماعی کیفیت زندگی شود (۲۴). مطالعه‌ای نشان داد که با ابتلا به نارسایی مزمن کلیوی و شروع دیالیز، کیفیت زندگی بیماران کاهش می‌یابد (۲۶). مطالعه‌ای دیگر به وجود ارتباط بین پایین بودن کیفیت زندگی بیماران با افت عملکرد کلیه اشاره کردند (۲۷). به نظر می‌رسد تغییر در کیفیت زندگی و کاهش آن بر میزان امید به زندگی بیماران مزمن اثر می‌گذارد. تحقیقی نشان داد که رابطه مثبت و معنی داری بین امید به زندگی و کیفیت زندگی وجود دارد (۲۸). همودیالیز اثرات منفی بر کیفیت زندگی بیماران بخصوص در بیماران مبتلا با میزان هموگلوبولین و پروتئین نرمال شده کاتابولینی پایین دارد (۲۰).

در مرور مطالعات مربوط به امید نشان داد که سطوح بالای امید با سلامت جسمی و روانشناختی، خود ارزشی بالا،

قرار دادند. در پژوهش حاضر پایایی آزمون با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۶ بدست آمد.

پرسشنامه امید به زندگی اشنايدر: مقیاس ۱۲ سوالی توسط اشنايدر و همکاران طراحی شده و بصورت خودسنجی می‌باشد. برای پاسخ دادن به هر سوال، پیوستاری از ۱ تا ۴ (کاملاً غلط تا کاملاً درست) در نظر گرفته شده است. برای تکمیل پرسشنامه ۲ تا ۵ دقیقه وقت لازم است. سوالات ۳، ۵، ۷ و ۱۱ انحرافی بوده و نمره گذاری نمی‌شوند و مربوط به حواس پرتی اند. سوالات ۱، ۴، ۶ و ۸ مربوط به خرده مقیاس راهبردی و سوالات ۲، ۹، ۱۰ و ۱۲ مربوط به خرده مقیاس عاملی می‌باشد. نمره امید حاصل جمع این دو خرده مقیاس می‌باشد. بنابراین مجموع نمرات بین ۸ تا ۳۲ قرار می‌گیرد و نمره ۲۲ به عنوان نقطه برش پیشنهاد شده است. همسانی درونی کل آزمون ۰/۷۴ تا ۰/۸۴ است و اعتبار بازآزمون ۰/۸۰ در دوره‌های بیشتر از ۸ تا ۱۰ هفته گزارش شده است (۳۳). جهت روایی همبستگی نمرات آن با نمرات پرسشنامه‌های خوش بینی، انتظار دستیابی به هدف، و عزت نفس محاسبه و بین ۰/۵۰ تا ۰/۶۰ گزارش شده است (۳۴).

پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران کلیوی تحت دیالیز فرانس و پاورس (Ferrans & powers quality of life index dialysis version): این پرسشنامه توسط فرانس و پاور ساخته و طراحی شده است که از دو قسمت تشکیل گردیده است. قسمت اول، گویه‌هایی که رضایت بیماران را اندازه‌گیری می‌کند و قسمت دوم میزان اهمیتی که آن‌ها برای هر یک از گویه‌ها قائل هستند. این پرسشنامه براساس مقیاس لیکرت ۶ گزینه‌ای درجه بندی شده است. و شامل ۶۸ گویه می‌باشد. این ابزار چهار بعد کیفیت زندگی: سلامتی و عملکرد (۱۴ گویه)، اقتصادی - اجتماعی (۸ گویه)، روانی - معنوی (۷ گویه) و خانوادگی (۵ گویه) را مورد سنجش قرار می‌دهد. رامبد و رفیعی اعتماد این پرسشنامه را با استفاده از روش آزمون مجدد به ترتیب ۰/۹۰ و ۰/۸۵ گزارش کرده‌اند (۳۵). جهت تعیین

پرسشنامه بود. مشارکت کنندگان تحقیق (با توجه به شرایط حادث فرد در زمان مراجعه به بیمارستان برای فرآیند همودیالیز، پس از درخواست محقق و کسب رضایت شفاهی بیمار جهت همراهی در طرح پژوهشی، پرسشنامه‌های تحقیق به افراد داوطلب ارائه شد. از آنها خواسته شد تا جهت تحویل با محقق هماهنگی‌های لازم را انجام دهند) پرسشنامه‌ها مولفه‌های فراشناخت، امید به زندگی، کیفیت زندگی و افسردگی بیمارستانی را تکمیل کردند. برای بررسی فرضیه‌های تحقیق از آزمون رگرسیون همزمان استفاده شد.

ابزار گردآوری اطلاعات

پرسشنامه باورهای فراشناخت (MCQ-30): این پرسشنامه توسط ولز و کاترایت - هاتو (۲۰۰۴) تدوین شده است و دارای ۳۰ سوال در مقیاس لیکرت چهار درجه‌ای شامل (موافق=۱، کمی موافقم=۲، تقریباً موافقم=۳ و کاملاً موافقم=۴) است. این پرسشنامه حیاط‌های شناختی را در پنج مقیاس جداگانه تحت عنوان: ۱- باورهای مثبت، ۲- کنترل ناپذیری خطر افکار (باورهای منفی درباره نگرانی)، ۳- باورهای مربوط به کفایت شناختی (اطمینان به حافظه)، ۴- باوره درباره ضرورت کنترل افکار و ۵- خود آگاهی شناختی، اندازه می‌گیرد (۱۲). ضریب همسانی دورنی به روش آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۹۳ و برای حیاط‌های پنج‌گانه از ۰/۷۲ تا ۰/۹۳ محاسبه شده است. اعتبار بدست آمده به روش بازآزمایی نیز برای کل سوالات ۰/۷۴ و برای حیاط‌های باورهای مثبت درباره نگرانی ۰/۷۹، باورهای منفی درباره نگرانی ۰/۵۹، باورهای مربوط به کفایت شناختی ۰/۶۹، باور درباره ضرورت کنترل افکار ۰/۷۴ و خودهوشیاری شناختی ۰/۸۷ محاسبه گردیده است. روایی همگرایی این پرسشنامه با استفاده از پرسشنامه‌های اسپیلبرگر و نگرانی ایالت پنسیلوانیا، به ترتیب ۰/۷۳ و ۰/۶۹ محاسبه و مورد تایید قرار گرفته است (۳۰). شیرین زاده دستگردی، گودرزی، رحیمی و نظیری (۳۱) و ثابت (۳۲) روایی این آزمون از را مورد تایید

حاضر بخش سوالات افسردگی بیمارستانی مورد استفاده قرار گرفت و پایایی آزمون افسردگی بیمارستانی با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۷۹ بدست آمد.

پس از توجیه شرکت کنندگان، نمونه‌گیری به روش آسان انجام شد. برای این منظور بر اساس اهداف و روند پژوهش حاضر، در مورد محرمانه بودن پاسخ‌ها به شرکت کنندگان تأکید شد و رضایت شفاهی از آنها کسب گردید. سپس پرسشنامه‌ها بدون ذکر نام به آنها تحویل گردید تا پس از تکمیل با محققان برای عود آن هماهنگ شوند. پرسشنامه‌ها پس از تکمیل و عودت بیماران جمع وردی و در نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ وارد و با استفاده از آماره های توصیفی و رگرسیون همزمان تحلیل گردید.

یافته ها

یافته های توصیفی نشان داد که کمترین افراد نمونه تحقیق حاضر را مردان تشکیل داده اند. همچنین بیشتر افراد کمتر از یک سال سابقه همودیالیز داشته و اکثراً متأهل بوده اند. بیشترین تعداد نمونه با تحصیلات دیپلم و زیر دیپلم بوده و بیشتر دامنه سنی بین ۲۸ تا ۳۳ سال بوده و در حال همودیالیز شدن بوده اند. جدول ۱ ویژگی های جمعیت شناختی نمونه تحقیق را بیان می کند.

اعتماد علمی آن از روش آزمون مجدد استفاده شده (I=۹۹/۹). فرانس و پاور با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ در سال های ۱۹۸۵ و ۱۹۹۲ به ترتیب ۰/۹ و ۰/۹۳ گزارش کرده اند (۳۶). فردینمهر، فرج زادگان و همکاران آلفای کرونباخ کل پرسشنامه را برابر با ۰/۸۵ دانستند (۳۷). در پژوهش حاضر پایایی آزمون کیفیت زندگی بیماران کلیوی تحت همودیالیز با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳ بدست آمد.

پرسشنامه افسردگی و اضطراب بیمارستانی (Hospital Anxiety and Depression Scale): این پرسشنامه دارای ۱۴ گویه و بصورت خود گزارش دهی طراحی شده است. مقیاس نمره‌گذاری به صورت یک طیف چهار درجه- ای لیکرت (اغلب اوقات، مدت زمان زیادی، گاهی اوقات، هیچوقت) طراحی شده است. کاویانی و شریفی (۳۸) پایایی و روایی مقیاس اضطراب و افسردگی بیمارستانی را مورد بررسی قرار دادند و روایی پرسشنامه را با آلفای ۰/۷۰ در خرده مقیاس افسردگی و آلفای ۰/۸۵ در خرده مقیاس اضطراب با استفاده از روش آزمون مجدد گزارش کردند. روایی براساس چند نوع روایی (صوری، محتوایی، همزمان) ارزیابی و مناسب تشخیص داده شد. همچنین یایی از طریق بازآزمون معادل ۰/۹۱ بدست آمده است. در پژوهش

جدول ۱. ویژگی های جمعیت شناختی نمونه تحقیق

جنسیت	تعداد فراوانی در نمونه تحقیق	درصد فراوانی	وضعیت تأهل	تعداد فراوانی در نمونه تحقیق	درصد فراوانی	سن	تعداد فراوانی در نمونه تحقیق	درصد فراوانی
زن	۵۵	۵۱/۹	مجرد	۳۶	۳۴	کمتر از ۲۷ سال	۳۱	۲۹/۲
مرد	۵۱	۴۸/۱	متأهل	۷۰	۶۶	۲۸ تا ۳۳ سال	۳۲	۳۰/۲
			دیپلم و زیر آن	۳۸	۳۵/۸	۳۹ تا ۴۴	۲۲	۲۰/۸
			تحصیلات	۲۳	۲۱/۷	بالای ۴۰	۲۱	۱۹/۸
			لیسانس	۲۸	۲۶/۴	کمتر از ۱ سال	۵۷	۵۳/۸
			فوق لیسانس و بالاتر	۱۷	۱۶	سابقه دیالیز	۲۱	۱۹/۸
						بین ۲ تا ۴ سال	۲۸	۲۶/۴
						بیش از ۵ سال		

باورهای فراشناخت، اطمینان شناختی پایین، باورهای فراشناختی غیر قابل کنترل و باورهای منفی کلی در مورد افکار رابطه مثبت و معنی‌دار و بین خود آگاهی شناختی و باورهای فراشناختی مثبت نگرانی رابطه منفی معنی‌دار با افسردگی بیمارستانی داشته‌اند (جدول ۲).

براساس یافته‌های پژوهش حاضر بین ابعاد باورهای فراشناخت و افسردگی بیمارستانی همبستگی $0/578$ وجود داشته و واریانس مشترک بین دو متغیر $33/4$ درصد می‌باشد. همچنین حداقل یکی از ابعاد باورهای فراشناخت دارای توان پیش بینی معنی‌دار افسردگی بیمارستانی بوده است ($P < 0/01$ و $F = 2/562$). بر همین اساس از بین ابعاد

جدول ۲. نتایج تحلیل رگرسیون همزمان پیش بینی افسردگی بیمارستانی براساس ابعاد باورهای فراشناخت

مدل	R	R ²	F ضریب	معنی داری	ضرایب غیر استاندارد		ضرایب استاندارد	تأثیر	معنی داری
					B	بتا			
	0/578	0/334	2/562	0/000					
متغیر ملاک	عدد ثابت				12/827	85/543		6/670	0/000**
	اطمینان شناختی پایین				0/412	1/267		3/071	0/02*
افسردگی	باورهای فراشناختی غیر قابل کنترل				0/361	1/019		2/821	0/023*
بیمارستانی	خودآگاهی شناختی				1/152	-2/670		-2/318	0/004**
	باورهای فراشناختی مثبت نگرانی				0/972	-2/546		-1/620	0/000**
	باور منفی کلی در مورد افکار				0/091	0/235		2/315	0/036**

**P < 0/01 و *P < 0/05

همبستگی $0/258$ وجود داشته است. واریانس مشترک بین دو متغیر $6/7$ درصد بوده است. یکی از ابعاد امید به زندگی دارای توان پیش بینی معنی‌دار افسردگی بیمارستانی بوده است ($P < 0/05$ و $F = 3/683$). بر همین اساس تنها بعد انگیزش رابطه منفی معنی‌دار با افسردگی بیمارستانی داشته است.

با توجه به جدول ۳ می‌توان چنین بیان کرد که بین افسردگی بیمارستانی و بعد گذرگاه رابطه معناداری وجود نداشت، ولی بین افسردگی بیمارستانی با انگیزش رابطه منفی معناداری $0/05$ وجود داشته است. همچنین نتایج جدول ۴ داده‌ها حاکی از آن است بین ابعاد امید به زندگی (گذرگاه و انگیزش) و افسردگی بیمارستانی

جدول ۳. ضریب همبستگی پیرسون بین ابعاد امید به زندگی (گذرگاه و انگیزش) و افسردگی بیمارستانی

انگیزش	گذرگاه	ضریب همبستگی پیرسون	افسردگی بیمارستانی
-0/237	0/099	سطح معناداری	
0/014*	0/314	تعداد کل نمونه	
106	106		

جدول ۴. نتایج تحلیل رگرسیون همزمان پیش بینی افسردگی بیمارستانی براساس ابعاد امید به زندگی

مدل	R	R ²	F	معنی داری	ضرایب غیر استاندارد		ضرایب استاندارد	تضریب	معنی داری
					B	بتا			
	-۰/۲۵۸	۰/۰۶۷	۳/۶۸۳	۰/۰۲۹					
عدد ثابت					۲/۶۶۵	۲۵/۹۰۴		۹/۷۲۰	۰/۰۰۰
گذرگاه					۰/۱۴۹	-۰/۱۵۹		-۱/۰۷۱	۰/۲۸۷
انگیزش					۰/۲۳۶	-۰/۵۹۲		-۲/۵۰۸	۰/۰۱۴

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که بین ابعاد کیفیت زندگی و افسردگی بیمارستانی همبستگی ۰/۲۵۸ وجود داشته است. واریانس مشترک بین دو متغیر ۶/۷ درصد است. یکی از مولفه های کیفیت زندگی دارای توان پیش بینی معنی دار افسردگی بیمارستانی بوده است ($P < ۰/۰۱$) و

($F = ۰/۵۶۶$). بر همین اساس از بین مولفه های کیفیت زندگی مولفه های اقتصادی و اجتماعی رابطه منفی معنی دار با افسردگی بیمارستانی داشته و سایر مولفه ها (سلامتی و عملکرد، وضعیت روانی و معنوی و خانوادگی رابطه مثبت معنی داری با افسردگی بیمارستانی داشته اند.

جدول ۵. نتایج تحلیل رگرسیون همزمان پیش بینی افسردگی بیمارستانی براساس کیفیت زندگی

مدل	R	R ²	ضریب F	معنی داری	ضرایب غیر استاندارد		ضرایب استاندارد	تضریب	معنی داری
					B	بتا			
	-۰/۱۴۸	۰/۰۲۲	۰/۵۶۶	۰/۰۰۷					
عدد ثابت					۵/۱۷۱	۱۳/۹۹۳		-	۲/۷۰۶
سلامتی و عملکرد					۰/۱۹۳	۰/۲۳۹		۰/۱۲۶	۱/۲۳۷
اقتصادی و اجتماعی					۰/۲۵۹	-۰/۱۴۶		-۰/۰۷۰	۰/۵۶۴
روانی - معنوی					۰/۱۹۰	۰/۰۹۹		۰/۰۶۵	۰/۵۲۴
خانوادگی					۰/۰۹۱	۰/۰۷۵		۰/۰۸۴	۰/۸۲۷

بحث

این پژوهش با هدف تعیین رابطه بین باورهای فراشناخت، امید به زندگی و کیفیت زندگی با افسردگی بیمارستانی بیماران تحت همودیلیز شهر کرج صورت پذیرفت. از بین ابعاد باورهای فراشناخت اطمینان شناختی پایین، باورهای فراشناختی غیر قابل کنترل و باورهای منفی کلی در مورد افکار رابطه مثبت و معنی دار و بین خود آگاهی شناختی و باورهای فراشناختی مثبت نگرانی رابطه منفی معنی دار با

افسردگی بیمارستانی داشته اند. یافته تحقیق حاضر از جهاتی با تحقیقات محققان پیشین همچون سالاری فر و پوراعتماد (۱۱)، مقتدایی و همکاران (۱۶) و حکیم جوادی و همکاران (۱۷) همسو می باشد، چرا که محققان مذکور به وجود ارتباط میان باورهای فراشناخت در جوامع آماری مختلف و همچنین شیوع بالای افسردگی در بین بیماران همودیلیز اذعان داشته اند (۳۹ و ۴۰). در تبیین نتایج تحقیق حاضر می توان چنین بیان کرد که بیماران کلیوی

بیماران کلیوی و همچنین بیماری های مزمن پیشرونده ای همچون سرطان که به نظر مسیر بهبودی سختی برای بیمار در پیش دارد، به نظر می رسد عامل انگیزه مهمترین عامل در مقابله با مولفه های منفی همچون افسردگی است. در صورتی که این مولفه های منفی با محیط درمانی تداعی شود گاه داشتن انگیزه و روحیه بالا نیاز است تا بیمار را در مسیر درمان زیستی موفق کنند.

از بین مولفه های کیفیت زندگی، مولفه اقتصادی و اجتماعی رابطه منفی معنی دار با افسردگی بیمارستانی داشته و سایر مولفه ها (سلامتی و عملکرد، وضعیت روانی و معنوی و خانوادگی رابطه مثبت معنی داری با افسردگی بیمارستانی داشته اند. نتایج تحقیق حاضر از جهاتی با تحقیقات محققین پیشین خلیل و عابد (۱۰) همسو بوده و همخوانی دارد، چراکه محققان مذکور به وجود ارتباط بین کیفیت زندگی با افسردگی بیمارانی اذعان داشتند. کیفیت زندگی موضوعی چند بعدی است و دارای ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی است. این ویژگی با تعریفی که امروزه از سلامتی وجود دارد منطبق است. آنجا که سلامتی را رفاه کامل جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی تعریف می کند. عامل اصلی تعیین کننده کیفیت زندگی عبارت است از تفاوت درک شده بین آنچه هست و آنچه از دیدگاه فرد باید باشد و این همان ذهنی بودن کیفیت زندگی است. همچون با تحقیق صالحی و محمودی فر (۳۹) همخوان می باشد، چراکه هر دو تحقیق به وجود رابطه مثبت حمایت اجتماعی که نمونه آن حمایت خانواده است اذعان داشته اند. تحقیق حاضر نشان داد که ابعاد مختلف کیفیت زندگی با افسردگی بیمارستانی بیماران همودیالیز رابطه دارد. بر همین اساس و با توجه به نتایج جدول (۵) اقتصاد و اجتماعی با افسردگی بیمارستانی رابطه منفی دارد. از همین رو به نظر می رسد بیماران همودیالیزی به دلیل آنکه مجبوراند هزینه های بسیار هنگفتی را برای درمان خود بپردازند و دیالیز آن هم سه بار در هفته هزینه های زیادی را بر دوش خانواده ها می گذارد باعث می شود تا بنیان اقتصادی خانواده تضعیف شده و وضعیت اجتماعی بیماران

در حال دیالیز به دلیل روتین بودن روند درمان تا رسیدن به مرحله پیوند به مرور باورهای منفی را در مورد افکار خود در ذهن پرورش می دهند که آنها را به سمت شرایطی پیش می برد که خلق منفی را در آنها زیاد می کند. همین امر و تداعی افکار منفی و روند طولانی مدت درمان باعث می شود تا فرد از نظر شناختی به نوعی باور کلی در مورد درمان ناپذیری خود دست یابد و همین دوره معیوب شناخت باعث می شود تا اطمینان کمتری به سیر بهبودی خود داشته و زمینه های ادامه اختلالات هیجانی منفی همچون افسردگی فراهم شود. بیمار همودیالیز به دلیل آنکه خود را در محیطی غیر قابل کنترل همچون بیمارستان درک می کند و همایندی روند همودیالیز با دوره های متوالی و هفتگی و سختی های ناشی از درمان را بوجود می آورد و این امر نیز خود چرخه افسردگی بیمارستانی را فعال و با رسیدن به نزدیکی روز دیالیز خود را درمانده و نا کار آمد تر قلمداد می کند. از همین رو و با توجه به یافته حاضر باید مشاوران، روانشناسان سلامت و بالینی و متخصصان در این زمینه به تاثیر باورهای فراشناخت توجه ویژه ای داشته باشند. با کمک و ارجاع بیماران جهت افزایش باورهای مثبت و مقابله کارآمد با باورهای منفی، افسردگی بیمارستانی که ماحصل محیط درمان است را کنترل و آنرا کاهش دهند. این امر سبب می شود تا شاخص های روانی مثبت در افراد پرورش یابد.

از بین مولفه های امید به زندگی تنها بعد انگیزش رابطه منفی معنی دار با افسردگی بیمارستانی در بیماران تحت همودیالیز شهر کرج داشت. عابدی، سودانی، فقیهی و حسین پور (۴۱) از این جهت که هر دو بیماری در طبقه بیماری های مزمن قرار دارند همخوان است. عابدی و همکاران نشان دادند که شیوع اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر زیاد است و افسردگی و اضطراب اثرات بدی بر پی آمد درمان در این بیماران دارد. در تبیین نتایج حاصل از تحقیق حاضر و همسویی با تحقیقات گذشته همچون می توان چنین بیان کرد که بیماری های مزمن پزشکی همچون همودیالیز شدن در

برهمن اساس همراهان بیمار و متخصصان روانشناسی سلامت می‌توانند به بیمار مبتلا به بیماری مزمن پیشرونده پزشکی همچون بیماران همودیالیزی کمک کنند تا مسیر امیدواری را در مقابله با بیماری خود پیدا کرده و با انگیزه کافی به درمان بپردازند. این امر باعث می‌شود تا محیط های بیمارستانی توان لازم را برای افسرده کردن بیمار از دست داده و انرژی و انگیزه لازم افسردگی های بیمارستانی را مغلوب کرده و تعاملات مثبت بیمار با محیط بیمارستانی شکل گیرد. بنابراین می‌توان چنین بیان کرد که ارتقاء کیفیت زندگی باعث می‌شود تا تفاوت محسوسی در روند افکار ناکارآمدی همچون افسردگی بیمارستانی حاصل شده و سیر ایجاد آن کند خواهد شد. بر همین اساس متخصصان روانشناسی سلامت خواهد توانست تا به بیماران همودیالیز در ارتقاء کیفیت زندگی کمک کرده و آنها را در روند بیماری یاری رسانند. در صورتی که متخصصان روانشناسی سلامت بالینی بتوانند وضعیت روانی و معنوی بیماران را ارتقاء دهند، خواهند توانست کیفیت زندگی آنها را نیز ارتقاء و بهبود دهند.

همچون سایر مطالعات، این مطالعه نیز دارای محدودیت هایی است که باید مورد توجه قرار گیرد. نخست آنکه این مطالعه از نوع مطالعات مقطعی است که محدودیت های مخصوص به خود را داراست. همچنین، از آنجا که محیط پژوهش و نمونه گیری منحصر به شهر کرج بوده است در تعمیم نتایج باید با احتیاط عمل کرد.

با توجه به نتایج این مطالعه و نیز با توجه به محدودیت های آن، پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده، از طریف مطالعات طولی، خانواده های مبتلایان به بیماری های کلیوی تحت همودیالیز نیز مورد بررسی و پایش قرار گیرند. به علاوه پیشنهاد می‌شود تا مداخلات مبتنی بر فراشناخت و رواندرمانی مثبت نگر برای این بیماران در حین درمان همودیالیز صورت گیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود انگیزه های درمانی در ابتدا توسط متخصصان درمانی برای بیمار همودیالیز ایجاد شده و مسیرهای انگیزه دهی در مسیر درمان به بیمار داده شود. و در نهایت

را از سطح موجود خود کاهش دهد. بر همین اساس در صورتی که موقعیت اقتصادی فرد بیمار دچار تزلزل شود میزان افسردگی آنها به دلیل عدم توانستن تامین هزینه ها افزایش می‌یابد و براساس دیدگاه یادگیری این امر به مرور نسبت به موقعیت بیمارستان شرطی شده و فرد افسردگی خود را به محیط انتقال می‌دهد و افسردگی بیمارستانی حاصل می‌شود. همچنین یافته تحقیق حاضر با تحقیقاتی بر همین اساس در صورتی که حمایت خانواده یا حمایت های اجتماعی از جانب بیمار ادراک شود سیر بهبودی را افزایش داده و همین امر بر افسردگی بیمارستانی اثر مستقیم خواهد گذاشت.

براساس نتایج پژوهش حاضر پیشنهاد می‌شود که ضمن بکارگیری روانشناسان سلامت در محیط های بیمارستانی، جلسات آموزشی به شیوه کارگاه، مشاوره های فردی و گروهی، بیماران را با حیطه های باورهای فراشناخت آشنا نمایند و نقش آنرا در مسیر درمان بیماری های مزمنی همچون بیماری های کلیوی مشخص نموده و به افراد نحوه بکارگیری مناسب و مثبت از باورهای فراشناخت را آموزش دهند، تا آنها با بکارگیری باورهای فراشناخت به شیوه صحیح بتوانند هیجانات منفی ناشی از بیماری را کاهش دهند. نتایج این تحقیق نشان می‌دهد که محیط های بیمارستانی می‌تواند در بیماران هیجانات منفی را بر انگیزد و سیر درمانی آنها را دچار اختلال نماید. از این رو لازم است که روانشناسان سلامت جهت آشناسازی بیماران با این حیطه و تأمین نیازهای روانشناختی آنها، نسبت به آموزش های کاربردی اقدام نمایند. داشتن روحیه و توان روانی بالا در بیماری های پیشرونده و مزمن پزشکی باعث می‌شود تا میل به تجسم آینده روشن در افراد آنها را برای مقابله های موثر با بیماری آماده کرده و مسیر بهبودی را در این بیماران هموارتر کند. در صورتی که به این بیماران مسیر عاملی در امید به زندگی را به درستی مشخص شود یا آموزش داده شود، به راحتی می‌توانند انگیزه لازم را برای مقابله با بیماری پیدا کرده و نگذارند بیماری باعث تضعیف توان روانی و بروز افسردگی در آنها شود.

2. Singh AK, Brenner BM. Dialysis in the treatment of renal failure. In: Stone RM, Harrison TR, Editors. Harrison's principles of internal medicine. 16th Ed. New York: McGraw Hill; 2005. P: 1664-5.
3. Mahmudi GH, Shariati A, Behnampur N. Relationship between quality of life and coping methods used by hemodialysis patients. J Gorgan Univ Med Sci 2004; 5(12):43-52. (Persian)
4. Navidian A, Arbabi Sarjou A, Kikhai A. Frequency of mental disturbances in hemodialysis patients referred to hemodialysis ward of Khatam-Al-Anbia hospital in Zahedan. J Guilan Univ Med Sci 2006; 15 (58): 61-67. (Persian)
5. Vafaei B, Poor Rahimi F. The role of life stresses in Asthmatic attacks. Urmia Medical J 2004; 15 (2): 142-47. (Persian)
6. Farragher Janine F, Polatajko Helene J, Jassal Sarbjit V. The Relationship between Fatigue and Depression in Adults with End-Stage Renal Disease on Chronic In-Hospital Hemodialysis: A Scoping Review. JPSM 2017; 53(4):783-803.
7. Minden S L. Fatigue in Multiple sclerosis: reducing the impact through comprehensive management International. J of Multiple Sclerosis Care 2000; 4: 43-9.
8. Mogharab M, Hedayati H, Najafi R, Safari M, Amiri S, Adhami S. Prevalence of depression and life events in hemodialysis patients in Vali-Asr hospital in Birjand 2010. Mod Care J. 2011; 8 (3):125-134. (Persian).
9. Akoochekian ShH, Ebrahimi A, Samooei R. Stress and mental disorders in hemodialysis patients. Journal of

پیشنهاد می‌شود سبک های ارتقاء کیفیت زندگی در بیماران همودیالیز بصورت مداخله‌ای توسط روانشناسان سلامت بالینی اجرا و نسبت به تغییر سبک های ناکارآمد همت گماشته شود.

نتیجه گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که افسردگی بیمارستانی بر باورهای فراشناخت، کیفیت زندگی، امید به زندگی و بیماران مزمنی همچون بیماران کلیوی تحت همودیالیز موثر است. به عبارت دیگر به نظر می‌رسد به دلیل آنکه بیماران همودیالیز بیشترین تعامل را با محیط بیمارستانی دارند در صورتی که از باورهای فراشناخت منفی برخوردار باشند می‌توانند به افسردگی‌های وابسته به محیط بیمارستان (افسردگی بیمارستانی) بیشتر دچار شده و جنبه های منفی روانشناختی را در خود پرورش دهند. بر همین اساس روانشناسان سلامت می‌توانند با بکارگیری فنون موثر در بهبود علائم افسردگی بیمارستانی و اصلاح باورهای فراشناخت مخرب و منفی به بیماران همودیالیز در سازگاری با بیماری خود و همچنین کمک به بهبود سریع تر آنها یاری رسانند.

تقدیر و تشکر

بدین وسیله از تمامی بیماران همودیالیزی که صبورانه در این طرح شرکت کرده بودند و همچنین کلیه سازمانها و مراکزی که در اجرای این طرح ما را یاری نمودند، کمال تشکر و قدردانی را داریم.

منابع

1. Zamanzadeh V, Heidarzadeh M, Ashvandi KH, Lak Dizaji C. Relationship between quality of life and social support in hemodialysis patients. J Tabri Univ Med Sci 2007; 29(1):49-54. (Persian)

- children. *J Res Behav Sci* 2013; 11(1): 18-29. (Persian)
17. Hakim Javadi M, Gholamali Lavasani M, Gholamali Lavasani M. Metacognition, Anxiety and Depression among Mothers of Deaf and Normal Preschool and Elementary Students. *Advances in Cognitive Science* 2011; 13(2): 35-46.
18. Unruh ML, Weisbord SD, Kimmel PL. Health-related quality of life in nephrology research and clinical practice. *Semin Dial* 2005; 18(2): 82-90.
19. Lopes A A, Bragg-Gresham JL, Satayathum S, McCullough K, Pifer T, Goodkin DA. Health-related quality of life and associated outcomes among hemodialysis patients of different ethnicities in the United States: the Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS). *Am J Kidney Dis* 2003; 41(3): 605-15.
20. Yang SC, Kuo PW, Wang JD, Lin MI, Su S. Quality of life and its determinants of hemodialysis patients in Taiwan measured with WHOQOL-BREF (TW). *Am J Kidney Dis* 2005; 46(4): 635-41.
21. Perlman RL, Finkelstein FO, Liu L, Roys E, Kiser M, Eisele G, Burrows-Hudson S, Messana JM, Levin N, Rajagopalan S, Port FK, Wolfe RA, Saran R. Quality of life in chronic kidney disease (CKD): a cross-sectional analysis in the Renal Research Institute-CKD study. *Am J Kidney Dis* 2005; 45(4): 658-66.
22. Valderrabano F, Jofre R, Lopez-Gomez JM. Quality of life in end-stage renal disease patients. *Am J Kidney Dis* 2001; 38(3): 443-64.
- Research in Medical Sciences 2002; 6 (4): 300-302. (Persian).
10. Khalil A A, Abed M A. Perceived Social sSupport is a partial mediator of the relationship between depressive symptoms and quality of life in patients receiving hemodialysis. *APNJ* 2014; 28: 114-118.
11. Salarifar M H, Pouretemad H R. The relationship between metacognitive beliefs and anxiety and depression disorder. *Yafte* 2012; 13 (4):29-38. (Persian).
12. Wells A. Practical Guide to Metacognitive Anxiety Therapy. Translator Shahram Mohammad Khani. Tehran: Vera Publishing House; 2009. (Persian)
13. Yilmaz A E, Gencoz T, Wells A. The temporal precedence of metacognition in the development of anxiety and depression symptoms in the context of life-stress: a prospective study. *J Anxiety Disord* 2011; 25(3): 389-396.
14. Wells A, Cartwright-Hatton S A. Short form of the Metacognitions Questionnaire: Properties of theMCQ-30. *Behav Res & Ther* 2004; (42): 385-396.
15. Ashoori J. The Effects of Metacognitive Therapy on Generalized Anxiety Disorder and Depression among Patients with Type II Diabetes. *Journal of Diabetes Nursing*. 2015; 3 (2):19-29. (Persian)
16. Moghtadaei K, Salehi M, Salamat M, Mohammadian Y, Honjani E. Relationship between metacognition with anxiety and depression in mothers of children with attention deficit and hyperactivity disorder(ADHD) compared with mothers of normal

31. Shirinzade Dastgiri S, Googarzi M A, Rahimi C, Nazari G. Study of Factor Structure, Validity and Reliability of Metacognition Questionnaire-30. *Journal of Psychology* 12:445-461. (Persian)
32. Sabet M. Standardization of Welsh metacognition test. *Journal of New Thoughts in Educational Science* 2011; 6(3); 27-49. (Persian)
33. Snyder C R, Lopez S J. *Positive psychology: the scientific and practical explorations of human strengths*. New York, Sage publication Inc.; 2007.
34. Snyder CR. Hope theory: Rainbows in the mind. *Psychology Inquiry* 2002; 13: 249-75.
35. Rambod M, Raffi F. Perceived social support and quality of life in Iranian Hemodialysis patients. *Journal of Nursing Scholarship* 2010;42(3); 242-249.
36. Ferrans CE, Powers MJ. Quality of life of hemodialysis patients. *ANNA J* 1993; 20(5): 575-81.
37. Fardinmehr O, Farajzadegan Z, Naini AE, Mortazavi M, Gholamrezaei A. The Validity and Reliability of the Persian Version of Kidney Disease Quality of Life Questionnaire-Short Form (KDQOL-SF) in Iranian Patients. *Journal of Isfahan Medical School*. 2012; 29 (165). (Persian)
38. Kaviani H, Seyfourian H, Sharifi V, Ebrahimkhani N. Reliability and validity of Anxiety and Depression Hospital Scales (HADS):Iranian patients with anxiety and depression disorders. *Tehran University Medical Journal* 2009; 67(5): 379-385. (Persian)
39. Masoudi Alavi N, Sharifi K, Aliakbarzadeh Z. Depression and anxiety in patients' undertaken renal
23. Kutner NG. Quality of life and daily hemodialysis. *Semin Dial* 2004; 17(2): 92-8.
24. Al-Arabi S. Quality of life: subjective descriptions of challenges to patients with end stage renal disease. *Nephrology Nursing Journal* 2006; 33(3): 285-298.
25. Kimmel PL. 2000. Psychosocial factors in adult end-stage renal disease patients treated with hemodialysis: correlates and outcomes. *Am J Kidney Dis* 2000; 35(1):132-40.
26. Walters BA, Hays RD, Spritzer KL, Fridman M, Carter WB. Health-related quality of life, depressive symptoms, anemia, and malnutrition at hemodialysis initiation. *Am J Kidney Dis* 2002; 40(6): 1185-94.
27. Rocco MV, Gassman JJ, Wang SR, Kaplan RM. Cross-sectional study of quality of life and symptoms in chronic renal disease patients: the Modification of Diet in Renal Disease Study. *Am J Kidney Dis* 1997; 29(6): 888-96.
28. Kazemi mehrangiz SH, Momeni Javid M. Relationship between quality of life & hope in breast cancer patients after surgery. *Iranian Journal of Breast Diseases* 2009; 2(3, 4). 20-27.
29. Banson W. The role of hope and study skills in predicting test anxiety level of university students high school and psychological health, self-esteem, positive thinking and social communication. Master of Science degree thesis. Department of educational sciences. Middle East Technical University; 2006.
30. Salarifar M H. Metacognitive beliefs, inhibitors or facilitators of concern and self-regulatory education. Unpublished doctorate dissertation, Shahid Beheshti University. (Persian).

anxiety in Hemodialysis patients. IJNR. 2014; 9 (1):33-39. (Persian)

replacement therapy in Kashan during 2008. Feyz 2009; 12 (4):46-51.

40. Salehi K, Mahmodifar Y. Relationship between social support and depression,

Archive of SID

Cite this article as:

Oraki M, Bayat Sh, Najafi M T, Noor Mohammadi A. The Relationship between Metacognition Beliefs, Life Expectancy and Quality of Life and Hospital Depression in Kidney Patients Undergoing Hemodialysis in the City of Karaj. Sadra Med Sci J 2018; 6(2): 87-100.