

The Effectiveness of Mindfulness-based Cognitive Therapy on Reducing Pain Intensity and Death Anxiety among Patients undergoing Dialysis: A Pilot study

Laleh Aljalil¹, Ramezan Hasanzadeh^{2*}, Seyedeh-Olia Emadian³

1. Ph.D. student, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran.
2. Professor, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran.
3. Assistant Professor, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran.

***Corresponding Author:** Ramezan Hasanzadeh, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran.

Email: hasanzadeh@iausari.ac.ir

Received: 22 December 2020

Accepted: 21 January 2021

Published: 8 February 2021

How to cite this article:

Ale-Jalil L, Hasanzadeh R, Emadian SO. The Effectiveness of Mindfulness-based Cognitive Therapy on Reducing Pain Intensity and Death Anxiety among Patients undergoing Dialysis: A Pilot study. *Salamat Ijtimai (Community Health)*. 2021; 8(1): 116-124. DOI: <http://doi.org/10.22037/ch.v8i1.31348>.

Abstract

Background and Objective: Patients with renal failure are more prone to depression than others and have higher death anxiety. The aim of this study was to determine the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on reducing pain intensity and death anxiety among patients undergoing dialysis.

Materials and Methods: This study was semi-experimental and in the form of a pretest-posttest design with a control group. The statistical population of this study consisted of all patients who were referred to dialysis ward of Al-Jalil hospital in Aqqala city in the first quarter of 2019, among whom 22 patients were selected by convenience sampling method and randomly assigned to experimental and control groups. First, a pre-test was held. The experimental group then received mindfulness-based cognitive therapy for eight sessions of 90 minutes, and the control group did not receive any training. Then the post-test was held. Data collection tools were pain intensity and death anxiety questionnaires. Data were analyzed using univariate covariance analysis, and the above statistical analysis was performed using SPSS.22 software. The significance level of the tests was 0.05.

Results: In the experimental group, the mean (SD) of death anxiety decreased from 10.0 (1.5) in the pre-test to 6.3 (1.1) in the post-test ($P<0.001$). Also, in the experimental group, the mean (SD) pain intensity decreased from 31.7 (7.8) in the pre-test to 22.9 (6.5) in the post-test ($P<0.001$). There was no significant difference between the mean (SD) of death anxiety scores and pain intensity in the control group in pre-test and post-test.

Conclusion: The study showed that mindfulness-based cognitive therapy reduced pain intensity and death anxiety in dialysis patients.

Keywords: Mindfulness, Pain intensity, Death anxiety, Dialysis patients.

Conflict of Interest: None of the authors has any conflict of interest to disclose.

Ethical publication statement: We confirm that we have read the Journal's position on issues involved in ethical publication and affirm that this report is consistent with those guidelines.

Ethical code: IR.IAU.SARI.REC.1398.025.

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش شدت درد و اضطراب مرگ در بیماران دیالیزی: یک مطالعه راهنما

لاله آل جلیل^۱، رمضان حسن زاده^{۲*}، سیده علیا عمادیان^۳

۱. دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.
۲. استاد، گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.
۳. استادیار، گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.

* نویسنده مسئول: رمضان حسن زاده، گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.

Email: hasanzadeh@iausari.ac.ir

تاریخ پذیرش: بهمن ۱۳۹۹

تاریخ دریافت: دی ۱۳۹۹

چکیده

زمینه و هدف: بیماران کلیوی نسبت به سایر افراد بیشتر دچار افسردگی بوده و از اضطراب مرگ بالاتری برخوردار هستند. این مطالعه با هدف تعیین اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش شدت درد و اضطراب مرگ در بیماران دیالیزی انجام شد.

روش و مواد: این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی و در قالب طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر را تمامی بیماران مراجعه کننده به بخش دیالیز بیمارستان آل جلیل شهرستان آق قلا در سه ماهه اول سال ۱۳۹۸ تشکیل دادند که از بین آنها تعداد ۲۲ نفر، به صورت در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و گواه گمارده شدند. ابتدا پیش آزمون برگزار شد. بعد گروه آزمایش به مدت هشت جلسه ۹۰ دقیقه ای تحت درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی قرار گرفت و گروه گواه آموزشی دریافت نکرد. سپس پس آزمون برگزار شد. ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه های شدت درد و اضطراب مرگ بود. داده ها با استفاده از روش تحلیل کوواریانس تک متغیره استفاده شد و تحلیل های آماری فوق با بهره گیری از نرم افزار SPSS-22 به اجرا درآمد. سطح معناداری آزمون ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته ها: میانگین (انحراف معیار) سن گروه درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی، (۶/۸) ۳۵/۹ و گروه گواه، (۶/۲) ۳۶/۸ سال بود. در گروه آزمایش میانگین (انحراف معیار) اضطراب مرگ از (۱/۵) ۱۰ در پیش آزمون به (۱/۱) ۶/۳ در پس آزمون کاهش یافت (P<۰/۰۰۱). همچنین در گروه آزمایش میانگین (انحراف معیار) شدت درد از (۷/۸) ۳۱/۷ در پیش آزمون به (۶/۵) ۲۲/۹ در پس آزمون کاهش یافت (P<۰/۰۰۱). میانگین (انحراف معیار) نمرات اضطراب مرگ و شدت درد گروه گواه در پیش آزمون و پس آزمون تفاوتی نداشت.

نتیجه گیری: مطالعه نشان داد که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی منجر به کاهش شدت درد و اضطراب مرگ در بیماران دیالیزی شد.

واژگان کلیدی: ذهن آگاهی، شدت درد، اضطراب مرگ، بیماران دیالیزی.

بیماران مبتلا به بیماری کلیوی نسبت به سایر افراد بیشتر دچار افسردگی بوده و از کیفیت زندگی پایین تری برخوردار هستند (۱)، همچنین این بیماران علاوه بر تطابق با بیماری کلیوی خود، باید با تنش های متعددی از جانب همسر، خانواده، شغل و اجتماع سازش پیدا کنند (۲). هر نوبت دیالیز چهار ساعت و سه بار در هفته انجام می شود و اغلب بیماران از خستگی، گرفتگی عضلات و سردرد بعد از دیالیز رنج می برند، علاوه بر موارد فوق آسیب های فیزیکی و مشکلات جسمانی افراد دیالیزی بسیار زیاد است و عواقب این بیماری بسیار پرزحمت و طولانی است (۳).

از جمله ناراحتی هایی که بیش از ۵۰٪ بیماران دیالیزی بیان کرده اند، تجربه نوعی از درد است (۴). درد پدیده ای است که توسط هر فرد در طول زندگی تجربه می شود. درد مزمن به عنوان ادراک ذهنی فرد از احساس ناگواری است که حداقل سه ماه باقی می ماند. درد پدیده پیچیده ای است که عوامل زیستی، روان شناختی و اجتماعی روی آن اثر دارد (۵). طبق تعریف انجمن بین المللی مطالعه درد، درد تجربه حسی یا هیجانی ناخوشایندی است که با آسیب واقعی یا بالقوه مرتبط است و دارای دو بعد است، بعد حسی و بعد عاطفی. بعد حسی درد به شدت درد اشاره دارد و بعد عاطفی آن به میزان ناخشنودی که یک فرد تجربه می کند، اطلاق می گردد. همچنین از نظر طول مدت به دو دسته تقسیم می شوند: درد حاد و درد مزمن. درد حاد معمولاً نتیجه بیماری یا صدمه است که کمتر از سه ماه ادامه پیدا می کند، اما درد مزمن به مدت حداقل سه ماه تداوم می یابد که می تواند با آسیب بافتی همراه باشد (۶).

شیوع اضطراب در بیماران دیالیزی داخل کشور ۲۰ تا ۶۰٪ است (۷). طول مدت درمان و نقص در عملکرد سیستم حمایتی بیماران دیالیزی منجر به ناتوانی آنان در تطابق با موقعیت های تنش زا و افزایش اضطراب می گردد (۸). انواع اضطراب بر اساس منشاء دسته بندی شده اند. اضطراب مرگ یکی از مهم ترین آنها می باشد، اضطراب مرگ به صورت واکنش های هیجانی منفی برانگیخته شده که ناشی از پیش بینی فرد از این که دیگر وجود نخواهد داشت، تعریف می شود اگر چه انسان در این فکر است که شیوه های سازگارانه خود را برای مقابله با اضطراب مرگ افزایش دهد، اما وجود دوره های استرس شدید و مخرب که سلامت خود فرد را تهدید می کند می تواند نتیجه بکارگیری شیوه های ناکارآمد و آسیب شناسی مقابله ای برخی افراد باشد. اضطراب مرگ به عنوان یک مفهوم مهم در زمینه های مختلف مانند مراقبت از بیماران مزمن، مراقبت های روانی، غربالگری سرطان در افراد سالم اجتماع، مراقبت در تروما و شریط بحرانی و کودکان و افرادی که در آنها شرایط تشخیص مخاطره آمیز مطرح باشد در نظر گرفته می شود (۹).

از جمله روش های درمانی در جهت بهبود شدت درد و اضطراب مرگ بیماران دیالیزی، درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی می باشد. تمرین ها و فنون شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به فرد کمک می کند نسبت به فعالیت های روزانه خود و همچنین به کارکرد خودکار ذهن در گذشته و آینده آگاهی پیدا کرده و از طریق آگاهی لحظه به لحظه از افکار و احساسات بر آنها کنترل پیدا می کند (۱۰). به صورتی که از ذهن خودکار متمرکز بر گذشته و آینده رها شوند (۱۱). ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی کمک می کند که درد از افکار دردآور جدا شود. بنابراین به مرور این ظرفیت به وجود می آید که افکار و احساسات بدنی پریشان بدون واکنش به آنها دور شوند. افراد یاد می گیرند که به افکار خود نگاه کنند به عقب برگردند و به افکار جایگزین بنگرند (۱۲). در حقیقت وقتی ذهن آگاهی افزایش می یابد توانایی افراد برای عقب ایستادن و مشاهده کردن حالت هایی مانند اضطراب و افسردگی افزایش می یابد، در نتیجه آنها می توانند خود را از الگوهای رفتاری خود به خود رها کرده و از طریق درک و دریافت مجدد، با حالت هایی همچون اضطراب و ترس کنترل نشوند، بلکه می توانند از اطلاعات برخاسته از این حالت ها استفاده کرده و با هیجانات همراه شده و در نتیجه بهزیستی روانشناختی و کیفیت زندگی خود را افزایش دهند (۱۳).

درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی می تواند، یک ساختار ادراکی برای کمک به بیماران در جهت پذیرش مشکلات خود فراهم کند، بر اساس آن چه گفته شد و با توجه به شیوع رو به رشد بیماری های کلیوی و به تبع آن مشکلات روانی ناشی از شرایط بیماری و نقش قابل توجه عوامل روان شناختی در فرایند درمان و سلامت جسمانی بیماران تحت درمان با همودیالیز

، ضروری است که مداخلات مؤثری برای کمک به بیمارانی که با این مشکلات روبه رو هستند ایجاد شود. تاکنون مطالعات اندکی در رابطه با اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر روی بیماران دیالیزی انجام گرفته است. لذا بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی برای برگرداندن سلامت روان به بیماران و همچنین بهبود سلامت جسمانی آنها از اهمیت و ضرورت برخوردار است. بنابراین هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش شدت درد و اضطراب مرگ در بیماران دیالیزی بود.

روش و مواد

این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی و در قالب طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر را تمامی بیماران مراجعه کننده به بخش دیالیز بیمارستان آل جلیل شهرستان آق قلا در سه ماهه اول سال ۱۳۹۸ تشکیل دادند که از بین آنها، تعداد ۲۲ بیمار دیالیزی واجد شرایط که داوطلب شرکت در مطالعه شدند، به صورت در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و گواه گمارده شدند. ابتدا پیش آزمون برگزار شد. سپس گروه آزمایش به مدت هشت جلسه ۹۰ دقیقه ای تحت آموزش گروهی برنامه درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی قرار گرفت و گروه گواه آموزشی دریافت نکرد. در مرحله بعد، برای دو گروه پس آزمون برگزار شد. ملاک‌های ورود به مطالعه شامل حداقل طول مدت دیالیز سه ماه، داشتن سطح سواد حداقل راهنمایی و تمایل و رضایت آگاهانه به شرکت در طرح پژوهشی و عدم داشتن بیماری‌های اعصاب و روان به گونه‌ای که تحت معالجه پزشکی اعصاب و روان باشند و عدم سابقه مصرف داروهای ضدافسردگی و عدم ابتلا به بیماری‌های جسمی دیگر به جز دیابت چرا که اغلب بیماران دیالیزی دیابت دارند بود. ملاک‌های خروج نیز شامل غیبت یک جلسه و پاسخ ناقص به پرسشنامه بود.

ملاحظات اخلاقی پژوهش حاضر به شرح ذیل بودند: تمامی افراد به صورت کتبی اطلاعاتی در مورد پژوهش دریافت کرده و در صورت تمایل در پژوهش مشارکت می‌نمودند. این اطمینان به افراد داده شد که تمام اطلاعات محرمانه هستند و برای امور پژوهشی مورد استفاده قرار خواهند گرفت. به منظور رعایت حریم خصوصی، نام و نام خانوادگی شرکت‌کنندگان ثبت نشد.

پرسشنامه شدت درد: این پرسشنامه توسط Von Korff, Le Resche, & Dworkin در سال ۱۹۹۰ برای اندازه‌گیری شدت درد مزمن ساخته شد که هفت گزینه دارد که شدت درد، ثبات یا مدت درد و میزان ناتوانی حاصل از درد را در یک طیف صفر تا ۱۰ درجه ای می‌سنجد که صفر به معنی بدون درد و ۱۰ به معنی بدترین درد ممکن است هر چه نمرات به ۱۰ نزدیک تر باشد بیانگر درد شدید است و هر چه نمرات به صفر نزدیک باشد نشان دهنده کمترین میزان درد است. نمرات بالاتر در این پرسشنامه نشانگر شدت درد بیشتر است (۱۴). در پژوهشی ضریب پایایی با استفاده از آلفای کرونباخ برای ناتوانی و شدت درد به ترتیب ۰/۹۱ و ۰/۸۳ بدست آمد (۱۵). ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش حاضر برای مولفه‌های ناتوانی و شدت درد، ۰/۷۷ و ۰/۸۲ به دست آمد.

پرسشنامه اضطراب مرگ: این پرسشنامه توسط Templer در سال ۱۹۷۰ ساخته شده است، دارای ۱۵ ماده است که نگرش مشارکت‌کنندگان را به مرگ می‌سنجد، این ابزار یکی از پرکاربردترین پرسشنامه در نوع خود بوده است، همچنین یک پرسشنامه خوداجرایی است، این پرسشنامه نگرش افراد را به موضوعات مربوط به مرگ اندازه می‌گیرد و در مقایسه با مقیاس‌های مشابه طیف وسیعی از تجارب مربوط به مرگ را در بر می‌گیرد. مشارکت‌کنندگان پاسخ‌های خود را به هر سوال با گزینه‌های بلی یا خیر مشخص می‌کنند. پاسخ بلی نشان دهنده وجود اضطراب در فرد است، و نمره یک می‌گیرد و پاسخ خیر نمره صفر می‌گیرد. به ترتیب نمره‌های این مقیاس بین صفر تا ۱۵ متغیر است که نمره بالاتر از ۷ معرف اضطراب زیاد افراد در مورد مرگ است (۱۶). در پژوهش دادفر (۱۷)، ضریب پایایی بازآزمایی مقیاس ۰/۸۳ و روایی همزمان آن براساس همبستگی با مقیاس اضطراب آشکار ۰/۲۷ و با مقیاس افسردگی ۰/۴۰ گزارش شده است. ضریب همسانی درونی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر، ۰/۷۱ به دست آمد.

جدول شماره ۱- برنامه و محتوای جلسات درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی

| جلسه | محتوای جلسه |
|-------|--|
| اول | شناسایی هدایت خودکار و خروج از آن، حضور ذهن از فعالیت های روزانه، واریسی بدنی. |
| دوم | سر و کار داشتن با موانع، واکنش به حوادث روزانه، جدول فعالیت های لذت بخش، مراقبه ی نشسته ۱۰ دقیقه ای. |
| سوم | حضور ذهن یا آگاهی از تنفس: حفظ هوشیاری، مراقبه نشسته ۴۰ دقیقه ای تنفس و بدن، حس های بدنی ناراحت کننده. |
| چهارم | ماندن در زمان حال، دلبستگی، بیزاری و کسالت. |
| پنجم | اجازه دادن/ مجوز حضور: پذیرش تجارب فردی. |
| ششم | افکار حقایق نیستند، افکار فقط افکارند. |
| هفتم | چطور می توانیم به بهترین وجهی مراقب خودمان باشیم: فهرست فعالیت های لذت بخش و مهارت آمیز، فهرست علائم و نشانه های افسردگی، تهیه ی فعالیت برای مقابله با افسردگی و آماده سازی برنامه فعالیت تمرین خداحافظی کردن. |
| هشتم | کاربرد آموخته ها برای سر و کار داشتن و خلق آینده. اجرای پس آزمون. |

داده ها با استفاده از روش های آمار توصیفی مانند میانگین، انحراف معیار و آمار استنباطی به روش تحلیل کواریانس تک متغیره و نرم افزار SPSS-22 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. جهت بررسی پیش فرض نرمال بودن آزمون تحلیل کواریانس از آزمون شاپیرو-ویلکز، جهت بررسی همگنی واریانس ها از آزمون لون، همگنی شیب های رگرسیون استفاده شد. جهت مقایسه دو گروه از نظر جنسیت، و مدت زمان گذشت از بیماری از آزمون Chi-Square و برای مقایسه سن از آزمون t مستقل استفاده شد. سطح معناداری آزمون ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته ها

میانگین (انحراف معیار) سن گروه درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی، (۶/۸) ۳۵/۹ و گروه گواه، (۶/۲) ۳۶/۸ سال بود که دامنه سنی از ۲۰ تا ۵۵ سال را شامل می شد. دو گروه تفاوت معناداری از نظر سن نداشتند.

جدول شماره ۲ - میانگین (انحراف معیار) نمرات اضطراب مرگ و شدت درد دو گروه آزمایش و گواه در پیش آزمون و

پس آزمون

| متغیر | گروه | پیش آزمون (انحراف معیار) میانگین | پس آزمون (انحراف معیار) میانگین | P |
|------------|--------|-------------------------------------|------------------------------------|-------|
| اضطراب مرگ | آزمایش | ۱۰/۵ (۱/۵) | ۶/۳ (۱/۱) | ۰/۰۰۱ |
| | گواه | ۹/۵ (۱/۲) | ۸/۸ (۱/۱) | ۰/۴۸ |
| شدت درد | آزمایش | ۳۱/۷ (۷/۸) | ۲۲/۹ (۶/۵) | ۰/۰۰۱ |
| | گواه | ۳۰/۸ (۷/۷) | ۳۰/۱ (۷/۵) | ۰/۸۲ |

در گروه آزمایش میانگین (انحراف معیار) اضطراب مرگ از (۱/۵) ۱۰/۵ در پیش آزمون به (۱/۱) ۶/۳ در پس آزمون کاهش یافت ($P < ۰/۰۰۱$). در گروه گواه میانگین (انحراف معیار) اضطراب مرگ از (۱/۲) ۹/۵ در پیش آزمون به (۱/۱) ۸/۸ در پس آزمون رسید اما از نظر آماری معنادار نبود. در گروه آزمایش میانگین (انحراف معیار) شدت درد از (۷/۸) ۳۱/۷ در پیش آزمون به (۶/۵) ۲۲/۹ در پس آزمون کاهش یافت ($P < ۰/۰۰۱$). در گروه گواه میانگین (انحراف معیار) اضطراب مرگ از (۷/۷) ۳۰/۸ در پیش آزمون به (۷/۵) ۳۰/۱ در پس آزمون رسید اما از نظر آماری معنادار نبود.

قبل از اجرای تحلیل کوواریانس، جهت بررسی رعایت پیش فرض‌های لازم از آزمون‌های شاپیرو-ویلکز و لون استفاده شد. آزمون شاپیرو-ویلکز برای توزیع متغیرهای پژوهش برای هر یک از گروه‌ها نشان داد متغیرهای تحقیق از توزیع نرمال برخوردار بودند. جهت بررسی پیش فرض همگنی دو گروه در پس آزمون از آزمون لون استفاده شد. نتایج آزمون لون نشان داد فرض همگنی واریانس‌ها رد نشد. همچنین فرض همسانی شیب خطوط رگرسیون رد نشد. بنابراین پیش فرض‌های لازم جهت اجرای تحلیل کوواریانس تک متغیره وجود داشت. در جدول شماره ۳، شاخص‌های توصیفی به همراه نتایج آنالیز کوواریانس اشاره شده است.

جدول شماره ۳- نتایج تحلیل کوواریانس مقایسه اضطراب مرگ و شدت درد در گروه‌های آزمایش و گواه

| متغیر | مجموع | میانگین | | | ضریب اتا |
|------------|---------|---------|--------|--------|----------|
| | مجدورات | مجدورات | F | P | |
| اضطراب مرگ | ۳۱۲۵/۷۷ | ۳۱۲۵/۷۷ | ۴۹۹/۹۱ | <۰/۰۰۱ | ۰/۹۴ |
| شدت درد | ۳۸۲/۸۵ | ۳۸۲/۸۵ | ۸۸/۶۷ | <۰/۰۰۱ | ۰/۸۴ |

نتایج آزمون تحلیل کوواریانس در جدول ۳ نشان داد درمان مبتنی بر ذهن آگاهی به طور معناداری منجر به کاهش اضطراب مرگ ($F=۴۹۹/۹۱, P<۰/۰۰۱$) و شدت درد ($F=۸۸/۶۷, P<۰/۰۰۱$) در بیماران دیالیزی شده است.

بحث

مطالعه نشان داد در گروه آزمایش میانگین (انحراف معیار) اضطراب مرگ از (۱/۵) ۱۰ در پیش آزمون به (۱/۱) ۶/۳ در پس آزمون، شدت درد از (۷/۸) ۳۱/۷ در پیش آزمون به (۶/۵) ۲۲/۹ در پس آزمون کاهش یافت. نمرات گروه گواه در پیش آزمون و پس آزمون تفاوتی نداشت. بنابراین درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش اضطراب مرگ و شدت درد بیماران دیالیزی مؤثر بود. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی منجر به کاهش شدت درد در بیماران دیالیزی در گروه آزمایش شد. یافته‌های این پژوهش با یافته‌های Cherkin و همکاران (۱۸) مبنی بر تاثیر درمان ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس بر درد مزمن کمر و پژوهش (la Cour & Petersen 19) مبنی بر اثربخشی ذهن آگاهی بر درد مزمن همسو می‌باشد.

در تبیین این یافته می‌توان گفت چون ذهن آگاهی، احساس بدون قضاوت و متعادلی از آگاهی است که به واضح دیدن و پذیرش هیجانات و پدیده‌های فیزیکی، همانطور که اتفاق می‌افتد کمک می‌کنند (۱۶)، بنابراین آموزش آن به بیماران دیالیزی باعث می‌شود که آنان احساسات و نشانه‌های فیزیکی خود از درد را بپذیرند و قبول و پذیرش این احساسات باعث کاهش توجه و حساسیت بیش از حد نسبت به گزارش این نشانه‌های بدنی و درد در آنان می‌شود. به عبارت دیگر می‌توان گفت شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی موجب می‌شود که افراد دیالیزی با انجام تمرین‌های ذهن آگاهی مانند واریسی بدن و باز ارزیابی مثبت افکار، شناخت و آگاهی خود را نسبت به درد کاهش دهند و از این طریق به کاهش شدت درد خویش کمک کنند (۲۰). تجربه درد به سادگی نتیجه تفسیر تکانه‌های عصبی که بطور مستقیم از نورون‌های حسی به مغز فرستاده می‌شوند نیست، بلکه پیام درد قبل از ورود به مغز می‌تواند تحت تاثیر دیگر محرک‌های ورودی از جمله افکار، هیجانات، لمس و فشار در قسمت دروازه درد در شاخ پشتی نخاع قرار گیرد. به نحوی که افکار و هیجانات منفی دروازه درد را باز می‌کنند و اطلاعات بیشتری درباره درد به مغز می‌رسد و برعکس افکار و هیجانات مثبت دروازه درد را بسته و پیام درد را محدود می‌کنند (۲۱). به نظر می‌رسد به دنبال مکانیسم‌های زمینه‌ای تمرینات درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی مثل بینش، پذیرش، مواجهه، نجسبیدن، افزایش عملکرد ذهن و بدن، تغییر شناختی و خودمدیریتی، افکار و هیجانات منفی مربوط به درد کاهش می‌یابند و بر اساس نظریه‌ی دروازه‌ای درد، ارسال پیام درد و در نتیجه شدت درد نیز کاهش می‌یابد.

یافته دیگر مطالعه این بود که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی منجر به کاهش اضطراب مرگ در شرکت کنندگان گروه آزمایش شد. نتایج بدست آمده با پژوهش های Harrison و همکاران (۲۲) مبنی بر اثربخشی درمان ذهن آگاهی در افراد مبتلا به بیماری مزمن انسدادی ریوی، و پژوهش Li و همکاران (۲۳) مبنی بر اثرات کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی برای مراقبان خانواده همسو می باشد.

در تبیین این یافته می توان گفت که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی باعث کاهش اضطراب مرگ بیماران دیالیز گردید. اثرات بالقوه مهارت حضور ذهن بر اضطراب و هراس مطرح ساخته است. فنون ذهن آگاهی در افزایش آرام بخشی عضلانی و کاهش نگرانی، و به تبع اینها در کاهش اضطراب و استرس موثر می باشد (۲۴). در این بین جایگاه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی متمرکز بر تشویق بیماران برای شیوه جدیدی برای بودن و جایگزینی افکار و احساساتشان با شناخت های خاص و عدم قضاوت است. یافته ها ارتباط معنادار مثبت را بین سطوح بالای ذهن آگاهی، عزت نفس بالا، مقابله فعال با استرس و رضایت از زندگی را نشان می دهند (۲۵). از آنجایی که افراد مضطرب درگیر سیکل معیوب نشخوارهای فکری در مورد آینده می باشند و این خود از عوامل مهم تداوم و عود اضطراب است. بنابراین می توان گفت که آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با افزایش آگاهی افراد نسبت به حال، از طریق فنونی مانند توجه به تنفس و بدن و معطوف کردن آگاهی به اینجا و اکنون، بر نظام شناختی و پردازش اطلاعات تأثیر می گذارد و باعث کاهش نشخوارهای فکری و اضطراب در افراد می شود.

یکی از محدودیتهای این پژوهش به نمونه پژوهش بر می گردد و تعداد نمونه کم می تواند نتایج تحقیق را تحت تأثیر قرار دهد بنابراین تعمیم نتایج باید با احتیاط صورت گیرد و تکرار نتایج در این زمینه لازم و ضروری است. عدم وجود دوره پیگیری و همچنین نمونه گیری غیرتصادفی یکی دیگر از محدودیت های پژوهش حاضر بود. بر اساس یافته های این پژوهش مبنی بر اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش شدت درد و اضطراب مرگ پیشنهاد می شود پژوهش در مراکز درمانی دیگر و روی نمونه بزرگتر هم انجام گیرد که نتایج حاصل جهت اطلاع و بهره برداری به مراکز مشاوره، و بیمارستانها اعلام گردد و این درمان مورد اجرا قرار بگیرد.

نتیجه گیری

مطالعه نشان داد که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی منجر به کاهش شدت درد و اضطراب مرگ در بیماران دیالیزی شد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان از تمام افرادی که در این پژوهش شرکت کردند، کمال تشکر و قدردانی را دارند. این مقاله دارای کد کمیته اخلاق IR.IAU.SARI.REC.1398.025 از دانشگاه علوم پزشکی ساری می باشد.

تعارض در منافع

نویسندگان اظهار می دارند هیچ گونه تعارض منافی در مورد این مقاله وجود ندارد.

REFERENCES

- Schouten RW, Haverkamp GL, Loosman WL, Shaw PK, van Ittersum FJ, Smets YF, Vleming LJ, Dekker FW, Honig A, Siegert CE. Anxiety symptoms, mortality, and hospitalization in patients receiving maintenance Dialysis: a cohort study. *American Journal of Kidney Diseases*. 2019;74(2):158-66.
- Shafi ST, Shafi T. A comparison of anxiety and depression between pre-dialysis chronic kidney disease patients and hemodialysis patients using hospital anxiety and depression scale. *Pakistan journal of medical sciences*. 2017;33(4):876.
- Schouten RW, Nadort E, Harmse V, Honig A, van Ballegooijen W, Broekman BF, Siegert CE. Symptom dimensions of anxiety and their association with mortality, hospitalization and quality of life in dialysis patients. *Journal of Psychosomatic Research*. 2020;1(2):10-15.
- Weisbord SD. Patient-centered dialysis care: depression, pain, and quality of life. In *Seminars in dialysis*. 2016; 29(2):158-164.

5. Kal Ö, Duman E, Kal A. Dialysis efficacy and pain levels in relation to cannulation distance using the buttonhole technique. *Renal Replacement Therapy*. 2020;6(1):1-7.
6. Serin EK, Ovayolu N, Ovayolu Ö. The Effect of Progressive Relaxation Exercises on Pain, Fatigue, and Quality of Life in Dialysis Patients. *Holistic Nursing Practice*. 2020;34(2):121-8.
7. Chilcot J, Hudson JL, Moss-Morris R, Carroll A, Game D, Simpson A, Hotopf M. Screening for psychological distress using the Patient Health Questionnaire Anxiety and Depression Scale (PHQ-ADS): Initial validation of structural validity in dialysis patients. *General hospital psychiatry*. 2018;50:15-9.
8. Dziubek W, Kowalska J, Kuzstal M, Rogowski Ł, Gołębiowski T, Nikifur M, Szczepańska-Gieracha J, Zembroń-Łacny A, Klinger M, Woźniowski M. The level of anxiety and depression in dialysis patients undertaking regular physical exercise training—a preliminary study. *Kidney and Blood Pressure Research*. 2016;41(1):86-98.
9. Mok MM, Liu CK, Lam MF, Kwan LP, Chan GC, Ma MK, Yap DY, Chiu F, Choy CB, Tang SC, Chan TM. A longitudinal study on the prevalence and risk factors for depression and anxiety, quality of life, and clinical outcomes in incident peritoneal dialysis patients. *Peritoneal Dialysis International*. 2019;39(1):74-82.
10. Parsons CE, Crane C, Parsons LJ, Fjorback LO, Kuyken W. Home practice in Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Mindfulness-Based Stress Reduction: A systematic review and meta-analysis of participants' mindfulness practice and its association with outcomes. *Behaviour research and therapy*. 2017;95:29-41.
11. Alsubaie M, Abbott R, Dunn B, Dickens C, Keil TF, Henley W, Kuyken W. Mechanisms of action in mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) and mindfulness-based stress reduction (MBSR) in people with physical and/or psychological conditions: a systematic review. *Clinical psychology review*. 2017;55:74-91.
12. Armstrong L, Rimes KA. Mindfulness-based cognitive therapy for neuroticism (stress vulnerability): A pilot randomized study. *Behavior therapy*. 2016;47(3):287-98.
13. Lindsay EK, Creswell JD. Mechanisms of mindfulness training: Monitor and Acceptance Theory (MAT). *Clinical Psychology Review*. 2017;51:48-59.
14. Von Korff M, DeBar LL, Krebs EE, Kerns RD, Deyo RA, Keefe FJ. Graded chronic pain scale revised: mild, bothersome, and high-impact chronic pain. *Pain*. 2020;161(3):651-61.
15. Yazdi-Ravandi S, Taslimi Z, Jamshidian N, Saberi H, Shams J, Haghparast A. Prediction of quality of life by self-efficacy, pain intensity and pain duration in patient with pain disorders. *Basic and clinical neuroscience*. 2013;4(2):117.
16. Zuccala M, Menzies RE, Hunt CJ, Abbott MJ. A systematic review of the psychometric properties of death anxiety self-report measures. *Death Studies*. 2019;3(4):1-23.
17. Dadfar M, Lester D, Abdel-Khalek AM. Validity and reliability of the Farsi version of the Death Anxiety Scale with nurses. *Illness, Crisis & Loss*. 2018;1(1):10-23.
18. Cherkin DC, Sherman KJ, Turner JA. Mindfulness-based stress reduction vs cognitive behavioral therapy for chronic low back pain—reply. *Jama*. 2016 Aug 9;316(6):663-4.
19. la Cour P, Petersen M. Effects of mindfulness meditation on chronic pain: a randomized controlled trial. *Pain Medicine*. 2015;16(4):641-52.
20. Goldberg SB, Tucker RP, Greene PA, Davidson RJ, Kearney DJ, Simpson TL. Mindfulness-based cognitive therapy for the treatment of current depressive symptoms: a meta-analysis. *Cognitive behaviour therapy*. 2019;48(6):445-62.
21. Hazlett-Stevens H, Singer J, Chong A. Mindfulness-based stress reduction and mindfulness-based cognitive therapy with older adults: a qualitative review of randomized controlled outcome research. *Clinical Gerontologist*. 2019;42(4):347-58.
22. Harrison SL, Lee A, Goldstein RS, Brooks D. Perspectives of healthcare professionals and patients on the application of mindfulness in individuals with chronic obstructive pulmonary disease. *Patient education and counseling*. 2017;100(2):337-42.
23. Li G, Yuan H, Zhang W. The effects of mindfulness-based stress reduction for family caregivers: Systematic review. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2016;30(2):292-9.
24. Brotto LA, Bergeron S, Zdaniuk B, Driscoll M, Grabovac A, Sadownik LA, Smith KB, Basson R. A comparison of mindfulness-based cognitive therapy vs cognitive behavioral therapy for the treatment of provoked vestibulodynia in a hospital clinic setting. *The journal of sexual medicine*. 2019;16(6):909-23.

25. Chambers SK, Occhipinti S, Foley E, Clutton S, Legg M, Berry M, Stockler MR, Frydenberg M, Gardiner RA, Lepore SJ, Davis ID. Mindfulness-based cognitive therapy in advanced prostate cancer: a randomized controlled trial. *Journal of Clinical Oncology*. 2017;35(3):291-7.

پرسشنامه میزان درد

در پرسش های زیر با مقیاس ۰-۱۰ لطفاً فقط دور عدد خط بکشید.

- ۱- در حال حاضر، یعنی درست همین حالا، درد خود را روی مقیاس ۰-۱۰ چگونه درجه بندی می کنید در حالی که، صفر به معنی «بدون درد» و ۱۰ به معنی «بدترین درد ممکن» است؟
- ۲- طی ۶ ماه گذشته بیشترین درد شما روی مقیاس ۰-۱۰ چقدر بوده است؟
- ۳- طی ۶ ماه گذشته درد شما به طور متوسط روی مقیاس ۰-۱۰ چقدر بوده است؟
- ۴- طی ۶ ماه گذشته چند روز به خاطر درد از فعالیت های معمول (کار، مدرسه، کارهای خانه) اجتناب کرده اید؟
روز ۰-۶ روز ۷-۱۴ روز ۱۵-۳۰ روز یا بیشتر ۳۱
- ۵- طی ۶ ماه گذشته روی مقیاس ۰-۱۰ درد تا چه حد در فعالیت های روزانه شما مشکل ایجاد کرده، در حالی که صفر به معنی «هیچ مشکلی» و ۱۰ به معنی «مشکل زیاد تا حدی که قادر به انجام کار نبوده ام» می باشد؟
- ۶- در طی ۶ ماه گذشته درد تا چه حد توانایی شما را برای شرکت در فعالیتهای تفریحی، اجتماعی و خانوادگی تغییر داده است. در حالی که صفر به معنی «هیچ تغییر» و ۱۰ به معنی «تغییر زیاد» است؟
- ۷- طی ۶ ماه گذشته درد تا چه اندازه توانایی شما را برای کار کردن (شامل کارهای خانه نیز می شود) تغییر داده است، در حالی که صفر به معنی «هیچ تغییر» و ۱۰ به معنی «تغییر زیاد» است؟

پرسشنامه اضطراب مرگ تمپلر

| عبارات | بلی | خیر |
|--|-----|-----|
| ۱- آیا دلواپس مردن هستید؟ | | |
| ۲- آیا نگران هستید قبل از انجام کارهایتان از دنیا بروید؟ | | |
| ۳- آیا نگران هستید قبل از مرگ برای مدت طولانی بیمار باشید؟ | | |
| ۴- آیا این فکر شما را ناراحت می کند که دیگران ممکن است به درد و رنج شما وقتی که در احتضار هستید توجه کنند؟ | | |
| ۵- آیا نگران هستید که مرگ ممکن است خیلی دردناک باشد؟ | | |
| ۶- آیا فکر می کنید وقتی در حال احتضار هستید نزدیک ترین افراد، نگران شما هستند؟ | | |
| ۷- آیا درباره تنها بودن به هنگام مرگ نگران هستید؟ | | |
| ۸- آیا فکر می کنید که قبل از مرگ کنترل ذهنی خود را از دست بدهید؟ | | |
| ۹- آیا نگران هستید که ممکن است هزینه کفن و دفن شما برای دیگران سنگین باشد؟ | | |
| ۱۰- آیا نگران هستید که مبادا پس از مرگتان دستورات و تعلقات شما انجام نشود؟ | | |
| ۱۱- آیا می ترسید که مبادا قبل از اینکه واقعا از دنیا بروید شما را به خاک بسپارند؟ | | |
| ۱۲- آیا ترک افراد مورد علاقه به هنگام مرگ شما را ناراحت می کند؟ | | |
| ۱۳- آیا نگران هستید که مبادا آنهایی که نگران شما هستند بعد از مرگ شما را به یاد نیاورند؟ | | |
| ۱۴- آیا فکر می کنید نگرانی شما این است که با مرگ برای همیشه نابود خواهید شد؟ | | |
| ۱۵- آیا به خاطر آنچه که بعد از مرگ برای شما رخ دهد نگران هستید؟ | | |