

## تأثیر گروه‌درمانی شناختی- رفتاری بر اضطراب و افسردگی بیماران همودیالیزی در شهرستان کاشان

افشین احمدوند<sup>۱</sup>، رضوان ساعی<sup>۲</sup>، زهرا سپهرمنش<sup>۳</sup>، علیرضا قنبری<sup>۴</sup>

<sup>۱</sup>روانپزشک، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران.

<sup>۲</sup>روانشناس بالینی، بیمارستان اخوان، کاشان، ایران.

<sup>۳</sup>فوق تخصص روانپزشکی کودک، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران.

<sup>۴</sup>کارشناس ارشد روانشناسی تربیتی، مرکز مشاوره، دانشگاه کاشان، کاشان، ایران.

### چکیده

**زمینه و هدف:** دیالیز به‌عنوان یک روش درمانی در بیماران نارسایی کلیه، فرآیندی استرس‌زا است. این روش مشکلات روان‌شناختی و اجتماعی متعددی را در پی دارد، که می‌تواند زمینه‌ساز بروز اختلالات روانی در این بیماران باشد. مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیر گروه‌درمانی شناختی- رفتاری بر اضطراب و افسردگی بیماران همودیالیزی در شهرستان کاشان صورت گرفت.

**روش بررسی:** در این کارآزمایی بالینی، شرکت‌کنندگان با رده سنی ۴۵-۱۸ سال، در دو گروه کنترل و آزمون قرار گرفتند. از پرسشنامه اضطراب و افسردگی بک (Beck) به‌عنوان ابزار اندازه‌گیری علائم روان‌شناختی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون استفاده شد، و گروه‌درمانی شناختی- رفتاری به‌عنوان مداخله در ۱۲ هفته انجام گردید. اطلاعات با استفاده از آزمون‌های کای اسکوئر و تی تست تجزیه و تحلیل شدند. سطح معنی‌داری اختلاف‌ها  $p < 0/05$  در نظر گرفته شد.

**یافته‌ها:** در این مطالعه اختلاف دو گروه تجربی و شاهد از نظر مشخصات فردی به لحاظ آماری معنی‌دار نبود. قبل از مداخله، میانگین نمره اضطراب گروه تجربی  $25/72 \pm 5/87$  و گروه شاهد  $25/22 \pm 7/56$  و میانگین نمره افسردگی دو گروه به ترتیب  $35/44 \pm 14/97$  و  $33/11 \pm 9/2$  بود. اختلاف دو گروه در نمره اضطراب و افسردگی قبل از مداخله معنی‌دار نبود. بعد از مداخله، میانگین نمره اضطراب گروه تجربی  $15/94 \pm 6/23$  و گروه شاهد  $28/05 \pm 10/04$  ( $p < 0/001$ )، میانگین نمره افسردگی گروه تجربی  $22/27 \pm 13/32$  و گروه شاهد  $33/94 \pm 9/46$  ( $p < 0/01$ ) بود.

**نتیجه‌گیری:** نتایج این مطالعه نشان داد گروه‌درمانی شناختی- رفتاری به میزان قابل توجهی موجب کاهش اضطراب و افسردگی در بیماران دیالیزی می‌شود. بنابراین پیشنهاد می‌گردد علاوه بر تجویز داروها، مداخلات روان‌شناختی نیز برای این بیماران انجام شود.

**کلید واژه‌ها:** دیالیز؛ روان‌درمانی گروهی؛ اضطراب؛ افسردگی.

نویسنده مسئول مکاتبات: دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران؛

آدرس پست الکترونیکی: z.sepmanesh@gmail.com

تاریخ پذیرش: ۹۰/۹/۲۸

تاریخ دریافت: ۸۹/۸/۱۷

### مقدمه

است که در نهایت تمامی مبتلایان به بیماری‌های غیرقابل برگشت کلیه، نارسایی حاد یا مزمن به آن نیاز پیدا می‌کنند (۲). دیالیز قادر به جبران کامل فعالیت‌های متابولیکی از دست‌رفته نیست، که این خود یک عامل دیگر مسبب پریشانی خاطر بیمار است (۳). این

بسیاری از بیماری‌ها به‌خصوص انواع مزمن و ناتوان‌کننده، پیامدهای روانپزشکی متعددی دارند. به‌همین دلیل بروز اختلال روانپزشکی در پی ایجاد بیماری‌های جسمی شایع است (۱). دیالیز وضعیتی

۶۰٪ از بیماران دیالیزی دچار افسردگی هستند که در ۲۲/۵٪ آنها افسردگی اساسی و در ۳۰٪ اختلال افسرده‌خویی دیده می‌شود (۱۳). با توجه به مطالب فوق، به نظر می‌رسد مسئله بازتوانی این بیماران از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. هدف از بازتوانی بیمار، توسعه و اصلاح کیفیت زندگی طبیعی و نزدیک به طبیعی است (۱۴). گروه درمانی از جمله خدمات بازتوانی روانی-اجتماعی است، که در آن افراد مبتلا به ناراحتی‌های عاطفی که به‌دقت انتخاب شده‌اند با هدایت درمانگر آموزش دیده، در گروهی شرکت می‌کنند که تعاملات این گروه در جهت اصلاح، هدایت می‌شود (۱۵). از نظر اورمرود (۱۹۹۵) شناخت درمانی گروهی بر کنترل اضطراب و افسردگی بیماران تأثیر چشمگیر داشته و علائم روان‌شناختی بیمار به‌طور کوتاه‌مدت و طولانی‌مدت پس از مداخله کاهش می‌یابد. از نظر ترپکا نیز گروه درمانی تأثیر قابل ملاحظه‌ای بر اضطراب دارد، به طوری که حتی یک‌سال بعد از مداخله نیز اثر درمانی آن تداوم می‌یابد (۱۴). مداخله‌ای که در سال ۱۳۸۱ با هدف بررسی تأثیر گروه درمانی بر اضطراب بیماران مبتلا به سکت قلبی انجام شد، نشان داد بین اضطراب گروه مورد با گروه کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد (۱۴).

همچنین مطالعه‌ای که در سال ۲۰۰۷ انجام شد، نشان داد بیماران دیالیزی شرکت‌کننده در گروه درمانی در مقایسه با گروه کنترل پیشرفت بهتری داشته‌اند (۱۶). در مطالعه Chen (سال ۲۰۰۸) در مورد تأثیر گروه درمانی شناختی-رفتاری بر مشکلات بیماران دیالیزی مشخص گردید مراقبت از خود، خودکارآمدی، کیفیت زندگی و کیفیت خواب در بیماران، به‌طور معنی‌داری در مقایسه با گروه کنترل افزایش می‌یابد (۱۷). مطالعه Wicks نیز در سال ۲۰۰۷، بینش درمانی را در کاهش افسردگی و علائم اضطراب بیماران همودیالیزی مؤثر دانست (۱۸). پژوهش Cukor در سال ۲۰۰۷ نشان داد درمان شناختی-رفتاری بر کاهش میزان افسردگی بیماران تأثیر قابل ملاحظه‌ای دارد (۱۹). مطالعه Camobell نیز در سال ۱۹۸۰ با بررسی تأثیر روان‌درمانی کوتاه‌مدت در بیماران همودیالیزی نشان داد در بیماران دو گروه (آزمون و کنترل) تفاوت معنی‌داری وجود ندارد (۲۰).

با توجه به اینکه مطالعات بسیار اندکی در زمینه گروه درمانی شناختی-رفتاری در میان بیماران همودیالیزی انجام گرفته است و این پژوهش‌ها نیز تنها تأثیر مداخلات را بر افسردگی بررسی

فرآیند به‌عنوان یک راه‌حل در درمان نارسایی کلیه، تنش‌زا بوده و فشارهای روحی، روانی ناشی از آن در این قبیل بیماران با بروز مشکلات روانی-اجتماعی متعددی همراه است. لذا وجود مداخله روان‌شناختی به‌عنوان یک عنصر اساسی در درمان این بیماران ضروری است. در نتایج اکثر پژوهش‌ها، شیوع بالای اختلالات روانی-اجتماعی در بیماران دیالیزی مشاهده می‌شود. نگاهی اجمالی به افزایش میل به خودکشی، افسردگی و اضطراب، اختلالات جنسی و مشکلات روابط بین فردی در بیماران دیالیزی، انسان را متحیر می‌کند، که باز هم چگونه این بیماران برای زنده ماندن تلاش می‌کنند (۴).

در مورد شدت بروز عوارض روانپزشکی در میان بیماران دیالیزی اتفاق نظر وجود ندارد، ولی همه بر این نکته مشترک تأکید دارند، که شایع‌ترین نشانه بیماری روانی در این بیماران، افسردگی و در پی آن اضطراب با شیوع کمتر می‌باشد. افسردگی در ۵۰٪، اضطراب در ۳۰٪ موارد و سایر اختلالات روانپزشکی نیز به میزان کمتری در آنها مشاهده شده است (۵). اغلب مطالعات انجام شده در ایران نشان‌دهنده شیوع مشکلات روانی به‌خصوص اضطراب و افسردگی در بین بیماران همودیالیزی است (۶). مطالعات نشان می‌دهد بین ۳۰-۲۰٪ بیماران دیالیزی افسردگی دارند (۷). همچنین Jeurgenson و همکارانش در سال ۱۹۹۷ با استفاده از آزمون افسردگی بک گزارش کردند، بین یک‌سوم تا نیمی از بیماران دیالیزی به افسردگی با شدت متوسط به بالا مبتلا هستند، و ۸۵٪ از آنها نیز هنگام ارزیابی توسط یک روانپزشک، معیارهای DSM-IV برای اختلال افسردگی را دارند (۸). Kimmel و همکارانش در سال ۲۰۰۰ به این نتیجه دست یافتند، که بین شدت افسردگی و مرگ و میر بیماران دیالیزی ارتباط معنی‌داری وجود دارد (۹). این محقق در سال ۱۹۹۵ نشان داد گروهی از بیماران دیالیزی که در آزمون اضطراب و افسردگی بک، نمره بالاتری به دست می‌آورند، در طول درمان، عوارض بیشتری را متحمل می‌شوند. به‌علاوه، مشخص گردید کیفیت نامطلوب زندگی و مشکلات روانی؛ حتی ممکن است به انصراف بیماران دیالیزی از درمان منجر شود (۱۰). مطالعه صالحی و نورمحمدی نیز در سال ۱۳۷۸ نشان داد نیمی از بیماران دیالیزی دچار افسردگی هستند (۱۱). همچنین الهی و رضانی در مطالعه خود این میزان را ۲۱٪ گزارش کردند (۱۲). یک پژوهش دیگر در سال ۱۳۸۴ نشان داد

آن ۰/۹۰٪ گزارش شده است (۲۱). پرسشنامه اضطراب بک نیز شامل ۲۱ مورد است. این مقیاس علائم شایع اضطراب را می‌سنجد. پایایی این مقیاس در ایران از طریق بازآزمایی توسط بخشایی ۰/۷۰٪ گزارش شده است و همسانی درونی آن توسط بک ۰/۹۲ و پایایی آن ۰/۷۵ به دست آمده است (۲۲، ۲۳).

برای جلسات گروه‌درمانی طی جلسه اول، اعضای گروه با هم آشنا شده و قوانین و اهداف کار تنظیم گردید. در طی جلسه دوم و سوم، با بیان نیازها و مشکلات افراد، به سؤالات آنان در مورد بیماری و عوارض آن و داروهای مورد استفاده پاسخ داده شد. این جلسات به منظور افزایش اطلاعات و آگاهی بیماران درباره بیماری کلیوی و بیان احساسات و نگرانی‌های آنها بود. موضوعات جلسات بعدی شامل:

توضیح این عقیده که احساسات ما توسط افکار ما ایجاد می‌شود، آموزش نحوه تحلیل افکار به بیماران، آموزش نحوه یافتن تفکر مسئله‌ساز به آنها، نحوه تغییر دادن روش‌های فکری نادرست، آموزش تمرین آرمیدگی در پایان هر جلسه، آموزش روش تنبیه خود و خودپاداش‌دهی و آموزش تحلیل منطقی و روش خیال‌پردازی، برگرفته از کتاب راهنمای عملی شناخت‌درمانی گروهی (۲۴) بود.

اطلاعات پس از جمع‌آوری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۶ و آزمون توصیفی کای اسکور و تی تست تجزیه و تحلیل شدند، سطح معنی‌داری اختلاف‌ها  $p < 0/05$  در نظر گرفته شد.

### یافته‌ها

در این مطالعه اختلاف دو گروه تجربی و شاهد از نظر مشخصات فردی به لحاظ آماری معنی‌دار نبود (جدول). قبل از مداخله، میانگین نمره اضطراب گروه تجربی  $25/72 \pm 5/87$  و گروه شاهد  $25/22 \pm 7/56$  و میانگین نمره افسردگی دو گروه به ترتیب  $33/11 \pm 9/2$  و  $35/44 \pm 14/97$  برآورد شد. اختلاف دو گروه در نمره اضطراب و افسردگی قبل از مداخله معنی‌دار نبود.

بعد از مداخله، میانگین نمره اضطراب گروه تجربی  $15/94 \pm 6/23$  و گروه شاهد  $28/05 \pm 10/04$  ( $p < 0/001$ ) و میانگین نمره افسردگی گروه تجربی  $22/27 \pm 13/32$  و گروه شاهد  $33/94 \pm 9/46$  ( $p < 0/01$ ) به دست آمد.

نموده‌اند، لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر مداخلات روان‌شناختی، از جمله درمان‌شناختی- رفتاری بر اضطراب و افسردگی این بیماران صورت گرفت.

### روش بررسی

این مطالعه به صورت کارآزمایی بالینی در بخش دیالیز بیمارستان اخوان کاشان، که تنها مرکز جهت درمان بیماران کلیوی در این شهر می‌باشد، انجام شد. نمونه مورد مطالعه شامل تمامی بالغین جوانی بود که به دلیل نارسایی کلیه در بخش همودیالیز بیمارستان اخوان به طور مداوم برای انجام عمل دیالیز مراجعه می‌کردند. از بین بیماران دیالیزی، افراد در گروه سنی ۱۸-۴۵ سال، انتخاب شدند. قبل از ورود افراد به مطالعه، راجع به هدف طرح توضیح داده شد و رضایت شخصی جهت شرکت در مطالعه از آنها اخذ گردید. ۴ نفر از جمعیت مورد پژوهش به دلیل نداشتن شرایط مورد نیاز برای ورود به مطالعه و عدم همکاری حذف شدند و جمعاً ۳۶ نفر وارد مطالعه شدند. میانگین سنی افراد مورد پژوهش  $34/66 \pm 7/58$  سال برآورد شد. ملاک‌های ورود به مطالعه عبارت بودند از: داشتن سن ۱۸-۴۵ سال، تحصیلات حداقل ابتدایی، نمره ۸ به بالا در آزمون اضطراب بک و داشتن نمره ۴۶-۱۶ در آزمون افسردگی بک.

ملاک خروج شامل: داشتن افکار خودکشی و سابقه اقدام به خودکشی و سایکوز، مشکلات جسمی شدید از قبیل عقب‌ماندگی ذهنی و مشکلات بینایی و شنوایی فرد بود.

در این بررسی، افراد به دو گروه آزمون و کنترل (هر کدام ۱۸ نفر) تقسیم شدند. گروه آزمون به مدت ۱۲ جلسه، هفته‌ای یک‌بار به مدت ۴۵-۹۰ دقیقه در جلسات گروه‌درمانی شناختی شرکت کردند. این جلسات توسط ۲ روانشناس بالینی و یک روان‌پرستار هدایت می‌شد. قبل از ورود به مطالعه از آزمودنی‌ها خواسته شد؛ تا پرسشنامه مشخصات دموگرافیک، پرسشنامه افسردگی و اضطراب بک را تکمیل کنند. پس از پایان مداخله نیز مجدداً پرسشنامه‌های اضطراب و افسردگی برای افراد دو گروه تکمیل شد.

پرسشنامه افسردگی بک، یک ابزار خودگزارش‌دهی است، که برای سنجش شدت افسردگی به کار می‌رود و شامل ۲۱ سؤال است. ضریب پایایی آن در ایران ۰/۷۳ و ضریب آلفای کرونباخ

مقایسه با گروه کنترل می شود (۲۸). پژوهش Cukor (سال ۲۰۰۷) نشان داد درمان شناختی- رفتاری بر کاهش میزان افسردگی بیماران تأثیر قابل ملاحظه‌ای دارد (۱۹)، که با مطالعه حاضر همخوانی داشت. مطالعه Duarte (سال ۲۰۰۹) در برزیل که با هدف تأثیر گروه‌درمانی شناختی- رفتاری بر افسردگی بیماران دیالیزی انجام شد نیز نشان داد گروه‌درمانی باعث بهبود کیفیت زندگی بیماران افسرده، بهبود خواب و افزایش کیفیت تعاملات اجتماعی آنها می شود و میانگین نمرات تست بک بعد از مداخله در مقایسه با قبل به طور معنی داری کاهش می یابد، که این یافته نیز با نتایج مطالعه حاضر مطابقت داشت (۲۹). به طور کلی، کاهش نمرات افسردگی بعد از مداخله نشان می دهد گروه‌درمانی می تواند بر خلق و خوی بیماران اثر مثبتی داشته باشد.

### نتیجه گیری

با توجه به شیوع بالای اختلالات افسردگی و اضطراب در بیماران همودیالیزی و نتایج حاصل از این پژوهش که مؤید تأثیر گروه‌درمانی شناختی- رفتاری بر کاهش اضطراب و افسردگی این بیماران است، توصیه می شود تا مداخلات روان‌شناختی از جمله انواع گروه‌درمانی جهت کاهش عوارض روانی بیماران همودیالیزی به کار گرفته شود و بر سایر مداخلات روان‌درمانی در این گروه از بیماران مطالعه بیشتری صورت گیرد.

### تشکر و قدردانی

بدین وسیله از خانم فاطمه عبدلی (روانشناس بالینی)، آقای محمدعلی باصری (پرستار) و به خصوص بیماران عزیز دیالیزی، که ما را در انجام این طرح یاری رساندند، تقدیر و تشکر فراوان به عمل می آید.

شماره ثبت یرت:

IRCT201109177573n1

### References:

1. Kaplan HI, Sadock BJ. Anxiety Disorder Overview: Kaplan and Sadocks Synopsis of Psychiatry. 8<sup>th</sup> ed. New York: Williams and Wilkins; 1998.
2. Philips M. Nursing of Kidney and Urinary Tract Deasises. Namavar M, Translator. Tehran: Chehr Pub; 1993. [Text in Persian]
3. Broner S. Nursing of Kidney and Urinary Tract Deasises. Nikfarjam M, Translator. Tehran: Shahrab Pub; 1995. [Text in Persian]
4. Dingwall RR. Living with Renal Failure: The Psychological Issues. Edntna ERCA J 1997;23(4):28-30.

### جدول: توزیع بیماران همودیالیزی براساس گروه‌های مطالعه و مشخصات فردی

متغیر	گروه	تعداد (درصد)	
		گروه کنترل	گروه آزمون
سن (سال)	۱۸-۳۰	۶ (۳۳/۳)	۸ (۴۴/۴)
	۳۱-۴۵	۱۲ (۶۶/۷)	۱۰ (۵۵/۶)
جنس	زن	۱۴ (۷۷/۸)	۱۲ (۶۶/۷)
	مرد	۴ (۲۲/۲)	۶ (۳۳/۳)
تاهل	مجرد	۸ (۴۴/۴)	۷ (۳۸/۹)
	متاهل	۱۰ (۵۵/۶)	۱۱ (۶۱/۱)
مدت بیماری	زیر ۲ سال	۱۰ (۵۵/۶)	۷ (۳۸/۳۸)
	بالای ۲ سال	۸ (۴۴/۴)	۱۱ (۶۱/۱)
تحصیلات	ابتدایی	۱۱ (۶۱/۱)	۱۰ (۵۵/۶)
	بالتر از ابتدایی	۷ (۳۸/۹)	۸ (۴۴/۴)

### بحث

نتایج این مطالعه نشان داد میانگین اضطراب و افسردگی افراد شرکت کننده در گروه‌درمانی در مقایسه با گروه کنترل به طور معنی داری کاهش می یابد. این یافته بیانگر این مطلب است، که گروه‌درمانی می تواند در کاهش علائم روان‌شناختی بیماران دیالیزی مؤثر باشد. از جمله مطالعاتی که به تأثیر مداخلات روان‌شناختی بر بهبود شرایط بیماران پرداخته و نتایج آنها موافق با یافته به دست آمده از این تحقیق بوده است، عبارتند از: مطالعه Baines در سال ۲۰۰۴ که نشان داد روان‌درمانی فردی و گروهی هر دو بر کاهش میزان افسردگی بیماران دیالیزی مؤثر است (۲۵). مطالعه Lii (سال ۲۰۰۷)، که در آن میزان مراقبت از خود و خودکارآمدی (کیفیت زندگی) در بیماران شرکت کننده در گروه درمانی افزایش نشان داد و از طرفی، علائم افسردگی کاهش یافت (۲۶). Tsay (سال ۲۰۰۵) در یک مطالعه دیگر با بررسی تأثیر آموزش برنامه‌های سازگاری بر دیالیزی‌ها، نشان داد این مداخله بر کیفیت زندگی و میزان استرس ادراکی بیمار تأثیر به‌سزایی دارد (۲۷). Azhar نیز در مطالعه خود (سال ۱۹۹۵) گزارش نمود روان‌درمانی معنوی باعث کاهش افسردگی در بیماران دیالیزی در

5. Aghanwa HS, Markinyo O. Psychiatric Complication of Hemodialysis at a Kidney Center In Nigeria. *J Psychiatry Res* 1997;42(5):445-451.
6. Navidian A, Arbabi Sarjou A, Keykhaei A. Survey of Mental Problems of Hemodialysis Patients of the Dialysis Ward of Zahedan's Hatamolania Hospital. *J Gilan University Med Sciences* 2007;15(58):61-67. [Full Text in Persian]
7. Cucor D, Coplan J, Brown C, Fridmans S. Depression and Anxiety in Urban Hemodialysis Patients. *Clin J Am Soc Nephrol* 2007;2(3):484-490.
8. Jeurgenson PH, Wuerth DB, Juergensen DM, Finkelstein SH, Steele TE, Kliger AS, Finkelstein FO. Psychological Factors and Clinical Outcome on CAPD. *Adv Perit Dial* 1997;13:121-124.
9. Kimmel PL, Peterson RA, Weihs KL, Simmens SJ, Alleyne S, Cruz I, Veis JH. Multiple Measurements of Depression Predict Mortality in a Longitudinal Study of Chronic Hemodialysis Outpatients. *Kidney Int* 2000;57(5):2093-2098.
10. Kimmel PL, Peterson RA, Weihs KL, Simmens SJ, Boyle D, Cruz I, Alleyne S, Cruz I, Veis JH. Spect of Quality of Life in Hemodialysis Patients. *J Am Soc Nephrol* 1995;6(5):1418-1426.
11. Salehi M, Nour Mohammadi Sarab A. Frequency of Depression in Hemodialysis Patients of Hasheminejad Hospital. *Journal of Andisheh V Raftar* 2002;8(31):20-25. [Full Text in Persian]
12. Elahi A, Ramezani M. Survey of Mental States in Hemodialysis Patients. *Journal of Andisheh V Raftar* 1994;1(4):40-47. [Full Text in Persian]
13. Raeisi F, Nasehi AA, Ekhtiari M. Depression in Hemodialysis Patients of Tehtan's Emam Khomeini Hospital. *Advanced of Cognitive Sciences* 2005;7(2):55-59. [Full Text in Persian]
14. Sheikhol-Eslami F. Effect of Group Therapy on Anxiety of Patients with Cardiovascular Deasise in Selected Hospital of Esfahan University of Medical Sciences. *Scientific J Hamedan Univer Med Sci* 2004;11(2):49-53. [Full Text in Persian]
15. Kaplan H, Sadouk BJ. Synopsis of Psychiatry. Rafiee H, Rezaee F, Translator. Tehran: Arjmand Pub; 2000. p. 449-450. [Text in Persian]
16. Cohen SD, Norris L, Acquaviva K, Peterson RA, Kimmel PL. Screening, Diagnosis, and Treatment of Depression in Patients with End-Stage Renal Disease. *Clin J Am Soc Nephrol* 2007;2(6):1332-1342.
17. Chen HY, Chiang CK, Wang HH, Hung KY, Lee YJ. Cognitive Behavioral Therapy for Sleep Disturbance in Patients Under Going Peritoneal Dialysis: A Pilot Randomized Controlled Trial. *Am J Kidney Dis* 2008 Aug; 52(2):314-23.
18. Wicks MN, Bolden L, Mynatt S, Rice MC, Acchiardo SR. Insight Potentially Prevents and Treats Depressive and Anxiety Symptoms in Black Women Caring for Chronic Hemodialysis Recipients. *Nephrol Nurs J* 2007 Nov-dec; 34(6):623-9.
19. Cukor D. Use of CBT of Treat Depression among Patients on Hemodialysis. *Am Psychiatric Association* 2007 May; 58(5):711-712.
20. Campbell DR, Sinha BK. Brief Group Psychotherapy with Chronic Hemodialysis Patients. *Am J Psychiatry* 1980 Oct; 137(10):1234-7.
21. Mohammadian Y, Shahidi Sh, Zadeh Mohammadi A, Mahaki B. Effect of Poetry Therapy on Signs of Depression Students. *Scientific Journal of Ilam University of Medical Sciences* 2009 Jun; 18(2):9-16. [Full Text in Persian]
22. Abdi R. Interpretation Bias in People with Social Anxiety Disorder. Theses of MA in Clinical Psychology. Tehran's Psychiatry Anestito; 2003. [Text in Persian]
23. Beck AT, Emery G, Greenberg RL. Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Prespective. New York: Basic Book; 1988.
24. Ferri M. Cognitive Therapy in Groups: Guildlines and Resources for Practice. New York: John Wiley & Sons; 1999.
25. Baines LS, Joseph JT, Jindal RM. Prospective Randomized Study of Individual and Group Psychotherapy Versus Controls in Recipients of Renal Transplants. *Kidny Int* 2004 May; 65(5):1937-42.
26. Lii YC, Tsay SL, Wang TJ. Group Intervention to Improve Quality of Life in Hemodialysis Patients. *J Clin Nurs* 2007 Nov; 16(11C):268-75.
27. Tsay SL, Lee YC. Effect of an Adaptation Training Programme for Patients with end Stage Renal Disease. *J Adv Nurs* 2005 Apr; 50(1):39-46.
28. Azhar MZ, Varma SL. Religious Psychotherapy in Depressive Psychotherapy in Depressive Patients. *Psychother Psychosom* 1995;63(3-4):165-8.
29. Duarte PS, Miyazaki MC, Blay SL, Sesso R. Cognitive-Behaioral Group Therapy Is an Effective Treatment for Major Depression in Hemodialysis Patients. *Kidney Int* 2009;76(4):414-21.