



Effect of Metacognitive Therapy on Depression and Post Traumatic Growth in Hemodialysis Patients

Haddadi S¹, Malihi Alzakerini S², Tajbakhsh R³, Tajvidi M^{4*}, Kakavand A R⁵

1. Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

2. Assistant Professor, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

3. Assistant Professor, Department of Internal Medicine, Non-Communicable Diseases Research Center, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran.

4. Department of Nursing, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

5. Associated Professor, Department of Psychology, Faculty of Social Science, Imam Khomeini International University Qazvin, Iran.

Corresponding Author: Mansooreh Tajvidi Department of Nursing, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

E-mail: mansooreh_tajvidi@yahoo.com

Received: 14 Aug 2022

Accepted: 22 Oct 2022

Abstract

Introduction: Dialysis is a stressful process and causes depression in more than half of patients under hemodialysis. The present study was conducted with the aim of determining the effect of metacognitive therapy on depression and post-traumatic growth of patients under hemodialysis.

Methods: The present study was a clinical trial with a pre-test and post-test and a three-month follow-up. This study was conducted on 36 patients (18 in each of the control and intervention groups) referred to Imam Ali (AS) and Shahid Rajaei Hospital in Karaj city in 2020. In this study, patients were included in the study by using the convenience sampling method with random assignment. For the intervention group, eight sessions 60-minute of metacognitive therapy were held individually and face-to-face in the wards of dialysis in the two hospitals. Beck depression questionnaire and post-traumatic growth questionnaire were used to collect data in this study. Then the data were analyzed using the covariance analysis method in SPSS version 23 with a significance level of less than 0.05.

Results: The results of univariate covariance analysis showed that there are significant differences between the intervention and control groups in the post-test and follow-up stages ($p < 0.001$) in the intervention group in terms of reducing depression symptoms ($F = 342.17$) and in growth after an accident ($F = 267.44$) in the post-test stage, there are significant differences, which were not observed in the control group.

Conclusions: Based on the findings of this study, metacognitive therapy using techniques such as postponing worry, challenging beliefs related to risk, and stopping the inhibition of avoidance behaviors, has good clinical efficacy in improving depression symptoms and post-traumatic growth in patients under hemodialysis. In addition, it is suggested to carry out wider metacognitive therapy studies as an effective intervention method to improve depression and post-traumatic growth of patients under hemodialysis.

Keywords: Hemodialysis, Metacognitive therapy, Depression, Post traumatic growth.



تأثیر فراشناخت درمانی بر افسردگی و رشد پس از سانحه بیماران تحت همودیالیز

سمیرا حدادی^۱، سعید ملیحی الذاکرنی^۲، رامین تاجبخش^۳، منصوره تجویدی^{۴*}، علیرضا کاکاوند^۵

۱- گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

۲- استادیار گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

۳- استادیار گروه بیماری‌های داخلی، مرکز تحقیقات بیماری‌های غیر واگیر، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران.

۴- دانشیار گروه پرستاری، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

۵- دانشیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه بین‌المللی امام خمینی قزوین، ایران.

نویسنده مسئول: منصوره تجویدی دانشیار گروه پرستاری، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

ایمیل: mansooreh_tajvidi@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۵/۲۳ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۷/۳۰

چکیده

مقدمه: دیالیز فرایندی تنش‌زا و استرس‌آور است و سبب بروز افسردگی در بیش از نیمی از بیماران تحت دیالیز می‌شود. مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر فراشناخت درمانی بر افسردگی و رشد پس از سانحه بیماران تحت همودیالیز انجام گرفته است.

روش کار: پژوهش حاضر از نوع کارآزمایی بالینی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون و دوره پیگیری سه ماهه بود. در این مطالعه تعداد ۳۶ بیمار تحت همودیالیز مراجعه کننده به بیمارستان امام علی (ع) و شهید رجایی شهر کرج سال ۱۳۹۹، به صورت نمونه‌گیری در دسترس و تصادفی گمارده شدند. برای گروه مداخله (۱۸ نفر) درمان فراشناختی ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای، بصورت انفرادی و چهره‌به‌چهره در بخش دیالیز بیمارستان‌های مورد مطالعه برگزار گردید. برای جمع‌آوری داده‌ها در این مطالعه از سیاهه افسردگی بک و سیاهه رشد پس از سانحه استفاده شد. سپس داده‌ها با استفاده از روش آنالیز کوواریانس در نرم افزار، spss با نسخه ۲۳ و سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری نشان داد که تفاوت‌های معنی‌داری بین گروه مداخله و کنترل در مراحل پس‌آزمون و پیگیری وجود دارد ($P < 0/001$) در گروه مداخله از لحاظ کاهش علائم افسردگی ($F = 332/17$) و رشد پس از سانحه ($F = 267/44$) در مرحله‌ی پس‌آزمون، تفاوت‌های معنی‌دار آماری مشاهده شد که این تفاوت‌ها در گروه کنترل مشاهده نشد.

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج این مطالعه فراشناخت درمانی با بهره‌گیری از فنونی همچون به تعویق انداختن نگرانی، چالش با باورهای مربوط به خطر و متوقف کردن مهار رفتارهای اجتنابی، دارای کارایی بالینی مناسبی در جهت بهبود علائم افسردگی و رشد پس از سانحه در بیماران تحت همودیالیز به شمار می‌رود. در ضمن انجام مطالعات وسیع‌تر فراشناخت درمانی به عنوان یک روش مداخله‌ای مؤثر برای بهبود افسردگی و رشد پس از سانحه بیماران تحت همودیالیز پیشنهاد می‌شود.

کلیدواژه‌ها: همودیالیز، فراشناخت درمانی، افسردگی، رشد پس از سانحه.

مرحله انتهایی نارسایی کلیوی (End-stage renal disease ESRD)، مشکل جدی بهداشت بوده که با کیفیت پایین زندگی همراه است (۱). بیماران دارای نارسایی کلیه طیف کاهش میزان فیلتراسیون گلوبرولی (Glomerular Filtration Renal (GFR)، و از بین رفتن کامل عملکرد کلیه را تجربه می کنند (۲). همودیالیز شایع ترین روش درمان در این بیماران است (۳) که بر سلامت جسمی و روانی آنان تاثیر گذاشته و زمینه ساز بسیاری از مشکلات رفتاری، روانشناختی و تغییرات در زندگی شامل تغییر در اشتغال خانواده و زندگی اجتماعی می گردد (۴).

از دیگر مشکلات این بیماران ضعف جسمی، درماندگی و عدم پذیرش خود است که افراد را در معرض ابتلا به استرس و افسردگی قرار می دهد (۵). افسردگی نوعی اختلال روانی شایع است که با ناراحتی، از دست دادن علاقه یا لذت، احساس گناه، کم ارزش بودن، خواب آشفتگی و تغییر اشتها، احساس خستگی و ضعف مشخص می شود (۶). حدوداً ۳۷ میلیون نفر (۱۵٪) از بزرگسالان آمریکایی مبتلا به بیماری مزمن کلیوی هستند (۷)، در کشور ایران همودیالیز ۴۷/۷٪ از درمان جایگزینی کلیه را شامل می شود و در سال ۲۰۱۳، ۲۵۹۳۴ بیمار در کشور تحت همودیالیز قرار داشتند (۸). شیوع افسردگی در بیماران تحت همودیالیز ۱۹٪ تا ۶۰٪ است (۹). عدم مشارکت این بیماران در درمان، مشکلات طبی آنها را افزوده و سلامت آنها را به مخاطره می اندازد و باعث مرگ زودرس آنها می گردد (۱۰).

آثار سوء سوانح و حوادث ناگوار در غالب اختلال استرس پس از سانحه در افراد می تواند بروز کند، اما این اختلال فقط بخشی از واکنش افراد به مشکلات سخت زندگی است درحالی که این امر می تواند همراه با رشد پس از سانحه به مفهوم تغییرات شخصی و روان شناختی مثبت در فرد بوجود آید (۱۱). رشد پس از سانحه زمانی اتفاق می افتد که فرد رویدادهای زندگی را به چالش می کشد و موجب تحولاتی در مراحل زندگی از جمله بهبود روابط اجتماعی، ارزش قائل بودن برای زندگی، پذیرفتن معنویت و آگاهی از نقاط مثبت خود، تغییر در اولویتها در زندگی وجودی و معنوی می شود (۱۲). مرحله آخر بیماری مزمن کلیه به همراه درمان طولانی مدت دیالیز یک رویداد آسیب زا به حساب می آید (۱۳). بنابراین می توان آن را به عنوان یک تروما فرض نمود، که باعث می شود بیمار

دیدگاه خود به جهان را به چالش بکشد و رشد پس از سانحه را موجب شود (۱۴).

از آنجا که افراد مبتلا به بیماری مزمن دچار نشخوار فکری در راستای حل مشکل خود و انتخاب راه حل سازگاران می شوند، بروز نگرانی و افت خلق را در آنها شاهد هستیم. از سویی درمان فراشناختی می تواند با کار بر روی نشخوار فکری و پایش تهدید فرد علایم روانشناختی را در آنها کاهش دهد، پژوهش های جدید مدل درمان فراشناختی (Metacognitive therapy)، را یکی از رویکردهایی می دانند که کمتر از دو دهه از عمر آن می گذرد و به درمان اختلال های هیجانی منجر شده است (۱۵). اصطلاح فراشناخت اولین بار توسط فلاول در دهه ۱۹۷۰ مطرح گردید که «هر نوع دانش یا فرایند شناختی که در آن ارزیابی، نظارت یا کنترل شناختی وجود داشته باشد» (۱۶) گفته می شود. درمان فراشناختی بر این باور است که افراد به این دلیل در دام ناراحتی های هیجانی گرفتار می شوند که فراشناخت های آنها در برابر پاسخ دهی به تجربه های درونی، به الگویی منجر می شود که موجب تداوم هیجان منفی و تقویت باورهای منفی در این افراد می گردد (۱۷). در واقع این مدل پیشنهاد می کند که افکار و احساسات منفی گذرا هستند، مگر اینکه یک فرد به آن افکار و احساسات منفی با سبک تفکر خاصی پاسخ دهد (۱۸). الگوی فراشناختی بر اساس سندرم شناختی - توجهی که شامل راهبردهای مقابله ای (مانند نشخوار فکری، پایش تهدید) است، باعث می شود شخص کنترل کمی بر روی افکار و احساسات منفی خود داشته باشد که در دراز مدت نتیجه عکس دارد و اساس درمان فراشناختی، حذف و یا به حداقل رساندن این سندرم است (۱۹).

اگرچه بر اساس بررسی بعمل آمده مطالعه ای بر روی اثربخشی درمان فراشناختی بر رشد پس از سانحه بیماران تحت همودیالیز گزارش نشده است. لیکن در مطالعه فیشر و همکاران، در رابطه با اثربخشی آموزش فراشناختی بر روی افسردگی نوجوانان دارای سرطان نتایج نشان دهنده بهبود بیماران پس از مداخله بوده است (۱۸). همچنین در مطالعه کالسن و همکاران، در رابطه با اثربخشی درمان فراشناخت بر روی افسردگی بیماران بزرگسال نتایج مطالعه کاهش علائم افسردگی را نشان داد (۲۰). در ایران نیز نتایج یک مطالعه تاثیر مثبت تکنیک های درمانی فراشناخت بر کاهش علائم افسردگی در بیماران مبتلا به یبوست گزارش شده

است (۲۱) بروز نارسایی مزمن کلیه و تحت همودیالیز قرار گرفتن بیماران می‌تواند مشکلات روانشناختی بسیاری از جمله افسردگی بوجود آورد که بروز افسردگی برای جنبه های مختلف زندگی آسیب زا بوده و می‌تواند باعث کاهش کیفیت زندگی بیماران تحت همودیالیز شود (۲۲). وبا عطف به پیشینه پژوهشی، مشاهده گردیده که درمطالعات، درمان فراشناختی بر مؤلفه های مختلف روانشناختی تا ثیر معنادار داشته است، اما نکته حائز اهمیت این است که، تاکنون مطالعه ای مبنی بر قابلیت اجرا و اثربخشی درمان فراشناختی بر رشد پس از سانحه و افسردگی بیماران تحت همودیالیز گزارش نشده است. براین اساس مطالعه حاضر با هدف تعیین تاثیر درمان فراشناختی بر کاهش علایم افسردگی و ارتقای رشد پس از سانحه بیماران تحت همودیالیز انجام شد. از آنجاکه زنان تحت همودیالیز افسردگی بیشتری را نسبت به مردان تحت همودیالیز تجربه می کنند (۲۳) لذا در این مطالعه زنان تحت همودیالیز بعنوان نمونه های پژوهش مورد مطالعه قرار گرفتند.

روش کار

طرح مطالعه حاضر از نوع کار آزمایشی بالینی با سنجش پیش آزمون و پس آزمون همراه با گروه کنترل و دوره پیگیری سه ماهه بود. جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر شامل کلیه زنان تحت همودیالیز مراجعه کننده به بخش دیالیز دو بیمارستان شهید رجایی و امام علی (ع) وابسته به دانشگاه علوم پزشکی البرز شهر کرج در نیمه دوم سال ۱۳۹۹ بودند. با توجه به اینکه حداقل حجم نمونه مناسب در پژوهش‌های مداخله‌ای ۱۵ نفر برای هر گروه است (۲۴). لذا بر اساس میانگین سه پژوهش پیشین (۲۷،۲۶،۲۵) حجم نمونه در مطالعه حاضر ۳۶ نفر از زنان دارای ملاک های ورود به مطالعه به صورت در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی (قرعه کشی) در دو گروه مداخله (۱۸ نفر) و کنترل (۱۸ نفر) تخصیص داده شدند. معیارهای ورود نمونه ها به مطالعه شامل: (۱) داشتن حداقل ۳۰ سال سن، (۲) گذشت حداقل سه ماه از شروع دیالیز، (۳) انجام حداقل ۲ تا ۳ بار دیالیز در هفته، (۴) عدم وجود مشکلات کلامی و شنوایی (۵) عدم ابتلا به اختلالات

روانی براساس پرونده پزشکی و اظهار بیمار بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل: (۱) عدم حضور در دوجلسه متوالی و (۲) تغییر روش درمانی به دیالیز صفاقی یا پیوند کلیه بود. نمونه گیری در این پژوهش پس از کسب مجوز از بیمارستان‌های مورد مطالعه و تکمیل رضایت نامه کتبی آگاهانه از بیماران آغاز شد. ابزارهای مطالعه قبل از مداخله توسط پژوهشگر (نویسنده اول) به صورت مصاحبه با زنان مورد مطالعه حین انجام همودیالیز تکمیل شد. در این مطالعه جلسات درمانی در قالب هشت جلسه ۶۰ دقیقه ای بر روی گروه مداخله طی دو ماه بصورت هرهفته یک جلسه درمانی برای هر فرد دربخش دیالیز بیمارستانهای مورد نظر برگزار گردید (جدول ۱). جلسات درمانی بر اساس ساعات تعیین شده توافقی بین بیمار و پژوهشگر (نویسنده اول) به شکل گام به گام براساس نسخه فارسی پروتکل درمان فراشناختی جلینک و همکارانش (۲۸) اجرا شد. در طول این مدت و در زمان پیگیری هیچ گونه مداخله ای برای گروه کنترل انجام نشد. در اجرای این مطالعه سیاهه افسردگی و سیاهه رشد پس از سانحه طی سه مرحله قبل از مداخله، بلافاصله بعد از مداخله، و سه ماه بعد از مداخله ازطریق مصاحبه با بیماران دو گروه کنترل و مداخله توسط پژوهشگر تکمیل شد. در این پژوهش بعد از اتمام جلسات درمانی چهره به چهره برای بیماران گروه مداخله به منظور ادامه و تداوم درمان سه ماه پیگیری درمان توسط پژوهشگر انجام گرفت. پیگیری سه ماهه به این صورت به اجرا در آمد که با کلیه شرکت کنندگان در گروه مداخله هر هفته تماس گرفته و طی تماس تلفنی ضمن تاکید بر انجام تمرینات آموزشی داده شده به سوالات آنان پاسخ داده شد. تداوم این برنامه در رضایت بیماران و تبعیت از درمان اثرگذار بوده و از ریزش نمونه پیشگیری شد. در بعد ملاحظات اخلاقی تضمین محرمانه بودن اطلاعات، عدم تحمیل بار مالی و آسیب جسمی برای بیماران و عدم مغایرت مطالعه با موازین دینی و فرهنگی رعایت گردید و اینکه در هر مرحله از پژوهش شرکت کنندگان می توانستند از ادامه آن انصراف دهند.

جدول ۱: خلاصه محتوای طرح درمانی فراشناخت

جلسات	هدف	اجرا
جلسه اول	برقراری رابطه حسنه با درمانجو، ارزیابی شناختی	برقراری رابطه درمانی، آشنایی و توضیح کلی از رویکرد درمانی، بحث در خصوص تاثیرات بیماری (دیالیز)، بستن قرارداد درمانی، وپالایش ذهنی (مشخص کردن نکات منفی)، تعمیم بیش از حد (استفاده از کلمه همه و هیچ) و تغییر دیدگاه و اصلاح ارزیابی شناختی، تنظیم قوانین
جلسه دوم	تمرین تکنیک آموزش توجه	مفهوم سازی بر اساس مدل فراشناختی، بررسی حافظه و تمرکز، تمرین تکنیک آموزش توجه، ارایه تکلیف خانگی و بحث در خصوص اهمیت آن در فرایند درمانی
جلسه سوم	تکنیک استبداد/باید یافتن تعادل صحیح	بررسی تکلیف خانگی، معرفی تکنیک استبداد/عبارت "باید" تجزیه و تحلیل سود و زیان معیارهای سختگیرانه، بی ارزش نمایاندن نکات مثبت (انتظار بازخورد منفی، رد باز خورد مثبت)، تفکر سیاه و سفید و یافتن یک تعادل صحیح، ارایه تکلیف خانگی
جلسه چهارم	شناسایی ارزش ها، تکنیک افزایش اعتماد به نفس	بررسی تکالیف خانگی، شناسایی ارزشها (رفتارهای قابل مشاهده، حالت های غیر قابل مشاهده)، استراتژی برای زندگی کردن با ارزش (شناسایی نقاط مثبت)، تمرین تکنیک افزایش عزت نفس و ارایه تکلیف خانگی
جلسه پنجم	تحریف تفکر و سبک اسناد	بازبینی تکالیف خانگی، بزرگ نمایی و کوچک نمایی، سبک اسناد (برای رویداد منفی و رویداد مثبت)، ارایه تکلیف خانگی
جلسه ششم	بررسی راهبردها و رفتارها و تمرین تکنیک ذهن آگاهی	بازبینی تکالیف خانگی، بحث در خصوص اهمیت نشخوار فکری در تداوم اختلال و به تعویق انداختن نشخوار ذهنی و تمرین آن، تمرین تکنیک جستجو آرامش و انجام تمرین تنفس، تمرین های آرام سازی، کناره گیری و استفاده از راهبردهای برای شکستن کناره گیری و نشخوار فکری و ارائه تکلیف خانگی
جلسه هفتم	ارزیابی ذهن خوانی، نتیجه گیری عجولانه	ارایه خلاصه ای از جلسات، نتیجه گیری عجولانه، ذهن خوانی، پیش گویی و فاجعه آمیز کردن، بررسی نتایج احتمالی و تمرین ارزیابی مجدد احتمالات
جلسه هشتم	تمرین و شناسایی احساسات	درک احساسات، استدلال هیجان، درک نشانه غیر کلامی، بررسی هیجانات و تمرین شناسایی آن و ارائه تکلیف خانگی، انجام برنامه پیشگیری از عود (شناسایی عواملی که موجب عود خواهد شد و راه های مقابله با آن)

جهت جمع آوری داده ها از ابزارهای ذیل استفاده گردید. پرسشنامه مشخصات فردی و بالینی، شامل سوالاتی از جمله سن، تحصیلات، تعداد و زمان جلسات دیالیز و مراجعه به روانشناس می باشد. سیاهه افسردگی بک (BDI-II Beck Depression Inventory-II): دومین ویرایش سیاهه افسردگی در سال ۲۰۰۰ توسط بک و همکاران منتشر شد. این آزمون از ۲۱ ماده مرتبط با نشانه های مختلف افسردگی که شدت افسردگی را می سنجد و هر ماده (نشانه بیماری) بر اساس شدت آن به چهار درجه تقسیم شده و از صفر تا سه نمره می گیرد. نمره صفر نشاندهنده پایین ترین میزان و نمره سه نشاندهنده بالاترین میزان تجربه افسردگی است. در این آزمون جمع نمرات می تواند بین ۰ تا ۶۳ باشد، هریک از این مواد سیاهه یکی از علایم افسردگی را می سنجد ثبات درونی ابزار ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ بود (۲۹). و به منظور تعیین روایی این سیاهه، همبستگی آن با مقیاس سلامت عمومی (General Health Questionnaire (GHQ) ، ۰/۶۷ گزارش شده است (۳۰). در ایران دابسون و محمد خانی (۳۱) ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ برای بیماران سرپایی و ۰/۹۳ را برای دانشجویان و ضریب باز آزمایی به فاصله یک هفته ۰/۹۳ بدست آورده اند.

سیاهه رشد پس از سانحه Post-Traumatic Growth

Inventory (PTG): سیاهه ی رشد پس از سانحه توسط تدرسچی و کالهان (۱۹۹۶) ساخته شد. این مقیاس ۲۱ سوال دارد که رشد پس از سانحه را در ابعاد ۵ گانه ی قدردانستن زندگی، تنظیم موقعیت های جدید، حس قوی تر شدن شخصی، ارتباط بهتر با دیگران و تغییرات معنوی تدوین گردیده است. در این ابزار طیف لیکرت ۰ تا ۵ در نظر گرفته شده است به طوری که ۰ نشان دهنده ی هرگز و ۵ نشان دهنده ی خیلی زیاد است. در دامنه ای از «من هیچ تحولی را به عنوان نتیجه ی بحرانم تجربه نکردم» که صفر می گیرد تا «من تحول بسیار زیادی تجربه کردم» که پنج می گیرد. کل نمرات مقیاس ۱۰۵ و نمره بیشتر تر در این مقیاس نشاندهنده رشد پس از سانحه بالاتر می باشد (۳۲). در پژوهشی که توسط حیدر زاده و همکاران صورت گرفته، ضریب آلفای کرونباخ برای کل ابزار ۰/۸۷ و ضرایب بدست آمده برای مولفه های مقیاس بین ۰/۷۷-۰/۵۷ بوده است (۳۳). در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ برای رشد پس از سانحه ۰/۸۱ و برای افسردگی ۰/۷۹، به دست آمد. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار spss نسخه ۲۳ انجام شد. جهت بررسی تاثیر مداخله بر متغیرهای پاسخ افسردگی و رشد پس از سانحه، تحلیل کوواریانس چندمتغیری با کنترل اثر پیش آزمون و پس آزمون در

صورت معنی دار بودن مدل تحلیل کوواریانس تک متغیری مورد استفاده قرار گرفت. سطح معنی داری در تمامی آزمون ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. این مطالعه در کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی، واحد پرند با شناسه اخلاق IR.IAU.PIAU.REC.1399.006 و کد کار آزمایشی بالینی (IRCT 20201118049430N1) در رشته روانشناسی سلامت مورد تایید قرار گرفته است.

یافته ها

در مطالعه حاضر، تعداد ۳۶ بیمار در گروه مداخله و کنترل (هر گروه ۱۸ نفر) مورد مطالعه قرار گرفتند. بررسی مشخصه های جمعیت شناختی نشان می دهد که میانگین و انحراف معیار سن در گروه مداخله و کنترل به ترتیب برابر با $56/7 \pm 14/6$ و $54/11 \pm 11/53$ بود. میزان تحصیلات شرکت کنندگان $13/88\%$ دانشگاهی (۵ نفر)، $30/55\%$ دیپلم (۱۱ نفر)، $55/55\%$ زیر دیپلم (۲۰ نفر) بود. برای بررسی همگن بودن گروه ها از لحاظ سن و تحصیلات از آزمون

کای اسکوتر استفاده شد. سطح معناداری آزمون کای اسکوتر $P < 0/05$ در نظر گرفته شد و نتایج نشان داد که دو گروه از نظر سن ($P = 0/88$) و تحصیلات ($P = 0/38$) تفاوت معناداری با هم ندارند. تعداد جلسات دیالیز در هفته، $64/44\%$ (۲۵ نفر) از بیماران سه جلسه در هفته، $27/77\%$ (۱۰ نفر) دو جلسه در هفته، $2/77\%$ (۱ نفر) چهار جلسه در هفته تحت درمان همودیالیز قرار داشتند. زمان هر جلسه، $55/55\%$ چهار ساعت در روز (۲۰ نفر)، $22/22\%$ سه و نیم ساعت (۸ نفر)، $22/22\%$ سه ساعت (۸ نفر) بود.

جدول ۲، میانگین و انحراف معیار متغیر رشد پس از سانحه و افسردگی در بیماران تحت همودیالیز در دو گروه مداخله و کنترل به تفکیک پیش آزمون و پس آزمون و پیگیری را نشان می دهد. بر این اساس میانگین شاخص های مذکور در گروه مداخله در مرحله پس آزمون و پیگیری در مقایسه با گروه کنترل در ارتباط با متغیر افسردگی کاهش و در ارتباط با رشد پس از سانحه افزایش نشان داده است.

جدول ۲: میانگین نمرات افسردگی و رشد پس از سانحه در بیماران تحت همودیالیز در دو گروه مداخله و کنترل

متغیر	مداخله n=18		کنترل n=18	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
افسردگی	پیش آزمون	47/50	45/39	2/70
	پس آزمون	32/44	44/61	2/03
	پیگیری	35/00	43/44	3/31
رشد پس از سانحه	پیش آزمون	41/05	44/22	8/09
	پس آزمون	82/50	47/72	8/33
	پیگیری	80/77	43/83	9/18

نبودند، بر اساس آزمون ام باکس طبق نتایج، برای متغیر افسردگی ($F=1/48$ ، $P=0/10$) و متغیر رشد پس از سانحه ($F=1/33$ ، $P=0/19$) که برای هیچ یک از متغیرها معنی دار نبوده است، شرط همگنی ماتریس های واریانس / کواریانس به درستی رعایت شده است. هم چنین، بررسی آزمون لوین نشان داد مفروضه همگنی واریانس ها برای مولفه های افسردگی و رشد پس از سانحه رعایت شده است. پس از تایید مفروضه های آماری از آزمون آماری تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد.

پیش از انجام تحلیل داده ها به روش تحلیل کوواریانس چند متغیری، پیش فرض های تحلیل کوواریانس چند متغیری مورد ارزیابی قرار گرفت. نتایج آزمون کولموگروف اسمیرنوف برای هیچ یک از متغیرها در سطح ($p > 0/05$) معنادار نبود آماره Z متغیر رشد پس از سانحه در گروه مداخله فراشناخت $1/49$ و در گروه کنترل $1/23$ و آماره Z، برای متغیر افسردگی در گروه مداخله برابر با $0/97$ و در گروه کنترل $78/$ بود. که این یافته حاکی از آن است که فرض نرمال بودن برقرار است. همچنین نتایج آزمون ام باکس و آزمون لوین معنادار

سمیرا حدادی و همکاران

جدول ۳: نتایج تحلیل کوواریانس برای نمره رشد پس از سانحه و افسردگی در مرحله پس از آزمون و پیگیری

مرحله اندازه گیری	آزمونها	مقدار	F	P	مجذور آتا
پس آزمون	لامبدای ویلکز	۰/۱۳	۴۳۳/۸۵	<۰/۰۰۱	۰/۹۶
پیگیری	لامبدای ویلکز	۰/۱۰	۲۷۵/۷۷	<۰/۰۰۱	۰/۹۴

چنانچه در جدول ۳ مشاهده می شود نتایج آزمون لامبدای ویلکز نشان داد که در مرحله پس از آزمون و پیگیری در دو گروه مداخله و کنترل در مولفه های افسردگی و رشد پس از سانحه تفاوت آماری معناداری وجود دارد ($P < 0/001$) جهت

بررسی این که در کدام یک از مولفه های افسردگی و رشد پس از سانحه بین دو گروه مداخله و کنترل تفاوت آماری معناداری وجود دارد از تحلیل کوواریانس یک متغیره استفاده شد.

جدول ۴: نتایج تحلیل کوواریانس یک متغیره رشد پس از سانحه و افسردگی در گروه های مداخله و کنترل

متغیرهای وابسته	میانگین مجذورات	F	P	مجذور آتا
افسردگی	۵۴/۱۳۱۲	۱۷/۳۴۲	<۰/۰۰۱	۹۱/۰
رشد پس از سانحه	۹۹/۱۰۷۵۷	۴۴/۲۶۷	<۰/۰۰۱	۸۹/۰
افسردگی	۷۳/۶۴۳	۸۸/۶۴	<۰/۰۰۱	۶۷/۰
رشد پس از سانحه	۴۷/۱۱۸۷۳	۴۰/۳۰۱	<۰/۰۰۱	۹۰/۰

بر اساس نتایج حاصل از آزمون تحلیل کوواریانس یک متغیره، تحلیل متغیرهای افسردگی و رشد پس از سانحه با استفاده از آلفای میزان شده بن فرونی ۰/۰۲۵ و پس از تعدیل نمرات پیش آزمون، درمان فراشناختی بر افسردگی و رشد پس از سانحه در مرحله ی پس از آزمون و پیگیری اثر معنی داری داشته است (جدول ۴)؛ در نتیجه فرض صفر در سطح معنی داری ۰/۰۵ رد می شود.

بحث

مطالعه حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان فراشناخت بر افسردگی و رشد پس از سانحه در بیماران تحت همودیالیز انجام گرفت. در نتایج مطالعه حاضر تاثیر درمان فراشناختی بر افسردگی بیماران تحت همودیالیز مشخص و با تعیین تغییرات مثبت معناداری در نمره مقیاس های پس آزمون تا مرحله پیگیری نشان داده شد. این امر در تایید مطالعه کالسن و همکاران (۲۰) است که در مطالعه خود تاثیر فراشناخت بر افسردگی را گزارش نمودند که این مداخله می تواند با کاهش نشخوار فکری منجر به کاهش افسردگی شود. همچنین در این راستا نتایج مطالعه جلینک و همکاران نشان داد که درمان فراشناختی بر نقش باورها در سبک پردازش، فرایندهای توجهی و کنترل شناخت تمرکز می کند و با کاهش نشخوار فکری و باورهای مثبت و منفی فراشناختی به درمان افسردگی منجر می شود (۲۸). از سوی

دیگر باورهای شناختی بیماران تحت دیالیز را به چالش می کشند و می کوشد تا افراد را قادر سازد باورهای فکری اغلب اتوماتیک و ناخودآگاه را که همراه با افسردگی است از طریق اصلاح باورهای شناختی خود و همچنین با کاهش باورهای فراشناختی ناکارآمد خود تصحیح کنند. سرانجام، استراتژی های مقابله (سرکوب فکری، نشخوار فکری) هدف قرار می گیرند (۱۶). ولز و همکاران (۳۴) در مطالعه خود با تاثیر فراشناخت درمانی بر بیماران افسرده نشان دادند که کاهش نشخوار فکری در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی منجر به کاهش افسردگی می شود. بنابراین می توان گفت که تغییرات در خلق افسرده در گروه مداخله، نتیجه ی تغییرات در نشخوارهای ذهنی و عقاید مربوط به آن است. با توجه به اینکه در این پژوهش نشخوارهای ذهنی از یک سو و آموزش کنترل توجه از سوی دیگر هدف اصلی مداخله را تشکیل می دهد. می توان فرض نمود درمان فراشناختی به دلیل کاهش باورهای فراشناختی دخیل در تداوم نشانه های افسردگی منجر به کنترل مکانیسم های زیربنایی علایم شناختی، هیجانی و رفتاری می شود و در نتیجه با کاهش نشانه های افسردگی، بهبود رشد پس از سانحه نیز صورت پذیرفته است. موریتز و همکاران (۳۵) در پژوهشی نشان دادند که کاهش خاطرات ناکارآمد در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی می تواند در بهبود تحریف شناختی کمک کند که در واقع این درمان با مورد

هدف قرار دادن عوامل سطح بالای کنترل شناخت نه تنها باور های غیر منطقی و افکار ناکارآمد را کاهش می دهد بلکه راهبرد های ناکارآمد رفتاری را نیز کاهش می دهد، کاهش یافتن علایم هیجانی، شناختی و رفتاری با مداخله ی مستقیم برمکانیزم های تداوم بخش علایم افسردگی از شرایط این درمان می باشد که در پژوهش مورد تایید قرار گرفت. به بیانی می توان گفت بیماران تحت همودیالیز معمولاً بیشتر با تفکر در خصوص تغییرات مهمی که در شیوه زندگی شان باعث ابتلا به بیماری ایجاد شده است وقت خود را می گذرانند. در این مطالعه سعی شد با بکار گیری روش درمانی فراشناختی و ایجاد تغییر در دیدگاه و تفکر بیماران از طریق یاد آوری نکات مثبت شرایط موجود و کنار گذاشتن خطاهای شناختی با برنامه ریزی و نظم دهی به فعالیت های روزانه خود بپردازند. همچنین با یاد آوری نقاط قوت، باعث بالا رفتن اعتماد به نفس شان شده و احساس افسردگی در آنان کاهش می یابد.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد درمان فراشناخت بر رشد پس از سانحه بیماران تحت همودیالیز در مرحله پس از آزمون و پیگیری تأثیر دارد. بررسی های تیم تحقیق نشان داد تاکنون، پژوهشی بر تأثیر درمان فراشناخت بر رشد پس از سانحه بیماران تحت همودیالیز گزارش نشده است. اگرچه در مطالعات سایر محققین مانند کیو و همکاران (۱۳) بر روی بیماران تحت همودیالیز نشان دادند با انجام مداخلات روانشناختی و افزایش حمایت اجتماعی می توان رشد پس از سانحه را در این بیماران بهبود بخشید. همچنین نتایج مطالعه تقوی بهبهانی و همکاران (۳۶) نشان داد رشد پس از سانحه بیماران مبتلا به سرطان پستان تحت تأثیر معنویت درمانی می تواند ارتقا پیدا کند.

از آنجاکه هدف برنامه درمان فراشناخت این است که بیمار بتواند با افکارش به گونه ای متفاوت ارتباط برقرار کند و از انجام پردازش به صورت نگرانی و نشخوار فکری و بازنگری تهدید، جلوگیری نماید (۳۷). تحقیقات نشان می دهند که این خود تروما نیست که تبعات روانشناختی منفی برای بیمار به همراه دارد، بلکه رفتار و فرآیند ارزیابی بیمار است که نتایج روانشناختی بیمار را مشخص می کند (۳۸). لاورین و همکاران معتقدند ارتباط با دیگران باعث تقویت احساسات و تحریک بیماران به بررسی و ارزیابی مجدد تهدید و تسهیل بازنگری در فلسفه زندگی می شود و مداخلات روانشناختی با تغییر در پردازش شناختی و بیان عواطف و ارزیابی مثبت

یک رویداد استرس زا منجر به رشد پس از سانحه می شود (۳۹). رشد پس از سانحه فرد را وادار می کند در پردازش شناختی تروما شرکت کند و با وضعیت جدید سازگار شود. این تفکرات نشخوارکننده در ابتدا منفی و با گذشت زمان برای یافتن معنای تروما و الویت های جدید در زندگی این تفکرات مثبت می شوند (۱۲). اگر چه دیالیز ظاهراً تلخ و ناگوار است روبه رو شدن با دیالیز که درمان قطعی برای بیماران نارسایی مزمن کلیه نیست اما با به چالش کشیدن این رویدادها از طریق درک همدلانه برای امیدوار بودن به زندگی و ایجاد ارتباط با اطرافیان و پی بردن به نقاط قوت خود و اینکه افکار را بدون قضاوت درک کنند و با مشخص کردن الویت های زندگی منجر به شکوفا شدن رشد در آنها شد. بنابراین درمان فراشناختی دارای برنامه ی ارزیابی، نظارت و کنترل بوده و از این طریق، درمانگر را از نتایج درمانی خود مطلع نموده و بازخودهای مناسبی به بیماران می دهد که منجر به کاهش علائم افسردگی و بهبود رشد پس از سانحه می شود.

این پژوهش با برخی محدودیت ها روبه رو بوده است. از آنجاکه این مطالعه بر روی جامعه ی زنان تحت همودیالیز صورت گرفته است، بنابراین در تعمیم نتایج به جامعه مردان میسر نمی باشد. به علاوه تعمیم نتایج به دیگر گروه های جامعه با سایر اختلالات روانپزشکی و جسمانی باید با احتیاط صورت گیرد. همچنین مدت زمان کم پیگیری را می توان از دیگر محدودیت های این پژوهش دانست.

پیشنهاد می شود پژوهشگران مطالعه خود را بر مردان تحت همودیالیز تکرار کنند و از این پس درمان های روانشناختی چون فراشناخت درمانی نیز در کنار درمان های دارویی روی بیماران تحت همودیالیز، انجام گیرد.

نتیجه گیری

یافته های این مطالعه به خوبی نشان دهنده تأثیر درمان فراشناخت بر علائم افسردگی و رشد پس از سانحه در زنان تحت همودیالیز بود. بکار گیری روش درمانی فراشناخت بدلیل ساز و کارهای نهفته در آن مانند توجه به آگاهی، افزایش عزت نفس و پی بردن به نقاط قوت می تواند منجر به بهبود علائم افسردگی، رشد پس از سانحه و در نتیجه افزایش اثر بخشی درمان گردد. نتایج این مطالعه می تواند در تدوین برنامه های آموزشی برای افراد دارای بیماری های مزمن بکار گرفته شود.

در پایان از تمامی بیماران و پرستاران و مسئولین بیمارستانهای شرکت کننده در این پژوهش و کسانی که ما را در انجام این پژوهش یاری داده اند تقدیر و تشکر می شود. مقاله حاضر برگرفته از رساله ی دکترای نویسنده اول در گروه

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می کنند هیچگونه تضاد منافی ندارند.

References

1. Kim K, Kang GW, Jungmin Woo J. The Quality of Life of Hemodialysis Patients Is Affected Not Only by Medical but also Psychosocial Factors: A Canonical Correlation Study. *J K Med Sci*. 2018; 33(14):e111. <https://doi.org/10.3346/jkms.2018.33.e111>
2. Dehvan F, Monjazebe F, Erfani Khanghahi M, Mohammadi H, Ghanei Gheshlagh R. Adequacy of Dialysis in Iranian Patients Undergoing Hemodialysis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Nephro-Urolmon*. 2018; 10 (5):e82235,1-10. (Persian) <https://doi.org/10.5812/numonthly.82235>
3. Ebadi A, Sajadi S A, Moradian S T, Akbari R . Psychological consequences for family caregivers of patients receiving hemodialysis: threat or opportunity? *BMC Psychology*. 2021; 9 (154):1-7. (Persian) <https://doi.org/10.1186/s40359-021-00667-7>
4. Sarizadeh M-S, Rafieinia P, Sabahi P, Tamaddon M-R. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on subjective well-being among hemodialysis patients: A randomized clinical trial study. *Koomesh* .2018;21(1):61-66. (Persian)
5. Mutiara Y T, Hidayati W, Asyrof A. Perbedaan kejadian derresi pasien chronic kidney disease on hemodialysis yang dipengaruhi dukungan . *J Ilmu Keperawatan Jiwa* .2018; 1 (1): 8 - 13. <https://doi.org/10.32584/jikj.v1i1.30>
6. AmjdKhan A, Hayat Khan A, Mushtaq S. Prevalence and predictors of depression among hemodialysis patients: a prospective follow-up study. *BMC Public Health*. 2019; 19(531):1471-2458. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6796-z>
7. Centers for Disease control and prevention. Chronic Kidney disease surveillance system website. <https://nccd.cdc.gov/CKD>. 2021:1-4.
8. Ghane GO, Farahani MA, Seyedfatem N, Haghani, HA. Effect of problem-focused coping strategies on the quality of life in family caregivers of hemodialysis patients. *Koomesh*. 2017; 19: 391-400. (Persian)
9. Dziubeka W, Kowalska J, Mariusz Kusztal M, Rogowski T, Gołębiowski T, Nikifur M, et al. The level of anxiety and depression in dialysis patients undertaking regular physical exercise training - a preliminary study. *Kidney Blood Press Res*. 2016; 41:86-98. <https://doi.org/10.1159/000368548>
10. Washington T, Zimmerman S, Browne T. Factors associated with chronic kidney disease self-management. *Soc work public Health*. 2016; 31(2): 58-69. <https://doi.org/10.1080/19371918.2015.1087908>
11. Maroni C, Freire M, Eder M, Arantes P, Dib R, Tajra P, et al. Resilience religiosity and treatment adherence in hemodialysis patients a prospective study. *Psychol Health Med*. 2017; 22(5): 570-577. <https://doi.org/10.1080/13548506.2016.1191658>
12. Sorensen J, Rzeszutek M, Gasik R. Social support and post traumatic growth among a sample of arthritis patients: Anaiysis in light of conservation of resources theory ,springer Nature Switzerland AG. Part of springer Nature. *J curr psychol*. 2019:1-9. <https://doi.org/10.1007/s12144-019-0131-9>
13. Cui Ch, Wang K, An J, Jin Ch. Current status and influencing factors of post-traumatic growth in maintenance hemodialysis. *Int J Nurs Sci* 2017; 4:362-366. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2017.09.008>
14. Rzeszutek M, Oniszczenko W, Firląg-Burkacka E. Social support, stress coping strategies, resilience and posttraumatic growth in a Polish sample of HIV-infected individuals: results of a 1 year longitudinal study. *J Behav Med* .2017; 40(6): 942-954 <https://doi.org/10.1007/s10865-017-9861-z>
15. Lysaker H, Gagen P, Moritz S, Schweitzer R D. Metacognitive approaches to the treatment of psychosis: a comparison of four approaches. *Psychol Res Behav Manag.* 2018: 341-351.

- <https://doi.org/10.2147/PRBM.S146446>
16. Jelinek L, Schneider B-C, Hauschildt M, Moritz S. Metacognitive Training for Depression (D-MCT): A Short Manual for its Original Version and its Adaption for Older Adults (MCTSilver) (Version: 21.10.19) file:///C:/Users/asus/Downloads/DMCT_MCTSilver_brief_manual_english%20(1).pdf
 17. Shaheri K, Moradi Baglooei M, Sarichloom E, Alipour M. Examining the Effect of Metacognitive Group Therapy on Anxiety among Caregivers of Hospitalized Patients with Schizophrenia. *IJPN*. 2017; 5(5):34-41. (Persian) <https://doi.org/10.21859/ijpn-05055>
 18. Fisher PL, McNicol K, Young B, Smith E, Salmon P. Alleviating Emotional Distress in Adolescent and Young Adult Cancer Survivors: An Open Trial of Metacognitive Therapy. *J Adolesc Young Adult Oncol*. 2015; 4(2):64-69. <https://doi.org/10.1089/jayao.2014.0046>
 19. Normann N, van Emmerik A, Morina N. The efficacy of metacognitive therapy for anxiety and depression: a meta-analytic review. *Depress Anxiety* 2014;31(5):402-411. <https://doi.org/10.1002/da.22273>
 20. Callesen P, Lunde Pedersen M, Koch Andersen CH, Wells A. Metacognitive therapy for bipolar II disorder: A single case series study, *Neurology, Psychiatry and Brain Research*. *Neurol Psychiatry Brain Res* .2020;38:107-113. <https://doi.org/10.1016/j.npbr.2020.08.004>
 21. khoshlahjeh sedgh A. The impact of meta-cognitive therapy in reducing symptoms of depression and anxiety in patients with constipation. *Health Psychology* 2017; 6(1):116-128. (Persian)
 22. Shahraki E, Mansoor Shakiba M, Ghasemi-Aliabadi Sy. Depression and Anxiety in Patients with Chronic Renal Failure Undergoing Hemodialysis. *Journal of Zabol Medical School*, 2021;4(1):1-6. doi: 10.18502/jzms.v4i1.6754. (Persian) <https://doi.org/10.18502/jzms.v4i1.6754>
 23. Al-Jabi SW, Ansam Sous A, Jorf F, Taqatqa M, Allan M, Sawalha L, et al. Depression among end-stage renal disease patients undergoing hemodialysis: a crosssectional study from Palestine. *Renal Replacement Therapy*, 2021:1-11. <https://doi.org/10.1186/s41100-021-00331-1>
 24. Delavar A. Research Methods in Psychology and Educational Sciences. Tehran: Virayesh. 2007. <http://scholar.google.com/citations?user=ZA7qq9EAAAAAJ&hl=en>. (Persian)
 25. Abdi Sarkami, F., Mirzaian, B., Abbasi, G. The Comparison of the Effectiveness of Metacognitive Therapy and Emotion Efficacy Therapy on Depression and Self-Care in Non-Clinical Depressed Elderly. *Aging Psychology*, 2020; 6(3): 283-269.
 26. Ahmasebiashtiani E, Vatankhah Amjad F, karimgholipour N, Soleimani H. The Effectiveness of Metallization-based Therapy on Insecure Attachment, Fear of Intimacy and Suicidal Ideation in People with Major Depressive Disorder. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing (IJPN)*, 2022;10(2):1-13.
 27. Nasirdehghan M, Tahmouresi N, Moghimbeigi A, Taghavi Kojidi H. Comparison of the effectiveness of metacognitive therapy and reality therapy on self-care, fasting blood pressure and blood sugar in patients with type 2 diabetes. *Jnums*. 2021;9(2):137-152.
 28. Jelinek L., Van Quaquebeke N., Moritz S. Cognitive and metacognitive mechanisms of change in Metacognitive Training for Depression. *Scientific Reports*. 2017;7(3449):1-8. <https://doi.org/10.1038/s41598-017-03626-8>
 29. Steer RA, Rissmiller DJ, Beck AT. Use of the Beck depression inventory-II with depressed geriatric inpatients. *Behav Res Ther*. 2000; 38 (3):311-318. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(99\)00068-6](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00068-6)
 30. Aalto A-M, Elovainio M, Kivimäki M, Uutela A, Pirkola S. The Beck Depression Inventory and General Health Questionnaire as measures of depression in the general population: a validation study using the Composite International Diagnostic Interview as the gold standard. *Psychiatry Res* 2012; 197(1):163-171. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.09.008>
 31. Stephen- Dobson K, Mohammadkhani P, Massah-chouiabio. Psychometric characteristic of beck depression Inventory-2 in patients with major depressive disorder. *Arch Rehabil*. 2007; 8(0): 82-97. (Persian)
 32. Tedeschi RG, Calhoun LG. The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *J. Traumatic Stress* 1996;9:455-471. <https://doi.org/10.1002/jts.2490090305>
 33. Heidarzadeh M, Rassouli M, Mohammadi

- SF, Alavi Majd H, Mirzaeei HR, Tahmasebi M. Validation of the persian version of the posttraumatic growth inventory in patients with cancer. *Payesh*. 2015; 14: 467-473. (Persian)]
34. Wells A, Fisher P, Myers S, Wheatley J, Patel T, Brewin CR. Metacognitive therapy in treatment-resistant depression: a platform trial. *Behav Res Ther* 2012; 50(6):367-73. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2012.02.004>
 35. Moritz S, Schneider B.C, Peth J, Arlt S, Jelinek L. Metacognitive Training for Depression (D-MCT) reduces false memories in depression. A randomized controlled trial. *Eur. Psychiatry* .2018; 53:46-51 <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.05.010>
 36. Taghavi Behbahani A, Nazari AM, Shahid Sales S, Khajeh Vand A. Spiritual therapy on post-traumatic growth in women with breast cancer. *MEJDS*. 2019; 9(84):1-9.
 37. Andrews D, Wan T. The importance of mental health to the experience of job strain. *J Nurs Manag*. 2009; 17(3):340-351. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2934.2008.00852.x>
 38. Hulbert-Williams NJ, Neal RD, Morrison V, Hood K, Wilkinson C. Anxiety, depression and quality of life after cancer diagnosis: what psychosocial variables best predict how patients adjust? *Psycho-Oncology*. 2012;21(8): 857-67. <https://doi.org/10.1002/pon.1980>
 39. Leloirain S, Bonnaud-Antignac A, Florin A. Long Term Posttraumatic Growth After Breast Cancer: Prevalence, Predictors and Relationships with Psychological Health. *J Clin Psychol Med Settings*. 2010; 17:14-22. <https://doi.org/10.1007/s10880-009-9183-6>