

مقاله اصلی

## مقایسه اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر خودشفقتی بیماران دیالیزی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۵/۱۱ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۸/۲۶

### خلاصه

**مقدمه:** پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر خودشفقتی بیماران دیالیزی انجام شد.

**روش کار:** روش پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل همراه با پیگیری بود، جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی بیماران دیالیزی مراجعه کننده به مرکز دیالیز بیمارستان خاتم الانبیا در شهرستان شاهرود در سال ۱۴۰۲ به تعداد ۲۱۱ نفر بودند. نمونه پژوهش شامل ۴۵ نفر و روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه خودشفقتی نف (۲۰۰۳)، پروتکل درمان شناختی-رفتاری (والساراج و همکاران، ۲۰۲۱) و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (سگال و همکاران، ۲۰۱۳) بود. داده‌ها با استفاده از آزمون آماری تحلیل واریانس آمیخته تجزیه و تحلیل شد.

**نتایج:** نتایج نشان داد که دو شیوه مداخله درمان شناختی رفتاری و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر خودشفقتی بیماران دیالیزی در پس آزمون اثر معنی‌دار داشت. بین نمرات خودشفقتی در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری صرف نظر از نوع مداخله، تفاوت وجود داشت. از بین دو روش مداخله درمان شناختی رفتاری و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی، درمان شناختی رفتاری در افزایش خودشفقتی در بیماران دیالیزی موثرتر بود ( $P < 0.001$ ).

**نتیجه‌گیری:** با هر دو روش درمان شناختی رفتاری و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی به ویژه درمان شناختی رفتاری که موثرتر بود، می‌توان بهبودی بیماران دیالیزی را تسریع کرد.

**کلمات کلیدی:** خودشفقتی، درمان شناختی رفتاری، درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی، بیماران دیالیزی

بهاره حسینی<sup>۱</sup>

فرحناز مسچی<sup>۲\*</sup>

بیوک تاجری<sup>۳</sup>

علیرضا شکرگزار<sup>۴</sup>

نسرتین رضویان زاده<sup>۵</sup>

<sup>۱</sup> دانشجوی دکتری تخصصی، گروه روان‌شناسی سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران

<sup>۲</sup> گروه روان‌شناسی سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران (نویسنده مسئول)

<sup>۳</sup> گروه روان‌شناسی سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران

<sup>۴</sup> گروه روان‌شناسی سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران

<sup>۵</sup> گروه پزشکی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، ایران

Email: fa.meschi@kiau.ac.ir

## مقدمه

نارسایی مزمن کلیه امروزه به عنوان یک چالش فراگیر مطرح بوده و به دلیل ایجاد ناتوانی به یکی از عوامل اصلی کاهش دهنده سلامتی عمومی تبدیل شده است. دو میلیون نفر در سراسر جهان از روش دیالیز استفاده می‌کنند. در بیماران نارسایی کلیه، همودیالیز به عنوان مداخله اصلی جهت جبران کاهش عملکرد طبیعی کلیه مورد استفاده قرار می‌گیرد. درمان به روش همودیالیز جهت افزایش طول عمر، کاهش عوارض و بهبود کیفیت زندگی ارائه می‌گردد. با این حال این روش منجر به بهبود عملکرد کلیه‌ها نشده و در درمان بیماری زمینه‌ای کلیه نقشی ایفا نمی‌کند (۱). علیرغم اینکه درمان به روش همودیالیز باعث افزایش طول عمر و کیفیت زندگی بیماران می‌شود اما این روش درمانی از طرفی منجر به کاهش عملکردهای فیزیکی، روان شناختی، اجتماعی و عاطفی برای بیماران می‌شود. ادامه روند همودیالیز می‌تواند آنها را به سمت مشکلاتی نظیر اضطراب، افسردگی، ناامیدی، انکار و عدم پایداری به ادامه درمان سوق دهد. این مشکلات موجب قرار گرفتن افراد تحت همودیالیز در برابر انواع تنش‌های روزانه می‌گردد که باعث کاهش سلامت روان و امید به زندگی آنها برای ادامه درمان و زندگی می‌گردد. به نظر می‌رسد که سلامت و امید به زندگی با خودشفقتی بیماران مرتبط باشد (۲).

خودشفقتی یک عامل کلیدی مهم در کاهش ارزیابی منفی فرد از خودش بوده و با امیدواری بالا و اضطراب و افسردگی پایین در ارتباط است (۳). خودشفقتی یک مفهوم روانشناختی است که شامل سه بعد خودمهربانی، انسانیت مشترک و ذهن آگاهی است. خودشفقتی نشان دهنده احساس محبت و مراقبت از خود، توانایی فرد در قبول واقعیت و ابراز همدلی با خود، و تعادل بین احساسات و عقل فرد است (۴) خودشفقتی بیماران دیالیزی می‌تواند تحت تأثیر شرایط بیماری و عوامل فردی و محیطی قرار گیرد.

خودشفقتی یکی از عوامل موثر بر کیفیت زندگی بیماران دیالیزی است و با متغیرهای دیگری مانند رضایت از زندگی، سلامت عمومی، امید به زندگی، سلامت روان، سلامت جسمانی و تبعیت از درمان ارتباط مثبت و معناداری دارد (۵). با توجه به پیامدهای دیالیز و در جهت بهبود وضعیت این بیماران، روش‌های درمانی متعددی مورد استفاده قرار گرفته است. درمان شناختی رفتاری به بیماران کمک می‌کند تا با افکار، احساسات و رفتارهای ناسازگار خود مقابله کنند و الگوهای فکری و رفتاری سالمتری را جایگزین کنند. این روش درمانی با استفاده از تکنیک‌هایی مانند تحلیل شناختی، تغییر افکار خودآیند، مهارت‌های مقابله‌ای، تمرین خانگی و تعامل گروهی، سعی می‌کند تا بیماران را قادر سازد تا افکار، احساسات و رفتارهای خود را شناسایی، ارزیابی و تغییر دهند. درمان شناختی رفتاری گروهی می‌تواند به بیماران دیالیزی کمک کند تا با مشکلات روانی مرتبط با بیماری خود مانند افسردگی، اضطراب، نگرانی، استرس، عدم امید و خودکم‌بینی مقابله کنند و راه‌حل‌های مناسب برای بهبود کیفیت زندگی خود پیدا کنند (۶).

همچنین درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی<sup>۱</sup> با ترکیب شناخت درمانی و تمرین‌های مدیتیشن و یوگا برای تسکین و درمان رنج انسان‌ها به خصوص رنج‌های هیجانی که مردم را برای ابتلا به مشکلات روانشناختی آماده می‌کند، پدید آمده است. ذهن آگاهی به معنی توجه کردن به شیوه‌ای خاص، هدفمند، در زمان حاضر و خالی از قضاوت است (۷). ذهن آگاهی یعنی بودن در لحظه با هر آنچه که اکنون هست، بدون قضاوت و بدون اظهار نظر درباره آنچه اتفاق می‌افتد؛ یعنی تجربه واقعیت محض بدون توضیح (۸). شواهدی وجود دارد که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی به طور مستقیم در توانایی هیجانی افراد در کنترل

نشخوار ذهنی (۹)، توجه متمرکز بر خود و واکنش‌پذیری عادت‌ی در بافت افکار منفی (۱۰) تاثیر می‌گذارد. تمرین‌های ذهن آگاهی به افراد کمک می‌کند تا از افکار خودآیند، عادت‌ها و الگوهای هیجانی ناسالم رها شوند، از این روی می‌تواند نقش مهمی در نظم بخشی هیجان ایفا کند. به نظر می‌رسد، این درمان از طریق افزایش خلق مثبت، مهارت‌های هیجانی افراد را بهبود می‌دهد (۱۱).

با توجه به افزایش شیوع بیماری‌های کلیوی و اهمیت تأثیر این بیماری بر روی تمام ابعاد زندگی افراد مبتلا و با در نظر گرفتن اینکه متغیرهای این پژوهش به صورت یکجا، در زمینه بیماران کلیوی کمتر پرداخته شده است و در بعضی موارد اصلاً پرداخته نشده است، و نیز با توجه به نقش درمان‌های روان‌شناختی در حمایت از افراد مبتلا به نارسایی کلیوی و اینکه در مورد مقایسه این دو نوع درمان و ارتباط آن با مسایل سلامت بیماران مبتلا پژوهشی ناب انجام نشده، این مطالعات می‌توانند به شناسایی عوامل مؤثر بر نتایج درمانی و انتخاب روش درمانی مناسب برای بیماران دیالیزی کمک کنند. از آنجا که درمان شناختی رفتاری بر بعد شناختی و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی، بر بعد هیجانی مشکلات روان‌شناختی تاکید می‌کنند، محقق در این پژوهش بر آن شد تا اثر بخشی درمانی این دو شیوه را بر سه متغیر سلامت عمومی، خود شفقتی و امید به زندگی مطالعه کند. لذا مسئله پژوهش حاضر اینست که آیا گروه درمانی شناختی رفتاری و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر سلامت عمومی، امید به زندگی و خودشفقتی بیماران دیالیزی تفاوت اثر داشت و کدام درمان موثرتر بود.

### روش کار

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل همراه با پیگیری بود. جامعه آماری این مطالعه شامل تمامی بیماران دیالیزی مراجعه کننده به

مرکز دیالیز بیمارستان خاتم الانبیا در شهرستان شاهرود در سال ۱۴۰۲ به تعداد ۲۱۱ نفر بودند. نمونه پژوهش از نوع هدفمند و شامل ۴۵ نفر بود. ملاک‌های ورود به مطالعه حاضر شامل: ۱- عدم استفاده از داروهای روانگردان، مواد مخدر و درمان‌های روانشناختی در طول مطالعه، ۲- دامنه سنی ۲۵ الی ۶۰ سال، ۳- عدم ابتلا به اختلالات روانی حاد یا مزمن (مصاحبه بالینی)، ۴- گذشت مدت زمان دیالیز حداقل ۶ ماه و ۵- داشتن حداقل سواد لازم برای خواندن و نوشتن بود و ملاک‌های خروج از مطالعه برای گروه آزمایش شامل: ۱- عدم حضور در جلسات آزمایشی و مداخله بیش از دو جلسه، ۲- عدم تمایل به ادامه حضور در جلسات آزمایشی و مداخله و ۳- ابتلا به اختلال روانپزشکی همراه شدید که نیاز به درمان فوری داشته باشد، بود. پس از انتخاب افراد نمونه، در مورد موضوع، دوره‌های درمان و اهداف آنها برای آزمودنی‌ها توضیح داده شد و به آنها گفته شد که شرکت در دوره‌های درمانی داوطلبانه و با رضایت خود فرد است و هیچ اجباری برای شرکت در دوره‌ها وجود ندارد.

### ابزار

**پرسشنامه خودشفقتی:** این پرسشنامه در سال ۲۰۰۳ با هدف سنجش میزان خودشفقتی توسط نف ساخته شد؛ که شامل ۲۶ سؤال است. این پرسشنامه دارای سه مقیاس دوقطبی: مهربانی با خود در برابر قضاوت و داوری در برابر خود؛ انسانیت مشترک در برابر انزوا؛ به هشیاری در مقابل همانندسازی افراطی است. این ۶ زیرمقیاس در مجموع واریانس کل را تبیین می‌کنند. این مقیاس دارای ۶ زیرمقیاس، مهربانی نسبت به خود (۱۹، ۲۶، ۱۲، ۲۳، ۵)؛ قضاوت خود (۲، ۲۰، ۲۴ و ۶)؛ به هشیاری (۱۶، ۱، ۲۱، ۱۱ و ۸)؛ همانند سازی افراطی (۱۰، ۷، ۱۵، ۳)؛ اشتراکات

انسانی (۲۵، ۴، ۱۳، ۱۸)؛ و انزوا (۱۷، ۲۲، ۱۴، ۹) می‌باشد. شیوه نمره‌گذاری آن به صورت طیف پنج‌درجه‌ای لیکرت از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) است. روایی و پایایی داخلی آن توسط خسروی و همکاران (۱۳۹۲) به روش آلفای کرونباخ ۰٫۹۲ برای خرده مقیاس‌های چهارگانه و کل مقیاس تأیید شده است. برای اطمینان بیشتر در این پژوهش، پرسشنامه‌ها در اختیار ۳۰ نفر از پاسخ‌دهندگان قرار گرفت که پس از تکمیل پرسشنامه‌ها، به روش همسانی درونی و با استفاده از آزمون آلفای کرونباخ، ضریب پایایی برای پرسشنامه‌های استاندارد کیفیت زندگی برابر ۰٫۹۱، انسجام خانواده برابر ۰٫۶۱، فشار روانی برابر ۰٫۹۷ و خودشفقتی برابر ۰٫۸۷ صدم به دست آمد و نشان داد برای هر دو پرسشنامه ضریب پایایی

بالاتر از ۰٫۷۰ صدم است و پرسشنامه‌ها از پایایی نسبتاً بالایی برخوردار هستند. آلفای کرونباخ این متغیر در این پژوهش برابر با ۰٫۸۱ به دست آمد.

درمان **شناختی رفتاری**: بسته درمانی شناختی رفتاری برای بیماران دیالیزی یک روش درمانی شامل هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و بر اساس پروتکل درمانی (والساراج و همکاران، ۲۰۲۱، نقل از جهاندار و علیپور، ۱۴۰۰) است که در آن بیماران با مفاهیم و راهبردهای شناختی رفتاری آشنا خواهند شد و تمرین‌هایی را برای تغییر الگوهای ناکارآمد فکری و رفتاری انجام خواهند داد. برخی از موضوعات این جلسات عبارتند از:

#### جدول ۱. خلاصه محتوای جلسات درمان شناختی-رفتاری (والساراج و همکاران، ۲۰۲۱ نقل از جهاندار و علیپور، ۱۴۰۰)

جلسات	محتوای جلسات
۱	معرفی برنامه، اهداف و قواعد گروه، شناسایی و ارزیابی افکار خودآزاری و احساسات منفی
۲	آموزش مفهوم افسردگی و عوامل موثر بر آن، شناسایی و ارزیابی افکار خودآزاری و احساسات منفی
۳	آموزش راهبردهای مقابله با افکار خودآزاری و احساسات منفی، تمرین تغییر افکار خودآزاری به افکار منطقی و مثبت
۴	آموزش مفهوم اضطراب و عوامل موثر بر آن، شناسایی و ارزیابی افکار و احساسات مرتبط با اضطراب
۵	آموزش راهبردهای مقابله با اضطراب، تمرین تنفس آرامش بخش و ریلکسیشن عضلانی
۶	آموزش مفهوم درد و عوامل موثر بر آن، شناسایی و ارزیابی افکار و احساسات مرتبط با درد
۷	آموزش راهبردهای مقابله با درد، تمرین توجه به درد بدون قضاوت و تغییر نگرش نسبت به درد
۸	خلاصه و مرور برنامه، ارزیابی پیشرفت و مشکلات، تدوین برنامه پیگیری و حفظ دستاوردها
درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی: درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی با توجه به رویکرد موج سوم و براساس پروتکل درمانی سگال و همکاران (۲۰۱۳) با هدف افزایش آگاهی از حالات ذهنی، تنظیم هیجانی،	شناخت اجتماعی و خودشفقتی این بیماران طراحی شده است. این بسته شامل هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای است که هر هفته یک جلسه تشکیل می‌شود.

## جدول ۲. خلاصه محتوای جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (سگال و همکاران، ۲۰۱۳)

جلسه	خلاصه محتوای جلسات
اول	آشنایی و معارفه؛ آشنایی با تشخیص، معرفی مؤلفه‌های پژوهش؛ معرفی درمان و شرح مختصری از ۸ جلسه. انجام مدیتیشن‌های خوردن یک عدد کشمش و سپس به مدت ۳۰ دقیقه مدیتیشن اسکن بدن و صحبت در مورد احساسات ناشی از انجام این مدیتیشن‌ها. تکلیف خانگی: پیاده کردن آنچه در خوردن یک دانه کشمش آموخته‌اند در مورد مسواک زدن یا شستن ظروف
دوم	انجام مدیتیشن اسکن بدن و بحث در مورد این تجربه؛ بررسی و بحث در مورد تکالیف خانگی، موانع تمرین و راه حل‌های برنامه‌ی ذهن آگاهی برای آن؛ بحث در مورد تفاوت بین افکار و احساسات؛ انجام مدیتیشن در حالت نشسته؛ تکالیف: ذهن آگاهی یک رویداد خوشایند، انجام مدیتیشن نشسته و اسکن بدن و ذهن آگاهی یک فعالیت روزمره.
سوم	تمرین دیدن و شنیدن (در این تمرین از شرکت‌کنندگان خواسته می‌شود به نحوی غیر قضاوتی و به مدت ۲ دقیقه نگاه کنند و گوش دهند)؛ مدیتیشن نشسته و نفس کشیدن همراه با توجه به حواس بدنی؛ بحث در مورد تکالیف خانگی، تمرین سه دقیقه‌ای فضای تنفسی؛ این مدیتیشن سه مرحله دارد: توجه به تمرین در لحظه‌ی انجام، توجه به تنفس و توجه به بدن؛ انجام یکی از تمرین‌های حرکات ذهن آگاه؛ تکالیف: مدیتیشن نشسته، اسکن بدن، تمرین ۳ دقیقه‌ای فضای تنفسی، ذهن آگاهی یک فعالیت روزمره‌ی جدید و ذهن آگاهی رویداد ناخوشایند
چهارم	مدیتیشن نشسته با توجه به تنفس، صدای بدن و افکار (که مدیتیشن نشسته چهاربعدی)؛ بحث در مورد پاسخ‌های استرس و واکنش یک فرد به موقعیت‌های دشوار و نگرش‌ها و رفتارهای جایگزین؛ تمرین قدم زدن ذهن آگاه؛ تکالیف: مدیتیشن نشسته، اسکن بدن یا یکی از حرکات بدنی ذهن آگاه و تمرین فضای تنفسی ۳ دقیقه‌ای انجام مدیتیشن نشسته؛ ارائه و اجرای حرکات ذهن آگاه بدن؛ تکالیف: مدیتیشن نشسته، فضای تنفسی سه دقیقه‌ای در یک رویداد ناخوشایند و ذهن آگاهی یک فعالیت جدید روزمره.
پنجم	تمرین فضای تنفسی سه دقیقه‌ای، بحث در مورد تکالیف خانگی در گروه‌های دوتایی؛ ارائه‌ی تمرینی با عنوان "خلق، فکر، دیدگاه‌هایی جداگانه" با این مضمون که محتوای افکار، اکثراً واقعی نیستند؛ چهار تمرین مدیتیشن به مدت ۷ ساعت پی در پی ارائه شد، تکالیف شامل انتخاب ترکیبی از مدیتیشن‌ها که ترجیح شخصی است به علاوه انجام فضای تنفسی سه دقیقه‌ای در یک رویداد ناخوشایند و ذهن آگاهی یک فعالیت جدید روزمره
ششم	مدیتیشن چهاربعدی و آگاهی نسبت به هرآنچه در لحظه به هشیاری وارد می‌شود، مضمون این جلسه این است که بهترین راه مراقبت از خودم چیست؛ ارائه تمرینی که در آن شرکت‌کنندگان مشخص می‌کنند کدام یک از رویدادهای زندگی‌شان خوشایند و کدام یک ناخوشایند است و علاوه بر آن چگونه می‌توان برنامه‌ای چید که به اندازه کافی رویدادهای خوشایند در آن باشد، فضای تنفسی سه دقیقه‌ای، تکالیف شامل انجام ترکیبی از مدیتیشن، تمرین تنفسی سه دقیقه‌ای در یک رویداد ناخوشایند. ذهن آگاهی یک فعالیت روزمره جدید است.
هفتم	بحث در رابطه با تکلیف جلسه قبل، مرور مباحث گذشته و استفاده از آنچه تا کنون آزمودن‌ها یاد گرفته‌اند، تمرین فضای تنفسی ۳ دقیقه‌ای، بحث در مورد روش‌های کنار آمدن با موانع انجام مدیتیشن، مطرح شدن سؤالاتی در مورد کل جلسات، از این قبیل که آیا شرکت‌کنندگان به انتظارات خود دست یافته‌اند؟ آیا احساس می‌کنند شخصیتشان رشد

کرده؟ آیا احساس می‌کنند مهارت‌های مقابله‌ای‌شان افزایش یافته و آیا دوست دارند تمری‌های مدیتیشن‌شان را ادامه دهند.

**هشتم** آماده کردن آزمودنی‌ها برای اتمام درمان، جمع بندی جلسات، ارائه نکات تکمیلی و اجرای پس آزمون.

## روش اجرا

پس از انتخاب شرکت کنندگان توسط فرم‌های دموگرافیک و رضایت نامه‌ها، با روش نمونه‌گیری هدفمند ۴۵ نفر بر اساس شرایط ورود و رضایت حضور در جلسات درمان انتخاب و به صورت تصادفی ساده با روش قرعه‌کشی، در سه گروه ۱۵ نفری (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) جایگزین شدند. بعد از انتخاب نمونه، ابتدا در خصوص مداخله توضیحاتی به گروه‌های آزمایش داده شد و از آنها خواسته شد تا در تمامی جلسات حضور فعالانه‌ای داشته باشند، اصول کلی، قوانین و اهداف گروه به صورت کلی مورد بحث قرار گرفت. هر دو گروه آزمایش به طور مجزا، با مداخلات درمان شناختی-رفتاری و درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، تحت درمان قرار گرفتند و بر روی گروه کنترل هیچ گونه مداخله‌ای انجام نشد. چیدمان صندلیها به صورت نیم دایره بود تا مشارکت گروهی تسهیل گردد. جلسه‌های مداخله به صورت گروهی به انجام رسید که هر جلسه حدود ۹۰ دقیقه به طول انجامید. پس از اتمام مرحله آخر، مجدداً پرسشنامه‌های مذکور توسط شرکت کنندگان تکمیل شد. همچنین برای پیگیری از پایداری نتایج درمان بعد از گذشت سه ماه، از شرکت کنندگان درخواست شد که مجدداً پرسشنامه‌ها را پر کنند. درمان‌ها در اتاق مشاوره که ویژه آموزش بود با حضور روان‌شناس انجام شد. همچنین لازم بذکر است که اطلاعات آموزشی پس از پایان مطالعه در اختیار گروه کنترل قرار گرفت.

## روش آماری

جهت تحلیل داده‌ها و به منظور مقایسه نتایج سه گروه آزمایشی و کنترل ضمن رعایت پیش فرض‌های تحقیق، از تحلیل واریانس آمیخته و آزمون بون فرونی استفاده شد.

## نتایج

بر اساس جدول ۳، ۱۱/۶۳ درصد کل شرکت کنندگان در رده سنی ۲۵-۳۴ سال، ۲۷/۹ درصد آنها در رده سنی ۳۵-۴۴ سال، ۳۷/۲ درصد آن‌ها در رده سنی ۴۵-۵۴ سال و ۲۳/۳ درصد آنها در رده سنی ۵۵-۶۰ سال قرار داشتند. نتایج تحلیل واریانس یک راهه روی میانگین سنی گروه‌های آزمایش و کنترل نشان داد که مقدار  $F$  تحلیل واریانس به میزان  $۰/۰۸۷$  در سطح  $p < ۰/۰۵$  معنی دار نیست. یعنی میانگین سنی گروه‌های آزمایشی و کنترل با یکدیگر تفاوت معنی داری ندارند. ۲۷/۹ درصد از کل شرکت کنندگان از تحصیلات سیکل، ۴۴/۱۹ درصد از آنها از تحصیلات دیپلم، ۴/۶۵ درصد آنها از تحصیلات فوق دیپلم، ۲۰/۹۳ درصد از آنها از تحصیلات کارشناسی و ۲/۳۲ درصد از آنها فوق لیسانس و بالاتر برخوردار بودند.

نتایج آزمون شاپیرو - ویلک برای متغیر پیروی درمانی در هر سه گروه که بزرگتر از  $۰/۰۵$  می‌باشد، نشان داد که داده‌های گروه‌ها نرمال می‌باشد. طبق آزمون لوین، واریانس‌های سه گروه برابر و متجانس بودند. از اینرو فرض همگنی واریانس‌ها برای این متغیر محقق شد. همچنین چون تعامل معنادار نشان نداد فرض همگنی شیب‌های رگرسیون تایید شد. پس چون طبیعی بودن توزیع و مفروضه‌های همگنی واریانس و مفروضه برابری خطای واریانس‌ها و همگنی شیب‌های خطی زیر سؤال نرفته پژوهشگر مجاز استفاده از تحلیل واریانس بود.

### جدول ۳. میانگین و انحراف استاندارد نمرات خودشفقتی به تفکیک گروه و زمان اندازه گیری

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
خودشفقتی	cbt	۳۹/۰۹	۷/۷۵	۴۹/۱۶	۵/۰۳	۴۸/۱۵
	mbct	۳۹/۲۰	۵/۷۷	۴۸/۲۵	۶/۸۸	۴۷/۱۲
	کنترل	۳۸/۱۳	۴/۰۶	۳۹/۱۳	۴/۱۵	۳۷/۴۸

شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی به طور معنی داری بیشتر از گروه کنترل است. می توان نتیجه گرفت که هر دو درمان به طور معنی داری موجب افزایش خودشفقتی در مرحله پیگیری نیز شد.

در مرحله پس آزمون میانگین نمرات خودشفقتی گروه درمان شناختی رفتاری و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی به طور معنی داری بیشتر از گروه کنترل است. بنابراین می توان نتیجه گرفت که هر دو نوع درمان در افزایش نمرات خودشفقتی در پس آزمون مؤثر بوده اند. همچنین در مرحله پیگیری نیز میانگین گروه درمان شناختی رفتاری و درمان

### جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل واریانس آمیخته به منظور تاثیر گروه و زمان اندازه گیری بر نمرات خودشفقتی

توان	Et a	معنادار ی	F	MS	D F	SS	منبع تغییرات	سلامت
۰/۶۶	۰/۳۴	۰,۰۰۱	۲۶/۱۲	۵۹۲۰/۳۸	۲	۶۴۸۳/۱۲	گروه	خودش
				۲۰۲۷/۳۳	۴۲	۲۴۹۱/۵۴	خطا	فقتی
							درون	
							آزمودنیها	
				۲۷۱۱/۳۷	۲	۳۰۲۷/۱۸	زمان	
۰/۷۹	۰/۳۱	۰,۰۰۱	۴۰/۴۳	۸۰۲۱/۴۴	۴	۱۰۲۷۴/۰۶	زمان و گروه	
۰/۸۳	۰/۳۹	۰,۰۰۱	۲۸/۷۳	۶۵/۰۶	۳۹	۱۹۸۳/۲۵	خطا	

خودشفقتی در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری صرف نظر از گروه، تفاوت وجود دارد. همچنین اثر تعامل بین گروه و زمان نیز معنی دار بود ( $F(2, 39) = 28/73, P < 0.001$ ). بنابراین می توان نتیجه گرفت که اثر گروه با توجه به سطوح زمان اندازه گیری متفاوت بود.

همچنین با ملاحظه مجذور اتا ۰/۳۴ می توان نتیجه گرفت که مداخله آزمایشی منجر به تغییراتی در گروه آزمایش شده که ۰/۳۴ کل تغییرات ناشی از عمل آزمایشی بوده است. پس درمان بر خودشفقتی تاثیر دارد. بنابراین در مورد فرضیه های مربوط به اثربخشی این دو درمان، در افزایش

به منظور بررسی تاثیر عامل گروه و عامل زمان بر نمرات خودشفقتی آزمون تحلیل واریانس آمیخته به اجرا درآمد. در این راستا هر دو درمان شناختی رفتاری و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی، بر افزایش نمرات خودشفقتی در پس آزمون اثر معناداری دارند. بنابراین طبق یافته های جدول فوق دو شیوه درمان شناختی رفتاری و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر نمرات خودشفقتی در پس آزمون معنادار است ( $F(2, 42) = 26/12, P < 0.001$ ). همچنین تاثیر عامل زمان بر نمرات خودشفقتی موثر در مرحله پیگیری معنادار بود ( $F(2, 39) = 40/43, P < 0.001$ ). بنابراین بین نمرات

خودشفقتی بیماران دیالیزی، فرض صفر رد و فرض پژوهشگر تایید می‌گردد، این بدان معنی است که هر دو رویکرد آزمایشی (درمان شناختی رفتاری و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی) توانسته‌اند در افزایش خودشفقتی بیماران دیالیزی اثرگذار باشند. هم

### جدول ۵. آزمون تعقیبی بن فرونی به منظور بررسی نحوه تعامل بین گروه‌ها بر خودشفقتی

کران بالا	کران پایین	معنی‌داری	خطای استاندارد	تفاوت میانگین‌ها	گروه	سطوح متغیر مستقل
۱۳	۴	۰/۰۰۱	۲/۰۲	۷/۲۵	nbct	خودشفقتی cbt
۱۶	۴	۰/۰۰۱	۲/۱۲	۱۱/۰۳	کنترل	
۱۵	۶	۰/۰۰۱	۲/۷۱	۶/۹۴	کنترل	nbct



میلر و رولنیک (۱۳) معتقدند که در طی درمان شناختی رفتاری به مراجع اجازه می‌دهد تا به طور آشکار دوسوگرایی-اش را بیان نماید و انگیزه‌های متعارض خود را شناسایی و به طور رضایت بخشی حل نماید، در این صورت فشارهای روانشناختی که فرد تجربه می‌نماید و می‌تواند به اختلالات جسمانی و روانشناختی منجر گردند را کنترل نماید. باید دانست بیماران امیدوار به بهبود سلامتی، به دلیل باور مثبت با سرعت بیشتری بهبود می‌یابند و منجر به تغییرات فیزیولوژی مثبت در انسان می‌گردد. از طرف دیگر، در درمان شناختی رفتاری به مشارکت دادن مراجعان در طول درمان نیز توجه دارد. همانطور که پژوهشها نشان داده‌اند، مشارکت در طی فرآیند درمان به مراجع جهت تغییر دادن رفتار و در نتیجه احساس کارآمدی بیشتر کمک می‌کند. از اینرو از لحاظ نظری، مشارکت درمانجو در فرآیند درمان توانست تکنیکی مؤثر جهت افزایش خودشفقتی باشد (۱۴). صرف جبهه بندی و چالش مستقیم با این جنبه‌های شناختی، در دراز مدت می‌تواند انرژی روانی زیادی از این افراد برده و منجر به کاهش انعطاف پذیری روان شناختی آنان گردد. به همین دلیل است که تأکید بر چالش و مقابله‌ی مستمر با شناختهای ناکارآمد و مقابله‌ی مؤثر با استرس‌های ناشی از پیروی درمانی می‌تواند به افزایش سطح انعطاف‌پذیری و بهبود خودشفقتی در افراد منجر گردد (۱۵).

در تبیین تاثیر درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی باید گفت که با توجه به اینکه در فرایند درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی افراد از طریق تمرین‌های مرتبط با فعالیت روزمره‌ی ذهن آگاهانه یاد می‌گیرند که امور روزمره را آگاهانه و با تمرکز بر لحظه حال انجام دهند (۱۶). بنابراین ممکن است مداومت بر انجام این تمرین‌های روزمره ذهن آگاهانه بتواند بر افزایش خودشفقتی نیز مؤثر باشد و افزایش آن را تقویت کند. زمانیکه طبق بیان چن و همکاران (۱۷) از طریق تکنیک‌های درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی مشکلات روان‌شناختی کاهش پیدا می‌کند، افراد امیدوارتر می‌شوند و به دلیل ارتباط بین خوش‌بینی یا امید و سلامت جسمانی (۱۸)، سبک زندگی افراد نیز می‌تواند بهبود یابد زیرا طبق نظر موحدی (۲۰۱۵)، سلامت جسمانی و

با توجه به مثبت بودن میانگین تفاوت‌ها و این که میانگین گروه درمان شناختی رفتاری از گروه درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بیشتر بوده است، بنابراین از بین روش‌های درمان شناختی رفتاری و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی، روش درمان شناختی رفتاری در افزایش خودشفقتی بیماران دیالیزی موثرتر بود

### بحث و نتیجه‌گیری

مقایسه اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر خودشفقتی بیماران دیالیزی و نتایج نشان داد که با هر دو شیوه درمان در مقایسه با گروه کنترل، نمرات خودشفقتی شرکت کنندگان افزایش یافت و روش درمان شناختی رفتاری موثرتر بود. همچنین یافته مشابهی که عینا اثربخشی این دو نوع درمان را با توجه به تعامل دو عامل گروه و زمان نشان داده باشد در ایران یافت نشد، یافته‌های این پژوهش با یافته‌های گزارش شده در تحقیقات مشابه محققین دیگر از جمله؛ اندرسون و همکاران (۱۱)، عقیلی و ملک (۱۲) در یک راستا است. خودشفقتی انعطاف‌پذیری روانی و هیجانی در فرد است که باعث ایجاد سازگاری فرد در برابر مشکلات می‌شود. افراد با سطح بالای خودشفقتی توانایی مقابله‌ای مثبت‌تری در مقایسه با افراد با شفقت به خود پایین دارند. از آن جایی که افراد بیمار که خودشفقتی بالایی دارند و هنگام مواجهه با شرایط ناگوار و ناکامی‌ها دید مثبت و مهربانانه نسبت به خود دارند، این دید مثبت نسبت به خود باعث می‌شود فرد به جای قضاوت و سرزنش خود قادر به تجربه هیجانات خود باشد و به جای فرار از هیجانات منفی، به دنبال یافتن راه‌حل مناسب برای حل مسائل خود باشد که این خود باعث می‌شود که به احتمال زیاد آن فرد نسبت به بیمار دیالیزی که خودشفقتی پایینی دارد، به جای برخورد هیجانی برای حل تعارضات و تسکین استرس و اضطراب خود، بیشتر توانایی مدیریت هیجانات منفی خود را داشته باشد و راه‌حل‌های مختلفی را به جای آن بیابد و بتواند خود را در مقابل عوارض بیماری کنترل و مدیریت کند (۱۱).

کارگیری این آموزشها برای بیماران، جهت بهبود خودشفقتی این بیماران گامی عملی برداشته باشند.

### ملاحظات اخلاقی

شرکت کنندگان بعد از مصاحبه های اولیه با شرکت کنندگان و پرکردن فرم رضایت آگاهانه در این پژوهش شرکت داده شده اند، در پایان نیز به رسم یادبود و سپاس گزاری هدیه ای، هم به گروه آزمایش و هم به گروه کنترل، تقدیم شد. این پژوهش با هزینه شخصی نویسندگان انجام شده است. نویسنده اول محقق اصلی و پیگیر این پژوهش بوده است و نویسنده دوم راهنمایی و جهت دهی پژوهش را بر عهده داشتند و نویسنده سوم هم در امر آموزش و اجرای پروتکل ها همکاری داشتند. نویسندگان اذعان می کنند در این مقاله هیچ نوع تعارض منافی وجود ندارد. این مقاله مستخرج از رساله دکتری تخصصی بود.

### تشکر و قدردانی

بدینوسیله از زحمات و همکاری پرسنل درمانی مورد مطالعه که نقش تسهیل کننده و هماهنگ کننده جهت اجرای این پژوهش را بر عهده داشتند، صمیمانه تشکر و قدردانی می-نمایم.

### تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان مقاله حاضر فاقد هرگونه تعارض منافع بوده است.

روان شناختی به عنوان دو بعد از ابعاد سبک زندگی است که تغییر آنها با بعدهای دیگر نیز ارتباط دارد و بر دیگر ابعاد تاثیرگذار هستند. همچنین با توجه به تاثیری که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی از طریق افزایش پذیرش و انعطاف پذیری روان شناختی بر پریشانی روان شناختی دارد و اینکه طبق پژوهش خالدی سردشتی و همکاران (۲۰)، کاهش علائم روان پزشکی مثل علائم خلقی، همراه با افزایش سطح امید در افراد است و فرایندهای درمانی از طریق تاثیرگذاری بر بعدهای شناختی و تفکر عامل سازه امید از طریق تمرین های ذهن آگاهی و تمرکز بر لحظه حال و شناسایی ارزش ها و اقدام متعهدانه برای حرکت در مسیر زندگی ارزش مدارانه، امید به زندگی را بهبود می بخشد که به دلیل ارتباطی امید با کیفیت زندگی دارد (۱۲).

محدودیت های این پژوهش شامل، عدم بهره گیری از روش نمونه گیری تصادفی و محدود بودن جامعه آماری به مردان دیالیزی ۲۵-۶۰ ساله شهر تهران بود. در انتها پیشنهاد می شود برای افزایش قدرت تعمیم پذیری نتایج، این پژوهش در سایر استان ها و مناطق و جوامع دارای فرهنگ های متفاوت اجرا شود و برای مهار عوامل مزاحم از روش نمونه گیری تصادفی استفاده شود. همچنین پیشنهاد می شود طی کارگاهی تخصصی به روانشناسان و متخصصان، آموزش داده شود تا با به

### References

1. Byrne CD, Targher G. NAFLD as a driver of chronic kidney disease. *Hepatology*. (2020). 72(4):785-801.
2. Zhang A, Cheng L, Zhu Z. (2017). Comparison of quality of life of hemodialysis and peritoneal dialysis patients in China. *Health Qual Life Outcomes*; 5:49.
3. Glover C, Banks P, Carson A, Martin CR. (2021). Duffy Understanding and assessing the impact of end-stage renal disease on quality of life: a systematic review of the content validity of self-administered instruments used to assess health-related quality of life in endstage renal disease. *Patient*;4(1):19-30.
4. Neff, K. D., Tóth-Király, I., Knox, M. C., Kuchar, A., & Davidson, O. (2021). The development and validation of the state self-compassion scale (long-and short form). *Mindfulness*, 12(1), 121-140.
5. Dreisoerner, A., Junker, N. M., & Van Dick, R. (2021). The relationship among the components of self-compassion: A pilot study using a compassionate writing intervention to enhance self-kindness, common humanity, and mindfulness. *Journal of Happiness Studies*, 22(1), 21-47.
6. sharifnia H, aghakhani N, nazari R, nahrir B. A Comparative Study of Quality of Life ( QOL) Among Patients with Haemodialysis and Peritoneal Dialysis. *J Res Dev Nurs Midw* 2012; 8 (2) :35-42
7. Kabat-Zinn, J. (2021). The Liberative Potential of Mindfulness. *Mindfulness*, 12(6), 1555-1563.
8. Ehsani Abolfazl, Sohrabi Smroud Faramarz, Ghorban Jahormi Reza. (2021). The effect of mindfulness-based stress control intervention on self-efficacy and optimism. *Razi Journal of Medical Sciences*; 28 (8):98-90

9. Hawley LL, Schwartz D, Bieling PJ, Irving J, Corcoran K, Farb NA, Anderson AK, Segal ZV. Mindfulness practice, rumination and clinical outcome in mindfulness-based treatment. *Cognitive therapy and research*. 2014 Feb;38:1-9.
10. Frewen PA, Evans EM, Maraj N, Dozois DJ, Partridge K. Letting go: Mindfulness and negative automatic thinking. *Cognitive therapy and research*. 2008 Dec;32(6):758-74.
11. Anderson S, Haraldsdottir K, Sanfilippo J, McGehee C, Watson A. Mindfulness training is associated with improved quality of life in female collegiate athletes. *Journal of American College Health*. 2023 Aug 24:1-6.
12. Aghili S M, Malek F. Comparison of the effectiveness of treatment based on acceptance and commitment and cognitive therapy based on mindfulness on spiritual health and blood pressure of hemodialysis patients in Gorgan. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry* 2021; 8 (5) :81-94
13. Miller WR, Rollnick S. (2019). *Motivational interviewing helping people change*. Third edition. New York, USA: Guilford press.
14. Sobhani Zahra, Ahadi Hassan, Khosravi Sadraleh, Hamid Poursharifi, Mohammad Reza Syrfi. (2018). The effect of motivational interview on adherence to treatment in obese people who underwent sleeve gastrectomy. *Armaghane knowledge*. 21 (12): 1218-1235.
15. Motregheb, Jafarpour, Leila, Tajri, Buyuk, and Khalatbari, Javad. (2022). Comparing the effectiveness of two psychovisual and cognitive-behavioral therapy records on the mental well-being of women with breast cancer. *Razi Medical Sciences (Journal of Iran University of Medical Sciences)*; 29(11): 12-23.
16. Segal, Z., Williams, J., Teasdale, J. (2022). *Mindfulnessbasedcognitive therapy for depression: A newapproach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.
17. Chen Sh, Creedy D, Lin H, Wollin J. (2022). Effects of motivational interviewing intervention on self-management, psychological and glyceimic outcomes in type 2 diabetes: a randomaized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*; 49: 637–644.
18. Yasai Seke, Masoumeh Shafiabadi Abdullah, Farzad Wali Elah. (1402). The effectiveness of cognitive therapy based on mindfulness on psychological well-being and its components in hemodialysis patients. *Teaching and learning researches*; 55(13): 149-162
19. Movahedi Y, Notash2H K, Biglu MH. The Comparison of physical and mental dimensions of health-related quality of life in addicts and healthy people. *Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing (IJRN)*. 2015;1(2):63-74.
20. KhalediSardashti F, Ghazavi Z, Keshani F, Smaeilzadeh M. Effect of hope therapy on the mood status of patients with diabetes. *Iranian journal of nursing and midwifery research*. 2018 Jul 1;23(4):281-6.

*Original Article***Comparing the effectiveness of cognitive behavioral therapy group and cognitive therapy based on mindfulness on self-compassion in hemodialysis patients**

Received: 01/08/2024 - Accepted: 16/11/2024

Bahareh Hasani<sup>1</sup>  
Farahnaz Meschi<sup>2\*</sup>  
Biouk Tajeri<sup>3</sup>  
Alireza Shokrgozar<sup>4</sup>  
Nasrin Razavianzadeh<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Ph.D Student, Department of Health Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

<sup>2</sup> Department of Health Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran (Corresponding Author)

<sup>3</sup> Department of Health Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

<sup>4</sup> Department of Health Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran

<sup>5</sup> Department of Medical Sciences, Shahrood Branch, Islamic Azad University, Shahrood, Iran

Email:

fa.meschi@kia.ac.ir

**Abstract**

**Introduction:** The aim of comparing the effectiveness of cognitive behavioral therapy group and cognitive therapy based on mindfulness on self-compassion in hemodialysis patients.

**Methods:** The research method was a semi-experimental pre-test-post-test with a control group with follow-up. The statistical population of this research included all hemodialysis patients referred to the dialysis center of Khatam Al-Anbia Hospital in Shahrood city in 1402, numbering 211 people. The research sample included 45 people and the purposive sampling method was used. Research tools include; The questionnaire was the self-compassion questionnaire of Neaf (2003), as well as the therapeutic protocol of cognitive-behavioral therapy (Valsaraj et al., 2021) and cognitive therapy based on mindfulness (Segal et al., 2013) was used. The data was analyzed using the statistical test of mixed analysis of variance.

**Results:** The findings showed that the two intervention methods of cognitive behavioral therapy and cognitive therapy based on mindfulness had a significant effect on improving self-compassion in hemodialysis patients in the post-test. There was a difference between the scores of the self-compassion in the three stages of pre-test, post-test and follow-up regardless of the type of intervention. Among the two intervention methods of cognitive behavioral therapy and cognitive therapy based on mindfulness, cognitive behavioral therapy was more effective in increasing self-compassion in hemodialysis patients ( $P < 0.001$ ).

**Conclusion:** It can be concluded that with both methods of cognitive behavioral therapy and cognitive therapy based on mindfulness, especially cognitive behavioral therapy which was more effective, the recovery in hemodialysis patients can be accelerated.

**Keywords:** Cognitive Behavioral Therapy, Cognitive Therapy Based on Mindfulness, Self-Compassion, Hemodialysis Patients