

Comparison of the Effectiveness of Spiritual Self-Care Training and Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Affective Capital in Patients Undergoing Hemodialysis

1. Azam Salehi Mobarakeh^{id}: PhD Student, Department of Psychology, Isfahan Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran

2. Mohsen Golparvar^{id*}: Professor, Department of Psychology, Isfahan Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran

3. Zahra Yousefi^{id}: Assistant Professor, Department of Psychology, Isfahan Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran

*Corresponding Author's Email Address: mgolparvar@iau.ac.ir



Abstract:

Objective: This study aimed to compare the effectiveness of spiritual self-care training and mindfulness-based cognitive therapy on the components of affective capital in patients undergoing hemodialysis.

Methods and Materials: The present research employed a quasi-experimental design with three phases: pre-test, post-test, and follow-up, along with a control group. The statistical population consisted of kidney patients undergoing hemodialysis in Isfahan in autumn 2024, from which 60 patients were purposefully selected and assigned to three groups (20 participants in each group). The Affective Capital Questionnaire (Golparvar, 2016) was used to measure the dependent variable across the three stages. The two intervention groups each received 10 treatment sessions lasting 75 to 90 minutes, while the control group received no intervention. Data were analyzed using repeated measures ANOVA and Bonferroni post hoc test through SPSS version 26.

Findings: The results indicated significant differences between spiritual self-care training and mindfulness-based cognitive therapy compared to the control group in the three components of affective capital: positive affect, sense of vitality, and joy ($p < 0.01$). The two interventions—spiritual self-care training and mindfulness-based cognitive therapy—had equal effectiveness across all three components of affective capital ($p > 0.05$).

Conclusion: Given the effectiveness of both interventions in enhancing components of affective capital, it is recommended that these training programs be integrated into the treatment plans of kidney patients undergoing hemodialysis alongside biomedical and medical interventions.

Keywords: Spiritual self-care training, mindfulness-based cognitive therapy, affective capital, kidney patients.

How to Cite: Salehi Mobarakeh, A., Golparvar, M., & Yousefi, Z. (2024). Comparison of the Effectiveness of Spiritual Self-Care Training and Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Affective Capital in Patients Undergoing Hemodialysis. *Quarterly of Experimental and Cognitive Psychology*, 1(4), 68-84.

Received: date: 28 September 2024

Revised: date: 31 December 2024

Accepted: date: 19 January 2025

Published: date: 11 February 2025



Copyright: © 2024 by the authors.

Published under the terms and

conditions of Creative Commons

Attribution-NonCommercial 4.0

International (CC BY-NC 4.0) License.

مقایسه اثربخشی آموزش خود مراقبتی معنوی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر سرمایه عاطفی در بیماران تحت همودیالیز

۱. اعظم صالحی مبارکه^{id}: دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد اصفهان، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران

۲. محسن گل پرور^{id}: استاد، گروه روانشناسی، واحد اصفهان، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران، (نویسنده مسئول)

۳. زهرا یوسفی^{id}: استادیار، گروه روانشناسی، واحد اصفهان، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران

*پست الکترونیک نویسنده مسئول: mgolparvar@iau.ac.ir

چکیده

هدف: این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی آموزش خود مراقبتی معنوی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر مولفه‌های سرمایه عاطفی در بیماران تحت همودیالیز اجرا شد.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل است. جامعه آماری بیماران کلیوی تحت همودیالیز در شهر اصفهان در پاییز ۱۴۰۳ بودند، که از میان آن‌ها ۶۰ بیمار به صورت هدفمند انتخاب و در سه گروه (هر گروه ۲۰ نفر) گمارده شدند. پرسشنامه سرمایه عاطفی (گل‌پرور، ۱۳۹۵) برای سنجش متغیر وابسته در سه مرحله استفاده شد. دو گروه درمان، هر یک طی ۱۰ جلسه ۷۵ تا ۹۰ دقیقه‌ای تحت درمان قرار گرفتند و گروه کنترل هیچگونه درمانی دریافت ننمود. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس اندازه‌های تکرار شده و آزمون تعقیبی بونفرونی از طریق نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ تحلیل گردید.

یافته‌ها: نتایج نشان داد در سه مولفه عاطفه مثبت، احساس انرژی و شادمانی بین آموزش خود مراقبتی معنوی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0/01$). در هر سه مولفه سرمایه عاطفی (عاطفه مثبت، احساس انرژی و شادمانی) آموزش خود مراقبتی معنوی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی دارای اثربخشی یکسانی بودند ($p > 0/05$). **نتیجه‌گیری:** با توجه به اثربخشی آموزش خود مراقبتی معنوی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر ارتقاء مولفه‌های سرمایه عاطفی، پیشنهاد می‌شود در مراکز درمانی بیماران کلیوی تحت همودیالیز، این دو آموزش در کنار درمان‌های زیستی و پزشکی مورد استفاده قرار گیرند.

کلیدواژگان: آموزش خود مراقبتی معنوی، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، سرمایه عاطفی، بیماران کلیوی.

نحوه استناددهی: صالحی مبارکه، اعظم، گل پرور، محسن، و یوسفی، زهرا. (۱۴۰۳). مقایسه اثربخشی آموزش خود مراقبتی معنوی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر سرمایه عاطفی در بیماران تحت همودیالیز. فصلنامه روانشناسی تجربی و شناختی، (۴۱)، ۸۴-۶۸.



تاریخ دریافت: ۷ مهر ۱۴۰۳

تاریخ بازنگری: ۱۱ دی ۱۴۰۳

تاریخ پذیرش: ۳۰ دی ۱۴۰۳

تاریخ انتشار: ۲۲ بهمن ۱۴۰۳



مجوز و حق نشر: © ۱۴۰۳ تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است. انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با گواهی (CC BY-NC 4.0) صورت گرفته است.

Extended Abstract

Introduction

Chronic kidney disease (CKD), especially when it progresses to the stage requiring hemodialysis, represents a significant global health challenge, affecting over 850 million people worldwide (Francis et al., 2024). Patients undergoing hemodialysis face a wide range of physical and psychological burdens that reduce their quality of life, including heightened levels of anxiety, depression, and stress (Akbulut & Erci, 2024; Campbell et al., 2022). One of the psychological variables significantly affected in this population is affective capital—a construct that encompasses positive affect, vitality, and joy (Golparvar, 2016; Golparvar & Enayati, 2018; Golparvar & Tabatabaei Nejad, 2020).

Affective capital is considered a foundational emotional resource enabling individuals to acquire essential life skills and maintain psychological well-being (Nourian et al., 2021; Tabatabaei Nejad et al., 2018). Its enhancement is thus critical in populations experiencing chronic stress and health-related adversities. Prior research has pointed to spiritual self-care (Sartipzadeh et al., 2019) and mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) (Golparvar & Tabatabaei Nejad, 2020) as promising interventions for promoting psychological well-being in vulnerable groups, including those with chronic illness.

Spiritual self-care encompasses a range of practices—such as prayer, meditation, forgiveness, and connection with nature—that strengthen inner resilience and enhance coping with illness through spiritual alignment and self-compassion (Bozorgzadeh et al., 2022; Salehi Mobarakeh et al., 2024). Evidence shows that individuals with CKD often suffer from low levels of spiritual well-being, further justifying the need for spiritual self-care interventions (Musa et al., 2023). Studies have confirmed its efficacy in reducing stress and enhancing psychological well-being in hemodialysis patients (Darvishi et al., 2020; Mahyuvu et al., 2023).

MBCT, on the other hand, offers a cognitive-behavioral pathway to emotional regulation, training individuals to adopt a nonjudgmental and present-focused awareness of their thoughts and emotions (Razzera et al., 2022). This therapeutic approach has shown beneficial effects on anxiety, depression, stress, and emotional regulation among patients undergoing hemodialysis (Alhawatemeh et al., 2024; Elham et al., 2022; Khoshkhaty et al., 2019). Despite the documented potential of both approaches, no prior research has directly compared their effectiveness on the dimensions of affective capital in CKD patients undergoing hemodialysis. The present study aimed to address this gap.

Methods and Materials

This semi-experimental study was conducted with three groups: spiritual self-care training, MBCT, and a control group. Sixty patients undergoing hemodialysis in Isfahan in Fall 2024 were selected via purposive sampling and randomly assigned to the three groups (20 per group). Inclusion criteria included age between 30 and 55, absence of chronic psychiatric disorders, willingness to participate, and no concurrent psychiatric treatment. The Affective Capital Questionnaire by Golparvar (2016) was used to measure the three components: positive affect, vitality, and joy, across three time points—pre-test, post-test, and a 45-day follow-up. The intervention groups received ten 75–90-minute sessions weekly. The spiritual self-care training program was custom-developed through content validation and expert panel review, while the MBCT program was based on the Kabat-Zinn protocol.

Statistical analysis included repeated measures ANOVA and Bonferroni post hoc tests using SPSS v26. Preliminary assumptions (normality, homogeneity of variance, sphericity) were tested using Shapiro-Wilk, Levene's test, Box's M, and Mauchly's test, respectively. Greenhouse-Geisser correction was applied when sphericity was violated. The significance threshold was set at $p < 0.05$.

Findings

Demographic variables (age, gender, education, years with kidney disease) were not significantly different across

groups. The repeated measures ANOVA showed significant main effects of time, group, and their interaction for all three components of affective capital.

For **positive affect**, there was a significant main effect of time ($F(1.53)=137.81$, $p<0.001$, $\eta^2=0.71$), group ($F(2)=38.45$, $p<0.001$, $\eta^2=0.57$), and a time x group interaction ($F(3.06)=30.33$, $p<0.001$, $\eta^2=0.52$). Both intervention groups showed significant improvements in post-test and follow-up compared to the control group, but no significant difference between spiritual self-care and MBCT was found.

For **vitality**, the time effect ($F(1.66)=463.90$, $p<0.001$, $\eta^2=0.89$), group effect ($F(2)=17.90$, $p<0.001$, $\eta^2=0.39$), and time x group interaction ($F(3.31)=88.99$, $p<0.001$, $\eta^2=0.76$) were all significant. Post hoc analysis confirmed that both intervention groups significantly outperformed the control group, with no difference between the two intervention types.

For **joy**, a similar pattern emerged. The main effect of time was significant ($F(1.38)=204.66$, $p<0.001$, $\eta^2=0.78$), as were group ($F(2)=147.63$, $p<0.001$, $\eta^2=0.84$) and interaction effects ($F(2.76)=54.69$, $p<0.001$, $\eta^2=0.66$). Again, both intervention groups improved significantly over time, surpassing the control group without differing from each other.

The Bonferroni post hoc tests confirmed that affective capital significantly increased from pre-test to post-test and follow-up in both treatment groups, while the control group remained stable. No statistically significant difference was found between the spiritual self-care and MBCT groups across any of the affective capital components.

Discussion and Conclusion

The findings demonstrate that both spiritual self-care training and mindfulness-based cognitive therapy significantly enhance affective capital in patients undergoing hemodialysis. These results underscore the importance of

psychological interventions alongside medical treatment in improving quality of life for CKD patients.

The equal effectiveness of the two interventions may reflect the multifaceted nature of affective capital, which is responsive both to spiritual alignment and cognitive-emotional regulation. While spiritual self-care may cultivate positive affect through connectedness, forgiveness, and self-compassion, MBCT targets maladaptive thought patterns and fosters emotional awareness. Both paths seem to activate core psychological mechanisms that enhance emotional resilience, vitality, and joy.

The non-significant differences between the interventions imply that healthcare professionals can tailor treatment based on patient preference and cultural context. This flexibility is advantageous in clinical settings, especially when spiritual or cognitive inclinations influence treatment adherence. Integrating these interventions into nephrology and psychological services could offer CKD patients a more holistic approach to care.

Limitations of the study include reliance on self-report measures and a specific patient sample undergoing hemodialysis, which may restrict generalizability to other chronic illness populations. Future research should explore long-term effects and consider mixed-method designs incorporating interviews or observational data. Additionally, comparing these two interventions with other third-wave therapies could further expand our understanding of how to best support emotional well-being in chronically ill populations.

In conclusion, both spiritual self-care and MBCT are viable, equally effective strategies for enhancing affective capital among hemodialysis patients. Their incorporation into clinical care routines is recommended to support psychological adjustment and overall quality of life in this vulnerable group.

مقدمه

انسان‌ها در دوره حیات خود در دنیا اغلب به دلایل معلوم و گاه نیز به دلایل نامعلومی با طیفی از بیماری‌های جسمی اعم از بیماری‌های حاد یا مزمن مواجه می‌شوند. با گذشت سال‌های متمادی و پیشرفت‌های علمی در خوری که در عرصه تشخیص و درمان بیماری‌های حاد و مزمن اتفاق افتاده، بعضی از بیماری‌ها، کماکان برای بشریت مسئله ساز بوده و محور مطالعات علمی برای شتاب بخشیدن سیر تحول درمان‌های مربوط به این بیماری‌ها هستند. بیماری کلیوی از زمره این بیماری‌ها است. تعدادی از بیماران کلیوی به دلیل نارسایی‌های مزمنی که کلیه‌های آن‌ها با آن مواجه می‌شود و به دنبال آن ضعیف و ناتوان شدن کلیه‌ها برای انجام فعالیت‌های حیاتی خود، به ناچار نیاز به همودیالیز برای ادامه حیات و بقا خود می‌شوند (Salehi Mobarakeh et al., 2024). مطابق با جدیدترین مطالعات انجام شده، بیماری نارسایی مزمن کلیه که اغلب نیاز به همودیالیز نیز پیامد آن است، حدود ۸۵۰ میلیون نفر را در سرتاسر دنیا درگیر ساخته است و لذا کماکان از زمره نگرانی‌های مجامع بهداشتی و پزشکی سرتاسر دنیا است (Francis et al., 2024). در کنار اهمیت توجه به شیوع بیماری کلیوی نیازمند همودیالیز، نکته بسیار با اهمیتی که نباید مجامع علمی نسبت به آن غفلت به خرج بدهند، مصائب و دشواریهایی است که در سطح جسمی و روانی بیماران کلیوی تحت همودیالیز با آن مواجه می‌شوند (Campbell et al., 2022). نگاه واقع بینانه و البته از منظر افزایش تلاش‌ها برای یاری این بیماران، این است که چه بیماری مزمن کلیوی و چه همودیالیز مورد نیاز برای بسیاری از بیماران، هر دو از زمره عواملی هستند که فشارها و مشکلاتی را برای این بیماران به وجود آورده و به تبع آن کیفیت زندگی آن‌ها را به شدت کاهش می‌دهند. به ترتیبی که بسیاری از بیماران کلیوی تحت همودیالیز در عمل درگیر با اضطراب، افسردگی و استرس هستند (Akbulut & Erci, 2024). علاوه بر این تجربه دشواری‌های

مختلف در کنار تهدید ناشی از درگیر بودن با بیماری نارسایی کلیوی همراه با دشواری‌هایی که از طریق همودیالیز به طور پیوسته بر این بیماران تحمیل می‌شود (Beng et al., 2019)، نشاط، نیرو، انرژی و عواطف مثبت که برای یک زندگی با کیفیت متعارف و مطلوب، نیازی ضروری است را برای این بیماران تضعیف می‌کند. در چنین عرصه‌ای است که متغیرهای عاطفی و هیجانی در میان بیماران کلیوی تحت همودیالیز از اهمیت دوچندان برخوردار می‌شوند. یکی از متغیرهای مطرح عاطفی در این بیماران می‌تواند سرمایه عاطفی با کارکردهای مثبت و سازنده باشد.

سرمایه عاطفی حالتی از نشاط و جوشش درونی مثبت است که بستر ساز کشتش و تمایل به انجام اقدامات و رفتارهایی برای کسب مهارت‌های لازم و ضروری برای یک زندگی کارآمد می‌شود (Golparvar, 2016; Golparvar & Enayati, 2018; Golparvar & Tabatabaei Nejad, 2017; Golparvar & Zarei, 2020). این سازه روانشناختی از سه مولفه ضروری برای یک زندگی هدفمند و کارآمد، شامل عاطفه مثبت، احساس انرژی و شادمانی تشکیل شده است (Nourian et al., 2021; Tabatabaei Nejad et al., 2018). در اهمیت توجه به سرمایه عاطفی اشاره به این نکته ضروری است که این متغیر، توان افزایش مهارت‌های رفتاری و عملکردی موردنیاز برای ادامه بقا در قالبی بهینه و اثربخش را فراهم می‌آورد. دلیل این امر آن است که سرمایه عاطفی، بسترهای درون روانی عاطفی را که قابلیت جهت‌دهی انسان به سوی ایجاد مهارت‌ها و ظرفیت‌های جدید است را فراهم می‌کند. پژوهش‌های گذشته به‌خوبی در مورد نقش سرمایه عاطفی برای ارتقاء بهزیستی روانی شواهد قابل توجهی را ارائه کرده‌اند (Sartipzadeh et al., 2019). اهمیت کارکردهای مورد اشاره سرمایه عاطفی، زمینه‌ای است که نیاز به پی جویی درمان‌ها و آموزشهایی که بتوانند به ارتقاء این متغیر عاطفی با اهمیت در بیماران کلیوی منتهی شوند را ضروری می‌سازد. بر اساس شواهد در دسترس آموزشهای با ماهیت و محتوای

نیایش، عبادت، مراقبه و راز و نیاز با خداوند متعال را شاهد هستیم (Salehi, 2024). تمامی فنون مورد اشاره در عمل و در سطح کاربردی به دنبال این هدف هستند تا افرادی نظیر بیماران کلیدی تحت همودیلایز بتوانند با امیدواری، توان، نشاط و نیروی بیشتری سلامتی خود را ارتقاء بخشیده و از این طریق زندگی با کیفیت و رضایت بخش تری را داشته باشد. با توجه به اینکه شواهدی از پایین بودن سطح سلامت معنوی بیماران کلیدی در دست است (Musa et al., 2023) استفاده از ظرفیت‌های خودمراقبتی معنوی برای این بیماران می‌تواند مفید باشد. در حمایت از اثربخشی آموزش مراقبت معنوی بر سرمایه عاطفی در بیماران کلیدی تحت همودیلایز، در مطالعاتی نظیر مطالعه مهبووی و همکاران (۲۰۲۳) اثربخشی آرام‌سازی معنوی بر کاهش استرس بیماران تحت همودیلایز (Mahyuv et al., 2023) و درویشی و همکاران (۲۰۲۰) اثربخشی معنویت درمانی را بر بهزیستی معنوی و عزت نفس بیماران کلیدی، شواهدی ارایه شده است (Darvishi et al., 2020).

در کنار آموزش خودمراقبتی معنوی، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی نیز از ظرفیت‌های شناختی و رفتاری به نسبت قابل توجهی برای یاری بیماران کلیدی تحت همودیلایز برخوردار است. این درمان با تمرکز بر مدیریت و کنترل افکار، باورها و نگرشهای افراد، با تکیه بر مواجهه ذهن آگاهانه آرامش بخش، غیرارزیابانه و پرهیز از قضاوت، سعی می‌کند تا فضای شناختی و ذهنی افراد را و به دنبال آن تصمیمات و انتخاب‌های رفتاری آن‌ها را برای زندگی رضایت‌بخش‌تر آماده و مهیا سازد (Razera et al., 2022). از فنون بسیار با اهمیت در شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، مراقبه، تمرین وارسی بدنی، آگاهی از چگونگی پاسخ در برابر افکار، احساسات جسمانی، آموزش توجه به ذهن، افکار مثبت و منفی، خوشایند یا ناخوشایند بودن افکار، نوشتن تجربیات مثبت و منفی روزانه بدون قضاوت از زمره فوونی هستند که زمینه و

معنوی (Sartipzadeh et al., 2019) در کنار آموزش‌ها و درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان‌های شناختی و رفتاری (Golparvar & Tabatabaei Nejad, 2020) از زمره مواردی هستند که ظرفیت بالقوه پایه را برای یاری احتمالی بیماران کلیدی تحت همودیلایز دارند. بر همین اساس در مطالعه حاضر بر آموزش خودمراقبتی معنوی همراه با شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی تمرکز شده است.

خودمراقبتی در نگاه کلی، به مجموعه اعمال، رفتارها، انتخاب‌ها و تصمیماتی گفته می‌شود که طی آن افراد تلاش می‌کنند تا از خود در برابر تهدیدها، بیماری‌ها و آسیب‌ها محافظت نمایند (Bozorgzadeh et al., 2022). گستره تعریف مورد اشاره در عمل تمامی اقدامات جسمی و فیزیکی، روانشناختی، اجتماعی و معنوی را می‌تواند تحت پوشش خودمراقبتی قرار دهد. یکی از عرصه‌هایی که طی سال‌های اخیر همراه با فراگیر شدن جنبش‌های معنوی در دنیا در عرصه خودمراقبتی توجهات علمی زیادی را به خود جلب نموده خودمراقبتی معنوی است. در خودمراقبتی معنوی، افراد برای ایجاد نوعی تعهد و پایبندی درونی به مراقبت از خود و سلامتی شان، برقراری پیوند معنوی پایدار با منابع حمایتی معنوی نظیر برقراری ارتباط با نیروی لایزال الهی و با طبیعت و دنیای اطراف خود، را دنبال می‌کنند (بهرام‌زاد و همکاران، ۱۴۰۲). از منظر مورد اشاره، خودمراقبتی معنوی نیز مانند اشکال عمومی خودمراقبتی، هدفی جز پیگیری و استمرار حفظ و ارتقاء سلامت جسم و روان دنبال نمی‌کند. وجه تمایز این نوع خودمراقبتی با اشکال دیگر خودمراقبتی در استفاده از نیرو و توانی است که استفاده از آموزه‌های دینی، معنوی و معناگرا در فرد برای استمرار و پیگیری سلامتی خود ایجاد می‌نماید (بابامیری قمی و همکاران، ۱۴۰۱). بر همین اساس نیز در خودمراقبتی معنوی شاهد استفاده از طیف گسترده و وسیعی از فنون آموزشی و درمانی در حوزه شناخت خود، بخشش و شفقت به خود، ارتباط با طبیعت، استفاده از دعا و

بستر کاهش استرس، اضطراب و نگرانی را فراهم می‌کند (Golparvar & Tabatabaei Nejad, 2020). بر اساس شواهد در دسترس بیماران کلیوی تحت همودیالیز، به شکل ناخواسته با افکار منفی، نگرانیها، ترس، اضطراب، رنجش و افسردگی درگیر می‌شوند. این افکار منفی و اضطراب و نگرانی، انرژی و نیرویی را که لازم است این بیماران در مسیر ارتقاء سلامت، بهزیستی و کیفیت زندگی خود استفاده کنند، به خود مشغول می‌دارد و از این طریق سطح انرژی و نیروی عاطفی این بیماران را به شدت تضعیف می‌کند (Beng et al., 2019). به همین جهت این بیماران در موارد زیادی ممکن است به آموزش و درمان‌های ذهن‌آگاهانه نیاز داشته باشند. در حمایت از این نیاز و به ویژه در حمایت از نیاز به ارتقاء سرمایه عاطفی این بیماران، مطالعاتی نظیر خوش‌خطی و همکاران (۱۳۹۸) و آلاواتمه و همکاران (۲۰۲۴) اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی را بر علائم اضطراب، افسردگی و استرس (Alhawtmeh et al., 2024; Khoshkhaty et al., 2019)، مطالعه الهام و همکاران (۱۴۰۱) اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی را بر سرمایه عاطفی (Elham et al., 2022)، آکبولوت و ارسی (۲۰۲۴) اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی مدیریت استرس و اضطراب (Akbulut & Erci, 2024) و مطالعه آلاواتمه و همکاران (۲۰۲۲) اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی متکی بر مراقبه درمانی را بر تنظیم هیجان نشان داده‌اند (Alhawtmeh et al., 2022).

در مجموع بر اساس پیشینه نظری و مطالعاتی که در مرور پیشینه مورد اشاره قرار گرفتند، نکته بارز و ضروری که انجام مطالعات علمی از نوع مطالعه حاضر را برای یاری بیماران کلیوی مزمن تحت همودیالیز محرز و قطعی می‌سازد، نیاز این بیماران به استفاده از آموزشها و درمان‌های روانشناختی موازی با درمان و مراقبت پزشکی است. در واقع هر گونه تلاش علمی که قادر باشد تا زمینه ارتقاء کیفیت زندگی بیماران کلیوی را فراهم سازد، می‌تواند

تلاشی درخور و با اهمیت برای این بیماران باشد. مروری بر مطالعات گذشته نیز علاوه بر اینکه این امر را به خوبی انعکاس می‌دهند، حاکی از آن است که آموزش مراقبت معنوی مبتنی بر نیازها و نظریات مطرح در این حوزه در کنار شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی از زمره آموزش‌های روانشناختی هستند که به لحاظ محتوا و اهداف آموزشی و درمانی می‌توانند برای بیماران کلیوی تحت همودیالیز منشاء اثرات احتمالی قابل قبولی باشند. این امر نیازمند مستندسازی اثرات احتمالی این دو آموزش و درمان روانشناختی است تا بتوان با صراحت بیشتری از مسیرهای یاری‌رسانی بیماران کلیوی تحت همودیالیز برای ارتقاء حالات عاطفی و هیجانی مثبت آن‌ها سخن به میان آورد. در عین حال مقایسه اثربخشی آموزش خودمراقبتی معنوی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، به ویژه در بیماران کلیوی تحت همودیالیز از نظر اثربخشی بر سازه‌های عاطفی نظیر سرمایه عاطفی، چنانکه شایسته بوده تاکنون مد نظر قرار نگرفته است. بر همین پایه نیز، مقایسه اثربخشی آموزش مراقبت معنوی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر سرمایه عاطفی بیماران کلیوی تحت همودیالیز، قادر است تا به تصریح دانش کاربردی حوزه یاری‌رسانی این بیماران و به تبع آن به گسترش درمان‌های روانشناختی مکمل و کاربردی با درمان‌های پزشکی و جسمی برای این بیماران کمک کند. با توجه به آنچه که گفته شد، پژوهش حاضر در پی پاسخ به این سؤال است: آیا اثربخشی آموزش مراقبت معنوی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر سرمایه عاطفی بیماران کلیوی تحت همودیالیز متفاوت است؟

روش‌شناسی پژوهش

پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه‌آزمایشی سه گروهی شامل یک گروه آموزش تلفیقی خودمراقبتی معنوی، یک گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن-آگاهی و یک گروه کنترل با سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ۴۵ روزه است. جامعه آماری شامل بیماران کلیوی تحت همودیالیز به صورت

سرپایی مراجعه کننده به مرکز جامع بیمارستانی تحت نظر دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در پاییز ۱۴۰۳ بود. ۶۰ بیمار تحت همودیلایز، برای هر گروه ۲۰ نفر، بر پایه ملاک‌های ورود به صورت هدفمند انتخاب و سپس به روش تصادفی ساده (قرعه‌کشی) در سه گروه قرار گرفتند. در نظر گرفتن ۲۰ نفر برای هر گروه، با توجه به توصیه حداقل ۱۵ نفر برای هر گروه در مطالعات آزمایشی بوده است (Gall et al., 1996).

معیارهای ورود شامل کسب رضایت نامه کتبی از بیماران تحت همودیلایز، تمایل به شرکت در پژوهش، پذیرش و تعهد نسبت به اصول و قواعد گروهی آموزش، عدم ابتلا به اختلالات روان‌شناختی مزمن نظیر اختلال دو قطبی، اسکیزوفرنی و مواردی از این دست و یا اختلالات مزمن جسمی دیگر، قرار نداشتن تحت درمان‌های روانپزشکی و قرار داشتن در دامنه سنی ۳۰ تا ۵۵ سال و معیارهای خروج نیز شامل عدم همکاری یا عدم تمایل به ادامه شرکت در جلسات آموزش، عدم انجام تکالیف و غیبت ۲ جلسه و بیشتر در جلسات آموزشی بودند. علاوه بر اخذ کد اخلاق، اصول اخلاقی رازداری، استفاده از داده‌ها فقط در راستای اهداف پژوهش، آزادی و اختیار کامل بیماران تحت همودیلایز برای ادامه مشارکت در پژوهش و اطلاع رسانی دقیق در صورت درخواست شرکت کنندگان از نتایج همراه با آموزش گروه کنترل پس از اتمام آموزش دو گروه آزمایش در مطالعه رعایت شده است.

جمع‌آوری داده‌ها به این صورت بود که پس از گمارش تصادفی شرکت کنندگان در سه گروه، شامل دو گروه آزمایش آموزش خودمراقبتی معنوی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و یک گروه کنترل، در مرحله پیش‌آزمون بیماران تحت همودیلایز به پرسشنامه سرمایه عاطفی پاسخ دادند. به دنبال آن هر یک از دو گروه درمانی، به صورت گروهی، در دوره درمان خود در یک مرکز مشاوره شرکت نمودند. پس از پایان جلسات آموزش، بیماران تحت همودیلایز هر سه گروه در مرحله پس‌آزمون و سپس با فاصله ۴۵ روز بعد در

مرحله پیگیری مجدد به پرسشنامه سرمایه عاطفی پاسخ دادند. آموزش خودمراقبتی معنوی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در قالب ۱۰ جلسه ۷۵ تا ۹۰ دقیقه‌ای در هر هفته یک جلسه و در کل طی ۱۰ هفته پی در پی توسط درمانگر دارای ۱۰ سال و بیشتر سابقه روان درمانی و آموزش روانی و تربیتی تحت درمان قرار گرفتند. گروه کنترل تا اتمام دوره آموزش دو گروه آزمایش، درمانی دریافت ننمود. بسته آموزش تلفیقی خودمراقبتی معنوی برای اولین بار در این مطالعه تدوین و پس از اعتبارسنجی اولیه مورد استفاده قرار گرفت. فرایند تدوین این بسته آموزشی و درمانی، به این صورت بود که ابتدا از طریق تحلیل شبکه مضمون قیاسی پیشینه و نظریه محور متون بر پایه رویکرد آتراید- استرلینگ (۲۰۰۱)، مقولات پایه و سازمان دهنده مرتبط با مضامین و فنون آموزشی خودمراقبتی، مواجهه با نیازها و مسائل بیماران کلیوی تحت همودیلایز و نظریه‌ها و آموزش‌های پیشنهادی در حوزه خودمراقبتی و مراقبت معنوی استخراج گردید (Attride-Stirling, 2001). در این مرحله نسبت روایی محتوایی (CVR) که از طریق سه کدگذار مستقل محاسبه گردید برابر با ۱ به دست آمد. پس از آن، فنون آموزشی و درمانی برای هر یک از مضامین از طریق تحلیل محتوای متعارف استخراج و سپس توسط یک پنل تخصصی متشکل از ۶ متخصص روان‌شناس با بیش از ۱۰ سال سابقه آموزش و درمان، ترکیب فنون آموزشی برای بسته آموزش تلفیقی خودمراقبتی معنوی برای ۱۰ جلسه به ترتیب تعیین و بسته آموزشی و درمانی اولیه تدوین گردید. سپس بسته تدوین شده توسط شش داور متخصص حوزه روان‌شناسی بررسی و پس از اعمال اصلاحات داوران، ضریب توافق کلی ۰/۹۲۸ برای بسته آموزشی و درمانی به دست آمد. پس از تایید تخصصی، طی یک مطالعه مقدماتی (پایلوت) اثربخشی مقدماتی بسته طراحی شده بر روی هشت بیمار کلیوی تحت همودیلایز اجرا، و اعتبار اولیه بسته تایید شد. گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی از (MBCT) بسته آموزشی و درمانی کابات‌زین

که در ایران در مطالعات مختلف از جمله در مطالعه خوش خطی و همکاران (۱۳۹۸) قبلاً مورد مطالعه قرار گرفته و اعتبار آن تایید شده، تحت درمان قرار گرفتند.

پرسشنامه سرمایه عاطفی: برای سنجش سرمایه عاطفی از پرسشنامه ۲۰ سوالی سرمایه عاطفی گل‌پرور (۱۳۹۵) استفاده شد. این پرسشنامه سه حوزه عاطفه مثبت (ده سؤال)، احساس انرژی (پنج سؤال)، و شادکامی (پنج سؤال) را پوشش می‌دهد (Golparvar, 2016). مقیاس پاسخگویی این پرسشنامه پنج درجه‌ای در قالب هرگز=۱ تا همیشه=۵ است. دامنه امتیازات این پرسش نامه ۲۰ تا ۱۰۰ و افزایش امتیازات به معنای افزایش سطح سرمایه عاطفی است. روایی این پرسشنامه از طریق تحلیل عامل اکتشافی با چرخش از نوع واریماکس بررسی و آلفای کرونباخ آن در دامنه بین ۰/۸۰ تا ۰/۹۸ گزارش شده است (نوریان و همکاران، ۱۴۰۰). گل‌پرور و زارعی (۱۳۹۶) و گل‌پرور و عنایتی (۱۳۹۷) به نقل از مطالعات انجام شده، علاوه بر ارائه شواهد روایی همگرایی این پرسشنامه بر مبنای همبستگی امتیازات حاصل از این پرسشنامه با سازه‌های مثبت رفتاری و عملکردی، آلفای کرونباخ این پرسشنامه را بالای ۰/۸۰ گزارش کرده‌اند (Golparvar & Zarei, 2017). آلفای کرونباخ کل پرسشنامه در مطالعه حاضر برابر با ۰/۹۵ به دست آمد.

پروتکل آموزش تلفیقی خودمراقبتی معنوی: این برنامه شامل ده جلسه آموزشی است که در جلسه اول، معرفی، آشنایی با اعضا، تعیین اهداف عملی و کاربردی دوره و بررسی احساس تهدید، نگرانی و اضطراب بر اساس تجارب زیسته شرکت‌کنندگان صورت گرفت و فنون ذهن‌آگاهی و مراقبه آموزش داده شد. در جلسه دوم، راهبردهای مقابله دینی برای تقویت پیوند با خداوند و مقابله معنوی با تأکید بر یگانگی با دیگران و طبیعت و معنا بخشی به زندگی آموزش داده شد. جلسه سوم به مفاهیم اشتیاق و آرامش، راهبردهای آرمیدگی و اشتیاق به خود اختصاص داشت. در جلسه چهارم اشتیاق به

زندگی، مثبت‌نگری و خوش‌بینی تقویت گردید. جلسه پنجم با هدف توانمندسازی معنوی و روانی، آموزش مدیتیشن و تقویت ایمان به حکمت الهی برگزار شد. در جلسه ششم ارتباط با طبیعت و الگوگیری از بیماران موفق آموزش داده شد. جلسه هفتم به نیاز به حمایت معنوی و اجتماعی، راهبردهای همیاری گروهی و تمرین قدردانی پرداخت. در جلسه هشتم مهارت‌های بین‌فردی برای ارتقاء شبکه حمایتی و عشق به خداوند آموزش داده شد. جلسه نهم بر خودآگاهی، خودتنظیمی و شفقت برای پیشگیری از بازگشت به حالات قبلی متمرکز بود. نهایتاً در جلسه دهم تمرین شفقت به خود و دیگران، تمرین بخشش و جمع‌بندی کل جلسات انجام گرفت و پس‌آزمون اجرا شد.

پروتکل شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی: این برنامه نیز در قالب ده جلسه آموزشی برگزار شد که در جلسه اول، خوش‌آمدگویی، معرفی اعضا و درمانگر، تعیین قوانین گروه و آموزش روانی همراه با تمرین خوردن کشمش با ذهن‌آگاهی و واریسی بدنی صورت گرفت. جلسه دوم شامل تمرین واریسی بدنی، آموزش تمرکززدایی از افکار و برچسب‌گذاری فرضیه‌ای بود. در جلسه سوم مراقبه نشسته و ذهن‌آگاهی بر تنفس و حرکت آموزش داده شد. جلسه چهارم به تمرین تنفس، کشش و آگاهی از لحظه حال اختصاص یافت. در جلسه پنجم مراقبه نشسته، راه رفتن ذهن‌آگاهانه و پذیرش آموزش داده شد. جلسه ششم به آگاهی از پاسخ به افکار و احساسات، تفکیک افکار مثبت و منفی و تمرین نوشتن تجربه‌های روزانه بدون قضاوت پرداخت. در جلسه هفتم شرکت‌کنندگان یاد گرفتند که بدون قضاوت به افکار مثبت و منفی اجازه ورود و خروج دهند و یک تمرین منتخب برای ادامه پس از دوره انتخاب نمایند. جلسه هشتم شامل مراقبه‌های چندگانه و جایگزینی افکار ناخوشایند با افکار خوشایند بود. در جلسه نهم، کاربرد ذهن‌آگاهی در زندگی روزمره مانند راه‌رفتن، گوش‌دادن به موسیقی و غذاخوردن آموزش داده شد. نهایتاً

جلسه دهم به جمع‌بندی دوره، دریافت بازخورد اعضا، توصیه به برنامه‌ریزی روزانه و اجرای پس‌آزمون و هماهنگی برای پیگیری اختصاص یافت. افزار SPSS نسخه ۲۶ تحلیل شد. سطح معناداری قابل قبول مورد استفاده در پژوهش حاضر حداقل ۰/۰۵ و حداکثر ۰/۰۰۱ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

سه گروه پژوهش از نظر سن، تحصیلات، سال‌های درگیر با بیماری کلیوی و همودیالیز و جنسیت با یکدیگر از طریق آزمون خی دو مورد مقایسه قرار گرفتند. نتایج بررسی متغیرهای جمعیت شناختی در جدول ۱ ارائه شده است. در تحلیل آماری داده‌ها، علاوه بر استفاده از تحلیل پیش‌فرض‌های لازم نظیر پیش‌فرض نرمالیتی از طریق آزمون شاپیرو-ویلک، پیش‌فرض برابری واریانس خطا از طریق آزمون لون، پیش‌فرض برابری ماتریس واریانس-کوواریانس از طریق آزمون ام‌باکس، و پیش‌فرض کرویت از طریق آزمون ماکلی (ماخلی)، از میانگین و انحراف‌معیار و سپس از تحلیل واریانس اندازه-های تکرار شده و آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. داده‌ها از طریق نرم

جدول ۱. مقایسه فراوانی گروه‌های پژوهش در متغیرهای جمعیت‌شناختی

متغیر و سطوح آن	گروه خودمراقبتی معنوی فراوانی (%)	گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی گروه کنترل فراوانی (%)	مقدار خی دو (مقدار احتمال)	سن
تا ۴۰ سال	۱ (۵)	۱ (۵)	۱/۶۹ (p=۰/۷۹)	۴۰ تا ۵۰ سال
۴۱ تا ۵۰ سال	۸ (۴۰)	۱۰ (۵۰)	۱۲ (۶۰)	۵۱ سال و بالاتر
۵۱ سال و بالاتر	۱۱ (۵۵)	۹ (۴۵)	۷ (۳۵)	تحصیلات
تا دیپلم	۵ (۲۵)	۸ (۴۰)	۱۱ (۱۵)	۳/۹۱ (p=۰/۴۲)
فوق دیپلم و لیسانس	۱۱ (۵۵)	۹ (۴۵)	۶ (۳۰)	فوق لیسانس و
فوق لیسانس و	۴ (۲۰)	۳ (۱۵)	۳ (۱۵)	دکتری
سال‌های درگیر با بیماری کلیوی و همودیالیز	۱ (۵)	۱ (۵)	۲/۹۸ (p=۰/۲۲)	تا ۳ سال
تا ۳ سال	۸ (۴۰)	۱۰ (۵۰)	۱۲ (۶۰)	۴ و ۵ سال
۴ و ۵ سال	۱۱ (۵۵)	۹ (۴۵)	۷ (۳۵)	۶ سال و بیشتر
۶ سال و بیشتر	۸ (۴۰)	۱۱ (۵۵)	۱۱ (۵۵)	جنسیت
مرد	۱۲ (۶۰)	۹ (۴۵)	۱/۲۰ (p=۰/۵۵)	زن

چنانکه در جدول فوق مشاهده می‌شود، در توزیع فراوانی متغیرهای جمعیت شناختی بین سه گروه پژوهش تفاوت معناداری وجود ندارد. در جدول ۴ میانگین و انحراف معیار مولفه‌های سرمایه عاطفی به تفکیک سه گروه پژوهش و سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ارائه شده است.

دوره اول، شماره چهارم

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار مولفه‌های سرمایه عاطفی در گروه‌های پژوهش در سه مرحله زمانی

متغیر	زمان	گروه خودمراقبتی معنوی		گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی		گروه کنترل	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
عاطفه مثبت	پیش‌آزمون	۱۴/۹۵	۲/۵۲	۱۵/۷۵	۲/۳۶	۱۵/۶۶	۳/۰۲
	پس‌آزمون	۲۳/۴۵	۴/۸۸	۲۴/۸۵	۳/۸۷	۱۶/۷۵	۳/۳۲
	پیگیری	۲۹/۰۵	۷/۴۶	۳۱/۴۰	۳/۹۴	۱۶/۳۵	۲/۴۳
احساس انرژی	پیش‌آزمون	۶/۲۰	۲/۸۴	۶/۵۰	۳/۰۵	۷/۱۰	۲/۳۶
	پس‌آزمون	۱۴/۴۰	۲/۷۶	۱۳/۱۵	۲/۹۲	۷/۸۰	۳/۰۷
	پیگیری	۱۶/۹۵	۳/۶۸	۱۶/۴۵	۳/۲۲	۸/۰۵	۳/۲۵
شادمانی	پیش‌آزمون	۷/۷۵	۱/۸۶	۷/۶۹	۱/۸۶	۶/۳۵	۱/۸۹
	پس‌آزمون	۱۴	۱/۶۲	۱۳/۶۰	۱/۳۹	۶/۴۵	۱/۹۰
	پیگیری	۱۸/۵۵	۳/۲۰	۱۸/۸۰	۲/۷۱	۶/۱۰	۲/۶۷

چنانکه در جدول فوق مشاهده می‌شود، میانگین مولفه‌های سرمایه عاطفی نشان می‌دهد که دو گروه خودمراقبتی معنوی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی نسبت به گروه کنترل تغییرات بیشتری را در پس‌آزمون و مرحله پیگیری نشان داده‌اند. پیش از اجرای تحلیل واریانس اندازه‌های تکرار شده، نتایج آزمون شاپیرو-ویلک در مولفه‌های سرمایه عاطفی حاکی از نرمال بودن توزیع این دو متغیر ($p \geq 0/05$) و نتایج آزمون لوین نیز حاکی از برابری واریانس گروه‌های مطالعه برای این دو متغیر بود ($p \geq 0/05$). آزمون ام‌باکس نیز برای مولفه‌های سرمایه عاطفی حاکی از برابری ماتریس واریانس-کواریانس بود ($p \geq 0/05$). نتایج آزمون ماکلی (ماچلی) برای هر سه مولفه سرمایه عاطفی معنادار (به معنای عدم رعایت پیش فرض کرویت) بود. ر همین اساس، نتایج با تصحیح اسپیلن در درجه آزادی برای عامل زمان و عامل تعامل گروه و زمان، بر حسب آماره گرین هاوس-گیزر گزارش شده است. در جدول ۵، نتایج تحلیل واریانس اندازه‌های تکرار شده برای مولفه‌های سرمایه عاطفی ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری تکرار شده (مکرر) برای مولفه‌های سرمایه عاطفی

منبع اثر	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	ضریب F	معناداری	مجدور سهمی اتا	توان آزمون
عاطفه مثبت							
	زمان	۱/۵۳	۲۰۳۷/۳۶	۱۳۷/۸۱	۰/۰۰۱	۰/۷۱	۱
	تعامل زمان×گروه	۳/۰۶	۴۴۸/۴۵	۳۰/۳۳	۰/۰۰۱	۰/۵۲	۱
بین گروهی	خطا (زمان)	۸۷/۳۶	۱۴/۷۸	-	-	-	-
	گروه	۲	۱۰۰۲/۸۷	۳۸/۴۵	۰/۰۰۱	۰/۵۷	۱
	خطا	۵۷	۲۶/۰۸	-	-	-	-
احساس انرژی							
	زمان	۱/۶۶	۱۰۰۳/۱۹	۴۶۳/۹۰	۰/۰۰۱	۰/۸۹	۱
	تعامل زمان×گروه	۳/۳۱	۱۹۲/۴۵	۸۸/۹۹	۰/۰۰۱	۰/۷۶	۱
بین گروهی	خطا (زمان)	۹۴/۴۱	۲/۱۶	-	-	-	-
	گروه	۲	۴۳۱/۳۲	۱۷/۹۰	۰/۰۰۱	۰/۳۹	۱

خطا	۱۳۷۳/۲۳	۵۷	۲۴/۰۹	-	-	-	-
شادمانی							
درون گروهی	زمان	۱۵۶۳/۹۱	۱/۳۸	۱۱۳۳/۹۹	۲۰۴/۶۶	۰/۰۰۱	۰/۷۸
تعامل زمان×گروه		۸۳۵/۸۶	۲/۷۶	۳۰۳/۰۴	۵۴/۶۹	۰/۰۰۱	۰/۶۶
خطا (زمان)		۴۳۵/۵۷	۷۸/۶۱	۵/۵۴	-	-	-
بین گروهی	گروه	۲۰۲۱/۲۱	۲	۱۰۱۰/۶۱	۱۴۷/۶۳	۰/۰۰۱	۰/۸۴
خطا		۳۹۰/۱۸	۵۷	۶/۸۴	-	-	-

از نظر زمانی و تعامل زمان با گروه (سه گروه پژوهش) تفاوت معناداری ($p < ۰/۰۱$) وجود دارد. مجذور سهمی اتا برای عامل زمان برابر با ۰/۸۹ و توان آزمون برابر با ۱ و برای عامل تعامل زمان با گروه برابر با ۰/۷۶ و توان آزمون برابر با ۱ است. این نتیجه نشان می‌دهد که برای عامل زمان و تعامل زمان و گروه به ترتیب ۸۹ و ۷۶ درصد تفاوت در احساس انرژی مربوط به اعمال متغیر مستقل (یکی از دو بسته آموزشی خودمراقبتی معنوی یا شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی) بوده که با ۱۰۰ درصد توان تایید شده است. همچنین چنان‌که در جدول ۵ در بخش اثر بین گروهی ($F=۱۷/۹۰$, $df=۲$, $p < ۰/۰۱$) برای رنج روانشناختی مشاهده می‌شود در احساس انرژی، در عامل گروه تفاوت معناداری ($p < ۰/۰۱$) وجود دارد. مجذور سهمی اتا برای عامل گروه برابر با ۰/۳۹ و توان آزمون برابر با ۱ است. به این معنی که تحلیل واریانس انجام شده با ۱۰۰ درصد توان ۳۹ درصد تفاوت حداقل بین یکی از گروه‌های آزمایش (یکی از دو بسته آموزشی خودمراقبتی معنوی یا شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی) با یکدیگر و یا با گروه کنترل را در احساس انرژی معنادار نشان داده است.

چنان‌که در جدول ۵ برای مولفه شادمانی مشاهده می‌شود، در بخش اثر درون گروهی، عامل زمان ($F=۲۰۴/۶۶$, $df=۱/۳۸$, $p < ۰/۰۱$) و تعامل زمان و گروه ($F=۵۴/۶۹$, $df=۲/۷۶$, $p < ۰/۰۱$) نشان می‌دهد که در شادمانی از نظر زمانی و تعامل زمان با گروه (سه گروه پژوهش) تفاوت معناداری ($p < ۰/۰۱$) وجود دارد. مجذور سهمی اتا برای عامل زمان برابر با ۰/۷۸ و توان آزمون

چنان‌که در جدول ۵ برای مولفه عاطفه مثبت مشاهده می‌شود، در بخش اثر درون گروهی، عامل زمان ($F=۱۳۷/۸۱$, $df=۱/۵۳$, $p < ۰/۰۱$) و تعامل زمان و گروه ($F=۳۰/۳۳$, $df=۳/۰۶$, $p < ۰/۰۱$) نشان می‌دهد که در عاطفه مثبت از نظر زمانی و تعامل زمان با گروه (سه گروه پژوهش) تفاوت معناداری ($p < ۰/۰۱$) وجود دارد. مجذور سهمی اتا برای عامل زمان برابر با ۰/۷۱ و توان آزمون برابر با ۱ و برای عامل تعامل زمان با گروه برابر با ۰/۵۲ و توان آزمون برابر با ۱ است. این نتیجه نشان می‌دهد که برای عامل زمان و تعامل زمان و گروه به ترتیب ۷۱ و ۵۲ درصد تفاوت در مولفه عاطفه مثبت مربوط به اعمال متغیر مستقل (یکی از دو بسته آموزشی خودمراقبتی معنوی یا شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی) بوده که با ۱۰۰ درصد توان تایید شده است. همچنین چنان‌که در جدول ۵ در بخش اثر بین گروهی ($F=۳۸/۴۵$, $df=۲$, $p < ۰/۰۱$) برای عاطفه مثبت مشاهده می‌شود، در عامل گروه تفاوت معناداری ($p < ۰/۰۱$) وجود دارد. مجذور سهمی اتا برای عامل گروه برابر با ۰/۵۷ و توان آزمون برابر با ۱ است. به این معنی که تحلیل واریانس انجام شده با ۱۰۰ درصد توان ۵۷ درصد تفاوت حداقل بین یکی از گروه‌های آزمایش (یکی از دو بسته آموزشی خودمراقبتی معنوی یا شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی) با یکدیگر و یا با گروه کنترل را در عاطفه مثبت معنادار نشان داده است.

چنان‌که در جدول ۵ برای مولفه احساس انرژی مشاهده می‌شود، در بخش اثر درون گروهی، عامل زمان ($F=۴۶۳/۹۰$, $df=۱/۶۶$, $p < ۰/۰۱$) و تعامل زمان و گروه ($F=۸۸/۹۹$, $df=۳/۳۱$, $p < ۰/۰۱$) نشان می‌دهد که در احساس انرژی

دوره اول، شماره چهارم

برابر با ۱ و برای عامل تعامل زمان با گروه برابر با ۰/۶۶ و توان آزمون برابر با ۱ است. این نتیجه نشان می‌دهد که برای عامل زمان و تعامل زمان و گروه به ترتیب ۷۸ و ۶۶ درصد تفاوت در شادمانی مربوط به اعمال متغیر مستقل (یکی از دو بسته آموزشی خودمراقبتی معنوی یا شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی) با یکدیگر و یا با گروه کنترل را در شادمانی معنادار نشان داده است. برای تعیین تفاوت مراحل زمانی پژوهش و تفاوت احتمالی گروه‌ها با یکدیگر، آزمون تعقیبی بونفرونی انجام شد که نتایج آن برای مولفه‌های سرمایه عاطفی در جدول ۴ ارائه شده می‌شود در شادمانی، در عامل گروه تفاوت معناداری ($p < 0/01$) وجود دارد. می‌شود در شادمانی، در عامل گروه برابر با ۰/۸۴ و توان آزمون برابر با ۱ است.

جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه زمان و گروه در مولفه‌های سرمایه عاطفی

متغیر	ردیف	گروه مبنا	گروه مورد مقایسه	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	معناداری
عاطفه مثبت						
زمان	۱	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۶/۲۰	۰/۷۱	۰/۰۰۱
	۲		پیگیری	-۱۰/۱۲	۰/۶۹	۰/۰۰۱
	۳	پس‌آزمون	پیگیری	-۳/۹۲	۰/۷۰	۰/۰۰۱
گروه	۴	گروه خودمراقبتی معنوی	گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	-۱/۵۲	۰/۹۳	۰/۳۳
	۵		گروه کنترل	۶/۲۰	۰/۹۳	۰/۰۰۱
	۶	گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	گروه کنترل	۷/۱۸	۰/۹۳	۰/۰۰۱
احساس انرژی						
زمان	۱	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۵/۱۸	۰/۲۰	۰/۰۰۱
	۲		پیگیری	-۷/۲۲	۰/۲۹	۰/۰۰۱
	۳	پس‌آزمون	پیگیری	-۲/۰۳	۰/۲۲	۰/۰۰۱
گروه	۴	گروه خودمراقبتی معنوی	گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	۰/۴۸	۰/۹۰	۱
	۵		گروه کنترل	۴/۸۷	۰/۹۰	۰/۰۰۱
	۶	گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	گروه کنترل	۴/۳۸	۰/۹۰	۰/۰۰۱
شادمانی						
زمان	۱	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۴/۰۷	۰/۲۷	۰/۰۰۱
	۲		پیگیری	-۷/۲۰	۰/۴۶	۰/۰۰۱
	۳	پس‌آزمون	پیگیری	-۳/۱۳	۰/۳۱	۰/۰۰۱
گروه	۴	گروه خودمراقبتی معنوی	گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	۰/۰۵	۰/۴۸	۱
	۵		گروه کنترل	۷/۱۳	۰/۴۸	۰/۰۰۱
	۶	گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	گروه کنترل	۷/۰۸	۰/۴۸	۰/۰۰۱

چنان‌که در جدول فوق برای مولفه‌های سرمایه عاطفی مشاهده می‌شود، بین پیش‌آزمون با پس‌آزمون و با پیگیری و بین پس‌آزمون با پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد. به این معنی که از مرحله پیش‌آزمون به مرحله پس‌آزمون و پیگیری و همچنین از مرحله پس‌آزمون به پیگیری، هر سه مولفه سرمایه عاطفی افزایش یافته است. در سطح گروهی، در سه مولفه سرمایه عاطفی، بین گروه آموزش خودمراقبتی معنوی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی با گروه کنترل تفاوت معناداری به دست آمد ($p < 0/01$)، ولی بین اثربخشی گروه خودمراقبتی معنوی با شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی تفاوت معناداری به دست نیامد. به این معنی که اثربخشی گروه خودمراقبتی معنوی با شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در هر سه مولفه سرمایه عاطفی یکسان بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی آموزش خود مراقبتی معنوی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر مولفه‌های سرمایه عاطفی در بیماران تحت همودیلایز انجام شد. نتایج نشان داد که آموزش خودمراقبتی معنوی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی نسبت به گروه کنترل بر هر سه مولفه سرمایه عاطفی در بیماران کلیوی تحت همودیلایز دارای اثربخشی معناداری هستند، ولی اثربخشی دو گروه درمانی و آموزشی بر مولفه‌های سرمایه عاطفی یکسان بود. جستجوهای انجام شده، مطالعه‌ای که طی آن به مقایسه اثربخشی آموزش خود مراقبتی معنوی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر مولفه‌های سرمایه عاطفی در بیماران تحت همودیلایز اقدام نموده باشد را دسترس قرار نداد. به همین جهت در تطبیق نتایج مطالعه حاضر با نتایج مطالعات دیگر صرفاً به نتایج مطالعاتی که به نوعی با نتایج مطالعه حاضر قابل ارتباط هستند توجه شده است.

در همین راستا، اثربخشی آموزش خودمراقبتی بر مولفه‌های سرمایه عاطفی به طور ضمنی با نتایج مطالعه مهبوی و همکاران (۲۰۲۳) در باره اثربخشی آرام‌سازی معنوی بر کاهش استرس که در تضاد با سرمایه عاطفی است و با آن دارای رابطه منفی است (Mahyuv et al., 2023) بیماران تحت همودیلایز و با نتایج مطالعه درویشی و همکاران (۲۰۲۰) در باره اثربخشی معنویت درمانی بر بهزیستی معنوی و عزت نفس (که با سرمایه عاطفی در ارتباط هستند) در بیماران کلیوی همسویی دارد (Darvishi et al., 2020). تبیین اثربخشی خودمراقبتی معنوی، کارکرد گسترده فنون مطرح در آموزش خودمراقبتی معنوی نظیر استفاده از ظرفیت‌های برقراری ارتباط حمایت‌گرا با نیروی لایزال الهی، و به دنبال آن برقراری ارتباط معنوی و معناگرا با طبیعت و جهان پیرامون در کنار شفقت به خود و تلاش برای تقویت پیوند معنوی با ظرفیت‌های خود، از اهمیت زیادی برخوردار است. از طریق آموزش خودمراقبتی معنوی بیماران کلیوی تحت همودیلایز علیرغم دشواریهایی که بیماری کلیوی و همودیلایز برای آن‌ها ایجاد نموده، با تکیه بر دعا، نیایش همراه با مهربانی و شفقت به خود، سطح آرامش درونی خود را بالا برده و به این ترتیب بستر بروز و تقویت عواطف و احساسات منفی در آن‌ها تضعیف می‌شود. این فرایند با توجه به اینکه نفس خودمراقبتی احساس کارآمدی ادراک شده در عرصه سلامت را ارتقاء می‌بخشد، احساس توانمندی بیشتر و به تبع آن تجربه عواطف مثبت و احساس نشاط و شادمانی را نیز تقویت می‌کند. به این ترتیب سطح سرمایه عاطفی افزایش می‌یابد.

اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی نیز بر مولفه‌های سرمایه عاطفی با نتایج مطالعه خوش‌خطی و همکاران (۱۳۹۸) و آلاواتمه و همکاران (۲۰۲۴) در باره اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر علائم اضطراب، افسردگی و استرس (که در تضاد با سرمایه عاطفی قرار داشته و با آن دارای رابطه منفی هستند) بیماران کلیوی تحت همودیلایز (Khoshkhaty

(et al., 2019)، با نتایج مطالعه الهام و همکاران (۱۴۰۱) در باره اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر سرمایه عاطفی (Elham et al., 2022)، با نتایج مطالعه آکبولوت و ارسی (۲۰۲۴) در باره اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر مدیریت استرس بر اضطراب (Akbulut & Erci, 2024) و با نتایج مطالعه آلاواتمه و همکاران (۲۰۲۲) در باره اثربخشی درمان ذهن آگاهی متکی بر مراقبه درمانی را بر تنظیم هیجان که با سرمایه عاطفی در ارتباط است (Alhawatemeh et al., 2022)، به طور ضمنی دارای همسویی است. تبیین اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر مولفه‌های سرمایه عاطفی، به کاهش حالات و عواطف منفی در این بیماران (با توجه به این که بیماران کلیوی تحت همودیالیز در بسیاری شرایط به دلیل ارزیابی و قضاوت دشواری‌های خود در متن عواطف منفی و باورها و نگرشهای خودکار منفی، درگیر اضطراب و استرس می‌شوند (Beng et al., 2019) مربوط است. شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی از طریق فنون آموزشی و درمانی نظیر مراقبه، مدیریت و کنترل افکار و باورهای منفی در کنار طیف دیگری از فنون آموزشی و درمانی، شرایط ایجاد آرامش ذهنی و مدیریت استرس و اضطراب را فراهم نموده و از این طریق سطح عواطف و شناخت‌های منفی را پایین می‌آورد. با ایجاد آرامش ذهنی و کاهش عواطف منفی درگیر با استرس و اضطراب شرایط و فرصت لازم برای ارتقاء سرمایه عاطفی و سه مولفه آن یعنی عاطفه مثبت، احساس انرژی و شادمانی در بیماران کلیوی تحت همودیالیز فراهم می‌شود.

بخش دیگری از نتایج مطالعه حاضر نشان داد که آموزش خودمراقبتی معنوی نسبت به شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در افزایش مولفه‌های سرمایه عاطفی (عاطفه مثبت، احساس انرژی و شادمانی) بیماران کلیوی تحت همودیالیز، دارای اثربخشی یکسانی است. در تبیین اثربخشی یکسان آموزش خودمراقبتی معنوی با شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افزایش

مولفه‌های سرمایه عاطفی (عاطفه مثبت، احساس انرژی و شادمانی)، نیاز به مطالعات بیشتری است تا سازوکارهای احتمالی اثربخشی یکسان این دو رویکرد آموزشی و درمانی بهتر نمایان شود. با این حال، محتمل است که نیاز همزمان به ارتقاء بهزیستی و سلامت معنوی (Darvishi et al., 2020) که در خودمراقبتی معنوی محوریت دارد و در بیماران کلیوی یک نیاز مطرح است، در کنار این واقعیت که افکار، نگرشها و باورهای بیماران کلیوی جهت گیری منفی و مسئله ساز در بسیاری موارد دارد (صالحی مبارکه و همکاران، ۲۰۲۴) که از طریق شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی مورد توجه قرار گرفته، زمینه ساز اثربخشی یکسان این دو درمان را فراهم آورده باشد. این اثربخشی یکسان در عین حال دارای این مزیت است که به تناسب تمایل و خواست بیماران کلیوی تحت همودیالیز در مواقع لزوم می‌توان هر یک از این دو آموزش و درمان را برای یاری این بیماران برای ارتقاء سطح سرمایه عاطفی آن‌ها و با هدف جامع تر و کلی تر ارتقاء کیفیت زندگی آن‌ها مورد استفاده و توجه قرار داد.

در مجموع نتایج این پژوهش نشان داد که آموزش خودمراقبتی معنوی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افزایش مولفه‌های سرمایه عاطفی (عاطفه مثبت، احساس انرژی و شادمانی) بیماران کلیوی تحت همودیالیز دارای اثربخشی یکسانی هستند. با توجه به اینکه ارتقاء سرمایه عاطفی برای بیماران کلیوی تحت همودیالیز می‌تواند موجب تقویت کیفیت زندگی معطوف به سلامت این بیماران شود، پیشنهاد می‌شود که آموزش خودمراقبتی معنوی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، به عنوان آموزشهای متداول موازی با درمان‌های زیستی و پزشکی برای بیماران کلیوی تحت همودیالیز در مراکز درمانی و مشاوره‌ای بیماران کلیوی و در مراکز خصوصی مشاوره و درمان روان‌شناختی مورد استفاده قرار گیرند. در پایان لازم است توجه شود که مطالعه حاضر نیز مانند هر مطالعه علمی دیگری، دارای محدودیت‌هایی

تشکر و قدردانی

از تمامی کسانی که در طی مراحل این پژوهش به حاضر یاری رساندند
تشکر و قدردانی می‌گردد.

References

- Akbulut, G., & Erci, B. (2024). The effect of conscious mindfulness-based informative approaches on managing symptoms in hemodialysis patients. *Frontiers in psychology*, 15, 1363769. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1363769>
- Alhawattmeh, H., Alshammari, S., & Rababah, J. A. (2022). Effects of mindfulness meditation on trait mindfulness, perceived stress, emotion regulation, and quality of life in hemodialysis patients: A randomized controlled trial. *International journal of nursing sciences*, 9(2), 139-146. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2022.03.004>
- Alhawattmeh, H., Najadat, I. A., & Hweidi, I. M. (2024). Mindfulness-based intervention as a symptom management strategy in patients with end-stage renal disease: A controlled clinical trial. *International journal of nursing practice*, e13282. <https://doi.org/10.1111/ijn.13282>
- Attride-Stirling, J. (2001). Thematic networks: An analytic tool for qualitative research. *Qualitative Research*, 1, 385-405. <https://doi.org/10.1177/146879410100100307>
- Beng, T. S., Yun, L. A., Yi, L. X., Yan, L. H., Peng, N. K., Kun, L. S., Zainuddin, S. I., Chin, L. E., & Loong, L. C. (2019). The experiences of suffering of end-stage renal failure patients in Malaysia: A thematic analysis. *Annals of Palliative Medicine*, 8(4), 401-410. <https://doi.org/10.21037/apm.2019.03.04>
- Bozorgzadeh, M., Pariyad, E., Baghayi, M., Kazem Nejad, L., & Jahani Sayyad Noveiri, M. (2022). The effect of using Orem's self-care model on self-efficacy in hemodialysis patients: A clinical trial study. *Nursing, Midwifery and Paramedical Quarterly*, 8(1), 15-34. <https://sjnmp.muk.ac.ir/article-1-474-en.html>
- Campbell, Z. C., Dawson, J. K., Kirkendall, S. M., McCaffery, K. J., Jansen, J., Campbell, K. L., Lee, V. W., & Webster, A. C. (2022). Interventions for improving health literacy in people with chronic kidney disease. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12(12), CD012026. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012026.pub2>
- Darvishi, A., Otaghi, M., & Mami, S. (2020). The effectiveness of spiritual therapy on spiritual well-being, self-esteem and self-efficacy in patients on hemodialysis. *Journal of religion and health*, 59(1), 277-288. <https://doi.org/10.1007/s10943-018-00750-1>
- Elham, A., Golparvar, M., & Sajadian, E. (2022). Comparing the effectiveness of sleep-focused cognitive behavioral therapy, mindfulness-based cognitive therapy, and Fordyce happiness training on emotional capital in women with migraines. *Feyz*, 26(4), 446-456. https://feyz.kaums.ac.ir/browse.php?a_id=4645&sid=1&slc_lang=en
- Francis, A., Harhay, M. N., Ong, A. C. M., Tummalapalli, S. L., Ortiz, A., Fogo, A. B., Fliser, D., Roy-Chaudhury, P., Fontana, M., Nangaku, M., Wanner, C., Malik, C., Hradsky, A., Adu, D.,

بوده است. از جمله این‌که، مطالعه بر روی بیماران کلیوی تحت همودیالیز انجام شده، بنابراین در تعمیم نتایج به بیماران کلیوی دیگر و یا دیگر بیماری‌های مزمن جسمی لازم است احتیاط شود. سنجش‌ها در مطالعه حاضر از طریق پرسشنامه که احتمال دارد با مطلوب‌نمایی اجتماعی همراه باشد، انجام پذیرفته است. در سطح پژوهشی نیز پیشنهاد می‌شود پژوهشگران بعدی اثربخشی آموزش خودمراقبتی معنوی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی را با انواع دیگری از درمان‌های مدرن و پست مدرن روانشناختی علاوه بر سرمایه عاطفی در بیماران کلیوی تحت همودیالیز، بر روی متغیرهایی نظیر امید به زندگی، رضایت از زندگی و اضطراب مرگ در کنار سنجش‌های عمیق‌تر از طریق مصاحبه در کنار پرسشنامه مورد توجه قرار دهند.

تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

حمایت مالی

این پژوهش حامی مالی نداشته است.

موازن اخلاقی

در انجام این پژوهش تمامی موازن و اصول اخلاقی رعایت گردیده است.
این پژوهش بخشی از رساله دکتری تخصصی در رشته روان‌شناسی و دارای کد اخلاق (IR.IAU.KHUISF.REC.۱۴۰۳.۲۱۴) از کمیته اخلاق در پژوهش علمی دانشگاه می‌باشد.

مشارکت نویسندگان

این مقاله مستخرج از رساله دکتری است. در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

- Sartipzadeh, A., Golparvar, M., & Aghaei, A. (2019). The effectiveness of spiritually-based existential therapy and Islamic spiritual therapy on emotional capital in elderly women. *Journal of Behavioral Sciences Research*, 17(4), 684-694. <https://doi.org/10.52547/rbs.17.4.684>
- Tabatabaei Nejad, F. S., Golparvar, M., & Aghaei, A. (2018). Comparing the effectiveness of positive-oriented mindfulness therapy, mindfulness-based cognitive therapy, and cognitive behavioral therapy on social anxiety and communication skills in depressed female students. *Social Work*, 7(3), 5-16. <https://socialworkmag.ir/article-1-422-en.html>
- Bavanandan, S., Cusumano, A., Sola, L., Ulasi, I., & Jha, V. (2024). Chronic kidney disease and the global public health agenda: an international consensus. *Nature Reviews Nephrology*, 20(7), 473-485. <https://doi.org/10.1038/s41581-024-00820-6>
- Gall, J., Borg, W., & Gall, M. D. (1996). *Educational Research: An Introduction (Vol. 1)* [A. R. Nasr et al., Trans.]. Shahid Beheshti University & SAMT Publications. https://books.google.com/books/about/Educational_Research.html?id=2LcTy5kCmfkC
- Golparvar, M. (2016). *Emotional Capital: Necessities and Functions*. Jangal Javedaneh Publications.
- Golparvar, M., & Enayati, M. (2018). The structural model of the relationship between collective emotional investment and emotional capital and psychosomatic complaints in nurses. *Nursing Education*, 7(3), 57-64. https://jne.ir/browse.php?a_id=913&sid=1&slc_lang=en
- Golparvar, M., & Tabatabaei Nejad, F. S. (2020). The impact of positive-oriented mindfulness therapy, mindfulness-based cognitive therapy, and cognitive behavioral therapy on emotional capital in depressed female students. *Journal of Pediatric Nursing*, 6(3), 30-38. <https://jpen.ir/article-1-361-en.html>
- Golparvar, M., & Zarei, M. (2017). The impact of success training for hemophilia patients on their emotional capital and peak experiences. *Health-Oriented Research*, 3(4), 309-322. <https://hbrj.kmu.ac.ir/article-1-204-en.html>
- Khoshkhaty, N., Amiri Majd, M., Bazazian, S., & Yazdinejad, A. (2019). Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on anxiety, depression, and stress in hemodialysis patients. *Nursing research*, 14(6), 9-17. <https://ijnr.ir/article-1-2292-en.html>
- Mahyuv, T., Istiqomah, N., Peristiwati, Y., Prasetyo, J., & Umar, H. P. (2023). Spiritual Benson Relaxation in Reducing Stress in Patients Undergoing Hemodialysis. *Journal Of Nursing Practice*, 6(2), 155-162. <https://doi.org/10.30994/jnp.v6i2.300>
- Musa, A. S., Elbqowm, O., AlBashtawy, M., Al Qadire, M. I., Suliman, M., Tawalbeh, L. I., Alkhalwaldeh, A., & Batiha, A. M. (2023). Spiritual wellbeing and quality of life among hemodialysis patients in Jordan: a cross-sectional correlational study. *Journal of Holistic Nursing*, 41(3), 220-232. <https://doi.org/10.1177/08980101221083422>
- Nourian, L., Golparvar, M., & Aghaei, A. (2021). Comparing the effectiveness of positive psychotherapy and acceptance and commitment therapy on depression and emotional capital in depressed women. *Journal of psychiatric nursing*, 9(4), 11-23. <https://doi.org/10.61838/kman.jarac.3.4.2>
- Razzera, B. N., Adamoli, A. N., Ranheiri, M. F., Oliveira, M. D. S., & Feoli, A. M. P. (2022). Impacts of mindfulness-based interventions in people undergoing hemodialysis: a systematic review. *Jornal Brasileiro De Nefrologia*, 44(1), 84-96. <https://doi.org/10.1590/2175-8239-jbn-2021-0116>
- Salehi Mobarakeh, A., Golparvar, M., & Yousefi, Z. (2024). Comparison of the effectiveness of integrated spiritual self-care training and mindfulness-based cognitive therapy on quality of life and health self-efficacy in patients undergoing hemodialysis. *Iranian Journal of Neurodevelopmental Disorders*, 3(4), 79-89. <https://maherpub.com/jnnd/article/view/183>