مقاله پژوهشی
مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان
دوره ۲۱، دی ۱۴۰۱، ۱۰۷۰-۱۰۵۵

اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر خودشناسی انسجامی، تنظیم هیجان و کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی: یک مطالعه نیمه تجربی

مژگان روحی[۱]، علیرضا منظری توکلی[۲]، مهشید تجربه کار[۳]

دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۰۷/۰۹ ارسال مقاله به نویسنده جهت اصلاح: ۱۴۰۱/۰۹/۲۶ دریافت اصلاحیه از نویسنده: ۱۴۰۱/۱۰/۲۱ پذیرش مقاله: ۱۴۰۱/۱۰/۲۵

چکیده

زمینه و هدف: بیماران همودیالیزی در معرض خطرات روان‌شناختی مرتبط با سلامت هستند و درمان شناختی رفتاری می‌تواند نقش مؤثری در بهبود ویژگی‌های روان‌شناختی مرتبط با سلامت داشته باشد. لذا این پژوهش با هدف تعیین تأثیر درمان شناختی رفتاری بر خودشناسی‌انسجامی، تنظیم‌هیجان و کیفت‌زندگی بیماران همودیالیزی در شهر کرمان انجام شد.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل است. جامعه آماری این پژوهش بیماران بیمارستان شفا و کلینیک جواد الائمه(ع) شهر کرمان در سال ۱۴۰۱ بودند. با روش نمونه‌گیری در دسترس ۳۰ نفر بیمار همودیالیزی بر اساس ملاک‌های ورود به مطالعه انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند (هر گروه ۱۵ نفر). گروه آزمایش تحت آموزش ۸ جلسه ۷۵ دقیقه‌ای با فراوانی دو بار در هفته قرار گرفتند و گروه کنترل در لیست انتظار برای آموزش ماند. مشارکت کنندگان با پرسش‌نامه‌های خودشناسی‌انسجامی، تنظیم‌هیجان و کیفیت‌زندگی مورد ارزیابی قرار گرفتند و داده‌ها با آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر تجزیه‌وتحلیل شدند.

یافته‌ها: میانگین نمرات خوشناسی‌انسجامی، تنظیم‌هیجان و کیفیت‌زندگی قبل از مداخله به ترتیب در گروه درمان شناختی رفتاری ۲۶/۶۸، ۳۷/۹۳، ۶۰/۲۷ و در گروه کنترل۲۶/۶۷، ۳۷/۹۵، ۵۹/۶۰ بود (P>۰/۰۵)، اما پس از مداخله، میانگین نمرات ویژگی‌های روان‌شناختی مورد بررسی در گروه درمان شناختی رفتاری افزایش معنی‌داری نسبت به گروه کنترل نشان داد (P<۰/۰۰۱).

نتیجه‌گیری: نتایج مطالعه حاکی از تأثیر مداخله درمان شناختی رفتاری بر بهبود ویژگی‌های روان‌شناختی مورد بررسی در گروه آزمایش بود. بنابراین می‌توان از این مداخله به‌عنوان درمان مکمل در بیماران همودیالیزی استفاده نمود.

واژه‌های کلیدی: درمان شناختی رفتاری، خودشناسی انسجامی، تنظیم هیجان، کیفیت زندگی، بیماران همودیالیزی

۱- دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد زرند، دانشگاه آزاد اسلامی، زرند، ایران
۲- (نویسنده مسئول) استادیار، گروه روانشناسی، واحد کرمان، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمان، ایران
تلفن: ۳۳۲۱۰۰۴۳-۰۳۴ دورنگار: ۳۳۲۱۰۰۵۱-۰۳۴، پست الکترونیکی: Email: a.manzari@iauk.ac.ir
۳- استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه شهید باهنر کرمان، کرمان، ایران

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-09-08]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1401.21.10.5.0]
[DOI: 10.52547/jrums.21.10.1055]

مقدمه

فشارهای روانی اجتماعی بیش از هر دوره دیگری سلامت انسان را به خطر انداخته و در بیماران دیالیزی مشهود است [۱]. اکثر این افراد با توجه به شرایط و تغییرات روانی، بیشتر از سایرین در معرض خطر بروز مشکلات روان‌شناختی در قیاس با سایر افراد جامعه هستند [۲]. شایع‌ترین روش درمانی رایج در درمان جایگزین نارسایی کلیه، همودیالیز (Hemodialysis) است [۳]. بر اساس آمار ارائه شده در سال ۲۰۲۰، تعداد ۲،۳۵۸،۰۰۰ نفر در جهان تحت درمان با همودیالیز قرار گرفتند [۴]، در ایران در بازه زمانی سال ۱۳۹۸ وابستگی به همودیالیز به بیش از ۴۷۰ نفر در میلیون رسیده بوده است [۴]. این بیماران از یک سو مجبور به تحمل استرس‌های مربوط به اقدامات درمانی طاقت فرسا همودیالیز و از سوی دیگر با طولانی شدن مدت زمان بیماری، عملکرد روانی-اجتماعی ایشان به شدت تحت تأثیر این موضوع قرار می‌گیرد و اغلب آن‌ها دچار اختلالات روانی و مشکلات رفتاری مانند اضطراب، افسردگی و اختلال در تنظیم هیجانات می‌گردند [۳].

برای غلبه بر مشکلات و عوارض درمان بیماران همودیالیزی، مشارکت بیمار در روند درمان اهمیت دارد [۲] و لازمه این امر افزایش آگاهی، نگرش، کسب نقش و مسئولیت فردی از جمله خودشناسی انسجامی (Coherent self-knowledge) است [۵]. خودشناسی انسجامی یک فرآیند روان‌شناختی سازش یافته و پویا است و از دو وجه تجربی (Experiential) و تأملی (Reflective) تشکیل شده است. خودشناسی تجربی به پردازش خبری پذیرا و هوشیارانه در خصوص خود، و خودشناسی تأملی به تحلیل تجربه خود از طریق کارکردهای شناختی غنی‌تر و عالی است [۶]. Song و همکاران با مطالعه‌ای در کشور چین به این نتیجه رسیدند که حمایت های اجتماعی نقش مهمی در افزایش خودشناسی انسجامی و به تبع آن یک‌پارچگی روانی و کیفیت زندگی در بیماران همویالیزی دارد [۷].

از جمله عواملی دیگر که در مدیریت بیماری‌های مزمن نقش اساسی دارد راهبردهای تنظیم هیجان (Emotion regulation) است [۸]. تنظیم هیجان به نحوه تفکر افراد پس از بروز یک تجربه منفی یا رخداد آسیب‌زا گفته می‌شود که حاصل تعامل هیجانی و شناختی از موقعیت‌های تنش‌زا است [۹]. Ghaffari و همکاران با مطالعه‌ای در شهر تهران به این نتیجه رسیدند که روش تحلیل ارتباطی متقابل می‌تواند نقش مؤثری بر کاهش هیجان استرس بیماران همودیالیزی داشته باشد [۱۰]. سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی را ادراک فرد از شرایط زندگی، زمینه فرهنگی و سیستم ارزشی که در آن زندگی می‌کند، تعریف کرده است [۱۱]. Sarizadeh و همکاران با مطالعه‌ای به این نتیجه رسیدند که درمان پذیرش و تعهد (موج سوم درمان‌های رفتاری) روش مناسبی در بهبود کیفیت زندگی بیماران همویالیزی است [۱۲].

همودیالیز اثربخش‌ترین درمان برای نارسایی کلیه محسوب می‌شود، اما به تنهایی کافی نبوده و باید از سایر درمان‌ها برای توان‌بخشی این افرد استفاده شود [۱۳]. از بین رویکردهای روانی-اجتماعی، درمان شناختی رفتاری (Cognitive

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-09-08]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1401.21.10.5.0]
[DOI: 10.52547/jrums.21.10.1055]

therapy behavioral) در زمینه بیماری‌های مزمن از حمایت تجربی برخوردار است [۱۴]. این رویکرد از رفتار درمانی سنتی برآمده و تأکید آن بر افزایش مهارت‌های شناختی و تغییر رفتار است [۱۵]. درمان شناختی رفتاری درمانی مؤثر به جهت ارتقاء انگیزه، تعدیل هیجان، کاهش اضطراب و افسردگی است [۱۴]. سلامت روان‌شناختی بیماران کلیوی ارتباط بالایی با وضعیت خودشناسی انسجامی، تنظیم هیجان و کیفیت زندگی در آنان دارد [۱۶] و چون مطالعه‌ای به بررسی تأثیر درمان شناختی رفتاری بر ویژگی‌های روان‌شناختی مطرح شده نپرداخته است، لذا این مطالعه با هدف تعیین تأثیر آموزش درمان شناختی رفتاری بر خودشناسی انسجامی، تنظیم هیجان و کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی انجام گردید.

مواد و روش‌ها

این مطالعه به روش نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دو ماهه با گروه کنترل بود. این مطالعه دارای کد اخلاق از دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمان به شماره ثبتی IR.IAU.KERMAN.REC.1401.020 می‌باشد. جامعه آماری پژوهش حاضر بیماران همودیالیزی مراجعه کننده به بیمارستان شفا و کلینیک جواد الائمه(ع) شهر کرمان در سال ۱۴۰۱ بودند. این پژوهش دارای یک متغیر مستقل شامل درمان شناختی و رفتاری و سه متغیر وابسته شامل خودشناسی انسجامی، تنظیم هیجان و کیفیت زندگی و دارای یک گروه آزمایش (مداخله) و یک گروه کنترل بود.

حجم نمونه بر اساس فرمول زیر با در نظر گرفتن سطح اطمینان ۹۵ درصد (آلفای ۰/۰۵) و توان ۸۰ درصد، مقدار σ=۰/۳ (انحراف معیار مشترک نمره کیفیت زندگی در بیماران همودیالیزی)، بر طبق نتایج پژوهش Sarizadeh و همکاران [۱۲] و مقدار d=۰/۵ (حداقل اختلاف در میانگین نمره کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی در دو گروه)، برای هر گروه ۱۲ نفر تعیین شد. در نهایت برای اطمینان از حجم نمونه و با توجه به احتمال ریزش ۲۰ درصدی مشارکت کنندگان و داده‌های پرت، برای هر گروه ۱۵ نفر در نظر گرفته شد.

$$n = \frac{2\sigma^2\left(z_\beta + z_\alpha\right)^2}{\mathrm{d}^2}$$

پس از اخذ مجوزهای لازم از دانشگاه علوم پزشکی کرمان و اطلاع‌رسانی از طریق پیامک و نصب فراخوان در بیمارستان شفا و کلینیک جواد الائمه(ع) شهر کرمان که بیشترین مراجعان مرتبط با دیالیز را به خود اختصاص می‌داد، در نهایت از ۹۰ نفر مراجعه کننده ۷۸ نفر از آن‌ها واجد شرایط ورود به مطالعه بودند که از میان آن‌ها ۳۰ نفر به صورت در دسترس انتخاب و در دو گروه ۱۵ نفره مداخله و کنترل به صورت تصادفی (قرعه‌کشی) تخصیص یافتند.

ملاک‌های ورود به مطالعه شامل: رضایت کامل جهت شرکت در جلسات درمانی، شروع همودیالیز حداقل از یک سال گذشته، نداشتن بیماری دیگری غیر از نارسایی کلیوی (با سؤال کردن از افراد شرکت کننده در پژوهش)، تحصیلات حداقل در سطح راهنمایی و بالاتر (به جهت درک درمان شناختی و انجام تکالیف)، عدم مصرف داروهای اعصاب و روان (مانند فلوکستین و سرترالین)، عدم دریافت خدمات

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-09-08]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1401.21.10.5.0]
[DOI: 10.52547/jrums.21.10.1055]

روان‌شناختی (مانند درمان افسردگی و یا اضطراب) در سه ماه گذشته و عدم سابقه دریافت آموزش درمان شناختی رفتاری بود. ملاک‌های خروج از مطالعه شامل غیبت بیشتر از دو جلسه، ابتلاء به بیماری‌های روانی از جمله افسردگی، شرکت هم‌زمان در سایر کارگاه‌های آموزشی روان‌شناختی و انصراف از ادامه همکاری بود.

رضایت آگاهانه، توجیه مشارکت کنندگان در مورد روش و هدف انجام پژوهش، رعایت اصل رازداری و محرمانه نگه‌داشتن اطلاعات به دست آمده، آزادی مشارکت کنندگان در ترک مطالعه از جمله اصول اخلاقی رعایت شده در این مطالعه بوده است. برای جمع‌آوری داده‌ها علاوه بر فرم اطلاعات جمعیت‌شناختی (شامل: سن، جنسیت، سطح تحصیلات و وضعیت تأهل) از پرسش‌نامه‌های خودشناسی انسجامی، تنظیم هیجان و کیفیت زندگی در ۳ مرحله: پیش‌آزمون (قبل از آموزش)، پس‌آزمون (بعد از آموزش) و پیگیری (۲ ماه بعد از اتمام آموزش) استفاده گردید.

پرسش‌نامه خودشناسی انسجامی توسط Ghorbani و همکاران با ۱۲ گویه طراحی شده است [۱۷]. این پرسش‌نامه، خودشناسی انسجامی را در سه بعد خودآگاهی تأملی (سؤالات ۳، ۶، ۹)، خودآگاهی تجربی (سؤالات ۱، ۵، ۷، ۸) و یک‌پارچه کردن تجارب گذشته و حال برای ایجاد آینده مطلوب (سؤالات ۲، ۴، ۱۰، ۱۱، ۱۲) را مورد سنجش قرار می‌دهد. گویه‌ها با استفاده از طیف پنج درجه‌ای لیکرت از کاملاً مخالف (نمره ۱)، کمی مخالف (نمره ۲)، نه مخالف و نه موافق (نمره ۳)، کمی مخالف (نمره ۴) تا کاملاً موافق (نمره ۵) نمره‌گذاری می‌شود و نمره ابزار با مجموع نمره گویه‌ها محاسبه می‌شود. حداقل نمره هر مؤلفه ۴، حداکثر ۲۰ است. لذا حداقل نمره کل پرسش‌نامه ۱۲ و حداکثر نمره ۶۰ است و نمره بالاتر نشان دهنده خودشناسی انسجامی بیشتر است. Ghorbani و همکاران ضریب پایایی پرسش‌نامه را با استفاده از روش آلفای کرونباخ و بازآزمایی به ترتیب برابر با ۰/۸۵ و ۰/۸۰ و ضریب روایی همگرای پرسش‌نامه را از طریق همبستگی با مقیاس Dickman (۱۹۹۰) برابر با ۰/۵۶ گزارش داده‌اند [۱۷]. هم‌چنین در پژوهش Hojjati و همکاران، ضریب پایایی پرسش‌نامه از طریق محاسبه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۲ گزارش شده است [۵]. در پژوهش حاضر پایایی کل ابزار و ابعاد خودآگاهی تأملی، تجربی و یک‌پارچه کردن تجارب به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۷۹، ۰/۸۱ و ۰/۷۸ به دست آمد.

پرسش‌نامه تنظیم هیجان توسط Gross و John تدوین شده است [۱۸]. گویه‌های این ابزار با استفاده از طیف ۷ درجه‌ای لیکرت از کاملاً مخالفم (نمره ۱)، مخالفم (نمره ۲)، تا حدی مخالفم (نمره ۳)، نه موافق و نه مخالفم (نمره ۴)، تا حدی موافقم (نمره ۵)، موافقم (نمره ۶) و کاملاً موافقم (نمره ۷) نمره‌گذاری می‌شود. این پرسش‌نامه مشتمل بر ۱۰ گویه و دو خرده مقیاس ارزیابی مجدد با ۶ گویه (سؤالات ۱، ۳، ۵، ۷، ۸، ۱۰) و فرونشانی با ۴ گویه (سؤالات ۲، ۴، ۶، ۹) می‌باشد. دامنه نمره مؤلفه ارزیابی مجدد از ۶ الی ۴۲ و مؤلفه فرونشانی از ۴ الی ۲۸ و در نتیجه نمره کل پرسش‌نامه در محدوده ۱۰ الی ۷۰ می‌باشد و نمره بالاتر نشان دهند تنظیم هیجان بیشتر

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-09-08]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1401.21.10.5.0]
[DOI: 10.52547/jrums.21.10.1055]

است. در پژوهش Gross و John پایایی ابزار با روش آلفای کرونباخ برای مؤلفه ارزیابی مجدد ۰/۷۹، فرونشانی ۰/۷۳ و کل پرسش‌نامه ۰/۸۱ به دست آمده است [۱۸]. در ایران Abooei و همکاران ضرایب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس تنظیم هیجان ۰/۸۱، برای خرده مقیاس ارزیابی مجدد ۰/۶۸ و برای خرده مقیاس فرونشانی ۰/۵۶ محاسبه شده است [۱۹]. در پژوهش حاضر پایایی کل ابزار و ابعاد ارزیابی مجدد و فرونشانی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۸۲، ۰/۸۰ و ۰/۷۷ به دست آمد.

پرسش‌نامه کیفیت زندگی توسط سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۶) تهیه شد و دارای ۲۶ سؤال است. این پرسش‌نامه کیفیت زندگی را در پنج حیطه سلامت جسمانی (سؤالات ۳، ۴، ۱۰، ۱۵، ۱۶، ۱۷ و ۱۸)، سلامت روانی (سؤالات ۵، ۶، ۷، ۱۱، ۱۹ و ۲۶)، روابط اجتماعی (سؤالات ۲۰، ۲۱ و ۲۲)، سلامت محیطی (سؤالات ۸، ۹، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۲۳، ۲۴) و کیفیت سلامت عمومی (۱، ۲) اندازه‌گیری می‌کند. هر گویه آزمون دارای یک مقیاس پنج درجه‌ای: بسیار بد (نمره ۱)، بد (نمره ۲)، متوسط (نمره ۳)، خوب (نمره ۴)، بسیار خوب (نمره ۵) است. دامنه نمرات خرده مقیاس سلامت جسمانی ۷ الی ۳۵، سلامت روانی ۶ الی ۳۰، روابط اجتماعی ۳ الی ۱۵، سلامت محیطی ۸ الی ۴۰، کیفیت سلامت عمومی ۲ الی ۱۰ و نمره کل پرسش‌نامه که از مجموع حاصل جمع خرده مقیاس‌ها به دست می‌آید در محدوده ۲۶ تا ۱۳۰ است و نمره بالاتر نشان دهنده کیفیت زندگی بهتر است. روایی همزمان و پایایی (کرونباخ) پرسش‌نامه توسط سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۶) به ترتیب ۰/۵۴ و ۰/۸۳ گزارش شده است [۲۰]. Rasafiani و همکاران ضریب پایایی این پرسش‌نامه را با محاسبه آلفای کرونباخ از ۰/۷۸ تا ۰/۸۹ گزارش داده است [۲۱]. در پژوهش حاضر پایایی کل ابزار و ابعاد سلامت جسمانی، روانی، اجتماعی و محیطی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۱، ۰/۷۸، ۰/۸۴ و ۰/۷۷ به دست آمد.

هر دو گروه علاوه بر ارزیابی اطلاعات جمعیت شناختی به صورت مصاحبه در ابتدا به صورت خودگزارشی، به پرسش‌نامه‌های خودشناسی انسجامی، تنظیم هیجان و کیفیت زندگی در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری (دو ماه بعد) پاسخ دادند. گروه آزمایش ۸ جلسه ۷۵ دقیقه‌ای در عصر روزهای سه‌شنبه و پنج‌شنبه هر هفته در کلینیک جواد الائمه(ع) شهر کرمان از نیمه خرداد ماه تا اواخر تیر ماه سال ۱۴۰۱ تحت آموزش درمان شناختی رفتاری برگرفته از روش درمان شناختی رفتاری Dobson و Dobson [۱۵] در یک گروه ۱۵ نفری توسط نویسنده اول که دانشجوی دکتری روان‌شناسی بوده است با تکنیک دیالوگ سقراطی، تجربه مشارکتی و اکتشاف هدایت در کنار ریز مهارت‌های خلاصه‌سازی مطالب جلسات، ارائه منطق رویکرد شناختی، استفاده از استعاره، تقویت شوخ طبعی و بازخوردهای مناسب قرار گرفتند و گروه کنترل در انتظار دریافت مداخله پس از اتمام مراحل پژوهش بودند (مطالعه ریزش نداشت). محتوی آموزش درمان شناختی رفتاری در جدول ۱ ارائه گردیده است. لازم به ذکر است که جلسات ۲ و ۶ متمرکز بر خودشناسی

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-09-08]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1401.21.10.5.0]
[DOI: 10.52547/jrums.21.10.1055]

انسجامی و جلسات ۳، ۴ و ۵ بر تنظیم هیجان و سایر جلسات به صورت مشترک برای هر ۳ متغیر وابسته این مطالعه اختصاص یافته است.

جدول۱- خلاصه برنامه جلسات آموزش درمان شناختی رفتاری بر افزایش خودشناسی انسجامی، تنظیم هیجان و کیفیت زندگی به بیماران همودیالیزی شهر کرمان در سال ۱۴۰۱ [۱۵]

جلسات	موضوعات
پیش جلسه	مطرح کردن روند و هدف جلسات، آشنایی اولیه با مراجعان و ایجاد رابطه مناسب و اعتماد و پر کردن پرسش‌نامه‌ها بود.
اول	تشریح اهداف آموزش و معرفی درمان شناختی رفتاری به اعضاء؛ تشریح چرخه فکر، احساس و رفتار، تجزیه و تحلیل الگوهای رفتاری نابهنجار ماتتد رفتار ایمنی‌های مخرب مثل وسواس فکری و نگرانی‌های مربوط به نتیجه درمان و سلامتی مشارکت کنندگان بود. **تکلیف:** یاداشت و بررسی چرخه موقعیت، افکار منفی اتوماتیک بود.
دوم	بحث در مورد تجربیات و ارزیابی آن‌ها از چرخه افکار، احساس و رفتار؛ مطرح کردن مؤلفه‌های: باورهای بنیادین، میانجی(فرض مشروط، بایدها، قواعد)، افکار خودآیند منفی، مثلث شناختی و اسنادها (خود، دنیا و آینده) بود. **تکلیف:** یاداشت و دقت کردن به افکار خودآیند منفی که به صورت اتوماتیک بر فرد عارض می‌شود بود.
سوم	بررسی تکالیف و معرفی خطاهای شناختی رایج مانند: پیش‌گویی، فاجعه سازی، برچسپ زدن به خود، فیلتر منفی، تعمیم افراطی، شخصی سازی، مقصر دانستن، همیشه پشیمان بودن، و استدلال هیجانی بود. **تکلیف:** یاداشت خطاهای شناختی بیماران با توجه به وضعیت آن‌ها و ارزیابی پیامد احساسی و رفتاری آن بود.
چهارم	معرفی توجه انتخابی به بیماران درخصوص آیند، رصد و بررسی افکار خودآیند منفی، احساسات و رفتار و ربط آن به خطاهای شناختی رایج، آموزش تمدد اعصاب (Progressive Muscle Relaxation; PMR). **تکلیف:** شناسایی افکارآیند منفی و یاداشت بردای، انجام PMR در طی هفته و هر زمان که استرس و اضطراب داشتند.
پنجم	آموزش روش حل مسئله برای مقابله با چالش‌های پیش‌رو در زندگی و درمان، آموزش آزمایش رفتاری بر شناسایی توالی‌های شناخت، هیجان و رفتارها مجدد و به‌کارگیری روش مناسب حل مسئله در مورد مشکلات مسئله محور بود. **تکلیف:** انجام روش حل مسئله با تمرکز خاص بر تراوش ذهنی بود.
ششم	ارزیابی خلق مشارکت کنندگان، مروری بر مشکلات بیماران و شیوه پردازش شناختی و به تبع آن وضعیت هیجانی و رفتاری آن‌ها، ارزیابی شناختی و باورهای بنیادین مثل "چرا برای من" و بازسازی شناختی آن با توجه به شواهد بود. **تکلیف:** انجام PMR و مرور موضوع جلسه، ارزیابی شناختی خود نسبت به قبل از شروع آموزش بود.
هفتم	بررسی عملکرد مشارکت کنندگان از چرخه فکر، احساس و رفتار و تمرین عملی در کلاس، ارزیابی تصویر خودآیند منفی، مرور خطاهای شناختی، ارزیابی روش حل مسئله و فعال سازی رفتاری به جهت ارتقاء خلق و کاهش افسردگی بود. **تکلیف:** تکمیل برگ ارزیابی ارزش‌ها، انجام مدیتیشن‌های و تمام آموزش داده شده بود.
هشتم	مرور موضوع جلسات قبل و جمع‌بندی آن‌ها به صورت خلاصه، پاسخ‌گویی به سؤالات، اجرای گروهی PMR، ارزیابی فعال‌سازی رفتاری و تأکید بر افزایش فعالیت‌های لذت بخش، پر کردن پرسش‌نامه‌های پژوهش و هماهنگی برای اجرای پرسش‌نامه‌ها بعد از ۲ ماه و خداحافظی و تذکر به پای‌بندی به فنون آموزشی بود.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-09-08]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1401.21.10.5.0]
[DOI: 10.52547/jrums.21.10.1055]

داده‌ها پس از جمع‌آوری با ابزارهای فوق توسط نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ تجزیه و تحلیل شدند. از آزمون دقیق فیشر با توجه به سطح پایین فراوانی گروه‌ها برای ارزیابی اطلاعات جمعیت‌شناختی، آزمون t دو نمونه مستقل برای مقایسه میانگین سنی دو گروه، از آزمون ناپارامتریک Kolmogorov-Smirnov برای بررسی نرمال بودن توزیع فراوانی متغیرهای کمی گروه مداخله و کنترل در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، از آزمون Box's M برای بررسی همگنی ماتریس‌های کوواریانس، از آزمون Levene برای بررسی همگنی واریانس‌های خودشناسی انسجامی، تنظیم هیجان و کیفیت زندگی، از آزمون کرویت Mauchly برای بررسی برابری واریانس‌ها در بین گروه‌ها و از آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر برای آزمون فرضیه‌ها در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ استفاده شد.

نتایج

میانگین و انحراف معیار سنی گروه مداخله و کنترل به ترتیب ۳/۹۲ ± ۴۳/۴۰، ۴/۴۹ ± ۴۴/۰۷ سال بود (P=۰/۶۶۹). نتایج آزمون t دو نمونه مستقل در مورد سن و آزمون دقیق فیشر در خصوص جنسیت، سطح تحصیلات و وضعیت تأهل نشان داد که بین گروه مداخله و کنترل تفاوت معنی‌داری وجود نداشت (P>۰/۰۵) (جدول ۲).

جدول ۲- برخی ویژگی‌های جمعیت شناختی بیماران همودیالیزی مورد مطالعه شهر کرمان برحسب گروه‌های مورد بررسی در سال ۱۴۰۱

متغیرها	مؤلفه‌ها	مداخله (n=۱۵) تعداد (درصد)	کنترل (n=۱۵) تعداد (درصد)	مقدار P
جنسیت	مرد	۲ (۱۳/۳۳)	۲ (۱۳/۳۳)	۱
	زن	۱۳ (۸۶/۶۷)	۱۳ (۸۶/۶۷)	
سطح تحصیلات	کارشناسی	۳ (۲۰)	۲ (۱۳/۳۳)	۰/۵۲۲
	دیپلم	۱۲ (۸۰)	۱۳ (۸۶/۶۷)	
وضعیت تأهل	مجرد	۳ (۲۰)	۱ (۶/۶۶)	۰/۲۶۹
	متأهل	۱۲ (۸۰)	۱۴ (۹۳/۳۴)	

آزمون دقیق فیشر، P<۰/۰۵ اختلاف معنی‌دار

در جدول ۳، شاخص‌های توصیفی دو گروه در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ارائه گردیده. همان‌طور که جدول ۳ نشان می‌دهد، میانگین نمرات گروه مداخله از پیش‌آزمون تا پیگیری بهبود یافته است. این بهبودی در متغیر خودشناسی انسجامی، تنظیم هیجان و کیفیت زندگی با افزایش میانگین نمره روبه‌رو بوده است که نشان از تأثیر مداخله درمان شناختی رفتاری بر متغیرهای مطرح شده دارد، در حالی‌که در گروه کنترل تغییر چندانی رخ نداده است.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-09-08]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1401.21.10.5.0]
[DOI: 10.52547/jrums.21.10.1055]

جدول ۳- شاخص‌های توصیفی خودشناسی انسجامی، تنظیم هیجان و کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی مورد مطالعه شهر کرمان برحسب گروه‌های مورد بررسی در سال ۱۴۰۱ (۱۵ نفر در هر گروه)

متغیرها	گروه	پیش‌آزمون انحراف معیار ± میانگین	پس‌آزمون انحراف معیار ± میانگین	پیگیری انحراف معیار ± میانگین
خودشناسی انسجامی	مداخله	۲۶/۶۸ ± ۶/۸۲	۳۵/۸۷ ± ۶/۷۲	۳۷/۷۰ ± ۷/۶۹
	کنترل	۲۶/۶۷ ± ۶/۴۳	۲۶/۱۳ ± ۷/۶۵	۲۵/۸۰ ± ۷/۶۳
تنظیم هیجان	مداخله	۳۷/۹۳ ± ۱۵/۵۸	۴۸/۷۳ ±۱۰ /۳۵	۵۲/۳۳ ± ۱۰/۴۹
	کنترل	۳۷/۱۳ ± ۱۲/۹۵	۳۶/۰۱ ± ۱۱/۲۳	۳۵/۶۷ ± ۱۱/۶۰
کیفیت زندگی	مداخله	۶۰/۲۷ ± ۱۰/۱۴	۷۰/۶۷ ± ۱۳/۱۴	۷۰/۹۳ ± ۱۳/۶۵
	کنترل	۵۹/۶۰ ± ۷/۹۴	۵۸/۲۰ ± ۷/۵۲	۵۸/۸۰ ± ۹/۳۳

برای تحلیل داده‌ها و بررسی فرضیه‌های خودشناسی انسجامی، تنظیم هیجان و کیفیت زندگی از آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده شد. قبل از انجام آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر، مفروضه‌های آن مورد بررسی قرار گرفت. نتایج آزمون Kolmogorov-Smirnov نشان داد که مقادیر توزیع داده‌ها در سطح اطمینان ۹۵ درصد نرمال است (P>۰/۰۵). نتایج آزمون Levene بیشتر از ۰/۰۵ به دست آمد و فرض همگنی واریانس‌های دو گروه محقق گردید. فرض کرویت Mauchly در مورد متغیرهای خودشناسی انسجامی، تنظیم هیجان و کیفیت زندگی (P<۰/۰۵) تأیید نگردید، لذا از سطح دوم آزمون یعنی آزمون Greenhouse-Geisser استفاده شد. برای ارزیابی برابری ماتریس‌های کوواریانس از آزمون Box's M استفاده شد، طبق نتایج برای متغیرهای خودشناسی انسجامی (P=۰/۱۴۲، F=۲/۱۷۲، Box's M=۱۴/۷۸۲)، تنظیم هیجان (P=۰/۲۰۵، F=۵/۹۲۲، Box's M=۴۰/۲۴۹) و کیفیت زندگی (P=۰/۵۶۸، F=۴/۹۰۸، Box's M=۳۳/۳۵۷) برقرار بود. با توجه به برقراری مفروضه‌های ضروری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر، استفاده از این آزمون مجاز بود. بنابراین، برای آزمودن فرضیه های پژوهش از آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده شد.

نتایج آزمون بین گروهی حاکی از آن بود که تفاوت میان گروه مداخله و کنترل از نظر میانگین خودشناسی انسجامی (P=۰/۰۰۸)، تنظیم هیجان (P=۰/۰۲۶) و کیفیت زندگی (P=۰/۰۳۳) معنی‌دار است. نتایج آزمون درون گروهی (زمان) حاکی از آن است که تفاوت میان میانگین خودشناسی انسجامی (P<۰/۰۰۱)، تنظیم هیجان (P<۰/۰۰۱) و کیفیت زندگی (P<۰/۰۰۱) در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری معنادار است. هم‌چنین، نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که اثر تعاملی گروه و زمان بر متغیر خودشناسی انسجامی، تنظیم هیجان و کیفیت زندگی معنی‌دار است (P<۰/۰۰۱) که نشان دهنده تأثیر مداخله بر افزایش میانگین نمرات متغیرهای خودشناسی انسجامی، تنظیم هیجان و کیفیت زندگی در مراحل پس آزمون و پیگیری در گروه مداخله است.

اندازه اثر یا میزان تأثیر منابع تغییر بین‌گروهی، درون‌گروهی (زمان) و اثر تعاملی برای متغیر خودشناسی

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-09-08]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1401.21.10.5.0]
[DOI: 10.52547/jrums.21.10.1055]

انسجامی به ترتیب ۲۳، ۵۵ و ۶۲ درصد می‌باشد که به این معناست که ۲۳، ۵۵ و ۶۲ درصد از تغییرات نمرات خودشناسی انسجامی از طریق اثرات بین گروهی، درون گروهی و تعاملی قابل تبیین است. اندازه اثر منابع تغییر بین‌گروهی، درون‌گروهی و اثر تعاملی برای متغیر مدیریت هیجان به ترتیب ۱۶، ۵۴ و ۶۱ درصد می‌باشد که این به این معناست که ۱۶، ۵۴ و ۶۱ درصد از تغییرات نمرات مدیریت هیجان از طریق اثرات بین گروهی، درون گروهی و تعاملی قابل تبیین است. اندازه اثر منابع تغییر بین‌گروهی، درون‌گروهی و اثر تعاملی برای متغیر کیفیت زندگی به ترتیب ۱۵، ۴۱ و ۵۱ درصد می‌باشد که به این معناست که ۱۵، ۴۱ و ۵۱ درصد از تغییرات نمرات کیفیت زندگی از طریق اثرات بین گروهی، درون گروهی و تعاملی قابل تبیین است.

جدول ٤- نتایج آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر در تبیین اثر متغیر مستقل بر خودشناسی انسجامی، تنظیم هیجان و کیفیت زندگی در بیماران همودیالیزی مورد مطالعه شهر کرمان در سال ۱۴۰۱

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورها	مقدار F	مقدار P	اندازه اثر
خودشناسی انسجامی	گروه	۱۱۵۹/۲۱	۱	۱۱۵۹/۲۱	۸/۱۶	۰/۰۰۸	۰/۲۳
	زمان	۴۴۶/۰۲	۱/۲۶	۳۵۳/۰۴	۳۴/۰۹	< ۰/۰۰۱	۰/۵۵
	تعامل گروه و زمان	۵۹۶/۶۲	۱/۲۶	۴۷۱/۴۰	۴۵/۵۲	< ۰/۰۰۱	۰/۶۲
تنظیم هیجان	گروه	۲۷۰۰/۵۴	۱	۲۷۰۰/۵۴	۵/۵۰	۰/۰۲۶	۰/۱۶
	زمان	۱۰۱۹/۲۹	۱/۵۱	۶۷۶/۸۱	۳۳/۴۴	< ۰/۰۰۱	۰/۵۴
	تعامل گروه و زمان	۱۳۹۷/۹۶	۱/۵۱	۸۲۸/۲۴	۴۵/۸۷	< ۰/۰۰۱	۰/۶۱
کیفیت زندگی	گروه	۱۵۹۶/۰۱	۱	۱۵۹۶/۰۱	۵/۰۴	۰/۰۳۳	۰/۱۵
	زمان	۴۴۷/۷۶	۱/۶۵	۲۷۲/۲۵	۱۹/۶۸	< ۰/۰۰۱	۰/۴۱
	تعامل گروه و زمان	۶۷۷/۰۹	۱/۶۴	۴۱۱/۶۹	۲۹/۷۵	< ۰/۰۰۱	۰/۵۱

بحث

این مطالعه با هدف تعیین تأثیر آموزش درمان شناختی رفتاری بر خودشناسی انسجامی، تنظیم هیجان و کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی در شهر کرمان در سال ۱۴۰۱ انجام شد.

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که آموزش درمان شناختی رفتاری منجر به بهبود خودشناسی انسجامی در بیماران همودیالیزی شده است. با توجه به خلاء تحقیقاتی در خصوص تأثیر درمان شناختی رفتاری بر خودشناسی انسجامی بیماران همودیالیزی، نزدیک‌ترین مداخلات رفتاری مورد مقایسه و بررسی قرار گرفت. یافته این مطالعه با یافته‌های

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-09-08]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1401.21.10.5.0]
[DOI: 10.52547/jrums.21.10.1055]

پژوهش Hojjati و همکاران [۵]، Davoodi و همکاران [۲۲] و Shariat همکاران همسو بود. هم‌چنین، مطالعه Song و همکاران در کشور چین حکایت از تأثیر مداخلات رفتاری بر خودشناسی انسجامی و خود مدیریتی بیماران همودیالیزی دارد [۷]. این همخوانی را شاید بتوان به شیوه تأثیرات مشابه درمان شناختی رفتاری و سایر عوامل رفتاری و اجتماعی بر نگرش بیماران و به تبع آن افزایش خودشناسی انسجامی دانست.

در تبیین تأثیر مداخله درمان شناختی رفتاری بر خودشناسی انسجامی می‌توان با توجه به دیگاه نظری چنین بیان کرد که، سازوکار اصلی درگیر در تأثیر درمان شناختی رفتاری بر خودشناسی انسجامی به تأثیری است که این درمان بر نگرش، تغییر افکار اتوماتیک منفی، باورهای میانجی و بنیادین فرد دارد، دانست. برای مثال فرد ممکن است این باور بنیادین را داشته باشد که من بدبخت هستم و اسناد (درونی، کلی، پایدار) به خودش دهد که قبلاً بدبخت بودم، حالا هم بدبخت هستم و به آینده هم امیدی نیست. درمان شناختی رفتاری با آموزش شناختی (توجه غیر انتخابی) در مورد موضوع و کمک به بیمار در یافتن نشانه‌های که تأیید می‌کند که فرد به صورت واقعی در همه موارد و همیشه بدبخت محسوب نمی‌شود منجر به بازسازی شناختی می‌گردد که در اصل بیمار دنیا را از پنجره جدیدی می‌بینند و تفسیر غیر سوگیرانه نسبت به خود و بیماریش را، کنار می‌گذارد [۱۵].

از سوی یکی از عمده نگرانی بیماران همودیالیزی، ترس از ناکامی در درمان و تحمل رنج دیالیز شدن است. آن‌ها هر چقدر تلاش می‌کنند که از نگرانی‌های خود اجتناب (تقویت منفی) کنند، بیشتر ناکام می‌شوند. این رفتار که معروف به رفتار جستجوی امنیت است از عوامل مختل کننده آرامش فرد به شمار می‌آید (ترس از ترس) [۸]. این درمان به فرد چرخه چگونگی ارتباط فکر، هیجان و رفتار را آموزش می‌دهد و روشن‌سازی می‌کند که چگونه یک فکر، "مانند چرا من" می‌تواند منجر به این شود که فرد خود را یک قربانی تلقی کند و در پی آن منجر به برانگیختگی هیجان منفی (غم زدگی) شده و به دنبال آن فرد تلاش می‌کند که از شرایط فرار کند (اجتناب) که این به نوبه خود منجر به اضطراب بیشتر در طی زمان می‌شود، درمان شناختی رفتاری با مواجهه کردن بیمار با ترس‌هایش از شدت رنج می‌کاهد و تغییر نگرش در فرد شکل می‌گیرد.

تأکید نظری خودشناسی انسجامی بر تمایل فرد به تجربه‌های درونی است [۱۷] و تأکید اصلی رویکرد شناختی رفتاری بر اصلاح باورهای شناختی از طریق آگاهی و شناسائی خطاهای شناختی (فاجعه سازی، فیلتر منفی، شخصی‌سازی، استدلال هیجانی و همیشه پشیمان) از یک سو و اصلاح افکار خودآیند منفی از سوی دیگر است [۱۵]. اصلاح پردازش اطلاعات در فرد، تجربه آگاهانه و فعال افراد برای یک‌پارچه کردن تجربه خود در گذشته، حال و آینده در جهت آسایش و ارتقاء خود منجر به بهبود باور خودشناسی انسجامی می‌شود. بهبود خودشناسی انسجامی می‌تواند نتیجه باور عمیق بیمار به خودش و توان مندی‌هایش باشد.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-09-08]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1401.21.10.5.0]
[DOI: 10.52547/jrums.21.10.1055]

دیگر یافته این مطالعه نشان داد که مداخله درمان شناختی رفتاری منجر به بهبود تنظیم هیجان (کاهش هیجانات منفی و افزایش هیجانات مثبت) در بیماران همودیالیزی می‌شود. با توجه به این که مطالعه‌ای به بررسی تأثیر درمان شناختی رفتاری بر تنظیم هیجان بیماران همودیالیزی نپرداخته بود. در نتیجه با مطالعات مرتبط با نتایج این مطالعه مورد مقایسه قرار گرفت. نتایج این پژوهش با یافته‌های پژوهشی Cano-Vindel و همکاران [۸]، Javidnia و همکاران [۲۳] همسو بود. هم‌چنین، Ghaffari و همکاران در مطالعه‌ای بر روی بیماران دیالیزی در شهر تهران به این نتیجه رسیدند که مداخلات رفتاری (تحلیل ارتباطی) منجر به بهبود تنظیم هیجان (استرس) در بیماران همودیالیزی می‌گردد [۱۰]. این همسو بودن نتایج بر تنظیم هیجان را می‌توان به تأثیر مشابه درمان شناختی رفتاری و درمان تحلیل ارتباط متقابل که هر دو از مداخلات رفتاری هستند که هدف هر دو آن تغییر نگرش است دانست.

در تبیین تأثیر مداخله درمان شناختی رفتاری بر تنظیم هیجان می‌توان با توجه به دیدگاه نظری چنین بیان کرد که درمان شناختی رفتاری با بازسازی شناختی عینک فرد (ذهنیت) را نسبت به دنیا تغییر می‌دهد و همین تغییر نگرش منجر به کاهش هیجانات منفی می‌شود، در اصل از عامل تشدید کننده (خطاهای شناختی) هیجانات منفی می‌کاهد [۱۵]. آموزش اصلاح شناختی منجر به در هم شکستن چرخه اتوماتیک غیر ارادی (فکر و هیجان) به شکل آگاهانه می‌شود و در نتیجه مدیریت هیجان را بهبود می‌بخشد.

از سوی دیگر بازسازی شناختی فرد منجر به این می‌شود که کمتر توجه انتخابی بر جوانب منفی بیماریش داشته و اسنادها به خودش را تعدیل و منطقی کند. افراد بیمار هیجانات خود را به دو طریق مجزا در زندگی تنظیم می‌کنند، یکی از طریق احساس هیجانی که فرد در درون خود احساس می‌کند (درون‌ریزی هیجانی) و دیگری چگونگی بروز هیجانات در موقعیت اجتماعی (برون‌ریزی هیجان) می‌باشد [۱۸]. درمان شناختی رفتاری باعث کاهش اجتناب فرد از هیجاناتش می‌شود، در اصل هیجانات را با استدلال شناختی قابل تحمل می‌کند و همین پروسه رنج روانی ناشی افکار اتوماتیک که باعث تحریک هیجانات (منفی) می‌شود را کم کرده و در نهایت با کاهش هیجانات منفی به سمت افزایش هیجانات مثبت (شناخت و هیجان سالم) پیش می‌رود.

سومین یافته این مطالعه نشان داد که مداخله درمان شناختی رفتاری منجر به بهبود کیفیت زندگی در بیماران همودیالیزی گردید. نزدیک‌ترین پژوهش‌های انجام شده: Amini Sadr و همکاران [۲۴]، Jamalomidi و همکاران [۲۵] با نتایج این مطالعه در خصوص کیفیت زندگی همسو بود. هم‌چنین، Sarizadeh و همکاران به این نتیجه رسیدند که مداخله درمان پذیرش و تعهد (از خانواده درمان شناختی رفتاری) باعث ارتقاء کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی می‌شود [۱۲]. همسو بودن نتایج این مطالعه و مطالعات مطرح شده را شاید بتوان به شیوه یکسان تأثیر درمان شناختی رفتاری (متمرکز بر بازسازی شناختی) و سایر رویکرد مرتبط

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-09-08]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1401.21.10.5.0]
[DOI: 10.52547/jrums.21.10.1055]

از جمله درمان پذیرش و تعهد بر روان بیماران و به تبع آن ارتقاء کیفیت زندگی دانست.

در تبیین تأثیر مداخله درمان شناختی رفتاری بر کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی، می‌توان چنین استنباط کرد که شرکت در گروه درمانی شناختی رفتاری منجر به کسب اطلاعات در مورد واکنش شناختی، هیجانی و رفتاری افراد به استرس می‌شود. این اطلاعات منجر به این می‌شود که فرد بیمار، خودگویی‌های منطقی (که نتیجه آموزش های مرتبط با بازسازی شناختی بوده) برای مواجهه با موقعیت‌های اضطرابی در زندگی را کسب کند. بازسازی شناختی منجر به کاهش رنج‌روانی بیماران همودیالیزی در موقعیت‌های استرس‌زا می‌شود [۲۶]، در اصل به واسطه آگاهی شناختی، هدف‌ها، انتظارات، استانداردها، نگرانی‌های و هیجانات منفی تعدیل می‌شود و کاهش می‌یابد و این آرامش منجر به ایجاد انگیزه و تلاش برای بهبود کیفیت زندگی می‌شود.

از سوی دیگر یکی از تکنیک‌های مورد استفاد در درمان شناختی رفتاری "آموزش تکنیک فعال سازی رفتاری" است که برای کاهش افسردگی و بی‌انگیزگی استفاده می‌شود، این تکنیک به فرد می‌آموزد که با شناسایی رفتارهای لذت بخش آن‌ها را افزایش دهد و همین امر منجر به حضور بیشتر در شرایط اجتماعی می‌شود. درمان شناختی رفتاری با بازسازی شناختی و اصلاح باورها بنیادین به زندگی فرد رنگ و بوی تازه می‌دهد و انگیزه زندگی ایجاد می‌کند [۲۰]. بیمار مشکلش را شخصی‌سازی نکرده و خودش را قربانی تلقی نمی‌کند، اسنادها فرد در مورد خودش بهبود یافته و خلق پایین ناشی از تحمل درمان همودیالیز را کم می‌کند و فرد انگیزه بهتری برای فعالیت یافته و با افزایش فعالیت‌های اجتماعی خود کیفیت زندگی او نیز ارتقاء می‌یابد.

مهم‌ترین محدودیت‌های پژوهش حاضر را می‌توان به، روش نمونه‌گیری غیرتصادفی، منحصر بودن نمونه‌ها به بیماران همودیالیزی بیمارستان شفا و کلینیک جوادالائمه (ع) شهر کرمان، استفاده از ابزارهای خودگزارشی برای جمع‌آوری داده‌ها، عدم امکان ارزیابی اطلاعات جمعیت شناختی به صورت گسترده (مثل شغل، مدت زمان همودیالیز (سال/ماه)، محل سکونت (شهر، روستا) و غیره) به علت عدم تمایل بیماران و هم‌چنین عدم امکان گزارش نتایج خرده مؤلفه‌های ۳ متغیر وابسته (۹ خرده مؤلفه) این مطالعه به علت حجم زیاد اطلاعات بود. لذا پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های مشابه در شهرها و فرهنگ‌های دیگر با روش نمونه‌گیری تصادفی (برای کاهش خطای نمونه‌گیری)، مطالعات با پیگیری بلند مدت (به منظور بررسی تداوم و ماندگاری تأثیر مداخله درمان شناختی رفتاری)، ارزیابی گسترده‌تر شاخص‌های جمعیت شناختی، بررسی و ارزیابی خرده مؤلفه‌های این مطالعه و پژوهش‌های با هدف مقایسه تأثیر درمان شناختی رفتاری با سایر رویکردهای روان‌شناختی مانند رفتار درمانی دیالکتیک انجام گردد تا بتوان بهترین و مناسب‌ترین روش را با توجه به ظرفت روانی بیماران همودیالیزی به آنان ارائه داد.

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان دهنده تأثیر مداخله درمان شناختی رفتاری بر افزایش معنی‌دار نمره خودشناسی

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-09-08]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1401.21.10.5.0]
[DOI: 10.52547/jrums.21.10.1055]

انسجامی، تنظیم هیجان و کیفیت زندگی در بیماران همودیالیزی است. این نتایج می‌تواند برای مسئولان و برنامه‌ریزان گروهای آسیب‌پذیر، مدیران، مشاوران، درمان گران، متخصصان سلامت مراکز و کلینیک‌های روان‌شناختی تلویحات کاربردی داشته باشد. بنابراین به مدیریت‌های مراکز درمانی، بیمارستانی و روان‌شناختی مرتبط توصیه می‌گردد با به‌کارگیری متخصصان بهداشت‌روان، روان‌پرستاران، روان‌شناسان و پرستاران دوره دیده جهت بهبود خوشناسی انسجامی، تنظیم هیجان و کیفیت زندگی در بیماران همودیالیزی از درمان شناختی رفتاری استفاده نمایند.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر برگرفته از رساله دکتری روان‌شناسی (نویسنده اول) دانشگاه آزاد اسلامی واحد زرند در استان کرمان است. پژوهش‌گران این مطالعه بر خود لازم می‌داند از مسئولان بیمارستان شفا و کلینیک جوادالائمه (ع) به دلیل همکاری با پژوهش‌گران و از بیماران همودیالیزی به دلیل شرکت فعال در پژوهش تشکر و قدردانی نمایند.

References

[1] Lucas A, Taiwo A. The management of women with kidney disease. *JNMA* 2022; 114(3S2): S43-S49.

[2] Feng J, Lu X, Li H, Wang S. High neutrophil-to-lymphocyte ratio is a significant predictor of depressive symptoms in maintenance hemodialysis patients: a cross-sectional study. *BMC* 2022; 22(1): 313.

[3] Durmus M, Ekinci M. The effect of spiritual care on anxiety and depression level in patients receiving hemodialysis treatment: a randomized controlled trial. *JRH* 2022; 61(3): 2041-55.

[4] Taghizade Firoozjayi I, Adib-Hajbaghery M, Adib ME. Frequency of nursing care of vascular access in hemodialysis patients. *MSNJ* 2017; 5(3): e67991. [Farsi]

[5] Hojjati A, Mojtabaei M, Sarafraz M. The effectiveness of integrative psychodynamic group psychotherapy on Ego Function in depression desorder. *RRJ* 2021; 10(6): 11-20. [Farsi]

[6] Shariat A, Ghazanfari A, Yarmohammadian A, Solati K, Chorami M. The Effectiveness of Gestalt Therapy on Depression, Self-Differentiation, Integrative Self-Knowledge and Positive Psychological Characteristics in the Elderly. *AP* 2020; 6(3): 267-49. [Farsi]

[7] Song YY, Chen L, Wang WX, Yang DJ, Jiang XL. Social support, sense of coherence, and self-management

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-09-08]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1401.21.10.5.0]
[DOI: 10.52547/jrums.21.10.1055]

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-09-08]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1401.21.10.5.0]

[DOI: 10.52547/jrums.21.10.1055]

among hemodialysis patients. *WJNR* 2022; 44(4): 367-74.

[8] Cano-Vindel A, Munoz-Navarro R, Moriana JA, Ruiz-Rodriguez P, Medrano LA, Gonzalez-Blanch C. Transdiagnostic group cognitive behavioural therapy for emotional disorders in primary care: the results of the PsicAP randomized controlled trial. *PM* 2021; 52(15): 1-13.

[9] Doroudian N, Maddahi ME, Khalatbary j. A comparison of the impact of cognitive-behavioral therapy and acceptance and commitment therapy on the emotional regulation and self-efficacy of women with social anxiety. *WFCE* 2018; 13(44): 89-108. [Farsi]

[10] Ghaffari M, Morowatisharifabad MA, Jadgal MS, Mehrabi Y, Alizadeh S. The effectiveness of intervention based on the transactional model on improving coping efforts and stress moderators in hemodialysis patients in Tehran: a randomized controlled trial. *BMCN* 2021; 22(1): 377.

[11] Melo-Oliveira ME, Sa-Caputo D, Bachur JA, Paineiras-Domingos LL, Sonza A, Lacerda AC, et al. Reported quality of life in countries with cases of COVID19: a systematic review. *ERRM* 2021; 15(2): 213-20.

[12]Sarizadeh MS, Rafienia P, Sabahi P, Tamaddon MR. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on hemodialysis patients' quality of life: A randomized educational trial study. *JRUMS* 2018; 17(3): 241-52. [Farsi]

[13] Azari S, Kiani G, Hejazi M. The effect of acceptance and commitment based group therapy on increasing the quality of life in kidney transplant and hemodialysis patients in zanjan city:a randomized clinical trial study. *JRUMS* 2020; 19(6): 555-68. [Farsi]

[14] Javadi s, Golparvar M, Izadi R. Comparison of the effectiveness of three methods of family mode deactivation treatment, cognitive-behavioral therapy and acceptance and commitment therapy on quality of life of mothers and aggression of female adolescents with behavioral problems. L*JNE* 2020; 8(3): 79-92. [Farsi]

[15] Dobson D, Dobson KS. Evidence-based practice of cognitive-behavioral therapy. New York: Guilford publications 2018; 14-52.

[16] Zhang W, Wang Y, Feng Z, Zhu S, Cui J, Hao W, et al. A method to improve the hazard perception of young novice drivers based on Bandura's observational learning theory: Supplement to expert commentary training. Transportation Research Part F. *TPB* 2022; 85(18): 133-49.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-09-08]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1401.21.10.5.0]

[DOI: 10.52547/jrums.21.10.1055]

[17] Ghorbani N, Watson PJ, Hargis MB. Integrative self-knowledge scale: correlations and incremental validity of a cross-cultural measure developed in iran and the united states. *JP* 2008; 142(4): 395-412.

[18] Gross JJ, John OP. Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of personality and social psychology (JPSP)* 2003; 85(2): 348.

[19] Abooei A, Barzegar Bafrooee K, Rahimi M. The effectiveness of self-compassion training on emotion regulation of female students with specific learning disorder. *JEPS* 2021; 18(43): 101-21. [Farsi]

[20] De Beurs E, Carlier I, Van Hemert A. Psychopathology and health-related quality of life as patient-reported treatment outcomes: evaluation of concordance between the Brief Symptom Inventory (BSI) and the Short Form-36 (SF-36) in psychiatric outpatients. *QLR* 2022; 31(5): 1461-71.

[21] Rasafiani M, Sahaf R, Shams A, Vameghi R, Zareian H, Akrami R. Validity and reliability of the persian version of the world health organization quality of life questionnaire–the older adults edition. *IJA* 2020; 15(1): 28-41. [Farsi]

[22] Davoodi M, dortaj f, asadzadeh h, delavar a. The effectiveness of time perspective training on cohesive self-knowledge and stress management in gypsy students in tehran. *RJSW* 2019; 6(21): 1-27. [Farsi]

[23] Javidnia S, Mojtabaei M, Bashardost S. Comparison of the effect of emotion-focused therapy and mindfulness-based cognitive therapy on emotion regulation in women with Covid-19 grief disorder. *IJNE* 2022; 9(6): 1-13. [Farsi]

[24] Amini Sadr N, Makvandi B, Askari P, Seraj Khorami N. Comparison of the effectiveness between cognitive-behavioral and acceptance and commitment therapies on pain self-efficacy and quality of life in chronic back pain patients. *JPMed* 2022; 11(1). [Farsi]

[25] Jamalomidi N, Hassani F, Kochakentezar R. Comparison of the effectiveness of emotional focused therapy with cognitive behavioral therapy on the quality of life in obese women with polycystic ovary syndrome. *MJUMS* 2021; 64(4): 3656-568. [Farsi]

[26] Shirazian S, Smaldone A, Rao MK, Silberzweig J, Jacobson AM, Fazzari M, et al. A protocol for a pilot randomized controlled trial to assess the feasibility and effect of a cognitive behavioral intervention on quality of life for patients on hemodialysis. CCT 2018; Oct(73): 51-60.

The Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy on Coherent Self-Knowledge, Emotion Regulation, and Quality of Life of Hemodialysis Patients: A Quasi-Experimental Study

Mojgan Rouhi[1], Alireza Manzari Tavakoli[2], Mahshid Tajrobehkar [3]

Received: 01/10/22 Sent for Revision: 17/12/22 Received Revised Manuscript: 11/01/23 Accepted: 15/01/23

Background and Objectives: Hemodialysis patients are exposed to psychological risks related to health. Cognitive behavioral therapy can play an effective role in improving psychological characteristics related to health. Therefore, this research was conducted with the aim of determining the effect of cognitive behavioral therapy on self-awareness, emotional regulation, and quality of life of hemodialysis patients in Kerman.

Materials and Methods: The present study is a quasi-experimental one with a pre-test, post-test, and follow-up design and a control group. The statistical population of this research was the patients of Shafa Hospital and Javad Al-Aima Clinic in Kerman in 2022. For this research 30 hemodialysis patients were selected using convenience sampling based on inclusion criteria, and randomly assigned into experimental and control groups of 15 subjects. The experimental group went under 8 sessions of 75 minutes twice a week, while the control group was held back on training. The evaluations of the participants were conducted using questionnaires of self-awareness, emotion regulation, and quality of life. The collected data were analyzed using two-way repeated measures ANOVA.

Results: The mean scores of coherent self-knowledge, emotion regulation, and quality of life before the intervention were 26.68, 37.93, 60.27 in the cognitive behavioral therapy group and 26.67, 37.95, 59.60 in the control group ($p>0.05$), respectively. After the intervention, a significant increase was observed in the mean score of the investigated psychological characteristics in the cognitive behavioral therapy group compared to the control group ($p<0.001$).

Conclusion: The results of the study showed the effect of cognitive behavioral therapy intervention in the improvement of psychological characteristics in the experimental group. Therefore, this intervention can be used as a complementary treatment in hemodialysis patients.

Key words: Cognitive behavioral therapy, Coherent self-knowledge, Emotion regulation, Quality of life, Hemodialysis patients

Funding: This study did not have any funds.

Conflict of interest: None declared.

Ethical approval: The Ethics Committee of Azad University of Kerman approved the study (IR.IAU.KERMAN.REC.1401.020).

How to cite this article: Rouhi Mojgan, Manzari Tavakoli Alireza, Tajrobehkar Mahshid. The Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy on Coherent Self- Knowledge, Emotion Regulation, and Quality of Life of Hemodialysis Patients: A Quasi-Experimental Study. *J Rafsanjan Univ Med Sci* 2023; 21 (10): 1055-70. [Farsi]

1- PhD Student, Dept. of Psychology, Zarand Branch, Islamic Azad University, Zarand, Iran
2- Assistant Prof., Dept. of Psychology, Kerman Branch, Islamic Azad University, Kerman, Iran
ORCID: 0000-0002-1573-7748
(Corresponding Author) Tel: (034) 33210043, Fax: (034) 33210051, E-mail: a.manzari@iauk.ac.ir
3- Assistant Prof., Dept. of Psychology, Shahid Bahonar University of Kerman, Kerman, Iran

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-09-08]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1401.21.10.5.0]
[DOI: 10.52547/jrums.21.10.1055]