

Research Paper



**Structural Equation Modeling of the Mediating Role of Self-Care Behaviors in the Relationship Between Mindfulness and Self-Compassion with the Psychological Distress of Dialysis Patients**



Fatemeh Abdoli Arani<sup>1</sup>, Mohammad Reza Tamannaefar<sup>2\*</sup>

1. MA Student in Psychology, Department of Psychology, Institute of Allameh Feyz Kashani, Kashan, Iran.
2. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, University of Kashan, Kashan, Iran.



DOI: [10.22034/jmpr.2024.63857.6461](https://doi.org/10.22034/jmpr.2024.63857.6461)

URL: [https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article\\_18949.html](https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_18949.html)



ARTICLE INFO

ABSTRACT

**Keywords:**  
**Psychological Distress, Mindfulness, Self-Compassion, Self-Care Behaviors, Dialysis**

**Received: 2024/10/05**  
**Accepted: 2024/10/26**  
**Available: 2025/01/01**

The purpose of the present study was to investigate structural equation modeling of the mediating role of self-care behaviors in the relationship between mindfulness and self-compassion with the psychological distress of dialysis patients. This was descriptive-correlation research. The statistical population of the study was dialysis patient's Kashan city in March to July of year 2024. The sample size was selected based on Klein's model (2023) and with subjectivw sampling of 300 dialysis patient's. Data collection tools include the Kessler psychological distress scale (K-10) of Kessler and et al (2003), the Freiburg mindfulness inventory (FMI) of Walach and et al (2006), short form of the self compassion scale (SF-SCS) of Raes and et al (2011) and exercise of self care agency scale (ESCAS) of Kearney and Fleischer (1979). Data were analyzed using Pearson correlation and structural equations modeling. Data analysis software was SPSS and AMOS version 28. Te results showed direct effect of mindfulness ( $\beta = -0.62$  and  $\text{sig} = 0.001$ ) and self-compassion ( $\beta = -0.53$  and  $\text{sig} = 0.001$ ) were significant on self-care behaviors. Also, the results showed that theory of mind had a mediating role in relationship between mindfulness ( $\beta = -0.50$  and  $\text{sig} = 0.001$ ) and self-compassion ( $\beta = -0.47$  and  $\text{sig} = 0.001$ ) with self-care behaviors. Also, the final research model had a good fit ( $\text{RMSEA} = 0.05$ ,  $p < 0.05$ ). According to the findings of this research and the importance of the role of the mindfulness and self-compassion mind in the self-care behaviors of dialysis patients, it is suggested to experts in this field to use the training of mindfulness and self-compassion to improve psychological distress in dialysis patients.



\* **Corresponding Author:** Mohammad Reza Tamannaefar  
**E-mail:** tamannai@kashanu.ac.ir

## مقاله پژوهشی



## مدل‌یابی معادلات ساختاری نقش میانجی رفتارهای خودمراقبتی در رابطه بین ذهن‌آگاهی و شفقت به خود با پریشانی روانشناختی بیماران دیالیزی



فاطمه عبدلی آرانی<sup>۱</sup>، محمدرضا تمنایی فر<sup>۲\*</sup>

۱. دانشجوی کارشناس ارشد روانشناسی، گروه روانشناسی، موسسه علامه فیض کاشانی، کاشان، ایران.
۲. دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه کاشان، کاشان، ایران.



DOI: [10.22034/jmpr.2024.63857.6461](https://doi.org/10.22034/jmpr.2024.63857.6461)

URL: [https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article\\_18949.html](https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_18949.html)



## چکیده

## مشخصات مقاله

## کلیدواژه‌ها:

پریشانی روانشناختی،  
ذهن‌آگاهی، شفقت به خود،  
رفتارهای خودمراقبتی، دیالیز

هدف از پژوهش حاضر بررسی مدل‌یابی معادلات ساختاری نقش میانجی رفتارهای خودمراقبتی در رابطه بین ذهن‌آگاهی و شفقت به خود با پریشانی روانشناختی بیماران دیالیزی بود. روش این مطالعه توصیفی-همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش بیماران دیالیزی شهر کاشان از فروردین تا مرداد سال ۱۴۰۳ بودند. حجم نمونه بر اساس مدل کلاین (۲۰۲۳) و با روش نمونه‌گیری هدفمند ۳۰۰ نفر انتخاب شد. ابزار گردآوری داده‌های پژوهش شامل مقیاس پریشانی روانشناختی کسلر (K-10) کسلر و همکاران (۲۰۰۳)، سیاهه ذهن‌آگاهی فرایبورگ (FMI) والش و همکاران (۲۰۰۶)، فرم کوتاه مقیاس شفقت به خود (SF-SCS) رائس و همکاران (۲۰۱۱) و مقیاس تجربه توان خودمراقبتی (ESCAS) کثرنی و فلیسچر (۱۹۷۹) بود. داده‌ها با استفاده از همبستگی پیرسون و معادلات ساختاری تحلیل شد. نرم افزار تحلیل داده‌ها برنامه SPSS و AMOS نسخه ۲۸ بود. یافته‌های پژوهش نشان داد که اثرات مستقیم ذهن‌آگاهی ( $\beta = -0/62$  و  $sig = 0/001$ ) و شفقت به خود ( $\beta = -0/53$  و  $sig = 0/001$ ) بر پریشانی روانشناختی معنادار بود. همچنین نتایج نشان داد که رفتارهای خودمراقبتی در رابطه بین ذهن‌آگاهی ( $\beta = -0/50$  و  $sig = 0/001$ ) و شفقت به خود ( $\beta = -0/47$  و  $sig = 0/002$ ) با پریشانی روانشناختی نقش میانجی و معنادار دارد. مدل نهایی پژوهش از برازش مطلوبی برخوردار بود ( $RMSEA = 0/05$  و  $p < 0/05$ ). با توجه به یافته‌های این پژوهش و اهمیت نقش ذهن‌آگاهی و شفقت به خود در پریشانی روانشناختی بیماران دیالیزی استفاده از آموزش ذهن‌آگاهی و درمان مبتنی بر شفقت به خود برای بهبود پریشانی روانشناختی در این بیماران پیشنهاد می‌شود.

دریافت شده: ۱۴۰۳/۰۷/۱۴

پذیرفته شده: ۱۴۰۳/۰۸/۰۵

منتشر شده: ۱۴۰۳/۱۰/۱۲

\* نویسنده مسئول: محمدرضا تمنایی فر  
رایانامه: tamannai@kashanu.ac.ir

## مقدمه

بیماری مزمن کلیه<sup>۱</sup> یکی از چشمگیرترین مشکلات بهداشت جهانی است که در سال ۲۰۱۹ بالغ بر ۱۸/۹۸ میلیون مورد جدید و ۶۹۷/۲۹ میلیون نفر با بیماری مزمن کلیه زندگی می‌کنند (ژانگ<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۲۴). بیماری مزمن کلیه با آسیب کلیه همراه با پروتئینوری<sup>۳</sup> (وجود مقادیر غیرطبیعی پروتئین)، همپاچوری<sup>۴</sup> (خون‌ادراری) و از دست دادن پیشرونده عملکرد کلیوی مشخص می‌شود (لی<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۲۳؛ ایوانز<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۲۲)، و به طور غیر معکوس به مرحله نهایی غیرقابل درمان و تهدید کننده زندگی مرحله نهایی بیماری کلیوی<sup>۷</sup> تبدیل می‌شود. برای افرادی که از مرحله نهایی بیماری کلیوی رنج می‌برند، درمان جایگزین کلیه، از جمله پیوند کلیه<sup>۸</sup>، همودیالیز<sup>۹</sup> و دیالیز صفاقی<sup>۱۰</sup>، تنها راه افزایش طول عمر آنهاست. تخمین زده می‌شود که تعداد افرادی که درمان جایگزینی کلیه را در سراسر جهان دریافت می‌کنند تا سال ۲۰۳۰ از ۵/۴ میلیون نفر فراتر رود (جینگ<sup>۱۱</sup> و همکاران، ۲۰۲۲؛ به نقل از ژانگ و همکاران، ۲۰۲۴)، که در این میان بیش از ۸۰ درصد از بیماران مرحله نهایی بیماری کلیوی تحت همودیالیز نگهدارنده<sup>۱۲</sup> قرار خواهند گرفت (تی‌ری<sup>۱۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۸؛ تورلاو<sup>۱۴</sup> و همکاران، ۲۰۲۱). همچنین می‌توان گفت که روند رو به رشد بیماری‌هایی مانند دیابت نوع ۲، فشار خون بالا و همچنین افزایش جمعیت چاق و سالمند در کشورهای مختلف باعث شد تا میزان رشد بیماری‌های مزمن کلیوی در سطح جهان بالاتر از میزان رشد سالانه جمعیت جهان باشد (بیرن و تراقر<sup>۱۵</sup>، ۲۰۲۰). تخمین زده می‌شود که بیش از ۸۵۰ میلیون نفر در سراسر جهان تحت تأثیر این بیماری باشند (جاگر<sup>۱۶</sup> و همکاران، ۲۰۱۹). در صورت عدم تشخیص به موقع و درمان مناسب بیماری‌های کلیوی، منجر به بیماری مرحله آخر کلیه می‌شود (یانگ<sup>۱۷</sup> و همکاران، ۲۰۲۰). به این صورت بیمارانی که تحت عمل پیوند کلیه قرار گرفته‌اند به‌طور معناداری از کیفیت زندگی بیشتری نسبت به بیماران همودیالیزی برخوردارند (کمال‌الدینی و سراوانی، ۱۳۹۹). به طوری که بر اساس نتایج یک پژوهش بیش از ۳۰ هزار نفر در ایران تحت درمان با همودیالیز هستند که نحوه ارائه خدمات دیالیز تأثیر حیاتی بر کیفیت زندگی و پیامد سلامت بیماران دارد (دهقانی و همکاران، ۱۴۰۲). همچنین می‌توان

گفت که دیالیز وقت‌گیر است زیرا بیماران باید هفته‌ای سه بار و هر بار حدود چهار ساعت به مرکز تصفیه خون مراجعه کنند (کارسول<sup>۱۸</sup> و همکاران، ۲۰۲۱).

علاوه بر این، بیماران دیالیزی باید به رژیم غذایی و مصرف مایعات، فعالیت بدنی و دارو توجه زیادی داشته باشند تا نتایج درمانی خوبی را در طول دیالیز حفظ کنند (بارتولو<sup>۱۹</sup> و همکاران، ۲۰۲۲). علاوه بر این، برای افرادی که تحت درمان دیالیز قرار می‌گیرند (بیماران دیالیزی) مقدار زیادی دارو<sup>۲۰</sup> تجویز همزمان و بیش از حد داروهای مختلف برای درمان یک بیماری (برای مدیریت شرایط همراه و بهبود کنترل متابولیک تجویز می‌شود (الشامرانی<sup>۲۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۸). مصرف بیش از حد متعارف دارو با شیوع بالای عدم پایبندی به دارو و ایجاد مشکلات مرتبط با دارو، مانند خطاهای دارویی، عوارض جانبی دارویی، و تداخلات دارویی همراه است (مانلی<sup>۲۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۵؛ به نقل از کولومببجن<sup>۲۳</sup> و همکاران، ۲۰۲۴). این مسایل، بار سنگینی بر دوش بیماران می‌گذارد و تأثیر عمیقی بر سلامت روان و کیفیت زندگی آنها می‌گذارد (ژانگ و همکاران، ۲۰۲۴). بر اساس تحقیقات، بیشتر بیماران دیالیزی پریشانی‌های روانشناختی<sup>۲۴</sup> مانند اضطراب، افسردگی را تجربه می‌کنند (یوان<sup>۲۵</sup> و همکاران، ۲۰۲۲؛ ال نامانی<sup>۲۶</sup> و همکاران، ۲۰۲۱). علاوه بر این، بیماران دیالیزی کیفیت زندگی ضعیف‌تری نسبت به استاندارد متوسط دارند (فلتچر<sup>۲۷</sup> و همکاران، ۲۰۲۲؛ کیم<sup>۲۸</sup> و همکاران، ۲۰۲۱). اضطراب و افسردگی (به عنوان نشانه‌های پریشانی روانشناختی) علائم روانشناختی رایجی هستند که در بیماران دیالیزی اغلب نادیده گرفته می‌شوند (کوهن<sup>۲۹</sup> و همکاران، ۲۰۱۶؛ ماهیووی و ساری<sup>۳۰</sup>، ۲۰۲۴). یکی از پیش‌بینی کننده‌های پریشانی روانشناختی، ذهن‌آگاهی<sup>۳۱</sup> است (اسکافوتو<sup>۳۲</sup> و همکاران، ۲۰۲۴؛ تینگاز<sup>۳۳</sup> و همکاران، ۲۰۲۳)، به طوری که ذهن‌آگاهی با پریشانی روانشناختی رابطه منفی و معناداری دارد (ژانگ، وانگ<sup>۳۴</sup> و همکاران، ۲۰۲۴؛ کالیسکان<sup>۳۵</sup> و همکاران، ۲۰۲۴). کابات‌زین<sup>۳۶</sup> (۲۰۰۳) ذهن‌آگاهی را به عنوان توجه هدفمند به تجربیات خود در لحظه حال، بدون قضاوت توصیف کرد. توانایی ذهن‌آگاهی را می‌توان از طریق تمرین‌های مراقبه‌ای که از سنت‌های بودایی سرچشمه می‌گیرد، آموزش و پرورش داد (هان<sup>۳۷</sup>، ۲۰۰۸؛ به

20. polypharmacy
21. Alshamrani
22. Manley
23. Colombijn
24. psychological distress
25. Yuan
26. Al Naamani
27. Fletcher
28. Kim
29. Cohen
30. Mahyuvi & Sari
31. mindfulness
32. Scafuto
33. Tingaz
34. Zhang, Wang
35. Çalıřkan
36. Kabat-Zinn
37. Hanh

1. Chronic kidney disease (CKD)
2. Zhang
3. proteinuria
4. hematuria
5. Li
6. Evans
7. stage of end-stage kidney disease (ESRD)
8. kidney transplantation
9. hemodialysis
10. peritoneal dialysis
11. Jing
12. maintenance hemodialysis (MHD)
13. Thiery
14. Thurlow
15. Byrne & Targher
16. Jager
17. Yang
18. Carswell
19. Bartolo

همکاران، ۲۰۲۳؛ القابش و همکاران، ۲۰۲۲) و هم شفقت به خود (بودینی و همکاران، ۲۰۲۴؛ وایتهد و همکاران، ۲۰۲۱) می‌توانند پریشانی روانشناختی را پیش‌بینی کنند، اما آنچه اهمیت بیشتری دارد، نقش متغیرهای میانجی در روابط بین ذهن‌آگاهی و شفقت به خود با پریشانی روانشناختی است، که در این پژوهش به بررسی نقش احتمالی رفتارهای خودمراقبتی<sup>۱۶</sup> به عنوان یک میانجی گر پرداخته شده است. چرا که رفتارهای خودمراقبتی نه تنها با پریشانی روانشناختی رابطه منفی و معناداری دارد (بروئر و همکاران، ۲۰۲۱)، بلکه رفتارهای خودمراقبتی تحت تاثیر پیشایندهای این پژوهش یعنی ذهن‌آگاهی (رضوانی و همکاران، ۱۴۰۱) و شفقت به خود هستند (حیدری اقدم و همکاران، ۱۳۹۹؛ سلیمانی و شریفی، ۱۴۰۱).

به همین دلیل این رفتارهای خودمراقبتی به عنوان یک میانجی کننده می‌تواند در روابط بین ذهن‌آگاهی و شفقت به خود با پریشانی روانشناختی نقش ایفا کند که در میان بیماران دیالیزی به فعالیت‌هایی اطلاق می‌شود که بقا، یکپارچگی عملکردی و بهزیستی را ارتقا می‌دهند (اورم<sup>۱۷</sup>، ۲۰۰۱؛ به نقل از کیم و چو<sup>۱۸</sup>، ۲۰۲۱). این رفتارهای خودمراقبتی شامل مدیریت رژیم غذایی<sup>۱۹</sup>، مدیریت فیستول شریانی وریدی<sup>۲۰</sup>، تجویز دارو، ورزش، کنترل فشار خون و وزن و مدیریت فیزیکی است. بیماران دیالیزی باید برای مدیریت موفقیت‌آمیز وضعیت خود، پیشگیری و مدیریت عوارض حاد و مزمن، و ارتقای کیفیت زندگی خود به خودمراقبتی ادامه دهند. خودمراقبتی اغلب چالش برانگیز است، زیرا بیماران را ملزم می‌کند تا سال‌های باقی مانده از زندگی خود را به شدت کنترل کنند (جوی و چویی<sup>۲۱</sup>، ۲۰۰۷). از سوی دیگر در اهمیت و ضرورت انجام پژوهش می‌تواند گفت که فراتر از کاهش کیفیت زندگی در بیماران کلیوی و دیالیزی (الجاوادی<sup>۲۲</sup> و همکاران، ۲۰۲۴؛ اوکوبو<sup>۲۳</sup> و همکاران، ۲۰۲۴؛ هوور<sup>۲۴</sup> و همکاران، ۲۰۲۴)، شواهد نشان داده‌اند که پریشانی روانشناختی از جمله اضطراب و افسردگی از ۴۰ تا ۵۰ درصد بیماران کلیوی و دیالیزی شیوع (شن<sup>۲۵</sup> و همکاران، ۲۰۲۲). لذا پژوهش‌هایی که بتوانند به شناخت عوامل موثر بر پریشانی روانشناختی بیماران دیالیزی منجر شود از اهمیت و ضرورت پژوهشی فراوانی برخوردار است، چرا که شناخت عوامل تاثیرگذار بر پریشانی روانشناختی این بیماران به مشاوران و روانشناسان کمک می‌کند که در کنار مراکز درمانی و بهداشتی و همکاری با آنها به این بیماران کمک کنند تا با پایین آوردن میزان پریشانی روانشناختی و کاهش سطح آن، به پیروی از روند درمان و بهبود علائم بیماری‌شان کمک کند. به همین جهت این پژوهش اهمیت داشته و راستای رسیدن به این

نقل از کاندرا<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۲۴). بر اساس تحقیقات، ذهن‌آگاه بودن افراد می‌تواند به سلامت روان بیماران دیالیزی کمک کند و سطح پریشانی روانشناختی آنان را کاهش دهد (القابش<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۲۲).

از سوی دیگر، فرآیند دیالیز کردن می‌تواند منجر به تغییرات روانی مثبت در بیماران شود زیرا آنها با عوامل استرس فیزیکی و روانی-اجتماعی کنار می‌آیند (آرپاسی و تانریوردی<sup>۳</sup>، ۲۰۲۳). بنابراین داشتن شفقت به خود<sup>۴</sup> به بیماران دیالیزی کمک می‌کند که پریشانی روانشناختی کمتری را تجربه کنند (بودینی<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۲۴). شفقت به خود که شامل رفتار با مهربانی، مراقبت و صمیمیت عاطفی با خود است، پاسخی ماهرانه است که امکان کنار آمدن با یک سری چالش‌های تغییر ناپذیر را فراهم می‌کند - نه زیر سؤال بردن درک ناملايمات یا تشویق تلاش‌های ناموفق برای غلبه بر آنها، بلکه مانع از سرزنش خود، انتقاد از خود از طریق پذیرش دلسوزانه خود می‌شود (هوقس<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۲۱؛ کریسچنر<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۱۹). شفقت به خود می‌تواند با کاهش حالت تدافعی و کاهش حالات عاطفی منفی و احساس گناه که با خودتنظیمی تداخل دارد، خودتنظیمی رفتارهای مرتبط با سلامت را ارتقا دهد (تری و لیری<sup>۸</sup>، ۲۰۱۱). همچنین تحقیقات در زمینه تاثیرات شفقت به خود بر روی پریشانی روانشناختی نشان داده است که شفقت یک ظرفیت انسانی مهم برای پاسخ به رنج است که با کاهش علائم اضطرابی و افسردگی (به عنوان علائم پریشانی روانشناختی)، بهبود مقابله با درد، و نتایج مثبت کیفیت زندگی و بهزیستی همراه است (لوپز<sup>۹</sup> و همکاران، ۲۰۱۸؛ مونگرین<sup>۱۰</sup> و همکاران، ۲۰۱۱؛ وان دام<sup>۱۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۱).

همچنین شفقت آرزوی رهایی همه موجودات از رنج و تمایل به کمک به کاهش آن رنج است (کولمن<sup>۱۲</sup> و همکاران، ۲۰۲۴). بودایسم<sup>۱۳</sup> همچنین بر اهمیت شفقت به خود، که تمرین رفتار با مهربانی، درک و پذیرش با خود است، تأکید می‌کند. این ارزش ریشه در این فرض دارد که برای داشتن شفقت واقعی برای دیگران، ابتدا باید شفقت را برای خود پرورش داد. تمرین شفقت به خود شامل رفتار با خود همانطور که با یک دوست خوب رفتار می‌کند، اذعان به رنج خود بدون قضاوت، و ارائه مهربانی و حمایت از خود است (نف<sup>۱۴</sup>، ۲۰۰۳). این ویژگی‌های شفقت به خود بر کاهش مشکلات روانشناختی افراد تاثیر می‌گذارد، به طوری که تحقیقات نشان داده است که شفقت به خود می‌تواند بر کاهش علائم پریشانی روانشناختی تاثیرگذار باشد و سطح آن را در افراد کاهش دهد (وایتهد<sup>۱۵</sup> و همکاران، ۲۰۲۱). بر اساس آنچه گفته شد هم ذهن‌آگاهی (اسکافوتو و همکاران، ۲۰۲۴؛ تینگاز و

14. Neff
15. Whitehead
16. self-care behaviors
17. Orem
18. Kim & Cho
19. diet management
20. arteriovenous fistula (AVF)
21. Choi & Choe
22. Aljawadi
23. Okubo
24. Hoover
25. Shen

1. Kander
2. Al-Ghabeesh
3. Arpacı & Tanriverdi
4. self-compassion
5. Bodini
6. Hughes
7. Kirschner
8. Terry & Leary
9. López
10. Mongrain
11. Van Dam
12. Kullman
13. Buddhism



۵ نمره تعلق می‌گیرد. دامنه نمرات ۱۰ تا ۵۰ است و نمره بالاتر نشان دهنده پریشانی روانشناختی بیشتر در فرد پاسخ دهنده است. سازندگان مقیاس برای بررسی پایایی از آلفای کرونباخ استفاده و ضریب ۰/۹۳ به دست آورده‌اند و روایی ملاکی (همزمان) با فرم مصاحبه تشخیصی بین المللی مرکب<sup>۴</sup> بررسی و ضریب همبستگی پیرسون ۰/۶۹ و معنادار در سطح ۰/۰۱ به دست آمده است (کسلر و همکاران، ۲۰۰۳). این مقیاس در ایران ترجمه و هنجاریابی شده است و برای بررسی پایایی از آلفای کرونباخ استفاده شده است و ضریب کل سوالات ۰/۹۳ و همچنین ضریب پایایی تصنیف و اسپیرمن-براون ۰/۹۱ محاسبه شده است و برای روایی آن از تحلیل عاملی تاییدی استفاده شده است که تحلیل عاملی تاییدی بررسی و مقادیر برای کای اسکوتر بهنجار شده ۷/۰۵، شاخص نیکویی برازش ۰/۸۵، شاخص برازش تطبیقی ۰/۹۴ و ریشه میانگین خطای برآورد برابر ۰/۱۱ به دست آمده است که نشان دهنده روایی عاملی پرسشنامه است (یعقوبی، ۱۳۹۴). در پژوهش حاضر برای بررسی پایایی از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضریب پایایی ۰/۸۲ به دست آمده است.

**سیاهه ذهن‌آگاهی فرایبورگ<sup>۵</sup> (FMI):** این پرسشنامه توسط والش<sup>۶</sup> و همکاران (۲۰۰۶) تهیه شده است و شامل ۱۴ سوال است و که در طیف لیکرت نمره‌گذاری می‌شود به این صورت که به ندرت ۱ نمره، بعضی اوقات ۲ نمره، بیشتر اوقات ۳ نمره و تقریباً همیشه ۴ نمره تعلق می‌گیرد. سازندگان سیاهه برای بررسی پایایی از آلفای کرونباخ استفاده کرده است که ضریب آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۷۹ تا ۰/۸۶ به دست آورده‌اند و برای بررسی روایی همزمان (ملاک) از پرسشنامه تجربه تجزیه‌ای (DES) برنستین و پونتام<sup>۷</sup> (۱۹۸۶) استفاده و ضریب همبستگی پیرسون ۰/۲۹- و معنادار در سطح ۰/۰۱ به دست آمده است (والش و همکاران، ۲۰۰۶). در ایران این سیاهه ترجمه و هنجاریابی شده است که ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ به دست آمده است و ضریب بازآزمایی آن با فاصله ۴ هفته ضریب همبستگی پیرسون ۰/۸۳ و معنادار در سطح ۰/۰۱ به دست آمده است (قاسمی جوبنه و همکاران، ۱۳۹۴). در سایر پژوهش‌های آلفای کرونباخ آن بررسی و ضریب پایایی ۰/۹۲ به دست آمده است (بیتارو همکاران، ۲۰۲۴). در پژوهش حاضر برای بررسی پایایی از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضریب پایایی ۰/۹۱ محاسبه و به دست آمده است.

**فرم کوتاه مقیاس شفقت به خود<sup>۸</sup> (SF-SCS):** این مقیاس توسط رائس<sup>۹</sup> و همکاران (۲۰۱۱) تدوین شده است و ۱۲ سوال دارد و شش خرده مقیاس مهربانی با خود<sup>۱۰</sup> با سوالات ۲ و ۶؛ قضاوت نسبت به خود<sup>۱۱</sup> (خودانتقادی) با سوالات ۱۱ و ۱۲؛ اشتراکات انسانی<sup>۱۲</sup> با سوالات ۵ و ۱۰؛ انزوا<sup>۱۳</sup> با سوالات ۴ و ۸؛ به‌بیشاری<sup>۱۴</sup> با سوالات ۳ و ۷؛ همانندسازی افراطی<sup>۱۵</sup> با سوالات ۱ و ۹ را

9. Raes
10. self-kindness
11. self-judgment
12. common Humanity
13. isolation
14. mindfulness
15. over-Identification

هدف، این پژوهش به این سوال پاسخ داده است که آیا رفتارهای خودمراقبتی در رابطه بین ذهن‌آگاهی و شفقت به خود با پریشانی روانشناختی بیماران دیالیزی نقش میانجی دارد؟

## روش

پژوهش حاضر از نوع توصیفی همبستگی است و با روش مدل‌یابی معادلات ساختاری<sup>۱</sup> انجام شد. جامعه آماری پژوهش بیماران دیالیزی شهر کاشان از فروردین تا مرداد سال ۱۴۰۳ بودند. با وجود آنکه در مورد حجم نمونه لازم برای تحلیل عاملی و مدل‌یابی معادلات ساختاری توافق کلی وجود ندارد، اما به زعم بسیاری از پژوهشگران حداقل حجم نمونه لازم ۲۰۰ می‌باشد. کلانین<sup>۲</sup> (۲۰۲۳) نیز معتقد است برای هر متغیر ۲۰ نمونه لازم است، بنابراین، در پژوهش حاضر بر مبنای پیشنهاد کلانین و با احتساب احتمال ریزش برخی پاسخنامه‌ها با حجم نمونه ۳۰۰ نفر انتخاب شد. برای انتخاب بیماران دیالیزی از روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد. به این صورت که با مراجعه به مراکز درمانی این بیماران، لینک آنلاین پرسشنامه‌ها در اختیار آنان قرار گرفت تا به سوالات پرسشنامه‌ها پاسخ دهند. تمایل به شرکت در پژوهش و پاسخ دادن به سوالات، بهره‌مندی از حداقل تحصیلات خواندن و نوشتن و بازه سنی ۲۰ تا ۶۰ سال از ملاک‌های ورود به پژوهش بود و ناقص بودن پاسخ به گویه‌های پرسشنامه، عدم دریافت درمان روانشناختی همزمان با انجام پژوهش و عدم دریافت درمان‌های روانپزشکی و روانشناختی به دلیل تاثیرگذاری احتمالی بر روی پریشانی روانشناختی از ملاک‌های خروج از پژوهش بود. پس از دادن آگاهی در مورد هدف پژوهش، نحوه اجرا، و اصل رازداری، حق انتخاب برای همکاری و حق انصراف در حین پاسخ به پرسشنامه‌ها به بیماران داده شد. همچنین توضیح هدف پژوهش، دادن اطمینان از اینکه پاسخنامه آنها محرمانه بوده و به صورت گروهی تحلیل می‌شود از اصول اخلاقی رعایت شده در این پژوهش بود. در سطح توصیفی جهت سنجش متغیرهای پژوهش از میانگین و انحراف معیار استفاده شد. برای تحلیل داده‌ها از ضریب همبستگی پیرسون و مدل‌یابی معادلات ساختاری استفاده شده است. نرم افزار تحلیل داده‌ها برنامه SPSS و AMOS نسخه ۲۸ بود.

## ابزارهای سنجش

**مقیاس پریشانی روانشناختی کسلر<sup>۳</sup> (K-10):** این مقیاس توسط کسلر و همکاران (۲۰۰۳) تدوین شده است که شامل ۱۰ سوال است و نمره‌گذاری آن در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای می‌باشد به این صورت که هیچ وقت ۱ نمره، اوقات محدودی ۲ نمره، گاهی اوقات ۳ نمره، اکثر اوقات ۴ نمره و تمام اوقات

1. structural equation model (SEM)
2. Kline
3. Kessler Psychological Distress Scale (K-10)
4. Composite International Diagnostic Interview (CIDI)
5. the Freiburg Mindfulness Inventory (FMI)
6. Walach
7. Bernstein & Putnam
8. short form of the self-compassion scale (SF-SCS)

MSV در دامنه ۰/۲۷ تا ۰/۴۴ و ضرایب برای شاخص ASV در دامنه ۰/۱۹ تا ۰/۳۳ محاسبه و به دست آمده است. افزون بر این برای اجرای تحلیل عاملی اکتشافی، قابلیت این روش با آزمون کایزر-مایر-اولکین و آزمون کرویت بارتلت مورد بررسی قرار گرفت. مقدار آزمون کایزر-مایر-اولکین (۰/۹۰) نشان از کفایت حجم نمونه برای اجرای تحلیل عاملی داشت و معناداری آزمون کرویت بارتلت (۴۴۲/۶ و  $\text{sig}=0/001$ )، نشان داد که سوالات مقیاس در مجموع ۷۵/۶۱ از واریانس کل را تبیین می‌کند. علاوه بر این، به منظور بررسی نیکویی برازش پرسشنامه از تحلیل عاملی تاییدی استفاده شد که شاخص‌های مربوط محاسبه و شاخص ریشه میانگین مربعات خطای برآورد ۰/۰۵۲ به دست آمد و شاخص برازش مقایسه‌ای، شاخص برازش هنجار شده، شاخص برازش هنجار نشده، شاخص برازش فزاینده و شاخص نیکویی نسبی به ترتیب ۰/۹۱۰، ۰/۹۱۶، ۰/۹۳۲، ۰/۹۶۵ و ۰/۹۸۱ به دست آمد. همچنین در پژوهش حاضر برای بررسی پایایی آن از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضریب ۰/۸۳ به دست آمده است.

### روند اجرای پژوهش

برای جمع‌آوری مبانی نظری از مقالات علمی و پژوهشی و برای گردآوری اطلاعات میدانی از پرسشنامه استفاده شده است. به این صورت که برای انتخاب بیماران دیالیزی از روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد. به این صورت که با مراجعه به مراکز درمانی این بیماران، لینک آنلاین پرسشنامه‌ها در اختیار آنان قرار گرفت تا به سوالات پرسشنامه‌ها پاسخ دهند. بعد از گردآوری داده‌های پژوهش اطلاعات به دست آمده تحلیل شد.

### یافته‌ها

تعداد پاسخ‌دهندگان ۳۰۰ نفر بودند که در این پژوهش داده پرت و انتهایی شناسایی نشد. از نظر جنسیت ۱۸۱ نفر (۶۰/۳ درصد) مرد و ۱۱۹ نفر (۳۹/۷ درصد) زن بودند. از نظر تحصیلات ۲۱۴ نفر (۷۱/۳ درصد) زیر دیپلم، ۵۵ نفر (۱۸/۳ درصد) دیپلم، ۱۰ نفر (۳/۳ درصد) فوق دیپلم، ۱۵ نفر (۵ درصد) لیسانس و ۶ نفر (۲ درصد) فوق لیسانس بودند. از نظر تاهل ۳۲ نفر (۱۰/۷ درصد) مجرد، ۲۴۲ نفر (۸۰/۷ درصد) متاهل، ۳ نفر (۱ درصد) مطلقه و ۲۳ نفر (۷/۷ درصد) همسرشان فوت کرده بود. از نظر شغل ۱۲۳ نفر (۴۱ درصد) بیکار، ۴۳ نفر (۱۴/۳ درصد) آزاد، ۲۱ نفر (۷ درصد) کارمند و ۱۱۳ نفر (۳۷/۷ درصد) سایر مشاغل بودند. میانگین و انحراف معیار سن به ترتیب ۵۶/۹۷ و ۱۵/۴۶ بود. در جدول ۱ شاخص‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) نرمال بودن تک متغیره و چندمتغیره متغیره‌های پژوهش آمده است.

اندازه‌گیری می‌کند. پاسخ هر سوال در یک طیف ۵ درجه‌ای از تقریباً هرگز ۱ نمره، به ندرت ۲ نمره، گاهی ۳ نمره، اغلب اوقات ۴ نمره و تقریباً همیشه ۵ نمره تعلق می‌گیرد و سوالات ۱، ۴، ۸، ۹، ۱۱ و ۱۲ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند، به این صورت که تقریباً هرگز ۵ نمره، به ندرت ۴ نمره، گاهی ۳ نمره، اغلب اوقات ۲ نمره و تقریباً همیشه ۱ نمره تعلق می‌گیرد. سازنده مقیاس برای بررسی پایایی آن از آلفای کرونباخ استفاده کرده است و ضریب آلفای کرونباخ مهربانی با خود ۰/۵۵، قضاوت نسبت به خود (خودانتقادی) ۰/۸۱، اشتراکات انسانی ۰/۶۰، انزوا ۰/۷۷، به‌شیری ۰/۶۴، همانندسازی افراطی ۰/۶۹ و کل سوالات ۰/۸۷ به دست آمده است و همچنین روایی مقیاس با روش تحلیل عاملی بررسی و مقادیر نسبت کای اسکور به درجه آزادی  $X^2/d$ ، شاخص برازش مقایسه‌ای (CFI) و خطای ریشه‌ی مجذور میانگین تقریب<sup>۱</sup> (RMSEA) به ترتیب ۱۰۴/۹۹، ۰/۹۷ و ۰/۰۸ به دست آمده است (رائس و همکاران، ۲۰۱۱). این مقیاس در ایران ترجمه و ضرایب آلفای کرونباخ آن برای مهربانی با خود در برابر قضاوت نسبت به خود ۰/۷۹، اشتراکات انسانی در برابر انزوا ۰/۷۱ و ذهن‌آگاهی در برابر همانندسازی افراطی ۰/۶۸ به دست آورده‌اند و روایی مقیاس با روش تحلیل عاملی بررسی و مقادیر نسبت کای اسکور به درجه آزادی  $X^2/d$ ، شاخص برازش مقایسه‌ای (CFI) و خطای ریشه‌ی مجذور میانگین تقریب (RMSEA) به ترتیب ۲/۶۰، ۰/۸۹ و ۰/۰۸ به دست آمده است (خانجانی و همکاران، ۱۳۹۵). در یک پژوهش دیگر ضریب آلفای کرونباخ آن در دامنه ۰/۸۴ تا ۰/۸۷ محاسبه و گزارش شده است (فینائولاهی<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۲۱). در پژوهش حاضر برای بررسی پایایی از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضرایب پایایی مهربانی با خود ۰/۸۲، قضاوت نسبت به خود ۰/۷۰، اشتراکات انسانی ۰/۸۵، انزوا ۰/۷۳، ذهن‌آگاهی ۰/۷۱، همانندسازی افراطی ۰/۸۹ و کل سوالات ۰/۹۱ به دست آمده است.

**مقیاس تجربه توان خودمراقبتی<sup>۳</sup> (ESCAS):** این مقیاس توسط کترنی و فلیسچر<sup>۴</sup> (۱۹۷۹) شامل ۴۳ سوال تدوین شده است که در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود، به این صورت که کاملاً موافقم ۴ نمره، موافقم ۳ نمره، نظری ندارم ۲ نمره، مخالفم ۱ نمره و کاملاً مخالفم ۰ نمره تعلق می‌گیرد. سوالات ۳، ۶، ۱۰، ۱۶، ۱۹، ۲۲، ۲۵، ۲۸، ۳۲، ۳۴ و ۳۹ به طور معکوس نمره‌گذاری می‌شوند، به این صورت که به این سوالات معکوس برای گزینه‌های کاملاً موافقم ۰ نمره، موافقم ۱ نمره، نظری ندارم ۲ نمره، مخالفم ۳ نمره و کاملاً مخالفم ۴ نمره تعلق می‌گیرد. سازندگان برای بررسی پایایی از روش بازآزمایی استفاده کرده‌اند و ضریب ۰/۷۷ و معنادار در سطح ۰/۰۱ به دست آورده‌اند (کترنی و فلیسچر، ۱۹۷۹). این پرسشنامه در ایران ترجمه و هنجاریابی نشده است. لذا در این پژوهش روایی همگرا و واگرای با شاخص میانگین واریانس استخراجی<sup>۵</sup> (AVE)، حداکثر مجذور واریانس مشترک<sup>۶</sup> (MSV) و میانگین مجذور واریانس مشترک<sup>۷</sup> (ASV) بررسی و ضرایب برای شاخص AVE در دامنه ۰/۵۱ تا ۰/۶۲، ضرایب برای شاخص

5. Average Variance Extracted (AVE)  
6. Maximum Shared Squared Variance (MSV)  
7. Average Shared Square Variance (ASV)

1. root mean square error of approximation (RMSEA)  
2. Finaulahi  
3. Exercise of Self Care Agency Scale (ESCAS)  
4. Kearney & Fleischer

جدول ۱: شاخص‌های توصیفی و نرمال بودن متغیرهای پژوهش

متغیرهای پژوهش	میانگین	انحراف استاندارد	چولگی	کشیدگی
پیشانی روانشناختی	۲۶/۳۶	۹/۰۷	۰/۳۰	-۰/۸۱
ذهن آگاهی	۳۲/۴۳	۶/۶۴	-۰/۲۲	۰/۲۷
مهربانی با خود	۶/۲۵	۱/۸۴	-۰/۱۸	-۰/۴۱
قضاوت نسبت به خود	۵/۴۸	۱/۶۶	۰/۱۷	-۰/۰۳
اشتراکات انسانی	۶/۴۰	۱/۷۰	-۰/۳۱	-۰/۰۸
انزوا	۵/۶۶	۲/۰۷	۰/۲۳	-۰/۶۴
بهشیاری	۶/۴۸	۱/۸۸	-۰/۵۰	-۰/۱۹
هماندسازی افراطی	۵/۷۹	۱/۸۴	-۰/۱۴	-۰/۷۴
نمره کل شفقت به خود	۳۶/۰۵	۵/۰۹	۰/۴۰	۰/۴۹
رفتارهای خود مراقبتی	۱۰۴/۸	۱۵/۷۷	-۰/۳۱	۰/۱۵

نرمال بودن چندمتغیره (Multivariate) ضریب کشیدگی استاندارد شده مردیا: ۲/۴۹

جدول ۱ میانگین و انحراف معیار و نرمال بودن متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد. برای سنجش نرمال بودن تک متغیره داده‌ها از مقادیر چولگی و کشیدگی استفاده می‌شود که مقادیر آن باید در بازه ۲- تا ۲+ باشد که نشان دهنده نرمال بودن تک متغیره توزیع نمرات باشد (کلاین، ۲۰۲۳، عظیمی و همکاران، ۱۴۰۲)، که در این پژوهش مقادیر چولگی و کشیدگی در بازه ۲- تا ۲+ قرار داشت. همچنین برای بررسی نرمال بودن چندمتغیره داده‌ها از «ضریب کشیدگی استاندارد شده مردیا»<sup>۱</sup> استفاده می‌شود که مقدار به دست آمده برای ضریب مردیا باید کمتر از ۴ باشد (کلاین، ۲۰۲۳؛ عظیمی و

همکاران، ۱۴۰۲) که بر اساس نتایج مندرج در جدول ۱ مقدار ضریب مردیا ۲/۴۹ دست آمد که نشان دهنده نرمال بودن چندمتغیره توزیع نمرات است. از دیگر مفروضات مدل‌یابی معادلات ساختاری مفروضه استقلال خطاهاست مقدار آماره‌ی دوربین و آنتسون<sup>۲</sup> بین ۱/۵ الی ۲/۵ قرار داشت، لذا می‌توان استقلال خطاها را پذیرفت. مفروضه همخطی چندگانه<sup>۳</sup> نیز بررسی و هیچ کدام از مقادیر آماره تحمل کوچکتر از حد مجاز ۰/۱ و هیچ کدام از مقادیر عامل تورم واریانس بزرگ‌تر از حد مجاز ۱۰ نبود. لذا همخطی چندگانه وجود نداشت. در جدول ۲ ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش آمده است.

جدول ۲: ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیرهای پژوهش	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰
۱- پیشانی روانشناختی	۱									
۲- ذهن آگاهی	۰/۴۶**	۱								
۳- مهربانی با خود	۰/۴۶**	۰/۵۷**	۱							
۴- قضاوت نسبت به خود	۰/۴۴**	۰/۳۴**	۰/۴۰**	۱						
۵- اشتراکات انسانی	۰/۳۵**	۰/۶۱**	۰/۵۸**	۰/۲۳**	۱					
۶- انزوا	۰/۵۱**	۰/۳۱**	۰/۴۲**	۰/۴۵**	۰/۳۳**	۱				
۷- بهشیاری	۰/۴۹**	۰/۶۱**	۰/۷۱**	۰/۲۴**	۰/۵۲**	۰/۴۲**	۱			
۸- همانندسازی افراطی	۰/۳۴**	۰/۴۸**	۰/۴۱**	۰/۳۷**	۰/۵۵**	۰/۴۷**	۰/۴۷**	۱		
۹- نمره کل شفقت به خود	۰/۶۱**	۰/۳۸**	۰/۴۸**	۰/۳۳**	۰/۵۰**	۰/۳۱**	۰/۵۵**	۰/۶۲**	۱	
۱۰- رفتارهای خود مراقبتی	۰/۵۳**	۰/۵۸**	۰/۵۲**	۰/۲۷**	۰/۴۶**	۰/۳۷**	۰/۵۰**	۰/۳۳**	۰/۳۴**	۱

\*\* معنادار در سطح ۰/۰۱

جدول ۲ ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد. بین ذهن آگاهی (۰/۴۶،  $p < ۰/۰۱$ )، مهربانی با خود (۰/۴۶،  $p < ۰/۰۱$ )، قضاوت نسبت به خود (۰/۴۴،  $p < ۰/۰۱$ )، اشتراکات انسانی (۰/۳۵،  $p < ۰/۰۱$ )، انزوا (۰/۵۱،  $p < ۰/۰۱$ )، بهشیاری (۰/۴۹،  $p < ۰/۰۱$ )، همانندسازی افراطی (۰/۳۴،  $p < ۰/۰۱$ )، نمره کل شفقت به خود (۰/۶۱،  $p < ۰/۰۱$ ) و رفتارهای خودمراقبتی (۰/۵۳،  $p < ۰/۰۱$ ) با پیشانی روانشناختی همبستگی منفی و معناداری وجود دارد. در جدول ۳ شاخص‌های برازندگی مدل پژوهش آمده است.

۳- multicollinearity

1. Mardia's normalized multivariate kurtosis value
2. durbin-watson

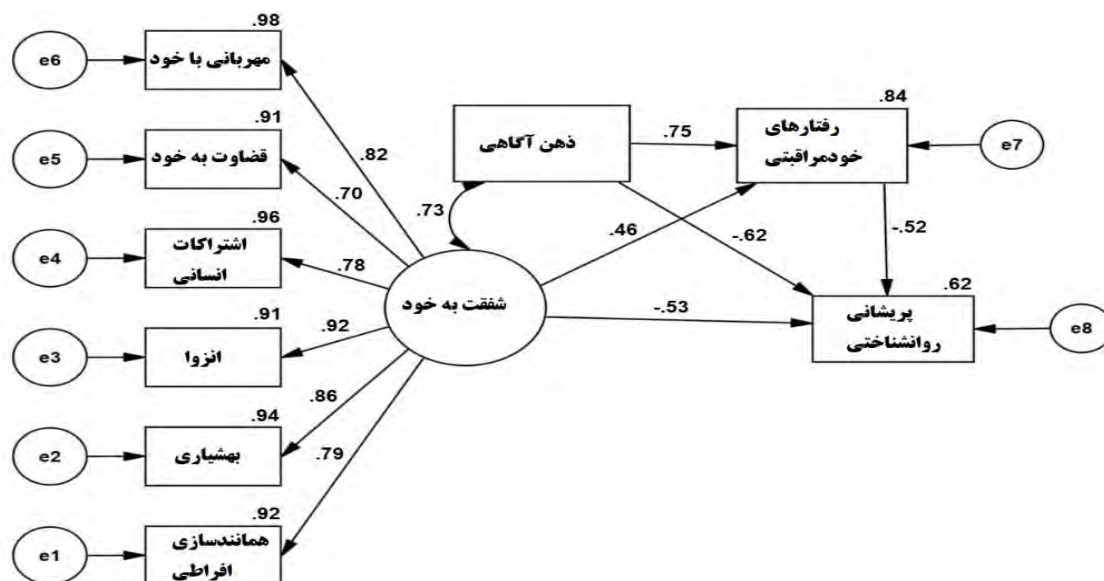
جدول ۳: شاخص‌های برازندگی مدل پژوهش

نوع شاخص	شاخص‌ها	مقدار به دست آمده	مقدار قابل قبول
شاخص‌های مطلق	کای اسکور هنجار شده (CMIN)	۴۵/۱۴	-
	درجه آزادی	۲۴	-
	CMIN/DF	۱/۸۸	کمتر از ۳
شاخص‌های نسبی	سطح معناداری	۰/۰۰۱	-
	خطای ریشه‌ی مجذور میانگین تقریب (RMSEA)	۰/۰۵	کمتر از ۰/۰۸
	شاخص تقریب برازندگی (PCLOSE)	۰/۰۰۱	-
	شاخص برازش مقایسه‌ای (CFI)	۰/۹۳	بیشتر از ۰/۹۰
	شاخص نیکویی برازش تعدیل شده یا انطباقی (AGFI)	۰/۹۱	بیشتر از ۰/۹۰
	شاخص برازش مقتصد (PCFI)	۰/۶۶	بیشتر از ۰/۶۰
	شاخص برازش هنجار شده مقتصد (PNFI)	۰/۷۲	بیشتر از ۰/۶۰
	شاخص برازندگی افزایشی (IFI)	۰/۹۲	بیشتر از ۰/۹۰
	شاخص توکر-لوپس (TLI)	۰/۹۴	بیشتر از ۰/۹۰
	شاخص نیکویی برازش (GFI)	۰/۹۷	بیشتر از ۰/۹۰
	شاخص برازش هنجار شده (NFI)	۰/۹۲	بیشتر از ۰/۹۰

نمایانگر خطاهای احتمالی در تخمین جمعیت می‌باشد. مطابق با جدول ۳ میزان شاخص RMSEA معادل ۰/۰۵ به دست آمده است؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که مدل با داده‌ها برازش بسیار خوبی داشته و متناسب است. در شکل ۱ مدل پیشنهادی و برازش شده پژوهش آمده است.

در این پژوهش روش برآورد پارامتر، روش حداکثر درست‌نمایی (MLE) بوده است. بنا به پیشنهاد تامپسون (۱۹۸۸)، به نقل از میرزا<sup>۲</sup> و همکاران، (۲۰۱۶) زیر مجموعه شاخص‌های برازش کلی شامل  $\chi^2$  و همکاران، هنجار شده (NFI)، شاخص نیکویی برازش (GFI)، شاخص برازندگی فزاینده (IFI)، شاخص توکر-لوپس (TLI)، شاخص برازش تطبیقی (CFI) و ریشه دوم میانگین مجذورات خطای تقریب (RMSEA) مهمترین شاخص‌های برازش هستند. برای پژوهش حاضر، نتایج شاخص‌های برازش مدل از برازش مطلوبی برخوردار است. همچنین شاخص RMSEA باید زیر ۰/۰۸ باشد. در این پژوهش شاخص RMSEA برابر ۰/۰۵ می‌باشد که بر اساس مدل کلاین (۲۰۲۳) نشان دهنده برازش مدل است. آزمون RMSEA که در زمینه شاخص‌ها و معیارهای نیکویی برازش مدل از اهمیت چشمگیری برخوردار است، به سه دلیل پیشنهاد می‌شود. (۱) به میزان کافی نسبت به مدل نادرست حساس است، (۲) دستورالعمل‌های تفسیری استفاده شده در آن معمولاً نتیجه‌گیری مناسبی را در مورد کیفیت مدل ارائه می‌دهند و (۳) ممکن است به ایجاد فاصله اطمینان در اطراف RMSEA بیانجامد. شاخص RMSEA مقدار خطای احتمالی در جمعیت را تحلیل نموده و این پرسش را مطرح می‌کند که چگونه یک مدل با پارامترهای ناشناخته و مقادیر پهنه انتخاب شده برای آن مطلوب تشخیص داده می‌شود و با ماتریس کوواریانس جمعیت- در صورت وجود- منطبق می‌باشد؛ بنابراین برای حساس ساختن آن نسبت به اعداد پارامترهای تخمین زده شده در یک مدل کامل، مقادیر کمتر از ۰/۰۵ نشان دهنده تناسب خوب و مقادیر بالاتر از ۰/۰۵





شکل ۱: مدل نهایی پژوهش

در شکل ۱ مدل نهایی پژوهش آمده است که بر اساس آن ۷۱ درصد از پیشانی روانشناختی تبیین می‌شود. به عبارتی می‌توان گفت ذهن آگاهی و شفقت به خود می‌توانند با نقش میانجی رفتارهای خودمراقبتی ۷۱ درصد از واریانس رفتارهای خود مراقبتی را تبیین کنند. در ادامه در جدول ۴ ضرایب استاندارد و مستقیم آمده است.

جدول ۴: ضرایب مستقیم و استاندارد ذهن آگاهی، شفقت به خود و رفتارهای خودمراقبتی با پیشانی روانشناختی

مسیرهای مستقیم		ضریب استاندارد		ضرایب غیراستاندارد	
	ضریب بتا	ضریب b	خطای معیار	T	Sig
ذهن آگاهی ← پیشانی روانشناختی	-۰/۶۲	-۰/۵۸	۰/۱۵	-۹/۱۵	۰/۰۰۱
شفقت به خود ← پیشانی روانشناختی	-۰/۵۳	-۰/۴۹	۰/۱۴	-۸/۹۲	۰/۰۰۱
رفتارهای خودمراقبتی ← پیشانی روانشناختی	-۰/۵۲	-۰/۶۲	۰/۱۱	-۱۰/۱۳	۰/۰۰۱

بر اساس آنچه در جدول ۴ آمده است، مسیرهای ذهن آگاهی، شفقت به خود و رفتارهای خودمراقبتی بر روی پیشانی روانشناختی معنادار است. در جدول ۵ نتایج بوت استروپ نتایج بوت استروپ شفقت به خود با نقش میانجی رفتارهای خودمراقبتی بر پیشانی روانشناختی آمده است.

جدول ۵: نتایج بوت استروپ ذهن آگاهی، شفقت به خود با میانجی‌گری رفتارهای خودمراقبتی بر پیشانی روانشناختی

معناداری	فاصله اطمینان		اثر استاندارد غیرمستقیم	مسیرهای غیرمستقیم
	حد بالا	حد پایین		
۰/۰۰۱	۰/۳۹	۰/۱۷	-۰/۵۰	ذهن آگاهی ← رفتارهای خودمراقبتی ← پیشانی روانشناختی
۰/۰۰۲	۰/۲۸	۰/۱۴	-۰/۴۷	شفقت به خود ← رفتارهای خودمراقبتی ← پیشانی روانشناختی

که اظهار می‌دارد اگر دامنه برآوردهای حد پایین و حد بالا از صفر عبور نکند، اثر غیرمستقیم در نظر گرفته می‌شود. بر این اساس، نتایج جدول ۵ نشان داد که رفتارهای خودمراقبتی در رابطه بین ذهن آگاهی و شفقت به خود با پیشانی روانشناختی نقش میانجی دارد.

برای آزمون معناداری اثر میانجی رفتارهای خودمراقبتی در رابطه بین ذهن آگاهی و شفقت به خود با پیشانی روانشناختی از روش بوت استروپ با ۱۰۰۰ نمونه‌گیری مجدد در فاصله اطمینان ۰/۹۵ استفاده شد. هرچقدر تعداد نمونه‌گیری‌ها بیشتر باشد، دقت پیش‌بینی نیز بالاتر می‌رود (کلاین، ۲۰۲۳، عظیمی و همکاران، ۱۴۰۲). همچنین بر اساس نظر کلاین (۲۰۲۳)

## بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی مدل‌یابی معادلات ساختاری نقش میانجی رفتارهای خودمراقبتی در رابطه بین ذهن آگاهی و شفقت به خود با پریشانی روانشناختی بیماران دیالیزی بود. نتایج نشان داد که رفتارهای خودمراقبتی می‌تواند در رابطه بین ذهن آگاهی با پریشانی روانشناختی نقش میانجی ایفا کند. از آنجایی پژوهشی وجود ندارد که نشان داده باشد رفتارهای خودمراقبتی می‌تواند در رابطه بین ذهن آگاهی با پریشانی روانشناختی نقش میانجی داشته باشد، لذا همسویی و ناهمسویی نتایج به دست آمده مشخص نیست. اما این نتیجه به دست آمده در راستای نتایج تحقیقاتی است که نشان داده‌اند بین ذهن آگاهی (اسکافوتو و همکاران، ۲۰۲۴؛ تینگاز و همکاران، ۲۰۲۳؛ القابش و همکاران، ۲۰۲۲) و رفتارهای خودمراقبتی (بروئر و همکاران، ۲۰۲۱) با پریشانی روانشناختی رابطه وجود دارد. در تبیین این نتیجه به دست آمده می‌توان گفت که ذهن آگاهی نوعی آرام‌سازی همراه با کنترل توجه است که از طریق تأثیر بر گستره توجه، عقاید، انتظارات، خلق‌وخو و تنظیم هیجانی بر فرآیندهای حسی تأثیر می‌گذارد (امرسون<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۲۰). به بیان دیگر، ذهن آگاهی شامل یک آگاهی پذیرا و عاری از قضاوت وقایع جاری است (کرسول<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۹). ذهن آگاهی، خود نظارت‌گری جسمی و هوشیاری بدن را افزایش می‌دهد و احتمالاً منجر به بهبود مکانیسم‌های بدنی و مراقبت از خود می‌شود. مشابه با آموزش آرمیدگی سنتی، مراقبه ذهن آگاهانه با افزایش فعال‌سازی پاراسمپاتیک همراه است که این نیز به نوبه خود می‌تواند به آرامش عمیق ماهیچه، کاهش تنش و برانگیختگی، کاهش درد و در نهایت کاهش پریشانی روانشناختی افراد دیالیزی شود. لذا وقتی فرد دیالیزی با ذهن آگاه بودن می‌تواند به خود کمک کند تا آرامش و آرمیدگی بیشتری را تجربه کند، این آرامش و آرمیدگی به وی کمک کرده تا نسبت به خودمراقبتی پایبند بوده و دستورات پزشکی و دارویی را متعهدانه عمل کند و همین پایبندی به خودمراقبتی در بیماران دیالیزی باعث می‌شود که پریشانی کمتری را تجربه کنند. لذا منطقی است گفته شود که رفتارهای خودمراقبتی می‌تواند در رابطه بین ذهن آگاهی با پریشانی روانشناختی نقش میانجی ایفا کند.

همچنین، نتایج نشان داد که رفتارهای خودمراقبتی می‌تواند در رابطه بین شفقت به خود با پریشانی روانشناختی نقش میانجی ایفا کند. از آنجایی که پژوهشی وجود ندارد که نشان داده باشد رفتارهای خودمراقبتی می‌تواند در رابطه بین شفقت به خود با پریشانی روانشناختی نقش میانجی داشته باشد، لذا همسویی و ناهمسویی نتایج به دست آمده مشخص نیست. اما این نتیجه به دست آمده در راستای نتایج تحقیقاتی است که نشان داده‌اند بین شفقت به خود (بودینی و همکاران، ۲۰۲۴؛ وایتهد و همکاران، ۲۰۲۱) و رفتارهای خودمراقبتی (بروئر و همکاران، ۲۰۲۱) با پریشانی روانشناختی رابطه وجود دارد. در تبیین این نتیجه به دست آمده می‌توان گفت افرادی که از تاثیرات مثبت مهربانی آگاهند، از آن برای حفظ و کنترل سلامتی خود

استفاده می‌کنند و همین سبب می‌شود در برابر رویدادهای دشوار زندگی تاب‌آور باشند (کوئترا<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۲۱). وقتی افراد یک نگرش و رویکرد مشفقانه را نسبت به خود اتخاذ می‌کنند به جای اینکه دست به قضاوت خود بزنند با خودشان با مهربانی رفتار می‌کنند به همین دلیل از خودشان در مقابل استرس و بیماری حمایت می‌کنند و این حمایت از خویش موجب افزایش رفتارهای سلامت و خود محافظتی می‌شود (عبدالهی<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۲۰). همچنین، فردی که شفقت به خود بالاتری دارد کمتر به انکار و خودسرزنی متوسل می‌شود، در عوض، به احتمال بیشتری ناخوشایندی‌های شرایط موجود را می‌پذیرد، و اقدام به سازماندهی مجدد مثبت، برنامه‌ریزی و اقدام فعال می‌کند (سیرویز<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۱۵). در واقع، چون شفقت به خود با کاهش هیجان‌ناخوشایند و افسردگی، و کاهش استفاده از مقابله‌های ناکارآمد مرتبط است و افزایش عاطفه مثبت و استفاده از مقابله‌های کارآمدتر را به دنبال دارد (بتاوت<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۲۱) در نتیجه، فرد نیازی به گریز از شرایط ناخوشایند ندارد، بلکه بالعکس، باعث می‌شود فرد یک رویکرد مبتنی بر رویارویی نسبت به دستورالعمل‌های خودمراقبتی را در پیش بگیرد. بنابراین مهربانی کردن با خود می‌تواند به افزایش سطح رفتارهای خودمراقبتی بینجامد و فرد مراقبت بهتر و موثرتری از خود داشته باشد و به همین دلیل روند درمان خود را پیگیری می‌کند و به دستورات پزشکی و دارویی پایبند است، در نتیجه، میزان بهبودی بیشتری را نشان می‌دهد و همین عوامل باعث می‌شود که پریشانی این بیماران کمتر از سایر بیماران دیالیزی باشد. لذا منطقی است گفته شود که رفتارهای خودمراقبتی می‌تواند در رابطه بین شفقت به خود با پریشانی روانشناختی نقش میانجی ایفا کند. تحقیق حاضر دارای چندین محدودیت است؛ ابتدا، این مطالعه یک طرح مقطعی بود. بنابراین، مطالعات آینده می‌توانند طرح‌های تجربی یا طولی را برای کشف رابطه بین متغیرها اتخاذ کنند. داده‌ها تنها با استفاده از پرسشنامه‌های خودگزارشی جمع‌آوری شد. اگرچه اعتبار و پایایی این پرسشنامه‌ها به خوبی ثابت شده است، سوگیری پاسخ یا پاسخ‌های اجتماعی مطلوب ممکن است در مطالعه حاضر وجود داشته باشد. بیماران دیالیزی از شهر کاشان بودند، بنابراین کاربرد بین فرهنگی نتایج محدود است. از آنجایی که داده‌های این پژوهش با پرسشنامه گردآوری شد برای رفع این محدودیت، مطالعات آینده می‌تواند داده‌ها را با روش‌های کیفی مانند مصاحبه و از چندین منبع (مانند همسالان و اعضای خانواده) برای افزایش دقت اندازه‌گیری و تکرار نتایج جمع‌آوری کند. با توجه به اینکه این پژوهش در بین بیماران دیالیزی صورت پذیرفته است، مطالعات آینده می‌تواند نوع دیالیز را مشخص کرده و به مطالعه عوامل موثر بر پریشانی روانشناختی این بیماران به تفکیک نوع دیالیز آنها بپردازند. نتایج پژوهش حاضر دارای مفاهیم نظری و عملی مهمی است. از لحاظ نظری، این مطالعه با استفاده از یک مدل میانجی‌گری ممکن است به درک مکانیسم‌های دخیل و تاثیرگذار بر پریشانی روانشناختی کمک کند. این مطالعه نشان داد که ذهن آگاهی و شفقت به خود با نقش میانجی رفتارهای خودمراقبتی عوامل کلیدی برای پیش‌بینی پریشانی

1. Emerson
2. Creswell
3. Kotera

4. Abdollahi
5. Sirois
6. Beato

کمال‌الدینی، محمدحسین؛ و سراوانی، خدیجه. (۱۳۹۹). مقایسه سطح کیفیت زندگی بیماران تحت درمان با همودیالیز و دریافت‌کنندگان پیوند کلیه: مرور سیستماتیک و متاتالیز. *مجله دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران*، ۱۲(۱۸)، ۸۵۳-۸۵۸. <http://tumj.tums.ac.ir/article-1-11070-fa.html>

یعقوبی، حمید. (۱۳۹۴). ویژگی‌های روانسنجی نسخه ۱۰ سوالی مقیاس پریشانی روانشناختی کسلر (۱۰). *فصلنامه پژوهش‌های کاربردی روانشناختی*، ۶(۴)، ۵۷-۴۵. [https://japr.ut.ac.ir/article\\_57963.html](https://japr.ut.ac.ir/article_57963.html)

Abdollahi, A., Taheri, A., & Allen, K. A. (2020). Self compassion moderates the perceived stress and self care behaviors link in women with breast cancer. *Psychology, 29*(5), 927-933. <https://doi.org/10.1002/pon.5369>

Al Naamani, Z., Gormley, K., Noble, H., Santin, O., & Al Maqbali, M. (2021). Fatigue, anxiety, depression and sleep quality in patients undergoing haemodialysis. *BMC nephrology*, 22(1), 157. <https://doi.org/10.1186/s12882-021-02349-3>

Al-Ghabeesh, S. H., Rayan, A., Hattab, F., & Jarrar, Y. (2022). Mindfulness and psychological distress among hemodialysis patients. *Psychology, Health & Medicine*, 27(4), 917-924. <https://doi.org/10.1080/13548506.2021.1960395>

Aljawadi, M. H., Babaeer, A. A., Alghamdi, A. S., Alhammad, A. M., Almuqbil, M., & Alonazi, K. F. (2024). Quality of life tools among patients on dialysis: a systematic review. *Saudi Pharmaceutical Journal*, 1(3), 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.sjps.2024.101958>

Alshamrani, M., Almalki, A., Qureshi, M., Yusuf, O., & Ismail, S. (2018). Polypharmacy and medication-related problems in hemodialysis patients: a call for deprescribing. *Pharmacy*, 6(3), 76-86. <https://doi.org/10.3390/pharmacy6030076>

Arpaci, R., & Tanriverdi, D. (2023). Post-Traumatic Growth and Self-Compassion Level in Hemodialysis Patients. *Illness, Crisis & Loss*, 1(2), 1-10. <https://doi.org/10.1177/10541373231203362>

Bartolo, A., Sousa, H., Ribeiro, O., & Figueiredo, D. (2022). Effectiveness of psychosocial interventions on the burden and quality of life of informal caregivers of hemodialysis patients: a systematic review. *Disability and Rehabilitation*, 44(26), 8176-8187. <https://doi.org/10.1080/09638288.2021.2013961>

Beato, A. F., da Costa, L. P., & Nogueira, R. (2021). "Everything is gonna be alright with me": The role of self-compassion, affect, and coping in negative emotional symptoms during coronavirus quarantine. *International journal of environmental research and public health*, 18(4), 1-10. <https://doi.org/10.3390/ijerph18042017>

Bernstein, E. M., & Putnam, F. W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 174(12), 1-9. <https://www.researchgate.net/profile/Eve-Carlson/publication/336107396>

روانشناختی در بیماران دیالیزی هستند. در عمل، نتایج به تقویت و مداخله در پریشانی روانشناختی این بیماران کمک می‌کند. بنابراین با توجه به یافته‌های این پژوهش و اهمیت نقش ذهن‌آگاهی و شفقت به خود در پریشانی روانشناختی بیماران دیالیزی استفاده از آموزش ذهن‌آگاهی و درمان مبتنی بر شفقت به خود برای بهبود پریشانی روانشناختی در این بیماران پیشنهاد می‌شود.

## تشکر و قدردانی

از همه پاسخ‌دهندگان (بیماران دیالیزی) و پزشکان و پرسنل محترم که برای به ثمر رسیدن این پژوهش همکاری کردند، تشکر و قدردانی می‌شود. بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

## منابع

حیدری اقدم، بهارک؛ خادمی، علی، زاهدی، رحیم. (۱۳۹۹). پیش‌بینی رفتارهای خودمراقبتی براساس شفقت به خود و کانون کنترل سلامت در بیماران مبتلا به دیابت. *مجله پرستاری و مامایی*، ۱۸(۱۲)، ۹۷۷-۹۸۵. <https://unmf.umsu.ac.ir/article-1-4158-fa.html>

خانجانی، سجاده؛ فروغی، علی‌اکبر؛ صادقی، خیرالله؛ و بحرینیان، سیدعبدالمجید. (۱۳۹۵). ویژگی‌های روانسنجی نسخه ایرانی پرسشنامه‌ی شفقت به خود (فرم کوتاه). *نشریه علمی و پژوهشی پژوهنده*، ۲۱(۵)، ۲۸۲-۲۸۹. <http://pajoothane.sbmu.ac.ir/article-1-2292-fa.html>

دهقانی، مهرداد؛ رحیمی، بهلول؛ مخدومی، خدیجه؛ و جبرائیلی، محمد. (۱۴۰۲). شاخص‌های کلیدی عملکرد در داشبورد مدیریتی دیالیز: ابزاری مناسب برای پایش کیفیت خدمات. *اطلاع‌رسانی پزشکی نوین*، ۹(۱)، ۴۶-۵۵. <http://dx.doi.org/10.32598/JMIS.9.1.8>

رضوانی، سیده ریحانه؛ ابوالقاسمی، شهنام؛ و فرهنگ، عبدالحسن. (۱۴۰۱). ارائه الگوی رفتارهای خودمراقبتی زنان باردار براساس سواد سلامت و ذهن‌آگاهی با میانجیگری سبک زندگی سلامت محور. *نشریه خانواده درمانی کاربردی*، ۳(۵)، ۱۶۵-۱۷۶. <https://doi.org/10.22034/aftj.2022.340540.1558>

سلیمانی، اسماعیل؛ شریفی، پریرسا. (۱۴۰۱). نقش شفقت به خود، تنظیم هیجان و اضطراب کرونا در پیش‌بینی رفتارهای خودمراقبتی اعضای خانواده مبتلایان به کوید-۱۹. *نشریه روانشناسی سلامت*، ۱۱(۴۴)، ۱۳۶-۱۲۱. <https://doi.org/10.30473/hpi.2023.61062.5361>

عظیمی، کامیار؛ شهینی بیلاق، منیجه؛ و خوشناموند، مهرداد. (۱۴۰۲). طراحی و آزمون مدل علی رابطه بین هویت اخلاقی و قلدری با میانجی‌گری عدم التزام اخلاقی در نوجوانان ایرانی. *پژوهش‌های روانشناسی اجتماعی*، ۱۳(۵۲)، ۳۰-۱۳. <https://doi.org/10.22034/spr.2024.410580.1852>

قاسمی جوینه، رضا؛ عرب‌زاده، مهدی؛ جلیلی نیکو، سعید؛ محمدعلی‌پور، زینب؛ و محسن‌زاده، فرشاد. (۱۳۹۴). بررسی روایی و پایایی نسخه فارسی فرم کوتاه پرسشنامه ذهن‌آگاهی فرایبورگ. *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*، ۱۴(۲)، ۱۳۷-۱۵۰. <http://dori.net/dor/20.1001.1.17353165.1394.14.2.5.5>



- Evans, M., Lewis, R. D., Morgan, A. R., Whyte, M. B., Hanif, W., Bain, S. C., ... & Strain, W. D. (2022). A narrative review of chronic kidney disease in clinical practice: current challenges and future perspectives. *Advances in therapy*, 39(1), 33-43. <https://doi.org/10.1007/s12325-021-01927-z>
- Finaulahi, K. P., Sumich, A., Heym, N., & Medvedev, O. N. (2021). Investigating Psychometric Properties of the Self-Compassion Scale Using Rasch Methodology. *Mindfulness*, 12(3), 730-740. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1007/s12671-020-01539-8>
- Fletcher, B. R., Damery, S., Aiyegbusi, O. L., Anderson, N., Calvert, M., Cockwell, P., ... & Kyte, D. (2022). Symptom burden and health-related quality of life in chronic kidney disease: A global systematic review and meta-analysis. *PLoS medicine*, 19(4), 1-10.
- Hoover, E., Holliday, V., Merullo, N., Oberdhan, D., Perrone, R. D., Rusconi, C., ... & Dahl, N. K. (2024). Pain and Health-Related Quality of Life in Autosomal Dominant Polycystic Kidney Disease: Results from a National Patient-Powered Registry. *Kidney Medicine*, 6(5), 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.xkme.2024.100813>
- Hughes, M., Brown, S. L., Campbell, S., Dandy, S., & Cherry, M. G. (2021). Self-compassion and anxiety and depression in chronic physical illness populations: A systematic review. *Mindfulness*, 12(1), 1597-1610. <https://doi.org/10.1007/s12671-021-01602-y>
- Jager, K. J., Kovesdy, C., Langham, R., Rosenberg, M., Jha, V., & Zoccali, C. (2019). A single number for advocacy and communication—worldwide more than 850 million individuals have kidney diseases. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 34(11), 1803-1805. <https://doi.org/10.1093/ndt/gfz174>
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144-156. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg016>
- Kander, T. N., Lawrence, D., Fox, A., Houghton, S., & Becerra, R. (2024). Mindfulness-based interventions for preadolescent children: A comprehensive meta-analysis. *Journal of school psychology*, 102(1), 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.jsp.2023.101261>
- Kearney, B. Y., & Fleischer, B. J. (1979). Development of an instrument to measure exercise of self care agency. *Research in nursing & health*, 2(1), 25-34. <https://doi.org/10.1002/nur.4770020105>
- Kessler, R. C., Barker, P. R., Colpe, L. J., Epstein, J. F., Gfroerer, J. C., Hiripi, E., & Zaslavsky, A. M. (2003). Screening for serious mental illness in the general population. *Archives of general psychiatry*, 60(2), 184-189. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.60.2.184>
- Kim, H., & Cho, M. K. (2021). Factors influencing self-care behavior and treatment adherence in hemodialysis patients. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(24), 1-10. <https://doi.org/10.3390/ijerph182412934>
- Bitar, Z., Fekih Romdhane, F., Rogoza, R., Ghorab, H. M., Obeid, S., & Hallit, S. (2024). Psychometric properties of the short form of the Freiburg Mindfulness Inventory in the Arabic language. *International Journal of Environmental Health Research*, 34(7), 2702-2713. <https://doi.org/10.1080/09603123.2023.2267483>
- Bodini, L., Bonetto, C., Colombi, M., Barbieri, N., Van Bortel, T., & Lasalvia, A. (2024). Is self-compassion associated with lower psychological distress in people with long COVID? Results from a cross-sectional survey. *Cogent Psychology*, 11(1), 1-10. <https://doi.org/10.1080/23311908.2024.2351151>
- Brouwer, K. R., Walmsley, L. A., Parrish, E. M., McCubbin, A. K., Welsh, J. D., Braido, C. E. C., & Okoli, C. T. C. (2021). Examining the associations between self-care practices and psychological distress among nursing students during the COVID-19 pandemic. *Nurse Education Today*, 100(1), 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2021.104864>
- Byrne, C. D., & Targher, G. (2020). NAFLD as a driver of chronic kidney disease. *Journal of hepatology*, 72(4), 785-801. <https://doi.org/10.1016/j.jhep.2020.01.013>
- Çalışkan, F. C., Akmehtmet-Şekerler, S., Kızıltepe, Z., Aydın Sünbül, Z., & Börkan, B. (2024). The mediating role of depression and anxiety on the relationship between mindfulness and college adjustment. *British Journal of Guidance & Counselling*, 52(4), 613-627. <https://doi.org/10.1080/03069885.2023.2220896>
- Carswell, C., Reid, J., Walsh, I., McAnaney, H., Lee, J. B., & Noble, H. (2021). Complex arts-based interventions for patients receiving haemodialysis: A realist review. *Arts & health*, 13(2), 107-133. <https://doi.org/10.1080/17533015.2020.1744173>
- Choi, M. K., & Choe, M. (2007). Self care behavior of hemodialysis patients. *Journal of Korean Biological Nursing Science*, 9(2), 105-117. <https://koreascience.kr/article/JAKO200704050607386.page>
- Cohen, S. D., Cukor, D., & Kimmel, P. L. (2016). Anxiety in patients treated with hemodialysis. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 11(12), 2250-2255.
- Colombijn, J. M., Colombijn, F., van Berkomp, L., van Dijk, L. A., Senders, D., Tierolf, C., ... & Van Jaarsveld, B. C. (2024). Polypharmacy and Quality of Life Among Dialysis Patients: A Qualitative Study. *Kidney Medicine*, 6(1), 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.xkme.2023.100749>
- Creswell, J. D., Lindsay, E. K., Villalba, D. K., & Chin, B. (2019). Mindfulness training and physical health: mechanisms and outcomes. *Psychosomatic medicine*, 81(3), 224-232. <https://doi.org/10.1097%2FPSY.0000000000000675>
- Emerson, L. M., De Diaz, N. N., Sherwood, A., Waters, A., & Farrell, L. (2020). Mindfulness interventions in schools: Integrity and feasibility of implementation. *International Journal of Behavioral Development*, 44(1), 62-75. <https://doi.org/10.1177/0165025419866906>



- Raes, F., Pommier, E., Neff, K. D., & Van Gucht, D. (2011). Construction and factorial validation of a short form of the self compassion scale. *Clinical psychology & psychotherapy*, 18(3), 250-255. <https://doi.org/10.1002/cpp.702>
- Scafuto, F., Quinto, R. M., Ghiroldi, S., Montecucco, N. F., Presaghi, F., Iani, L., & De Vincenzo, F. (2024). The mediation role of emotion regulation strategies on the relationship between mindfulness effects, psychological well-being and distress among youths: findings from a randomized controlled trial. *Current Psychology*, 1-13. <https://doi.org/10.1007/s12144-024-06081-7>
- Shen, Y., Chen, Y., Huang, S., Yao, X., Kanwar, Y. S., & Zhan, M. (2022). The Association between Symptoms of Depression and Anxiety, Quality of Life, and Diabetic Kidney Disease among Chinese Adults: A Cross-Sectional Study. *International journal of environmental research and public health*, 20(1), 475-485. <https://doi.org/10.3390/ijerph20010475>
- Sirois, F. M., Molnar, D. S., & Hirsch, J. K. (2015). Self-compassion, stress, and coping in the context of chronic illness. *Self and Identity*, 14(3), 334-347. <https://doi.org/10.1080/15298868.2014.996249>
- Terry, M. L., & Leary, M. R. (2011). Self-compassion, self-regulation, and health. *Self and identity*, 10(3), 352-362. <https://doi.org/10.1080/15298868.2011.558404>
- Thiery, A., Séverac, F., Hannedouche, T., Couchoud, C., Do, V. H., Tiple, A., ... & REIN registry. (2018). Survival advantage of planned haemodialysis over peritoneal dialysis: a cohort study. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 33(8), 1411-1419. <https://doi.org/10.1093/ndt/gfy007>
- Thurlow, J. S., Joshi, M., Yan, G., Norris, K. C., Agodoa, L. Y., Yuan, C. M., & Nee, R. (2021). Global epidemiology of end-stage kidney disease and disparities in kidney replacement therapy. *American journal of nephrology*, 52(2), 98-107. <https://doi.org/10.1159/000514550>
- Tingaz, E. O., Solmaz, S., Ekiz, M. A., & Atasoy, M. (2023). The relationship between mindfulness and self-rated performance in student-athletes: the mediating role of depression, anxiety and stress. *Sport Sciences for Health*, 19(2), 657-663. <https://doi.org/10.1007/s11332-022-00935-y>
- Van Dam N. T., Sheppard S. C., Forsyth J. P., Earleywine M. (2011). Self-compassion is a better predictor than mindfulness of symptom severity and quality of life in mixed anxiety and depression. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(1), 123-130. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.08.011>
- Walach, H., Buchheld, N., Buttenmüller, V., Kleinknecht, N., & Schmidt, S. (2006). Measuring mindfulness—the Freiburg mindfulness inventory (FMI). *Personality and individual differences*, 40(8), 1543-1555. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.11.025>
- Whitehead, R., Bates, G., Elphinstone, B., & Yang, Y. (2021). The relative benefits of nonattachment to self and self-compassion for psychological distress and psychological well being for those with and without symptoms of depression. *Psychology and Psychotherapy: Theory*
- Kim, S., Nigatu, Y., Araya, T., Assefa, Z., & Dereje, N. (2021). Health related quality of life (HRQOL) of patients with End Stage Kidney Disease (ESKD) on hemodialysis in Addis Ababa, Ethiopia: a cross-sectional study. *BMC nephrology*, 22(1), 1-6. <https://doi.org/10.1186/s12882-021-02494-9>
- Kirschner, H., Kuyken, W., Wright, K., Roberts, H., Brejcha, C., & Karl, A. (2019). Soothing your heart and feeling connected: A new experimental paradigm to study the benefits of self-compassion. *Clinical Psychological Science*, 7(3), 545-565. <https://doi.org/10.1177/2167702618812438>
- Kline, R. B. (2023). *Principles and practice of structural equation modeling*. Guilford publications. <https://www.guilford.com/books/Principles-and-Practice-of-Structural-Equation-Modeling/Rex-Kline/9781462551910>
- Kotera, Y., Green, P., & Sheffield, D. (2022). Positive psychology for mental wellbeing of UK therapeutic students: relationships with engagement, motivation, resilience and self-compassion. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 20(3), 1611-1626. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00466-y>
- Kullman, S. M., Simpson, K. M., Semenchuk, B. N., Taylor, D., & Strachan, S. M. (2024). Self-compassion, physical activity, and psychological antecedents of physical activity: A scoping review of quantitative research. *Sport, Exercise, and Performance Psychology*, 13(3), 254-271. <https://doi.org/10.1037/spy0000349>
- Li, K., Zhao, J., Yang, W., & Ye, Z. (2023). Sleep traits and risk of end-stage renal disease: a mendelian randomization study. *BMC Medical Genomics*, 16(1), 76-86. <https://doi.org/10.1186/s12920-023-01497-9>
- López A., Sanderman R., Ranchor A. V., Schroevers M. J. (2018). Compassion for others and self-compassion: Levels, correlates, and relationship with psychological well-being. *Mindfulness*, 9(1), 325-331. <https://doi.org/10.1007/s12671-017-0777-z>
- Mahyuv, T., & Sari, N. (2024). Reducing Anxiety in Patients Undergoing Hemodialysis with Spiritual Mindfulness Based on Breathing Exercise. *Journal Of Nursing Practice*, 7(2), 252-261. <https://doi.org/10.30994/jnp.v7i2.385>
- Meyers, L. S., Gamst, G., & Guarino, A. J. (2016). *Applied multivariate research: Design and interpretation*. Sage publications. <https://psycnet.apa.org/record/2013-39233-000>
- Mongrain M., Chin J. M., Shapira L. B. (2011). Practicing compassion increases happiness and self-esteem. *Journal of Happiness Studies*, 12(6), 963-981. <https://doi.org/10.1007/s10902-010-9239-1>
- Neff K. D. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2, 223-250. <https://doi.org/10.1080/15298860390209035>
- Okubo, R., Kondo, M., Imasawa, T., Saito, C., Kai, H., Tsunoda, R., ... & Yamagata, K. (2024). Health-related quality of life in 10 years long-term survivors of chronic kidney disease: a from-J study. *Journal of Renal Nutrition*, 34(2), 161-169. <https://doi.org/10.1053/j.jrn.2023.10.001>

- Research and Practice*, 94(3), 573-586.  
<https://doi.org/10.1111/papt.12333>
- Yang, C. W., Harris, D. C., Luyckx, V. A., Nangaku, M., Hou, F. F., Garcia, G. G., ... & Tonelli, M. (2020). Global case studies for chronic kidney disease/end-stage kidney disease care. *Kidney international supplements*, 10(1), 24-48. <https://doi.org/10.1016/j.kisu.2019.11.010>
- Yuan, Z., Jia-le, N., Hua, Q., Liang-liang, H., Xiao-jun, Z., Lei, Y., ... & Yan, M. (2022). Prevalence and correlates of depression among maintenance hemodialysis patients in Huhhot region, China: a cross-sectional study. *Journal of Clinical Nephrology*, 22(7), 574-583. <https://dx.doi.org/10.3969/j.issn.1671-2390.2022.07.008>
- Zhang, L., Zou, L., & Zhou, L. (2024). Effectiveness of psychoeducational interventions on psychological distress and health-related quality of life among patients with maintenance hemodialysis: a systematic review and meta-analysis. *Renal Failure*, 46(1), 1-10. <https://doi.org/10.1080/0886022X.2024.2331613>
- Zhang, Y., Wang, C., An, Y., & Jiang, X. (2024). When mindfulness is insufficient: the moderated moderating effects of self-harm and negotiable fate beliefs on the association between mindfulness and adolescent psychological distress in disasters. *School psychology international*, 45(2), 149-171. <https://doi.org/10.1177/01430343231187108>

