

Quarterly Journal of Health Psychology

Open
Access

ORIGINAL ARTICLE

Developing Relationship Model Quality of Life, Mindfulness and Self-Compassion with Mediating Role Self-Care Behaviors among Dialysis Patients

Fatemeh Abdoli Arani¹, Mohammad Reza Tamannaefar^{2*} 

¹ M.Sc 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 .

Correspondence

Mohammad Reza Tamannaefar
Email: tamannai@kashanu.ac.ir

ABSTRACT

Objective: The growing trend of diseases such as type 2 diabetes, high blood pressure, as well as the increase in the obese and elderly population in different countries caused the growth rate of chronic kidney diseases globally to be higher than the annual growth rate of the world population. It is estimated that more than 850 million people worldwide are affected by this disease. If kidney diseases are not diagnosed on time and treated appropriately, it leads to end-stage kidney disease. The purpose of the present study was to investigate developing relationship model quality of life, mindfulness and self-compassion with mediating role self-care behaviors among dialysis patients. This was descriptive-correlation research. **Method:** 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 quality of life-BRIEF of World Health Organization (2004), Freiburg mindfulness inventory of Walach and et al (2006), short form of the self-compassion scale of Raes and et al (2011) and exercise of self-care agency scale of Kearney and Fleischer (1979). Data were analyzed using Pearson correlation and structural equations modeling. Data analysis software was SPSS and AMOS version 28. **Results:** The results showed direct effect of mindfulness ($\beta=0.51$ and $\text{sig}=0.001$) and self-compassion ($\beta=0.54$ and $\text{sig}=0.001$) were significant on quality of life. Also, the results showed that self-care behaviors had a mediating role in relationship between mindfulness ($\beta=0.61$ and $\text{sig}=0.001$) and self-compassion ($\beta=0.52$ and $\text{sig}=0.001$) with quality of life. Also, the final research model had a good fit ($\text{RMSEA}=0.03$, $p<0.05$). **Conclusion:** In explaining the mediating role of

How to cite

Abdoli Arani, F, Tamannaefar, M.A. (2025). Developing Relationship Model Quality of Life, Mindfulness and Self-Compassion with Mediating Role Self-Care Behaviors among Dialysis Patients . Quarterly Journal Of Health Psychology, 14(2). 45-62.

self-care behaviors in the relationship between mindfulness and quality of life, it can be said that a dialysis person with mindfulness can help himself to experience more peace and relaxation, this peace and relaxation has helped him to Adhere to self-care and fulfill medical and pharmaceutical orders, and this adherence to self-care in dialysis patients makes them experience a better quality of life. Also, In explaining the mediating role of self-care behaviors in the relationship between self-compassion and quality of life, it can be said that self-compassion can lead to an increase in the level of self-care behaviors and a person can take better and more effective care of him and therefore follow up on his treatment process. slow and adheres to medical and medication orders, as a result, it shows a higher recovery rate, which makes the quality of life of patients better than other dialysis patients. According to the findings of this research and the importance of the role of the mindfulness and self-compassion in quality of life of dialysis patients, it is suggested to experts in this field to use the training of mindfulness and self-compassion to improve quality of life in dialysis patients.

KEYWORDS

Dialysis, Mindfulness, Quality of Life, Self-Care Behaviors, Self-Compassion.

نشر به علمی

روان‌شناسی سلامت

«مقاله پژوهشی»

تدوین مدل ارتباطی کیفیت زندگی، ذهن آگاهی و شفقت به خود با میانجی‌گری رفتارهای خودمراقبتی در بیماران دیالیزی

فاطمه عبدلی آرانی^۱، محمدرضا تمنایی‌فر^{۲*}

چکیده

مقدمه: هدف از پژوهش حاضر بررسی تدوین مدل ارتباطی کیفیت زندگی، ذهن آگاهی و شفقت به خود با میانجی‌گری رفتارهای خودمراقبتی در بیماران دیالیزی بود.

روش: 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 در دسترس ۳۰۰ نفر انتخاب شد. ابزار گردآوری داده‌های پژوهش شامل پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۴)، سیاهه ذهن آگاهی فرایبورگ والش و همکاران (۲۰۰۶)، فرم کوتاه مقیاس شفقت به خود رائس و همکاران (۲۰۱۱) و مقیاس تجربه توان خودمراقبتی کترنی 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.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش نشان داد که اثرات مستقیم ذهن آگاهی ($\beta=0/51$ و $sig=0/001$) و شفقت به خود ($\beta=0/54$ و $sig=0/001$) بر کیفیت زندگی معنادار بود. همچنین نتایج نشان داد که رفتارهای خودمراقبتی در رابطه بین ذهن آگاهی ($\beta=0/61$ و $sig=0/001$) و شفقت به خود ($\beta=0/52$ و $sig=0/001$) با کیفیت زندگی نقش میانجی و معنادار دارد. مدل نهایی پژوهش از برازش مطلوبی برخوردار بود ($RMSEA=0/03$ و $p<0/05$).

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های این پژوهش و اهمیت نقش ذهن آگاهی و شفقت به خود در کیفیت زندگی بیماران دیالیزی استفاده از آموزش ذهن آگاهی و درمان مبتنی بر شفقت به خود برای بهبود کیفیت زندگی در این بیماران پیشنهاد می‌شود.

واژه‌های کلیدی

دیالیز، ذهن آگاهی، رفتارهای خودمراقبتی، شفقت به خود، کیفیت زندگی.

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

نویسنده مسئول:

محمدرضا تمنایی‌فر

رایانامه:

tamannai @ kashanu.ac.ir

استناد به این مقاله:

عبدلی آرانی، فاطمه، تمنایی‌فر، محمدرضا، (۱۴۰۴). تدوین مدل ارتباطی کیفیت زندگی، ذهن آگاهی و شفقت به خود با میانجی‌گری رفتارهای خودمراقبتی در بیماران دیالیزی. نشریه علمی روان‌شناسی سلامت، ۱۴(۲)، ۴۵-۶۲.

<https://hpj.journals.pnu.ac.ir/>

مقدمه

بیماری مزمن کلیه^۱ یکی از 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^۲ و همکاران، ۲۰۲۴). روند رو به رشد بیماری‌هایی مانند دیابت نوع ۲، فشار خون بالا و همچنین افزایش جمعیت چاق و سالمند در کشورهای مختلف باعث شده است تا میزان بیماری‌های مزمن کلیوی در سطح جهان افزایش پیدا کند (بیرن و تراقر^۳، ۲۰۲۰). در صورت عدم تشخیص به موقع و درمان مناسب بیماری‌های کلیوی، منجر به بیماری مرحله آخر کلیه می‌شود (یانگ^۴ و همکاران، ۲۰۲۰). به این صورت بیمارانی که تحت عمل پیوند کلیه قرار گرفته‌اند به‌طور معناداری از کیفیت زندگی بهتری 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^۵ 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^۶ و همکاران، ۲۰۲۲). به علاوه، برای افرادی که تحت درمان دیالیز قرار می‌گیرند (بیماران دیالیزی) مقدار زیادی دارو (تجویز همزمان و بیش از حد داروهای مختلف برای درمان یک بیماری) برای مدیریت شرایط همراه و بهبود کنترل متابولیک تجویز می‌شود (الشامرانی^۷ و همکاران، ۲۰۱۸). مصرف بیش از حد متعارف دارو با شیوع بالای عدم پایداری به دارو و ایجاد مشکلات مرتبط با دارو، مانند خطاهای دارویی، عوارض جانبی دارویی، و تداخلات دارویی همراه است (مانلی^۸ و همکاران، ۲۰۰۵). به نقل از کولومبجن^۹ و همکاران، ۲۰۲۴). این مسایل، بار سنگینی بر دوش بیماران می‌گذارد و تأثیر عمیقی بر کیفیت زندگی آنها

می‌گذارد (ژانگ و همکاران، ۲۰۲۴؛ الجاوادی^{۱۰} و همکاران، ۲۰۲۴؛ اوکوبو^{۱۱} و همکاران، ۲۰۲۴؛ هوور^{۱۲} و همکاران، ۲۰۲۴). کیفیت زندگی به عنوان ادراک افراد از موقعیت‌شان در زندگی از نظر بافت فرهنگی و نظام ارزشی که در آن زندگی می‌کنند، اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌هایشان است و موضوعی کاملاً ذهنی بوده و توسط دیگران قابل مشاهده نیست و بر درک افراد از جنبه‌های مختلف زندگی استوار است به عبارتی دیگر کیفیت زندگی یک مفهوم گسترده است که نشان دهنده رفاه (بهزیستی) کلی افراد در یک جامعه است (راک^{۱۳} و همکاران، ۲۰۲۴). بر اساس تحقیقات، بیماران دیالیزی کیفیت زندگی ضعیف‌تری نسبت به استاندارد متوسط دارند (فلتچر^{۱۴} و همکاران، ۲۰۲۲؛ کیم^{۱۵} و همکاران، ۲۰۲۱). در واقع، می‌توان گفت دیالیز باعث می‌شود بیماران در طول درمان کیفیت زندگی بدتری را تجربه کنند (دوان^{۱۶} و همکاران، ۲۰۲۴؛ ویو^{۱۷} و همکاران، ۲۰۲۴). یکی از پیش‌بینی‌کننده‌های کیفیت زندگی، ذهن‌آگاهی است (آلیچی^{۱۸} و همکاران، ۲۰۲۴) و می‌توان گفت که ذهن-آگاهی با کیفیت زندگی رابطه مثبت و معناداری دارد (گائو^{۱۹} و همکاران، ۲۰۲۴). کابات‌زین^{۲۰} (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^{۲۱}، ۲۰۰۸؛ به نقل از کاندنر^{۲۲} و همکاران، ۲۰۲۴). از سوی دیگر، فرآیند دیالیز کردن توسط بیماران برای بهبود علائم بیماری خود می‌تواند منجر به تغییرات روانی مثبت در بیماران شود زیرا آنها با عوامل استرس فیزیکی و روانی-اجتماعی کنار می‌آیند (آرپاسی و تانریوردی^{۲۳}، ۲۰۲۳).

همچنین، شفقت به خود به عنوان یکی از شاه کلیدهای سلامت روان (دهقانی و همکاران، ۱۴۰۳)، به افراد کمک می‌کند

10. Aljawadi

11. Okubo

12. Hoover

13. Rock

14. Fletcher

15. Kim

16. Doan

17. Vo

18. Aliche

19. Gao

20. Kabat-Zinn

21. Hanh

22. Kander

23. Arpacı & Tanriverdi

1. Chronic kidney disease (CKD)

2. Zhang

3. Byrne & Targher

4. Yang

5. Carswell

6. Bartolo

7. Alshamrani

8. Manley

9. Colombijn

است. چرا که رفتارهای خودمراقبتی نه تنها با کیفیت زندگی رابطه مثبت و معناداری دارد (سید^{۱۱} و همکاران، ۲۰۲۳؛ شیرازیان و همکاران، ۲۰۲۳)، 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). بر این اساس، رفتارهای خودمراقبتی می‌تواند در روابط بین ذهن‌آگاهی و شفقت به خود با کیفیت زندگی به عنوان میانجی کننده ای نقش ایفا کند که در میان بیماران دیالیزی شامل فعالیت‌هایی است که بقاء، یکپارچگی عملکردی و بهزیستی را ارتقا می‌دهند (اورم^{۱۲}، ۲۰۰۱؛ به نقل از کیم و چو^{۱۳}، ۲۰۲۱). این رفتارهای خودمراقبتی شامل مدیریت رژیم غذایی، 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 (جوی و چویی^{۱۴}، ۲۰۰۷).

در اهمیت و ضرورت انجام پژوهش و دلیل چرایی انجام این پژوهش می‌توان گفت که فراتر از کاهش کیفیت زندگی در بیماران کلیوی و دیالیزی (الجاوادی و همکاران، ۲۰۲۴؛ اوکوبو و همکاران، ۲۰۲۴؛ هوور و همکاران، ۲۰۲۴)، شواهد نشان داده‌اند که به میزان ۴۰ تا ۵۰ درصد بیماران کلیوی و دیالیزی از مشکلات هیجانی و روانشناختی رنج می‌برند (شن^{۱۵} و همکاران، ۲۰۲۲). لذا پژوهش‌هایی که بتواند به شناخت عوامل موثر بر کیفیت زندگی بیماران دیالیزی منجر شود از اهمیت و ضرورت پژوهشی فراوانی برخوردار است، چرا که شناخت عوامل تاثیرگذار بر پریشانی روانشناختی این بیماران به پزشکان و روانشناسان سلامت کمک می‌کند که مداخله‌های مناسب برای افزایش میزان کیفیت زندگی طراحی و اجرا کنند، چیزی که می‌تواند به پیروی از روند درمان و بهبود علائم بیماری کمک کند. همچنین دلیل چرایی انجام این پژوهش آن است که تاکنون در تحقیقات قبلی متغیرهای میانجی در روابط بین ذهن‌آگاهی و شفقت به خود با کیفیت زندگی بیماران دیالیزی بررسی نشده است که در این پژوهش به بررسی این خلاء پژوهشی پرداخته شده است. در همین راستا، این پژوهش بارای پاسخ با این سوال انجام شده

که کیفیت زندگی بهتری را تجربه کنند (چوکورجی^۱ و همکاران، ۲۰۲۴؛ اسکینر و کویجر^۲، 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 ناملایمات یا تشویق تلاش‌های ناموفق برای غلبه بر آنها، بلکه مانع از سرزنش خود، انتقاد از خود از طریق پذیرش دلسوزانه خود می‌شود (هوقس^۳ و همکاران، ۲۰۲۱؛ کریسچنر^۴ 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^۵، ۲۰۱۱). همچنین، تحقیقات در زمینه تاثیرات شفقت به خود بر روی مشکلات هیجانی نشان داده است که شفقت یک ظرفیت انسانی مهم برای پاسخ به رنج است که با کاهش مشکلات هیجانی و روانشناختی، بهبود مقابله با درد حاصل از بیماری، و نتایج مثبت کیفیت زندگی همراه است (لوپز^۶ و همکاران، ۲۰۱۸؛ مونگرین^۷ و همکاران، ۲۰۱۱؛ وان دام^۸ و همکاران، ۲۰۱۱).

همچنین، شفقت آرزوی رهایی از رنج و تمایل به کاهش آن رنج است (کولمن^۹ و همکاران، ۲۰۲۴). این ویژگی‌های شفقت به خود بر کاهش مشکلات روانشناختی افراد تاثیر می‌گذارد، به طوری که تحقیقات نشان داده است شفقت به خود می‌تواند بر بهبود کیفیت زندگی افراد تاثیرگذار باشد و سطح آن را افزایش دهد (بروفی^{۱۰} و همکاران، ۲۰۲۰). بر اساس آنچه گفته شد هم ذهن‌آگاهی (آلیچی و همکاران، ۲۰۲۴؛ گائو و همکاران، ۲۰۲۴) و هم شفقت به خود (چوکورجی و همکاران، ۲۰۲۴؛ اسکینر و کویجر، ۲۰۲۴؛ بروفی و همکاران، ۲۰۲۰) می‌توانند کیفیت زندگی را پیش‌بینی کنند، اما آنچه اهمیت بیشتری دارد، نقش متغیرهای میانجی در روابط بین ذهن‌آگاهی و شفقت به خود با کیفیت زندگی است، که در این پژوهش به بررسی نقش احتمالی رفتارهای خودمراقبتی به عنوان یک میانجی گر پرداخته شده

1. Chukwuorji
2. Skinner & Kuijer
3. Hughes
4. Kirschner
5. Terry & Leary
6. López
7. Mongrain
8. Van Dam
9. Kullman
10. Brophy

11. Seid
12. Orem
13. Kim & Cho
14. Choi & Choe
15. Shen

ابزار پژوهش

پرسشنامه کیفیت زندگی^۲ (WHOQOL-BRIEF): این پرسشنامه توسط سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۴) تدوین شده است که ۲۶ سوال دارد و ۵ خرده مقیاس سلامت جسمی با سوالات ۳، ۴، ۱۰، ۱۵، ۱۶، ۱۷ و ۱۸؛ سلامت روانی با سوالات ۵، ۶، ۷، ۱۱، ۱۹ و ۲۶؛ رابطه اجتماعی با سوالات ۲۰، ۲۱ و ۲۲؛ سلامت محیط با سوالات ۸، ۹، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۲۳، ۲۴ و ۲۵؛ سلامت عمومی کلی با سوالات ۱ و ۲ را اندازه‌گیری می‌کند. نمره‌گذاری سوالات در طیف ۵ درجه‌ای لیکرت صورت می‌گیرد، به این صورت که اصلاً ۱ نمره، خیلی کم، ۲ نمره، کم، ۳ نمره، زیاد، ۴ نمره و خیلی زیاد ۵ نمره تعلق می‌گیرد. سوالات ۳، ۴ و ۲۶ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند؛ نمرات بین ۲۶ تا ۱۳۰ است و نمره بالاتر نشان دهنده کیفیت زندگی بیشتر در فرد پاسخ دهنده است. نقطه برش پرسشنامه نمره ۷۸ و پایین‌تر است. در ایران این پرسشنامه توسط نجات (۱۳۸۵)؛ به نقل از نجفی و همکاران، (۱۴۰۱) ترجمه و هنجاریابی شده است و برای پایایی از آلفای کرونباخ استفاده شده است و ضرایب در دامنه ۰/۵۵ تا ۰/۸۴ و ضریب پایایی به روش بازآزمایی پس از ۲ هفته محاسبه و ضریب همبستگی ۰/۷۰ و معنادار در سطح ۰/۰۱ به دست آمده است (نجفی و همکاران، ۱۴۰۱). همچنین روایی ملاکی (همزمان) با پرسشنامه سلامت روانی گلدبرگ و هیلر^۳ (۱۹۷۹) بررسی و ضرایب همبستگی پیرسون در دامنه بین ۰/۴۵ تا ۰/۸۳ و معنادار در سطح ۰/۰۱ به دست آمده است (ابراهیمی مقدم و محمودی، ۱۳۹۶) و در یک پژوهش دیگر ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۳ به دست آمده است (تمنایی‌فر و همکاران، ۱۴۰۳). در تحقیقات خارج از کشور نیز پایایی آن محاسبه و ضریب آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۸۱ تا ۰/۹۲ و ضریب همبستگی درون‌طبقه‌ای در دامنه ۰/۳۵ تا ۰/۷۲ محاسبه شده است و روایی پرسشنامه نیز روایی مقیاس با روش تحلیل عاملی تاییدی بررسی و مقادیر شاخص برازش مقایسه‌ای و خطای ریشه‌ی مجذور میانگین تقریب به ترتیب ۰/۸۶۰ و ۰/۰۸ به دست آورده‌اند (بات-اردنه^۴ و همکاران، ۲۰۲۳). در پژوهش حاضر برای بررسی پایایی از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضریب پایایی ۰/۹۱ به دست آمده است.

سیاهه ذهن‌آگاهی فرایبورگ^۵ (FMI): این پرسشنامه توسط

است که آیا رفتارهای خودمراقبتی در رابطه بین ذهن‌آگاهی و شفقت به خود با کیفیت زندگی بیماران دیالیزی نقش میانجی دارد؟

روش‌شناسی پژوهش

پژوهش حاضر از نوع توصیفی همبستگی است و با روش مدل‌یابی معادلات ساختاری 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. کلاین^۱ (۲۰۲۳) نیز معتقد است برای هر متغیر ۲۰ نمونه لازم است، در این پژوهش کیفیت زندگی (۵ مولفه)، ذهن‌آگاهی (تک عاملی)، شفقت خود (۶ مولفه) و رفتارهای خودمراقبتی (تک عاملی) روی هم ۱۳ مولفه در این پژوهش وجود داشت که بر اساس روش کلاین (۲۰۲۳) حجم نمونه ۲۶۰ نفر برآورد می‌شود. اما در پژوهش حاضر با احتساب احتمال ریزش برخی پاسخنامه‌ها حجم نمونه ۳۰۰ نفر انتخاب شد. برای انتخاب بیماران دیالیزی از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. به این صورت که با مراجعه به مراکز درمانی این بیماران، لینک آنلاین پرسشنامه‌ها در اختیار پرستاران و پزشکان قرار گرفت تا به بیماران خود ارائه کنند تا این بیماران به سوالات پرسشنامه‌ها پاسخ دهند. بهره‌مندی از حداقل تحصیلات خواندن و نوشتن و بازه سنی ۲۰ تا ۶۰ سال، ابتلا به بیماری دیالیز و داشتن حداقل ۶ ماه دیالیز از ملاک‌های ورود به پژوهش بود و ناقص بودن پاسخ به گویه‌های پرسشنامه، عدم دریافت درمان روانشناختی همزمان با انجام پژوهش به دلیل تاثیرگذاری احتمالی بر روی کیفیت زندگی 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.

2. World Health Organization Quality of Life-BRIEF (WHOQOL-Brief)

3. Goldberg, & Hillier

4. Bat-Erdene

5. the Freiburg Mindfulness Inventory (FMI)

1. Kline

مجذور میانگین تقریب 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 ذهن-آگاهی در برابر همانندسازی افراطی ۰/۶۸ به دست آورده‌اند و روایی مقیاس با روش تحلیل عاملی بررسی و مقادیر نسبت کای اسکوتر به درجه آزادی، شاخص برازش مقایسه‌ای و خطای ریشه‌ی مجذور میانگین تقریب 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 (فیناؤلاهی^۵ 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، ذهن-آگاهی ۰/۷۱، همانندسازی افراطی ۰/۸۹ و کل سوالات ۰/۹۱ به دست آمده است.

مقیاس تجربه توان خودمراقبتی^۶ (ESCAS): این مقیاس توسط کترنی و فلیسچر^۷ (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 نمره-گذاری 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 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

والش^۱ 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 برنستین و پونتام^۲ (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^۳ (SF-SCS): این مقیاس توسط رائس^۴ و همکاران (۲۰۱۱) تدوین شده است و ۱۲ سوال دارد و شش خرده مقیاس مهربانی با خود با سوالات ۲ و ۶؛ قضاوت نسبت به خود (خودانتقادی) با سوالات ۱۱ و ۱۲؛ اشتراکات انسانی با سوالات ۵ و ۱۰؛ انزوا با سوالات ۴ و ۸؛ بهشیاری با سوالات ۳ و ۷؛ همانندسازی افراطی با سوالات ۱ و ۹ را 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، بهشیاری 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 اسکوتر به درجه آزادی، شاخص برازش مقایسه‌ای و خطای ریشه‌ی

5. Finaulahi

6. Exercise of Self-Care Agency Scale (ESCAS)

7. Kearney & Fleischer

1. Walach

2. Bernstein & Putnam

3. short form of the self-compassion scale (SF-SCS)

4. Raes

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 سن ۵۶/۹۷ و انحراف استاندارد سن ۱۵/۴۶ بود. در جدول ۱ شاخص‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و نرمال بودن تک متغیره و چندمتغیره متغیرهای پژوهش آمده است.

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.

یافته‌ها

تعداد پاسخ‌دهندگان ۳۰۰ نفر بودند که در این پژوهش داده پرت و انتهای شانسایی نشد. از نظر جنسیت ۱۸۱ نفر (۶۰/۳ درصد) مرد

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی و نرمال بودن متغیرهای پژوهش

متغیرهای پژوهش	میانگین	انحراف استاندارد	چولگی	کشیدگی
سلامت جسمانی	۱۴/۰۲	۵/۹۴	۰/۱۶	-۱/۶۵
سلامت روانی	۱۰/۷۶	۳/۶۳	-۰/۱۱	-۱/۵۲
رابطه اجتماعی	۸/۲۵	۳/۴۲	-۰/۲۷	-۱/۲۹
سلامت محیط	۱۷/۴۸	۸/۶۸	۰/۲۴	-۱/۳۳
سلامت عمومی کلی	۵/۴۶	۳/۱۳	-۰/۰۷	-۱/۷۸
نمره کل کیفیت زندگی	۵۵/۹۷	۲۲/۰۶	-۰/۱۸	-۱/۶۸
ذهن‌آگاهی	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: ۲/۶۱				

جدول ۲. ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش

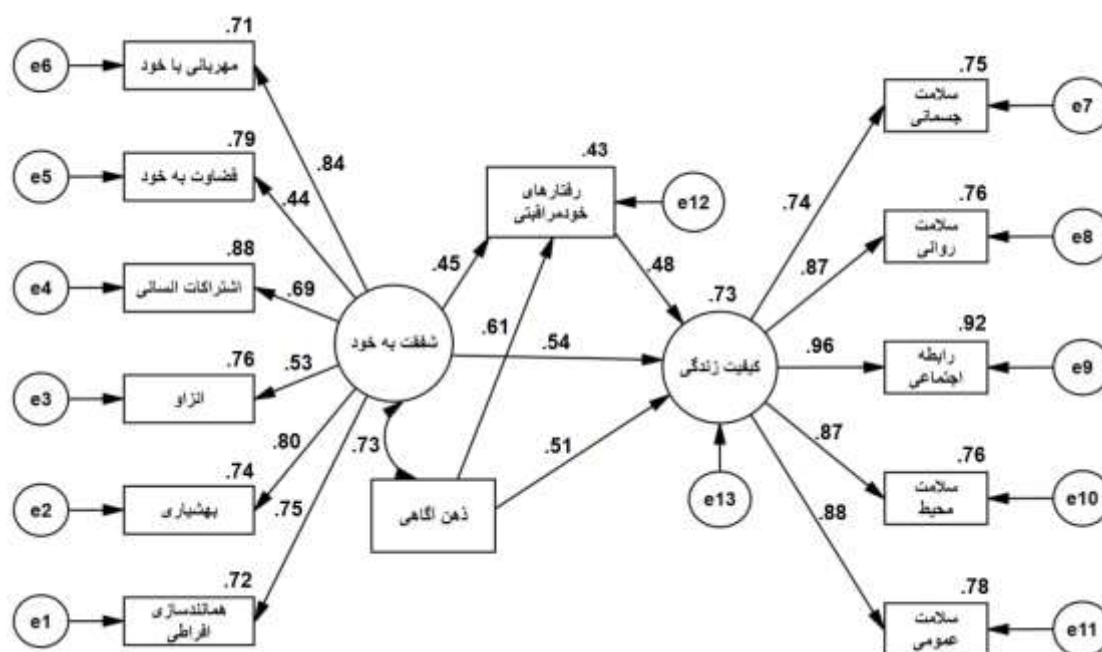
متغیرهای پژوهش	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰
۱- کیفیت زندگی	۱									
۲- ذهن‌آگاهی	۰/۳۹**	۱								
۳- مهربانی با خود	۰/۳۸**	۰/۵۷**	۱							
۴- قضاوت نسبت به خود	۰/۵۴**	۰/۳۴**	۰/۴۰**	۱						
۵- اشتراکات انسانی	۰/۳۶**	۰/۶۱**	۰/۵۸**	۰/۲۳**	۱					
۶- انزوا	۰/۵۲**	۰/۳۱**	۰/۴۲**	۰/۴۵**	۰/۳۳**	۱				
۷- بهشیاری	۰/۵۹**	۰/۶۱**	۰/۷۱**	۰/۲۴**	۰/۵۲**	۰/۴۲**	۱			
۸- همانندسازی افراطی	۰/۴۴**	۰/۴۸**	۰/۴۱**	۰/۳۷**	۰/۵۵**	۰/۴۷**	۰/۴۷**	۱		
۹- نمره کل شفقت به خود	۰/۶۲**	۰/۳۸**	۰/۴۸**	۰/۳۳**	۰/۵۰**	۰/۳۱**	۰/۵۵**	۰/۶۲**	۱	
۱۰ رفتارهای خود مراقبتی	۰/۴۵**	۰/۵۸**	۰/۵۲**	۰/۲۷**	۰/۴۶**	۰/۳۷**	۰/۵۰**	۰/۳۳**	۰/۳۳**	۱

** معنادار در سطح ۰/۰۱

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 را نشان می‌دهد. بین ذهن‌آگاهی ($r=0/39$, $p<0/01$)، مهربانی با خود ($r=0/38$, $p<0/01$)، قضاوت نسبت به خود ($r=0/36$, $p<0/01$)، اشتراکات انسانی ($r=0/54$, $p<0/01$)، بهشیاری ($r=0/52$, $p<0/01$)، همانندسازی افراطی ($r=0/44$, $p<0/01$)، نمره کل شفقت به خود ($r=0/62$, $p<0/01$) و رفتارهای خودمراقبتی ($r=0/45$, $p<0/01$) با کیفیت زندگی همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد. در شکل ۱ مدل پیشنهادی و برازش شده پژوهش آمده است.

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، 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» استفاده می‌شود که مقدار به دست آمده برای ضریب مردیا باید کمتر از ۴ باشد که بر اساس نتایج مندرج در جدول ۱ مقدار ضریب مردیا ۲/۶۱ دست آمد که نشان دهنده نرمال بودن چندمتغیره توزیع نمرات است. از دیگر مفروضات مدل‌یابی معادلات ساختاری مفروضه استقلال خطاهاست مقدار آماره‌ی دوربین واتسون بین ۱/۵ الی ۲/۵ قرار داشت، لذا می‌توان استقلال خطاها را پذیرفت. مفروضه همخطی چندگانه نیز بررسی



شکل ۱. مدل نهایی پژوهش

جدول ۳. شاخص‌های برازندگی مدل پژوهش

نوع شاخص	شاخص‌ها	مقدار به دست آمده	مقدار قابل قبول
شاخص‌های مطلق	کای اسکوتر هنجار شده (CMIN)	۷۹/۹۰	-
	درجه آزادی	۶۱	-
	CMIN/DF	۲/۵۲	کمتر از ۳
شاخص‌های نسبی	سطح معناداری	۰/۰۰۱	-
	خطای ریشه‌ی مجذور میانگین تقریب (RMSEA)	۰/۰۳	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)	۰/۹۵	بیشتر از ۰/۹۰
شاخص برازش مقتصد (PCFI)	۰/۶۶	بیشتر از ۰/۶۰
شاخص برازش هنجار شده مقتصد (PNFI)	۰/۷۵	بیشتر از ۰/۶۰
شاخص برازندگی افزایشی (IFI)	۰/۹۳	بیشتر از ۰/۹۰
شاخص توکر-لویس (TLI)	۰/۹۷	بیشتر از ۰/۹۰
شاخص نیکویی برازش (GFI)	۰/۹۵	بیشتر از ۰/۹۰
شاخص برازش هنجار شده (NFI)	۰/۹۶	بیشتر از ۰/۹۰

همچنین شاخص RMSEA باید زیر ۰/۰۸ باشد. در این پژوهش شاخص RMSEA برابر ۰/۰۵ می‌باشد که بر اساس مدل کلاین (۲۰۲۳؛ ویسی و همکاران، ۱۴۰۳) نشان دهنده برازش مدل است. مطابق با جدول ۳ میزان شاخص RMSEA معادل ۰/۰۷ به دست آمده است؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که مدل با داده‌ها برازش بسیار خوبی داشته و متناسب است. در ادامه در جدول ۴ ضرایب استاندارد و مستقیم آمده است.

در شکل ۱ مدل نهایی پژوهش آمده است که بر اساس آن ۷۳ درصد از کیفیت زندگی تبیین می‌شود. به عبارتی می‌توان گفت ذهن‌آگاهی و شفقت به خود می‌توانند با نقش میانجی رفتارهای خودمراقبتی ۷۳ درصد از واریانس کیفیت زندگی را تبیین کنند. در جدول ۳ شاخص‌های برازندگی مدل پژوهش آمده است. در این پژوهش روش برآورد پارامتر، روش حداکثر درست‌نمایی (MLE) بوده است. برای پژوهش حاضر، نتایج شاخص‌های برازش مدل از برازش مطلوبی برخوردار است.

جدول ۴. ضرایب مستقیم و استاندارد مدل پژوهش

مسیرهای مستقیم	ضریب استاندارد		ضرایب غیراستاندارد	
	ضریب بتا	ضریب b	خطای معیار	T
ذهن‌آگاهی به کیفیت زندگی	۰/۵۱	۰/۶۰	۰/۱۱	۱۱/۱۲
شفقت به خود به کیفیت زندگی	۰/۵۴	۰/۵۵	۰/۱۳	۷/۸۰
رفتارهای خودمراقبتی به کیفیت زندگی	۰/۴۸	۰/۵۴	۰/۱۴	۹/۱۲
رابطه متقابل شفقت به خود و ذهن‌آگاهی	۰/۷۳	۰/۷۶	۰/۵۶	۱۳/۴۰

جدول ۵. نتایج بوت استروپ مدل پژوهش

مسیرهای غیرمستقیم	اثر استاندارد		فاصله اطمینان		معناداری
	غیرمستقیم	حد پایین	حد بالا	حد بالا	
ذهن‌آگاهی ← رفتارهای خودمراقبتی ← کیفیت زندگی	۰/۶۱	۰/۲۹	۰/۵۲	۰/۵۲	۰/۰۰۱
شفقت به خود ← رفتارهای خودمراقبتی ← کیفیت زندگی	۰/۵۲	۰/۳۱	۰/۴۸	۰/۴۸	۰/۰۰۱

نتیجه‌گیری و بحث

هدف از پژوهش حاضر تدوین مدل ارتباطی کیفیت زندگی، ذهن‌آگاهی و شفقت به خود با میانجی‌گری رفتارهای خودمراقبتی در بیماران دیالیزی بود. نتایج نشان داد که بین ذهن‌آگاهی با کیفیت زندگی رابطه مستقیم وجود دارد. این نتیجه به دست آمده در با نتایج تحقیقات آلیچی و همکاران (۲۰۲۴) و گائو و همکاران (۲۰۲۴) همسویی دارد. در تبیین رابطه مستقیم ذهن‌آگاهی با کیفیت زندگی در بیماران دیالیزی می‌توان گفت که بیماران دیالیزی ذهن‌آگاه می‌توانند از مهارت‌های ذهن‌آگاهی و زندگی در لحظه و اکنون بر تنش‌ها و استرس‌های روزمره زندگی غلبه کنند و از این مهارت‌ها برای بهبود کیفیت زندگی خود استفاده کنند. به این

بر اساس آنچه در جدول ۴ آمده است، مسیرهای ذهن‌آگاهی، شفقت به خود و رفتارهای خودمراقبتی بر روی کیفیت زندگی معنادار است. در جدول ۵ نتایج بوت استروپ شفقت به خود با نقش میانجی رفتارهای خودمراقبتی بر کیفیت زندگی آمده است. برای آزمون معناداری اثر میانجی رفتارهای خودمراقبتی در رابطه بین ذهن‌آگاهی و شفقت به خود با کیفیت زندگی از روش بوت استروپ استفاده شد که نتایج نشان داد رفتارهای خودمراقبتی در رابطه بین ذهن‌آگاهی و شفقت به خود با کیفیت زندگی نقش میانجی دارد.

اجتماعی، شخصیت و بالینی است و علاوه بر آنکه فرد را در مقابل حالات روانی منفی محافظت می‌کند، در تقویت حالات هیجانی مثبت نیز نقش دارد (لوکارد^۴ و همکاران، ۲۰۱۴). فقط خود موجب احساس مراقبت فرد نسبت به خود، آگاهی یافتن، نگرش بدون داوری نسبت به نابسندگی و شکست‌های خود و پذیرش این نکته که تجارب وی نیز بخشی از تجارب معمول بشری است، می‌شود. در واقع شفقت خود پذیرش این نکته است که رنج، شکست و نابسندگی بخشی از شرایط زندگی است و همه انسان‌ها و از جمله خود فرد مستحق مهربانی و شفقت است. لذا مهربان بودن با خود باعث می‌شود فرد کمتر از خود انتقاد کند و از این طریق کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بیشتری را تجربه خواهند کرد. لذا منطقی است گفته شود که بین شفقت به خود با کیفیت زندگی در بیماران دیالیزی رابطه مستقیم وجود دارد.

همچنین نتایج نشان داد که بین رفتارهای خودمراقبتی با کیفیت زندگی رابطه مستقیم وجود دارد. این نتیجه به دست آمده در با نتایج تحقیقات شیرازیان و همکاران (۲۰۲۳) و سید و همکاران (۲۰۲۳) همسویی دارد. در تبیین رابطه مستقیم رفتارهای خودمراقبتی با کیفیت زندگی در بیماران دیالیزی می‌توان گفت که افراد با مشکلات مزمن، شناخت‌هایی متأثر از عوامل بیرونی و درونی از بیماری خود دارند که در صورت همراه شدنش با درک تهدید از بیماری می‌تواند ادراک بیمار از نیازهای جسمش را تحت الشعاع قرار دهد. این موضوع می‌تواند بر روی اتخاذ اقدامات متناسب توسط بیمار در راستای مدیریت بیماری و نیازها اثر بگذارد. به بیانی دیگر درک تهدید از بیماری و حس نداشتن کنترل بر بیماری موجب درک ناصحیح از شرایط، اتخاذ راهبردهای سازگاری غیرموثر و اتخاذ نکردن تدابیر مناسب شده و خودمراقبتی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. بیماران دیالیزی که رفتارهای خودمراقبتی بیشتری دارند و بهتر و بیشتر از دیگر بیماران از دستورات پزشکی پیروی کرده و خودمراقبتی بالاتری دارند، بهتر می‌توانند نسبت به درمان خود پیگیر باشند و همین روند به آنان کمک کرده که کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بیشتری را تجربه کنند. لذا منطقی است گفته شود که بین رفتارهای خودمراقبتی با کیفیت زندگی در بیماران دیالیزی رابطه مستقیم وجود دارد.

در بخش روابط غیرمستقیم نتایج نشان داد که رفتارهای خودمراقبتی می‌تواند در رابطه بین ذهن‌آگاهی با کیفیت زندگی نقش میانجی ایفا کند. از آنجایی که پژوهشی وجود ندارد که نشان

صورت که ذهن آگاهی به بیان دیگر شامل یک آگاهی پذیرا و عاری از قضاوت وقایع جاری است. ذهن آگاهی به عنوان یک قوه ذهنی نامیده می‌شود که توصیف می‌کند که چگونه یک فرد می‌تواند آگاهانه از تجربه لحظه حال آگاه بماند و شرایط فعلی را در نظر بگیرد. ذهن آگاه بودن در فرد باعث می‌شود که وی تمرکز گرای زیادی بر روی خود نداشته باشد (گلدبرگ^۱ و همکاران، ۲۰۲۰) و همین امر باعث می‌شود که فرد افکار و احساسات خود را بدون قضاوت، ارزیابی و پیش فرض و و داوری مشاهده کند و آنها را وقایع ساده ذهنی گذرا در نظر بگیرند (باسلت^۲ و همکاران، ۲۰۲۰). ذهن آگاهی باعث می‌شود توانایی خود را در تحمل هیجانات منفی افزایش دهد و خود را برای مقابله موثر آماده سازد، استرس خود را کاهش دهد و سلامتی خویش را بهبود ببخشد. لذا ذهن آگاه بودن باعث می‌شود فرد توانایی تحمل هیجانات منفی حاصل از بیماری خود را افزایش دهد و از این طریق کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بیشتری را تجربه خواهند کرد. لذا منطقی است گفته شود که بین ذهن آگاهی با کیفیت زندگی در بیماران دیالیزی رابطه مستقیم وجود دارد.

در بخش دیگری از نتایج نشان داد که بین شفقت به خود با کیفیت زندگی رابطه مستقیم وجود دارد. این نتیجه به دست آمده در با نتایج تحقیقات چوکورچی و همکاران (۲۰۲۴)، اسکینر و کوپچر (۲۰۲۴) و بروفی و همکاران (۲۰۲۰) همسویی دارد. در تبیین رابطه مستقیم شفقت به خود با کیفیت زندگی در بیماران دیالیزی می‌توان گفت که افرادی که از تأثیرات مثبت مهربانی آگاه‌اند، از آن به عنوان وسیله‌ای برای حفظ و کنترل سلامتی خود استفاده می‌کنند و همین سبب می‌شود در برابر رویدادهای دشوار زندگی تاب‌آور باشند (کوتر^۳ و همکاران، ۲۰۲۱). شفقت خود به تمایل به مراقبت و درک خود اشاره دارد. هنگامی که همه چیز بد پیش می‌رود، شفقت خود را می‌توان به عنوان یک موضع مثبت نسبت به خود در نظر گرفت. شفقت معمولاً به صورت مهربانی نسبت به دیگران بیان می‌شود؛ اما احساس شفقت نسبت به خود ضروری‌تر از شفقت نسبت به دیگران می‌باشد. شفقت خود موجب احساس مراقبت فرد نسبت به خود، آگاهی یافتن، نگرش بدون داوری نسبت به نابسندگی و شکست‌های خود و پذیرش این نکته که تجارب وی نیز بخشی از تجارب معمول بشری است می‌شود. شفقت خود یک مفهوم نسبتاً جدید در حوزه‌های روانشناسی

1. Goldberg
2. Baslet
3. Kotera

زندگی 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 (کوتر^۳ 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 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^۴ و همکاران، ۲۰۱۵). در واقع، چون شفقت به خود با کاهش هیجانات ناخوشایند، و کاهش استفاده از مقابله‌های ناکارآمد مرتبط است و افزایش عاطفه مثبت و استفاده از مقابله‌های کارآمدتر را به دنبال دارد (بناتو^۵ 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 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 این باعث می‌شود که کیفیت زندگی بیماران بهتر از سایر بیماران دیالیزی باشد. لذا منطقی است گفته شود که رفتارهای خودمراقبتی می‌تواند در رابطه بین شفقت به خود با کیفیت زندگی نقش میانجی ایفا کند.

تحقیق حاضر دارای چندین محدودیت بود؛ ابتدا اینکه مطالعه حاضر وجود داشته باشد. بیماران دیالیزی از شهر کاشان بودند، بنابراین کاربرد بین فرهنگی نتایج محدود است. 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 کیفیت زندگی 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 می

داده باشد رفتارهای خودمراقبتی می‌تواند در رابطه بین ذهن‌آگاهی با کیفیت زندگی 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 ذهن‌آگاهی (آلیجی و همکاران، ۲۰۲۴؛ گائو و همکاران، ۲۰۲۴) و رفتارهای خودمراقبتی (شیرازیان و همکاران، ۲۰۲۳؛ سید و همکاران، ۲۰۲۳) با کیفیت زندگی رابطه وجود دارد. در تبیین این نتیجه به دست آمده می‌توان گفت که ذهن‌آگاهی 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^۱ و همکاران، ۲۰۲۰). به بیان دیگر، ذهن‌آگاهی شامل یک آگاهی پذیرا و عاری از قضاوت وقایع جاری است (کرسول^۲ و همکاران، ۲۰۱۹). ذهن‌آگاهی، 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 ذهن‌آگاهانه 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 افزایش کیفیت زندگی افراد دیالیزی شود. لذا وقتی فرد دیالیزی با ذهن‌آگاه 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 کیفیت زندگی بهتری را تجربه کنند. لذا منطقی است گفته شود که رفتارهای خودمراقبتی می‌تواند در رابطه بین ذهن‌آگاهی با کیفیت زندگی نقش میانجی ایفا کند.

همچنین، در بخش روابط غیرمستقیم نتایج نشان داد که رفتارهای خودمراقبتی می‌تواند در رابطه بین شفقت به خود با کیفیت زندگی نقش میانجی ایفا کند. از آنجایی که پژوهشی وجود ندارد که نشان داده باشد رفتارهای خودمراقبتی می‌تواند در رابطه بین شفقت به خود با کیفیت زندگی 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 (چوکورجی و همکاران، ۲۰۲۴؛ اسکینر و کوچر، ۲۰۲۴؛ بروفی و همکاران، ۲۰۲۰) و رفتارهای خودمراقبتی (شیرازیان و همکاران، ۲۰۲۳؛ سید و همکاران، ۲۰۲۳) با کیفیت

3. Kotera
4. Sirois
5. Beato

1. Emerson
2. Creswell

برای بهبود کیفیت زندگی در این بیماران پیشنهاد می‌شود.

سیاسگزاری

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.

تواند به درک مکانیسم‌های دخیل و تاثیرگذار بر کیفیت زندگی کمک کند. این مطالعه نشان داد که ذهن‌آگاهی و شفقت به خود با نقش میانجی رفتارهای خودمراقبتی عوامل کلیدی برای پیش‌بینی کیفیت زندگی در بیماران دیالیزی هستند. در مجموع نتایج نشان داد که ذهن‌آگاهی و شفقت به خود می‌توانند با میانجی‌گری رفتارهای خودمراقبتی، کیفیت زندگی را تبیین کنند. لذا می‌توان نتیجه‌گیری کرد که ذهن‌آگاهی و شفقت خود علاوه بر تاثیرات مستقیم خود بر کیفیت زندگی بیماران، می‌توانند با میانجی‌گری رفتارهای خودمراقبتی بر کیفیت زندگی این بیماران تاثیرگذار باشد. لذا نتایج به تقویت و مداخله در کیفیت زندگی این بیماران کمک می‌کند. بنابراین، با توجه به یافته‌های این پژوهش و اهمیت نقش ذهن‌آگاهی و شفقت به خود در کیفیت زندگی بیماران دیالیزی استفاده از آموزش ذهن‌آگاهی و درمان مبتنی بر شفقت به خود

References

- Abdollahi, A., Taheri, A., & Allen, K. A. (2020). Self-compassion moderates the perceived stress and self-care behaviors link in women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 29 (5), 927-933. <https://doi.org/10.1002/pon.5369>
- Aliche, C. J., Ifeagwazi, C. M., Nwamarah, J. U., Okechukwu, F. O., & Ngwu, E. C. (2024). Mediating roles of positive reappraisal and stigma resistance in the relationship between mindfulness and quality of life among stable schizophrenia patients. *Current Psychology*, 43 (4), 3124-3133. <https://doi.org/10.1007/s12144-023-04563-8>
- 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.jsps.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>
- Arpacı, 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>
- Baslet, G., Ehler, A., Oser, M., & Dworetzky, B. A. (2020). Mindfulness-based therapy for psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsy & Behavior*, 103(2), 5-12. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2019.106534>
- Bat-Erdene, E., Tumurbaatar, E., Tumur-Ochir, G., Jamiyandorj, O., Jadamba, T., Yamamoto, E., ... & Lkhagvasuren, B. (2023). Validation of the abbreviated version of the World Health Organization Quality of Life in Mongolia: a population-based cross-sectional study among adults in Ulaanbaatar. *Nagoya Journal of Medical Science*, 85 (1), 79-92. <https://doi.org/10.18999/njms.85.1.79>
- 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>
- 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>
- Brophy, K., Brähler, E., Hinz, A., Schmidt, S., & Körner, A. (2020). The role of self-compassion in the relationship between attachment, depression, and quality of life. *Journal of affective disorders*, 260 (1), 45-52.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.08.066>
- 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>
- Carswell, C., Reid, J., Walsh, I., McAneney, 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>
- Chukwuorji, J. C., Odi, C. P., Chike-Okoli, A., Morah, N. M., Osondu, O. M., Rukmi, D. K., ... & Eze, J. E. (2024). Health-related quality of life of people living with HIV: contributions of emotion regulation and self-compassion. *Venereology*, 3(3), 136-146.
<https://doi.org/10.3390/venereology3030011>
- 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>
- Dehghani, M., Rahimi, B., Makhdomi, K., & Jebraeily, M. (2023). Determining Key Performance Indicators in Dialysis Management Dashboard for Monitoring Service Quality. *JMIS*, 9 (1), 46-55. (In Persian)
<http://dx.doi.org/10.32598/JMIS.9.1.8>
- Dehghani, Z., Mardani, Z., & Rezvanian, H. (2024). The Effectiveness of Compassion Focused Therapy on Improving Treatment Adherence & Blood Lipids (Cholesterol, Triglycerides, LDL & HDL) in Patients with type 2 Diabetes. *Health Psychology*, 13 (50), 77-96. (In Persian)
<https://doi.org/10.30473/hpj.2024.67476.5785>
- Doan, V., Shoker, A., & Abdelrasoul, A. (2024). Quality of Life of Dialysis Patients: Exploring the Influence of Membrane Hemocompatibility and Dialysis Practices on Psychosocial and Physical Symptoms. *Journal of Composites Science*, 8 (5), 172-182.
<https://doi.org/10.3390/jcs8050172>
- 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>
- 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.
- Gao, T. Y., Huang, F. H., Liu, T., Sum, R. K. W., De Liu, J., Tang, D., ... & Ma, R. S. (2024). The role of physical literacy and mindfulness on health-related quality of life among college students during the COVID-19 pandemic. *Scientific Reports*, 14 (1), 237-247.
<https://doi.org/10.1038/s41598-023-50958-9>
- Ghasemi Jobaneh, R., Arab Zadeh, M., Jalili Nikoo, S., Mohammad Alipoor, Z., & Mohsenzadeh, F. (2015). Survey the Validity and Reliability of the Persian Version of Short Form of Freiburg Mindfulness Inventory. *JRUMS*, 14 (2): 137-150. (In Persian)
<http://dorl.net/dor/20.1001.1.17353165.1394.14.2.5.5>
- Goldberg, D. P., & Hillier, V. F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological medicine*, 9 (1), 139-145.
<https://doi.org/10.1017/s0033291700021644>
- Goldberg, S. B., Knoopel, C., Davidson, R. J., & Flook, L. (2020). Does practice quality mediate the relationship between practice time and outcome in mindfulness-based stress reduction?. *Journal of counseling psychology*, 67(1), 115-121.
<https://doi.org/10.1037/cou0000369>
- Heydari Aghdam, B., Khademi, A.L., & Zahedi, R. (2021). Prediction of self-care behavior based on self-compassion and health locus of control among diabeting patients. *Nursing and Midwifery Journal*, 18 (12), 977-985. (In Persian) <https://unmf.umsu.ac.ir/article-1-4158-fa.html>
- 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>
- 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>
- Kamaloddini, M.H., & Saravani, K. (2021). A comparative study of the quality of life in patients undergoing hemodialysis and kidney transplant recipients: systematic review and meta-analysis. *Tehran Univ Med J*, 78 (12), 853-858. (In Persian)
<http://tumj.tums.ac.ir/article-1-11070-fa.html>
- 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>

- Khanjani, S., Foroughi, A.A., Sadghi, K., & Bahrainian, S.A. (2016). Psychometric properties of Iranian version of self-compassion scale (short form). *Pajooohande*, 21 (5), 282-289. (In Persian) <http://pajooohande.sbm.ac.ir/article-1-2292-fa.html>
- 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>
- 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>
- Lockard, A. J., Hayes, J. A., Neff, K., & Locke, B. D. (2014). Self-compassion among college counseling center clients: An examination of clinical norms and group differences. *Journal of College Counseling*, 17(3), 249-259. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1002/j.2161-1882.2014.00061.x>
- 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>
- 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>
- Najafi, E., Mosavipour, S., & Sajadi Nezhad, M.S. (2023). The effectiveness of intervention program of meaning therapy on general well-being, resilience and quality of life of patients with multiple sclerosis. *Rooyesh*. 11 (12), 85-96. (In Persian) <http://dorl.net/dor/20.1001.1.2383353.1401.11.1.2.8.7>
- 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>
- 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>

- Rezvani, S. R., Abolghasemi, S., & Farhangi, A. (2023). Presenting the model of self-care behaviors of pregnant women based on health literacy and mindfulness with the mediation of a health-oriented lifestyle. *Journal of Applied Family Therapy*, 3 (5), 176-195. (In Persian) <https://doi.org/10.22034/aftj.2022.340540.1558>
- Rock, L. Y., Tajudeen, F. P., & Chung, Y. W. (2024). Usage and impact of the internet-of-things-based smart home technology: a quality-of-life perspective. *Universal Access in the Information Society*, 23 (1), 345-364. <https://doi.org/10.1007/s10209-022-00937->
- Seid, S. S., Amendoeira, J., & Ferreira, M. R. (2023). Self-Care and Quality of Life Among Adult Patients with Heart Failure: Scoping Review. *SAGE Open Nursing*, 9 (1), 1-10. <https://doi.org/10.1177/23779608231193719>
- 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>
- Shirazian, S., Smaldone, A. M., Jacobson, A. M., Fazzari, M. J., & Weinger, K. (2023). Improving quality of life and self-care for patients on hemodialysis using cognitive behavioral strategies: A randomized controlled pilot trial. *Plos one*, 18 (5), 1-10. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0285156>
- 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>
- Skinner, C. M., & Kuijer, R. G. (2024). Self-compassion and health-related quality of life in individuals with endometriosis. *Psychology & Health*, 1 (2), 1-18. <https://doi.org/10.1080/08870446.2024.2325506>
- Soleymany, E., & Sarifi, P. (2023). The Role of Self-Compassion, Emotion Regulation, and Corona Anxiety in Predicting the Self-Care Behaviors of Family Members of People with Covid-19. *Health Psychology*, 11 (44), 121-136. (In Persian) <https://doi.org/10.30473/hpj.2023.61062.5361>
- Tamannaefar, M., Mansourinik, A., & Malekzadeh Kashani, F. (2024). Relationship between Insecure Attachment Style and Quality of Life in Chronic Pain Patients: The Mediating Role of Alexithymia and Moderating of Resilience. *Health Psychology*, 13 (50), 45-62. (In Persian) <https://doi.org/10.30473/hpj.2024.68731.5868>
- 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>
- 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>
- Veisi, S., Kashefi, F., & Imani, S. (2024). Fitness the Causal-Structural Relationships of Successful Intelligence with Wisdom with the Mediation of Musical Intelligence in Piano Players. *Social Psychology Research*, 14 (54), 1-14. (In Persian) <https://doi.org/10.22034/spr.2024.424119.1877>
- Vo, A. K., Somani, B. K., Ulvik, Ø., Beisland, C., Seitz, C., & Juliebø-Jones, P. (2024). Measuring quality of life in patients with kidney stone disease: is it the future in endourology?. *Current Opinion in Urology*, 34 (2), 91-97. <https://doi.org/10.1097/MOU.0000000000001138>
- Walach, H., Buchheld, N., Büttenmüller, 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>

World Health Organization. (2004). *The world health organization quality of life (WHOQOL)-BREF* (No. WHO/HIS/HSI Rev. 2012.02). World Health Organization. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/77773/WHO_HIS_HSI_Rev.2012.02_eng.pdf

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>

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>