



Comparison of the efficacy of cognitive behavioral group therapy and mindfulness-based cognitive therapy on the life expectancy of dialysis patients

Bahareh Hasani¹, Biuok Tajeri², Farahnaz Meschi³, Alireza Shokrgozar⁴, Nasrin Razavianzadeh⁵

1. Ph.D Candidate in Health Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran. E-mail: bahar.hasani1364@gmail.com

2. Assistant Professor, Department of Health Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran. E-mail: btajeri@yahoo.com

3. Assistant Professor, Department of Health Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran. E-mail: fa-meschi@yahoo.com

4. Assistant Professor, Department of Health Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran. E-mail: a-shokrgozar29@kiau.ac.ir

5. Assistant Professor, Department of Medical Sciences, Shahrood Branch, Islamic Azad University, Shahrood, Iran. E-mail: nasrinrazavianzadeh@gmail.com

ARTICLE INFO

Article type:

Research Article

Article history:

Received 27 December 2024

Received in revised form 24 January 2025

Accepted 28 February 2025

Published Online 23 July 2025

Keywords:

life expectancy,
cognitive behavioral
therapy,
mindfulness-based
cognitive therapy,
dialysis patients

ABSTRACT

Background: Patients undergoing dialysis face numerous physical and psychological challenges that can affect their life expectancy. Among these, psychotherapeutic interventions such as cognitive-behavioral group therapy and mindfulness-based cognitive therapy have been recognized as effective methods for improving mental health. However, the comparison of the effectiveness of these two methods in increasing life expectancy in dialysis patients has been less explored.

Aims: The present study aimed to compare the effectiveness of cognitive-behavioral group therapy and mindfulness-based cognitive therapy on the life expectancy of dialysis patients.

Methods: The research method was quasi-experimental, of the pre-test-post-test type with a control group and a three-month follow-up. The statistical population of this study included all dialysis patients referred to the dialysis center of Khatam Al-Anbia Hospital in Shahrud city in the year 1402 (2023), totaling 211 individuals. From the statistical population, 45 individuals were selected through purposive sampling. The research tool included the Life Expectancy Questionnaire (Snyder, 1991). The cognitive-behavioral therapy protocol (Valsaraj et al., 2021) and mindfulness-based cognitive therapy (Segal et al., 2023) were implemented for the experimental groups. Data were analyzed using mixed analysis of variance (ANOVA) in SPSS version 25.

Results: The findings showed that both cognitive-behavioral therapy and mindfulness-based cognitive therapy had a significant effect on the life expectancy of dialysis patients in the post-test ($P < 0.001$). There were differences in life expectancy scores across the three stages of pre-test, post-test, and follow-up, regardless of the type of intervention. Among the two intervention methods, cognitive-behavioral therapy was more effective in increasing the life expectancy of dialysis patients ($P < 0.001$).

Conclusion: The results indicate that the use of psychotherapeutic interventions, especially cognitive-behavioral therapy, can be considered as a practical strategy for improving life expectancy and enhancing the mental health of dialysis patients.

Citation: Hasani, B., Tajeri, B., Meschi, F., Shokrgozar, A., & Razavianzadeh, N. (2025). Comparison of the efficacy of cognitive behavioral group therapy and mindfulness-based cognitive therapy on the life expectancy of dialysis patients. *Journal of Psychological Science*, 24(149), 181-196. [10.52547/JPS.24.149.181](https://doi.org/10.52547/JPS.24.149.181)

Journal of Psychological Science, Vol. 24, No. 149, 2025

© The Author(s). DOI: [10.52547/JPS.24.149.181](https://doi.org/10.52547/JPS.24.149.181)



✉ **Corresponding Author:** Biuok Tajeri, Assistant Professor, Department of Health Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

E-mail: btajeri@yahoo.com, Tel: (+98) 9123476926

Extended Abstract

Introduction

Chronic kidney disease (CKD) is a significant global health concern, with end-stage renal disease (ESRD) requiring dialysis being one of its most severe manifestations. Dialysis patients often experience a multitude of physical, psychological, and social challenges, including fatigue, depression, anxiety, and a diminished quality of life (Chen et al., 2021). These challenges can significantly impact their life expectancy and overall well-being. Life expectancy, defined as an individual's hope and optimism for the future, is a critical psychological construct that influences coping mechanisms, adherence to treatment, and overall mental health in chronic illness populations (Snyder et al., 1991). For dialysis patients, maintaining a sense of hope is particularly crucial, as it can mitigate the psychological burden of their condition and improve treatment outcomes (Babamohamadi et al., 2021).

In recent years, psychotherapeutic interventions have gained attention as effective approaches to address the mental health challenges faced by dialysis patients. Among these, cognitive-behavioral therapy (CBT) and mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) have emerged as promising modalities. CBT focuses on identifying and modifying maladaptive thought patterns and behaviors, thereby improving emotional regulation and coping strategies (Hofmann et al., 2020). On the other hand, MBCT integrates mindfulness practices with cognitive therapy, emphasizing present-moment awareness and acceptance to reduce psychological distress (Segal et al., 2023). Both interventions have demonstrated efficacy in improving mental health outcomes in various chronic illness populations, including those with CKD (Valsaraj et al., 2021; Zhang et al., 2022). Despite the growing body of evidence supporting the benefits of CBT and MBCT, there is limited research comparing their effectiveness in enhancing life expectancy among dialysis patients. Life expectancy, as a psychological construct, is closely linked to mental health and can be influenced by therapeutic interventions that address hopelessness, depression, and anxiety (Babamohamadi et al., 2021). Given the

unique challenges faced by dialysis patients, it is essential to identify which therapeutic approach is more effective in fostering hope and improving psychological resilience in this population.

Recent studies have highlighted the potential of CBT in improving life expectancy and mental health outcomes in chronic illness populations. For instance, a study by Valsaraj et al. (2021) demonstrated that CBT significantly reduced depressive symptoms and enhanced hope in patients with chronic illnesses, including CKD. Similarly, mindfulness-based interventions have shown promise in improving emotional well-being and quality of life in dialysis patients. Zhang et al. (2022) found that MBCT significantly reduced anxiety and improved life satisfaction in individuals undergoing dialysis. However, direct comparisons between these two interventions in the context of dialysis patients remain scarce, underscoring the need for further research.

This study aims to address this gap by comparing the effectiveness of cognitive-behavioral group therapy and mindfulness-based cognitive therapy on the life expectancy of dialysis patients. By employing a quasi-experimental design with a three-month follow-up, the study seeks to provide insights into the relative efficacy of these interventions in enhancing hope and psychological well-being in this vulnerable population. The findings of this research have the potential to inform clinical practice and guide the development of targeted psychotherapeutic interventions for dialysis patients, ultimately improving their quality of life and treatment outcomes.

Method

The research method was a quasi-experimental pre-test/post-test design with a control group, including a three-month follow-up. The statistical population of this study included all 211 dialysis patients referred to the dialysis center of Imam Khomeini Hospital in Shahroud County in 2023. Out of the statistical population, 45 individuals were selected through purposive sampling. The inclusion criteria for the study were informed consent, an age range of 25 to 60 years, at least six months of dialysis treatment, and minimum literacy required for reading and writing. The exclusion criteria for the experimental group

included missing more than two intervention sessions, unwillingness to continue attending the sessions, or non-compliance with the intervention. After selecting the participants using demographic forms and consent forms, 45 individuals who met the inclusion criteria and agreed to participate in the treatment sessions were selected through purposive sampling. They were randomly divided into three groups of 15 individuals each (two experimental groups and one control group) using simple randomization via a lottery system. After sample selection, initial explanations about the interventions were provided to the experimental groups, and they were asked to actively participate in all sessions. General principles, rules, and objectives of the group were discussed. Both experimental groups underwent separate treatments: cognitive-behavioral therapy (CBT) and mindfulness-based cognitive therapy (MBCT), while no intervention was administered to the control group. The seating arrangement was in a semi-circle to facilitate group participation. The intervention sessions were conducted in a group format, lasting approximately 90 minutes per session. After the final stage, the participants completed the questionnaire again. Additionally, to evaluate the stability of the treatment results after three months, participants were asked to fill out the questionnaire once more. The therapies were conducted in a counseling room designed for teaching purposes, under the supervision of a psychologist. It is worth noting that the educational materials were made available to the control group after the study concluded.

Results

In total, 11.63% of the participants were aged 25-34 years, 27.9% were aged 35-44 years, 37.2% were aged 45-54 years, and 23.3% were aged 55-60 years. The results of a one-way ANOVA on the mean age of the experimental and control groups showed that the F-value of the analysis was 0.087 ($p > 0.05$), indicating no significant difference in the mean age between the experimental and control groups. Regarding education, 27.9% of the participants had a secondary school diploma, 44.19% had a high school diploma, 4.65% had post-secondary education,

20.93% had a bachelor's degree, and 2.32% had a master's degree or higher.

At the post-test stage, the mean scores of life hope in the cognitive-behavioral therapy and mindfulness-based cognitive therapy groups were significantly higher than those in the control group. Thus, it can be concluded that both types of therapy were effective in increasing life hope scores in the post-test phase. Similarly, during the follow-up stage, the means of the cognitive-behavioral therapy and mindfulness-based cognitive therapy groups remained significantly higher than those of the control group. Therefore, it can be inferred that both therapies significantly enhanced life hope even during the follow-up stage.

The results of the Shapiro-Wilk test for therapeutic adherence in all three groups ($p > 0.05$) indicated that the data were normally distributed. According to Levene's test, the variances of the three groups were equal and homogeneous, confirming the assumption of homogeneity of variances. Since no significant interaction was observed, the assumption of homogeneity of regression slopes was also confirmed. To examine the homogeneity of variances, Levene's test was used, yielding p-values of 0.351 for the pre-test, 0.207 for the post-test, and 0.223 for the follow-up, indicating no violation of variance homogeneity. The results of the Box's M test showed that the covariance matrices were valid in the multivariate case ($p > 0.05$). Mauchly's sphericity test for self-esteem ($\chi^2 = 27.66$, $p = 0.231$) was not significant. Given that the assumptions of normal distribution, homogeneity of variances, equality of error variances, and homogeneity of linear slopes were not violated, the researcher was justified in using analysis of variance (ANOVA).

Table 1. Results of mixed analysis of variance test for the effect of group and measurement time on life expectancy scores

Source	SS	DF	MS	F	Sig
Group	79148	2	7216.2	19.03	0.001
Error	7821/29	42	3629.82		
Within					
Time	4267.49	2	2618.02	39.04	0.001
Time & Group	15482.1	4	5825.10	33.33	0.001
Error	2170.37	39	83.72		

In order to examine the effects of the group factor and the time factor on life hope scores, a mixed-design analysis of variance (ANOVA) was conducted. The results indicated that both cognitive-behavioral therapy and mindfulness-based cognitive therapy had significant effects on increasing life hope scores in the post-test phase. According to the findings presented in the table, both therapeutic approaches—cognitive-behavioral therapy and mindfulness-based cognitive therapy—had a significant impact on life hope scores in the post-test. Additionally, the effect of the time factor on life hope scores was significant during the follow-up stage. Therefore, there were differences in life hope scores across the three stages: pre-test, post-test, and follow-up, regardless of the group. Furthermore, the interaction effect between group and time was also significant, indicating that the group effect varied depending on the measurement time points.

Moreover, by considering the eta-squared value of 0.38, it can be concluded that the experimental intervention led to changes in the experimental group, with 38% of the total variance attributed to the experimental manipulation. This suggests that the treatment had an impact on life hope. Consequently, regarding the hypotheses related to the effectiveness of these two therapies in increasing life hope among dialysis patients, the null hypothesis is rejected, and the research hypothesis is confirmed. This means that both experimental approaches—cognitive-behavioral therapy and mindfulness-based cognitive therapy—were effective in enhancing life hope among dialysis patients.

In summary, the study demonstrates that both therapeutic methods significantly contributed to improving life hope in dialysis patients, confirming the efficacy of these interventions in this context.

Table 2. Bonferroni post hoc test to examine the interaction between groups on life expectancy

V	Group	Mean differences	Sd	Sig
CBT	MBCT	5.13	3.12	0.001
	Control	8.72	3.79	0.001
MBCT	Control	4.63	3.06	0.001

Given that the mean differences were positive, and the mean score of the cognitive-behavioral therapy group was higher than that of the mindfulness-based

cognitive therapy group, it can be concluded that among the two therapeutic approaches—cognitive-behavioral therapy and mindfulness-based cognitive therapy—the cognitive-behavioral therapy approach was more effective in enhancing life hope among dialysis patients. This suggests that while both methods contributed positively to increasing life hope, cognitive-behavioral therapy demonstrated greater efficacy in this specific context, making it the preferred choice for improving life hope in dialysis patients.

Conclusion

The present study was conducted with the aim of comparing the effectiveness of cognitive-behavioral group therapy and mindfulness-based cognitive therapy on the life hope of dialysis patients. One of the findings of this study was that cognitive-behavioral therapy was effective in improving life hope among dialysis patients compared to the control group. Additionally, no similar finding demonstrating the effectiveness of this type of therapy based on the interaction of the two factors of group and time was found in Iran. However, the findings of this research are consistent with those reported in similar studies by other researchers, including Gonzalez et al. (2022), Sco et al. (2020), and Yasay et al. (2023). To explain the effectiveness of cognitive-behavioral therapy, it can be said that likely modifying cognitive and emotional factors led to the improvement of life hope in dialysis patients. This is because negative emotions and feelings are part of the behavioral inhibition system that can lead to a decrease in life hope in individuals. Patients, due to their lack of cognitive and behavioral skills in controlling stressful environmental events, often adopt a perspective of doubt regarding their own abilities and are constantly worried about negative evaluations by others regarding themselves and their behaviors. Cognitive-behavioral therapy, by focusing on the cognitive, behavioral, and emotional components related to the disease, aims to prevent the emergence of negative emotions by correcting and reconstructing ineffective and distressing thoughts, thereby enhancing the level of positive behavioral and emotional experiences and strengthening the quality of life of patients (Smith et al., 2022).

Another finding of the current study was that mindfulness-based cognitive therapy was effective in improving life hope among dialysis patients. This finding is consistent with the studies by Classen et al. (2018) and Smith et al. (2019). In explaining this finding, it can be stated that mindfulness is an approach that emphasizes accepting awareness of the present moment without judgment. Therapy based on this approach helps individuals better cope with negative thoughts, frightening feelings, and stress that are usually experienced automatically and unconsciously (Sco et al., 2020). This method teaches patients to pay full attention to their present experiences and to observe them with awareness instead of succumbing to unhealthy thought or behavioral patterns. For patients suffering from kidney disorders who face numerous physical, psychological, and social challenges, this type of therapy plays an important role. Dialysis patients often encounter significant stress, which can reduce their level of hope.

Another finding of the current study was that cognitive-behavioral therapy had greater effectiveness compared to mindfulness-based cognitive therapy. This finding is consistent with the studies by Classen et al. (2018) and Smith et al. (2019). In explaining this finding, it can be said that cognitive-behavioral therapy is a structured and goal-oriented approach that focuses on identifying and changing negative thought patterns and unhealthy behaviors. This method provides patients with specific tools to help them practically deal with everyday challenges. The direct focus of this therapy on problem-solving and precise planning for achieving goals enhances feelings of self-efficacy and

hope for life (Sco et al., 2020). Dialysis patients, who face multiple physical, psychological, and social problems, need solutions that are quick and practical to implement. Cognitive-behavioral therapy, with its emphasis on changing thought and behavior patterns, better addresses this need.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines: This article is taken from the doctoral dissertation of the first author in the field of Psychology. In order to maintain the observance of ethical principles in this study, an attempt was made to collect information after obtaining the consent of the participants. Participants were also reassured about the confidentiality of the protection of personal information and the presentation of results without mentioning the names and details of the identity of individuals

Funding: This study was conducted as a PhD thesis with no financial support.

Authors' contribution: The first author was the senior author, the second were the supervisors and the third was the advisors.

Conflict of interest: the authors declare no conflict of interest for this study.

Acknowledgments: We hereby sincerely thank and appreciate the efforts and cooperation of the medical personnel involved in the study, who played the role of facilitator and coordinator in implementing this research.



مقایسه اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر امید به زندگی بیماران دیالیزی

بهاره حسنی^۱، بیوک تاجری^۲، فرحناز مسچی^۳، علیرضا شکرگزار^۴، نسرین رضویانزاده^۵

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.
۲. استادیار، گروه روانشناسی سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.
۳. استادیار، گروه روانشناسی سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.
۴. استادیار، گروه روانشناسی سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.
۵. استادیار، گروه پزشکی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، ایران.

چکیده

مشخصات مقاله

نوع مقاله:

پژوهشی

تاریخچه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۳/۱۰/۰۷

بازنگری: ۱۴۰۳/۱۱/۰۵

پذیرش: ۱۴۰۳/۱۲/۱۰

انتشار برخط: ۱۴۰۴/۰۵/۰۱

کلیدواژه‌ها:

امید به زندگی،

درمان شناختی رفتاری،

درمان شناختی مبتنی بر ذهن

آگاهی،

بیماران دیالیزی

زمینه: بیماران تحت دیالیز با چالش‌های جسمی و روانی متعددی روبرو هستند که می‌تواند امید به زندگی آن‌ها را تحت تأثیر قرار دهد. در این میان، مداخلات روان درمانی مانند گروه درمانی شناختی رفتاری و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی به عنوان روش‌های مؤثر برای بهبود سلامت روان شناخته شده‌اند. با این حال، مقایسه اثربخشی این دو روش بر افزایش امید به زندگی در بیماران دیالیزی کمتر مورد بررسی قرار گرفته است.

هدف: پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر امید به زندگی بیماران دیالیزی انجام شد.

روش: روش پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه همراه با پیگیری سه ماهه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی بیماران دیالیزی مراجعه کننده به مرکز دیالیز بیمارستان خاتم‌الانبیا در شهرستان شاهرود در سال ۱۴۰۲ به تعداد ۲۱۱ نفر بودند. از بین افراد جامعه آماری، ۴۵ نفر با نمونه گیری هدفمند انتخاب شد. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه امید به زندگی (اسنایدر، ۱۹۹۱) بود. پروتکل درمان شناختی-رفتاری (والساراج و همکاران، ۲۰۲۱) و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (سگال و همکاران، ۲۰۲۳) برای گروه‌ها آزمایش اجرا شد. داده‌ها با استفاده از آزمون آماری تحلیل واریانس آمیخته در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۵ تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که دو شیوه مداخله درمان شناختی رفتاری و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر امید به زندگی بیماران دیالیزی در پس آزمون اثر معنی دار داشت ($P < 0/001$). بین نمرات امید به زندگی در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری صرف نظر از نوع مداخله، تفاوت وجود داشت. از بین دو روش مداخله درمان شناختی رفتاری و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی، درمان شناختی رفتاری در افزایش امید به زندگی در بیماران دیالیزی مؤثرتر بود ($P < 0/001$).

نتیجه گیری: نتایج بیانگر آن است که استفاده از مداخلات روان درمانی، به ویژه شناختی رفتاری، می‌تواند به عنوان یک راهکار کاربردی در بهبود امید به زندگی و ارتقای سلامت روان بیماران تحت دیالیز مورد توجه قرار گیرد.

استناد: حسنی، بهاره؛ تاجری، بیوک؛ مسچی، فرحناز؛ شکرگزار، علیرضا؛ و رضویانزاده، نسرین (۱۴۰۴). مقایسه اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر امید به زندگی بیماران دیالیزی. مجله علوم روانشناختی، دوره ۲۴، شماره ۱۴۹، ۱۸۱-۱۹۶.

مجله علوم روانشناختی، دوره ۲۴، شماره ۱۴۹، ۱۴۰۴. DOI: [10.52547/JPS.24.149.181](https://doi.org/10.52547/JPS.24.149.181)



مقدمه

نارسایی مزمن کلیه^۱ امروزه به عنوان یک چالش فراگیر مطرح بوده و به دلیل ایجاد ناتوانی به یکی از عوامل اصلی کاهش دهنده سلامتی عمومی تبدیل شده است. دو میلیون نفر در سراسر جهان از روش دیالیز استفاده می کنند (ریمینگتون و همکاران، ۲۰۲۴). در بیماران نارسایی کلیه، همودیالیز به عنوان مداخله اصلی جهت جبران کاهش عملکرد طبیعی کلیه مورد استفاده قرار می گیرد. درمان به روش همودیالیز جهت افزایش طول عمر، کاهش عوارض و بهبود کیفیت زندگی ارائه می گردد. با این حال این روش منجر به بهبود عملکرد کلیه ها نشده و در درمان بیماری زمینه ای کلیه نقشی ایفا نمی کند (اینیگو و همکاران، ۲۰۲۳). سلامت عمومی در این بیماران با امید به زندگی می تواند مرتبط باشد. امید به زندگی شامل دو بعد هدف گذاری و راهبردی است و نشان دهنده احساس ارزشمندی و معنا در زندگی، توانایی فرد در تصور آینده ای مطلوب، و اعتماد به نفس فرد در دستیابی به آن آینده است. امید به زندگی بیماران دیالیزی می تواند تحت تأثیر شرایط بیماری، محدودیت ها و چالش های زندگی، و عوامل فردی و محیطی قرار گیرد (دی پرو و همکاران، ۲۰۲۲). امید زمینه را برای افزایش دانش و آگاهی فراهم می کند و موجب برخورد منطقی با بیماری در افراد می گردد. بهبود امیدواری در بیماران همودیالیزی با کاهش اضطراب، استرس و افسردگی ارتباط دارد (کروگر، ۲۰۲۴).

امید به زندگی به عنوان یک نیروی درونی تعریف شده است که می تواند باعث غنای زندگی شود و بیماران را قادر سازد که چشم اندازی فراتر از وضعیت کنونی و نابسامان درد و رنج خود را ببینند. فقدان امید به زندگی و هدف دار نبودن زندگی منجر به کاهش کیفیت آن و ایجاد باورهای یاس آور می شود (اینیگو و همکاران، ۲۰۲۳). امیدواری یک الگوی با ثبات از خویشتن در ارتباط با اهداف اساسی زندگی فرد است. بسیاری از محققان معتقدند که امیدواری تجسمی است از استعدادها و انگیزه های ادراک شده برای رسیدن به اهداف مهم زندگی که همراه با یک هیجان مثبت دریافت می شود (گیلزی و همکاران، ۲۰۲۲). تفکر مسیرهای متنوعی دارد که شامل راهبردهای مورد نیاز برای رسیدن به اهداف شده و خودکارآمدی و انگیزه از مهم ترین مولفه های امیدواری در نظر گرفته می شوند. امید به

¹. Chronic kidney failure

عنوان یک مکانیسم درونی قدرتمند می تواند انگیزه افراد جهت تلاش برای برون رفت از وضعیت کنونی را افزایش داده و با تصور شرایط بهبود بعد از بیماری، در یک رابطه هم افزایی موجب افزایش بیشتر امید در افراد خواهد شد (کونیداس و کاستورا، ۲۰۲۲). با توجه به پیامدهای دیالیز و در جهت بهبود وضعیت این بیماران، روش های درمانی متعددی مورد استفاده قرار گرفته است. یکی از درمان های مؤثر در این زمینه، درمان شناختی رفتاری است. این روش یک رویکرد روان درمانی ساختاریافته و کوتاه مدت است که بر شناسایی و تغییر الگوهای فکری و رفتاری منفی تمرکز دارد (کافمن و همکاران، ۲۰۲۱). در این درمان، از تکنیک هایی مانند بازسازی شناختی، مواجهه تدریجی و آموزش مهارت های مقابله ای استفاده می شود تا به بیماران کمک کند افکار و رفتارهای ناسالم را تشخیص داده و آن ها را با الگوهای مثبت و سازنده جایگزین کنند. درمان شناختی رفتاری به طور گسترده در بهبود شرایط روانی مختلف، از جمله افسردگی، اضطراب و استرس، مورد استفاده قرار گرفته و اثربخشی آن در افزایش سلامت روان و بهبود کیفیت زندگی به طور علمی تأیید شده است (دروژک و انراه، ۲۰۲۰). درمان شناختی رفتاری به بیماران کمک می کند تا با افکار، احساسات و رفتارهای ناسازگار خود مقابله کنند و الگوهای فکری و رفتاری سالم تری را جایگزین کنند. این روش درمانی با استفاده از تکنیک هایی مانند تحلیل شناختی، تغییر افکار خودآیند، مهارت های مقابله ای، تمرین خانگی و تعامل گروهی، سعی می کند تا بیماران را قادر سازد تا افکار، احساسات و رفتارهای خود را شناسایی، ارزیابی و تغییر دهند. درمان شناختی رفتاری گروهی می تواند به بیماران دیالیزی کمک کند تا با مشکلات روانی مرتبط با بیماری خود مانند افسردگی، اضطراب، نگرانی، استرس، عدم امید و خودکم بینی مقابله کنند و راه حل های مناسب برای بهبود کیفیت زندگی خود پیدا کنند (باصره و همکاران، ۲۰۲۲).

همچنین درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی با ترکیب شناخت درمانی و تمرین های مدیتیشن و یوگا برای تسکین و درمان رنج انسان ها پدید آمد. ذهن آگاهی به معنی توجه کردن به شیوه ای خاص، هدفمند، در زمان حاضر و خالی از قضاوت است (کونیداس و کاستورا، ۲۰۲۲). ذهن آگاهی یعنی بودن در لحظه با هر آنچه که اکنون هست، بدون قضاوت و بدون

اظهار نظر درباره آنچه اتفاق می افتد؛ یعنی تجربه واقعیت محض بدون توضیح (کافمن و همکاران، ۲۰۲۱). شواهدی وجود دارد که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی به طور مستقیم در توانایی هیجانی افراد در کنترل نشخوار ذهنی، توجه متمرکز بر خود و واکنش پذیری عادی در بافت افکار تأثیر می گذارد (سوری و همکاران، ۲۰۲۳).

درمان شناختی رفتاری و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی دو روش روان درمانی مورد استفاده در این مطالعه هستند. درمان شناختی رفتاری یک رویکرد ساختاریافته و کوتاه مدت است که بر شناسایی و تغییر الگوهای فکری و رفتاری منفی تمرکز دارد. این روش با استفاده از تکنیک هایی مانند بازسازی شناختی، مواجهه تدریجی و آموزش مهارت های مقابله ای، به بیماران کمک می کند تا با چالش های روانی خود مقابله کنند. از سوی دیگر، درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی ترکیبی از عناصر درمان شناختی با تمرین های ذهن آگاهی است. این روش بر افزایش آگاهی لحظه به لحظه از افکار، احساسات و بدون قضاوت تأکید می کند و به بیماران کمک می کند تا با پذیرش و بدون مقاومت، با تجربیات خود روبرو شوند. هر دو روش به طور گسترده در بهبود سلامت روان استفاده شده اند، اما مکانیسم ها و تأکیدات متفاوت آن ها می تواند نتایج متفاوتی را در جمعیت های خاص، مانند بیماران دیالیزی، ایجاد کند. این مطالعه با هدف مقایسه اثربخشی این دو روش در افزایش امید به زندگی بیماران دیالیزی انجام شده است، چرا که این بیماران به دلیل شرایط خاص خود، با کاهش امید به زندگی و چالش های روانی قابل توجهی مواجه هستند. بررسی تفاوت های اثربخشی این دو روش می تواند به ارائه راهکارهای درمانی هدفمندتر و بهبود کیفیت زندگی این بیماران کمک کند. با در نظر گرفتن اینکه متغیرهای این پژوهش به صورت یکجا، در زمینه بیماران کلیوی کمتر پرداخته شده است و نیز با توجه به نقش درمان های روانشناختی در حمایت از افراد مبتلا به نارسایی کلیوی و اینکه در مورد مقایسه این دو نوع درمان و ارتباط آن با مسایل سلامت بیماران مبتلا پژوهشی ناب انجام نشده، این مطالعه می تواند به شناسایی عوامل مؤثر بر نتایج درمانی و انتخاب روش درمانی مناسب برای بیماران دیالیزی کمک کند. درمان شناختی رفتاری و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی هر دو از رویکردهای روان درمانی مؤثر هستند که به طور گسترده در بهبود سلامت روان مورد استفاده قرار می گیرند. با این حال، مکانیسم ها و تأکیدات این دو روش متفاوت است؛ شناختی رفتاری

بر تغییر الگوهای فکری و رفتاری منفی تمرکز دارد، در حالی که دیگری بر افزایش آگاهی و پذیرش لحظه ای تجربیات تأکید می کند. مقایسه این دو روش به درک بهتر تفاوت های اثربخشی آن ها در افزایش امید به زندگی بیماران دیالیزی کمک می کند. بیماران تحت دیالیز با چالش های جسمی و روانی شدیدی مواجه هستند که می تواند امید به زندگی آن ها را کاهش دهد. بهبود امید به زندگی در این بیماران نه تنها کیفیت زندگی آن ها را افزایش می دهد، بلکه ممکن است بر پیامدهای درمانی و سلامت کلی آن ها نیز تأثیر بگذارد. با وجود این، مطالعات محدودی به مقایسه اثربخشی مداخلات روان درمانی در این زمینه پرداخته اند. این پژوهش با مقایسه مستقیم دو روش درمانی شناختی رفتاری و مبتنی بر ذهن آگاهی، به پر کردن شکاف موجود در ادبیات پژوهشی کمک می کند. همچنین، بررسی تأثیر این مداخلات در مراحل مختلف (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) به درک پایداری اثرات درمانی آن ها کمک می کند. از آنجا که درمان شناختی رفتاری بر بعد شناختی و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی، بر بعد هیجانی مشکلات روانشناختی تأکید می کنند، محقق در این پژوهش بر آن شد تا اثر بخشی درمانی این دو شیوه را بر امید به زندگی مطالعه کند. لذا مسئله پژوهش حاضر اینست که آیا گروه درمانی شناختی رفتاری و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر امید به زندگی بیماران دیالیزی تفاوت اثر داشت و کدام درمان مؤثرتر است؟

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت کنندگان: روش پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون-پس آزمون با گروه گواه همراه با پیگیری سه ماهه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی بیماران دیالیزی مراجعه کننده به مرکز دیالیز بیمارستان خاتم الانبیا در شهرستان شاهرود در سال ۱۴۰۲ به تعداد ۲۱۱ نفر بودند. از بین افراد جامعه آماری، ۴۵ نفر با نمونه گیری هدفمند انتخاب شد. ملاک های ورود به مطالعه حاضر شامل رضایت آگاهانه، دامنه سنی ۲۵ الی ۶۰ سال، گذشت مدت زمان دیالیز حداقل ۶ ماه و داشتن حداقل سواد لازم برای خواندن و نوشتن بود و ملاک های خروج از مطالعه برای گروه آزمایش شامل عدم حضور در جلسات آزمایشی و مداخله بیش از دو جلسه، عدم تمایل به ادامه حضور در جلسات آزمایشی و مداخله بود.

(ب) ابزار

پرسشنامه امید به زندگی اسنایدر^۱ (SHS): به منظور ارزیابی امید به زندگی از پرسشنامه امید به زندگی اسنایدر استفاده شد که توسط اسنایدر، هاریس و اندرسون (۱۹۹۱) به منظور سنجش امید به زندگی طراحی شده است. این پرسشنامه متشکل از ۱۲ گویه است که به صورت خودسنجی اجرا شده و به ارزیابی دو خرده مقیاس تفکر عاملی و تفکر راهبردی می‌پردازد. پاسخ‌ها به صورت چهارگزینه‌ای طراحی شده که از کاملاً غلط تا کاملاً درست بوده و کاملاً غلط نمره ۱ و کاملاً درست نمره ۴ داشته و دامنه نمرات بین ۸ تا ۳۲ خواهد بود. (چهار پرسش انحرافی شامل نمره نمی‌شود) و نمرات بالاتر نشان دهنده امید به زندگی بیشتر است. همسانی درونی کل پرسشنامه ۰/۷۴ تا ۰/۸۴ گزارش شده و پایایی آن به شیوه آزمون باز آزمون، ۰/۸۰ گزارش شده است. علاوه بر آن این پرسشنامه به همراه سایر مقیاس‌ها مورد استفاده قرار گرفته و نشان داده شده است که این پرسشنامه با پرسشنامه‌های

دیگر مثل خوش‌بینی، انتظار دستیابی به هدف و عزت نفس همبستگی ۰/۵ تا ۰/۶ دارد. در ایران نیز این پرسشنامه در پژوهش‌های زیادی مورد استفاده قرار گرفته است. به عنوان نمونه قاسمی و همکاران (۱۳۹۴) همسانی این پرسشنامه با پرسشنامه افسردگی بک را ۰/۴۲- و با مقیاس خوش‌بینی بین ۰/۵ تا ۰/۶ گزارش کردند. همچنین در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ این پرسشنامه برای خرده مقیاس تفکر عاملی، تفکر راهبردی و کل پرسشنامه به ترتیب ۰/۹۲، ۰/۹۱ و ۰/۸۷ به دست آمد.

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

جدول ۱. خلاصه محتوای جلسات درمان شناختی-رفتاری (والسراج و همکاران، ۲۰۲۱)

جلسه	هدف	محتوا	تکلیف
۱	آشنایی با برنامه و قواعد گروه، شناسایی افکار و احساسات منفی	معرفی برنامه، اهداف و قواعد گروه، شناسایی و ارزیابی افکار خودآزاری و احساسات منفی	ثبت افکار و احساسات منفی در طول هفته
۲	درک افسردگی و عوامل مؤثر بر آن	آموزش مفهوم افسردگی و عوامل مؤثر بر آن، شناسایی و ارزیابی افکار خودآزاری و احساسات منفی	تمرین شناسایی افکار خودآیند منفی و ارتباط آن با احساسات
۳	مقابله با افکار خودآزاری و احساسات منفی	آموزش راهبردهای مقابله با افکار خودآزاری و احساسات منفی، تمرین تغییر افکار خودآزاری به افکار منطقی و مثبت	جایگزینی افکار منفی با افکار مثبت و منطقی در موقعیت‌های روزمره
۴	درک اضطراب و عوامل مؤثر بر آن	آموزش مفهوم اضطراب و عوامل مؤثر بر آن، شناسایی و ارزیابی افکار و احساسات مرتبط با اضطراب	ثبت موقعیت‌های اضطراب‌زا و افکار مرتبط با آن‌ها
۵	مقابله با اضطراب	آموزش راهبردهای مقابله با اضطراب، تمرین تنفس آرامش‌بخش و ریلکسیشن عضلانی	انجام تمرینات تنفسی و ریلکسیشن در مواقع اضطراب
۶	درک درد و عوامل مؤثر بر آن	آموزش مفهوم درد و عوامل مؤثر بر آن، شناسایی و ارزیابی افکار و احساسات مرتبط با درد	ثبت تجربیات درد و افکار مرتبط با آن
۷	مقابله با درد	آموزش راهبردهای مقابله با درد، تمرین توجه به درد بدون قضاوت و تغییر نگرش نسبت به درد	تمرین توجه به درد بدون قضاوت و تغییر نگرش در موقعیت‌های دردناک
۸	مرور برنامه و تدوین برنامه پیگیری	خلاصه و مرور برنامه، ارزیابی پیشرفت و مشکلات، تدوین برنامه پیگیری و حفظ دستاوردها	تدوین برنامه شخصی برای حفظ دستاوردها و پیشگیری از عود مشکلات

درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی: درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی با توجه به رویکرد موج سوم و براساس پروتکل درمانی سگال و همکاران (۱۵) با هدف افزایش آگاهی از حالات ذهنی، تنظیم هیجانی، شناخت

اجتماعی و خودشفقتی این بیماران طراحی شده است. این بسته شامل هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای است که هر هفته یک جلسه تشکیل شد.

^۱. Snyder Hope Scale

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

جلسه	هدف	محتوا	تکلیف
۱	آشنایی با درمان و مفاهیم پایه‌ای ذهن آگاهی	معرفی درمان، شرح جلسات، انجام مدیتیشن خوردن کشمش و اسکن بدن (۳۰ دقیقه)، بحث در مورد احساسات ناشی از مدیتیشن‌ها	پیاده کردن آموخته‌های مدیتیشن کشمش در فعالیت‌های روزمره مانند مسواک زدن یا شستن ظروف
۲	افزایش آگاهی نسبت به افکار و احساسات	مدیتیشن اسکن بدن، بررسی تکالیف خانگی، بحث در مورد تفاوت افکار و احساسات، مدیتیشن نشسته	ذهن آگاهی یک رویداد خوشایند، انجام مدیتیشن نشسته و اسکن بدن، ذهن آگاهی یک فعالیت روزمره
۳	تمرین توجه غیرقضاوتی به حواس	تمرین دیدن و شنیدن (۲ دقیقه)، مدیتیشن نشسته با توجه به تنفس، بحث در مورد تکالیف، تمرین فضای تنفسی سه دقیقه‌ای، حرکات ذهن آگاه	مدیتیشن نشسته، اسکن بدن، تمرین فضای تنفسی سه دقیقه‌ای، ذهن آگاهی یک فعالیت روزمره جدید و یک رویداد ناخوشایند
۴	آگاهی از پاسخ‌های استرس و جایگزینی رفتارها	مدیتیشن نشسته چهاربعدی (تنفس، صدا، بدن، افکار)، بحث در مورد استرس و رفتارهای جایگزین، تمرین قدم زدن ذهن آگاه	مدیتیشن نشسته، اسکن بدن یا حرکات بدنی ذهن آگاه، تمرین فضای تنفسی سه دقیقه‌ای
۵	تفکیک افکار از واقعیت	تمرین فضای تنفسی سه دقیقه‌ای، بحث در مورد تکالیف، ارائه تمرین "خلق، فکر، دیدگاه‌های جداگانه"، چهار تمرین مدیتیشن (۷ ساعت)	انتخاب ترکیبی از مدیتیشن‌ها، تمرین فضای تنفسی سه دقیقه‌ای در رویداد ناخوشایند، ذهن آگاهی یک فعالیت روزمره جدید
۶	مراقبت از خود و تنظیم رویدادهای زندگی	مدیتیشن چهاربعدی، تمرین شناسایی رویدادهای خوشایند و ناخوشایند، برنامه‌ریزی برای افزایش رویدادهای خوشایند، تمرین فضای تنفسی سه دقیقه‌ای	انجام ترکیبی از مدیتیشن‌ها، تمرین فضای تنفسی سه دقیقه‌ای در رویداد ناخوشایند، ذهن آگاهی یک فعالیت روزمره جدید
۷	مرور آموخته‌ها و مقابله با موانع	بحث در مورد تکالیف، مرور مباحث گذشته، تمرین فضای تنفسی سه دقیقه‌ای، بحث در مورد موانع مدیتیشن و رشد شخصیتی	ادامه تمرینات مدیتیشن و ذهن آگاهی در زندگی روزمره
۸	جمع‌بندی و اتمام درمان	جمع‌بندی جلسات، ارائه نکات تکمیلی، اجرای پس‌آزمون	ادامه تمرینات ذهن آگاهی و مدیتیشن برای حفظ دستاوردها

ج) روش اجرا

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

آموزش بود با حضور روانشناس انجام شد. همچنین لازم بذکر است که اطلاعات آموزشی پس از پایان مطالعه در اختیار گروه گواه قرار گرفت.

یافته‌ها

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

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی مربوط به نمرات امید به زندگی به تفکیک گروه و زمان اندازه‌گیری

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری		کجی	کشیدگی
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار		
امید به زندگی	شناختی رفتاری	۳۱/۱۲	۴/۰۲	۴۷/۱۶	۳/۹۶	۴۴/۴۶	۳/۹۳	۰/۳۲	۰/۱۲
	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	۳۲/۷۳	۳/۸۷	۴۶/۸۳	۳/۹۲	۴۵/۴۱	۴/۲۶	۰/۵۴	۰/۳۴
	گواه	۳۱/۰۷	۴/۲۷	۳۳/۳۶	۳/۶۹	۳۴/۰۹	۴/۳۶	۰/۷۶	۰/۴۳

در مرحله پس‌آزمون میانگین نمرات امید به زندگی گروه درمان شناختی رفتاری و درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی به طور معنی‌داری بیشتر از گروه کنترل است. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که هر دو نوع درمان در افزایش نمرات امید به زندگی در پس‌آزمون مؤثر بوده‌اند. همچنین در مرحله پیگیری نیز میانگین گروه درمان شناختی رفتاری و درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی به طور معنی‌داری بیشتر از گروه کنترل است. می‌توان نتیجه گرفت که هر دو درمان به طور معنی‌داری موجب افزایش امید به زندگی در مرحله پیگیری نیز شد. نتایج آزمون شاپیرو-ویلک برای متغیر پیروی درمانی در هر سه گروه که بزرگتر از ۰/۰۵ می‌باشد، نشان داد که داده‌های گروه‌ها نرمال می‌باشد. طبق آزمون لوین، واریانس‌های سه گروه برابر و متجانس بودند. از اینرو فرض همگنی واریانس‌ها برای این متغیر

محقق شد. همچنین چون تعامل معنادار نشان نداد فرض همگنی شیب‌های رگرسیون تأیید شد. جهت بررسی همگونی واریانس‌ها از آزمون لون استفاده شد که میزان آن برای پیش‌آزمون ($P\text{-Value}=0/351$)، پس‌آزمون ($P\text{-Value}=0/207$) و پیگیری ($P\text{-Value}=0/223$) حاصل شد که تخطی از همگونی واریانس‌ها دیده نشد. نتایج آزمون ام‌باکس نشان داد که ماتریس کوواریانس‌ها در حالت چندمتغیره برقرار بود ($P\text{-Value}>0/05$). آزمون کرویت موخلی برای خودشیفتگی ($\chi^2=27/66$, $P\text{-value}=0/231$) نیز معنی‌دار حاصل نشد. پس چون طبیعی بودن توزیع و مفروضه‌های همگنی واریانس و مفروضه برابری خطای واریانس‌ها و همگنی شیب‌های خطی زیر سؤال نرفته پژوهشگر مجاز استفاده از تحلیل واریانس بود.

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل واریانس آمیخته به منظور تأثیر گروه و زمان اندازه‌گیری بر نمرات امید به زندگی

منبع تغییرات	SS	DF	MS	F	معناداری	Eta	توان
گروه	۷۹۱۴۸۲۶	۲	۷۲۱۶/۲۹	۱۹/۰۳	۰/۰۰۱	۰/۳۸	۰/۷۱
خطا	۷۸۲۱/۴۸	۴۲	۳۶۲۹/۸۳				
درون آزمودنی‌ها							
زمان	۴۲۶۷/۴۹	۲	۲۱۳۳/۲۴	۳۹/۰۴	۰/۰۰۱	۰/۳۳	۱
زمان و گروه	۱۵۴۸۲/۹۲	۴	۵۸۲۵/۱۰	۳۳/۳۳	۰/۰۰۱	۰/۴۳	۱
خطا	۲۱۷۰/۳۷	۳۹	۸۳/۷۲				

آزمون و پیگیری صرف نظر از گروه، تفاوت وجود دارد. همچنین اثر تعامل بین گروه و زمان نیز معنی‌دار بود. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که اثر گروه با توجه به سطوح زمان اندازه‌گیری متفاوت بود.

همچنین با ملاحظه مجذور اتا ۰/۳۸ می‌توان نتیجه گرفت که مداخله آزمایشی منجر به تغییراتی در گروه آزمایش شده که ۰/۳۸ کل تغییرات ناشی از عمل آزمایشی بوده است. پس درمان بر امید به زندگی تأثیر دارد. بنابراین در مورد فرضیه‌های مربوط به اثربخشی این دو درمان، در افزایش امید به زندگی بیماران دیالیزی، فرض صفر رد و فرض پژوهشگر تأیید

به منظور بررسی تأثیر عامل گروه و عامل زمان بر نمرات امید به زندگی آزمون تحلیل واریانس آمیخته به اجرا درآمد. در این راستا هر دو درمان شناختی رفتاری و درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، بر افزایش نمرات امید به زندگی در پس‌آزمون اثر معناداری دارند. بنابراین طبق یافته‌های جدول فوق دو شیوه درمان شناختی رفتاری و درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر نمرات امید به زندگی در پس‌آزمون معنادار است. همچنین تأثیر عامل زمان بر نمرات امید به زندگی مؤثر در مرحله پیگیری معنادار بود. بنابراین بین نمرات امید به زندگی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس

است، بنابراین از بین روش‌های درمان شناختی رفتاری و درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، روش درمان شناختی رفتاری در افزایش امید به زندگی بیماران دیالیزی مؤثرتر بود.

می‌گردد، این بدان معنی است که هر دو رویکرد آزمایشی (درمان شناختی رفتاری و درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی) توانسته‌اند در افزایش امید به زندگی بیماران دیالیزی اثرگذار باشند. با توجه به مثبت بودن میانگین تفاوت‌ها و این که میانگین گروه درمان شناختی رفتاری از گروه درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بیشتر بوده

جدول ۵. آزمون تعقیبی بن فرونی به منظور بررسی نحوه تعامل بین گروه‌ها بر امید به زندگی

متغیر مستقل	گروه	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	معنی داری	کران پایین	کران بالا
شناختی رفتاری	ذهن‌آگاهی	۵/۱۳	۳/۱۲	۰/۰۰۱	-۵	۱۴
	گواه	۸/۷۲	۳/۷۹	۰/۰۰۱	۶	۲۲
ذهن‌آگاهی	گواه	۴/۶۳	۳/۰۶	۰/۰۰۱	۷	۲۱

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری و درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر امید به زندگی بیماران دیالیزی انجام شد. یکی از یافته‌های مطالعه حاضر این بود که درمان شناختی رفتاری در مقایسه با گروه گواه در امید به زندگی بیماران دیالیزی مؤثر بود. همچنین یافته مشابهی که اثربخشی این نوع درمان را با توجه به تعامل دو عامل گروه و زمان نشان داده باشد در ایران یافت نشد، یافته‌های این پژوهش با یافته‌های گزارش شده در پژوهش‌های مشابه پژوهشگران دیگر از جمله؛ گونزالس و همکاران (۲۰۲۲)، اسکو و همکاران (۲۰۲۰)، یاسای و همکاران (۲۰۲۳) همسویی دارد. در تبیین مؤثر بودن درمان شناختی-رفتاری باید گفت احتمالاً اصلاح عوامل شناختی و عاطفی منجر به بهبود امید به زندگی بیماران دیالیزی شده است. زیرا عواطف و هیجانات منفی، بخشی از سیستم رفتاری بازدارنده هستند که می‌توانند موجب افت امید به زندگی در افراد شوند. بیماران از آنجا که فاقد مهارت‌های شناختی و رفتاری در کنترل رویدادهای فشارزای محیطی می‌باشند، معمولاً به دیده تردید به توانایی خود می‌نگرند و همواره نگران ارزیابی‌های منفی دیگران در مورد خود و رفتارهای خویش می‌باشند. درمان شناختی - رفتاری با تمرکز بر مؤلفه‌های شناختی، رفتاری و هیجانی مربوط به بیماری سعی دارد تا با اصلاح و بازسازی افکار ناکارآمد و پریشان‌کننده از بروز هیجانات منفی جلوگیری کند و بدین طریق با افزایش سطح تجارب مثبت رفتاری و هیجانی به تقویت کیفیت زندگی بیماران کمک کند (اسمیت و همکاران، ۲۰۲۲). فرایند درمان به افراد کمک می‌نماید تا مسئولیت تغییرات رفتاری را بپذیرد و هر

زمان که لازم بود تغییر یا پافشاری نماید و در واقع این درمان به دنبال متعادل کردن شیوه‌های متناسب با موقعیت است. بیماران امیدوار به بهبودی و سلامتی، به دلیل باور مثبت با سرعت بیشتری بهبود می‌یابند و امیدواری منجر به تغییرات فیزیولوژی مثبت در انسان می‌گردد (اسکو و همکاران، ۲۰۲۰). امید به زندگی یکی از عوامل روانشناختی است که نقش بسزایی در کیفیت زندگی افراد دارد. این مفهوم شامل اعتقاد فرد به دستیابی به اهداف خود و توانایی او در پیدا کردن راه‌حل‌ها برای غلبه بر مشکلات است. برای بیماران دچار اختلال کلیوی که با مشکلات فیزیکی، روانی و اجتماعی زیادی روبرو هستند، افزایش امید به زندگی می‌تواند به بهبود وضعیت کلی آنها کمک کند. درمان مبتنی بر شناخت و رفتار یکی از روش‌های درمانی است که به شناسایی و تغییر الگوهای فکری منفی و رفتارهای ناسالم می‌پردازد (گونزالس و همکاران، ۲۰۲۰). در این مطالعه، این روش به منظور کاهش استرس، افسردگی و اضطراب ناشی از وضعیت بیماری دچار کلیو و افزایش احساسات مثبت و امیدوارانه در بیماران به کار رفته است. این درمان با تقویت اعتماد به نفس و کمک به بیماران در مدیریت چالش‌های روزمره، سطح امید آنها را بالا برده است (کلاس و همکاران، ۲۰۱۸). مقایسه گروه دریافت‌کننده این درمان با گروهی که هیچ مداخله درمانی دریافت نکرده بود، نشان دهنده این بود که روش مبتنی بر شناخت و رفتار تأثیر مستقیم و مثبتی بر افزایش امید به زندگی داشته است. این نتیجه حاکی از این است که عوامل طبیعی یا گذشت زمان به تنهایی نمی‌توانند سطح امید به زندگی بیماران را بهبود بخشند و مداخلات نظام‌مند درمانی ضروری هستند (اسکو و همکاران، ۲۰۲۰). این یافته نشان می‌دهد

که روش درمان مبتنی بر شناخت و رفتار می‌تواند به عنوان یک راهکار مؤثر برای بهبود وضعیت روانی بیماران دچار اختلال کلیوی مورد استفاده قرار گیرد. افزایش امید به زندگی علاوه بر بهبود وضعیت روانی، می‌تواند به کیفیت زندگی فیزیکی و اجتماعی آنها نیز کمک کند.

یکی دیگر از یافته‌های مطالعه حاضر این بود که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر امید به زندگی بیماران دیالیزی مؤثر است. این یافته با مطالعات کلاس و همکاران (۲۰۱۸) و اسمیت و همکاران (۲۰۱۹) همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت ذهن آگاهی یک رویکرد است که بر آگاهی پذیرفته‌ای و بدون داوری از لحظه حاضر تأکید دارد. درمان مبتنی بر این رویکرد به افراد کمک می‌کند تا با فکرات منفی، احساسات ترسناک و تنش‌ها که معمولاً به صورت خودکار و غیر آگاه تجربه می‌شوند، بهتر روبه‌رو شوند (اسکو و همکاران، ۲۰۲۰). این روش به بیماران یاد می‌دهد که به تجربیات خود در حال حاضر توجه کاملی کنند و به جای اینکه به الگوهای فکری یا رفتاری ناسالمی تسلیم شوند، به آنها با آگاهی نگاه کنند. برای بیماران دچار اختلال کلیوی که با مشکلات فیزیکی، روانی و اجتماعی متعددی مواجه هستند، این نوع درمان نقش مهمی ایفا می‌کند. بیماران دیالیزی غالباً با استرس‌های زیادی روبه‌رو هستند که می‌تواند سطح امید آنها را کاهش دهد. اما درمان مبتنی بر ذهن آگاهی با کمک به آنها در مدیریت بهتر استرس، کاهش اضطراب و افسردگی و افزایش توجه به لحظه حاضر، توانسته است احساسات مثبت و امیدوارانه‌ای را در آنها تقویت کند (اسمیت و همکاران، ۲۰۱۹). نتایج نشان می‌دهد که این روش درمانی، علاوه بر کاهش علائم روانی منفی، به افزایش اعتماد به نفس و اعتقاد به دستیابی به اهداف زندگی کمک می‌کند. این موضوع نشان می‌دهد که بیماران با استفاده از تمرینات ذهن آگاهی، قادر به تشخیص بهتر وضعیت خود و پیدا کردن راه‌حل‌های مؤثر برای غلبه بر مشکلاتشان می‌شوند (گونزالس و همکاران، ۲۰۲۰). به عبارت دیگر، این درمان به آنها کمک می‌کند تا به جای اینکه در فکرات منفی گرفتار شوند، به جنبه‌های مثبت زندگی خود توجه کرده و امید به بهبود و بهبود وضعیت خود را افزایش دهند. در نهایت، این یافته نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر ذهن آگاهی می‌تواند به عنوان یک روش مؤثر برای بهبود وضعیت روانی و اجتماعی بیماران دیالیزی در نظر گرفته شود. افزایش امید به زندگی نه تنها

به بهبود وضعیت روانی بیماران کمک می‌کند، بلکه می‌تواند به بهبود کیفیت زندگی فیزیکی و اجتماعی آنها نیز منجر شود. یافته دیگر مطالعه حاضر این بود که درمان شناختی رفتاری نسبت به درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی اثربخشی بیشتری داشت. این یافته با مطالعات کلاس و همکاران (۲۰۱۸) و اسمیت و همکاران (۲۰۱۹) همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت درمان شناختی-رفتاری یک رویکرد ساختاری و هدفمند است که بر شناسایی و تغییر الگوهای فکری منفی و رفتارهای ناسالم تمرکز دارد. این روش به بیماران ابزارهای مشخصی می‌دهد تا بتوانند با چالش‌های روزمره خود به طور عملی روبرو شوند. تمرکز مستقیم این درمان بر حل مشکلات و برنامه‌ریزی دقیق برای دستیابی به اهداف، سبب افزایش احساس خودکارآمدی و امید به زندگی می‌شود (اسکو و همکاران، ۲۰۲۰). بیماران دیالیزی که با مشکلات فیزیکی، روانی و اجتماعی متعددی روبه‌رو هستند، نیاز به راهکارهایی دارند که به صورت سریع و عملی قابل اجرا باشند. درمان شناختی-رفتاری با تأکید بر تغییر الگوهای فکری و رفتاری، این نیاز را بهتر پاسخ می‌دهد. در مقابل، درمان مبتنی بر ذهن آگاهی یک رویکرد پیشگیرانه و آگاهانه است که بر توجه به لحظه حاضر و کاهش واکنش‌های خودکار به فکرات و احساسات تأکید دارد. این روش به بیماران کمک می‌کند تا با استرس‌ها و اضطراب‌های زندگی به طور بهتری روبه‌رو شوند، اما ممکن است در شرایطی که بیماران به راهکارهای سریع و عملی نیاز دارند، تأثیر کمتری داشته باشد (کلاس و همکاران، ۲۰۱۸). تمرینات ذهن آگاهی معمولاً نیاز به زمان بیشتری دارند تا اثرپذیری کامل پیدا کنند، در حالی که درمان شناختی-رفتاری به طور مستقیم به شناسایی و تغییر الگوهای فکری منفی می‌پردازد و نتایج سریعتری ارائه می‌دهد. نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که برای بیمارانی که با چالش‌های فیزیکی و روانی شدیدی مواجه هستند، روش‌هایی که به صورت مستقیم بر تغییر فکر و رفتار تمرکز دارند، می‌توانند مؤثرتر باشند (گونزالس و همکاران، ۲۰۲۰). با این حال، این موضوع نباید به این معنی تفسیر شود که درمان مبتنی بر ذهن آگاهی کم اهمیت است. هر دو روش می‌توانند در شرایط مختلف و برای گروه‌های مختلفی مؤثر باشند. بنابراین، در طراحی برنامه‌های درمانی برای بیماران دیالیزی، بهترین روش‌ها باید بر اساس نیازهای خاص هر بیمار انتخاب شوند تا بتوان به بهبود کیفیت زندگی و افزایش امید به زندگی آنها کمک کرد.

در این مطالعه، چندین محدودیت خارج از کنترل پژوهشگر وجود داشت که ممکن است تأثیراتی بر نتایج به وجود آورده باشد. ابتدا، شرایط زندگی بیماران دیالیزی که تحت تأثیر عوامل مختلفی همچون وضعیت اقتصادی، حمایت اجتماعی، و فشارهای روزمره قرار دارند، می‌تواند نقش مهمی در سطح امید به زندگی آنها ایفا کند. این عوامل به دلیل طبیعت پیچیده زندگی بیماران، کاملاً در اختیار پژوهشگر نبوده و ممکن است به صورت غیرمستقیم بر نتایج تأثیر گذاشته باشند. علاوه بر این، مدت زمان مداخله و دوره پیگیری سه ماهه نیز ممکن است کافی نباشد برای بررسی پایداری کامل اثرات درمان‌ها، به ویژه درمان مبتنی بر ذهن آگاهی که نیازمند زمان بیشتری برای ایجاد تغییرات عمیق است. همچنین، اندازه نمونه محدود (۴۵ نفر) می‌تواند از قابلیت تعمیم‌پذیری یافته‌های مطالعه به جوامع بزرگتر کاسته باشد.

بر اساس یافته‌های حاصل از این مطالعه، چندین پیشنهاد کاربردی و پژوهشی مطرح می‌شود. از لحاظ کاربردی، نتایج نشان می‌دهند که درمان شناختی-رفتاری به عنوان یک روش مؤثر برای بهبود امید به زندگی بیماران دیالیزی عمل می‌کند و می‌تواند به عنوان یکی از بخش‌های اصلی برنامه‌های درمانی در مراکز درمانی و دیالیز اعمال شود. این درمان به دلیل تأثیر سریع و عملی خود، مناسب برای بیمارانی است که نیاز به راهکارهایی دارند که به صورت مستقیم و کوتاه‌مدت بر مشکلات روانی و اجتماعی آنها تأثیر بگذارند. همچنین، اهمیت درمان مبتنی بر ذهن آگاهی نیز نباید کاهش یابد، زیرا این روش می‌تواند به عنوان یک رویکرد پیشگیرانه و بلندمدت در مدیریت استرس و افزایش کیفیت زندگی بیماران مؤثر باشد. بنابراین، پیشنهاد می‌شود که این دو روش به صورت ترکیبی یا موازی در برنامه‌های درمانی اجرا شوند تا بهترین نتایج را به دست آورد.

از لحاظ پژوهشی، نیاز به انجام مطالعاتی با نمونه‌های بزرگتر و مدت زمان پیگیری طولانی‌تر وجود دارد تا قابلیت تعمیم‌پذیری یافته‌ها به جوامع بزرگتر و پایداری اثرات درمان‌ها بررسی شود. همچنین، مقایسه دقیق‌تر بین مختلف روش‌های درمانی، شامل ترکیبی از درمان شناختی-رفتاری و مبتنی بر ذهن آگاهی، می‌تواند به درک بهتر اثرات این روش‌ها کمک کند. علاوه بر این، بررسی نقش عوامل دیگری همچون حمایت اجتماعی، وضعیت اقتصادی، و شخصیت بیماران در پاسخ به درمان‌ها، می‌تواند منجر به یافته‌هایی جدید و کاربردی شود. در نهایت، توجه به تنوع فرهنگی و جمعیتی در مطالعات آینده می‌تواند به بهبود دقت و قابلیت اعمال یافته‌ها در شرایط مختلف کمک کند.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در رشته روانشناسی است. به جهت حفظ رعایت اصول اخلاقی در این پژوهش سعی شد تا جمع‌آوری اطلاعات پس از جلب رضایت شرکت‌کنندگان انجام شود. همچنین به شرکت‌کنندگان درباره رازداری در حفظ اطلاعات شخصی و ارائه نتایج بدون قید نام و مشخصات شناسنامه افراد، اطمینان داده شد.

حامی مالی: این پژوهش در قالب رساله دکتری و بدون حمایت مالی می‌باشد.

نقش هر یک از نویسندگان: این مقاله از رساله دکتری نویسنده اول و به راهنمایی نویسنده دوم و مشاوره نویسنده سوم استخراج شده است.

تضاد منافع: نویسندگان همچنین اعلام می‌دارند که در نتایج این پژوهش هیچ گونه تضاد منافی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی: بدین وسیله از زحمات و همکاری پرسنل درمانی مورد مطالعه که نقش تسهیل‌کننده و هماهنگ‌کننده جهت اجرای این پژوهش را بر عهده داشتند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌نمایم.

References

- Di Pierro, R., Amelio, S., Macca, M., Madeddu, F., & Di Sarno, M. (2022). What if I feel rejected? Borderline personality, pathological narcissism, and social rejection in daily life. *Journal of Personality Disorders*, 36(5), 559–582. <https://doi.org/10.1521/pedi.2022.36.5.559>
- Dimidjian, S., & Linehan, M. M. (2003). Defining an agenda for future research on the clinical application of mindfulness practice. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 166. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg019>
- Drozek, R. P., & Unruh, B. T. (2020). Mentalization-based treatment for pathological narcissism. *Journal of Personality Disorders*, 34(Supplement), 177–203. <https://doi.org/10.1521/pedi.2020.34.supp.177>
- Euler, S., Stalujanis, E., Allenbach, G., Kolly, S., De Roten, Y., Despland, J. N., & Kramer, U. (2019). Dialectical behavior therapy skills training affects defense mechanisms in borderline personality disorder: An integrative approach of mechanisms in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 29(8), 1074–1085. <https://doi.org/10.1080/10503307.2018.1497214>
- Ganji, M. (2024). *Psychopathology based on DSM-5*. Tehran: Savalan. (In Persian).
- Gholami, F., Baghouli, H., Barzegar, M., & Koroshnia, M. (2020). Providing a causal model for explaining the development of borderline personality disorder. *Journal of Psychological Models and Methods*, 11(41), 113–140. (In Persian). https://jpmmm.marvdasht.iau.ir/article_4532.html
- Greenland, S. (2010). *Children and mindfulness: How to help our children manage anxiety and live happier and kinder lives*. Translated by Sara Goodarzi (2018). Tehran: Parandeh.
- Íñigo, A. P., Germán, M. H., Dolores, S. G. M., Marina, F. F., Del Pilar, P. O. M., Marina, D. M., & Luis, C. P. J. (2023). Narcissism as a protective factor against the risk of self-harming behaviors without suicidal intention in borderline personality disorder. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 51(1), 21. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10309055/>
- Jakšić, N., Milas, G., Ivezić, E., Wertag, A., Jokić-Begić, N., & Pincus, A. L. (2014). The Pathological Narcissism Inventory (PNI) in transitional post-war Croatia: Psychometric and cultural considerations. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 36, 640–652. <https://doi.org/10.1007/s10862-014-9425-2>
- Kabat-Zinn, J. (2023). *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. Hachette UK.
- Kaufmann, M., Rosing, K., & Baumann, N. (2021). Being mindful does not always benefit everyone: Mindfulness-based practices may promote alienation among psychologically vulnerable people. *Cognition and Emotion*, 35(2), 241–255. <https://doi.org/10.1080/02699931.2020.1825337>
- Kounidas, G., & Kastora, S. (2022). Mindfulness training for borderline personality disorder: A systematic review of contemporary literature. *Personality and Mental Health*, 16(3), 180–189. <https://doi.org/10.1002/pmh.1529>
- Krüger, R. T. (2024). Personality disorders, narcissism, and borderline-organization. In *Disorder-specific psychodrama therapy in theory and practice* (pp. 111–179). Springer Nature Singapore. https://doi.org/10.1007/978-981-99-7508-2_4
- Leichsenring, F. (1999). Development and first results of the Borderline Personality Inventory: A self-report instrument for assessing borderline personality organization. *Journal of Personality Assessment*, 73(1), 45–63. <https://doi.org/10.1207/s15327752jpa730104>
- Linehan, M. M., Korslund, K. E., Harned, M. S., Gallop, R. J., Lungu, A., Neacsiu, A. D., ... & Murray-Gregory, A. M. (2015). Dialectical behavior therapy for high suicide risk in individuals with borderline personality disorder: A randomized clinical trial and component analysis. *JAMA Psychiatry*, 72(5), 475–482. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.3039>
- Mehr-Azad Saber, M., & Zeinali Tajani, S. (2019). Investigating the dimensions of personality pathology and cognitive fusion with the mediating role of family functioning in individuals with borderline personality disorder. *First National Conference on Psychopathology, Ardabil*. (In Persian). <https://civilica.com/doc/1151537>
- Mohamadizadeh, L., Makvandi, B., Pasha, R., BakhtiarPour, S., & Hafezi, F. (2018). Comparison of the efficacy of dialectical behavior therapy (DBT) and schema therapy (ST) on impulsive behavior in patients with borderline personality disorder. *Journal of Guilan University of Medical Sciences*, 27(106), 44–53. (In Persian). <http://journal.gums.ac.ir/article-1-1663-fa.html>

- Mohammadzadeh, A., & Rezaei, A. (2011). Validation of the Borderline Personality Questionnaire in Iranian society. *Behavioral Sciences*, 5(3), 269–278. (In Persian). <https://www.sid.ir/paper/494613/fa>
- Nook, E. C., Jaroszewski, A. C., Finch, E. F., & Choi-Kain, L. W. (2022). A cognitive-behavioral formulation of narcissistic self-esteem dysregulation. *Focus*, 20(4), 378–388. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.20220055>
- Pincus, A. L., Ansell, E. B., Pimentel, C. A., Cain, N. M., Wright, A. G., & Levy, K. N. (2009). Initial construction and validation of the Pathological Narcissism Inventory. *Psychological Assessment*, 21(3), 365. <https://doi.org/10.1037/a0016530>
- Rimmington, D., Roberts, R., Sawyer, A., & Sved-Williams, A. (2024). Dissociation in mothers with borderline personality disorder: A possible mechanism for transmission of intergenerational trauma? A scoping review. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 11(1), 7. <https://doi.org/10.1186/s40479-024-00250-7>
- Seyed Ebrahimi, S. E. (2022). The effectiveness of mindfulness-based therapy and positive thinking on emotion regulation and defense mechanisms in people with borderline personality disorder in improving post-traumatic brain injury. *Journal of Assessment and Research in Applied Counseling*, 4(11), 11–24. (In Persian). <https://ensani.ir/file/download/article/1667193373-10443-11-2.pdf>
- Soleimani, M., Past, N., Molaei, M., Mohammadi, A., Dashtipour, M., Safa, Y., & Pinkas, A. (2015). Psychometric properties of the morbid narcissism scale. *Contemporary Psychology*, 10(19), 95–110. (In Persian). <http://bjcp.ir/article-1-768-fa.html>
- Soori, M., Akhondzadeh, M., Ghorbani, P., & Yazdani, M. (2023). Effectiveness of mindfulness-based therapy on dark personality traits and experiential avoidance in individuals with cardiovascular diseases. *Health Nexus*, 1(3), 97–105. <https://doi.org/10.61838>
- Weinberg, I., & Ronningstam, E. (2020). Dos and don'ts in treatments of patients with narcissistic personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 34(Supplement), 122–142. <https://doi.org/10.1521/pedi.2020.34.supp.122>