Qom University of Medical Sciences Journal

2025. Volume 19

Research Paper

Comparing the Effectiveness of Self-Care Education and Self-Compassion Training on the Quality of Life of Patients with Kidney Transplantation

Maryam Saeedi[1], *Mohammadreza Zarbakhsh Bahri[2], Ali khaneh Keshi[3]

1. Department of Clinical and Health Psychology, To.C., Islamic Azad University, Tonekabon, Iran.
2. Department of Psychology, To.C. Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran.
3. Department of Psychology, Be.C., Islamic Azad University, Behbahan, Iran

Use your device to scan and read the article online

Citation Saeedi M, Zarbakhsh Bahri M, khaneh Keshi A. [Comparing the Effectiveness of Self-Care Education and Self-Compassion Training on the Quality of Life of Patients with Kidney Transplantation (Persian)]. Qom Univ Med Sci J. 2025; 19:E3221.1. https://doi.org/10.32598/qums.19.3221.1

https://doi.org/10.32598/qums.19.3221.1

Received: 11 May 2025

Accepted: 25 MAY 2025

Available Online: 24 Sep 2025

Keywords:
Self-care, Self-compassion, Quality of life, Kidney transplantation

ABSTRACT

Background and Objectives: Kidney transplant recipients face a variety of physical, psychological, and social challenges after transplantation, which in some way affect their quality of life (QOL). This study aimed to compare the effectiveness of self-care education and self-compassion training on the QOL of kidney transplant patients in Iran.

Methods This is a quasi-experimental study with a pre-test/post-test/follow-up design. The participants included 45 kidney transplant patients with low QOL who were selected from 176 patients referred to Razi Hospital in Rasht in 2024 for treatment follow-up. They were divided into three groups of self-care (n=15), self-compassion (n=15), and control (n=15), and completed the 12-Item short-form health survey (SF-12). The self-care and self-compassion programs were presented for the experimental groups, based on Orem's (2001) and Gilbert's (2009) protocols, respectively, at 8 60-minute sessions, one session per week. Data were analyzed using repeated measures analysis of variance followed by the Bonferroni post-hoc test.

Results The results showed a statistically significant difference between self-care education and self-compassion training on patients' QOL, where the self-care education program was more effective (P=0.012; Mean difference=3.82).

Conclusion Self-care education is more effective than self-compassion training in improving the QOL of kidney transplant patients in Iran. To achieve the best outcomes in improving the condition of kidney transplant patients, using a combined self-care/self-compassion intervention is recommended.

Corresponding Author:
Mohammadreza Zarbakhsh Bahri, Associate Professor.
Address: Department of Psychology, To.C., Islamic Azad University, Tonekabon, Iran.
Tel: +98 (911) 3931932
E-Mail: m.zarbakhsh@iau.ac.ir

Copyright © 2025 Qom University of Medical Sciences.
This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International license(https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).
Noncommercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited.

Extended Abstract

Introduction

In recent years, kidney transplantation has been recognized as an effective treatment method for patients with chronic kidney failure, contributing to increased life expectancy and improved kidney function in these patients. However, post-transplant patients face a range of physical, psychological, and social challenges that significantly affect their quality of life (QOL) and mental health. Psychological factors such as QOL play a key role in the adaptation and recovery process and directly influence their return to normal life. Generally, patients with kidney transplantation suffer from loneliness, isolation, and a lack of social support, and their independence is often threatened due to physical and mental disabilities. The consequences of these conditions include a decline in QOL and ultimately, reduced life expectancy and happiness.

The use of therapeutic approaches to improve the QOL in patients, especially those who have undergone kidney transplantation, is essential. Studies have shown that self-care education and self-compassion training can serve as effective interventions, alongside medical treatment, for enhancing the QOL of kidney transplant patients. It is important to understand the differences between these two methods.

Given the high prevalence of kidney transplantation, the lack of studies in Iran, the importance of achieving a better QOL, and the long-term survival of transplant patients, this study aims to compare the effectiveness of the self-care education and self-compassion training on the QOL of kidney transplant patients in Iran.

Methods

This is a quasi-experimental study with a pre-test/post-test/follow-up design. The study population included all kidney transplant patients referring to Razi Hospital in Rasht, north of Iran, for treatment follow-ups in 2024 (n=176). The inclusion criteria were: at least a high school diploma, having kidney transplantation at least 12 months ago, no history of receiving psychological or psychiatric interventions in the past year, not having an optimal level of QOL, no infectious or severe disabling diseases, having a medical file in the Kidney Patients Support Association of Guilan Province, no transplant rejection since the kidney transplant procedure, no diagnosed psychological disorders according to the patient's medical records, and age 20-50 years. The exclusion criterion was absence from more than two therapeutic intervention sessions. We included 45 patients with low QOL and divided them into three groups: Self-care (n=15), self-compassion (n=15), and control (n=15). They completed the 12-Item short-form health survey (SF-12) developed by Ware et al. (1996) before, immediately after, and two months after the interventions. Self-care education was provided in 8 60-minute sessions, one session per week, and self-compassion training was conducted in 8 60-minute sessions, also one session per week, based on Gilbert's protocol (2009) in the experimental groups. Repeated-measures analysis of variance, followed by the Bonferroni post-hoc test, was used for data analysis.

Results

The results showed a statistically significant difference between the effectiveness of self-care education and self-compassion training in improving the QOL of kidney transplant patients, where the self-care education was more effective (P=0.012; mean difference=3.82). Also, a statistically significant difference was observed between the self-care education and control groups (P=0.001), and between the self-compassion and control groups (P=0.001).

Conclusion

In general, it can be concluded that both self-care and self-compassion interventions have positive effects on the QOL of kidney transplant patients in Iran, where the self-care education is more effective. To achieve the best outcomes in improving the condition of kidney transplant patients, using a combined self-care/self-compassion intervention is recommended. It is recommended that self-care educational programs be regularly provided to kidney transplant patients in hospitals and healthcare centers. These programs should include key information on self-care, medication management, proper diet, and suitable exercises aimed at improving patients' QOL. Additionally, mobile applications and digital tools can help these patients monitor their health status, medication regimen, and other aspects of self-care.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

This study was approved by the Research Ethics Committee of Islamic Azad University, Sari Branch, Iran (Code: IR.IAU.SARI.REC.1403.110). For ethical consid-

erations, the participants' information was kept confidential, and their informed consent was obtained.

Funding

This article was derived from a doctoral dissertation in Health Psychology, at the Department of Psychology, Faculty of Humanities, Islamic Azad University, Tonekabon Branch. This research did not receive any specific grant from funding agencies in the public, commercial, or not-for profit sectors.

Authors contributions

Conceptualization, writing, editing & review: All authors; Methodology and sampling: Mohammadreza Zarbakhsh Bahri and Ali khaneh Keshi; Data analysis: Mohammadreza Zarbakhsh Bahri and Maryam Saeedi.

Conflicts of interest

The authors declare no conflict of interest.

Acknowledgements

The authors would like to thank all the patients who participated in this study for their cooperation.

مقاله پژوهشی

مقایسه اثربخشی آموزش خودمراقبتی و خودشفقت ورزی بر کیفیت زندگی در بیماران با پیوند کلیه

مریم سعیدی[۱]، *محمدرضا زربخش بحری[۲]، علی خانه‌کشی[۳]

۱. گروه روان شناسی بالینی و سلامت، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران.
۲. گروه روان شناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران.
۳. گروه روانشناسی، واحد بهبهان، دانشگاه آزاد اسلامی، بهبهان، ایران.

Use your device to scan and read the article online

Citation Saeedi M, Zarbakhsh Bahri M, khaneh Keshi A. [Comparing the Effectiveness of Self-Care Education and Self-Compassion Training on the Quality of Life of Patients with Kidney Transplantation (Persian)]. Qom Univ Med Sci J. 2025; 19:E3221.1. https://doi.org/10.32598/qums.19.3221.1

https://doi.org/10.32598/qums.19.3221.1

تاریخ دریافت: ۲۱ اردیبهشت ۱۴۰۴
تاریخ پذیرش: ۰۴ خرداد ۱۴۰۴
تاریخ انتشار: ۲ مهر ۱۴۰۴

چکیده

زمینه و هدف بیماران پیوند کلیه پس از پیوند کلیه با مجموعه‌ای از چالش‌های جسمانی، روان‌شناختی و اجتماعی مواجه هستند که به نوعی بر کیفیت زندگی آنان اثرگذار است، لذا هدف این مطالعه مقایسه اثربخشی آموزش خودمراقبتی و خودشفقت‌ورزی بر کیفیت زندگی در بیماران با پیوند کلیه بود.

روش بررسی طرح پژوهش نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل همراه با پیگیری بود. جامعه آماری آن شامل تمامی بیماران دارای پیوند کلیه مراجعه‌کننده به بیمارستان رازی شهرستان رشت بود که در ۳ ماهه اول سال ۱۴۰۳ به پزشکان بخش اورولوژی و دیالیز جهت پیگیری‌های درمان مراجعه داشتند و تعداد آن‌ها ۱۷۶ نفر بود. نمونه پژوهش حاضر شامل ۴۵ نفر بود. در این پژوهش از ابزار پرسش‌نامه کیفیت زندگی وار و همکاران (۱۹۹۶) استفاده شد. جلسات خودمراقبتی و خودشفقت‌ورزی در ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای و هفته‌ای ۱ جلسه به‌ترتیب براساس پروتکل اورم (۲۰۰۱) و گیلبرت (۲۰۰۹) در گروه‌های آزمایش به اجرا در آمدند. از روش آماری تحلیل واریانس با طرح اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بنفرونی برای تحلیل داده‌ها استفاده گردید.

یافته‌ها نتایج نشان داد بین اثربخشی آموزش خودمراقبتی و آموزش خودشفقت‌ورزی بر کیفیت زندگی (MD=۳/۸۲ ؛P=۰/۰۱۲) بیماران تفاوت آماری معناداری وجود دارد و برنامه آموزشی خودمراقبتی در بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به پیوند کلیه اثربخش‌تر بوده است.

نتیجه‌گیری به‌طورکلی، نتایج مطالعه نشان می‌دهد برای رسیدن به بهترین نتایج در بهبود وضعیت بیماران با پیوند کلیه، استفاده از ترکیبی از مداخلات خودمراقبتی و خودشفقت‌ورزی پیشنهاد می‌شود.

کلیدواژه‌ها:
خودمراقبتی، خودشفقت‌ورزی، کیفیت زندگی، پیوند کلیه

* **نویسنده مسئول:**
دکتر محمدرضا زربخش بحری
نشانی: تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تنکابن، گروه روان شناسی.
تلفن: ۳۹۳۱۹۳۲ (۹۱۱) ۹۸+
رایانامه: m.zarbakhsh@iau.ac.ir

Copyright © 2025 Qom University of Medical Sciences.
This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International license(https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).
Noncommercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited.

مقدمه

در سال‌های اخیر، پیوند کلیه به‌عنوان یک روش درمانی مؤثر برای بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیوی شناخته شده و به افزایش عمر و بهبود عملکرد کلیه در این بیماران کمک کرده است. بااین‌حال، بیماران پس از پیوند کلیه با مجموعه‌ای از چالش‌های جسمانی، روان‌شناختی و اجتماعی مواجه هستند که به نوعی بر کیفیت زندگی و سلامت روانی آنان اثرگذار است [۱]. عوامل روان‌شناختی مانند کیفیت زندگی، نقش کلیدی در فرآیند تطبیق و بهبودی آنان دارد و به‌طور مستقیم بر روند بازگشت به زندگی عادی تأثیر می‌گذارد [۲]. اصولاً بیماران کلیوی در معرض تنهایی، انزوا و عدم حمایت اجتماعی قرار دارند و استقلال آن‌ها اغلب به‌دلیل ناتوانی‌های جسمی و ذهنی تهدید می‌شود. پیامدهای این شرایط افت کیفیت زندگی و درنهایت امید به زندگی و شادی آن‌هاست [۳]. پژوهش‌ها نشان می‌دهند مداخلات آموزشی می‌توانند به بیماران در پذیرش نقش جدید خود، افزایش مهارت‌های مقابله‌ای و مدیریت بهتر وضعیت پس از پیوند کمک کنند [۴]. دو رویکرد مهم در این زمینه شامل آموزش خودمراقبتی و خودشفقت‌ورزی هستند [۵].

خودمراقبتی به مفهوم مسئولیت‌پذیری و توانمندی بیمار در حفظ و ارتقای سلامت خود و پایش وضعیت جسمانی و روانی خویش است. این مهارت‌ها به بیماران پیوندی کمک می‌کند تا با رعایت مراقبت‌های خاص خود، خطرات ناشی از عفونت و مشکلات پزشکی پس از پیوند را کاهش دهند و احساس تسلط بیشتری بر شرایط خود داشته باشند [۶]. آقاخانی و همکاران [۷] در مطالعه‌ای نیمه‌تجربی نشان دادند آموزش خودمراقبتی به بیماران پیوند کلیه باعث بهبود معنادار کیفیت زندگی آنان در مؤلفه‌های جسمی، روانی و اجتماعی شد. همچنین، همتی و همکاران [۸] نیز در مطالعه‌ای دیگر دریافتند آموزش به روش بازگشتی می‌تواند به بهبود عزت‌نفس بیماران پیوند کلیه منجر گردد که این امر خود زمینه‌ساز بهبود کیفیت زندگی آنان است. یافته‌های این مطالعات با نتایج پژوهش مموری و همکاران [۹] هماهنگ است که گزارش کردند رفتارهای خودمدیریتی در بیماران پیوند کلیه موجب بهبود وضعیت کلی سلامتی و سازگاری بهتر با شرایط بعد از پیوند می‌شود. همچنین یافته‌های مطالعه لین و همکاران [۱۰] نیز بیانگر آن بود که ارائه مراقبت انتقالی پس از ترخیص می‌تواند توانمندی بیماران پیوند کلیه را در مدیریت شرایط سلامتی‌شان افزایش دهد و درنتیجه، به بهبود کیفیت زندگی آن‌ها منجر شود.

ازسوی‌دیگر، آموزش خودشفقت‌ورزی به بیماران پیوند کلیه می‌آموزد که در مواجهه با مشکلات، نقص‌ها و تغییرات زندگی با خود مهربان باشند، خود را سرزنش نکنند و به‌جای قضاوت، با همدلی و پذیرش به خود بنگرند [۱۱]. خودشفقت‌ورزی، ضمن افزایش خودپذیری و کاهش فشار روانی، احساسات مثبتی را در بیماران ایجاد می‌کند و آن‌ها را به تطابق بهتر با شرایط سوق می‌دهد. آقا یوسفی و همکاران [۱۲] در پژوهشی نشان دادند آموزش شفقت‌ورزی به کاهش نشانه‌های روان‌شناختی منفی و ارتقای ابعاد روانی کیفیت زندگی در بیماران با شرایط مزمن منجر می‌شود. همچنین کموچی و همکاران [۱۳] در پژوهشی دریافتند مداخله آموزشی مبتنی بر شفقت به خود باعث بهبود قابل‌توجه رضایت از زندگی و کیفیت زندگی بیماران پیوندی شده است. در همین راستا نف و همکاران [۱۴] در مطالعه‌ای به این نتیجه دست یافتند که مداخله خودشفقت‌ورزی باعث کاهش اضطراب و بهبود کیفیت زندگی بیماران دیالیزی گردید.

مجموع این مطالعات نشان می‌دهد آموزش خودمراقبتی و خودشفقت‌ورزی می‌تواند به‌عنوان یک مداخله مؤثر، در کنار درمان دارویی در ارتقای کیفیت زندگی بیماران پیوند کلیه نقش مهمی ایفا کند. ازآنجایی‌که در این مطالعه دو شیوه درمانی خودشفقت‌ورزی و خودمراقبتی به کار گرفته شده است، لذا دانستن ارتباط و تفاوت بین این دو شیوع درمانی اهمیت دارد. باتوجه‌به شیوع بالای بیماری پیوند کلیوی، عدم انجام مطالعات در این زمینه باتوجه‌به بررسی متون پژوهشگران و اهمیت دستیابی به کیفیت زندگی بالاتر و بقای طولانی‌مدت بیماران پیوند کلیوی و باتوجه‌به آنچه بیان شد و نیز اهمیت موضوع، هدف این مطالعه مقایسه اثربخشی دو رویکرد خودمراقبتی و شفقت‌ورزی بر کیفیت زندگی در بیماران پیوندی کلیه می‌باشد.

روش بررسی

پژوهش حاضر طرح نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل همراه با پیگیری بود که در کمیسیون کد اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری تصویب شد. جامعه آماری این پژوهش شامل بیماران پیوندی کلیه بود که عمل جراحی آن‌ها در بیمارستان رازی شهرستان رشت انجام شد و بنابر استعلام از واحد درمان و بخش دیالیز این بیمارستان در بازه زمانی بهار سال ۱۳۹۸-۱۴۰۲ تعداد ۱۷۶ پیوند کلیه انجام گردید که در ۳ ماهه اول سال ۱۴۰۳ به پزشکان بخش اورولوژی و دیالیز جهت پیگیری‌های درمان مراجعه داشتند. برای تعیین حجم نمونه، ابتدا ۱۲۰ نفر (برآورد براساس جدول کرجسی-مورگان) از بین ۱۷۶بیمار، با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و به پرسش‌نامه کیفیت زندگی وار[1] و همکاران [۱۵] پاسخ دادند. سپس براساس نقاط برش پرسش‌نامه (نمره کمتر از ۲۴ در کیفیت زندگی) افراد واجد شرایط مشخص شدند که تعداد آن‌ها ۶۳ نفر بود که از میان آن‌ها ۴۵ نفر به‌طور تصادفی ساده انتخاب و در سه گروه ۱۵ نفری (خودمراقبتی، خودشفقت‌ورزی و کنترل) جایگزین شدند.

1. War

ملاک ورود به این مطالعه شامل حداقل تحصیلات دیپلم، گذشتن حداقل ۱۲ ماه از پیوند کلیه، عدم سابقه دریافت مداخله روان‌شناختی و روان‌پزشکی طی ۱ سال گذشته، برخوردار نبودن از سطح مطلوب کیفیت زندگی، نداشتن بیماری‌های عفونی و یا ناتوان‌کننده شدید، داشتن پرونده در انجمن حمایت از بیماران کلیوی استان گیلان، پس نزدن پیوند از زمان درمان پیوند کلیه، نداشتن اختلالات روانی با استناد به پرونده بیمار، حداقل سن ۲۰ و حداکثر سن ۵۰ سال بود.

ملاک‌های خروج از مطالعه نیز شامل عدم حضور در جلسات مداخله درمانی بیش از ۲ جلسه بود.

ابزار مطالعه

برای گردآوری داده‌ها، پرسش‌نامه و جلسات درمانی زیر به کار رفت.

پرسش‌نامه کیفیت زندگی

برای سنجش کیفیت زندگی در این مطالعه، پرسش‌نامه ۱۲ سؤالی کیفیت زندگی، فرم کوتاه‌ترشده پرسش‌نامه کیفیت زندگی ۳۶ سؤالی استفاده شد که به‌طور گسترده‌ای در مطالعات مختلف مورد استفاده قرار گرفت. نسخه ۱۲ سؤالی کیفیت زندگی در سال ۱۹۹۶ توسط وار و همکاران طراحی شد. این پرسش‌نامه دارای ۸ زیرمقیاس است و پاسخگویی به سؤالات به‌صورت دو تا چند گزینه‌ای (بله–خیر؛ عالی تا بد؛ اصلاً–خیلی زیاد و تمام اوقات–هیچ‌وقت) با دامنه نمرات ۱۲ تا ۴۸ می‌باشد. باتوجه‌به تعداد کم گویه‌ها اغلب نمره کلی فرد مورد استفاده قرار می‌گیرد. پرسش‌نامه حاضر کیفیت زندگی را ازنظر درک کلی از سلامتی خود، عملکرد فیزیکی، سلامت جسمانی، مشکلات هیجانی، درد جسمانی، عملکرد اجتماعی، نشاط و انرژی حیاتی و سلامت روان مورد بررسی قرار می‌دهد.

برای نمره‌گذاری این پرسش‌نامه، عددی که مقابل هر گزینه وجود دارد، نشان‌دهنده نمره آن گزینه است. برای‌مثال در سؤال ۴ گزینه بلی نمره (۱) و گزینه خیر نمره (۲) می‌گیرد. همچنین سؤالات ۱، ۸، ۱۰ و ۱۱ به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. به‌عنوان‌مثال نمره ۵ در عبارت شماره یک به ۱ و نمره ۱ در همان پرسش به نمره ۵ تبدیل می‌شود. امتیاز بالا نشان‌دهنده کیفیت زندگی بالاتر است؛ به‌طوری‌که نمرات ۱۲–۲۴ به معنای کیفیت زندگی ضعیف، نمرات ۲۵–۳۶ کیفیت زندگی متوسط و ۳۷–۴۸ کیفیت زندگی خوب را نشان می‌دهد.

وار و همکاران [۱۵] برای اولین بار به بررسی روایی و پایایی این مقیاس پرداختند. پایایی این مقیاس به روش بازآزمایی محاسبه شد. آلفای کرونباخ محاسبه‌شده برای ۱۲ سؤال بعد جسمانی ۰/۸۹ و برای ۱۲ سؤال بعد روانی نیز ۰/۷۶ گزارش شد که نشان‌دهنده میزان پایایی مطلوب سؤالات این پرسش‌نامه بود. منتظری و همکاران [۶] نیز روایی و پایایی این مقیاس را در ایران مورد بررسی قرار دادند. برای بررسی پایایی از روش بازآزمایی استفاده کردند. پایایی ۱۲ سؤال مؤلفه جسمانی و روانی به‌ترتیب برابر با ۰/۷۳ و ۰/۷۲ گزارش گردید. آن‌ها برای بررسی روایی این مقیاس در این پژوهش از روش همگرا استفاده کردند. همبستگی بین سؤالات ۴ خرده‌مقیاس مؤلفه جسمانی با نمره کل مؤلفه جسمانی بالا بود و سؤالات ۳ خرده‌مقیاس مؤلفه روانی با نمره کلی بعد روانی نیز همبستگی بالایی نشان داد.

برنامه آموزشی خودمراقبتی

محتوای جلسات خودمراقبتی در این پژوهش براساس پروتکل خودمراقبتی اورم[2] [۱۶] بود که در ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای و هفته‌ای ۱ جلسه به شرح جدول شماره ۱ اجرا شد و گروه کنترل در فهرست انتظار برای آموزش قرار گرفت. هر جلسه به موضوعی خاص اختصاص داده شده و با هدف ارتقای توانایی بیماران در مدیریت وضعیت جسمی و روانی طراحی شده است. در پایان هر جلسه، تمرین‌هایی عملی و مرتبط به بیماران ارائه شد (مانند ثبت رژیم غذایی و تمرین تکنیک‌های آرام‌سازی). همچنین، از آن‌ها خواسته شد سؤالات و چالش‌های خود را در جلسه بعدی مطرح کنند تا از پرستاران و پزشکان راهنمایی لازم گرفته شود و به آن‌ها بازخورد ارائه گردد. همچنین درخصوص نحوه تنظیم جلسات با کادر درمان (پرستاران و پزشکان متخصص) بخش دیالیز بیمارستان رازی شهر رشت جلساتی برقرار شد و از نظرات همه آن‌ها درخصوص محتوای جلسات خودمراقبتی استفاده گردید، به‌عنوان‌مثال در بخش استفاده از داروها و یا رژیم غذایی از تمامی نظرات کادر درمان استفاده شد.

برنامه آموزشی خودشفقت ورزی

گروه آزمایش تحت مداخله درمانی مبتنی بر شفقت‌ورزی در قالب ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای هفته‌ای ۱ جلسه قرار گرفتند و گروه کنترل در فهرست انتظار برای آموزش قرار گرفت. مداخله درمان مبتنی بر شفقت‌ورزی بر مبنای پروتکل ارائه‌شده توسط گیلبرت[3] [۱۷] اجرا شد (جدول شماره ۲).

در این مطالعه، ابتدا با دریافت معرفی‌نامه از دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن، هماهنگی لازم با رؤسای محترم بیمارستان رازی شهرستان رشت و نیز انجمن حمایت از بیماران کلیوی ایران شعبه رشت جهت کسب اطلاعات لازم از بیماران پیوندی انجام شد و با هماهنگی کادر درمان بیمارستان و نیز انجمن حمایت از بیماران پیوندی کلیوی، لیستی از بیمارانی که در بازه زمانی بهار سال ۱۳۹۸ الی بهار سال ۱۴۰۲ عمل پیوند کلیه انجام دادند

2. Orem
3. Gilbert

جدول ۱. محتوای جلسات خودمراقبتی به تفکیک جلسات

جلسه	موضوع	محتوا
اول	آشنایی با مفهوم خودمراقبتی و اهمیت آن	تعریف خودمراقبتی و نقش آن در بهبود سلامت جسمی و روانی توضیح مزایای پایبندی به مراقبت‌های پس از پیوند (کاهش عوارض، بهبود کیفیت زندگی) تشریح برنامه جلسات و انتظارات از بیماران
دوم	آگاهی از رژیم غذایی مناسب پس از پیوند کلیه	بررسی تکلیف خواسته‌شده از جلسه اول و مرور جلسه قبل معرفی مواد غذایی مناسب و پرهیز از غذاهای مضر اهمیت مصرف مایعات کافی و تنظیم الکترولیت‌ها تأکید بر مصرف داروهای مکمل در صورت نیاز و با توصیه پزشک
سوم	مدیریت مصرف داروها و پایبندی به درمان	بررسی تکلیف خواسته‌شده از جلسه دوم و مرور جلسات قبل توضیح اهمیت مصرف منظم داروهای ضدرد پیوند شناسایی عوارض جانبی احتمالی و روش‌های مدیریت آن‌ها نحوه ارتباط با پزشک در صورت بروز علائم غیرعادی
چهارم	پیشگیری از عفونت‌ها و مراقبت از بدن	بررسی تکلیف خواسته شده از جلسه سوم و مرور جلسات قبل رعایت بهداشت شخصی و محیطی مدیریت زخم‌ها و پیشگیری از آلودگی آگاهی از علائم هشداردهنده عفونت‌ها و اقدامات لازم
پنجم	مدیریت استرس و تنظیم هیجان‌ها	بررسی تکلیف خواسته‌شده از جلسه چهارم و مرور جلسات قبل معرفی تکنیک‌های آرام‌سازی مانند تنفس عمیق و مدیتیشن شناسایی عوامل استرس‌زا و نحوه مقابله با آن‌ها تمرین پذیرش شرایط و تقویت نگرش مثبت
ششم	فعالیت بدنی و تمرینات مناسب پس از پیوند	بررسی تکلیف خواسته‌شده از جلسه پنجم و مرور جلسات قبل معرفی تمرینات سبک و ایمن برای بیماران (پیاده‌روی، کشش‌های ملایم) تأکید بر اجتناب از فعالیت‌های سنگین و خطرناک تنظیم برنامه ورزشی متناسب با شرایط جسمی هر بیمار (قابل ذکر است که این قسمت با نظر متخصصان پزشکی و کادر درمان بیمارستان هماهنگ شده بود و حرکات و فعالیت‌های ورزشی موردنیاز با نظرات آن‌ها صورت گرفت و با بیماران گفته شد که تمامی این فعالیت‌ها را نیز با پزشک مختصص خود در میان بگذارند).
هفتم	آگاهی از عوارض احتمالی و پیگیری‌های پزشکی	بررسی تکلیف خواسته‌شده از جلسه ششم و مرور جلسات قبل توضیح عوارض شایع پس از پیوند کلیه و روش‌های مدیریت آن‌ها اهمیت انجام آزمایش‌های دوره‌ای برای ارزیابی عملکرد کلیه نحوه آماده‌سازی برای مراجعه به پزشک.
هشتم	ارتقای کیفیت زندگی و برنامه‌ریزی برای آینده و جمع‌بندی کلیه جلسات	بررسی تکلیف خواسته‌شده از جلسه هفتم ایجاد اهداف واقع‌بینانه برای زندگی روزمره تقویت حس امید به زندگی و تعاملات اجتماعی تشویق به شرکت در گروه‌های حمایتی و مشاوره در صورت نیاز

مجله
دانشگاه علوم پزشکی قم

تهیه شد. سپس با برقراری تماس تلفنی و نیز مراجعه حضوری با برخی از این بیماران از وضعیت عمل پیوند مطلع شده و محل مراجعه به پزشک متخصص بیماران شناسایی شد. به بیماران درخصوص موضوع مطالعه و روند اجرای مطالعه توضیحات داده شد و هم‌زمان نیز با پزشک متخصص آن‌ها درخصوص نوع مداخله به جلسه و گفت‌وگو پرداخته شد که بیمار از عدم وجود آسیب این مطالعه به آن‌ها اطمینان پیدا کنند و بعد از آگاه‌سازی بیماران از ایمن بودن محیط جلسه و اهداف مطالعه، از آن‌ها خواسته شد به‌صورت داوطلبانه وارد مطالعه شوند. با حمایت‌هایی که از جانب کادر درمان و پزشکان متخصص بیماران انجام شده بود، تعدادی از افراد داوطلب شرکت در طول دوره تحقیق شدند و بعد از انتخاب نمونه‌ها از آن‌ها فرم رضایت‌نامه دریافت شد. پس از اخذ رضایت‌نامه از افراد شرکت‌کننده در مطالعه، افراد به سه گروه آزمایشی ۱، آزمایشی ۲ و گروه کنترل تقسیم شدند.

سپس پرسش‌نامه کیفیت زندگی در اختیار دو گروه آزمایشی و کنترل قرار داده شد و از شرکت‌کنندگان خواسته شد به پرسش‌نامه پاسخ دهند. سپس جلسه‌های مداخله در بیمارستان رازی رشت بخش اتاق کنفرانس با حضور پرستاران بخش دیالیز و کلیه آغاز شد که این هماهنگی‌ها با بیمارستان صورت گرفت. در طول جلسات، یک نفر به‌عنوان دستیار پژوهش جهت توزیع فرم‌های لازم در مداخله‌ها بین افراد و کمک به آن‌ها حضور داشت. پس از اتمام جلسه‌های مداخله، پرسش‌نامه‌ها به‌طور مجدد به افراد داده شد و با افراد گروه کنترل تماس گرفته شد و از آن‌ها دعوت شد تا جهت پاسخ به پرسش‌نامه‌ها به بیمارستان مراجعه نمایند. درنهایت ۲ ماه بعد از اجرای پس‌آزمون، جهت انجام مرحله پیگیری، مجدداً پرسش‌نامه تکمیل شد.

جدول ۲. محتوای جلسات خودشفقت‌ورزی به تفکیک جلسات

جلسه	موضوع	محتوا
اول	آشنایی با مفهوم خودشفقت‌ورزی	تعریف خودشفقت‌ورزی (مهربانی با خود در هنگام شکست یا رنج) معرفی سه مؤلفه اصلی خودشفقت‌ورزی: مهربانی با خود، اشتراک انسانی، و ذهن‌آگاهی توضیح درباره چرایی اهمیت خودشفقت‌ورزی برای بیماران پیوند کلیه.
دوم	مهربانی با خود	بررسی تکلیف خواسته‌شده از جلسه اول مفهوم «مهربانی با خود» و تفاوت آن با انتقاد از خود آموزش تکنیک «صحبت مهربانانه با خود» در مواجهه با مشکلات تمرین عملی: جملات مثبت و مهربانانه درباره خود بیان کنید آموزش ذهن‌آگاهی همراه با تمرین وارسی بدنی و تنفس، آشنایی با سیستم‌های مغزی مبتنی بر شفقت، آموزش همدلی، آموزش برای درک و فهم اینکه افراد احساس کنند که امور را با نگرش همدلانه دنبال می‌کنند.
سوم	پذیرش اشتراک انسانی	بررسی تکلیف خواسته‌شده از جلسه دوم درک این موضوع که همه انسان‌ها ضعف‌ها و مشکلاتی دارند تمرکز بر اشتراکات انسانی به‌جای تمرکز بر ضعف‌ها تمرین: به‌خاطر آوردن یک مشکل و بررسی اینکه چگونه دیگران نیز ممکن است مشابه آن را تجربه کرده باشند.
چهارم	ذهن‌آگاهی	بررسی تکلیف خواسته‌شده از جلسه سوم تعریف ذهن‌آگاهی: آگاهی از لحظه حال بدون قضاوت تکنیک‌های ساده ذهن‌آگاهی: تمرکز بر تنفس و مشاهده افکار تمرین عملی: انجام یک مدیتیشن ذهن‌آگاهی کوتاه.
پنجم	شناسایی و مدیریت انتقاد درونی	بررسی تکلیف خواسته‌شده از جلسه چهارم شناسایی صدای منتقد درونی و تأثیر آن بر روان جایگزینی انتقاد با صدای مهربان درونی تمرین عملی: نوشتن پاسخ مهربانانه به انتقاد درونی.
ششم	شفقت در برابر درد و رنج	بررسی تکلیف خواسته‌شده از جلسه پنجم شناسایی احساسات منفی در رنج و آموختن پذیرش آن‌ها تکنیک‌هایی برای برخورد شفقت‌آمیز با خود در شرایط سخت تمرین عملی: نوشتن یک نامه شفقت‌آمیز به خود در مواجهه با یک مشکل.
هفتم	تقویت مهارت‌های شفقت‌ورزی	بررسی تکلیف خواسته‌شده از جلسه ششم مرور تکنیک‌ها و مهارت‌های یادگرفته‌شده تمرین ترکیبی از مهربانی با خود، ذهن‌آگاهی، و پذیرش کار گروهی: بحث درباره تجربیات شخصی در استفاده از مهارت‌های شفقت‌ورزی.
هشتم	جمع‌بندی و برنامه‌ریزی برای آینده	مرور کلی جلسات و جمع‌بندی نکات کلیدی بحث درباره چالش‌ها و موفقیت‌های شرکت‌کنندگان برنامه‌ریزی برای ادامه تمرینات پس از پایان دوره.

مجله
دانشگاه علوم پزشکی قـــم

در این پژوهش به‌منظور تجزیه‌وتحلیل داده‌های پژوهش در سطح آمار استنباطی تحلیل واریانس با طرح اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بنفرونی[4] استفاده شد. از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۸ برای تجزیه‌وتحلیل داده‌ها در سطح معناداری ۰/۰۵ استفاده گردید.

یافته‌ها

جدول شماره ۳ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی گروه‌های شرکت‌کننده در پژوهش را نشان می‌دهد. یافته‌های این جدول نشان می‌دهد بین گروه‌های شرکت‌کننده در پژوهش از لحاظ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی تفاوت معناداری از لحاظ آماری وجود ندارد.

همان گونه که در جدول شماره ۴ مشاهده می‌شود، میانگین کیفیت زندگی در آزمودنی‌های گروه کنترل در پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری به‌ترتیب برابر با ۱۸/۲۰، ۱۷/۷۳، ۱۷/۲۰؛ درگروه آزمایشی آموزش خودشفقت‌ورزی برابر با ۱۸/۵۳، ۲۶/۱۳، ۲۶/۳۳ و در گروه آزمایشی آموزش خودمراقبتی برابر با ۱۸/۵۷، ۳۲/۴۰، ۳۱/۸۷ می‌باشد.

جدول شماره ۴ میانگین و انحراف‌معیار متغیر کیفیت زندگی در گروه‌های آزمایش و کنترل در ۳ مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری را نشان می‌دهد. یافته‌های توصیفی جدول شماره ۴ نشان می‌دهد آموزش خودمراقبتی و خودشفقت‌ورزی توانسته‌اند میانگین نمرات کیفیت زندگی بیماران را در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون به‌صورت محسوسی در گروه‌های آزمایش بهبود دهند. قبل از استفاده از تحلیل واریانس

4. Bonferoni

جدول ۳. مشخصات عمومی پاسخ‌گویان در گروه‌های مطالعه

مشخصات جمعیت‌شناختی	گروه	تعداد (درصد)			P
		خودمراقبتی	خودشفقت‌ورزی	کنترل	
جنسیت	زن	۸(۵۳/۳۳)	۶(۴۰)	۷(۴۶/۶۶)	<۰/۰۵
	مرد	۷(۴۶/۶۶)	۹(۶۰)	۸(۵۳/۳۳)	
	کل	۱۵(۱۰۰)	۱۵(۱۰۰)	۱۵(۱۰۰)	
سن	بین ۳۰ تا ۳۵ سال	۵(۳۳/۳۳)	۷(۴۶/۶۷)	۳(۲۰)	<۰/۰۵
	بین ۳۶ تا ۴۰ سال	۸(۵۳/۳۳)	۵(۳۳/۳۳)	۸(۵۳/۳۳)	
	بین ۴۱ تا ۴۵ سال	۲(۱۳/۳۳)	۳(۲۰)	۴(۲۶/۶۷)	
	کل	۱۵(۱۰۰)	۱۵(۱۰۰)	۱۵(۱۰۰)	
تحصیلات	دیپلم	۴(۲۶/۶۷)	۳(۲۰)	۴(۲۶/۶۷)	<۰/۰۵
	لیسانس	۸(۵۳/۳۳)	۹(۶۰)	۱۱(۷۳/۳۳)	
	فوق‌لیسانس و بالاتر	۳(۲۰)	۳(۲۰)	۱(۶/۶۷)	
	کل	۱۵(۱۰۰)	۱۵(۱۰۰)	۱۵(۱۰۰)	

مجله
دانشگاه علوم پزشکی قم

جدول ٤. شاخص‌های توصیفی کیفیت زندگی در پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری سه گروه

زمان	میانگین ±انحراف‌معیار		
گروه‌ها/شاخص‌ها	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
کنترل	۱۸/۲۰±۳/۴۱	۱۷/۷۳±۳/۹۰	۱۷/۲۰±۳/۸۴
آموزش خودشفقت ورزی	۱۸/۵۳±۳/۰۷	۲۶/۱۳±۴/۰۷	۲۶/۲۳±۳/۷۷
اموزش خودمراقبتی	۱۸/۶۷±۳/۳۷	۳۲/۴۰±۴/۸۷	۳۱/۸۷±۴/۰۴

مجله
دانشگاه علوم پزشکی قم

جدول ۵. نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر (اثرات درون‌گروهی و بین‌گروهی روش‌های درمانی روی کیفیت زندگی)

منابع تغییر		مجموع مجذورات	درجات ازادی	میانگین مجذورات	نسبت f	p	مجذور سهمی اتا
اثرات درون گروهی	زمان	۱۰۲۱/۳۹	۱/۲۷	۸۰۰/۶۳	۱۹۸/۳۶	۰/۰۰۱	۰/۸۲۵
	زمان×گروه	۶۴۷/۰۱	۲/۵۵	۲۵۳/۵۸	۶۲/۸۳	۰/۰۰۱	۰/۷۴۹
	خطا	۲۱۶/۲۷	۵۳/۵۸	۴/۰۴			
اثرات بین گروهی	گروه	۱۴۵۸/۹۰	۲	۷۲۹/۴۵	۱۵/۴۰	۰/۰۰۱	۰/۴۲۳
	خطا	۱۹۸۹/۰۸	۴۲	۴۷/۳۶			

مجله
دانشگاه علوم پزشکی قم

جدول ٦. مقایسه‌های زوجی میانگین‌های نمرات کیفیت زندگی براساس نوع درمان

مقایسه ها	اختلاف میانگین‌ها (MD)	خطای استاندارد	p
اموزش خودمراقبتی–خودشفقت ورزی	۳/۸۲	۱/۲۲	۰/۰۱۲
اموزش خودمراقبتی –گروه کنترل	۹/۷۸	۱/۲۲	۰/۰۰۱
خودشفقت ورزی –کنترل	۵/۹۶	۱/۲۲	۰/۰۰۱

مجله
دانشگاه علوم پزشکی قـــم

جدول ۷. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه میانگین‌ها براساس مراحل آزمون

متغیر	مرحله		تفاوت میانگین	خطای استاندارد	سطح معناداری	فاصله اطمینان ۹۵٪	
						کران پایین	کران بالا
کیفیت زندگی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۶/۹۶	۰/۲۷۸	۰/۰۰۱	-۷/۶۵	-۶/۲۶
	پیش‌آزمون	پیگیری	-۶/۵۱	۰/۳۲۸	۰/۰۰۱	-۷/۳۲	-۵/۶۹
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۴۴۴	۰/۲۱۸	۰/۱۴۵	۰/۱۰۰	۰/۹۸۹

مجله
دانشگاه علوم پزشکی قـــم

با اندازه‌گیری مکرر، ابتدا پیش‌فرض‌هایی که برای آزمون فوق نیاز است بررسی شد. برای بررسی توزیع نرمال بودن داده‌ها از آزمون آزمون شاپیرو ویلک[5] استفاده شد که نتایج نشان داد (۰/۲۹۲، ۰/۱۴۳=آماره آزمون) توزیع نرمال است. نتایج آزمون لون[6] در متغیر کیفیت زندگی نشان داد پیش‌فرض‌های مربوط به همگنی واریانس‌ها برای گروه‌های موردمطالعه در مراحل پیش‌آزمون (F=۰/۲۳۴، P=۰/۸۰۰)، پس‌آزمون (F=۱/۰۵، P=۰/۳۵۹) و پیگیری (F=۰/۳۵۶، P=۰/۷۰۳) معنادار نیست. نتایج آزمون ام‌باکس[7] در کیفیت زندگی (P>۰/۰۵؛ F=۱/۲۱؛ ۱۹/۷۰=ام‌باکس) نشان داد سطح معناداری بالاتر از ۰/۰۵ است و مفروضه همگنی واریانس‌ها برقرار است. پیش‌فرض کرویت داده‌ها با استفاده از آزمون کرویت موخلی نشان داد برقراری شرط کرویت و مفروضه همگنی کوواریانس‌ها در متغیر کیفیت زندگی (۰/۸۰۱=آمون موخلی، χ^2=۹/۰۹، P=۰/۲۳۵) رعایت شده است. بنابراین نتایج مربوط به آزمون F بایستی گزارش شود.

در جدول شماره ۵ نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر برای متغیر کیفیت زندگی ارائه شده است.

همان‌گونه که در جدول شماره ۵ مشاهده می‌شود، معنادار بودن مقدار f مربوط به عامل زمان نشان‌دهنده این است که نمرات آزمودنی‌های گروه‌های آزمایشی از پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیگیری به‌طور معناداری تغییر (افزایش) یافته است (P<۰/۰۱؛ ۱۹۸/۳۶=۲/۵۵ و F=۱/۲۷) که حاکی از اثربخشی روش‌های درمانی بر افزایش میزان کیفیت زندگی بیماران می‌باشد. مجذور سهمی اتا نشان می‌دهد ۸۲/۵ درصد از تغییر (افزایش) در میزان کیفیت زندگی از پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیگیری ناشی از تأثیر روش‌های درمانی می‌باشد. معنادار بودن مقدار f حاصل از تعامل میان زمان و عامل گروه حاکی از آن است که در مراحل پس‌آزمون و پیگیری، میانگین کیفیت زندگی گروه‌های آزمایشی به‌طور معناداری پایین‌تر از گروه کنترل می‌باشد (P<۰/۰۱؛ f=۶۲/۸۳). همین‌طور، معنادار بودن عامل گروه نشان می‌دهد بین سه گروه در مراحل پس‌آزمون و پیگیری تفاوت آماری معناداری ازنظر میزان کیفیت زندگی وجود دارد (P<۰/۰۵؛ ۱۵/۴۰=f و۴۲). مجذور سهمی اتا نشان می‌دهد ۴۲/۳ درصد از تفاوت در میزان کیفیت زندگی ناشی از تأثیر عامل گروه می‌باشد.

همان‌گونه که در جدول شماره ۶ مشاهده می‌شود، نتیجه آزمون بنفرونی نشان می‌دهد بین اثربخشی آموزش خودمراقبتی و آموزش خودشفقت‌ورزی بر کیفیت زندگی (P<۰/۰۵؛ MD=۳/۸۲) بیماران تفاوت آماری معناداری وجود دارد. به‌عبارتی، مقایسه میانگین‌های دو گروه در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نشان می‌دهد برنامه آموزشی خودمراقبتی در بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به پیوند کلیه اثربخش‌تر بوده است و نتایج جدول شماره ۴ نیز این یافته را تأیید می‌کند. همین‌طور، تفاوت آماری معناداری بین گروه آموزش خودمراقبتی با گروه

5. Shapiro-Wilk Test
6. Levene's test
7. Bax's M test

کنترل (P<۰/۰۱) و آموزش خودشفقت‌ورزی با گروه کنترل (P<۰/۰۱) مشاهده شد که نشان می‌دهد اثربخشی آموزش خودمراقبتی و آموزش خودشفقت‌ورزی بر میزان کیفیت زندگی ازنظر آماری معنادار می‌باشد. جهت بررسی تفاوت موجود بین مراحل مختلف در گروه‌های آزمایشی، مقایسه زوجی مرحله‌ها با استفاده از آزمون تعقیبی بنفرونی صورت گرفت که نتایج مقایسه دوبه‌دو در جدول شماره ۷ ارائه شد.

مطابق جدول شماره ۷ نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه میانگین‌ها براساس مراحل آزمون در متغیر کیفیت زندگی نشان می‌دهد بین دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون (P<۰/۰۱؛ MD=-۶/۹۶)، پیش‌آزمون و پیگیری (P<۰/۰۱ ؛ MD=-۶/۵۱)، تفاوت معنادار وجود دارد، اما بین دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری مشاهده نشد (P>۰/۰۵) که حاکی از پایداری نتایج یا تغییرات ایجاد شده از پس‌آزمون به مرحله پیگیری می‌باشد.

بحث

نتایج این مطالعه نشان داد آموزش خودمراقبتی بر کیفیت زندگی در بیماران با پیوند کلیه تأثیر معناداری دارد. این نتایج همسو با یافته‌های مطالعات بولوت[8] و همکاران [۴]، ونگ[9] و همکاران [۱۸]، سید[10] و همکاران [۱۱] و ویسنیکا[11] و همکاران [۱۹] می‌باشد. در جهت تبیین این نتایج می‌توان بیان کرد که آموزش خودمراقبتی به‌عنوان یک مداخله توانمندساز، تأثیر چشمگیری بر بهبود کیفیت زندگی بیماران با پیوند کلیه دارد. کیفیت زندگی، مفهومی چندبعدی است که شامل رفاه جسمانی، روانی، اجتماعی و عاطفی افراد است و نقش مهمی در بازگشت بیماران به زندگی عادی پس از پیوند ایفا می‌کند [۲۰]. تأثیر آموزش خودمراقبتی در این زمینه از طریق مکانیسم‌های متعددی قابل‌توضیح است

. یکی از مهم‌ترین تأثیرات آموزش خودمراقبتی، ارتقای توانایی بیماران در مدیریت علائم و عوارض مرتبط با پیوند کلیه است [۱۹]. این آموزش‌ها بیماران را با روش‌های پیشگیری و مدیریت مشکلاتی مانند عفونت، عوارض دارویی یا پس‌زدن پیوند آشنا می‌کند. کاهش دفعات بروز مشکلات جسمانی به بیماران این امکان را می‌دهد تا کمتر درگیر چالش‌های سلامت باشند و انرژی بیشتری برای فعالیت‌های روزمره و تعاملات اجتماعی صرف کنند که این امر مستقیماً بر بهبود کیفیت زندگی آن‌ها تأثیر می‌گذارد. آموزش خودمراقبتی همچنین به تقویت مهارت‌های تصمیم‌گیری در بیماران کمک می‌کند [۲۱]. بیماران با یادگیری نحوه ارزیابی وضعیت خود و گرفتن تصمیمات مناسب درمواقع بحرانی، احساس استقلال و گواه بیشتری بر زندگی خود پیدا می‌کنند [۱۱]. این استقلال نه‌تنها احساس توانمندی آن‌ها را تقویت می‌کند، بلکه اضطراب ناشی از وابستگی به دیگران را نیز کاهش می‌دهد. چنین تغییراتی باعث می‌شود بیماران احساس بهتری نسبت به زندگی خود داشته باشند [۲۲].

یکی دیگر از اثرات مثبت این آموزش‌ها، بهبود عادات روزانه و سبک زندگی بیماران است. برای‌مثال، آموزش‌های مرتبط با تغذیه مناسب، ورزش منظم و مدیریت استرس به بیماران کمک می‌کند به سلامت جسمانی مطلوب‌تری دست یابند. وضعیت جسمانی بهتر به‌طور مستقیم به کاهش خستگی و افزایش انرژی منجر می‌شود و این امر، مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی و تفریحی را برای بیماران آسان‌تر می‌کند [۵]. تجربه چنین فعالیت‌هایی حس رضایت و شادی بیشتری را در زندگی آن‌ها به همراه دارد. علاوه‌براین، آموزش خودمراقبتی تأثیر عمیقی بر جنبه‌های روان‌شناختی کیفیت زندگی دارد. با ارائه اطلاعات دقیق و کاربردی، این آموزش‌ها از احساس عدم اطمینان و ترس از آینده می‌کاهد و باعث می‌شود بیماران با اعتماد بیشتری به شرایط خود نگاه کنند [۲۳].

افزایش اعتمادبه‌نفس و کاهش استرس روانی، زمینه‌ساز ارتقای احساس رضایت کلی از زندگی می‌شود. از منظر اجتماعی، آموزش خودمراقبتی روابط بین فردی بیماران را نیز بهبود می‌بخشد. استقلال و توانایی در انجام کارهای روزمره، باعث می‌شود بیماران کمتر به دیگران وابسته باشند و بتوانند به‌طور فعال در روابط خانوادگی و اجتماعی مشارکت کنند [۱۰]. این مشارکت فعال، حس حمایت اجتماعی را تقویت کرده و به بیماران احساس تعلق بیشتری به جامعه می‌دهد. درنهایت، آموزش خودمراقبتی دیدگاه بیماران را نسبت به زندگی تغییر می‌دهد. آن‌ها به‌جای تمرکز بر محدودیت‌ها و چالش‌ها، بیشتر به فرصت‌ها و دستاوردهای مثبت توجه می‌کنند. این تغییر نگرش، باعث تقویت احساس رضایت و خشنودی در زندگی روزمره آن‌ها می‌شود [۹].

بنابراین، آموزش خودمراقبتی به‌عنوان یک مداخله جامع، نه‌تنها وضعیت جسمانی و روانی بیماران را بهبود می‌بخشد، بلکه کیفیت زندگی آن‌ها را از ابعاد مختلف ارتقا می‌دهد و به آن‌ها کمک می‌کند زندگی کامل‌تر و رضایت‌بخش‌تری را تجربه کنند.

همچنین نتایج این مطالعه نشان داد مداخله خودشفقت‌ورزی بر کیفیت زندگی در بیماران با پیوند کلیه تأثیر معناداری دارد. این نتایج همسو با یافته‌های مطالعات بدیر[12] و همکاران [۵]، چوکورجی[13] و همکاران [۲۴]، برات[14] و همکاران [۲۳]، لوچ سانز[15]

8. Bulut
9. Weng
10. Seid
11. Wiśnicka
12. Bedir
13. Chukwuorji
14. Bratt
15. Lluch-Sanz

و همکاران [۲۵] و انجیون[16] و همکاران [۲۶] می‌باشد. در جهت تبیین این نتایج می‌توان بیان کرد که مداخله خودشفقت‌ورزی تأثیر معناداری بر بهبود کیفیت زندگی در بیماران با پیوند کلیه دارد، زیرا این رویکرد با ایجاد تغییرات مثبت در نحوه نگرش بیماران به خود و چالش‌های زندگی، توانایی آن‌ها را در سازگاری با شرایط افزایش می‌دهد. کیفیت زندگی به معنای ادراک افراد از وضعیت سلامتی، رفاه روانی و اجتماعی خود است که در بیماران با پیوند کلیه به‌دلیل مشکلات جسمی، درمان‌های طولانی‌مدت و فشارهای روانی ممکن است کاهش یابد [۲۱].

مداخله خودشفقت‌ورزی می‌تواند کیفیت زندگی این بیماران را از طریق مسیرهای مختلفی ارتقا دهد. یکی از جنبه‌های مهم اثرگذاری این مداخله، کاهش خودانتقادی و احساس گناه در بیماران است. افراد با پیوند کلیه ممکن است به‌دلیل وابستگی به دیگران برای انجام کارهای روزمره یا به‌دلیل تجربه ناتوانی در برخی فعالیت‌ها، دچار خودانتقادی و احساس نارضایتی از خود شوند. خودشفقت‌ورزی به بیماران می‌آموزد به‌جای سرزنش خود، با مهربانی و پذیرش با مشکلات برخورد کنند [۱۸]. این تغییر در نگرش، تنش‌های روانی را کاهش می‌دهد و احساس بهتری نسبت به خود و زندگی ایجاد می‌کند [۲۴].

این مداخله همچنین بر کاهش استرس و اضطراب تأثیر بسزایی دارد. بیماران با پیوند کلیه اغلب با نگرانی‌های مداوم در مورد عوارض جانبی، رد پیوند یا محدودیت‌های جسمی مواجه هستند. تمرین‌های مرتبط با خودشفقت‌ورزی مانند ذهن‌آگاهی و تمرکز بر لحظه حال، به بیماران کمک می‌کند از نگرانی‌های مفرط رها شده و از زندگی روزمره خود بیشتر لذت ببرند. این کاهش اضطراب موجب بهبود جنبه‌های روانی و عاطفی کیفیت زندگی می‌شود [۲۶]. علاوه‌براین، خودشفقت‌ورزی با تقویت حس پذیرش و سازگاری، تأثیر مثبتی بر ارتباطات اجتماعی بیماران دارد. این مداخله به بیماران کمک می‌کند تا محدودیت‌های جسمانی و چالش‌های خود را بپذیرند و از احساس انزوا دور شوند [۲۰]. درنتیجه، آن‌ها می‌توانند ارتباطات اجتماعی خود را بهبود بخشیده و با دیگران تعامل بهتری داشته باشند که این امر نقش مهمی در ارتقای کیفیت زندگی اجتماعی آن‌ها دارد.

یکی دیگر از مسیرهای تأثیرگذاری خودشفقت‌ورزی، افزایش توانایی بیماران در مدیریت درد و ناراحتی‌های جسمی است [۲۳]. این مداخله با آموزش روش‌های آرام‌سازی ذهن و توجه به بدن، به بیماران کمک می‌کند که بهتر با درد و ناراحتی کنار بیایند [۲]. این تغییر نه‌تنها تحمل بیمار را افزایش می‌دهد، بلکه احساس گواه بیشتری بر وضعیت جسمانی خود ایجاد می‌کند که به‌طورکلی کیفیت زندگی آن‌ها را بهبود می‌بخشد. ازسوی‌دیگر، خودشفقت‌ورزی با ایجاد حس تعلق و همبستگی انسانی، به بیماران کمک می‌کند احساس نکنند در رنج و مشکلات خود تنها هستند [۱۰]. درک اینکه دیگران نیز ممکن است تجربیات مشابهی داشته باشند، به بیماران قوت قلب می‌دهد و احساس ارزشمندی بیشتری نسبت به خود و زندگی‌شان ایجاد می‌کند. همچنین، این مداخله می‌تواند بر جنبه‌های معنوی کیفیت زندگی تأثیر بگذارد. بسیاری از بیماران با پیوند کلیه ممکن است به دنبال یافتن معنا و هدفی در تجربیات دشوار خود باشند. خودشفقت‌ورزی با تأکید بر پذیرش و معنای مشترک انسانی، به بیماران کمک می‌کند تا دیدگاهی عمیق‌تر و مثبت‌تر نسبت به تجربیات خود پیدا کنند که این امر جنبه‌های معنوی زندگی آن‌ها را تقویت می‌کند [۴]. درنهایت، خودشفقت‌ورزی با کاهش فشارهای روانی، تقویت پذیرش خود، بهبود روابط اجتماعی و افزایش توانایی بیماران در مدیریت چالش‌ها، تأثیری جامع و معنادار بر کیفیت زندگی بیماران با پیوند کلیه دارد. این رویکرد می‌تواند به‌عنوان یک ابزار مفید در برنامه‌های درمانی و توان‌بخشی این گروه از بیماران مورد استفاده قرار گیرد.

همچنین نتایج این مطالعه نشان داد خودمراقبتی نسبت به خودشفقت‌ورزی هم در مرحله پس‌آزمون و هم در مرحله پیگیری در کیفیت زندگی این بیماران اثر بیشتری داشت. خودمراقبتی در مقایسه با خودشفقت‌ورزی تأثیر بیشتری بر بهبود کیفیت زندگی بیماران با پیوند کلیه داشت، زیرا این مداخله به‌طور مستقیم بر نیازهای جسمانی و عملی این بیماران تمرکز دارد. خودمراقبتی شامل رفتارها و راهکارهایی است که بیماران را قادر می‌سازد به‌طور فعال در مدیریت بیماری و حفظ سلامت جسمانی خود نقش داشته باشند. رعایت رژیم غذایی مناسب، مصرف دقیق داروها، پیگیری منظم وضعیت سلامت و مدیریت علائم بیماری، ازجمله جنبه‌های کلیدی این مداخله است که به‌صورت فوری و ملموس، شرایط زندگی بیمار را بهبود می‌بخشد [۱۳].

یکی از دلایل اصلی تأثیر بیشتر خودمراقبتی بر کیفیت زندگی، تأثیر مستقیم آن بر کاهش مشکلات جسمانی و بهبود عملکرد فیزیکی بیماران است [۲۵]. بیماران با رعایت اصول خودمراقبتی، حس مثبت بیشتری بر وضعیت سلامت خود دارند که این امر به کاهش استرس و نگرانی‌های مرتبط با بیماری منجر می‌شود. همچنین، پیروی از برنامه‌های منظم مراقبتی به بیماران کمک می‌کند از عوارض احتمالی بیماری جلوگیری کنند و توانایی خود برای انجام فعالیت‌های روزمره را افزایش دهند که این موضوع مستقیماً بر کیفیت زندگی آن‌ها اثر می‌گذارد [۹]. علاوه‌براین، خودمراقبتی به بیماران احساس مسئولیت بیشتری در قبال سلامت خود می‌دهد. این احساس مسئولیت و مشارکت فعال در مراقبت‌های بهداشتی، باعث می‌شود بیماران به طور مثبت‌تری با بیماری خود مواجه شوند و حس توانمندی در آن‌ها تقویت شود [۱۱]. این حس توانمندی و استقلال در مدیریت بیماری، تأثیر مستقیمی بر بهبود کیفیت زندگی دارد،

16. Nguyen

درحالی‌که خودشفقت‌ورزی بیشتر بر جنبه‌های روان‌شناختی و ذهنی متمرکز است، خودمراقبتی با پرداختن به نیازهای عینی‌تر، تأثیرات ملموس‌تری بر زندگی روزمره بیماران دارد [۱].

یکی دیگر از دلایل برتری خودمراقبتی این است که بسیاری از مشکلات مرتبط با کاهش کیفیت زندگی در بیماران با پیوند کلیه، ناشی از شرایط فیزیکی و الزامات درمانی است. خودمراقبتی با ارائه راهبردهای عملی برای مدیریت این چالش‌ها، به بیماران کمک می‌کند تا با تغییرات ناشی از بیماری و درمان سازگار شوند [۲۰]؛ به‌عنوان‌مثال، گواه دقیق وزن، تنظیم فشار خون و حفظ سلامت کلیه‌ها، از جمله مواردی است که با اجرای اصول خودمراقبتی بهبود می‌یابد و به‌طور مستقیم بر کیفیت زندگی اثر می‌گذارد. خودمراقبتی همچنین می‌تواند حس امنیت و پیش‌بینی‌پذیری بیشتری در زندگی بیمار ایجاد کند. بیماران با آگاهی از اقدامات موردنیاز برای حفظ سلامت خود، کمتر دچار نگرانی و اضطراب می‌شوند و این ثبات ذهنی به افزایش کیفیت زندگی آن‌ها کمک می‌کند.

ازسوی‌دیگر، اگرچه خودشفقت‌ورزی به بیماران کمک می‌کند تا با احساسات منفی مقابله کنند، اما تأثیر آن بر چالش‌های روزمره و عملی زندگی ممکن است به اندازه خودمراقبتی محسوس نباشد [۱۸]. درنهایت، خودمراقبتی به بیماران این امکان را می‌دهد که با رعایت نکات عملی و سازگار با نیازهای خاص خود، استقلال بیشتری در زندگی داشته باشند. این استقلال، احساس رضایت و اعتمادبه‌نفس بیشتری را در آن‌ها ایجاد می‌کند و به‌طورکلی کیفیت زندگی آن‌ها را بهبود می‌بخشد. به همین دلیل، این مداخله به‌ویژه در بیمارانی که نیازمند مدیریت دقیق و روزانه شرایط خود هستند، اثرگذاری بیشتری نسبت به مداخلات روان‌شناختی دارد

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان می‌دهد هر دو مداخله خودمراقبتی و خودشفقت‌ورزی تأثیرات مثبتی بر کیفیت زندگی بیماران با پیوند کلیه داشته‌اند. بااین‌حال، تفاوت‌هایی در اثرگذاری این دو مداخله مشاهده شد. خودمراقبتی نسبت به خودشفقت‌ورزی در بهبود کیفیت زندگی بیماران اثربخشی بیشتری نشان داد؛ این می‌تواند به این دلیل باشد که خودمراقبتی به بیماران کمک می‌کند تا به‌طور فعال وضعیت جسمانی خود را مدیریت کنند و از این طریق احساس گواه بیشتری در زندگی خود داشته باشند. جنبه‌های عملی و ملموس خودمراقبتی مانند مدیریت داروها، رژیم غذایی و مراقبت از سلامتی به بیماران کمک می‌کند تا از وضعیت فیزیکی خود راضی‌تر باشند و کیفیت زندگی آن‌ها بهبود یابد.

به‌طورکلی، نتایج مطالعه نشان می‌دهد که برای رسیدن به بهترین نتایج در بهبود وضعیت بیماران با پیوند کلیه، استفاده از ترکیبی از مداخلات خودمراقبتی و خودشفقت‌ورزی پیشنهاد می‌شود. این ترکیب می‌تواند هم از جنبه‌های جسمانی و هم از جنبه‌های روان‌شناختی به بهبود کلی وضعیت بیماران کمک کند و اثرات مثبت بیشتری بر کیفیت زندگی آن‌ها داشته باشد.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

این مطالعه با کد (IR.IAU.SARI.REC.1403.110) در کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری تأیید شد. اطلاعات شرکت‌کنندگان محرمانه نگهداشته شد و رضایت آگاهانه از آن‌ها دریافت شد.

حامی مالی

این مقاله برگرفته از رساله دکتری روانشناسی سلامت در گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن است و هیچ گونه کمک مالی از سازمان‌های تأمین مالی در بخش‌های عمومی ، تجاری یا غیرانتفاعی دریافت نکرد.

مشارکت نویسندگان

مفهوم‌سازی، نگارش، ویرایش و بررسی: همه نویسندگان؛ روش‌شناسی و نمونه‌گیری: محمدرضا زربخش بحری و علی خانه‌کشی؛ تحلیل داده‌ها: محمدرضا زربخش بحری و مریم سعیدی.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان از تمامی شرکت‌کنندگان جهت همکاری‌های‌شان در این مطالعه تشکر و قدردانی می‌کنند.

References

[1] Li L, Ma Z, Wang W. Influence of transitional care on the self-care ability of kidney transplant recipients after discharge. Ann Palliat Med. 2020; 9(4):1958-64. [DOI:10.21037/apm-20-1120] [PMID]

[2] Pinto-Gouveia J, Duarte C, Matos M, Fráguas S. The protective role of self-compassion in relation to psychopathology symptoms and quality of life in chronic and in cancer patients. Clin Psychol Psychother. 2014; 21(4):311-23. [DOI:10.1002/cpp.1838] [PMID]

[3] Friis AM, Johnson MH, Cutfield RG, Consedine NS. Does kindness matter? Self-compassion buffers the negative impact of diabetes-distress on HbA1c. Diabet Med. 2015; 32(12):1634-40. [DOI:10.1111/dme.12774] [PMID]

[4] Bulut TY, Çekiç Y, Altay B. The effects of spiritual care intervention on spiritual well-being, loneliness, hope and life satisfaction of intensive care unit patients. Intensive Crit Care Nurs. 2023; 77:103438. [DOI:10.1016/j.iccn.2023.103438] [PMID]

[5] Bedir M, Eliüşük-Bülbül A. The effect of the self-compassion program on self-compassion and professional quality of life among healthcare professionals. Curr Psychol. 2024; 43(17):15376-84. [DOI:10.1007/s12144-023-05516-x]

[6] Montazeri A, Vahdaninia M, Mousavi SJ, Omidvari S. The Iranian version of 12-item Short Form Health Survey (SF-12): Factor structure, internal consistency and construct validity. BMC Public Health. 2009; 9:341. [DOI:10.1186/1471-2458-9-341] [PMID]

[7] Aghakhani N, Maslakpak MH, Jalali S, Parizad N. Self-care education program as a new pathway toward improving quality of life in kidney transplant patients: A single-blind, randomized, controlled trial. Exp Clin Transplant. 2021; 19(3):224-30. [DOI:10.6002/ect.2020.0044] [PMID]

[8] Hemmati Maslak Pak M, Mollazadeh F, Khalkhali H, Abkhiz S. [The impact of self-care education with teach-back method on self-esteem in kidney transplant recipients: A clinical trial (Persian)]. Avicenna J Nurs Midwifery Care 2020; 28(3):154-62. [DOI:10.30699/ajnmc.28.3.154]

[9] Memory KE, Wilkinson TJ, Smith AC, Lightfoot CJ. A qualitative exploration of the facilitators and barriers to self-management in kidney transplant recipients. J Nephrol. 2022; 35(7):1863-72. [DOI:10.1007/s40620-022-01325-w] [PMID]

[10] Lin CH, Chiang YC, Li WY, Chu TL, Hsiao YC. Physical symptoms distress and demoralization among haemodialysis patients; the mediating effect of spirituality and self-compassion. A cross-sectional questionnaire survey. Int J Nurs Stud Adv. 2025; 8:100288. [DOI:10.1016/j.ijnsa.2024.100288] [PMID]

[11] Seid SS, Amendoeira J, Ferreira MR. Self-care and quality of life among adult patients with heart failure: Scoping review. SAGE Open Nurs. 2023; 9:23779608231193719. [DOI:10.1177/23779608231193719] [PMID]

[12] Aghayousefi A, Safari Y, Ahmadi S, Abaspour P. [Studying the effectiveness of coping therapy on psychological markers (stress, quality of life and coping strategies) in type ii diabetic patients (Persian)]. Health Psychol. 2020; 9(34):25-40. [DOI:10.30473/hpj.2020.41833.4104]

[13] Kemmochi T, Oka M, Matsumoto M, Sato Y, Sato M, Fukuda A, et al. Self-compassion in patients undergoing haemodialysis: A qualitative study. J Ren Care. 2025; 51(1):e12516.[DOI:10.1111/jorc.12516] [PMID]

[14] Neff KD, Germer CK. A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. J Clin Psychol. 2013; 69(1):28-44. [DOI:10.1002/jclp.21923] [PMID]

[15] Ware J Jr, Kosinski M, Keller SD. A 12-Item Short-Form Health Survey: Construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. Med Care. 1996; 34(3):220-33.[DOI:10.1097/00005650-199603000-00003] [PMID]

[16] Orem DE. Nursing: Concepts of Practice 6th ed St Louis. MO Mosby Year Book; 2001. [Link]

[17] Gilbert P, Tirch D. Emotional memory, mindfulness and compassion. In: Didonna F, editor. Clinical handbook of mindfulness. New York: Springer; 2009. [DOI:10.1007/978-0-387-09593-6_7]

[18] Weng LC, Huang HL, Tsai YH, Tsai HH, Lee WC, Shieh WY. The effect of a web-based self-care instruction on symptom experience and quality of life in living liver donors: A randomized controlled trial. Heliyon. 2023; 9(6):e17333. [DOI:10.1016/j.heliyon.2023.e17333] [PMID]

[19] Wiśnicka A, Lomper K, Uchmanowicz I. Self-care and quality of life among men with chronic heart failure. Front Public Health. 2022; 10:942305. [DOI:10.3389/fpubh.2022.942305] [PMID]

[20] Wan DWJ, Goh LSH, Teo MYK, Loh CJL, Yak GHK, Lee JJH, et al. Enhancing self-care education amongst medical students: A systematic scoping review. BMC Med Educ. 2024; 24(1):37. [DOI:10.1186/s12909-023-04965-z] [PMID]

[21] Utomo P, Maratus S. The effectiveness of using educational cinema techniques to increase students' self-confidence: An experimental research. ProGCouns: J Pro Guid Couns. 2021; 2(2):51-61. [DOI:10.21831/progcouns.v2i2.41101]

[22] Weng LC, Dai YT, Huang HL, Chiang YJ. Self-efficacy, self-care behaviours and quality of life of kidney transplant recipients. J Adv Nurs. 2010; 66(4):828-38. [DOI:10.1111/j.1365-2648.2009.05243.x] [PMID]

[23] Bratt AS, Fagerström C. Perceptions of General Attitudes towards Older Adults in Society: Is There a Link between Perceived Life Satisfaction, Self-Compassion, and Health-Related Quality of Life? Int J Environ Res Public Health. 2023; 20(4):3011. [DOI:10.3390/ijerph20043011] [PMID]

[24] Chukwuorji JC, Odi CP, Chike-Okoli A, Morah NM, Osondu OM, Rukmi DK, et al. Health-related quality of life of people living with HIV: contributions of emotion regulation and self-compassion. Venereology. 2024; 3(3):136-46. [DOI:10.3390/venereology3030011]

[25] Lluch-Sanz C, Galiana L, Vidal-Blanco G, Sansó N. Psychometric properties of the self-compassion scale-short form: Study of its role as a protector of spanish nurses professional quality of life and well-being during the covid-19 pandemic. Nurs Rep. 2022; 12(1):65-76. [DOI:10.3390/nursrep12010008] [PMID]

[26] Nguyen TTN, Liang S-Y, Liu CY, Chien CH. Self-care self-efficacy and depression associated with quality of life among patients undergoing hemodialysis in Vietnam. PLoS One. 2022; 17(6):e0270100. [DOI:10.1371/journal.pone.0270100] [PMID]