MEJDS. 2019; 9:46.
Published online 2019 Sep. **Research Article**

Comparative of Mindfulness with Memory Specificity Training (MEST) on Cognitive Emotion Regulation Strategies in Hemodialysis Patients

Marziyeh Noorifard[1], *Hamid Taher Neshat Doost[2], Ilnaz Sajjadian[3]

Author Address
1. Department of Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran;
2. Professor, Department of Psychology, Isfahan University, Isfahan, Iran;
3. Faculty member of Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.
Corresponding Author's Email: h.neshat@edu.ui.ac.ir

Received: 2019 July 12**; Accepted:** 2019 August 19

Abstract

Background & Objective: Chronic renal failure is a progressive and irreversible loss in kidney function, which results in numerous physical and psychological complications. The complications of hemodialysis treatment causes disruption in patients' happiness and well-being and therefore leads to depression, anxiety and sometimes suicide attempts. Cognitive emotion regulation strategies are an important part of hemodialysis patients' lives. Disturbance in emotion and failure in its regulation can cause psychological trauma. The aim of this study was to investigate the effectiveness of mindfulness with memory specificity training (MEST) on cognitive emotion regulation strategies of hemodialysis patients.

Methods: The present study was quasi-experimental with a pretest-posttest and two-months follow-up with the control group. The statistical population consisted of hemodialysis patients who referred to hemodialysis centers of Tehran city (capital city of Iran) in 2017. In total, 36 individuals were selected using purposive sampling method from the statistical population, and were randomly assigned into three groups: mindfulness therapy group (n=12), MEST group (n=12) and control group (n=12). In order to collect data, the cognitive emotion regulation questionnaire (CERQ) developed by Garnowski, for intervention mindfulness therapy (Segal, 2013), memory specify training (Maxwell, 2016) were used. After selecting the sample, mindful and memory specificity training were done for the groups, no training was provided for the control group. After training completion, posttest was performed for the subjects in all three groups. The posttest included the previous questionnaire. Two months after the course completion, patients were asked to complete the same questionnaire again. This was done to track and evaluate the viability of interventions. The obtained data were analyzed using SPSS-22 software and mixed analysis of variance.

Results: There was a significant difference in cognitive emotion regulation strategies between mindfulness therapy group and MEST group in the port-test stages among hemodialysis patients ($p<0.001$). In addition, there was a significant difference in cognitive emotion regulation strategies between mindfulness therapy group and MEST group in the follow up stages among hemodialysis patients ($p<0.001$).

Conclusion: In the present study, mindfulness therapy and MEST, compared with control group, were more effective for the positive and negative cognitive emotion regulation during the posttest, and the effect was more durable during interventions. Comparison of MEST to mindfulness therapy showed that MEST was more effective than mindfulness therapy for positive and negative cognitive emotion regulation. In order to explain this effectiveness, it can be argued that mindfulness therapy and its techniques target the fundamental beliefs and negative thoughts of self-efficacy in patients. It after making cognitive changes in patients and made aware of his own cognitive and emotional content, allow him to explore more appropriate alternatives and avid automated responses. Furthermore, in MEST and its techniques, by challenging the memory, irrational thoughts and beliefs about the chronic illness with depression, anxiety and emotional disorders caused by incurable renal therapy, by reducing over general memory, increases the ability of solving social problems in individuals and prevent negative social interactions. It also leads to increased sense of hope in patients by influencing on future visualization capabilities. This therapy prevents rumination as well. It also reduces the psychological disorders in patients by experimenting with negative memories and the resultant negative emotions. Being exposed to distressing memories and emotions, even if they cause worries and unpleasantness for a short period of time, has long-term benefits for an individual's mental health. According to the findings of this study, it can be deduced that MEST is more effective than mindfulness therapy and control group in improving cognitive emotion regulation and this therapy is more durable, this durability is due to easier treatment and faster training for patients as well as shorter duration of intervention sessions.

Keywords: Mindfulness therapy, Memory specificity training (MEST), Cognitive emotion regulation strategies, Hemodialysis.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-18]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.124.6]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۳۹۸؛ (۹):۴۶.

انتشار برخط شهریورماه ۱۳۹۸ مقاله پژوهشی اصیل

مقایسهٔ اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی با آموزش اختصاصی‌سازی حافظهٔ سرگذشتی بر راهبردهای شناختی تنظیم هیجان بیماران همودیالیزی

مرضیه نوری‌فرد[۱]، *حمیدطاهر نشاط‌دوست[۲]، ایلناز سجادیان[۳]

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران؛

۲. استاد، گروه روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران؛

۳. عضو هیئت‌علمی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** h.neshat@edu.ui.ac.ir

تاریخ دریافت: ۲۱ تیر۱۳۹۸؛ **تاریخ پذیرش:** ۲۸ مرداد۱۳۹۸

چکیده

زمینه و هدف: نارسایی مزمن کلیوی، تخریب روبه‌رشد و بازگشت‌ناپذیر عملکرد کلیوی است که عوارض جسمی و روانی بی‌شماری را در پی دارد. این پژوهش با هدف مقایسهٔ اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی با آموزش اختصاصی‌سازی حافظه بر راهبردهای شناختی تنظیم هیجان بیماران همودیالیزی انجام شد.

روش‌بررسی: پژوهش حاضر از نوع شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون‌پس‌آزمون و پیگیری بود. جامعهٔ آماری را بیماران همودیالیزی مراجعه‌کننده به مراکز همودیالیز شهر تهران در سال ۱۳۹۶ تشکیل دادند. تعداد ۳۶ نفر به‌روش نمونه‌گیری هدفمند از جامعهٔ آماری انتخاب شده و به‌صورت تصادفی در سه گروه آموزش ذهن‌آگاهی (سگال، ۲۰۱۳) و آموزش اختصاصی‌سازی حافظه (مکس‌ول، ۲۰۱۶) و گروه کنترل قرار گرفتند. برای جمع‌آوری داده‌ها، پرسشنامهٔ راهبردهای شناختی تنظیم هیجان گارنفسکی (CERQ) به‌کار رفت. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۲ و تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، تجزیه‌وتحلیل شد. کد کارآزمایی بالینی IRCT20190202042582N1 بود.

یافته‌ها: بررسی نتایج نشان‌داد که بین راهبردهای شناختی تنظیم هیجان مثبت و منفی گروه‌های آموزش ذهن‌آگاهی و آموزش اختصاصی‌سازی حافظهٔ سرگذشتی و کنترل، در مرحلهٔ پس‌آزمون بیماران همودیالیزی تفاوت وجود دارد ($p<۰/۰۰۱$). همچنین بین راهبردهای شناختی تنظیم هیجان مثبت و منفی سه گروه مذکور، در مرحلهٔ پیگیری بیماران همودیالیزی تفاوت مشاهده می‌شود ($p<۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های این مطالعه می‌توان از مداخله‌های ذهن‌آگاهی با آموزش اختصاصی‌سازی حافظه در افزایش استفاده از راهبردهای شناختی تنظیم هیجان بیماران تحت همودیالیز بهره برد.

کلیدواژه‌ها: ذهن‌آگاهی، آموزش اختصاصی‌سازی حافظهٔ سرگذشتی، راهبردهای شناختی تنظیم هیجان، همودیالیز.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار- غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-18]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.124.6]

۱ مقدمه

مرحلهٔ نهایی بیماری کلیه[1]، اختلالی پیش‌رونده و مزمن و بدون علاج عملکرد کلیه است (۱). کلیه‌ها، وظایف مهم زیادی را به‌عهده دارد ازجمله تصفیهٔ مواد زاید و مایعات اضافی از خون که در حفظ سلامت عمومی بدن نقش حیاتی ایفا می‌کند. بیماری کلیه، ممکن است منجربه نارسایی کامل آن شود که نیازمند درمان با همودیالیز برای جلوگیری از مرگ است (۲). بیماری کلیوی مرحلهٔ نهایی مشکل جدی بهداشت عمومی بوده و با کیفیت ضعیف زندگی همراه است (۳). عوارض درمان با همودیالیز، شادی و بهزیستی روانی بیماران را بر هم می‌زند و باعث افسردگی و اضطراب و گاهی خودکشی در آنان می‌شود (۴). راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان بخش مهمی از زندگی بیماران همودیالیزی را تشکیل می‌دهد. آشفتگی در هیجان و نبود نظم‌بخشی آن، می‌تواند سبب آسیب‌های روانی شود (۵). انسان دارای ماهیت چندگانهٔ زیست‌شناختی، روان‌شناختی، اجتماعی و معنوی است که نقش اساسی برای سازگاری در زندگی افراد بازی می‌کند. یکی از جنبه‌های مهم روان‌شناختی انسان، سازهٔ هیجان است. هیجان‌ها مانند ترس و خشم و تنفر، پایه‌های زیستی دارد؛ ولی افراد، توانا به اثرگذاری بر شدت و زمان و نوع تجربه‌های هیجانی خویش هستند. این فرایند در مباحث روان‌شناختی، نظم‌جویی شناختی هیجان معرفی شده است (۶). داده‌های به‌دست‌آمده از پژوهش‌ها، نقش راهبردهای شناختی ناسازگارانهٔ نظم‌جویی هیجان را در تداوم اختلال افسردگی و اضطراب مشخص می‌کند و نشان از اصلاح این راهبردها دارد که می‌تواند علائم اختلال را کاهش دهد (۷). کنترل مشکلات و بهبود سلامت روان زندگی بیمار، نیازمند مشارکت وی در روند درمان و مراقبت بوده و برای این کار افزایش آگاهی و آموزش راهبردهای مفید هیجانی به بیماران ضروری است. در مقولهٔ درمان، از مداخلات شناختی‌رفتاری نسل سوم، ذهن‌آگاهی از درمان‌های مؤثر در به‌کارگیری راهبردهای شناختی تنظیم هیجان است (۸). ذهن‌آگاهی مداخله‌ای گروهی بوده و به این صورت تعریف می‌شود: آگاهی ازطریق توجه به هدف، در لحظهٔ اکنون و بدون هیچ‌گونه قضاوت برای چیزهایی که وجود دارد. ذهن‌آگاهی شامل آموزش منظم در مراقبه است؛ به‌گونه‌ای که بیماران برای آگاهی بیشتر از افکار و احساس‌ها و حس‌های بدنی، تمرین‌های ذهن‌آگاهی را، مانند اسکن بدن انجام می‌دهند که در فعال‌کردن خودکار فرآیندهای شناختی و غیرفعال‌کردن اختلال عملکردی همانند افکار نشخوارکنندگان و منفی، مقتدرانه عمل می‌کند (۹). پیشینهٔ پژوهشی از اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی بر تنظیم هیجان حمایت کرده و آموزش ذهن‌آگاهی بر استفاده از راهبردهای شناختی تنظیم هیجان بر جامعه‌های آماری مختلف تأثیرگذار است (۸،۱۰،۱۱). آموزش اختصاصی‌سازی حافظهٔ سرگذشتی[2] در مقام مقایسه برای پژوهش حاضر انتخاب شد که یکی از مداخلات شناختی جهت کاهش علائم افسردگی است (۱۲). این آموزش، با هدف کمک به بیماران مبتلا به افسردگی برای بازیابی خاطرات سرگذشتی (۱۳) و به‌منظور هدف قراردادن و اصلاح بیش‌کلی‌گرایی حافظه طراحی شد. از نظر تأثیرهای آموزش مذکور بر سایر فرآیندهای مرتبط با کاهش بیش‌کلی‌گرایی، شواهد متفاوتی وجود دارد؛ اما این آموزش آثاری از بهبود توانایی‌های حل مسئله نشان داده است (۱۴). اولین مطالعهٔ آموزش اختصاصی‌سازی حافظه توسط رییز و همکاران (۱۵) به‌منظور بهبود افرادی که از علائم افسردگی رنج برده، تدوین شد (۱۶). خاطرات شخصی، احساس‌ها را قالب‌بندی کرده و شکل می‌دهد. همچنین به برنامه‌ریزی برای آینده کمک می‌کند تا راه‌حل‌های مناسبی برای مسائل پیچیدهٔ زندگی ارائه دهد (۱۷). تنها پژوهشی که دربارهٔ آموزش اختصاصی‌سازی حافظه بر راهبردهای شناختی تنظیم هیجان انجام شد، مطالعهٔ معظمی و همکاران (۱۸) است که به اثربخش‌بودن آموزش بر راهبردهای شناختی تنظیم هیجان منفی دانشجویان، اشاره کردند. درمجموع و به‌طورخلاصه باتوجه به پژوهش‌های عنوان‌شده (۳،۴،۵،۷) می‌توان گفت کار بالینی در حیطهٔ اختلال‌های روانی بیماران همودیالیزی، کمتر انجام گرفته و همواره با چالش‌هایی همراه بوده است. مقاومت بیمار و رد درمان و بی‌توجهی به نقش هیجان در کیفیت زندگی، منجربه بروز یا عود مجدد اختلال‌های روان‌شناختی در این افراد می‌شود. در ایران، بیشتر بیماران دیالیز کافی ندارند. دیالیز ناکافی، باعث کاهش آمادگی آن‌ها در آموزش و یادگیری شده که برای آموزش مؤثر ضروری است. باتوجه به نوع مشکلات این بیماران و لزوم مراقبت مستمر، ضرورت آموزشی که موجب تأمین مشارکت فعال و آگاهانهٔ بیمار جهت مراقبت از خود شده و بتواند او را به استقلال نزدیک کند تا صلاحیت مراقبت مستمر از خویش را پیدا کرده، وجود دارد. محدودبودن این‌گونه مطالعات در ایران، نیاز به این نوع پژوهش‌ها را روزبه‌روز بیشتر می‌کند؛ بنابراین، در راستای چالش مذکور و باتوجه به وجود نقص‌هایی در زمینهٔ روابط بین‌فردی و درون‌فردی در بیماران همودیالیزی، به‌نظر می‌رسد آموزشی که بتواند متغیر تنظیم هیجان را هدف درمان قرار دهد، شاید کارایی لازم در افزایش بهبود کیفیت زندگی افراد داشته باشد؛ ازاین‌رو، در این مطالعه، اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی (متمرکز بر لحظهٔ اکنون و بدون قضاوت‌بودن) و آموزش اختصاصی‌سازی حافظهٔ سرگذشتی (متمرکز بر یادآوری خاطرات و رویدادهای گذشته) بر افزایش به‌کارگیری راهبردهای شناختی تنظیم هیجان بیماران تحت همودیالیز بررسی و مقایسه شد.

۲ روش‌بررسی

پژوهش حاضر از نوع شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون‌پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعهٔ آماری را بیماران تحت همودیالیز مراجعه‌کننده به مراکز همودیالیز بیمارستان‌های شهر تهران در سال ۱۳۹۶ تشکیل دادند. به‌منظور گردآوری اطلاعات بعد از کسب مجوزهای لازم، اقدام به انتخاب نمونهٔ آماری شد. روش نمونه‌گیری هدفمند بود. بر این اساس ابتدا فرم‌هایی جهت اعلام شرکت داوطلبانه در مراکز همودیالیز بین جامعهٔ آماری پخش و پس از جمع‌آوری این فرم‌ها، پرسشنامهٔ راهبردهای شناختی تنظیم هیجان گارنفسکی بین داوطلبان توزیع شد. معیارهای ورود به پژوهش شامل تحت درمان همودیالیز بودن و شرکت‌نداشتن در هیچ‌گونه درمان روان‌شناختی دیگر

[1]. End Stage Renal Disease (ESRD)

[2]. Memory Specificity Training(MEST)

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-18]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.124.6]

و سواد خواندن و نوشتن بود. شرایط خروج از پژوهش عبارت بود از: نداشتن انگیزه برای شرکت در جلسات؛ غیبت بیش از دو جلسه. تعداد مناسب افراد در گروه آموزش اختصاصی‌سازی حافظه بین ۳تا۱۰ نفر و در گروه آموزش ذهن‌آگاهی بین ۸تا۱۲ نفر بود؛ بنابراین تعداد ۳۶ فرد بیمار تحت درمان همودیالیز انتخاب شده و در گروه آموزش ذهن‌آگاهی (۱۲ نفر) و گروه آموزش اختصاصی‌سازی حافظهٔ سرگذشتی (۱۲ نفر) و گروه کنترل (۱۲ نفر) به‌صورت تصادفی قرار گرفتند. بعد از انتخاب نمونه و کسب رضایت برای شرکت در پژوهش و تعهد به محرمانه‌بودن اطلاعات آزمودنی‌ها، آموزش روش‌های مداخلهٔ آموزش ذهن‌آگاهی و آموزش اختصاصی‌سازی حافظهٔ سرگذشتی اجرا شد. پس از اتمام کار، بر آزمودنی‌ها پس‌آزمون انجام پذیرفت. پس‌آزمون شامل پرسشنامهٔ قبلی بود. دو ماه پس از خاتمهٔ دوره مجدداً از بیماران درخواست شد که همان پرسشنامه را تکمیل کنند. این امر جهت پیگیری و بررسی ماندگاری اثر مداخلات صورت گرفت.

ـ پرسشنامهٔ راهبردهای شناختی تنظیم هیجان[1]: این مقیاس را گارنفسکی و همکاران در سال ۲۰۰۱ در کشور هلند تدوین کردند. پرسشنامه‌ای چندبعدی است که جهت شناسایی راهبردهای مقابله‌ای شناختی افراد پس از تجربهٔ وقایع یا موقعیت‌های منفی استفاده می‌شود. این پرسشنامه افکار فرد را پس از مواجهه با تجربه‌ای منفی یا وقایع آسیب‌زا ارزیابی می‌کند. همچنین ابزاری خودگزارشی است و ۳۶ گویه دارد. پاسخ‌گویی آن از نوع لیکرت بوده که امتیاز مربوط به هر گزینه به‌صورت هرگز= ۱، گاهی= ۲، مرتباً= ۳، اغلب= ۴ و همیشه= ۵ ارائه می‌شود. پرسشنامهٔ تنظیم شناختی هیجان پایهٔ تجربی و نظری محکمی داشته و دو راهبرد دارد. راهبردهای مذکور عبارت است از: الف. راهبرد تنظیم شناختی مثبت؛ ب. راهبرد تنظیم شناختی منفی. ۱۶ گویه راهبرد تنظیم شناختی مثبت را اندازه‌گیری می‌کند که نمرهٔ کل آن بین ۱۶تا۸۰ است. ۲۰ گویه جهت ارزیابی راهبرد تنظیم شناختی منفی به‌کار می‌رود و نمرهٔ کل آن بین ۲۰تا۱۰۰ قرار دارد. ویژگی‌های روان‌سنجی این فرم، شامل همسانی درونی، پایایی بازآزمایی، روایی محتوایی، روایی همگرا و تشخیصی مطلوب بیان شده است. ضرایب آلفای کرونباخ برای راهبرد به‌ترتیب برابر با ۰/۶۷ و ۰/۸۹ به‌دست آمد. روایی آزمون ازطریق همبستگی نمرهٔ کل راهبردها بررسی شد و دامنه‌ای از ۰/۴۰تا۰/۶۸ را با میانگین ۰/۵۶ در بر گرفت که همگی معنادار بودند. همچنین برای پایایی پرسشنامه، در نمونه‌های ۱۵تا۲۵سال، آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۲ گزارش شد. در روایی پرسشنامه از راه همبستگی راهبردهای منفی با نمرات افسردگی و اضطراب پرسشنامهٔ سلامت عمومی، به‌ترتیب ضرایبی برابر با ۰/۳۵ و ۰/۳۷ به‌دست آمد که همگی به‌صورت معنادار بودند (۱۹). میزان آلفای کرونباخ حاصل در این پژوهش ۰/۸۱ محاسبه شد.

ـ آموزش ذهن‌آگاهی[2]: دستورعمل جلسه‌ها براساس پروتکل آموزش ذهن‌آگاهی سگال و همکاران (۲۰) تنظیم شد. بستهٔ آموزش ذهن‌آگاهی، یک‌دوره درمان هشت‌هفته‌ای برای حداکثر ۱۲ نفر شرکت‌کننده بود و تلفیقی از تمرین‌های مراقبهٔ حضور ذهن را در زمینهٔ شناختی شامل شد. این درمان، به‌شکل آموزش گروهی صورت پذیرفت که هفته‌ای یک‌بار و به‌مدت دو ساعت به‌طول انجامید. در این آموزش، بیماران یاد گرفتند که چطور به‌شیوه‌ای متفاوت با افکار و احساس‌های منفی خود رابطه برقرار کنند و بر تغییر محتوای باورها و افکارشان متمرکز شوند. همچنین آموختند که چگونه جهت افکار خودآیند، عادات، نشخوارهای ذهنی، افکار و احساس‌های منفی خویش را تغییر دهند و دربارهٔ آن‌ها آگاه شده و در چشم‌انداز وسیع‌تری نگاهشان کنند.

جدول ۱. خلاصهٔ جلسات آموزش ذهن‌آگاهی

جلسه	محتوای جلسات آموزشی
اول	هدایت خودکار، تمرین تمرکز بر کشمش، مراقبه.
دوم	مقابله با موانع، مراقبه، تمرکز بر تنفس.
سوم	تمرکز بر تنفس، تمرکز بر حرکت، انجام‌دادن حرکت کششی، فضای تنفس.
چهارم	ماندن در زمان حال، حضور ذهن دیداری یا شنیداری، مراقبه، آگاهی بدون جهت‌گیری.
پنجم	آگاهی از تنفس و بدن، تأکید بر پذیرش و اجازه، مراقبه در وضعیت نشسته، معرفی حالتی دشوار در تمرین.
ششم	معرفی مشکل فکرها نه حقایق، تمرین مراقبه در وضعیت نشسته.
هفتم	چگونگی توانایی مراقبت از خود به‌بهترین شکل، مراقبهٔ نشسته.
هشتم	استفاده از آموخته‌ها برای کنارآمدن با وضعیت‌های خلقی در آینده، مراقبه، به‌پایان‌رساندن جلسات.

ـ آموزش اختصاصی‌سازی حافظهٔ سرگذشتی: برای آموزش از پروتکل آموزشی مکس‌ول و همکاران (۱۶) استفاده شد. بستهٔ آموزش اختصاصی‌سازی حافظهٔ سرگذشتی شامل جلسات آموزشی براساس راهنمای گام‌به‌گام برنامهٔ آموزشی اختصاصی‌سازی حافظهٔ رویدادهای خاص است که نخستین‌بار توسط رییز و همکاران (۱۵) منتشر شد. این جلسات از چهار تا شش جلسهٔ یک‌ساعته و به‌صورت یک‌روز درهفته بوده که برای گروه‌هایی در حدود ۳تا۱۰ شرکت‌کننده پیشنهاد می‌شود و تمرین‌ها و تکالیف به‌یادآوردن خاطرات خاص را در بر می‌گیرد.

[1]. Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ)

[2]. Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT)

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-18]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.124.6]

جدول ۲. خلاصهٔ جلسات آموزش اختصاصی‌سازی حافظهٔ سرگذشتی

جلسه	محتوای جلسات آموزشی
اول	آموزش، یادآوری خاطره‌ای ویژه برای یک‌کلمه نشانهٔ خنثی و یک‌کلمه نشانهٔ مثبت، بحث و گفت‌وگو.
دوم	یادآوری دو خاطرهٔ خاص برای هریک از چهار نشانه (دو مثبت و دو خنثی).
سوم	رفع موانع و چالش‌ها، یادآوری دو خاطرهٔ خاص برای هریک از چهار نشانه (دو مثبت و دو خنثی).
چهارم	یادآوری دو خاطرهٔ خاص برای نشانه‌های منفی، پس از هر نشانهٔ منفی، برای نشانه‌های مثبت «همتا».
پنجم	یادآوری دو خاطرهٔ ویژهٔ متفاوت و منحصربه‌فرد برای یک‌کلمه نشانهٔ یکسان، واژه‌های نشانهٔ مثبت و منفی.
ششم	انجام تمرین بیشتر در جلسه با کلمات مثبت و منفی و خنثی، بحث دربارهٔ مشکل‌های شرکت‌کنندگان، اتمام جلسات با تأکید بر اهمیت تداوم تمرین‌ها.

۳ یافته‌ها

در پژوهش حاضر تعداد ۳۶ نفر زن مبتلا به بیماری کلیوی تحت درمان با همودیالیز مشارکت کردند. بعد از توصیف داده‌ها، جهت بررسی از نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۲ و آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده شد. یافته‌های توصیفی مربوط به متغیرهای تحقیق در گروه‌های آزمایش و کنترل در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار در گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری به‌همراه نتایج آنالیز واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر

متغیر	گروه	تعداد	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری		مقدار p
			M	SD	M	SD	M	SD	
راهبردهای منفی	اختصاصی‌سازی حافظه	۱۲	۶۳/۳۳	۲/۸۴	۵۰/۳۳	۲/۱۰	۵۲/۲۵	۲/۱۴	<۰/۰۰۱
	ذهن‌آگاهی	۱۲	۶۲/۷۵	۲/۵۲	۵۴/۶۷	۱/۹۲	۵۵/۴۱	۱/۹۲	<۰/۰۰۱
	کنترل	۱۲	۶۲/۸۳	۲/۳۲	۶۲/۱۷	۲/۵۹	۶۱/۹۱	۱/۸۸	۰/۲۲۴
راهبردهای مثبت	اختصاصی‌سازی حافظه	۱۲	۳۳/۰۰	۲/۴۴	۴۳/۵۰	۲/۱۱	۴۱/۱۷	۲/۱۲	<۰/۰۰۱
	ذهن‌آگاهی	۱۲	۳۰/۴۱	۲/۲۷	۴۰/۵۸	۳/۲۸	۳۸/۳۳	۲/۸۷	<۰/۰۰۱
	کنترل	۱۲	۳۳/۰۸	۱/۹۷	۳۳/۵۸	۱/۸۳	۳۳/۲۵	۲/۰۵	۰/۶۱۵

براساس نتایج توصیفی به‌دست‌آمده از جدول ۳، در مرحلهٔ پیش‌آزمون میانگین نمرات افراد نمونه در گروه‌های ذهن‌آگاهی و آموزش اختصاصی‌سازی حافظه و گروه کنترل به‌طور تقریبی نزدیک به‌هم است؛ درحالی‌که در مرحلهٔ پس‌آزمون در میانگین نمرات آزمودنی‌های گروه‌های آزمایش تغییر درخورتوجهی مشاهده می‌شود. برای ارزیابی معناداری این تغییرها از آزمون تحلیل واریانس برای اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده شد. قبل از انجام آزمون، پیش‌فرض‌های آن تحت بررسی قرار گرفت. براساس نتایج حاصل از آزمون شاپیرو ویلک شرط برابری واریانس‌های درون‌گروهی و نیز نرمال‌بودن توزیع داده‌ها برقرار بود ($p \geq ۰/۰۵$). جهت ارزیابی همگن‌بودن واریانس درون‌گروهی، آزمون لوین به‌کار رفت؛ بنابراین مفروضهٔ همگنی کواریانس داده‌ها تأیید شد. باتوجه به برقراری پیش‌فرض‌ها، نتایج تحلیل واریانس برای اندازه‌گیری‌های مکرر به‌شرح ذیل است.

یافته‌های جدول ۳ نشان می‌دهد که اختصاصی‌سازی حافظه بر کاهش راهبردهای منفی ($F=۲۳۸/۲۵$، $p<۰/۰۰۱$) و افزایش نمرهٔ راهبردهای مثبت ($F=۲۰۱/۶۱$، $p<۰/۰۰۱$) تأثیر معناداری دارد. علاوه‌براین طبق جدول ۳ می‌توان گفت ذهن‌آگاهی بر کاهش راهبردهای منفی ($F=۹۲/۵۹$، $p<۰/۰۰۱$) و افزایش نمرهٔ راهبردهای مثبت ($F=۲۱۲/۵۸$، $p<۰/۰۰۱$) دارای تأثیر معناداری است؛ بنابراین، بین نمرات راهبردهای منفی و راهبردهای مثبت در سه مرحلهٔ پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری مشاهده می‌شود. همان‌طورکه در جدول ۴ ملاحظه می‌شود، اثر زمان ($p<۰/۰۰۱$) و آموزش × زمان ($p<۰/۰۰۱$) معنادار است. معناداری اثر زمان بیان می‌کند که میانگین نمرهٔ متغیرهای راهبردهای منفی و راهبردهای مثبت در سه زمان اختلاف معناداری دارد. معناداربودن اثر تعاملی زمان × گروه نیز نشان می‌دهد که روند تغییرات میانگین نمرات در سه گروه در طول سه زمان پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری متفاوت است. به‌عبارتی بین میزان راهبردهای منفی و مثبت در زمان پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد و اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی با آموزش اختصاصی‌سازی حافظه تأثیر معناداری بر میزان راهبردهای مثبت و منفی بیماران همودیالیزی می‌گذارد. اندازهٔ اتا در متغیرهای راهبردهای مثبت و راهبردهای منفی به‌ترتیب برابر ۰/۹۲ و ۰/۸۷ بوده که تعیین می‌کند تقریباً ۹۲درصد و ۸۷درصد از تغییرات درون‌گروهی به‌ترتیب ازطریق راهبردهای منفی و راهبردهای مثبت تبیین می‌شود. پس از مشخص‌شدن وجود تفاوت معنادار بین گروه‌های آزمایش و کنترل در نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری، نتایج آزمون اثرات بین‌گروهی بررسی شد. براساس جدول ۴، بین نمرات میزان راهبردهای منفی ($F=۴۳/۹۶۹$، $p<۰/۰۰۱$) و راهبردهای مثبت ($p<۰/۰۰۱$،

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-18]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.124.6]

(F=۲۱/۵۹۴) بیماران همودیالیزی در دو گروه آزمایش اختصاصی‌سازی حافظه و ذهن‌آگاهی و گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد (p<۰/۰۰۱). روند تغییرات نمرات در سه گروه آزمایش و کنترل به‌صورت جداگانه در جدول ۵ آورده شده است.

جدول ۴. خلاصهٔ نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر برای متغیرهای راهبردهای شناختی تنظیم هیجان منفی و مثبت

متغیر اصلی	اثر	منبع	F	مقدار احتمال	مجذور اتا
راهبردهای منفی	بین‌گروهی	گروه	۴۳/۹۶۹	<۰/۰۰۱	۰/۷۲۷
	درون‌گروهی	زمان	۲۲۳/۵۴۳	<۰/۰۰۱	۰/۸۷۱
		زمان * گروه	۵۲/۰۳۲	<۰/۰۰۱	۰/۷۵۹
راهبردهای مثبت	بین‌گروهی	گروه	۲۱/۵۹۴	<۰/۰۰۱	۰/۵۶۷
	درون‌گروهی	زمان	۴۳۰/۹۸۴	<۰/۰۰۱	۰/۹۲۹
		زمان * گروه	۹۵/۲۲۸	<۰/۰۰۱	۰/۸۵۲

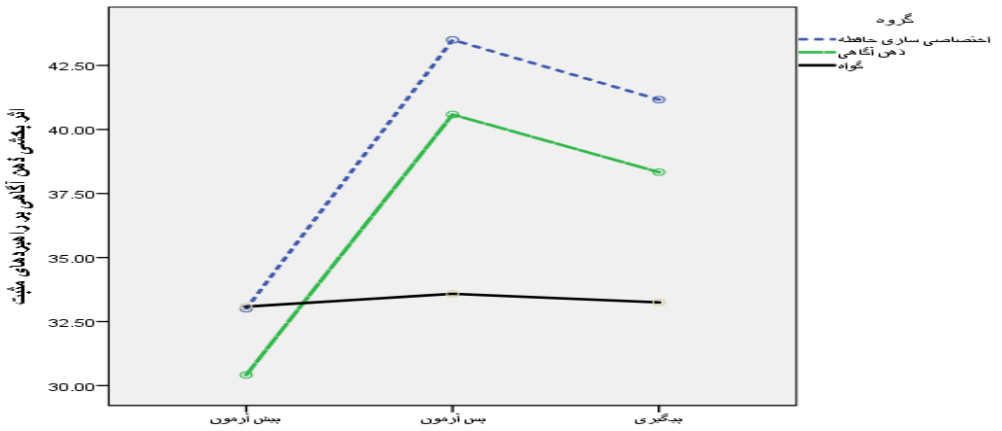
جدول ۵. مقایسهٔ زوجی در سه بار اجرای متغیرهای وابسته در سه گروه بررسی‌شده

*مقایسهٔ گروه‌ها	راهبردهای مثبت			مقدار p راهبردهای منفی		
	پیش‌آزمون مقدار p	پس‌آزمون مقدار p	پیگیری مقدار p	پیش‌آزمون مقدار p	پس‌آزمون مقدار p	پیگیری مقدار p
الف و ب	۰/۰۰۸	۰/۰۰۷	۰/۰۰۶	۰/۵۸۱	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱
الف و ج	۰/۹۳۳	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	۰/۶۴۲	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱
ب و ج	۰/۰۰۶	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	۰/۹۴۱	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱

*گروه (الف): اختصاصی‌سازی حافظه؛ گروه (ب): ذهن‌آگاهی؛ گروه (ج): گواه

مطابق یافته‌های جدول ۵، نتایج آزمون تعقیبی مشخص می‌کند که در مرحلهٔ پیش‌آزمون بین میانگین نمرهٔ گروه ذهن‌آگاهی با گروه‌های اختصاصی‌سازی حافظه و کنترل در متغیر راهبردهای مثبت تفاوت معناداری دیده می‌شود؛ اما در مرحلهٔ پیش‌آزمون بین میانگین گروه ذهن‌آگاهی با گروه‌های اختصاصی‌سازی حافظه و کنترل در متغیر راهبردهای منفی تفاوت معناداری یافت نشد.

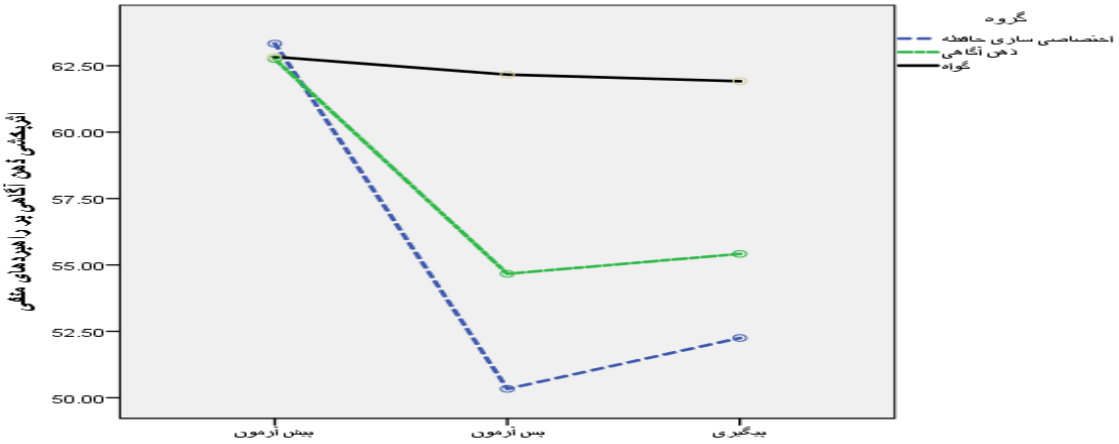
باتوجه به نتایج جدول ۵، در مرحلهٔ پس‌آزمون بین میانگین گروه ذهن‌آگاهی با گروه‌های اختصاصی‌سازی حافظه و کنترل در متغیر راهبردهای مثبت تفاوت معناداری وجود دارد (p<۰/۰۵). همچنین در مرحلهٔ پس‌آزمون بین میانگین گروه ذهن‌آگاهی با گروه‌های اختصاصی‌سازی حافظه و کنترل در متغیر راهبردهای منفی تفاوت معناداری مشاهده می‌شود (p<۰/۰۰۱). در مرحلهٔ پیگیری نیز بین میانگین گروه ذهن‌آگاهی با گروه‌های اختصاصی‌سازی حافظه و کنترل در متغیر راهبردهای مثبت تفاوت معناداری به‌دست آمده است (p<۰/۰۰۱). همین‌طور در مرحلهٔ پیگیری بین میانگین گروه ذهن‌آگاهی با گروه‌های اختصاصی‌سازی حافظه و کنترل در متغیر راهبردهای منفی تفاوت معناداری یافت می‌شود (p<۰/۰۰۱). نتایج روند تغییرات میانگین نمره‌ها در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری به‌تفکیک گروه در نمودارهای ۱ و ۲ بیان شده است.



نمودار ۱. اثرات آموزش بر راهبردهای شناختی تنظیم هیجان مثبت به‌تفکیک گروه‌ها و مراحل آزمون

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-18]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.124.6]



نمودار ۲. اثرات آموزش بر راهبردهای شناختی تنظیم هیجان منفی به‌تفکیک گروه‌ها و مراحل آزمون

۴ بحث

هدف پژوهش حاضر، مقایسهٔ اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی با آموزش اختصاصی‌سازی حافظهٔ سرگذشتی بر راهبردهای شناختی تنظیم هیجان بیماران همودیالیزی بود. میانگین نمرات گروه‌های تحت مداخلهٔ آموزش اختصاصی‌سازی حافظه و آموزش ذهن‌آگاهی در مرحلهٔ پس‌آزمون و پیگیری درمقایسه با گروه کنترل در متغیر راهبردهای شناختی تنظیم هیجان منفی و مثبت آن تغییر محسوسی داشت. در کل نیز تغییر در میانگین راهبردهای شناختی تنظیم هیجان در گروه تحت مداخلهٔ آموزش اختصاصی‌سازی حافظه از گروه تحت مداخلهٔ آموزش ذهن‌آگاهی و نیز گروه کنترل بیشتر بود.

شایان ذکر است که در داخل و خارج از ایران مطالعه‌ای که به‌طورمستقیم اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی با آموزش اختصاصی‌سازی حافظهٔ سرگذشتی را بر راهبردهای شناختی تنظیم هیجان بیماران همودیالیزی مقایسه کند، یافت نشد؛ اما درخصوص اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی بر نظم‌جویی هیجانی، همسو با این پژوهش، نوروزی و همکاران (۸) بیان کردند که اثربخشی درمان مذکور بر بهبود نظم‌جویی هیجانی بیماران مبتلا به سرطان ازطریق به‌چالش‌کشیدن افکار و اصلاح هیجان است. همسو با تحقیق حاضر، علیزاده و پورشریفی (۱۰) نشان دادند که ذهن‌آگاهی باعث افزایش استفاده از راهبردهای شناختی تنظیم هیجان مثبت دربیماران دیابت نوع دو می‌شود؛ اما در به‌کارگیری از راهبردهای شناختی تنظیم هیجان منفی گزارشی را عنوان نکردند. در مطالعهٔ کنونی، ذهن‌آگاهی منجربه کاهش استفاده از راهبردهای شناختی تنظیم هیجان منفی شد. همچنین همسو با نتایج این پژوهش، گولدین و گراس (۱۱) دریافتند که آموزش ذهن‌آگاهی، کم‌شدن واکنش‌پذیری هیجانی و افزایش تنظیم هیجان را به‌دنبال دارد.

نتایج حاصل را می‌توان براساس نظریهٔ سگال و همکاران (۲۰) این‌گونه تبیین کرد که رویکرد ذهن‌آگاهی تمرکززدایی بیماران را از قضاوت روی افکار و هیجان‌ها و احساس‌های بدنی ناراحت‌کننده تسهیل می‌کند. تمرین‌های ذهن‌آگاهی جلوی تقویت اجتناب هیجانی را می‌گیرد. این تمرین‌ها، بافتی را برای بیماران فراهم ساخته که در آن می‌توانند ارتباط‌های جدید منفی کمتری را درقبال تجربهٔ هیجان‌ها پرورش دهند و نیز ارتباط‌های منفی و بازدارندهٔ قدیمی را خاموش کنند. ذهن‌آگاهی از هیجان‌های ناراحت‌کننده در بافت تعارض‌های بین‌فردی، به بیماران کمک می‌کند تا از راهبردهای سازگارانه‌تری استفاده کنند (۲۱). رویکردهای متمرکز بر ذهن‌آگاهی، راهی را برای افراد به‌وجود می‌آورد تا با افکار و احساس‌های خود ارتباط برقرار کرده و از این طریق، آنان را به درک تجربیات پذیرش و دل‌سوزی به‌جای دوری و کنترل یا سرکوب، سوق دهد (۲۲). این آموزش، پاسخ‌های هیجانی بیماران افسرده را با اصلاح فرایندهای شناختی‌عاطفی تغییر می‌دهد و باعث نمرات کمتر در مشکلات نظم‌جویی شناختی هیجان و ترس و اجتناب از هیجان‌ها می‌شود. در این روش تفکر بیمار با تجربه‌های گذشته و آینده و حال در ارتباط است (۲۳).

دربارهٔ آموزش اختصاصی‌سازی حافظه بر راهبردهای شناختی تنظیم هیجان بیماران همودیالیزی هیچ پژوهشی در داخل یا خارج از کشور یافت نشد و تنها معظمی و همکاران (۱۸) در مطالعه‌ای بر دانشجویان نشان دادند که این آموزش بر افسردگی اثرگذار است؛ ولی تأثیری را بر راهبردهای تنظیم هیجان در مرحلهٔ پس‌آزمون مشاهده نکردند که با نتایج پژوهش حاضر ناهمسوست. درمرحلهٔ پیگیری، آموزش اختصاصی‌سازی حافظه تنها بر راهبردهای تنظیم‌شناختی منفی اثربخش بود که با پژوهش حاضر همخوان است.

نتایج به‌دست‌آمده را می‌توان براساس نظریهٔ رییز و همکاران (۱۵) به‌این شکل تبیین کرد که حافظهٔ سرگذشتی همواره معطوف به زندگی خود فرد است. رویدادهای سرگذشتی پس‌از کدگذاری در حافظهٔ بلندمدت ثبت می‌شود. این نوع حافظه به‌صورت خودکار عمل نمی‌کند. نشانه‌های رویدادی و معنایی، سر نخی را در گذشتهٔ فرد فعال کرده و سپس شخص رویداد یا خاطرهٔ خاصی را از انبار حافظهٔ سرگذشتی خود بازیابی می‌کند. این حافظه چون به‌طور مستقیم با رویدادهای زندگی گذشتهٔ افراد ارتباط دارد، به احساس‌ها و افکار مرتبط با زمان آن رویداد خاص نیز وابسته است؛ بنابراین رابطهٔ تنگاتنگ و مستقیمی بین حافظهٔ سرگذشتی با خودپنداره و هیجان‌های هر فرد در

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-18]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.124.6]

طول زمان و هویت فردی وجود دارد (۱۶). طبق مدل ویلیامز اشخاص افسرده به‌دلیل خلق منفی و سوگیری در پردازش اطلاعات نه‌تنها در بازیابی خاطرات سرگذشتی به‌طور اختصاصی دچار مشکل بیش‌کلی‌گرایی می‌شوند، بلکه معضل بازیابی و حل مسئله، آن‌ها را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد و سبب شده که راه‌حل‌های کمتر مؤثری را تولید کنند. دست‌کم چهار مسیر نهفته پیشنهاد شده است که ازطریق آن‌ها ویژگی بیش‌کلی‌گرایی حافظه منجربه افسردگی می‌شود: مسیر اول: این ویژگی از حل مسئلهٔ اجتماعی یا میان‌فردی مؤثر جلوگیری می‌کند؛ مسیر دوم: فقدان ویژگی ممکن است از راه تأثیرگذاری بر قدرت تجسم آینده، یعنی توانایی مجسم‌کردن تصاویر خاصی از آینده، منجربه افزایش احساس ناامیدی شود؛ مسیر سوم: ازطریق رابطهٔ فزایندهٔ برگشتی با اندیشیدن به افسردگی اثر دارد؛ مسیر چهارم: مربوط به فقدان نسبی قرارگیری تجربی درمقابل خاطرات منفی و احساس‌های منفی است. قرارگیری درمعرض خاطره‌ها و احساس‌های ناراحت‌کننده حتی اگر به‌طور کوتاه‌مدت نگران‌کننده و ناخوشایند باشد، با منافع بلندمدتی برای سلامت روانی فرد همراه است (۱۵). کاهش خاطرات خاص منجربه پردازش هیجانی ضعیف می‌شود. بعد از روبه‌روشدن با حادثه‌ای منفی، تفکر و گفتار به‌شیوه‌ای خاص دربارهٔ چنین تجربه‌ای، راهی آسان برای رویارویی با آن و پردازش هیجانی تجربهٔ منفی است. با افزایش تمرکز بر یادآوری خاطرات و کاهش نشخوار فکری، تسلط و نظم‌بخشیدن بر هیجان‌ها میسر می‌شود (۲۴).

در پژوهش حاضر، مقایسهٔ دو گروه آموزشی نشان داد که آموزش اختصاصی‌سازی حافظه از آموزش ذهن‌آگاهی بر راهبردهای شناختی تنظیم هیجان مثبت و منفی اثربخش‌تر است. از مزیت‌های آموزش اختصاصی‌سازی حافظهٔ سرگذشتی درمقایسه با آموزش ذهن‌آگاهی می‌توان عنوان کرد که بیماران تحت همودیالیز هر روز با مشکلات جسمانی و روانی درگیر هستند؛ درنتیجه جلسات مداخلات آموزشی کوتاه‌مدت می‌تواند برای آنان مفید و مؤثر واقع شود.

در تبیین اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی و تکنیک‌های استفاده‌شده در آن می‌توان گفت که روش مذکور، تغییر باورهای بنیادین و افکار خودآیند منفی بیمار را هدف قرار داده و پس از ایجاد تغییرات شناختی در وی و هم‌زمان با آن بیمار را به آگاهی از محتوای شناختی و هیجانی خویش می‌رساند. بدین‌ترتیب امکان بررسی راه‌حل‌های مناسب‌تر جایگزین و جلوگیری از پاسخ‌های خودکار را برای او فراهم می‌کند. همچنین آموزش اختصاصی‌سازی حافظه و تکنیک‌های به‌کاررفته در آن با به‌چالش‌کشیدن حافظه و افکار و باورهای غیرمنطقی مبنی‌بر بیماری مزمن با افسردگی و اضطراب و بی‌نظمی‌های هیجانی ناشی‌از درمان ناعلاج کلیوی، از راه کاهش بیش‌کلی‌گرایی حافظه، توانایی حل مسائل اجتماعی را در افراد افزایش می‌دهد و از برخوردهای اجتماعی منفی جلوگیری می‌کند. همین‌طور، ازطریق تأثیرگذاری بر توانایی تجسم آینده، منجربه افزایش احساس امیدواری در بیماران می‌شود. این آموزش از نشخوار فکری جلوگیری می‌کند و با قرارگیری تجربی درمقابل خاطرات منفی و احساسات بد ناشی‌از آن‌ها موجب کاهش اختلال‌های روان‌شناختی در بیماران می‌شود.

محدودیت این پژوهش نبود کنترل انواع دارو بود. بیماران همودیالیزی مشکل‌های جسمانی ازجمله ناراحتی‌های قلبی، فشارخون، دردهای عضلانی و دیابت دارند و داروهای زیادی مصرف می‌کنند. از دیگر محدودیت این مطالعه می‌توان به خستگی بیماران همودیالیز اشاره کرد. خستگی و داروها می‌تواند بر نتایج پژوهش به‌خصوص در تنظیم هیجان‌ها تأثیر داشته باشد. این تحقیق بر بیماران همودیالیزی انجام شد؛ بنابراین امکان تعمیم‌دهی به کل جامعه را ندارد. در زمینهٔ کاربردی مطابق با نتایج پژوهش حاضر باتوجه به اثربخشی ذهن‌آگاهی با آموزش اختصاصی‌سازی حافظه بر راهبردهای شناختی تنظیم هیجانی در بیماران همودیالیزی، پیشنهاد می‌شود که این دو روش به‌صورت ترکیبی با یکدیگر، به بیماران همودیالیزی آموزش داده شود.

۵ نتیجه‌گیری

برطبق نتایج می‌توان استنباط کرد بین سه گروه آموزش ذهن‌آگاهی و آموزش اختصاصی‌سازی حافظهٔ سرگذشتی و کنترل، در مرحلهٔ پس‌آزمون و پیگیری، در نظم‌جویی شناختی هیجان مثبت و منفی تفاوت وجود دارد. درمقایسهٔ دو گروه آموزشی یافته‌ها نشان داد که آموزش اختصاصی‌سازی حافظه از آموزش ذهن‌آگاهی بر راهبردهای شناختی تنظیم هیجان مثبت و منفی اثربخش‌تر است و این درمان پایداری بیشتری دارد. از دلایل پایداری می‌توان به سادگی درمان و آموزش سریع‌تر بیمار و کوتاه‌مدت‌بودن جلسات مداخله اشاره کرد.

۶ تشکروقدردانی

این مقاله برگرفته از رسالهٔ دکترای دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان) با کد ۳۲۸۲۰۷۰۵۹۵۲۲۰۸۳ است. همچنین مقاله کد اخلاق به‌شمارهٔ IR.IAU.KHUISF.REC.1397.255 و کد کارآزمایی بالینی به‌شمارهٔIRCT20190202042582N1 دارد. بدین‌وسیله از تمام عزیزانی که به‌نحوی در انجام این پژوهش همکاری کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

References

1. Eslami AA, Rabiei L, Khayri F, Nooshabadi MRR, Masoudi R. Sleep Quality and Spiritual Wellbeing in Hemodialysis Patients. Iran Red Crescent Med J. 2014;16(7):e17155. [Persian] doi:10.5812/ircmj.17155
2. Albino BB, Balbi AL, Abrao JM, Ponce D. Dialysis Complications in Acute Kidney Injury Patients Treated with Prolonged Intermittent Renal Replacement Therapy Sessions lasting 10 versus 6 hours: Results of a Randomized Clinical Trial. Artif Organs. 2015;39(5):423-31. doi:10.1111/aor.12408
3. Kim K, Kang GW, Jungmin Woo J. The Quality of Life of Hemodialysis Patients Is Affected Not Only by Medical but also Psychosocial Factors: a Canonical Correlation Study. J K Med Sci. 2018;33(14):e111. doi:10.3346/jkms.2018.33.e111

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-18]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.124.6]

4. Taheri N, Kamangar S, Cheraghian B, Mousavi SZ, Solaimanzadeh M. Life Quality of Hemodialysis Patients. Knowledge & Health. 2013;8(3):119-24. [Persian]
5. Kessler RC, Bromet EJ. The epidemiology of depression across cultures. Annu Rev Public Health. 2013;34(42):119-38. doi:10.1146/annurev-publhealth-031912-114409
6. Hasani J, Miraghaie AM. The Relationship between Strategies for Cognitive Regulation of Emotions and Suicidal ideation. Contemporary Psychology. 2012;7(1):61-72. [Persian]
7. Berking M, Ebert D, Cuijpers P, Hofmann SG. Emotion regulation skills training enhances the efficacy of inpatient cognitive behavioral therapy for major depressive disorder a randomized controlled trial. Psychother Psychosom. 2013;82(4):234-45. doi:10.1159/000348448
8. Norouzi H, Hashemi E. The efficacy of mindfulness-based cognitive therapy (mbct) on emotion regulation among patients with breast cancer. Iranian Quarterly Journal of Breast Disease. 2017;10(2):38-48. [Persian]
9. MacKenzie MB, Abbott KA, Kocovski NL. Mindfulness-based cognitive therapy in patients with depression: current perspectives. Neuropsychiatr Dis Treat. 2018;14(18):1599-605. doi:10.2147/NDT.S160761
10. Alizadeh A, Pursharifi H. The effectiveness of group-based cognitive therapy based on mindfulness on emotional cognitive adjustment in patients with type 2 diabetes. Journal of Psychology and Psychiatry. 2016;3(2):44-55. [Persian]
11. Goldin PR, Gross JJ. Effects of mindfulness-based stress reduction MBSR on emotion regulation in social anxiety disorder. Emotion. 2010;10(1):83-91. doi:10.1037/a0018441
12. Hallford DJ, Austin DW, Raes F, Takano K. Computerised memory specificity training (C-MEST) for the treatment of major depression: a study protocol for a randomized controlled trial. BMJ Open. 2019;27(9):e024508. doi:10.1136/bmjopen-2018-024508
13. Erten MN, Brown AD. Memory Specificity Training for Depression and Posttraumatic Stress Disorder: A Promising Therapeutic Intervention. Front Psychol. 2018;9(419):1-5. doi:10.3389/fpsyg.2018.00419
14. Barry TJ, YanSze W, Raes F. A meta-analysis and Systematic Review of Memory Specificity Training (MEST) in the Treatment of Emotional Disorders. Behav Res Ther. 2019;116(4):36-51. doi:10.1016/j.brat.2019.02.001
15. Raes F, Williams JMG, Hermans D. Reducing Cognitive Vulnerability to Depression. A Preliminary Investigation of Memory Specificity Training (MEST) in Inpatients with Depressive Symptomology. Journal of Behavior Therapy. 2009;40(3):24-38.
16. Maxwell K, Callahan JL, Holtz P, Janis BM, Gerber MM, Connor DR. Comparative Study of Group Treatments for Posttraumatic Stress Disorder. Psychotherapy (Chic). 2016;53(4):433-45. doi:10.1037/pst0000032
17. Dalgleish T, Werner-Seidler A. Disruptions in autobiographical memory processing in depression and the emergence of memory therapeutics. Trend Cong Sci. 2014;18(11):596-604. doi: 10.1016/j.tics.2014.06.010
18. Moazzami A, Neshat Doost HT, Tavakoli M. Comparison of the Effectiveness of Lyubomirsky Happyness Education and Storytelling Specialization on Creation and Cognitive Cognitive Adjustment of Depressed Girl Students [dissertation]. Isfahan,Iran: Isfahan University; 2016. [Persian].
19. Besharat MA, Bazaziyan S. Psychometri properties of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire in a sample of Iranian population. Journal of Faculty of Nursing and Midwifery. 2014;24(84):61-70. [Persian]
20. Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. Mindfulness-based Cognitive Therapy for Depression. Second edition. New York, USA: Guilford Press; 2013.
21. Naderi Y, Parhoon H, Hassani J. The effectiveness of Mindfulness-based Stress Reduction Therapy (MBSR) on cognitive Emotion Regulation Strategies and Anxiety and Depression Rate in Patients with major Depressive Disorder. Thought & Behavior in Clinical Psychology. 2015;9(35):17-26. [Persian]
22. Chiodelli R, Mello LTN, Jesus SN, Andretta I. Effects of a Brief Mindfulness-Based Intervention on Emotional Regulation and levels of Mindfulness in Senior Students. Psicologia. 2018;31(21):1-10. doi:10.1186/s41155-018-0099-7
23. Omidi A, Mohammad Khani P, Poorshahbaz P, Dolatshahi A. Efficacy of combined cognitive behavior therapy and mindfulness based cognitive therapy in patients with major depressive disorder. Feyz. 2008;12(3):9-14. [Persian] http://feyz.kaums.ac.ir/article-1-632-en.html
24. Zare H, Esmaeili M. The Retrieval of Memories from Autobiographical Memory and its Relationship with Problem- Solving in Depressed and Anxious Individuals. Journal of Cognitive Psychology. 2018;5(3):24-34. [Persian]

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-18]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.124.6]