



The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Stress Management Training on Chronic Fatigue and Death Anxiety in Women Undergoing Hemodialysis

Fatemeh Afroozeh¹, Ghasem Askarizadeh^{2,*} , Afsaneh Towhidi²

¹ Master of Psychology, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Shahid Bahonar University, Kerman, Iran

² Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Shahid Bahonar University, Kerman, Iran

* **Corresponding author:** Ghasem Askarizadeh, Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Shahid Bahonar University, Kerman, Iran. E-mail: gh.askarizadeh@uk.ac.ir

Received: 28 May 2019

Accepted: 23 Sep 2019

Abstract

Introduction: Chronic illness, such as renal failure requiring hemodialysis, is a multidimensional experience that causes a person to be impotent in many psychosocial, social, and economical fields. Therefore, the purpose of this study was to investigate the effectiveness of cognitive-behavioral stress management on chronic fatigue and death anxiety in women undergoing hemodialysis.

Methods: The research method was semi-experimental. A sample of 30 women who underwent hemodialysis was selected using available sampling method all women undergoing hemodialysis in Rafsanjan. Required data were collected through Cholesterol Factors Questionnaire (CFS) and Tempter's Death Anxiety Questionnaire (TDAS) in two stages before and after the intervention. To analyze the data, multivariate covariance analysis MANCOVA was used using SPSS software.

Results: The results of multivariate analysis of covariance analysis showed that cognitive-behavioral stress management training has been able to determine the chronic fatigue and death anxiety in hemodialysis women in the experimental group compared to the control group, in the post-test phase, significantly reduced.

Conclusions: According to the findings of this research, cognitive-behavioral stress management can be effective in reducing the multidimensional experience of disability in renal failure patients undergoing hemodialysis at the same time and should be given special attention to treatment in the treatment centers.

Keywords: Cognitive-Behavioral Stress Management, Chronic Fatigue, Death Anxiety, Hemodialysis



اثربخشی آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی _ رفتاری بر خستگی مزمن و اضطراب مرگ در زنان تحت درمان باهمودیالیز

فاطمه افروزه^۱، قاسم عسکری زاده^{۲*}، افسانه توحیدی^۲

^۱ کارشناس ارشد روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه شهید باهنر، کرمان، ایران
^۲ استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه شهید باهنر، کرمان، ایران
 * نویسنده مسئول: قاسم عسکری زاده، استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه شهید باهنر، کرمان، ایران.
 ایمیل: gh.askarizadeh@uk.ac.ir

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۸/۰۷/۰۱

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۸/۰۳/۰۷

چکیده

مقدمه: بیماری مزمن مانند نارسایی کلیه که نیازمند انجام همودیالیز هستند تجربه‌ای چند بعدی است که موجب ناتوانی فرد در بسیاری از زمینه‌های روانی، اجتماعی، اقتصادی و ... می‌شود، لذا این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری بر خستگی مزمن و اضطراب مرگ زنان تحت درمان با همودیالیز انجام شد.

روش کار: روش پژوهش از نوع نیمه آزمایشی بود. نمونه‌ای به حجم ۳۰ نفر از زنان تحت درمان با همودیالیز به روش نمونه‌گیری در دسترس از زنان تحت درمان با همودیالیز شهرستان رفسنجان انتخاب شد. داده‌های مورد نیاز از طریق پرسشنامه خستگی مزمن چالدر و همکاران (CFS) و پرسشنامه اضطراب مرگ تمپلر (TDAS)، در دو مرحله قبل از مداخله و بعد از مداخله جمع‌آوری شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس چند متغیری MANCOVA استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج آزمون‌های تحلیل کوواریانس چند متغیری نشان داد که آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری توانسته است خستگی مزمن و اضطراب مرگ زنان تحت درمان با همودیالیز را در افراد گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل، در مرحله پس‌آزمون، به طور معناداری کاهش دهد.

نتیجه‌گیری: با توجه به اثربخشی مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری بر خستگی مزمن و اضطراب مرگ زنان تحت درمان با همودیالیز، می‌توان گفت که این مداخله برای کاهش نشانه‌های روان‌شناختی زنان تحت درمان با همودیالیز سودمند است. با توجه به یافته‌های این پژوهش مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری می‌تواند بر کاهش تجربه چند بعدی احساس ناتوانی در بیماران دارای نارسایی کلیه که همزمان بایستی همودیالیز را انجام دهند مؤثر باشد و بایستی در مراکز درمانی نسبت به آموزش آن توجه ویژه اعمال شود.

واژگان کلیدی: مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری، خستگی مزمن، اضطراب مرگ، همودیالیز

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

کلیوی، بیش از ۱۵ هزار نفر تحت درمان دیالیز هستند که هر سال حدود ۱۵۰۰ نفر از آن‌ها بر اثر عوارض آن بیماری جان خود را از دست می‌دهند [۱].

طول مدت درمان و نقص در کارکرد سیستم حمایتی بیماران همودیالیزی منجر به ناتوانی آنان در انطباق با موقعیت‌های تنش‌زا و افزایش اضطراب می‌شود، که شیوع آن در بین بیماران همودیالیزی داخل کشور ۲۰ تا ۶۰ درصد گزارش شده است. یکی از مهم‌ترین این اضطراب‌ها، اضطراب مرگ است که به عنوان ترس از مردن خود و

بیماری مزمن، تجربه‌ای چند بعدی است که موجب ناتوانی فرد در بسیاری از زمینه‌های روانی، اجتماعی، اقتصادی و ... می‌شود. نارسایی مزمن کلیه، یکی از این بیماری‌های مزمن است که، در سراسر دنیا، یکی از مشکلات عمده سلامت عمومی محسوب می‌شود. درمان اصلی نارسایی کلیوی، پیوند کلیه است، اما با توجه به عدم اطمینان صد درصد از موفق بودن پیوند کلیه و هم اینکه دستیابی به کلیه پیوندی در بیشتر نقاط جهان آسان نیست، لذا تا زمان پیوند کلیه بیماران تحت درمان مستمر با همودیالیز قرار می‌گیرند. از مجموع ۴۰ هزار بیمار

در کشور ما رشد موارد جدید نارسایی انتهایی کلیه بسیار بالا و معادل ۲۲/۶ درصد در سال می‌باشد به طوری که سالانه حدود ۴۰۰۰ بیمار جدید به تعداد بیماران قبلی اضافه می‌شود. در ایران بالغ بر ۳۳۰۰۰ بیمار شناخته شده نارسایی انتهایی کلیه داریم که ۹۸ درصد این بیماران تحت همودیالیز و ۲ درصد باقی‌مانده تحت دیالیز صفا می‌باشند. آمار بیماران تحت همودیالیز در ایران در حال حاضر به بیش از ۲۰ هزار نفر رسیده است و سالانه حدود ۱۵ درصد به این بیماران اضافه می‌شود [۱۶]. با توجه به این که بیماری مزمن کلیوی به عنوان یک رویداد استرس زا، سبب فراخوانی واکنش‌های روان شناختی می‌شود. هم چنین با توجه به اثبات سودمندی درمان شناختی رفتاری در بسیاری از بیماری‌های مزمن جسمانی از جمله بیماری کلیوی، در این پژوهش هدف کاربرد مداخله درمانی مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری بر کاهش استرس ادراک شده، خستگی مزمن و اضطراب مرگ و افزایش سلامت عمومی در زنان تحت درمان با همودیالیز شهرستان رفسنجان می‌باشد. بنابراین پژوهش حاضر در تلاش برای یافتن پاسخ به این سؤال است که آیا درمان گروهی مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری بر استرس ادراک شده، خستگی مزمن و اضطراب مرگ زنان تحت درمان با همودیالیز مؤثر است؟

روش کار

با توجه به ماهیت موضوع و اهداف مورد نظر، این پژوهش از جمله طرح‌های نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه کنترل بود؛ که جهت بررسی تأثیر ده هفته آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری بر استرس ادراک شده، خستگی مزمن و اضطراب مرگ زنان تحت درمان با همودیالیز در تابستان سال ۱۳۹۶ طراحی و انجام گردید. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه زنان تحت درمان با همودیالیز شهرستان رفسنجان بودند. این پژوهش در بخش همودیالیز بیمارستان علی ابن ابیطالب شهرستان رفسنجان اجرا گردید. ۳۰ زن تحت درمان با همودیالیز که دارای پرونده پزشکی و برنامه منظم دریافت همودیالیز بودند و معیارهای به پژوهش را دارا بودند نمونه‌های پژوهش (۱۵ نفر گروه کنترل و ۱۵ نفر گروه آزمایش را تشکیل دادند. بر اساس معیارهای ورود به پژوهش، تعداد ۳۰ نفر بیمار زن تحت درمان با همودیالیز به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب گردید. سپس جایگزینی در گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) به طور تصادفی صورت گرفت.

معیارهای ورود به پژوهش شامل جنسیت مؤنث، دامنه سنی ۳۰ تا ۶۰ سال، درمان با همودیالیز به مدت حداقل ۱ سال و حداکثر ۵ سال، رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، ساکن بودن در شهر رفسنجان، شرکت نکردن در کلاس‌های آموزشی و روش‌های مشابه با برنامه مداخله، تحصیلات حداقل ابتدایی و معیارهای خروج از پژوهش شامل نداشتن تمایل به ادامه همکاری در پژوهش، شرکت نامنظم در جلسات آموزش گروهی [داشتن غیبت بیش از دو جلسه در جلسات گروه درمانی]، هرگونه ناتوانی که حضور شرکت کنندگان را با دشواری همراه کند. لازم به ذکر است دو گروه از نظر جنسیت، مدت زمان درمان همودیالیز و سن همگن شدند.

پرسشنامه خستگی مزمن (CFS: Chronic Fatigue Questionnaire) چالدر [۱۷] و همکاران (۱۹۹۳) یک ابزار کوتاه ۱۴

دیگران تعریف می‌شود [۲]. فتیحی و همکاران (۲۰۱۳) گزارش کردند میانگین نمره اضطراب مرگ در این بیماران بالا است. اضطراب‌ها بر اساس منشأ آن دسته بندی می‌شود [۳]. اضطراب مرگ یکی از مهم‌ترین انواع اضطراب است آن‌ها می‌باشد و به عنوان ترس از مردن خود و دیگران تعریف می‌گردد، به عبارتی شامل پیش‌بینی مرگ خود و ترس از فرآیند مرگ و مردن درمورد افراد مهم زندگی و به عنوان تجربه ناخوشایند انسان‌ها می‌باشد. اندیشیدن به مرگ ترسناک بوده و اغلب مردم ترجیح می‌دهند به آن فکر نکنند. از آن جایی که مرگ تجربه نشده، هرکسی بنا بر شرایط خود درجات معینی اضطراب از مرگ را به همراه خود دارد [۲]. اضطراب و ترس از مرگ، تجربه ناخوشایند و رایج انسان‌هاست. اضطراب مرگ می‌تواند منجر به کاهش عملکرد بیماران شود، بیمارانی که تشخیص‌های مخاطره آمیزی برای آنان مطرح است ناگزیر بر رویارویی با مرگ خویش هستند [۳].

علاوه بر این‌ها همودیالیز عوارض جانبی زیادی نیز به دنبال دارد که یکی از شایع‌ترین آن‌ها، خستگی می‌باشد [۴]. خستگی بر جنبه‌های جسمی، روانی، عاطفی و شناختی این بیماران تأثیرات بسیاری می‌گذارد [۵]. خستگی از احساس خوب بودن در این بیماران کاسته و تأثیرات متعددی بر حوزه‌های جسمی، عاطفی و شناختی آنان دارد. این شکایت شایع به عنوان علامتی مبهم و ناخوشایند که دامنه آن از خستگی معمول تا تخلیه کامل انرژی توصیف می‌شود، ناشی از وضعیت‌های دشواری است که نیازمند قابلیت‌هایی بیش از توانایی فرد است. برخلاف نارسایی حاد کلیه که در آن خستگی به شکل ناگهانی رخ می‌دهد، در نارسایی مزمن، خستگی، بی سروصدا و توأم با خواب آلودگی در نتیجه تغییرات در همه سیستم‌های بدن رخ می‌دهد. به دلیل شروع موزیانه خستگی، بسیاری از بیماران با سطوح کمتر انرژی سازگار می‌شوند و درحالی‌که از شدت آسیب آگاه نیستند، ممکن است فرض شود که خستگی جزء طبیعی فرایند بیماری یا درمان نارسایی مزمن کلیه است [۶].

بر اساس مطالعه محمد (۲۰۱۴) در مدیریت استرس باعث کاهش خستگی در بیماران می‌شود [۷]. همچنین نهرا [۸] و همکاران [۲۰۱۲] گزارش کردند درمان شناختی رفتاری باعث کاهش استرس ادراک شده و شکایت‌های سلامتی بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر قلب شده است [۸]. نتایج پژوهش لوپز [۹] و همکاران [۲۰۱۱] نشان داد که مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری در بیماران مبتلا به سندرم خستگی مزمن باعث مدیریت استرس بهبود کیفیت زندگی و کاهش شدت علائم خستگی مزمن شده است [۹]. درمان شناختی رفتاری مدیریت استرس به خانواده‌ای از درمان‌های مدیریت استرس اطلاق می‌شود که بر رویکرد شناختی رفتاری متمرکز است. مدیریت استرس، توانایی افراد را برای کاهش استرس و سازگاری مناسب با موقعیت‌های استرس‌آور افزایش می‌دهد. [۱۰]. مطالعات نشان می‌دهند درمان شناختی رفتاری باعث کاهش خستگی و مولفه‌های آن و افزایش کیفیت زندگی [۱۱]، کاهش خستگی مزمن و اصلاح سبک‌های مقابله‌ای [۱۲]، در بیماران مبتلا به ام اس و کاهش اضطراب و افزایش دلبستگی مادر و جنین [۱۳]، کاهش اضطراب مرگ و افسردگی و افزایش هوش هیجانی در سالمندان سوگ دیده [۱۴]، و کاهش اضطراب و افسردگی دوران بارداری [۱۵]، می‌شود.

طول ۱۰ جلسه آموزشی جمع‌بندی به عمل آمد و پیشرفت آزمودنی‌ها مورد بررسی قرار گرفت. پس از اتمام دوره، دوباره پرسش‌نامه‌ها در بین افراد گروه آزمایش و کنترل توزیع گردید و شرکت کنندگان در پژوهش با نظارت پژوهشگر پرسش‌نامه‌های استرس ادراک شده، خستگی مزمن و اضطراب مرگ را تکمیل کردند. به منظور رعایت جنبه‌های اخلاقی، پس از پایان مرحله ارزیابی بروشورها و خلاصه مباحث و تکنیک‌هایی که طی جلسات آموزشی به گروه آزمایش داده شده بود به گروه کنترل ارائه شد. در این پژوهش جهت تنظیم پروتکل آموزشی از کتاب راهنمای عملی مدیریت استرس به شیوه شناختی_رفتاری و کتاب کار نوشته آنتونی، ایرسون و اشنایدرمن (۲۰۱۰) [۱۰] استفاده شد.

جلسه پیش‌آزمون، در این جلسه که به منظور انجام پیش‌آزمون فراهم شده بود، معارفه و آشنایی پژوهشگر و اعضای گروه با یکدیگر صورت گرفت. قوانین و انتظارات گروه بیان شد. بیماران پس از امضای رضایت نامه کتبی برای شرکت در پژوهش، پرسش‌نامه‌های استرس ادراک شده، خستگی مزمن و اضطراب مرگ را به عنوان پیش‌آزمون تکمیل کردند و سپس افراد به تصادف در دو گروه آزمایش و کنترل جای گرفتند.

جلسه اول: اطلاعات کلی برنامه برای شرکت کنندگان ارائه شد. در مورد منطق و ضرورت مدیریت استرس توضیحاتی داده شد. راجع به استرس‌زها، پاسخ‌های جسمی استرس و نقش استرس بر شروع، تشدید و تداوم بیماری کلیوی صحبت شد. آرامیدگی عضلانی برای ۱۶ گروه ماهیچه‌ای آموزش داده شد و با نظارت پژوهشگر توسط شرکت کنندگان تمرین گردید.

جلسه دوم: تأثیرات استرس مرور شد. راجع به اهمیت آگاهی در مدیریت استرس صحبت شد. تمرینات مربوط به افزایش آگاهی در مورد منابع تنش‌زا و نشانه‌های جسمی استرس اجرا شد. آرامیدگی عضلانی برای ۸ گروه ماهیچه‌ای آموزش داده شد.

جلسه سوم: در مورد ارتباط افکار، ارزیابی‌ها و احساسات بحث شد. تمرین قدرت فکر انجام شد. در این قسمت برای بیماران توضیح داده شد که چگونه افکار، هیجانات و رفتارهای مثبت و منفی متقابلاً یکدیگر را تشدید می‌کنند. فرایند ارزیابی و گام‌های آن آموزش داده شد. تنفس دیافراگمی و تصویرسازی و آرامیدگی عضلانی برای ۴ گروه ماهیچه‌ای آموزش داده شد.

جلسه چهارم: معرفی، تعریف و تشریح افکار خودکار منفی صورت گرفت و تأثیر آن بر خلق و احساس بیان شد. همچنین راه‌های شناسایی افکار خودکار منفی مطرح شد. انواع تحریفات شناختی معرفی و تعریف شد و راجع به تعامل افکار منفی و تحریفات شناختی با هیجانات و حس‌های بدنی ناخوشایند بحث شد. تنفس دیافراگمی همراه با تصویر سازی و آرامیدگی عضلانی تدریجی منفعل همراه با تصویر سازی مکان خاص آموزش داده شد.

جلسه پنجم: انواع خودگویی معرفی شد و تفاوت بین خودگویی منطقی و غیر منطقی بیان گردید. گام‌های جایگزینی افکار منطقی و تصحیح خطاهای شناختی آموزش داده شد همچنین ایجاد پاسخ‌های منطقی تمرین گردید. آموزش خودزاد برای سنگینی و گرما به عنوان یک روش آرامیدگی معرفی گردید و تمرین شد. جلسه ششم: مقابله کارآمد معرفی گردید و راجع به انواع مقابله‌های مسئله‌مدار و هیجان‌مدار صحبت شد. همچنین انواع مقابله‌های ناکارآمد معرفی شد. درمورد

سوالاتی را ساختند که علایم ذهنی و جسمی را که تصور می‌شود علامت شاخص برای نشانگان خستگی مزمن باشد را اندازه گیری می‌نماید. ضرایب اعتبار برای خستگی را با استفاده نمره نقطه برش ۲۲ و با استفاده از جدول مصاحبه بالینی در بخش مراقبت‌های پزشکی ۷۵/۵ درصد (حساسیت) و ۷۴/۵ درصد (ویژگی) گزارش شده، همچنین ضرایب همسانی درونی مقیاس را ۰/۸۹ گزارش شده است [۱۷]. حدادی و همکاران روایی محتوایی این پرسشنامه را با استفاده از شاخص روایی محتوا بررسی و مناسب گزارش کردند (۰/۸۵، $CVI = 0.70$ ، $CVR = 0.95$)، همچنین ضریب آلفای کرباخ ۰/۹۵ پرسشنامه گزارش شد که نشان دهنده پایایی مناسب پرسشنامه می‌باشد [۱۸].

مقیاس اضطراب مرگ تمپلر (TDAS: Templar Death Anxiety Scale) تمپلر (Templer) (۱۹۷۰) این پرسشنامه را ساخت و شامل ۱۵ ماده است که نگرش آزمودنی‌ها را به مرگ می‌سنجد. سؤالات در یک طیف پنج درجه‌ای لیکرت پاسخ داده می‌شوند. نمره‌های این مقیاس بین ۱۵ تا ۷۵ متغیر است که نمره بالا معرف اضطراب زیاد افراد درمورد مرگ است [۱۹، ۲۰]. شریف نیا و همکاران (۱۳۹۵) در پژوهشی ویژگی‌های روانسنجی این مطالعه را مورد بررسی قرار دادند. روایی همگرا و واگرا در این مطالعه مناسب گزارش شد. همچنین پایایی این ابزار را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ (۰/۸۸) و پایایی سازه (۰/۸۷) و همبستگی درونی طبقه‌ای (۰/۸۷) گزارش کردند [۲۱].

پژوهشگر پس از دریافت معرفی‌نامه از بخش روان‌شناسی، به بخش توسعه و ارزیابی تحقیقات دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان مراجعه نمود و با کسب مجوز از مسئولین دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان و ریاست بیمارستان علی ابن ابی‌طالب (ع) جهت انجام پژوهش به افراد جامعه مراجعه کرد و با معرفی خود و بیان اهداف پژوهش و جلب رضایت ایشان جهت شرکت در پژوهش با تشکیل جلسه معارفه و انتخاب تصادفی اعضای دو گروه آزمایش (۱۵ بیمار) و کنترل (۱۵ بیمار) از میان افراد داوطلب واجد معیارهای ورود به طرح، پرسش‌نامه‌ها را در بین اعضای دو گروه توزیع کرد؛ و پس از پاسخ‌دهی شرکت کنندگان جمع‌آوری نمود. سپس برای گروه آزمایش برنامه آموزشی به صورت هفته‌ای یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای مدیریت استرس به شیوه شناختی_رفتاری در مجموع ۱۰ جلسه آموزش گروهی به مدت دو ماه توسط پژوهشگر، که در این زمینه آموزش دیده است، منعقد گردید. درحالی که گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. طی توافقی که بین اعضای گروه آزمایش و پژوهشگر صورت گرفت، جلسات آموزش گروهی روزهای سه شنبه هر هفته از ساعت ۳ تا ۴ و نیم عصر در بخش همودیا لیز بیمارستان علی ابن ابی‌طالب شهر رفسنجان طی دو ماه برگزار شد. در ضمن به صورت تلفنی هماهنگی‌های لازم توسط پژوهشگر جهت حضور به موقع بیماران در محل برگزاری جلسات آموزش گروهی در طول مطالعه انجام گردید. جهت تنظیم برنامه آموزشی از کتاب راهنمای عملی مدیریت استرس به شیوه شناختی_رفتاری و کتاب کار نوشته آنتونی، ایرسون و اشنایدرمن [۲۲] استفاده شد.

جلسات به شیوه سخنرانی، پرسش و پاسخ و در نهایت ۱۰ دقیقه بحث گروهی اداره می‌شد. در پایان هر جلسه آموزشی به افراد گروه، تکلیف منزل داده می‌شد که این تکالیف در ابتدای جلسه بعد بازبینی شده و مورد بررسی قرار می‌گرفت. در آخرین جلسه از مطالب ارائه شده در

تفاوت معناداری وجود دارد. برای بررسی فرضیه‌های اختصاصی‌تر، تفاوت کوواریانس در متن مانکوا روی متغیرهای وابسته انجام شد که **جدول ۳** نتایج تحلیل کوواریانس در متن مانکوا را برای مقایسه پس‌آزمون‌های متغیرهای وابسته را نشان می‌دهد.

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیرها گروه‌ها	میانگین	انحراف معیار
خستگی مزمن		
مداخله		
پیش‌آزمون	۳۵/۸۷	۳/۳۶
پس‌آزمون	۳۲/۱۳	۴/۹۸
کنترل		
پیش‌آزمون	۳۶/۴۰	۲/۹۵
پس‌آزمون	۳۷	۴/۲۴
اضطراب مرگ		
مداخله		
پیش‌آزمون	۸/۱۳	۳/۱۱
پس‌آزمون	۵/۹۳	۲/۱۲
کنترل		
پیش‌آزمون	۷/۸۰	۲/۷۶
پس‌آزمون	۸/۱۳	۳/۶۲

نتایج به‌دست‌آمده در **جدول ۳** نشان می‌دهد که تحلیل در متغیر خستگی مزمن [$F=9.274, P=0.005$] و اضطراب مرگ [$P=0.04$], [$F=4.634$] معنادار است. با توجه به نتیجه به‌دست‌آمده می‌توان گفت که در دو گروه آزمایش تغییر معناداری در متغیرهای مذکور در پس‌آزمون نسبت به گروه کنترل تحت تأثیر مداخله به وجود آمده است. بر اساس ضرایب اتا بیشترین اثربخشی روی متغیر خستگی مزمن بوده است.

بحث

یافته‌های حاصل از تحلیل کوواریانس چند راهه، حاکی از این بود که آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری بر خستگی مزمن زنان تحت درمان با همودیلایز مؤثر است. بدین معنی که گروه آزمایش که تحت آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری قرار گرفته بودند، کاهش معناداری در خستگی مزمن در مرحله پس‌آزمون نشان دادند، درحالی‌که در گروه گواه که هیچ مداخله‌ای بر آنان اجرا نشده بود تغییری مشاهده نشد. این یافته در خصوص اثر بخشی آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری بر خستگی مزمن با نتایج پژوهش‌های پورحیدری (۲۰۱۷) با عنوان اثر بخشی درمان شناختی - رفتاری بر خستگی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس [۱۱]، بساک نژاد و همکاران (۲۰۱۲) با عنوان اثر بخشی آموزش گروهی مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری بر خستگی مزمن و سبک‌های مقابله در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس [۱۲]، محمد (۲۰۱۴) با عنوان اثر بخشی مداخلات روانشناختی بر کاهش خستگی در بیماران همودیلایزگروه [۷] و لوپز و همکاران (۲۰۱۱) با عنوان اثر بخشی مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری بر مدیریت استرس، بهبود کیفیت زندگی و کاهش علائم خستگی در در بیماران مبتلا به سندرم خستگی مزمن [۹] همسو است.

اهمیت آگاهی از استرس، ارزیابی‌های شناختی و پاسخ‌های مقابله‌ای بحث شد. آموزش خودزاد برای ضربان قلب، تنفس، شکم و پیشانی معرفی گردید و تمرین شد.

جلسه هفتم: گام‌های مقابله مؤثر آموزش داده شد. در مورد چگونگی اجرای پاسخ‌های مقابله‌ای مؤثر، تطبیق دادن راهبردهای مقابله‌ای با استرس‌زاهای و درد و نیز تکنیک نرم کردن برای استرس‌زاهای طاقت‌فرسا بحث شد. آموزش خودزاد همراه با تصویرسازی و خودآلقای آموزش داده و تمرین شد.

جلسه هشتم: خشم تعریف شد. همچنین در مورد علت خشم، نشانه‌های جسمی خشم و الگوهای مختلف ابراز خشم بحث شد. استراتژی‌های مدیریت خشم و گزینه‌های جایگزین به جای سرکوب خشم یا منفجر شدن معرفی گردید. مراقبه به عنوان یکی دیگر از روش‌های آرامیدگی معرفی شد و مراقبه مانترا آموزش داده و تمرین شد.

جلسه نهم: انواع سبک‌های بین فردی معرفی گردید. در مورد موانع رفتار ابرازگرانه، مولفه‌های ارتباط ابرازگرانه، گوش دادن مؤثر و نیز استفاده از حل مسئله برای تعارض‌ها بحث شد و گام‌های اجرایی رفتار ابرازگرانه تمرین شد. مراقبه شمارش تنفس آموزش داده شد و تمرین گردید.

جلسه دهم: حمایت اجتماعی، انواع و فواید آن معرفی گردید. همچنین در مورد موانع حفظ حمایت اجتماعی، تکنیک‌های مدیریت استرس برای حفظ حمایت اجتماعی و گام‌هایی برای اصلاح شبکه حمایتی بحث شد.

همچنین به مرور آموزش‌های مطرح شده در طول جلسات گذشته و بررسی پیشرفت آزمودنی‌ها پرداخته شد و روش‌های آرامیدگی آموزش داده شده مرور و تمرین شد. در پایان شرکت کنندگان مجدداً پرسش‌نامه‌های پژوهش را به عنوان پس‌آزمون تکمیل کردند. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها در این پژوهش اطلاعات به دست آمده به دو طریق مورد ارزیابی قرار گرفت. آمار توصیفی برای به دست آوردن شاخص‌های مرکزی و پراکندگی و آمار استنباطی شامل تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA) جهت بررسی فرضیه‌های پژوهش مبنی بر اثربخش بودن آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری مورد استفاده قرار گرفت. نرم افزار آماری مورد استفاده برای تجزیه و تحلیل داده‌ها SPSS نسخه ۲۲ بود.

یافته‌ها

یافته‌های توصیفی پژوهش شامل میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای خستگی مزمن و اضطراب مرگ به تفکیک دو گروه در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون در **جدول ۱** گزارش شده است.

جهت بررسی اثر مداخله، تحلیل کوواریانس چند متغیره روی نمرات پس‌آزمون انجام گرفت. **جدول ۲** نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره را روی نمرات پس‌آزمون خستگی مزمن و اضطراب مرگ نشان می‌دهد. با توجه به نتایج به‌دست‌آمده در **جدول ۳** اثر پیلای (Pillai's trace) به‌عنوان محافظه‌کارترین شاخص تحلیل کوواریانس نشان می‌دهد که آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری؛ روی متغیرهای وابسته اثربخش بوده است. نتایج هم‌چنین نشان می‌دهد که بین گروه‌های آزمایش و کنترل از لحاظ حداقل یکی از متغیرهای وابسته

جدول ۲: خلاصه تحلیل کوواریانس چند متغیری

اثر	ارزش	F	DF ₁	DF ₂	معناداری	مجذوراتا
گروه						
اثر پیلائی	۰/۵۲۵	۸/۴۶۰	۳	۲۳	۰/۰۰۱	۰/۵۲۵
لامبدای ویلکز	۰/۴۷۵	۸/۴۶۰	۳	۲۳	۰/۰۰۱	۰/۵۲۵
اثر هتلینگ	۱/۱۰۴	۸/۴۶۰	۳	۲۳	۰/۰۰۱	۰/۵۲۵
ریشه دو روی	۱/۱۰۴	۸/۴۶۰	۳	۲۳	۰/۰۰۱	۰/۵۲۵

جدول ۳: نتایج تحلیل کوواریانس یک‌راهه در متن مانکوا

اثر	مجموع مجذورات	DF	میانگین مجذورات	F	معناداری	مجذوراتا
گروه						
خستگی مزمن	۱۳۷/۸۸	۱	۱۳۷/۸۸	۹/۲۷	۰/۰۰۵	۰/۲۷
اضطراب مرگ	۴۳/۳۹	۱	۴۳/۳۹	۴/۶۳	۰/۰۴۱	۰/۱۶
خطا						
خستگی مزمن	۳۷۱/۷۰	۲۵	۱۴/۸۶			
اضطراب مرگ	۲۳۴/۱۳	۲۵	۹/۳۶			

مادر-جنین [۱۳]، فتحی (۱۳۹۴) با عنوان اثربخشی گروه درمانی شناختی- رفتاری بر افسردگی، اضطراب مرگ و هوش هیجانی سالمندان سوگ دیده [۱۴]، کارآموزیان (۱۳۹۱) با عنوان اثربخشی مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری بر اضطراب و افسردگی دوره بارداری و نمره آپگار نوزادان [۱۵] همسو است.

نتیجه‌گیری

بیماران مزمن به خاطر ماهیت بیماری و مشکلاتی که با آن‌ها مواجه هستند، در معرض تنش بالاتری هستند که اضطراب مرگ یکی از آن‌هاست. بیماران تحت درمان با همودیالیز نیز به علت شرایط استرس‌زای زندگی‌شان با ترس از مرگ مواجه هستند. آموزش مهارت‌های مدیریت استرس موجود در این برنامه به بیماران کمک می‌کند تا موقعیت‌های فشارزا را شناسایی کنند و راهبردهای مقابله‌ای مؤثر و کارآمد از جمله مهارت حل مسئله برای مواجهه با این موقعیت‌ها را به کارگیرند. همچنین این بیماران در جریان مداخله آموختند که چگونه می‌توانند شرایط دارای فشار روانی را به موقعیت‌های قابل کنترل و غیرقابل کنترل تقسیم کنند و به دو شکل مسئله‌مدار و هیجان‌مدار با آن‌ها برخورد کنند. همچنین روش‌های آرامیدگی آموزش داده در این روش نیز منجر به کاهش اضطراب مرگ در این بیماران شده است.

سیاسگزاری

این پژوهش حاصل پژوهش نویسنده اول در قالب پایان نامه در دانشگاه شهید باهنر کرمان صورت گرفت و دارای کد اخلاق () از کمیته اخلاق گروه روانشناسی این دانشگاه می‌باشد. بدین وسیله از کلیه همکاران و مسئولین دانشگاه شهید باهنر که ما را در انجام این پژوهش یاری رساندند، همچنین بیماران تحت درمان همودیالیز شرکت کننده در این پژوهش تشکر نماییم.

تضاد منافع

بدینوسیله نویسندگان تصریح می‌نمایند که هیچگونه تضاد منافی در خصوص پژوهش حاضر وجود ندارد.

با توجه به این‌که همودیالیز معمولاً ۳ بار در هفته و تقریباً ۴ ساعت در هر جلسه انجام می‌شود، خستگی یکی از عوارض این درمان به شمار می‌رود. روش‌های آرامیدگی از جمله آرامیدگی عضلانی تدریجی، آموزش خودزاد و مراقبه که در این برنامه به آزمودنی‌ها آموزش داده شد به طور مؤثری منجر به کاهش خستگی این بیماران شد. روش‌های آرامیدگی به کار رفته در این برنامه از قبیل آرامیدگی عضلانی تدریجی به عنوان روش‌های مؤثر در درمان خستگی در بیماری‌های مزمن در تحقیقات مختلف مورد تأیید قرار گرفته است [۶]. غفاری و همکاران (۲۰۰۸) در پژوهش خود نشان دادند که تکنیک آرام‌سازی پیشرونده عضلانی، خستگی بیماران مبتلا به ام اس را کاهش می‌دهد و این تأثیر در طول زمان نیز از ثبات برخوردار است. موهر و همکاران نیز در تحقیق خود تأثیر روان درمانی شناختی- رفتاری انفرادی و گروهی را بر کاهش خستگی مزمن بیماران مبتلا به ام اس مورد تأیید قرار دادند [۲۳]. آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری سبب کاهش خستگی مزمن در زنان تحت درمان با همودیالیز گردید. با توجه به شیوع خستگی و تأثیرات فلج‌کننده آن در زندگی این بیماران و هزینه‌های بالای درمان‌های معمول و همچنین تأثیر تکنیک‌های شناختی آموزش داده شده در این برنامه بر سازگاری بهتر با مشکلات عدیده بیماری، آموزش گروهی مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری به عنوان یک روش مؤثر و کم هزینه می‌تواند برای این بیماران بسیار سودمند باشد.

همچنین یافته‌های حاصل از تحلیل کوواریانس چند راهه، حاکی از این بود که آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری بر اضطراب مرگ زنان تحت درمان با همودیالیز مؤثر بدین معنی که گروه آزمایش که تحت آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری قرار گرفته بودند، کاهش معناداری در اضطراب مرگ در مرحله پس‌آزمون نشان دادند، درحالی‌که در گروه گواه که هیچ مداخله‌ای بر آنان اجرا نشده بود تغییری مشاهده نشد. نتایج این یافته در خصوص اثر بخشی آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری بر اضطراب مرگ با نتایج پژوهش‌های پورمحمدی (۱۳۹۵) با عنوان تأثیر آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری بر اضطراب در بارداری و دلبستگی

References

1. Khajoye-Nezhad Z. [The Relationship between Social Cybercrime and Social Wellbeing in Hemodialysis Patients in Kerman]: Kerman Shahid Bahonar University; 2016.
2. Sadeghi H, Saeedi M, Kelizani K, Esfandiari A. Social support and death anxiety in hemodialysis patients. *J Psychiatric Nurs*. 2013;2(4):36-48.
3. Fathi M, Sanagoo A, Jouybari L, Yazarloo M, Sharif Nia H. Death Anxiety in Hemodialysis Patients Admitted to Panj-Azar Teaching Hospital. *J Res Dev Nurs Midwifery*. 2016;12(3):48-55.
4. Lashkari F, Brazparandjani S, Latifi SM, Chahkhoei M, Khalili A, Paymard A, et al. The effect of collaborative care model on the fatigue in patients undergoing maintenance hemodialysis: A randomized clinical trial. *Qom Univ Med Sci J*. 2016;10(8):71-9.
5. Hadian JZ, Aliasgharpoor M. Evaluating the effects of designed exercise program on mean of activity tolerance in hemodialysis patients. *Shahrekord Univ Med Sci J*. 2012;14(5):83-91.
6. Sajjadi A, Farmoni F, Ismailpour Z, Dormanesh B, Zare M. Factors Affecting the Rate of Fatigue of Miittalans to Chronic Renal Impairment under Hemodialysis. *J Nurs*. 2010;3(1):33-8.
7. A. Mohamed S. The Effectiveness of an Educational Intervention on Fatigue in Hemodialysis Patients: A Randomized Controlled Trial. *J Nur Health Sci*. 2014;3(4):40-50. doi: 10.9790/1959-03434050
8. Nehra DK, Sharma N, Nehra S, Kumar P. Efficacy of cognitive behavior therapy on perceived stress and health complaints in coronary heart disease patients. *Indian J Posit Psychol*. 2012;3(1):84.
9. Lopez C, Antoni M, Penedo F, Weiss D, Cruess S, Segotas MC, et al. A pilot study of cognitive behavioral stress management effects on stress, quality of life, and symptoms in persons with chronic fatigue syndrome. *J Psychosom Res*. 2011;70(4):328-34. doi: 10.1016/j.jpsychores.2010.11.010 pmid: 21414452
10. Jabal Ameli H, Neshat H, Molavi H. Effectiveness of stress management in cognitive-behavioral way on the quality of life and blood pressure in women with hypertension. *J Kurdistan Univ Med Sci*. 2010;1(59):337-44.
11. Pourheidari R. [Effects of Abbreviated Progressive Muscle Relaxation on Stress in Jordanian Nursing Students]: Tabriz University; 2017.
12. Besak Nejad S, Rahimi H, Zargar Y, Magdinasab N. The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Stress Management Group Therapy on Chronic Fatigue and Coping Styles in Multiple Sclerosis Patients. *J New Care*. 2012;10(3):172-65.
13. Pourmohammadi M. The Effect of Stress Management Training on Cognitive-Behavioral Stress on Anxiety in Pregnancy and Maternal-Fetal Attachment.: Arak University of Medical Sciences and Health Services; 2016.
14. Fathi D. [Effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on depression, death anxiety and emotional intelligence in elderly people]: Ardebil scholar's university; 2015.
15. Karamoziyan M. [The Effectiveness of Stress Management in Cognitive-Behavioral Styles on Anxiety and Depression during Pregnancy and Apgar score in infants]: Kerman Shahid Bahonar University; 2012.
16. Rostami F, Ramezani B, Farhad Amini K. The Effect of Self-Care Education Program on Orem Model on Stress in Hemodialysis Patients. *J Prev Care Nurs Midwifery*. 2014;5(1):22-33.
17. Chalder T, Berelowitz G, Pawlikowska T, Watts L, Wessely S, Wright D, et al. Development of a fatigue scale. *J Psychosom Res*. 1993;37(2):147-53. doi: 10.1016/0022-3999(93)90081-p pmid: 8463991
18. Haddadi M, Zakerian A, Mahmoodi M. Investigation of Chronic Fatigue Syndrome Questionnaire Validity and Reliability CFS (DSQ Revised). *J Sch Pub Health Inst Pub Health Res*. 2014;12(1):75-84.
19. Aghajani M, Valiee S, Tol A. Death anxiety amongst nurses in critical care and general wards. *Iran J Nurs*. 2011;23(67):59-68.
20. Masoudzadeh A, Setareh J, Mohammadpour RA. A survey of death anxiety among personnel of a hospital in Sari. *J Mazandaran Univ Med Sci*. 2008;18(67):84-90.
21. Sharif Nia H, Pahlevan Sharif S, Goudarzian AH, Haghdoost AA, Ebadi A, Soleimani MA. An evaluation of psychometric properties of the Templer's Death Anxiety Scale-Extended among a sample of Iranian chemical warfare veterans. *J Hayat*. 2016;22(3):229-44.
22. Anthony M, Ironson G, Schneiderman N. Practical Guide to Cognitive-Behavioral Stress Management Esfahan: Academic Jihad; 2009.
23. Qafari S, Ahmadi F, Nabavi M. Effectiveness of Water Therapy on the Multiple Sclerosis Patients. *Mazandaran Univ J*. 2008;66(7):71-88.