

April-May 2022, Volume 10, Issue 1



10.22034/IJPN.10.1.37

The Effectiveness of Group Discussion based on Cognitive-behavioral Intervention on Alexithymia in Hemodialysis Patients

Shirin Jafarian Dehaghani¹, Roya Torkashvand^{2*}

1- MSc of Psychiatric Nursing, Nursing and Midwifery Faculty, Khorasgan Azad University, Isfahan, Iran

2- Assistant Professor of Reproductive and Sexual Health. School of Midwifery, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

Corresponding author: Roya Torkashvand, Assistant Professor of Reproductive and Sexual Health. School of Midwifery, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

E-mail: roya.torkashvand@khuisfac.ir

Received: 18 Non 2021

Accepted: 9 April 2022

Abstract

Introduction: Alexithymia and difficulty in identifying and expressing emotions are associated with many physical health problems. Since hemodialysis patients experience chronic physical and psychological stress, the aim of this study was to determine the effectiveness of group discussion based on cognitive-behavioral interventions on alexithymia in patients undergoing hemodialysis.

Methods: The present study was a randomized clinical trial. 60 patients undergoing hemodialysis in Goldis Shahinshahr hospital in the second half of 2019 were selected through a convenience sampling method based on inclusion criteria and randomly using a random number table in both intervention and control groups. The demographic information questionnaire and the Toronto alexithymia questionnaire (Taylor, Ryan & Bagby, 1985) were used to collect data. For the intervention group, 8 sessions of 60-minute group discussion based on cognitive-behavioral interventions were performed. Data were analyzed using SPSS19 statistical software.

Results: The mean alexithymia Score was $62/51 \pm 5/46$ in the intervention group, and $62/44 \pm 3/53$ in the control group before the intervention, which respectively reached $43/62 \pm 4/09$ and $62/32 \pm 3/57$ after implementation of the intervention and this difference was significant in the intervention group ($p \leq 0/001$).

Conclusions: Considering the effectiveness of group training based on cognitive-behavioral interventions on mood disorders in hemodialysis patients, it is suggested that nurses use the method used in the present study as a simple and low-cost method in reducing mood disorders in hemodialysis patients.

Keywords: Cognitive-Behavioral Interventions, Alexithymia, Hemodialysis.



اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر مداخلات شناختی رفتاری بر ناگویی های خلقی در بیماران تحت همودیالیز

شیرین جعفریان دهقانی^۱، رویا ترکاشوند^{۲*}

۱- مرکز تحقیقات سلامت جامعه، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.
۲- استادیار، مرکز تحقیقات سلامت جامعه، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.

نویسنده مسئول: رویا ترکاشوند، استادیار، مرکز تحقیقات سلامت جامعه، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.
ایمیل: roya.torkashvand@khuisf.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۱/۲۰

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۸/۲۷

چکیده

مقدمه: ناگویی خلقی با بسیاری از مشکلات سلامتی فیزیکی ارتباط دارد. از آنجایی که بیماران تحت درمان با همودیالیز، استرس های مزمن جسمی و روانشناختی را تجربه می کنند، این پژوهش با هدف تعیین تأثیر بحث گروهی مبتنی بر مداخلات شناختی رفتاری بر ناگویی های خلقی در بیماران تحت همودیالیز انجام شد.

روش کار: مطالعه حاضر از نوع کارآزمایی بالینی تصادفی بود. ۶۰ نفر از بیماران تحت همودیالیز بیمارستان گلدیس شاهین شهر در نیمه دوم سال ۱۳۹۸ به روش نمونه گیری در دسترس و بر اساس معیارهای ورود انتخاب شدند و با استفاده از جدول اعداد تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند. جهت جمع آوری اطلاعات از پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه ناگویی خلقی تورنتو (یلور، راین و باگی، ۱۹۸۵) استفاده شد. برای گروه مداخله، ۸ جلسه ۶۰ دقیقه ای بحث گروهی مبتنی بر مداخلات شناختی رفتاری انجام شد. داده ها با نرم افزار آماری SPSS19 تجزیه و تحلیل شدند.

یافته ها: میانگین میزان ناگویی های خلقی قبل از مداخله در گروه مداخله ($5/46 \pm 62/51$) و در گروه کنترل ($3/53 \pm 62/44$) بود که بعد از مداخله در گروه مداخله به ($4/09 \pm 43/62$) و در گروه کنترل به ($3/57 \pm 62/32$) رسید و این اختلاف در گروه مداخله معنی دار بود ($p < 0/001$).

نتیجه گیری: باتوجه به اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر مداخلات شناختی رفتاری بر ناگویی های خلقی در بیماران تحت همودیالیز، پیشنهاد می شود پرستاران روش به کار گرفته شده در پژوهش حاضر را به عنوان یک روش ساده و کم هزینه در کاهش ناگویی های خلقی بیماران تحت همودیالیز مورد استفاده قرار دهند.

کلید واژه ها: مداخلات شناختی رفتاری، ناگویی خلقی، همودیالیز.

مقدمه

بیماری مرحله ی انتهایی کلیه یک بیماری وخیم و با عواقب بهداشتی جدی بوده که در مراحل پیشرفته سبب اختلال در وضعیت عملکردی فرد و تغییراتی در کیفیت زندگی بیماران می شود و هزینه های درمانی بالایی به دنبال دارد (۱). با پیشرفت تکنولوژی و استفاده از روش های درمانی مانند دیالیز صفاقی و همودیالیز، طول عمر این بیماران افزایش یافته ولی ماهیت این بیماری مزمن، به گونه ای است که

بر کیفیت زندگی آنها تأثیر گذاشته و در نتیجه مشکلات شایعی مثل خستگی و اختلال خواب، افسردگی و ناتوانی و مشکلات روانشناختی را تجربه می کنند (۲). پژوهش های زیادی مانند Goyal و همکاران (۲۰۱۸) (۳) و Elhaddad و همکاران (۲۰۲۰) (۴)، شیوع بالای اختلالات روانی - اجتماعی را در بین بیماران کلیوی تحت همودیالیز گزارش کرده اند که از جمله ی آنها افزایش میل به خودکشی، افسردگی و اضطراب، اختلالات جنسی و مشکلات روابط

شیرین جعفریان دهقانی و رویا ترکاشوند

هیجان‌های منفی مانند استرس، ترس، خشم بوده و در تنظیم هیجان‌های خود مشکل دارند (۶). روان‌شناسان شناختی مدعی هستند که باور مربوط به عدم بیان و ابراز هیجان‌ها نقش محوری در بروز و ادامه مشکلات روانی دارد و می‌تواند یک پیش‌آگهی قوی برای شکست درمان باشد (۷). عامل مهمی که ممکن است سلامت روانی بیماران کلیدی را تهدید کند باورهای مرتبط با هیجان منفی آنهاست. اختلال در تنظیم هیجان و احساسات این بیماران به عنوان ناگویی خلقی مطرح می‌باشد (۸). هیجان‌ها بخش جدایی‌ناپذیری از سازگاری فردی و اجتماعی هستند (۹). بدون هیجان زندگی افراد فاقد معنا، ساختار، غنا، شادی و تعامل با دیگران است (۱۰). افزون بر این، هیجان در جنبه‌های مختلف زندگی نقش مهمی را ایفا می‌کند و همچنین در سازگاری با رویدادهای تنیدگی‌زا و تغییرات زندگی مؤثر می‌باشد (۱۱). اختلال در تنظیم هیجان به صورت‌های مختلفی مشخص می‌شود که می‌تواند شامل دشواری و ناتوانایی در مقابله با تجربیات گذشته باشد و یا شناسایی، توصیف و پردازش هیجان را مختل کند (۱۲). ناگویی خلقی و سرکوب هیجان، ابرازگری هیجان می‌تواند به عنوان یک عامل دفاعی در برابر مشکلات روان شناختی باشد. شواهد زیادی نشان می‌دهند که ناگویی خلقی و دشواری در شناسایی و ابراز هیجان‌ها با بسیاری از مشکلات سلامتی فیزیکی چون بیماری التهابی روده، درد مزمن پشت، اختلال درد بدنی و سردردهای تنشی، نارسایی مزمن کلیدی ارتباط دارند (۱۳).

ناگویی خلقی به دشواری در خودنظم‌دهی هیجانی و به عبارت دیگر، به ناتوانی در پردازش شناختی اطلاعات هیجانی و نظم‌دهی هیجان‌ها نیز گفته می‌شود. این افراد در بازشناسی، آشکارسازی، پردازش و نظم‌دهی هیجان‌ها با دشواری‌هایی مواجه هستند و در تمایز احساسات درونی از احساسات بیرونی مشکل دارند (۱۴). عدم توانایی در شناسایی و توصیف تجربه‌های عاطفی و فیزیولوژیکی خود با عاطفه منفی بالا مرتبط می‌شود. بنابراین افراد برای از بین بردن عاطفه منفی ممکن است ناخودآگاه به سمت رفتارهای پرخطر مانند مصرف مواد مخدر و الکل، رانندگی خطرناک بروند. اگرچه هیجان‌ها اساس زیست‌شناختی دارند، اما افراد قادرند بر هیجان‌ها و ابراز آن‌ها تسلط داشته باشند و آن‌ها را تنظیم و مدیریت کنند (۱۵). عقیده بر این است که ناگویی خلقی عامل خطرناک‌ساز برای بسیاری از اختلال‌های روانی است، زیرا افراد مبتلا به این نارسایی خیلی تحت فشار همبسته‌های جسمانی

هیجان‌های منفی مانند استرس، ترس، خشم بوده و در تنظیم هیجان‌های خود مشکل دارند (۶). روان‌شناسان شناختی مدعی هستند که باور مربوط به عدم بیان و ابراز هیجان‌ها نقش محوری در بروز و ادامه مشکلات روانی دارد و می‌تواند یک پیش‌آگهی قوی برای شکست درمان باشد (۷).

عامل مهمی که ممکن است سلامت روانی بیماران کلیدی را تهدید کند باورهای مرتبط با هیجان منفی آنهاست. اختلال در تنظیم هیجان و احساسات این بیماران به عنوان ناگویی خلقی مطرح می‌باشد (۸). هیجان‌ها بخش جدایی‌ناپذیری از سازگاری فردی و اجتماعی هستند (۹). بدون هیجان زندگی افراد فاقد معنا، ساختار، غنا، شادی و تعامل با دیگران است (۱۰). افزون بر این، هیجان در جنبه‌های مختلف زندگی نقش مهمی را ایفا می‌کند و همچنین در سازگاری با رویدادهای تنیدگی‌زا و تغییرات زندگی مؤثر می‌باشد (۱۱). اختلال در تنظیم هیجان به صورت‌های مختلفی مشخص می‌شود که می‌تواند شامل دشواری و ناتوانایی در مقابله با تجربیات گذشته باشد و یا شناسایی، توصیف و پردازش هیجان را مختل کند (۱۲). ناگویی خلقی و سرکوب هیجان، ابرازگری هیجان می‌تواند به عنوان یک عامل دفاعی در برابر مشکلات روان شناختی باشد. شواهد زیادی نشان می‌دهند که ناگویی خلقی و دشواری در شناسایی و ابراز هیجان‌ها با بسیاری از مشکلات سلامتی فیزیکی چون بیماری التهابی روده، درد مزمن پشت، اختلال درد بدنی و سردردهای تنشی، نارسایی مزمن کلیدی ارتباط دارند (۱۳).

ناگویی خلقی به دشواری در خودنظم‌دهی هیجانی و به عبارت دیگر، به ناتوانی در پردازش شناختی اطلاعات هیجانی و نظم‌دهی هیجان‌ها نیز گفته می‌شود. این افراد در بازشناسی، آشکارسازی، پردازش و نظم‌دهی هیجان‌ها با دشواری‌هایی مواجه هستند و در تمایز احساسات درونی از احساسات بیرونی مشکل دارند (۱۴). عدم توانایی در شناسایی و توصیف تجربه‌های عاطفی و فیزیولوژیکی خود با عاطفه منفی بالا مرتبط می‌شود. بنابراین افراد برای از بین بردن عاطفه منفی ممکن است ناخودآگاه به سمت رفتارهای پرخطر مانند مصرف مواد مخدر و الکل، رانندگی خطرناک بروند. اگرچه هیجان‌ها اساس زیست‌شناختی دارند، اما افراد قادرند بر هیجان‌ها و ابراز آن‌ها تسلط داشته باشند و آن‌ها را تنظیم و مدیریت کنند (۱۵). عقیده بر این است که ناگویی خلقی عامل خطرناک‌ساز برای بسیاری از اختلال‌های روانی است، زیرا افراد مبتلا به این نارسایی خیلی تحت فشار همبسته‌های جسمانی

ناگویه های خلقی در بیماران تحت همودیالیز بیمارستان گلدیس شاهین شهرانجام خواهد شد.

روش کار

این مطالعه یک مطالعه کارآزمایی تصادفی کنترل دار بر اساس طرح پیش آزمون- پس آزمون همراه با گروه کنترل می باشد که بر روی بیماران تحت همودیالیز بیمارستان گلدیس شاهین شهر در نیمه ی دوم سال ۱۳۹۸ انجام شد. حجم نمونه با استفاده از مطالعه رضایی و همکاران (۱۳۹۵) (۱۵) و براساس فرمول تعیین حجم نمونه ی

$$n = \frac{(z1 - \frac{\alpha}{2} + z1 - \beta)2 (s1^2 + s2^2)}{(\mu1 - \mu2)^2}$$

تفکر برون مدار (۸ ماده) می باشد. سؤاها برحسب معیار ۵ نقطه ای لیکرت از کاملاً موافقم (۵) تا کاملاً مخالفم (۱) نمره گذاری می شوند. سوال های ۴، ۵، ۱۰، ۱۸ و ۱۹ نمره گذاری معکوس دارند. پایین ترین نمره ی این پرسشنامه ۲۰ و بالاترین نمره ی آن ۱۰۰ خواهد بود، به این معنی که هر فرد نمره ی بالاتری کسب نماید ناگویه های خلقی بیشتری دارد. نمره ی ۵۰-۲۰ ناگویی خلقی پایین، نمره ۸۰-۵۱ ناگویی خلقی متوسط و نمره ی ۱۰۰-۸۱ ناگویی خلقی بالا دارند (۲۷). اعتبار این پرسشنامه توسط Taylor و همکاران (۱۹۹۲) برحسب آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۱ (۲۸) و در نمونه سالم ایرانی برای کل مقیاس پرسشنامه برابر ۰/۷۹ و برای هر کدام از زیرمقیاس ها به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۷۱ و ۰/۶۶ گزارش گردید (۲۹). در مطالعه ی حاضر جهت روایی به مطالعات مشابه استناد شده اما برای پایایی بین ۲۰ نفر از اعضای جامعه پژوهش، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۳ بدست آمد.

ابتدا پرسشنامه ها توسط نمونه های دو گروه در سالن کنفراس بیمارستان که از قبل تعیین شده بود تکمیل گردید که تکمیل هر پرسشنامه ۱۵ تا ۲۰ دقیقه زمان لازم داشت، سپس برای بیماران گروه آزمون، ۸ جلسه بحث گروهی مبتنی بر مداخلات شناختی- رفتاری به صورت ۲ بار در هفته و هر جلسه ۶۰ دقیقه در سالن کنفراس بیمارستان به صورت گروهی و در گروه های ۶ نفره توسط محقق انجام شد (جدول ۱). در جلسه هشتم برای گروه مداخله و در فاصله یک ماه برای گروه کنترل مجدداً پرسشنامه ی ناگویی خلقی تکمیل گردید. تجزیه و تحلیل داده ها با روش تحلیل

تعیین خط مشی) (۲۵) از طریق همکاری و کار کردن فعالانه با ارائه دهندگان مراقبت بهداشتی جهت بهبود سلامتی و خدمات ارائه شده توسط سیستم بهداشتی تعریف شده است (۲۶). مرور متون علمی بیانگر این است که مشارکت بیمار، سنگ بنای بهبود کیفیت محسوب شده و یک هدف بیان شده جهت کنترل هزینه های مراقبت های بهداشتی در نظر گرفته می شود (۲۴). با توجه به موارد گفته شده و نبود مطالعه ای در زمینه توجه به ناگویه های خلقی بیماران دیالیزی و اثرات مخرب ناگویه های خلقی در بیماران همودیالیز و ضرورت توجه پرستاران به تمام جنبه های بیماری و مخصوصاً عوارض روانشناختی آن و همچنین اثرات مفید و مثبت بحث گروهی و اهمیت توجه به رویکردهای شناختی رفتاری، این مطالعه با هدف تعیین بررسی تاثیر بحث گروهی مبتنی بر مداخلات شناختی رفتاری بر

احتمال خطای نوع اول ۰/۰۵، توان آزمون ۰/۹۰ و با در نظر گرفتن احتمال ریزش ۱۰ درصد، ۳۰ نفر در هر گروه تعیین گردید. در نهایت ۵ نفر از گروه کنترل و ۳ نفر از گروه مداخله انصراف دادند و در مجموع ۵۲ نفر تا پایان مطالعه باقی ماندند. به علت وجود محدودیت نمونه ها به روش در دسترس و بر اساس معیارهای ورود شامل: عدم مشارکت بیماران در برنامه بحث گروهی مبتنی بر مداخلات شناختی رفتاری در سه ماه اخیر، سابقه انجام همودیالیز به مدت ۶ ماه و بیشتر، عدم ابتلا به بیماری های روانی تحت درمان مانند اسکیزوفرنی، پارانوئید، اضطراب و بازه ی سنی بین ۱۸ تا ۶۰ سال انتخاب شدند. معیارهای خروج هم شامل: انصراف از ادامه ی همکاری و عدم شرکت در ۲ جلسه از جلسات مداخله و یا بیشتر بودند. بعد از انتخاب، مشارکت کنندگان به صورت تصادفی و با کمک جدول اعداد تصادفی در دو گروه ۳۰ نفری مداخله و کنترل قرار گرفتند. ابزار گردآوری داده ها دو پرسشنامه بود. پرسشنامه اول مشخصات دموگرافیک واحدهای مورد پژوهش شامل سن، جنس، میزان تحصیلات، وضعیت تاهل، شغل، بیماری زمینه ای، مدت زمان ابتلا به بیماری، سابقه ی دیالیز بود که از طریق مصاحبه با بیمار و پرونده پزشکی بیمار تکمیل شد. پرسشنامه ناگوی های خلقی Toronto (یلور، رایین و باگی، ۱۹۸۵): این پرسشنامه یک پرسشنامه خودسنجی و ۲۰ سؤالی است که در سال ۱۹۸۵ توسط Taylor, Ryan & Bagby طراحی گردید و برای ارزیابی ناگویی خلقی مورد استفاده قرار می گیرد. دارای سه بعد دشواری در تشخیص احساسات (۷ ماده)، دشواری در توصیف احساسات (۵ ماده) و

شیرین جعفریان دهقانی و رویا ترکاشوند

مجوز اجرا و ثبت در مرکز کارآزمایی بالینی ایران با کد IRCT20191015045120N1 محقق خود و اهداف پژوهش را برای نمونه ها معرفی کرده و یادآور شد که شرکت در مطالعه کاملا اختیاری بوده و تاثیری بر روند درمان آنها ندارد، اطلاعات شرکت کنندگان محرمانه خواهد ماند. بعد از اتمام مطالعه، تمام محتوای جلسات آموزشی گروه مداخله به گروه کنترل هم آموزش داده شد.

داده‌های کمی و با استفاده از نرم افزار SPSS ورژن ۱۹، آمار توصیفی مانند میانگین و انحراف معیار و آمار استنباطی با استفاده از آزمون های کای اسکویر، دقیق فیشر، تی مستقل و تی زوجی و با در نظر گرفتن سطح معنی داری ۰/۰۵ انجام گردید. جهت رعایت اخلاق در پژوهش، ضمن تایید از طرف کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان با کد اخلاق IR.IAU.KHUISF.REC.1398.216 و کسب

جدول ۱. محتوای جلسات بحث گروهی مبتنی بر مداخلات شناختی- رفتاری

جلسات	محتوای آموزشی	طول مدت آموزش
اول	معرفی درمانگر، آشنایی اعضای گروه با همدیگر، اخذ پیش آزمون و برنامه ریزی و توضیح جلسات و قوانین گروه، استراحت و پذیرایی	۶۰ دقیقه
دوم	مرور مطالب قبل، آشنایی با مشکلات روحی و جسمی بیماران تحت همودیلیز، بحث در مورد تجربیات ناگویی های خلقی و ارزیابی آن، ارزیابی میزان تمایل فرد به تغییر، آشنایی با تکنیک درمان شناختی- رفتاری، استراحت و پذیرایی و جمع بندی مباحث	۶۰ دقیقه
سوم	مرور مطالب قبل، شناخت احساسات سالم و ناسالم، مساله ی اجتناب کردن، هدف گرا شدن و هدف گذاری برای رسیدن به اهداف متفاوت، ایجاد انگیزه ی بیشتر، استراحت و پذیرایی و جمع بندی مباحث	۶۰ دقیقه
چهارم	مرور مطالب قبل، آشنایی با اختلالات اضطرابی، دادن جواب منفی به اضطراب، واقع بین بودن نسبت به احتمال حوادث ناگوار، تجدید نظر درباره ی حوادث بد، قرار گرفتن در معرض موقعیت اضطراب زا، راه های خروج از نگرانی های ملال آور، استراحت و پذیرایی و جمع بندی مباحث	۶۰ دقیقه
پنجم	مرور مطالب قبل، افسردگی، ارزیابی کارهای اجتنابی، برخورد با نشخوار ذهنی و نقش پویایی در کمک به افسردگی، استراحت و پذیرایی و جمع بندی مباحث	۶۰ دقیقه
ششم	مرور مطالب قبل، وسواس فکری عملی، کنترل اعمال وسواسی، استفاده از تکنیک های توقف فکر، تکنیک توجه گرایی و خیال پردازی های خوشایند، استراحت و پذیرایی و جمع بندی مباحث	۶۰ دقیقه
هفتم	مرور مطالب قبل، عزت نفس، رسیدن به خودپذیری و کنار گذاشتن برچسب های نفرت انگیز، پذیرفتن و اصلاح کردن خود به طور همزمان، غلبه بر خشم، حق دادن به دیگران و قاطعیت موثر، استراحت و پذیرایی و جمع بندی مباحث	۶۰ دقیقه
هشتم	مرور مطالب قبل، روش تغییر باورهای گذشته، ایجاد باورهای اساسی سازنده و تقویت اعتقاد به باورهای جدید، بازگشت به ارزش ها، استراحت و پذیرایی و تشکر از همکاری بیماران و اخذ پس آزمون	۶۰ دقیقه

یافته ها

جدول ۲. مشخصات دموگرافیک واحدهای مورد پژوهش

نتایج آزمون	گروه		متغیر
	کنترل	مداخله	
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	دسته بندی
$\chi^2 = ۰/۵۶۱$ P = ۰/۴۴۲	(۱۶)۴	(۲۰)۶	مجرد
	(۷۶)۱۹	(۸۰)۳۱	متاهل
	(۸)۲	(۰)۰	همسر فوت شده
$\chi^2 = ۰/۸۹۴$ P = ۰/۷۵۸	(۲۴)۶	(۲۲/۲)۶	خانه دار
	(۱۶)۴	(۱۱/۱)۳	آزاد
	(۱۲)۳	(۳/۷)۱	کارمند
	(۱۶)۴	(۲۵/۹)۷	بیکار
$\chi^2 = ۰/۴۱۱$ P = ۰/۳۰۲	(۳۲)۸	(۳۷)۱۰	بازنشسته
	(۳۲)۸	(۵۱/۹)۱۴	زیر دیپلم
	(۵۲)۱۳	(۴۰/۷)۱۱	دیپلم
$\chi^2 = ۰/۶۳۱$ P = ۰/۴۲۷	(۱۶)۴	(۷/۴)۲	دانشگاهی
	(۶۸)۱۷	(۷۷/۸)۲۱	مرد
$t = ۰/۳۹۲$ P = ۰/۶۹۷	(۳۲)۸	(۲۲/۲)۶	زن
	$۵۱/۴۰ \pm ۱۰/۹۲$	$۵۰/۰۳ \pm ۱۳/۸۴$	انحراف معیار \pm میانگین
$t = ۰/۵۸۱$ P = ۰/۵۶۴	$۲/۳۳ \pm ۱/۷۳$	$۲/۶۴ \pm ۲/۱۰$	انحراف معیار \pm میانگین

با استفاده از آزمون کای اسکوئر وضعیت سطح تحصیلات ($P=0/302$) و جنسیت ($P=0/427$) در دو گروه مقایسه گردید که اختلاف آماری معنی داری بین دو گروه وجود نداشت. همچنین با استفاده از آزمون دقیق فیشر توزیع تاهل

با استفاده از آزمون کای اسکوئر وضعیت سطح تحصیلات ($P=0/302$) و جنسیت ($P=0/427$) در دو گروه مقایسه گردید که اختلاف آماری معنی داری بین دو گروه وجود نداشت. همچنین با استفاده از آزمون دقیق فیشر توزیع تاهل

جدول ۳. میانگین نمرات ناگویی های خلقی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه مداخله و کنترل

گروه	تعداد	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		آزمون t زوجی	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	F	sig
مداخله	۲۷	۶۲/۵۱	۵/۴۶	۴۳/۶۲	۴/۰۹	۱۸/۷۴	$p<0/001$
کنترل	۲۵	۶۲/۴۴	۳/۵۳	۶۲/۳۲	۳/۵۷		
آزمون t مستقل	t	۰/۰۶۲		-۱۷/۵۵		۰/۴۲۱	۰/۶۷۷
	sig	۰/۹۵۲		$p<0/001$			

می‌توانند هم ناگویی خلقی و هم دردهای سرطانی را کاهش دهند (۳۱). Stingl و همکاران (۲۰۰۸) در مطالعه ای تحت عنوان بررسی تاثیرات روان درمانی سرپایی بر ماندگاری ناگویی های خلقی نشان دادند که بیمارانی که از ناگویی های خلقی رنج می‌بردند و تحت روان درمانی سرپایی قرار گرفتند به صورت موثری این مداخله برای آنها کمک کننده بوده و ناگویی های خلقیشان کاهش پیدا کرد (۳۲). Gay و همکاران (۲۰۰۸) مطالعه ای با هدف تعیین اثر بخشی مداخلات مبتنی بر هیپنوتیزم بر کاهش نارسایی هیجانی و خلقی انجام دادند که نتایج آن حاکی از کاهش نارسایی هیجانی گروه مداخله بود (۳۳). سعیدی و همکاران (۲۰۱۶) با تعیین اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر ناگویی خلقی در بیماران مبتلا به درد مزمن، برگزاری ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای آموزش درمان شناختی رفتاری را در کاهش ناگویی خلقی این بیماران موثر دانستند (۱۷). در مطالعه پاک نیا و همکاران (۱۳۹۷) مشخص شد روش درمانی کاهش فکر خطرناک یک روش درمانی اثربخش بر ناگویی خلقی و اجتناب شناختی بیماران وسواسی می‌باشد (۳۴). درویش باصری و دشت بزرگی (۱۳۹۶) اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان و ناگویی هیجانی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو را مثبت گزارش نمودند (۳۵). نوری زاده میرآبادی و همکاران (۱۳۹۶) مداخلات مبتنی بر تنظیم هیجان را بر راهبردهای نظم دهی شناختی هیجانی و ناگویی هیجانی در بیماران مبتلا به نارسایی عروق کرونر موثر دانستند (۳۶). در یک مطالعه دیگر خزان و همکاران (۱۳۹۵) اثربخشی آموزش پذیرش و

با توجه به نرمال بودن توزیع متغیر ناگویی های خلقی بر اساس آزمون کولموگوروف-اسمیرنوف ($P<0/05$)، جهت تحلیل از آزمون های پارامتریک استفاده شد. میانگین میزان ناگویی های خلقی بیماران تحت همودیالیز قبل از مداخله بین دو گروه از نظر آماری تفاوت معنی داری نداشت ($P=0/952$). بعد از اجرای مداخله، ناگویی های خلقی در گروه مداخله به $(43/62 \pm 4/09)$ و در گروه کنترل به $(62/32 \pm 3/57)$ رسید و این اختلاف در گروه مداخله معنی دار بود ($p<0/001$). (جدول ۳).

بحث

این مطالعه با هدف تعیین اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر مداخلات شناختی رفتاری بر ناگویی های خلقی در بیماران تحت همودیالیز انجام شد. بر اساس نتایج مشخص شد که آموزش و بحث گروهی مبتنی بر مداخلات شناختی رفتاری می‌تواند ناگویی های خلقی و هر سه مولفه ی آن را در بیماران تحت همودیالیز کاهش دهد. Melin و همکاران (۲۰۱۸) یک مطالعه تحت عنوان آموزش های روانشناختی بر افسردگی، اضطراب، ناگویی خلقی و فیبرومیالژی در سوئد انجام دادند و به این نتیجه رسیدند که این روش روانشناختی در کاهش افسردگی، اضطراب، ناگویی خلقی و فیبرومیالژی موثر است (۲۲). Cameron و همکاران (۲۰۱۴) با مرور ۲۳ مطالعه ی مداخله ای نشان دادند که مداخلات روانشناختی می‌توانند در کاهش میزان ناگویی های خلقی موثر باشند (۳۰). Tulipani و همکاران (۲۰۱۰) در کشور ایتالیا با انجام یک مطالعه نشان دادند که مداخلات روانشناختی

نتیجه گیری

یافته های پژوهش حاضر ضمن تایید و حمایت از فرضیه تحقیق نشان داد که بحث گروهی مبتنی بر مداخلات شناختی رفتاری، موجب کاهش چشمگیری در ناگوبه های خلقی بیماران تحت همودیالیز می شود. این بدین معنی است که این طرح درمانی به عنوان یک مداخله ی پرستاری غیر تهاجمی و یک روش غیردارویی می تواند سبب کاهش ناگوبه های خلقی بیماران تحت همودیالیز شود. بسیاری از بیماران و حتی مراقبان سلامت اطلاعات کمی درباره عوارض روحی روانی بیماران تحت همودیالیز و مخصوصا ناگوبه های خلقی دارند و از آنجاکه استفاده از درمان های دارویی زمان بر، پرهزینه، نیاز به تجوز پزشک متخصص دارد، بدیهی است پرستاران آشنا به عارضه ی ناگوبه های خلقی با اقداماتی مانند مداخلات شناختی رفتاری می توانند در کاهش این عارضه سهیم باشند.

از محدودیت های این مطالعه می توان به کسب اطلاعات بیماران گروه کنترل از طریق کتاب، رسانه های جمعی و سایر منابع بود که از کنترل پژوهشگر خارج بود.

سپاسگزاری

این مطالعه مستخرج از پایان نامه مصوب در تاریخ ۹۸/۰۹/۰۶ در گروه روان پرستاری دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان می باشد که در بیمارستان گلдіس شاهین شهر انجام گردید. لذا از تحصیلات تکمیلی دانشگاه، کمیته اخلاق، مسئولین دانشکده پرستاری و همکاری صمیمانه ریاست و مدیریت محترم بیمارستان، مدیریت محترم پرستاری و بیماران گرانقدری که بدون همکاری آنها این تحقیق ممکن نبود نهایت سپاسگزاری به عمل می آید.

تعارض منافع

هیچ تعارض منافی توسط نویسندگان اعلام نشده است.

تعهد بر کاهش نارسایی هیجانی زنان در معرض طلاق را تایید نمودند (۳۷). اما فقط در یک مطالعه تایید این نتایج با احتیاط صورت گرفته است، Norman و همکاران (۲۰۱۹) یک مطالعه ی متاآنالیز با عنوان تاثیر مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی بر ناگویی های خلقی انجام دادند و بر اساس نتایج اعلام کردند که با وجود تاثیر گذاری تاثیر مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی بر ناگویی های خلقی اما برای تایید قطعی نیاز به انجام مطالعات بیشتر می باشد (۳۸). از نظر محقق دلایل متعددی برای توجیه نتایج یکسان بین مطالعات بررسی شده و مطالعه ی حاضر وجود دارد که از مهمترین آنها ماهیت مداخلات روانشناختی در زمینه ی بیان احساسات، ارتقای اطلاعات و تغییر و بهبود آگاهی بیماران و گروه های هدف می باشد. استفاده از ابزار مشترک برای سنجش متغیر ناگویی های خلقی هم از دلایل دیگر می باشد اما مهمترین تفاوت استفاده از مداخلات شناختی- رفتاری با استفاده از بحث گروهی می باشد که در مطالعه ی حاضر بکار برده شد که کاملا با استقلال یادگیرنده منطبق است و بیماران را به سمت استقلال در یادگیری، تصمیم گیری خود هدایت شونده، تعیین و رفع مشکلات سوق می دهد. این روش بر کسب فعال اطلاعات از طریق تجزیه و تحلیل مسایل و کوشش برای رسیدن به پاسخ آنها استوار است و به یادگیرندگان کمک می کند تا عقاید و اندیشه های خود را بیان و توجیه نموده و با نظرات دیگران آشنا شوند. همچنین در این روش مهارت های ارتباطی، همکاری مؤثر گروهی، استدلال نقادانه و خودارزیابی افراد تقویت می شود. یک تفاوت دیگر ماهیت بیماری و گروه هدف است. بیماری کلیوی یک بیماری مزمن و پر عارضه است و درگیری سیستمیک این بیماری بسیار بیشتر و گسترده تر از گروه های دیگر مثل افراد سالم، زنان در معرض طلاق و... است. از دیگر تفاوت ها انتخاب روش و محتوای مداخله و تعداد جلسات بود که محقق سعی نمود جلسات مفید و اختصاصی برای بیماران کلیوی تحت همودیالیز و مبتنی بر مشکلات آنها باشد.

References

1. Moeini V, Shiri P, Akhlaghi M. Quality of life and related factors in hemodialysis patients attending to educational hospitals in Zanjan. *Q Nurs Elder*. 2015;22:55-65.
2. Tavakoli M, Roshandel M, Zareiyan A, Dabbaghmoghadam A. Evaluation of fatigue in hemodialysis patients in AJA selected hospitals. *MCS*. 2016;2(4):197-205. <https://doi.org/10.18869/acadpub.mcs.2.4.197>
3. Goyal E, Chaudhury S, Saldanha D. Psychiatric comorbidity in patients undergoing hemodialysis. *Industrial psychiatry journal*. 2018;27(2):206. https://doi.org/10.4103/ipj.ipj_5_18
4. Elhadad AA, Ragab AZEA, Atia SAA. Psychiatric comorbidity and quality of life in patients undergoing hemodialysis. *MECP*. 2020;27(1):1-8. <https://doi.org/10.1186/s43045-020-0018-3>
5. Fasihi M, Heravi-Karimooi M, Rejeh N, Sharifnia H, Javanmardnejhad S. Evaluation of anxiety and depression in hemodialysis patients with uremic pruritus. *Critical Care Nursing*. 2019;12(1):15-23.
6. Sadeghifar J, Mehrabian T. Prediction of depression, anxiety and stress based on spiritual components in patients on hemodialysis. *IJPN*. 2016;4(5):45-51. <https://doi.org/10.21859/ijpn-04057>
7. Lavasani F, Ashoori A. Role of Cognitive, Metacognitive, and Meta-Emotional Components in Prediction of Emotional Distress in Students. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2017;23(2):178-91. <https://doi.org/10.29252/nirp.ijpcp.23.2.178>
8. Ranjbari T, Karimi J, Mohammadi A, Norouzi MR. An evaluation of the contributions of the triple vulnerability model to the prediction of emotional disorders. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2018;23(4):408-23. <https://doi.org/10.29252/nirp.ijpcp.23.4.408>
9. Karimifar M, Dinparvar E, Rouholamini MS, Besharat MA. The Effectiveness of Teaching Emotion Regulation Based on Gross Model on the Amount of Social and Emotional Adaptation Among young Men. *Advances in Cognitive Science*. 2017;19(1):25-37.
10. Hasani J, Shahmoradifar T. Effectiveness of Process Emotion Regulation Strategy Training in Difficulties in Emotion Regulation. *Journal Mil Med*. 2016;18 (1):339-46.
11. Talkhabi M, Bagheri Noaparast K, Bozorgi A, Sahafi L, Mohammadi A. The coherence between cognition and emotion in education. *Advances in Cognitive Science*. 2016;18(3):68-79.
12. Basharpour S, Almardanisomeeh S, Shahmohammadzadeh Y. The role of alexithymia and emotional expressivity in predicting somatization symptoms among students of mohaghegh Ardabili University during 2014-2015. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*. 2015;13(10):961-72.
13. Ghorbani M, Najafi M. The comparison attachment styles and Alexithymia in suicidal attempts and control group. *Shenakht journal of psychology & psychiatry*. 2020;7(1):30-42. <https://doi.org/10.52547/shenakht.7.1.30>
14. Sadridamirchi E, Mansuori B, Khodaeikhiavari S. Comparison of Alexithymia and Integrative Self-knowledge among Normal and Divorced Students. *Quarterly Journal of Psychological Studies*. 2018;13(4):77-93.
15. Rezaei M, Jafari G, Aghaei H, Karimi M. The Effect of Emotion Regulation Techniques Training on Alexithymia in Soldiers. *Journal of Clinical Psychology Achievements*. 2016;2(3):99-114.
16. Kouhi F, Karami J. The Relationship between Brain- Behavioral Systems, Alexithymia and Somatoform Disorder Symptoms in Female Students. *Journal of Research in Psychological Health* 2015;9(3):13-21.
17. Saedi S, Hatami M, Asgari P, Ahadi H, Poursharifi H. The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on alexithymia and pain self-efficacy of patients with chronic pain. *International Journal of Medical Research & Health Sciences*. 2016;5(11):277-84.
18. Morie KP, Nich C, Hunkele K, Potenza MN, Carroll KM. Alexithymia level and response to computer-based training in cognitive behavioral therapy among cocaine-dependent methadone maintained individuals. *Drug alcohol depend*. 2015;152:157-63. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.04.004>
19. Hashemi N, Ghayour Baghbani SM, Khadivi G, Hashemian Nejad F, Ashoori J. The effectiveness of cognitive behavioral therapy and schema therapy on happiness and mental health of nursing students. *Journal of Clinical Nursing and Midwifery*. 2016;5(2).
20. Ghamari Givi H, Alizadeh R, Mojarrad A. The Effect of Cognitive-Behavioral and Existential Methods on Reducing Test Anxiety in Nursing Students. *Iranian Journal of Medical Education*. 2018;18:282-91.
21. Sasioglu M, Gulol C, Tosun A. Alexithymia: Treatment Interventions/ Aleksitimi:

- Tedavi Girisimleri. Psikiyatride Guncel Yaklasimlar/Current Approaches to Psychiatry. 2014; 6 (1):22-32. <https://doi.org/10.5455/cap.20130515054141>
22. Melin EO, Svensson R, Thulesius HO. Psychoeducation against depression, anxiety, alexithymia and fibromyalgia: a pilot study in primary care for patients on sick leave. *Scandinavian J Prim Health Care*. 2018;36(2):123-33. <https://doi.org/10.1080/02813432.2018.1459225>
 23. Habibzadeh H, Sanai N, Aslan Abadi H, Khalkhali H, Sofiyani A. the effect of group discussion on the self-management ability in patients with type 2 diabetes referred to diabetes clinic in khoy. *The Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty*. 2015;12(12):1071-80.
 24. Bahraminezhad N, Mahjubian A, Kamali K. the effects of group discussion on partnership with medical team in hemodialysis patients. *Urmia Nursing And Midwifery Journal*. 2017;15(5):357-67.
 25. Carman KL, Dardess P, Maurer M, Sofaer S, Adams K, Bechtel C, et al. Patient and family engagement: a framework for understanding the elements and developing interventions and policies. *Health Aff*. 2013;32(2):223-31. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2012.1133>
 26. Sadeghi Z, Payami M, MoosaviNasab SN. Effect of family participation in ICU patients care on family's anxiety level. *Preventive Care in Nursing & Midwifery Journal*. 2013;2(2):10-7.
 27. Mahdavi E, Manshaee G. Comparing alexithymia and emotional expressiveness in patients with coronary heart disease and healthy people. *KAUMS Journal (FEYZ)*. 2016;20(3):260-6.
 28. Taylor GJ, Bagby RM, Ryan DP, Parker JD. Validation of the alexithymia construct: a measurement-based approach. *Can J Psychiatry*. 1990;35(4):290-7. <https://doi.org/10.1177/070674379003500402>
 29. Ghadampour E, Samsami PN, Amraei B, Padervand H, Soore H. Compare cognitive flexibility, cognitive avoidance and alexithymia in male students with and without stuttering disorders. 2018. <https://doi.org/10.29252/shenakht.6.5.41>
 30. Cameron K, Ogrodniczuk J, Hadjipavlou G. Changes in alexithymia following psychological intervention: a review. *Harv rev psychiatry*. 2014;22(3):162-78. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000036>
 31. Tulipani C, Morelli F, Spedicato MR, Maiello E, Todarello O, Porcelli P. Alexithymia and cancer pain: the effect of psychological intervention. *Psychother psychosom*. 2010;79(3):156-63. <https://doi.org/10.1159/000286960>
 32. Stingl M, Bausch S, Walter B, Kagerer S, Leichsenring F, Leweke F. Effects of inpatient psychotherapy on the stability of alexithymia characteristics. *Journal of psychosomatic research*. 2008;65(2):173-80. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2008.01.010>
 33. Gay MC, Hanin D, Luminet O. Effectiveness of an hypnotic imagery intervention on reducing alexithymia. *Contemporary Hypnosis*. 2008;25(1):1-13. <https://doi.org/10.1002/ch.344>
 34. Pakniya N, Mirzaei A, Jahan J, Sayyah SS. To Compare the Effectiveness of Confrontation/encontur and Response Prevention Model with the Dangerous Ideation Reduction Method on Reducing Alexithymia and Cognitive avoidance among obsessive disorder Patients. 2018.
 35. Darvish Baseri L, DashtBozorgi Z. Effectiveness of group therapy based on acceptance and commitment on cognitive emotion regulation and alexithymia of patients with type 2 diabetes. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*. 2017;5(1):7-14. <https://doi.org/10.21859/ijpn-05012>
 36. Nurzadeh Mirabadi Me. The effectiveness of emotion regulation-based intervention on emotional cognitive regulation strategies and emotional dysphoria in patients with coronary heart disease. *The Journal of New Advances in Behavioral Sciences*. 2018;2(10):1-13.
 37. Younesi S, Abbasi Asl M, Khazan K, Kazemi J. The Effectiveness of Education Acceptance-Commitment Theory (ACT) to Reducing Alexithymia of Divorcing Women. *Quarterly Journal of Social Work*. 2016;5(3):5-13.
 38. Norman H, Marzano L, Coulson M, Oskis A. Effects of mindfulness-based interventions on alexithymia: a systematic review. *Evid Based Ment Health*. 2019;22(1):36-43. <https://doi.org/10.1136/ebmental-2018-300029>