

Comparing the Effectiveness of Family Resilience Training, with Cognitive-Spiritual Hope Training, on Compassion Fatigue and Distress Tolerance in Caregivers of Renal Patients Undergoing Hemodialysis

ARTICLE INFO

Article Type
Research Article

Authors

Abdol Hossein Farhadi¹
Gholamreza Manshai^{2*}
Zahra Yousefi³

How to cite this article

Abdol Hossein Farhadi,
Gholamreza Manshai, Zahra
Yousefi, Comparing the
Effectiveness of Family Resilience
Training, with Cognitive-Spiritual
Hope Training, on Compassion
Fatigue and Distress Tolerance in
Caregivers of Renal Patients
Undergoing Hemodialysis, *Islamic
Life Style*. 2022; 6:156-165.

1. PhD student, Department of Psychology, Islamic Azad University, Isfahan Branch (Khorasgan), Isfahan, Iran.

2. Associate Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Isfahan Branch (Khorasgan), Isfahan, Iran (Corresponding Author).

3. Assistant Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Isfahan Branch (Khorasgan), Isfahan, Iran.

* Correspondence:

Address:
Phone:
Email: smanshaee@yahoo.com

Article History

Received: 2022/11/06
Accepted: 2023/01/07

ABSTRACT

Purpose: Kidney diseases are one of the physical diseases that make a person and his lifestyle face various problems that unintentionally involve their families and require their special care, which can affect the mental state of the caregiver. The aim of this study was to compare the effectiveness of family resilience training with cognitive-spiritual hope training on compassion fatigue and distress tolerance in caregivers of kidney patients undergoing hemodialysis.

Materials and Methods: The research method was an experimental type with two experimental and control groups with a pre-test and post-test design and a 45-day follow-up. Research 60 caregivers were selected through available sampling and were randomly divided into three groups of 20 people, the people participating in the research in three stages to the compassion fatigue questionnaire (Khosravi et al., 2021) and Simmons questionnaire. and Gaher (2005) answered, the collected data were analyzed at two levels of descriptive statistics (mean and standard deviation) and inferential variance statistics with repeated measurements and Bonferroni's post hoc test. SPSS version 24 software was used for data analysis.

Findings: Data analysis showed that teaching hope in a cognitive-spiritual way on compassion fatigue ($F = 16.75$, $P < 0.01$) and distress tolerance ($F = 6.86$, $P < 0.01$) has had a significant impact and there was no significant difference in terms of effectiveness.

Conclusion: According to the findings of the present study, it is possible to use cognitive-spiritual hope training and family resilience training to reduce compassion fatigue and increase distress tolerance in caregivers of kidney patients undergoing hemodialysis.

Keywords: Family Resilience, Hope, Cognitive-Spirituality, Patient Caregivers, Hemodialysis Patients, Distress Tolerance, Compassion Fatigue.

برای کاهش خستگی ناشی از شفقت و افزایش تحمل پریشانی در مراقبین بیماران کلیوی تحت همودیا لیز استفاده کرد .

کلمات کلیدی: تاب‌آوری خانواده، امید، شناختی-معنوی، مراقبین بیمار، بیماران همودیا لیز، تحمل پریشانی، خستگی ناشی از شفقت.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۸/۱۵

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۱۰/۱۷

*نویسنده مسئول smanshaee@yahoo.com

مقدمه

بیماری مزمن کلیوی یک سندروم بالینی ثانویه است که با تغییر برگشت ناپذیر، تدریجی و پیشرونده در ساختار و عملکرد کلیه ها مشخص می‌شود (۱). روش‌های درمانی مختلفی برای درمان نارسایی کلیوی مزمن به کار برده می‌شود که از این بین همودیا لیز^۱ رایج‌ترین روش درمان برای بیماران کلیوی است (۲). بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیوی نه تنها با مشکلات متعددی در زندگی خود رو به رو هستند بلکه افرادی که به مراقبت از آنها می‌پردازند در ابعاد مختلف زندگی شغلی، خانوادگی، روانشناختی، اجتماعی و مالی با مشکلاتی مواجه هستند (۳). مراقبت بی‌وقفه و طولانی مدت در نگهداری و مراقبت از افراد ناتوان و نیازمند سبب فشار مسئولیتی زیادی بر روی مراقبین می‌گردد که این امر می‌تواند باعث مشکلات روانشناختی و جسمانی متعددی مانند اضطراب بالا، استرس مداوم، احساس درماندگی و افسردگی در زندگی، احساس خستگی و فرسودگی شدید، پایین بودن سطح سلامت روان و کیفیت زندگی در مراقبین شود (۴).

یکی از مشکلات شایع روانشناختی در مراقبینی که به نگهداری و مراقبت از بیماران دیا لیزی می‌پردازند خستگی ناشی از شفقت^۲ است، که به عنوان یکی از پیامدهای مهم و قابل توجه، خستگی فرد مراقبت کننده از شفقت به مددجویان است (۵). به طور کلی نگهداری و مراقبت از کودکان، خانواده‌ها و افرادی که ترس، رنج، درد و بیماری را در زندگی خود تجربه می‌کنند می‌تواند تأثیرات قابل توجهی بر مراقبین و افرادی که از آنها مراقبت می‌کنند داشته باشد، به همین دلیل مراقبت و نگهداری از این افراد می‌تواند شرایط مراقبتی را برای این افراد با مشکلاتی همراه کند که از آن به عنوان خستگی ناشی از شفقت یاد می‌شود (۵).

خستگی ناشی از شفقت از دو مفهوم خستگی و شفقت تشکیل شده است، شفقت عبارت است از آگاهی محبت آمیز و مهربانانه نسبت به رنج و ناراحتی دیگران همراه با تمایل برای تخفیف یا کاهش آن از طرفی خستگی نیز به‌عنوان پاسخ ناسازگار به تحریک بیش از حد اشاره دارد که دربرگیرنده‌ی خستگی جسمانی یا فیزیکی است، بر این اساس مفهوم خستگی ناشی از شفقت به عنوان خستگی جسمانی یا روانشناختی و کناره گیری عاطفی افرادی به مراقبت از بیماران یا افراد آسیب دیده تعریف می‌شود (۶). توجه به این نکته ضروری است که این پدیده در طی زمان و در نتیجه تماس مکرر با شرایط ایجاد کننده آن به وجود آمده و خطر بروز آن نیز در تمام

مقایسه‌ی اثربخشی آموزش تاب‌آوری خانواده، با آموزش امید به شیوه‌ی شناختی-معنوی، بر خستگی ناشی از شفقت و تحمل پریشانی در مراقبین بیماران کلیوی تحت همودیا لیز

عبدالحسین فرهادی^۱

دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

غلامرضا منشی^{۲*}

دانشیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران (نویسنده مسئول).

زهرا یوسفی^۳

استادیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.

چکیده

هدف: بیماری های کلیوی از جمله بیماری های جسمانی است که فرد و سبک زندگی وی را با مشکلات گوناگونی روبه رو می کند که ناخواسته خانواده های آنان را درگیر می کند و مراقبت ویژه ی آنان را می طلبد که می تواند وضعیت روانی مراقب را دچار خدشه نماید. هدف از این پژوهش مقایسه‌ی اثربخشی آموزش تاب‌آوری خانواده، با آموزش امید به شیوه‌ی شناختی-معنوی، بر خستگی ناشی از شفقت و تحمل پریشانی در مراقبین بیماران کلیوی تحت همودیا لیز بود.

مواد و روش ها: روش پژوهش از نوع آزمایشی با دو گروه آزمایش و گواه با طرح پیش آزمون و پس آزمون و پیگیری ۴۵ روزه بود، جامعه ی آماری، شامل مراقبین بیماران کلیوی تحت همودیا لیز شهر اصفهان در سال ۱۳۹۹-۱۴۰۰ بودند که در این پژوهش ۶۰ نفر از مراقبین به صورت نمونه گیری در دسترس انتخاب شده و به صورت تصادفی به سه گروه ۲۰ نفره تقسیم شدند، افراد شرکت کننده در پژوهش در سه مرحله به پرسشنامه ی خستگی ناشی از شفقت (خسروی و همکاران، ۲۰۲۱) و پرسشنامه سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) پاسخ دادند، داده های گردآوری شده در دو سطح آمار توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و آمار استنباطی واریانس با اندازه گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرنی) تحلیل شدند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS ورژن ۲۴ استفاده شد. یافته ها: تحلیل داده‌ها نشان داد که آموزش امید به شیوه ی شناختی-معنوی بر خستگی ناشی از شفقت ($F=16/75$) و تحمل پریشانی ($P<0/01$) و تحمل پریشانی ($F=6/86$) و ($P<0/01$) تأثیر معناداری داشته است و در زمینه ی اثربخشی با هم تفاوت معنادار نداشته اند.

نتیجه گیری: با توجه به یافته های پژوهش حاضر می توان از آموزش امید به شیوه شناختی-معنوی و آموزش تاب‌آوری خانواده

2- fatigue due to compassion

1- Hemodialysis

تعارضات، تغییر نقش‌ها و حفظ صمیمیت، چگونگی هدفمندی مبتنی بر حفظ روحیه مقاومت و آگاهی از هیجانات و مدیریت آن‌ها را در بر می‌گرفت. به هر حال نمی‌توان این نکته را نادیده گرفت که مراقبین بیماران مزمن در بافت خانواده همچون بیماران کلیوی مبتلا به همودیالیز بر اثر سنگین باری مراقبت از بیمار در کنار سایر امور خانوادگی ممکن است دچار خستگی ناشی از شفقت و کاهش تحمل پریشانی گردند و بهبود تاب‌آوری آنان در بافت خانواده می‌تواند کلید راهگشایی برای بهبود وضعیت آنان باشد از سوی دیگر مروری بر پژوهش‌های چاپ شده موجود بیانگر آن است که بسته تاب‌آوری خانوادگی ویژه مراقبین بیماران همودیالیز طراحی نشده بنابراین لازم است تا خلا، پژوهشی در این زمینه رفع شود. این پژوهش به این مهم پرداخت تا از این رهگذر بسته‌ای بومی و برآمده از تجارب این مراقبین فراهم گردد و بهتر بتواند به نیازهای روانی آنان پاسخ دهد. این بسته مسیر پژوهش‌های بیشتر در این زمینه را هموار می‌سازد همچنین این بسته می‌تواند راهگشای مداخلات روانی برای مشاوران و درمان‌گرانی باشد که با این گروه از افراد کار می‌کنند. همچنین نتایج این پژوهش در جهت مستندسازی آزمایشی یک بسته‌ی آموزشی ویژه‌ی مراقبین بیماران همودیالیز موثر است. بنابراین پژوهش به این سوال پاسخ داد: آیا آموزش تاب‌آوری خانواده، با آموزش امید به شیوه‌ی شناختی-معنوی، بر خستگی ناشی از شفقت و تحمل پریشانی در مراقبین بیماران کلیوی تحت همودیالیز اثر معنادار دارد؟

مواد و روش‌ها

این پژوهش نیمه آزمایشی، با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون، با گروه کنترل و پیگیری ۴۵ روزه بود. جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر شامل کلیه مراقبان بیماران کلیوی تحت همودیالیز شهر اصفهان در سال ۹۹-۱۴۰۰ است. در این پژوهش ۶۰ نفر از مراقبین بیماران کلیوی تحت همودیالیز شهر اصفهان با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در سه گروه ۲۰ نفره گمارده شدند. گروه آزمایش اول ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای آموزش امید به شیوه شناختی-معنوی را دریافت کردند، گروه آزمایش دوم نیز ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت آموزش تاب‌آوری خانواده قرار گرفتند اما افراد گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکردند. در این مطالعه شرکت کنندگان پژوهش در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، پرسشنامه تاب‌آوری خانواده را تکمیل کردند.

پرسشنامه خستگی ناشی از شفقت: جهت تعیین میزان خستگی از شفقت از پرسشنامه خستگی از شفقت مراقبین خانگی (۱۶) استفاده شد. این پرسشنامه شامل سی و پنج ماده مربوط به سنجش خستگی از شفقت است که روی یک طیف پنج درجه‌ای از کاملاً موقم تا کاملاً مخالفم نمره‌گذاری می‌گردد آنان ساختار عاملی این پرسشنامه را بررسی و روایی سازه آن را تایید کرده‌اند و به کمک آلفای کرابناخ همسانی درونی را بالاتر از ۰/۹۵ گزارش کرده‌اند و به این ترتیب روایی و پایایی آن را تایید کرده‌اند.

پرسشنامه تحمل پریشانی: مقیاس خود سنجی تحمل پریشانی هیجانی (۱۷) شامل ۱۵ ماده است. گویه‌های این مقیاس، تحمل پریشانی را بر اساس توانمندی‌های فرد برای تحمل پریشانی هیجانی، ارزیابی

افراد کمک‌کننده یکسان نبوده و هر فردی که علائم نامبرده را داشت، لزوماً دچار خستگی از محبت به دیگران نخواهد بود (۷). این وضعیت می‌تواند تحمل پریشانی را در بین آنان دچار خدشه کند. تحمل پریشانی یک ساختار مهم در رشد بینشی جدید درباره شروع و تداوم آسیب‌های روانی و همچنین پیشگیری و درمان است (۸). تعاریف متفاوتی از تحمل پریشانی وجود دارد از جمله از آن به عنوان ناتوانی در احاطه کامل بر تجربه هیجان آزارنده و ناراحت‌کننده یاد می‌شود. این متغیر چگونگی پاسخ دهی افراد به عاطفه منفی را مشخص می‌نماید (۹). به این ترتیب تحمل پریشانی به توانایی و ظرفیت فرد برای رو به رو شدن با حالات و شرایط منفی اشاره دارد. افرادی که دارای تحمل پریشانی پایینی هستند معمولاً از شرایط و حالات هیجانی منفی دوری می‌کنند و تمایل زیادی به استفاده از راهبردهای مقابله‌ای اجتنابی و گریز در این شرایط دارند (۱۰). این سازه می‌تواند در طول زمان بر خانواده اثر منفی داشته باشد و با توجه به اینکه زوج مبتلا به همودیالیز در انجام بسیاری از وظایف مربوط به نقش دچار مشکل است زوجین یا یکی از آن‌ها را دچار دلزدگی زناشویی نماید (۱۱).

در راستای بهبود خستگی ناشی از شفقت و تحمل پریشانی، رویکردهای درمانی بسیاری ایجاد شده و به کار گرفته شده‌اند، از روش‌های درمانی و آموزشی که به نظر می‌رسد می‌تواند نقش موثری ایفا کند، آموزش امید و روش شناختی-معنوی، و آموزش تاب‌آوری خانواده را نام برد. آموزش امید به شیوه شناختی-معنوی از ادغام مداخلات درمانی شناختی، معنویت درمانی و امید درمانی تشکیل شده است. درمان شناختی-معنوی به عنوان یک رویکرد درمانی شواهد-محور بر بازسازی ساختارهای فکری تأکید دارد و بر چهار محور تغییرات شناختی، مهارت‌های رفتاری، مهارت‌های ارتباطی، و مهارت حل مسأله و حل تعارض مبتنی بر معناست (۱۲). تلفیق این درمان با درمان‌هایی همچون معنا درمانی و درمان‌های مبتنی بر معنویت می‌تواند نتایج موثرتری ببار آورد (۱۳). در همین راستا به کمک این روش افسردگی کاهش یافته است (۱۴)، در مطالعه‌ای دیگر اثربخشی آن بر کیفیت زندگی نشان داده شده است. محورهای این درمان در هر چهار محور مبتنی بر بهبود امید، اصلاح بدبینی، بهبود معنا در جهت افزایش امید و هدف‌گذاری جهت بهبود خوش‌بینی و امید است (۱۵).

با این وجود علیرغم اثربخش بودن آموزش‌های مثبت‌نگر توجه به آموزش‌هایی که مبتنی بر فرهنگ و یکپارچه و جامع‌نگر بر اساس مشکلات جمعیت‌های خاص از جمله مراقبین بیماران کلیوی ضروری به نظر می‌رسد. با فهم نیازهای این دسته از مراقبان می‌توان آموزش‌های روانی منطبق با رنج‌های آنان را فهم کرد. بدین سبب محققین در پژوهش حاضر به تدوین بسته مداخله آموزشی مبتنی بر تاب‌آوری خانواده ویژه مراقبین از بیماران کلیوی را طراحی کردند؛ بنابراین این بسته آموزشی که حاصل یک پژوهش کیفی از نوع پدیدارشناسی در خصوص فهم نیازهای آموزشی مراقبین بیماران کلیوی برای درک نیازهای آموزش روانی آنان بود. این بسته پس از طی مراحل تدوین بسته اعتباریابی محتوایی شد محتوای این بسته محورهایی در زمینه‌ی مدیریت هیجان، مهربانی به خود، مقابله با مسایل، چگونگی بهبود ارتباطات خانوادگی، چگونگی حل

استفاده از آنها برای بهبود، رابطه منفی دارد (۱۷). در ایران نیز ویژگی‌های آن را بررسی و تایید کرده‌اند (۱۷) در پژوهش حاضر نیز مجدداً همسانی درونی آلفای کرانباخ محاسبه و ۰/۸۷ به دست آمد.

به منظور اجرای پژوهش پس از گمارش آزمودنی‌های در دو گروه آزمایش و گواه، گروه اول آموزش امید و گروه دوم آموزش تاب-آوری خانواده را طی هشت جلسه نود دقیقه‌ای دریافت کردند در حالیکه گروه گواه در لیست انتظار بودند. این جلسات در یکی از مراکز درمانی ویژه‌ی بیماران دیالیزی برگزار شد. جدول (۱) طرح‌های آموزشی را نشان می‌دهد.

ذهنی پریشانی، میزان توجه به هیجانات منفی در صورت وقوع و اقدام‌های تنظیم‌کننده برای تسکین پریشانی مورد سنجش قرار می‌دهند. گویه‌های این مقیاس بر اساس مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شوند، حداقل و حداکثر نمره در این مقیاس برابر با ۱۵ تا ۷۵ است و نمرات بالا در این مقیاس نشانگر تحمل پریشانی بالا است، ضرایب آلفا برای این خرده مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۸۲، ۰/۷۸، ۰/۷۰ و برای کل مقیاس ۰/۸۲ به دست آمده است. همبستگی درون طبقه‌ای پس از گذشت شش ماه، ۰/۶۱ بود. همچنین، مشخص شده که این مقیاس دارای روایی ملاکی و همگرایی اولیه خوبی است. این مقیاس با پذیرش خلق رابطه مثبت و با مقیاس‌های راهبردهای مقابله‌ای استفاده از الکل و ماری جوانا و همچنین

جدول (۱): محتوای آموزشی بسته تاب‌آوری خانواده و آموزش امید به شیوه شناختی معنوی

جلسات	محتوای آموزش امید به شیوه‌ی شناختی-معنوی	بسته‌ی آموزشی تاب‌آوری خانواده
اول	آشنایی اعضا گروه با یکدیگر و با مدرس گروه، با اهداف و برنامه و قوانین گروه، آشنایی مخاطبان با مبانی امید، و خصوصیات افراد امیدوار.	آشنایی اعضا گروه با یکدیگر و با مدرس گروه، برقراری رابطه درمانی، مشخص شدن اهداف و قوانین گروه، آشنایی با فواید تاب-آوری خانواده
دوم	تاثیر امیدواری بر زندگی و شادمانی بیشتر، توضیحات مختصری در مورد امید درمانی.	آشنایی با شیوه‌های مبارزه و غلبه بر مشکلات پیش روی فرایند مراقبت، کاهش احساس شرم و سرزنش خود، تقویت احساس شفقت نسبت به خود و بیمار.
سوم	آشنایی با مفهوم ناامیدی، علل ایجاد ناامیدی، رابطه افسردگی و امید، نقش افکار غیرمنطقی در افراد نا امید، ارتباط افکار و احساس و رفتار.	آموزش شیوه‌های بهبودی معنا در زندگی، نقش ایمان و توکل بر خدا در بهبود معنا و پذیرش زندگی، اصلاح معنا به کمک نوع دوستی و بخشش خود و دیگران.
چهارم	تبیین تصحیح خطاهای شناختی و ارزیابی سطوح سه گانه تفکر، باورهای غیر منطقی در موقعیت‌های هیجانی و شیوه-های اصلاح آنها به کمک طرح A-B-C-D	آشنایی با چگونگی استفاده از شیوه‌ی توکل و نیایش و بخشش جهت بهبود بردباری با تاکید بر انجام اعمال مذهبی و دینی
پنجم	آموزش یافتن اهداف، امیديابی، عاملیت و مسیر های فکری خوش‌بینانه و اثر آن بر زندگی.	آموزش شیوه‌های مدیریت مسائل مالی، آموزش ارتقا امنیت مالی و دریافت حمایت‌های اجتماعی.
ششم	چگونگی بهبود رضایت زندگی به کمک شیوه‌های بهبود رشد شخصی، بهبود معنا در زندگی، خودمختاری، پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران).	آموزش مهارت حل مسئله، ارتقا توانایی فرد در مدیریت تعارض، تقویت توانایی راه حل محور بودن مراقبین و دوری کردن از روش‌های اجتناب و تسلیم.
هفتم	آشنایی با تفکر مثبت، مدیریت موانع امیدواری، زیر سوال بردن افکار بدبینانه از طریق فنون شناخت درمانی.	آموزش شیوه‌های سازگارانه تنظیم هیجان، مدیریت شرایط استرس-زا در حین انجام وظیفه مراقبت، آگاهی از ارتباط بین هیجانات، افکار و رفتار فرد مراقب.
هشتم	نقش توکل بر نیروی برتر، در کنار آمدن با تنش‌ها، ایجاد امید و دستیابی به اهداف، آشنایی با شکرگزاری و فنون آن در افزایش امیدواری.	آگاهی از شیوه‌های ناسازگار اجتناب و تسلیم در مواجهه با هیجانات منفی و چگونگی تنظیم هیجان به کمک ارتقای توانایی در ایجاد هیجانات مثبت.

صورت محرمانه باقی می‌ماند و نتایج صرفاً جهت یک پژوهش علمی مورد استفاده قرار می‌گیرد.

یافته‌ها

بررسی ویژگی‌های روانسنجی نشان داد در گروه آموزش تاب‌آوری خانواده، ۴ نفر (معادل ۲۶/۷ درصد) در گروه تحصیلی زیردیپلم، ۵ نفر (معادل ۳۳/۳ درصد) در گروه تحصیلی دیپلم، ۵ نفر (معادل

ملاحظات اخلاقی

این پژوهش با کد پژوهشی ۹۵۰۵۱۷۱۵۲ و کد اخلاق IR.IAU.KHUISF.REC.1398.225 مصوب در کمیته اخلاق پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی - واحد اصفهان (خوراسگان) انجام شده است. از تمامی شرکت‌کنندگان، قبل از اجرای پژوهش، رضایت‌نامه اخذ گردید. هنگام اجرای پژوهش، به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات آن‌ها کاملاً به

درصد) در گروه تحصیلی دیپلم، ۴ نفر (معادل ۲۶/۷ درصد) در گروه تحصیلی فوق دیپلم و ۲ نفر (معادل ۱۳/۳ درصد) در گروه تحصیلی لیسانس بوده‌اند. نتایج آزمون خی دو نشان داد که بین فراوانی گروه های سنی در سه گروه پژوهش تفاوت معنادری وجود ندارد ($p > 0.05$).

۳۳/۳ درصد) در گروه تحصیلی فوق دیپلم و ۱ نفر (معادل ۶/۷ درصد) در گروه تحصیلی لیسانس بوده‌اند. در گروه امید به شیوه شناختی-معنوی، ۴ نفر (معادل ۲۶/۷ درصد) در گروه تحصیلی زیر-دیپلم، ۴ نفر (معادل ۲۶/۷ درصد) در گروه تحصیلی دیپلم، ۵ نفر (معادل ۳۳/۳ درصد) در گروه تحصیلی فوق دیپلم و ۲ نفر (معادل ۱۳/۳ درصد) در گروه تحصیلی لیسانس بوده‌اند. در گروه کنترل، ۳ نفر (معادل ۲۰ درصد) در گروه تحصیلی زیردیپلم، ۶ نفر (معادل ۴۰

جدول (۲) جدول توزیع فراوانی و درصد فراوانی گروه‌های پژوهش در متغیر تحصیلات

تحصیلات	گروه تاب‌آوری خانواده فراوانی (%)	گروه امید به شیوه شناختی-معنوی فراوانی (%)	گروه کنترل فراوانی (%)	مقدار خی دو (معناداری)
زیر دیپلم	۴ (۲۶/۷)	۴ (۲۶/۷)	۳ (۲۰)	$p=0.11$
دیپلم	۵ (۳۳/۳)	۴ (۲۶/۷)	۶ (۴۰)	
فوق دیپلم	۵ (۳۳/۳)	۵ (۳۳/۳)	۴ (۲۶/۷)	
لیسانس و بالاتر	۱ (۶/۷)	۲ (۱۳/۳)	۲ (۱۳/۳)	
مجموع	۱۵ (۱۰۰)	۱۵ (۱۰۰)	۱۵ (۱۰۰)	

ناشی از شفقت و تحمل پریشانی را در گروه‌های آزمایش نشان می-دهد.

در جدول ۲-۴ توزیع فراوانی گروه‌های پژوهش از نظر شغل ارائه شده است. جدول (۳) میانگین و انحراف استاندارد متغیر خستگی

جدول (۳): میانگین و انحراف معیار متغیر خستگی ناشی از شفقت و تحمل پریشانی گروه‌های پژوهش در سه مرحله زمانی

متغیر	زمان	آموزش امید		آموزش تاب‌آوری		گروه گواه
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
خستگی	پیش‌آزمون	۲۹/۲۰۰	۳/۶۲۹	۲۸/۱۳۳	۳/۵۶۳	۳/۴۳۲
	پس‌آزمون	۲۲/۶۰۰	۴/۲۹۰	۲۱/۴۶۷	۳/۵۶۳	۴/۵۱۸
	پیگیری	۲۳/۴۰۰	۴/۰۳۲	۲۱/۱۳۳	۳/۷۷۷	۴/۵۹۵
پریشانی	پیش‌آزمون	۸/۹۳۳	۱/۵۷۹	۸/۳۳	۱/۷۱۸	۱/۵۸۰
	پس‌آزمون	۵/۹۳۳	۱/۹۸۱	۴/۶۶۷	۱/۷۹۹	۱/۸۳۱
	پیگیری	۵/۸۰۰	۲/۱۱۱	۵/۵۲۳	۱/۸۴۶	۲/۱۵۱

انجام تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر نیازمند رعایت شدن تعدادی از پیش فرض ها است. جدول (۴) نتایج این تحلیل را برای متغیرهای وابسته نشان می‌دهد.

جدول (۴): نتایج آزمون شاپیرو-ویلک، لوین، ام باکس و ماچلی در متغیر خستگی ناشی از شفقت و تحمل پریشانی

ردیف	آزمون	آزمون شاپیرو-ویلک		آزمون لوین	
		آماره	معناداری	آماره	معناداری
خستگی ناشی از شفقت	پیش‌آزمون	۰/۱۲۶	۰/۴۹۴	۰/۳۱۶	۰/۷۳۱
	پس‌آزمون	۰/۰۹۹	۰/۴۶۹	۰/۴۵۷	۰/۶۳۶
	پیگیری	۰/۱۰۱	۰/۴۸۴	۰/۱۵۵	۰/۸۵۷
	آزمون باکس	آماره	معناداری	آزمون ماچلی	معناداری
		۱۸/۳۲۶	۰/۱۷۳	۰/۷۶۰	۰/۰۰۴

آزمون	آزمون شاپیرو ویلک		آزمون لوین	
	آماره	معناداری	آماره	معناداری
پیش‌آزمون	۰/۹۴۳	۰/۰۲۸	۰/۱۱۴	۰/۸۹۲
پس‌آزمون	۰/۹۶۸	۰/۰۲۳۸	۰/۲۰۳	۰/۸۱۷
پیگیری	۰/۹۴۰	۰/۰۲۱	۰/۱۴۲	۰/۸۶۸
آزمون باکس		آزمون ماچلی		
آماره	معناداری	آماره	معناداری	
۰/۹۹۴	۰/۹۰۳	۰/۱۲۴	۳/۵۷۴	۳/۵۷۴

تحمل
پریشانی

می‌شود، آزمون ماچلی معنادار است. یعنی پیش‌فرض کرویت رعایت نشده است. در مواردی که فرض کرویت رعایت نمی‌شود می‌توان به آماره گرین‌هاوس-گیزر در جداول تحلیل نهایی مراجعه نمود.

چنان‌که در جدول (۴) مشاهده می‌شود، خستگی ناشی از شفقت و تحمل پریشانی در هر سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، دارای توزیع نرمال ($p > 0.05$)، برابری واریانس خطا ($p > 0.05$) و برابری ماتریس واریانس-کوواریانس (از طریق آزمون ام باکس) ($p > 0.05$) هستند. همچنین چنان‌که در جدول فوق مشاهده

جدول (۵) آزمون ماچلی برای بررسی همگنی ماتریس‌های کوواریانس خطا

متغیر	مقدار موخلی	مقدار خی دو	درجه آزادی	گرین هوز گیزر	سطح معناداری
خستگی ناشی از شفقت	۰/۹۱۱	۳/۸۲	۲	۰/۹۱۸	۰/۱۴۸
تحمل پریشانی	۰/۱۴۲	۱/۰۸	۲	۰/۹۷۵	۰/۵۸۳

نتایج جدول فوق نشان می‌دهد که در متغیرهای سطح معناداری بیشتر از ۰/۰۵ بدست آمده است که بیانگر آن است که پیش‌فرض ماچلی تایید شده است.

جدول (۶) نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در خستگی ناشی از شفقت و تحمل پریشانی برای زمان، تعامل زمان و نوع مداخله و بین گروهی

منبع تغییرات	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ضریب F	معناداری	مجذور سهمی اتا	توان آزمون
درون-گروهی	زمان	۹۰/۳۱	۱/۶۱۳	۵۵/۹۸۰	۳۴/۲۶۱	۰/۰۰۱	۰/۴۴۹	۱
خستگی ناشی از شفقت	تعامل زمان*گروه	۸۸/۳۱۱	۳/۲۲۷	۲۷/۳۷۰	۱۶/۷۵۱	۰/۰۰۱	۰/۴۴۴	۱
	خطا (زمان)	۱۱۰/۷۱۱	۶۷/۷۵۸	۱/۶۳۴	-	-	-	-
بین-گروهی	گروه	۱۹۲/۷۱۱	۲	۹۶/۳۵۶	۳/۸۲	۰/۰۱	۰/۲۴	۰/۸۲
گروهی	خطا	۱۰۶۰/۳۵۶	۴۲	۲۵/۲۵	-	-	-	-
درون-گروهی	زمان	۱۱/۷۹۳	۲	۵/۸۹۶	۱۱/۲۹۱	۰/۰۰۱	۰/۲۱۲	۰/۹۹۱
گروهی	تعامل زمان*گروه	۱۴/۳۴۱	۴	۳/۵۸۵	۶/۸۶۵	۰/۰۰۱	۰/۲۴۶	۰/۹۹۲
تحمل پریشانی	خطا (زمان)	۴۳/۸۶۷	۸۴	۰/۵۲۲	-	-	-	-
بین-گروهی	گروه	۵۵/۶۵۹	۲	۲۷/۸۳۰	۳/۰۱۶	۰/۰۰۶	۰/۲۰	۰/۸۵۴
گروهی	خطا	۳۸۷/۶۰۰	۴۲	۹/۲۲۹	-	-	-	-

تفاوت معناداری ($p < 0.01$) وجود دارد. مجذور سهمی اتا برای عامل زمان برابر با ۰/۴۴۹ و توان آزمون برابر با ۱ و برای عامل تعامل زمان با گروه برابر با ۰/۴۴۴ و توان آزمون برابر با ۱ می‌باشد. این نتیجه نشان می‌دهد که برای عامل زمان و تعامل زمان و گروه به ترتیب ۴۵ و ۴۴ درصد تفاوت در خستگی ناشی از شفقت مربوط

چنان‌که در جدول (۶) برای متغیر خستگی ناشی از شفقت مشاهده می‌شود، در بخش اثر درون‌گروهی، عامل زمان ($F=34/261$ ، $df=1/613$ و $p < 0.01$) و تعامل زمان و گروه ($F=16/751$ ، $df=3/227$ و $p < 0.01$) نشان می‌دهد که در خستگی ناشی از شفقت از نظر زمانی و تعامل زمان با گروه (سه گروه پژوهش)

نمایش داده شده است. همچنین چنان که در جدول (۶) در بخش اثر بین گروهی مشاهده می‌شود در تحمل پریشانی، در عامل گروه تفاوت معناداری ($p > 0.05$) وجود دارد. به این معنی که تحلیل واریانس انجام شده تفاوت معناداری را بین گروه‌های آزمایش (دو گروه آموزش) و گروه کنترل در تحمل پریشانی، نشان داده است. در جدول (۷) نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه جفتی دو گروه آزمایش و گروه کنترل در تحمل پریشانی ارائه شده است.

به اعمال متغیر مستقل (یکی از دو آموزش در پژوهش) بوده که با ۱۰۰ درصد توان تایید شده است. همچنین چنان که در جدول (۶) در بخش اثر بین گروهی مشاهده می‌شود در خستگی ناشی از شفقت، در عامل گروه تفاوت معناداری ($p > 0.05$) وجود دارد. مجذور سهمی اتا برای عامل گروه برابر با ۰/۲۴ و توان آزمون برابر با ۰/۸۲۰ است. به این معنی که تحلیل واریانس انجام شده با ۸۲ درصد توان ۲۴ درصد تفاوت بین گروه‌های آموزشی و گروه گواه نشان را نشان داده است. در جدول (۷) تفاوت بین زمان انجام آزمون‌ها

جدول (۷) مقایسه گروه‌های پژوهش در متغیر خستگی ناشی از شفقت و تحمل پریشانی در مرحله پس آزمون و پیگیری و بر اساس گروه

منبع تغییرات	متغیر	گروه مبنا	گروه مورد مقایسه	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	معناداری
خستگی	خستگی	پیش آزمون	پس آزمون	۱/۶۸۹*	۰/۲۷۳	۰/۰۰۰
		پیش آزمون	پیگیری	۱/۷۷۸*	۰/۲۶۶	۰/۰۰۰
		پس آزمون	پیگیری	۰/۰۸۹	۰/۱۷۴	۰/۶۱۱
ناشی از شفقت	خستگی	بسته تاب‌آوری خانواده	امیدبه شیوه شناختی	-۰/۷۶	۱/۴۰۳	۰/۴۹
		بسته تاب‌آوری خانواده	گروه کنترل	۶/۵۷۸	۱/۴۰۳	۰/۰۰۶
		آموزش امیدبه شیوه شناختی	گروه کنترل	۶/۸۹	۱/۴۰۳	۰/۰۰۴
تحمل پریشانی	تحمل پریشانی	پیش آزمون	پس آزمون	-۰/۶۶۷*	۰/۱۲۷	۰/۰۰۰
		پیش آزمون	پیگیری	-۰/۵۷۸*	۰/۱۶۸	۰/۰۰۴
		پس آزمون	پیگیری	۰/۰۸۹	۰/۱۵۸	۱/۰۰۰
تحمل پریشانی	تحمل پریشانی	بسته تاب‌آوری خانواده	امیدبه شیوه شناختی	۰/۳۷۹	۰/۶۴۰	۱/۰۰۰
		بسته تاب‌آوری خانواده	گروه کنترل	۳/۱۳۳	۰/۶۴۰	۰/۰۰۹
		آموزش امیدبه شیوه شناختی	گروه کنترل	۳/۵۱۱	۰/۶۴۰	۰/۰۰۶

داده‌اند. همچنین تا کنون به مقایسه اثربخشی بسته تاب‌آوری خانواده و امید به شیوه‌ی شناختی معنوی بر خستگی ناشی از شفقت در بین مراقبین بیماران همودیالیز نپرداخته بود که بتوان همسویی و ناهمسویی آن را بررسی کرد اما نتایج این پژوهش با یافته‌هایی که اثربخشی سایر روش‌ها را بر این سازه نشان داده‌اند همسو است برای مثال اثربخشی طرحواره و پذیرش و تعهد را بر خستگی ناشی از شفقت نشان دادند (۱۶).

در زمینه اثربخشی آموزش تاب‌آوری خانواده بر خستگی ناشی از شفقت می‌توان گفت از آنجا که خستگی ناشی از شفقت از دو مفهوم خستگی و شفقت تشکیل شده است، شفقت عبارت است از آگاهی محبت آمیز و مهربانانه نسبت به رنج و ناراحتی دیگران همراه با تمایل برای تخفیف یا کاهش آن، و از طرفی خستگی نیز به عنوان پاسخ‌های ناسازگار ناشی از تحریک بیش از حد اشاره دارد که دربرگیرنده خستگی جسمانی یا فیزیکی است، بر این اساس مفهوم خستگی ناشی از شفقت به عنوان خستگی جسمانی یا روانشناختی و کناره‌گیری عاطفی افرادی که به مراقبت از بیماران یا افراد آسیب دیده می‌پردازند تعریف می‌شود (۲۰). خستگی از شفقت به بیماران، اثر یا نتیجه عاطفی از حوادث آسیب زای غیر مستقیمی است که به واسطه کمک به افرادی که به طور مستقیم و اولیه حوادث آسیب زا را تجربه کرده‌اند، به وجود می‌آید وی این پدیده را توانی می‌داند که فرد مراقبت کننده در ازاء بیماران

همانگونه که مشاهده می‌شود هر دو آموزش نسبت به گروه گواه بر متغیرهای وابسته در طول زمان موثر بوده‌اند. و بین آموزشها تفاوت معنادار وجود ندارد.

نتیجه گیری

این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی آموزش امید به شیوه شناختی-معنوی و آموزش تاب‌آوری خانواده بر تحمل پریشانی و خستگی ناشی از شفقت انجام شد تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری نشان داد هر دو روش بر متغیرهای وابسته موثر بوده است. تا کنون پژوهشی با این عنوان به چاپ نرسیده است که این دو روش را با یکدیگر مقایسه نماید با این حال این نتایج در زمینه‌ی اثربخشی آموزش امید به شیوه‌ی شناختی معنوی بر تاب‌آوری خانواده و ابعاد آن با یافته‌هایی که اثربخشی این روش را بر بهزیستی روان‌شناختی نشان داده‌اند همسو است (۱۵). تا کنون پژوهشی چاپ شده به مقایسه اثربخشی دو روش مذکور بر تحمل پریشانی در بین مراقبین بیماران همودیالیز نپرداخته‌اند که بتوان همسویی یا ناهمسویی یافته‌ها را بررسی کرد اما به هر حال در زمینه قدرت اثربخشی این دو روش بر تحمل پریشانی، این نتایج، با یافته‌هایی که اثربخشی سایر روش‌ها را بر تحمل پریشانی نشان داده‌اند همسو است از جمله اثربخشی روش هیجان مدار (۱۸)، اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک (۱۹) و اثر شناخت درمانی رفتاری را بر تحمل پریشانی (۱۹) نشان

بر مشکلات پیش‌روی مراقبت، تقویت احساس شفقت، چگونگی بهبود معنا در زندگی، اصلاح معنا به کمک نوع دوستی و بخشش خود و دیگران، آشنایی با شیوه‌های توکل، نیایش و بخشش جهت بهبود بردباری، آموزش چگونگی مدیریت امور مالی مربوط به زندگی و پرستاری از بیمار و راه حل محور بودن به جای اجتناب و تسلیم؛ به نظر می‌رسد سازوکارهای مورد نظر کمک کرده‌اند تا خلق آزمودنی‌ها، مهارت‌های زندگی آنان و نحوه‌ی روبه‌رویی آنان با مسائل بهبود یابد همچنین ممکن است مسائلی که در زندگی روزمره با آن روبه‌رو بوده‌اند و حل آنها به تعویق افتاده بوده بهبود یابد و در نتیجه تاب‌آوری خانوادگی و ابعاد آن بهبود یابد. به نظر می‌آید این آموزش‌ها به چند دلیل بر تحمل پریشانی موثر بوده‌اند: (۱) یافتن معنای جدید و وسیع‌تر که کمک کرده است تا پذیرش مشکلات و مسائل مراقبت از بیمار همودپالیز در این فضا کوچکتر به نظر برسد، (۲) تنظیم هیجان به کمک پذیرش محدودیت‌ها که به خودی خود می‌تواند موجب حذف منابع هیجانات منفی ناشی از عدم پذیرش گردد و (۳) شکرگزاری که موجب شده بیش از آنکه به مشکلات توجه کنند ابعاد مثبت را در نظر بگیرند که توجه را از سمت مسائل منفی به سمت نقاط مثبت سوق داده و در نتیجه تحمل پریشانی بهبود یافته است.

در تبیین آموزش امید به شیوه شناختی معنوی مراقبین بیماران همودپالیز آموزش‌هایی دیده و آموخته‌اند که به آنان کمک کرده تا بتوانند در بهبود تحمل پریشانی خانواده موثر باشند از جمله آنان در این آموزش‌ها با مفهوم ناامیدی، علل ایجاد ناامیدی، رابطه افسردگی و امید، نقش افکار غیرمنطقی در افراد نا امید، ارتباط افکار و احساس و رفتار در واکنش به موقعیت‌های روزمره، آشنایی با خطاهای شناختی و اصلاح آن در حفظ امید، آشنایی با نقش نیروهای معنوی در حفظ امید و اصلاح باورها در راستای ارتقای معنویت آشنا شده‌اند و فنون آن را آموخته‌اند بنابراین افزایش امیدواری از طریق اصلاح شناخت و معنا کمک کرده است تا (۱) خوش‌بینی بهبود یابد و (۲) اصلاح خطاهای شناختی‌ای میسر گردد که مولد تحمل پریشانی پایین بوده‌اند و به این ترتیب این سازه اصلاح شود.

در تبیین عدم تفاوت معنادار اثربخشی دو روش بر تحمل پریشانی ممکن است سازه‌ی نتیجه‌ی هردو روش یکسان باشد برای مثال هر دو روش تنظیم هیجان را در پی داشته باشند در نتیجه تفاوت‌شان بر تحمل پریشانی که تنظیم هیجان در کاهش آن نقش کلیدی دارد، معنادار نباشد.

در زمینه عدم تفاوت معنادار دو روش بر خستگی ناشی از شفقت می‌توان گفت شاید علت را در این نکته باید جستجو کرد که سازه‌ی بالا دست هر دو مدل بهبود معناست گرچه راهبردها و فنون متفاوت بوده‌اند بنابراین هر دو آموزش توانسته‌اند به بهبود یکسان خستگی ناشی از شفقت منجر گردند.

این پژوهش همچون سایر پژوهش‌ها محدودیت‌هایی داشت از جمله اینکه آموزشگر و محقق یکسان بودند و انتخاب شرکت کنندگان به شکل غیر تصادفی بود. در کل به مشاوران توانبخشی بیماران همودپالیز پیشنهاد می‌گردد که این دو روش را به عنوان روش‌های

پرداخت می‌کند. وی در تئوری خود بیان می‌کند که سطح همدلی و همدردی فرد مراقبت کننده یک عامل معنادار در حالت خستگی از مراقبت است (۲۱). بنابراین آموزش‌ها حاوی محتوایی بوده که توانسته علائم خستگی ناشی از شفقت را کاهش دهد این آموزش‌ها عبارت بودند از: آشنایی با شیوه‌های مبارزه و غلبه بر مشکلات پیش‌روی مراقبت، تقویت احساس شفقت، چگونگی بهبود معنا در زندگی، اصلاح معنا به کمک نوع دوستی و بخشش خود و دیگران، جلب حمایت اجتماعی، آشنایی با شیوه‌های توکل، نیایش و بخشش جهت بهبود بردباری، آموزش چگونگی مدیریت امور مالی مربوط به زندگی و پرستاری از بیمار و راه حل محور بودن به جای اجتناب و تسلیم؛ بنابراین به نظر می‌رسد سازوکارهای مورد نظر کمک کرده‌اند تا مهارت‌های زندگی آنان و نحوه‌ی روبه‌رویی آنان با مسائل بهبود یابد همچنین ممکن است مسائلی که در زندگی روزمره با آن روبه‌رو بوده‌اند و حل آن‌ها به تعویق افتاده بوده و نیاز به مدیریت فردی برای حل شدن داشته‌اند حل شده باشد و در نتیجه تاب‌آوری خانوادگی و ابعاد آن بهبود یابد. بنابراین به نظر می‌رسد این آموزش‌ها به سه دلیل بر خستگی شفقت موثر بوده‌اند:

(۱) یادگیری جلب حمایت اجتماعی فشار مراقبت را کم کرده است؛ (۲) بهبود معنا ارزش همدلی و مهربانی را افزایش داده بنابراین شرکت‌کنندگان مراقبت را همچون یک ارزش دیده‌اند که خود توانسته به بهبود خستگی کمک نماید و (۳) بهبود بردباری به کمک شیوه‌های مذهبی کمک کرده تا رنج روانی کاهش یابد و در نتیجه خستگی ناشی از شفقت کاهش یابد.

در زمینه‌ی آموزش امید به شیوه‌ی شناختی معنوی بر خستگی ناشی از شفقت می‌توان گفت در آموزش امید به شیوه شناختی معنوی مراقبین بیماران همودپالیز نکاتی را آموزش دیده‌اند و آموخته‌اند که به آنان کمک کرده تا بتوانند در بهبود خستگی ناشی از شفقت موثر باشد از جمله آنان در این آموزش‌ها با مفهوم ناامیدی، علل ایجاد ناامیدی، رابطه افسردگی و امید، نقش افکار غیرمنطقی در افراد نا امید، ارتباط افکار و احساس و رفتار در واکنش به موقعیت‌های روزمره، آشنایی با خطاهای شناختی و اصلاح آن در حفظ امید، آشنایی با نقش نیروهای معنوی در حفظ امید و اصلاح باورها در راستای ارتقای معنویت آشنا شده‌اند و فنون آن را آموخته‌اند بنابراین انتظار می‌رود افزایش امیدواری به چند دلیل به بهبود خستگی ناشی از شفقت کمک نماید: (۱) این روش به کمک اصلاح فکر و معنا به بهبود خوش‌بینی منجر شده، (۲) اصلاح خطاهای شناختی و کسب معنا به بهبود معنویت خانواده در خانواده کمک کرده که باعث شده تا شرکت کنندگان، مراقبت از همسر همودپالیزی را نوعی معنا بدانند نه نوعی زحمت و این کمک کرده تا خستگی ناشی از شفقت کاهش یابد.

در تبیین اثربخشی این دو روش بر تحمل پریشانی می‌توان گفت تحمل پریشانی به معنای ظرفیت فرد در تحمل تجارب و حالت‌های ناخوشایند درونی مانند هیجان‌های منفی، ناامیدی و ناراحتی‌های جسمانی است (۲۱) بنابراین آموزش تاب‌آوری خانواده حاوی آموزش‌ها و فنونی بوده که کمک کرده تا این ویژگی در شرکت کنندگان بهبود یابد. این آموزش‌ها عبارت بوده‌اند از تنظیم هیجان به کمک پذیرش محدودیت‌ها، آشنایی با شیوه‌های مبارزه و غلبه

fatigue among nurses: A systematic review and meta-analysis. *Int J Nurs Stud*[online] 7. 2021, 120. Available from: 10.1016/j.ijnurstu.2021.103973

8. Peters E. Compassion fatigue in nursing: A concept analysis. In *Nursing Forum* 2018, 53(4):466-480.

9. Ameral V. Palm Reed KM. Cameron A. Armstrong JL. What are measures of distress tolerance really capturing? A mixed methods analysis. *Psychol. Conscious.: Theory Res. Pract* 2014, 1(4):357-369.

10. Keough ME. Riccardi CJ. Timpano KR. Mitchell M A. Schmidt NB. Anxiety symptomatology: The association with distress tolerance and anxiety sensitivity. *Behav. Ther.* 2010, 41(4):567-574.

11. Ahmadi Mehr Z. Yousefi Z. Golparvar M. Exploration and explanation the marital disillusionment among married women: Grounded Theory. [In Persian]. *J APSY.* 2020, 14 (3): 269- 290.

12. Walsh F. *Strengthening family resilience.* Guilford publications. 2015.

13. Dadashi M. Karaminia R. Haji agha Nejad Y. Evaluation of the effectiveness of family resilience training on the components of family resilience of military parents. [In Persian]. *J DHCM.* 2021, 1(2): 43-52.

14. Hamideh M. Taraghikhah S. The Effect of Cognitive Spiritual group therapy (CSGT) in depression. *J Pajoohande.* 2008, 13(5): 383-389.

15. Michel NM. Rowa K. Young L. McCabe RE. Emotional distress tolerance across anxiety disorders. *J. Anxiety Disord.* 2016, 40: 94-103.

16. Geravand P. Manshaei G. Nadi MA. Effectiveness of hope-oriented teaching through cognitive-spiritual method on psychological wellbeing and life quality of the mothers of the children suffering from cancer. [In Persian]. *MUMS J.* 2019, 62(5): 1786-1796. Available from: 10.22038/mjms.2019.15250

موثر بر بهبود وضعیت روانشناختی پرستاران بیماران همودیالیز مد نظر قرار دهند.

سپاسگزاری

نویسندگان پژوهش حاضر از تمامی کسانی که در انجام این پژوهش یاری رساندند کمال سپاس و تشکر دارند از جمله مسئولین پژوهشی دانشگاه و مراقبین بیماران همودیالیز که در این دوره شرکت کردند.

تعارض منافع

نویسندگان با یکدیگر هیچگونه تعارض منافی ندارند.

References

1. Sadeghian Z. Shahgholian N. Dashti-Dehkordi A. Hemodialysis patients and nurses in relation with caring behaviors. [In Persian]. *J Nur Mid* 2017, 15(9):659-666.
2. AliKazemiDaluae A. Shahhabizadeh F. Nasry M. Samari A. Effectiveness of ACT with and without Mindfulness plus Exercises on Spiritual Health in Hemodialysis. *Health Spiritual Med Ethics* 2021, 8(3):171-180.
3. Bani Hashemi S. Hatami M. Hasani J. Sahebi A. Comparing Effectiveness of the Cognitive-behavioral Therapy, Reality Therapy, and Acceptance and Commitment Therapy on Quality of Life, General Health, and Coping Strategies of Chronic Patient's Caregivers. [In Persian]. *JCP* 2020, 12(1): 63-76.
4. Yousefie H. Khodabakhshi-Koolae A. Falsafinejad M R. Psychological Challenges of Patients after of With Renal Disease after Transplantation: A Qualitative Study. [In Persian]. *J Arak Uni Med Sci* 2020, 22 (6):204-217.
5. Talebi M. Mokhtary lakeh N. Rezasoltani P. Kazemnejad leili E. Shamszadh M. Caregiver Burden in Caregivers of RenalF Patients under Hemodialysis. [In Persian]. *J Holist Nurs Midwifery* 2016, 25(80):59-68.
6. Xie W. Chen L. Feng F. Okoli C. Tang P. Zeng L. Wang J. The prevalence of compassion satisfaction and compassion

17. Khosravi ZT. Navabinejad S. Pirani Z. Comparison of the Effectiveness of Schema-Based Education and Acceptance and Commitment-Based Education on Compassion Fatigue in Family Caring Mothers. [In Persian]. *J. Soc. Psychol.* 2021, 9(60): 45-58.
18. Mahmoudpour A. Shariatmadar A. Shafiabadi A. Borjali A. Psychometric Properties of the Distress Tolerance Scale (DTS) in the Elderly. [In Persian] *J EM.* 2021, 12(46): 51-66. Available from: 10.22054/jem.2022.65915.3341
19. Faghih S. Kazemi H. The Effectiveness of Emotionally Focused Therapy on Distress Tolerance in Infertile Couples in Isfahan. [In Persian]. *CHJ.* 2018, 12(1): 22-29. Available from: 10.22123/chj.2018.110652.1068
20. Modares M. Effectiveness of group dialectical behavior therapy (based on core mindfulness, distress tolerance and emotion regulation components) on depressive symptoms in university students. [In Persian]. *JFMH.* 2011, 13(50): 35-124. Available from: 10.22038/jfmh.2011.881
21. Yakar HK. Oguz S. Bulut B. Kapusuz C. Abi P. Yavuz R. Compassion fatigue in nurses caring for chronic diseases. *Int J Occup Saf Ergon.* 2023, 29(1):109-114. Available from: 10.1080/10803548.2021.2025314
22. Zvolensky MJ. Vujanovic AA. Bernstein A. Leyro T. Distress tolerance: Theory, measurement, and relations to psychopathology. *Current directions in psychological science.* 2010 Dec;19(6):406-10.