



Efficacy of Cognitive Behavior Therapy on Quality of Life, Anxiety and Fatigue of Cancer Section's Nurses: A Clinical Trail Study

Jalil Babapoor¹, Shirin Zeinali^{2,*}, Fatemeh Azimi³, Hadi. S. Chavoshi⁴

¹ Professor of Psychology, Department of Psychology, Tabriz University, Tabriz, Iran

² Assistant Professor, Department of Psychology, Urmia University, Urmia, Iran

³ MA of General Psychology, Department of Psychology, Islamic Azad University of Tabriz, Tabriz, Iran

⁴ Assistant Professor of Hematology and Oncology, Hematology and Oncology Research Center, Tabriz University of Medical Science, Tabriz, Iran

* **Corresponding author:** Shirin Zeinali, Assistant Professor, Department of Psychology, Urmia University, Urmia, Iran. E-mail: sh.zeinali@urmia.ac.ir

Received: 20 May 2019

Accepted: 14 Oct 2019

Abstract

Introduction: As one of the members of the care team, nurses are confronted with a lot of work-associated stress whereby they will experience mental health problem if this stress continues. This study aims at investigating the efficacy of cognitive behavior therapy on quality of life, anxiety and fatigue of cancer section nurse's at 2017.

Methods: Research method was quasi experimental with pretest-posttest design with control group. The study population of this study included nurses employed at cancer section in Shahid Ghazi Hospital. 30 nurses were selected by available sampling method and randomly were allocated in two groups of experimental and control (30 participants for each group). Experimental group participated in 10 sessions of 45-minute group cognitive behavior therapy and control group received no intervention. Subjects in both experimental and control groups have answered quality of life, anxiety and fatigue scales before treatment and after treatment. Data were analyzed by multivariate analysis of covariance (MANCOVA).

Results: Results indicated that there were significant differences in post-test mean scores of experimental and control groups and cognitive behavior therapy could significantly increase quality of life and reduce anxiety and fatigue of nurses ($P < 0.001$).

Conclusions: According to the results, this therapeutic approach can be used as an effective therapeutic activity in improving quality of life and decreasing anxiety and fatigue of nurses in order to promote health and care purposes.

Keywords: Cognitive Behavioral Therapy, Quality of Life, Anxiety, Fatigue, Nurse



اثر بخشی درمان شناختی رفتاری بر کیفیت زندگی، اضطراب و خستگی روانی پرستاران بخش سرطان: یک مطالعه کار آزمایی بالینی

جلیل باباپور^۱، شیرین زینالی^{۲*}، فاطمه عظیمی^۳، سیده‌های چاووشی^۴

^۱ استاد گروه روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

^۲ استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران

^۳ کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

^۴ استادیار و فوق تخصص هماتولوژی و آنکولوژی، مرکز تحقیقات هماتولوژی و آنکولوژی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

* نویسنده مسئول: شیرین زینالی، استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران. ایمیل:

sh.zeinali@urmia.ac.ir

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۸/۰۷/۲۲

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۸/۰۲/۳۰

چکیده

مقدمه: پرستاران به عنوان یکی از اعضای تیم مراقبت با استرس شغلی مواجه هستند و استرس‌های مداوم بر سلامت روان آن‌ها تأثیر می‌گذارد. این مطالعه با هدف تأثیر درمان شناختی رفتاری بر کیفیت زندگی، اضطراب و خستگی روانی پرستاران بخش سرطان در سال ۱۳۹۶ انجام شد.

روش کار: روش پژوهش از نوع نیمه تجربی با طرح پیش آزمون-پس آزمون گروه با گروه کنترل است. جامعه آماری پژوهش شامل را پرستاران سرطان مرکز درمانی شهید قاضی تبریز در سال ۱۳۹۶ تشکیل می‌دادند. ۳۰ نفر به صورت نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و به روش تخصیص تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (۱۵ نفر برای هر گروه) قرار گرفتند. گروه آزمایش در ۱۰ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای درمان شناختی رفتاری به صورت گروهی شرکت کردند. در حالی که گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. قبل از شروع درمان، و پس از درمان پرسشنامه‌های کیفیت زندگی، اضطراب و خستگی روانی در اختیاران گروه آزمایش و کنترل قرار گرفت. داده‌های جمع آوری شده با کمک آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره (MANCOVA) با نرم افزار SPSS تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که بین میانگین نمرات گروه آزمایش و کنترل در پس آزمون تفاوت معناداری وجود دارد و درمان شناختی رفتاری به طور معناداری موجب افزایش کیفیت زندگی و کاهش اضطراب و خستگی پرستاران شده است ($P < 0/001$).

نتیجه گیری: با توجه به نتایج، می‌توان از این روش درمانی به عنوان یک فعالیت درمانی مؤثر در بهبود کیفیت زندگی، کاهش اضطراب و خستگی پرستاران در جهت پیشبرد اهداف بهداشتی و مراقبتی استفاده کرد.

کلیدواژه‌ها: درمان شناختی رفتاری، کیفیت زندگی، اضطراب، خستگی، پرستار

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

پرستاری از جمله مشاغل است که همواره با عوامل متعدد تنش‌زای محیط کار روبه رو است [۱]. ماهیت این شغل به گونه‌ای است که با ترکیبی از نقش‌ها از طریق فعالیت‌های فنی، مهارت‌های حرفه‌ای، روابط انسانی و احساس همدردی در ارتباط است و هر کدام از این فعالیت‌ها نقش و مسئولیت زیادی را برای پرستار موجب می‌شود [۲]. پرستاران به دلیل شیفت‌های کاری طولانی و خستگی ناشی از آن مستعد به خطر افتادن سلامتی‌شان هستند و پرستارانی که از سلامت روانی و

جسمی مناسبی برخوردار نباشند، قادر نخواهند بود که مراقبت‌های مطلوبی همانند حمایت‌های فیزیکی و روانی از بیماران به عمل آورند [۳]. در این میان به نظر می‌رسد این نقش بر کیفیت زندگی پرستاران تأثیر بسزایی داشته باشد [۴]. سازمان جهانی بهداشت (۱۹۸۸) کیفیت زندگی را درک افراد از زندگی، ارزش‌ها، اهداف، استانداردها و علایق تعریف کرده است [۵]. Evans و همکارش (۱۹۸۹) ابعاد کیفیت زندگی را بعد جسمانی، روانی، اجتماعی، خانوادگی، اقتصادی، تفریحی

و حرفه پرستاری به دلیل ماهیت شغلی که دارد می‌تواند زمینه ساز برخی آسیب‌های فردی در پرستاران شود. در این میان کارکنان بخش آنکولوژی با توجه به ماهیت دشوار بیماری سرطان، با استرس‌های بیشتری مواجه‌اند [۱۱، ۲۵، ۲۶] و به نظر می‌رسد وجود گروه‌های روان درمانی در این بخش ضروری می‌باشد و به نظر می‌رسد برخورداری پرستاران از ویژگی‌ها و مهارت‌های توانمندکننده می‌تواند به آنها در افزایش مدیریت بر تنشها و کاهش خستگی کمک کرده و پیامدهای مثبت روانی را برای پرستاران به ارمغان آورد، به تبع آن عملکرد شغلی آنها بهبود پیدا می‌کند، بازدهی سازمان ارتقاء یافته، بیماران از خدمات ارائه شده رضایت پیدا می‌کنند و سلامت روان پرستاران نیز افزایش می‌یابد. از سوی دیگر مطالعه پیشینه، پژوهش نشانگر آن است که یکی از رویکردهای کاربردی، مفید و جامع برای آموزش پرستاران، درمان‌های شناختی رفتاری است و نیازمند بررسی تأثیر این روش درمان بر متغیرهای متعدد است. بنابراین هدف از پژوهش حاضر اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر کیفیت زندگی، اضطراب و خستگی پرستاران است.

روش کار

پژوهش حاضر نیمه تجربی پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر، پرستاران بخش سرپایی و بستری هماتولوژی و آنکولوژی مرکز آموزشی درمانی شهید قاضی تبریز در سال ۱۳۹۶ که در مدت زمان انجام پژوهش (بازه زمانی: سه ماهه دوم) مشغول به کار بوده که از این بین ۳۰ پرستار به صورت در دسترس انتخاب و وارد مطالعه شدند. پرستاران به طور تصادفی ساده در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. معیارهای ورود به مطالعه شامل کیفیت زندگی پایین (با نقطه برش ۱۳۰)، اضطراب بالا (با نقطه برش ۱۶) و خستگی روانی بالا (با نقطه برش ۲۵)، عدم استفاده از دارو درمانی در طی جلسات درمانی و تمایل به همکاری در مطالعه و معیارهای خروج شامل ابتلا به اختلالات شدید روانی، مراجعه به روانپزشک و دارو درمانی در دو ماه اخیر و غیبت بیش از دو جلسه در جلسات آموزشی بود. حجم نمونه با استفاده از فرمول زیر بدست آمد که بر اساس مطالعه فروزنده و همکاران [۲۷] توان آزمون ۹۰٪، سطح اطمینان ۹۵٪، ۱۰ نفر بدست آمد که در این پژوهش جهت پیشگیری از ریزش احتمالی ۱۵ نفر برای هر گروه در نظر گرفته شد.

$$n = \frac{(u + v)^2 (S_1^2 + S_2^2)}{(m_1 - m_2)^2}$$

$$n = \frac{10.5(3.64^2 + 6.66^2)}{(15.09 - 7.27)^2} = 10$$

در این پژوهش پس از اخذ مجوز از کمیته اخلاق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز (کد اخلاق ۳۵۶۳۶/د/۵/TBZMED.REC)، ثبت در سایت کارآزمایی بالینی (کد ثبت IRCT2016072615590N4) و اخذ معرفی نامه از معاونت پژوهشی پس از تصویب طرح پژوهش، به بیمارستان آموزشی مراجعه و پس از هماهنگی با مسئولین، توضیح اهداف مطالعه و اخذ رضایت آگاهانه کتبی، پرستاران از نظر معیارهای ورود و خروج به مطالعه بررسی شدند. ابتدا پرسشنامه‌های کیفیت زندگی، اضطراب و خستگی توسط پرستاران تکمیل شد و افرادی که نمره برش مطلوب را کسب نموده بودند تا تعداد ۳۰ نفر وارد مطالعه

و معنوی می‌دانند [۶]. بعد جسمانی را دریافت فرد از توانایی‌هایش در انجام فعالیت‌ها و وظایف روزانه [۷]، بعد روانی جنبه‌های احساسی سلامت مانند افسردگی، ترس، عصبانیت، خوشحالی [۸]، بعد اجتماعی توانایی فرد در برقرار کردن ارتباط با اعضای خانواده، همسایگان، همکاران [۹] و بُعد خانوادگی، نحوه تعاملات خانوادگی و میزان حمایت‌های خانوادگی [۷] را شامل می‌شود. نتایج پژوهش Serinkan و همکارش (۲۰۱۳) نشان می‌دهد کیفیت زندگی پرستاران متوسط و پایین می‌باشد [۱۰]. Ergün و همکاران (۲۰۰۵) نیز در مطالعه خود نشان داد پرستاران بخش آنکولوژی که با بیماران سرطانی مواجه هستند، کیفیت زندگی پایین‌تری نسبت به بقیه بخش‌ها دارند [۱۱] به عبارتی با افزایش استرس محیط کاری، کیفیت زندگی بیشتر متأثر می‌گردد [۱۲].

همچنین در این میان شرایط کاری پرستاران بر اضطراب و سطح اضطراب درک شده آنان تأثیر بسزایی دارد [۱۳]. اضطراب عبارت است از یک احساس منتشر، ناخوشایند، مبهم هراس و دلواپسی با منشاء ناشناخته، که به فرد دست می‌دهد و شامل عدم اطمینان، درماندگی و برانگیختگی فیزیولوژیکی است [۱۴]. این اعتقاد وجود دارد که بسته به شرایط درمانی متفاوت، میزان اضطراب پرستاران شاغل در آن بخش‌ها نیز متفاوت است [۱۵]. همچنین مطالعات نشان می‌دهد میزان خستگی روانی این پرستاران نیز متأثر از محیط درمانی است [۱۶]. خستگی حالت ذهنی مداوم و شدید رنج‌آوری است که موجب کاهش توانایی فرد از لحاظ جسمی و روانی می‌شود و با استراحت و خواب، کاهش نمی‌یابد [۱۷].

با توجه به اینکه در شغل پرستاری میزان کیفیت زندگی، اضطراب [۱۲] و خستگی روانی [۱۶] دچار تغییراتی می‌گردد و این مشکلات منجر به از کار افتادگی قابل توجه فرد در قلمروهای زندگی فردی، اجتماعی و اشتغال می‌شود و عملکردهای روزمره فرد همچون خوردن، خوابیدن و سلامتی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد [۱۸] به نظر می‌رسد شرکت در جلسات روان درمانی گروهی، تا حدودی بر کاهش مشکلات پرستاران کمک می‌نماید [۱۹]. درمان شناختی رفتاری از جمله درمان‌هایی است که احساسات ناکارآمد و رفتارها، فرایندها و مضامین شناختی ناسازگارانه را، از طریق شماری از روش‌های سیستماتیک، صریح و هدف‌مدار نشانه می‌گیرد [۲۰]. این درمان شامل شناسایی افکار تحریف شده، اصلاح عقاید و باورها، یادگیری روش‌های مختلف و تغییر رفتارهاست. رفتار درمانی شناختی با «تمرکز بر حل مسئله» عهده‌دار حل مشکلات به خصوصی می‌شود، و در این رویکرد درمانگر با «عمل‌گرایی» تلاش می‌کند با کمک به مراجع در انتخاب استراتژی خاصی برای مواجهه با مشکل به او کمک کند [۲۱]. نتایج مطالعه Sarida و همکاران (۲۰۱۰) نشان می‌دهد درمان شناختی رفتاری بر میزان حس انسجام، استرس ادراک شده و حالات خلقی پرستاران مؤثر است [۲۲]. Berger و همکاران (۲۰۰۹) نیز در مطالعه خود اثربخشی درمان شناختی رفتاری را بر شرایط خلقی پرستاران مورد بررسی قرار داده و تأثیر گذاری این درمان را گزارش نمودند [۲۳]. Bruneror و همکاران (۲۰۰۸) اثربخشی درمان شناختی رفتاری را در کاهش استرس پرستاران مطلوب گزارش نمودند [۲۴].

مرور منابع پژوهشی فوق نشان می‌دهد شاغل بودن در محیط درمانی و بخصوص شغل پرستاری بر شرایط روانی و زندگی فرد تأثیر می‌گذارد

این آزمون سنجیده شده است که همگی نشان دهنده کارایی بالای این ابزار در اندازه‌گیری شدت اضطراب می‌باشد [۲۹].

آزمون خستگی روانی: آزمون مقیاس ارزیابی خستگی مقیاسی جدید است که از ۱۰ آیتم تشکیل شده است و برای ساخت آن از چندین مقیاس ارزیابی کننده خستگی استفاده شده است و آیتم‌هایی که بیشترین بار عاملی را در تحلیل عاملی اکتشافی بدست آورده بودند، برای ساخت یک مقیاس کوتاه درباره خستگی انتخاب شدند. این آزمون به شیوه لیکرت، از نمره ۱ برای هرگز تا نمره ۵ برای همیشه نمره‌گذاری می‌گردد. بررسی‌ها نشان داده‌اند که این مقیاس از ضرایب روایی و پایایی قابل قبولی برخوردار است [۱۶]، ضریب آلفای کرونباخ را برای این آزمون ۰/۹۰ گزارش کرده‌اند. ضریب همبستگی FAS با سایر پرسشنامه‌های خستگی، از ۰/۷۱-۰/۶۱ گزارش شده است که این نشان می‌دهد پرسشنامه FAS از روایی و اعتبار قابل قبول برخوردار می‌باشد [۱۷]. در مطالعه بیرامی، زینالی، اشرفیان و نیکانفر (۱۳۹۲) روایی ابزار به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷، بدست آمده است [۳۰].

درمان شناختی رفتاری: جلسات درمان شناختی رفتاری نیز شامل ۱۰ جلسه گروهی است [۳۱] که سیر جلسات آن در جدول ۱ ارائه می‌گردد. هر جلسه با مرور اهداف جلسه قبل آغاز شده و با ذکر مثال و ارائه تکلیف پایان می‌یابد.

جدول ۱: خلاصه جلسات درمان

| جلسه | مفاهیم |
|------|--|
| ۱ | آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و درمانگر، آشنایی با مفاهیم اضطراب، کیفیت زندگی و خستگی |
| ۲ | تعریف و بیان مفاهیم شناخت، رفتار و احساس و ذکر مثال، جدول ثبت افکار روزانه |
| ۳ | ثبت سلسله مراتب اضطراب و خستگی، آشنایی با مؤلفه‌های فیزیولوژیک درگیر در اضطراب و خستگی روانی |
| ۴ | آموزش آرام سازی |
| ۵ | تمرین تکنیک‌های آرام سازی در مواجهه با سلسله مراتب اضطراب و خستگی |
| ۶ | آشنایی با مفهوم خطاهای فکر و تکمیل جدول ثبت افکار با خطاهای فکری و ادامه سلسله مراتب مواجهه |
| ۷ | آشنایی با تکنیک چالش افکار و ادامه سلسله مراتب مواجهه همراه با آرام سازی |
| ۸ | آموزش تکنیک حل مساله و تمرین مواجهه سلسله مراتب در موقعیت‌های واقعی |
| ۹ | تکنیک بررسی شواهد و خودکار نمودن چالش با افکار منفی |
| ۱۰ | مرور موضوعات مورد بحث |

یافته‌ها

نتایج پژوهش در بخش توصیف داده‌ها نشان داد متغیر سن ($T=1/2$ ، $P=0/11$)، جنس ($P=0/07$ ، $\chi^2=2/3$) و وضعیت تأهل ($P=0/07$) بین آزمودنی‌ها در دو گروه آزمایش و کنترل همسان بود، لازم به ذکر است میزان تحصیلات همه شرکت کنندگان لیسانس بود. تحلیل آزمونهای چندگانه اثرات اصلی و تعاملی عامل‌ها را با معیار ویلکز لامبدا، نشان داد که متغیر مستقل در مدل تفاوت معناداری ایجاد نموده است ($F=2/2$ ، $P=0/001$)، همچنین آزمون لونس جهت بررسی همگنی واریانس‌های کیفیت زندگی، اضطراب و خستگی روانی در سطح ($P<0/05$) معنادار نبود. در ادامه جدول ۲ نتایج بررسی میانگین‌های

شدند. لازم به ذکر است جهت اجرای این روند درمانی از شرکت کنندگان در درمان اجازه کتبی گرفته شد و شرکت کنندگان در صورت تمایل می‌توانستند از مطالعه انصراف دهند. جهت جلوگیری از ریزش احتمالی قبل از شروع درمان روند پژوهش و تعداد جلسات کامل شرح داده شد و جهت سهولت شرکت کنندگان، جلسات درمانی در بیمارستان و طبق هماهنگی با بخش پرستاری انجام شد. به علت تداخل شیفت، برخی پرستاران قادر نبودند در تمام جلسات حضور داشته باشند که برای آنها جلسات جداگانه گروهی برگزار شد.

سپس پرستاران به طور تصادفی ساده در گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. پرستاران گروه آزمایش به مدت ۱۰ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای به صورت هفتگی آموزش گروهی به روش شناختی رفتاری را دریافت کردند. آموزش‌ها توسط کارشناس ارشد روانشناسی پس از گذراندن دوره آموزش شناختی رفتاری و اخذ گواهی آموزش، تحت نظارت کامل دکتری روانشناسی و با مطالعه کتب روانشناختی صورت گرفت. پرستاران گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکردند. برای جمع آوری داده‌ها از ابزارهای کیفیت زندگی، اضطراب بک و خستگی روانی در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون استفاده شد و داده‌ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS 20 شیوه تحلیل کواریانس تک متغیره تجزیه و تحلیل شدند. ابزارهای این مطالعه شامل موارد زیر بودند:

پرسشنامه کیفیت زندگی (Quality of Life Questionnaire): در این مطالعه ابزار کیفیت زندگی Evance, Koop (۱۹۹۸) مورد استفاده قرار گرفت [۵]. پرسشنامه یاد شده ۱۶ بعد از کیفیت زندگی را پوشش می‌دهد و جمعاً دارای ۱۹۲ سؤال است. فرم کوتاه این پرسشنامه که در مطالعه حاضر مورد استفاده قرار می‌گیرد دارای ۲۶ سؤال است. مفروضه اساسی پرسشنامه یاد شده این است که رفتارهای افراد در پاسخ به جنبه‌های خاص محیطی می‌تواند معرف کیفیت زندگی تلقی شود. بدین خاطر QLQ کوشیده تا شاخص چند بعدی از رفتارهای فردی را مشخص سازد. پرسشنامه کیفیت زندگی دارای ۴ زیر مقیاس درحیطه‌های سلامت جسمانی (فیزیکی)، روانشناختی، روابط اجتماعی و محیط زندگی است و به صورت یک تا ۵ نمره گذاری می‌گردد. در بررسی نائیبیان و همکاران (۱۳۸۴) نتایج به دست آمده نشان داد که QLQ از آلفای کرونباخ مناسبی در کل و در نیمه اول و دوم برخوردار بوده و ضریب پایایی و همبستگی دو نیمه آزمون نیز مناسب ارزیابی شده است [۲۸].

پرسشنامه اضطراب بک (Beck Anxiety Inventory): این پرسشنامه یک ابزار خود گزارشی است که برای اندازه‌گیری شدت اضطراب در نوجوانان و بزرگسالان تهیه شده است و Beck et al در ۱۹۹۰ این پرسشنامه (BAI) را ارائه نمودند. این پرسشنامه یک مقیاس ۲۱ ماده‌ای است که آزمودنی در هر ماده یکی از چهار گزینه را انتخاب می‌کند که نشان دهنده شدت اضطراب است. چهار گزینه هر سؤال در یک طیف چهار بخشی از ۰ تا ۳ نمره گذاری می‌شود. هر یک از ماده‌های آزمون یکی از علائم شایع اضطراب (علایم ذهنی، بدنی و هراس) را توصیف می‌کند. بنابراین نمره کل این پرسشنامه در دامنه‌ای آر ۰ تا ۶۳ قرار می‌گیرد. این پرسشنامه از اعتبار روایی بالایی برخوردار است. ضریب همسانی درونی آن (ضریب آلفا) ۰/۹۲، اعتبار آن با روش بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۷۵ و همبستگی ماده‌های آن از ۰/۳۰ تا ۰/۷۶ متغیر است. پنج نوع روایی محتوا، همزمان، سازه، تشخیصی و عاملی برای

گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای کیفیت زندگی، اضطراب و خستگی روانی ارائه شده است. به منظور بررسی تفاوت میانگین‌های دو گروه پس از تعدیل اثرات پیش‌آزمون از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شده است که نتایج آن در ادامه ارائه شده است.

نتایج جدول ۳ نشان داد که آزمون اثر بین‌آزمودنی‌ها در گروه آزمایش در پس‌آزمون و پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون در میانگین کیفیت زندگی، اضطراب و خستگی روانی تفاوت معنادار نسبت به گروه کنترل داشت. به عبارتی درمان شناختی رفتاری موجب افزایش نمرات کیفیت زندگی و کاهش نمرات اضطراب و خستگی روانی شده است ($P=0/001$).

جدول ۲: مقایسه میانگین نمرات کیفیت زندگی، اضطراب و خستگی روان نمونه‌های پژوهش قبل و بعد از مداخله در دو گروه آزمایش و کنترل

| متغیرها | قبل از مداخله | بعد از مداخله |
|-------------|----------------|----------------|
| | میانگین±انحراف | میانگین±انحراف |
| | استاندارد | استاندارد |
| کیفیت زندگی | | |
| آزمایش | ۵۳/۱۷/۸ | ۸۱/۴±۱۶/۱ |
| کنترل | ۵۱/۱±۹/۶ | ۵۳/۴±۸/۵ |
| اضطراب | | |
| آزمایش | ۳۴/۱±۵/۹ | ۱۳/۲±۲/۲ |
| کنترل | ۳۲/۲±۳/۸ | ۳۶/۸±۳/۵ |
| خستگی | | |
| روانی | | |
| آزمایش | ۲۹/۱±۶/۲ | ۱۵/۴±۲/۱ |
| کنترل | ۲۹/۶±۶/۲ | ۲۹/۱±۶/۹ |

بحث

نتایج مطالعه حاضر نشان داد شرکت در جلسات درمان شناختی رفتاری موجب بهبود کیفیت زندگی و کاهش اضطراب و خستگی روانی پرستاران بخش سرطان می‌شود. نتیجه این مطالعه با پژوهش Sarida و همکاران (۲۰۱۰) و زاهدی راد و همکاران (۱۳۹۴) همسو است [۲۲].

عالیوند و همکاران (۱۳۹۰) در مطالعه خود به بررسی اثربخشی آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری بر سلامت روان و خستگی پرستاران زن بخش مراقبت‌های ویژه شاغل پرداختند. نتایج مطالعه نشان داد این روش درمانی در بهبود علائم خستگی روانی و افسردگی پرستاران مؤثر است [۲۳]. نتایج مطالعه Hewlett و همکاران، نشان داد که درمان شناختی رفتاری به شیوه گروهی با تأثیر بر خودمدیریتی خستگی در بیماران مبتلا به آرتریتروماتوئید، منجر به بهبود اثر و شدت خستگی در این بیماران گردید [۲۴].

Sarida و همکاران (۲۰۱۰) معتقدند شرکت در جلسات درمانی شناختی رفتاری باعث می‌گردد افراد اطلاعات زیادی در مورد واکنش به استرس به دست می‌آورند، خودگویی‌های منطقی برای موقعیت‌های اضطرابی یاد می‌گیرند و بازسازی شناختی را در موقعیت‌های هیجانی فرا می‌گیرند [۲۲]. این مهارت‌ها، به پرستاران امکان می‌دهد دیدگاه متعادلی در موقعیت‌های استرس‌زای بیمارستانی داشته باشند [۲۳]. ارزیابی شناختی از یک موقعیت، نقش مهمی در تعیین شدت فشار

روانی دارد و به همین علت استفاده از روش‌های درمانی مبتنی بر شناخت بیماران، موجب تغییر ارزیابی‌های منفی از یک موقعیت استرس‌زا می‌گردد [۳۵]. به نظر می‌رسد پرستاران به علت شرایط شغلی سطح استرس بالایی را تجربه می‌کنند حضور در جلسات درمانی به این افراد کمک می‌کند تا بتوانند نگرانی‌های خود را در گروه مطرح کنند و با افکار خود آشنا شود [۳۶].

از طرفی، گروه درمانی به بیماران کمک می‌کند تا مهارت‌های اجتماعی مؤثرتری را بیاموزند و به این درک می‌رسند که دیگران نیز مانند آنان نیز مشکلاتی دارند [۳۷]. حضور در جلسات گروه درمانی شناختی رفتاری باعث می‌گردد تا پرستاران با افکار منفی خود آشنا شده و روش‌های مقابله با این افکار منفی را فرا بگیرند، همچنین بیان افکار باعث می‌گردد تا از دغدغه همکاران نیز آگاه شده و حس همکاری مشترک بهبود یابد و در کنار آن روش‌های فعال و کارآمدی برای کاهش استرس‌های شغلی فراگیرند.

اثر بخشی درمان شناختی رفتاری به این دلیل است که تکنیک‌های آموزشی به طور مستقیم بر چندین بعد از کیفیت زندگی افراد تأثیر می‌گذارد [۳۸]. از طریق آموزش آرمیدگی عضلانی و تنفس دیافراگمی به افراد آموزش داده می‌شود تا استرس روزمره خود را کنترل کنند و از طریق تفکر منفی و قدرت فکر به افراد آموزش داده می‌شود تا علایم شناختی منفی خود را بشناسند و آنها را کنترل کنند [۳۹]. بنابراین از آنجایی که محیط کار پرستاران بخش سرطان استرس‌های زیادی دارد و آموزش نحوه مدیریت افکار منفی می‌تواند بر کیفیت زندگی این افراد تأثیر مطلوبی داشته باشد.

همچنین منابع مطالعاتی نشان می‌دهد درمان شناختی رفتاری با راهکارهای تغییر بر اضطراب تأثیر درمانی مطلوبی دارد [۴۰]. رویکرد این روش درمانی بدین صورت است که منطبق با مولفه‌های سه گانه درگیر در اضطراب، یعنی مولفه‌های جسمانی، رفتاری و شناختی، این روش درمانی مستقیماً بر مولفه‌های فکری، احساسی و رفتاری اضطراب تأثیر دارد [۴۱] و با اصلاح باورها، روش آرام سازی و آشنایی با هیجانات، زمینه مطلوبی برای کاهش علائم اضطراب فراهم می‌آورد. از طرفی به نظر می‌رسد این روش درمانی در کاهش نشانه‌های خستگی روانی نیز نقش مهمی داشته باشد، چرا که این روش درمانی باعث می‌گردد تا افراد با نشانه‌های بدنی خود آشنا شوند و با استفاده از روش آرام سازی از میزان خستگی روانی خود بکاهند [۴۲]. از طرفی روش‌های مدیریت فکر از جمله چالش با خطای فکر و بررسی شواهد به پرستاران کمک می‌کند تا نگاهی جدید به استرس‌های محیط درمان نگاه کنند و این مسئله بر کنترل خستگی پرستاران تأثیر مطلوبی دارد. این پژوهش می‌تواند راه گشایی در جهت برنامه‌ریزی برای بهبود کیفیت زندگی، کاهش اضطراب و خستگی روانی پرستاران و ارتقاء سلامت آنان باشد. با توجه به این که مشکلات سلامت روان پرستاران باعث کاهش کیفیت مراقبت‌های پرستاری، افزایش هزینه‌های درمانی کارکنان و افزایش غیبت از کار می‌شود و با توجه به اینکه بخش سرطان یکی از استرس‌زاترین بخش‌های درمانی است و با عنایت به اینکه آموزش روش‌های درمان شناختی رفتاری تأثیر مطلوبی بر کاهش مشکلات سلامت روان دارد، بنابراین مدیران و مسؤولان پرستاری می‌توانند نسبت به برگزاری دوره‌های آموزش مشابه اقدام نمایند.

جدول ۳: خلاصه یافته‌های آزمون اثر بین آزمودنی کیفیت زندگی، اضطراب و خستگی روان نمونه‌های پژوهش در دو گروه آزمایش و کنترل

| متغیر | مجموع مجذورات | درجات آزادی | نسبت F | سطح معناداری | مربع ابتدای سهمی | قدرت مشاهده شده |
|-------------|---------------|-------------|--------|--------------|------------------|-----------------|
| کیفیت زندگی | ۵۷۵۲/۹ | ۱ | ۳۴/۳ | ۰/۰۰۱ | ۰/۵۷ | ۱ |
| اضطراب | ۴۶۰۸/۸ | ۱ | ۴۲/۸ | ۰/۰۰۱ | ۰/۷ | ۱ |
| خستگی روانی | ۱۲۰۹/۵ | ۱ | ۷۱/۸ | ۰/۰۰۱ | ۰/۷ | ۱ |

پرستاران با احساس و افکار خود آشنا گردند و بتوانند هیجانات منفی خود را کنترل نمایند. همچنین افکار منفی خود را شناسایی نمایند و سعی در کنترل مطلوب این افکار نمایند. همچنین راهبردهای مساله مدار مناسب را فرا بگیرند و در یک تیم درمانی، به راحتی افکار و نگرانی های خود را بیان نمایند و با کمک یکدیگر با استرس های محیط درمانی به صورت فعال سازگار گردند. البته لازم به ذکر است با توجه به اینکه مرحله پیگیری در بررسی تداوم تأثیر مداخله درمانی وجود نداشته، یافته‌ها باید با احتیاط بیشتری تفسیر گردد.

سپاسگزاری

از کارکنان و کادر پزشکی بیمارستان شهید قاضی و همکاران محترم مرکز تحقیقات هماتولوژی و آنکولوژی دانشگاه علوم پزشکی تبریز که در اجرای این طرح نهایت همکاری را داشتند، تشکر و قدردانی ویژه می‌شود. این مقاله برگرفته از طرح پژوهشی تحت حمایت مرکز تحقیقات هماتولوژی و آنکولوژی دانشگاه علوم پزشکی تبریز است. کد اخلاق طرح پژوهشی TBZMED.REC ۳۵۶۳۶/۵/۵ بوده و کد ثبت کارآزمایی بالینی IRCT2016072615590N4 است.

تضاد منافع

در این مقاله برای نویسندگان تضاد منافی وجود ندارد.

References

1. Roberts RK, Grubb PL. The consequences of nursing stress and need for integrated solutions. *Rehabil Nurs*. 2014;39(2):62-9. doi: 10.1002/rmj.97 pmid: 23696492
2. Karkar A, Dammang ML, Bouhaha BM. Stress and burnout among hemodialysis nurses: a single-center, prospective survey study. *Saudi J Kidney Dis Transpl*. 2015;26(1):12-8. pmid: 25579710
3. Mahmoodi S, Zehni K. Comparison of Depression in nursing shifts in educational hospitals Kordestan University of medical sciences. *J Nurs Res*. 2013;8(28):29-38.
4. Kowitlawkul Y, Yap SF, Makabe S, Chan S, Takagai J, Tam WWS, et al. Investigating nurses' quality of life and work-life balance statuses in Singapore. *Int Nurs Rev*. 2019;66(1):61-9. doi: 10.1111/inr.12457 pmid: 29633267
5. Post MW. Definitions of quality of life: what has happened and how to move on. *Top Spinal Cord Inj Rehabil*. 2014;20(3):167-80. doi: 10.1310/sci2003-167 pmid: 25484563
6. Brown J, Bowling A, Flynn T, editors. Models of quality of life: A taxonomy, overview and systematic review of the literature 2004: European forum on population ageing research.
7. Uysal M, Sirgy MJ. Quality-of-life indicators as performance measures. *Ann Tourism Res*. 2019;76:291-300. doi: 10.1016/j.annals.2018.12.016

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان مکان انجام درمان که بیمارستان بود اشاره نمود، چرا که بر استرس‌های ادراک شده پرستاران تأثیر می‌گذارد. همچنین شیفت‌های متغیر پرستاران باعث می‌شد برخی افراد در جلسات نتوانند شرکت نمایند و برای آنها جلسات انفرادی برگزار می‌شد. پیشنهاد می‌گردد در مطالعات آتی، گروه درمانی در مراکز مشاوره تخصصی انجام پذیرد، همچنین از ماه قبل شیفت پرستاران انتخاب شده هماهنگ گردد. همچنین مصاحبه بالینی قبل از شروع جلسات درمانی می‌تواند کمک کننده باشد. در مطالعه حاضر سعی گردید تا با استفاده از روش گروه درمانی، بر خستگی روانی پرستاران بخش سعی که به نظر می‌رسد مؤلفه جدیدی است و متأثر از شرایط کاری پرستاران است، احساسات و افکار مرتبط به اشتراک گذاشته شود و نوعی احساس مشترک و همدلی در پرستاران نسبت به وضعیت همدیگر شکل بگیرد و با استفاده از روش‌های نوین روانشناسی بر این احساسات و افکار ناکارآمد غلبه نمایند.

نتیجه گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که بهره گیری از رویکرد درمانی شناختی رفتاری توانسته است به بهبود کیفیت زندگی پرستاران بخش سرطان کمک نماید، اضطراب و خستگی روانی پرستاران را کاهش دهد. به نظر می‌رسد شرکت در جلسات درمانی شناخت رفتاری باعث می‌شود تا

8. Rofi'i A, Maria R, Masfuri. Quality of life after spinal cord injury: An overview. *Enferm Clin*. 2019;29 Suppl 2:1-4. doi: 10.1016/j.enfcli.2019.05.001 pmid: 31186151
9. Makovski TT, Schmitz S, Zeegers MP, Stranges S, van den Akker M. Multimorbidity and quality of life: Systematic literature review and meta-analysis. *Ageing Res Rev*. 2019;53:100903. doi: 10.1016/j.arr.2019.04.005 pmid: 31048032
10. Serinkan C, Kaymakçi K. Defining the Quality of Life Levels of the Nurses: A Study in Pamukkale University. *Procedia - Soc Behav Sci*. 2013;89:580-4. doi: 10.1016/j.sbspro.2013.08.898
11. Erg?n Fe, Oran NT, Bender CM. Quality of Life of Oncology Nurses. *Cancer Nurs*. 2005;28(3):193-9. doi: 10.1097/00002820-200505000-00005
12. Duarte J, Pinto-Gouveia J, Cruz B. Relationships between nurses' empathy, self-compassion and dimensions of professional quality of life: A cross-sectional study. *Int J Nurs Stud*. 2016;60:1-11. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2016.02.015 pmid: 27297364
13. Karanikola MN, Giannakopoulou M, Kalafati M, Kaite CP, Patiraki E, Mpouzika M, et al. Anxiety symptoms and quality of interaction among oncology nurses: a correlational, cross-sectional study. *Rev Esc Enferm USP*.

- 2016;50(5):800-7. doi: [10.1590/S0080-623420160000600013](https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000600013) pmid: 27982399
14. Barlow DH. the nature and treatment of anxiety and panic. New York: The Guilford press; 2002.
 15. Makhado L, Davhana-Maselesele M. Knowledge and psychosocial wellbeing of nurses caring for people living with HIV/AIDS (PLWH). Health SA Gesondheid. 2016;21:1-10. doi: [10.1016/j.hsag.2015.10.003](https://doi.org/10.1016/j.hsag.2015.10.003)
 16. Yoder EA. Compassion fatigue in nurses. Appl Nurs Res. 2010;23(4):191-7. doi: [10.1016/j.apnr.2008.09.003](https://doi.org/10.1016/j.apnr.2008.09.003) pmid: 21035028
 17. Bardwell WA, Ancoli-Israel S. Breast Cancer and Fatigue. Sleep Med Clin. 2008;3(1):61-71. doi: [10.1016/j.jsmc.2007.10.011](https://doi.org/10.1016/j.jsmc.2007.10.011) pmid: 18769530
 18. Crawford JR, Henry JD. The Depression Anxiety Stress Scales (DASS): normative data and latent structure in a large non-clinical sample. Br J Clin Psychol. 2003;42(Pt 2):111-31. doi: [10.1348/014466503321903544](https://doi.org/10.1348/014466503321903544) pmid: 12828802
 19. Toseland RW, Diehl M, Freeman K, Manzanara T, Naleppa M, McCallion P. The Impact of Validation Group Therapy on Nursing Home Residents With Dementia. J Appl Gerontol. 2016;16(1):31-50. doi: [10.1177/073346489701600102](https://doi.org/10.1177/073346489701600102)
 20. Hofmann SG, Asnaani A, Vonk IJ, Sawyer AT, Fang A. The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. Cognit Ther Res. 2012;36(5):427-40. doi: [10.1007/s10608-012-9476-1](https://doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1) pmid: 23459093
 21. Gaudiano BA. Cognitive-behavioural therapies: achievements and challenges. Evid Based Ment Health. 2008;11(1):5-7. doi: [10.1136/ebmh.11.1.5](https://doi.org/10.1136/ebmh.11.1.5) pmid: 18223042
 22. Sarid O, Berger R, Segal-Engelchin D. The impact of cognitive behavioral interventions on SOC, perceived stress and mood states of nurses. Procedia -Soc Behav Sci. 2010;2(2):928-32. doi: [10.1016/j.sbspro.2010.03.128](https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2010.03.128)
 23. Berger R, Sarid O, Hurvitz N, Anson O. Sense of Coherence and Mood States: Exploring the Causal Relationships. J Appl Soc Psychol. 2009;39(1):82-94. doi: [10.1111/j.1559-1816.2008.00430.x](https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2008.00430.x)
 24. Brunero S, Cowan D, Fairbrother G. Reducing emotional distress in nurses using cognitive behavioral therapy: A preliminary program evaluation. JPN J Nurs Sci. 2008;5(2):109-15. doi: [10.1111/j.1742-7924.2008.00102.x](https://doi.org/10.1111/j.1742-7924.2008.00102.x)
 25. Ko W, Kiser-Larson N. Stress Levels of Nurses in Oncology Outpatient Units. Clin J Oncol Nurs. 2016;20(2):158-64. doi: [10.1188/16.CJON.158-164](https://doi.org/10.1188/16.CJON.158-164) pmid: 26991708
 26. Davis S, Lind BK, Sorensen C. A comparison of burnout among oncology nurses working in adult and pediatric inpatient and outpatient settings. Oncol Nurs Forum. 2013;40(4):E303-11. doi: [10.1188/13.ONF.E303-E311](https://doi.org/10.1188/13.ONF.E303-E311) pmid: 23803274
 27. Froozandeh N, Dalaram M. Effects of cognitive behavioral therapy on the coping strategies of non-medical students of Shahrekord University of Medical Sciences. J Shahrekord Univ Med Sci. 2003;5(3):26-34.
 28. Naebian M, Shaeri M. [Studing psychometric properties of Quality of life]. J Daneshvar. 2005;12:33-41.
 29. Fatheyehahteyani. [Psychological tests]. Tehran: Besat Press; 2008.
 30. Beyrami M, Zeinali S, Ashrafeyan P, Nikanfar A. [The study of trait anxiety in prediction of depression and fatigue in breast cancer]. J Breast Cancer. 2013;6(2):51-9.
 31. Leahy RL, Holland SJ, McGinn LK. Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders: Guilford press; 2011.
 32. Zahedi Rad Z, ShafiAbadi A, ZareBahramAbadi M, Fattah moghaddam L. The Use of Mindfulness-based Cognitive Therapy for Improving Flow Experience of Nurses in the Psychiatric Hospitals. Euro Psychiatry. 2015;30:1037. doi: [10.1016/s0924-9338\(15\)30815-4](https://doi.org/10.1016/s0924-9338(15)30815-4)
 33. Alivand A, Najmenh H, Makvandi B. [The efficacy of stress reduction based on cognitive behavior therapy on mental health and fatigue in nurses]. Int Congr Behav Nurs. 2012.
 34. Hewlett S, Ambler N, Almeida C, Cliss A, Hammond A, Kitchen K, et al. Self-management of fatigue in rheumatoid arthritis: a randomised controlled trial of group cognitive-behavioural therapy. Ann Rheum Dis. 2011;70(6):1060-7. doi: [10.1136/ard.2010.144691](https://doi.org/10.1136/ard.2010.144691) pmid: 21540202
 35. Lee H, Song R, Cho YS, Lee GZ, Daly B. A comprehensive model for predicting burnout in Korean nurses. J Adv Nurs. 2003;44(5):534-45. doi: [10.1046/j.0309-2402.2003.02837.x](https://doi.org/10.1046/j.0309-2402.2003.02837.x) pmid: 14651702
 36. Kuppili PP, Borschmann R, Upadhyaya KD, Thapaliya S. Mindfulness based interventions for depression and anxiety in Asian Population: A systematic review. J Psychiatrists' Assoc Nepal. 2018;7(1):10-23. doi: [10.3126/jpan.v7i1.22933](https://doi.org/10.3126/jpan.v7i1.22933)
 37. Khatebein M, Shakerian A. [The efficacy of cognitive behavior therapy on stress, anxiety and depression of breast cancer pateints]. Kurdistan Med Sci J. 2014;19:91-9.
 38. Flugel Colle KF, Vincent A, Cha SS, Loehrer LL, Bauer BA, Wahner-Roedler DL. Measurement of quality of life and participant experience with the mindfulness-based stress reduction program. Complement Ther Clin Pract. 2010;16(1):36-40. doi: [10.1016/j.ctcp.2009.06.008](https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2009.06.008) pmid: 20129408
 39. Keir ST. Effect of massage therapy on stress levels and quality of life in brain tumor patients--observations from a pilot study. Support Care Cancer. 2011;19(5):711-5. doi: [10.1007/s00520-010-1032-5](https://doi.org/10.1007/s00520-010-1032-5) pmid: 21046417
 40. Powers MB, de Kleine RA, Smits JAJ. Core Mechanisms of Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety and Depression: A Review. Psychiatr Clin North Am. 2017;40(4):611-23. doi: [10.1016/j.psc.2017.08.010](https://doi.org/10.1016/j.psc.2017.08.010) pmid: 29080589
 41. Chalah MA, Ayache SS. Cognitive behavioral therapies and multiple sclerosis fatigue: A review of literature. J Clin Neurosci. 2018;52:1-4. doi: [10.1016/j.jocn.2018.03.024](https://doi.org/10.1016/j.jocn.2018.03.024) pmid: 29609859
 42. Ayache SS, Chalah MA. Fatigue in multiple sclerosis - Insights into evaluation and management. Neurophysiol Clin. 2017;47(2):139-71. doi: [10.1016/j.neucli.2017.02.004](https://doi.org/10.1016/j.neucli.2017.02.004) pmid: 28416274