

پیش بینی کیفیت خواب بر اساس روش های مقابله و خودکارآمدی با نقش میانجیگری تنظیم هیجان در بیماران مبتلا به بیماری نارسایی مزمن کلیه

نادیا کارکن

دانشجوی کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی سلامت و بالینی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران مرکز تحقیقات مراقبت های بالینی و ارتقاء سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران
سعید محمودی نیا (نویسنده مسئول)
استادیار گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران

Predicting sleep quality based on coping strategies and self-efficacy with the mediating role of emotion regulation in patients with renal failure.

Nadia Karkon

M .A. Student, Islamic Azad University, Department of health & clinical psychology, Ka.C., Islamic Azad University, Karaj, Iran Clinical Cares and Health Promotion Research Center, Ka.C., Islamic Azad University, Karaj, Iran ,

Dr. Saeed Mahmoudinia

Assistant Professor , Department of Psychology , Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran

Abstract

Background and purpose: End-stage renal disease is associated with extensive physical, psychological, social, and economic complications and affects the quality of life of patients, including their sleep quality. This study aimed to predict sleep quality based on coping methods and self-efficacy with the mediating role of emotion regulation in patients with renal failure.

Method of examination: The present study was descriptive-correlational and used a structural equation modeling approach. The research population was patients with renal failure in Tehran in 2013-2014. A sample of 237 people from three hospitals (Molla Sadra, Amirieh, and Besat) was selected by convenience sampling. The data were collected using standard questionnaires, including the Pittsburgh Sleep Quality Questionnaire (1989), the Lazarus and Folkman Coping Strategies Questionnaire (1980), the Scherrer General Self-Efficacy Questionnaire (1982), and the Gross Emotion Regulation Strategies Questionnaire (2003), and were analyzed using SPSS-20 and Smart PLS3 software.

Findings: Most of the participants were male (64.1%) and over 50 years of age (69.2%). Coping methods ($\beta=0.384$) and self-efficacy ($\beta=0.185$) had a direct and significant effect on sleep quality ($p<0.05$). Also, emotion regulation played a significant mediating role in the relationship between coping strategies and sleep quality ($\beta=0.076$) and self-efficacy and sleep quality ($\beta=0.052$) ($p<0.05$). **Conclusion:** The results of the present study showed that self-efficacy, mediated by emotion regulation, can significantly predict sleep quality in patients with chronic renal failure. This finding indicates that patients with higher levels of self-efficacy have more effective emotion regulation skills and, as a result, experience better quality sleep. Therefore, promoting self-efficacy and training emotion regulation strategies can be considered as an effective approach to improving sleep quality and psychological adjustment in patients with renal failure.

Keywords: Sleep quality, coping methods, self-efficacy, emotion regulation, in patients with renal failure

چکیده

زمینه و هدف: بیماری کلیوی مرحله پایانی با عوارض گسترده جسمی، روانی، اجتماعی و اقتصادی همراه است و کیفیت زندگی بیماران از جمله کیفیت خواب آنان را تحت تأثیر قرار می دهد. این مطالعه با هدف پیش بینی کیفیت خواب بر اساس روش های مقابله و خودکارآمدی با نقش میانجیگری تنظیم هیجان در بیماران مبتلا به بیماری نارسایی مزمن کلیه انجام شد. روش بررسی: پژوهش حاضر از نوع توصیفی - همبستگی و با رویکرد مدل سازی معادلات ساختاری بود. جامعه پژوهش بیماران مبتلا به بیماری نارسایی مزمن کلیه شهر تهران در سال های ۱۴۰۲ تا ۱۴۰۳ بودند. نمونه ای به حجم ۲۳۷ نفر از سه بیمارستان (ملاصدرا، امیریه و بعثت) به روش در دسترس انتخاب شدند. داده ها با پرسش نامه های استاندارد که شامل پرسشنامه کیفیت خواب پیتزبورگ (۱۹۸۹)، پرسشنامه راهبردهای مقابله ای لازاروس و فولکمن (۱۹۸۰)، پرسشنامه خودکارآمدی عمومی شرر (۱۹۸۲) و پرسشنامه راهبردهای تنظیم هیجان گراس (۲۰۰۳) بود و با نرم افزارهای SPSS-۲۰ و Smart PLS۳ تحلیل شدند. یافته ها: بیشتر شرکت کنندگان مرد (۰/۱/۶۴) و بالای ۵۰ سال (۰/۲/۶۹) بودند. روش های مقابله $\beta = (۰/۳۸۴)$ و خودکارآمدی (۰/۱۸۵) $\beta =$ اثر مستقیم و معناداری بر کیفیت خواب داشتند $p < (۰/۰۵)$. همچنین، تنظیم هیجان نقش میانجی معناداری در رابطه روش های مقابله و کیفیت خواب (۰/۰۷۶) $\beta =$ و خودکارآمدی و کیفیت خواب (۰/۰۵۲) $\beta =$ ایفا کرد $p < (۰/۰۵)$. نتیجه گیری: نتایج پژوهش حاضر نشان داد که خودکارآمدی با میانجیگری تنظیم هیجان می تواند کیفیت خواب بیماران مبتلا به بیماری نارسایی مزمن کلیه را به طور معناداری پیش بینی کند. این یافته بیانگر آن است که بیماران با سطح بالاتر خودکارآمدی، از مهارت های تنظیم هیجان مؤثرتری برخوردارند و در نتیجه خواب با کیفیت تری تجربه می کنند. از این رو، ارتقای خودکارآمدی و آموزش راهبردهای تنظیم هیجان می تواند به عنوان رویکردی مؤثر در بهبود کیفیت خواب و سازگاری روانی بیماران مبتلا به بیماری نارسایی مزمن کلیه مدنظر قرار گیرد.

واژگان کلیدی: کیفیت خواب، روش های مقابله، خودکارآمدی، تنظیم هیجان، بیماری نارسایی مزمن کلیه

مقدمه

بیماری کلیوی مرحله پایانی یک بیماری جدی با عواقب جدی سلامتی است که شامل هزینه های درمانی بالایی میشود (۱). یکی از بیماریهایی است که نه تنها سلامت جسمی، بلکه سایر جنبه های سلامتی را نیز به خطر می اندازد و بیمار را در معرض بسیاری از مشکلات جسمی، روانی، اقتصادی و اجتماعی قرار می دهد که کیفیت زندگی را تحت تأثیر قرار میدهد (۲). همه بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه نمیتوانند پیوند کلیه دریافت کنند (۳) و برای زنده ماندن نیاز به سایر درمانهای جایگزین کلیه مانند همودیالیز دارند (۴) که یکی از رایجترین روش های درمانی بیماران مبتلا به نارسایی حاد و مزمن کلیه است که برای اصلاح عدم تعادل آب و الکترولیتها و مواد شیمیایی خون و نزدیک کردن بیماران دیالیزی به زندگی استفاده میشود (۵). مشکلات عمده سیستم عصبی که پس از همودیالیز در بیماران همودیالیزی رخ میدهد مانند افتادگی پاها، سندروم پای بیقرار، سوزش بدن، حتی فلج به صورت کامل است (۶) این میتواند با ایجاد ناراحتی در هنگام بیدار شدن، بیخوابی مزمن و تنش بر کیفیت زندگی فرد تأثیر منفی بگذارد (۷). یکی از عواملی که در بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه مشاهده میشود، کیفیت خواب نامطلوب است که احساسات، افکار و انگیزه را تغییر میدهد و خطر افتادن، افسردگی، زوال عقل و بیماری های جسمی مانند حمله قلبی و ایسکمی را افزایش میدهد (۸). اختلالات خواب در بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه شایع است، اما علیرغم شیوع و اهمیت زیاد، چون همهی بیماران نمیتوانند علائم خود را به وضوح بیان کنند، اغلب نادیده گرفته میشوند (۹). اختلالات خواب اغلب عبارتند از: تأخیر خواب، بیدار شدن مکرر از خواب، خواب آلودگی در طول روز، آپنه خواب، سندرم پاهای بیقرار و اختلالات حرکتی دوره ای بدن و عوارض مشکلات خواب در بیماران عبارتند از: روان پریشی، عدم تحمل گلوکز، اختلال در کاتابولیسم، سرکوب سیستم ایمنی و اختلالات تنفسی (۱۰). از سوی دیگر، هنگامی که فرد در معرض یک موقعیت استرس زا قرار می گیرد، به دلیل اینکه دفاع جسمی و روانی برای محافظت از او در برابر استرس و توجه به تهدیدها فعال میشود، استفاده از روش های مقابله ای ضروری است (۱۱). راهبردهای مقابله ای، تلاش هایی فعال یا غیرفعال هستند که برای پاسخ به موقعیتهای تهدیدکننده با هدف از بین بردن تهدید و کاهش پریشانی هیجانی استفاده میشوند (۱۲). راهبردهای درمانی میتوانند استرس عاطفی فرد را آرام کنند (مقابله متمرکز بر هیجان) یا به ایجاد تعامل موثر با مشکلاتی که باعث استرس میشوند (مقابله متمرکز بر مشکل) کمک کنند (۱۳).

بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه باید سبک زندگی خود را تغییر دهند و توانایی انجام فعالیت و خودکارآمدی را داشته باشند تا به کیفیت زندگی مطلوب دست یابند (۱۴). بر اساس نظریه بندورا، خودکارآمدی عبارت است از باور و اعتقاد به مراقبت از خود برای رفتار خوب و نتایج خوب. خودکارآمدی نقش مهمی در تنظیم رابطهی بین دانش و رفتار فردی دارد (۱۵). خودکارآمدی به عنوان عاملی مؤثر بر انتخاب محیط و شرایط مناسب و رفتار سازگار در بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه شناخته شده است (۱۶). شواهدی وجود دارد که نشان میدهد خودکارآمدی در بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه با کنترل وزن بین جلسات دیالیز، کاهش بستری شدن در بیمارستان،

کاهش قطع عضو و بهبود کیفیت زندگی به ویژه در بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه بهبود میابد (۱۷).

یکی از عوامل روانی که در سلامت و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه نقش موثری دارد، هیجان است. هیجانها نقش مهمی در جنبه های مختلف زندگی از جمله سازگاری با تغییرات زندگی و رویدادهای استرسزا ایفا میکنند (۱۸). توانایی افراد در مدیریت هیجانات بر شادی روانی، جسمی و بین فردی آنها تأثیر میگذارد (۱۹) و مدیریت دشوار احساسات مانند عصبانیت و اضطراب نیز منجر به مشکلات جسمانی مانند بیماریهای قلبی عروقی، کلیوی و گوارشی میشود (۲۰). مهارتهای تنظیم هیجان منعکسکننده استفاده از چندین فرآیند شناختی یا مهارتهای پاسخ عملکردی اجتماعی و غیراجتماعی مانند بازداري رفتاری، انعطاف پذیری در توجه برای پاسخ صحیح به احساسات و هیجان ها و سازگاری صحیح با محیط است (۲۱).

با توجه به ضرورت داشتن اطلاعات در مورد بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه و تحلیل میزان بروز و درعین حال نبود اطلاعات کافی در این زمینه، همچنین ضرورت انجام این نوع مطالعه به صورت سالانه در بیمارستانها و نبود مطالعه ای مشابه در این زمینه مواجه هستیم. اختلال خواب یکی از شایع ترین مشکلات در بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه است که بر سلامت جسمی و روانی آنان اثر منفی می گذارد. شناخت عوامل روان شناختی مؤثر بر کیفیت خواب، از جمله خودکارآمدی، شیوه های مقابله و تنظیم هیجان، می تواند به بهبود وضعیت این بیماران کمک کند. بیماران با خودکارآمدی بالا و مهارت تنظیم هیجان مؤثر، استرس و هیجانات منفی کمتری تجربه می کنند و خواب بهتری دارند. از این رو، بررسی نقش میانجی گری تنظیم هیجان در رابطه بین خودکارآمدی، روش های مقابله و کیفیت خواب می تواند راهنمایی برای طراحی مداخلات روانی- درمانی مؤثر باشد. بنابراین این مطالعه با هدف پیش بینی کیفیت خواب بر اساس روش های مقابله و خودکارآمدی با نقش میانجیگری تنظیم هیجان در بیماران همودیالیزی در ۳ بیمارستان واقع در تهران طی سال های ۱۴۰۲-۱۴۰۳ انجام شد.

روش بررسی

روش این مطالعه توصیفی - همبستگی با تحلیل آماری مدل یابی است. ابزار گردآوری اطلاعات مورد نیاز این مطالعه پرسشنامه بوده که بین افراد شرکت کننده توزیع و پس از پاسخگویی جمعآوری شدند. ابتدا اطلاعات دموگرافیک فرد از طریق پرسشنامه های جمع آوری شد، سپس سوالاتی بر اساس کیفیت خواب، روش های مقابله، خودکارآمدی و تنظیم هیجان افراد شرکت کننده بر اساس پرسشنامه جمعآوری شده است. این پرسشنامه دارای دو بخش بود. بخش اول دربرگیرنده اطلاعات شخصی شرکت کنندگان نظیر سن، جنس و تحصیلات بوده و بخش دوم پرسشنامه، شامل سوالاتی است که کیفیت خواب، روش های مقابله، خودکارآمدی و تنظیم هیجان افراد را مورد سنجش قرار میدهد.

معیارهای ورود به مطالعه شامل کلیه بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه که قبلا تحت درمان با همودیالیز قرار گرفته اند، کلیه بیماران در گروه سنی ۱۸-۶۰ سال، حداقل ۳ ماه سابقه همودیالیز داشته باشند، تحت درمان نگهدارنده همودیالیز ۲-۳ بار در هفته به مدت ۳ ساعت یا بیشتر در هر جلسه، داشتن پرونده در بخش همودیالیز، برخورداری از هوشیاری کامل و توانایی شنیداری و گفتاری و معیار خروج شامل بیمارانی که به هر دلیل درمان با همودیالیز در آنان قطع شده باشد، خانمهایی که باردار هستند، بیمارانی که زیر ۱۸ سال و بالای ۶۰ سال سن دارند، اگر مشخص شود که خطرات شرکت در این پژوهش برای آزمودنیها بیش از فواید بالقوه ی آن است و تکمیل ناقص پرسشنامه.

به منظور جمعآوری دادهها در این پژوهش از چهار پرسشنامه استفاده شد. پرسشنامه کیفیت خواب که این پرسشنامه در سال ۱۹۸۹ توسط دکتر بویس و همکارانش در موسسه روانپزشکی پیتزبورگ تدوین شد. هدف از پرسشنامه کیفیت خواب پیتزبورگ این است که نگرش افراد را پیرامون کیفیت خواب در طی چهار هفته گذشته را بررسی میکند. عنوان شده است که این پرسشنامه کیفیت خواب بد را از خوب افتراق میدهد. دارای هفت مقیاس تشکیل دهنده است. نمره گذاری بر اساس مقیاس لیکرت ۳ درجه ای است. روایی محتوای پرسشنامه کیفیت خواب تایید شده است. پایایی این پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۳ گزارش شده است (۲۲). پرسشنامه روش های مقابله ای توسط لازاروس و فالکمن در سال ۱۹۸۰ ساخته شده است و در سال ۱۹۸۵ مورد تجدید نظر قرار گرفت. هدف از این پرسشنامه این است که به کشف چگونگی مقابله افراد با تنشها میپردازد. پرسشنامه راهبردهای لازاروس بر اساس سیاهه است و دارای ۸ مولفه است. نمره گذاری پرسشنامه راهبردهای مقابله ای لازاروس به دو روش خام و نسبی صورت میگیرد. در هر دو روش نمره گذاری، افراد به هر ماده روی یک مقیاس چهار گزینه ای لیکرت پاسخ میدهند. پرسشنامه لازاروس در ایران بر روی ۷۵۰ نفر زوج میانسال و ۷۶۳ نفر دانش آموزان دوم و سوم دبیرستان هنجاریابی شده است. برای بررسی پایایی ضریب آلفای کرونباخ در مقیاسهایی از ۰/۶۱ تا ۰/۷۹ می باشد. روایی پرسشنامه توسط اساتید مطلوب گزارش شده است. پرسشنامه خودکارآمدی توسط شرر و همکارانش در سال ۱۹۸۲ با اهداف این که ابزاری برای پژوهش های بعدی تهیه گردد و دوم این که ابزاری برای تعیین سطوح مختلف خودکارآمدی عمومی افراد تهیه شود ساخته شده است. مولفه ها شامل آموزشی- شغلی و اجتماعی میشود. در مقیاس ۵ گزینه ای لیکرت از یک تا ۵ نمره گذاری میشود. ضریب پایایی از طریق روش آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس خودکارآمدی عمومی و خرده مقیاس خودکارآمدی اجتماعی به ترتیب ۰/۸۶ و ۰/۷۱ برای هر یک به دست آمد (۲۳). براتی در سال ۱۳۷۶ (به نقل از وقری، ۱۳۷۹) بهمنظر بررسی پایایی مقیاس خودکارآمدی از روش دو نیمه

کردن استفاده کرد. ضریب پایایی از طریق اسپیرمن براون با طول برابر ۰/۷۶ و با طول نابرابر ۰/۷۶ و از روش نیمه کردن گاتمن، برابر ۰/۷۵ است (۲۴). پرسشنامه تنظیم هیجانی توسط گراس و جان در سال ۲۰۰۳ (۲۵) با هدف سنجش تنظیم هیجانی طراحی و تدوین شده است. این پرسشنامه مشتمل بر دو خرده مقیاس ارزیابی مجدد با ۶ گویه و سرکوبی با ۴ گویه میباشد. شرکت کنندگان در یک مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای از به شدت مخالفم (با نمره ۱) تا به شدت موافقم (با نمره ۷) پاسخ میدهند. در پژوهش گراس و جان همبستگی درونی برای ارزیابی مجدد ۰/۷۹ و سرکوبی ۰/۷۳ به دست آمده است. کارمین و وینگرهوتس همبستگی درونی را برای ارزیابی مجدد ۰/۸۳ و قرای سرکوبی ۰/۷۹ گزارش کردند. در ایران حسینی میزان ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ برای ارزیابی مجدد گزارش کرده است و در پژوهش حاضر مقدار آلفای کرونباخ برای ارزیابی مجدد ۰/۸۳ و سرکوبی ۰/۷۹ به دست آمد (۲۶).

جهت تجزیه و تحلیل داده‌های به دست آمده توسط ابزارها، از شاخصها و روش های آمار توصیفی برای به دست آوردن فراوانی، درصد، میانگین، انحراف استاندارد و خطای استاندارد داده‌ها و تحلیل آماری معادلات ساختاری و تحلیل مسیر استفاده شده است؛ و سپس از آمار استنباطی برای به دست آوردن آزمون t برای گروه های مستقل و تحلیل واریانس چندمتغیری به کمک نرم افزار SPSS-۲۰ و Smart PLS۳ و آمار توصیفی (جدول، میانگین و انحراف استاندارد) و آمار استنباطی جهت تجزیه و تحلیل داده ها استفاده شد. در این مطالعه تأییدیه اخلاقی، از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی به شماره IR.IAU.K.REC.۱۴۰۳.۶۱ دریافت گردید و اجرای مطالعه با اخذ مجوز از معاونت تحقیقات دانشگاه صورت گرفت.

مواد و روش ها

جامعه آماری پژوهش حاضر را بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه در شهر تهران و از زمستان ۱۴۰۲ تا تابستان ۱۴۰۳ تشکیل میدهند. روش نمونه گیری به صورت نمونه گیری هدفمند که استفاده از پاسخ دهندگانی است که برای پژوهش مناسب هستند و معیار و شرایط ورود به پژوهش را دارند. نمونه های مورد نظر از بین ۳ بیمارستان (ملاصدرا، امیریه، بعثت) که مخصوص بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه است انتخاب شدند.

نمونه ها از میان بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه در شهر تهران انتخاب شدند و تعداد نمونه براساس فرمول کلاین و با احتمال ریزش ۲۵۰ نفر از بیماران همودیالیزی هستند.

تعداد ۲۳۷ نفر (با ریزش ۱۳ نفری) که از بین این افراد ۶۴/۱ درصد مرد و ۳۵/۹ درصد زن بودند. این افراد ۶/۳ درصد بین ۳۰ تا ۴۰ سال (۱۵ نفر) سن داشتند، ۲۴/۵ درصد بین ۴۱ تا ۵۰ (۵۸ نفر) و ۶۹/۲ درصد نیز بیش از ۵۰ سال (۱۶۴ نفر) سن داشتند. میانگین سن افراد شرکت کننده در مطالعه، $69/2 \pm 6/3$ (حداقل ۱۸ و حداکثر ۶۰ سال) بود.

یافته‌های این پژوهش بیانگر آن است میزان مشارکت پاسخ دهندگان به سوالات به ترتیب ۳۵/۹ درصد (۸۵ نفر) مربوط به زنان و ۶۴/۱ درصد (۱۵۲ نفر) مربوط به آقایان است. در بین این بیماران در روزهایی که دیالیز انجام میدهند ۱۰۱ نفر (۴۲/۶ درصد) از آنها در عرض ۵ دقیقه به خواب میروند و بین ۶ تا ۹ ساعت میخوانند که میتوان نتیجه گرفت که دچار پر خوابی هستند.

جدول ۱: اطلاعات جمعیت شناختی بیماران

جدول ۲: میانگین، انحراف معیار و حداکثر نمره کسب شده مربوط به متغیرهای پژوهش

متغیرهای شاخصهای توصیفی	میانگین	انحراف معیار	کمترین	بیشترین
کیفیت خواب	۱/۹۶	۰/۳۴	۱/۲۰	۲/۷۰
روش مقابله	۲/۵۲	۰/۱۷	۲/۱۴	۳/۰۶
خودکارآمدی	۳/۱۳	۰/۲۷	۲/۵۰	۳/۸۲
تنظیم هیجان	۴/۷۹	۰/۵۹	۳/۱۰	۵/۹۰

جدول ۳: ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش

ردیف	متغیرهای پژوهش	۱	۲	۳	۴
۱	کیفیت خواب	۱	*۰/۱۵۲	*۰/۲۴۵	*۰/۲۴۰
۲	روش مقابله	-	۱	۰/۰۸۹	*۰/۱۳۶
۳	خودکارآمدی	-	-	۱	*۰/۴۸۶
۴	تنظیم هیجان	-	-	-	۱

نتایج آزمون همبستگی اسپیرمن نشان داد کیفیت خواب با روش های مقابله و خودکارآمدی و تنظیم هیجان رابطه مثبت و معناداری دارد و همچنین نشاندهنده این است روش های مقابله و خودکارآمدی رابطه مثبت و معناداری با تنظیم هیجان دارند.

جدول ۴: نتایج آزمون کلموگروف - اسمیرونوف برای بررسی مفروضه نرمال بودن توزیع متغیرهای پژوهش

متغیرهای شاخصهای توصیفی	کلموگروف-اسمیرونوف (Z)	سطح معنی داری
کیفیت خواب	۰/۰۹	۰/۰۰۱
روش مقابله	۰/۰۸۵	۰/۰۰۱
خودکارآمدی	۰/۰۸۹	۰/۰۰۱
تنظیم هیجان	۰/۰۷۹	۰/۰۰۱

سطح معنیداری آزمون کلموگروف-اسمیرونوف برای هر چهار متغیر پژوهش کمتر از ۰/۰۵ به دست آمده است.

بنابراین مفروضه نرمال بودن توزیع همهی متغیرهای پژوهش رد میگردد.

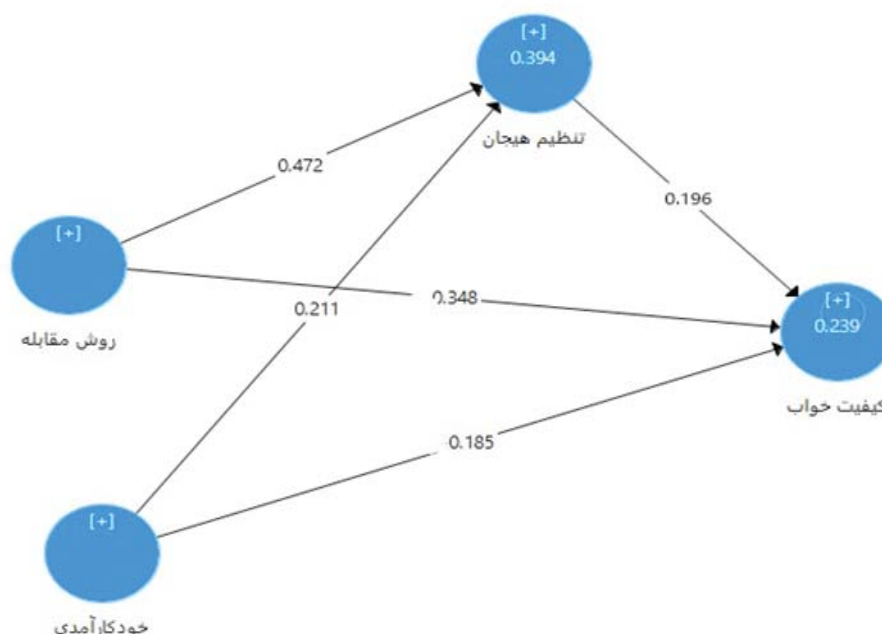
جدول ۵: شاخص های برازش مدل پژوهش

ابعاد	شاخص R^2	شاخص Q^2	GOF
کیفیت خواب	۰/۲۳	۰/۳۸۱	۰/۸۸۶
روش مقابله	---	۰/۴۰۰	
خودکارآمدی	----	۰/۴۲۸	
تنظیم هیجان	۰/۳۹۴	۰/۳۶۹	

در جدول ۵ معیارنیکویی برازش (GOF) مربوط به بخش کلی مدلهای معادلات ساختاری است که پس از بررسی بخش اندازهگیری و

بخش ساختاری مدل کلی پژوهش خود، برازش کلی را نیز کنترل نماید. سه مقدار ۰/۰۱ و ۰/۲۵ و ۰/۳۶ را بعنوان مقادیر ضعیف، متوسط و قوی معرفی نمودند؛ که با محاسبهی مدل مقدار قوی برازش شد.

شکل ۱: برون داد مدل پیشنهادی (و نهایی) پژوهش حاضر به همراه ضرایب استاندارد مسیرها



بحث

نتایج مطالعه نشان داد ۵۶/۱۸ بیماران کیفیت خواب پایین داشتند به این شکل که به خواب نمی رفتند و زمان زیادی صرف آن میشده است یا به صورت تکه تکه می خوابیدند. نتایج حاصل از آزمون مدل سازی معادلات ساختاری نشان داد که ضریب مسیر، اثر مستقیم روش های مقابله بر کیفیت خواب معنی دار است ($P < 0.05$, $\beta = 0.384$). سلامت روان انسان بیش از هر چیز به نحوه ای رضای نیازهایش بستگی دارد و خواب یکی از مهمترین نیازهای جسمی، روحی و عاطفی انسان است که تعیین کننده نشاط، ظرفیت کاری و ادراک انرژی است و بدون آن دچار مشکل می شویم. اختلالات خواب اغلب عبارتند از: تأخیر خواب، بیدار شدن مکرر از خواب، خواب آلودگی در طول روز، آپنه خواب، سندرم پاهای بیقرار و اختلالات حرکتی دوره های بدن و عوارض مشکلات خواب در بیماران عبارتند از: روانپریشی، عدم تحمل گلوکز، اختلال در کاتابولیسم، سرکوب سیستم ایمنی، اختلالات تنفسی (۱۰). الشماری و همکاران (۲۰۲۳)(۲۷) نشان دادند که حدود دو سوم از شرکت کنندگان (۶۳٫۶) خواب طبیعی داشتند، در حالی که یک سوم (۳۶٫۴) خواب ضعیف داشتند. بین سن شرکت کنندگان و کیفیت خواب رابطه معنی داری وجود داشت، که در آن شرکت کنندگانی که بیش از ۵۰ سال سن داشتند نسبت به افراد جوانتر خواب ضعیفتری داشتند ($p < 0.001$) شرکت کنندگان مرد و متاهل به طور معنی داری بیش از شرکت کنندگان زن و مجرد خواب ضعیف داشتند. ولو و همکاران (۲۰۲۲)(۲۸) عنوان کردند شیوع کیفیت خواب ضعیف و خواب آلودگی بیش از حد در روز در HDP بالا است. وانومسلینگ و همکاران (۲۰۲۱)(۲۹) مطرح کردند که در مجموع بین ۶۴ بیمار دیالیزی که شامل ۱۰ دیالیز صفاقی، ۴۲ همودیالیز در مرکز روزانه (HD) و ۱۲ بیمار شبانه HD در مرکز و همچنین افراد سالم همسان با سن و جنس یک به یک بودند. یافته ها نشان داد که مستقل از روش، کیفیت خواب بیماران دیالیزی بسیار بدتر از افراد سالم همسان با سن و جنس است.

هنگامی که فرد در معرض یک موقعیت استرسزا قرار میگیرد، به دلیل اینکه دفاع جسمی و روانی برای محافظت از او در برابر استرس و توجه به تهدیدها فعال میشود، استفاده از روش های مقابله ای ضروری است (۱۱). ایشیک اولوسوی و کال (۲۰۱۹) (۳۰) یافته هایشان نشان داد که نمرات استفاده از حمایت اجتماعی ابزاری، شوخ طبعی و تفسیر مجدد مثبت در بیماران مبتلا به هر نوع اختلال افسردگی کمتر بود ($P = 0.009$, $P = 0.034$, $P = 0.047$) و راهبردهای مقابله ای متمرکز بر هیجان با نمرات کیفیت زندگی همبستگی مثبت داشت و همچنین سن پایینتر و طول مدت طولانیتر همودیالیز با نمرهی کل راهبردهای مقابله ای متمرکز بر هیجان همبستگی منفی معنی داری دارد ($P = 0.01$, $P = 0.02$). گورکان، پاکیز، دمیر (۲۰۱۵)(۳۱) نتایج تجزیه و تحلیل داده ها نشان داد که بیماران همودیالیزی از راهبردهای مقابله عملکردی کمتری استفاده می کنند و اضطراب و افسردگی بیشتری نسبت به بیماران پیوند کلیه دارند. نریمانی (۱۳۸۷)(۳۲) یافته ها نشان داد که بین بهداشت روانی و روش های مقابله ای رویارویی، خویشتنداری و حمایت اجتماعی، مسئله گشایی و ارزیابی مجدد همبستگی

مثبت و معنیدار وجود دارد. همچنین بین دوریگزینی و گریز و اجتناب همبستگی منفی معنیدار وجود دارد. روش های مقابله ای دوریگزینی، گریز و اجتناب و ارزیایمجدد میتواند بهداشت روانی را پیش بینی کند.

یافتهها نشان داد که اثر مستقیم خودکارآمدی بر کیفیت خواب معنیدار است ($\beta = 0.185$, $P < 0.05$). ایزدیپامه و همکاران (۱۳۹۳) (۳۳) یافته های پژوهششان نشان داد که نمره خودکارآمدی در بیماران همودیالیزی 4.93 ± 3.14 ، اضطراب 3.59 ± 9.86 و افسردگی 3.30 ± 8.95 می باشد. بر این اساس اکثریت بیماران (۷۰/۶ درصد) خودکارآمدی عمومی مطلوب و اضطراب و افسردگی متوسط تا شدید داشتند. میرکوهی و همکاران (۱۳۹۷) (۳۴) در این زمینه به این نتیجه رسیدند که میان خودکارآمدی و آشفتگی در کیفیت خواب رابطه منفی وجود دارد. الموتری و طیب (۲۰۲۱) (۳۵) و وانوسلیگه و همکاران (۲۰۲۱) (۲۹) در پژوهشی نشان دادند که خودکارآمدی بیشتر با اشتغال و دیالیز صفاقی مرتبط است. استراتژیهای برای افزایش خودکارآمدی در بین بیماران دیالیزی، به ویژه بیماران تحت همودیالیز، مورد نیاز است که همچنین نشان دادند که کیفیت خواب بیماران دیالیزی بسیار بدتر از افراد سالم همسان با سن و جنس است.

نتایج بررسی آزمون بوت استراپ نشان داد که ضریب مسیر بین روش های مقابله و کیفیت خواب با میانجیگری تنظیم هیجان برابر $\beta = 0.076$ می باشد که در سطح $P < 0.05$ از لحاظ آماری معنی دار است. خالدی و همکاران (۱۴۰۲) (۳۶) و علی محمدی و همکاران (۱۴۰۰) (۳۷) نیز در مطالعات خود به این نتیجه رسیدند که آموزش مهارتهای مقابله ای باعث کاهش بار مراقبتی مراقبین بیماران تحت همودیالیز می شود. نظامی پور و احدی (۱۳۹۵) (۳۸) بر اساس نتایج این پژوهش، ویژگیهای شخصیتی، نقش مهمی در انتخاب راهبردهای تنظیم هیجان، همچنین کیفیت زندگی بیماران دیالیزی ایفا میکنند.

در برخی مطالعات نشان داده شد که هنگامی که فرد در معرض یک موقعیت استرسزا مانند اختلال خواب قرار میگیرد، به دلیل اینکه دفاع جسمی و روانی برای محافظت از او در برابر استرس و توجه به تهدیدها فعال میشود، استفاده از روش های مقابله ای ضروری است. برای پاسخ به موقعیتهای تهدیدکننده با هدف از بین بردن تهدید و کاهش پریشانی هیجانی استفاده میشوند این راهبردهای درمانی میتوانند استرس عاطفی فرد را آرام کنند (مقابله متمرکز بر هیجان) یا به ایجاد تعامل موثر با مشکلاتی که باعث استرس میشوند (مقابله متمرکز بر مشکل) کمک کنند. بدین ترتیب فرد بیمار به کمک مقابلهای متمرکز بر هیجان میتواند هیجانات منفی را از خود دور کرده و به تنظیم هیجان دست یابد.

ضریب مسیر بین خودکارآمدی و کیفیت خواب با میانجیگری تنظیم هیجان $\beta = 0.052$ می باشد که در سطح $P < 0.05$ از لحاظ آماری معنی دار است. در این زمینه ربانی و همکاران (۱۴۰۳) (۳۹) و خوشحال و همکاران (۱۴۰۲) (۴۰) عنوان داشتند خودکارآمدی با

کاهش شدت تنیدگی بیماران همودیالیزی، کیفیت زندگی آنان را بهبود میدهد. افرادی که سطح خودکارآمدی بالاتری دارند، شدت تنیدگی کمتری را تجربه میکنند. لذا تلاش کادر درمان شناخت عوامل تنیدگیزا و به کارگیری مداخلاتی برای کاهش آن به منظور بهبود کیفیت زندگی بیماران است. کیفیت خواب به عنوان یک عامل میانجی می تواند با تاثیرپذیری از کفایت دیالیز، بر کیفیت زندگی اثر گذاشته و منجر به بهبود کیفیت زندگی بیماران تحت همودیالیز شود. تحقیقات نشان میدهد که تفاوت در استفاده افراد از سبکهای مختلف تنظیم شناختی هیجان منجر به پیامدهای عاطفی، شناختی و اجتماعی متفاوتی میشود، استفاده از سبکهای ارزیابی مجدد با احساسات مثبت و عملکرد بینفردی بهتر و بهزیستی بالاتر همراه است.

نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش پیش بین خودکارآمدی و روش های مقابله با نقش میانجیگری تنظیم هیجان در پیش بینی کیفیت خواب بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه انجام شد. نتایج به دست آمده نشان داد بین خودکارآمدی و کیفیت خواب با میانجیگری تنظیم هیجان رابطه ای معنادار وجود دارد. به این معنا که بیماران دارای خودکارآمدی بالا، توانایی بیشتری در مدیریت هیجان ها و کنترل شرایط استرسزا دارند و این ویژگی در نهایت منجر به بهبود کیفیت خواب آنان می شود.

با توجه به شیوع بالای اختلالات خواب در بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه، نتایج این مطالعه نشان داد که متغیرهای روان شناختی نقش تعیین کننده ای در کنار عوامل جسمانی دارند. اختلال خواب در این بیماران تنها ناشی از فرایند دیالیز نیست، بلکه به شدت از وضعیت روانی و نحوه ی مواجهه ی آنان با استرس و هیجانات منفی تأثیر می پذیرد. به عبارتی، هر چه فرد از توانایی بیشتری برای مدیریت افکار، هیجانات و شرایط بحرانی برخوردار باشد، احتمال تجربه ی خواب با کیفیت تر افزایش می یابد.

یافته ها نشان دادند تنظیم هیجان به عنوان یک متغیر میانجی می تواند مسیر اثر خودکارآمدی بر کیفیت خواب را تبیین کند. افرادی که هیجانات خود را بهتر شناسایی و مدیریت می کنند، هیجانات منفی مانند اضطراب، نگرانی و خشم را به شکل سازگارانه تری ابراز می نمایند و در نتیجه، کیفیت خواب بالاتری دارند. این یافته اهمیت آموزش راهبردهای تنظیم هیجان مانند بازسازی شناختی، پذیرش، و ذهن آگاهی را در بهبود سلامت روان بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه نشان می دهد.

از سوی دیگر، خودکارآمدی بالا به بیماران کمک می کند تا نقش فعال تری در مراقبت از خود و درمان شان ایفا کنند. بیماران خودکارآمد احساس می کنند می توانند در کنترل بیماری و پیامدهای آن مؤثر باشند و همین احساس کنترل موجب کاهش تنش، نگرانی و ناامیدی می شود. این احساس تسلط روانی در کنار مهارت های هیجانی مؤثر، می تواند به کاهش علائم بی خوابی و بهبود الگوی خواب منجر گردد.

مطالعات پیشین از جمله پژوهش های ربانی و همکاران (۱۴۰۳) و خوشحال و همکاران (۱۴۰۲) نیز یافته هایی همسو با نتایج پژوهش حاضر ارائه داده اند. آنها بیان داشتند خودکارآمدی با کاهش شدت استرس، افزایش احساس کنترل و بهبود کیفیت زندگی بیماران مزمن از جمله بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه مرتبط است. این نتایج تأیید می کند که جنبه های روان شناختی درمان، به ویژه ارتقای خودکارآمدی، می تواند اثرات چشمگیری بر بهبود کیفیت خواب و سلامت عمومی بیماران داشته باشد.

در بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه، زندگی روزمره با محدودیت های زیادی همراه است؛ از جمله رژیم غذایی، وابستگی به دستگاه دیالیز، مشکلات شغلی، هزینه های درمان و تغییر در نقش های خانوادگی. این چالش ها معمولاً استرس و هیجانات منفی متعددی ایجاد می کنند که در صورت عدم مدیریت صحیح، بر خواب و سلامت روان تأثیر می گذارند. در این میان، بیماران دارای خودکارآمدی و مهارت تنظیم هیجان بالاتر، انعطاف پذیری بیشتری در سازگاری با شرایط دارند و بهتر می توانند بر خواب و آرامش خود کنترل داشته باشند.

از دیدگاه بالینی، نتایج این پژوهش نشان می دهد که تقویت خودکارآمدی و آموزش تنظیم هیجان باید به عنوان بخش مهمی از برنامه های مداخله ای در بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه گنجانده شود. استفاده از رویکردهای درمانی مانند رفتاردرمانی شناختی (CBT)، آموزش مهارت های مقابله ای و تمرین های ذهن آگاهی می تواند به بیماران در شناسایی و اصلاح افکار ناکارآمد، کاهش اضطراب و ارتقای کیفیت خواب کمک کند.

همچنین، یافته ها اهمیت همکاری میان تیم درمان، روان شناسان و پرستاران را برای بهبود سلامت روان بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه برجسته می کند. مداخلات روان شناختی نه تنها می توانند باعث کاهش استرس و افزایش کیفیت خواب شوند، بلکه به بهبود پایداری بیماران به درمان، افزایش انگیزه برای مراقبت از خود و در نهایت ارتقای کیفیت زندگی منجر می گردند.

با وجود نتایج ارزشمند این پژوهش، باید به محدودیت های آن نیز اشاره کرد. از جمله محدودیت های مطالعه، طرح مقطعی آن است که امکان استنباط روابط علی را محدود می کند. همچنین استفاده از ابزارهای خودگزارشی ممکن است تحت تأثیر سوگیری پاسخ قرار گیرد. بنابراین پیشنهاد می شود در پژوهش های آتی از طرح های طولی، ابزارهای مشاهده ای و سنجش های فیزیولوژیک خواب برای بررسی دقیق تر این روابط استفاده شود.

در مجموع، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که خودکارآمدی و روش های مقابله از طریق تنظیم هیجان نقش مهمی در پیش بینی کیفیت خواب بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه دارند. این یافته ها بر ضرورت توجه به ابعاد روان شناختی در کنار درمان های پزشکی تأکید دارد. طراحی و اجرای برنامه های آموزشی مبتنی بر تنظیم هیجان و افزایش باور به توانمندی های فردی می تواند گامی مؤثر در ارتقای کیفیت خواب، بهبود سازگاری روانی و افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه باشد.

تقدیر و تشکر

از کلیهی افرادی که در این پژوهش همکاری کردند و همچنین از دکتر سعید محمودی نیا برای زحمات و راهنماییهاشون صمیمانه سپاسگزاریم.

ملاحظات اخلاقی

این پژوهش در دانشگاه آزاد کرج بررسی و با شناسه کد اخلاق IR.IAU.K.REC.۱۴۰۳.۶۱ ثبت شده است. درضمن از تمام شرکت کنندگان در مطالعه رضایتنامه آگاهانه کتبی دریافت شد.

تعارض منافع

این مقاله تعارض منافع ندارد.

References

1. Zelmer JL. The economic burden of end stage renal disease in Canada. *Kidney Int.* 2007; 72:1122- 1129.
2. Sayin A, Mutluay R, Sindel S. Quality of life in hemodialysis, peritoneal dialysis, and transplantation patients. *Transplant Proc.* 2007; 39(10): 3047-53.
3. De Boer IH, Caramori ML, Chan JC, Heerspink HJ, Hurst C, Khunti K, et al. KDIGO 2020 clinical practice guideline for diabetes management in chronic kidney disease. *Kidney international.* 2020; 98(4): S1-S115.
4. Jankowska-Polańska B, Uchmanowicz I, Wysocka A, Uchmanowicz B, Lomper K, Fal AM. Factors affecting the quality of life of chronic dialysis patients. *European Journal of Public Health.* 2017; 27(2):262.
5. Moeini V, Ramezani Badr F, Avaze, A, Jalalzadeh M, Hakami M, Akhlaqi M. The combined effect of aerobic and anaerobic exercise on the quality of life of dialysis patients. *Scientific*

- Research Journal of Semnan University of Medical Sciences. (2013); 22 (92), 55-65. [in Persian]
6. Rangarajan S, D'Souza G.A. Restless legs syndrome in Indian patients having iron deficiency anemia in a tertiary care hospital. *Sleep Med.* 2007;8(3):247-51.
 7. Baraz SH., Mohammadi E, Broumand B. Correlation of quality of sleep or quality of life and some of blood factors in hemodialysis patients. *Journal Shahrekord Univ Med Sci.* 2008; 67-74.
 8. Dijk DJ, Groeger JA, Stanley N, Deacon S. Age-related reduction in daytime sleep propensity and nocturnal slow wave sleep. *Sleep Advance Journal Article.* 2010; 33(2):211-23.
 9. Trbojević-Stanković J, Stojimirović B, Bukumirić Z, Hadzibulić E, Andrić B, Djordjević V, et al. Depression and quality of sleep in maintenance hemodialysis patients. *Srp Arh Celok Lek.* 2014; 142: 437-443.
 10. Lee EJ, Frazier SK. The Efficacy of Acupressure for Symptom Management: A Systematic Review. *Journal of Pain and Symptom Management.* 2011; 42(4):589-603.
 11. Manfreda, Markrit L, Sidney D, Krambitz. *Psychiatric nursing.* Translated by Talat Shahriari et al., Tehran, Tehran University Publishing Center. 1996.
 12. Bamber M. An investigation of occupational stress among nurse tutors. *Nurs Stand.* 1991; 13;5(20):19-22.
 13. Ceslowitz, Sandra B. Burnout and coping strategies among hospital staff nurses. *journal of advanced nursing.* 1989; 14:557-558.
 14. Khoshnazar T, IzadiTameh A, Moghadamnia M, Farmanbar R, Rostamnia L, Monfared A. Relevance self-efficacy with anxiety and depression among patients receiving hemodialysis referred to hemodialysis unit at educational therapeutic center in Rasht. *Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty.* 2014; 12(9):807-14. [in Persian]
 15. Bandura, A. Regulation of cognitive processes through perceived selfefficacy. *Developmental Psychology.* 2001; 25: 729-735.
 16. Esmaili M, Alikhani M, GholamAraghi M, Hoseyni F. Quality of life and self-efficacy of the patients under hemodialysis. *Iran Journal of Nursing (IJN).* 2005; 42(18):77-83. [in Persian]
 17. Aujoulat I, d'Hoore W, Deccache A. Patient empowerment in theory and practice: polysemy or cacophony? *Patient Educ Couns.* 2007; 66(1):13-20.
 18. P'Olak KA, Garnefski N, Kraaij V. Adolescents caught between fires: Cognitive emotion regulation in response to war experiences in Northern Uganda. *Journal Adolesc.* 2007; 30(4):655-69.
 19. Garnefski N, Van der kommer T, Kraaij V, Teerds J, Legerstee J, Tein EO. The relationship between cognitive emotion regulation strategies and emotional problems: comparison between a clinical and a non-clinical sample. *Eur Journal Personal.* 2002; 16(5):403-20.
 20. Kring AM, Werner KH. *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment.* New York: Elsevier Sales Deals. 2009; 359-85.
 21. Tamir, M., O. P. John, S. Srivastava, and J. J. Gross. Implicit Theories of Emotion: Affective and Social Outcomes Across a Major Life Transition. *Journal of Personality and Social Psychology.* 2007; 92 (4):731-744.
 22. Kakuei H, Zare S, Akhlaqi A, Panahi D. Investigating the sleep quality of professional drivers at intercity terminals (case study: Tehran city). *Traffic Management Studies.* 2010; 5(16), 1-10. [in Persian]
 23. Sherer, M., Maddux, J.E., Mercandante, B., Prentice-Dunn, S., Jacobs, B. and Rogers, R.W. (). The self-efficacy scale: Construction and validation. *Psychological Reports.* 1982; 51, 663-671.
 24. Vaghari E. The relationship between self-efficacy and coping style with crisis in young couples of university students in Tehran in the academic year 1999-2000. Master's thesis, Teacher Training University. 1990 [in Persian]
 25. Gross j., John op. Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationship, and well-being. *Journal of personality and social psychology.* 2003; (85):348-362.

26. Bigdeli, I., Najafy, M., Rostami, M. The Relation of Attachment Styles, Emotion Regulation, and Resilience to Well-being among Students of Medical Sciences. *Iranian Journal of Medical Education*. 2013; 13 (9) :721-729. [in Persian]
27. Alshammari B, Alkubati SA, Pasay-An E, Alrasheeday A, Alshammari HB, Asiri SM, Alshammari SB, Sayed F, Madkhali N, Laput V, Alshammari F. Sleep Quality and Its Affecting Factors among Hemodialysis Patients: A Multicenter Cross-Sectional Study. *Healthcare (Basel)*. 2023;11(18):2536.
28. Velu S, Rajagopalan A, Arunachalam J, Prasath A, Durai R. Subjective Assessment of Sleep Quality and Excessive Daytime Sleepiness in Conventional Hemodialysis Population: A Single-Center Experience. *Int J Nephrol Renovasc Dis*. 2022;14(15):103-114.
29. Elout S, Holvoet E, Dequidt C, Maertens S, Vanommeslaeghe F, Biesen W. The complexity of sleep disorders in dialysis patients. 2021; 14(9): 2029–2036.
30. Işık Ulusoy S, Kal Ö. Relationship Among Coping Strategies, Quality of Life, and Anxiety and Depressive Disorders in Hemodialysis Patients. *Ther Apher Dial*. 2020;24(2):189-196.
31. Gurkan A, Pakyuz SÇ, Demir T. Stress Coping Strategies in Hemodialysis and Kidney Transplant Patients. *Transplant Proc*. 2015;47(5):1392-7.
32. Narimani M, Rafiq Irani S. Investigating the relationship between coping methods and mental health in patients undergoing hemodialysis treatment. *Principles of Mental Health*. 2008; 10(2), 117-122. [in Persian]
33. Khoshnazar T, Izadi Tameh A, Moghadamnia M. The relationship between self-efficacy and anxiety and depression in hemodialysis patients referred to the hemodialysis unit of Rasht Educational and Medical Center. *Journal of Urmia School of Nursing and Midwifery*. 2014; 12(9 (62)), 807-814. [in Persian]
34. Ghodrati Mirkouhi M, Hadadi S, Akbari-Kamrani M. Correlation between Self-Efficacy with Sleep Quality and Sexual Function Index in Patients with Type 2 Diabetes. *Qom Univ Med Sci J*. 2018; 12 (4) :31-41. [in Persian]
35. Almutary H, Tayyib N. Evaluating Self-Efficacy among Patients Undergoing Dialysis Therapy. *Nurs Rep*. 2021;11(1):195-201.
36. Khaledi F, Sharifzadeh G, Zia T, Mogharab M. Effect of Coping Skills Training on the Care Burden of Family Caregivers of Patients with Hemodialysis During the COVID-19 Pandemic. *IJN*. 2023; 36 (143) :270-285. [in Persian]
37. Ali Mohammadi, Mansour, Samadi, Ali, and Jadid Milani, Maryam. The effect of exercise during dialysis on sleep quality in elderly people undergoing hemodialysis: A preliminary study. *Iranian Journal of Nursing*. 1400; 34(133), 96-109. [in Persian]
38. Nezamipour E, Ahadi H. The effect of cognitive emotion regulation strategies on the relationship between personality traits and quality of life in dialysis patients. *Journal of Kerman University of Medical Sciences*. 2016; 10(2), 71-80. SID. [in Persian]
39. Rabani F, Mohebi N, Hayati S, Hamed A, Manzour R, Saedikia A Et al. Evaluation of stress intensity and its relationship with self-efficacy and quality of life of hemodialysis patients in Imam Khomeini Hospital in Shirvan in 2022. *North Khorasan University of Medical Sciences*. 2024; 16 (1) :21-28. [in Persian]
40. Khoshhal M, Jafari H, Hosseinnataj A, Yousefi A, Esmaeili R. The Relationship between Dialysis Adequacy and Quality of Life: The Mediating Effect of Sleep Quality in Hemodialysis Patients in Medical Education Centers of Mazandaran University of Medical Sciences. *J Mazandaran Univ Med Sci*. 2023; 33 (225) :145-154. [in Persian]