

## عوامل تنش‌زا و روش‌های سازگاری بیماران تحت دیالیز صفاقی

کبری پرون: کارشناس ارشد پرستاری، مربی دانشکده پرستاری مامایی تبریز  
فرحناز عبدالله‌زاده: کارشناس ارشد پرستاری، مربی دانشکده پرستاری مامایی تبریز  
دکتر مرتضی قوجا‌زاده: دکترای تخصصی فیزیولوژی، استادیار دانشکده پزشکی تبریز  
روناک آهنگر: کارشناس ارشد پرستاری (نویسنده رابط)

Email: [ronak.ahangar@yahoo.com](mailto:ronak.ahangar@yahoo.com)

دریافت: ۸۹/۴/۵ پذیرش: ۸۹/۵/۲۵

### چکیده

**مقدمه:** بیماران کلیوی مرحله آخر با تنش‌زاهای متعدد و مشابهی برخورد می‌کنند که بر سطوح عملکرد جسمی، روانی و اجتماعی آنها تاثیر می‌گذارد. بدین لحاظ این بیماران بایستی به وابستگی به گروه و تجهیزات پزشکی عادت کرده و عوامل تنش‌زا را تحت کنترل خود درآورند. شناسایی عوامل تنش‌زا و روش‌های سازگاری موثر پرستاران را جهت مدیریت بهتر مشکلات بیماران دیالیز صفاقی یاری خواهد کرد. این مهم لزوم مطالعه‌ای در خصوص شناخت عوامل تنش‌زا و روش‌های سازگاری بیماران دیالیز صفاقی را تأیید خواهد نمود.

**مواد و روشها:** این پژوهش یک مطالعه توصیفی تحلیلی است که در آن ۷۰ بیمار دیالیز صفاقی مراجعه کننده به مرکز آموزشی-درمانی امام رضا (ع) تبریز که دارای شرایط سن ۱۴ سال به بالا، هوشیاری به مکان و زمان، نداشتن بیماری‌های حاد و افسردگی، توانایی جسمی پاسخ به سؤالات، انجام دیالیز حداقل به مدت ۶ ماه و رضایت جهت تحقیق بودند جهت شرکت در مطالعه به صورت تصادفی انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه شامل مشخصات فردی-اجتماعی، مقیاس تنش‌زاهای بیماران دیالیز صفاقی (PDSAS) و مقیاس سازگاری جالویک (JCS) بود. داده‌ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد که بیشترین عوامل تنش‌زای بیماران دیالیز صفاقی مربوط به تعویض مکرر (۷۵/۷٪)، احساس نیاز روز افزون به غذاهای پروتئینی (۶۳/۹٪)، طولانی بودن زمان مورد نیاز برای دیالیز (۵۷/۱٪)، بی‌حوصلگی (۵۵/۷٪) و کاهش اشتها (۳۷/۱٪) می‌باشد. بررسی نتایج نشان داد که بیماران دیالیز صفاقی عوامل تنش‌زای روانی-اجتماعی را بیشتر از عوامل تنش‌زای جسمی آزار دهنده ذکر می‌کنند و اکثر واحدهای مورد مطالعه با میانگین امتیاز  $41.7 \pm 9.3$  بیشتر اوقات از روش سازگاری عاطفه محور در مواجهه با عوامل تنش‌زا استفاده می‌کنند.

**بحث و نتیجه‌گیری:** این پژوهش نشان داد که در بیماران دیالیز صفاقی عوامل تنش‌زای روانی-اجتماعی شیوع بیشتری از عوامل تنش‌زای جسمی دارند. با توجه به اهمیت شناخت عوامل تنش‌زای روانی-اجتماعی و روش‌های سازگاری می‌توان با شناسایی مهارت‌های سازگاری مفید و کارساز از طریق برنامه‌های آموزشی درمانی فرایند سازگاری بیماران دیالیزی با این عوامل تنش‌زا را تسهیل نمود.

**کلمات کلیدی:** دیالیز صفاقی / عوامل تنش‌زا / روش‌های سازگاری

### مقدمه

تا ۳ درصد مردم جهان مبتلا به این بیماری می‌باشند (۱). نارسایی مزمن کلیه شروعی آرام و مزمن دارد و در طول آن صدمه غیر قابل برگشت به بافت کلیه‌ها رخ خواهد داد و نهایتاً عملکرد کلیه‌ها برای

در آستانه قرن بیست و یکم برجسته‌ترین واقعه‌ای که جوامع و کادر بهداشتی با آن مواجه هستند، شیوع بیماری‌های مزمن است. نارسایی مزمن کلیه یکی از بیماری‌های رایج بشری است که امروزه ۲

یک از روش‌های سازگاری استفاده می‌شوند و تحت چه شرایطی برای فرد موثر می‌باشند (۳). در مطالعه‌ای که لاک<sup>۲</sup> و همکاران (۱۹۹۶) در استرالیا انجام دادند مشخص گردید که بیماران دیالیز خونی و صفاقی محدودیت‌های جسمی را به عنوان بیشترین عامل تنش‌زا ذکر کرده‌اند و اکثر بیماران دیالیزی روش سازگاری مشکل مدار را موثرتر از روش عاطفه محور در کنترل تنش شناخته بودند (۱۰). در مطالعه‌ای که لیندکویست و ژودن<sup>۳</sup> (۱۹۹۸) انجام دادند مشخص گردید که در هر دو گروه مردان و زنان روش سازگاری خوش‌بینانه بیشتر از سایر روش‌های سازگاری مورد استفاده قرار می‌گیرد و برای کنار آمدن با جنبه‌های تنش‌زای درمان بسیار موثر واقع می‌شود (۱۱). باقریان و همکاران (۱۳۸۷) نیز در مطالعه خود دریافتند که بیماران دیالیز خونی تمایل کمتری به استفاده از سبک مقابله‌ای مواجهه مستقیم دارند و در مقابل، بیشتر سبک‌های طفره‌آمیز و تسکین‌دهنده را در رویارویی با تنش به کار می‌گیرند (۱۲). در مطالعه سینار<sup>۴</sup> و همکاران (۲۰۰۹) سه عامل تنش‌زای عمده در این بیماران محدود بودن در زمان فراغت، خستگی و عدم اطمینان نسبت به آینده می‌باشند. نتایج این مطالعه بیانگر این مساله است که باورهای متفاوت ممکن است در فرهنگ‌های دیگر اثرات متفاوتی داشته باشند (۱۳).

با توجه به نتایج متناقض در مطالعات انجام گرفته و نیز با توجه به تاثیر اختلاف فرهنگی در جوامع مختلف در شیوه تجربه عوامل تنش‌زا نیاز به انجام مطالعات بیشتری برای رسیدن به نتایج قابل استناد می‌باشد. از طرفی، در مروری بر متون انجام شده در ایران مطالعه‌ای در زمینه تعیین عوامل تنش‌زای جسمی و روانی - اجتماعی و روش‌های سازگاری استفاده شده توسط بیماران دیالیز صفاقی یافت نشد و مطالعه حاضر جهت تعیین عوامل تنش‌زا و روش‌های

حفظ حیات نارسا شده و استفاده از یکی از درمان‌های جایگزین کار کلیه مورد نیاز خواهد شد (۲). سه روش درمانی متداول جایگزین کار کلیه، دیالیز خونی، دیالیز صفاقی و پیوند کلیه می‌باشند (۳). بر طبق گزارش رئیس مرکز مدیریت پیوند و بیماری‌های خاص وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی جمعیت بیماران دچار نارسایی مزمن کلیه در کشور ۳۲۰۰۰ نفر می‌باشد (۴). بر طبق مستندات موجود ۵۰ درصد از این بیماران تحت درمان با دیالیز خونی، ۴۷/۵ درصد از آنها تحت عمل پیوند کلیه و ۲/۵ درصد نیز تحت درمان با دیالیز صفاقی قرار گرفته‌اند (۵). این روش‌های درمانی علاوه بر اینکه زمینه بقای بیشتر بیماران را فراهم نموده‌اند، یک منبع تنش‌زا برای بیماران نیز محسوب می‌گردند (۶). بیماران کلیوی مرحله آخر<sup>۱</sup> با تنش‌زاهای متعدد و مشابهی برخورد خواهند کرد که بر سطوح عملکرد جسمی و روانی اجتماعی آنها تاثیر خواهد گذاشت (۷). روش‌های درمانی پیچیده موجود، شدیداً فعالیت‌های بیماران دیالیز صفاقی را محدود می‌کند و باعث از دست دادن استقلال، تنش مالی، تغییر نقش، تغییر تصور از خود، کاهش عزت‌نفس و از هم پاشیدن زندگی خانوادگی می‌شود در نتیجه در این افراد مشکلات روانی - اجتماعی زیاد (مثل: اضطراب، افسردگی، انزوای اجتماعی، تنهایی، بی‌کسی و ناامیدی) ممکن است که باعث به وجود آمدن حس جدایی و انزوا شود و همه این محدودیت‌های جسمی و روانی - اجتماعی می‌توانند نیاز آنها را به دوستان، اعضای خانواده و محیط پیرامون جهت انجام مراقبت همه جانبه زیاد کنند (۸).

دانستن فرآیندهایی که بیماران در زمان مواجهه با بیماری مزمن از میان آنها عبور می‌کنند، می‌تواند پرسنل مراقبتی را جهت مدیریت بهتر و موفق بیماران‌شان یاری کند (۹). آنچه که مهم است این است که کدام

2-lok  
3-Lindquist & Sjoden  
4-Cinar

1-End Stage Renal Disease,(ESRD)

سازگاری بیماران دیالیز صفاقی مرکز آموزشی-درمانی امام رضا (ع) تبریز انجام شده است.

### مواد و روشها

مطالعه حاضر دارای طرح توصیفی-تحلیلی است که در سال ۱۳۸۸ انجام گرفت. جامعه مورد پژوهش بیماران تحت درمان با دیالیز صفاقی بخش دیالیز صفاقی مرکز آموزشی-درمانی امام رضا (ع) تبریز بودند که بعد از توضیح مطالعه و اطمینان دادن در مورد محرمانه بودن اطلاعات در مطالعه شرکت داده شدند. در مجموع بیماران تحت درمان در بخش دیالیز صفاقی مرکز آموزشی-درمانی امام رضا (ع) تبریز در زمان انجام پژوهش ۱۲۰ نفر بوده که تعداد ۷۰ نفر از آنها که حایز شرایط ورود به مطالعه بودند در مطالعه شرکت نمودند.

در این مطالعه مشخصات واحدهای مورد پژوهش عبارت بود از داشتن سن ۱۴ سال به بالا، هوشیاری به مکان و زمان و قادر بودن به برقراری ارتباط، نداشتن بیماری‌های روانی مثل افسردگی و بیماری‌های حاد، داشتن توانایی‌های جسمی و روانی در پاسخ به سؤالات و سابقه انجام دیالیز حداقل به مدت ۶ ماه.

روش گردآوری داده‌ها استفاده از پرسشنامه استاندارد بود که به طور مکرر در مقالات متعدد استفاده شده است. این پرسشنامه از پایان‌نامه زایمر (۱۹۹۵) برداشت شده و شامل سه بخش می‌باشد: بخش اول مشخصات فردی-اجتماعی، بخش دوم مقیاس تنش زای دیالیز صفاقی<sup>۱</sup> (PDSAS) فوکس و اسکرینر<sup>۲</sup> و بخش سوم مقیاس سازگاری جالویک<sup>۳</sup> (JCS) می‌باشد. از پرسشنامه مشخصات فردی اجتماعی، برای جمع‌آوری و سنجش اطلاعات مربوط به وضعیت سن، جنس، طول مدت دیالیز، سابقه انجام روشهای دیگر دیالیز، بیماری‌های مزمن دیگر، وضعیت شغلی، درآمد، تاهل، سطح تحصیلات، محل سکونت استفاده

شد. از مقیاس تنش‌زای بیماران دیالیز صفاقی برای تعیین عوامل تنش‌زای جسمی و روانی-اجتماعی بیماران دیالیز صفاقی استفاده شد که شامل ۴۶ بیانیه و ۲ زیر شاخه می‌باشد: ۲۷ آیتم آن عوامل تنش‌زای روانی و اجتماعی و ۱۹ آیتم آن تنش‌زاهای جسمی می‌باشند و پاسخ‌ها به صورت اصلاً، کم، متوسط و زیاد تنظیم شده‌اند. نمرات آن از ۰ تا ۳ بر طبق مقیاس چهار رتبه‌ای تنظیم شده است و محدوده نمرات از ۰ تا ۱۳۸ می‌باشد، به طوری که بیشترین نمره نشان دهنده بالاترین امتیاز از نظر سطح تنش می‌باشد. از مقیاس سازگاری جالویک جهت تعیین روش‌های سازگاری بیماران دیالیزی استفاده شد که شامل ۶۰ بیانیه قابل سنجش است. هر بیانیه نشانگر یکی از الگوهای سازگاری (مواجهه‌ای، ۱۰ آیتم)، (دوری‌گزین، ۱۳ آیتم)، (خوش‌بینانه، ۹ آیتم)، (جبری، ۴ آیتم)، (هیجانی، ۵ آیتم)، (تسکینی، ۷ آیتم)، (حمایتی، ۵ آیتم)، و (خودانگیزی، ۷ آیتم) می‌باشد. این پرسش‌نامه شامل دو قسمت A و B می‌باشد که قسمت A شامل سؤالات مربوط به روش‌های سازگاری استفاده شده توسط بیماران بوده که پاسخ‌ها به صورت هرگز، به ندرت، بعضی اوقات و اغلب اوقات بر طبق مقیاس چهار رتبه‌ای تنظیم شده‌اند و نمره ی هر یک از پاسخ‌ها از ۰ تا ۳ تغییر می‌کند و محدوده نمرات از ۰ تا ۱۸۰ می‌باشد و بیشترین نمره نشان دهنده بالاترین امتیاز از نظر سازگاری می‌باشد. قسمت B نیز شامل سؤالات مربوط به کیفیت روش سازگاری بکار برده شده توسط بیمار (به نظر خود بیمار) می‌باشد. پاسخ‌ها به صورت موثر نبود، کمی موثر بود، نسبتاً موثر بود، بسیار موثر بود، بر طبق مقیاس چهار رتبه‌ای تنظیم شده‌اند و نمره هر یک از پاسخ‌ها از ۰ تا ۳ تغییر می‌کند و محدوده نمرات بین ۰ تا ۱۸۰ می‌باشد و بیشترین نمره نشان دهنده بالاترین امتیاز از نظر موثر بودن می‌باشد. در این مطالعه برای تعیین اعتبار علمی ابزار گردآوری داده‌ها

1-Peritoneal Dialysis Stressor Assessment Scale

2-Fuchs & Scriber

3-Jalowiec Coping Scale

اسپیرمن و با استفاده از SPSS مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت در این مطالعه خطای آلفا کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار تلقی گردید.

### یافته‌ها

در این مطالعه واحدهای مورد پژوهش ۴۱ نفر زن و ۲۹ نفر مرد بوده که میانگین سنی ۴۳/۶±۱۴/۹ و مدت زمان انجام دیالیز صفاقی ۲۳/۸±۱۵/۳ ماه را داشتند. اکثریت افراد (۵۸/۶٪) زن، ۵۱/۴ درصد خانه‌دار، ۶۰ درصد دخل کمتر از خرج، ۸۷/۱ درصد متأهل، ۵۱/۴ درصد ساکن تبریز بودند. ۶۴/۳ درصد از بیماران نوع دیگر دیالیز را تجربه نکرده بودند و میزان درآمد در گروه زنان مجرد با میانگین ۶۷/۵±۲۴/۷ کمتر از مردان بود. توزیع فراوانی عوامل تنش‌زا و روش‌های سازگاری بیماران دیالیز صفاقی مرکز آموزشی- درمانی امام رضا (ع) تبریز به شرح جداول ۱ و ۲ می‌باشند.

از روش اعتبار محتوا استفاده شد به این ترتیب که علاوه بر مطالعات کتابخانه‌ای و استفاده از پرسش-نامه استاندارد، محتوای پرسش‌نامه توسط اعضای هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تبریز ارزشیابی شد. پس از جمع‌آوری نظرات اصلاحی، تغییرات لازم در آن داده شد. برای تعیین اعتبار علمی ابزار گردآوری داده‌ها، از روش آزمون مجدد استفاده شد بدین معنی که با ۱۰ نفر از بیماران واجد شرایط مصاحبه شد و پس از گذشت ۲ هفته با همان افراد مصاحبه تکرار شد و پاسخ‌های داده شده در دو نوبت با یکدیگر مطابقت داده شده و همبستگی بین موارد مورد سنجش قرار گرفت و مقیاس تنش‌زای دیالیز صفاقی با پایایی و ضریب همبستگی ۰/۷۴، و مقیاس سازگاری جالویک با پایایی و ضریب همبستگی ۰/۸۱ مورد استفاده واقع شد. داده‌های بدست آمده از مطالعه به وسیله روش‌های آماری توصیفی و استنباطی شامل آزمون-های کای‌دو، آزمون نان‌پارامتری ضریب همبستگی

جدول ۱: توزیع فراوانی عوامل تنش‌زای بیماران دیالیز صفاقی مرکز آموزشی درمانی امام رضا (ع) تبریز

عوامل تنش‌زای دیالیز صفاقی	گویه‌ها	اصلاً (درصد) تعداد	کم (درصد) تعداد	متوسط (درصد) تعداد	زیاد (درصد) تعداد
۱. تعویض مکرر (Ps)		۷(۱۰)	۸(۱۱/۴)	۵۳(۷۵/۷)	۲(۲/۹)
۲. احساس نیاز روزافزون به غذاهای پروتئینی (P)		۱۴(۲۰)	۱۲(۱۷/۱)	۴۴(۶۲/۹)	۰(۰)
۳. طولانی بودن زمان مورد نیاز برای دیالیز (Ps)		۱۲(۱۷/۱)	۱۳(۱۸/۷)	۴۰(۵۷/۱)	۵(۷/۱)
۴. بی‌حوصلگی (Ps)		۴(۵/۷)	۲۳(۳۲/۹)	۳۹(۵۵/۷)	۴(۵/۷)
۵. کاهش اشتها (P)		۱۹(۲۷/۱)	۲۳(۳۲/۹)	۲۶(۳۷/۱)	۲(۲/۹)
۶. عدم سازگاری با کارکنان درمانی (پرستاران و پزشکان) (Ps)		۶۶(۹۴/۳)	۴(۵/۷)	۰(۰)	۰(۰)
۷. احساس سرما (P)		۶۴(۹۱/۴)	۰(۰)	۶(۸/۶)	۰(۰)
۸. ارزش کم قایل شدن به خود (Ps)		۶۱(۸۷/۱)	۶(۷/۱)	۲(۲/۹)	۲(۲/۹)
۹. از دست دادن شغل یا تغییر در وضعیت استخدامی (Ps)		۶۰(۸۵/۷)	۶(۸/۶)	۳(۴/۳)	۱(۱/۴)
۱۰. تغییر مسؤولیتها در خانواده در ارتباط با همسر (Ps)		۶۰(۸۵/۷)	۹(۱۲/۹)	۱(۱/۴)	۰(۰)
۱۱. تغییر مسؤولیتها در ارتباط با فرزندان (Ps)		۶۰(۸۵/۷)	۱۰(۱۴/۳)	۰(۰)	۰(۰)

(P) جسمی

(Ps) روانی- اجتماعی

جدول ۲: توزیع فراوانی روش‌های سازگاری بیماران دیالیز صفاقی مرکز آموزشی درمانی امام رضا (ع) تبریز

عوامل تنش‌زای دیالیز صفاقی	گویه‌ها	اصلاً (درصد) تعداد	کم (درصد) تعداد	متوسط (درصد) تعداد	زیاد (درصد) تعداد
۱. تعویض مکرر (Ps)		۷(۱۰)	۸(۱۱/۴)	۵۳(۷۵/۷)	۲(۲/۹)
۲. احساس نیاز روزافزون به غذاهای پروتئینی (P)		۱۴(۲۰)	۱۲(۱۷/۱)	۴۴(۶۲/۹)	۰(۰)
۳. طولانی بودن زمان مورد نیاز برای دیالیز (Ps)		۱۲(۱۷/۱)	۱۳(۱۸/۷)	۴۰(۵۷/۱)	۵(۷/۱)
۴. بی‌حوصلگی (Ps)		۴(۵/۷)	۲۳(۳۲/۹)	۳۹(۵۵/۷)	۴(۵/۷)
۵. کاهش اشتها (P)		۱۹(۲۷/۱)	۲۳(۳۲/۹)	۲۶(۳۷/۱)	۲(۲/۹)
۶. عدم سازگاری با کارکنان درمانی (پرستاران و پزشکان) (Ps)		۶۶(۹۴/۳)	۴(۵/۷)	۰(۰)	۰(۰)
۷. احساس سرما (P)		۶۴(۹۱/۴)	۰(۰)	۶(۸/۶)	۰(۰)
۸. ارزش کم قابل شدن به خود (Ps)		۶۱(۸۷/۱)	۶(۷/۱)	۲(۲/۹)	۲(۲/۹)
۹. از دست دادن شغل یا تغییر در وضعیت استخدامی (Ps)		۶۰(۸۵/۷)	۶(۸/۶)	۳(۴/۳)	۱(۱/۴)
۱۰. تغییر مسؤولیتها در خانواده در ارتباط با همسر (Ps)		۶۰(۸۵/۷)	۹(۱۲/۹)	۱(۱/۴)	۰(۰)
۱۱. تغییر مسؤولیتها در خانواده در ارتباط با فرزندان (Ps)		۶۰(۸۵/۷)	۱۰(۱۴/۳)	۰(۰)	۰(۰)

همبستگی اسپیرمن استفاده شد به طوری که نتایج نشان داد که بین عوامل تنش‌زا و میزان استفاده از روشهای سازگاری همچنین بین عوامل تنش‌زا و میزان تأثیر روشهای سازگاری استفاده شده ارتباط آماری معنی‌داری وجود ندارد. بین میزان استفاده از روشهای سازگاری و سن و سطح تحصیلات ارتباط آماری معنی‌دار و ضعیفی وجود داشت. در بررسی ارتباط بین سایر مشخصات فردی اجتماعی (جنس، وضعیت تأهل، درآمد، انجام نوع دیگر دیالیز، محل سکونت، انجام پیوند کلیه، بیماری‌های مزمن دیگر) با روشهای سازگاری ارتباط آماری معنی‌داری یافت نشد (جدول ۳).

عمده گویه انتخابی این بیماران در پاسخ به عوامل تنش‌زا را روش‌های سازگاری عاطفه محور تشکیل دادند. میانگین امتیاز تنش جسمی در گروه  $4/2 \pm 13/6$  و تنش روانی اجتماعی  $1/3 \pm 18/1$  بود که در مجموع با تعیین امتیاز  $5/5 \pm 31/7$  در رتبه‌بندی عوامل تنش‌زا به صورت تنش کم تفسیر گردید. از نظر میزان استفاده از روشهای سازگاری نیز میانگین امتیاز بدست آمده  $12/6 \pm 58/7$  بدست آمد که در رتبه‌بندی روشهای سازگاری به صورت "به ندرت از آن روش استفاده می‌کنم" تفسیر شد. جهت تعیین ارتباط بین عوامل تنش‌زا و میزان استفاده و تأثیر روشهای سازگاری گروه از روش آماری ضریب

جدول ۳: ارتباط بین مشخصات فردی - اجتماعی با استفاده از روشهای سازگاری بیماران دیالیز خونی مرکز آموزشی - درمانی امام رضا (ع) تبریز

متغیر	میانگین و انحراف	آزمون آماری		
		P	n	r
سن (سال)	$43/6 \pm 14/9$	۰/۰۵	۷۰	-۰/۲۳
سطح تحصیلات (سال)	$5/4 \pm 4/9$	۰/۰۴	۷۰	۰/۲۸

$P \leq 0/05$  معنی‌دار تلقی شده است

## بحث و نتیجه‌گیری

در این مطالعه عوامل تنش‌زای بیماران دیالیز صفاقی به دو گروه جسمی و روانی - اجتماعی طبقه بندی شده است و عمده‌ترین عوامل تنش‌زای درک شده توسط بیماران در گروه روانی - اجتماعی قرار گرفتند که به ترتیب شامل تعویض مکرر (۷۵/۷٪)، (روانی اجتماعی)، احساس نیاز روز افزون به غذاهای پروتئینی (۶۲/۹٪)، (جسمی)، طولانی بودن زمان مورد نیاز برای دیالیز (۵۷/۱٪)، (روانی اجتماعی)، بی‌حوصلگی (۵۵/۷٪)، (روانی اجتماعی) و کاهش اشتها (۳۷/۱٪)، (جسمی) بودند در مطالعه انجام شده توسط زایمر<sup>۱</sup> (۱۹۹۵) خستگی، نیاز روز افزون به غذاهای پروتئینی، مشکل در راه رفتن یا خارش از عوامل تنش‌زای عمده این بیماران بودند که آیتم، نیاز روزافزون به غذاهای پروتئینی با نتایج این مطالعه هم خوانی داشت. نتایج بررسی ارتباط بین عوامل تنش‌زا و روش‌های سازگاری بیماران دیالیز صفاقی نشان داد که بین عوامل تنش‌زا و میزان استفاده از روش‌های سازگاری ارتباط آماری وجود ندارد. نتایج مطالعه لاک<sup>۲</sup> (۱۹۹۶) نشان داد که بین عوامل تنش‌زا و روش‌های سازگاری ارتباط آماری مثبت وجود دارد که با نتیجه مطالعه حاضر هم‌خوان نبود (۱۰). در این مطالعه روش‌های سازگاری به دو گروه عمده عاطفه‌محور و مشکل‌محور طبقه بندی شدند و عمده روش‌های سازگاری بیماران در پاسخ به عوامل تنش‌زا به ترتیب شامل، دعا کردید یا به خدا توکل کردید، سعی کردید زندگی‌تان را تا حد ممکن طبیعی نگه دارید و اجازه تداخل مشکلات را ندهید، آن وضعیت را قبول کردید چون کار زیادی نمی‌توانستید انجام دهید، سعی کردید احساس لذت داشته باشید، خود را با آن وضعیت وفق دادید چرا که شرایط ناامیدکننده به نظر می‌رسید، منتظر ماندید ببینید چه اتفاقی می‌افتد، بودند که اکثراً روش‌های سازگاری عاطفه‌محور بودند.

نتایج مطالعه لاک (۱۹۹۶) نشان داد که بیماران عوامل تنش‌زای روانی- اجتماعی را بیشتر آزاردهنده ذکر کرده‌اند و در پاسخ نیز از روش‌های سازگاری عاطفه‌محور مثل "سعی کردید که وضعیت را کنترل کنید، به مشکل به صورت هدف‌دار توجه کردید، امیدوار بودید که اوضاع بهتر

خواهد شد، مشکل را از ذهن خود دور کردید و دعا کردید" استفاده می‌کردند و روش‌های سازگاری مشکل-محور را در کنترل تنش بیشتر موثر شناخته بودند که گویه آخر در این مطالعه با نتایج مطالعه ما هم‌خوان بود (۱۰). مطالعه زایمر (۱۹۹۵) نشان داد که روش‌های سازگاری عمده بیماران دیالیز صفاقی به ترتیب شامل سعی کردید تا زندگی را تا حد ممکن طبیعی نگه‌دارید، به مسائل خوب در زندگی فکر کردید، سعی کردید وضعیت را کنترل کنید، سعی کردید که احساس لذت داشته باشید، سعی کردید که مثبت فکر کنید و وضعیت موجود را پذیرفتید، می‌باشند و روش سازگاری عاطفه‌محور بسیار بیشتر از مشکل‌محور استفاده شده بود که با نتایج مطالعه حاضر هم‌خوان بود (۳). به نظر می‌رسد اختلاف در عواملی مثل شخصیت، سیستم حمایتی و مشکلات سلامتی بیماران دیالیز صفاقی می‌تواند شرح مناسبی بر وجود این اختلاف‌ها باشد.

مطالعه لیندکوئیست و ژودن<sup>۳</sup> (۱۹۹۸) نشان داد که زنان نسبت به مردان درک بدبینانه بیشتری نسبت سلامتی خود دارند و بیشتر از روش‌های سازگاری عاطفه‌محور استفاده می‌کنند در حالیکه در مطالعه حاضر بین جنسیت و شدت عوامل تنش‌زا در دو گروه مرد و زن تفاوت آماری معنی‌دار نبود (۱۱). مطالعه چنگ<sup>۴</sup> و همکاران (۲۰۰۲) نیز در مورد نحوه استفاده از روش‌های سازگاری در دو گروه مردان و زنان دریافتند که زنان بیشتر از روش‌های دوری‌گزین (عاطفه‌محور) استفاده می‌کنند و در خطر ناتوانی برای کنترل مناسب بیماری خود قرار دارند که نتیجه آن با نتایج مطالعه حاضر هم‌خوانی نداشت (۱۴).

بررسی نتایج آزمون آماری اسپیرمن در گروه دیالیز صفاقی همبستگی معکوس و ضعیفی را بین سن افراد و میزان استفاده از روش‌های سازگاری نشان داد که با نتایج مطالعه زایمر (۱۹۹۵) هم‌خوان نبود (۳). به نظر می‌رسد علت تفاوت در این پژوهش، امید بیماران کم سن جهت انجام پیوند باشد. همچنین بین سطح تحصیلات بیماران دیالیز صفاقی و میزان استفاده از روش‌های سازگاری ارتباط آماری مثبت وجود داشت که جهت مقایسه با مطالعه حاضر در این زمینه مطالعه‌ای یافت نشد. با توجه به اینکه طول

3 -Lindquist &amp; Sjoden

4 -Cheng

1 -Zimmer

2 -Lok

قابل دسترس است. امید است بدین وسیله گام ارزنده‌ای جهت کاهش شیوه‌های کنترل تنش غیر موثر و حفظ ارتقاء سلامت جسمی و روانی این گروه از اجتماع برداشته شود. این پژوهش در بیمارستان امام رضا (ع) انجام شد لذا نتایج آن قابل تعمیم به بیماران سایر بیمارستان‌ها نخواهد بود. عدم رضایت بیماران جهت ادامه تکمیل پرسشنامه و یا انجام تحقیق مورد نظر نیز خارج از کنترل پژوهش‌گر بود. خستگی جسمی و وضعیت روحی بیماران بر نحوه پاسخ-گویی آنها تأثیر داشت که تکمیل پرسش‌نامه را گاهاً به جلسات بعدی موکول می‌نمود. پیشنهاد می‌شود با توجه به نتایج متفاوت پژوهش‌های انجام یافته و نیز احتمال متفاوت بودن و متغیر بودن عوامل تنش‌زا در افراد مختلف مطالعات بعدی در بعد وسیع‌تری از جوامع بیماران دیالیز صفاقی در تبریز صورت گیرد تا هم امکان مقایسه و هم امکان دستیابی به نتایج قابل تعمیم میسر گردد. مطالعه حاضر نشان داد که در بیماران دیالیز خونی و صفاقی مرکز آموزشی-درمانی امام رضا (ع) تبریز در سال ۱۳۸۸ عوامل تنش‌زای روانی-اجتماعی شیوع بیشتری نسبت به عوامل تنش‌زای جسمی داشته‌اند. اکثر بیماران در دو گروه از روش‌های سازگاری عاطفه محور که روشی غیر موثر شناخته شده است استفاده می‌کنند. با توجه به اهمیت شناخت عوامل تنش‌زای جسمی و روانی-اجتماعی و روش‌های سازگاری موثر می‌توان با شناسایی مهارت‌های سازگاری مفید و کارساز از طریق برنامه‌های آموزشی و درمانی فرآیند سازگاری بیماران دیالیزی با این عوامل تنش‌زا را تسهیل نمود.

### تقدیر و تشکر

در پایان از مسؤولین، پرسنل و بیماران محترم بخش دیالیز صفاقی مرکز آموزشی-درمانی امام رضا (ع) تبریز سپاس‌گزاری می‌شود.

مدت دیالیز در ایجاد تنش موثر شناخته شده است و با توجه به اینکه اکثریت بیماران میانسال شناخته شده‌اند احتمال ایجاد عوارض با بالا رفتن سن و افزایش طول مدت درمان وجود خواهد داشت. بین مدت زمان درمان با دیالیز و میزان استفاده از روش‌های سازگاری ارتباط آماری معنی‌داری یافت نشد که در مقایسه با نتایج مطالعه زایمر (۱۹۹۵) که با افزایش مدت درمان، بیماران سطح تنش بیشتری را تجربه می‌کردند، هم‌خوان نبود (۳).

در بررسی ارتباط بین عوامل تنش‌زا با مشخصات فردی-اجتماعی تنها بین انجام پیوند کلیه و عوامل تنش‌زا ارتباط آماری معنی‌داری یافت شد که مطالعه‌ای در این زمینه جهت مقایسه انجام نشده بود. در بررسی ارتباط سایر مشخصات فردی-اجتماعی با روش‌های سازگاری ارتباط آماری معنی‌داری یافت نشد. به طور کلی بیماران مورد بررسی نشان دادند که همچنان با عوامل تنش‌زا مواجه بوده و جهت سازگاری با شرایط موجود بیشتر از روش‌های سازگاری عاطفه‌محور استفاده می‌کنند که در اکثر مطالعات انجام شده این روش، روش سازگاری موثری جهت پاسخ به عوامل تنش‌زا نمی‌باشد لذا این گروه از بیماران نیازمند آموزش جهت کنترل علائم بیماری، خدمات پزشکی و روان پرستاری و حمایت‌های اجتماعی هستند. با توجه به این نکته که استفاده از روش‌های سازگاری مشکل‌محور به عنوان مناسب‌ترین و سازگارترین شیوه کنترل تنش محسوب شده است و استفاده از آن با سلامت روان افراد ارتباط مستقیم دارد و نیز با نظر بر اهمیت روش‌های سازگاری و با شناسایی مهارت‌های مقابله‌ای مفید و کارساز و آرایه آنها از طریق برنامه‌های آموزشی و درمانی می‌توان فرآیند سازگاری بیماران دیالیزی و درگیری با عوامل تنش‌زای مختلف را تسهیل نمود که این امر از طریق خدمات مشاوره‌ای و تشکیل انجمن‌های حمایتی

## References

1. Tavangar H, Salehian H. (2003). [Coping methods associated with mental disorders in hemodialysis patients in Yazd]. *Journal of Yazd Shahid Sadooghi University of medical Science*. 11(3), 39-46. (Persian)
2. Leatherland S. (2007). *Continuing care of the renal patients: A guide for nurses. Dialysis and transplantation. Haemodialysis International*, 12(4), 492-498.
3. Zimmer J.C. (1995). *Patients on peritoneal dialysis: Stressors and coping*

strategies. Unpublished Master's Thesis to Gonzaga University.

4. Ghaffari A. (2007). [Renal transplantation two-days seminar] *Journal of Medical Engineering, Tehran*, 8(92), 37. (Persian)
5. Mahdavi M, Zamani M, Zamyadi M, Rajolani H, Tajbakhsh K, Heidari rouchi A. (2008). *haemodialysis-cost in Tehran, Iran. international society of hemodialysis*, 12, 492-498.
6. Wojtasiak E. (2005). *How patients with end stage renal disease manage their condition. Rocznikiakademii medycznej w bialymstoku*, 50, (suppl 11), 129-132.
7. Kumar T R, Amalraj A, Soundarajan P, Abraham G. (2003). *Level of stress and coping abilities in patients on chronic haemodialysis and peritoneal dialysis. Indian j nephrol*, 13, 89-91.
8. Asti T, Kara M, Eric B. (2006). *The experience of loneliness, depression, and social support of Turkish patients with continuous ambulatory peritoneal dialysis. Journal of clinical nursing*, 15, 490-497.
9. Burckhardt C.S. (1987). *Coping*

*Strategies of Chronically ill. Nurse Clin North AM*, 23(3), 543-550.

10. Lok P. (1996). *Stressors, coping mechanisms and quality of life among dialysis patients in Australia. Journal of advanced nursing*, 23, 873-881.
11. Lindquist R, Sjoden P-O. (1998). *Coping strategies and quality of life among patients on continuous ambulatory peritoneal dialysis. Journal of Advanced Nursing*, 21, 312-31.
12. Bagherian sararoodi R, Ahmadzadeh G, Yazdani E. (2006). [Coping styles in hemodialysis patients]. *Journal of Zanjan University of Medical Sciences*. 2(30), 33-35. (Persian)
13. Cinar S, Barla G, Alpar S. (2009). *Stressors and coping strategies in haemodialysis patients. Pak J Med Sci*, 25(3), 447-452.
14. Cheng Y, Tian J, Zhang J, Huang Q, Gu Y. (2002). *Coping strategies among patients receiving continuous ambulatory peritoneal dialysis. Hong Kong journal of nephrology*, 4(2), 108-113.

Archive