

ارتباط بین کیفیت زندگی و روش‌های مقابله‌ای

به کار گرفته توسط بیماران تحت درمان با همودیالیز

غلامرضا محمودی^۱، علی‌رضا شریعتی^۲، ناصر بهنام‌پور^۳

چکیده

مقدمه و هدف: کیفیت زندگی در بیماران دیالیزی یک موضوع با اهمیت و قابل بررسی می‌باشد. مشکل عمده بیماران دیالیزی که موجب پیچیده‌تر شدن شرایط کیفی زندگی آنان می‌گردد، روش‌های مقابله‌ای و تطابق با بیماری است. دامنه واکنش‌های تطابقی نسبت به دیالیز از احساس کسب مجدد و کامل توانایی‌ها تا خودکشی متغیر می‌باشد. هدف از این مطالعه تعیین رابطه بین کیفیت زندگی و انواع روش‌های مقابله‌ای به کار گرفته شده (مشکل‌مدار، هیجان‌مدار و مشکل‌مدار هیجان‌مدار) توسط بیماران همودیالیزی بود.

مواد و روش کار: این پژوهش یک مطالعه توصیفی تحلیلی از نوع همبستگی بود که به صورت مقطعی اجراء شده است. محیط پژوهش بخش‌های همودیالیز بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی استان گلستان بود. ابزار گردآوری پرسشنامه، روش جمع‌آوری اطلاعات سرشماری، تعداد نمونه ۱۶۷ نفر و شیوه جمع‌آوری اطلاعات مصاحبه و تکمیل پرسشنامه بود.

یافته‌ها: نتایج تحقیق نشان داد که از ۱۶۷ نفر نمونه تحقیق ۸۹ نفر مرد و ۷۸ نفر زن، ۲۵/۷۴ درصد در گروه سنی ۳۵-۴۴ سال و حداکثر ۱۱۴ نفر به مدت کمتر از ۴ سال سابقه دیالیز داشتند. میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی ۸۹/۵۶±۸/۱۳ به دست آمد. ۷۲/۴۵ درصد کیفیت زندگی متوسط داشتند و میزان به‌کارگیری هر دو شیوه مقابله‌ای هیجان‌مدار و مشکل‌مدار در حد متوسطی استفاده شده ضمن این که بین کیفیت زندگی و شیوه هیجان‌مدار رابطه معنی‌داری وجود داشت ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: در این تحقیق ما نتیجه گرفتیم که کیفیت زندگی بیماران دیالیزی تحت تاثیر شیوه مقابله‌ای هیجان‌مدار می‌باشد و در کل نیز کیفیت زندگی بیماران دیالیزی تحت تاثیر شیوه‌های مقابله‌ای است، بنابراین نیازمند آموزش و حمایت روانی هستند.

واژه‌های کلیدی: کیفیت زندگی، شیوه‌های مقابله‌ای، همودیالیز

۱- کارشناس ارشد پرستاری بهداشت جامعه و عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان، نشانی: گرگان، دانشگاه علوم پزشکی گرگان، دانشکده پرستاری و مامایی بویه، تلفن: ۲۰-۳۱۱-۴۴۳۰۱۷۱

۲- کارشناس ارشد پرستاری بهداشت جامعه و عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان

۳- کارشناس ارشد آمار حیاتی و عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان

مقدمه

بیماری‌های مزمن روی سلامتی و کیفیت زندگی اثرات منفی دارند. بین کیفیت زندگی و سلامتی ارتباط تنگاتنگی وجود دارد. کیفیت زندگی مفهومی است که احساس خوب بودن را از نظر جسمانی و روانی دربرمی‌گیرد.

ونگر و فربرگ^۱ کیفیت زندگی را به عنوان آن دسته خصوصیات تعریف می‌کنند که برای بیمار ارزشمند است و حاصل احساس راحتی یا ادراک «خوب بودن» است و در راستای توسعه و حفظ منطقی عملکرد جسمانی، هیجانی و عقلانی است. به طوری که فرد بتواند توانایی‌هایش را در فعالیت‌های با ارزش زندگی حفظ کند (۱).

کیفیت زندگی اگر چه در متون پزشکی مکرراً بحث شده، اما اندازه‌گیری آن با دیدگاه‌ها، روش‌ها و ابعاد متنوعی انجام شده است. مطابق مطالعات گوناگون در بین اجزا متنوع کیفیت زندگی، ابعاد زیر مورد استفاده قرار گرفته است.

وضعیت سلامت عمومی، توانایی‌های عملکردی، وضعیت روانی، سطح خوب بودن، رضایتمندی از زندگی، شادی، سطوح تعقل، درد، حالت تهوع، استفراغ، علائم و نشانه‌ها، خستگی، عملکرد جنسی، فعالیت اجتماعی، وضعیت حافظه، وضعیت اقتصادی و وضعیت حرفه‌ای (۲).

ارزیابی کیفیت زندگی کمک می‌کند تا مشکلات بیماران به طور بنیادی‌تر مورد توجه قرار گرفته و روش‌های درمانی مورد تجدید نظر قرار گیرند (۳).

واریشوی می‌گوید: بیمار مبتلا به نارسایی مزمن کلیوی برای تامین سلامت خود تحت درمان با همودیالیز قرار می‌گیرد، درحالی که عوامل تنش‌زا علاوه بر این که باقی می‌مانند، ممکن است تشدید نیز بشوند، زیرا بیمار دیالیزی با عوامل تنش‌زای متعدد فیزیکی، روانی و اجتماعی مواجه می‌باشد، و

از لحاظ آینده خود احساس ناامنی می‌کند چون در روش زندگی، وضع خانوادگی و موقعیت وی تغییرات زیادی رخ داده است. بنابراین کیفیت زندگی در بیماران دیالیزی یک موضوع با اهمیت و قابل بررسی می‌باشد (۴).

مشکل عمده بیماران دیالیزی که موجب پیچیده‌تر شدن شرایط کیفی زندگی آنان می‌گردد، مسایل روان-اجتماعی ناشی از بیماری، روش‌های مقابله و تطابق و سازگاری با بیماری است. دامنه واکنش‌های تطابقی نسبت به بیماری و دیالیز از احساس کامل کسب مجدد توانایی‌ها تا خودکشی متغیر می‌باشد (۳).

تطابق بیمار به دستگاه از نظر روانشناختی (به علت نارسایی عضوی) بر نحوه کیفیت زندگی فرد تاثیر قابل ملاحظه‌ای دارد. لذا باید به روش‌هایی متوسل شد که قدرت مقابله‌ای بیمار را تقویت کند زیرا روش‌های مقابله صحیح و سازگاری با بیماری می‌تواند امکان بازتوانی بیمار را افزایش داده و کیفیت زندگی او را بهبود بخشد. روش‌های مقابله‌ای مثبت در بیماری‌های مزمن مهم می‌باشد. روش‌های مقابله‌ای فرایندهای ناخودآگاهی هستند که فرد با تنش‌های روزمره زندگی مواجه می‌شود و بیماران در این زمینه قدرت‌های متفاوتی دارند و در همه یکسان نیست و آگاهی پرستاران به این مهم در کمک به بیماران اهمیت به سزایی دارد (۵).

یکی از واسطه‌های عمده در فرایندهای استرس و اضطراب استفاده از شیوه‌های مقابله‌ای است که تلاش فرد برای کنترل، اداره یا زندگی با موقعیت استرس‌زا می‌باشد.

فالكمن و لازاروس به عنوان صاحب‌نظران مطالعه در روش‌های مقابله‌ای، استراتژی‌های مقابله‌ای را متمرکز بر مشکل (مشکل‌مدار) یا متمرکز بر هیجان و احساس (هیجان‌مدار) تقسیم‌بندی کردند. استراتژی مقابله‌ای مشکل‌مدار تلاش‌هایی را دربرمی‌گیرد که در راستای حل

^۱ Wnger & Furberg

مشکل یا روبرو شدن با تقاضای مستقیم می‌باشد.

استراتژی مقابله‌ای هیجان‌مدار هنگامی به وقوع می‌پیوندد که شخص درمی‌یابد هیچ چیز به طور مستقیم نمی‌تواند انجام گیرد یا به فرایند شناختی برگردد. فالکمن و لازاروس برای بررسی شیوه‌های مقابله، ابزاری طراحی کردند که به صورت چک لیست بود و در هشت طبقه قرار می‌گرفت و شامل مواجهه، خودکنترلی، جویای حمایت اجتماعی، قبول مسؤلیت، اجتناب یا فرار، حل مشکل یا برنامه، ارزیابی مثبت و پشت سر گذاشتن بود (۶).

کارولین و همکاران در مورد شیوه‌های مقابله‌ای به این نتیجه رسیدند که کسانی که از شیوه‌های مقابله‌ای مسأله محور استفاده می‌کنند، به طور قابل ملاحظه‌ای مشکل را به اجزاء کوچک‌تر و قابل کنترل تجزیه می‌کنند و در جستجوی اطلاعات و ملاحظه شقوق مختلف مشکل و هدایت اعمال می‌باشند. در حالی که در استراتژی مقابله‌ای هیجان‌مدار اظهارات هیجانی به صورت اجتناب، انزوا، سرکوب و کنارگذاشتن ظهور پیدا می‌کنند (۷).

بیماران دیالیزی مانند تمام بیماران مزمن و گاهی در حد شدیدتر از سایر بیماران در معرض استرس شدید می‌باشند (۸) و برای ادامه زندگی از شیوه‌های مقابله‌ای وسازگاری که یک عمل محافظتی است بهره می‌جویند (۹) و از طرف دیگر وضعیت کیفیت زندگی که شدیداً تحت تاثیر بیماری و شرایط جدید زندگی فرد قرار گرفته است، سؤالی است که چگونه تحت تاثیر شیوه‌های مقابله‌ای قرار می‌گیرد.

کیفیت زندگی و شیوه‌های مقابله‌ای در سال‌های اخیر مورد توجه بیشتری قرار گرفته است. اگرچه کیفیت زندگی به عنوان یکی از پیامدهای درمان از دهه ۷۰ میلادی مورد توجه بوده است. یکی از اولین ارزیابی‌های کیفیت زندگی در بیماران همودیالیزی در سال ۱۹۷۵ توسط لوی و وین برانت از طریق

مصاحبه انجام گرفت. براساس یافته‌های این مطالعه تنها یک سوم بیماران از کیفیت زندگی نسبتاً مطلوب و قابل قبولی برخوردار بودند (۱۰).

ریموند و همکاران در سال ۱۹۹۷ در هلند، پژوهشی تحت عنوان بررسی کیفیت زندگی در بیماران تحت درمان با همودیالیز طولی‌مدت انجام دادند و کیفیت زندگی آنان را با کیفیت زندگی یک جمعیت مرجع مقایسه کردند. نتایج نشان داد که کیفیت زندگی بیماران همودیالیز در ارتباط با عملکرد جسمانی و وضعیت سلامت عمومی نقصان قابل توجهی دارد و نیز در زمینه ایفای نقش عاطفی و بهداشت روان از کیفیت زندگی پایین‌تری برخوردار بودند (۱۱).

یکی دیگر از مطالعات در مورد کیفیت زندگی بیماران دیالیزی در کانادا از دیدگاه بیماران همودیالیزی و پرستاران و پزشکان صورت گرفت. نتایج حاصل از پژوهش تفاوت‌های عمده‌ای را در رتبه‌بندی کیفیت زندگی از دیدگاه این سه گروه آشکار ساخت. مطابق این بررسی میانگین کیفیت زندگی از دید بیماران ۱۰/۰۳ برآورد شد و از نظر رتبه‌بندی کیفیت زندگی از دیدگاه پرستاران به میزان قابل توجهی پایین‌تر از دیدگاه بیماران و پزشکان به دست آمد. همبستگی میان نمرات کیفیت زندگی بیماران، پرستاران و پزشکان بین ۰/۱۹ و ۰/۴۹ محاسبه گردید (۱۲).

و نهایتاً این که کریستوا در مطالعه‌ای که در لیسبون روی بیماران دیالیزی انجام داد، به این نتیجه رسید که بیماران دیالیزی از شیوه مقابله‌ای مسأله محور به نسبت بیشتری در مقایسه با شیوه مقابله‌ای هیجان محور استفاده کرده‌اند (۱۳).

بنابراین با توجه به رابطه کیفیت زندگی و سلامتی پژوهش حاضر در راستای تعیین ارتباط بین کیفیت زندگی و روش‌های مقابله‌ای به کار گرفته توسط بیماران تحت درمان با همودیالیز در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی استان

گلستان انجام شد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش یک مطالعه توصیفی تحلیلی از نوع همبستگی است. هدف تحقیق تعیین رابطه بین کیفیت زندگی و انواع روش‌های مقابله‌ای به کار گرفته شده (مشکل مدار، هیجان‌مدار و مشکل‌مدار هیجان‌مدار) توسط بیماران تحت همودیالیز است. مطالعه در سال ۱۳۸۱ به صورت مقطعی اجرا شد. نمونه‌ها حداقل شش ماه به صورت مداوم همودیالیز شده و سابقه پیوند کلیه نداشته و بین ۱۵-۶۵ سال سن داشتند. محیط پژوهش بخش‌های همودیالیز بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی استان گلستان شامل بخش‌های دیالیز گرگان، گنبد کاوس و بندر ترکمن بود. ابزار گردآوری شامل دو پرسشنامه بود: الف) پرسشنامه کیفیت زندگی برگرفته از پرسشنامه SF-۳۶^۱، KDQOLS^۲ و SQLI^۳، ب) پرسشنامه شیوه‌های مقابله‌ای که براساس پرسشنامه جالوویس^۴ و معیارهای ۸ گانه لازاروس^۵ تهیه شده (۲ و ۱۳) و روایی آن با روش اعتبار محتوا به وسیله اعضا هیأت علمی مورد تایید قرار گرفت. پایایی آن با روش آزمون مجدد و با استفاده از آلفای کرون باخ ۰/۸۶ محاسبه گردید. پرسشنامه کیفیت زندگی شامل ۳۰ سؤال با ابعاد مختلف وضعیت سلامت عمومی، توانایی‌های عملکردی، وضعیت روانی، سطح خوب بودن، رضایتمندی از زندگی، شادی، وضعیت تعقل، درد، حالت تهوع، استفراغ، خارش علائم و نشانه‌ها، خستگی، عملکرد جنسی، فعالیت اجتماعی، وضعیت حافظه، وضعیت اقتصادی و وضعیت حرفه‌ای بود.

پرسشنامه روش‌های مقابله‌ای شامل ۳۹ سؤال که ۱۵ سؤال

مربوط به شیوه مقابله‌ای مشکل‌مدار و ۲۴ سؤال مربوط به شیوه مقابله‌ای هیجان‌مدار و ۹ سؤال هم اطلاعات دموگرافیک بود. اطلاعات مربوط به پرسشنامه کیفیت زندگی و روش‌های مقابله‌ای با معیار لیکرت نمره گذاری شده بدین ترتیب که نمونه‌ها در پاسخ به هر سؤال یکی از حالات خیلی زیاد (امتیاز ۵)، زیاد (امتیاز ۴)، به طور متوسط (امتیاز ۳)، کمی (امتیاز ۲) و به هیچوجه (امتیاز ۱) را باید انتخاب می‌کردند. بنابراین امتیازات اختصاص یافته از ۱ تا ۵ بود و بعضی از سؤالات بنا به ماهیت بار منفی آنها به صورت معکوس نمره‌گذاری گردید. بنابراین حداکثر نمره در کیفیت زندگی ۱۵۰ و حداقل ۳۰ می‌توانست باشد. در این تحقیق با توجه به حداقل نمره ۷۳ و حداکثر ۱۱۵ و میانگین و انحراف معیار، مبنای تقسیم کیفیت زندگی به خوب، متوسط و ضعیف براساس $\mu \pm \delta$ می‌باشد. بدین ترتیب نمرات کمتر از ۸۱ کیفیت زندگی ضعیف، نمرات بین ۸۲ تا ۹۸ متوسط و نمرات بالاتر از ۹۹ کیفیت زندگی خوب در نظر گرفته شد. در پرسشنامه روش‌های مقابله‌ای هم به همان سبک کیفیت زندگی نمره‌گذاری شد. بنابراین حداکثر نمره در شیوه مقابله‌ای مشکل‌مدار ۷۵ و در شیوه مقابله‌ای هیجان‌مدار ۱۲۰ و حداقل نمره در شیوه مقابله‌ای مشکل‌مدار ۱۵ و در شیوه مقابله‌ای هیجان‌مدار ۲۴ و نمره شیوه مقابله‌ای در کل حداکثر ۱۹۵ و حداقل ۳۹ می‌توانست باشد که بر مبنای فرض توزیع نرمال و قاعده $\mu \pm \delta$ ، محدوده $\mu \pm 1\delta$ استفاده از شیوه مقابله مشکل‌مدار در حد متوسط، محدوده بالاتر از $\mu \pm 1\delta$ استفاده از شیوه مقابله مشکل‌مدار در حد زیاد و محدوده کمتر از $\mu - 1\delta$ استفاده از شیوه مقابله مشکل‌مدار در حد کم در نظر گرفته شد. در مورد شیوه مقابله هیجان‌مدار هم به همین سبک عمل گردید. با توجه به تبدیل کیفیت زندگی به حالت رتبه‌ای (خوب، متوسط، ضعیف)، و تبدیل میزان استفاده از روش‌های

۱ Short Form health survey Questionnaire-36

۲ Kidney Disease Quality of Life Scale

۳ Sendra Quality of Life Index

۴ Jalowiec

۵ Lazarus

مقابله‌ای مشکل‌مدار و هیجان‌مدار به صورت زیاد، متوسط، کم، ارتباط کیفیت زندگی با هر کدام از این روش‌ها به صورت جداگانه به وسیله آزمون کای دو سنجیده شد.

روش جمع‌آوری اطلاعات سرشماری بود که به تعداد ۱۶۷ مراجعه‌کننده منتخب واجد شرایط در پژوهش، پرسشنامه در اختیار آنها گذاشته شد. شیوه جمع‌آوری اطلاعات مصاحبه و تکمیل پرسشنامه بود.

برای سهولت کار از نرم‌افزار آماری SPSS و از روش‌های آمار توصیفی و استنباطی استفاده گردید. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها و تعیین رابطه بین کیفیت زندگی و شیوه‌های مقابله‌ای از آزمون‌های آماری کراسکال‌والیس و کای دو استفاده شد. ضریب اطمینان در این مطالعه در سطح ۹۵ درصد ($P < 0/05$) می‌باشد.

یافته‌ها

نتایج تحقیق نشان داد که از ۱۶۷ نفر نمونه تحقیق ۸۹ نفر مرد، ۷۸ نفر زن، ۱۴۴ نفر (۶۸/۳ درصد) متأهل، ۱۹/۸ درصد مجرد و ۳ درصد مطلقه بودند. از نظر وضعیت تحصیلی حداکثر ۳۷/۶۲ درصد بی‌سواد، ۷ درصد تحصیلات عالی یا دانشجوی، ۳۱ درصد ابتدایی، ۱۹/۸ درصد سیکل و ۷/۲ درصد دیپلم بودند. از نظر اشتغال ۳۸/۳ درصد بیکار و تنها ۲۱/۶ درصد استخدام بودند. از نظر توزیع سنی بالاترین درصد در ۲۵/۷۴ درصد در گروه سنی ۳۵-۴۴ سال و کمترین درصد در گروه ۱۵-۲۴ سال و ۵۵-۶۵ سال قرار داشتند (۱۱/۹۷ درصد). از نظر وضعیت درآمد بیشترین گروه (۷۹ نفر) مربوط به درآمد زیر ۳۰ هزار تومان و تنها ۱۲ نفر بالای ۹۰ هزار تومان درآمد داشتند. از نظر طول مدت دیالیز ۱۱۴ نفر به مدت کمتر از ۴ سال ۱۷ نفر بیش از ۱۰ سال سابقه دیالیز داشتند.

نمرات کیفیت زندگی بین حداکثر ۱۱۵ و حداقل ۷۳ متغیر بود. میانگین و انحراف معیار نمرات $89/56 \pm 8/13$ به دست

آمد. بیشترین درصد ۴۳/۱ درصد (۷۲ نفر) در گروه دارای نمره ۹۰-۹۹ بودند و کمترین تعداد (۱۳ نفر) در گروه نمره ۱۰۰-۱۱۵ قرار داشتند.

امتیازات به دست آمده در شیوه‌های مقابله‌ای به شرح ذیل بود:

توزیع نمرات شیوه مقابله‌ای مشکل‌مدار نشان داد که دامنه نمرات بین ۲۹ و ۷۲ است. میانگین و انحراف معیار نمرات $45/57 \pm 6/97$ و $53/29$ درصد نمونه‌ها نمراتشان در محدوده ۴۰-۴۹ و $2/4$ درصد نمونه‌ها بین ۶۰-۷۲ قرار داشتند.

در شیوه مقابله‌ای هیجان‌مدار دامنه تغییرات نمرات بین ۳۵ و ۹۱ بود، میانگین و انحراف معیار نمرات $62/29 \pm 10/57$ به دست آمد. $39/52$ درصد در گروه نمرات ۵۵-۶۴ و حداقل $2/4$ درصد در گروه نمرات ۸۵-۹۱ قرار داشتند.

نتایج نمرات شیوه مقابله‌ای به طور کل (شیوه مقابله‌ای هیجان‌مدار و مشکل‌مدار با هم) نیز نشان داد که دامنه تغییرات در محدوده ۶۸ و ۱۵۰ می‌باشد. میانگین و انحراف معیار نمرات $107/87 \pm 14/87$ و حداکثر $29/95$ درصد نمرات در محدوده ۱۱۰-۱۱۹ و حداقل $4/19$ درصد در گروه ۶۸-۷۹ قرار داشتند.

همین طور در تقسیم‌بندی کیفیت زندگی به سه بخش ضعیف، متوسط و خوب نشان داد که ۱۵ درصد کیفیت زندگی ضعیف، $72/4$ درصد کیفیت زندگی متوسط و $12/6$ درصد کیفیت زندگی خوبی داشتند. از کسانی که از شیوه مقابله‌ای مشکل‌مدار به میزان زیاد استفاده کرده‌اند (۴۰ نفر) ۲۴ درصد کیفیت زندگی متوسطی داشته‌اند. در حالی که تنها ۳ نفر (۱۴/۳ درصد) کیفیت زندگی خوبی داشته‌اند و در کل اکثریت بیماران کیفیت زندگی متوسطی داشته‌اند (۷۲/۴ درصد) و هم این که اکثریت شیوه مقابله‌ای مشکل‌مدار را به میزان متوسط استفاده کرده‌اند.

آزمون آماری کای دو بین کیفیت زندگی و میزان استفاده

جدول ۱: وضعیت کیفیت زندگی و شیوه‌های مقابله‌ای مشکل‌مدار در بیماران ۶۵-۱۵ سال تحت همودایلیز در بیمارستان‌های استان گلستان

| جمع | | میزان استفاده از شیوه مشکل‌مدار | | | | | | کیفیت زندگی |
|------|-------|---------------------------------|-------|-------|-------|------|-------|-------------|
| درصد | تعداد | کم | | متوسط | | زیاد | | |
| | | درصد | تعداد | درصد | تعداد | درصد | تعداد | |
| ۱۵ | ۲۵ | ۱۲/۲ | ۵ | ۴۱ | ۱۲ | ۳۲ | ۸ | ضعیف |
| ۷۲/۴ | ۱۲۱ | ۷۵/۶ | ۳۱ | ۵۰/۴ | ۶۱ | ۲۴ | ۲۹ | متوسط |
| ۱۲/۶ | ۲۱ | ۲۳/۸ | ۵ | ۶۱/۹ | ۱۳ | ۱۴/۳ | ۳ | خوب |
| ۱۰۰ | ۱۶۷ | ۲۴/۶ | ۴۱ | ۵۱/۴ | ۸۶ | ۲۴ | ۴۰ | جمع |

نشان داد که بین شیوه‌های مقابله‌ای مشکل‌مدار و هیجان‌مدار و ویژگی‌های فردی مانند جنسیت، وضعیت تاهل و طول مدت دیالیز رابطه معنی‌داری وجود نداشت. اما در ویژگی‌هایی مانند وضعیت تحصیلی با شیوه مقابله‌ای مشکل‌مدار $(\chi^2 = 21/334, P < 0/05)$ ، وضعیت اشتغال با شیوه مقابله‌ای مشکل‌مدار $(P < 0/05, \chi^2 = 12/970)$ ، وضعیت درآمد با شیوه مقابله‌ای مشکل‌مدار $(P < 0/05)$ ، کمرسکال و ایس رابطه معنی‌داری وجود داشت. در حالی که براساس این آزمون بین وضعیت درآمد و شیوه مقابله‌ای هیجان‌مدار و طول مدت دیالیز با شیوه مقابله‌ای هیجان‌مدار و مشکل‌مدار رابطه معنی‌داری مشاهده نشد. نهایتاً این که در آزمون بین کیفیت زندگی با وضعیت تاهل، وضعیت تحصیلی، وضعیت شغلی، طول مدت دیالیز و وضعیت درآمد رابطه معنی‌داری وجود نداشت.

از شیوه مقابله‌ای مشکل‌مدار رابطه معنی‌داری نشان نداد (جدول ۱).
جدول ۲ نشان می‌دهد که از مجموع ۴۶ نفری که از شیوه مقابله‌ای هیجان‌مدار به میزان زیاد استفاده کرده‌اند ۲۷/۳ درصد کیفیت زندگی متوسط و حداقل ۲ نفر (۹/۵ درصد) کیفیت زندگی خوبی داشته‌اند، در حالی که آن دسته از افرادی که کیفیت زندگی خوبی داشته‌اند و از شیوه مقابله‌ای هیجان‌مدار به میزان کم استفاده کرده‌اند ۱۲ نفر (۵۷/۱ درصد) بودند. یعنی هرچه کیفیت زندگی بهتر شده است از شیوه مقابله‌ای هیجان‌مدار کمتر استفاده شده است. همین‌طور اطلاعات نشان‌دهنده این است که در مجموع گرایش به استفاده از شیوه مقابله‌ای هیجان‌مدار در حد متوسط است (۴۳/۷ درصد). نتایج آزمون کای دو بین کیفیت زندگی و میزان استفاده از شیوه مقابله‌ای هیجان‌مدار رابطه معنی‌داری را نشان داد $(P < 0/05)$.
در رابطه با شیوه‌های مقابله‌ای و مشخصات فردی پژوهش

جدول ۲: وضعیت کیفیت زندگی و شیوه‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار در بیماران ۶۵-۱۵ سال تحت همودایلیز در بیمارستان‌های استان گلستان

| جمع | | میزان استفاده از شیوه هیجان‌مدار | | | | | | کیفیت زندگی |
|------|-------|----------------------------------|-------|-------|-------|------|-------|-------------|
| درصد | تعداد | کم | | متوسط | | زیاد | | |
| | | درصد | تعداد | درصد | تعداد | درصد | تعداد | |
| ۱۵ | ۲۵ | ۴ | ۱ | ۵۲ | ۱۳ | ۴۴ | ۱۱ | ضعیف |
| ۷۲/۴ | ۱۲۱ | ۲۸/۹ | ۳۵ | ۴۳/۸ | ۵۳ | ۲۷/۳ | ۳۳ | متوسط |
| ۱۲/۶ | ۲۱ | ۵۷/۱ | ۱۲ | ۳۳/۳ | ۷ | ۹/۵ | ۲ | خوب |
| ۱۰۰ | ۱۶۷ | ۲۸/۷ | ۴۸ | ۴۳/۷ | ۷۳ | ۲۷/۵ | ۴۶ | جمع |

وضعیت زندگی در قالب فرهنگ و ارزش های حاکم بر جامعه و در راستای اهداف، انتظارات، استانداردها و علایق خود تعریف می کند. بنابراین کیفیت زندگی ارتباط تنگاتنگی با وضعیت جسمی، روانی، اعتقادات شخصی، میزان خوداتکایی، ارتباطات اجتماعی و محیط زیست دارد (۱۴). در معیاری که میکائیل ای و سامانتا سی سودرگرن برای سنجش کیفیت زندگی مورد استفاده قرارداد کیفیت زندگی به صد قسمت تقسیم گردیده است. بدین ترتیب که نمره بالاتر از ۷۰ را کیفیت خوب، ۵۵ تا ۶۹ را کیفیت متوسط و نمره پایین تر از ۴۰ را کیفیت بد تقسیم بندی کرده است.

بابس جی و همکاران کیفیت زندگی را مطابق پرسشنامه SF-۳۶ به ابعاد مختلف عملکرد جسمانی، نقش های جسمانی، سلامت عمومی، درد جسمانی، سرزندگی و نیروی حیاتی، عملکرد اجتماعی، نقش های هیجانی روانی و سلامت روان تقسیم می نماید. نتایج تحقیق کارول و همکاران مطابق این تقسیم بندی تنوع زیادی را نشان می دهد. به طوری که در بعد نقش های اجتماعی نمره ۱۱/۲ و حداکثر نمره را در بعد سلامت روان، ۵۴ به دست می آورد (۱۵).

اما پراتکین جواردن می گوید: اندازه گیری کیفیت زندگی در متون پزشکی با نگرش های متفاوت، متدهای گوناگون و با ابعاد متفاوتی انجام شده است. لذا دامنه نمرات به دست آمده متفاوت است (۲). بنابر این با مقایسه نمرات کیفیت زندگی بیماران دیالیزی در این تحقیق با معیار میکائیل اکثریت نمونه ها کیفیت زندگی نسبتاً خوبی داشته اند.

در رابطه با جنسیت و کیفیت زندگی و شیوه های مقابله ای، تحقیق حاضر نشان داد میانگین نمرات کیفیت زندگی در دو جنس با هم تفاوتی ندارند و در شیوه های مقابله ای هم تفاوتی مشاهده نشد. وایت نیز در تحقیق خود روی زنان و مردان دریافت که شیوه های سازگاری آنان با یکدیگر تفاوت

جدول ۳: توزیع چگونگی وضعیت درآمد و آزمون های آماری شیوه های مقابله ای در بیماران ۶۵-۱۵ سال تحت همودیا لیز در

بیمارستان های استان گلستان

| هیجان مدار | | مشکل مدار | | وضعیت درآمد |
|---------------|-------|---------------|-------|---------------------|
| میانگین | تعداد | میانگین | تعداد | |
| رتبه ای | | رتبه ای | | |
| ۸۶ | ۷۹ | ۷۱/۸ | ۷۹ | زیر ۳۰ هزار تومان |
| ۸۱/۳۲ | ۵۵ | ۸۷/۸۶ | ۵۵ | ۳۰-۶۰ هزار تومان |
| ۸۳/۰۵ | ۲۱ | ۱۰۱/۸۸ | ۲۱ | ۶۰-۹۰ هزار تومان |
| ۸۴/۷۹ | ۱۲ | ۹۲/۰۸ | ۱۲ | بالای ۹۰ هزار تومان |
| ۸۴ | ۱۶۷ | ۸۲/۲ | ۱۶۷ | جمع |
| $P \geq 0.05$ | | $P \leq 0.05$ | | آزمون آماری |

جدول ۴: توزیع طول مدت دیالیز و آزمون های آماری شیوه های

مقابله ای در بیماران ۶۵-۱۵ سال تحت همودیا لیز در بیمارستان های

استان گلستان

| هیجان مدار | | مشکل مدار | | طول مدت دیالیز |
|---------------|-------|---------------|-------|----------------|
| میانگین | تعداد | میانگین | تعداد | |
| رتبه ها | | رتبه ها | | |
| ۸۴/۴۰ | ۱۱۴ | ۸۲/۴۴ | ۱۱۴ | ۱-۴ سال |
| ۸۶/۳۶ | ۳۶ | ۸۵/۲۴ | ۳۶ | ۵-۹ سال |
| ۷۶/۲۹ | ۱۷ | ۹۱/۸۵ | ۱۷ | بالای ۱۰ سال |
| ۸۳/۹ | ۱۶۷ | ۸۴ | ۱۶۷ | جمع |
| $P \geq 0.05$ | | $P \geq 0.05$ | | آزمون آماری |

بحث

در این تحقیق نمره کیفیت زندگی بیماران دیالیزی حداکثر ۱۱۵ و حداقل ۷۳ بود که ۴۳/۱ درصد (۷۲ نفر) در گروه دارای نمره ۹۰-۹۹ بودند و همین طور در تقسیم بندی کیفیت زندگی به سه بخش ضعیف، متوسط و خوب نشان داد که ۱۴/۹۷ درصد کیفیت زندگی ضعیف، ۷۲/۴۵ درصد کیفیت زندگی متوسط و ۱۲/۵۷ درصد کیفیت زندگی خوبی داشتند. آزمون آماری بین کیفیت زندگی و شیوه مقابله ای معنی دار بود. سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی را درک افراد از

معنی داری ندارد (۱۶).

در زمینه وضعیت تحصیلی، درصد بالایی از مبتلایان بی سواد یا در حد سواد ابتدایی می باشند (در مجموع ۶۸/۸ درصد) و رابطه معنی داری بین کیفیت زندگی و سطح سواد وجود نداشت. اما از نظر شیوه های مقابله ای و سطوح سواد در شیوه مقابله ای مشکل مدار یک رابطه بسیار قوی مشهود است. بیماری مزمن و دیالیز شدن به عنوان یک وضعیت استرس زا، واکنشی (پاسخی) را به همراه دارد که شامل پاسخ های هیجانی، سوماتیکی و روانی می باشد و سبب فشار روانی می گردد (۱۷). لازاروس و فالکمن این پاسخ ها را به صورت واکنش های رفتاری، هیجانی یا انگیزشی و یا فکری (ادراکی) بیان می کنند (۱۸) و آن را به دو نوع تقسیم می نمایند: شیوه مقابله ای مسأله محور (مشکل مدار) و هیجان مدار که از فردی تا فرد دیگر و از یک بیماری تا بیماری دیگر می تواند متفاوت باشد. به بیان دیگر بیماران در پی آن هستند که این شرایط استرس زا را کنترل، اداره و یا با آن کنار آمده و با آن زندگی کنند (۶). نتایج تحقیقی بین بیماران دیالیزی در استرالیا نشان داد که مددجویان از شیوه های مقابله ای مشکل مدار در مقابله با تنش زها به طور مؤثرتری استفاده می کنند و بین کیفیت زندگی و برخی مشخصات فردی مانند جنسیت، تاهل، سطح تحصیلات و شغل رابطه معنی داری وجود دارد (۱۹).

بنزار در مطالعه خود در می یابد که بیماران مزمن بیشتر از شیوه مقابله ای مشکل مدار استفاده کرده اند. ضمن این که از رنجش روانی بالایی برخوردار بوده اند و این مبین این است که این بیماران علی رغم تجربه آزاردهنده سعی به اقدامات فعالانه در راستای مقابله با شرایط تهدید آمیز دارند و برعکس آنهایی که از شیوه مقابله ای هیجان مدار استفاده می کنند از سازگاری روانشناختی پایین تری برخوردارند و نیز این تحقیق

نشان می دهد که سطح سواد پایین، با سازگاری هیجان محور رابطه دارد و این گویای این حقیقت است که افراد کم سواد در معرض آسیب پذیری بیشتری هستند. به بیان دیگر سطح بالای آموزش به عنوان منبعی ملاحظه می گردد که کفایت افراد بیمار را در سازگاری فعالانه افزایش می دهد (۲۰).

کیفیت زندگی و وضعیت کار رابطه ای را نشان نداد لیکن در شیوه های مقابله ای، وضعیت کار با شیوه مقابله ای مشکل مدار معنی دار بود و این وضعیت با درآمد ماهانه نیز مشابه بود. یعنی با شیوه مقابله ای مشکل مدار رابطه ای معنی داری را نشان داد.

ریموند و همکاران در پژوهشی دریافتند که بین کیفیت زندگی پایین و کهولت سن و بیکاری و درآمد پایین رابطه معنی داری وجود دارد (۲۱).

در توصیف اطلاعات بیشترین درصد ۴۷/۳۰ درصد درآمد زیر ۳۰ هزار تومان را گزارش کردند و ۲۵/۷۴ درصد در گروه سنی ۴۴-۳۵ سال قرار داشتند که به نظر می رسد بسیار آسیب پذیر باشند. یعنی افراد به سوی شیوه های هیجان محور گرایش پیدا می کنند و نتایج قسمت های دیگر هم، مبین همین واقعیت است که این افراد کیفیت زندگی شان به سوی متوسط و ضعیف سوق پیدا کرده است. بنابراین می توان نتیجه گرفت که هر چه میزان استفاده از شیوه های مقابله ای هیجان محور بیشتر شود کیفیت زندگی ضعیف تر و افراد به سوی انزوا، اجتناب و سرکوب احساسات روی آورده و حالت منفعل پیدا می کنند (۷).

از نظر کیفیت زندگی میانگین ۸۹/۵۶ و انحراف معیار ۸/۱۳ و حداکثر ۴۳/۱ درصد نمره ای بین ۹۹-۹۰ داشتند که با تبعیت از ۸۹/۵۶±۸/۱۳ بیشترین درصد در محدوده نرمال قرار دارند و این یافته با نتایج تحقیق وایت و همکاران بین کیفیت زندگی و شیوه های مقابله ای که گزارش کردند ۸۱ درصد

سوی برنامه‌های خود مراقبتی، کاهش محرومیت، کاهش تضعیف روحیه و افزایش مشارکت در مراقبت از خود، سوق پیدا می‌کند (۲۳ و ۹) که البته در این تحقیق میزان استفاده از این دو شیوه به طور مستقل تفاوت چشمگیری را نشان نمی‌دهد. در حالی که وایت و همکاران در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که بین کیفیت زندگی و شیوه‌های مقابله‌ای همبستگی قابل توجه‌ای وجود دارد (۲۲).

نتیجه کلی این که کیفیت زندگی بیماران دیالیزی در حد متوسط بود و بین کیفیت زندگی و شیوه مقابله‌ای هیجان‌مدار رابطه وجود داشت و نیز در مجموع بین کیفیت زندگی و شیوه‌های مقابله رابطه وجود داشت. بنابراین در طراحی برنامه‌های مراقبتی و پیشگیری و بهبود کیفیت زندگی بیماران می‌توان از آن استفاده کرد.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران از همکاران بخش‌های دیالیز بیمارستان‌های گرگان، گنبدکاووس و بندرترکمن که در جمع‌آوری اطلاعات نهایت همکاری را نموده‌اند سپاسگزاری می‌نمایند.

نمونه‌ها کیفیت زندگی خوبی داشته‌اند تقریباً مطابقت دارد (۲۲). همین طور نمرات شیوه‌های مقابله‌ای، میانگین ۱۰۷/۸۷ و انحراف معیار ۱۴/۶۲ داشت که به نظر می‌رسد پراکندگی بیشتری دارد. در آزمون بین روش مقابله‌ای و کیفیت زندگی هنگامی که به تفکیک، روش‌ها مورد آزمون قرار گرفت بین کیفیت زندگی و شیوه مقابله‌ای هیجان‌مدار یک رابطه معنی‌دار قوی وجود داشت ($P < 0/05$)، بدین معنی که هر چه کیفیت زندگی بهتر شده میزان استفاده از شیوه مقابله‌ای هیجان‌مدار کمتر شده و با توجه به تحقیقات دیگران و استدلال منطقی و نظریات فالکمن و لازارس عقلانی به نظر می‌رسد که هر چه میزان استفاده از شیوه مقابله‌ای هیجان‌مدار کاسته شود، بر میزان استفاده از شیوه مقابله‌ای مشکل‌مدار افزوده می‌شود و مطابق با یافته‌های این تحقیق این یک واقعه مطلوب است که بر کیفیت زندگی بیماران نیز اثر مثبتی می‌گذارد. چنان که گری می‌نویسد: استفاده از شیوه مقابله‌ای مشکل محور فرد را هدفمند می‌کند و معمولاً زمانی بیمار از آن استفاده می‌کند که استرسور به عنوان یک عامل قابل کنترل و رام شدنی ادراک و ارزیابی شود و نتیجتاً بیمار به

منابع

- 1) Bobes J, Gonzalez MP, Bascaran MT, Arango C, Saiz PA, Bousono M. Quality of life and disability in patients with obsessive-compulsive disorder. *European Psychiatry*. 2001; 16(4): 239-242.
- 2) Prutkin JM, Feinstein AlvanR. Quality of life measurements: origin an pathogenesis. *Yale Journal of Biology and Medicin*. 2002; 17(5) :73-93.
- 3) Barry P. Psychosocial nursing care of physically ill patients. third edition. Philadelphia. Lippinocott Company. 1996; 183-185.
- 4) Varricho C. Relevance of quality of life to clinical Nursing practice. Seminar in Oncology Nursing. 1990; 225-259.
- 5) Ferrans CE, Powers M. Psychometric assessment of the quality of life index. *Reaserch in nursing and health*. 1992;15(8):29-38.
- 6) Lindeman CA, Mcathie M. Fundamental of contemorary nursing practice. 1st edition. Philadephia.WB.Saunders Company.1999;PP: 911-3.
- 7) Falkman S, Moskowitz JT. Positive affect and the other side of coping. *American Psychologist*. 2000; 55(2): 647-654.
- 8) Carolyn M, Aldwin A, Lorigena A. Coping and health acomparison of the stress and trauma. *American Psychological Association Journal*. 2001; 53(7):11-25.

- 9) Gray M. Coping and behavior Diabetes. Life styl. Diabet Spectrum. 2000; 13(3): 167-173.
- 10) Molzan A. The reported quality of life selected home hemodialysis patients. ANNA Journal. 1991; 18(2):173-180.
- 11) Raymond K, Devins GM. Quality of life in Patients on chronic Dialysis: Self-assessment 3 months after the start of treatment. Am J Kidny Dis. 1997; 29(4): 584-592.
- 12) Molzan A, Robert A, Parkerson GR. Quality of life of individuals with ESRD: Perception of patients Nurses and physicians. ANNA Journal. 1997; 24(3): 325-333.
- 13) Cristovao F. Stress, coping and quality of life among chronic haemodialysis patients. EDTNA ERCA J. 1999; 25(4): 35-38.
- ۱۴) سیاری ، علی اکبر. گری ، دیوید. اسدی لاری ، محسن. ارزیابی کیفیت زندگی. تجربیات جهانی و ضرورت اقدام در ایران. طب و تزکیه. تابستان ۱۳۸۰. شماره ۴۱. صفحات ۳۰ تا ۳۳.
- 15) Carole L, Serge B, Luc F, Bernadette H. Effect of end stage renal disease on the quality of life of older patients. JAGS. 2003; 51(issu 2): 226- 233.
- 16) White E. Coping with stress. Under graduate Journal of Psychology. 2000; 13(4):232 -237.
- 17) Gelder M, Gath D, Mayou R, Cowen P. Oxford Text Book of Psychiatry. Third edition. New York. Oxford University Press. 1996; 134-135.
- 18) Philip G, Gerrig RJ. Psychology and life. Second edition. New York. Longman. 1999; 516-518.
- 19) Lok BP. Stressor, coping mechanisms and quality of life among dialysis patients. Journal of Advanced Nursing. 1996; 23(4): 873-881.
- 20) Bben ZH, Ora G, Shirly L. Coping with breast cancer. Am Psycho Socie J. 2001; 63(2): 32-39.
- 21) Lewis S, Dunn S. Quality of life for spouses of COPD patients. ANNA Journal. 1994; 21(5): 237-246.
- 22) White M, Star A, Lweis T. Stress, coping and quality of life in adult kidney transplant recipients. ANNA Journal. 1989; 17(6): 421-424.
- 23) BobesJ, Gonzalez MP, Bascaran MT, Arango C, Saiz PA, Bousono M. Quality of life and disability in patient with obsessive-compulsive disorder. European Psychiatry Journal. 2001; 16 (4):239-254.

Archive of SID