

کیفیت زندگی، عوامل تنیدگی آور و روش‌های مقابله‌ای در بیماران تحت درمان با همودیالیز

بهناز رحیمیان^۱، محبوبه نصیری^۲، عباس شمسعلی نیا^۳، نیره صادقی جوان^۴، افشین سروش^۵

تاریخ دریافت ۸۷/۵/۱۰ تاریخ پذیرش ۸۷/۸/۱۲

چکیده

پیش زمینه و هدف: بیماران تحت درمان با همودیالیز با عوامل تنش‌زای متعددی از قبیل جسمی، روانی و اجتماعی مواجه می‌باشند و کیفیت زندگی آنان تحت تاثیر این عوامل قرار می‌گیرد به طوری که روش زندگی، وضع خانوادگی، موقعیت‌های شغلی و اجتماعی دستخوش تغییرات زیادی می‌گردد و امیدوی به آینده‌ی خود ندارند. مشکل عمده این بیماران که موجب پیچیده‌تر شدن شرایط کیفی زندگی شده روش‌های مقابله‌ای و تطابقی با بیماری است و دامنه این واکنش‌ها از کسب مجدد و کامل توانایی تا خودکشی متغیر است و این پژوهش با هدف کلی تعیین کیفیت زندگی، عوامل تنیدگی آور و انواع روش‌های مقابله‌ای در بیماران تحت درمان با همودیالیز در بیمارستان رامسر و تنکابن سال ۱۳۸۵ انجام شده است.

مواد و روش‌ها: این پژوهش یک مطالعه توصیفی - مقطعی می‌باشد جامعه آماری تمامی بیماران واجد شرایط تحت درمان با همودیالیز در دو بیمارستان رامسر و تنکابن بود که پژوهش بر روی ۴۲ بیمار انجام شد. ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسش‌نامه چهار قسمتی می‌باشد که شامل مشخصات فردی، کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی، عوامل تنیدگی آور و روش‌های مقابله‌ای (تطابقی) می‌باشد، جمع‌آوری اطلاعات از طریق مصاحبه بوده است تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و تحلیلی (کای-دو، تی مستقل و آنالیز واریانس) و با کمک نرم افزار SPSS انجام گرفته است.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان می‌دهد که اکثریت نمونه‌های پژوهش زن (۶۱/۹ درصد)، در گروه سنی ۶۷-۵۷ سال (۲۷/۶ درصد)، بی‌سواد (۵۹/۵ درصد)، عدم تامین مخارج زندگی تا حدودی (۴۷/۶ درصد) و سابقه دیالیز به مدت یک سال (۳۳/۳ درصد) می‌باشد. اکثریت نمونه‌ها کیفیت زندگی در بعد جسمی عمومی و کیفیت عمومی زندگی در حد پایین (به ترتیب ۸۸/۱ درصد و ۶۱/۹ درصد) و در بعد فعالیت‌های مهم انسانی در حد متوسط (۴۵/۲ درصد)، در زمینه عوامل تنیدگی آور جسمی و روانی در حد کم (۹۰/۵ درصد و ۶۴/۳ درصد) و در بعد اجتماعی در حد زیاد (۴۵/۲ درصد) و در زمینه شیوه مقابله‌ای مشکل مدار در حد کم (۵۴/۸ درصد) و هیجان مدار در حد زیاد (۸۳ درصد) داشته‌اند. بین وضعیت جسمی عمومی و فعالیت‌های مهم انسانی با اشتغال و کیفیت زندگی با مخارج زندگی اختلاف معنی‌دار بوده است (به ترتیب $P < 0.000$ ، $P < 0.05$ و $P < 0.04$).

بحث و نتیجه‌گیری: یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد با این که عوامل تنیدگی آور جسمی و روانی در حد پایین بوده اما شیوه مقابله‌ای هیجان مدار در حد زیاد و کیفیت عمومی زندگی در حد پایین می‌باشد. بنابراین لازم است برای ارتقاء کیفیت زندگی این بیماران با ارائه خدمات پرستاری در جهت آموزش و حمایت تاکید بیشتری بر روی شیوه‌های مقابله‌ای مناسب شود.

کلید واژه‌ها: کیفیت زندگی، روش‌های مقابله‌ای، عوامل تنیدگی آور، همودیالیز.

فصلنامه دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره ششم، شماره چهارم، ص ۱۷۷-۱۷۰، زمستان ۱۳۸۷

آدرس مکاتبه: رامسر، دانشکده پرستاری و مامایی، واحد ccu و دیالیز

Email: pazhouheshramsar@gmail.com

^۱ مربی واحد ccu و دیالیز دانشکده پرستاری و مامایی فاطمه زهرا (س) رامسر

^۲ مربی و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی بابل

^۳ عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی بابل

^۴ کارشناس پرستاری بیمارستان شهید رجایی تنکابن

^۵ کارشناس پرستاری بیمارستان امام سجاد (ع) رامسر

مقدمه

کیفیت زندگی مفهومی پیچیده است که بسیاری از اوقات کیفیت زندگی، سلامت و رضایت از زندگی به صورت مترادف مورد استفاده قرار می‌گیرد. از نظر فرانس^۱ یکی از صاحب نظران در این حیطه، کیفیت زندگی عبارتند از شادی، ارضای تمایلات، دستیابی به اهداف شخصی، احساس مفید بودن و توان فیزیکی و روحی است (۱). ونگروفبرگ^۲ نیز کیفیت زندگی را به عنوان آن دسته از خصوصیت‌های تعریف می‌کنند که فرد بتواند توانایی‌هایش را در فعالیت‌های با ارزش زندگی حفظ کند تا ضمن شناخت موقعیت فعلی و عوامل متغیر بر کیفیت زندگی، برنامه لازم جهت ایجاد تغییر و اصلاح برای رسیدن به وضع مطلوب تدوین نماید (۳).

بیماری‌های مزمن در زندگی بسیاری از مردم به طور مستقیم و غیرمستقیم تاثیر می‌گذارد (۴) در این راستا تحقیقات نشان می‌دهد که بین کیفیت زندگی و بیماری ارتباط تنگاتنگی وجود دارد، نارسایی مزمن کلیه یکی از آن بیماری‌ها است به طوری که نارسایی مزمن کلیه و درمان‌های انجام شده به طور معنی‌داری کیفیت زندگی بیماران و خانواده آن‌ها را تحت الشعاع قرار می‌دهد (۵).

هر سال به طور فزاینده‌ای بر میزان بیماری‌هایی که به سمت مرحله نهایی بیماری کلیه پیشرفت می‌کنند افزوده می‌شود. آمارها نشان می‌دهد که بروز مرحله نهایی کلیه با سرعت تقریباً ۸ درصد در حال افزایش است (۶). چنانچه آمارها در ایالات متحده نشان می‌دهد تا سال ۲۰۰۰ بیش از ۳۴۵۰۰۰ نفر مبتلا به این بیماری بوده‌اند و هر سال به طور متوسط ۸۰۰۰۰ نفر افزایش می‌یابد که این تعداد در سال ۲۰۱۰ به ۶۶۰۰۰۰ می‌رسد (۷) و نیز آمارهای موجود در کشورمان نشان می‌دهد که در سال ۱۳۸۱ تعداد بیماران ۸۵۰۰ نفر بوده است (۸) که بر طبق آمار معاونت مرکز

پیوند و بیماری‌های خاص وزارت بهداشت تا سال ۱۳۸۵ تعداد بیماران به ۱۳۰۰۰ نفر رسیده است (۹). واریشویو^۳ معتقد است بیمار مبتلا به نارسایی مزمن کلیوی برای حفظ سلامتی خود تحت درمان با همودیالیز قرار می‌گیرد، درحالی‌که عوامل تنش‌زا علاوه بر این که باقی می‌مانند ممکن است تشدید یابند زیرا بیمار دیالیزی با عوامل زیادی از نظر جسمی، روانی و اجتماعی مواجه می‌باشد، و امید به آینده خود ندارد چرا که روش زندگی، وضع خانوادگی و موقعیت‌های شغلی و اجتماعی وی دچار تغییرات زیادی گشته و به همین دلیل کیفیت زندگی در این بیماران بسیار با اهمیت و قابل بررسی است (۱۰). یکی از اولین ارزیابی کیفیت زندگی بیماران همودیالیز که (۱۹۷۵) توسط لوی و وین برانت از طریق مصاحبه انجام گرفته بود نشان می‌دهد تنها یک سوم بیماران از کیفیت زندگی نسبتاً مطلوب و قابل قبول برخوردار بودند (۱۱). درحالی‌که نتایج پژوهش ریموند^۴ و همکاران (۱۹۹۷) در هلند تحت عنوان بررسی کیفیت زندگی بیماران همودیالیز در ارتباط با عملکرد جسمی و وضعیت سلامت عمومی حاکی از آن است که عملکرد جسمی و وضعیت سلامت عمومی دارای نقصان قابل توجهی بوده و در زمینه ایفای نقش عاطفی و بهداشت روانی از کیفیت پایین‌تری برخوردار بودند (۱۲).

در نتیجه آنچه که موجب پیچیده‌تر شدن شرایط کیفی زندگی بیماران دیالیزی می‌گردد مسایل روانی و اجتماعی ناشی از بیماری و روش‌های مقابله با بیماری است (۱۳). فالکمن و لازاروس^۵ به عنوان صاحب نظران مطالعه روش‌های مقابله‌ای، آن را به دو روش مشکل مدار و هیجان مدار تقسیم بندی کردند. روش مقابله‌ای مشکل مدار شامل تلاش‌هایی است که در برگزیده حل مشکل یا روبرو شدن مستقیم با تقاضای آن مشکل می‌باشد و روش مقابله‌ای

³ Varricho

⁴ Raymond

⁵ Falkman-Lazarus

¹ Ferans

² Wanger and Furberg

هیجان مدار هنگامی به وقوع می‌پیوندد که شخص در می‌یابد هیچ چیز به‌طور مستقیم نمی‌تواند انجام گیرد (۱۴).
 با توجه به ارتباط تنگاتنگ کیفیت زندگی، بیماری، عوامل تنش‌زا و روش‌های مقابله‌ای و نظر به این‌که پژوهشگر تجربیات زیادی در واحد دیالیز داشته و در برخورد نزدیک با مشکلات و مسائل این بیماران بوده است، بر آن شد تا پژوهشی را با هدف کلی تعیین کیفیت زندگی، عوامل تنیدگی‌آورها و روش‌های مقابله‌ای با آن در بیماران همودیالیز مراجعه کننده در دو بیمارستان رامسر و تنکابن در سال ۱۳۸۵ انجام دهد و امید دارد که نتایج حاصل از این پژوهش بتواند گامی ارزنده در جهت ارتقاء کیفیت زندگی و روش‌های مقابله‌ای موثر در بیماران تحت درمان با همودیالیز برداشته شود.

مواد و روش‌ها

این پژوهش یک مطالعه توصیفی - مقطعی می‌باشد. جامعه آماری تمامی بیماران واجد شرایط (انجام دیالیز مداوم حداقل به مدت شش ماه و عدم سابقه پیوند کلیه) تحت درمان با همودیالیز در دو بیمارستان امام سجاده (ع) رامسر و شهید رجایی تنکابن در سال ۱۳۸۵ بود. ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسش‌نامه‌ای مشتعل بر چهار بخش می‌باشد:

۱- مشخصات فردی شامل: جنس، سن، سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال، محل سکونت، درآمد خانواده، سابقه انجام دیالیز، دفعات دیالیز، زمان انجام دیالیز.

۲- پرسش‌نامه کیفیت زندگی که براساس مطالعات پارایلا و همکاران در سال ۱۹۸۳ تدوین شده است، شامل: کیفیت عمومی زندگی با پنج عبارت و محدوده نمرات ۵-۳۰، وضعیت جسمی عمومی با پنج عبارت و محدوده نمرات ۵-۳۰، فعالیت‌های مهم انسانی با چهار عبارت و محدوده نمرات ۴-۲۴ می‌باشد. بیشترین نمره نشان دهنده بالاترین کیفیت زندگی و کم‌ترین نمره نشان

دهنده پایین‌ترین کیفیت زندگی است. روایی و پایایی آن توسط آهنگر داودی (۱۳۸۳) تایید شده است (۱۵).

۳- پرسش‌نامه عوامل تنیدگی‌آور (HSS) که بر اساس مطالعات بالدرک و همکاران در سال ۱۹۸۲ تدوین کرده است، شامل: عوامل جسمی با ۱۳ عبارت و محدوده نمرات ۱۳-۶۵، عوامل روانی با هفت عبارت و محدوده نمرات ۷-۳۵ و عوامل اجتماعی با ۹ عبارت و محدوده نمرات ۹-۴۵، بیشترین نمره نشان دهنده عوامل تنیدگی‌آور بیشتر می‌باشد.

۴- پرسش‌نامه روش‌های مقابله‌ای که براساس پرسش‌نامه جالوویس و معیار هشت گانه لازاروس تدوین شده است، شامل: روش‌های مقابله‌ای مشکل مدار با ۱۵ عبارت و محدوده نمرات ۱۵-۷۵، روش‌های مقابله‌ای هیجان مدار با ۲۴ عبارت و محدوده نمرات ۲۴-۱۲۰ می‌باشد. در شیوه مقابله‌ای مشکل مدار و هیجان مدار هرچه نمره بیشتر باشد شیوه مقابله‌ای بهتر است روایی و پایایی دو پرسش‌نامه‌ی فوق توسط محمودی در سال ۱۳۸۱ تایید شده است (۱۶). سوالات براساس معیار لیکرت نمره‌گذاری شده که نمونه‌ها در پاسخ به هر سوال یکی از حالت‌های خیلی زیاد (امتیاز ۵)، زیاد (۴)، متوسط (۳)، کم (۲)، ابداً (امتیاز ۱) را انتخاب کردند. بنابراین امتیازات اختصاص یافته از ۱ تا ۵ بوده و بعضی از سوالات بنابه بار منفی آن‌ها معکوس نمره‌گذاری شده است. شیوه جمع‌آوری اطلاعات و تکمیل پرسش‌نامه از طریق مصاحبه بوده است که در حین دیالیز و زمانی که بیمار از نظر جسمی و روحی شرایط مطلوبی را دارا بوده انجام شد. تجزیه و تحلیل اطلاعات با استفاده از آمار توصیفی و تحلیلی (آزمون کای دوتی مستقل و آنالیز واریانس) و با کمک نرم افزار آماری SPSS انجام پذیرفت.

یافته‌ها

پژوهش بر روی ۴۲ بیمار واجد شرایط انجام شد و نتایج یافته‌ها نشان می‌دهد که اکثریت واحدهای پژوهش درگروه سنی ۵۷-۶۷

رفت و آمد به مراکز دیالیز با ۴۵/۲ درصد پاسخ ابداً را عنوان نموده‌اند.

نتایج حاکی از آن است که عامل تنیدگی اجتماعی بالاترین حد تنیدگی (۴۵/۲ درصد پاسخ زیاد) بوده است و سپس به ترتیب عامل تنیدگی روانی و جسمی (به ترتیب ۵۲/۳ درصد و ۵۸/۴ درصد پاسخ کم) می‌باشد.

نتایج پژوهش نشان می‌دهد که در اکثریت واحدهای پژوهش ۸۳ درصد از مکانسیم‌های تطابقی هیجان مدار به میزان زیاد و مشکل مدار ۵۴/۸ درصد به میزان زیاد استفاده می‌کنند.

محدوده نمرات روش‌های مقابله‌ای هیجان مدار ۴۸-۸۵ با میانگین و انحراف معیار $66/17 \pm 8/36$ بوده است و بیشترین فراوانی مربوط به دعاکردن و متوسل شدن (با پاسخ ۷۱/۴ درصد خیلی زیاد) می‌باشد. و روش‌های مقابله‌ای مشکل مدار محدوده نمرات ۵۲-۲۶ بوده با میانگین و انحراف معیار $38/69 \pm 7/63$ بوده است و بیشترین فراوانی مربوط به عبارت اطلاعات بیشتری کسب می‌کنم تا بهتر بتوانم مشکم راحل کنم (با پاسخ ۵۰ درصد زیاد) می‌باشد.

براساس آزمون کای - اسکوآر بین کیفیت زندگی با مخارج زندگی اختلاف معنی‌دار بوده است ($P < 0/04$) بین وضعیت جسمی عمومی، فعالیت‌های مهم انسانی (ابزار کیفیت زندگی) با اشتغال نیز اختلاف معنی‌دار بود (به ترتیب $P < 0/00$ ، $P < 0/05$) و بین کیفیت زندگی با سایر متغیرهای دموگرافیک اختلاف معنی‌دار نبوده است. ارتباط بین وضعیت جسمی عمومی، فعالیت‌های مهم انسانی و کیفیت عمومی زندگی با نمرات کلی روش‌های مقابله‌ای مشکل مدار و هیجان مدار در بیماران تحت درمان با همودیالیز در جدول شماره ۲ آمده است.

براساس آزمون آنالیز واریانس یافته‌ها نشان می‌دهد که بین روش‌های مقابله‌ای مشکل مدار با عوامل تنیدگی آورهای جسمی، روانی و اجتماعی اختلاف معنی‌دار نبود ولی بین روش‌های

سال (۲۸/۶ درصد)، زن (۶۱/۹ درصد)، متاهل (۹۰/۵ درصد)، بی‌سواد (۵۹/۵ درصد)، خانه‌دار (۵۲/۴ درصد)، شهر (۵۷/۱ درصد)، از نظر وضعیت درآمد تامین مخارج زندگی تا حدودی (۴۷/۶ درصد)، سابقه انجام همودیالیز به مدت یک‌سال (۳۳/۳ درصد) و زمان انجام دیالیز صبح (۵۷/۱ درصد) بوده است.

نتایج نشان می‌دهد که میانگین و انحراف معیار کیفیت عمومی زندگی، وضعیت جسمی عمومی و فعالیت‌های مهم انسانی به ترتیب $3/2 \pm 14/76$ ، $13/52 \pm 4/75$ ، $11/67 \pm 7/67$ بوده است. اکثریت افراد کیفیت عمومی زندگی (۶۱/۹ درصد) در حد کم، وضعیت جسمی عمومی (۸۸/۱ درصد) در حد کم و فعالیت‌های مهم زندگی (۴۵/۲ درصد) را در حد متوسط پاسخ داده‌اند. توزیع فراوانی ابعاد وضعیت جسمی، فعالیت‌های مهم انسانی و کیفیت زندگی در جدول شماره ۱ آمده است.

در رابطه با عوامل تنیدگی آور نتایج حاکی از آن است که در زمینه عوامل تنیدگی آور جسمی بیشترین نمره اتخاذ شده ۴۱ و کم‌ترین نمره ۱۳ با میانگین و انحراف معیار $35/64 \pm 9/63$ بوده است و بیشترین فراوانی مربوط به عوامل تنیدگی آور خستگی با ۳۱ درصد پاسخ زیاد و کم‌ترین فراوانی خارش با ۳۱ درصد پاسخ ابداً می‌باشد. در زمینه عوامل تنیدگی آور روانی بیشترین نمره اتخاذ شده ۳۴ و کم‌ترین نمره ۱۰ با میانگین و انحراف معیار $18/67 \pm 5/65$ بوده است و بیشترین فراوانی مربوط به عدم اطمینان به آینده با ۳۳ درصد پاسخ زیاد و کم‌ترین فراوانی محدودیت در انتخاب مدل لباس با ۵۹/۵ درصد پاسخ ابداً بوده است.

در زمینه عوامل تنیدگی آور اجتماعی بیشترین نمره اتخاذ شده ۴۲ و کم‌ترین نمره ۱۶ بوده است با میانگین و انحراف معیار $29/33 \pm 5/79$ بوده است و بیشترین فراوانی مربوط به هزینه زیاد درمان با ۴۷/۶ درصد پاسخ خیلی زیاد وابستگی به دیگران و مشکلات شغلی هر دو $38/1$ درصد پاسخ زیاد و کم‌ترین فراوانی

مقابله‌ای هیجان مدار با عامل تنیدگی آور اجتماعی اختلاف معنی‌دار ($P < 0.05$) و با دو عامل دیگر اختلاف معنی‌دار نبود.

جدول شماره (۱): توزیع فروانی کیفیت زندگی بیماران تحت همودایلیز در دو بیمارستان امام سجاد (ع) رامسر و شهید رجایی تنکابن

| ردیف | وضعیت جسمی عمومی | بسیار کم | | کم | | متوسط | | زیاد | | بسیار زیاد | |
|------|---|----------|------|-------|------|-------|------|-------|------|------------|------|
| | | تعداد | درصد | تعداد | درصد | تعداد | درصد | تعداد | درصد | تعداد | درصد |
| ۱ | اکنون چقدر احساس درد می‌کنید. | ۳ | ۷/۱ | ۸ | ۱۹/۰ | ۱۰ | ۲۳/۸ | ۹ | ۲۱/۴ | ۱۰ | ۲۳/۸ |
| ۲ | میزان تهوع تان چقدر است. | - | - | ۵ | ۱۱/۹ | ۴ | ۹/۵ | ۱۰ | ۲۳/۸ | ۱۵ | ۳۵/۷ |
| ۳ | دفعات استفراغ شما چقدر است. | ۱ | ۲/۴ | ۴ | ۹/۵ | ۲ | ۴/۸ | ۷ | ۱۶/۷ | ۱۸ | ۴۲/۹ |
| ۴ | چقدر احساس توانمندی و سرزندگی می‌کنید. | ۵ | ۱۱/۹ | ۱۱ | ۲۶/۲ | ۲۰ | ۴۷/۶ | ۳ | ۷/۱ | ۱ | ۲/۴ |
| ۵ | میزان اشتهایتان چقدر است. | ۳ | ۷/۱ | ۱۰ | ۲۳/۸ | ۲۱ | ۵۰/۰ | ۷ | ۱۶/۷ | ۱ | ۲/۴ |
| ۶ | چقدر توانایی کارهای معمول روزانه از قبیل خانه داری یا کارهای اداری را دارید. | ۱۹ | ۴۵/۲ | ۶ | ۱۴/۳ | ۱۱ | ۲۶/۲ | ۵ | ۱۱/۹ | ۱ | ۲/۴ |
| ۷ | توانایی خوردن غذا در شما چقدر است | ۳ | ۷/۱ | ۹ | ۲۱/۴ | ۱۸ | ۴۲/۹ | ۷ | ۱۶/۷ | ۵ | ۱۱/۹ |
| ۸ | چقدر از فعالیت جنسی خویش راضی هستید | ۱۱ | ۲۶/۲ | ۱۰ | ۲۳/۸ | ۱۰ | ۲۳/۸ | ۱ | ۲/۴ | - | - |
| ۹ | توانایی خواب راحت و خوب در شما چقدر است. | ۸ | ۱۹/۰ | ۸ | ۱۹/۰ | ۱۸ | ۴۲/۹ | ۸ | ۱۹/۰ | - | - |
| ۱۰ | کیفیت زندگی خویش را چه اندازه مطلوب و خوب ارزیابی می‌کنید. | ۹ | ۲۱/۴ | ۸ | ۱۹/۰ | ۲۱ | ۵۰/۰ | ۴ | ۹/۵ | - | - |
| ۱۱ | چقدر ربه تفریحات و سرگرمی‌هایی از قبیل کارهای هنری و فعالیت‌های اجتماعی می‌پردازید. | ۱۶ | ۷/۱ | ۹ | ۲۳/۸ | ۹ | ۲۱/۴ | ۷ | ۱۶/۷ | - | - |
| ۱۲ | چقدر از زندگی خویش احساس رضایت می‌کنید. | ۳ | ۷/۱ | ۴ | ۹/۵ | ۲۴ | ۵۷/۱ | ۱۰ | ۲۳/۸ | ۱ | ۲/۴ |
| ۱۳ | چقدر احساس مفید بودن می‌کنید | ۵ | ۱۱/۹ | ۸ | ۱۹/۰ | ۱۷ | ۴۰/۵ | ۱۰ | ۲۳/۸ | ۱ | ۲/۴ |
| ۱۴ | چه اندازه نگران هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی خود هستید. | ۱۸ | ۴۲/۹ | ۱۱ | ۲۶/۲ | ۵ | ۱۱/۹ | ۴ | ۹/۵ | ۱ | ۲/۴ |

جدول شماره (۲): ارتباط بین وضعیت جسمی عمومی، فعالیت

های مهم زندگی و کیفیت جسمی زندگی با نمره کلی روش های

مقابله ای مشکل مدار و هیجان مدار در بیماران تحت همودیالیز

| روش های مقابله ای | نوع آزمون - آنالیز و واریانس | ابعاد کیفیت زندگی |
|-------------------|------------------------------|----------------------|
| مشکل مدار | معنی دار نبود | وضعیت جسمی عمومی |
| | معنی دار نبود | فعالیت های مهم زندگی |
| | معنی دار نبود | کیفیت جسمی زندگی |
| هیجان مدار | $P < 0/05$ | وضعیت جسمی عمومی |
| | معنی دار نبود | فعالیت های مهم زندگی |
| | $P < 0/02$ | کیفیت جسمی زندگی |

بحث و نتیجه گیری

در پژوهش حاضر عامل تنیدگی آور اجتماعی در حد بالا بود یافته های پژوهشی آهنگر داود (۱۳۸۳) حاکی از آن است که اکثریت افراد تحت تنیدگی روانی - اجتماعی با شدت متوسط (۵۳/۳ درصد) داشته اند در حالی که نتایج تحقیق انجام شده توسط بونی و استر^۱ (۲۰۰۱) نشانگر بالا بودن میانگین تنیدگی آورهای جسمی است (۱۵) هزینه بالای درمان، وابستگی به دیگران، پرسنل و کادر درمان از جمله مواردی هستند که باعث افزایش این عامل تنیدگی می گردد، از طرفی پژوهش حاضر نشان می دهد که بین وضعیت جسمی عمومی و فعالیت های مهم انسانی با اشتغال و کیفیت زندگی با مخارج زندگی اختلاف معنی دار بوده است. پژوهش سواتچینگ^۲ و ساروی ماک^۳ استنبوک-مالت^۳ نشان داد که بیمارانی که از نظر اقتصادی از زندگی خود راضی بوده اند کیفیت زندگی مطلوب تری را داشته اند (۱۸). با توجه به این که بیماران تحت دیالیز به طور مکرر دچار خستگی، سستی، فقدان انرژی می شوند میزان فعالیت و وضعیت عملکردی در این بیماران به شدت تحت تاثیر قرار می گیرد. کاهش توان کار کردن، از دست

دادن شغل قبلی با میزان درآمد ارتباط مستقیمی وجود دارد. درآمد پایین، بالا بودن هزینه های درمان، وجود هزینه های تحمیلی بر روی اقتصاد خانواده اثر سوئی می گذارد (۱۸،۱۹).

در این تحقیق بین جنسیت و کیفیت زندگی اختلاف معنی دار نبوده است که مطابق پژوهش محمودی (۱۳۸۳) بوده است (۱۶). در زمینه وضعیت تحصیلی درصد بالایی از مبتلایان بی سواد یا در حد خواندن و نوشتن بودند که رابط معنی داری بین سطح سواد و کیفیت زندگی وجود نداشته است در حالی که نتایج پژوهش نصیری و همکاران در سال ۱۳۸۱ نشان می دهد که ارتباط بین سطح تحصیلات با میانگین امتیازات کسب شده در زمینه کیفیت زندگی معنی دار بوده است (۲۰).

در این پژوهش استفاده از روش های تطابقی هیجان مدار بیشتر از مشکل مدار بوده است در حالی که نتایج پژوهش ناظمیان و همکاران (۱۳۸۴) نشان می دهد که اکثریت واحدهای مورد مطالعه یعنی ۶۷/۸ درصد در هنگام مواجهه با عوامل تنش زا از شیوه های مقابله ای مشکل مدار استفاده می کرده اند (۲۱).

همچنین یافته ها نشان می دهد که عوامل تنیدگی آورها جسمی و روانی در حد پایین بوده و شیوه مقابله ای هیجان مدار در حد زیاد و کیفیت زندگی در حد پایین بوده است. یافته های محمودی و همکاران در سال ۱۳۸۲ نیز نشان داد که بین کیفیت زندگی و شیوه مقابله ای رابطه معنی دار بوده و کیفیت زندگی بیماران دیالیزی در حد متوسط بود (۱۶).

در پژوهش حاضر میزان استفاده از روش های تطابقی هیجان مدار بیشتر بود که به اعتقاد میلر^۴ (۲۰۰۰) مکانیسم های تطابقی هیجان مدار زمانی استفاده می شود که رویدادهای تنیدگی آور، قابل کنترل و برطرف شدن نباشد (۱۵) در این پژوهش ارتباط معنی داری بین عامل تنیدگی آور اجتماعی و استفاده از روش های مقابله ای هیجان مدار وجود داشت به عبارتی هر چقدر عامل

¹ Bonni & Ester

² Suet-ching

³ Sarvimaki & Stenbock_Mult

⁴ Miller

بیماران و چگونگی استفاده مثبت از روش‌های تطابقی را شناسایی نمایند و با تدوین برنامه‌های اصولی و اساسی از طریق کلاس‌های آموزشی مداوم و مشاوره‌های روان‌شناختی یا روان‌پزشکی در جهت استفاده از روش‌های مقابله‌ای مناسب و حمایت از آنان با ایجاد تغییر مثبت در حالات افراد و تقویت امید به زندگی در آنان گامی موثر برای کاهش واکنش‌های تنش‌زا برداشته تا این بیماران کیفیت زندگی مطلوب‌تری داشته باشند.

تنیدگی‌آور اجتماعی بیشتر باشد استفاده از روش‌های مقابله‌ای هیجان مدار نیز بیشتر می‌باشد از طرفی پژوهش آهنگر داودی (۱۳۸۳) نیز نشان می‌دهد که ارتباط مستقیمی بین شدت تنیدگی و افزایش استفاده از مکانیسم‌های تطابقی هیجان مدار وجود دارد (۱۵).
با توجه به موارد بالا در امر مراقبت از بیماران لازم است که پرستاران عوامل تنش‌زا (فیزیکی، اجتماعی، روانی) که بر تفکر، روح و روان بیماران اثر می‌گذارد و همچنین تفاوت‌های فردی

References:

1. Ferrans CE. Quality of life: Conceptual issues. *Oncol Nurs. 1990*; 6 (4), PP:248-4550.
2. Bobes J, Gonzalez MP, Bascaran MT, Arango C, Saiz P A, Bousoño M. Quality of life and disability in Patients with obsessive-compulsive Disorder. *European psychiatry. 2001*; 16 (4), PP: 239-242.
3. حاتمی م. بررسی تاثیر دستورالعمل‌های مراقبتی بر کیفیت مراقبت‌های پرستاری ارائه شده به بیماران بستری در بخش‌های جراحی و برخی از بیمارستان‌های استان فارس - پایان نامه کارشناسی ارشد دانشکده پرستاری علوم پزشکی شهید بهشتی. ۱۶، ۱۳۷۷، ص ۱۹-۱۸.
4. برونر ل ش، سودارث ل ا. پرستاری داخلی-جراحی (اختلالات سیستم اداری-تناسلی در مردان، بیماری‌های مزمن، اصول روش‌های توانبخشی، مراقبت بهداشتی سالمندان). مترجم کفاشی م و همکاران، تهران، انتشارات نشر و تبلیغ بشری، ۱۳۷۸، ص ۴۴.
5. Black J M, Hawks H. *Medical-Surgical Nursing*. Philadelphia: W.B. Saunders co, 2001, PP:963.
6. جعفری ه. بررسی ویژگی‌های فردی-خانوادگی، اجتماعی و سوابق بیماری تحت دیالیز در بیمارستان‌های استان‌های مازندران و گلستان. *مجله آموزشی-پژوهشی شکیبا، دانشکده پرستاری و مامایی نسیه، سال اول، ۱۳۸۰، ص ۴-۱.*
7. Lewis SM, Heitkemper ME, Dirksen SR. *Medical Surgical Nursing*. Philadelphia, Mosby co, 2004, PP: 1217.
8. مختاری ن، نصیری م، مشعوف ط، کاظم نژاد ام‌مقایسه کیفیت زندگی بیماران تحت همودیالیز از دیدگاه پرستاران و بیماران. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گیلان، پاییز ۱۳۸۲، شماره ۴۷، صفحات ۱۷-۱۶.*
9. Epidemiology of stress. [Serial on line] 2001-2002. *Jon*; 21(1), Available Form <http://port.health.govoir/mfdc/ncdc/dtsd/default.aspx>.
10. Varricho C. Relevance of quality of life to clinical Nursing practice Seminar in oncology Nursing, 1990, PP: 225-259.
11. Molzan A. the reported quality of life selected home hemodialysis patients. *ANNA journal*, 1991; 18(2), PP:173-180.
12. Raymond k, Devins GM. Quality of life in patients on chronic Dialysis: self-assessment 3 months after the start of treatment. *Am j kidney Dis*, 1997 (4), PP 584-592.
13. Barry p. psychosocial nursing care of physically ill patients. Third edition, Philadelphia: lippincott company, 1996, PP: 183-185.
14. Liderman CA, Mcathie M. *fundamental of contemporary nursing practice first edition*. Philadelphia: WB. Saunders Company. 1999, PP: 911-3.

۱۵. آهنگرداودی ش. بررسی ارتباط عوامل تنیدگی آورها. مکانیسم های تطابقی و کیفیت زندگی بیماران همودیالیز مراجعه کننده در مرکز آموزشی رشت در سال ۱۳۸۳. پایان نامه صفحات ۳۰-۳۲.
۱۶. محمودی غ، شریعتی ع، بهنام پور ن. ارتباط بین کیفیت زندگی و روش های مقابله ای بکار گرفته توسط بیماران تحت درمان با همو دیالیز. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان. شماره ۱۲، ۱۳۸۲، صفحات ۸۲-۴۰.
۱۷. عرفانی جورابچی ا، جعفرپور م، حکیمی ط، حقانی ح. بررسی کیفیت زندگی بیماران تحت همو دیالیز و ارتباط آن با شدت تنیدگی. فصلنامه پرستاری ایران. شماره ۴۱ و ۴۲ بهار و تابستان ۱۳۸۴، ص ۴۰.
18. Suet- ching W. i. The quality of life for honking dialysis patiens. Journal of advanced Nursing. 2001, PP: 35(2):233.
19. Sarvimaki A. Stenbock-Hult B. quality of life in old age described as a sense of well-being, meaning value. journal of advanced Nursig. 2000, PP: 1030.
۲۰. نصیری م، مختاری ن، مشعوف ط، رحیمیان ب. عوامل تعیین کننده کیفیت زندگی بیماران تحت دیالیز از دیدگاه بیمار و پرستاران. مجله علمی- پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران. دانشکده پرستاری و مامایی نسیبه. شماره ۶-۷، ۱۳۸۳، صفحات ۳۰-۲۸.
۲۱. ناظمیان ف، غفاری ف، فتوکیان ز، پورغزنین ط. عوامل تنش زا و راهکارهای مقابله با تنش در بیماران تحت همودیالیز. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد. شماره ۹۳، سال ۴۹، پاییز ۱۳۸۵، ص ۱.