

## تأثیر آموزش روش‌های مقابله‌ای بر کیفیت زندگی بیماران تحت درمان با همودیالیز

زهرا فاتحی<sup>۱</sup>، \*علی راوری<sup>۲</sup>، علی خدادادی<sup>۳</sup>، شهین حیدری<sup>۴</sup>

۱. کارشناس ارشد آموزش پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران
۲. استادیار گروه پرستاری، مرکز تحقیقات محیط کار، دانشکده پرستاری مامایی و پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران
۳. مربی دانشکده پرستاری مامایی و پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران
۴. دانشجوی دکتری پرستاری، دانشکده پرستاری رازی کرمان، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران

\* نویسنده مسؤول: رفسنجان، بلوار جمهوری، دانشکده پرستاری مامایی و پیراپزشکی، گروه داخلی جراحی  
پست الکترونیک: ravary4776@yahoo.com

### چکیده

**مقدمه:** بیماران تحت درمان با همودیالیز که بتوانند به شکل مناسب از روش‌های مقابله‌ای استفاده کنند مداخلات درمانی را بهتر می‌پذیرند و احتمالاً به سطح بالاتری از کیفیت زندگی دست می‌یابند.

**هدف:** تعیین تأثیر آموزش روش‌های مقابله‌ای (مشکل‌مدار، هیجان‌مدار) بر کیفیت زندگی بیماران تحت درمان با همودیالیز  
**روش:** این پژوهش یک مطالعه شبه‌تجربی بود که در آن، ۳۸ بیمار تحت همودیالیز مشارکت داشتند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه کیفیت زندگی Sf36 و پرسشنامه شیوه‌های مقابله‌ای جالویس و لازاروس بود. ابتدا کیفیت زندگی و شیوه‌های مقابله‌ای بیماران مذکور سنجیده شد و سپس شیوه‌های مقابله‌ای آموزش داده شد. در آخر، مجدداً پرسشنامه‌های مربوط به کیفیت زندگی و شیوه‌های مقابله‌ای تکمیل گردید. نتایج با استفاده از آزمون‌های تی‌زوجی، آنالیز واریانس یک‌طرفه و با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۸ تجزیه و تحلیل شد.

**یافته‌ها:** بیشتر افراد تحت مطالعه زن، متأهل، با میانگین و انحراف معیار سنی  $51/42 \pm 20/50$  سال بود. نمره کیفیت زندگی بیماران قبل از آموزش  $89/03 \pm 19/35$  و بعد از آموزش  $98/89 \pm 16$  بدست آمد. آموزش شیوه‌های مقابله‌ای توانست به میزان  $9/85$  نمره کیفیت زندگی این بیماران را ارتقاء دهد. آزمون تی‌زوجی اختلاف معناداری بین نمره قبل و بعد کیفیت زندگی نشان داد ( $p < 0/001$ ).

**نتیجه‌گیری:** یافته‌های این پژوهش نشان داد آموزش به بیماران تحت همودیالیز، از میزان روش مقابله‌ای هیجان‌مدار می‌کاهد؛ در عوض، باعث ارتقای استفاده از روش مشکل‌مدار شده است و این تغییر شیوه سازگاری، کیفیت زندگی این بیماران را ارتقاء داده است.

**کلیدواژه‌ها:** همودیالیز، کیفیت زندگی، آموزش به بیمار، شیوه‌های مقابله‌ای

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۰۹/۰۸

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۱/۱۱/۲۷

## مقدمه

همودیالیز یکی از اقدامات درمانی مؤثر برای بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیوی است. این شیوه درمانی با وجود این که طول عمر این بیماران را زیاد می‌کند، مشکلات متعددی را نیز به دنبال دارد (۱، ۲)؛ که می‌تواند باعث تنش شود و اثرات منفی روی کیفیت زندگی آن‌ها بر جای بگذارد (۳). این بیماران باید سه بار در هفته و هر بار به مدت ۳-۴ ساعت دیالیز شوند (۴). در حقیقت، بیماران تحت درمان با همودیالیز نسبت به سایر افراد، بیشتر دچار افسردگی و اضطراب هستند و از کیفیت زندگی پایینی برخوردار می‌باشند (۵).

بیماری مزمن کلیه موجب می‌شود که فرد مبتلا کنترل خود را به میزان زیادی در خصوص تنش‌های مزمن و حاد و فشارهای هیجانی از دست بدهد و این مسأله، موجب تغییر رفتار در تمام زندگی وی خواهد شد (۶). کنترل این بیماری بسیار سخت است و باید فرد با ابعاد متعددی از بیماری، تطابق و سازگاری پیدا کند. اغلب این بیماران نیز به منظور سازگاری، با مشکل مواجه می‌شوند (۷، ۸).

این بیماران علاوه بر تطابق با بیماری مزمن کلیوی خود، باید با تنش‌های متعددی از جانب همسر، خانواده، شغل و اجتماع سازش پیدا کنند (۹). همچنین هر نوبت دیالیز به طور متوسط چهار ساعت و سه بار در هفته انجام می‌شود و اغلب بیماران از خستگی، گرفتگی عضلانی و سردرد بعد از دیالیز رنج می‌برند. با احتساب زمان رفت و برگشت، هر بار دیالیز به مدت پنج تا شش ساعت به طول می‌انجامد؛ که این بیماران به ناچار، باید با تمام این شرایط سازگار شوند (۱۰).

بیماران همودیالیزی باید در خصوص جنبه‌های مختلفی از زندگی خود، کنترل داشته باشند. در این حالت، فرد باید به یک خودکنترلی دست یابد (۱۱). به علاوه، باید زندگی خود را به نحوی تغییر دهد که بتواند یک نقش و هویت جدید را بپذیرد (۹). این خودکنترلی می‌تواند پیامدهای خوبی برای بیمار به همراه داشته باشد و کیفیت زندگی خود را ارتقاء دهد (۱۲). مشکل عمده بیماران دیالیزی که موجب پیچیده‌تر شدن شرایط کیفی زندگی آنان می‌گردد، روش‌های مقابله‌ای و تطابق با بیماری است. این بیماران بهتر است از راهبردهایی استفاده کنند که بتوانند شرایط غیرقابل کنترل را نیز مدیریت کنند (۸، ۱۳).

لازاروس و فولکمن سازگاری را به عنوان تغییرات مداوم شناختی و رفتاری تعریف می‌کنند که از سوی فرد به منظور مدیریت تقاضاهای خاص درونی و بیرونی به کار گرفته می‌شود (۱۴). آن‌ها دو نوع سازگاری را معرفی کرده‌اند؛ که عبارتند از سازگاری مسأله‌محور که معطوف به مشکلات مرتبط با ایجاد تنش می‌باشد؛ و سازگاری هیجان‌محور که پاسخ‌های عاطفی فرد نسبت به مشکلات را تنظیم می‌کند (۱۵). مرور متون علمی گذشته نشان می‌دهد که استراتژی واحدی که مورد تأیید همگان باشد و بهترین سازگاری را در بیماران دیالیزی ایجاد کند وجود ندارد. این استراتژی‌ها بستگی به شرایط موجود و جمعیت تحت مطالعه دارد (۱۶). اما این نکته را باید تأکید کرد در صورتی که این بیماران بپذیرند که دچار یک بیماری مزمن هستند و به ناچار باید تحت درمان طولانی‌مدت قرار گیرند بهتر می‌توانند خود را با شرایط قابل کنترل و غیرقابل کنترل آن وفق دهند (۱۷).

تحقیقات انجام شده نشان می‌دهد بیمارانی که به شکل مناسبی از تکنیک‌های سازگاری استفاده کرده‌اند مداخلات درمانی را بهتر پذیرفته‌اند و به سطح بالاتری از کیفیت زندگی دست پیدا کرده‌اند (۱۸). همچنین در صورتی که بیماران به منظور سازگاری خود، از فرایند حل مسأله استفاده بیشتری نمایند به عوامل تنش‌زا پاسخ مناسب‌تری می‌دهند؛ در حالی که استراتژی‌های هیجان‌محور روی کنترل تنش‌ها از جمله تنش‌های غیرقابل کنترل، تأثیر کمتری داشته است (۱۹). در حالی که اکثر تحقیقات بر تأثیرگذاری روش مسأله‌محور دلالت دارد و این استراتژی را پیشنهاد می‌کنند؛ اما به نظر می‌رسد که بیماران همودیالیزی کمتر از این روش استفاده می‌کنند و بیشتر بیماران از روش هیجان‌محور استفاده می‌نمایند و سعی می‌کنند در مواجهه با تنش‌ها، کمتر از فکر خود استفاده کنند و بیشتر تابع احساسات و هیجانات خود می‌باشند (۲۰).

مطالعات متعددی نیز نشان داده است که بیماران تحت همودیالیز نسبت به سایر افراد طبیعی جامعه، از کیفیت زندگی پایین‌تری برخوردارند (۲۱، ۲۲). همودیالیز می‌تواند شدیداً کیفیت زندگی افراد را تحت تأثیر قرار دهد و میزان فعالیت جسمانی، اجتماعی و رضایت از زندگی بیماران را مختل نماید (۲۳). همچنین بیماری

زندگی و شادی بود. در ایران، روایی و پایایی این پرسشنامه توسط معتمد و همکاران (۲۰۰۵) سنجیده شده و آلفای کرونباخ آن بین ۰/۷۷ تا ۰/۹۹ گزارش شده است (۲۶). به علاوه، این پرسشنامه در مطالعات متعددی به منظور سنجش کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی در داخل کشور مورد استفاده قرار گرفته است (۲۷، ۲۸).

ب) پرسشنامه شیوه‌های مقابله‌ای جالویس و معیارهای ۸ گانه لازاروس (۲۹). این پرسشنامه شامل ۱۵ پرسش مربوط به روش مقابله‌ای مشکل‌مدار و ۲۴ پرسش مربوط به شیوه مقابله‌ای هیجان‌مدار می‌باشد. در مطالعات متعددی در داخل کشور از این ابزار استفاده شده است؛ از جمله در مطالعه عزیزنژاد و همکاران (۲۰۰۷) روی روش‌های مقابله‌ای کودکان مبتلا به تالاسمی ماژور (۳۰) و مطالعه باقریان و همکاران تحت عنوان بررسی شیوع اضطراب، افسردگی و سبک‌های مقابله‌ای در بیماران سکت قلبی (۳۱). در این مطالعه، پایایی این پرسشنامه با استفاده از روش همسانی درونی سنجیده شد و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ حکایت از همبستگی درونی مطلوب این پرسشنامه داشت.

استراتژی مقابله‌ای مشکل‌مدار تلاش‌هایی را در بر می‌گیرد که در راستای حل مشکل یا روبرو شدن یا تقاضای مستقیم است. استراتژی مقابله‌ای هیجان‌مدار هنگامی به وقوع می‌پیوندد که شخص درمی‌یابد که هیچ چیز به طور مستقیم نمی‌تواند انجام گیرد. اطلاعات مربوط به پرسشنامه کیفیت زندگی و روش‌های مقابله‌ای به روش لیکرت ۵ گزینه‌ای نمره‌گذاری شد؛ به این ترتیب که واحدهای پژوهش در پاسخ به هر پرسش، یکی از حالات خیلی زیاد (امتیاز ۵)، زیاد (امتیاز ۴)، به طور متوسط (امتیاز ۳)، کمی (امتیاز ۲) و به هیچ‌وجه (امتیاز ۱) را انتخاب می‌کردند. بعضی از پرسش‌ها بنا به ماهیت بار منفی آن‌ها، به صورت معکوس نمره‌گذاری گردید.

در این تحقیق، کیفیت زندگی به خوب، متوسط و ضعیف طبقه‌بندی شد. نمرات کمتر از ۸۴ ضعیف، نمرات بین ۸۴ تا ۱۲۷ متوسط، و نمرات بالاتر از ۱۲۷ کیفیت زندگی خوب در نظر گرفته شد. در مورد روش‌های مشکل‌مدار، تغییر نمره از کمتر به بیشتر بعد از مداخله، مطلوب محسوب شد. اما در مورد روش‌های هیجان‌مدار، تغییر نمره از بیشتر به کمتر یا یکسان ماندن آن بعد از مداخله، مطلوب قلمداد می‌گردد.

مزمین کلیدی نه تنها کیفیت زندگی بیماران، بلکه کیفیت زندگی سایر افراد خانواده را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد. بنابراین، سازگاری می‌تواند به عنوان یک عامل بسیار مهم تأثیرگذار روی کیفیت زندگی باشد (۲۳).

تحقیقات بسیار محدودی در خصوص تأثیر روش‌های مقابله‌ای بر کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی در داخل و خارج از کشور انجام شده است. در مطالعه Santos در برزیل مشخص شد که در بیماران همودیالیزی با به کارگیری روش‌های مقابله‌ای مؤثر، کیفیت زندگی بالاتر رفته است (۲۴). در داخل کشور نیز بیشتر تحقیقات انجام شده به شکل توصیفی، کیفیت زندگی این بیماران را مورد مطالعه قرار داده است. برخی از پژوهش‌های دیگر نیز بر روی تأثیر آموزش بر کیفیت زندگی متمرکز شده است. بنابراین، با توجه به این که امروزه چگونگی حفظ و ارتقای کیفیت زندگی به عنوان یک معیار مهم در مطالعه بر روی بیماری‌های مزمن در نظر گرفته می‌شود (۲۵)؛ و مطالعات انجام شده در ایران به شکل توصیفی بوده است و استفاده از راه‌های مقابله‌ای در جوامع مختلف می‌تواند متفاوت عمل کند؛ محققین برآن شدند تا تأثیر آموزش روش مقابله‌ای جالویس و لازاروس را بر کیفیت زندگی این بیماران مطالعه نمایند.

## روش‌ها

این پژوهش شبه‌تجربی که از نوع یک‌گروه قبل و بعدی است؛ به منظور تعیین تأثیر آموزش روش‌های مقابله‌ای (مشکل‌مدار و هیجان‌مدار) بر کیفیت زندگی بیماران مراجعه کننده به بخش همودیالیز در سال ۱۳۹۰ انجام گرفته است. روش نمونه‌گیری به صورت هدفمند انجام گرفت. نمونه پژوهش شامل ۳۸ بیمار همودیالیزی مراجعه کننده به بخش همودیالیز مرکز آموزشی درمانی حضرت علی‌بن‌ابیطالب شهر رفسنجان (به عنوان تنها بخش همودیالیز شهرستان) بود. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بود از حداقل سواد خواندن و نوشتن؛ عدم ابتلا به اختلالات شناختی؛ شنوایی و بینایی سالم؛ داشتن حداقل شش ماه و حداکثر ۷ سال سابقه همودیالیز؛ و عدم دریافت آموزش‌های قبلی در خصوص شیوه‌های مقابله‌ای. ابزار گردآوری داده‌ها شامل دو پرسشنامه بود که عبارت است از: الف) پرسشنامه کیفیت زندگی Sf36 که شامل ۳۶ پرسش با ابعاد مختلف وضعیت عمومی، توانایی عملکرد، وضعیت روانی، سطح خوب بودن، رضایتمندی از

همودیالیز، مجدداً آموزش‌های لازم را دریافت می‌کردند. در مرحله آخر، سه ماه بعد از آموزش، مجدداً پرسشنامه‌های مربوط به کیفیت زندگی و شیوه‌های مقابله‌ای تکمیل گردید. بنابراین، داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۸ و با آزمون‌های تی‌زوجی و آنالیز واریانس یک‌طرفه تحلیل شد.

#### یافته‌ها

یافته‌های تحقیق نشان داد که بیشتر افراد تحت مطالعه زن، متأهل با میانگین و انحراف معیار سنی  $51/42 \pm 20/50$  سال بوده است. سایر اطلاعات دموگرافیک در جدول ۱ نمایش داده شده است. نمره کیفیت زندگی بیماران قبل از آموزش  $98/89 \pm 16$  بدست آمد. آموزش شیوه‌های مقابله‌ای توانست به میزان  $9/85$  نمره کیفیت زندگی این بیماران را ارتقاء دهد. آزمون تی‌زوجی اختلاف معناداری بین نمره قبل و بعد کیفیت زندگی نشان داد ( $p < 0/001$ ).

این مطالعه طی سه فاز انجام گرفت. در مرحله اول با استفاده از ابزارهای پژوهش کیفیت زندگی و شیوه‌های مقابله‌ای، بیماران مذکور مورد سنجش قرار گرفتند. ابزارهای پژوهش به صورت مصاحبه با بیماران تحت مطالعه تکمیل می‌گردید. در مرحله دوم، شیوه‌های مقابله‌ای به شکل فردی و چهره به چهره در طی دو جلسه به مدت ۴۵ دقیقه آموزش داده شد. همچنین یک جزوه آموزشی نیز در اختیار شرکت کنندگان قرار می‌گرفت. محققین پس از مطالعه کتب و مقالات مرتبط و مشاوره با متخصصین کلیه، روان‌پزشک و روان‌شناس، جزوه آموزشی را تدوین کردند. محتوای برنامه و جزوه آموزشی شامل آموزش تکنیک‌های نوشتن افکار مثبت و منفی، احساس نسبت به افکار و جمع‌بندی و نتیجه‌گیری از احساسات، آموزش تکنیک‌های تن‌آرامی و آموزش راه‌های کنترل و مدیریت تنش‌های ناشی از درمان با همودیالیز بوده است. در صورتی که شرکت کنندگان در خصوص درک بهتر محتوای آموزشی ابهامی داشتند توضیحات بیشتری ارائه می‌شد. همچنین در صورت نیاز آموزشی خاص مانند نحوه نگارش افکار و احساسات، چگونگی کنار آمدن با مشکلات

جدول ۱: فراوانی مطلق و نسبی افراد تحت مطالعه بر حسب ویژگی‌های دموگرافیک

ویژگی‌های دموگرافیک	تعداد	درصد
جنس	۲۱	۵۵/۲۶
زن	۱۷	۴۴/۷۴
مرد	۳۰	۷۸/۹۴
تأهل	۵	۱۳/۱۵
متأهل	۳	۷/۸۹
مجرد	۱۳	۳۴/۲۱
بیوه	۱۹	۵۰
وضعیت تحصیلات	۶	۱۵/۷۸
خواندن و نوشتن	۹	۲۳/۶۸
زیر دیپلم	۲۹	۷۶/۳۲
بالاتر از دیپلم	۲۰	۵۲/۶۳
وضعیت اشتغال	۱۴	۳۶/۸۴
شاغل	۴	۱۰/۵۳
بیکار		
مدت درمان با همودیالیز (سال)		
>۱		
۱-۴		
<۴		

است. آزمون آماری تی‌زوجی اختلاف معناداری بین آموزش قبل و بعد در شیوه‌های مقابله‌ای نشان داده است ( $p < 0/001$ ) (جدول ۲).

یافته‌های مربوط به میانگین شیوه‌های مقابله‌ای در جدول شماره ۲ نمایش داده شده است. اختلاف میانگین‌های نمرات قبل و بعد نشان می‌دهد که در روش هیجان‌مدار، میانگین نمره بعد نسبت به قبل  $5/17$  امتیاز کاهش داشته و در روش مشکل‌مدار  $6/25$  نمره افزایش یافته

جدول ۲: مقایسه میانگین نمرات شیوه‌های مقابله‌ای قبل و بعد از آموزش

نوع شیوه مقابله‌ای	میانگین	انحراف معیار	مقادیر آماری
قبل از آموزش	۶۳	۸/۹۳	T=3.27, df=27, p>0.003
روش هیجان‌مدار	۵۷/۸۲	۱۰/۹۲	
بعد از آموزش	۳۸/۳۵	۷/۶۸	T=-4.33, df=27, p<0.0001
روش مشکل‌مدار	۴۴/۶	۷/۶۶	

یافته‌های پژوهش نشان داد که بین مشخصات فردی از جمله سن، جنس، وضعیت تأهل، شغل با شیوه‌های مقابله‌ای و کیفیت زندگی ارتباط معناداری مشاهده نشد. به این معنا که افراد با گروه‌های سنی متفاوت، جنسیت، وضعیت تأهل و شغل مختلف در نحوه استفاده از روش‌های مقابله‌ای بعد از آموزش با یکدیگر تفاوتی نداشتند. اما آزمون آماری آنالیز واریانس یک‌طرفه ارتباط معناداری را بین سطح تحصیلات با کیفیت زندگی و شیوه مشکل‌مدار بعد از آموزش نشان داد ( $p < 0.05$ ) (جدول ۳).

یافته‌های پژوهش نشان داد که بین مشخصات فردی از جمله سن، جنس، وضعیت تأهل، شغل با شیوه‌های مقابله‌ای و کیفیت زندگی ارتباط معناداری مشاهده نشد. به این معنا که افراد با گروه‌های سنی متفاوت، جنسیت، وضعیت تأهل و شغل مختلف در نحوه استفاده از روش‌های مقابله‌ای بعد از آموزش با یکدیگر تفاوتی نداشتند. اما آزمون آماری آنالیز واریانس یک‌طرفه ارتباط معناداری را بین سطح تحصیلات با کیفیت زندگی و شیوه مشکل‌مدار بعد از آموزش نشان داد ( $p < 0.05$ ) (جدول ۳).

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار نمرات کیفیت زندگی و شیوه مشکل‌مدار بعد از آموزش بر حسب سطح تحصیلات

سطح تحصیلات	میانگین بعد از آموزش	میانگین	انحراف معیار	مقادیر آماری
خواندن و نوشتن	۹۱/۱۵	۱۴/۵۷	۷	F=4.78, df=2, p<0.01
تا حد دبیرستان	۱۰۲/۴	۱۳/۳۹	۶	
بالای دیپلم	۱۰۷/۲	۱۵/۵۶	۷/۴۲	
میانگین بعد از آموزش				F=3.51, df=2, p<0.04

### بحث

آموزش شیوه‌های مقابله‌ای توانست به میزان ۹/۸۵ نمره کیفیت زندگی این بیماران را ارتقاء دهد. در این مطالعه متأسفانه هیچ‌کدام از بیماران از کیفیت خوبی برخوردار نبودند. با وجود این که میانگین کیفیت زندگی بیماران قبل و بعد از آموزش در سطح متوسط بوده است (بین ۸۴ تا ۱۲۷)، اما نمره کیفیت زندگی بعد از آموزش ارتقاء داشته است و آزمون آماری تی‌زوجی اختلاف معناداری را نشان داده است ( $p < 0.01$ ) مطالعه حاضر نشان داد با بکارگیری شیوه‌های مقابله‌ای ناشی از فرایند آموزش، کیفیت زندگی بیماران تحت مطالعه ارتقاء پیدا کرده است. این یافته نشان دهنده تأثیر مثبت استفاده از روش مشکل‌مدار بر روی ارتقای کیفیت زندگی این بیماران بوده است.

بنابراین، به منظور ارتقای کیفیت زندگی این بیماران و با توجه به اهمیت روش‌های مقابله‌ای، می‌توان با شناسایی مهارت‌های مقابله‌ای مفید و کارساز و ارائه آن‌ها از طریق برنامه‌های آموزشی، فرآیند سازگاری بیماران دیالیزی را تسهیل نمود. نظریات فالکمن و لازاروس نیز تأیید کننده این مطلب می‌باشد که با به کارگیری استدلال و رفتارهای عقلایی ناشی از استفاده از روش مشکل‌مدار، کیفیت زندگی بیماران بهبود می‌یابد. بیماران تحت مطالعه بعد از

آموزش، به میزان بیشتری از روش‌های مقابله‌ای استفاده کرده و استفاده از روش‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار در آن‌ها کمتر شده است. گرچه مطالعات اندکی در خصوص بررسی تأثیر فرایند آموزش بر روی نوع روش مورد استفاده بیماران همودیالیزی به منظور ارتقای کیفیت زندگی انجام شده است؛ اما در مطالعات توصیفی انجام شده در داخل کشور، میانگین استفاده از روش هیجان‌مدار متفاوت گزارش شده است. مثلاً در مطالعه محمودی (۲۷) این میزان معادل  $10/57 \pm 62/29$  و در مطالعه رحیمیان (۳۲) برابر  $8/36 \pm 66/17$  گزارش شده است. افرادی که بیشتر از روش‌های مقابله‌ای مسئله‌محور یا مشکل‌مدار استفاده می‌کنند به شکل کارآمدتری می‌توانند با بیماری مزمن خود سازگار شوند و از کیفیت زندگی بالاتری برخوردار شوند (۲۸).

بنابراین، به منظور ارتقای کیفیت زندگی این بیماران و با توجه به اهمیت روش‌های مقابله‌ای، می‌توان با شناسایی مهارت‌های مقابله‌ای مفید و کارساز و ارائه آن‌ها از طریق برنامه‌های آموزشی، فرآیند سازگاری بیماران دیالیزی را تسهیل نمود. نظریات فالکمن و لازاروس نیز تأیید کننده این مطلب می‌باشد که با به کارگیری استدلال و رفتارهای عقلایی ناشی از استفاده از روش مشکل‌مدار، کیفیت زندگی بیماران بهبود می‌یابد. بیماران تحت مطالعه بعد از

بعضی از مطالعات نشان داده است که بیماران دچار مشکلات مزمن بیشتر از شیوه مقابله‌ای مشکل‌مدار استفاده می‌کنند (۲)؛ اما رویارویی واقع‌بینانه با مشکلات ناشی از بیماری‌های مزمن در فرهنگ‌ها و جوامع مختلف، متفاوت می‌باشد (۳۳)؛ که این تفاوت‌ها می‌تواند عامل به کارگیری شیوه‌های هیجان‌مدار یا مشکل‌مدار نزد بیماران باشد. بنابراین، برخورد هیجانی و احساسی بیماران یا خانواده آن‌ها در زمان ابتلا به مشکلات مزمن می‌تواند مانعی به منظور عدم استفاده از روش‌های مقابله‌ای مشکل‌مدار باشد.

یافته‌های پژوهش بین سطح تحصیلات با کیفیت زندگی و شیوه مشکل‌مدار بعد از آموزش ارتباط معناداری نشان داد. به این صورت که هر چه تحصیلات افراد بالاتر رفته بود میانگین استفاده از روش مشکل‌مدار افزایش پیدا کرده بود. به همین نسبت نیز میانگین کیفیت زندگی آن‌ها ارتقاء یافته بود. بالاترین میانگین مربوط به افرادی بوده است که از تحصیلات بالای دیپلم برخوردار بوده‌اند. این یافته پژوهش نشان دهنده نقش تحصیلات در استفاده و به کارگیری روش‌های عقلایی و استدلالی و به دنبال آن، ارتقای کیفیت زندگی بوده است. در مطالعات دیگر نیز گزارش شده که سطح سواد پایین با روش سازگاری هیجان‌مدار رابطه دارد (۲۸) و این گویای این حقیقت است که افراد کم‌سواد قدرت سازگاری کمتری با تنش‌های ناشی از بیماری مزمن را دارند. به بیان دیگر، سطح بالای تحصیلات می‌تواند به عنوان منبعی برای سازگاری فعالانه افراد با تنیدگی‌ها مورد ملاحظه قرار گیرد.

در این مطالعه سعی شد ملاحظات اخلاقی کاملاً رعایت شود. شرکت بیماران در پژوهش کاملاً آگاهانه بود و قبل از ورود به مطالعه، هدف از انجام پژوهش به اطلاع آن‌ها رسانده می‌شد. به بیماران اطمینان داده می‌شد که شرکت در مطالعه کاملاً اختیاری است و هر وقت که تمایل داشته باشند می‌توانند از مطالعه خارج شوند.

از محدودیت‌های این مطالعه، تعداد کم بیماران تحت درمان با همودیالیز و امکان استفاده از گروه کنترل می‌باشد. به همین دلیل، به شکل شبه‌تجربی و بر روی یک گروه از بیماران به صورت قبل و بعد انجام شد. این مسأله جزء محدودیت‌های این مطالعه محسوب می‌شود.

### نتیجه‌گیری

یافته‌های این پژوهش نشان داد که آموزش به بیماران دیالیزی می‌تواند با تغییر شیوه‌های سازگاری کیفیت زندگی این بیماران را ارتقاء دهد. آموزش به این بیماران از میزان روش مقابله‌ای هیجان‌مدار کاسته و در عوض، باعث ارتقای استفاده از روش مشکل‌مدار شده است. با بهره‌گیری از این روش مقابله‌ای، کیفیت زندگی این بیماران افزایش نشان داده است. با وجود این، بنا به دلایل موقعیتی و منطقه‌ای، این مطالعه روی حجم کمی از بیماران دیالیزی انجام شده است. اما یافته‌های پژوهش نشان داد که با تغییر روش مقابله با این بیماری مزمن، بیماران قادر خواهند بود از زندگی خود لذت بیشتری ببرند.

### تشکر و قدردانی

از تمام بیمارانی که در این مطالعه شرکت داشتند و در جلسات آموزشی حضور فعال داشته‌اند تقدیر و تشکر می‌گردد. همچنین از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان که بخشی از هزینه‌های این طرح تحقیقاتی را تقبل کرده‌اند سپاسگزار می‌شود.

این پژوهش در قالب طرح تحقیقاتی با کد ۹۱۰۱۱۷ مربوط به پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی مشهد و با همکاری مسئولان و کارکنان معاونت بهداشتی دانشگاه و واحدهای دیابت مراکز بهداشتی درمانی شهیدقدسی و مطهری انجام گرفت؛ بر این اساس، از کلیه مسئولین محترم، پزشکان و پرستاران شاغل در واحدهای دیابت و از کلیه مددجویان که در این مطالعه مشارکت نمودند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌گردد.

## References

1. Hagren B, Pettersen IM, Severinsson E. Maintenance Haemodialysis: Patients' Experiences of their Life Situation. *J Clin Nurs*. 2005;14:294-300.
2. Davison SN. End-of-Life Care Preferences and Needs: Perceptions of Patients with Chronic Kidney Disease. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2010;5:195-204.
3. Horigan AE. Fatigue in Hemodialysis Patients: A Review of Current Knowledge. *J Pain Symptom Manag*. 2012;44(5):715-24.
4. Chilcot J, Wellsted D, Farrington K. Illness Representations are Associated with Fluid Nonadherence among Hemodialysis Patients. *J Psychosom. Res*. 2010;68(2):203-12.
5. Idier L, Untas A, Koleck M, Chauveau P, Rascle N. Assessment and Effects of Therapeutic Patient Education for Patients in Hemodialysis: A Systematic Review. *Int J Nurs Stud*. 2011;48(12):1570-86.
6. Christensen A, Ehlers S. Psychological Factors in End-Stage Renal Disease: An Emerging Context for Behavioural Medicine Research. *J Consult Clin. Psychol* . ۲۴-۷۱۲:(۳)۷۰;۲۰۰۲
7. Courts N. Psychosocial Adjustment of Patients on Home Hemodialysis and their Dialysis Partners. *Clin. Nurs. Res*. 2000;9(2):177-90.
8. Calvin A. Haemodialysis Patients and End-of-Life Decisions: A Theory of Personal Preservation. *J Adv Nurs*. 2004;46(5):558-69.
9. Kimmel P. Psychosocial Factors in Dialysis Patients. *Kidney Int*. 2001;59:1599-613.
10. Pakpour A, Zeidi IM, Chatzisarantis N, Molsted S, Harrison A, Plotnikoff R. Effects of Action Planning and Coping Planning within the Theory of Planned Behaviour: A Physical Activity Study of Patients Undergoing Haemodialysis. *Int. J. Sports Psychol* 2011;12(6):609-14.
11. Folkman S, Tedlie J, Moskowitz J. Coping: Pitfalls and Promise. *Annu Rev Psychol* 2004;55:745-62.
12. Lorig K, Holman H. Self-Management Education: History, Definition, Outcomes, and Mechanisms. *Ann Behav Med*. 2003;26(1):1-7.
13. Gilbar O, Or-Han K, Plivazky N. Mental Adjustment, Coping Strategies, and Psychological Distress among End-Stage Renal Disease Patients. *J Psychosom Res*. 2005;58(6):471-6.
14. Kusman I, Sunutra T, Kittikorn N. Coping and Quality of Life among Indonesians Undergoing Hemodialysis. *Thai J Nurs Res*. 2009. ۱۷ - ۱۰۹:(۲)۱۳;
15. Mok E, Tam B. Stressors and Coping Methods among Chronic Hemodialysis Patients in Hong Kong. *J Clin Nurs*. 2001;10:503-11.
16. Pucheu S, Consoli SM, D'Auzac C, Fransais P, Issad B. Do Health Causal Attributions and Coping Strategies Act as Moderators of Quality of Life in Peritoneal Dialysis Patients? *J Psychosom Res*. 2004;56(3):317-22.
17. Breiterman White R. Adherence to the Dialysis Prescription: Partnering with Patients for Improved Outcomes. *J Nephrol Nurs*, 2004;31(4):432-5.
18. Christensen A. Patient-by-Treatment Context Interaction in Chronic Disease: A Conceptual Framework for the Study of Patients' Adherence. *Psychosom. Med* 2000;62:435-43.
19. Christensen A, Benotsch E, Wiebe J, Lawton W. Coping with Treatment-Related Stress: Effects on Patient Adherence in Hemodialysis. *J Consult Clin Psychol*. 1995;63(3):454-9.
20. Yeh S-C, Chou H-C. Coping Strategies and Stressors in Patients with Hemodialysis. *Psychosom Med*. ۹۰-۶۹:۱۸۲;۲۰۰۷ .

21. Finkelstein FO, Wuerth D, Finkelstein SH. Health Related Quality of Life and the CKD Patient: Challenges for the Nephrology Community. *Kidney Int.* 2009;76:946–52.
22. Kimmel PL, Patel SS. Quality of Life in Patients with Chronic Kidney Disease: Focus on End-Stage Renal Disease Treated with Hemodialysis. *Semin Nephrol.* 2006;26:68–79.
23. Coelho R, Amorim I, Prata J. Coping Styles and Quality of Life in Patients with Non-Insulin-Dependent Diabetes Mellitus. *Psychosom J.* 2003;44:312-1.^
24. Santos PR. Correlation between Coping Style and Quality of Life among Hemodialysis Patients from a Low –Income Area in Brazil. *Hemodial Int.* 2010;14:316 -21.
25. Patel SS, Shah VS, Peterson RA, PL. K. Psychosocial Variables, Quality of Life, and Religious Beliefs in ESRD Patients Treated with Hemodialysis. *Am J Kid Dis.* 2002;40:1013-22.
26. Motamed N, Ayatollahi AR, Zare N, Sadeghi-Hassanabadi A. Validity and Reliability of the Persian Translation of the SF-36 Version 2 Questionnaire. *East Mediterr Health J.* 2005;11(3):349-57.
27. Mahmoudi G.R, Shariati A.R, Behnampour N. Relationship between Quality of Life and Coping Methods Used by Patients Undergoing Hemodialysis. *J Gorgan Uni Med Sci.* 200 ۵۲-۴۳:(۲)۵;۳
28. Narimani K. Effect of Self-Care Education on Quality of Life in Hemodialysis Patients. *Daneshvar Pezeshki J.* 2008;79:63-70.
29. Lazarus RS, S. F. Stress, Appraisal and Coping. New York: NY: Springer; 1984.
30. Aziznezhad P, Kashanineya Z. Self-Care Education in the Use of Coping Strategy in Adolescents with Major Thalassemia Referred to Thalassemia Center in Amyrkla's Children's Hospital. *J Hormozgan Uni Med Sci.* 2007;3:265-72.
31. Bagherian Reza, Maroofi M, Fatolah Gol M, Zare F. Prevalence of Anxiety, Depression and Coping Styles in Myocardial Infarction Patients Hospitalized in Isfahan Hospitals. *J Mazand Univ Med Sci.* 2010;20(77): 37-45.
32. Rahimian B. Quality of Life Stressors and Coping in Hemodialysis Patients. *J Urmia Nur* 2009;6(4):10-7.
33. Takaki J, Nishi T, Shimoyama H, Inada T, Matsuyama N, Kumano H, et al. Possible Interactive Effects of Demographic Factors and Stress Coping Mechanisms on Depression and Anxiety in Maintenance Hemodialysis Patients. *J Psychosom Res.* 2005;58(3):217-23.



## The Effect of Coping Strategies Training on Hemodialysis Patients' Quality of Life

Zahra Fatehi<sup>1</sup>, \*Ali Ravari<sup>2</sup>, Ali Khodadadi<sup>3</sup>, Shahin Hydari<sup>4</sup>

1. MS in Medical Education, Rafsanjan University of Medical sciences, Rafsanjan, Iran.

2. Assistant professor in Nursing, School of Nursing & Midwifery, Occupational Environment Research Center, Rafsanjan University of Medical sciences, Rafsanjan, Iran

3. MS in Nursing, Faculty member, School of Nursing & Midwifery, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran

4. PhD Nursing student, , Kerman University of Medical Sciences School of Nursing & Midwifery, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran .

\* Corresponding author, Email: ravary4776@yahoo.com

### Abstract

**Background:** The hemodialysis patients, who are able to make better use of adaptive techniques, accept the treatment easier and will have a higher quality of life.

**Aim:** The aim of this study was to measure the effect of training of coping methods (problem-focused and emotion-focused) on quality of life in hemodialysis patients.

**Methods:** This was a one-group before- after quasi-experimental design, in which 38 hemodialysis patients admitted at the Ali ebn Abi Talib Hospital in Rafsanjan 2010, were included. Quality of life questionnaire (SF36) and Lazarus Jalowiece Coping Style Questionnaire were used to measure the patients' quality of life and coping styles before intervention. Coping strategies were then trained and quality of life and coping styles were measured again after intervention. Data analysis was performed with SPSS Software Version 18 using paired t-test, ANOVA and Fisher's exact test.

**Results:** Most of the subjects were female, married, with a mean (SD) age of  $51.42 \pm 20/50$  years. The mean score of quality of life was  $89.03 \pm 19.35$  before versus  $98.89 \pm 16$  after intervention. The mean score of quality of life was increased 9.85 after training compared to the baseline. Paired t-test showed significant difference between the scores of quality of life before and after intervention ( $p < 0.0001$ ).

**Conclusion:** The results indicated that coping methods training can promote the use of problem-based instead of emotion-focused coping strategies, which intern could enhance patients' quality of life.

**Keywords:** Hospital hemodialysis unit, quality of life, training of patients, coping strategies

Received: 28/12/2012

Accepted: 15/02/2013