

بررسی ارتباط بین شدت تنیدگی آورها، مکانیسم های تطابقی و کیفیت زندگی در بیماران همودیالیزی مراجعه کننده به مرکز آموزشی، درمانی رازی شهر رشت

پژوهشگران: شبلم آهنگرداودی^۱، مژگان بقائی^۲، زهرا یزدان دوست^۳، ایمان تقدسی^۴

(۱) دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری (گرایش داخلی - جراحی)

(۲) کارشناس ارشد پرستاری (گرایش داخلی - جراحی)، عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی گیلان

(۳) کارشناس ارشد پرستاری (گرایش روانپرستاری)، عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی گیلان

(۴) کارشناس ارشد آمار حیاتی

چکیده:

مقدمه: بیماران مبتلا به نارسائی مزمن کلیه و تحت درمان با همودیالیز در طول برنامه درمانی دراز مدت خویش همواره در معرض تنیدگی آورهای مختلف فیزیولوژیکی و روانی - اجتماعی ناشی از بیماری و درمان قرار دارند. استفاده از روشهای مختلف تطابقی (هیجان مدار و مسئله مدار) جهت مقابله با آنها می تواند بر کیفیت زندگی بیماران موثر باشد.

هدف: تعیین ارتباط بین شدت تنیدگی آورها، مکانیسم های تطابقی و کیفیت زندگی در بیماران همودیالیزی مراجعه کننده به مرکز آموزشی - درمانی رازی شهر رشت

روش کار: در این پژوهش توصیفی - همبستگی، ۱۰۵ نمونه به روش سرشماری انتخاب شدند. ابزار گردآوری اطلاعات شامل چهار پرسشنامه، در ارتباط با مشخصات دموگرافیک بیماران، مقیاس تنیدگی آورها در بیماران همودیالیزی (اچ. اس. اس)، ابزار روشهای تطابقی جالوویس و شاخص کیفیت زندگی پادایلا و همکاران بود که به روش مصاحبه و توسط پژوهشگر تکمیل شد.

نتایج: نتایج تحقیق بیانگر آن است که میانگین تنیدگی آورهای روانی - اجتماعی با اختلاف معنی داری بیشتر از میانگین تنیدگی آورهای فیزیولوژیکی ($p < 0/0001$) و همچنین میانگین مکانیسم های تطابقی مسئله مدار با اختلاف معنی داری بیشتر از میانگین مکانیسم های تطابقی هیجان مدار ($p < 0/0001$) بود. از طرف دیگر نتایج نشان داد که شدت تنیدگی آورها با مکانیسم های تطابقی هیجان مدار ارتباط مستقیم و معنی دار ($p < 0/01$) و با کیفیت زندگی ارتباط معکوس و معنی دار ($p < 0/01$) داشته است. همچنین بین مکانیسم های تطابقی مسئله مدار و کیفیت زندگی بیماران نیز ارتباط مستقیم و معنی داری ($p < 0/01$) مشاهده شد. در نهایت نتایج پژوهش نشان داد که ارتباط بین شدت تنیدگی آورهای مرتبط با درمان همودیالیزی با مکانیسم های تطابقی هیجان مدار بر حسب کلیه متغیرهای دموگرافیک، مستقیم و معنی دار و با مکانیسم های تطابقی مسئله مدار بر حسب سن، وضعیت تأهل و کفایت درآمد خانواده، معکوس و معنی دار بوده است. همچنین بین شدت تنیدگی آورها با کیفیت زندگی بر حسب کلیه متغیرهای دموگرافیک ارتباط معکوس و معنی دار مشاهده شد. از طرف دیگر ارتباط بین مکانیسم های تطابقی مسئله مدار با کیفیت زندگی بر حسب کلیه متغیرهای دموگرافیک مستقیم و معنی دار بود، در حالیکه بین مکانیسم های تطابقی هیجان مدار با کیفیت زندگی فقط بر حسب سن رابطه معکوس و معنی دار وجود داشت.

نتیجه گیری: با توجه به یافته های فوق می توان گفت با طرح ریزی مداخلات پرستاری مناسب در جهت بر طرف کردن و یا کاستن شدت تنیدگی آورهای مرتبط با درمان همودیالیزی و تقویت مکانیسم های تطابقی مسئله مدار می توان گام مهمی در جهت ارتقاء کیفیت زندگی بیماران برداشت.

کلید واژه ها: تنیدگی، تطابق، کیفیت زندگی

مقدمه

می گذارد (۲). تنیدگی آورهای مختلفی وجود دارند که از بین آنها می توان به انواع روانی، اجتماعی و فیزیولوژیکی اشاره کرد (۳). بیماریها و درمانهای مختلف مربوط به آنها از رویدادهای مهم در زندگی انسان هستند که خود با تنیدگی آورهای

تنیدگی بخش قابل توجهی از تجارب زندگی روزانه افراد را تشکیل می دهد. نه تنها با وقایع سخت و منفی زندگی، بلکه با تغییرات خوشایند و مثبت نیز همراه است (۱)، که بر تمام حیطه های زندگی تاثیر

اردیبهشت ۱۳۸۲ تعداد بیماران همودیالیزی در این استان ۴۲۲ نفر می باشد در حالیکه در سال ۱۳۷۸ تعداد این بیماران ۳۸۰ نفر و در سال ۱۳۷۶، ۲۶۳ نفر گزارش شده بود (۱۳) که این ارقام سرعت رشد بالائی را نشان می دهد.

بیماران همودیالیزی علاوه بر تنیدگی آورهای معمول روزانه خود در معرض تنیدگی آورهای جسمی (خارش، خستگی، دردهای عضلانی و...) و روانی-اجتماعی (طول مدت درمان، عدم اطمینان به آینده، مشکلات مالی و...) خاصی قرار دارند (۱۴) و از هر دو دسته روشهای تطابقی مسئله مدار و هیجان مدار جهت مقابله با آنها استفاده می کنند (۱۱).

با توجه به نتایج تحقیقات مختلف که نشانگر پائین بودن کیفیت زندگی اکثر بیماران همودیالیزی است و با توجه به نقش مهم پرستاران همودیالیزی با عوارض جسمی و روانی-اجتماعی ناشی از درمان و نهایتاً کیفیت زندگی آنها (۱۵) پژوهشگر بر آن شد که تحقیقی را با هدف تعیین ارتباط بین شدت تنیدگی آورها، مکانیسم های تطابقی و کیفیت زندگی در بیماران همودیالیزی مراجعه کننده به مرکز آموزشی - درمانی رازی شهر رشت (سال ۱۳۸۳) انجام دهد که طی آن سه فرضیه "شدت تنیدگی آورها با مکانیسمهای تطابقی مورد استفاده ارتباط دارد"، "شدت تنیدگی آورها با کیفیت زندگی بیماران ارتباط دارد" و "مکانیسمهای تطابقی مورد استفاده با کیفیت زندگی بیماران ارتباط دارد" مورد بررسی قرار گرفت.

روش کار

پژوهش حاضر از نوع توصیفی - همبستگی است که در آن ۱۰۵ بیمار همودیالیزی به روش سر شماری انتخاب شدند. محیط این پژوهش، بخش همودیالیز مرکز آموزشی - درمانی رازی شهر رشت بود و ابزار گردآوری اطلاعات شامل چهار پرسشنامه در ارتباط بامشخصات دموگرافیک

فیزیولوژیکی (درد، تهوع، ضعف و...) و روانی-اجتماعی (ترس از محدودیت های فیزیکی، تغییر در نقش ها و ارتباطات و...) بسیاری همراه هستند (۴).

بطور کلی افراد جهت مقابله با تنیدگی آورها، حفظ تمامیت فردی خود و در نهایت برای رسیدن به سازگاری از روشهای مختلف تطابقی استفاده می کنند (۵) که این روشها به دودسته روشهای تطابقی هیجان مدار و مسئله مدار طبقه بندی می شوند (۶). استفاده از روشهای تطابقی نامؤثر موجب تشدید تنیدگی و مشکلات جسمی و روحی افراد می شود (۷) در حالیکه روشهای تطابقی مؤثر موجب سازگاری و بقاء فرد و ارتقاء کیفیت زندگی می شود (۸).

بنابراین کیفیت زندگی انسان می تواند تحت تاثیر استراتژی های تطابقی مختلف قرار گیرد (۹) از طرف دیگر تنیدگی آور های مربوط به بیماری و درمان نیز بر کیفیت زندگی تاثیر دارند (۱۰). این مسئله در بیماران مبتلا به نارسائی مزمن کلیه و تحت درمان با همودیالیز مورد توجه محققان مختلفی قرار گرفته است چرا که این بیماران با مشکلات فراوانی در زندگی خود همچون فقدان ها و تغییرات سبک زندگی روبرو هستند (۱۱).

علاوه بر آن جهان با شیوع افزایش یابنده این بیماری روبرو است. بطوری که در سال ۲۰۰۱ در ایالات متحده آمریکا ۳۰۰ هزار بیمار مبتلا به نارسائی مزمن کلیه و تحت درمان با همودیالیز وجود داشت که در طی پنج سال قبل از آن سالیانه تقریباً هشت درصد به تعداد این گروه از بیماران افزوده شده بود (۳).

آمار مبتلایان به این بیماری در ایران در دی ماه ۱۳۸۰، حدود ۸۴۲۲ نفر بود که سالانه ۱۱ درصد بر تعداد آن افزوده می شود (۱۲) همچنین براساس اطلاعات دریافتی از اداره پرستاری گیلان در

درصد (۴۲/۹٪)، تنیدگی ناشی از هزینه درمان را خیلی زیاد بیان کرده اند. در نهایت شدت تنیدگی آورهای روانی-اجتماعی در اکثر افراد (۵۳/۳٪) متوسط و شدت تنیدگی آورهای جسمی در اکثر افراد (۴۶/۷٪) کم بود و در کل میانگین تنیدگی آورهای روانی-اجتماعی با اختلاف معنی داری بیشتر از میانگین تنیدگی آورهای جسمی بوده است ($P < 0/0001$).

نتایج در ارتباط با هدف دوم نشان داد که عمده ترین مکانیسم های تطابقی مورد استفاده بیماران همودیالیزی به ترتیب میانگین و انحراف معیار کسب شده شامل دعا کردن و توکل به خدا ($3/2 \pm 0/81$)، درک موقعیت پیش آمده ($2/39 \pm 0/84$)، نگرانی ($2/35 \pm 1/26$)، استفاده از تجارب قبلی جهت حل مشکل ($2/30 \pm 0/92$) و سعی در کنترل اوضاع و احوال خود ($2/19 \pm 0/86$) است و در کل اکثریت واحد های مورد پژوهش (۸۰٪) از مکانیسم های تطابقی هیجان مدار به میزان کم و بیشترین درصد افراد (۶۴/۸٪) مکانیسم های مسئله مدار را به میزان متوسط به کار می بردند و در نهایت میانگین مکانیسم های تطابقی مسئله مدار با اختلاف معنی داری ($P < 0/0001$) بیشتر از میانگین مکانیسم های تطابقی هیجان مدار بود.

همچنین در زمینه هدف سوم، نتایج نشان داد که بیشترین درصد واحد های مورد پژوهش دارای میزان درد بسیار زیاد (۲۴/۸٪)، توانایی بسیار کم برای انجام کارهای معمول روزانه (۳۳/۳٪) و میزان تفریحات بسیار کم (۴۵/۷٪) بوده اند. در کل اکثریت واحد های مورد پژوهش (۷۰/۵٪) از کیفیت زندگی نامطلوب بر خوردار بودند.

در زمینه هدف چهارم یعنی تعیین ارتباط بین شدت تنیدگی آورهای مرتبط با درمان همودیالیزی با مکانیسم های تطابقی بر حسب متغیرهای دموگرافیک، نتایج نشان داد که ارتباط بین شدت

بیماران، مقیاس تنیدگی آورها در بیماران همودیالیزی (اچ.اس.اس)، ابزار بررسی روشهای تطابقی جالووئیس و شاخص کیفیت زندگی پادپلا و همکاران بود. این پرسشنامه ها به روش مصاحبه و توسط پژوهشگر پر شد.

متغیر های اصلی این پژوهش، شدت تنیدگی آورها، مکانیسم های تطابقی و کیفیت زندگی بودند که متغیر های کیفی بوده و بر اساس مقیاس اندازه گیری رتبه ای و طرح تک مرحله ای و تک گروهی مورد بررسی قرار گرفتند. اطلاعات با استفاده از روشهای آمار توصیفی و استنباطی مورد بررسی و تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

نتایج

نتایج حاصل نشان داد که ۵۰/۵ درصد واحد های مورد پژوهش را زنان، تشکیل می دادند. ۲۸/۶ درصد در محدوده سنی ۴۱-۵۴ سال، ۷۸/۱ درصد دارای تحصیلات زیر دیپلم، ۴۰ درصد خانه دار و ۶۸/۶ درصد ساکن شهر بودند و بیشترین درصد افراد (۴۵/۷٪) درآمد کل خانواده را کافی عنوان کردند. همچنین در اکثریت واحدهای مورد پژوهش (۶۵/۷٪) سابقه همودیالیز ۵-۱۰ سال و در ۷۲/۴ درصد افراد، دفعات همودیالیز ۳-۴ بار در هفته بوده است و ۳۲/۴ درصد واحدها بصورت متغیر در شیفت های مختلف همودیالیز می شدند.

یافته های پژوهش در ارتباط با هدف اول پژوهش (تعیین شدت تنیدگی آورهای مرتبط با درمان همودیالیزی) نشان داد که در زمینه تنیدگی آور های فیزیولوژیکی، اکثریت افراد (۵۶/۲٪) به میزان ناراحتی ناشی از خارش پاسخ ابداً داده اند. علاوه بر آن اکثریت افراد (۳۴/۳٪) تنیدگی ناشی از خستگی را زیاد عنوان کرده اند. همچنین در زمینه تنیدگی آورهای روانی-اجتماعی بیشترین درصد افراد (۶٪) به سؤال میزان تنیدگی ناشی از محدودیت در انتخاب مدل لباس پاسخ ابداً دادند در حالیکه بیشترین

شیفتهای عصر و شب، ارتباط معکوس و معنی داری وجود دارد (جدول شماره ۳).

در زمینه ارتباط بین مکانیسم های تطابقی و کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی بر حسب متغیرهای دموگرافیک، یافته ها نشان می دهد که بین مکانیسم های تطابقی هیجان مدار و کیفیت زندگی فقط در گروه سنی ۴۰-۱۸ سال رابطه معکوس و معنی دار وجود دارد ($P < 0/05$). از طرف دیگر بین مکانیسم های مسئله مدار و کیفیت زندگی در هر دو گروه جنسی، گروههای سنی ۴۱-۵۴ ساله و بالای ۶۵ ساله، بیماران متاهل، با تحصیلات دیپلم و بالاتر، گروه کارمند و ساکن شهر، بیماران با درآمد تقریباً کافی، بیماران با سابقه همودیالیز ۵-۱ سال و دفعات همودیالیز ۳-۴ بار در هفته و همچنین بیمارانی که در شیفت صبح و یا بطور متغیر در شیفتهای مختلف همودیالیز می شوند، رابطه مستقیم و معنی دار وجود داشت (جدول شماره ۴).

نهایتاً در ارتباط با هدف کلی پژوهش، نتایج نشانگر ارتباط مستقیم و معنی داری بین شدت تنیدگی آورها با مکانیسم های تطابقی هیجان مدار ($P < 0/01$) و کیفیت زندگی ($P < 0/01$) بود.

جدول شماره (۱): ارتباط بین شدت تنیدگی آورهای مرتبط با همودیالیز و میزان استفاده از مکانیسم های تطابقی هیجان مدار بر حسب

متغیرهای دموگرافیک

نتیجه آزمون	ضریب همبستگی پیرسون	متغیرهای دموگرافیک	
$P < 0/05$	$r = 0/297$	زن	جنس
$P < 0/05$	$r = 0/223$	مرد	
$P < 0/01$	$r = 0/323$	۴۰-۱۸ ساله	سن (سال)
$P < 0/05$	$r = 0/650$	مجرد	وضعیت تاهل
$P < 0/05$	$r = 0/250$	متاهل	
$P < 0/01$	$r = 0/468$	زیر دیپلم	سطح تحصیلات
$P < 0/05$	$r = 0/520$	بیکار	وضعیت اشتغال
$P < 0/01$	$r = 0/351$	شهر	محل سکونت
$P < 0/01$	$r = 0/397$	تقریباً کافی	کیفیت در آمد خانواده
$p < 0/05$	$r = 0/308$	ناکافی	
$P < 0/01$	$r = 0/375$	۵-۱	سابقه همودیالیز (سال)
$P < 0/01$	$r = 0/363$	۳-۴	دفعات همودیالیز در هفته (بار)
$P < 0/01$	$r = 0/523$	متغیر	زمان معمول انجام دیالیز

جدول شماره(۲): ارتباط بین شدت تنیدگی آورهای مرتبط با همودیالیز و میزان استفاده از مکانیسم های تطابقی مسئله مدار بر حسب متغیرهای دموگرافیک

نتیجه آزمون	ضریب همبستگی پیرسون	متغیرهای دموگرافیک	
$P < 0.01$	$r = -0.529$	≥ 65	سن
$P < 0.05$	$r = -0.916$	همسر فوت شده	وضعیت تاهل
$P < 0.01$	$r = 0.780$	کافی	کفایت در آمد خانواده

جدول شماره(۳): ارتباط بین شدت تنیدگی آورهای مرتبط با همودیالیز و کیفیت زندگی بیماران بر حسب متغیرهای دموگرافیک

نتیجه آزمون	ضریب همبستگی پیرسون	متغیرهای دموگرافیک	
$P < 0.01$	$r = -0.384$	زن	جنس
$P < 0.01$	$r = -0.614$	مرد	
$P < 0.01$	$r = -0.534$	۱۸-۴۰	سن
$P < 0.05$	$r = -0.381$	۴۱-۵۴	
$P < 0.05$	$r = -0.553$	۵۵-۶۴	
$P < 0.01$	$r = -0.323$	≥ 65	
$P < 0.01$	$r = -0.524$	متاهل	وضعیت تاهل
$P < 0.05$	$r = -0.839$	همسر فوت شده	
$P < 0.01$	$r = -0.510$	بیسواد	سطح تحصیلات
$P < 0.01$	$r = -0.550$	زیر دیپلم	
$P < 0.05$	$r = -0.475$	دیپلم و بالاتر	
$P < 0.01$	$r = -0.612$	کارمند	وضعیت اشتغال
$P < 0.01$	$r = -0.616$	کشاورز	
$P < 0.01$	$r = -0.409$	خانه دار	
$P < 0.01$	$r = -0.4639$	شهر	محل سکونت
$P < 0.01$	$r = -0.595$	روستا	
$P < 0.05$	$r = -0.609$	کافی	کیفیت در آمد خانواده
$P < 0.01$	$r = -0.420$	تقریبا کافی	
$P < 0.01$	$r = -0.487$	ناکافی	
$P < 0.01$	$r = -0.436$	۱-۵ سال	سابقه همودیالیز(سال)
$P < 0.01$	$r = 0.696$	> 5	
$P < 0.01$	$r = -0.553$	۳-۴ بار	دفعات همودیالیز در هفته
$P < 0.01$	$r = -0.725$	عصر	زمان معمول انجام دیالیز
$P < 0.05$	$r = -0.565$	شب	

جدول شماره(۴):ارتباط بین میزان استفاده از مکانیسم های تطابقی مسئله مدار با کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی بر حسب متغیر های دموگرافیک

نتیجه آزمون	ضریب همبستگی پیرسون	متغیرهای دموگرافیک	
$P<0/05$	$r=0/417$	زن	جنس
$P<0/05$	$r=0/314$	مرد	
$P<0/01$	$r=0/464$	۴۱-۵۴	سن(سال)
$P<0/05$	$r=0/544$	≥ 65	
$P<0/01$	$r=0/379$	متاهل	وضعیت تاهل
$P<0/05$	$r=0/534$	دیپلم و بالاتر	سطح تحصیلات
$P<0/01$	$r=0/517$	کارمند	وضعیت اشتغال
$P<0/01$	$r=0/343$	شهر	محل سکونت
$P<0/01$	$r=0/386$	تقریبا کافی	کیفیت در آمد خانواده
$P<0/01$	$r=0/280$	۵-۱سال	سابقه همودیالیز
$P<0/05$	$r=0/370$	۳-۴ بار	دفعات همودیالیز در هفته
$P<0/05$	$r=0/476$	صبح	زمان معمول انجام دیالیز
$P<0/01$	$r=0/447$	متغیر	

بحث و نتیجه گیری

یافته های پژوهش حاکی از آن بود که اکثریت افراد تحت تنیدگی آور های روانی- اجتماعی با شدت متوسط ($0/53/3$) و تنیدگی آور های فیزیولوژیکی با شدت کم ($0/46/7$) بودند. در کل میانگین تنیدگی آور های روانی- اجتماعی با اختلاف معنی داری ($P<0/0001$) بیشتر از میانگین تنیدگی آورهای جسمی بود. در حالیکه نتایج تحقیق انجام شده توسط Bonni & Ester (۲۰۰۱) نشانگر بالا بودن میانگین تنیدگی آورهای جسمی است(۱۴). پژوهشگر معتقد است که دلایل این تفاوت می تواند تاثیر فرهنگ و اعتقادات افراد در ارزیابی از تنیدگی آورها و ناکافی بودن حمایت های اجتماعی جامعه ما نسبت به جوامع توسعه یافته جهت رفع مشکلات اقتصادی، رفاهی و فرهنگی بیماران همودیالیزی باشد.

از طرف دیگر میانگین مکانیسم های تطابقی مسئله مدار با اختلاف معنی داری ($P<0/0001$) بیشتر از میانگین مکانیسم های تطابقی هیجان مدار بوده است. نتایج تحقیق Bonni & Ester (۲۰۰۱)

نیز یافته فوق را تأیید می کند(۱۴). پژوهشگر معتقد است که مدت درمان نسبتا طولانی(۵-۱سال) در اکثر واحدهای پژوهش فرصت کافی را جهت پذیرش واقعیتهای مربوط به بیماری و درمان فراهم ساخته است.

در این پژوهش اکثریت بیماران($0/70/5$) از کیفیت زندگی نامطلوب برخوردار بودند. نتایج تحقیقات انجام شده توسط lok (۱۹۹۶) و Suet-ching (۲۰۰۱) نیز مطلب فوق را تأیید می کند(۱۵و۱۱). با توجه به اینکه همودیالیز با عوارض جسمی و روانی- اجتماعی بسیاری همراه است و اکثریت افراد در این پژوهش به مدت نسبتا طولانی(۵-۱سال) و هفته ای ۳-۴ بار همودیالیز می شدند،چنین نتیجه ای، دور از انتظار نبود.

نتایج پژوهش حاضر در ارتباط با فرضیه اول پژوهش نشان می دهد که بین شدت تنیدگی آورها با مکانیسم های تطابقی هیجان مدار($P<0/01$) ارتباط مستقیم و معنی دار وجود داشته است.در واقع هر چه شدت تنیدگی آورها بیشتر بوده، بیماران از

نتیجه گیری نهائی

نتایج تحقیق نشان داد که بین شدت تنیدگی آورها با مکانیسم های تطابقی هیجان مدار ارتباط مستقیم و با کیفیت زندگی ارتباط معکوس وجود دارد. همچنین نتایج بیانگر آن است که بین مکانیسم های تطابقی مسئله مدار و کیفیت زندگی ارتباط مستقیم وجود دارد.

منابع:

- 1-Potter, A. and Perry. A. Basic Nursing Theory and practice. 5th ed. Philadelphia: Mosby. 2003
- 2-Taylor, C, Lillis, C. and Lemon, P. Fundamental of Nursing. 4th ed. Philadelphia: Lippincott. 2001.
- 3-Smeltzer, Suzann C. and Bare, Brenda G. Medical Surgical Nursing. 10th ed. Philadelphia: Lippincott. 2004.
- 4-Linfinan, C A. and Meathic, M. Fundamental of contemporary Nursing Practice. Philadelphia: Mosby. 1999.
- 5-Boyd, Marry A. Psychiatric Nursing. 2th ed. Philadelphia :Lippincott. 2002.
- 6-Miller, J. Fits G. Coping with chronic illness. 3th ed. Philadelphia: Davis Company. 2000.
- 7-Groven, R. Fan, H, Constacey J. Fundamental of nursing human health and function. 4th ed. Philadelphia: Lippincott. 2003.
- 8-Hoemon, Sh. Rehabilitation Nursing. 3th ed. Philadelphia: Mosby: 2002.
- 9-Myaskorsky, L and et al. Avoidant coping with health problems is related to poorer quality of life among Lung transplant candidates. Progress in transplantation. 2003. 13(3). pp:138-192.
- 10-Karlson, I; et al. Sense of coherence: Qol before and after coronary artery bypass surgery a Longitudinal study. Journal of Advanced Nursing. 2000. 31(6). pp:1383-1392.
- 11-Lok, P. Stressors, coping mechanisms and quality of life among dialysis patients in Australia. Journal of Advanced Nursing. 1996. Vol(23). pp:873-871
- ۱۲- جازاری، زهره. مقایسه کیفیت زندگی مبتلایان به بیماری مزمن کلیه و تحت درمان با همودیالیز و دیالیز صفاقی مداوم سرپائی مراجعه کننده به مراکز همودیالیز تهران، ۱۳۸۰. نشریه دانشکده پرستاری مامائی شهید بهشتی تهران. ۱۳۸۲. شماره ۴۰. ص ۱۹-۱۵
- ۱۳- احمدی، فریبا. مقایسه نظر کادر پرستاری و بیماران در مورد عوامل تنیدگی آور محیطی بخش همودیالیز در بیماران تحت همودیالیز در مراکز آموزشی- درمانی استان گیلان. ۱۳۷۹. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشکده پرستاری و مامائی شهید بهشتی رشت. ۱۳۷۹
- 14-Ester, M. Bonni. T. Stressors and coping methods among chronic hoemodialysis patients in Hong Kong. Journal of clinical Nursing. 2001. 10(4). pp:503-511.
- 15-Suet-ching, Week Luk. The quality of life for Hong Kong dialysis patients. Journal of Advanced Nursing. 2001. 35(2). pp:218-227.

مکانیسم های تطابقی هیجان مدار، بیشتر استفاده کرده اند.

Miller (۲۰۰۰) نیز معتقد است که مکانیسم های تطابقی هیجان مدار زمانی مورد استفاده قرار می گیرند که رویدادهای تنیدگی آور، قابل کنترل و بر طرف شدن نباشند (۶). بنابر این به نظر می رسد که با افزایش شدت تنیدگی آورهای مرتبط با همودیالیز، بیماران به دلیل احساس ناتوانی در تعدیل و کنترل آنها به استفاده بیشتر از روشهای تطابقی هیجان مدار روی آورده اند. بنابر این فرضیه فوق در این زمینه تائید می گردد.

همچنین در ارتباط با فرضیه دوم پژوهش نتایج نشان داد که ارتباط معکوس و معنی داری بین شدت تنیدگی آورها با کیفیت این یافته با مطالعات lok (۱۹۹۹) و Suet-ching (۲۰۰۱) همخوانی دارد (۱۱ و ۱۵)، بنابر این فرضیه دوم پژوهش نیز تائید می گردد. از نظر پژوهشگر بالا بودن شدت تنیدگی آورهایی از قبیل هزینه درمان، محدودیت فعالیت جسمی، مشکلات مربوط به رفت و آمد به مراکز دیالیز موجب کاهش نشاط و سرزندگی، ناتوانی در انجام کارهای روزانه، نگرانی از هزینه درمان و در کل نامطلوب بودن کیفیت زندگی بیماران گردیده است.

یافته های پژوهش در ارتباط با فرضیه سوم پژوهش نشانگر وجود ارتباط مستقیم و معنی داری بین مکانیسم های تطابقی مسئله دار و کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی بود ($P < 0/01$). نتایج تحقیق lok (۱۹۹۶) نیز یافته فوق را تائید می کند (۱۱). پژوهشگر معتقد است که این امر می تواند بدلیل شرکت فعال بیمار در امر مراقبت از خود، خودکنترلی بیشتر بیمار، افزایش عملکرد مؤثر فرد در ایفای نقش های خود و داشتن ارتباط با دیگران باشد که در نهایت بر کیفیت زندگی بیمار تاثیر مثبت می گذارند.

Relationship between severity of stressor, coping mechanisms and quality of life in hemodialysis patients of Razi hospital in Rasht.

By: Ahanghar Davoodi, sh.; Baghaee, M.; Yazdandoust, Z.; Taghadosi, E.

Abstract:

Introduction: Chronic hemodialysis patients are subjected to different stressors (physiological and psychosocial) and use emotion – focused and problem – focused coping mechanisms that can affect their quality of life.

Objective: This study has been performed in order to determine relationship between severity of stressors, coping mechanisms and quality of life in hemodialysis patients of Razi hospital in Rasht, 2004.

Methods: In this descriptive – correlational study, 105 patients were selected by census. The means for gathering data were 4 questionnaires including demographic data, hemodialysis stressors scale, Jalowiec coping scale and Padilla etal's quality of life index. These questionnaires were completed by researcher through interview.

Results: Results indicated that the mean of psychosocial stressors was higher than the mean of physiological stressors ($p < 0.0001$) and the mean of problem-focused coping was higher than emotion – focused coping ($p < 0.0001$). On the other hand the results showed that there was a significant correlation between severity of stressors and emotion- focused coping mechanisms ($p < 0.01$) and between severity of stressors and quality of life ($p < 0.01$). Also there was a significant correlation between problem – focused coping mechanisms and quality of life ($p < 0.01$). Finally the results showed a significant positive correlation between the severity of treatment – related stressors and emotion- focused coping mechanisms in regard to all of demographic variables. There was a significant negative correlation between the severity of stressors and problem-focused coping mechanisms in regard to age, marital status, and sufficiency of income. Also there was a significant negative correlation between the severity of stressors and quality of life in regard to all of demographic variables. On the other hand the results showed a significant positive correlation between problem- focused coping mechanisms and quality of life only in regard to age.

Conclusion : Nurses have important roles in promoting QOL by planning appropriate nursing intervention in order to eliminate or reduce severity of hemodialysis related stressors and support problem – focused coping.

Keywords: Coping processes, Quality of life, Stress