

## ارتباط بین سازگاری با کیفیت زندگی در زنان دارای همسر تحت همودیالیز

نیره باغچقی<sup>۱</sup>، طاهره اشک تراب<sup>۲\*</sup>، نعیمه سید فاطمی<sup>۳</sup>، احمدرضا باغستانی<sup>۴</sup>

<sup>۱</sup> دانشجوی دکتری، گروه تخصصی پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران

<sup>۲</sup> استاد، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران

<sup>۳</sup> استاد، گروه پرستاری، مرکز تحقیقات مراقبتهای پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، ایران

<sup>۴</sup> استادیار، گروه آمار زیستی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران

\* نویسنده مسئول: طاهره اشک تراب، استاد، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران. ایمیل: taherehashk@gmail.com

DOI: 10.21859/nmj-25012

### چکیده

**مقدمه:** زنان دارای همسر تحت همودیالیز با چالش‌های متعددی مواجه می‌شوند که ممکن است بر کیفیت زندگی و سازگاری آن‌ها تأثیر بگذارد. هدف از این تحقیق بررسی ارتباط بین سازگاری با کیفیت زندگی در زنان دارای همسر تحت همودیالیز می‌باشد.

**روش کار:** این پژوهش یک مطالعه همبستگی می‌باشد. ۲۱۲ نفر از زنان دارای همسر تحت همودیالیز که به بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی مراجعه کرده بودند به صورت دسترس در سال ۱۳۹۵ انتخاب شدند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات شامل پرسشنامه سازگاری (نسخه کوتاه) و ابزار کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون‌های ضریب همبستگی پیرسون و آنالیز واریانس و به کمک نرم افزار SPSS (نسخه ۲۱) انجام شد.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد که در میان حیطه‌های کیفیت زندگی، حیطه سلامت روان کمترین امتیاز را داشت. کیفیت زندگی با راهبردهای سازگاری مساله‌مدار همبستگی مثبت ( $r = 0/71, P = 0/001$ ) و با راهبردهای هیجان‌مدار همبستگی منفی داشت ( $r = -0/53, P = 0/004$ ). بالاترین راهبرد سازگاری به کار گرفته شده مذهب ( $0/57 \pm 3/74$ ) و کمترین راهبرد سازگاری سوء‌مصرف مواد ( $0/7 \pm 1/99$ ) بود. **نتیجه گیری:** بین سازگاری با کیفیت زندگی زنان دارای همسر تحت همودیالیز ارتباط وجود دارد. طراحی برنامه‌های حمایتی و روانشناسی برای زنان دارای همسر تحت همودیالیز به منظور کمک و راهنمایی در جهت استفاده بیشتر از راهبردهای سازگاری مساله‌مدار و استفاده کمتر از راهبردهای هیجان‌مدار می‌تواند در بهبود کیفیت زندگی آنان کمک کننده باشد.

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۵/۰۸/۰۸

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۰۹/۱۴

### واژگان کلیدی:

سازگاری

کیفیت زندگی

همسر

همودیالیز

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی همدان محفوظ است.

### مقدمه

سال ۲۰۲۰ به ازای هر یک میلیون جمعیت ۱۲۰۰ نفر مبتلا به نارسایی مزمن کلیوی باشند [۴]. پاتوفیزیولوژی نارسایی مزمن کلیوی به گونه‌ای است که علاوه بر عوارض جسمانی متعددی که برای بیمار ایجاد می‌کند، عواقب روانی اجتماعی متعددی را نیز به همراه دارد و تغییرات بارزی را در زندگی روزمره به بیمار تحمیل می‌کند [۵]. موقعیت شغلی، خانوادگی و اجتماعی بسیاری از این بیماران به علت دپالیز مکرر، دستخوش تغییر می‌گردد. تغییرات ایجاد شده بر خلق این افراد تأثیر گذاشته و روبرو شدن با چالش‌های زندگی را برای ایشان سخت

بیماری مزمن کلیه یک مشکل سلامتی مهم و رو به افزایش است که همراه با ناخوشی و مرگ و میر بالایی است [۱]. تعداد بیماران تحت درمان با همودیالیز در سال ۲۰۱۳ در جهان ۱۵۰۰۰۰ و در ایران ۲۵۰۰۰ نفر بوده است [۲]. بر اساس مطالعه بار جهانی بیماریها در سال ۲۰۱۰، نارسایی مزمن کلیوی رتبه ۱۸ علت مرگ و میر در سراسر جهان داشت این در حالی است که در سال ۱۹۹۰ رتبه ۲۷ علت مرگ و میر را داشت که این میزان افزایش، بعد از بیماری ایدز رتبه دوم را به خود اختصاص داده است [۳]. پیش بینی شده است که تا

متفاوت‌تر از زنان است. زنان مراقب نسبت به مردان استرس بیشتری را تجربه می‌کنند. برایندهای منفی مانند فشار و بار مراقبتی در زنان بیشتر از مردان گزارش شده است به طوریکه آنان با مشکلات جسمی و روانشناختی بیشتری روبرو می‌شوند [۱۴]. بیش از دوسوم بیماران بعد از تشخیص نارسایی کلیه مجدداً به محیط کار باز نمی‌گردند و برای مردان که تا این زمان به عنوان نان آور خانه محسوب می‌شدند، پذیرش این مساله بسیار مشکل می‌باشد. زنان ممکن است مجبور به تغییر نقش شده و نقش نان آور بودن را علاوه بر نقش‌های قبلی خود بپذیرند و پذیرش این نقش جدید می‌تواند منجر به احساس رنجش و خشم در زنان شود [۱۵]. هرگونه تغییر در زندگی انسان، اعم از خوشایند و ناخوشایند مستلزم نوعی سازگاری مجدد است. استرس زمانی ایجاد می‌شود که افراد با وقایعی روبرو می‌شوند که آنها را تهدید کننده سلامت روانی و جسمانی خودشان می‌یابند. ابتلا به بیماری‌های مزمن و تهدیدکننده حیات از جمله عوامل تنش زا در انسانها و خانواده آنها می‌باشد که این افراد نیازمند سازگاری (Coping) با این موقعیتهای پرتنش زندگی هستند تا به سطح قابل قبولی از سلامت و کارایی جسمی روانی و اجتماعی دست پیدا کنند [۱۶]. راهبردهای سازگاری چنین تعریف شده است: تلاش‌های رفتاری و شناختی که به طور مداوم در حال تغییرند تا از عهده خواسته‌های خاص بیرونی یا درونی شخص که ورای منابع و توان وی ارزیابی می‌شوند، برآیند [۱۷]. در تعریف دیگری که لازاروس و فولکمن از سازگاری ارائه می‌دهند، آن را تلاشهایی معرفی می‌کنند که برای مهار (شامل تسلط، تحمل، کاهش دادن یا به حداقل رساندن) تعارض‌ها و خواسته‌های درونی و محیطی که فراتر از منابع شخص‌اند، صورت می‌پذیرد [۱۸]. بنابراین سازگاری شامل سازش یافتگی با موارد معمولی و مادی نمی‌شود، در عین حال علاوه بر آنکه اشاره به بعد کنشی و حل مساله سازگاری دارد، تنظیم پاسخ‌های هیجانی را نیز مد نظر قرار داده است [۱۷]. فرایند دیالیز تأثیر عمیقی بر زندگی بیمار و خانواده وی می‌گذارد؛ با این حال اکثر مطالعات به بیمار پرداخته و تأثیر متقابل بیمار و خانواده از نظر محققان کمتر مورد توجه قرار گرفته است و اطلاعات کمی در خصوص کیفیت زندگی مراقبین به خصوص زنان دارای همسر تحت همودیالیز و همچنین سازگاری آنان وجود دارد. این در حالی است که سلامت مراقبین و بیماران با هم ارتباط تنگاتنگی دارد و مراقبین می‌توانند در سلامتی و بهبود شرایط بیماران همودیالیزی خود نقش مؤثری داشته باشند. از این رو مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط بین کیفیت زندگی با سازگاری در زنان دارای همسر تحت همودیالیز انجام شده است.

می‌سازد [۶]. به دلیل گستردگی پیامدهای بیماری‌های مزمن بر تمام حیطه‌های زندگی، امروزه اندازه‌گیری سلامت و ارزیابی مداخلات بهداشتی علاوه بر محاسبه شاخص‌های مرگ، فراوانی و شدت بیماری به سایر شاخص‌های انسانی مانند کیفیت زندگی نیز توجه دارد. کیفیت زندگی ابعاد مختلف زندگی را مورد توجه قرار می‌دهد و با سلامت فیزیکی، بهداشت روانی، روابط رو به پیشرفت با مردم، شرکت در فعالیت‌های اجتماعی و داشتن حس خودشکوفایی شناخته می‌شود. کیفیت زندگی از شاخص‌های مهمی است که اندازه‌گیری آن در تحقیقات مختلف سلامتی، لازم و ضروری می‌باشد [۷، ۸].

یکی از استرس‌زاترین جنبه‌های بیماری مزمن کلیوی نامعلوم بودن آینده و فرایند درمان می‌باشد که امیدواری فرد مبتلا را تحت تأثیر قرار داده و کیفیت زندگی ایشان را به شدت آسیب پذیر می‌سازد [۹]. بیماران تحت درمان با دیالیز نسبت به سایر افراد بیشتر دچار افسردگی بوده و از کیفیت زندگی پایین تری برخوردار هستند. 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 این سازگاری، با مشکل مواجه خواهند شد [۷]. بیماری‌های مزمن می‌تواند باعث پایین آمدن سطح کیفیت زندگی در بیماران شود. کاهش کیفیت زندگی در بیماران تحت درمان همودیالیز، ابعاد مختلف زندگی این افراد از جمله بعد عملکردی وضعیت اقتصادی و بعد روانی-اجتماعی را تحت تأثیر قرار می‌دهد [۱۰]. علاوه بر اثراتی که بیماری‌های مزمن بر بیمار دارند، این شرایط تغییرات اساسی را در روند زندگی عادی خانواده آنها ایجاد می‌کنند [۱۱]. زندگی و مراقبت با یک بیمار مزمن، مراقب کننده را با مشکلات متعددی مواجه می‌کند که بر سلامت جسمی و روانی وی تأثیر منفی داشته و گاهی ارتباطات خانوادگی را نیز مختل می‌سازد. در فرآیند مراقبت از بیماران مزمن، غالباً مراقبین احساس عدم کنترل بر زندگی دارند [۱۲]. به علت ماهیت مزمن و درمان طولانی مدت نارسایی مزمن پیشرونده کلیه، بروز تغییرات در عملکرد خانواده غیرقابل اجتناب می‌باشد. مراقبین بیماران همودیالیزی ممکن است بار سنگینی بر دوش خود احساس نمایند، زیرا آنها مجبور به ایفای نقش مهمی در حمایت از این بیماران هستند. مراقبین اشخاصی هستند که در طی یک دوره بیماری و درمان آن به منظور سازگاری و اداره بیماری مزمن، بیشترین درگیری را در مراقبت از بیمار و کمک به آنان دارند و از آنها به بیماران پنهان تعبیر می‌شود [۱۳].

میزان مراقبت ارائه شده توسط زنان به مراتب بیشتر از مردان می‌باشد. ضمن اینکه الگوی ارائه مراقبت توسط مردان بسیار

این پژوهش یک مطالعه همبستگی می‌باشد که در سال ۱۳۹۵ انجام شد. جهت انجام این پژوهش ۲۱۲ نفر از زنان دارای همسر تحت همودیالیز مراجعه کننده به بیمارستانهای وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی به صورت نمونه گیری آسان و در دسترس انتخاب شدند و پرسشنامه‌ها بین آنها توزیع گردید. جامعه آماری این پژوهش ۳۲۰ نفر بود که بر اساس جدول پیشنهادی Morgan و همکاران [۱۹] باید ۱۷۵ نفر به عنوان نمونه انتخاب می‌شدند که در این پژوهش برای کاهش خطای نمونه گیری ۲۱۲ نفر شرکت داده شدند.

معیارهای ورود به پژوهش مراقبت کنندگان شامل این موارد بود: زنان دارای همسر تحت همودیالیز که تمایل به شرکت در پژوهش داشته باشند، بیش از ۶ ماه از شروع دیالیز همسران گذشته باشد، زنان و همسران آنها بیماری مزمن روانی نداشته باشند، زنان تنها همسر بیمار همودیالیزی باشند، قادر به تکلم به زبان فارسی باشند و مشکل شنوایی نداشته باشند. تنها معیار خروج از پژوهش، عدم توانایی شرکت کنندگان در انتقال اطلاعات به پژوهشگر در نظر گرفته شد. ابزار مورد استفاده در این مطالعه پرسشنامه سه قسمتی بود که قسمت اول شامل اطلاعات دموگرافیک و قسمت دوم پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی - فرم کوتاه (WHOQOL - BREIF) و قسمت سوم پرسشنامه سازگاری - فرم کوتاه Carver Brief (COPE) بود. پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی - فرم کوتاه کیفیت زندگی را به صورت کلی و عمومی می‌سنجد، علاوه بر آن این ابزار مخصوص گروه خاصی از بیماران نیست و در افراد بیمار و سالم قابل استفاده است. این پرسشنامه دارای ۴ حیطه سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط در ۲۴ سؤال است (هر یک از این حیطه‌ها به ترتیب دارای ۷، ۶، ۳ و ۸ سؤال می‌باشند). از طرفی این پرسش نامه دو سؤال دیگر نیز دارد که به هیچ یک از حیطه‌ها تعلق ندارند و وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را به شکل کلی ارزیابی می‌کند. این پرسشنامه با طیف لیکرت ۵ درجه‌ای است و هر حیطه امتیازی معادل با ۴ تا ۲۰ کسب می‌کند که امتیاز بالاتر، کیفیت زندگی بهتر را نشان می‌دهد. عدد ۴ نشانه بدترین وضعیت و عدد ۲۰ بیانگر بهترین وضعیت می‌باشد [۲۰]. این پرسش نامه در بیش از ۴۰ کشور جهان، ترجمه و مورد اعتبارسنجی واقع شده است. مشخصات روان سنجی گونه ایرانی این پرسش نامه نشان داده است که این ابزار از روایی، پایایی و قابلیت پاسخ گویی مناسبی در جمعیت ایرانی برخوردار است و قابل استفاده می‌باشد [۲۱]. در این پژوهش جهت تعیین اعتبار پرسشنامه از روش اعتبار محتوا و

جهت تعیین پایایی از روش همسانی درونی و محاسبه آلفای کرونباخ (۰/۹۱) استفاده شد.

برای اندازه‌گیری راهبردهای سازگاری از ابزار سازگاری - فرم کوتاه Carver استفاده شد که به سنجش راه‌های مورد استفاده برای سازگاری با استرس می‌پردازد. این مقیاس فرم سازگاری - فرم کوتاه می‌باشد که توسط کارور در سال ۱۹۹۷ طراحی شده است و به زبانهای اسپانیایی، فرانسوی، آلمانی، یونانی و کره‌ای ترجمه شده است و بارها در مقالات مختلف استفاده شده است. مقیاس سازگاری - فرم کوتاه از ۲۸ گویه و ۱۴ زیر مقیاس تشکیل شده و به ازای هر مقیاس دو گویه وجود دارد. این حیطه‌ها شامل: ۱- انحراف حواس توسط خود فرد ۲- سازگاری فعال ۳- انکار ۴- سوئی مصرف مواد ۵- استفاده از حمایت عاطفی ۶- استفاده از حمایت ابزاری ۷- بی‌تفاوتی رفتاری ۸- برون ریزی (Venting) احساسات ۹- چارچوب مثبت دادن ۱۰- برنامه ریزی ۱۱- شوخ طبعی ۱۲- پذیرش ۱۳- مذهب و ۱۴- سرزنش خود می‌باشد. این ابزار به صورت لیکرت ۴ نمره‌ای می‌باشد که نمره ۱ نشان دهنده "هرگز این کار را انجام نداده‌ام"، نمره ۲ "کمی این کار را انجام داده‌ام"، نمره ۳ "به صورت متوسط این کار را انجام داده‌ام" و نمره ۴ نشان دهنده "بسیار این کار را انجام داده‌ام" است. امتیاز بالاتر نشان دهنده دفعات استفاده از سازگاری می‌باشد. میانگین نمرات در هر یک از راهبردها بین ۴-۱ خواهد بود [۲۲]. حیطه‌های مختلف پرسشنامه سازگاری به دو حیطه کلی راهبردهای مساله مدار و هیجان‌مدار تقسیم بندی شده است. به این صورت که حیطه‌های پذیرش، سازگاری فعال، برنامه‌ریزی، مذهب، استفاده از حمایت عاطفی استفاده از حمایت ابزاری و شوخ طبعی در حیطه کلی راهبردهای مساله مدار و حیطه‌های بی تفاوتی رفتاری، برون ریزی احساسات، سوء مصرف مواد، انکار، انحراف حواس توسط خود فرد و سرزنش در حیطه کلی راهبردهای هیجان‌مدار تقسیم بندی شده است [۲۳]. در این پژوهش ابتدا پس از کسب اجازه کتبی از طراح اصلی این پرسشنامه، با تکنیک پیش رو-پس رو (Forward Backward Translation) به فارسی ترجمه شد و جهت تعیین روایی علمی، از روش روایی محتوی و شاخص اعتبار محتوی استفاده شد. همچنین جهت تعیین پایایی از روش آزمون-آزمون مجدد (به فاصله ۱۴-۱۰ روز) و همچنین همسانی درونی با محاسبه آلفای کرونباخ استفاده شد. با توجه به میزان همبستگی بین نتایج حاصل از دو مرحله (۰/۷۶ =  $r$ ) و همچنین آلفای کرونباخ (۰/۷۷ =  $a$ ) ابزار از اعتماد قابل قبول برخوردار بود. تجزیه تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS انجام شد و از آزمونهای آماری آنالیز واریانس درون موردی (با اندازه‌گیریهای تکراری)

و ضریب همبستگی پیرسون و آزمون تی مستقل استفاده شد. جهت رعایت ملاحظات اخلاقی محقق پس از بیان اهداف مطالعه، رضایت نامه کتبی از نمونه‌های پژوهش اخذ کرد و در طی تحقیق، رازداری و آزادی نمونه‌ها برای شرکت در تحقیق یا خروج از آن رعایت شد. این مقاله حاصل بخشی از رساله دکتری تخصصی پرستاری در دانشکده پرستاری و مامائی شهید بهشتی تهران که با کد اخلاق (PHNM-۱۳۹۵-۳۹۵) به تصویب رسیده است.

### یافته‌ها

۲۳۵ نفر از زنان دارای همسر تحت همودیالیز جهت شرکت در پژوهش دعوت شدند و ۲۱۲ نفر در پژوهش شرکت کردند (میزان پاسخ دهی ۹۰٪). میانگین سنی شرکت‌کنندگان ۵۴/۲ سال (انحراف معیار ۱۳/۷) بود. اکثریت شرکت‌کنندگان (۵۸/۸ درصد) دارای سطح تحصیلات ابتدایی بودند و اکثریت آنها (۷۲ درصد) خانه دار بودند و میانگین دوره بیماری همسران آنها ۵/۳۳ سال بود. میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی کلی و رضایت از سلامت شرکت‌کنندگان به ترتیب ۲/۶۳ (۰/۱۶) و ۲/۹۷ (۰/۱۷) بود (جدول ۱).

با انجام آزمون آنالیز واریانس با اندازه‌گیری‌های تکراری

جدول ۱: امتیازات کیفیت زندگی زنان دارای همسر تحت همودیالیز مراجعه کننده به بیمارستانهای وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی سال ۱۳۹۵

حیطه‌های کیفیت زندگی محدوده امتیاز میانگین (انحراف معیار)	میانگین	انحراف معیار
سلامت جسمانی	۴-۲۰	۱۲/۱۲ (۲/۱)
سلامت روانی	۴-۲۰	۱۰/۷۵ (۲/۶۵)
روابط اجتماعی	۴-۲۰	۱۲/۶۶ (۲/۷)
سلامت محیط	۴-۲۰	۱۲/۵۵ (۳/۰۹)
کیفیت زندگی کلی	۱-۵	۲/۶۳ (۰/۱۶)
رضایت از سلامت	۱-۵	۲/۹۷ (۰/۱۷)

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار نمرات حیطه‌های سازگاری زنان دارای همسر تحت همودیالیز مراجعه کننده به بیمارستانهای وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی سال ۱۳۹۵

حیطه‌های راهبردهای سازگاری	میانگین	انحراف معیار
راهبردهای سازگاری مساله محور	۳/۱۲	۰/۵۵
پذیرش	۳/۲۶	۰/۱۶
سازگاری فعال	۳/۱۳	۰/۶۹
برنامه ریزی	۳/۲۵	۰/۶۲
مذهب	۳/۷۴	۰/۵۷
استفاده از حمایت عاطفی	۳/۱۶	۰/۱۶
استفاده از حمایت ابزاری	۳/۲۹	۰/۱۷
شوخ طبعی	۲/۰۲	۰/۶۲
چارچوب مثبت دادن	۳/۱۸	۰/۱۶
راهبردهای سازگاری هیجان محور	۲/۶۱	۰/۶۱
بی تفاوتی رفتاری	۲/۶۱	۰/۸۹
برون ریزی احساسات	۳/۱۳	۰/۶۷
سوء مصرف مواد	۱/۹۹	۰/۱۷
انکار	۲/۵	۰/۱۸
انحراف حواس توسط خود فرد	۳/۱۸	۰/۶۷
سرزنش	۲/۲۸	۰/۶۴

جدول ۳: ارتباط سازگاری با کیفیت زندگی در زنان دارای همسر تحت همودیالیز مراجعه کننده به بیمارستانهای وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی سال ۱۳۹۵		
حیطه‌های راهبردهای سازگاری	ضریب همبستگی پیرسون	P value
راهبردهای سازگاری مساله محور	۰/۷۱	۰/۰۰۱
پذیرش	۰/۵۹	۰/۰۸
سازگاری فعال	۰/۵۷	۰/۰۳
برنامه‌ریزی	۰/۶۱	۰/۰۳
مذهب	۰/۸۳	۰/۰۰۱
استفاده از حمایت عاطفی	۰/۶۷	۰/۰۷
استفاده از حمایت ابزاری	۰/۶۱	۰/۰۴
شوخ طبیعی	۰/۵۵	۰/۰۴
چارچوب مثبت دادن	۰/۴۹	۰/۰۴
راهبردهای سازگاری هیجان محور	-۰/۵۳	۰/۰۴
بی تفاوتی رفتاری	۰/۴۱	۰/۸۹
برون‌ریزی احساسات	-۰/۲۹	۰/۰۹
سوء مصرف مواد	-۰/۵۱	۰/۰۲
انکار	-۰/۴۹	۰/۰۳
انحراف حواس توسط خود فرد	۰/۳۴	۰/۱۱
سرزنش	-۰/۵۷	۰/۰۱

تحقیق Celik و همکاران (۲۱۰۲) نیز نشان داد که مراقبین از بیماران تحت همودیالیز اثرات نامطلوبی را بر کیفیت زندگی آنها داشته است [۲۵]. در پژوهش حاضر بیشترین راهبرد به کار گرفته توسط شرکت کنندگان راهبرد مذهبی بود، با این حال نتایج تحقیق Marquse و همکاران (۲۰۱۴) که با هدف تعیین سازگاری مراقبین خانگی بیماران همودیالیزی در کشور برزیل انجام شده است نشان داد بیشترین راهبرد سازگاری، راهبرد اجتنابی و بی توجهی به مشکل می‌باشد [۲۶] و در تحقیق Alnazly (۲۰۱۶) بیشترین راهبرد سازگاری مراقبین از بیماران همودیالیزی در کشور اردن، راهبرد خودکنترلی بود [۲۷]. که با پژوهش حاضر همخوانی ندارد. این تفاوت‌ها می‌تواند ریشه در تفاوت‌های فرهنگی و مذهبی کشورهای مختلف داشته باشد و از این منظر قابل توجیه است.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد به طور کلی کیفیت زندگی با راهبردهای سازگاری مساله‌مدار همبستگی مثبت و با راهبردهای هیجان‌مدار همبستگی منفی داشت و بین اکثر خرده مقیاس‌های راهبردهای سازگاری مساله‌مدار (سازگاری فعال، برنامه‌ریزی، مذهب، استفاده از حمایت ابزاری و شوخ طبعی) و کیفیت زندگی رابطه معنی دار مستقیم وجود

همانطور که در جدول ۳ ارائه شده است کیفیت زندگی با راهبردهای سازگاری مساله‌مدار همبستگی مثبت ( $P = 0/01$ ) داشت ( $r = 0/71$ ) و با راهبردهای هیجان‌مدار همبستگی منفی داشت ( $r = -0/53$ ,  $P = 0/04$ )، با این حال این همبستگی در تمامی خرده مقیاس‌های راهبردهای سازگاری مساله‌مدار و هیجان‌مدار وجود نداشت (جدول ۳).

### بحث

نتایج این مطالعه نشان داد که بین سازگاری به کار گرفته شده و کیفیت زندگی زنان دارای همسر تحت همودیالیز ارتباط وجود دارد و در میان حیطه‌های کیفیت زندگی، نمره حیطه سلامت روان به طور معنی داری کمتر از سایر حیطه‌ها بود که این موضوع با نتایج تحقیق Belasco و همکاران (۲۰۰۲) همخوانی داشت. در تحقیق Belasco و همکاران که با هدف بررسی کیفیت زندگی مراقبین از بیماران تحت همودیالیز که با ابزار کیفیت زندگی SF-۳۶ انجام شده بود مشخص شد که کیفیت زندگی مراقبین از بیماران تحت همودیالیز که اکثر آنها زنان بود (۸۴ درصد) در حیطه سلامت روان و نشاط بیشتر تحت تأثیر قرار گرفته است [۲۴]. همچنین نتایج



کردند. نتایج باباپور و همکاران (۱۳۹۵) نیز نشان داد که بین نگرش مذهبی و کیفیت زندگی بیماران سرطانی رابطه معنادار و مستقیمی وجود دارد [۳۲]. در کل این یافته نشان می‌دهد که جهت گیری مذهبی به واسطه تاثیرات مهمی که در زندگی افراد دارد، یک روش سازگاری مؤثر در برابر مشکلات است و با بهبود نگرش مذهبی، می‌توان راهبردهای سازگاری و کیفیت زندگی را بهبود بخشید. در تبیین یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان به دیدگاه Allport اشاره نمود که معتقد است مذهب و نگرش مذهبی مساله ای فراگیر، دارای اصول سازمان یافته و درونی شده است و افراد با جهت گیری مذهبی به تعالیم مذهبی‌شان صادقانه اعتقاد دارند و تنها مذهب واقعی می‌تواند سلامت روان را بهبود بخشد. البته Allport به این نکته نیز اشاره دارد که اینطور نیست که تمامی افرادی که ادعای مذهبی بودن دارند، دارای شخصیت سالم هستند [۳۳]. داشتن معنا و هدف در زندگی، احساس تعلق داشتن به منبعی والا، امیدواری به یاری خداوند در شرایط مشکل زای زندگی، بهره‌مندی از حمایت‌های اجتماعی و معنوی، همگی از جمله روش‌هایی هستند که افراد مذهبی با دارا بودن آنها می‌توانند در مواجهه با حوادث فشارزای زندگی، آسیب کمتری را متحمل شوند [۳۴].

توجه به اثرات بیماری مزمن بر اعضای خانواده مهم است چرا که سلامت جسمی و روانی مراقبت دهندگان در خانواده به طور بالقوه بر سلامت، آسایش و توانبخشی موفقیت آمیز بیماران با بیماری مزمن مؤثر است [۳۵]. درک و تعمق در نگرشها، صفات، و ویژگیهای روانی بیماران و مراقبت کنندگان آنان در برنامه ریزی و فراهم نمودن مداخلات درمانی مؤثر و کارآ با هدف ارتقاء کیفیت زندگی هر دو گروه حائز اهمیت می‌باشد [۳۶]. به طور کلی می‌توان نتیجه گرفت میزان کیفیت زندگی زنان دارای همسر تحت همودیالیز به خصوص در حیطه سلامت روان تحت تأثیر قرار می‌گیرد و احتمال آن می‌رود که علاوه بر اینکه سطح مراقبت از همسر را کاهش داده می‌تواند سلامت جسمی و روانی آنان را به خطر اندازد. زنان دارای همسر تحت همودیالیز، افراد آسیب‌پذیری محسوب می‌شوند و نیاز به مداخلات و مشاوره و پیگیری در طول زمان دارند. پیشنهاد می‌شود در برنامه‌ریزیهای سیستم درمانی به نقش اعضای خانواده از جمله زنان در درمان این بیماران نیز توجه شود و مداخلاتی از قبیل آموزش بیمار و مراقب وی، مشاوره، خانواده درمانی، گروه‌های حمایتی و خدمات ارجاعی جهت بهبود کیفیت زندگی مورد توجه قرار گیرد تا هم کیفیت مراقبت از بیمار بهتر شود و هم سلامت جسمی و روانی مراقب به عنوان بیماران پنهان تضمین گردد.

داشت و بین سبک سازگاری هیجان‌مداری در حیطه‌های بی تفاوتی رفتاری، برون ریزی احساسات، انحراف حواس توسط خود فرد با کیفیت زندگی رابطه معنی دار وجود نداشت، منتها در حیطه‌های سرزنش، سوء مصرف مواد و انکار رابطه معنی دار معکوس وجود داشت. معمولاً وقتی افراد احساس می‌کنند می‌توانند درباره مشکل، کاری انجام دهند از سازگاری مساله‌مدار استفاده می‌کنند و اگر موقعیت را فراتر از تواناییهای خود تلقی کنند به سازگاری هیجان‌مدار دست می‌زنند [۲۸]. فرد با به کار بستن سبک سازگاری کار آمد مساله‌مدار از مهارت‌های شناختی برای حل مسئله استفاده می‌کند. بر این اساس راه‌های سازگاری با مشکل مستقیماً بررسی می‌شوند و معمولاً با یافتن راه حل‌های مناسب برای مشکل رضایت روان شناختی حاصل می‌شود. از سوی دیگر این وضعیت باعث نظم و انسجام فکری می‌شود و آشفتگی هیجانی را کاهش می‌دهد. در سایه انسجام فکری و آرامش هیجانی به دست آمده منبع استرس نیز بهتر شناسایی می‌گردد و ممکن است قابل کنترل ارزیابی شود [۲۹].

بر اساس اطلاعات پژوهشگران و جستجوی‌های به عمل آمده در خصوص ارتباط سازگاری با کیفیت زندگی زنان دارای همسر تحت همودیالیز تا کنون مطلبی منتشر نشده است. با این حال تحقیقاتی مشابه و معدودی در سایر بیماریها و مراقبین انجام و منتشر شده است که در این قسمت به اختصار به آنها اشاره می‌شود. از جمله نتایج تحقیق عباسی و همکاران (۱۳۹۲) نشان داد که افزایش میزان استفاده از راهبردهای سازگاری هیجان‌مدار منجر به افزایش فشار مراقبتی در مراقبین خانوادگی بیماران سرطانی می‌شود [۲۸]. نتایج تحقیقات Graue و همکاران (۲۰۰۴) نیز نشان داد که به کارگیری بیشتر روش سازگاری هیجان‌مدار سطح پایین کیفیت زندگی مرتبط است و روش سازگاری مساله‌مدار به طور مثبت با کنترل سطح بالای کیفیت زندگی افراد دیابتی ارتباط دارند [۳۰]. با این حال در مطالعه Coelho و همکاران (۲۰۰۳) بر روی بیماران دیابتی انجام شده بود به این نتیجه رسیدند که این بیماران بیشتر تمایل دارند بیماری خود را به عنوان یک تهدید قلمداد کنند و نه یک چالش، بنابراین آنها بیشتر روش سازگاری هیجان‌مدار را به کار می‌گیرند [۳۱].

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین خرده مقیاس مذهب و کیفیت زندگی بیشترین همبستگی وجود داشت. ارتباط مثبت بین کیفیت زندگی و راهبرد سازگاری مذهب نشان داد که زنانی که از امور مذهبی مثل دعا به عنوان یک راهبرد سازگاری استفاده می‌کنند کیفیت زندگی بهتری را گزارش

### نتیجه گیری

بین سازگاری با کیفیت زندگی زنان دارای همسر تحت همودیالیز ارتباط وجود دارد. طراحی برنامه‌های حمایتی و روانشناسی برای زنان دارای همسر تحت همودیالیز به منظور کمک و راهنمایی در جهت استفاده بیشتر از راهبردهای سازگاری مساله مدار و استفاده کمتر از راهبردهای هیجان‌مدار می‌تواند در بهبود کیفیت زندگی آنان کمک کننده باشد.

### تضاد منافع

در این مطالعه تضاد منافع وجود ندارد.

### سپاسگزاری

از تمامی شرکت کنندگان در این پژوهش به خاطر همکاری با گروه تحقیق که اجرای پژوهش حاضر را امکانپذیر نمودند، نهایت تشکر و سپاس به عمل می‌آید. این مقاله حاصل بخشی از رساله دکتری تخصصی پرستاری در دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی تهران در سال ۱۳۹۴ که با کد اخلاق (PHNM.۱۳۹۵-۳۹۵) و شماره ۳۹۵ به تصویب رسیده است.

### REFERENCES

- Ye JJ, Zhou TB, Zhang YF, Wang Q, Su YY, Tang JM, et al. Levels of vitamin D receptor and CYP24A1 in patients with end-stage renal disease. *Afr Health Sci*. 2016;16(2):462-7. DOI: 10.4314/ahs.v16i2.14 PMID: 27605961
- Shahgholian N, Yousefi H. Supporting hemodialysis patients: A phenomenological study. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2015;20(5):626-33. DOI: 10.4103/1735-9066.164514 PMID: 26457103
- Lozano R, Naghavi M, Foreman K, Lim S, Shibuya K, Aboyans V, et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012;380(9859):2095-128. DOI: 10.1016/S0140-6736(12)61728-0 PMID: 23245604
- Zheng J, You LM, Lou TQ, Chen NC, Lai DY, Liang YY, et al. Development and psychometric evaluation of the Dialysis patient-perceived Exercise Benefits and Barriers Scale. *Int J Nurs Stud*. 2010;47(2):166-80. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2009.05.023 PMID: 19577751
- Hejazi S, Nikbakht Sh S, Davood NZ, Arash A, Alireza NS. [Hope in caregivers and hemodialysis patients]. *J North Khorasan Univ*. 2014;6(4):807-17 [persian]
- Farrokhi F, Abedi N, Beyene J, Kurdyak P, Jassal SV. Association between depression and mortality in patients receiving long-term dialysis: a systematic review and meta-analysis. *Am J Kidney Dis*. 2014;63(4):623-35. DOI: 10.1053/j.ajkd.2013.08.024 PMID: 24183836
- Calvin AO. Haemodialysis patients and end-of-life decisions: a theory of personal preservation. *J Adv Nurs*. 2004;46(5):558-66. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2004.03030.x PMID: 15139945
- Baghcheghi N, Koohestani HR. [Quality of life of caregivers of elderly people with stroke at the hospitalization time and after leaving hospital, and its association with patients disabilities]. *J Nurs Midwifery*. 2011;21(47):35-41 [persian]
- Rajabi S, Yazdkhasti F. [The Effectiveness of Acceptance and Commitment Group Therapy on Anxiety and Depression in Women with MS Who Were Referred to the MS Association]. *J Clin Psychol*. 2014;6(1):29-38.
- Nezamipour E, Ahadi H. [The effect of cognitive emotion regulation strategies on the relationship between personality traits and quality of life in dialysis patients]. *Qom Univ Med Sci J*. 2016;2(10):70-80 [persian]
- Balsanelli ACS, Grossi SAA, Herth K. Assessment of hope in patients with chronic illness and their family or caregivers. *Acta Paul Enferm*. 2011;24(3):354-8.
- Bastani F, Sayahi S, Haghani H. [Social support and relationship with hope among mothers of a child with leukemia]. *J Clin Nurs Midwifery*. 2012;1(1):23-32.
- Talebi M, Mokhtari Lakeh N, Rezasoltani P. [Caregiver burden in caregivers of renal patients under hemodialysis]. *Holistic Nurs Midwifery J*. 2016;26(2):59-68 [Persian]
- Hequembourg A, Brallier S. Gendered stories of parental caregiving among siblings. *J Aging Stud*. 2005;19(1):53-71.
- Low J, Smith G, Burns A, Jones L. The impact of end-stage kidney disease (ESKD) on close persons: a literature review. *NDT Plus*. 2008;1(2):67-79.
- Khalatbary c, Shohreh GS, Sam Khanian e. [Essential topics in general psychology]. Tehran: SAD publication; 2011.
- Folkman S. Stress: Appraisal and coping. *Encyclopedia of behavioral medicine*: Springer; 2013. p. 1913-5.
- Folkman S, Lazarus RS, Gruen RJ, DeLongis A. Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *J Pers Soc Psychol*. 1986;50(3):571-9. PMID: 3701593
- Tabachnick BG, Fidell LS. Using multivariate statistics. Needham Height: Allyn & Bacon; 2007.
- Skevington SM, Lotfy M, O'Connell KA, Group W. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. *Qual Life Res*. 2004;13(2):299-310. DOI: 10.1023/B:QURE.0000018486.91360.00 PMID: 15085902
- Nejat S, Montazeri A, Holakouie Naieni K, Mohammad K, Majdzadeh S. [The World Health Organization quality of Life (WHOQOL-BREF) questionnaire: Translation and validation study of the Iranian version]. *J Sch Public Health Inst Public Health Res*. 2006;4(4):1-12.
- Carver CS. You want to measure coping but your protocol's too long: consider the brief COPE. *Int J Behav Med*. 1997;4(1):92-100. DOI: 10.1207/s15327558ijbm0401\_6 PMID: 16250744
- Tuncay T, Musabak I, Gok DE, Kutlu M. The relationship between

- anxiety, coping strategies and characteristics of patients with diabetes. *Health Qual Life Outcomes*. 2008;6(1):79. DOI: [10.1186/1477-7525-6-79](https://doi.org/10.1186/1477-7525-6-79) PMID: [18851745](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18851745/)
24. Belasco AG, Sesso R. Burden and quality of life of caregivers for hemodialysis patients. *Am J Kidney Dis*. 2002;39(4):805-12. DOI: [10.1053/ajkd.2002.32001](https://doi.org/10.1053/ajkd.2002.32001) PMID: [11920347](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11920347/)
  25. Celik G, Annagur BB, Yilmaz M, Demir T, Kara F. Are sleep and life quality of family caregivers affected as much as those of hemodialysis patients? *Gen Hosp Psychiatry*. 2012;34(5):518-24. DOI: [10.1016/j.genhosppsych.2012.01.013](https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2012.01.013) PMID: [22401704](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22401704/)
  26. Marques FRB, Botelho MR, Marcon SS, Pupulim JSL. Coping strategies used by family members of individuals receiving hemodialysis. *Text Context Enfermagem*. 2014;23(4):915-24.
  27. Alnazly E. Coping strategies and socio-demographic characteristics among Jordanian caregivers of patients receiving hemodialysis. *Saudi J Kidney Dis Transpl*. 2016;27(1):101-6. DOI: [10.4103/1319-2442.174088](https://doi.org/10.4103/1319-2442.174088) PMID: [26787574](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26787574/)
  28. Abbasi A, Shamsizadeh M, Asayesh H, Rahmani H, Hosseini A, Talebi M. [The relationship between caregiver burden with coping strategies in family caregivers of cancer patients]. *Iranian J Psychiatr Nurs*. 2013;1(3):61-70[Persian]
  29. Ghazanfari F, Ghadam P. [The relationship between mental health and coping strategies in citizenship of Khoramabad city]. *QJ Fundam Ment Health*. 2008;9(37):47-54[Persian]
  30. Graue M, Wentzel-Larsen T, Bru E, Hanestad BR, Sovik O. The coping styles of adolescents with type 1 diabetes are associated with degree of metabolic control. *Diabetes Care*. 2004;27(6):1313-7. PMID: [15161781](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15161781/)
  31. Coelho R, Amorim I, Prata J. Coping styles and quality of life in patients with non-insulin-dependent diabetes mellitus. *Psychosomatics*. 2003;44(4):312-8. DOI: [10.1176/appi.psy.44.4.312](https://doi.org/10.1176/appi.psy.44.4.312) PMID: [12832597](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12832597/)
  32. Babapour J, Zeinali S, Zarezade F, Nejati B. [The structural association of religious attitude and coping style with quality of life and fatigue in cancer patients]. *J Health Care*. 2016;18(1):45-54[Persian]
  33. Rodriguez CM, Henderson RC. Who spares the rod? Religious orientation, social conformity, and child abuse potential. *Child Abuse Negl*. 2010;34(2):84-94. DOI: [10.1016/j.chiabu.2009.07.002](https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2009.07.002) PMID: [20153527](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20153527/)
  34. Asayesh H, Zamanian H, Mirgheisari A. [Spiritual Well-being and religious coping strategies among hemodialysis patients]. *Iranian J Psychiatr Nurs*. 2013;1(1):48-54[Persian]
  35. Han B, Haley WE. Family caregiving for patients with stroke. Review and analysis. *Stroke*. 1999;30(7):1478-85. PMID: [10390326](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10390326/)
  36. Trail M, Nelson ND, Van JN, Appel SH, Lai EC. A study comparing patients with amyotrophic lateral sclerosis and their caregivers on measures of quality of life, depression, and their attitudes toward treatment options. *J Neurol Sci*. 2003;209(1-2):79-85. PMID: [12686407](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12686407/)



## Relationship of Coping Strategies with Quality of Life in Women Living with Husband on Hemodialysis

Nayereh Baghcheghi<sup>1</sup>, Tahereh Ashktorab<sup>2,\*</sup>, Naimeh Seyedfatemi<sup>3</sup>, Ahmadreza Baghestani<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Ph.D Student, Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

<sup>2</sup> Professor, Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

<sup>3</sup> Professor, Nursing Care research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

<sup>4</sup> Assistant Professor, Department of Biostatistics, School of Paramedical Sciences, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

\* Corresponding author: Tahereh Ashktorab, Professor, Department of Nursing, School of Nursing & Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran E-mail: taherehashk@gmail.com

DOI: 10.21859/nmj-25012

Received: 29.11.2016

Accepted: 04.12.2016

### Keywords:

Quality of Life

Coping Strategy

Husband

Hemodialysis

### How to Cite this Article:

Baghcheghi N, Ashktorab T, Seyedfatemi N, Baghestani A. Relationship of coping strategies with quality of life in women living with husband on hemodialysis. *Sci J Hamadan Nurs Midwifery Fac.* 2016;24(4):9-17. DOI: 10.21859/nmj-25012

© 2017 Scientific Journal of Hamadan Nursing & Midwifery Faculty

### Abstract

**Introduction:** Women living with husband on hemodialysis face multiple challenges which impact their quality of lives and coping styles. This study was performed to investigate the relationship of coping strategies with quality of life in women living with husband on hemodialysis.

**Methods:** This was a correlational study. The convenience sample consisted of 212 women living with husband on hemodialysis who had come to hospitals of Shahid Beheshti University of Medical Sciences in 2016. Data were collected using the brief COPE and World Health organization (WHO) quality of life. Pearson's correlation coefficient and ANOVA by SPSS software (version 21) were conducted for data analysis.

**Results:** Psychological health of women was found the lowest among the other sub-scales of quality of life. Quality of life had a positive significant correlation with problem-oriented coping strategies ( $r = 0.71$ ,  $P = 0.001$ ) and a negative relationship with emotion focused coping strategies ( $r = -0.53$ ,  $P = 0.04$ ). The results showed that religious ( $3.74 \pm 0.57$ ) and substance use ( $1.99 \pm 0.7$ ) as two coping strategies were the highest and lowest strategies used by women living with husband on hemodialysis.

**Conclusions:** Coping strategies are influential in quality of life in women living with husband on hemodialysis. Psychology support programs are needed to help to frequent use of problem-focused coping and reduce emotion-focused coping strategies to improve overall quality of life.