

## تاثیر آموزش مهارت‌های مقابله‌ای مسئله محور بر کیفیت زندگی مراقبین خانوادگی بیماران تحت همودیالیز

گلنار قانع<sup>۱</sup> (M.Sc)، منصوره اشقلى فراهانى<sup>۱\*</sup> (Ph.D)، نعيمه سيدفاطمى<sup>۲</sup> (Ph.D)، حميد حقانى<sup>۳</sup> (M.Sc)

۱- گروه پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

۲- گروه پرستاری روان، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

۳- گروه آمار زیستی، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

### چکیده

هدف: مراقبین خانوادگی بیماران تحت همودیالیز با مشکلات متعددی در زمینه مراقبت و درمان بیمار روبرو هستند که منجر به کاهش کیفیت زندگی آنها می‌شود. با این وجود، تاکنون مداخله‌ای جهت بهبود کیفیت زندگی آنها صورت نگرفته است. بنابراین این پژوهش با هدف تعیین تاثیر آموزش مهارت‌های مقابله‌ای مسئله محور بر کیفیت زندگی مراقبین خانوادگی بیماران تحت همودیالیز انجام گردید.

مواد و روش‌ها: این پژوهش یک مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی با گروه کنترل است که بر روی مراقبین بیمار تحت همودیالیز در بیمارستان شهید هاشمی‌نژاد تهران در سال ۱۳۹۴ انجام گردیده است. مراقبین به صورت تصادفی ساده در دو گروه آزمون و کنترل قرار گرفتند و گروه آزمون، مهارت‌های مقابله‌ای مسئله محور را در طول دو هفته در طی ۴ جلسه دریافت کردند. داده‌ها با استفاده از پرسش‌نامه کیفیت زندگی SF-36 قبل و بعد از مداخله جمع‌آوری شدند.

یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان داد که بعد از مداخله کیفیت زندگی مراقبین در گروه آزمون افزایش یافته است و بین کیفیت زندگی آنها قبل و بعد از مداخله تفاوت معنی‌داری وجود داشت ( $P < 0.001$ ،  $63/51 \pm 11/55$ ،  $45/95 \pm 14/94$ ) در حالی بین کیفیت زندگی گروه کنترل قبل و بعد مداخله تفاوت معنی‌داری وجود نداشته است ( $P = 0.039$ ،  $41/74 \pm 10/51$ ).

نتیجه‌گیری: آموزش مهارت‌های مقابله‌ای مسئله محور می‌تواند منجر به بهبود کیفیت زندگی مراقبین بیماران تحت همودیالیز بشود. لذا پیشنهاد می‌شود مدیران نظام سلامت، کارکنان خود را برای ارائه آموزش مهارت‌های مقابله‌ای مورد تشویق قرار دهند.

واژه‌های کلیدی: مهارت‌های مقابله‌ای، کیفیت زندگی، مراقبین خانوادگی، بیماران تحت همودیالیز

### مقدمه

مراقبین خانوادگی ایجاد می‌کند به گونه‌ای که مراقبین علاوه بر تنش‌های فیزیکی، تنش‌های عاطفی مختلفی چون افسردگی، اضطراب، خشم و عصبانیت، یاس و ناامیدی و احساس شرمساری و گناه را تجربه می‌کنند [۲، ۱]. یکی از این

بیماری مزمن عضوی از خانواده، کل خانواده را درگیر و مشکلات اقتصادی، روانی و اجتماعی ناشی از آن، سبک زندگی آنها را تغییر می‌دهد و چالش‌های دلهره‌آوری در

بیماری‌ها، نارسایی مزمن کلیوی است که تغییرات مهمی در روند زندگی فرد و خانواده وی ایجاد می‌کند به گونه‌ای که با کاهش سطح انرژی، نیاز مکرر به دیالیز و مشکلات سلامتی همراه با آن، توانایی انجام کار و فعالیت‌های عادی روزمره بیمار را تحت تاثیر قرار می‌دهد [۵،۴،۳].

کاهش غیر قابل برگشت در عمل‌کرد کلیه‌ها، یکی از بیماری‌های رایج است که امروزه ۲ تا ۳٪ مردم جهان مبتلا به این بیماری می‌باشند و بیش از ۱۰٪ از مردم آمریکا مبتلا به نارسایی مزمن کلیه هستند به گونه‌ای که بروز نارسایی مزمن کلیه در آمریکا ۳۳۶/۲۰ نفر در هر یک میلیون نفر جمعیت در سال است [۶]. همچنین این بیماری در کشورهای در حال توسعه روبه افزایش است و جمعیت این بیماران در ایران تا پایان سال ۱۳۹۳ به حدود ۵۳۰۰۰ نفر رسیده است که با مقایسه رشد سالانه تقریباً (۶٪) بیماران مبتلا به ESRD در ایران و رشد جمعیت کشور (۱/۳٪)، می‌توان به این نتیجه رسید که درمان این بیماران، چه از نظر مراقبت پزشکی و چه از نظر اقتصادی، چالشی برای کشور خواهد بود [۷].

روش‌های درمانی موجود شامل همودیالیز، دیالیز صفاقی و پیوند کلیه می‌باشد. در ایران همودیالیز ۴۷/۷٪ از درمان جایگزینی کلیه را شامل می‌شود و بر اساس آمار ۲۰۱۳، ۲۵۹۳۴ بیمار در کشور تحت همودیالیز قرار دارند [۷]. علی‌رغم این‌که دسترسی گسترده به همودیالیز باعث شده که زندگی صدها نفر از هزاران بیمار مبتلا به مرحله نهایی نارسایی کلیوی طولانی گردد اما بیماران در معرض مشکلات و عوارض زیادی قرار دارند [۸،۴]. به گونه‌ای که بیماران دیالیزی از درجه بالای ناتوانی، از دست دادن عمل‌کرد و وابستگی خانوادگی رنج می‌برند و جلسات همودیالیز در طول هفته بیماران را ضعیف کرده و استقلال عمل‌کرد آنان را مختل می‌نماید، بنابراین در این شرایط بیماران نیازمند حمایت بیش‌تر از سوی دیگران هستند که در این بین مراقبین خانوادگی بیش‌ترین سهم را در مراقبت از بیمار و اداره بیماری دارا هستند [۱۰،۹،۵].

مراقبت‌دهنده اصلی بیمار کسی است که در طی دوره بیماری و درمان آن، بیش‌ترین درگیری را در مراقبت از بیمار و کمک به او به منظور سازگاری و اداره بیماری مزمن دارد و بیش‌ترین زمان را با بیمار صرف می‌کنند [۱۰]. داشتن نقش مراقب در خانواده، پدیده در حال افزایشی است که کیفیت زندگی میلیون‌ها فرد را متاثر ساخته و به یکی از مشکلات سلامت جامعه تبدیل شده است به گونه‌ای که از این مراقبین به عنوان افراد در معرض خطر بیماری یا بیماران پنهان یاد می‌شود [۱۰،۱].

اگر چه نقش مراقبتی مراقبین، حس محبت و دوست داشتن را در این افراد افزایش می‌دهد و برای آن‌ها فوایدی چون یافتن معنا در زندگی، صمیمیت بیش‌تر در روابط خانوادگی، احترام به خود و دیگران و رضایت از خود را به دنبال دارد [۱۱] اما واقعیت امر این است که مراقبین علاوه بر تنش‌های فیزیکی، تنش‌های عاطفی را در ارتباط با حمایت از بیمار، عدم انجام فعالیت‌های لذت‌بخش، مشکلات خانه‌داری، شرکت در فعالیت‌های مراقبت و عدم رضایت از انجام وظایف مراقبتی، نامعلوم بودن پیش‌آگهی و عدم دسترسی به حمایت‌های اجتماعی مورد نیاز را تجربه می‌کنند و به مرور زمان، با وخیم‌تر شدن وضعیت بیمار، مسوولیت مراقبین برای کنترل نشانه‌ها و عوارض جانبی، رساندن بیمار به مرکز همودیالیز، ویزیت‌های درمانی و مراقبت در منزل افزایش می‌یابد، که عواقبی از جمله انزوای خانواده، قطع امید از حمایت‌های اجتماعی، اختلال در روابط خانوادگی، کاهش کیفیت زندگی مراقبین و مراقبت ناکافی از بیمار و در نهایت رها کردن بیمار را در پی خواهد داشت [۱۲،۴،۲،۱].

در مراکز دیالیز، متخصصان و گروه‌های درمانی مسوولیت مراقبت از بیمار را بر عهده دارند اما با توجه به این‌که در منزل مراقبین این نقش را بر عهده می‌گیرند ضروری است که آن‌ها درک کاملی از عمل‌کرد بیمار داشته و درباره پیشگیری از عوارض بیماری و مراقبت از وی اطلاعات کافی داشته باشند [۱۳] اما این مراقبین اغلب با نقص در آگاهی و مهارت‌های مرتبط با مراقبت از بیمار، فقدان کمک از مراقبین بهداشتی،

مسئولیت‌های مراقبتی خود روبرو هستند [۱۰]. بنابراین مراقبین علاوه بر مهارت‌های مراقبتی، برای مقابله با شرایط و موقعیت‌های استرس‌زا نیاز به به‌کارگیری مهارت‌هایی دارند که آن‌ها را در مراقبت از بیمار، ارتباط صحیح با بیمار، کاهش تنش‌ها و فشار مراقبتی و سازگاری با نقش مراقبتی یاری کند [۲۳، ۲۲]. در این راستا مطالعاتی بیانگر آنند که در هر زمانی که انسان تحت تأثیر شرایط استرس‌زا قرار بگیرد، سازگاری موثر می‌تواند افراد را از آسیب‌ها و مشکلات جسمی و روانی حفظ کند و مهارت‌های مقابله‌ای مراقبین در چگونگی رفع تنش‌ها و ارتقای سلامت روانی آن‌ها نقش تعیین‌کننده‌ای دارد [۲۴، ۲۳، ۹].

مهارت‌های مقابله‌ای، فرایندی است که از طریق آن اشخاص نیازهایی را که در ارتباط با تعامل خود با محیط دارند، مدیریت می‌کنند و مهارت‌های مقابله‌ای مناسب برای حفظ خانواده و کیفیت زندگی تمامی اعضای خانواده ضروری است که به دو قسمت مقابله‌ای مساله‌محور و مقابله‌ای هیجان‌محور تقسیم می‌شوند، مقابله‌ای مساله‌محور عبارت است از عمل‌کردهای مستقیم فکری و رفتاری که فرد به منظور تغییر و اصلاح شرایط تهدیدکننده محیطی انجام می‌دهد و مقابله رویارویانه، کنترل خشم و مهارت‌های ارتباطی نیز بخشی از مهارت‌های مقابله‌ای مسئله‌محور می‌باشند که می‌توانند در سازگاری با تنش کمک‌کننده باشند [۲۶، ۲۵].

مطالعاتی تاثیر آموزش مهارت‌های مقابله‌ای را بر بهبود کیفیت زندگی مراقبین بیماران مزمن دیگر چون سرطان، نارسایی قلبی، زوال عقل و بیماران ذهنی نشان داده‌اند [۲۸، ۲۶، ۲۴، ۲۲] و با وجود این‌که نتایج مطالعات مروری نظامند و توصیفی نمایانگر لزوم اجرای مداخلات حمایتی برای سازگاری مراقبین بیماران تحت همودیالیز می‌باشد [۳۰، ۲۹]، اغلب مطالعات مربوط به سازگاری بر روی خود بیمار تحت همودیالیز متمرکز شده و مراقبین که فقدان‌ها و تغییرات بالقوه‌ای را تجربه می‌نماید، کم‌تر مورد توجه قرار گرفته‌اند [۱۶]. بنابراین با توجه به این‌که تاکنون آموزش مهارت‌های مقابله‌ای مسئله‌محور برای مراقبین بیماران

فقدان حمایت‌های اجتماعی، تنش مضاعف مرتبط با پیشرفت بیماری، ناتوانی متعاقب بیماری و نیازهای مراقبتی پیچیده رو به افزایش روبرو هستند [۱۵، ۱۴]. هم‌چنین با گذشت زمان، شدت و عود بیماری، رفتار مراقبین با بیمار نیز چالش برانگیزتر می‌شود و مسائل جدید در حوزه ارتباطات اجتماعی بیمار و خانواده ایجاد می‌شود به گونه‌ای که افزایش نیازهای مراقبتی مراقبین، موقعیت پرتنش زندگی و کمبود آگاهی آنان در زمینه مراقبت از بیمارشان منجر به خشم و اضطراب، ناتوانی در سازگاری با نقش مراقبتی و برقراری ارتباط صحیح با بیمار و کاهش کیفیت زندگی در آن‌ها می‌شود [۱۷، ۱۶، ۱۵].

کیفیت زندگی مفهومی است که سلامت و عمل‌کرد، حالات اجتماعی - اقتصادی، روانی، جنبه‌های عاطفی و معنوی خانواده را در بر می‌گیرد و به علت ماهیت مزمن و درمان طولانی مدت نارسایی مزمن کلیه، تجربه‌های منفی، فقدان حمایت‌های اجتماعی و اقتصادی، تنش‌های فیزیکی و عاطفی، بی‌توجهی تیم مراقبت بهداشتی به مراقبین خانوادگی و صرف وقت و انرژی جهت تامین مراقبت در منزل، تغییر در کیفیت زندگی مراقبین غیر قابل اجتناب می‌باشد [۱۸، ۱۲، ۱۰]. به گونه‌ای که حبیب‌زاده و همکارانش پایین بودن کیفیت زندگی مراقبین بیماران تحت همودیالیز را در تمام ابعاد گزارش کرده‌اند [۱۹]. بنابراین با توجه به اهمیت نقش مراقبین، شناسایی، ارزیابی و به‌کارگیری عوامل ارتقادهنده‌ی کیفیت زندگی مراقبین می‌تواند برای بهتر کردن سلامت مراقبین و بیماران نیز مفید واقع شود [۲۱، ۲۰]. اما تاکنون مداخله‌ای جهت بهبود کیفیت زندگی این مراقبین صورت نگرفته است و تنها مطالعه‌ای تک گروهی در ترکیه تاثیر آموزش چگونگی مراقبت در منزل را بر کاهش فشار مراقبتی این مراقبین نشان داده است [۱۴]. در این خصوص خرمی مارکانی و همکارانش نیز نشان دادند که آموزش مراقبت خانواده محور در ارتقاء دانش مراقبین بیماران همودیالیزی مؤثر واقع می‌گردد [۱۷].

نتایج پژوهش Belasco و همکارانش نشان می‌دهد که ۷۰٪ مراقبین با دو مشکل بزرگ یعنی مشکلات مرتبط با مراقبت و درمان بیمار و مشکلات مربوط به تطابق با

بر اساس مطالعات مشابه [۳۱] انحراف معیار  $S=22$  برآورد گردید. پس از مقدارگذاری در فرمول زیر:

$$n = \frac{2(z_{1-\alpha/2} + z_{1-\beta})^2 s^2}{d^2}$$

حجم نمونه لازم در هر گروه ۳۴ نفر برآورد گردید. و با توجه به احتمال افت نمونه ۱۰٪ به حجم نمونه فوق اضافه شد لذا در نهایت حجم نمونه در هر گروه  $n=38$  نفر تعیین گردید.

داده‌ها در این پژوهش با استفاده از دو پرسش‌نامه مشخصات دموگرافیک و پرسش‌نامه‌ی کیفیت زندگی SF-۳۶ جمع‌آوری گردید. پرسش‌نامه اطلاعات دموگرافیک شامل: اطلاعاتی چون سن، جنس، وضعیت تاهل، سطح تحصیلات، شغل، نسبت با بیمار، وضعیت درآمد، داشتن بیماری جسمی و تعداد افراد خانواده برای مراقبین و اطلاعاتی از قبیل طول مدت ابتلا به بیماری و مدت شروع همودیالیز، سابقه پیوند کلیه، عضویت در انجمن دیالیز و تحت پوشش بیمه بودن و نوع بیمه برای بیماران بود.

پرسش‌نامه کیفیت زندگی SF-۳۶ ابزاری پایا بوده و ضمن قابلیت استفاده در فرهنگ‌های مختلف، توانایی تفکیک بین گروه‌های مختلف بر اساس سن، جنس، وضعیت اقتصادی اجتماعی و ناحیه جغرافیایی را دارد [۳۲]. اعتبار محتوی پرسش‌نامه کیفیت زندگی SF-36 در مطالعه منتظری و همکارانش در جمعیت ایرانی نیز مورد تایید قرار گرفته است. ضرایب همسانی درونی خرده‌مقیاس‌های ۸ گانه آن بین ۰/۷۰ تا ۰/۸۵ و ضرایب بازآزمایی آن‌ها با فاصله زمانی یک هفته بین ۰/۴۳ تا ۰/۷۹ گزارش شده است و در تمامی زیر مقیاس‌ها ضریب آلفای کرونباخ در محدوده ۰/۷۰ تا ۰/۹۰ بوده است [۳۳]. مجدداً در مطالعه حاضر نیز قبل از شروع مطالعه در یک مطالعه مقدماتی بر روی تعداد ۳۰ نفر از مراقبین بیماران همودیالیزی، ضریب آلفای کرونباخ پرسش‌نامه مورد محاسبه قرار گرفت که مقدار آن ۰/۸۲ بود، لازم به ذکر است که داده‌های مطالعه مقدماتی در تحلیل نهایی مورد استفاده قرار نگرفته است. روایی کتابچه آموزشی نیز با استفاده از نظرات ده تن از اساتید دانشکده پرستاری و مامایی

همودیالیزی به‌کار گرفته نشده است. این مطالعه با هدف تعیین تاثیر آموزش مهارت‌های مقابله‌ای مسئله‌محور (مهارت‌های برقراری ارتباط صحیح، کنترل خشم و تنفس عمیق) بر بهبود کیفیت زندگی مراقبین بیماران تحت همودیالیز انجام شد.

## مواد و روش‌ها

این پژوهش یک مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی شده با گروه کنترل می‌باشد که با کد ۲۵۸۳۴-۱۱۰۴۲ در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ایران و با کد ۱۳۸۸۰۹۰۳۲۷۶۹ NI در مرکز ثبت کارآزمایی‌های بالینی ایران ثبت شد. در این مطالعه، تاثیر آموزش مهارت‌های مقابله‌ای مسئله‌محور بر کیفیت زندگی مراقبین بیماران تحت همودیالیز، در بخش همودیالیز مراکز آموزشی درمانی شهید هاشمی‌نژاد شهر تهران در سال ۱۳۹۴ بررسی شد. جامعه مورد نظر ۷۶ نفر از افراد بالای ۱۸ سال بود که عضوی از اعضای خانواده بیمار بوده و مسوولیت اصلی مراقبت از بیمار همودیالیزی را در منزل به عهده داشته‌اند، توانایی صحبت کردن، خواندن و نوشتن به زبان فارسی، نداشتن اختلال عصبی و روانی و نبودن عضوی از اعضای کادر بهداشتی و درمانی از معیارهای ورود مراقبین بود. معیارهای ورود برای بیماران شامل؛ داشتن برنامه همودیالیز در هر هفته (سه بار در هفته و هر بار ۴-۳ ساعت) بدون سابقه قبلی پیوند کلیه و داشتن یک مراقبت‌دهنده اصلی در منزل بود. هم‌چنین عدم همکاری مراقبین تا پایان مداخله، قرار گرفتن بیمار در لیست پیوند کلیه در طی مداخله، وقوع هر گونه پیشامد استرس‌زا در خانواده (طلاق، بحران مالی، مرگ اعضای درجه یک خانواده و...)، شرکت در دوره‌های آموزشی مشابه و عدم شرکت حتی در یک جلسه آموزشی از معیارهای خروج این پژوهش بود.

برای تعیین حجم نمونه لازم در سطح اطمینان ۹۵٪ و توان آزمون ۸۰٪ و با فرض این‌که اندازه اثر آموزش مهارت‌های مقابله‌ای مسئله‌محور بر کیفیت زندگی مراقبین بیماران تحت همودیالیز حداقل  $d=15$  نمره باشد تا اثر این برنامه بر کیفیت زندگی از نظر آماری معنی‌دار تلقی گردد، لازم به ذکر است که

دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران، ایران و شهید بهشتی شهر تهران مورد تایید قرار گرفت.

برای محاسبه کل پرسش‌نامه کیفیت زندگی SF-36، مجموع میانگین به دست آمده از زیرمقیاس‌ها را بر ۸ تقسیم نموده که عدد به دست آمده عددی بین ۱۰۰-۰ می‌باشد. پایین‌ترین نمره در این پرسش‌نامه صفر و بالاترین ۱۰۰ است. صفر بدترین حالت و ۱۰۰ بهترین حالت را در مقیاس کلی نشان می‌دهد. هر چه میانگین نمرات به صفر نزدیک‌تر باشد، نشان‌دهنده کیفیت زندگی پایین‌تر می‌باشد و هر چه میانگین نمرات به ۱۰۰ نزدیک‌تر باشد، نشان‌دهنده کیفیت زندگی بالاتر می‌باشد [۳۳].

جهت انجام این پژوهش، پژوهشگر به مرکز آموزشی درمانی شهید هاشمی‌نژاد مراجعه کرده و پس از کسب اجازه از مدیر این مرکز و مسئول بخش همودیالیز و معرفی خود و بیان اهداف و نحوه انجام پژوهش از واحدهای پژوهشی که معیارهای ورود به مطالعه را داشته باشند، دعوت به همکاری نموده و بعد از اخذ رضایت‌نامه کتبی افراد وارد مطالعه شدند. سپس به صورت تصادفی ساده با انداختن سکه، مراقبین بیماران تحت همودیالیز مراجعه‌کننده در روزهای زوج در گروه آزمون و افراد مراجعه‌کننده در روزهای فرد در گروه کنترل قرار گرفتند و هر دو گروه پرسش‌نامه اطلاعات دموگرافیک و کیفیت زندگی را قبل مداخله تکمیل کردند. مراقبین بیماران همودیالیز در گروه آزمون در گروه‌های کوچک ۵ تا ۸ نفر قرار گرفتند. مداخله در این مطالعه شامل ۴ جلسه آموزش مهارت‌های مقابله‌ای مسئله‌محور (برقراری ارتباط صحیح، مدیریت خشم و تنفس عمیق) برای سازگاری با نقش مراقبین بود که در طول دو هفته (دو جلسه در روزهای زوج هفته و هر جلسه به مدت یک ساعت) به شیوه سخنرانی، بحث گروهی، پرسش و پاسخ و ایفای نقش با استفاده از اسلاید و کتابچه آموزشی، با کمک و نظارت استاد مشاور طرح که مدرس، فردی متخصص و خبره در امر روان‌پرستاری بودند، اجرا شد.

در جلسه اول، پژوهشگران پس از معرفی خود، هدف از مداخله، اهمیت همکاری آنان و حضور در تمام جلسات آموزشی را بیان کردند. پس از توضیحاتی در مورد اهمیت نقش مراقبتی مراقبین و چگونگی تطبیق خود با این نقش، در مورد مشکلات سازگاری ایجاد شده برای مراقبین و تجربیات آنان به صورت گروهی بحث شد. هم‌چنین کتابچه آموزشی تهیه شده در این جلسه در اختیار مراقبین قرار داده و به مطالعه مباحث هر جلسه در منزل تاکید شد.

در جلسه دوم موضوعاتی پیرامون قسمت‌هایی از مهارت‌های مقابله‌ای مسئله‌محور جهت برقراری ارتباط صحیح ارائه شد و موانع برقراری ارتباط شناسایی و در مورد مهارت‌های ارتباطی آموزش داده شد.

در جلسه سوم و چهارم در مورد علایم هشداردهنده خشم، موقعیت‌های ایجاد و تشدیدکننده، چگونگی کنترل خشم و عصبانیت بحث شد. سپس چگونگی کنترل خشم و تمرینات تنفس عمیق به شکل بحث گروهی و ایفای نقش به صورت عملی اجرا شد.

در طول جلسات پژوهشگران مراقبین را به پرسش و پاسخ و بحث گروهی در رابطه با سوالات و ابهامات تشویق کرده و در پایان هر جلسه جمع‌بندی توسط روان‌پرستار صورت می‌گرفت. هم‌چنین از مراقبین خواسته شد که به تمرین و تکرار این مهارت‌ها در منزل حین مراقبت از بیمار بپردازند. شماره تلفن محقق نیز برای مشاوره جهت حل مشکلات و پاسخگویی سوالات به مراقبین داده شد. کلیه جلسات با حضور پژوهشگران و مراقبین در اتاق آموزش در بخش همودیالیز مرکز مربوطه برای گروه آزمون در گروه‌های کوچک و در روزهای زوج و مجزا برگزار شد.

در این پژوهش هیچ‌گونه مداخله‌ای برای گروه کنترل صورت نگرفت و فقط این افراد آموزش‌های روتین بخش شامل پمفلت آموزشی را دریافت کرده‌اند و با توجه این‌که گروه آزمون در روزهای زوج و گروه کنترل در روزهای فرد مراجعه می‌کردند امکان تبادل اطلاعات بین دو گروه وجود

همه ابعاد بالاتر رفته که به معنای بهبود در وضعیت و موثر بودن آموزش می‌باشد ( $p\text{-value} < 0/001$ ) (جدول ۳).

تحلیل داده‌های مربوط به ابعاد کیفیت زندگی و نتایج آزمون  $t$  زوجی نشان می‌دهد که در گروه آزمون بعد از مداخله، کیفیت زندگی در همه ابعاد افزایش یافته است و همچنین بین تمام ابعاد کیفیت زندگی به جز بعد جسمی در گروه آزمون قبل و بعد از مداخله تفاوت معنی‌دار آماری وجود داشته است ( $p\text{-value} < 0/001$ ). اما در گروه کنترل، بین اکثر ابعاد کیفیت زندگی قبل و بعد از مداخله تفاوت معنی‌داری وجود نداشت و فقط کیفیت زندگی گروه کنترل در ابعاد عمل‌کرد جسمی، درد جسمی و نشاط بعد از مداخله به طور معنی‌داری کاهش یافته است (جدول ۴).

## بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تاثیر آموزش مهارت‌های مقابله‌ای مسئله محور بر کیفیت زندگی مراقبین بیماران تحت همودیالیز انجام شد که نتایج مطالعه نمایانگر تاثیر مهارت‌هایی مقابله‌ای چون مهارت‌های ارتباطی، مدیریت خشم و تمرینات تنفس عمیق جهت بهبود کیفیت زندگی این مراقبین می‌باشد به گونه‌ای که بعد از مداخله میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی مراقبین از  $45/9 \pm 14/9$  به  $63/5 \pm 11/5$  افزایش یافت.

یکی از نکات قابل توجه در نتایج مطالعه حاضر و مطالعات مشابه قبلی [۲۸، ۱۷، ۱۴] این بود که اکثر مراقبین مشارکت‌کننده در مطالعات، زنان متأهل خانه‌دار بودند که این آمار را می‌توان با حس از خودگذشتگی، فعالیت بیشتر زنان در منزل، مسؤلیت‌پذیری آن‌ها در برابر خانواده و وقت آزاد بیشتر آنان مرتبط دانست. همچنین با توجه به ساختار خانواده، اکثراً زنان نقش اصلی را در مراقبت از بیمار تحت همودیالیز بر عهده دارند در این راستا Mollaoglu و همکارانش بیان می‌کنند که اگر چه زنان، افرادی حساس و احساساتی هستند اما نسبت به مردان توانایی بیشتری در مدیریت مشکلات، برقراری روابط صمیمی و نزدیک با

نداشت. ۶ هفته بعد از مداخله مجدداً پرسش‌نامه کیفیت زندگی توسط مراقبین در هر دو گروه تکمیل گردید.

داده‌ها بعد از جمع‌آوری و ورود به نرم‌افزار Spss نسخه ۲۱ با به‌کارگیری روش‌های آمار توصیفی (میانگین، واریانس و انحراف معیار استاندارد) و آمار استنباطی؛ آزمون کای دو جهت مقایسه متغیرهایی چون (جنس، وضعیت تاهل، تحصیلات، وضعیت شغلی و داشتن بیماری مزمن)، آزمون تی مستقل و تی زوجی (سن مراقبین و کیفیت زندگی و ابعاد آن در دو گروه) و آزمون دقیق فیشر (نسبت وابستگی با بیمار، سطح اقتصادی، طول مدت همودیالیز بیمار، تحت پوشش بیمه بودن و عضویت در انجمن دیالیز بیمار) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. سطح معنی‌داری نیز کم‌تر از  $0/05$  در نظر گرفته شد.

## نتایج

نتایج مطالعه نشان داد اکثر مراقبین ( $77/6\%$ ) بدون بیماری خاصی بودند و اکثر بیماران ( $76/35\%$ ) سابقه دیالیز بیش‌تر از دو سال داشتند و اکثر بیماران ( $87/9\%$ ) در انجمن دیالیز عضو بودند. همچنین دو گروه از نظر متغیرهای دموگرافیک با یک‌دیگر همگن بودند (جدول ۱).

تحلیل داده‌های مربوط به کیفیت زندگی و نتایج آزمون  $t$  مستقل نشان می‌دهد که دو گروه تحت بررسی قبل از مداخله تفاوت معنی‌دار آماری نداشتند اما بعد از مداخله بین دو گروه تفاوت معنی‌دار آماری وجود داشته و کیفیت زندگی در گروه آزمون بالاتر می‌باشد. همچنین نتایج آزمون  $t$  زوجی نیز نشان داد که کیفیت زندگی گروه آزمون قبل و بعد از مداخله تفاوت معنی‌دار آماری داشته است ( $p\text{-value} < 0/001$ ) (جدول ۲).

تحلیل داده‌های مربوط به ابعاد کیفیت زندگی و نتایج آزمون  $t$  مستقل نشان می‌دهد که دو گروه تحت بررسی قبل از مداخله در هیچ‌کدام از ابعاد کیفیت زندگی با یک‌دیگر تفاوت معنی‌دار آماری نداشتند اما بعد از مداخله دو گروه در همه ابعاد به جز عمل‌کرد جسمی تفاوت معنی‌دار آماری دارند. همچنین ملاحظه می‌گردد که کیفیت زندگی در گروه آزمون در

هم‌چنین مطالعه Belgacem و همکارانش نیز تاثیر برنامه آموزشی را در افزایش کیفیت زندگی مراقبین بیماران سرطانی نشان دادند [۳۲]. البته در برنامه آموزش این مطالعه توجه کم‌تری به حمایت مراقبین و مهارت‌های مقابله‌ای مسئله‌محور شده است و فقط آموزش جهت مراقبت از بیمار در منزل ارائه شده است.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد قبل از مداخله بین کیفیت زندگی مراقبین در دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود نداشت و به ترتیب کیفیت زندگی پایین‌تری در ابعاد مشکلات عاطفی، سلامت عمومی، مشکلات روحی، سلامت روان و نشاط داشتند و کیفیت زندگی بهتری در ابعاد جسمی داشتند در این راستا نتایج مطالعه انجام شده در اسپانیا نشان داد که کیفیت زندگی مراقبین در ابعاد حمایت اجتماعی، روحی و روانی کاهش چشمگیری داشته است [۳۴]. Alvarez و همکارانش نیز کاهش کیفیت زندگی در ابعاد فیزیکی، اجتماعی و عاطفی در مراقبین بیماران تحت همودیلایز را گزارش کرده‌اند [۲۱]. بعد از اجرا برنامه آموزشی حمایتی نتایج مطالعه بیانگر تفاوت معنی‌دار نمره تمام ابعاد کیفیت زندگی مراقبین به جز بعد عمل‌کرد جسمی در بین دو گروه آزمون و کنترل می‌باشد به گونه‌ای که بیش‌ترین افزایش کیفیت زندگی گروه آزمون به ترتیب در ابعاد محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات عاطفی و جسمی، سلامت روان، نشاط، عمل‌کرد اجتماعی، درد جسمی، سلامت عمومی و عمل‌کرد جسمی است. هم‌چنین به طور کلی نمره اجزا سلامت جسمی و روحی کیفیت زندگی مراقبین در گروه آزمون قبل و بعد از مداخله به ترتیب (۵۱/۵۹ و ۶۶/۰۴) و (۴۰/۳۰ و ۶۰/۹۹) می‌باشد و بیانگر این است که هر چند سلامت جسمی مراقبین نمره بیش‌تری بعد از مداخله دارد اما نمره سلامت روحی مراقبین بعد از مداخله افزایش بیش‌تری داشته است بنابراین نتایج نشان می‌دهد که برنامه آموزشی حمایتی بر بعد روحی کیفیت زندگی تاثیر بیش‌تری داشته است اما در گروه کنترل، بین ابعاد مختلف کیفیت زندگی مراقبین قبل و بعد از مداخله تفاوت معنی‌داری وجود نداشت.

اعضای خانواده دارند [۱۴]. بنابراین توصیه می‌شود که در مطالعات آینده توجه بیش‌تری به نقش زنان در مراقبت از بیماران مزمن بشود.

در مطالعه حاضر، میانگین نمره کیفیت زندگی مراقبین بیماران تحت همودیلایز قبل از مداخله کم‌تر از ۵۰ بود که بیانگر کیفیت زندگی پایین این افراد می‌باشد. هم‌چنین حبیب‌زاده و همکارانش و بلاسکو و همکارانش نیز گزارش کرده‌اند که مراقبت از بیماران همودیلایزی موجب احساس فشار و اثرات مخرب بر کیفیت زندگی مراقبین می‌شود و بیان کرده‌اند که آموزش و توجه به نیازهای مراقبتی در این مراقبین می‌تواند بر کیفیت زندگی آنان نتایج مثبتی داشته باشد [۱۹، ۱۰]. نتایج مطالعه‌ی Tong و همکاران نیز بیانگر لزوم اجرا برنامه‌های آموزشی حمایتی جهت ارتقا دانش و افزایش کیفیت زندگی مراقبین می‌باشد [۲۹].

با وجود اهمیت آموزش مراقبین بیماران تحت همودیلایز جهت سازگاری، تاکنون تنها مطالعه‌ای تک‌گروهی در ترکیه تاثیر برنامه آموزش را بر کاهش فشار مراقبتی بیماران تحت همودیلایز نشان داده است [۱۴]. هم‌چنین خرمی مارکانی و همکارانش نیز تاثیر آموزش مراقبت خانواده محور در ارتقاء دانش مراقبین بیماران همودیلایزی را نشان دادند [۱۷] اما در این دو مطالعه، آموزشی در خصوص مهارت‌های مقابله‌ای مسئله محور به این مراقبین ارائه نشده است. بنابراین با توجه به این‌که تاکنون مهارت‌های مقابله‌ای مسئله‌محور جهت بهبود کیفیت زندگی مراقبین بیماران تحت همودیلایز آموزش داده نشده است و با توجه به اهمیت سازگاری مراقبین با نقش مراقبتی‌شان و توانایی برقراری ارتباط مناسب با بیماران، در مطالعه حاضر، مهارت‌های مقابله‌ای مسئله‌محور چون مهارت ارتباطی، کنترل خشم و تمرینات تنفس عمیق آموزش داده شد که منجر به بهبود کیفیت زندگی آنها بشود و در همین راستا، در مطالعه‌ی Grey و همکارانش و خنجری و همکارانش نیز کیفیت زندگی والدین کودکان دیابتی و مبتلا به لوسمی بعد آموزش مهارت‌های مقابله‌ای با استفاده از بحث گروهی و سخنرانی افزایش یافته است [۲۴، ۲۲].

است. بر این اساس می‌توان اذعان نمود استفاده از این شیوه‌ها در یادگیری بهتر و کاربرد عملی مهارت‌های آموخته شده و افزایش کیفیت زندگی آن‌ها کمک‌کننده بوده است.

بر اساس نتایج مطالعه حاضر می‌توان نتیجه گرفت که با آموزش مهارت‌های مقابله‌ای مسئله‌محور به مراقبین بیماران تحت همودیالیز می‌توان آن‌ها را به عنوان مهم‌ترین عنصر مراقبت از بیمار، در ایفای مناسب نقش مراقبتی، سازگاری با مسؤولیت‌ها و تغییرات ایجاد شده در شیوه زندگی به دنبال مراقبت از بیمار در منزل، ارائه مراقبت مناسب از بیمار، مدیریت زندگی و ایفای مناسب نقش‌های خانوادگی توانمند ساخت. هم‌چنین این مراقبین می‌توانند با به‌کارگیری مهارت‌های ارتباطی در ارتباطات خود با بیمار و اطرافیان و مهارت‌های کنترل خشم و تمرینات تنفس عمیق در شرایط استرس‌زا ایجاد شده به دنبال مراقبت از بیمار در منزل، کیفیت زندگی بهتری داشته باشند. با توجه به این‌که در اکثر برنامه‌های ارائه شده در سیستم بهداشتی - درمانی، این افراد به عنوان مهم‌ترین منبع برای مراقبت از بیماران همودیالیزی فراموش شده‌اند و کم‌تر به مشکلات آن‌ها توجه شده است، توصیه می‌شود مسؤولین در برنامه‌های آموزشی دانشجویان پرستاری و آموزش ضمن خدمت پرستاران، آموزش چنین مهارت‌هایی را بگنجانند تا پرستاران در کنار برنامه‌های مراقبتی برای بیمار، چنین برنامه‌های آموزشی حمایتی برای مراقبین بیماران نیز به کار گیرند که از این طریق در جهت ارتقا کیفیت زندگی مراقبین گامی برداشته شود. هم‌چنین پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده، به تاثیر آموزش مهارت‌های مقابله‌ای مسئله‌محور بر سایر مسائل روان‌شناختی مراقبین بیماران همودیالیز مانند افسردگی، استرس و اضطراب پرداخته شود.

از محدودیت‌های این مطالعه، قابل‌تعمیم نبودن نتایج مطالعه است زیرا این مطالعه تنها در یک مرکز آموزشی درمانی تخصصی شهر تهران انجام شده است، هر چند این مرکز جز مراکز مرجع بیماران کلیوی در تهران است ولی تعمیم نتایج باید با احتیاط انجام شود. شرایط روانی - عاطفی

برخلاف نتایج مطالعه حاضر، نتایج مطالعه‌ای در مراقبین زنان مبتلا به سرطان سینه نشان دادند بعد از اجرای برنامه آموزشی - حمایتی، کیفیت زندگی مراقبین به ترتیب در ابعاد جسمی، محیطی و عاطفی به طور معنی‌داری افزایش یافته است اما در بعد اجتماعی تغییری نکرده است [۳۵]. هم‌چنین در مطالعه حبیب‌زاده و همکارانش، ۸۵٪ مراقبین علی‌رغم عضویت در انجمن دیالیز، حمایت‌های جامعه را ناکافی دانسته‌اند [۱۹]. بنابراین می‌توان بهبود کم‌تر بعد اجتماعی را با حمایت اجتماعی ناکافی مراقبین در جامعه مرتبط دانست. هم‌چنین در پژوهش حاضر علی‌رغم عضویت همه بیماران در انجمن دیالیز، ولی مراقبین شرکت‌کننده در تحقیق نسبت به عمل‌کرد این انجمن ناراضی بودند.

مطالعه Tong و همکارانش نشان داد که مراقبین بیماران همودیالیز علاوه بر کسب دانش و مهارت مقابله‌ای برای سازگاری با نقش خود، نیاز به همدلی، مشورت با سایر خانواده‌ها و حمایت‌های روانی دارند [۲۷]. و در مطالعه Trisolini و Isenberg، مراقبین بیان کردند که صحبت با خانواده‌های دیگر در بحث‌های گروهی و به اشتراک گذاشتن تجربیات با یک‌دیگر در مراقبت از بیمارانشان برای آگاهی از نحوه مراقبت در منزل کمک‌کننده بوده است. در این خصوص مراقبین ترجیح می‌دهند اطلاعات را به صورت چهره به چهره از دیگر بیماران و خانواده‌هایشان با استفاده از روش بحث گروهی دریافت کنند [۱۳]. خنجری و همکارانش نیز معتقدند که، بحث گروهی روش آموزش مؤثری است که در طی آن مراقبین می‌توانند از تجربیات و مهارت‌های مقابله‌ای مؤثر یک‌دیگر آگاه شوند [۲۴]. در این پژوهش نیز با به‌کارگیری بحث گروهی و پرسش و پاسخ در جلسات آموزشی امکان همدلی، مشاوره و استفاده از تجارب دیگران برای مراقبین بیماران همودیالیز فراهم شد و علاوه بر بحث گروهی، یکی از عواملی که می‌تواند بر تاثیرگذاری برنامه مداخله دخالت داشته باشد شیوه‌های مختلف آموزشی نظیر ایفای نقش، تمرین عملی و مشاوره تلفنی جهت آموزش مهارت‌های مقابله‌ای مسئله‌محور چون کنترل خشم و تمرینات تنفس عمیق بوده



patients on hemodialysis and peritoneal dialysis. *Am J Kidney Dis* 2006; 48: 955-963.

[11] Gauthier A, Vignola A, Calvo A, Cavallo E, Moglia C, Sellitti L, et al. A longitudinal study on quality of life and depression in ALS patient-caregiver couples. *Neurology* 2007; 68: 923-926.

[12] Shdaifat EA, Abdul Manaf M. Quality of life of caregivers and patients undergoing haemodialysis at ministry of health, Jordan. *Int J Appl Sci Technol* 2012; 2: 1-10.

[13] Isenberg KB, Trisolini M. Information needs and roles for family members of dialysis patients. *Dialys Transplant* 2008; 37: 50-57.

[14] Mollaoğlu M, Kayataş M, Yürügen B. Effects on caregiver burden of education related to home care in patients undergoing hemodialysis. *Hemodial Int* 2013; 17: 413-420.

[15] Hudson P, Quinn K, Kristjanson L, Thomas T, Braithwaite M, Fisher J, et al. Evaluation of a psycho-educational group programme for family caregivers in home-based palliative care. *Pall Med* 2008; 22: 270-280.

[16] Aydede SK, Komenda P, Djurdjev O, Levin A. Chronic kidney disease and support provided by home care services: a systematic review. *BMC Nephrol* 2014; 15: 118.

[17] Khorami markani A, sahehi S, sakhaei S, khalkhali H. Assessment The effect of family centered care educational program on home care knowledge among caregivers of patients with chronic renal failure under hemodialysis. *J Nurs Midwifery Urmia Univ Med Sci* 2015; 13: 386-394. (Persian).

[18] Marques FR, Botelho MR, Marcon SS, Pupulim JS. Coping strategies used by family members of individuals receiving hemodialysis. *Texto & Contexto-Enfermagem* 2014; 23: 915-924.

[19] Habibzadeh H, Jafarizadeh H, Mohammadpoor Y, Kiani P, Lak K, Bahrechi A. A survey on quality of life in hemodialysis patient caregivers. *J Nurs Midwifery Urmia Univ Med Sci* 2009; 7. (Persian).

[20] Glzman JM. Quality of life of caregivers. *Neuropsychol Rev* 2004; 14: 183-196.

[21] Alvarez-Ude F, Valdes C, Estebanez C, Rebollo P, Group FS. Health-related quality of life of family caregivers of dialysis patients. *J Nephrol* 2004; 17: 841-850.

[22] Grey M, Jaser SS, Whittemore R, Jeon S, Lindemann E. Coping skills training for parents of children with type 1 diabetes: 12-month outcomes. *Nurs Res* 2011; 60: 173-181.

[23] Alnazly EK. Burden and Coping Strategies among Jordanian Caregivers of Patients undergoing Hemodialysis. *Hemodial Int* 2016; 20: 84-93.

[24] Khanjari S, Seyedfatemi N, Borji S, Haghani H. Effect of coping skills training on quality of life among parents of children with Leukemia. *Hayat* 2014; 19: 15-25. (Persian).

[25] Folkman S, Lazarus RS. The relationship between coping and emotion - implications for theory and research. *Soc Sci Med* 1988; 26: 309-317.

[26] Chen HM, Huang MF, Yeh YC, Huang WH, Chen CS. Effectiveness of coping strategies intervention on caregiver burden among caregivers of elderly patients with dementia. *Psychogeriatrics* 2015; 15: 20-25.

[27] Tong A, Palmer S, Manns B, Craig JC, Ruospo M, Gargano L, et al. The beliefs and expectations of patients and caregivers about home haemodialysis: an interview study. *Bmj Open* 2013; 3: e002148.

[28] Etemadifar S, Bahrami M, Shahriari M, Farsani AK. The effectiveness of a supportive educative group intervention on family caregiver burden of patients with

مشارکت‌کنندگان در پژوهش حین پاسخگویی به پرسش‌نامه‌ها از جمله محدودیت‌های دیگر این پژوهش بود که در این رابطه محقق سعی نمود تا حد امکان مراقبین شرکت‌کننده در پژوهش پرسش‌نامه‌ها را در شرایط آرام بدون استرس در اتاق آموزش بخش تکمیل کنند.

## تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل، بخشی از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول بوده که با شماره ۲۵۸۳۴ در دانشگاه علوم پزشکی ایران به ثبت رسیده است. در پایان بر خود لازم می‌دانیم که از تمامی کارکنان بخش همودیالیز محیط پژوهش، مراقبین بیماران تحت همودیالیز و اساتید دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه‌های شهر تهران برای همکاری صادقانه‌اشان تشکر نماییم.

## منابع

- [1] Mollaoğlu M. Perceived social support, anxiety, and self care among patients receiving hemodialysis. *Dialysis & transplantation* 2006; 35: 144-155.
- [2] 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: 67-79.
- [3] Sohrabi Z, Salehi M, Ekramzade M, Sagheb MM, Ayatollahi M, Hassanzade J. Effect of selenium supplement on quality of life in hemodialysis patients. *Koomesh* 2015; 16: 136-142. (Persian).
- [4] Ayoub AM, Hijazi KH. Quality of life in dialysis patients from the United Arab Emirates. *J Family Community Med* 2013; 20: 106-112.
- [5] Jadhav B, Dhavale H, Dere S, Dadarwala D. Psychiatric morbidity, quality of life and caregiver burden in patients undergoing hemodialysis. *Med J Dr DY Patil Univ* 2014; 7: 722.
- [6] Saran R, Li Y, Robinson B, Ayanian J, Balkrishnan R, Bragg-Gresham J, et al. US renal data system 2014 annual data report: epidemiology of kidney disease in the United States. *Am J Kidney Dis* 2015; 66: S1-305.
- [7] Mousavi S, Soleimani A, Mousavi M. Epidemiology of end-stage renal disease in Iran: A review article. *Saudi J Kidney Dis Transplant* 2014; 697: 3. (Persian).
- [8] Hydarinia Naieni Z, Nobahar M, Ghorbani R. The relationship between sleep quality in patients' undergoing hemodialysis at different therapeutic shifts. *Koomesh* 2016; 18: 42-50. (Persian).
- [9] Belasco AG, Sesso R. Burden and quality of life of caregivers for hemodialysis patients. *Am J Kidney Dis* 2002; 39: 805-812.
- [10] Belasco A, Barbosa D, Bettencourt AR, Diccini S, Sesso R. Quality of life of family caregivers of elderly

[32] Ware, J. SF-36 health survey update. 2011, See <http://www.sf-36.org/tools/SF36>. 2010. shtml/ (accessed 24 July 2012).

[33] Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B. The short form health survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. *Qual life Res J* 2005; 14: 875-882. (Persian).

[34] Rivera-Navarro J, Benito-León J, Oreja-Guevara C, Pardo J, Dib W B, Orts E, Belló M. Burden and health-related quality of life of Spanish caregivers of persons with multiple sclerosis. *Mult Scler* 2009; 15: 1347-1355.

[35] Bahrami M, Farzi S. The effect of a supportive educational program based on COPE model on caring burden and quality of life in family caregivers of women with breast cancer. *Iranian J Nurs Midwifery Res* 2014; 19: 119-126. (Persian).

heart failure. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2014; 19: 217-223. (Persian).

[29] Tong A, Sainsbury P, Craig JC. Support interventions for caregivers of people with chronic kidney disease: a systematic review. *Nephrol Dial Transplant* 2008; 23: 3960-3965.

[30] Abbasi A, Ashrafrezaee N, Asayesh H, Shariati A, Rahmani H, Mollaei E, et al. The relationship between caring burden and coping strategies in hemodialysis patients caregivers. *J Nurs Midwifery Urmia Univ Med Sci* 2012; 10: 0-20. (Persian).

[31] Belgacem B, Auclair C, Fedor MC, Brugnon D, Blanquet M, Tournilhac O, Gerbaud L. A caregiver educational program improves quality of life and burden for cancer patients and their caregivers: a randomised clinical trial. *Eur J Oncol Nurs* 2013; 17: 870-876.

## Effect of problem-focused coping strategies on the quality of life in family caregivers of hemodialysis patients

Golnar Ghane (M.S)<sup>1</sup>, Mansoureh Ashghali Farahani (Ph.D)<sup>\*1</sup>, Naime Seyedfatemi (Ph.D)<sup>2</sup>, Hamid Haghani (M.S)<sup>3</sup>

1- Dept. of Medical Surgical Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2- Dept. of Mental Health Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran Iran

3- Dept. of Biostatistics, Faculty of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

(Received: 27 Aug 2016; Accepted: 11 Dec 2016)

**Introduction:** Family caregivers of hemodialysis patients faced with multiple problems in the fields of care and treatment which lead to the reducing their life quality. However, so far no intervention found for improving their life quality. Therefore, this study aimed to examine the effectiveness of problem-focused coping strategies on the quality of life in family caregivers of hemodialysis patients.

**Materials and Methods:** This study is a randomized controlled clinical trial that was conducted on caregivers of hemodialysis patients referred to Shahid Hasheminejad hospital in Tehran, 2015. The caregivers were allocated into intervention and control groups, randomly. The intervention group received four training sessions on problem-focused coping strategies during two weeks. The data was collected using the SF-36 quality of life questionnaire before and after intervention.

**Results:** The results showed that the quality of life in the intervention group increased at the end of study and significant difference was found between the mean scores of life quality of the intervention group, before and after the intervention ( $45.95 \pm 14.94$  vs.  $63.51 \pm 11.55$ ,  $P < 0.001$ ). However, no significant difference was found between the mean scores of life quality of the control group before and after intervention ( $45.08 \pm 11.02$  vs.  $41.74 \pm 10.51$ ,  $P = 0/039$ ).

**Conclusion:** Problem-focused coping skills can improve the life quality in caregivers of hemodialysis patient's. Therefore, it is recommended to the health system manager to encourage their staffs to provide coping skills training.

**Keywords:** Coping skill, Quality of life, Family Caregivers, Hemodialysis Patients

---

\* Corresponding author. Tel: +98 9126234269

M\_negar110@yahoo.com