

بررسی سبک‌های مقابله‌ای در بیماران همودیالیزی

رضا باقریان سرارودی^{*۱} (Ph.D)، غلامحسین احمدزاده^۲ (M.D)، عماد یزدانی^۳ (M.D)

۱ - دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، گروه روان‌پزشکی

۲ - دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، گروه روان‌پزشکی

۳ - اصفهان، مرکز پزشکی نور

چکیده

سابقه و هدف: بیماران همودیالیزی با چالش‌های فراوانی در زندگی روزمره روبرو می‌شوند که استفاده از رفتارهای مقابله‌ای را به منظور سازگاری با این چالش‌ها برای آنان لازم می‌سازد. هدف این مطالعه تعیین سبک‌های مقابله‌ای در بیماران همودیالیزی بود.

مواد و روش‌ها: در یک مطالعه مورد-شاهد، یکصد نفر بیمار همودیالیزی مراجعه‌کننده به مرکز همودیالیز بیمارستان نور اصفهان بر اساس معیارهای ورود و خروج انتخاب گردیدند و با یک‌صد نفر فرد سالم از جمعیت عیادت‌کنندگان بیماران بستری که به صورت تصادفی انتخاب شدند، از لحاظ سبک‌های مقابله‌ای با یکدیگر مقایسه شدند. داده‌ها از طریق پرسش‌نامه دموگرافیک و مقیاس سبک‌های مقابله‌ای جالویس جمع‌آوری گردید و سپس با استفاده از روش تحلیل کواریانس چند متغیری و تحلیل کواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: یافته‌های تحلیل کواریانس چند متغیری تفاوت معناداری را بین دو گروه نشان داد ($P=0/0001$). هم‌چنین نتایج تحلیل کواریانس نشان داد تفاوت معناداری بین دو گروه در سبک‌های مقابله‌ای مواجهه مستقیم ($P=0/0001$)، طفره‌آمیز ($P=0/002$) و تسکین‌دهنده ($P=0/001$) وجود دارد. معیناً این نتایج تفاوت معناداری بین دو گروه مورد و شاهد در سایر سبک‌های مقابله‌ای نشان نداد.

نتیجه‌گیری: به طور کلی یافته‌ها این بررسی نشان داد بیماران همودیالیزی تمایل کم‌تری به استفاده از سبک مقابله‌ای مواجهه مستقیم دارند و در مقابل، بیش‌تر سبک‌های طفره‌آمیز و تسکین‌دهنده را نیز در رویارویی با استرس‌ها به کار می‌گیرند. بنابراین به نظر می‌رسد که بیماران همودیالیزی در رویارویی با چالش‌های ناشی از بیماری و درمان آن بیش‌تر از سبک‌های هیجان-مدار استفاده می‌نمایند. یافته‌ها نقش ارزیابی شناختی بیماران همودیالیز از چالش‌های بیماری یا آنچه در مفهوم جدید ادراک بیماری نامیده می‌شود، در سبک‌های مقابله‌ای را مورد تاکید قرار می‌دهد.

واژه‌های کلیدی: سبک‌های مقابله‌ای، همودیالیز، استرس، سازگاری

مقدمه

می‌شوند [۳،۱]. در حالی که درمان همودیالیز می‌تواند نارسائی عمل‌کرد کلیه را جبران نماید اما این روش درمان زندگی روزمره بیماران را دچار اختلال می‌نماید و می‌تواند عامل استرسی باشد که سلامت روانی - اجتماعی بیماران را تحت تاثیر قرار دهد. برخی مطالعات اختلالاتی را در سبک زندگی

بیماری‌های مزمن نظیر مرحله آخر بیماری کلیوی دارای اثرات منفی بر زندگی روزمره بیماران می‌باشد. این بیماران معمولاً باید برای مدت طولانی تحت درمان همودیالیز باشند [۲،۱]. لذا آن‌ها با استرس‌های جسمی و روانی فراوانی روبرو

لوگان و همکاران در پژوهش خود در کانادا دریافتند که بیماران همودیالیز مسن‌تر بیش‌تر از سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد استفاده می‌نمایند [۱۰]. ریبیزاردا و همکاران در مطالعه دیگری در ایتالیا نشان دادند که بیماران همودیالیزی، بیماری و هیجان‌ناشی از بیماری را انکار می‌نمایند [۱۱]. هم‌چنین مطالعه در فرانسه استفاده مفرط این بیماران از روش‌های هیجان‌مدار را نشان داد و رابطه بین استفاده از روش‌های هیجان‌مدار و آسیب روان‌شناختی را مورد تأکید قرار داد [۱۲]. با این وجود، در مطالعه دیگری روی نوجوانان مبتلا به مرحله آخر بیماری کلیوی در آمریکا مشاهده شد که این بیماران انواعی از سبک‌های مقابله‌ای را برای کنترل استرس‌های زندگی روزمره و چالش‌های حاصل از بیماری به‌کار می‌گیرند [۱۳].

گرچه در مورد تلاش بیماران در مقابله با چالش‌ها و مشکلات حاصل از بیماری و درمان آن در کشورهای غربی مطالعاتی انجام گرفته است، اما اطلاعات چندانی در مورد شیوه‌های سازگاری بیماران ایرانی همودیالیزی وجود ندارد. بنابراین هدف این مطالعه تعیین سبک‌های مقابله‌ای در بیماران همودیالیزی ایرانی بود.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر یک مطالعه مورد-شاهد به منظور تعیین سبک‌های مقابله‌ای در بیماران همودیالیزی است که در مرکز همودیالیز بیمارستان نور اصفهان انجام شد. طرح پژوهش این مطالعه در شورای پژوهشی مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان مورد تصویب قرار گرفت و پروتکل آن هیچ‌گونه تضادی با موازین کمیته اخلاق پژوهش نداشت. هم‌چنین موافقت کتبی و آگاهانه از هر کدام از بیماران شرکت‌کننده در این پروژه اخذ گردید.

گروه مورد: این گروه شامل یک‌صد نفر بیمار همودیالیز بین سن ۳۰ تا ۸۱ سال و با میانگین سنی ۵۰/۱۷ سال مراجعه‌کننده به مرکز همودیالیز بیمارستان نور اصفهان بودند که بر اساس معیارهای ورود و خروج زیر به صورت پی در

بیماران به دلایلی نظیر عوارض جسمی، بستری شدن مکرر، بیکاری، مشکلات مالی، محدودیت در رژیم غذایی، کاهش توانایی در اداره امور زندگی و مشکلات جنسی و زناشویی آن گزارش نموده‌اند [۳، ۴، ۵]. هم‌چنین گزارشات متعددی وجود دارد که نشان می‌دهد این بیماران در مقابله با استرس‌های حاصل از بیماری مزمن دچار چالش‌های فراوانی هستند [۳، ۴].

مطالعات بالدری و همکاران [۶]، و گرکلیس و همکاران [۷] نشان داد که بیماران همودیالیزی روش‌های مقابله‌ای مسئله-مدار را بیش‌تر از مقابله هیجان-مدار به‌کار می‌گیرند. کلانگ و همکاران مشاهده نمودند که بیماران همودیالیزی بیش‌تر از سبک‌های مواجهه مستقیم و تسکین‌دهنده استفاده می‌نمایند و سبک مواجهه مستقیم و سبک هیجانی به‌ترتیب رایج‌ترین و غیررایج‌ترین سبک مقابله‌ای در این بیماران می‌باشد [۸]. لیندکیزت و سادن در یک مطالعه توصیفی نشان دادند که سبک مقابله‌ای خوش‌بینانه، متداول‌ترین و موثرترین سبک مقابله‌ای بیماران همودیالیزی سوئدی است [۳]. در مطالعه توصیفی دیگری روی بیماران همودیالیزی چینی مشاهده شد که رایج‌ترین شیوه مقابله‌ای، سبک مقابله‌ای خوش‌بینانه و سپس به‌ترتیب سبک‌های مقابله‌ای بدبینانه، مواجهه شدن، خود-اتکائی، هیجانی، حمایت‌جوینده، طفره‌آمیز و تسکین‌دهنده می‌باشد [۴].

از طرف دیگر، یح و چو در مطالعه‌ای روی بیماران همودیالیز تایوانی دریافتند که هر قدر ادراک استرس‌های مرتبط با علائم جسمی در بیماران بیش‌تر باشد آن‌ها بیش‌تر از سبک‌های هیجان-مدار و اجتنابی در سازگاری با بیماری استفاده می‌کنند. این محققین نشان دادند که به دلیل تعدد و شدت استرس‌های زندگی، بیماران همودیالیز به‌ندرت از روش مسئله-مدار در مقابله با استرس‌ها استفاده می‌کنند. هم‌چنین آن‌ها مدعی شدند که رایج‌ترین شیوه‌های مقابله‌ای در این بیماران شیوه‌های هیجان-مدار، اجتنابی و افکار کنارجویی است. معهدا این محققین تأکید نمودند که انتخاب شیوه مقابله‌ای توسط بیماران بستگی به نوع استرسور دارد [۹].

دیدگاه بدبینانه یا نداشتن کنترل در رویارویی با موقعیت است، سبک مقابله‌ای هیجانی بیان‌گر رویارویی هیجانی یا رهاسازی احساسات و هیجانات در مواجهه با موقعیت است، سبک مقابله‌ای تسکین‌دهنده نشان‌گر کنترل آشفتگی از طریق پرداختن به برخی امور به منظور کنترل و بهبود احساسات درونی و کاهش تنش بدون مواجهه مستقیم با موقعیت چالش‌آور می‌باشد، سبک مقابله‌ای حمایت‌جوینده که بیان‌گر استفاده آزمودنی از منابع حمایتی شامل منابع فردی، حرفه‌ای، و معنوی است و سبک مقابله‌ای خود-اتکائی که نشان‌گر اقدام شخصی یا تصمیم‌گیری شخصی با تکیه بر اراده خویش و بدون تکیه بر دیگران است.

به منظور تهیه نسخه فارسی این مقیاس، ابتدا در ترجمه و برگردان نسخه انگلیسی به فارسی از همکاری و مشاوره دو نفر مسلط به زبان انگلیسی که در ضمن در ترجمه تبحر لازم داشتند، استفاده گردید. نسخه فارسی تهیه شده توسط یکی از اساتید گروه زبان انگلیسی مجدداً نیز به انگلیسی بازگردانده شد. سپس در تهیه نسخه نهائی سعی شد ترجمه آیتم‌ها متناسب با شرایط فرهنگی-اجتماعی ایران باشد. بعد از تهیه نسخه فارسی این مقیاس، محقق کیفیات روان‌سنجی آن را مورد بررسی قرار داد. آلفای کرونباخ هشت خرده آزمون این مقیاس در نمونه بیماران مورد مطالعه بین ۰/۶۵ تا ۰/۸۴ به‌دست آمد. همچنین نتایج حاصل از بررسی پایائی بازآزمائی این مقیاس در یک نمونه ایرانی ۳۰ نفره از بیماران قلبی به فاصله سه هفته بین ۰/۵۸ تا ۰/۷۴ به‌دست آمد. هم‌چنین اعتبار محتوی این مقیاس از طریق اظهار نظر ۱۵ نفر از روان‌شناسان و روان‌پزشکان با استفاده از طیف لیکرتی شش درجه‌ای برای آیتم‌ها و ده درجه‌ای برای کل مقیاس مورد بررسی قرار گرفت. به طور کلی نتایج استخراج شده از این ارزیابی بیان‌گر اعتبار قابل قبول و رضایت‌بخش این مقیاس بود.

پرسش‌نامه‌ها به تک تک بیماران داده شد و با نظارت یک نفر انترن پزشکی تکمیل گردید. در تکمیل پرسش‌نامه‌ها شرایط جسمی و روان‌شناختی بیماران کاملاً در نظر گرفته شد

پی وارد نمونه مورد مطالعه شدند. معیارهای ورود شامل: (۱) سن بالای ۱۸ سال، (۲) حداقل ۴ ماه از درمان همودیالیزی وی گذشته باشد، (۳) موافقت بیمار برای ورود به مطالعه. معیارهای خروج شامل: (۱) وجود اختلال عمده روان‌پزشکی در بیمار، (۲) تحت درمان‌های روان‌پزشکی بودن، (۳) وجود اختلال‌های شناختی یا ضعف در کارکرد شناختی بیمار، (۴) عدم توانائی صحبت کردن به فارسی سلیس به طوری که در انجام مصاحبه و تکمیل پرسش‌نامه‌ها ایجاد مشکل کند، (۵) شرایط طبی عمومی بسیار ضعیف بر اساس نظر پزشک معالج طی زمان بستری.

گروه شاهد: این گروه شامل یک‌صد نفر سالم از جمعیت عمومی مراجعه‌کننده به بیمارستان به منظور عیادت بیماران بستری بودند که به صورت تصادفی انتخاب و از نظر ویژگی‌های دموگرافیک با گروه بیمار هم‌متاسازی گردیدند.

پرسش‌نامه‌ای اطلاعات دموگرافیک: پرسش‌نامه‌ای کوتاه (که ضمیمه پرسش‌نامه اصلی شده بود) به منظور جمع‌آوری اطلاعات جمعیت شناختی تنظیم شد و مورد استفاده قرار گرفت.

مقیاس سبک‌های مقابله‌ای جالویس: این پرسش‌نامه به منظور ارزیابی ادراک بیماران از شیوه‌های مقابله‌ای خویش در مواجهه با چالش‌ها مورد استفاده قرار گرفت. این مقیاس شامل شصت آیتم در طیف لیکرتی چهار درجه‌ای (بین صفر به معنای هرگز تا سه به معنای بیش‌تر مواقع) است که رفتارهای مقابله‌ای را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. در استفاده از این پرسش‌نامه از آزمودنی خواسته می‌شود در یک مقیاس چهار درجه‌ای در مورد هر آیتم نشان دهد که چقدر در مواجهه با چالش‌ها از آن شیوه استفاده می‌نماید. این مقیاس هشت سبک مقابله‌ای را در بر می‌گیرد که عبارتند از: سبک مقابله‌ای مواجه شدن که بیان‌گر رویارویی با موقعیت و مواجهه مستقیم با مشکل است، سبک مقابله‌ای طفره‌آمیز که نشان‌گر اجتناب از رویارویی با مشکل است، سبک مقابله‌ای خوشبینانه و بیان‌گر داشتن تفکر و دیدگاه مثبت در مواجهه مشکل است، سبک مقابله‌ای بدبینانه نشانه احساس ناامیدی و

اجتماعی - اقتصادی پائین و متوسط (۷۷٪) و اکثراً دارای تحصیلات ابتدائی (۶۷٪) بودند.

جدول ۱ مقایسه گروه بیماران همودیالیز و گروه سالم در هر یک از متغیرهای دموگرافیک با استفاده از آزمون‌های t و کای اسکوار را نشان می‌دهد. نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد که دو گروه در میزان تحصیلات با یکدیگر تفاوت معنادار دارند ($P=0/006$) و از نظر سایر ویژگی‌ها یکسان می‌باشند.

با توجه به تفاوت دو گروه از نظر میزان تحصیلات این متغیر به عنوان متغیر کنترل وارد تحلیل آماری گردید. به عبارت دیگر متغیر تحصیلات به عنوان متغیر کواریانس در تعدیل نمره‌های آزمودنی‌ها در ارزیابی‌های سبک‌های مقابله‌ای وارد مدل تحلیل کواریانس چند متغیری و تحلیل کواریانس گردید. نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری و تحلیل کواریانس در جدول شماره ۳ و ۴ ارائه شده است.

جدول ۱. مقایسه ویژگی‌های دو گروه بیمار همودیالیز و گروه سالم

ویژگیهای خط پایه	گروه همودیالیز	گروه سالم	P-Value
میانگین سن	۵۰/۱۷	۴۵/۳۲	۰/۱۶
جنس (مرد) (%)	۵۸٪	۴۹٪	۰/۲۰۲
تاهل (متاهل) (%)	۷۹/۲٪	۸۷٪	۰/۲۹
میانگین تحصیلات	۳/۲۹	۵/۳۱	*۰/۰۰۶
طبقه اجتماعی اقتصادی			
پائین	۶۸٪	۵۹٪	۰/۳۵
متوسط	۲۷٪	۳۰٪	
بالا	۵٪	۱۱٪	

* $P < 0/05$

و چنانچه برخی در لحظه اجرا پرسش‌نامه‌ها، از شرایط مناسبی برخوردار نبودند اجرا آن‌ها یا باقیمانده پرسش‌نامه به جلسه مراجعه بعدی موکول شد. همچنین مراجعه‌کننده‌هایی که اشتیاق به تکمیل پرسش‌نامه‌ها نشان نمی‌دادند وارد گروه شاهد نگردیدند. در اجرا پرسش‌نامه رفتارهای مقابله‌ای، از آزمودنی‌های هر دو گروه خواسته شد به موارد پرسش‌نامه توجه کنند و با در نظر گرفتن حالات روان‌شناختی و رفتارهای خویش در موقعیت‌های چالش‌آور گذشته به دقت به آیتم‌های آن پرسش‌نامه پاسخ دهند. پرسش‌نامه‌ها توسط یک نفر انترن پزشکی مسلط به پرسش‌نامه جالویس اجرا گردید. این پرسش‌گر به افرادی که به خوبی قادر به خواندن و تکمیل پرسش‌نامه‌ها نبودند کمک می‌کرد.

روش آماری تحلیل داده‌ها: پس از جمع‌آوری اطلاعات، داده‌ها وارد نرم افزار SPSS 13 شد. در تجزیه و تحلیل آماری برای مقایسه ویژگی‌های دو گروه بیمار همودیالیزی و کنترل از آزمون آماری t مستقل و کای اسکوار استفاده گردید. همچنین داده‌های مورد استفاده در این مطالعه با استفاده از روش تحلیل کواریانس چند متغیری (MANCOVA) و تحلیل کواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در این پژوهش سطح معناداری آزمون‌ها آماری $p < 0/05$ در نظر گرفته شد.

نتایج

آزمودنی‌ها عمدتاً مرد (۵۸٪)، متاهل (۷۹/۲٪)، از طبقه

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد نمرات خرده مقیاس‌های سبک‌های مقابله‌ای

سبک‌های مقابله‌ای	گروه همودیالیز		گروه سالم		کل بیماران	
	میانگین	S.D	میانگین	S.D	میانگین	S.D
سبک مواجه شدن	۱/۵۳۸	۰/۴۸۵	۲/۲۱	۰/۶۴	۱/۸۷۲	۰/۶۵۹
سبک مقابله‌ای طفره آمیز	۱/۶۹	۰/۵۱۶	۱/۴۷۱	۰/۳۲۴	۱/۵۷۹	۰/۴۴۳
سبک مقابله‌ای خوش بینانه	۱/۸۷۷	۰/۴۹۴	۱/۹۶	۰/۵۵۲	۱/۹۲	۰/۵۲۵
سبک مقابله‌ای بدبینانه	۱/۵۵۲	۰/۵۲۴	۱/۵۵	۰/۶۸	۱/۵۵۲	۰/۶۰۷
سبک مقابله‌ای هیجانی	۱/۲۶	۰/۶۱۷	۱/۴۲	۰/۵۷۶	۱/۳۴	۰/۶۰۱
سبک تسکین دهنده	۱/۱۵۹	۰/۵۲۹	۰/۷۸۳	۰/۳۹	۰/۹۷۱	۰/۵
سبک حمایت جوینده	۱/۸۶	۰/۴۶۱	۱/۷۸	۰/۴۹۲	۱/۸۲۵	۰/۴۷۷
سبک مقابله‌ای خود اتکائی	۱/۷۹	۰/۴۹	۲/۰۷۳	۰/۵۲۴	۱/۹۲۲	۰/۵۲۵

را نشان داد. معهذ این نتایج تفاوت معناداری بین دو گروه بیمار و سالم در سایر سبک‌های مقابله‌ای نشان نداد (جدول ۴).

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این مطالعه، تعیین سبک‌های مقابله‌ای در بیماران همودیالیزی بود. به طور کلی نتایج این بررسی نشان داد که احتمالاً سبک‌های مقابله‌ای مورد استفاده توسط بیماران همودیالیزی ایرانی از سبک‌های مقابله‌ای افراد سالم در رویارویی با استرس‌ها زندگی متفاوت می‌باشند. مقایسه سبک‌های مقابله‌ای این بیماران با افراد گروه شاهد نشان داد این بیماران از سبک مقابله‌ای مواجهه مستقیم کم‌تر استفاده می‌کنند و در مقابل، بیش‌تر سبک‌های طفره‌آمیز و تسکین‌دهنده را نیز در رویارویی با استرس‌ها به کار می‌گیرند. معهذ نتایج این مطالعه تفاوت معناداری بین دو گروه بیمار و سالم در سایر سبک‌های مقابله‌ای شامل سبک‌های مقابله‌ای خوش‌بینانه، بدبینانه، هیجانی، حمایت‌جوینده و خود-اتکائی نشان نداد. سبک‌های طفره‌آمیز و تسکین‌دهنده از جمله سبک‌های هیجان-مدار می‌باشند. به عبارت دیگر بر اساس یافته‌های این مطالعه به نظر می‌رسد که بیماران همودیالیزی در رویارویی با چالش‌ها و استرس‌های موجود در زندگی در نتیجه بیماری و درمان آن بیش‌تر از سبک‌های هیجان-مدار استفاده می‌نمایند. بین سطح تحصیلات و نوع سبک‌های مقابله‌ای مورد استفاده توسط آزمودنی‌ها ضرائب همبستگی معنادار وجود داشت. با توجه به نقش سطح تحصیلات بر انتخاب نوع شیوه‌های مواجهه افراد با موقعیت‌های استرس‌آمیز و تاثیر آن در تفسیر آنان از موقعیت‌های استرس‌آمیز و میزان ارزیابی واقع‌بینانه آنان از منابع موجود، در این مطالعه داده‌های مربوط به تحصیلات آزمودنی‌ها وارد تحلیل آماری گردید و مشاهده شد که سطح تحصیلات تاثیر قابل توجهی در تعیین چگونگی مقابله آزمودنی‌ها با شرایط استرس‌آمیز زندگی دارد. به عبارت دیگر سطح تحصیلات به عنوان متغیر کنترل مورد توجه قرار گرفت و در تحلیل کواریانس وارد گردید و آنچه به عنوان تفاوت دو گروه در سبک‌های مقابله‌ای مشاهده شد

جدول ۲ میانگین‌ها و انحراف استاندارد نمرات سبک‌های مقابله‌ای در دو گروه بیمار همودیالیزی و گروه سالم را نشان می‌دهد. نتایج آزمون‌های تحلیل کواریانس چند متغیری با وارد کردن متغیر میزان تحصیلات به عنوان متغیرهای کواریت تفاوت معناداری بین دو گروه ($F=5/448$ و $P=0/0001$) را نشان دادند. همان‌گونه که مشاهده می‌شود نتایج آزمون لامدا به عنوان رایج‌ترین آزمون مورد نظر در تحلیل کواریانس چند متغیری این تفاوت ($F=5/448$ و $P=0/0001$) را نشان داد (جدول ۳).

جدول ۳. خلاصه نتایج آزمون‌های تحلیل MANCOVA داده‌های مربوط به خرده آزمون‌های مقیاس سبک‌های مقابله‌ای در مقایسه گروه بیماران همودیالیز و گروه سالم

آزمون	value	df	F	P-value
Pillai's Trace	0/187	8	5/448	0/0001
Wilks' Lambda	0/813	8	5/448	0/0001
Hotelling's Trace	0/229	8	5/448	0/0001
Roy's Largest Root	0/229	8	5/448	0/0001

* $P < 0/05$

جدول ۴. خلاصه نتایج آماری تحلیل کواریانس داده‌های مربوط به خرده آزمون‌های مقیاس سبک‌های مقابله‌ای در مقایسه گروه بیماران همودیالیز و گروه سالم

منابع تغییر	SS	df	MS	F	p-value
سبک مواجهه شدن	5/256	1	5/256	18/104	0/0001
سبک مقابله‌ای طفره‌آمیز	1/81	1	1/81	9/698	0/002
سبک مقابله‌ای خوش‌بینانه	0/107	1	0/107	0/63	0/802
سبک مقابله‌ای بدبینانه	0/23	1	0/23	0/623	0/431
سبک مقابله‌ای هیجانی	0/826	1	0/826	2/306	0/13
سبک تسکین‌دهنده	2/292	1	2/292	10/863	0/001
سبک حمایت‌جوینده	0/028	1	0/028	0/121	0/728
سبک مقابله‌ای خوداتکائی	0/654	1	0/654	2/621	0/107

* $P < 0/05$

نتایج تحلیل کواریانس نمره‌های سبک‌های مقابله‌ای تفاوت معناداری بین دو گروه بیماران همودیالیز و گروه سالم (با وارد کردن میزان تحصیلات) در سبک‌های مقابله‌ای مواجهه مستقیم ($F=18/104$ و $P=0/0001$)، طفره‌آمیز ($F=9/698$) و تسکین‌دهنده ($P=0/002$ و $F=10/863$) و تسکین‌دهنده ($P=0/001$ و $F=10/863$)

تفاوت تعدیل شده از طریق کنترل آماری متغیر مذکور بر سبک‌های مقابله‌ای بود.

به‌طور کلی یافته‌های مطالعه حاضر با نتایج مطالعات یح و جو در مطالعه‌ای روی بیماران همودیالیز تایوانی [۹]، ریپیزاردا و همکاران در مطالعه ایتالیا [۱۱]، لوگان و همکاران در پژوهش خود در کانادا [۱۰] و پوچی و همکاران [۱۲] در فرانسه هم‌خوانی دارد. مطالعه حاضر نشان داد که بیماران همودیالیزی کم‌تر از سبک مواجهه مستقیم استفاده می‌نمایند. یاح و جو نیز ادعا نمودند که بیماران همودیالیز به‌ندرت از روش مسئله-مدار در مقابله با استرس‌ها استفاده می‌کنند. با این وجود، یافته‌های این پژوهش با نتایج مطالعات بالدری و همکاران [۶]، گرکلیس و همکاران [۷] کلانگ و همکاران [۸]، لیندکیزت و سادن روی بیماران همودیالیزی سوئدی [۳] و چینگ و همکاران روی بیماران همودیالیزی چینی [۴] هم‌خوانی ندارد. به نظر می‌رسد بخشی از این تفاوت‌ها و شباهت‌ها در یافته‌های این پژوهش و سایر مطالعات مورد اشاره ناشی از شباهت‌ها و تفاوت‌های فرهنگی-اجتماعی می‌باشند. عوامل فرهنگی-اجتماعی و حتی جهان‌بینی و باورهای مذهبی از جمله عوامل مهمی است که می‌تواند سبک‌های مقابله‌ای را تا حد زیادی تحت تاثیر قرار دهد. بنابراین پیشنهاد می‌گردد در مطالعات آینده نقش این عوامل در سبک‌های مقابله‌ای مورد بررسی قرار گیرد.

مفهوم استرس به رابطه بین شخص و محیط اشاره دارد و به وجود یک رویداد تهدیدآمیز و ارزیابی شخص از منابع موجود در مواجهه با آن رویداد بستگی دارد. بر اساس نظریه لازاروس و فولکمن رفتارهای مقابله‌ای در رویارویی با استرس شامل دو فرایند می‌شود: فرایند مسئله-مدار که طی آن فرد با مسئله‌ای که علت واقعی آشفتگی در وی شده است مواجه می‌شود و فرایند هیجان-مدار که بر اساس آن فرد تلاش می‌نماید پاسخ‌های هیجانی خود را تنظیم نماید [۱۴].

ابتلای به بیماری مزمن نظیر مرحله آخر بیماری کلیوی چالش‌های فراوانی را در زندگی روزمره بیمار به‌وجود می‌آورد که استفاده از رفتارهای مقابله‌ای را به منظور

سازگاری با این چالش‌ها لازم می‌سازد [۵]. یافته‌های این مطالعه نشان داد بیماران همودیالیزی از سبک مقابله‌ای مواجهه مستقیم کم‌تر استفاده می‌کنند و در مقابل، بیش‌تر سبک‌های طفره‌آمیز و تسکین‌دهنده (که از جمله سبک‌های هیجان-مدار می‌باشد) را نیز در رویارویی با استرس‌ها به‌کار می‌گیرند. بنابراین به نظر می‌رسد که بیماران همودیالیزی در رویارویی با چالش‌ها و استرس‌های موجود در زندگی در نتیجه بیماری و درمان آن بیش‌تر از سبک‌های هیجان-مدار استفاده می‌نمایند. از لحاظ نظری هنگامی افراد به مقابله‌های هیجان-مدار توسل می‌جویند که در ارزیابی شناختی خویش از شرایط چالش‌آور، موقعیت استرس‌آمیز را قابل تغییر ارزیابی ننمایند. بر عکس در موقعیت‌هایی که به عنوان قابل تغییر شناسایی می‌گردد استفاده از شیوه‌های مقابله‌ای مساله-مدار مورد استفاده قرار می‌گیرد. در این فرایندها آنچه اهمیت ویژه می‌یابد ارزیابی شناختی بیماران همودیالیز از چالش‌ها و شرایط به‌وجود آمده در نتیجه بیماری و درمان آن است. این مطلب اشاره دارد به آنچه اخیراً در ادبیات روان‌شناسی سلامت تحت عنوان "بازنمایی شناختی بیماری" یا "ادراک بیماری" وارد گردیده است. اخیراً موج جدیدی از توجه به نظریه خود-نظم‌بخشی لونتال به منظور تبیین مولفه‌های شناختی بیماری‌های جسمی و رفتارهای مقابله‌به‌وجود آمده است [۱۵]. بیماران بر اساس تجربیات و دسترسی به منابع اطلاعات عینی، برداشت‌های انتزاعی، تلویحات و باورهای مشترک بازنمایی‌های طرح‌واره‌گونه از بیماری خود و شرایط درمان آن بیماری تشکیل می‌دهند [۱۶]. چنانچه این بازنمایی‌های شناختی از بیماری تا حد قابل توجهی تهدیدآمیز باشد ممکن است موجب پاسخ‌های مقابله‌ای نظیر پاسخ‌های مقابله‌ای هیجان-مدار گردد [۱۷]. بر اساس این نظریه ادراک بیماری دارای پنج بعد می‌باشد که شامل ماهیت، پیامدها، مدت زمان، درمان‌پذیری، کنترل‌پذیری و علل می‌باشد [۱۸]. با توجه به یافته‌های محدود این مطالعه به نظر می‌رسد کیفیت ادراک بیماری نیز سبک‌های مقابله‌ای را در رویارویی با چالش‌ها و استرس‌های موجود در نتیجه بیماری و درمان تحت تاثیر قرار

patients one year after Hurricane Katrina. *Am J Med Sci*. 2008; 336: 94-98.

[3] Lindqvist R, and Sjoden PO. Coping strategies and quality of life among patients on continuous ambulatory peritoneal dialysis. *J Adv Nurs*, 1998, 27, 312-319

[4] Cheng Y, Tian J, Zhang J, Huang O and Gu Y. Coping strategies among patients receiving continuous ambulatory peritoneal dialysis. *Hong Kong Journal Nephrology*, 2002, 4: 108-113

[5] Levy NB. What is psychonephrology? *J Nephrol* 2008; 21: S51-53.

[6] Baldree KS, Murphy SP. and Powers MJ. Stress identification and coping patterns in patients on hemodialysis. *Nurs Res* 1982; 31: 107-112

[7] Gurklis JA. and Menke EM. Identification of stressors and use of coping methods in chronic hemodialysis patients. *Nurs Res* 1988; 37: 236-239,248

[8] Klang B, Bjo'rvell H. and Cronqvist A. () Patients with chronic renal failure and their ability to cope. *Scand J Caring Sci* 1996; 10: 89-95

[9] Yeh SC. and Chou HC. Coping strategies and stressors in patients with hemodialysis. *Psychosom Med* 2007; 69:182-190

[10] Logan SM, Pelletier-Hibbert M. and Hodgins M. Stressors and coping of in-hospital haemodialysis patients aged 65 years and over. *J Adv Nurs* 2006; 56: 382-391

[11] Rapisarda F, Tarantino A, De Vecchi A, Baggio G, Ghezzi F, Nicodemo D. and et al. Dialysis and kidney transplantation: similarities and differences in the psychological aspects of noncompliance. *Transplant Proc* 2006; 38: 1006-1009.

[12] Pucheu S, Consoli SM, D'Auzac C, Français P. and 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: 317-322.

[13] Snethen JA, Broome ME, Kelber S. and Warady BA. Coping strategies utilized by adolescents with end stage renal disease. *Nephrol Nurs J* 2004; 31: 41-49.

[14] Brannon L. and Feist J. *Health Psychology: An introduction to behavior and health*. Cengage Learning, 2006. p.118-121.

[15] Hargger MS. and Orbell SA. Confirmatory factor analysis of the revised illness perception questionnaire (IPQ-R) in a cervical screening context. *Psychology and Health*. 2005; 20: 161-173.

[16] Petrie KJ, Cameron LD, Ellis CJ, Buick D. and Weinman J. Changing illness perceptions after myocardial infarction: An early intervention randomized controlled trial. *Psychosom Med* 2002; 68: 580-586.

[17] Leventhal H, Nerenz DR. and Steele DJ. Illness representations and coping with health threats. In A. Baum, S. E. Taylor, & J. E. Singer (Eds.), *Handbook of psychology and health: Social psychological aspects of health*, Hillsdale, NJ: Erlbaum 1984, Vol. 4 p. 219-252

[18] Moss-Morris R, Weinman J, Petrie KJ, Horne R, Cameron LD. and Buick D. The revised illness perception questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health* 2002; 17: 1-16.

می‌دهد. این موضوع می‌تواند به عنوان یک فرض پژوهش در مطالعه دیگری تحت بررسی قرار گیرد.

به دلیل محدود شدن نمونه به بیماران همودیالیز شهر اصفهان در تعمیم یافته‌ها باید جانب احتیاط را رعایت نمود. فقدان اطلاعات دقیق از نقش عواملی نظیر مدت بیماری، میزان حمایت‌های اجتماعی، بیماری‌های همراه، داروهای مصرفی و میزان مصرف در سبک‌های مقابله‌ای، نتیجه‌گیری قاطع از یافته‌های پژوهش را با محدودیت روبه‌رو می‌کند. پیشنهاد می‌شود در بررسی‌های آینده، با بهره‌گیری از متدلوژی علمی دقیق نقش این عوامل در شیوه‌های مقابله‌ای و همچنین ارتباط سبک‌های مقابله‌ای بیماران با عمل‌کرد روان‌شناختی آنان مورد بررسی قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

این پژوهش با تصویب و حمایت مالی مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان انجام گردید. لذا از همکاری صمیمانه مسئولین مرکز تحقیقات علوم رفتاری و مرکز پزشکی نور اصفهان تشکر می‌شود. محققین بر خود لازم می‌دانند از همکاری کارکنان محترم مرکز همودیالیز بیمارستان نور اصفهان و همچنین آقای دکتر جواد مقتدری در اجرای پژوهش تقدیر نمایند.

منابع

[1] Kimmel PL, Cohen SD, and Weisbord SD. Quality of life in patients with end-stage renal disease treated with hemodialysis: survival is not enough! *J Nephrol* 2008; 21 Suppl 13: S54-8.

[2] Hyre AD, Cohen AJ, Kutner N, Alper AB, Dreisbach AW, Kimmel PL, and Muntner P. Psychosocial status of hemodialysis

Study of coping styles among dialysis patients

Reza Bagherian (Ph.D)^{*1}, Gholamhossien Ahmadzadeh (M.D)², Emad Yazdani (M.D)³

1 - Behavioral Sciences Research Center and Department of Psychiatry, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

2 – Dept. of Psychiatry. School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

3 –Noor Medical Center, Isfahan, Iran.

(Received: 27 Nov 2008 Accepted: 3 Feb 2009)

Introduction: Hemodialysis patients face with many challenges in their daily life requiring them to use coping strategies for adjustment. The purpose of this study was to determine the coping styles among Iranian dialysis patients.

Materials and Methods: In a case-control study, one hundred consecutive hemodialysis patients referred to Hemodialysis center of Noor hospital, Isfahan, were selected based on the inclusive and exclusive criteria and compared to one hundred normal people randomly selected from population visiting inpatients and they were matched with case group. Data collected by using a demographic questionnaire and the Jalowiec Coping Scale, and then MANCOVA and co-variance were used to analyze the data.

Results: The findings of MANCOVA showed significant difference between two groups in coping styles ($P= 0.0001$). Also, the results of covariance indicated significant differences in three coping styles including confrontive coping style ($P= 0.0001$), evasive coping style ($P= 0.002$) and palliative coping style ($P= 0.001$). However, there was no significant difference in other coping styles between two groups.

Conclusion: Generally, the findings confirmed that the hemodialysis patients have low tendency to use confrontive coping style. The commonly used coping strategies among the hemodialysis patients in deal with stresses are evasive and palliative coping styles. Thus, it seems that the hemodialysis patients deal with challenges due to their illness and treatment predominately by using emotion-oriented coping styles. The findings emphasis the role of hemodialysis patients` psychological appraisal from challenges due to their illness and treatment, or new concept called “illness representation” in coping styles.

Key words: Coping Styles, Dialysis, Stress, Adjustment, Patients

* Corresponding author: Fax: +98 311 6688597; Tel: : +98 311 2222135
bagherian@med.mui.ac.ir