

بررسی رابطه بین کیفیت زندگی و راهبردهای مقابله‌ای در بیماران اسکیزوفرنیک مراجعه کننده به درمانگاه‌های روانپزشکی بیمارستان‌های آموزشی تهران

زهرا تمیزی^۱، فرح‌دخت رنجبر^۲، فریده یغمایی^۲، حمید علوی مجد^۲، *مسعود فلاحی خشکناپ^۵

چکیده

هدف: عوامل زیادی هستند که کیفیت زندگی را تحت تأثیر قرار می‌دهند که از جمله می‌توان تنش‌ها و روش‌های مقابله‌ای با آنها را نام برد. بیماران اسکیزوفرنیک از انواع تنش‌ها رنج برده و دارای مشکلاتی در راهبردهای مقابله‌ای خود در برخورد با تنش‌زاهای زندگی هستند که می‌تواند روی کیفیت زندگی آنها تأثیر بگذارد. لذا شناخت راهبردهای مقابله‌ای آنها دارای اهمیت می‌باشد. پژوهش حاضر با هدف بررسی راهبردهای مقابله‌ای مددجویان اسکیزوفرنیک و رابطه آن با کیفیت زندگی آنها انجام شد.

روش بررسی: در این پژوهش توصیفی همبستگی ۹۰ بیمار اسکیزوفرنیک مراجعه کننده به درمانگاه‌های روانپزشکی بیمارستان‌های مراکز شهر تهران در یک مقطع زمانی ۹ ماهه با پرسش‌نامه‌های: راه‌های مقابله‌ای و نسخه فارسی پرسش‌نامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی بررسی شدند. اطلاعات با آزمون‌های آنالیز واریانس یک طرفه، تی مستقل، کروسکال والیس، من ویتنی، کای دو و ضرایب همبستگی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد اکثریت واحدهای مورد پژوهش (۴۲/۱٪) از «راهبرد مقابله‌ای اجتنابی» استفاده می‌کردند و هم‌چنین اکثریت واحدهای مورد پژوهش (۸۷۷/۸٪) دارای کیفیت زندگی متوسطی بودند. نتایج نشان داد که رابطه معنی‌داری بین میانگین نمرات کیفیت زندگی و نوع راهبردهای مقابله‌ای وجود دارد ($P=0/005$). به طوری که، واحدهای مورد پژوهشی که بیشتر از راهبردهای مقابله‌ای اجتنابی استفاده کرده بودند دارای میانگین امتیاز کلی کمتری در کیفیت زندگی بودند.

نتیجه‌گیری: بین کیفیت زندگی و راهبردهای مقابله‌ای رابطه معنی‌داری وجود دارد که می‌توان با گنجانیدن آموزش مهارت‌های مقابله‌ای در طرح درمان و توانبخشی بیماران اسکیزوفرنیک، توان آنها را در استفاده از راهبردهای مقابله‌ای موثر افزایش داده و کیفیت زندگی شان را ارتقاء داد.

کلیدواژه‌ها: اسکیزوفرنیا، کیفیت زندگی، راهبردهای مقابله‌ای

- ۱- کارشناس ارشد روان‌پرستاری، مرکز آموزشی و درمانی روانپزشکی رازی، تهران، ایران
- ۲- کارشناس ارشد روان‌پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، مریی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران
- ۳- دکترای بهداشت عمومی، گروه آموزشی بهداشت دانشکده پرستاری و مامایی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران
- ۴- دکترای آمار حیاتی، گروه آمار حیاتی دانشکده پیراپزشکی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران
- ۵- دکترای آموزش پرستاری، گروه آموزشی پرستاری، دانشیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

دریافت مقاله: ۹۰/۱۰/۰۵
پذیرش مقاله: ۹۱/۱۱/۱۳

* آدرس نویسنده مسئول:

تهران، اوین، بلوار دانشجو، بن‌بست کودکیار، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، گروه پرستاری
* تلفن: ۲۲۱۸۰۰۳۶ (۲۱) ۹۸+
* رایانامه: msflir@yahoo.com



مقدمه

انسان‌ها از بدو پیدایش همیشگی به دنبال رفاه و آسایش بوده‌اند، اما با پیشرفت و ارتقای جوامع انسانی، توجه به عوامل عینی و ذهنی در مورد رفاه اهمیت زیادی پیدا کرد و واژه طول عمر در مقابل کیفیت زندگی قرار گرفت. بطور کلی بیماری‌ها می‌توانند کیفیت زندگی را مختل کنند (۱) و در این بین اختلالات روانی مزمن، اختلالات خلقی عاطفی، سوء مصرف مواد و اسکیزوفرنیا به جهت پیامدهای نامطلوب از قبیل خودکشی، طلاق، نزول شدید عملکرد فردی و اجتماعی بیشتر مورد تأکید قرار گرفته‌اند (۲) در این میان اسکیزوفرنیا از ناتوان‌کننده‌ترین اختلالات روانی به شمار می‌رود که شروع آن ممکن است از اواخر نوجوانی یا اوایل بزرگسالی باشد ولی معمولاً قبل از سن ۳۰ سالگی بروز می‌نماید (۳). در ایران تا سال ۱۳۸۲ حدود ۳۳۰ هزار بیمار مبتلا به اسکیزوفرنیا وجود داشت (۴).

در مطالعه بوالهروی و همکاران (۱۳۷۸) در طرح غربالگری بیماری‌های روانی ۲۱ درصد و در مطالعه محمدی و همکاران (۱۳۸۰) ۱۷/۱ درصد از افراد دچار اختلالات روانپزشکی گزارش شدند (۵).

شیوع اسکیزوفرنیا در منابع مختلف بین ۱ تا ۱/۹ درصد گزارش شده است که دو سوم آنها نیاز به بستری دارند در صورتی که فقط نیمی از آنها علی‌رغم نیاز به درمان و شدت بیماری تحت درمان قرار می‌گیرند. در ایران آمار اسکیزوفرنیا مشابه امار جهانی بوده و یک درصد از جمعیت مبتلا می‌باشند که با در نظر گرفتن جمعیت ۷۰ میلیونی ایران حدود ۷۰۰ هزار نفر نیاز به درمان و توانبخشی دارند (۶،۷).

این بیماری زندگی افراد مبتلا و نیز زندگی خانواده‌های آنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. آنان از تنش‌ها، ناتوانی‌ها، کاهش بهره‌وری و کیفیت زندگی پایین رنج می‌برند (۸). هیچ ابزاری به راحتی قادر به ارزیابی ناراحتی و رنج بیماران روانی نمی‌باشد، با این وجود بررسی تأثیر بیماری بر روی کیفیت زندگی تا حدودی بیانگر شرایط نامناسب زندگی این بیماران می‌باشد. در زمان گذشته خدمات سلامت روان به وسیله کنترل علائم و کاهش میزان عود بیماری مورد ارزیابی قرار می‌گرفت که به آن به عنوان یک رویکرد بیماری‌مدار که بر خلاف دیدگاه جامعه‌نگر بهداشت بود، انتقاداتی وارد گردید (۹). حرکت بهداشت روانی جامعه‌نگر در ابتدای قرن ۱۹۶۰ ایجاد شد که به دنبال آن کشورها فرآیند بزرگ موسسه‌زدایی را آغاز کردند (۳). بنابراین توجه به ارزیابی کیفیت زندگی در روانپزشکی بعد از فرآیند بزرگ موسسه‌زدایی بیماران روانی بیشتر مورد توجه قرار گرفت (۱۰). زیرا یکی از اهداف مراقبت‌های بهداشتی، بهبود کیفیت زندگی و ارتقاء احساس رفاه افراد می‌باشد (۹).

در این راستا نتایج برخی از پژوهش‌ها نشان داده است که بیماران اسکیزوفرنیک دارای کیفیت زندگی ضعیفی در بعد روابط اجتماعی می‌باشند (۱۱).

علاوه بر این برخی معتقدند چهار متغیر اصلی «خانواده»، «وضعیت اجتماعی، اقتصادی»، «وضعیت جسمانی، شدت بیماری» و «وضعیت روحی، روش‌های مقابله» به طور مستقل و یا توأم با یکدیگر بر روی کیفیت زندگی تأثیرگذار می‌باشند (۱۲).

بعلاوه نتایج پژوهش‌های متعددی نشان داده است که علائم روانپزشکی بیماران اسکیزوفرنیک در نتیجه عدم کنترل تنش افزایش می‌یابد (۱۳) که در این میان راهبردهای مقابله‌ای دارای نقش اساسی در توانایی سازگاری با این موقعیت‌های پر تنش زندگی می‌باشند (۱۴). بیماران اسکیزوفرنیک غالباً ترجیح می‌دهند از «راهبردهای مقابله‌ای اجتنابی» استفاده کنند (۱۵). نتایج پژوهشی نشان داد که تفاوت معنی‌داری بین میزان استفاده از راهبردهای مقابله‌ای مبتنی بر مشکل در دو گروه بیماران اسکیزوفرنیک و گروه کنترل وجود داشت. به طوری که میزان استفاده از این راهبرد در گروه بیماران اسکیزوفرنیک به طور معنی‌داری کاهش یافته بود (۱۶).

بیماران اسکیزوفرنیک اغلب در برخورد با مسائل زندگی روزمره به جای بررسی و حل فعالانه از رو به رو شدن با آن خودداری می‌کنند. بنابراین بررسی راهبردهای مقابله‌ای در بیماران اسکیزوفرنیک از اهمیت بسیار زیادی برخوردار است، زیرا استفاده از راهبردهای ناموثر باعث تشدید علائم روانپزشکی و شکست اقدامات درمانی جامعه‌نگر می‌گردد (۱۷).

نتایج پژوهشی نزدیک به پژوهش حاضر در ایران نشان داده است که بین کیفیت زندگی بیماران تحت درمان با همودیالیز و راهبردهای مقابله‌ای آنان رابطه معنی‌داری وجود دارد، به طوری که اکثریت بیماران که دارای امتیاز خوبی از کیفیت زندگی بودند بیشتر از روش مقابله مشکل مدار استفاده می‌کردند (۱۲).

از آن جا که پرستاران دارای نقش ارزنده‌ای در پذیرش، آماده‌سازی درمان و مراقبت‌های جسمی، روانی، حمایتی و اجتماعی بیماران می‌باشند (۱۸)، گنجاندن آموزش مهارت‌های مقابله‌ای در برنامه مراقبت و توانبخشی بیماران توسط پرستاران می‌تواند در ارتقای کیفیت زندگی آنها موثر باشد؛ ولی قبل از انجام این مداخله لازم است ابتدا وضع موجود مورد بررسی قرار گیرد که بیماران از کدام روش‌های مقابله‌ای استفاده می‌نمایند و آیا بین روش‌های مقابله‌ای بکار رفته و کیفیت زندگی در بیماران اسکیزوفرنیک ایرانی ارتباط وجود دارد یا خیر؟ و در صورت وجود چنین ارتباطی تصمیم به طراحی محتوای آموزشی مورد نیاز برای مداخلات بعدی نمود. با توجه به اینکه تاکنون در ایران مطالعه‌ای در خصوص بررسی



کیفیت زندگی و راهبردهای مقابله‌ای در بیماران اسکیزوفرنیک گزارش نشده است، لذا این تحقیق به عنوان پیش‌نیاز یک مطالعه مداخله‌ای با هدف بررسی روش‌های مقابله‌ای بیماران اسکیزوفرنیک و ارتباط آن با کیفیت زندگی آنها انجام گرفت؟

روش بررسی

این پژوهش یک مطالعه توصیفی و تعیین همبستگی می‌باشد که در یک مقطع زمانی ۹ ماهه از آذر ۱۳۸۵ تا شهریور ۱۳۸۶ در درمانگاه‌های روانپزشکی بیمارستان‌های آموزشی شهر تهران (درمانگاه‌های بیمارستان روزبه، بیمارستان طالقانی، بیمارستان ایران، بیمارستان حضرت امام حسین(ع) و درمانگاه مرکز روانپزشکی رازی) انجام شده است. جامعه آماری این پژوهش شامل تمام بیماران ۱۸-۶۵ ساله مبتلا به بیماری اسکیزوفرنیا می‌باشند که جهت پیگیری درمان به درمانگاه‌های روانپزشکی بیمارستان‌های آموزشی شهر تهران مراجعه می‌کردند. مشخصات واحدهای مورد پژوهش شامل داشتن تشخیص بیماری اسکیزوفرنیا براساس چهارمین راهنمای آماری و تشخیصی انجمن روانپزشکان آمریکا و ارزیابی چند محوری، داشتن حداقل ۱ سال سابقه تشخیص بیماری اسکیزوفرنیا، عدم وجود مشکل جسمی یا معلولیت جسمی نظیر (مشکل عقب‌ماندگی ذهنی، صرع، دمانس و...) با توجه به گزارش روانپزشک در پرونده بیمار، توانایی تکلم به زبان فارسی و برقراری ارتباط و پاسخ به پرسش‌نامه، حداقل داشتن تحصیلات ابتدایی و در نهایت ساکن بودن در شهر تهران بود. تعداد نمونه‌ها براساس روش نمونه‌گیری، فرمول اندازه نمونه^۱ و مشخصات واحدهای مورد پژوهش ۹۰ نفر محاسبه گردید. انتخاب بیماران به صورت غیر تصادفی و در دو مرحله انجام پذیرفت. در مرحله اول از روش نمونه‌گیری سهمیه‌ای و در مرحله دوم از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده گردید. بدین ترتیب که پژوهشگر با مراجعه به درمانگاه‌های روانپزشکی بیمارستان‌های آموزشی شهر تهران، آمار مراجعه کنندگان سال ۱۳۸۴ را دریافت نموده و با توجه به تعداد نمونه‌های کل پژوهش، تعداد نمونه‌های هر درمانگاه را مشخص نمود و سپس در مرحله دوم پس از مراجعه به درمانگاه‌ها با استفاده از نمونه‌گیری در دسترس، نمونه‌های واجد شرایط را انتخاب نمود. جمع‌آوری اطلاعات از طریق خودگزارش دهی و کسب اطلاعات ثبت شده

از پرونده واحدهای مورد پژوهش انجام گرفت. پرسش‌نامه‌ها شامل اطلاعات دموگرافیک، نسخه فارسی پرسش‌نامه «کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی خلاصه شده»^۲ و «پرسش‌نامه راه‌های مقابله‌ای»^۳ بود.

نسخه فارسی پرسش‌نامه «کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی خلاصه شده» دارای ابعاد «سلامت جسمی»، «سلامت روانی»، «روابط اجتماعی» و «عوامل محیطی» و هم‌چنین دارای دو سوال کلی در مورد کیفیت زندگی و سلامتی بود که پاسخ واحدهای مورد پژوهش بر روی یک ابزار ۵ قسمتی لایکرت مورد ارزیابی قرار می‌گرفت. «پرسش‌نامه راه‌های مقابله‌ای» شامل ۶۶ عبارت در زمینه ۳ نوع «راهبردهای مقابله‌ای مبتنی بر مشکل»^۴، «راهبردهای مقابله‌ای مبتنی بر هیجان»^۵ و «راهبردهای مقابله‌ای اجتنابی»^۶ بود که در این پژوهش اظهارات واحدهای پژوهش بر روی یک ابزار چهار قسمتی لایکرت سنجیده شد.

جهت تعیین اعتبار محتوی، ابزارها در اختیار ۲۸ نفر صاحب نظر که عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی، دانشکده پزشکی شهید بهشتی، دانشکده پرستاری و مامایی ایران، دانشکده پرستاری و مامایی تهران، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی و دانشگاه تربیت مدرس بودند، قرار داده شد و در این راستا از روش شاخص اعتبار والتس و باسل^۷ (۱۹) استفاده گردید. هم‌چنین پرسش‌نامه‌های فوق‌الذکر در اختیار ۱۰ نفر از بیماران اسکیزوفرنیک مراجعه کننده به درمانگاه‌های روانپزشکی بیمارستان‌های آموزشی شهر تهران که مشخصات واحدهای مورد پژوهش را دارا بودند قرار داده شد.

جهت تعیین اعتبار صوری پژوهشگر از نظرات افراد صاحب‌نظر که در مرحله تعیین اعتبار محتوی شرکت داشتند، استفاده نمود. با در نظر گرفتن نظرات اعضاء هیئت علمی و بیماران اسکیزوفرنیک تغییرات نگارشی و ویرایشی جهت بهبود سئوالات انجام شد و بدین صورت اعتبار محتوی و صوری ابزارها تعیین گردید.

جهت تعیین پایایی پرسش‌نامه‌ها از روش همسانی درونی^۸ (آلفای کرونباخ)^۹ استفاده شد. بدین ترتیب که ۱۵ بیمار اسکیزوفرنیک که دارای مشخصات واحدهای پژوهش بودند نسخه فارسی پرسش‌نامه «کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی خلاصه شده» و «پرسش‌نامه راه‌های مقابله‌ای» را تکمیل نموده که به ترتیب ضریب آلفا ۰/۸۸ و ۰/۸۹ محاسبه شد. پس از

$$1- \eta = \frac{(z_{1-\alpha/2})^2 \sigma^2}{d^2}$$

2- WHOQOL- BREF

3- Ways of Coping Questionnaire (WCO)

4- Problem-oriented coping strategies

5- Affective-oriented coping strategies

6- Avoidance coping strategies

7- Waltz & Bausell Content Validity Index

8- Internal consistency

9- Coefficient alpha



پژوهش دارای این مشخصات بودند: ۵۴/۴ درصد مرد، ۳۱/۱ درصد در محدوده سنی ۲۶-۳۵ سال و هم‌چنین میانگین و انحراف معیار سنی واحدهای مورد پژوهش به ترتیب $۳۸/۰۶ \pm ۱۲/۰۴$ بود. بعلاوه ۶۰ درصد نمونه‌ها مجرد، ۴۵/۶ درصد دارای خانواده ۲-۵ نفره، ۴۱/۴ درصد دارای سطح تحصیلات متوسطه، ۲۶/۶ درصد مردان بی‌کار و ۳۵/۵ درصد زنان خانه دار، ۴۳/۳ درصد دارای درآمد ماهیانه کمتر از ۲۰۰ هزار تومان در ماه و ۵۷/۸ درصد آنها با پدر و مادر زندگی می‌کردند و هم‌چنین سرپرست ۵۵/۶ درصد از آنها پدر و مادر بوده و نیز ۷۵/۶ درصد دارای خانه شخصی، ۶۷/۸ درصد دارای تشخیص بیماری پارائوئید، ۶۸/۹ درصد سابقه ۱-۳ بار بستری در بخش‌های روانپزشکی، ۴۶/۶ درصد دارای ۱-۱۰ سال طول مدت بیماری، ۳۵/۵ درصد از داروهای ضد روانپریشی نسل جدید استفاده کرده و در نهایت ۸۲/۲ درصد آنها در کلاس‌های آموزشی در مورد بیماری خود شرکت نداشته‌اند. نتایج پژوهش نشان داد ابعاد «سلامت جسمی» و «سلامت روانی» به ترتیب با میانگین و انحراف معیارهای $۵۱/۹۴ \pm ۱۷/۰۱$ و $۴۸/۴۷ \pm ۱۸/۷۵$ درصد دارای بالاترین میانگین امتیاز کسب شده از کیفیت زندگی و بعد عوامل محیطی با میانگین و انحراف معیار $۳۵/۳۷ \pm ۱۹/۴۴$ درصد دارای کمترین میانگین امتیاز کسب شده از کیفیت زندگی بودند (جدول شماره ۱). هم‌چنین میانگین و انحراف معیار پاسخ به سوال کلی در مورد کیفیت زندگی و سلامتی به ترتیب $۴۸/۶۱ \pm ۲۵/۷۹$ و $۴۹/۱۷ \pm ۲۵/۲۶$ درصد می‌باشد.

تصویب طرح پژوهش و تمهیدات لازم برای اجرای پژوهش از قبیل کسب مجوز و معرفی‌نامه از دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی و نیز دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و کسب اجازه از دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی شهر تهران و بیمارستان‌های ذی‌ربط، پژوهشگر به درمانگاه‌های روانپزشکی بیمارستان‌های آموزشی شهر تهران مراجعه و پس از انتخاب واحدهای پژوهش به معرفی خود و ارائه توضیحات در مورد اهداف پژوهش پرداخته و پس از کسب موافقت شفاهی آنها، پرسش‌نامه‌ها را به روش خود گزارش‌دهی در دو مرحله تکمیل نمود. هم‌چنین برای دستیابی به برخی از اطلاعات در مورد بیماران نظیر داروهای مصرفی و تشخیص انواع بیماری اسکیزوفرنیا و ... از پرونده آنها استفاده نمود. محاسبات آماری موردنظر بر روی داده‌های حاصل از این پژوهش توسط نرم افزار SPSS انجام شد و جهت دسته‌بندی و خلاصه کردن یافته‌های پژوهش و بیان خصوصیات دموگرافیک از آمار توصیفی نظیر توزیع فراوانی مطلق و نسبی، میانگین و انحراف معیار استفاده شد و هم‌چنین از آماره‌های تحلیلی نظیر آنالیز واریانس یک طرفه^۱، توکی^۲، آزمون آماری تی^۳، کروسکال والیس^۴، من ویتنی^۵، ضریب همبستگی پیرسون^۶، همبستگی ردیف اسپیرمن^۷ و آزمون آماری کای دو^۸ جهت تعیین همبستگی بین متغیرها استفاده گردید.

یافته‌ها

پژوهش حاضر نشان داد که بیشترین تعداد واحدهای مورد

جدول ۱- بررسی مقایسه ابعاد مختلف کیفیت زندگی بر حسب معنی‌داری تفاوت میانگین‌های امتیاز حاصل از آنها در بیماران اسکیزوفرنیک مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های روانپزشکی بیمارستان آموزشی شهر تهران

میانگین امتیاز حاصل از ابعاد مختلف کیفیت زندگی	میانگین بالا	میانگین متوسط	جمع	
			میانگین پایین	تعداد درصد
سلامت جسمی	۵۱/۹۴		۹۰	۱۰۰
سلامت روانی	۴۸/۴۷		۹۰	۱۰۰
روابط اجتماعی		۴۱/۳۸	۹۰	۱۰۰
عوامل محیطی		۳۵/۳۷	۹۰	۱۰۰

هیچ رابطه معنی‌داری بین سایر مشخصات فردی با ابعاد مختلف کیفیت زندگی، کیفیت زندگی و سلامتی کلی وجود نداشت. علاوه بر این، نتایج پژوهش نشان داد که ۴۲/۱ درصد واحدهای مورد پژوهش از «راهبردهای مقابله‌ای اجتنابی»، ۳۴/۵ درصد از «راهبردهای مقابله‌ای مبتنی بر هیجان» و ۲۳/۴ درصد آنها از «راهبردهای مقابله‌ای مبتنی بر مشکل» استفاده می‌کردند.

علاوه بر این، نتایج نشان داد که ۷۷/۸ درصد از واحدهای مورد پژوهش از کیفیت زندگی متوسط، ۱۷/۸ درصد از کیفیت زندگی ضعیف و ۴/۴ درصد از آنها از کیفیت زندگی خوب برخوردار بودند. هم‌چنین نتایج پژوهش بیانگر آن بود که در میان مشخصات فردی به جز تشخیص بیماری، نوع داروهای ضدروانپریشی مورد استفاده و شرکت در کلاس‌های آموزشی در مورد بیماری

1- One Way ONOVA
5- Mann-Whitney U

2- Tukey
6- Pearson correlation coefficient

3- Independent-Sample T Test
7- Spearman Rank Correlation
4- Kruskal- Wallis
8- Chi-Square Test



جدول ۲- توزیع فراوانی مطلق و نسبی واحدهای مورد پژوهش بر حسب انواع راهبردهای مقابله‌ای به کار گرفته شده در بیماران اسکیزوفرنیک مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های روانپزشکی بیمارستان‌های آموزشی شهر تهران

راهبردهای مقابله‌ای	تعداد	درصد
مبتنی بر مشکل	۲۱	۲۳/۴
مبتنی بر هیجان	۳۱	۳۴/۵
اجتنابی	۳۸	۴۲/۱
جمع	۹۰	۱۰۰

نتایج هم‌چنین حاکی از آن بود که هیچ رابطه معنی‌داری بین مشخصات فردی با راهبردهای مقابله‌ای بکارگرفته شده وجود نداشت. علاوه بر این، نتایج پژوهش نشان داد که تفاوت معنی‌داری بین انواع راهبردهای مقابله‌ای بکارگرفته شده و میانگین کلی امتیاز کسب شده از کیفیت زندگی وجود داشت. به طوری که، افرادی که از «راهبردهای مقابله‌ای اجتنابی» استفاده می‌کردند از میانگین کلی امتیاز کمتری از کیفیت زندگی برخوردار بودند.

جدول ۳- میانگین امتیاز حاصل از کیفیت زندگی بر حسب انواع راهبردهای مقابله‌ای به کارگرفته شده در بیماران اسکیزوفرنیک مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های روانپزشکی بیمارستان‌های آموزشی شهر تهران

انواع راهبردهای مقابله‌ای		راهبردهای مقابله‌ای	
مبتنی بر مشکل	مبتنی بر هیجان	اجتنابی	میانگین امتیاز حاصل از کیفیت زندگی
۴۹/۴۹	۴۹/۵۹	۴۰/۵۳	میانگین
۹/۱۶	۱۳/۳۴	۱۳/۶۹	انحراف معیار
۵۶/۵			F
۰/۰۰۵			مقدار احتمال

هم‌چنین نتیجه بررسی رابطه بین ابعاد مختلف کیفیت زندگی و راهبردهای مقابله‌ای نشان داد که رابطه معنی‌داری بین ابعاد «سلامت روانی» و «عوامل محیطی» کیفیت زندگی با «راهبردهای مقابله‌ای اجتنابی» وجود داشت به طوری که واحدهای مورد پژوهشی که بیشتر از «راهبردهای مقابله‌ای اجتنابی» استفاده می‌کردند دارای میانگین امتیاز کمتری در ابعاد «سلامت روانی» و «عوامل محیطی» کیفیت زندگی بودند.

جدول ۴. بررسی میانگین ابعاد مختلف کیفیت زندگی بر حسب میزان بکارگیری انواع راهبردهای مقابله‌ای بکار گرفته شده در بیماران اسکیزوفرنیک مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های روانپزشکی بیمارستان‌های آموزشی شهر تهران

انواع راهبردهای مقابله‌ای	مبتنی بر مشکل		مبتنی بر هیجان		اجتنابی		جمع	مقدار احتمال
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد		
سلامت جسمی	۲۱	۲۳/۴	۲۱	۲۳/۴	۳۸	۴۲/۱	۹۰	۲/۷۲
سلامت روانی	۲۱	۲۳/۴	۳۱	۳۴/۵	۳۸	۴۲/۱	۹۰	۷/۷۳
روابط اجتماعی	۲۰	۲۲/۷۲	۳۰	۳۴/۰۹	۳۸	۴۲/۱۹	۸۸	۰/۹۰۷
عوامل محیطی	۲۱	۲۳/۴	۳۱	۳۴/۵	۳۱	۴۲/۱	۹۰	۳/۳۶
سئوال کلی در مورد کیفیت زندگی	۲۱	۲۳/۴	۳۱	۳۴/۵	۳۱	۴۲/۱	۹۰	۰/۰۲۵
سئوال کلی در مورد سلامتی	۲۱	۲۳/۴	۳۱	۳۴/۵	۳۱	۴۲/۱	۹۰	۱/۳۴۲



بحث

گرفته‌اند که با توجه به اینکه تجربیات افراد با افزایش سن زیاد می‌شود، ممکن است روی روش‌های مقابله‌ای تأثیر بگذارد که پیشنهاد می‌شود در تحقیقات بعدی در گروه‌های سنی متفاوت بطور جداگانه بررسی انجام شود.

نتیجه‌گیری

در نهایت با توجه به نتایج پژوهش به دست آمده که حاکی از وجود رابطه معنی‌داری بین کیفیت زندگی و راهبردهای مقابله‌ای می‌باشد، بطوری‌که استفاده بیشتر از راهبردهای مقابله‌ای اجتنابی با کیفیت زندگی پایین‌تر همراه بوده است، لذا مناسب است پرستاران در حیطه خدمات مراقبت‌های بهداشتی، در طرح‌ریزی و انجام اقدامات روانی و اجتماعی مناسب و آموزش مهارت‌های مقابله‌ای به این رابطه توجه نموده تا بدین طریق توان استفاده از راهبردهای مقابله‌ای موثر را افزایش داده و بر کیفیت زندگی تأثیر گذارند. هم‌چنین در حیطه آموزش، با برگزاری کلاس‌های آموزش ضمن خدمت برای پرستاران و گنجاندن دروسی در آموزش دانشجویان پرستاری به مباحث کیفیت زندگی و راهبردهای مقابله‌ای و رابطه بین آنها توجه بیشتری مبذول نمود. از آنجایی که شدت علائم بیماری بر روی کیفیت زندگی و راهبردهای مقابله‌ای تأثیرگذار هست، پیشنهاد می‌شود روابط متغیر فوق با کیفیت زندگی و هم‌چنین راهبردهای مقابله‌ای بیشتر مورد بحث و بررسی قرار گیرد. هم‌چنین با توجه به این که پژوهش حاضر در گروه بیماران اسکیزوفرنیک انجام شده است پیشنهاد می‌گردد پژوهشی مشابه در تمام گروه‌های اختلالات اسکیزوفرنیا انجام گیرد و نتایج حاصل از آنها با یکدیگر مقایسه گردد.

تشکر و قدردانی

از مسئولین آموزشی، پژوهشی و اساتید محترم دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و هم‌چنین از مسئولین و کارکنان درمانگاه‌های روانپزشکی بیمارستان‌های آموزشی شهر تهران و نیز بیمارانی که حاضر به همکاری در این پژوهش شدند، کمال تشکر را دارد.

یافته‌های پژوهش نشان داد که کمترین میانگین درصد پاسخ به سئوالات کیفیت زندگی مربوط به عوامل محیطی بود که این نتایج با یافته‌های پژوهش کوگو و همکاران مغایرت داشته است (۲۰). که تصور می‌شود کم بودن میانگین امتیاز حاصل از ابعاد «روابط اجتماعی» و «عوامل محیطی» در پژوهش حاضر ممکن است به دلیل دسترسی محدود به منابع و تسهیلات محیطی در سطح استانداردهای زندگی مانند بسیاری از کشورهای رو به توسعه و نیز سیستم‌های حمایت اجتماعی محدود در میان بیماران روانی مزمن به خصوص بیماران اسکیزوفرنیک در کشور ما باشد (۱۱). علاوه بر این، نتایج پژوهش نشان داد اکثریت واحدهای مورد پژوهش در مطالعه حاضر از «راهبردهای مقابله‌ای اجتنابی» و اقلیت آنها از «راهبردهای مقابله‌ای مبتنی بر مشکل» استفاده می‌کردند. این نتایج با یافته‌های پژوهش ونچورا و همکاران (۲۰۰۴) مطابقت داشته است و نتایج پژوهش آنها بیانگر آن بود که میزان استفاده از راهبردهای مقابله‌ای مبتنی بر مشکل در گروه بیماران اسکیزوفرنیک بطور معنی‌داری نسبت به گروه کنترل کمتر بود (۱۶). پژوهشگر متصور است بیماران اسکیزوفرنیک زمان بسیار اندکی را به فکر کردن و مشورت نمودن با دیگران راجع به راه حل‌های مشکلات خود اختصاص می‌دهند و به ندرت فعالانه و سودمند درصدد پاسخ به تنش‌زاهای زندگی خود می‌باشند (۱۷). علاوه بر این در پژوهش حاضر رابطه معنی‌داری بین کیفیت زندگی و راهبردهای مقابله‌ای مشاهده شد که با نتایج پژوهش استراوس و همکاران (۲۰۰۵) و اسکافی (۱۳۷۷) مطابقت داشته است (۱۴، ۱۲). چهار متغیر اصلی «وضعیت اجتماعی و اقتصادی»، «خانواده»، «وضعیت بیماری و شدت بیماری» و «وضعیت روحی و روش‌های مقابله» می‌توانند مستقلاً یا توأم با یکدیگر بر روی کیفیت زندگی تأثیرگذار باشند و از طرفی کیفیت زندگی ضعیف نیز می‌تواند موجب به کارگیری مکانیزم‌های مقابله‌ای ناموثر در افراد شود که خود تنش را می‌افزاید و باعث تشدید بیماری می‌شود (۱۲).

این پژوهش دارای محدودیت‌هایی نیز بوده است از جمله اینکه تمام بیماران مراجعه‌کننده در همه رده‌های سنی مورد بررسی قرار



منابع

- 1-Fallahi K M, et al. [Assessment of quality of life and their related factors in nurses of psychiatric wards in Tehran (Persian)]. Hakim 2006; 9 (4): 24-30
- 2-Ajamizadeh F. [Assessment of factors related to acceptance schizophrenic patients in their family in Psychiatric Razi Center (Persian)]. Thesis for Master of Science in management of psychiatric nursing sciences. Social and Welfare University; 2001
- 3-Shives L R, Isaacs A. Basic Concept of Psychiatric Nursing. Sixth edition. St. Louise. Mosby Co. 2002
- 4-Nazeri S. [Assessment of effect discharge planning in treatment in schizophrenic patients in Psychiatric Razi Center (Persian)]. Thesis for Master of Science in management of psychiatric nursing sciences. Social and Welfare University; 2003
- 5-Fallahi K M. [Assessment of psychiatric nursing home care on mental statues in schizophrenic patients (Persian)]. rehabilitation 2007; 8 (39): 75-79
- 6-Fallahi K M. [Assessment of psychiatric nursing home care on social skills in chronic schizophrenic patients (Persian)]. Rehabilitation 2006; 7 (2): 26-30
- 7-Fallahi K M. [Assessment of recreational therapy on mental statues in chronic schizophrenic patients (Persian)]. Iranian journal of psychiatry and clinical psychology. 2007; 13 (3): 232-237
- 8-Wilkinson G, Hesdon B, Wild D, Cookson R, Farina C, Sharma V, et al. Self-report quality of life measure for people with schizophrenia: the SQLS. B J Psych 2000; 177: 42-47
- 9-Chan S, Yu I W. Quality of life of clients with schizophrenia. JAN 2004; 45 (1): 27-83
- 10-Ruggeri M, Warner R. Subjective and objective dimensions of quality of life in psychiatric patients: a factor analytical approach. B J Psych. 2001; 178: 268-275
- 11-Koksal A, Akvardar Y, Kivircik A B B, Kemal D, Dogan I, Ferdane P, et al. Is quality of life associated cognitive impairment in schizophrenia?. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. 2005 Feb; 29 (2): 239- 244
- 12-Skafi S. [Assessment of relationship between quality of life and applied coping ways in hemodialysis patients in educational hospitals related medical science universities in Tehran (Persian)]. Thesis for master of science in nursing sciences. Nursing and Midwifery Faculty. Shahid Beheshti University of Medical Sciences ; 1999
- 13-Boyd M A. Psychiatric Nursing Contemporary Practice. Third edition. Philadelphia. Lippincott Co. 2005
- 14-Strous R D, Ratner Y, Gibel A, Ponizovsky A, Ritsner M. Longitudinal assessment of coping abilities at exacerbation and stabilization in schizophrenia. Compr Psychiatry 2005; 46 (3): 167-175
- 15-Tait L, Birchwood M. Coping style and quality of life in patients with Non- insulin dependent diabetes mellitus. Psychosomatics 2004; 44 (4): 312-317
- 16-Ventura J, Nuechterlein KH, Subotnik KL, Green MF, Gitlin MJ. Self -efficacy and neurocognition may be related to coping responses in recent-onset schizophrenia. Schizophr Res 2004; 69 (3): 343- 353
- 17-Lysaker P H, Johannesen J K, Lancaster R S, Davis L W, Zito W, Bell M D. Assessing coping in schizophrenia, a rationally devised scoring scheme to assess coping in schizophrenia: international consistency and associations with work performance. I J P R 2004; 8: 74 -84
- 18-Wyatt R J, Henter I, Leary M C, Taylor E. An economic evaluation of schizophrenia. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 1995; 30 (5): 196-205
- 19-Yaghmaie F. Content validation and its estimation. J Med Educ 2003; 3 (1): 25-27
- 20- Kugo A, Terada S, Ishizu, Takeda T, Sato S, Habara T, et al. Quality of life for patients with schizophrenia in a Japanese psychiatric hospital. Psychiatry Research 2006; 144 (1): 49-56

Assessment of Relationship between Quality of Life and Coping Strategies in Schizophrenic Patients in Refer To Psychiatric Clinics of Educational Hospitals of Tehran

Tamizi Z. (M.Sc.)¹, Ranjbar F. (M.Sc.)², Yaghmaee F. (Ph.D.)³, Alavimajd H. (Ph.D.)⁴, *Fallahi Khoshknab M. (Ph.D.)⁵

Receive date: 26/12/2011

Accept date: 01/02/2013

1-M.Sc. in Psychiatric Nursing, Razi Psychiatric Hospital, Tehran, Iran in

2-M.Sc. in Psychiatric Nursing, Lecturer of Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Faculty of Nursing & Midwifery, Tehran, Iran

3-Ph.D. in Public Health, Associate Professor of Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Faculty of Nursing & Midwifery, Tehran, Iran

4-Ph.D. in Biostatistics, Associate Professor of Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

5-Ph.D. in Psychiatric Nursing, Associate Professor of University of Social Welfare & Rehabilitation Sciences, Nursing Department

***Correspondent Author Address:**

Nursing Department, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Koodakyar Alley, Daneshjoo Blvd, Evin, Tehran, Iran.

*Tel: +98 (21) 22180036

*E-mail: msflir@yahoo.com

Abstract

Objectives: Quality of life is affected by many factors including stressors and coping strategies. Schizophrenia patients suffer from numerous stresses and have difficulties coping strategies against life stressors which in turn can influence their quality of life. So it is important that coping strategies in patients with schizophrenia be known. This study has been performed in order to appraise coping strategies in schizophrenia patient and their relationship with quality of life.

Materials & Methods: In this descriptive- correlational study 90 schizophrenia patients referring to psychiatry clinics of educational psychiatric hospitals in Tehran during a nine-month period were evaluated with the "World Health Organization Quality of Life Scale-Brief Version" and with "The Ways of Coping Questionnaire". Data was analyzed by Anova, Independent T test, Kruskal Wallis, Man Whitney and chi-square tests.

Result: The results showed that most of the participants (42.1%) used the "avoidance" coping strategy. The results also showed that the majority of participants (77.8%) had an average level of quality of life. In addition, the results showed that there was a meaningful relationship between quality of life and coping strategies ($P=0.005$); such that samples who used the "avoidance" coping strategy, had lower quality of life.

Conclusion: There was a meaningful relationship between "quality of life" and "coping strategies". Including teaching of coping skills in the treatment and rehabilitation plan of schizophrenia patients can increase their use of more effective coping strategies and to improve their quality of life.

Keywords: Schizophrenia, Quality of life, Coping Strategies