

نقش تاب‌آوری و حمایت اجتماعی در کیفیت زندگی نوجوانان مبتلابه اختلال مزمن کلیه

* شیرین عبداللهی^۱، فریبا زرانی^۲، جلیل فتح آباد

۱. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی کودک و نوجوان، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.

۲. استادیار روانشناسی سلامت، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.

۳. دانشیار روانشناسی تربیتی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.

(تاریخ وصول: ۹۶/۰۶/۰۳ - تاریخ پذیرش: ۹۶/۱۱/۲۰)

The role of social support and resilience in predicting quality of life of adolescents with chronic kidney disease

* SHirin Abdolahi¹, Fariba Zarani², Jalil Fath abadi³

1. M.A. in Clinical Child and Adolescent Psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.

2. Associate Professor in Psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.

3. Associate Professor in Psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.

(Received: Aug. 25, 2017 - Accepted: Feb. 09, 2018)

Abstract

Objective: Chronic kidney disease is One of the common physical diseases in human societies which can affect people's mental health. The aim of this study was to investigate the role of social support and resilience in predicting the quality of life among adolescents with chronic kidney disease. **Method:** The research design of this study is correlation type and a component of regression. 140 adolescents 19-13 years of dialysis centers in Tehran were selected by accessible sampling procedure. The Connor-Davidson Resilience questionnaire (2003), Multidimensional Scale of Perceived Social Support and Quality of Life Questionnaire of World Health Organization were administered to them. **Results:** Analysis of data using a regression analysis revealed that there is a relationship between the resilience and social support and the quality of life of adolescents with chronic kidney disease, the social support and resilience affect the quality of life of patients. **Conclusion:** it can be said that increase resiliency and social support in patients will improve their quality of life. Therefore it is necessary to pay attention to their psychological conditions alongside their physical conditions.

Keywords: resilience, social support, quality of life, End Stage Renal disease.

چکیده

مقدمه: نارسایی مزمن کلیه یکی از بیماری‌های جسمانی رایج جوامع بشری است که می‌تواند سلامت و بهداشت روانی افراد را دچار مشکل سازد. هدف از مطالعه حاضر بررسی نقش تاب‌آوری و حمایت اجتماعی در کیفیت زندگی نوجوانان مبتلابه اختلال مزمن کلیوی بود. **روش:** طرح تحقیق مطالعه حاضر از نوع همبستگی و جزء طرح‌های رگرسیونی است. در این پژوهش ۱۴۰ نفر از نوجوانان ۱۳-۱۹ سال مراجعه‌کننده به مراکز دیالیز شهر تهران به شیوه نمونه‌گیری در دسترس به‌عنوان نمونه‌های این پژوهش انتخاب شدند. پرسش‌نامه‌های تاب‌آوری کانر و دیویدسون (۲۰۰۳)، مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک‌شده و کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت بر روی آن‌ها اجرا شد. **یافته‌ها:** تحلیل داده‌ها نشان داد بین تاب‌آوری و حمایت اجتماعی با کیفیت زندگی نوجوان مبتلابه بیماری کلیوی رابطه وجود دارد و متغیرهای تاب‌آوری و حمایت اجتماعی می‌توانند به‌طور معناداری کیفیت زندگی را پیش‌بینی کنند، **نتیجه‌گیری:** می‌توان گفت افزایش تاب‌آوری و حمایت اجتماعی در افراد بیمار باعث بهبود وضعیت سلامت و کیفیت زندگی این بیماران می‌شود. بنابراین لازم است در درمان این بیماران علاوه بر جنبه‌های جسمانی به جنبه‌های روان‌شناختی آنان نیز توجه ویژه داشت.

واژگان کلیدی: کیفیت زندگی، تاب‌آوری، حمایت اجتماعی، نارسایی مزمن کلیه.

* نویسنده مسئول: شیرین عبداللهی

* Corresponding Author: SHirin Abdolahi

Email: shirinabdollahii@gmail.com

مقدمه

نوجوانی، باید با تنش و فشار حاصل از تشخیص و درمان بیماری‌های مزمن و طولانی‌مدت روبرو شوند. در دوره نوجوانی تلاش برای کسب استقلال وجود دارد. این در حالی است که نوجوانان بیمار در اثر وابستگی اجباری، تسلیم شدن در برابر بیماری و از دست دادن حس کنترل در اثر بیماری دچار تضاد می‌شوند.

در نتیجه مقابله با بیماری‌های مزمن در نوجوانی به مراتب آسیب‌زاتر و دشوارتر است (وونگ، هاکنبری و ویلسون^۳، ۲۰۰۵). بیماری‌های مزمن و درمان‌های طولانی‌مدت بر ابعاد مختلف زندگی فرد تأثیر می‌گذارد و سبب ایجاد تنش در ابعاد مختلف جسمی، اجتماعی و روانی می‌شود و با ایجاد محدودیت، تغییر در سبک زندگی و کاهش سازگاری فرد سبب کاهش کیفیت زندگی می‌شود.

بیماری کلیوی مرحله انتهایی یک بیماری وخیم است که بر رفتار، خلق، فرایند شناختی، وضعیت اقتصادی اجتماعی و بخصوص کیفیت زندگی بیمار تأثیر می‌گذارد (داودی، مهرابی‌زاده هنرمند، شیروانیان، باقریان سرارودی، ۱۳۹۰). دیالیز تأثیر زیادی بر کیفیت زندگی وابسته به سلامت بیمار دارد که کاهش عملکرد فیزیکی، کاهش تعاملات اجتماعی، افزایش خطر افسردگی،

دوره نوجوانی، با تغییرات بسیاری در زمینه‌های روانی، عاطفی، هیجانی و جسمانی همراه است (رومئو^۱، ۲۰۱۳). در نتیجه روان‌شناسان آن را به‌عنوان یک دوره مهم در گستره زندگی به رسمیت شناخته‌اند (ارنت^۲، ۲۰۱۰؛ مجدآبادی و فرزاد، ۱۳۹۱). اهمیت دوره نوجوانی به علت تغییرات قابل‌توجهی است که در ابعاد ذهنی، جسمی (بلوغ)، اجتماعی و روانی (هویت و خودمختاری) به وجود می‌آید.

کیفیت زندگی، دامنه‌ای از نیازهای عینی انسان است که در ارتباط با درک شخصی و گروهی افراد از احساس خوب بودن به دست می‌آید (هادی، کرمی و منتظری، ۱۳۸۸؛ نقل از بابایی منقاری و خالق‌خواه، ۱۳۹۴).

کیفیت زندگی به‌عنوان یک عامل مهم کاهش‌دهنده علائم در بیماری‌های مزمن روانی و جسمی شناخته‌شده است و شواهد زیادی وجود دارند که نشان می‌دهند کیفیت زندگی پیش‌آگهی مهمی در موقعیت‌های درمانی است (ایمانی و همکاران، ۱۳۹۲؛ نقل از بابایی منقاری و خالق‌خواه، ۱۳۹۴).

نوجوانان مبتلابه بیماری‌های مزمن در معرض بحران‌های زیادی قرار دارند. آن‌ها علاوه بر ویژگی‌های رشدی پیچیده مربوط به بلوغ و

3. Wong, Hockenberry, Wilson

1. Romeo
2. Arnett

پیدا می‌کند و ظرفیت رسیدن به یک سازگاری موفقیت‌آمیز را افزایش می‌دهد. به عبارتی درست در مواجهه با شرایط کاهنده کیفیت زندگی، تاب‌آوری همچون یک سپر محافظتی در برابر این کاهش کیفیت زندگی عمل کرده و منجر به بقای سازگاران تر می‌شود (رینگ، جاکوبی، باکر، مارسون و وایت‌هد^۴، ۲۰۱۶).

رینگ و همکاران (۲۰۱۶) در پژوهشی بر روی یک شرایط بیماری مزمن (صرع) نشان دادند که افراد تاب‌آور علاوه بر اینکه کیفیت زندگی بالاتری را تجربه می‌کنند. ژو و اوو (۲۰۱۴) در پژوهش خود نشان دادند که بین تاب‌آوری و کیفیت زندگی رابطه مستقیم وجود دارد.

همچنین حمایت اجتماعی بین تاب‌آوری و کیفیت زندگی نقش واسطه‌ای ایفا می‌کند. وایت، ریچر، کویکتیز، مانچ و والتر^۵ (۲۰۰۴) در پژوهش خود بر روی بیماران تحت درمان همودیالیز به این نتیجه رسید که سطح تاب‌آوری فردی و همچنین تاب‌آوری خانوادگی آنان بر روی کیفیت زندگی این بیماران تأثیرگذار است.

همچنین تاب‌آوری با سلامت روان و کیفیت زندگی رابطه‌ی مثبت مستقیم دارد (ورنر^۶، ۱۹۸۶؛ لوفورد و ایسر^۷، ۲۰۰۱، تاگید و فردریکسون، ۲۰۰۴؛ به نقل از میکائیلی، مختارپور

مشکلات اقتصادی و افزایش نشانگان مختلفی که در بیماران کلیوی دیده می‌شود، مثل ضعف ماهیچه‌ها، بی‌قراری پاها و خستگی بعد از دیالیز را شامل می‌شود، در بر خواهد داشت (یانگ، گریوا، لائو، واتسلا، لی، نگ و همکاران^۱، ۲۰۱۵). از آنجایی که بیماران تحت همودیالیز مشکلات مختلفی را در ارتباط با عوارض خاص بیماری تجربه می‌کنند، این امر می‌تواند موجب کاهش کیفیت زندگی آنان گشته و برای مددجویان استرس‌زا باشد (شفیع‌پور، جعفری و شفیع‌پور، ۱۳۸۸).

پژوهش‌ها نشان می‌دهد که تاب‌آوری نقش مهمی در افزایش بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی در شرایط استرس‌زا و تحت فشار را دارد. (ژو و اوو^۲، ۲۰۱۴).

تاب‌آوری یک، ویژگی شخصیتی است که به‌عنوان یک عامل روان‌شناختی با گسترش بیماری‌های مزمن رابطه دارد و در علوم مرتبط با سلامت به‌عنوان یک توانایی برای مقابله با مشکلات زندگی تعریف می‌شود (دی‌سانتیز^۳ و همکاران، ۲۰۱۳؛ نقل از پسندیده و زارع، ۱۳۹۵).

عموماً تعاریف اشاره به این دارند که تاب‌آوری در زمینه یک بحران یا فشار زندگی مانند بیماری، درد، مواجهه با حوادث و بلایا و یا فقدان معنی

4. Ring, Jacoby, Baker, Marson, Whitehead
5. White, Richter, Koeckeritz, Munch & Walter
6. Werner
7. Lawford & Eiser

1. Yang, Griva, Lau, Vathsla, Lee, Ng,
2. Xu, & Ou
3. Desantis

محیط و جامعه دارد و با کیفیت زندگی بهتر نیز ارتباط دارد (چراغی، داوری دولت‌آبادی، صلواتی و مقیم بیگی، ۱۳۹۰). حمایت اجتماعی ممکن است باعث کاهش آثار منفی همودیالیز شود و به همین دلیل با کیفیت زندگی بیمار در رابطه باشد (چروورز، رانچور و ساندرمن^۲، ۲۰۰۳).

سعد، دواهی، بومیتری، روندلا، موسالی، داود و سایق^۳ (۲۰۱۵) در پژوهشی نشان دادند هر سه سطح بهزیستی جسمی، روانی و اجتماعی پیش‌بینی کننده کیفیت زندگی بیماران مبتلابه اختلالات حاد کلیه تحت درمان با همودیالیز هستند.

مطالعه ام^۴ و همکاران (۲۰۱۳) نشان داد بیماران با حمایت اجتماعی بیشتر از کیفیت زندگی بیشتری برخوردارند. نتایج پژوهش زیائیان، انتیس، جورجیا، باگورت و سویر^۵ (۲۰۱۲)، نشان داد میزان حمایت اجتماعی ادراک‌شده، راهبردهای مقابله‌ای و تاب‌آوری بیماران مبتلابه ام‌اس می‌تواند سلامت روحی-روانی و جسمی آن‌ها را تحت تأثیر قرار دهد. پژوهش بهنام‌مقدم، یهنام‌مقدم و همکاران (۱۳۹۳) نشان داد خود کارآمدی، سلامت عمومی و حمایت اجتماعی پیش‌بینی کننده‌ی کیفیت زندگی است.

حبشی و میسمی، (۱۳۹۱). در مقابل پژوهش صفاهی، ضیغمی، طباطبایی و مقیمی (۱۳۸۶) نشان داده شده است که کیفیت زندگی در مراحل اولیه بیماری کم‌تر از مراحل بعدی است، به عبارتی با گذر زمان فرد بیشتر با مسئله بیماری کنار می‌آید.

حمایت اجتماعی به احساس تعلق داشتن، پذیرفته شدن، مورد علاقه بودن و مورد عشق و محبت قرار گرفتن اطلاق می‌شود.

علیرغم تأثیر مثبتی که محققین در مورد حمایت اجتماعی ذکر کرده‌اند، توجه به درک بیمار نیز در این زمینه دارای اهمیت است. به‌عبارت‌دیگر درک و نگرش بیماران نسبت به حمایت دریافت شده مهم‌تر از میزان حمایت ارائه‌شده به بیمار می‌باشد (خلیلی، اسلامی، فرج‌زادگان و حسن‌زاده، ۱۳۹۰).

شواهد قابل توجهی در رابطه قوی بین ارتباطات اجتماعی و افزایش مقاومت در برابر بیماری وجود دارد. در بیماران مزمن هرچه قدر حمایت اجتماعی بیشتر باشد کیفیت زندگی آن‌ها بهتر است (دیو، هولستاین، لاند، موودینگ و اولاند^۱، ۱۹۹۹).

در واقع حمایت اجتماعی ادراک‌شده به‌عنوان یک عامل محیطی نقش مهمی در حفظ سلامتی افراد و کاهش آثار منفی استرس‌های ناشی از

2. Schroevers, Ranchor & Sanderman
3. Saad, Douaihy, Boumitri, Rondla, Moussaly, Daoud, Sayegh
4. Eom
5. Ziaian, Anstiss, Georgia, Baghurst, Sawyer

1. Due, Holstein, Lund, Modvig & Avlund

شکل‌گیری ساختار شخصیت فردی و اجتماعی انسان است، بروز نابسامانی‌ها و از جمله آسیب‌پذیری به اختلالات می‌تواند قابلیت‌ها و در نهایت آینده و سرنوشت فرد را تحت تأثیر جدی قرار دهد. از این‌رو توجه به نیازهای نوجوانان از اهمیت خاصی برخوردار است (رنجبر، رسولی و ثنایی، ۱۳۹۴).

با این حال مطالعات اندکی در زمینه نقش تاب‌آوری و حمایت اجتماعی در افزایش کیفیت زندگی نوجوان بیماری کلیوی انجام شده است. لذا پژوهش حاضر درصدد پاسخ به این سؤال است که آیا می‌توان کیفیت زندگی نوجوانان مبتلا به نارسایی مزمن کلیه را بر اساس تاب‌آوری و حمایت اجتماعی پیش‌بینی کرد.

روش

این پژوهش از نوع مطالعات همبستگی و جزء طرح‌های رگرسیونی است. جامعه آماری این پژوهش را کلیه نوجوانان مبتلا به اختلال مزمن کلیوی مراجعه‌کننده به مراکز دیالیز شهر تهران تشکیل می‌دادند، از بین آن‌ها تعداد ۱۴۰ نفر از نوجوانان ۱۹-۱۳ سال به‌صورت داوطلب در دسترس به‌عنوان نمونه‌های مطالعه در این پژوهش شرکت کردند.

ملاک تعیین حجم نمونه استفاده از فرمول تاباچینک و فیدل (۲۰۰۱) و فرمول استیونز

ابتلا به بیماری‌های مزمن و ناتوان‌کننده مانند بیماری کلیوی یکی از دلسردکننده‌ترین و مهلک‌ترین اتفاقات زندگی است که پریشانی روان‌شناختی، مشکلات جسمی و احتمال یک زندگی کوتاه‌مدت در آینده را با خود به همراه می‌آورد. سالانه بیش از ۶۰ هزار نفر در سراسر جهان به علت ابتلا به نارسایی مزمن کلیه جان خود را از دست می‌دهند (باروس هاندسون، ۲۰۰۵).

در ایران، بر طبق گزارش انجمن حمایت از بیماران کلیوی در مجموع ۴۰ هزار بیمار مبتلا به مرحله انتهایی بیماری کلیوی وجود دارد. در سال ۱۳۹۴، حدود ۲۴ هزار بیمار دیالیزی وجود داشت که امسال ۵ هزار و ۵۰۰ بیمار تازه به این تعداد افزوده شده و به طور کلی در کشور ۷۵ نفر در یک میلیون نفر دارای نارسایی کلیه می‌باشند (زمان‌زاده، حیدرزاده، عشوندی و لک‌دیزجی، ۱۳۸۶).

افراد بیمار به علت ابتلا به بیماری و مشکلات ناشی از آن استرس زیادی را تحمل می‌کنند و میزان عملکرد بهینه این افراد کاهش می‌یابد. همین امر موجب به‌وجود آمدن محدودیت در بخش‌های مختلف زندگی بیماران مزمن شده و سبب کاهش کیفیت زندگی می‌شود. با توجه به اینکه سال‌های نوجوانی دوره

انحراف استاندارد سن افراد نمونه به ترتیب
۱۵/۶۳ و ۲/۰۸ می‌باشد

مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون^۱
(۲۰۰۳): این مقیاس برای سنجش میزان
تاب‌آوری افراد بزرگسال طراحی شده و دارای
۲۵ گویه است که هر گویه بر اساس یک
مقیاس لیکرت بین صفر (کاملاً نادرست) و پنج
(همیشه درست)، نمره‌گذاری می‌شود؛ بنابراین،
حداقل نمره در این پرسش‌نامه صفر و حداکثر
نمره ۱۰۰ است.

این پرسشنامه شامل ۵ زیرمقیاس است،
زیرمقیاس تصور از شایستگی فردی شامل (۲۵،
۲۴، ۲۳، ۱۷، ۱۶، ۱۲، ۱۱، ۱۰)، زیرمقیاس
اعتماد به غرایز فردی تحمل عاطفه منفی شامل
سوالات (۲۰، ۱۹، ۱۸، ۱۵، ۱۴، ۷، ۶)،
زیرمقیاس پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن
شامل سوالات (۸، ۵، ۴، ۲، ۱)، زیرمقیاس
کنترل شامل سوالات (۲۲، ۲۱، ۱۳) و
زیرمقیاس تاثیرات معنوی، شامل سوالات (۹ و
۳) می‌باشد.

پایایی این پرسشنامه در ایران توسط محمدی
(۱۳۸۹) هنجاریابی شده است، برای محاسبه‌ی
پایایی از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که
ضریب پایایی برابر ۰/۸۹ است. روایی آن به
شیوه تحلیل عاملی برابر با ۰/۸۷ به دست آمد.

برای مطالعات رگرسیونی بوده است. پس از
اخذ مجوزهای مربوطه از دانشگاه شهید بهشتی
و شبکه بهداشت و درمان شهرستان تهران،
پرسشنامه‌های تاب‌آوری کانر و دیویدسون
(۲۰۰۳)، حمایت اجتماعی ادراک‌شده و
پرسشنامه کوتاه کیفیت زندگی توسط
شرکت‌کنندگان تکمیل شد و به آن‌ها اطمینان
داده شد که اطلاعات آن‌ها محرمانه خواهد
ماند. پس از تکمیل پرسشنامه‌ها داده‌ها به وسیله
نرم‌افزار SPSS-21 تجزیه و تحلیل شدند.

فراوانی افراد نمونه از نظر جنسیت، ۶۶ نفر
(۴۷/۱ درصد) پسر و ۷۴ نفر (۵۲/۹ درصد)
دختر بوده است.

بیشترین درصد وضعیت اقتصادی مربوط به
وضعیت اقتصادی متوسط (۴۳/۳ درصد) و
کمترین وضعیت اقتصادی مربوط به وضعیت
خیلی خوب (۲/۹ درصد) بود.

بررسی سطح تحصیلات، نشان می‌دهد که
بیشترین فراوانی مربوط به متوسطه دوم (۵۹
نفر) و کمترین فراوانی مربوط به دبستان (۴
نفر) می‌باشد. فراوانی افراد نمونه از نظر مدت
ابتلا به بیماری، بیشترین فراوانی مربوط به
افرادی بوده است که ۵ تا ۷ سال مبتلا به بیماری
مزمن نارسایی کلیوی بوده‌اند (۵۸ نفر) و
کمترین فراوانی مربوط به ابتلای کمتر از ۵ ماه
(۱۶ نفر) بوده است. همچنین میانگین و

1. Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC)

در نسخه فارسی آلفای کرونباخ آن در یک نمونه ۱۶۷ نفری ۰/۸۳ گزارش شده است. پایایی آن نیز ۰/۸۹ گزارش شد (نصراصفهانی و سراج، ۱۳۸۹).

پرسشنامه کوتاه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت^۲: پرسشنامه کوتاه کیفیت زندگی (WHOQOL-BRIF) نسخه‌ی کوتاه پرسشنامه WHOQOL^۳ 100 است و چهار حوزه جسمانی، روان‌شناختی، اجتماعی و محیطی از کیفیت زندگی را می‌سنجد. این پرسشنامه داری ۲۶ سؤال بود توسط گروه کاری کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی ساخته شده است.

در بررسی آیتم‌های نسخه کوتاه پرسشنامه نشان داده شد که نمره ۴ حیطة بسیار شبیه نسخه بلند WHOQOL می‌باشد.

این شباهت تا ۹۵٪ گزارش شده است (اسکوینگتون، لطفی و کنل، ۲۰۰۴). خرده مقیاس‌های سلامت جسمی شامل سوالات (۳، ۴، ۱۰، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸)، خرده مقیاس‌های سلامت روان شامل (۵، ۶، ۷، ۱۱، ۱۹، ۲۶)، خرده مقیاس‌های روابط اجتماعی شامل (۲۰، ۲۱، ۲۲)، خرده مقیاس‌های سلامت محیط شامل (۸، ۹، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۲۳، ۲۴، ۲۵) و خرده

در پژوهش کردمیرزانیکوزاد نیز ضریب آلفای کل برابر با ۰/۹۰ به دست آمد (کردمیرزانیکوزاد، ۱۳۸۸).

مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک‌شده^۱ (MPSS): توسط زیمت، داهلم، زیمت و فارلی در سال (۱۹۸۸) تدوین ساخته شده است. این مقیاس یک ارزیابی ذهنی از بسندگی حمایت اجتماعی به عمل می‌آورد.

این مقیاس ادراکات از بسندگی حمایت اجتماعی را از سه منبع خانواده، دوستان و دیگران مهم می‌سنجد. این مقیاس مشتمل بر ۱۲ سوال و ۳ خرده مقیاس است که براساس نمره-گذاری طیف لیکرت ۵ درجه‌ای و از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق نمره‌گذاری می‌گردد. خرده مقیاس خانواده شامل سوالات (۳، ۴، ۸ و ۱۱)، دوستان شامل سوالات (۶، ۷، ۹، ۱۲) و اشخاص مهم شامل سوالات (۱، ۲، ۵ و ۱۰) است.

مؤلفان ضریب همبستگی درونی آلفای کرونباخ کل مقیاس و نیز خرده مقیاس‌ها را در دامنه ۰/۸۵ تا ۰/۹۱ و با روش آزمون مجدد پایایی از طریق باز آزمایی را ۰/۷۲ تا ۰/۸۵ گزارش کردند. ضرایب آلفای زیر مقیاس‌ها نیز در پژوهش‌های متعددی مطلوب (بین ۰/۷۱ تا ۰/۹۱) ارزیابی شده است.

2. WHOQOL-BRIF

1. Multidimensional Scale of Perceived Social Support

تاب‌آوری و حمایت اجتماعی با تمامی ابعاد کیفیت زندگی همبستگی مثبت و معنادار ($p < 0,001$) دارند و همچنین از میان ابعاد حمایت اجتماعی، زیرمقیاس حمایت فرد خاص بالاترین میزان همبستگی را با ابعاد کیفیت زندگی نشان داده است.

نتایج تحلیل رگرسیون با پیشفرض هم‌خطی چندگانه برای پیش‌بینی متغیر کیفیت زندگی در جدول ۳ نشان می‌دهد که ۴۸ درصد واریانس تغییرات در پیش‌بینی کیفیت زندگی بر اساس متغیرهای تاب‌آوری، حمایت دوستان، حمایت افراد مهم و حمایت خانواده هست و مقدار مجذور همبستگی ۰/۴۸ با توجه به میزان $f=48/32$ در سطح $P < 0/0001$ معنی‌دار است، اما حمایت اجتماعی خانواده در سطح معنی‌داری قادر به پیش‌بینی کیفیت زندگی نبود.

در کل، متغیرهای تاب‌آوری، حمایت دوستان و حمایت افراد مهم ۴۸ درصد واریانس کیفیت زندگی را پیش‌بینی می‌کند.

برای تعیین نقش مهم‌ترین متغیر پیش‌بین و هم‌چنین حذف متغیرهایی که سهم چندانی در پیش‌بینی متغیر ملاک نداشتند از روش رگرسیون چندگانه به روش گام‌به‌گام استفاده شد (جدول ۴). نتایج تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام نشان می‌دهد که در گام نخست، متغیر تاب‌آوری ($R^2=0/32$) با توجه به میزان $F=127/05$ در سطح $p < 0/0001$

مقیاس‌های کیفیت زندگی و سلامت عمومی کلی شامل (۱ و ۲) می‌باشد.

تحقیقات انجام شده در مورد مشخصات روان‌سنجی فرم کوتاه پرسشنامه نشان دهنده اعتبار افتراقی، اعتبار محتوا، پایایی درونی (آلفای کرونباخ؛ سلامت جسمی ۰/۸۰، سلامت روان‌شناختی، ۰/۷۶، روابط اجتماعی، ۰/۶۶ و محیط ۰/۸۰) و پایایی retest-test مناسبی است (گروه WHOQOL، ۱۹۹۸؛ اسکوینگتون و همکاران، ۲۰۰۴).

در مطالعه‌ای توسط نجات و همکاران (۱۳۸۵) با اجرای پرسشنامه بر روی ۱۱۶۷ نفر از جمعیت بزرگسال گزارش کردند که پرسشنامه یاد شده دارای پایایی و روایی و عوامل ساختاری قابل قبول در ایران در گروه‌های سالم و بیمار می‌باشد.

ضرایب پایایی پرسشنامه را برای حوزه‌های سلامت جسمانی، روان‌شناختی، روابط اجتماعی و سلامت محیط، به ترتیب ۰/۷۷، ۰/۷۷، ۰/۷۵ و ۰/۸۴ به دست آوردند.

یافته‌ها

نتایج در جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد تاب‌آوری و حمایت اجتماعی با ابعاد کیفیت در نوجوانان مبتلا به بیماری کلیوری نشان می‌دهد. نتایج جدول ۲ نیز نشان می‌دهد

معنی‌دار بود، یعنی ۳۲ درصد واریانس کیفیت زندگی توسط تاب‌آوری تبیین شد. در گام دوم با اضافه کردن متغیر حمایت دوستان مقدار $R^2 = 0/42$ افزایش یافت که با توجه به میزان $F=91/58$ در سطح $p < 0/0001$ معنی‌دار بود، یعنی ۴۲ درصد واریانس کیفیت زندگی توسط تاب‌آوری و حمایت دوستان تبیین شد و در گام سوم متغیر حمایت افراد مهم زندگی وارد معامله شد که مقدار $R^2 = 0/48$ افزایش یافت که با توجه به میزان $f=63/18$ در سطح $p < 0/0001$ معنی‌دار بود، یعنی ۴۸ درصد واریانس کیفیت زندگی توسط تاب‌آوری و حمایت دوستان و حمایت افراد مهم زندگی تبیین شد اما حمایت خانواده وارد معادله نشد.

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد تاب‌آوری، حمایت اجتماعی و ابعاد کیفیت زندگی در نوجوانان با بیماری کلیوی

مقیاس	متغیرها	M	SD
تاب‌آوری	تاب‌آوری	۵۹/۹۹	۲۴/۷۸
حمایت اجتماعی	حمایت اجتماعی	۵۳/۴۵	۱۷/۱۴
	حمایت خانواده	۱۷/۶۶	۵/۹۰
	حمایت دوستان	۱۷/۳۹	۶/۸۹
	حمایت افراد مهم	۱۸/۳۹	۵/۸۹
کیفیت زندگی	سلامت جسمانی	۴۹/۶۹	۱۲/۱۸
	سلامت روان شناختی	۵۱/۲۷	۱۸/۴۲
	روابط اجتماعی	۴۸/۹۸	۲۳/۲۱
	سلامت محیط	۴۱/۳۱	۱۹/۹۱

جدول ۲. ماتریس همبستگی تاب‌آوری و حمایت اجتماعی با ابعاد کیفیت زندگی نوجوانان با بیماری کلیوی

مؤلفه	سلامت جسمانی	سلامت روانشناختی	روابط اجتماعی	سلامت محیط
تاب‌آوری	۰/۴۲۵	۰/۴۶۴	۰/۵۶۹	۰/۵
حمایت اجتماعی	۰/۳۷۰	۰/۵۰۹	۰/۴۴۸	۰/۴۹۲
حمایت خانواده	۰/۳۸۰	۰/۴۷۳	۰/۴۶۵	۰/۴۵۰
حمایت دوستان	۰/۳۱۶	۰/۴۴۶	۰/۳۵۷	۰/۴۵۹
حمایت افراد مهم	۰/۴۰۳	۰/۵۲۷	۰/۵۲۶	۰/۴۸۰

جدول ۳: نتایج تحلیل رگرسیون برای پیش‌بینی کیفیت زندگی توسط تاب‌آوری و حمایت اجتماعی در نوجوانان با بیماری کلیوی

P	T	Beta	B	F	R	R ²	متغیر پیش‌بین
<۰/۰۰۰۱	۵/۴۴	۰/۳۵	۱/۲۵	۴۸/۳۲	۰/۶۸	۰/۴۸	تاب‌آوری
<۰/۰۰۰۱	۵/۱۷	۰/۳۴	۱۵/۴۴				حمایت دوستان
<۰/۰۰۰۱	۲/۵۲	۰/۲۲	۹/۸۱				حمایت افراد مهم زندگی
<۰/۰۰۰۱	-۱/۵۵	-۰/۱۴	-۶/۴۴				حمایت خانواده

جدول ۴: نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام برای پیش‌بینی کیفیت زندگی توسط تاب‌آوری و حمایت اجتماعی در نوجوانان با بیماری کلیوی

P	T	Beta	B	F	R	R ²	متغیر پیش‌بین	گام
<۰/۰۰۰۱	۱۱/۲۷	۰/۶۰	۲/۱۴	۱۲۷/۰۵	۰/۶۰	۰/۳۲	تاب‌آوری	اول
<۰/۰۰۰۱	۶/۴۴	۰/۳۹	۱/۳۹	۹۱/۵۸	۰/۶۷	۰/۴۲	تاب‌آوری	گام دوم
<۰/۰۰۰۱	۶/۰۵	۰/۳۶	۱۶/۷۱				حمایت دوستان	
<۰/۰۰۰۱	۵/۳۰	۰/۳۴	۱/۲۲	۶۳/۱۸	۰/۶۷	۰/۴۸	تاب‌آوری	گام سوم
<۰/۰۰۰۱	۴/۹۵	۰/۳۲	۱۴/۵۸				حمایت دوستان	
<۰/۰۴۷	۱/۹۹	۰/۱۳	۵/۶۳				حمایت افراد مهم	

نتیجه‌گیری و بحث

مطالعه حاضر باهدف بررسی نقش تاب‌آوری و حمایت اجتماعی در کیفیت زندگی نوجوانان مبتلابه اختلال مزمن کلیوی انجام پذیرفته است. نتایج این مطالعه نشان می‌دهد، بین تاب‌آوری و کیفیت زندگی نوجوانان مبتلابه نارسایی‌های مزمن کلیه همبستگی معناداری وجود دارد. این نتیجه با یافته‌های پژوهش رینگ و همکاران (۲۰۱۶)، ژو و اوو (۲۰۱۴)، میکائیلی و همکاران (۱۳۹۱)، فاوسی و همکاران (۲۰۱۲)، ریانوگالان و همکاران (۲۰۰۹)، دی (۲۰۰۸)، وایت و همکاران (۲۰۰۴) و کربلایی شیری فرد (۱۳۸۵) همسو است. این یافته‌ها نشان دادند، افراد با تاب‌آوری بالا رویدادهای دشوار و استرس‌های زندگی را قابل‌کنترل می‌بینند و راهبردهای مقابله فعال بیشتری را به کار می‌گیرند و توان کنار آمدن آن‌ها با شرایط دشوار افزایش می‌یابد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که تاب‌آوری ویژه شرایط سخت و ناگوار است، برای مقابله با شرایط سخت اعم از درد و رنج و بیماری، چنین شرایطی تاب و تحمل در این بیماران بر سایر ابعاد زندگی مانند بعد اجتماعی، عاطفی و فیزیکی که ابعاد کیفیت زندگی هستند تأثیر مستقیم و اثرگذار دارد. وقتی فرد از تاب‌آوری بالایی برخوردار باشد تأثیر بیماری و استرس و هیجان‌های منفی بر زندگی وی کاهش می‌یابد و می‌تواند در برابر مشکلات به نحو بهتری مقابله کند و در نتیجه کیفیت زندگی از این مقابله متأثر است (فتیحی، خیر و عتیق، ۱۳۹۰).

به عبارت دیگر، افراد با تاب‌آوری بالا، توان تحمل درد و رنج بسیاری را دارند و قادرند در شرایط بسیار دشوار از جمله بیماری‌های سخت، سلامت روان خود را حفظ کرده و روحیه خود را حفظ کنند. این افراد معمولاً در روبرو شدن با مشکلات،

جوانب مثبت مسائل را در نظر گرفته و بر جوانب منفی کمتر تمرکز دارند.

روانی در افراد شده و از این طریق بر سلامت روان افراد تاثیر می‌گذارد.

نتایج مطالعه همچنین نشان می‌دهد بین حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی نوجوانان مبتلا به نارسایی‌های مزمن کلیه همبستگی معناداری وجود دارد.

این یافته با نتایج پژوهش‌های میکائیلی و همکاران (۱۳۹۱)، سالونن و همکاران (۲۰۱۴)، بهنام مقدم و همکاران (۱۳۹۳)، پاتل و همکاران (۲۰۰۲)، زوف و همکاران (۲۰۱۰)، ام و همکاران (۲۰۱۳)، همسو هست.

حمایت اجتماعی از طریق ایفای نقش واسطه‌ای میان عوامل تنش‌زای زندگی و بروز مشکلات جسمی و روانی و همچنین تقویت شناخت افراد، باعث کاهش تنش تجربه‌شده، افزایش میزان بقا و بهبود کیفیت زندگی افراد می‌شود (سارز و همکاران، ۲۰۰۰؛ به نقل از آزادی و آزاد، ۱۳۹۰). سارافینو (۲۰۰۲) اعتقاد دارد که حمایت اجتماعی از جانب دوستان، خانواده و سایر افراد منجر به کاهش فشار

حمایت اجتماعی همچنین به‌عنوان یک سپر در مقابل استرس عمل می‌کند (آزادی و آزاد، ۱۳۹۰). با عنایت به نتایج پژوهش حاضر و سایر پژوهش‌های دیگر می‌توان اظهار داشت که حمایت خانواده و دوستان و افراد مهم به‌عنوان منابع حمایت می‌توان در مهار و کاهش استرس، نقش اساسی ایفا کند، بدین ترتیب چتر حمایتی خانواده، دوستان و افراد مهم در زندگی افراد و نیز روابط و تعاملات قوی اجتماعی می‌تواند فرد را در مواجهه و سازگاری بهتر با مسائل زندگی یاری دهد.

در تبیین این نتیجه‌گیری می‌توان اینطور بیان کرد که افرادی که حمایت اجتماعی را در کنار خود دارند، قدرت بیشتری در مقابله با مسایل در خود می‌بینند و بهتر می‌توانند با مسائل زندگی روبرو شوند زیرا خود را تنها نمی‌بینند.

آنچه از نتایج این مطالعه به‌دست آمده است نشان می‌دهد که حمایت اجتماعی دارای ارتباط

مستقیم با کیفیت زندگی می‌باشد. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت تاب‌آوری به‌واسطه کاهش هیجان‌های منفی و افزایش سلامت روان، رضایت بیشتر از زندگی را در پی دارد و به‌عنوان منبعی برای تسهیل غلبه بر مصائب، مشکلات، مقاومت در برابر استرس و از بین بردن اثرات روانی آن‌ها تعریف شده است (آزادی و آزاد، ۱۳۹۰).

نتایج مطالعه نشان می‌دهد متغیرهای تاب‌آوری و حمایت اجتماعی می‌توانند به‌طور معناداری کیفیت زندگی را پیش‌بینی کنند. این نتایج با نتایج پژوهش‌های ریچر و همکاران (۲۰۰۴)، سعد و همکاران (۲۰۱۵)، ام و همکاران (۲۰۱۳)، زیائیان و همکاران (۲۰۱۲)، کربلایی شیری فرد (۱۳۸۵) و بهنام مقدم و همکاران (۱۳۹۳) همسو می‌باشد.

ماستن (۲۰۰۱) تاب‌آوری افراد را عامل توانمندی آنان در راستای تغییر نتایج حوادث ناگوار در جهت مثبت و کمک به حفظ سلامتی شخص می‌داند.

فرایبرگ و همکاران (۲۰۰۶) نیز معتقدند حمایت اجتماعی از طرف دیگران را افزایش می‌دهد تعریف شده است (پینکورات، ۲۰۰۹).

تغییر، صرف‌نظر از خطرات تهدیدکننده را افزایش می‌دهد. افراد تاب‌آور هیجان‌های منفی را به‌صورت مثبت تفسیر می‌کنند و این امر زمینه‌ساز سلامتی در آنان می‌شود (به نقل از مومنی و شهبازی‌راد، ۱۳۹۱).

همچنین چنین ذکر شده است که تاب‌آوری می‌تواند سلامت روانی افراد را تضمین کند و ارتقا دهد، به همین دلیل است که تاب‌آوری به‌عنوان اطمینان فرد به توانایی‌هایش برای غلبه بر استرس، داشتن توانایی‌های مقابله‌ای، عزت‌نفس، ثبات عاطفی و ویژگی‌های فردی که حمایت اجتماعی از طرف دیگران را افزایش می‌دهد تعریف شده است (پینکورات، ۲۰۰۹).

از آنجایی که کیفیت زندگی دربردارنده رضایت از زندگی است، ممکن است تاب‌آوری با تأثیر بر نوع احساس‌ها و هیجان‌های فرد، باعث نگرش مثبت و در نتیجه رضایت از زندگی شود.

همچنین مؤلفه‌های کیفیت زندگی با اثرات زیان‌بخش فشارها را کاهش دهد اولاً تاب‌آوری، همبستگی مثبت و معنی‌داری دارند. سطوح بالای تاب‌آوری به فرد کمک می‌کند تا از عواطف و هیجان‌های مثبت به‌منظور پشت سر نهادن تجارب نامطلوب و بازگشت به وضعیت مطلوب استفاده کند.

افزایش تاب‌آوری موجب بهبود بخشیدن به کیفیت زندگی می‌گردد (شاین و سیم‌کیم، ۲۰۰۴، به نقل از کربلایی شیری فرد، ۱۳۸۵).

هلاکسون معتقد است حمایت اجتماعی منجر به افزایش رفتارهای بهداشتی افراد و در نهایت افزایش کیفیت زندگی می‌شود.

حمایت اجتماعی بالا سبب لذت از فعالیت‌های تفریحی، احساس بهتر از زندگی و رضایت از آن شده و از طریق فراهم کردن کمک‌های ملموس روی کیفیت زندگی و وضعیت سلامت فرد تأثیر می‌گذارد (هلاکسون، ۲۰۰۳).

تبيين احتمالی در این رابطه، این است که حمایت اجتماعی ممکن است به دو طریق

اگر کسی یک شبکه اجتماعی غنی از نظر مشاوره، منابع و امکانات و کمک مالی داشته باشد، فشارهای بالقوه علتی برای نگرانی و تشویش خاطر او نخواهد بود.

ثانیاً شبکه‌هایی حمایت اجتماعی، به‌عنوان سپری در مقابل فشار روانی عمل می‌کند. دانش و اطمینان از اینکه شخص می‌تواند هنگام فشار روانی به شبکه اجتماعی پناه ببرد، این امکان را به او می‌دهد تا وقایع زندگی را کمتر تهدیدکننده ارزیابی کند و در نهایت حمایت اجتماعی می‌تواند مقاومت افراد در مقابل اثرات منفی عوامل فشارزا را افزایش دهد.

با افزایش حمایت اجتماعی، کیفیت زندگی از بعد روانی، جسمی و اجتماعی، ارتقا می‌یابد. این ارتباط می‌تواند ناشی از حمایت عاطفی‌ای که خانواده از بیماران به عمل می‌آورد باشد تا با

تکیه بر خانواده احساس کند کسانی هستند که پشتیبان او در این شرایط سخت و بحرانی می‌باشند لذا با بیماری مقابله کرده و با آن سازگار می‌نمایند و از انزوا و گوشه‌گیری دوری جسته، نشاط و دلگرمی بگیرند و این خود می‌تواند انرژی مضاعفی در بیمار ایجاد می‌نماید (آزادی و آزاد، ۱۳۹۰).

نتایج پژوهش حاضر نشان داد حمایت اجتماعی و تاب‌آوری بر روی کیفیت زندگی بیماران اثر می‌گذارند. افراد تاب‌آور با کاهش هیجانات منفی و تفسیر مثبت رویدادها از رضامندی و متقابلاً کیفیت زندگی بالاتری برخوردارند.

همچنین افرادی که از حمایت‌های اجتماعی بالینی و پرونده پزشکی بیمار نیز استفاده شود. بیشتری برخوردارند کیفیت زندگی بالاتری دارند و حمایت اجتماعی با کاهش فشار و استرس باعث بهبود سلامت روان فرد می‌گردد.

بدین ترتیب افزایش تاب‌آوری و حمایت اجتماعی در افراد بیمار باعث بهبود وضعیت سلامت و کیفیت زندگی بیماران می‌شود.

این یافته‌ها نشانگر این است که باید در درمان بیماران علاوه بر جنبه‌های جسمانی به جنبه‌های روان‌شناختی بیماران نیز توجه ویژه داشت. محدودیت‌های این پژوهش شامل: ۱. ابزار مورد استفاده برای سنجش متغیرهای پژوهش، به روش ابزار خود گزارشی بود. در این نوع ارزیابی ممکن است فرد با سوگیری پرسش‌ها را پاسخ دهد. ۲. با توجه به برخی ملاحظات اخلاقی و قانونی دسترسی به پرونده بیماران برای پژوهشگر مقدور نبود.

با توجه به نتایج پژوهش پیشنهاد می‌شود:

۱. برای جمع‌آوری بهتر اطلاعات علاوه بر استفاده از پرسشنامه مداد و کاغذی از مصاحبه بالینی و پرونده پزشکی بیمار نیز استفاده شود.
۲. در پژوهش‌های آتی به رابطه طول مدت بیماری و عوامل مربوط به ابعاد کیفیت زندگی توجه بیشتری مبذول شود.
۳. آموزش در مورد نیازهای بیماران مبتلا به بیماران کلیوی و نحوه صحیح حمایت کردن از بیمار برای همراهان، همسر، خانواده و دوستان

سپاسگزاری

بیمار می‌تواند مفید باشد.

۴. ساخت پکیج‌های آموزشی برای ارتقای سطح تاب‌آوری برای بیماران کلیوی. از بیماران مبتلابه نارسایی کلیوی و پرسنل مرکز دیالیز شهر تهران که در انجام این پژوهش همکاری لازم را انجام دادند، تشکر و قدردانی گردد.

منابع

- آزادی، سارا؛ و آزاد، حسین (۱۳۹۰). بررسی رابطه حمایت اجتماعی، تاب‌آوری و سلامت روانی دانشجویان شاهد و ایثارگر دانشگاه‌های شهر ایلام. *مجله علمی-پژوهشی طب جانباز*. ۳(۴)، ۴۸-۵۸.
- کیفیت زندگی بر اساس سلامت عمومی، حمایت اجتماعی و خودکار آمدی در بیماران قلبی - عروقی شهر یاسوج. *ارمغان دانش*، *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی یاسوج*، ۱۹ (۷)، ۶۳۳-۶۴۲.
- پسندیده، محمدمهدی و زارع، لیلا (۱۳۹۵). بابایی منقاری، محمدمهدی؛ خالق‌خواه، علی (۱۳۹۴). الگوی تحلیل مسیر روابط بین تاب‌آوری و شوخ‌طبعی در بیماران عروق کرونر قلب و افراد سالم. *فصلنامه روانشناسی سلامت*، ۵ (۱۷)، ۱۲۵-۱۴۲.
- چراغی، محمدعلی؛ داوری دولت‌آبادی، الهام؛ صلواتی، محسن؛ و مقیم بیگی، عباس (۱۳۹۱). ارتباط بین حمایت اجتماعی درک بهنام‌مقدم، محمد؛ بهنام مقدم، عزیز؛ یاریان، سجاد؛ حسینی بادنجانی، سیدمهدی و محمدحسینی، سیما (۱۳۹۳). پیش‌بینی

- شده و کیفیت زندگی بیماران نارسایی
احتقانی قلبی، نشریه مرکز تحقیقات
مراقبت‌های پرستاری دانشگاه علوم پزشکی
تهران. نشریه پرستاری ایران، ۲۵(۷۵)، ۳۱-
۲۲.
- خلیل، فاطمه؛ اسلامی، احمدعلی؛ فرج زادگان،
زیبا؛ حسن‌زاده، اکبر (۱۳۹۰). بررسی ارتباط
برخی عوامل روانی - اجتماعی با رفتارهای
تبعیت از درمان بیماران همودیالیز شهر
اصفهان: چارچوبی مفهومی بر اساس تئوری
شناختی - اجتماعی، مجله تحقیقات نظام
سلامت، ۷(۳)، ۲۷۸-۲۹۰.
- داودی، ایران؛ مهربابی‌زاده هنرمند، مهناز؛
شیروانیان، الهه؛ باقریان سرارودی، رضا
(۱۳۹۰). بررسی اکتشافی متغیرهای
روان‌شناختی پیش‌بینی‌کننده پیروی از درمان
و کیفیت زندگی در بیماران کلیوی تحت
همودیالیز. مجله دانشگاه علوم پزشکی
مازندران، ۲۱(۱)، ۳۰۸-۲۹۶.
- رنجبر، ادريس؛ رسولی، محسن؛ ثنایی، باقر
(۱۳۹۴). تأثیر معنا درمانی گروهی بر ارتقای
سلامت روان پسران سال اول متوسطه
مدارش شبانه‌روزی. فصلنامه روانشناسی
بالینی دانشگاه فردوسی مشهد، ۴(۱)، ۵۴-
۳۷.
- زمان‌زاده، وحید؛ حیدرزاده، مهدی؛ عشوندی،
خدایار؛ لک‌دیزجی، سیما (۱۳۸۶). ارتباط
بین کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی در
بیماران همودیالیزی. مجله پزشکی دانشگاه
علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی
تبریز، ۲۹(۱)، ۴۹-۵۴.
- لیلا (۱۳۸۸). بررسی ارتباط شدت استرس با
کیفیت زندگی در بیماران تحت همودیالیز
بیمارستان‌های شهرستان ساری در سال
۱۳۸۷. مجله دانشگاه علوم پزشکی و
خدمات درمانی سبزوار، ۱۶(۳)، ۱۶۰-۱۵۵.

شیرین عبداللهی و همکاران: نقش تاب‌آوری و حمایت اجتماعی در کیفیت زندگی نوجوانان مبتلا به اختلال مزمن کلیه

فتحی، افشار؛ خیر، محمد؛ و عتیق، مهدی
مجدآبادی، زهره و فرزاد، ولی‌الله (۱۳۹۱).
رابطه بین خودکارآمدی و کیفیت
ساختار عاملی و همسانی درونی زیرمقیاس
زندگی با توجه به نقش واسطه‌ای تاب‌آوری
هویت سیاهه مراحل روانی اجتماعی
در بین بیماران قلبی-عروقی. روش‌ها و
اریکسون، فصلنامه روان‌شناسی تحولی:
مدل‌های روان‌شناختی. ۲ (۲): ۱۰۹-۱۲۲.

محمدی، سمکو (۱۳۸۹). مقایسه سبک‌های
کربلایی‌شیری‌فرد، رسول (۱۳۸۵). ساخت و
مقابله‌ای، تاب‌آوری و هوش هیجانی در
هنجارهایی پرسشنامه‌ای برای اندازه‌گیری
افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه و
کیفیت زندگی خانواده‌هایی با فرزند کم‌توان
افراد بهنجار. دانشگاه محقق اردبیلی،
ذهنی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته
پایان‌نامه چاپ‌نشده. دانشگاه علامه.
سنجش و اندازه‌گیری. دانشگاه علامه.
پایان‌نامه چاپ‌نشده. دانشکده روان‌شناسی و
علوم تربیتی.

مؤمنی، خدامراد و شهبازی‌راد، افسانه (۱۳۹۱).
رابطه معنویت، تاب‌آوری و راهبردهای
مردمیرزا نیکوزاده، عزت‌الله (۱۳۸۸). الگویابی
مقابله‌ای با کیفیت زندگی دانشجویان. مجله
زیستی- روانی- معنوی در افراد وابسته به
علوم رفتاری، ۶ (۲): ۹۷-۱۰۳.

مواد و تدوین برنامه مداخله برای ارتقا
تاب‌آوری مبتنی بر روایت شناختی و
میکائیلی، نیلوفر؛ مختارپور حبشی، الهام؛ و
روان‌شناسی مثبت نگر، پایان‌نامه دکترا،
میسمی، سهیلا (۱۳۹۱). نقش حمایت
اجتماعی ادراک‌شده، راهبردهای مقابله‌ای و
دانشگاه علامه طباطبایی.

تاب‌آوری در پیش‌بینی کیفیت زندگی

- 300-314. بیماران مبتلابه مولتیپل اسکلروزیس، یافته‌های نو در روان‌شناسی، ۷(۲۳)، ۵-۱۷.
- Burrows-Hundson, S. (2005). *Chronic kidney Disease: An overview*. *AJN*, 105(2), 40-9. نجات، سحرناز؛ منتظری، علی؛ هلاکوئی نائینی، کورش؛ محمد، کاظم؛ مجدزاده، سیدرضا (۱۳۸۵). استانداردسازی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت: ترجمه و روان‌سنجی گونه ایرانی. *مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی*، ۴ و ۱-۱۲، ۴.
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and anxiety*, 18(2), 76-82. نصرافصهانی، سراج (۱۳۸۹). بررسی عوامل استرس‌زا و حمایت اجتماعی ادراک‌شده در بیماران با کولیت اولسراتیو در مقایسه با گروه کنترل در بیمارستان الزهرا (س) و نور. پایان‌نامه دکتری. اصفهان: دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان.
- Due, P., Holstein, B., Lund, R., Modvig, J., Avlund, K. 1999. Social relations: network, support and relational strain. *Social Science Medicine*, 48 (5): 661-673.
- Eom, C. S., Shin, D. W., Kim, S. Y., Yang, H. K., Jo, H. S., Kweon, S. S., ... & Park, J. H. (2013). Impact of perceived social support on the mental health and health-related quality of life in cancer patients: results from a nationwide, multicenter survey in South Korea. *Psycho-Oncology*, 22(6), 1283-1290.
- Fauci, A. J., Bonciani, M., & Guerra, R. (2012). Quality of life, vulnerability and resilience: a Arnett, J. J. (2010). Adolescence and emerging adulthood: Cultural approach (4th ed.). Upper saddle stress. *Psychosomatic Medicine*, 38,

- Riaño-Galán, I., Málaga, S., Rajmil, L., Ariceta, G., Navarro, M., Loris, C., & Vallo, A. (2009). Quality of life of adolescents with end-stage renal disease and kidney transplant. *Pediatric Nephrology*, 24(8), 1561-1568.
- Ring, A., Jacoby, A., Baker, G. A., Marson, A., & Whitehead, M. M. (2016). Does the concept of resilience contribute to understanding good quality of life in the context of epilepsy?. *Epilepsy & Behavior*, 56, 153-164.
- Romeo, R. (2013). The teenage brain, the stress response and the adolescent brain. *Current Directions in Psychological Science*, 22 (2), 140-145.
- Saad, M. M., El Douaihy, Y., Boumitri, C., Rondla, C., Moussaly, E., Daoud, M., & El Sayegh, S. E. (2015). Predictors of quality of life in patients with end-stage renal disease on hemodialysis. *International journal of nephrology and renovascular disease*, 8, 119.
- qualitative study of the tsunami impact on the affected population of Sri Lanka. *Annali dell'Istituto superiore di sanità*, 48(2), 177-188.
- Lawford, J., Esier, C. H. (2001). Exploring links between the concept of quality of life and resilience. *Pediatric Rehabilitation*, 4(4), 209-216.
- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American psychologist*, 56(3), 227.
- Patel, S. S., Shah, V. S., Peterson, R. A., & Kimmel, P. L. (2002). Psychosocial variables, quality of life, and religious beliefs in ESRD patients treated with hemodialysis. *American Journal of Kidney Diseases*, 40(5), 1013-1022.
- Pinquart, M. (2009). Moderating effects of dispositional resilience on associations between hassles and Psychological distress. *Journal of applied Developmental Psychology*, 30, 53-60.

- Tugade, M. M., & Fredrickson, B. L. (2004). Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 86, 320° 333.
- Werner, E. E. (1986). Resilient offspring of alcoholics: a longitudinal study from birth to age 18. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 47 (1) 34-40.
- White, N., Richter, J., Koeckeritz, J., Munch, K., & Walter, P. (2004). Going Forward : Family Resiliency in Patients on Hemodialysis. *Journal of Family Nursing*, 10(3), 357-378.
- Wong, D. L., Hockenberry, M. J., Wilson, D. (2005). *Nursing care of infants and children*. St. Louis (MO): 2,2th Ed. BMC public health.
- Xu, J., & Ou, L. (2014). Resilience and quality of life among Wenchuan earthquake survivors: the mediating role of social support. *Public health*, 128(5), 430-437.
- Salonen, P., Rantanen, A., Kellokumpu-Lehtinen, P. L., Huhtala, H. and Kaunonen, M. 2014, The quality of life and social support in significant others of patients with breast cancer ° a longitudinal study. *European Journal of Cancer Care*, 23: 274° 283.
- Schroevers, M. J., Ranchor, A. V., Sanderman, R. (2003). The role of social support and self-esteem in the presence and course of depressive symptoms: a comparison of cancer patients and individuals from the general population. *Social Science & Medicine*, 57: 375 385.
- Skevington, SM. Lotfy, M. O'Connell, KA. (2004). WHOQOL Group. 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. *Quality of Life Research* , 13, 299-310 .

Zhou, E. S., Penedo, F. J., Lewis, J.

E., Rasheed, M., Traeger, L., Lechner, S. & Antoni, M. H. (2010). Perceived stress mediates the effects of social support on health-related quality of life among men treated for localized prostate cancer. *Journal of psychosomatic research*, 69(6), 587-590.

Yang, F., Griva, K., Lau, T., Vathsala, A., Lee., Ng, H. J., Mooppil, N., Foo, M., Newman, S. P., Chia, K. S., Luo, N. (2015). Health-related quality of life of Asian patients with end stage renal disease (ESRD) in Singapore. *Qual Life Res*, 24:2163° 2171.

Ziaian, T., Anstiss, H., Georgia, A.,

Baghurst, P., Sawyer, M. (2012). Resilience and its association with depression, emotional and behavioral problems, and mental health service utilization among refugee adolescents living in South Australia. *International Journal of Population Research*, 22, 9-17.

