

## ارتباط حمایت اجتماعی درک شده و کیفیت زندگی در بیماران تحت همودیالیز

معصومه رامبد<sup>۱</sup> - دکتر فروغ رفیعی<sup>۲</sup>

### چکیده

**مقدمه:** کیفیت زندگی بیماران تحت همودیالیز، همواره تحت تأثیر اختلالات جسمی، روانی-اجتماعی و تغییرات سبک زندگی این گروه می‌باشد. به نظر می‌رسد حمایت اجتماعی درک شده بتواند در بهبود کیفیت زندگی این افراد دخالت نماید. مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط حمایت اجتماعی درک شده و کیفیت زندگی در بیماران تحت همودیالیز انجام شد.

**روش:** این مطالعه از نوع همبستگی - توصیفی بود. 202 بیمار مبتلا به نارسایی مزمن کلیوی تحت درمان با همودیالیز مراجعه‌کننده به بخش‌های همودیالیز مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی ایران از طریق تمام سرشماری در این مطالعه شرکت کردند. داده‌ها با بهره‌گیری از بخش دوم پرسشنامه منابع شخصی و ابزار کیفیت زندگی فرانس و پوورس طی چهار ماه جمع‌آوری و با استفاده از نرم‌افزار SPSS v. 14 تجزیه و تحلیل شد.

**یافته‌ها:** یافته‌ها نشان داد بیشتر بیماران از سطح بالای حمایت اجتماعی درک شده (64/9٪) و کیفیت زندگی مطلوب (54٪) برخوردار بودند. حمایت اجتماعی درک شده با بعد سلامتی و عملکرد ( $t=0/65$  و  $p\leq 0/05$ )، اقتصادی-اجتماعی ( $t=0/67$  و  $p\leq 0/05$ )، روانی-معنوی ( $t=0/63$  و  $p\leq 0/05$ ) و خانوادگی کیفیت زندگی ( $t=0/51$  و  $p\leq 0/05$ ) در ارتباط بود. علاوه بر این کیفیت زندگی کلی با حمایت اجتماعی درک شده ارتباط معنادار آماری داشت ( $t=0/72$ ،  $p=0/0001$ ).

**نتیجه‌گیری:** حمایت اجتماعی از طریق فراهم کردن تجربیات مثبت، رضایت از نقش‌های اجتماعی و افزایش سازگاری با شرایط تنش‌زا در بیماران تحت همودیالیز می‌تواند سبب بهبود کیفیت زندگی آن‌ها شود. وجود ارتباط بین کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی درک شده، لزوم توجه پرستاران به منابع حمایتی بیمار را آشکار می‌سازد. بنابراین پرستاران باید برنامه‌هایی را در جهت افزایش درک حمایت اجتماعی در بیماران تحت همودیالیز فراهم ساخته و از این طریق به بیماران در بهبود کیفیت زندگی آن‌ها کمک نمایند.

**واژه‌های کلیدی:** کیفیت زندگی، حمایت اجتماعی درک شده، همودیالیز

تاریخ دریافت: 1387/12/8 تاریخ پذیرش: 1388/4/28

1 - گروه داخلی - جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی حضرت فاطمه (س)، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی شیراز (نویسنده مسؤول)

پست الکترونیکی: Rambodma@gmail.com

2 - استادیار گروه داخلی - جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی ایران و عضو مرکز تحقیقات پرستاری ایران

## مقدمه

همودیالیز منجر به افزایش طول عمر و بقای بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیوی شده است. حدود 400000 نفر تا پایان سال 2004 در سراسر جهان مبتلا به بیماری نارسایی مزمن کلیه بوده که از این تعداد، بیش از 300000 نفر تحت درمان با همودیالیز قرار داشته‌اند (1). بر طبق گزارش مرکز تحقیقات بیماران کلیوی و پیوند کلیه ایران، حدود 14000 نفر در کشور تحت درمان با همودیالیز قرار دارند که 3700 نفر از آن‌ها در تهران تحت درمان هستند. طبق گزارش‌های موجود، شیوع این بیماری در ایران نیز در حال افزایش است (2). اگر چه درمان با دیالیز سبب افزایش امیدواری بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیوی شده، اما این روش درمانی به دلیل الزامات و عوارض احتمالی، بیمار را با مشکلات متعددی از جمله افت فشارخون، انقباض‌های دردناک عضلانی، خونریزی، دیس‌ریتمی، آمبولی هوا، درد قفسه سینه، عدم تعادل دیالیزی، کاهش سطح هوشیاری و تشنج روبه رو می‌کند (2).

بروز بیماری نارسایی مزمن کلیوی و انجام روش‌های درمانی از جمله همودیالیز منجر به تغییر در شیوه زندگی، وضعیت سلامت فرد و نقش وی شده (3) که همه این عوامل به نوعی کیفیت زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. کاتنر<sup>1</sup> به نقل از تینگ<sup>2</sup> بیان می‌کند یکی از دلایل شروع همودیالیز در بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیوی ارتقای احساس خوب بودن در این بیماران می‌باشد (4). با این حال برخی منابع معتقدند؛ اگر چه درمان با دیالیز باعث افزایش بقای بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیوی می‌شود، اما این افراد در مقایسه با افراد سالم از کیفیت زندگی پایین‌تری برخوردارند (5).

علی‌رغم تلاش‌های انجام شده باز هم کیفیت زندگی این بیماران به دلیل بیماری پیشرونده و نگرانی‌های مربوط به آن با اختلالاتی همراه است. بنابراین در سال‌های اخیر محققین به عوامل روانی اجتماعی که احتمال دارد روی بیماری و کیفیت زندگی بیمار تأثیر بگذارد، توجه نموده‌اند (6).

عوامل روانی اجتماعی متعددی می‌تواند کیفیت زندگی افراد را تحت تأثیر خود قرار دهد که یکی از این موارد، حمایت اجتماعی است (7). حمایت اجتماعی به عنوان یکی از مکانیسم‌های مقابله‌ای عاطفه‌نگر دارای قدرت بالقوه تأثیر بر کیفیت زندگی است (7و8).

درک حمایت از دریافت آن بسیار مهم‌تر است. به عبارت دیگر درک و نگرش بیمار نسبت به حمایت دریافت شده مهم‌تر از میزان حمایت ارایه شده به وی می‌باشد (9). منابع مختلف معتقدند که درک بهره‌مندی از حمایت اجتماعی خانواده می‌تواند نقش مهمی را در طی مراحل پیشرفته بیماری نارسایی مزمن کلیوی ایفا کرده، فرد را در مقابل تنش‌های ناشی از بیماری محافظت نماید و نتایج منفی روانی ناشی از نقایص فیزیکی را کاهش دهد. به علاوه با ارتقای سازگاری، توانایی مقابله با تنش را در فرد افزایش داده و تحمل بیماری مزمن را تسهیل کند (10). کیمل<sup>3</sup> نیز معتقد است حمایت اجتماعی در تخفیف افسردگی و افزایش طول عمر بیماران تحت همودیالیز مؤثر است (11).

بررسی‌های انجام شده نشان داده است که حمایت اجتماعی می‌تواند بر تجربه فرد از بیماری، دوره درمان و نتایج مربوط به بیماری تأثیر گذاشته و باعث کاهش میزان مرگ‌ومیر ناشی از بیماری مزمن، بهبودی سریع‌تر و افزایش پیروی از رژیم درمانی گردد (12).

علاوه بر موارد ذکر شده در بالا، یافته‌های محققین نشان داده است که درک حمایت اجتماعی می‌تواند از بروز عوارض نامطلوب فیزیولوژیکی بیماری در فرد جلوگیری نموده، میزان مراقبت از خود و اعتماد به نفس فرد را افزایش دهد و تأثیر مثبتی بر وضعیت جسمی، روانی و اجتماعی افراد بر جای گذارد و به طور واضح باعث افزایش عملکرد و بهبود کیفیت زندگی فرد شود (13).

هر چند پژوهش‌ها نشان‌دهنده ارتباط کیفیت زندگی بیماران تحت همودیالیز با حمایت اجتماعی درک شده توسط آن‌هاست. اما این تحقیقات عمدتاً مربوط به کشورهای غربی (6,7,10,16-14) و یا نژادهای دیگر (7) است. با توجه به تفاوت‌های فرهنگی و اجتماعی موجود در کشور ما با کشورهای غربی و با عنایت به تعداد زیاد بیماران همودیالیزی موجود در کشور و وجود مراکز

1 - Kutner  
2 - Ting

3 - Kimmel

مراجعه می‌کردند که 202 نفر دارای شرایط جامعه پژوهش بودند و در مطالعه حاضر شرکت کردند.

نمونه‌گیری طی 4 ماه انجام گرفت. محیط پژوهش بخش‌های همودیالیز مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی ایران بود. برای این منظور بیمارستان‌های هاشمی‌نژاد، هفت‌تیر، یافت‌آباد، فیروزآبادی و شریعتی کرج در نظر گرفته شد.

ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش شامل پرسشنامه کیفیت زندگی فرانس و پورس نسخه دیالیز<sup>۲</sup> جهت بررسی کیفیت زندگی بیماران، قسمت دوم پرسشنامه منابع شخصی<sup>۳</sup> به منظور بررسی حمایت اجتماعی درک شده و فرم مشخصات فردی بود. در فرم مشخصات فردی متغیرهای سن، جنس، سطح تحصیلات و وضعیت تأهل در نظر گرفته شد.

پرسشنامه کیفیت زندگی فرانس و پورس نسخه دیالیز، دارای 2 قسمت بود. قسمت اول، رضایت بیماران و قسمت دوم میزان اهمیتی که آن‌ها برای همان گویه‌ها قایل بودند، را اندازه‌گیری می‌کرد. این پرسشنامه بر اساس مقیاس لیکرت 6 گزینه‌ای در قسمت اول از خیلی راضی (6) تا خیلی ناراضی (1) و در قسمت دوم از خیلی بی‌اهمیت (1) تا خیلی با اهمیت (6) درجه‌بندی می‌شود و شامل 68 عبارت است که هر قسمت دارای 34 سؤال می‌باشد و عبارات هر دو قسمت مشابه یا یکدیگر بود. این ابزار چهار بعد کیفیت زندگی (سلامتی و عملکرد، اقتصادی-اجتماعی، روانی-معنوی و خانوادگی) را مورد سنجش قرار می‌داد. پرسشنامه به صورت خودایفا و مصاحبه قابل کاربرد است و تکمیل آن 10 دقیقه طول می‌کشد. طیف نمرات برای هر نمره کلی کیفیت زندگی از 0 تا 30 بود. کل امتیاز کسب شده از کیفیت زندگی به سه گروه (مطلوب، نسبتاً مطلوب و نامطلوب) طبقه‌بندی شد. به این صورت که اعداد بین (9-0) را به عنوان کیفیت زندگی نامطلوب، (19-10) کیفیت زندگی نسبتاً مطلوب و (30-20) کیفیت زندگی مطلوب در نظر گرفته شد.

بخش دوم پرسشنامه منابع شخصی جهت بررسی حمایت اجتماعی درک شده به کار برده شد. این پرسشنامه

درمانی تخصصی برای این بیماران در شهر تهران، لزوم انجام چنین پژوهشی در کشور به خوبی احساس می‌شود. لذا پژوهشگر با توجه به موارد فوق، مطالعه حاضر را با هدف تعیین حمایت اجتماعی درک شده و کیفیت زندگی در بیماران تحت همودیالیز و ارتباط بین این متغیرها برنامه‌ریزی کرده است تا از این طریق بتواند گامی در راه بهبود کیفیت زندگی این افراد بردارد. این مطالعه با این فرضیه انجام شده است که کیفیت زندگی بیماران تحت همودیالیز با حمایت اجتماعی ارتباط دارد.

## روش مطالعه

این پژوهش، مطالعه‌ای از نوع همبستگی-توصیفی<sup>۱</sup> است که در آن متغیرهای حمایت اجتماعی درک شده و کیفیت زندگی در یک گروه از بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیوی تحت درمان با همودیالیز در سال 1386 مورد سنجش قرار گرفت. جامعه پژوهش شامل کلیه بیماران تحت درمان با همودیالیز در بخش همودیالیز مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی ایران بود، سن آن‌ها حداقل 18 سال باشد، توان تکمیل پرسشنامه و یا مصاحبه را داشته باشند، مایل به شرکت در پژوهش بوده و در هفته دو بار یا بیشتر همودیالیز می‌شدند. بیماران مبتلا به بیماری‌های حاد که لزوم بستری در بیمارستان را ایجاب نماید و همچنین بیماران مبتلا به بیماری روانی شناخته شده یا ناتوانی عملکردی (عضلانی-استخوانی) از مطالعه حذف شدند.

با توجه به کوچک بودن جامعه پژوهش جمع‌آوری اطلاعات از طریق تمام سرشماری انجام شد و بنابراین تمام افرادی که دارای شرایط جامعه پژوهش بوده و در محیط‌های پژوهش قابل دستیابی بودند، انتخاب شدند. به این صورت که پس از تأیید مطالعه در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ایران، کسب رضایت‌نامه کتبی از بیماران و دادن اطمینان به آن‌ها در مورد حفظ اطلاعات مندرج در پرسشنامه، داده‌های مورد نیاز جمع‌آوری گردید. لازم به ذکر است که به بیماران اعلام گردید هر زمان که مایل هستند می‌توانند بدون ذکر دلیل از مطالعه خارج شوند. در مجموع حدود 296 بیمار جهت انجام همودیالیز به مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی ایران

2 - Ferrans & Powers Quality of Life Index dialysis version

3 - Personal Resource Questionnaire 85 part II

1 - Descriptive- Correlation

## یافته‌ها

توزیع فراوانی مشخصات فردی در جدول شماره 1 نشان داده شده است. بیشتر بیماران شرکت کننده در این مطالعه زن بودند (52/5٪). محدوده سنی بیماران 86-20 با میانگین 55/91 سال و انحراف معیار 15/54 بود. 132 نفر (65/3٪) متأهل بوده و 75 (37/1٪) نفر از بیماران دارای سواد ابتدایی و راهنمایی بودند.

یافته‌ها نشان داد که سطح حمایت اجتماعی درک شده در اکثر واحدهای مورد پژوهش بالا بوده است (64/9٪). میانگین و انحراف معیار حمایت اجتماعی درک شده در بیماران 131/93 و 25/80 بود. همچنین یافته‌ها در ارتباط با «تعیین کیفیت زندگی بیماران تحت همودیالیز» نشان داد کیفیت زندگی اکثر واحدهای مورد پژوهش مطلوب (20-30) بود (54/0٪). میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی بیماران 20/44 و 5/19 بود (طیف نمره بین 0-30 است) (جدول شماره 2).

نتایج پژوهش نشان داد که بین جنسیت، وضعیت تأهل و سطح تحصیلات با حمایت اجتماعی درک شده ارتباط وجود داشت ( $p \leq 0/05$ ). به طوری که مردان، افراد متأهل و بیمارانی که سطح تحصیلات بیشتری داشتند، از درک بالاتر حمایت اجتماعی برخوردار بودند. در حالی که بین سن و حمایت اجتماعی درک شده ارتباط معنادار آماری مشاهده نشد ( $p > 0/05$ ).

یافته‌های پژوهش گویای این نکته بود که بین کیفیت زندگی بیماران تحت همودیالیز با سطح تحصیلات و وضعیت تأهل ارتباط وجود داشت ( $p \leq 0/05$ ). بدین صورت که افراد متأهل و با سطح تحصیلات بیشتر از کیفیت زندگی بهتری بهره‌مند بودند. این در حالی است که بین سن و جنسیت با کیفیت زندگی در این مطالعه ارتباط مشاهده نشد ( $p > 0/05$ ) (جدول شماره 3).

در رابطه با هدف پژوهش «تعیین ارتباط حمایت اجتماعی درک شده و کیفیت زندگی در بیماران تحت همودیالیز»، یافته‌ها با استفاده از آزمون کای-اسکوئر نشان داد حمایت اجتماعی درک شده با کیفیت زندگی مرتبط است ( $p \leq 0/05$ ) ضریب همبستگی اسپرمن نیز میزان این ارتباط را ( $r = 0/72$ ) نشان داد.

علاوه بر این، تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون کای اسکوئر نشان داد بین بعد سلامتی و عملکرد،

در سال 1981 توسط برانت و وینرت<sup>1</sup> ساخته شده است و پنج عملکرد عمده حمایت اجتماعی که شامل ارزشمندی فرد، اهمیت عضویت فرد در گروه، همبستگی و صمیمیت، فرصت پرورش دیگری و در دسترس بودن کمک‌های اطلاعاتی، عاطفی و مادی است؛ را مورد بررسی قرار می‌دهد. این کمک‌ها می‌تواند از منابع مختلف دریافت شود (17).

پرسشنامه منابع شخصی دارای 25 گویه است و بر اساس مقیاس لیکرت 7 گزینه‌ای از خیلی ناراضی (1) تا خیلی راضی (7) درجه‌بندی شده است. کسب نمره بالاتر نشانگر درک بیشتر حمایت از جانب بیماران بود. دامنه تغییرات نمره کلی از 25-175 متغیر است. مدت زمان پر کردن پرسشنامه حدود 15 دقیقه بود. نمرات به دست آمده به سه گروه حمایت اجتماعی بالا (25-75)، متوسط (76-125) و پایین (126-175) طبقه‌بندی شد.

اعتبار علمی ابزارها به شکل روایی صوری بررسی شد. به این ترتیب که پس از ترجمه پرسشنامه‌ها از زبان انگلیسی به فارسی و برگرداندن مجدد آن به انگلیسی و بر طرف نمودن هر گونه اشکال در ترجمه<sup>2</sup>، ده نفر از متخصصین دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران، ابزارها را بررسی و تأیید کردند. اعتماد علمی ابزارهای پرسشنامه کیفیت زندگی فرانس و پوورس نسخه دیالیز و منابع شخصی با استفاده از روش آزمون مجدد<sup>3</sup> به ترتیب ( $r = 0/90$ ) و ( $r = 0/85$ ) به دست آمد. اعتماد علمی ابزار کیفیت زندگی در سال 1985 و 1992 توسط فرانس و پوورس به ترتیب با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ 0/9 و 0/93 گزارش شده است (18 و 19). برانت و وینرت نیز در سال 1987 اعتماد علمی ابزار منابع شخصی را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ 0/89 مطرح کردند (20).

داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS v.14 تجزیه و تحلیل گردید. برای دستیابی به هدف پژوهش از آمار توصیفی، آزمون کای دو و ضریب همبستگی اسپرمن استفاده شد.

- 1 - Brandt & Weiner
- 2 - Back Translated
- 3 - Test re-test

اقتصادی- اجتماعی، روانی- معنوی، و خانوادگی کیفیت زندگی با حمایت اجتماعی درک شده نیز ارتباط معنادار آماری وجود داشت ( $p \leq 0/05$ ) (جدول شماره 4).

جدول 1: توزیع فراوانی مشخصات فردی بیماران تحت همودیالیز مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی ایران، در سال 1386

تعداد (درصد)	متغیر	
(52/5)106 (47/5)96	زن مرد	جنس
(16/3)33 (19/8)40 (22/3)45 (41/6)48	18-39 40-49 50-59 $\geq 60$	سن
(9/4)19 (65/3)132 (21/3)43 (4/0)8	مجرد متاهل همسر مرده جدا شده	وضعیت تأهل
(31/7)64 (37/1)75 (22/3)45 (8/9)18	بی سواد ابتدایی و راهنمایی دبیرستان و دیپلم دانشگاهی	سطح تحصیلات

جدول 2: توزیع فراوانی سطح حمایت اجتماعی درک شده و کیفیت زندگی واحدهای مورد پژوهش، در سال 1386

تعداد (درصد)	کیفیت زندگی	تعداد (درصد)	حمایت اجتماعی درک شده
(0/5)1	نامطلوب	(2/0)4	پایین
(45/5)92	نسبتاً مطلوب	(33/2)67	متوسط
(54/0)109	مطلوب	(64/9)131	بالا

جدول 3: ارتباط حمایت اجتماعی درک شده و کیفیت زندگی با متغیرهای دموگرافیک واحدهای مورد پژوهش، در سال 1386

کیفیت زندگی آزمون آماری و $p$ -value	حمایت اجتماعی درک شده آزمون آماری و $p$ -value	متغیرهای دموگرافیک
$\chi^2=3/07$ $p > 0/05$	$\chi^2=3/95$ $p \leq 0/05$	جنس
$\chi^2=1/48$ $p > 0/05$	$\chi^2=6/54$ $p > 0/05$	سن
$\chi^2=10/07$ $p \leq 0/05$	$\chi^2=17/62$ $p \leq 0/05$	وضعیت تأهل
$\chi^2=10/07$ $p \leq 0/05$	$\chi^2=22/81$ $p \leq 0/05$	سطح تحصیلات

جدول 4: ارتباط حمایت اجتماعی درک شده و کیفیت زندگی و ابعاد آن در بیماران تحت همودیالیز مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی ایران، در سال 1386

ضریب همبستگی اسپیرمن	آزمون کای اسکوئر	مطلوب	نسبتاً مطلوب	نامطلوب	حمایت اجتماعی درک شده	
					کیفیت زندگی و ابعاد	
$r=0/72$ $P=0/0001$	51/67	(0/0)0	(3/3)3	(100)1	پایین	کل کیفیت زندگی
		(12/8)14	(57/6)53	(0/0)0	متوسط	
		(87/2)95	(39/1)36	(0/0)0	بالا	
$r=0/65$ $P=0/0001$	37/41	(0/0)0	(2/0)2	(18/2)2	پایین	سلامتی و عملکرد
		(12/9)12	(52/0)51	(36/4)4	متوسط	
		(87/1)81	(45/9)45	(45/5)5	بالا	
$r=0/67$ $P=0/0001$	44/98	(0/0)0	(2/9)3	(5/6)1	پایین	اقتصادی- اجتماعی
		(9/8)8	(45/1)46	(72/2)13	متوسط	
		(90/2)74	(52/0)53	(22/2)4	بالا	
$r=0/63$ $P=0/0001$	52/12	(0/0)0	(3/9)3	(8/3)1	پایین	روانی- معنوی
		(14/0)16	(56/6)43	(66/7)8	متوسط	
		(86/0)98	(39/5)30	(25/0)3	بالا	
$r=0/51$ $P=0/0001$	16/9	(1/1)2	(7/7)2	(0/0)0	پایین	خانوادگی
		(28/6)50	(61/5)16	(100)1	متوسط	
		(70/3)123	(30/8)8	(0/0)0	بالا	

## بحث

در این مطالعه، سطح حمایت اجتماعی درک شده در اکثر بیماران تحت همودیالیز بالا بود و آن‌ها از کیفیت زندگی مطلوب برخوردار بودند. همچنین فرضیه پژوهش «کیفیت زندگی بیماران تحت همودیالیز با حمایت اجتماعی درک شده در ارتباط است» نیز مورد تأیید قرار گرفت.

بالا بودن حمایت اجتماعی درک شده در اکثر نمونه‌های این پژوهش با مطالعه سوالیه<sup>1</sup> در بیماران تحت همودیالیز همگون بود (16). این مسأله را می‌توان به متأهل بودن اکثر واحدهای مورد پژوهش نسبت داد. چون اعتقاد بر این است که اولین منبع حمایتی همسر و پس از آن فرزندان می‌باشند (12). حضور همسر به عنوان فردی که احساس همبستگی و تعلق فرد به دیگران را افزایش می‌دهد می‌تواند روی سلامت و عملکرد فرد، کیفیت حمایت اجتماعی و درک آن تأثیر بگذارد (21).

در این مطالعه کیفیت زندگی اکثر بیماران مطلوب بوده است. این یافته با مطالعه العربی<sup>2</sup> هم‌خوانی دارد (10). عوامل مختلفی می‌تواند روی درک کیفیت زندگی تأثیر بگذارد. افرادی که از عوامل تسهیل‌کننده بیشتری

مثل انعطاف‌پذیری و حمایت اجتماعی و خانوادگی برخوردارند، بسیار سریع‌تر با بیماری‌شان سازگار می‌شوند و بیماری کمتر بر کیفیت زندگی آن‌ها تأثیر می‌گذارد (10). در این پژوهش مطلوب بودن کیفیت زندگی بیماران مورد مطالعه را می‌توان به متأهل بودن درصد بالایی از واحدهای مورد پژوهش، برخورداری از فرزند به عنوان حامی و سازگاری با شرایط بیماری نسبت داد.

وجود ارتباط حمایت اجتماعی درک شده با جنس و بالاتر بودن درک حمایت اجتماعی در مردان در مقایسه با زنان در این مطالعه با یافته سایر پژوهشگران هم‌خوانی دارد (12 و 15). طبق نظر ویلسون<sup>3</sup> و همکاران اگر چه زنان بیشتر از مردان حمایت اجتماعی را دریافت می‌کنند اما ممکن است، به دلیل مشکلات روانی اجتماعی بیشتر، میزان درک کمتری از حمایت اجتماعی داشته باشند (22). عدم وجود ارتباط بین سن و حمایت اجتماعی درک شده در بیماران تحت همودیالیز با نتایج سایر مطالعات همگون است (10، 12، 15، 16).

در این مطالعه افراد متأهل نسبت به افراد غیرمتأهل از سطح حمایت اجتماعی درک شده بالاتری برخوردار بودند. این یافته با نتایج به دست آمده در پژوهش

1 - Suwalieh

2 - Al-Arabi

3 - Wilson

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 (7). محققین ادعا نموده‌اند که حمایت عاطفی روی سلامت فیزیکی، روانی، اجتماعی و اقتصادی اثرات مثبت داشته و باعث ارتقای کیفیت زندگی و نوعی احساس خوب بودن نسبت به زندگی می‌شود (6).

نتایج مطالعه گویای این مسأله است که افزایش درک حمایت اجتماعی منجر به بهبود بعد سلامتی و عملکرد کیفیت زندگی می‌شود. سلامتی و عملکرد یکی از ابعاد مهم کیفیت زندگی است که تحت تأثیر حمایت اجتماعی قرار می‌گیرد (6). محققین مختلف از جمله العربی و سوالیه در بررسی بیماران تحت همودیالیز و سامارکو<sup>3</sup> نیز طی مطالعه بر روی بیماران مبتلا به سرطان به ارتباط معنادار بین بعد سلامتی و عملکرد کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی درک شده اشاره کردند (10، 16 و 27). درک حمایت اجتماعی سبب افزایش سطح عملکرد فرد، انجام فعالیت روزانه و احساس بهتر از زندگی می‌شود. سایر پژوهش‌ها وجود ارتباط بین سلامت فیزیکی و روانی با حمایت اجتماعی را نشان داده و بیان نمودند کاهش حمایت، عملکرد اجتماعی فرد را کاهش داده و وضعیت سلامت و عملکرد وی را تحت الشعاع قرار می‌دهد (7).

یافته‌ها نشان داد که با افزایش درک حمایت اجتماعی، کیفیت زندگی از بعد اقتصادی-اجتماعی نیز بهبود می‌یابد. نتایج این بررسی با مطالعه سامارکو در بیماران مبتلا به سرطان و العربی و سوالیه در بیماران تحت همودیالیز همگون بود (10، 16 و 27). محققین معتقدند درک حمایت اجتماعی در کاهش مشکلات اقتصادی-اجتماعی مؤثر است. این مشکلات از جمله بی‌کاری، درآمد کم، از دست دادن امنیت شغلی و هزینه‌های درمانی به دنبال ارایه حمایت اجتماعی مؤثر سبب افزایش رضایت از زندگی در بیماران می‌شود. به علاوه بزرگ بودن شبکه اجتماعی می‌تواند سبب افزایش کمک‌های مالی و ایجاد امنیت اقتصادی در بیماران گردد (27). بهبود روابط اجتماعی سبب کاهش افسردگی و اضطراب در فرد شده و رضایت از سلامتی و کاهش

العربی و سوالیه متفاوت است (10 و 16). همبستگی بین زوجین منجر به ایجاد پیوندهایی قدرتمند می‌شود که منبع اولیه و بنیادی حمایت اجتماعی است. فرد به لحاظ اعتماد و اطمینانی که به همسر خود دارد، این پیوند را جایگاه اتکا برای ابراز تألمات و به عبارتی درد دل و تخلیه درونی می‌داند (23).

یافته مطالعه نشان داد که با افزایش تحصیلات، درک حمایت اجتماعی بیشتر می‌شود. الال و کارسپی<sup>1</sup> نیز با این یافته موافق بودند (12). افزایش سطح تحصیلات از یک طرف موجب افزایش میزان سازگاری و درک بهتر بیماری شده و از سوی دیگر با توجه به دوطرفه بودن حمایت اجتماعی، افراد با سطح تحصیلات بالاتر، ارتباط اجتماعی بیشتری را برقرار کرده و اطلاعاتی را در اختیار دیگران قرار داده و بالعکس نیازهای خود را برطرف می‌سازند و از حمایت اجتماعی بیشتری بهرمنند می‌گردند (21).

عدم وجود ارتباط بین جنسیت و کیفیت زندگی با سایر مطالعات هم‌خوانی دارد (6). علاوه بر این بین سن و کیفیت زندگی ارتباط وجود نداشت. این یافته موافق با نظر سایر پژوهشگران بود (6 و 7).

در این مطالعه افراد متأهل در مقایسه با بیماران غیر متأهل از کیفیت زندگی مطلوب‌تری برخوردار بودند. این نتیجه به دست آمده با مطالعه العربی هم‌خوانی دارد (10). حضور همسر به عنوان حامی در کاهش تنش مؤثر بوده و سبب افزایش رضایت از زندگی در طی مراحل بیماری و ناتوانی می‌شود (21).

وجود ارتباط بین کیفیت زندگی با سطح تحصیلات با مطالعه سایر پژوهشگران مشابه بود (24 و 25). این محققان نیز خاطر نشان کردند افزایش سطح تحصیلات سبب بهبود کیفیت زندگی می‌شود (24 و 25).

نتایج مطالعه نشان داد با افزایش درک حمایت اجتماعی، کیفیت زندگی فرد نیز بهبود می‌یابد. این یافته فرضیه پژوهش را مورد تأیید قرار داد. نتایج این پژوهش با یافته‌های سایر مطالعات (6، 7، 15، 26 و 27) مشابه است. تل و همکاران<sup>2</sup> بیان نمودند هر چه درک حمایت اجتماعی بالاتر باشد، کیفیت زندگی مطلوب‌تر است.

1 - Elal &amp; Krespi

2 - Tell

3 - Sammarco

نگرانی وی را در پی دارد. لذا ارایه حمایت سبب افزایش اعتماد به نفس و کیفیت زندگی از بعد اقتصادی می‌شود (28).

وجود ارتباط بین حمایت اجتماعی درک شده و بعد روانی - معنوی کیفیت زندگی در این مطالعه با پژوهش وسکوویز<sup>1</sup>، تل و همکاران و سامارکو هم‌خوانی دارد (7، 15 و 27). پژوهشگران معتقدند که افزایش رضایت و درک حمایت اجتماعی با بهبود کیفیت زندگی از بعد روانی - معنوی و کنترل علائم جسمی و احساس خوب بودن در ارتباط است (15). ارایه حمایت روانی در افزایش عملکرد و به علاوه سازگاری با تنش نقش مهمی داشته و باعث بهبود سلامت روانی و فیزیکی افراد می‌گردد و به نوعی باعث بهبود کیفیت زندگی فرد می‌شود (29). جارویس و نورتکوت<sup>2</sup> بیان نمودند که شرکت در جلسات و فعالیت‌های مذهبی می‌تواند از طریق برقراری روابط اجتماعی با دیگران و کسب حمایت از سوی آن‌ها در زمان رویارویی با بحران به فرد کمک کند و سبب بهبود کیفیت زندگی فرد شود (30).

در نهایت در بررسی بعد خانوادگی کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی درک شده، یافته‌ها نشان داد با افزایش حمایت اجتماعی درک شده بعد خانوادگی کیفیت زندگی بهبود می‌یابد. این یافته با مطالعه انجام شده به وسیله توبین<sup>3</sup> و همکاران مطابقت دارد (6). خانواده مهم‌ترین و اولین منبع حمایتی است (15). بروز بیماری باعث ایجاد بحران برای خانواده شده و می‌تواند نیاز به حمایت از سوی دیگران و اعضای خانواده را افزایش دهد. ارایه حمایت خانواده روی مرگ و میر، ناتوانی و سازگاری روانی - اجتماعی و پذیرش درمان تأثیرگذار است (21). به علاوه وجود وابستگی و صمیمیت زوجین و اعضای خانواده سبب افزایش درک و دریافت حمایت اجتماعی و بهبود کیفیت زندگی خانوادگی می‌شود. وجود انسجام و پیوندهای قدرتمند در میان خانواده‌های ایرانی نیز در افزایش درک حمایت اجتماعی و بهبود کیفیت زندگی فرد مؤثر است.

## نتیجه‌گیری

در یک نگاه کلی، هدف از درمان بیماران تحت همودایالیز نه تنها افزایش طول عمر آن‌ها می‌باشد، بلکه برخورداری از کیفیت زندگی مطلوب از اهمیت خاصی در این بیماران برخوردار است. با توجه به وجود ارتباط بین حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی، پرستاران لازم است پیوسته نیازهای حمایتی بیماران را از نظر کیفیت و کمیت بررسی کنند و در جهت بالا بردن دریافت و درک حمایت اجتماعی اقدام نمایند و با بسیج منابع حمایتی موجود در جامعه و مشارکت خانواده در جهت ارتقای کیفیت زندگی بیماران قدم بردارند.

با توجه به پایین‌تر بودن سطح حمایت اجتماعی درک شده و کیفیت زندگی در افراد غیرمتأهل و با تحصیلات کمتر، پیشنهاد می‌شود مراقبین بهداشتی این گروه در معرض خطر را مد نظر قرار داده و با ارایه مداخلات مناسب سعی در بهبود حمایت اجتماعی درک شده و کیفیت زندگی آن‌ها نمایند.

در این پژوهش تنها حمایت اجتماعی به عنوان عامل مؤثر بر کیفیت زندگی مورد بررسی قرار گرفت. لذا توصیه می‌شود در پژوهش دیگری سایر عوامل از جمله روش‌های مقابله‌ای، افسردگی و اضطراب و ... نیز مورد بررسی قرار گیرد.

از آنجا که در این مطالعه ویژگی‌های شخصی بیماران از جمله اعتماد به نفس، درون‌گرایی یا برون‌گرایی افراد به عنوان عوامل مداخله‌گر روی دریافت و درک حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی در نظر گرفته نشد، پیشنهاد می‌شود پژوهشی در مورد «بررسی ارتباط خصوصیات شخصیتی بیماران تحت همودایالیز با کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی درک شده آنان» انجام شود.

## تشریح و قدردانی

پژوهشگران مراتب سپاس خود را به معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایران و مسئولین مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری تقدیم می‌دارند.

- 1 - Vazques
- 2 - Jarvis & Northcott
- 3 - Tovbin



## منابع

- 1 - Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH. Brunner & Suddareths Textbook of medical surgical nursing. 11<sup>th</sup> ed. Lippincott Williams' & Wilkins a Wolters Kluwer Company. 2008; 1521-1552.
- 2 - Aghighi M, Rouchi H A, Zamyadi M, Mahdavi-Mazdeh M, Norouzi SH, Rajolani H, Et al. Dialysis in Iran. Iranian Journal of Kidney Diseases. 2008; 2 (1): 11-15.
- 3 - Al-Arabi. Quality of life: subjective description of challenges to patients with end stage renal disease. Nephrology Nursing Journal. 2006; 33(3): 285-293.
- 4 - kutner N G. Quality of life and daily Hemodialysis. Seminars in dialysis 2004; 17(2): 92-98.
- 5 - Fukuhara SH, Lopes AA, Gresham B, Kurokawa K, Mapes DL. Heath related quality of life among dialysis patient on three continents, the dialysis outcomes and practice patterns study. Kidney Int. 2003; 64: 1903-1910.
- 6 - Tovbin D, Gidron Y, Granovsky R, Schnieder A. Relative importance and interrelation between psychosocial factors and individualized quality of life of Hemodialysis patients. Qual Life Res. 2003; 12: 709-717.
- 7 - Tell GS, Mittelmark MB, Hylander B, Shumaker SA, Russel G, Burkart JM. Social support and health related quality of life in black and white dialysis patients. ANNA J. 1995; 22(3): 301-310.
- 8 - Ersoy- Kart M, Guldo O. Vulnerability to stress, perceived social support and coping styles among chronic Hemodialysis patient. Dial Transplant 2005; 34(10): 662-667.
- 9 - Helgeston VS, Cohen S. Social support and adjustment to cancer: reconciling descriptive, co relational and intervention research. Health Psychology. 2004; 15(2):135-148.
- 10 - Al-Arabi S. Social support, coping methods and quality of life in Hemodialysis patient. PHD Dissertation, Galveston, University of Texas, 2003.
- 11 - Kimmel PL. Psychosocial factors in adult end- stage renal disease patients treated with hemodialysis, Correlates and outcomes. Am J kidney Dis.2000; 21: 171-184.
- 12 - Elal G, Krespi M. Life events, social support and depression in Hemodialysis patients. J Community Appl Soc Psychol. 1999; 9: 23-33.
- 13 - Yu DSF, Lee FTD, Woo J. Psychometric testing of the Chinese version of the medical outcomes study social support survey (M O S-S S S-C). Res Nurs Health .2004; 27:135-143.
- 14 - Thomas CJ. The impact of religiosity, social support and health locus of control on the health-related quality of life of African-American Hemodialysis patients. PHD Dissertation, Norfolk Virginia, Norfolk State University, 2003.
- 15 - Vazques I, Valderrabano F, Fort J, Lopez Gomez MJ. Psychosocial factors and health related quality of life in Hemodialysis patients. Qual Life Res 2005; 14: 179-190.
- 16 - Suwalieh MA. The relationship among social support, coping methods and quality of life in adults Bahraini clients on maintenance hemodialysis. PHD dissertation, Austin, University of Texas, 1996.
- 17 - Brant P, Weinert C. The PRQ- A social support measure. Nurs Res. 1981; 30(5): 277-280.
- 18 - Ferrans C , Power M. The Quality of Life Index: development and psychometric properties. Adv Nurse Pract .1985; 8: 15-24.
- 19 - Ferrans CE, Power MJ. Psychometric assessment of the Quality of Life Index. Res Nurs Health. 1992; 15: 29-38.
- 20 - Weinert C, Brandt PA. Measuring social support with the Personal Resource Questionnaire. West J Nurs Res. 1987; 9(4): 589-612.
- 21 - Ell K. Social networks, social support and coping with serious illness: the family connection. Soc Sic Med. 1996; 42(2):173-183.
- 22 - Geckova A, Van dijk J P, Stewart R, Groothoff J W, Post D. Influence of social support on health among gender and socio-economic groups of adolescents. Eur J Public Health. 2003; 13(1): 44-50.
- 23 - Ghodsi AM. Survey of relationship between social support and depression. PHD Dissertation. Tehran: Tarbiat Modaress, Human Science University, 1382. (Persian)
- 24 - Harris LE, Luft FC, Rudy DW, Tierney WM. Clinical Correlation of functional status in patients with chronic renal insufficiency. Am J Kidney Dis 1993; 21: 161-166.
- 25 - Rocco MV, Gassman JJ, Wang S R, Kaplan M. Cross-Sectional study of quality of life and symptoms in chronic renal disease patients. The Modification of Diet in Renal Disease Study. Am J Kidney Dis. 1997; 29: 888-896.

- 26 - Vasilva LA. Quality of life in chronic Hemodialysis patients in Russia. *Hemodial Int* 2006; 10: 274-279.
- 27 - Sammarco A. Perceived social support, uncertainty and quality of life of younger breast cancer survivors. *Cancer Nurs*. 2004; 24(3): 212-219.
- 28 - Ageborg M, Allenius BL, and Cearfjall C. Quality of life, self care ability, and sense of coherence in Hemodialysis patients: a comparative study. *Hemodial Int* .2005; 9: 508-514.
- 29 - Burleson RB, Al-Brecht TL, Goldsmith DJ, Sarason IG. The communication of social support in Burleson BR, Alberteicht L T, Sarason IG (editors). *Communication of social support messages, interaction, relationships and community*. Sage publication INC; 1994. P. Xi-XXX.
- 30 - Jarvis GK, Northcot HC. Religion and differences in mortality and morbidity. *Soc Sci Med*. 1987; 25(7): 813-824.

## ***Relationship between perceived social support and quality of life in Hemodialysis patients***

**Rambod M<sup>1</sup> (PhD.s), Rafii F<sup>2</sup> (Ph.D).**

**Introduction:** Quality of life in hemodialysis patient can be affected by Physical, psychosocial and lifestyle disturbances. It seems that perceived social support can improve quality of life in these patients. Therefore, this study aimed at determining the relationship between perceived social support and quality of life in hemodialysis patients.

**Method:** This descriptive- correlational study was conducted with 202 patients with chronic renal failure, recruited through consensus method. They have been under hemodialysis treatment in one of the hemodialysis care units, affiliated to Iran University of Medical Sciences. Data were collected using the "Personal Resources Questionnaire 85" (PRQ-85) part 2 and The "Ferrans and Powers quality of life Index-dialysis version". All statistics were computed using the SPSS software (version 14).

**Result:** Finding indicated that patients had a high perceived social support (64.9%), good quality of life (54.0%) and socio-economic condition ( $p \leq 0.65$ ,  $r = 0.05$ ). Perceived social support was positively correlated with aspects of health and function ( $r = 0.65$ ,  $p \leq 0.05$ ), socioeconomic ( $r = 0.67$ ,  $p \leq 0.05$ ), psychological-spiritual ( $r = 0.63$ ,  $p \leq 0.05$ ), and family subscales of quality of life ( $r = 0.51$ ,  $p \leq 0.05$ ). Total quality of life was also significantly correlated with perceived social support ( $r = 0.72$ ,  $p < 0.0001$ ).

**Conclusion:** Social support can promote quality of life by providing hemodialysis patients, positive experiences, socially rewarding roles, or improved ability to cope with stressful events. Association between quality of life and perceived social support indicates the need for giving more attention to support resources of these patients by nurses. Based on these findings, nurses should provide plans to increase perceived social support in hemodialysis patients and by this, help the patients to improve quality of life.

**Keywords:** Quality of life, Perceived social support, Hemodialysis

<sup>1</sup> - **Corresponding author:** Faculty member, School of Nursing and Midwifery, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran      **E-mail:** Rambodma@gmail.com

<sup>2</sup> - Assistant Professor, Faculty member, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran