

مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز
دوره ۲۹ شماره ۱ بهار ۱۳۸۶ صفحات ۵۴-۴۹

ارتباط بین کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی در بیماران همودیالیزی

دکتر وحید زمان‌زاده: استادیار گروه پرستاری داخلی - جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز؛ نویسنده رابط
E-mail: Zamanzadeh@tbzmed.ac.ir

مهدی حیدرزاده: دانشجوی کارشناس ارشد پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز
خدایار عشونودی: مربی گروه پرستاری داخلی جراحی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان
سیما لک دیزجی: مربی گروه پرستاری داخلی - جراحی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

دریافت: ۸۵/۱/۲۹، پذیرش: ۸۵/۵/۱۵

چکیده

زمینه و اهداف: امروزه، پیوند کلیه درمان اصلی نارسایی مزمن کلیه بوده، و لازم است تا بیماران تا زمان پیوند تحت دیالیز قرار گیرند. علیرغم تاثیر درمانی همودیالیز، این بیماران با عوامل تنش‌زای متعدد جسمی و روانی مواجه هستند که منجر به کاهش کیفیت زندگی آنان می‌گردد. مطالعات کمی در مورد حمایت اجتماعی بیماران همودیالیزی در دنیا و کیفیت زندگی آنان در کشورهای آسیایی بویژه ایران انجام شده، لذا در این مطالعه قصد بر آن است تا ضمن تعیین کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی بیماران همودیالیزی رابطه آنها با یکدیگر سنجیده شود.

روش بررسی: بدین منظور تمام بیماران همودیالیزی واجد شرایط (۱۶۴ نفر) بستری در بخش همودیالیز بیمارستانهای دانشگاه علوم پزشکی تبریز انتخاب و داده‌ها با پرسشنامه تلفیقی و تعدیل شده مشتمل بر سه بخش دموگرافیک، کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی و با روش مصاحبه جمع‌آوری گردید.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که کیفیت زندگی در ۵۶/۱٪ و حمایت اجتماعی در ۵۰/۶٪ بیماران مطلوب، و بین این دو متغیر رابطه مستقیم و معنی‌داری وجود دارد ($p < 0.001, r = 0.40$). در زیر شاخه‌های کیفیت زندگی بعد اجتماعی در ۸۱٪ بیماران مطلوب، در حالی‌که ابعاد روانی (۵۳٪) و جسمی (۵۷/۳٪) در بیشتر بیماران نامطلوب بود. در زیر شاخه‌های حمایت اجتماعی بیشترین حمایت مطلوب مربوط به بعد حمایت عاطفی بود (۵۷/۳٪)، بطوریکه ۱۴٪ از واریانس کل کیفیت زندگی را به خود اختصاص می‌داد. تاثیر حمایت ابزاری و حمایت اطلاعاتی بر کیفیت زندگی از نظر آماری معنی‌دار نبود.

نتیجه‌گیری: نزدیک به نیمی از بیماران فوق از کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی مطلوبی برخوردار نبوده و با توجه به رابطه مثبت بین این دو به خصوص اثرگذاری بارز حمایت در بعد عاطفی بر کیفیت زندگی توصیه می‌شود برنامه ریزان مراقبتی و مسئولین ترتیبی اتخاذ نمایند تا علاوه بر تقویت حمایت ابزاری و اطلاعاتی حمایت عاطفی در این گروه تقویت و بدین طریق موجب بهبود کیفیت زندگی بیماران گردد.

کلیدواژه‌ها: دیالیز، کیفیت زندگی، حمایت اجتماعی

مقدمه

نارسایی مزمن کلیوی^۱ تخریب پیشرونده و برگشت ناپذیر عملکرد کلیوی است که در آن توانایی بدن در حفظ سوخت و ساز و تعادل آب و الکترولیتها از بین رفته و در نتیجه اورمی ایجاد می‌گردد (۱). درمان اصلی مرحله آخر نارسایی کلیوی، پیوند کلیه می‌باشد، اما با توجه به اینکه دستیابی به کلیه پیوندی در بیشتر نقاط جهان آسان نیست لذا تا زمان پیوند کلیه، بیمار باید تحت درمان با دیالیز قرار گیرد. سالیانه بیش از ۶۰ هزار نفر در سراسر جهان بعلت ابتلا به نارسایی کلیه جان خود را از دست می‌دهند (۲). در تحقیقی که در سال ۱۹۸۸ انجام گرفت تعداد بیماران تحت درمان با همودیالیز را ۵۱۷۰۰۰ نفر گزارش نمود (۳). این آمار جهانی در سال ۱۹۹۲ به یک میلیون نفر افزایش یافته بود (۴). بر اساس آمار موجود در ایران، سالیانه ۱۲۰۰ تا ۱۶۰۰ نفر به این بیماری مبتلا می‌شوند (۵). تعداد بیماران تحت درمان با همودیالیز در ایران در پایان سال ۱۳۸۳ ۱۵۰۰۰ نفر و در سطح استان تا پایان شهریور ماه ۱۳۸۴، ۱۳۹۴ نفر از سوی انجمن حمایت از بیماران کلیوی گزارش شده است.

علیرغم تاثیر درمانی همودیالیز در مرحله آخر نارسایی کلیوی، بیماران مزبور با عوامل تنش‌زای متعدد جسمی و روانی مواجه

نارسایی مزمن کلیوی^۱ تخریب پیشرونده و برگشت ناپذیر عملکرد کلیوی است که در آن توانایی بدن در حفظ سوخت و ساز و تعادل آب و الکترولیتها از بین رفته و در نتیجه اورمی ایجاد می‌گردد (۱). درمان اصلی مرحله آخر نارسایی کلیوی، پیوند کلیه می‌باشد، اما با توجه به اینکه دستیابی به کلیه پیوندی در بیشتر نقاط جهان آسان نیست لذا تا زمان پیوند کلیه، بیمار باید تحت درمان با دیالیز قرار گیرد. سالیانه بیش از ۶۰ هزار نفر در سراسر جهان بعلت ابتلا به نارسایی کلیه جان خود را از دست می‌دهند (۲). در تحقیقی که در سال ۱۹۸۸ انجام گرفت تعداد

1. Chronic Renal Failure, CRF
2. End Stage Renal Disease, ESRD

کلیه بیماران تحت درمان با همودیالیز در بخشهای همودیالیز بیمارستانهای سینا و امام خمینی (ره) شهرستان تبریز هستند. با توجه به تعداد کم بیماران در بخشهای مذکور تمام بیماران واجد شرایط که راضی به شرکت در پژوهش بودند بعد از توضیح مطالعه و اطمینان دادن در مورد محرمانه بودن اطلاعات به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. مجموع بیماران بستری در بخشهای همودیالیز بیمارستانهای امام خمینی (ره) و سینا در زمان انجام پژوهش ۱۹۸ نفر بوده که ۱۶۴ نفر از آنها شرایط پژوهش را داشتند و در مطالعه شرکت نمودند.

در این مشخصات واحدهای مورد پژوهش عبارت بودند از: بیماران تحت درمان با همودیالیز به مدت ۲ یا ۳ بار در هفته که حداقل ۳ ماه از شروع دیالیزشان گذشته باشد (۱۳). راضی بودن برای پژوهش، داشتن سواد خواندن و نوشتن یا برخورداری از توان مصاحبه و برقراری ارتباط و فقدان سابقه اختلالات شدید روانی مانند اسکیزوفرنی (۱۴).

ابزار گردآوری داده‌ها

پرسشنامه کیفیت زندگی در این مطالعه از سه قسمت تشکیل شده است: ۱- بعد جسمی (۳۲ عبارت) ۲- بعد روانی (۱۰ عبارت) ۳- بعد اجتماعی (۱۲ عبارت). پرسشنامه کیفیت زندگی با استفاده از تلفیق سه ابزار کیفیت زندگی Short SF-36 form 36 items (۱۵)، کیفیت زندگی بر سلامت سوئدی Sweden Health related Quality of life (۱۶) و کیفیت زندگی بیماران کلیوی Kidney disease Quality of life (۱۷) می-باشد.

حمایت اجتماعی با استفاده از پرسشنامه حاوی ۲۹ سؤال و حالت تلفیقی و تعدیل شده سه ابزار [پرسشنامه حمایت اجتماعی از بیماران سرطانی (۱۸)، پرسشنامه حمایت اجتماعی عمومی طراحی شده توسط واکس (۱۹) و پرسشنامه حمایت اجتماعی نیورک NSSQ (۱۲)]، اندازه‌گیری شد. پرسشنامه‌های فوق پس از تعیین اعتبار علمی بطریق روایی محتوایی و اعتماد علمی مورد استفاده قرار گرفت. برای تعیین پایایی از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که پایایی در زمینه سؤالات مربوط به هر قسمت به صورت زیر بدست آمد: عملکرد جسمی (۰/۹۲)، درد و ناراحتی (۰/۹۱)، فعالیتهای جنسی (۰/۹۳)، خواب (۰/۷۷)، بعد روانی کیفیت زندگی (۰/۷۶)، بعد اجتماعی کیفیت زندگی (۰/۷۹) و در مورد پرسشنامه حمایت اجتماعی (۰/۸۷). داده‌ها پس از جمع آوری در نرم افزار SPSS 11.5 تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها

در این بررسی اکثریت واحدهای مورد پژوهش (۵۰/۶ درصد) در دامنه سنی ۶۲ - ۳۹ سال (۱۵/۵ ± ۵۱/۹)، ۶۱ درصد مرد، ۷۲/۶ درصد متأهل، ۷۹/۹ درصد بیکار، ۴۳/۹ درصد بی‌سواد بودند. ۵۴/۴ درصد آنها از بیمه خدمات درمانی استفاده می‌کردند و ۴۸/۱ درصد از بیماران مدت ۵ - ۱ سال تحت دیالیز و ۶۰/۷ درصد از

هستند که حتی با پیشرفتهای جدید هم کنترل نمی‌شوند (۶). Lancaster در این مورد می‌نویسد: بیماران تحت درمان با همودیالیز در هر جنبه از زندگی با عوامل تنش‌زای متعددی از جمله مشکلات خانوادگی، تغییر در عملکردهای جنسی، وابستگی به دیگران جهت ادامه زندگی، انزوای اجتماعی، تغییر در تصویر ذهنی از جسم خود، فشارهای روانی و تهدید مرگ مواجه هستند (۷).

در سالهای اخیر یکی از مفاهیمی که به عنوان معیاری برای بررسی نتایج درمان و وضعیت بیماران با اختلالات جسمی و روانی پذیرفته شده است، مفهوم کیفیت زندگی می‌باشد (۸). Testa و همکاران (۱۹۹۸) ابعاد متاثر و سازنده کیفیت زندگی را چنین تعریف می‌کنند: حیطه‌های جسمی، اجتماعی و روانی سلامت که متاثر از تجارب، باورها، انتظارات و ادراکات فرد می-باشند (۹). با این وصف کیفیت زندگی باید از زوایا و ابعاد مختلف جسمی، روانی و اجتماعی سنجیده شود (۱۰).

در بیماران همودیالیزی وجود اختلالات روحی و جسمی می-تواند نقش بسزایی در پایین بودن کیفیت زندگی داشته باشد (۲). از سوی دیگر شواهدی که از مطالعات مختلف بدست آمده نشان دهنده این است که حمایت اجتماعی نقش مهمی در حفظ سلامتی افراد بازی و در کاهش آثار منفی استرس‌های فراوانی که از محیط و جامعه کسب می‌شود و به تبع آن بر کیفیت زندگی اثر مستقیم خواهد داشت. همیطور با افزایش میزان حمایت اجتماعی از میزان مرگ و میر بیماران کاسته و بروز ناخوشی‌های جسمی و روانی در افراد کمتر می‌شود (۱۱).

حمایت اجتماعی می‌تواند حمایت عاطفی، اطلاعاتی و ابزاری باشد. حمایت عاطفی شامل دوست داشتن و عشق ورزیدن به بیمار، پذیرفتن بیمار و احترام گذاشتن به او می‌باشد. کمک ملموس کالائی و یا خدماتی نیز تحت عنوان حمایت ابزاری نامیده شده و دادن اطلاعات و آگاهی به افراد در زمان بروز استرس‌های جسمی و روانی را حمایت اطلاعاتی گویند (۱۲).

از آنچه که گفته شد مشخص می‌شود که حمایت اجتماعی می‌تواند در برخی از ابعاد کیفیت زندگی تأثیر گذار باشد.

مروری بر متون انجام شده حاکی از فقدان مطالعات کافی در ابعاد تشکیل دهنده کیفیت زندگی بیماران دیالیزی و همیطور حمایت اجتماعی و ابعاد تشکیل دهنده آن در سطح دنیا و کیفیت زندگی آنان در کشورهای آسیایی بویژه ایران می‌باشد، لذا در این پژوهش قصد بر آن است که ضمن شناسایی اجزاء مؤثر کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی بیماران همودیالیزی رابطه بین این دو مفهوم مورد تجزیه و تحلیل قرار گیرد.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر یک مطالعه همبستگی است که بعد از انتخاب نمونه پژوهش با استفاده از پرسشنامه تهیه شده و با روش مصاحبه به بررسی حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی و سپس رابطه بین این دو مفهوم در این بیماران پرداخته است. جامعه مورد پژوهش

نتایج نشان داد که بین کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی ارتباط مستقیم و معنی‌داری وجود دارد ($I=0/4$ و $p<0/001$). همین‌طور بین کیفیت زندگی از بعد جسمی ($I=0/327$ و $p<0/001$)، بعد روانی ($I=0/396$ و $p<0/001$) و بعد اجتماعی ($I=0/317$ و $p<0/001$) با حمایت اجتماعی ارتباط مستقیم و معنی‌داری وجود دارد. همین‌طور مشخص شد که حمایت اجتماعی ۱۷٪ از کل واریانس کیفیت زندگی را به خود اختصاص داده و رگرسیون آماری چندگانه نشان داد که از میان ابعاد مختلف حمایت اجتماعی تنها بعد حمایت عاطفی دارای ارتباط معنی‌دار با کیفیت زندگی می‌باشد، بطوریکه حمایت عاطفی ۱۴٪ از واریانس کل کیفیت زندگی را به خود اختصاص می‌دهد. همین‌طور حمایت عاطفی به ترتیب ۵٪، ۱۳٪ و ۲۵٪ از کل واریانسهای کیفیت زندگی از ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی را به خود اختصاص می‌دهد. در حالیکه تأثیر حمایت ابزاری و حمایت اطلاعاتی بر کیفیت زندگی و ابعاد مختلف آن از نظر آماری معنی‌دار نمی‌باشد.

بیماران ۲ بار در هفته دیالیز می‌شدند و ۸۷/۷ درصد سابقه انجام پیوند کلیه را گزارش نمودند. نتایج نشان داد که ۵۶/۱ درصد دارای کیفیت زندگی مطلوب هستند ($139/5 \pm 26/5$). ضمن اینکه ۴۷٪ در بعد جسمی، ۴۲/۷٪ در بعد روانی و ۸۷/۸٪ در بعد اجتماعی از کیفیت زندگی مطلوب برخوردار بودند (جدول ۱). در بعد حمایت اجتماعی نتایج این مطالعه نشان داد که ۴۹/۴٪ واحدهای مورد پژوهش دارای حمایت اجتماعی نامطلوب و ۵۰/۶٪ آنها دارای حمایت اجتماعی مطلوب می‌باشند. ضمن اینکه بیشترین حمایت اجتماعی مطلوب در واحدهای مورد پژوهش در زمینه حمایت عاطفی (۵۷/۳٪) و بیشترین حمایت اجتماعی نامطلوب در واحدهای مورد پژوهش در زمینه حمایت آموزشی و حمایت ابزاری بوده است (جدول ۲). همین‌طور نتایج نشان داد که بیشترین حمایت اجتماعی مطلوب از سوی خانواده (۸۹٪) و کمترین حمایت اجتماعی مطلوب از سوی انجمن‌های حمایت‌کننده از بیماران (۶/۱٪) تأمین می‌گردد.

جدول ۱: نمرات کیفیت زندگی و ابعاد مختلف آن قبل و بعد از برنامه ورزشی

P	بعد از برنامه ورزشی	قبل از برنامه ورزشی
<0/001	۱۸۷/۰۵	۱۵۳/۷۴
<0/001	۱۰۰/۹	۸۰/۷
<0/001	۳۸۷	۳۲
<0/001	۴۷/۴	۴۱/۰۵

جدول ۱: کیفیت زندگی و ابعاد مختلف آنها در واحدهای مورد پژوهش مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، سال ۱۳۸۴

کیفیت زندگی	نامطلوب (%) تعداد	نمره*	مطلوب (%) تعداد	نمره*	$\bar{x} \pm SD$
بعد جسمی	۸۷ (۵۳/۰)	(<۷۲)	۷۷ (۴۷/۰)	(>۷۲)	۶۹/۵۲ ± ۱۷/۸۲
بعد روانی	۹۴ (۵۷/۳)	(<۲۹/۵)	۷۰ (۴۲/۷)	(>۲۹/۵)	۲۸/۴۶ ± ۶/۶۴
بعد اجتماعی	۲۰ (۱۲/۲)	(<۳۳)	۱۴۴ (۸۷/۸)	(>۳۳)	۴۱/۵۲ ± ۶/۸۳
کل	۷۲ (۴۳/۹)	(۴۸-۱۳۴/۵)	۹۲ (۵۶/۱)	(۱۳۴/۵-۲۲۱)	۱۳۹/۵۰ ± ۲۴/۴۶

* لازم به ذکر است اعداد داخل پرانتز جمع نمرات اعمالی به پاسخهای ارائه داده شده در ابزارها است که به دو قسمت مساوی تقسیم شده‌اند.

جدول ۲: حمایت اجتماعی و ابعاد مختلف آنها در واحدهای مورد پژوهش مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، سال ۱۳۸۴

حمایت اجتماعی	نامطلوب (%) تعداد	نمره*	مطلوب (%) تعداد	نمره*	$\bar{x} \pm SD$
بعد عاطفی	۷۰ (۴۲/۷)	(<۲۲/۴)	۹۴ (۵۷/۳)	(>۲۲/۴)	۲۶ ± ۵
بعد ابزاری	۱۲۹ (۷۸/۷)	(<۲۴/۹)	۳۵ (۲۱/۳)	(>۲۴/۹)	۲۴ ± ۴
بعد اطلاعاتی	۱۳۲ (۸۰/۵)	(<۱۹/۹)	۳۲ (۱۹/۵)	(>۱۹/۹)	۱۵ ± ۵
کل	۸۱ (۴۹/۴)	(۲۹-۷۲/۵)	۸۳ (۵۰/۶)	(۷۲/۵-۱۱۶)	۷۴ ± ۱۲

* اعداد داخل پرانتز جمع نمرات اعمالی به پاسخهای ارائه داده شده در ابزارها است که به دو قسمت مساوی تقسیم شده‌اند.

بحث

نتایج نشان داد که تقریباً نیمی از بیماران دارای کیفیت زندگی نامطلوب هستند. Evans مطالعه‌ای را بر روی ۸۵۹ بیمار در یک مرکز دیالیزی و پیوند کلیه انجام داد. وی گزارش نمود که تنها ۴۷/۵٪ بیماران همودیالیزی قادر به عملکرد در سطح نزدیک به نرمال بودند (۲۰). همینطور نتایج نشان داد که بیماران همودیالیزی در بعد اجتماعی مشکلات کمتر، ولی در ابعاد روانی و جسمی با مشکلات بیشتری مواجه هستند. این موضوع از نتایج مطالعات قبلی حمایت می‌کند. بطور مشابهی Deore نشان داد که بیشترین کاهش در کیفیت زندگی در بعد عملکرد جسمی می‌باشد (۲۱). همینطور Mapps در سال ۱۹۹۱ بیان کرد که مشکلات روانی ۲۱٪ از واریانس کیفیت زندگی را در بیماران دیالیزی توضیح می‌دهد (۲۲). همانطور که نتایج نشان داد بیماران همودیالیزی در ابعاد جسمی و روانی دارای کیفیت زندگی نامطلوب اما در بعد اجتماعی دارای کیفیت زندگی مطلوب می‌باشند. به نظر می‌رسد که علت بالا بودن کیفیت زندگی از بعد اجتماعی در بیماران همودیالیزی ناشی از ارتباط خوب و مناسب این بیماران با همسر و سایر اعضای خانواده و حمایت مداوم و موثر اعضای خانواده از این افراد باشد، در جوامع اسلامی از جمله کشور ایران از وظایف خانواده‌ها که اسلام آنرا توصیه نموده است تفاهم و همدردی، تلاش در رفع و برآوردن خواسته‌ها و توقعات اعضای خانواده و شرکت در غم و شادیهای یکدیگر باشد (۲۳).

نتایج نشان داد که نیمی از بیماران از حمایت اجتماعی نامطلوب و نیم دیگر از حمایت اجتماعی مطلوب برخوردارند. از میان ابعاد مختلف حمایت اجتماعی، تنها حمایت عاطفی در بیش از نیمی از واحدهای مورد پژوهش مطلوب بدست آمد، در حالیکه حمایت ابزاری و حمایت اطلاعاتی در بیشتر آنها نامطلوب بود. Kristoffron نیز مطالعه‌ای را در زمینه حمایت اجتماعی در بیماران مزمن انجام داده بود. نتایج این مطالعه در مورد حمایت اجتماعی نشان می‌داد که حدود یک سوم از نمونه‌ها حمایت اجتماعی پایینی را گزارش نمودند (۲۴). در مقایسه با مطالعه کریستوفرزون که در کشور سوئد انجام داده بود، حمایت عاطفی در مطالعه حاضر مطلوب‌تر بدست آمده است. به نظر می‌رسد علت بالا بودن حمایت عاطفی مطلوب در پژوهش حاضر ناشی از حمایت مداوم و موثر اعضای خانواده از این افراد در شرایط بیماری و ابراز همدردی و محبت با آنها می‌باشد.

نتایج نشان داد که خانواده بیشترین حمایت را از بیماران بعمل می‌آورد، در حالیکه ارگان‌های خیریه حمایت‌کننده از بیماران، آنچنان که بتوانند رضایت بیماران را جلب نمایند، نمی‌توانند از آنها حمایت کنند. پزشکان و پرستاران که می‌توانند با آموزش مناسب بیماران در زمینه بیماری و رژیم غذایی و تشویق و تقویت روحیه آنها نقش بسزایی را در تأمین حمایت اجتماعی از آنها ایفا نمایند، در این مطالعه تنها در کمتر از نیمی از بیماران توانسته‌اند حمایت اجتماعی مطلوب را فراهم آورند. لذا نیاز هست تا پزشکان و

پرستاران تلاش بیشتری را در زمینه ارائه خدمات فوق‌الذکر داشته باشند. همینطور مشاهده گردید که با افزایش حمایت اجتماعی، کیفیت زندگی نیز افزایش می‌یابد.

نتیجه این تحقیق با نتایج بدست آمده از مطالعات قبلی همخوانی دارد. در مطالعه Amir و همکاران (۱۹۹۹) ارتباط قوی بین حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی بدست آمده (۲۵) و در مطالعه keyes مشخص گردید که حمایت عاطفی و ابزاری دارای ارتباط مستقیم و معنی‌دار با کیفیت زندگی می‌باشد (۲۶). مطالعه Yan نشان می‌دهد که حمایت اجتماعی، افسردگی و علائم جسمی ۴۴٪ از کل واریانس کیفیت زندگی مبتنی بر سلامت را در بیماران مزمن تشکیل دهد. در این میان حمایت اجتماعی ۳٪ از کل واریانس کیفیت زندگی مبتنی بر سلامت را (۱۸) و در مطالعه حاضر ۱۷٪ از کل واریانس کیفیت زندگی را به خود اختصاص می‌دهد. حمایت اجتماعی می‌تواند تأثیرات سوء ناشی از بیماری مزمن را کاهش و به بیماران کمک نماید تا سازگاری بهتری را با بیماری خود داشته باشند. مجموعه اثرات ذکر شده می‌تواند موجب بهبود کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی شود. آنچه از نتایج این مطالعه به دست آمده نشان می‌دهد که حمایت اجتماعی دارای ارتباط مستقیم و معنی‌داری با کیفیت زندگی از بعد جسمی می‌باشد به گونه‌ای که با افزایش حمایت اجتماعی از سوی منابع مختلف می‌توان از مشکلات جسمی این بیماران کاست. به نظر پژوهشگر این ارتباط می‌تواند ناشی از حمایت عاطفی که خانواده از بیمار بعمل می‌آورد، باشد که به بیمار کمک می‌کند تا با تکیه بر خانواده احساس کند کسانی هستند که پشتیبان او در این شرایط سخت و بحرانی بوده لذا راحت‌تر با بیماری مقابله کرده و با آن سازگاری نموده و از انزوا و گوشه‌گیری دوری جسته، نشاط و دلگرمی بگیرد. ضمن اینکه تحقیقات مختلف نشان می‌دهد که حمایت اجتماعی و بخصوص حمایت اطلاعاتی می‌تواند افزایش وزن بین جلسات دیالیز را کمتر نموده و موجب بهبود وضعیت حرکتی و عملکردی این بیماران شود (۲۸ و ۲۷).

همینطور با افزایش حمایت اجتماعی، کیفیت زندگی از بعد روانی و همینطور بعد اجتماعی افزایش می‌یابد. به نظر پژوهشگر این ارتباط می‌تواند ناشی از ارتباط مناسب همسر و اعضای خانواده بیماران با آنان و احساس همدردی، دادن دلگرمی و ابراز محبت کافی از سوی خانواده این بیماران باشد. شیخی در این ارتباط می‌نویسد: در کشورهای پیشرفته صنعتی فردگرایی، عدم وفاداری به خانواده و خانواده‌گریزی و در کشورهای جهان سوم از جمله ایران وفاداری به خانواده و حمایت افراد از سوی خانواده وجود دارد (۲۹).

نتیجه گیری

علیرغم تأثیر درمانی همودیالیز در نارسایی کلیه، بیماران با عوامل تشویش‌زای متعدد جسمی و روانی مواجه هستند که منجر به کاهش کیفیت زندگی آنان می‌شود. بنابراین با حمایتی که از

از میان ارگانها و نهادهای مختلف، خانواده تنها نهاد حمایت کننده تأثیرگذار بر این بیماران است. همینطور نتایج این آزمون نشان داد که جا دارد تا حمایت ابزاری و حمایت اطلاعاتی را در این بیماران افزایش داد تا در کنار حمایت عاطفی که عمدتاً از سوی خانواده انجام می‌شود، بتوان کیفیت زندگی این بیماران را ارتقاء بخشید.

سوی خانواده، دوستان و سایر ارگانها بر این بیماران انجام گیرد، می‌توان کیفیت زندگی را ارتقا داد. نتایج این پژوهش نشان داد که حمایت عاطفی تنها بعد تأثیرگذار بارز در کیفیت زندگی این بیماران بوده، و از آنجاییکه بیشترین حمایت عاطفی مطلوب از سوی خانواده بیماران انجام می‌شود می‌توان به صراحت گفت که

References

1. طباطبائی ف، خطیبی ن، حق ازلی م، گلسترخی ر، در ترجمه مبانی طب داخلی سیسیل، آندرولی ت. (مؤلف). ویرایش پنجم چاپ اول، تهران: نشر اشتیاق، ۱۳۷۹، ص ۳۴۸.
2. بهرامی نژاد ن. بررسی عوامل تنش‌زا و نحوه مقابله بیماران تحت درمان با همودیالیز در بیمارستانهای وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تبریز، پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ۱۳۷۳، صص ۱-۳.
3. فرهمند ف، در ترجمه بیماریهای کلیه و فشارخون سیسیل. آندرولی ت. (مؤلف)، تهران: انتشارات دانش‌پژوه، ۱۳۷۱، ص ۱۵.
4. Hakim RM, Depner TA, Parker TF. Adequacy of Hemodialysis. *AM Journal Kidney Disease* 1999; **20**(2): 107-123.
5. کجباف‌زاده، م. پیوند کلیه. تهران: انتشارات وزارت بهداشتی جمهوری اسلامی ایران، ۱۳۶۳، ص ۲۴.
6. Baldree KS, Murphy SP, Powers M. Stress identification and coping patterns in patients on hemodialysis. *Journal of Nursing Research* 1982; **31**(2): 107 – 112.
7. Lancaster LE. Impact of chronic illness over the life span. *ANNA Journal* 1988; **15**(3): 164 – 167.
8. Kuehner C. Determining of subjective quality of life in depressed patients: The role of self esteem, response styles, and social support. *Journal of active disorders* 2005; **86**: 205-213.
9. Testa MA, Simonson DC, Turner RR. Valuing Quality of life and Improvement in glycemic control in people with type 2 diabetes. *Diabetes care* 1998; **21**(3): 44-52.
10. JJunger D. Health Related Quality of Life in Patients with Congestive Heart Failure: Comparison with other Chronic Disease and Relation of Functional Variable. *Heart Journal* 2002; **87**(3): 235.
11. Callaghan P, Morrissey J. social support and health: a review. *Journal of Advanced Nursing* 1993; **18**: 203-210.
12. Schaffer MA. Social support. In: Peterson SJ, Bredow TS: *Middle Range Theories*, Philadelphia: *Lippincott co.* 2004: 179-202.
13. Suh MR, Jung hH, Kim SB, Park JS, Yang WS. Effects of Regular Exercise on, Anxiety, depression, and Quality of Life in Maintenance Hemodialysis Patients. *Renal Failure Journal* 2002; **24**(3): 337-345.
14. Shioh LT, Marilyn HT. Self care, Self efficacy, Depression, and Quality of Life among Patients Receiving Hemodialysis in Taiwan. *International Journal of Nursing Studies* 2002; **39**: 245-251.
15. Mckevitt C, Redfern I, Laplaca V, Wolfe CDa. 2003. Defining and using quality of life: a Survey of health care professionals. *Clinical Rehabilitation* : **17**: 865-870
16. قنبری ع، بررسی تأثیر آموزش بر اساس الگوی پنداشتی مراقبت از خود بر کیفیت زندگی و وضعیت متابولیک بیماران دیابتی غیروابسته به انسولین مراجعه کننده به مراکز آموزشی دیابت در شهر تبریز. پایان نامه دکترای پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، دانشکده پرستاری و مامایی، ۱۳۸۰: ۶۷-۵۰.
17. Kutner NG, Zhang R, Mccllellan WM. 2000. Patient - Reported quality of life early in dialysis treatment: effects associated with usual exercise activity. *Nephrology Nursing Journal*. 2000: 27,4: 357- 367
18. Yan H, Sellick K. Symptoms, Psychological distress, Social support, and Quality of life of chinese patients newly diagnosed with gastrointestinal cancer. *Cancer Nursing* 2004; **27**(5): 389-399.
19. خوشدل م، بررسی ارتباط بین حمایت اجتماعی و عزت نفس در بین دانشجویان کارشناسی تبریز. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه تبریز، سال ۱۳۷۹، صص ۳۰.
20. Evans D. The quality of life of patients with End Stage Renal Disease. *New England journal of medicine* 1985; **312**(9): 553-559.
21. DeOreo PB. Hemodialysis patient-assessed functional health status predicts continued survival, hospitalization, and dialysis-attendance compliance. *Am J Kidney Dis*. 1997; **30**: 204-212.
22. Mapes DL. Self-management Compliance and Quality of life in chronic hemodialysis patients. Doctoral Dissertation, Sanfrancisco: *University of California*, 1991.
23. حلم سرشت، پ، دل پیشه ا. پرستاری بهداشت جامعه. چاپ اول، تهران: انتشارات چهار، ۱۳۷۶، صص ۶۹-۳۶.
24. Kristofferzon ML, Lofmark R, Carlsson M. Copping, social support and quality of life over

- time after myocardial infarction. *Journal of advanced nursing* 2004; **52**(2): 113 - 124.
25. Amir M, Roziner I, Knoll A, Neufeld MY. Self efficacy and social support as mediators in the relation between disease severity and quality of life in patients with epilepsy. *Epilepsia Journal* 1999; **40**(2): 216-224.
26. Keyes B, Michalec B, Kobau R, Zahran H, et al. social support and quality of life among older adults- Missouri, 2000. *Morbidity and mortality weekly report* 2005; **54**(17), 433 -437.
27. Patel SS, Peterson RA, Kimmel PL. The Impact of Social Support on End-stage Renal Disease. *Seminar in dialysis* 2005; **18**(2): 98 – 102.
28. Klang B. Predialysis patient education: effect on functioning and well-being in uraemic patients. *J Adv Nurse* 1998; **28**: 36-44.
٢٩. شیخی م. جامعه شناسی جهان سوم. چاپ سوم. نشر اشراقی - صفار، ١٣٧٨، ص ١٧٢.