

بررسی ارتباط حمایت اجتماعی با افسردگی در بیماران تحت درمان با همودیالیز شهر کرمان

زهرا رویانی^۱، ندا اسدی^{۲*}

تاریخ پذیرش: ۹۳/۴/۳۰

تاریخ دریافت: ۹۳/۱۲/۱۶

چکیده:

زمینه و هدف: افسردگی یکی از اختلالات شایع در بیماران تحت درمان با همودیالیز است که روند افزایشی دارد. لذا مطالعه حاضر به منظور تعیین همبستگی حمایت اجتماعی با افسردگی در بیماران تحت درمان با همودیالیز شهر کرمان، انجام شد.

مواد و روش ها: پژوهش حاضر مطالعه ای توصیفی تحلیلی بود. ۱۸۲ بیمار تحت درمان با همودیالیز مراجعه کننده به مراکز آموزشی درمانی کرمان با روش سرشماری انتخاب گردید. داده ها با استفاده از پرسشنامه شامل مشخصات دموگرافیک، پرسشنامه استاندارد سنجش افسردگی بک (BDI) و پرسشنامه حمایت اجتماعی (Enriched Social Support Instrument) ESSI جمع آوری و در محیط نرم افزار SPSS نسخه ۱۷ با استفاده از آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آزمون ضریب همبستگی پیرسون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج: ۶۸/۱٪ از افراد مورد پژوهش دارای درجاتی از افسردگی بودند. ۸۳٪ از افراد نیز از حمایت اجتماعی خوبی برخوردار بودند. همچنین، در بررسی ارتباط افسردگی و حمایت اجتماعی، مشخص گردید که ارتباط معکوس معناداری بین افسردگی و حمایت اجتماعی وجود دارد ($P=0/005$) به طوریکه با افزایش حمایت اجتماعی، میزان افسردگی کاهش می یافت.

نتیجه گیری: نتایج این مطالعه نشان داد که افسردگی در این بیماران شیوع بالایی دارد. به نظر می رسد در بخش های دیالیز به مسائل روانشناختی این بیماران باید توجه ویژه مبذول نمود. پرستاران می توانند با شناسایی افراد پرخطر از نظر دریافت حمایت اجتماعی از بروز افسردگی در این بیماران پیشگیری نمایند.

کلمات کلیدی: افسردگی، حمایت اجتماعی، همودیالیز

^۱ کارشناس ارشد پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران
^۲ دانشجوی دکتری، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران. (*نویسنده مسول)، آدرس الکترونیکی: nedaasadi87.nax@gmail.com

مقدمه

بیماری مزمن، تجربه ای چند بعدی است که موجب از هم گسیختگی و ناتوانی فرد در بسیاری از زمینه های روانی، اجتماعی، اقتصادی و غیره می گردد. (۱) یکی از بیماری های مزمنی که این روزها رشد زیادی داشته است، نارسایی مزمن کلیه است. (۲) اصطلاح نارسایی مزمن کلیوی به فرآیندی از افت قابل توجه، مداوم و غیر قابل برگشت تعداد نفرون ها اطلاق می شود که در آن توانایی کلیه در دفع مواد زائد متابولیک و حفظ مایع و الکترولیت ها از بین می رود این نارسایی منجر به سندروم افزایش اوره خون می گردد. بنا بر آمار موجود در کشور سالانه ۱۵٪ به تعداد بیماران کلیوی کشورمان افزوده می شود. (۳) اگر چه همودیالیز به عنوان درمان اصلی نارسایی مزمن کلیوی، طول عمر مبتلایان را افزایش می دهد، اما با این وجود مشکلات روانی - اجتماعی متعددی (۱) را (به دلیل تغییر در سبک زندگی به دلیل بیماری و شیوه درمان برای آن ها ایجاد میکند. (۴) از آنجا که شایع ترین اختلال روانی در بیماران تحت درمان با همودیالیز افسردگی است. (۵) لذا در چند دهه ی اخیر توجه ویژه ای به بررسی فراوانی افسردگی و عوارض وابسته به آن در بیماران همودیالیزی شده است. افسردگی مهم ترین مشکل روانی است که در صورت عدم شناسایی یا درمان، می تواند منجر به تغییر در وضعیت تغذیه، تأثیر مستقیم و غیر مستقیم در سیستم ایمنی بدن، عدم رعایت رژیم درمان، افزایش شدت بیماری و در نهایت خودکشی یا قطع درمان گردد. فراوانی افسردگی در این بیماران به طور کلی ۲۰ تا ۳۰ درصد گزارش شده است. (۶) در مطالعه Cukor و همکاران نیز شایع ترین اختلال روانی در بیماران همودیالیزی را، افسردگی گزارش نموده است به طوریکه ۲۹٪ (۲۰٪ افسردگی اساسی و ۹٪ اختلال دیستیمیا) بیماران تحت مطالعه دارای افسردگی بودند (۷). Watnick نیز میزان افسردگی را در مطالعه خود ۲۶٪ بیان داشته اند (۸). اما این میزان افسردگی با آمار های موجود در کشور ما متفاوت است به طور مثال مدانلو و همکاران میزان افسردگی را در بین بیماران همودیالیزی ۳۰-۸۰ درصد گزارش نموده اند (۴). همچنین ملاحمدادی در سال ۲۰۱۰ میزان افسردگی بیماران همودیالیزی را ۶۰٪ عنوان کرده است. (۹) از طرف دیگر مطالعات مختلف بیان کرده اند که افسردگی منجر به افزایش مرگ و میر بیماران و بدتر شدن پیش آگهی بیماری آنان می گردد به طوریکه Feroze و همکاران مرگ و میر بیماران همودیالیزی افسرده را تا ۴ برابر بیماران همودیالیزی غیر افسرده گزارش نموده اند (۱۰) شاید این امر را ناشی از آن دانست که بین افسردگی و عدم تبعیت بیماران همودیالیزی از رژیم غذایی توصیه شده و حتی درمان

های ضروری ارتباط معنی داری وجود دارد و این امر می تواند سلامت بیمار را به خطر انداخته و مرگ آنان را تسریع نماید (۱۱)

در مقابل حمایت اجتماعی مهمترین ویژگی است که در رابطه با خنثی سازی تاثیرات نامطلوب و فشار های روانی بررسی شده است. حمایت اجتماعی بنا به تعریف احساس تعلق داشتن، پذیرفته شدن، مورد علاقه، عشق و محبت قرار گرفتن اطلاق می شود و برای هر فرد یک رابطه امن بوجود می آورد که در این رابطه ویژگی های اساسی احساس امنیت، صمیمیت و نزدیکی است. (۱۲) برخی دیگر حمایت اجتماعی را به عنوان درجه ای از برآورده کردن نیازهای احساسی، رضایت، تعلق و امنیت برای دیگران یاد کرده اند (۱۳). مطالعات نشان داده است که حمایت اجتماعی نه تنها می فرد را در مقابل تنش های ناشی از بیماری محافظت می کند بلکه سازگاری روانی اجتماعی را افزایش می دهد. (۱۴) مطالعات Safa AL-Arabi موید این نکته است. وی بیان می دارد: نتایج مثبت زیادی از حمایت اجتماعی حاصل میشود که از جمله میتوان افزایش سلامت رفتاری، رشد شایستگی و صلاحیت فردی، تطابق بهتر با بیماری، احساس خوب بودن، افزایش عزت نفس، کاهش افسردگی و اضطراب را نام برد (۱۵).

اگرچه برخی مطالعات در کشورمان نیز، وجود ارتباط معکوس معنادار بین حمایت اجتماعی و افسردگی را در برخی بیماران مزمن از قبیل سرطان و دیابت اثبات کرده است (۱۶ و ۱۷) اما مطالعه ای که به بررسی ارتباط افسردگی با حمایت اجتماعی در بیماران تحت درمان با همودیالیز پرداخته باشد، یافت نشد. از آنجا که پرستاران بیش از سایر کارکنان درمانی با بیماران تحت درمان با همودیالیز در ارتباط هستند، می توانند با شناسایی موارد افسردگی، از آثار منفی و عوارض مخرب آن پیشگیری به عمل آورند و همچنین، به عنوان افرادی که نقش مستقیم در حمایت اطلاعاتی، و نقش آموزشی در حمایت عاطفی و نقش ارجاع کننده در حمایت ابزاری دارند (۱۸ و ۱۹). لذا لزوم انجام چنین پژوهشی به خوبی احساس میشود تا با قرار دادن نتایج به دست آمده از تحقیق در اختیار مسئولین و مدیران مربوطه، پرستاران، پزشکان و مؤسسات حمایت کننده، آنها را در امر برنامه ریزی و ارائه راه کارهای مناسب تر برای بیماران و خانواده آنها یاری نمود. پژوهش حاضر با هدف تعیین ارتباط افسردگی با حمایت اجتماعی در بیماران تحت درمان با همودیالیز مراکز دیالیز کرمان طراحی و اجراء گردید.

روش کار

درمان باهمودیالیز مورد بررسی بودند، به صورت تصادفی داده شد و ضریب هم بستگی درونی برای پرسشنامه (۰/۸۲) بدست آمد. این ابزار دارای ۶ سوال با دامنه نمرات ۱ (هیچ وقت) تا ۵ (همیشه) و ۱ سوال با پاسخ ۲ گزینه ۴ (بلی) و ۲ (خیر) نمره می باشد. مجموع نمره ۱۸ و پایینتر به عنوان حمایت اجتماعی پایین در نظر گرفته شد. داده ها در نرم افزار آماری SPSS نسخه ۱۷ با استفاده از آمار توصیفی (جدول، نمودار، میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (آزمون های تحلیل واریانس و تی تست) و آزمون ضریب همبستگی پیرسون تحلیل گردیدند.

یافته ها

نمونه های مطالعه حاضر شامل ۱۸۲ بیمار تحت درمان با همودیالیز بودند. میانگین سنی واحدها $59/75 \pm 13/61$ سال بود. اکثر شرکت کنندگان را مردان (۶۴/۳٪) ۱۱۷ نفر تشکیل می دادند همچنین میانگین طول مدت دیالیز برحسب سال $1/28 \pm 1/26$ بدست آمد. (۸۹٪) ۱۶۲ نفر از افراد شرکت کننده در پژوهش مبتلا به آنمی و (۳۰/۲٪) ۵۵ نفر نیز دارای سوء تغذیه (سطح آلبومین کمتر از ۳/۵ گرم در دسی لیتر) بودند. مشخصات فردی، افراد مورد پژوهش در جدول شماره ۱ آورده شده است.

جدول شماره ۱ - مشخصات دموگرافیکی واحدهای مورد پژوهش

| متغیر | | تعداد (درصد) |
|----------------|-----------|--------------|
| جنس | زن | ۶۵ (۳۵/۷) |
| | مرد | ۱۱۷ (۶۴/۳) |
| سن | ۲۰-۴۹ | ۴۶ (۲۵/۳) |
| | ۵۰-۵۹ | ۴۰ (۲۲) |
| | ۶۰-۶۹ | ۵۲ (۲۸/۶) |
| | >۷۰ | ۴۴ (۲۴/۲) |
| سوء تغذیه | | ۵۵ (۳۰/۲) |
| آنمی* | | ۱۶۲ (۸۹) |
| طول مدت دیالیز | <۱ | ۱۰۹ (۵۹/۹) |
| | ۱-۳ | ۶۰ (۳۳) |
| | ۴-۶ | ۱۳ (۷/۱) |
| حمایت اجتماعی | سطح پایین | ۳۱ (۱۷) |
| | سطح بالا | ۱۵۱ (۸۳) |

* از آنجا که در این بیماران عمر گلبول قرمز از ۱۲۰ روز به ۶۰ روز کاهش می یابد و از تولید اریتروپوئیتین نیز کاسته می شود لذا سطح هموگلوبین پایین ملاک قرار گرفته شده است نه نوع کم خونی، در سایر مطالعات مشابه نیز سطح هموگلوبین مد نظر قرار گرفته است.

پژوهش حاضر مطالعه ای توصیفی - تحلیلی است که در بخش های همودیالیز مراکز آموزشی درمانی شهر کرمان در سال ۱۳۹۲ انجام پذیرفت. افراد مورد مطالعه شامل تمامی بیماران تحت درمان با همودیالیز در بخش های همودیالیز مراکز آموزشی درمانی شهر کرمان که واجد شرایط ورود به مطالعه اند به صورت سرشماری مورد بررسی قرار گرفتند. معیارهای ورود به مطالعه عبارتند از: ۱- داشتن پرونده در مراکز دیالیز کرمان ۲- نداشتن معلولیت ذهنی ۳- برخورداری از توانایی شنیداری و گفتاری جهت پاسخ به سوالات ۴- نداشتن بیماری های روحی روانی شناخته شده و سابقه بستری در بخش های روان ۵- حداقل هفته ای ۲ بار، هر بار به مدت ۴ ساعت تحت درمان با همودیالیز نگهدارنده قرار گیرد. بدین ترتیب تعداد ۱۸۲ بیمار پس از شنیدن توضیحات لازم و یافتن اطمینان نسبت به حفظ اطلاعات مندرج در پرسشنامه، با اعلام رضایت کتبی وارد مطالعه شدند. نمونه گیری پس از اخذ مجوز توسط کمیته ی اخلاق و معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی کرمان و با استفاده از پرسش نامه آغاز شد. پرسش نامه ی مورد استفاده شامل پرسشنامه جمعیت شناختی (سن، جنس، مدت زمان همودیالیز، میزان هموگلوبین و آلبومین) و فرم کوتاه پرسشنامه افسردگی بک و پرسشنامه حمایت اجتماعی ESSI بود.

فرم کوتاه پرسشنامه افسردگی بک ۱۳ سوال ۴ گزینه ای دارد که دامنه نمرات از ۰-۳ است. که بیشینه و کمینه نمره آن بین ۰-۳۹ است. نمرات بین ۰-۳۰ بهنجار، ۴-۷ بیانگر افسردگی خفیف، ۸-۱۱ افسردگی خفیف - متوسط، ۱۲-۱۵ افسردگی متوسط، ۱۵-۳۹ افسردگی شدید است. در این پژوهش به دلیل کم بودن نمونه در طبقه شدید و به منظور برقراری شرایط استفاده از آزمون های آماری طبقات متوسط و شدید در هم ادغام گردید و در کل به صورت ۴ گروه بهنجار، خفیف، متوسط و شدید گزارش گردید. این ابزار قبلا در مطالعات مختلف به کار گرفته شده و روایی و پایایی آن محاسبه شده است. (۱۶)

پرسشنامه^۱ ESSI ابزاری ۷ ایتمی است که جنبه های متفاوت حمایت اجتماعی را می سنجد. جهت تعیین روایی بر اساس روش استاندارد پرسشنامه را به زبان فارسی ترجمه و سپس به زبان انگلیسی برگردانده شد و ۱۰ نفر از اعضای هیأت علمی آن را بررسی و تأیید کردند. برای تعیین پایایی، این پرسشنامه ها به ۲۰ نفر از بیماران تحت

¹ ENRICHED Social Support Instrument

۶۹/۶۱ درصد بیان کرده اند شیوع علایم افسردگی، اضطراب، افسردگی و اضطراب توأم و روان پریشی در بیماران همودیالیزی به ترتیب برابر ۲، ۱۲/۵۰، ۷/۸ و صفر بوده است. (۱) در مطالعه افشار و همکاران که در تهران با استفاده از پرسشنامه افسردگی بک انجام شد، میزان شیوع افسردگی را ۷۰ درصد بیان کرده است که ۲۶/۷ درصد آنها دارای افسردگی بالا بودند (۲۰)

و همچنین در مطالعه مدانلو و همکاران در گرگان انجام شد میزان شیوع افسردگی را بین ۵۰ تا ۸۰ درصد عنوان کردند که از این میان ۳۱ درصد افسردگی شدید و ۳۷/۲ درصد افسردگی خفیف تا متوسط داشتند (۴) در مطالعه دیگری که توسط رئیسی در تهران انجام شد میزان افسردگی را ۶۰ درصد بیان کرده است بطوریکه ۲۲/۵ درصد را دارای افسردگی اساسی و ۳۰ درصد را دارای اختلال افسرده خوبی عنوان کرده است. آنان دریافتند که از بین عوامل مختلف، ابتلا به دیابت قندی با افسردگی ارتباط معنی دار وجود دارد. (۲۱)

در مطالعه Cukor در آمریکا نیز میزان شیوع افسردگی را ۲۹ درصد بیان کرده است بطوریکه ۲۰ درصد دارای افسردگی اساسی و ۹ درصد دارای اختلالات افسرده خوبی بوده اند. (۷) اما در مطالعه Santos در برزیل با استفاده از ابزار (CES-D) بر روی ۱۶۶ بیمار بالای ۱۸ سال انجام شد، تنها ۷/۸ درصد افراد تحت مطالعه دارای افسردگی بودند آنها علت امر را ناشی از این نکته دانسته اند که شیوع افسردگی بستگی به مشخصات نوع جمعیت مورد مطالعه دارد. (۲۲)

عوامل متعددی می تواند منجر به شیوع بالای این اختلال در بیماران گردد. وجود تنش زهای اجتماعی و اقتصادی مختلف در این بیماران از جمله احتمال از دست دادن شغل و مشکلات مالی، محدودیت های غذایی فراوان، مشکلات زناشویی و مصرف طولانی مدت برخی دارو ها و در نهایت علاج ناپذیری این بیماری عواملی هستند که می تواند منجر به افسردگی در این بیماران گردد. از طرفی اکثریت بیماران مورد مطالعه از خانواده های فقیر و کم در آمد با وابستگی مالی به اطرافیان می باشند که نشان می دهد فقر فرهنگی نیز بی تأثیر نخواهد بود.

از یافته های دیگر این مطالعه وجود حمایت اجتماعی بالا در این بیماران است بطوریکه ۸۳ درصد افراد دارای حمایت اجتماعی بالا بودند که با مطالعه حیدر زاده که ۸۲/۱ درصد افراد دارای حمایت اجتماعی خوبی بودند، همخوانی دارد (۲۳). همچنین در مطالعه رامبد که به بررسی وضعیت حمایت اجتماعی درک شده در بیماران تحت درمان با همودیالیز پرداخته است، ۶۴/۹ درصد از نمونه ها را دارای حمایت اجتماعی مطلوب گزارش کرده است (۱۵) اما در مطالعه حریریان میزان حمایت اجتماعی مطلوب را تنها ۴۰/۵ درصد گزارش کرده است (۱۹). Suwalieh علت بالا بودن درک حمایت اجتماعی در افراد را به این دلیل می داند که آنها از

در بررسی شدت افسردگی و جنسیت، سن، مدت زمان دیالیز، سطح آلبومین و هموگلوبین ارتباط معناداری یافت نگردید میزان افسردگی در زنان و مردان در مقایسه با هم اختلاف معناداری را نشان نمی دهد و در مجموع (۶۸/۱٪) ۱۲۴ نفر از بیماران مورد مطالعه مبتلا به درجات مختلفی از افسردگی بودند که شامل ۳۶/۸٪ افسردگی خفیف و ۱۸/۷٪ افسردگی متوسط و ۱۲/۶٪ افسردگی شدید بودند.

در بررسی حمایت اجتماعی (۸۳٪) ۱۵۱ نفر از افراد نیز از حمایت اجتماعی خوبی برخوردار بودند (دارای نمره حمایت اجتماعی بالای ۱۸ که نقطه برش است، بوده اند) و در مقابل ۱۷٪ نمونه ها از حمایت اجتماعی ضعیفی برخوردار بودند. در بررسی ارتباط افسردگی و حمایت اجتماعی، که با آزمون ضریب همبستگی پیرسون انجام شد، مشخص گردید که ارتباط معکوس معناداری بین افسردگی و حمایت اجتماعی وجود دارد (P=0.005) به طوریکه با افزایش حمایت اجتماعی، میزان افسردگی کاهش می یابد (t=-0.069).

همچنین نتایج آزمون های آماری نشان داد که در گروه هایی که از میانگین حمایت اجتماعی بالاتری برخوردارند، میانگین افسردگی پایین تر می باشد. نتایج در جدول شماره ۲ توصیف شده است.

جدول شماره ۲- میانگین و انحراف معیار میزان حمایت اجتماعی بر حسب افسردگی در بیماران تحت همودیالیز

| افسردگی | تعداد (درصد) | میانگین و انحراف معیار حمایت اجتماعی | p |
|---------|--------------|--------------------------------------|-------|
| بهنجار | ۵۸ (۳۱/۹) | 5.06±25.05 | 0.005 |
| خفیف | ۶۷ (۳۶/۸) | 4.6±24.85 | |
| متوسط | ۳۴ (۱۸/۷) | 4.9±22.06 | |
| شدید | ۲۳ (۱۲/۶) | 4.8±20.96 | |

بحث و نتیجه گیری

مطالعه حاضر نشان داد که ۶۸/۱٪ از بیماران تحت درمان با همودیالیز دارای افسردگی بودند که ۱۲/۶ درصد از آنها دارای افسردگی شدید بودند. اکثر مطالعات موجود در این زمینه گویای شیوع به نسبت بالای این اختلالات (اضطراب و افسردگی) در بیماران همودیالیزی و تأثیر این اختلالات بر کیفیت زندگی و درمان این بیماران می باشند. افسردگی و اضطراب، مهم ترین عکس العمل های بیمار در مقابل بیماری نارسایی مزمن کلیه است و بر بقا و طول عمر بیمار تأثیر می گذارند (۱)

در مطالعه احمدزاده و همکاران که در اصفهان با استفاده از پرسشنامه SCL-90-R انجام شد، فراوانی کلی اختلالات روانی

که مارکری برای وضعیت سوءتغذیه است، مشاهده نشد. گودمن و همکاران نیز به نتایج مشابهی دست یافتند (۲۸). در بررسی ارتباط حمایت اجتماعی با سن، جنس، طول مدت دیالیز، سطح سرمی آلبومین و هموگلوبین نیز ارتباط معناداری یافت نشد. حریریان و همکاران نیز ارتباط معناداری بین جنسیت، نوع شغل، تاهل و تحصیلات یافت نکردند (۱۹) اما در مطالعه رامید بین جنس تاهل و تحصیلات، وضعیت فعالیت جسمی و وضعیت اقتصادی ارتباط معناداری بوده و با طول مدت دیالیز، اشتغال کنونی، قومیت و سایر بیماری‌ها معنادار نبوده است (۱۴). هر چند یافته‌های این مطالعه، شرح دقیقی از بررسی افسردگی و ارتباط آن با حمایت اجتماعی در بیماران تحت درمان با همودیالیز را ارائه کرده است، اما با محدودیت‌هایی نیز همراه بوده است از قبیل اینکه این احتمال وجود داشت که واحدهای مورد پژوهش احساس واقعی خود را در پاسخ به سئوالات منعکس نکنند، لذا با توضیح اینکه محتوای پرسشنامه کاملاً محرمانه بوده و لازم به ذکر نام و نام خانوادگی نیست این مورد تا حدودی کنترل شد. یکی دیگر از محدودیت‌های این مطالعه تعداد کم افراد جامعه بود، لذا نمونه‌گیری انجام نشد و از روش سرشماری استفاده گردید.

نتیجه گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که افسردگی در بیماران نارسیایی کلیه خطر جدی محسوب می‌شود و می‌تواند سلامت این بیماران را به مخاطره اندازد. به نظر می‌رسد در بخش‌های دیالیز به مسائل روان‌شناختی این بیماران باید توجه ویژه مبذول نمود. بنابراین پیشنهاد می‌شود برای تشخیص به موقع و در نهایت درمان افسردگی در بیماران همودیالیزی معاینات دوره‌ای روان‌پزشکی صورت گیرد. همچنین با توجه به اثرات مثبت حمایت اجتماعی در کاهش افسردگی، پرستاران می‌توانند با شناسایی افراد پرخطر از نظر دریافت حمایت اجتماعی از افسردگی در این بیماران پیشگیری نمایند و با ارائه مداخلات حمایتی مناسب در جهت ارتقا کیفیت زندگی آنان قدم بردارند.

تشکر و قدر دانی

این مطالعه برگرفته از طرح پژوهشی مصوب در معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی کرمان، به شماره ۱۰/۶۰/۵۵ میباشد.

بدینوسیله پژوهشگران مراتب سپاس فراوان خود را از معاونت محترم تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی کرمان و کلیه پرستارانی که ما را در این پژوهش یاری نمودند، اعلام می‌دارند.

هر نوع کمکی که از سوی دیگران اراده می‌شود استفاده می‌کنند تا بتوانند در رویارویی با تنش‌ها مقاومت کنند (۲۴) و همچنین بر اساس فرهنگ اسلامی رایج در بین مردم اساس مسئولیت‌های اجتماعی بر پایه مهربانی، لطف و مراعات دیگران استوار است لذا افراد در روابط با دیگران غالباً به مسئولیت‌های خود عمل کرده و به حقوق دیگران احترام می‌گذارند.

در بررسی ارتباط حمایت اجتماعی و افسردگی ارتباط معکوس معناداری بین افسردگی و حمایت اجتماعی مشاهده شد بدین معنا که افرادی که حمایت اجتماعی بالاتری داشتند، میزان افسردگی کمتر بوده است این نتایج با مطالعه تیزل که در ترکیه انجام شده است هم راستا بوده است. آنها در مطالعه خود ارتباط معکوس و معناداری را بین حمایت اجتماعی درک شده و افسردگی گزارش نموده اند. (۲۵)

همچنین غفاری نیز در مطالعه خود به بررسی این ارتباط در بیماران دیابتیک پرداخته است، وی نیز ارتباط معکوس معناداری بین افسردگی و حمایت اجتماعی در بیماران دیابتیک گزارش نموده است (۱۶) بر اساس نتایج مشاهده شده و مورد انتظار، وجود این رابطه می‌تواند ناشی از این مساله باشد که افرادی که حمایت اجتماعی مطلوب از طرف خانواده دوستان و کادر درمانی دریافت می‌کنند، شادکامی و رضایت از زندگی و در کل سلامت روان بهتری داشته و میزان افسردگی در این افراد کاهش می‌یابد. به بیان دیگر حمایت اجتماعی از سوی افراد کلیدی افزایش احترام به خود، کاهش سرزنش خود، کمتر تهدیدآمیز تلقی کردن بیماری و مشکلات و سازگاری بهتر را به دنبال دارد.

Safa AL-Arabi در این باره بیان می‌دارد: نتایج مثبت زیادی از حمایت اجتماعی حاصل میشود که از جمله میتوان افزایش سلامت رفتاری، رشد شایستگی و صلاحیت فردی، تطابق بهتر با بیماری، احساس خوب بودن، افزایش عزت نفس، کاهش افسردگی و اضطراب را نام برد (۱۵).

در بررسی ارتباط افسردگی با سن، جنس، طول مدت دیالیز، سطح سرمی آلبومین و هموگلوبین ارتباط معناداری یافت نشد. که با مطالعه افشار و همکاران و مدانلو و همکاران همخوانی دارد (۲۰، ۴) با این وجود برخی مطالعات ارتباط معناداری را بین جنسیت و سن با افسردگی بیان کرده اند (۲۱) در مطالعه چن و همکاران نیز ارتباط معکوس معناداری بین سطح هموگلوبین و افسردگی مشاهده شده است (۲۶) حدود ۳۰٪ بیماران تحت مطالعه وضعیت سوء تغذیه را گزارش کردند. که این نتایج با نتایج مطالعه کورچیلی و همکاران که میزان سوءتغذیه را در بیماران تحت درمان با همودیالیز ۲۰-۵۰٪ گزارش نموده است همخوانی دارد (۲۷). همچنین، در این مطالعه ارتباط معناداری بین افسردگی و سطح آلبومین،

References

- Ahmadzadeh GH, Mehdi M. The Prevalence of Depression, Anxiety and Psychosis among Hemodialysis patients in Nour and Ali Asghar Hospitals in Isfahan. *Journal of Isfahan Medical School*. 2012;29(162):1280-88. (Persian).
- Marvi A, Bayazi MH, Rahmani M, Kazemi Deloei A. Studying The Effect of Cognitive Behavioral Group Training on Depression in Hemodialysis Patients. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 2011; 30: 1831 – 1836
- Royani Z, Rayyani M, Behnampour N, Arab M, Goleij J. The effect of empowerment program on empowerment level and self-care self-efficacy of patients on hemodialysis treatment. *Iranian J Nursing Midwifery Res* 2013;18:84-7.
- Modanlou M, Taziki SA, Khoddam H, Behnampour N. Relationship between depression and associated demographic factors in patients on haemodialysis. *J Gorgan Uni Med Sci* 2005; *Transplant* 2007; 22(1): 203-8.
- Daugirdas JT, Blake PG, Ing TS. *Hand book of dialysis*. 4th ed, Boston, Lippincott Williams & Wilkins, 2007, 27:455-6.
- Chilcot J, Wellsted D, Da Silva-Gane M, Farrington K. Depression on dialysis. *Nephron Clin Pract* 2008; 108(4): 256-264.
- Cukor D, Coplan J, Brown C, Friedman S, Cromwell-Smith A, Peterson RA, Kimmel PL. Depression and Anxiety in Urban Hemodialysis Patients. *Clin J Am Soc Nephrol* 2007; 2: 484-490.
- Watnick S, Wang PL, Demadura T, Ganzini L: Validation of two depression screening tools in dialysis patients. *Am J Kidney Dis*. 2005; 46: 919–924.
- Mollahadi M., Tayyebi A, Ebadi A, Daneshmandi M. Comparison of anxiety, depression and stress among hemodialysis and kidney transplantation patients. *Iranian Journal of Critical Care Nursing Winter* 2010;2(4):153-156.
- Feroze U, Martin D, Reina-Patton A, Kalantar-Zadeh K, Kopple JD. Mental health, depression, and anxiety in patients on maintenance dialysis. *Iran J Kidney Dis* 2010; 4(3): 173-80.
- Sensky T, Leger C, Gilmour S. Psychosocial and cognitive factors associated with adherence to dietary and fluid restriction regimens by people on chronic haemodialysis. *Psychother psychosom*. 1996; 65(1): 36-42.
- Atkinson RI, Atkinson Rsl, Hilgard A. Introduction of psychology. Translated by: Baraheni MT, 1st ed. Roshd, Tehran: 2006; 1:186-205.
- Sit JW, Wong TK, Clinton M, Li LS, Fong YM. Stroke care in the home: the impact of social support on the general health of family caregivers. *J Clin Nurs*. 2004 Oct; 13(7): 816-24.
- Rambod M, Raffii2 F. Perceived Social Support in Hemodialysis Patients. *Iran Journal of Nursing* .2009, 22(58):99-110
- Safa Al-Arabi. Social support, coping method and quality of life in hemodialysis patients [Dissertation]. USA: The University of Texas Medical Branch at Galveston; 2003.
- Ghaffari, M., H. Shahbazian, M. Kholghi and M.R. Haghdooost, 2010. Relationship between social support and depression in diabetic patients *AJUMS.*, 8(63): 383-389
- Taghavi M, Kalafi Y, Talei A, Dehbozorgi GH, Taghavi SM. Investigating the Relation of Depression and Religious Coping and Social Support in Women with Breast Cancer. *Journal of Isfahan Medical School Vol* 28, No 115, 3rd week, January 2011;28(115): 901-907.
- O'Donnell K, Chung JY. The diagnosis of major depression in end-stage renal disease. *Psychother Psychosom*. 1997; 66(1): 38-43.
- Harririan HR, Aghajanlo A, Ghafori fard M. survey of social support in hemodialysis patients in Zanjan. *Journal of Azad medical sciences*.2013;23(1):74-80.
- Afshar R, G Ghaedi secondary, S., Davati AS, Rajabpour members. Prevalence of depression in patients treated with hemodialysis and related factors. *Medical Daneshvar Journal*. 1389 ; 17(88): 59-66.
- Raisi F, Nasehi A, Ekhtiari M. Frequency of depression among hemodialysis patients at Imam Khomeini Hospital. *Advances in Cognitive Science* 1384;2:55-59
- Santos PR. Depression and quality of life of hemodialysis patients living in a poor region of Brazil, *Rev Bras Psiquiatr*. 2011;33:332-337.
- Heidarzadeh M, Ghahremanian A, Hagigat A, Yoosefi E. Relationship between quality of life and social support in stroke patients. *Iran Journal of Nursing* 2009; 22: 23-32. [In Persian]
- 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. P.122- 155.
- Tezel A, Karabulutlu E, Şahin. Depression and perceived social support from family in Turkish patients with chronic renal failure treated by hemodialysis *O J Res Med Sci*. 2011 May; 16(5): 666–673.
- Chen H, Yeh H L, Tsai S J Association of lower hemoglobin levels with depression, though not with cognitive performance, in healthy elderly men *pcn, Psychiatry and Clinical Neurosciences* 2012; 66: 367–369.
- Churchill DN, Taylor DW, Cook RJ, LaPlante P, Barre P, Cartier P, et al. Canadian Hemodialysis Morbidity Study. *Am J Kidney Dis*. 1992;19(3):214-34.
- Godman A. Fatigue in African American women with end stage renal disease who required hemodialysis. [MS Dissertation] Carolina. Greensboro university ; 2005

Assessing the Relation Between Social Support and Depression among Patients Undergoing Hemodialysis in Kerman City

Royani Z¹, Asadi N^{2*}

Submitted: 2015.3.7

Accepted: 2015.6.21

Abstract

Background: Depression is a common disorder with incremental trend among patients with hemodialysis. This study conducted in order to determine correlation between social support and depression among patients undergoing hemodialysis of Kerman city.

Materials and Methods: This study was a cross-sectional one. 182 hemodialysis patients referred to health centers of Kerman were selected by census sampling method. data was collected Using questionnaires including demographic information, Beck's Depression Questionnaire (BDI) and Social Support Questionnaire (ESSI: Enriched Social Support Instrument) and analyzed by SPSS software version 17 utilizing descriptive statistics (mean and standard deviation) and Pearson Correlation Coefficient test.

Results: 68.1% of the subjects had some degree of depression. Also, 83% of participants reported good social support. Furthermore, Assessing the relation between depression and social support revealed an inverse relationship between depression and social support ($P = 0.005$), increasing social support occurred decreasing depression as well .

Conclusion: Study results indicated high prevalence of depression among the patients. It seems special attention in should be paid to psychological issues in hemodialysis wards. Nurses can prevent depression incidence by recognizing high risk individuals in term of perceiving social support among these patients .

Keywords: Depression, Social Support, Hemodialysis

¹ MS.c of Nursing, Golestan University of Medical Sciences. Gorgan, Iran.

² PhD Candidate, Tarbiat Modarres University, Tehran, Iran. (*Corresponding author)

Email: nedaasadi87.nax@gmail.com