

بررسی وضعیت حمایت اجتماعی در بیماران همودیالیزی شهر زنجان

حمیدرضا حریریان، علی آقاجانلو، منصور غفوری فرد

کارشناس ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، مربی و عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی زنجان

چکیده

سابقه و هدف: نارسایی مزمن کلیوی و همودیالیز شیوه زندگی فرد را تحت تأثیر قرار داده و باعث مشکلات جسمی، روانی و اجتماعی می شود. حمایت اجتماعی به عنوان یکی از مکانیسم‌های مقابله‌ای دارای قدرت تأثیر بر بهبود وضعیت سلامت و کیفیت زندگی بیماران مزمن می باشد. هدف این پژوهش تعیین وضعیت حمایت اجتماعی بیماران همودیالیزی شهر زنجان می باشد.

روش بررسی: در این مطالعه توصیفی- مقطعی تعداد ۸۴ بیمار همودیالیزی مراجعه کننده به مراکز آموزشی درمانی زنجان در سال ۱۳۸۹ به صورت سرشماری انتخاب گردیدند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه حمایت اجتماعی ترکیبی (پرسشنامه حمایت اجتماعی نوربک) حاوی ۲۹ سؤال در سه بخش حمایت عاطفی، حمایت ابزاری و حمایت اطلاعاتی مورد سنجش قرار گرفت. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS16 تحلیل شدند.

یافته‌ها: ۵۰ درصد بیماران زن، ۷۹/۸ درصد متاهل و ۱۹ درصد بیگار بودند. ۷۸/۵ درصد بیماران حمایت عاطفی، ۲۰/۳ درصد حمایت اطلاعاتی و ۲۹/۷ درصد حمایت ابزاری مطلوبی داشتند. حمایت اجتماعی کلی مطلوب در بین بیماران ۴۰/۵ درصد بود. با استفاده از آزمون کای دو رابطه معنی داری بین جنسیت، محل انجام دیالیز، نوع شغل، تاهل، تحصیلات و حمایت اجتماعی دیده نشد ($p > 0/05$). نتیجه گیری: بر اساس نتایج مطالعه و با توجه به رابطه مستقیم بین حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی و میزان بقاء بیماران همودیالیزی، پیشنهاد می شود حمایت اجتماعی به خصوص در ابعاد اطلاعاتی و ابزاری از این بیماران توسط کادر درمان و مسئولین انجمن های حمایت از بیماران کلیوی افزایش یابد.

واژگان کلیدی: همودیالیز، حمایت اجتماعی، نارسایی مزمن کلیوی.

مقدمه

مزمن کلیوی و روش‌های درمانی مربوط به آن از جمله همودیالیز، شیوه زندگی، وضعیت سلامت و نقش‌های فرد را تحت تأثیر قرار داده است (۳) و در طولانی مدت کاهش استانداردهای زندگی، مشکلات جسمی و روانی و محدودیت در فعالیت‌های تفریحی، اجتماعی و شغلی را در پی خواهد داشت (۴).

حمایت اجتماعی به عنوان یکی از مکانیسم‌های مقابله‌ای عاطفه نگر دارای قدرت بالقوه تأثیر بر کیفیت زندگی است (۵). حمایت اجتماعی می تواند به صورت حمایت روانی و احساسی، اطلاعاتی، ملموس و معاشرتی ارائه شود (۶). ناتوانی جسمی و روانی ناشی از بیماری‌های مزمن از نظر جامعه اهمیت فوق العاده‌ای دارد، چون کسانی که قادر به ادامه حیات

نارسایی مزمن کلیوی (ESRD) یک حالت تشدید شونده و غیر قابل اصلاح در کارکرد کلیه‌ها می باشد که در آن توانایی بدن برای حفظ تعادل متابولیک و الکترولیتی دچار نقص شده و منجر به افزایش اوره و ازت خون و احتباس آن در بدن می شود (۱). دیالیز روشی برای خارج کردن مایعات غیرضروری و مواد زاید در هنگامی است که کلیه‌ها به علت اختلال کار قادر به انجام وظیفه خود نمی باشند (۲). نارسایی

کارهای مناسب‌تر برای بیماران و خانواده آنها یاری نمود. هدف این پژوهش، تعیین وضعیت حمایت اجتماعی بیماران همودیالیزی مراکز آموزشی و درمانی دانشگاه علوم پزشکی زنجان در سال ۱۳۸۹ بود.

مواد و روشها

در مطالعه توصیفی - مقطعی حاضر، کلیه بیماران همودیالیزی شهر زنجان که حداقل سه ماه از شروع دیالیز آنها گذشته بود و هفته‌ای بیش از دو بار دیالیز می‌شدند، بررسی شدند (۳). روش نمونه‌گیری به صورت سرشماری بود. تعداد بیماران بستری در بخش دیالیز مراکز آموزشی درمانی زنجان در زمان انجام پژوهش ۱۱۰ نفر بودند؛ از آنجا که برخی از بیماران توانایی برقراری ارتباط را نداشتند تعداد ۸۴ نفر که جهت شرکت در مطالعه تمایل داشتند، مورد مصاحبه قرار گرفتند. محیط پژوهش بخش‌های همودیالیز بیمارستان‌های ولی‌عصر (عج) و شهید بهشتی زنجان بودند.

پژوهشگر به منظور جمع‌آوری اطلاعات، اجازه نامه کتبی از معاونت پژوهشی دانشگاه و مسئولین بخش‌های همودیالیز بیمارستان‌های زنجان کسب نمود. سپس همه روزه به این مراکز مراجعه کرده و از بیماران دارای شرایط ورود به مطالعه، نمونه‌ها را انتخاب می‌کرد. در مصاحبه‌های جداگانه توضیحات ضروری مربوط به اهداف پژوهش و روش اجرای آن به تک تک نمونه‌ها داده می‌شد و در صورت تمایل به شرکت در مطالعه از نمونه‌ها درخواست می‌شد تا به طور آگاهانه فرم رضایت نامه کتبی را مطالعه و امضاء نمایند و پس از کسب رضایت نامه کتبی وارد مطالعه گردند. هدف از مطالعه به طور دقیق برای نمونه‌ها توضیح داده شده و سؤالات پرسشنامه توسط پژوهشگر برای تک تک بیماران خوانده شده و کلیه اطلاعات در برگه پرسشنامه ثبت گردید. پس از جمع‌آوری داده‌ها و کد گذاری آنها، با استفاده از نرم افزار Spss 16 و آمار توصیفی تجزیه و تحلیل شدند. ابزار گردآوری داده‌ها مشتمل بر دو بخش بود که در بخش اول مشخصات فردی و در بخش دوم پرسشنامه‌ای حاوی ۲۹ سؤال و ترکیبی از سه پرسشنامه استاندارد (پرسشنامه حمایت اجتماعی از بیماران سرطانی، پرسشنامه حمایت اجتماعی عمومی واکس و پرسشنامه حمایت اجتماعی عمومی نوربک (NSSQ)) بود. سؤالات شامل سه بخش: ۱. حمایت عاطفی (۱۰ سؤال)، ۲. حمایت ابزاری (۱۰ سؤال) و ۳. حمایت اطلاعاتی (۹ سؤال) بود (۱۲). پرسشنامه حمایت اجتماعی عمومی نوربک برای

و حفظ شغل نباشند، باید به وسیله دیگران حمایت شوند. این حمایت 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. این نوع حمایت می‌تواند توسط خانواده و دوستان بیمار ارائه گردد. کمک ملموس کالایی و یا خدماتی که تحت عنوان حمایت ابزاری نامیده می‌شود، پرستار با معرفی بیمار به مؤسسات رسمی و غیررسمی و انجمن‌های حمایت از بیماران خاص می‌تواند بیمار را یاری دهد. دادن اطلاعات و آگاهی به افراد در زمان بروز استرس‌های جسمی و روانی را حمایت اطلاعاتی می‌گویند (۷).

Hui-Dan Yu و همکاران (۲۰۱۰) معتقدند افرادی که از حمایت اجتماعی بالایی برخوردار هستند، بهتر قادر خواهند بود با رخدادهای زندگی سازگاری کنند؛ در مقابل آنهایی که از حمایت اجتماعی ضعیفی برخوردار هستند بیشتر آسیب پذیر خواهند بود (۸).

Safa AL-Arabi (۲۰۰۳) نیز می‌نویسد: 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 (۹). نتایج حاصل از تحقیقات Aure'lie Untas و همکاران (۲۰۱۱) که بر روی ۳۲۳۳۲ بیمار همودیالیزی ۱۲ کشور جهان از سال ۲۰۰۸-۱۹۹۶ انجام شد بیانگر این نکته است که پایین بودن سطح حمایت اجتماعی در بیماران همودیالیزی باعث افزایش مورتالیتی و کاهش کیفیت زندگی آنها شده و از میزان رعایت رژیم درمانی توسط بیماران به شدت می‌کاهد (۱۰). همچنین طبق مطالعات Laura C. Plantinga و همکاران (۲۰۱۰) حمایت اجتماعی مطلوب باعث افزایش کیفیت زندگی، رضایت از زندگی و کاهش زمان بستری شدن بیمارستانی در بیماران همودیالیزی و دیالیز صفاقی می‌شود (۱۱). در جامعه ایران مطالعات کمتری در مورد حمایت اجتماعی از این بیماران صورت گرفته است و با توجه به اینکه پرستاران به عنوان افرادی که نقش مستقیم در حمایت اطلاعاتی، و نقش آموزشی در حمایت عاطفی و نقش ارجاع کننده در حمایت ابزاری دارند (۷) و از آنجایی که کیفیت زندگی این بیماران با حمایت اجتماعی آنها رابطه مستقیم دارد، لذا لزوم انجام چنین پژوهشی به خوبی احساس می‌شود تا با قرار دادن نتایج به دست آمده از تحقیق در اختیار مسؤولین و مدیران مربوطه، پرستاران، پزشکان و مؤسسات حمایت کننده، آنها را در امر برنامه ریزی و ارائه راه

جدول ۱. اطلاعات دموگرافیک بیماران همودیالیزی مراکز آموزشی و درمانی دانشگاه علوم پزشکی زنجان ۱۳۸۹

متغیر	شاخص	تعداد	درصد
وضعیت اشتغال	بیکار	۱۶	۱۹
	خانه دار	۳۷	۴۴
	آزاد	۸	۹/۵
	کارمند	۳	۳/۶
جنسیت	کارگر	۴	۴/۸
	بازنشسته	۹	۱۰/۷
وضعیت تأهل	سایر	۷	۸/۳
	مرد	۴۲	۵۰
تحصیلات	زن	۴۲	۵۰
	مجرد	۸	۹/۵
	متاهل	۶۷	۷۹/۸
	مطلقه	۰	۰
محل دیالیز	بیوه	۹	۱۰/۷
	بی سواد	۴۳	۵۱/۲
	ابتدایی	۲۱	۲۵
	راهنمایی	۸	۹/۵
	دیپلم	۶	۷/۱
	دانشگاهی	۶	۷/۱
نوع بیماری قلبی	بیمارستان ولیعصر	۳۸	۴۵/۲
	بیمارستان بهشتی	۴۶	۵۴/۸
	سابقه بیماری قلبی	۴۰	۴۷/۶
	بله	۴۴	۵۲/۴
	خیر	۴۴	۵۲/۴
	عدم بیماری قلبی	۱۲	۱۴/۳
	هایپرتانسیون	۱۲	۱۴/۳
	بیماری قلبی	۷	۸/۴
	دیابت ملیتوس	۸	۹/۵
	سکته مغزی	۱	۱/۲
دفعات دیالیز در هفته	فشار خون و دیابت	۷	۸/۳
	سایر	۴	۴/۸
	دو بار	۵	۶
	سه بار	۷۹	۹۴
مجموع		۸۴	۱۰۰

اولین بار در سال ۱۹۸۱ توسط نوربک و همکاران بر روی ۱۳۵ نفر از دانشجویان پرستاری کالیفرنیا اجرا شد (۱۲).

پاسخ‌ها ۴ گزینه‌ای بوده و توسط مقیاس لیکرت و به صورت (زیاد، متوسط، کم، اصلاً) سنجیده می‌شد. جهت تحلیل اطلاعات، برای اصلا نمره "۱"، کم "۲"، متوسط "۳" و زیاد "۴" در نظر گرفته شد. بیشترین نمره برای حمایت عاطفی و ابزاری، ۴۰ و کمترین نمره ۱۰ و میانه آنها ۲۵ می‌باشد. نمره بیشتر از ۲۵ حمایت عاطفی و ابزاری مطلوب و کمتر از آن نامطلوب در نظر گرفته شد. همچنین بیشترین نمره حمایت اطلاعاتی ۳۶ و کمترین ۹ و میانه آنها ۲۲/۵ می‌باشد که برای این مورد نیز نمره بیشتر از ۲۲/۵ حمایت اطلاعاتی مطلوب و کمتر از آن نامطلوب در نظر گرفته شد. بیشترین نمره برای حمایت اجتماعی کل ۱۱۶ و کمترین نمره ۲۹ و میانه آن ۷۲/۵ می‌باشد. بنابراین نمره کمتر از ۷۲/۵ حمایت اجتماعی نامطلوب و نمره بیشتر از ۷۲/۵ حمایت اجتماعی مطلوب در نظر گرفته شد.

جهت تعیین اعتماد علمی ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش به پایان نامه کارشناسی ارشد آموزش پرستاری مهدی حیدرزاده با عنوان "بررسی ارتباط بین کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی در بیماران همودیالیزی مراکز آموزشی و درمانی شهر تبریز" استناد شد (آلفا کرونباخ=۰/۸۸) (۱۵).

یافته‌ها

در این مطالعه توصیفی مقطعی که بر روی ۸۴ بیمار همودیالیزی انجام شد نتایج نشان داد که ۵۰ درصد نمونه‌ها مرد، اکثر نمونه‌ها (۴۴ درصد) خانه‌دار و ۱۹ درصد بیکار بودند. میانگین سنی آنها ۵۳/۹۴ سال بود. ۵۱/۲ درصد بیسواد و فقط ۷/۱ درصد تحصیلات دانشگاهی داشتند. جدول ۱ اطلاعات فردی - اجتماعی بیماران را به طور کامل نشان می‌دهد.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که اکثر نمونه‌ها (۷۸/۵ درصد) دارای حمایت عاطفی مطلوب بودند و فقط ۲۱/۵ درصد حمایت عاطفی نامطلوب داشتند (نمودار ۱). میانگین نمره حمایت عاطفی ۲۸/۳۵ با انحراف معیار ۵/۶۷ بود.

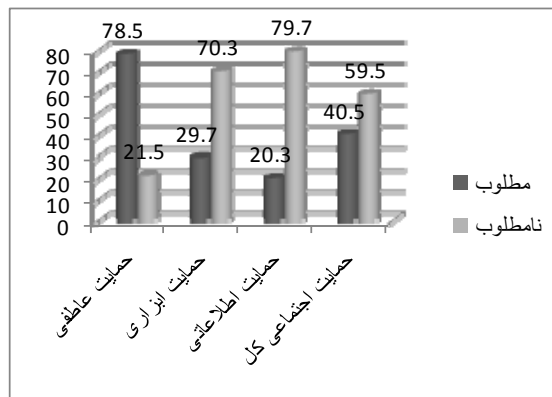
در رابطه با تعیین وضعیت حمایت اطلاعاتی از بیماران همودیالیزی نتایج نشان داد که فقط ۲۰/۳ درصد نمونه‌ها دارای حمایت اطلاعاتی مطلوب بودند و اکثر آنها (۷۹/۷ درصد) حمایت اطلاعاتی نامطلوب داشتند (نمودار ۱). میانگین نمره حمایت اطلاعاتی ۱۹ با انحراف معیار ۴/۸۱ بود.

بیشترین درصد حمایت اجتماعی از بیماران همودیالیزی مربوط به بعد عاطفی بود که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد (۳).

همچنین نتایج مطالعه حیدرزاده و همکاران (۱۳۸۸) در مورد بیشترین درصد حمایت اجتماعی در بیماران دچار سکتة مغزی نیز همسو با نتایج این مطالعه می‌باشد (۱۳). در مطالعه صفا العربی (۲۰۰۳) و هوی دان یو و مارسیا پترینی (۲۰۰۹) بیماران مورد بررسی از حمایت عاطفی کمتری نسبت به این مطالعه برخوردار بودند (۹). با توجه به فرهنگ اصیل ایرانی و آموزه‌های دین مبین اسلام در مورد احترام به پدر و مادر و عیادت از بیماران و همدردی با افراد دچار مشکل و گرفتاری به نظر می‌رسد علت اصلی بالا بودن میزان بعد عاطفی حمایت اجتماعی در بیماران همودیالیزی به این مساله بر می‌گردد، به طوری که نتایج بیانگر دریافت احترام و توجه عاطفی بیشتر از جانب افراد خانواده، دوستان و همسایگان در اکثر نمونه‌ها بود. نکته قابل توجه در این باره رضایت اکثر بیماران از حمایت عاطفی و دلگرمی قابل توجه ارائه شده از سوی پرستاران بخش بود. نتایج مطالعه ملیسا و همکاران (۲۰۰۷) نشان داد که برخورداری از حمایت عاطفی بالا در بین بیماران همودیالیزی باعث کاهش مرگ و میر آنها تا ۱۰ درصد می‌گردد (۱۴).

در رابطه با "تعیین وضعیت حمایت اطلاعاتی" مطالعه حاضر نشان داد که اکثر نمونه‌ها (۷۹/۷ درصد) دارای حمایت اطلاعاتی نامطلوبی بودند. نتایج مطالعه زمانزاده و همکاران (۱۳۸۶) نیز هم راستا با مطالعه حاضر بودف به طوری که ۸۰/۵ درصد از نمونه‌ها دارای حمایت اطلاعاتی نامطلوب بودند (۳). همچنین مطالعه حیدرزاده و همکاران (۱۳۸۵) و مطالعه هوی دان یو و مارسیا پترینی (۲۰۱۰) نیز نتایج مشابهی را نشان داد (۸، ۱۳). حمایت اطلاعاتی شامل رایجه یک رشته اطلاعات و آموزش به فرد در زمینه انجام مهارت‌های خاص می‌باشد که سبب می‌شود افراد نسبت به نحوه مراقبت از خود، کنترل بیماری و رژیم درمانی آگاهی یابند و این امر در بهبود وضعیت بیمار، افزایش اعتماد به نفس و کاهش اضطراب، نگرانی و میزان مرگ و میر آنها موثر است (۶).

در رابطه با "تعیین وضعیت حمایت ابزاری" این مطالعه نشان داد که ۷۰/۳ درصد از بیماران از حمایت ابزاری نامطلوب و تنها ۲۹/۷ درصد از حمایت ابزاری مطلوب برخوردار بودند که با نتایج مطالعات زمانزاده و همکاران (۱۳۸۶) همخوانی دارد (۳). همچنین در مطالعه هوی دان یو و مارسیا پترینی (۲۰۱۰) اکثر بیماران دارای مشکلات مالی و ابزاری فراوانی



نمودار ۱- مقایسه فراوانی نسبی ابعاد حمایت اجتماعی از بیماران همودیالیزی مراکز آموزشی و درمانی دانشگاه علوم پزشکی زنجان ۱۳۸۹

دیگر یافته‌های مطالعه بیانگر این است که همانند حمایت اطلاعاتی، بیشتر نمونه‌ها دارای حمایت ابزاری نامطلوبی بودند (۷۰/۳ درصد) و فقط نسبت کمی از افراد دارای حمایت ابزاری مطلوبی (۲۹/۷ درصد) بودند (نمودار ۱). میانگین نمره حمایت ابزاری ۲۲/۲۳ با انحراف معیار ۴/۹۴ بود.

در این پژوهش علاوه بر تعیین وضعیت سه بعد حمایت اجتماعی، به بررسی وضعیت حمایت اجتماعی کلی از بیماران همودیالیزی نیز پرداخته شد و نتایج نشان داد که ۴۰/۵ درصد نمونه‌ها دارای حمایت اجتماعی کلی مطلوب و بیشترین نسبت نمونه‌ها (۵۹/۵ درصد) حمایت اجتماعی کلی نامطلوب داشتند (نمودار ۱). میانگین نمره حمایت اجتماعی کلی ۶۹/۶۵ با انحراف معیار ۱۳/۱۰ بود. طبق نتایج مطالعه حاضر بیشترین منبع کسب اطلاعات در مورد بیماری، داروها و رژیم غذایی برای بیماران همودیالیزی شهر زنجان به ترتیب شامل پرستاران، پزشک، همراهان و خانواده بیمار، انجمن حمایت از بیماران کلیوی و رادیو تلویزیون بود (۸۷ درصد). با استفاده از آزمون کای دو رابطه معنی‌داری بین جنسیت، محل انجام دیالیز، نوع شغل، تاهل، تحصیلات و حمایت اجتماعی دیده نشد (جدول ۲).

بحث

نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که به طور کلی بیش از نیمی از نمونه‌ها دارای حمایت اجتماعی نامطلوب بودند. در رابطه با "تعیین وضعیت حمایت عاطفی" یافته‌ها نشان دادند که اکثر نمونه‌ها (۷۸/۵ درصد) دارای حمایت عاطفی مطلوبی بودند. نتایج مطالعه زمانزاده و همکاران (۱۳۸۶) نشان داد که

جدول ۲- مقایسه توزیع فراوانی مطلق و نسبی متغیرهای زمینه‌ای با حمایت اجتماعی در بیماران همودیالیزی مراکز آموزشی و درمانی دانشگاه علوم پزشکی زنجان، سال ۱۳۸۹

P- value	نامطلوب		مطلوب		حمایت اجتماعی	
	فراوانی نسبی	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی	فراوانی مطلق	متغیرهای زمینه‌ای	
۰/۳۰۸	۷۶/۲۰	۳۲	۲۳/۸۰	۱۰	مرد	جنس
	۶۶/۶۷	۲۸	۳۳/۳۳	۱۴	زن	
۰/۵۰۹	۶۳/۰۴	۲۹	۳۶/۹۶	۱۷	بیمارستان شهید بهشتی	محل انجام دیالیز
	۵۵/۲۶	۲۱	۴۴/۷۴	۱۷	بیمارستان ولیعصر (عج)	
۰/۴۶۷	۵۰	۸	۵۰	۸	بیکار	شغل
	۴۳/۲۴	۱۶	۵۶/۷۶	۲۱	خانه دار	
	۱۰۰	۸	۰	۰	آزاد	
	۶۶/۶۷	۲	۳۳/۳۳	۱	کارمند	
	۷۵	۳	۲۵	۱	کارگر	
	۷۷/۷۷	۷	۲۲/۲۳	۲	بازنشسته	
	۸۵/۷۲	۶	۱۴/۲۸	۱	سایر	
	۵۸/۲۰	۳۹	۴۱/۸۰	۲۸	متاهل	وضعیت تأهل
۰/۴۵۱	۵۰	۴	۵۰	۴	مجرد	
	۷۷/۷۸	۷	۲۲/۲۲	۲	بیوه	
۰/۳۲۹	۶۷/۴۴	۲۹	۳۲/۵۶	۱۴	بیسواد	تحصیلات
	۵۷/۱۴	۱۲	۴۲/۸۶	۹	ابتدایی	
	۳۷/۵	۳	۶۲/۵	۵	راهنمایی	
	۳۳/۳۳	۲	۶۶/۶۷	۴	دیپلم	
	۶۶/۶۷	۴	۳۳/۳۳	۲	دانشگاه	

حیدرزاده و همکاران (۱۳۸۸) حمایت اجتماعی در ۸۲/۱ درصد بیماران مطلوب بود (۱۳)؛ همچنین در مطالعه مقدر ملاقلی (۲۰۰۶) نیز اکثر بیماران از حمایت اجتماعی مطلوبی برخوردار بودند (۱۶). ملیسا و همکاران (۲۰۰۷) ذکر می‌کنند: بین حمایت اجتماعی پایین و میزان مورتالیتی بیماران همودیالیزی رابطه مستقیم وجود دارد، به طوری که با کاهش میزان حمایت اجتماعی میزان مرگ و میر بیماران دیالیزی تا ۱۰ درصد افزایش می‌یابد (۱۴). چوک چون و همکاران (۲۰۰۸) می‌نویسند: درجه دریافت حمایت اجتماعی می‌تواند به عنوان یک عامل مهم پیش‌گویی کننده میزان بقاء بیماران دیالیزی مطرح باشد، به طوری که با بهبود حمایت اجتماعی، وضعیت بالینی بیماران مطلوب‌تر می‌شود (۱۷). حیدرزاده و همکاران (۱۳۸۸) و زمانزاده و همکاران (۱۳۸۶) و همچنین آورالیه اونتاس و همکاران (۲۰۱۱) نیز در مطالعات خود به این نتیجه رسیدند که بین حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی بیماران ارتباط مستقیمی وجود دارد (۳، ۱۰، ۱۵). بین ابعاد حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی نیز ارتباط مستقیم وجود دارد. مقدر ملاقلی (۲۰۰۶) و مروتی و روحانی (۱۳۸۷)

بودند (۸). لیکن در مطالعه ارتباط بین کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی در بیماران دچار سکنه مغزی که توسط حیدرزاده و همکاران (۱۳۸۸) انجام گرفت، میزان حمایت ابزاری مطلوب و نامطلوب با یکدیگر برابر بود (۱۳). علت عدم وجود این همخوانی به فعال بودن انجمن حمایت از بیماران کلیوی و وضعیت نسبتاً مناسب اقتصادی نمونه‌های تحقیق حیدرزاده و همکاران برمی‌گردد. در مطالعه حاضر بیشترین حمایت ابزاری صورت گرفته از سوی خانواده بیماران و کمترین آن از طرف دوستان و آشنایان و انجمن حمایت از بیماران کلیوی بود. در بعضی موارد نیز مشاهده می‌شد که بعضی از بیماران از منبع حمایتی ابزاری خود اظهار بی‌اطلاعی می‌کردند.

در رابطه با "تعیین وضعیت کلی حمایت اجتماعی" نتایج نشان داد که اکثر بیماران (۵۹/۵ درصد) حمایت اجتماعی نامطلوب و ۴۰/۵ درصد حمایت اجتماعی مطلوبی داشتند. نتایج مطالعات زمانزاده و همکاران (۱۳۸۶) و هوی دان یو و مارسیا پترینی (۲۰۱۰) و صفا العریبی (۲۰۰۳) نیز با نتایج مطالعه حاضر در یکسو بودند (۳، ۸، ۹). برعکس، در مطالعه

ذی‌ربط به ویژه سازمان بیمه، انجمن حمایت از بیماران کلیوی، دانشگاه علوم پزشکی و ارگان‌های خیریه حمایت‌های ابزاری و آموزشی خود را به صورت کامل و شفاف ارائه دهند تا بیماران و خانواده‌های آنها علاوه بر برخورداری از حمایت کافی و جامع از منبع حمایتی خود نیز آگاه باشند.

محدودیت‌های این مطالعه و روش کاهش آنها به شرح زیر بود:
۱. 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.

۲. جمع‌آوری داده‌ها در بیشتر واحدهای مورد پژوهش به صورت مصاحبه رو در رو انجام شد، لذا امکان دارد برخی از بیماران همودیالیزی به دلایل مختلف به برخی از سئوالات پاسخ دقیق نداده باشند.

۳. یکی از محدودیت‌های این مطالعه تعداد کم افراد جامعه بود، لذا نمونه‌گیری انجام نشد و از روش سرشماری استفاده گردید.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از معاونت محترم پژوهشی، کلیه همکاران و کارکنان زحمت‌کش مراکز آموزشی و درمانی زنجان و تمامی نمونه‌های پژوهش کمال تشکر و قدردانی را داریم.

در مطالعات خود دریافتند که حمایت اجتماعی دریافت شده توسط بیماران همبستگی مثبت و معنی‌داری با رفتارهای خودمراقبتی آنها دارد (۱۶، ۱۸). نتایج پژوهش رضایی و کمربندی (۱۳۸۳) نشان داد که با افزایش حمایت اجتماعی، متابعت بیماران در زمینه‌های نیازمند به تغییر در شیوه زندگی و رژیم درمانی، افزایش می‌یابد (۱۹).

با افزایش میزان حمایت اجتماعی از بیماران همودیالیزی، رفتارهای خودمراقبتی، متابعت از رژیم درمانی و کیفیت زندگی این بیماران افزایش یافته و در نهایت از میزان مرگ و میر آنها نیز کاسته می‌شود (۶). همچنین پرستاران می‌توانند با بررسی بیماران همودیالیزی از نظر میزان دریافت حمایت اجتماعی از محرومیت عاطفی، ابزاری و اطلاعاتی این گروه از بیماران جلوگیری نموده و با ارائه مداخلات حمایتی مناسب در جهت ارتقای کیفیت زندگی آنها قدم بردارند.

پیشنهاد می‌گردد نسبت به حمایت عاطفی بیماران به صورت خوش‌رفتاری، محبت، توجه و احترام از سوی خانواده، آشنایان و کادر درمان و انجمن‌های حمایتی اهتمام بیشتری صورت گیرد. با توجه به اهمیت آموزش به بیمار و خانواده وی پیشنهاد می‌شود که کادر درمان، انجمن حمایت از بیماران کلیوی و رسانه‌های گروهی در جهت نیاز سنجی و ارائه مطالب آموزشی این بیماران تلاش مضاعفی انجام دهند. همچنین با توجه به بالا بودن میانگین سنی بیماران و هزینه سنگین درمان و مراقبت و عوارض ناشی از بیماری که امکان کارکردن بیماران را مشکل می‌سازد، پیشنهاد می‌شود که سازمان‌های

REFERENCES

- Smeltzer S, Bare B. Management of patients with urinary disorders. In: Smeltzer S, Bare B, Editors. Text book of medical-surgical nursing. 11th ed. Philadelphia: Lippincott Publisher; 2006.p.1328-30.
- Nesabeh Z, Hazrati M, Editors. Medical surgical nursing. 2nd ed. Tehran: Salami Publication; 2008. p.63-110. [In Persian]
- Zamanzadeh V, Heidarzadeh M, Oshvandi Kh, Lakdzaji S. Relationship between quality of life and social support in hemodialysis patients in Imam Khomeini and Sina educational hospitals of Tabriz University of medical sciences. Medical Journal of Tabriz University of Medical Sciences 2007; 29: 49-54. [In Persian]
- Lindqvist R, Carlsson M, Sjöden PO. Coping strategies and quality of life among patients on hemodialysis and continuous ambulatory peritoneal dialysis. Scand J Caring Sci 1998; 12:223-30.
- Ersoy-Kart M. Vulnerability to stress, perceived social support and coping styles among chronic hemodialysis patients. Dial Transplant 2005; 34: 662-71.
- 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; 13:816-24.
- Peterson SJ, Bredow TS, Editors. Middle range theories. Philadelphia: Lippincott Publisher; 2004. p.179-202.
- Yu HD, Petrini MA. The HRQoL of Chinese patients undergoing haemodialysis. J Clin Nurs 2010; 19:658-65.
- 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.

10. Untas A, Thumma J, Rasclé N, Rayner H, Mapes D, Lopes AA, et al. The associations of social support and other psychosocial factors with mortality and quality of life in the dialysis outcomes and practice patterns study. *Clin J Am Soc Nephrol* 2011; 6:142-52.
11. Plantinga LC, Fink NE, Harrington-Levey R, Finkelstein FO, Hebah N, Powe NR, Jaar BG. Association of social support with outcomes in incident dialysis patients. *Clin J Am Soc Nephrol* 2010; 5:1480-88.
12. Norbeck JS, Lindsey AM, Carrieri VL. The development of an instrument to measure social support. *Nurs Res* 1981; 30: 264-69.
13. 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]
14. Thong MS, Kaptein AA, Krediet RT, Boeschoten EW, Dekker FW. Social support predicts survival in dialysis patients. *Nephrol Dial Transplant* 2007; 22:845-50.
15. Heidarzadeh M. Relationship between quality of life and social support in hemodialysis patients referring to the Tabriz education and treatment centers, 2006 [Dissertation]. Iran: Tabriz University; 2006. [In Persian]
16. Mollaoglu M. Perceived social support, anxiety, and self-care among patients receiving hemodialysis. *Dial Transplant* 2006; 5: 1-7.
17. Szeto CC, Chow KM, Kwan BC, Law MC, Chung KY, Leung CB, et al. The impact of social support on the survival of Chinese peritoneal dialysis patients. *Perit Dial Int* 2008; 28:252-58.
18. Morowati Sharifabad M, Rouhani Tonekaboni N. Social support and self-care behaviors in diabetic patients referring to Yazd diabetes research center. *Tabib-e-shargh* 2008; 9: 275-84. [In Persian]
19. Rezaei Kargar F, Karbandi S. Social Support and diet compliance in type II diabetic patients. *Iran Journal of Nursing* 2004; 17: 12-16. [in Persian]

Archive of SID