

بررسی رابطه افسردگی با حمایت اجتماعی در بیماران تحت همودیالیز در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران در سال ۱۳۹۴

حجت الله فراهانی^۱، محمد صاحب الزمانی^۲، سارا افشاری آزاد^۳

^۱ استادیار، گروه روانسنجی، واحد علوم پزشکی تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
^۲ دانشیار، گروه مدیریت آموزشی، واحد علوم پزشکی تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
^۳ کارشناسی ارشد پرستاری باگرایش آموزش داخلی جراحی، واحد علوم پزشکی تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

چکیده

سابقه و هدف: افسردگی عامل مهم کاهش تبعیت بیماران از درمان است و سلامت آنان را به مخاطره می‌اندازد. حمایت اجتماعی در دسترس شخص، هم در آسیب پذیری و هم در توان مقابله وی، نقش دارد. این مطالعه با هدف تعیین رابطه افسردگی با حمایت اجتماعی در بیماران تحت همودیالیز در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران انجام شد.

روش بررسی: در این پژوهش توصیفی - همبستگی، ۲۳۰ بیمار تحت همودیالیز به صورت سرشماری که معیارهای ورود به پژوهش را داشتند انتخاب و بررسی شدند. ابزار گردآوری اطلاعات، پرسش‌نامه‌ای مشتمل بر ۳ بخش مشخصات دموگرافیک، پرسش‌نامه افسردگی بک و پرسش‌نامه حمایت اجتماعی برانت و وینرت (PRQ 85) بود.

یافته‌ها: میانگین افسردگی کل آزمودنی‌ها ۲۵/۵۷ با انحراف معیار ۱۲/۸۴ بود. همچنین میانگین حمایت اجتماعی کل ۱۲۷/۹۷ با انحراف معیار ۱۹/۱۶ به دست آمد. نتایج تحلیل انجام شده، رابطه معنی‌داری را بین حمایت اجتماعی و افسردگی بیماران تحت همودیالیز نشان داد ($P < 0/001$, $F = 16/21$, $R^2 = 0/062$).

نتیجه‌گیری: یافته‌های پژوهش حاضر موید رابطه بین حمایت اجتماعی و افسردگی در بیماران همودیالیزی است و با توجه به شیوع بالای افسردگی در بیماران دیالیزی می‌توان با ارائه حمایت اجتماعی به کاهش افسردگی و در نهایت بهبود کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی کمک شایانی کرد.

واژگان کلیدی: افسردگی، حمایت اجتماعی، همودیالیز.

مقدمه

ارگانیک و مصرف مواد و اضطراب است (۳). افسردگی، وضعیت روانی است که با احساس غمگینی، تنهایی و ناامیدی، کاهش اعتماد به نفس و سلامت خویش مشخص می‌شود (۴). حمایت اجتماعی به عنوان نوعی احساس ذهنی در مورد تعلق و پذیرش و مورد علاقه بودن و دریافت کمک در شرایط مورد نیاز است (۵). حمایت اجتماعی از قبیل برخورداری از شبکه قوی دوستان و خانواده می‌تواند در مراقبت بهداشتی فرد موثر باشد (۶). در مقابل، حمایت اجتماعی، مهمترین ویژگی است که در رابطه با خنثی سازی تأثیرات نامطلوب و فشارهای روانی مورد مطالعه قرار گرفته است (۷). یکی از مهارت‌های

بیماری مزمن کلیه به صورت از دست رفتن پیشرونده و غیرقابل برگشت کارکرد کلیه تعریف می‌شود (۱). دو درمان عمده برای بیماران کلیوی مرحله آخر عبارتند از دیالیز و پیوند (۱). هدف همودیالیز خارج ساختن مواد نیتروژن دار و سمی و آب اضافی از خون است (۲). از جمله مشکلات روانی شناخته شده در بیماران ESRD، افسردگی، اختلال ذهنی

آدرس نویسنده مسئول: تهران، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم پزشکی تهران، محمد صاحب الزمانی

(email: m_szamani@yahoo.com)

تاریخ دریافت مقاله: ۹۵/۸/۲۶

تاریخ پذیرش مقاله: ۹۵/۱۱/۱۰

مقابله‌ای استفاده سازنده و مفید از سیستم حمایتی است (۸). درک حمایت‌های اجتماعی می‌تواند از بروز عوارض نامطلوب فیزیولوژیکی بیماری جلوگیری کند و میزان مراقبت از خود را افزایش دهد، تاثیر مثبتی بر وضعیت جسمی و روانی و اجتماعی فرد بر جای گذارد و در نهایت به افزایش عملکرد منجر شود (۵). Untas و همکارانش مشاهده کردند بین حمایت‌های اجتماعی و فاکتورهای روانی مرگ و میر و کیفیت زندگی بیماران دیالیزی رابطه وجود دارد. آن‌ها دریافتند که پایین بودن سطح حمایت اجتماعی در بین بیماران همودیالیزی باعث افزایش مرگ و میر و کاهش کیفیت زندگی آن‌ها شده و از میزان رعایت رژیم درمانی توسط آن‌ها به شدت می‌کاهد (۹). Planting و همکارانش دریافتند که حمایت اجتماعی مطلوب باعث افزایش کیفیت زندگی، رضایت از زندگی و کاهش زمان بستری شدن در بیماران همودیالیزی و دیالیز صفاقی می‌شود (۱۰). Carmen و همکارانش مشاهده کردند که افسردگی در پایین ترین سطح ارزیابی بهداشت در ارتباط با کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی و خود کفایتی، خوش بینی، حمایت اجتماعی و روحیه مقابله بالا در بالاترین سطح ارزیابی است (۱۱). با توجه به موارد ذکر شده پژوهش حاضر با هدف تعیین رابطه افسردگی با حمایت اجتماعی در بیماران تحت همودیالیز در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران انجام شد.

(۱۸-۱۰)، متوسط (۲۹-۱۹) و شدید (۳۶-۳۰) تعیین شده است. پرسش‌نامه حمایت اجتماعی برانت و وینرت دارای ۲۵ گویه بود و بر اساس مقیاس لیکرت ۷ درجه ای از خیلی ناراضی (۱ امتیاز) تا خیلی راضی (۷ امتیاز) درجه بندی شده و امتیاز کسب شده از حمایت اجتماعی درک شده در ۳ گروه امتیاز (۲۷-۲۵) به عنوان حمایت اجتماعی درک شده پایین، امتیاز (۱۲۵-۷۶) به عنوان حمایت اجتماعی درک شده متوسط و امتیاز (۱۲۵-۱۷۵) به عنوان حمایت اجتماعی درک شده بالا در نظر گرفته شد. اعتبار علمی پرسشنامه افسردگی بک و حمایت اجتماعی برانت و وینرت قبلا احراز شده بود. همچنین تنجانی و همکارانش (۱۲) و موتابی و همکارانش (۱۳) نیز روایی بک و رفیعی و همکارانش (۵) روایی برانت و وینرت را سنجیدند. پایایی پرسش‌نامه افسردگی بک با استفاده از آزمون مجدد تایید شد و ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۷ به دست آمد و اعتماد علمی ابزار پرسشنامه حمایت اجتماعی را برانت و وینرت با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آمد. در این پژوهش برای توصیف اطلاعات از آمار توصیفی جهت تعیین فراوانی، میانگین، انحراف معیار و درصد فراوانی و از آمار استنباطی ضریب همبستگی پیرسون و آزمون Z فیشر استفاده شد سپس از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۱۹ استفاده شد.

یافته‌ها

۲۳۰ بیمار تحت همودیالیز با میانگین سنی $53/44 \pm$ و با انحراف معیار $12/256 \pm$ مورد بررسی قرار گرفتند. ۵۳ درصد آنان مرد و ۴۷ درصد آنان زن، ۷۸/۶۹ درصد متاهل و ۲۱/۳۱ درصد مجرد، و ۴۲/۱۷ درصد آنان شاغل و ۵۷/۸۲ درصد بیکار بودند. ۲۰/۵۷ درصد آن‌ها کمتر از ۳ بار در هفته دیالیز و ۷۹/۱۳ درصد آن‌ها ۳ بار و بیش از آن در هفته دیالیز می‌شدند. میانگین افسردگی مردان شرکت کننده در این مطالعه ۲۵/۷۰ درصد با انحراف معیار ۱۱/۷۴ درصد بود. همچنین میانگین نمرات حمایت اجتماعی آنان ۱۲۴/۱۱ با انحراف معیار ۱۹/۹۹ بود. در بین زنان شرکت کننده در پژوهش نیز میانگین نمرات افسردگی ۲۵/۴۲ با انحراف معیار ۱۴/۰۳ و میانگین نمرات حمایت اجتماعی آنان ۱۳۲/۳۱ با انحراف معیار ۱۷/۲۵ بود. در کل، میانگین افسردگی کل آزمودنی‌ها ۲۵/۵۷ و انحراف معیار آن‌ها ۱۲/۸۴ و حمایت اجتماعی کل ۱۲۷/۹۷ با انحراف معیار ۱۹/۱۶ بود. جدول ۱ توزیع فراوانی افراد بر اساس شدت افسردگی را نشان می‌دهد. ۵/۲ درصد از

مواد و روشها

در این پژوهش توصیفی - همبستگی، ۲۳۰ بیمار تحت همودیالیز مراجعه کننده به بیمارستان های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران به صورت نمونه گیری سرشماری انتخاب شدند. بیماران مورد بررسی قبلا مورد پیوند کلیه قرار نگرفته بودند، مبتلا به اختلال روانی (افسردگی اساسی و اختلال دو قطبی) نبودند، حداقل ۱ بار و حداکثر ۳ بار در هفته همودیالیز می‌شدند و سن آن‌ها بالای ۱۸ سال بود. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک، پرسش‌نامه افسردگی بک و پرسش‌نامه حمایت اجتماعی بخش دوم پرسش‌نامه منابع شخصی PRQ85-part II بود که توسط برانت و وینرت طراحی شده است. مشخصات دموگرافیک افراد شرکت کننده شامل سن، جنس، وضعیت شغلی، وضعیت تاهل و تعداد دفعات دیالیز بود. پرسش‌نامه افسردگی بک برای سنجش میزان افسردگی در ۲۱ سوال تنظیم و بر اساس درجه بندی از نظر شدت به صورت فاقد افسردگی (۰-۹)، خفیف

همبستگی حمایت اجتماعی با افسردگی ۰/۲۵۸- بود (جدول ۳). همان گونه که در جدول ۴ ملاحظه می‌شود کل افراد دارای حمایت اجتماعی پایین دارای سطح افسردگی بسیار بالا، بیشتر افراد دارای حمایت اجتماعی متوسط دارای افسردگی متوسط و بیشتر افراد دارای حمایت اجتماعی بالا دارای افسردگی خفیف بودند. همان گونه که جدول ۵ نشان می‌دهد بین شدت افسردگی و سطوح حمایت اجتماعی رابطه معنی‌داری وجود دارد.

بحث

این مطالعه نشان داد که در این پژوهش تعداد ۴۸ نفر کمتر از ۳ بار در هفته (۲۰/۸۷ درصد) و ۱۸۲ نفر (۷۹/۱۳ درصد) بیشتر از آن در هفته دیالیز می‌شدند. افشار و همکارانش نشان دادند ۸۷/۳ درصد نمونه‌ها ۳ بار در هفته و ۱۲/۷ درصد هفته‌ای ۲ بار دیالیز می‌شوند (۱۴). در رابطه با تعیین میزان افسردگی در بیماران زن و مرد تحت همودیالیز این مطالعه نشان می‌دهد که میانگین نمره آن در مردان ۲۵/۷۰۱ با انحراف معیار ۱۱/۷۴ و در زنان ۲۵/۴۲ با انحراف معیار ۱۲/۸۴ بود. میانگین افسردگی کل آزمودنی‌ها ۲۵/۵۷ و انحراف معیار ۱۲/۸۴ بود. امیرا در بررسی که روی ۱۱۸ بیمار انجام داد میانگین افسردگی را در این بیماران ۲۳/۷ درصد نشان داد (۱۵). در مطالعه ما توزیع فراوانی افراد بر اساس آزمون افسردگی بک نشان می‌دهد که ۵/۲ درصد بدون افسردگی، ۳۰/۹ درصد دچار افسردگی خفیف، ۳۶/۵ درصد دچار افسردگی متوسط، ۱۵/۲ درصد افسردگی نسبتاً شدید و ۱۲/۲ درصد دچار افسردگی بسیار شدید بودند. در مطالعه مقرب و همکارانش، ۴۳/۳ درصد بدون افسردگی، ۴۱/۷ درصد دچار افسردگی متوسط و ۱۵ درصد دچار افسردگی خفیف بودند و افسردگی شدید را مشاهده نکردند (۱۶).

آزمودنی‌ها بدون افسردگی، ۳۰/۹ درصد دچار افسردگی خفیف، ۳۶/۵ درصد دچار افسردگی متوسط، ۱۵/۲ درصد دچار افسردگی نسبتاً شدید و ۱۲/۲ درصد از آزمودنی‌ها افسردگی شدید داشتند. جدول ۲ توزیع فراوانی آزمودنی‌ها بر اساس میزان حمایت اجتماعی درک شده را نشان می‌دهد که ۱/۳ درصد از آزمودنی‌ها در طبقه افراد با حمایت اجتماعی پایین، ۵۶/۵ درصد در طبقه متوسط و ۴۲/۲ درصد نیز در طبقه افراد با حمایت اجتماعی بالا بودند.

جدول ۱. توزیع فراوانی مطلق و نسبی افراد بر اساس شدت افسردگی

شدت افسردگی	تعداد	درصد
هیچ (۰-۹)	۱۲	۵/۲
خفیف (۱۰-۱۹)	۷۱	۳۰/۹
متوسط (۲۰-۲۹)	۸۴	۳۶/۵
نسبتاً شدید (۳۰-۳۹)	۳۵	۱۵/۲
بسیار شدید و بالاتر (۴۰ و بالاتر)	۲۸	۱۲/۲

جدول ۲. توزیع فراوانی مطلق و نسبی آزمودنی‌ها بر اساس حمایت اجتماعی

میزان حمایت اجتماعی	تعداد	درصد
پایین (۲۵-۷۵)	۳	۱/۳
متوسط (۷۶-۱۲۵)	۱۳۰	۵۶/۵
بالا (۱۲۵-۱۷۵)	۹۷	۴۲/۲

جدول ۳. نتایج آزمون همبستگی پیرسون بین حمایت اجتماعی و افسردگی

متغیر	ضریب همبستگی	معنی‌داری	تعداد
حمایت اجتماعی- افسردگی	-۰/۲۵۸	<۰/۰۰۰۱	۲۳۰

جهت بررسی رابطه میان حمایت اجتماعی و افسردگی تحلیل رگرسیون خطی انجام شد. نتایج انجام شده رابطه معنی‌داری بین حمایت اجتماعی و افسردگی بیماران تحت همودیالیز را نشان داد ($P < ۰/۰۰۰۱$ ، $F = ۱۶/۲۱$ ، $R^2 = ۰/۰۶۲$). ضریب

جدول ۴. فراوانی مطلق و نسبی افراد مورد بررسی بر اساس شدت افسردگی و سطح حمایت اجتماعی

شدت افسردگی/حمایت اجتماعی	هیچ	خفیف	متوسط	بالا	بسیار بالا	کل
پایین	۰*	۰	۰	۰	۳ (۱۰۰)	۳
متوسط	۲ (۱/۵)	۲۵ (۱۹/۲)	۶۰ (۴۶/۲)	۲۲ (۱۶/۹)	۲۱ (۱۶/۲)	۱۳۰
بالا	۱۰ (۱۰/۳)	۴۶ (۴۷/۴)	۲۴ (۲۴/۷)	۱۳ (۱۴/۴)	۴ (۴/۱)	۹۷
کل	۱۲	۷۱	۸۴	۳۵	۲۸	۲۳۰

* اعداد داخل پرانتز معرف درصد هستند.

جدول ۵. نتایج آزمون خی - دو برای تعیین رابطه بین شدت افسردگی و حمایت اجتماعی

مقدار	درجه آزادی	سطح معنی داری
۵۸/۴۵	۸	۰/۰۰۰۱

در رابطه با تعیین میزان حمایت اجتماعی در بیماران تحت همودیالیز زن و مرد نتایج نشان داد که میانگین نمرات حمایت اجتماعی در مردان ۱۲۴/۱۱ با انحراف معیار ۱۹/۹۹ و در بین زنان ۱۳۲/۳۱ با انحراف معیار ۱۷/۲۵ بود. همچنین میانگین اجتماعی کل ۱۲۷/۹۷ با انحراف معیار ۱۹/۱۶ به دست آمد و ۱/۳ درصد آزمودنی‌ها در طبقه افراد با حمایت اجتماعی پایین، ۵۶/۵ درصد در طبقه متوسط و ۴۲/۲ درصد در طبقه افراد با حمایت اجتماعی بالا قرار گرفتند. حریریان و همکارانش در بررسی‌های خود که بر روی ۸۴ بیمار انجام دادند، نشان دادند که میانگین حمایت اجتماعی کل ۶۹/۶۵ با انحراف معیار ۱۳/۱۰ بود (۱۷). جدول ۴ نشان می‌دهد که حمایت اجتماعی پایین دارای شدت افسردگی بسیار بالا (۱۰۰ درصد)، حمایت اجتماعی متوسط دارای ۱/۵ درصد بدون افسردگی، ۱۹/۲ درصد افسردگی خفیف، ۴۶/۲ درصد افسردگی متوسط، ۱۶/۹ درصد افسردگی بالا و ۱۶/۲ درصد افسردگی بسیار بالا، و حمایت اجتماعی بالا دارای ۱۰/۳ درصد بدون افسردگی، ۴۷/۴ درصد افسردگی خفیف، ۲۴/۷ درصد افسردگی متوسط، ۱۳/۴ درصد افسردگی بالا و ۴/۱ درصد افسردگی بسیار بالا را شامل می‌شود. جدول ۵ رابطه بین افسردگی و حمایت اجتماعی در بیماران زن و مرد همودیالیزی را نشان می‌دهد که رابطه معنی‌داری بین حمایت اجتماعی و افسردگی بیماران تحت همودیالیز وجود دارد (مقدار ۵۸/۴۵، درجه آزادی=۸، سطح معنی‌داری=۰/۰۰۰۱). بر این اساس، حمایت اجتماعی پیش‌بینی کننده معنی‌داری برای افسردگی محسوب می‌شود. در رابطه با تفاوت شدت رابطه بین افسردگی و حمایت اجتماعی در بیماران زن و مرد

تحت همودیالیز نشان می‌دهد که حمایت اجتماعی در بین مردان ۹/۲ درصد از واریانس افسردگی را تبیین می‌کند، در حالی که همین متغیر در میان زنان ۵/۱ درصد از واریانس افسردگی را تبیین می‌کند. ضریب همبستگی حمایت اجتماعی با افسردگی در مردان ۰/۳۱۶- و در زنان ۰/۲۲۵- به دست آمد که نشان می‌دهد این همبستگی در مردان بالاتر از زنان است. رفیعی و همکارانش در بررسی‌های خود نشان دادند بین حمایت اجتماعی درک شده و جنسیت از نظر آماری ارتباط معنی‌داری وجود دارد و مردان میزان درک بالاتری از حمایت اجتماعی در مقایسه با زنان داشتند (۵).

با توجه به تحقیقات انجام شده می‌توان نتیجه گرفت زنان از حمایت اجتماعی کمتری برخوردارند. نتایج یافته‌های پژوهش حاضر موید رابطه بین حمایت اجتماعی و افسردگی در بیماران همودیالیزی بود و با توجه به شیوع بالای افسردگی در بیماران دیالیزی می‌توان با ارائه حمایت اجتماعی میزان افسردگی را در این بیماران کاهش داد که در سطح پیشگیری و درمان می‌تواند مورد استفاده قرار گیرد. مدیران پرستاری و پزشکی باید با ارائه حمایت عاطفی ابزاری و اطلاعاتی به بیماران همودیالیزی کمک کنند تا در نهایت این بیماران از حمایت ضروری و مورد نیاز برخوردار شوند. همچنین این نتایج می‌توانند در برنامه ریزی درمانی که به منظور حفظ و ارتقای سلامت بیماران در سطح کشور صورت می‌گیرد و نیز ارائه خدمات درمانی به بیماران همودیالیزی در بیمارستان‌ها به کار گرفته شود. در رابطه با نتایج این تحقیقات می‌توان اهمیت حمایت اجتماعی در این بیماران و رابطه آن با افسردگی در بیماران همودیالیزی به پرستاران در دوره‌های بازآموزی آموزش داده شود. همچنین پیشنهاد می‌شود پژوهش دیگری برای تعیین عوامل موثر بر روی افزایش حمایت اجتماعی در بیماران همودیالیزی صورت گیرد.

REFERENCES

1. Andreoli T, Ivor B, Griggs R, Edward W, eds. Cecil essential of medicine. Translated by Najafi I. Tehran: Nasle Farad Publication; 2010. [In Persian]
2. Smeltzer S, ed. Brunner & Suddarths text book of medical surgical nursing. 13th ed; 2014.
3. Mahmoudi SH, Salehnezhad GH, Nazariyan S, Yaqubi M. prevalence of depression in patients undergoing hemodialysis and kidney transplant. Journal of Nursing Research 2010;18:73-80. [In Persian]
4. Sadock B, Sadock V, eds. Pocket guide to clinical psychiatry Kaplan & Sadock. Translated by Arbabi M, Tavakoli A. Tehran: Teymourzadeh Publication; 2010. [In Persian]
5. Rafiee F, Rambod M, Hosseini F. Perception of hemodialysis patients from social support. Journal of Nursing and Midwifery 2009; 1:5-12-14. [In Persian]
6. Meshkani Z, ed. Public psychology for medical student. Tehran: Nasle Farad Publication; 2011. [In Persian]

7. Ghafari M, Shahbaziyan H, Kholghi M, Haghdoost M. study of social support and depression in diabetic patients. *Journal of Medical Sciences* 2009; 4:383-389. [In Persian]
8. Sahebalzamani M, Safavi M, Farahani H. Study of burnout and its relationship with social support nurses in psychiatric hospitals in Tehran. *Journal of Islamic Azad University, Tehran Medical Branch* 2009;3:206-211. [In Persian]
9. Untas A, Thumma J, Rascle N, Rayner H, Maps D, Lopes A. The associations of social support and other psychosocial factors with mortality and quality of life in dialysis outcomes and practice patterns study. *Journal of Social Nephrologia* 2011; 6:142-152
10. Plantinga L, Fink N, Harrington R, Frederic L, Finkelstein Hebah powe N, et al. Association of social support with outcomes in incident dialysis patients. *Journal of Social Nephrologia* 2010; 5:1480-1488
11. Carmen M, Perlas M, Garcia L, Gustavo R. Psychosocial predictors of the quality of life of choronic renal failure patients undergoing hemodialysis. *Journal of Nephrologia*: 2012;32:30-622
12. Taheri Tanjani P, Garmaroudi GH, Azadbakht M, Fekrizadeh Z, Hamidi R, Fathizadeh SH. Validity and reliability Beck depression inventory –II among the Iranian elderly population. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences* 2015;1:189-198.[In Persian]
13. Motabi F, Fata L, Moloodi R, Ziai K, Jafari H. Development and validation of depression – related beliefs scale in 2011. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology* 2011; 3:208-217.[In Persian]
14. Afshar R, Ghaedi GH, Sanavi S, Dolati A, Rajabpour A. Study of pervalence of depression in patients undergoing maintenance hemodialysis and related factors. *Bimonthly Journal of Shahed University* 2010; 88:59-66.[In Persian]
15. Amira O. Prevalence of symptoms of depression among patient with chronic kidney disease. *Nigerian J Clin Pract* 2011; 14:460-463
16. Maghreb M, Hedayati H, Najafi R, Safari M, Amiri S, Adhami SH. prevalence of depression and life events of hemodialysis patients in Valiasr teaching and healthing center in Birjand. *Journal of Modern Care Birjand University of Medical Sciences* 2011; 3:125-134.[In Persian]
17. Haririyan H, Aghajanloo A, Ghafourifardmansour B. Study the status of social support in patients in Zanjan. *Journal of Islamic Azad University, Medical Branch*: 2010;1:74-80.

Archive of SID