

حمایت اجتماعی درك شده در بیماران تحت همودیالیز

*معصومه رامبد^۱ فروغ رفیعی^۲

چکیده

زمینه و هدف: همودیالیز به عنوان روش درمان انتخابی در بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیوی است که سبب بروز تنش در میان بیماران می شود. به دلیل طولانی شدن دوره درمان، بیمار با محدودیت‌هایی در فعالیت روزانه، تغییر در شیوه زندگی و نیازهای مختلف مواجه می شود. درک حمایت اجتماعی می تواند در سازگاری افراد با بیماری و عوارض ناشی از آن مؤثر باشد. بر همین اساس، پژوهش حاضر با هدف تعیین حمایت اجتماعی درک شده در بیماران تحت همودیالیز انجام گرفت.

روش بررسی: این مطالعه از نوع همبستگی- توصیفی بود که به صورت مقطعی انجام شد. ۲۰۲ بیمار مراجعه کننده به مرکز همودیالیز مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی ایران به روش سرشماری انتخاب شدند. داده ها با استفاده از بخش دوم پرسشنامه منابع شخصی وینر و برانت جمع آوری و با استفاده از SPSS نسخه ۱۴ تحلیل شد.

یافته ها: یافته ها نشان دارد که تعداد زیادی از بیماران (۶۴/۹ درصد)، درک بالایی از حمایت اجتماعی داشتند. همچنین بین حمایت اجتماعی درک شده با متغیرهای جنس، وضعیت تاهل، وضعیت فعالیت جسمی، وضعیت اقتصادی و سطح تحصیلات ارتباط وجود دارد. در حالی که بین سایر متغیرهای طول مدت دیالیز، زمان انجام آن، قومیت، وضعیت اشتغال کنونی و سایر بیماری‌ها با حمایت اجتماعی درک شده ارتباط معنی داری وجود نداشت.

نتیجه گیری: وجود ارتباط بین حمایت اجتماعی درک شده و برخی از مشخصات فردی و اجتماعی بیماران، لزوم توجه پرستاران به منابع حمایتی بیماران را آشکار می سازد. نتایج این پژوهش ارتباط حمایت اجتماعی درک شده و متغیرهای دموگرافیک را مورد بررسی قرار داد. پیشنهاد می شود مطالعات بیشتر برای شناخت عوامل مؤثر روی افزایش درک حمایت اجتماعی در همین بیماران انجام شود.

کلید واژه ها: حمایت اجتماعی روانی - حمایت اجتماعی - نارسایی کلیوی - همودیالیز

تاریخ دریافت: ۸۷/۲/۲۱

تاریخ پذیرش: ۸۸/۳/۱۲

این مقاله از پایان نامه دانشجویی استخراج شده است.

^۱ کارشناس ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی حضرت فاطمه (س)، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی شیراز، شیراز، ایران (*مؤلف

E-mail:rambodma@gmail.com

مسئول) شماره تماس: ۰۷۱۱ ۶۴۷۴۲۵۴

^۲ استادیار گروه پرستاری داخلی و جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، عضو مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی و

خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، ایران

مقدمه

همودیالیز به عنوان یک درمان انتخابی مورد قبول در بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیوی شناخته شده است.^(۱) این روش درمانی که درجه امیدی برای ادامه زندگی بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیوی است، منجر به افزایش طول عمر افراد و در نتیجه تعداد این بیماران شده است.^(۳،۲) شیوع این بیماری طی ۲۵ سال گذشته به شدت افزایش یافته و در ایالات متحده حدود ۴۰۰۰۰ نفر تا پایان سال ۲۰۰۴ مبتلا به این بیماری بوده‌اند که از این تعداد، بیش از ۳۰۰۰۰ نفر تحت درمان با همودیالیز قرار داشته‌اند.^(۵،۴) طبق گزارش مرکز تحقیقات بیماران کلیوی و پیوند کلیه در ایران، حدود ۲۹۰۰۰ نفر در کشور ایران مبتلا به نارسایی مزمن کلیوی هستند که از این تعداد ۱۴۰۰۰ نفر از آن‌ها تحت درمان با همودیالیز قرار دارند.

انجام همودیالیز، نه تنها طول عمر این افراد را افزایش داده است، بلکه از میزان شیوع عوارضی مثل بیماری‌های استخوانی، فراموشی و کم‌خونی نیز کاسته است.^(۳) باید توجه داشت که انجام دیالیز نیاز به فیستول (Fistula)، پیوند پوستی (Graft) و کاتتر (Catheter) دارد. محققین معتقدند استفاده از این روش‌ها جهت انجام دیالیز منجر به بروز نگرانی در بیماران شده و گاهی بیمار از دیدن این روش‌ها و ابزارهای مورد استفاده احساس ناراحتی و تشویش می‌نماید.^(۶) نگرانی این بیماران می‌تواند در رابطه با انجام روش‌های تهاجمی، حساسیت به داروها،^(۶) افت فشارخون، کرامپ عضلانی دردناک، خونریزی، دیس‌ریتمی، آمبولی هوا، درد قفسه سینه، عدم تعادل دیالیزی، کاهش سطح هوشیاری و تشنج باشد.^(۵) به علاوه این بیماران سه بار در هفته و هر بار به مدت سه تا پنج ساعت تحت

همودیالیز قرار می‌گیرند، در این حالت بیمار احساس می‌کند که مدت زمان زیادی از زندگی خود را از دست داده است و همین مسئله منجر به از دست دادن انرژی می‌شود.^(۷) همچنین بیمار با محدودیت در فعالیت روزانه، وابستگی به دیگران، تنش‌های مالی، مشکلات خانوادگی، تغییر در شیوه زندگی، تصویر ذهنی و ابعاد اعتماد به نفس مواجه می‌باشد.^(۸)

به دلیل طولانی بودن دوره درمان و بروز مشکلات فراوانی که این بیماران با آن روبه‌رو می‌باشند، به مرور زمان میزان توجه اعضای خانواده و دوستان به این افراد کاهش می‌یابد.^(۴) طبق مشاهدات پژوهشگر، اغلب در هنگام مراجعه بیماران به مراکز دیالیز، هیچ‌یک از اعضای خانواده و دوستان حضور نداشته و حتی بیماران اظهار می‌دارند که با مرور زمان روابط خویشاوندان با آنان به شدت کاهش یافته است و هیچ‌گونه حمایتی را از جانب آن‌ها دریافت نمی‌کنند. این در حالی است که تغییرات زندگی که در اثر همودیالیز و ابتلا به نارسایی مزمن کلیوی ایجاد می‌گردد، نیاز به حمایت دیگران را افزایش می‌دهد.

حمایت اجتماعی از سوی خانواده و دوستان می‌تواند نقش مهمی را در طی مراحل پیشرفته بیماری نارسایی مزمن کلیوی ایفا کرده،^(۹) فرد را در مقابله با تنش‌های ناشی از بیماری محافظت کند^(۱۱،۱۰،۹) و میزان سازگاری روانی اجتماعی وی را افزایش دهد.^(۱۲) در همین زمینه محققین معتقدند که رضایت از حمایت اجتماعی از سوی باعث کاهش اضطراب، افزایش اعتماد به نفس و گسترش روابط اجتماعی شده و از سوی دیگر، خودبیمارانگاری و افسردگی را به دنبال دارد.^(۹،۲)

علاوه بر موارد ذکر شده، یافته‌های محققین نشان داده است؛ درک حمایت اجتماعی می‌تواند از بروز عوارض نامطلوب فیزیولوژیکی بیماری در فرد جلوگیری نموده

و میزان مراقبت از خود را افزایش دهد و تأثیر مثبتی بر وضعیت جسمی، روانی و اجتماعی وی بر جای گذارد و به طور واضح باعث افزایش عملکرد فرد گردد. (۱۴،۱۳)

علی رغم تأثیر مثبتی که محققین در مورد حمایت اجتماعی ذکر کرده‌اند، توجه به درک بیمار در این زمینه دارای اهمیت است، درک حمایت از دریافت آن بسیار مهم‌تر است. به عبارت دیگر درک و نگرش بیماران نسبت به حمایت دریافت شده مهم‌تر از میزان حمایت ارائه شده به بیمار می‌باشد. نتایج مطالعه‌ای که دو نوع حمایت دریافت شده و ادراک شده را مقایسه می‌کرد، نشان داد که حمایت اجتماعی درک شده به طور قوی در سازگاری با بیماری مؤثر است. لذا در هنگام بررسی حمایت اجتماعی توجه به میزان درک بیمار از اهمیت خاصی برخوردار است. (۱۵)

پژوهش‌های مختلفی در سایر کشورها در زمینه حمایت اجتماعی درک شده در بیماران تحت همودیالیز انجام شده است. کلیه این پژوهش‌ها به نقش بافری حمایت اجتماعی در کاهش تنش و عوارض جسمی، روانی و اجتماعی بیماری نارسایی مزمن کلیوی اشاره کرده‌اند. (۸،۷،۴) با عنایت به تعداد زیاد این بیماران در کشور و وجود مراکز درمانی تخصصی برای آنان، لزوم انجام چنین مطالعاتی بر روی ادراک بیماران در این زمینه به خوبی احساس می‌شود. این مطالعه با هدف تعیین حمایت اجتماعی درک شده در بیماران تحت درمان با همودیالیز مراجعه‌کننده به مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی ایران انجام پذیرفت. در این پژوهش به این سؤال پاسخ داده شد که حمایت اجتماعی درک شده چه ارتباطی با متغیرهای جنس، سن، وضعیت تأهل، تعداد فرزندان، زمان انجام دیالیز، میزان تحصیلات، فعالیت جسمی، قومیت، وضعیت اشتغال

کنونی، طول مدت دیالیز، وضعیت اقتصادی و سایر بیماری‌های مزمن دارد؟

روش بررسی

این پژوهش از نوع همبستگی (correlational) و از نظر زمان به صورت مقطعی بود، که در آن متغیر حمایت اجتماعی درک شده در یک گروه از بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیوی تحت درمان با همودیالیز مورد سنجش قرار گرفت. جامعه پژوهش را کلیه بیماران تحت درمان با همودیالیز در بخش‌های همودیالیز مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی ایران که ایرانی بوده، سن آنها حداقل ۱۸ سال بود، توان تکمیل پرسشنامه و یا مصاحبه را داشتند، مایل به شرکت در پژوهش بوده و در هفته دو بار یا بیشتر همودیالیز می‌شدند، تشکیل می‌داد. بیماران مبتلا به بیمارهای 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 نمونه‌گیری به صورت سرشماری انجام شد و بنابراین تمام افرادی که دارای شرایط جامعه پژوهش بوده و در محیط‌های پژوهش قابل دستیابی بودند، انتخاب شدند (۲۰۲ بیمار). محیط پژوهش بخش‌های همودیالیز مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی ایران بود. این بیمارستان‌ها هاشمی‌نژاد، هفت تیر، یافت آباد، فیروزآبادی و شریعتی کرج) بود.

ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش شامل قسمت دوم پرسشنامه منابع شخصی Weinert و Brandt^(۱۶) و

برای دستیابی به هدف و سؤال پژوهش از آمار توصیفی و آزمون کای دو استفاده شد.

یافته‌ها

توزیع فراوانی مشخصات فردی واحدهای مورد پژوهش در جدول شماره ۱ نشان داده شده است. در رابطه با هدف پژوهش "تعیین حمایت اجتماعی درک شده در بیماران تحت همودیالیز"، یافته‌ها نشان داد که میانگین حمایت اجتماعی درک شده ۱۳۱/۹۳ با انحراف معیار ۲۵/۸۰ بود. جدول شماره ۲ درک حمایت اجتماعی را نشان می‌دهد.

در مورد سؤال پژوهش "بین حمایت اجتماعی درک شده با کدامیک از متغیرها ارتباط وجود دارد؟ یافته‌ها ارتباط معنی‌داری را بین حمایت اجتماعی درک شده با جنس، وضعیت تاهل، میزان تحصیلات، فعالیت جسمی نشان دادند. اما بین حمایت اجتماعی درک شده و سایر متغیرها ارتباط معنی‌داری وجود نداشت.

جدول شماره ۲- توزیع فراوانی حمایت اجتماعی درک شده

واحدهای مورد پژوهش، سال ۱۳۸۶	
حمایت اجتماعی درک شده	تعداد(درصد)
پایین	۴(۰/۲)
متوسط	۶۷(۳۳/۲)
بالا	۱۳۱(۶۴/۹)
جمع	۲۰۲(۱۰۰)
میانگین \pm انحراف معیار	۱۳۱/۹۳ \pm ۲۵/۸۰

فرم مشخصات فردی بود. در فرم مشخصات فردی متغیرهای وضعیت اشتغال کنونی، طول مدت دیالیز، وضعیت اقتصادی و سایر بیماری‌های مزمن به عنوان متغیرهای مداخله‌گر در نظر گرفته شد. پرسشنامه اصلی، بخش دوم پرسشنامه منابع شخصی Personal Resource Questionnaire (PRQ 85- part2) بود که جهت بررسی حمایت اجتماعی درک شده به کار برده شد. این پرسشنامه در سال ۱۹۸۱ توسط برانت و وینرت 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.^(۱۷) این پرسشنامه دارای ۲۵ گویه است و بر اساس مقیاس لیکرت ۷ گزینه‌ای از خیلی ناراضی(۱) تا خیلی راضی(۷) درجه‌بندی شده است. نمرات گویه‌های منفی شماره ۴-۷-۱۰-۱۶-۲۴ به طور معکوس محاسبه شد. کسب نمره بالاتر نشانگر درک بیشتر حمایت از جانب بیماران بود. (دامنه تغییرات نمره کلی از ۲۵ الی ۱۷۵ متغیر است). مدت زمان پرکردن پرسشنامه حدود ۱۵ دقیقه بود. نمرات به دست آمده به سه گروه حمایت اجتماعی بالا، متوسط و پایین طبقه‌بندی شد.

اعتبار علمی ابزار از طریق اعتبار محتوی مشخص شد. جهت تعیین اعتماد علمی ابزارهای منابع شخصی از روش آزمون مجدد استفاده شد (۲=۰/۸) داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS 14 تجزیه و تحلیل گردید.

جدول شماره ۱- توزیع فراوانی مشخصات فردی واحدهای مورد پژوهش، سال ۱۳۸۶

خصوصیات	تعداد(درصد)	خصوصیات	تعداد(درصد)	خصوصیات	تعداد(درصد)
جنس		وضعیت اشتغال کنونی		وضعیت فعالیت جسمی	
زن	۱۰۶ (۵۲/۵)	شاغل	۴۹ (۷۳/۸)	هنوز کارمیکم	
مرد	۹۶ (۴۷/۵)	غیرشاغل	۵۳ (۲۶/۲)	از انجام کار ناتوان	
سن		وضعیت تاهل		وضعیت اقتصادی	
≤ ۳۹	۲۳ (۱۶/۳)	مجرد	۱۱ (۵/۴)	خوب	
۴۰-۵۹	۸۵ (۴۲/۱)	متاهل	۹۶ (۴۷/۵)	متوسط	
≥ ۶۰	۸۴ (۴۱/۶)	همسر مرده	۹۵ (۴۷/۰)	ضعیف	
		جدا شده	۸ (۴/۰)		
میزان تحصیلات		زمان انجام دیالیز		قومیت	
بیسواد	۶۴ (۳۱/۷)	صبح	۱۰۵ (۵۲/۰)	فارس	
ابتدایی	۳۸ (۱۸/۸)	عصر	۶۵ (۳۲/۲)	ترک	
راهنمایی	۳۷ (۱۸/۳)	شب	۱۱ (۵/۴)	لر	
دبیرستان	۴۵ (۲۲/۳)	صبح و عصر	۱۴ (۶/۹)	گیلک	
دانشگاهی	۱۸ (۸/۹)	سایر موارد*	۱ (۰/۵)	بلوچ	
طول مدت دیالیز		سایر بیماریا		تعداد فرزندان	
کمتر از یک سال	۱۳ (۶/۴)	هیچ بیماری	۲۷ (۱۲/۲۷)	بدون فرزند	
۱-۳	۱۰۶ (۵۲/۵)	قند خون	۷۷ (۳۵/۰)	۱-۳	
۴-۶	۴۵ (۱۷/۳۲)	فشارخون	۵۰ (۲۲/۷۳)	۴-۵	
≥ ۷	۳۸ (۱۸/۸۱)	بیماری قلبی	۶۶ (۳۰/۰)	۶ و بیشتر	
		سایر موارد**	۸۷ (۴۳/۰)		

*منظور از سایر موارد شامل "صبح و شب"، "عصر و شب" و "صبح و عصر و شب" می شود. **منظور ترکیبی از فشارخون، دیابت، بیماری قلبی و سایر بیماریها است.

بحث و نتیجه گیری

نتایج این مطالعه ارتباط حمایت اجتماعی درک شده و متغیرهای مورد نظر را مشخص کرد. درک بالای حمایت اجتماعی در این پژوهش، با یافته مطالعه Suwalieh و Al-Arabi همگون بود.^(۱۹،۱۸) در واقع این پژوهشگران نیز دریافتند بیشتر واحدهای مورد پژوهش از درک بالای حمایت اجتماعی برخوردار هستند. این درحالی است که نتایج پژوهش Yan و Selick نشان داد که بیشتر افراد از سطح حمایت

اجتماعی متوسط بهره مند هستند.^(۱۹) Suwalieh^(۱۸) علت بالا بودن درک حمایت اجتماعی در افراد را به این دلیل می داند که آنها از هر نوع کمکی که از سوی دیگران ارائه می شود، استفاده می کنند تا با آن بتوانند در رویارویی با تنشها مقاومت کنند. همچنین بر اساس فرهنگ اسلامی رایج در بین مردم ما اساس مسئولیت های اجتماعی بر پایه مهربانی، لطف و مراعات دیگران استوار است. لذا افراد در روابط با دیگران غالباً به مسئولیت های خود عمل کرده و به حقوق دیگران

بررسی بیماران مبتلا به سرطان به نتایج همگون با مطالعه حاضر دست یافتند.^(۲۶،۲۵)

یافته‌ها نشان داد که ارتباط معنی داری بین حمایت اجتماعی درک شده و وضعیت تأهل وجود دارد و افراد متأهل از سطح حمایت اجتماعی درک شده بالاتری برخوردار هستند. این یافته با نتایج به دست آمده در پژوهش‌های عربی و سوابه متفاوت است.^(۱۸،۹) یکی از عملکردهای حمایت اجتماعی، همبستگی واقعی است. به این صورت که همواره افرادی در زندگی شخص وجود دارند که وی می‌تواند به کمک‌های آنان اعتماد کند.^(۲۷) این همبستگی منجر به ایجاد پیوندهایی قدرتمند می‌شود که منبع اولیه و بنیادی حمایت اجتماعی است. از آنجا که افراد درگیر در پیوندهای قوی (همسر) در تأمین حمایت محاسبه هزینه حمایت را نمی‌کنند، این پیوندها به هنگام نیاز مستعدترین منبع حمایت است. ابراز همدردی، همدلی، و تسلی عاطفی از کارکردهای با اهمیت مربوط به پیوندهای قدرتمند است. فرد به لحاظ اعتماد و اطمینانی که به همسر خود دارد، این پیوند را جایگاه اتکاء برای ابراز تالمات درونی و به عبارتی درد دل و تخلیه درونی می‌داند.^(۲۷) به‌علاوه وجود ارتباط معنی‌دار در این مورد می‌تواند مربوط به وجود پیوند عاطفی و منسجم در میان زوجین ایرانی باشد.

در این پژوهش بین حمایت اجتماعی درک شده و تعداد فرزندان ارتباط معنی‌داری وجود نداشت. برخی پژوهشگران معتقدند که اندازه شبکه اجتماعی و تعداد افرادی که در تماس با بیمار قرار دارند، به معنی بالاتر بودن درک حمایت اجتماعی نمی‌باشد.^(۲۸) بنابراین زیادتیر بودن تعداد فرزندان دال بر ارائه بیشتر حمایت نیست. به علاوه به دلیل اینکه درصد بالایی از نمونه‌های مورد پژوهش (۶۳ درصد) سن بالای ۵۰ سال داشتند،

احترام می‌گذارند.^(۱۸) به علاوه درصد بالایی از افراد مورد پژوهش متأهل بوده و دارای بیش از یک فرزند هستند. بر همین اساس محققین معتقدند که اولین منبع حمایتی همسر و بعد از آن فرزندان هستند.^(۲۱،۲۰) حضور همسر به عنوان فردی که احساس همبستگی و تعلق فرد به دیگران را افزایش داده می‌تواند روی سلامت و عملکرد فرد و کیفیت حمایت اجتماعی و درک آن تأثیر بگذارد.^(۲۲) بنابراین درک بالای حماات اجتماعی را می‌توان بر اساس دلایل ذکر شده توجیه کرد.

یافته‌ها نشان داد که بین حمایت اجتماعی درک شده و جنس ارتباط معنی‌داری وجود دارد. به علاوه مردان میزان درک بالاتری از حمایت اجتماعی در مقایسه با زنان داشتند. این یافته با مطالعه‌ی Krespi و Elal، Vazquez و همکاران همخوانی دارد.^(۲۳،۲۰) در حالی که با یافته‌های مربوط به مطالعه عربی و سوابه متفاوت بوده است،^(۱۸،۹) اما یافته‌های حاصل از سایر پژوهش‌ها نشان داده است که زنان سطح بالاتری از حمایت اجتماعی را درک می‌کنند و بیشتر از مردان به دنبال دریافت کمک از سوی دیگران هستند. بر طبق گفته‌های Wilson و همکاران زنان بیشتر در جستجوی دریافت حمایت عاطفی و مردان به دنبال حمایت ابزاری هستند. اگر چه زنان بیشتر از مردان حمایت اجتماعی را دریافت می‌کنند اما آن‌ها ممکن است، به دلیل مشکلات روانی اجتماعی بیشتر، میزان درک کمتری از حمایت اجتماعی داشته باشند.^(۲۴)

یافته‌های این مطالعه ارتباط معنی داری را بین حمایت اجتماعی درک شده و سن نشان نمی‌دهد. این یافته با نتایج سایر مطالعات مشابه بود.^(۲۳،۲۰،۱۸،۹) در همین راستا حیدری و همکاران و همچنین Chon و همکاران نیز در

اکثراً به دلیل ازدواج فرزندان کمتر در تماس مستقیم با آنها قرار داشتند که این مسئله می‌تواند عدم ارتباط بین تعداد فرزندان و درک حمایت اجتماعی را توجیه کند.

یافته مطالعه نشان داده که با افزایش تحصیلات، درک حمایت اجتماعی بیشتر شد. این نتایج با یافته Elal و Krespi مشابه بوده است.^(۲۰) اما با یافته‌های سایر پژوهشگران متفاوت بود.^(۱۶،۱۰۷) از طریق حمایت اطلاعاتی، فرد مهارت‌های جدیدی را کسب می‌کند.^(۲۹) افزایش سطح تحصیلات از یک طرف موجب افزایش میزان سازگاری با بیماری، درک بهتر بیماری و پیروی از رژیم درمانی 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 بهره‌مند می‌گردند.^(۲۲)

بین حمایت اجتماعی درک شده و قومیت در این پژوهش ارتباط معنی‌داری دیده نشد. یافته این پژوهش با نتیجه به دست آمده در بررسی حیدری و همکاران مغایرت دارد.^(۲۵) در این پژوهش تعداد بیماران در گروه قومیت‌های لر، گیلک، بلوچ و کرد هر کدام کمتر از ۷ درصد بوده که همین مسئله منجر به عدم معنی‌داری ارتباط بین حمایت اجتماعی درک شده و قومیت گردیده است.

مطالعه حاضر نشان داد که بین حمایت اجتماعی درک شده و وضعیت اشتغال کنونی ارتباط معنی‌داری وجود ندارد. اما با این حال افراد شاغل دارای سطح حمایت درک شده بالاتری بودند. نتایج این بررسی با یافته‌های العربی، سوالیه و حیدری و همکاران مشابه است.^(۲۵،۱۸،۹) عدم وجود ارتباط را می‌توان با خصوصیات

شغلی افراد از جمله این که نیمی از واحدهای مورد پژوهش زن و اکثراً خانه‌دار بوده‌اند، حدود ۶۶ درصد از نمونه‌ها سن بالای ۵۰ سال داشته که از نظر شغلی اغلب بازنشسته یا ناتوان بودند و یا به علت سن بالا کسی توقع کار کردن از آنها را ندارد، توجیه کرد. همچنین از نظر خانواده و خود بیمار معمولاً از دست دادن کلیه به عنوان بیماری مزمن است، بنابراین خانواده انتظاری در مورد داشتن شغل و کار کردن از بیماران ندارد. شاید به همین علت بیماران غیرشاغل در این پژوهش از سطح حمایت اجتماعی درک شده پایین‌تری برخوردار بودند.

یافته‌ها نشان داد که بین حمایت اجتماعی درک شده و فعالیت جسمی (توانایی انجام کار و ناتوانی در انجام فعالیت) ارتباط معنی‌داری وجود داشت. این یافته با پژوهش Vazqes و همکاران مشابه است.^(۳۳) ایفای نقش از عواملی است که در ایجاد احساس ارزشمندی موثر است.^(۳۰) افراد بزرگسال معمولاً تصویر از خود را براساس شغل، حرفه یا فعالیت‌های عمده زندگی خویش به دست می‌آورند، به علاوه نقش‌های اجتماعی و انجام مسئولیت‌ها باعث ایجاد هویت فرد می‌شود. در نتیجه ارتباط فرد با دیگران و دریافت حمایت اجتماعی، میزان خود ارزشمندی و اعتماد به نفس در فرد افزایش می‌یابد.^(۳۱) پژوهش‌ها نشان داده‌اند که اعتماد به نفس بالا و احساس ارزشمندی که به دنبال توانایی فرد در انجام فعالیت جسمی به دست می‌آید، منجر به افزایش درک و دریافت حمایت اجتماعی می‌گردد. از طرف دیگر حمایت اجتماعی باعث افزایش احساس ارزشمندی در افراد شده و توان مقابله فرد با موقعیت‌های تنش‌زا را افزایش می‌دهد^(۲۸) و در نتیجه فرد بهتر می‌تواند از عهده انجام فعالیت جسمی خود برآید.

هر چند یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد افرادی که کمتر از یک سال از زمان دیالیز آن‌ها می‌گذشت نسبت به بقیه افراد درک بالاتری از حمایت اجتماعی داشتند و هیچ یک از آن‌ها دارای سطح حمایت اجتماعی پایین نبودند. ولی از نظر آماری ارتباط معنی‌داری بین مدت زمان انجام دیالیز و حمایت اجتماعی درک شده وجود نداشت. یافته‌های این پژوهش با مطالعه العربی و سوالیه مشابه است.^(۱۸،۹) این بیماران به علت فقدان دائمی یا موقتی عملکرد و تغییر نقش‌های فردی، بار مالی و کاری زیادی را به خانواده و افراد شبکه اجتماعی‌شان تحمیل می‌کنند و توانایی کمی برای جبران نیازهای دیگران دارند. لذا بعد از مدتی اعضای شبکه از تبادلات یک سویه خسته می‌شوند و حمایت کمتری را به دیگران ارائه می‌دهند.^(۳۲) به همین دلیل است که با افزایش طول مدت دیالیز میزان درک حمایت اجتماعی بیماران کاهش می‌یابد. اما محققین اشاره می‌کنند که با مرور زمان میزان سازگاری فرد با بیماری مزمن افزایش می‌یابد.^(۹) شاید به همین علت باشد که بیماران شرکت کننده در این مطالعه بعد از ۹ سال از زمان دیالیز درک بالایی نسبت به حمایت اجتماعی داشتند.

در این بررسی بین حمایت اجتماعی درک شده و زمان انجام همودیالیز ارتباط وجود دارد و افرادی که در شیفت‌های مختلف جهت انجام دیالیز مراجعه می‌کردند، میزان درک بالاتری از حمایت اجتماعی داشتند. علت این امر می‌تواند این باشد که این افراد راحت‌تر برنامه‌های خود را با دیگران تنظیم کرده و با آن‌ها روابط اجتماعی برقرار نموده و از حمایت اجتماعی اطرافیان برخوردار می‌شوند.

بین حمایت اجتماعی درک شده و وضعیت اقتصادی در این مطالعه ارتباط وجود دارد. این یافته با نتایج

حاصل از بررسی Yan و Sellick مشابه بوده،^(۱۹) اما با مطالعه سایر پژوهشگران متفاوت است.^(۱۸،۹) به دلیل وجود عوامل فرهنگی-اقتصادی و ساختارهای متفاوت در میان خانواده‌ها، سازگاری و رفتارهای جستجوکننده کمک نیز در میان آن‌ها متفاوت است. برای مثال در میان خانواده‌های فقیر دیده شده که شبکه اجتماعی غیرخانوادگی کوچکی دارند. هزینه‌های مورد نیاز برای حمایت دو طرفه در خانواده‌های فقیر می‌تواند روی حمایتی که دریافت می‌کنند، تأثیر بگذارد.^(۳۲) بر طبق نظریه مبادله، روابط انسانی بر اساس تبادلات کالا، پاداش و پول پایه‌ریزی شده است.^(۳۳) افراد در تبادلات خود این هدف و انگیزه را دارند که بیشترین فواید مادی را از ارتباطاتشان با دیگران به صورت داد و ستد رقابتی و آزاد کسب کنند. افراد همچنین بر اساس محاسباتشان، فعالیت‌هایی که بیشترین سود را برایشان به همراه دارد، انتخاب می‌کنند. در همین زمینه بلا (Bella) تأکید می‌کند که نفع فردی "شرط ضروری" مبادله است. افراد تعهدات خود را در برابر خدمات گذشته بدین سبب انجام می‌دهند که در آینده نیز از آن‌ها منتفع شوند. در نتیجه سودی که فرد انتظار دارد از روابط مبادله به دست آورد، آغازگر مبادله است. بنابراین با بهبود وضعیت اقتصادی، درک حمایت اجتماعی افزایش یابد.

در نهایت بین حمایت اجتماعی درک شده و ابتلا به سایر بیماری‌ها ارتباط معنی‌دار وجود نداشت. نتایج این پژوهش با یافته‌های العربی و سوالیه مغایرت دارد.^(۱۸،۹) آن‌ها بیان نمودند که با افزایش تعداد بیماری‌هایی که فرد به آن مبتلا است، درک حمایت اجتماعی کاهش می‌یابد. علت عدم ارتباط می‌تواند به این دلیل باشد که نیمی از واحدهای مورد پژوهش (۵۰ درصد) بیسواد و یا دارای تحصیلات ابتدایی بودند و ممکن است نسبت

درون گرایی یا برون گرایی افراد به عنوان عوامل مداخله گر روی درک حمایت اجتماعی در نظر گرفته نشد، پیشنهاد می شود پژوهشی با عنوان "بررسی ارتباط خصوصیات شخصیتی افراد با حمایت اجتماعی درک شده" انجام شود. به علاوه در این پژوهش ارتباط بین تعدادی از مشخصات فردی با حمایت اجتماعی مورد بررسی قرار گرفت. لذا پیشنهاد می شود مطالعات بیشتر برای شناخت عوامل مؤثر روی افزایش درک حمایت اجتماعی در همین بیماران انجام شود. همچنین پژوهش کیفی از نوع گراندد تئوری در رابطه با تجربه اجتماعی بیماران تحت همودیالیز می تواند در روشن شدن ابعاد وسیع تری از موضوع مؤثر باشد.

تقدیر و تشکر

این مقاله مربوط به طرح مرکز تحقیقات مراقبت های پرستاری دانشگاه علوم پزشکی ایران با کد ۱۳۶/م ت می باشد.

پژوهشگران مراتب تقدیر و تشکر خود را از بیماران تحت همودیالیز که در این مطالعه شرکت کردند اعلام می دارند. همچنین، از مرکز تحقیقات پرستاری ایران به جهت حمایت های مالی و دانشگاه علوم پزشکی ایران تقدیر می گردد.

فهرست منابع

1- Pang S K, IP W Y, Chang A M. Psychosocial correlated of fluid compliance among Chinese hemodialysis patients. J Ad Nurs; 2001, 35(5): 691-698.

2- Cohen DS, Sharma T, Acquaviva K, Peterson AR, Patel SS, Kimmel PI. Social Support and Chronic Kidney Disease: An Update. Adv Chronic Kidney Dis; 2007, 14(4): 335-344 335.

به در دسترس بودن حمایت اجتماعی و درک آن ناتوان باشند. به علاوه ابتلا به انواع بیماری ها می تواند منجر به بروز افسردگی شده و آن ها قادر به درک حمایت نباشند. Lazarus در این باره بیان می کند که صرف آشکار بودن حمایت اجتماعی خارجی، غلبه شخص بر صدمه بالقوه را ضمانت نمی کند. مثلاً اشخاصی که فرد به آن ها وابسته و با امیدوار است ممکن است به طریقه ای عمل کنند که موقعیت را تهدید آمیز سازند.^(۴۴) با توجه به این مطالب لازم است که حمایت ارائه شده به بیمار به نحو صحیح و در موقعیت مناسب ارائه شود تا بیمار قادر باشد به خوبی این حمایت را درک کند. بنابراین مرحله ای از زندگی و موقعیتی که فرد در آن موقعیت به حمایت نیاز دارد، در هنگام ارائه حمایت باید مدنظر قرار گیرد.^(۴۸)

با توجه به ارتباط متغیرهای مورد پژوهش، پرستاران می توانند با شناسایی گروه های پرخطر راهکارهای آموزشی برای ارائه بهتر حمایت اجتماعی و گسترش شبکه حمایتی و شرکت در فعالیت های اجتماعی ارائه دهند.

از محدودیت های پژوهش می توان به انجام مطالعه به صورت مقطعی اشاره کرد، لذا توصیه می شود بررسی طولی در رابطه با درک حمایت در همین بیماران انجام گردد. از آنجایی که در این مطالعه ویژگی های شخصیتی بیماران مثل اعتماد به نفس،

3- Tell G S, Mittelmark M B, Hylander B, Shumaker SA, Russel G, Burkart J M. Social support and health related quality of life in black and white dialysis patients. ANNA J; 1995, 22(3): 301-310.

4- Lew QS, Patel SS. Psychosocial and Quality of Life Issues in Women with End-Stage Renal Disease. Adv Chronic Kidney Dis; 2007, 14(4): 358-363.

- 5- Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH. Brunner & Suddareths Textbook of medical surgical nursing. 11th ed. Lippincott: Williams' & Wilkins a Wolters & Kluwer Company; 2008; P.1521-1552.
- 6- Al- Arabi S. Quality of life: subjective description of challenges to patients with End Stage Renal Disease. *Nephrol Nurs J*; 2006, 33(3): 285-293.
- 7- 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.
- 8- Patel S, Peterson RA, Kimmel PL. Impact of social support on end stage renal disease. Psychosocial factor in patient with chronic kidney disease; *semin Dial*, 2005, 18(2): 98-102.
- 9- Al-Arabi S. Social support, coping methods and quality of life in hemodialysis patient. PHD dissertation, Galveston, University of Texas: 2003. P. 4- 18-19, 118-120.
- 10- Kanbara S, Taniguchi H, Sakaue M, Wang D, Takaki J, Yajima Y, Naruse F, Kojima S, Sauriasari R, Ogino K. Social support, self-efficacy and psychological stress responses among outpatients with diabetes in Yogyakarta, Indonesia. *Diabetes Res Clin Pract*; 2008, 80: 56 - 62.
- 11- Lopez-Martinez A, Esteve-Zarazaga R, and Ramirez-Maestre C. Perceived Social Support and Coping Responses Are Independent Variables Explaining Pain Adjustment Among Chronic Pain Patients. *J Pain*; 2008, 9(4): 373-379.
- 12- Lyra TM, Heikkinen RL. Perceived Social Support & Mortality in Older People. *J Gerontol*; 2006, 61B (3): 147- 152.
- 13- Cheng Y, Liu C, Mao C, Qian J, Liu K, Ke G. Social support plays a role in depression in Parkinson's disease: A cross-section study in a Chinese cohort. *Parkinsonism and Related Disorders* 2008; 14: 43 – 45.
- 14- Yu DSE, Lee DTF, Woo J. Psychometric testing of the Chinese version of the medical outcomes study social support survey (MOS-S S S-C). *Res Nurs Health* 2004; 27: 135-143.
- 15- Helgeston VS, Cohen S. Social support and adjustment to cancer: reconciling descriptive, co relational and intervention research. *Health Psychol* 2004; 15(2): 135-148.
- 16- Brant P, Weinert C. The PRQ- Social support measure. *Nur Res* 1981; 30(5): 277-280.
- 17- Weiss R. The Provision of Social Relationship. In *doing unto other*, ed. By Zink Rubin. Englewood cliffs, NJ, Prentice Hall; 1974, P.17-26.
- 18- 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.
- 19- Yan H, Sellick K. Symptoms, psychological distress, social support, quality of life of Chinese patients newly diagnosed with gastrointestinal cancer. *Cancer Nur* 2004; 27(5): 389-398.
- 20- Elal G, Krespi M. Life events, social support and depression in hemodialysis patients. *J Community & Applied Social Psychol*; 1999, 9:23-33.
- 21- Leung KK, Chen YC, Lue HB, Hsu TS. Social support and family functioning on psychological symptoms in elderly Chinese. *Arch Gerontol Geriatr* 2007; 44: 203–213.
- 22- Ell K. Social networks, social support and coping with serious illness: the family connection. *Soc Sci Med* 1996; 42(2): 173-183.
- 23- Vazqes I, Valderrabano F, Fort J, Jofre R, Lopez-Gomez JM. Psychosocial factors and health- related quality of life in Hemodialysis patients. *Qual life Res* 2005; 14: 179-190.
- 24- Geckova A, Van Dijk JP, Stewart R, Groothoft DP. Influence of social support on health among gender and socio-economic group of adolescents. *Eur J Public Health* 2003; 13:44-50.
- 25- Haidari S, Salahshourian A, Rafii F. The relationship between social support and quality of life in cancer patients affiliated to Iran University of Medical Sciences. MSc. Dissertation, Iran University of Medical Sciences, 2006, P.124-125 (Persian).

26- Chan CWH, Molassiotis A, Yam B, Chan SJ, Iam C S W. Traveling through the cancer trajectory: social support perceived by woman with gynecology cancer in Hong Kong. *Cancer Nur* 2001; 24(3): 212-219.

27-Ghodsi AM. The Relationship between Social Support & Depression. PHD. Dissertation, Humanism University of Tarbiat Modares University, 2003; P.51-100 [Persian].

28- Schaffer MA. Social support: In Peterson S, Bredow TS, Editor. Middle range theories, Application to nursing research 1st ed. Philadelphia: Lippincott: Williams & Wilkins; 2004. P.179-202.

29- Wong TKS, Clinton M, Li L S W, Fong Y. Stroke care in home: the impact of social support on the general health of family care giver. *J Clin Nurs*, 2004; 13:816-824.

30- Shamlou S. Health of Psche. 15th ed. Tehran, Roshd Publisher, 2002; P.5-55 [Persian]

31- Ouellette MD. The Social Network and Attachment Bases of Loneliness, A thesis submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of Master of Science at Virginia Commonwealth University, 2001; P.6-17.

32- Lee EH, Chung BY, Park HB, Chun KH. Relationships of mood disturbance and social support to symptom experience in Korean woman with breast cancer. *J pain Symptom Management*; 2004, 27(5): 425-433.

33- Tilden Up, Nelson CA. social support: In Lindman C, Macatie C, Editor. Fundamental of contemporary nursing practice. 1st ed. Philadelphia: WB Saunders Company; 1999; P.857-876.

34- Rafii F. Job Burn out & Coping Strategies in nurses of burn's hospital and it's comparison with nurse's aid. MSc. Dissertation, Iran University of Medical Sciences, 1994; P.50-75 [Persian].

Perceived Social Support in Hemodialysis Patients

*Masoumeh Rambod¹ MSc Forough Rafii² PhD

Abstract

Background and Aim: The treatment of renal failure through dialysis imposes considerable stress on patient. The need for long-term medical treatment of renal failure may place substantial demands and limitations on patient's daily function and lifestyles. Perceived social support may facilitate coping with illness and its complications. Accordingly, the aim of this study was to determine perceived social support in hemodialysis patients.

Material and Method: This was a descriptive-correlational and cross-sectional study in which 202 hemodialysis patients under treatment in teaching center of Iran University of Medical Sciences was recruited. The subjects were selected by census sampling method. The data were collected using "Personal Resource Questionnaire (PRQ 85-PART 2) and were analyzed by SPSS, version14.

Results: Findings confirm that overall patients had a high degree of perceived social support. Statistical significant relationship was found between perceived social support and gender, material status, physical function, economic status, and educational level, but, there was no statistical significant correlation between perceived social support and other variable.

Conclusion: Association between perceived social support and some demographic variables indicates the need for nurses to consider support resources of these patients. The study results demonstrated relationship between some demographic variable and perceived social support and a large amount of variances remained unexpected, so further research are needed about the subject.

Key words: Social support _ Psychosocial support _ Kidny Failure _ Hemodialysis

Received: 10 May, 2008

Accepted: 2 Jun, 2009

¹ Lecturer in Medical-surgical Nursing, , Hazrat-e-Fateme(s) School of Nursing and Midwifery, Shiraz University of Medical Sciences and Health Services, Shiraz, Iran (*Corresponding Author) Tel: 0711 6474254
E-mail: rambodma@gmail.com

² Assistant Professor in Nursing, Center for Nursing Care Research, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran