


## The Correlation of Quality of Life With Social Support for Kidney Transplant Patients

Afsar Omid<sup>1</sup>, Hossein Gholinezhad<sup>2</sup>, Masoud Khodaveisi<sup>3\*</sup>, Ghodratollah Roshanaei<sup>4</sup>

1. Instructor, Chronic Diseases (Home Care) Research Center Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran
2. Graduate in Community Health Nursing, Department of Community Health Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Student Research Committee, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran
3. Associate Professor, Chronic Diseases (Home Care) Research Center, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran
4. Associate Professor, Department of Biostatistics, School of Health, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

Article Info	Abstract
Received: 2017/07/19 Accepted: 2017/10/7 Published Online: 2017/10/25	<b>Introduction:</b> Kidney transplantation is the best treatment in end stage renal failure. Quality of life is an important factor in the survival of kidney transplants and these patients need social support to improve their quality of life. Therefore, the present study was conducted to determine the correlation between quality of life and social support in patients with renal transplantation.
DOI:	<b>Methods:</b> This descriptive cross-sectional study was a correlation study performed on 166 patients with kidney transplantation referred to the renal transplantation clinic of Shahid Beheshti Medical Center in Hamadan in the winter of 2016. Convenient sampling method was used. Before the completion of the questionnaires, an informed consent was obtained and researcher was available during completion of questioners. Data was collected using demographic characteristics, Lapazis Quality of Life (KTQ-25) and Social Wax Support questionnaires. Data was analyzed by SPSS24 using Kolmogorov-Smirnov, Mann-Whitney, Kruskal-Wallis and Spearman non-parametric tests.
Original Article	<b>Results:</b> The mean score of total quality of life was $2.79 \pm 0.99$ . The mean score of quality of life in the area of physical symptoms was higher than other areas (3.67) and the total score of social support was $69.91 \pm 7.58$ . 80.7% of patients had an average quality of life. the mean score of social support in the family was more than other areas (25.61%). 57.2% of patients had a good level of social support. Social support had a direct and significant association with quality of life of patients ( $r = 0.371, P < 0.05$ ).
Use your device to scan and read the article online	<b>Conclusion:</b> There was a direct and significant association between quality of life and the level of social support in patients with renal transplantation. Therefore, it is necessary to pay special attention to the role of families in increasing the quality of life of patients and consequently, their health promotion. Health care personnel can consider the quality and quantity of support needs of patients by mobilizing support resources in the community and family participation to improve the quality of life of patients and as a low-cost and effective way to improve their quality of life.
	<b>Keywords:</b> Quality of Life, Social Support, Kidney Transplantation

### Corresponding Information

Masoud Khodaveisi, Associate Professor, Chronic Diseases (Home Care) Research Center, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran. Email: khodaveisi@umsha.ac.ir

Copyright © 2018, Sci J Hamadan Nurs Midwifery Fac. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-noncommercial 4.0 International License which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

### How to Cite This Article:

Omid A, Gholinezhad H, Khodaveisi M, Roshanaei G. The Correlation of Quality of Life With Social Support for Kidney Transplant Patients. Sci J Hamadan Nurs Midwifery Fac. 2018; 26 (5): 341-348

## همبستگی کیفیت زندگی با حمایت اجتماعی در بیماران پیوند کلیه

افسر امیدی<sup>۱</sup>، حسین قلی نژاد<sup>۲</sup>، مسعود خداویسی<sup>۳\*</sup>، قدرت الله روشنایی<sup>۴</sup>

۱. مربی، مرکز تحقیقات مراقبت بیماری‌های مزمن در منزل، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
۲. دانش‌آموخته کارشناسی‌ارشد، گروه پرستاری بهداشت جامعه، دانشکده پرستاری و مامایی کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
۳. دانشیار، مرکز تحقیقات مراقبت بیماری‌های مزمن در منزل، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
۴. دانشیار، گروه آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

چکیده	اطلاعات مقاله
<p><b>مقدمه:</b> پیوند کلیه در مرحله نهایی نارسایی کلیه بهترین درمان است. کیفیت زندگی عاملی مهم در بقای پیوند کلیه است و بیماران برای ارتقای سطح کیفیت زندگی به حمایت اجتماعی نیاز دارند. بنابراین هدف از مطالعه حاضر تعیین همبستگی کیفیت زندگی با حمایت اجتماعی در بیماران پیوند کلیه است.</p> <p><b>روش کار:</b> این مطالعه توصیفی - مقطعی از نوع همبستگی است که در مورد ۱۶۶ نفر از بیماران پیوند کلیه مراجعه‌کننده به درمانگاه پیوند کلیه مرکز آموزشی - درمانی شهید بهشتی همدان در زمستان سال ۹۵ به صورت نمونه‌گیری در دسترس انجام شد. داده‌ها با استفاده از پرسش‌نامه‌های مشخصات دموگرافیک، کیفیت زندگی (Lapazis (KTQ-۲۵) و حمایت اجتماعی واکس در حضور پژوهشگر تکمیل شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ و آزمون‌های آماری کلموگروف - اسمیرنف، من - ویتنی، کروسکال - والیس و ناپارامتری اسپیرمن استفاده شد.</p> <p><b>یافته‌ها:</b> نتایج نشان داد میانگین نمره کل کیفیت زندگی بیماران پیوند کلیه <math>0.99 \pm 0.64/2</math> است. بیشترین میانگین نمره (۳/۶۷) در حیطه علائم جسمی دیده شد و ۸۰/۷ درصد از بیماران کیفیت زندگی متوسط داشتند. همچنین میانگین نمره کل حمایت اجتماعی <math>7/58 \pm 69/91</math> بود که بیشترین میانگین نمره در حیطه خانواده (۲۵/۶۱) است و ۵۷/۲ درصد از بیماران در سطح حمایت اجتماعی خوب بودند. بین میانگین نمرات حمایت اجتماعی با کیفیت زندگی ارتباط مستقیم و معناداری دیده شد (<math>P &lt; 0.05</math>، <math>r = 0.371</math>).</p> <p><b>نتیجه‌گیری:</b> با توجه به نتایج مطالعه، بیماران با سطح حمایت اجتماعی بالاتر، از کیفیت زندگی بهتری برخوردارند. بنابراین لازم است به نقش خانواده‌ها در افزایش کیفیت زندگی بیماران و به تبع آن ارتقای سلامتی آنان توجه ویژه شود. از این رو پرسنل بهداشتی و درمانی می‌توانند با بررسی نیازهای حمایتی بیماران از نظر کیفیت و کمیت و با بسیج منابع حمایتی موجود در جامعه و مشارکت خانواده به‌عنوان روشی کم‌هزینه و مؤثر در جهت بهبودی کیفیت زندگی بیماران گام بردارند.</p> <p><b>واژگان کلیدی:</b> کیفیت زندگی، حمایت اجتماعی، پیوند کلیه</p>	<p>تاریخ وصول: ۱۳۹۶/۴/۲۸</p> <p>تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۷/۱۵</p> <p>انتشار آنلاین: ۱۳۹۶/۸/۳</p> <p><b>نویسنده مسئول:</b> <b>مسعود خداویسی</b> دانشیار، مرکز تحقیقات مراقبت بیماری‌های مزمن در منزل، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران <b>پست الکترونیک:</b> khodaveisi@umsha.ac.ir</p>

### مقدمه

افزایش نارسایی مزمن کلیوی (۷ درصد) رو به افزایش است [۳]. در درمان‌های جایگزین، علاوه بر بقای بعد از پیوند و حفظ سلامتی بیماران، ارتقای کیفیت زندگی بیماران یکی از هدف‌های مهم درمانی است [۴]. براساس تعریف سازمان جهانی بهداشت، کیفیت زندگی دربرگیرنده سلامتی فیزیکی، ذهنی و اجتماعی است و نه فقدان بیماری یا ناتوانی [۵]. کیفیت زندگی بیماران اثربخشی مراقبت‌های بهداشتی را نشان می‌دهد و پیش‌بینی ناتوانی و مرگ‌ومیر بیماران را ممکن می‌سازد [۶]. بررسی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیوی، به برنامه‌ریزی برای مراقبت‌های درمانی و حمایتی بیماران کمک می‌کند [۷].

در مطالعه Shahraki و همکاران (۲۰۱۲) نشان داده شد که عوامل متعددی بر کیفیت زندگی بیماران تأثیرگذار است.

نارسایی مزمن کلیوی مرحله آخر اختلال کلیوی پیش‌رونده و غیرقابل برگشت است که در آن توانایی بدن برای حفظ تعادل مایع و الکترولیت‌ها از بین می‌رود و به اورمی یا ازتمی منجر می‌شود. این بیماران بدون درمان جایگزینی کلیه قادر به ادامه حیات نیستند [۱]. پیوند کلیه بهترین درمان جایگزین در مرحله پایانی بیماری کلیه است که باعث افزایش کیفیت زندگی، افزایش امید به زندگی و کاهش هزینه‌ها نسبت به مرحله دیالیز می‌شود [۲]. در ایران سالانه حدود ۱۵۰۰ پیوند کلیه انجام می‌شود که حدود ۳-۵ درصد آن به علل مختلف دچار رد پیوند می‌شوند. تاکنون ۳۱۰۰۰ پیوند کلیه در کشور انجام شده که این آمار با

تمایل داشته باشند و به جز پیوند کلیه پیوند دیگری نداشته باشند. ملاحظات اخلاقی نیز با توضیح اهداف مطالعه به بیماران، داوطلبانه بودن شرکت در مطالعه و اخذ رضایت آگاهانه ورود به مطالعه رعایت شد.

ابتلا به دیگر بیماری‌های مزمن و تشدید وضعیت بیماری یا بستری شدن بیمار در بیمارستان از معیارهای خروج از مطالعه بودند.

حجم نمونه با استفاده از فرمول‌های

$$n = \frac{(Z_{1-\frac{\alpha}{2}} + Z_{1-\beta})^2}{(Cr)^2} + 3, \quad Cr = 0.5 \ln \frac{1+r}{1-r}$$

و با در نظر گرفتن ضریب همبستگی ۰/۲۶ و خطای نوع اول ۵ درصد و توان آزمون ۸۰ درصد، برابر ۱۶۶ نفر به دست آمد.

ابزار مورد استفاده در این مطالعه پرسش‌نامه سه‌قسمتی بود. قسمت اول، فرم جمع‌آوری اطلاعات دموگرافیک که شامل ۲۲ سؤال می‌شد. این پرسش‌نامه را پژوهشگر براساس اهداف پژوهش تهیه کرد و روایی آن را ده نفر از اعضای هیئت‌علمی دانشکده پرستاری و مامایی همدان تأیید کردند. سؤالات آن شامل سن، سطح تحصیلات، جنسیت، وضعیت تأهل، برخورداری از بیمه، تعداد فرزندان، وضعیت مسکن، تعداد سال‌های ابتلا، وضعیت اشتغال، محل زندگی، نوع سکونت و تعداد دفعات پیوند بود.

قسمت دوم، پرسش‌نامه کیفیت زندگی KTQ-25 بود که Lapazis و همکاران آن را تهیه کرده‌اند. این پرسش‌نامه ۲۵ سؤال ۷ گزینه‌ای در ۵ حیطه فیزیکی، خستگی، ترس/عدم اطمینان، ظاهر و عاطفی دارد که با توجه به مشکلات خاص بیماران پیوندی، کیفیت زندگی آنها را اندازه‌گیری می‌کند [۱۶]. برای نمره‌دهی، به هر گزینه امتیازی بین یک تا ۷ داده شد، به طوری که ۷ نشانگر بهترین نمره و یک بدترین حالت ممکن بود. سپس نمرات هر حیطه جمع و بر تعداد گزینه‌های آن حیطه تقسیم شد تا نمره نهایی آن به دست آمد. حداقل نمره در حیطه فیزیکی، ظاهر، ترس، عاطفی و خستگی به ترتیب برابر با ۱/۱۷، ۱، ۱، ۱ و ۱ است و حداکثر نمره به ترتیب برابر با ۷، ۶/۷۵، ۷، ۷ و ۷ است. متوسط نمره در حیطه‌های فیزیکی، خستگی، ترس، عاطفی و ظاهر به ترتیب برابر با ۳/۶۷، ۲/۶، ۲/۵، ۲/۵، ۱/۷۵ است. حداقل نمره در کل حیطه‌ها برابر با ۱/۲۶ و حداکثر نمره ۶/۶۴ و متوسط نمره برابر با ۲/۶۴ است. طبق مطالعه Tayebi و همکاران (۲۰۱۰) پایایی پرسش‌نامه با آلفای کرونباخ ۰/۹۳ محاسبه شده است [۱۷].

قسمت سوم، پرسش‌نامه حمایت اجتماعی واکس بود که مشتمل بر ۲۳ سؤال چهارگزینه‌ای در سه حیطه است. حیطه حمایت خانواده شامل ۸ سؤال، حیطه حمایت دوستان شامل ۷ سؤال و حیطه حمایت دیگران شامل ۸ سؤال است. نمره‌دهی پرسش‌نامه به صورت لیکرت چهارگزینه‌ای انجام شد. حداقل نمره در حیطه خانواده، دوستان و دیگران به ترتیب برابر با ۱۶، ۱۴ و ۱۳، حداکثر نمره به ترتیب برابر

این موضوع که برخی از بیماران، نسبت به دیگر بیماران، سختی‌ها و مشکلات جسمی و روانی بیشتری احساس می‌کنند و کیفیت زندگی پایین‌تری دارند، می‌تواند دلالت بر این امر داشته باشد که چنین افرادی تمایل به حضور در جامعه ندارند و دچار فقدان روابط اجتماعی و به تبع آن کمبود حمایت اجتماعی می‌شوند. این افراد در برابر مشکلات و ناملازمات اجتماعی و بحران‌های اقتصادی آسیب‌پذیرترند [۸]. حمایت اجتماعی بر وضعیت جسمی، روانی، رضایت از زندگی و جنبه‌های گوناگون کیفیت زندگی بیماران اثرات زیادی دارد [۹] و به احساس پذیرش از سوی دیگران (بعد عاطفی) مربوط می‌شود [۱۰]. حمایت اجتماعی به میزان برخورداری از محبت، همراهی و توجه اعضای خانواده، دوستان و دیگر افراد تعبیر می‌شود [۱۱] و با بیماری و سلامتی افراد مرتبط است و اثرات محافظتی بر سلامت جسمی دارد [۱۲]. در مطالعه‌ای نشان داده شد حمایت اجتماعی می‌تواند یکی از فاکتورهای مؤثر بر رفتارهای خودمراقبتی افراد باشد؛ با تمرکز بر آن در برنامه‌های آموزشی، درمانی و مراقبتی می‌توان با بهبود وضعیت خودمراقبتی علاوه بر کاهش هزینه‌های اقتصادی، کیفیت زندگی بیماران را نیز بهبود بخشید [۱۳]. حمایت اجتماعی، قابلیت و کیفیت ارتباط با دیگران است که منابعی را در مواقع لازم فراهم می‌کند [۱۴]. ارتباط بین پرستار، بیمار و بستگان او در امر مراقبت‌های بهداشتی مؤثر است؛ بنابراین پرسنل بهداشتی و درمانی می‌توانند با بررسی نیازهای حمایتی بیماران از نظر کیفیت و کمیت و با بسیج منابع حمایتی موجود در جامعه و مشارکت خانواده در جهت بهبود کیفیت زندگی بیماران گام بردارند. به طوری که ارتباط پرستار با بیمار موجب تمایل بیشتر به ارتقای سلامت جسمانی و روانی آنان می‌شود [۱۵]. از آنجا که اثر حمایت اجتماعی بر کیفیت زندگی بیمار معیاری مهم برای ارزشیابی موفقیت درمان است، سنجش کیفیت زندگی با حمایت اجتماعی در مطالعات بالینی موجب ارتباط نزدیک‌تر بیمار با ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی می‌شود و همچنین به منظور دستیابی به آمار ضروری برای سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی در اهداف اجتماعی و بالینی کاربرد متعددی دارد. لذا این مطالعه با هدف تعیین همبستگی کیفیت زندگی با حمایت اجتماعی در بیماران پیوند کلیه مراجعه‌کننده به مرکز آموزشی - درمانی شهید بهشتی همدان انجام شد.

## روش کار

این مطالعه توصیفی - مقطعی از نوع همبستگی است که در مورد ۱۶۶ نفر از بیماران پیوند کلیه مراجعه‌کننده به درمانگاه پیوند کلیه مرکز آموزشی - درمانی شهید بهشتی همدان در سه ماه آخر سال ۱۳۹۵ انجام شد. معیارهای ورود افراد به مطالعه عبارت بود از اینکه حداقل ۶ ماه و حداکثر ۵ سال از پیوند کلیه آنها گذشته باشد، در حس شنوایی و بینایی خود بنا به تشخیص پزشک اختلال نداشته باشند، توانایی جسمی و ذهنی داشته باشند، عمل پیوند کلیه آنها موفق بوده باشد، سن ۳۰ تا ۶۰ سال و سواد خواندن و نوشتن داشته باشند، به دیگر بیماری‌های مزمن مبتلا نباشند، به دیالیز نیاز نداشته باشند، به شرکت و همکاری در پژوهش

## یافته‌ها

میانگین سنی شرکت‌کنندگان در پژوهش  $43/73 \pm 10/94$  سال بود؛ که ۹۱ نفر مرد (۵۴/۸ درصد) و ۷۵ نفر زن (۴۵/۲ درصد) بودند. ۱۲۶ نفر متأهل (۷۵/۹ درصد) و ۷۶ نفر (۴۵/۸ درصد) تحصیلات زیر دیپلم داشتند. زنان خانه‌دار با ۴۳/۴ درصد (۷۲ نفر) بیشترین درصد فراوانی را از نظر وضعیت اشتغال داشتند. همچنین اکثر افراد مورد مطالعه، ۱۱۰ نفر (۶۶/۳ درصد)، در شهر زندگی می‌کردند. طول مدت دیالیز قبل از پیوند کلیه ۵۴ نفر (۳۲/۵ درصد) بین ۱ تا ۲ سال بود (بیشترین فراوانی نمونه‌ها) و مدت دیالیز قبل از پیوند کلیه ۱۴ نفر (۸/۴ درصد) به بیش از ۴ سال می‌رسید (کمترین فراوانی نمونه‌ها). میانگین طول مدت انجام دیالیز قبل از پیوند برابر  $1/23 \pm 2/36$  سال بود. اکثر افراد پژوهش، ۱۵۷ نفر (۹۴/۶ درصد)، اولین پیوند کلیه را تجربه می‌کردند. ۱۵۰ نفر (۹۰/۴ درصد) از غیرخویشاوند کلیه دریافت می‌کردند. بیشترین افراد مطالعه، ۱۴۸ نفر (۸۹/۲ درصد)، دو بار در طول روز داروی سرکوب‌کننده سیستم ایمنی سل سپت و ساندیمون را مصرف می‌کردند و ۱۵۳ نفر (۹۲/۲ درصد) دو بار در طول روز داروی سرکوب‌کننده سیستم ایمنی پردنیزولون را مصرف می‌کردند. همچنین اکثر افراد، ۱۴۸ نفر (۸۹/۲ درصد)، رژیم دارویی سل سپت، ساندیمون و پردنیزولون را داشتند. ۱۶۵ نفر (۹۹/۴ درصد) تحت پوشش بیمه درمانی قرار داشتند. از نظر ابتلا به بیماری زمینه‌ای بیشتر افراد، ۷۴ نفر (۴۴/۶ درصد)، بیماری فشارخون قبل از پیوند داشتند.

نتایج نشان داد میانگین نمره کل کیفیت زندگی بیماران پیوند کلیه  $2/64 \pm 0/99$  است و میانگین نمره کیفیت زندگی در حیطه علائم جسمی بیش از دیگر حیطه‌هاست (جدول ۱). کیفیت زندگی اکثر بیماران پیوند کلیه، ۱۳۴ نفر (۸۰/۷ درصد)، متوسط است. بین میانگین نمره کیفیت زندگی افراد با متغیرهای وضعیت تأهل و تعداد افراد خانوار ارتباط آماری معنادار وجود دارد ( $P < 0/05$ ). اما با سایر متغیرهای دموگرافیک ارتباط آماری معنادار مشاهده نشد ( $P > 0/05$ ).

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار نمره کیفیت زندگی و حیطه‌های آن در افراد پژوهش

دامنه نمره (حداکثر - حداقل)	میانگین و انحراف معیار	حیطه‌های کیفیت زندگی
(۱ - ۷)	$2/64 \pm 0/99$	کیفیت زندگی (کل)
(۱/۱۷ - ۷)	$3/67 \pm 1/12$	علائم جسمی
(۱ - ۷)	$2/60 \pm 1/26$	خستگی
(۱ - ۷)	$2/50 \pm 1/45$	ترس / نبود اطمینان
(۱ - ۶/۷۵)	$1/75 \pm 1/00$	ظاهر
(۱ - ۷)	$2/50 \pm 1/35$	عاطفی

با ۳۲، ۲۸ و ۳۱ است. متوسط نمره در حیطه‌های خانواده، دوستان و دیگران به ترتیب ۲۵، ۲۰ و ۲۴ است. حداقل نمره در کل حیطه‌ها برابر با ۵۰، حداکثر نمره ۹۰ و متوسط نمره برابر با ۶۹ است. افراد با نمره کمتر از ۵۰ درصد از نمره کل در گروه ضعیف، نمرات بین ۵۰ تا ۷۵ درصد در گروه متوسط و نمرات بالای ۷۵ درصد در گروه خوب قرار گرفتند [۱۸]. پایایی پرسش‌نامه با آزمون آلفای کرونباخ در پژوهش Khabaz و همکاران (۲۰۱۲) ۷۸ درصد محاسبه شده است [۱۹].

پس از تصویب طرح و کسب اجازه کتبی از مسئولان دانشگاه و کمیته اخلاق، پژوهشگر برای جمع‌آوری داده‌ها به مرکز آموزشی - درمانی شهید بهشتی همدان معرفی شد. نمونه‌های پژوهش به صورت در دسترس هنگام مراجعه به درمانگاه پیوند کلیه در تمامی روزهای هفته انتخاب شد. پژوهشگر با حضور در محیط پژوهش ضمن معرفی خود به واحدهای پژوهش و دریافت رضایت‌نامه آگاهانه، هدف از انجام تحقیق و نحوه تکمیل پرسش‌نامه‌ها و چک‌لیست را به آنها توضیح داد و سپس واحدهای پژوهش پرسش‌نامه‌ها را در محیطی آرام با حضور پژوهشگر تکمیل کردند.

داده‌ها با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ تجزیه و تحلیل شد. ابتدا از آمار توصیفی و سپس برای تعیین ارتباط بین متغیرها از آنالیز همبستگی استفاده شد. قبل از انتخاب نوع آزمون آماری برای به دست آوردن رابطه بین متغیرهای دموگرافیک با متغیرهای کیفیت زندگی، حمایت اجتماعی، فرض نرمال بودن داده‌ها با استفاده از آزمون آماری کلموگروف - اسمیرنوف ارزیابی شد. با رد فرض نرمال بودن ( $P > 0/05$ ) از آزمون‌های ناپارامتری من - ویننی و کروسکال - والیس استفاده شد. برای تعیین ارتباط بین متغیرها از آزمون ناپارامتری اسپیرمن استفاده شد. سطح معنی‌داری در آزمون‌ها ۵ درصد در نظر گرفته شد.

بین کیفیت زندگی با حمایت اجتماعی در بیماران پیوند کلیه وجود دارد ( $P < 0/05$ )؛ به طوری که بیماران با کیفیت زندگی خوب از حمایت اجتماعی بالاتری برخوردارند. ضریب همبستگی اسپیرمن ارتباط مستقیم و معناداری بین کیفیت زندگی بیماران پیوند کلیه با حیطه‌های حمایت خانواده و حمایت دیگران نشان می‌دهد ( $P < 0/05$ ). بدین معنا که بیماران با حمایت اجتماعی بالاتر (خانواده و دیگران) کیفیت زندگی بهتری نسبت به بیماران با حمایت اجتماعی ضعیف دارند. ارتباط معناداری بین کیفیت زندگی بیماران پیوند کلیه با حیطه حمایت دوستان دیده نشد ( $P > 0/05$ ). همچنین ارتباط مستقیم و معناداری بین هریک از حیطه‌های کیفیت زندگی با حمایت اجتماعی مشاهده شد ( $P < 0/05$ ).

همچنین دیگر نتایج مطالعه نشان داد که میانگین نمره کل حمایت اجتماعی بیماران پیوند کلیه  $69/91 \pm 7/58$  است، به طوری که ۱۹۵ نفر (۵۷/۲ درصد) از حمایت اجتماعی خوبی برخوردارند و بیشترین میانگین نمرات حمایت اجتماعی ( $25/61 \pm 3/16$ ) مربوط به حیطه حمایت اجتماعی خانواده است (جدول ۲).

بین میانگین نمرات حمایت اجتماعی افراد با متغیرهای نوع دهنده پیوند و تعداد افراد خانوار ارتباط آماری معناداری دیده شد ( $P < 0/05$ )، اما با سایر متغیرهای دموگرافیک ارتباط آماری معناداری مشاهده نشد ( $P > 0/05$ ).

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد ارتباط مستقیم و معناداری

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمره حمایت اجتماعی و حیطه‌های آن در افراد پژوهش

حیطه‌های حمایت اجتماعی	میانگین و انحراف معیار	دامنه نمره‌ها (حداکثر - حداقل)
حمایت اجتماعی (کل)	$69/91 \pm 7/58$	(۹۰ - ۵۰)
خانواده	$25/61 \pm 3/16$	(۱۶ - ۳۲)
دوستان	$20/11 \pm 3/47$	(۱۴ - ۲۸)
دیگران	$24/19 \pm 2/64$	(۱۳ - ۳۱)

جدول ۳. همبستگی کیفیت زندگی با حمایت اجتماعی در افراد مطالعه

کیفیت زندگی		حیطه‌های حمایت اجتماعی
P-value	ضریب همبستگی (r)	
$P < 0/05$	$69/91 \pm 7/58$	حمایت اجتماعی کل
$P < 0/05$	۰/۶۵۹	خانواده
$P > 0/05$	-۰/۱۴۱	دوستان
$P < 0/05$	۰/۸۱۳	دیگران
حمایت اجتماعی		حیطه‌های کیفیت زندگی
P-value	ضریب همبستگی (r)	
$P < 0/05$	۰/۳۷۱	کیفیت زندگی کل
$P < 0/05$	۰/۲۰۵	حیطه ترس / عدم اطمینان
$P < 0/05$	۰/۲۹۱	حیطه ظاهر
$P < 0/05$	۰/۳۷۳	حیطه جسمی
$P < 0/05$	۰/۳۲۱	حیطه خستگی
$P < 0/05$	۰/۲۰۴	حیطه عاطفی

به حیطه ظاهر ( $1/00 \pm 1/75$ ) است. در مطالعه Tayebi و همکاران (۲۰۱۰)، که از پرسشنامه کیفیت زندگی (KTQ-25) برای سنجش کیفیت زندگی بیماران پیوند کلیه در تهران استفاده کردند، بیشترین نمره کیفیت زندگی مربوط به حیطه ظاهر بود [۱۷]. بررسی حمایت اجتماعی دریافت‌شده در بیماران پیوند کلیه نشان می‌دهد که اکثر

## بحث

بررسی کیفیت زندگی بیماران پیوند کلیه نشان داد که اکثر افراد (۸۰/۷ درصد) میانگین نمره کیفیت زندگی متوسط دارند. بیشترین میانگین نمره کیفیت زندگی مربوط به حیطه فیزیکی ( $3/67 \pm 1/12$ ) و کمترین آن مربوط

مطالعه نشان داد که بین جنسیت، سن، محل زندگی، نوع سکونت، تعداد فرزندان، میزان تحصیلات، وضعیت اقتصادی، میزان درآمد، وضعیت اشتغال، نوع بیماری زمینه‌ای، طول مدت دیالیز قبل از پیوند، تعداد دفعات پیوند، مدت زمان بعد از پیوند، نوع رژیم دارویی و نوع دهنده پیوند با میزان کیفیت زندگی ارتباط معناداری وجود ندارد. نتایج مطالعات مختلف نشان می‌دهد که با افزایش سن، به دلیل شروع فرآیند سالمندی و افزایش عوارض بیماری، کیفیت زندگی تنزل می‌یابد. در این مطالعه بیشترین میانگین نمره کیفیت زندگی به ترتیب مربوط به گروه‌های سنی ۳۰-۳۹ سال و ۴۹-۴۰ سال است، اما تفاوت بین گروه‌ها معنادار نیست. این نتیجه با مطالعات Tayebi و همکاران (۲۰۱۰) و Vosughi و Movahedpour (۲۰۰۹) همخوانی دارد [۱۷، ۲۷].

بین نمره کیفیت زندگی با وضعیت تأهل افراد ارتباط آماری دیده می‌شود ( $P < 0.05$ )؛ به طوری که میانگین نمره کیفیت زندگی بیماران متأهل و مطلقه بیش از بیماران مجرد و بیوه است. این نتیجه با مطالعه Taher و همکاران (۲۰۱۴) همخوانی دارد [۲۸]. همچنین حمایت اجتماعی با تعداد افراد خانوار، طول مدت دیالیز و تبعیت از رژیم دارویی به طور معناداری ارتباط دارد ( $P < 0.05$ ). این نتیجه با مطالعات Woodward و Pantalone (۲۰۱۲) و Heydari و همکاران (۲۰۰۸) همسو است [۲۹، ۳۰].

### نتیجه‌گیری

نتایج این تحقیق نشان داد که بیشتر افراد مطالعه از کیفیت زندگی متوسطی برخوردارند و میانگین نمره کیفیت زندگی در حیطه علائم جسمی بیشتر از سایر حیطه‌هاست. همچنین بیماران دریافت‌کننده پیوند از حمایت اجتماعی خوبی برخوردارند. بیشترین میانگین نمرات حمایت اجتماعی مربوط به حیطه حمایت اجتماعی خانواده است. ارتباط مستقیم و معناداری بین میزان کیفیت زندگی با میزان حمایت اجتماعی بیماران پیوند کلیه دیده می‌شود، بدین معنا که بیماران با حمایت اجتماعی بالاتر از کیفیت زندگی بهتری نسبت به بیماران با حمایت اجتماعی ضعیف برخوردارند، بنابراین لازم است به نقش خانواده‌ها در افزایش کیفیت زندگی بیماران و به تبع آن ارتقای سلامتی آنان توجه ویژه شود. پرسنل بهداشتی و درمانی با تکیه به نقش حمایتی و آموزشی و مشارکتی خانواده می‌توانند برای پیشگیری از مشکلات ناشی از پیوند کلیه در جهت بهبود کیفیت زندگی بیماران گام بردارند.

### سپاسگزاری

مقاله حاضر بخشی از پایان‌نامه مقطع کارشناسی‌ارشد، گرایش پرستاری سلامت جامعه، مصوبه شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی همدان با شماره ۹۵۱۰۰۷۵۶۵۹ در تاریخ ۹۵/۱۰/۰۷ است. همچنین در کمیته اخلاق در پژوهش در تاریخ ۹۵/۱۰/۴ با شماره مجوز IR.UMSHA.REC.1395.428 تأیید شده است. از اساتید، معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی همدان،

آنها (۵۷/۲ درصد) از سطح حمایت اجتماعی خوب و مابقی (۴۲/۸ درصد) از سطح حمایت اجتماعی متوسط برخوردارند که نتایج این مطالعه همسو با مطالعه Mikula و همکاران (۲۰۱۶) است [۲۰]. نتایج مطالعه حاضر نشان داد ارتباط مستقیم و معناداری بین میزان کیفیت زندگی بیماران پیوند کلیه با حیطه‌های حمایت خانواده و حمایت دیگران (دو بعد از حمایت اجتماعی) وجود دارد ( $P < 0.05$ ). بدین معنا که بیماران با حمایت اجتماعی بالاتر از کیفیت زندگی بهتری نسبت به بیماران با حمایت اجتماعی ضعیف برخوردارند. این مطالعه همسو با پژوهش Lin و همکاران (۲۰۱۵) است که براساس آن بین حمایت اجتماعی با کیفیت زندگی بیماران بعد از پیوند کلیه ارتباط مستقیم وجود دارد، به طوری که حمایت اجتماعی بیشتر با کیفیت بهتر زندگی همراه است [۲۱]. چنین نتیجه‌ای دور از ذهن نیست زیرا خانواده اولین و مهم‌ترین نهادی است که هر فردی در آن عضویت دارد و با اعضای آن هر روز در ارتباط است، لذا بیشترین تأثیر را در کیفیت زندگی افراد خواهد داشت. بنابراین احتمالاً این ارتباط می‌تواند ناشی از ارتباط مناسب همسر و اعضای خانواده با بیمار، احساس همدردی و دلگرمی و ابراز محبت خانواده به او باشد. Osterberg در این باره می‌نویسد: در کشورهای پیشرفته صنعتی فردگرایی، وفادار نبودن به خانواده و خانواده‌گریزی وجود دارد، در حالی که در کشورهای در حال توسعه از جمله ایران خانواده افراد را حمایت می‌کند [۲۲].

نتایج مطالعه نشان می‌دهد بین حمایت اجتماعی با حیطه‌های کیفیت زندگی (ترس و عدم اطمینان، خستگی، ظاهر، جسمی و عاطفی) ارتباط مثبت، مستقیم و معنادار آماری وجود دارد ( $P < 0.05$ ). به طوری که حمایت اجتماعی بر کیفیت زندگی بیماران دریافت‌کننده پیوند کلیه نیز اثر مثبتی دارد. بسیاری از مطالعات ارتباط مثبت بین حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی را گزارش کرده‌اند [۲۳، ۲۴]. Beattie و همکاران در مقاله‌ای با عنوان «حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی» بیان می‌کنند که حمایت اجتماعی بالاتر باعث بهبود کیفیت زندگی در سطح روانی و فیزیکی می‌شود [۹]. همچنین حمایت اجتماعی منجر به افزایش رفتارهای بهداشتی افراد و در نهایت افزایش کیفیت زندگی می‌شود. حمایت اجتماعی بالا سبب لذت بردن از فعالیت‌های تفریحی، داشتن احساس بهتر به زندگی و رضایت از آن می‌شود و از طریق فراهم کردن کمک‌های ملموس بر کیفیت زندگی و وضعیت سلامت فرد تأثیر می‌گذارد [۲۵]. Medellín Olaya و همکاران (۲۰۱۴)، در بررسی ارتباط حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی در بیماران نارسایی کلیه که تحت پیوند کلیه قرار گرفته‌اند، نشان دادند ارتباط مثبت و معناداری بین حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی وجود دارد که نتایج این مطالعه همسو با مطالعه حاضر است [۲۶].

بیماری به‌تنهایی تعیین‌کننده درک فرد از کیفیت زندگی نیست و بسیاری عوامل تأثیرگذار دیگر از جمله سن، جنس، تحصیلات و... نقش مهمی در ارزیابی فرد از کیفیت زندگی خویش دارد، بنابراین بررسی روابط بین متغیرهای دموگرافیک و کیفیت زندگی مفید خواهد بود [۱۷]. نتایج حاصل از این

## تعارض منافع

میان نویسندگان این مقاله تعارض منافی وجود ندارد.

مسئولان مرکز آموزشی - درمانی شهید بهشتی و کلیه افرادی که در این پژوهش همکاری داشتند کمال تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

## References

- Mistretta A, Veroux M, Grosso G, Contarino F, Biondi M, Giuffrida G. Role of socioeconomic conditions on outcome in kidney transplant recipients. *Transplantation proceedings*. 2009. <https://doi.org/10.1016/j.transproceed.2009.03.017> PMID:19460506
- Afshar R, Sanavi S, Salimi J. Epidemiology of chronic renal failure in Iran: a four year single center experience. *Saudi Journal of Kidney Diseases and Transplantation*. 2007;18(2):191. PMID:17496393
- Bahraminezhad F, Sanaei N, Farokhnezhad P. *Transplant Nursing*. Tehran: Jameenegar. 2013.
- Rakrava M, Omranifard V, Ebrahimi A, Atapour A, Mortazavi M. relationship between quality of life, general health and dysfunctional attitudes in kidney transplant patients. *Journal of Research in Behavioural Sciences*. 2015;12(4):510-9.
- Shrestha A, Vallance C, McKane W, Shrestha B, Raftery A, editors. Quality of life of living kidney donors: a single-center experience. *Transplantation proceedings*. 2008.
- Unruh M, Weisbord S, Kimmel P. Psychosocial factors in patients with chronic kidney disease: Health-related quality of life in nephrology research and clinical practice. *Seminars in dialysis*. 2005:Wiley Online Library.
- Ferrans CE, Powers MJ. Quality of life of hemodialysis patients. *Anna Journal*. 1993;20(5):575-81.575-81.
- Shahraki M, Shahraki T, Gargari B, Ramroudi N. Central Obesity and Coronary Heart Disease Risk Factors in Referral Outpatients to Zahedan Cardiology Clinic, Iran. *International journal of high risk behaviors & addiction*. 2012;1(2):79-83. <https://doi.org/10.5812/ijhr-ba.4275> PMID:24971238 PMID:PMC4070110
- Beattie S, Lebel S, Tay J. The influence of social support on hematopoietic stem cell transplantation survival: a systematic review of literature. *PLoS one*. 2013;8(4):e61586. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0061586> PMID:23637862
- Aalto A-M, Uutela A. Glycemic control, self-care behaviors, and psychosocial factors among insulin treated diabetics: a test of an extended health belief model. *International journal of behavioral medicine*. 1997;4(3):191-214. [https://doi.org/10.1207/s15327558ijbm0403\\_1](https://doi.org/10.1207/s15327558ijbm0403_1) PMID:16250728
- Von Kanel R. Psychosocial stress and cardiovascular risk: current opinion. *Swiss Med Wkly*. 2012;142:w13502. PMID:22271452
- Hwang S, Kirst M, Chiu S, Tolomiczenko G, Kiss A, Cowan L. Multidimensional social support and the health of homeless individuals. *Journal of Urban Health*. 2009;86(5):791-803. <https://doi.org/10.1007/s11524-009-9388-x> PMID:19629703 PMID:PMC2729873
- Taher M, Abredari H, Karimy M, Rahmati M, Atarod M, Azaepira H. The Assessment of Social Support and Self-Care Requisites for Preventing Diabetic Foot Ulcer in Diabetic Foot Patients. *Journal of Education And Community Health*. 2016;2(4):34-40. <https://doi.org/10.21859/jech-02045>
- Findler L, Jacoby A, Gabis L. Subjective happiness among mothers of children with disabilities: The role of stress, attachment, guilt and social support. *Research in developmental disabilities*. 2016;55:44-54. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2016.03.006> PMID:27037989
- Namdar H. Compliance in Patients with Schizophrenia. *Iran Psychiatry Clinical Psychol* 2005;4(43):120.
- Pus N. Administrative guide to the kidney transplant questionnaire. London: Robarts Research Institute. 1999.
- Tayebi A, Raiesifar A, Ebadi A, Eynollahi B, Rafiyan Z. Review the renal transplantation patients' quality of life by using kidney transplantation questionnaire (KTQ-25). *Iranian Journal of Critical care Nursing*. 2010;3(3):125-8.
- Vaux A, Riedel S, Stewart D. Modes of social support: The social support behaviors (SS-B) scale. *American Journal of Community Psychology*. 1987;15(2):209-32. <https://doi.org/10.1007/BF00919279>
- Khabaz M, Behjati Z, Naseri M. Relationship between Social Support and Coping Styles and Resiliency in Adolescents. *Journal of Applied Psychology* 2012;5(4):108-23.
- Mikula P, Nagyova I, Krokavcova M, Vitkova M, Rosenberger J, Szilasiova J. Self-esteem, social participation, and quality of life in patients with multiple sclerosis. *Journal of health psychology*. 2016.

21. Lin X, Shang Y, Teng S, Liu H, Han L. Relationship between Perceived Social Support and Quality of Life among Kidney Transplant Recipients. *GSTF Journal of Nursing and Health Care*. 2015;3(1).
22. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. *New England Journal of Medicine*. 2005;353(5):487-97. <https://doi.org/10.1056/NEJMra050100> PMID:16079372
23. Bennett S, Perkins S, Lane K, Deer M, Brater D, Murray M. Social support and health-related quality of life in chronic heart failure patients. *Quality of life research*. 2001;10(8):671-82. <https://doi.org/10.1023/A:1013815825500> PMID:11871588
24. Helgeson V. Social support and quality of life. *Quality of life research*. 2003;12(1):25-31. <https://doi.org/10.1023/A:1023509117524> PMID:12803308
25. Sanne B, Mykletun A, Dahl A, Moen B, Tell G. Testing the job demand-control-support model with anxiety and depression as outcomes: The Hordaland Health Study. *Occupational medicine*. 2005;55(6):463-73. <https://doi.org/10.1093/occ-med/kqi071> PMID:15845554
26. Medellín Olaya J, Carrillo González G. Perceived social support and quality of life of people with chronic kidney disease undergoing renal transplantation. *Avances en Enfermería*. 2014;32(2):206-16. <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v32n2.46099>
27. Vosughi M, Movahedpour A. Comparison quality of life between hemodialysis and transplant patient in Ardabil medical centers. *Ardabil Univ Med Sci J*. 2009;9(2):171-9.
28. Taher M, Abredari H, Karimy M, Abedi A, Shamsizadeh M. The Relation Between Social Support and Adherence to the [Treatment of Hypertension]. *J Edu Commun Health*. 2014;1(3):63-9. <https://doi.org/10.20286/jech-010348>
29. Woodward E, Pantalone D. The role of so social support and negative affect in medication adherence for HIV-infected men who have sex with men. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2012;23(5): 388-96. <https://doi.org/10.1016/j.jana.2011.09.004> PMID:22209470 PMID:22209470 PMID:22209470 PMID:22209470 PMID:22209470 PMID:22209470 PMID:22209470 PMID:22209470 PMID:22209470 PMID:22209470
30. Heydari S, Noori Tajer M, Hoseini F, Inanloo M, Golgiri F, Shirazi F. Family Support and Diabetic Type-2 Glycemic Control. *Salmand*. 2008;3(2):573-80.