

## **The relationship between social support and death anxiety in hemodialysis patients**

Sadeghi<sup>1</sup> H (MSc) - Saeedi<sup>2</sup> M (MSc) - Rahzani<sup>3</sup> K (Ph.D) - Esfandiary<sup>4</sup> A (MSc)

### **Abstract**

**Introduction:** Despite the effectiveness of hemodialysis in renal failure, patients are exposed to stressors such as death anxiety. Social support plays a role in maintaining good health and increased mortality rate and incidence of physical and psychological, is characterized by illness. This study aimed to investigate the relationship between social support and death anxiety of hemodialysis patients.

**Methods:** This descriptive - correlative and 151 patient-center hemodialysis unit of Vali Asr hospital in Arak in 2013 were studied. Data were collected using demographic data, and using a combination Templar death anxiety, social support for cancer patients, social support waxes Norbek (NSSQ), and the  $\alpha$  Cronbach's reliability of the questionnaire 0.88 Confirmed. Data were analyzed by spss version 18.

**Results:** The mean and standard deviation of death anxiety, emotional support, instrumental, informational social support total order of  $4.05 \pm 64.11$ ,  $4.38 \pm 28.04$ ,  $5.28 \pm 25.75$ ,  $3.18 \pm 20.57$ ,  $8 \pm 74.36$ , respectively. 70.9 percent emotional and instrumental social support 53% of people support a desired position, and then Data Protection 72.2 percent were unfavorable. There was a significant relationship between various dimensions of social support and the relationship between death anxiety and emotional support in the form ( $r = -0.69$ ), ( $p < 0.0001$ ), instrumental support ( $r = -0.64$ ) ( $p < 0.001$ ) (supporting information ( $p < 0.001$ ) ( $r = 0.63$ ) respectively.

**Conclusion:** This study showed Social support in patients undergoing hemodialysis unit was low and people who have poor social support, reported higher death anxiety.

**Keywords:** death anxiety, social support, dialysis.

Received: 4 August 2014

Accepted: 25 December 2014

---

1 - MSc in Nursing, Department of Medical Surgical Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran.

2- MSc in Nursing, Department of Medical Surgical Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Save University of Medical Sciences, Save, Iran (**corresponding author**).

**E-mail:** m.saeedi@arakmu.ac.ir

3- Assistant Professor, Faculty of Nursing & Midwifery, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran.

4- PhD candidate in Health Policy, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran.

## حمایت اجتماعی و اضطراب مرگ در بیماران همودیالیز

هاجر صادقی<sup>۱</sup>، مریم سعیدی<sup>۲</sup>، کبری راهزانی<sup>۳</sup>، عاطفه اسفندیاری<sup>۴</sup>

### چکیده

**مقدمه:** علی رغم تاثیر درمانی همودیالیز در نارسایی کلیوی، این بیماران با عوامل تنش‌زا از جمله اضطراب مرگ مواجهه‌اند. حمایت اجتماعی در حفظ سلامتی نقش دارد و با افزایش آن از میزان مرگ و میر بیماران و بروز ناخوشی‌های جسمی و روانی می‌کاهد. این مطالعه باهدف بررسی ارتباط بین حمایت اجتماعی و اضطراب مرگ بیماران همودیالیزی انجام شد.

**روش:** مطالعه از نوع توصیفی - تحلیلی بود. ۱۵۱ بیمار مرکز همودیالیز بیمارستان ولیعصر (عج) اراک به روش سرشماری، در سال ۱۳۹۲ مورد بررسی قرار گرفتند. ابزار گردآوری داده‌ها اطلاعات فردی، اضطراب مرگ تمپلر (Templer) ۱۵ آیتی و پرسشنامه‌ای تلفیقی، حمایت اجتماعی بیماران سرطانی، حمایت اجتماعی واکس ونوربک (Norbeck Social Support Questionnaire) بود. داده‌ها با استفاده از spss نسخه ۱۸ تجزیه و تحلیل شد.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد میانگین وانحراف معیار میزان اضطراب مرگ، حمایت عاطفی، ابزاری، اطلاعاتی و حمایت اجتماعی کل به ترتیب (۶۴/۱۱±۴/۰۵)، (۲۸/۰۴±۴/۳۸)، (۲۵/۷۵±۵/۲۸)، (۲۰/۵۷±۳/۱۸)، (۷۴/۳۶±۸) بود. حمایت اجتماعی در بعد عاطفی ۷۰/۹٪ و در بعد حمایت-ابزاری ۵۳٪ افراد وضعیت مطلوب و در بعد حمایت اطلاعاتی ۷۲/۲٪ وضعیت نامطلوب داشتند. بین ابعاد مختلف حمایت اجتماعی و اضطراب مرگ ارتباط معنی‌دار وجود داشت و این ارتباط در بعد حمایت عاطفی به صورت (t=-۰/۶۹)، (p<۰/۰۰۱)، حمایت ابزاری (t=-۰/۶۴) (p<۰/۰۰۱)، حمایت اطلاعاتی (t=۰/۶۳) (p<۰/۰۰۱) بود.

**نتیجه‌گیری:** بر اساس یافته‌های این مطالعه بیماران تحت درمان با همودیالیز که از حمایت اجتماعی نامطلوب برخوردار باشند احتمال افزایش اضطراب مرگ در آنان بیشتر خواهد بود.

**کلیدواژه‌ها:** اضطراب مرگ، حمایت اجتماعی، همودیالیز

تاریخ پذیرش: ۹۳/۹/۲۵

تاریخ دریافت: ۹۳/۵/۱۳

۱- کارشناسی ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران.

۲- کارشناسی ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ساوه، ساوه، ایران، (نویسنده مسؤول)

پست الکترونیکی: m.saeedi@arakmu.ac.ir

۳- استادیار، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران.

۴- دانشجوی دکتری تخصصی سیاست‌گذاری سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران.

## مقدمه

بیماری مزمن کلیوی اختلالی است که در آن کاهش برگشت ناپذیر عملکرد کلیه به حدی رسیده است که موجب وابستگی دائمی بیمار به درمان جایگزینی کلیه شده است (۱) و نیاز به ایجاد تغییر در سیاست های مراقبت های بهداشتی را ایجاد می کند (۲). در ایران رشد این بیماری در حدود ۱۲٪ در سال است (۳). شایعترین روش درمان برای این بیماران همودیالیز می باشد (۴). بیش از ۲۸۰/۰۰۰ نفر آمریکایی تحت درمان با همودیالیز هستند (۵) شیوع و میزان بروز نارسایی پیشرفته کلیوی در ایران به ترتیب ۳۵۷ و ۵۷ مورد در هر یک میلیون نفر جمعیت در طی یک سال گزارش شده است (۶). براساس مطالعه نفر سالانه در ایران بیش از ۱۲۰۰۰۰۰ سال زندگی فعال ناشی از ابتلا به این بیماری از بین می رود که این میزان حتی در مقایسه با بسیاری از بدخیمی ها رقم قابل ملاحظه ای محسوب می شود (۷). در ایران ۵۲٪ از بیماران مبتلا به نارسایی کلیه تحت درمان با همودیالیز هستند (۴). دیالیز قادر به جبران کامل فعالیت های متابولیکی از دست رفته نیست، بلکه مسبب پریشانی خاطر بیماران نیز می شود (۸) و اختلالات روانی - رفتاری از عوارض عمده همودیالیز می باشد (۹).

همودیالیز، فرایندی تنش زا است که با فشارهای روحی و مشکلات روانی - اجتماعی متعددی همراه است (۱۰). افسردگی و اضطراب از شایعترین اختلالات روانی به شمار رفته و می تواند به صورت برخی بیماری های جسمی آشکار شوند (۱۱) و در بیماران تحت درمان با همودیالیز این مسئله جدی تر بوده و باعث افزایش ناخوشی، بستری شدن مکرر، افزایش هزینه مرگ و میر می شود (۱۲). عملکردهای خانوادگی، اجتماعی و روانی بیماران تحت همودیالیز ممکن است تحت تأثیر خستگی، اضطراب و اختلالات عصبی - هورمونی قرار گیرد که در نتیجه آن بعد خانوادگی زندگی فرد تحت تأثیر منفی قرار گرفته و منجر به نامطلوب شدن بعد اجتماعی کیفیت زندگی شود (۱۳). شیوع اضطراب در بیماران

همودیالیزی داخل کشور ۲۰ تا ۶۰٪ است (۱۴). طول مدت درمان و نقص در عملکرد سیستم حمایتی بیماران همودیالیزی منجر به ناتوانی آنان در تطابق با موقعیت های تنش زا و افزایش اضطراب می گردد (۱۵). انواع اضطراب بر اساس منشاء دسته بندی شده اند. اضطراب مرگ یکی از مهمترین آن ها می باشد و به عنوان ترس از مردن خود و دیگران تعریف می گردد. به عبارتی شامل پیش بینی مرگ خود و ترس از فرآیند مرگ و مردن در مورد افراد مهم زندگی است (۱۶) و به عنوان تجربه ناخوشایند انسان ها می باشد (۱۵). اندیشیدن به مرگ ترسناک بوده و اغلب مردم ترجیح می دهند به آن فکر نکنند (۱۸). از آنجایی که مرگ تجربه نشده، هرکسی بنا بر شرایط خود درجات معینی اضطراب از مرگ را به همراه خود دارد (۱۹).

بیماران تحت درمان با همودیالیز به دلیل شرایط استرس آور زندگی شان با ترس از مرگ نیز مواجهه هستند (۹). از سوی دیگر ماهیت بیماری، وابستگی به دیگران را افزایش داده و منجر به کاهش اعتماد به نفس و احساس تنهایی بیمار می شود (۲۰). حمایت یک نیاز حیاتی و چند بعدی است که باید پیوسته به مددجویان ارائه شود. در اغلب نظریه های پرستاری به مفهوم حمایت از بیمار اشاره شده است (۲۱). حمایت اجتماعی به عنوان یکی از مکانیزم های مقابله ای عاطفه نگر دارای قدرت بالقوه تأثیر بر کیفیت زندگی است (۲۲) و با افزایش آن از میزان مرگ و میر بیماران کاسته و بروز ناخوشی های جسمی و روانی در افراد کمتر می شود (۲۳). حمایت اجتماعی می تواند حمایت عاطفی، اطلاعاتی و ابزاری باشد. حمایت عاطفی شامل دوست داشتن و عشق ورزیدن به بیمار، پذیرفتن بیمار و احترام گذاشتن به او می باشد. کمک ملموس کالایی و یا خدماتی نیز تحت عنوان حمایت ابزاری نامیده شده و دادن اطلاعات و آگاهی به افراد در زمان بروز استرس های جسمی و روانی را حمایت اطلاعاتی گویند (۲۴).

افرادی که از حمایت روانی و اجتماعی بالاتری برخوردارند بهتر قادرند با استرس های زندگی سازگار شوند (۲۵). درک حمایت اجتماعی می تواند از بروز عوارض فیزیولوژیکی بیماری جلوگیری

بیماری کلیوی مرحله نهایی و تحت درمان با همودیالیز به مدت حداقل ۶ ماه بود. افراد در صورت عدم تمایل به شرکت در مطالعه و دارا نبودن شرایط ورود از مطالعه خارج می‌شدند. مدت جمع آوری داده‌ها سه ماه بود.

پرسشنامه از سه بخش تشکیل شده است: بخش اول، مربوط به اطلاعات جمعیت شناختی و اطلاعات مربوط به بیماری بود. جهت تعیین اعتبار این قسمت از اعتبار محتوی استفاده گردید. در بخش دوم پرسشنامه، از مقیاس اضطراب مرگ تمپلر (Templer Death Anxiety Scale) استفاده گردید که دارای ۱۵ سوال بود. این پرسشنامه برای اولین بار توسط تمپلر در سال ۱۹۷۰ معرفی گردید (۱۷). این پرسشنامه استاندارد بوده و بارها در پژوهش‌های سطح جهان استفاده شده و در ایران نیز ترجمه، تحلیل عاملی و اعتباریابی شده است و همسانی درونی آن در مطالعه رجبی و همکاران (۱۳۸۰) ۰/۷۳ گزارش شده است (۳۳). روایی این ابزار در این مطالعه نیز توسط اساتید و متخصصان گروه پرستاری تایید شد. برای تعیین پایایی از روش سنجش پایایی درونی استفاده و ۰/۸۶ گزارش گردید. مسعود زاده و همکاران (۱۳۸۷) ضریب همبستگی سوالات مقیاس اضطراب مرگ را ۰/۹۵ گزارش نمودند (۱۷). پاسخ به هر یک از سوالات بر اساس مقیاس پنج گزینه‌ای لیکرت به صورت کاملاً مخالفم (۱)، مخالفم (۲)، نظری ندارم (۳)، موافقم (۴) و کاملاً موافقم (۵) تنظیم شده است. در سوالات ۱، ۲، ۳، ۴ و ۵ که سوالات معکوس پرسشنامه بودند. به گزینه خیلی مخالفم امتیاز ۵ و به گزینه خیلی موافقم امتیاز یک اختصاص یافت. حداقل امتیازات در این پرسشنامه ۱۵ و حداکثر ۷۵ بود. امتیاز کمتر نشان دهنده‌ی اضطراب مرگ کمتر و امتیاز بالاتر نشان دهنده‌ی اضطراب مرگ بیشتر بیماران بود.

بخش سوم: پرسشنامه‌ی 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. سوالات شامل

نماید، میزان مراقبت را افزایش دهد و تاثیر مثبتی بر وضعیت جسمی، روانی و اجتماعی فرد گذاشته و در نهایت به افزایش عملکرد منجر شود (۲۶). آورالیه اونتاس و همکاران (۲۰۱۱) بیان نموده‌اند که بین حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی بیماران تحت درمان با دیالیز ارتباط مستقیمی وجود دارد (۲۷). از دیدگاه چونگ و همکاران (۲۰۰۸) با بهبود حمایت اجتماعی، وضعیت بالینی و بقاء بیماران مطلوب‌تر می‌گردد (۲۸). فقدان حمایت اجتماعی مناسب در بین جمعیت عمومی دیده می‌شود و این مساله در افراد مبتلا به مرحله انتهایی نارسایی کلیه مشهودتر می‌باشد (۲۹) که با افزایش مرگ و میر این دسته از افراد در ارتباط می‌باشد (۳۰). همچنین مطالعه تونگ و همکاران (۲۰۰۷) نشان داده است که دریافت ناکافی حمایت اجتماعی در افرادی که طولانی مدت تحت درمان با دیالیز هستند، باعث افزایش مرگ و میر شده است (۳۱).

با عنایت به موارد فوق حمایت اجتماعی می‌تواند با برخی از مفاهیم دیگر از جمله اضطراب مرگ در ارتباط باشد. پرسنل بهداشتی با درک بهتر تجربه زندگی افراد دیالیزی می‌توانند بهتر از آن‌ها حمایت نمایند. طوری که آن‌ها بتوانند تا حد امکان درست زندگی کنند (۳۲). مطالعات اندکی در زمینه حمایت اجتماعی این دسته از بیماران خصوصاً در ایران انجام گردیده و در مورد ارتباط آن با سایر مفاهیمی که کیفیت زندگی این بیماران را تحت تاثیر قرار می‌دهد از جمله اضطراب مرگ مطالعه‌ای یافت نشد (۳، ۱۴). لذا این مطالعه با هدف بررسی ارتباط بین حمایت اجتماعی و اضطراب مرگ در بیماران همودیالیز انجام شد.

## روش مطالعه

مطالعه حاضر از نوع توصیفی - تحلیلی بود به دلیل محدود بودن جامعه پژوهش، نمونه معادل جامعه در نظر گرفته شد. کلیه بیماران همودیالیزی (۱۵۱ نفر) مراجعه کننده به بخش همودیالیز بیمارستان ولی عصر (عج) اراک که دارای شرایط ورود به مطالعه بودند، بررسی شدند. داده‌ها از طریق پرسشنامه جمع آوری گردید. معیارهای ورود نمونه شامل تمایل به شرکت در مطالعه، ابتلا به

سه بخش حمایت عاطفی (۱۰ گویه)، حمایت ابزاری (۱۰ گویه) و حمایت اطلاعاتی (۹ گویه) بود. پاسخ‌ها ۴ گزینه ای بوده و توسط مقیاس لیکرت و به صورت (زیاد، متوسط، کم، اصلاً) سنجیده شد. جهت تحلیل اطلاعات، برای اصلا نمره "یک"، کم "دو"، متوسط "سه" و زیاد "چهار" در نظر گرفته شد. بیشترین نمره برای حمایت عاطفی و ابزاری، ۴۰ و کمترین نمره ۱۰ بود. نمره بیشتر از ۲۵ حمایت عاطفی و ابزاری مطلوب و کمتر از آن نامطلوب در نظر گرفته شد. بیشترین نمره حمایت اطلاعاتی ۳۶ و کمترین ۹ بوده و نمره بیشتر از ۲۲/۵ نشانه حمایت اطلاعاتی مطلوب و کمتر از آن نامطلوب تلقی گردید. نمره کل حمایت اجتماعی از ۲۹ تا ۱۱۶ محاسبه گردید که نمره بالاتر از ۷۲/۵، حمایت اجتماعی در سطح مطلوب را نشان داد (۳۴). اعتماد علمی پرسشنامه، در مطالعه حیدرزاده و همکاران (۱۳۸۵) با آلفاکرونباخ ۰/۸۸ تایید گردیده است (۳۵).

پس از تکمیل پرسشنامه‌ها، داده‌ها از طریق نرم افزار آماری SPSS نسخه ۱۸ تجزیه و تحلیل شد.

ملاحظات اخلاقی مورد توجه در این پژوهش، اخذ مجوز اخلاقی به شماره " ۱۰۰۶ پ " انجام تحقیق، ارائه معرفی نامه کتبی از مسئولین ذیربط در دانشگاه علوم پزشکی اراک به واحد پژوهش معرفی و پس از کسب اجازه از مسئول بخش همودیالیز بیمارستان ولیعصر اراک، رضایت واحدهای مورد پژوهش با دادن

توضیحات در رابطه با اهداف طرح و در صورت تمایل آنان به شرکت در طرح پژوهشی، جلب شد. به کلیه واحدهای پژوهش در رابطه با محرمانه بودن اطلاعات داده شده در پرسشنامه‌ها، اطمینان داده شد. در مجموع عدم نیاز با ذکر نام و نام خانوادگی، مطلع نمودن نمونه‌ها از اهداف پژوهش و اختیاری بودن شرکت در مطالعه مورد توجه قرار گرفت. پژوهشگر به بیماران اطمینان داد در صورت عدم تمایل به همکاری خللی در روند درمان و مراقبت وی ایجاد نمی‌شود و تکمیل پرسشنامه‌ها کاملاً اختیاری است. یکی از محدودیت‌های این پژوهش این بود که دسترسی به تمامی بیماران و در یک نوبت مراجعه مشکل بود، از طرفی بخش عمده از زمانی که افراد در مرکز همودیالیز حضور داشتند، درگیر عوارض بیماری بوده و یا در خواب به سر می‌بردند. بدین جهت پژوهشگران در دفعات مکرر جهت تکمیل پرسشنامه‌ها و بر اساس تمایل بیماران مراجعه نموده و از همکاری پرستاران بخش در تعیین زمان دقیق مراجعه استفاده نمودند.

### یافته‌ها

نتایج نشان داد بیشترین افراد شرکت کننده در این پژوهش در گروه سنی ۶۱ تا ۸۰ سال (۴۳٪)، ( کم ترین سن ۲۴ سال و بیش ترین ۸۶ سال )، مرد (۵۴/۳٪)، متأهل (۶۹/۵٪)، دارای وضعیت اقتصادی متوسط (۸۱/۵٪)، بی سواد (۶۲/۳٪) و ساکن در شهر بوده و ۹۵/۴٪ افراد سه بار در هفته دیالیز می‌شدند.

**جدول ۱-** توزیع فراوانی خصوصیات دموگرافیکی و اجتماعی مربوط به بیماری بیماران همودیالیز مراجعه کننده به مرکز همودیالیز بیمارستان ولی عصر (عج) اراک در سال ۱۳۹۲

متغیرها	گروه‌ها	فراوانی	% فراوانی	متغیرها	گروه‌ها	فراوانی	% فراوانی
سن	۲۱-۴۰	۱۴	۹/۳	تعداد دیالیز در هفته	دو بار	۷	۴/۶
	۴۱-۶۰	۵۸	۳۸/۴		سه بار	۱۴۴	۹۵/۴
	۶۱-۸۰	۶۵	۴۳/۰		شهر	۱۱۲	۷۴/۲
جنس	<۸۰	۱۴	۹/۳	محل زندگی	روستا	۳۹	۲۵/۸
	مرد	۸۲	۵۴/۳		بی سواد	۹۴	۶۲/۳
	زن	۶۹	۴۵/۷		ابتدایی	۳۶	۲۳/۸
وضعیت تاهل	مجرد	۷	۴/۶	تحصیلات	دیپلم	۱۴	۹/۳
	متاهل	۱۰۵	۶۹/۵		فوق دیپلم	۵	۳/۳
	مطلقه	۷	۴/۶		لیسانس	۲	۱/۳
همسر فوت شده	۳۲	۲۱/۲	وضعیت اقتصادی	خوب	۲۸	۱۸/۵	
	متوسط	۱۲۳		۸۱/۵			

کمی بودن متغیرهای پاسخ (حمایت اجتماعی و اضطراب مرگ) و نرمال بودن توزیع داده‌ها برای تعیین همبستگی بین حمایت اجتماعی و اضطراب مرگ، از روش همبستگی پیرسون استفاده شد. برای تعیین رابطه بین حمایت اجتماعی و جنسیت و همچنین اضطراب مرگ و جنسیت از آزمون T-Test (جدول ۳) و برای تعیین رابطه بین ابعاد حمایت اجتماعی و اضطراب مرگ از آزمون همبستگی استفاده گردید (جدول ۲). ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که، بین ابعاد مختلف حمایت اجتماعی و اضطراب مرگ و همچنین بین حمایت اجتماعی کل و اضطراب مرگ در افراد شرکت کننده در این پژوهش، ارتباط آماری معنی‌دار ( $p < 0.001$ ) وجود داشت (جدول شماره ۲).

میانگین و انحراف معیار میزان اضطراب مرگ  $(64/11 \pm 4/05)$  بود. میانگین و انحراف معیار ابعاد حمایت عاطفی، ابزاری و اطلاعاتی حمایت اجتماعی به ترتیب  $(28/04 \pm 4/38)$ ،  $(25/75 \pm 5/28)$  بود و میانگین انحراف معیار حمایت اجتماعی کل  $(74/36 \pm 8)$  گزارش گردید. در زمینه‌ی وضعیت ابعاد مختلف حمایت اجتماعی در بعد عاطفی  $70/9\%$  از سطح مطلوب برخوردار بودند و در بعد حمایت ابزاری  $53\%$  افراد وضعیت مطلوب را ذکر نمودند؛ اما در بعد حمایت اطلاعاتی  $72/2\%$  وضعیت نامطلوب را گزارش نمودند. در این پژوهش، آمار توصیفی جهت تعیین میانگین، انحراف معیار و تنظیم جداول توزیع فراوانی مطلق کاربرد داشت. به دلیل

## جدول ۲- ضرایب همبستگی ساده اضطراب مرگ با ابعاد حمایت اجتماعی در بیماران تحت همودیالیز مراجعه کننده به مرکز همودیالیز بیمارستان ولیعصر اراک ۱۳۹۲

ابعاد حمایت اجتماعی	اضطراب مرگ	ضریب همبستگی پیرسون	سطح معنی داری p-value
حمایت عاطفی		۰/۶۹	<۰/۰۰۱
حمایت ابزاری		۰/۶۴	<۰/۰۰۱
حمایت اطلاعاتی		۰/۶۳	<۰/۰۰۱
حمایت اجتماعی کل		۰/۵۵	<۰/۰۰۱

توجه به آزمون T-test ارتباط ارتباط معنی دار دیده شد ( $p < 0.001$ ) و میانگین و انحراف معیار اضطراب مرگ در جدول شماره (۳) گزارش شده است. در سایر ابعاد ارتباط آماری معنی‌دار نبود ( $p \geq 0.05$ ).

بین حمایت اجتماعی و جنسیت با توجه به آزمون T-test ارتباط آماری معنی‌دار گزارش شد ( $p = 0.005$ )، به طوری که میانگین امتیاز حمایت اجتماعی در مردان بالاتر از زنان بود. میانگین و انحراف معیار حمایت اجتماعی کل در جدول شماره (۳) گزارش شده است. همچنین بین اضطراب مرگ و جنسیت نیز با

## جدول ۳- توزیع میانگین و انحراف معیار حمایت اجتماعی و اضطراب مرگ به تفکیک جنس در بیماران تحت همودیالیز مراجعه کننده به مرکز همودیالیز بیمارستان ولیعصر اراک ۱۳۹۲

جنسیت	حمایت اجتماعی	تعداد	میانگین $\pm$ انحراف معیار	p-value	Confidence interval 95%
حمایت اجتماعی	مرد	۸۲	۷۶/۰۲ $\pm$ ۹/۳۱	۰/۰۰۵	-۶/۱۷ تا -۱/۱۲
	زن	۶۹	۷۲/۳۸ $\pm$ ۵/۵۴		
اضطراب مرگ	مرد	۸۲	۶۲/۱۶ $\pm$ ۳/۵۳	<۰/۰۰۱	۵/۳۹ - ۳/۱۶
	زن	۶۹	۶۶/۴۳ $\pm$ ۳/۳۴		

## بحث

یافته‌های این مطالعه نشان داد، میزان اضطراب مرگ افراد تحت درمان با همودیالیز بالاتر از حد متوسط است. بیماران مزمن به خاطر ماهیت بیماری و مشکلاتی که با آن مواجهه هستند، در معرض تنش بالاتری هستند و اضطراب مرگ یکی از آنها است و درصد بالای آن در این دسته از بیماران قابل انتظار می‌باشد. در مطالعه‌ی شرم‌ن و همکاران که به مقایسه اضطراب مرگ و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته، ایدز و مراقبین آن‌ها در خانواده پرداختند، نتایج نشان داد بیماران مبتلا به ایدز اضطراب مرگ بالاتری نسبت به سرطانی‌ها نشان دادند. اما بین خانواده‌ها تفاوتی وجود نداشت. در تمامی موارد بیماران اضطراب مرگ بالاتری نسبت به خانواده‌هایشان داشتند و افرادی که اضطراب مرگ بالا داشتند، کیفیت زندگی پایین‌تری را گزارش نمودند. بین اضطراب مرگ و کیفیت زندگی خانواده بیماران خصوصاً مبتلایان به ایدز رابطه آماری معنی‌دار دیده شد (۳۶). بهرامی و همکاران (۱۳۹۲) در مطالعه‌ی خود با عنوان اضطراب مرگ و عوامل مرتبط با آن در زنان مبتلا به سرطان، بیان نموده‌اند بین اضطراب مرگ با کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان به خصوص در بعد روانی همبستگی معنی‌داری وجود دارد. به علاوه کاهش اضطراب مرگ، افزایش حمایت اجتماعی و ارتقاء سطح تحصیلات از جمله مواردی است که می‌تواند کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان را بهبود بخشد (۳۷). اوتوم و همکاران به بررسی اضطراب مرگ در بیماران مبتلا به صرع پرداختند که، نتایج سطوح اضطراب مرگ را در این بیماران بالا نشان داد. دوره بیماری و سطح تحصیلات با اضطراب مرگ رابطه معنی‌داری داشت. زنان مبتلا به صرع ژنرالیزه، دوره‌های کوتاه بین دو مرحله بیماری و دارای تحصیلات پایین اضطراب مرگ بالاتری داشتند (۳۸). گزارش شیوع بالای اضطراب مرگ در سایر بیماری‌های مزمن که به آن‌ها اشاره گردید، نتایج مطالعه‌ی حاضر را تایید می‌نماید. وجود درصد بالای اضطراب مرگ در بیماران تحت درمان با همودیالیز می‌تواند بر

کیفیت زندگی آنان تاثیرگذار باشد. شرم‌ن و همکاران اذعان نموده‌اند که، انجام مداخلات در زمینه کاهش اضطراب مرگ به افزایش کیفیت زندگی کمک می‌نماید (۳۶).

در زمینه‌ی وضعیت ابعاد مختلف حمایت اجتماعی در بعد عاطفی ۷۰/۹٪ از سطح مطلوب برخوردار بودند و در بعد حمایت ابزاری ۵۳٪ افراد وضعیت مطلوب را ذکر نمودند، اما در بعد حمایت اطلاعاتی ۷۲/۲٪ وضعیت نامطلوب بود. بین حمایت اجتماعی و جنسیت ارتباط آماری معنی‌دار گزارش شد و مردان معتقد بودند که از حمایت اجتماعی بالاتری برخوردارند. رامبد و همکاران، در ۲۰۲ بیمار مبتلا به نارسایی مزمن کلیه تحت درمان با همودیالیز مراجعه کننده به بخش‌های همودیالیز مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی ایران از طریق سرشماری به بررسی ارتباط حمایت اجتماعی درک شده و کیفیت زندگی در بیماران تحت همودیالیز پرداختند. یافته‌ها نشان داد که تعداد زیادی از بیماران (۶۴/۹٪)، 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 معنی‌داری وجود نداشت. وجود ارتباط بین حمایت اجتماعی درک شده و برخی از مشخصات فردی و اجتماعی بیماران، لزوم توجه پرستاران به منابع حمایتی بیماران را آشکار می‌سازد. نتایج این پژوهش ارتباط حمایت اجتماعی درک شده و متغیرهای جمعیت شناختی را مورد بررسی قرار داد. نتایج نشان داد، بیشتر بیماران ۶۴/۹٪ از سطح بالای حمایت اجتماعی برخوردار بودند و حمایت اجتماعی درک شده با بعد سلامتی و عملکرد اقتصادی، اجتماعی، روانی، معنوی و خانوادگی کیفیت زندگی در ارتباط بود. کیفیت زندگی کلی با حمایت اجتماعی درک شده ارتباط معنی‌دار آماری داشت (۳۹).

افراد مبتلا به نارسایی مزمن مرحله انتهایی و تحت درمان با همودیالیز با مشکلات افسردگی نیز مواجهه هستند، که یک عامل

زمینه‌ای مطرح کننده‌ی سطح نامطلوب حمایت اجتماعی در آنها می‌باشد. چنان که، مطالعه‌ی کوچیما و همکاران، در بررسی ارتباط بین آلکسی تایمیا و حمایت اجتماعی با افسردگی در بیماران تحت درمان با همودیالیز نشان دادند، افسردگی به طور معنی‌داری با رضایت پایین از حمایت اجتماعی مرتبط بود. در مجموع حمایت اجتماعی پایین ممکن است منجر به افسردگی در بیماران گردد (۴۰). بنابراین مداخلات حمایتی، آموزشی و طبی در زمینه افسردگی این بیماران ممکن است بر وضعیت درک حمایت اجتماعی و اضطراب مرگ در آن‌ها موثر باشد.

با توجه به نتایج مطالعه‌ی حاضر مبنی بر نامطلوب بودن وضعیت حمایت اجتماعی در مجموع ابعاد و به خصوص در بعد اطلاعاتی، در افراد تحت درمان با همودیالیز، توجه به راهکارهایی که سایر مطالعات برای ارتقاء وضعیت حمایت اجتماعی پیشنهاد نموده‌اند اهمیت دارد. عسگری و همکاران به بررسی درک بیماران نارسایی مزمن کلیه از منابع حمایتی در سازگاری با همودیالیز در قالب یک مطالعه کیفی پرداختند. در نهایت شش تم که نشان دهنده اهمیت و ابعاد درک بیمار از منابع حمایتی بودند، آشکار شد. شامل: ۱- ما شدن با خانواده ۲- اعتماد و امیدواری آگاهانه به پزشک ۳- همدلی و پاسخگویی مسئولانه پرستاران ۴- روحیه گرفتن از بیماران سازگار و پیوند شده ۵- حس ارزشمندی با همراهی دوستان ۶- دلگرمی و رضایت از سازمان‌های حمایتی. که این نتایج به برنامه ریزان کمک می‌نماید که در چه حیطه‌هایی و با چه هدفی برای تسهیل سازگاری هر چه بیشتر بیماران تازه وارد تمرکز و برنامه ریزی نمایند (۴۱).

همچنین بین اضطراب مرگ و جنسیت نیز ارتباط معنی‌دار دیده شد و در زنان میانگین اضطراب مرگ بالاتر گزارش گردید. در پژوهش سهیل و همکاران، که در یک مطالعه همبستگی به بررسی رابطه اضطراب مرگ با جنسیت، سن و دینداری پرداختند، نتایج نشان داد که زنان، آزمودنی‌های مسن‌تر و افرادی که اعتقادات مذهبی ضعیف‌تری داشتند، نسبت به مرگ قریب الوقوع ترس بیشتری را گزارش نمودند (۴۲). همچنین سروندیان و حسن

پور در یک پژوهش به مقایسه احساس تنهایی و ترس از مرگ بین مردان و زنان سالمند ساکن شهرستان اهواز پرداختند. برای انجام این پژوهش نمونه‌ای به حجم ۶۰ نفر با نمونه‌گیری ساده انتخابی شدند. نتایج نشان داد که بین ترس از مرگ و احساس تنهایی زنان و مردان سالمند تفاوت آماری معنی‌داری وجود دارد (۴۳)، که با نتایج مطالعه‌ی حاضر هم‌خوانی دارد. بین اضطراب مرگ و سایر متغیرهای فردی در این مطالعه ارتباط معنی‌دار آماری دیده نشد. در مطالعه‌ی مسعودزاده و همکاران که شیوع اضطراب مرگ بین کارکنان یک بیمارستان دولتی شهر ساری در بهار ۱۳۸۷ بررسی شد، ۴۲/۲٪ افراد اضطراب مرگ کم و ۵۷/۸٪ اضطراب مرگ بالا داشتند. نتایج نشان داد که درجه اضطراب مرگ با جنسیت ارتباط معنی‌داری داشت و درحالی که با متغیرهای سن، تاهل، تعداد فرزند، تحصیلات و وضعیت شغلی ارتباطی را نشان نداد. نتایج این مطالعه موید این مطلب است که اضطراب مرگ با شدت بالا در اکثریت جمعیت مورد مطالعه بدست آمده است، که می‌توان ناشی از شرایط ویژه کاری، ترکیب سنی و جنس نمونه‌ها باشد (۱۵). کشف ارتباط بین اضطراب مرگ و میزان حمایت اجتماعی می‌تواند زمینه‌ای مناسب را برای اتخاذ تصمیمات ارتقاء بخش سلامتی فراهم نماید. همچنین می‌توان با در نظر گرفتن این مشکل در افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن در رده‌های مختلف سنی، خودمراقبتی و رفتارهای ارتقاء بخش سلامتی را تقویت نمود. قربانعلی پور و همکاران تاثیر اضطراب مرگ و سن بر رفتارهای ارتقا بخش سلامتی را بررسی نمودند. نتایج نشان داد جوانان دارای اضطراب مرگ بالا در مقایسه با سالمندان دارای اضطراب مرگ بالا رفتارهای ارتقا بخش سلامتی بیشتری را نشان می‌دهند و نشان دهنده این است که اضطراب مرگ عامل تعیین کننده در فراوانی رفتارهای ارتقا بخش سلامتی در میان جوانان و سالخوردگان می‌باشد و افرادی که اضطراب مرگ بالاتری دارند در مقایسه با سایرین بیشتر درگیر رفتارهای ارتقا بخش سلامتی می‌شوند (۴۴). وجود ارتباط آماری معنی‌دار در ابعاد مختلف حمایت اجتماعی و اضطراب مرگ و همچنین بین حمایت اجتماعی کل و



اضطراب مرگ در افراد شرکت کننده در این پژوهش بر اساس ضریب همبستگی پیرسون، از نتایج دیگر این پژوهش بود. مطالعه‌ای که به طور مستقیم ارتباط این دو مولفه را بررسی نموده باشد در بررسی متون یافت نگردید ولی با استناد به یافته‌های مطالعات پیشین که ارتباط بین حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی در بیماران همودیالیز را بررسی نموده‌اند. بین حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی ارتباط قوی وجود دارد (۴۵). همچنین مطالعه‌ی شفیع پور و همکاران که با هدف بررسی ارتباط کیفیت زندگی با شدت تنیدگی در بیماران تحت همودیالیز انجام گردید، نشان داد ۴۲٪ از بیمارانی که کیفیت زندگی آنان تا حدی مطلوب بوده از شدت تنیدگی متوسطی برخوردار بودند و با افزایش تنیدگی کیفیت زندگی کاهش می‌یافت (۴۶). عدم وجود حمایت اجتماعی در سطح مطلوب، باعث تشدید تنیدگی و اضطراب می‌گردد، که در مطالعه حاضر تایید شده است.

در مطالعه حاضر درصد حمایت اجتماعی در بعد عاطفی بسیار مطلوب، در بعد ابزاری نیمی از افراد دارای سطح مطلوب و در بعد حمایت اطلاعاتی در صد بالایی (۷۲/۲٪) دارای وضعیت نامطلوب بودند. در مطالعه زمان زاده و همکاران (۱۳۸۵) ۴۹/۹٪ بیماران حمایت اجتماعی نامطلوب و ۵۰/۶٪ دارای حمایت اجتماعی مطلوب بودند. بیشترین حمایت اجتماعی مطلوب در واحدهای مورد پژوهش در زمینه حمایت عاطفی (۵۷/۳٪) و بیشترین حمایت نامطلوب در واحدهای مورد پژوهش در زمینه حمایت آموزشی و ابزاری بوده است. که علت آن را ناشی از حمایت مداوم و موثر اعضای خانواده از این افراد در شرایط بیماری و ابراز محبت و همدردی نسبت به آنان ذکر نموده‌اند (۴۵). که تا حدودی در برخی از محورها با مطالعه‌ی حاضر هم‌خوانی دارد. در زمینه ارائه خدمات موثر جهت بالا بردن درصد حمایت اجتماعی مطلوب، پرستاران و پزشکان نقش مهمی دارند و باید تلاش بیشتری در این زمینه مبذول دارند چرا که بر اساس نتایج این مطالعه، با افزایش حمایت اجتماعی، اضطراب مرگ کاهش می‌یابد. یکی از نقش‌های مهم پرستاران نقش آموزشی آن هاست که با اجرای منظم و اصولی آن

در مورد بیماران همودیالیزی، می‌توان انتظار داشت بعد اطلاعاتی و آموزشی حمایت اجتماعی به وضعیت مطلوب‌تری ارتقاء یابد چنان که، مطالعه زمان زاده و همکاران نشان داده است که، با افزایش حمایت اجتماعی، کیفیت زندگی از بعد روانی و اجتماعی افزایش می‌یابد (۴۵). یک علت احتمالی بالابودن نمره حمایت اجتماعی در بعد عاطفی، وفاداری افراد به خانواده و حمایت افراد از سوی خانواده در ایرانیان است که مطابق با نتایج مطالعات خانواده‌ها اغلب به عنوان منبع اولیه مراقبت و حمایت برای بیمارشان محسوب می‌شوند و خودشان را در جهت تامین مراقبت از اعضای خانواده فدا می‌کنند (۴۷). اگر چه انتظار می‌رود با افزایش حمایت اجتماعی در مجموع اضطراب مرگ کاهش یابد اما، در تجزیه و تحلیل زیرمقیاس‌های حمایت اجتماعی، وجود همبستگی مثبت آماری بین بعد اطلاعاتی حمایت اجتماعی و اضطراب مرگ مشاهده گردید. یک دلیل احتمالی این است که با افزایش آگاهی حساسیت اخلاقی افراد نسبت به مرگ افزایش یافته که باعث ایجاد اضطراب گردیده است. که افراد حرفه‌ای می‌توانند در جهت توسعه منابع حمایت اجتماعی موجود مددجویان و یا به عنوان جانشین برای مددجویانی که شبکه اجتماعی در دسترس ندارند، فعالیت و از آنان حمایت نمایند. یکی از مهمترین محدودیت‌های مطالعه‌ی حاضر عدم پاسخگویی بیماران در یک نوبت مصاحبه بود که در دفعات بیشتری مراجعه گردید. همچنین انجام مطالعه به روش کمی، اطلاعات حداکثری به ما نمی‌دهد، بدین جهت پیشنهاد می‌گردد در مطالعات آینده به روش کیفی ابعاد ناشناخته و تاثیر گذار بر ابعاد مختلف حمایت اجتماعی در بیماران مزمن، بالاکس افراد تحت درمان با همودیالیز کشف و مورد بازبینی قرار گیرد.

### نتیجه گیری نهایی

با توجه به این که مطالعه حاضر از نوع همبستگی است، تعیین دقیق عوامل اثر گزار، مشکل است و نیازمند روش های تحقیق و آمار پیچیده‌تری است. بیماران تحت درمان با همودیالیز با

دستورالعمل روشن و مبتنی بر مشکل بیماران ارائه نمایند و از تبدیل مشکلات حاد روانی این دسته از افراد به فرم مزمن آن پیشگیری نمایند.

### تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر مصوب دانشگاه علوم پزشکی اراک در تاریخ ۱۳۹۲/۸/۱ و شماره نامه ۴۵۹۵۶ص ۲/۹۲ پ می باشد. پژوهشگران بر خود لازم می دانند مراتب تشکر و قدردانی خود را از تمامی افراد تحت درمان با همودیالیز که در این مطالعه مشارکت داشتند و پرستاران بخش همودیالیز بیمارستان ولیعصر (عج) اراک به عمل آورند. همچنین از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اراک به جهت حمایت مالی تشکر می نمایم.

مشکلات جسمی و روانی ناشی از ماهیت مزمن و مضمحل کننده بیماری مواجهه هستند. در این میان سازمان های اجتماعی و حمایتی و همچنین پرسنل سیستم های بهداشتی و درمانی که در تعامل با این افراد هستند در کاهش مشکلات آنان نقش پررنگ تری دارند. وجود ارتباط بین اضطراب مرگ و حمایت اجتماعی که در این مطالعه به آن دست یافتیم و نامطلوب بودن ابعاد ابزاری و آموزشی حمایت اجتماعی در این دسته از افراد، نیاز به حضور فعال و کاربردی مدل های مراقبتی آموزشی و حمایتی پرستاری در کنار مشارکت فعال خانواده بیماران در مراقبت، را به طور محسوس ضروری می سازد. هر چه دریافت شخص از میزان حمایتی که از سوی دیگران دریافت می دارد بالاتر باشد به همان نسبت سلامت روانی بالاتری دارد. نتایج مطالعه حاضر به برنامه ریزان موسسات مراقبت از بیماران همودیالیز کمک می نماید تا بتوانند

### منابع

- 1- Tajbakhsh R, Dehghan M, Azarhoush R. Mucocutaneous manifestation in end stage renal disease patients under hemodialysis in 5th Azar hospital in Gorgan 2009. J Gorgan Univ Medical Sci 2011;13(1):115-20 [In Persian].
- 2- Modi G, VJha. The incidence of end-stage renal disease in India: a population-based study. Kidney Int 2006;70:2131-3.
- 3- Aghighi M, Rouchi H, Zamyadi M, Mazdeh MM, Norouzi S, Rajolani H. Dialysis in Iran. Iranian J Kidney Dis 2008;2(1):11-5 [In Persian].
- 4- brunner Ls, smeltzer sc. Brunner & Suddarth sText book of Medical Surgical Nursing. 10 ed: Lippincott Wilians & Wilkins; 2008.
- 5- Suzanne C, Smeltzer BBG, Hinkle Janice L, Cheever Kerry H. Brunner and Suddarths Textbook of Medical-Surgical Nursing. 11 ed: Philadelphia. Lippincott Co; 2008.
- 6- Hassanzadeh J, Hashiani AA, Rajaeefard A, Salahi H, Khedmati E, Kakaei F et al. Long - term survival of living donor renal transplants: a single center study. Indian J Nephrol. 2010;20(4):179-84.
- 7- Nafar M. Burden of chronic kidney disease in Iran: A screening program is of essential need. Iran J Kidney Dis. 2008 December 6;2:115-169. [In Persian]

- 8- ahmadvand A, Sae R, Sepehrmanesh Z, Ghanbari A. Impact of cognitive-behavioral group therapy on anxiety and depression in hemodialysis patients in the city of Kashan. Qom University of Medical Sciences. 2012;6(1):35-9. [In Persian]
- 9- Bassampoor S, Noghabi AAA, Zolfaghari M. Special nursing care, ICU, CCU Dialysis. thirdd. Tehran: healthy; 2008.
- 10- Daugirdas J, PG PB, Ing T. Hand book of dialysis. 4 ed. Boston: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
- 11- Rebecca A, Drayer M. Characteristics of depression in hemodialysis patients: symptoms, quality of life and mortality Risk. Gen Hosp Psychiatry. 2006; 28:306-12.
- 12- Tagay S, Kribben A, Hohenstein A, Mewes RWS. Posttraumatic stress disorder in hemodialysis patients. Am J Kidney Dis. 2007 Oct;50(4):594-601.
- 13- Rambod M, Rafii F, Hosseini F. Quality of life in patients with chronic renal failure Tehran University of Medical Sciences (Hayat). 2008;14:51-61.
- 14- Nazemian F, Ghafari F, Pourghaznin T. Evaluation of depression and anxiety in hemodialysis patients. Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences. 2008; 51(3):171-6. [In Persian]
- 15- Mollaoglu M. Perceived social support, anxiety, and self-care among patients receiving hemodialysis. Dial Transplant. 2006;35(3):1-7.
- 16- How death imitates life :Cultural influences on conceptions of death and dying., Online Readings in Psychology and Culture [database on the Internet]. Center for Cross-Cultural Research. 2002. Available from: <http://www.ac.wvu.edu/~culture/index-cc.htm>.
- 17- Masoudzade A, Setare J, Mohamadpou R, Kurdi M. incidence of death anxiety between employer of governmental hospital in Sari. J Mazandaran Univ Med Sci. 2008;67:84-90. [In Persian]
- 18- Gailliot M, Schmeichel B, Baumeister R. Self-Regulatory Processes Defend Against the Threat of Death Effects of Self-Control Depletion and Trait Self-Control on Thoughts and Fears of Dying. J Personal Soc Psychol. 2006;91(1):49-62.
- 19- Death and dying. Mental Health Reviews [database on the Internet]2003 [cited 28 Desember.] Available from: <http://www.Psyplexus.com/excl/cdmi.html>.
- 20- Alarabi S. Quality of life: Subjective descriptions of challenges to patients with end stage renal disease. Nephrology Nursing Journal. 2006;33(3):285-98..

- 21- Vanaki Z, Yekta ZP, Nejad AK, Nia AH. Interpretation of support for cancer patients under chemotherapy: A qualitative research. *Q J Of Thought Behav*. 2003;9(1):53- 61. [In Persian]
- 22- Ersoy-Kart M, Guldu O. Vulnerability to stress, perceived social support, and coping styles among chronic hemodialysis patients. *Dialysis& Transplantation*. 2005;34(10):662-71.
- 23- Epidemiol AJ. Socioeconomic Status, Structural and Functional Measures of Social Support, and Mortality. 2012;175(12):1275-1283.
- 24- Schaffer M. Social support. In: Peterson SJ, Bredow TS: *Middle Range Theories*. Philadelphia: Lippincott co; 2004.
- 25- Jesse DE, Kim H, Herndon C. Social support and self-esteem as mediators between stress and antepartum depressive symptoms in rural pregnant women. *Res Nurs Health*. 2014 Jun;37(3):241-52
- 26- Yu D, Lee D, Woo J. Psychometric testing of the Chinese version of the medical outcomes study social support survey (MOS-SSS-C). *Res Nurs Health*. 2004;27(2):135-43.
- 27- Untas A, Thumma J, Rascole N, Rayner H, Mapes D, Lopes A, 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.
- 28- Szeto C, Chow K, Kwan B, Law M, Chung K, Leung C, et al. The impact of social support on the survival of Chinese peritoneal dialysis patients. *Perit Dial Int*. 2008; 252: 28-58.
- 29- Wuerth D, Finkelstein S, Finkelstein F. The identification and treatment of depression in patients maintained on dialysis.. *Semin Dial*. 2005;18:142-6.
- 30- Kimmel P, Peterson R, Weihs K, Simmens S, Alleyne S, Cruz I, et al. Psychosocial factors, behavioral compliance and survival in urban hemodialysis patients. *Kidney Int* 1998 Jul;54(1):285.
- 31- Thong M, Kaptein A, Krediet R, Boeschoten E, Dekker F .Social support predicts survival in dialysis patients *Nephrol Dial Transplant*. 2007;22:845-50.
- 32- Polaschek N. The experience of living on dialysis: A literature review. *Nephrol Nurs J*. 2003;30(3):303-13.
- 33- Rajabi G, M. MB. Q-factor analysis of death anxiety. *Journal of Psychology*. 2002;20:331-4. [In Persian]
- 34- Norbeck J, Lindsey A, Carrieri V. The development of an instrument to measure social support. *Nurs Res*. 1981;30:264-69.

- 35- Heidarzadeh M. Relationship between quality of life and social support in hemodialysis patients referring to the Tabriz education and treatment centers. Tabriz University. 2006. [In Persian]
- 36- Sherman D, Norman R, McSherry C. A Comparison of Death Anxiety and Quality of Life of Patients With Advanced Cancer or AIDS and Their Family Caregivers. *Journal of the Association of Nurses in AIDS care* 2010;21(2): 99–112.
- 37- Bahrami N, Moradi M, Soleimani M, Kalantari Z, Hosseini F. Death Anxiety and its Relationship with quality of life in Women with Cancer . *IJN*. 2013; 26 (82) :51-61.
- 38- Otoom S, Al-Jishi A, Montgomery A, Ghwanmeh M, Atoum A. .Death anxiety in patients with epilepsy. *Seizure* 2007;16(2):142–6.
- 39- Rambod M, Rafiee F. Relationship between perceived social support and quality of life in hemodialysis patients. *Nursing Research*. 2009;3(10 and 11):87-97. [In Persian]
- 40- Kojima M, Hayano J, Tokudome S, Suzuki S, Ibuki K, omizawa H, et al .Independent associations of alexithymia and social support with depression in hemodialysis patients. *Journal of Psychosomatic Research*. 2007;63(4):349–56.
- 41- Asgari M, Mohammad A, Khoshknab MF, Tamadon M. Understanding of the sources of support in coping with dialysis patients with chronic renal failure: a qualitative study. *Journal of Critical Care Nursing*. 2011;3(4):133-42. [In Persian]
- 42- Suhail K, Akram S. Correlates of death anxiety in pakistan. . *Death study*. 2002;26(1):39-50.
- 43- Srvndyan N, Hassanpour N. Comparison of loneliness and fear of death Nursing home elderly men and women in Ahvaz city in 2002-2003, bachelor thesis, General Psychology, Islamic Azad University of Ahvaz. [In Persian].
- 44- Pour QA, Ali AB, Sohrabi F, falsafinejad M. The impact of death anxiety and gender on health promotion behaviors. *Urmia Medical Journal* 2011;21(2): 286-92.[In Persian]
- 45- Zamanzade VZ, Heydarzade M, AShvndy K, Dizaji SL. The relationship between social support and quality of life in hemodialysis patients. *Medical Journal of Tabriz University of Medical Sciences*. 2007;29(1):49-5.(In Persian)
- 46- Shafiepour V, Jafari H, Shafiepour. L. Related quality of life stress in hemodialysis patients. *Kowsar Medical Journal*. 2010;14(3). [In Persian].
- 47- Liu L, Li C, Tang S, Huang C, Chiou A. Role of continuing supportive cares in increasing social support and reducing perceived uncertainty among women with newly diagnosed breast cancer in Taiwan. *Cancer Nurs*. 2006; 29(4):273-82.