دارای رتبه علمی پژوهشی از
کمیسیون نشریات علوم پزشکی کشور

انجمن علمی پرستاری ایران

فصلنامه
مدیریت ارتقای سلامت

دوره سوم شماره۱ (پیاپی ۹) زمستان ۱۳۹۲ - شماره استاندارد بین المللی: ۲۲۵۱-۸۶۱۴

بررسی تاثیر برنامه آموزش خود مراقبتی بر اساس "الگوی خود مراقبتی اورم" بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به میگرن.....۷
سعید امت رضا، زهرا مشتاق عشق، منوچهر اسحاق، میترا حکمت افشار، محمدکاظم نائینی

بررسی عوامل مرتبط با پذیرش سیستم اطلاعات بیمارستانی بر اساس "چارچوب ارزش های رقابتی".....۱۴
سید جمال الدین طبیبی، علی اکبر فرهنگی، امیراشکان نصیری پور، رضا برادران کاظم زاده، پروین ابراهیمی

همبستگی حمایت اجتماعی درک شده و رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی.....۲۷
زینب علیزاده، طاهره اشک تراب، ملاحت نیک روان مفرد، فرید زایری

شناسایی اثرات متقابل عوامل خطر فلج مغزی کودکان با روش کاهش ابعاد چند عاملی.....۳۵
سپیده زارع دلاور، عنایت اله بخشی، فرین سلیمانی، اکبر بیگلریان

کاربرد مدیریت کیفیت فراگیر و همبستگی آن با اثر بخشی مدیریت تربیت بدنی در دانشگاه های علوم پزشکی سراسر کشور.....۴۳
زهرا روحانی، محمد رضا منصوریان، مصطفی امیری، محمود رضا متقی

بررسی همبستگی نگرش، خودکارآمدی، هنجار ذهنی با تمایل به انجام فعالیت بدنی در دانشجویان دختر.....۵۲
میمنت حسینی، زهره خاوری، فریده یغمایی، حمید علوی مجد، مریم جهانفر، پوران حیدری

مقایسه مزایا و موانع فعالیت بدنی در گروه‌های سنی مختلف استان آذربایجان شرقی.....۶۲
کریم صالح زاده، زهرا فتحی رضائی، سید حجت زمانی ثانی

ارزشیابی عملکرد پرستاران در ایران: یک مطالعه مروری.....۷۴
نسرین نیک پیما، ژیلا عابدسعیدی، اذن اله آذرگشب، حمید علوی مجد

به نام خداوند جان و خرد

مجله مدیریت ارتقای سلامت

فصلنامه علمی-پژوهشی انجمن علمی پرستاری ایران

دوره سوم-شماره ۱ (پیاپی ۹) - زمستان ۱۳۹۲

•**صاحب امتیاز:** انجمن علمی پرستاری ایران

•**مدیر مسؤول:** دکتر محمدعلی حسینی

•**سردبیر:** دکتر فریده یغمایی

•**معاون سردبیر:** فرشته نجفی

•**شماره مجوز وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی:** ۸۰۶۷/۹۰ مورخ ۱۳۹۰/۴/۴

•**شماره بین المللی نشریه چاپی:** ISSN: ۲۲۵۱-۸٦۱٤ مورخ ۱۳۹۰/۱۲/۱۰

•**شماره بین‌المللی نشریه الکترونیکی:** e-ISSN: ۲۲۵۱-۹۹٤۷ مورخ ۱۳۹۱/۳/۸

رتبه علمی-پژوهشی مورخ ۱۳۹۱/۲/۱٦شماره رتبه علمی-پژوهشی کمیسیون نشریات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی۱۰۰/۳۱۸

اعضای هیأت تحریریه (به ترتیب حروف الفبا):

- دکتر طاهره اشک تراب، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
- دکتر اردشیر افراسیابی فر، استادیار دانشگاه علوم پزشکی یاسوج
- دکتر فاطمه الحانی، دانشیار دانشگاه تربیت مدرس
- دکتر عنایت اله بخشی، استادیار آمار حیاتی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر مهرنوش پازارگادی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
- دکتر حمید پیروی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر محمدعلی چراغی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر محمدعلی حسینی، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر سیده فاطمه حقدوست اسکویی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر حمیدرضا خانکه، دانشیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر ناهید رژه، استادیار دانشگاه علوم پزشکی شاهد
- دکتر فرخنده شریف، استاد دانشگاه علوم پزشکی شیراز
- دکتر حیدرعلی عابدی، دانشیار دانشگاه آزاد اسلامی اصفهان-خوراسگان
- دکتر عباس عبادی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله
- دکتر عباس عباس زاده، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی کرمان
- دکتر سادات سیدباقر مداح، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر نعیمه سید فاطمی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر مسعود فلاحی خشکناب، دانشیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر لیلا قلی زاده، استادیار دانشگاه فناوری سیدنی، استرالیا
- دکتر مسعود کریملو، دانشیار آمار حیاتی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر سید حبیب اله کواری، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر سعاد محفوظ پور، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
- دکتر علی محمد پور، استادیار دانشگاه علوم پزشکی گناباد
- دکتر عیسی محمدی، دانشیار دانشگاه تربیت مدرس
- دکتر ندا مهرداد، استادیار دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر رضا نگارنده، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر کیان نوروزی تبریزی، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر علیرضانیکبخت نصرآبادی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر مجیده هروی کریموی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی شاهد
- دکتر فریده یغمایی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

•**ویراستار انگلیسی:** دکتر فریده یغمایی، مهندس پگاه یغمایی

•**ویراستار فارسی:** دکتر فریده یغمایی

•**حروفچینی و صفحه آرایی:** مهندس صادق توکلی

•**طراح جلد:** مهندس صادق توکلی

•**ناشر:** انجمن علمی پرستاری ایران

•**نشانی:** تهران میدان توحید-دانشکده پرستاری و مامایی تهران

•**کدپستی:** ۱٤۱۹۷۳۳۱۷۱ **صندوق پستی:** ۱٤۱۹۵/۳۹۸ **تلفن و نمابر:** ٦٦۵۹۲۵۳۵

E-mail: info@jhpm.ir , **Website:** http://jhpm.ir

این مجله در SID, Magiran, Iran Medex, ISC, Google Scholar **نمایه می شود.**

مدیریت ارتقای سلامت دوره ۳ شماره ۱ زمستان ۱۳۹۲ ۳۴-۲۷

همبستگی حمایت اجتماعی درک شده و رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی

زینب علیزاده[۱]، *طاهره اشک تراب[۲]، ملاحت نیک روان مفرد[۳]، فرید زایری[۴]

چکیده

مقدمه: رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی برای مدیریت مناسب بیماری ضروری است. حمایت اجتماعی می تواند روی پذیرش درمان و مراقبت در بیماران مبتلا به بیماری های مزمن تأثیر داشته باشد. این مطالعه با هدف تعیین همبستگی حمایت اجتماعی درک شده و رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی انجام شد.

مواد و روش ها: در این مطالعه توصیفی-همبستگی، ۱۷۰ بیمار مبتلا به نارسایی قلبی بستری در بیمارستان های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهشتی با روش مبتنی بر هدف مورد مطالعه قرار گرفتند. اطلاعات به وسیله پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناسی و مربوط به بیماری، "پرسشنامه حمایت اجتماعی درک شده""Perceived Social Support Questionnaire" و "مقیاس اروپایی رفتار خودمراقبتی نارسایی قلبی" "European Heart Failure Self-Care Behavior Scale" در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی جمع آوری شد. روایی محتوا و صوری ابزارها و همچنین میزان پایایی ابزارها با استفاده از دو روش همسانی درونی و روش" آزمون- باز آزمون" اندازه گیری شد. اطلاعات در نوبت های کاری صبح و عصر، از طریق مصاحبه پژوهشگر با بیماران جمع آوری شد و توسط نرم افزار SPSS نسخه ۱۸مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: میانگین و انحراف معیار نمره حمایت اجتماعی درک شده ۱۶/۷±۵۶/۱۳ و میانگین و انحراف معیار نمره رعایت رفتارهای خودمراقبتی ۱۲/۳±۳۹/۳۵ بود. در زمینه ابعاد حمایت اجتماعی درک شده، بیشترین میزان حمایت مربوط به حمایت عاطفی بود. افراد مورد مطالعه بیشترین میزان حمایت عاطفی، ابزاری، اطلاعاتی و ارزیابی را از همسرخود دریافت می کردند. بر اساس نتایج آزمون ضریب همبستگی پیرسون بین حمایت اجتماعی درک شده و ابعاد آن با رعایت رفتارهای خودمراقبتی همبستگی مستقیم و معنی داری وجود داشت ($P<0.001$).

نتیجه گیری: یافته های این پژوهش بیانگر همبستگی مستقیم و معنی دار حمایت اجتماعی درک شده و رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی است.

کلید واژه ها: نارسایی قلبی، حمایت اجتماعی درک شده، رفتارهای خودمراقبتی.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۱۲/۱۶ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۷/۲۰

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

۲- دانشیار، گروه داخلی- جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران **(نویسنده مسؤول)**.

پست الکترونیکی: t_ashktorab@sbmu.ac.ir

۳- کارشناس ارشد پرستاری، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

۴- دانشیار، گروه آمار زیستی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

مقدمه

نارسایی قلبی، شایع ترین علت بستری افراد بالاتر از ۶۵ سال و دومین علت شایع برای رفتن به مطب پزشک می‌باشد (۱). بیماران مبتلا به نارسایی قلبی مکرراً به دلیل بدتر شدن علائمشان بستری می شوند (۲). براساس نتایج مطالعه آذرپاد ۱۷/۲ درصد بیماران مبتلا به نارسایی قلبی در طی۳۰ روز اول بعد از ترخیص بستری مجدد داشتند و این میزان در طی ۶ ماه بعد از ترخیص۵۰ درصد بوده است (۳). بستری در بیمارستان علاوه بر کاهش کیفیت زندگی هزینه های زیادی را نیز متحمل این بیماران می کند (۲). هزینه بستری در بیمارستان ۷۵-۵۰ درصد کل هزینه های مراقبت از این بیماران را شامل می شود در حالی که دارو درمانی تنها ۸-۲ درصد کل هزینه درمان را به خود اختصاص می‌دهد (۴). با توجه به این که بر اساس نتایج پژوهش ها، رعایت ضعیف رفتارهای خودمراقبتی با افزایش میزان بستری مجدد در این بیماران همراه بوده؛ لذا اکثر برنامه های مدیریت نارسایی قلبی تأکید دارند که بهبود رعایت رفتارهای خودمراقبتی به عنوان کلید موفقیت در افزایش کیفیت زندگی و کاهش مرگ و کاهش هزینه های مراقبت سلامت در این بیماران می‌باشد (۵).

پرستاران نقش مهمی در ارتقاء سطح سلامت و آموزش رفتارهای خودمراقبتی دارند. آن ها می توانند با شناسایی این رفتارها و عوامل تسهیل کننده این رفتارها مداخلات برنامه ریزی شده ای برای ارتقاء سطح رفتارهای خودمراقبتی و در نتیجه بهبود کیفیت زندگی این بیماران اجرا نمایند (۶). خود مراقبتی رفتار پیچیده ای است که توسط ترکیبی از عوامل زیستی- رفتاری کنترل می شود. حمایت اجتماعی یک عامل روانشناسی اجتماعی و تسهیل کننده رفتار بهداشتی شناخته شده است (۷). حمایت اجتماعی به عنوان احساس ذهنی در مورد تعلق، پذیرش، مورد علاقه بودن و دریافت کمک در شرایط مورد نیاز مطرح شده است (۸). حمایت اجتماعی می تواند به صورت حمایت عاطفی، ابزاری، اطلاعاتی و ارزیابی ارائه شود. حمایت عاطفی (Emotional support): بر روابط همدلانه با اعضاء شبکه اجتماعی تأکید می کند. حمایت ابزاری (Instrumental support)، انجام فعالیت های روزانه زندگی، نقل و انتقالات و کارهای مربوط به بیماری را تسهیل می کند. حمایت اطلاعاتی (Informational support)، شامل اطلاعاتی است که شخص می تواند در مقابله با مشکلات از آن استفاده کند. حمایت ارزیابی (Appraisal support)، شامل بازخورد یا اطلاعاتی است که به یک فرد اجازه می دهد خودش را با دیگران مقایسه کند (۹). بر اساس نتایج برخی مطالعات، افزایش میزان حمایت اجتماعی با کاهش میزان بستری، پذیرش بهتر درمان و کاهش خطر مرگ در بیماری های مزمن همراه است (۶،۷،۱۰).

اما مطالعه دیگری بیان می کنند برخی در هنگام ارائه حمایت از سوی دیگران دچار تنش می شوند. این افراد اظهار می کنند که حمایت بیش از حد، میزان وابستگی آن ها را به اعضاء خانواده واطرافیان افزایش می دهد. همچنین برخی از بیماران ابراز می کنند که از حمایت اعضاء خانواده به دلیل عدم دانش و اطلاعات کافی در مورد بیماری راضی نیستند و در واقع آن ها می ترسند که حمایت اعضاء خانواده به دلیل نداشتن اطلاعات صحیح منجر به بروز خطراتی در آن ها شود (۱۱). بعلاوه، Rockwell & Reigel (۱۲) وHeo و همکاران (۱۳) از پژوهش های خود به این نتیجه رسیدند که حمایت اجتماعی تأثیری روی رفتارهای خودمراقبتی ندارد و پیشنهاد شده که مطالعات بیشتری در این زمینه انجام شود. لذا با توجه به اهمیت رفتارهای خودمراقبتی، شناسایی عوامل تسهیل کننده رفتارهای خود مراقبتی در این بیماران از اهمیت بسزایی برخوردار می باشد. باتوجه به این که مطالعات کافی در زمینه همبستگی رفتارهای خودمراقبتی و حمایت اجتماعی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی در ایران وجود ندارد، لذا این مطالعه با هدف تعیین همبستگی حمایت اجتماعی درک شده و رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی انجام شد.

مواد و روش ها

در این پژوهش توصیفی-همبستگی، ۱۷۰ بیمار مبتلا به نارسایی قلبی که جهت درمان به بیمارستان های منتخب

وابسته به دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهیدبهشتی در سال ۱۳۸۹ مراجعه نموده و واجد شرایط و معیارهای تعیین شده بودند، با روش نمونه گیری مبتنی بر هدف مورد بررسی قرار گرفتند. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: داشتن حداقل ۴۰ سال سن، حداقل یک سال سابقه ابتلا به بیماری نارسایی قلبی، برخورداری از هوشیاری کامل، توانایی شنیداری و بینایی قابل قبول برای پاسخگویی به سؤالات، نداشتن معلولیت جسمی و اختلال روانپزشکی و بر اساس اطلاعات پرونده کلاس ۲و۳ بیماری نارسایی قلبی. بخش های مراقبت های بعد از سی سی یو (post CCU) و داخلی قلب بیمارستان های منتخب وابسته به دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی محیط انجام این پژوهش را تشکیل دادند. اطلاعات مورد نیاز برای این مطالعه با رعایت ملاحظات اخلاقی در نوبت های کاری صبح و عصر، از طریق مصاحبه پژوهشگر با بیماران و با استفاده از ابزار های زیر جمع‌آوری شد:

۱- پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناسی و مربوط به بیماری که شامل ۱۶ سؤال می باشد که ۱۰ سؤال مربوط به اطلاعات جمعیت شناسی و ۶ سؤال مربوط به اطلاعات بیماری می باشد.

۲- "پرسشنامه حمایت اجتماعی درک شده" "Perceived Social Support Questionnaire" این پرسشنامه ترکیبی از "سیاهه حمایت اجتماعی در بیماری مزمن" Social Support Inventory in Chronic Illness (۱۴)، "ابزار حمایت اجتماعی انریچ" ENRICHD Social Support Instrument (۱۵) و "پرسشنامه چندبعدی حمایت جتماعی درک شده" "Multi Dimentional Perceived Social Support Questionnaire" (۱۶) می باشد که توسط پژوهشگران براساس اهداف پژوهش برای بررسی حمایت اجتماعی درک شده در ۴ بعد عاطفی، ابزاری، اطلاعاتی وارزیابی در افراد مورد پژوهش بر اساس عبارات ابزار های فوق طراحی شده است. این پرسشنامه شامل ۲۴ سؤال می‌باشد. ۲۰ سؤال به صورت بسته پاسخ (۵ سؤال در زمینه حمایت عاطفی، ۵ سؤال در زمینه حمایت ابزاری، ۴ سؤال در زمینه حمایت اطلاعاتی و ۶ سؤال در زمینه حمایت ارزیابی) و۴ سؤال به صورت باز پاسخ می‌باشد که منبع دریافت حمایت اجتماعی را در ۴ بعد ذکر شده مورد سؤال قرار می‌دهد. سؤالات بسته پاسخ بر اساس مقیاس لیکرت ۵ گزینه ای از گزینه"همیشه" با امتیاز ۱ به منظور مشخص کردن مناسب‌ترین حمایت تا گزینه "هیچ وقت" با امتیاز ۵ به منظور مشخص کردن کمترین میزان حمایت، متغیر است. نمره کل این پرسشنامه بین ۱۰۰-۲۰ است و نمرات پایین‌تر نشان دهنده حمایت اجتماعی درک شده بهتر می باشد.

۳- "مقیاس اروپایی رفتار خودمراقبتی نارسایی قلبی" "European Heart Failure Self-Care Behavior Scale" که در سال ۲۰۰۳ توسط Jaarasma و همکاران (۱۷) برای تعیین رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی طراحی و به۱۴ زبان ترجمه شده است. این ابزار شامل ۱۲سؤال می باشد که پاسخ هر سؤال بر اساس مقیاس لیکرت ۵ گزینه‌ای از گزینه"همیشه" با امتیاز ۱ به منظور مشخص کردن مناسب ترین رفتار تا گزینه "هیچ وقت" با امتیاز ۵ متغیر است. نمره کل این مقیاس بین ۶۰-۱۲ است و نمرات پایین تر نشان‌دهنده رعایت بهتر رفتارهای خودمراقبتی از سوی بیماران می‌باشد. این ابزار در مطالعات بسیاری جهت اندازه گیری رفتارهای خودمراقبتی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی استفاده شده و دارای روایی محتوا و پایایی بالایی است (۲۲-۱۸). در مطالعه Yu و همکاران (۲۱) روایی ابزار با روش شاخص روایی محتوا ۰/۹۳ و در مطالعهCameron و همکاران (۲۰) میزان پایایی با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۱ گزارش شده است.

این پرسشنامه همچنین در ایران در پژوهش شجاعی و همکاران (۲۳) مورد استفاده قرار گرفته و روایی آن با روش روایی محتوا بررسی شده و همچنین پایایی ابزار با روش آلفای کرونباخ ۰/۶۸ گزارش شده است. در مطالعه حاضر نیز از نظرات ۱۰ نفر از اعضاء محترم هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهشتی، ۵ متخصص قلب و

عروق و۱۰ بیمار مبتلا به نارسایی قلبی برای بررسی روایی محتوا و صوری استفاده شده است.

جهت استفاده از ابزارهای ذکر شده در پژوهش حاضر، میزان پایایی با استفاده از دو روش همسانی درونی و روش "آزمون- باز آزمون" سنجیده شد. مقادیر آلفای کرونباخ "پرسشنامه حمایت اجتماعی درک شده" در ابعاد مختلف در محدوده

۰/۹۱-۰/۸۷ بود و با روش "آزمون- باز آزمون "میزان پایایی ۰/۹۲ به دست آمد. همچنین پایایی "مقیاس اروپایی رفتار خودمراقبتی نارسایی قلبی" با روش همسانی درونی ۰/۸۴ و با روش "آزمون- باز آزمون" ۰/۹۱ به دست آمد. اطلاعات به دست آمده توسط نرم افزار SPSS نسخه ۱۸ و به کمک روش های توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است. برای تعیین نرمال بودن توزیع داده ها آزمون کولموگروف-اسمیرنوف استفاده شد. برای سنجش همبستگی بین متغیرهای کیفی رتبه‌ای، آزمون ضریب همبستگی اسپیرمن و بین متغیرهای کمی، آزمون ضریب همبستگی پیرسون مورد استفاده قرار گرفت.

یافته ها

میانگین و انحراف معیار سن افراد مورد پژوهش ۹/۱۳±۶۰/۱۳ سال بود. اکثریت آن ها مرد (۵۱/۸ درصد) و متأهل (۷۴/۷ درصد) بودند. نیمی از افراد مورد مطالعه فارس، ۲۷/۶ درصد بیسواد و ۳۴/۷ درصد خانه دار بودند. ۱۲/۹ درصد به تنهایی زندگی می کردند و ۴۱/۸ درصد از آن ها ۳ یا ۴ فرزند داشتند. میزان درآمد ۴۴/۷ درصد بیماران مورد مطالعه بین ۳۰۰ تا ۵۰۰ هزار تومان در ماه بود. ۲۱/۸ درصد آن ها تحت پوشش بیمه های درمانی نبودند. میانگین مدت ابتلا به نارسایی قلبی۱/۱۷۸±۳/۶۱ سال بود و ۶۷/۶ درصد از بیماران مورد مطالعه در کلاس ۳ بیماری بودند. نیمی از افراد مورد مطالعه بیش از ۳ بار سابقه بستری داشتند و ۶ درصد از بیماران سابقه ابتلا به بیماری دیگری غیر از نارسایی قلبی نداشتند. آمارهای توصیفی نمرات حمایت اجتماعی درک شده و رفتارهای خودمراقبتی در جدول ۱ آورده شده است.

با توجه به جدول ۲ در زمینه ابعاد حمایت اجتماعی درک شده، بیشترین میزان حمایت، مربوط به حمایت عاطفی بود. از نظر منبع دریافت حمایت اجتماعی، افراد مورد مطالعه بیشترین میزان حمایت عاطفی، ابزاری، اطلاعاتی و ارزیابی را از همسرخود دریافت می‌کردند. سایر منابع دریافت حمایت اجتماعی در ابعاد مختلف به ترتیب فرزندان، بستگان و دوستان بودند و تنها در بعد حمایت اطلاعاتی، تیم درمانی نیز به عنوان منبع دریافت حمایت ذکر شده است. بین حمایت اجتماعی درک شده و ابعاد آن با سن، میزان تحصیلات وتعداد فرزندان همبستگی معنی دار وجود داشت (P<۰/۰۰۰۵).

رعایت رفتارهای خودمراقبتی با متغیرهای سن، میزان تحصیلات و میزان درآمد همبستگی معنی دار آماری داشت (P<۰/۰۰۰۵). بر اساس یافته های پژوهش، بین حمایت اجتماعی درک شده و ابعاد آن با رعایت رفتارهای خودمراقبتی همبستگی مستقیم و معنی داری وجود دارد (P<۰/۰۰۱) (جدول ۳).

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار نمرات حمایت اجتماعی درک شده و رفتارهای خودمراقبتی

	میانگین	انحراف معیار	کمترین	بیشترین
حمایت اجتماعی درک شده	۵۶/۱۳	۱۶/۷۰۰	۲۰	۱۰۰
رفتارهای خودمراقبتی	۳۹/۳۵	۱۲/۳۰	۱۲	۶۰

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار نمرات واحدهای مورد پژوهش در ابعاد مختلف حمایت اجتماعی درک شده

ابعاد مختلف حمایت اجتماعی درک شده	میانگین	انحراف معیار	کمترین	بیشترین
حمایت عاطفی	۶۰/۱۵	۱/۷۷۰	۲۰	۱۰۰
حمایت ابزاری	۵۷/۱۵	۲/۰۳۲	۲۰	۱۰۰
حمایت اطلاعاتی	۵۷/۲۲	۱/۹۷۷	۲۰	۱۰۰
حمایت ارزیابی	۵۲/۵۵	۱/۸۶۰	۲۰	۱۰۰

جدول ۳: ضرایب همبستگی حمایت اجتماعی درک شده وابعاد آن و رفتارهای خودمراقبتی

حمایت اجتماعی درک شده و ابعاد آن	رفتارهای خودمراقبتی	
	r	★p
حمایت اجتماعی درک شده	۰/۳۴۶	<۰/۰۰۱
حمایت عاطفی	۰/۲۸۵	<۰/۰۰۱
حمایت ابزاری	۰/۳۱۱	<۰/۰۰۱
حمایت اطلاعاتی	۰/۳۲۳	<۰/۰۰۱
حمایت ارزیابی	۰/۲۸۰	<۰/۰۰۱

★بر حسب آزمون ضریب همبستگی پیرسون

بحث

با توجه به یافته های پژوهش در زمینه ابعاد حمایت اجتماعی درک شده، بیشترین میزان حمایت مربوط به حمایت عاطفی بود. در مطالعه حیدرزاده و همکاران نیز که ارتباط بین کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی در بیماران سکته مغزی انجام شد، بیشترین میزان حمایت اجتماعی در بعد حمایت عاطفی به دست آمد (۲۴). حمایت عاطفی مطلوب در پژوهش حاضر ناشی از حمایت مداوم و موثر اعضای خانواده از این افراد در شرایط بیماری و ابراز همدردی و محبت با آن ها می باشد.

از نظر منبع دریافت حمایت اجتماعی، افراد مورد مطالعه بیشترین میزان حمایت عاطفی، ابزاری، اطلاعاتی و ارزیابی را از همسرخود دریافت می کردند که با یافته های مطالعات سایر پژوهشگران (۲۵،۱۰) همخوانی دارد. وجود همبستگی بین زوج ها منجر به ایجاد پیوندهای قدرتمندی می شود که منبع اولیه و بنیادی حمایت اجتماعی است. فرد به لحاظ اعتماد و اطمینانی که به همسر خود دارد این پیوند را جایگاه اتکا برای ابراز تألمات و به عبارت دیگر، درددل و تخلیه درونی می داند (۲۶). در زمینه حمایت عاطفی، حمایت ابزاری و حمایت ارزیابی، بیماران کمترین میزان حمایت را از گروه درمان دریافت کرده بودند و تنها در زمینه حمایت اطلاعاتی ۲۲/۴ درصد منبع دریافت حمایت را گروه درمان ابراز نموده بودند. زمان زاده وهمکاران نیز در بیماران همودیالیزی به نتیجه مشابهی در این زمینه رسیدند (۲۷). با توجه به این نتایج، پزشکان و پرستاران که می توانند با آموزش مناسب بیماران در زمینه بیماری، رژیم غذایی و تشویق و تقویت روحیه، نقش بسزایی در تأمین حمایت از آن ها ایفا نمایند، حمایت مطلوبی را فراهم نکرده اند که بررسی چرایی آن می تواند زمینه ساز پژوهش دیگری باشد، زیرا نیاز است تا پزشکان و پرستاران تلاش بیشتری در این زمینه داشته باشند.

همسو با مطالعه Sayers و همکاران (۱۰)، با افزایش سن، میزان حمایت اجتماعی درک شده و ابعاد آن در بیماران افزایش می‌یابد که علت آن می‌تواند به خاطر احساس مسئولیت بیشتر خانواده و اطرافیان بیماران در قبال آن ها به دلیل ناتوانی در سنین سالمندی باشد. بین حمایت اجتماعی درک شده و ابعاد آن با میزان تحصیلات همبستگی معکوس و معنی داری یافت شد. افزایش انتظارات افراد تحصیل کرده از اطرافیان و جامعه علت این همبستگی معکوس می‌تواند باشد.

یافته های این مطالعه در زمینه ارتباط حمایت اجتماعی درک شده و ابعاد آن با تعداد فرزندان، متفاوت از نتیجه مطالعه حیدرزاده و همکاران می‌باشد و بیمارانی که تعداد فرزندان بیشتری داشتند حمایت اجتماعی کمتری را گزارش کرده بودند (۲۴). Kim ki در این مورد بیان می کند: بزرگ شدن بعد خانوار لزوماً به معنای افزایش مراقبت و حمایت نبوده و کوچک شدن اندازه خانواده در قرن حاضر به معنای دریافت مراقبت و حمایت کمتر نیست و حتی با کوچک شدن بعد خانوار، منابع بیشتری به اعضاء خانواده اختصاص یافته و احتمال دارد که فرزندان خانواده در آینده حمایت بیشتری را به والدین خود ارائه دهند (۲۸).

براساس یافته های پژوهش، با افزایش سن؛ رعایت رفتارهای خودمراقبتی در بین بیماران مبتلا به نارسایی قلبی کاهش می یابد. Riegel & Carlson در این زمینه می

نویسند: تغییرات ناشی از سالمندی نظیر کاهش بینایی، شنوایی و شناختی بیمار سبب ناتوانی وی در امر خودمراقبتی می شود. از طرفی، بیماران مسن تر به علت کاهش بسیاری از توانایی ها در انجام رفتارهای خودمراقبتی به دیگران وابسته می شوند (۲۹). یافته های پژوهشگران دیگر نیز همسو با نتیجه این مطالعه می باشد (۲۳،۳).

مطابق یافته های مطالعه حاضر و سایر پژوهش ها (۲۹،۲۳،۱۲،۱۰) بین سطح تحصیلات و رعایت رفتارهای خودمراقبتی همبستگی مستقیم و معنی دار وجود دارد، به گونه ای که رعایت رفتارهای خودمراقبتی در افراد با تحصیلات عالیه نسبت به سایر گروه ها مناسب تر است. محمد حسنی و همکاران در این زمینه به نقل از Coil می نویسند: توان و فعالیت مراقبت از خود، رفتارهای آموختنی هستند که شخص از دوران خردسالی تا بزرگسالی باید آن ها را بیاموزد و تحصیلات رسمی به عنوان عامل تأثیرگذار پایه ارتباط مستقیمی با خودمراقبتی دارد (۲۶).

بین میزان درآمد و رعایت رفتارهای خودمراقبتی همبستگی مستقیم و معنی داری وجود داشت. بیمارانی که وضعیت اقتصادی مناسبی داشته باشند در تهیه داروها، مراجعه به پزشک و تهیه غذاهای مناسب نارسایی قلبی با مشکل مواجه نخواهند بود. حمایت اجتماعی درک شده و ابعاد آن، همبستگی مثبت و معنی داری با رعایت رفتارهای خودمراقبتی داشت و در نتیجه افزایش حمایت اجتماعی درک شده باعث افزایش رعایت رفتارهای خودمراقبتی می شود. این نتیجه همسو با نتایج مطالعات دیگر (۱۰،۷) می باشد. حمایت اجتماعی باعث تسهیل انجام رفتارهای بهداشتی می‌شود. بیماران مبتلا به نارسایی قلبی نیز که حمایت اجتماعی کافی دارند در پیروی از رژیم های درمانی توصیه شده یا رژیم غذایی و محدودیت مایعات موفق تر می‌باشند. از طرف دیگر، بیماران با انزوای اجتماعی ممکن است به سختی الگوهای رفتاری خود را تغییر دهند که این مسئله آن ها را آسیب پذیرتر می سازد و منجر به بستری مجدد و در نهایت مرگ آن ها می شود (۳۰).

نتیجه گیری نهایی

با توجه به نتایج این پژوهش، حمایت اجتماعی به عنوان یکی از عوامل تأثیر گذار بر رعایت رفتارهای خودمراقبتی می باشد. درک حمایت اجتماعی از گروه درمان از جمله پرستاران در این مطالعه در سطح پایینی قرار داشته است. با توجه به این که پرستاران نقش گسترده‌ای در مراقبت از بیماران مبتلا به نارسایی قلبی دارند، لازم است پیوسته نیازهای حمایتی بیماران را بررسی کرده و با بسیج منابع حمایتی موجود در جامعه و مشارکت خانواده در حمایت از این بیماران، گامی در جهت افزایش رعایت رفتارهای خودمراقبتی و در نهایت افزایش کیفیت زندگی این بیماران بردارند. پیشنهاد می شود پژوهش هایی در جهت تعیین عوامل موثر بر افزایش میزان حمایت اجتماعی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی انجام شود و راهکارهایی در جهت افزایش میزان حمایت در این بیماران ارائه گردد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری خانم زینب علیزاده و به راهنمایی خانم دکتر طاهره اشک تراب در دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهیدبهشتی می باشد. از مسئولین بیمارستان های محل انجام پژوهش، بیماران و کلیه عزیزانی که در انجام این پژوهش، پژوهشگران را یاری دادند تشکر و قدردانی می شود.

منابع

1- Lofvenmark C, Mattiasson AC, Billing E, Edner M. Perceived loneliness and social support in patients with chronic heart failure. European Journal of Cardiovascular Nursing. 2009; 8(2)251- 258.

2- Kato N, Ito N, Kinugawa K, Kazuma K. Validity and reliability of the Japanese version of the European Heart Failure Self-care Behavior Scale. European Journal of Cardiovascular Nursing. 2008; 7(4) 284-289.

3- Azarpad M. [Correlation between self-care behaviors and self-care needs in heart failure patients]. (Master thesis), Tehran: School of Nursing & Midwifery, Iran University of Medical Sciences, 2004 (Persian).

4- Riegel B, Dickson VV, Kuhn L, Page K, Worrall-Carter L. Gender-specific barriers and facilitators to heart failure self-care: A mixed method study. International Journal of Nursing Studies. 2010;47(8)888-895.

5- Dickson VV, Deatrick JA, Riegel B. A typology of heart failure self-care management in non-elders. European Journal of Cardiovascular Nursing . 2008; 7(3) 171-181.

6- Sandra B, Clarck PC, Quinn C, Gary R, Kaslow N. Family influences on heart failure self-care and outcomes . Journal of Cardiovascular Nursing. 2008; 23(3):258-65.

7- Morovati Sh , Rouhani Tonekaboni N. [Social support and self-care behaviors in diabetic patient referring to Yazd diabetes research center]. Tabibe Shargh. 2009; 9(4):275-84 (Persian).

8- Tilden M , Kline S, Lindsay R, Heidenheim P. The role of support in influencing outcome of end stage renal disease. Health and Quality of Life Outcomes. 1999;15(3)108-115.

9- Dakhte Haroni M. [Correlation between social support and health in of selected zones of Tehran]. (Master thesis), Tehran: School of Nursing & Midwifery Shahid Beheshti University of Medical Sciences, 2009 (Persian).

10- Sayers SL, Riegel B, Pawlowski S, Coyne J, Samaha F. Social support and self-care of patients with heart failure. Annals of Behavioral Medicine. 2008; 35(1):70-79.

11- Toljamo M, Hentinen M. Adherence to self-care and social support. Journal of Clinical Nursing. 2001;10(2):618-27.

12- Rockwell J, Riegel B. Predictors of self-care in persons with heart failure. Heart & Lung. 2001; 30(6):18-25.

13- Heo S, Moser D, Lennie T, Riegel B, Chung M. Gender differences in and factors related to self-care behaviors: A cross-sectional, correlational study of patients with heart failure. International Journal of Nursing Studies. 2008;45(4):1807-15.

14- Strickland O. Measurement of Nursing outcomes. 2th edition. Springer publishing Co.2000.

15- Vaglio J, Conard M, S Poston W, O'Keefe J, Haddock K, House J, Vaglio J, et al . Testing the performance of the ENRICHED Social Support Instrument in cardiac patients. Health and Quality of Life Outcomes. 2004; 24(2):122-130.

16- Gregory D, Zimet D. The multidimensional scale of perceived social support. Journal of Personality Assessmant.1998; 52(1):30-44.

17- Jaarasma T, Stromberg A, Martensson J, Drucup K. Development and testing of the European Heart Failure Self-Care Behavior Scale. The European Journal of Heart Failure. 2003;5(3):363-70.

18- Gallagher R, Luttik ML, Jaarsma T .Social support and self-care in heart failure. Journal of Cardiovascular Nursing. 2011; 18(3)269-278.

19- Lupon J, Gonzalez M, Urrutia A, Arenas M, Domingo M, Altimir S, et al. Patient's self-care improvement with nurse education intervention in Spain assessed by the European Heart Failure Self-Care Behavior Scale. European Journal of Cardiovascular Nursing. 2008;7(1):16-20.

20- Cameron J, Worrall-Carter L, Driscoll A, Stewart S. Measuring self- care in chronic heart failure: A review of the psychometric properties of clinical instruments. Journal of Cardiovascular Nursing. 2009; 24(6)10-22.

21- Yu DS, Lee DT, Thompson DR, Woo J, Leung E. Assessing self-care behavior of heart failure patients: Cross-cultural adaptation of two heart failure self-care instruments. Hong Kong Medicine Journal. 2010;16(3)6-13.

22- Kato N, Kinugawa K, Ito N, Yao A, Watanabe M, Imai Y. Adherence to self-care behavior and factors related to this behavior among patients with heart failure in Japan. Heart & Lung. 2009;38(5)398-409.

23- Shojaee F, Asemi S, Najaf Yarandi A, Hosseini F. [Self-care behaviors in heart failure patients]. Payesh. 2009; 8(4)361-9 (Persian).

24- Heydarzadeh M, Gahremani A, Hagigat A, Yusefi E. [Correlation between quality of life and social support in CVA patients]. Iranian Journal of Nursing. 2009; 22(59):23-32 (Persian).

25- Heydari S, Salahshourian-fard A, Rafiee F, Hosseini F. [Correlation of perceived social support from different supportive sources and the size of social network with quality of life in cancer patients]. Iranian Journal of Nursing. 2009; 22 (61):8-18 (Persian).

26- Mohammad Hasani M, Farahani B, Zohour A, Panahi Azar Sh. [Self-care ability based on Orem's Theory in individuals with coronary artery disease]. Iranian Journal of Critical Nursing. 2010; 3(2)87-91 (Persian).

27- Zamanzadeh V, Heidarzadeh M, Ashvandi KH, Lack S. [Correlation between quality of life and social support in hemodialysis patients]. Medical Journal of Tabriz. 2006; 29(1):49-54 (Persian).

28- Kim Ki I. Social support for older person: the role of family, community and state in selected Asian countries. Aging. 2007; 7(2) :270-79.

29- Riegel B, Carlson B. Facilitators and barriers to heart failure self-care. Patient Education and Counseling. 2002; 46(4):287-95.

30- Sebern M, Riegel B. Contributions of supportive relationship to heart failure self-care. European Journal of Cardiovascular Nursing. 2009; 8(2): 97-104.

Correlation between perceived social support and self-care behaviors among patients with heart failure

Alizadeh Z[1], *Ashktorab T[2], Nikravan Mofrad M[3], Zayeri F[4]

Abstract

Introduction: Self-care behaviors of heart failure patients is essential for optimal disease management. Social support can influence treatment adherence of patients with chronic illnesses. The aim of this study was to determine correlation between perceived social support and self-care behaviors of patients with heart failure.

Materials and Methods: In this descriptive correlational study, 170 patients with heart failure who were admitted in hospitals affiliated to Shahid Beheshti University of Medical Sciences were selected with purposive sampling method. Data were collected with 3 instruments:

1- Demographic and clinical questionnaire, 2- "Perceived Social Support Questionnaire"

3- "European Heart Failure Self-Care Behavior Scale". Content and face validity of instruments were evaluated. Reliability of instruments were evaluated with internal consistency and test re-test methods. The range of Cronbach's alpha of "Perceived Social Support Questionnaire" in various dimensions were 0.84-0.91 and with test re-test method reliability values was 0.92. Also reliability of "European Heart Failure Self-Care Behavior Scale" with internal consistency and test re-test methods was 0.84 and 0.91 respectively. Data for this study were collected in morning and evening shifts through interview and were analyzed with SPSS/18 software.

Findings: Results showed mean scores of perceived social support and self-care behaviors was 56.13±16.7 and 39.35±12.3 respectively. Subjects received the largest amount of emotional, instrumental, informational and appraisal support from their spouse. The largest part of perceived social support was related to emotional support. Based on Pearson correlation coefficient test There was a direct and significant correlation between perceived social support and its dimensions with self-care behaviors ($p<0.001$).

Conclusion: The findings suggest a direct and significant correlation with perceived social support and self-care behaviors in patients with heart failure.

Keywords: Heart failure, Perceived social support, Self-Care behaviors**.**

Received: 6 March 2013 **Accepted:** 12 October 2013

1- MSc in Nursing, Department of Nursing, School of Nursing & Midwifery, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran.

2- Associate Professor, Department of Medical-Surgical, School of Nursing & Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran, **(Corresponding author)**

E-mail: t_ashktorab@sbmu.ac.ir

3- MSc in Nursing, Department of Medical-Surgical, School of Nursing & Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

4- Associate Professor, Department of Biostatics, School of Paramedics, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Iranian Nursing Scientific Association

Journal Of

Health Promotion Management

ISSN: 2251-8614 Vol.3 No.1 (Serial 9) Winter 2014

Effect of educational program based on "Orem Self Care Model" on quality of life in patients with migraine.....86
Omatreza S, Moshtagh Eshgh Z, Eshagh M, Hekmatafshar M, Naieni Mohamad K

Assessment the related factors to hospital information system acceptance according to "Competing Values Framework".....87
Tabibi SJ, Farhangi AA, Nasiripour AA, Baradaran Kazemzadeh R, Ebrahimi P

Correlation between perceived social support and self-care behaviors among patients with heart failure.....88
Alizadeh Z, Ashktorab T, Nikravan Mofrad M, Zayeri F

Identification of risk factors interactions in children with cerebral palsy using multifactor dimensionality reduction method.....89
Zare Delavar S, Bakhshi E, Soleimani F, Biglarian A

The application of Total Quality Management and its correlation with the effectiveness of physical education management at the universities of medical sciences.....90
Rohani Z, Mansoorian M, Amiri M, Mottaghy MR

Correlation between attitude, subjective norm, self-efficacy and intention to physical activity in female students.....91
Hosseini M, Khavari Z, Yaghmaei F, Alavi Majd H, Jahanfar M, Heidari P

The benefits and barriers of physical activity in age groups of East Azerbaijan Province.....92
Salehzadeh K, Fathi Rezaie Z, Zamani Sani SH

A review of nurses 'performance appraisal in Iran.....93
Nikpeym N, Abed-Saeedi Z, Azargashb Z, Alavi-Majd H