

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

قلبی

زینب علیزاده^۱، * طاهره اشک تراب^۲، ملاحظت نیک روان مفرد^۳، فرید زابری^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 جمعیت شناسی 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 ۱۸ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: میانگین و انحراف معیار نمره حمایت اجتماعی درک شده $56/13 \pm 16/7$ و میانگین و انحراف معیار نمره رعایت رفتارهای خودمراقبتی $39/35 \pm 12/3$ 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 همسر خود 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 پذیرش: ۱۳۹۲/۷/۲۰

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۱۲/۱۶

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 مسئول).

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 می‌شوند (۲). براساس نتایج مطالعه آذریاد ۱۷/۲ درصد بیماران مبتلا به نارسایی قلبی در طی ۳۰ روز اول بعد از ترخیص بستری مجدد داشتند و این میزان در طی ۶ ماه بعد از ترخیص ۵۰ درصد بوده است (۳). بستری در بیمارستان علاوه بر کاهش کیفیت زندگی هزینه‌های زیادی را نیز متحمل این بیماران می‌کند (۲). هزینه بستری در بیمارستان ۷۵-۵۰ درصد کل هزینه‌های مراقبت از این بیماران را شامل می‌شود 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 پژوهش‌ها، رعایت ضعیف رفتارهای خودمراقبتی با افزایش میزان بستری مجدد در این بیماران همراه بوده؛ لذا اکثر برنامه‌های مدیریت نارسایی قلبی تأکید دارند که بهبود رعایت رفتارهای خودمراقبتی به عنوان کلید موفقیت در افزایش کیفیت زندگی و کاهش مرگ و کاهش هزینه‌های مراقبت سلامت در این بیماران می‌باشد (۵).

پرستاران نقش مهمی در ارتقاء سطح سلامت و آموزش رفتارهای خودمراقبتی دارند. آن‌ها می‌توانند با شناسایی این رفتارها و عوامل تسهیل کننده این رفتارها مداخلات برنامه ریزی شده‌ای برای ارتقاء سطح رفتارهای خودمراقبتی و در نتیجه بهبود کیفیت زندگی این بیماران اجرا نمایند (۶). خود مراقبتی رفتار پیچیده‌ای است که توسط ترکیبی از عوامل زیستی- رفتاری کنترل می‌شود. 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 می‌تواند به صورت حمایت عاطفی، ابزاری، اطلاعاتی و ارزیابی ارائه شود. حمایت عاطفی (Emotional support): بر روابط همدلانه با اعضاء شبکه اجتماعی تأکید می‌کند. حمایت ابزاری

(Instrumental support)، انجام فعالیت‌های روزانه زندگی، نقل و انتقالات و کارهای مربوط به بیماری را تسهیل می‌کند. حمایت اطلاعاتی (Informational support)، شامل اطلاعاتی است که شخص می‌تواند در مقابله با مشکلات از آن استفاده کند. حمایت ارزیابی (Appraisal support)، شامل بازخورد یا اطلاعاتی است که به یک فرد اجازه می‌دهد 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 بیماری‌های مزمن همراه است (۱۰، ۷۶).

اما مطالعه دیگری بیان می‌کنند برخی در هنگام ارائه حمایت از سوی دیگران دچار تنش می‌شوند. این افراد اظهار می‌کنند که حمایت بیش از حد، میزان وابستگی آن‌ها را به اعضاء خانواده و اطرافیان افزایش می‌دهد. همچنین برخی از بیماران ابراز می‌کنند که از حمایت اعضاء خانواده به دلیل عدم دانش و اطلاعات کافی در مورد بیماری راضی نیستند و در واقع آن‌ها می‌ترسند که حمایت اعضاء خانواده به دلیل نداشتن اطلاعات صحیح منجر به بروز خطراتی در آن‌ها شود (۱۱). علاوه، Rockwell & Reigel (۱۲) و Heo و همکاران (۱۳) از پژوهش‌های 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 می‌باشد. 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 روش‌ها

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

حمایت ابزاری، ۴ سؤال در زمینه حمایت اطلاعاتی و ۶ سؤال در زمینه حمایت ارزیابی) و ۴ 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 می‌باشد.

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 به ۱۴ زبان ترجمه شده است. این ابزار شامل ۱۲ سؤال می‌باشد که پاسخ هر سؤال بر اساس مقیاس لیکرت ۵ گزینه‌ای از گزینه "همیشه" با امتیاز ۱ به منظور مشخص کردن مناسب‌ترین رفتار تا گزینه "هیچ وقت" با امتیاز ۵ متغیر است. نمره کل این مقیاس بین ۶۰-۱۲ است و نمرات پایین‌تر نشان دهنده رعایت بهتر رفتارهای خودمراقبتی از سوی بیماران می‌باشد. این ابزار در مطالعات بسیاری جهت اندازه‌گیری 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 مطالعه Cameron 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 شهیدبهبشتی، ۵ متخصص قلب و

وابسته به دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهیدبهبشتی در سال ۱۳۸۹ مراجعه نموده و واجد شرایط و معیارهای تعیین شده بودند، با روش نمونه‌گیری 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 ۳ و ۲ بیماری نارسایی قلبی. بخش‌های مراقبت‌های بعد از سی سی یو (post CCU) و داخلی قلب بیمارستان‌های منتخب وابسته به دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهیدبهبشتی محیط انجام این پژوهش را تشکیل دادند. اطلاعات مورد نیاز برای این مطالعه با رعایت ملاحظات اخلاقی در نوبت‌های کاری صبح و عصر، از طریق مصاحبه پژوهشگر با بیماران و با استفاده از ابزارهای زیر جمع‌آوری شد:

۱- پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناسی و مربوط به بیماری که شامل ۱۶ سؤال می‌باشد که ۱۰ سؤال مربوط به اطلاعات جمعیت‌شناسی و ۶ سؤال مربوط به اطلاعات بیماری می‌باشد.

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" "ENRICH Social Support Instrument" (۱۵) و "پرسشنامه چندبعدی حمایت اجتماعی درک شده" "Multi Dimensional Perceived Social Support Questionnaire" (۱۶) می‌باشد که توسط پژوهشگران براساس اهداف پژوهش برای بررسی حمایت اجتماعی درک شده در ۴ بعد عاطفی، ابزاری، اطلاعاتی و ارزیابی در افراد مورد پژوهش بر اساس عبارات ابزارهای 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

۳۰۰ تا ۵۰۰ هزار تومان در ماه بود. ۲۱/۸ درصد آن ها تحت پوشش بیمه های درمانی نبودند. میانگین مدت ابتلا به نارسایی قلبی $1/178 \pm 3/61$ 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 همسر خود دریافت می کردند. 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 و تعداد فرزندان همبستگی معنی دار وجود داشت ($P < 0/0005$).

رعایت رفتارهای خودمراقبتی با متغیرهای سن، میزان تحصیلات و میزان درآمد همبستگی معنی دار آماری داشت ($P < 0/0005$). بر اساس یافته های پژوهش، بین حمایت اجتماعی درک شده و ابعاد آن با رعایت رفتارهای خودمراقبتی همبستگی مستقیم و معنی داری وجود دارد ($P < 0/001$) (جدول ۳).

عروق و ۱۰ 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

۰/۸۷-۰/۹۱ 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 کولموگوروف-اسمیرنوف استفاده شد. برای سنجش همبستگی بین متغیرهای کیفی رتبه ای، 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 $60/13 \pm 9/13$ 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

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

میانگین	انحراف معیار	کمترین	بیشترین
۵۶/۱۳	۱۶/۷۰	۲۰	۱۰۰
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 و ابعاد آن و رفتارهای خودمراقبتی

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

بر حسب آزمون ضریب همبستگی پیرسون

بحث

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 می یابد که علت آن می تواند 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 می تواند 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 می باشد 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

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 همسر خود 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، درد دل 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 و همکاران 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

به سختی الگوهای رفتاری خود را تغییر دهند که این مسئله آن 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.

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 عالی به 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 می شود. 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 می باشند. از طرف دیگر، بیماران با انزوای اجتماعی ممکن است

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 Z¹, * Ashktorab T², Nikravan Mofrad M³, Zayeri F⁴

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 Biostatistics, School of Paramedics, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.