

Research paper

## Evaluation of the Association between Family Social Support and Disease-related Concerns of Patients with Heart Failure Hospitalized in Public Hospitals in Birjand, Iran in 2018

Elnaz Yazdanparast<sup>1</sup>, Malihe Davoudi<sup>2\*</sup> , Seyed Hasan Ghorbani<sup>3</sup>, Faeze Sadat Shavakandi<sup>4</sup>

1. MSc of Nursing, Instructor, Department of Nursing, Ferdows Health and Paramedical School, Birjand University of Medical Sciences, Iran.

2. PhD Student in Nursing, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

3. MSc in Nursing, Hazrat Rasool Educational, Research & Therapeutic Hospital, Ferdows, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran

4. BSc Student of Surgical Technology, Ferdows Health and Paramedical School, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran

**Citation:** Yazdanparast E, Davoudi M, Ghorbani S.H, Shavakandi F.S. [Evaluation of the Association between Family Social Support and Disease-related Concerns of Patients with Heart Failure Hospitalized in Public Hospitals in Birjand, Iran in 2018(persian)] Journal of Clinical Nursing and Midwifery. 2019

**Resived:** 11 Oct 2019

**Accepted:** 25 Nov 2019

**Available Online:** Dec2020

**Keywords:**

Family Social Support, Illness-Related Concerns, Heart Failure

### Abstract

**Background & Objective:** Heart failure is a major growing problem that affects patients, their families, and the social network. The higher the level of social support provided by families, the lower the risk of heart failure progression in individuals. This study aimed to determine the relationship between family social support and disease-related concerns of patients with heart failure.

**Materials and Methods:** This descriptive-analytical study was performed on 150 patients selected by census method. A questionnaire containing information of demographic characteristics, family social support, and disease-related concerns of patients was applied to collect the data. In addition, data analysis was carried out in SPSS version 19 after collecting and coding the data.

**Results:** The mean total score of family social support and disease-related concerns was  $228.62 \pm 39.34$  and  $78.32 \pm 26.44$ , respectively. Data analysis showed that all aspects of family social support had a positive and significant relationship with the disease-related concern ( $P < 0.05$ ). Moreover, the total score of the family social support had a positive and significant correlation with the total score of the disease-related concerns in patients.

**Conclusion:** The results confirmed the role of family support in improvement of mental health of patients. Therefore, it is suggested that a family-centered and cooperative nursing intervention be designed to involve family members in the care process of patients with heart failure.

\*Corresponding author:

**Malihe Davoudi**

**Address:** Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

**Tel:** +98 (938) 5354822

**Email:** davoudim891@yahoo.com

## ارتباط سنجی میزان حمایت اجتماعی خانواده و نگرانی‌های مرتبط با بیماری در مبتلایان به نارسایی قلبی بستری در بیمارستان‌های دولتی شهرستان بیرجند در سال ۱۳۹۷

الناز یزدان پرست<sup>۱</sup>، ملیحه داودی<sup>۲\*</sup>، سید حسن قربانی<sup>۳</sup>، فائزه سادات شواکندی<sup>۴</sup>

۱. کارشناسی ارشد، مربی گروه پرستاری، دانشکده پیراپزشکی و بهداشت فردوس، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، ایران

۲. دانشجوی دکتری پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

۳. کارشناسی ارشد پرستاری، مرکز آموزشی، درمانی و پژوهشی حضرت رسول (ص)، شهرستان فردوس، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، ایران

۴. دانشجوی کارشناسی اتاق عمل، دانشکده پیراپزشکی و بهداشت فردوس، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، ایران

### چکیده:

تاریخ دریافت: ۱ آبان ۱۳۹۸

تاریخ پذیرش: ۴ آذر ۱۳۹۸

تاریخ انتشار: دی ماه ۱۳۹۸

**زمینه و هدف:** نارسایی قلبی یک مشکل عمده روبه رشد است که بیماران، خانواده و شبکه اجتماعی را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد. هر چقدر سطح دریافت حمایت اجتماعی خانواده بیشتر باشد؛ افراد در معرض خطر کمتری از نظر پیشرفت بیماری‌های نارسایی قلبی قرار می‌گیرند. هدف از این پژوهش تعیین ارتباط بین حمایت اجتماعی خانواده و نگرانی‌های مبتلایان به نارسایی قلبی بود.

**روش بررسی:** این پژوهش یک مطالعه توصیفی-تحلیلی بود که در آن از روش نمونه‌گیری سرشماری استفاده شد. تعداد ۱۵۰ بیمار واجد شرایط وارد مطالعه شدند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک، حمایت اجتماعی خانواده و نگرانی‌های مرتبط با بیماری بود. پس از جمع‌آوری، داده‌ها کدگذاری و وارد نرم افزار SPSS نسخه ۱۹ شد و با استفاده از این نرم‌افزار مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته‌ها:** میانگین نمره کل حمایت اجتماعی خانواده  $39/34 \pm 228/62$  و نگرانی‌های مرتبط با بیماری  $26/24 \pm 78/32$  به دست آمد. آنالیز داده‌ها نشان داد؛ تمام ابعاد حمایت اجتماعی خانواده با میزان نگرانی‌های مرتبط با بیماری در بیماران ارتباط مثبت و معنادار دارد ( $P < 0,05$ ). همچنین نمره کل حمایت اجتماعی خانواده با نمره کل نگرانی‌های مرتبط با بیماری مثبت و معنادار نشان داد.

**نتیجه‌گیری:** یافته‌های این پژوهش تأکید مجددی بر نقش حمایت خانواده در بهبود سطح سلامت روان بیماران بود. بر این اساس، طرح مداخلات پرستاری خانواده محور و مشارکت تمامی اعضای خانواده در مراقبت از بیماران مبتلا به نارسایی قلبی پیشنهاد می‌شود.

### کلید واژه‌ها:

حمایت اجتماعی خانواده،

نگرانی‌های مرتبط با

بیماری، نارسایی قلبی

نویسنده مسئول:

ملیحه داودی

نشانی: دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

تلفن: ۰۹۳۸۵۳۵۴۸۲۲-۰۵۶۳۲۷۲۰۱۱۶

پست الکترونیک: davoudim981@mums.ac.ir

## مقدمه:

چون وجود یک نوع ترس تعریف نشده از تلاش برای انجام فعالیت‌های روزانه و همچنین وجود تردید و نامعلومی در ارتباط با آینده را گزارش نمودند. در همین راستا بیماران مبتلا به نارسایی قلبی نگران تغییرات ناخواسته در زندگی آینده خود به دلیل شرایط بیماری نارسایی قلبی می‌شوند.<sup>(۳)</sup>

حدود ۴۸٪ از بیماران مبتلا به نارسایی قلبی علائم روانی نگران‌کننده‌ای مثل احساس گناه، ناامیدی، اعتماد به نفس پایین و کاهش انرژی را تجربه می‌کنند.<sup>(۴)</sup> این بیماری منجر به تغییراتی در سبک زندگی فرد شده که سبب انزوای اجتماعی فرد می‌گردد و بر رضایت و کیفیت زندگی فرد تأثیر می‌گذارد.<sup>(۳)</sup> به دلیل عوارض بیماری و فرایندهای درمانی، بیماران مبتلا به CHF در برنامه مراقبت خود تغییرات و چالش‌های بسیاری را تجربه می‌کنند. این افراد برای کنار آمدن با شرایط خود نیاز به مراقبت‌های مناسب دارند. در سال‌های اخیر، تأکید بیشتری بر حمایت و آموزش بیماران مبتلا به CHF همراه با توجه به مراقبت از آن‌ها، صورت گرفته است.<sup>(۵)</sup> برای مدیریت شرایط مزمن خود، بیشتر بیماران می‌توانند از مجموعه خدمات حرفه‌ای (به عنوان مثال کلاس‌های خودکارآمدی، آموزش بهداشت، مشاوره حرفه‌ای) و حمایت‌های غیر رسمی (به عنوان مثال گروه‌های حمایتی) بهره‌مند شوند. با این حال، این منابع حمایتی رسمی اغلب به صورت روزانه یا همیشگی در دسترس نیستند و ممکن است برای دراز مدت قادر به حمایت کافی برای رفع نیازهای بیمار نباشند.<sup>(۶)</sup> خانواده به عنوان یکی از مهم‌ترین منابع برای حمایت اجتماع، به ویژه بیماران در نظر گرفته شده است.<sup>(۷)</sup> خانواده اغلب نقش مهم‌تر کمک به بیماران در کنترل و درمان بیماری دارند. حمایت خانواده منجر به بهبود سلامت می‌شود و به عنوان مهم‌ترین عامل در مبارزه با بیماری شمرده می‌شود.<sup>(۸)</sup> اعتقادات و نگرش‌ها در مورد سلامتی جسمی، عاطفی و روانی و رفتارهای مؤثر بر سلامتی مانند تغذیه، ورزش و مدیریت استرس در فضای خانواده آموخته و تقویت می‌شود. در حقیقت، خانواده اصلی‌ترین ارائه دهنده خدمات مراقبتی درمانی برای اعضای آن است. از طرف دیگر توجه به مشارکت خانواده و اعضای آن در مراقبت از سایر اعضا از طریق برنامه‌های مراقبت و مدیریت بودجه، افزایش یافته است. به گونه‌ای که در نظر گرفتن اثربخشی هزینه مراقبت، مراقبت‌های بیمارستانی را به سمت مراقبت از منزل سوق داده است. در همین راستا، خانواده و به ویژه مراقبان منزل نقش مهم‌تر سلامت و رفاه بیماران ایفا می‌کنند و در واقع به عنوان ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی پنهان در نظر گرفته می‌شوند.<sup>(۹)</sup> خانواده‌ها می‌توانند اقدامات حمایتی مناسبی انجام دهند و به دنبال ساز و کارهای مقابله‌ای مثبت و سازنده باشند. همچنین با استفاده از روش‌هایی مانند ابراز همدردی، مشارکت و احساس تعلق خاطر و همراهی با فرد مبتلا، حمایت خود از بیماران را افزایش دهند.<sup>(۱۰)</sup> همچنین اعضای خانواده می‌توانند انواع مختلفی از حمایت اجتماعی (مانند حمایت عاطفی، اطلاعاتی و ارزیابی) و حمایت ابزاری (مانند فعالیت‌های قابل مشاهده که می‌تواند انجام رفتارهای سالم را برای فرد آسان و ممکن کند) را انجام دهد.<sup>(۱۱)</sup>

در خصوص نقش خانواده در حمایت از بیماران مبتلا به نارسایی قلبی Dennis ۲۰۰۸ می‌نویسد؛ خانواده نقش مهمی در دلگرم کردن فرد برای رسیدن به اهداف بهداشتی و کاهش نگرانی آن‌ها ایفا می‌کند و این محیط اولین محل کسب تجربه حمایت

یکی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن و علت مرگ و میر در بزرگسالان، بیماری‌های قلبی-عروقی است و میزان ابتلا، مرگ و میر و از کارافتادگی ناشی از نارسایی قلبی به عنوان یکی از مهمترین بیماری‌های قلبی-عروقی شیوع نسبتاً بالایی دارد.<sup>(۱)</sup> این اختلال در اثر ناتوانی قلب در خون‌رسانی است و سبب افزایش غیرطبیعی فشار پایان دیاستولی می‌شود.<sup>(۲)</sup> این بیماری علائم متعددی نظیر تنگی نفس، سرگیجه، آنژین صدری، ادم و آسیت را سبب می‌شود.<sup>(۳)</sup> در ایران نیز نارسایی قلبی از علل عمده مرگ و ناتوانی به شمار می‌رود که با تغییر هرم سنی در جامعه و پیرشدن جمعیت جوان امروز ایران در آینده‌ای نزدیک به شیوع فعلی آن، یعنی ۳۵۰۰ بیمار به ازای هر یکصد هزار نفر، افزوده خواهد شد.<sup>(۴)</sup> طبق آمار که مرکز مدیریت بیماری‌ها در ایران منتشر کرده است؛ تعداد مبتلایان به نارسایی قلبی بالغ بر ۱ میلیون نفر می‌باشد.<sup>(۵)</sup> این اختلال یک مشکل عمده بهداشتی در سراسر جهان است که هزینه‌های زیادی را بر سیستم بهداشتی تحمیل می‌کند.<sup>(۶)</sup> به طوری که از نظر میزان بستری‌های پی در پی بیمار در بیمارستان، در بین بیماری‌های مزمن، نارسایی قلب حائز رتبه اول است.<sup>(۷)</sup> به همین دلیل، یافتن روش‌های کنترل‌کننده بیماری نارسایی قلب و عوارض ناشی از آن مثل بستری مجدد از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است.<sup>(۸)</sup>

استرس و نگرانی در بیماران قلبی می‌تواند خطر تشدید بیماری و مرگ را در آنها افزایش دهد. انواع اضطراب مزمن با خطر تا ۲ برابری ابتلا به بیماری‌های قلبی عروقی همراه است.<sup>(۹)</sup> مرز نگرانی‌ها در رابطه با این بیماری گسترده است و بیماران نگرانی‌هایی نظیر هزینه‌های درمان، شغل، خانواده و... دارند. این نگرانی‌ها با افزایش دفعات بستری افزایش می‌یابد. به عبارت دیگر بیمارانی که چندین بار به علت بیماری نارسایی قلبی در بیمارستان بستری مجدد شده بودند؛ نسبت به سایر بیماران، نگرانی‌های بیشتری در زمینه مشکلات جسمی، روانی، شناختی و نگرانی از آینده بیماری را داشتند.<sup>(۱۰)</sup> نگرانی زنجیره افکار و تصاویری است که به شکل منفی و غیرقابل کنترل فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد و در واقع، مشخصه اصلی و مؤلفه شناختی اضطراب است.<sup>(۱۱)</sup> افراد با سطوح بالای نگرانی، حوادث مبهم را به عنوان تهدید تعبیر می‌کنند و نگرانی، باعث افزایش عواطف منفی، برانگیختگی و فعال شدن اعصاب و غدد می‌شود.<sup>(۱۲)</sup> بر این اساس، نگرانی، پدیده‌ای مبهم است و به حوادث نامعلومی که ممکن است در آینده اتفاق بیافتند مربوط می‌شود و باعث ناتوانی برای مقابله فعال می‌گردد.<sup>(۱۳)</sup> مطالعات انجام شده با رویکرد فراتحلیل، رابطه بین اضطراب و افزایش خطر ابتلا به انواع بیماری‌های قلبی عروقی، از جمله سکته قلبی، بیماری عروق کرونر، نارسایی قلبی و مرگ قلبی عروقی را تأیید کرده‌اند.<sup>(۱۴)</sup> نگرانی‌ها و مشکلات بیماران مبتلا به نارسایی قلبی شبیه نگرانی‌های مرتبط با بیماری سرطان است و تجربه زندگی با بیماری نارسایی قلبی از طرف بیماران به عنوان یک زندگی خسته‌کننده و ترس‌آور است که با افزایش پلکانی ناتوانی و ضعف و وابستگی بیان می‌گردد.<sup>(۱۵)</sup>

در پژوهشی با بررسی تجربیات بیماران نارسایی قلبی از محدودیت‌های جسمی ایجاد شده در فعالیت‌های زندگی روزانه، به این نتیجه رسیدند که بیماران مبتلا به نارسایی قلبی ادراکاتی

قسمتی بود؛ بخش اول؛ پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک شامل سؤالاتی از قبیل سن، جنس، شغل، وضعیت تأهل، محل سکونت، مدت ابتلا به بیماری، سطح تحصیلات، دفعات بستری است. بخش دوم؛ پرسشنامه حمایت اجتماعی خانواده در بیماران مزمن که دارای ۴ بعد حمایت عاطفی (۲۵ سوال، در محدوده ۱۰۰-۲۵)، اطلاعاتی (۱۷ سوال، در محدوده ۶۸-۱۷)، جستجوی حمایت (۲۸ سوال، در محدوده ۱۱۲-۲۸) و حمایت ابزاری (۹ سوال، در محدوده ۳۶-۹) است. پرسشنامه حاوی ۷۹ سؤال است که توسط خدائپناهی و همکاران (۱۳۸۷) تدوین و روایی و پایایی آن مورد بررسی قرار گرفته است. ضریب پایایی آن به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۷ به دست آمده است و روایی آن نیز به روش روایی محتوا و سازه مورد تأیید قرار گرفته است.<sup>(۲۸)</sup>

در مطالعه حاضر نیز پایایی پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ به دست آمد. امتیازبندی پرسشنامه در قالب درجه بندی لیکرت و به صورت چهار درجه ای از طیف کاملاً موافق تا کاملاً مخالف تنظیم شده است. برای کمی سازی پاسخها به درجه بندیها از چهار تا یک نمره داده شده است و نمره های هر عامل به طور جداگانه محاسبه گردیده است. نمرات بالاتر نشانه حمایت اجتماعی دریافت شده بیشتر از جانب خانواده می باشد. نمرات در محدوده ۷۹ تا ۳۱۶ محاسبه می شود. بخش سوم؛ پرسشنامه نگرانی های مرتبط با بیماری است که توسط باقری و همکاران (۱۳۹۱) روان سنجی شده است. در مطالعه مذکور ضریب پایایی پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۰ به دست آمده است و روایی آن به شیوه روایی محتوا مورد تأیید قرار گرفته است.<sup>(۲۹)</sup> پایایی ابزار نگرانی های مرتبط با بیماری در مطالعه حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آمد. پرسشنامه نگرانی های مرتبط با بیماری یک پرسشنامه ۲۳ سؤالی است و شامل دو بعد: استقلال (شناختی، عملکردی با ۱۳ سؤال) و نگرانی (عوارض جسمی - روانی و نگرانی از آینده بیماری با ۱۰ سؤال) می باشد.<sup>(۲۹)</sup>

پرسشنامه نگرانی های مرتبط با بیماری، در مقیاس شش درجه ای لیکرت شامل کاملاً موافقم، موافقم، نسبتاً موافقم، نسبتاً مخالفم، مخالفم، کاملاً مخالفم تنظیم شده است و دامنه نمرات از ۱ تا ۶ در هر عبارت، متغیر است. تمامی عبارات دارای امتیازدهی منفی بودند، به عبارت دیگر، از امتیاز ۱ برای کاملاً موافقم تا ۶ برای گزینه کاملاً مخالفم، متغیر بوده است. نمره کمتر نشانه نگرانی بیشتر است. نمرات در محدوده ۲۳ تا ۱۳۸ قرار می گیرند. با توجه به نمره دهی منفی عبارات، نمرات بالاتر نشانه نگرانی کمتر فرد در رابطه با بیماری خود می باشد.

پس از جمع آوری داده ها، کدگذاری انجام و داده ها به کامپیوتر وارد گردید. پس از اطمینان از صحت داده ها، تجزیه و تحلیل آماری با بکارگیری نرم افزار آماری SPSS ویرایش ۱۹ انجام شد. نتایج با استفاده از آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار، فراوانی و درصد) و آمار استنباطی (با توجه به نرمال بودن متغیرهای کمی؛ آزمون همبستگی پیرسون)، با در نظر گرفتن فاصله اطمینان ۹۵ درصد و سطح معناداری ۰/۰۵، گزارش شد.

### یافته ها

در این پژوهش ۱۵۰ بیمار مبتلا به نارسایی قلبی وارد مطالعه شدند. میانگین سنی بیماران  $63/06 \pm 11/35$  سال، ۴۷/۳ درصد

اجتماعی است و هر چقدر سطح دریافت این حمایت اجتماعی بیشتر باشد؛ افراد در معرض خطر کمتری از نظر پیشرفت بیماری های نارسایی قلبی قرار می گیرند.<sup>(۳۳)</sup>

در راستای این شواهد، کالج قلب آمریکا و جامعه قلب اروپا نیز در دستورالعمل هایی که برای مدیریت نارسایی قلبی ارائه می نماید به درگیر کردن اعضای خانواده بیمار در آموزش، ارائه حمایت روانی و برنامه ریزی برای آن ها اشاره می نمایند.<sup>(۳۴)</sup> بنابراین حمایت اجتماعی یک تأثیر محافظتی مهم در ارتباط بین بیماری و نگرانی های مرتبط با آن می گذارد. ارتباط نزدیک و حمایت اجتماعی که توسط دوستان، جامعه و خانواده ارائه می شود ارتباط مثبتی با بهبود عملکرد در محیط کار، مقابله بهتر با مشکلات زندگی، سازگاری عمومیو بهزیستی جسمانی و روان شناختی دارد.<sup>(۳۵)</sup> با وجود درک گسترده اهمیت خانواده، هنوز اطلاعات محدودی در مورد اقدامات و رفتارهای مفید و کارآمد اعضای خانواده در جهت ارتقاء سلامتی بیماران وجود دارد.<sup>(۳۶)</sup> شواهد حاکی از آن است که مطالعات کافی در زمینه حمایت اجتماعی و پیامدهای آن در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی غالباً بر کیفیت زندگی و رفتار خود مراقبتی آن ها متمرکز بوده است. پژوهش های صورت گرفته درخصوص نگرانی های مرتبط با بیماری، حمایت اجتماعی خانواده و همبستگی ارتباط بین این دو مفهوم نیز در میان بیماران مبتلا به نارسایی قلبی، در سطح دنیا به ویژه ایران بسیار محدود می باشد. با تکیه بر شرایط موجود و توجه به این نکته که در ایران به دلیل عدم سازمان یافتگی حمایت اجتماعی توسط مؤسسات و نهادهای ذیربط، نقش خانواده و اقوام در حمایت از بیماران پررنگ تر است؛ لذا هدف از این پژوهش تعیین ارتباط بین حمایت اجتماعی خانواده و نگرانی های مرتبط با بیماری در مبتلایان به نارسایی قلبی بود.

### مواد و روش ها

پژوهش حاضر مطالعه توصیفی - تحلیلی و از نوع مقطعی بود که در آن کلیه بیماران مبتلا به نارسایی قلبی جامعه پژوهش را تشکیل دادند و محیط پژوهش نیز بیمارستان های آموزشی شهرستان بیرجند بوده است. نمونه گیری به روش در دسترس صورت گرفت. پس از دریافت تصویب طرح پژوهشی در کمیته اخلاق معاونت تحقیقات دانشگاه علوم پزشکی بیرجند (کد اخلاق ۱۳۹۶.۱۰۱. REC.ir.bums)، پژوهشگر با مراجعه به بیمارستان های دولتی، افراد بستری مبتلا به نارسایی قلبی واجد معیارهای ورود به مطالعه را به عنوان واحد پژوهش انتخاب نمود. از آنجایی که در بررسی های انجام شده مطالعه مشابهی یافت نشد؛ ولی با توجه به مطالعات تقریباً مشابه و محدودیت تعداد بیماران نهایتاً ۱۵۰ نفر وارد مطالعه شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل عدم وجود نقص در سه مورد شناختی، تکلم و شنوایی، تمایل به شرکت در مطالعه، هوشیاری مناسب جهت برقراری ارتباط و گویش فارسی و معیارهای خروج نیز عدم رضایت به ادامه مصاحبه و یا بدحال شدن بیمار طی مطالعه بود. در ابتدا، پیش از توزیع و تکمیل پرسشنامه ها، اهداف پژوهش برای واحدهای مورد نظر توضیح داده شد و در صورت تمایل به شرکت در پژوهش رضایت نامه آگاهانه کتبی از آن ها اخذ شد. سپس پرسشنامه های اطلاعات دموگرافیک، حمایت اجتماعی خانواده و نگرانی های مرتبط با بیماری به بیماران ارائه و به روش مصاحبه تکمیل شد. ابزار گردآوری داده ها شامل پرسشنامه ۳

زن و ۸۵/۳ درصد متأهل بودند. ۵۶/۷ درصد ساکن شهر و اکثریت واحدهای پژوهش (۶۷/۳ درصد) سابقه ابتلا به بیماری را کمتر از ۵ سال ذکر کردند. سایر مشخصات دموگرافیک واحدهای پژوهش

جدول ۱: مشخصات دموگرافیک بیماران مبتلا به نارسایی قلبی شرکت کننده در مطالعه

تعداد ( درصد )	متغیر	
۲۰ ( ۱۳/۳ )	خوب	وضعیت اقتصادی
۹۸ ( ۵۳ )	متوسط	
۳۲ ( ۲۱/۳ )	ضعیف	
۴ ( ۲/۷ )	مجرد	وضعیت تأهل
۱۲۸ ( ۸۵/۳ )	متاهل	
۱۶ ( ۱۰/۷ )	بیوه	
۲ ( ۱/۳ )	مطلقه	شغل
۱۲ ( ۸ )	دولتی	
۵۹ ( ۳۹/۳ )	آزاد	
۸ ( ۵/۳ )	بازنشسته	
۷۱ ( ۴۷/۳ )	بیکار	سطح تحصیلات
۱۰۳ ( ۶۸/۷ )	بیسواد و ابتدائی	
۲۲ ( ۱۴/۷ )	راهنمائی و سیکل	
۱۶ ( ۱۰/۷ )	توسطه و دیپلم	
۹ ( ۶ )	تحصیلات دانشگاهی	

است. این میانگین با توجه به حداکثر امتیاز در پرسشنامه حمایت اجتماعی در سطح مطلوب قرار گرفت. همچنین میانگین نمرات بیماران از پرسشنامه نگرانی های مرتبط با بیماری  $78/32 \pm 26/24$  به دست آمد (جدول شماره ۲).

حداکثر امتیاز پرسشنامه حمایت اجتماعی خانواده و پرسشنامه نگرانی های مرتبط با بیماری به ترتیب ۳۳۱ و ۱۱۰ می باشد؛ براین اساس، نتایج نشان داد، میانگین نمرات کسب شده بیماران نارسایی قلبی از ابزار حمایت اجتماعی خانواده  $39/34 \pm 228/62$  بوده

جدول شماره ۲: میانگین نمره ابعاد، نمره کل حمایت اجتماعی خانواده و نگرانی های مرتبط با بیماری در مبتلایان به نارسایی قلبی

متغیر	تعداد	حداقل نمره	حداکثر نمره	میانگین	انحراف معیار
حمایت اجتماعی خانواده	۱۵۰	۱۵۴	۳۳۱	۲۲۸/۶۲	۳۹/۳۴
حمایت عاطفی	۱۵۰	۲۸	۹۵	۴۶/۲۰	۱۰/۲۱
حمایت اطلاعاتی	۱۵۰	۲۶	۶۲	۴۹/۸۱	۱۰/۸۴
حمایت ابزاری	۱۵۰	۹	۳۲	۵۶/۲۲	۱۱/۴۵
جستجوی حمایت	۱۵۰	۴۴	۸۰	۷۶/۳۸	۱۵/۶۱
نگرانی های مرتبط با بیماری	۱۵۰	۲۲	۱۱۰	۷۸/۳۲	۲۶/۲۴

بیماران در ابعاد حمایت عاطفی، اطلاعاتی، ابزاری و همچنین جستجوی حمایت پرشنامه حمایت اجتماعی خانواده، مبین آن است که با افزایش حمایت اجتماعی خانواده نگرانی‌های مرتبط با

در جدول شماره یک نمایش داده شده است (جدول شماره ۱).  
بین ابعاد مختلف پرشنامه حمایت اجتماعی خانواده و ابعاد نگرانی‌های مرتبط با بیماری در مبتلایان به نارسایی قلبی ارتباط مثبت معنادار وجود داشت (جدول شماره ۳). افزایش نمره

جدول شماره ۳: ارتباط بین ابعاد حمایت اجتماعی خانواده و ابعاد نگرانی‌های مرتبط با بیماری در مبتلایان به نارسایی قلبی

نمره کل نگرانی‌های مرتبط با بیماری		نگرانی‌ها		استقلال		متغیر
مقدار معنی داری (p)	ضریب همبستگی (r)	مقدار معنی داری (p)	ضریب همبستگی (r)	مقدار معنی داری (p)	ضریب همبستگی (r)	
۰/۰۳	۰/۱۶	۰/۰۰۰۱	۰/۹۰	۰/۰۰۵	۰/۲۲	حمایت عاطفی
۰/۰۰۰۱	۰/۳۵	۰/۰۰۰۱	۰/۳۵	۰/۰۰۰۱	۰/۳۷	حمایت اطلاعاتی
۰/۰۰۰۱	۰/۳۳	۰/۰۰۰۱	۰/۳۵	۰/۰۰۰۱	۰/۳۹	حمایت ابزاری
۰/۰۰۰۱	۰/۳۰	۰/۰۰۰۱	۰/۴۹	۰/۰۰۰۱	۰/۳۸	جستجوی حمایت
۰/۰۰۰۱	۰/۲۹	۰/۰۰۰۱	۰/۶۸	۰/۰۰۳	۰/۲۴	نمره کل

این یافته با نتایج پژوهش باقری (۱۳۹۳) که با هدف بررسی نگرانی‌های مرتبط با بیماری در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی انجام شده است؛ همخوانی دارد، در مطالعه مذکور نیز بیماران مبتلا به نارسایی قلبی، سطح متوسطی از نگرانی را از خود نشان داده‌اند<sup>(۳۴)</sup>. در همین راستا کارلسون و همکاران (۲۰۰۵) نشان دادند ۴۱ درصد بیماران نارسایی قلبی، نگرانی و مشکلات روانی دارند. این بیماران، نگرانی‌های متعددی را تجربه می‌نمایند؛ که مواجهه با تشخیص بیماری و شدت گرفتن علائم و نشانه‌های ناشی از آن در گذر زمان نگرانی‌هایی را با ابعاد و ویژگی‌های متفاوت برای بیماران ایجاد کرده بود<sup>(۳۵)</sup>. براساس پژوهش ساندین (۲۰۱۰) نیز بیماران مبتلا به نارسایی قلبی نگران تغییرات ناخواسته در زندگی آینده خود به دلیل شرایط بیماری می‌شوند<sup>(۳۵)</sup>.

همسو با نتایج مطالعه حاضر، منصوریه و همکاران ۲۰۱۸ نیز در مطالعه‌ای که به بررسی ارتباط بین حمایت اجتماعی و خود مراقبتی بیماران نارسایی قلبی و نقش واسطه‌ای نگرانی‌های مرتبط با بیماری پرداختند، اظهار داشتند حمایت اجتماعی درک شده و نگرانی‌های مرتبط با بیماری در واحدهای پژوهش ارتباط مثبت معنادار داشتند<sup>(۳۶)</sup>. همچنین مشابه با این یافته، نتایج مطالعه Tsuchihashi-Makaya و همکاران (۲۰۰۹) می‌باشد. آنان در مطالعه خود نشان دادند ایزوله اجتماعی و کاهش در روابط و حمایت اجتماعی با نگرانی‌های مرتبط با بیماری ارتباط دارد<sup>(۳۷)</sup>. جلائی و همکاران (۱۳۹۶) نیز تأیید می‌نمایند که حمایت اجتماعی از بیماران کاندید جراحی پیوند عروق ارتباط معکوس معنادار با ترس و اضطراب این بیماران دارد و می‌نویسد ترس از عود علائم، مرگ ناگهانی، به حال خود رها شدن، عدم حمایت مالی، کمبود آگاهی و نداشتن حمایت اطلاعاتی کافی سبب ترس بیماران شده و آنان را تحریک پذیر می‌کند و ممکن است بر روابط آن‌ها با سایر اعضای خانواده تأثیر بگذارد؛ در چنین شرایطی مشخص شده است که سیستم حمایتی مناسب درمانی در پیشگیری از ترس و بهبودی سریع بیمار بسیار کمک کننده است و حمایت

## بحث

این مطالعه با هدف تعیین ارتباط بین میزان حمایت اجتماعی خانواده و نگرانی‌های مرتبط با بیماری در مبتلایان به نارسایی قلبی اجرا شد. فرضیه این مطالعه این بود که میان میزان حمایت اجتماعی خانواده و نگرانی‌های مرتبط با بیماری در مبتلایان به نارسایی قلبی ارتباط وجود دارد. این فرضیه با در نظر گرفتن ۱۵۰ بیمار مبتلا به نارسایی قلبی مورد آزمایش قرار گرفت. نتایج نشان داد که میانگین نمره حمایت اجتماعی خانواده در مبتلایان به نارسایی قلبی ۲۲۸/۶۲ بوده و با توجه به این که حداکثر امتیاز کسب شده از پرسشنامه حمایت اجتماعی خانواده، ۳۳۱ است؛ می‌توان چنین استنباط نمود که برخورداری بیماران مبتلا به نارسایی قلبی از حمایت اجتماعی در سطح مطلوبی بوده است. این یافته پژوهشی همسو با نتایج پژوهش منصوریه (۱۳۹۶) بوده است؛ در مطالعه مذکور نیز میانگین حمایت اجتماعی در بین بیماران نارسایی قلبی جامعه ایرانی بالا گزارش شده است<sup>(۳۷)</sup>.

به نظر می‌رسد علت بالا بودن حمایت اجتماعی در پژوهش حاضر ناشی از حمایت مداوم و مؤثر اعضای خانواده از این افراد در شرایط بیماری و ابراز همدردی و محبت با آن‌ها می‌باشد و این نشان از تأثیر پیچیده حمایت اجتماعی دارد. این در حالی است که نتایج مطالعه چراغی (۱۳۹۱)، چمبرلین (۲۰۱۷) و کاراتاز (۲۰۱۷) با نتایج مطالعه حاضر در تضاد است؛ در مطالعات مذکور نتایج نشان داده است بیماران از سطح پایین حمایت اجتماعی درک شده برخوردار بوده‌اند<sup>(۳۳-۳۱)</sup>.

نتایج مطالعه حاضر همچنین نشان داده است که میانگین نمره نگرانی‌های مرتبط با بیماری در مبتلایان به نارسایی قلبی ۷۸/۳۲ بوده و با توجه به این که نمرات بالاتر نشانه نگرانی کمتر است و حداکثر امتیاز کسب شده از پرسشنامه نگرانی‌های مرتبط با بیماری ۱۳۸ است؛ می‌توان چنین استنباط نمود که، نگرانی‌های مرتبط با بیماری در این بیماران در سطح متوسط بوده است.

ابراز محبت کافی از سوی خانواده نماید. این مسأله منجر می‌شود بیمار احساس کند کسانی هستند که پشتیبان او در این شرایط سخت و بحرانی می‌باشند؛ لذا راحت‌تر با بیماری مقابله کرده و با آن سازگاری می‌نماید و از انزوا و گوشه‌گیری دوری جسته، نشاط و دلگرمی بگیرند<sup>(۴۷)</sup>. حمایت اطلاعاتی شامل اطلاعات و آموزش به فرد در زمینه انجام مهارت‌های خاص می‌باشد که سبب می‌شود، افراد نسبت به نحوه مراقبت از خود، کنترل بیماری و رژیم درمانی آگاهی یابند و این امر در کاهش اضطراب، نگرانی و میزان مرگ و میر آن‌ها مؤثر است<sup>(۴۸)</sup>. برخی از مطالعات حاکی از آن است که کمبود آگاهی و نداشتن حمایت اطلاعاتی کافی موجب ترس و تحریک پذیری بیماران نارسایی قلبی می‌گردد<sup>(۴۹، ۵۰)</sup>. لذا ارائه یک رشته اطلاعات و آموزش به فرد در زمینه انجام مهارت‌های خاص سبب می‌شود؛ افراد نسبت به نحوه مراقبت از خود، کنترل بیماری و رژیم درمانی آگاهی یابند و اضطراب، نگرانی و میزان مرگ و میر آن‌ها کاهش یابد<sup>(۵۱)</sup>. در تأیید این یافته، خداپناهی و همکاران ۲۰۱۰ اظهار می‌دارد اطلاعات می‌تواند مهار ادراکات بیمار را با فراهم کردن شیوه‌هایی برای مدیریت بیماری و مقابله با نشانه‌ها افزایش دهد. آموختن چگونگی مدیریت بیماری می‌تواند احساس آسیب پذیری را در آینده کاهش دهد<sup>(۲۸)</sup>. حمایت ابزاری شامل فراهم آوردن کمک‌های ملموس مانند خدمات، کمک‌های مالی و دیگر وسایل یا کالاهای خاص است<sup>(۶)</sup>. این نوع حمایت از کمک‌هایی تشکیل می‌شود که در مواقع کمبود منابع مادی و نیاز به وجود می‌آیند (مانند پول، فراهم آوردن اقامتگاه، ...) و یا ممکن است شامل حل مشکلات روزانه زندگی باشد (مراقبت از کودکان، کمک در خانه، ...) <sup>(۵۲)</sup>. در واقع این نوع حمایت می‌تواند احساس از دست دادن مهار بیمار در طول دوره بیماری را با فراهم کردن منابع ملموس برای استفاده او جبران کند و به همراه دیگر حمایت‌ها می‌تواند زمینه حمایت اجتماعی را برای بیمار از سوی افراد مهم زندگی‌اش فراهم کند. اهمیت ارائه این نوع حمایت از جانب خانواده در شرایطی که بیماری پیش‌آگهی بدی دارد؛ بیشتر شناخته شده است چرا که مفیدترین نوع حمایت می‌باشد<sup>(۲۸)</sup>. انواع فعالیت‌های حمایتی بدون خواست و نیاز بیمار به آن‌ها امکان پذیر نمی‌باشد. به عبارت دیگر، آن طرف دیگر سکه، حمایت، جستجو و طلب حمایت از جانب بیمار است<sup>(۲۸)</sup>. لذا یکی دیگر از مؤلفه‌های حمایت اجتماعی خانواده در این پژوهش که ارتباط مثبت معناداری با ابعاد پرسشنامه نگرانی‌های مرتبط با بیماری دارد، جستجوی حمایت می‌باشد؛ یعنی هنگامی که افراد به طور واقعی به اعضای خاصی در شبکه اجتماعی خود برای کمک در خلال زمان‌های تنیدگی‌زا تکیه می‌کنند؛ تلاش برای فراهم کردن حمایت باید با مداخله دریافت‌کنندگان صورت گیرد، زیرا ممکن است حمایتی که اعضای شبکه فراهم می‌کنند با نیازهای دریافت‌کنندگان سازگار نباشد<sup>(۵۲)</sup>. جستجو برای حمایت اجتماعی جهت کسب آن می‌تواند عوارض نامطلوب فیزیولوژیکی بیماری را کاهش و میزان مراقبت از خود را افزایش دهد، تأثیر مثبتی بر وضعیت جسمی، روانی و اجتماعی فرد برجای گذارد و در نهایت به افزایش عملکرد منجر شود<sup>(۵۳)</sup>. حمایت اجتماعی به عنوان قوی‌ترین و نیرومندترین نیروهای مقابله‌ای برای رویارویی موفقیت‌آمیز و آسان افراد در زمان درگیری افراد با بیماری مزمن و شرایط تنش‌زا شناخته شده و تحمل مشکلات را برای بیماران تسهیل می‌کند<sup>(۵۴)</sup> و از طریق ایفای نقش واسطه‌ای میان عوامل تنش‌زای زندگی و بروز مشکلات جسمی و روانی و همچنین

اجتماعی نقش مهمی در تسکین اثرات منفی بیماری بر بعد روانی بیماران دارد<sup>(۳۷)</sup>. یافته‌های پژوهش حاضر همچنین با مطالعه باقری (۲۰۱۸) نیز که با هدف بررسی مدل شأن اجتماعی در میان بیماران مبتلا به نارسایی قلبی انجام شده است، همخوانی دارد؛ در این مطالعه نیز عنوان شده است که افزایش نگرانی‌های مرتبط با بیماری نارسایی قلب تأثیرات منفی بر روی روابط اجتماعی بیماران داشته است و در صورتی که ارتباطات اجتماعی این بیماران بهبود یابد؛ آنان به راحتی قادر خواهند بود تا با تأثیرات منفی و نگرانی‌های ناشی از بیماری شان مقابله نمایند<sup>(۳۸)</sup>. در واقع این نتیجه را می‌توان این‌گونه تبیین کرد که حمایت اجتماعی نخست به پذیرش بیماری کمک می‌کند، دوم این که نگرانی در مورد رفتارهای مراقبت از خود را کاهش می‌دهد و سوم این که مدیریت بیماری را تسهیل می‌کند<sup>(۳۹)</sup>.

این درحالی است که مطالعه Hara و همکاران ۲۰۱۴ نتایج متفاوتی ارائه نمود؛ در بخشی از مطالعه آن‌ها که به بررسی تأثیر حمایت خانواده بر استرس- سازگاری مبتلایان به دیابت پرداختند، میان دو متغیر زندگی در کنار همسر و میزان استرس- سازگاری، در زنان، ارتباط معناداری مشاهده نشد<sup>(۴۰)</sup>. همچنین، در مطالعه Friedmann و همکاران ۲۰۱۴ نیز که با هدف تعیین تأثیر حمایت اجتماعی بر افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به نارسایی قلبی دو سال پس از تشخیص بیماری، اجرا شده بود، نتایج آشکار کرد که میان متغیر حمایت اجتماعی و اضطراب بیمار ارتباطی وجود ندارد<sup>(۴۱)</sup>. Fuller-Iglesias و همکاران ۲۰۱۵ نیز گزارش کردند افزایش بعد خانوار با تجربه بیشتر علائم افسردگی در میان جمعیت جوان سالم همراه است<sup>(۴۲)</sup>. مطالعات دیگر نیز بر اثرات منفی حضور خانواده در کنار فرد مبتلا به بیماری مزمن اشاره می‌نماید و اظهار می‌دارد شرکت کنندگان در مطالعه بیان داشتند در برخی موارد حضور خانواده منجر به احساس سرکوب، تضعیف رفتارهای خودمراقبتی و بی‌اهمیت جلوه یافتن نگرانی‌های آنها شده است<sup>(۴۳، ۴۴)</sup>.

در توضیح مغایرت‌های مشاهده شده می‌توان گفت، اختلاف در نتایج می‌تواند به دلیل تفاوت در متغیر مورد سنجش و به دنبال آن تفاوت در ابزار پژوهش، گروه هدف باشد. همچنین تفاوت‌های فرهنگی به عنوان یکی از عوامل تعیین‌کننده نرم‌ها و هنجارهای حمایتی، تعاریف و دیدگاه افراد نسبت به مقوله احساس استقلال و وابستگی و میزان استرس درک شده فرد از شرایط موجود، از جمله عواملی است که در بروز اختلاف نتایج بین مطالعه حاضر و مطالعه ذکر شده، مؤثر است. چنان که Park و همکاران ۲۰۱۳ اشاره می‌کند با در نظر گرفتن بافت فرهنگی، ارتباط بین حمایت کردن و سلامتی در فرهنگ آسیایی قوی‌تر و مثبت‌تر از فرهنگ آمریکایی می‌باشد<sup>(۴۵)</sup>.

در این مطالعه حمایت اجتماعی خانواده به صورت حمایت عاطفی، اطلاعاتی و ابزاری ارائه شد. حمایت عاطفی به طور طبیعی، شامل کمک‌هایی می‌شود که توسط خانواده، دوستان، همکاران و همسایگان یا افراد مهم صورت می‌گیرد و شامل ابراز عشق، عاطفه و ارزشمند شمردن می‌شود که احساس بهزیستی عاطفی ایجاد می‌کند<sup>(۴۶)</sup>. همسو با یافته مذکور، حیدرزاده و همکاران (۱۳۹۲) ضمن تأیید اهمیت حمایت عاطفی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی می‌نویسد؛ حمایت عاطفی‌ای که خانواده از بیماران بعمل می‌آورد به بیمار کمک می‌کند تا احساس همدردی، دلگرمی و

### کاربرد یافته‌های پژوهش در بالین

یافته‌های این پژوهش تأکید مجددی بر نقش حمایت خانواده در بهبود سطح سلامت روان بیماران بود. بر اساس یافته‌های پژوهش، طرح مداخلات پرستاری خانواده محور و مشارکت تمامی اعضای خانواده در مراقبت از بیماران مبتلا به نارسایی قلبی پیشنهاد می‌شود. در راستای این مداخلات، شناسایی و تعدیل عوامل تهدید زا، ارائه اطلاعات و آموزش‌های مناسب به بیماران، می‌تواند در کاهش مشکلات و بار روانی عاطفی ناشی از ماهیت بیماری نارسایی قلبی و عوارض آن مؤثر واقع گردد.

### تشکر و قدردانی

پژوهشگران بدین وسیله مراتب قدردانی و سپاس خود را از معاونت تحقیقات دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، مسئولین بیمارستان و تمامی واحدهای پژوهش اعلام می‌دارند. این مقاله با کد مصوب ۴۴۴۲ و مورخ ۱۳۹۶/۴/۱۹ در معاونت محترم پژوهش دانشگاه علوم پزشکی بیرجند ثبت شده است. کد اخلاق این پژوهش IR.BUMS.REC.۱۳۹۶.۱۰۱ است.

تعارض در منافع:

مقاله حاضر حاصل طرح پژوهشی مصوب دانشگاه علوم پزشکی بیرجند می‌باشد. تعارض منافع وجود ندارد.

تقویت شناخت افراد، باعث کاهش تنش تجربه شده، افزایش میزان بقا و بهبود وضعیت‌های بهداشتی و در پایان بهبودی کیفیت زندگی افراد می‌شود. در این میان مهم‌ترین عامل حمایت‌کننده حضور مؤثر اعضای خانواده است و باعث می‌شود بیمار از حالت انزوا و سوگواری خارج شده و نقش او را مانند گذشته در محیط خانواده و جامعه پررنگ نماید<sup>(۵۵)</sup>.

از جمله محدودیت‌های موجود در مطالعه حاضر می‌توان به محدودیت در تعداد بیماران، مقطعی بودن مطالعه و عدم کنترل روان‌شناختی بیماران حین مصاحبه اشاره نمود؛ که پیشنهاد می‌گردد جهت کنترل محدودیت‌های مذکور مطالعات بیشتری اجرا گردد.

### نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان داد با افزایش میزان حمایت اجتماعی خانواده از بیماران مبتلا به نارسایی قلبی، این افراد نگرانی‌های کمتری را در خصوص بیماری خود تجربه می‌کنند. ارضاء انسان از حمایت اجتماعی خانواده موجب جلوگیری از ترس و درماندگی روانی و در نتیجه کارآمدی اجتماعی بهتر و احساس مسئولیت بیشتر در قبال سلامتی می‌شود. بنابراین با تدارک شرایط مناسب جهت ارائه کمی و کیفی حمایت بهتر از سوی خانواده، دوستان و سایر ارگان‌ها از این بیماران، می‌توان فشارها و تنش‌های مربوط به این بیماری مزمن را مدیریت نمود.



## References

1. Eskandari S, Heravi-Karimooi M, Rejeh N, Ebadi A, Montazeri A. Translation and validation study of the Iranian version of Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire. *Payesh*. 2015;14(4):475-84.
2. Mann D, Zipes D, Libby P, Bonow R. 10th ed. Saunders. Braunwald's Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine, Single Volume. 2014.
3. Pihl E, Fridlund B, Mårtensson J. Patients' experiences of physical limitations in daily life activities when suffering from chronic heart failure; A phenomenographic analysis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 11-2:(1)20;2010. [ DOI: 10.1111/j.1471-6712.2010.00780.x ]
4. Hekmatpou D, Ahmadi F, Arefi S. The effectiveness of applying "making sensitivity to re-admission caring model" on controlling congestive heart failure complications among hospitalized patients in Tehran cardiovascular centers. *Journal of Iran University of Medical Sciences*. 2010;17(75):33-50.
5. Cameron J, Worrall-Carter L, Page K, Stewart S. Self-care behaviors and heart failure: Does experience with symptoms really make a difference?. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 2010;100(9):92. [ DOI: 10.1016/j.ejcnurse.2009.10.004 ]
6. Bathaei A, Zohari Anbuhi S, Ezati Z, Alavi Majd H. Use of Logistic Regression Model in Surveying Effective Causes of Readmission in Patients with Congestive Heart Failure. *Qom Univ Med Sci J*. 2012;6(1):60-5.
7. Mansouriyeh N, Taban Sadeghi M, Seirafi M. The relationship between socioeconomic status and self-care in patients with heart failure: The role of illness related worries mediator. *NPWJM*. 2018;5(17):5-12.
8. Roest A, De Jonge P, Denollet J. Anxiety and risk of incident coronary heart disease: a meta-analysis. *Journal of the American College of Cardiology*. 2010;56:38-46. [ DOI:10.1016/j.jacc.2010.03.034 ]
9. Tully P, Cosh S, Baune B. A review of the affects of worry and generalized anxiety disorder upon cardiovascular health and coronary heart disease. *Health & Medicine*. 2013(18):627-44. [ DOI: 10.1080/13548506.2012.749355 ]
10. Rice H, Say R, Betihavas V. The effect of nurse-led education on hospitalisation, re-admission, quality of life and cost in adults with heart failure : A systematic review. *Patient Educ Couns*. 2018;101(3):363-74. [ DOI: 10.1016/j.pec.2017.10.002 ]
11. Hirsch C, Mathews A. A cognitive model of pathological worry. *Behaviour Research and Therapy*. 2012;50:636-46. [ doi: 10.1016/j.brat.2012.06.007 ]
12. Besharat M, Nogh H. The Predicting role of worry, anger rumination and social loneliness in adjustment to coronary artery disease. *Cardiovascular Nursing Journal* 2018;6(4):6-15.
13. Topper M, Emmelkamp P, Watkins E, Ehling T. Prevention of anxiety disorders and depression by targeting excessive worry and rumination in adolescents and young adults: a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*. 2017;90:123-36. [ DOI: 10.1016/j.brat.2016.12.015 ]
14. Emdin A, Oduyayo A, Wong C, Tran J, Hsiao A, Hunn H. Meta-analysis of anxiety as a risk factor for cardiovascular disease. *The American Journal of Cardiology*. 2016;118:511-19. [ DOI: 10.1016/j.amjcard.2016.05.041 ]
15. Salehitali S, Hafshejani S, Jafarei A. The Effect of Continuous Home Visits and Health Education on the Rate of Readmissions, referrals, and Health Care Costs among Discharged Patients with Heart Failure. *Hayat*. 2010;15(4):43-9.
16. Ryan M, Farrelly M. Living with an unfixable heart: a qualitative study exploring the experience of living with advanced heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 2009;8(3):223-31. [ DOI: 10.1016/j.ejcnurse.2009.02.005 ]

17. Albano M, Jourdian P, De Andrade V, Domenke A, Desnos M, D'ivernois J. Therapeutic patient education in heart failure: Do studies provide sufficient information about the educational programme? Archives of Cardiovascular Diseases. Archives of Cardiovascular Diseases. 2014;107(5):328-39.[ DOI: 10.1016/j.acvd.2013.12.002]
18. Lee AA, Piette J, Heisler M, Janevic MR, Langa KM, Rosland AM. Family members' experiences supporting adults with chronic illness: A national survey. Systems, & Health. 2017;35(4):463.[ DOI: 10.1037/fsh0000293]
19. Shahriari M, Ahmadi M. Effects of a family centered program on perceived social support in patients with congestive heart failure: An interventional study. J Educ Health Promot. 2016;5(6).
20. Smeltzer S, Hinkle JL, Cheever KH. Brunner & Suddarth's Text Book of Medical-surgical Nursing. 12th ed. New York: Lippincott Williams & Wilkins. 2010.
21. Chesla CA. Do family interventions improve health? Journal of family nursing. 2010;16(4):355-77.[ DOI: 10.1177/1074840710383145]
22. Mayberry LS, Osborn C. Family support, medication adherence, and glycemic control among adults with type 2 diabetes. Diabetes care. 2012;35(6).[ DOI: 10.2337/dc11-2103]
23. Dennis JP, Markey M, Johnston KA, Vander Wal JS, Artinian NT. The role of stress and social support in predicting depression among a hypertensive African American sample. Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care. 2008;37(2):105-12.[ DOI: 10.1016/j.hrtlng.2007.03.003]
24. Ponikowski P, Anker SD, et al. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. Eur Heart J. 2016;37(27):2129-200.[ DOI: 10.1093/eurheartj/ehw128]
25. Yancy CW, Jessup M, Bozkurt B. 2013 ACCF/AHA guideline for the management of heart failure: A report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task. JACC 2013;62(9):147-239.[ DOI: 10.1016/j.jacc.2013.05.019]
26. Decker CL. Social support and adolescent cancer survivors: A review of the literature. Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer. 2007;16(1):1-11.[ DOI: 10.1002/pon.1073]
27. Wolff JL, Roter DL. Family presence in routine medical visits: a meta-analytical review. Social science & medicine. 2011;72(6):823-31.[ DOI: 10.1016/j.socscimed.2011.01.015]
28. Khodapanahi M, Asghari A, Harrirchi I. Preparing and Investigating The Reliability and Validation of The Family Social Support Questionnaire (FSSQ). Journal of Family Research. 2009;5(4).
29. Bagheri H, Yaghmaei F, Ashktorab T, Zayeri F. Evaluation of Illness Related Worries in Heart Failure Patients. Journal of Knowledge & Health. 2013;9(2):40-6.
30. Mansoreye N, Poursharifi H, Taban sadegi M, Seirafi M. The Correlation between Social Support and Self-care in Patients with Heart Failure: The Mediating Role of Illness Perception. Journal of Health Promotion Management. [Research]. 2017;6(5):43-50.
31. Cheraghi M, Davari Dolatabadi E, Salavati M, Moghimbeigi A. Association between Perceived Social Support and Quality of Life in Patients with Heart Failure. Iran Journal of Nursing. [Research]. 2012;25(75):21-31.
32. Chamberlain L. Perceived social support and self-care in patients hospitalized with heart failure. Eur J Cardiovasc Nurs. 2017;16(8):753-61.[ DOI: 10.1177/1474515117715842]
33. Karataş T, Bostanoğlu H. Perceived social support and psychosocial adjustment in patients with coronary heart disease. nt J Nurs

- Pract. 2017;23(4).[ DOI: 10.1111/ijn.12558]
34. Karlsson A, Johansson M, Lidell E. Fragility—the price of renewed life. Patients experiences of open heart surgery. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 2005;4(4):290-7.[ DOI: 10.1016/j.ejcnurse.2005.03.009]
  35. Sundin K, Bruce E, Barremo A-S. Elderly women’s experiences of support when living with congestive heart failure. *International journal of qualitative studies on health and well-being*. 2010;5(2):5064.[ doi: 10.3402/qhw.v5i2.5064]
  36. Tsuchihashi-Makaya M, Kato N, Chishaki A, Takeshita A, Tsutsui H. Anxiety and poor social support are independently associated with adverse outcomes in patients with mild heart failure. *Circ J*. 2009;73(2):280-7. [ DOI: 10.1253/circj.cj-08-0625]
  37. Jalaei T, Rahmati M, Salari N. The Survey Of Perceived Social Support Status And Its Relation To Fear And Anxiety Of Cabg Candidate Patient’s In Imam Ali’s Hospital Of Kermanshah. *J Urmia Nurs Midwifery Fac*. 2018;16(5):354-63.
  38. Bagheri H, Yaghmaei F, Ashktorab T, Zayeri F. Relationship between illness-related worries and social dignity in patients with heart failure. *Nursing ethics*. 2018;25(5):618-27.
  39. Akbarzadeh D, Emamipoor H, Mohammadzadeh A. Comparison of social support and defense mechanisms of diabetics and non-diabetics. *Quarterly Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*. 2014;21(5):743-52.
  40. Hara Y, Hisatomi M, Ito H, Nakao M, Tsuboi K, Ishihara Y. Effects of gender, age, family support, and treatment on perceived stress and coping of patients with type 2 diabetes mellitus. *BioPsychoSocial medicine*. 2014;8(1):16.[ DOI: 10.1186/1751-0759-8-16]
  41. Friedmann E, Thomas SA, Chapa DW, Lee HJ. Poor social support is associated with increases in depression but not anxiety over 2 years in heart failure outpatients. *The Journal of cardiovascular nursing*. 2014;29(1):20-8. [ DOI: 10.1097/JCN.0b013e318276fa07]
  42. Fuller-Iglesias HR, Webster NJ, Antonucci TC. The complex nature of family support across the life span: Implications for psychological well-being. *Developmental Psychology*. 2015;51(3):277.[ DOI: 10.1037/a0038665]
  43. Mayberry LS, Osborn CY. Family involvement is helpful and harmful to patients’ self-care and glycemic control. *Patient Education and Counseling*. 2014;97(3):418-25.[ DOI: 10.1016/j.pec.2014.09.011]
  44. Mayberry LS, Rothman RL, Osborn CY. Family members’ obstructive behaviors appear to be more harmful among adults with type 2 diabetes and limited health literacy. *Journal of health communication*. 2014;19(sup2):132-43.[ DOI: 10.1080/10810730.2014.938840]
  45. Park J, Kitayama S, Karasawa M, Curhan K, Markus HR, Kawakami N, et al. Clarifying the links between social support and health: Culture, stress, and neuroticism matter. *Journal of health psychology*. 2013;18(2):226-35.[ doi: 10.1177/1359105312439731]
  46. Feeney BC, Collins NL. A new look at social support: A theoretical perspective on thriving through relationships. *Personality and Social Psychology Review*. 2015;19(2):113-47.[ DOI: 10.1177/1088868314544222]
  47. Heidarzadeh M, Ghahremanian A, Hagigat A, Yoosefi E. Relationship between quality of life and social support in stroke patients. *Iran Journal of Nursing*. 2009;22(59):23-32.
  48. Toljamo M, Hentinen M. Adherence to self-care and social support. *Journal of clinical nursing*. 2001;10(5):618-27.[ DOI: 10.1046/j.1365-2702.2001.00520.x]
  49. Gallardo-Peralta LP. The relationship between religiosity/spirituality, social support, and quality of life among elderly Chilean people. *International Social Work*. 2017;60(6):1498-511.[ https://doi.org/10.1177/0020872817702433]

50. Thoits PA. Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health. *Journal of health and social behavior*. 2011;52(2):145-61.[ DOI: [10.1177/0022146510395592](https://doi.org/10.1177/0022146510395592)]
51. Sit JW, Wong TK, Clinton M, Li LS, Fong Ym. Stroke care in the home: the impact of social support on the general health of family caregivers. *Journal of clinical nursing*. 2004;13(7):816-24.[ DOI: [10.1111/j.1365-2702.2004.00943.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2004.00943.x)]
52. Yu DS, Lee DT, Woo J. Psychometric testing of the Chinese version of the medical outcomes study social support survey (MOS-SSS-C). *Research in nursing & health*. 2004;27(2):135-43.[ DOI: [10.1002/nur.20008](https://doi.org/10.1002/nur.20008)]
53. Lee E-H, Chung BY, Park HB, Chun KH. Relationships of mood disturbance and social support to symptom experience in Korean women with breast cancer. *Journal of pain and symptom management*. 2004;27(5):425-33.[ DOI: [10.1016/j.jpain-symman.2003.10.007](https://doi.org/10.1016/j.jpain-symman.2003.10.007)]
54. Chan CW, Molassiotis A, Yam BM, Chan S, Lam CS. Traveling through the Cancer Trajectory: Social Support perceived by Women with Gynecological Cancer in Hong Kong. *Cancer Nursing*. 2001;24(5):387-94.[ DOI: [10.1097/00002820-200110000-00011](https://doi.org/10.1097/00002820-200110000-00011)]
55. Saadati M, Guidance M. Relation between family social support & coping strategies in recovery breast cancer. *Iran J Breast Dis*. 2014;6:35-40.