

نشریه مرکز تحقیقات مراقبتهای پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تهران (نشریه پرستاری ایران)
دوره ۲۵، شماره ۷۵، اردیبهشت ماه ۱۳۹۱، ۳۱-۲۱

ارتباط بین حمایت اجتماعی درک شده و کیفیت زندگی بیماران نارسایی احتقانی قلبی

محمد علی چراغی^۱ *الهام داوری دولت آبادی^۲ محسن صلواتی^۳ عباس مقیم بیگی^۴

چکیده

زمینه و هدف: بیماران مبتلا به نارسایی قلبی به دلیل تجربه فشارهای روحی، اقتصادی و جسمی از سطح کیفیت زندگی پایینی برخوردارند. حمایت اجتماعی درک شده نقش مهمی در حفظ سلامتی افراد و کاهش آثار منفی استرس‌های ناشی از محیط و جامعه دارد؛ مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط حمایت اجتماعی درک شده و کیفیت زندگی بیماران نارسایی قلبی انجام شده است.

روش بررسی: مطالعه حاضر یک مطالعه مقطعی از نوع همبستگی بود. نمونه پژوهش را بیماران مبتلا به نارسایی قلبی که از سال ۱۳۸۶ در مراکز آموزشی درمانی تخصصی قلب و عروق همدان بستری و واجد شرایط شرکت در مطالعه بودند تشکیل داد. مجموعاً ۶۰ بیمار از طریق نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از ابزار کیفیت زندگی مینه‌سوتا و پرسشنامه حمایت اجتماعی درک شده در بیماران نارسایی قلبی با روش مصاحبه جمع‌آوری گردید. و با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی و نرم افزار SPSS نسخه ۱۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که ۶۷٪ درصد از بیماران نارسایی قلبی از سطح کیفیت زندگی متوسط و ۶۱٪ درصد آنان از سطح پایین حمایت اجتماعی درک شده برخوردار هستند. بین حمایت اجتماعی درک شده و کیفیت زندگی آماری معناداری وجود دارد ($P=0/00$, $r=0/721$).

نتیجه‌گیری کلی: نتایج مطالعه حاضر لزوم توجه درمانگران حرفه‌ای حوزه سلامت به حمایت اجتماعی درک شده را آشکار می‌سازد. بنابراین؛ پرستاران باید نسبت به طراحی و تنظیم برنامه‌های مراقبتی حمایتی و اثربخش توجه بیشتری نشان دهند و از این طریق در بهبود کیفیت زندگی این گروه از بیماران گام مؤثری بردارند.

کلیدواژه‌ها: حمایت اجتماعی درک شده، کیفیت زندگی، نارسایی احتقانی قلب

تاریخ دریافت: ۹۰/۱۱/۱۲

تاریخ پذیرش: ۹۱/۱/۲۸

^۱ استادیار، مرکز تحقیقات مراقبتهای پرستاری، و دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
^۲ کارشناس ارشد پرستاری مراقبتهای ویژه، گروه داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان، اصفهان، ایران
*نویسنده مسئول) شماره تماس: ۰۹۱۳۱۰۱۳۴۷۵ Email: davaridolatabadi@umsha.ac.ir
^۳ عضو هیات علمی گروه گروه داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
^۴ استادیار گروه آمار زیستی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

مقدمه

تا چند سال قبل بیماری‌های واگیردار به عنوان بزرگترین معضل بهداشتی کشورهای جهان سوم به شمار می‌رفت، به طوری که توان کشورها صرف کنترل و پیشگیری از همه‌گیری‌های این بیماری‌ها می‌شد. در حال حاضر افزایش بار بیماری‌های غیر واگیر مخصوصاً در کشورهای در حال توسعه تهدیدی جدی به شمار می‌رود^(۱). از جمله بیماری‌های مهم این گروه بیماری نارسایی قلبی است. یافته‌های پژوهشی منتشر شده از کشورهای دیگر نشان می‌دهد که بیماران مبتلا به نارسایی قلبی بیشترین استفاده را از سیستم‌های مراقبت بهداشتی دارند^(۲،۳). به طوری که، در بررسی انجام شده در ایران ۲۵ درصد از بیماران بستری در بخش‌های قلب، مبتلا به نارسایی قلبی بوده‌اند^(۴،۵). با توجه به اینکه در دهه اخیر، علم پزشکی در درمان این بیماری، پیشرفت‌های زیادی داشته است اما هنوز علت اصلی مرگ و میر بسیاری از ساکنان کشورهای صنعتی نارسایی قلبی می‌باشد^(۶-۸). این اختلال به درجات مختلفی در تمام گروه‌های سنی مشاهده می‌شود؛ ولی طبق آمار در میان گروه میانسالان و سالمندان افزایش فزاینده‌ای دارد^(۹،۱۰). با توجه به اینکه میانگین جمعیت سالمندان در جهان رو به افزایش است این بیماری اهمیت قابل توجهی پیدا کرده است^(۹). نارسایی قلبی بر ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و اقتصادی مددجویان تأثیر می‌گذارد^(۱۱). با توجه به ماهیت ناتوان کننده این بیماری، در مراقبت از این بیماران باید همه جنبه‌های زندگی از جمله کیفیت زندگی مورد توجه قرار گیرد^(۱۲). کیفیت زندگی ارتباط نزدیکی با پیامدهای بالینی از جمله بستری مجدد و وقوع مرگ و میر دارد. به دلیل تجربه فشارهای روحی، اقتصادی، بستری شدن‌های مکرر و پیش آگهی ضعیف نارسایی قلبی؛ این گروه از بیماران از سطح کیفیت زندگی پایینی برخوردارند^(۱۳-۱۵). عوامل روانی اجتماعی متعددی می‌تواند کیفیت زندگی افراد را

تحت تأثیر خود قرار دهد که یکی از این موارد، حمایت اجتماعی است. اگر چه مراقبت، دوستی و حمایت مفاهیمی به قدمت ارتباطات انسانی هستند؛ ولی مفهوم حمایت اجتماعی نسبتاً جدید می‌باشد. امروزه هر ناخوشی و حادثه سلامت در ارتباط با حمایت اجتماعی مورد مطالعه قرار می‌گیرد^(۱۶). مطالعات نشان داده‌اند با ارتقاء سطح حمایت اجتماعی درک شده از میزان مرگ و میر بیماران کاسته شده و بروز ناخوشی‌های جسمی و روانی در افراد نیز کمتر می‌شود^(۱۷).^(۱۸) افراد با سطح دریافت حمایت اجتماعی بالا در معرض خطر کمتری از نظر پیشرفت بیماری قلبی می‌باشند^(۱۸،۱۹). به گونه‌ای که بین کاهش حمایت اجتماعی و پیش آگهی ضعیف در بیماران مبتلا به بیماریهای عروق قلبی ارتباط مشخصی وجود دارد^(۲۰-۲۱). یافته‌ها نشان می‌دهند که کاهش در سطح حمایت اجتماعی دریافت شده با افزایش دفعات بستری در بیماری‌های مزمن ارتباط دارد^(۱۹،۲۱،۲۲). حمایت ادراک شده به معنای ادراک شخصی از در دسترس بودن حمایت، ارزیابی کافی از حمایت و کیفیت حمایت در زمان ضرورت است^(۲۳-۲۴). در واقع به تصوری اطلاق می‌گردد که فرد دردمند، افراد مؤثری دارد که قادرند به طور بالقوه در مواقع درماندگی و ناچاری به وی مساعدت کنند^(۱۶،۲۵). از طرف دیگر حمایت ادراک شده به پیش‌بینی کمک در زمان ضروری اشاره دارد و اغلب آینده‌نگر است^(۲۶-۲۷). جنبه ذهنی حمایت اجتماعی می‌تواند کمک روانی مؤثری برای مقابله با فشارها و مسائل زندگی به شخص نیازمند نماید؛ چون چنین فردی در تمام لحظات زندگی این تصور روشن را در ذهن خود دارد که کسانی هستند که هنگام نیاز و درماندگی به او کمک کنند. بنابراین با قوت بیشتری در برابر ناملایمات مقاومت می‌کند. در ضمن این جنبه از حمایت اجتماعی بر میزان عملکرد فرد تأثیر فراوانی دارد و یافته‌های تحقیقاتی حاکی از آن است که هر چه ذهنیت فرد در برخورداری از حمایت دیگران (حمایت بالقوه) بیشتر

ارتباط بین حمایت اجتماعی درک شده و کیفیت زندگی بیماران نارسایی احتقانی قلب محمد علی چراغی و همکاران

باشد، میزان پاسخ‌های موفقیت‌آمیزی که به فشارهای روانی و موقعیتهای بغرنج نشان می‌دهد بیشتر است (۱۶،۲۵).
Orem، نظریه پرداز مشهور پرستاری بیان می‌کند، پرستاری یک خدمت ضروری بهداشتی برای افرادی می‌باشد که کیفیت زندگی آنها به طور جدی و برگشت ناپذیری به خاطر اختلال در تمامیت و عملکرد تحت تاثیر قرار گرفته است (۲۸). از این رو یکی از وظایف مهم پرستاری شناخت هر چه بیشتر عوامل مرتبط با کیفیت زندگی افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن می‌باشد. شواهد حاکی از آن است که مطالعات کافی در زمینه کیفیت زندگی، حمایت اجتماعی درک شده و همینطور ارتباط بین این دو مفهوم در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی در سطح دنیا و کشورهای آسیایی به ویژه ایران بسیار محدود است؛ لذا در مطالعه حاضر پژوهشگران بر آن بودند که به سؤالات زیر پاسخ داده شود: ۱. کیفیت زندگی در بیماران نارسایی قلبی چگونه است؟ ۲. حمایت اجتماعی درک شده در این گروه از بیماران چگونه است؟ ۳. آیا بین حمایت اجتماعی درک شده و کیفیت زندگی بیماران نارسایی قلبی ارتباط وجود دارد؟ علاوه بر این پژوهشگران امید دارند که با انجام این پژوهش گامی در راه بهبود کیفیت زندگی این افراد بردارند.

روش بررسی

پژوهش حاضر یک مطالعه مقطعی جهت سنجش همبستگی بین حمایت اجتماعی درک شده و کیفیت زندگی بیماران نارسایی قلبی بود، جامعه پژوهش کلیه بیماران مبتلا به نارسایی قلبی شهر همدان بودند. در این پژوهش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف انجام شد. کلیه افرادی که شرایط زیر را داشتند وارد مطالعه شدند: توانایی درک و تکلم به زبان فارسی، تمایل به شرکت در مطالعه حاضر، هوشیاری کامل و آگاهی نسبت به زمان و مکان، عدم سابقه ابتلا به بیماری‌های روانی و یا استفاده از داروهای روان گردان، ثبت

تشخیص نارسایی قلبی (کلاس I، II یا III) در پرونده و مدارک پزشکی آنان، ابتلا به نارسایی قلبی حداقل به مدت شش هفته و محدوده سنی ۴۰ تا ۷۴ سال. برای دسترسی به بیماران و مصاحبه با آنان؛ ابتدا با تمام بیماران با نارسایی قلبی که از سال ۱۳۸۶ در مراکز آموزشی-درمانی تخصصی قلب و عروق دانشگاه علوم پزشکی همدان (بیمارستان اکباتان و شهید بهشتی) بستری بوده و پرونده و مشخصات آنها در قسمت بایگانی بیمارستان موجود بود تماس گرفته شد و از آنان جهت شرکت در مطالعه حاضر دعوت به عمل آمد. بعد از توضیح مطالعه و اخذ رضایت نامه کتبی از بیماران و دادن اطمینان به آنها در مورد حفظ اطلاعات مندرج در پرسشنامه، به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند، در مجموع ۲۲۲ بیمار با تشخیص نارسایی قلبی در این مراکز بستری شده بودند؛ با توجه به معیارهای ورودی و خروج در نهایت ۶۰ نفر وارد مطالعه حاضر شدند، در ضمن نمونه‌گیری طی ۴ ماه انجام گرفت. همچنین محیط پژوهش بیمارستان اکباتان شهر همدان بود.

ابزار مورد استفاده شامل سه بخش مشخصات دموگرافیک، کیفیت زندگی مینه‌سوتا (Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHFQ) و پرسشنامه حمایت اجتماعی درک شده در بیماران نارسایی قلبی بود. پرسشنامه کیفیت زندگی مینه‌سوتا شامل ۲۱ سوال است که هر سوال از صفر تا پنج نمره گذاری شده‌اند؛ که صفر نشان دهنده بهترین وضعیت و پنج نشان دهنده بدترین وضعیت می‌باشد. سؤالات این پرسشنامه به گونه‌ای طراحی شده‌اند که سه جنبه کیفیت زندگی مشتمل بر ابعاد جسمی (۱۳ عبارت)، روانی (۴ عبارت) و اجتماعی- اقتصادی (۴ عبارت) را در بر می‌گیرند. این پرسشنامه از پایایی بالایی برخوردار است؛ به طوری که عباسی و همکارانش در مطالعه خود بیان می‌کنند که در تمامی مطالعات انجام شده، این پرسشنامه آلفای کرونباخ در حدود ۰/۹ داشته است (۱۲). شایان ذکر است که تمام کد داده‌های کیفیت زندگی مینه-

های آماری با استفاده از آزمون کولموکروف اسمیرنوف نرمال بودن توزیع نمونه‌ها مورد بررسی قرار گرفت ($P > 0/05$). سپس داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی نرم افزار SPSS نسخه ۱۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

در بررسی مشخصات دموگرافیک مشخص شد که اکثریت واحدهای مورد پژوهش (۵۶/۷ درصد) در دامنه سنی ۶۵ تا ۷۴ سال، ۵۵ درصد زن، ۷۷/۱ درصد متأهل، ۵۳/۳ درصد بی‌سواد، ۴۵ درصد خانه‌دار و همه تحت پوشش بیمه بودند. ۳۶/۷ درصد مبتلا به نارسایی قلبی کلاس سه بودند و ۴۵ درصد آنها مبتلا به فشارخون بودند. نتایج نشان داد که ۴۶/۷ درصد از بیماران نارسایی قلبی از سطح کیفیت زندگی متوسطی برخوردار هستند. در ضمن پایین‌ترین سطح ابعاد کیفیت زندگی مربوط به بعد روانی است (جدول ۱). در زمینه حمایت اجتماعی درک شده نتایج نشان داد که ۶۱/۷ درصد از بیماران نارسایی قلبی از سطح پایینی از حمایت اجتماعی درک شده برخوردار بودند. علاوه بر این مشخص شد که بیماران در بعد اطلاعاتی از سطح پایین‌تری از حمایت اجتماعی درک شده برخوردار هستند (جدول ۲).

با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون مشخص شد که حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی ارتباط معناداری با هم دارند ($r = 0/721$, $P = 0/00$) (نمودار ۱).

جداول شماره ۳ و ۴، ارتباط معنی داری را بین کیفیت زندگی و تمام ابعاد و کل حمایت اجتماعی درک شده و همچنین بین حمایت اجتماعی و تمام ابعاد کل کیفیت زندگی نشان می‌دهند ($p = 0/00$).

سوتا کدگذاری مجدد (Recode) داده شد. بنابراین هر چه نمرات کیفیت زندگی بالاتر باشد واحد های مورد پژوهش از کیفیت زندگی بالاتری برخوردار هستند. از طرف دیگر نمرات بدست آمده به سه سطح پایین (۰-۳۴)، متوسط (۳۵-۶۹) و بالا (۷۰-۱۲۰) دسته‌بندی شد. نمرات بدست آمده از پرسشنامه کیفیت زندگی در هر کدام از ابعاد کیفیت زندگی شامل بعد جسمی، اجتماعی-اقتصادی و روانی؛ به سه سطح پایین، متوسط و بالا دسته‌بندی شدند؛ به طوری که در بعد جسمی نمرات سطح پایین ۰-۲۱، سطح متوسط ۲۲-۴۲ و سطح بالا ۴۳-۶۵، در بعد اجتماعی-اقتصادی نمرات ۰-۶، سطح پایین، نمرات ۷-۱۳، سطح متوسط و نمرات ۱۴ تا ۲۰ سطح بالا و در بعد روانی نیز به صورت نمرات ۰-۶، سطح پایین، نمرات ۷-۱۳، سطح متوسط و نمرات ۱۴ تا ۲۰ سطح بالا در نظر گرفته شده است^(۱۲).

از پرسشنامه حمایت اجتماعی درک شده در بیماران نارسایی قلبی؛ که توسط داوری و چراغی (۱۳۹۰) در مطالعه‌ای با عنوان "طراحی و معرفی ابزاری اختصاصی برای بررسی حمایت اجتماعی درک شده در بیماران نارسایی قلبی تهیه و تنظیم شده است؛ جهت بررسی حمایت اجتماعی درک شده استفاده شد^(۲۹). این پرسشنامه شامل سه بُعد یعنی حمایت عاطفی (سوالات ۱ تا ۱۲)، اطلاعاتی (سوالات ۱۳ تا ۲۰) و ابزاری (سوالات ۲۱ تا ۳۰) می‌باشد. سوالات این پرسشنامه بر اساس مقیاس لیکرت ۴ درجه‌ای، از هیچ وقت (۱ امتیاز) تا همیشه (۴ امتیاز) درجه‌بندی شده است. نمره بالاتر نشانگر درک بیشتر حمایت از جانب بیماران در مورد هر سؤال می‌باشد. روایی و پایایی پرسشنامه مذکور با استفاده از ضریب همبستگی بدست آمده از آزمون مجدد ($r = 0/895$) و ضریب آلفای کرونباخ (۰/۸۷) مورد تأیید قرار گرفته است^(۲۹). لازم به ذکر است که پرسشنامه‌ها توسط یک همکار که دانشجوی ترم ۴ پرستاری بود و در مورد پژوهش و اهداف مربوط به آن به طور کامل توجیه شده بود؛ تکمیل شد. قبل از انجام آزمون-

جدول شماره ۱: کیفیت زندگی و ابعاد مختلف آن در بیماران نارسایی قلبی

کیفیت زندگی	پایین	متوسط	بالا	میانگین
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	(انحراف معیار)
بعد جسمی	۲۵ (۴۱/۶۶)	۲۰ (۳۳/۳۳)	۱۵ (۲۵)	۲۹/۳۸ (۱۷)
بعد اجتماعی-اقتصادی	۲۰ (۳۳/۳۳)	۲۸ (۴۶/۷)	۱۲ (۲۰)	۸/۷۳ (۵/۱۷)
بعد روانی	۲۷ (۴۵)	۲۷ (۴۵)	۶ (۱۰)	۷/۵۶ (۵/۳۸)
کل کیفیت زندگی	۱۹ (۳۱/۷)	۲۸ (۴۶/۷)	۱۳ (۲۱/۷)	۴۵/۶۸ (۲۵/۷۴)

جدول شماره ۲: حمایت اجتماعی درک شده و ابعاد مختلف آن در بیماران نارسایی قلبی

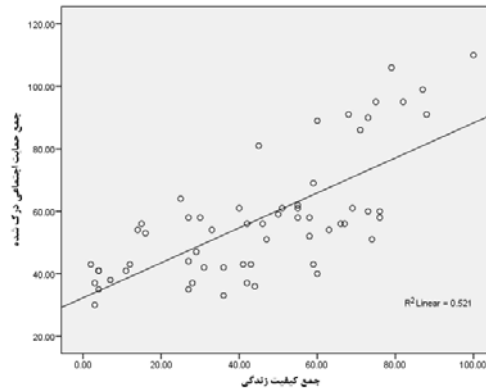
حمایت اجتماعی	پایین	متوسط	بالا	میانگین
درک شده	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	(انحراف معیار)
بعد عاطفی	۲۵ (۴۱/۶۶)	۲۶ (۴۳/۳)	۹ (۱۵)	۲۶/۹۶ (۸/۵۱)
بعد اطلاعاتی	۴۴ (۷۳/۳۳)	۱۱ (۱۸/۳)	۵ (۸/۳)	۱۳/۷۵ (۵/۷۰)
بعد ابزاری	۳۹ (۶۵)	۱۵ (۲۵)	۶ (۱۰)	۱۷/۹۳ (۷/۱۸)
کل	۳۷ (۶۱/۷)	۱۶ (۲۶/۷)	۷ (۱۱/۷)	۵۷/۱۶ (۱۹/۲۹)

جدول شماره ۳: ارتباط حمایت اجتماعی درک شده و ابعاد مختلف آن با کیفیت زندگی در بیماران نارسایی قلبی

متغیر	حمایت اجتماعی	ضریب پیرسون	P- Value
کیفیت زندگی	بعد عاطفی	۰/۷۳۶	۰/۰۰
	بعد اطلاعاتی	۰/۶۶	۰/۰۰
	بعد ابزاری	۰/۵۹۶	۰/۰۰
	کل حمایت اجتماعی درک شده	۰/۷۲۱	۰/۰۰

جدول شماره ۴: ارتباط کیفیت زندگی و ابعاد مختلف آن با حمایت اجتماعی درک شده در بیماران نارسایی قلبی

متغیر	کیفیت زندگی	ضریب پیرسون	P- Value
حمایت اجتماعی درک شده	بعد جسمی	۰/۷۰۲	۰/۰۰
	بعد اجتماعی-اقتصادی	۰/۴۶۶	۰/۰۰
	بعد روانی	۰/۶۷۰	۰/۰۰
	کل کیفیت زندگی	۰/۷۲۱	۰/۰۰



نمودار شماره ۱: پراکنش همبستگی بین کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی در بیماران نارسایی قلبی

داد بیش از نیمی از بیماران از سطح حمایت اجتماعی پایینی برخوردار هستند. در نتایج تحقیقات حمایت اجتماعی درک شده در بیماران همودیالیزی، مشخص شده است که این گروه از بیماران از سطح حمایت اجتماعی مطلوبی برخوردارند^(۳۲-۳۴). حیدری و همکاران در مطالعه‌ای که در گروه بیماران سرطانی انجام داده اند به این نتیجه دست یافتند که بیماران سرطانی نیز از سطح حمایت اجتماعی مطلوبی برخوردارند^(۳۵). Heo et al نیز در دو مطالعه‌ای که انجام داده‌اند؛ بیان می‌کنند بیماران مبتلا به نارسایی قلبی از سطح حمایت اجتماعی پایینی برخوردار هستند^(۲۱،۱۱). بیماران نارسایی قلبی به علت علائم متعدد جسمی و روحی و تأثیر آن بر تمام ابعاد کیفیت زندگی از ارتباطات اجتماعی کمتری برخوردارند، با کاهش شبکه اجتماعی؛ منابع حمایت اجتماعی در آنان کاهش می‌یابد. بنابراین از حمایت اجتماعی درک شده آنان کاسته می‌شود. از طرف دیگر با طولانی شدن فرآیند بیماری، اعضای شبکه ارتباطی به تدریج دچار خستگی مزمن شده و حمایت اجتماعی که به بیماران ارائه می‌دهند کاهش می‌یابد. Bennett et al در مطالعه خود مشخص کردند که حمایت اجتماعی درک شده در بیماران نارسایی قلبی در سطح متوسط تا بالا قرار دارد^(۳۶). بنابراین نتایج تحقیق مذکور با پژوهش حاضر مغایرت دارد.

در ارتباط با سؤال سوم " آیا بین حمایت اجتماعی درک شده و کیفیت زندگی بیماران نارسایی قلبی ارتباط وجود

بحث و نتیجه‌گیری

در ارتباط با سؤال اول " کیفیت زندگی در بیماران نارسایی قلبی در چه سطحی است؟" نتایج نشان داد که ۶۷/۴ درصد بیماران از سطح کیفیت زندگی متوسط و ۳۱/۷ درصد از سطح کیفیت زندگی پایین برخوردار بودند. Carels در این زمینه می‌نویسد در میان بیماری‌های مزمن، نارسایی قلبی بیشترین تأثیر را بر کیفیت زندگی می‌گذارد؛ به نحوی که این بیماران از سطح کیفیت زندگی پایینی برخوردارند^(۱۳). Johansson et al نیز در طی تحقیقی نشان دادند که بیماران مبتلا به نارسایی قلبی در مقایسه با مبتلایان سایر بیماری‌های مزمن نظیر بیماری‌های مزمن انسدادی ریه، آرتریت، آنژین ناپایدار و بیماران با سابقه سکته قلبی از کیفیت زندگی پایین‌تری بهره‌مند هستند^(۳۰). شجاعی در مطالعه خود اظهار می‌کند که ۶۶ درصد بیماران از سطح کیفیت زندگی متوسط (نسبتاً مطلوب) و ۱۰ درصد از سطح کیفیت زندگی پایین برخوردار بودند^(۵). در حالی که Heo et al در نظر سنجی که از بیماران با نارسایی قلبی در زمینه کیفیت زندگی انجام داده است؛ بیان می‌کند که حدود نیمی از بیماران با نارسایی قلبی سطح کیفیت زندگی بالایی را گزارش کرده‌اند^(۳۱). که با نتایج حاصل از مطالعه حاضر مغایرت دارد.

در ارتباط با سؤال دوم " حمایت اجتماعی درک شده در این گروه از بیماران در چه سطحی است؟" نتایج نشان

دارد؟ " مشاهده گردید که حمایت اجتماعی با کیفیت زندگی همبستگی مستقیم و معنی‌دار دارد ($P=0/00$ ، $r=0/721$). بسیاری از نویسندگان دیگر نیز ارتباط مثبتی بین حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی گزارش کرده و ادعا نمودند که حمایت اجتماعی بر ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی- اقتصادی کیفیت زندگی اثرات مثبت دارد و باعث بهبودی کیفیت زندگی بیماران، ایجاد احساس خوب نسبت به زندگی، ارزیابی عمومی بهتر از زندگی و مقابله بهتر با بیماری می‌شود ($35,37,38,39$). علاوه بر این Helgeson معتقد است که حمایت اجتماعی باعث بهبود کیفیت زندگی می‌شود (38). در ضمن او درباره این موضوع که حمایت اجتماعی چگونه کیفیت زندگی را افزایش می‌دهد توضیح می‌دهد که حمایت اجتماعی علاوه بر این که باعث بهبود خلق می‌شود؛ باعث تشویق افراد به شرکت در فعالیت‌های اجتماعی می‌شود. همچنین حمایت اجتماعی منجر به افزایش رفتارهای بهداشتی افراد و در نهایت افزایش کیفیت زندگی می‌شود. در حقیقت افرادی که در یک شبکه اجتماعی قرار می‌گیرند یکدیگر را برای رفتارهای بهداشتی ترغیب می‌کنند (38). حمایت اجتماعی بالا سبب لذت از فعالیت‌های تفریحی احساس بهتر از زندگی و رضایت از آن شده و از طریق فراهم کردن کمک‌های ملموس روی کیفیت زندگی و وضعیت سلامت فرد تأثیر می‌گذارد (40).

در این مطالعه مشخص شد که تمام ابعاد حمایت اجتماعی با ابعاد کیفیت زندگی ارتباط معناداری دارد. ولی بعد عاطفی حمایت اجتماعی درک شده با کیفیت زندگی ارتباط بیشتری داشت و بعد از بُعد عاطفی به ترتیب ابعاد اطلاعاتی و ابزاری با کیفیت زندگی ارتباط معناداری داشت. این نتایج با نتایج تحقیقات گذشته همخوانی دارد ($32,39$). معتمدی شلمزاری و همکاران نیز می‌نویسند که حمایت عاطفی نقش با اهمیت‌تری نسبت به حمایت اطلاعاتی و ابزاری دارد (17). محققین ادعا نموده‌اند که رایه حمایت عاطفی روی سلامت فیزیکی، روانی، اجتماعی و اقتصادی اثرات مثبت داشته و باعث ارتقای

کیفیت زندگی و نوعی احساس خوب نسبت به زندگی می‌شود ($33,41$). از آنجایی که بیماری نارسایی قلبی یک استرس برای افراد محسوب می‌شود؛ Helgeson می‌نویسد افراد در مراحل مختلف استرس نیاز به نوع خاصی از حمایت اجتماعی دارند به طوری که در مرحله بحران افراد نیاز به حمایت عاطفی، در مرحله تثبیت نیاز به حمایت اطلاعاتی و در مرحله خستگی نیاز به حمایت ابزاری دارند (38).

Emery et al و زمانزاده و همکاران طی تحقیقات خود اینگونه نتیجه می‌گیرند که حمایت اجتماعی بیشتر با بعد روانی کیفیت زندگی ارتباط دارد ($14,32$). در حالی که در مطالعه حاضر بعد جسمی کیفیت زندگی بیشترین ارتباط را با حمایت اجتماعی درک شده دارد. سلامتی و عملکرد یکی از ابعاد مهم کیفیت زندگی است که تحت تأثیر حمایت اجتماعی قرار می‌گیرد (38). Bakan و Akyol دریافتند که ارتباط معناداری بین حمایت اجتماعی و بعد جسمی کیفیت زندگی وجود دارد (39). رامبد و همکارانش بیان می‌کنند حمایت اجتماعی درک شده با ابعاد سلامتی و عملکرد اقتصادی- اجتماعی، روانی، معنوی و خانوادگی کیفیت زندگی در ارتباط بوده است. علاوه بر این نتایج مطالعه آنان گویای این مسأله بود که افزایش درک حمایت اجتماعی منجر به بهبود بعد سلامتی و عملکرد کیفیت زندگی می‌شود (33). یافته‌ها نشان داد حمایت اجتماعی درک شده نیز با بعد اقتصادی- اجتماعی کیفیت زندگی ارتباط معناداری دارد. نتایج این بررسی با مطالعه Suwalieh و Al- Arabi و در بیماران تحت همودایلیز همگون بود ($42,34$). محققین معتقدند درک حمایت اجتماعی در کاهش مشکلات اقتصادی اجتماعی مؤثر است. این مشکلات از جمله بیکاری، درآمد کم از دست دادن امنیت شغلی، هزینه‌های درمانی به دنبال ارایه حمایت اجتماعی مؤثر سبب افزایش رضایت از زندگی در بیماران می‌شود. به علاوه بزرگ بودن شبکه اجتماعی می‌تواند سبب افزایش کمک‌های مالی و ایجاد امنیت اقتصادی در بیماران گردد (30).

بنابراین با افزایش این بعد از حمایت اجتماعی درک شده می‌توان کیفیت زندگی بخصوص بعد جسمی کیفیت زندگی این بیماران را بهبود بخشید. با توجه به نتایج پژوهشی می‌توان به طراحی و تنظیم برنامه‌های مراقبتی حمایتی و اثر بخش در مورد این گونه بیماران توجه نمود.

در ضمن مطالعه حاضر با برخی محدودیت‌ها نیز همراه بود. جمع‌آوری داده‌ها در تمامی واحدهای مورد پژوهش به صورت مصاحبه رو در رو انجام شد، لذا امکان داشت برخی از واحدهای مورد پژوهش به دلایل مختلف به برخی از سؤالات پاسخ دقیق نداده باشند. علاوه بر آن ممکن بود شرایط روحی و روانی واحدهای مورد پژوهش در پاسخگویی به برخی از سؤالات مؤثر بوده باشد.

تقدیر و تشکر

در پایان از همکاری دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی همدان، مسئولین بیمارستان اکباتان و شهید بهشتی شهر همدان، واحد مددکاری بیمارستان اکباتان و سایر عزیزانی که ما را در اجرای این پژوهش یاری نمودند، تشکر می‌شود. شایان ذکر است که مطالعه حاضر بخشی از پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد دانشجوی است.

همچنین در این مطالعه بین حمایت اجتماعی درک شده و بعد روانی کیفیت زندگی ارتباط معناداری وجود دارد. که این نتیجه با نتایج مطالعات گذشته همخوانی دارد (۳۳،۴۰). پژوهشگران معتقدند که افزایش رضایت و درک حمایت اجتماعی با بهبود کیفیت زندگی از بعد روانی و کنترل علائم جسمی و احساس خوب بودن در ارتباط است (۳۳).

حمایت اجتماعی می‌تواند تأثیرات سوء ناشی از بیماری مزمن را کاهش دهد و به بیماران کمک نماید تا سازگاری بهتری را با بیماری خودشان داشته باشند (۳۲). Carels بیان می‌کند که کیفیت زندگی پایین بیماران نارسایی قلبی باعث کاهش حمایت اجتماعی این بیماران می‌شود (۱۳). Krumholz بیان می‌کند که به نظر میرسد حمایت عاطفی باعث افزایش تبعیت از رژیم دارویی و تغییر شیوه‌های زندگی و در نهایت منجر به کاهش وقایع قلبی می‌شود (۹).

با توجه به نتایج کسب شده می‌توان نتیجه گرفت که با ارتقاء حمایت‌هایی که از منابع مختلف فراهم می‌شود؛ کیفیت زندگی این گروه از بیماران بهبود می‌یابد. از آنجایی که این گروه از بیماران از سطح حمایت اطلاعاتی پایینی برخوردار هستند باید تمهیداتی جهت افزایش اطلاعات بیماران اتخاذ شود. از طرف دیگر مشخص شد که بعد عاطفی حمایت اجتماعی درک شده بیشترین ارتباط را با کیفیت زندگی بیماران نارسایی قلبی دارد.

فهرست منابع

1. Morovati Sharifabadi MA, Rohani Tonekabuoni N. [Social Support and Self Care in Diabetes Patients]. *Tabib Shargh* 2007; 9(4): 284-75. Persian
2. Burg MM, Barefoot J, Berkman L, Catellier DJ, Czajkowski S, Saab P, et al. Low perceived social support and post-myocardial infarction prognosis in the enhancing recovery in coronary heart disease clinical trial: the effects of treatment. *Psychosom Med*. 2005 Nov-Dec;67(6):879-88.
3. Woodend AK, Sherrard H, Fraser M, Stuewe L, Cheung T, Struthers C. Telehome monitoring in patients with cardiac disease who are at high risk of readmission. *Heart Lung*. 2008 Jan-Feb;37(1):36-45.
4. Seto E, Leonard KJ, Cafazzo JA, Masino C, Barnsley J, Ross HJ. Self-care and Quality of Life of Heart Failure Patients at a Multidisciplinary Heart Function Clinic. *J Cardiovas Nurs*. 2011;26(5):377.
5. Shojaei F. [Quality of Life in Patients with Heart Failure]. *Hayat* 2008; 2(14): 13-5. Persian
6. MacMahon KM, Lip GY. Psychological factors in heart failure: a review of the literature.

Arch Intern Med. 2002 Mar 11;162(5):509-16.

7. Yu DS, Lee DT, Woo J. Health-related quality of life in elderly Chinese patients with heart failure. *Res Nurs Health.* 2004 Oct;27(5):332-44.
8. Bergman E, Malm D, Karlsson JE, Bertero C. Longitudinal study of patients after myocardial infarction: sense of coherence, quality of life, and symptoms. *Heart Lung.* 2009 Mar-Apr;38(2):129-40.
9. Krumholz HM, Amatruda J, Smith GL, Mattera JA, Roumanis SA, Radford MJ, et al. Randomized trial of an education and support intervention to prevent readmission of patients with heart failure. *J Am Coll Cardiol.* 2002 Jan 2;39(1):83-9.
10. Jones AM, O'Connell JE, Gray CS. Living and dying with congestive heart failure: addressing the needs of older congestive heart failure patients. *Age Ageing.* 2003 Nov;32(6):566-8.
11. Heo S, Moser DK, Lennie TA, Zambroski CH, Chung ML. A comparison of health-related quality of life between older adults with heart failure and healthy older adults. *Heart Lung.* 2007 Jan-Feb;36(1):16-24.
12. Abbasi A, Fayyazi S, Ahmadi F, Haghghizadeh MH. [The efficacy of home walking exercise program on functional performance and quality of life in patients with heart failure]. *Scientific J Gorgan Sci Med Uni* 2007; 1(9): 54-49. Persian
13. Carels RA. The association between disease severity, functional status, depression and daily quality of life in congestive heart failure patients. *Qual Life Res.* 2004 Feb;13(1):63-72.
14. Emery CF, Frid DJ, Engebretson TO, Alonzo AA, Fish A, Ferketich AK, et al. Gender differences in quality of life among cardiac patients. *Psychosom Med.* 2004 Mar-Apr;66(2):190-7.
15. Stephen SA. Fatigue in older adults with stable heart failure. *Heart Lung.* 2008 Mar-Apr;37(2):122-31.
16. Lindeman C.A and Mcathie M. Fundamentals of Contemporary Nursing Practice. 1st ed. USA: Saunders Company; 1999.
17. Motamedi Shalamzari A, Ezhehei J, Azad Falah P, Kiamanesh AR. [The role of social support in life Satisfaction, Gerenal well- being, and sense of loneliness among the elderly]. *J Psychol* 2002;6(2(22)): 115-33.persian
18. Dennis JP, Markey MA, 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.* 2008 Mar-Apr;37(2):105-12.
19. Reevy GM, Maslach C. Use of Social Support: Gender and Personality Differences. *Sex Roles* 2001; 44(7-8): 437-59.
20. Kuntz KK. Social Support and Quality of Life in Women With Congestive Heart Failure. The Ohio State University: Ohio; 2006.
21. Lett HS, Blumenthal JA, Babyak MA, Strauman TJ, Robins C, Sherwood A. Social support and coronary heart disease: epidemiologic evidence and implications for treatment. *Psychosom Med.* 2005 Nov-Dec;67(6):869-78.
22. Sorensen EA, Wang F. Social support, depression, functional status, and gender differences in older adults undergoing first-time coronary artery bypass graft surgery. *Heart Lung.* 2009 Jul-Aug;38(4):306-17.
23. Thoits PA. Life stress, social support, and psychological vulnerability: epidemiological considerations. *J Community Psychol.* 1982 Oct;10(4):341-62.
24. Lin N. Social Capital: A Theory of Social Structure and Action. 1st ed. New York: Cambridge University; 2001.
25. Reblin M, Uchino BN. Social and emotional support and its implication for health. *Curr Opin Psychiatry.* 2008 Mar;21(2):201-5.
26. NewCamb MD. What Structural Equation Modeling Can Tell Us About Social Support, in Heart Failure: A Clinical Nursing Handbook. New York: WileyBritain; 2007.
27. Sarason IG, Johnson JH, Siegel JM. Assessing the impact of life changes: development of the Life Experiences Survey. *J Consult Clin Psychol.* 1978 Oct;46(5):932-46.
28. Orem D. Nursing concept of practice. USA: Mosby; 2001.
29. Davaridolatabadi E. and Cheraghi MA. [Designation of Special Tools for CHF Patient]. In: Tabib A. Editor. *17th Congress of Iranian Heart Association*; 1390: Tehran,2011. Persian
30. Johansson P, Dahlstrom U, Brostrom A. Factors and interventions influencing health-related

- quality of life in patients with heart failure: a review of the literature. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2006 Mar;5(1):5-15.
31. Heo S, Lennie TA, Okoli C, Moser DK. Quality of life in patients with heart failure: ask the patients. *Heart Lung*. 2009 Mar-Apr;38(2):100-8.
 32. Zamanzadeh V, et al. [Relationship Between Quality of Life and Social Support]. *J Tabriz Med Sci Uni* 2007; 29(1): p. 54-49. Persian
 33. Rambod M, Rafii F. Perceived social support and quality of life in Iranian hemodialysis patients. *J Nurs Scholar* 2010; 42(3):242-9
 34. Rambod M, Shabani M, Shokrpour N, Rafii F, Mohammadaliha J. Quality of life of hemodialysis and renal transplantation patients. *Health Care Manager* 2011; 30(1): 23-28
 35. Heidary S, salahshourian A, Rafii 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]. *IJN* 2009; 22(61): 8-18. Persian
 36. Bennett SJ, Perkins SM, Lane KA, Deer M, Brater DC, Murray MD. Social support and health-related quality of life in chronic heart failure patients. *Qual Life Res*. 2001;10(8):671-82.
 37. Hosseini S, Rezaei A, Keikhosravi Beikzadeh Z. [Social Support and Olders]. *J Women Social* 2011; 2(4): p. 143-162.persian
 38. Helgeson VS. Social support and quality of life. *Qual Life Res*. 2003;12 Suppl 1:25-31.
 39. Bakan G, Akyol AD. Theory-guided interventions for adaptation to heart failure. *J Adv Nurs*. 2008 Mar;61(6):596-608.
 40. Sanne B, Mykletun A, Dahl AA, Moen BE, Tell GS. Testing the Job Demand-Control-Support model with anxiety and depression as outcomes: the Hordaland Health Study. *Occup Med (Lond)*. 2005 Sep;55(6):463-73.
 41. Tovbin D, Gidron Y, Jean T, Granovsky R, Schnieder A. Relative importance and interrelations between psychosocial factors and individualized quality of life of hemodialysis patients. *Qual Life Res*. 2003 Sep;12(6):709-17.
 42. Al-Arabi S. Social support, coping methods and quality of life in Hemodialysis patient. University of Texas: Galveston; 2003.

Association between Perceived Social Support and Quality of Life in Patients with Heart Failure

Cheraghi MA. PhD¹ *Davari Dolatabadi E. MS² Salavati M. MS³
Moghimbeigi A. PhD⁴

Abstract

Background & Aims: Patient with heart failure have a low quality of life because of experiencing emotional, financial, and physical pressures. Perceived social support plays an important role in health maintenance and reducing negative effects of environmental and social related stressors. This study was conducted with the aim of determining the association between perceived social support and quality of life in patients with heart failure.

Material & Methods: It was cross-sectional, correlational study. The study sample consisted of heart failure patients admitted to Hamedan city educational heart centers from 2008. Sixty patients were recruited by purposeful sampling. Data was collected by Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHFQ) and perceived social support in heart failure questionnaire and analyzed using SPSS-PC (v.13).

Results: The finding indicated that %46.7 of the patients have enjoyed moderate levels of quality of life and %61.7 have enjoyed low levels of perceived social support. There was a significant relationship between perceived social support and quality of life ($r=0.721$, $p=0.00$).

Conclusion: The results reveals the importance of health sector professionals' attention to perceived social support. Therefore nurses should pay more attention to designing supportive and effective care programs to help to promote the quality of life of these patients.

Key words: Perceived Social Support, Quality of Life, Congestive Heart Failure

Received: 1 Feb 2012

Accepted: 16 Apr 2012

¹ Assistant Professor, Center for Nursing Care Research and Faculty of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

² Master in Critical Care Nursing and Midwifery, Khorasgan Branch of Azad University, Esfahan, Iran

(*corresponding Author) Tell: +98-09131013475 Email: davaridolatabadi@umsha.ac.ir

³ Faculty Member, School of Nursing and Midwifery, Hamedan University of Medical Sciences, Hamedan, Iran

⁴ Assistant Professor of Biostatistical, Faculty of Health, Hamedan University of Medical Sciences, Hamedan, Iran