

The Correlation between Social Support and Self-care in Patients with Heart Failure: The Mediating Role of Illness Perception

Nastaran Mansouriyeh ¹, Hamid Poursharifi ^{2,*}, Mohammad Reza Taban Sadeghi ³, Mohammad Reza Seirafi ⁴

¹ PhD Candidate, Department of Psychology, Kish International Branch, Islamic Azad University, Kish Island, Iran

² Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran

³ Associate Professor, Department of Heart, Faculty of Medicine, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

⁴ Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran

* **Corresponding author:** Hamid Poursharifi, Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran. E-mail: poursharifih@gmail.com

Received: 15 May 2017

Accepted: 11 Nov 2017

Abstract

Introduction: Heart failure as a chronic disease is a growing problem in communities. Social support and illness perception are two important factors in the self-care of patients. The aim of this study was to determine the correlation between social support and self-care in patients with heart failure by the mediating role of illness perception.

Methods: In this descriptive-correlational study, 149 heart failure patients in Tabriz, Iran, were selected using the convenience sampling method in 2016. To collect the data, a demographic questionnaire, the European Heart Failure Self-Care Behavior Scale, Brief illness Perception Questionnaire, and Social Support Scale were used. The validity and reliability had been measured in the previous study. Data were analyzed by the SPSS. 21 and Sobel test.

Results: There was a significant correlation between social support and self-care ($r = -0.518$, $P < 0.01$). The Sobel test showed the mediating role of illness perception between perceived social support and self-care (Sobel test = -4.73 , $P < 0.01$).

Conclusions: Illness perception can be considered as a mediator and also a bridge between social support and self-care. It is suggested that nurses, health psychologists and doctors to consider these variables in primary priorities of self-care education.

Keywords: Heart Failure, Social Support, Self-Care, Illness Perception

همبستگی حمایت اجتماعی و خود مراقبتی در بیماران نارسایی قلبی: نقش میانجی درک از بیماری

نسترن منصوریه^۱، حمید پور شریفی^{۲*}، محمد رضا تابان صادقی^۳، محمد رضا صیرفی^۴

^۱ دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد بین المللی کیش، جزیره کیش، ایران

^۲ دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

^۳ دانشیار، گروه قلب، دانشکده پزشکی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

^۴ استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کرج، گروه روانشناسی، کرج، ایران

* نویسنده مسئول: حمید پور شریفی، دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران. ایمیل: poursharifih@gmail.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۰۸/۲۰

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۰۲/۲۵

چکیده

مقدمه: نارسایی قلبی به عنوان یک بیماری مزمن یک مشکل رو به رشد در جوامع می می باشد. حمایت اجتماعی و درک از بیماری دو متغیر مهم در خود مراقبتی است. هدف پژوهش حاضر تعیین همبستگی حمایت اجتماعی و خود مراقبتی در بیماران نارسایی قلبی با نقش میانجی درک از بیماری است.

روش کار: این مطالعه توصیفی-همبستگی می باشد که در سال ۲۰۱۶ در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی انجام شده است. ۱۴۹ بیمار از طریق روش نمونه گیری دردسترس انتخاب شدند. جمع آوری داده ها با پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی، "مقیاس اروپایی رفتار خودمراقبتی نارسایی قلبی" (European Heart Failure Self-Care Behavior Scale)، "پرسشنامه کوتاه درک از بیماری" (Brief Illness Perception Questionnaire) و "مقیاس حمایت اجتماعی" (Social Support Scale) انجام شد. روایی و پایایی ابزار هادر مطالعات قبلی تأیید شده است. تحلیل داده ها با نرم افزار اس پی اس ۲۱ و آزمون سوبل انجام شد.

یافته ها: بین حمایت اجتماعی و خود مراقبتی همبستگی معنی داری ($r = -.0518$, $P > 01/0$) مشاهده شد. نتایج آزمون سوبل برای بررسی نقش میانجی درک از بیماری در رابطه بین حمایت اجتماعی ادراک شده و خود مراقبتی ($Sobel\ test = -4/73$, $P > 01/0$) نشان داد.

نتیجه گیری: درک از بیماری به عنوان میانجی و همچنین پلی میان حمایت اجتماعی و خودمراقبتی می باشد. پیشنهاد می شود پرستاران، روان شناسان سلامت و پزشکان این متغیرها را شناسایی کرده و آن ها را در اولویت های آموزش خود مراقبتی قرار دهند. **واژگان کلیدی:** نارسایی قلبی، حمایت اجتماعی، خودمراقبتی، درک از بیماری

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

هشدار دارد باشد در راستای یافتن راهکارهای پیشگیرانه، که بتوان با صرف هزینه های کمتر، بهره وری بیشتری را بوجود آورد (۴). نکته مهم این که آگاهی کمی درباره عواملی که منجر به بستری مجدد پس از ترخیص بیماران مبتلا به نارسایی احتقانی قلبی می شود، وجود دارد (۵). به همین دلیل، یافتن روش های کنترل کننده بیماری نارسایی قلب و عوارض ناشی از آن مثل بستری مجدد از اهمیت ویژه ای برخوردار است. تاکنون به منظور کنترل بیماری نارسایی قلب (کاهش دفعات بستری شدن مجدد، رفع مشکلات جسمی، روحی روانی، اقتصادی و اجتماعی بیماران)، تدابیر مختلفی در غالب مطالعات تجربی و غیره، انجام شده است. گزینه های زیادی برای

نارسایی قلبی یکی از شایع ترین اختلالات قلبی-عروقی است که به عنوان یک اختلال مزمن، پیش رونده و ناتوان کننده مطرح می باشد، شیوع و بروز آن با افزایش سن بالا می رود (۱). در طول ۲ یا ۳ دهه گذشته شیوع نارسایی قلبی سه برابر شده و هم اکنون میلیون ها نفر از مردم جهان از آن رنج می برند (۲). یافتن روش درمان این بیماری بسیار ناتوان کننده و پر هزینه است، به نحوی که ۲۹ تا ۴۷ درصد بیماران طی ۳ تا ۶ ماه پس از ترخیص اولیه دوباره بستری می شوند و این در حالی است که پنجاه درصد از بستری شدن های مکرر بیماران (۳) قابل پیشگیری هستند. در ایران هزینه این بیماری برابر با ۴۰۰ میلیارد ریال در سال بر آورد شده است، که باید

کنترل نارسایی قلبی وجود دارد که خود مراقبتی یکی از آن‌ها است (۶) و تبعیت از رفتارهای خود مراقبتی در مبتلایان به این بیماری از اهمیت به سزایی برخوردار است (۷). خودمراقبتی، توانایی افراد برای کاهش یا مدیریت علائم، درمان مشکلات جسمی، روانی، تغییر سبک زندگی و در نهایت زندگی مطلوب با یک بیماری مزمن تعریف می‌شود (۸). خودمراقبتی فرایندی فعال و عملی است که توسط بیمار هدایت می‌شود. این فرایند شامل فعالیت‌ها و مهارت‌های پایش رفتاری در زمینه ارتقاء سلامت و بهزیستی، پیشگیری از عوارض بیماری، تعامل با ارائه دهنده‌گان مراقبت بهداشتی در تصمیم‌گیری مشارکتی، مقابله با حالات هیجانی منفی و ایجاد و تداوم نقش‌های سازنده اجتماعی در روابط بین فردی و موقعیت‌های شغلی به منظور دستیابی به اهداف خود مراقبتی بیماری است (۹، ۱۰). مطالعات نشان داده‌اند که حداقل پنجاه درصد از بیماران مبتلا به نارسایی قلبی از توصیه‌های درمانی خود تبعیت نمی‌کنند و همین امر منجر به بستری شدن مجدد آن‌ها می‌شود (۱۱). خود مراقبتی نارسایی قلبی، پیچیده و مشکل‌ناپذیر است زیرا بیمار باید به پایش نشانه‌ها و رعایت رژیم‌های درمانی متعهد باشد. تغییرات وضعیتی خود را بشناسد و آن‌ها را ارزیابی کند، گزینه درمانی مناسب را انتخاب کرده و اثربخشی آن را ارزیابی کند. اصل مهم در خود مراقبتی، پذیرش و مشارکت بیمار جهت پیروی از رژیم مراقبتی رفتارهای سازگاری مناسب با شرایط مزمن بیماری و انجام رفتارهای خود مراقبتی است (۱۲). یک رویکرد روانشناختی که بطور گسترده مورد استفاده قرار می‌گیرد، رویکردی است که بر پایه تنظیم نوع رفتار بیمار استوار است. این رویکرد بیان می‌کند افراد در برخورد با یک بیماری یا یک عامل تهدید کننده حیات، یک تصویر کلی و باور خاص از بیماری و درمان آن در ذهن خود ایجاد می‌کنند که به آن ادراک بیماری گویند. این درک از بیماری در نحوه رفتار فرد، تطابق وی با بیماری، اداره بیماری توسط خود فرد و در کل در نتیجه بیماری تأثیرگذار است. پژوهش‌ها در زمینه ادراک بیماری نشان می‌دهد، ادراک بیماری شامل ۵ بعد مختلف است که عبارتند از: شناخت علائم، طول مدت بیماری، علت بیماری، فرجام بیماری و قابل درمان بودن آن (۱۳). دو جنبه مهم درباره ادراک بیماری باید مورد توجه قرار گیرد: اول این که باورهای بیمار درباره شرایطی که در آن قرار دارد اغلب با آنچه درمانگر در این باره می‌اندیشد متفاوت است و دوم این که ادراک بیماری از بیماری به بیمار دیگر متفاوت است. حتی در مواردی که بیماران شرایط یکسان دارند می‌توانند دیدگاه‌های بسیار متفاوتی از بیماریشان داشته باشند (۱۴). Leventhal و همکاران (۱۵) بیان کردند که ادراک بیماری تحت تأثیر عوامل فردی، بومی و فرهنگی می‌باشد. داده‌های موجود نشان دادند که محتوای ادراک بیماری تحت تأثیر تجارب فردی از بیماری و مدیریت آن و عوامل فرهنگی اجتماعی و جنبه‌های خود، تجارب بیماری در محیط اجتماعی، فرایندهای مقایسه اجتماعی، و همچنین رسانه‌های جمعی می‌باشد (۱۶، ۱۷). Law-walker معتقد است که شناخت درک از بیماری ارزش پیش بینی کننده‌ای در ارتقا رفتارهای بهداشتی بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر دارد (۱۸). مطالعه دیگری بیانگر ارتباط ادراک بیماری با برخی از پیامدهای بیماری از جمله رفتارهای مدیریت فردی است (۱۹). وجود این ارتباط را می‌توان به تأثیر باورهای بیمار بر رفتار او نسبت داد. درک مطلوب از بیماری با تعداد دفعات بستری، زمینه خانوادگی

بیماری قلبی و سابقه کسب آموزش در مورد مراقبت از خود در اکثریت بیماران، ارتباط دارد (۲۰). اهمیت حمایت اجتماعی برای بیماران در مدیریت بیماری‌های مزمن از دیر باز شناخته شده است. حمایت اجتماعی ادراک شده بر وضعیت جسمی، روانی، رضایت از زندگی و جنبه‌های مختلف کیفیت زندگی افراد اثرات زیادی دارد (۲۱، ۲۲) و به عنوان یک عامل تعدیل کننده مؤثر در مقابله و سازگاری با شرایط تنش زای زندگی شناخته شده است (۲۳). حمایت اجتماعی یک عامل روانشناسی اجتماعی و تسهیل کننده رفتار بهداشتی شناخته شده است (۲۴). این موضوع که حمایت اجتماعی بر خود مراقبتی بیماران نارسایی قلبی تأثیر مثبت دارد بسیار رایج است. مطالعات نشان داده‌اند با ارتقاء سطح حمایت اجتماعی درک شده میزان مرگ بیماران کاهش پیدا کرده و بروز ناخوشی‌های جسمی و روانی در افراد نیز کمتر می‌شود افراد با سطح حمایت دریافت اجتماعی بالا در معرض خطر کمتری از نظر پیشرفت بیماری‌های قلبی می‌باشند (۲۵). فقدان حمایت اجتماعی به وسیله نبود همراه یا همسر با خود مراقبتی ضعیف در بیماران نارسایی قلبی همراه است. در مطالعات گذشته، خود مراقبتی در نارسایی قلبی تحت تأثیر حمایت اجتماعی می‌باشد ولی این اثرات به طور مداوم مثبت نیست. به طور مثال در پایبندی به درمان و پایبندی به رژیم غذایی شواهدی متضاد وجود دارد (۲۶). با توجه به پیشینه، مطالعه حاضر با هدف پژوهش حاضر تعیین همبستگی بین حمایت اجتماعی و خود مراقبتی در بیماران نارسایی قلبی با نقش میانجی درک از بیماری انجام شد.

روش کار

در این مطالعه توصیفی-همبستگی، جامعه مورد مطالعه بیماران نارسایی قلبی می‌باشد که از بین آن‌ها کل نمونه انتخاب شده ۱۴۹ نفر بودند که در بیمارستان و مرکز تحقیقاتی و درمانی شیخ الیس شهر تبریز با استفاده از نمونه‌گیری در دسترس بر اساس جدول Krejcie انتخاب شدند. نمونه‌گیری تقریباً دو ماه طول کشید. معیارهای ورود به پژوهش حاضر عبارت بودند از: ۱) تشخیص بیماری نارسایی قلبی توسط متخصص قلب ۲) انجام اکوکاردیوگرافی و بیماران مبتلا به نارسایی قلبی با $EF \leq 35$ ۳) توانمندی در درک زبان فارسی ۴) تمایل و رضایت آگاهانه برای مشارکت در پژوهش ۵) وجود عقب ماندگی ذهنی و یا تشخیص اختلالات روانشناختی شدید. معیارهای خروج به پژوهش حاضر عبارت بود از: ۱) تجربه کردن عوارض حاد مرتبط با بیماری. اغلب بیماران در تبریز زندگی می‌کردند، اما تعدادی از آن‌ها از دیگر شهرهای کشور به این درمانگاه‌ها مراجعه می‌کردند. در این پژوهش داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌های زیر جمع‌آوری شد. "مقیاس اروپایی رفتار خودمراقبتی نارسایی قلبی" (European Heart Failure Self-Care Behavior Scale) این مقیاس در سال ۲۰۰۳ توسط Jaarasma و همکاران برای تعیین رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی طراحی و به ۱۴ زبان ترجمه شده است (۲۷). پرسشنامه شامل ۱۲ سؤال است که پاسخ هر سؤال بر اساس مقیاس لیکرت ۵ گزینه‌ای از کاملاً اینطور نیست با ۱ نمره، اصلاً این طور نیست با ۵ نمره، در تغییر است و در مجموع نمره به دست آمده از ۱۲-۶۰ متغیر می‌باشد و نمرات کمتر به معنای مراقبت بهتر محسوب می‌شود. نمره ۲۸-۱۲ نشانه خود مراقبتی خوب، ۴۴-۲۹

حمایت اجتماعی " (Social Support Scale) مقیاس حمایت اجتماعی چند بعدی توسط Zimet و همکاران (۳۵) تهیه شده و سه زیر مقیاس حمایت خانواده دوستان و افراد مهم را توسط ۱۲ سؤال و سه خرده مقیاس با مقیاس لیکرت ۵ سطحی از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق مورد سنجش قرار می‌دهد. خرده مقیاس خانواده شامل سؤالات (۳۰۴،۸،۱۱) دوستان شامل سؤالات (۶۰۷،۹،۱۲) و اشخاص مهم شامل سؤالات (۱،۲،۵،۱۰) است. پایایی این پرسشنامه در مطالعه علیپور و همکاران برای نمره کلی حمایت اجتماعی ادراک شده و هر سه بعد حمایت دوستان، خانواده و شخص به ترتیب از طریق آلفای کرونباخ ۰/۹۴، ۰/۸۹، ۰/۹۰، ۰/۹۰، ۰/۹۰، ۰/۹۰ در ۲۳۴ بیمار مبتلا به دیابت محاسبه گردید (۳۶). سلیمی و همکاران پایایی مقیاس را در نمونه ۴۳۶ دانشجویان دانشگاه شیراز از نظر همسانی درونی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای سه بعد حمایت اجتماعی دریافت شده از سوی خانواده، دوستان و افراد مهم زندگی به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۶ و ۰/۸۲ گزارش کرده‌اند (۳۷). جهت جمع آوری داده‌ها، تمامی آزمودنی‌ها فرم رضایت از شرکت در پژوهش را امضا کرده، هیچ مداخله‌ای انجام نشده و تمامی ملاحظات اخلاقی رعایت شده است. در مراحل اجرا و جمع آوری داده‌های پژوهش سعی شد تمامی اطلاعات آزمودنی‌ها محرمانه بماند و این اطمینان به آزمودنی‌ها داده شد که اطلاعات آن‌ها محرمانه بوده و فقط به صورت گروهی و بدون ذکر نام تحلیل خواهند شد. در همین راستا، در زمان ارائه ابزار و قبل از تکمیل آن‌ها رضایت‌نامه‌ای مبنی بر استفاده از اطلاعات افراد به صورت فردی در اختیار آزمودنی‌ها قرار گرفت و پرسشنامه توسط افرادی تکمیل شد که مایل بودند در پژوهش شرکت کنند. بر اساس این رضایت‌نامه، شرکت کنندگان در پژوهش مختار بودند طی مراحل پژوهش هر زمان تمایل داشتند به همکاری خود پایان دهند. در تحلیل آماری داده‌ها از شاخص‌ها و روش‌های تحلیل توصیفی از جمله تحلیل توصیفی اطلاعات جمعیت شناختی و نمرات آزمودنی‌ها در مقیاس‌ها، روش همبستگی برای بررسی رابطه بین متغیرها با نرم افزار اس پی اس نسخه ۲۰، روش آزمون سوبل برای تحلیل مسیر با متغیر میانجی استفاده شد.

یافته‌ها

نتایج به دست آمده از جمعیت مورد مطالعه ۴۷ زن (۳۲ درصد) و ۱۰۱ مرد (۶۸ درصد) بودند. تعداد ۱۲۲ آزمودنی متأهل (۸۲ درصد) بودند. میانگین و انحراف معیار سنی نمونه مورد نظر $10/32 \pm 64/4$ بود. جدول ۱ شامل اطلاعات توصیفی متغیرها می‌باشد. میانگین حمایت اجتماعی در پژوهش حاضر برابر $49/09$ و انحراف معیار $6/746$ بود. همچنین میانگین متغیر درک از بیماری برابر $56/05$ و انحراف معیار $18/245$ بود. میانگین متغیر خود مراقبتی $40/66$ و انحراف معیار $13/16$ به دست آمد.

خود مراقبتی متوسط و ۶۰-۴۵ خود مراقبتی ضعیف می‌باشد (۲۸). این ابزار در مطالعات بسیاری جهت اندازه گیری رفتارهای خودمراقبتی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی استفاده شده و دارای روایی محتوا و پایایی بالایی است. بطور مثال، در مطالعه Yu و همکاران (۲۸) روایی ابزار با روش شاخص روایی محتوا ۰/۹۳ و در مطالعه Gallagher و همکاران (۲۹) میزان پایایی با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۱ را در ۳۳۳ بیمار نارسایی قلبی در انجمن قلب نیویورک گزارش شده است. در مطالعه شجاعی و همکاران روی ۲۵۰ بیمار مبتلا به نارسایی قلبی در مراکز آموزش درمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران و ایران در سال ۱۳۸۵، آلفای کرونباخ ۰/۶۸ به دست آمده است و روایی آن با روش روایی محتوا بررسی شده (۳۰). همچنین علیزاده و همکاران پایایی این پرسشنامه روی ۱۰ نفر بیمار نارسایی قلبی به روش آزمون بازآزمون در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در سال ۱۳۹۱ را برابر ۰/۸۴ ذکر کردند (۳۱). "پرسشنامه کوتاه درک از بیماری" (Brief Illness Perception Questionnaire) دارای ۹ عبارت است که توسط Brodbent و همکاران (۳۲) و بر اساس "پرسشنامه تجدید نظر شده ادراک از بیماری" طراحی شده است. همه عبارت‌ها (به جز عبارت مربوط به علت) در یک مقیاس درجه بندی از صفر تا ده نمره داده می‌شود. پنج عبارت واکنش شناختی به بیماری را مورد سنجش قرار می‌دهد که شامل ادراک از پیامدها، طول مدت بیماری، کنترل شخصی، درمان پذیری و شناخت علایم می‌باشد. دو عبارت واکنش عاطفی را مورد سنجش قرار می‌دهد که شامل نگرانی در مورد بیماری و عواطف است. یک عبارت قابلیت درک بیماری را مورد سنجش قرار می‌دهد. عبارت مربوط به علت یک سؤال باز است که از بیمار خواسته می‌شود سه مورد از مهمترین عواملی که باعث بیماری وی شده است را فهرست کند (۳۲). پایایی "پرسشنامه کوتاه درک از بیماری" به روش آزمون بازآزمون روی ۱۱۹ بیمار مبتلا به دیابت، ۳۰۹ بیمار مبتلا به آسم، ۱۰۶ بیمار دارای سردرد و ۱۳۲ بیمار کلیوی در آمریکا در سال ۲۰۰۶ برای هریک از عبارت‌ها از $r = 0/48$ قابلیت درک بیماری تا $r = 0/70$ پیامدها بود (۳۲). در مطالعه بازایان و بشارت (۳۳) آلفای کرونباخ ۳۰۰ بیمار مبتلا به دیابت ۱۸ تا ۳۰ ساله از اعضا انجمن دیابت در سال ۲۰۱۰ برای این پرسشنامه ۰/۸۰ و ضریب همبستگی باز آزمایی به فاصله شش هفته برای سؤالات مختلف ۰/۴۲ تا ۰/۷۵ گزارش شده است. روایی همزمان "پرسشنامه کوتاه درک از بیماری" با "پرسشنامه تجدید نظر شده ادراک از بیماری" در بیماران مبتلا به آسم، مبتلا به دیابت، بیماران کلیوی نشان دهنده همبستگی زیر مقیاس‌ها از ۰/۳۲ تا ۰/۶۳ است (۳۳). آلفای کرونباخ نسخه فارسی، ۱۷۶ بیمار سکنه قلبی در سال ۱۳۸۵ از یکی از بیمارستان‌های شهر اصفهان ۰/۸۴ و پایایی آن با ضریب همبستگی آن با نسخه فارسی "پرسشنامه تجدید نظر شده ادراک از بیماری" فرم "۰/۷۱ می‌باشد (۳۴). "مقیاس

جدول ۱: جدول توصیفی متغیرهای مورد مطالعه

متغیر	تعداد	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف معیار
حمایت اجتماعی	۱۴۹	۲۶	۶۴	۴۹/۰۹	۶/۷۴۶
درک از بیماری	۱۴۹	۱۸	۸۰	۵۶/۰۵	۱۸/۲۴۵
خود مراقبتی	۱۴۹	۵	۵۸	۴۰/۶۶	۱۳/۱۶۰

جدول ۲: ماتریس همبستگی متغیرهای موردنظر

خود مراقبتی	درک از بیماری	حمایت اجتماعی ادراک شده	P-value
خود مراقبتی	۰/۶۴۹	-۰/۵۱۸	۰/۰۰۱
درک از بیماری	۰/۶۴۹	-۰/۴۳۶	۰/۰۰۱
حمایت اجتماعی ادراک شده	-۰/۵۱۸	۱/۰۰۰	۰/۰۰۱

جدول ۳: نتایج بررسی نقش میانجی درک از بیماری در رابطه بین حمایت اجتماعی ادراک شده و خود مراقبتی

ضریب مسیر a (حمایت اجتماعی - درک از بیماری)	خطای استاندارد ضریب مسیر a	ضریب مسیر b (خودمراقبتی - درک از بیماری)	خطای استاندارد ضریب مسیر b	آماره سوبل	سطح معنی داری
-۱/۱۸	۰/۲۰۱	۰/۳۷۷	۰/۰۴۷	-۴/۷۳	P < ۰/۰۱

در جدول ۲ همبستگی متغیرها درج شده است که همبستگی بین حمایت اجتماعی و خود مراقبتی برابر (۰/۵۱۸-) و همبستگی بین درک از بیماری و خود مراقبتی (۰/۶۴۹) و همبستگی بین حمایت اجتماعی و درک از بیماری برابر (۰/۴۳۶-) به دست آمد.

در جدول ۳ نتایج به دست آمده از آماره سوبل برای میانجی گری درک از بیماری در ارتباط بین حمایت اجتماعی و خود مراقبتی برابر (۴/۷۳-) بود.

بحث

هدف پژوهش حاضر عبارت بود رابطه بین حمایت اجتماعی و خود مراقبتی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی با توجه به نقش میانجی درک از بیماری. طبق نتایج به دست آمده از جدول ۱ میانگین حمایت اجتماعی در بین بیماران نارسایی قلبی جامعه ایرانی بالایی باشد. مطالعات انجام شده نشان می‌دهد که بیماران مزمن در جامعه ایران از حمایت مطلوب خانواده سود می‌برند و در زمان بیماری این ارتباطات افزایش می‌یابد (۲۸-۴۰). به نظر می‌رسد علت بالا بودن حمایت اجتماعی مطلوب 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. همچنین نتایج به دست آمده از مطالعه حاضر نشان از بالا بودن درک منفی از بیماری و تهدید بیشتر بیماری و ادراک بدتر از بیماری می‌باشد. این یافته پژوهشی همسو با نتایج پژوهش‌های Shallcross و همکاران می‌باشد (۴۱). شناخت درک از بیماری ارزش پیش بینی کننده در ارتقا رفتارهای بهداشتی بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن دارد و همچنین ادراک بیماری در تعیین پیامدها و انطباق با بیماری نقش اساسی دارد. ادراک بیماری در گروه‌های مختلف فرهنگی متفاوت است (۴۲) و چنین باورهایی، درمان و استفاده از مراقبت‌های بهداشتی را تحت تأثیر قرار داده است. همچنین اقلیت‌های قومی و نژادی ممکن است ادراک منفی بیشتری از بیماریشان به دلیل نگرانی بیشتر در مورد تشخیص و تفسیر نشانه‌های بیماری داشته باشند (۴۱). رفتارهای بهداشتی بیمار، سلامت روانی و پایداری به دارو را می‌توان با درک و شناخت از بیماری تعیین کرد (۴۳). میانگین خود مراقبتی در بین بیماران نارسایی قلبی در مطالعه حاضر متوسط بود. در پژوهش‌هایی که بر پایه بررسی خود مراقبتی در بیماران نارسایی قلبی انجام شده نتایج نشان داد خود مراقبتی در بین بیماران نارسایی قلبی ضعیف است (۴۴). طبق نتایج به دست آمده همبستگی منفی معنادار بین حمایت اجتماعی و خود

مراقبتی به دست آمد. بدین معنی که با کاهش حمایت اجتماعی نمره خود مراقبتی در پرسشنامه افزایش می‌یابد یافته مطالعه حاضر، همسو با پژوهش‌های پیشین مبنی بر ارتباط مستقیم بین حمایت اجتماعی و خود مراقبتی می‌باشد (۴۵، ۴۶). همچنین در تضاد با نتایج پژوهشی (۴۴) مبنی عدم ارتباط مستقیم بین حمایت اجتماعی و خود مراقبتی می‌باشد. خود مراقبتی در نارسایی قلبی تحت تأثیر حمایت اجتماعی در مطالعات بیان شده ولی این اثرات به طور مداوم مثبت نیست. به طور مثال در بر پایداری به درمان و پایداری به رژیم غذایی شواهدی متناقض دارد (۲۸).

با توجه به نتایج جدول ۳ و معنی داری مقدار آماره بدست آمده، نقش میانجی درک از بیماری در رابطه بین حمایت اجتماعی ادراک شده و خود مراقبتی از لحاظ پژوهشی (فرضیه مورد نظر) تأیید می‌گردد. نتایج آزمون Sobel برای بررسی نقش میانجی درک از بیماری ر در رابطه بین حمایت اجتماعی ادراک شده و خود مراقبتی نشان داد. زمانیکه این نسبت بزرگتر از $\pm 1/96$ باشد منجر به رد فرض صفر می‌گردد و فرضیه مورد نظر تأیید می‌گردد. بنابراین، بین حمایت اجتماعی ادراک شده و خود مراقبتی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی با توجه به نقش میانجی درک از بیماری از لحاظ پژوهشی رابطه وجود دارد. در نقش میانجی درک از بیماری در رابطه بین حمایت اجتماعی ادراک شده و خود مراقبتی که اصطلاحاً به آن یک مدل میانجی گر ساده گفته می‌شود، اثر متغیر حمایت اجتماعی ادراک شده بر متغیر خود مراقبتی به صورت مستقیم و علاوه بر آن از طریق متغیر درک از بیماری مدنظر است. نقش میانجی درک از بیماری بین متغیرهای مختلفی چون سلامت روانی و کیفیت زندگی، افسردگی، درد و خود مراقبتی در گروه‌های مختلف و بیماری‌های مختلف مورد مطالعه قرار گرفته (۴۱، ۴۲، ۴۷) که همسو با پژوهش حاضر می‌باشد. در مطالعه De Gucht درک از بیماری میانجی بین شدت بیماری و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر (IBS) بود (۴۶). همچنین در مطالعه Shallcross و همکاران درک از بیماری به عنوان میانجی بین افسردگی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به صرع بود (۴۱). در پژوهش Yun و همکاران درک از بیماری به عنوان متغیر میانجی بین سلامت روانی و کیفیت زندگی معرفی شده است (۴۲). در پژوهشی حمایت اجتماعی با بدتر شدن بیماری انسداد ریوی ارتباط داشت و همچنین بین درک از بیماری و حمایت اجتماعی در پیگیری یک ساله ارتباطی نبود. حمایت اجتماعی یک ویژگی پویا است و ممکن است نیازهای فرد در زمان‌های مختلف تغییر کند (۴۸). در تبیین نتایج به

با هدف بهبودی خودمراقبتی و بیماری نارسایی قلبی برداشت. از محدودیت‌های پژوهش حاضر عبارت بود از استفاده از پرسشنامه خود گزارش دهی و نمونه انتخاب شده محدود به شهر تبریز که در بکارگیری یافته‌ها می‌بایست به آن توجه شود. شناسایی و اهمیت دادن به این متغیرها توسط پرستاران، روان شناسان سلامت و پزشکان و قرار دادن آن‌ها در اولویت‌های آموزش خود مراقبتی پیشنهاد می‌شود.

سپاسگزاری

پژوهش حاضر بخشی از پایان نامه دکتری نویسنده اول می باشد که تصویب ۱۱/۰۹۹۴۱۰۶۰۹۲۰۷ و تاریخ ثبت ۱۳۹۴/۱۱/۴ می‌باشد. به منظور رعایت ملاحظات از کلیه شرکت کنندگان جهت شرکت در پژوهش رضایتنامه کتبی گرفته شده و اطلاعات شخصی افراد به صورت کاملاً محرمانه حفظ گردید. بدین وسیله از پرستاران بیمارستان مدنی تبریز و بیمارانی که در این پژوهش مارا یاری کردند تشکر و قدردانی می‌شود.

دست آمده با توجه به مطالعات پیشین در هنگام بررسی حمایت اجتماعی در بیماران باید باور بیماران در مورد بیماری در نظر گرفته شود و نقش درک از بیماری در نتیجه و رفتار بیماری به طور کلی بررسی شود.

نتیجه گیری

در این مطالعه با نقش میانجی درک از بیماری بین حمایت اجتماعی و خود مراقبتی چندین نتیجه به دست آمد. اول رابطه بین حمایت اجتماعی و درک از بیماری رابطه دوجته است. دوم درک منفی از بیماری به عنوان میانجی، منجر به کاهش خود مراقبتی در طی حمایت اجتماعی بالا می‌شود. این مطالعه نشان داد که درک منفی از بیماری کمکی برای توضیح ارتباط بین حمایت اجتماعی پایین و خود مراقبتی می‌باشد. از آنجا که درک از بیماری قابل تغییر است، نتایج به دست آمده از این پژوهش در جهت شناسایی متغیر درک از بیماری به عنوان متغیر میانجی و آشکار کردن نقش کلیدی آن در ارتباط بین حمایت اجتماعی و خودمراقبتی بوده و بدین ترتیب می‌توان گام بزرگی

References

- Ponikowski P, Anker SD, AlHabib KF, Cowie MR, Force TL, Hu S, et al. Heart failure: preventing disease and death worldwide. ESC Heart Fail. 2014;1(1):4-25. DOI: 10.1002/ehf2.12005 PMID: 28834669
- Bonow R, Mann D, Zipes D, Libby P. Braunwald's heart disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine. 9th ed. Philadelphia, PA: Saunders Co; 2012.
- Eliasadeh P, Yarmohammadi H, Nawaz H, Boukhalil J, Katz DL. Congestive Heart Failure Case Management: A Fiscal Analysis. Dis Manage. 2001;4(1):25-32. DOI: 10.1089/109350701300038262
- Dabagh A, Sarafzadegan N, Banifatemi V, Habibi H, Rafiei M. [Costs of therapeutic modalities of cardiovascular patients in Isfahan University hospitals]. Hakim. 2003;6(2):19-25.
- Hallerbach M, Francoeur A, Pomerantz SC, Oliner C, Morris DL, Eiger G, et al. Patterns and predictors of early hospital readmission in patients with congestive heart failure. Am J Med Qual. 2008;23(1):18-23. DOI: 10.1177/1062860607310916 PMID: 18187587
- Albert NM. Promoting self-care in heart failure: state of clinical practice based on the perspectives of healthcare systems and providers. J Cardiovasc Nurs. 2008;23(3):277-84. DOI: 10.1097/01.JCN.0000305095.27635.4f PMID: 18437070
- Shojaei F, Asemi S, Najaf Yarandi A, Hosseini F. [Self-care behaviors in patients with heart failure]. Payesh J. 2009;8(4):361-9.
- Dean SC, Kerry SM, Cappuccio FP, Oakeshott P. Pilot study of potential barriers to blood pressure control in patients with inadequately controlled hypertension. Fam Pract. 2007;24(3):259-62. DOI: 10.1093/fampra/cmm005 PMID: 17395604
- Bodenheimer T, Lorig K, Holman H, Grumbach K. Patient self-management of chronic disease in primary care. JAMA. 2002;288(19):2469-75. PMID: 12435261
- Scheiner G, Boyer BA. Characteristics of basal insulin requirements by age and gender in Type-1 diabetes patients using insulin pump therapy. Diabetes Res Clin Pract. 2005;69(1):14-21. DOI: 10.1016/j.diabres.2004.11.005 PMID: 15955383
- Venner GH, Seelbinder JS. Team management of congestive heart failure across the continuum. J Cardiovasc Nurs. 1996;10(2):71-84. DOI: 10.1097/00005082-199601000-00007 PMID: 8656239
- Bennett SJ, Cordes DK, Westmoreland G, Castro R, Donnelly E. Self-care strategies for symptom management in patients with chronic heart failure. Nurs Res. 2000;49(3):139-45. DOI: 10.1097/00006199-200005000-00004 PMID: 10882318
- Gafvels C, Wandell PE. Coping strategies in immigrant men and women with type 2 diabetes. Diabetes Res Clin Pract. 2007;76(2):269-78. DOI: 10.1016/j.diabres.2006.09.011 PMID: 17007956
- Petrie KJ, Jago LA, Devcich DA. The role of illness perceptions in patients with medical conditions. Curr Opin Psychiatry. 2007;20(2):163-7. DOI: 10.1097/YCO.0b013e328014a871 PMID: 17278916
- Leventhal H, Leventhal EA, Contrada RJ. Self-regulation, health, and behavior: A perceptual-cognitive approach. Psychol Health. 1998;13(4):717-33. DOI: Doi 10.1080/08870449808407425
- Bandura A. Health promotion from the perspective of social cognitive theory. Psychol Health. 1998;13(4):623-49. DOI: 10.1080/08870449808407422

17. Petrie K, Weinman J. Illness representations and recovery from myocardial infarction. In: Petrie K, Weinman J, editors. Perceptions of health and illness: Harvard Academic Publishers; 1998.
18. Lau-Walker M. Importance of illness beliefs and self-efficacy for patients with coronary heart disease. *J Adv Nurs*. 2007;60(2):187-98.
19. Ponzo MG, Gucciardi E, Weiland M, Masi R, Lee R, Grace SL. Gender, ethnocultural, and psychosocial barriers to diabetes self-management in Italian women and men with type 2 diabetes. *Behav Med*. 2006;31(4):153-60. DOI: [10.3200/BMED.31.4.153-160](https://doi.org/10.3200/BMED.31.4.153-160) PMID: [16526349](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16526349/)
20. Harvey JN, Lawson VL. The importance of health belief models in determining self-care behaviour in diabetes. *Diabet Med*. 2009;26(1):5-13. DOI: [10.1111/j.1464-5491.2008.02628.x](https://doi.org/10.1111/j.1464-5491.2008.02628.x) PMID: [19125754](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19125754/)
21. Clara IP, Cox BJ, Enns MW, Murray LT, Torgrud LJ. Confirmatory factor analysis of the multidimensional scale of perceived social support in clinically distressed and student samples. *J Pers Assess*. 2003;81(3):265-70. DOI: [10.1207/S15327752JPA8103_09](https://doi.org/10.1207/S15327752JPA8103_09) PMID: [14638451](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14638451/)
22. Tajalli P, Sobhi A, Ganbaripناه A. The relationship between daily hassles and social support on mental health of university students. *Procedia - Soc Behav Sci*. 2010;5:99-103. DOI: [10.1016/j.sbspro.2010.07.058](https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2010.07.058)
23. Friedlander LJ, Reid GJ, Shupak N, Cribbie R. Social Support, Self-Esteem, and Stress as Predictors of Adjustment to University Among First-Year Undergraduates. *J Coll Student Dev*. 2007;48(3):259-74. DOI: [10.1353/csd.2007.0024](https://doi.org/10.1353/csd.2007.0024)
24. Morovati S, Rouhani Tonekaboni N. [Social support and self-care behaviors in diabetic patient referring to Yazd diabetes research center]. *Tabib-e-Shargh*. 2009;9(4):275-84.
25. Cheraghi M, Davari Dolatabadi E, Salavati M, Moghimbeigi A. [Association between perceived social support and quality of life in patients with heart failure]. *Iranian J Nurs*. 2012;25(75):21-31.
26. Wu JR, Moser DK, Chung ML, Lennie TA. Predictors of medication adherence using a multidimensional adherence model in patients with heart failure. *J Card Fail*. 2008;14(7):603-14. DOI: [10.1016/j.cardfail.2008.02.011](https://doi.org/10.1016/j.cardfail.2008.02.011) PMID: [18722327](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18722327/)
27. Jaarsma T, Stromberg A, Martensson J, Dracup K. Development and testing of the European Heart Failure Self-Care Behaviour Scale. *Eur J Heart Fail*. 2003;5(3):363-70. PMID: [12798836](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12798836/)
28. Yu DS, Lee DT, Thompson DR, Woo J, Leung E. Assessing self-care behaviour of heart failure patients: cross-cultural adaptation of two heart failure self-care instruments. *Hong Kong Med J*. 2010;16 Suppl 3:13-6. PMID: [20601727](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20601727/)
29. Gallagher R, Luttik ML, Jaarsma T. Social support and self-care in heart failure. *J Cardiovasc Nurs*. 2011;26(6):439-45. DOI: [10.1097/JCN.0b013e31820984e1](https://doi.org/10.1097/JCN.0b013e31820984e1) PMID: [21372734](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21372734/)
30. Shojaei F, Asemi M, Najaf Yarandi A, Hosseini F. [Self-care behaviors, Quality of life among patients with heart failure]. *Iranian J Nurs*. 2006;18(44):49-55.
31. Alizadeh Z, Ashktorab T, Nikravan Mofrad M, Zayeri F. Correlation between perceived social support and self-care behaviors among patients with heart failure. *J Health Promot Manage*. 2014;3(1):27-34.
32. Broadbent E, Petrie KJ, Main J, Weinman J. The brief illness perception questionnaire. *J Psychosom Res*. 2006;60(6):631-7. DOI: [10.1016/j.jpsychores.2005.10.020](https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2005.10.020) PMID: [16731240](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16731240/)
33. Bazzazian S, Besharat MA. Reliability and validity of a Farsi version of the brief illness perception questionnaire. *Procedia - Soc Behav Sci*. 2010;5:962-5. DOI: [10.1016/j.sbspro.2010.07.217](https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2010.07.217)
34. Bagherian Sararoudi R, Bahrami Ehsan H, Sanei H. [Relationship between history of myocardial infarction and cognitive representation of myocardial infarction]. *Res Psychol Health*. 2008;2(2):29-39.
35. Dahlem NW, Zimet GD, Walker RR. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support: a confirmation study. *J Clin Psychol*. 1991;47(6):756-61. PMID: [1757578](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1757578/)
36. Alipour A, Aliakbari Dehkordi M, Amini F, Hashemi Jashni A. [Relationship between perceived social support and adherence of treatment in Diabetes mellitus type 2: Mediating role of resilience and hope]. *J Res Psychol Health*. 2016;10(2):53-67.
37. Salimi A, Jokar B, Azimi R. [Internet connections in life: A survey of the perception and loneliness of using the internet]. *Psychol Stud*. 2008;5(3):81-102.
38. Heidarzadeh M, Ghahremanian A, Hagigat A, Yoosef E. [Relationship between quality of life and social support in stroke patients]. *Iran J Nurs*. 2009;22(59):23-32.
39. Zamanzadeh V, Heidarzadeh M, Oshvandi K, Lakdizaji S. [Relationship between quality of life and social support in hemodialysis patients]. *Med J Tabriz Univ Med Sci*. 2007;29(1):49-54.
40. Rambod M, Shabani M, Shokrpour N, Rafii F, Mohammadalliha J. Quality of life of hemodialysis and renal transplantation patients. *Health Care Manag (Frederick)*. 2011;30(1):23-8. DOI: [10.1097/HCM.0b013e3182078ab6](https://doi.org/10.1097/HCM.0b013e3182078ab6) PMID: [21248544](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21248544/)
41. Shallcross AJ, Becker DA, Singh A, Friedman D, Montesdeoca J, French J, et al. Illness perceptions mediate the relationship between depression and quality of life in patients with epilepsy. *Epilepsia*. 2015;56(11):e186-90. DOI: [10.1111/epi.13194](https://doi.org/10.1111/epi.13194) PMID: [26391533](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26391533/)
42. Goh CSY, Mohamed A, Lee YS, Loke KY, Wee HL, Khoo EYH, et al. The associations of self-care, illness perceptions and psychological distress with metabolic control in Singaporean adolescents with Type 1 Diabetes Mellitus. *Health Psychol Behav Med*.

- 2016;4(1):1-14. [DOI: 10.1080/21642850.2015.1115728](#)
43. Leventhal H, Meyer D, Nerenz D. The common sense model of illness danger. In: Petrie K, Weinman J, editors. *Perceptions of Health and Illness*. Amsterdam: OPA; 1980. p. 19-46.
44. Abootalebi G, Vosooghi N, Mohammadnejad E, Namadi M, Akbari M. [Study of the self-care agency in patients with heart failure]. *Iranian J Crit Care Nurs*. 2012;4(4):203-8.
45. Luttik ML, Jaarsma T, Moser D, Sanderman R, van Veldhuisen DJ. The importance and impact of social support on outcomes in patients with heart failure: an overview of the literature. *J Cardiovasc Nurs*. 2005;20(3):162-9. [DOI: 10.1097/00005082-200505000-00007](#) [PMID: 15870586](#)
46. De Gucht V. Illness perceptions mediate the relationship between bowel symptom severity and health-related quality of life in IBS patients. *Qual Life Res*. 2015;24(8):1845-56. [DOI: 10.1007/s11136-015-0932-8](#) [PMID: 25663636](#)
47. Rezaei F, Neshat Doost HT, Molavi H, Abedi MR, Karimifar M. Depression and pain in patients with rheumatoid arthritis: Mediating role of illness perception. *Egypt Rheumatol*. 2014;36(2):57-64. [DOI: 10.1016/j.ejr.2013.12.007](#)
48. Bonsaksen T, Haukeland-Parker S, Lerdal A, Fagermoen MS. A 1-year follow-up study exploring the associations between perception of illness and health-related quality of life in persons with chronic obstructive pulmonary disease. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2014;9:41-50. [DOI: 10.2147/COPD.S52700](#) [PMID: 24379660](#)