

Mashhad University of
Medical Sciences

Navid No

کمیته تحقیقات دانشجویی
معاونت پژوهشی و فناوری
دانشگاه علوم پزشکی مشهدJournal homepage: <https://nnj.mums.ac.ir/>*Original Article*

The Relationship Between Perceived Social Support and Resilience in Patients with Heart Failure

Melika Hemmati¹ , Nahid Keivanlou² , Fatemeh Esmaelzadeh³ , Nayyereh Davoudi*⁴

1. Master of Science in Nursing, School of Nursing and Midwifery, Shahroud University of Medical Science, Shahroud, Iran.

2. Master of Science in Nursing, Student Research Committee, School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Science, Mashhad, Iran.

3. Assistant Professor, Operating Room Nursing Department, School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

4. Assistant Professor, Nursing and Midwifery Care Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

Corresponding author: davoudin@mums.ac.ir.

Received: 23 January 2025; Revised: 11 February 2025; Accepted: 12 February 2025

Abstract

Background and Aims: Focusing on the concept of resilience in patients with heart failure appears to be essential. On the other hand, perceived social support plays a critical role in maintaining health and reducing the negative effects of multiple stressors in these patients. Therefore, the present study aimed to determine the relationship between perceived social support and resilience in patients with heart failure.

Materials and Methods: This study is a descriptive cross-sectional study. The research population consisted of 200 patients with heart failure who were hospitalized in the CCU and cardiac wards. After obtaining informed consent, patients completed the Connor-Davidson Resilience Scale, and the Sherbourne and Stewart Social Support Scale at the hospital. Data were analyzed using the Mann-Whitney U test, Kruskal-Wallis test, and Spearman's correlation coefficient.

Results: The mean perceived social support score in patients with heart failure was 75.25 ± 18.70 , and the mean resilience score was 68.01 ± 18.75 , both of which were at a relatively good level. Furthermore, there was a significant positive correlation between perceived social support and resilience ($P < 0.001$, $r_s = 0.420$).

Conclusion: Given the positive relationship between perceived social support and resilience in these patients, it is recommended that appropriate interventions be implemented to enhance social support, thereby strengthening resilience in heart failure patients.

Keywords: Perceived social support, heart failure, resilience

Cite this article as: Hemmati M, Keivanlou N, Esmaelzade F, Davoudi N. The Relationship Between Perceived Social Support and Resilience in Patients with Heart Failure. Navid No, 2024; 27 (91): 14-25. <https://doi.org/10.22038/NNJ.2025.85577.1473>

E-ISSN: 2645-5927 / P-ISSN: 2645-5919

Copyright: © 2024 by the author.

Open Access: This is an open access article under the CC BY license

(<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).



Publisher's Note: Mashhad University of Medical Sciences remains neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.



Mashhad University of
Medical Sciences

نوید نو

Navid No




Journal homepage: <https://nnj.mums.ac.ir/>



کمیته تحقیقات دانشجویی
معاونت پژوهش و فناوری
دانشگاه علوم پزشکی مشهد

مقاله پژوهشی

ارتباط حمایت اجتماعی درک شده با تاب آوری در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی

ملیکا همتی^۱ , ناهید کیوانلو^۲ , فاطمه اسماعیل زاده^۳ , نیره داودی^{۴*} 

۱. کارشناسی ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، شاهرود، ایران.
۲. کارشناسی ارشد پرستاری، کمیته تحقیقات دانشجویی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۳. استادیار پرستاری، گروه پرستاری اتاق عمل، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۴. استادیار پرستاری، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

پست الکترونیک نویسنده مسئول: davoudin@mums.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۱۱/۰۴، تاریخ بازنگری: ۱۴۰۳/۱۱/۲۳، تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱۱/۲۴

چکیده

مقدمه و هدف: توجه به مقوله تاب آوری در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی یک ضرورت به نظر می‌رسد. از طرفی حمایت اجتماعی درک شده نقش مهمی در حفظ سلامتی و کاهش آثار منفی استرس‌های متعدد در این بیماران دارد. لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط بین حمایت اجتماعی درک شده با تاب آوری در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه از نوع توصیفی - تحلیلی و مقطعی می‌باشد. جامعه پژوهش ۲۰۰ نفر از بیماران مبتلا به نارسایی قلبی بستری در بخش‌های سی سی یو و قلب بودند. پرسشنامه‌های سنجش تاب آوری کونور و دیویدسون، و مقیاس حمایت اجتماعی شربورن و استوارت، بعد از اخذ رضایت آگاهانه از بیماران، به صورت حضوری توسط بیماران در بیمارستان تکمیل شدند. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های من ویتنی، کروسکال والیس و ضریب همبستگی اسپیرمن تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که میانگین \pm انحراف معیار نمره حمایت اجتماعی درک شده در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی $18/70 \pm$ و $75/25 \pm$ میانگین \pm انحراف معیار نمره تاب آوری آنان $18/75 \pm 68/01$ بود که در حد مطلوب می‌باشد. همچنین بین نمره حمایت اجتماعی درک شده با تاب آوری، رابطه مثبت و معناداری وجود داشت ($P < 0/001$, $rs = 0/420$).

نتیجه‌گیری: با توجه به ارتباط حمایت اجتماعی درک شده و تاب آوری در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی، انجام اقدامات مناسب در جهت ارتقای حمایت اجتماعی و به تبع آن تقویت تاب آوری در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی، پیشنهاد می‌گردد.

کلمات کلیدی: حمایت اجتماعی درک شده، نارسایی قلبی، تاب آوری

مقدمه

هنگام مواجه با فشارهای روانی به منظور غلبه کردن یا تحمل کردن و به حداقل رساندن عوارض این تنش‌ها به کار می‌رود و نه تنها به عنوان یک روش مقابله و سازگاری موفقیت‌آمیز افراد در بحران فعلی می‌باشد، بلکه روشی برای مجهز شدن در مقابل عوارض، بحران‌ها و وقایع سخت آینده نیز محسوب می‌شود (۱۰). بنابراین با توجه به تعدد و تنوع استرس‌هایی که بیماران مبتلا به نارسایی قلبی با آن مواجه هستند، توجه به مقوله تاب‌آوری در این بیماران، ضروری به نظر می‌رسد.

از سوی دیگر بیماران مبتلا به نارسایی قلبی به دلیل تجربه فشارهای روانی، اقتصادی و بستری شدن‌های مکرر و پیش‌آگهی ضعیف نارسایی قلبی، از سطح کیفیت زندگی پایینی برخوردار هستند. عوامل روانی اجتماعی متعددی می‌تواند کیفیت زندگی این بیماران را تحت تأثیر خود قرار دهد که یکی از این موارد، حمایت اجتماعی است (۱۱). حمایت اجتماعی شامل منابع واقعی یا ادراک‌شده ارائه شده توسط دیگران است که به فرد امکان می‌دهد که احساس کند که مورد توجه است، ارزشمند است و بخشی از شبکه ارتباطات و تعهد متقابل است (۱۲). مطالعات نشان داده‌اند که با ارتقاء سطح حمایت اجتماعی، میزان مرگ و میر بیماران قلبی عروقی کاهش پیدا می‌کند و این مساله می‌تواند اثرات محافظتی چشم‌گیری بر سلامت بیماران داشته باشد (۱۳)، علاوه بر این به هر میزانی که حمایت اجتماعی افراد، بالاتر باشد کم‌تر در معرض پیشرفت بیماری‌های قلبی عروقی قرار می‌گیرند و پیش‌آگهی بهتری خواهند داشت (۱۰). از سوی دیگر، کاهش حمایت اجتماعی با افزایش دفعات بستری در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن ارتباط دارد (۱۱). در این رابطه، نتایج پژوهش رضایی و همکاران نشان داده است که ارتباط مثبت و معناداری بین بهزیستی روانشناختی با تاب‌آوری و امید به زندگی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی وجود دارد (۹). همچنین نتایج مطالعه چراغی و همکاران تحت عنوان ارتباط بین حمایت اجتماعی درک‌شده و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی، نشان داد که ۴۷٫۷ درصد از بیماران مبتلا به نارسایی قلبی از سطح کیفیت

نارسایی قلبی نشان دهنده بیماری میوکارد است که در طی آن، اختلال در قدرت انقباضی قلب (اختلال عملکرد سیستمولیک) یادر پرشدگی قلب (اختلال عملکرد دیاستولیک) وجود دارد و ممکن است باعث احتقان ریوی یا سیستمیک گردد. نارسایی قلبی شایعترین علت بستری بیماران بالای ۶۵ سال در بیمارستان و دومین علت مراجعه به مطب پزشکان می‌باشد (۱). تخمین زده می‌شود که ۶۴ میلیون نفر در سال ۲۰۱۷ در جهان مبتلا به نارسایی قلبی بوده‌اند (۲). نارسایی قلبی یک اختلال مزمن، پیش‌رونده و ناتوان‌کننده در تمام طول عمر است که جنبه‌های مختلف زندگی بیمار را تحت تأثیر قرار میدهد (۳). این بیماری با ایجاد عوامل تنش‌زای جسمی و روانی مانند درد، فقدان سلامتی، از دست دادن شغل، محرومیت حسی، احساس مرگ قریب‌الوقوع و درجات متفاوتی از واکنش‌های روانی نظیر ناامیدی، خستگی و وحشت، موجب احساس بی‌ارزشی و کاهش اعتماد به نفس در بیمار می‌شود (۴، ۵). به این ترتیب، به علت طول مدت و شدت این بیماری، ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی، اقتصادی و سلامت روان این بیماران، دستخوش تغییرات فراوانی می‌گردد (۶).

مطالعات نشان داده‌اند که شیوع اختلالات روانی از جمله افسردگی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی بالاست (۲۱ درصد) و این مساله، تأثیر قابل توجهی بر پیش‌آگهی بیماری و فرآیند درمان دارد (۷). یکی از راهکارهای بهبود و ارتقای بهداشت روان، ایجاد تغییر پاسخ افراد در مقابل رویدادهای استرس‌زا با تقویت مولفه‌های تاب‌آوری است (۸). تاب‌آوری فرآیند پویای انطباق مثبت با تجربه‌های تلخ و ناگوار زندگی است که باعث حفظ آرامش در شرایط استرس‌زا و تجربه احساسات مثبت در هنگام دشواری‌ها و انعطاف‌پذیری در مواجهه با موانع زندگی می‌شود. تاب‌آوری باعث رویارویی مناسب افراد با موقعیت‌های تنش‌زا همچون ابتلا به بیماری -ها می‌شود (۹). علاوه بر این، تاب‌آوری یک ساختار روانی قابل آموختن در تقویت انعطاف‌پذیری، بهبود و بازگشت به شرایط اولیه پس از رویارویی با شرایط ناگوار است که در

آوری کونور و دیویدسون، و مقیاس حمایت اجتماعی شربورن و استوارت بودند. پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک شامل اطلاعات فردی واحدهای پژوهش بود که با استفاده از مصاحبه و بررسی مدارک پزشکی تکمیل گردید.

پرسشنامه سنجش تاب آوری کونور و دیویدسون ۲۵ گویه در یک مقیاس ۵ نقطه‌ای دارد. نمرات هر سوال به صورت کاملاً نادرست = صفر، به ندرت = ۱، گاهی درست = ۲، اغلب درست = ۳ و همیشه درست = ۴ می‌باشد. در این پرسشنامه حداکثر نمره، ۱۰۰ و حداقل نمره صفر بوده و نمره هر آزمودنی برابر با مجموع نمرات است و نمرات بالاتر، بیانگر تاب‌آوری بیشتر آزمودنی است. در تفسیر نمرات این پرسشنامه، افراد به چهار دسته با تاب‌آوری کم (۰ تا ۲۵)، تاب‌آوری متوسط (۲۶ تا ۵۰)، تاب‌آوری خوب (۵۱ تا ۷۵) و تاب‌آوری عالی (۷۶ تا ۱۰۰) تقسیم می‌شوند (۱۵). پژوهشگران، پایایی آزمون - باز آزمون این پرسش‌نامه را ۰/۸۷٪ گزارش کردند و روایی این پرسشنامه، از طریق سنجش روایی همگرایی این پرسش‌نامه با پرسش‌نامه‌ی سرسختی کوباسا بر روی ۳۰ نفر از بیماران روان‌پزشکی انجام شده است. بر این اساس، گزارش شده است که پرسش‌نامه‌ی تاب‌آوری با پرسش‌نامه‌ی سرسختی کوباسا ۰/۸۳٪ ارتباط دارد (۱۶). در ایران نیز پرسش‌نامه‌ی تاب‌آوری کونور و دیویدسون توسط محمدی (۱۳۸۵) هنجاریابی شده است و پایایی آن با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹٪ گزارش شده است. همچنین روایی پرسشنامه مذکور با استفاده از روش تحلیل عاملی و محاسبه‌ی هر نمره با نمره‌ی کل نشان داد که ضرایب سوالات بین ۰/۱۴ تا ۰/۶۴ بوده است (۱۷). در مطالعه حاضر کاربرد این ابزار به تایید ۷ نفر از متخصصین مربوطه رسید.

در پژوهش حاضر، برای سنجش حمایت اجتماعی از مقیاس حمایت اجتماعی شربورن و استوارت استفاده شد. این مقیاس، میزان حمایت اجتماعی دریافت شده توسط مشارکت‌کننده را می‌سنجد و دارای ۱۹ عبارت و ۵ زیر مقیاس است. این زیر مقیاس‌ها عبارتند از: حمایت ملموس، که کمک‌های مادی و رفتاری را می‌سنجد، حمایت هیجانی، که عاطفه مثبت، همدردی و تشویق به بیان احساسات را مورد ارزیابی قرار می‌دهد، حمایت اطلاعاتی، که راهنمایی،

زندگی متوسط و ۶۱.۷ درصد از آنان از سطح پایین حمایت اجتماعی درک‌شده برخوردار هستند و بین حمایت اجتماعی درک‌شده و کیفیت زندگی این بیماران ارتباط آماری معناداری وجود دارد (۱۱). به همین ترتیب، حیدرزاده و همکاران نیز بین کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی، ارتباط مستقیم و معناداری را یافتند (۱۴). همان‌طور که اشاره شد مروری بر مطالعات گذشته نشان می‌دهند که حمایت اجتماعی و تاب‌آوری، در حفظ سلامتی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی و کاهش آثار منفی استرس‌های ناشی از محیط و جامعه بر این بیماران نقش مهمی را ایفا می‌کنند. اما علی‌رغم وجود مطالعات مجزا در این رابطه، بطور خاص مطالعه‌ای که ارتباط بین حمایت اجتماعی و تاب‌آوری را در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی مورد بررسی قرار داده باشد یافت نشد لذا در پژوهش حاضر ضمن ارزیابی حمایت اجتماعی و تاب‌آوری در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی، ارتباط بین این دو پدیده نیز مورد بررسی و تحقیق قرار گرفت با این امید که یافته‌ها بتوانند حامی تغییراتی در جهت بازنگری برنامه‌های مراقبتی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی و در پی آن، ارتقای فرایندهای مراقبت از بیمار باشند.

روش کار

مطالعه حاضر از نوع توصیفی - تحلیلی و به روش مقطعی می‌باشد. جامعه پژوهش، بیماران مبتلا به نارسایی قلبی بستری در بخش‌های سی سی یو و قلب بیمارستانهای دانشگاه علوم پزشکی مشهد در سال ۱۴۰۲ بودند. در پژوهش حاضر حجم نمونه با استناد به نتایج یک مطالعه مقدماتی بر روی ۳۰ نفر، و نیز با در نظر گرفتن سطح اطمینان ۰/۹۵٪ و توان آزمون ۰/۸۰٪، و خطای ۰/۱۰٪، و با فرض همبستگی حدود ۰/۲ بین دو متغیر، ۲۰۰ نفر برآورد گردید.

$$n = \left(\frac{z_{1-\frac{\alpha}{2}} + z_{1-\beta}}{\frac{1}{2} \ln \frac{1+r}{1-r}} \right)^2 + 3 = \left(\frac{1.96 + 0.84}{\frac{1}{2} \ln \frac{1+0.2}{1-0.2}} \right)^2 + 3 = 193 \approx 200$$

پرسشنامه‌های مورد استفاده در پژوهش حاضر شامل پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک، پرسشنامه سنجش تاب

شامل ابتلا به نارسایی قلبی (با تایید پزشک)، سواد خواندن و نوشتن، و شرایط پایدار جسمی را داشت، پس از اخذ رضایت آگاهانه وارد پژوهش گردید. همچنین افرادی که از شرکت در مطالعه انصراف دادند، شرایط جسمی شان ناپایدار شد، یا حین پژوهش مرخص شدند از مطالعه حذف گردیدند. پرسشنامه‌ها توسط پژوهشگر از طریق مصاحبه با بیمار و بررسی مدارک پزشکی تکمیل شدند. قبل از تکمیل پرسش - نامه‌ها به مشارکت‌کنندگان در پژوهش درباره نحوه پاسخگویی به پرسشنامه‌ها اطلاعات کامل ارائه شد. همچنین خاطرنشان شد که شرکت در مطالعه اختیاری است و شرکت‌کنندگان برای شرکت یا کناره‌گیری از مطالعه، آزادی کامل دارند.

در نهایت داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS آنالیز شدند. به منظور گزارش آمار توصیفی، شاخص‌های میانگین و انحراف استاندارد برای متغیرهای کمی، و فراوانی و درصد برای متغیرهای کیفی گزارش گردید. همچنین در سطح استنباطی از آزمون‌های آماری من ویتنی برای مقایسه میانگین‌ها در دو گروه و از آزمون کروسکال والیس برای مقایسه میانگین‌ها در چند گروه، و از آزمون‌های همبستگی اسپیرمن برای تعیین ارتباط بین متغیرها استفاده گردید. سطح معنی‌داری در این مطالعه ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

اطلاع‌رسانی یا دادن بازخورد را می‌سنجد، مهربانی، که ابراز عشق و علاقه را می‌سنجد، تعامل اجتماعی مثبت، که پرداختن به فعالیت‌های تفریحی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. مقیاس حمایت اجتماعی شربورن و استوارت یک ابزار خودگزارشی است و مشارکت‌کننده، میزان مخالفت یا موافقت خود با هر یک از عبارات را در یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای (هیچ وقت ۱ امتیاز، به ندرت ۲ امتیاز، گاهی اوقات ۳ امتیاز، اغلب ۴ امتیاز، همیشه ۵ امتیاز) مشخص می‌سازد. پایین‌ترین امتیاز در این آزمون ۱۹ و بیشترین امتیاز ۹۵ است. برای به دست آوردن نمره کلی، همه امتیازات با هم جمع می‌شوند و نمره بالای مشارکت‌کننده در این مقیاس بیانگر این است که مشارکت‌کننده از حمایت اجتماعی مطلوبی برخوردار است. شربورن و استوارت ضرایب پایایی این پرسشنامه را با روش آلفای کرونباخ برای هر یک از خرده مقیاس‌های حمایت هیجانی، حمایت اطلاعاتی، حمایت ملموس، تعامل اجتماعی مثبت و مهربانی و مقیاس کل به ترتیب ۰.۹۶، ۰.۹۶، ۰.۹۶، ۰.۹۲، ۰.۹۴، ۰.۹۲ و ۰.۹۷ گزارش کرده‌اند (۱۸). کاربرد این ابزار در مطالعه حاضر به تایید ۷ نفر از متخصصین مربوطه رسید.

در پژوهش حاضر، نمونه‌گیری به شکل در دسترس و بعد از دریافت کد اخلاق و هماهنگی‌های لازم با مسئولین بیمارستان‌های محل پژوهش انجام شد. به این نحو که هر بیمار مبتلا به نارسایی قلبی که معیارهای ورود به مطالعه

یافته‌ها

$\pm 62/53$ سال و طول دوره‌ی بیماری بین ۱ تا ۳۹۶ ماه با میانگین $48/81 \pm 64/72$ ماه بود. فراوانی سایر متغیرهای جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان در مطالعه در جدول شماره (۱) نشان داده شده است.

در مطالعه حاضر ۲۰۰ بیمار مبتلا به نارسایی قلبی که در بخش‌های قلب و سی‌سی‌یو بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی مشهد بستری بودند وارد مطالعه شدند که بیش از نیمی از آنها (۵۶/۵ درصد) مرد بودند. همچنین بازه سنی شرکت‌کنندگان بین ۱۷ تا ۹۷ سال با میانگین سنی ۱۵/۴۰

جدول ۱- فراوانی متغیرهای جمعیت شناختی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی شرکت کننده در مطالعه

درصد	تعداد (درصد)	متغیر	
(۴۳/۵)	۸۷	زن	جنس
(۵۶/۵)	۱۱۳	مرد	
(۶/۵)	۱۳	مجرد	وضعیت تاهل
(۹۳/۵)	۱۸۷	متاهل	
(۷۷/۵)	۱۵۵	ابتدایی	سطح تحصیلات
(۱۸/۵)	۳۷	دیپلم	
(۴/۰)	۸	لیسانس و بالاتر	
(۹۱/۵)	۱۸۳	دارد	بیمه خدمات درمانی
(۸/۵)	۱۷	ندارد	
(۵۹/۰)	۱۱۸	کمتر از حد کفاف	وضعیت درآمد
(۳۹/۵)	۷۹	در حد کفاف	
(۱/۵)	۳	بیشتر از حد کفاف	
(۷۰/۰)	۱۴۰	شخصی	وضعیت مسکن
(۳۰/۰)	۶۰	استیجاری	
(۸۹/۵)	۱۷۹	با خانواده	سبک زندگی
(۱۰/۵)	۲۱	به تنهایی	

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که میانگین $\pm ۱۸/۷۵$ $\pm ۶۸/۰۱$ است که در حد مطلوب می باشد. همچنین میانگین نمره تاب آوری بیماران مبتلا به نارسایی قلبی بر حسب متغیرهای دموگرافیک، تفاوت آماری معنی داری نداشته است (جدول شماره ۳).

علاوه بر این نتایج ضریب همبستگی اسپیرمن نشان داد که بین نمره حمایت اجتماعی درک شده با تاب آوری در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی، رابطه مثبت و معنی داری وجود دارد ($P < ۰/۰۰۱$ ، $r_s = ۰/۴۲۰$).

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که میانگین \pm انحراف معیار نمره حمایت اجتماعی درک شده بیماران مبتلا به نارسایی قلبی، $۱۸/۷۰ \pm ۷۲/۲۵$ است. به عبارت دیگر بیماران مبتلا به نارسایی قلبی از نمره حمایت اجتماعی درک شده خوبی برخوردار هستند. همچنین نتایج نشان داد که میانگین نمره حمایت اجتماعی درک شده بیماران مبتلا به نارسایی قلبی در افراد متاهل بیشتر از افراد مجرد می باشد ($P=0.032$). علاوه بر این، میانگین نمره حمایت اجتماعی درک شده در بیمارانی که با خانواده زندگی می کردند بیشتر از بیمارانی بود که به تنهایی زندگی می کردند ($P=0.001$) (جدول شماره ۲).

از سوی دیگر، نتایج مطالعه حاضر نشان داد که میانگین \pm انحراف معیار نمره تاب آوری بیماران مبتلا به نارسایی قلبی

جدول ۲- میانگین نمره حمایت اجتماعی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی بر حسب متغیرهای جمعیت شناختی

P-value	انحراف معیار \pm میانگین	متغیر	
$P=۰/۳۸۳$ $Z^*=-۰/۸۷۲$	$۷۲/۷۹ \pm ۲۰/۰۹$ $۷۱/۸۴ \pm ۱۷/۶۳$	زن	جنس
$P=۰/۰۳۲$ $Z=-۲/۱۵۰$	$۵۸/۴۶ \pm ۲۴/۷۹$ $۷۳/۲۱ \pm ۱۷/۸۹$	مجرد متاهل	وضعیت تاهل
$P=۰/۳۳۰$ $H^{**}=۲/۲۱۸$	$۷۱/۴۰ \pm ۱۸/۴۴$ $۷۴/۹۴ \pm ۲۰/۰۷$ $۷۶/۲۵ \pm ۱۷/۳۷$	ابتدایی دیپلم لیسانس و بالاتر	سطح تحصیلات
$P=۰/۴۹۳$ $Z=-۰/۶۸۶$	$۷۲/۵۸ \pm ۱۸/۴۵$ $۶۸/۷۰ \pm ۲۱/۴۵$	دارد ندارد	بیمه خدمات درمانی
$P=۰/۰۹۶$ $H=۴/۶۹۱$	$۷۰/۶۶ \pm ۱۹/۱۹$ $۷۳/۹۳ \pm ۱۷/۹۰$ $۹۰/۳۳ \pm ۲/۰۸$	کمتر از حد کفاف در حد کفاف بیشتر از حد کفاف	وضعیت درآمد
$P=۰/۵۸۹$ $Z=-۰/۵۴۱$	$۷۳/۱۲ \pm ۱۷/۰۹$ $۶۹/۹۳ \pm ۲۲/۱۰$	شخصی استیجاری	وضعیت مسکن
$P=۰/۰۰۱$ $Z=-۳/۳۷۶$	$۷۴/۰۸ \pm ۱۷/۲۹$ $۵۶/۶۱ \pm ۲۳/۰۵$	با خانواده به تنهایی	سبک زندگی

**آزمون کروسکال والیس

*آزمون من ویتنی

جدول ۳- میانگین نمره تاب آوری بیماران مبتلا به نارسایی قلبی بر حسب متغیرهای جمعیت شناختی

P-value	انحراف معیار \pm میانگین	متغیر	
P=۰/۳۳۶ Z*=-۰/۹۶۳	۶۶/۱۹ \pm ۲۰/۳۱ ۶۹/۴۱ \pm ۱۷/۴۱	زن مرد	جنس
P=۰/۸۰۶ Z=-۰/۲۴۵	۶۳/۳۸ \pm ۲۹/۰۳ ۶۸/۱۹ \pm ۱۷/۹۲	مجرد متاهل	وضعیت تاهل
P=۰/۲۹۷ H**=۲/۴۲۳	۶۷/۸۷ \pm ۱۹/۲۶ ۶۶/۸۳ \pm ۱۶/۵۸ ۷۶/۱۲ \pm ۱۸/۳۳	ابتدایی دیپلم لیسانس و بالاتر	سطح تحصیلات
P=۰/۳۵۲ Z=۹ -۰/۳۱	۶۸/۲۷ \pm ۱۸/۸۵ ۶۵/۲۳ \pm ۱۷/۹۲	دارد ندارد	بیمه خدمات درمانی
P=۰/۰۸۴ H=۴/۹۶۱	۶۶/۴۳ \pm ۱۹/۳۶ ۶۹/۶۲ \pm ۱۷/۱۹ ۸۸/۳۳ \pm ۷/۸۱	کمتر از حد کفاف در حد کفاف بیشتر از حد کفاف	وضعیت درآمد
P=۰/۳۱۵ Z=-۱/۰۰۴	۶۸/۷۵ \pm ۱۸/۶۵ ۶۵/۷۲ \pm ۱۸/۶۸	شخصی استیجاری	وضعیت مسکن
P=۰/۸۵۵ Z=-۰/۱۸۳	۶۸/۰۱ \pm ۱۸/۵۱ ۶۸/۰۰ \pm ۲۱/۱۵	با خانواده به تنهایی	سبک زندگی

**آزمون کروسکال والیس

*آزمون من ویتنی

بحث

در این راستا، نتایج مطالعه Ainuddin و همکاران (۲۰۱۹) تحت عنوان حمایت اجتماعی و رفتارهای خودمراقبتی در بین بیماران نارسایی قلبی نیز نشان داد که خانواده، بزرگ-ترین منبع حمایت در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی می باشد (۲۱). در این راستا پژوهشگران معتقدند که الگوهای روابط اجتماعی در بافت های فرهنگی - اجتماعی مختلف بر چگونگی درک افراد از حمایت اجتماعی تاثیرگذار هستند. بنابراین حمایت اجتماعی درک شده در جوامع و فرهنگ های مختلف ممکن است نمود و بروز متفاوتی داشته باشد (۲۲). بر این اساس می توان گفت که خانواده ها نقش مهمی در ارائه عشق و فداکاری بی قید و شرط به بیماران دارند و حمایت اجتماعی که آنها ارائه می کنند، بیماران را قادر می سازد تا راحت تر با بیماری و مشکلات مربوط به آن کنار بیایند و در مدیریت بیماری به طور مؤثرتری عمل کنند (۲۳). به این ترتیب، در فرهنگ هایی مانند ایران که ساختار خانواده سنتی هنوز ادامه دارد، خانواده ها نگرش محافظتی از خود نشان می دهند و نقش مهمی به عنوان منبع حمایت اجتماعی ایفا می کنند (۲۳).

از سوی دیگر، نتایج مطالعه حاضر گویای آن است که بیماران مبتلا به نارسایی قلبی، از تاب آوری خوبی برخوردار هستند. مطالعه Rochai و همکاران که در سال ۲۰۲۲ تحت عنوان ارتباط بین تاب آوری، علائم افسردگی، و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به نارسایی مزمن قلبی انجام شد نشان داد که اکثر بیماران مبتلا به نارسایی مزمن قلبی از تاب آوری خوبی برخوردار بودند (۲۴). همچنین نتایج مطالعه Sherief و همکاران که در سال ۲۰۲۴ تحت عنوان رابطه بین شدت علائم، تاب آوری و کیفیت زندگی بیماران نارسایی احتقانی قلب بر روی ۹۸ بیمار انجام شد نشان داد که اکثر بیماران مبتلا به نارسایی قلبی، تاب آوری خوب و بالایی دارند. در واقع در مقایسه با مطالعات گذشته، اکثر بیماران در مورد بیماری و وضعیت سلامت خود مصمم تر و پذیرا تر بودند و این مسئله آن ها را قادر می ساخت تا روی اهداف خود تمرکز کنند و استقامت درونی خود را افزایش دهند (۲۵). در این رابطه پژوهشگران معتقدند که تاب آوری یکی از ویژگی های

نتایج مطالعه حاضر در ارتباط با نمره حمایت اجتماعی درک شده در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی گویای آن است که بیماران مطالعه حاضر از حمایت اجتماعی خوبی برخوردار هستند. در این راستا، مطالعه عزیززاده و همکاران که در سال ۲۰۱۳ تحت عنوان همبستگی حمایت اجتماعی درک شده و رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی بر روی ۱۷۰ نفر از بیماران مبتلا به نارسایی قلبی بستری در بیمارستان انجام شد، نشان داد که بیماران مبتلا به نارسایی قلبی از حمایت اجتماعی درک شده مطلوبی برخوردار هستند (۱۹). همچنین مطالعه منصوریه و همکاران که در سال ۲۰۱۶ بر روی ۱۴۹ بیمار مبتلا به نارسایی قلبی انجام شد نشان داد که بیماران مبتلا به نارسایی قلبی، از حمایت اجتماعی بالایی برخوردار هستند. در این مطالعه ذکر شده است که علت بالا بودن حمایت اجتماعی در این بیماران، ناشی از حمایت مداوم و موثر اعضای خانواده از این افراد در شرایط بیماری می باشد (۳). با توجه به اینکه نتایج مطالعه حاضر نیز نشان داد که افراد متاهل و افرادی که با خانواده زندگی می کنند از حمایت اجتماعی درک شده بالاتری برخوردار هستند، بنابراین یکی از علتهای حمایت اجتماعی بالا در بین بیماران مبتلا به نارسایی قلبی در مطالعه حاضر را میتوان به فرهنگ زندگی جمعی و نقش پررنگ حمایت-گری خانواده در بیماریها در فرهنگ مردم ایران، مرتبط دانست. در این راستا، مطالعه همتی پور و همکاران (۲۰۱۹) نیز نشان داد که افراد متاهل، از حمایت اجتماعی درک شده بالاتری برخوردار هستند. پژوهشگران در این مطالعه معتقد بودند که همسران، اولین منبع حمایت در افراد هستند و حضور همسران در زندگی افراد باعث افزایش احساس دوست داشتن، همبستگی و احساس تعلق به دیگری می شود (۲۰). عزیززاده و همکاران (۲۰۱۳) نیز با توجه به نتایج مطالعه خود معتقد بودند که همبستگی بین زوج ها منجر به ایجاد پیوند قدرتمندی می شود که منبع اولیه و بنیادی حمایت اجتماعی است و فرد به لحاظ اعتقاد و اطمینانی که به همسر خود دارد این پیوند را جایگاه اتکا برای ابراز تالمات می داند (۱۹).

حمایت اجتماعی درک شده و تاب‌آوری در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی، انجام اقدامات مناسب در جهت ارتقای حمایت اجتماعی و به تبع آن تقویت تاب‌آوری در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی، ضروری به نظر می‌رسد. همچنین با توجه به اینکه پرستاران نقش مهمی در مراقبت از بیماران مبتلا به نارسایی قلبی دارند لازم است پیوسته نیازهای حمایتی این بیماران را بررسی کنند و از طریق همکاری بین تیمی با سایر تخصصها، منابع حمایتی بیمار را شناسایی و تقویت کنند. همچنین پرستاران می‌توانند با کمک سایر اعضای تیم مراقبتی و همچنین با مشارکت بیمار و خانواده وی، برنامه های مراقبتی مناسبی را با هدف ارتقاء تاب‌آوری در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی تدوین نمایند.

حمایت مالی

این طرح با حمایت مالی معاونت پژوهشی و فناوری دانشگاه علوم پزشکی مشهد انجام شده است (کد طرح: ۴۰۰۲۱۰۹).

ملاحظات اخلاقی

پژوهش حاضر پس از اخذ کد اخلاق IR.MUMS.NURSE.REC.1402.011 از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی مشهد به تاریخ ۱۴۰۲.۱.۲۹ انجام گردید. قبل از انجام پژوهش، برای کلیه مشارکت کنندگان، ضرورت و نحوه ی انجام پژوهش توضیح داده شد و رضایت آگاهانه جهت انجام پژوهش، از آنها اخذ گردید. همچنین به مشارکت کنندگان جهت محرمانه ماندن اطلاعات اطمینان داده شد.

تضاد منافع

پژوهشگران اعلام می‌دارند که هیچ گونه تضاد منافی در پژوهش حاضر وجود نداشته است.

تشکر و قدردانی

مهم در بیماری‌رانی است که با بیماری‌های مزمن مواجه هستند و می‌تواند بر رضایت از زندگی تاثیر بگذارد و منجر به پاسخ‌های روانی مناسب، پذیرش زودتر بیماری و اقدامات مناسب خودمراقبتی گردد (۲۴). با توجه به اینکه بیماری‌های مزمن با شرایط دژنراتیو و طولانی‌مدت همراه هستند، نیاز به مراقبت مداوم و اتخاذ رفتارهای انطباقی، هم از سوی بیمار و هم از سوی مراقبین او ضروری است (۹). بر این اساس، به نظر می‌رسد که علت بالا بودن نمره تاب‌آوری در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی، داشتن تجربه طولانی‌مدتی در مواجهه با شرایط بیماری و توسعه راهبردهای مقابله‌ای مؤثر در طی زمان باشد که به افزایش تاب‌آوری آن‌ها کمک کرده است. علاوه بر این، وجود حمایت اجتماعی بالا در بین بیماران مطالعه حاضر میتواند توجیه کننده نمره تاب‌آوری مطلوب در این بیماران باشد.

در نهایت، نتایج مطالعه حاضر نشان داد که بین حمایت اجتماعی درک‌شده و تاب‌آوری، رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. در توضیح این یافته می‌توان گفت که حمایت اجتماعی، زمینه‌ساز برخورداری از توجه عاطفی، حمایت‌های دیگران، افزایش اطلاعات و دانش مرتبط با بیماری است و به فرد امکان می‌دهد که احساس کند که مورد توجه و ارزشمند است و بخشی از شبکه ارتباطات و تعهد متقابل می‌باشد و از این طریق اثرات نامطلوب استرس‌های بیماری را کاهش می‌دهد و به سازگاری و تاب‌آوری بیماران کمک می‌کند (۲۶) (۲۷). کهکی و همکاران نیز در مطالعه خود دریافتند که هرچه بیماران قلبی، حمایت اجتماعی بالاتری را تجربه کنند، تاب‌آوری بهتری نیز از خود نشان می‌دهند. بر این اساس، این پژوهشگران توصیه کرده‌اند که آگاهی به خانواده و اطرافیان بیمار در مورد نقش حمایت اجتماعی در بهبود بیماری و آموزش راهکارهای مناسب، می‌تواند در افزایش تاب‌آوری این بیماران تاثیر بسزایی داشته باشد (28).

نتیجه گیری

نتایج مطالعه حاضر گویای آن است که بیماران مبتلا به نارسایی قلبی از نمره حمایت اجتماعی درک‌شده و تاب‌آوری نسبتاً خوبی برخوردار هستند. همچنین با توجه به ارتباط

پژوهشگران مطالعه حاضر، از تمامی مشارکت کنندگان در این پژوهش که تجربیات خود را با محققین به اشتراک گذاشتند قدردانی می‌نمایند

مراجع

- [1] Hinkle JL, Cheever KH. Brunner and Suddarth's textbook of medical-surgical nursing: Wolters kluwer india Pvt Ltd; 2018.
- [2] Shahim B, Kapelios CJ, Savarese G, Lund LH. Global public health burden of heart failure: an updated review. *Cardiac Failure Review*. 2023;9.
- [3] 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. *J Health Promot Manag*. 2017;6(5):43-50.
- [4] Feola M, Garnero S, Vallauri P, Salvatico L, Vado A, Leto L, et al. Relationship between cognitive function, depression/anxiety and functional parameters in patients admitted for congestive heart failure. *The open cardiovascular medicine journal*. 2013;7:54.
- [5] Ketterer MW, Draus C, McCord J, Mossallam U, Hudson M. Behavioral factors and hospital admissions/readmissions in patients with CHF. *Psychosomatics*. 2014;55(1):45-50.
- [6] Halmo R, Galuszka J, Langova K, Galuszkova D. Self care in patients with chronic heart failure . Pilot study-self care includes problems. *Biomedical Papers*. 2015;159(1):124-30.
- [7] Di Palo KE. Psychological disorders in heart failure. *Heart Failure Clinics*. 2020;16(1):131-8.
- [8] Gillespie BM, Chaboyer W, Wallis M. Development of a theoretically derived model of resilience through concept analysis. *Contemporary nurse*. 2007;25(1-2):124-35.
- [9] Rezai S, Dehghanzadeh S, Akbari B. Spiritual well-being of people with heart failure: The role of resiliency and life expectancy. *Iranian Journal of Cardiovascular Nursing*. 2019;7(4):14-23.
- [10] West C, Usher K, Foster K. Family resilience: Towards a new model of chronic pain management. *Collegian*. 2011;18(1):3-10.
- [11] 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 (2008-5923)*. 2012;25(75)
- [12] Control CfD, Prevention. Social support and health-related quality of life among older adults--Missouri, 2000. *MMWR Morbidity and mortality weekly report*. 2005;54(17):433-7.
- [13] Wang Y, Wang J-J, Zhou H-F, Li W-Y, Liao Y-X, Xu M-Y, et al. The protective effect of social support on all-cause and cardio-cerebrovascular mortality among middle-aged and older adults in the US. *Scientific Reports*. 2020;10(1):14024.
- [14] Heidarzadeh M, Hasani P, Rahimzadeh A, Ghahramanian A, Kolahdouzi Pour J, Yousefi I. Quality of life and social support in congestive heart failure patients and healthy people. *JHNM* 2013; 23 (1) :13-21.
- [15] karimirad Mr, Seyedfatemi N, Noghani F, Amini E, Kamali R. Resiliency family caregivers of people with mental disorders in Tehran. *Iranian Journal of Nursing Research*. 2018;13(1):57-63.
- [16] Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress Anxiety*. 2003;18(2):76-82.
- [17] Rezaei Z, Dehghani M, Heidari M. Quality of life of women heading family: The role of resiliency, and family functioning based on mcmaster model.. *Journal Of Family Research*. 2017;13 (3): 407-421
- [18] Tamannaefifar MR, Mansourinik A. The relationship between personality characteristics, social support and life satisfaction with university students' academic performance. *Quarterly Journal of Research and Planning in Higher Education*. 2014;20(1):149-66.

- [19] Alizadeh Z, Ashktorab T, Nikravan Mofrad M, Zayeri F. Correlation between perceived social support and self-care behaviors among patients with heart failure. *Journal of Health Promotion Management*. 2014;3(1):27-34.
- [20] Hatami A, Ghalati ZK, Badrani MR, Jahangirimehr A, Hemmatipour A. The relationship between resilience and perceived social support with hope in hemodialysis patients: a cross-sectional study. *Journal of Research in Medical and Dental Science*. 2019;7(3):14-20.
- [21] Ainuddin HA, Talib SS, Abidin MZZ, Katiman D. Social support and self-care behaviour among heart failure patients. *Environment-Behaviour Proceedings Journal*. 2019;4(12):165-71.
- [22] Momeni M, Rahimpour F, Danaei M. Factors Predicting Perceived Social Support in Cancer Patients in Kerman. *Iranian Journal of Cancer Care (IJCA) Original Article*. 2024;3(1)
- [23] Karadag E, Ugur O, Mert H, Erunal M. The relationship between psychological resilience and social support levels in hemodialysis patients. *Journal of Basic and Clinical Health Sciences*. 2019;3(1):9-15.
- [24] Rochal T, de Figueiredo Neto JA, Santos E, Pereiral M, de Deus KMS, Mourilhe-Rochall R. Association between resilience, depressive symptoms and quality of life in patients with chronic heart failure. *Rev enferm UERJ, Rio de Janeiro*. 2022;30:e65524.
- [25] Sherief HEH, Mohammed MAE-R, Abdelkader HM. Relation between Severity of Symptoms, Resilience and Health-Related Quality of Life in Patients with Congestive Heart Failure. 2024;11(1):
- [26] Besharat M-A, Ramesh S. The relation between resilience, spiritual well-being, and social support with adjustment to heart disease. *Health and Development Journal*. 2019;8(1):1-15.
- [27] Keyes C, Michalec B, Kobau R, Zahran H, Zack M, Simoes E. Social Support and Health-Related Quality of Life Among Older Adults--Missouri, 2000. *MMWR: Morbidity & Mortality Weekly Report*. 2005;54.(17):433
- [28] Mincu CL, Taşcu A. Social support, satisfaction with physician-patient relationship, couple satisfaction, body satisfaction, optimism as predictors of life satisfaction in people having a current perceived health problem. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2015;187:772-6.