دارای موافقت اصولی جهت اخذ رتبه علمی پژوهشی از کمیسیون نشریات پزشکی

انجمن علمی پرستاری ایران

پژوهش توانبخشی در پرستاری

دوره اول شماره ۳ بهار ۱۳۹٤ شماره استاندارد بین المللی: ۲۳۸۳-٤۳٤X

بررسی توانمندی سالمندان با بیماری‌های قلبی و عروقی در دریافت حمایت اجتماعی..... ۱

سیده مریم موسوی، مریم روانی پور، شهناز پولادی، نیلوفر معتمد، مریم برکت

مقایسه ی عملکرد شناختی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروز و همتایان عادی..... ۱۳

دکتر منصور بیرامی، دکتر تورج هاشمی، دکتر علی اکبر طاهر اقدم، دکتر مجید محمودعلیلو، بهزاد نیکزاد

تعیین روایی ملاک مقیاس تبعیت از رژیم دارویی موریسکی در بیماران دیابتی نوع دو..... ۲٤

رضا قانعی قشلاق، عباس عبادی، علی اکبر ویسی رایگانی، کیان نوروزی تبریزی، اصغر دالوندی، حسن محمودی

اثربخشی مداخله شناختی ـ رفتاری مبتنی بر تعلل بر عزت¬نفس، عملکرد و اهمال¬کاری تحصیلی دانش¬آموزان مقطع متوسطه..... ۳۳

عزت الله قدم پور، فاطمه امیری، معصومه زنگی آبادی، مسلم اصلی آزاد

رابطه سبک‌های دلبستگی با هیجان خواهی در دختران دبیرستانی شهر اصفهان..... ٤٥

مرضیه جلوانی، احمد عابدی، اصغر آقایی جشوقانی

مقایسه‌ی معنای زندگی و امیدواری در معلولین ضایعه نخاعی، نابینا و افراد غیر معلول..... ٥٤

آناهیتا خدابخشی کولایی، اعظم اسماعیلی فر، محمدرضا فاسفی نژاد

مقایسه بهزیستی روان‌شناختی والدین کودکان قلدر خشمگین با بهزیستی روان‌شناختی والدین کودکان قربانی قلدری و کودکان عادی شهر تبریز..... ٦٥

سپیده کاظمی، منصور بیرامی، یزدان موحدی

پرستاری از راه دور در مراقبت بیماری‌های مزمن: یک مرور نظام‌مند..... ۷٦

امین اجلی، مسعود فلاحی خشکناب

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-11-04]

به نام خداوند جان و خرد

نشریه پژوهش توانبخشی در پرستاری

فصلنامه علمی-پژوهشی انجمن علمی پرستاری ایران

دوره اول، شماره ۳ - بهار ۱۳۹٤

•**صاحب امتیاز:** انجمن علمی پرستاری ایران

•**مدیر مسؤول:** دکتر کیان نوروزی

•**سردبیر:** دکتر مسعود فلاحی خشکناب

•**مدیر اجرایی:** زهرا تمیزی

•**کارشناس نشریه:** اکرم پورولی

•**شماره مجوز وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی:** ۳۲۹۶۱/۹۲ مورخ ۱۳۹۲/۱۱/۲۳

•**شماره بین المللی نشریه چاپی:** ISSN: ۲۳۸۳-۴۳۴X مورخ ۱۳۹۳/۱۰/۱۰

•**شماره بین‌المللی نشریه الکترونیکی:** e-ISSN: ۲۳۸۳-۴۳۵۸ مورخ ۱۳۹۳/۱۰/۱۰

اعضای هیأت تحریریه (به ترتیب حروف الفبا):

- دکتر نرگس ارسلانی، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر فاطمه الحانی، دانشیار دانشگاه تربیت مدرس
– دکتر اصغر دالوندی، استادیار پرستاری دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر ناهید رژه، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شاهد
- دکتر مریم روانی پور دانشیار پرستاری دانشگاه علوم پزشکی بوشهر
- دکتر عباس عبادی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله
- دکتر مسعود فلاحی خشکناب، دانشیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر سادات سیدباقر مداح، استادیار آموزش پرستاری دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر فرحناز محمدی، دانشیار پرستاری دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر سهیل نجفی، استادیار پرستاری دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله
- دکتر منیر نوبهار، دانشیار پرستاری دانشگاه علوم پزشکی سمنان
- دکتر کیان نوروزی تبریزی، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر علیرضانیکبخت نصرآبادی، استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر مجیده هروی کریموی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شاهد
- دکتر فریده یغمایی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

• داوران این شماره (به ترتیب حروف الفبا):

فاطمه پاشایی
زهرا تمیزی
نسرین جعفری گلستان
طیبه حسن تهرانی
دکتر آناهیتا خدابخشی کولایی
دکتر مریم روانی پور
دکتر کوروش زارع
دکتر محمد علی سلیمانی
مرتضی شمسی زاده
دکتر رضا ضیغمی
رضا قانعی قشلاق
داود عرب قهستانی
زهرا مختاری
یزدان موحدی
دکتر منیر نوبهار

• **ویراستار انگلیسی:** دکتر کیان نوروزی

• **ویراستار فارسی:** دکتر کیان نوروزی

•**حروفچینی و صفحه آرایی:** مهندس صادق توکلی

•**طراح جلد:** مهندس صادق توکلی

•**ناشر:** انجمن علمی پرستاری ایران

•**نشانی:** تهران میدان توحید-دانشکده پرستاری و مامایی تهران

•**کدپستی:** ۱٤۱۹۷۳۳۱۷۱ **صندوق پستی:** ۱٤۱۹۵/۳۹۸ **تلفن و نمابر:** ٦٦۵۹۲۵۳۵

E-mail: info@ijrn.ir, **Website:** http://ijrn.ir

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-11-04]

پژوهش توانبخشی در پرستاری دوره اول، شماره ۳ بهار ۱۳۹۴ ۱۲-۱

بررسی توانمندی سالمندان با بیماری‌های قلبی و عروقی در دریافت حمایت اجتماعی

سیده مریم موسوی[۱]، *مریم روانی پور[۲]، شهناز پولادی[۳]، نیلوفر معتمد[۴]، مریم برکت[۵]

چکیده

مقدمه: افزایش مشکلات دوران سالمندی به همراه اختلالات قلبی و عروقی، توانمندی سالمندان در مدیریت زندگی فردی و بهره‌مندی از حمایت‌های اجتماعی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. لذا هدف از این مطالعه تعیین میزان توانمندی سالمندان مبتلا به بیماری‌های قلبی و عروقی در دریافت حمایت‌های اجتماعی می‌باشد.

روش: در این مطالعه‌ی توصیفی- تحلیلی، ۲۵۰ سالمند مبتلا به بیماری‌های قلبی و عروقی مراجعه‌کننده به مرکز قلب بوشهر در سال ۱۳۹۳ با روش نمونه‌گیری آسان وارد مطالعه شدند. جهت جمع‌آوری اطلاعات، از پرسشنامه پژوهشگر ساخته استفاده شد. روایی محتوی و روایی سازه پرسشنامه از طریق تحلیل عامل اکتشافی تعیین، همچنین جهت پایایی پرسشنامه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ محاسبه گردید. اطلاعات با استفاده از آمار توصیفی و آزمون‌های تی تست، آنالیز واریانس و ضریب همبستگی پیرسون تحت نرم افزار SPSS نسخه‌ی ۱۸ تجزیه‌وتحلیل گردیدند.

یافته‌ها: میانگین و انحراف معیار سن سالمندان شرکت‌کننده ۷/۴۳±۶۶/۵۸ بود. توانمندی سالمندان در دریافت حمایت اجتماعی ۰/۴ درصد ضعیف، ۲۰/۸ درصد متوسط، ۶۲/۴ درصد خوب و ۱۶/۴ درصد خیلی خوب بودند. در بررسی ارتباط بین اطلاعات دموگرافیک و حیطه‌های توانمندی، بین سطح تحصیلات و حیطه‌های دریافت اطلاعات از خانواده و اطرافیان، مدیریت عوامل خطرزای بیماری، استقلال عملکردی و ذهنی و رضایتمندی از دستیابی به اهداف، رابطه‌ی معنی دار آماری وجود داشت ($p< ۰/۰۵$). جنسیت، سن، میزان درآمد ماهیانه و وضعیت تأهل با توانمندی کل ارتباط معنی داری نداشتند ($p>۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: یافته‌های این پژوهش بیانگر توانمندی خوب اکثریت سالمندان مبتلا به بیماری‌های قلبی و عروق در دریافت حمایت‌های اجتماعی است. لذا جهت دستیابی به سطوح بالاتر توانمندی، انجام مداخلات توانمندسازی سالمندان در حوزه‌ی حمایت اجتماعی پیشنهاد می‌گردد.

کلیدواژه‌ها: سالمندان، بیماری‌های قلبی و عروقی، حمایت اجتماعی.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۱۰/۱ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۱۱/۱۶

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش پرستاری، عضو کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران.

۲- دانشیار گروه پرستاری، مرکز تحقیقات طب گرمسیری و عفونی خلیج‌فارس، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران. **(نویسنده مسؤول)**

پست الکترونیکی: ravanipour@bpums.ac.ir

۳- استادیار گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران.

۴- دانشیار گروه پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران.

۵- استادیار و فلوشیپ نارسایی قلب گروه قلب، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران.

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-11-04]

مقدمه

بهبود وضعیت بهداشتی و پزشکی در نیمه‌ی دوم قرن بیستم، افزایش امید به زندگی و پدیده‌ی سالمندی را به دنبال داشته است. در حال حاضر جمعیت سالمندان در سراسر جهان ۶۰۰ میلیون نفر می‌باشد، به‌طوری‌که پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۲۵ و ۲۰۵۰ به ترتیب این میزان به ۱/۲ و ۱/۵ بیلیون سالمند برسد (۱). کشور ایران نیز از این قاعده مستثنی نیست، به‌طوری‌که پیش‌بینی می‌شود در ایران جمعیت سالمندان از ۷/۲ میلیون نفر در سال ۲۰۰۶ به ۱۰ میلیون نفر در سال ۲۰۱۹ برسد (۲). با پیر شدن جمعیت، خطر زندگی با بیماری‌های مزمن نظیر دیابت نوع ۲، استئوپروز و بیماری‌های قلبی‌وعروقی افزایش می‌یابد (۳). بیماری‌های قلبی و عروقی اولین علت مرگ‌ومیر در دنیا هستند و پیش‌بینی می‌شود همچنان در این رتبه باقی بمانند. بنا به گزارش انجمن قلب آمریکا در این کشور در حال حاضر در بین سنین ۷۹-۶۰ سال به تفکیک جنس ۷۰/۲ درصد از مردان و ۷۰/۹ درصد از زنان به بیماری‌های قلبی و عروقی مبتلا هستند. به‌طوری‌که هزینه‌های مصرفی در بیماری‌های قلبی و عروقی در سالمندان ۶۵ سال به بالا در این کشور در سال ۲۰۰۹ به میزان ۱۲/۲ بیلیون دلار تخمین زده‌شده است (۴). در ایران نیز بیماری‌های قلبی و عروقی یکی از علل اصلی مرگ‌ومیر می‌باشد که بیش‌تر مردان و افراد بالای ۶۵ سال را درگیر می‌نماید (۵) بار اقتصادی، اجتماعی و روحی و روانی بیماری‌های قلبی و عروقی، شامل هزینه بستری شدن بیماران و اقدامات پزشکی، کاهش کیفیت زندگی، ازکارافتادگی، محدودیت‌های عملکردی، اضطراب و افسردگی می‌باشد (۶).

با عنایت به این که بیماری‌های قلبی و عروقی می‌تواند در تمام طول عمر همراه فرد باشد و علاوه بر مددجو، سایر افراد خانواده و حتی جامعه را نیز متأثر کند، لازم است تا مددجو برای کنترل بهتر بیماری و برخورداری از سبک زندگی بهتر توانمند شود (۷). توانمندی فرایندی پویا، مثبت، تعاملی و اجتماعی است. فرایندی است که در ارتباط با دیگران شکل‌گرفته و به بهبود کیفیت زندگی افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن، مسئولیت‌پذیری، تعامل بهتر با مسئولان بهداشتی، رضایت، پاسخ بهتر به درمان و پیشگیری از عوارض منجر می‌شود (۸). به حداکثر رساندن منابع قدرت فرد، توانایی او را در سازگاری با بیماری‌های مزمن تسهیل می‌کند. در مطالعه‌ی کیفی روانی پور و همکاران در بررسی منابع قدرت در سالمندان ایرانی، قدرت اجتماعی که در تعامل با دیگران حاصل می‌شود، یکی از منابع مهم قدرت معرفی شده است (۹). هم‌چنین سایر منابع قدرت فرد شامل قوای جسمانی، پنداشت از خود مثبت، انرژی، دانش، انگیزه و سیستم اعتقادی می‌باشد. افرادی که بیماری مزمن دارند، ممکن است در منابع قدرت دچار کمبود باشند مثلاً در منابع قوای جسمی و انرژی، بنابراین مابقی منابع قدرت نیاز به توسعه داشته تا از بی‌قدرتی فرد جلوگیری شود (۱۰).

یکی از تدابیر مراقبتی ضروری در این بیماران جهت تحقق موفقیت نسبی در مدیریت مشکلات مزمن، طرح مراقبتی حمایت اجتماعی می‌باشد (۱۱). حمایت اجتماعی در قالب تعداد ارتباطات اجتماعی یک فرد (حمایت ساختاری Structural social support) و کیفیت منابع این ارتباطات (حمایت عملکردی Functional social support) تعیین می‌شود. حمایت ساختاری به اشخاص و افرادی که پیرامون انسان هستند برمی‌گردد. در حقیقت به میزان گستردگی شبکه اجتماعی (تعداد مخاطبین) و دفعات ارتباط با این شبکه و عضویت در گروه‌های اجتماعی و هم‌چنین وضعیت تأهل فرد بستگی دارد. حمایت عملکردی متشکل از حمایت ابزاری (انجام فعالیت‌های روزانه زندگی، نقل و انتقالات، کارهای مربوط به بیماری و حمایت مالی)، حمایت اطلاعاتی (فراهم آوردن اطلاعات و ارتقاء دانش فرد)، حمایت ارزیابی (ارزشیابی موقعیت‌ها و بازخورد اطلاعات به فرد جهت مقایسه خود با دیگران) و حمایت عاطفی (مورد عشق و محبت واقع‌شدن) می‌باشد (۱۲). Cohen اظهار می‌دارد دو مکانیسم فیزیولوژیک و رفتاری باعث همبستگی بین بیماری و حمایت اجتماعی می‌شود. در حیطه‌ی فیزیولوژیک، هیجانات منفی مانند استرس و افسردگی منجر به تحریک سیستم آندوکرین و متعاقب آن حوادث خطرناک قلبی می‌شود. حمایت اجتماعی بالا نقشی تعدیل‌کننده و میانجی Buffering در مقابل تحریک سیستم

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-11-04]

آندوکرین نسبت به استرس دارد. در حیطه‌ی رفتاری نیز حمایت اجتماعی مشوق و برانگیزاننده‌ی افراد در تبعیت از رژیم‌های درمانی و اتخاذ رفتارهای سالم بهداشتی می‌باشد (۱۳).

در مطالعه‌ی Arestedt و همکاران در کشور سوئد در بررسی سالمندان مبتلا به نارسایی مزمن قلبی، بین حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی بخصوص در بعد روحی و روانی ارتباط مستقیم معنی‌داری یافت شد (۱۴). در مطالعه‌ای دیگر در کشور تایوان سطوح بالای حمایت اجتماعی منجر به عملکردهای شناختی بهتر در سالمندان گشته است (۱۵). علیزاده و مسعودنیا نیز در مطالعات خود در کشور ایران همبستگی مثبت و معنی‌داری به ترتیب بین حمایت اجتماعی درک شده و رفتارهای خودمراقبتی و پایبندی به دستورات پزشکی در بیماران قلبی و عروقی گزارش کرده‌اند (۱۶، ۱۷). هم‌چنین بر اساس نتایج برخی مطالعات، افزایش میزان حمایت اجتماعی با کاهش میزان بستری و پذیرش بهتر درمان در بیماری‌های مزمن همراه است (۱۸)؛ اما ذکر این نکته ضروری به نظر می‌رسد که انواع فعالیت‌های حمایتی، بدون خواست و نیاز بیمار به آن‌ها، امکان‌پذیر نمی‌باشد به‌عبارت‌دیگر آن‌طرف سکه، حمایت، جستجو و طلب حمایت توسط بیمار است (۱۹). این در حالی است که برخی تحقیقات نمایانگر میزان حمایت اجتماعی متوسط و پایین در سالمندان می‌باشد (۱،۱۱،۲۰).

نتایج یک مطالعه مروری در تحلیل مداخلات توانمندسازی در سالمندان مبتلا به بیماری‌های مزمن نشان داد که در اکثر مداخلات توانمندسازی به بعد اجتماعی سالمندان توجه نشده است؛ اگرچه حمایت اجتماعی یک جزء مهم در توانمندسازی سالمندان مبتلا به بیماری‌های مزمن محسوب می‌شود ولی بااین‌وجود توجه اندکی به این مقوله شده است (۲۱).

به نظر می‌رسد آگاهی از سطح توانمندی سالمندان مبتلا به بیماری‌های قلبی و عروقی در دریافت حمایت اجتماعی بسیار حائز اهمیت بوده و بستری مناسب جهت مداخلات توانمندسازی سالمندان، در این حوزه را فراهم آورد. با مروری بر مطالعات داخلی و خارجی انجام‌گرفته در زمینه‌ی حمایت اجتماعی، نتایج حاکی از آن است که اکثر مطالعات به توصیف میزان حمایت‌های دریافتی فرد در ابعاد مختلف از اعضاء شبکه اجتماعی پرداخته‌اند و کم‌تر مطالعه‌ای توانمندی خود فرد سالمند را در دریافت حمایت اجتماعی موردسنجش قرار داده است و این در حالی است که اکثر متخصصان حمایت اجتماعی بر این باورند که میزان و نحوه‌ی تعامل سالمندان با اعضاء شبکه در کسب انواع حمایت‌ها و تبادل آن‌ها نقش به سزایی دارد (۲۲). هم‌چنین Fisher در مطالعه‌ی خود در کالیفرنیای شمالی، ویژگی‌های فردی (سن، وضعیت تأهل، طبقه‌ی اقتصادی و اجتماعی و مهارت‌های ارتباطی) را بر شبکه‌های اجتماعی و حمایت‌های اجتماعی مؤثر می‌داند. او ویژگی‌ها را از جهت فرصت‌ها و محدودیت‌هایی که بر فرد اعمال می‌کنند موردتوجه قرار می‌دهد (۲۳)؛ بنابراین در این مطالعه سعی شده است تا علاوه بر سنجش توانمندی سالمندان در دریافت حمایت اجتماعی به بررسی ارتباط بین ویژگی‌های جمعیت شناختی سالمندان و میزان توانمندی آن‌ها نیز پرداخته شود. هدف از مطالعه‌ی حاضر تعیین توانمندی سالمندان مبتلا به بیماری‌های قلبی و عروقی در دریافت حمایت اجتماعی می‌باشد.

روش مطالعه

مطالعه‌ی حاضر از نوع توصیفی- تحلیلی می‌باشد. جامعه‌ی موردپژوهش شامل کلیه‌ی سالمندان مبتلا به بیماری‌های قلبی و عروقی بستری در مرکز آموزشی- درمانی تخصصی قلب بوشهر از ابتدای تیرماه تا پایان شهریورماه ۱۳۹۳ می‌باشند که از طریق نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه قرارگیری در محدوده سنی ۶۰ سال به بالا، توانایی فهم، قدرت تکلم و سابقه‌ی ابتلاء به بیماری‌های قلبی و عروقی حداقل ۶ ماه قبل از مطالعه طبق تأیید پزشک متخصص قلب و عروق بود و معیارهای خروج شامل عدم هوشیاری کامل بیمار در پاسخ‌گویی به سؤالات پرسشنامه، نداشتن بیماری روحی و روانی خاص و مصرف داروهای ضدافسردگی و روان‌گردان بود. داده‌ها از طریق پرسشنامه پژوهشگر ساخته که شامل دو قسمت اطلاعات جمعیت شناختی (سن، جنس، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، میزان درآمد ماهیانه، سابقه بستری قبلی، تشخیص

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-11-04]

بیماری و تعداد اعضای خانواده) و توانمندی دریافت حمایت اجتماعی در ۷ بعد جمع‌آوری گردید.

در این مطالعه طراحی و روان‌سنجی پرسشنامه، طبق روش Waltz 2010 انجام گردید (۲۴). بدین‌صورت که در ابتدا مفهوم توانمندی سالمندان مبتلا به بیماری‌های قلبی و عروقی در دریافت حمایت اجتماعی بامطالعه‌ی هدفمند و مرور مقالات مربوطه و الگوی توانمندسازی خود مدیریتی (۲۵) تعریف گردید. پس از آن با الهام از پرسشنامه‌های حمایت اجتماعی موجود در ایران و خارج از جمله پرسشنامه حمایت اجتماعی Sarason و پرسشنامه حمایت اجتماعی درک شده در بیماران نارسایی قلبی (۱۱)، نسخه‌ی اولیه‌ی پرسشنامه با ۳۵ گویه طراحی شد. جهت تعیین روایی صوری به روش کمی تأثیر آیتم Impact Score، پرسشنامه در اختیار ۱۰ نفر از سالمندان واجد شرایط پژوهش قرار داده شد و امتیاز تأثیر تمامی گویه‌ها از ۱/۵ بالاتر شد. هم‌چنین اعتبار محتوا پرسشنامه از طریق تعیین نسبت روایی محتوا Content Validity Ratio و شاخص روایی محتوا Content Validity Index محاسبه گردید که جهت تعیین این موارد پرسشنامه در اختیار ۱۰ نفر از اساتید مجرب در حوزه‌ی سالمندان قرار داده شد، به‌طوری‌که در این مرحله ۴ گویه از پرسشنامه حذف و شاخص روایی محتوا و نسبت روایی محتوا پرسشنامه ۳۱ گویه‌ای به ترتیب ۰/۹۴ و ۰/۹۶ محاسبه گردید. جهت تعیین روایی سازه از روش تحلیل عامل اکتشافی استفاده شد. در مورد حداقل حجم نمونه‌ی مورد نیاز جهت انجام تحلیل عاملی، منابع و متون معتبر نسبت متغیر به آزمودنی را معادل حداقل یک به پنج ذکر می‌کنند (۲۶). در این مطالعه با در نظر گرفتن نسبت متغیر به آزمودنی یک به هشت حجم نمونه ۲۵۰ نفر در نظر گرفته شد. بر اساس تحلیل عامل اکتشافی، ۸ گویه به دلیل بار عاملی کمتر از ۰/۵ به ترتیب ۰/۳۷۲، ۰/۴۹۵، ۰/۴۴۰، ۰/۴۳۴، ۰/۴۷۳، ۰/۴۷۵، ۰/۴۸۲ و ۰/۴۹۹ حذف گردیدند و تعداد گویه‌های پرسشنامه به ۲۳ گویه تقلیل یافت. ابعاد توانمندی در ۷ عامل شامل دریافت اطلاعات از خانواده و اطرافیان (۳ گویه)، دریافت اطلاعات از کادر درمان (۴ گویه)، مدیریت عوامل خطرزای بیماری (۵ گویه)، مدیریت درمان دارویی (۲ گویه)، استقلال عملکردی و ذهنی (۳ گویه)، برقراری ارتباط مؤثر با اطرافیان (۲ گویه) و رضایتمندی از دستیابی به اهداف (۴ گویه) دسته‌بندی گردید.

پایایی درونی پرسشنامه کلی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ و پایایی بیرونی آن با استفاده از روش باز آزمون و تعیین ضریب همبستگی پیرسون، ۰/۸۳ محاسبه گردید. پایایی درونی هرکدام از حیطه‌های توانمندی با استفاده از تعیین ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۶۹۹، ۰/۷۹۲، ۰/۸۰۹، ۰/۵۷۳، ۰/۵۹۳، ۰/۵۴۱ و ۰/۶۱۷ محاسبه گردید. لازم به ذکر است در پرسشنامه مذکور تمامی سؤالات مثبت هستند و مقیاس پاسخ‌گویی به پرسشنامه لیکرت ۴ گزینه‌ای به شکل هیچ‌وقت (۱ امتیاز)، گاهی اوقات (۲ امتیاز)، بیش‌تر اوقات (۳ امتیاز) و همیشه (۴ امتیاز) می‌باشد؛ بنابراین حداقل امتیاز کل پرسشنامه ۲۳ و حداکثر امتیاز کل پرسشنامه ۹۲ خواهد بود. به‌منظور Scoring میزان توانمندی سالمند، پژوهشگر پرسشنامه را در دسته‌های سه، چهار و پنج سطحی مورد بررسی قرار داد؛ که با بررسی نمودارهای توزیع نرمال در این سه سطح مشاهده شد که توزیع نمرات در وضعیت چهار سطحی به توزیع نرمال نزدیک‌تر است. به‌منظور تعیین محاسبه فاصله نرم مقیاس چهار طبقه‌ای پرسشنامه توانمندی سالمند جهت تعیین کیفیت سطوح توانمندی سالمند در دریافت حمایت اجتماعی از فرمول ذیل استفاده گردید (۲۷).

$$\text{فاصله نرم مقیاس} = \frac{\text{حداکثر کل امتیاز پرسشنامه} - \text{حداقل کل امتیاز پرسشنامه}}{\text{تعداد طبقات پاسخ‌گویی به سؤالات پرسشنامه}}$$

بدین ترتیب سطح توانمندی سالمند در دریافت حمایت اجتماعی در یک مقیاس لیکرت ۴ امتیازی به این شرح ضعیف (۴۰-۲۳)، متوسط (۵۷-۴۰/۱) خوب (۷۴-۵۷/۱)، خیلی خوب (۹۲-۷۴/۱) توصیف گردید. پژوهشگر پس از انجام مراحل روان‌سنجی پرسشنامه و اخذ مجوزهای قانونی لازم، با حضور مستقیم در سه شیفت کاری (صبح، عصر و شب) واحدهای موردپژوهش را انتخاب نموده و پس از ارائه توضیحات لازم در خصوص اهداف مطالعه و نحوه‌ی تکمیل پرسشنامه، رضایت‌نامه آگاهانه را از آن‌ها اخذ کرده و سپس پرسشنامه توسط خود

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-11-04]

پژوهشگر یا همراه بیمار از طریق مصاحبه با سالمند تکمیل و یا خود سالمند در صورت داشتن سواد مبادرت به تکمیل پرسشنامه می‌نمود. مدت‌زمان لازم جهت تکمیل پرسشنامه با توجه به داشتن سواد سالمند، بین ۱۵ تا ۳۰ دقیقه متغیر بود. زمان مناسب جهت مصاحبه با بیمار، با توجه به تشخیص بیماری و مشورت با پزشک متخصص قلب و عروق و پرستاران بخش و اعلام آمادگی بیمار، تعیین می‌شد. نمونه‌گیری به مدت سه ماه به طول انجامید. تجزیه‌وتحلیل داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و آزمون‌های آماری تحلیل واریانس یک‌طرفه، تی‌مستقل و ضریب همبستگی پیرسون تحت نرم افزار SPSS نسخه ۱۸ انجام گردید.

یافته‌ها

نتایج مطالعه نشان داد که از ۲۵۰ سالمند مبتلا به بیماری‌های قلبی و عروقی در این مطالعه ۲۵/۲ درصد تحت عمل جراحی عروق کرونر قلب، ۱۶/۸ درصد انفارکتوس قلبی، ۲۰ درصد سندروم حاد کرونر، ۱۷/۶ درصد تحت اقدامات جلدی کرونر، ۱۲ درصد فشارخون بالا، ۵/۲ درصد نارسایی احتقانی قلب، ۲/۴ درصد بلاک کامل قلبی و ۰/۸ درصد به فیبریلاسیون دهلیزی مبتلا بودند. میانگین و انحراف معیار سن افراد موردپژوهش ۷/۴۳±۶۶/۵۶ سال بود. اکثریت افراد شرکت‌کننده مرد (۵۲/۸ درصد) و متأهل (۸۰/۴ درصد) بودند. ۶۷/۶ درصد افراد درآمد ماهیانه بین ۵۰۰ هزار تا یک میلیون تومان داشتند، اکثریت سالمندان بی‌سواد (۴۸/۴ درصد) و هم‌چنین ۷۹/۶ درصد آن‌ها سابقه‌ی بستری قبلی داشتند (جدول شماره ۱).

در رابطه با سطح توانمندی واحدهای موردپژوهش در دریافت حمایت اجتماعی ۰/۴ درصد در حد ضعیف، ۲۰/۸ درصد در حد متوسط، ۶۲/۴ درصد خوب و ۱۶/۴ درصد توانمندی در حد خیلی خوب داشتند. بیش‌ترین میزان توانمندی در دریافت حمایت اجتماعی مربوط به برقراری ارتباط مؤثر با اطرافیان بود. نتایج پژوهش در بررسی ارتباط بین ویژگی‌های جمعیت شناختی سالمندان شرکت‌کننده و نمره کلی توانمندی و ابعاد آن نشان داد که بین سطح تحصیلات و توانمندی کل و همچنین ابعاد دریافت اطلاعات از خانواده و اطرافیان، مدیریت عوامل خطرزای بیماری، استقلال عملکردی، ذهنی و رضایتمندی از دستیابی به اهداف ارتباط معنی‌دار آماری مشاهده شد (جدول شماره ۲).

نتایج همچنین بیانگر آن بود که بین متغیرهای جنسیت، سن، میزان درآمد ماهیانه و تعداد اعضای خانواده با توانمندی کل، رابطه معنی‌دار آماری مشاهده نشد. اگرچه یافته‌ها نشان دادند که بعد رضایتمندی از دستیابی به اهداف و میزان درآمد ماهیانه ($P=۰/۰۲$) و سن ($P<۰/۰۰۱$) با یکدیگر رابطه‌ی معنی‌دار آماری داشتند؛ به‌طوری‌که در سالمندان زیر ۷۰ سال میانگین رضایتمندی در دستیابی به اهداف بالاتر از سالمندان ۷۰ سال به بالا بود. آزمون تی در بررسی ارتباط بین متغیر جنسیت و توانمندی سالمندان و ابعاد آن تنها در بعد استقلال عملکردی و ذهنی، تفاوت معنی‌دار آماری بین میانگین نمرات زن و مرد نشان داد ($P<۰/۰۵$)، به‌طوری‌که مردان در این بعد از توانمندی، نمرات بالاتری را کسب کرده بودند.

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-11-04]

جدول شماره ۱: ویژگی‌های جمعیت شناختی سالمندان شرکت‌کننده در پژوهش

متغیر		تعداد (N=250)	درصد (٪)
جنس	زن	۱۱۸	۴۷/۲
	مرد	۱۳۲	۵۲/۸
سن	<۷۰	۱۷۵	۷۰
	≥۷۰	۷۵	۳۰
وضعیت تأهل	مجرد	۴	۱/۶
	متأهل	۲۰۱	۸۰/۴
	مطلقه	۲	/۸
	بیوه	۴۳	۱۷/۲
تحصیلات	بی‌سواد	۱۲۱	۴۸/۴
	ابتدایی	۷۴	۲۹/۶
	دیپلم	۳۰	۱۲
	دانشگاهی	۲۵	۱۰
درآمد (تومان)	۱۰۰۰۰۰۰> تا ۵۰۰۰۰۰	۱۶۹	۶۷/۶
	۱۵۰۰۰۰۰> تا ۱۰۰۰۰۰۰	۵۵	۲۲
	۲۰۰۰۰۰۰> تا ۱۵۰۰۰۰۰	۱۳	۵/۲
	≥ ۲۰۰۰۰۰۰	۱۳	۵/۲
سابقه بستری قبلی	بلی	۱۹۹	۷۹/۶
	خیر	۵۱	۲۰/۴

جدول شماره ۲: میانگین و انحراف معیار نمرات توانمندی کل و ابعاد آن در دریافت حمایت اجتماعی و ارتباط متغیر سطح تحصیلات با توانمندی

ابعاد توانمندی	میانگین	انحراف معیار	سطح تحصیلات	
			F	P*
دریافت اطلاعات از خانواده و اطرافیان	۲/۴۵	۰/۷۱۸	۳/۸۱۰	۰/۰۱۱
دریافت اطلاعات از کادر درمان	۲/۵۴	۰/۶۶۶	۲/۱۶۹	۰/۰۹۲
مدیریت عوامل خطرزای بیماری	۲/۷۱	۰/۶۲۷	۴/۵۸۷	۰/۰۰۴
مدیریت درمان دارویی	۳/۱۲	۰/۷۰۲	۰/۹۲۶	۰/۴۲۹
استقلال عملکردی و ذهنی	۳/۱۲	۰/۶۱۶	۳/۳۵۰	۰/۰۲۰
برقراری ارتباط مؤثر با اطرافیان	۳/۳۷	۰/۵۸۶	۱/۵۴۵	۰/۲۰۴
رضایتمندی از دستیابی به اهداف	۲/۸۲	۰/۵۳۵	۱۲/۶۵۰	۰/۰۰۰
توانمندی کل	۶۴/۷۶	۹/۳۸۵	۴/۱۶۶	۰/۰۰۷

* آزمون آنالیز واریانس یک‌طرفه. One way ANOVA

بحث

مطالعه‌ی حاضر باهدف تعیین سطح توانمندی سالمندان مبتلا به بیماری‌های قلبی و عروقی در دریافت حمایت اجتماعی انجام گردید. با توجه به گویه‌های پرسشنامه، در این مطالعه توانمندی سالمند در دریافت به‌موقع اطلاعات از اعضاء خانواده، اطرافیان، پزشک و پرستار پیرامون بیماری خود، گرفتن کمک جهت مدیریت درمان دارویی، مطرح کردن مسائل خود با خانواده و کادر درمان و پیروی از دستورات و توصیه‌های ارائه‌شده، حفظ جایگاه خود در خانواده و تلاش جهت دستیابی به اهداف با کمک اطرافیان، موردسنجش قرارگرفته است.

مطابق یافته‌های مطالعه‌ی حاضر، اکثریت سالمندان (۶۲/۴ درصد) شرکت‌کننده در مطالعه، از توانمندی مطلوبی در دریافت حمایت‌های اجتماعی برخوردار بودند. در مطالعات علیزاده و حیدرزاده نیز بیماران مبتلا به بیماری‌های قلبی و عروقی، از حمایت اجتماعی مطلوبی برخوردار بودند (۲۸،۱۶). درحالی‌که در مطالعه‌ی چراغی و همکاران، اکثریت بیماران مبتلا به نارسایی قلبی سطوح پایینی از حمایت اجتماعی درک شده را گزارش کرده بودند (۲۰). Williams و همکاران در ایالت آلاباما آمریکا نشان دادند بیمارانی که تحت عمل جراحی پیوند عروق

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-11-04]

کرونر قرارگرفته بودند از میزان حمایتی که از اعضاء شبکه خود دریافت می‌کردند رضایت کافی داشتند (۲۹). به نظر می‌رسد در شرایط تنش‌زای بیماری، همراهی، همدردی و مراقبت‌های اعضاء خانواده و اطرافیان بیش‌تر مشاهده می‌شود. علیرغم اینکه برخی شواهد حاکی از آن است که ظهور خانواده‌های هسته‌ای امروزی منجر به تغییر عملکردها و نقش‌های اعضاء خانواده و محدودیت‌هایی در خصوص ورود سالمندان به زندگی فرزندان خود شده (۳۰)، بااین‌وجود برخی مطالعات به جایگاه و نقش مرجعیت سالمندان و اینکه اعضاء خانواده به‌عنوان یک تکیه‌گاه و حامی به سالمند خود نگاه می‌کنند، اشاره داشته است و همین صمیمیت و روابط محکم سالمندان را قادر می‌سازد تا در شرایط بحرانی بیماری و در طول بیماری از اعضاء خانواده و اطرافیان، به‌موقع درخواست کمک کرده و مسائل و مشکلات خود را با آن‌ها مطرح نمایند (۳۱). همچنین یافته‌های پژوهش نشان داد بیش‌ترین میزان توانمندی سالمندان، مربوط به بعد برقراری ارتباط مؤثر با اطرافیان بود. در سازگاری و سالمندی موفق، ارتباطات رضایت‌بخش اجتماعی و صمیمیت امری اساسی محسوب می‌شوند (۱۰). در مطالعه‌ی کیفی پورقانع و همکاران پیرامون راهبردهای تطابقی بیماران پس از عمل جراحی عروق کرونر، برقراری ارتباطات اثربخش با اعضاء خانواده، دوستان و همکاران که شادی و دل‌زندگی را برای مشارکت‌کنندگان به همراه داشت، یکی از راهکارهای مؤثر بود (۳۲). هم‌چنین در مطالعه‌ی دیگری ارتباطات سازنده و حمایتی به‌عنوان عاملی محرک جهت پیگیری و تبعیت از برنامه‌های بازتوانی قلبی در بیماران معرفی شده است (۳۳). طبق نظر Connidis و Davies نگهداری رابطه‌ی مفید و استوار، با سلامت روانی و روحیه‌ی بالای سالمندان بیش از میزان تعامل اجتماعی، رابطه نزدیک دارد (۳۴). مطابق یافته‌های پژوهش حاضر، بین سطح تحصیلات و توانمندی کل و ابعاد دریافت اطلاعات از اعضاء خانواده و کادر درمان، مدیریت عوامل خطرزای بیماری، استقلال عملکردی، ذهنی و رضایتمندی از دستیابی به اهداف ارتباط مثبت و معنی‌داری یافت شد. تحصیلات نه‌تنها به‌طور مستقیم از طریق بهبود رفتارها و سبک زندگی سالم می‌تواند با مشارکت‌های اجتماعی ارتباط داشته باشد، بلکه به‌طور غیرمستقیم از طریق فراهم آوردن شغل بهتر، سالمند را در معرض ناتوانی‌های کم‌تر، وضعیت اقتصادی، موقعیت اجتماعی، تغذیه و مسکن بهتر قرار می‌دهد (۳۵).

بین میانگین نمرات توانمندی در دریافت حمایت اجتماعی زنان و مردان، تفاوت معنی‌داری یافت نشد. نتایج مطالعه‌ی حاضر بامطالعه‌ی Arestedt در سوئد (۱۴) و مطالعه‌ی Vaccaro و همکاران در فلوریدای آمریکا که بر روی نقش حمایت اجتماعی خانواده و دوستان در خود مدیریتی بیماران دیابتی پرداخته بودند هم‌راستا می‌باشد (۳۶). در این مطالعه علیرغم عدم وجود ارتباط معنی‌دار آماری بین متغیر جنسیت و توانمندی کل ولی میانگین نمره‌ی توانمندی مردان بیش‌تر از زنان بود. به نظر می‌رسد این تفاوت به دلیل بزرگ بودن شبکه‌ی اجتماعی مردان در بیرون از منزل و تنوع بیش‌تر آن نسبت به شبکه‌ی اجتماعی زنان باشد.

بین تعداد اعضای خانواده و توانمندی در دریافت حمایت اجتماعی ارتباط معنی‌داری یافت نشد. در مطالعات علیزاده و حاج باقری نیز نتایجی مشابه با مطالعه‌ی حاضر یافت شد (۱،۱۶). پژوهشگران معتقدند شاید کیفیت روابط و اعتماد بین طرفین در دریافت حمایت اجتماعی بسیار مهم‌تر از کمیت آن است. علیزاده در مطالعه‌ی خود به نقل از Kim Ki بیان می‌کند بزرگ شدن بعد خانواده، لزوماً به معنای افزایش مراقبت و حمایت نبوده و کوچک شدن اندازه خانواده در قرن حاضر به معنای دریافت مراقبت و حمایت کم‌تر نیست و حتی با کوچک شدن بعد خانواده، منابع بیش‌تری به اعضاء خانواده اختصاص‌یافته و احتمال دارد که فرزندان خانواده در آینده حمایت بیش‌تری را به والدین خود ارائه دهند (۱۶).

بین میزان درآمد ماهیانه و بعد رضایتمندی از دستیابی به اهداف ارتباط مثبت و معنی‌داری یافت شد. با توجه به گویه‌های پرسشنامه این بعد از توانمندی شامل رضایتمندی از مطرح کردن مسائل و وضعیت فعلی بیماری با اعضای خانواده، اطرافیان، پزشک و پرستار و هم‌چنین ارتقاء آگاهی خود در صورت امکان از طریق جستجو در اینترنت و مطالعه‌ی

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-11-04]

کتاب‌های مرتبط می‌باشد. به نظر می‌رسد وضعیت مطلوب اقتصادی، پشتوانه‌ای محکم جهت پیگیری اهداف درمانی و سلامتی، مراجعات مکرر و به‌موقع به پزشک متخصص و دسترسی به رسانه‌ها جهت ارتقاء آگاهی در زمینه‌ی بیماری می‌باشد. هم‌چنین بین متغیر سن و رضایتمندی از دستیابی به اهداف رابطه‌ی معنی‌داری وجود داشت، به‌گونه‌ای که میانگین این بعد از توانمندی در سالمندان زیر ۷۰ سال بیش‌تر از سالمندان ۷۰ سال به بالا بود. در مطالعه‌ی طل و همکاران نیز رابطه‌ی معنی‌دار و معکوسی بین سن با توانمندی بیماران دیابتی و خود مدیریتی وجود داشت. با افزایش سن رفتارهای خود مدیریتی و تغییرات عمده در سبک زندگی، پیچیده‌تر و دشوارتر خواهد بود (۳۷).

در بررسی ارتباط بین متغیر جنسیت و ابعاد توانمندی سالمندان، در بعد استقلال عملکردی و ذهنی تفاوت معنی‌دار آماری بین میانگین نمرات زنان و مردان سالمند وجود داشت. به‌گونه‌ای که مردان در این بعد از توانمندی، نمرات بالاتری کسب کرده بودند. استقلال عملکردی و ذهنی به این امر اشاره دارد که تا جایی که برای سالمند مقدور باشد کارهای روزمره و تصمیم‌گیری‌های مهم را خود انجام دهد. هم‌راستا با نتایج این مطالعه، در مطالعه‌ی باستانی نیز میانگین دریافت حمایت‌های عملکردی، مشورتی و اطلاعاتی در زنان بیش‌تر از مردان گزارش‌شده است. وابستگی‌های مالی زنان سالمند، تحصیلات پایین و بی‌سوادی اکثر زنان سالمند در مقایسه با مردان سالمند باعث می‌شود در بسیاری از اقدامات درمانی ازجمله مراجعه به پزشک، برنامه‌ریزی‌های روزمره و ... نسبت به مردان استقلال کم‌تری داشته باشند (۲۲).

نتیجه‌گیری نهایی

با توجه به نتایج این پژوهش، توانمندی اکثر سالمندان مبتلا به بیماری‌های قلبی و عروقی در دریافت حمایت اجتماعی، در سطح خوب می‌باشد. لذا جهت حفظ این توانمندی و ارتقاء آن به سطوح بالاتر باید تمرکز تیم سلامت شامل پزشکان، پرستاران، مددکاران اجتماعی و روانشناسان، بر روی اصلاح زیرساخت‌های اجتماعی، استحکام روابط خانوادگی سالمند، شناخت منابع قدرت و محدودیت‌های سالمندان مبتلا به بیماری‌های قلبی و عروقی و بهبود روابط سالمند با کادر درمان باشد. از طرف دیگر بررسی مشکلات ابعادی و عمیق‌تر درصد کمی از سالمندان که توانمندی در سطح ضعیف و متوسط داشتند حائز اهمیت می‌باشد. هم‌چنین در این مطالعه مشاهده شد با افزایش سن در سالمندان، توانمندی در پیگیری اهداف درمانی و سلامتی کاهش می‌یابد. لذا آموزش خودمراقبتی سالمند و اصلاح سبک زندگی با کمک اطرافیان، توسط پرستاران و کارشناسان بهداشت سالمندی ضروری به نظر می‌رسد. از محدودیت‌های مطالعه‌ی حاضر می‌توان به تکمیل پرسشنامه‌ها به شیوه‌ی خود گزارشی برای بیماران باسواد و مصاحبه توسط یکی از پژوهشگران و یا اعضای خانواده بیمار تحت نظارت پژوهشگر، اشاره نمود. هم‌چنین از دیگر محدودیت‌های مطالعه، انجام آن بر روی سالمندان مراجعه‌کننده به مرکز آموزشی- درمانی تخصصی قلب بوشهر می‌باشد و تمامی سالمندان شرکت‌کننده در مدت‌زمان نمونه‌گیری، سالمندان ساکن خانواده بودند؛ بنابراین تأثیر عوامل جغرافیایی و فرهنگی را در یافته‌های پژوهش نمی‌توان نادیده گرفت. لذا در تعمیم نتایج، جوانب احتیاط باید رعایت شود. پیشنهاد می‌گردد در مطالعات بعدی به بررسی مقایسه‌ای سطح توانمندی سالمندان ساکن خانواده و سالمندان سرای سالمندی، در دریافت حمایت‌های اجتماعی پرداخته شود.

تشکر و قدردانی

مطالعه حاضر از بخشی از پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، استخراج‌شده و در تاریخ ۱۷/ ۴/ ۱۳۹۳ با کد د- پ ۲۰-۷۱-۳۷۵۷، مصوب و با حمایت این دانشگاه و معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی بوشهر در تأمین هزینه‌های پژوهشی صورت گرفت. پژوهشگران مراتب سپاس و قدردانی خود را از مسئولین و پرستاران محترم مرکز آموزشی ـ درمانی تخصصی قلب بوشهر و کلیه سالمندان گرامی شرکت‌کننده در پژوهش و خانواده‌های آنان ابراز می‌دارند.

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-11-04]

منابع

1- Hosseinian M, Adib-Hajbaghery M, Amirkhosravi N, An evaluation of social support and its influencing factors in the elderly of Bandar Abbas in 2013-2014, Life Sci J. 2013;10(12s):703-709.

2- Ravanipour M, Salehi S, Taleghani F, Abedi HA, Elderly self-management: a qualitative study, Iran J Nurs Midwifery Res, 2010;15(2):60–5. (In Persian).

3- Canbaz S, Sunter AT, Dabak S, Peksen Y. The prevalence of chronic disease and quality of life in elderly people in Samsun. Turk J Med Sci. 2003; 33(5): 335-40.

4- American Heart Association. Available from. http://circ.ahajournals.org/lookup/doi/ 10.1161/CIR.0b013e31828124ad. Dec 9 2013.

5- Afrasiabifar A, Hasani P, Falahi M, Yaghmaei F, Analysis of elderly experience about myocardial infarction. Iranian Journal of Agieng. 2008;3(9):66-74. (In Persian).

6- Magomedova S, Magdieva N, Musaeva S, Damadaeva A, Camilia A. Improvement of Cardiovascular Diseases Medical Rehabilitation System, Asystematic Review.World Applied Sciences Journal. 2013;26(9):1229-33.

7- Fazekas C, Semlitsch B, Pieringer W. Empowerment in diabetes mellitus: Theory and practice. Wein Med Wochenshr. 2003; 153(2):459-63.

8- Vahedian Azimi A, Alhani F, Ahmadi F, Kazemnejad A. Effect of family-centered empowerment model on the life style of myocardial infarction patients, Iranian Journal of Intensive Care Nursing. 2009; 2(4):127-132. (In Persian).

9- Ravanipour M, Salehi S, Taleghani F, Abedi HA, Ishaghi S. R, Schuurmans MJ. et al. Power resources of older people in Iran. International journal of older people nursing. 2013; 8(1):71-9.

10- Ravanipour M, Review of aging with focus on power. Boushehr: Boushehr University of Medical sience, 1st ed; 2010. (In Persian).

11- Davaridolatabadi E, Cheraghi MA, [Designation of Special Tools for CHF Patient]. In: Tabib A. Editor. 17th Congress of Iranian Heart Association; 1390: Tehran.2011. (In Persian).

12- Barth J, Schneider S, Von Känel R. Lack of social support in the etiology and the prognosis of coronary heart disease: a systematic review and meta-analysis. Psychosomatic Medicine. 2010;72(3):229-38.

13- Cohen S, Psychosocial models of the role of social support in the etiology of physical disease. Health Psychology.1998; 7:269–297.

14- Arestedt K, Savaman BI, Johansson P, Blomqvist K. Social support and its association with health-related quality of life among older patients with chronic heart failure. European Journal of Cardiovascular Nursing. 2013;12(1):69-77.

15- Shu-Chuan J, Yea–Ying L. Influence of social support on cognitive function in the elderly. BMC Health Services Research. 2003;3(9): 6963-9

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-11-04]

16- 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. 2013; 3(1): 27-34. (In Persian).

17- Masoudnia E, Foroozannia KH, Montazeri M, Relationship between perceived social support and adherence to medical advices among patients with coronary heart disease after by-pass surgery. J Shahid Sadoughi Univ Med Sci. 2012; 19(6): 798-806. (In Persian).

18- Sayers SL, Riegel B, Pawlowski S, Coyne J, Samaha F. Social support and self-care of patients with heart failure. Annals of Behavioral Medicine. 2008; 35(1):70-79.

19- Khoda Panahi M, Salehsedghpoor B, Asghari A, Harrirchi I, Katibaei J, The Structural Relationships between Social Support and Hope in Patients with Cancer, Journal of Psychology, 2010;14: 284-298. (In Persian).

20- Cheraghi MA, 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 (IJN). 2012; 25(75):21-31. (In Persian).

21- Fotoukian Z, Mohammadi Shahboulaghi F, Fallahi Khoshknab M, Analytical on empowerment interventions in older people with chronic disease: A review literature, Journal of Health Promotion Management. 2013; 2(4):65-76. (In Persian).

22- Bastani S, Zakaryaei F, Gender differences in aging: social networks and support. Journal of Social Issues. 2012; 3(1):33-57. (In Persian).

23- Fisher C. (1982). To dwell among friends, Berkrly: university of California Press.

24- Waltz C, Strickland OL, Len Ez. Measurement in nursing and health research. Springer Publishing Company. 2010.

25- Ravanipour M, Salehi S, Taleghani F, Abedi HA, Schuurmans MJ, Jong A. sense of power among older people in Iran. Journal of Educational Gerontology. 2008(34):923-38.

26- Pirasteh A, Heydarnia AR, Exploratory factor analysis of psychosocial determinates measures of physical activity amony Iranian ado-lescent girls, Journal of Medical Council of I.R.I. Winter 2009; 26(4): 474-485. (In Persian).

27- Nitko AJ. Educational assessment and evaluation(3rd.) New Jersy: Merrill, Perentice-Hal, 2001

28- 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, Holistic Nursing and Midwifery Iournal. 2012; 23(69):13-21. (In Persian).

29- Connie White W, Kathleen L, Myers s, Naftel DC, Wang E, Bourge RC, Rybarczyk B. The Relationships among Satisfaction with Social Support, Quality of Life, and Survival 5 to 10 Years after Heart Transplantation. J Cardiovasc Nurs. 2013; 28(5): 407– 416.

30- Rashedi V, Rezaei M, Gharib M, Nabavi SH, Social support for the elderly: Comparison between home and nursing home, Journal of North Khorasan University of Medical Sciences. 2013; 5(2):357. (In Persian).

31- Ravanipour M, Salehi S, Taleghani F, Abedi HA, Power in Old Age: A Qualitative Study, Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2009; 14(4): 447- 453. (In Persian).

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-11-04]

32- pourghane p, Hosseini MA, Mohammadi F, Ahmadi F, Tabari R. Self management, the main strategy of patients after Coronary Artery Bypass Graft (CABG): Acontent analysis study, The Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty. 2014; 12(4): 249-259. (In Persian).

33- Shahsavari H, Shahriar M, Alimohammadi N. Motivational factors of adherence to cardiac rehabilitation. Iran J Nurs Midwifery Res 2012; 17(4): 318-24.

34- Pasha G, Safarzadeh S, Mashak R, Compersion of general health and social support between older adults living with family and older adults who live in nursing home. Iranian journal of research & family. 2009; 3(9):503-18. (In Persian).

35- Darvishpoor Kakhki A, Abed Saeedi Z, Abbaszadeh A, Social participation, barriers, and related factors in older people in Tehran, Journal of Health Promotion Management. 2014; 3(4):65-73. (In Persian).

36- Vaccaro AJ, Exebio JC, Zarini GG, Huffman FG. The Role of Family/Friend Social Support in Diabetes Self-Management for Minorities with Type 2 Diabetes. Journal of Nutrition and Health. 2014; 2(1): 1-9.

37- Tol A, Azam K, Esmaeil Shahmirzadi S, Shojaeizadeh D, Mohebbi B, Reza Khani H, Asfia A, Relation between empowerment of diabetes control and adoption of self-management behaviors and its related factors among type 2 diabetic patients, Razi Journal of Medical Sciences. 2012; 19 (98): 11-18. (In Persian).

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-11-04]

Evaluation of elderly cardiac patient's ability to receiving their needed social support

Musavi SM[1], *Ravanipour M[2], Pouladi Sh[3], Motamed N[4], Barekat M[5]

Abstract

Introduction: Problematic issues associated with comorbidity of aging and cardiovascular disorders can adversely affect the ability of these elders in their everyday life management and enjoyment from social support. The aim of this study was to determine the ability of elderly cardiac patients in receiving their needed social support.

Method: this was a descriptive – analytical study. Participants were 250 elders with cardiovascular disease in Bushehr Heart Center, selected through nonrandom convenience sampling method. Data collection tool was a self-administered social support questionnaire that developed by the researchers. Content and construct validity determination was conducted and confirmed using subject matter experts and exploratory factor analysis, and internal consistency for reliability testing through coefficient alpha which calculated as.85. Data were analyzed using SPSS version 18 and descriptive statistics, independent *t*-test, ANOVA and Pearson correlation coefficients.

Results: The mean age of participants was 66.58±7.43. The abilities of elders in receiving needed social support estimated as follows: %0.4 Weak, %20.8 average, %62.4 good and%16.4 very good. There was a significant correlation between educational levels and global ability scores and sub scores in areas of receiving information from family and friends, managing risk factors, Functional independence and satisfaction of goals achievement satisfaction ($p<0.05$).There weren't any significant correlation between other socio-demographic variables (gender, age, income and marital status) and social support scores ($p>0.05$).

Conclusion: The findings of this study showed that the majority of elderly cardiac patients had good abilities in receiving social support. In order to achieve higher levels of this important ability, effective interventions to strengthen their social networks is highly recommended.

Keywords: Elderly Cardiac Patients, Social Support.

Received: 22 December 2014 **Accepted:** 5 February 2015

1- MSc. Student in Nursing, Student Research Committee, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran.
2- Associate professor of Nursing, The Persian Gulf Tropical Medicine Research Center, Bushehr university of Medical Sciences, Bushehr, Iran. (**Corresponding author**)
E-mail: ravanipour@bpums.ac.ir
3- Assistant Professor of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran.
4- Associate Professor of community Medicine. School of Medicine,Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran.
5- Assistant professor of Medicine, Cardiologist & Heart Failure Fellowship, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran.

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-11-04]

Iranian Nursing Scientific Association

Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing

ISSN: 2383-434X Vol.1 No.3 Spring 2015

Evaluation of elderly cardiac patient's ability to receiving their needed social support.....1
Musavi SM, Ravanipour M, Pouladi Sh, Motamed N, Barekat M

Comparison of Cognitive performances in patients with multiple sclerosis with healthy people.....13
Bayrami M, Hassimi T, Taher Akdam AA, Alilou MM, Nikzad B

Determining Concurrent Validity of the Morisky Medication Adherence Scale in Patients with Type 2 Diabetes.....24
Ghanei Gheshlagh R, Ebadi A, Veisi Raygani AK, Nourozi Tabrizi K, Dalvandi A, Mahmoodi H

The effectiveness of cunctation-based cognitive-behavioral intervention on Secondary school students' self-esteem, Educational performance and procrastination.....33
Qadam pour EA, Amiri F, Zangi Abadi M, Asli Azad M

The relation between attachment styles with Sensation seeking in high school students in the city of Isfahan.....45
Jelvani M, Abedi A, Aghaei Goshaghani A

Comparison of life meaning and hopefulness between spinal cord injuries, blinds, and healthy people in Kerman-Iran.....54
Khodabakhshi koolaee A, Esmaeilifar A, Falsafinejad MR

A Comparison between the psychological well-being of parents of anger bullies, victims and normal students in the city of Tabriz.....65
Kazemi S, Bayrami M, Movahedi Y

Tele nursing care in chronic patients/a systematic review.....76
Ajalli A, Fallahi Khoshknab M

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-11-04]