



پژوهش توانبخشی در پرستاری

دوره اول شماره ۳ بهار ۱۳۹۴ شماره استاندارد بین المللی: ۴۳۴X-۲۳۸۳

بررسی توانمندی سالمدان با بیماری‌های قلبی و عروقی در دریافت حمایت اجتماعی..... سیده مریم موسوی، مریم روانی پور، شهناز پولادی، نیلوفر معتمد، مریم برکت	۱
مقایسه‌ی عملکرد شناختی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروز و همتایان عادی..... دکتر منصور بیرامی، دکتر ترجح هاشمی، دکتر علی اکبر طاهر اقدم، دکتر مجید محمودعلیو، بهزاد نیکزاد	۱۳
تعیین روایی ملاک مقیاس تعییت از رژیم دارویی موریسکی در بیماران دیابتی نوع دو..... رضا قانعی قشلاق، عباس عبادی، علی اکبر ویسی رایگانی، کیان نوروزی تبریزی، اصغر دالوندی، حسن محمودی	۲۴
اثربخشی مداخله شناختی - رفتاری مبتنی بر تعلل بر عزت-نفس، عملکرد و اهمال-کاری تحصیلی دانش-آموزان مقطع متوسطه..... عزت الله قدم پور، فاطمه امیری، مصصومه زنگی آبادی، مسلم اصلی آزاد	۳۳
رابطه سبک‌های دلپستگی با هیجان خواهی در دختران دیبرستانی شهر اصفهان..... مرضیه جلوانی، احمد عابدی، اصغر آقایی جشوچانی	۴۵
مقایسه‌ی معنای زندگی و امیدواری در معلولین ضایعه نخاعی، نایینا و افراد غیر معلول..... آنایتا خدابخشی کولاوی، اعظم اسماعیلی فر، محمدرضا فاسفی نژاد	۵۴
مقایسه بهزیستی روان‌شناختی والدین کودکان قlder خشمگین با بهزیستی روان‌شناختی والدین کودکان قربانی قlderی و کودکان عادی شهر تبریز..... سپیده کاظمی، منصور بیرامی، بیزان موحدی	۶۵
پرستاری از راه دور در مراقبت بیماری‌های مزمن: یک مرور نظاممند..... امین اجلی، مسعود فلاحی خشکتاب	۷۶

به نام خداوند جان و خرد

نشریه پژوهش توانبخشی در پرستاری

فصلنامه علمی-پژوهشی انجمن علمی پرستاری ایران

دوره اول، شماره ۳ - بهار ۱۳۹۴

• صاحب امتیاز: انجمن علمی پرستاری ایران

• مدیر مسؤول: دکتر کیان نوروزی

• سردبیر: دکتر مسعود فلاحتی 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: ۲۲۸۳-۴۳۴۸ ISSN: ۱۳۹۳/۱۰/۱۰

• شماره بین المللی نشریه الکترونیکی: e-ISSN: ۲۲۸۳-۴۳۵۸ مورخ ۱۳۹۳/۱۰/۱۰

• داوران این شماره (به ترتیب حروف الفبا):

فاطمه پاشایی

زهرا تمیزی

نسرين جعفری گلستان

طبیه حسن تهرانی

دکتر آناهیتا خدابخشی کولاوی

دکتر مریم روانی پور

دکتر کوروش زارع

دکتر محمد علی سلیمانی

مرتضی شمسی زاده

دکتر رضا ضیغمی

رضا قانعی قشلاق

داد عرب قهستانی

زهرا مختاری

بیزان موحدی

دکتر منیر نوبهار

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 رزه، 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 فلاحتی خشکناب، دانشیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

- دکتر سادات سیدیاقر ملاح، استادیار آموزش پرستاری دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

- دکتر فرحتاز 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 کربمی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شاهد

- دکتر فریده یغمایی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

• 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

• کد پستی: ۱۴۱۹۷۳۳۱۷۱ ۱۴۱۹۵ صندوق پستی: ۱۴۱۹۵/۳۹۸ تلفن و نما بر: ۶۶۵۹۲۰۵۳۵

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

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

سیده مریم موسوی^۱، مریم روانی پور^۲، شهرناز پولادی^۳، نیلوفر معتمد^۴، مریم برکت^۵

چکیده

مقدمه: افزایش مشکلات دوران سالمدانی به همراه اختلالات قلبی و عروقی، توانمندی سالمدان در مدیریت زندگی فردی و بهره‌مندی از حمایت‌های اجتماعی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. لذا هدف از این مطالعه تعیین میزان توانمندی سالمدان 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 مراجعه کننده به مرکز قلب بوشهر در سال ۱۳۹۳ با روش نمونه‌گیری آسان وارد مطالعه شدند. جهت جمع‌آوری اطلاعات، از پرسشنامه پژوهشگر ساخته استفاده شد. روایی محتوى 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 تجزیه و تحلیل گردیدند.

یافته‌ها: میانگین و انحراف معیار سن سالمدان شرکت کننده ۵۸±۷/۴۳ بود. توانمندی سالمدان 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 ($p < 0.05$). جنسیت، سن، میزان درآمد ماهیانه و وضعیت تأهل با توانمندی کل ارتباط معنی داری نداشتند ($p > 0.05$).

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

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

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۱۱/۱۶

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۱۰/۱

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.

مقدمه

پاسخ بهتر به درمان و پیشگیری از عوارض منجر می‌شود (۸). به حدکثر 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 تدبیرهای 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 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 واقع شدن) 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 تعديل‌کننده و میانجی Buffering در مقابل تحریک سیستم

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، بهطوری که پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۲۵ و ۲۰۵۰ به ترتیب این میزان به $\frac{1}{2}$ و $\frac{1}{5}$ بیلیون سالمند برسد (۱). کشور ایران نیز از این قاعده مستثنی نیست، بهطوری که پیش‌بینی می‌شود در ایران جمعیت سالمندان از $\frac{7}{2}$ میلیون نفر در سال ۲۰۰۶ به ۱۰ میلیون نفر در سال ۲۰۱۹ برسد (۲). با پیش‌شدن جمعیت، خطر زندگی با بیماری‌های مزمن نظیر دیابت نوع ۲، استئوپروز و بیماری‌های قلبی و عروقی افزایش می‌یابد (۳). بیماری‌های قلبی و عروقی اولین علت مرگ‌ومیر در دنیا هستند و پیش‌بینی می‌شود همچنان در این رتبه باقی بمانند. با به گزارش انجمن قلب آمریکا در این کشور در حال حاضر در بین سالین ۶۰-۷۹ سال به تفکیک جنس $\frac{7}{2}$ درصد از مردان و $\frac{7}{9}$ درصد از زنان به بیماری‌های قلبی و عروقی مبتلا هستند. بهطوری که هزینه‌های مصرفی در بیماری‌های قلبی و عروقی در سالمندان ۶۵ سال به بالا در این کشور در سال ۲۰۰۹ به میزان $\frac{12}{2}$ بیلیون دلار تخمین زده شده 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، از کارافتادگی، 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 توانند 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،

حمایت‌های دریافتی فرد در ابعاد مختلف از اعضاء شبکه اجتماعی پرداخته‌اند و کمتر مطالعه‌ای توانمندی خود فرد سالمند را در دریافت حمایت اجتماعی موردستجوش قرار داده است و این در حالی است که اکثر متخصصان حمایت اجتماعی بر این باورند که میزان و نحوه تعامل سالمندان با اعضاء شبکه در کسب انواع حمایتها و تبادل آن‌ها نقش به سزاگی 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 فرست‌ها و محدودیت‌هایی که بر فرد اعمال می‌کنند موردنوجه 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 ۶۰-۶۵ سال به بالا، توانایی فهم، قدرت تکلم و سابقه‌ی ابتلاء به بیماری‌های قلبی و عروقی حداقل ۶ ماه قبل از مطالعه طبق تأیید پژوهش 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 روان‌گردن 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 قلبی، تشخیص

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

در مطالعه‌ی Arrestedt 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 عملکردی‌های شناختی بهتر در سالمندان گشته است (۱۵). علیزاده و مسعودینی نیز در مطالعات خود در کشور ایران همیستگی مثبت و معنی‌داری به ترتیب بین حمایت اجتماعی درک شده و رفتارهای خودمراقبتی و پاییندی به دستورات پزشکی در بیماران قلبی و عروقی گزارش کرده‌اند (۱۶). 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 به عبارت دیگر 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 (۲۰، ۱۱، ۱)؛

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 باین وجود 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

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 $.85$ و پایایی بیرونی آن با استفاده از روش باز آزمون و تعیین ضریب همبستگی پیرسون، $.83$ محاسبه گردید. پایایی درونی هر کدام از حیطه‌های توانمندی با استفاده از تعیین ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب $.699$ ، $.792$ ، $.809$ ، $.573$ ، $.593$ ، $.541$ و $.617$ محاسبه گردید. لازم به ذکر است در پرسشنامه مذکور تمامی سؤالات مبتنی هستند و مقیاس پاسخ‌گویی به پرسشنامه لیکرت ۴ گزینه‌ای به شکل هیچ وقت (۱ امتیاز)، گاهی اوقات (۲ امتیاز)، بیشتر اوقات (۳ امتیاز) و همیشه (۴ امتیاز) می‌باشد؛ بنابراین حداقل امتیاز کل پرسشنامه ۲۳ و حداً کمتر امتیاز کل پرسشنامه ۹۲ خواهد بود. به‌منظور Scoring میزان توانمندی سالمدان، 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 سالمدان جهت تعیین کیفیت سطوح توانمندی سالمدان در دریافت حمایت اجتماعی از فرمول ذیل استفاده گردید (۲۷).

حداقل کل امتیاز پرسشنامه – حداً کمتر کل امتیاز پرسشنامه = فاصله نرم مقیاس
تعداد طبقات پاسخ‌گویی به سؤالات پرسشنامه

بدین ترتیب سطح توانمندی سالمدان در دریافت حمایت اجتماعی در یک مقیاس لیکرت ۴ امتیازی به این شرح ضعیف ($23-40$)، متوسط ($157-40$) خوب ($174-40$)، خیلی خوب ($192-74$) 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 موردنیاز پژوهش را انتخاب نموده و پس از ارائه توضیحات لازم درخصوص اهداف مطالعه و نحوه تکمیل پرسشنامه، رضایت‌نامه آگاهانه را از آن‌ها اخذ کرده و سپس پرسشنامه توسط خود

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). بدین صورت که در ابتدا مفهوم توانمندی سالمدان مبتلا به بیماری‌های قلبی و عروقی در دریافت حمایت اجتماعی بامطالعه 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 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 سالمدان واجد شرایط پژوهش قرار داده شد و امتیاز تأثیر تمامی گویه‌ها از $1/5$ بالاتر شد. همچنان اعتبار محتوا پرسشنامه از طریق تعیین نسبت روایی محتوا Content Validity Ratio و شاخص روایی Content Validity Index محاسبه گردید که جهت تعیین این موارد پرسشنامه در اختیار ۱۰ نفر از اساتید مخبر در حوزه‌ی سالمدان قرار داده شد، به‌طوری که در این مرحله ۴ گویه از پرسشنامه حذف و شاخص روایی محتوا و نسبت روایی محتوا پرسشنامه ۳۱ گویه‌ای به ترتیب $0/94$ و $0/96$ 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 250 نفر در نظر گرفته شد. بر اساس تحلیل عامل اکتشافی، ۸ گویه به دلیل بار عاملی کمتر از $0/5$ به ترتیب $0/372$ ، $0/495$ ، $0/440$ ، $0/434$ ، $0/473$ ، $0/475$ ، $0/482$ و $0/499$ 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

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 ($P=0.02$) و سن ($P=0.001$) 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 ($P<0.05$)، بهطوری‌که مردان در این بعد از توانمندی، نمرات بالاتری را کسب کردند.

پژوهشگر یا همراه بیمار از طریق مصاحبه با سالمند تکمیل و یا خود سالمند در صورت داشتن سواد مبادرت به تکمیل پرسشنامه می‌نمود. مدت زمان 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. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و آزمون‌های آماری تحلیل واریانس یک‌طرفه، تی‌مستقل و ضربی 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 مورد پژوهش $43\pm7/56$ سال بود. اکثریت افراد شرکت‌کننده مرد ($52/8$ درصد) و متأهل ($80/4$ درصد) بودند. ۶۷/۶ درصد افراد درآمد ماهیانه بین ۵۰۰ هزار تا یک میلیون تومان داشتند، اکثریت سالمندان بی‌سواد ($48/4$ درصد) و همچنین $79/6$ درصد آن‌ها سابقه‌ی بستری قبلی داشتند (جدول شماره ۱).

در رابطه با سطح توانمندی واحدهای مورد پژوهش در دریافت حمایت اجتماعی $40/0$ درصد در حد ضعیف، $20/8$ درصد در حد متوسط، $62/4$ درصد خوب و $16/4$ 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

جدول شماره ۱: ویژگی‌های جمعیت شناختی سالمدان شرکت‌کننده در پژوهش

متغیر	تعداد (N=250)	درصد (%)
زن	۱۱۸	۴۷/۲
مرد	۱۳۲	۵۲/۸
<۷۰	۱۷۵	۷۰
≥۷۰	۷۵	۳۰
محرد	۴	۱/۶
متأهل	۲۰۱	۸۰/۴
مطلقه	۲	۰/۸
بیوه	۴۳	۱۷/۲
بساد	۱۲۱	۴۷/۴
ابتدایی	۷۴	۲۹/۶
دیپلم	۳۰	۱۲
دانشگاهی	۲۵	۱۰
۵۰.....>۱۰.....	۱۶۹	۶۷/۶
۱۰.....>۱۵.....	۵۵	۲۲
۱۵.....>۲۰.....	۱۳	۵/۲
≥۲۰.....	۱۳	۵/۲
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

اع Vad توانمندی	میانگین	انحراف معیار	سطح تحصیلات	P*	F
دربافت اطلاعات از خانواده و اطرافیان	۲/۴۵	۰/۷۱۸	۳/۸۱۰	۰/۰۱۱	۳/۸۱۰
دربافت اطلاعات از کادر درمان	۲/۵۴	۰/۶۶۶	۲/۱۶۹	۰/۰۹۲	۲/۱۶۹
مدیریت عوامل خطرزای بیماری	۲/۷۱	۰/۶۲۷	۴/۵۸۷	۰/۰۰۴	۴/۵۸۷
مدیریت درمان دارویی	۳/۱۲	۰/۷۰۲	۰/۹۲۶	۰/۴۲۹	۰/۹۲۶
استقلال عملکردی و ذهنی	۳/۱۲	۰/۶۱۶	۳/۲۵۰	۰/۰۲۰	۳/۲۵۰
برقراری ارتباط مؤثر با اطرافیان	۲/۳۷	۰/۵۸۶	۱/۵۴۵	۰/۲۰۴	۱/۵۴۵
رضایتمندی از دستیابی به اهداف	۲/۸۲	۰/۵۳۵	۱۲/۶۵۰	۰/۰۰۰	۱۲/۶۵۰
توانمندی کل	۶۴/۷۶	۹/۳۸۵	۴/۱۶۶	۰/۰۰۷	۴/۱۶۶

* آزمون آنالیز واریانس یک طرفه، One way ANOVA

بحث

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

مطالعه‌ی حاضر باهدف تعیین سطح توانمندی سالمدان مبتلا به بیماری‌های قلبی و عروقی در دریافت حمایت اجتماعی انجام گردید. با توجه به گوییه‌های پرسشنامه، در این مطالعه توانمندی سالمدان 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 ارائه شده، حفظ جایگاه خود در خانواده و تلاش جهت دستیابی به اهداف با کمک اطرافیان، موردستجش قرار گرفته است.

مشارکت‌های اجتماعی ارتباط داشته باشد، بلکه به طور غیرمستقیم از طریق فراهم آوردن شغل بهتر، سالمند را در معرض ناتوانی‌های کمتر، وضعیت اقتصادی، موقعیت اجتماعی، تقدیه 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 Arrestedt 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 (۱۱، 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 اختصاص یافته 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

کرونا 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)، با این وجود برخی مطالعات به جایگاه و نقش مرجعیت سالمندان و اینکه اعضاء خانواده به عنوان 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، به موقع 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 تطبیقی بیماران پس از عمل جراحی عروق کرونا، برقراری ارتباطات اثربخش با اعضاء خانواده، دوستان و همکاران که شادی و دل‌زنگی را برای مشارکت‌کنندگان به همراه داشت، یکی از راهکارهای مؤثر بود (۳۲). همچنین در مطالعه‌ی دیگری ارتباطات سازنده و حمایتی به عنوان عاملی محرك چهت 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 نه تنها به طور مستقیم از طریق بهبود رفتارها و سبک زندگی سالم می‌تواند با

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 باساد و مصاحبه توسط یکی از پژوهشگران و یا اعضای خانواده بیمار تحت ناظارت 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 تعیین 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، استخراج شده و در تاریخ ۱۳۹۳/۰۴/۱۷ با کد د-پ-۷۱-۲۰-۳۷۵۷، 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 - درمانی تخصصی قلب بوشهر و کلیه سالمندان گرامی شرکت‌کننده در پژوهش و خانواده‌های آنان ابراز می‌دارند.

کتابهای مرتبط می‌باشد. به نظر می‌رسد وضعیت مطلوب اقتصادی، پشتونهای 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 معنی‌دار 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 تعییرات عمدۀ 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 تقاؤت 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 گزارش شده است. وابستگی‌های مالی زنان سالمند، تحصیلات پایین و بی‌سوادی اکثر زنان سالمند در مقایسه با مردان سالمند باعث می‌شود در بسیاری از اقدامات درمانی از جمله 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 سطح بالاتر باید تمرکز تیم سلامت شامل پزشکان، پرستاران، مددکاران اجتماعی و روانشناسان، بر روی اصلاح زیرساخت‌های اجتماعی، استحکام روابط خانوادگی

منابع

- 1- Hosseini 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- Arrestedt 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

- 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*, Berkly: 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 Journal*. 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).

- 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).

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

Musavi SM¹, *Ravanipour M², Pouladi Sh³, Motamed N⁴, Barekat M⁵

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.

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	