ارتباط خودکارامدی عمومی و حمایت اجتماعی درک‌شده با کیفیت زندگی بیماران قلبی- عروقی: یک مطالعه مقطعی

محسن جلیلیان[۱]، فیروزه مصطفوی[۲]، غلامرضا شریفی‌راد[۳]

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: بیماری‌های قلبی- عروقی به صورت یک فاکتور مستقل روی کیفیت زندگی بیماران تأثیر منفی بسزایی بر جای می‌گذارد. با این وجود افزایش خودکارامدی عمومی و حمایت اجتماعی درک‌شده می‌تواند در سازگاری بهتر بیماران با عوارض ناشی از بیماری و بهبود کیفیت زندگی آنان مؤثر باشد. از این رو این مطالعه با هدف بررسی تأثیر خودکارامدی عمومی و حمایت اجتماعی درک‌شده بر کیفیت زندگی بیماران قلبی- عروقی انجام شد.

روش‌ها: در یک مطالعه مقطعی ۱۱۶ بیمار قلبی- عروقی بستری شده در مراکز بیمارستانی شهر ایلام با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و مورد بررسی قرار گرفتند. در این مطالعه پرسش‌نامه‌های کیفیت زندگی (World Health Organization Quality of Life یا WHOQOL-BREF)، خودکارامدی عمومی و حمایت اجتماعی درک‌شده مورد استفاده قرار گرفت. اطلاعات مطالعه پس از جمع‌آوری و ورود به نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ و در سطح معنی‌داری $\alpha = ۰/۰۵$ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: ۳۵/۳ درصد شرکت‌کنندگان در مطالعه مرد و ۶۴/۷ درصد زن بودند که ۸۲/۸ درصد آنان متأهل و ۱۷/۲ درصد مجرد بودند. ۲/۶ درصد از بیماران کیفیت زندگی کنونی خود را بسیار بد، ۳/۴ درصد بد، ۲۹/۳ درصد متوسط، ۵۰/۹ درصد خوب و ۱۳/۸ درصد کیفیت زندگی خود را بسیار خوب ارزیابی نمودند. همچنین ۴/۳ درصد افراد از سلامت کنونی خود خیلی ناراضی، ۱۱/۲ درصد ناراضی، ۳۲/۲ درصد نه راضی و نه ناراضی، ۴۴/۸ درصد راضی و ۹/۵ درصد خیلی راضی بودند. میانگین نمره کیفیت زندگی بیماران در ابعاد سلامت جسمانی ۳/۳۲ ± ۲۲/۱۸، سلامت محیطی ۵/۰۸ ± ۲۵/۷۶، سلامت روانی ۴/۷۹ ± ۱۹/۹۴ و روابط اجتماعی ۳/۲۶ ± ۱۰/۷۹ به دست آمد. همچنین میانگین نمره خودکارامدی عمومی ۲۶/۹۷ و حمایت اجتماعی ۲۵/۰۲ بود. همبستگی معنی‌داری بین خودکارامدی عمومی و حمایت اجتماعی درک‌شده با ابعاد کیفیت زندگی وجود داشت، به طوری که با افزایش میزان خودکارامدی عمومی و حمایت اجتماعی درک‌شده، میانگین نمره سلامت جسمانی، سلامت محیطی، سلامت روانی و روابط اجتماعی افزایش می‌یافت ($P > ۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: خودکارامدی عمومی و حمایت اجتماعی درک‌شده تأثیر بسزایی در افزایش کیفیت زندگی داشت. از این رو طراحی و اجرای مداخلات آموزشی برای افزایش حمایت اجتماعی و خودکارامدی عمومی و همچنین کیفیت زندگی در بیماران قلبی- عروقی توصیه می‌گردد.

واژه‌های کلیدی: بیماری‌های قلبی- عروقی، کیفیت زندگی، حمایت اجتماعی، خودکارامدی عمومی

ارجاع: جلیلیان محسن، مصطفوی فیروزه، شریفی‌راد غلامرضا. **ارتباط خودکارامدی عمومی و حمایت اجتماعی درک‌شده با کیفیت زندگی بیماران قلبی- عروقی: یک مطالعه مقطعی.** مجله تحقیقات نظام سلامت ۱۳۹۲؛ ۹ (۵): ۵۳۹-۵۳۱.

دریافت مقاله: ۱۳۹۱/۱۲/۱۳ پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۰۲/۱۵

۱- مرکز تحقیقات پیشگیری از آسیب‌های روانی و اجتماعی، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران (نویسنده مسؤول)
Email: jalilian91@yahoo.com

۲- استادیار، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۳- استاد، آموزش بهداشت، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-02-04]

www.mui.ac.ir

مقدمه

در حال حاضر بیماری‌های قلبی- عروقی بیشترین میزان مرگ و میر را در جهان به خود اختصاص داده است (۱). این بیماری‌ها مهم‌ترین علل مرگ و میر در کشورهای پیشرفته صنعتی به شمار می‌روند، به طوری که یک چهارم مرگ و میر در این کشورها به این دلیل می‌باشد (۲). انتظار می‌رود تا سال ۲۰۲۰، این بیماری‌ها ۴۰ درصد مرگ‌ها را در سراسر جهان شامل شود. همچنین برآورد می‌شود که بیماری‌های ایسکمیک قلب تا سال ۲۰۲۰ در رأس ۱۵ علت بار جهانی بیماری‌ها قرار گیرد (۳). عوامل زیادی در ایجاد بیماری‌های قلبی- عروقی دخالت دارند که شامل افزایش فشار خون، افزایش کلسترول خون، اختلال تست تحمل گلوکز، بی‌تحرکی و کشیدن سیگار می‌باشد (۲).

تأثیر بیماری‌های مزمن روی کیفیت زندگی از جمله مسایلی است که باید مورد توجه متخصصین بهداشتی و اجتماعی قرار گیرد. نه تنها باید به کاهش مرگ و میر و افزایش طول عمر بیماران توجه شود، بلکه برای ایجاد کیفیت زندگی قابل پذیرش برای بیماران و شناخت عوامل تأثیرگذار روی آن مانند حمایت اجتماعی تلاش شود. با توجه به عوامل تنش‌زای متعدد در زندگی بیماران قلبی- عروقی، مشکلات جسمی درازمدت و تغییرات گسترده در زندگی این افراد احتمال کاهش کیفیت زندگی را پیش از پیش مطرح می‌سازد. این امر باید مورد توجه برنامه‌ریزان بهداشتی قرار گیرد (۴).

امروزه بررسی کیفیت زندگی، بخش اساسی ارزیابی پزشکی و سنجش وضعیت سلامتی به شمار می‌رود. کیفیت زندگی یک مفهوم چند بعدی است که در برگیرنده ابعادی چون سلامت بدنی، سلامت روانی، شرایط اقتصادی، باورهای شخصی و تعامل با محیط می‌باشد (۵). برخی مطالعه‌ها نشان دادند که بیماری‌های قلبی- عروقی به صورت یک فاکتور مستقل روی کیفیت زندگی بیماران تأثیر بسزایی بر جای می‌گذارد (۶).

حمایت اجتماعی به عنوان قویترین نیروهای مقابله‌ای برای رویارویی موفقیت‌آمیز و آسان افراد در زمان درگیری با شرایط تنش‌زا شناخته شده است که تحمل مشکلات را برای بیماران تسهیل می‌کند. به طور کلی سازگاری و مقابله با بیماری‌های مزمن در افرادی که از بسیاری از عوامل تسهیل‌کننده مانند انعطاف‌پذیری، توانایی حل مشکل، امید، شهامت، روحیه معنوی و حمایت اجتماعی برخوردار هستند، به طور سریع اتفاق می‌افتد (۴). حمایت اجتماعی به صورت میزان برخورداری از محبت، همراهی و توجه اعضای خانواده، دوستان و سایر افراد تعریف می‌شود (۷).

به طور کلی بررسی‌ها نشان دادند که افرادی که دارای حمایت اجتماعی بالا و کشمکش‌های میان فردی کمتری باشند، در رویارویی با فشارهای زندگی بیشتر ایستادگی می‌کنند، به طور مؤثری مقابله می‌نمایند و نشانه‌های کمتری از افسردگی یا آشفتگی‌های روانی را نشان می‌دهند (۸). از طرف دیگر برخی پژوهش‌ها به نقش مؤثر خودکارامدی درک‌شده در شیوه‌های مقابله افراد در موقعیت‌های مختلف تأکید کردند. یکی از جنبه‌های اساسی خودکارامدی شخص این است که فرد از راه اعمال کنترل می‌تواند بر پیامدهای زندگی خود اثر بگذارد (۹).

از دیدگاه پژوهشگران احساس خودکارامدی پایین با عزت نفس پایین، تفکر بدبینانه نسبت به خود و عدم عملکرد خوب در ارتباط است. خودکارامدی بالا با راهبردهای مقابله‌ای فعالانه، جستجوی حمایت اجتماعی و حل مسأله (خوش‌بینی) ارتباط دارد (۹). خودکارامدی درک‌شده نقش تعیین‌کننده‌ای بر خودانگیزشی افراد دارد؛ چرا که باور خودکارامدی بر گزینش اهداف چالش‌آور، میزان تلاش و کوشش در انجام وظایف، میزان استقامت و پشتکاری در رویارویی با مشکلات و میزان تحمل فشارها اثر می‌گذارد (۱۱، ۱۰). با توجه به اهمیت موضوع و مطالب ذکر شده، این مطالعه با هدف بررسی ارتباط خودکارامدی عمومی و حمایت اجتماعی درک‌شده با کیفیت زندگی بیماران قلبی- عروقی بستری در بیمارستان شهید مصطفی خمینی (ره) شهر ایلام در سال ۱۳۹۱ انجام گرفت.

روش‌ها

این پژوهش یک مطالعه مقطعی بود که روی ۱۱۶ بیمار قلبی- عروقی بستری شده در بیمارستان شهید مصطفی خمینی (ره) شهر ایلام انجام گرفت. این افراد به روش

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-02-04]

نمونه‌گیری در دسترس (آسان) انتخاب شدند. برآورد حجم نمونه با به کارگیری فرمول $N = \{(Z(1-\alpha/2).CV)/d\}^2$ محاسبه گردید. با احتساب (CV = ۰/۲۲) و با در نظر گرفتن سطح اطمینان ۹۵ درصد و خطای برآورد ۰/۰۴ از میانگین، حجم نمونه ۱۱۶ نفر برآورد گردید.

ابزار جمع‌آوری اطلاعات مورد نیاز مطالعه شامل سؤال‌های مربوط به متغیرهای دموگرافیکی و سه پرسش‌نامه استاندارد کیفیت زندگی، خودکارامدی عمومی و حمایت اجتماعی درک‌شده بود که توسط بیماران به روش مصاحبه تکمیل گردید. برای سنجش کیفیت زندگی بیماران از پرسش‌نامه کیفیت زندگی WHOQOL-۲۶ (World Health Organization Quality of Life) استفاده گردید. این پرسش‌نامه شامل ۲۶ سؤال بود و چهار بعد کیفیت زندگی شامل بعد جسمانی، بعد روان‌شناختی، بعد روابط اجتماعی و بعد محیط اجتماعی را اندازه‌گیری می‌نمود.

دو سؤال اول پرسش‌نامه کیفیت زندگی مربوط به ارزیابی کلی بیماران از کیفیت زندگی و همچنین وضعیت سلامت کنونی خود بود که به صورت لیکرت پنج گزینه‌ای نمره‌دهی می‌شد. برای سنجش بعد جسمانی کیفیت زندگی ۷ سؤال، بعد روان‌شناختی ۶ سؤال، بعد محیط اجتماعی ۸ سؤال و بعد روابط اجتماعی ۳ سؤال وجود داشت که به صورت لیکرت ۵ گزینه‌ای نمره‌گذاری می‌شد.

برای سنجش خودکارامدی عمومی بیماران از پرسش‌نامه ۱۰ سؤالی خودکارامدی عمومی استفاده شد که به صورت لیکرت نمره‌دهی می‌شد. همچنین از پرسش‌نامه حمایت اجتماعی درک‌شده برای سنجش حمایت اجتماعی بیماران استفاده گردید. این پرسش‌نامه مشتمل بر ۱۲ سؤال بود که به صورت لیکرت ۵ گزینه‌ای نمره‌دهی می‌شد (۱۳، ۱۲). تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون‌های آماری توصیفی و همچنین آزمون‌های آماری Independent t، One Way ANOVA و آزمون همبستگی Pearson و در سطح معنی‌داری $\alpha = ۰/۰۵$ صورت گرفت.

یافته‌ها

در این مطالعه ۱۱۶ بیمار مبتلا به بیماری‌های قلبی- عروقی بستری شده در بیمارستان شهید مصطفی خمینی (ره) ایلام شرکت نمودند که دامنه سنی آنان بین ۲۰ تا ۸۰ سال بود. ۳۵/۳ درصد بیماران مرد و ۶۴/۷ درصد زن بودند. بررسی وضعیت تحصیلات آنان نشان داد که ۲۸/۴ درصد بی‌سواد، ۳۵/۳ درصد ابتدایی، ۱۱/۲ درصد راهنمایی، ۲۰/۷ درصد دیپلم و ۴/۳ درصد دارای تحصیلات دانشگاهی بودند. ۴۵/۷ درصد بیماران دارای سابقه فامیلی ابتلا به بیماری‌های قلبی- عروقی بودند و ۵۴/۳ درصد سابقه ابتلا به بیماری‌های قلبی- عروقی در فامیل درجه یک خود گزارش نکردند.

یافته‌های حاصل از مطالعه در خصوص ارزیابی وضعیت کنونی کیفیت زندگی از دیدگاه بیماران نشان داد که ۶۴/۷ درصد بیماران کیفیت زندگی کنونی خود را در حد مطلوب توصیف نمودند. همچنین ۵۴/۳ درصد از بیماران از وضعیت سلامت خود راضی بودند. بررسی ابعاد چهارگانه کیفیت زندگی نشان داد که بیماران از میانگین نمره به نسبت مطلوبی در ابعاد سلامت جسمانی (۳/۳۲ ± ۲۲/۱۸) و سلامت محیطی (۵/۰۸ ± ۲۵/۷۶) برخوردار بودند. با این وجود در ابعاد سلامت روانی (۴/۷۹ ± ۱۹/۹۴) و روابط اجتماعی (۳/۲۶ ± ۱۰/۷۹) از میانگین نمره به نسبت پایینی برخوردار بودند (جدول ۱).

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار ابعاد چهارگانه کیفیت زندگی بیماران شرکت‌کننده در مطالعه

ابعاد کیفیت زندگی	شاخص آماری			
	میانگین	انحراف معیار	کمترین	بیشترین
سلامت جسمانی	۲۲/۱۸	۳/۳۲	۱۵	۳۰
سلامت روانی	۱۹/۹۴	۴/۷۹	۱۲	۶۲
روابط اجتماعی	۱۰/۷۹	۳/۲۶	۵	۳۷
سلامت محیطی	۲۵/۷۶	۵/۰۸	۱۴	۳۸

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-02-04]

بر اساس یافته‌های حاصل از بررسی میانگین و انحراف معیار خودکارامدی عمومی، بیماران مورد مطالعه از خودکارامدی عمومی متوسطی (۶/۲۹ ± ۲۶/۹۷) در مقابل غلبه بر بیماری و مشکلات ناشی از آن برخوردار بودند. همچنین بیماران حمایت اجتماعی درک‌شده به نسبت پایینی (۹/۳۱ ± ۲۵/۰۲) را در هنگام بروز بیماری و زمان بستری شدن در بیمارستان را گزارش نمودند. نتایج حاصل از مقایسه ابعاد چهارگانه کیفیت زندگی به تفکیک جنسیت در شرکت‌کنندگان در پژوهش بین دو جنس تفاوت معنی‌داری را نشان نداد (P > ۰/۰۵).

آزمون آماری Independent t برای مقایسه ابعاد چهارگانه کیفیت زندگی، خودکارامدی عمومی و حمایت اجتماعی درک‌شده به تفکیک جنسیت در شرکت‌کنندگان در پژوهش انجام شد. نتایج نشان داد که تفاوت معنی‌داری بین دو گروه زن و مرد در ابعاد چهارگانه کیفیت زندگی وجود نداشت. همچنین با وجود این که میانگین نمره خودکارامدی و حمایت اجتماعی در گروه مردان بیشتر از زنان بود، اما این اختلاف از لحاظ آماری معنی‌دار نبود (P > ۰/۰۵) (جدول ۲).

جدول ۳ نتایج حاصل از مقایسه ابعاد چهارگانه کیفیت زندگی به تفکیک گروه سنی شرکت‌کنندگان را نشان می‌دهد. همان طوری که مشاهده می‌گردد، تفاوت در ابعاد سلامت جسمانی و سلامت روانی در گروه‌های سنی مختلف معنی‌دار بود. سلامت جسمانی و روانی شرکت‌کنندگان در مطالعه با افزایش سن، کاهش می‌یافت (P > ۰/۰۵)، اما هیچ گونه تفاوت معنی‌داری در ابعاد روابط اجتماعی و سلامت محیطی در گروه‌های سنی مختلف مشاهده نگردید.

یافته‌های حاصل از انجام آزمون همبستگی Pearson بین ابعاد چهارگانه کیفیت زندگی، خودکارامدی عمومی و حمایت اجتماعی درک‌شده در شرکت‌کنندگان در مطالعه نشان داد که همبستگی مستقیم و معنی‌داری بین خودکارامدی عمومی و حمایت اجتماعی درک‌شده با ابعاد چهارگانه کیفیت زندگی وجود داشت. به عبارتی دیگر با افزایش حمایت اجتماعی درک‌شده و خودکارامدی عمومی در بیماران، کیفیت زندگی آنان به طور معنی‌داری افزایش می‌یافت (P > ۰/۰۵) (جدول ۴).

جدول ۲: مقایسه ابعاد چهارگانه کیفیت زندگی، خودکارامدی عمومی و حمایت اجتماعی درک‌شده به تفکیک جنسیت در شرکت‌کنندگان در پژوهش

متغیر	جنسیت: زن			مرد			P
	فراوانی	میانگین	انحراف معیار	فراوانی	میانگین	انحراف معیار	
سلامت جسمانی	۷۵	۲۳/۲۹	۳/۵۲	۴۱	۲۲/۰۰	۲/۹۵	۰/۶۵
سلامت روانی	۷۵	۲۲/۰۰	۲/۹۵	۴۱	۱۹/۶۸	۲/۸۴	۰/۶۶
روابط اجتماعی	۷۵	۱۰/۷۷	۲/۲۴	۴۱	۱۰/۸۲	۴/۶۰	۰/۹۳
سلامت محیطی	۷۵	۲۵/۶۹	۴/۹۱	۴۱	۲۵/۶۳	۸/۳۲	۰/۸۳
خودکارامدی عمومی	۷۵	۲۶/۶۱	۶/۵۲	۴۱	۲۷/۶۳	۵/۸۶	۰/۴۰
حمایت اجتماعی درک‌شده	۷۵	۲۴/۶۹	۹/۸۵	۴۱	۲۵/۶۳	۸/۳۲	۰/۶۰

جدول ۳: ارتباط ابعاد چهارگانه کیفیت زندگی با سن شرکت‌کنندگان در پژوهش

ابعاد کیفیت زندگی	گروه سنی: فراوانی	۲۰-۴۰ سال		۴۰-۶۰ سال		۶۰-۸۰ سال		بالای ۸۰ سال		P
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
سلامت جسمانی	۱۸	۲۴/۱۱	۲/۱۷	۲۲/۸۳	۱۰/۰۴	۱۱/۲۲	۲/۳۶	۱۶/۲۷	۳/۸۹	۰/۰۲
سلامت روانی	۶۸	۲۱/۹۲	۲/۰۶	۱۹/۵۸	۲/۸۴	۱۰/۹۰	۳/۹۲	۱۵/۸۰	۵/۴۳	۰/۰۳
روابط اجتماعی	۳۲	۲۱/۶۵	۳/۵۲	۱۹/۲۵	۲/۷۵	۱۰/۴۰	۲/۲۸	۲۴/۷۵	۴/۹۵	۰/۸۰
سلامت محیطی	۳	۲۲/۰۰	۵/۱۹	۱۷/۶۶	۰/۵۷	۱۰/۰۰	۰/۰۰	۲۴/۳۳	۲/۸۸	۰/۲۵

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-02-04]
www.mui.ac.ir

جدول ۴: همبستگی بین ابعاد چهارگانه کیفیت زندگی، خودکارامدی عمومی و حمایت اجتماعی درک‌شده در شرکت‌کنندگان در مطالعه

Pearson Correlation	حمایت اجتماعی درک‌شده	خودکارامدی عمومی	سلامت جسمانی	سلامت روان	روابط اجتماعی	سلامت محیطی
حمایت اجتماعی درک‌شده						
خودکارامدی عمومی	۰/۴۱۶**					
سلامت جسمانی	۰/۲۲۹**	۰/۲۴۷**				
سلامت روان	۰/۰۸۴**	۰/۲۲۰**	۰/۴۰۱**			
روابط اجتماعی	۰/۴۶۴**	۰/۳۷۰**	۰/۵۳۰**	۰/۳۰۰**		
سلامت محیطی	۰/۲۰۱*	۰/۳۲۱**	۰/۴۹۱**	۰/۳۸۳**	۰/۴۹۰**	

** Correlation is significant at the 0.01 level (1-tailed)

* Correlation is significant at the 0.05 level (1-tailed)

بحث

این مطالعه با هدف شناسایی عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی بیماران قلبی- عروقی از جمله تأثیر حمایت اجتماعی درک‌شده و خودکارامدی عمومی درک‌شده انجام شد. یافته‌های حاصل از مطالعه در خصوص ارزیابی بیماران از وضعیت سلامتی خود نشان داد که ۵۴/۳ درصد از بیماران از وضعیت سلامت خود راضی بودند و ۴۵/۳ درصد از وضعیت سلامتی خود ابراز نارضایتی نمودند. همچنین بررسی ارزیابی وضعیت کیفیت زندگی کنونی از دیدگاه بیماران نشان داد که ۲/۶ درصد کیفیت زندگی کنونی خود را بسیار بد، ۳/۴ درصد بد، ۲۹/۳ درصد متوسط (نه بد نه خوب)، ۵۰/۹ درصد خوب و ۱۳/۸ درصد بسیار خوب ارزیابی نمودند. به عبارت دیگر ۶۴/۷ درصد از بیماران کیفیت زندگی کنونی خود را در حد مطلوب توصیف نمودند.

در این رابطه شجاعی در مطالعه خود روی بیماران دچار سکته قلبی بیان نمود که ۶۶ درصد بیماران از سطح کیفیت زندگی متوسط (به نسبت مطلوب) و ۱۰ درصد از سطح کیفیت زندگی پایین برخوردار بودند (۱۴). همچنین در بررسی Heo و همکاران روی بیماران با نارسایی قلبی- عروقی در زمینه کیفیت زندگی مشخص گردید که حدود نیمی از بیماران با نارسایی قلبی سطح کیفیت زندگی بالایی را گزارش کردند (۱۵). این نتایج با یافته‌های حاصل از مطالعه حاضر همسو و تقریباً مشابه است.

بررسی ابعاد چهارگانه کیفیت زندگی بیماران نشان داد که بیماران دارای بیشترین میانگین نمره به ترتیب در ابعاد سلامت محیطی، سلامت جسمانی، سلامت روانی و بعد روابط اجتماعی هستند، به طوری که بیماران در ابعاد سلامت محیطی و جسمانی از وضعیت مطلوب‌تری نسبت به ابعاد سلامت روانی و روابط اجتماعی برخوردار بودند. بیماران نارسایی قلبی به علت علایم متعدد جسمی و روحی و تأثیر آن بر تمام ابعاد کیفیت زندگی از ارتباطات اجتماعی کمتری برخوردارند. در نتیجه با کاهش شبکه اجتماعی، منابع حمایت اجتماعی در آنان کاهش می‌یابد. بنابراین از حمایت اجتماعی درک‌شده آنان کاسته می‌شود. از طرف دیگر با طولانی شدن فرایند بیماری، اعضای شبکه ارتباطی به تدریج دچار خستگی مزمن می‌شوند و حمایت اجتماعی که به بیماران ارایه می‌دادند، کاهش می‌یابد (۱۶).

نتایج در ارتباط با میزان حمایت اجتماعی درک‌شده در این گروه از بیماران نشان داد که بیماران شرکت‌کننده در مطالعه از حمایت اجتماعی درک‌شده به نسبت پایینی برخوردار بودند. Heo و همکاران نیز در مطالعه‌ای که انجام دادند، بیان نمودند که بیماران مبتلا به نارسایی قلبی از سطح حمایت اجتماعی پایینی برخوردار بودند (۱۵). بنابراین نتایج پژوهش حاضر با تحقیق مذکور همخوانی داشت. در نتایج تحقیق حمایت اجتماعی درک‌شده در بیماران همودیالیزی مشخص شد که این گروه از بیماران از سطح حمایت- اجتماعی مطلوبی برخوردارند.

حیدری و همکاران در مطالعه خود روی بیماران سرطانی به این نتیجه دست یافتند که بیماران سرطانی نیز از سطح حمایت اجتماعی مطلوبی برخوردارند (۱۷). یافته‌های حاصل از مطالعه

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-02-04]

حاضر با نتایج مطالعه‌های انجام گرفته روی بیماران مبتلا به سایر بیماری‌های مزمن همخوانی نداشت. این امر می‌تواند به دلیل تأثیرات جسمانی و روانی متفاوت ناشی از بیماری‌های قلبی- عروقی به علت شدت بیشتر عوارض آن باشد.

حمایت اجتماعی علاوه بر این که باعث بهبود خلق می‌شود، باعث تشویق افراد به شرکت در فعالیت‌های اجتماعی می‌شود. همچنین حمایت اجتماعی منجر به افزایش رفتارهای بهداشتی افراد و در نهایت افزایش کیفیت زندگی می‌شود. در حقیقت افرادی که در یک شبکه اجتماعی قرار می‌گیرند، یکدیگر را برای رفتارهای بهداشتی ترغیب می‌کنند (۱۸). حمایت اجتماعی بالا سبب لذت از فعالیت‌های تفریحی، احساس بهتر از زندگی و رضایت از آن می‌شود. همچنین از طریق فراهم کردن کمک‌های ملموس، روی کیفیت زندگی و وضعیت سلامت فرد تأثیر می‌گذارد (۱۹).

در خصوص ارتباط بین حمایت اجتماعی درک‌شده و کیفیت زندگی بیماران قلبی- عروقی مشاهده گردید که افزایش حمایت اجتماعی با بهبود کیفیت زندگی همبستگی معنی‌دار داشت. بسیاری از نویسندگان دیگر نیز ارتباط معنی‌داری بین حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی گزارش کردند. آن‌ها ادعا نمودند که حمایت اجتماعی بر ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی- اقتصادی کیفیت زندگی اثرات مثبت داشت و باعث بهبودی کیفیت زندگی بیماران، ایجاد احساس خوب نسبت به زندگی، ارزیابی عمومی بهتر از زندگی و مقابله بهتر با بیماری شد (۲۰، ۱۸-۱۶).

در این مطالعه مشخص شد که حمایت اجتماعی با ابعاد کیفیت زندگی (به جز بعد سلامت روانی) ارتباط معنی‌داری داشت. این نتایج با نتایج تحقیق‌های گذشته همخوانی داشت. بیماری نارسایی قلبی یک استرس برای افراد محسوب می‌شود. Helgeson عنوان نمود که افراد در مراحل مختلف استرس نیاز به نوع خاصی از حمایت اجتماعی دارند. این افراد در مرحله بحران نیاز به حمایت عاطفی، در مرحله تثبیت نیاز به حمایت اطلاعاتی و در مرحله خستگی نیاز به حمایت ابزاری دارند (۱۸).

در مطالعه حاضر ابعاد روابط اجتماعی، سلامت جسمانی، سلامت محیطی و سلامت روانی به ترتیب بیشترین تا کمترین ارتباط را با میزان حمایت اجتماعی درک‌شده داشتند Rambod و Rafii بیان نمودند که حمایت اجتماعی درک‌شده با ابعاد سلامتی و عملکرد اقتصادی- اجتماعی، روانی، معنوی و خانوادگی کیفیت زندگی در ارتباط بود (۲۱). یافته‌ها نشان داد که حمایت اجتماعی درک‌شده نیز با بعد اجتماعی کیفیت زندگی ارتباط معنی‌داری داشت. نتایج پژوهش حاضر با مطالعه‌های انجام گرفته روی بیماران تحت همودیالیز همگون است (۲۳، ۲۲).

محققین معتقدند که درک حمایت اجتماعی در کاهش مشکلات اقتصادی و اجتماعی از جمله بیکاری، درامد کم، از دست دادن امنیت شغلی و هزینه‌های درمانی مؤثر است. این مشکلات به دنبال ارایه حمایت اجتماعی مؤثر سبب افزایش رضایت از زندگی در بیماران می‌شود. به علاوه بزرگ بودن شبکه اجتماعی می‌تواند سبب افزایش کمک‌های مالی و ایجاد امنیت اقتصادی در بیماران گردد (۲۳، ۲۲). بر اساس یافته‌های مطالعه، بعد سلامت روان ارتباط معنی‌داری با حمایت اجتماعی درک‌شده نداشت که با نتایج مطالعه زمان‌زاده و همکاران مغایرت داشت (۲۵، ۲۴). آن‌ها نتیجه‌گیری کردند که حمایت اجتماعی بیشتر با بعد روانی کیفیت زندگی ارتباط داشت.

حمایت اجتماعی می‌تواند تأثیرات سوء ناشی از بیماری مزمن را کاهش دهد و به بیماران کمک نماید تا سازگاری بهتری را با بیماری خودشان داشته باشند. Carels بیان نمود که کیفیت زندگی پایین بیماران قلبی- عروقی باعث کاهش حمایت اجتماعی این بیماران می‌شود (۲۶). همچنین Krumholz و همکاران بیان نمودند که حمایت اجتماعی باعث افزایش تبعیت از رژیم دارویی، تغییر شیوه‌های زندگی و در نهایت منجر به کاهش حملات قلبی می‌شود (۲۷).

با توجه به یافته‌های به دست آمده می‌توان نتیجه گرفت که با ارتقای حمایت‌هایی که از منابع مختلف فراهم می‌شود، کیفیت زندگی این گروه از بیماران بهبود می‌یابد. از آن جایی که این گروه از بیماران از سطح حمایت اجتماعی پایینی برخوردار هستند، باید تمهیداتی جهت افزایش حمایت

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-02-04]

اجتماعی درک‌شده بیماران اتخاذ شود. بنابراین با افزایش این بعد از حمایت اجتماعی درک‌شده می‌توان کیفیت زندگی این بیماران را بهبود بخشید.

برخی مطالعه‌ها خودکارامدی را به عنوان یک عامل مؤثر در بهبود مراقبت از خود و تعدیل‌کننده خطر بیماری عروق کرونر مورد بررسی قرار دادند (۲۸). در این ارتباط Holloway و Watson نوشتند که خودکارامدی در تعدیل رفتارهای بهداشتی بیمار مبتلا به بیماری‌های قلبی- عروقی تأثیرگذار بود. این عامل موجب کاهش بروز عوارض شدید بیماری عروق کرونر و به دنبال آن کاهش دفعات بستری و حتی به تعویق انداختن عمل جراحی پیوند عروق کرونر گردید (۲۹).

بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر، بیماران شرکت‌کننده در مطالعه از خودکارامدی عمومی متوسطی برخوردار بودند. این نتیجه با نتایج مطالعه حسین‌زاده و همکاران تحت عنوان «ارتباط درک از بیماری با خودکارامدی عمومی در بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر» همخوانی داشت (۳۰). همچنین یافته‌های حاصل از مطالعه اسماعیلی و همکاران در بررسی کیفیت زندگی و ارتباط آن با خودکارامدی در بیماران تحت همودیالیز نشان داد که همبستگی معنی‌داری بین کیفیت زندگی و خودکارامدی در این بیماران وجود داشت (۳۱).

نتیجه‌گیری

بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر افزایش حمایت اجتماعی درک‌شده و خودکارامدی در بیماران قلبی- عروقی مورد بررسی ارتباط مستقیمی با بهبود وضعیت بیماران در ابعاد چهارگانه کیفیت زندگی داشت. از این رو طراحی برنامه‌های مداخله‌ای مناسب برای افزایش خودکارامدی و حمایت اجتماعی درک‌شده در بیماران قلبی- عروقی در جهت افزایش کیفیت زندگی و سازگاری بهتر آنان با بیماری می‌تواند مؤثر و مفید باشد.

محدودیت‌ها

از آن جایی که تعداد زیادی از بیماران قلبی- عروقی مراجعه‌کننده به مراکز درمانی در بخش مراقبت‌های ویژه (CCU یا Coronary care unit) بستری می‌گردند، از این رو دسترسی به بیماران این بخش برای گروه محققین امکان‌پذیر نبود. تنها بیمارانی که در بخش Post ccu بستری بودند، مورد مطالعه قرار گرفتند. همچنین تعدادی از بیماران به دلیل نامناسب بودن سلامت عمومی ناشی از بیماری و دلایلی از این قبیل، حاضر به ورود به مطالعه نبودند و به ناچار از مطالعه خارج شدند.

تشکر و قدردانی

این پروژه با حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایلام و در قالب طرح تحقیقاتی به شماره ۱۶/۹۱۴۰۰۲ انجام گرفت. نویسندگان مقاله از کلیه مسؤولین و کارکنان محترم بیمارستان شهید مصطفی خمینی (ره) شهر ایلام و بیماران قلبی- عروقی شرکت‌کننده در این مطالعه نهایت تشکر و قدردانی را به عمل می‌آورند.

References

1. Nejati Safa A, Larijani B, Shariati B, Amini H, Rezagholizadeh A. Depression, quality of life and glycemic control in patients with diabetes. Iran J Diabetes Lipid Disord 2007; 7(2): 195-204. [In Persian].
2. Shahab Jahanlou AR, Ghofranipour FA, Kimiagar SM, Vafaei M, Heydarnia A, Sobhani Sa, et al. The relationship between knowledge, self-efficacy and quality of life with glycemic control and lipid profile in smoking diabetic patients. Hormozgan Med J 2008; 11(4): 261-6. [In Persian].
3. Mohammadi Zeidi A, Khalaj M, Naghi zadeh Jahromi MM. Quality of life in people with lower back pain. Salmand Iran J Ageing 2007; 1(2): 119-24. [In Persian].
4. Peimani M, Monjamed Z, Ali Asgar Pour M, Mehran A. Quality of life in diabetic patients with cardiovascular complications were referred to endocrinology hospitals of Tehran University of Medical Sciences 2004-2005. J Med Counc I R Iran 2007; 25(2): 142-8. [In Persian].
5. Darjani A, Ghanbari A, Sayadi Nejad A, Gol chy M, Sadra Shakouri Sh, Alizadeh N, et al. Comparison of health-related Quality of life in in patients with pemphigus and people without pemphigus. J Guilan Univ Med Sci 2008; 17(67): 1-9. [In Persian].
6. Hosseini S, Rezaei A, Keikhosravi Beikzadeh Z. Social Support and Olders. J Women Social 2011; 2(4): 143-62 [In Persian].

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-02-04]

7. Bandura A. Self-Efficacy: The Exercise of Control. New York, NY: Worth Publishers; 1997.
8. Oritt EJ, Paul SC, Behrman JA. The Perceived Support Network Inventory. Am J Community Psychol 1985; 13(5): 565-82.
9. Nedjat S, Montazeri A, Mohammad K, Majdzadeh R, Nabavi N, Nedjat F, et al. Quality of Life in Multiple Sclerosis Compared to the Healthy Population in Tehran. Iran J Epidemiol 2006; 2(3-4): 19-24. [In Persian].
10. Ildarabady E, Firouzkouhi MR, Mazloom S, Navinean A. Prevalence of depression among students of Zabol Medical School, 2002. J Shahrekord Univ Med Sci 2004; 6(2): 15-21. [In Persian].
11. Amidi A. Sampling Theory and Applications. Tehran, Iran: Iran University Press; 2001.
12. Canty-Mitchell J, Zimet GD. Psychometric properties of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support in urban adolescents. Am J Community Psychol 2000; 28(3): 391-400.
13. Moeini B. Effects of stress management training program on mental health of adolescents in Tehran based on the health belief model and social marketing approach [PhD Thesis]. Tehran, Iran: Tarbiat Modares University; 2007. [In Persian].
14. Shojaei F. Quality of Life in Patients with Heart Failure. Hayat 2008; 14(2): 5-14. [In Persian].
15. Heo S, Lennie TA, Okoli C, Moser DK. Quality of life in patients with heart failure: ask the patients. Heart Lung 2009; 38(2): 100-8.
16. Bennett SJ, Perkins SM, Lane KA, Deer M, Brater DC, Murray MD. Social support and health-related quality of life in chronic heart failure patients. Qual Life Res 2001; 10(8): 671-82.
17. Heydari S, Salahshourian-fard A, Rafiee F, Hoseini F. Correlation of Perceived Social Support from Different Supportive Sources and the Size of Social Network with Quality of Life in Cancer Patients. Iran J Nurs 2009; 22(61): 8-18. [In Persian].
18. Helgeson VS. Social support and quality of life. Qual Life Res 2003; 12(Suppl 1): 25-31.
19. Sanne B, Mykletun A, Dahl AA, Moen BE, Tell GS. Testing the Job Demand-Control-Support model with anxiety and depression as outcomes: the Hordaland Health Study. Occup Med (Lond) 2005; 55(6): 463-73.
20. Hosseini SM, Rezaei A, Keykhosravi Z. A Comparison of Old Men and Women's Social Support, Life Satisfaction, Happiness and Depression. Journal of Woman & Society 2011; 2(4): 143-62. [In Persian].
21. Rambod M, Rafii F. Perceived social support and quality of life in Iranian hemodialysis patients. J Nurs Scholarsh 2010; 42(3): 242-9.
22. Rambod M, Shabani M, Shokrpour N, Rafii F, Mohammadalliha J. Quality of life of hemodialysis and renal transplantation patients. Health Care Manag (Frederick) 2011; 30(1): 23-8.
23. Al-Arabi A. Social Support, Coping Methods and Quality of Life in Hemodialysis Patients. Galveston TX: University of Texas Medical Branch at Galveston; 2003.
24. Emery CF, Frid DJ, Engebretson TO, Alonzo AA, Fish A, Ferketich AK, et al. Gender differences in quality of life among cardiac patients. Psychosom Med 2004; 66(2): 190-7.
25. Zamanzadeh V, Heidarzadeh M, Oshvandi KH, Lakdizaji S. Relationship between Quality of Life and Social Support in Hemodialysis Patients in Imam Khomeini and Sina Educational Hospitals of Tabriz University of Medical Sciences. Med J Tabriz Univ Med Sci 2007; 29(1): 49-54. [In Persian].
26. Carels RA. The association between disease severity, functional status, depression and daily quality of life in congestive heart failure patients. Qual Life Res 2004; 13(1): 63-72.
27. Krumholz HM, Amatruda J, Smith GL, Mattera JA, Roumanis SA, Radford MJ, et al. Randomized trial of an education and support intervention to prevent readmission of patients with heart failure. J Am Coll Cardiol 2002; 39(1): 83-9.
28. Barnason S, Zimmerman L, Nieveen J, Schmaderer M, Carranza B, Reilly S. Impact of a home communication intervention for coronary artery bypass graft patients with ischemic heart failure on self-efficacy, coronary disease risk factor modification, and functioning. Heart Lung 2003; 32(3): 147-58.
29. Holloway A, Watson HE. Role of self-efficacy and behaviour change. Int J Nurs Pract 2002; 8(2): 106-15.
30. Hoseinzadeh T, Paryad A, Asiri SH, Kazemnezhad Leili E. Relationship between perception of illness and general self-efficacy in coronary artery disease patients. Holist Nurs Midwifery 2012; 22(1): 1-8. [In Persian].
31. Esmaeli M, Alikhani M, Gholamaragi M, Hosseini F. The quality of life and self efficacy of the patients under hemodialysis. Iran J Nurs 2005; 18(41-42): 77-84. [In Persian].

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-02-04]

Association between Self-Efficacy, Perceived Social Support and Quality of Life in Patients with Cardiovascular Diseases: A Cross-Sectional Study

Mohsen Jalilian[1], **Firoozeh Mostafavi**[2], **Gholamreza Sharifirad**[3]

Original Article

Abstract

Background: Quality of life is an essential part of the evaluation of health status. As an independent factor, cardiovascular disease has negative effect on the quality of life in such patients. However, the general self-efficacy and perceived social support can help patient to better cope with the mental and physical condition from the disease and improve their quality of life. The preset study aimed to investigate the effect of general efficacy and perceived social support on quality of life in cardiovascular patients.

Methods: This cross-sectional study was conducted on 116 cardiovascular patients who hospitalized in Ilam, Iran. Data were collected with the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-Bref) questionnaire, general self efficacy and perceived social support questionnaires.

Findings: Findings showed that 35.3% of the participants in the study were male and 64.7% were female. 82.2% were married, and 17.2% were single. According to the results, 2.6% of the patients assessed their current quality of life very poor, 3.4 % poor, 29.3% intermediate, 50.9 % good and 13.8% very good. Besides, 4.3% of the patients were very dissatisfied with their current health status, 11.2% dissatisfied, 32.2% neither satisfied nor dissatisfied, 44.8% satisfied and 9.5 % were very satisfied. Average score in physical health dimension was 22.18 ± 3.32, environmental health dimension 19.49 ± 4.79, mental health dimension 10.79 ± 3.26, and social relationship dimension 25.76 ± 5.08. Furthermore, findings indicated that general self-efficacy average score was 26.97 and for social support was 25.02. Result showed a significant association between the general self-efficacy and perceived social support. As increasing general self-efficacy and perceived social support, physical health, environmental health, mental health and social relationships increased accordingly ($P > 0.05$).

Conclusion: General self-efficacy and perceived social support have important role in improve quality of life. Designing and implementing educational interventions to increase social support and general self-efficacy in patients with cardiovascular disease is recommended.

Key words: Cardiovascular Disease, Quality of Life, Social Support, Self-Efficacy

Citation: Jalilian M, Mostafavi F, Sharifirad Gh. **Association between Self-Efficacy, Perceived Social Support and Quality of Life in Patients with Cardiovascular Diseases: A Cross-Sectional Study.** J Health Syst Res 2013; 9(5): 531-9.

Received date: 03/03/2013 Accept date: 05/05/2013

1- Research Center for Prevention of Psycosocial Trauma, Department of Public Health, School of Health, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran (Corresponding Author) mail: jalilian91@yahoo.com
2- Assistant Professor, Department of Health Education and Promotion, School of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
3- Professor, Department of Health Education and Promotion, School of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-02-04]