

اثربخشی آموزش حمایت اجتماعی مبتنی بر خانواده بر سازگاری اجتماعی و رفتارهای خودمراقبتی بیماران قلبی با علائم افسردگی (پس از عمل جراحی قلب باز)

زهرا آذری قهفرخی^۱، *مجتبی انصاری شهیدی^۲، مهران شاهزادمانی^۳

۱. دانشجوی دکترای تخصصی روانشناسی عمومی، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران.

۲. استادیار، گروه روانشناسی، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران.

۳. استادیار، گروه جراحی عمومی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

(تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۱۱/۱۶ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۹/۰۹)

Efficacy of Family-Based Social Support Training on the Social Adjustment and Self-Care Behaviors of the Cardiac Patients with the Signs of Depression (After Open Surgery)

Zahra Azari Ghahfarokhi¹, *Mojtaba Ansari Shahidi², Mehran Shahzamani³

1. Ph.D Student in General Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran.

2. Assistant Professor, Department of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran.

3. Assistant Professor, Department of General Surgery, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

Original Article

(Received: Feb. 05, 2022 - Accepted: Nov. 30, 2022)

مقاله پژوهشی

Abstract

Objective: The present study was conducted to investigate the efficacy of family-based social support training on the social adjustment and self-care behaviors of the cardiac patients with the signs of depression (after open surgery). **Method:** The present study was quasi-experimental with pretest, posttest, control group and two-month follow-up period design. The statistical population of the study included patients undergoing open heart surgery with depressive symptoms referred to specialized heart hospitals (Chamran, Sina and Milad) in Isfahan in the second half of 2019. 36 cardiac patients with the signs of depression were selected through purposive sampling method and randomly accommodated into experimental and control groups (17 patients in the experimental group and 19 patients in the control group). The experimental group received eight seventy-five-minute sessions of family-based social support training during two months. The applied questionnaires in this study included depression questionnaire (Beck et al, 1996), social adjustment questionnaire (Bell, 1962) and self-care behaviors questionnaire (Galiana et.al, 2015). The data from the study were analyzed through Mixed ANOVA and Bonferroni post hoc test via SPSS23 statistical software. **Findings:** The results showed that family-based social support training has significant effect on the social adjustment and self-care behaviors of the cardiac patients with the signs of depression ($p < 0.001$). **Conclusion:** According to the findings of the present study it can be concluded that family-based social support training can be used as an efficient intervention to improve social adjustment and self-care behaviors of the cardiac patients with the signs of depression through employing techniques such as creating social support circles, strengthening and rebuilding the social support group.

Keywords: Depression, Cardiac Patients, Family-based Social Support Training, Self-Care Behaviors, Social Adjustment.

چکیده

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش حمایت اجتماعی مبتنی بر خانواده بر سازگاری اجتماعی و رفتارهای خودمراقبتی بیماران قلبی با علائم افسردگی (پس از عمل جراحی قلب باز) انجام گرفت. روش: روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه و دوره پیگیری دوماهه بود. جامعه آماری پژوهش شامل بیماران تحت جراحی قلب باز با علائم افسردگی مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های تخصصی قلب (چمران، سینا و میلاد) شهر اصفهان در شش ماهه دوم سال ۱۳۹۸ بود. در این پژوهش تعداد ۳۶ بیمار قلبی با علائم افسردگی با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و با گمارش تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه جایدهی شدند (۱۷ بیمار در گروه آزمایش و ۱۹ بیمار در گروه گواه). خانواده بیماران حاضر در گروه آزمایش مداخله آموزش حمایت اجتماعی مبتنی بر خانواده را طی دو ماه در ۸ جلسه ۷۵ دقیقه‌ای دریافت نمودند. پرسشنامه‌های مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسشنامه افسردگی (بک و همکاران، ۱۹۹۶)، پرسشنامه سازگاری اجتماعی (بل، ۱۹۶۲) و پرسشنامه رفتارهای خودمراقبتی (گالینا و همکاران، ۲۰۱۵) بود. داده‌های حاصل از پژوهش به شیوه تحلیل واریانس آمیخته و آزمون تعقیبی بونفرونی با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS23 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته‌ها: نتایج نشان داد که آموزش حمایت اجتماعی مبتنی بر خانواده بر سازگاری اجتماعی و رفتارهای خودمراقبتی بیماران قلبی با علائم افسردگی تأثیر معنادار دارد ($p < 0.001$). نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان چنین نتیجه گرفت که آموزش حمایت اجتماعی مبتنی بر خانواده با بهره‌گیری از ایجاد حلقه‌های حمایت اجتماعی و تقویت و بازسازی گروه اجتماعی حمایت‌کننده می‌تواند به عنوان یک مداخله موثر جهت بهبود سازگاری اجتماعی و رفتارهای خودمراقبتی بیماران قلبی با علائم افسردگی مورد استفاده گیرد.

واژگان کلیدی: افسردگی، بیماران قلبی، حمایت اجتماعی مبتنی بر خانواده، رفتارهای خودمراقبتی، سازگاری اجتماعی.

*نویسنده مسئول: مجتبی انصاری شهیدی

Email: dransarishahidi@gmail.com

*Corresponding Author: Mojtaba Ansari Shahidi

مقدمه

یکی از مشکلات عمده بهداشت و درمان جوامع امروزی و شایع‌ترین علت مرگ و میر در دنیا بیماری‌های عروق کرونر قلبی^۱ است. این بیماری‌ها بنابر پیش‌بینی‌های مجامع علمی تا سال ۲۰۳۰ اصلی‌ترین علت مرگ و میر در کشورهای مختلف خواهند بود (موران، اومربورن، بلاکشر، سیمز و کلارک، ۲۰۱۹). بر اساس یافته‌های علمی منتشر شده توسط سازمان بهداشت جهانی، در کشور ایران نیز پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۳۰، ۴۴/۸ درصد مرگ‌ها به بیماری‌های عروق کرونر قلبی ارتباط داشته باشد (آهنگرزاده رضایی، اولادریستم و نعمت‌اللهی، ۱۳۹۶). عوامل متعددی نظیر اضطراب و افسردگی، استرس‌های اجتماعی، تعارض و رفتار خصمانه می‌تواند به انقباض نابهنجار کرونری، افزایش انسداد شریان کرونری، بی‌نظمی‌های بدخیم ضربان قلب و در نتیجه به ناتوانی قلب منجر شود (هولز، بیر، آرلوت، هاورکامپ، کاهلمان، مارتاس و همکاران، ۲۰۲۰). بیماری عروق کرونر قلبی به شکل عمده به وسیله جراحی قلب باز^۲ مورد درمان قرار می‌گیرد. این در حالی است که بسیاری از بیماران تجربه پیامدهای روان‌شناختی منفی پس از عمل جراحی را گزارش کرده‌اند (رامش، نایاک، پاک، گئورگ و دوی، ۲۰۱۷). بیماری کرونری قلب، محدودیت در فعالیت جسمی، تعاملات اجتماعی محدود، تنیدگی‌های روانی، اضطراب، افسردگی، کاهش نشاط، افزایش وابستگی، بازنشستگی زودرس و تأثیر منفی بر کیفیت زندگی را بر فرد مبتلا تحمیل

می‌کند (فراکهار، استنروک و بلامنتال، ۲۰۱۸). بروز بیماری‌های خاص و مزمن همچون بیماری‌های عروق کرونر قلبی و در نتیجه آن انجام عمل جراحی همچون جراحی قلب باز، برای فرد بیمار آسیب‌های روان‌شناختی و هیجانی را در پی دارد. یکی از معمول‌ترین آسیب‌های روان‌شناختی افراد با بیماری عروق کرونر قلبی، افسردگی است (اسفورزینی و همکاران، ۲۰۱۹؛ جیانگ، آسمارو، اوسالیوان، مودی، بادنیک و سناتز، ۲۰۱۸؛ بهرامی احسان، امجدیان، رستمی و واحدی، ۱۳۹۷؛ ملک‌پور گلسفیدی، نصرالهی و دارندگان، ۱۳۹۶). برخی پژوهشگران نقش افسردگی را به شکل همزمان به عنوان عامل موثر در وقوع بیماری‌های قلبی و همچنین مشکلات متعاقب جراحی قلب مورد بررسی قرار داده (ترایل، ۲۰۲۰) و تأکید می‌کنند که نقش این اختلال خلقی و روانی در بروز مشکلات پس از جراحی همچون جراحی قلب باز به مراتب مهم‌تر است تا جایی که می‌تواند بستر بسیاری از مشکلات جسمی همانند تاخیر در روند بهبودی، ایجاد ناتوانی در زندگی روزمره، شیوع بالای دردهای پس از جراحی و بروز حملات قلبی مجدد را مهیا سازد (آگایو، لیونس، سانایها و بنهارش، ۲۰۲۰). پژوهشگران میزان بروز علائم افسردگی پس از عمل جراحی قلب را بین ۴/۷ تا ۸ درصد تخمین زده‌اند (پول، کید، رونالدسون، لیگ، جهانگیری و استپتو، ۲۰۱۶). این روند سبب می‌شود تا پژوهشگران به این باور برسند که افسردگی دلیل عمومی بیماری پس از جراحی قلب است و به مثابه ریسک فاکتوری برای پدیدآیی

1. Coronary heart disease

2. Coronary Artery Bypass Graft

مشکلات قلبی جدید عمل می‌کند (چان و نافلد، ۲۰۱۹).

بروز افسردگی در بیماران عروق کرونر قلبی سبب کاهش تعاملات محیطی و اجتماعی آنها شده و در نتیجه مولفه‌های مرتبط با تعاملات اجتماعی همچون سازگاری اجتماعی^۱ در آنها دچار آسیب می‌شود (لیو، هرناوندز، تروت، کلیمان و بوزای، ۲۰۱۸؛ محمدی، خیرالهی، حقیقت و روشنایی، ۱۳۹۶؛ صحرانورد، احدی، تقدیسی، کاظمی و کراسکیان، ۱۳۹۶). سازگاری به توانایی فرد جهت تطابق با محیط اطرافش اشاره دارد (کورادی و لورا، ۲۰۲۱). به عبارت دیگر سازگاری مجموعه کنش و رفتارهای سازگارانه‌ای است که فرد در موقعیت‌ها و شرایط محیطی و اجتماعی جدید به منظور ارائه پاسخ‌های مناسب به محرک‌های موجود بروز می‌دهد. در این میان سازگاری اجتماعی منعکس کننده تعامل فرد با محیط و دیگران، و رضایت از نقش‌های خود و نحوه عملکرد در نقش‌ها است که به احتمال زیاد تحت تاثیر شخصیت، فرهنگ، آموزش و انتظارات خانواده قرار دارد (روت و همکاران، ۲۰۱۶). بر این اساس سازگاری اجتماعی مهارت توانایی برقراری ارتباط متقابل با دیگران مطابق با هنجار جامعه را پدید می‌آورد. این روند سبب می‌شود تا افراد بتوانند حتی در موقعیت‌های تنیدگی‌زا و چالش‌برانگیز، از مهارت برقراری ارتباط سازنده بهره برده و تنش‌های روانی و ارتباطی کمتری را ادراک نمایند (گل‌محمدیان، نظری و پروانه، ۱۳۹۵). چنانچه کسی بتواند محدودیت‌هایش را بشناسد، بپذیرد، راه‌های مقابله

با آنها را بیاید و به کار برد، امیال و آرزوهای خود را محدود و کنترل نماید و ارضای آنها را تا حد امکان فراهم سازد، او را فردی سازگار گویند. برعکس اگر فرد قادر به انجام این کار نشود، او را ناسازگار گویند که اجتماع به انواع مختلف با او مقابله کرده و در نهایت طرد و حذف می‌شود که چنین روندی به شکلی جدی برای فرد، آسیب‌های روان‌شناختی و هیجانی را در پی دارد (دهقان‌پور، مسیحی و ترانس، ۱۳۹۷).

از طرفی باید اشاره کرد که بروز بیماری‌های مزمن و حاد فیزیولوژیکی همچون بیماری کرونری قلب سبب می‌شود که بیماران، توجه بسیار زیادی را به خود و سلامت خود نشان داده و ارزش خودمراقبتی^۲ برای آنها روشن‌تر شود. چنانکه نتایج پژوهش‌های مختلف نشان داده است که رفتارهای خودمراقبتی در بیماران کرونری قلب سبب می‌شود تا آنها ارزش بیشتری را به سلامت خود نشان داده و روش‌های مقابله‌ای سازگارانه‌تری را در مواجهه به تنیدگی‌های درونی و موقعیت‌های فشارزای بیرونی از خود نشان دهند (کائو، چایر، وانگ، چپو و چنگ، ۲۰۱۹؛ می، تیان، چای و فان، ۲۰۱۹). مطالعه‌ای که توسط پاکایا، سیام و سیاهرال (۲۰۲۱) انجام شده است نشان داد مراقبت از خود عود مکرر بیماری و تعداد دفعات بستری را کاهش می‌دهد و باعث افزایش کیفیت زندگی می‌شود. همچنین این پژوهشگران نشان داده‌اند که ارتقا خودمراقبتی منجر به عملکرد بهتر بیماران می‌شود. این در حالی است که بیماران با بکارگیری خودمراقبتی مناسب می‌توانند توانایی‌های خود را

ارتقا داده (برقی ایرانی، رجبی، ناظمی و بگیان کوله مرز، ۱۳۹۶)، عملکرد اجتماعی سازنده تری را تجربه نموده و یا کسب استقلال، فعالیت های روزمره خود را انجام دهند (کربلایی هرفته، کرمی مهاجری و کیا، ۱۳۹۹). خودمراقبتی به افراد می آموزد که چرا و چگونه از خودشان مراقبت کنند. انسان بالغ در این فرایند می آموزد و انجام می دهد تا بقاء، کیفیت زندگی و خوب بودن خودش را هدایت کند (تارتن و همکاران، ۲۰۲۰). خودمراقبتی روند تازه ای در مراقبت های بهداشتی به شمار می رود و عبارت است از: آن دسته از اقدامات سالم سازی که توسط خود فرد به اجرا در می آیند. بر این اساس خودمراقبتی به فعالیت هایی گفته می شود که افراد برای ارتقای سلامتی، پیشگیری از بیماری، محدود کردن بیماری و حفظ سلامت خود انجام می دهند. این اقدامات بدون کمک های حرفه ای به اجرا در می آید ولی دانش و مهارت آن به افراد آموزش داده می شود (کاو، ییلماز، بالات و دوگان، ۲۰۱۷).

روش های درمانی و آموزشی روان شناختی گوناگونی برای بهبود مولفه های روان شناختی، اجتماعی، فیزیولوژیکی و هیجانی افراد مبتلا به بیماری های مزمن همچون افراد دارای بیماری قلبی - عروقی پس از انجام عمل جراحی قلب باز به کار گرفته شده است. یکی از روش هایی که می تواند منجر به بهبود وضعیت روان شناختی و هیجانی شود، حمایت اجتماعی مبتنی بر خانواده^۱ است (لیا، هرناندز، ترات، کلیمان و بوزای، ۲۰۱۹؛ پاشکارو، کازنتسو، یاروسلاوسکایا و بسنو، ۲۰۱۹).

چرا که حمایت اجتماعی به عنوان یک روش مناسب و تقریباً در دسترس می تواند در برنامه های مداخله ای که برای افزایش سطح رفاه به خصوص رفاه روانی طراحی می شوند، کاربردهای زیادی داشته باشد (نبوی، علی پور، حجازی، ربانی و راشدی، ۱۳۹۳). چرا که این مداخله می تواند با کاهش احساس تنهایی افراد منجر به بهبود مولفه های روان شناختی آنها شود (لو، ۲۰۱۹). شواهدی در دست است مبنی بر اینکه گاهی کمک هایی که به فرد می شود نامناسب و بدموقع است یا اینکه خلاف میل خود فرد است، بنابراین نه خود حمایت، بلکه بیشتر ادراک فرد از حمایت است که مهم جلوه می کند (آوریده، اسدی مجره، مقتدر، عابدینی و میربلوک بزرگی، ۱۳۹۸). در حمایت اجتماعی دریافت شده، میزان حمایت های کسب شده توسط فرد مورد تاکید است و در حمایت اجتماعی ادراک شده، ارزیابی های فرد از در دسترس بودن حمایت ها، در مواقع ضروری و مورد نیاز بررسی می شود (گالکت، ۲۰۱۰). حمایت اجتماعی به عنوان قوی ترین و نیرومندترین عوامل رویارویی موفقیت آمیز و آسان در زمان درگیری افراد با بیماری های جسمی مزمن و شرایط تنش زا شناخته شده و تحمل مشکلات را برای افراد تسهیل می کند و از طریق ایفای نقش واسطه های میان عوامل تنش زای زندگی و بروز مشکلات جسمی و روانی و همچنین تقویت شناخت افراد باعث کاهش تنش تجربه شده، افزایش میزان بقاء و بهبود وضعیت های بهداشتی و در پایان بهبود کیفیت زندگی افراد می شود (ظهورپرونده و پاسبان، ۱۳۹۸). حمایت اجتماعی با سلامت مرتبط

برای این گروه از بیماران برجسته می‌کند. بنابراین مساله اصلی پژوهش بررسی اثربخشی حمایت اجتماعی مبتنی بر خانواده بر سازگاری اجتماعی و رفتارهای خودمراقبتی بیماران قلبی با علائم افسردگی (پس از عمل جراحی قلب باز) بود.

روش

روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه و دوره پیگیری دوماهه بود. جامعه آماری شامل کلیه بیماران تحت جراحی قلب باز با علائم افسردگی مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های تخصصی قلب (چمران، سینا و میلاد) شهر اصفهان در شش ماهه دوم سال ۱۳۹۸ بود. جهت انتخاب حجم نمونه از روش نمونه‌گیری هدفمند (با توجه به ملاک‌های ورود و خروج) استفاده شد. بدین صورت که از بین بیماران تحت جراحی قلب باز مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های مذکور، تعداد ۴۰ بیمار به روش هدفمند انتخاب شد. شیوه انتخاب نمونه بدین صورت بود که با مراجعه به بیمارستان‌های چمران، میلاد و سینا، فرم شرکت دوطبقه در پژوهش در بین بیماران تحت جراحی قلب باز، توزیع و پس از جمع‌آوری، بیماران داوطلب حضور در پژوهش شناسایی شدند. سپس پرسشنامه افسردگی به آنها ارائه و افرادی که نمرات بالاتر از میانگین (نمرات بالاتر ۲۰) در پرسشنامه افسردگی کسب کرده‌اند، مشخص شدند. در این مرحله تعداد ۴۹ بیمار نمره بالاتر از ۲۰ کسب نمودند. این افراد پرسشنامه افسردگی را یک ماه پس از عمل جراحی تکمیل نمودند. لازم به ذکر است که با این افراد مصاحبه

بوده و دارای پیامدهای مثبتی بر سلامت است (رایت، ۲۰۱۶؛ گنیلکا و برودا، ۲۰۱۹؛ چانکای، شای و ایکسون، ۲۰۱۹؛ کنگ، هو، یائو و ژائو، ۲۰۱۹). لای و ما در پژوهشی (۲۰۱۶)، در خصوص ارتباط بین حمایت اجتماعی ادراک شده، بهزیستی روان‌شناختی و رفتارهای پرخطر را مورد بررسی قرار دادند و به این نتیجه دست یافتند که حمایت اجتماعی ادراک شده ارتباط بهزیستی روان‌شناختی با رفتارهای پرخطر را تعدیل می‌کند. به طور اختصاصی، حمایت از سوی خانواده و دوستان، ارتباط رضایت از زندگی و امیدواری را با رفتارهای پرخطر تعدیل می‌کند (جهانگ، ۲۰۱۹).

در حوزه ضرورت انجام پژوهش حاضر باید اشاره کرد که بیماری‌های عروق کرونری قلب یک مشکل بهداشتی عمده در کشورهای در حال توسعه و توسعه یافته است. به طوری که در شروع قرن بیستم اختلال قلبی عروقی کمتر از ۱۰ درصد کل مرگ و میر در جهان را شامل می‌شد، این در حالی است که در اواخر این قرن بیماری‌های قلبی نزدیک به نیمی از کل مرگ و میر کشورهای پیشرفته و حدود ۲۵ درصد مرگ و میرها در کشورهای در حال توسعه را شامل گردید (هولز و همکاران، ۲۰۲۰). این روند منجر به گسترش عمل‌های جراحی همانند عمل قلب باز شده است. این در حالی است که بنابر نتایج پژوهش‌های صورت گرفته، افراد بیمار پس از این فرایند آشفتگی‌های خلقی و روانی همانند افسردگی را تجربه کرده (پول و همکاران، ۲۰۱۶) و متعاقب آن، سازگاری اجتماعی آنان نیز کاهش می‌یابد. این روند ضرورت انجام مداخلات روان‌شناختی کارآمد را

سال و در گروه گواه ۴۷/۲۵ سال بود. همچنین نتایج نشان داد که تحصیلات در بیشتر افراد نمونه در گروه آزمایش (۷ نفر یا ۴۳/۷۵ درصد) و گروه گواه (۹ نفر یا ۴۷/۳۷ درصد) دیپلم بود.

ابزارهای سنجش

پرسشنامه افسردگی (DQ)^۱: نسخه نهایی پرسشنامه افسردگی توسط بک، اپستین، براون و استیر در سال ۱۹۹۶ تدوین شد. سوالات پرسشنامه در مجموع از ۲۱ ماده مرتبط با نشانه‌های مختلف افسردگی تشکیل می‌شود که آزمودنی‌ها باید روی یک مقیاس چهار درجه‌ای از صفر تا سه به آن پاسخ دهند. این ماده‌ها در زمینه‌هایی مثل غمگینی، بدبینی، احساس ناتوانی و شکست، احساس گناه، آشفتگی خواب، از دست دادن اشتها، از خود بی‌زاری و ... هستند. حداقل نمره در این آزمون صفر و حداکثر آن ۶۳ است. با جمع کردن نمرات فرد در هر یک از ماده‌ها، نمره فرد به طور مستقیم به دست می‌آید. نمره‌های زیر را می‌توان برای نشان دادن سطح کلی افسردگی به کار بست: ۰ تا ۱۳: هیچ یا کمترین افسردگی (نمره صفر تا ۱۳)، افسردگی خفیف (نمره ۱۴ تا ۱۹)، افسردگی متوسط (نمره ۲۰ تا ۲۸)، افسردگی شدید (نمره ۲۹ تا ۶۳). بک و همکاران (۱۹۹۶) روایی همزمان این پرسشنامه را ۰/۷۹ و اعتبار بازآزمایی آن را ۰/۶۷ گزارش کردند. همچنین ضریب بازآزمایی برای بیماران روانی ۰/۸۶ و برای بیماران غیر روانی ۰/۸۱ گزارش شده است (به نقل از فتحی، حاتمی ورزنده، اصلی آزاد و فرهادی، ۱۳۹۵). گودرزی (۱۳۸۵) اعتبار پرسشنامه بک را از طریق محاسبه ضریب همسانی

بالینی بر اساس پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی نیز صورت پذیرفت. در گام بعد از بین بیماران تحت جراحی قلب باز که دارای افسردگی بودند، تعداد ۴۰ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه جایگزین شد (۲۰ بیمار در گروه آزمایش و ۲۰ نفر هم در گروه گواه). سپس اعضای خانواده بیماران حاضر در گروه آزمایش مداخله آموزشی حمایت اجتماعی مبتنی بر خانواده را دریافت نمودند، در حالیکه گروه گواه از دریافت این مداخله در طی انجام فرایند پژوهش بی‌بهره بود. پس از شروع مداخله تعداد ۳ بیمار در گروه آزمایش و ۱ نفر در گروه گواه از ادامه حضور در پژوهش انصراف دادند (۱۷ بیمار در گروه آزمایش و ۱۹ بیمار در گروه گواه). معیارهای ورود به تحقیق شامل داشتن سن بین ۲۰ تا ۵۰ سال، داشتن علائم افسردگی بالاتر از سطح متوسط با توجه به اجرای پرسشنامه افسردگی و مصاحبه بالینی، حداقل داشتن تحصیلات مقطع راهنمایی و تحت جراحی قلب باز بودن بود. همچنین معیارهای خروج شامل داشتن بیش از دو جلسه غیبت، عدم همکاری و انجام ندادن تکالیف مشخص شده در جلسه آموزشی، عدم تمایل به ادامه حضور در فرایند انجام پژوهش و وقوع حادثه پیش‌بینی نشده بود. جهت رعایت اصول اخلاقی برای گروه گواه، پس از اتمام فرایند اجرایی پژوهش، از افراد حاضر در این گروه دعوت شد که مداخله پژوهش حاضر را به شکل رایگان دریافت نمایند که تعداد ۶ نفر در جلسه‌ها حاضر شدند. یافته‌های جمعیت‌شناختی نشان داد که میانگین سن در گروه آزمایش ۴۵/۴۱

درونی ۰/۸۴ و ضریب اعتبار حاصل از روش تصنیف را ۰/۷۰ به دست آورد. ضریب همبستگی بین فرم ۱۳ سوالی و فرم ۲۱ سوالی آن بر اساس گزارش گودرزی، ۰/۷۴ می باشد که حاکی از روایی مناسب پرسشنامه جهت استفاده در ایران است (به نقل از رئیس‌یان، گلزاری و برجعلی، ۱۳۹۰). پایایی پرسشنامه حاضر در این پژوهش به وسیله ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ محاسبه شد.

پرسشنامه سازگاری اجتماعی (SAQ)^۱: پرسشنامه سازگاری اجتماعی توسط بل^۲ در سال ۱۹۶۱ تدوین شده است. این پرسشنامه دارای ۳۲ سوال بوده و طیف پاسخگویی به سوالات آن سه گزینه‌ای است: بدین صورت که گزینه بله نمره دو، گزینه نمی دانم نمره یک و خیر نمره صفر می گیرد. سوالات ۱، ۳، ۴، ۶، ۷، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۵، ۱۶، ۱۸، ۲۰، ۲۲، ۲۴، ۲۵، ۲۷، ۲۸ و ۲۹ به صورت معکوس نمره گذاری می شوند. دامنه نمرات این پرسشنامه بین صفر تا ۶۴ است. کیب نمرات بیشتر نشان دهنده سازگاری اجتماعی بالاتر است. روایی پرسشنامه از دو راه به دست آمده است: نخست، عبارات هر یک از بخش‌های پرسشنامه، در محدوده‌ای انتخاب شدند که اختلاف آنها، بین پنجاه درصد بالایی و پائینی در توزیع نمرات بزرگسال مشهود باشد، بنابراین در این فرم پرسشنامه، تنها مواردی آورده شده‌اند که تمایز صریح این دو گروه کاملاً متفاوت را نشان می دهد. دوم اینکه، پرسشنامه در نتیجه تلاش‌های متخصصین مشاوره با بزرگسالان، مبنی بر انتخاب گروه‌هایی از افراد، به دست آمده است که در

محدوده بسیار خوب و بسیار ضعیف سازگاری، سازگاری داشته‌اند و همچنین تعیین حدودی که پرسشنامه می‌تواند در بین آنها تمایز ایجاد کند (وارابا^۳ و همکاران، ۲۰۰۷؛ به نقل از آقائی‌پور، وطنخواه و غلامی حیدرآبادی، ۱۳۹۶). این پرسشنامه توسط بهرامی احسان (۱۳۷۱)؛ به نقل از فتحی آشتیانی، ۱۳۸۸) اجرا شد. اعتبار این آزمون با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۶ به دست آمد (آقائی‌پور، وطنخواه و غلامی حیدرآبادی، ۱۳۹۶). میکائیلی منیع و مددی امامزاده (۱۳۸۷) اعتبار این پرسشنامه را ۰/۸۰ گزارش کرده‌اند. پایایی پرسشنامه حاضر در این پژوهش به وسیله ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ محاسبه شد.

پرسشنامه خودمراقبتی (SCQ)^۴: پرسشنامه خودمراقبتی توسط گالینا، الیور، سانسو و بیتو در سال ۲۰۱۵ تهیه شده است. پرسشنامه خودمراقبتی، خودمراقبتی افراد را در سه حوزه اصلی مورد ارزیابی قرار می دهد: خودمراقبتی جسمی: مولفه‌هایی و تحرکاتی که سلامت بدنی را حفظ می کنند؛ خودمراقبتی ذهنی: فعالیت‌هایی که به سلامت مغز و ذهن یاری می رسانند؛ خودمراقبتی اجتماعی: به فعالیت‌های گروهی و اجتماعی که به شخص در زمینه سلامت اجتماعی کمک می کند. این سه فاکتور با هم خودمراقبتی حرفه‌ای را شکل می دهند. این پرسشنامه دارای ۹ سوال است که بر اساس طیف پاسخگویی لیکرت (از ۱: کاملاً مخالفم تا ۵: کاملاً موافقم) به آنها پاسخ داده می شود. دامنه نمرات این پرسشنامه بین ۹ تا ۴۵ است. کسب نمرات بیشتر نشان دهنده خودمراقبتی بالاتر

3. Warbah
4. Self-Care Questionnaire

1. Social Adjustment Questionnaire
2. Bell

فرد است. روایی محتوایی این پرسشنامه در پژوهش گالینا، الیور، سانسو و بیتو (۲۰۱۵) مطلوب گزارش شده است. همچنین میزان پایایی زیرمقیاس‌های این پرسشنامه در پژوهش گالینا، الیور، سانسو و بیتو (۲۰۱۵) بین ۰/۷۴ تا ۰/۷۹ گزارش شده است. در پژوهش رئوفی عادگانی (۱۳۹۷) نیز پایایی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌های خودمراقبتی جسمی، خودمراقبتی ذهنی و خودمراقبتی اجتماعی به ترتیب ۰/۴۸، ۰/۷۳ و ۰/۴۴ و برای نمره کل پرسشنامه ۰/۶۵ به دست آمد. همچنین میزان روایی محتوایی این پرسشنامه در پژوهش رئوفی عادگانی (۱۳۹۷) ۰/۸۴ محاسبه و گزارش گردید. پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۲ محاسبه شد.

روند اجرای پژوهش

جهت انجام پژوهش ابتدا هماهنگی‌های لازم با مسئولان بیمارستان‌های چمران، میلاد و سینا انجام و مجوز حضور در بیمارستان دریافت شد. سپس با مراجعه به بیمارستان‌های مذکور، بیماران تحت جراحی قلب باز دارای افسردگی جهت شرکت در پژوهش مورد شناسایی قرار گرفتند. سپس با رضایت کتبی از بیماران و گمارش تصادفی آنها در گروه‌های آزمایش و گواه (۲۰ بیمار در گروه آزمایش و ۲۰ نفر هم در گروه گواه)، پرسشنامه‌های پژوهش اجرا شد. در نهایت، بر روی خانواده‌های بیماران حاضر در گروه آزمایش مداخله حمایت اجتماعی مبتنی بر خانواده طی دو ماه در ۸ جلسه به صورت هفته‌ای یک جلسه ۷۵ دقیقه‌ای انجام شد، در حالی که گروه گواه این مداخله را در طول فرایند انجام پژوهش دریافت نکرد.

جدول ۱. محتوای جلسات آموزش حمایت اجتماعی مبتنی بر خانواده

جلسه	محتوا
اول	آشنایی و اعتمادسازی، حمایت اجتماعی منبع موثر بهبود شرایط روانی و جسمی، انواع حمایت اجتماعی و تاثیرات آن بر زندگی روزمره.
دوم	مرور مباحث قبلی، شناسایی و طراحی چارت شبکه‌های حمایت اجتماعی خود و تعیین نقاط ضعف، آسیب‌ها و نقصان‌های آن، تمرینات خانگی، بازخورد و بحث.
سوم	ایجاد حلقه‌های حمایت اجتماعی، تقویت، بازسازی (و در صورت نیاز تغییر) شبکه حمایت وسیله‌ای، ارائه تمرینات خانگی، بازخورد و بحث.
چهارم	تقویت، بازسازی (و در صورت نیاز تغییر) شبکه حمایت اطلاعاتی، ارزیابی عملکرد در تقویت شبکه حمایت وسیله‌ای، تمرینات خانگی، بازخورد و بحث.
پنجم	تقویت، بازسازی (و در صورت نیاز تغییر) شبکه حمایت احساسی، ارزیابی عملکرد در تقویت شبکه حمایت اطلاعاتی، تمرینات خانگی، بازخورد و بحث.
ششم	شناسایی روش‌های ایجاد شبکه‌های حمایت اجتماعی دوستان برای بیمار، تعیین نوع حمایت ارائه شده توسط ایشان، ارزیابی عملکرد در تقویت شبکه حمایت احساسی، تمرینات خانگی، بازخورد و بحث.
هفتم	شناسایی گروه‌های آموزش مجازی در راستای بهبود حمایت اجتماعی از بیمار، میزان اثربخشی این گروه‌ها و در صورت امکان عضویت در این گروه‌ها و شبکه‌های مجازی از پیش شناسایی شده، تمرینات خانگی، بازخورد و بحث.
هشتم	جمع‌بندی، بحث و نتیجه‌گیری درباره بهره‌گیری هر چه موثرتر از انواع حمایت‌های اجتماعی و وارد نمودن آموزش‌های دریافتی در سبک زندگی خود.

است. در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی از آزمون شاپیرو-ویلک جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها، آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس‌ها، آزمون موچلی جهت بررسی پیش‌فرض کرویت داده‌ها و همچنین از تحلیل واریانس آمیخته برای بررسی فرضیه پژوهش استفاده گردید. نتایج آماری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-۲۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای وابسته پژوهش در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، به تفکیک دو گروه آزمایش و گواه، در جدول ۲، ارائه شده است.

پس از دوره‌ای دو ماهه، مرحله پیگیری نیز اجرا شد. پس از شروع مداخله تعداد ۳ بیمار در گروه آزمایش و ۱ نفر در گروه گواه از ادامه حضور در پژوهش انصراف دادند. در نهایت ۳۶ بیمار در پژوهش باقی ماندند (۱۷ بیمار در گروه آزمایش و ۱۹ بیمار در گروه گواه). پس از اتمام پژوهش از خانواده‌های بیماران حاضر در گروه گواه جهت دریافت داوطلبانه مداخله آموزشی حاضر دعوت شد که ۶ نفر حضور یافته و بقیه افراد از دریافت مداخله انصراف دادند. مداخله پژوهش حاضر در کلینیک آوای آرامش به شکل حضوری و با رعایت کامل پروتکل‌های بهداشتی انجام شد.

در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از دو سطح آمار توصیفی و استنباطی استفاده شده

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار سازگاری اجتماعی و رفتارهای خودمراقبتی در دو گروه آزمایش و گواه

مولفه‌ها	گروه‌ها	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
سازگاری اجتماعی	۲۷/۳۵	۸/۶۲	۳۴/۸۲	۹/۲۲
رفتارهای خودمراقبتی	۲۳/۵۸	۳/۲۶	۲۸/۲۹	۴/۳۱
گروه آزمایش	۲۵/۴۷	۹/۵۳	۲۵/۴۷	۹/۵۳
گروه گواه	۱۹/۱۵	۳/۴۲	۱۸/۴۲	۳/۵۸
گروه آزمایش	۲۷/۳۵	۸/۶۲	۳۴/۸۲	۹/۲۲
گروه گواه	۱۹/۱۵	۳/۴۲	۱۸/۴۲	۳/۵۸

نسبت به مرحله پیش‌آزمون افزایش یافته است. اما معناداری این تغییر در ادامه توسط تحلیل واریانس آمیخته مورد بررسی قرار گرفته است.

نتایج جدول توصیفی نشان داد که میانگین متغیرهای سازگاری اجتماعی و خودمراقبتی بیماران در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون

قبل از ارائه نتایج تحلیل آزمون واریانس آمیخته، پیش‌فرض‌های آزمون‌های پارامتریک مورد سنجش قرار گرفت. بر همین اساس نتایج آزمون شاپیروویلک بیانگر آن بود که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها در متغیرهای سازگاری اجتماعی و رفتارهای خودمراقبتی در گروه‌های آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری برقرار است ($p > 0/05$). همچنین نتایج آزمون موچلی بیانگر آن بود که پیش‌فرض کرویت داده‌ها در متغیر رفتارهای خودمراقبتی رعایت شده است ($p > 0/05$) اما این پیش‌فرض در متغیر سازگاری اجتماعی برآورده نشده است.

بر این اساس با برآورده نشدن پیش‌فرض کرویت مشخص می‌شود که روابط بین متغیرها، با احتمال بالایی امکان دارد مقادیر متغیر وابسته را تغییر دهد و بر این اساس شانس ارتکاب به خطای نوع اول افزایش می‌یابد. بر این اساس در جدول بعد برای متغیر سازگاری اجتماعی از تحلیل جایگزین (آزمون گرین هوس-گایسر) استفاده می‌شود تا با کاهش درجه آزادی، شانس ارتکاب به خطای نوع اول کاهش یابد. در نهایت پیش‌فرض همگنی واریانس نیز توسط آزمون لوین مورد سنجش قرار گرفت که نتایج آن معنادار نبود که این یافته می‌داد پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها رعایت شده است ($p > 0/05$).

جدول ۳. تحلیل واریانس آمیخته جهت بررسی تأثیرات درون و بین گروهی

متغیرها	مجموع	درجه	میانگین	مقدار f	مقدار p	اندازه	توان
	مجذورات	آزادی	مجذورات			اثر	آزمون
مراحل	۲۷۰/۸۴	۱/۸۴	۱۳۵/۴۲	۵۳/۴۴	۰/۰۰۰۱	۰/۶۱	۱
سازگاری اجتماعی	۲۶۴۳	۱	۲۶۴۳	۱۶/۹۷	۰/۰۰۰۱	۰/۴۱	۱
تعامل مراحل و گروه‌بندی	۳۵۳/۷۷	۱/۸۴	۱۹۱/۴۳	۶۹/۸۰	۰/۰۰۰۱	۰/۶۷	۱
خطا	۱۷۲/۳۲	۶۲/۸۳	۲/۷۴				
مراحل	۶۸/۹۹	۲	۳۴/۵۰	۲۸/۰۸	۰/۰۰۰۱	۰/۴۵	۱
رفتارهای خودمراقبتی	۳۴۹/۵۶	۱	۳۴۹/۵۶	۱۳/۲۲	۰/۰۰۰۱	۰/۳۸	۰/۹۸
تعامل مراحل و گروه‌بندی	۱۸۶/۶۳	۲	۹۳/۳۱	۷۵/۹۵	۰/۰۰۰۱	۰/۶۹	۱
خطا	۸۳/۵۳	۶۸	۱/۲۲				

نتایج آزمون واریانس آمیخته نشان می‌دهد بر اساس ضرایب F محاسبه شده، عامل زمان یا مرحله ارزیابی تأثیر معناداری بر نمرات سازگاری اجتماعی و رفتارهای خودمراقبتی بیماران قلبی با

علائم افسردگی داشته است ($P < 0/001$). اندازه اثر نشان می‌دهد عامل زمان به ترتیب ۶۱ و ۴۵ درصد از تفاوت در واریانس‌های نمرات سازگاری اجتماعی و رفتارهای خودمراقبتی بیماران قلبی با علائم افسردگی را تبیین می‌کند. علاوه بر این، بر اساس ضریب F محاسبه شده، تاثیر عامل عضویت گروهی (آموزش کسب حمایت اجتماعی) هم بر نمرات سازگاری اجتماعی و رفتارهای خودمراقبتی بیماران قلبی با علائم افسردگی معنادار است ($p < 0/001$). بنابراین نتیجه گرفته می‌شود عامل عضویت گروهی یا نوع درمان دریافتی (آموزش کسب حمایت اجتماعی) هم بر سازگاری اجتماعی و رفتارهای خودمراقبتی بیماران قلبی با علائم افسردگی تاثیر معنادار داشته است. اندازه اثر نشان می‌دهد عضویت گروهی به ترتیب ۴۱ و ۳۸ درصد از تفاوت در نمرات سازگاری اجتماعی و رفتارهای خودمراقبتی بیماران قلبی با علائم افسردگی را تبیین می‌کند. علاوه بر این، این نتایج بیان‌گر آن است که اثر متقابل نوع درمان و عامل زمان هم بر نمرات سازگاری اجتماعی و رفتارهای خودمراقبتی بیماران قلبی با علائم افسردگی معنادار است ($p < 0/001$). بنابراین نتیجه گرفته می‌شود نوع درمان دریافتی (آموزش کسب حمایت اجتماعی) در مراحل مختلف ارزیابی هم بر سازگاری اجتماعی و رفتارهای خودمراقبتی بیماران قلبی با علائم افسردگی تاثیر معنادار داشته است. اندازه اثر نشان می‌دهد اثر تعامل عضویت گروهی و زمان به ترتیب ۶۷ و ۶۹ درصد از تفاوت در نمرات سازگاری اجتماعی

و رفتارهای خودمراقبتی بیماران قلبی با علائم افسردگی را تبیین می‌کند. در مجموع آموزش کسب حمایت اجتماعی بر سازگاری اجتماعی و رفتارهای خودمراقبتی بیماران قلبی با علائم افسردگی در مراحل مختلف مورد ارزیابی تاثیر داشته است. حال در جدول ۴ مقایسه زوجی میانگین نمرات سازگاری اجتماعی و رفتارهای خودمراقبتی آزمودنی‌ها بر حسب مرحله ارزیابی ارائه می‌شود.

همانگونه نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد، بین میانگین نمرات مرحله پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری در متغیرهای سازگاری اجتماعی و رفتارهای خودمراقبتی تفاوت معنادار وجود دارد. این بدان معناست که آموزش کسب حمایت اجتماعی توانسته به شکل معناداری نمرات پس‌آزمون و پیگیری متغیرهای سازگاری اجتماعی و رفتارهای خودمراقبتی را نسبت به مرحله پیش‌آزمون دچار تغییر نمایند. یافته دیگر این جدول نشان داد که بین میانگین نمرات مرحله پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنادار وجود ندارد. این یافته را می‌توان این چنین تبیین نمود که نمرات متغیرهای سازگاری اجتماعی و رفتارهای خودمراقبتی بیماران قلبی با علائم افسردگی که در مرحله پس‌آزمون دچار افزایش معنادار شده بود، توانسته این تغییر را در طول دوره پیگیری نیز حفظ نماید. در یک جمع‌بندی می‌توان بیان نمود آموزش کسب حمایت اجتماعی توانسته منجر به افزایش معنادار میانگین نمرات متغیرهای سازگاری اجتماعی و رفتارهای خودمراقبتی بیماران قلبی با علائم افسردگی در مرحله

آذری قهفرخی و همکاران: اثربخشی آموزش حمایت اجتماعی مبتنی بر خانواده بر سازگاری اجتماعی و رفتارهای ...

پس‌آزمون شده و این اثر در مرحله پیگیری نیز ثبات خود را حفظ نموده است.

جدول ۴. مقایسه زوجی میانگین نمرات سازگاری اجتماعی و رفتارهای خودمراقبتی آزمودنی‌ها بر حسب مرحله ارزیابی

متغیر	مرحله مورد مقایسه	تفاوت میانگین‌ها	خطای انحراف معیار	معناداری
سازگاری اجتماعی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۳/۳۶	۰/۰۰۰۱
	پیگیری	-۳/۳۳	۰/۴۲	۰/۰۰۰۱
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۳/۳۶	۰/۰۰۰۴
	پیگیری	-۰/۰۲	۰/۳۲	۰/۹۷
رفتارهای خودمراقبتی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۱/۷۵	۰/۰۰۰۱
	پیگیری	-۱/۶۴	۰/۲۷	۰/۰۰۰۱
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۱/۷۵	۰/۰۰۰۱
	پیگیری	۰/۱۰	۰/۱۹	۰/۷۷

نتیجه‌گیری و بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش حمایت اجتماعی مبتنی بر خانواده بر سازگاری اجتماعی و رفتارهای خودمراقبتی بیماران قلبی با علائم افسردگی انجام گرفت. نتایج نشان داد که آموزش حمایت اجتماعی مبتنی بر خانواده بر سازگاری اجتماعی و رفتارهای خودمراقبتی بیماران قلبی با علائم افسردگی تأثیر معنادار دارد. بدین صورت که این آموزش توانسته سازگاری اجتماعی و رفتارهای خودمراقبتی بیماران قلبی با علائم افسردگی را افزایش دهد. یافته اول پژوهش مبنی بر اثربخشی آموزش حمایت اجتماعی مبتنی بر خانواده بر سازگاری اجتماعی بیماران قلبی با علائم افسردگی با نتایج پژوهش لیا و همکاران

(۲۰۱۹) مبنی بر نقش موثر حمایت اجتماعی در کاهش علائم افسردگی و خطر طولانی مدت بیماری در بیماران عروق کرونری قلب؛ با گزارش کنگ و همکاران (۲۰۱۹) مبنی بر اثر حمایت اجتماعی بر کیفیت زندگی و علائم افسردگی افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن و با یافته رایت (۲۰۱۶) مبنی بر اثر کسب حمایت اجتماعی بر افزایش رفتارهای مرتبط با سلامت همسو بود. همچنین لای و ما (۲۰۱۶) در نتایج پژوهش خود به این نتیجه دست یافتند که حمایت اجتماعی ادراک شده ارتباط بهزیستی روان‌شناختی با رفتارهای پرخطر را تعدیل می‌کند.

در تبیین یافته اول پژوهش حاضر می‌توان بیان نمود حمایت اجتماعی دارای چارچوبی مفهومی

است که در چهار گروه مختلف از عملکردها با رفتارهای حمایتی طبقه‌بندی می‌شود و شامل حمایت عاطفی (همدردی، عشق، اعتماد و مراقبت)، حمایت ابزاری (عرضه یک کمک ملموس که شخص به آن نیاز دارد)، حمایت اطلاعاتی (ارائه پند و اندرز، اظهارنظر و اطلاعاتی که شخص می‌تواند در روبه رو شدن با مشکلات از آنها استفاده کند و حمایت ارزیابی (عرضه اطلاعاتی که برای ارزیابی درونی مفید است) می‌باشد (لای و ما، ۲۰۱۶). بنابراین بیماران قلبی با علائم افسردگی با دریافت حمایت اجتماعی مبتنی بر خانواده، می‌توانند از انواع مساعدت‌ها و کمک‌های عاطفی، ابزاری و اطلاعاتی برخوردار شوند؛ به عبارت دیگر حمایت اجتماعی مبتنی بر خانواده حالتی را برای بیماران قلبی با علائم افسردگی ایجاد می‌کند که در آن بیمار احساس دوست داشته شدن، مراقبت، عزت نفس و ارزشمند بودن دارد. از این رود حمایت اجتماعی مبتنی بر خانواده با تزیریق احساس ارزشمندی به بیماران قلبی با علائم افسردگی سبب می‌شود تا آنان احساس و ادراک رضایت درونی بیشتری داشته و بر این اساس سازگاری بیشتری را از خود نشان دهند. در تبیینی دیگر باید اشاره نمود که کسب حمایت اجتماعی مبتنی بر خانواده سبب می‌شود تا بیماران قلبی با علائم افسردگی شبکه‌ای از حمایت اجتماعی را در اطراف خود احساس نمایند که در صورت لزوم بتوانند با آنان رابطه اجتماعی و ارتباطی سازنده و حمایت‌گرایانه برقرار نمایند. به شکل طبیعی چنین فرایندی می‌تواند سازگاری اجتماعی و

ارتباطی بیماران را بهبود بخشد.

یافته دوم پژوهش مبنی بر اثربخشی آموزش حمایت اجتماعی مبتنی بر خانواده بر رفتارهای خودمراقبتی بیماران قلبی با علائم افسردگی با نتایج پژوهش پاشکارو و همکاران (۲۰۱۹) مبنی بر نقش موثر حمایت اجتماعی در رفتارهای خودمراقبتی بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر؛ با یافته گنیلکا و برودا (۲۰۱۹) مبنی بر نقش حمایت اجتماعی بر کاهش افسردگی و اضطراب بیماران؛ و با گزارش چانکای، شای و ایکسون (۲۰۱۹) مبنی بر اثر حمایت اجتماعی بر کاهش افسردگی سالمندان همسو بود. در تبیین این یافته باید گفت حمایت اجتماعی سپری در مقابل پیامدهای منفی بیماری ایجاد می‌کند. بدین صورت که وجود حمایت اجتماعی در افراد باعث افزایش اعتماد به نفس بیماران شده و تأثیرات سوء ناشی از بیماری‌های مزمن را کاهش می‌دهد و باعث می‌شود افراد بیمار رفتارهای مرتبط با سلامت بیشتری را از خود نشان دهد (پاشکارو و همکاران، ۲۰۱۹). بر این اساس بیماران قلبی با علائم افسردگی با دریافت حمایت اجتماعی مبتنی بر خانواده، نسبت به سلامتی و پیگیری روند درمانی خود حساس‌تر شده و رفتارهای خودمراقبتی بیشتری را از خود نشان می‌دهند. در تبیینی دیگر باید اشاره کرد حمایت اجتماعی به عنوان یکی از موثرترین عوامل رویارویی موفقیت‌آمیز و آسان در زمان درگیری افراد با بیماری‌های جسمی مزمن و شرایط تشن‌زا شناخته شده و تحمل مشکلات را برای افراد تسهیل

می‌کند (ظهورپرونده و پاسبان، ۱۳۹۸). بهبود در تحمل روانی نیز باعث می‌شود بیماران قلبی با علائم افسردگی در مواجهه با مشکلات حاصل از بیماری قلبی و پیگیری درمانی آن، صبوری بیشتری از خود نشان داده و با پیگیری روند درمانی خود، خودمراقبتی بیشتری را از خود نشان می‌دهند. علاوه بر این باید گفت حمایت اجتماعی مبتنی بر خانواده سبب می‌شود تا اعضای خانواده حساسیت بیشتری درباره بیماری و روند درمانی آن از خود نشان دهند. بنابراین اعضای خانواده آموختند که بیماران قلبی با علائم افسردگی به دلیل شرایط روانی و فیزیولوژیکی خود نیاز به توجه مستمر دارند. چنین توجهی نیز سبب می‌شود تا بیماران قلبی با علائم افسردگی روند درمانی خود را بهتر پیگیری نموده و خودمراقبتی بالاتری داشته باشند.

پژوهش حاضر مانند پژوهش‌های دیگر با محدودیت‌هایی مواجه بود، نظیر محدود بودن جامعه پژوهش به بیماران قلبی با علائم افسردگی (پس از عمل جراحی قلب باز) در بیمارستان‌های چمران، میلاد و سینا شهر اصفهان، عدم مهارت‌های شخصی، فیزیولوژیکی، اجتماعی و خانوادگی تاثیرگذار بر سازگاری اجتماعی و رفتارهای خودمراقبتی بیماران قلبی با علائم افسردگی و عدم بهره‌گیری از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. بنابراین پیشنهاد می‌شود برای افزایش

قدرت تعمیم‌پذیری نتایج از روش نمونه‌گیری تصادفی استفاده شود. با توجه به اثربخشی آموزش حمایت اجتماعی مبتنی بر خانواده بر سازگاری اجتماعی و رفتارهای خودمراقبتی بیماران قلبی با علائم افسردگی، در سطح کاربردی پیشنهاد می‌شود، مسئولان بیمارستان‌های چمران، میلاد و سینا با استخدام روان‌شناسان و مشاوران مجرب، خدمات روان‌شناختی موثری را به بیماران قلبی با علائم افسردگی (پس از عمل جراحی قلب باز) ارائه دهند. این روند با بهبود وضعیت روان‌شناختی، هیجانی و اجتماعی بیماران، می‌تواند روند پیگیری درمانی و بهبود بیماران را نیز تسریع نماید. علاوه بر این تلاش نمایند چرخه حمایت اجتماعی از طرف خانواده را برای این بیماران ایجاد نمایند تا از این طریق بتوان با شکل‌دهی خانواده حمایت‌گر، بهبود در وضعیت روان‌شناختی بیماران قلبی با علائم افسردگی را مشاهده نمود.

سپاسگزاری

مقاله حاضر برگرفته از رساله دوره دکترای تخصصی نویسنده اول مقاله در دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف‌آباد بود. بدین وسیله از تمام بیماران حاضر در پژوهش و مسئولین بیمارستان‌های چمران، میلاد و سینا شهر اصفهان که همکاری کاملی جهت اجرای پژوهش داشتند، قدردانی به عمل می‌آید.

منابع

- آقائی پور، ه.، وطنخواه، ح.ر.، غلامی حیدرآبادی، ز. (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش تحرک و جهت یابی بر مهارت های اجتماعی و سازگاری اجتماعی دانش آموزان نابینا. فصلنامه توانمندسازی کودکان استثنایی، ۸(۲۱)، ۷۵-۸۴.
- آوریده، س.، اسدی مجره، س.، مقتدر، ل.، عابدینی، م.، میربلوک بزرگی، ع. (۱۳۹۸). نقش واسطه ای حمایت اجتماعی ادراک شده در تأثیر بخشودگی بین فردی بر سلامت اجتماعی در دانشجویان. دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی، ۲۰(۱)، ۷۱-۸۰.
- آهنگرزاده رضائی، س.، اولادستم، ن.، نعمت الهی، ع. (۱۳۹۶). بررسی تأثیر آموزش مثبت اندیشی بر استرس، اضطراب و افسردگی بیماران عروق کرونر قلب. مجله پرستاری و مامایی، ۱۵(۵)، ۳۳۹-۳۴۸.
- برقی ایرانی، ز.، رجبی، م.، ناظمی، م.، بگیان کوله مرز، م.ج. (۱۳۹۶). نقش سبک زندگی، سرمایه های روانشناختی و رفتارهای خودمراقبتی در پیش بینی بهزیستی ذهنی سالمندان دیابتی. فصلنامه روانشناسی سلامت، ۶(۲۳)، ۱۷-۳۸.
- بهرامی احسان، ه.، امجدیان، م.، رستمی، ر.، واحدی، س. (۱۳۹۷). ارائه مدل نظری مداخله درمانی براساس آموزه های اسلامی جهت کاهش میزان افسردگی، استرس و اضطراب بیماران عروق کرونر قلب (مقاله مروری). مجله دین و سلامت، ۶(۲)، ۵۲-۴۰.
- حاتمیان، پ.، حیدریان، س.، احمدی فارسانی، م. (۱۳۹۹). تأثیر آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تنظیم هیجان و حساسیت اضطرابی سالمندان با سابقه بیماری قلبی. پژوهش توانبخشی در پرستاری، ۶(۳)، ۵۹-۶۵.
- دهقان پور، ن.، مسیحی، ف.، ترانس، غ. (۱۳۹۷). پیش بینی میزان استفاده از شبکه های مجازی بر اساس سازگاری اجتماعی و کنترل عواطف در نوجوانان، مطالعات رسانه ای، ۱۳(۱)، ۳۹-۴۹.
- ریسیان، ا.، گلزاری، م.، برجعلی، ا. (۱۳۹۰). اثربخشی امیددرمانی بر کاهش میزان افسردگی و پیشگیری از عود در زنان درمانجوی وابسته به مواد مخدر. فصلنامه اعتیادپژوهی، ۵(۱۷)، ۲۱-۴۰.
- رئوفی عادگانی، نرگس. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر تحمل پریشانی، خودمراقبتی، همدلی و خستگی از شفقت در مادران دارای کودکان سرطانی. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان).
- ظهورپرورنده، و.، پاسبان، س. (۱۳۹۸). رابطه حمایت اجتماعی و تاب آوری با اضطراب اجتماعی و درماندگی روانشناختی مادران کودکان استثنایی. خانواده پژوهی، ۱۵(۵۸)، ۲۸۳-۳۰۱.
- فتحی آشتیانی، ع. (۱۳۸۸). آزمون های روان شناختی: ارزشیابی شخصیت و سلامت

- گل محمدیان، م.، نظری، ح.، پروانه، آ. (۱۳۹۵). اثربخشی معنادرمانی گروهی بر اضطراب مرگ و سازگاری اجتماعی سالمندان. *مجله روانشناسی پیری*، ۲(۳)، ۱۶۷-۱۵۰.
- ملک‌پور گلسفیدی، ز.، نصرالهی، ب.، دارندگان، ک. (۱۳۹۶). رابطه اضطراب و افسردگی با بیماری‌های قلبی عروقی بعد از عمل جراحی قلب، *نشریه جراحی/ایران*، ۲۵(۲)، ۶۱-۵۴.
- میکاییلی منیع، ف.، مددی امام‌زاده، ز. (۱۳۸۷). بررسی رابطه هوش هیجانی - اجتماعی و سازگاری اجتماعی در دانشجویان دارای حکم انضباطی و مقایسه آن با دانشجویان بدون حکم دانشگاه ارومیه. *پژوهش‌های نوین روانشناختی*، ۳(۱۱)، ۹۹-۱۲۱.
- Aguayo, E., Lyons, R., Sanaiha, Y., Benharash, P. (2020). Response to: Depression and Its Association With Better Coronary Artery Bypass Grafting Outcomes in Patients Readmitted to the Hospital. *Journal of Surgical Research*, 246, 628-633.
- Cao, X., Chair, S.Y., Wang, X., Chew, S.H.J., Cheng, H.Y. (2019). Self-care in Chinese heart failure patients: Gender-specific correlates. *Heart & Lung*, 48(6), 496-501.
- Chan, C.K., Neufeld, K.J. (2019). Commentary on "Depression Predicts Delirium After Coronary Artery Bypass Graft Surgery Independent of Cognitive Impairment and Cerebrovascular
- فتیحی، ا.، حاتمی ورزنده، ا.، اصلی آزاد، م.، فرهادی، ط. (۱۳۹۵). تاثیر آموزش گروهی خودبخشودگی مبتنی بر مفاهیم قرآنی بر افسردگی دانش‌آموزان پسر دوره دوم متوسطه. *اندیشه‌های نوین تربیتی*، ۱۲(۳)، ۱۱۰-۱۳۰.
- فرنام، ع.، میرشکاری، ح.ر.، صابریان بروجنی، ل.، کرمی مهاجری، ز. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی مبتنی بر خوردن (MB-EAT) بر مراقبت از خود (خودمراقبتی) افسردگی در زنان مبتلا به دیابت نوع دو، *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، ۶۲(۲)، ۵۲۷-۵۳۸.
- کربلایی هرفته، ف.، کرمی مهاجری، ز.، کیا، س. (۱۳۹۹). تاثیر آموزش خودمراقبتی بر استرس ادراک شده، سواد سلامت و رفتارهای خودمراقبتی در زنان مبتلا به دیابت بارداری. *Disease: An Analysis of the Neuropsychiatric Outcomes After Heart Surgery Study*". *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 27(5), 487-489.
- Chunkai, L., Shan, J., Xinwen, Z. (2019). Intergenerational relationship, family social support, and depression among Chinese elderly: A structural equation modeling analysis, *Journal of Affective Disorders*, 248, 73-80.
- Farquhar, J.M., Stonerock, J.L., Blumenthal, J.A. (2018). Treatment of Anxiety in Patients With Coronary Heart Disease: A Systematic Review. *Psychosomatics*, 59(4), 318-332.
- Galiana, L., Oliver, A., Sansó, N., Benito, E. (2015). Validation of a

- New Instrument for Self-care in Spanish Palliative Care Professionals Nationwide. *Spanish Journal of Psychology*, 18(67), 1-9.
- Gnilka, P.B., Broda, M.D. (2019). Multidimensional perfectionism, depression, and anxiety: Tests of a social support mediation model. *Personality and Individual Differences*, 139, 295-300.
- Gulact, F. (2010). The effect of perceived social support on subjective well-being. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 2(3), 3844-49.
- Hohls, J.K., Beer, K., Arolt, V., Haverkamp, W., Kuhlmann, S.L., Martus, P., Waltenberger, J., Rieckmann, N., Müller-Nordhorn, J., Ströhle, A. (2020). Association between heart-focused anxiety, depressive symptoms, health behaviors and healthcare utilization in patients with coronary heart disease. *Journal of Psychosomatic Research*, 131, 1099-1106.
- Jalali, D., Abdolazimi, M., Alaei, Z., Solati, K. (2019). Effectiveness of mindfulness-based stress reduction program on quality of life in cardiovascular disease patients. *IJC Heart & Vasculature*, 23(2), 1003-1007.
- Jhang, F. (2019). Life satisfaction trajectories of junior high school students in poverty: Exploring the role of self-efficacy and social support, *Journal of Adolescence*, 75, 85-97.
- Jiang, X., Asmaro, R., O'Sullivan, D.M., Modi, J., Budnik, E., Schnatz, P.F. (2018). Depression may be a risk factor for coronary heart disease in midlife women <65 years: A 9-year prospective cohort study. *International Journal of Cardiology*, 271, 8-12.
- Kav, S., Yilmaz, A.A., Bulut, Y., Dogan, N. (2017). Self-efficacy, depression and self-care activities of people with type 2 diabetes in Turkey. *Collegian*, 24(1), 27-35.
- Kong, L., Hu, P., Yao, Y., Zhao, Q.(2019). Social support as a mediator between depression and quality of life in Chinese community-dwelling older adults with chronic disease. *Geriatric Nursing*, 40(3), 252-256.
- Lai, C.C.W., Ma, C.M.S. (2016). The mediating role of social support in the relationship between psychological well-being and health-risk behaviors among Chinese university students. *Health Psychology Open*, 3(2), 1-11.
- Liu , R.T., Hernandez , E.M., Trout, Z.M., Kleiman , E.M., Bozzay, E.M. (2019). Depression, social support, and long-term risk for coronary heart disease in a 13-year longitudinal epidemiological study. *Psychiatry Research*, 251, 36-40.
- Liu , R.T., Hernandez , E.M., Trout, Z.M., Kleiman , E.M., Bozzay, E.M. (2019). Depression, social support, and long-term risk for coronary heart disease in a 13-year longitudinal epidemiological study. *Psychiatry Research*, 251, 36-40.
- Lo, J. (2019). Exploring the buffer effect of receiving social support on lonely and emotionally unstable social networking users, *Computers in Human Behavior*, 90, 103-116.
- Lu, J., Zhang, C., Xue, Y., Mao, D., Zheng, X., Wu, S., Wang, X.(2019). Moderating effect of social support on depression and health promoting lifestyle for Chinese empty nesters: A cross-sectional study. *Journal of Affective Disorders*, 256, 495-508.
- Mei, J., Tian, Y., Chai, X., Fan, X. (2019). Gender differences in self-care maintenance and its associations

- among patients with chronic heart failure. *International Journal of Nursing Sciences*, 6(1), 58-64.
- Moran, K.E., Ommerborn, M.J., Blackshear, C.T., Sims, M., Clark, C.R. (2019). Financial Stress and Risk of Coronary Heart Disease in the Jackson Heart Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 56(2), 224-231.
- Poole, L., Kidd, T., Ronaldson, A., Leigh, E., Jahangiri, M., Steptoe, A. (2016). Depression 12-months after coronary artery bypass graft is predicted by cortisol slope over the day. *Psychoneuroendocrinology*, 71, 155-158.
- Pushkarev, G., Kuznetsov, V., Yaroslavskaya, E., Bessonov, I. (2019). Social support for patients with coronary artery disease after percutaneous coronary intervention. *Journal of Psychosomatic Research*, 119: 74-78.
- Ramesh, C., Nayak, B.S., Pai, V.B., George, A., George, L.S., Devi, E.S. (2017). Pre-operative anxiety in patients undergoing coronary artery bypass graft surgery – A cross-sectional study, *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 7, 31-36.
- Root, A.E., Wimsatt, M., Rubin, K.H., Bigler, E.D., Dennis, M., Gerhardt, C.A., Stancin, T., Taylor, H.G., Vannatta, K., Yeates, K.O. (2016). Children with traumatic brain injury: Associations between parenting and social adjustment. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 42, 1-7.
- Pakaya, R.E., Syam, Y., Syahrul, S. (2021). Correlation of self-efficacy and self-care of patients undergoing hemodialysis with their quality of life. *Enfermería Clínica*, 31, 797-801.
- Sforzini, L., Pariente, C.M., Palacios, J.E., Tylee, A., Carvalho, L.A., Viganò, C.A., Nikkheslat, N. (2019). Inflammation associated with coronary heart disease predicts onset of depression in a three-year prospective follow-up: A preliminary study. *Brain, Behavior, and Immunity*, 81, 659-664.
- Trall, L.L. (2020). Depression and Its Association With Better Coronary Artery Bypass Grafting Outcomes in Readmitted Patients. *Journal of Surgical Research*, 246, 626-627.
- Wright, K. (2016). Social Networks, Interpersonal Social Support, and Health Outcomes: A Health Communication Perspective. *Frontiers in Communication*, 1(3), 1-10.