



Semnan University of Medical Sciences

KOOMESH

Journal of Semnan University of Medical Sciences

Volume 20, Issue 2 (Spring 2018), 179-416 Social Determinants of Health Supplement

ISSN: 1608-7046

Full text of all articles indexed in:

Scopus, Index Copernicus, SID, CABI (UK), EMRO, Iranmedex, Magiran, ISC, Embase

نقش واسط حمایت اجتماعی در ارتباط بین سرمایه اجتماعی با رضایتمندی از برنامه خودمراقبتی در بیماران مراجعه کننده به مراکز باز توانی قلب و عروق اصفهان

مهدی نصرت آبادی^۱ (Ph.D)، زهره حلوائی پور^{۲*} (Ph.D Student)

۱- مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۲- دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۴/۸ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۹/۲۰

نویسنده مسئول، تلفن: ۰۲۱۳۷۹۲۵۲۱۴ halvaeipourzohreh@gmail.com

چکیده

هدف: بیماری‌های قلبی عروقی از عوامل اصلی مرگ در دنیا و نیز جمعیت ایرانی می‌باشند. در این بین تعیین کننده‌های اجتماعی سهم مهمی در تبیین پیامدهای بیماری‌های قلبی عروقی بر عهده دارند. مطالعه حاضر با هدف بررسی مدل ارتباطی دو تعیین کننده اجتماعی سلامت شامل سرمایه اجتماعی، حمایت اجتماعی و رضایتمندی از برنامه خودمراقبتی در بیماران قلبی عروقی مراجعه کننده به مراکز باز توانی قلبی شهر اصفهان انجام گرفته است. مواد و روش‌ها: این مطالعه مقطعی در سال ۱۳۹۵ در شهر اصفهان صورت گرفت. نمونه تحقیق شامل ۱۵۵ بیمار بود که از مراجعه کنندگان به مرکز باز توانی بیمارستان قلب شهید چمران و نیز درمانگاه صدیقه طاهره دانشگاه علوم پزشکی اصفهان انتخاب گردیدند. برای گردآوری اطلاعات از چک لیست رضایتمندی از برنامه خودمراقبتی، پرسش نامه‌های سرمایه اجتماعی (دسیلوا و همکاران) و حمایت اجتماعی (زیمنت و همکاران) استفاده گردید. از مدل‌یابی معادلات ساختاری برای تحلیل داده‌ها استفاده شد.

یافته‌ها: در این مطالعه از مجموع ۱۵۵ شرکت کننده، ۱۱۲ نفر (۷۲/۳) درصد مرد و ۴۳ نفر (۲۷/۷) درصد زن بودند. نتایج تحقیق نشان داد که بیشترین میزان همبستگی مربوط به رابطه بین حمایت اجتماعی به عنوان متغیر واسط و رضایتمندی از برنامه خودمراقبتی بود ($r=+0/49, p<+0/001$)، مدل تحقیق نشان داد که ۲۹ درصد از تغییرات متغیر رضایتمندی از برنامه خودمراقبتی توسط دو متغیر حمایت اجتماعی و سرمایه اجتماعی قابل تبیین است ($GFI=+0/79, AGFI=+0/87, RMSEA=+0/07$).

نتیجه گیری: مدل ساختاری نهایی در این تحقیق بر تأثیر مستقیم و غیرمستقیم سرمایه اجتماعی ساختاری و شناختی بر رضایتمندی بیماران از برنامه خودمراقبتی و نیز نقش واسط متغیر حمایت اجتماعی تأکید داشت. توجه به جنبه‌های حمایتی و شبکه روابط اجتماعی در بیماران به عنوان عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت می‌تواند در رضایتمندی بیماران از برنامه خودمراقبتی در مراکز توان بخشی قلبی مؤثر باشد.

واژه‌های کلیدی: سرمایه اجتماعی، حمایت اجتماعی، خودمراقبتی، رضایتمندی بیمار، باز توانی قلبی

مقدمه

این میزان ۳۱ درصد مرگ‌ها را در سراسر دنیا تشکیل می‌دهد [۱]. میزان بالای شیوع و مرگ و میرهای مرتبط با بیماری‌های قلبی-عروقی در ایران یکی از مهم‌ترین مشکلات سلامت است [۲]. بنابر مطالعات در ایران بیماری‌های قلبی عروقی

بیماری‌های قلبی عروقی علت شماره یک مرگ در سراسر دنیا می‌باشند و تخمین زده می‌شود که ۱۷/۷ میلیون نفر در سال ۲۰۱۵ از بیماری‌های قلبی عروقی از دنیا رفته باشند که

علت ۴۶ درصد کل مرگ‌ها باشند و شیوع آن‌ها در حال افزایش باشد [۳].

خودمراقبتی به عنوان یک فرایند تصمیم‌گیری در نظر گرفته می‌شود که در آن فرد رفتارهایی را برای حفظ و پایداری فیزیولوژیکی و پایش و مدیریت علائم بیماری انجام می‌دهد و در زمینه بیماری‌های قلبی عروقی برنامه خود مراقبتی شامل انجام رفتارهایی از قبیل رعایت رژیم غذایی کم‌نمک، چک کردن بدن، اندازه‌گیری روزانه وزن، مصرف دارو، ویزیت‌های سرپایی منظم، فعالیت فیزیکی می‌باشد [۴].

برنامه خودمراقبتی در مراکز توان‌بخشی قلبی به عنوان یک راه‌حل پزشکی و آموزشی در نظر دارد که خطرات گسترش عوارض بیماری‌های قلبی عروقی را کاهش دهد و آن‌ها را مدیریت کند، با این حال در برخی موارد میزان‌های مشارکت بیماران واجد شرایط در این برنامه‌ها اندک است به گونه‌ای که حتی تا ۱۴ درصد نیز تخمین زده شده است [۵]. در این زمینه تعیین‌کننده‌های اجتماعی-روانی می‌توانند تبیین‌کننده میزان شرکت و رضایتمندی از برنامه خودمراقبتی باشند [۶،۷].

سرمایه اجتماعی به عنوان عضویت گروهی و اعتماد بین شهروندان تعریف می‌شود که اقدام جمعی و مشارکت برای منفعت متقابل و مشارکت‌های مدنی را تسهیل می‌کند [۸]. "بین وهیکس" در سال ۱۹۹۸ سرمایه اجتماعی را در دو جزء رفتاری-کنشی و شناختی-ادراکی تقسیم نمودند. جزء رفتاری-کنشی مربوط به آن چیزی است که افراد انجام می‌دهند به عنوان مثال مشارکت در گروه‌ها (و جزء شناختی-ادراکی آن مورد است که افراد فکری احساس می‌کنند، به عنوان مثال آیا آن‌ها به سایر افراد اعتماد می‌کنند) این دو جزء به ترتیب سرمایه اجتماعی ساختاری و سرمایه اجتماعی شناختی اشاره دارند [۹]. به عبارتی جزء ساختاری وسعت و شدت پیوندها و فعالیت‌های انجمنی را شامل می‌شود و جزء شناختی ادراکات از حمایت، بده‌بستان‌ها، سهم شدن و اعتماد را پوشش می‌دهد. سرمایه اجتماعی سلامت را از طریق مکانیسم‌هایی چون دسترسی آسان‌تر به اطلاعات از سوی اعضای جامعه، بهبود تصمیم‌گیری در مورد سلامت و اثرات بر

هنجارهای اجتماعی متأثر می‌سازد، هم‌چنین سرمایه اجتماعی استفاده از خدمات سلامت را افزایش می‌دهد و حمایت اجتماعی ارائه می‌دهد [۱۰]. تحقیقات مختلف بر تأثیر مثبت سرمایه اجتماعی بر کاهش خطر ابتلا به بیماری‌های قلبی-عروقی تأکید داشته‌اند [۱۱،۱۲].

امروزه نقش میانجیگر متغیرهای روانی-اجتماعی بر پیامدهای مختلف از جمله سلامت روانی [۱۳]. و سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی [۱۴]. مورد بررسی قرار گرفته است، حمایت اجتماعی به عنوان یکی از این متغیرهای روانی-اجتماعی در ارتباط آن با سلامت قلبی-عروقی به عنوان یک حوزه مهم تحقیقاتی در سال‌های اخیر معرفی شده است [۱۵]. حمایت اجتماعی به عنوان درجه رضایت ادراک شده از حمایتی تعریف می‌شود که توسط دیگران فراهم می‌گردد. دو نوع حمایت اجتماعی در مطالعات مورد توجه قرار گرفته است که عبارت‌اند از عاطفی و ملموس. حمایت اجتماعی عاطفی شامل تدارک حمایت مادی مانند مساعدت مالی می‌شود و حمایت عاطفی شامل فراهم نمودن احساس نزدیکی، همدلی و توانایی اشتراک احساسات و عواطف با دیگران است اجتماعی ادراک شده به معنای ادراک شخصی از در دسترس بودن حمایت، ارزیابی کافی از حمایت و کیفیت حمایت در زمان ضرورت است [۱۶]. مطالعات نشان داده‌اند با ارتقاء سطح حمایت اجتماعی درک شده از میزان مرگ‌ومیر بیماران کاسته شده و بروز ناخوشی‌های جسمی و روانی در افراد نیز کم‌تر می‌شود [۱۷-۱۹].

سرمایه اجتماعی سطح فردی مفهومی است که با مفاهیم حمایت اجتماعی و شبکه‌های اجتماعی هم‌پوشانی دارد به گونه‌ای که تحقیقات نشان داده است هر دو نوع سرمایه اجتماعی ساختاری و شناختی از طریق مکانیسم‌های حمایتی هم‌چون دسترسی به اطلاعات در زمینه رفتارهای خودمراقبتی بیماری‌های قلبی عروقی و نیز دسترسی به خدمات مورد نیاز این بیماران [۲۰]. و ایجاد شبکه حمایت اجتماعی برای کاستن از سطح استرس‌های روان-اجتماعی مرتبط با بیماری‌های قلبی-عروقی [۲۱] منجر به ارتقاء سلامت می‌شوند.

از سویی رضایت‌مندی بیماران همواره مورد توجه سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان حوزه سلامت بوده است. عامل مهم در خودمراقبتی، مشارکت و قبول مسئولیت از طرف خود بیمار است تا با انجام صحیح رفتارهای خودمراقبتی، بسیاری از عوارض بیماری کنترل شود [۲۲]. به نظر می‌رسد پذیرش درمان و مشارکت در نتیجه رضایت‌مندی از درمان خودمراقبتی است. در واقع عدم رضایت‌مندی یکی از موانع عمل به برنامه خودمراقبتی شناخته شده است [۲۳]. امروزه در بیش‌تر کشورها، بررسی رضایت‌مندی بیماران به عنوان یک شاخص مهم کیفیت مراقبت سلامت محسوب شده و ضرورت تدارک برنامه‌هایی جهت ایجاد، حفظ و ارتقای این احساس رضایت بیش از پیش به چشم می‌خورد. در این بین در مطالعات مختلف به تاثیر مستقیم سرمایه اجتماعی بر رفتارهای مراقبتی سالم در بیماران [۲۴] و نیز برنامه‌های خودمراقبتی در بیماران قلبی [۲۵] اشاره شده است. هم‌چنین در مطالعاتی به نقش واسط حمایت اجتماعی در تبعیت و رضایت از برنامه‌های مراقبتی و درمانی اشاره شده است [۲۶] و اثرات مستقیم و غیرمستقیم حمایت اجتماعی بر رفتارهای خودمراقبتی بیماران قلبی-عروقی نیز در مطالعاتی مورد بررسی قرار گرفته است [۲۷]. لحاظ ابعاد سرمایه اجتماعی (شناختی و کارکردی) با فرض میانجی‌گیری متغیر حمایت اجتماعی در ارتباط با رضایت‌مندی بیماران قلبی عروقی از برنامه خودمراقبتی ویژگی نوآورانه‌ای است که در مطالعات دیگر بر مبنای مدل‌سازی ساختاری مورد توجه قرار نگرفته است. بر این اساس مطالعه حاضر در نظر دارد به بررسی مدل ارتباطی دو تعیین‌کننده حمایت اجتماعی و سرمایه اجتماعی با رضایت‌مندی از برنامه خودمراقبتی در نمونه‌ای از بیماران مراجعه‌کننده به مراکز بازتوانی قلبی شهر اصفهان بپردازد.

نارسایی قلبی - عروقی مراجعه‌کننده به مراکز بازتوانی قلبی شهر اصفهان تشکیل می‌دادند. در ارتباط با حجم نمونه مطالعه بیش‌تر محققان به کارگیری حجم نمونه ۵ یا ۱۰ نفر به ازای هر پارامتر تخمین زده شده را در مطالعات معادلات ساختاری پیشنهاد می‌کنند [۲۸] و علاوه بر آن حجم نمونه معمول در مطالعات ساختاری بین ۱۰۰ تا ۴۰۰ مورد گزارش شده است [۲۹]. بر این اساس در مطالعه حاضر نمونه تحقیق شامل ۱۵۵ بیمار بود که از مراجعه‌کنندگان به مرکز بازتوانی بیمارستان قلب شهید چمران و نیز درمانگاه صدیقه طاهره دانشگاه علوم پزشکی اصفهان انتخاب گردیدند، به گونه‌ای که پس از انتخاب تصادفی این دو مرکز از بین مراکز دانشگاه، پرسشگران آموزش‌دیده از انجام برنامه بازتوانی قلبی در این مراکز اطلاعاتی را جویا می‌شدند و پس از آن به صورت متوالی از بیمارانی که بابت ویزیت یا سایر اقدامات درمانی به این مراکز مراجعه می‌کردند (با توضیح اهداف تحقیق) درخواست می‌نمودند که به پرسش‌نامه‌های پژوهش پاسخ دهند و فرم رضایت‌نامه شرکت در تحقیق را تکمیل نمایند. انجام مطالعه توسط کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی اصفهان تایید گردید.

مدت پاسخ‌دهی به هر پرسش‌نامه نیز به طور متوسط سی دقیقه بود. معیارهای ورود به مطالعه شامل بیمارانی بود که در سه ماه قبل دوره آموزشی برنامه خودمراقبتی را گذرانده بودند و تمایل به شرکت در مطالعه داشتند، سن ۱۸ سال و بالاتر داشتند. معیارهای خروج نیز عبارت بودند از بیماران مبتلا به بیماری‌های متابولیکی بدون انجام اقدامات درمانی (نظیر دیابت ملیتوس یا بیماری تیروئید) و نیز بیماران مبتلا به اختلالات روان‌پزشکی.

ابزارها

ابزار رضایت‌مندی بیمار از برنامه خودمراقبتی:

این چک‌لیست با مرور منابع مختلف هم‌چون پرسش‌نامه رضایت‌مندی PSQ [۳۰] و پرسش‌نامه طراحی شده سازمان جهانی بهداشت [۳۱] مربوط به رضایت‌مندی از برنامه‌های خودمراقبتی به دست آمد و در نهایت با ده عبارت در طیف

مواد و روش‌ها

این پژوهش یک مطالعه مقطعی مبتنی بر مدل‌سازی معادلات ساختاری است که در سال ۱۳۹۵ در شهر اصفهان صورت گرفت. جامعه آماری مورد بررسی را بیماران مبتلا به

داده‌های این مطالعه با کمک نرم‌افزارهای SPSS و AMOS (ورژن ۲۲) تحلیل شدند. نرمالیت داده‌ها با محاسبه شاخص توزیعی چولگی و در نهایت آزمون شاپیرو-ویلک نشان داده شد. از آزمون‌های آماری تی استیودنت و ضریب همبستگی پیرسون به ترتیب برای مقایسه میانگین متغیرها و ارتباط بین متغیرها استفاده شد. مدل معادلات ساختاری با استفاده از روش تخمین حداکثر درست‌نمایی به منظور کشف اثرات مستقیم و غیرمستقیم متغیرها بر رضایتمندی از برنامه خودمراقبتی به کار گرفته شد و مدل نهایی تحقیق با استفاده از شاخص‌های برازش ترسیم گردید. مقادیر $p < 0.05$ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

نتایج

در این مطالعه از مجموع ۱۵۵ شرکت‌کننده، ۱۱۲ نفر (۷۲/۳) درصد مرد و ۴۳ نفر (۲۷/۷) درصد زن بودند. میانگین و انحراف معیار سنی شرکت‌کنندگان 57.9 ± 9.4 بود و ۱۵۳ نفر (۹۸/۷ درصد) متأهل بودند. از نظر سطح تحصیلات ۱۳۲ نفر (۸۳ درصد) دارای مدرک تحصیلی دیپلم و پایین‌تر از دیپلم بودند.

در زمینه مقایسه میانگین نمرات حمایت اجتماعی و رضایتمندی بین زنان و مردان در نمونه تحقیق مطالعه نشان داد با اینکه میانگین نمرات حمایت اجتماعی در بین مردان و رضایت از برنامه خودمراقبتی در بین زنان بالاتر بود اما این تفاوت‌ها از نظر آماری معنادار نبودند، هم‌چنین دو نوع سرمایه اجتماعی در بین زنان میانگین بالاتری داشت اما از نظر آماری معنادار نبودند (جدول ۱).

نتایج مربوط به آزمون همبستگی پیرسون نشان داد که بالاترین ضریب همبستگی مثبت و معنادار بین متغیرهای حمایت اجتماعی و رضایتمندی از برنامه خودمراقبتی وجود داشت ($r = 0.49$ و $p\text{-value} < 0.001$)، به گونه‌ای که هر چه میزان حمایت اجتماعی بالاتر باشد رضایتمندی از برنامه خودمراقبتی نیز بیش‌تر است. کم‌ترین میزان همبستگی نیز

لیکرت (مقیاس ۵ درجه‌ای از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم) به سنجش میزان رضایتمندی بیماران از برنامه خودمراقبتی مرکز توان‌بخشی قلبی می‌پردازد. ۶ آیتم این چک‌لیست مربوط به رضایتمندی بیمار از برنامه توان‌بخشی و ۴ آیتم آن مربوط به رضایتمندی از پرسنل تیم توان‌بخشی می‌باشد. نمره بالاتر در این چک‌لیست نشان‌دهنده رضایتمندی بالاتر بیمار است. در مطالعه حاضر دامنه آلفای کرونباخ کل چک‌لیست و زیرمقیاس‌های آن بین ۰/۸۷ تا ۰/۸۹ قرار داشت.

پرسش‌نامه سنجش حمایت اجتماعی چندبعدی:

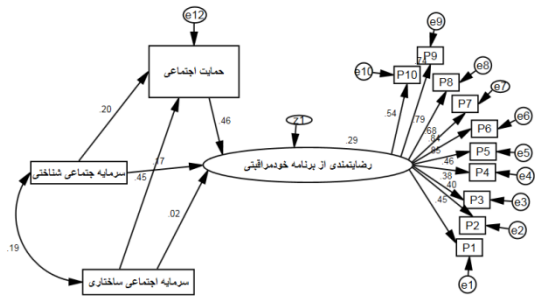
این پرسش‌نامه که حاوی ۱۲ سؤال در مقیاس لیکرت می‌باشد در سال ۱۹۸۸ توسط زیمنت، داهلم و فاهرلی (۲۳) به منظور سنجش حمایت ادراک‌شده تهیه گردید [۳۲] پاسخ‌های در مقیاس هفت‌درجه‌ای لیکرت از "کاملاً مخالفم" (نمره یک) تا "کاملاً موافقم" (نمره هفت) ختم می‌شود. حداقل نمره آن ۱۲ و حداکثر نمره ۸۴ می‌باشد. پایایی پرسش‌نامه در مطالعات گوناگون با ضریب آلفای کرونباخ تا ۰/۸۶ درصد گزارش شده است. برآورد روایی ابزار نیز مناسب گزارش شده است [۳۴، ۳۳] در مطالعه حاضر میزان آلفای کرونباخ برای کل ابزار ۰/۸۵ به دست آمد.

پرسش‌نامه سنجش سرمایه اجتماعی:

این ابزار توسط دسیلوا، مک کنزی و هارفاتدوین شده است و روایی صوری، محتوا و روایی سازه این ابزار را در نمونه‌های پژوهشی مورد تأیید قرار دادند [۳۵] در این مطالعه جهت سنجش سرمایه اجتماعی از فرم کوتاه شده ابزار سنجش سرمایه اجتماعی این پرسش‌نامه استفاده شد. این ابزار سرمایه اجتماعی را در دو بعد ساختاری (عضویت فعال در گروه‌ها، حمایت دریافت شده از شبکه‌ها و پیوستن به سایر اعضای محله برای حل یک قضیه) و شناختی (اعتماد، حس تعلق، سازگاری اجتماعی، انصاف درک شده توسط آن‌ها) می‌سنجد. این پرسش‌نامه شامل ۱۱ سؤال با پاسخ بلی-خیر می‌باشد. این ابزار در ایران بومی‌سازی شده است که روایی و پایایی مناسبی برای ابزار گزارش نموده است [۳۶]. در مطالعه حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه ۰/۸۱ به دست آمد.

می‌دهد ۴۶ درصد تغییرات متغیر حمایت اجتماعی توسط متغیرهای سرمایه اجتماعی ساختاری و سرمایه اجتماعی شناختی قابل تبیین است. هم‌چنین سرمایه اجتماعی شناختی علاوه بر تأثیر مستقیم به صورت غیرمستقیم نیز (به واسطه متغیر حمایت اجتماعی) بر متغیر رضایت‌مندی از برنامه خودمراقبتی اثرگذار بوده است. سرمایه اجتماعی ساختاری هم به طور مستقیم و هم غیر مستقیم بر رضایت‌مندی از برنامه خودمراقبتی اثرگذار بود. شاخص‌های برازش این مدل مطلوب برآورد گردیدند (RMSEA=۰/۰۷، GFI=۰/۷۹، AGFI=۰/۸۷)

شکل ۱ مدل تحلیل ساختاری تبیین رضایت‌مندی از برنامه خودمراقبتی بر اساس حمایت اجتماعی و سرمایه اجتماعی



مربوط به رابطه بین سرمایه اجتماعی شناختی و سرمایه اجتماعی ساختاری دیده شد. ($p\text{-value} < 0/005$ و $r = 0/19$).

جدول ۱. مقایسه میانگین متغیرهای حمایت اجتماعی، سرمایه اجتماعی و رضایت‌مندی از برنامه خودمراقبتی بین بیماران زن و مرد

P-value	انحراف معیار	میانگین	تعداد	جنسیت	متغیر
۰/۵۰۰	۱۷/۴	۵۱/۹	۱۱۲	مرد	حمایت اجتماعی
	۱۷/۱	۵۰/۳	۴۲	زن	حمایت اجتماعی
۰/۵۹۰	۴/۷	۴۲/۸	۱۱۲	مرد	رضایت از برنامه خودمراقبتی
	۴/۵۷	۴۳/۳	۴۲	زن	رضایت از برنامه خودمراقبتی
۰/۰۹۰	۴/۴	۱۶/۴	۱۱۲	مرد	سرمایه اجتماعی ساختاری
	۴/۷	۱۷/۷	۴۲	زن	سرمایه اجتماعی ساختاری
۰/۵۰۰	۴	۱۴/۷	۱۱۲	مرد	سرمایه اجتماعی شناختی
	۱/۷	۴/۱	۴۲	زن	سرمایه اجتماعی شناختی

شکل ۱ و جدول ۲ مدل ساختاری و پارامترهای آن به تبیین رضایت‌مندی بیماران از برنامه خودمراقبتی بر مبنای متغیرهای حمایت اجتماعی و سرمایه اجتماعی را نشان می‌دهد. بر این اساس ضریب تعیین رضایت‌مندی از برنامه خودمراقبتی ۰/۲۹ است، به عبارتی ۲۹ درصد از تغییرات متغیر رضایت‌مندی از برنامه خودمراقبتی توسط دو متغیر حمایت اجتماعی و سرمایه اجتماعی تبیین شده است. ضریب تعیین متغیر واسط حمایت اجتماعی ۴۶ درصد است که نشان

جدول ۲: ضرایب استاندارد شده رگرسیون (β)، نسبت بحرانی، معناداری، خطای معیار، اثرات مستقیم و غیرمستقیم متغیرها در مدل

تأثیر غیرمستقیم	تأثیر مستقیم	خطای معیار	معناداری	نسبت بحرانی (CR)	ضریب کل رگرسیونی (β)	متغیرها	
						متغیر وابسته نهایی و واسط	متغیرهای مستقل
-	۰/۴۶	۰/۰۲	<۰/۰۰۱	۴/۸	۰/۴۶	رضایت‌مندی از برنامه خود مراقبتی	حمایت اجتماعی
-	۰/۴۵	۰/۲۶	<۰/۰۰۱	۶/۳	۰/۴۶	حمایت اجتماعی	سرمایه اجتماعی ساختاری
-	۰/۲۰	۰/۶۹	<۰/۰۰۱	۲/۷	۰/۲۰	حمایت اجتماعی	سرمایه اجتماعی شناختی
۰/۰۸	۰/۱۷	۰/۰۱	<۰/۰۰۱	۲/۲	۰/۲۶	رضایت‌مندی از برنامه خودمراقبتی	سرمایه اجتماعی شناختی
۰/۲۰	۰/۰۲	۰/۰۰۷	<۰/۰۱۰	۰/۲	۰/۲۲	رضایت‌مندی از برنامه خودمراقبتی	سرمایه اجتماعی ساختاری

اجتماعی و سرمایه اجتماعی صورت گرفت که در نهایت ۲۹ درصد از واریانس رضایت‌مندی از برنامه خودمراقبتی توسط این متغیرها تبیین گردید. مدل نهایی در این تحقیق بر تأثیر غیرمستقیم و معنادار سرمایه اجتماعی شناختی بر

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر با هدف تبیین رضایت‌مندی بیماران از برنامه خودمراقبتی بر اساس تعیین‌کننده‌های اجتماعی حمایت

رضایت‌مندی بیماران از برنامه خودمراقبتی از طریق متغیر واسط حمایت اجتماعی تأکید داشت. بیماران که احساس تعلق و اعتماد بالاتری در روابط اجتماعی خود داشتند رضایت بالاتری در آیتم‌هایی چون توانمندی اجرای برنامه و نقش حمایت‌گرایانه خانواده در تداوم مراقبت از خود نیز ابراز نمودند که نشان می‌دهد این بیماران سطح گسترده‌تری از مسئولیت‌پذیری در روند درمانی خود را پذیرفته‌اند و به احتمال بالاتری به‌طور منظم در برنامه شرکت داشته و رفتارهایی با پیامدهای مثبت از خود نشان می‌دهند از طرفی حمایت اجتماعی خود تابعی از عمق شبکه ارتباط اجتماعی فرد و منفعت ادراک شده است.

مطابق با تحقیق کنونی مطالعات دیگر نیز نشان داده‌اند بیمارانی قلبی عروقی که برای شرکت در برنامه‌های توان‌بخشی قلبی و انجام تغییرات مثبت سلامتی مورد حمایت قرار گرفته‌اند مشارکت بالاتری در فعالیت‌ها داشتند و به احتمال بالاتری شرکت در برنامه را ادامه داده و از برنامه رضایت داشته‌اند [۳۷] زمانی که بیماران از سوی کارکنان و یا سایر افراد درگیر در تیم توان‌بخشی قلبی در برنامه خودمراقبتی ثبت‌نام کنند سیستم‌های حمایتی می‌توانند تقویت شوند و این امر سبب استمرار ادامه برنامه و رضایت بیماران گردد [۳۸].

این مطالعه رابطه مثبت و معناداری بین "سرمایه اجتماعی ساختاری" با حمایت اجتماعی و در نهایت رضایت‌مندی بیماران از برنامه خودمراقبتی در توان‌بخشی قلبی را نشان داد. همگام با نتایج این مطالعه، مطالعات دیگر نیز چنین رابطه‌ای را نشان داده‌اند [۳۹،۹] شبکه‌های حمایت اجتماعی به‌عنوان یک انگیزش برای پذیرش سبک زندگی سالم همچون شرکت در برنامه‌های توان‌بخشی و رفتار خودمراقبتی در بیماران قلبی فراهم می‌کند و یا به‌عنوان یک ضربه‌گیر در برابر تأثیرات منفی بر بدن عمل می‌کند. سرمایه اجتماعی ساختاری و شناختی می‌توانند در هم تنیده باشند. برای مثال داشتن دوستان زیاد حمایت اجتماعی-عاطفی فراهم می‌کند، استرس را کاهش می‌دهد و نوعی ارتباطات و شبکه‌های اجتماعی به

وجود می‌آورد که ممکن است در دنبال نمودن یک مراقبت پزشکی همچون برنامه خودمراقبتی و توان‌بخشی قلبی مؤثر باشد، در نهایت این امکان نیز وجود دارد که بنا بر مزیت تجمعی اشکال مختلف سرمایه اجتماعی، اثرات بزرگ‌تری بر سلامت و رضایت‌مندی از برنامه‌های خودمراقبتی داشته باشد [۴۰]. به هم پیوستگی و سرمایه اجتماعی ساختاری تأثیر قابل توجهی بر متابعت و تمایل شرکت‌کنندگان در برنامه خودمراقبتی توان‌بخشی قلبی دارد، مشابه با مطالعه کلارک و همکاران [۴۱]. سطح همگونی درون یک گروه با افزایش میزان حمایت اجتماعی همراه است و این امر تمایلات به ادامه یک برنامه توان‌بخشی را افزایش می‌دهد. علاوه بر این میزان اعتماد و سرمایه شناختی به‌عنوان یک فاکتور کلیدی تمایل فرد به مشارکت فعالانه در برنامه و رضایت‌مندی وی را به همراه دارد.

طبق نظر بوردیو، نوع و میزان سرمایه در دسترس افراد عادات آن‌ها را شکل می‌دهد که به نوبه خود سبک زندگی خاصی را برای وضعیت اجتماعی-اقتصادی مشخصی را ایجاد می‌کند. سرمایه اجتماعی شرایط اجتماعی، منابع در دسترس و چگونگی تأثیرگذاری بر سبک زندگی افراد را شکل می‌دهد. به‌طور مشخص در زمینه توان‌بخشی قلبی سرمایه اجتماعی به‌ویژه در بعد ساختاری عمدتاً بر انتخاب‌های سبک زندگی افراد و نیز شبکه‌های اجتماعی در دسترس آن‌ها پس از ابتلا به عارضه قلبی اثر می‌گذارد که سلامت و رضایت‌مندی افراد را در نهایت متأثر می‌سازد. با توجه به دیدگاه بوردیو می‌توان این تبیین را ارائه نمود که حمایت اجتماعی و اعتماد که از شاخص‌های سرمایه اجتماعی می‌باشند بخشی از سرمایه اجتماعی جمعی و هم سرمایه اجتماعی سطح فردی هستند که هر چه سطوح آن‌ها بالاتر باشد به معنای فراهم بودن اطلاعات، انگیزش و منابع لازم برای اتخاذ رفتار خودمراقبتی و رضایت‌مندی از آن است. هم‌چنین در زمینه برنامه خودمراقبتی می‌توان اشاره داشت که سرمایه اجتماعی ساختاری که شامل اندازه و تنوع روابط درون شبکه‌های

اجتماعی را ارتقاء دهند و در نتیجه پایبندی و رضایتمندی از برنامه افزایش یابد.

اجتماعی است، امکان دسترسی به منابع بهتر را برای بیماران فراهم می‌کند [۴۲].

تشکر و قدردانی

از کلیه بیمارانی که در این مطالعه شرکت نمودند و نیز کارکنان مرکز بازتوانی بیمارستان قلب شهید چمران و درمانگاه صدیقه طاهره دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به سبب همکاری در انجام این پژوهش کمال تشکر و قدردانی را داریم.

با توجه به ابعاد متنوع سرمایه اجتماعی، به عنوان که استراتژی تکمیلی در زمینه اهمیت مکانیسم‌های اثرگذاری سرمایه اجتماعی در پیامدهای سلامت و رضایتمندی پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده مطالعات مداخله‌ای تصادفی بر مبنای نظریه‌های سرمایه اجتماعی صورت گیرد. هم‌چنین از آن‌جا که اثرات سرمایه اجتماعی ممکن است در زمینه‌های فرهنگی مختلف، تفاوت داشته باشد و متأثر از فرایندهای اقتصادی، اجتماعی و زمینه‌ای گسترده‌تری باشد [۴۳، ۴۴]. لازم است که در مطالعات آینده به این موارد نیز توجه گردد. پیشنهاد می‌گردد در مطالعات آینده تاثیر این شرایط و نیز نقش متغیرهای مخدوشگری مانند رفتارهای سالم یا خطرناک برای تعیین مکانیسم‌های ارتباطی مرتبط با رضایتمندی از برنامه‌ای خودمراقبتی مورد توجه قرار گیرد.

منابع

- [1] Baum FE, Ziersch AM. Social capital. *J Epidemiol Community Health* 2003; 57: 320-323.
- [2] Nozari Y, Hashemlu A, Hatmi ZN, Sheikvatan M, Irvani A, Bazdar A, et al. Outcome of coronary artery bypass grafting in patients without major risk factors and patients with at least one major risk factor for coronary artery disease. *Indian J Med Sci* 2007; 61: 547-554.
- [3] Talaei M, Sadeghi M, Marshall T, Thomas G, Kabiri P, Hoseini S, et al. Impact of metabolic syndrome on ischemic heart disease—A prospective cohort study in an Iranian adult population: Isfahan cohort study. *Nutr Metab Cardiovasc Dis* 2012; 22: 434-441.
- [4] Riegel B, Lee CS, Dickson VV, Carlson B. An update on the self-care of heart failure index. *J Cardiovasc Nurs* 2009; 24: 485.
- [5] Suaya JA, Shepard DS, Normand S-LT, Ades PA, Prottas J, Stason WB. Use of cardiac rehabilitation by Medicare beneficiaries after myocardial infarction or coronary bypass surgery. *Circulation* 2007; 116: 1653-1662.
- [6] Williams MA, Kaminsky LA. Healthy Lifestyle Medicine in the Traditional Healthcare Environment—Primary Care and Cardiac Rehabilitation. *Progress in Cardiovascular Diseases*. *Prog Cardiovasc Dis* 2017; 59: 448-454.
- [7] Marzolini S, Balitsky A, Jagroop D, Corbett D, Brooks D, Grace SL, et al. Factors affecting attendance at an adapted cardiac rehabilitation exercise program for individuals with mobility deficits poststroke. *J Stroke Cerebrovasc Dis* 2016; 25: 87-94.
- [8] Ferlander S. The importance of different forms of social capital for health. *Acta Sociologica* 2007; 50: 115-128.
- [9] Poortinga W. Social capital: an individual or collective resource for health? *Soc Sci Med* 2006; 62: 292-302.
- [10] Scheffler RM, Brown TT. Social capital, economics, and health: new evidence. *Health Economics, Policy and Law* 2008; 3: 321-331.
- [11] Sundquist J, Johansson SE, Yang M, Sundquist K. Low linking social capital as a predictor of coronary heart disease in Sweden: a cohort study of 2.8 million people. *Soc Sci Med* 2006; 62: 954-963.
- [12] Sundquist K, Hamano T, Li X, Kawakami N, Shiwaku K, Sundquist J. Linking social capital and mortality in the elderly: A Swedish national cohort study. *Exp Gerontol* 2014; 55: 29-36.

از جمله محدودیت‌های این مطالعه این بود که پژوهش به شکل مقطعی طراحی شده بود و این موضوع استنباط روابط علی را با مشکل روبرو می‌ساخت. هم‌چنین از مشکلات دیگر دشوار بودن جلب همکاری و ارتباط با بیماران به واسطه برخی مشکلات اجرایی بود که سعی گردید با تبیین اهداف و سودمندی مطالعه و یا جایگزینی بیماران از اثرگذاری بر نتایج جلوگیری شود.

به طور کلی یافته‌ها نشان داد برخورداری از حمایت اجتماعی و شبکه روابط اجتماعی در بیماران قلبی عروقی که در برنامه بازتوانی قلبی شرکت کرده‌اند می‌تواند در قالب تعیین‌کننده‌های اجتماعی مؤثر بر سلامت، در افزایش رضایتمندی بیماران از برنامه خودمراقبتی مؤثر باشند. بر این اساس برنامه‌های توان‌بخشی قلبی می‌تواند به‌طور شفاف از وارد نمودن فاکتورهای اجتماعی مؤثر بر سلامت از جمله حمایت و سرمایه اجتماعی منتفع شوند، از طریق برگزاری جلسات فردی یا گروه‌های شبکه‌ای کوچک که محیطی جذاب را برای بیماران و خانواده‌شان فراهم می‌نماید می‌توان انسجام

- [29] Lee HS, Lim JH. Structural equation modeling with AMOS 18.0/19.0. Jyphyunjae Publishing, Seoul (Korea) 2011:18-3.
- [30] Marshall GN, Hays RD. The Patient Satisfaction Questionnaire Short Form (PSQ-18). Santa Monica, CA:Rand Corporation; 1994:1-31.
- [31] Dolatyaree A, Shariffar S, Zareian A, Tadrissi SD. Translation and validation of family satisfaction questionnaire of adult patients hospitalized in Intensive Care Units. *J Crit Care* 2015; 8: 59-68.
- [32] Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The multidimensional scale of perceived social support. *J Pers Assess* 1988; 52: 30-41.
- [33] Bagherian-Sararoudi R, Hajian A, Ehsan HB, Sarafraz MR, Zimet GD. Psychometric properties of the Persian version of the multidimensional scale of perceived social support in Iran. *Int J Prev Med* 2013; 4: 1277.
- [34] Bruwer B, Emsley R, Kidd M, Lochner C, Seedat S. Psychometric properties of the multidimensional scale of perceived social support in youth. *Compr Psychiatry* 2008; 49: 195-201.
- [35] De Silva MJ, McKenzie K, Harpham T, Huttly SR. Social capital and mental illness: a systematic review. *J Epidemiol Community Health* 2005; 59: 619-627.
- [36] Khajedadi A, Sharifian M, Shian M, Krimlo M. The relationship between social capital and Mother's health. *Social Welfare Q* 2008; 8: 83-93.
- [37] Agren S, Berg S, Svedjeholm R, Strömberg A. Psychoeducational support to post cardiac surgery heart failure patients and their partners—A randomised pilot study. *Intensive Crit Care Nurs* 2015; 31: 10-18.
- [38] Midence L, Arthur HM, Oh P, Stewart DE, Grace SL. Women's health behaviours and psychosocial well-being by cardiac rehabilitation program model: a randomized controlled trial. *Can J Cardiol* 2016; 32: 956-962.
- [39] Locher JL, Ritchie CS, Roth DL, Baker PS, Bodner EV, Allman RM. Social isolation, support, and capital and nutritional risk in an older sample: ethnic and gender differences. *Soc Sci Med* 2005; 60: 747-761.
- [40] Willson AE, Shuey KM, Elder J, Glen H. Cumulative Advantage Processes as Mechanisms of Inequality in Life Course Health 1. *Am J Soc* 2007; 112: 1886-1924.
- [41] Clark AM, King-Shier KM, Spaling MA, Duncan AS, Stone JA, Jaglal SB, et al. Factors influencing participation in cardiac rehabilitation programmes after referral and initial attendance: qualitative systematic review and meta-synthesis. *Clin Rehab* 2013; 27: 948-959.
- [42] Islam MK, Merlo J, Kawachi I, Lindström M, Gerdtham U-G. Social capital and health: Does egalitarianism matter? A literature review. *Int J Equity Health* 2006; 5: 3.
- [43] Aida J, Kondo K, Hirai H, Subramanian S, Murata C, Kondo N, et al. Assessing the association between all-cause mortality and multiple aspects of individual social capital among the older Japanese. *BMC Public Health* 2011; 11: 499.
- [44] Choi M, Mesa-Frias M, Nüesch E, Hargreaves J, Prieto-Merino D, Bowling A, et al. Social capital, mortality, cardiovascular events and cancer: a systematic review of prospective studies. *Int J Epidemiol* 2014; 43: 1895-1920.
- [13] Halvaeipour Z, Nosratabadi M. External criticism by parents and obsessive beliefs in adolescents: mediating role of beliefs associated with inflated responsibility. *Glob J Health Sci* 2016; 8: 125.
- [14] Ghaheri A, Shojaei Shahrokhbabadi M, Zayeri F, Maroufizadeh S, Karimi M. Relationship among life satisfaction, anxiety and fertility quality of life in women. *Koomesh* 2016; 17: 957-965. (Persian).
- [15] Weiss-Farati N, Lurie I, Neumark Y, Malowany M, Cohen G, Benyamini Y, et al. Perceived social support at different times after myocardial infarction and long-term mortality risk: a prospective cohort study. *Ann Epidemiol* 2016; 26: 424-428.
- [16] Arthur HM. Depression, isolation, social support, and cardiovascular disease in older adults. *J Cardiovasc Nurs* 2006; 21: S2-S7.
- [17] Nosratabadi M, Halvaeipour Z. A structural equation modeling of the relationships between depression, drug abuse and social support with suicidal ideation among soldiers in Iran in 2015. *J Res Health Sci* 2016; 16: 212-216.
- [18] Bagheri M, Talepasand S, Rahimian Booger I. Comparison of psychological risk factors among patients with and without myocardial infarction relapses. *Koomesh* 2014; 15: 154-161. (Persian).
- [19] Liu RT, Hernandez EM, Trout ZM, Kleiman EM, Bozzay ML. Depression, social support, and long-term risk for coronary heart disease in a 13-year longitudinal epidemiological study. *Psychiatry Res* 2017; 251: 36-40.
- [20] Erlinger T, Appel L. Dietary patterns and coronary heart disease risk. *Coronary Heart Disease Epidemiology: From Aetiology to Public Health* 2005; 207.
- [21] Klainin-Yobas P, Ng SH, Stephen PDM, Lau Y. Efficacy of psychosocial interventions on psychological outcomes among people with cardiovascular diseases: a systematic review and meta-analysis. *Patient Educ Couns* 2016; 99: 512-521.
- [22] Bennett SJ, Cordes DK, Westmoreland G, Castro R, Donnelly E. Self-care strategies for symptom management in patients with chronic heart failure. *Nurs Res* 2000; 49: 139-145.
- [23] Shrivastava SR, Shrivastava PS, Ramasamy J. Role of self-care in management of diabetes mellitus. *J Diabetes Metab Disord* 2013; 12: 14.
- [24] Bot SD, Mackenbach JD, Nijpels G, Lakerveld J. Association between social network characteristics and lifestyle behaviours in adults at risk of diabetes and cardiovascular disease. *PloS One* 2016; 11: e0165041.
- [25] Chair SY, Wong KB, Tang JY, Wang Q, Cheng HY. Social support as a predictor of diet and exercise self-efficacy in patients with coronary artery disease. *Contemp Nurse* 2015; 51: 188-199.
- [26] Martos-Méndez MJ. Self-efficacy and adherence to treatment: the mediating effects of social support. *J Behav Health Soc* 2015; 7: 19-29.
- [27] Graven LJ, Grant JS. Social support and self-care behaviors in individuals with heart failure: an integrative review. *Int J Nurs Stud* 2014; 51: 320-333.
- [28] Wolf EJ, Harrington KM, Clark SL, Miller MW. Sample size requirements for structural equation models: An evaluation of power, bias, and solution propriety. *Educ Psychol Meas* 2013; 73: 913-934.

The mediating role of social support on the relation between social capital and satisfaction with self-care program in patients referring to cardiac rehabilitation centers

Mehdi Nosratabadi (Ph.D)¹, Zohreh Halvaiepour (Ph.D Student)^{*2}

1- Social Determinants of Health Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

2- Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran

* Corresponding author. +98 31 37925214 halvaiepourzohreh@gmail.com

Received: 29 Jun 2017 ; Accepted: 11 Dec 2017

Introduction: Cardiovascular diseases are the most common cause of death in the world and in Iranian people. Social determinants play an important role in explaining the consequences of cardiovascular disease. The current study aimed to explore the structural relationships between social capital, social support, as two social determinants of health, and satisfaction with self-care program in patients referring to cardiac rehabilitation centers in Isfahan (Iran).

Materials and Methods: this cross-sectional study was conducted in Isfahan in 2016. A total of 155 cardiovascular patients were recruited, who were selected from two cardiac rehabilitation centers in Isfahan (Iran). The patients completed a pack of questionnaires including satisfaction with self-care program Checklist, Multidimensional Social support Scale and Social Capital Scale. Structural equation modeling was employed to analyze data.

Results: Out of total patients, 112 (72.3%) were male and 43 (27.7) were female. There was significant and positive relationship between social support, as a mediating variable, and satisfaction with self-care program ($r=.0.49$, $P\text{-value}<0.01$). The final model showed that 29% of the overall variance of satisfaction with self-care program was attributed to social support and social capital. The indices of goodness of fit were estimated as satisfying (RMSEA=0.07, AGFI=0.87, GFI=0.79).

Conclusion: the final model confirmed the direct and indirect effects of both structural and cognitive social capital on satisfaction with self-care program through social support. According to results, it can be concluded that supportive issues and social relations networks, as a social determinants affecting on health, can be important factors in determining patients' satisfaction with self-care program in cardiac rehabilitation centers.

Keywords: Social Capital, Social Support, Patient Satisfaction, Self-Care, Cardiac Rehabilitation.