مقاله پژوهشی
مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان
دوره ۱۵، خرداد ۱۳۹۵، ۲۰۸-۱۹۵

طراحی و روان‌سنجی مقیاس سنجش حمایت اجتماعی درک‌شده در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی

محمدعلی چراغی [۱]، الهام داوری دولت آبادی [۲]

دریافت مقاله: ۹٤/٦/۲۳ ارسال مقاله به نویسنده جهت اصلاح: ۹٤/۸/۲۳ دریافت اصلاحیه از نویسنده: ۹۵/۱/۲۲ پذیرش مقاله: ۹۵/۲/۱۸

چکیده

زمینه و هدف: حمایت اجتماعی درک‌شده در ابعاد عاطفی، اطلاعاتی و ابزاری نقش مهمی در کاهش آثار منفی بیماری‌های مزمن دارد. بنابراین اندازه‌گیری حمایت اجتماعی در این سه بعد به خصوص در ارزیابی درمان‌های حمایتی از بیماران نارسایی قلبی اهمیت قابل‌توجهی دارد. هدف از این مطالعه ارزیابی اعتبار و پایایی یک مقیاس معتبر و اختصاصی جهت بررسی حمایت اجتماعی درک‌شده در بیماران نارسایی قلبی بود.

مواد و روش‌ها: این تحقیق مقطعی در شهر همدان در سال ۱۳۹۰ انجام شد. بعد از تلفیق و تعدیل پنج پرسش‌نامه معتبر و استاندارد؛ اعتبار محتوا و ظاهری پرسش‌نامه طراحی‌شده به تأیید بیست متخصص رشتهٔ روانشناسی و ابزارسازی رسید. سپس ۵۰ بیمار مبتلا به نارسایی قلبی با روش نمونه‌گیری آسان انتخاب شدند و روایی پرسشنامه با سه روش، روایی صوری، روایی محتوا و روایی سازه و پایایی آن با تعیین ضریب آلفای کرونباخ و آزمون مجدد بررسی شد. اطلاعات با استفاده از آمار توصیفی همچون میانگین و انحراف معیار، ضریب آلفای کرونباخ، آزمون‌های ضریب همبستگی پیرسون، کلموگروف- اسمیرنوف، آنالیز واریانس یک‌طرفه و آزمون پشتیبان توکی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: متوسط شاخص روایی محتوای پرسش‌نامه ۰/۹۲ و KMO=۰/۸۱۷ بود. ضریب همبستگی از آزمون مجدد (r=۰/۸۹۵) و ضریب آلفای کرونباخ (۰/۸۷) به دست آمد. علاوه بر این، همبستگی میان یک پرسش‌نامه استاندارد حمایت اجتماعی با مقیاس حاضر اندازه‌گیری شد و با ضریب همبستگی برابر با r= ۰/۶۵۴ اعتبار قابل قبولی را نشان داد.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج، مقیاس حاضر از روایی و پایایی مناسبی برخوردار است و بنابراین ابزار اختصاصی مناسبی در جهت تعیین حمایت اجتماعی درک‌شده در مبتلایان به نارسایی قلبی می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: مقیاس، سیاهه، حمایت اجتماعی، نارسایی قلبی، اعتبار، پایایی

۱- دانشیار گروه آموزش پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۲- (نویسنده مسئول) مربی گروه آموزش پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، باشگاه پژوهشگران جوان، اصفهان، ایران
تلفن: ۰۳۱-۳۵۳۵۴۰۶۵، دورنگار: ۰۳۱-۳۵۳۵۴۰۶۵، پست الکترونیکی: nurse.davari@yahoo.com

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-09-10]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1395.15.3.3.2]

مقدمه

سال‌های گذشته بیماری‌های واگیر به عنوان بزرگ‌ترین معضل بهداشتی کشورهای جهان سوم به شمار می‌رفتند، به طوری که توان کشورها صرف کنترل و پیش‌گیری از همه‌گیری‌های این بیماری‌ها می‌شد. در سال‌های اخیر افزایش بار بیماری‌های غیرواگیر مخصوصاً در کشورهای در حال توسعه تهدیدی جدی به شمار می‌رود [۱]. از جمله بیماری‌های مهم غیر واگیردار، بیماری نارسایی قلبی است [۲]. این اختلال به درجات مختلفی در تمام گروه‌های سنی مشاهده می‌شود؛ ولی طبق آمار در میان گروه میانسالان و سالمندان افزایش فزاینده‌ای دارد [۴-۳]. با توجه به این‌که میانگین جمعیت سالمندان در جهان رو به افزایش است این بیماری اهمیت قابل‌توجهی پیدا کرده است [۵]. انجمن قلب نیویورک (New York Heart Association) شدت این بیماری را بر طبق علائم بیمار، طبقه‌بندی کرده است. بر این اساس بیماری نارسایی قلبی به چهار کلاس (I-IV) تقسیم می‌شود؛ در این ترتیب، علائم بیماری در بیمار کلاس IV شدیدتر است [۴]. نارسایی احتقانی قلب بر جنبه‌های مختلف زندگی افراد از جمله کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی افراد تأثیر می‌گذارد [۶].

حمایت اجتماعی نقش مهمی در حفظ سلامتی افراد و کاهش آثار منفی استرس‌های فراوان ناشی از محیط و جامعه دارد. با افزایش میزان حمایت اجتماعی از میزان مرگ و میر بیماران کاسته شده و بروز ناخوشی‌های جسمی و روانی در افراد کمتر می‌شود [۸-۷]. حمایت اجتماعی در قالب تعداد ارتباطات اجتماعی یک فرد (حمایت ساختاری) و کیفیت منابع این ارتباطات (حمایت عملکردی) تعیین می‌شود. حمایت عملکردی شامل حمایت ملموس (ابزاری) و یا غیرملموس (اطلاعاتی، عاطفی، ارتقاء عزت نفس، تعلق داشتن) می‌باشد [۱۲-۹] که توسط اعضای خانواده، خویشاوندان، دوستان، همکاران، همسایگان یا ارائه‌دهندگان مراقبت سلامت فراهم می‌شود [۱۲-۱۳]. حمایت عاطفی شامل احساسات همدلی، عشق، دوست داشتن، اعتماد، پذیرفتن بیمار و احترام گذاشتن به او می‌باشد [۱۴]. حمایت اطلاعاتی مشتمل بر اطلاعات یا توصیه‌هایی می‌شود که می‌تواند فرد را در سازگاری با مشکلات و حل مشکلات یاری نماید [۹]. حمایت ابزاری در برگیرنده مساعدت‌های ملموس می‌باشد از جمله ارائه خدمات، کمک در فعالیت‌ها، دادن پول و سایر کمک‌هایی است که در اختیار مددجو قرار می‌گیرد [۷].

مطالعات متعددی در زمینه حمایت اجتماعی و تأثیرات آن در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن انجام شده است [۶، ۹]. مطالعات انجام شده در مورد حمایت اجتماعی در بیماران مزمن، نشان دهنده اهمیت ویژه حمایت عاطفی، اطلاعاتی و ابزاری می‌باشد [۹]؛ بنابراین، اندازه‌گیری حمایت اجتماعی در این سه بعد به خصوص در ارزیابی درمان‌های حمایتی از بیماران نارسایی قلبی اهمیت قابل‌توجهی دارد.

ابزارهای مختلفی جهت اندازه‌گیری حمایت اجتماعی درک‌شده موجود است. این ابزارها حمایت اجتماعی درک‌شده توسط بیماران مختلف را اندازه می‌گیرند. در حالی که ابزارهای اختصاصی روی نواحی ویژه‌ای از یک بیماری خاص متمرکزند [۱۵]. پرسش‌نامه‌هایی وجود دارد که حمایت اجتماعی درک‌شده بیماران سرطانی و بیماران

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-09-10]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1395.15.3.3.2]

مبتلا به نارسایی کلیه و سکته مغزی را مورد ارزیابی قرار می‌دهند [۱۷-۱۶، ۹]. این در حالی است که با بررسی‌های انجام شده مشخص شد که پرسش‌نامه اختصاصی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی که حمایت اجتماعی درک‌شده را مورد ارزیابی قرار دهد، وجود ندارد. با توجه به آنچه که عنوان شد و تجربیات شخصی پژوهش‌گر در مراقبت از بیماران مبتلا به نارسایی قلبی، مطالعه حاضر با هدف ارزیابی پایایی و اعتبار مقیاس سنجش حمایت اجتماعی درک‌شده در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی شهر همدان در سال ۱۳۹۰ انجام شد.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر به صورت مقطعی در سال ۱۳۹۰ در شهر همدان بر روی بیماران مبتلا به نارسایی احتقانی قلب کلاس I، II و III انجام شد. محیط پژوهش در این مطالعه، شامل بیمارستان تخصصی اکباتان شهر همدان بود. جامعه پژوهش را کلیه بیماران مبتلا به نارسایی احتقانی قلب شهر همدان تشکیل دادند.

در ابتدا لیستی از سؤالات از پنج پرسش‌نامه حمایت اجتماعی بین فردی (The Interpersonal Support Evaluation List;- Short Form; ISEL [۱۸]، مقیاس چند بعدی حمایت اجتماعی درک‌شده (MSPSS) (Multidimensional Scale of Perceived Social Support; [۱۹]، مقیاس ارزیابی حمایت اجتماعی Phillips (Social Support Appraisals; SS-A) [۲۰]، (Northouse Social Support Questionnaire; SSQ) [۱۶] و پرسش‌نامه حمایت اجتماعی از بیماران سکته مغزی [۱۷]؛ جمع‌آوری شد. پس از بررسی سؤالات، سؤالات تکراری حذف و سؤالات مشابه در هم ادغام گردیدند تا بتوان تعداد سؤالات را به حد قابل‌قبولی تقلیل داد. در نهایت یک پرسش‌نامه ۳۰ سؤالی تهیه و تنظیم شد. با توجه به این‌که جنبه‌های حمایت عاطفی، اطلاعاتی و ابزاری از مهم‌ترین ابعاد حمایت اجتماعی درک‌شده می‌باشد [۹]؛ این پرسش‌نامه به گونه‌ای تنظیم شد که شامل این سه بعد، یعنی حمایت عاطفی (سؤالات ۱ تا ۱۲)، اطلاعاتی (سؤالات ۱۳ تا ۲۰) و ابزاری (سؤالات ۲۱ تا ۳۰)، باشد. همه سؤالات این پرسش‌نامه بر اساس مقیاس لیکرت ۴ درجه‌ای، هیچ وقت (۱ امتیاز)، گاهی (۲ امتیاز)، اغلب (۳ امتیاز) و همیشه (۴ امتیاز)، درجه‌بندی شده است. سپس امتیازات حاصله با هم جمع می‌شوند، بنابراین، امتیاز کسب شده در محدوده ۳۰ تا ۱۲۰ می‌باشد.

با توجه به این که سه سطح حمایت اجتماعی درک‌شده (پایین، متوسط و بالا) مد نظر بود، تقسیم‌بندی به صورت: نمره بین۳۰ تا ۵۹ به عنوان حمایت اجتماعی درک‌شده پایین، نمره ۶۰ تا ۸۹ حمایت اجتماعی درک‌شده متوسط و نمره ۹۰ تا ۱۲۰ حمایت اجتماعی درک‌شده بالا در نظر گرفته شد [۲۱]. بنابراین، نمره بالاتر نشانگر درک بیشتر حمایت از جانب بیماران در مورد هر سؤال می‌باشد.

برای روایی پرسش‌نامه، از سه روش روایی صوری (Face Validity)، روایی محتوا (Content Validity) و روایی سازه (Construct Validity) استفاده گردید. برای تعیین روایی صوری از دو روش کیفی و کمی استفاده شد؛ در روش کیفی روایی صوری با ۱۰ نفر از بیماران مبتلا به نارسایی قلبی به صورت چهره به چهره مصاحبه شد و موارد سطح دشواری (Difficulty) (دشواری درک عبارات و کلمات)، میزان تناسب (Relevancy) (تناسب و ارتباط

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-09-10]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1395.15.3.3.2]

مطلوب عبارات با ابعاد پرسش‌نامه) و ابهام (Ambiguity) (احتمال وجود برداشت‌های اشتباه از عبارات و یا وجود نارسایی در معانی کلمات) مورد بررسی قرار گرفت [۲۲]. پس از اصلاح موارد بر اساس نظر بیماران مبتلا به نارسایی قلبی، در قدم بعدی جهت حذف عبارت‌های نامناسب (Item Reduction) و تعیین اهمیت هر یک از عبارات، از روش کمی تأثیر آیتم (Item Impact Method) استفاده شد [۲۳]. به منظور صحت نگارش جملات، عبارات به دو متخصص در زمینه ادبیات فارسی داده شد و توسط آنها بازنگری گردید.

برای تعیین روایی محتوا از دو روش کیفی و کمی استفاده شد. در بررسی کیفی محتوا، بیست نفر از متخصصان دانشگاه علوم پزشکی همدان در رشته‌های پرستاری، روانشناسی، روانپزشکی، بهداشت، مددکاری اجتماعی، قلب و عروق و ابزارسازی که در زمینه حمایت اجتماعی، بیماری نارسایی قلبی و یا طراحی پرسش‌نامه تبحر داشتند، ابزار را بررسی کرده و نظرات خود را اعلام کردند. برای بررسی روایی محتوا به شکل کمی از دو شاخص نسبت روایی محتوا (Content Validity Ratio; CVR) و شاخص روایی محتوا (Content Validity Index; CVI) استفاده شد. به منظور تعیین شاخص نسبت روایی محتوا همان ۲۰ نفر از متخصصان مرحله قبل هر سؤال را بر اساس طیف سه قسمتی (ضروری است، مفید است ولی ضروری نیست و ضرورتی ندارد) بررسی کردند. بر اساس جدول Lawshe، برای تعیین حداقل ارزش شاخص نسبت روایی محتوا، عباراتی که میزان CVR آنها بالاتر از ۰/۴۲ بود، معنادار ارزیابی شد [۲۴]. به منظور بررسی CVI، از شاخص روایی محتوای Waltz و Bausell استفاده شد [۲۲]. به این صورت که از متخصصان درخواست شد تا میزان مربوط بودن، ساده بودن و واضح بودن هر یک از سؤالات پرسش‌نامه را به صورت مجزا در یک طیف لیکرتی ۴ قسمتی مورد بررسی قرار دهند. برای محاسبه CVI هر عبارت، تعداد متخصصان موافق با سؤال (بر اساس طیف لیکرت نمره ۳ و ۴ موافق در نظر گرفته شد) بر تعداد کل متخصصان محاسبه شد [۲۵]. Hyrkas و همکاران نمره ۰/۷۹ و بالاتر را برای پذیرش عبارات بر اساس نمره CVI توصیه نموده‌اند [۲۶]. در مرحله بعد میانگین نمره‌های شاخص روایی محتوای همه عبارات پرسش‌نامه، متوسط شاخص روایی محتوای Scale-Level Content Validity Index/ Averaging Calculation Method (S-CVI/Ave) محاسبه گردید. Polit و همکاران نمره ۰/۹۰ و بالاتر را برای پذیرش S-CVI/AVE اعلام کردند [۲۵].

در مطالعه حاضر از تحلیل عاملی (Factor Analysis) با استفاده از آزمون شاخص نمونه‌گیری (Kaiser- KMO) Mayer-Olkin; به منظور تعیین روایی سازه استفاده شد. نقطه عطف ۰/۴۰ به عنوان حداقل بار عاملی مورد نیاز برای حفظ هر عبارت در عوامل استخراج شده از تحلیل عاملی در نظر گرفته شد [۲۲].

در مرحله بعد برای تعیین پایایی پرسش‌نامه از دو روش همسانی درونی (Internal Consistency) و ثبات (Stability) استفاده گردید. برای همسانی درونی از آلفای کرونباخ و برای تعیین ثبات از روش آزمون بازآموزی استفاده شد. بدین منظور، ۵۰ بیمار مبتلا به نارسایی قلبی که ۵۰٪ از آنان زن و ۵۰٪ دیگر مرد بودند به روش نمونه‌گیری آسان (در دسترس) انتخاب شدند. تعداد نمونه مورد نیاز، جهت بررسی روایی و پایایی پرسش‌نامه از نظر

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-09-10]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1395.15.3.3.2]

پژوهشگران مختلف متفاوت است [۲۲]. معیارهای ورود به مطالعه حاضر عبارت بود از: تمایل به شرکت در مطالعه حاضر، ثبت تشخیص نارسایی قلبی کلاس یک تا سه (I-III) در پرونده پزشکی، توانایی تکلم به زبان فارسی، سن ۴۰ تا ۷۴ سال.

پرسش‌نامه به صورت مصاحبه با بیماران تکمیل شد. سپس پایایی پرسش‌نامه با تعیین ضریب آلفای کرونباخ بررسی گردید. در تکمیل نتایج به دست آمده بر مبنای ضریب آلفای کرونباخ برای ارزیابی پایایی پرسش‌نامه، آزمون مجدد نیز انجام شد. به این ترتیب که به فاصله دو هفته، پرسش‌نامه مجدداً توسط همان بیماران تکمیل شد. Fox معتقد است فاصله زمانی بین دو آزمون باید تا حدی باشد که از طرفی فراموشی عبارات ابزار اتفاق بیفتد و از طرف دیگر تغییر در پدیده مورد اندازه‌گیری رخ ندهد [۲۷]. Burns و Grove این فاصله زمانی را بین دو هفته تا یک ماه پیشنهاد کرده‌اند [۲۸]. در ضمن همراه با این پرسش‌نامه، مقیاس چند بعدی حمایت اجتماعی درک‌شده (MSPSS) استانداردشده نیز توسط بیماران تکمیل شد تا علاوه بر تعیین ضریب همبستگی آزمون مجدد، بتوان ضریب همبستگی این پرسش‌نامه با یک پرسش‌نامه استانداردشده را نیز به دست آورد.

کمیته اخلاق پژوهش دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی همدان این پژوهش را تأیید کرده است. به منظور رعایت جنبه‌های اخلاق در پژوهش، پژوهشگر با ارائه معرفی‌نامه کتبی از دانشکده پرستاری و مامایی، خود را به مسئولان محیط‌های پژوهش، معرفی و از مسئولان مربوطه اجازه انجام پژوهش را کسب نمود. سپس با حضور در محل اجرای پژوهش، هدف از انجام پژوهش را برای تک تک واحدهای مورد پژوهش توضیح داد و از ایشان برای انجام پژوهش کسب اجازه نمود و فقط نمونه‌های موافق انتخاب گردیدند. همچنین در ابزار گردآوری داده‌ها، محرمانه بودن کلیه اطلاعات مربوط به واحدهای پژوهش، توسط پژوهشگر رعایت شد.

اطلاعات پس از گردآوری توسط نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۷ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار، آزمون ضریب همبستگی پیرسون، ضریب آلفای کرونباخ، آزمون کولموگروف-اسمیرنوف، آنالیز واریانس یک طرفه و آزمون مقایسات زوجی Tukey مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. سطح معنی‌داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

نتایج

در مرحله تعیین روایی پرسش‌نامه، ابتدا ده سؤال به علت کسب نمره تأثیر کمتر از ۱/۵، دوازده سؤال در بررسی کیفی محتوا توسط صاحب نظران، ۴ عبارت به علت کسب میزان عددی CVR کمتر از ۰/۴۲ و سه عبارت به علت کسب نمره CVI کمتر از ۰/۷۹ حذف گردیدند. متوسط شاخص روایی محتوای پرسش‌نامه ۰/۹۲ بود. در نهایت تعداد سؤالات به ۳۰ سؤال تقلیل یافت. تحلیل عاملی اکتشافی به کمک روش مؤلفه‌های اصلی بر روی ۳۰ سؤال انجام شد. KMO =۰/۸۱۷ به دست آمد. همچنین آزمون Bartlett's sphericity با میزان ۵۸۸۴/۹۳۸ در سطح ۰/۰۰۰۱ معنی‌دار بود.

جهت تعیین پایایی درونی از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد. پس از تجزیه و تحلیل اطلاعات به دست آمده، ضریب آلفای کرونباخ کل پرسش‌نامه و هر یک از

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-09-10]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1395.15.3.3.2]

ابعاد پرسش‌نامه به تفکیک محاسبه گردید. ضریب آلفای کرونباخ بعد عاطفی (۰/۵۰)، بعد اطلاعاتی (۰/۷۰)، بعد ابزاری (۰/۷۰) و کل پرسش‌نامه (۰/۸۷) به‌دست آمد.

ضریب همبستگی به دست آمده از آزمون مجدد ۰/۸۹۵ =r گزارش شد. علاوه بر این، همبستگی میان نمره‌های مقیاس چند بعدی حمایت اجتماعی درک‌شده با پرسش-نامه حاضر اندازه‌گیری شد و ضریب همبستگی برابر با r = ۰/۶۵۴ و p = ۰/۰۰۱ بود. از طرفی، مطابق جدول ۱، مشاهده شد که هر حیطه با سایر حیطه‌ها ارتباط نسبتاً متوسطی دارد (۰/۵۴۳> r >۰/۳۱۱)، که این خود نشان می‌دهد ابعاد با یکدیگر همپوشانی ندارند و سؤال‌ها توسط بیماران قابل تمیز می‌باشد. همچنین هر حیطه با کل پرسش‌نامه ارتباط خوبی داشت (۰/۹۱۱ > r > ۰/۹۰۷)، به خصوص در بعد اطلاعاتی و ابزاری که ارتباط در سطح بسیار خوب بود (r = ۰/۹۱۱)؛ این مسئله نشان دهنده انسجام داخلی خوب پرسش‌نامه می‌باشد [۲۲].

جدول ۱- ضریب همبستگی کل و ابعاد سه‌گانه پرسش‌نامه حمایت اجتماعی درک‌شده در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی در سال ۱۳۹۰

ابعاد حمایت اجتماعی درک شده	آماره	حمایت عاطفی	حمایت اطلاعاتی	حمایت ابزاری
حمایت عاطفی	ضریب همبستگی	۱	۰/۵۴۳	۰/۱۹۰
	مقدار P	-	*۰/۰۰۳	۰/۳۴۳
حمایت اطلاعاتی	ضریب همبستگی	۰/۵۴۳	۱	۰/۳۱۱
	مقدار P	*۰/۰۰۳	-	۰/۱۰۷
حمایت ابزاری	ضریب همبستگی	۰/۱۹۰	۰/۳۱۱	۱
	مقدار P	۰/۳۴۳	۰/۱۰۷	-
کل حمایت اجتماعی درک‌شده	ضریب همستگی	۰/۹۰۷	۰/۹۱۱	۰/۹۱۱
	مقدار P	*۰/۰۰۱	*۰/۰۰۱	*۰/۰۰۱

ضریب همبستگی پیرسون
p<۰/۰۵ارتباط از نظر آماری معنی‌دار

ارزیابی نرمال بودن توزیع فراوانی نمره‌های حمایت اجتماعی درک‌شده توسط بیماران با انجام آزمون کولموگروف-اسمیرنوف بررسی شد و p=۰/۷۰۲ به دست آمد که مؤید نرمال بودن توزیع مشاهدات است. در بررسی مشخصات جمعیت‌شناختی واحدهای مورد پژوهش مشخص شد که ۵۶/۷٪ از واحدهای مورد پژوهش در دامنه سنی ۶۵ تا ۷۴ سال قرار داشتند؛ ۸۵٪ از بیماران، متأهل؛ ۲/۵٪، مجرد؛ ۲/۵٪، مطلقه؛ ۶/۵٪، بیوه؛ و ۳/۵٪، همسر فوت‌کرده بودند. از نظر سطح تحصیلات، ۵۲/۶٪ از بیماران، بی سواد؛ ۲۲٪، در سطح ابتدایی؛ ۳/۴٪، در سطح راهنمایی؛ ۱۳٪، در سطح متوسطه؛ و ۹٪، در سطح دانشگاهی بودند.

میانگین حمایت اجتماعی درک‌شده ۱۳/۶۸±۶۳/۸۳ محاسبه شد. بیشترین میزان حمایت اجتماعی درک‌شده مربوط به بعد عاطفی (با میانگین ۶/۷۰±۲۹/۲۲) و کم‌ترین میزان حمایت اجتماعی درک‌شده مربوط به بعد

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-09-10]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1395.15.3.3.2]

اطلاعاتی (با میانگین ۴/۳۳±۱۴/۸۸) بود. میانگین و انحراف معیار نمره‌های هر یک از متغیرهای حمایت اجتماعی در جدول ۲ نشان داده شده است. در ضمن میانگین حمایت اجتماعی درک‌شده در مردان و زنان به ترتیب ۱۵/۷۴±۶۷/۰۹ و ۸/۱۹±۵۸/۷۱ گزارش شد (p=۰/۰۲۱).

جدول ۲- مقایسه میانگین و انحراف معیار نمره ابعاد پرسش‌نامه حمایت اجتماعی درک‌شده به تفکیک جنسیت در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی در سال ۱۳۹۰

ابعاد حمایت اجتماعی درک شده	جنسیت	مقدار حداقل	مقدار حداکثر	انحراف معیار ± میانگین	t	مقدار P
بعد عاطفی	زن	۲۰	۳۲	۲۷/۲۸ ± ۴/۹۵	۰/۹۷۶	۰/۰۳۴
	مرد	۱۹	۴۲	۳۰/۴۵ ± ۷/۵۸		
	کل	۱۹	۴۲	۲۹/۲۲ ± ۶/۷۰		
بعد اطلاعاتی	زن	۸	۱۷	۱۳/۱۴ ± ۴/۰۵	۱/۴۰۱	۰/۰۱۸
	مرد	۱۱	۲۵	۱۶/۰۰ ± ۴/۳۱		
	کل	۸	۲۵	۱۴/۸۸ ± ۴/۳۳		
بعد ابزاری	زن	۱۳	۲۳	۱۸/۲۸ ± ۴/۰۲	۰/۹۲۷	۰/۰۳۶
	مرد	۱۳	۳۴	۲۰/۶۳ ± ۵/۸۵		
	کل	۱۳	۳۴	۱۹/۷۲ ± ۵/۲۲		
کل حمایت اجتماعی	زن	۴۴	۶۷	۵۸/۷۱ ± ۸/۱۹	۱/۲۹۱	۰/۰۲۱
	مرد	۴۳	۹۷	۶۷/۰۹ ±۱۵/۷۴		
	کل	۴۳	۹۷	۶۳/۸۳ ±۱۳/۶۸		

**** نمره‌های تراز از ۱۰۰ می‌باشد. مقدار df=۱۶***

آزمون تی مستقل (Independent t-tests)، p<۰/۰۵ اختلاف معنی‌دار

رابطه میان نمره‌های حمایت اجتماعی درک‌شده و شدت بیماری تعیین گردید. در این زمینه میانگین نمره‌های به طور معنی‌داری با شدت بیماری تغییر می‌کند به طوری که میانگین نمره‌های حمایت اجتماعی درک‌شده بیماران در کلاس‌های یک، دو و سه نارسایی قلبی به ترتیب ۲۰/۵۰ ± ۷۶/۵، ۱۰/۴۴ ± ۶۱/۳۳ و ۱۴/۳۲ ± ۶۲/۸ بود (p =۰/۰۴۵) (جدول ۳). با انجام پس‌آزمون توکی مشخص شد که بیماران کلاس یک و سه اختلاف قابل‌توجهی در نمره‌های حمایت اجتماعی درک‌شده دارند (p=۰/۰۰۱). در حالی که بین نمره حمایت اجتماعی درک‌شده بیماران کلاس یک و دو اختلاف معنی‌داری وجود نداشت.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-09-10]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1395.15.3.3.2]

جدول ۳- مقایسه میانگین و انحراف معیار نمره‌های حمایت اجتماعی درک‌شده به تفکیک جنسیت و شدت بیماری در بیماران مبتلا نارسایی قلبی در سال ۱۳۹۰

ابعاد حمایت اجتماعی درک شده	جنسیت	کلاس I انحراف معیار ± میانگین	کلاس II انحراف معیار ± میانگین	کلاس III انحراف معیار ± میانگین	F	مقدار P
	زن	-	۳۰/۳۳ ± ۱/۵۲	۲۵/۰۰ ± ۵/۵۹	۲/۴۷۱	۰/۱۷۷
بعد عاطفی	مرد	۳۵ ± ۹/۸۹	۲۶/۳۳ ± ۷/۵۰	۳۱/۰۰ ± ۷/۳۴	۰/۷۸۳	۰/۴۸۹
	کل	۳۵ ± ۹/۸۹	۲۸/۳۳ ± ۵/۳۱	۲۸/۶۰ ± ۷/۰۷	۰/۸۲۰	۰/۴۵۹
	زن	-	۱۶/۰۰ ± ۱/۷۳	۱۱/۰۰ ± ۴/۰۸	۳/۸۲۷	۰/۱۰۸
بعد اطلاعاتی	مرد	۱۹/۵۰ ± ۷/۷۷	۱۴/۳۳ ± ۳/۵۱	۱۵/۶۶ ± ۳/۶۶	۰/۸۷۹	۰/۴۵۲
	کل	۱۹/۵ ± ۷/۷۷	۱۵/۱۶ ± ۲/۶۳	۱۳/۸۰ ± ۴/۳۴	۱/۵۵۳	۰/۲۴۴
	زن	-	۱۸/۶۶ ± ۵/۱۳	۱۸/۰۰ ± ۳/۸۲	۰/۰۳۹	۰/۸۵۰
بعد ابزاری	مرد	۲۲ ± ۲/۸۲	۱۷/۰۰ ± ۴/۰۰	۲۲/۰۰ ± ۷/۰۴	۰/۷۵۸	۰/۵۰۰
	کل	۲۲ ± ۲/۸۲	۱۷/۸۳ ± ۴/۲۱	۲۰/۴۰ ± ۶/۰۵	۰/۶۳۹	۰/۵۴۲
	زن	-	۶۵/۰۰ ± ۲/۶۴	۵۴/۰۰ ± ۷/۷۸	۵/۲۹۲	۰/۰۷۰
کل	مرد	۷۶/۵ ± ۲۰/۵۰	۵۷/۶۶ ± ۱۵/۰۱	۶۸/۶۶ ± ۱۵/۱۶	۰/۹۰۸	۰/۴۴۱
	کل	۷۶/۵ ± ۲۰/۵۰	۶۱/۳۳ ± ۱۰/۴۴	۶۲/۸۰ ± ۱۴/۳۲	۰/۹۸۴	۰/۰۴۵

آزمون یک‌طرفه (ANOVA)، ۰/۰۵ >p اختلاف معنی‌دار

بحث

ابزارهای مختلفی جهت اندازه‌گیری حمایت اجتماعی درک‌شده موجود می‌باشند؛ این ابزار به دو شیوه ابزارهای عمومی و اختصاصی در دسترس است. ابزارهای عمومی، حمایت اجتماعی درک‌شده توسط بیماران مختلف را اندازه می‌گیرند و معمولاً بعدهای متفاوتی از حمایت اجتماعی درک‌شده مثل حمایت عاطفی، اطلاعاتی، ابزاری و قیاسی را پوشش می‌دهند. از ابزارهای عمومی که به منظور اندازه‌گیری حمایت اجتماعی درک‌شده در دسترس هستند می‌توان به پرسش‌نامه ارزیابی حمایت بین فردی [۱۶]، مقیاس چند بعدی حمایت اجتماعی درک‌شده [۱۹] و مقیاس ارزیابی حمایت اجتماعی Vaux [۲۰] اشاره کرد.

ابزارهای اختصاصی روی نواحی ویژه‌ای از بیماری‌های خاص متمرکزند [۱۵]. پرسش‌نامه‌های بیماری خاص به منظور به دست آوردن اطلاعاتی در مورد حمایت اجتماعی درک‌شده بیماران مبتلا به بیماری خاص طراحی شده‌اند. از جمله آنها، پرسش‌نامه حمایت اجتماعی درک‌شده بیماران سرطانی و بیماران مبتلا به نارسایی کلیه و سکته مغزی می‌باشد [۱۷-۱۶، ۹]. برای مقایسه محتوای این پرسش‌نامه با سایر پرسش‌نامه‌هایی که جهت تعیین حمایت اجتماعی درک‌شده طراحی شده‌اند، می‌توان به

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-09-10]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1395.15.3.3.2]

پرسش‌نامه مقیاس چند بعدی حمایت اجتماعی درک‌شده و مقیاس ارزیابی حمایت اجتماعی Vaux اشاره کرد؛ پرسش‌نامه‌های مذکور تنها بعد عاطفی حمایت اجتماعی درک‌شده را می‌سنجند [۲۰- ۱۹]. پرسش‌نامه طراحی‌شده علاوه بر پوشش این بعد از حمایت اجتماعی در قالب ۱۲ سؤال، ابعاد دیگر حمایت اجتماعی از جمله بعد اطلاعاتی و ابزاری که جزء حمایت ملموس و غیرملموس می‌باشد [۹، ۱۱]، را نیز پوشش می‌دهد. پرسش‌نامه Northouse علاوه بر این‌که تنها بعد عاطفی را پوشش می‌دهد، یک پرسش‌نامه ۴۰ سؤالی می‌باشد [۱۶]. با توجه به این‌که بیماران نارسایی قلبی از مشکلات متعدد جسمی و روحی رنج می‌برند [۱۰]، در تکمیل این پرسش‌نامه دچار خستگی مضاعف می‌شوند. پرسش‌نامه طراحی‌شده در مطالعهٔ حاضر دارای ۳۰ سؤال بوده و به راحتی برای بیمار قابل درک و فهم می‌باشد و بیمار در تکمیل آن دچار مشکل نمی‌شود.

پرسش‌نامه‌های دیگر از جمله پرسش‌نامه حمایت اجتماعی درک‌شده در بیماران سرطانی و بیماران مبتلا به سکته مغزی به حمایت اطلاعاتی و ابزاری به طور کافی نپرداخته‌اند [۹، ۲۰]؛ در ضمن ابعاد مختلف حمایت اجتماعی درک‌شده از هم تفکیک نشده‌اند که پرسش‌نامه طرح حاضر، این نقایص را پوشش داده است. پرسش‌نامه ارزیابی حمایت بین فردی [۱۸] سؤالی در مورد بُعد حمایت اطلاعاتی ندارد، علاوه بر این روایی و پایایی آن در جامعه ایران ارزیابی نشده و همچنین یک پرسش‌نامه اختصاصی محسوب نمی‌شود. پرسش‌نامه حمایت اجتماعی درک‌شده در بیماران نارسایی قلبی توانسته است این کمبودها را برطرف کند.

علی‌رغم اهمیت قابل توجه بیماری نارسایی قلبی، پرسش‌نامه‌ای اختصاصی جهت بررسی حمایت اجتماعی درک‌شده در این گروه از بیماران در دسترس نمی‌باشد. در ضمن این پرسش‌نامه این امکان را به وجود می‌آورد تا نمره‌های مربوط به زیر مجموعه‌های حمایت عاطفی، اطلاعاتی و ابزاری به طور جداگانه به دست آید.

نتایج پژوهش حاضر مشخص کرد که با افزایش شدت بیماری نارسایی قلبی، سطح حمایت اجتماعی درک‌شده کاهش می‌یابد [۲۹]. بین حمایت اجتماعی درک شده و جنسیت از نظر آماری ارتباط معنی‌داری وجود داشت، به طوری که مردان میزان درک بالاتری از حمایت اجتماعی در مقایسه با زنان داشتند. وجود ارتباط بین این متغیرها با پژوهش Elal و Krespi و همچنین Vazquez و همکاران در بیماران تحت همودیالیز هم‌خوانی دارد [۳۰- ۲۹]. Geckova و همکاران به نقل از Wilson و همکاران بیان کرده‌اند که اگرچه زنان بیشتر از مردان حمایت اجتماعی را دریافت می‌کنند، اما ممکن است به دلیل مشکلات روانی اجتماعی بیشتر، میزان درک کمتری از حمایت اجتماعی داشته باشند [۳۱]. نتایج به دست آمده از مطالعه حاضر بر خلاف مطالعات قبلی نشان داد که زنان نسبت به مردان حمایت اطلاعاتی و ابزاری کمتری را درک می‌کنند؛ در حالی که مطالعات قبلی نشان می‌دهند که زنان و مردان در درک حمایت اطلاعاتی و ملموس تفاوتی با هم ندارند [۱۰]. Vaux این موضوع را تأیید می‌کند که مردان حمایت ملموس بیشتری را درک و دریافت می‌کنند [۳۲].

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که هر چه شدت بیماری قلبی بیشتر باشد، نمره‌های حمایت اجتماعی درک‌شده

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-09-10]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1395.15.3.3.2]

کمتر می‌شود و طبق توضیحات قبلی هر چه نمره‌های حمایت اجتماعی کمتر باشد بیمار حمایت درک‌شده ضعیف‌تری خواهد داشت. نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش Elal و Krespi هم‌خوانی دارد [۲۹]. البته Krumholz و همکاران بیان می‌کنند که بعید به نظر می‌رسد شدت بیماری بر حمایت عاطفی تاثیرگذار باشد [۳۳]. بیمارانی که شدت بیماری‌شان بیشتر است، از سطح کیفیت زندگی پایین‌تری برخوردارند. با توجه به این که حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی رابطه‌ای مستقیم دارند؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که شدت بیماری باعث بروز علایم جسمی و روحی بیشتر و شدیدتری می‌شود. بنابراین، این گروه از بیماران از سطح کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی پایین‌تری برخوردارند [۳۴]. از محدودیت‌های پژوهش باید عنوان کرد که ممکن است واحدهای مورد پژوهش احساس واقعی خود را در پاسخ به سؤالات منعکس نکرده باشند. علاوه بر این، مطالعه حاضر سایر ابعاد حمایت اجتماعی مانند: بعد قیاسی، عزت نفس و ... را پوشش نداده است و بنابراین، در این حیطه‌ها قابل تعمیم نمی‌باشد. پیشنهاد می‌شود در جوامع دیگر مطالعاتی در زمینه پایایی و روایی پرسش‌نامه حاضر طراحی و اجرا شود. هم‌چنین، پیشنهاد می‌شود که جهت برآورد حمایت اجتماعی و ابعاد مختلف آن و بررسی تأثیر مداخلات پرستاری بر بیماران مزمن، به خصوص مبتلایان به نارسایی قلبی، از این مقیاس استفاده شود. انجام یک پژوهش مقطعی و تکمیلی در زمینه ابعاد دیگر حمایت اجتماعی و منابع حمایت اجتماعی در بیماران مبتلا به نارسایی قلب، می‌تواند مسیر مناسبی برای پژوهش‌های آتی در این موضوع باشد.

نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر نشان داد که مقیاس ۳۰ گویه‌ای حمایت اجتماعی درک‌شده توسط بیماران نارسایی قلبی دارای روایی و پایایی مناسب است و می‌تواند یک ابزار اختصاصی مناسب در جهت تعیین حمایت اجتماعی درک‌شده در مبتلایان به نارسایی قلبی باشد. این ابزار تمام جنبه‌های حمایت اجتماعی را پوشش نمی‌دهد. این ابزار طوری طراحی شده که برای تمامی بیماران قابل درک است. همچنین قابلیت اجرایی بسیار خوبی داشته، کوتاه بوده و به آسانی قابل فهم است. این پرسش‌نامه ممکن است به وسیله مصاحبه، خوداجرایی و یا از طریق ارسال پُستی اجرا شود. با توجه به نتایج حاصله می‌توان از این پرسش‌نامه جهت بررسی حمایت اجتماعی درک‌شده در بیماران قلبی، ارتباط آن با شاخص‌های دیگر و طراحی پژوهش‌های آینده استفاده کرد. قطعاً نتایج تحقیقات آتی نقش مؤثری در بهبود ارائه مراقبت‌های پرستاری خواهد داشت.

تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر برگرفته از پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد پرستاری دانشگاه علوم پزشکی همدان می‌باشد. پژوهشگران مراتب تقدیر و تشکر خود را از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی همدان به خاطر تأمین هزینه‌های طرح، بیماران مبتلا به نارسایی قلبی که در این مطالعه شرکت کردند، مسئولان محترم بیمارستان اکباتان و جناب آقای محمودی اعلام می‌دارند.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-09-10]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1395.15.3.3.2]

References

[1] Keyvanara M, Hosseini SM, Emami P. Study of the relationship between socioeconomic status and controlling diabetes among patients admitted to specialized clinic of Dr. Gharazi hospital in Isfahan-2011. *Jehp* 2012; 1: 28. [Farsi]

[2] Congestive heart failure. Org *[Homepage on the Internet]*. America: *American Heart Association,* Inc; c 2000-01 *[update 2015 August 12; cited 2002 jul 9]. Available from: htt://www. American Heart Associatio.org.*

[3] Woodend AK, Sherrard H, Fraser M, Stuewe L, Cheung T, Struthers C. Telehome monitoring in patients with cardiac disease who are at high risk of readmission .*Heart & lung* 2008; 37(1): 36-45.

[4] Jones AM, O'Connell JE, Gray CS. Living and dying with congestive heart failure: addressing the needs of older congestive heart failure patients. *Age and ageing* 2003; 32(6): 566-8.

[5] Heo S, Lennie TA, Moser DK, Kennedy RL. Types of social support and their relationships to physical and depressive symptoms and health-related quality of life in patients with heart failure. *Heart & Lung* 2014; 43(4): 299-305.

[6] Cheraghi M, Salavati M, Moghimbeigi A. Association between Perceived Social Support and Quality of Life in Patients with heart failure. *Iran Journal of Nursing* 2012; 25(75): 21-31. [Farsi]

[7] Nabavi SH, Alipour F, Hejazi A, Rabani E, V R. Relationship between social support and mental health in older adults. *Med J Mashhad Uni Med Sci* 2014; 57(7): 841-6. [Farsi]

[8] Alipour A. The relationship of social support with immune parameters in healthy individuals: Assessment of the main effect model. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology* 2006; 12(2): 134-9. [Farsi]

[9] Zamanzadeh V, Heidary M, Oshvandy KH, Lak Dizji 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. *J Tabriz Med Sci Uni* 2007; 29(1): p. 54-49. [Farsi]

[10] 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. [Farsi]

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-09-10]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1395.15.3.3.2]

[11] Reevy GM, Maslach C. Use of social support :Gender and personality differences. *Sex Roles* 2001; 44(7-8): 437-59.

[12] Kuntz KK. Social support and quality of life in women with congestive heart failure: The Ohio State University; 2006.

[13] Emery CF, Frid DJ, Engebretson TO, Alonzo AA, Fish A, Ferketich AK, et al. Gender differences in quality of life among cardiac patients. *Psychosomatic medicine* 2004; 66(2): 190-7. [Farsi]

[14] Tilden V, Nelson C. Social support. In: Lindeman C, McAthie M, editors. Fundamentals of contemporary nursing practice. W.B. Saunders Company; Philadelphia: 1999. pp. 857–874.

[15] Abbasi A, Asaiesh H, Hosseini SA, Qorbani M, Abdollahi AA, Rouhi G, et al. The relationship between functional performance in patients with heart failure and quality of life (QOL). *ISMJ* 2010; 13(1): 31-40. [Farsi]

[16] Northouse LL, Swain MA. Adjustment of patients and husbands to the initial impact of breast cancer. *Nursing Research* 1987; 36(4): 221-5.

[17] Heidarzadeh M, Ghahremanian A, Hagigat A, Yoosefi E. Relationship between quality of life and social support in stroke patients. *Iran Journal of Nursing* 2009; 22(59): 23-32.

[18] Cohen S, Mermelstein R, Kamarck T, Hoberman HM. Measuring the functional components of social support. Social support: Theory, research and applications: Springer; 1985. p. 73-94.

[19] Canty-Mitchell J, Zimet GD. Psychometric properties of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support in urban adolescents. *American journal of community psychology* 2000; 28(3): 391-400.

[20] Vaux A, Phillips J, Holly L, Thomson B, Williams D, Stewart D. The social support appraisals (SS-A) scale: Studies of reliability and validity. *American Journal of Community Psychology* 1986; 14(2): 195-218.

[21] Eshaghi Seyed Reza, Farajzadegan Ziba, Babak Anahita. Lifestyle Questionnaire in Elderly. *Journal of the Institute of Health Sciences* 2010; 9(1): 91-9. [Farsi]

[22] Polit DF, Beck CT. *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice*. 8th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health, Lippincott Williams & Wilkins; 2014.

[23] Lacasse Y, Godbout C, Series F. Health-related quality of life in obstructive sleep apnoea. *European Respiratory Journal* 2002; 19(3): 499-503.

[24] Lawshe CH. A quantitative approach to content validity1. *Personnel Psychology* 1975; 28(4): 563-75.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-09-10]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1395.15.3.3.2]

[25] Polit DF, Beck CT, Owen SV. Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. *Research in nursing & health* 2007; 30(4): 459-67.

[26] Hyrkäs K, Appelqvist-Schmidlechner K, Oksa L. Validating an instrument for clinical supervision using an expert panel. *International Journal of nursing studies* 2003; 40(6): 619-25.

[27] Fox DJ. *Fundamentals of Nursing Research*. 4th ed. USA: Appleton-Century-Crofts; 1982.

[28] Burns N, Grove SK. *Understanding nursing research*. 2nd ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 2003.

[29] Elal G, Krespi M. Life events, social support and depression in haemodialysis patients. *Journal of community & applied social psychology* 1999; 9(1): 23-33.

[30] Vázquez I, Valderrábano F, Fort J, Jofré R, López-Gómez JM, Moreno F, et al. Psychosocial factors and health-related quality of life in hemodialysis patients. *Quality of Life Research* 2005; 14(1): 179-90.

[31] Gecková A, Van Dijk JP, Stewart R, Groothoff JW, Post D. Influence of social support on health among gender and socio□economic groups of adolescents. *The European Journal of Public Health* 2003; 13(1): 44-50.

[32] Vaux A. Variations in social support associated with gender, ethnicity, and age. *Journal of Social issues* 1985; 41(1): 89-110.

[33] Krumholz HM, Butler J, Miller J, Vaccarino V, Williams CS, de Leon CFM, et al. Prognostic importance of emotional support for elderly patients hospitalized with heart failure. *Circulation* 1998; 97(10): 958-64.

[34] Rafii F, Rambod M, Hosseini F. Perceived social support in hemodialysis Patients. *Hayat* 2009; 15(1): 5-12. [Farsi]

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-09-10]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1395.15.3.3.2]

Development and Psychometric Evaluation of the Heart Failure Patients' Perceived Social Support Inventory

M.A. Cheraghi[1], E. DavariDolatabadi[2]

Received: 14/09/2015 Sent for Revision: 14/11//2015 Received Revised Manuscript: 10/04/2016 Accepted: 07/05/2016

Background and Objectives: Perceived social support in emotional, informational ,and instrumental dimensions has an important role in minimizing the adverse effects of chronic health problems. Consequently, measuring social support is of paramount importance, particularly for evaluating supportive treatments provided to patients with heart failure (HF). The aim of this study was to evaluate the reliability and the validity of the HF patients' perceived social support inventory.

Materials and Methods: This cross-sectional study was conducted in 2012 in Hamedan, Iran. Initially, five valid and standardized questionnaires were combined to generate a single inventory. The face and the content validity of the generated inventory were confirmed by 20 specialists in psychology and instrument development. Then, a convenience sample of 50 patients with HF was recruited and the validity and reliability of the inventory was assessed through calculating its content, face and construct validity, Cronbach's alpha, and test-retest correlation coefficient. The data were analyzed through conducting the Kolmogrov-Smirnov and the Tukey's tests and analysis of variance as well as calculating Cronbach's alpha correlation coefficient. Measures of descriptive statistics such as mean and standard deviation were used for data presentation.

Results: The Content Validity Index and KMO were 0.92 and 0.817. The test-retest correlation coefficient and the Cronbach's alpha of the inventory were α= 0.895 and 0.87, respectively. Moreover, examining the correlation of the scores of the inventory with the scores of a standardized social support questionnaire yielded a correlation coefficient of r = 0.654, denoting an acceptable validity.

Conclusion: The findings of the present study indicate that the HF Patients' Perceived Social Support Inventory has an acceptable validity and reliability. Consequently, this inventory is an appropriate disease-specific inventory for measuring perceived social support among patients with HF.

Key words: Scale, Inventory, Social support, Heart failure, Validity, Reliability

Funding: This research was funded by Hamedan University of Medical Sciences.

Conflict of interest: None declared.

Ethical approval: The Ethics Committee of Hamedan University of Medical Sciences approved the study.

How to cite this article: Cheraghi MA, DavariDolatabadi E. Development and Psychometric Evaluation of the Heart Failure Patients' Perceived Social Support Inventory. *J Rafsanjan Univ Med Sci* 2016; 15(3): 195-208. [Farsi]

1- Associate Prof., Dept. of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
2- MSc in Critical Care Nursing , Dept. of Nursing and Midwifery, Young Researchers And Elite Club, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran
(Corresponding Author) Tel: (031) 35354065, Fax: (031) 35354065, Email: nurse.davari@yahoo.com

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-09-10]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1395.15.3.3.2]