ارتباط بین حمایت اجتماعی با کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد مراجعه کننده به بیمارستان های شهر ایلام

محسن نیازی[۱و۲]، والیه منتی[۱]، رستم منتی[۱و۲*]، مریم قاسمی پور[۱]، عزیز کسانی[۱]

۱) مرکز تحقیقات پیشگیری از آسیب های روانی-اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام. ایلام، ایران

۲) گروه جامعه شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه کاشان، کاشان، ایران

تاریخ دریافت:۱۳۹۳/۱۲/۱۱ تاریخ پذیرش: ۹٤/٤/۸

چکیده

مقدمه: بیماری های مزمنی هم چون بیماری های قلبی از بیماری های غیر قابل درمانی است که می‌توان آن را کنترل کرد، اما بیمار همواره در معرض عوامل تنش زای جسمی، روانی و اجتماعی قرار دارد، لذا هدف مطالعه این است ضمن تعیین کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد رابطه آن ها با یکدیگر سنجیده شود.

مواد و روش ها: جامعه آماری در این پژوهش، کلیه بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد می باشند که جهت پیگیری درمان بیماری خود به یکی از بیمارستان های شهر ایلام مراجعه نموده اند. حجم نمونه ۱۵۲ بیمار انتخاب شد که به صورت تصادفی ساده وارد مطالعه شدند. داده ها با پرسش نامه مشتمل بر سه بخش مشخصات جمعیت شناختی و کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی، جمع آوری گردید. داده های این مطالعه با استفاده از نرم افزار SPSS vol.19 و با استفاده از آمار توصیفی و آزمون های همبستگی پیرسون، تی تست و آنالیز واریانس یک طرفه تجزیه و تحلیل شدند.

یافته های پژوهش: کیفیت زندگی در ۵۷/۳۳ درصد آزمودنی‌ها و کارکردهای حمایت اجتماعی در ۵۸ درصد آزمودنی ها نامطلوب بود و بین این دو متغیر رابطه مستقیم و معنی دار آماری وجود داشت(P=0.01). در زیر شاخه های کیفیت زندگی بعد جسمی در ۴۵/۳۳ درصد و بعد روانی در ۶۰/۶۷ درصد بیماران نامطلوب بود در حالی که ۴۳/۳۳ درصد در بعد اجتماعی از کیفیت زندگی مطلوب برخوردار بودند، در بین ابعاد حمایت اجتماعی بیشترین حمایت مطلوب مربوط به بعد منابع ساختاری حمایت اجتماعی (۴۷/۳۳ درصد) بود، و در بین منابع ساختاری حمایت اجتماعی، عضویت گروهی(P=0.001, B=0.25) و شبکه اجتماعی(P=0.001, B=0.27) با کیفیت زندگی رابطه مستقیم و معنی دار مشاهده گردید.

بحث و نتیجه گیری: با توجه به این که در بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد ابعاد جسمی و روانی کیفیت زندگی با حمایت اجتماعی رابطه مستقیمی داشتند توصیه می شود مسئولین و خانواده بیماران توجه لازم را در افزایش سرمایه و حمایت های اجتماعی در بیماران داشته باشند که به دنبال آن کیفیت زندگی آنان نیز افزایش پیدا کند.

واژه های کلیدی: انفارکتوس میوکارد، کیفیت زندگی، حمایت اجتماعی

*نویسنده مسئول: مرکز تحقیقات پیشگیری از آسیب های روانی-اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران

Email: Rostammenati@yahoo.com

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-07]

مقدمه

کیفیت زندگی یک سازه چند بعدی و پیچیده است که سازمان بهداشت جهانی، آن را به این صورت تعریف کرده است: «ادراکی است از وضعیتی که افراد در آن زندگی می کنند و زمینه فرهنگی و نظام ارزشی که در آن هستند، که این ادراک بر اساس اهداف، انتظارات، استانداردها و علایق آن ها می باشد(۱). با توجه به رشد فزاینده و عدم درمان قطعی بیماری های مزمن، اخیراً شاخه ای از کیفیت زندگی به نام کیفیت زندگی مرتبط با سلامت مطرح شده است، که به شدت مورد توجه دانشمندان و متخصصان امر سلامت قرار گرفته است(۲).

امروزه کیفیت زندگی جمعیت ها، به عنوان چارچوبی برای ارائه خدمات متناسب با جنبه های مختلف زندگی و تخصیص منابع مورد استناد قرار می گیرد. در تحقیقات مربوط به کیفیت زندگی ملاک تعیین کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بیماران، ارزیابی خود بیمار از آن است(۴). اهمیت سنجش کیفیت زندگی به حدی است که برخی بهبود کیفیت زندگی را به عنوان مهم ترین هدف مداخلات درمانی نام می برند. حداکثر این اهمیت مربوط به بیماران مبتلا به بیماری های مزمن است که درمان قطعی برای بیماری آن ها شناخته شده نیست(۳). بیماری انفارکتوس میوکارد به عنوان یکی از مهم ترین بیماری های مزمن و علت اصلی مرگ و میر در جهان شناخته شده است که به شدت می تواند کیفیت زندگی افراد را تحت تاثیر قرار دهد(۴).

بیماری انفارکتوس میوکارد زمانی ایجاد می شود که سلول های قلب دچار نکروز یا مرگ گردند. علت این مرگ سلولی کاهش ناگهانی یا انسداد کامل جریان خون در عروق کرونر به عضله میوکارد می باشد. هنگامی که یک شریان کرونری تنگ یا مسدود باشد، ناحیه ای از عضله قلب که به وسیله آن شریان، خون رسانی می گردد دچار ایسکمی و آزردگی شده و اختلالات عمده ناشی از عدم کفایت خون رسانی میوکارد که شامل: آنژین صدری، نارسایی احتقانی قلب و انفارکتوس میوکارد می باشد، به وجود آمده که در مجموع به نام بیماری شریان کرونری یا بیماری ایسکمیک قلب نیز نامیده می شود(۵). بیماری های قلب و عروق، بیماری مزمن و پیشرونده ای است که باعث ناتوانی و مرگ و میر زودرس می شود. بیماری های قلب و عروق بین ۴۰ تا ۵۰ درصد افراد جامعه را درگیر می کند که نیمی از این موارد ناشناخته اند و دیر تشخیص داده می شوند(۶). حدود ۲۰ درصد جمعیت کل جهان درگیر این بیماری هستند(۷). طبق آخرین بررسی های انجام شده در ایران، حدود ۳۰ درصد افراد جامعه مبتلا به آن می باشند که شیوع آن با افزایش سن(به خصوص ۵۹ سال و بالاتر) بیشتر می شود(۸).

هر چند بیماری های قلب و عروق بیماری غیر قابل درمانی است اما می توان آن را کنترل کرد. لذا این بیماری، در سطح جسمی، روانی و اجتماعی برای فرد و در سطح هزینه های اقتصادی، ایفای نقش های اجتماعی، تامین نیروی کار و غیره برای جامعه پیامدهای مهمی را به دنبال خواهد داشت(۷).

عوامل متعددی ممکن است بر کیفیت زندگی بیماران قلب و عروق تاثیرگذار باشد، به عنوان مثال، این موضوع که افراد بیمار سختی ها و مشکلات جسمی و روانی بیشتری نسبت به دیگر بیماران احساس می کنند و کیفیت زندگی پائین تری را اظهار می دارند، شاید دلالت بر این امر داشته باشد که چنین افرادی ارتباطشان با جامعه گسیخته می شود و دچار فقدان روابط اجتماعی و به تبع آن کمبود حمایت اجتماعی می شوند و چنین افرادی در مقابل مشکلات و ناملایمات اجتماعی و بحران های اقتصادی آسیب پذیرترند(۸). در مطالعه چراغی و همکاران در سال ۱۳۸۶ در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی در همدان ۶۱/۷ درصد بیماران حمایت اجتماعی پایینی داشتند و رابطه مستقیمی بین نمره حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی بیماران پیدا شد(۹).

شواهدی نیز که از مطالعات مختلف به دست آمده نشان دهنده این است که حمایت اجتماعی می تواند نقش مهمی در حفظ سلامتی افراد و کاهش آثار منفی فشارهای فراوان ناشی از محیط و جامعه داشته باشد. همین طور با افزایش میزان حمایت اجتماعی از میزان مرگ و میر بیماران کاسته شده و بروز ناخوشی های جسمی و روانی در افراد کمتر می‌شود(۱۰).

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-07]

سرمایه اجتماعی نوعی از سرمایه است که از عناصر تشکیل دهنده آن روابط اجتماعی و عضویت اجتماعی اند. حمایت اجتماعی شکلی مهمی از سرمایه اجتماعی است که می تواند با کیفیت زندگی افراد رابطه داشته باشد(۱۱).

حمایت اجتماعی و میزان آن تابع روابط اجتماعی است که فرد در قالب پیوند با دیگران یا عضویت در گروه ها و اجتماعات دارد. بستری که این روابط را برای فرد فراهم می کند جامعه است(۱۲). جامعه زمینه ساز و بستر شکل گیری روابطی است که فرد می تواند داشته باشد. لذا برای داشتن رابطه می باید با جامعه ارتباط برقرار کرد، یکی از طریق روابط اجتماعی با دیگران است و دیگری از طریق عضویت اجتماعی در اجتماعات حاصل می شود که این دو نحوه ارتباطات در جامعه و روابط اجتماعی فرد را برای به دست آوردن حمایت اجتماعی تعیین می کنند. کاهش این دامنه، کاهش میزان حمایت اجتماعی را به دنبال دارد(۱۲).

بنا بر این با توجه به اهمیت بررسی کیفیت زندگی در بیماری های مزمن به خصوص در بیماری انفارکتوس میوکارد و ارتباط مستقیم کیفیت زندگی و سرمایه اجتماعی، هدف این پژوهش برآورد میانگین نمره کیفیت زندگی و کارکردهای حمایت اجتماعی از بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد و تعیین رابطه بین کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی که به نوبه خود منابع ساختاری حمایت اجتماعی و کارکردهای حمایتی هستند می باشد.

مواد و روش ها

این مطالعه از نوع مقطعی(cross- sectional design) می باشد. جامعه آماری در این پژوهش، کلیه بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد در بین سال های ۱۳۹۱-۱۳۸۴ می باشند که جهت پیگیری درمان بیماری خود به بیمارستان مراجعه نموده اند که بر اساس آمار مرکز بیماران قلبی در ایلام، تعداد این افراد ۲۱۲۴ نفر در بین سال های ۱۳۹۱-۱۳۸۴ بودند.

در این پژوهش، برای انتخاب حجم نمونه از بیمارانی که به درمانگاه و بخش های بیمارستان به منظور اقدامات پیگیری یا درمانی مراجعه می کردند و هم چنین از بیمارانی که دارای پرونده پزشکی بودند، به صورت نمونه گیری در دسترس(convenient sampling)، نمونه گیری انجام شد. با توجه به شیوع ۳۰ درصدی انفارکتوس میوکارد و خطای قابل قبول ۷ درصد توسط محقق و در سطح آلفای ۵ درصد براساس فرمول

$$n=\frac{(z_{1-\alpha/2})^2\times p(1-p)}{d^2}=\frac{(1.96)^2\times 0.3(1-0.3)}{0.07^2}=165$$

حجم نمونه ۱۶۵ نفر انتخاب شد، که با توجه با مشخص بودن حجم جامعه ضریب اصلاح نمونه $\frac{Nn}{N+n-1}=\frac{2124\times165}{2124+165-1}=152$ به کار برده شد که در نهایت ۱۵۲ بیمار وارد مطالعه شدند. نمونه ها با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی ساده با استفاده از جدول اعداد تصادفی وارد مطالعه شدند. محیط انجام این پژوهش درمانگاه ها و بیمارستان های امام خمینی(ره)، قائم، مصطفی خمینی و طالقانی شهر ایلام بود برای جمع آوری داده ها از پرونده پزشکی بیمارانی که به درمانگاه ها مراجعه کرده بودند، استفاده شد و از طریق تماس تلفنی نشانی منزل بیماران گرفته شد و با مراجعه به محل سکونت بیماران، پرسش نامه در اختیارشان قرار داده شد.

روش تکمیل پرسش نامه بدین صورت بود که مددجویانی که سواد خواندن و نوشتن داشتند، پرسش نامه را به صورت خود ایفا تکمیل می کردند و برای مددجویانی که سواد نداشتند، سوالات توسط پرسش گران پرسیده می شد و پاسخ آن ها توسط پرسش گران در پرسش نامه ثبت می شد.

در این پژوهش مددجویان مبتلا به انفارکتوس میوکاردی شرکت کردند که دارای مشخصات زیر باشند: از زمان تشخیص قطعی بیماری انفارکتوس میوکارد توسط متخصص قلب حداقل شش ماه الی یک سال گذشته باشد، جهت حضور در مطالعه رضایت داشته باشند، سواد خواندن و نوشتن و یا این که قدرت برقراری ارتباط را داشته باشند و در دامنه سنی ۱۸ تا ۶۵ سال باشند و معیار خروج شامل بیمارانی بودند که طی شش ماه گذشته تحت تاثیر حادثه بحرانی حاد مانند افسردگی شدید و حادثه ناگوار در خانواده قرار گرفته بودند.

در این تحقیق برای جمع آوری داده ها، از ابزار پرسش نامه استفاده شد، که پس از طرح پایلوت مورد

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-07]

استفاده قرار گرفت، این موارد عبارتند از: پرسش نامه بررسی اطلاعات دموگرافیک بیمار، پرسش نامه کیفیت زندگی که اعتبار و پایایی آن قبلاً در جمعیت ایرانی تایید شده است(۱۳) و در این مطالعه از سه قسمت تشکیل شده است: ۱-بعد جسمی(۹ گویه)، ۲-بعد روانی(۱۱ گویه) و بعد اجتماعی(۷ گویه). بر طبق مطالعات قبلی آلفای کرونباخ و ابعاد کیفیت زندگی شامل بعد جسمی(۰/۹۳)، بعد روحی-روانی(۰/۹۶) و در مورد بعد اجتماعی(۰/۸۹) گزارش شده است(۱۳). هم چنین در مطالعه حاضر حمایت اجتماعی از طریق پرسش نامه ای که حالت تلفیقی و تعدیل شده چهار ابزار(پرسش نامه حمایت اجتماعی از بیماران مزمن نسخه خانواده (۱۴)و دوستان(۱۵) که توسط بییرمن و لاگرسا(۲۰۰۰) ساخته شده است، پرسش نامه حمایت اجتماعی(۱۶) نربک(۱۹۹۵) و پرسش نامه کارکردهای حمایتی(۱۱) لین و دیگران(۱۹۹۹)) است، اندازه گیری شد، که برای بعد عاطفی حمایت اجتماعی ۹ گویه، و برای هر کدام از ابعاد ابزاری و اطلاعاتی ۶ گویه در نظر گرفته شده است. برای روایی صوری و محتوایی پرسش نامه فوق از سه متخصص در این زمینه استفاده گردید. هم چنین برای بررسی روایی ساختاری از تحلیل عاملی تاییدی استفاده شد که بر طبق آن دو بعد منابع ساختاری حمایت اجتماعی و کارکردهای حمایت اجتماعی ۷۶ درصد واریانس حمایت اجتماعی را تبیین کردند و برای بررسی پایایی از آلفای کرونباخ شد. پایایی سوالات مربوط به هر کدام از ابعاد حمایت اجتماعی بدین صورت به دست آمد: منابع ساختاری حمایت اجتماعی(۰/۷۶) و کارکردهای حمایت اجتماعی(۰/۷۱). در پرسش نامه کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی از مقیاس پنج درجه ای لیکرت استفاده شد. کیفیت زندگی بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد بر اساس نمره به دست آمده به دو قسمت برابر نامطلوب(نمرات کمتر از ۵۴) و مطلوب(نمرات مساوی یا بیشتر از ۵۴) دسته بندی شده است و هم چنین انواع حمایت اجتماعی بر اساس نمره اکتسابی به دو قسمت برابر نامطلوب(نمرات کمتر از ۴۲) و مطلوب(نمرات مساوی یا بیشتر از ۴۲) دسته بندی شد(۱۷).

در مطالعه حاضر عضویت گروهی، مبتنی بر گروه های واقعی و شبه گروه ها است که فرد در آن ها عضویت دارد، برای سنجش شبکه های اجتماع شخصی تعداد تماس هفتگی فرد با کسانی که با آن ها پیوند اجتماعی دارد به عنوان اندازه شبکه مورد پرسش قرار گرفت، و برای سنجش حضور یک پیوند قوی از فرد، متاهل بودن یا نبودن او پرسش شد.

هم چنین در سه لایه ساختاری روابط اجتماعی- یعنی عضویت در اجتماعات، شبکه های اجتماع شخصی و پیوندهای قوی-بنا به دو جنبه کمیت افراد در روابط اجتماعی و میزان درگیری در نوع پیوند قوی و ضعیف، به ترتیب از لایه اول به لایه سوم از مقدار روابط کاسته می شود و پیوندها از ضعیف به قوی تمایل پیدا می کنند.

داده ها پس از جمع آوری و کدگذاری در نرم افزار آماری SPSS تحلیل آماری شدند. در آمار توصیفی فراوانی، میانگین، انحراف معیار و در آمار تحلیلی بر حسب فرضیات موجود از آزمون های آماری ضریب همبستگی پیرسون، تحلیل رگرسیون ساده، آنالیز واریانس یک طرفه و آزمون t مستقل در سطح آلفای ۵ درصد استفاده گردید.

یافته های پژوهش

در این بررسی، بیشتر واحدهای مورد پژوهش ۸۳/۷ درصد در دامنه سنی ۶۵-۴۱ سال قرار داشتند، ۶۷/۳ درصد نمونه ها مرد، ۹۲/۴ درصد متاهل، ۲۲ درصد شاغل، ۶۰/۸ درصد خانه دار و بقیه بازنشسته و بیکار بودند و ۳۳ درصد نیز، میزان تحصیلاتشان زیر دیپلم بود. ۵۰/۴ درصد از بیماران به مدت کمتر از ۵ سال به بیماری قلبی مبتلا بودند. مشخصات دموگرافیک بیماران، وضعیت کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی بیماران در جدول شماره ۱ نشان داده شده است.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-07]

جدول شماره ۱. مشخصات دموگرافیک، کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی در بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد مراجعه کننده به بیمارستانهای شهر ایلام

متغیرهای جمعیت شناختی		فراوانی(درصد)	میانگین نمره کیفیت زندگی	P	میانگین نمره حمایت اجتماعی	P
جنس	زن	۹۷ (۶۷/۳)	۵۲±۱۰/۲۶	۰/۰۲	۴۲±۷/۵۰	۰/۰۱
	مرد	۴۷ (۳۲/۶)	۵۶±۱۱/۸۷		۴۸±۷/۳۹	
وضعیت تاهل	متاهل	۱۳۲ (۹۲/۴)	۵۸±۹/۰۶	۰/۰۳	۴۹±۷/۹۱	۰/۰۱
	مجرد	۵ (۳/۵)	۵۴±۸/۷۱		۴۷±۸/۱۷	
	بیوه و مطلقه	۶ (۴/۲)	۴۸±۹/۲۰		۳۸±۹/۱۵	
وضعیت شغلی	شاغل	۳۲ (۲۲/۴)	۵۹±۱۰/۳۲	۰/۰۱	۴۶±۷/۳۳	۰/۷
	بیکار	۲۴ (۱۶/۸)	۴۹±۹/۵۲		۴۴±۶/۵۰	
	خانه دار	۸۷ (۶۰/۸)	۵۲±۱۱/۰۲		۴۴±۷/۳۱	
وضعیت تحصیلی	بی سواد	۳۶ (٪۲۵/۵)	۴۴±۸/۳۲	۰/۰۱	۳۹±۷/۸۶	۰/۰۳
	زیر دیپلم	۴۷ (۳۳/۳)	۴۹±۱۰/۳۰		۴۱±۹/۲۰	
	دیپلم	۲۸ (۱۹/۹)	۵۱±۱۰/۱۲		۴۲±۷/۳۳	
	فوق دیپلم	۱۵ (۱۰/۶)	۵۴±۱۰/۰۱		۴۸±۸/۶۹	
	کارشناسی و بالاتر	۱۵ (۱۰/۶)	۵۹±۹/۸۲		۴۷±۷/۳۳	
مدت ابتلا به بیماری	کمتر از ۵ سال	۷۱ (۵۰/۴)	۶۰±۱۰/۱۷	۰/۰۱	۴۹±۷/۳۳	۰/۰۲
	۱۰- ۵ سال	۶۴ (۴۵/۴)	۵۱±۱۰/۲۲		۴۳±۹/۰۸	
	بیش از ۱۰ سال	۶ (۴/۳)	۴۶±۹/۸۹		۴۰±۷/۳۹	
سن	کمتر از ۳۵ سال	۴ (۲/۸)	۵۹±۱۰/۳۳	۰/۰۲	۴۸±۷/۳۳	۰/۰۴
	۴۵- ۳۵ سال	۱۹ (۱۳/۵)	۵۴±۱۰/۰۸		۴۴±۸/۳۷	
	۴۶ سال به بالا	۱۱۸ (۸۳/۷)	۵۲±۱۰/۴۳		۴۰±۱۰/۰۴	

هم چنین بر اساس یافته ها، کیفیت زندگی ۵۷/۳۳ درصد آزمودنی ها نامطلوب و ۴۲/۶۷ درصد مطلوب بوده است، ضمن این که ۷۸/۸ درصد در بعد جسمی و ۷۲/۴ درصد در بعد روانی دارای کیفیت زندگی نامطلوب هستند، در حالی که ۷۸/۶ درصد در بعد اجتماعی از کیفیت زندگی مطلوب برخوردار بودند.

در مورد کارکردهای حمایت اجتماعی، نتایج این مطالعه نشان داد که ۵۸ درصد واحدهای مورد پژوهش دارای حمایت اجتماعی نامطلوب و ۴۲ درصد آن ها دارای حمایت اجتماعی مطلوب می باشند، ضمن این که بیشترین حمایت اجتماعی مطلوب در واحدهای مورد پژوهش در زمینه منابع ساختاری حمایت اجتماعی با ۴۷/۳۳ درصد و بیشترین حمایت اجتماعی نامطلوب در واحدهای مورد پژوهش در زمینه کارکردهای حمایت اجتماعی بوده است(جدول شماره ۲).

جدول شماره ۲. وضعیت کیفیت زندگی، حمایت اجتماعی و ابعاد آن ها در بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد مراجعه کننده به بیمارستان های شهر ایلام

متغیرها	دسته بندی	تعداد(درصد)	میانگین	P
کیفیت زندگی	مطلوب	۶۴(۴۲/۶۷)	۵۸/۱۲±۱۰/۱۳	۰/۰۱
	نامطلوب	۸۶(۵۷/۳۳)	۴۸/۳۸±۹/۹۰	
بعد جسمی	مطلوب	۸۲(۵۴/۶۷)	۶۰/۳۸±۹/۹۱	۰/۰۱
	نامطلوب	۶۸(۴۵/۳۳)	۵۰/۳۹±۹/۰۱	
بعد روانی	مطلوب	۵۹(۳۹/۳۳)	۵۷/۳۸±۱۰/۳۲	۰/۰۲
	نامطلوب	۹۱(۶۰/۶۷)	۴۷/۵۶±۹/۲۴	
بعد اجتماعی	مطلوب	۶۵(۴۳/۳۳)	۵۸/۶۷±۱۰/۱۷	۰/۰۳
	نامطلوب	۸۵(۵۶/۶۷)	۵۰/۲۴±۹/۷۰	
حمایت اجتماعی	مطلوب	۶۳(۴۲)	۴۷/۳۵±۹/۲۳	۰/۰۳
	نامطلوب	۸۷(۵۸)	۴۰/۱۰±۹/۸۲	
منابع ساختاری حمایت اجتماعی	مطلوب	۷۱(۴۷/۳۳)	۴۸/۳۳±۹/۲۰	۰/۰۲
	نامطلوب	۷۹(۵۲/۶۷)	۳۹/۱۹±۱۰/۴۴	
کارکردهای حمایت اجتماعی	مطلوب	۵۶(۳۷/۳۳)	۴۶/۰۴±۸/۹۷	۰/۰۲
	نامطلوب	۹۴(۶۲/۶۷)	۳۷/۱۰±۱۰/۵۳	

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-07]

در مورد رابطه بین متغیرها، ضریب همبستگی بین عضویت گروهی و اندازه شبکه با کیفیت زندگی معنی دار بوده، بنا بر این بین عضویت گروهی و اندازه شبکه با کیفیت زندگی رابطه مستقیم وجود دارد و هم چنین بین کیفیت زندگی بر حسب متغیر پیوند قوی تفاوت معنی دار آماری وجود دارد. ضریب همبستگی بین انواع کارکردهای حمایتی با کیفیت زندگی نیز معنی دار بوده است، بنا بر این بین انواع کارکردهای حمایتی(عاطفی، ابزاری و اطلاعاتی) با کیفیت زندگی رابطه مستقیم وجود دارد، میزان همبستگی بین حمایت عاطفی با کیفیت زندگی ۰/۵۸، ابزاری ۰/۶۳ و اطلاعاتی ۰/۴۱ بوده است(جدول شماره ۳).

جدول شماره ۳. نتایج آزمون همبستگی پیرسون بین مولفه های کیفیت زندگی با حمایت اجتماعی

مولفه	آزمون آماری و معنی‌داری	حمایت اجتماعی	منابع ساختاری حمایت اجتماعی			کارکردهای حمایت اجتماعی		
			عضویت گروهی	اندازه شبکه	پیوند قوی	حمایت عاطفی	حمایت ابزاری	حمایت اطلاعاتی
کیفیت زندگی	ضریب همبستگی	۰/۶۳	۰/۷۵	۰/۵۸	۰/۶۳	۰/۵۸	۰/۶۳	۰/۴۱
	sig	۰/۰۱	۰/۰۱	۰/۰۲۳	۰/۰۴	۰/۰۴	۰/۰۳	۰/۰۲
بعد جسمی	ضریب همبستگی	۰/۲۵	۰/۳۳	۰/۲۹	۰/۰۹	۰/۲۳	۰/۳۴	۰/۱۵
	sig	۰/۰۴	۰/۰۵	۰/۰۱۲	۰/۰۸	۰/۳۲	۰/۰۲	۰/۰۱
بعد روانی	ضریب همبستگی	۰/۳۸	۰/۴۴	۰/۱۸	۰/۲۳	-۰/۰۳۳	۰/۱۷۳	-۰/۱۲
	sig	۰/۰۱	۰/۰۶	۰/۳۳	۰/۰۱	۰/۲۱	۰/۰۲	۰/۰۳
بعد اجتماعی	ضریب همبستگی	-۰/۳۳	۰/۳۸	۰/۳۴	۰/۱۳	۰/۲۱	۰/۳۲	۰/۱۸
	sig	۰/۰۸	۰/۰۱	۰/۰۴	۰/۸۱	۰/۳۲	۰/۰۲	۰/۰۲

در جدول شماره ۴ رابطه بین کیفیت زندگی و ابعاد حمایت اجتماعی با استفاده از رگرسیون چندگانه نشان داده شده است. بر اساس یافته های جدول شماره ۴، آماره های ضرایب رگرسیون در خصوص عضویت گروهی و اندازه شبکه معنی دار بوده، بنا بر این بین دو نوع منابع ساختاری حمایت اجتماعی در قالب عضویت گروهی(P=0.001, B=0.25) و اندازه شبکه(P=0.001, B=0.27) با کیفیت زندگی، رابطه مثبت و معنادار، وجود دارد. از بین منابع ساختاری، اندازه شبکه(B=0.27) رابطه بیشتری با کیفیت زندگی دارد.

جدول شماره ۴. رابطه بین کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی در بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد

متغیرها			ضریب رگرسیون(B)	ضریب رگرسیون استاندارد	P
متغیر وابسته	متغیر مستقل				
کیفیت زندگی	منابع ساختاری حمایت اجتماعی	عضویت گروهی	۰/۲۲۶	۰/۲۵۵	۰/۰۰۱
		اندازه شبکه	۰/۰۸۵	۰/۲۷۱	۰/۰۰۱
		پیوند قوی	-۰/۱۳۵	-۰/۱۱۰	۰/۱۵۰
	کارکردهای حمایت اجتماعی	حمایت عاطفی	۰/۳۴۱	۰/۲۵۶	۰/۰۰۹
		حمایت ابزاری	۰/۴۷۸	۰/۳۸۴	۰/۰۰۱
		حمایت اطلاعاتی	۰/۳۷۱	۰/۲۸۰	۰/۰۰۱

آماره های ضرایب رگرسیون در مورد انواع کارکردهای حمایتی، همگی معنی دار بوده، بنا بر این بین هر سه نوع کارکردهای حمایت اجتماعی در قالب حمایت عاطفی(P=0.009, B=0.25)، ابزاری(P=0.001, B=0.38) و اطلاعاتی(P=0.001, B=0.28) با کیفیت زندگی رابطه مستقیم وجود دارد، از بین انواع کارکردهای حمایت اجتماعی، حمایت ابزاری دارای بیشترین رابطه(B=0.38) با کیفیت زندگی دارد.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-07]

بحث و نتیجه گیری

یافته های مطالعه حاضر نشان داد که تقریباً نیمی از بیماران مبتلا به بیماری دارای کیفیت زندگی نامطلوب بودند. ضمن این که مبتلایان به بیماری قلبی در بعد اجتماعی با مشکلات کمتری روبرو هستند که این مسئله با یافته های تحقیق اوانس در سال ۲۰۰۵ که مطالعه ای بر روی بیماران تحت دیالیز انجام داده بود(۱۸)، هم خوانی دارد که ممکن است این مسئله ناشی از ارتباط خوب و مناسب همسر، خانواده و یا دوستان بیماران باشد که در مقایسه با دیگر مناطق، باید به زمینه فرهنگی هر منطقه نیز توجه شود.

در مطالعه حاضر، بیش از نیمی از بیماران از حمایت اجتماعی نامطلوب برخوردار بودند. از میان انواع کارکردهای حمایت اجتماعی، تنها حمایت عاطفی در بیش از نیمی از واحدهای مورد پژوهش مطلوب به دست آمد، در حالی که حمایت ابزاری و اطلاعاتی در بیشتر آن ها نامطلوب بود.

کریستوفرزن نیز در سال ۲۰۰۵ مطالعه ای را در زمینه حمایت اجتماعی در بیماران مزمن انجام داده بود. نتایج این مطالعه در مورد حمایت اجتماعی نشان می داد که حدود یک سوم از نمونه ها حمایت اجتماعی پایینی را گزارش نمودند(۱۹). حیدرزاده و همکاران در سال ۱۳۸۴ نیز در مطالعه ای با موضوع بررسی ارتباط بین کیفیت زندگی و کارکردهای حمایت اجتماعی در بیماران تحت همودیالیز به این نتیجه رسیدند که بین کیفیت زندگی و کارکردهای حمایت اجتماعی رابطه معنی داری وجود دارد، ضمن این که نیمی از بیماران دارای حمایت اجتماعی نامطلوب بودند(۱۷)، با این حال حمایت عاطفی در این تحقیق برخلاف تحقیق کریستوفرزن، نسبت به سایر انواع کارکردهای حمایتی مطلوب تر به دست آمد. در مطالعه حاضر نیز بین کیفیت زندگی و کارکردهای حمایت اجتماعی رابطه مستقیم و معنی داری به دست آمد و هم چنین با تحقیق حیدرزاده و همکاران، از این لحاظ که بیماران از حمایت عاطفی بیشتری نسبت به سایر کارکردهای حمایت اجتماعی برخوردارند، هم خوانی دارد که با توجه به تفاوت فرهنگ مناطق، بر این امر دلالت می کند که خانواده ها در منطقه مذکور، در تامین نیازهای عاطفی، درک فرد و همدردی کردن با فرد بیمار نقش اصلی را دارند.

در این تحقیق، محیط ساختاری حمایت اجتماعی متشکل از سه منبع ساختاری در نظر گرفته شد. این منابع ساختاری حمایت اجتماعی، افراد را از طریق سه لایه روابط اجتماعی به جامعه وصل می کنند. سه منبع ساختاری حمایت اجتماعی، یعنی عضویت گروهی در اجتماعات و گروه ها، شبکه های اجتماعی و پیوندهای قوی در سه لایه برونی روابط اجتماعی، لایه میانی روابط اجتماعی و لایه درونی روابط اجتماعی قرار دارند(۹).

یافته های پژوهش حاضر نشان می دهند لایه های اول و دوم روابط اجتماعی با کیفیت زندگی دارای رابطه مستقیم و معنی دار هستند، اما لایه سوم روابط اجتماعی با کیفیت زندگی فاقد رابطه معنی دار است و همان طور که یافته های این تحقیق نشان می دهد، سرمایه های اجتماعی در لایه برونی روابط اجتماعی، و در لایه میانی روابط اجتماعی به عنوان سرمایه شبکه ای دارای کارکرد حمایتی برای افراد هستند. این سرمایه های اجتماعی با ایجاد کارکردهای حمایت اجتماعی، بر کیفیت زندگی افراد تاثیر مثبت می گذارند. و اما بر اساس یافته ها در سطح لایه درونی روابط اجتماعی(پیوند قوی)، این سرمایه اجتماعی با کیفیت زندگی رابطه ای ندارد، هر چند بین کیفیت زندگی در افراد بر حسب وضعیت تاهل تفاوت وجود دارد.

اندازه شبکه در مطالعه حاضر بیانگر مقدار پیوندهای فرد با دیگران است، با افزایش پیوندهای شبکه و متناظر با این افزایش، تنوع بیشتر پیوندهای اندازه شبکه عنوان می کند که فرد با درگیر شدن در پیوندهای متعدد و متنوع با دیگران از حمایت بیشتر و متنوع تری برخوردار می شود و این حمایت با کیفیت زندگی او رابطه مستقیم دارد.

شبکه به عنوان منبع ساختاری حمایت اجتماعی، هم با کیفیت زندگی رابطه مستقیم دارد و هم با توجه به اندازه خود(اندازه شبکه) با کیفیت زندگی بیشترین رابطه را دارد(۱۰).

در این تحقیق از حضور یک پیوند قوی(داشتن همسر) به عنوان شاخص منبع ساختاری حمایت

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-07]

اجتماعی در لایه درونی روابط اجتماعی استفاده شد. البته بین کیفیت زندگی در افراد بر حسب وضعیت تاهل، تفاوت وجود دارد، کیفیت زندگی در افراد مجرد بهتر از افراد متاهل است که به نظر می رسد افراد متاهل نقشی را که قبلاً در خانواده داشته اند، بعد از بیماری نمی توانند به نحو احسن انجام دهند و لذا با تنش های عصبی بیشتری نسبت به افراد مجرد مواجه هستند. در مقابل افرادی که همسران خویش را از دست داده بودند، کیفیت زندگی پایین تری را نسبت به افراد متاهل نشان می دادند که همان گونه که انتظار می رفت مهم ترین عامل در پایین بودن کیفیت زندگی این افراد از دست دادن یک حامی و شریک در زندگیشان می باشد که در این مواقع بحرانی بتوانند از آن ها حمایت عاطفی و حمایت ابزاری به عمل آورند و بدین طریق موجب بهبود کیفیت زندگی آن ها شوند. نتایج تحقیق حیدرزاده و همکاران و صداقتی در سال ۱۳۸۲ نیز نشان داد که بین افراد بیمار و کیفیت زندگی آن ها بر حسب وضعیت تاهل تفاوت وجود دارد(۱۷،۲۰).

یافته های پژوهش حاضر نشان می دهد حمایت ابزاری واقعی بیشترین رابطه معنی دار را با کیفیت زندگی دارد که به نظر می رسد حمایت های مادی از بیمار و تامین هزینه های ناشی از بیماری، و کمک به بیمار در انجام کارهای روزمره، تا حد زیادی می تواند از تنش های عصبی ناشی از انجام وظایفی که قبلاً بر عهده بیمار بوده، و هم اکنون قادر به انجام آن ها نیست، بکاهد و هم چنین با توجه به هزینه بر بودن درمان و کنترل بیماری، حمایت ابزاری از بیمار می تواند به وی کمک کند که مشکلات جسمی کمتری داشته باشد.

در پژوهش حاضر، خانواده بیشترین حمایت را از بیماران به عمل می آورد، این در حالی است که انجمن های حمایت از بیماران قلبی کمترین نقش را در تامین حمایت از بیماران دارند که این یافته با نتایج حیدرزاده و همکاران(۱۷) هم خوان بود و هم چنین نتایج نشان داد که افراد بیمار بیشترین حمایت اطلاعاتی خود را از طریق رسانه های جمعی(رادیو و تلویزیون) کسب می کنند.

با استفاده از تحلیل نتایج می توان گفت که حمایت اجتماعی از جمله عواملی است که با کیفیت زندگی ارتباط دارد و می تواند موجب بهبود کیفیت زندگی افراد بیمار شود.

در مطالعه حاضر، تقریباً بیش از نیمی از بیماران دارای کیفیت زندگی نامطلوب بودند. ضمن این که نتایج نشان داد بیماران قلبی در بعد اجتماعی مشکلات کمتری دارند، ولی در ابعاد روانی و جسمی با مشکلات بیشتری مواجه هستند که این موضوع از نتایج مطالعات قبلی حمایت می کند.

یافته های پژوهش حاضر در مورد رابطه منابع ساختاری حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی، نشان می دهد که بین عضویت گروهی و اندازه شبکه با کیفیت زندگی رابطه مستقیم وجود دارد، بنا بر این هر چه میزان درگیری در این دو نوع روابط اجتماعی بیشتر باشد، افراد کیفیت زندگی بالاتری خواهند داشت، و کمبود و خلل در این دو نوع روابط اجتماعی موجب کیفیت زندگی پایین می شود.

از بین منابع ساختاری حمایت اجتماعی، اندازه شبکه با کیفیت زندگی بیشترین رابطه را دارد، اندازه شبکه بیانگر مقدار پیوندهای فرد با دیگران است، با افزایش پیوندهای شبکه و متناظر با این افزایش، تنوع بیشتر پیوندهای اندازه شبکه عنوان می کند که فرد با درگیر شدن در پیوندهای متعدد و متنوع با دیگران از حمایت بیشتر و متنوع تری برخوردار می شود و این حمایت با کیفیت زندگی او رابطه مستقیم دارد. از این رو وجود و بسط این منابع ساختاری حمایت اجتماعی با افزایش کیفیت زندگی ارتباط دارد.

می توان گفت بیماری انفارکتوس میوکارد مشابه هر بیماری یا وضعیت مزمن دیگری از طریق تحت تاثیر قرار دادن جنبه های مختلف زندگی باعث کاهش کیفیت زندگی فرد مبتلا می شود. در مطالعه حاضر نیز مشاهده شد که حدود ۷۸ درصد بیماران در بعد جسمی و ۷۲ درصد بیماران در بعد روحی، دارای وضعیت نامطلوبی هستند که این مسئله منجر به کاهش کیفیت زندگی این بیماران شده است. لذا توصیه می شود که برنامه ها و کلاس هایی با محتوای مشاوره ای و آموزشی برای بیماران و خانواده های آنان برگزار شود

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-07]

که از طریق این کلاس ها، اطلاعات مربوط به بیماری انفارکتوس میوکارد و رژیم غذایی متناسب بـه بیمـار و خانواده های آنان در جهـت ارتقـای وضـعیت جسـمی، داده شود و در جهت تامین حمایت عاطفی و حفظ بعـد اجتماعی کیفیت زندگی بیمار از سوی خانواده های آنان برنامه هایی را طرح ریزی کنند. البته این در حالی است که عمده توجه کارکنان مراکز درمانی بیماران مبتلا بـه بیماری قلبی به مسائل جسمی آن ها است و به مسائل روان شناختی آن ها کمتر توجه می شود، و با وجود این که درصد بالایی از افسردگی در ایـن بیمـاران گـزارش شده است، اصلاح مشکلات روحی-روانی و افسـردگی این بیماران می توانـد نقـش قابـل تـوجهی در بهبـود کیفیت زندگی این بیماران داشته باشد. پیشنهاد ما ایـن است که در کنار ویزیت هـای مـنظم پزشـکان از نظـر مسائل جسمانی، به مشـکلات روان شـناختی و بهبـود کیفیت زندگی این بیماران نیز توجه بیشتری بشـود. راه حل این مسئله نیز ادغام خدمات سلامت روان در سایر خدماتی است که این بیماران دریافـت مـی کننـد. هـم چنین پیشنهاد می شود که از طریق رسانه های جمعـی به علت دسترس پذیری همگانی، برنامه های آموزشـی خاصی به صورت مداوم و دوره ای برای افزایش سـطح آگاهی بیماران مزمن در جهت رعایت برنامه های خـود کنترلی، ارائه شود. شایان ذکـر اسـت از آن جـایی کـه مطالعه حاضر در جمعیت محدودی از بیماران مبتلا بـه انفارکتوس میوکارد در زمـان و مکـان خاصـی صـورت گرفته است، از تعمیم پذیری یافته های این مطالعه بـه کل جامعه بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد کشور تا حدی می کاهد. اما می توان نتـایج ایـن بررسـی را بـا نتایج دیگر تحقیقاتی مقایسه کرد کـه کیفیـت زنـدگی بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکاردی را بررسی کـرده اند کـه جهـت پیگیـری و درمـان بیمـاری بـه مراکـز آموزشی-درمانی و انجمن های حمایت از بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد مراجعه کرده اند و از این طریق، تاثیرات آموزشی و ابزاری انجمن ها و مراکز درمانی در کیفیت زندگی بیماران روشن تر می شود. هم چنین بـا توجه به طراحی مقطعی مطالعـه حاضـر کـه مشـخص نبودن تقدم و تاخر رابطه متغیرهـا از محـدودیت هـای ذاتی این نوع از مطالعات است طراحی مطالعات قوی تر مانند مورد شاهدی و کوهورت برای مطالعـات آتـی در این زمینه پیشنهاد می شود.

سپاسگزاری

از حمایت مالی مرکز تحقیقات پیشگیری از آسـیب های روانی-اجتماعی، دانشگاه علـوم پزشـکی ایـلام از این تحقیق قدردانی می شود. هـم چنـین از زحمـات و همکاری کارکنان بهداشتی بیمارستان های شهرسـتان ایلام و بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد که در ایـن پژوهش با پژوهشگر همکاری داشتند، تشکر می شـود. سلامتی و توفیق روزافزون آن هـا را از خداونـد متعـال خواستاریم.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-07]

References

1.Forjaz M, Rodriguez C, Ayala A, Rodriguez V, Pedro J, Garcia S. Chronic conditions, disability, and quality of life in older adults with multimorbidity in Spain. Eur J Int Med 2015; 2:54-71.

2.Granado S, Serrano C, Belmonte S. Quality of life, dependency and mental health scales of interest to nutritional studies in the population. Nutr Hos 2015; 31:265-71.

3.Sloan RA, Sawada SS, Martin CK, Haaland B. Combined association of fitness and central adiposity with health-related quality of life in healthy Men: a cross-sectional study. Health Qual Life Outcomes2015;13:188.

4.Patrick D, Drossman D, Frederick I, Dicesare J, Puder K. Quality of life in persons with irritable bowel syndrome (development and validation of a new measure). Dig Dis Sci 1998; 43:400-11.

5.Ben N, Lassoued O, Saidi O, Aissi W, Ben Ali S, Ben Romdhane H. Trends in secondary prevention of coronary heart disease in Tunisia: prevention of recurrences of MI and stroke. Glob Heart2012;7:361-6.

6. Ferreira I. The epidemiology of coronary heart disease. Rev Esp Cardio 2010; 67:139-44.

7. Deyo RA. The quality of life, research, and care. Ann Int Med 2001;8:695-7.

8.Shahraki M, Shahraki T, Pourghasem Gargari B, Ramroudi N. Central obesity and coronary heart disease risk factors in referral outpatients to zahedan cardiology clinic iran. Int J High Risk Behav Addict2012;2:79-83.

9.Cheraghi M, Salavati M, Moghimbeigi A. [Association between Perceived Social Support and Quality of Life in Patients with heart failure]. Ir J Nurs 2012; 25:21-31.(Persian).

10. Tang T, Brown M, Funnell M, Anderson R. Social support, quality of life, and self-care behaviors among African Americans with type 2 diabetes. Diab Edu 2008;34:266-76.

11. Lin N, Ye X, Ensel W. Social support and depressed mood a structural analysis. Heal Soci Behav J 1999;5:344-59.

12. Kunitz SJ. Social capital and health. Brit Med Bull2004; 69:61-73.

13. Pour Kakhaki D. [The plan of a valid and reliable instrument for assessing the quality of life in diabetic patients]. Shahid Beheshti Uni Med Scie J 2001;3:70-80.(Persian)

14.Lagreca A, Bearman K. The diabetes social support questionnaire-family version evaluating adolescents diabetes-specific support from family members. J Pediater Psychol 2002;8:665-76.

15. Bearman K, Greca A. Assessing friend support of adolescents diabetes care: the diabetes social support questionnaire-friends version. J Pediater Psychol 2002; 5:417-28.

16. Schaffer M. Social support. Middle range theories. Appl Nurs Res 2004;5:179-202.

17. Heidarzade M, Zaman Zade V. Lak dizji C. [The analysis of quality of life in hemodialysis patients nursing and midwifery]. Tabriz Uni Med Scie J 2005;5:44-62.(Persian).

18. Evans R, Manninen D, Garrison J, Hart L, Blagg C, Gutman R, et al. The quality of life of patients with end-stage renal disease. New En J Med 2005; 9:553-9.

19. Kristofferzon ML, Lofmark R, Carlsson M. Coping, social support and quality of life over time after myocardial infarction. Adv Nurs J 2005; 2:113-24.

20. Sedaghati M, Ehsani M, Ghanbari A. [The comparison between the quality of life in diabetes patients having type 2 with non-diabetic people]. Babol Uni Med Sci J 2003;5:55-64.(Persian)

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-07]

Relationship between Social Support and Quality of Life in Myocardial Infarction Patients Referring to the Hospitals of Ilam City

Niazi M[1,2], Menati W[1], Menati R[1,2], Ghasemipour M[1], Kassani A[1]

(Received: March 2, 2015 Accepted: June 29, 2015)

Abstract

Introduction: Chronic diseases such as Myocardial Infarction (MI) are incurable but can be prevented. However, these patients always are exposed to stressful physical, psychological and social factors. Therefore, the purpose of this study was to determine the quality of life and social support in Myocardial Infarction patients and it also finds the relationship between these two factors.

Materials & methods: the under population of present study were all of the qualified Myocardial Infarction patients who wanted to be cured and referred to one of the hospitals in Ilam city. The sample size was 152 Myocardial Infarction patients who were selected by random sampling method. The data were collected using a questionnaire which included three sections of demographic, the quality of life, and social support characteristics. The data were analyzed by SPSS-19 and were used from descriptive statistics, Pearson correlation, T test and one-way ANOVA.

Findings: The findings revealed that the quality of life in 57.33% of patients and social support in 58% of cases were non-optimal and there was a direct, significant relationship between these two factors (Pvalue=0.01). Among the components of the quality of life, the physical and psychological dimensions were not suitable in 45.33% and 60.67% patients, respectively. Among the social support dimensions, the structural sources of social support favored the highest percent (47.33%). Also, the Group membership (Pvalue= 0.001, B = 0.25) and social network (Pvalue= 0.001, B= 0.27) had a direct, significant relationship with quality of life.

Discussion & Conclusions: Considering the fact that was a direct association between social support and quality of life in the myocardial infarction patient, it is recommended that the authorities and patient's family take decisions and plan in a way that improves the social capital and social supports of patients and thus can influence the enhancement of the patients' qualities of life.

Keywords: Myocardial Infarction, Quality of life, Social support

1. Prevention of Psychosocial Injuries Research Center, Ilam university of Medical Sciences, Ilam, Iran
2. Dept of Sociology, Faculty of Humanities, Kashan University, Kashan, Iran
** Correspondin author Email: Rostammenati@yahoo.com*

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-07]