نشریه پرستاری قلب و عروق، دوره چهارم، شماره ۳، پاییز ۱۳۹٤
Cardiovascular Nursing Journal, 4(3), Autumn 2015

**مقاله پژوهشی اصیل**

# ارتباط شاخص های عملکرد خانواده و خطر بروز انفارکتوس میوکارد

*** آرش فراهانی[1]، کارشناس ارشد جامعه شناسی**
**ابراهیم مسعودنیا[2]، دکترای جامعه شناسی**

**خلاصه**

**هدف.** پژوهش حاضر با هدف تعیین رابطه نارسایی شاخص‌های عملکرد خانواده (انسجام، بیانگری، و تعارض) و خطر بروز انفارکتوس میوکارد انجام شد.

**زمینه.** بیماری های قلبی عروقی، به ویژه انفارکتوس میوکارد، از عوامل اصلی مرگ در ایران و جهان هستند. سبب شناسی آنفارکتوس میوکارد بسیار پیچیده است. یکی از عوامل خطر که در مطالعات مرتبط با سبب شناسی اختلال های قلبی عروقی نادیده گرفته شده است، خانواده و شاخص‌های عملکرد خانواده است.

**روش کار.** طراحی این مطالعه به صورت مورد-شاهدی بود. داده ها از دو گروه، یعنی ۵۰ نفر از افراد با علائم انفارکتوس میوکارد (گروه مورد) مراجعه کننده به مرکز درمانی تخصصی قلب و عروق حشمت رشت و مرکز فوق تخصصی قلب تهران و ۵۰ فرد سالم (گروه شاهد) که فاقد علائم انفارکتوس میوکارد بودند جمع آوری شد. ابزار گردآوری داده ها شامل پرسشنامه ویژگی های اجتماعی جمعیت شناختی و پرسشنامه شاخص روابط خانواده یا Family Relation Index (FRI) بود. داده ها با استفاده از روش مانوا (MANOVA) در نرم افزار SPSS تحلیل شدند.

**یافته ها.** تفاوت معناداری بین گروه مورد و شاهد از نظر متغیرهای سابقه سکته قلبی، تحصیلات، سابقه مصرف سیگار، سابقه کلسترول و فشار خون ($p<۰/۰۱$) و سابقه دیابت ($p<۰/۰۵$) وجود داشت. همچنین، تفاوت معناداری میان دو گروه از نظر شاخص های انسجام و تعارض وجود داشت ($p<۰/۰۱$).

**نتیجه گیری.** نارسایی در شاخص های عملکرد خانواده یعنی انسجام و نیز وجود تعارض در روابط خانوادگی، از جمله عوامل خطر عمده برای ابتلا به انفارکتوس میوکارد هستند. بنابراین، برای پیشگیری از اثرات منفی نارسایی در شاخص های عملکرد خانواده، لازم است مداخلات اجتماعی رفتاری و آموزشی برای خانواده ها برنامه ریزی و انجام شود.

**کلیدواژه ها:** شاخص های عملکرد خانواده، انفارکتوس میوکارد، تعارض، بیانگری، انسجام

۱ کارشناس ارشد جامعه‌شناسی، دپارتمان جامعه‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران (*نویسنده مسئول) پست الکترونیک: farahani.ara6@gmail.com
۲ دانشیار، جامعه شناسی پزشکی، دپارتمان جامعه‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان

[ Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-08 ]

## مقدمه

آمارهای رسمی در ایران و جهان نشان می دهند اولین علت مرگ، بیماری های قلبی عروقی هستند. حدود ۵۰ میلیون نفر در سال فوت می‌کنند که از این میان بیش از ۱۱ میلیون نفر درگیر بیماری های قلبی عروقی بوده اند. در ایران نیز تنها در سال ۱۳۹۱ بیش از ۵۸ درصد مرگ ها ناشی از بیماری های قلبی عروقی بوده است (میرمیران و بایگی، ۱۳۸۴). سکته قلبی یا انفارکتوس میوکارد به عنوان مرگ آفرین ترین اختلال قلبی در میان بیماری های قلب و عروق، عبارت از انهدام و مرگ سلولی دائم و غیرقابل برگشت در بخشی از عضله قلب (میوکارد) است که به علت وقوع یک ایسکمی شدید و از بین رفتن جریان خون در آن قسمت از قلب رخ می‌دهد (ویلیامز، ۲۰۱۳). نکته مهمی که در این زمینه باید به آن توجه داشت این است که ۸۰ درصد مرگ های زودرس، ناشی از بیماری های قلبی عروقی قابل پیشگیری هستند (شریفی، ۲۰۱۱).

سبب شناسی انفارکتوس میوکارد بسیار پیچیده است. برای شناخت و درمان این بیماری، راه حل ها اغلب حول محور پارادایم های زیستی پزشکی متمرکز هستند و کمتر با رویکرد اجتماعی و پیشگیرانه به مسأله توجه شده است. معمولا، عوامل خطر انفارکتوس میوکارد به دو دسته عوامل خطر غیرقابل تعدیل (شرایطی که افراد نمی‌توانند هیچ گونه کنترلی بر آنها داشته باشند، مانند وراثت، بالا رفتن سن، جنس) و عوامل خطر قابل تعدیل (عواملی که افراد می توانند آنها را کنترل کنند، از قبیل شیوه زندگی یا عادات شخصی، استرس، عدم فعالیت جسمی) تقسیم می شوند (برونر، ۲۰۰۱). بر اساس یک دیدگاه، سلامت و بیماری تا حد زیادی برحسب کمیت و کیفیت روابطی که افراد با دیگران دارند تغییر پیدا می‌کند (مسعودنیا، ۱۳۸۹)،

از عواملی که در سبب شناسی بروز اختلال های قلبی کرونری، توجه اندکی به آن شده است، تأثیر عوامل مربوط به خانواده، از جمله عملکرد خانواده است. باید توجه داشت که نارسایی عملکرد خانواده می تواند منجر به بروز آسیب هایی جدی در زندگی افراد از جمله بروز بیماری ها شود. برخی تحقیقات نشان داده اند که اختلال های جسمی یا روانی، نتیجه صورت های آسیب شناختی روابط خانواده هستند (رجبی، چهاردولی و عطاری، ۱۳۸۶). عملکرد خانواده که در واقع تلاش مشترک برای برقراری و حفظ تعادل خانواده است، می‌تواند زمینه ساز آمادگی اعضاء برای تحمل نارسایی های پیش روی خانواده باشد (ایوارت و همکاران، ۱۹۸۴).

بر اساس تعریف اولسون و بارنس، روابط خانوادگی به نحوه ارتباطات بین پدر و مادر و فرزندان آنها مربوط می‌شود. عملکرد خانواده در قالب سه شاخص انسجام، تعارض و بیانگری تعریف می‌شود. انسجام، عبارت از پیوند عاطفی است که اعضاء خانواده نسبت به یکدیگر داشته اند. تعارض، به عنوان یک اختلاف و ناسازگاری خانوادگی تلقی می شود که ممکن است از یک نارضایتی ساده بروز کرده باشد. بیانگری بر اساس تعریف آسیب شناسی روانی، به میزان و شدت بروز احساس درونی افراد و مقدار و نحوه بیان آنها برای اطرافیان با وجود پیوندهای نزدیک اثرگذار برای بروز دادن عواطف درونی اطلاق می شود (کیمهان و همکاران، ۲۰۰۴).

بر اساس نتایج مطالعاتی که در زمینه ارتباط عملکرد خانواده با بروز بیماری عروق کرونر قلب انجام شده اند، میزان استرس های ناشی از نارسایی در روابط خانواده یا درگیری‌های عاطفی منفی و عدم انسجام خانوادگی با بروز این اختلال ها ارتباط دارند (سورجیت سینگ، ۲۰۰۸). همچنین برخی پژوهش ها بیانگر رابطه میان وجود نارسایی در وضعیت عملکرد خانواده، برای مثال وجود یک تنش روانی و تاثیر آن بر ایجاد اختلالات هورمونی منجر به آسیب بر عروق کرونر قلب بوده اند (کارسیا، ربکا و کارن، ۲۰۱۰). همین طور، مشخص شده است که با فروکش کردن عوامل تاثیرگذار روانی همچون هیجانات منفی، اضطراب و استرس در افراد خانواده، خطر بروز بیماری های قلبی، به ویژه در زنان کاهش می یابد (شیلی و دیگران، ۲۰۰۶). اغلب پژوهش های انجام شده در ایران در زمینه سبب شناسی انفارکتوس میوکارد براساس پارادایم زیستی پزشکی و بالینی بوده اند. در این بین، به نقش و اهمیت مولفه های مرتبط با خانواده، و به ویژه عملکرد خانواده کمتر اهمیت داده شده است. این پژوهش با هدف بررسی رابطه نارسایی شاخص های عملکرد خانواده و خطر بروز انفارکتوس میوکارد انجام شد.

## مواد و روش ها

این مطالعه مورد–شاهدی در مرداد ۱۳۹۳ انجام شد. در این پژوهش، نخست، از بین افراد با علائم اختلال انفارکتوس میوکارد، اعم از سرپایی و بستری که طی زمان تعیین شده به مرکز ارائه خدمات تخصصی قلب و عروق حشمت رشت و مرکز فوق تخصصی قلب تهران مراجعه کرده بودند، ۵۰ بیمار به روش نمونه گیری تصادفی طبقه‌ای و براساس فهرست بیماران مراجعه کننده به دو مرکز

[ Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-08 ]

انتخاب شدند و در گروه مورد قرار گرفتند. برای تشکیل گروه شاهد، ۵۰ نفر از افراد سالم (افراد فاقد علائم اختلال های قلبی کرونر) به صورت تصادفی از جمعیت عادی و در سطح شهر رشت و تهران انتخاب شدند. معیارهای ورود برای گروه مورد شامل وجود اختلال در کارکرد قلب و وجود آترواسکلروز عروق کرونر به معنای گرفتگی داخلی عروق چپ و راست روی قلب و تصلب شرایین منجر شده به سکته قلبی بود. معیار ورود به مطالعه برای گروه شاهد شامل فقدان علایم بالینی بیماری عروق کرونری قلبی و عدم سکته قلبی بود.

برای گردآوری داده ها از پرسشنامه ویژگی های اجتماعی جمعیت شناختی (سن، جنس، تحصیلات، درآمد، سابقه سکته قلبی، سابقه سکته در خانواده، سابقه کلسترول، سابقه دیابت، سابقه مصرف سیگار، سابقه فشارخون، وضعیت تاهل و تعداد نفرات خانواده) و پرسشنامه شاخص روابط خانواده یا Family Relation Index (FRI) (هولوهان و موس، ۲۰۰۴) استفاده شد. شاخص روابط خانواده، یکی از خرده مقیاس های شاخص کلی محیط خانواده یا Family Environment Scale (FES) است. پرسشنامه شاخص روابط خانواده شامل ۲۷ گویه می باشد. این گویه‌ها، سه شاخص عملکرد خانواده، یعنی تعارض (۹ گویه)، بیانگری (۹ گویه)، و انسجام (۹ گویه) را اندازه‌گیری می‌کنند. همه گویه های این مقیاس بر اساس طیف ۵ درجه ای (اکثر اوقات، تقریبا همیشه، گاهی اوقات، به ندرت، و تقریبا هرگز) درجه بندی شدند. دامنه نمرات هرکدام از این خرده مقیاس ها، ۹ تا ۴۵ است. اعتبار و پایایی این شاخص از سوی سازندگان آن تایید شده است. در مطالعه هولوهان و موس، پایایی شاخص روابط خانواده با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای هر بعد از خرده مقیاس های انسجام، بیانگری و تعارض به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۶۸، و ۰/۷۸ گزارش شده است.

در ایران، مقیاس محیط خانواده توسط فرخ زاد (۱۳۸۷) مورد استفاده قرار گرفته و اعتبار و پایایی آن بالا گزارش شده است. در این پژوهش نیز پایایی شاخص روابط خانواده با استفاده از روش آلفای کرونباخ، به ترتیب، برای انسجام، ۰/۷۸؛ برای بیانگری، ۰/۶۸؛ و برای تعارض، ۰/۷۲ به دست آمد. نمره بالاتر در هر خرده مقیاس نشان دهنده دارا بودن آن ویژگی در سطحی بالا می باشد. در این پژوهش نیز میزان آلفای کل ۰/۷۶ بوده است. داده ها پس از استخراج با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ تحلیل شدند. برای توصیف مشخصات نمونه از توزیع فراوانی و درصد استفاده شد. همچنین، برای آزمون فرضیه ها، از روش تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) برای مقایسه افراد بیمار و سالم از نظر مؤلفه های شاخص عملکرد خانواده استفاده شد.

## یافته ها

بر اساس یافته ها دامنه سنی شرکت کنندگان در پژوهش بین ۳۰ تا ۷۰ سال با میانگین ۵۰ سال و انحراف معیار ۸/۹۶ سال بود. همچنین، ۵۰ درصد پاسخگویان را مردان و ۵۰ درصد را زنان تشکیل داده بودند. جدول شماره ۱ ویژگی های دموگرافیک و بالینی شرکت کنندگان در پژوهش را نشان می دهد. مقایسه گروه مورد و شاهد نشان می دهد که تفاوت معناداری بین گروه افراد بیمار و سالم از نظر سن ($p\leq۰/۰۰۰۱$)، وضعیت تحصیلی ($p\leq۰/۰۰۰۱$)، سابقه فشار خون ($p=۰/۰۰۲$)، مصرف سیگار ($p=۰/۰۵$)، و سابقه سکته قلبی ($p\leq۰/۰۰۰۱$) وجود دارد.

با استفاده از آزمون تحلیل واریانس چند متغیره مانوا (MANOVA)، رابطه شاخص های عملکرد خانواده یعنی انسجام، بیانگری و تعارض با خطر بروز آنفارکتوس میوکارد بررسی شد. جدول شماره ۲ نشان می‌دهد که مقدار $F=۱۱/۵۷۲$ چندمتغیری در سطح $p<۰/۰۱$ معنادار می باشد. همچنین، نتایج تحلیل واریانس چند متغیری نشان داد که بین دو گروه افراد بیمار و سالم، حداقل از نظر یکی از متغیرهای ملاک تعارض، بیانگری و انسجام تفاوت معنادار آماری وجود داشته است.

در تحلیل مانوا، مقایسه بیماران و افراد سالم از نظر شاخص‌های عملکرد خانواده نشان داد تفاوت آماری معناداری میان دو گروه بیمار و سالم از نظر شاخص انسجام خانواده ($p<۰/۰۱$) و شاخص تعارض در خانواده ($p<۰/۰۱$) وجود دارد، اما تفاوت آماری معناداری میان دو گروه مورد و شاهد از نظر شاخص بیانگری مشاهده نشد (جدول شماره ۳).

## بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه نارسایی شاخص های عملکرد خانواده و خطر بروز انفارکتوس میوکارد انجام شد. بر اساس نتایج، بین دو گروه افراد بیمار و سالم از نظر نارسایی انسجام در خانواده تفاوت معنادار آماری وجود داشت، بدین ترتیب که نارسایی انسجام

[ Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-08 ]

در خانواده در گروه افراد بیمار بیشتر بود. در گروه افراد بیمار، همه گویه های این متغیر در جهت منفی آن برقرار بودند و افراد این گروه در واقع از انسجام پایینی برخوردار بودند. اما در گروه افراد سالم این نارسایی ها وجود نداشت یا حداقل به شدت گروه افراد بیمار نبود. مؤلفه های تعهد (مانند میزان پایبندی افراد به امورات محوله و ایفای صحیح نقش خود)، کمک و حمایت اعضاء نسبت به یکدیگر (برای مثال اینکه فرد چقدر سعی می کند به دیگر افراد خانواده در انجام صحیح امور یاری رساند)، و همین طور، گویه صرف وقت و انرژی برای یکدیگر یا همدلی در امور، اهمیت دادن به سلایق و خواست دیگران، و همسو شدن با آنها از موارد این خرده مقیاس بودند.

جدول شماره ۱: مقایسه دو گروه مورد و شاهد از نظر متغیرهای دموگرافیک و بالینی

| متغیر | گروه بیمار (مورد) | گروه سالم (شاهد) | |
|---|---|---|---|
| | تعداد (درصد) | تعداد (درصد) | آزمون آماری |
| تحصیلات | | | df=۲, $x^2$=۲۹/۳۶, P=۰/۰۰۰ |
| ابتدایی | ۲۷ (۵۴) | ۴ (۸) | |
| دبیرستان | ۲۰ (۴۰) | ۱۹ (۳۸) | |
| دانشگاهی | ۳ (۶) | ۲۷ (۵۴) | |
| سابقه فشار خون بالا | | | df=۱, $x^2$=۹/۷۲۲, P=۰/۰۰۲ |
| بلی | ۲۱ (۴۲) | ۷ (۱۴) | |
| خیر | ۲۹ (۵۸) | ۴۳ (۸۶) | |
| سابقه دیابت | | | df=۱, $x^2$=۰/۵۸۵, P=۰/۴۴۴ |
| بلی | ۱۱ (۲۲) | ۸ (۱۶) | |
| خیر | ۳۹ (۷۸) | ۴۲ (۸۴) | |
| مصرف سیگار | | | df=۱, $x^2$=۳/۸۴۳, P=۰/۰۵ |
| بلی | ۱۱ (۲۲) | ۴ (۸) | |
| خیر | ۳۹ (۷۸) | ۴۶ (۹۲) | |
| سابقه کلسترول بالا | | | df=۱, $x^2$=۲/۸۵۲, P=۰/۰۹۱ |
| بلی | ۲۱ (۴۲) | ۱۳ (۲۶) | |
| خیر | ۲۹ (۵۸) | ۳۷ (۷۴) | |
| سابقه سکته قلبی | | | df=۱, $x^2$=۱۹/۰۴۸, P=۰/۰۰۰ |
| بلی | ۱۶ (۳۲) | ۰ (۰) | |
| خیر | ۳۴ (۶۸) | ۵۰ (۱۰۰) | |
| سابقه سکته قلبی در خانواده | | | df=۱, $x^2$=۰/۶۷۷, P=۰/۱۷۴ |
| بلی | ۱۷ (۳۴) | ۱۹ (۳۸) | |
| خیر | ۳۳ (۶۶) | ۳۱ (۶۲) | |

جدول شماره ۲: تحلیل واریانس چندمتغیری

| نام آزمون | مقدار | F | درجه آزادی فرضیه | درجه آزادی اشتباه | سطح معناداری |
|---|---|---|---|---|---|
| آزمون اثر پیلایی | ۰/۳۲۸ | ۱۱/۵۷۲ | ۴ | ۹۵ | ۰/۰۰۰ |
| لامبدای ویکلز | ۰/۶۷۲ | ۱۱/۵۷۲ | ۴ | ۹۵ | ۰/۰۰۰ |
| آزمون اثرهتلینگ | ۰/۴۸۷ | ۱۱/۵۷۲ | ۴ | ۹۵ | ۰/۰۰۰ |
| آزمون بزرگترین ریشه روی | ۰/۴۸۷ | ۱۱/۵۷۲ | ۴ | ۹۵ | ۰/۰۰۰ |

[ Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-08 ]

جدول شماره ۳: مقایسه گروه افراد بیمار و سالم از نظر خطر بروز انفارکتوس میوکارد

| متغیرها | گروه شاهد (سالم) میانگین (انحراف معیار) | گروه مورد (بیمار) میانگین (انحراف معیار) | F | P |
|---|---|---|---|---|
| تعارض | ۲۶/۲۴ (۳/۶۷) | ۲۸/۴۶ (۲/۸۸) | ۱۱/۲۹۰ | ۰/۰۰۱ |
| بیانگری | ۳۲/۷۰ (۳/۹۲) | ۳۲/۴۴ (۳/۵۲) | ۰/۱۲۱ | ۰/۷۲۸ |
| انسجام | ۳۴/۰۸ (۳/۸۹) | ۳۰/۰۲ (۳/۹۰) | ۲۷/۰۹۲ | ۰/۰۰۰ |

نتایج برخی تحقیقات دیگر نیز با نتیجه این پژوهش مشابهت داشته است. برای مثال، تحقیقات پترسون (۱۹۹۱)، مینوچین و همکاران (۱۹۷۵)؛ مینوچین، رزمن و بیکر (۱۹۷۸)، چراغی و حسن زاده (۱۳۹۰)، که همگی بر اثرات مخرب نارسایی انسجام خانواده بر وضع سلامت فرد، و همین طور، اثرات مثبت وجود انسجام بالا بر سلامت آنها تاکید نموده اند. فقدان حمایت های عاطفی از طرف اعضای خانواده و عدم ارضاء نیازهای احساسی آنها باعث آسیب دیدن عزت نفس افراد خواهد شد. محیط خانواده با انسجام پایین، محیطی است که افراد در آن احساس امنیت عاطفی ندارند و نیازهای خود را برآورده شده نمی‌بینند. فرد در این حالت دچار خلاء عاطفی حمایتی می شود و این عوامل زمینه بروز بیماری های روان تنی را در وی افزایش می دهد. برای مثال، در بروز بیماری های قلبی، فقدان حمایت های خانواده منجر به اختلالات عصبی در فرد می شود و این موضوع بر کارکرد عصبی قلب موثر واقع خواهد شد. هنگامی که فرد دچار عزت نفس پایین است، در خفا خودخوری می کند و این به اصطلاح خودخوری ها منجر به ترشح هورمون های مضر برای قلب و عروق در آینده می‌گردد.

در این پژوهش، بین نارسایی بیانگری در خانواده و بروز اختلال انفارکتوس میوکارد ارتباطی یافت نشد. افراد گروه بیمار و گروه سالم از نظر میزان بیانگری در خانواده در وضعیت یکسانی قرار داشتند. تحقیقات مشابهی در زمینه بررسی رابطه بیانگری و بروز بیماری به طور مستقیم یافت نشد، اما درباره ارتباط این متغیر با بروز رفتارهای روان شناختی و هویتی، مطالعه قلی‌زاده و درستی (۲۰۰۶) انجام شده است که در آن، بر تاثیر بیانگری افراد در بروز رفتارهای پرخطر تاکید شده است. بیانگری، میزان تشویق اعضاء خانواده و بیان آشکار افکار و احساسات را بیشتر مورد توجه قرار می دهد، تا آنجا که بروز احساسات و بیان عواطف و نظرات اگر به راحتی انجام شود، منجر به کاهش سطح اضطراب و استرس فرد خواهد شد. برای نمونه، ترس از تنبیه و تحقیر و عدم اعتماد به نفس و حجب و حیا برای بروز و بیان عواطف و افکار همه می‌توانند از عواملی باشند که در نهایت منجر به اختلال در سطح بیانگری فرد شوند.

در زمینه رابطه تعارض در خانواده با بروز اختلال انفارکتوس میوکارد، بین دو گروه تفاوت معنا دار مشاهده شد. گروه بیماران از نظر وجود تعارض در محیط خانواده، با گروه سالم بسیار متفاوت بودند. برای مثال، در پاسخ های گروه بیماران به خوبی مسائلی که منجر به تعارض بودند بیان می‌شد و افراد این گروه به آن ها اشاره کامل و مستقیم داشتند. اما در گروه سالم عامل های منجر به تعارض از جمله موارد منع شده و مخرب محسوب می شد. این مولفه ها شامل مواردی همچون بررسی میزان بروز خشم، خشونت و درگیری میان اعضا (برای مثال، پرتاب اشیاء و بیان الفاظ زشت به مخاطبان)، اخلاق و خلق و خوی آنها در مواجهه با مسائل (مانند نحوه برخوردهای گفتگویی و تامل در مباحث مختلف)، وجود یا عدم وجود درگیری فیزیکی (مانند کتک کاری ها و درگیری ها) و در پیش گرفتن راه گفتگو برای حل مسائل منجر به مناقشه بود. نتایج در این بعد با نتایج تحقیقات دیگر (گاتمن، ۱۹۹۴؛ ولمن ۱۹۹۶) که بر اثرات منفی تعارض بر سلامت و رفتارهای اجتماعی تاکید داشتند همسو بود. در تحقیقات فوق اشاره شده بود که فرایند تعارض در خانواده چگونه می‌تواند بر سلامتی افراد اثر گذارد. مثلا اینکه هنگام تعارض، فرد با اعضاء خانواده چگونه دچار واکنش های فیزیکی و بدنی شده است و اینکه این واکنش ها در جهت منفی و مخرب برای سلامت فرد خواهد بود. مولفه تعارض در واقع به میزان بیان خشم، خشونت و اختلاف اعضای خانواده اشاره دارد. برای مثال، فراوانی مشاجرات، پرت کردن وسایل هنگام خشم یا انتقاد از یکدیگر از آن جمله برشمرده می شوند.

درباره مکانیسم اثرگذاری تعارض در خانواده بر ابتلاء اعضاء خانواده به بیماری های قلبی تبیین های متعددی وجود دارند. نظریه تعادلی در این باره معتقد است که بدن در هنگام بروز حالت های هیجانی سعی در برقراری تعادل دوباره خود دارد. افزایش ضربان قلب، انقباض و سفت شدن ماهیچه ها، افزایش فشار خون، گشاد شدن مردمک چشم، سرد شدن دست و پا، افزایش جریان خون

[ Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-08 ]

در عضله‌های بزرگ، تعریق زیاد، کاهش حس درد و مورمور شدن پوست از اثرات این وضعیت شمرده شده اند (سموات و همکاران، ۱۳۹۱). تبیین دیگر بیان می‌کند که حوادث معین خانواده به علت برخورد و مشاجره مشاهده شده بین والدین، می تواند به طور مستقیم استرس را افزایش دهد که این استرس با برانگیختگی سیستم های عصبی، هورمونی و ایمنی، واکنش بیولوژیکی در بدن را باعث می شود و واکنش هایی مثل افزایش ضربان قلب، تنفس، قندخون و آهنگ عضلات را ایجاد می‌کند (محرابی گالشکلامی، ۱۳۹۰).

به جز متغیر سابقه سکته قلبی در خانواده و متغیر بیانگری، همه متغیرهای دیگر (تحصیلات، سابقه سکته افراد، سابقه کلسترول، سابقه دیابت، سابقه مصرف سیگار، سابقه فشار خون، و متغیرهای تعارض و انسجام) با متغیر وابسته، یعنی خطر بروز انفارکتوس میوکارد ارتباط معنی دار آماری داشتند. متغیرهای این پژوهش در مطالعات دیگری نیز مورد ارزیابی قرارگرفته اند. برای مثال، برخی از پژوهش ها، برای مثال خسروی و علیزاده صحرایی (۱۳۹۰)، فروزنده، دل آرام و آیین (۱۳۹۲)، حیدری و همکاران (۱۳۹۱)، جلالی نیا (۱۳۷۵)، دوپر (۲۰۰۸)، کمپبل (۲۰۰۸)، واحدیان عظیمی و همکاران (۱۳۸۸) نشان دادند که بروز بیماری به شدت با وضعیت عملکرد در خانواده ها ارتباط دارد. نتایج تحقیقات فوق نشان از تاثیر وضعیت عملکرد خانواده در بروز رفتارهای ایجاد کننده اختلالات مختلف جسمی و روانی، از جمله بیماری های روان تنی و به ویژه، بیماری های قلبی عروقی در افراد داشته اند. همچنین، نتایج مشابهی در زمینه تأثیر شاخص های عملکرد خانواده بر سلامتی، در مطالعه هولی (۱۹۸۵)، هولی، اورلی، و تیزدیل (۱۹۸۶)، و کانتر، لمب، و لواپر (۱۹۸۷) وجود داشته است. برای متغیرهای دموگرافیک نیز بررسی رفتارهایی مانند ترک سیگار، در مطالعه مرملستین، لیختن اشتاین و مک اینتایر (۱۹۸۳) و برای بیماری دیابت نیز در بررسی های کلاسنر و دیگران (۱۹۹۵) و همین طور مینوچین، رزمن و دیگران (۱۹۷۸) انجام شده است. تاثیر نوسانات فشارخون نیز در پژوهش ایوارت و دیگران (۱۹۹۱) مورد بحث بوده است. درباره انسجام و پیوستگی در خانواده و تاثیر منفی نارسایی آنها بر سلامت افراد هم به مطالعه وایزمن (۲۰۰۵) می‌توان اشاره کرد.

مطالعه حاضر با محدودیت‌هایی مواجه بود که باید در تعمیم نتایج آن ها را در نظر داشت. از جمله این محدودیت ها می‌توان به اندازه نمونه در این مطالعه که نسبتا کوچک بود اشاره داشت. علت این موضوع سختی بررسی و مطالعه نمونه های بیمار (با پرسشنامه) به دلیل وضعیت جسمی آنها است. لذا به محققین دیگر پیشنهاد می شود برای تایید دقیق تر رابطه بین شاخص های عملکرد خانواده با خطر بروز آترواسکروز عروق کرونر بر روی خانواده های بیشتری (نمونه بیمار بیشتر) با وسایلی به غیر از پرسشنامه، و با صرف وقت بیشتر به مطالعه بپردازند. این مطالعه صرفا بر روی دو قوم فارس و گیلک انجام شد و امکان تعمیم نتایج بر روی اقوام دیگر با توجه به تفاوت فرهنگ ها دچار محدویت خواهد بود. از این جهت بررسی در اقوام دیگر با زمینه های اثرگذار فرهنگی به محققان پیشنهاد می شود. پژوهش حاضر به صورت مقطعی انجام شد، از این رو بررسی های عمیق تر به سبب طول فرایند ایجاد و نوع بیماری مورد بحث که نیازمند مطالعات طولی و کوهورت می باشد پیشنهاد می گردد. کار با خانواده ها و فهم عمق روابط آنها نیازمند فراگیری مهارت های ارتباطی ویژه است. به محققین یادگیری این عوامل قبل از شروع پژوهش پیشنهاد می‌شود. مهمترین کاربرد یافته های این پژوهش را نیز می‌توان به استفاده از نتایج در امر مداخلات آموزشی و جهت دهی به آموزش های مربوط به خانواده ها دانست.

## نتیجه‌گیری

نارسایی در شاخص های عملکرد خانواده یعنی انسجام و تعارض در روابط خانوادگی، از جمله عوامل تاثیرگذار بر بروز انفارکتوس میوکارد هستند. نتایج این مطالعه، تفاوت معنی دار بین دو گروه بیمار و سالم را از نظر شاخص های تعارض و انسجام نشان داد. هر میزان نارسایی ها بالاتر باشد، به همان میزان خطر بروز بیماری با افزایش روبرو خواهد بود. شناساندن تاثیرگذاری این عوامل در پیشگیری و عدم ایجاد بیماری برای خانواده ها بسیار مهم است و شکاف های بین ناآگاهی و زمینه سازی بروز بیماری را کم خواهد نمود. با توجه به اینکه دسترسی خانواده ها از شناخت عوامل این چنینی در یک سطح نمی باشد، تسهیل دسترسی و فراهم آوردن بستر مناسب برای آموزش و نشر نتایج از طریق رسانه های فراگیر، مراکز درمانی و غیره بسیار ضروری است و در نهایت می تواند منجر به کاهش آمار مبتلایان به سکته قلبی برای جمعیت ایرانی در آینده شود.

[ Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-08 ]

## تقدیر و تشکر

از مسئولین بیمارستان‌های تخصصی قلب حشمت رشت و مرکز فوق تخصصی قلب تهران که در جمع‌آوری داده‌های این مطالعه ما را یاری رساندند قدردانی می‌شود.

## منابع فارسی

برونر لیلیان شولتیس( ۱۳۷۹). پرستاری بیماریهای قلب و عروق. مترجمین محسن کفاشی و مروت گیوی. تهران: نشروتبلیغ بشری.

جلالی نیا سیده فاطمه(۱۳۷۵). بررسی میزان آگاهی، نگرش و عملکرد بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر مراجعه کننده به درمانگاه های قلب و عروق بیمارستان های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران ویکی از اعضاء خانواده آنها نصبت به رژیم درمانی توصیه شده سال ۱۳۷۵. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده پرستاری مامایی.

چراغی مهرآذر و حسن زاده مرضیه(۱۳۹۰). رابطه ی میزان انسجام خانواده با شیوه های مقابله با استرس نوجوانان دختر وپسر. دومین همایش ملی روانشناسی- روانشناسی خانواده، ۱۷-۱۹ اسفندماه، دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت.

حیدری حشمت ا...، فرهانی نیا مرهمت، صفدری محدتقی و حقانی حمید(۱۳۹۱). ارتباط آگاهی و عملکرد اعضاء خانواده درمواجهه با حمله قلبی بیمار. نشریه پرستاری قلب و عروق. ۱(۳): ۳۰-۲۴.

خسروی زهره و علیزاده صحرایی ام هانی(۱۳۹۰). رابطه اعتیاد به اینترنت با عملکرد خانواده و سلامت روان در دانش آموزان. نشریه روان شناسی، دانشگاه الزهرا. ۱۴: ۸۰-۵۹.

رجبی غلامرضا، چهاردولی حجت اله، عطاری یوسفعلی(۱۳۸۶). بررسی رابطه عملکرد خانواده وجو روانی–اجتماعی کلاس باناسازگاری دانش آموزان دبیرستانی شهر ملایر. مجله علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز. ۳ (۱۴): ۱۲۸- ۱۱۳.

سموات طاهره، حجت زاده علیه، شمس محسن، افخمی آزاده، مهدوی علیرضا، باشتی شهناز، پورآرام حامد، قطبی مرجان، رضوانی ابوالقاسم( ۱۳۹۱). راههای پیشگیری و کنترل بیماری‌های قلبی عروقی. تهران، نشر جوان.

فروزنده نسرین، دل آرام معصومه، نوریان کبری، دریس فاطمه(۱۳۹۲). سبک های مقایسه ی عملکرد خانواده در بیماران روانی با تشخیص های متفاوت بستری. مجله تحقیقات علوم رفتاری. ۱۱(۵): ۴۷۴-۴۸۳.

فرخ زاد پگاه(۱۳۸۷). تاثیر جو خانوادگی بر تمایلات روان رنجورانه ی فرزندان. مجله اندیشه و رفتار در روانشناسی بالینی. ۹: ۴۸-۴۱.

قلی زاده آذر، درستی فاطمه(۱۳۸۴). تأثیر آموزش گروهی ابراز وجود بر سازگاری اجتماعی دختران فراری. مجله تحقیقات علوم رفتاری. ۵: ۱۵-۱۱.

میر میران پروین، بایگی فرشته (۱۳۸۴). سلامت قلب و عروق. موسسه سلامت یونی لور، ترجمه، تهران، دنیای تغذیه.

مهرابی گالشکلامی پیمانه(۱۳۹۰). بررسی استرس ادراک شده و خودکارآمدی بیماران مبتلا به درد مزمن ناحیه تحتانی کمر. کارشناسی ارشد، دانشگاه گیلان.

مسعودنیا ابراهیم (۱۳۸۹). خصومت، خشم و خطر بروز آترواسکلروز عروق کرونر. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد. ۱۸(۶) : ۵۵۱-۵۴۰.

واحدیان عظیمی امیر، الحانی فاطمه، احمدی فضل ا. . . و کاظم نژاد انوشیروان (۱۳۸۸). تاثیر الگوی توانمند سازی خانواده محور برسبک زندگی بیماران مبتلا به افارکتوس قلبی. مجله پرستاری مراقبت ویژه. ۲ (۴): ۱۳۲-۱۲۷.

## منابع انگلیسی

Campbell, L., (2008). Improving health through family interventions. Journal of Pediatric Psychology, 20: 313-328.

Carissa, A ,.Rebecca C, Karen A. (2011). Psychosocial factors in the development of heart disease in women: current research and future direction. Psychosom Med. Author manuscript; available in PMC 2011 November 1.Published in final edited form as: Psychosom Med. 2010 November, 72(9): 842–854.

Dhooper, SSB., Coronary. Heart disease and family functioning. (2008). Journal of Social Service Research, 7(2).19-38.

Ewart, CK., Taylor, CB, Kraemer, HC, Agras, WS. (1991). High blood pressure and marital discord: not being nasty matters more than being nice. Health Psychology, 10:155-163.

Ewart CK, Taylor CB, Kraemer H, Agras WS. (1984). Reducing blood pressure reactivity during interpersonal conflict: Effects of marital communication training. Behavior Therapy. 15 (5): 473-484.

Gottman, JM. (1994). What predicts divorce? The relationship between marital processes and marital outcomes. Hillsdale, NJ, USA: Lawrence. Erlbaum. Associates.

[ Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-08 ]

Hooley, JM. (1985). Expressed emotion- a review of the critical literature. Clinical Psychology, 5:119-139.
Hooley, JM., Orley, J., Teasdale, JD. (1986). Levels of expressed emotion and relapse in depressed patients. British. Journal of Psychiatry,148: 642-647.
Kanter, J., Lamb, HR., Loeper, C. (1987). Expressed emotion in families: a critical review. Hospital. Community Psychiatry, 38: 374-380.
Klausner, EJ., Koenigsberg, HW., Skolnick, N., Chung, H. (1995). Perceived familial criticism and glucose control in insulin-dependent diabetes mellitus. International Journal of Mental Health, 24: 64-75.
Kimhan, CB., Bruce, F. Chorpita. Chairperson, Mueller, Vitousek. (2004). The association between the quality of family relationships and child psychopathology. thesis. University of Hawai.
Minuchin, S., Baker, L., Rosman, BL., Liebman, R., Milman, L., Todd, TC. (1975). A conceptual model of psychosomatic illness in children. Family organization and family therapy. Archives of General Psychiatry. 32: 1031-1038.
Minuchin, S., Rosman, BL., Baker, L.(1978). Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context. Cambridge. MA: Harvard. U. Press.
Mermelstein, R., Lichtenstein, E., McIntyre, K. (1983). Partner support and relapse in smoking-cessation programs. Journal of Consulting. Clinical Psychology. 51 (3): 465-466.
Patterson, JM. (1991). Family resilience to the challenge of a child's disability. Pediatr Ann,20: 491-499.
Sharifi, H. (2011). Psychosocial Complications of Coronary Artery Disease. Cardiac news.Available at:http://www.cardiacnursing.ir/cardiac%20news. Html .Accessed:2011.
Surjit-Singh, B., Dhooper. (2008). Coronary Heart Disease and Family Functioning. Journal of Social Service, 7(2):19-38.
Shelley, ET., Barbara, JL., Catarina, I ., Teresa, E (2006). Relationship of Early Life Stress and Psychological Functioning to Adult C-Reactive Protein in the Coronary Artery Risk Development in Young Adults Study. Biological Psychiatr, 60(): 15. 819–824.
Wellman, B. (1996). psychosomatic disorders, translated by Najarian. Dehghani M. Dabagh B. Emissions publishing growth.
Weisman, AG. (2005). Integrating culturally based approaches with existing interventions for Hispanic/ Latino families coping with schizophrenia. Psychother. Res. Prac, 42:178-97.
Williams, J. (2013). American Heart Association: A review of the Field. www. heart. org/HEARTORG. Accessed: 2013.

[ Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-08 ]

نشریه پرستاری قلب و عروق، دوره چهارم، شماره ۳، پاییز ۱۳۹٤
Cardiovascular Nursing Journal, 4(3), Autumn 2015

Original Article

# Relationship between family functioning indices and incidence risk of myocardial infarction

*Arash Farahani[1], MA
Ebrahim Masoudnia[2], Ph.D

**Abstract**

**Aim.** The present study aims to determine the relationship between family performance indices (cohesion, expressiveness, and conflict) and the risk of myocardial infraction.

**Background.** Cardiovascular diseases, especially myocardial infraction, is the first factor of fatality in the world and also in Iran. The etiology of myocardial infraction is a very complicated. One of the risk factors overlooked in the studies associated with the etiology of cardiovascular disorders is family and performance indices of the family.

**Method.** The present research was conducted by a case-control cross-sectional design. The data were collected from two groups, a group of 50 patients with myocardial infraction symptoms (case group) referring to Heshmat Specialized Hospital for Cardiology in Rasht and Tehran Specialized Heart Center, and a group of 50 healthy persons (control group) with no symptoms of myocardial infraction. The data gathering tool included Family Relationships Index. The data were analyzed by SPSS version 16 using MANOVA method.

**Findings.** There was a statistically significant difference between case and control groups in terms of control variables: history of myocardial infarction, education, history of smoking, history of cholesterol and hypertension ($p<0.01$), and history of diabetes ($p<0.05$). There was also a statistically significant difference between groups in terms of cohesion, and conflict indices ($p<0.01$).

**Conclusion.** Deficiency in family performance indices, including cohesion, and conflict in family relationships, are among the main risk factors of myocardial infarction. Therefore, it is necessary to prepare and implement social, behavioral and educational interventions in order to prevent negative effects of inadequacies in family performance indices.

**Keywords:** Family performance indices, Myocardial infarction, conflict, Expressiveness, Cohesion

1 MA of Sociology, Department of Sociology, Faculty of Humanities, University of Guilan, Rasht, Iran (*Corresponding Author) email: farahani.ara6@gmail.com
2 Associate professor of Medical Sociology, Department of Sociology, Faculty of Humanities, University of Guilan, Rasht, Iran

[ Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-08 ]