مقاله پژوهشی اصیل

تاثیر برنامه مداخله‌ای حمایت و همراهی همسر بر کیفیت زندگی، صمیمیت زناشویی و استرس بیماران تحت جراحی بای‌پس عروق کرونر: یک مطالعه موردی خط پایه

بهناز باربد[۱]، کارشناس ارشد مشاوره خانواده
*** یاسر رضاپور میرصالح[۲]، دکترای مشاوره**
آزاده چوب فروش زاده[۳]، دکترای روان‌شناسی
سیدجلیل میرحسینی[۴]، فوق تخصص جراحی قلب
فهیمه کوهستانی[۵]، کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی

خلاصه

هدف. پژوهش حاضر با هدف بررسی تاثیر برنامه مداخله ای حمایت و همراهی همسر بر کیفیت زندگی، صمیمیت زناشویی و استرس بیماران تحت جراحی بای‌پس عروق کرونر انجام گرفت.

زمینه. درمان‌های حمایتی و توجه به مسائل روان‌شناختی بیماران قلبی در کنار مراقبت‌های پزشکی، می‌تواند به اثربخشی بهتر آنها کمک کند. فراهم کردن فضای عاطفی مناسب در خانواده در کنار مراقبت‌های پزشکی مانند مصرف دارو و کنترل رژیم غذایی، از جمله حمایت‌هایی است که همسران بیماران قبلی می‌توانند بعد از عمل جراحی بای‌پس عروق کرونر انجام دهند.

روش کار. این پژوهش یک طرح نیمه‌تجربی از نوع مطالعه موردی به شیوه خط پایه بود. نمونه این پژوهش، دو نفر از بیماران مرد متاهل تحت عمل جراحی بای‌پس عروق کرونر به همراه همسران‌شان بود که از بین مراجعه کنندگان به مراکز بازتوانی قلب شهرستان یزد انتخاب شدند و هشت جلسه آموزشی مبتنی بر الگوی مداخله‌ای حمایت و همراهی همسران را دریافت کردند. هر دو آزمودنی، پرسشنامه‌های کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی، پرسشنامه استرس، اضطراب و افسردگی و پرسشنامه صمیمیت زناشویی را قبل از درمان، حین درمان، در پایان درمان، و یک ماه پس از درمان تکمیل کردند.

یافته‌ها. به‌منظور تحلیل داده ها از روش تحلیل نموداری، تعیین درصد بهبودی و شاخص تغییر پایا استفاده شد. یافته‌ها نشان داد که الگوی مداخله‌ای حمایت و همراهی همسران موجب افزایش کیفیت زندگی و کاهش استرس بیماران در مراحل درمان و پیگیری شده بود، اما صمیمیت زناشویی بیماران در طول درمان تغییر چندانی نکرده بود.

نتیجه‌گیری. این یافته‌ها نشان می‌دهد که اگر حمایت و همراهی همسر بعد از جراحی قلب به‌درستی انجام شود، بهبود کیفیت زندگی و کاهش استرس بیماران را در پی دارد.

کلیدواژه‌ها: عمل جراحی بای پس عروق کرونر، همسر، حمایت، کیفیت زندگی، رابطه زناشویی، استرس

۱ کارشناس ارشد مشاوره خانواده، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه اردکان، اردکان، ایران
۲ دانشیار، گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه اردکان، اردکان، ایران (*نویسنده مسئول) پست الکترونیک:
y.rezapour@ardakan.ac.ir
۳ استادیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه اردکان، اردکان، ایران
۴ استاد، گروه جراحی قلب و عروق، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران
۵ کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه اردکان، اردکان، ایران

[Downloaded from icns.org.ir on 2025-10-18]

مقدمه

شرایط پراسترس و تنش‌زای جوامع کنونی سبب شده است که بیماری‌های قلبی در صدر علل مرگ زودهنگام، هرسال جان میلیون‌ها نفر را در کشورهای صنعتی و درحال‌توسعه به خطر اندازد و میلیاردها دلار هزینه ناشی از ضایعات مرگ و ازکارافتادگی را رقم زند. پیش‌بینی می‌شود از سال ۲۰۲۰ به بعد، نزدیک به ۲۵ میلیون مرگ ناشی از اختلالات قلبی در هرسال رخ دهد و این بیماری در رده اولین ضایعه کشنده و ناتوان‌کننده قرار گیرد (تات و آزادی مهرجردی، ۱۳۹۶). بنابراین، بیماری قلبی‌عروقی یکی از کشنده‌ترین بیماری‌های جسمی در قرن ۲۱ است (کلی و فوستر، ۲۰۱۰؛ گازیانو و همکاران، ۲۰۱۰). شیوع این بیماری در بزرگسالان ۱ تا ۲ درصد است و در سالمندان (بالاتر از ۷۰ سال) به ده درصد افزایش می‌یابد (موسترد و هوس، ۲۰۰۷). ازآنجاکه بیماری‌های قلبی-عروقی درصد زیادی از موارد مرگ را به خود اختصاص می‌دهند، لذا توجه ویژه‌ای را می‌طلبد تا با شناسایی عواملی که با این بیماری مرتبط است در جهت کاهش آن اقدام کرده و با افزایش دانش و اطلاعات در خصوص این بیماری، زمینه را برای اقدامات مناسب جهت پیشگیری فراهم کنیم (تات و مهرجردی، ۱۳۹۶). در سال‌های اخیر، مداخلات روان‌شناختی به‌طور فزاینده‌ای برای رفع مشکلات روانی بیماران قلبی مورد توجه قرارگرفته است. به‌عنوان‌مثال، از روش‌های آرام‌سازی و مداخلات رفتاری‌شناختی استفاده شده است (اورت گومر، ۲۰۱۲). بر طبق تحقیقات انجام‌شده، ۷۵ درصد بیماری‌های جسمی با استرس ارتباط دارند و یکی از عوامل موثر در بیماری‌های قلبی و سرطان که دو عامل مهم مرگ در جهان شناخته می‌شوند استرس است (بلوم و همکاران، ۲۰۱۰).

استرس عبارت از تجربه کردن وقایعی است که برای آسایش جسمی یا روان فرد مخاطره‌آمیز تلقی می‌شود و یکی از مولفه‌های تبیین‌کننده احتمال اتخاذ سبک‌های مقابله توسط افراد در موقعیت‌های استرس‌زا محسوب می‌شود (اصغری و همکاران، ۱۳۹۳). استرس ادراک‌شده حالتی روان‌شناختی است که در آن، بهزیستی روانی و جسمی فرد تهدید می‌شود و بستگی به چگونگی برداشت و درک فرد از رویدادهای زندگی دارد؛ بنابراین، ممکن است یک موقعیت برای فردی بی‌خطر و برای فرد دیگری خطرناک و تهدیدآمیز درک شود (کارکولین و همکاران، ۲۰۱۶). استرس، پیش‌درآمدی بر بیماری است، یعنی اگر استرس‌زاها در حالت مقاومت تداوم یابند، نیروی بدن تحلیل می‌رود و فرد مستعد ابتلا به بیماری می‌شود (حاجی و همکاران، ۱۳۹۱). در یک مطالعه، با تحت نظر گرفتن ۲۰۰ مرد برای مدت سه سال، یافته‌ها نشان داد که استرس میزان بیماری‌های قلبی را ۳ تا ۵ برابر افزایش می‌دهد (مسلر و کاپوبیانکو، ۲۰۰۱). استرس را از شایع‌ترین پیامدهای نامطلوب بیماری‌های قلبی می‌دانند و معتقدند که این پیامدها در نهایت سیر این دسته از بیماری‌ها را بدتر و وخیم‌تر می‌سازند (دیگیاکومو و همکاران، ۲۰۰۷).

عامل دیگری که در بیماران قلبی تحت تاثیر استرس قرار دارد و خود نیز می‌تواند بر روند بیماری تاثیر بگذارد، کیفیت زندگی افراد است. بر اساس تعریف سازمان بهداشت جهانی، کیفیت زندگی به درک فرد از جایگاه خود در زندگی، با توجه به بافت فرهنگی جامعه و اهداف، معیارها و نگرانی‌های فرد اشاره دارد و از متغیرهایی مثل سلامت جسمی، وضعیت روان‌شناختی، استقلال و روابط اجتماعی ناشی می‌شود (مومنی و شهبازی راد، ۱۳۹۱). طی سه دهه گذشته، کیفیت زندگی یکی از مهم‌ترین زمینه‌های تحقیقات بالینی و همچنین، به عنوان یکی از موثرترین جنبه‌های مراقبت از بیماران قلبی در نظر گرفته‌شده است. ازاین‌رو، از کیفیت زندگی برای تشخیص تفاوت بیماران، پیش‌بینی نتایج بیماری و ارزیابی مداخلات درمانی استفاده شده است (غوجازاده و همکاران، ۲۰۱۵؛ تامسون و یو، ۲۰۰۳). علاوه بر این، آموزش مراقبت‌های سلامتی به عنوان یکی از راهکارهای بهبود کیفیت زندگی در بیماران مزمن شناخته‌شده است (وانگ و همکاران، ۲۰۱۷). به‌طورکلی، مفهوم کیفیت زندگی دربرگیرنده این موضوع است که افراد چگونه جنبه‌های گوناگون زندگی خود که شامل نحوه واکنش عاطفی افراد به رویدادها، احساس رضایت از زندگی، کار و روابط شخصی است را ارزیابی می‌کنند (تئوفیلو، ۲۰۱۳).

از جمله عواملی که باکیفیت زندگی زوجین و همچنین، استرس بیماران قلبی ارتباط دارد صمیمیت زناشویی است. صمیمیت به‌عنوان یک نیاز روانی اساسی و یکی از اصلی‌ترین ویژگی‌های روابط زناشویی که بر سازگاری زناشویی و سلامت روان تاثیر می‌گذارد شناخته می‌شود (بودن و همکاران، ۲۰۱۰). صمیمیت به‌عنوان نزدیکی، تشابه و رابطه شخصی دوست‌داشتنی با شخص دیگر تعریف می‌شود که مستلزم آگاهی، درک عمیق، پذیرش و بیان افکار و احساسات طرف مقابل است و به‌صورت یک فرآیند تعاملی، پویا و ترکیبی جلوه می‌کند (باگاروزی، ۲۰۱۴). مطالعات نشان می‌دهند که رضایت از رابطه زناشویی و صمیمیت تجربه‌شده با شریک زندگی، باکیفیت زندگی و سلامت زوجین همبستگی دارد. ازاین‌رو، به نظر می‌رسد صمیمیت بیشتر با همسر به کاهش عوارض بیماری قلبی

[Downloaded from icns.org.ir on 2025-10-18]

می‌انجامد، زیرا افرادی که صمیمت بیشتری با همسر خود دارند، حمایت عاطفی بیشتری دریافت می‌کنند و درنتیجه، سلامت روانی و جسمی بیشتری را تجربه خواهند کرد (جانسون و گرینبرگ، ۱۹۹۴). بنابراین، در کنار صمیمیت زناشویی، یکی از عوامل مهمی که می‌تواند به روند درمان بیماران کمک کند همراهی و حمایت موثر همسران است.

حمایت همسر به عنوان تعامل متقابل زوجین، تامین احساس امنیت و عزت طرف مقابل، که برای برطرف کردن نیازهای زندگی یا مقابله با عوامل استرس‌زا ضروری است، تعریف می‌شود (شولز و شوارتز، ۲۰۰۴). در جمعیت‌های بالینی، حمایت‌های ارائه‌شده توسط همسران با بهبود مدیریت بیماری و رفتارهای بهداشتی مرتبط است (وود و همکاران، ۲۰۱۹). همچنین، عدم‌حمایت از جانب همسر با افزایش خطر مرگ و بستری مجدد در بیمارستان همراه است (چین و گلدمن، ۱۹۹۷)، که این خود کیفیت زندگی بیماران را تحت تاثیر قرار می‌دهد. بنابراین، همراهی همسر در طول دوره درمان و کمک به بیمار برای بازگشت به زندگی عادی از اهمیت زیادی برخوردار است (روهربرگ و همکاران، ۲۰۰۴)، و همچنین، عامل بسیار مهمی در درمان و بهبود کیفیت زندگی بیمار است (موریس و همکاران، ۲۰۱۶).

با توجه به نقش مهمی که همسران به‌عنوان مراقبت‌کننده و منابع حمایت اجتماعی ایفا می‌کنند عوامل مختلفی می‌تواند زمینه‌ساز ارتباط بین حمایت همسران با رفتارهای سلامتی بیماران باشد. اول اینکه، بر اساس نتایج مطالعات، مراقبان احساسات مثبتی از نقش خود مانند ارزشمندی را گزارش می‌کنند (کراس و همکاران، ۱۹۹۲). دوم اینکه، هنگامی‌که همسران از شریک خود که سعی در پایبندی به رژیم‌درمانی دارد حمایت می‌کنند، احساس راحتی می‌کنند که مجبور نیستند همسر خود را تحریک و از او انتقاد کنند و در عوض احساس می‌کنند که می‌توانند به آنها کمک کنند و رفتارهای سلامتی او را تایید نمایند. علاوه بر این، هنگامی‌که همسران حمایت می‌کنند بیماران به‌احتمال کمتری مقاومت نشان می‌دهند، و درنتیجه، احتمال استرس و اختلاف بین همسران کاهش می‌یابد (آگوست و همکاران، ۲۰۱۳).

با توجه به شیوع بیماری‌های قلبی در ایران که به عنوان مهمترین علل مرگ شناخته می‌شود و نظر به اینکه استرس یکی از عوامل خطرساز در ایجاد این بیماری است و حتی می‌تواند باعث عود آن شود، به نظر می‌رسد ارتباطات و حمایت همسر نقش مهمی در سلامت و بهبودی فرد در دوران بیماری داشته باشد. متاسفانه پژوهش‌های بسیار کمی در ایران و حتی در سایر کشورها در مورد نقش حمایت همسر بر کیفیت زندگی بیماران قلبی انجام‌شده است و اکثر پژوهش‌ها نیز صرفا به حمایت همسر در رسیدگی به رژیم غذایی اکتفا کرده‌اند و به بررسی انواع حمایت‌های عاطفی که همسر می‌تواند برای یک بیمار قلبی ارائه کند نپرداخته‌اند. پژوهش حاضر با در نظر گرفتن اهمیت حمایت همسر، به بررسی تاثیر الگوی حمایت و همراهی همسران بیماران تحت جراحی بای‌پس عروق کرونر بر کیفیت زندگی، صمیمیت زناشویی و استرس بیماران می‌پردازد. این پژوهش به دنبال این است که انواع حمایت‌های جسمی و روان‌شناختی را که همسر می‌تواند به بیمار ارائه دهد طی یک الگوی مداخله‌ای به همسران بیماران آموزش دهد و درنتیجه، چنانچه مشخص شود که با استفاده از این شیوه مداخله‌ای می‌توان بر میزان استرس و کیفیت زندگی بیماران قلبی تاثیر مثبت گذاشت، می‌توان امیدوار بود که در آینده، با آموزش این‌گونه مداخلات به همسر بیمار، موجب اثربخشی بیشتر درمان‌های پزشکی ارائه‌شده به بیماران قلبی شد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک طرح نیمه تجربی از نوع مطالعه موردی به شیوه خط پایه بود. به دلیل محدودیت در نمونه‌گیری، شرایط خاص سنی و بدنی بیماران و همسران آنها، حضور مشترک زن و مرد در جلسه آموزشی، و درنهایت آموزش‌هایی که برای تاثیر بیشتر باید به‌صورت فردی ارائه می‌شد، امکان تشکیل گروه آزمون و کنترل وجود نداشت، از طرح مطالعه موردی استفاده شد. برای بررسی تاثیر الگوی مداخله‌ای نیز مطالعه موردی به‌صورت طرح سری‌های زمانی همراه با خط پایه انجام شد. نمونه این پژوهش، دو نفر از بیماران مرد متاهل تحت عمل جراحی بای‌پس عروق کرونر مراجعه‌کننده به مراکز بازتوانی قلب شهرستان یزد به همراه همسران‌شان بود که به شیوه‌ی نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. معیارهای ورود و خروج نمونه‌گیری بر اساس متغیرهایی که ممکن بود روند آموزش برنامه مداخله‌ای یا متغیرهای وابسته را تحت تاثیر قرار دهند، انتخاب شد. معیارهای ورود شامل انجام عمل جراحی بای‌پس عروق کرونر و گذشت چهار ماه از جراحی، دامنه سنی ۴۵ تا ۶۵ سال، داشتن حداقل سواد ابتدایی، و جنسیت مرد بود. معیارهای خروج شامل داشتن اختلال روانی در بیمار و یا همسر، و داشتن بیماری جسمی خاص در بیمار یا همسر بود.

[Downloaded from icns.org.ir on 2025-10-18]

ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHOQOL-26) بود. این پرسشنامه یکی از پراستفاده‌ترین ابزارها برای سنجش کیفیت زندگی است که در سال ۱۹۹۶ توسط گروهی از کارشناسان سازمان بهداشت جهانی به‌منظور ارزیابی کیفیت زندگی طراحی شد (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۶). این پرسشنامه یک ابزار خودگزارشی است و آزمودنی باید در یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای، از "خیلی بد" با نمره ۱ تا "خیلی خوب" با نمره ۵ به هر سئوال پاسخ دهد. این پرسشنامه در مجموع ۲۶ سئوال دارد و چهار حیطه سلامت جسمی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط را با ۲۴ سئوال می‌سنجد (هر یک از این حیطه‌ها به ترتیب دارای ۷، ۶، ۳ و ۸ سووال هستند). دو سئوال اول به هیچ یک از حیطه ها تعلق ندارد و وضعیت کلی سلامت عمومی و کیفیت زندگی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. سئوالات ۳، ۴ و ۲۶ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. نمره خرده‌مقیاس سلامت جسمی از جمع نمرات سئوالات ۱۸، ۱۷، ۱۶، ۱۵، ۱۰، ۴، ۳ به دست می‌آید و دامنه نمرات این خرده‌مقیاس بین ۷ تا ۳۵ و تفاضل این دو، ۲۸ است. خرده‌مقیاس سلامت روان از جمع نمرات سوالات ۲۶، ۱۹، ۱۱، ۷، ۶، ۵ به دست می‌آید، دامنه نمرات این زیر مقیاس بین ۶ تا ۳۰ و تفاضل این دو، ۲۴ است. خرده‌مقیاس روابط اجتماعی از جمع نمرات سئوالات ۲۲، ۲۱، ۲۰ به دست می‌آید؛ دامنه نمرات این خرده‌مقیاس بین ۳ تا ۱۵ و تفاضل این دو، ۱۲ است. خرده‌مقیاس سلامت محیط از جمع نمرات سئوالات ۲۵، ۲۴، ۲۳، ۱۴، ۱۳، ۱۲، ۹، ۸ به دست می‌آید و دامنه نمرات این خرده‌مقیاس بین ۸ تا ۴۰ و تفاضل این دو، ۳۲ است. کیفیت زندگی و سلامت عمومی کلی نیز از جمع نمرات سئوالات ۱ و ۲ به دست می‌آید؛ دامنه نمرات این خرده‌مقیاس بین ۲ تا ۱۰ و تفاضل این دو، ۸ است. در نسخه فارسی این پرسشنامه، آلفای کرونباخ برای سلامت جسمی، ۰/۷۷؛ سلامت روانی، ۰/۷۷؛ حیطه روابط اجتماعی، ۰/۷۵؛ و حیطه سلامت محیط، برابر ۰/۸۴ گزارش شد و پایایی این آزمون به روش همسانی درونی از طریق آلفای کرونباخ برای جمعیت سالم در حیطه سلامت جسمی، ۰/۷۰؛ سلامت روانی، ۰/۷۳؛ حیطه روابط اجتماعی، ۰/۵۵؛ و ارتباطات محیطی، ۰/۸۴ گزارش شد و ضریب پایایی به روش بازآزمایی پس از دو هفته، ۰/۷۰ محاسبه شد. روایی تمایز این پرسشنامه نیز در تمام حیطه‌ها بررسی و تایید شد (نجات و همکاران، ۱۳۸۵). انحراف معیار و پایایی بازآزمون یک نمونه ۱۰ نفری از جامعه بیماران به ترتیب، ۳/۳۴ و ۶۴ درصد به دست آمد.

ابزار دیگر استفاده شده در پژوهش، پرسشنامه افسردگی، اضطراب و استرس (DASS21) بود که حالت‌های افسردگی، تنیدگی و اضطراب را می‌سنجد و توسط لاویبوند در سال ۱۹۹۵ ساخته شد. این پرسشنامه شامل ۲۱ سئوال است که هر ۷ سئوال به یک بعد اختصاص دارد و در یک طیف چهاردرجه‌ای لیکرت از صفر (اصلا صدق نمی‌کند) تا ۳ (کاملا صدق می‌کند) نمره‌گذاری می‌شود (لاویبوند و لاویبوند، ۱۹۹۵). نمره نهایی هر بعد، از طریق مجموع نمرات سئوالات مربوط به آن به دست می‌آید. با توجه به اینکه این پرسشنامه فرم کوتاه‌شده مقیاس اصلی (۴۲ سئوالی) است، نمره نهایی هر یک از خرده‌مقیاس‌ها باید دو برابر شود. خرده‌مقیاس افسرگی شامل سئوالات ۲۱، ۱۷، ۱۶، ۱۳، ۱۰، ۵، ۳؛ خرده‌مقیاس اضطراب شامل سوالات ۲۰، ۱۹، ۱۵، ۹، ۷، ۴، ۲؛ و خرده مقیاس استرس شامل سوالات ۱۸، ۱۴، ۱۲، ۱۱، ۸، ۶، ۱ هستند. نتایج مطالعه‌ای که در ایران روی نسخه فارسی این پرسشنامه انجام شد نشان داد که اعتبار بازآزمایی برای مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب برابر، ۰/۸۱، ۰/۷۴، و ۰/۷۸ است و این آزمون قدرت تشخیص دقیق و مناسب برای مقیاس خود را دارد (سامانی و جوکار، ۱۳۸۶). انحراف معیار و پایایی بازآزمون این پرسشنامه در یک نمونه ۱۰ نفری از جامعه بیماران به ترتیب، ۵/۷۲ و ۶۶ درصد به دست آمد.

سومین ابزار مورد استفاده در این پژوهش، پرسشنامه صمیمیت زناشویی تامپسون و واکر (۱۹۸۳) بود که دارای ۱۷ سئوال برای سنجش مهر و صمیمیت است و با استفاده از مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرت ("هرگز" تا "همیشه" با امتیاز ۷) نمره‌گذاری می‌شود. نمره آزمودنی در این مقیاس از طریق جمع نمرات سئوالات حاصل می‌شود و خرده‌مقیاسی ندارد. دامنه نمرات بین ۱۷ تا ۱۱۹ است و نمره بالاتر نشان‌دهنده صمیمیت زناشویی بیشتر است. سازندگان روایی ابزار را با روش تحلیل عاملی تایید و پایایی آن را در پژوهش‌های متفاوت با روش آلفای کرونباخ، ۰/۹۱ تا ۰/۹۷ گزارش کردند (واکر و تامپسون، ۱۹۸۳؛ به نقل از ثنایی، ۱۳۷۹). پایایی نسخه فارسی این ابزار با روش آلفای کرونباخ برای مردان و زنان به ترتیب، ۰/۹۰ و ۰/۸۳ به دست آمد (نادری و آزادمنش، ۱۳۹۱).

پژوهشگر پس از مراجعه به بیماران و گرفتن شرح‌حال از آنها با توجه به معیارهای ورود و خروج، افراد واجد شرایط شرکت در پژوهش را انتخاب نمود که حتی‌الامکان از لحاظ وضعیت بیمار، شرایط خانوادگی و روان‌شناختی شبیه یکدیگر بودند. به افراد در مورد محرمانه ماندن اطلاعات حاصل از مصاحبه‌ها و همچنین، اطلاعات شخصی بیماران و خانواده‌ها اطمینان داده شد، رضایت بیماران و همسران آنها با استفاده از فرم رضایت‌نامه ثبت شد و یک جلسه توجیهی و مقدماتی با بیماران و همسران آنها در مورد اهداف تحقیق برگزار

[Downloaded from icns.org.ir on 2025-10-18]

شد. بر طبق منابع و متون نظری در رابطه با حمایت و همراهی همسران در بیماران قلبی‌عروقی، یک برنامه مداخله‌ای طراحی شد، که این پروتکل به‌صورت زوجی برای همسران و بیماران اجرا شد و برای بهتر شدن تاثیر، همسر و بیمار، هر دو در این جلسات شرکت داشتند. با توجه به استفاده از طرح خطوط پایه چندگانه پلکانی، آزمودنی اول پس از اجرای دو خط پایه در جلسه مقدماتی وارد مرحله درمان شد و به همین ترتیب، آزمودنی دوم پس از اجرای سه خط پایه وارد مرحله درمان شد. لازم به ذکر است گرفتن هر خط پایه برای آزمودنی‌ها در فاصله زمانی یک هفته از یکدیگر به اجرا درآمد. پس از تعیین خط پایه برای هر فرد، هر یک وارد مرحله درمان شدند. سپس، آزمودنی‌ها در انتهای جلسه سوم، پنجم، هفتم و جلسه پایانی و پیگیری یک‌هفته‌ای و یک‌ماهه نیز مورد سنجش قرار گرفتند. روند درمان شامل یک جلسه مقدماتی یک ساعته و ۸ جلسه درمانی ۱/۵ ساعته بود که برای هر فرد به‌صورت مجزا انجام شد. محتوای برنامه مداخله‌ای در جدول شماره ۱ آورده شده است.

جدول شماره ۱: چهارچوب کلی جلسات درمانی حمایت و همراهی همسر در بیماران قلبی

جلسات	محتوای جلسات
مقدمه	آشنایی و معارفه گروه با یکدیگر و برقراری رابطه درمانی و ایجاد همدلی، توضیح راجع به ساختار جلسات، نقش درمانگر و مسئولیت‌های فرد، مشکلات بیماران قلبی، توضیح در مورد رازداری و محرمانه بودن جلسات، تکمیل پرسشنامه کیفیت زندگی، استرس و صمیمیت زناشویی توسط بیماران
جلسه ۱	کنترل و حمایت همسران (فرانکس و همکاران، ۲۰۰۶؛ روزلند و پیته، ۲۰۱۰)، آشنایی همسران با بیماری عروق کرونر و سپس توضیح در مورد همراهی همسران در چگونگی کنترل رفتارهای نامطلوب و تقویت و تداوم رفتارهای مطلوب در بیماران جراحی بای‌پس عروق کرونر
جلسه ۲	همدلی (آستین، ۲۰۰۴)، آشنایی با سیستم حمایتی همسر در هنگام بیماری و چگونگی همدلی همسر با بیمار قلبی‌عروقی
جلسه ۳	خودشفقت‌ورزی (ون هورن و همکاران، ۲۰۰۲)، آشنایی همسران با خودشفقت‌ورزی و اینکه همسران چگونه می‌توانند نسبت به خود و بیمار، خودشفقت‌ورزی داشته باشند.
جلسه ۴	مدیریت استرس (فارل و همکاران، ۲۰۰۰)، آشنایی با مدیریت استرس و اینکه همسران و بیماران در هنگام استرس چه راهکارهایی باید انجام دهند تا استرس آنها کنترل شود. در این رابطه، روش‌های دم و بازدم عمیق و روش مراقبه آموزش داده شد.
جلسه ۵	آشنای با انواع خشم و چگونگی کنترل آن، در هنگام خشم چه راهکارهایی باید انجام دهیم تا خشم خود را کنترل کنیم و آموزش روش‌هایی برای کنترل خشم
جلسه ۶	حمایت عاطفی (دوگلی و همکاران، ۲۰۰۷)، آشنایی با حمایت عاطفی همسر و صمیمیت زناشویی در بیماران قلبی، و اینکه همسران چگونه می‌توانند در هنگام بیماری صمیمیت زناشویی خود را حفظ کنند.
جلسه ۷	آشنایی با معنویت و مذهب در فرآیند بهبودی پس از عمل جراحی قلب و اینکه چگونه همسران می‌توانند حمایت معنوی داشته باشند (تاج بخش و همکاران، ۱۳۹۵).
جلسه ۸	معایب حمایت افراطی (بنیامینی و همکاران، ۲۰۰۷)، آشنایی با معایب زیاده‌روی حمایت همسر از بیمار و جمع‌بندی مطالب جلسات گذشته

داده‌ها به روش تحلیل نموداری، تعیین درصد بهبودی و شاخص تغییر پایا مورد تحلیل قرار گرفتند. به‌عبارتی‌دیگر، تحلیل تغییرات نمرات بیماران در طول جلسات درمان به دو صورت انجام گرفت: روش اول، تحلیل نتایج با استفاده از نمودار و به‌صورت ترسیمی و روش دوم، استفاده از درصد بهبودی به‌منظور بررسی معناداری بالینی تغییرات. به‌منظور محاسبه درصد بهبودی از تقسیم تفاوت نمره پیش‌آزمون و پس‌آزمون بر نمره پیش‌آزمون ضربدر ۱۰۰ استفاده شد. این فرمول اولین بار توسط اسکوارز و بلنچارد (۱۹۹۸) مورد استفاده قرار گرفت.

[Downloaded from icns.org.ir on 2025-10-18]

برای سنجش معنی داری تغییرات بالینی از شاخص تغییر پایا استفاده شد. برای محاسبه شاخص تغییر پایا، نمره پس از درمان و پیگیری آخر، از نمره قبل از درمان یا همان خط پایه آخر کسر و بر خطای استاندارد تفاوت‌ها تقسیم می‌شود و اگر نتیجه، بزرگ‌تر از ۱/۹۶ باشد می‌توان گفت با اطمینان ۰/۹۵، تغییر معنی‌دار است.

یافته‌ها

دو بیمار که هردو تحت عمل جراحی بای‌پس عروق کرونر قرارگرفته بودند در این پژوهش شرکت کردند. نفر اول ۶۲ سال و نفر دوم ۶۵ سال سن داشتند، هر دو متاهل و به ترتیب، دارای ۴۳ و ۴۴ سال سابقه زندگی مشترک بودند. هر دو بازنشسته بودند، سطح تحصیلات نفر اول، ابتدایی و نفر دوم، سیکل بود. سطح تحصیلات همسر هر دو فرد نیز ابتدایی بود. نمرات کیفیت زندگی، استرس و صمیمیت زناشویی هر دو شرکت‌کننده به تفکیک مراحل مختلف خط پایه، درمان و پیگیری در جدول شماره ۲ آورده شده است.

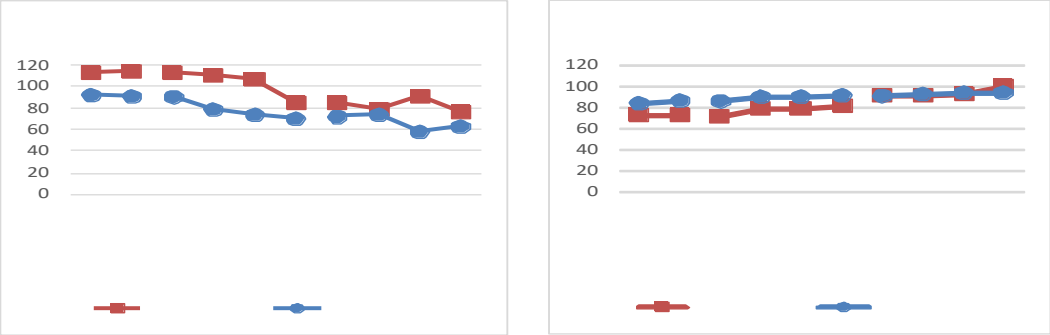
جدول شماره ۲: نمرات شرکت‌کنندگان در طی مراحل آزمون، درصد بهبودی و شاخص تغییر پایا

متغیر	کیفیت زندگی		استرس		صمیمیت زناشویی	
مراحل آزمون	آزمودنی ۱	آزمودنی ۲	آزمودنی ۱	آزمودنی ۲	آزمودنی ۱	آزمودنی ۲
خط پایه ۱	۸۴	۷۱	۹۲	۱۱۲	--	--
خط پایه ۲	۸۶	۷۳	۹۰	۱۱۴	۱۱۸	۱۱۸
خط پایه ۳	--	۷۱	--	۱۱۲	۱۱۸	۱۱۸
جلسه اول	۹۰	۷۹	۷۸	۱۱۰	--	۱۱۷
جلسه سوم	۹۰	۷۹	۷۴	۱۰۶	۱۱۸	۱۱۸
جلسه پنجم	۹۱	۸۱	۷۰	۸۴	۱۱۸	۱۱۷
جلسه هفتم	۹۱	۹۱	۷۲	۸۴	۱۱۶	۱۱۸
جلسه نهم	۹۲	۹۱	۷۴	۷۸	۱۱۸	۱۱۸
شاخص تغییر پایه	۲/۱۲	۷/۰۶	-۳/۴	-۷/۲۳	۱۱۸	۱۱۸
درصد بهبودی	۶/۹	۲۸/۱	۱۷/۷	۳۰/۳	--	--
بهبودی کلی	۱۷/۵		۲۴		--	--
پیگیری یک هفته	۹۴	۹۲	۵۸	۹۰	۱۱۹	۱۱۹
پیگیری یک ماهه	۹۴	۱۰۰	۶۲	۷۶	۱۱۸	۱۱۸
شاخص تغییر پایه پیگیری	۲/۸۲	۱۰/۲۴	-۵/۹۵	-۷/۶۵	--	--
درصد بهبود پیگیری	۹/۳	۴۰/۸	۳۱/۱	۳۲/۱	--	--

همان‌طور که در جدول شماره ۲ مشاهده می‌شود، کیفیت زندگی هر دو شرکت‌کننده در مرحله درمان نسبت به خط پایه افزایش داشته است. درصد بهبودی بعد از مداخله نشان می‌دهد که ۱۷/۵ درصد تغییرات در کیفیت زندگی شرکت‌کنندگان را می‌توان به آموزش همراهی همسر نسبت داد. شاخص تغییر پایا بیشتر از ۱/۹۶ است که نشان می‌دهد این تغییرات معنی‌دار است. این تغییرات در مرحله پیگیری حتی بیشتر هم شده بود که نشان می‌داد مداخله، اثر پایداری را بر افزایش کیفیت زندگی شرکت‌کنندگان داشته است و همراهی همسران بعد از مداخله نیز ادامه دارد. شاخص تغییر پایا که بالاتر از ۲/۵۸ در هر دو شرکت‌کننده به دست آمد، این‌بار نشان می‌داد که بهبود کیفیت زندگی هر دو با اطمینان ۰/۹۹ معنی‌دار است. مشابه این مسئله، اما به صورت کاهشی، در مورد استرس نیز وجود داشت، به این صورت که نمرات هر دو شرکت‌کننده پس از مداخله در استرس کاهش یافته بود. درصد بهبودی کلی ۲۴ درصد نشان می‌داد کاهش استرس به مراتب بهتر از بهبود کیفیت زندگی اتفاق افتاده است. شاخص تغییر پایا نیز بیانگر این مسئله بود که پس از مداخله، تغییرات با اطمینان ۰/۹۹ (شاخص بالاتر از ۲/۵۸) معنی‌دار است. مشابه با کیفیت زندگی، در مرحله پیگیری نیز تغییرات استرس ادامه داشت و حتی شاهد کاهش بیشتر استرس نسبت به مرحله پس از مداخله بودیم که این تغییرات نیز با اطمینان

[Downloaded from icns.org.ir on 2025-10-18]

بالایی معنی‌دار بود. با توجه به این یافته‌ها می‌توان نتیجه گرفت که آموزش همراهی همسر در افزایش کیفیت زندگی و کاهش استرس شرکت‌کنندگان پژوهش تاثیر معنی‌داری داشته است. در مورد صمیمیت زناشویی، در هر دو شرکت‌کننده، تغییرات اندک و نامنظم بود که عملا محاسبه درصد بهبودی و شاخص تغییر پایا امکان‌پذیر نبود و نتایج نشان می‌داد مداخله نتوانسته است تغییر معنی‌داری در صمیمیت زناشویی شرکت‌کنندکان پژوهش ایجاد کند. نمودار تغییرات شرکت‌کنندگان پژوهش در کیفیت زندگی و استرس در زیر آورده شده است. نمودار صمیمیت به دلیل تغییرات پایین نمرات آورده نشد.



نمودار شماره ۱: روند تغییر نمرات کیفیت زندگی و استرس در مراحل خط پایه، درمان و پیگیری

بحث

یافته‌های این پژوهش که با هدف بررسی تاثیر الگوی مداخله‌ای همراهی همسران بر کیفیت زندگی، استرس و صمیمیت زناشویی بیماران تحت عمل جراحی بای‌پس عروق کرونر انجام شد، نشان داد که آموزش الگوی مداخله‌ای همراهی همسران بر بهبود کیفیت زندگی بیماران تاثیر معنی‌داری دارد. این یافته‌ها به‌طورکلی با مطالعات قبلی همسو است که نشان دادند حمایت همسران از همدیگر با کیفیت زندگی همبسته است (رافیکس و همکاران، ۲۰۱۴؛ سلیمانیان و نظری، ۲۰۰۷). همچنین، در راستای نتایج این یافته‌ها، مطالعه‌ای که در ایران انجام شد نشان داد که مطلوب بودن کیفیت زندگی بیماران را می‌توان به حمایت اجتماعی درک شده بالای بیماران از سوی اعضای خانواده، به‌خصوص همسران، و متاهل بودن درصد بالایی از افراد مورد مطالعه نسبت داد. محققان این پژوهش استنباط کردند افراد متاهل به دلیل اینکه حمایت بیشتری از سوی همسر خود دریافت می‌کنند کیفیت زندگی بهتری دارند. به اعتقاد آنها اعضای خانواده و همسران، مهم‌ترین و اصلی‌ترین منبع حمایت اجتماعی از بیمار بودند. بیماران در پاسخ به این سئوال که شما روی حمایت چه کسانی حساب می‌کنید، اکثرا همسر و خانواده را به‌عنوان منابع حمایتی خود معرفی کردند و ارتباط قوی‌تری بین حمایت همسر با کیفیت زندگی نسبت به منابع حمایتی دیگر وجود داشت (حیدری و همکاران، ۱۳۸۸). شواهد نشان می‌دهد رابطه معناداری بین حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت وجود دارد و پایبندی به درمان با حمایت همسر مرتبط است (وارس، ۲۰۱۸؛ کیم و همکاران، ۲۰۱۸). بنابراین، حمایت و همراهی همسر می‌تواند بر بیمار و روند بهبودی وی تاثیرگذار باشد، زیرا همسر، بیمار را در جهت بهبودی تشویق و حمایت می‌کند و او را از رفتارهای نامطلوب سلامتی باز می‌دارد. از طرفی، آگاهی همسر از علل، عوارض و علایم بیماری موجب می‌شود تا بتواند به بیمار کمک کند عوامل خطرساز را کاهش دهد. همسران همچنین می‌توانند محیطی آرام برای بیماران فراهم کنند که این امر موجب کاهش تنش و استرس و ایجاد حال خوب در بیمار شده و در نتیجه، کیفیت زندگی بیمار را بهبود می‌بخشد.

یافته‌های این پژوهش همچنین نشان داد که تاثیر آموزش الگوی حمایت و همراهی همسران بر صمیمیت زناشویی تاثیر معنی‌داری ندارد. این یافته با نتایج پژوهش‌های پیشین همسو نبود (یدیریر و همارتا، ۲۰۱۵؛ وداس و همکاران، ۲۰۱۳). یافته‌های پژوهش‌های پیشین نشان می‌دهند که همسران با روابط خوب احتمالا رضایت بیشتری از رابطه با شریک زندگی خود دارند و معنای بیشتری از وضعیت مراقبت پیدا می‌کنند. لذا، آن دسته از افرادی که قبل از شروع بیماری سطح صمیمیت بالایی را تجربه می‌کنند، با تمایل بیشتری نقش مراقبت را به عهده می‌گیرند، زیرا نسبت به شریک زندگی خود احساس علاقه عمیق‌تری می‌کنند و تمایل بیشتری به

[Downloaded from icns.org.ir on 2025-10-18]

مراقبت دارند (موریس و همکاران، ۱۹۸۸). برعکس، افرادی که صمیمیت کمتری دارند فقط ممکن است به خاطر احساس وظیفه نقش مراقب را به عهده بگیرند (هورویتز و شیندلان، ۱۹۸۳). احتمال دارد غیرمعنی‌دار شدن اثر الگوی مداخله‌ای همسران بر صمیمت زناشویی شرکت‌کنندگان پژوهش حاضر به این علت باشد که بیش از ۴۰ سال از زندگی مشترک هر دو آزمودنی می‌گذشت و این زوجین به علت گذشت زمان و مدت طولانی که در کنار هم زندگی کرده‌اند، با چالش‌های زیادی در زندگی مانند رسیدن به یک امنیت مالی و تولد فرزندان مواجه شده‌اند که برای عبور از این مراحل به‌تدریج به سازگاری زناشویی رسیده‌اند و میزان این سازگاری آن‌قدر بالا بود که نیازی به بهبود نداشته باشد.

یافته‌های دیگر این پژوهش نیز نشان داد که تاثیر آموزش الگوی همراهی همسران بر کاهش استرس بیماران تاثیر دارد. این یافته با نتایج مطالعات مشابه همسو بود (داگان و همکاران، ۲۰۱۱؛ شهرویی و همکاران، ۱۳۹۵). یافته‌های یک مطالعه نشان داد افرادی که حمایت بیشتری از همسر خود دریافت می‌کنند استرس و پریشانی کمتری را نشان می‌دهند. این‌گونه استدلال می‌شود که استرس عاملی مهم، هم در ابتلای افراد به بیماری قلبی است و هم عاملی است که در حین و بعد از بیماری، موثر بوده و بیماران در هر سه مرحله با آن روبرو هستند. استرس و تنش‌های ناشی از آن در دوره بیماری به اوج خود می‌رسند و مشکلات ناشی از بیماری را بارزتر می‌کنند، و حمایت همسر به‌عنوان منبع مقابله در کنار آمدن با استرس ناشی از بیماری به‌عنوان یک شاخص مهم، امری ضروری است (شهرویی و همکاران، ۱۳۹۵). به‌طور خاص، حمایت به‌عنوان سپری در برابر استرس شناسایی می‌شود که اثرات مضر استرس را بر سلامت جسم و روان کاهش می‌دهد (کوهن و ویلز، ۱۹۸۵). شواهد زیادی وجود دارند که نشان می‌دهند افراد با شبکه‌های اجتماعی بزرگ‌تر و کسانی که از حمایت در دسترس برخوردار هستند واکنش کمتری نسبت به عوامل استرس‌زا نشان می‌دهند یا از سلامتی بهتری برخوردار هستند (هوس و همکاران، ۱۹۸۸). تأثیرگذارترین دیدگاه نظری در مورد حمایت، این فرضیه را مطرح می‌کند که از طریق اقدامات حمایتی دیگران که مقابله را تسهیل می‌کند اثرات استرس‌زا کاهش می‌یابد (توییتز، ۱۹۸۶). این باور که در صورت لزوم، حمایتی برای من در دسترس است، می‌تواند منجر به کاهش استرس در موقعیت‌های تنش‌زا شود (لاکی و کوهن، ۲۰۰۰). با توجه به مدل مقابله‌ای متناسب با رشد که توسط برگ و آپچرچ (۲۰۰۷) مطرح شده است، می‌توان نتیجه گرفت که ارزیابی بیماران از بیماری و پیامدهای آن و سازگاری آن‌ها با این مسئله تحت تاثیر حمایت همسران آنها قرار دارد (برگ و آپچرچ، ۲۰۰۷). تاثیر حمایت اجتماعی در کاهش استرس یا ارتقای سلامتی به‌صورت دو مدل بررسی شده است: اثرات اصلی و خنثی‌سازی استرس. مدل اثرات اصلی بیان می‌کند که حمایت اجتماعی صرف‌نظر از میزان استرس مفید است، ولی بر اساس پیش‌بینی مدل خنثی‌سازی فشار روانی، حمایت اجتماعی تحت شرایط کم استرس ارزش چندانی ندارد، زیرا چیز زیادی برای خنثی شدن وجود ندارد (گرامور و همکاران، ۲۰۱۱).

نتیجه‌گیری

یافته‌های این پژوهش نشان داد که اگر همراهی همسر به‌درستی انجام شود، بهبود کیفیت زندگی و کاهش استرس بیماران را در پی دارد. بر اساس این یافته‌ها می‌توان نتیجه گرفت، حمایت همسر به دلیل تاثیر آن بر سلامت و افزایش کیفیت زندگی و کاهش استرس بیماران قلبی بسیار مهم است. هنگامی‌که بیماران درک کنند حمایت همسر در دسترس آن‌ها است، توانایی بیشتری برای مقابله با عوامل استرس‌زا دارند. همراهی همسر موجب می‌شود که بیمار انگیزه بهتری برای درمان و در نتیجه، بهبود کیفیت زندگی خود پیدا کند. بنابراین، می‌توان گفت نقش همسر در کنار درمان‌های پزشکی از اهمیت زیادی برخوردار است. لذا پیشنهاد می‌شود، جهت مشارکت بهتر همسران در فرآیند درمان، دوره‌ها و برنامه‌های مدون آموزشی در مراکز درمانی و بازتوانی قلب در این خصوص تشکیل شود؛ به نظر می‌رسد این آموزش‌ها می‌توانند به اثربخشی بهتر درمان‌های پزشکی نیز کمک کند.

این مطالعه دارای محدودیت‌هایی نیز بود که ضروری است در تعمیم یافته‌های پژوهش به این محدودیت‌ها نیز توجه کرد. یافته‌های این پژوهش را نمی‌توان به همه بیماران تحت عمل جراحی قلب تعمیم داد. این امکان وجود دارد که بسته به شرایط متفاوت بیماران از نظر فردی، موقعیت اجتماعی، فرهنگی و شرایط اقتصادی، نتایج متفاوتی به دست آید. همچنین، آزمون‌های پیگیری طولانی‌مدت به علت محدودیت‌های اجرایی و مشکلات دسترسی مجدد به شرکت‌کنندگان امکان‌پذیر نبود، بنابراین، دوام تاثیر آموزش الگوی مداخله‌ای حمایت و همراهی همسران در طولانی‌مدت قابل ارزیابی نبود. با این‌وجود، برای تعمیم بهتر نتایج این پژوهش پیشنهاد

[Downloaded from icns.org.ir on 2025-10-18]

می‌شود، پژوهش‌های مشابهی با استفاده از طرح تجربی کامل همراه با گروه آزمون و کنترل انجام شود. همچنین، این پژوهش بر روی بیماران زن تحت عمل جراحی بای‌پس عروق کرونر نیز انجام شود تا تاثیر همراهی شوهران بر روی زنان نیز ارزیابی شود.

تقدیر و تشکر

این مقاله حاصل بخشی از پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد است. پژوهشگران از همه افرادی که در مراحل تصویب و اجرای این پژوهش همکاری نموداند کمال تشکر را دارند. همچنین، این پژوهش با کد IR.YAZD.REC.1399.029 در کمیته اخلاق دانشگاه یزد به ثبت رسیده است.

منابع فارسی

اصغری، ف. قاسمی جوبنه، ر. یوسفی، ن. سعادت، س. رفیعی گزنی، ف. ۱۳۹۳. نقش استرس ادراک شده و سبک های مقابله در اختلالات خوردن دانش آموزان دبیرستانی شهر رشت در سال ۱۳۹۲. سلامت جامعه، ۸ (۲)، ۳۸-۲۸.

تات، م. آزادی مهرجردی، ه. ۱۳۹۶. نقش درآمیختگی افکار و اجتناب تجربی در پیش‌بینی روان‌رنجوری بیماران قلبی-عروقی بیمارستان شهید چمران اصفهان در سال ۱۳۹۵. مجله علوم پزشکی زانکو، ۱۸ (۵۸)، ۴۰-۳۳.

تاج بخش، ف. حسینی، م. رهگذر، م. ۱۳۹۵. تأثیر مراقبت معنوی-مذهبی بر استرس بیماران پس از عمل جراحی بای پس عروق کرونر قلب. نشریه پژوهش توانبخشی در پرستاری، ۲ (۴)، ۶۵-۵۷.

ثنایی، ب. ۱۳۷۹. مقیاس های سنجش خانواده و ازدواج. تهران، انتشارات بعثت.

حاجی، ی. رجب نژاد، م. خدامی ویشته، ح. مصری، م. آقاپور، ا. سالاری، م. انیسی، ج. ۱۳۹۱. بررسی مدیریت استرس بر سلامت عمومی و سبک زندگی دانشجویان دانشگاه امام حسین(ع) تهران. سبک زندگی اسلامی با محوریت سلامت، ۱ (۱)، ۳۰.

حیدری، س. سلحشوریان، ا. رفیعی، ف. حسینی، ف. ۱۳۸۸. ارتباط حمایت اجتماعی درک شده از سوی منابع حمایتی مختلف و اندازه شبکه اجتماعی با کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان. نشریه پرستاری ایران، ۲۲ (۶۱)، ۱۸-۸.

سامانی، س. جوکار، ب. ۱۳۸۶. بررسی اعتبار و روایی فرم کوتاه مقیاس افسردگی، اضطراب و فشار روانی. مجله علوم اجتماعی و انسانی دانشگاه شیراز، ۲۶ (۳)، ۷۶-۶۵.

شهرویی، ع. مهرابی زاده هنرمند، م. عادل، م. شهرویی، م. شهرویی، ش. ۱۳۹۵. اثربخشی مداخله مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری بر سلامت عمومی بیماران قلبی-عروقی. مجله علمی پزشکی جندی شاپور، ۱۵ (۶)، ۷۶۶-۷۵۷.

مومنی، خ. شهبازی راد، ا. ۱۳۹۱. رابطه معنویت، تاب آوری و راهبردهای مقابله ای با کیفیت زندگی دانشجویان. مجله علوم رفتاری، ۶ (۲)، ۱۰۳-۹۷.

نادری، ف. آزادمنش، پ. ۱۳۹۱. مقایسه دلزدگی زناشویی، عملکرد خانواده و صمیمیت کارکنان زن و مرد. یافته های نو در روانشناسی، ۷ (۲۲)، ۱۱۲-۹۷.

نجات، س. منتظری، علی. هلاکویی نایینی، کورش. محمد، کاظم. مجدزاده، ر. ۱۳۸۵. استاندارد سازی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت: ترجمه و روان سنجی گونه ایرانی. فصلنامه دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، ۴ (۴)، ۱۲-۱.

منابع انگلیسی

August, K. J., Rook, K. S., Franks, M. M., & Parris Stephens, M. A. (2013). Spouses' involvement in their partners' diabetes management: Associations with spouse stress and perceived marital quality. Journal of Family Psychology, 27(5), 712-721.

Austin, E. J., Saklofske, D. H., Huang, S. H., & McKenney, D. (2004). Measurement of trait emotional intelligence: Testing and cross-validating a modified version of Schutte et al.'s (1998) measure. Personality and individual differences, 36(3), 555-562.

Bagarozzi, D. A. (2014). Enhancing intimacy in marriage: A clinician's guide. routledge.

Benyamini, Y., Medalion, B., & Garfinkel, D. (2007). Patient and spouse perceptions of the patient's heart disease and their associations with received and provided social support and undermining. Psychology and Health, 22(7), 765-785.

Berg, C. A., & Upchurch, R. (2007). A developmental-contextual model of couples coping with chronic illness across the adult life span. Psychological bulletin, 133(6), 920-954.

[Downloaded from icns.org.ir on 2025-10-18]

Blum, C. A., Borglund, S., & Parcells, D. (2010). High-fidelity nursing simulation: Impact on student self-confidence and clinical competence. International Journal of Nursing Education Scholarship, 7(1).
Boden, J. S., Fischer, J. L., & Niehuis, S. (2010). Predicting marital adjustment from young adults' initial levels and changes in emotional intimacy over time: A 25-year longitudinal study. Journal of Adult Development, 17(3), 121-134.
Chin, M. H., & Goldman, L. (1997). Correlates of early hospital readmission or death in patients with congestive heart failure. The American journal of cardiology, 79(12), 1640-1644.
Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. Psychological bulletin, 98(2), 310-357.
Dagan, M., Sanderman, R., Schokker, M. C., Wiggers, T., Baas, P. C., Van Haastert, M., & Hagedoorn, M. (2011). Spousal support and changes in distress over time in couples coping with cancer: The role of personal control. Journal of Family Psychology, 25(2), 310-318.
De Vogli, R., Chandola, T., & Marmot, M. G. (2007). Negative aspects of close relationships and heart disease. Archives of Internal Medicine, 167(18), 1951-1957.
DiGiacomo, M., Davidson, P. M., Vanderpluym, A., Snell, R., & Worrall-Carter, L. (2007). Depression, anxiety and stress in women following acute coronary syndrome: implications for secondary prevention. Australian critical care, 20(2), 69-76.
Franks, M. M., Stephens, M. A. P., Rook, K. S., Franklin, B. A., Keteyian, S. J., & Artinian, N. T. (2006). Spouses' provision of health-related support and control to patients participating in cardiac rehabilitation. Journal of Family Psychology, 20(2), 311-318.
Gaziano, T. A., Bitton, A., Anand, S., Abrahams-Gessel, S., & Murphy, A. (2010). Growing epidemic of coronary heart disease in low-and middle-income countries. Current problems in cardiology, 35(2), 72-115.
Ghojazadeh, M., Azami-Aghdash, S., Sohrab-Navi, Z., & Kolahdouzan, K. (2015). Cardiovascular patients' experiences of living with pacemaker: Qualitative study. ARYA atherosclerosis, 11(5), 281-288.
Gremore, T. M., Baucom, D. H., Porter, L. S., Kirby, J. S., Atkins, D. C., & Keefe, F. J. (2011). Stress buffering effects of daily spousal support on women's daily emotional and physical experiences in the context of breast cancer concerns. Health Psychology, 30(1), 20-30.
Horowitz, A., & Shindelman, L. W. (1983). Reciprocity and affection: Past influences on current caregiving. Journal of Gerontological Social Work, 5(3), 5-20.
House, J. S., Umberson, D., & Landis, K. R. (1988). Structures and processes of social support. Annual review of sociology, 14(1), 293-318.
Johnson, S. M., & Greenberg, L. S. (2013). Emotion in intimate relationships: Theory and implications for therapy. The Heart Of The Matter: Perspectives On Emotion In Marital: Perspectives On Emotion In Marital Therapy, 1.
Karkoulian, S., Srour, J., & Sinan, T. (2016). A gender perspective on work-life balance, perceived stress, and locus of control. Journal of Business Research, 69(11), 4918-4923.
Kelly, B. B., & Fuster, V. (Eds.). (2010). Promoting cardiovascular health in the developing world: a critical challenge to achieve global health. National Academies Press.
Kim, K., Kang, G. W., & Woo, J. (2018). The quality of life of hemodialysis patients is affected not only by medical but also psychosocial factors: a canonical correlation study. Journal of Korean Medical Science, 33(14).
Krause, N., Herzog, A. R., & Baker, E. (1992). Providing support to others and well-being in later life. Journal of gerontology, 47(5), P300-P311.
Lakey, B., & Cohen, S. (2000). Social support and theory. Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists, 29.
Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. Behaviour research and therapy, 33(3), 335-343.
Mesler, R., & Capobianco, M. (2001). Psychosocial factors associated with job stress. Stress news, 13(4), 22-4.
Morris, L. W., Morris, R. G., & Britton, P. G. (1988). The relationship between marital intimacy, perceived strain and depression in spouse caregivers of dementia sufferers. British Journal of Medical Psychology, 61(3), 231-236.
Moryś, J. M., Bellwon, J., Höfer, S., Rynkiewicz, A., & Gruchała, M. (2016). Quality of life in patients with coronary heart disease after myocardial infarction and with ischemic heart failure. Archives of medical science: AMS, 12(2), 326.
Mosterd, A., & Hoes, A. W. (2007). Clinical epidemiology of heart failure. Heart, 93(9), 1137-1146.
O'Farrell, P., Murray, J., & Hotz, S. B. (2000). Psychologic distress among spouses of patients undergoing cardiac rehabilitation. Heart & Lung, 29(2), 97-104.
Orth-Gomér, K. (2012). Behavioral interventions for coronary heart disease patients. BioPsychoSocial Medicine, 6(1), 5.

[Downloaded from icns.org.ir on 2025-10-18]

Rohrbaugh, M. J., Shoham, V., Coyne, J. C., Cranford, J. A., Sonnega, J. S., & Nicklas, J. M. (2004). Beyond the" self" in self-efficacy: Spouse confidence predicts patient survival following heart failure. Journal of Family Psychology, 18(1), 184.

Rosland, A. M., & Piette, J. D. (2010). Emerging models for mobilizing family support for chronic disease management: a structured review. Chronic illness, 6(1), 7-21.

Ruffieux, M., Nussbeck, F. W., & Bodenmann, G. (2014). Long-term prediction of relationship satisfaction and stability by stress, coping, communication, and well-being. Journal of Divorce & Remarriage, 55(6), 485-501.

Schulz, U., & Schwarzer, R. (2004). Long-term effects of spousal support on coping with cancer after surgery. Journal of Social and Clinical Psychology, 23(5), 716-732.

Soleimanian, A., & Nazari, A. M. (2007). Investigation and comparison of marital satisfaction of dual-career couples and one couple employed. Couns. Res, 6, 103-122.

Theofilou, P. (2013). Quality of Life: Definition and Measurement. Europe's journal of psychology, 9(1), 150-162.

Thoits, P. A. (1986). Social support as coping assistance. Journal of consulting and clinical psychology, 54 (4), 416-423.

Thompson, D. R., & Yu, C. M. (2003). Quality of life in patients with coronary heart disease-I: Assessment tools. Health and quality of life outcomes, 1(1), 42.

Van Horn, E., Fleury, J., & Moore, S. (2002). Family interventions during the trajectory of recovery from cardiac event: an integrative literature review. Heart & Lung, 31(3), 186-198.

Varghese, S. A. (2018). Social support: an important factor for treatment adherence and health-related quality of life of patients with end-stage renal disease. Journal of Social Service Research, 44(1), 1-18.

Vedes, A., Nussbeck, F. W., Bodenmann, G., Lind, W., & Ferreira, A. (2013). Psychometric properties and validity of the Dyadic Coping Inventory in Portuguese. Swiss Journal of Psychology. 72(3).

Wang, Q., Dong, L., Jian, Z., & Tang, X. (2017). Effectiveness of a PRECEDE-based education intervention on quality of life in elderly patients with chronic heart failure. BMC cardiovascular disorders, 17(1), 1-7.

Wood, V., & Kasser, S. L. (2020). Spousal support and self-determined physical activity in individuals with multiple sclerosis: A theory-informed qualitative exploration. Disability and Health Journal, 13(1), 100835.

World Health Organization. (1996). WHOQOL-BREF: introduction, administration, scoring and generic version of the assessment: field trial version, December 1996 (No. WHOQOL-BREF). World Health Organization.

Yedirir, S., & Hamarta, E. (2015). Emotional Expression and Spousal Support as Predictors of Marital Satisfaction: The Case of Turkey. Educational Sciences: Theory and Practice, 15(6), 1549-1558.

[Downloaded from icns.org.ir on 2025-10-18]

Original Article

Effect of spousal support and companionship intervention on quality of life, marital intimacy and stress in patients after coronary artery bypass graft surgery (CABG): A multiple baseline single-case study

Behnaz Barbod[1], MA
*** Yasser Rezapour Mirsaleh[2], PhD**
Azadeh Choobfroushzadeh[3], PhD
Jalil Mirhosseini[4], MD
Fahimeh Koohestani[5], MA

Abstract
Aim. The present study aimed to investigate the effect of spousal support and companionship intervention on quality of life, marital intimacy and stress of cardiovascular patients.
Background. Supportive care and attention to the psychological factors along with medical care in people with heart disease can help therapies to be more effective. Providing an appropriate emotional atmosphere in the family, along with attention to medical care such as medication and diet control, is one of the supports that people with heart disease can receive after coronary artery bypass graft surgery (CABG).
Method. This study was a semi-experimental research which was based on multiple baseline single-case study. The sample included 2 married male patients who had CABG and their wives which were selected among those referred to cardiac rehabilitation centers of Yazd City, Iran. The participants received 8 sessions of spousal support and companionship intervention. The participants answered to the questionnaires quality of life; stress, anxiety and depression; and marital intimacy, before, during, at the end and one month after intervention. The data were analyzed using visual analysis, improvement percentage and reliable change index.
Findings. Spousal support and companionship intervention increased the quality of life and decreased stress of patients, after intervention and in follow-up phases, but the patients' marital intimacy did not change significantly after intervention.
Conclusion. The quality of life and stress of patients may be improved if the wives appropriately support and accompany their husbands after CABG.

Keywords: Coronary artery bypass graft surgery, Spouse, Support, Quality of Life, Marital Relationship, Stress

1 Master of Arts in Family Counseling, Department of Counseling, Faculty of Humanities and Social Sciences, Ardakan University, Ardakan, Iran
2 Associate Professor, of Counseling, Department of Counseling, Faculty of Humanities and Social Sciences, Ardakan University, Ardakan, Iran (*Corresponding Author: y.rezapour@ardakan.ac.ir)
3 Assistant Professor of Psychology, Department of Psychology, Faculty of Humanities and Social Sciences, Ardakan University, Ardakan, Iran
4 Professor of Cardiothoracic Surgery, School of Medicine, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran
5 Master of Arts in General Psychology, Department of Psychology, Faculty of Humanities and Social Sciences, Ardakan University, Ardakan, Iran

[Downloaded from icns.org.ir on 2025-10-18]