نشریه پرستاری قلب و عروق، دوره نهم، شماره ۱، سال ۱۳۹۹
Cardiovascular Nursing Journal, 9(1), 2020

مقاله پژوهشی اصیل

مقایسه امید به زندگی و اضطراب نوجوانان دارای والد مبتلا به بیماری قلبی مزمن با نوجوانان دارای والد مبتلا به دیابت نوع دو

انسیه قطعی[۱]، دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری کودکان
*** نرگس صادقی[۲]، دکترای پرستاری**
مهرداد آذربرزین[۳]، دکترای پرستاری

خلاصه

هدف. این مطالعه با هدف مقایسه امید به زندگی و اضطراب نوجوانان دارای والد مبتلا به بیماری قلبی مزمن با نوجوانان دارای والد مبتلا به دیابت نوع دو انجام شد.

زمینه. داشتن والد مبتلا به بیماری مزمن می‌تواند با مشکلاتی از قبیل کاهش امید به زندگی و اضطراب برای فرزندان همراه باشد.

روش کار. پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی مقایسه‌ای مقطعی بود. تعداد ۱۲۰ نوجوان دارای والد مبتلا به نارسایی مزمن قلبی یا دیابت به صورت نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند.برای سنجش متغیرهای امید به زندگی و اضطراب، از پرسشنامه‌های امید به زندگی اشنایدر و اضطراب بک استفاده گردید. داده‌ها در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی بررسی شدند.

یافته‌ها. میانگین نمره کل امید به زندگی در نوجوانان دارای والد مبتلا به بیماری قلبی مزمن، ۲۸/۷۰ با انحراف ۵/۰۱ و در در نوجوانان دارای والد مبتلا به دیابت نوع دو، ۳۱/۴۰ با انحراف معیار ۴/۲۰ بود. شصت درصد از نوجوانان دارای والد مبتلا به بیماری قلبی مزمن و ۹۵ درصد از نوجوانان دارای والد مبتلا به بیماری دیابت نوع دو، کمترین مقدار اضطراب را نشان دادند.

نتیجه‌گیری. سطح اضطراب نوجوانان دارای والد مبتلا به بیماری قلبی مزمن به طور معناداری بیشتر از نوجوانان دارای والد مبتلا به بیماری دیابت است و بین نمره کل امید به زندگی آنها معنادار آماری وجود دارد. با توجه به اینکه اضطراب و امید به زندگی می‌تواند همه جنبه‌های زندگی فرد را تحت تاثیر قرار دهد، بنابراین، اجرای مداخلات آموزشی و رفتاری برای کاهش اضطراب و افزایش امید به زندگی توصیه می‌گردد.

کلیدواژه‌ها: امید به زندگی، اضطراب، بیماری قلبی مزمن، دیابت نوع دو، نوجوان، والدین

۱ دانشجوی کارشناسی ارشد، مرکز تحقیقات توسعه سلامت جامعه، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران
۲ استادیار، مرکز تحقیقات سلامت جامعه، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران (*نویسنده مسئول) پست الکترونیک: nsadeghi45@yahoo.com
۳ استادیار، مرکز تحقیقات توسعه علوم پرستاری و مامایی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-05]

مقدمه

بیماری‌های مزمن با تغییرات نامناسب بسیار زیادی در زندگی همراه است، به طوری که اکثر بیماران به دلیل شرایط خاص بیماری خود در پاره‌ای از ابعاد دچار اختلال در فرآیند زندگی می‌گردند (چوکور و همکاران، ۲۰۲۰). بیماری مزمن بیماری طولانی‌مدتی است که تغییرات جسمی ایجاد می‌کند و کارکردهای بیمار را محدود می‌نماید. بیماری مزمن معمولا فاقد درمان قطعی است و دوره درمان آن طولانی و مراحل بهبود آن دشوار می‌باشد. در حالی که به سرعت بر تعداد موارد این بیماری‌ها و مرگ ناشی از آنها افزوده می‌شود، هزینه‌ها و طول مدت بستری و درمان برای این بیماری‌ها ۲۰ تا ۳۰ برابر بیماری‌های حاد است (مقصودی و همکاران، ۱۳۹۵). افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن اغلب بار سنگینی از بیماری را تجربه می‌کنند که اثر منفی آن، علاوه بر فرد، خانواده را نیز درگیر می‌کند (حبیبی و همکاران، ۲۰۱۲). یکی از بیماری‌های مزمن و شایع، نارسایی قلبی است که مرحله نهایی بیماری‌های قلبی عروقی محسوب می‌شود (بوئی و همکاران، ۲۰۱۶). این بیماری پدیده‌ای جهانی است که سالانه میلیون‌ها نفر را تحت تاثیر قرار می‌دهد. برآورد می‌شود ۳۷/۷ میلیون نفر در جهان به نارسایی قلبی مزمن مبتلا باشند (فلاحی‌نیا و همکاران، ۱۳۹۷). آگهی این بیماری نامناسب است، به طوری که سالانه به مرگ حدود ۲۸۳ هزار نفر در دنیا منجر می‌شود و تعداد بستری‌شدن‌های ناشی از آن، ۲۶ درصد بیشتر از دهه گذشته است (آیزنبرگ و همکاران، ۲۰۱۸). نارسایی قلبی اولین علت مرگ در ایران است و بار اجتماعی، اقتصادی و بهداشتی سنگینی را به جامعه تحمیل می‌کند (سراجی و همکاران، ۲۰۱۳). برخی از خانواده‌ها که قادر به سازگاری با شرایط پیش‌آمده نیستند، ممکن است دچار آسیب روانی و بحران عاطفی شوند؛ که این می‌تواند انسجام سیستم خانواده را متاثر سازد و سبب آشفتگی در امور روزمره زندگی شود (شئفر، ۲۰۱۰).

با ابتلای والد به بیماری قلبی مزمن، نه تنها تنش و عدم اطمینان در مقابله با بیماری برای خود آنها ایجاد می‌گردد، بلکه فرزندان آنان نیز با اختلال در روش‌های معمول زندگی و وظایف مربوط به امور منزل مواجه می‌گردند؛ علاوه بر آن، افت چشمگیر درآمد خانواده و کاهش ارتباطات جسمی و عاطفی والد با فرزندان نیز به این موضوع اضافه می‌گردد (اوزبورن، ۲۰۱۴)، احساس امنیت فرزندان دارای والد مبتلا به بیماری قلبی مزمن، در اثر بیماری والدین تحت تاثیر قرار می‌گیرد. نیازهای آنها به دلیل به هم خوردن شرایط عادی زندگی روزمره تامین نمی‌شود و شیوه معمول زندگی آنها به واسطه بستری‌شدن‌های والد در بیمارستان، برنامه‌های درمانی و ویزیت های مکرر به هم می‌خورد و از طرفی، پیامد موارد فوق عدم وقت کافی والدین برای توجه درحد معمول به فرزندان است. در مواردی برخی فرزندان موظفند وظایف والدین خود را بر عهده گرفته و نقش‌های آنها را نیز ایفا نمایند؛ این مسئولیت‌های جدید می‌توانند باعث محدود شدن وقت آنها جهت انجام فعالیت‌های روزمره خود از قبیل بازی کردن، انجام تکالیف مدرسه، تعامل با همسالان و غیره گردد. بنابراین، فرزندان دارای والد مبتلا به بیماری قلبی مزمن باید خود را با موقعیت‌های جدید در خانواده سازگار نمایند که این امر در امید به زندگی این نوجوانان اثرگذار است (هوئی زینگا و همکاران، ۲۰۱۳).

یکی دیگر از بیماری‌های مزمن؛ دیابت نوع دو است که شایع‌ترین اختلال غدد درون‌ریز محسوب می‌شود. بیماری دیابت همانند سایر بیماری‌های مزمن علاوه بر ایجاد موارد مرگ، از شیوع بالایی نیز در ایران و جهان برخوردار است. با این که شیوع هر دو نوع دیابت نوع یک و دو در سراسر جهان در حال افزایش است، اما انتظار می‌رود شیوع دیابت نوع دو با توجه به افزایش شیوع کم‌تحرکی و چاقی با سرعت بیشتری افزایش یابد (حیدری و همکاران، ۲۰۱۰). براساس مطالعات، ۱۴ تا ۲۳ درصد ایرانی‌های بالای ۳۰ سال، مبتلا به دیابت یا دچار اختلال عدم تحمل گلوکز هستند (صادقیه اهری و همکاران، ۲۰۱۰). دیابت بیماری مزمنی است که تمامی ابعاد زندگی فرد را درگیر می‌کند و درمان آن، نیازمند تغییرات اساسی در شیوه زندگی بیمار است (حیدری و همکاران، ۲۰۱۰). میزان بستری شدن افراد مبتلا به دیابت، ۵ تا ۱۰ برابر بیشتر از افراد غیر دیابتی است. همچنین، استفاده از خدمات تخصصی و اورژانسی در بیماران دیابتی حدود ۵ برابر بیشتر از افراد عادی است که باعث کاهش کیفیت زندگی بیمار و فرزندان می‌گردد. این مسائل باعث شده است دیابت به عنوان یکی از اولویت‌های سلامتی در کشورها مورد توجه قرار گیرد (علوی و همکاران، ۲۰۱۰).

تحقیقات نشان می‌دهند که بروز بیماری‌های تهدیدکننده زندگی در یک عضو خانواده، علاوه بر خود فرد، باعث تغییرات فراوانی در زندگی خانواده وی نیز خواهد شد (بارنس، ۲۰۱۲). از جمله این بیماری‌ها، دیابت و بیماری‌های قلبی است که به عنوان یک عامل تنش‌زای روانی و اجتماعی، باعث بروز مشکلاتی در افراد خانواده، به خصوص فرزندان می‌شود. تحقیق دومینچه و همکاران (۲۰۱۴) نشان داد که ۵۶ درصد کودکان والدین مبتلا به بیماری‌های مزمن مثل دیابت تیپ دو، دچار مشکلات جسمی بوده‌اند. در مطالعه لیبب و همکاران (۲۰۱۲) که تاثیر بیماری والدین در ابتلای کودکان به افسردگی و سایر اختلالات روانی را مورد بررسی

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-05]

قرار داد، افزایش خطر کلی ابتلای کودکان والدین بیمار به افسردگی و سایر اختلالات روانی و بروز اختلالات در سنین پایین‌تر مشاهده شد. به رغم تلاش والدین، اضطراب آنها به فرزندانشان منتقل می‌شود و با توجه به اینکه والدین مهمترین افراد در سیستم حمایتی کودک به شمار می‌آیند، لذا کودکان دارای والدین دچار بیماری، اختلالات رفتاری بیشتری دارند و بیشتر در معرض ابتلا به اضطراب و افسردگی هستند که این مسئله می‌تواند بر امید به زندگی آنها اثرگذار باشد (جعفرمنش و همکاران، ۲۰۱۴).

بر اساس شواهد، کودکان و نوجوانان دارای والد بیمار در مقایسه با گروه شاهد، سطوح بالاتر مشکلات روانی را تجربه می‌کنند و در معرض خطر ابتلا به مشکلات رفتاری قرار دارند که می‌تواند بر امید به زندگی آنها اثر بگذارد (هوئی زینگا و همکاران، ۲۰۱۳). دیابت به عنوان یک بیماری مزمن معمولا اثرات حادی بر توانایی‌های فرد ندارد و فرد با وجود آن به زندگی معمول خود ادامه می‌دهد (علوی و همکاران، ۲۰۱۰)، اما بیماری‌های قلبی با تاثیری که بر توانایی‌های فرد می‌گذارند، باعث تغییر در فرآیندهای زندگی می‌گردند (بوئی و همکاران، ۲۰۱۶). به نظر می‌رسد تاثیر این دو بیماری بر افراد خانواده متفاوت باشد. با توجه به محدود بودن مطالعات در این زمینه، پژوهش حاضر با هدف مقایسه امید به زندگی و اضطراب نوجوانان دارای والد مبتلا به بیماری قلبی مزمن با نوجوانان دارای والد مبتلا به دیابت نوع دو در بیمارستان قلب الزهرا شیراز انجام شد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش یک مطالعه توصیفی مقایسه‌ای مقطعی بود. پژوهشگر پس از دریافت تاییدیه کمیته اخلاق دانشگاه، با اخذ معرفی‌نامه از معاونت پژوهشی دانشگاه و ضمن هماهنگی با مسئولان بیمارستان و بخش‌های مختلف، به محیط پژوهش مراجعه نمود. فراخوان دعوت به شرکت در مطالعه، در ورودی بخش‌ها و بر روی تابلوهای بیمارستان نصب گردید و از داوطلبان احتمالی خواسته شد در صورت تمایل به شرکت در مطالعه به محقق مراجعه کنند. در گروه نوجوانان دارای والد دیابتی، به دلیل کمبود نمونه‌ها در محیط بیمارستان، محقق به صورت حضوری به درمانگاه دیابت درمانگاه الزهرا مراجعه کرد. محقق ضمن معرفی خود و اهداف پژوهش به واحدهای پژوهش و کسب رضایت آگاهانه، نمونه‌های پژوهش را به شیوه نمونه‌گیری آسان وارد مطالعه نمود. پرسشنامه‌های امید به زندگی و اضطراب توسط شرکت‌کنندگان تکمیل شدند. در گروه نوجوانان دارای والد مبتلا به نارسایی قلبی مزمن، پژوهشگر پس از مراجعه به بخش با والدینی که به بیمارستان قلب الزهرا مراجعه نموده و بستری شده بودند صحبت کرد و پس از توضیح اهداف مطالعه، از نوجوانان ۱۵ تا ۲۰ ساله خواسته شد تا با مراجعه به بخش مراقبت‌های ویژه، پرسشنامه‌های امید به زندگی و اضطراب را تکمیل نمایند (در این گروه نیز برای نوجوانان زیر ۱۸ سال، هم نوجوان و هم والد آنان فرم رضایت آگاهانه شرکت در مطالعه را تکمیل نمودند). نوجوانانی که در بخش حضور نداشتند، پرسشنامه‌ها را از طریق والدین خودت دریافت کردند.

برای سنجش امید به زندگی، از پرسشنامه امید به زندگی اشنایدر استفاده شد. پرسشنامه امید به زندگی با ۱۲ گویه، توسط اشنایدر و همکاران در سال ۱۹۹۱ تهیه شد. شیوه نمره‌گذاری این پرسشنامه بر اساس طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای ("کاملا موافقم"، امتیاز ۵؛ "موافقم"، امتیاز ۴؛ "نظری ندارم"، امتیاز ۳؛ "مخالفم"، امتیاز ۲؛ و "کاملا مخالفم"، امتیاز ۱) در نظر گرفته می‌شود. شیوه نمره‌گذاری برای مورد پرسش‌های شماره ۳، ۷ و ۱۱، معکوس است. برای محاسبه امتیاز کلی پرسشنامه، امتیازات سئوالات با هم جمع می‌شوند. کمترین امتیاز حاصل از تکمیل این پرسشنامه، ۱۲ و بیشترین امتیاز، ۶۰ است.بالاتر، نشان‌دهنده امید به زندگی بیشتر است. این پرسشنامه برای افراد ۱۵ سال به بالا طراحی شده است. از عبارات پرسشنامه، ۴ عبارت برای سنجش تفکر عاملی، ۴ عبارت برای سنجش تفکر راهبردی، و ۴ عبارت، انحرافی است. بنابراین، این پرسشنامه دو زیرمقیاس عامل و راهبرد را اندازه‌گیری می‌کند. اشنایدر و همکاران (۲۰۱۱) پایایی این پرسشنامه را در یک دوره دو هفته‌ای، ۰/۸۰ گزارش کردند. اعتبار این پرسشنامه در ایران توسط بابلان و همکاران (۲۰۱۱) در اردبیل مورد بررسی و تایید قرار گرفت و پایایی آن، با روش همبستگی درونی، ۰/۸۴ گزارش شد.

برای بررسی اضطراب افراد، از پرسشنامه اضطراب بک استفاد شد. این پرسشنامه یک ابزار خودگزارش‌دهی برای اندازه‌گیری شدت اضطراب در بزرگسالان و نوجوانان و شامل ۲۱ نشانه و علامت از اضطراب است. این پرسشنامه، علایم جسمی، رفتاری و شناختی افسردگی را اندازه‌گیری می‌کند. داوطلب باید برای هر یک از گویه‌های پرسشنامه، یکی از گزینه‌های "شدید"، "متوسط"، "خفیف"، یا "هرگز" را انتخاب نماید. چهار گزینه هر سئوال، در یک طیف چهار قسمتی، از صفر تا ۳ نمره‌گذاری می‌شوند.

هر یک از ماده‌های آزمون، یکی از علایم شایع اضطراب (علایم ذهنی، بدنی و هراس) را توصیف می‌کند؛ بنابراین، نمره کل این پرسشنامه در دامنه صفر تا ۶۳ قرار می‌گیرد. در این آزمون، نمره صفر تا ۷ نشانه اضطراب هیچ یا کمترین حد، نمره ۸ تا ۱۵ نشانه

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-05]

اضطراب خفیف، نمره ۱۶ تا ۲۵ نشانه اضطراب متوسط، و نمره ۲۶ تا ۶۳ نشان‌دهنده اضطراب شدید است. آزمون اضطراب بک در ایران به فارسی ترجمه شده و استاندارد شده است. پرسشنامه افسردگی فارسی بک بازبینی شده، از جمله مناسب‌ترین ابزارها برای انعکاس افسردگی است. بک و همکاران ضریب همسانی درونی این پرسشنامه را ۰/۹۲ گزارش کردند. پایای این ابزار با روش بازآزمایی به فاصله یک هفته، ۰/۷۵ محاسبه شد و همبستگی ماده‌های آن، از ۰/۳۰ تا ۰/۷۶ متغیر است. در یک مطالعه در ایران که برای بررسی اعتبار و روایی پرسشنامه افسردگی بک در دانشجویان دانشگاه تهران و دانشگاه علامه طباطبایی انجام شد، آلفای کرونباخ، ۰/۷۸ و اعتبار بازآزمایی به فاصله دو هفته، ۰/۷۳ محاسبه شد (۲۲). در داخل کشور پژوهش‌های مختلفی انجام گرفته است که به اندازه‌گیری ویژگی‌های روان‌سنجی این ابزار پرداخته‌اند. از بین این پژوهش‌ها می‌توان به پژوهش تشکری و مهریار (۱۳۷۳) اشاره کرد که ضریب پایایی ابزار را ۰/۷۸ به دست آوردند. در پژوهش‌های دیگر از جمله پژوهش پرتوی (۱۳۵۴)، وهاب‌زاده (۱۳۵۲) و چگینی (۱۳۸۱)، پایایی پرسشنامه بک، از ۰/۷۰ تا ۰/۹۰ متغیر بوده است (موسوی و همکاران، ۲۰۰۸).

برای رعایت ملاحظات اخلاقی، این پژوهش در کمیته اخلاق مرکز تحقیقات دانشگاه آزاد اسلامی اصفهان (خوراسگان) با کد IR.IAU.KHUISF.REC.1399,135 ثبت شد. همچنین، در رضایت آگاهانه اخذشده، به حق انتخاب شرکت‌کنندگان برای شرکت در مطالعه و همچنین، امکان خروج از مطالعه بدون هیچ معذوریت و در هر زمان که تمایل داشته باشند، اشاره شد. محرمانه بودن کلیه اطلاعات و داده‌ها در تمام مراحل مطالعه رعایت گردید. پرسشنامه‌ها پس از کسب رضایت آگاهانه و توضیح کامل اهداف پژوهش برای شرکت‌کننده‌ها تکمیل شد.

پس از گردآوری داده‌ها و دسته‌بندی آنها، تحلیل توصیفی و استنباطی انجام شد. در سطح توصیفی، از شاخص‌های میانگین و انحراف معیار و جداول توزیع فراوانی استفاده شد. در سطح استنباطی، با توجه به وجود ارتباط نزدیک بین امتیازات امید به زندگی و ابعاد تفکر عاملی و راهبردی آن، و همچنین، برقرار بودن شرایط لازم برای انجام آزمون پارامتری، از مدل آنالیز واریانس چندمتغیره استفاده شد، و به دنبال آن، آنالیز تک‌متغیره برای یافتن اختلاف دو گروه در هر یک از ابعاد پرسشنامه و پاسخ به اهداف پژوهش انجام گرفت. در تحلیل نمرات پرسشنامه اضطراب، شرایط لازم برای انجام آزمون پارامتری برقرار نبود و لذا در مقایسه نمرات اضطراب و ابعاد علایم ذهنی، هراس و بدنی، از آزمون من‌ویتنی استفاده شد. آزمون‌ها در سطح خطای ۵ درصد و در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ انجام گرفت.

یافته‌ها

بر اساس نتایج این تحقیق، در نوجوانان دارای والد مبتلا به بیماری قلبی مزمن، بیشترین تعداد شرکت‌کنندگان، دختر (۵۸/۳ درصد) و در گروه نوجوانان دارای والد مبتلا به دیابت نوع دو نیز بیشترین تعداد شرکت‌کنندگان، دختر (۵۳/۳ درصد) بودند. در نوجوانان دارای والد مبتلا به بیماری قلبی مزمن، میانگین نمره امید به زندگی در بعد تفکر عاملی، ۱۰/۳۵ با انحراف معیار ۲/۴۱، و در بعد تفکر راهبردی، ۱۱/۳۳ با انحراف معیار ۲/۱۱ بود. نمرات کل امید به زندگی در این گروه از نوجوانان، در محدوده ۱۵ تا ۴۲ با میانگین ۲۸/۷۰ و انحراف معیار ۵/۰۱ مشاهده شد. در نوجوانان دارای والد مبتلا به بیماری دیابت نوع دو، میانگین نمره امید به زندگی در بعد تفکر عاملی، ۱۱/۹۲ با انحراف معیار ۲/۱۱، و در بعد تفکر راهبردی، ۱۱/۸۳ با انحراف معیار ۱/۸۷ بود. نمرات کل امید به زندگی در این گروه از نوجوانان در محدوده‌ی ۱۹ تا ۴۲ با میانگین ۳۱/۴۰ و انحراف معیار ۴/۲۰ بود.

بر اساس نتیجه آزمون آنالیز واریانس چندمتغیره، تفاوت معناداری بین دو گروه نوجوانان دارای والد مبتلا به بیماری قلبی مزمن و نوجوانان دارای والد مبتلا به دیابت نوع ۲ در میانگین نمره امید به زندگی و ابعاد مختلف آن مشاهده شد (P=۰/۰۰۱). نتایج آنالیز واریانس تک‌متغیره نشان داد که در بعد تفکر عاملی، میانگین نمره نوجوانان دارای والد مبتلا به دیابت نوع ۲ (۱۱/۹۲ با انحراف معیار ۲/۱۱) به طور معناداری بیشتر از میانگین نمره نوجوانان دارای والد مبتلا به بیماری قلبی مزمن (۱۰/۳۵ با انحراف معیار ۲/۴۱) بود (P≤۰/۰۰۰۱). در بعد تفکر راهبردی، میانگین نمره نوجوانان دارای والد مبتلا به دیابت نوع ۲ و نوجوانان دارای والد مبتلا به بیماری قلبی مزمن تفاوت آماری معناداری نداشت. در متغیر امید به زندگی، میانگین نمره نوجوانان دارای والد مبتلا به دیابت نوع ۲ (۳۱/۴۰ با انحراف معیار ۴/۲۰) به طور معناداری بیشتر از نوجوانان دارای والد مبتلا به بیماری قلبی مزمن (۲۸/۷۰ با انحراف معیار ۵/۰۱) بود (P=۰/۰۰۲).

در نوجوانان دارای والد مبتلا به بیماری قلبی مزمن، میانگین نمره اضطراب در بعد علایم ذهنی، ۲/۵۰ با انحراف معیار ۲/۷۷؛ در بعد علایم هراس، ۲/۶۷ با انحراف معیار ۱/۹۰؛ و در بعد علایم بدنی، ۳/۸۲ با انحراف معیار ۳/۶۲ بود. نمرات کل اضطراب در این گروه

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-05]

از نوجوانان در محدوده صفر تا ۳۰ با میانگین ۸/۵۵ و انحراف معیار ۷/۲۷ بود. میزان اضطراب در ۶۰ درصد از نوجوانان دارای والد مبتلا به بیماری قلبی مزمن در حد هیچ یا کمترین مقدار بود؛ در ۲۵ درصد از آنان اضطراب خفیف، در ۱۰ درصد اضطراب متوسط، و در ۵ درصد اضطراب شدید مشاهده شد. در نوجوانان دارای والد مبتلا به بیماری دیابت نوع ۲، میانگین نمره اضطراب در بعد علایم ذهنی، ۱/۱۸ با انحراف معیار ۱/۱۳، در بعد علایم هراس، ۰/۷۸ با انحراف معیار ۰/۸۸، و در بعد علایم بدنی، ۱/۲۷ با انحراف معیار ۲/۳۳ بود. نمرات کل اضطراب در این گروه از نوجوانان در محدوده صفر تا ۲۴ با میانگین ۳/۲۳ و انحراف معیار ۳/۵۳ بود. میزان اضطراب در ۹۵ درصد از نوجوانان دارای والد مبتلا به بیماری دیابت نوع دو در حد هیچ یا کمترین مقدار بود، در ۳/۳ درصد از آنان اضطراب خفیف و در ۱/۷ درصد اضطراب متوسط مشاهده شد.

نتایج آزمون من‌ویتنی نشان داد در بعد علایم ذهنی، نمرات نوجوانان دارای والد مبتلا به دیابت نوع دو به طور معناداری کمتر از نوجوانان دارای والد مبتلا به بیماری قلبی مزمن بود (P=۰/۰۰۵). در بعد علایم هراس، نمره نوجوانان دارای والد مبتلا به دیابت نوع دو به طور معناداری کمتر از نوجوانان دارای والد مبتلا به بیماری قلبی مزمن بود (P≤۰/۰۰۰۱). در بعد علایم بدنی، نمره نوجوانان دارای والد مبتلا به دیابت نوع دو به طور معناداری کمتر از نمره نوجوانان دارای والد مبتلا به بیماری قلبی مزمن بود (P≤۰/۰۰۰۱). در نمره کل اضطراب، نوجوانان دارای والد مبتلا به دیابت نوع دو به طور معناداری اضطراب کمتری نسبت به نوجوانان دارای والد مبتلا به بیماری قلبی داشتند (P≤۰/۰۰۰۱) (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱: مقایسه اضطراب و ابعاد مختلف آن بین نوجوانان دارای دارای والد مبتلا به بیماری قلبی مزمن و نوجوانان دارای والد مبتلا به دیابت نوع دو

گروه	نوجوانان با والد مبتلا به دیابت نوع دو		نوجوانان با والد مبتلا به بیماری قلبی مزمن			
اضطراب و ابعاد آن	میانگین (انحراف معیار)	میانه	میانگین (انحراف معیار)	میانه	آماره U	مقدار P
علائم ذهنی	۱/۱۸ (۱/۱۳)	۱/۰۰	۲/۵۰ (۲/۷۷)	۲/۰۰	۱۲۷۶/۰۰	۰/۰۰۵
علائم هراس	۰/۷۸ (۰/۸۸)	۱/۰۰	۲/۶۷ (۱/۹۰)	۲/۰۰	۵۹۱/۵۰	≤۰/۰۰۱
علائم بدنی	۱/۲۷ (۲/۳۲)	۱/۰۰	۳/۸۳ (۳/۶۲)	۲/۰۰	۹۳۹/۵۰	≤۰/۰۰۱
نمره کل اظطراب	۳/۲۳ (۳/۵۳)	۳/۰۰	۸/۵۵ (۷/۲۷)	۷/۰۰	۶۹۵/۰۰	≤۰/۰۰۱

بحث

نتایج پژوهش حاضر نشان داد امید به زندگی در بعد تفکر عاملی در نوجوانان دارای والد مبتلا به بیماری دیابت نوع دو نسبت به در نوجوانان دارای والد مبتلا به بیماری قلبی مزمن بیشتر بود، اما امید به زندگی در بعد تفکر راهبردی بین این دو گروه تفاوتی نداشت. البته با توجه به میانه نمرات امید به زندگی نوجوانان با والد مبتلا به دیابت نوع دو که عدد ۳۰ است و میانگین‌های این مولفه در هر یک از دو گروه، می‌توان گفت که نوجوانان دارای والد مبتلا به دیابت نوع دو وضعیت مطلوب‌تری نسبت به نوجوانان دارای والد مبتلا به بیماری قلبی مزمن دارند. نتایج این پژوهش نشان داد که امید به زندگی به صورت کلی و در بعد تفکر عاملی در نوجوانان دارای والد مبتلا به دیابت نوع دو به صورت معناداری بیشتر بود که می‌توان آن را به تفاوت در شرایط و نوع بیماری والد نسبت داد. افراد مبتلا به دیابت، ممکن است با مصرف دارو میزان قند خون را کنترل نمایند، اما در افراد با بیماری مزمن قلبی این گونه نیست و کوچک ترین فشار و ناراحتی عصبی ممکن است حال بیمار را دستخوش تغییر نماید. به عبارتی، در افراد مبتلا به دیابت به دلیل اینکه میزان مرگ و بار اجتماعی و روانی ناشی از آن به اندازه بیماری قلبی مزمن نیست، فرد با تغییر سبک زندگی و رعایت دقیق رژیم دارویی می‌تواند به خودمدیریتی بیماری دست پیدا کند. این تفاوت برای فرزندان نیز محسوس است و ممکن است بر میزان امید به زندگی آنان نیز تاثیرگذار باشد. بر اساس بررسی‌های محقق، مطالعه‌ای با این رویکرد یافت نشد و امکان مقایسه فراهم نگردید و ضرورت انجام مطالعات بیشتر در این زمینه وجود دارد. اما در مطالعه کاتبی و سپاه منصور (۱۳۹۸) میانگین نمرات تفکر عاملی، تفکر راهبردی و نمره کلی امید به زندگی در افراد مبتلا به دیابت بیشتر از افراد مبتلا به سرطان سینه گزارش شد که از این نظر همسو با نتایج این مطالعه است، اما در نوع واحدهای مورد بررسی تفاوت دارد. بلاند و همکاران (۲۰۱۲) در استرالیا در مطالعه خود تحت عنوان

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-05]

ماهیت و منابع امید از دیدگاه فرزندان خانواده افراد دارای بیماری قلبی پیشرفته، بیان کردند که امیدواری، عاملی مرتبط با بیماری قلبی است. تعاریف آنها از امید، توضیحات مربوط به آنچه که برای آنها امیدوار بودند و منبع امید آنها منعکس‌کننده جهت‌گیری آینده، انتظار مثبت و واقع‌گرایی است و نتیجه گرفتند که متخصصان سلامت باید به امیدهای این افراد و آگاهی از نقش امید در روند کاهش اندوه و پذیرش بیماری بیمار خود بپردازند امید و امید به زندگی از مفاهیمی هستند که با تطابق، ایمان، و توانمندی مرتبط است و از طریق تحمل‌پذیر کردن شرایط موجود می‌تواند به عنوان پاسخی موثر به عوامل تنش‌زا در نظر گرفته شود. امید به زندگی، عملکرد فیزیولوژیک و روان‌شناختی را تقویت می‌کند و فقدان آن منجر به اختلال زودرس در عملکرد فرد می‌شود (لوپز و همکاران، ۲۰۱۳). نیاز است که علاوه بر بیمار برای خانواده بیمار نیز آموزش‌ها و روش‌هایی در نظر گرفته شود که ضمن آن بتوان امید به زندگی را هم در بیمار و هم در اطرافیان وی تقویت کرد تا از این طریق بتوانند به طور مضاعف در افزایش امید بکوشند؛ وقتی اطرافیان بیمار در مواجهه با بیمار از امیدواری و دید مثبت به آینده برخوردار باشند، این امر در فرد بیمار نیز تاثیرگذار است.

نتایج این مطالعه نشان داد در نوجوانان دارای والد مبتلا به بیماری قلبی مزمن، اضطراب در ابعاد علایم ذهنی، علایم هراس و علایم بدنی، و همچنین، نمره کل اضطراب آنها با نوجوانان دارای والد مبتلا به بیماری دیابت نوع دو بیشتر بود. در ایران، در مطالعه آذربرزین و همکاران (۱۳۹۴) که به بررسی مشکلات روان‌شناختی نوجوانان دارای والد مبتلا به سرطان پرداختند، اضطراب در این نوجوانان نیز بالا بود و از مهمترین اختلالات این نوجوانان محسوب می‌شود. دانشور و همکاران (۱۳۹۳) در بررسی پروفایل آشفتگی روان‌شناختی مادران و افسردگی، اضطراب و استرس نوجوانان شهر اردبیل گزارش کردند که بیشترین ضریب همبستگی، مربوط به رابطه اضطراب مادر با اضطراب فرزند است. همچنین، شمسایی و همکاران (۱۳۹۲) نشان دادند که کودکان والدین مبتلا به اختلال دوقطبی در معرض آسیب‌های روانی متعددی از جمله اضطراب، افسردگی، اختلالات کاستی توجه- بیش فعالی، سلوک و نافرمانی مقابله‌ای قرار دارند. منتصری و همکاران (۱۳۸۹) در مطالعه‌ای تحت عنوان شناسایی مشکلات جسمی، روانی و اجتماعی کودکان دارای والدین مبتلا به سرطان نشان دادند پس از ترس، اضطراب دومین مشکل روانی بود که فرزندان این بیماران با آن روبرو بودند. در خارج از ایران نیز آکاراقلو و همکاران (۲۰۱۸) گزارش کردند که اعضای خانواده بیماران بستری در بخش ویژه اضطراب قابل توجهی را تجربه کرده اند. لستر و همکاران (۲۰۰۶) نشان دادند که نوجوانان دارای والد مبتلا به ایدز، میزان بالایی از اختلال اضطراب را در طول زندگی تجربه می‌کنند. نتایج مشابه این مطالعات نشان‌دهنده ضرورت بررسی و اهمیت سلامت روان فرزندان این افراد است؛ در بسیاری از این تحقیقات اشاره شده است که برنامه‌های پشتیبانی و آموزشی می‌توانند به این افراد کمک کنند. به نظر می‌رسد برنامه‌ریزی در زمینه های مختلف پیشگیری و درمان از طریق آموزش و مشاوره با کودکان و والدین آنها امری ضروری و انکارناپذیر است.

نتیجه‌گیری

علیرغم تفاوت‌های فرهنگی موجود بین نوجوانان ایرانی و دیگر کشورهایی که تحقیقات مشابه در آنها انجام شده است، در هردوگروه از نوجوانان دارای والد مبتلا به بیماری قلبی مزمن و دیابت نوع دو، این مشکلات در زمینه‌های مختلفی از قبیل ترس، اضطراب، استرس، درگیری‌های ذهنی، و رفتارهای غیر طبیعی بروز می‌کند و زندگی نوجوان را به شدت تحت تاثیر قرار می‌دهد. افسردگی، استرس و اضطراب از شایع‌ترین این مشکلات هستند که در بیشتر موارد به عواملی از قبیل ترس از مرگ والد، پیشرفت بیماری، آینده زندگی، عوارض و مسایل همراه با بیماری و درمان و به طور عمده، به مسائل ناشی از عدم آگاهی در زمینه بیماری مربوط می‌شوند که همگی بر امید به زندگی این نوجوانان تاثیر می‌گذارند. با توجه به اینکه این مسئله بسیاری از جنبه‌های دیگر زندگی نوجوانان از قبیل مسائل اجتماعی، تحصیلی، و اقتصادی را نیز تحت تاثیر قرار می‌دهد و نظر به اینکه بیشتر نوجوانان تحت مطالعه، علت اضطراب، ترس، درگیری ذهنی و بسیاری از مشکلات روان‌شناختی خود را به نداشتن آگاهی و حمایت در زمینه بیماری، درمان، عوارض و مراقبت‌های آن نسبت می‌دادند، به نظر می‌رسد یکی از مهمترین چالش‌های موجود در این زمینه عدم ارائه آموزش و حمایت از جانب کارکنان بهداشت و درمان و به خصوص پرستاران است که در این راستا باید نسبت به تهیه یک برنامه مراقبتی آموزشی حمایتی و اجرای آن در بیمارستان‌ها و مراکز تخصصی درمانی اقدام جدی به عمل آید.

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-05]

تقدیر و تشکر

بدین‌وسیله از مسئولان دانشگاه علوم پزشکی شیراز و اصفهان، پرسنل بیمارستان قلب الزهرا، بیماران و مراقبین محترم که در انجام این تحقیق یاری نمودند، تقدیر و تشکر می‌گردد.

منابع فارسی

آذربرزین، م. طالقانی، ف. ملکیان، آ. ۲۰۱۵. نوجوانی از جنس بلور؛ مشکلات روانشناختی نوجوانان دارای والد مبتلا به سرطان-یک مطالعه کیفی. فصلنامه علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد پزشکی تهران، ۲۵(۳)،۲۲۳-۲۲۹.

جعفرمنش، ه. رنجبران، م. وکیلیان، ک. رضایی، ک. زند، س. تاجیک، ر. ۲۰۱۴. بررسی سطح اضطراب و افسردگی در والدین کودکان مبتلا به بیماری‌های مزمن. نشریه روان پرستاری،۱(۴)، ۵۳-۴۵.

حبیبی، ع. نمادی وثوقی،م. حبیبی،ص. محمدی، م. ۲۰۱۲. بررسی کیفیت زندگی و شیوع بیماری های مزمن در سالمندان. سلامت و بهداشت اردبیل، ۳(۱)، ۶۶-۵۸.

حیدری، ش. نوری تاجر، م. حسینی، ف. اینانلو، م. شیرازی، ف. گل گیری، ف. ۲۰۱۰. بررسی ارتباط حمایت خانواده و کنترل قندخون در سالمندان مبتلا به دیابت نوع ۲. سالمند، ۳(۲)، ۵۸۰-۵۷۳.

دانشور،ع . گیلارلو، ف. سلیمانی، ا .۲۰۱۵. وضعیت روانپزشکی مادران و افسردگی ، اضطراب و استرس در نوجوان اردبیلی درسال ۲۰۱۴. مجله علوم پزشکی رفسنجان،(۷)۱۴، ۵۶۰-۵۴۹.

زاهد بابلان، ع. قاسم پور،ع. حسن زاده،ش. ۱۳۹۶.نقش بخشش و سرسختی روان شناختی در پیش بینی امید. دانش و پژوهش در روان شناسی کاربردی، ۱۲(۴۵)، ۱۸-۱۲.

زمانی، ن. خدابخش، م. زمانی، س. کیانی، ف. خواستو هاشجین، ح .۲۰۱۵. اثربخشی طرحواره درمانی بر افسردگی و اضطراب در زنان مراجعه کننده به متخصص توانبخشی . مجله سلامت جامعه،(۳)۱۰، ۷۰-۶۲.

سراجی، م. طباطبایی، پ. رخشانی، ف. شهرکی پور، م. ۲۰۱۳. تأثیر آموزش رفتارهای خودمراقبتی به بیماران مبتلا به نارسایی قلبی در بیمارستان های زاهدان.مجله محدوده بهداشت، (۲)۲، ۱۰۹-۱۰۴.

شمسایی، ف. اژان، چ. جهانگرد، ل. سلطانیان، ا. ۲۰۱۴. نقص توجه ، بیش فعالی ، اختلال سرکشی و رفتار در کودکان والدین مبتلا به اختلال دو قطبی. مجله پرستاری و مامایی ابوعلی سینا، (۳)۲۲، ۴۴-۳۰.

صادقیه اهری، س. عرشی، س. ایرانپرور، م. امانی، ف. سیاهپوش، ح. ۱۳۸۷. تاثیر عوارض دیابت نوع دوم در کیفیت زندگی بیماران دیابتی. مجله دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، ۸(۴)،۴۰۳-۳۹۴.

علوی، ا. صالحیان، ت. پروین، ن. سمیع پور، و .۲۰۱۰. مقایسه کیفیت زندگی کودکان ونوجوان مبتلا به دیابت ملیتوس از دیدگاه خود و والدینشان باگروه سالم. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان. (۱۵)۵۲،۱-۴۶.

فلاحی نیا،غ. قنبری آزرم، ز. سلطانیان، ع. مقصودی، ز. عشوندی، خ. ۱۳۹۷.مقایسه تأثیر آموزش به بیمار با یا بدون مشارکت خانواده بر پیروی از رژیم درمانی در مبتلایان به نارسایی مزمن قلبی. مجله مراقبت پرستاری و مامایی ابن‌سینا. (۴)۲۶، ۲۷۴-۲۶۷.

کتابی، م. سپاه منصور، م . ۲۰۱۹. مقایسه سختی سلامتی و امید به زندگی در بیماران دیابتی و سرطان پستان. فصل نامه روانشناسی سلامت ؛ (۸(۱۳، ۱۶۸-۱۵۵.

مقصودی، ا. محمدی، ز. ۱۳۹۵. بررسی شیوع بیماری های مزمن و ارتباط آن با کیفیت زندگی در سالمندان ایواز (جنوب استان فارس). مجله نوید شماره(۱۸)۴۱، ۴۲-۳۵.

منتصری، ص. شریف، ف. ۱۳۸۷. شناسایی مشکلات جسمی، روانی و اجتماعی کودکان دارای والدین مبتلا به سرطان. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین، ۱۲(۲)،۳۱-۲۶.

موسوی، ا. رضویان زاده، ن. نوروزی، ن. خسروی، ا. ۱۳۸۷ .بررسی افسردگی وسلامت عمومی در بیماران مبتلا به دیابت نوع۲. مجله دانش و سلامت (۱)۳، ۴۸-۴۴.

منابع انگلیسی

Acaroglu R, Kaya H, Sendir M, Tosun K, Turan Y. Levels of anxiety and ways of coping of family members of patients hospitalized in the Neurosurgery Intensive Care Unit. Neurosciences. 2018;13(1):41-5.

Barnes, J., Kroll, L., Lee, J., Burke, O., Jones, A., & Stein, A. (2012). Factors predicting communication about the diagnosis of maternal breast cancer to children. Journal of Psychosomatic Research, 52(4), 209-214.

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-05]

Beck, A.T. , Epstein, N. , Brown, G. , Steer, R. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56, 893-897.
Bland R, Darlington Y. (2012). The nature and sources of hope: Perspectives of family caregivers of people with serious mental illness. Perspectives in Psychiatric Care. 2012;38(2):61-8.
Bui, A. L., Horwich, T. B., & Fonarow, G. C. .(۲۰۱۶) Epidemiology and risk profile of heart failure. Nature Reviews Cardiology, 8(1), 30.
Cukor, D., Ver Halen, N., & Kimmel, P. L. (2020). Psychosocial issues in chronic kidney disease patients Chronic Renal Disease (pp. 413-423): Elsevier.
Domènech-Llaberia, E., Jané, C., Canals, J., Ballespí, S., Esparó, G., & Garralda, E. (2014). Parental reports of somatic symptoms in preschool children: Prevalence and associations in a Spanish sample. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 43(5), 598-604.
Eisenberg, S. A., Shen, B.-J., Schwarz, E. R., & Mallon, S. (2018). Avoidant coping moderates the association between anxiety and patient-rated physical functioning in heart failure patients. Journal of behavioral medicine, 35(3), 253-261.
Huizinga, G. A., van der Graaf, W. T., Visser, A., Dijkstra, J. S., & Hoekstra-Weebers, J. E. (2013). Psychosocial consequences for children of a parent with cancer: a pilot study. Cancer Nursing, 26(3), 195-202.
Lester P, Jane Rotheram-Borus M, Lee S-J, Comulada S, Cantwell S, Wu N, et al. Rates and predictors of anxiety and depressive disorders in adolescents of parents with HIV. Vulnerable Children and Youth Studies. 2006;1(1):81-101.
Lieb, R., Isensee, B., Höfler, M., Pfister, H., & Wittchen, H.-U. (2012). Parental major depression and the risk of depression and other mental disorders in offspring: a prospective-longitudinal community study. Archives of general psychiatry, 59(4), 365-374.
Lopez SJ, Snyder CR, Pedrotti JT. Hope: Many definitions, many measures. 2013.
Osborn, T. (2014). The psychosocial impact of parental cancer on children and adolescents: a systematic review. Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer, 16 (2), 101-126.
Schneider, M. C. C., Castillo, S., & al, e. (2005). Summary of indicators most used for the measurement of the health inequalities. Epidemiol Bull, 26(3), 7-10.
Sheaffer, H. (2010). The met and unmet needs of families of patients in the ICU and implications for social work practice.

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-05]

Original Article

Comparison of hope and anxiety between adolescents with a parent with chronic heart disease and adolescents with a parent with type 2 diabetes

Ensieh Ghatee[1], MSc Student
*** Narges Sadeghi[2], PhD**
Mehrdad Azarbarzin[3], PhD

Abstract

Aim. The aim of this study was to compare hope and anxiety between adolescents with a parent with chronic heart disease and adolescents with a parent with type 2 diabetes.

Background. Chronic illness in parents is associated with developing problems such as decreased hope and anxiety for children.

Method. The present study was a descriptive cross-sectional comparative study in which 120 adolescents either with a parent with chronic heart failure or with a parent with diabetes type 2 were recruited by convenience sampling. Schneider's hope scale and Beck anxiety questionnaire were used to collect the data. Data were analyzed using descriptive and inferential statistics in SPSS software version 24.

Findings. The total hope score in adolescents with parents with chronic heart failure and adolescents with parents with type 2 diabetes was respectively 28.70±5.01 and 31.40±4.20. Sixty percent of adolescents with a parent with chronic heart disease had the lowest anxiety level, 25 percent experience mild anxiety, 10 percent reported moderate anxiety, and 5 percent experience severe anxiety. Ninety and five percent of adolescents with parents with diabetes showed the lowest anxiety, 3.3 percent experienced mild anxiety and 1.7 percent reported moderate anxiety.

Conclusion. Adolescents with a parent with chronic heart disease have significantly higher levels of anxiety than adolescents with a parent with diabetes type 2, and there is a significant difference between their overall hope score. Because anxiety and hope can affect all aspects of a person's life, therefore, the implementation of educational and behavioral interventions to improve anxiety and hope is recommended.

Keywords: Hope, Anxiety, Chronic heart disease, Type 2 diabetes, Adolescent, Parents

1 MSc Student in Nursing, Community Health Research Center, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.
2 Assistant Professor, Community Health Research Center, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran (*Corresponding Author) email: nsadeghi45@yahoo.com.
3 Assistant Professor, Nursing and Midwifery Sciences Development Research Center, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran.

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-05]