مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی
دوره ۱۸، شماره ۳، پاییز ۸۷، صفحات ۱۸۷ تا ۱۹۳

Original Article

بررسی میزان سازگاری زنان مبتلا به بیماری های عروق کرونر براساس ابعاد چهارگانه فیزیولوژیک، خودپنداری، ایفای نقش و استقلال- وابستگی در شهر تبریز، ۸۷-۱۳۸۶

دیانا هکاری[۱]، رحمت محمدزاده[۲]

[۱] مربی، گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تبریز
[۲] استادیار، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه تبریز

چکیده

سابقه و هدف: *مدل سازگاری روی (Roy adaptation model) پرستاری بر ارتقاء میزان سازگاری متمرکز گردیده و سهم مثبتی در سلامتی، کیفیت زندگی و مرگ توام با آرامش دارد. هدف پژوهش حاضر بررسی سازگاری زنان بیمار با بیماری‌های عروق کرونر در بعدهای فیزیولوژیک، مفهوم خود، ایفای نقش واستقلال/ وابستگی بود.*

روش بررسی: *این پژوهش از نوع تحلیل همبستگی و روش نمونه‌گیری آن تصادفی طبقه‌ای بود. نمونه پژوهش ۲۵۰ نفر و ابزار گردآوری داده‌ها پرسش‌نامه بود. تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS 13.0 انجام پذیرفت.*

یافته‌ها: *بین میزان تحصیلات و بعد خانوار، متوسط درآمد ماهیانه خانوار و میزان سازگاری اختلاف معنی‌داری وجود داشت (P<۰/۰۰۱). افراد در بعد فیزیولوژیکی برحسب چگونگی انجام فعالیتهای خود مراقبتی با ۱۵۲ مورد (۶۱/۲ درصد)، رفتارهای بهداشتی – سلامتی و حفاظت در برابر عوامل خطر آفرین با ۲۱۲ مورد (۸۴/۸ درصد)، از سازگاری در حد متوسط برخوردار بودند. ۲۰۶ مورد (۸۲/۴ درصد) در بعد درک از خود، سازگاری متوسطی داشتند. در حالی که ۱۰۹ مورد (۴۳/۶ درصد) در بعد استقلال/وابستگی، سازگاری کمی را ادعان نمودند. ۲۲۴ مورد (۸۹/۶ درصد) در بعد ایفای نقش، سازگاری در حد متوسط داشتند. میزان سازگاری براساس ابعاد چهارگانه فیزیولوژیک، خودپنداری، ایفای نقش و استقلال/ وابستگی معنی‌دار بود (P<۰/۰۰۱).*

نتیجه‌گیری: *این مطالعه نمایانگر ارزش استفاده از نظریه پرستاری به عنوان یک چارچوب سازمان یافته برای ارزیابی تجارب زندگی در زنان مبتلا به بیماری عروق کرونر قلب است و. بکارگیری آن می‌تواند در راستای سازگاری بهتر انسان با تغییرات بوجود آمده در وضعیت سلامتی وی کمک نماید.*

واژگان کلیدی: *مدل سازگاری خانم روی، ابعاد چهارگانه فیزیولوژیک، درک ازخود، ایفای نقش، استقلال/ وابستگی.*

مقدمه

طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی، بیماری‌های قلبی عروقی شایع‌ترین علت مرگ در جهان هستند و پیش‌بینی می‌شود این روند تا سال ۲۰۲۰ ادامه یابد. در سال ۲۰۰۲ بیماری‌های قلبی عروقی سبب مرگ ۱۶/۵ میلیون نفر در جهان شده و تخمین زده می‌شود که تعداد مرگ و میر ناشی از این بیماری به ۲۵ میلیون نفر در سال ۲۰۲۰ برسد که از این میان ۱۹ میلیون نفر آن در کشورهای در حال توسعه خواهد بود. در اروپا بیماری‌های قلبی عروقی موجب مرگ ۴ میلیون نفر در سال شده که ۲ میلیون آن بطور مستقیم ناشی از بیماریهای عروق کرونر است (۳-۱).

آدرس نویسنده مسئول: تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، دانشکده علوم پزشکی، گروه پرستاری، دیانا هکاری
(**email**: dianahekari@gmail.com)

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۷/۴/۲۹
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۷/۷/۲۷

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-07]

در ایالات متحده‌ی امریکا همه‌گیری بیماری‌های عروق کرونر از دهه ۱۹۲۰، در انگلستان از دهه ۱۹۳۰ و در کشورهای در حال توسعه کمی دیرتر شروع شده است. برای مثال در سنگاپور میزان مرگ استاندارد شده در ۲۰ سال گذشته بیش از دو برابر شده و از ۲۲ مرگ در صدهزار نفر جمعیت در سال ۱۹۵۷ به ۵۰ در ۱۰۰ هزار نفر در ۱۹۷۹ رسیده است. در دیگر کشورهای رو به توسعه مانند مالزی و سری‌لانکا هم روند مشابهی دیده شده است (۴). شیوع بیماری ایسکمیک قلبی در ترکیه از سال ۱۹۸۶ تا سال ۱۹۹۱ دو برابر و میزان مرگ و میر چهار برابر شده است (۵). آمار بیماری‌های قلبی در استان آذربایجان شرقی سیر صعودی دارد. طبق بررسی‌های بعمل آمده توسط گرگابی از بخش آمار و مدارک پزشکی مرکز آموزشی، درمانی تخصصی قلب تبریز تعداد مبتلایان به انفارکتوس میوکارد مراجعه کننده به این مرکز در سال ۱۳۷۳، ۱۱۵۴ نفر بود که این تعداد در سال ۱۳۷۶ به ۱۹۸۶ نفر افزایش یافت (۶).

سالیانه بیش از ۷۰۰۰۰۰ نفر در امریکا به علت ابتلا به بیماری‌های عروق کرونر جان خود را از دست می‌دهند و ۲/۵ میلیون نفر در اثر آن ناتوان و از کار افتاده می‌شوند (۷). هزینه سالانه آن از نظر اقتصادی بسیار زیاد بوده و بیش از ۱۰۰۰۰۰ نفر از این بیماران در اثر عود بیماری در مراکز درمانی مجدداً بستری می‌شوند (۸). در سال ۲۰۰۰، در جمعیت پنج میلیونی فنلاند ۴۱۱۳ عمل پیوند عروق و ۳۹۳۰ مورد آنژیوپلاستی عروق کرونر انجام پذیرفت (۱). بیماری‌های عروق کرونر، عامل ۲۷ درصد مرگ ومیر در ایالات متحده و همچنین عامل مهم مرگ ومیر زودرس زنان می باشد. میزان ابتلا به این بیماری در زنان بیش از ۵۵ سال، بطور قابل ملاحظه‌ای افزایش یافته و در مقایسه با مردان تعداد زیادی از بستری‌های مکرر بیمارستانی را به خود اختصاص می‌دهند (۱۰،۹).

در هر سال، بیش از ۲۴۰ هزار زن امریکائی از یک حمله قلبی رنج می‌برند. خطر حمله قلبی دوم در زنان بیش از مردان است. در حقیقت زنان بیش از مردان از بروز حمله قلبی دوم در ۴ سال بعد از حمله اول قلبی رنج می‌برند (۱۱). بعلاوه، همه ساله، تقریبا ۲۵۰۰۰۰زن در ایالات متحده بدنبال ابتلا به بیماری‌های عروق کرونر می‌میرند (۱۲،۱۰). میزان مرگ و میر زنان سیاه‌پوست وسفیدپوست مبتلا به بیماری‌های عروق کرونر در ایلات متحده به ترتیب ۱۶۰/۳ نفر و ۱۲۵/۱ نفر به ازاء هر ۱۰۰ هزار نفر می‌باشد (۱۳). سن بالا، مصرف سیگار، هیپرتانسیون، کلسترول بالا و دیابت قندی به بروز مجدد انفارکتوس میوکارد و مرگ و میر ناشی از آن در زنان می‌انجامد (۱۴).

Penckofer و Holm ذکر می‌کنند که جراحی بای‌پس عروق کرونر در زنان، نسبت به مردان از نقطه نظر انجام گرافت، انفارکتوس قبل از عمل، تسکین علائم و تظاهرات بیماری و سطوح فعالیت فیزیکی، نتایج چندان رضایت بخشی نداشته است. با این حال، تعدیل عوامل خطرآفرین در زنان مبتلا به انفارکتوس میوکارد حاد می‌تواند به حیات طولانی مدت و کیفیت بهتر زندگی منجر گردد. افزون بر این، قطع یا کاهش مصرف سیگار، کاهش میزان چربی دریافتی، افزایش مقدار فیبر در غذای روزانه، رعایت رژیم داروئی و کاهش وزن می‌تواند با ارتقای رضایت از زندگی در زنان مبتلا به بیماری کرونر قلب همراه باشد (۱۵،۱۴،۱۰). افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن سطوح مختلفی از کیفیت زندگی را تجربه کرده و در تمام طول زندگی خود با عوامل تنیدگی‌آور گوناگون دست به گریبان هستند. امروزه کیفیت زندگی مبتلایان به بیماری‌های مزمن موضوع مطالعات متعددی می‌باشد. به گونه‌ای که علاوه بر طولانی شدن عمر، چگونگی حفظ کیفیت زندگی نیز از اهمیت ویژه ای برخوردار شده است (۱۶). به منظور بهبود کیفیت زندگی بیماران، افراد تیم درمان و مراقبت باید قادر باشند که چگونگی درک بیماران از سلامت، رفاه و توانائی عملکرد در زندگی روزانه خویش را ارزیابی کنند. اخیرا پزشکان، بیماران و مدیران پرستاری به این نتیجه رسیده‌اند که دیگر نباید نتایج اقدامات درمانی را فقط با طول عمر ارزیابی کرد، بلکه معیار معتبری به جز بیماری و مرگ و میر مورد نیاز است. کیفیت زندگی به عنوان یکی از این معیارها در جستجوی متغیرهایی فراتر از بیماری زیست–پزشکی بوده و شامل عوامل جسمی، روانی و روان شناختی است. نشانه‌های یک بیماری مزمن مستقیما بر روی بیمار و بالطبع بر روی کیفیت زندگی او تاثیر می‌گذارند. در نتیجه بررسی و ارزیابی کیفیت زندگی هنگامی که درمان جنبه نگهدارنده دارد، از اهمیت خاصی برخوردار می‌باشد (۱۸-۱۶). ادلمن و مندل معتقدند که کیفیت زندگی پائین عامل موثر در بروز یا تشدید بیماریهای قلبی – عروقی و پی‌آمدهای مهم دیگری از قبیل بستری شدن در بیمارستان و مرگ است. بنابراین باید کیفیت زندگی بیماران را مرتب بررسی و هرگونه تغییر آن را بسیار مهم تلقی کرد (۱۶).

چارچوب سازمان یافته تئوریکی این مطالعه بر مدل سازگاری روی (Roy adaptation model) در پرستاری مبتنی است (۱۰). طبق این مدل، پرستاری بر ارتقاء میزان سازگاری متمرکز گردیده و بنابراین دارای سهم مثبت در سلامتی، کیفیت زندگی و مرگ توام با آرامش می‌باشد (۱۰،۱۹،۲۰).

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-07]

محرک اصلی و زمینه‌ای (focal and contextual stimuli) دو مفهوم کلیدی هستند که بر سازگاری تاثیر می‌گذارند. روی سازگاری را بعنوان مجموعه ای از فرایندها که طی آن شخص به تنش‌زاهای محیطی یا محرک‌ها پاسخ می‌دهد، تعریف نموده است (۲۱). محیط بعنوان شرایط، وضعیت‌ها و تاثیر پیرامون احاطه کننده تعریف شده و بر توسعه رفتار شخص موثر است. نقش پرستار شناسایی محرک‌های درونی و بیرونی است که ممکن است بر رفتار بیمار اثر بگذارد و در رابطه با بیمار نقش وی کمک به شناسائی و طبقه بندی محرک اصلی، زمینه‌ای و باقیمانده می‌باشد که احتمال دارد بر رفتار بیمار در چهار بعد فیزیولوژیک، خودپنداری، ایفای نقش واستقلال/ وابستگی (physiological, self-concept, role function, interdependence) تاثیر گذارد. محرک می‌تواند داده مثبت یا منفی و از محیط درونی یا بیرونی بیمار باشد (۲۳،۲۲).

محرک اصلی، محرک‌هایی هستند که بلافاصله بیمار با آنها مواجه می‌گردد و توجه پرستار وبیمار را می‌طلبد. درد سینه، اضطراب وکاهش عملکرد نقش، مثالهائی از محرک اصلی هستند. محرک زمینه‌ای آنهائی می‌باشند که در طی بررسی وضعیت سلامتی بیمار غربالگری محیطی می‌گردند. انزوای اجتماعی، بی‌حرکتی، وضعیت تکاملی و رضایت‌مندی از زندگی، نمونه‌هائی از محرک زمینه‌ای می‌باشند. محرک باقیمانده، عوامل تاریخی مربوط به گذشته فرد هستند که در ارتباط با محرک اصلی وزمینه ای وجود دارند؛ نظیر باورها، عقاید و نگرشها که تاثیر تعیین کننده ای در سازگاری شخص می‌توانند داشته باشند (۲۴،۲۳). در این بررسی چهار بعد واکنش سازگاری برای جمع‌آوری داده‌ها جهت بررسی تجربه زندگی زنان مبتلا به بیماری عروق کرونر بکار برده شده‌اند (۱۰).

مطالعه حاضر با هدف تعیین میزان سازگاری زنان مبتلا به بیماری‌های عروق کرونر براساس ابعاد چهارگانه فیزیولوژیک، خودپنداری، ایفای نقش واستقلال/وابستگی در تعدادی از درمانگاههای تبریز انجام پذیرفت. در این بررسی بعد فیزیولوژیک سازگاری مدل روی برای سنجش توانائی بیمار در انجام فعالیت‌های مراقبت از خود، تعدیل عوامل خطرآفرین و چگونگی رفتارهای بهداشتی- سلامتی مورد استفاده قرار گرفت. تسکین علائم مربوط به درد، خستگی و تحلیل قوای جسمانی در بعد خودپنداری سنجیده شد. هم‌چنین در بعد ایفای نقش، ملاحظات عاطفی در فعالیت‌های روزانه بعد از بیماری مد نظر قرار گرفته و سازگاری نقش پس از ابتلا به بیماری مشخص گردید. در بعد وابستگی/استقلال، رضایتمندی از زندگی و درک تاثیرات وارده بر آن با تعمق در درک محبت، علاقه، مورد پذیرش بودن، ارزش گذاری از سوی دیگران و بالعکس با استفاده از روش مشابه اندازه‌گیری شد.

مواد و روشها

این پژوهش از نوع تحلیل همبستگی می‌باشد. در این بررسی اندازه‌گیری میزان سازگاری بر اساس داده های بدست آمده در چهار بعد نظریه روی به شرح زیر انجام پذیرفت.

در بعد فیزیولوژیکی، بکارگیری فعالیتهای خود مراقبتی با استفاده از مقیاس اسکالتا (SCAALTA) که پرسش‌نامه‌ای مربوط به فعالیتهای مراقبت ازخود و فعالیتهای اوقات فراغت می‌باشد، بررسی گردید. بدین ترتیب که از مشارکت‌کنندگان در پژوهش درخواست شد که فعالیت‌های هفته قبل خود را فهرست نمایند. مقیاس اسکالتا در ۵ مورد خلاصه شده است (۱= هرگز، ۲=برای مدتی کوتاه، ۳=بعضی اوقات، ۴=غالبا، ۵=همیشه) (۱۰). اعتبار محتوا از طریق پرسش‌های مطرح شده از ۱۰ زن مبتلا به بیماری عروق کرونر تعیین گردید. پایایی این ابزار با استفاده از آزمون مجدد در طی ۲ هفته (آزمون مقدماتی) سنجش گردیده که به میزان ۰/۷۶بین دوآزمون انجام شده همبستگی وجود داشت.

پایایی ابزار مطالعه حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ (Cronbachs alpha) نیز برابر ۰/۸۲ برآورد گردید. تعدیل عوامل خطرآفرین از طریق تمرین رفتارهای بهداشتی و بررسی علایم وتظاهرات بیماری با استفاده از بررسی پارپس (PHARPS scale) تعیین گردید. برای سنجش رفتار بهداشتی - فیزیکی نیز ازکار اولسون و همکاران اقتباس شد که شامل ۵ مورد یعنی حفظ و ابقا سطوح اندکی از تنش، کاهش چربی دریافتی روزانه، افزایش فیبر دریافتی، کاهش فشار خون و دریافت منظم داروهای تجویز شده توسط پزشک می‌باشد. موارد مرتبط با علایم بیماری دربرگیرنده درد سینه، خستگی و بی قراری و کاهش انرژی بودند. پارپس بعنوان یک مصاحبه سازمان یافته منسجم پذیرفته شده و دارای ۵ طبقه بندی خلاصه شده (۱=هرگز، ۲=برای مدتی کوتاه، ۳=گاهی اوقات، ۴=غالبا، ۵=معمولا) می‌باشد (۱۰).

در بعد خودپنداری، نحوه انجام بررسی مد مفهوم خود از طریق سنجش عباراتی که مشکلات مرتبط با مراقبت از خود و احساساتی مبنی بر خشم، گناه، اضطراب، غم و افسردگی را منعکس می‌سازند، امکان‌پذیر گردید. مشارکت‌کنندگان به شناسایی عواطفی که در مقیاس رتبه بندی شده (۱= همیشه، ۲=بطور مکرر، ۳= بعضی اوقات، ۴=برای مدتی کوتاه، ۵=هرگز)

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-07]

تجربه نموده‌اند، پاسخ دادند (۹). اعتبار محتوا برای این موارد از طریق مروری بر متون بدست آمد. پایایی این آزمون با استفاده از ضریب الفای کورنباخ ۰/۷۹ برآورد گردید.

در بعد عملکرد نقش (ایفای نقش)، مقیاس تطابق با نقش اکتسابی پراس (PRAS) برای ارزیابی عملکرد نقش مورد استفاده قرار گرفت. از زنان تحت بررسی در مورد سطح سازگاری آنها بعنوان یک عضو خانواده، همسر، دوست و خویشتن به هنگام مواجه با مشکل خفیف تا مشکل شدید، سئوالاتی پرسیده شد. پایایی این ابزار با استفاده از ضریب آلفای کورنباخ ۰/۸۵ محاسبه گردید. اعتبار محتوای این ابزار از بازخورد بدست آمده از مطالعات ۲ نفر عضو هیئت علمی در پرستاری، یک نفر در زمینه قلب و عروق و دیگری در زمینه روان پرستاری بدست آمد.

در بعد وابستگی/ استقلال، مقیاس کیفیت زندگی اولسون و همکاران برای سنجش رضایتمندی کسب شده در زندگی مورد استفاده قرار گرفت. این ابزار در ۵ مورد (۱= عدم رضایت، ۲=تا حدودی رضایتمند، ۳= معمولاراضی، ۴=بسیار راضی، ۵=بی نهایت راضی) طبقه بندی شده و نمایانگر حس ذهنی رضایت از زندگی است که توسط شخص درک می‌گردد. متغیرهای این مقیاس شامل رضایت از سلامتی، خانواده، مسکن، مذهب، دوستان و اعضاء خانواده، عصر حاضر، همسایگی، جامعه و تعلیم وتربیت می‌باشد (۱۰). پایایی مقیاس کیفی زندگی برای سنجش رفتارها در بعد وابستگی یا استقلال مطابق با ضریب آلفای کورنباخ درمورد زنان و مردان سالم در مطالعه اولیه برابر ۰/۹۲ برآورد گردید.

بررسی‌های به عمل آمده توسط پژوهشگر در درمانگاه‌های داخلی بیانگر آن بود که حداقل ۳۵ مراجعه‌کننده روزانه هر درمانگاه را مبتلایان به بیماری‌های عروق کرونرتشکیل می‌دادند. با توجه به میزان احتمال بدست آمده از مطالعه مقدماتی به تعداد ۲۵ نفر (۲۰ درصد) از بیماران زن مبتلا به بیماری‌های عروق کرونر و حداکثر میزان اشتباه قابل قبول ۵ درصد، تعداد نمونه ۲۵۰ نفر بدست آمد (۲۵).

نمونه‌گیری به روش تصادفی طبقه‌ای صورت گرفت. گروه مورد پژوهش از بین زنان مراجعه کننده به تعدادی از درمانگاه‌های داخلی قلب که تشخیص قطعی بیماری‌های عروق کرونر آنان توسط متخصص بیماریهای قلب و عروق محرز شده و در زمان نمونه‌گیری جهت پیگیری درمان مراجعه نموده بودند، انتخاب گردیدند. این افراد از نظر سابقه خانوادگی، میزان سازگاری، وضعیت سلامتی و سابقه بیماری‌های کرونری قلب تحت بررسی قرار گرفتند. بیماران مبتلا به بیماری‌های دریچه‌ای قلب، مادرزادی قلب و بیماریهای قلب ریوی در مطالعه وارد نشدند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسش‌نامه تنظیم شده برحسب طیف لیکرت و مصاحبه بود.

به منظور دستیابی به ارتباط برخی مشخصات فردی، اجتماعی و میزان سازگاری واحدهای مورد پژوهش براساس ابعاد چهارگانه فیزیولوژیک، خودپنداری، ایفای نقش و استقلال/ وابستگی از آزمون آماری کای‌دو استفاده شد. جهت تبیین میزان سازگاری با توجه به میانگین و انحراف معیار بدست آمده در ابعاد سازگاری، نمرات ۲/۳۳-۱ معرف سطح سازگاری کم یا پائین، ۳/۶۷-۲/۳۴ سازگاری متوسط و ۵-۳/۵۸ سازگاری زیاد در نظر گرفته شدند. برای مقایسه نمرات ابعاد مختلف سازگاری (بعد فیزیولوژیکی، بعد خودپنداری، بعد ایفای نقش وبعد وابستگی/استقلال) از آزمون غیرپارامتری فریدمن و برای مقایسه دو به دو میزان سازگاری از آزمون ویل‌کاکسون استفاده شد. سپس جهت پیش‌بینی میزان سازگاری بر حسب نمرات واحدهای مورد پژوهش در ابعاد سازگاری از آزمون همبستگی رتبه‌ای اسپیرمن وکندال استفاده گردید. کلیه تحلیل‌های آماری با استفاده از نرم افزار SPSS 13.0 انجام گردید.

یافته‌ها

۲۵۰ نفر با میانگین سنی۰/۸۳± ۵۸/۶ سال بررسی شدند. از نظر تحصیلات، ۱۶۶ نفر بی‌سواد (۶۶/۴ درصد)، ۵۳ نفر (۲۱/۲ درصد) ابتدائی، ۱۶ نفر (۶/۴ درصد) راهنمائی، ۱۲ نفر (۴/۸ درصد) متوسطه و ۳ نفر (۱/۲ درصد) دارای تحصیلات عالی بودند. ۲۳۱ نفر (۹۲/۴ درصد) خانه‌دار و بعد خانوار اکثریت (۲۸ درصد) پنج بود. ۱۵۲ نفر (۶۰/۸ درصد) ابتلای فرد دیگری در خانواده به بیماری عروق کرونر و ۱۷۴ نفر (۶۹/۶ درصد) سابقه کسب اطلاعات را عنوان نمودند. منبع کسب اطلاعات ۹۵ نفر (۵۴/۶ درصد) کارمند بهداشتی-درمانی بودند. نتایج آزمون کای‌دو نشان داد بین میزان تحصیلات، بعد خانوار، متوسط درآمد ماهیانه خانوار و سابقه کسب اطلاعات از کارکنان بهداشتی و میزان سازگاری اختلاف معنی‌داری وجود داشت (P<۰/۰۰۱).

بررسی میزان سازگاری واحدهای مورد پژوهش در ابعاد چهارگانه بیانگر آن بود که در بعد فیزیولوژیکی، چگونگی انجام فعالیت‌های خود مراقبتی با ۱۵۲ مورد (۶۱/۲ درصد) و رفتارهای بهداشتی –سلامتی و حفاظت در برابر عوامل خطرآفرین با ۲۱۲ مورد (۸۴/۸ درصد) از سازگاری در حد متوسط برخوردار بودند. ۲۰۶ مورد (۸۲/۴ درصد) در بعد

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-07]

خودپنداری سازگاری متوسطی داشتند. در حالی که ۱۰۹ مورد (۴۳/۶ درصد) در بعد استقلال/وابستگی سازگاری کمی را ذکر کردند و ۲۲۴ مورد (۸۹/۶ درصد) در بعد ایفای نقش سازگاری در حد متوسط داشتند (جدول ۱).

جدول ۱- میزان نمرات افراد برحسب میزان سازگاری

ابعاد سازگاری	میانگین	کم	متوسط	زیاد
فیزیولوژیکی‡	*۱/۸۸±۰/۶۱	†(۲۵/۲) ۶۳	(۶۱/۲) ۱۵۳	(۱۳/۶) ۳۴
فیزیولوژیکی§	۲/۱۲±۰/۳۷	(۱/۶) ۴	(۸۴/۸) ۲۱۲	(۱۳/۶) ۳۴
خودپنداری	۱/۹۵±۰/۴۲	(۱۱/۲) ۲۸	(۸۲/۴) ۲۰۶	(۶/۴) ۱۶
ایفای نقش	۱/۹۹±۰/۳۲	(۵/۶) ۱۴	(۸۹/۶) ۲۲۴	(۴/۸) ۱۲
وابستگی/ استقلال	۱/۷۲±۰/۴۶	(۴۳/۶) ۱۰۹	(۴۰/۴) ۱۰۱	(۱۶) ۴۰

* میانگین ± انحراف معیار؛ † فراوانی (درصد)
‡ برحسب چگونگی انجام فعالیتهای خود مراقبتی
§ برحسب رفتارهای بهداشتی – سلامتی

در بعد فیزیولوژیکی، مشارکت‌کنندگان گزارش نمودند که در حد متوسطی قادر به اجرای فعالیت‌های خودپایی نظیر درست کردن تخت [۷۱ نفر (۲۸/۴ درصد)]، استحمام [۱۰۵ نفر (۴۲ درصد)]، بالارفتن از پله‌ها [۹۳ نفر (۳۷/۲ درصد)]، جاروکردن [۸۳ نفر (۳۳/۲ درصد)]، گردگیری [۸۸ نفر (۳۵/۲ درصد)] و آشپزی [۷۰ نفر (۲۸ درصد)] نسبت به سایر فعالیت‌ها بودند. اغلب این افراد، رفتارهای مراقبت از خود مثبتی نظیر دستیابی به ۸-۷ ساعت خواب شبانه [۸۰ نفر (۳۲ درصد)]، دوره‌های استراحت در طی روز [۷۳ نفر (۲۹/۲ درصد)]، اجتناب از مصرف سیگار [۲۱۱ نفر (۸۴/۴ درصد)]، دریافت مرتب داروهای تجویزشده [۱۲۷ نفر (۵۰/۸ درصد)] و کنترل ضربان قلب [۱۱۵ نفر (۴۶ درصد)]، کلسترول [۱۲۲ نفر (۴۸/۸ درصد)]، تری‌گلیسرید [۱۲۰ نفر (۴۸ درصد)]، فشارخون [۸۴ نفر (۳۳/۶ درصد)] و دریافت رژیم غذائی پرفیبر [۹۵ نفر (۳۸ درصد)] را گزارش کردند.

در بعد مفهوم خودپنداری، مشارکت‌کنندگان تجربه عصبانیت [۹۱ نفر (۳۷/۶ درصد)]، خشم [۹۴ نفر (۳۷/۶ درصد)]، احساس گناه [۶۵ نفر(۲۶ درصد)]، غم و اندوه [۹۸ نفر (۳۹/۲ درصد)] و افسردگی [۷۴ نفر(۲۹/۶ درصد)] را عنوان نمودند. میانگین این عواطف دامنه‌ای از ۱/۱۹۷ تا ۳/۳۵ و انحراف معیار ۲/۴۸ تا ۱/۲۶۵ را نشان داد. از سوی ۱۴۹ نفر(۵۹/۶ درصد) نیز اضطراب را بطور فزاینده‌ای گزارش کردند. در بعد ایفای نقش، ۱۰۱ نفر (۴۷/۶ درصد) حداقل تغییر یا هیچ تغییری در کلیه نقش‌ها بعد از بروز بیماری را گزارش نمودند. سازگاری در این افراد تحت الشعاع سایر بحرانهای سلامتی عمده در خانواده قرار می‌گرفت. عملکرد ناصحیح نقش‌ها بصورت انحراف عملکردهای عاطفی، احساسی و رضایت منتج از ایفای نقش بصورت احساساتی مبنی بر بلا استفاده بودن توسط ۸۶ نفر (۳۴/۴ درصد)، نداشتن ارتباطات زناشوئی مناسب ۸۳ نفر (۳۳/۲ درصد)، تنهایی و انزوای اجتماعی همیشگی با ۶ نفر (۲/۴ درصد) عنوان گردید. ۹۰ نفر (۳۶ درصد) هیچ فعالیت خاصی برای اوقات فراغت خویش ابراز نداشتند. ۹۷ نفر (۳۸/۸ درصد) نقص در تکمیل فعالیت‌های روزانه را مشکل عمده‌ای عنوان نمودند، چرا که اغلب این فعالیت‌ها به روشی که دلخواه آنها بود انجام نپذیرفته و یا هنگامی که سایر اعضای خانواده مایل به اجرای آن بودند، با تاخیر صورت گرفته بود.

به باور ۱۰۸ نفر (۴۳/۲ درصد)، دارا بودن توانایی معنوی نظیر اعتقاد قلبی به خدا و توجه به مراکز مذهبی (مانند مساجد) در سازگاری با بیماری و تغییر در نقش‌ها برای آنان بسیار با ارزش بشمار می‌رفتند.

میزان سازگاری براساس ابعاد چهارگانه مقایسه گردید که براساس نتایج آزمون فریدمن معنی‌دار بود ($P<0/0001$). در تعیین همبستگی بین متغیر نمرات واحدهای مورد پژوهش درابعاد چهارگانه و میزان سازگاری، آزمون کندال واسپیرمن‌رو نشان داد که در تمامی موارد همبستگی بین نمرات واحدهای مورد پژوهش در ابعاد چهارگانه فیزیولوژیک، خودپنداری، ایفای نقش و استقلال / وابستگی و میزان سازگاری معنی‌دار است.

بحث

در بعد فیزیولوژیکی، مشارکت‌کنندگان گزارش نمودند که در حد متوسطی قادر به اجرای فعالیت‌های خودپایی نظیر درست کردن تخت [۷۱ نفر (۲۸/۴ درصد)]، استحمام [۱۰۵ نفر (۴۲ درصد)]، بالارفتن از پله‌ها [۹۳ نفر (۳۷/۲ درصد)]، جاروکردن [۸۳ نفر (۳۳/۲ درصد)]، گردگیری [۸۸ نفر (۳۵/۲ درصد)] و آشپزی [۷۰ نفر (۲۸ درصد)] نسبت به سایر فعالیت‌ها بودند. اغلب این افراد، رفتارهای مراقبت از خود مثبتی نظیر دستیابی به ۸-۷ ساعت خواب شبانه [۸۰ نفر (۳۲ درصد)]، دوره‌های استراحت در طی روز [۷۳ نفر (۲۹/۲ درصد)]، اجتناب از مصرف سیگار [۲۱۱ نفر (۸۴/۴ درصد)]، دریافت مرتب داروهای تجویزشده [۱۲۷ نفر (۵۰/۸ درصد)] و کنترل ضربان قلب [۱۱۵ نفر (۴۶ درصد)]، کلسترول [۱۲۲ نفر (۴۸/۸ درصد)]، تری‌گلیسرید [۱۲۰ نفر (۴۸ درصد)]، فشارخون [۸۴ نفر (۳۳/۶ درصد)] و دریافت رژیم غذائی پرفیبر [۹۵ نفر (۳۸ درصد)] را گزارش کردند. طی پژوهشی که توسط هاگنهاف و

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-07]

همکاران در امریکا انجام شد، نتایج حاکی از آن بود که درمان دارویی با میانگین ۴/۷۱ از دیدگاه بیماران و با میانگین ۴/۳۲ از دیدگاه پرستاران بالاترین درجه اهمیت را داشت (۲).

در بعد مفهوم خودپنداری، مشارکت‌کنندگان تجربه عصبانیت [۹۱ نفر (۳۷/۶ درصد)]، خشم [۹۴ نفر (۳۷/۶ درصد)]، احساس گناه [۶۵ نفر(۲۶ درصد)]، غم و اندوه [۹۸ نفر (۳۹/۲ درصد)] و افسردگی [۷۴ نفر(۲۹/۶ درصد)] را عنوان نمودند. میانگین این عواطف دامنه‌ای از ۱/۱۹۷ تا ۳/۳۵ و انحراف معیار ۲/۴۸ تا ۱/۲۶۵ را نشان داد. از سوی ۱۴۹ نفر(۵۹/۶ درصد) نیز اضطراب را بطور فزاینده‌ای گزارش کردند. در بعد ایفای نقش، ۱۰۱ نفر (۴۷/۶ درصد) حداقل تغییر یا هیچ تغییری در کلیه نقش‌ها بعد از بروز بیماری را گزارش نمودند. سازگاری در این افراد تحت الشعاع سایر بحرانهای سلامتی عمده در خانواده قرار می‌گرفت. عملکرد ناصحیح نقش‌ها بصورت انحراف عملکردهای عاطفی، احساسی و رضایت منتج از ایفای نقش بصورت احساساتی مبنی بر بلا استفاده بودن توسط ۸۶ نفر (۳۴/۴ درصد)، نداشتن ارتباطات زناشوئی مناسب ۸۳ نفر (۳۳/۲ درصد)، تنهایی و انزوای اجتماعی همیشگی با ۶ نفر (۲/۴ درصد) عنوان گردید. ۹۰ نفر (۳۶ درصد) هیچ فعالیت خاصی برای اوقات فراغت خویش ابراز نداشتند. ۹۷ نفر (۳۸/۸ درصد) نقص در تکمیل فعالیت‌های روزانه را مشکل عمده‌ای عنوان نمودند، چرا که اغلب این فعالیت‌ها به روشی که دلخواه آنها بود انجام نپذیرفته و یا هنگامی که سایر اعضای خانواده مایل به اجرای آن بودند، با تاخیر صورت گرفته بود.

به باور ۱۰۸ نفر (۴۳/۲ درصد)، دارا بودن توانایی معنوی نظیر اعتقاد قلبی به خدا و توجه به مراکز مذهبی (مانند مساجد) در سازگاری با بیماری و تغییر در نقش‌ها برای آنان بسیار با ارزش بشمار می‌رفتند. طی تحقیقی که توسط واروارو در امریکا انجام شد نیز ۶۰ درصد افراد مشکلات مرتبط با نقش و ۲۸ درصد مشکلات جدی در سازگاری نقش‌ها را عنوان کردند. انحراف نقش شامل تحریف نقش خود در بین اعضاء خانواده و کنترل نقش های قابل برگشت می‌شد. زنان شرکت کننده در پژوهش، احساساتی مبنی بر تنهائی (جدائی از خانواده)، از دست دادن نقش وایفای نقشی دیگر را عنوان نموده بودند (۴). در بعد وابستگی/ استقلال مشارکت‌کنندگان این پژوهش با میانگین ۲/۸۵ تا ۳/۳۱ و انحراف معیار ۱/۰۴۲ تا ۲/۳۸۹ بیانگر رضایت‌مندی خویش از زندگی خانوادگی، باورها و اعتقادات مذهبی بهداشت فردی، توانائی ارائه و دریافت محبت، تعلیم وتربیت بودند. با این حال، رضایت کمتری نسبت به ازدواج، سلامتی، انجام فرائض مذهبی، ارتباط با همسایگان و دوستان، هزینه نیازهای فعلی و آتی، مسکن و فضای زندگی با میانگین ۲/۷ تا ۲/۷۶ و انحراف معیار ۰/۹۳۱ تا ۱/۰۱۵ را ابراز داشتند. مطالعه ای در ایران نشان داد که عواملی چون راضی نبودن از افراد خانواده، احساس تنش در رابطه با درگیری با اطرافیان و همکاران و تغییر در الگوی خواب با بروز آنژین صدری وسکته قلبی ارتباط معنی‌داری دارند (6).

این مطالعه نمایانگر کاربرد مدل سازگاری روی در پرستاری درمورد زنان مبتلا به بیماری عروق کرونر قلب بود. در این بررسی سازگاری بیمار یا عدم سازگاری وی برای مقابله با این بیماری در بعدهای فیزیولوژیک، مفهوم خود، ایفای نقش واستقلال/ وابستگی بررسی گردید. محرک‌های اصلی گزارش شده در رابطه با بعد فیزیولوژیک و بعد ایفای نقش یا عملکرد نقش بودند. محرک فیزیولوژیک نظیر خستگی، فقدان انرژی ممکن است بر عملکرد نقش موثر باشد و منجر به تنش در ایفای نقش گردد. سازگاری غیرموثر در ایفای نقش نیز ممکن است در احساس بلااستفاده بودن بروز نماید و بنابراین در بعد مفهوم خود نیز اثر گذارد. با این حال باید توجه داشت که سنجش بعد درک فرد از خود یا مفهوم خود احتمال دارد بدلیل تمرکز در وضعیت عاطفی - احساسی مددجو محدود گردد. سنجش بعد استقلال/وابستگی نیز ممکن است شامل عباراتی باشد که صرفا انعکاسی از خود بعد نیست. با این حال این مطالعه نمایانگر ارزش استفاده از نظریه پرستاری به عنوان یک چارچوب سازمان یافته برای ارزیابی تجارب زندگی در زنان مبتلا به بیماری عروق کرونر قلب نیز بود. این بررسی همچنین بیانگر آن بود که محرک اصلی و زمینه‌ای که بر بعد فیزیولوژیک سازگاری مؤثر هستند، قابل بررسی، اندازه گیری، کنترل و ارزیابی هستند. بنابر این، تحقیق آتی بایستی در راستای تنظیم پرسشنامه‌هایی که به سهولت مورد پذیرش قرار گرفته و امکان بررسی و کنترل موثر و ارزیابی تجارب زندگی در زنان مبتلا به بیماری قلبی را امکان‌پذیر می‌سازد، هدایت گردد.

تشکر و قدردانی

پژوهش فوق طرح مصوب معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز می‌باشد؛ لذا بدینوسیله مراتب تشکر و قدردانی از کلیه کسانی که در انجام این تحقیق ما را یاری رسانیده‌اند، اعلام می‌گردد.

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-07]

REFERENCES

1. Lukkarian H,Hentinen M. Treatments of coronary artery disease improve quality of life in the long term, J Cardiovas Nurs 2006:55:26-33.
2. Maclin DR, Chokalingam A. The global burden of cardiovascular disease, Canadian Cardiovasc Soci Bulletin 2002;1:1-3.
3. Murray CJ, Lopez AD, Eds. The global burden of mortality and disability from disease, and risk factors in 1990 and projected to 2020. 1st ed. Cambridge: Harvard University Press; 1996.
4. Park JE, Park K. Textbook of preventive and social medicine, 9th ed. Malekafzali H, translator. Tehran: Samat publication; 2003.
5. Akdolun N, Terakye G. Sexual problems before and after myocardial infarction: patients' needs for information. Rehabil Nurs 2001;26:152-58.
6. Gargabi Sh. A survey of nursing care quality in myocardial infarction susceptible patients which are treatment with streptokinase. Hamedan Nursing Faculty Scientific Journal 1998;11:6-13. [In Persian]
7. Woods SL, Froelicher ES. Cardiac nursing. 5th edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.
8. Zakerimoghadam M, Aliasgharpor M., Eds. Critical nursing care in CCU, ICU and dialysis. 1st edition. Tehran: Raphieh publication; 2003. [In Persian]
9. Decker C, Garavalia L, Chen C, Buchanan DM, Nugent K, Shipman A, et al. Acute myocardial infarction patients information needs over the course of treatment and Recovery. J Cardiovas Nurs 2007;22:459-65.
10. Varvaro F. Women with coronary heart disease: an application of Roy's adaptation model. J Cardiovasc Nurs 1992;27:31-35.
11. Kamel E. Womens health and wellness: an illustrated guide. 1st edition. USA: Lippincott Williams & wilkins; 2002.
12. Veet L. Women's health: clincal vignetts care. 1st edition. Philadelphia: Hanley & Belfus Inc.; 2000.
13. McSweeney JC, Lefler LL, Fischer EP, Naylor AJ Jr, Evans LK. Women's prehospital delay associated with myocardial infarction: does race really matter? J Cardiovasc Nurs 2007;22:279-85
14. Ryan CJ, DeVon HA, Horne R, King KB, Milner K, Moser DK, et al. Symptom clusters in acute myocardial infarction: a secondary data analysis. Nurs Res 2007;56:72-81.
15. Morton PG, Fontaine DK, Eds. Critical care nursing, a holistic approach. 8th edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2005.
16. Edelman CL, Mandle C. Health promotion throughout the life span. 6th edition. New York: Elsvier; 2006.
17. Crisp J, Taylor C. Potter & Perry's fundamentals of Nursing. 2nd Edition. New York: Elsvier; 2005.
18. Potter P. Basic nursing theory and practice. St. Louis: CV Mosby; 2003.
19. Fitzpatrick JJ, Whall AL. Conceptual models of nursing, analysis and application. 4th edition. New Jersey: Pearson Education Inc.; 2005.
20. Reed PG, Shearer NC, Nicoll LH. Prespectives on nursing theory. . 4th edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004.
21. McEwen M, Wills E. Theoretical basis for nursing. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.
22. Ganbari A. Nursing theorization with view to the concepts, conceptual frameworks, development, and theoretical progress in nursing. 1st edition. Gilan: Research department publication; 2004. [In Persian]
23. Johnson PB, Webber BM. An introduction to theory and researching in nursing. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2001.
24. Eleis A. Theoretical nursing development and progress. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2000.
25. Phesharaki M, Danandehpoor khameneh A, Ameri A. Sampling and sample size in medical research. Teb and Tazkieh Journal 2002;81:68-72. [In Persian]

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-07]