

## بررسی رابطه بین نارسایی در سازگاری خانواده و خطر بروز انفارکتوس میوکارد

ابراهیم مسعودنیا<sup>۱\*</sup>؛ آرش فراهانی<sup>۲</sup>

<sup>۱</sup> دانشیار جامعه‌شناسی پزشکی، دپارتمان جامعه‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان

<sup>۲</sup> کارشناس ارشد جامعه‌شناسی، دپارتمان جامعه‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان

### چکیده

**مقدمه:** بیماری های قلبی و عروقی و به ویژه آنفارکتوس میوکارد، عامل اول مرگ و میر در ایران و جهان هستند. سبب شناسی انفارکتوس میوکارد بسیار پیچیده است. یکی از ریسک فاکتورهایی که در مطالعات مرتبط با اتیولوژی اختلال های قلبی و عروقی نادیده گرفته شده، سازگاری خانواده است. پژوهش حاضر با هدف تعیین رابطه میان نارسایی در سازگاری خانواده و خطر بروز انفارکتوس میوکارد انجام شده است. این پژوهش در قالب یک طرح مورد - شاهد و بصورت مقطعی انجام شد. داده ها از دو گروه، یعنی ۵۰ نفر از بیماران با علائم انفارکتوس میوکارد (گروه مورد) مراجعه کننده به مراکز درمانی تخصصی قلب عروق حشمت رشت و مرکز تخصصی قلب تهران، و ۵۰ فرد سالم (گروه شاهد) که فاقد علائم انفارکتوس میوکارد بودند جمع آوری شد. ابزار گردآوری داده ها شاخص ارزیابی سازگاری و انسجام خانواده (FACESII) بود. داده ها با استفاده از روش مانوا (MANOVA) تحلیل شدند. تفاوت معناداری بین گروه مورد و شاهد از نظر متغیرهای کنترل: سابقه سکته قلبی، تحصیلات، سابقه مصرف سیگار، سابقه کلسترول و فشار خون ( $p > 0/01$ ) و سابقه دیابت ( $p > 0/05$ ) وجود داشت. همچنین، تفاوت معناداری میان دو گروه از نظر شاخص سازگاری وجود داشت ( $p > 0/01$ ). نارسایی در سازگاری خانواده ها، از ریسک فاکتورهای مهم در ابتلای به انفارکتوس میوکارد است. بنابراین لازم است برای پیشگیری از اثرات منفی نارسایی در وضع سازگاری خانواده ها مداخلات اجتماعی رفتاری و آموزشی برای خانواده ایرانی تدوین شده و انجام پذیرد.

**کلید واژه ها:** سازگاری، انفارکتوس میوکارد، خانواده، خطر بروز

\* نویسنده مسئول، عضو هیأت علمی دانشگاه گیلان، رشت، ایران

## مقدمه

آمار های رسمی در ایران و جهان همچنان خبر از اول بودن علت مرگ و میر ناشی از بیماری های قلبی \_ عروقی می دهند. حدوداً ۵۰ میلیون نفر در سال می میرند که از این میان بیش از ۱۱ میلیون نفر از آنها درگیر بیماری های قلبی \_ عروقی بوده اند، در ایران نیز تنها در سال ۹۱ بیش از ۵۸ درصد مرگ ها ناشی از بیماری های قلبی و عروقی بوده است(۱). سکته قلبی (MI) و یا انفارکتوس میوکارد به عنوان مرگ آفرین ترین اختلال قلبی از میان بیماری های قلب و عروق، عبارت از انهدام و مرگ سلولی دائم و غیرقابل برگشت در بخشی از عضله قلب (میوکارد) است که به علت از بین رفتن جریان خون و وقوع یک ایسکمی شدید که در آن قسمت از قلب روی می دهد شناخته شده است(۲). نکته مهمی که در این زمینه باید به آن توجه داشت این است که ۸۰ درصد مرگهای زودرس، ناشی از بیماری های قلبی-عروقی قابل پیشگیری است (۳). سبب شناسی انفارکتوس میوکارد بسیار پیچیده است. برای شناخت و درمان این بیماری، راه حل ها اغلب حول محور پارادایم های زیستی- پزشکی متمرکز بوده و کمتر با رویکرد اجتماعی و پیشگیرانه به مسأله توجه شده است. معمولاً، در بروز انفارکتوس میوکارد، دو ریسک فاکتور از عوامل دخیل برشمرده می شوند: نخست، ریسک فاکتور های غیر قابل تعدیل که عبارت از شرایطی است که افراد نمی توانند هیچگونه کنترلی را در آن اعمال کنند، مانند وراثت، بالا رفتن سن، جنس. دومین ریسک فاکتور، به ریسک فاکتورهای قابل تعدیل، یعنی عواملی که افراد بتوانند آنها را کنترل کنند، از قبیل تغییر شیوه زندگی یا عادات شخصی، عدم استرس، عدم فعالیت جسمی(۴). با توجه به این دیدگاه که سلامت و بیماری تا حد زیادی برحسب کمیت و کیفیت روابطی که افراد با دیگران دارند تغییر پیدا می کند (۵)، در این پژوهش دیدگاه قالب عوامل قابل تعدیل، مانند روابط خانواده و افراد بوده است. از عواملی که در سبب شناسی بروز اختلال های قلبی کرونری، توجه اندکی به آن شده است، تأثیر عوامل مرتبط به خانواده، از جمله سازگاری خانواده است. باید توجه داشت که نارسایی در سازگاری خانواده منجر به بروز آسیب هایی جدی به زندگی افراد از جمله بروز بیماری ها خواهد شد. برخی تحقیقات نشان داده اند که اختلال های فیزیکی یا روانی، نتیجه صورت های آسیب شناختی روابط خانواده اند(۶). سازگاری خانواده در واقع تلاشی مشترک برای برقراری و حفظ تعادل خانواده است که می تواند زمینه ساز آمادگی اعضا برای تحمل نارسایی های پیش روی خانواده باشد (۷). در این پژوهش سازگاری (Adaptation) معیاری برای میزان انعطاف و توانایی تغییر در سازمان خانواده ها(۸) تعریف می شود. روابط خانوادگی بنا بر تعریف اولسون و بارنس، به نحوه ارتباطات بین پدر و مادر و فرزندان آنها مربوط می شود. مطالعه هایی که بر تاثیر سازگاری خانواده در بروز بیماری کرونر قلب متمرکز بودند در یافتند که برای مثال میزان استرس های ناشی از نارسایی در روابط خانواده، و یا درگیری های عاطفی منفی، عدم سازگاری خانوادگی از دلایل مهم و عمده بروز این اختلال هستند(۹). همچنین، برخی از پژوهش ها نشان دادند که بین وجود تنش در روابط خانواده و بروز اختلالات هورمونی، برای مثال تاثیر پروتئین واکنشی موسوم به C در زمان بروز یک تنش در روابط بر عروق کرونر قلب رابطه و تاثیر جود دارد(۱۰). همینطور مشخص شده که با فروکش کردن عوامل اثر گذار روانی همچون هیجانانگ منفی، اضطرابات و عدم استرس ها در افراد خانواده، خطر بروز بیماری های قلبی، بخصوص در زنان کاهش خواهد یافت(۱۱). اغلب پژوهشهای انجام شده در ایران با زمینه اتیولوژی انفارکتوس میوکارد براساس پارادایم زیستی پزشکی و بالینی بوده اند. در این بین، به نقش و اهمیت مولفه های مرتبط با خانواده و به ویژه سازگاری خانواده کمتر اهمیت داده شده است. از این رو این پژوهش با هدف تبیین رابطه بین نارسایی در شاخص سازگاری خانواده و خطر بروز انفارکتوس میوکارد و در راستای پوشش خلاء موجود انجام شده است.

## روش مطالعه

پژوهش حاضر در قالب یک طرح مورد - شاهد و بصورت مقطعی در تیرماه ۱۳۹۳ انجام شد. این پژوهش دارای دو جامعه آماری بود، نخست، همه افراد با علائم اختلال انفارکتوس میوکارد، اعم از سرپایی و بستری که طی زمان تعیین شده به مراکز ارائه خدمات تخصصی قلب حشمت رشت و مرکز فوق تخصصی قلب تهران مراجعه کرده بودند. افراد این گروه، بعنوان گروه مورد تعریف شدند. با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی طبقه ای، براساس لیست بیماران مراجعه کننده به دو مرکز، ۵۰ بیمار با علائم انفارکتوس میوکارد انتخاب شدند. جامعه آماری دوم هم، شامل کلیه افراد سالم (افراد فاقد علائم اختلالهای قلبی کرونر) بودند که در این مطالعه، بعنوان گروه شاهد در نظر گرفته شدند. ۵۰ نفر از این گروه، بصورت تصادفی از میان جمعیت عادی و در سطح شهر رشت و تهران انتخاب شدند. معیار ورود برای گروه بیمار، وجود اختلال در کارکرد قلب و وجود آترواسکلروز عروق کرونر به معنای وجود گرفتگی داخلی عروق چپ و راست روی قلب و تصلب شرایین منجر شده به سکته قلبی بود که با توجه به وجود عوامل زمینه ای و بروز سکته قلبی، این افراد به عنوان بیمار انفارکتوس میوکارد شناخته می شدند. معیار ورود در مطالعه برای گروه سالم نیز فقدان هیچ یک از علائم بالینی بیماری عروق کرونری قلبی و عدم سکته قلبی بوده است.

برای گردآوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شد:

پرسشنامه ویژگی‌های اجتماعی - جمعیت شناختی. این متغیرها شامل: سن، جنس، تحصیلات، درآمد، سابقه سکتة قلبی، سابقه سکتة در خانواده، سابقه کلهسترو، سابقه دیابت، سابقه مصرف سیگار، سابقه فشارخون، وضعیت تاهل و تعداد نفرات خانواده بودند که بصورت سؤالات دو شقی: بله و خیر پاسخ داده می شدند.

**شاخص ارزیابی سازگاری خانواده (۱۲):** این شاخص، یک زیر شاخص از شاخص کلی تر ارزیابی سازگاری و انسجام خانواده موسوم به ( Family Adaptation & Cohesion Scales (FACESII) است. شاخص سازگاری خانواده شامل ۱۰ آیتم است که بر اساس یک طیف ۵ درجه ای (اکثر اوقات، تقریباً همیشه، گاهی اوقات، بندرت و تقریباً هرگز) درجه بندی شده است. دامنه نمرات این مقیاس، ۱۰ الی ۵۰ بود. نقطه برش شاخص، ۳۶ بود که کسب نمره بالاتر از این نقطه نشانگر سازگاری پایین و وجود ساختارهای سخت و نشان دهنده در تنگنا بودن افراد، و کسب نمره پایین نشانگر سازگاری کلی بالا فرد در خانواده که در واقع نشان از آزادی بیشتر و در نتیجه بهبود سازگاری افراد در خانواده بوده است. اعتبار و پایایی شاخص سازگاری خانواده از سوی سازندگان آن بسیار بالا گزارش شده است. پایایی مقیاس، با استفاده از روش آلفای کرونباخ، ۰/۷۸ گزارش شده است. برای هنجاریابی این مقیاس در تحقیقی وسیع که بر روی ۲۴۵۱ بزرگسال و ۴۱۲ نوجوان توسط اولسون انجام شده، هنجارها برای خانواده‌ها و اعضا در چرخه زندگی مشخص و سازگاری پذیری خانواده‌های با ساختار سخت و با ساختار، منعطف و همینطور آشفته بدست آمده است. در ایران شاخص سازگاری خانواده توسط سامانی (۱۳) مورد استفاده قرار گرفته و اعتبار و پایایی آن تایید شده است. میزان آلفا برای کل مقیاس پژوهش برابر ۰/۸۲ بوده است. در این پژوهش نیز میزان آلفای بدست آمده ۰/۷۶ بوده است.

داده‌ها پس از استخراج با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ تحلیل شدند. در قسمت آمار توصیفی برای توصیف مشخصات نمونه از روش‌های آماری در سطوح مختلف تلخیص (توزیع فراوانی، درصد) و شاخص‌های تمرکز و پراکندگی استفاده شدند. در بخش استنباطی و برای آزمون فرضیه‌ها، از روش تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) برای مقایسه افراد بیمار و سالم از نظر مؤلفه‌های شاخص عملکرد خانواده استفاده شد.

#### ویژگیهای جمعیت شناختی - بالینی نمونه

۱۰۰ نفر (۵۰ نفر بیماران با علائم انفارکتوس میوکارد و ۵۰ نفر سالم فاقد علائم اختلال قلبی کرونر) مطالعه شدند. دامنه سنی پاسخگویان بین ۳۰ تا ۷۰ سال با میانگین ۵۰ سال و انحراف معیار ۸/۹۶ سال بود. همچنین از نظر توزیع جنسی نیز ۵۰ درصد پاسخگویان را مردان و ۵۰ درصد را زنان تشکیل داده بودند. ۸۴ درصد پاسخگویان را متأهلین و ۱۶ درصد را افراد مجرد تشکیل می دادند. از نمونه مورد بررسی ۳۱ درصد دارای تحصیلات ابتدایی، ۳۹ درصد دبیرستان و ۳۰ درصد دارای تحصیلات دانشگاهی بودند. همچنین، یافته‌ها نشان داد که ۸۴ درصد سابقه سکتة قلبی نداشته و ۱۶ درصد هم دارای سابقه سکتة قلبی بودند. ۶۶ درصد از پاسخ‌گویان سابقه کلهسترو نداشته و ۳۴ درصد هم دارای سابقه کلهسترو بودند. همینطور ۸۵ درصد از پاسخگویان سابقه مصرف سیگار نداشته و ۱۵ درصد هم دارای سابقه مصرف بوده‌اند. ۸۱ درصد از پاسخ‌گویان سابقه دیابت نداشته و ۱۹ درصد هم دارای سابقه دیابت بوده‌اند و ۷۲ درصد از آنان نیز سابقه فشار خون نداشته و ۲۸ درصد دارای این سابقه بودند.

#### مقایسه بیماران و افراد سالم از نظر متغیرهای کنترل

نتایج آزمون کای اسکور نشان داد که تفاوت معناداری میان گروه بیمار (مورد) و گروه افراد سالم (شاهد) از نظر سن ( $T = -۴/۸۱$  ;  $p > ۰/۰۱$ )، وضعیت تحصیلی ( $X^2 = ۳۶/۲۹۰$  ;  $p > ۰/۰۱$ )، سابقه فشار خون ( $X^2 = ۹/۷۲۲$  ;  $p > ۰/۰۱$ )، مصرف سیگار ( $X^2 = ۳/۸۴۳$  ;  $p > ۰/۰۵$ )، و سابقه سکتة قلبی در فرد ( $X^2 = ۱۹/۰۴۸$  ;  $p > ۰/۰۱$ ) وجود داشت (جدول ۱).

جدول ۱) مقایسه دو گروه مورد و شاهد از نظر متغیرهای کنترل

P	آماره	گروه سالم (شاهد)		گروه بیمار (شاهد)		متغیرهای کنترل
		M±SD	فراوانی (%)	M±SD	فراوانی (%)	
.۰۰۰**	$t = -۴/۸۱$	۴۶/۱±۸/۵		۵۳/۹±۷/۷		سن
.۰۰۰**	$\chi^2 = ۲۹/۳۶$		۴ (۰/۸)		۲۷ (۰/۵۴)	وضعیت تحصیلی ابتدایی
			۱۹ (۰/۳۸)		۲۰ (۰/۴۰)	دبیرستان
.۰۰۰**	$\chi^2 = ۹/۷۲۲$		۲۷ (۰/۵۴)		۳ (۰/۰۶)	دانشگاهی
			۷ (۰/۱۴)		۲۱ (۰/۴۲)	سابقه فشار خون بالا
			۴۳ (۰/۸۶)		۲۹ (۵۸)	بلی خیر

					سابقه دیابت
۰/۴۴۴	$\chi^2 = ۰/۵۸۵$	۸ (۰/۱۶)	۱۱ (۰/۲۲)	۱۱ (۰/۲۲)	بلی
		۴۲ (۰/۸۴)	۳۹ (۰/۷۸)	۳۹ (۰/۷۸)	خیر
۰/۰۵۰*	$\chi^2 = ۳/۸۴۳$	۴ (۰/۸)	۱۱ (۰/۲۲)	۱۱ (۰/۲۲)	مصرف سیگار بلی
		۴۶ (۰/۹۲)	۳۹ (۰/۷۸)	۳۹ (۰/۷۸)	خیر
۰/۰۹۱	$\chi^2 = ۲/۸۵۲$	۱۳ (۰/۲۶)	۲۱ (۰/۴۲)	۲۱ (۰/۴۲)	سابقه کلسترول بلی
		۳۷ (۰/۷۴)	۲۹ (۰/۵۸)	۲۹ (۰/۵۸)	خیر
۰/۰۰۰**	$\chi^2 = ۱۹/۰۴۸$	۰ (۰/۰)	۱۶ (۰/۳۲)	۱۶ (۰/۳۲)	سابقه سکنه قلبی فرد بلی
		۵۰ (۰/۱۰۰)	۳۴ (۰/۶۸)	۳۴ (۰/۶۸)	خیر
۰/۶۷۷	$\chi^2 = ۰/۱۷۴$	۱۹ (۰/۳۸)	۱۷ (۰/۳۴)	۱۷ (۰/۳۴)	سابقه سکنه قلبی در خانواده بلی
		۳۱ (۰/۶۲)	۳۳ (۰/۶۶)	۳۳ (۰/۶۶)	خیر

\* $p < ۰/۰۵$ ; \*\* $p < ۰/۰۱$

با استفاده از آزمون تحلیل واریانس چند متغیره مانوا (MANOVA)، رابطه بین شاخص سازگاری خانواده با خطر بروز انفارکتوس میوکارد بررسی شد. نتایج (جدول ۲) نشان می دهد که مقدار  $F = ۱۱/۵۷۲$  چند متغیری در سطح  $p < ۰/۰۱$  معنادار می باشد.

جدول ۲) تحلیل واریانس چند متغیری (مانوا)

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

\* $P < ۰/۰۱$

مقایسه گروه بیماران و گروه افراد سالم از نظر شاخص سازگاری خانواده

نتایج تحلیل مانوا، نشان داد (جدول ۳) تفاوت معناداری میان دو گروه بیمار و سالم از نظر شاخص سازگاری خانواده وجود داشت.  
( $F_{(۴,۹۵)} = ۱۱/۶۲۳$ ;  $P < ۰/۰۱$ )



جدول ۳) مقایسه گروه بیماران و گروه افراد سالم از نظر خطر بروز انفارکتوس میوکارد

متغیر ملاک	گروه شاهد (سالم)	گروه مورد (بیمار)	F	p
	n=۵۰ M±SD	n=۵۰ M±SD		
سازگاری	۸/۰۴ ± ۲۸/۰۲	۵/۲۸ ± ۳۲/۶۶	۱۱/۶۲۳	۰/۰۰۱**

\*\* P < ۰/۰۱

#### بحث

پژوهش حاضر با هدف تبیین رابطه بین نارسایی در سازگاری خانواده و خطر بروز انفارکتوس میوکارد انجام شد. یافته ها در خصوص رابطه میان نارسایی سازگاری در خانواده و بروز اختلال انفارکتوس میوکارد، بیانگر آن بود که تفاوت معناداری بین گروه بیماران و گروه سالم وجود داشت. در گروه بیماران مشاهده شد که وجود محیط با ساختار خشک و غیر قابل انعطاف پذیر منجر به سازگاری پایین افراد در خانواده شده است. اما در گروه سالم به دلیل انعطاف پذیری بیشتر جو خانه، اوضاع موجود منجر به سازگاری بالاتر در محیط خانواده شده بود. نارسایی در سازگاری خانواده با ساختار مؤلفه هایی همچون میزان نظم و انضباط افراد، برای مثال هنگامی که وجود نظم و انضباط شدید باشد باعث خسته شدن فرد از محیط می شود. استفاده یا عدم استفاده از پیشنهادات اعضا خانواده مانند هنگامی که از فرد برای انجام امورات پیش آمده نظرخواهی نشود. رهبری در خانواده مانند اینکه تصمیم گیری ها همه در اختیار یک فرد باشد و دیگران حق رهبری نداشته باشند. انجام وظایف و تکالیف افراد، مانند محول شدن تکالیف متعدد به فرد و سختگیری در انجام آنها و شرایط جاری بر احترامات و رعایت قوانین و مقررات را در بر می گرفت. نتایج پژوهش در این بعد با نتایج دیگر پژوهش ها، به عنوان مثال اولسون، (۱۴) و اندرسون و کورنبلوم (۱۵) و گوستافسون، کجرمن، سدربلاد (۱۶) و بهرامی و اسلمی (۱۷) یکسان بود. در واقع نتایج بدست آمده از مطالعه آنها نشان داده است که برای مثال نارسایی و اختلال در سازگاری فرد با خانواده منجر به رفتارهای ناشی از ناسازگاری شده و این ناسازگاری در نهایت سببی خواهد بود برای منجر شدن فرد به یک بیماری. و یا اینکه عدم سازگاری بین زن و شوهر منجر به بروز رفتارهای مخرب ارتباطی در خانه شده و کودک با یادگیری این موضوع در آینده از این طریق رفتار خواهد کرد. میزان ناسازگاری فرد در خانواده به واقع اشاره بر پذیرفتن شرایط حاکم بر خانواده دارد. گاهی جو خانواده به واسطه سختگیری در موارد یاد شده برای فرد غیر قابل تحمل شده، فرد در این حالت دچار عدم سازگاری می شود و این عدم سازگاری زمینه را برای شروع جدا شدن فرد از محیط رابطه ای عاطفی خانه فراهم کرده، در نهایت با تصمیم گسست ها آنها منجر به رفتارهای مخرب برای سلامت خواهند شد. فرضاً در مورد بیماری های قلبی و عروقی فرد با مصرف غذاهای حاضری (به سبب ملزم نبودن به صرف غذا در کنار افراد خانواده و در وقت مقرر آن) به بالا رفتن کلسترول و مواد مضر در خون خود کمک کرده و زمینه رسوب در شریانها را ایجاد می کند. و یا افسردگی و استرس و اضطراب ناشی از تنها شدن به واسطه ناسازگاری با جو خانواده، ترشح هورمون ها و کاتکلامین ها در خون را تسریع بخشیده و در ادامه منجر به رسوب گرفتگی در عروق کرونر قلب بشود. که برعکس موضوع نیز می تواند صادق باشد. سازگاری به این موضوع اشاره می کند که در شرایط درونی و بیرونی، فرد سازگاری خویش را با محیط ایجاد و حفظ نماید. از نظر اولسون، پورتنر و لاوی (۱۲) قابلیت سازگاری در یک خانواده به این بستگی دارد که چگونه خانواده در ایجاد توازن بین انعطاف و استواری موفق عمل می کند. چگونه قواعد جاری در آن، چهار چوب جهت گیری های ذهنی و تکیه گاه عاطفی مطلوب را برای هر عضو برقرار می کند تا عضو خود را در مقابل فشار تغییرات کوتاه مدت و بروز اختلالات جسمی و روانی حفظ کند.

همانگونه که در نتایج مشخص شد، بجز متغیر کنترل سابقه سکته قلبی در خانواده، در همه متغیر های دیگر یعنی تحصیلات، سابقه سکته افراد، سابقه کلسترول، سابقه دیابت، سابقه مصرف سیگار، و سابقه فشار خون، و شاخص اصلی سازگاری رابطه معنادار با متغیر وابسته پژوهش یعنی خطر بروز انفارکتوس میوکارد در گروه ها وجود داشته است.

شاخص های مورد بحث این پژوهش در قالب های مختلف از جمله عملکرد خانواده در تحقیقات دیگر بطور کلی و در مورد اثرگذاری عملکرد خانواده بر بروز بیماری و سلامت افراد مورد ارزیابی قرار گرفته اند. برخی از پژوهش ها، برای مثال: خسروی و عزیزاده صحرایی (۱۸)، فروزنده و دیگران (۱۹)، حیدری و دیگران (۲۰)، جلالی نیا (۲۱)، دوپر (۲۲)، فلیتی و دیگران (۲۳)، واحدیان عظیمی و دیگران (۲۴)، نشان دادند که بروز بیماری به شدت با وضعیت عملکرد در خانواده ها ارتباط دارد. نتایج همه تحقیقات فوق نشان از تاثیر عملکرد خانواده در بروز رفتارهای ایجاد کننده اختلالات مختلف منجمله بیماری های سایکو سوماتیک و قلبی عروقی در افراد داشته اند. همچنین، نتایج مشابهی در زمینه تأثیر شاخص های عملکرد خانواده و اثر بر سلامتی، برای مثال، هولی (۲۵)؛ هولی، اورلی و تیزدیل (۲۶)، کانتر، لمب و لوپر (۲۷)، رفتارهایی مانند ترک سیگار، برای مثال مرملاستین، لیختن



اشتاین، و مک اینتایپر(۲۸)، بیماری دیابت، در بررسی های کلاسز و دیگران(۲۹) بدست آمده است. تاثیر نوسانات فشارخون نیز در کار ایوارت و دیگران (۳۰) مورد بحث بوده و مطالعه شده است. درباره پیوستگی های عاطفی در خانواده و تاثیر منفی نارسایی در آنها بر سلامت افراد هم به مطالعه وایزمن(۳۱) می توان اشاره کرد.

این مطالعه با محدودیت هایی مواجه بود که باید در تعمیم نتایج آن را در نظر داشت. از جمله این محدودیت ها می توان به اندازه نمونه در این مطالعه که نسبتا کوچک بوده اشاره داشت. لذا به محققین دیگر پیشنهاد می شود برای تایید دقیق تر رابطه بین شاخص های عملکرد خانواده با خطر بروز آترواسکروز عروق کرونر بر روی خانواده های بیشتری به مطالعه بپردازند. این مطالعه صرفا بر روی دو قوم فارس و گیلک انجام شد و امکان تعمیم نتایج بر روی اقوام دیگر با توجه به تغییر فرهنگ ها دچار محدودیت بود. از این جهت بررسی در اقوام دیگر با زمینه های اثرگذار فرهنگی به محققان دیگر پیشنهاد می شود. پژوهش حاضر بصورت مقطعی انجام شد، از این رو بررسی های عمیق تر نیازمند مطالعات طولی و کوهورت است. با توجه به موضوع مطالعه که از جمله بیماری های ایجاد شونده در طول زمان است، پیشنهاد می گردد مطالعه با صرف وقت بیشتر و با بررسی کنکاشی باز طولانی تر زندگی افراد انجام پذیرد. کار با خانواده ها و فهم عمق روابط آنها نیازمند فراگیری مهارتهای ارتباطی ویژه است. به محققین یادگیری این عوامل قبل از شروع پژوهش پیشنهاد می شود. مهمترین کاربرد یافته های این پژوهش را نیز می توان به استفاده از نتایج در امر مداخلات آموزشی و جهت دهی به آموزش های مربوط به خانواده ها دانست.

#### نتیجه گیری

نارسایی در سازگاری خانواده از جمله عامل های مهم و اثرگذار در خطر بروز ابتلای به انفارکتوس میوکارد است. تفاوت معنی داری بین دو گروه بیمار و سالم از نظر سازگاری خانواده ها وجود داشت. هر چقدر میزان نارسایی در سازگاری خانواده بالاتر باشد، به همان میزان خطر بروز انفارکتوس میوکارد با افزایش روبرو خواهد بود.

#### تقدیر و تشکر

در پایان از مسئولین بیمارستان های تخصصی قلب حشمت رشت و مرکز فوق تخصصی قلب تهران که در جمع آوری داده های این مطالعه ما را یاری رساندند  
قدردانی می شود.

#### منابع

- ۱- Mir Miran P, Bayegi F. Cardiovascular Health. Tehran: Publish World of Nutrition & Health Cultural Institute; ۲۰۰۶. [Persian].
- ۲- Williams J. American Heart Association: A review of the Field. [www.heart.org/HEARTORG](http://www.heart.org/HEARTORG). Accessed: ۲۰۱۳.
- ۳- Sharifi, H. Psychosocial Complications of Coronary Artery Disease. Cardiac news. Available at: <http://www.cardiacnursing.ir/cardiac/۲۰news>. Html. Accessed: ۲۰۱۱.
- ۴- Brunner LS. Nursing cardiovascular disease. Interpreters and generosity Givi M. Kaffashi M. Tehran: publish and propagate boshra: ۲۰۰۱. [Persian]
- ۵- Masoudnia E. Hostility, anger and the risk of coronary artery atherosclerosis. Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, ۲۰۱۱; ۱۸(۶): ۵۵۱-۵۴۰. [Persian]
- ۶- Rajabi GH, Chahar Dooly H, Attari Y. Investigation of the relationship between family functioning and the psychological atmosphere - social class with high school students in malayer incompatibility. Education Journal, ۲۰۰۸; ۳(۱۲): ۱۲۸- ۱۱۳. [Persian]



- ۷- Ewart CK, Taylor CB, Kraemer H, Agras WS. Reducing blood pressure reactivity during interpersonal conflict: Effects of marital communication training. Behavior. Therapy. ۱۹۸۴; ۱۵ (۵): ۴۷۳-۴۸۴.
- ۸- Minuchin S, Fishman L. Family Therapy Techniques. Translated by Bahari F Siya F. emission Roshd; ۲۰۰۳.
- ۹- Surjit-Singh B. Dhooper. Coronary Heart Disease and Family Functioning. Journal of Social Service Research, ۲۰۰۸; ۷(۲): ۱۹-۳۸.
- ۱۰- Carissa A, Rebecca C, Karen A. Psychosocial factors in the development of heart disease in women: current research and future directions. Psychosom Med. Author manuscript; available in PMC ۲۰۱۱ November ۱. Published in final edited form as: Psychosom Med. ۲۰۱۰ November; ۷۲(۹): ۸۴۲-۸۵۴.
- ۱۱- Shelley E T, Barbara J L, Catarina I K, Teresa E. Relationship of Early Life Stress and Psychological Functioning to Adult C-Reactive Protein in the Coronary Artery Risk Development in Young Adults Study. Biological Psychiatry, ۲۰۰۶; ۶۰(۸): ۱۵. ۸۱۹-۸۲۴.
- ۱۲- Olson DH, Portner J, Lavee Y. FACES II Family Social Science, St. Paul, Minnesota: University of Minnesota. ۱۹۸۵.
- ۱۳- Samani S. Developing a Family Process Scale. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. ۲۰۰۸; ۱۴: ۱۶۲-۱۶۸. [Persian]
- ۱۴- Olson DH. Empirical approaches to family systems. Journal of Family Therapy. Special Edition. ۱۹۹۹, ۱۴.
- ۱۵- Anderson, B. J. Kornblum, H. The family environment of children with a diabetic parent: Issues for research. Family. Systems. Medicine. ۱۹۸۴; ۲(۱). ۱۷-۲۷.
- ۱۶- Gustafsson PA, Kjellman NI, Cederblad M. Family therapy in the treatment of severe childhood asthma. Journal of Psychosomatic Research. ۱۹۸۶; ۳۰. ۳۶۹-۳۷۴.
- ۱۷- Bahrami-Ehsan H. Slam E. The relationship between marital adjustment and parent child- rearing styles on children's physical and psychological health. Journal of Psychology & Education. Tehran University. ۲۰۰۹; ۳۹ (۱): ۶۳-۸۲. [Persian]
- ۱۸- Khosravi Z, Alizadeh Sahraei U. The relationship between Internet addiction and mental health with family functioning in students. Quarterly Journal of Psychological Studies, ۲۰۱۱; ۱۴: ۵۹-۸۰. [Persian]
- ۱۹- Forouzandeh N, Delaram M, Aein F. Comparison of family functioning in psychiatric hospitalization Hajar Shahrekord. Journal of Research in Behavioral Sciences, ۲۰۱۳; ۱۱ (۵): ۱-۱۰. [Persian]
- ۲۰- Heydari H, Farhaninia M, safdari M T, Haghani H. The relationship between knowledge and family members' performance in confront with patient's heart attack. Journal Cardiovascular Nursing. ۲۰۱۲; ۱ (۳): ۳۰-۲۴. [Persian]
- ۲۱- Jalalinia SF. A survey of knowledge, attitudes and practices of patients with coronary artery disease clinic Cardiovascular Hospital affiliated to Tehran University of Medical Sciences and Health Services wiki installation of their family members the recommended treatment regimen in ۱۹۹۶. MS Thesis. University of Medical Sciences and health Services. School of Nursing and Midwifery. ۱۹۹۶. [Persian]
- ۲۲- Dhooper SSB. Coronary Heart Disease and Family Functioning. Journal of Social Service Research. ۲۰۰۸; ۷(۲): ۱۹-۳۸.



- ۲۳-Campbell L. Improving health through family interventions. *Journal of Pediatric Psychology*. ۲۰۰۸; ۲۰. ۳۱۳-۳۲۸.
- ۲۴-Vahedian Azimi A, Alhani F, Ahmadi F, Kazem Nejad A. effect of family-centered empowerment model on the life style of myocardial infarction patients. *Journal Critical Care Nursing*. ۲۰۰۹; ۲ (۴): ۱۳۲-۱۲۷. [Persian]
- ۲۵-Hooley JM. Expressed emotion- a review of the critical literature. *Clinical Psychology Review*. ۱۹۸۵; ۵. ۱۱۹-۱۳۹.
- ۲۶- Hooley JM, Orley J, Teasdale JD. Levels of expressed emotion and relapse in depressed patients. *British. Journal of Psychiatry*, ۱۹۸۶; ۱۴۸. ۶۴۲-۶۴۷.
- ۲۷- Kanter J, Lamb HR, Loeper C. Expressed emotion in families: a critical review. *Hospital. Community Psychiatry*, ۱۹۸۷; ۳۸, ۳۷۴-۳۸۰.
- ۲۸- Mermelstein R, Lichtenstein E, McIntyre K. Partner support and relapse in smoking-cessation programs. *Journal of Consulting. Clinical. Psychology*. ۱۹۸۳; ۵۱ (۳). ۴۶۵-۴۶۶.
- ۲۹- Klausner EJ, Koenigsberg HW, Skolnick N, Chung H. Perceived familial criticism and glucose control in insulin-dependent diabetes mellitus. *International Journal of Mental Health*, ۱۹۹۵; ۲۴, ۶۴-۷۵.
- ۳۰- Ewart, CK, Taylor CB, Kraemer HC, Agras WS. High blood pressure and marital discord: not being nasty matters more than being nice. *Health Psychology*, ۱۹۹۱; ۱۰. ۱۵۵-۱۶۳.
- ۳۱- Weisman AG. Integrating culturally based approaches with existing interventions for Hispanic/Latino families coping with schizophrenia. *Psychother. Res. Prac.* ۲۰۰۵; ۴۲:۱۷۸-۹۷.

### **Relationship between Efficiency in Family Adaptation and Incidence Risk of Myocardial Infarction**

**Ebrahim Masoudnia<sup>۱</sup>; Arash Farahani<sup>۲</sup>**

<sup>۱</sup>Associate professor of Medical Sociology, Department of Sociology, Faculty of Humanities, University of Guilan





*† MA Student of Sociology, Department of Sociology, Faculty of Humanities, University of Guilan*

**Abstract:**

Cardiovascular diseases, especially myocardial infarction, is the first factor of fatality in the world and also Iran. The etiology of myocardial infarction is a very complicated job. One of the risk factors overlooked in the studies associated with the etiology of cardiovascular disorders is family and adaptability of the family. The present study aims to determine the relationship between the inadequacies of family adaptability and the risk of myocardial infarction. The present research was conducted by a case-control and cross-sectional design. The data were collected from two groups, a group of 50 patients with myocardial infarction symptoms (case group) referring to Heshmat Specialized Hospital for Cardiology in Rasht and Tehran Specialized Heart Center, and a group of 50 healthy persons (control group) with no symptoms of myocardial infarction. The data gathering tool included: Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale. The data were analyzed by SPSS software version 16 and using MANOVA method. There was a significant difference between case and control groups in terms of control variables: history of myocardial infarction, Education, history of smoking, history of cholesterol and hypertension ( $p < .01$ ) and history of diabetes ( $p < .05$ ). There was also a significant difference between two groups in terms of adaptability ( $p < .01$ ). Deficiency in family Adaptability, including, in family relationships, are among the main risk factors of myocardial infarction. Therefore, it is necessary to prepare and implement social, behavioral and educational interventions in order to prevent from negative effects of inadequacies in family performance indices.

**Keywords:** Family; Adaptability Indices; Myocardial Infarction; Risk factor