

## مقایسه کیفیت رابطه زناشویی همسران بیماران مبتلا به سکته قلبی و همسران افراد سالم

مهديه سرحدی<sup>۱</sup>، علی نویدیان<sup>۲</sup>، طيبه فصیحی هرندي<sup>۳</sup>، علیرضا انصاری مقدم<sup>۴</sup>

### چکیده

**مقدمه:** سکته قلبی رویداد تهدید کننده زندگی است و در اغلب موارد کیفیت زندگی بیمار و خانواده بویژه افراد نزدیک و صمیمی مانند همسر را کاهش می دهد. این مطالعه باهدف مقایسه کیفیت رابطه زناشویی همسران بیماران مبتلا به سکته قلبی و همسران افراد سالم انجام شده است.

**مواد و روش ها:** این مطالعه توصیفی-مقایسه ای بر روی ۱۶۲ نفر از همسران بیماران مبتلا به سکته قلبی مراجعه کننده به بیمارستان های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی زاهدان و ۱۶۲ نفر از همسران افراد سالم، با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس انجام شده است. اطلاعات با استفاده از پرسشنامه "مولفه های کیفیت رابطه زناشویی درک شده" "Perceived" (PRQC) "Relationship Quality Components" با اعتبار و پایایی تأیید شده در ایران جمع آوری شد. داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته ها:** میانگین و انحراف معیار سن نمونه ها  $47/89 \pm 5/95$  سال و میانگین طول مدت زندگی مشترک آن ها  $25/32 \pm 7/49$  سال بود. همچنین نتایج نشان داد میانگین و انحراف معیار نمره کیفیت رابطه زناشویی در ابعاد رضایتمندی، شور و هیجان جنسی، عشق و نمره کلی کیفیت رابطه در گروه همسران بیماران به ترتیب کمتر از همسران گروه افراد سالم جامعه بود. آزمون من ویتنی یو نشان داد که این تفاوت ها از نظر آماری معنادار است ( $P < 0/001$ ).

**نتیجه گیری:** بیماری سکته قلبی بر کیفیت رابطه زناشویی و بخصوص بر ابعاد رضایتمندی از رابطه زناشویی، شور و هیجان جنسی و عشق بین زوجین تاثیر منفی دارد. بنابراین، گنجاندن برنامه های آموزشی خانوادگی و مشاوره زوجین در برنامه های توانبخشی بیماری های قلبی به منظور بهبود کیفیت رابطه زناشویی و بدنبال آن ارتقاء کیفیت زندگی بیماران و خانواده آن ها ضرورت دارد.

**کلید واژه ها:** کیفیت رابطه زناشویی، سکته قلبی، همسران.

تاریخ پذیرش: ۹۱/۹/۵

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۶/۱۴

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران.

۲- استادیار، عضو مرکز تحقیقات سلامت حاملگی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران. (نویسنده مسؤول)

پست الکترونیکی: alinavidian@gmail.com

۳- استادیار، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران.

۴- دانشیار، گروه آمار و اپیدمیولوژی و عضو مرکز تحقیقات ارتقاء سلامت دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران.

## مقدمه

همسر، تغییر در کار، روابط اجتماعی و مشکلات مالی است (۱۳) و بیشترین تغییرات رایج روانی شامل ترس، اضطراب و افسردگی می باشد (۱۵).

بررسی اثرات سکتة قلبی بر خانواده و بویژه همسر بیمار نشان داده که خانواده بیماران مبتلا به سکتة قلبی سطح بالایی از تنش و فشار روانی را تجربه می کنند (۲۱). نتیجه دیگر مطالعات نیز نشان می دهد، سکتة قلبی تأثیری بسیار جدی بر روابط صمیمی بین زوجین دارد (۲۲) و همسر بیمار ممکن است به شکل مثبت یا منفی تحت تاثیر بیماری قرار گیرد (۶). بسیاری از همسران بیماران قلبی، خود را در موقعیتی بحرانی می بینند و از طرفی می خواهند به همسران خود اطمینان دهند که آنها را دوست دارند ولی از پیامد فعالیت جنسی می ترسند و ترس آنها می تواند به صورت اجتناب از روابط جنسی و خشم نسبت به وضعیت سلامتی همسر جایگزین شود (۲۳). فعالیت جنسی بعد مهمی از کیفیت زندگی است (۲۲، ۲۴، ۲۵).

بیماران مبتلا به بیماری قلبی درباره تاثیر فعالیت جنسی بر قلب دچار نوعی سردرگمی هستند و همسران نیز به دلیل ترس از عواقب ارتباط جنسی ممکن است به طور کلی از برقراری رابطه جنسی اجتناب کنند که این امر به نوبه خود موجب افزایش اضطراب و علائم قلبی در بیماران می شود (۲۶). در پژوهش ها شروع فعالیت جنسی در مرد و زن مقایسه شد. نتایج نشان داد که تعدادی از بیماران هیچ گاه فعالیت جنسی را انجام نمی دهند (۲۳، ۲۷). بیشتر بیماران نگران فعالیت جنسی و یا ناتوانی جنسی هستند. ترس و نگرانی از ناتوانی جنسی و ترس از بروز یک حمله حاد سکتة قلبی (MI) متعاقب فعالیت جنسی باعث ایجاد اضطراب در بیماران می گردد و این امر موجب خودداری آن ها از فعالیت جنسی می شود که می تواند کیفیت زندگی مشترک را متأثر نماید. ترس از ایجاد سکتة قلبی از دلایل مهم برای کاهش فعالیت جنسی است و این موضوع باعث ایجاد تنش و اضطراب در زندگی و رابطه جنسی می شود (۲۲).

با توجه به فرهنگ حاکم بر خانواده های ایرانی که موضوع روابط زناشویی زوجین امری شخصی و خصوصی تلقی می شود،

امروزه بیماریهای قلبی-عروقی در جوامع غربی و ایران گسترش یافته و یکی از عوامل عمده از کار افتادگی و مرگ محسوب می شود (۱). آمارهای رسمی نشان می دهد میزان مرگ ناشی از این پدیده در ایران هم رو به افزایش است (۲). یکی از شایعترین بیماری های عروق کرونر، سکتة قلبی است (۳)، که به دلیل ماهیت ناتوان کننده، تاثیرات منفی فراوانی بر جنبه های مختلف زندگی مبتلایان بدنال دارد (۴) و آغازگر تنش های منفی در زندگی بیمار و خانواده است (۵). با افزایش شیوع و عوارض سکتة قلبی، بیماران بیشتری ممکن است از کار افتادگی را تجربه کنند (۶). بیماری مزمن نه تنها اثر عمیقی بر بیماران دارد، بلکه بر همسران آن ها نیز تاثیر می گذارد (۷) و کیفیت زندگی هر دو را کاهش می دهد (۸). مطالعات حاکی از آن است که همسر بیمار مبتلا به سکتة قلبی نقش بسیار مهمی در بهبودی، بازتوانی فردی و کیفیت زندگی مشترک آن ها دارد (۹-۱۳).

همسر بیمار عامل اصلی کاهش تنش های روانی اجتماعی ناشی از یک حمله قلبی یا جراحی قلب است (۱۴) و نقش بسیار مهمی در افزایش منابع حمایتی و عاطفی خانواده و همچنین افزایش سازگاری بیمار دارد (۱۲). بسیاری از پژوهشگران و افراد حرفه ای معتقدند بهبودی موفقیت آمیز بعد از یک حمله قلبی و سازگاری با شرایط، به حمایت مثبت از جانب همسر وابسته است (۱۴). ارتباط گرم و صمیمی بین زوجین بهبودی مجدد را تسهیل و از افسردگی ناشی از بیماری جلوگیری می کند (۱۵).

اگر چه اثرات بیماری ها وابسته به نوع و مشخصات آنها می باشد (۱۸)، اما تأثیر این بیماری ها در همسر بیمار قوی تر بوده و در زنان حساسیت بیشتری نسبت به بیماری های مزمن همسرانشان دیده می شود (۱۹). رضایت زناشویی با سلامتی و بیماری در ارتباط می باشد، اما نحوه این تقابل همزمان به درستی شناخته نشده است (۲۰).

طبق مطالعه Stewart و همکاران، حمله قلبی عامل ایجاد تغییرات روانی، تغییر در کیفیت رابطه زناشویی بیمار و

(۳۰،۲۹)، تعداد نمونه مورد نیاز ۱۶۲ نفر برای هر گروه برآورد شد و به طور کلی ۳۳۴ نفر به روش نمونه گیری در دسترس وارد مطالعه شدند. با در نظر گرفتن معیارهای ورود به مطالعه و پس از مطالعه پرونده و شناسایی بیماران واجد شرایط و اخذ رضایت بیمار و همسر وی، پرسشنامه توسط همسر بیمار تکمیل گردید. در اسرع وقت یعنی همان روز یا روز بعد و با در نظر گرفتن معیارهای ورود به مطالعه و نیز همسان سازی، سعی شد همسر افراد گروه سالم نیز به روش نمونه گیری چند مرحله ای (تقسیم شهر به ۵ منطقه جغرافیایی، انتخاب ۱ مرکز بهداشتی و درمانی در هر منطقه و انتخاب تصادفی بلوک های بهداشتی این مرکز و انتخاب تصادفی دو یا سه بلوک) انتخاب و مورد مطالعه قرار گیرد. از محدودیت های مطالعه، تمایل افراد به مطلوب جلوه دادن رابطه زناشویی شان بود که با توجه به فرهنگ حاکم بر خانواده های ایرانی معمول می باشد. جهت رفع این محدودیت قبل از تکمیل پرسشنامه توضیحات لازم به آن ها داده شد.

ابزار گرد آوری داده ها در این مطالعه پرسشنامه ای بود که در دو بخش تنظیم گردیده بود. بخش اول پرسشنامه شامل اطلاعات جمعیت شناسی و در بر دارنده سئوالاتی مانند سن، جنس، سطح سواد، تعداد فرزندان و طول مدت زندگی مشترک بود. بخش دوم پرسشنامه "مولفه های کیفیت رابطه زناشویی درک شده" (Perceived Relationship Quality Components) (PRQC) بود که توسط Fletcher و همکاران طراحی و ساخته شده است (۳۱). این پرسشنامه معتبر شامل ۱۸ سؤال در شش بعد رضایت، تعهد، صمیمیت، اعتماد، شور و هیجان جنسی و عشق (هر بعد با ۳ سؤال سنجیده می شود) است. آزمودنی پاسخ خود را در مقیاس لیکرت هفت درجه ای از ۱=اصلاً تا ۷=کاملاً مشخص می کند. حداقل نمره ۱۸ و حداکثر ۱۲۶ است که از جمع نمرات حاصل می شود. نمرات پایین تر نشان دهنده کیفیت کمتر و نمرات بالاتر نشان دهنده کیفیت بهتر رابطه زناشویی در ابعاد مختلف می باشد. این مورد درباره هر یک از ابعاد ششگانه رابطه زناشویی تشکیل دهنده پرسشنامه هم صادق است. اعتبار پرسشنامه از طریق اعتبار

در برنامه های درمانی و حتی پی گیری های پزشکی و مراقبتی بیماران خیلی کم مورد بحث و بررسی قرار می گیرد. بررسی مطالعات انجام شده در ایران نشان می دهد که اغلب این مطالعات بر روی کیفیت زندگی بیماران قلبی تمرکز نموده اند و کمتر به تاثیر بیماری بر روابط نزدیک و صمیمی زوجین در ابعاد مختلف، شور و هیجان جنسی، عشق، صمیمیت، تعهد و رضایتمندی پرداخته اند. بنابراین این مطالعه با هدف مقایسه کیفیت رابطه زناشویی همسران بیماران مبتلا به سکته قلبی و همسران افراد سالم انجام شده است.

## مواد و روش ها

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی-مقایسه ای است که کیفیت ادراک شده ابعاد رابطه زناشویی از دیدگاه همسران بیماران مبتلا به سکته قلبی را با همسران افراد سالم جامعه مورد بررسی قرار داده است. جامعه مورد پژوهش در این مطالعه متشکل از دو گروه بود، همسران بیماران دارای سابقه ابتلا به سکته قلبی مراجعه کننده به بیمارستان های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی زاهدان و همسران افراد سالم که از نظر عواملی مانند سن، جنس، طول مدت زندگی مشترک و میزان تحصیلات و تعداد فرزندان با هم همسان شده بودند. تشخیص قطعی سکته قلبی و گذشت حداقل ۶ ماه از آن، ابتلا به سکته قلبی برای اولین بار، زندگی با همسر در زمان مطالعه، تاهل و داشتن فرزند و سکونت در شهر زاهدان از جمله معیارهای ورود به مطالعه بودند. جز در تشخیص و گذشت ۶ ماه از آن، سایر معیارهای ورود به مطالعه در مورد گروه مقایسه هم مصداق داشت. تعارضات و کشمکش های شدید خانوادگی، بحران های زندگی، اعتیاد، طلاق، تهدید به طلاق، تعدد زوجات (که در این منطقه شیوع بالایی دارد) و سایر بیماری های جسمی و روانی مؤثر بر کیفیت رابطه زناشویی نظیر افسردگی، سرطان ها، بیماری های اتوایمون، بروز ناتوانی ها و بیماری های عروقی در هر دو گروه از مهمترین معیارهای خروج از مطالعه بود.

براساس نتایج مطالعات انجام شده در مورد کیفیت زندگی بیماران قلبی عروقی بخصوص بعد روانی-اجتماعی آن در ایران

برابری واریانس ها در تست Leven، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

### یافته ها

از نظر مشخصات جمعیت شناسی نتایج نشان داد که در هر دو گروه مورد مطالعه، ۴۲ درصد را مردان و ۵۸ درصد را زنان تشکیل می دادند. ۵۶/۸ درصد نمونه ها تحصیلات دیپلم و بالاتر، ۳۷ درصد خانه دار و ۲۹ درصد کارمند بودند. با توجه به همسان سازی صورت گرفته، تفاوت معنادار آماری بین گروه ها از نظر این سه متغیر وجود نداشت. میانگین و انحراف معیار سنی گروه همسران افراد سالم جامعه  $47/85 \pm 5/88$  سال و گروه همسران بیماران  $47/92 \pm 6/03$  سال بود که از نظر آماری تفاوت معناداری بین آن ها وجود نداشت. میانگین طول مدت زندگی مشترک و تعداد فرزندان در گروه همسران افراد سالم جامعه بترتیب  $25/21 \pm 7/47$  سال و  $4/39 \pm 1/87$  فرزند و در گروه همسران افراد بیماران  $25/43 \pm 7/54$  سال و  $4/5 \pm 2/03$  فرزند بود. تفاوت آماری معناداری هم بین دو گروه از نظر این دو متغیر وجود نداشت. مشخصات جمعیت شناسی دو گروه در جدول ۱ آورده شده است.

در خصوص اهداف و فرضیه اصلی پژوهش، یافته ها نشان داد که میانگین نمره ابعاد تعهد، صمیمیت و اعتماد کیفیت رابطه زناشویی درک شده در گروه همسران افراد سالم بترتیب  $19/61 \pm 2/35$ ،  $19/09 \pm 2/70$  و  $19/67 \pm 2/07$  و در گروه همسران بیماران  $19/13 \pm 3/37$ ،  $18/94 \pm 3/08$  و  $19/62 \pm 2/73$  بود. نتیجه آزمون غیر پارامتریک من ویتنی یو نشان داد که تفاوت معناداری بین دو گروه همسران از نظر ابعاد سه گانه فوق وجود نداشت.

میانگین نمره ابعاد رضایت، عشق و شور و هیجان جنسی و نیز میانگین نمره کل کیفیت رابطه زناشویی در گروه همسران افراد سالم بترتیب  $18/92 \pm 2/85$ ،  $14/37 \pm 1/36$ ،  $18 \pm 3/20$  و  $115/68 \pm 9/63$  و در گروه همسران بیماران  $13/37 \pm 5/03$ ،  $19/56 \pm 2/56$ ،  $10/67 \pm 4/56$  و  $10/13 \pm 2/71$  بود. نتیجه آزمون آماری من ویتنی یو نشان داد که بین همسران دو گروه

همگرا و واگرا و تحلیل عاملی تأییدی و پایایی این پرسشنامه از طریق همسانی درونی و ثبات توسط نیلفروشان و همکاران در ایران مورد تأیید قرار گرفته است (۳۲). به منظور بررسی روایی همگرای پرسشنامه کیفیت ابعاد رابطه زناشویی درک شده، همبستگی آن با پرسشنامه مقیاس صمیمیت ( Intimacy Scale) (IS) و مقیاس سازگاری زناشویی ( Dyadic Adjustment Scale) (DAS) بررسی شد و نتایج نشان داد که ضریب همبستگی بین پرسشنامه کیفیت ابعاد رابطه زناشویی با مقیاس صمیمیت  $0/86$  ( $p < 0/001$ )، و با مقیاس سازگاری زناشویی  $0/74$  ( $p < 0/001$ ) بوده است که نشان می دهد همبستگی و رابطه معناداری از نظر آماری وجود دارد که تأیید کننده روایی پرسشنامه به شیوه همگراست. از طرفی روایی واگرای آن به صورت تعیین ضریب همبستگی آن با پرسشنامه شاخص بی ثباتی ازدواج (Marital Instability Index) (MII) انجام شد و نتیجه نشان داد که بین نمره ی حاصل از این پرسشنامه و نمره بدست آمده از پرسشنامه شاخص بی ثباتی ازدواج  $-0/54$  ( $p = 0/002$ ) رابطه و همبستگی منفی و معناداری وجود دارد و روایی واگرای آن تأیید شده است. نتایج تحلیل عاملی تأییدی نیز ابعاد شش گانه را به عنوان سازه های تشکیل دهنده پرسشنامه اصلی مورد تأیید قرار داد و رضایت ۸۳ درصد، تعهد ۴۴ درصد، صمیمیت ۸۶ درصد، اعتماد ۵۲ درصد، هیجان جنسی ۵۵ درصد و عشق ۵۰ درصد از واریانس کیفیت ابعاد رابطه زناشویی درک شده را تبیین می کند. پایایی این پرسشنامه در شهر زاهدان و در گروه بیماران با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ مجدداً مورد بررسی قرار گرفت. در این بررسی ضریب آلفای کرونباخ  $0/86$  به دست آمد که نشان می دهد پرسشنامه از پایایی مطلوبی در جامعه مورد بررسی برخوردار است.

داده های بدست آمده با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ و به کمک آزمون های غیر پارامتریک من ویتنی یو و ضریب همبستگی اسپیرمن بدلیل عدم فراهم بودن پیش شرط ها (نرمال نبودن توزیع داده ها که با استفاده از آزمون های کولموگروف اسمیرنوف و شاپیرو بررسی گردید و همچنین عدم

شده در گروه همسران بیماران بسیار پایین تر از همسران افراد گروه سالم بود (جدول ۲).

از نظر متغیرهای چهارگانه فوق تفاوت معناداری وجود دارد، بطوری که میانگین نمره و یا عبارتی، کیفیت رابطه در ابعاد رضایت، عشق، شور و هیجان جنسی و کل کیفیت رابطه ادراک

**جدول ۱:** مقایسه میانگین نمره ابعاد کیفیت رابطه زناشویی در دو گروه همسران بیماران و همسران افراد سالم

گروه	همسران بیماران	همسران افراد سالم	مقدار p
ابعاد رابطه	میانگین	میانگین	برای آزمون من ویتنی u
رضایت	۱۳/۳۷	۱۸/۹۲	<۰/۰۰۱
تعهد	۱۹/۱۳	۱۹/۶۱	۰/۴۵
صمیمیت	۱۸/۹۴	۱۹/۰۹	۰/۸۶
اعتماد	۱۹/۶۲	۱۹/۶۷	۰/۳۹
شور و هیجان جنسی	۱۰/۶۷	۱۸	<۰/۰۰۱
عشق	۱۹/۵۶	۲۰/۳۷	<۰/۰۰۱
نمره کل	۱۰۱/۳۲	۱۱۵/۶۸	<۰/۰۰۱

در بررسی همبستگی بین نمره کل رابطه زناشویی با متغیرهای سن، طول مدت زندگی مشترک و تعداد فرزندان نیز که با استفاده از آزمون ضریب همبستگی اسپیرمن انجام گردید هیچ گونه همبستگی معنی دار آماری بین دو گروه مشاهده نشد.

## بحث

تعارض با همسرشان زندگی می کردند، در شرایط سالمتری قرار داشتند (۲۱). همچنین در مطالعه Balog و همکاران با عنوان تنش زناشویی و آسیب پذیری قلبی و عروقی، مشخص گردید در هر دو جنس تنش زناشویی با افزایش شیوع نشانه های افسردگی و سلامت روانی همراه است (۸).

بعلاوه، در مطالعه حاضر، میانگین نمره بعد شور و هیجان جنسی از ابعاد کیفیت رابطه زناشویی در همسران بیماران نسبت به گروه همسران سالم پایین تر بود. تفاضل میانگین نمره دو گروه نشان می دهد که این بعد از کیفیت رابطه زناشویی بیش از سایر ابعاد تحت تاثیر منفی بیماری قلبی قرار می گیرد. کیفیت رابطه جنسی بیماران قلبی و همسرانشان در بسیاری از مطالعات مورد بررسی قرار گرفته است و نتایج اغلب آنها با یافته های پژوهش حاضر همسو و هم جهت است. نگرانی اصلی بیماران و همسران آن ها پس از حملات قلبی از شروع فعالیت ها و برقراری رابطه جنسی است، به طوری که برخی از بیماران فعالیت جنسی را پس از حمله قلبی هرگز از سر نمی گیرند (۳۵). مطالعه Arenhall و همکاران کاهش قابل توجهی در فعالیت جنسی و رضایت جنسی بعد از اولین حمله قلبی را تأیید

نتایج مطالعه در خصوص هدف اصلی پژوهش نشان داد، به دنبال بیماری سکتته قلبی برخی ابعاد رابطه زناشویی در مقایسه با گروه سالم، از نظر همسران آن ها تحت تاثیر بیماری قرار گرفته و کیفیت آن کاهش می یابد. بررسی های انجام شده در مورد بیماری های جسمی - روانی مختلف مانند سکتته قلبی نشان می دهد پس از سکتته قلبی تغییرات دائم و گسترده ای در جنبه های مختلف عملکرد زناشویی رخ می دهد (۳۳). در همین رابطه، نتیجه مطالعه Lukkarinen و همکاران با عنوان بررسی تجارب بیماری قلبی از دیدگاه همسران، نشان داد صرف تشخیص بیماری قلبی باعث تغییر در کیفیت زندگی روزمره می شود (۱۵) و موجب می شود زندگی به وسیله نیازهای همسر محدود و نامطمئن شود (۲۲، ۱۵، ۳۴). نتایج مطالعه ای بر روی زوج هایی که اولین سکتته قلبی را تجربه می کردند، نشان داد افرادی که حمایت جسمی و روانی از جانب همسرانشان دریافت می کنند، در مقایسه با بیمارانی که در

کرده است. یکی از نگرانی های بیماران، تنش در ارتباط با فعالیت جنسی بود. آن ها پذیرفته بودند که نمی توانند مانند قبل از بیماری، فعالیت جنسی داشته باشند (۲۲). علاوه بر این، باتوجه به تأثیر بیماری و عوارض آن در دوره درمان، بیماران معمولاً با احساساتی همچون افسردگی، اضطراب و احساس عدم سلامتی مواجه هستند و به دلیل عدم تطابق با مسایل عمده زندگی، میل جنسی آن ها و در نتیجه رضایت جنسی همسرانشان کاهش می یابد (۲۶). این در حالی است که نتیجه برخی مطالعات از جمله مطالعه مهرابی و همکاران نشان داده است که تفاوت معنی داری در رضایتمندی زناشویی از نظر فعالیت جنسی بین بیماران مبتلا به سکته قلبی و افراد سالم وجود ندارد (۲۱). به نظر می رسد، تأکید بیش از حد افراد حرفه ای بر افزایش احتمال خطر حمله قلبی در هنگام افزایش سطح فعالیت ها و برقراری رابطه جنسی، یکی از عوامل دخیل در تغییر شور و هیجان جنسی رابطه زناشویی همسران بیماران باشد.

یکی دیگر از ابعاد رابطه زناشویی که بشدت تحت تأثیر سکته قلبی در این مطالعه قرار گرفته است، رضایت از رابطه زناشویی است. تنش های ایجاد شده به دنبال سکته قلبی و محدودیت های ناشی از آن، نقش مهمی را در کاهش رضایت از رابطه زناشویی بیماران و همسرانشان ایفا می کند. مطالعه Worby و همکاران نشان داد پس از گذشت ۷ هفته از بهبودی پدر خانواده که به سکته قلبی مبتلا بوده است، کارها و فعالیت های معمول خانواده و فعالیت های اجتماعی خانواده مختل گردیده و نیازهای سایر اعضای خانواده مورد غفلت قرار گرفته است. که این امر منجر به کاهش رضایت از روابط و زندگی می شود (۳۶). همچنین تنش، عامل تهدید کننده زندگی زناشویی محسوب می گردد. مطالعه کیفی Theobald و همکاران نشان داد که رضایت از رابطه زناشویی به دلیل هراس از عود بیماری، احساس حفاظت بیش از حد، احساس گناه و احساس مسئولیت و پاسخگویی به نیازهای طرف مقابل کاهش می یابد (۱۲). از طرفی، همان گونه که نتیجه مطالعه Purabuli و همکاران نشان داد، افزایش احتمال افسردگی

بالینی در همسران بیماران به دلیل تنش زیاد، می تواند قضاوت در خصوص رضایت از رابطه زناشویی را تحت تأثیر قرار دهد (۲۶). میانگین نمره عشق در رابطه زناشویی از دیدگاه همسران بیماران نسبت به همسران افراد سالم در این مطالعه کاهش نشان می دهد. یافته ها در مورد بعد عشق رابطه زناشویی همسران بیماران متفاوت است و به نظر می رسد به معنا و برداشت افراد از مفهوم عشق بستگی دارد. یکی از اجزای تشکیل دهنده عشق از دیدگاه Sternberg، شور و هیجان جنسی است. در حالی که دو جزء تعهد و صمیمیت را هم شامل می شود (۳۷). در این مطالعه گرچه سوالات مربوط به بعد عشق با بعد شور و هیجان جنسی، تفاوت داشته ولی بنظر می رسد مطابق نظریه عشق Sternberg (۳۷) بیشتر تابع بعد شور و هیجان جنسی بوده و مانند رضایت جنسی تحت تأثیر بیماری قرار گرفته است. یعنی می توان کاهش نمره عشق در همسران بیماران قلبی را با توجه به کاهش نمره شور و هیجان جنسی در این بیماران مرتبط دانست.

در این مطالعه میانگین نمره رابطه زناشویی در بعد صمیمیت از دیدگاه همسران بیماران مبتلا به سکته قلبی با همسران افراد سالم تفاوت آماری معناداری نداشت. مطالعات در این زمینه نتایج متفاوتی ارائه کرده اند. بررسی های طولانی مدت انجام گرفته در رابطه با حملات قلبی نشان داده است که صمیمیت بین زوجین تحت تأثیر بیماری قرار گرفته است (۵) و ارتباط توأم با عدم رضایت مندی در یک دوره ی طولانی مدت باعث اختلال در عملکرد صمیمیت می شود (۲۱)، که مغایر با یافته های پژوهش حاضر است. از طرفی برخی نتایج همسو با نتیجه این مطالعه، تأیید کننده این مطلب است که بعد صمیمیت رابطه زناشویی نه تنها کاهش نمی یابد، بلکه اغلب همسران همدیگر را به خوبی درک کرده و نگرانی های طرف مقابل را بخوبی حس می کنند (۵). همچنین بخشی از یافته های پژوهش Arenhall و همکاران نشان داده است برخی از زنان رابطه نزدیک و صمیمی با همسران خود بعد از بیماری را تجربه کرده اند، یکدیگر را بیشتر درک کرده و از زندگی مشترک با هم خوشحال بودند. در حالی که دو سوم زنان مورد بررسی

با دیدگاه همسران افراد سالم جامعه کاهش می دهد، ولی در کیفیت ابعاد تعهد، صمیمیت و اعتماد رابطه زناشویی از نظر همسران، تغییری ایجاد نمی کند. بنابراین، گنجاندن برنامه های آموزش خانوادگی و مشاوره زوجین در برنامه های توانبخشی بیماری های قلبی به منظور بهبود کیفیت رابطه زناشویی و بدنبال آن ارتقاء کیفیت زندگی بیماران و خانواده آنها ضرورت دارد. از طرفی، بهبود رابطه زناشویی و افزایش حمایت از جانب همسران به روند درمان و پیشگیری از عود مجدد حملات قلبی کمک می کند.

یافته های این مطالعه همچنین باعث افزایش دانش کارکنان بهداشتی و درمانی بویژه پرستاران بخش های ویژه قلب در خصوص نقش همسر در بهبود روانی-اجتماعی بیماران پس از سکته قلبی می شود.

### تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان نامه ی کارشناسی ارشد خانم مهديه سرحدی دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش پرستاری گرایش داخلی- جراحی و به راهنمایی آقای دکتر علی نویدیان و خانم طیبه فصیحی هرنندی می باشد. نویسندگان مقاله بر خود لازم می دانند از همکاری صمیمانه آقای پرویز سرحدی و خانم سمانه نخعی مقدم و همچنین مشارکت بیماران و همسران آن ها، پزشکان و پرستاران بخش های سی سی یو و قلب بیمارستان های خاتم الانبیاء (ص) و علی ابن ابیطالب (ع) زاهدان و نیز همسران گروه مقایسه که با همکاری خود امکان انجام پژوهش را فراهم نمودند، تشکر و قدردانی کنند.

نگرانی و ابراز صمیمیت کمتر در ارتباط با همسر را گزارش کرده بودند (۲۲). به نظر می رسد اگرچه بیماری ایجاد کننده تغییرات رفتاری در زوجین می باشد اما به دلیل فرهنگ غنی ایرانی و اهمیت خانواده در این فرهنگ، بیماری نمی تواند تفاهم و همدلی و صمیمیت بین زوجین را کاهش دهد.

میانگین نمره ابعاد تعهد و اعتماد رابطه زناشویی از دیدگاه همسران بیماران و همسران افراد سالم بسیار نزدیک به هم بوده و در دو گروه تفاوت معناداری وجود نداشت. عبارتی، سکته قلبی بر این دو بعد از رابطه زوجین تاثیر منفی زیادی در این مطالعه نداشت. با توجه به این که میانگین طول مدت زندگی مشترک همسران مورد مطالعه در این پژوهش حدود ۲۵ سال بود، کاملاً طبیعی است که تعهد و اعتماد زوجین افزایش یافته و کمتر دستخوش تغییر به دنبال بیماری یکی از همسران قرار گیرد (۳۷).

در مورد بعد تعهد یافته های مطالعات Sprecher (۳۸)، Falconi & Mullet, (39) Lemie (۴۰) نشان دادند تعهد در زندگی زناشویی با گذشت زمان افزایش می یابد. با توجه به میانگین سنی افراد مورد مطالعه در این پژوهش به نظر می رسد باورهای فرهنگی ازدواج های سنتی و استحکام خانواده های ایرانی، باعث شده است این دو بعد زیربنایی رابطه زناشویی کمتر تحت تاثیر بیماری همسران قرار گیرد.

در مجموع میانگین نمره کل کیفیت ابعاد رابطه زناشویی همسران بیماران در مقایسه با همسران افراد سالم به طور معناداری پایین تر بود. در همین رابطه Shanfield معتقد است که ارزیابی بیماری های جسمی - روانی مختلف نشان می دهد که پس از سکته قلبی تغییرات گسترده ای در جنبه های مختلف عملکرد زناشویی بیماران و همسران آن ها روی می دهد (۳۳).

### نتیجه گیری نهایی

به طور کلی یافته های پژوهش نشان داد که سکته قلبی کیفیت رابطه زناشویی بخصوص ابعاد رضایتمندی، شور و هیجان جنسی و عشق را از دیدگاه همسران بیماران، در مقایسه

## منابع

- 1- Kakoli M, Kargarfard M, Rabiei K. [Changes in practical capacity during cardiac rehabilitation in patients after myocardial infarction]. *Olympic Journal*. 2009; 17(1):131-141. (Persian).
- 2- Hosinian A, Amani F, Hajizadeh A, Habibzadeh Sh. [CCU year survival in patients with acute myocardial infarction in the Boali Hospital]. *Journal of Medical Sciences Ardabil*. 2008; (8) 4:376-380. (Persian).
- 3- Mohamadi F, Taherian A, Hosini M, Rahgozar. [Effects of cardiac rehabilitation at home on quality of life in patients with myocardial infarction]. *Rehabilitation Journal*. 2006; (7)3:1-9. (Persian).
- 4- Tofighian T, Najar L, Akaberi A, Nakhei M. [Individual counseling on quality of life in patients with myocardial infarction]. *Journal of Medical Sciences, Sabzevar* 2009; (16) 4:206-212. (Persian).
- 5- Mahrer-Imhof R, Hoffmann A, Froelicher Sivarajan E. Impact of cardiac disease on couples' relationships. *Journal of Advanced Nursing*. 2006; 57 (5):513-521.
- 6- Thomson P. Complex factors that influence patient and partner and dyad outcome 4 months after coronary artery bypass grafting surgery. [Ph.D. Thesis] University of Stirling, School of Nursing, Midwifery and Health. 2008.
- 7- Hagedoorn M, Sanderman R, Ranchor V A, Brilman I E, Kempen I JM G, Ormel J. Chronic disease in elderly couples: Are women more responsive to their spouses' health condition than men? *Journal of Psychosomatic Research*. 2001; 51(5): 693-696.
- 8- Balog P. Marital stress and cardiovascular vulnerability, [PhD thesis]. Faculty of Mental Health Sciences, Semmelweis University. 2006.
- 9- Dhooper S. Coronary heart disease and family functioning. *Journal of Social Service Research*. 1983; 7(2): 19-38.
- 10- Wright L.M, Leahey M. *Nurses and Families: A Guide to Family Assessment and Intervention*. Philadelphia, F. A. Davis Co, 1984
- 11- Young R, Kahana E. Conceptualizing stress, coping and illness management in heart disease caregiving. *Journal of Hospice*. 1987; 3(2-3):53-73.
- 12- Theobald K. The experience of spouses whose partners have suffered a myocardial infarction: A phenomenological study. *Journal of Advanced Nursing*. 1997; 26(3):595-601.
- 13- Stewart M, Davidson K, Meade D, Hirth A, Makrides L. Myocardial infarction: Survivors' and spouses' stress, coping, and support. *Journal of Advanced Nursing*. 2000; 31(6): 1351-1360.
- 14- Moser D, Dracup K. Role of spousal anxiety and depression in patients' psychosocial recovery after a cardiac event. *Psychosomatic Medicine*. 2004; 66(4): 527-532.
- 15- Lukkarinen H, Kyngas H. Experiences of the onset of coronary artery disease in a spouse. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 2003; 2(3):189-194.



- 16- Bookwala J. The role of marital quality in physical health during the mature years. *Journal of Aging and Health*. 2005; (17): 85-104.
- 17- Whitson S, El-Sheikh M. Marital conflict and health: Processes and protective factors. *Journal of Aggression and Violent Behavior*. 2003; 8(3): 283-312.
- 18- Booth A, Johnson D. R. Declining health and marital quality. *Journal of Marriage and the Family*. 1994; 56(1): 218-223.
- 19- Ayles C. *Biographical Determinants of Marital Quality*. Rosebery Avenue London. 2004, 5-15.
- 20- Denton W H, Burluson B. R, Brubaker P. H. Avoidance may be bad for the heart: A comparison of dyadic initiator tendency in cardiac rehabilitation patients and matched controls. *Journal of Behavioral Medicine*. 2009; 35(4): 135-42.
- 21- Mehrabi T, Moeini M, Bakhtiyari S, Qaleriz P. [Marital satisfaction in patients with and without myocardial infarction]. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*. 2008; 1 (13): 6-9. (Persian).
- 22- Arenhall E, Kristofferzon M, Fridlund B, Nilsson U. The female partners' experiences of intimate relationship after a first myocardial infarction. *Journal of Clinical Nursing*. 2010; 20 (11-12): 1677-1684.
23. Underhil S, Woods E, Ean H. *Cardiac Nursing*. Philadelphia, JB Lippincott, Co, 1989.
- 24- Greeff AP, Malherbe HL. Intimacy and marital satisfaction in spouses. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2001; 27(3): 247-257.
- 25- Litzinger S, Gordon KC. Exploring relationships among communication, sexual satisfaction and marital satisfaction. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2005; 31(5): 409-424.
- 26- Purabuli B, Azizzade Foruzi M, Mohammad Alizadeh S. [Knowledge and attitudes of nurses in sexual activity and educate it to patients with myocardial infarction and their spouses]. *Iranian Journal of Critical Care Nursing*. 2009; (2) 4:145-148. (Persian).
- 27- Thompson D, Lewin R. Management of the post-myocardial infarction patient: Rehabilitation and cardiac neurosis. *Journal of Heart* 2000; (84): 101-105.
- 28- Shojaei F. [Quality of life of patients with heart failure]. *Hayat* 2006; 2(14):5-13. (Persian).
- 29- Biranvand M, Lorvand A, Alipoor S, Motamedi M, Kolahi A. [Quality of life of patients having first acute myocardial infarction]. *Journal of Shahid Beheshti University of Medical Sciences*. 2010; (78) 6:264-272. (Persian).
- 30- Montazeri A, Ghoshtasbi A, Vahdaninia M. [Translation, reliability and validity of the Persian standard tool SF-36]. *Quarterly Monitoring*. 2005; (1) 5: 49-56.
- 31- Fletcher G, Simpson J, Thomas G. The Measurement of Perceived Relationship Quality Components: A confirmatory factor analytic approach. *Journal of Personality and Social Psychology Bulletin*. 2009; 26(3): 339-354.
- 32- Nilforoshan P. [Structural equation model based on psychological characteristics of quality sex couples]. [PhD thesis], Faculty of Educational Sciences and Psychology, Isfahan University. 2010. (Persian).

33. Shanfield S. MI and patients' wives. *Journal of Psychosomatics*. 1990; 31(2): 138–145.
- 34- Randall A, Bodenmann G. The role of stress on close relationships and marital satisfaction. *Journal of Clinical Psychology Review*. 2009; 29 (2): 105-115.
- 35- Goble J A, Worcester U C M. *Best Practice Guidelines for Cardiac Rehabilitation and Secondary Prevention*. Published by Department of Human Services Victoria. 1999: 910, 112.
- 36- Worby C. Altrocchi J, Veach T. Crosby R. Early identification of symptomatic post-MI families. *Family Systems Medicine*. 1991; 9(2): 127–135.
- 37- Sternberg RJ.A. Triangular Theory of Love. *Psychological Review*. 1986; 93(2):119-135
- 38- Sprecher S. I love you more today than yesterday. Romantic partner's perceptions of change in love and related affect overtime. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1999; 76(1): 46-53.
- 39-Lemie R, Hale JL. Cross-sectional analysis of intimacy, passion and commitment, the assumption of the triangular Theory of Love. *Journal of Psychological Reports*. 2002; 90(3): 1009-14.
- 40- Falconi A, Mullet E. Cognitive algebra of love through the adult life. *International Journal of Aging & Human Development*. 2003; 57(3): 275-90.

## Comparing quality of marital relationship of spouses of patients with and without a history of myocardial infarction

Sarhadi M<sup>1</sup>, \*Navidian A<sup>2</sup>, Fasihi Harandy T<sup>3</sup>, Ansari Moghadam AR<sup>4</sup>

### Abstract

**Introduction:** Myocardial infarction (MI) is a life threatening event and often reduces the quality of life of patients and their families' particularly close and intimate persons such as spouses. The aim of study was to determine quality of marital relationship of spouses of patients with and without a history of myocardial infarction.

**Materials and Methods:** This descriptive-comparative study has been done on 162 spouses of patients with myocardial infarction admitted in educational hospitals of Zahedan University of Medical Sciences by convenience sampling method and 162 spouses of healthy persons (324 married individuals). Data were collected by "Perceived Relationship Quality Components (PRQC) questionnaire with approved validity and reliability in Iran. Data was analyzed with SPSS/16.

**Findings:** 42% of the samples were male and 58% female, with an overall mean age of  $47.89 \pm 5.95$ , average length of common life  $25.32 \pm 7.48$ . In addition, 56.7% of the respondents had diploma or higher education. The results also illustrated that the mean score of quality of marital relationship on the dimensions of satisfaction, passion and love in patient' spouses with a history of myocardial infarction was  $13.37 \pm 5.03$ ,  $10.67 \pm 4.56$ ,  $19.56 \pm 2.56$  respectively and in healthy persons spouses was  $18.92 \pm 2.85$ ,  $18 \pm 3.14$ ,  $20.37 \pm 1.36$ . U-Mann Whitney test results determine that these differences are statistically significant ( $P < 0.001$ ).

**Conclusion:** MI disease has a negative impact on the overall quality of marital relationship, especially on the dimensions of satisfaction, passion and love between couples. Hence, the inclusion of family educational programs and couple therapy in heart disease rehabilitation program is important in order to improve the quality of marital relationship and subsequent quality of life patients and their family's needs.

**Keywords:** Myocardial Infarction, Quality of marital relationship, Spouses.

**Received:** 4 Sept 2012

**Accepted:** 25 Nov 2012

1- MSc student in Nursing, School of Nursing and Midwifery, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran.

2- Assistant Professor, Pregnancy Health Research Center, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran. (**Corresponding author**).

**E-mail:** alinavidian@gmail.com

3 - Assistant Professor, School of Public Health, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran.

4- Associated Professor, Department of Biostatistics and Epidemiology, Faculty of Public Health, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran.