



ORIGINAL ARTICLE

Received:2023/08/05

Accepted:2023/12/03

Discovering and Identifying the Lived Experience of the Affected Person and His Family in an Acute Encounter with One of the Types of Heart Diseases: A Phenomenological Study

Yeganeh Farahzadi (M.Sc.)¹, Forough Esrfilian (Ph.D.)², Farzin Bagheri Sheykhangafshe (Ph.D.s)³

1.M.A in Clinical Psychology, Family Therapy, University of Science and Culture, Tehran, Iran.

2.Corresponding Author: Assistant Professor of Psychology, Faculty of Humanities, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran. Email: esrfilian.fo@modares.ac.ir Tel: +982182884688

3. Ph.D.s Candidate in Psychology, Faculty of Humanities, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.

Abstract

Introduction: Accepting the fact that a member of the family has heart disease and the stress of living with a heart patient can be so effective in the family that it might change its nature. In this context, the present research was conducted to discover and identify the patient's and his family's lived experience with acute exposure to one type of heart disease.

Methods: The present study was a qualitative research conducted through phenomenological analysis method in 2019 in Tehran. To collect data, semi-structured interviews were conducted regarding 6 patients hospitalized in the special care department of Baqiyatullah Hospital and 4 people accompanying the patients until the data saturation was reached. Data analysis was done using MAXQDA 20 software.

Results: Based on the findings of this research, 19 sub-themes and 7 main themes were obtained regarding the initial experiences of cardiovascular problems (malfunction)and internal states related to cardiovascular disease, the initial experience of the family related to cardiovascular disease, the atmosphere of Participants' life before experiencing cardiovascular disease, life experiences before experiencing cardiovascular disease, perceived changes after experiencing cardiovascular disease, and finally, facing the experience of cardiovascular disease.

Conclusion: The obtained results showed that suffering from cardiovascular diseases has wide psychological, social, and family consequences for the individual and their family. For this purpose, it is necessary to pay special attention to psychological aspects of these patients in addition to drug therapy.

Keywords: Lived Experience, Cardiovascular Disease, Phenomenology, Qualitative

Conflict of interest: The authors declared no conflict of interest.



This Paper Should be Cited as:

Author: Yeganeh Farahzadi, Forough Esrfilian, Farzin Bagheri Sheykhangafshe. Discovering and Identifying the Lived Experience of the Affected Person and His Family in an AcuteTolooebhdasht Journal. 2023;22(5)43-66.[Persian]



طلوع بهداشت

کشف و شناسایی تجربه زیسته فرد مبتلاء و خانواده‌اش در مواجهه حاد با یکی از انواع

بیماری‌های قلبی: یک مطالعه پدیدارشناسی

یگانه فرحزادی^۱، فروغ اسرافیلیان^۲، فرزین باقری شیخانگفته^۳

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی گرایش خانواده درمانی، دانشگاه علم و فرهنگ، تهران، ایران

۲. نویسنده مسئول: استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

شماره تماس: ۰۲۱۸۲۸۸۴۶۸۸ Email: esrafilian.fo@modares.ac.ir

۳. دانشجوی دکتری تخصصی روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

چکیده

مقدمه: پذیرفتن این موضوع که عضوی از خانواده مبتلا به بیماری قلبی است و استرس زندگی با بیمار قلبی می‌تواند در خانواده چنان موثر باشد که ماهیت آن را متحول کند. در این زمینه، پژوهش حاضر با هدف کشف و شناسایی تجربه زیسته فرد مبتلاء و خانواده‌اش در مواجهه حاد با یکی از انواع بیماری‌های قلبی انجام شد.

روش بررسی: مطالعه حاضر یک پژوهش کیفی بود که به روش تحلیل پدیدارشناسانه در سال ۱۳۹۹ در شهر تهران انجام گرفت. به منظور جمع‌آوری داده‌ها از مصاحبه‌های نیمه‌ساختار یافته با ۶ بیمار بستری در بخش مراقبت‌های ویژه بیمارستان بقیه‌الله و ۴ نفر از همراهان بیماران تا مرحله اشباع داده‌ها استفاده گردید. تحلیل داده‌ها نیز با استفاده از نرم‌افزار MAXQDA ۲۰ انجام شد.

یافته‌ها: بر اساس یافته‌های این پژوهش، ۱۹ مضمون فرعی و ۷ مضمون اصلی تجربه اولیه مشکل (بدکارکردی) قلبی و عروقی، تجربه حالات درونی مرتبط با بیماری قلبی و عروقی، تجربه اولیه خانواده مرتبط با بیماری قلبی و عروقی، فضای حاکم بر زندگی مشارکت‌کنندگان پیش از تجربه بیماری قلبی و عروقی، آخرین برش‌های زندگی قبل از تجربه بیماری قلبی و عروقی، تحول‌های ادراک شده پس از تجربه بیماری قلبی و عروقی و در نهایت مواجهه با تجربه بیماری قلبی و عروقی به دست آمد.

نتیجه‌گیری: نتایج به دست آمده مشخص کرد ابتلا به بیماری‌های قلبی-عروقی پیامدهای روانی، اجتماعی و خانوادگی بسیار گسترده‌ای را برای فرد و خانواده آنها به همراه دارد. بدین منظور لازم است در کنار دارودرمانی به ابعاد روان‌شناختی این بیماران نیز توجه ویژه‌ای شود.

واژه‌های کلیدی: تجربه زیسته، بیماری قلبی و عروقی، پدیدارشناسی، کیفی

دو ماهنامه علمی پژوهشی

دانشکده بهداشت یزد

سال بیست و دوم

شماره پنجم

آذر و دی

شماره مسلسل: ۱۰۱

تاریخ وصول: ۱۴۰۲/۰۵/۱۴

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۹/۱۲



مقدمه

طیف بیماری‌های قلبی و عروقی (Cardiovascular disease: CVD) با دامنه وسیع در انواع و شیوع نسبتاً زیاد و رو به افزایش در جمعیت جهانی، در سال‌های اخیر توجه عده‌ی کثیری از پژوهشگران را بر این حوزه متمرکز ساخته است (۱). مطابق با آخرین گزارش ارائه شده از سازمان جهانی بهداشت، بیماری‌های قلبی ایسکمیک و سکته مغزی، بزرگترین قاتلان دنیا هستند که ۱۵ میلیون مورد مرگ را در سال ۲۰۱۵ رقم زدند. از این بین کشورهای روسیه، اوکراین و آمریکا بیشتری فوتی را گزارش کردند (۲). این تعداد در گزارش بعدی که از سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۹ منتشر شد، حدود ۱۷/۷ میلیون نفر اعلام شده است که ۳۱ درصد از کل مرگ و میر جهان را تشکیل می‌دهد (۳).

پژوهش مروری انجام شده در کشورهای اروپایی نشان داد CVD شایع‌ترین علت مرگ و میر در قاره اروپا است. مرگ و میر ناشی از CVD در سنین کمتر از ۷۰ سال، که معمولاً به عنوان زودرس شناخته می‌شود، یک نگرانی خاص است. اگرچه زنان بیشتر از مردان در اثر CVD عروقی جان خود را از دست می‌دهند، نرخ استاندارد شده مرگ و میر در مردان بیشتر است و این تفاوت‌ها در افراد کمتر از ۷۰ سال بیشتر است (۴). مطالعه مروری انجام شده طی سال‌های ۲۰۰۱ تا ۲۰۱۶ در آمریکا نیز حاکی از شیوع بالای مرگ و میر ناشی از ابتلاء به CVD است. در این میان سن، جنس، اضافه وزن، مصرف سیگار، استرس و فرسودگی شغلی با ابتلاء به بیماری همبستگی مثبتی نشان داد (۵). نتایج پژوهش انجام شده در داخل کشور ایران نیز مشخص کرد CVD در زنان بیشتر از مردان شیوع دارد (۶).

دو ماهنامه علمی پژوهشی طلوع بهداشت یزد

با این حال همان‌طور که مشخص است گزارش‌ها حاوی این آمارها بیشتر متمرکز بر میزان ابتلاء و شیوع مرگ و میر ناشی از این طیف بیماری است و آمار دقیقی از وضعیت روانی-اجتماعی خانواده‌ها و مبتلایان CVD در سرتاسر دنیا در دست نیست (۷). آماري که نشان دهد در حال حاضر چند نفر در دنیا با این بیماری‌ها و البته ناتوانی‌ها و محدودیت‌های فیزیکی ناشی از آن و شاید مهم تر از این موارد با استرس یک آینده نه چندان مشخص و واضح زندگی می‌کنند (۸). تعداد زیادی از مبتلایان CVD سالیان زیادی با این بیماری زندگی می‌کنند و ممکن است به دلایل دیگری فوت کنند و هرگز جز آمار مرگ و میر ثبتی ناشی از این بیماری‌ها قرار نگیرند (۹).

شاید با یک نگاه کلی و از میزان شیوع منطقه‌ای این دسته از بیماری‌ها، بتوان برآوردی اجمالی از میزان مبتلایان آن داشت. انجمن قلب آمریکا در گزارشی در سال ۲۰۱۴ اعلام کرد که تقریباً نیمی از بزرگسالان آمریکایی و آفریقایی دارای نوعی بیماری قلبی عروقی هستند (۱۰). این آمارها در کنار حقایق اعم از این موضوع که بیشتر مرگ و میرهای ناشی از CVD در کشورهای متوسط و کم درآمد مثل کشورهای آسیایی و آفریقایی است (۱۱) و توجه به این موضوع که قاره آسیا با جمعیتی بیشتر از دو قاره آمریکا و اروپا سهم بیشتری در میزان شیوع مرگ و میر در اثر این بیماری (۱۲).

تمرکز پژوهشگران روی آمارهای مرگ و میر سالیانه ناشی از این بیماری‌ها با توجه به میزان بالای مرگ و میر در گستره وسیعی از انواع مختلف این بیماری و در نظر گرفتن مقیاس DALYs (معدل سال‌های از دست رفته عمر به دلیل مرگ یا ناتوانی) و بالا بودن آن در بیماری‌های ایسکمیک و سکته مغزی تا حدی قابل

سال بیست و دوم، شماره پنجم، آذر و دی ۱۴۰۲



دو عضو زندگی زناشویی باشد زیرا آنها به طور مشترک با چالش های ناشی از بیماری مواجه می شوند. والدین فرزندان مبتلا به بیماری های قلبی مادرزادی بیشتر علائم افسردگی، اضطراب و ناامیدی را نسبت به والدین کودکان سالم نشان می دهند. همراه با علائم توصیف شده، والدین ممکن است کمبود کنترل و عدم توانایی را تجربه کنند (۲۱).

بنابراین همان گونه که نتایج پژوهش های انجام شده نشان می دهند دامنه ی آسیب های ناشی از CVD، فراتر از مشکلات جسمی، نقصان ها و هزینه های زیادی است که افراد مبتلا متحمل می شوند (۲۲). هر فرد مبتلا علاوه بر هویت فردی، عضوی تاثیرگذار در مجموعه ی بنیادی خانواده است که فشارهای زیادی را با خود به فضای خانواده و ارتباطات می کشاند (۲۳).

این مجموعه درون دادها با توجه به سیستم منحصر به فرد خانواده و تاثیر متقابل و زیاد افراد، برون داد منحصر به فرد و متفاوتی در کل سیستم خانواده و هر عضو آن اعم از فرد مبتلا و سایر اعضا دارد. در واقع خانواده در یک زمینه اجتماعی وجود دارد و خود یک زمینه اجتماعی است (۲۴). به عبارت دیگر پذیرفتن این موضوع که عضوی از خانواده مبتلا به بیماری قلبی است و استرس زندگی با بیمار قلبی می تواند در خانواده چنان موثر باشد که ماهیت آن را متحول کند. در واقع برخلاف نگاه مادی گرا به این موضوع بیماری قلبی برای یک خانواده رخ می دهد و نه برای یک فرد (۲۵). با این حال کمبود مطالعات متمرکز بر تاثیرات متقابل طیف این بیماری و سیستم خانواده مشهود است. در این زمینه، پژوهش حاضر با هدف کشف و شناسایی تجربه زیسته فرد مبتلاء و خانواده اش در مواجهه حاد با یکی از انواع بیماری های قلبی انجام شد.

توجه است و جهت گیری مداخلات را به سمت پیشگیری هر چه بیشتر نسبت به این بیماری سوق می دهد (۱۳). به نحوی که بیشترین تمرکز متخصصان در این راستا صورت می گیرد که راه های جدیدی پیدا کنند که افراد کمتری از جمعیت جهانی به این طیف از بیماری ها مبتلا شوند و از این طریق آمار شیوع مرگ و میر ناشی از آنها نیز کاهش یابد (۱۴).

علی رغم همه پیشگیری ها، این بیماری مبتلایان قابل توجهی در جمعیت جهانی دارد که تا لحظه مرگ که در بعضی موارد قابل تخمین نیست و ممکن است بر اثر این بیماری باشد و یا نباشد با آن دسته و پنجه نرم می کنند (۱۵). در واقع در کنار توجه به لزوم بر پیشگیری از ابتلا به این بیماری ها، نیاز توجه به سلامت روانی و اجتماعی مبتلایان به این طیف بیماری به عنوان افرادی که درصد قابل توجهی از جمعیت جامعه را تشکیل می دهند، احساس می شود (۱۶).

زندگی با CVD ساده نیست اما این چیزی است که میلیون ها نفر از مردم در حال انجام آن هستند (۱۷). افراد مبتلا به CVD تنها نیاز به مقابله با محدودیت های جسمانی این بیماری ندارند بلکه بیشتر از آن نیاز به مدیریت مسائل هیجانی و روانی دارند که می تواند بر زندگی آنها و بر زندگی افراد نزدیک تر زندگی آنها تاثیر بگذارد و از برخورد آنها تاثیر پذیرد (۱۸). با هر بیماری صعب العلاج نه فقط خود فرد بلکه خانواده او هم که به طور میانگین ۳ عضو دیگر دارد، با بیماری درگیر می شوند (۱۹).

Pretter و همکاران (۲۰) در مطالعه خود دریافتند که استرس زندگی با بیماری قلبی می تواند در ازدواج یک زوج موثر باشد و ماهیت آن را دگرگون کند و مراقبت های مداوم برای بیماران قلبی باید شامل تمرکز بر همسران مراقبت کننده و حمایت از هر



روش بررسی

مطالعه حاضر یک پژوهش کیفی بود که به روش تحلیل پدیدارشناسانه در سال ۱۳۹۹ در شهر تهران انجام گرفت. پژوهش کیفی بیش از آن که به دنبال کشف رابطه علت و معلولی باشد، دغدغه درک کیفیت، بافت و ساختار تجربه‌ها را دارد و درصدد دستیابی به ذهنیت‌ها و تجربه‌ها است (۲۶).

روش کیفی پدیدارشناسی، اساساً مطالعه تجربه زیسته یا جهان زندگی است. پدیدارشناسی به جهان، آنچنان که به وسیله یک فرد زیسته می‌شود نه جهان یا واقعیتی که چیزی جدای از انسان باشد، توجه دارد. لذا این پرسش را مطرح می‌سازد که "تجربه زیسته چه نوع تجربه‌ای است؟" زیرا پدیدارشناسی می‌کوشد معانی را آنچنان که در زندگی روزمره زیسته می‌شوند، آشکار نماید (۲۷).

در پژوهش‌هایی که با روش کیفی صورت می‌گیرند هدف، تعمیم یافته‌های پژوهش نیست؛ بنابراین جامعه آماری به شکلی که در پژوهش‌های کمی مطرح می‌شود، تعریف نمی‌شود (۲۸).

جامعه پژوهش بیمارستان بقیه‌الله (ع) شهر تهران بود که به عنوان مرکز ویزیت و درمان بیماران قلبی و عروقی سالیان زیادی است که در این حیطه فعالیت می‌کند. منظور جمع‌آوری داده‌ها از مصاحبه‌های نیمه‌ساختار یافته با ۶ بیمار بستری در بخش مراقبت‌های ویژه بیمارستان بقیه‌الله و ۴ نفر از همراهان بیماران تا مرحله اشباع داده‌ها استفاده گردید.

در پژوهش حاضر با تعداد ۸ نفر از بیماران بخش مراقبت‌های ویژه بیمارستان بقیه‌الله مصاحبه‌ها شروع شد. دو نفر از مشارکت کنندگان در طی مدت مصاحبه‌ها به دلیل فوت و ادامه پیدانکردن مصاحبه‌ها، از نمونه‌ها حذف شدند و با معرفی ۴ نفر

دو ماهنامه علمی پژوهشی طلوع بهداشت یزد

از اعضای خانواده‌ی مشارکت کنندگان، تعداد افرادی که با آنها تا مراحل نهایی پیش رفته شد به ۱۰ نفر رسید (دو شرکت کننده از معرفی اعضای خانواده خود امتناع ورزیدند).

تحلیل داده‌ها نیز با استفاده از نرم‌افزار MAXQDA نسخه ۲۰ انجام شد. معیارهای ورود به پژوهش برای بیماران شامل داشتن رضایت آگاهانه، بستری در بیمارستان، عدم ابتلاء به مشکلات جسمانی شدید (بررسی پرونده پزشکی) بود. ابتلاء به مشکلات قلبی مزمن، فوت بیماران و ابتلاء به مشکلات قلبی ژنتیکی و مادرزادی به عنوان معیارهای خروج از پژوهش برای بیماران در نظر گرفته شد.

معیارهای ورود به پژوهش برای اعضای خانواده بیماران نیز شامل معرفی از طرف خود بیمار، عضو درجه یک خانواده بودن و مساعد بودن وضعیت روان‌شناختی فرد بود. همچنین داشتن سابقه تعارض شدید و تنش در خانواده و نیمه‌کاره ماندن مصاحبه‌ها به عنوان ملاک‌های خروج از پژوهش برای خانواده بیماران در نظر گرفته شد.

روش‌های جمع‌آوری داده‌ها در تحقیقات کیفی و تحقیق پدیدارشناسی شامل مشاهده، مصاحبه و اسناد و مدارک یا یادداشت‌برداری میدانی و اغلب ترکیبی از این روش‌ها است (۲۹).

مصاحبه به عنوان اصلی‌ترین روش جمع‌آوری در پژوهش پدیدارشناسی شناخته شده است. هدف استخراج پاسخ‌های شرکت کنندگان از عمق موضوع است. بنابراین مصاحبه محدود نبوده و شرکت کنندگان روی تجارب خود درباره موضوع مورد نظر بحث می‌کنند (۳۰).

روند این قبیل مصاحبه‌ها به این شکل است که پژوهشگر تلاش

سال بیست و دوم، شماره پنجم، آذر و دی ۱۴۰۲



مراقبت‌های ویژه و مصاحبه با مشارکت کنندگان فراهم شد. با هماهنگی با واحد پرستاری مستقر در بخش در روند مداوم رفت آمد پرونده‌های پزشکی بیماران چک شد و مواردی که می‌توانستند در زمره مشارکت کنندگان قرار گیرند، مشخص شدند. چون مشارکت کنندگان در این پژوهش در بخش مراقبت‌های ویژه بستری بودند، بهبودی نسبی حال عمومی و رضایت پزشک آنها جهت شروع مصاحبه‌ها ضروری بود.

در ابتدای مصاحبه‌ها پژوهشگر شرکت کنندگان را از هدف کلی پژوهش آگاه ساخته و به آنها اطمینان می‌داد که اطلاعات به صورت ناشناس ثبت و ضبط می‌شوند. در ادامه به منظور مستندسازی و قابلیت تبدیل مصاحبه‌ها به متن نوشتاری با ارائه توضیحات کامل و اطمینان دادن از محرمانه و محفوظ بودن اطلاعات، موافقت شرکت کنندگان جهت ضبط صدا و یادداشت برداری حین مصاحبه جلب می‌شد.

در طول مصاحبه پژوهشگر همواره تلاش کرد تا ضمن همدلی با شرکت کننده، در جریان روایت وی دخالت ننماید و عرصه را برای روایت‌گری او باز بگذارد؛ اما برای حفظ روند مصاحبه گاهی گفته‌های وی را خلاصه کرده و در قالب چند جمله و عبارت به او باز می‌گرداند تا هم به بهبود روند مصاحبه کمک کرده باشد و هم از درک درست و متقابل بین خود و شرکت کننده اطمینان حاصل نماید خصوصا با نظر به این موضوع که مصاحبه با مشارکت کنندگان به دلیل وخامت حال عمومی آنها بارها و بارها قطع می‌شد و کمک به اطمینان خاطر مشارکت کنندگان از درک درست و مد نظر آنها به آرامش بیشترشان کمک می‌کرد. مصاحبه‌های بعدی با مشارکت کنندگان و اعضای خانواده آنها پس از ترخیصشان و در طی جلسات پیگیری صورت گرفت.

می‌کند با طرح سوالات بازپاسخ و کلی، جو آزاد برای بیان کامل تجارب را فراهم نماید و سپس با عبارات کاوشگرانه و برانگیزاننده موجب هدایت جریان مصاحبه، مطابق با اهداف پژوهشی شود (۳۱).

روش اصلی گردآوری داده‌ها در این پژوهش نیز مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته بود. برای طرح سوالات مصاحبه‌ها در ابتدا با توجه به مطالعه پیشینه پژوهش‌ها، موضوعات و محورهای سوالات مشخص شد.

در مرحله بعدی یک طرح کلی و نقشه ذهنی بر اساس موضوعات رسم شد و اجزای موضوعات مشخص تر شد. سپس برای هر موضوع سوالات اولیه‌ای طرح شد که با راهنمایی متخصصین روانشناسی لیست سوالات مورد اصلاح و بازبینی قرار گرفت و در نهایت به فرم و شکل اصلی خود درآمد (نمونه سوالات: میشه به من یه خلاصه کوتاهی بدین از اینکه اولین بار کی و به چه نحوی متوجه بیماریتون شدید؟ احساس شما در مورد این بیماری و اینکه شما فرد مبتلا هستید چیه؟ وقت‌هایی که برای درمان مراجعه می‌کنید چه فکرهایی تو ذهنتون می‌گذره؟ این بیماری چه تاثیری روی دیدگاه شما به زندگی گذاشته؟ اگر بخواید این بیماری رو با کلمات توصیف کنید اولین کلماتی که به ذهنتون میاد چیه؟).

به منظور اجرای پژوهش، در ابتدا برای ایجاد ذهنیت کافی با کمک اساتید اقدام به مرور اهم پژوهش‌های انجام شده در این باب شد که ضمن تامین دقیق و عمیق مفاد مورد پژوهش، کمک شایانی به ایجاد نمونه‌ای از یک فرم مصاحبه‌ای اولیه‌ای کرد. در مراحل بعدی مکان مورد نظر برای شروع مصاحبه‌ها انتخاب شد و هماهنگی‌های لازم جهت حضور در بخش

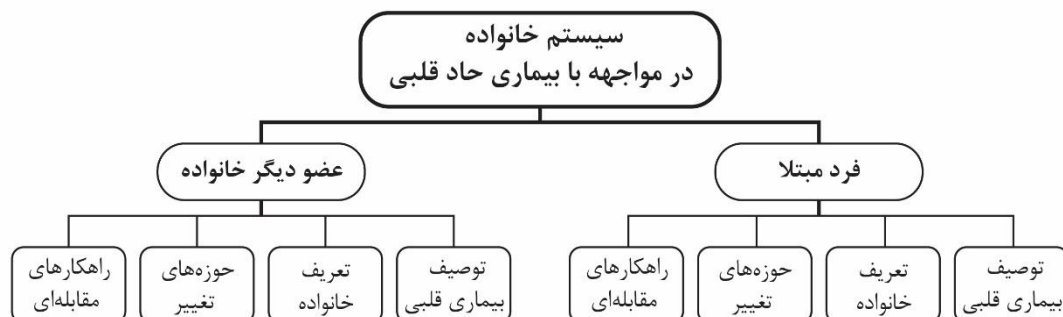


کاربرد این مفهوم در مطالعات اجتناب ناپذیر بوده است. از گذشته Creswell & Miller (۲۹) برای نیل به اعتبار یا روایی پژوهش کیفی هشت راهبرد را پیشنهاد می‌کنند که البته در انتها تذکر می‌دهند که رعایت دست کم دو راهبرد در هر پژوهش کیفی می‌تواند برای پژوهش اعتباری قابل قبول ایجاد کند. از بین هشت راهبرد پیشنهادی، ۴ مورد از آنها در طی پژوهش رعایت شد که عبارتند از:

(۱) درگیری طولانی مدت پژوهشگر با فضای پژوهشی و مشاهدات مداوم او در محیط پژوهش از جمله اعتمادسازی با افراد موضوع پژوهش، فراگیری فرهنگ آن محیط و کنترل بدفهمی‌های ناشی از مداخله‌های پژوهشگر. طی این پژوهش مدت زمانی حدود ۹ ماه جهت انتخاب نمونه‌هایی مطابق با ملاک‌های ورود و سپس جمع‌آوری مصاحبه‌ها صرف شد. به دلیل شرایط جسمانی خاص مشارکت‌کنندگان و حضور در بخش مراقبت‌های ویژه، هر بار مصاحبه باید کوتاه می‌بود و بنابراین تعداد دفعات ملاقات با شرکت‌کنندگان برای تکمیل مصاحبه اولیه بین ۳ تا ۵ بار متغیر بود که این موضوع باعث شد مشارکت‌کننده در حالات و شرایط متنوع مورد مشاهده قرار گیرد.

مدت زمان صرف شده برای مصاحبه‌ها با توجه به میزان هوشیاری پس از کمک‌های فوری بخش مراقبت‌های ویژه و توانایی صحبت مصاحبه‌شونده‌ها و نیز خود افشایی آنها از ۴۰ دقیقه تا ۱۱۰ دقیقه متغیر بود. پس از پایان هر مصاحبه فایل صوتی مصاحبه چند بار بررسی سپس به صورت نوشتاری و واژه به واژه پیاده‌سازی شد و تحلیل بر روی متن نوشتاری مصاحبه‌ها و کدگذاری‌ها در اسرع وقت صورت گرفت.

کوچکترین واحد معنایی به دست آمده که قابل تأمل، تحلیل و تفسیر برآورد می‌شد با درج کدهای اختصاری کدگذاری شد تا مستندات پژوهش و گزارش‌های مرحله‌ای و پایانی آن شفاف، قابل انتقال، قابل بررسی و انتقادپذیر باشند. در کنار بررسی دقیق و کدگذاری، یادآورها که یادداشت‌های حین مصاحبه‌ها بودند و همچنین اسناد ثبت شده نظیر ژنوگرام و شماتیک ترسیم شده از خانواده‌های مشارکت‌کنندگان به عنوان یکی دیگر از ابزارهای گردآوری شواهد و این یادداشت‌ها در جریان تحلیل داده‌ها مورد استفاده قرار گرفته و بر غنای پژوهش افزودند. مفهوم اعتبار در تحقیقات کیفی از منظرهای مختلفی به کار رفته است. این مفهوم واحد نبوده بلکه مفهومی پیچیده و فراگیر و همه‌جانبه بوده است.



نمودار ۱: نقشه ذهنی مبنای طرح سوالات و مصاحبه



مشارکت کنندگان، شرایط انجام پژوهش و روش تحلیل داده‌ها دارد.

در این پژوهش از ضبط مصاحبه‌ها و دست‌نویس کردن آنها به همراه یادداشت‌های میدانی استفاده شده است. همچنین به منظور قابلیت تکرار پذیری پژوهش، جزئیات کامل تمامی مراحل عنوان شده است تا راهنمایی انجام پژوهش‌های مشابه باشد.

یافته‌ها:

در این پژوهش با ۶ نفر از مراجعه‌کنندگان به بیمارستان بقیه‌الله اعظم که در بخش مراقبت‌های ویژه بیمارستان بستری شده بودند به عنوان مشارکت‌کنندگان اصلی مصاحبه شد.

در طی مصاحبه از افراد خواسته شد که به دلخواه فردی از اعضای خانواده خود را جهت پیگیری پژوهش و برای مصاحبه معرفی کنند که با اینکه هر ۶ نفر، فردی از اعضای خانواده خود را معرفی کردند ما تنها ۴ نفر از این افراد به مصاحبه با افراد خانواده‌شان راضی بودند. میانگین سنی مشارکت‌کنندگان اصلی ۶۰/۳۳ و میانه سنی آنها ۵۹ بود. همچنین میانگین سنی اعضای خانواده آنها ۳۹ و میانه سنی آنها ۴۱ بود. ۴ نفر از مشارکت‌کنندگان ساکن تهران، یک نفر ساکن دزفول و یک نفر از آنها ساکن لاهیجان بودند. در ادامه نمای کلی از یافته‌های پژوهش (مضامین اصلی و فرعی) در قالب یک جدول کلی، تصویر شده و سپس در بخش‌های بعدی هر مضمون اصلی به همراه مضامین فرعی و کدهای تشکیل‌دهنده‌ی آن در قالب جداول جداگانه ارائه می‌شود و توضیحات مربوطه به آنها در ذیل جداول بیان می‌شود.

۲) همه‌جانبه‌نگری که در آن پژوهشگر از طریق گردآوری شواهد از منابع مختلف، روش‌ها شامل تئوری‌های گوناگون، افراد مختلف و منابع اطلاعاتی متنوع و شیوه‌های گوناگون به عنوان شواهد تقویت‌کننده استفاده می‌کند.

طی این پژوهش بررسی پرونده پزشکی مشارکت‌کنندگان، مصاحبه‌های چندگانه، تحلیل طرح شماتیک خانواده مشارکت‌کنندگان و همچنین مصاحبه با اعضای خانواده آنها موجب شد که فضای دید پژوهشگر به تدریج گسترش یابد و شواهد متنوعی برای ارزیابی داشته باشد.

۳) مرور یا بازخورد همتایان که نوعی کنترل بیرونی پژوهش از طریق داوری یا گزارش شخص ثالث است و بسیار شبیه پایایی بین ارزیاب‌ها است. بخش پژوهش‌های بالینی بیمارستان بقیه‌الله اعظم به طور مستمر و پیگیر در جهت روند ثبت داده‌ها و کدگذاری آن قرار داشت و پیگیر پیشروی پژوهش بودند.

۴) روش کنترل اعضا که در آن پژوهشگر از دیدگاه مشارکت‌کنندگان برای اطمینان‌پذیری یافته‌ها استفاده می‌کند. تکنیکی که پژوهشگران آن را حیاتی‌ترین کنترل برای تثبیت اعتبار.

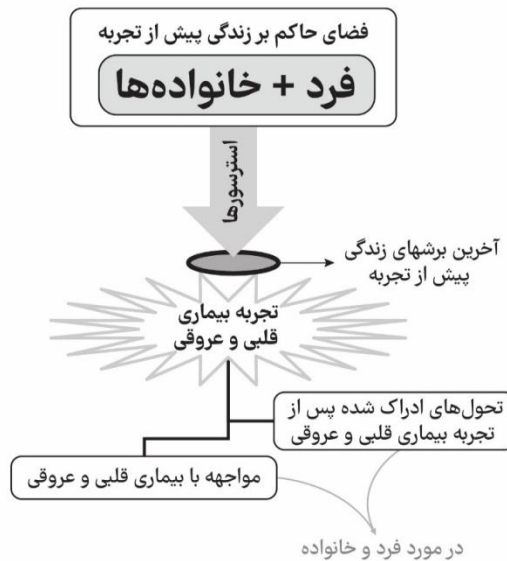
پس از کدگذاری و ایجاد شدن لیست مضامین اصلی و مهم، محتوای این تحلیل‌ها و کدگذاری‌های به یکی از مشارکت‌کنندگان اصلی و یکی از اعضای خانواده ارجاع داده شد و آنها نزدیکی و صحت کدگذاری‌ها و تجربه خویش را تایید کردند.

در پژوهش‌های کیفی برای توصیف مفهوم پایایی مطالعات کیفی از اصطلاحاتی مثل اتکاپذیری و تاییدپذیری استفاده می‌شود و اشاره به ثبات پاسخ مشارکت‌کنندگان و کدگذاری‌ها و خاصیت تکرارپذیری پژوهش در صورت مشابه بودن



جدول ۱: ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نمونه‌های مورد بررسی

ردیف	سن	شغل	بیماری	نوع تشخیص	تعداد اعضای خانواده	عضو معرفی شده	سن فرد مشخص
۱	۴۹	مرد مهندس	۱ ماه و ده روز	سکته قلبی	۵	همسر	۴۸
۲	۶۲	مرد بازنشسته	۴ سال	گرفتگی عروق و عمل آنژیوپلاستی	۴	فرزند (دختر)	۳۲
۳	۶۱	مرد آزاد	۲ هفته	سکته قلبی	۵	همسر	۵۸
۴	۶۹	مرد بازنشسته	۵ ماه	گرفتگی عروق و عمل آنژیوپلاستی	۵	فرزند (پسر)	۳۲
۵	۵۸	مرد بازنشسته	حدود دو سال	سکته قلبی	۴	فرزند (دختر)	۲۴
۶	۶۹	زن خانه دار	۶ سال	سکته قلبی	۵	فرزند (دختر)	۴۰



نمودار ۲: روند تجربه مضامین اصلی توسط مصاحبه‌شوندگان پیش و پس از تجربه

تجربه اولیه مشکل (بد کارکردی) قلبی و عروقی: نخستین مضمون بدست آمده به تغییراتی اشاره دارد که مصاحبه‌شوندگان در روند درک تجربه CVD گزارش کرده‌اند. به نظر می‌رسد مجموعه علائم گزارش شده توسط مشارکت‌کنندگان تقریباً یکسان است و می‌توان از آنها به عنوان علائم اولیه یک مشکل دو ماهنامه علمی پژوهشی طلوع بهداشت یزد

و بد کارکردی قلبی یاد نمود. به عنوان مثال مشارکت‌کننده شماره ۱ در یک جمله کلی مجموعه علائم را اینطور توصیف می‌کند: "درد شدید قفسه سینه و عدم توانایی نفس کشیدن و زجر فراوان". تشخیص صورت گرفته در مورد مصاحبه‌شوندگان این پژوهش به دلیل سال بیست و دوم، شماره پنجم، آذر و دی ۱۴۰۲



پیگیری، در مصاحبه شوندگان با نوع تشخیص هایی که بیان شد، اغلب کوتاه مدت بود.

با این حال ۳ تا از مشارکت کنندگان مراجعات دیگری در گذشته به پزشک داشته اند اما پس از درمان، پیگیری ها دیگری تا مراجعه فعلی به بیمارستان نداشتند.

داشتن معیارهای خاصی برای مشارکت کنندگان در عین محدودیت دامنه کمی با هم متفاوت بودند.

بنابر اسناد پزشکی اکثر مشارکت کنندگان به دلیل سکته قلبی در بخش مراقبت های ویژه بستری شده بودند. مدت بیماری و البته با اصطلاح درست تر مدت زمان پس از تشخیص تا اولین مصاحبه

جدول ۳: نمایش کلی یافته های پژوهش در قالب مضامین اصلی و فرعی (کدها) تجربه بیماری قلبی و عروقی توسط فرد و خانواده اش

یافته های پژوهش	مضامین اصلی	مضامین فرعی	کدها
		علائم گزارش شده	درد قفسه سینه نفس تنگی سوزش قفسه سینه تعریق حالت تهوع سکته قلبی گرفتگی عروق
	تجربه اولیه مشکل (بد کارکردی)	نوع تشخیص	گرفتگی عروق و لزوم انجام عمل باز قلب
		مدت بیماری	کدهای کاملاً متفاوت دریافت کردند
"چیستی" تجربه بیماری		هیجانان و احساسات نامطلوب اولیه فرد پس از تجربه بیماری	شوکه شدن تلاش در جهت انکار بیماری احساس ترس
	تجربه حالات درونی مرتبط با بیماری	افکار اولیه فرد پس از تجربه بیماری	استرس، اضطراب و نگرانی احساس نقص پس از عمل احساس عذاب وجدان ناامیدی و یاس
		واکنش اولیه فرد پس از تجربه بیماری	پیش بینی نتیجه تشخیص ها چقدر طول درمان دارد کسب اطلاع بیشتر از بیماری فکر در مورد دلایل بیماری شکه شدن خانواده
	تجربه اولیه خانواده مرتبط با بیماری	احساسات اولیه افراد خانواده پس از تجربه بیماری	گریه و بی قراری اعضای خانواده استیصال ناراحتی برای فرد مبتلا



احساس ترس و نگرانی اعضای خانواده			
هدف مشترک و تلاش برای رسیدن به هدف	خانواده از دیدگاه مشارکت کنندگان		
خانواده حامی همیشگی			
صمیمیت خانواده			
مدل مداری		فضای حاکم بر زندگی	
مدل هرمی	طرح شماتیک خانواده	مشارکت کننده	
مدل خطی و تقابلی		پیش از بیماری	"چرایی"
نزدیکی عاطفی			تجربه بیماری
ترتیب تولد			
ترسیمی	ژنوگرام (تاریخچه خانواده)		
داشتن استرس و تنش در خانواده	سبک زندگی مشارکت کنندگان و خانواده		
فشار مالی			
مرگ و بیماری نزدیکان			
نادیده گرفتن علائم و عدم مصرف داروها	استرسورهای نهایی پیش از تجربه	آخرین برش‌های زندگی	
بحث و جدل شدید		قبل از تجربه	
فعالیت بدنی شدید		بیماری	
احساس نقص داشتن			
احساس عدم توانایی			
امیدواری	احساسات فرد پس از ادراک تجربه		
احساس ندامت و پشیمانی	بیماری		
احساس تفاوت داشتن و جدا افتادن از دیگران			
احساس سربار بودن			
غنیمت شمردن فرصت زندگی		تحول‌های ادراک شده	
خانواده انگیزه‌ای برای بهبود یافتن	دیدگاه فرد پس از ادراک تجربه	پس از تجربه	چگونگی
تغییر دیدگاه در حوزه معنوی	بیماری	بیماری	تجربه بیماری
اعتقاد پیدا کردن به جمله: بیماری اثر تنش و استرس است			
توجه به تغییرات			
تاثیر بیماری بر روی دیدگاه کلی فرد به خانواده (تغییر طرح شماتیک)	دیدگاه مشارکت کنندگان به خانواده		
	پس از ادراک تجربه بیماری		



افزایش حساسیت اعضای خانواده

در مورد سلامتی فرد مبتلا

برهم خوردن روال عادی زندگی

خانواده

تغییر در شرایط روانی خانواده

تغییر در روابط داخلی اعضای

خانواده

تلاش در جهت افزایش آرامش

ذهنی

احتیاط و هوشیاری به علائم

مراعات دارویی و غذایی

اصلاح عادات نامطلوب زندگی

برای شرایط جدید

برگشت به روال عادی و نرمال

زندگی پس از تجربه

کاهش تنش و فشار بر بیمار

افزایش آرامش در خانواده و ذهن

فرد مبتلا

چک کردن مراعات غذایی و

دارویی

تلاش در جهت بهتر کردن شرایط

بهبود

حمایت روانی و عاطفی

میزان تاثیر خانواده بر روند

سازگاری

تغییرات در خانواده و اعضای آن پس

از تجربه بیماری

مواجهه مشارکت کنندگان با بیماری

مواجهه با

تجربه بیماری

مواجهه خانواده ها با بیماری

تاثیر خانواده در روند سازگاری فرد

مبتلا با بیماری

گزارش شده است، جز اولین پیام های ارسالی است که خبر از

غافلگیر شدن افراد و نداشتن تصور خاصی از این بیماری در

مورد خودشان است. گفته های مشارکت کننده شماره ۶ شاید

تصویر بهتری از این واکنش بدهد. مشارکت کننده شماره ۶

می گوید: "این دفعه اصلا برای چیز دیگه ای مراجعه کرده بودم

و نه من و نه خانواده ام اصلا فکر نمی کردیم که مشکلم باز به

اینجا ختم بشه. اینکه علایم سخته باشه و اینا."

احساس ترس اولین حس دریافتی و احساس مشترک در همه

تجربه حالات درونی مرتبط با بیماری قلبی و عروقی: یکی از

مضامینی که به توصیف بهتر رویدادی که افراد تجربه

کرده اند کمک می کند، توضیحاتی است که مصاحبه شوندگان

از حالات درونی خود مرتبط با تجربه CVD گزارش کرده اند.

مصاحبه شوندگان به خواست پژوهشگر در سه وجه متفاوت به

موضوع پرداختند و احساسات، افکار و واکنش اولیه خود

بلافاصله پس از تجربه CVD را توضیح دادند.

به نظر می رسد شوکه شدن اولیه که در اکثر مصاحبه شوندگان



دید عضوی از خانواده شرح داده می‌شود. همانند مشارکت کنندگان اصلی که این تجربه را با واکنش‌های اولیه و سپس با احساس و افکار اولیه تجربه می‌کنند، خانواده هم این رخداد را با همین توالی‌ها تجربه می‌کند. به نظر می‌رسد تفاوت میان حالات اولیه خانواده و فرد (در میان یافته‌های نه چندان زیاد پژوهش ما) در پراکندگی بیشتر واکنش مبتلایان نسبت به خانواده است. از یافته‌ها اینطور بر می‌آید که واکنش‌ها و احساسات خانواده نسبت به فرد دامنه محدود تری دارد. واکنش اولیه خانواده نسبت به تجربه بیماری قلبی و عروقی در یافته‌های به دست آمده در پژوهش تنها شامل شوکه شدن می‌باشد. مصاحبه‌کننده شماره ۱ می‌گوید: "دیشب که این اتفاق افتاد و من اوادم تو بیمارستان و تو بخش بستری شدم، برای همشون این‌یه شک بزرگ بود." در مصاحبه دیگری مشارکت‌کننده شماره ۶ می‌گوید: "این دفعه اصلاً برای چیز دیگه‌ای مراجعه کرده بودم و نه من و نه خانواده‌ام اصلاً فکر نمی‌کردیم که مشکلم باز به اینجا ختم بشه."

فضای حاکم بر زندگی مشارکت‌کننده پیش از بیماری قلبی و عروقی: این مضمون و مضمون اصلی بعدی به بخشی از دلایل چرایی این تجربه می‌پردازند. در این مضمون به بخشی از بسترهای ایجادکننده این تجربه تا پیش از رخداد آن پرداخته می‌شود. در ترسیم فضای زندگی مشارکت‌کنندگان از چند زاویه مختلف یافته‌هایی به دست آمده، دسته‌بندی شدند تا پس از بررسی هر دسته، نمای کلی زندگی افراد تا پیش از تجربه CVD کامل‌تر شود. بخش مهمی از زندگی هر فرد خانواده او و تعاملاتش با اعضای آن است. در ابتدا به مفهوم خانواده از دید مشارکت‌کنندگان پرداختیم و بعد تلاش شد تا روابط مشارکت

سال بیست و دوم، شماره پنجم، آذر و دی ۱۴۰۲

مصاحبه‌شوندگان بود. در برخی از مشارکت‌کنندگان احساس ترس از نام و برچسب بیماری بود. به عنوان مثال مصاحبه‌شونده شماره ۱ می‌گوید: "واقعیت اینه که اسم بعضی از مریضی‌ها واقعا ترسناکه و آدما رو از دور هم حتی میترسونه؛ این بیماری‌ها از دور هم‌یه حسی به آدم میده و با بیماری‌های دیگر فرق داره و اسم این بیماری‌ها که میاد یه ترس ویژه همراه باهاش میاد." اکثر مشارکت‌کنندگان اذعان داشتند که در طول طی کردن مراحل درمان، این موضوع جز اصلی‌ترین موضوعاتی بود که در ذهنشان به آن فکر می‌کردند و اضطراب زیادی را از پرداختن به این فکر تجربه می‌کردند. مصاحبه‌شونده شماره ۱ در این مورد می‌گوید: "یه دست از فکر هام خوبه مثلاً فکر می‌کنم شاید وقتی نتایج مشخص بشه، بگن خب یه حمله عصبی خفیف بوده مثل این فقط باید مراقب باشم یا مثلاً مشخص بشه که مشکل جدی قلبی دارم بین این دو تا در واقع تناوبی وجود داره. یه مدت به این فکر می‌کنم که احتمالاً چیز جدی نیست و نتیجه خیلی خوبه بعدش فکر می‌کنم که نه چرا باید باشه. علائم جدی بوده و اگر واقعا مشکل جدی باشه چه تبعاتی رو زندگیم داره. شاید بهتر باشه که بگم فکرهام تو برزخ گیر افتاده یه کمی از اون یکمی از این."

تجربه اولیه خانواده مرتبط با بیماری قلبی و عروقی: خانواده به تنها نهادی که همواره کنار مشارکت‌کنندگان اصلی در تجربه بیماری قلبی و عروقی سهیم هستند احساسات و ادراکات مخصوص به خود را از این تجربه دارند. در این مضمون همانند مضمون قبل به توصیف حالات اولیه تجربه CVD در این قسمت از دیدگاه خانواده پرداخته می‌شود و همزمان یافته‌های ادراک شده فرد از تجربه بیماری قلبی توسط خانواده اش و از

دو ماهنامه علمی پژوهشی طلوع بهداشت یزد



کننده با اعضای خانواده (و اعضای دیگر با هم) بیشتر شناخته شود (با کمک طرح شماتیک، تحلیل مدل و روابط اعضا و البته ترتیب رسم اعضا و دلایلی که یک عضو خاص برای مصاحبه توسط مشارکت کننده انتخاب شد). سبک زندگی فرد و نقاط متمایز در این غالب نیز با کمک یافته‌های مصاحبه‌های مشارکت کنندگان اصلی و اعضای خانواده بیان می‌شود. مشارکت کننده شماره ۴ درباره مفهوم خانواده می‌گوید: "خانواده یعنی آرامش بدون بحث و جدل. واقعا باید به ایجا برسن. دور هم بودن، اینها خانواده رو سر پا نگه می‌دارن. چه خانواده‌هایی دیدم که از هم پاشیدن، بچه‌ها آواره شدن، معتاد شدن. کنار هم بودن در هر شرایط از ویژگی‌های خانواده است. زندگی خانواده هدف داره. اگر بر طبق دین خانواده اداره بشه همه این ویژگی‌ها رو داره." مصاحبه شونده شماره ۱ هم اذعان داشت که: "اعضای خانواده هدف مشترک دارند و برای رسیدن به اون با هم تلاش می‌کنن."

در ترسیم طرح شماتیک خانواده از مشارکت کنندگان خواسته شد که بر روی صفحه سفید خانواده خود را ترسیم کنند. برای اینکه مشارکت کنندگان متوجه نوع درخواست و نحوه پاسخ دادن شوند پژوهشگر توضیح داد که: "به طور مثال این نقطه در روی این صفحه شما هستید. لطفا بگید که بقیه اعضای خانواده به ترتیب کجای این صفحه قرار دارند." مشارکت کنندگان شماره ۱، ۳، ۴ و ۶ از مدل مداری برای رسم شکل خود استفاده کردند که این ۶۶٪ کل طرح‌های رسم شده است. مصاحبه شونده شماره ۱ می‌گوید: "خانواده ما مثل مدار زمینه اگر اون وسط من باشم، پس من میشم خورشید و مابقی اعضای خانواده میشن کرات دیگه." مصاحبه شونده شماره ۳ می‌گوید: "اول

بغل دست من سمت راست زنم و سمت چپم بچه‌ها. ترتیب بچه‌ها اول دختر اولم بعد از اون دختر کوچیکم. فاصله ام با همسرم خیلی کم و بچه‌ها بیشتره اما نه خیلی دور."

ژنوگرام‌ها (تاریخچه زندگی) طی این پژوهش حاوی خلاصه‌ی اطلاعاتی است که از مصاحبه‌های چندگانه با مشارکت کنندگان اصلی و دقت بر فضای غالب بر لحن و کلامشان، بررسی پرونده پزشکی آنها، مصاحبه با عضو منتخب معرفی شده آنها و بررسی یادداشت‌های پژوهشگر در مورد فضای غالب مصاحبه‌ها به دست آمده است و می‌توان بیان داشت خلاصه و جمع بندی نسبتا مناسبی است که یک ادراک کلی و مختصر از فضای حاکم بر زندگی مشارکت کنندگان ارائه می‌دهد. در تشریح فضای حاکم بر زندگی اش مشارکت کننده شماره ۱ می‌گوید: "تنش‌ها و اعصاب خوردی‌هایی که تو زندگی وجود داره اثرش بالاخره به روزی مشخص میشه و این جا و این بیماری یکی از مواردی که اثر همون هاست. تو یک سال گذشته با من استرس زیادی تو زندگی داشتم و مطمئنم که این اثر هموناست." در جای دیگری از مصاحبه هم می‌گوید: "بچه‌ها کاری ندارند انجام بدن با من درگیر میشن با مادرشون درگیر میشن و همین عصبی تر میکنه همه رو."

آخرین برش‌های زندگی قبل از تجربه بیماری قلبی و عروقی: در این مفهوم به ترسیم کلیتی از اتفاقاتی پرداخته می‌شود که شاید بتوان گفت یک برش عرضی از اتفاقات زندگی مشارکت کنندگان است که دقیقا پیش از رخداد تجربه CVD برای افراد اتفاق افتاده است. این برش شامل تنش‌هایی است که به ظهور تجربه CVD در برهه خاص زندگی افراد منجر شدند. بنابراین در این بخش به بررسی و تشریح تنش‌هایی در زندگی



بود: "با خودم می گم چرا قلبم و عمل کردم و قلبم دست خورده. بعدش یکم اضطراب از اینکه همش باید مراقب باشم و ترس از اینکه نکنه همش این موضوع تکرار بشه. نمی دونم حسرت هم یه حسه؟ اگر هست من همش با خودم می گم کاش اینطوری نشده بودم. کاش بر می گشتم به قلبم و همه چیزم سالم و مثل اول بود."

در طی روند مصاحبه از مشارکت کنندگان درخواست شده بود که توضیح بدهند که آیا تجربه بیماری قلبی و عروقی در تغییر دیدگاه آنها به مسائل مختلف موثر بوده است یا نه و اگر بوده است حوزه های این تاثیرات را بیان کنند. بررسی پاسخ اولیه آنها نشان می دهد بیش از ۸۳٪ مشارکت کنندگان (۵ نفر) معتقدند که این تجربه روی دیدگاه آنها تاثیر داشته و آن را در حوزه های مختلف تغییر داده است. مصاحبه شونده شماره ۴ می گوید: "کارهای مربوط به سلامتیم رو هم بیشتر پیگیری می کنم چون دوست دارم نهایت استفاده از زندگی رو ببرم. اون لحظه هایی که حالم بد بود و فکر می کردم دارم می میرم دیدم واقعا دوست دارم بیشتر زندگی کنم همش خدا رو صدا می کردم که کمک کنه تا زنده بمونم. این برای خودم جدید بود که چقدر دوست دارم دارم زندگی کنم و چقدر در کنار ترسم با یاد خدا آرام می شم". در طی این مضمون اشاره به زاویه دید مشارکت کنندگان اصلی به تغییرات خانواده، کیفیت مواجهه خانواده با این تجربه و تاثیری که این مواجهه در دیدگاه آنها به خانواده دارد، پرداخته می شود. سوال پژوهشگر در این مقوله اینطور مطرح شده بود: "این شکلیه که تو مصاحبه های قبلی به عنوان طرحی که نشان دهنده شکل کلی خانواده شماست رسم کردیم. الان که بهش نگاه می کنید دوست دارید

سال بیست و دوم، شماره پنجم، آذر و دی ۱۴۰۲

مشارکت کنندگان پرداخته می شود که به ظهور این تجربه بیماری در این برهه از زندگی آنها کمک کرده است. در شرح اتفاقاتی که پیش از تجربه علائم شدید بیماری قلبی و عروقی مصاحبه شونده شماره ۵ می گوید: "حقیقتش من برادر زاده مو که بیست و شش سالش بود هفته پیش بر اثر کرونا از دست دادم. از این واقعا استرس شدید تر؟ من اوضاع جسمیم واقعا خوب بود خیلی خیلی مراقب خودم بودم؛ اما خب داغ جوون سخته. همه خانواده واقوامم مثل من شدن. دایم هم سخته کرده و بستری شده". عضو منتخب مصاحبه شونده شماره ۵ هم این شرایط را بیشتر تشریح می کند: "دوتا داغ بزرگ داشتیم. اول پسر عموم که جوون بود و بر اثر کرونا فوت کردو بعدشم دایی پدرم که مشکل قلبی داشت وقتی این خبر رو شنید سخته کرد و متاسفانه فوت شدن استرس هامون واقعا زیاد بودند".

تحول های ادراک شده پس از تجربه بیماری قلبی و عروقی: پس از تجربه ای در وسعت و شدت CVD توسط فرد و خانواده، مسلما دامنه تغییرات هم وسیع و همه جانبه خواهد بود. تغییراتی که در پس تجربه می آید و شاید قابل پیشگیری نباشد اما احتمالا تبعات آن را تا حدی می توان کنترل کرد. این تغییرات و ادراکات ناشی از آن پس از تجربه CVD توسط مشارکت کنندگان اصلی و اعضای خانواده آنها می تواند بخشی از توصیف جامعی باشد که نحوه مواجهه با این تجربه را شرح می دهد. به نظر می رسد احساسات ته نشین شده ای که پس از طی کردن حداقل بخشی از مراحل درمان و بهبودی نسبی مشارکت کنندگان و پس از گذشت حداقل ۴۰ روز ثبت شده است می توان به عنوان راه انداز جریان رفتاری و تنظیم مجدد سبک زندگی در نظر گرفت. مشارکت کننده شماره ۲ در مصاحبه اولیه گفته

دو ماهنامه علمی پژوهشی طلوع بهداشت یزد



تغییری در اون بدید؟" اکثر مصاحبه شوندگان توضیح می دهند که نیازی به تغییر در آن نمی بینند (۴ نفر از ۶ نفر). به عنوان مثال مشارکت کننده شماره ۶ می گوید: "نه. الان هم که بهش نگاه می کنم می بینم درسته". مشارکت کننده شماره ۲ می گوید: "نه این چیزها ثابته. در سالیان دراز این تصویر ساخته می شه و تغییر نمی کنه". مواجهه با تجربه بیماری قلبی و عروقی: مواجهه با تجربه CVD با گذشت زمان، کسب تجربه و یادگیری‌ها شکل می گیرد و به مرور در جهت افزایش کارایی برای فرد و خانواده تکمیل می شود.

در این مضمون به راهکارهای سازگارانه مشارکت کنندگان و خانواده در مواجهه با CVD اشاره می شود. نکته قابل ذکر این است که این راهکارها به مرور و حتی پس از این مصاحبه‌ها در جهت حفظ تعادل خانواده تکمیل تر می شوند که یافته‌های ما محدود به همین برهه زمانی است. به نظر می رسد اغلب مشارکت کنندگان (همه کسانی که معتقد به کد بیماری اثر تنش و استرس است) پس از این تغییر دیدگاه تلاششان را در جهت افزایش آرامششان به کار می برند. مشارکت کننده شماره ۶ می گوید: "سعی کردم که خودم کمتر فکر و خیال بکنم و غصه اتفاق های نیفتاده رو بخورم. سرم رو با چیزهایی گرم می کنم که خاطرات بدم دیگه تو سرم نیاد. الان خودم رو بیشتر با خانه داری و نوه هام سرگرم می کنم." مشارکت کننده شماره ۴ می گوید: "نزدیک به یک ماهه که آدم خونسرد تری شدم. توی خونه با پسریم با بچه ها کلا آرومتر شدم. چون می دونم این ها و حتی فکر و ناراحتی روی قلبم اثر داره".

از یافته‌ها اینطور به نظر می رسد همه تلاش اعضای خانواده معطوف به سازگاری مشارکت کننده با تجربه بیماری قلبی و

عروقی است و در این بین سازگاری خانواده پس از تغییراتی که متحمل شده است نادیده گرفته می شود. مرحله ابتدایی و مقدماتی تاثیرات خانواده بر افزایش آرامش مشارکت کنندگان و فراهم آوردن محیط و شرایط مساعد جهت تسریع بهبودی شان، کاهش تنش و فشارهایی است که قبلا در سبک زندگی آنها وجود داشته است. مشارکت کننده شماره ۵ می گوید: "خانواده ام دلسوز تر شدن. مراعات بیشتر شد. توقعات کم تر شد". شاید این خلاصه نقطه نظر اکثر مشارکت کنندگانی است که این موضوع را در مورد رفتار خانواده گزارش کرده اند. در نهایت از مشارکت کنندگان خواسته شد که میزان تاثیر خانواده را در روند انتخاب راهکار های سازگاری خود شرح دهند. اکثر مشارکت کنندگان به تاثیر مهم و زیاد خانواده در روند انتخاب هایشان اعتراف کردند (۵ نفر از ۶ نفر مصاحبه شونده). به عنوان مثال مشارکت کننده شماره ۱ می گوید: "الان که فکر می کنم حتی اینکه سعی می کند این بیماری رو سریع تر پیش خودشون هضم کنند و عادی باشند تا من هم بیماریم رو راحت تر بپذیرم، روی سازگاری من موثر بوده. از این منظر که به موضوع نگاه می کنم میبینم که خانواده تا حد زیادی بر روی روند سازگاری من موثر بودند". مشارکت کننده شماره ۳ هم می گوید: "خیلی زیاد. در واقع خانواده به من جهت دادن و کمک کردن و حتی یاد دادن که چطور مراقب خودم باشم".

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف کشف و شناسایی تجربه زیسته فرد مبتلاء و خانواده‌اش در مواجهه حاد با یکی از انواع بیماری‌های قلبی انجام شد. بر اساس یافته‌های این پژوهش، هفت مضمون اصلی تجربه اولیه مشکل (بدکارکردی) قلبی و عروقی، تجربه



مطالعه موردی جالبی که توسط Lane & Godfrey (۱۸) تحت عنوان "تغییرات احساسی و شناختی در طی یک حمله قلبی کشنده و تا یک ساله پس از آن" انجام شد می‌تواند در تحلیل یافته‌های پژوهش کمک کند. در بخشی از مقاله منتشر شده از این پژوهش، افراد احساسات و افکار و واکنش‌های درونی خود طی حمله و مدت کمی پس از آن شرح می‌دهد. کدهای دریافتی و احساسات و افکار تجربه شده توسط فرد در مقیاس کلی شبیه به گزارشات مشارکت‌کنندگان و یافته‌های این پژوهش است.

طی این تجربه وسیع و همه‌جانبه، خانواده به عنوان نهادی که بیشترین میزان پیوستگی و ارتباط را با فرد مبتلا دارد درگیر احساساتی می‌شود که می‌توان تا حدی به نزدیکی آنها با تجربه فرد مبتلا اذعان داشت (۷). هر فرد از اعضای خانواده وقتی خبر این بیماری را می‌شنود به میزان نزدیکی‌اش با فرد مبتلا، جایگاه فرد مبتلا و البته عضو مذکور و نقش‌هایی که هر کدام بر عهده دارند، شدت منحصر به فردی از این احساسات را تجربه می‌کند (۸). به عنوان مثال در پژوهش کیفی دیگری که توسط Wittenberg و همکاران تحت عنوان "چگونه بیماری بر اعضای خانواده تأثیر می‌گذارد؟" انجام شده است، مادر یک کودک بیمار از احساسات و افکار درون ذهنش اینطور سخن می‌گوید: "سخت است، ترسناک است ... شما در مورد او فکر می‌کنید، تمام مدت احتمالات بد را جلو چشم می‌آورید. تمام وقت ... این بدون وقفه فکر کردن، در مورد او تمام وقت است" (۱۳).

بسترها و زمینه‌های CVD را علاوه بر ژن‌ها، در عادات زندگی، سبک زندگی و استرس‌های موجود در زندگی می‌توان جستجو

سال بیست و دوم، شماره پنجم، آذر و دی ۱۴۰۲

حالات درونی مرتبط با CVD، تجربه اولیه خانواده مرتبط با CVD، فضای حاکم بر زندگی مشارکت‌کنندگان پیش از تجربه CVD، آخرین برش‌های زندگی قبل از تجربه CVD، تحول‌های ادراک شده پس از تجربه CVD و در نهایت مواجهه با تجربه CVD به دست آمد.

آن دسته از CVD که مزمن و مادرزادی نیستند علائم و نشانه‌های تقریباً مشخصی دارند که طی مصاحبه‌ها گزارش شد. از بین ۶ مبتلا به CVD مشارکت‌کننده در پژوهش ۴ نفر با تشخیص سکته قلبی و ۲ نفر با تشخیص گرفتگی عروق دسته‌بندی شدند. مطابق با اعلام سازمان جهانی بهداشت علائم رایجی برای بیماری‌های قلبی بدون پیش‌زمینه وجود دارد که اغلب تا مدت‌ها هیچ علائمی از بیماری زمینه‌ای در رگ‌های خونی وجود ندارد (۳). حمله قلبی یا سکته مغزی ممکن است اولین هشدار بیماری زمینه‌ای و مشکل در عروق باشد. زنان بیشتر دچار تنگی نفس، حالت تهوع، استفراغ و درد کمر یا فک می‌شوند. شایع‌ترین علامت سکته مغزی نیز ضعف ناگهانی صورت، بازو یا پا است (۱). مطابق با این گزارش علائم سکته قلبی و گرفتگی عروق گزارش شده توسط مصاحبه‌شوندگان طی روند تجربه‌شان از مواجهه با CVD مطابق با همان علائمی است که این سازمان گزارش کرده است. تأکید بر روی هوشیاری به علائم و شدت آن نیز که از نکات گزارش شده توسط مشارکت‌کنندگان بود در این گزارش آمده است. از سویی دیگر تقریباً همزمان با تجربه CVD به لحاظ جسمی، مجموعه تجربه‌هایی از حالات درونی اعم از احساسات، افکار و واکنش‌ها هم تجربه می‌شوند (۱۳). پژوهش‌های متعددی در مورد تجربه‌های احساسی و هیجانی طی تجربه CVD در دست نیست با این حال

دو ماهنامه علمی پژوهشی طلوع بهداشت یزد



طرح را شروع می کنند و اعضای خانواده را بر این مبنای برای نوبت ترسیمشان ترتیب بندی کنند.

پژوهش ها نشان می دهد که استرس مداوم و مستمر و یا واقعه ای بزرگ استرس آمیز می تواند به یک حمله قلبی و حتی سکته منجر شود (۲۱-۲۰). مطابق با این یافته ها، بررسی آخرین اتفاقات رخ داده در زندگی مشارکت کنندگان تلاش برای یافتن استرس نهایی است که تیر خلاص را بر پیکره سلامت ظاهری افراد زده است. در این پژوهش ۳ نفر از مشارکت کنندگان یعنی ۵۰٪ از آنها به اتفاق استرس زایی اشاره کرده اند که در نهایت منجر به مراجعه شان به بیمارستان شده است و نفر دیگری نیز اشاره کرده است که به خاطر فعالیت بدنی شدید و زمینه پر استرس قلبی اش، علائم در او نمود پیدا کرده است. استرسور و هر چیزی که مانند یک استرسور بدن را آماده جنگ و گریز کند می تواند در نهایت به ظهور ناگهانی علائم CVD ختم شود. در پژوهش Buigues و همکاران مشخص شد افراد مبتلا به بیماری عروق کرونر قلب در مقایسه با افراد غیربیمار میزان حوادث استرس زای بیشتری را تجربه کرده اند (۷). در مطالعه Stoney و همکاران نیز عنوان کردند که استرس های رایج اجتماع می تواند در نهایت به ظهور یکباره CVD ختم شود (۹). مجموعه تحول ها و تغییراتی که طی یک تجربه بیماری بر خانواده و فرد بیمار تحمیل می شود، چنان وسیع و همه جانبه است که پژوهش ها بسیار بر مبنای آن انجام شده است. در پژوهشی که توسط انجام گردید Wells و همکاران (۳۵) مشخص شد که بین شیوع اضطراب و افسردگی و بیماری عروق کرونری ارتباط معنادار وجود دارد. یافته های پژوهش حاضر نیز در بخش احساسی مطابق با یافته های پژوهش ذکر شده است. احساس نقص و ناکارآمدی و احساس

کرد (۱۷). مطابق با یکی از آخرین مقالاتی که توسط Tawakol و همکاران (۳۲) منتشر شده است، برای اولین بار نشان داده شد که چگونه استرس می تواند به بیماری قلبی و گردش خون در انسان منجر شود. استرس مداوم با فعالیت بیشتر در منطقه ای از مغز همراه است که با پردازش احساسات و افزایش احتمال ابتلا به CVD مرتبط است.

بررسی های انجام شده نشان داده است که استرس می تواند به اندازه سیگار کشیدن یا فشار خون بالا یک عامل خطر مهم در ابتلا به بیماری قلبی باشد. دو مضمون چهارم و پنجم به بررسی زمینه ها و بستریهای پرداخته است که مطابق با یافته های این پژوهش و مطالعات دیگری از جمله پژوهش های Farooqi و همکاران (۳۳) و Popovic و همکاران (۳۴) است که به تشریح بسترهای استرس آور CVD پرداخته است.

در مضمون اصلی چهارم در پژوهش، یافته ها به نحوی دسته بندی و کد گذاری شده است که یک تصویر کلی را با قطعات پازل تکه تکه تکمیل کند. در مضمون فرعی اول به طرح مفهوم خانواده پرداخته شده است. در واقع طرح دیدگاه فرد در مورد خانواده احتمالاً حاوی بخشی از دیدگاه های تجربی فرد است که نقاط مهم و مورد توجه در روابط او با خانواده را نشان می دهد و یا حداقل نقطه نظر او در مورد ایده آل های روابط را نشان می دهد.

طرح ترسیم شده توسط مشارکت کنندگان قطعه بعدی پازل است که در تکمیل این تصویر کمک می کند. طرح های ترسیم شده توسط مشارکت کنندگان اغلب بر مبنای ترتیب تولد و یا بر مبنای نزدیکی عاطفی است. در واقع و به بیان صحیح تر این دو مبنایی هستند که در ابتدا فرد با انتخاب یکی از این دو ترسیم



ارتباط دارد. این همان یافته‌ای است که ترکیب مکملش را از زبان یکی از مشارکت‌کنندگان پژوهش Wittenberg و همکاران (۱۳) می‌توان دریافت. فرزندان یک والدین مبتلا به آرتروز این طور شرح می‌دهند: "... اعضای خانواده برای مراقبت و حمایت در آنجا حضور دارند ... این وظیفه ما اعضای خانواده است که در بیماری آنها شرکت کنیم". این همان رابطه طولانی مدت است که در یافته‌های پژوهش تا مسیر روند سازگاری فرد مبتلا شناسایی شده است. رابطه‌ای که طی آن خانواده به سازگاری فرد کمک می‌کند و پا به پای او در این مسیر گام بر می‌دارد و گه‌گاه به آن جهت می‌دهد. میزان این حمایت و درگیری اعضای خانواده می‌تواند تا آنجا باشد که مادر کودک فلج مغزی این طور بگوید: "ما تخت خواب او را در اتاق نشیمن نگه می‌داریم تا بتواند احساس کند عضوی از خانواده است ... او بخش بزرگی از خانواده ماست. ما نمی‌دانیم بدون او چه کنیم... منظورم این است که کسی باید ۲۴ ساعت از او مراقبت کند ... این زندگی من است" (۱۳).

جوهره تجربه بیماری و عروقی توسط فرد مبتلا و خانواده‌اش را شاید بتوان اینگونه تشریح کرد: در بستری که می‌تواند ژن‌های مستعد کننده CVD یا عوامل خطر ساز آن باشد یا عادات نامطلوب غذایی و یا هوای سرشار از تنش، درگیری و استرس که فرد و خانواده‌اش در فضای سازی آن دخیل هستند و پیوند منحصر به فردی با یک دیگر دارند، فرد به سمت تجربه CVD پیش می‌رود و خانواده هم در این تجربه همراه او هستند. تجربه دردناک و وسیعی که با شدت و ناگهانی بر فرد عرضه می‌شود و خانواده ناظران دخیلی هستند که بسیاری از این تجارب را سهیم می‌شوند و این خانواده است که محدودیت‌های فرد را احتمالاً

سال بیست و دوم، شماره پنجم، آذر و دی ۱۴۰۲

ناراحتی پیش‌بینی‌کننده مهمی در احتمال ابتلا به افسردگی است. موضوع مهم دیگری که شاید این پژوهش بر آن خیلی تمرکز نداشته است، میزان تغییرات جسمی و محدودیت‌هایی است که بیماران قلبی پس از ابتلا تجربه می‌کنند.

تاثیر بیماری قلبی بر خانواده نیز بارها و بارها موضوع پژوهش محققان بوده است. در پژوهشی که توسط Leigh و همکاران (۲۲) انجام شد، ثابت شد که میان بیماری قلبی افراد و پریشانی‌های دراز مدت و احتمالاً افسردگی همسرانشان ارتباط معناداری وجود دارد. در پژوهش Wittenberg و همکاران (۱۳) نیز یافته‌های بسیاری، مشابه داده‌ها این پژوهش وجود دارد. به عنوان مثال در پژوهش او پدر یک کودک بیمار می‌گوید: من به نوعی گوشه‌گیرتر شدم زیرا زمان بسیار بیشتری برای مراقبت از او صرف می‌کنم تا اینکه کارهای خودم را انجام بدهم. من باید فعالیت‌های خاصی را تغییر دهم؛ مانند بیرون رفتن برای بازی بسکتبال، بیرون رفتن برای شام و غیره. این در واقع همان برهم خوردن روال عادی زندگی که از یافته‌های این پژوهش است را تصریح می‌کند. یک مطالعه طولی نشان داد که حدود ۴۳٪ از بستگان بیمارانی که در بخش مراقبت‌های ویژه بوده‌اند یک سال پس از ترخیص از علائم افسردگی بالایی برخوردار بوده‌اند (۳۳). تغییر در روابط داخلی اعضا و مصداق نزدیکی نیز در برخی از داده‌های پژوهش‌های گذشته دیده شده است (۲۲).

ابعادی از مواجهه با CVD و رسیدن به سازگاری توسط فرد مبتلا و خانواده‌اش در پژوهش Cené و همکاران (۲۳) نمایانگر این است که همراهی اعضای خانواده در ویزیت‌های پزشکی همراه بیماران مبتلا به نارسایی قلبی با خود مراقبتی بهتر بیماران

دو ماهنامه علمی پژوهشی طلوع بهداشت یزد



با دشواری‌هایی روبرو نمود. ضمناً در راستای رعایت اصل اخلاقی خودداری از آسیب رساندن به افراد هر مصاحبه اولیه شاید در ۳ تا ۴ نوبت و طی زمان‌های ۱۰ تا ۲۰ دقیقه‌ای صورت گرفت و همین موضوع باعث می‌شد که مصاحبه‌های طولانی و عمیق‌تر ممکن نباشد.

همچنین از آنجا که طی روند این پژوهش علاوه بر فرد مشارکت‌کننده می‌بایست با اعضای خانواده هم مصاحبه می‌شد، در ابتدا برای برخی از مشارکت‌کنندگان توضیح این موضوع سخت بود و گاهی با مقاومت‌هایی صورت می‌گرفت.

شیوع کووید-۱۹ و احتمال خطر بالای ابتلای این مشارکت‌کنندگان باعث شده بود که دسترسی به این افراد بسیار سخت صورت بگیرد و مصاحبه‌های پیگیری در وقت‌های کوتاهی که برای ویزیت‌های مجدد مراجعه می‌کردند، انجام می‌شد.

یافته‌های پژوهش حاضر می‌تواند در دو سطح نظری و عملی بکار رود.

ملاحظات اخلاقی

اطلاعات این پژوهش در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج) با کد IR.BMSU.BAQ.REC.1399.011 ثبت و تایید شد. همچنین پس از ارائه‌ی اطلاعات کافی درباره پژوهش، اهداف آن و مسائل مربوط به رازداری، به هر شرکت‌کننده یک فرم رضایت‌نامه داده شد که با اطلاع کافی، رضایت خود را مبنی بر شرکت در پژوهش به صورت کتبی اعلام کردند.

سهم نویسندگان

یگانه فرحزادی: ایده‌پردازی، اجرای پژوهش، هماهنگی با بیمارستان، نگارش متن مقاله، فروغ اسرافیلیان: کمک در تحلیل

جبران می‌کند و در روند بهبود فرد کنار او ایستاده است و پا به پای او با این تجربه سازگار می‌شود. در نهایت نیز تجربه CVD یک فرد مبتلا با شرایط، احساسات، افکار و محدودیت‌های خاصی بر جا می‌گذارد که نگاه همگی معطوف به آن است و پشت سر این فرد مبتلا مجموعه‌ای از افراد تحت عنوان خانواده قرار گرفته‌اند که متحمل تغییرات و تحولات‌های مشابهی در احساسات و افکار و با درصدهای متفاوتی در شدت و کیفیت شده‌اند و عملکرد و نقش‌هایشان طی این تجربه بسیار تغییر کرده است (۱۳). در مجموع نتایج به‌دست آمده مشخص کرد ابتلا به بیماری‌های قلبی-عروقی پیامدهای روانی، اجتماعی و خانوادگی بسیار گسترده‌ای را برای فرد و خانواده آنها به همراه دارد. بدین منظور لازم است در کنار دارودرمانی به ابعاد روان‌شناختی این بیماران نیز توجه ویژه‌ای شود. به عبارتی دیگر دانش نظری این پژوهش می‌تواند برای کمک به روند سازگاری و بهبودی CVD آنان استفاده شود و آگاهی از پیامدها و فرایندهای احتمالی پیش روی زندگی افراد مبتلا می‌تواند به پیش‌بینی پذیر بودن برخی از اتفاقات برای آنها و در نتیجه کنترل برخی از پیامدها خصوصاً در حیطه روانی موثر باشد.

تمرکز این پژوهش بر تجربه CVD بود با این تفاوت که ما در این پژوهش فقط بر روی تجربه CVD به صورت حاد تمرکز کرده بودیم؛ لذا تفکیک دقیق تری نظیر جنسیت، سن و نوع بیماری صورت نگرفت.

در این پژوهش بر محدودیت‌های جسمی بعدی CVD تمرکز نشده بود. از آنجا که مصاحبه اولیه با CVD بستری شده در بخش مراقبت‌های ویژه صورت می‌گرفت، شرایط جسمی بیماران و محدودیت‌هایی در انجام مصاحبه، فرایند مصاحبه را



تضاد منافع

بین نویسندگان هیچ گونه تعارض منافی وجود ندارد.

تقدیر و تشکر

بدین وسیله نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از بیماران بستری

در بخش مراقبت‌های ویژه، خانواده‌های محترم این عزیزان و

عوامل اجرایی بیمارستان بقیه‌الله (ع)، تشکر و قدردانی کنند.

داده‌ها، داوری نسخه اولیه مقاله، جمع‌آوری مقالات، فرزین

باقری شیخانگفته: تحلیل داده‌ها، تهیه متن مقاله، پاسخ به نظرات

داوران، نویسندگان نسخه نهایی را مطالعه و تایید نموده و

مسئولیت پاسخگویی در قبال پژوهش را پذیرفته‌اند.

حمایت مالی

این پژوهش بدون حمایت مالی انجام شده است.

References

- 1-Vogel B, Acevedo M, Appelman Y & etal. The Lancet women and cardiovascular disease Commission: reducing the global burden by 2030. *The Lancet*. 2021;397(10):2385-438.
- 2-Nowbar AN, Gitto M, Howard JP & etal. Mortality from ischemic heart disease: Analysis of data from the World Health Organization and coronary artery disease risk factors From NCD Risk Factor Collaboration. *Circulation: cardiovascular quality and outcomes*. 2019;12(6):e005375.
- 3-McAloon CJ, Boylan LM, Hamborg T & etal. The changing face of cardiovascular disease 2000–2012: An analysis of the world health organisation global health estimates data. *International journal of cardiology*. 2016; 224:256-64.
- 4-Townsend N, Kazakiewicz D, Lucy Wright F & etal. Epidemiology of cardiovascular disease in Europe. *Nature Reviews Cardiology*. 2022;19(2):133-43.
- 5-Park JW, Mealy R, Saldanha IJ & etal. Multilevel resilience resources and cardiovascular disease in the United States: A systematic review and meta-analysis. *Health Psychology*. 2022;41(4):278.
- 6-Saki N, Karandish M, Cheraghian B & etal. Prevalence of cardiovascular diseases and associated factors among adults from southwest Iran: Baseline data from Hoveyze Cohort Study. *BMC cardiovascular disorders*. 2022;22(1):1-10.
- 7-Buigues C, Queralt A, De Velasco JA & etal. Psycho-social factors in patients with cardiovascular disease attending a family-centred prevention and rehabilitation programme: EUROACTION model in Spain. *Life*. 2021;11(2):89.
- 8-Bjarnason-Wehrens B, Schwaab B, Reiss N & etal. Resistance training in patients with coronary artery disease, heart failure, and valvular heart disease: a review with special emphasis on old age,



- frailty, and physical limitations. *Journal of cardiopulmonary rehabilitation and prevention*. 2022;42(5):304-15.
- 9-Stoney CM, Kaufmann PG, Czajkowski SM. Cardiovascular disease: Psychological, social, and behavioral influences: Introduction to the special issue. *American Psychologist*. 2018;73(8):949.
- 10-Go AS, Mozaffarian D, Roger VL & etal. Heart disease and stroke statistics—2014 update: a report from the American Heart Association. *circulation*. 2014;129(3):e28-92.
- 11-Walli-Attaei M, Joseph P, Rosengren A & etal. Variations between women and men in risk factors, treatments, cardiovascular disease incidence, and death in 27 high-income, middle-income, and low-income countries (PURE): a prospective cohort study. *The Lancet*. 2020;396(10):97-109.
- 12-Yusuf S, Joseph P, Rangarajan S & etal. Modifiable risk factors, cardiovascular disease, and mortality in 155 722 individuals from 21 high-income, middle-income, and low-income countries (PURE): a prospective cohort study. *The Lancet*. 2020;395(10):795-808.
- 13-Wittenberg E, Saada A, Prosser LA. How illness affects family members: a qualitative interview survey. *The Patient-Patient-Centered Outcomes Research*. 2013; 6:257-68.
- 14-Sun X, Huang D, Zeng F & etal. Effect of intensive care unit diary on incidence of posttraumatic stress disorder, anxiety, and depression of adult intensive care unit survivors: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 2021;77(7):2929-41.
- 15-Kasparian NA, Kan JM, Sood E & etal. Mental health care for parents of babies with congenital heart disease during intensive care unit admission: Systematic review and statement of best practice. *Early human development*. 2019; 139:104837.
- 16-Simeone S, Pucciarelli G, Perrone M & etal. The lived experiences of the parents of children admitted to a paediatric cardiac intensive care unit. *Heart & Lung*. 2018;47(6):631-7.
- 17-Obieat HD, Khalaf IA, Iyad AA & etal. Exploring the lived experiences of women with congenital heart disease during pregnancy: A phenomenological study. *Midwifery*. 2023; 119:103630.
- 18-Lane AM, Godfrey R. Emotional and cognitive changes during and post a near fatal heart attack and one-year after: A Case Study. *Journal of Sports Science & Medicine*. 2010;9(3):517.
- 19-Mszar R, Grandhi GR, Valero-Elizondo J & etal. Absence of coronary artery calcification in middle-aged familial hypercholesterolemia patients without atherosclerotic cardiovascular disease. *Cardiovascular Imaging*. 2020;13(4):1090-2.



- 20-Pretter S, Raveis VH, Carrero M & etal. Couples living with cardiovascular disease: Effects on the marital relationship. *Journal of Family Social Work*. 2014;17(1):21-36.
- 21-López R, Frangini P, Ramírez M & etal Well-being and agency in parents of children with congenital heart disease: a survey in chile. *World Journal for Pediatric and Congenital Heart Surgery*. 2016;7(2):139-45.
- 22-Leigh ES, Wikman A, Molloy GJ & etal. The psychosocial predictors of long-term distress in partners of patients with acute coronary syndrome. *Psychology & Health*. 2014;29(7):737-52.
- 23-Cené CW, Haymore LB, Lin FC & etal. Family member accompaniment to routine medical visits is associated with better self-care in heart failure patients. *Chronic illness*. 2015;11(1):21-32.
- 24-Abdul Halain A, Tang LY, Chong MC & etal. Psychological distress among the family members of Intensive Care Unit (ICU) patients: A scoping review. *Journal of clinical nursing*. 2022;31(5-6):497-507.
- 25-Greenland P, Lloyd-Jones DM. Role of coronary artery calcium testing for risk assessment in primary prevention of atherosclerotic cardiovascular disease: a review. *JAMA Cardiology*. 2022;7(2):219-24.
- 26-Aspers P, Corte U. What is qualitative in qualitative research. *Qualitative sociology*. 2019; 42:139-60.
- 27-Cypress B. Qualitative research methods: A phenomenological focus. *Dimensions of Critical Care Nursing*. 2018;37(6):302-9.
- 28-Hennink M, Kaiser BN. Sample sizes for saturation in qualitative research: A systematic review of empirical tests. *Social science & medicine*. 2022; 292:114523.
- 29-Creswell JW, Miller DL. Determining validity in qualitative inquiry. *Theory into practice*. 2000;39(3):124-30.
- 30-Kamal SS. Research paradigm and the philosophical foundations of a qualitative study. *PEOPLE: International Journal of Social Sciences*. 2019;4(3):1386-94.
- 31-Thunberg S, Arnell L. Pioneering the use of technologies in qualitative research—A research review of the use of digital interviews. *International Journal of Social Research Methodology*. 2022;25(6):757-68.



- 32-Tawakol A, Ishai A, Takx RA & etal. Relation between resting amygdalar activity and cardiovascular events: a longitudinal and cohort study. *The Lancet*. 2017;389(10071):834-45.
- 33-Farooqi A, Khunti K, Abner S & etal. Comorbid depression and risk of cardiac events and cardiac mortality in people with diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Diabetes research and clinical practice*. 2019; 156:107816.
- 34-Popovic D, Bjelobrck M, Tesic M & etal. Defining the importance of stress reduction in managing cardiovascular disease-the role of exercise. *Progress in cardiovascular diseases*. 2022; 70:84-93.
- 35-Wells A, Reeves D, Heal C & etal. Metacognitive therapy self-help for anxiety-depression: Single-blind randomized feasibility trial in cardiovascular disease. *Health Psychology*. 2022;41(5):366.
- 36-Pimple P, Lima BB, Hammadah M & etal. Psychological distress and subsequent cardiovascular events in individuals with coronary artery disease. *Journal of the American Heart Association*. 2019;8(9):e011866.