



Disease - caused transformations: Phenomenological study of illness experience in people with cardiovascular diseases

Ali Rasouli¹ , Jafar Hasani² , Esfandiar Azad Marzabadi³ , Jennifer Jackson⁴ 

1. Ph.D Candidate in Health Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Kharazmi University, Tehran, Iran. E-mail: Ali.rasooli686810@gmail.com
2. Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Kharazmi University, Tehran, Iran. E-mail: Hasanimehr57@khu.ac.ir
3. Associate Professor, Behavioral Sciences Research Center, Lifestyle Institute, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran. E-mail: esazad@yahoo.com
4. Assistant Professor, Faculty of Nursing, University of Calgary, Calgary, AB, Canada. E-mail: jennifer.jackson1@ucalgary.ca

ARTICLE INFO

Article type:
Research Article

Article history:
Received 31 August 2023
Received in revised form
23 September 2023
Accepted 21 November
2023
Published Online 23
October 2023

Keywords:
cardiovascular disease,
illness experience,
Disease-caused
Transformations,
phenomenology

ABSTRACT

Background: The experience of cardiovascular diseases affects various physical, psychological, social and existential aspects of the patient. But, after studying the research background, it was found that Each of the conducted studies have studied only one of these dimensions. Therefore, the absence of a research that examines all the mentioned components in relation to each other is a sign of the existence of a scientific gap in this field.

Aims: The present research was conducted with the aim of studying the "disease experience" in people suffering from cardiovascular diseases.

Methods: In this qualitative research, interpretive phenomenological method was used. Sampling was done using the purposeful sampling method and in order to collect data, a semi-structured interview based on the axes proposed by Spradley (2016) was conducted individually with 16 cardiovascular patients. The data were analyzed based on the 6-step strategy of Smith, Larkin and Flowers (2021) and using MAXQDA-2020 software.

Results: From the analysis of the findings, the central category of "Disease-caused Transformations" was identified, which includes five main categories of phenomenal body, agency barrier, communication interference, difficult emotional experiences, and existential challenges.

Conclusion: According to the obtained results, it can be said that cardiovascular diseases cause profound changes in various aspects of the patients' personal and social life. Using the categories identified in the current research can be a guide for specialists to evaluate that In which of the categories of "pathological changes" does the cardiovascular patient have more serious problems and as a result, it can help specialists in designing and implementing interventions according to the same category.

Citation: Rasouli, A., Hasani, J., Azad Marzabadi, E., & Jackson, J. (2023). Disease - caused transformations: Phenomenological study of illness experience in people with cardiovascular diseases. *Journal of Psychological Science*, 22(128), 1507-1528. [10.52547/JPS.22.128.1507](https://doi.org/10.52547/JPS.22.128.1507)

Journal of Psychological Science, Vol. 22, No. 128, 2023

© The Author(s). DOI: [10.52547/JPS.22.128.1507](https://doi.org/10.52547/JPS.22.128.1507)



✉ **Corresponding Author:** Jafar Hasani, Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Kharazmi University, Tehran, Iran.
E-mail: Hasanimehr57@khu.ac.ir, Tel: (+98) 2634579600

Extended Abstract

Introduction

Rapid changes in health, demographic changes, aging process and rapid lifestyle changes along with socio-economic changes have led to an increasing trend of morbidity, disability and mortality from non-communicable diseases including cardiovascular problems (Reddy, 2002; Thompson et al., 2023; Acquah et al., 2023). Cardiovascular diseases include diseases of the vascular system which affect the blood supply to the heart, brain and peripheral areas of the body (Yang et al., 2020). The experience of such diseases which are considered among chronic diseases (Ahmadi, Jabalameli, Moghimian, and Seyed Hossieni Tezerjani, 2022). It is not limited to physical disturbances, identification of symptoms or required care, but also includes metaphors and meanings, moral judgments, identity questions, Reconstruction of Self, daily struggles (Charmaz, 2000). In general, the experience of illness can be considered a kind of changing life experience during which all aspects of the patient's life may be affected (Forestier, Anthoine, Reguiat, Fohrer, and Blanchin, 2019). In fact, the study of the experience of illness in chronic patients in general and in people with cardiovascular diseases in particular, refers to the way in which patients see themselves as sick people, and it deals with how the disease affects their lives (Charmaz, 2000).

What is important in the field of cardiovascular diseases is the analysis of how these diseases are experienced by the affected people and how they face with their disease. But according to the review done in the theoretical and research literature, it seems that: A) Each of the existing psychological researches in the field of the disease experience among people with cardiovascular diseases, only by using quantitative methods, have investigated one or more of the concepts such as emotional experiences, anxiety, depression, suicidal thoughts and stress management, And for this reason, they do not provide an integrated and coherent picture of the "illness experience" in cardiovascular patients. b) According to the review, most of these researches have been done in non-Iranian cultures. c) And finally, what has been done in internal sources using qualitative research

methods, they have only identified some components related to the experience of the disease, such as emotion regulation or anxiety and depression, and for this reason, they have not been able to determine the interpretation orientation and linguistic representation of these diseases in the mental world of people. In general, by studying the research background, it can be said that there have been studies conducted in Iran about the illness experience, But the important point is that each of the studies has focused only on a specific and predetermined component such as anxiety and depression (Malekpour, Nasrollahi and Darandegan, 2017) or emotion regulation (Akbari, Alipour and Hosseinzadeh, 2019) and similar cases. Some studies are also only on a specific group of people, for example, only those who have undergone surgery or were waiting for surgery (Abassi, Gaini and Eskandari, 2017), or studies that were conducted only on men or only women (Naseri and Moeeni, 2017). However, in the current research, it was tried to study all the physical, psychological, social and existential aspects of the illness experience among women and men, as well as people who had undergone surgery and people who only received drug therapy.

As a result, considering the deficiencies in psychology literature, especially in Research resources inside Iran, in the field of understanding the illness experience in people with cardiovascular diseases, the present study aims to determine the nature and dimensions of the illness experience in terms of its antecedents and consequences. In this regard, the present research, as a pioneering and exploratory study, sought to answer the question that how is the "illness experience" of people with cardiovascular diseases in the context of Iranian society?

Method

The present qualitative research studied the disease experience of people suffering from cardiovascular diseases with the interpretive phenomenology analysis method. The sample was selected using the purposeful sampling method from among the research population, which included patients with cardiovascular diseases who referred to the medical centers of Tehran in 2022. The inclusion criteria

were: Being in the age range of 35 to 60 years, the history of receiving a diagnosis of one of the cardiovascular diseases by a specialist doctor, Preparation for informed participation in research and the ability to express information. Exclusion criteria also included the following: Suffering from mental illnesses and other chronic physical illnesses, Taking psychiatric drugs, Use of drugs and alcohol. In order to determine the sample size and sampling adequacy, the saturation criterion was also used (Creswell and Creswell, 2019). In the present study, 16 patients were included in the study. The criterion of saturation was achieved in interview number 14, and to ensure saturation, the sampling continued until the next 2 people (15th and 16th interviewees). The demographic information of the participants is presented in Table 1. The process of data collection and analysis was carried out based on the suggestion

of Smith, Larkin and Flowers (2021) in such a way that semi-structured interviews were conducted at first. The interviews of the current research were based on the axes proposed by Spradley (2016), which includes descriptive, structural, comparative and evaluative axes. In the next step, the conducted interviews, whose duration was between 40 and 90 minutes depending on the patient's condition, were implemented in the form of text. Then, the text of the interviews were re-read in two stages, and then the themes were coded and categorized, and then the relations between them was determined. Finally, conceptual labels were assigned to the main categories, and it should be noted that the chosen labels were tried to be at the conceptual level. In the following, a summary table of themes and categories was also prepared. It should be noted that data analysis was done using MAXQDA-2020 software.

Table 1. Demographic information of participants in the research

Type of cardiovascular disease	Marital status	Education	Gender	Age	Code
high blood pressure	married	Bachelor	Female	46	1
High blood pressure/tachycardia	Single	Master	Female	52	2
Bicuspid aortic valve	married	Bachelor	Female	48	3
Tachycardia and low blood pressure	married	Diploma	Female	49	4
high blood pressure	married	Bachelor	Female	50	5
Dilation of the left heart valve and high blood pressure	Single	Bachelor	Female	54	6
high blood pressure	married	Diploma	Male	58	7
Clogging of the main artery of the heart, carotid occlusion, arrhythmia, high blood pressure	married	Bachelor	Female	52	8
Mitral valve prolapse, heart arrhythmia	married	Diploma	Female	42	9
high blood pressure	married	Bachelor	Female	40	10
Heart failure, pressure on the heart valve and high blood pressure	Single	Master student	Male	29	11
Open heart surgery due to blood clots	Single	Diploma	Male	38	12
Cardiomegaly	Single	Pre-university	Female	39	13
Heart failure, high blood pressure	married	Master	Male	45	14
Heart valve infection and open heart surgery	Single	Diploma	Female	32	15
Vascular occlusion and stent treatment	married	Diploma	Male	41	16

Results

The present study was conducted to study how the illness is experienced in people with cardiovascular diseases. The central category, which was extracted based on the coding of the content of the interviews and the classification of the main and subcategories resulting from it, is the concept of "Disease-caused Transformations". The concept of pathological changes includes 5 main categories along with sub-categories that express the emergence of a kind of transformation in different aspects of the personal and social life of affected people. The main categories

include the following: Phenomenal Body (A person's body that had its normal function automatically in the past and before the disease, Now it has become the focus of the patient's attention and repeatedly confronts the person with various problems), Experiences of difficult emotions (Suffering from cardiovascular diseases brings a range of difficult and unpleasant emotions such as fear, anger, chronic worry and regret), Agency Barrier (A person's feeling about his ability to manage his personal and professional affairs is challenged. In fact, a person's ability to influence his inner and outer world is limited), Communication Interference (These

diseases do not only affect the patient, and the people around them also experience many unpleasant emotions, and also their daily life suffers due to the care of the patient), Existential Challenges (In fact, patients perceive their illness as a flip which warns them that the path they have taken in life has been

accompanied by destructive behaviors that have made their health and existence vulnerable and for this reason they have been distinguished from other people). The main categories and themes related to how the disease is experienced are shown in Table 2.

Table 2. Main and subcategories of disease experience in people with cardiovascular diseases

Main categories	Subcategories
Phenomenal Body	1. Debilitating pains, 2. unbalanced heartbeat, 3. physical weakness, 4. difficulty breathing, 5. physical dysfunction, 6. vision problems, 7. spread of damage, 8. persistence of disease, 9. sudden deterioration
Experiences of difficult emotions	1. Anger, 2. Fear, 3. chronic worry, 4. regret
Agency Barrier	1. Behavioral agency, 2. physical agency, 3. occupational agency
Communication Interference	1. Transferring negative emotions to others, 2. Worrying about the family, 3. Disruption in the lives of others, 4. internal-external contradiction, 5. The feeling of not being understood
Existential Challenges	1. Personal worth, 2. Creating awareness, 3. negative differentiation

Conclusion

According to the obtained results, it can be said that when faced with cardiovascular diseases, various aspects of the patients' personal and social life undergo profound changes. These changes occur not only in the mental and physical level of the sick person, but can also cause Transformations in the lives of those around the person. The concept of "Disease-caused Transformations" refers to the creation of such extensive changes in various dimensions of the experience and understanding of "disease" and indicates the dimensions of a person's understanding of the disease. The changes created such as the highlighted body, interference in the agency and the problems created in interpersonal relationships, in a reciprocal relationship with each other, become the basis for experiencing unpleasant emotions such as anger and fear. As a result, this condition confronts the affected person with some existential challenges such as paying more attention to the preciousness of life and health, And it also increases the patient's awareness of the harmful consequences of lifestyle, which has not been paid much attention so far. After contracting the cardiovascular diseases, these dimensions are more seriously taken into consideration by the patient and make the person adapt to this disease.

In the end, it can be said that the concordance of the present findings with previous research findings about people's experience of cardiovascular diseases

indicates the accuracy and validity of the findings, which increases its reliability and generalization. The current research also faced some limitations. For example, although an attempt was made to record information related to the severity of the disease of each of the interviewees, the lack of staging systems to determine the degree and severity of cardiovascular diseases was a limitation of the research. The next limitation is related to the qualitative nature of the research, which limits the generalization of the findings and the extracted central category needs to be tested on a quantitative level as well. Finally, it is suggested that in order to expand the central concept obtained, similar researches should be conducted in other samples of cardiovascular patients in terms of severity and type of disease, in order to improve the model and provide a basis for increasing the accuracy and generalizability of the findings. It is also suggested to use the components obtained in the current research to evaluate the extent and how the disease affects cardiovascular patients because using the categories identified in the current research can be a guide for specialists to evaluate that in which of the categories of "pathological changes" does the cardiovascular patient have more serious problems and as a result, it can help specialists in designing and implementing interventions according to the same category.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines: This article is taken from the doctoral dissertation of the first author in the field of Health Psychology in the Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Kharazmi. In order to ensure the preservation of the human rights of the participants, the following ethical considerations were observed: The right to informed participation with consent in research, the right to withdraw from the study or stop the interview at the request of the interviewee, Knowing the importance of the participant's right to choose whether or not to answer the questions, confidentiality of Details related to identity information, Allocating time to receive feedback as well as providing consulting services after the end of the interview session if requested or needed by the interviewee.

Funding: This research is in the form of a doctoral dissertation without financial support.

Authors' contribution: This article was extracted from the doctoral thesis of the first author. The second author was the supervisor and the third and fourth authors were the advisors in this thesis.

Conflict of interest: the authors declare no conflict of interest for this study.

Acknowledgments: We sincerely appreciate the participants who made this research possible with their cooperation.





دگرگونی‌های بیماری خاست: مطالعه‌ی پدیدارشناختی تجربه‌ی بیماری در افراد مبتلا به بیماری‌های قلبی - عروقی

علی رسولی^۱، جعفر حسنی^۲، اسفندیار آزاد مرزآبادی^۳، جنیفر جکسون^۴

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

۲. استاد، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

۳. دانشیار، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، پژوهشکده سبک زندگی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله (عج)، تهران، ایران.

۴. استادیار، دانشکده پرستاری، دانشگاه کلگری، کلگری، ایالات متحده، کانادا.

چکیده

مشخصات مقاله

نوع مقاله:

پژوهشی

تاریخچه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۲/۰۶/۰۹

بازنگری: ۱۴۰۲/۰۷/۰۱

پذیرش: ۱۴۰۲/۰۷/۳۰

انتشار برخط: ۱۴۰۲/۰۸/۰۱

کلیدواژه‌ها:

بیماری قلبی - عروقی،

تجربه‌ی بیماری،

دگرگونی بیماری خاست،

پدیدارشناسی

زمینه: تجربه بیماری‌های قلبی - عروقی بر ابعاد مختلف جسمانی، روانشناختی، اجتماعی و وجودی بیمار تأثیر گذار است، اما پس از بررسی پیشینه پژوهشی مشخص شد هر کدام از مطالعات انجام شده صرفاً یکی از این مؤلفه‌ها را مطالعه کرده‌اند. بنابراین عدم وجود پژوهشی که تمام مؤلفه‌های ذکر شده را در ارتباط با یکدیگر مورد بررسی قرار دهد، نشان‌دهنده وجود خلأ علمی در این زمینه است.

هدف: پژوهش حاضر با هدف مطالعه‌ی چگونگی «تجربه‌ی بیماری» در افراد مبتلا به بیماری‌های قلبی - عروقی انجام شد.

روش: در پژوهش کیفی حاضر از روش پدیدارشناسی تفسیری استفاده شد. نمونه‌گیری با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند صورت گرفت و برای گردآوری داده‌ها نیز مصاحبه نیمه ساختار یافته مبتنی بر محورهای پیشنهادی اسپرادل (۲۰۱۶)، با ۱۶ بیمار قلبی - عروقی به صورت انفرادی انجام شد. داده‌ها بر اساس راهبرد ۶ مرحله‌ای اسمیت، لارکین و فلاورز (۲۰۲۱) و در محیط نرم‌افزار MAXQDA-2020 مورد تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: از تحلیل یافته‌ها، مقوله‌ی مرکزی «دگرگونی‌های بیماری خاست» شناسایی شد که شامل پنج مقوله‌ی اصلی پدیدارشناسی بدن، مانع عاملیت، تداخل ارتباطی، تجارب هیجانی دشوار و چالش‌های وجودی است.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج بدست آمده می‌توان گفت در مواجهه با بیماری‌های قلبی - عروقی ابعاد مختلفی از زندگی شخصی و اجتماعی بیماران دچار دگرگونی‌های عمیق می‌شود. استفاده از مقوله‌های شناسایی شده در پژوهش حاضر می‌تواند راهنمایی برای متخصصان در ارزیابی این مورد باشد که بیمار قلبی - عروقی در کدام یک از مقوله‌های «دگرگونی‌های بیماری خاست» دچار مشکلات جدی‌تری است و در نتیجه می‌تواند متخصصان را در طراحی و اجرای مداخلات متناسب با همان مقوله یاری کند.

استناد: رسولی، علی؛ حسنی، جعفر؛ آزاد مرزآبادی، اسفندیار؛ و جکسون، جنیفر (۱۴۰۲). دگرگونی‌های بیماری خاست: مطالعه‌ی پدیدارشناختی تجربه‌ی بیماری در افراد مبتلا به

بیماری‌های قلبی - عروقی. مجله علوم روانشناختی، دوره ۲۲، شماره ۱۲۸، ۱۵۰۷-۱۵۲۸.

مجله علوم روانشناختی، دوره ۲۲، شماره ۱۲۸، ۱۴۰۲. DOI: [10.52547/JPS.22.128.1507](https://doi.org/10.52547/JPS.22.128.1507)



© نویسنده‌گان.

مقدمه

گذار سریع سلامت، تغییرات جمعیتی، فرآیند افزایش سن و تغییرات سریع شیوه زندگی همراه با تحولات اقتصادی - اجتماعی منجر به روند رو به افزایش ابتلا، ناتوانی و مرگ و میر ناشی از بیماری‌های غیرواگیردار از جمله مشکلات قلبی - عروقی شده است (ردی، ۲۰۰۲؛ تهمتن، کلهرنیا گلکار و حاجی‌علیزاده، ۱۴۰۰؛ تامپسون و همکاران، ۲۰۲۳؛ آکوا و همکاران، ۲۰۲۳). طبق آخرین مطالعه صورت گرفته توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کشور، بیماری‌های قلبی - عروقی مهم ترین علت مرگ و میر در ایران هستند و مرگ روزانه ۳۷۸ نفر را به خود اختصاص داده‌اند (شهابی، احتشام‌زاده، عسگری و مکوندی، ۲۰۲۰؛ پورنقاش‌تهرانی و عزیزی، ۱۴۰۱). در ایران بیماری‌های ایسکمیک قلبی از سال ۲۰۰۷ تا ۲۰۱۷ اولین علت مرگ در تمام سنین بوده است که در این مدت ۲۴/۷ درصد افزایش را نشان می‌دهد. در سال ۲۰۱۷ در ایران به ازای هر صد هزار نفر جمعیت، ۲۵۵۶ مورد مرگ و ناتوانی در اثر بیماری ایسکمیک قلبی گزارش شده که از میانگین متوسط جهانی بالاتر است (مولوی و همکاران، ۱۳۹۹). در این زمینه بر اساس آمار اتحادیه جهانی قلب (۲۰۲۳)، سالانه تعداد ۲۰/۵ میلیون نفر بر اثر بیماری‌های قلبی - عروقی از بین می‌روند و از هر ده نفر در دامنه سنی ۳۰ تا ۷۰ سال، یک مورد بر اثر این گروه از بیماری‌ها، جان خود را از دست می‌دهد که این میزان معادل ۳۳ درصد تمام مرگ و میرها در بین انسان‌ها است. سازمان بهداشت جهانی پیش‌بینی کرده است تا سال ۲۰۳۰ سالانه حدود ۲۲/۲ میلیون نفر بر اثر بیماری‌های قلبی - عروقی جان خود را از دست خواهند داد (روبین و کالوره، ۲۰۱۹). افزایش ابتلا به این بیماری‌ها و مرگ و میر ناشی از آن می‌تواند هزینه‌های مالی بسیاری را نیز برای جوامع در پی داشته باشد، به گونه‌ای که پیش‌بینی می‌شود هزینه‌های مرتبط با اختلالات قلبی - عروقی برای سیستم‌های بهداشتی در طول سال‌های ۲۰۱۴ تا ۲۰۳۰ حدود ۱۲۷ درصد افزایش خواهد داشت (اتحادیه جهانی قلب، ۲۰۱۹).

بیماری‌های قلبی - عروقی شامل بیماری‌های سیستم عروقی هستند که بر خون‌رسانی قلب، مغز و نواحی محیطی بدن اثر می‌گذارند (یانگ و همکاران، ۲۰۲۰). تجربه‌ی چنین بیماری‌هایی که از جمله بیماری‌های مزمن

محسوب می‌شوند (احمدی، جبل‌عاملی، مقیمیان و سیدحسینی طرزجانی، ۱۴۰۱)، صرفاً به آشفتگی‌های جسمانی، شناسایی علایم و یا مراقبت‌های مورد نیاز محدود نمی‌شود، بلکه شامل استعاره‌ها^۱ و معانی، قضاوت‌های اخلاقی، پرسش‌های هویتی^۲، بازسازی خود^۳، کشمکش‌های روزانه، مشکلات مداوم فرد (چارمز، ۲۰۰۰) و به طور کلی تجربه‌ی زندگی در حال تغییر می‌باشد که می‌تواند تحت تأثیر ارزش‌ها و تعاریف جامعه از آن بیماری قرار بگیرد و تمام جنبه‌های زندگی بیمار را متأثر سازد (فورستیر، آنتونی، رگیایی، فوهرر و بلانچین، ۲۰۱۹).

به طور کلی مطالعه‌ی تجربه‌ی بیماری^۴ در بیماران مزمن به طور کل و در افراد مبتلا به بیماری‌های قلبی - عروقی به طور خاص، به نحوه‌ای که افراد بیمار، خود را به عنوان فرد بیمار می‌نگرند و اینکه بیماری چگونه زندگی آن‌ها را متأثر می‌سازد، می‌پردازد (چارمز، ۲۰۰۰). در واقع تجربه‌ی بیمار بودن می‌تواند تغییر در دنیای روانی، جسمانی و اجتماعی بیمار را شامل شود که طی آن بیماری‌های قلبی - عروقی علاوه بر سلامت جسمانی، بر جنبه‌های مختلف دنیای درون و بیرون بیماران مانند باورها، هیجان‌ها، ارتباطات اجتماعی، الگوی زندگی، فضای خانوادگی، شغل و سطح درآمد آن‌ها نیز تأثیرگذار هستند. در همین راستا نتایج نشان می‌دهند بیماری عروق کرونری قلب، تأثیرات آسیب‌شناختی زیادی بر ابعاد گوناگونی از سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی فرد دارد (هافمن، آدامز و کلاتو، ۲۰۱۸). در واقع اغلب افراد به دنبال بیماری‌های قلبی - عروقی مانند عروق کرونری، مشکلات متعددی مانند درد، اضطراب، افسردگی، تظاهرات روانی شدید، از بین رفتن امنیت کاری، کاهش فعالیت‌های تفریحی، اختلال در روابط بین‌فردی، اختلال در ایفای نقش‌های خانوادگی و در نتیجه سازگاری غیر مؤثر با بیماری را تجربه می‌کنند (زویدرسما، تامبز و دی‌جانگ، ۲۰۱۱؛ هافمن و همکاران، ۲۰۱۸). هر کدام از این پیامدها به عنوان بخشی از تجربه‌ی بیماری سبب وخامت بیشتر وضعیت جسمی و روانی فرد می‌شود که پیامد آن ناتوانی در همه عرصه‌های زیستی - روانی و اجتماعی خواهد بود (داهال، منون و جیسوریا، ۲۰۱۷). بدین ترتیب آنچه که در زمینه بیماری‌های قلبی - عروقی دارای اهمیت است، واکاوی چگونگی تجربه‌ی این دسته از بیماری‌ها توسط افراد

3. Reconstruction of Self

4. Illness Experience

1. Metaphor

2. Identity Question

مبتلا و نحوه مواجهه‌ی آن‌ها با بیماری خود است. بنابراین آنچه که در این میان حایز اهمیت است، توجه به این دسته از بیماری‌ها به عنوان کیفیت و روشی از زندگی است که با بررسی دیدگاه اول شخص بیمار می‌توان به شناخت دقیق‌تری از چگونگی تجربه‌ی آن‌ها در قالب یک فرآیند همراه با شناسایی پیش‌آیندها و پس‌آیندهای چنین تجربه‌ای از بیماری، دست یافت. بدین منظور برای ایجاد چنین بینشی باید افکار، هیجان‌ها و اقدامات افراد مبتلا را در شرایط طبیعی و بافتاری خود آن‌ها مورد بررسی قرار داد. به عبارت دیگر به منظور شناخت چنین تغییرات و کیفیاتی در دنیای روانشناختی این بیماران، بهتر است به انجام تحلیل‌های زبان‌شناختی از طریق مصاحبه‌های عمیق در مورد آن‌ها پرداخته شود. دست‌یابی به چنین هدفی به طور عمده می‌تواند با استفاده از روش‌های پژوهش کیفی مورد بررسی قرار بگیرد (اونونز، مورفی، مک‌فارلن، بایرن و بردلی، ۲۰۰۸)، اما این در حالی است که آنچه که در حال حاضر در حوزه پژوهش‌های مربوط به بیماری و سلامت حاکم است، استفاده از روش‌های پژوهش کمی است. در این زمینه کروم‌هولتز، بردلی و کوری (۲۰۱۳) نیز نیاز جدی به استفاده از مطالعات کیفی را به خصوص در زمینه‌هایی که اطلاعات محدودی در مورد آن‌ها وجود دارد، مورد اشاره قرار می‌دهند که از جمله چنین موضوعاتی می‌توان به چگونگی تجربه‌ی بیماری در افراد مبتلا به بیماری‌های قلب و عروق اشاره کرد. در مقایسه با مطالعات پیمایشی و تحلیل‌های آماری مطالعات کمی، روش‌های پژوهش کیفی^۱ می‌توانند منجر به یک رویکرد استقرایی شوند و به طرح فرضیه‌ها، ابزار و راهبردهای بهتر و در نهایت به نتایج دقیق‌تر کمک کنند (دان، مارگاریت و اندرسون، ۲۰۱۷).

یکی از مهم‌ترین روش‌های موجود در این زمینه، روش پژوهش پدیدارشناسی^۲ است که می‌تواند به فهم عمیق چگونگی تجربه‌ی بیماری‌های قلبی - عروقی در بیماران کمک کند (ویلیگ، ۲۰۱۳). در این زمینه پژوهش حاضر به دنبال پاسخ به خلأ و انتقادهای مطرح شده در ادبیات نظری و پژوهشی موجود می‌تواند به تفسیرهای فردی جنبه‌های روانی - اجتماعی و فرهنگی زندگی با بیماری پردازد و به درک بهتر تجربه‌ی بیماری افراد مبتلا به بیماری‌های قلبی - عروقی کمک کند. در نتیجه انتظار می‌رود نتایج آن می‌تواند موجب ارتقای سطح سواد سلامت^۳ در متخصصان

بهداشت و سلامت شود و در طرح‌ریزی مداخلات درمانی متناسب با دیدگاه‌ها و نیازهای بیماران مبتلا به بیماری‌های قلبی - عروقی نیز مفید واقع شود. در این زمینه نیز شواهد نشان می‌دهند، چنین مداخلاتی می‌تواند کارآمدتر بوده و پیامدهای سلامت بالاتری داشته باشند (اسمیت، ۲۰۰۹؛ اونونز و همکاران، ۲۰۰۸).

به طور کلی با توجه به مطالب ذکر شده و طبق مرور انجام شده در ادبیات نظری و شواهد پژوهشی به نظر می‌رسد: الف) هر کدام از پژوهش‌های روانشناختی موجود صرفاً به بررسی کمی یک یا چند مورد از مفاهیمی مانند تجارب هیجانی، اضطراب، افسردگی، افکار خودکشی و مدیریت استرس پرداخته‌اند، و یک تصویر یکپارچه و منسجم از "تجربه بیماری" در بیماران قلبی - عروقی در اختیار نمی‌گذارند و ب) طبق مرور صورت گرفته، اغلب این پژوهش‌ها در فرهنگ‌های غیر ایرانی صورت گرفته است، این در حالی است که بیماری‌های قلبی عروقی تجربه‌ای است که می‌تواند باعث شود افراد در زمان تشخیص بیماری، دستخوش هیجان‌های مختلف و متناوبی شوند، معنای زندگی برای‌شان تغییر کند و درکی متفاوت از جایگاه خود در زندگی و دنیا را تجربه کنند، و همه این موارد می‌تواند متأثر از تعاریف و چارچوب‌های هر فرهنگ خاص از مفاهیم بیماری، مرگ، ارزش‌ها، استانداردهای زندگی، حمایت اجتماعی و... باشد. ج) و در نهایت نیز آنچه در منابع داخلی با استفاده از روش‌های پژوهش کیفی انجام شده است، صرفاً به شناسایی برخی مؤلفه‌های مرتبط با تجربه بیماری مانند نظم‌جویی هیجان (اکبری، علی‌پور و حسین‌زاده، ۱۳۹۸) و یا اضطراب و افسردگی (ملک‌پور، نصراللهی و دارندگان، ۱۳۹۶) پرداخته‌اند و به همین دلیل نتوانسته‌اند جهت‌گیری تفسیری و جلوه زبان‌شناختی این بیماری‌ها را در دنیای روانی افراد و در ابعاد مختلف آن مشخص نمایند. به طور کلی با مطالعه پیشینه پژوهشی می‌توان گفت مطالعاتی در داخل ایران در مورد تجربه بیماری انجام شده‌اند. اما نکته اساسی این است که مطالعات انجام شده هر کدام صرفاً بر یک مؤلفه خاص و از پیش تعیین شده مانند اضطراب و افسردگی (ملک‌پور، نصراللهی و دارندگان، ۱۳۹۶) و یا تنظیم هیجان (اکبری، علی‌پور و حسین‌زاده، ۱۳۹۸) و موارد مشابه تمرکز داشته‌اند، و یا اینکه صرفاً روی یک گروه خاص از افراد برای مثال افرادی که عمل

1. Qualitative Methods

2. Phenomenology

3. Health Literacy

عروقی (مانند بیماری عروق کرونر، بی‌نظمی ضربان قلب، کاردیومیوپاتی (التهاب عضله قلب)، نارسایی قلبی، نارسایی دریاچه میترال، کاهش فشار خون مزمن و یا افزایش فشار خون مزمن و...) توسط پزشک، آمادگی برای مشارکت آگاهانه در پژوهش و توانایی انتقال اطلاعات. معیارهای خروج نیز شامل این موارد بود: ابتلا به بیماری‌های روانی و سایر بیماری‌های مزمن جسمانی، مصرف داروهای روانپزشکی، مصرف مواد مخدر و مشروبات الکلی. به منظور تعیین حجم نمونه و کفایت نمونه‌گیری نیز از معیار اشباع^۲ استفاده شد (کرسول و کرسول، ۲۰۱۹). در واقع فرآیند نمونه‌گیری زمانی متوقف شد که از مصاحبه با بیمار شماره ۱۴، کدهای جدیدی که در مورد پدیده مورد مطالعه یعنی تجربه بیماری، کفایت توضیحی داشته باشند، شناسایی نشد و نمونه‌گیری به مرحله اشباع رسید. اما برای حصول اطمینان از اشباع، نمونه‌گیری تا ۲ نفر بعد نیز ادامه یافت (مصاحبه‌شونده‌های ۱۵ و ۱۶)، اما کدهای استخراج شده از این دو مصاحبه ارزش افزوده‌ای برای کفایت توضیحی برای تجربه بیماری نداشتند و این امر نشان‌دهنده اشباع نظری بود. بر این مبنا در پژوهش حاضر در نهایت تعداد ۱۶ بیمار وارد پژوهش شدند. اطلاعات جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان در جدول ۱ آمده است.

جراحی انجام داده‌اند و یا در انتظار عمل جراحی بودند (عباسی، گائینی و اسکندری، ۱۳۹۶) و یا فقط روی مردان و یا زنان انجام شده‌اند (ناصری و معینی، ۱۳۹۵). اما در پژوهش حاضر سعی شد تمام ابعاد جسمانی، روانی، اجتماعی و وجودی تجربه بیماری در بین زنان و مردان و همچنین افرادی که عمل جراحی انجام داده بودند و افرادی که صرفاً درمان دارویی داشتند، انجام شد. در واقع جنبه نوآوری پژوهش حاضر همین موضوع بود که تنها به سراغ یک مقوله از پیش تعیین شده حرکت نکرده و سعی کرده ابعاد مختلف تجربه بیماری را مورد مطالعه قرار دهد. این شیوه، رویکرد مهم و ضروری است که پژوهش حاضر به دنبال آن بود. بنابراین پژوهش حاضر می‌تواند کوششی نوآورانه و فایده‌مند در رابطه با فراهم آوردن موارد مذکور در حوزه روانشناسی و به ویژه روانشناسی سلامت باشد. در نتیجه، با توجه به ضعف‌های موجود در ادبیات روانشناسی به ویژه در منابع داخلی در زمینه‌ی فهم تجربه بیماری در افراد مبتلا به بیماری‌های قلبی - عروقی، پژوهش حاضر به دنبال این است که بر پایه‌ی داده‌های کیفی به بررسی و مفهوم‌سازی تجربه بیماری این افراد بپردازد، تا مشخص شود فرآیند تجربه بیماری با توجه به پیش‌آیندها و پس‌آیندهای آن چگونه و دارای چه کیفیت و ابعادی است. در این راستا پژوهش حاضر به عنوان یک مطالعه پیشگام و اکتشافی به این مسئله پرداخت که «تجربه بیماری» در افراد مبتلا به بیماری‌های قلبی عروقی در بافت جامعه ایران چگونه است؟

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان: پژوهش کیفی حاضر با روش تحلیل پدیدارشناسی تفسیری^۱ به مطالعه‌ی تجربه‌ی بیماری افراد مبتلا به بیماری‌های قلبی - عروقی پرداخت. علت انتخاب این روش این بود که هدف پدیدارشناسی تفسیری دست یافتن به تجربه مشارکت‌کنندگان با توجه به دیدگاه و تفاسیر زبان‌شناختی خودشان است (ویلینگ، ۲۰۱۳)، و بنابراین روش مناسبی برای پاسخ به سؤال پژوهش حاضر بود. نمونه به روش هدفمند از بین جامعه‌ی پژوهش که شامل مبتلایان به بیماری‌های قلبی - عروقی مراجعه‌کننده به مراکز درمانی شهر تهران طی سال ۱۴۰۱ بودند، انتخاب شد. معیارهای ورود عبارت بودند از: قرار داشتن در بازه‌ی سنی ۳۵ تا ۶۰ سال، سابقه‌ی دریافت تشخیص ابتلا به یکی از بیماری‌های قلبی -

^۱. Interpretive phenomenological analysis (IPA)

^۲. Saturation

جدول ۱. مشخصات جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان پژوهش

کد	سن	جنسیت	تحصیلات	وضعیت تأهل	نوع بیماری قلبی-عروقی
۱	۴۶	زن	کارشناسی	متاهل	فشارخون بالا
۲	۵۲	زن	کارشناسی ارشد	مجرد	فشارخون بالا/ تاکی کاردی
۳	۴۸	زن	کارشناسی	متاهل	دریچه آئورت دو لگی
۴	۴۹	زن	دیپلم	متاهل	تاکی کاردی و فشارخون پایین
۵	۵۰	زن	کارشناسی	متاهل	فشارخون بالا
۶	۵۴	زن	کارشناسی	مجرد	باز شدن دریچه‌ی چپ قلب و بیماری فشارخون بالا
۷	۴۸	مرد	دیپلم	متاهل	فشارخون بالا
۸	۵۲	زن	کارشناسی	متاهل	گرفتگی رگ اصلی قلب، گرفتگی کاروتید، آریتمی، فشارخون بالا
۹	۴۲	زن	دیپلم	متاهل	افتادگی دریچه‌ی میترال، آریتمی قلب
۱۰	۴۰	زن	کارشناسی	متاهل	فشارخون بالا
۱۱	۲۹	مرد	دانشجوی کارشناسی ارشد	مجرد	نارسایی قلبی، فشار بر دریچه‌ی قلبی و فشارخون بالا
۱۲	۳۸	مرد	دیپلم	مجرد	عمل قلب باز به دلیل گرفتگی عروق
۱۳	۳۹	زن	پیش‌دانشگاهی	مجرد	کاردیو مگالی
۱۴	۴۵	مرد	کارشناسی ارشد	متاهل	نارسایی قلبی، فشارخون بالا
۱۵	۳۲	زن	دیپلم	مجرد	عفونت دریچه‌ی قلب و عمل قلب باز
۱۶	۴۱	مرد	فوق دیپلم	متاهل	گرفتگی عروق و درمان با استنت

شیوع ویروس کرونا در زمان جمع‌آوری داده‌ها، مصاحبه‌ها به صورت
برخط و تماس تصویری از طریق پیام‌رسان واتساپ انجام شدند.

(ب) ابزار

فرآیند گردآوری و تحلیل داده‌ها بر مبنای پیشنهاد اسمیت، لارکین و
فلاورز (۲۰۲۱) بدین گونه انجام شد که در ابتدا مصاحبه‌های نیمه
ساختاریافته اجرا شدند. مصاحبه‌های پژوهش حاضر مبتنی بر محورهای
پیشنهادی اسپرادی (۲۰۱۶) بودند که شامل محورهای توصیفی، ساختاری،
مقایسه‌ای و ارزیابانه است. از آنجا که این مصاحبه‌ها نیمه ساختاریافته
بودند، با توجه به پاسخ‌ها و در صورت لزوم به منظور روشن‌تر شدن مفهوم
پاسخ‌های ارائه شده، سؤال‌های غیرهدایتگر دیگر نیز مطرح شد. در واقع
نخست پرسش‌های کلی به عنوان راهنمای مصاحبه انجام شدند که پاسخ
های باز و تفسیری را به همراه داشتند و در ادامه پاسخ‌های شرکت‌کنندگان
روند مصاحبه و پرسش‌های بعدی را هدایت می‌کرد. لازم به ذکر است با
توجه به پاسخ‌های داده شده توسط افراد شرکت‌کننده در پژوهش، پرسش
های تکمیلی نیز مطرح شد. در واقع اگرچه محور مصاحبه و سؤال‌های
ابتدایی از قبل تعیین شده بودند، اما شرکت‌کنندگان ترغیب می‌شدند پاسخ
خود را گسترش دهند. برای مثال از آن‌ها درخواست می‌شد "در صورت

لازم به ذکر است به دلیل تلاش برای بررسی تجربه‌ی بیماری در شرایط
مزمین آن، سعی شد بیمارانی که در جریان زندگی روزمره و در موقعیت
های مختلف همراه با بیماری خود زندگی می‌کنند، وارد جریان مطالعه
شوند و نه صرفاً افرادی که به دلیل حاد شدن علائم داخل بیمارستان بستری
باشند. در این راستا شرکت‌کنندگان از طریق رسانه‌های اجتماعی از جمله
اینستاگرام، واتساپ و تلگرام دعوت به همکاری شدند. در این زمینه
اطلاعه‌ای مخصوص بیماران آماده و در رسانه‌های اجتماعی منتشر و شرح
مختصری از مطالعه ارائه شد. به منظور رعایت زمان و حریم خصوصی
شرکت‌کنندگان، در داخل اطلاعاتی‌ها آدرس ایمیل و شماره تلفن محقق
ثبت شد تا افراد شرکت‌کننده به صورت مستقیم بتوانند سؤال‌های احتمالی
خود را مطرح کنند. سپس، افرادی که معیارهای ورود در مورد آن‌ها برقرار
بود، پس از توضیح هدف پژوهش و بیان اصول اخلاقی آن، وارد جریان
پژوهش شدند و مورد مصاحبه قرار گرفتند. با اولین فردی که واجد
معیارهای پژوهش بود و به گونه‌ای آگاهانه و رضایت‌مندانه قصد همکاری
در پژوهش را داشت، در مورد زمان انجام مصاحبه، توافق حاصل شد. پس
از انجام اولین مصاحبه و تحلیل داده‌ها و با توجه به یافته‌های حاصل از آن،
به ادامه‌ی نمونه‌گیری پرداخته شد. همین فرآیند ادامه یافت تا نمونه‌گیری
به مرحله اشباع رسید. لازم به ذکر است به دلیل محدودیت‌های ناشی از

استفاده از یادآورنویسی^۴ (یین، ۲۰۰۹؛ کرسول و پات، ۲۰۱۸) نیز استفاده شد. لازم به ذکر است تحلیل داده‌ها در محیط نرم‌افزار MAXQDA-2020 انجام شد.

یافته‌ها

پژوهش حاضر برای مطالعه‌ی چگونگی تجربه‌ی بیماری در افراد مبتلا به بیماری‌های قلبی - عروقی انجام شد. مقوله‌ی مرکزی که بر اساس کدگذاری محتوای مصاحبه‌ها و طبقه‌بندی مقوله‌های اصلی و فرعی حاصل از آن استخراج شده، مفهوم «دگرگونی‌های بیماری‌خاست»^۵ است. مفهوم دگرگونی‌های بیماری‌خاست شامل ۵ مقوله‌ی اصلی به همراه مقوله‌های فرعی است که بیان‌کننده‌ی پیدایش نوعی دگرگونی در ابعاد مختلف زندگی شخصی و اجتماعی افراد مبتلا و احساسات مرتبط با این تجربه است. مقوله‌های اصلی شامل تجارب هیجانی دشوار^۶، پدیدارشنودگی بدن^۷، مانع عاملیت^۸، تداخل ارتباطی^۹ و چالش‌های وجودی^{۱۰} هستند. مقوله‌های اصلی و مضامین مرتبط با چگونگی تجربه‌ی بیماری در جدول ۲ و شکل ۱ آمده است.

امکان در این مورد توضیح بیشتری دهید". در صورتی که شرکت‌کننده از مسیر مصاحبه خارج می‌شد، مصاحبه‌کننده مجدد سؤال مورد نظر را به شکلی متفاوت تکرار می‌کرد تا فرد به مسیر مصاحبه هدایت شود. در مرحله‌ی بعد، مصاحبه‌های انجام شده که مدت زمان آن‌ها بسته به شرایط بیمار بین ۴۰ تا ۹۰ دقیقه بود، به صورت متن، پیاده‌سازی شدند. سپس متن مصاحبه‌ها در دو مرحله بازخوانی شدند و در ادامه کدگذاری مضامین، دسته‌بندی مضامین و تعیین روابط بین آن‌ها انجام شد. در نهایت نیز برجسب‌های مفهومی به مقوله‌های اصلی اختصاص داده شدند و تلاش شد برجسب‌های انتخابی در سطح مفهومی باشند. در ادامه جدول خلاصه‌بندی مضامین و مقوله‌ها نیز تهیه شد. به منظور افزایش روایی یافته‌های پژوهش از راهبردهای بررسی توسط مصاحبه‌شونده‌ها^۱ (بیرت، اسکات، کاورز، کمپبل و والتر، ۲۰۱۶؛ کاندلا، ۲۰۱۹)، توصیف‌های غنی و مکفی^۲ و جستجو برای موارد انحرافی^۳ (کرسول و کرسول، ۲۰۱۹) استفاده شد. به منظور بررسی پایایی یافته‌ها نیز کدهای اختصاص داده شده توسط اعضای تیم پژوهش و یک دکترای روانشناسی که خارج از مطالعه بود، مورد بازبینی قرار گرفتند و همچنین از راهبرد مقایسه‌ی مداوم داده‌ها با کدها و

جدول ۲. مقوله‌های اصلی و فرعی تجربه‌ی بیماری در افراد مبتلا به بیماری‌های قلبی - عروقی

مقوله‌های اصلی	مقوله‌های فرعی	نمونه کد	مصاحبه‌شونده‌ها
دردهای ناتوان‌کننده	بعضی وقتا که قلبم درد میگیره میگم شاید این آخرین شیی باشه که خوابیدم. انقدر قلبم درد میگیره انقدر.	۴-۱-۲-۶-۷-۸-۱۱-۱۲-۱۳-۱۴-۱۶-۹	۹-۱۵-۱۶
ضربان قلب نامتعادل	عه ببینید تپش قلبی که کوبنده باشه ضربانش رو توی گلوت احساس کنی با تمام وجودت تمام بدنت، ببینید من نود و سه چهار کیلوام الان. تپش قلب من نود و سه چهار کیلیو ادمو تکون میده. یعنی برای بچه‌ها بازی میکنن با این حرکت. من وقتی نشستم یه لیوان یا کاسه ای چیزی پر از آب رو میارن میذارن رو من اون تکون که میخوره اون موجی که حالا توش میوفته نمیدونم حالا، براشون فانه.	۹-۲-۳-۴-۱۳-۱۴-۸	۸-۳-۴-۱۳-۲-۹
ضعف جسمانی	یه مقطعی واقعا سخته، که من اصلا خوابم خیلی زیاد میشه، ۱۲ ساعت، من رکورد ۲۱ ساعت دارم (لبخند). یعنی از شدت ضعف میخوابم فقط.	۳-۱۱-۹-۱۳-۱۰-۷	۷-۱۰-۱۳-۹-۱۱-۳
دشواری تنفس	انقدر ضربانم زیاد و نامنظم بود که دیگه نفس نمیتونستم بکشم. یعنی یه تایمایی زنگک باید زنگ میزدم اورژانس چون نفس بالا نمیومد سیاه میشدم. از بس ضربان قلبم بالا میرفت گاهی تا ۲۰۰ هم میرفت تا ۱۸۵ تا ۲۰۰ تا هم میرفت.	۹-۳-۱۱-۱۴-۱۶-۱۲-۱۳-۶	۶-۱۳-۱۲-۱۶-۱۴-۱۱-۳-۹

6. Experiences of difficult emotions
7. Phenomenal Body
8. Agency Barrier
9. Communication Interference
10. Existential Challenges

1. Member Checking
2. Rich and Thick Description
3. Searching for Deviant Cases
4. Memoing
5. Disease-caused Transformations

مقاله‌های اصلی	مقاله‌های فرعی	نمونه کد	مصاحبه شونده‌ها
	بدکارکردی جسمانی	رسوب دارو داریم و این اتفاق الان برای من افتاده یعنی من رسوب دارو و غذا رو دارم توی این دریچم و کلسیفیه شدم، سفت شده دریچم و عملکرد عادی خودشو داره از دست میده.	۱۲-۱-۱۶-۷-۱۱-۱۴-۹-۳
	مشکلات بینایی	در حدی که مثلا تاری دید و خیلی مشکلات خاص برای من ایجاد کرد.	۸-۹-۴-۵
	گسترش آسیب	نکنه کلیه و ریه ها رو درگیر کنه. دکتر گفت این خون چون نمیتونه خوب از قلب خارج بشه میتونه برگرده داخل ریه و عفونت ریه بیاره.	۱۶-۵-۱۳-۱۱-۱۰-۷-۶-۵-۱۴-۴
	تداوم حضور بیماری	ولی ازاردهندست همیشه هست این ضرابان کوبنده همیشه هست. اینکه قلبم جا میمونه همیشه هست.	۳-۱۴-۱۰-۵-۹
	وخامت ناگهانی	نه متوجه شدم منظور تون رو. خب عه بیماری قلبی به بیماری خطرناکه یجوری ناگهانه. به بیماری مثلا همون سرطان و ام اس اینا تدریجین. طرف کم کم ولی قلبی ناگهانه. میگم به بیماری قلبی که فک میکنم بیشتر همون سکنه هستش که فکر میکنم غافلگیر تره ناگهانی تره. مثلا بیماریت ممکنه واقعا یک بیماری سخت باشه شما عذاب میکنی، خیلی فعالیت ها واقعا ممکنه مجبور بشی که پرهیز کنی.	۸-۱۶-۷-۳-۱۰
	عملیات رفتاری	راه میره ها مثلا توی خونه پیاده روی اینا میکنه ولی دیگه کاراشو نمیتونه مثلا میتونه تا سرویس، تا سرویس میتونه بره ولی دیگه کارای خودشو نمیتونه انجام بده. خلاصه مثلا میتونه بره حمام ولی خب باید یکی باشه بابامو بشوره دیگه.	۴-۱۵-۱۴-۱۳-۹-۲-۴
مانع عاملیت	عاملیت بدنی	مخصوصا اگر اون بیمار نون آور خونه باشه بیشتر هم میشه نگرانیشون چون ممکنه شغلش رو از دست بده یا نتونه دیگه به سر کار قبلی خودش برگرده بله اینا هست.	۱۱-۹-۸-۶-۱۳-۱۶-۱۴-۳-۷
	عاملیت شغلی	خب اره همین الانم مثلا وقتی پر میگردم میگم پسرم بیا فشارمو بگیر میگه ای مامان دوباره حالت بد شد. میدونین شاید پسرم به روی خودش نیاره ولی من نگرانی رو به درصدی توی چهرش میبینم هرچند سعی میکنه به روی خودش نیاره. مثلا مامان اینو بخرم حالتو بهتر میکنه یا مامان زیر زبونی رو بخور بهتر بشی یعنی نگرانشون هست میدونین چی میگم. یا مثلا میگن الهام رعایت کن. در هر صورت من حالم بد بشه اونا نگران من میشم، خونادم تحت تأثیر قرار میگیره.	۱۲-۵-۹-۳-۱۴
	انتقال عواطف منفی به اطرافیان	همش میگم اگه اتفاقی برای من بیوفته بچه من میخواد چیکار کنه؟ کی میخواد ازش مراقبت کنه. کلا به حس ترس دارم از وقتی این اتفاقا برام افتاد، کوچکتین چیزی میشه نگران میشم. قلبم یذره تیر میکشه میگم نکنه سکنه کنم بچم بی پدر بمونه.	۱۵-۷-۶-۱۱-۱۲-۴-۳-۲-۱-۵
تداخل ارتباطی	اختلال در زندگی اطرافیان	معذرت میخوام البته اینو گفتم. یا سردرد شدید که میگیری همسرت از سر کارش بنده خدا مجبور بشه شیفتشو ول کنه بیاد خونه یا پسرک کلاس زبان و ورزششو نره منو ورداره بیره درمانگاه که برای من اتفاق بدی نیوفته. اینا هست خب ادم به جوری زندگی مختل میشه. من اگه حالمم بد باشه، توی گفت و خندیدن و اینا، اون کسایی که منو نمیشناسن فکر میکنن من هیچ درد و رنجی ندارم. اصلا هیچ تأثیری نداره. ولی از درون داغون میشم، مثلا به موقعایی فشارم میره بالا دارم اذیت میشم ولی با بقیه میگم میخندم کسی متوجه نمیشه. یعنی از درون فشار رو احساس میکنم رعشه رو احساس میکنم ولی نمیدارم کنارایم بفهمن. تو زندگیم هیچ تأثیری نداره، حتی همسرم نمیدونه.	۱۶-۱۲-۱۰-۹-۲-۸-۱۶
	تناقض درونی-بیرونی	من به چندتا از اطرافیانمو که بلند فکر کردن رو میگم. چند نفری گفتن داره مظلوم نمایی میکنه فیلم بازی میکنه. یکی دوبار به خودم گفتم که درکت میکنیم برای اینکه زندگیتو نجات بدی مجبوری فیلم بازی کنی یعنی انگار باورپذیر نبود براشون. به این خاطر میگم هیچکس تا دردشو نکشه درکش نمیکنه.	۷-۱۴-۹-۱۴-۱۲-۶-۳-۲-۵
	درک نشدگی	بله میگم، الان بابای من ۹۹ درصد زندگیش عوض شد. آدمی بود که همیشه برای خودش خوش بود، میگفت میخندید، دیگه الان افتاده گوشه خونه مثلا هر از گاهی میبینی از دست خودش عصبانیه.	۱۱-۹-۱۲-۳-۷
	خشام		۷-۴-۳-۹
تجارب هیجانی دشوار			۱۳-۶-۳-۴-۹

مقاله‌های اصلی	مقاله‌های فرعی	نمونه کد	مصاحبه شونده‌ها
	ترس	بعضی مواقع حس ترس رو بهم وارد میکنه. بعضی مواقع که قفسه سینم درد میگیره یا اعصابم زیادی خورد میشه این تپش قلبم میره خیلی بالا حالم. حس ترس رو میگیرم که نکنه الان درپچه‌ها مشکل پیدا کنن. نکنه استرس زیاد بهم وارد شده قلبم دیگه توان نداشته باشه، وایسته. بعضی موقع‌ها این حسو بهم میده. حس ترس رو بهم میده.	۱۵
	نگرانی مزمن	این بیماری قلبی به هر حال بی تأثیر نیستش رو زندگی روزمره‌تون چون همیشه نگران هستیم، همیشه اضطراب داریم مخصوصاً زمانی که تنها هستیم تو خونه یا خیلی راحت بگم زمانی که حتی میخوایم حمام بریم دوش بگیریم اون اضطرابو داریم.	۱۲-۱۶-۱۰-۵-۶-۸
	حسرت	همیشه میگم ای کاش قبل اینکه قلبم مشکل پیدا کنه اینجوری میبودم، اینجوری فکر میکردم. حتماً باید به جامون مشکل پیدا کنه که تازه بفهمیم بابا ول کن هر چیزی ارزش نداره بشینی فکر و خیال کنی و خودتو از بین ببری.	۶-۱۵-۵-۳-۱۶
	ارزشمندی شخصی	یعنی واقعا دم تازه میفهمه که زندگی چقدر ارزش داره سلامتی چقدر ارزش داره. ولی خوشبختانه خوشبختانه خودمو پیدا کردم نمیدونم چجوری باید توضیح بدم، قطعاً شما	۱۲-۱۶-۱۱-۹-۸
چالش‌های وجودی	آگاهی‌دهنده	درک میکنید حرفمو انگار به تلنگر درون خودم بود که بابا بسه دیگه تو خیلی قوی تر و قدرتمند تر از این حرفایی.	۱۱-۱-۱۶-۹
	تمایزيافتگی منفي	بعد از یه مدت میگم چون بعد یه مدت فعالیت‌های روزمره‌تون دچار یه سری تغییرات میشه ناخودآگاه ممکنه به حس ناامیدی درتو به وجود بیاد که چرا نمیتونی مثل دیگران باشی.	۴-۱۵-۹-۳-۱۳

مقاله‌ی اصلی ۱- پدیدارشنودگی بدن: علت نام‌گذاری این مقاله

این بود که بر اساس مصاحبه‌های انجام شده و کدها و مضامین استخراج شده از مصاحبه‌ها، به دلیل تجارب و تغییرات جسمانی ناشی از بیماری‌های قلبی - عروقی، بدن فرد که در گذشته و قبل از بیماری به طور خودکار عملکرد طبیعی خود را داشته و فرد هنگام انجام امور مختلف توجهی به نحوه‌ی عملکرد بدن خود نداشته، اکنون به کانون توجه فرد مبتلا تبدیل شده و نه تنها هنگام فعالیت، بلکه گاهی در مواقع استراحت نیز توجه فرد مبتلا را به خود جلب کرده و به طور مکرر او را دچار مشکلات مختلفی می‌کند. نمونه‌ای از پاسخ‌های شرکت‌کنندگان که مقاله‌ی حاضر بر اساس آن‌ها بدست آمد، در ادامه گزارش شده است. «انقدر ضربانم زیاد و نامنظم بود که دیگه نفس نمی‌تونستم بکشم. یعنی یه تایمایی زنگ باید زنگ میزدم اورژانس چون نفس بالا نمیومد سیاه میشدم. از بس ضربان قلبم بالا میرفت گاهی تا ۲۰۰ هم میرفت، تا ۱۸۵ تا ۲۰۰ تا هم میرفت» (مصاحبه شونده "د").

مقاله‌ی اصلی ۲- مانع عاملیت: بر اساس کدها و مضامین استخراج

شده از مصاحبه‌ها، پس از ابتلای فرد به بیماری‌های قلبی - عروقی، احساس فرد در مورد توانایی خود برای مدیریت امور شخصی و شغلی او دچار چالش می‌شود. در واقع توانایی فرد برای تأثیرگذاری بر دنیای درون و

بیرون خود دچار محدودیت می‌شود و فرد مانند سابق نمی‌تواند برخی رفتارهای دلخواه خود در زمینه‌های مختلف مانند تغذیه، امور تفریحی و همچنین وظایف شغلی را به دلیل کاهش توانایی و همچنین حساسیت شرایط بدنی انجام دهد. فرد به گونه‌ای توسط بدن خود مدیریت می‌شود و اکنون این بدن شخص است که محدودیت‌های جدیدی را ایجاد و تعیین می‌کند که فرد چه کاری را می‌تواند انجام دهد و از چه مواردی باید اجتناب کند. نمونه‌ای از پاسخ‌های شرکت‌کنندگان که مقاله‌ی حاضر بر اساس آن‌ها بدست آمد، در ادامه گزارش شده است. «مخصوصاً اگر اون بیمار نون آور خونه باشه بیشتر هم میشه نگرانیاشون، چون ممکنه شغلش رو از دست بده یا نتونه دیگه به سر کار قبلی خودش برگرد. بله اینا هست» (مصاحبه شونده "ض").

مقاله‌ی اصلی ۳- تداخل ارتباطی: از کدها و مضامین استخراج

شده از مصاحبه‌ها مشخص شد هرچند افراد مبتلا به بیماری‌های قلبی - عروقی بر این باور هستند که گاهی نگرانی‌ها و شرایط حساس آن‌ها از طرف اطرافیان به خوبی درک نمی‌شود، اما این بیماری‌ها صرفاً بر شخص آن‌ها تأثیرگذار نیستند و دیگران نیز بر اثر بیماری این افراد عواطف ناخوشایند زیادی را تجربه می‌کنند و همچنین اختلال‌هایی نیز در زندگی روزمره آن‌ها برای مراقبت از بیمار ایجاد می‌شود. در واقع کدهای استخراج

شده نشان داد افراد مبتلا بر این باور هستند که نگرانی‌های ناخوشایندی در مورد آینده ارتباطی خود با افراد نزدیک زندگی‌شان دارند، به گونه‌ای که آینده‌ای را متصور می‌شوند که خود آن‌ها در آن حضور ندارند و در نتیجه نمی‌توانند از اطرافیان بخصوص فرزندان خود حمایت و مراقبت کنند. به همین دلیل چنین شرایطی همراه با حساسیت شرایط بدنی افراد مبتلا، زمینه ساز ایجاد عواطف ناخوشایند در اطرافیان آن‌ها می‌شود. نمونه‌ای از پاسخ‌های شرکت‌کنندگان که مقوله‌ی حاضر بر اساس آن‌ها استخراج شد در ادامه آمده است. «خب اره همین الانم مثلا وقتی برمیگردم میگم پسرم بیا فشارمو بگیر میگه وای مامان دوباره حالت بد شد. میدونین شاید پسرم به روی خودش نیاره ولی من نگرانی رو یه درصدی توی چهرش مبینم هرچند سعی میکنه به روی خودش نیاره. مثلا مامان اینو بخرم حالتو بهتر میکنه یا مامان زیر زبونی رو بخور بهتر بشی یعنی نگرانشون هست میدونین چی میگم. یا مثلا میگن الهام رعایت کن. در هر صورت من حالم بد بشه اونا نگران من میشم، خونادم تحت تأثیر قرار میگیره» (مصاحبه شونده "ح").

مقوله‌ی اصلی ۴- تجارب هیجانی دشوار: بر اساس کدها و مضامین استخراج شده از مصاحبه‌ها مشخص شد پس از ابتلای به بیماری‌های قلبی - عروقی، به دلایل مختلفی مانند کاهش توان جسمانی و ضعف عاملیت، ایجاد تأثیرات ناخوشایند بر روابط، امکان وخامت علائم و مقایسه شرایط حال با گذشته، افراد مبتلا دچار هیجان‌های دشوار و ناخوشایند تکرارشونده‌ی مختلفی می‌شوند. این افراد هیجان‌هایی مانند ترس، خشم، نگرانی مزمن و احساس حسرت را تجربه می‌کنند که در این بین طبق کدهای استخراج شده، هیجان ترس بیشتر از سایر هیجان‌ها گزارش شد. نمونه‌ای از پاسخ‌های شرکت‌کنندگان که مقوله‌ی حاضر بر اساس آن‌ها استخراج شد در ادامه آمده است. «بعضی مواقع حس ترس رو بهم وارد میکنه. بعضی مواقع که ففسه‌ی سینم درد میگیره یا اعصابم زیادی خورد میشه این تپش قلبم میره خیلی بالا حالم. حس ترس رو میگیرم که نکنه الان دریچه‌ها مشکل پیدا کنن. نکنه استرس زیاد بهم وارد شده قلبم دیگه توان نداشته باشه، ایسته. بعضی موقع‌ها این حسو بهم میده. حس ترس رو بهم میده» (مصاحبه شونده "ص").

مقوله‌ی اصلی ۵- چالش‌های وجودی: علت نام‌گذاری این مقوله این بود که بر اساس مصاحبه‌های انجام شده و کدها و مضامین استخراج

شده از مصاحبه‌ها، افراد مبتلا معتقد بودند که ابتلای به بیماری‌های قلبی - عروقی آن‌ها را به این آگاهی رسانده که به دلیل اعمال و رفتارهای نادرست خود در گذشته، خود را در موقعیت بیماری قرار داده‌اند. بدین ترتیب اکنون پس از ابتلا به این بیماری‌ها و پدیدار شدن بدن در کانون توجه، محدودیت در عاملیت، تداخل ارتباطی و تجربه‌ی ترس‌ها و هیجان‌های دشوار، متوجه تفاوت خود با سایر افراد غیر مبتلا می‌شوند و به نوعی خود را به صورت منفی متمایز از دیگران ادراک می‌کنند. به همین دلیل به ارزشمندی سلامتی و زندگی و همچنین تلاش برای حفظ و ارتقای آن بیش از پیش توجه می‌کنند. در واقع این افراد بیماری خود را همانند یک تلنگر می‌دانند که به آن‌ها هشدار می‌دهد مسیر زندگی طی شده همراه رفتارهای مخربی بوده که سلامت و وجود آن‌ها را آسیب‌پذیر کرده است و به این دلیل ناخوشایند از سایر افراد متمایز شده‌اند. در نتیجه بیش از گذشته به حیطة سلامتی و مراقبت از خود اهمیت می‌دهند. نمونه‌ای از پاسخ‌های شرکت‌کنندگان که مقوله‌ی حاضر بر اساس آن‌ها استخراج شد در ادامه آمده است. «ولی خوشبختانه، خوشبختانه خودمو پیدا کردم. نمیدونم چجوری باید توضیح بدم، قطعاً شما درک میکنید حرفمو انگار یه تلنگر درون خودم بود که بابا بسه دیگه تو خیلی قوی تر و قدرتمند تر از این حرفایی» (مصاحبه شونده "د").

در ادامه، الگوی دیداری مقوله‌های اصلی و فرعی تجربه بیماری در بیماران قلبی - عروقی در شکل ۱ نشان داده شده است.



شکل ۱. مقوله‌های اصلی و فرعی تجربه‌ی بیماری در افراد مبتلا به بیماری‌های قلبی - عروقی

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش کیفی حاضر با هدف مطالعه‌ی تجربه‌ی بیماری در افراد مبتلا به بیماری‌های قلبی - عروقی انجام شد. این کاوش در نهایت به اکتشاف مقوله‌ی مرکزی "دگرگونی‌های بیماری‌خاست" منجر شد که شامل ۵ خوشه‌ی مفهومی بود. به رغم انجام مطالعاتی در سایر جوامع و فرهنگ‌ها، تاکنون در ادبیات روانشناسی ایران به این مهم توجه نشده بود و آنچه که در این زمینه موجود است با وجود سودمندی‌های علمی، اما همچنان انتقادهایی بر آن‌ها وارد است. برای مثال نکته اول در این زمینه این است که چنین پژوهش‌هایی یا صرفاً با تفکیک جنسیتی روی یک جنس مانند زنان (ناصری و معینی، ۱۳۹۵) انجام شده‌اند و یا صرفاً بر افرادی متمرکز بودند که عمل جراحی انجام داده بودند یا در انتظار عمل جراحی بودند (عباسی، گائینی و اسکندری، ۱۳۹۶). در واقع پژوهش‌های معدودی که در این زمینه انجام شده‌اند، یا جامعه پژوهشی خود را محدود به یک جنس کرده‌اند و یا به تجربه‌ی بیماران در ارتباط با روش‌های درمان پرداخته‌اند، در حالی که تجربه‌ی افراد از بیماری‌های قلبی - عروقی بسیار گسترده‌تر از صرفاً روش‌های درمان است و همچنین می‌تواند دامنه‌ای از افراد هر دو

جنس که عمل جراحی بر آن‌ها اعمال نمی‌شود را نیز شامل شود و به همین دلیل پژوهش حاضر تلاشی برای پاسخ به این خلأ علمی بود. استخراج مفهوم "دگرگونی‌های بیماری‌خاست" در پژوهش حاضر نشان‌دهنده‌ی اهمیت دگرگونی‌های ناشی از بیماری در زندگی افراد مبتلا به بیماری‌های قلبی - عروقی است که نمودهای آن را می‌توان در مؤلفه‌های مختلف شامل پدیدارشنودگی بدن، تداخل ارتباطی، مانع عاملیت، تجارب هیجانی دشوار و چالش‌های وجودی، ملاحظه کرد.

در ارتباط با مقوله‌ی پدیدارشنودگی بدن در پژوهش حاضر مواردی مانند دردهای ناتوان‌کننده، ضربان قلب نامتعادل، ضعف جسمانی، دشواری تنفس، بدکارکردی جسمانی، مشکلات بینایی، گسترش آسیب، تداوم حضور بیماری و وختامت ناگهانی به دست آمد. این یافته همسو با نتایج مطالعاتی است که نشان می‌دهند بیماری‌های قلبی - عروقی با برخی تجارب ناخوشایند جسمانی مانند درد موضعی قفسه‌ی سینه (جردن و همکاران، ۲۰۲۳؛ هیر و همکاران، ۲۰۲۰)، درد مزمن بدنی (لیبود و همکاران، ۲۰۲۱) و دشواری تنفسی (بارنت، پریور، کادام و جردن، ۲۰۱۷) همراه هستند. در چنین شرایطی بدن فرد مبتلا برای انجام امور مختلف در کانون توجه فرد

بلکه به این نتیجه می‌رسد که بدن، او را در رسیدن به برخی خواسته‌های شخصی، شغلی و اجتماعی خود (مانند افزایش ساعات کاری، انجام برخی تفریحات هیجانی، انجام ورزش‌هایی مانند کوهنوردی، شنیدن مشکلات عاطفی افراد مهم زندگی، محدودیت در حضور در مراسم ترحیم و شراکت عاطفی با دیگران، فعالیت همزمان در چند حوزه‌ی مختلف به دلیل ضعف جسمانی ...) همراهی نمی‌کند.

افزون بر این مقوله‌ی تداخل ارتباطی زمانی رخ می‌دهد که افراد مبتلا به بیماری‌های قلبی - عروقی احساس می‌کنند بیماری‌شان می‌تواند زندگی افراد نزدیک به آن‌ها را نیز دچار دگرگونی کند. در واقع حساسیت شرایط جسمانی افراد مبتلا زمینه‌ساز انتقال عواطف منفی به اطرافیان نیز می‌شود و می‌تواند آن‌ها را نگران وضعیت کنونی و آینده‌ی فرد بیمار کند. به همین دلیل زمانی که اطرافیان به دنبال مراقبت از این افراد هستند، اختلال‌هایی در زندگی روزمره‌ی آن‌ها نیز ایجاد می‌شود. برای مثال هنگام رسیدگی به امور بیمار مانند حضور فیزیکی و یا ارائه‌ی کمک‌های مالی به او، ممکن است خودِ شخصِ مراقب نیز در زمینه‌ی شغلی و شخصی و اجتماعی خود دچار محدودیت شود. در چنین شرایطی بخصوص اگر بیمار منبع تأمین مالی مناسبی برای زندگی و پیگیری امور درمانی خود نداشته باشد، احساس سربار بودن می‌کند و خود را باری بر دوش اطرافیان می‌بیند و دچار نوعی زودرنجی و تحریک‌پذیری می‌شود. همچنین در چنین شرایطی افراد مبتلا بیش از پیش نگران آینده‌ای هستند که خود حضور نداشته باشند و نتوانند از اطرافیان و فرزندان خود مراقبت کنند و به همین دلیل نیز عواطف ناخوشایند آن‌ها می‌تواند به اطرافیان نیز منتقل شود. در واقع آن‌ها نگران هستند که بعد از آن‌ها، افراد مهم زندگی‌شان چگونه خواهند بود. این در حالی است که گاهی نگرانی‌ها و همچنین علائم بیماری این افراد توسط اطرافیان درک نمی‌شود و فرد احساس می‌کند به منظور اجتناب از قضاوت‌های ناخوشایند اطرافیان (برای مثال اغراق بیمار در اهمیت بیماری به منظور اجتناب از وظایف خود، افراط در میزان استراحت، عدم مهم دانستن بیماری و درمان آن و...)، فرد مبتلا سعی می‌کند با وجود داشتن علائم، آن‌ها را ابراز نکند. در واقع دچار نوعی تناقض درونی - بیرونی می‌شود، به گونه‌ای که در عین حال که از نظر جسمانی شرایط مناسبی ندارد، اما تلاش می‌کند در ارتباط با دیگران خود را در شرایط عادی نشان دهد. از آنجایی که چنین مواردی گاهی در ارتباط با افراد مهم زندگی

قرار می‌گیرد و می‌توان گفت بدن او بیش از پیش، پدیدار و آشکار می‌شود. در واقع شرایط جدیدی در زندگی فرد بیمار خلق می‌شود که طی آن حتی انجام کارهای ساده مانند امور منزل نیز دشوار به نظر می‌آیند و بدن همانند مانعی بر سر راه فرد قرار می‌گیرد. به گونه‌ای که حتی اگر فرد تمایل به انجام کاری مانند بلند کردن جسم سنگین و یا تفریحات هیجانی داشته باشد، بدن او همراه با ضعف جسمانی، مشکلات تنفسی و یا دردهای شدید که امکان وخامت ناگهانی علائم را افزایش می‌دهند، پدیدار می‌شود. در واقع اطمینان قطعی فرد به تمامیت بدن خود از بین می‌رود و فرد مبتلا احساس می‌کند بدن او همانند سابق او را برای رسیدن به خواسته‌های خود همراهی نمی‌کند. در این میان برخی نیز نگاه مشفقانه‌تری به بدن خود اتخاذ می‌کنند و بیش از گذشته از هرگونه فعالیت آسیب‌زا اجتناب می‌کنند. بدین ترتیب می‌توان گفت پس از ابتلا به بیماری‌های قلبی - عروقی، بدن فرد مبتلا در کانون توجه و تجربه‌های زندگی روزمره قرار می‌گیرد.

در ارتباط با مقوله‌ی مانع‌عاملیت نیز لازم به توضیح است که پس از پدیدارشدگی بدن، فرد مبتلا احساس می‌کند میزان عاملیت و توانایی او در شروع و پیگیری فعالیت‌ها در حیطه‌های مختلف شخصی و اجتماعی دچار ضعف می‌شود. در همین راستا نتایج پژوهش یورگنسن و همکاران (۲۰۲۲) نیز نشان می‌دهد افراد مبتلا به بیماری‌های قلبی - عروقی برای بازگشت به شغل خود دچار مشکل می‌شوند که این امر نشان از ضعف عاملیت شغلی در آن‌ها است. همچنین نتایج نشان می‌دهند این دسته از بیماری‌ها علاوه بر افزایش خطر مرگ و میر، با میران بالایی از ناتوانی همراه هستند (پریرا و پریرا، ۲۰۲۰؛ وودوارد، ۲۰۱۹). ناتوانی باعث ایجاد شرایط مداومی می‌شود که طی آن عملکرد عادی بدن مختل می‌شود و در نتیجه فعالیت‌های شخصی و اجتماعی فرد را محدود می‌کند (لی و همکاران، ۲۰۲۳). فرد در چنین حالتی فرد احساس می‌کند بیماری قلبی - عروقی اختیار مدیریت زندگی را از شخص گرفته و حال، این بدن بیمار است که صرف‌نظر از علاقه‌ی فرد، او را به انجام برخی امور مانند تغییر رژیم غذایی و یا مصرف دارو وادار می‌کند و یا بالعکس از انجام برخی فعالیت‌ها مانند بازی‌های هیجان‌انگیز و یا ورزش‌های سنگین باز می‌دارد. بدین ترتیب به نظر می‌رسد بدن به اندازه گذشته تحت کنترل و اختیار فرد نیست، بلکه این علائق و خواسته‌های فرد هستند که تحت کنترل و تأثیر بدن بیمار قرار می‌گیرند. در واقع فرد دچار بی‌علاقگی به اهداف و تمایلات خود نمی‌شود

می‌دانند و بر این باور هستند که آنها دیگر مانند دیگران نیستند و با محدودیت‌های جدیدی رو به رو شده‌اند. لازم به ذکر است این تمایز یافتگی منفی صرفاً در ارتباط با افراد غیر مبتلا نیست، بلکه فرد به دلیل سایر دگرگونی‌های بیماری‌خاست مانند مانع عاملیت نیز خود را به صورت منفی از گذشته‌ی خود متمایز می‌داند که طی آن به دلایل مختلفی همچون افزایش احساس خستگی (استونین و همکاران، ۲۰۲۱؛ هیرش، استفانز و کرین، ۲۰۲۱)، آسیب به سایر اندام‌ها مانند چشم و کلیه (منسا، ۲۰۱۶) و یا کبد (ناکاشیما و همکاران، ۲۰۲۳)، نمی‌تواند همچون قبل از ابتلا به برخی فعالیت‌های شخصی، شغلی و اجتماعی خود بپردازد و حتی برخی امور ساده مانند استفاده از پله را نیز نمی‌تواند مانند گذشته انجام دهد. چنین شرایطی میتواند موجب ایجاد برخی چالش‌های وجودی در این بیماران شود (هارتمن، ۲۰۲۰؛ کاسولر، نیمیجر، لگت و ویس، ۲۰۲۲) که می‌تواند باعث گسترش احساس متفاوت بودن و تمایز یافتگی می‌شود. بدین ترتیب بیماری قلبی - عروقی خود را نوعی تلنگر و راهنمای زندگی می‌داند که فرد را آگاه می‌کند مسیر طی شده نادرست بوده و فرد، ارزشمندی زندگی را نادیده گرفته است و لازم است با نگاهی مشفقانه به خود، بیش از پیش از خود در برابر سبک زندگی نادرست و همچنین هیجان‌های ناخوشایند محافظت کند.

در انتها می‌توان گفت هم‌خوانی یافته‌های حاضر با یافته‌های پژوهشی پیشین درباره تجربه‌ی افراد از بیماری‌های قلبی - عروقی، نشان‌دهنده‌ی دقت و صحت یافته‌هاست که قابلیت اطمینان و تعمیم آن را افزایش می‌دهد. لازم به ذکر است هرچند سعی شد تا حد ممکن تنوع تجربه‌ی بیماری مورد کاوش قرار بگیرد، اما پژوهش حاضر فقط بر روی افرادی انجام شد که داوطلبانه برای انجام مطالعه اعلام تمایل کرده بودند، بنابراین پیشنهاد می‌شود یافته‌ها با احتیاط تفسیر و استفاده شوند. همچنین در پژوهش حاضر سعی شد انواع مختلفی از بیماری‌های قلبی - عروقی، از فشارخون تا افرادی که دچار حمله‌های قلبی شده بودند و مورد عمل‌های جراحی قرار گرفته بودند، وارد جریان پژوهش و مصاحبه شوند تا درک مطلوب و جامعی از تجربه‌ی بیماری این افراد حاصل شود. اما با این حال یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر این بود که نوع بیماری‌های قلبی - عروقی که با آن‌ها مصاحبه انجام شد، محدود به چند نوع از این دسته از بیماری‌ها بودند و امکان مصاحبه با سایر انواع آن فراهم نشد که پیشنهاد می‌شود در پژوهش

شخص رخ می‌دهد، ابتلای به بیماری‌های قلبی - عروقی می‌تواند بر کیفیت ارتباطی افراد نیز به صورت منفی تأثیرگذار باشد. بنابراین بیماری‌های قلبی - عروقی به خصوص در موارد تجربه‌ی شدیدتر علائم، مانند زمانی که از عدم تعادل فشارخون صرف فراتر رفته باشد، و عضله‌ی قلب را درگیر و فرد را وادار به عمل جراحی کرده باشد، به صورت تهدیدی برای احساس تعلق، می‌تواند روابط متقابل و بین‌فردی شخص را دچار دگرگونی کند.

در ادامه لازم به ذکر است که جنبه‌های مختلف دگرگونی‌های رخ داده ناشی از ابتلای به بیماری‌های قلبی - عروقی، طیفی از هیجان‌های دشوار و ناخوشایند (مانند ترس، خشم، نگرانی مزمن و احساس حسرت) را به همراه دارند. تجربه‌ی هیجان‌های دشوار در بین این افراد را می‌توان در نتایج برخی محققان مانند لیزاراگا، مارتین، دل‌کورال و رازکوبین (۲۰۲۲)، یانگ و همکاران (۲۰۲۲) و ژن و همکاران (۲۰۲۲) نیز مشاهده کرد. در پژوهش حاضر هیجان ترس بیشتر از هیجان‌های دیگر گزارش شد که به طور عمده در در هنگام بروز علائم بیماری مانند درد، مشکل تنفسی، ضربان قلب نامتعادل و همچنین در شرایط استرس‌زایی که بتواند ثبات و سلامتی فرد را مختل کند، تجربه می‌شود. این تجارب هیجانی دشوار علاوه بر اینکه می‌تواند نتیجه‌ی سایر دگرگونی‌های ایجاد شده توسط بیماری در زندگی فرد باشند، همچنین می‌تواند باعث تشدید تجربه‌ی فرد از سایر ابعاد دگرگونی نیز باشند و واکنش‌های او را افزایش دهند. برای مثال این تجارب هیجانی می‌تواند باعث تشدید پدیدارشنودگی بدن، افزایش ادراک فقدان عاملیت، انتقال هیجان‌های دشوار به اطرافیان و همچنین تمایز یافتگی منفی در فرد مبتلا شوند.

در انتها نیز تمام موارد ذکر شده، فرد را با چالش‌هایی اساسی در زمینه‌ی وجودی مواجه می‌سازند و او را به نوعی بازنگری در زمینه‌ی اهمیت و ارزشمندی زندگی و سلامتی هدایت می‌کنند. فرد مبتلا در اغلب مواقع بر این باور است که قبل از ابتلا به بیماری‌های قلبی - عروقی، به خوبی ارزش زندگی و سلامتی را درک نکرده و با غفلت از خود و پرداختن به امور مخرب (مانند سرمایه‌گذاری مالی پر استرس، نادیده گرفتن خود برای کسب رضایت دیگران، تلاش برای بهترین بودن و گرایش‌های کمالگرایانه و...)، زمینه را برای ابتلای خود به بیماری فراهم کرده است. بدین ترتیب اگر چه هر فرد خود را متمایز از دیگران می‌داند، اما این افراد ابتلای به بیماری‌های قلبی - عروقی را عاملی برای تمایز منفی از اشخاص غیر مبتلا

تأثیر می‌گذارند، آموزش‌هایی را برای متخصصان و همچنین خانواده افراد مبتلا تهیه کرد و از این طریق شرایط را برای تسهیل سازگاری بیماران فراهم آورد.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: مقاله حاضر مستخرج از رساله دکتری نویسنده‌ی اول در رشته روانشناسی سلامت در دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه خوارزمی است. در پژوهش حاضر به منظور اطمینان از حفظ حقوق انسانی افراد شرکت‌کننده، ملاحظات اخلاقی شامل حق مشارکت آگاهانه همراه با رضایت در پژوهش، حق خروج از مطالعه و یا توقف مصاحبه در صورت درخواست فرد مصاحبه‌شونده، حق انتخاب فرد شرکت‌کننده در مورد کم و کیف پاسخ‌دهی به سؤال‌ها، محرمانه ماندن اطلاعات، اختصاص زمانی برای دریافت بازخورد و همچنین ارائه‌ی خدمات مشاوره‌ای پس از پایان جلسه‌ی مصاحبه در صورت درخواست و یا نیاز مصاحبه‌شونده نیز مورد توجه قرار گرفتند.

حامی مالی: این پژوهش در قالب رساله دکتری و بدون حمایت مالی است.

نقش هر یک از نویسندگان: این مقاله از رساله دکتری نویسنده اول و به راهنمایی نویسنده دوم و مشاوره نویسنده‌های سوم و چهارم استخراج شده است.

تضاد منافع: نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافی در ارتباط با پژوهش حاضر ندارند.

تشکر و قدردانی: از تمام افراد به ویژه شرکت‌کنندگان گرامی که با همکاری خود انجام این پژوهش را میسر ساختند، صمیمانه قدردانی می‌شود.

های بعدی به این مورد توجه شود. از جمله محدودیت دیگر این بود که هرچند تلاش شد اطلاعات مرتبط با شدت بیماری هر یک از مصاحبه‌شوندگان ثبت شود، اما عدم وجود سیستم‌های مرحله‌بندی برای تعیین درجه و شدت بیماری‌های قلبی - عروقی، این تلاش را با محدودیت مواجه کرد. محدودیت بعدی نیز مرتبط با ماهیت کیفی پژوهش است که تعمیم دادن یافته‌ها را با محدودیت مواجه می‌کند و به همین دلیل مقوله مرکزی استخراج شده نیاز به آزمون شدن در سطح کمی نیز دارد. بنابراین به منظور افزایش قابلیت اطمینان، تعمیم‌پذیری و کاربردی شدن یافته‌های پژوهش حاضر، می‌توان در مطالعات بعدی از روش‌های کمی برای آزمون کردن این یافته‌ها استفاده شود. در نهایت پیشنهاد می‌شود به منظور بسط مفهوم مرکزی بدست آمده، پژوهش‌های مشابهی در سایر نمونه‌های بیماران قلبی - عروقی از نظر شدت و نوع بیماری انجام شود تا ضمن اصلاح مدل، زمینه‌ای برای افزایش دقت و قابلیت تعمیم‌پذیری یافته‌ها نیز فراهم شود. همچنین پیشنهاد می‌شود در ارزیابی میزان و چگونگی تأثیرگذاری بیماری بر افراد مبتلا به بیماری‌های قلبی - عروقی، از مؤلفه‌های بدست آمده در پژوهش حاضر استفاده شود تا مشخص شود بیمار در کدام یک از مقوله‌های "دگرگونی‌های بیماری‌خاست" دچار مشکلات جدی‌تری است. در نتیجه این امر می‌تواند متخصصان را در طراحی و اجرای مداخلات متناسب با همان مقوله یاری کند. بر اساس یافته‌های حاصل شده در پژوهش حاضر می‌توان برنامه آموزشی برای مراکز خدمات درمانی مرتبط با بیماران قلبی - عروقی فراهم آورد و در مورد نحوه‌ای که این دسته از بیماری‌ها علاوه بر ابعاد جسمانی، بر سایر ابعاد روانشناختی، اجتماعی و وجودی افراد مبتلا

پژوهش‌های انسانی و مطالعات فرهنگی
رتال جامع علوم انسانی

منابع

References

احمدی هاشمیه، جبل عاملی شیدا، مقیمیان مریم، سیدحسینی طرزجانی مصطفی. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت (CFT) و روان درمانی بین فردی (IPT) بر بهزیستی ذهنی زنان مبتلا به بیماری عروق کرونر. *مجله علوم روانشناختی*، ۲۱ (۱۱۸): ۱۲۷۰-۱۲۶۵.

<https://20.1001.1.17357462.1401.21.114.10.8>

اکبری، بهمن؛ علی پور، گیتا و حسین زاده، زهرانیلوفر. (۱۳۹۸). مقایسه ابعاد کمالگرایی، نظم جویی هیجانی و خودآگاهی در افراد مبتلا به بیماری قلب و عروق و سالم. *رویش روانشناسی*، ۸ (۸): ۲۵-۳۲.

<http://frooyesh.ir/article-1-1414-fa.html>

پورنقاش تهرانی سید سعید و عزیز سمیه. (۱۴۰۱). بررسی اثربخشی درمان شمارش پیش رونده بر نشانه های هیجانی بیماران جراحی بای پس عروق کرونر. *مجله علوم روانشناختی*، ۲۱ (۱۱۳): ۹۳۸-۹۲۳.

<http://psychologicalscience.ir/article-1-1527-fa.html>

تهدمتن، علی؛ کلهرنیا گلکار، مریم و حاجی علیزاده، کبری. (۱۴۰۰). بررسی مدل ساختاری رابطه بین تنظیم شناختی هیجان و سبک های دفاعی با کیفیت زندگی و با میانجیگری ناگویی هیجانی در بیماران مبتلا به فشارخون بالا. *مجله علوم روانشناختی*، ۲۰ (۱۰۸): ۲۳۰۶-۲۲۸۵.

<http://psychologicalscience.ir/article-1-1122-fa.html>

عباسی، محمد؛ گائینی، مینا و اسکندری، نرگس. (۱۳۹۶). تجربه زیسته انتظار بیماران برای پیوند عروق کرونری: یک مطالعه پدید شناسی هرمنوتیک. *مجله دانشگاه علوم پزشکی قم*، ۱۱ (۴): ۵۲-۶۰.

<http://journal.muq.ac.ir/article-1-1210-fa.html>

ملک پور، زهرا؛ نصراللهی، بیتا و دارندگان، کیوان. (۱۳۹۶). رابطه اضطراب و افسردگی با بیماری های قلبی عروقی بعد از عمل جراحی قلب. *نشریه جراحی ایران*، ۲۵ (۲): ۵۴-۶۱.

<https://www.sid.ir/paper/112987/fa>

مولوی، زهرا؛ قهرمانیان، اکرم؛ بخشیان، عاطفه؛ اصغری جعفرآبادی، محمد؛ ستارزاده، نیلوفر؛ قاسم پور، مصطفی و غفارری، صمد. (۱۳۹۹). عملکرد جنسی در بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونری مراجعه کننده به کلینیک قلب بیمارستان شهید مدنی تبریز. *مجله پرستاری و مامایی*، ۱۸ (۲): ۹۶۵-۹۷۶.

<http://unmf.umsu.ac.ir/article-1-4244-fa.html>

ناصری، نیره و معینی، مهین. (۱۳۹۵). تجربیات زیسته زنان مبتلا به بیماری های عروق کرونری از علائم خود: یک مطالعه پدیدارشناسی. *مجله سلامت و مراقبت*، ۱۸ (۴): ۳۲۷-۳۳۵.

<http://hcjournal.arums.ac.ir/article-1-641-fa.html>

Abbasi, M., Gaeni, M., & Eskandari, N. (2017). The Lived Experiences of Patients Waiting for Coronary Artery Bypass Grafting: A Hermeneutic Phenomenological Study. *qom university of medical sciences journal*. 11 (4):52-60. [Persian]. URL: <http://journal.muq.ac.ir/article-1-1210-fa.html>

Acquah, I., Hagan, K., Javed, Z., Taha, M., Elizondo, J., Nwana, N., & et al. (2023). Social Determinants of Cardiovascular Risk, Subclinical Cardiovascular Disease, and Cardiovascular Events. *Journal of the American Heart Association*. 12 (6). e025581. <https://doi.org/10.1161/JAHA.122.025581>

Ahmadi, H., Jabalameli, S., Moghimian, M., & Seyed Hossieni Tezerjani, M. (2022). Comparison of the efficacy of compassion-focused therapy and interpersonal psychotherapy on subjective well-being in women with coronary artery disease. *Journal of Psychological Science*. 21 (114), 1265-1270. [Persian]. doi:10.52547/JPS.21.114.1265 URL: <http://psychologicalscience.ir/article-1-1588-fa.html>

Akbari, B., Alipour, G., & Hosseinzadeh Farsei, Z. (2019). Comparison of dimensions of perfectionism, emotional regulation, and self-awareness in people with cardiovascular disease and healthy people. *Rooyesh*. 8 (8):25-32. [Persian]. URL: <http://frooyesh.ir/article-1-1414-fa.html>

Barnett, L.A., Prior, J.A., Kadam, U.T., & Jordan, K.P. (2017). Chest pain and shortness of breath in cardiovascular disease: a prospective cohort study in UK primary care. *BMJ Open*. 25;7(5): e015857. DOI:10.1136/bmjopen-2017-015857

Birt, L., Scott, S., Cavers, D., Campbell, CH., & Walter, F. (2016). Member Checking: A Tool to Enhance Trustworthiness or Merely a Nod to Validation?. *Qualitative health research*. 26 (13). 1802-1811. DOI: 10.1177/1049732316654870

Candela, A.G. (2019). Exploring the Function of Member Checking. *The Qualitative Report*. 24 (3). 619-628. <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2019.3726>

Charmaz, K. (2000). *Experiencing chronic illness*. In G. L. Albrecht, R. Fitzpatrick, & S. C. Scrimshaw (Eds.), *The handbook of social studies in health and medicine* (p. 277-292). Sage Publications Ltd. <https://doi.org/10.4135/9781848608412.n18>

Creswell, J. W., & Poth, C. N. (2018). *Qualitative inquiry & research design: Choosing among five approaches* (4th ed.). Sage.

- <https://us.sagepub.com/en-us/nam/qualitative-inquiry-and-research-design/book246896>
- Creswell, J.W., & Creswell, J.D. (2019). *Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. Fifth Edition. London: SAGE Publications. https://www.ucg.ac.me/skladiste/blog_609332/objava_105202/fajlovi/Creswell.pdf
- Cusveller, B., Niemeijer, L., Leget, C., & Visse, M. (2022). Living with Cardiovascular Disease: Existential Meaning of Lifestyle Change. *Holistic Nursing Practice*. 36 (5): 295-303. DOI: [10.1097/HNP.0000000000000539](https://doi.org/10.1097/HNP.0000000000000539)
- Dahale, A. B., Menon, J., T., & Jaisooriya, T. S. (2017). A Narrative Review of the Relationship Between Coronary Heart Disease and Anxiety. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*. 11(3): 1-9. DOI: <https://doi.org/10.5812/ijpbs.7722>
- Dunn, P., Margaritis, V., & Anderson, C. (2017). Use of Grounded Theory in Cardiovascular Research. *The Qualitative Report*. 22 (1): 1-16. <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2017.2472>
- Forestier, B., Anthoine, E., Reguiat, Z., Fohrer, C., & Blanchin, M. (2019). A systematic review of dimensions evaluating patient experience in chronic illness. *Health and Quality of Life Outcomes*. 17 (19): 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12955-019-1084-2>
- Hartmann, L. (2020) *A matter of the heart: do cardiac patients experience existential anxiety perioperatively?*. An Investigative Study of Patients' and Professionals' Perspective. (s1577212). <https://purl.utwente.nl/essays/82893>
- Heer, E.V., Palacios, J.E., Ader, H., Marwijk, H., Tylee, A., & Feltz, C. (2020). Chest pain, depression and anxiety in coronary heart disease: Consequence or cause? A prospective clinical study in primary care. *Journal of Psychosomatic Research*. 129: 1-21. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2019.109891>
- Hirsch, S., Stephens, A., & Crane, P. (2021). Fatigue, Depression, Cardiovascular Risk, and Self-Rated Health: Comparing a Community Sample of Adults to Those with a History of Myocardial Infarction. *Clinical Nursing Research*. 31 (2). <https://doi.org/10.1177/10547738211055570>
- Huffman, J., Adams, C., & Celano, CH. (2018). Collaborative Care and Related Interventions in Patients with Heart Disease: An Update and New Directions. *Psychosomatics*. 59(1): 1-18. DOI: [10.1016/j.psych.2017.09.003](https://doi.org/10.1016/j.psych.2017.09.003)
- Jordan, K., Rathod, T., Windt, D., Bailey, J., Chen, Y., Clarson, L., & et al. (2023). Determining cardiovascular risk in patients with unattributed chest pain in UK primary care: an electronic health record study. *European Journal of Preventive Cardiology*. zwad055, <https://doi.org/10.1093/eurjpc/zwad055>
- Jørgensen, S.M., Johnsen, N.F., Gerds, T.A., Brøndum, S., Maribo, T., Gunnar, g., & et al. (2022). Perceived return-to-work pressure following cardiovascular disease is associated with age, sex, and diagnosis: a nationwide combined survey- and register-based cohort study. *BMC Public Health* 22, 1059. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13494-1>
- Krumholtz, H. M., Bradley, E. H., & Curry, L. A. (2013). Promoting publication of rigorous qualitative research. *Circulation, Cardiovascular Quality and Outcomes*. 6: 133-134. <https://doi.org/10.1161/CIRCOUTCOMES.113.00186>
- Leibold, A., Eichler, E., Chung, S., Moons, PH., Kovacs, A. Luychx, K., & et al. (2021). Pain in adults with congenital heart disease - An international perspective. *International Journal of Cardiology Congenital Heart Disease*. 5: 100200. <https://doi.org/10.1016/j.ijcchd.2021.100200>
- Li, H., Wang, Y., Xue, Y., Li, Y., Wu, H., & Wu, J. (2023). Association of demographics, cardiovascular indicators and disability characteristics with 7-year coronary heart disease incident in persons with disabilities. *BMC Public Health*. 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-16297-0>
- Lizarraga, M., Martín, J., Del Corral, M., & Razquin, M. (2022). Experiencing the possibility of near death on a daily basis: A phenomenological study of patients with chronic heart failure. *Heart & Lung*. 51: 32-39. DOI: [10.1016/j.hrtlng.2021.08.006](https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2021.08.006)
- Malekpour, Z., Nasrollahi, B., & Darandegan, K. (2017). The Relationship between Anxiety and Depression with Cardiovascular Disease after Open Heart Surgery. *Iranian Journal of Surgery*. 25 (2). 54-61. [Persian]. <http://www.ijss.ir/components4.php?rQV=8BEMApDdyFGdz9IZ8BkM0AkOkEduVmchB3XmxHQ2MTNApDZJ1WZ0l2XmxHQyATNApDZJ52bpR3Yh9IZ>
- Mensah, G.A. (2016). Hypertension and Target Organ Damage: Don't Believe Everything You Think. *Ethnicity and disease*. 26(3): 275-278. PMID: PMC4948792. doi: [10.18865/ed.26.3.275](https://doi.org/10.18865/ed.26.3.275)
- Molavi, Z., Ghahramanian, A., Allahbakhshian, A., Asghari jafar abadi, M., Sattarzadeh, N., & Ghafari, S. (2021). SEXUAL FUNCTION IN Patients

- Referred with coronary artery disease at the shahid madani hospital's cardiac clinic. *Nursing and Midwifery Journal*. 18 (12):965-976. [Persian]. URL: <http://unmf.umsu.ac.ir/article-1-4244-fa.html>
- Nakashima, M., Nakamura, K., Nishihara, T., Ichikawa, K., Nakayama, R., Takaya, Y., & et al. (2023). Association between Cardiovascular Disease and Liver Disease, from a Clinically Pragmatic Perspective as a Cardiologist. *Nutrients*. 15, 748. DOI: [10.3390/nu15030748](https://doi.org/10.3390/nu15030748)
- Naseri, N., & Moeeni, M. (2017). The Lived Experiences of Symptoms in Women with Coronary Heart Disease: A Phenomenology Study. *JOURNAL OF HEALTH AND CARE*. 18 (4):326-335. [Persian]. URL: <http://hcjournal.arums.ac.ir/article-1-641-fa.html>
- Ononeze, V., Murphy, A. W., MacFarlane, A., Byrne, M., & Bradley, C. (2008). Expanding the value of qualitative theories of illness experience in clinical practice: a grounded theory of secondary heart disease prevention. *Health Education Research*. 24 (3): 357-368. <https://doi.org/10.1093/her/cyn028>
- Pereira, E., & Pereira, H. (2020). Socioeconomic impact of cardiovascular disease. *The Portuguese Journal of Cardiology*. 39 (5): 253-254. DOI: [10.1016/j.repce.2020.10.006](https://doi.org/10.1016/j.repce.2020.10.006)
- Pournaghsh Tehrani, S., & Azizi, S. (2022). The efficacy of progressive counting method on emotional symptoms in patients with coronary artery bypass surgery. *Journal of Psychological Science*. 21 (113), 923-938. [Persian]. doi:[10.52547/JPS.21.113.923](https://doi.org/10.52547/JPS.21.113.923) URL: <http://psychologicalscience.ir/article-1-1527-fa.html>
- Reddy, K.S. (2002). Cardiovascular diseases in the developing countries: dimensions, determinants, dynamics and directions for public health action. *Public Health Nutrition*. 5(1):231-237. DOI: [10.1079/phn2001298](https://doi.org/10.1079/phn2001298)
- Robin, M, W., & Calore, M. (2019). MicroRNAs in Cardiac Diseases. *Cells*.; 8(7): 737. doi: [10.3390/cells8070737](https://doi.org/10.3390/cells8070737)
- Shahabi, A., Ehteshamzadeh, P., Asgari, P., & Makvandi, B. (2020). Comparison of the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Guided Imagery on the Resilience of Cardiac Disease Patients Referring to the Heart Rehabilitation Department. *Quarterly of The Horizon of Medical Sciences*. 26 (3): 276-297. doi: [10.32598/hms.26.3.3184.1](https://doi.org/10.32598/hms.26.3.3184.1)
- Smith, CH. (2009). *Engaging People with Lived Experience for Better Health Outcomes: Collaboration with Mental Health and Addiction Service Users in Research, Policy, and Treatment*. Prepared for the Minister's Advisory Group (MAG) (Consumer Involvement Subgroup). https://www.researchgate.net/publication/260589695_Engaging_People_with_Lived_Experience_for_Better_Health_Outcomes_Collaboration_with_Mental_Health_and_Addiction_Service_Users_in_Research_Policy_and_Treatment
- Smith, J., Larkin, A., & Flowers, P. (2021). *Interpretative Phenomenological Analysis: Theory, Method and Research*. SAGE Publications Ltd, 2021 100 p. ISBN: 9781529780796- Permalink: <http://digital.casalini.it/9781529780796> - Casalini id: 5282221
- Spradley, P. (2016). *The Ethnographic Interview*. USA: Waveland Press, Inc. <https://www.waveland.com/browse.php?t=688>
- Stonciene, J., Hughes, BM., Burkauskas, J., Bunevicius, A., Kazukauskienė, N., & Van Houtum, L. (2021). Fatigue Is Associated with Diminished Cardiovascular Response to Anticipatory Stress in Patients With Coronary Artery Disease. *Frontiers in Physiology*. 12:692098. doi: [10.3389/fphys.2021.692098](https://doi.org/10.3389/fphys.2021.692098)
- Tahamtan, A., kalthornia Golkar, M., & Haj Alizadeh, K. (2021). Investigation the structural model of the relationship between cognitive emotion regulation and defensive lifestyles with quality of life mediated by Alexithymia in patients with hypertension. *Journal of Psychological Science*. 20 (108), 2285-2306. [Persian]. doi:[10.52547/JPS.20.108.2285](https://doi.org/10.52547/JPS.20.108.2285) URL: <http://psychologicalscience.ir/article-1-1122-fa.html>
- Thompson, B., Waterhouse, M., English, D., McLeod, D., Armstrong, B. & et al. (2023). Vitamin D supplementation and major cardiovascular events: D-Health randomised controlled trial. *BMJ* (1:e07523): <https://doi.org/10.1136/bmj-2023-075230>
- Willig, C. (2013). *Introducing Qualitative Research in Psychology*. 3th edition. Londen: Open University Press https://books.google.com/books?id=yDtFBgAAQBAJ&printsec=frontcover&source=gbs_ViewAPI#v=onepage&q&f=false
- Woodward, M. (2019). Cardiovascular Disease and the Female Disadvantage. *International journal of*

- environmental research and public health*. 16 (7):1-13. doi: [10.3390/ijerph16071165](https://doi.org/10.3390/ijerph16071165)
- World Heart Federation. (2019). *WHF joins Global Alliance on Heart Failure and Healthy Aging*. <https://www.world-heart-federation.org/news/whf-joins-global-alliance-on-heart-failure-and-healthy-aging/>
- World Heart Federation. (2023). *WORLD HEART REPORT 2023*. Confronting the world's number one killer. <https://world-heart-federation.org/wp-content/uploads/World-Heart-Report-2023.pdf>
- Yang, L., Wu, H., Jin, X., Zheng, P., Hu, S., Zu, X., & et al. (2020). Study of cardiovascular disease prediction model based on random forest in eastern China. *Scientific Reports*, 10: 5245. 1-8. <https://doi.org/10.1038/s41598-020-62133-5>
- Yang, X., Xie, W., Cai, Y., Tang, H., Tao, M., Shen, Z., & et al. (2022). Investigation of the Negative Emotions Exhibited in Patients with Coronary Heart Disease After PCI and Any Influencing Factors. *Psychology Research and Behavior Management*. 15 :3027-3037. DOI: [10.2147/PRBM.S379422](https://doi.org/10.2147/PRBM.S379422)
- Yin, R. K. (2009). *Case study research: Design and methods* (4th ed.). Thousand Oaks, CA: Sage. DOI: <https://doi.org/10.33524/cjar.v14i1.73>
- Zhen, J., Wang, J., Wang, Y.L., Jiao, J., Li, J., Du, X., & et al. (2022). Fear of recurrence in elderly patients with coronary heart disease: the current situation and influencing factors according to a questionnaire analysis. *BMC Cardiovascular Disorder*. 21;22(1):419. doi: [10.1186/s12872-022-02853-w](https://doi.org/10.1186/s12872-022-02853-w)
- Zuidersma, M., Thombs, B.D., & De Jonge, P. (2011). Onset and Recurrence of depression as predictors of cardiovascular prognosis in depressed acute coronary syndrome patients: A systematic review. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 80; 227-37. DOI: [10.1159/000322633](https://doi.org/10.1159/000322633)