

The Lived Experiences of Symptoms in Women with Coronary Heart Disease: A Phenomenology Study

Naseri N^{*1}, Moeeni M²

1. Nursing and Midwifery Sciences Development Research Center, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran; *. Department of Nursing, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran

2. Nursing and Midwifery Care Research Center, Nursing and Midwifery Faculty, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

* Corresponding author. Tel: +9831342292550, E-mail: naseri@nm.mui.ac.ir

Received: Sep 3, 2016 Accepted: Dec 7, 2016

ABSTRACT

Background & objectives: The diagnosis of coronary heart diseases in women have fewer health-related consequences compared to men; therefore, despite experiencing symptoms they tend to delay seeking help and treatment. Now there is a little information about the emotional aspects of symptoms in women with coronary artery disease. This study aimed to describe the symptoms experienced in women with coronary heart diseases.

Method: This study is a qualitative research which used descriptive phenomenological method. The participants in this study were 8 females with ischemic heart disease who were hospitalized in the cardiac care units and heart disease settings affiliated to Isfahan University of Medical Sciences. To gathering data, semi-structured in-depth interviews was used and the Colaizzi method was used to analyze the data. In order to achieve trustworthiness, the techniques of member checking and audit trial were used.

Results: The findings summarized in several concepts which finally categorized in two main concepts: 1. The continuation of suffering and relief, (2) resistance.

Conclusion: Continuing suffering and relief is the story of a major change in the life of the persons to the brink feel death forward. This naturally has a negative impact on the patient's psychological conditions. The patient after experiencing the first symptoms of a heart attack, the denial and neglect of these symptoms does. Thus, mental distance from the incident and subsequent problems is considered as a form of resistance. Consequently, in such circumstances, the patient's knowledge about the nature of the disease and ensuring the availability of health care resources can be very helpful in relieving physical and mental condition of patients.

Keywords: Coronary Heart Disease, Lived Experiences, Phenomenology, Women.

تجربیات زیسته زنان مبتلا به بیماری‌های عروق کرونری از علائم خود: یک مطالعه پدیدارشناسی

نیره ناصری^{۱*}، مهین معینی^۲

۱. مرکز تحقیقات توسعه علوم پرستاری و مامایی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران؛ گروه پرستاری، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران

۲. مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
* نویسنده مسئول. تلفن: ۰۳۱۳۴۲۲۹۲۵۵۰ ایمیل: naseri@nm.mui.ac.ir

چکیده

زمینه و هدف: تشخیص بیماری‌های عروق کرونری در زنان در مقایسه با مردان، پیامدهای مرتبط با سلامتی کمتری را به همراه دارد، چرا که زنان علی‌رغم تجربه نمودن علایم بیماری، بیشتر تمایل دارند پیگیری درمانی را به تأخیر بیندازند. در این راستا اطلاعات اندکی درباره جنبه‌های عاطفی و احساسی علایم زنان مبتلا به بیماری‌های عروق وجود دارد؛ لذا پژوهشی با هدف توصیف علایم تجربه شده در زنان مبتلا به بیماری‌های عروق کرونری انجام گردید.

روش: این مطالعه به روش کیفی با رویکرد پدیدارشناسی توصیفی در سال‌های ۱۳۹۱ الی ۱۳۹۲ انجام گرفت. مشارکت‌کنندگان، ۸ بیمار زن مبتلا به بیماری‌های عروق کرونری بوده که به صورت مبتنی بر هدف از بیماران بستری در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی اصفهان انتخاب گردیدند. جهت گردآوری اطلاعات از مصاحبه عمیق و نیمه‌ساختاریافته استفاده شده و نهایتاً از روش کلایزی جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها بهره گرفته شد. به منظور دستیابی به موثق بودن داده‌ها، از معیارهای بازنگری ناظرین و مشارکت‌کنندگان در پژوهش استفاده شد.

یافته‌ها: از مجموع ۷۶ کد اولیه استخراج شده، ۱۴ زیر مفهوم استخراج شد که با توجه به هدف اصلی تحقیق، دو مفهوم اصلی: ۱- تداوم رنج و رهایی، و ۲- مقاومت پدید آمد.

نتیجه‌گیری: تداوم رنج و رهایی در بیمار مبتلا به بیماری عروق کرونری ناپایداری شرایط قلبی وی را با مشکلات عدیده روانی مواجه خواهد کرد که در این میان بیمار به نوعی مقاومت در برابر وقوع علایم پناه برده تا از این طریق فاصله ذهنی خود را از وقوع حادثه و مشکلات متعاقب آن حفظ نماید. ارتقاء دانش بیمار درباره ماهیت بیماری و اطمینان بخشی پیرامون در دسترس بودن منابع مراقبتی توسط پرستاران می‌تواند در تسکین شرایط جسمی و روانی بیماران بسیار مفید باشد.

واژه‌های کلیدی: بیماری‌های عروق کرونری، تجارب زیسته، پدیدارشناسی، زنان

دریافت: ۹۵/۶/۱۳ پذیرش: ۹۵/۹/۱۷

مقدمه

علی‌رغم پیشرفت در بهداشت و سلامتی زنان بعنوان حوزه مهمی از دانش و عملکرد بالینی، هنوز آگاهی کمی در مورد بسیاری از جوانب مربوط به سلامتی آنها وجود دارد. بیماری‌های عروق کرونری، مثالی از این مقوله است (۱). این بیماری‌ها بعنوان مهمترین

اختلال قلبی-عروقی، علت عمده مرگ و میر در زنان بالغ و ایجاد ناتوانی در زنان سالمند می‌باشند؛ لذا از جمله بیماری‌های تهدیدکننده حیات در زنان محسوب شده که با آنژین صدری، انفارکتوس میوکارد و یا مرگ ناگهانی تظاهر می‌یابند (۲،۳). انفارکتوس میوکارد، یک مشکل خاص سلامتی برای

زنان است که این مسأله حداقل از زمان انتشار مطالعه فرامینگهام^۱ مشخص گردیده است؛ بدین ترتیب که یافته‌های این مطالعه نشان داد که ۴۰ درصد زنان در عرض ۵ سال پس از ابتلا به انفارکتوس میوکارد، یک انفارکتوس دیگر را تجربه می‌کنند، درحالی که تنها ۱۳ درصد از مردان در عرض ۵ سال پس از ابتلا به انفارکتوس میوکارد، دچار MI مجدد می‌شوند. همچنین یافته‌های مطالعات اخیر نیز نشان می‌دهد که با وجودی که از بین مبتلایان به انفارکتوس میوکارد، ۶۸ درصد مرد و ۳۲ درصد زن بودند، ولی میزان بروز انفارکتوس میوکارد حاد در زنان در مقایسه با مردان، حدود ۱۰ سال زودتر بوده (۴) و زنان نسبت به مردان بطور قابل ملاحظه ای انفارکتوس میوکارد منتهی به مرگ بیشتری را در بیمارستان یا پس از ترخیص تجربه می‌کنند (۱). ارزیابی زنان با علائم پیشنهاددهنده بیماری عروق کرونر نشان می‌دهد که زنان علی‌رغم ابتلا کمتر به بیماری عروق کرونر، آنژین بیشتری را گزارش کرده‌اند. در یک متاآنالیز از ۷۴ گزارش تحقیقاتی، شیوع آنژین در زنان کمتر از ۶۵ سال در مقایسه با مردان، ۱۱ تا ۲۷ درصد بیشتر بود. بعلاوه بیش از نیمی از زنان علامتدار بدون انسداد، دچار علائم و نشانه‌های ایسکمی قلب شده و تحت بستری و انجام آنژیوگرافی کرونری مکرر قرار گرفتند که اغلب به علت تردید در تشخیص و درمان دقیق بیماری بوده و صرف منابع مراقبتی درمانی عمده ای را بدنبال داشته است. همچنین یافته‌ها، میزان مرگ و میر بالا در زنان با درد قفسه سینه، بدون انسداد را نشان می‌دهد که بیانگر پیش‌آگهی پایین‌تر این بیماری‌ها در زنان می‌باشد (۴)، لذا بررسی‌های تخصصی برای درک این تعارض باید صورت بگیرد که درحالیکه زنان بیماری عروق کرونر انسدادی و انفارکتوس میوکارد شدید کمتری دارند ولی هنوز پیامدهای بالینی آنها در مقایسه با مردان بدتر است

^۱ Framingham

(۵). بیمارانی که از بیماری‌های عروق کرونری رنج می‌برند، عموماً در بخش‌های ویژه قلب بستری می‌شوند که غالباً بر جنبه‌های پزشکی مراقبت آنها نظیر فیزیوتراپی، فارماکولوژی و پاسخ‌های بیولوژیک به درمان‌های طبی تأکید شده و لذا توجه اندکی به جنبه‌های عاطفی مربوط به علائم آنها مبذول می‌گردد (۶). در این راستا نتایج برخی مطالعات نشان می‌دهد که علائم برخی زنان مبتلا به بیماری عروق کرونر دریافت کننده مراقبت در بخش‌های قلب، توسط کارکنان بهداشتی- درمانی بطور جدی مورد توجه قرار نگرفته و البته زنان مبتلا به این بیماری‌ها نیز اطلاعات کافی درباره علائم بیماری قلبی عروقیشان قبل از ترخیص ندارند (۷)، این در حالی است که انفارکتوس میوکارد و آنژین صدری حاد علائم قابل ملاحظه‌ای را برای بیماران بویژه زنان به همراه دارد. (۸). نکته قابل توجه دیگر این است که علائم بیماری عروق کرونر نظیر درد قفسه سینه آتیپیک و علائم معادل آنژین نظیر تنگی نفس، ضعف، خستگی، سوءهاضمه و... بطور معمول در زنان بیشتر از مردان ملاحظه می‌شود (۹). در این راستا یافته‌های محققین در زمینه تصمیم‌گیری پرستاران تریاژ قلبی در مراقبت و درمان زنان مبتلا به بیماری عروق کرونر، نشان می‌دهد که پرستاران همیشه علائم قلبی زنان را تشخیص نداده و عملکرد آنها مبتنی بر راهکارهای مبتنی بر شواهد نیست. این اشتباه به کرات در شناسایی علائم تجربه شده در زنان مبتلا به بیماری عروق کرونر توسط پرستاران صورت می‌گیرد که علی‌رغم داشتن درد قفسه سینه، علائم بیمار نادیده گرفته می‌شود (۱۰).

در این راستا اطلاعات اندکی درباره جنبه‌های عاطفی و احساسی علائم زنان مبتلا به بیماری‌های عروق کرونری وجود دارد که البته چنین اطلاعاتی بیشتر از طریق توصیف ماهیت تجربیات فردی بیماران در تحقیقات کیفی میسر خواهد شد؛ در این راستا پرستاران بعنوان بخشی از سیستم بهداشتی- درمانی،

شد. سپس در یک محیط خلوت و امن، پس از معارفه دوستانه و جلب اعتماد مشارکت کننده، اقدام به پیشبرد مصاحبه‌ها با ارایه سؤالاتی نظیر «مشکل قلبی شما چطور اتفاق افتاد؟»، «حادثه قلبی برای شما به چه چیز شبیه است؟» و «شما قبل و بعد از حادثه قلبی چه تفاوتی را حس کردید؟» گردید. هر مصاحبه بطور متوسط ۳۰ تا ۶۰ دقیقه بطول انجامید. سپس مصاحبه‌های ضبط شده روی کاست، چندین بار شنیده شده و پس از غرق شدن در عبارات و اظهارات شرکت کنندگان، بیانات آنها به دقت بطور کتبی برگردانده شد. سپس با استفاده از روش کلایزی^۱ به تجزیه و تحلیل اطلاعات پرداخته و پس از شکل دادن به مفاهیم سازماندهی شده، اقدام به انجام مصاحبه بعدی نموده و برای هر مصاحبه مراحل فوق تکرار گردید.

تحلیل داده‌های مطالعه با استفاده از روش کلایزی به شرح زیر انجام شد: در مرحله اول، مطالب اصلی هر مصاحبه استخراج شده و بهمان صورت و به زبان شرکت کنندگان نوشته شد و به منظور هم احساس شدن با تجربیات آنها، کلیه متون بازخوانی شد. در مرحله دوم، هر متن مرور شده و عبارات مهم استخراج گردید. در این مرحله، واژه‌ها و عبارات مهم مرتبط با علائم بیماری‌های عروق کرونری از متون مصاحبه استخراج شد. سپس در مرحله سوم، معنای هر عبارت مهم توضیح داده شد. محقق با مفهوم بخشیدن به هر یک از معانی استخراج شده، تلاش نمود تا آنها را خلاصه نماید. در مرحله چهارم، معنی خلاصه به صورت دسته‌هایی از درونمایه‌ها سازماندهی شدند. در مرحله پنجم، کدها به صورت دسته‌های مرتبط با هم در یک دسته کلی‌تر و سپس خوشه‌هایی قرار گرفتند که از این خوشه‌ها مفاهیم محوری بدست آمد. بر اساس مرحله ششم کلایزی، به بحث و توصیف یافته‌های پژوهش پرداخته شد و

نسبت به سایرین مدت بیشتری را با مبتلایان به انفارکتوس میوکارد و آنژین صدری گذرانده و در موقعیت منحصر به فرد در جهت کمک به بیماران برای مقابله با مشکلات خود هستند (۱۱). از طرفی تجربیات پرستاران با تجربیات بیماران مبتلا به بیماری‌های عروق کرونری متفاوت است که این مسأله باعث بروز دشواری‌هایی برای مراقبین و بیماران به هنگام تلاش برای درک یکدیگر می‌شود (۲)، بنابراین لازم است به سنجش باورها و احتیاجات بیماران بویژه در رابطه با تجربه علائم بیماریشان پرداخته شود. لذا با توجه به تأکید بر شناخت تجربیات فردی مددجویان از علائم بیماری خود و همچنین درک پرستاران از این تجارب جهت انجام برنامه‌ریزی مراقبتی مددجو محور، پژوهشی با هدف توصیف ساختار و ماهیت تجربیات زیستی زنان مبتلا به بیماری‌های عروق کرونری از علایم خود انجام شد.

روش کار

این مطالعه، یک پژوهش کیفی با رویکرد پدیدارشناسی توصیفی است که در سال‌های ۱۳۹۱ الی ۱۳۹۲ انجام گرفت. شرکت‌کننده‌ها ۸ بیمار زن مبتلا به بیماری عروق کرونری بودند که به صورت مبتنی بر هدف از بین بیماران بستری در بخش‌های مراقبت ویژه قلبی و قلب بیمارستان‌های آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان انتخاب گردیدند. معیارهای ورود به مطالعه، دارا بودن تشخیص پزشکی حادثه ایسکمیک قلبی (آنژین ناپایدار یا انفارکتوس قلبی بر اساس علائم و تغییرات نوار قلب یا تأیید شده بر اساس افزایش سطح آنزیم‌های قلبی) و داشتن توانایی و تمایل به شرکت در مصاحبه بودند. جهت گردآوری داده‌ها از مصاحبه عمیق و نیمه ساختار یافته استفاده شد. روش انجام مصاحبه‌ها بدین ترتیب بود که پس از انتخاب شرکت‌کننده‌ها، هدف، ماهیت و روش مطالعه برای آنها توضیح داده

^۱ Colaizzi

مفهوم اصلی اول: تداوم رنج و رهایی

یکی از مفاهیم اصلی استنباط شده در این پژوهش، تداوم رنج و رهایی بود. این مفهوم اصلی برگرفته از دو زیر مفهوم ۱- رنج و ۲- رهایی می‌باشد. بروز درد ایسکمیک و متعاقب آن انفارکتوس میوکارد و آنژین در مشارکت کنندگان، اغلب بعنوان یک سری از علائم رنج جسمانی یادآوری شد که پس از یک دوره رهایی از آن تنش برای آنان ملموس است. آنها تجارب خویش را از تنش به صورت دردی سوزشی در قفسه سینه به همراه تنگی نفس (احساس خفگی) و ناتوانی مفرط بیان می‌دارند، دردی که حتی قدرت تکلم را از بیمار گرفته و از آن بعنوان بدترین درد یاد می‌کنند.

شرکت کننده شماره ۲: «اینجام (اشاره به قفسه سینه) می‌سوزه و حرصم تنگ میشه، خیس عرق می‌شم، چون دست و پام سست میشه و بی‌حال می‌شم، اضطراب می‌گیرم. اعصابم می‌ریزه به هم... قلبم می‌تپه و بی‌حال می‌شم. ناراحت می‌شم و دیگه نمی‌فهمم که چه اتفاقی برام می‌افته.»

شرکت کننده شماره ۵: «با شتاب از جام بلند شدم. احساس کردم خیلی فشار به قلبم و شونه ام اومده. نمی‌تونستم حرف بزنم. آروم برگشتم سر جام.» شرکت کننده شماره ۳: «قفسه سینه ام درد گرفت، به شدت درد گرفت. بدترین دردی که تا به حال گرفته بودم. با اینکه تحملم زیاده؛ واقعاً درد غیر قابل تحملیه.»

شرکت کننده شماره ۷: «سینه ام درد گرفت، میان دو تا شونه‌هام درد گرفت. چنان درد می‌گرفت که انگار رگ‌های بدنم را تکه تکه کردن. علی‌الخصوص قفسه سینه ام، میان دو تا شونه.»

آنچه که هسته اصلی این بیانات را شکل می‌دهد، تجربه یک احساس ناخوشایند جسمی است که به مفهوم تعبیری، تجربه یک رنج است که به عنوان زیر مفهوم شماره ۱ استخراج شد. این رنج، رنجی پیشرونده ولی موقت است که متعاقب آن یک رهایی حاصل می‌شود

در مرحله پایانی نیز به ساختار پدیده مورد مطالعه پاسخ داده شد.

پژوهشگر جهت اطمینان از استحکام و دقت مطالعه^۱ تفاسیر و برداشت‌های حاصله را مجدداً به رویت شرکت کنندگان رسانیده و مورد بازبینی قرار داد. دو مورد از مصاحبه‌ها را نیز بطور اتفاقی انتخاب و بواسطه همکاران خود مورد تجزیه و تحلیل قرار داد. علاوه بر این به منظور افزایش قابلیت انتقال یافته‌ها به موقعیت‌ها یا گروه‌های دیگر، حداکثر تنوع در انتخاب شرکت کنندگان بکار گرفته شد.

ملاحظات اخلاقی منظور شده در این مطالعه شامل آگاه نمودن مشارکت کنندگان در خصوص اهداف مطالعه، حق انصراف از شرکت در مطالعه در هر زمان از تحقیق، محرمانه بودن کلیه اطلاعات دریافت شده، اخذ رضایت نامه و هماهنگی جهت زمان و مکان انجام مطالعه بود.

یافته‌ها

شرکت کنندگان در پژوهش، شامل ۸ بیمار زن مبتلا به انفارکتوس میوکارد یا آنژین ناپایدار با دامنه سنی ۵۲ تا ۷۶ سال بود. سابقه مشکل قلبی در محدوده ۲ سال تا چند روز گذشته بوده و در دو مورد مصرف سیگار گزارش شد. دو نفر از آنها بازنشسته و ۶ نفر دیگر خانه‌دار بودند. میزان تحصیلات آنها، از بیسواد تا دیپلم بود.

از مجموع یافته‌های این پژوهش، در راستای توصیف تجربیات زیسته بیماران مبتلا به بیماری‌های عروق کرونری، تعداد ۷۶ اظهار مهم استخراج شد که به همین تعداد، مفهوم سازماندهی شده شکل گرفت. از این تعداد، ۱۴ زیر مفهوم استخراج شد که با توجه به هدف اصلی تحقیق و تمرکز بر توصیف تجربیات علائم بیماران مبتلا به بیماری‌های عروق کرونری، دو مفهوم اصلی «تداوم رنج و رهایی و مقاومت» پدید آمد.

¹ Rigor

اما در قدم بعدی و پس از غالب شدن مشکل و پذیرش آن توسط بیمار، مقاومت در شکل انکار ترس از آن در تجارب بیماران به تصویر کشیده شده است و آنها خود را بر مشکل غالب می‌دانند.

شرکت کننده شماره ۴: «اصلاً فکر نمی‌کردم چی شده یا چی می‌خواد بشه. حتی به آقای دکتر هم گفتم که استرس ندارم، گفت: همیشه که استرس نداشته باشی ولی واقعا استرس ندارم. به چیزی فکر نمی‌کردم. مثلاً بعضی‌ها به چیزهای بد فکر می‌کنند، ولی من اصلاً هیچ فکری نداشتم.»

شرکت کننده شماره ۱: «البته من خودم روحیه ام خوبه، ولی بازم سعی می‌کنم روحیه ام را از دست ندم.»

شرکت کننده شماره ۵: «الان بازم کارهای توی خونه را می‌کنم، دور از چشم دیگران ولی وقتی بفهمند، دعوا می‌کنند.»

حتی گاهی دست به کتمان بیماری زده و بیان می‌کنند:

«یه موقع همسایه‌ها ازم می‌پرسند، بهشون نمی‌گم که چه مشکلی دارم، دوست ندارم به آنها بگم. می‌دونند که سخته کردم ولی دلم نمی‌خواد که بهشون بگم که اینطور شدم، آنطور شدم.»

و گاهی آن را در قالب یک امید و آرزو به آینده بیان می‌دارند:

شرکت کننده شماره ۶: «فقط آرزو دارم که هر چه زودتر خوب بشم، دیگه ناراحتی برام پیش نیاد که بخوام مدام برم و پیام بیمارستان، اطرافیان را نارحت کنم، بچه‌هام را. شوهرم خیلی ناراحته، بچه‌هام هم همینطور... پسر مجردم خیلی ناراحته، حالش خیلی گرفته است، از وقتی که منو آورده اند بیمارستان.»

و برخی بیماران بر این باورند که مشکل آنها توسط مداخلات طبی به کنترل کامل درآمده است و در این زمینه بیان می‌دارند:

شرکت کننده شماره ۷: «می‌گفتم خدایی نکرده باعث ناراحتی بشه اما خدا رو شکر از موقعی که بستری

و این رهایی از رنج، تجربه ملموس و مورد توجه بیماران است که به عنوان زیر مفهوم شماره ۲ از آن یاد شده است. اگر چه برای آنها، این رهایی هم دایم نبوده و دوره ای به حساب می‌آید.

شرکت کننده شماره ۲: «حالم بد می‌شه. حدود ۴ تا ۵ ساعت طول می‌کشه.»

شرکت کننده شماره ۱: «می‌سوخت. فقط انگار مثل یه زخم که نمک بیاشی به آن و بسوزه مثل یه زخم، قشنگ توی کل قفسه سینه ام، مثل یه آدمی که دستش یا پاش بسوزه، آب جوش بریزه، بسوزه بسوزه بسوزه. اینجور می‌سوخت تقریباً ۱۰ دقیقه تا نیم ساعت هم هست. بعد تموم می‌شه. فکر می‌کنی دیگه رفت و نمی‌یاد ولی می‌بینی ۲۰ دقیقه بعد دوباره می‌آد.»

مفهوم اصلی دوم: مقاومت

یکی دیگر از مفاهیم استنباط شده در این پژوهش، مفهوم مقاومت است که برگرفته از سه زیر مفهوم ۱- بی توجهی به علائم اولیه، ۲- دور سازی ذهنی پس از سانحه، و ۳- تجدید قوا و بکارگیری مکانیسم می‌باشد. مفهوم مقاومت، اشاره به مقابله و مبارزه بیمار در مراحل مختلف تجربه علائم حادثه ایسکمیک قلب دارد.

بیماران در بیان تجربیات خود از علائم بیماری خود، اغلب به تلاش اولیه در نادیده گرفتن علائم خود بعنوان اولین واکنش خود در مقابل بروز مشکل صحنه گذاشته و علت انجام آن را نادیده گرفتن آن می‌دانند که اغلب نیز برای آنها این تحمل با شکست مواجه شده و کم کم خود را تسلیم آن یافته‌اند.

شرکت کننده شماره ۳: «خیلی زیاد جدیش نگرفتم. یکمی راه رفتنم را کند کردم، درد آروم شد، حرکت را ادامه دادم.» «تحمل کردم چند روزی، ولی دیدم نه، هنوز هر روز ادامه داره.»

شرکت کننده شماره ۴: «وقتی گریه می‌کردم، احساس درد می‌کردم ولی جدیش نمی‌گرفتم.»

شدم، دیگه هیچ مشکلی نداشتم، دارو استفاده کردم، سرم برام وصل کردند، دیگه الحمدلله مشکلی ندارم.»

در قدم بعدی بیماران در بیان تجارب خویش بر بکارگیری مکانیسم‌هایی چون توسل به معنویات، تمرکز بر خالق و تعامل با اطرافیان تأکید می‌نمایند: شرکت کننده شماره ۸: «من تنها امیدم به خدا است، کار دیگه ای نمی‌تونم بکنم. ذکر می‌گم، دعا می‌خونم، سر خودمو گرم می‌کنم.» شرکت کننده شماره ۵: «کلاس قرآن می‌رم، بالاخره توی روحیه ام خیلی تأثیر می‌گذاره. رفتن اینطرف و اونطرف، ذکرهایی که میگم خیلی تأثیر داره.»

بحث

مطالعه حاضر به تبیین تجارب بیماران مبتلا به بیماری‌های عروق کرونری از علائم خود با استفاده از رویکرد پدیدارشناسی پرداخته است. مفاهیم اصلی پدیدار شده از تجزیه و تحلیل بیانات بیماران، «تداوم رنج و رهایی و مقاومت» بودند، که در اینجا بیشتر به بحث مفاهیم بدست آمده با توجه به نتایج مطالعات انجام شده دیگر پرداخته می‌شود:

تداوم رنج و رهایی، برگرفته از تجربه یک دوره چند دقیقه ای تا چند ساعتی از رنج جسمانی و روانی است که بر اثر ایسکمی قلبی در فرد رخ داده و فرد را تا آستانه احساس مرگ پیش می‌برد. این سندرم رنج جسمانی، نقطه ای منحصر به فرد در زندگی بیمار است که حکایت از یک تغییر عمده در روند زندگی وی دارد. بطور مشابه آلبران^۱ در مطالعه خود، بر اساس توصیف شرکت کنندگان بیان می‌دارد رنج جسمانی ناشی از سکت قلبی که به صورت یک کمپلکس در مطالعات بسیاری مورد توجه قرار گرفته است، شامل علائم مقدماتی و حادی است که بعنوان بخشی از یک خط سیر از آگاهی اولیه، توجیه منطقی، افزایش نگرانی و جستجوی درمانی بوده و ماهیتی

مبهم با جایگاه متغیر و متناوب دارد. برخی از علائمی که بیماران بعنوان رنج از آن یاد می‌کنند شامل تنگی نفس، خستگی، اختلالات خواب و سوءهاضمه است (۱۲). این رنج جسمانی، پس از آن با یک احساس رفع فشار و کاهش تنش همراه است. این تداوم مکرراً برای بیمار تکرار شده و بیمار دائماً خود را معلق بین این دو حالت می‌بیند.

همچنین دیویدسون^۲ در مطالعه خود، مشابه با نتایج حاصل شده، بیان می‌دارد که عدم اطمینان به شرایط سبب می‌شود تا بیماران، موقعیت خود را به صورت معلق بودن و ناتوانی در همگام شدن با زندگی توصیف کنند. این امر طبیعتاً تأثیر نامطلوبی بر شرایط روانی بیمار گذاشته و ناپایداری شرایط قلبی وی را با مشکلات عدیده روانی نیز مواجه خواهد کرد (۱۳). بالطبع در چنین شرایطی، ارتقاء دانش بیمار درباره ماهیت بیماری و اطمینان بخشی پیرامون در دسترس بودن منابع مراقبتی درمانی می‌تواند در تسکین شرایط جسمی و روانی بیماران بسیار مفید باشد.

در این میان مقاومت بیمار قلبی در برابر علائم تجربه شده نیز قابل توجه است. بدین ترتیب که بیمار در ابتدا با تجربه اولین علائم حادثه قلبی، دست به انکار و بی توجهی به این علائم می‌زند تا به این طریق فاصله ذهنی خود را از وقوع حادثه و مشکلات متعاقب آن حفظ نماید. اگرچه این حالت ناشی از ترس از پیشرفت واقعه می‌باشد اما نوعی مقاومت محسوب می‌شود.

لیسک^۳ و همکاران وی بیان می‌دارند که زنان به انکار وجود مشکل قلبی خود پس از تشخیص و درمان، تمایل زیادی داشته و تمرکز اصلی آنها بر داشتن کنترل بر سلامتی و زندگی خویش است (۱۴). زرویک^۴ نیز بر پایه نتایج مطالعات خود بیان می‌دارد

² Davidson

³ Lissek

⁴ Zerwik

¹ Albarran

مجدد فعالیت‌های گذشته نموده و توان کنترل بیماری را توسط مداخلات طبی مورد تأکید قرار داده و بر آن اصرار می‌ورزند.

مطالعات نشان می‌دهد احساس ارجح دانستن اطرافیان نسبت به خود و وظیفه مداری زنان در قبال دیگر اعضای خانواده، منجر به این امر می‌شود که زنان پس از حادثه قلبی، بیش از آنکه به فکر مضرات یا معایب انجام عملی باشند، به فکر انجام وظایف خانگی و شروع هر چه سریعتر آن هستند و سعی می‌کنند هر چه سریعتر کلیه اختلالات بوجود آمده در روند خانواده را به حداقل ممکن تقلیل دهند (۱۳).

لذا در قدم بعدی، بیمار جهت کنترل شرایط خویش بواسطه بکارگیری مکانیسم‌های دفاعی و جبرانی دست به مقاومت زده و با توسل به معنویات بیشتر، سعی در استفاده از منابع قدرت جهت رفع ناتوانی خود می‌کند. به نظر می‌رسد که استفاده از معنویات در کنترل شرایط حاصل از بیماری، کمتر در مطالعات مشابه مورد توجه قرار گرفته است.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به فقدان یک محیط مناسب و خلوت جهت مصاحبه با بیماران در مراکز درمانی مختلف سراسر شهر اصفهان با فرهنگ‌های خاص خود اشاره کرد که البته با هماهنگی مسئولین مربوطه، بهترین مکان تعیین گردید.

نتیجه گیری

بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر، حادثه ایسکمیک قلب برای زنان یک تجربه چند وجهی و تأثیرگذار است که ابعاد مختلف زندگی آنان را متأثر می‌سازد. بطوری که حادثه ایسکمیک قلب برای زنان «یک تجربه پارادوکسیکال رنج- رهایی تکرار شونده ای است که بیمار را به خود توجهی هدایت نموده و مقاومت را در او بر می‌انگیزد.» در این تصویر، تداوم رنج و رهایی و مقاومت، ابعاد اساسی تجربه حادثه

که یک عامل مهم و تأثیرگذار اما تأیید نشده در تأخیر بیماران برای درمان سکتة قلبی، انکار علائم توسط بیمار است. این عمل بیماران می‌تواند با نتایج نامطلوبی همراه گردد زیرا که تأخیر در درمان سکتة قلبی می‌تواند منجر به پیشرفت حادثه گردد. آنچه که به انکار علائم بر می‌گردد، شاید به سادگی به علت کمبود آگاهی از عوامل خطر فردی، علائم سکتة قلبی و پاسخ مناسب به علائم باشد. لذا لازم است که همه افراد اهمیت عدم تأخیر در درمان سکتة قلبی را بدانند. شواهد محکمی وجود دارد که در صورت درمان بدون تأخیر، مرگ و میر ناشی از سکتة قلبی تا حدود زیادی کاسته خواهد شد (۱۵). در تأیید نقش کمبود آگاهی بعنوان یکی از علل انکار، برخی مطالعات نشان داده اند که اغلب زنان علائم و نشانه‌های سکتة قلبی و آنژین را نشناخته و اغلب تا جستجوی مراقبت‌های درمانی تأخیر زیادی دارند (۱۶). از طرفی هم انکار علائم ممکن است نوعی مکانیسم سازش و تطابق باشد (۱۷).

در قدم بعدی بیمار شکست را پذیرفته و وقوع حادثه قلبی در زندگی او به شکل تجربه‌ای تأیید شده در می‌آید. اگر چه در این مرحله، پذیرش جای انکار را گرفته و حادثه قلبی پذیرفته می‌شود اما بیمار در مقابل اثرات آن بر زندگی شروع به مقاومت مجدد کرده و از دیگر مکانیسم‌ها بهره می‌گیرد. تأیید این ادعا در مطالعه مکین^۱ چنین آورده شده است بیمار بعد از اینکه مکانیسم تطابقی و مقاومتی اولیه خویش همچون تغییر حالت بدن یا حتی انکار را با شکست مواجه می‌بیند، شروع به بکارگیری مکانیسم‌های سازشی دیگری می‌کند (۱۸). در این راستا مشارکت کنندگان علائم تسلیم را از خود دور کرده و دست به انکار هر گونه ترس از بیماری و مشکلات ناشی از آن زده و بدین ترتیب مقاومتی مجدد را آغاز می‌کنند، بطوری که حتی بیماری خویش را از دیگران پنهان کرده و سعی در انجام

^۱ Macinnes

می‌تواند در جهت ارایه درمان و مراقبت به بیماران بستری در بیمارستان در مرحله حاد بیماری، در اختیار پرستاران و پزشکان قرار گیرد. همچنین می‌توان با برگزاری کلاس‌های آموزشی در مراکز بهداشتی - درمانی و ارتقاء سطح آگاهی عموم مردم درباره پیشگیری و تشخیص زودرس علائم بیماری‌های عروق کرونری، پیگیری مناسبتری در مراقبت و درمان این بیماران انجام داد.

تشکر و قدردانی

محققین مراتب سپاس و قدردانی خود را از کلیه بیماران شرکت کننده در این تحقیق ابراز می‌دارند. همچنین از ریاست دانشکده پرستاری و مامایی اصفهان، معاونت محترم پژوهشی دانشگاه، رؤسا و پرسنل بیمارستان‌ها و سایر کسانی که با محققین همکاری داشته‌اند، تشکر و قدردانی فراوان می‌کنند.

ایسکمیک قلبی را شکل داده‌اند. بر اساس این تصور، پرستاران در درک این تجربه باید بر ابعاد مختلف آن تمرکز و دقت نمایند و هر بعد را بر پایه شناخت ساختار آن بررسی کرده و با مداخلات مطلوب تعدیل کنند و بیمار را به کسب برایندهای مورد نظر هدایت کنند. همه افراد ممکن است با این تجربه روبرو شوند، بنابراین آشناسازی همه افراد از طروق مختلف این امکان را فراهم می‌آورد که از درک و نگرش غلط کاسته و درک و اقدام صحیح را جایگزین آن نمود.

یافته‌های این پژوهش می‌تواند منبع اطلاعاتی خوبی برای سیاست گذاران و ارایه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی - درمانی خصوصاً پرستاران باشد. علاوه بر این می‌تواند به توسعه علم پرستاری و اهمیت آن در ارتباط با افراد آسیب پذیر جامعه یعنی زنان مبتلا به بیماری‌های عروق کرونری کمک نماید. این یافته‌ها

References

- 1- Jackson D, Daly J, Davidson P, Elliott D, Cameron-Traub E, Wade V, et al. Women recovering from first-time myocardial infarction (MI): a feminist qualitative study. *J Adv Nurs*. 2000; 32(6): 1403-11.
- 2- Johansson A, Dahlberg K, Ekebergh M. Living with experiences following a myocardial infarction. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2003;2(3):229-36.
- 3- Rosenfeld AG, Gilkeson J. Meaning of illness for women with coronary heart disease. *Heart & Lung* 2000; 29(2): 105-12.
- 4- Gulati M, Cooper-DeHoff RM, McClure C, et al. Adverse cardiovascular outcomes in women with nonobstructive coronary artery disease: a report from The National Institutes of Health-National. *Arch Intern Med*. 2009; 169:843-50.
- 5- Shaw L J, Bugiardini R, Merz N B, Women and Ischemic Heart Disease. *Journal of the American College of Cardiology* 2009; 54(17): 1561-1575
- 6- Svedlund M, Danielson E, Norberg A. Women's narratives during the acute phase of their myocardial infarction. *J Adv Nurs*. 2001; 35(2): 197-205.
- 7- Mosca L, Hammond G, Mochari-Greenberger H, Towfighi A, Albert MA. Fifteen year trends in awareness of heart disease in women: results of a 2012 American Heart Association National survey. *Circulation* 2013;127(11):1254-1263.
- 8- Svedlund M, Axelsson A. Acute myocardial infarction in middle-aged women: narrations from the patients and their partners during rehabilitation. *Intensive and Critical Care Nursing* 2000; 16: 256-265.
- 9- Mehta LS, Beckie TM, DeVon HA, et al. Acute myocardial infarction in women. A scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2016;133. pre-publication. Retrieved from: <http://circ.ahajournals.org>.

- 10- Arslanian-Engoren C, Eagle KA, Hagerty B, Reits S. Emergency department triage nurses' self-reported adherence with American College of Cardiology/American Heart Association myocardial infarction guidelines. *J Cardiovasc Nurs.* 2011;26(5):408-413.
- 11- Brunner LS, Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH. *Brunner and Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing.* 12th Ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
- 12- Albarran JW, Clarke BA, Crawford J. 'It was not chest pain really; I can't explain it!' An exploratory study on the nature of symptoms experienced by women during their myocardial infarction. *J Clin Nurs.* 2007; 16(7): 1292-301.
- 13- Davidson PM, Daly J, Hancock K, Moser D, Chang E, Cockburn J. Perceptions and experiences of heart disease: a literature review and identification of a research agenda in older women. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2003; 2(4): 255-64.
- 14- Stevens S, Thomas SP. Recovery of midlife women from myocardial infarction. *Health Care Women Int.* 2012; 33 (12): 1096-113.
- 15- Zerwic J J, Ryan J C. Delays in seeking MI treatment. *AJN.* 2004; 31(1):104.
- 16- Bird M W, Woods A G, Warren N A. Factors influencing treatment delays for acute Myocardial Infarction. *Critical Care Nursing Quarterly* 2009; 32(1): 19-23.
- 17- Lockyer L. Women's interpretation of their coronary heart disease symptoms. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2005; 4(1): 29-35.
- 18- MacInnes J D. The illness perceptions of women following symptoms of acute myocardial infarction: a self-regulatory approach. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2006; 5(4): 280-8.