

Couples' Experiences and Relational Resilience in Life-Threatening Cardiac Illnesses: A Scoping Review

Zynab Shakoori¹, Hossein Keshavarz Afshar^{2*}, Zahra Jahanbakhshi³, Keyvan Salehi⁴

1. Department of Counseling, Aras International Campus, University of Tehran, Tehran, Iran.

2. Department of Counseling, Faculty of Psychology and Education Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran.

3. Department of Counseling, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.

4. Department of Methods, Educational Planning and Curriculum, Faculty of Psychology and Education, University of Tehran, Tehran, Iran.

*Corresponding Author, Hossein Keshavarz Afshar, E-mail: keshavarz1979@ut.ac.ir

Received: 23/06/2026

Revised: 09/08/2026

Published: 11/08/2026

ABSTRACT

Introduction: Heart transplantation imposes significant stress on couple dynamics; however, relational resilience in this context has been less systematically conceptualized. This scoping review aimed to map the literature, identify research gaps, and develop a conceptual model of relational resilience in couples experiencing life-threatening cardiac illnesses.

Methods: A systematic search was conducted in PubMed, Scopus, Web of Science, PsycINFO, and Google Scholar using combined keywords related to heart transplantation, life-threatening illnesses, couple dynamics, relational resilience, and dyadic coping, without time restriction up to June 2026. This scoping review was performed based on the Arksey and O'Malley (2005) framework. Data were synthesized through inductive thematic analysis with an integrative approach (combining quantitative and qualitative findings at the theme level).

Results: From 788 initial sources, 17 studies (10 quantitative, 7 qualitative) were included. The analysis led to the extraction of six main themes: (1) The negative and persistent impact of heart transplantation on couple relationship quality, emphasizing the distinct experience of spouses (deterioration in four domains: role functioning, communication, emotional involvement, and values); (2) Spousal support as the strongest predictor of clinical success (the caregiving paradox); (3) Five distinct patterns of physical health changes in spouse caregivers; (4) The direct effect of patient mental health on spouse caregiver health without moderating effect of social support; (5) The triadic nature of spouses' experience including intense responsibility, striving for connection, and struggling with the prospect of the beloved's death; and (6) The mediating role of positive dyadic coping in the relationship between psychological distress and relationship quality.

Conclusion: The proposed conceptual model explains relational resilience in couples with life-threatening cardiac illnesses through five key characteristics: dynamic, interactionist, contextual, cyclical, and multilevel. These findings emphasize the necessity of shifting from individual-centered to relationship-centered models in post-heart transplantation care. Mental health professionals should comprehensively assess couple status and design interventions focused on strengthening shared coping and mutual support to prevent physical and psychological burnout in spouse caregivers.

Keyword: Life-Threatening Cardiac Illnesses, Dyadic Dynamics, Dyadic Coping, Relational Resilience.

CITATION: Shakouri Z, Keshavarz Afshar H, Jahanbakhshi Z, Salehi K. Couples' experiences and relational resilience in life-threatening cardiac diseases: A scoping review. Journal of Saveh University of Medical Sciences; 2(2): 28 – 49 doi: [10.22034/sumsj.2026.588335.1135](https://doi.org/10.22034/sumsj.2026.588335.1135)

Copyright © 2025 Journal of Saveh University of Medical Sciences. Published by Saveh University of Medical Sciences.



This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>). Non-commercial uses of the work are permitted,

provided the original work is properly cited.

تجارب زوجین و تاب‌آوری رابطه‌ای در بیماری‌های قلبی تهدیدکننده حیات: یک مرور دامنه‌ای

زینب شکوری^۱، حسین کشاورز افشار^{۲*}، زهرا جهانبخشی^۳، کیوان صالحی^۴

۱. گروه مشاوره، پردیس بین‌المللی ارس، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

۲. گروه مشاوره، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

۳. گروه مشاوره، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.

۴. گروه روش‌ها و برنامه‌ریزی آموزشی و درسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

* نویسنده مسئول: حسین کشاورز افشار، ایمیل: keshavarz1979@ut.ac.ir

تاریخ انتشار: ۱۴۰۵/۰۵/۲۰

تاریخ ویرایش: ۱۴۰۵/۰۵/۱۸

تاریخ دریافت: ۱۴۰۵/۰۴/۰۲

چکیده

مقدمه: پیوند قلب، استرسی بزرگ بر پویایی زوجی است، اما تاب‌آوری رابطه‌ای در این زمینه، کمتر بصورت نظام‌مند مفهوم‌پردازی شده است. این مرور دامنه‌ای با هدف نقشه‌برداری از ادبیات، شناسایی شکاف‌های پژوهشی و تدوین مدل مفهومی تاب‌آوری رابطه‌ای در زوج‌های مبتلا به بیماری‌های قلبی تهدیدکننده حیات انجام شد.

روش: جستجوی نظام‌مند در پایگاه‌های PubMed، Scopus، Web of Science، PsycINFO و Google Scholar، با استفاده از کلیدواژه‌های ترکیبی مرتبط با پیوند قلب، بیماری‌های تهدیدکننده حیات، پویایی زوجی، تاب‌آوری رابطه‌ای و مقابله زوجی، بدون محدودیت زمانی تا ژوئن ۲۰۲۶ انجام شد. این مرور دامنه‌ای بر اساس چارچوب Arksey و O'Malley (۲۰۰۵) انجام شد. داده‌ها از طریق تحلیل موضوعی استقرایی با رویکردی تلفیقی (ترکیب یافته‌های کمی و کیفی در سطح مضامین) ترکیب شدند.

یافته‌ها: از مجموع ۷۸۸ منبع اولیه، ۱۷ مطالعه شامل ۱۰ مطالعه کمی و ۷ مطالعه کیفی، واجد شرایط ورود به تحلیل شناخته شدند. تحلیل داده‌ها به استخراج شش مضمون اصلی انجامید: (۱) تأثیر منفی و پایدار پیوند قلب بر کیفیت رابطه زوجی با تأکید بر تجربه متمایز همسران (زوال در چهار حیطه: عملکرد نقش، ارتباط، درگیری عاطفی و ارزش‌ها)؛ (۲) حمایت همسر به عنوان قوی‌ترین پیش‌بین‌کننده موفقیت بالینی (پارادوکس مراقبت)؛ (۳) پنج الگوی متمایز از تغییر سلامت جسمی در مراقبان همسر؛ (۴) تأثیر مستقیم سلامت روان بیمار بر سلامت همسر مراقب بدون اثر تعدیل‌کنندگی حمایت اجتماعی؛ (۵) سه‌گانگی تجربه همسران شامل مسئولیت‌پذیری شدید، تلاش برای همبستگی و مبارزه با چشم‌انداز مرگ عزیز؛ و (۶) نقش میانجی‌گرانه مقابله زوجی مثبت در رابطه بین پریشانی روانی و کیفیت رابطه.

نتیجه‌گیری: مدل مفهومی ارائه‌شده، تاب‌آوری رابطه‌ای را در زوج‌های مبتلا به بیماری‌های قلبی تهدیدکننده حیات، با پنج ویژگی کلیدی (پویایی، تعامل‌گرایی، بافتاری، چرخه‌ای بودن و چندسطحی بودن) تبیین می‌کند. این یافته‌ها بر ضرورت گذار از مدل‌های فردمحور به مدل‌های رابطه‌محور در مراقبت‌های پس از پیوند قلب تأکید دارند. متخصصان سلامت روان باید با ارزیابی جامع وضعیت زوج و طراحی مداخلات متمرکز بر تقویت مقابله مشترک و حمایت متقابل، به پیشگیری از فرسودگی جسمی و روانی همسران مراقب یاری رسانند.

کلید واژه‌ها: بیماری‌های قلبی تهدیدکننده حیات، پویایی زوجی، مقابله زوجی، تاب‌آوری رابطه‌ای.

ارجاع: شکوری زینب، کشاورز افشار حسین، جهانبخشی زهرا، صالحی کیوان. تجارب زوجین و تاب‌آوری رابطه‌ای در بیماری‌های قلبی تهدیدکننده حیات:

یک مرور دامنه‌ای. مجله دانشکده علوم پزشکی ساوه ۱۴۰۵؛ ۲ (۲): ۲۸-۴۹. doi: [10.22034/sumsj.2026.588335.1135](https://doi.org/10.22034/sumsj.2026.588335.1135)

حق انتشار این مستند، متعلق به مجله علوم پزشکی ساوه است. ۱۴۰۵ ©. ناشر این مقاله، دانشکده علوم پزشکی ساوه است.

این مقاله تحت گواهی زیر منتشر شده و هر نوع استفاده غیرتجاری از آن مشروط بر استناد صحیح به مقاله و با رعایت شرایط مندرج در آدرس زیر مجاز است.

Creative Commons Attribution-Noncommercial 4.0 International license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>)



مقدمه

برای درک تجارب زوجین در بستر بیماری‌های تهدیدکننده حیات، نخست باید نقش بنیادین خانواده در مواجهه با این رویدادها تبیین گردد. نهاد خانواده به عنوان نخستین و بنیادی‌ترین بستر رشد و تحول روانی-اجتماعی افراد، نقشی تعیین‌کننده در چگونگی مواجهه با رویدادهای تهدیدکننده حیات ایفا می‌کند (۱،۲). بیماری‌های قلبی-عروقی که به عنوان یکی از علل اصلی مرگ و میر در سطح جهان شناخته می‌شوند، نه تنها بار جسمانی سنگینی بر فرد تحمیل می‌کنند، بلکه تمامی سیستم خانواده را درگیر فرآیندی پیچیده از سازگاری و بازتعریف نقش‌ها می‌سازند (۳، ۴). رویکردهای زوجی در سال‌های اخیر به طور فزاینده‌ای مورد توجه قرار گرفته‌اند، چرا که بیماری قلبی نه «یک رویداد فردی»، بلکه «دگرگونی‌ای در سیستم زوجی» محسوب می‌شود که هر دو عضو رابطه را به طور همزمان و متقابل تحت تأثیر قرار می‌دهد (۵). در همین راستا، مرور دامنه‌ای انجام‌شده توسط Mahrer-Imhof و همکاران نشان داد که بیشتر مداخلات سلامت محور در زمینه بیماری‌های قلبی-عروقی، رویکردی بیماری-محور دارند و از دیدگاه یکپارچه خانواده به عنوان واحد مراقبت غفلت کرده‌اند (۶).

پس از تبیین اهمیت خانواده در بیماری‌های مزمن، به طور خاص پیوند قلب به عنوان یکی از تهاجمی‌ترین مداخلات در بیماری‌های قلبی تهدیدکننده حیات مطرح می‌شود. بیمارانی که پیوند قلب را تجربه کرده‌اند، اغلب گزارش می‌دهند که در گذار از وابستگی شدید به دیگران به سوی خوداتکایی، با چالش‌های قابل توجهی روبرو می‌شوند (۷، ۸). رعایت رژیم‌های پیچیده پزشکی، محدودیت‌های غذایی و مراجعه‌های مکرر، اغلب به ناامیدی و درماندگی بیمار منجر می‌شود و بروز افسردگی و اضطراب پس از ترخیص، گاهی مداخله روان‌پزشکی را ضروری می‌کند (۹). این چالش‌ها و کاهش کیفیت زندگی، به دلیل فشار مراقبتی و تغییر ناگهانی

در برداشت از سلامت و آینده، بر اعضای خانواده نیز تأثیر می‌گذارد (۱۰). همچنین پژوهش Kim و Jang در کره جنوبی بر روی ۱۰۵ گیرنده پیوند قلب نشان داد که کیفیت زندگی مرتبط با سلامت این بیماران تحت تأثیر عواملی مانند وضعیت تحصیلی، علائم ناشی از داروهای سرکوب‌کننده ایمنی، رژیم غذایی و همچنین حضور مراقبان قرار دارد که بر نقش حیاتی حمایت خانوادگی تأکید می‌کند (۱۱). همچنین در مطالعه Kim و همکاران که به بررسی عوامل اجتماعی-جمعیت‌شناختی و بالینی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی و تعیین پیش‌بین‌کننده‌های مهم خودمراقبتی پرداختند، مشخص شد که سن، وضعیت اشتغال، تجربه علائم، خودکارآمدی و حمایت اجتماعی برای «حفظ خودمراقبتی»، سواد سلامت و خودکارآمدی برای «درک علائم»، تبیین‌کننده‌های مهم خودمراقبتی در این بیماران است (۱۲). همچنین Tian و همکاران در یک مرور سیستماتیک که شامل ۵۶ مطالعه (۳۴ کمی، ۱۹ کیفی و ۳ ترکیبی) بود، نشان دادند که رفتارهای خودمراقبتی در بیماران نارسایی قلبی تحت تأثیر پنج دسته اصلی عوامل تعیین‌کننده قرار دارد: عوامل اجتماعی-جمعیت‌شناختی، عوامل مرتبط با سلامت، عوامل روانی و اجتماعی، ادراکات سلامت شخصی و تصمیم‌گیری در بافت اجتماعی-فرهنگی و عوامل اقتصادی و مرتبط با دانش (۱۳). به عبارت دیگر، خودمراقبتی در این بیماران یک پدیده چندبعدی است که به طور همزمان از ویژگی‌های فردی، حمایت اجتماعی، باورهای فرهنگی، وضعیت اقتصادی و میزان دانش تأثیر می‌پذیرد.

با گسترش پژوهش‌ها از سطح فردی به سطح زوجی، تأثیرات پیوند قلب بر پویایی رابطه و نقش محوری همسر به عنوان مراقب اصلی آشکارتر شده است؛ به گونه‌ای که پژوهش‌های تجربی و کیفی اخیر، تصویری روشن از تغییرات در پویایی زوجی و تجربه متمایز همسران ترسیم کرده‌اند. در یک مطالعه کیفی با رویکرد تحلیل محتوای بر روی ۱۷ زوج (۱۷ بیمار

می‌شود. این سازه نظری نوظهور در ادبیات روان‌شناسی خانواده و سلامت، در برابر چالش‌های چندلایه مطرح شده است. بر خلاف رویکردهای سنتی که تاب‌آوری را به عنوان یک ویژگی شخصیتی ذاتی یا ظرفیت فردی برای «بازگشت به حالت عادی» در نظر می‌گیرند (۱۷)، دیدگاه‌های معاصر بر ماهیت پویا، بافتاری و مبتنی بر تعاملات اجتماعی-بوم‌شناختی این سازه تأکید دارند (۱۸). در این چارچوب، تاب‌آوری نه درون فرد، بلکه «میان افراد» و در فضای رابطه آن‌ها شکل می‌گیرد (۱۹). نظریه «رابطه‌ای-فرهنگی» که توسط Jordan بسط داده شده است، تاب‌آوری رابطه‌ای را «ظرفیت بازگشت به روابط رشدآفرین» تعریف می‌کند؛ روابطی که با همدلی متقابل، توانمندسازی و اصالت مشخص می‌شوند (۲۰). این دیدگاه، تاب‌آوری را فرآیندی تعاملی می‌داند که از طریق آن زوجها در مواجهه با بحران‌ها و فشارهای شدید زندگی، نه تنها انسجام رابطه خود را حفظ می‌کنند، بلکه می‌توانند کیفیت و عمق آن را نیز ارتقاء بخشند. Walsh بر سه حوزه کلیدی در تاب‌آوری خانواده تأکید می‌کند: «نظام باورهای خانوادگی»، «الگوهای سازمانی خانواده» و «فرآیندهای ارتباطی» که هر سه در زمینه بیماری مزمن قلبی از اهمیت ویژه‌ای برخوردارند (۱۹).

با وجود این شواهد، پرسش اساسی این است که تا چه اندازه این یافته‌ها به یکپارچگی رسیده و تصویر جامعی از تجارب زوجین و مؤلفه‌های تاب‌آوری رابطه‌ای ارائه می‌دهند. شواهد تجربی موجود، هرچند اندک، نشان می‌دهند که توجه به مؤلفه خانواده در فرآیند پیوند قلب حیاتی برخوردار است. در یک مرور سیستماتیک تعدیل‌شده با رویکرد کیفی بر روی شش مطالعه منتخب، Alawami به بررسی تأثیرات روانی-اجتماعی بر خانواده‌های کودکان منتظر پیوند قلب در بیمارستان پرداخت. یافته‌های این مرور در چهار مضمون

گیرنده دستگاه کمکی بطنی چپ^۱ (LVAD) و همسران آن‌ها انجام شد، محققان دریافتند که زوجها راهبردهای مقابله زوجی متنوعی برای مدیریت ترس، پردازش و پذیرش روایت‌های بیماری، تنظیم سطح استقلال و صمیمیت، و استفاده از شوخ‌طبعی ایجاد می‌کنند (۱۴). نکته مهم آنکه این مطالعه نشان داد هر زوج ترکیب منحصر به فردی از راهبردهای مقابله زوجی را به کار می‌گیرد و برخی زوجها هماهنگی و همگامی بالایی از خود نشان می‌دادند، در حالی که برخی دیگر فضایی آزارنده و مملو از سرزنش را تجربه می‌کردند (۱۵). همچنین مشخص شد که مصاحبه‌های زوجی در مقایسه با مصاحبه‌های انفرادی، احساسات شدیدتری از خشم، ناامیدی و اضطراب را در همسران آشکار می‌سازد و بنابراین برای درک کامل تجربه زوجین ضروری است.

یافته پژوهش‌های کمی نیز بر نقش محوری همسر به عنوان مراقب اصلی تأکید دارند. Kikuchi و همکاران در یک مطالعه مقطعی بر روی ۸۷ والد کودکانی که تحت پیوند عضو (کبد، کلیه یا قلب) در ژاپن قرار گرفته بودند، نشان دادند که «کارکرد خانواده» و «حمایت اجتماعی» قوی‌ترین عوامل مرتبط با کاهش بار مراقبتی درک‌شده والدین هستند (۱۵). علاوه بر این، نتایج مطالعه Thomson و همکاران بر روی زوجین در انتظار جراحی بای‌پس عروق کرونر نشان داد که «حمایت اجتماعی ادراک‌شده» بیماران و همسران آن‌ها به طور متقابل بر کیفیت زندگی یکدیگر تأثیر می‌گذارد و این تأثیر از طریق تحلیل‌های زوجی قابل شناسایی است (۱۶). این پژوهش بر ضرورت توجه به «اثر بازیگر» و «اثر شریک» در مطالعات حوزه بیماری‌های قلبی تأکید می‌کند.

اما آنچه این تجارب پرفشار را از یک آسیب‌شناسی صرف فراتر می‌برد، ظرفیت زوجها برای حفظ و ارتقای پیوند عاطفی در بحران است که در مفهوم «تاب‌آوری رابطه‌ای»^۲ متجلی

^۱ Left Ventricular Assist Device (LVAD)

^۲ Perceived Social Support

^۲ Relational Resilience

اصلی سازماندهی شد: آغاز سفر خانواده با حمایت مکانیکی قلبی^۴ (LT-MCS)، جهت‌یابی خانواده‌ها در دوره پل زدن به پیوند، چهارراه برکت‌ها و چالش‌ها در انتظار قلب جدید و توانمندی خانواده‌ها با تمرکز بر سیستم‌های حمایتی (۲۱). این مطالعه نشان داد که عدم قطعیت ناشی از زمان نامشخص دریافت قلب اهدایی، یکی از عمیق‌ترین منابع استرس برای خانواده‌ها است. همچنین Laso Hoz در یک مطالعه کیفی با رویکرد پدیدارشناختی هرمنوتیک در اسپانیا انجام داد، به بررسی تجارب زیسته بیماران بزرگسال تحت پیوند قلب و مراقبان آن‌ها در مراحل مختلف فرآیند پیوند (پیش از پیوند در لیست انتظار، دوره بستری و دوره پس از پیوند) پرداخت (۲۲). نتایج اولیه این مطالعه نشان می‌دهد که فرآیند پیوند قلب عادات، سبک زندگی، کار، زندگی اجتماعی و سلامت روان بیماران و مراقبان را تحت تأثیر عمیق قرار می‌دهد و می‌تواند منجر به ایجاد علائم روان‌آسیب‌شناختی ناشی از استرس بیماری شود.

علیرغم وجود شواهد فزاینده درباره اهمیت رابطه زوجی و کارکرد خانواده در فرایند پیوند قلب، مرور نظام‌مند پیشینه پژوهش نشان می‌دهد که در این حوزه، خلأهای نظری و تجربی متعددی وجود دارد. نخست، بیشتر مطالعات انجام‌شده، به‌جای تمرکز بر «واحد زوجی»، بیماران یا مراقبان را به‌صورت مجزا بررسی کرده‌اند و از به‌کارگیری تحلیل‌های زوجی، که امکان برآورد هم‌زمان «اثر بازیگر» و «اثر شریک» را فراهم می‌کند، غفلت شده است (۵، ۱۵). دوم، مفهوم «تاب‌آوری رابطه‌ای»، با وجود اهمیت نظری آن، در بستر بیماری‌های تهدیدکننده حیات، از جمله پیوند قلب، به‌صورت نظام‌مند مفهوم‌پردازی و بررسی نشده است؛ به‌طوری‌که بخش عمده پژوهش‌های موجود بر نمونه‌های جمعیت عمومی، کودکان دارای تجربه تروما یا محیط‌های سازمانی متمرکز

بوده‌اند (۱۹، ۲۰). سوم، در بافت فرهنگی ایران، با وجود اهمیت بنیادین خانواده و نقش برجسته همسران در نظام مراقبتی، تاکنون مطالعه جامعی به مفهوم‌پردازی تاب‌آوری رابطه‌ای و بررسی پیامدهای آن بر پویایی‌های زوجی و کارکرد خانواده در زوج‌های دارای سابقه پیوند قلب نپرداخته است. همچنین، Mahrer-Imhof و همکاران در مرور دامنه‌ای خود تأکید کرده‌اند که مداخلات خانواده‌محور در نظام‌های مراقبت سلامت اروپا، به‌ندرت بر اساس مدل‌های یکپارچه‌ای طراحی شده‌اند که خانواده را به‌عنوان واحد مراقبت در نظر بگیرند؛ خلأیی که در سایر مناطق، از جمله خاورمیانه، نیز به چشم می‌خورد (۶). این خلأها، ضرورت انجام یک مرور دامنه‌ای را ایجاب می‌کند که با هدف شناسایی، ارزیابی و ترکیب یافته‌های پژوهش‌های موجود، زمینه را برای مفهوم‌پردازی دقیق‌تر تاب‌آوری رابطه‌ای و طراحی مداخلات خانواده‌محور مؤثر در این جمعیت خاص فراهم آورد. بر این اساس، سؤال اصلی پژوهش حاضر این است که ادبیات موجود چه تصویری از تجارب زوجین و مؤلفه‌های تاب‌آوری رابطه‌ای در زوج‌های مبتلا به بیماری‌های قلبی تهدیدکننده حیات ترسیم می‌کند و چگونه می‌توان بر اساس این شواهد، یک مدل مفهومی جامع از تاب‌آوری رابطه‌ای در این جمعیت تدوین کرد.

روش

این مطالعه یک مرور دامنه‌ای^۵ بر بیماری‌های تهدیدکننده حیات (با تأکید بر قلب)، بر اساس چارچوب استاندارد Arksey و O'Malley (۲۳) انجام شد. انتخاب روش مرور دامنه‌ای به دلیل ماهیت نوظهور مفهوم «تاب‌آوری رابطه‌ای» در بافت بیماری‌های مرور دامنه‌ای و نیز پراکندگی و ناهمگونی ادبیات موجود در این حوزه بود. بر خلاف مرور نظام‌مند که به دنبال پاسخ به سؤالات بالینی مشخص و ارزیابی کیفیت مطالعات برای ترکیب یافته‌ها است، مرور

^۴ Long-term mechanical circulatory support (LT-MCS)

^۵ Scoping Review

مرتبط با مفاهیم مورد مطالعه، شامل «پیوند قلب» (heart transplant OR cardiac transplant life-threatening illness OR «تهدیدکننده حیات» (chronic disease OR end-stage heart disease couple OR marital OR spouse «پویایی‌های زوجی» (OR partner OR dyad resilience OR relational resilience OR «تاب‌آوری» (psychological adaptation «کیفیت رابطه» (relationship quality OR marital adjustment) «مقابله زوجی» (dyadic coping) طراحی شد. اطلاعات تفصیلی مربوط به کلیدواژه‌ها و نحوه ترکیب آن‌ها در هر یک از پایگاه‌های اطلاعاتی، در جدول ۱ ارائه شده است. همچنین ملاک‌های ورود و خروج در جدول ۲ ارائه شده‌اند.

دامنه‌ای برای نقشه‌برداری از گستره ادبیات، شناسایی شکاف‌های پژوهشی و روشن‌سازی مفاهیم کلیدی در حوزه‌های نوپا یا چندرشته‌ای طراحی شده است (۲۳، ۲۴). این مطالعه شامل پنج مرحله اصلی بود: (۱) شناسایی سؤال پژوهش، (۲) شناسایی مطالعات مرتبط، (۳) انتخاب مطالعات، (۴) استخراج داده‌ها، و (۵) جمع‌بندی، ترکیب و گزارش نتایج. گزارش‌دهی یافته‌ها بر اساس بیانیه ترجیحی برای گزارش مرورهای نظام‌مند و فراتحلیل^۶ (PRISMA) و بسط آن برای مرورهای دامنه‌ای^۷ (PRISMA-ScR) که توسط Tricco و همکاران معرفی شده است، انجام شد (۲۵).

جست‌وجوی نظام‌مند در پایگاه‌های اطلاعاتی PubMed، Scopus، Web of Science، PsycINFO و Google Scholar از زمان راه‌اندازی هر پایگاه تا سال ۲۰۲۶ انجام شد. راهبرد جست‌وجو با استفاده از ترکیبی از کلیدواژه‌های اصلی

پایگاه داده	تعداد منابع اولیه	کلیدواژه‌ها و راهبرد جستجو
PubMed	۱۲۲	("heart transplant*" OR "cardiac transplant*" OR "life-threatening illness*" OR "chronic disease" OR "end-stage heart disease") AND ("couple*" OR "marital" OR "spouse" OR "partner" OR "dyad*" OR "caregiver*") AND ("resilien*" OR "relational resilience" OR "psychological adaptation" OR "caregiver experience" OR "spouse experience" OR "relationship quality" OR "dyadic coping" OR "marital adjustment")
Scopus	۱۴۵	TITLE-ABS-KEY("heart transplant*" OR "cardiac transplant*" OR "life-threatening illness*" OR "chronic disease" OR "end-stage heart disease") AND TITLE-ABS-KEY("couple*" OR "marital" OR "spouse" OR "partner" OR "dyad*" OR "caregiver*") AND TITLE-ABS-KEY("resilien*" OR "relational resilience" OR "psychological adaptation" OR "caregiver experience" OR "spouse experience" OR "relationship quality" OR "dyadic coping" OR "marital adjustment")
Web of Science	۱۸۴	TS=("heart transplant*" OR "cardiac transplant*" OR "life-threatening illness*" OR "chronic disease" OR "end-stage heart disease") AND TS=("couple*" OR "marital" OR "spouse" OR "partner" OR "dyad*" OR "caregiver*") AND TS=("resilien*" OR "relational resilience" OR "psychological adaptation" OR "caregiver experience" OR "spouse experience" OR "relationship quality" OR "dyadic coping" OR "marital adjustment")
PsycINFO	۱۸۷	("heart transplant*" OR "cardiac transplant*" OR "life-threatening illness*" OR "chronic disease" OR "end-stage heart disease") AND ("couple*" OR "marital" OR "spouse" OR "partner" OR "dyad*" OR "caregiver*") AND ("resilien*" OR "relational resilience" OR "psychological adaptation" OR "caregiver experience" OR "spouse experience" OR "relationship quality" OR "dyadic coping" OR "marital adjustment")

^۶ Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses

^۷ PRISMA Extension for Scoping Reviews

Google Scholar	۱۴۶	("heart transplant" OR "cardiac transplant") AND ("spouse" OR "partner" OR "couple") AND ("resilience" OR "dyadic coping" OR "relationship quality")
جستجوی دستی	۲	بررسی فهرست منابع مطالعات وارد شده و جستجوی استنادی
جمع کل منابع قبل از حذف	۷۸۸	-

جدول ۲. ملاک‌های ورود و خروج استفاده شده در پژوهش حاضر

ملاک‌های ورود		
نوع مطالعه	مطالعات کمی (کمی-توصیفی، همبستگی، علی-مقایسه‌ای، مداخله‌ای) و کیفی (پدیدارشناسی، نظریه زمینه‌ای، تحلیل محتوا، روش‌های ترکیبی)	
موضوع مطالعه	بررسی تجارب زوجین، همسران یا مراقبان خانوادگی در زمینه پیوند قلب، بیماری‌های مزمن تهدیدکننده حیات یا تاب‌آوری رابطه‌ای	
پیامدهای مورد بررسی	حداقل یکی از پیامدهای مرتبط با پویایی زوجی، سازگاری زناشویی، کیفیت رابطه، سلامت روان مراقبان یا راهبردهای مقابله زوجی گزارش شده باشد	
زبان انتشار	انگلیسی	
نوع انتشار	مقالات منتشر شده در مجلات معتبر با داوری همتا و پایان‌نامه‌های دکتری نمایه‌شده در پایگاه‌های داده معتبر	
ملاک‌های خروج		
نوع مطالعه	مطالعات مرتبط با پیوند سایر اعضا (به جز قلب) بدون تمرکز بر جنبه‌های روانی-اجتماعی روابط، مطالعات تک موردی و نامه‌های به سردبیر مطالعات مروری (شامل مرورهای نظام‌مند، یکپارچه و فراترکیب‌ها) - به منظور تمرکز بر شواهد اولیه مطالعات روش‌های آمیخته - به دلیل تعداد کم و ناهمگونی با سایر مطالعات چکیده‌های کنفرانس - به دلیل عدم گزارش‌دهی کامل روش‌شناختی و خطر سوگیری انتشار، مطالعاتی که فاقد داده‌های اولیه (مانند سرمقاله، نامه‌ها و چکیده‌های کنفرانس) بودند، خارج شدند.	
تمرکز مطالعه	مطالعاتی که تنها بر تجربه فرد بیمار بدون توجه به شبکه خانوادگی تمرکز داشتند	
محدوده زمانی	بدون محدودیت زمانی (تا ژوئن ۲۰۲۶).	

(۲۶) و معیارهای تقویت گزارش‌دهی مطالعات مشاهده‌ای در اپیدمیولوژی^{۱۰} (STROBE) برای مطالعات کمی (۲۷)، ارزیابی گردید. اگرچه بر اساس پروتکل ارکسی و اوامالی، ارزیابی کیفیت در مرور دامنه‌ای الزامی نیست، اما به منظور افزایش دقت پژوهش، از ابزارهای معتبر استفاده شد. با این حال، هیچ مطالعه‌ای صرفاً به دلیل نمره کیفیت از فرآیند تحلیل حذف نشد. مطابق با رویکرد مرور دامنه‌ای، مطالعات به دلیل نمره کیفیت پایین از ترکیب حذف نشدند، بلکه کیفیت آن‌ها در تفسیر یافته‌ها لحاظ گردید (۲۴). ترکیب نهایی یافته‌ها به روش تحلیل موضوعی با رویکرد استقرایی انجام شد (۲۸). بدین صورت که ابتدا کدهای اولیه از متون استخراج، سپس کدهای مشابه در دسته‌بندی‌های معنادار

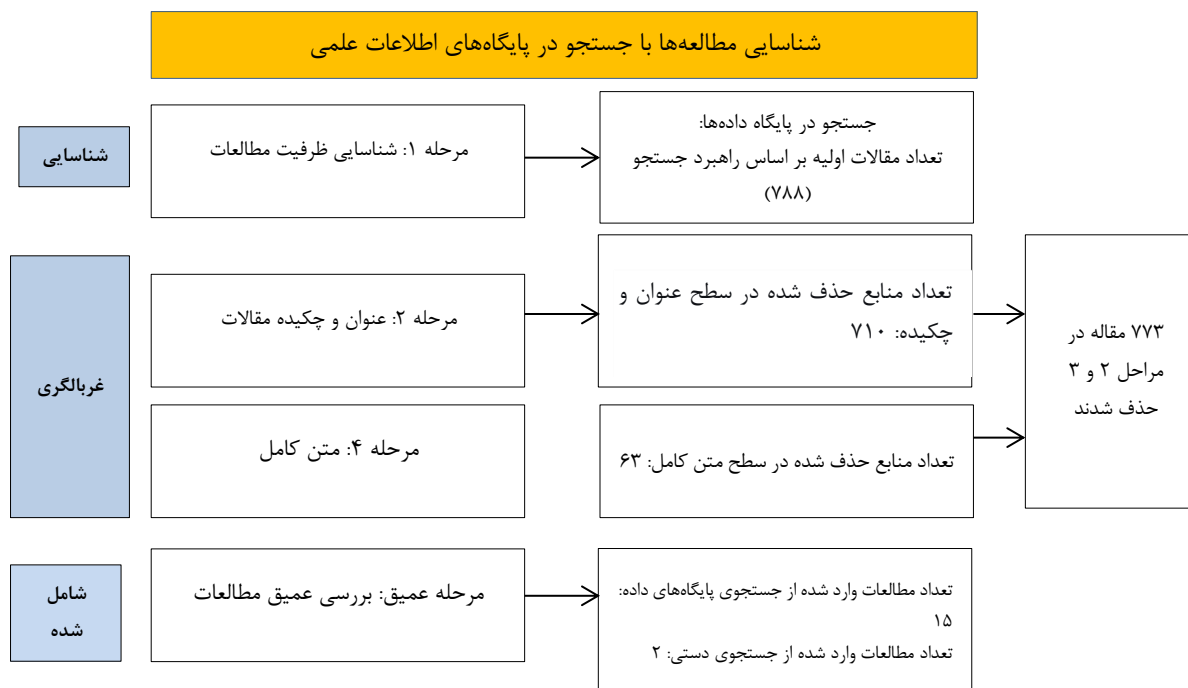
استخراج داده‌ها با استفاده از فرم استخراج داده‌ای که بر اساس چارچوب^۸ (JBI) طراحی شده بود، انجام گرفت (۲۵). این فرم شامل اطلاعات زیر بود: (۱) اطلاعات کتابشناختی (نویسنده(گان)، سال انتشار، کشور، عنوان، نام مجله، جلد، شماره، صفحات)، (۲) ویژگی‌های روش‌شناختی (طراحی مطالعه، رویکرد، نمونه، روش جمع‌آوری داده‌ها)، (۳) ویژگی‌های جمعیت مورد مطالعه (نوع بیماری، نوع رابطه شرکت‌کنندگان با بیمار، جنسیت و سن)، (۴) یافته‌های اصلی مرتبط با پویایی زوجی، تجارب همسران و مراقبان، و (۵) عوامل محافظتی یا خطری که بر تاب‌آوری رابطه‌ای تأثیر داشتند. کیفیت روش‌شناختی مطالعات وارد شده با استفاده از برنامه مهارت‌های ارزیابی نقادانه^۹ (CASP) برای مطالعات کیفی

^۸ Joanna Briggs Institute^۹ Critical Appraisal Checklists^{۱۰} The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology

توجه به جنبه‌های روانی-اجتماعی (۱۸ منبع)، همپوشانی با مطالعه دیگر از همان نویسندگان (۱۰ منبع)، عدم دسترسی به متن کامل پس از تلاش‌های مکرر (۶ منبع)، مطالعات مروری (۳ منبع) مطالعات روش‌های ترکیبی (۲ منبع)، و چکیده‌های کنفرانس (۱ منبع). در نهایت، ۱۵ مطالعه معیارهای ورود نهایی را داشتند. همچنین جستجوی دستی یک روش مکمل استاندارد برای پایگاه‌های داده الکترونیکی است که در مرورهای دامنه‌ای و نظام‌مند برای افزایش جامعیت جستجو به کار می‌رود و شامل بررسی فهرست منابع مطالعات وارد شده (Backward Citation Chasing) و جستجوی استنادی رو به جلو (Forward Citation Chasing) می‌شود، نیز انجام شد. در این مطالعه، جستجوی الکترونیکی در پنج پایگاه PubMed، Scopus، Web of Science، و PsycINFO و Google Scholar انجام شد و سپس فهرست منابع تمام ۱۷ مطالعه نهایی به صورت دستی بررسی گردید که منجر به شناسایی ۲ مطالعه اضافی و ورود آنها به مرور شد. روند جستجو و انتخاب مطالعات در نمودار جریان پریزما در شکل ۱ گزارش شده است.

گروه‌بندی، و در نهایت مضامین اصلی شناسایی و نام‌گذاری شدند. غربالگری اولیه (عنوان و چکیده) و ثانویه (متن کامل) توسط دو نفر به صورت مستقل انجام شد. برای افزایش اعتبار یافته‌ها، فرآیند کدگذاری و دسته‌بندی توسط دو پژوهشگر مستقل انجام شد و توافق بین کدگذاران محاسبه گردید (کاپا = ۰/۸۷). همچنین از تکنیک مثلث‌سازی با مقایسه یافته‌های حاصل از مطالعات کمی و کیفی برای تأیید و غنی‌سازی مضامین استفاده شد.

فرآیند جستجوی نظام‌مند در پایگاه‌های داده منجر به شناسایی ۷۸۸ منبع اولیه شد. سپس عنوان و چکیده منابع شناسایی شده مورد غربالگری قرار گرفت. در این مرحله، ۷۱۰ منبع به دلایل زیر حذف شدند: عدم ارتباط مستقیم با موضوع (۴۹۶ منبع)، عدم تمرکز بر تجارب زوجین یا همسران (۱۴۲ منبع)، و بودن به صورت نامه به سردبیر، مقاله کوتاه یا مطالعه تک موردی (۷۲ منبع). از ۷۸ منبع باقیمانده که برای ارزیابی متن کامل بازایی شدند، ۶۳ منبع پس از بررسی متن کامل حذف شدند. دلایل حذف در این مرحله عبارت بودند از: عدم گزارش یافته‌های مرتبط با پویایی زوجی یا تجارب همسران (۲۴ منبع)، تمرکز صرف بر پیامدهای بالینی بدون



شکل ۱. فلوچارت PRISMA برای پژوهش حاضر

از میان ۱۰ مطالعه کمی وارد شده، ۵ مطالعه دارای طراحی طولی با میانگین مدت پیگیری ۴/۲ سال و ۵ مطالعه دارای طراحی مقطعی بودند. مطالعات طولی عمدتاً با پیگیری بیماران در بازه‌های زمانی مشخص، از ۱ تا ۵ سال پس از پیوند، به بررسی تغییرات در پویایی‌های زوجی و سلامت مراقبان پرداخته بودند. میزان ریزش شرکت‌کنندگان در این مطالعات نیز بین ۱۲ تا ۲۴ درصد گزارش شده بود.

مطالعات کیفی عمدتاً از رویکردهای پدیدارشناسی و تحلیل پدیدارشناسی تفسیری استفاده کرده بودند. میانگین حجم نمونه در مطالعات کمی ۱۲۹ شرکت‌کننده (دامنه: ۲۶ تا ۳۸۶ نفر) و در مطالعات کیفی ۵/۱۱ شرکت‌کننده (دامنه: ۷ تا ۲۲ نفر) بود. ابزارهای اندازه‌گیری در مطالعات کمی عمدتاً شامل مقیاس‌های استاندارد و خودگزارشی بودند که ضرایب پایایی آن‌ها بر اساس آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۷۸ تا ۰/۹۴ قرار داشت. در مطالعات کیفی نیز عمدتاً از مصاحبه‌های عمیق و نیمه‌ساختاریافته با میانگین مدت ۴۵ تا ۹۰ دقیقه استفاده شده بود.

ارزیابی کیفیت روش‌شناختی مطالعات با استفاده از ابزار CASP برای مطالعات کیفی و STROBE برای مطالعات کمی نشان داد که ۱۲ مطالعه از کیفیت روش‌شناختی بالا (کسب ≥ 80 درصد معیارها)، ۴ مطالعه از کیفیت متوسط (کسب ۶۰ تا ۷۹ درصد معیارها) و ۱ مطالعه از کیفیت پایین (کسب < 60 درصد معیارها) برخوردار بودند.

به‌منظور شفاف‌سازی نحوه مواجهه با مطالعه دارای کیفیت روش‌شناختی پایین، یافته‌های آن به‌عنوان شواهد با سطح اطمینان پایین در نظر گرفته شد و تنها در مواردی در ترکیب نهایی مضامین مورد استفاده قرار گرفت که با یافته‌های دست‌کم دو مطالعه با کیفیت متوسط یا بالا همسو بود. این

از مجموع ۱۷ مطالعه وارد شده، ۱۰ مطالعه کمی شامل ۵ مطالعه طولی و ۵ مطالعه مقطعی، و ۷ مطالعه کیفی با رویکردهای پدیدارشناسی، پدیدارشناسی تفسیری و تحلیل محتوا بودند. در مجموع، مطالعات وارد شده شامل ۱۶۶۵ شرکت‌کننده بودند. میانگین سنی بیماران در مطالعات مختلف بین ۴۲ تا ۵۸ سال و میانگین سنی همسران بین ۴۰ تا ۵۵ سال گزارش شده بود. از نظر توزیع جنسیتی، ۶۷ درصد از بیماران مرد و ۳۳ درصد زن بودند؛ در حالی که در میان همسران مراقب، ۷۴ درصد زن و ۲۶ درصد مرد بودند.

در مطالعات کمی، عمدتاً از ابزارهای استاندارد و معتبر، از جمله مقیاس سازگاری زوجی^{۱۱} (DAS)، سنجش خانواده^{۱۲} (FAM III)، شاخص کیفیت ازدواج^{۱۳} (QMI)، پرسشنامه مقابله زوجی^{۱۴} (DCI)، پرسشنامه سلامت بیمار^{۱۵} (PHQ-9)، پرسشنامه افسردگی بک^{۱۶} (BDI)، مقیاس افسردگی مرکز مطالعات همه‌گیرشناسی^{۱۷} (CES-D)، مقیاس تاب‌آوری رابطه‌ای^{۱۸} (RRS) و ابزارهای سنجش کیفیت زندگی، شامل^{۱۹} (SF-36) و^{۲۰} (WHOQOL-BREF)، استفاده شده بود.

مطالعات کیفی نیز برای جمع‌آوری داده‌ها عمدتاً از مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته و عمیق با میانگین مدت ۴۵ تا ۹۰ دقیقه استفاده کرده بودند. نمونه‌گیری در این مطالعات به‌صورت هدفمند انجام شده و تا رسیدن به اشباع داده‌ها ادامه یافته بود.

از نظر زمانی، مطالعات منتشر شده در بازه ۱۹۹۴ تا ۲۰۲۴ قرار داشتند و بیش از نیمی از آن‌ها، یعنی ۹ مطالعه، در دهه اخیر (۲۰۱۵-۲۰۲۴) منتشر شده بودند. از نظر پراکندگی جغرافیایی نیز، ۸ مطالعه در اروپا شامل اتریش، آلمان، پرتغال، بریتانیا، سوئیس و ایتالیا، ۵ مطالعه در آمریکای شمالی شامل ایالات متحده و کانادا، ۲ مطالعه در ترکیه و ۲ مطالعه در برزیل انجام شده بودند.

^{۱۱} Dyadic Adjustment Scale

^{۱۲} Family Assessment Measure III

^{۱۳} Quality Marriage Index

^{۱۴} Dyadic Coping Inventory

^{۱۵} Patient Health Questionnaire-9

^{۱۶} Beck Depression Inventory

^{۱۷} Center for Epidemiologic Studies Depression Scale

^{۱۸} Relational Resilience Scale

^{۱۹} Short Form-36 - SF-36

^{۲۰} World Health Organization Quality of Life-BREF

مطالعه به‌تنهایی در شکل‌گیری مضامین اصلی نقشی نداشت و در موارد تعارض میان یافته‌ها، شواهد حاصل از مطالعات با کیفیت روش‌شناختی بالاتر در اولویت قرار گرفت. بنابراین، یافته‌های مطالعه مذکور به‌عنوان شواهد مکمل، نه شواهد پایه، در نظر گرفته شد و تفسیر نهایی مضامین بر مبنای شواهد مستحکم‌تر انجام گرفت.

جدول ۳. ویژگی‌های مطالعات وارد شده در مرور دامنه‌ای

ردیف	نویسندگان، سال	کشور	روش	جامعه/نمونه	ابزار/روش جمع‌آوری داده	یافته‌های اصلی مرتبط
۱	بونزل و وولنک، ۱۹۹۴	اتریش	کمی (تحلیل تشخیصی)	۵۰ بیمار پیوند قلب (۶۸٪ مرد، میانگین سنی ۴۸ سال)	پرسشنامه محقق ساخته و معیارهای بالینی	حمایت همسر قوی‌ترین پیشبین موفقیت بالینی پیوند (λ=۰/۴۲)؛ سایر پیشبینها شامل همدلی، خودکنترلی، ثبات هیجانی
۲	دو و همکاران، ۱۹۹۸	ایالات متحده	کمی (طولی - سه مقطع: ۲، ۷ و ۱۲ ماه)	۱۳۳ مراقب خانوادگی گیرندگان پیوند قلب (۷۲٪ زن، میانگین سنی ۵۲ سال)	پرسشنامه‌های سنجش سلامت جسمی (SF-36)، بار مراقبتی (CBI)، سبک‌های مقابله (JCS)	شناسایی ۵ الگوی تغییر سلامت جسمی در مراقبان
۳	کونستام و همکاران، ۱۹۹۸	ایالات متحده	کمی (طولی - قبل و بعد از پیوند)	۳۶ زوج (بیمار و همسر)؛ میانگین سنی بیماران ۴۷ سال، همسران ۴۴ سال	مقیاس سازگاری زوجی (DAS)	همسران نمرات سازگاری زناشویی پایین‌تری نسبت به بیماران داشتند (۹۸.۳ در مقابل ۱۰۵.۷، p<0.05)
۴	تورن، ۱۹۹۸	کانادا	کمی (طولی - سه مقطع: ۲، ۷ و ۱۲ ماه پس از پیوند)	۱۱۷ زوج (بیمار و همسر مراقب)؛ میانگین سنی بیماران ۵۳ سال، همسران ۵۰ سال	پرسشنامه‌های سنجش افسردگی (CES-D)، وضعیت عملکرد فیزیکی (کارنوفسکی) و حمایت اجتماعی (MOS-SS)	افسردگی بیمار و وضعیت عملکرد فیزیکی او قوی‌ترین پیشبین افسردگی همسر (β=۰/۴۱) عوامل خطر فردی همسر: بیکاری، زن بودن، سابقه افسردگی
۵	بونزل و همکاران، ۱۹۹۹	اتریش	کمی (طولی - سه مقطع: قبل، ۱ سال و ۵ سال پس از پیوند)	۲۶ زوج (بیمار و همسر)؛ میانگین سنی بیماران ۴۲ سال، همسران ۴۰ سال	سنجش خانواده (FAM III)	زوال معنادار در ۴ حیطه عملکرد نقش، ارتباط، درگیری عاطفی و ارزشها در همسران؛ بیماران فقط یک نقطه تعارض گزارش کردند
۶	مک‌کوری، ۱۹۹۹	ایالات متحده	کیفی (پدیدارشناسی)	۷ همسر زن گیرندگان پیوند قلب	مصاحبه پدیدارشناختی عمیق	چهار مضمون اصلی: مرگ/زندگی، هوشیاری/مراقبت دائم، تغییر، هدیه
۷	لدراخ-هوفمان و همکاران، ۲۰۰۲	آلمان/اتریش	کمی (طولی - قبل و ۱ سال پس از پیوند)	۲۳ زوج پیوند قلب، ۱۹ زوج پیوند کبد، ۱۶ زوج پیوند کلیه	نسخه آلمانی سنجش خانواده (FB-Z)	گیرندگان قلب و همسرانشان نمرات کلی رابطه بهتری نسبت به کبد و کلیه داشتند

۸	کاسیدا، ۲۰۰۵	ایالات متحده	کیفی (پدیدارشناسی)	۸ همسر (۶ زن، ۲ مرد) بیماران منتظر پیوند با LVAD	مصاحبه نیمه‌ساختاریافته عمیق	سه مضمون اصلی: پریشانی عاطفی، عزم راسخ، خوش‌بینی به عنوان فرصتی جدید برای زندگی سه دسته اصلی: توصیف تغییرات، ترویج سازگاری برای مراقبت، کشف همبستگی
۹	بریتو و همکاران، ۲۰۰۷	برزیل	کیفی (توصیفی-اکتشافی)	۷ عضو خانواده گیرندگان پیوند قلب (۴ زن، ۳ مرد)	مصاحبه نیمه‌ساختاریافته	هر فرد تجربیات منحصر به فردی از فرآیند پیوند قلب دارد
۱۰	سادالا و استولف، ۲۰۰۸	برزیل	کیفی (پدیدارشناسی)	۹ گیرنده پیوند قلب (۶ مرد، ۳ زن)	مصاحبه پدیدارشناختی	اکثر بیماران و همسران نگرش مثبت به پیوند داشتند (۷۲٪)؛ نگرش به پیوند با حس انسجام (۴۱/۰٪) و کیفیت رابطه (۳۸/۰٪) مرتبط بود.
۱۱	گوتسمان و همکاران، ۲۰۱۲	سوئیس	کمی (مقطعی)	۱۲۱ جفت (گیرنده پیوند و همسر)؛ ۵۱٪ زوج پیوند قلب	مقیاس نگرش به پیوند، SF-36, SOC-13 BM, RAS	سه مضمون اصلی: «هدایت‌شده توسط حس مسئولیت»، «تلاش برای همبستگی»، و «مبارزه با چشم‌انداز مرگ عزیز»
۱۲	شفیلد و موری، ۲۰۱۹	بریتانیا	کیفی (پدیدارشناسی تفسیری IPA)	۷ همسر و ۲ شریک زندگی گیرندگان پیوند قلب (۸ زن، ۱ مرد)	مصاحبه نیمه‌ساختاریافته عمیق	پرسشنامه‌های سنجش اضطراب (STAI)، افسردگی (BDI-II)، پایبندی به دارو (MMAS)، حمایت همسر (SSS)، مقابله زوجی (DCI)
۱۳	راپلی و همکاران، ۲۰۲۰	ایتالیا	کمی (مقطعی - مدل APIM)	۱۰۰ زوج ناهمگون (بیمار قلبی و همسر)؛ میانگین سنی بیماران ۶۲ سال، همسران ۵۹ سال	افسردگی (BDI-II)، پایبندی به دارو (MMAS)، حمایت همسر (SSS)، مقابله زوجی (DCI)	فعال‌سازی بیمار با پایبندی به دارو ($\beta=0.34$) و حمایت همسر ($\beta=0.41$) رابطه مثبت دارد
۱۴	جیهان و آیدوغان، ۲۰۲۰	ترکیه	کمی (مدل وابستگی بازیگر-همتا APIM)	۱۵۲ زوج (۳۰۴ نفر) با سابقه سرطان در یکی از همسران	مقیاس تاب‌آوری رابطه‌ای (RRS)، ملاک‌های سازگاری زناشویی (DAS)	تاب‌آوری رابطه‌ای قویترین پیشبین سازگاری زناشویی خود فرد ($\beta=0.52$)؛ اثرات همتا برای زنان بیشتر از مردان
۱۵	تسیمرمان و همکاران، ۲۰۲۱	آلمان	کمی (مقطعی - مدل APIM)	۳۹ زوج ناهمگون (بیمار مرد LVAD و همسر زن)	شاخص کیفیت ازدواج (QMI)، پرسشنامه مقابله زوجی (DCI)، PHQ-9	بیماران رضایت رابطه بالاتری نسبت به همسران داشتند (۴۰/۶ در مقابل ۳۸/۳)؛ نرخ افسردگی قابل توجه در هر دو گروه
۱۶	آیدوغان و همکاران، ۲۰۲۲	ترکیه	کمی (مقطعی - همبستگی)	۳۸۶ فرد متأهل (۵۰.۳٪ زن، ۴۹.۷٪ مرد) با دامنه سنی ۲۳-۶۵ سال	مقیاس تاب‌آوری رابطه‌ای (RR)، پرسشنامه مقابله زوجی (DCI)، مقیاس	مقابله مثبت ($\beta=0.34$) و منفی ($\beta=-0.22$) نقش میانجی در رابطه بین

پیشانی روانی کسلر (K-) پیشانی روانی و تاب‌آوری
۱۰ رابطه‌ای دارند

تغییرات شخصیتی مرتبط

با پیوند عضو؛ گزارش

احساسات جدید و تغییر در

الگوهای ارتباطی با همسر

مصاحبه نیمه‌ساختاریافته

۲۲ گیرنده پیوند عضو

(قلب و سایر اعضا)

کیفی (تحلیل

محتوا)

ایالات

متحدہ

کارتر و همکاران،

۲۰۲۴

۱۷

یافته‌ها

مقابله زوجی در رابطه بین پیشانی روانی و کیفیت رابطه. در ادامه هریک از مضامین به تفکیک توضیح داده شده‌اند.

مضمون اول: تأثیر منفی و پایدار پیوند قلب بر کیفیت رابطه

زوجی با تأکید بر تجربه متمایز همسران

یافته‌های مطالعات طولی به طور قاطع نشان می‌دهند که برخلاف تصور رایج که پیوند قلب را صرفاً یک رویداد نجات‌بخش برای بیمار تلقی می‌کند، این فرآیند تأثیر منفی عمیق و پایداری بر کیفیت رابطه زوجی دارد. در یک مطالعه آینده‌نگر بر روی ۲۶ زوج که در سه مقطع زمانی (قرارگیری در فهرست انتظار، یک سال و پنج سال پس از عمل) مورد ارزیابی قرار گرفتند، Bunzel و همکاران با استفاده از ابزار سنجش خانواده (FAM III) گزارش کردند که هر دو عضو زوج کاهش معناداری را در کیفیت رابطه عمومی تجربه می‌کنند (۳۰). با این حال، یافته بسیار قابل توجه و متمایز این مطالعه این بود که در حالی که بیماران تنها یک نقطه تعارض واضح را گزارش کردند («ارتباط درباره احساسات»، همسران زوال معناداری را در چهار حیطه مجزای «عملکرد نقش، ارتباط، درگیری عاطفی و ارزش‌ها و هنجارها» تجربه کرده بودند. این تغییرات از یک سال پس از پیوند قابل تشخیص بود و حداقل تا پنج سال ادامه یافت (۳۰). به طور مشابه، Konstam و همکاران در مطالعه طولی خود بر روی ۳۶ زوج قبل و بعد از پیوند قلب با استفاده از مقیاس سازگاری زوجی (DAS) نشان دادند که همسران به طور مداوم نمرات سازگاری زناشویی پایین‌تری نسبت به بیماران گزارش می‌کنند و هر دو عضو زوج درجات خفیفی از پیشانی زناشویی را تجربه می‌کنند (۳۱). این یافته مهم است زیرا نشان می‌دهد تجربه ذهنی بیمار و همسر از کیفیت رابطه پس از پیوند نه تنها متفاوت است، بلکه همسران به طور نامتناسبی آسیب‌پذیرتر هستند.

یافته‌های نشان داد که پژوهش‌های مستقیمی درباره مفهوم‌پردازی تاب‌آوری رابطه‌ای در زوج‌های با تجربه پیوند قلب وجود ندارد، اما شواهد قابل توجهی از مطالعات اولیه در این حوزه پارادوکس اصلی را آشکار می‌سازد: از یک سو، پیوند قلب تأثیر منفی عمیق و پایدار بر پویایی رابطه زوجی دارد (۳۱، ۳۰، ۲۹) اما از سوی دیگر، حمایت همسر قوی‌ترین پیش‌بین‌کننده موفقیت بالینی این جراحی است (۳۲). همچنین سلامت روان بیمار و وضعیت عملکرد فیزیکی او به طور مستقیم سلامت روان و سلامت جسمی همسر مراقب را پیش‌بینی می‌کند (۳۳، ۳۴) و مراقبان همسر (به ویژه زنان) در معرض خطر بالای افسردگی، بار مراقبتی و زوال سلامت جسمی هستند (۳۴، ۳۵، ۳۶). مطالعات کیفی عمیق تجارب همسران را در مضامینی مانند «هدایت‌شده توسط حس مسئولیت»، «تلاش برای همبستگی»، و «مبارزه با چشم‌انداز مرگ عزیز» مفهوم‌سازی کرده‌اند (۳۷، ۳۸، ۳۹). یافته‌های حاصل از مطالعات در زمینه‌های مشابه (سرطان و کووید-۱۹) نشان می‌دهد که مقابله زوجی مثبت و حمایت متقابل نقش میانجی‌گرانه مهمی در رابطه بین پیشانی روانی و کیفیت رابطه دارند (۴۱، ۴۲، ۴۰، ۳۶).

تحلیل یافته‌ها به استخراج شش مضمون اصلی انجامید: نخست، تأثیر منفی و پایدار پیوند قلب بر کیفیت رابطه زوجی با تأکید بر تجربه متمایز همسران؛ دوم، حمایت همسر به عنوان قوی‌ترین پیش‌بین‌کننده موفقیت بالینی که پارادوکس مراقبت را آشکار می‌سازد؛ سوم، الگوهای تغییر سلامت جسمی در مراقبان همسر که در پنج الگوی متمایز شناسایی شدند؛ چهارم، تأثیر سلامت روان بیمار بر سلامت همسر مراقب و عوامل خطر فردی مرتبط با آن؛ پنجم، سه‌گانگی تجربه همسران شامل مسئولیت‌پذیری شدید، تلاش برای همبستگی و مبارزه با مرگ؛ و ششم، نقش میانجی‌گرانه

Laederach-Hofmann و همکاران در یک مطالعه تطبیقی روی ۲۳ زوج پیوند قلب، ۱۹ زوج پیوند کبد و ۱۶ زوج پیوند کلیه نشان دادند که اگرچه گیرندگان قلب و همسرانشان نمرات کلی رابطه بهتری نسبت به گروه‌های کبد و کلیه داشتند، اما در همه گروه‌ها (به جز کلیه) زوال معناداری در حیطه‌های «عملکرد نقش» و «عواطف» در طول زمان قابل مشاهده بود (۳۲). Konstam و همکاران تأکید کردند که ارزیابی تأثیر پیوند بر رابطه زوجی باید به عنوان یک مؤلفه ضروری در مراقبت‌های پس از پیوند در نظر گرفته شود (۳۱).

مضمون دوم: حمایت همسر به عنوان قوی‌ترین

پیش‌بین‌کننده موفقیت بالینی - پارادوکس مراقبت

در تقابل آشکار با یافته‌های مربوط به زوال کیفیت رابطه، شواهد قوی و قابل اعتنایی از نقش حیاتی و غیرقابل جایگزین حمایت همسر به عنوان یک عامل محافظتی کلیدی حکایت دارد. Bunzel و Wollenek در مطالعه پیشگام و بسیار استنادشده خود بر روی ۵۰ بیمار پیوند قلب، با استفاده از تحلیل تشخیصی به بررسی پیش‌بین‌کننده‌های موفقیت بالینی پیوند پرداختند (۳۳). نتایج این مطالعه نشان داد که «حمایت و مراقبت از سوی همسر» اولین و مهم‌ترین متغیر روانی-اجتماعی مؤثر بر موفقیت بالینی پیوند قلب است ($p < 0.001$, $\lambda = 0.41$)، این یافته به قدری قوی بود که سایر متغیرهای روانی-اجتماعی شامل همدلی، خودکنترلی، توانایی تحمل استرس، ثبات هیجانی، تحمل بالای سرخوردگی و سن پایین‌تر در رتبه‌های بعدی قرار گرفتند. در مقابل، Bunzel و Wollenek گزارش کردند که متغیرهایی مانند تحصیلات، شغل، وضعیت اجتماعی، نوع بیماری زمینه‌ای، طول مدت بستری در بیمارستان و حتی میزان اضطراب و افسردگی بیمار پیش‌بین معناداری برای موفقیت بالینی نداشتند (۳۳) Zimmermann و همکاران در مطالعه خود بر روی ۳۹ زوج با ابتلای حداقل یک عضو زوج به بیماری، با استفاده از مدل وابستگی بازیگر-همتا^{۲۱} (APIM) نشان دادند که کیفیت رابطه بیماران به طور معناداری بالاتر از همسرانشان است (۴۰/۶ در مقابل ۳۸/۳) و نرخ قابل توجهی از افسردگی در هر دو گروه (۲۰/۵-۲۰/۶٪) وجود دارد

(۳۶). یافته کلیدی این مطالعه این بود که مقابله زوجی هم به عنوان اثر بازیگر و هم به عنوان اثر همتا بر رضایت رابطه تأثیر معنادار داشت (۳۶). این یافته‌ها یک پارادوکس مرکزی را آشکار می‌کند: از یک سو، فرآیند پیوند قلب به طور سیستماتیک به کیفیت رابطه زوجی آسیب می‌زند و عملکرد نقش، ارتباط عاطفی و ارزش‌های مشترک را تخریب می‌کند (۳۰، ۳۱، ۳۲). اما از سوی دیگر، وجود یک رابطه حمایت‌گر و مراقبتی، پیش‌بین‌کننده اصلی و تعیین‌کننده موفقیت بالینی همان جراحی است (۳۳).

مضمون سوم: الگوهای تغییر سلامت جسمی در مراقبان

همسر - پنج الگوی متمایز

مطالعه طولی و جامع Dew و همکاران بر روی ۱۳۳ مراقب خانوادگی گیرندگان پیوند قلب (که اکثریت آن‌ها همسر بودند) در سه مقطع زمانی (۲، ۷ و ۱۲ ماه پس از پیوند)، با استفاده از تحلیل خوشه‌ای به شناسایی پنج الگوی متمایز از تغییر سلامت جسمی در مراقبان پرداخت (۳۴). یافته‌های این مطالعه نشان داد که ۱۴٪ از مراقبان الگوی «بدتر شدن وضعیت پزشکی با افزایش وزن» را تجربه کردند، ۱۵٪ الگوی «بدتر شدن وضعیت پزشکی با کاهش وزن»، ۴۱٪ الگوی «افزایش وزن با وضعیت پزشکی پایدار»، ۲۱٪ الگوی «کاهش وزن با بهبود خفیف وضعیت پزشکی»، و ۸٪ الگوی «بدتر شدن ادراک سلامت با تغییر عینی کم در وضعیت پزشکی یا وزن» را تجربه کردند. تحلیل‌های چندمتغیره بعدی نشان داد که ویژگی‌های مراقب اندازه‌گیری شده در ابتدای مطالعه، از جمله بار مراقبتی، سبک‌های مقابله، جمعیت‌شناختی و سابقه سلامت، به طور قابل اعتمادی عضویت در گروه‌های الگوی تغییر سلامت را پیش‌بینی می‌کردند. به طور خاص، مراقبانی که الگوی زوال پزشکی با کاهش وزن را نشان دادند، سابقه سلامت ضعیف‌تر و سبک‌های مقابله ضعیف‌تر (تسلط کمتر و استفاده بیشتر از مقابله اجتنابی) نسبت به سایر مراقبان داشتند. مراقبانی که زوال پزشکی با افزایش وزن را تجربه کردند، بالاترین سطوح بار مراقبتی را داشتند (۳۴).

مضمون چهارم: تأثیر سلامت روان بیمار بر سلامت همسر

مراقب و عوامل خطر فردی

^{۲۱} The Actor-Partner Interdependence Model

هفت همسر و دو شریک زندگی از گیرندگان پیوند قلب پرداخت، سه مضمون اصلی و هر یک با زیرمضامین متعدد را آشکار کرد: «هدایت‌شده توسط حس مسئولیت، تلاش برای همبستگی، و مبارزه با چشم‌انداز مرگ عزیز» (۳۷). Murray و Sheffield توضیح دادند که مضمون «هدایت‌شده توسط حس مسئولیت» شامل زیرمضامینی مانند «احساس فشار برای قوی بودن»، «اولویت‌دهی به نیازهای بیمار به قیمت نادیده گرفتن نیازهای خود»، «احساس گناه هنگام تجربه خستگی یا نیاز به استراحت»، و «تعهد مطلق به حمایت از بیمار بدون هیچ چشم‌داشتی» بود. این مطالعه نشان داد که همسران احساس می‌کنند مسئولیت اصلی حمایت از بیمار بر عهده آن‌هاست و این احساس اغلب به قیمت نادیده گرفتن کامل نیازهای جسمی و روانی خودشان تمام می‌شود. مضمون دوم، «تلاش برای همبستگی»، شامل زیرمضامینی مانند «حفظ نزدیکی عاطفی علیرغم موانع فیزیکی»، «ایجاد آیین‌های مشترک در محیط بیمارستان»، «استفاده از شوخ‌طبعی به عنوان ابزار مقابله مشترک»، و «بازتعریف رابطه در شرایط جدید» بود. Murray و Sheffield گزارش کردند که همسران به طور مداوم و آگاهانه برای حفظ همبستگی و نزدیکی با بیمار تلاش می‌کنند و از هر فرصتی برای تقویت پیوند عاطفی استفاده می‌کنند. مضمون سوم، «مبارزه با چشم‌انداز مرگ عزیز»، شامل زیرمضامینی مانند «زندگی در حالت آماده‌باش دائمی»، «تجربه کابوس‌ها و افکار مزاحم درباره مرگ»، «تلاش برای عادی‌سازی حضور مرگ در زندگی روزمره»، و «توسعه مکانیسم‌های دفاعی برای تحمل ترس» بود. Murray و Sheffield نتیجه گرفتند که همسران در یک میدان نبرد روانی دائمی زندگی می‌کنند که در آن همزمان با مسئولیت‌های سنگین مراقبتی، تلاش برای حفظ رابطه عاطفی، و مبارزه با ترس از دست دادن عزیز خود دست و پنجه نرم می‌کنند (۳۷). McCurry در مطالعه پدیدارشناختی خود بر روی ۷ همسر زن گیرندگان پیوند قلب، چهار مضمون اصلی را گزارش کرد: مرگ/زندگی، هوشیاری/مراقبت دائم، تغییر، و هدیه (۳۸). یافته کلیدی این مطالعه اصرار همسران بر شناسایی به عنوان «شرکت‌کنندگان مشترک» در رویداد بحرانی پیوند قلب بود. به طور مشابه، Casida در مطالعه خود بر روی ۸ همسر دارای بیماری، سه مضمون اصلی «پیشانی عاطفی»، «عزم راسخ»، و

Toren در یک مطالعه طولی دقیق و جامع بر روی ۱۱۷ زوج (بیمار پیوند قلب و همسر مراقب) در سه مقطع زمانی (۲، ۷ و ۱۲ ماه پس از پیوند) با استفاده از پرسشنامه‌های استاندارد سنجش افسردگی، وضعیت عملکرد فیزیکی (کارنوفسکی) و حمایت اجتماعی، به بررسی پیش‌بین‌کننده‌های افسردگی همسر مراقب پرداخت (۳۵). یافته‌های این مطالعه نشان داد که افسردگی بیمار و وضعیت عملکرد فیزیکی او قوی‌ترین پیش‌بین‌کننده‌های افسردگی همسر در هر سه مقطع زمانی بودند ($\beta = 0.42$) Toren = گزارش کرد که تغییر در افسردگی بیمار در طول سال اول پس از پیوند، پیش‌بین معنادار و مستقیمی برای افسردگی همسر یک سال بعد محسوب می‌شود، به طوری که افزایش هر یک انحراف استاندارد در افسردگی بیمار با افزایش 0.42 انحراف استاندارد در افسردگی همسر همراه بود. علاوه بر این، Toren عوامل خطر فردی همسر شامل «بیکاری» (نسبت شانس = $2/8$)، جنسیت (زن بودن) (نسبت شانس = $2/3$) و «سابقه افسردگی اساسی» (نسبت شانس = $3/31$) را به عنوان مهم‌ترین عوامل خطر مرتبط با سلامت همسر شناسایی کرد (۳۵). Dew و همکاران نیز در مطالعه خود نشان دادند که مراقبان زن به طور کلی در معرض خطر بیشتری برای زوال سلامت جسمی بودند (۳۴). یافته بسیار جالب در هر دو مطالعه این بود که برخلاف انتظار نظری، حمایت اجتماعی اثر تعدیل‌کننده معناداری بین سلامت بیمار و سلامت همسر نشان نداد. Toren این یافته را با این استدلال توضیح داد که فشار مراقبتی ناشی از پیوند قلب به قدری شدید است که مکانیسم‌های حمایت اجتماعی معمولی قادر به تعدیل آن نیستند و نیاز به مداخلات تخصصی و ساختاریافته وجود دارد (۳۵). Goetzmann و همکاران نیز در مطالعه خود بر روی ۱۲۱ جفت (گیرنده پیوند و همسر) نشان دادند که نگرش به پیوند با حس انسجام ($r = 0.41$) و کیفیت رابطه ($r = 0.38$) مرتبط است و بیماران فشار عاطفی بیشتری از پیوند نسبت به همسران گزارش کردند (۴۳).

مضمون پنجم: مسئولیت‌پذیری شدید، تلاش برای

همبستگی و مبارزه با مرگ - سه‌گانگی تجربه همسران

مطالعه کیفی عمیق Murray و Sheffield که با استفاده از روش تحلیل پدیدارشناسی تفسیری (IPA) به بررسی تجارب

«خوش‌بینی به عنوان فرصتی جدید برای زندگی» را شناسایی کرد (۳۹). Brito و همکاران نیز در مطالعه کیفی خود با بررسی هفت عضو خانواده گیرندگان پیوند قلب نشان داد که پیوند قلب «تغییرات، بحران‌ها و لحظات فروپاشی را در کل سیستم خانواده» ایجاد می‌کند و نه تنها فرد بیمار بلکه تمام شبکه خانوادگی را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۴۴). Sadala و Stolf در مطالعه پدیدارشناختی خود بر روی ۹ گیرنده پیوند قلب در برزیل نشان دادند که هر فرد تجربیات منحصر به فردی از فرآیند پیوند قلب دارد و بیان خودجوش آنچه تجربه می‌کنند برای مراقبت آن‌ها مهم است (۴۵).

مضمون ششم: نقش میانجیگرانه مقابله زوجی در رابطه بین پریشانی روانی و کیفیت رابطه

به دلیل کمبود مطالعات مستقیم در زمینه مفهوم‌پردازی تاب‌آوری رابطه‌ای در پیوند قلب، مطالعات مرتبط با زمینه‌های مشابه (سرطان و جمعیت عمومی) برای غنی‌سازی تحلیل مفهوم و شناسایی فرآیندهای مشترک بررسی شدند Zimmermann و همکاران در مطالعه خود با استفاده از مدل وابستگی بازیگر-همتا (APIM) روی ۳۹ زوج نشان دادند که اثرات بازیگر برای همسران شامل تأثیر مقابله زوجی خود و همسر و افسردگی بر رضایت رابطه بود (۳۶). برای بیماران، اثرات بازیگر مقابله زوجی همسر و افسردگی و همچنین اثر همتا افسردگی یافت شد. علاوه بر این، مقابله زوجی بیماران توسط هر دو طرف پایین‌تر از مقابله زوجی همسران تخمین زده شد. این مطالعه میزان بالای افسردگی را در میان بیماران و همسران گزارش کرد و نشان داد که وضعیت روانی همسران باید در طول درمان مورد توجه قرار گیرد (۳۶). Rapelli و همکاران در مطالعه زوجی خود بر روی ۱۰۰ زوج با یک رویداد قلبی حاد نشان دادند که فعال‌سازی بیمار - یعنی دانش، مهارت‌ها، اعتماد به نفس و رفتارهای مورد نیاز برای مدیریت سلامت خود - با پایین‌دستی به دارو ($\beta = 0.34$) و حمایت همسر ($\beta = 0.41$) رابطه مثبت دارد و با پریشانی روانی بیمار ($\beta = 0.29$)، ادراک بدبینانه از بیماری و خصومت همسر رابطه منفی دارد (۴۲). این مطالعه بر نیاز به رویکرد زوجی هم در تحقیق و هم در مداخله با این جمعیت تأکید کرد. به

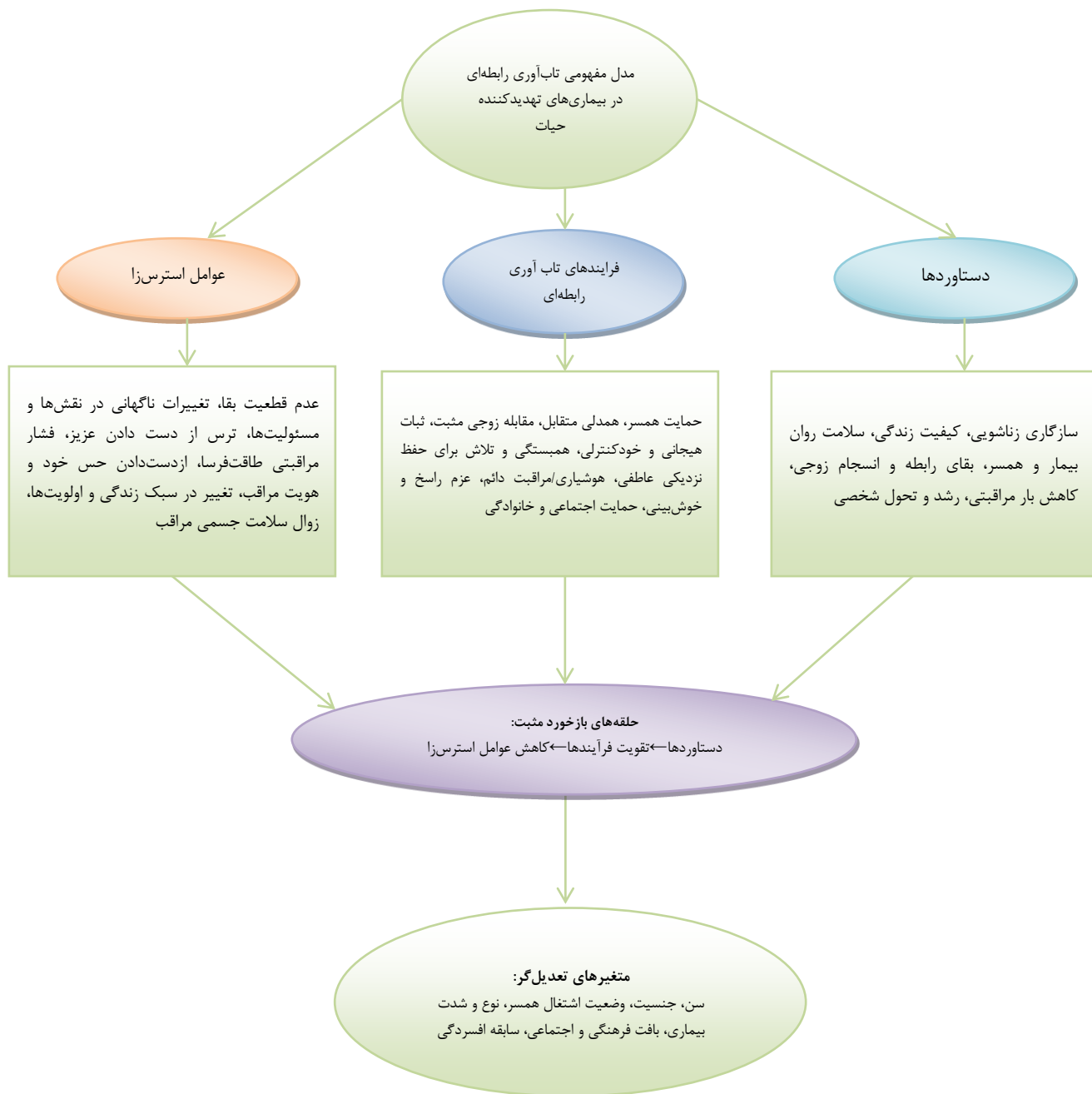
طور مکمل، Aydogan و همکاران در مطالعه‌ای با ۳۸۶ فرد متأهل در دوره قرنطینه کووید-۱۹ نشان دادند که مقابله مثبت ($\beta = 0.3442$) و منفی ($\beta = -0.22$) نقش میانجیگرانه در رابطه بین پریشانی روانی و تاب‌آوری رابطه‌ای دارند و راهبردهای مقابله‌ای مثبت قوی‌ترین عامل در افزایش تاب‌آوری رابطه‌ای بودند. (۴۰). همچنین Cihan و Aydogan در مطالعه‌ای بر روی ۱۵۲ زوج با سابقه سرطان در یکی از همسران، با استفاده از مدل وابستگی بازیگر-همتا نشان دادند که تاب‌آوری رابطه‌ای قوی‌ترین پیش‌بین‌کننده سازگاری زناشویی خود فرد است ($\beta = 0.52$) و اثرات همتا برای زنان ($\beta = 0.31$) بیشتر از مردان ($\beta = 0.18$) بود (۴۱).

مدل مفهومی ارائه‌شده در شکل ۲ چارچوبی جامع برای درک تاب‌آوری رابطه‌ای در زوج‌های با تجربه بیماری‌های تهدیدکننده حیات فراهم می‌آورد که بر اساس یافته‌های ۱۷ مطالعه معتبر از سراسر جهان استخراج شده و دارای پنج ویژگی کلیدی است: نخست، پویایی به این معنا که فرآیندهای تاب‌آوری در طول زمان تغییر می‌کنند و تکامل می‌یابند؛ دوم، تعامل‌گرایی به این معنا که تاب‌آوری حاصل تعامل بین عوامل فردی، زوجی و محیطی است؛ سوم، بافتاری به این معنا که عوامل فرهنگی، اجتماعی و جغرافیایی نقش تعدیل‌گر دارند؛ چهارم، چرخه‌ای بودن به این معنا که حلقه بازخوردی بین پیامدها و فرآیندهای تاب‌آوری وجود دارد؛ و پنجم، چندسطحی بودن به این معنا که مدل شامل سطوح فردی (سلامت روان و ویژگی‌های شخصی)، زوجی (مقابله زوجی و همدلی) و اجتماعی (حمایت اجتماعی و بافت فرهنگی) است.

تاب‌آوری رابطه‌ای در زوج‌های با تجربه بیماری‌های تهدیدکننده حیات فراهم می‌آورد که بر اساس یافته‌های ۱۷ مطالعه معتبر از سراسر جهان استخراج شده و دارای پنج ویژگی کلیدی است: نخست، پویایی به این معنا که فرآیندهای تاب‌آوری در طول زمان تغییر می‌کنند و تکامل می‌یابند؛ دوم، تعامل‌گرایی^{۲۲} به این معنا که تاب‌آوری حاصل تعامل بین عوامل فردی، زوجی و محیطی است؛ سوم، بافتاری^{۲۳} به این معنا که عوامل فرهنگی، اجتماعی و

^{۲۲} Interactionist

^{۲۳} Contextual



شکل ۲. مدل مفهومی تاب‌آوری رابطه‌ای در زوج‌های با تجربه بیماری‌های تهدیدکننده حیات

که مدل شامل سطوح فردی (سلامت روان و ویژگی‌های شخصیتی)، زوجی (مقابله زوجی و همدلی) و اجتماعی (حمایت اجتماعی و بافت فرهنگی) است.

جغرافیایی نقش تعدیل‌گر دارند؛ چهارم، چرخه‌ای بودن^{۲۴} به این معنا که حلقه بازخوردی بین پیامدها و فرآیندهای تاب‌آوری وجود دارد؛ و پنجم، چندسطحی بودن^{۲۵} به این معنا

^{۲۴} Cyclical

^{۲۵} Multilevel

بحث

مرور دامنه‌ای حاضر با هدف تدوین مدل مفهومی تاب‌آوری رابطه‌ای در زوج‌های مبتلا به بیماری‌های قلبی تهدیدکننده حیات انجام شد. یافته‌ها نشان داد که پیوند قلب، علی‌رغم ماهیت نجات‌بخش، به‌مثابه یک «رویداد گسست‌آفرین» در زندگی فرد و خانواده عمل می‌کند که با تأثیرات منفی عمیق و پایداری بر پویایی زوجی همراه است (۳۰، ۳۱، ۳۲). با این حال، در تناقضی آشکار، حمایت همسر قوی‌ترین پیش‌بین‌کننده موفقیت بالینی این جراحی محسوب می‌شود که «پارادوکس مراقبت» را آشکار می‌سازد (۳۳). این تناقض، نقدی اساسی بر رویکردهای فردمحور در مراقبت‌های پس از پیوند است و ضرورت ارزیابی همزمان هر دو عضو زوج را ایجاب می‌کند.

مطالعات نشان دادند که بیماران عمدتاً بر تعارض در «ارتباط درباره احساسات» متمرکز هستند، در حالی که همسران زوال چندبعدی را در چهار حیطه عملکرد نقش، ارتباط، درگیری عاطفی و ارزش‌ها تجربه می‌کنند (۳۰). این شکاف ادراکی را می‌توان در چارچوب نظریه رابطه‌ای-فرهنگی جردن (۲۰) تحلیل کرد که بر اهمیت همدلی متقابل تأکید دارد. فرآیند پیوند، به دلیل تمرکز تمام‌توان سیستم سلامت بر بیمار، فضای همدلی متقابل را از بین می‌برد و زمینه را برای انزوای عاطفی همسر فراهم می‌کند. در مقابل، نظریه والش (۲۰) در مورد تاب‌آوری خانواده، هرچند بر نظام باورها و الگوهای سازمانی تأکید دارد، اما در تبیین «هزینه» این تاب‌آوری برای همسر مراقب ناتوان است. نقد اصلی بر پژوهش‌های پیشین آن است که با غفلت از «واحد زوجی» به‌عنوان سطح تحلیل (۵، ۱۵)، تصویر ناقصی از تعاملات دوسویه ارائه داده‌اند و به فرایندهای تعاملی که تاب‌آوری رابطه‌ای را شکل می‌دهند، توجه نکرده‌اند.

یافته‌ها نشان داد که فشار مراقبتی ناشی از پیوند قلب به‌قدری شدید است که مکانیسم‌های حمایت اجتماعی معمولی قادر به تعدیل آن نیستند. مطالعه Dew و همکاران (۳۵) پنج الگوی متمایز از تغییر سلامت جسمی را در مراقبان همسر شناسایی کرد که نشان می‌دهد آسیب‌های ناشی از فرآیند پیوند صرفاً روانی نیست. این یافته، نقدی بر رویکردهای سنتی

است که حمایت اجتماعی را به‌عنوان یک راهکار جهانی در نظر می‌گیرند، در حالی که در بحران‌های عمیق مراقبتی، نیاز به مداخلات تخصصی و ساختار یافته احساس می‌شود. مطالعات کیفی (۳۷، ۳۸، ۳۹) سه‌گانگی تجربه همسران را شامل «مسئولیت‌پذیری شدید»، «تلاش برای همبستگی» و «مبارزه با مرگ عزیز» آشکار ساختند. این یافته، عمیق‌ترین لایه تجربه زیسته را نشان می‌دهد که در پژوهش‌های کمی قابل شناسایی نیست. در مقابل، مقابله زوجی مثبت (شامل حل مسئله مشارکتی و حمایت عاطفی متقابل) قوی‌ترین عامل در افزایش تاب‌آوری رابطه‌ای است (۴۱، ۴۰، ۳۶) و نقش میانجی‌گرانه آن در رابطه بین پریشانی روانی و کیفیت رابطه، تأیید شد. این یافته با پژوهش Golan و همکاران (۱۶) همسو است که هر زوج ترکیب منحصر به فردی از راهبردهای مقابله‌ای را به کار می‌گیرد و بر ضرورت شخصی‌سازی مداخلات تأکید دارد.

در بافت فرهنگی ایران، با توجه به اهمیت خانواده و نقش برجسته همسران در نظام مراقبتی، مسائل ارتباطی و عاطفی نقش پررنگ‌تری دارند. مدل مفهومی ارائه‌شده با پنج ویژگی کلیدی (پویایی، تعامل‌گرایی، زمینه‌مندی، چرخه‌ای بودن و چندسطحی بودن)، چارچوبی فراتر از دسته‌بندی‌های ایستای پیشین فراهم می‌آورد و برخلاف مدل‌های سنتی، نقش میانجی (مقابله زوجی مثبت) و تعدیل‌گر (حمایت اجتماعی و بافت فرهنگی) را به‌روشنی تفکیک کرده است. با این حال، مدل حاضر نیز به دلیل کمبود داده‌های طولی و تنوع فرهنگی در مطالعات موجود، نیازمند پژوهش‌های تکمیلی است.

این مرور دامنه‌ای با چند محدودیت اساسی مواجه بود. نخست، به دلیل ماهیت نوظهور مفهوم تاب‌آوری رابطه‌ای، تعداد مطالعات اولیه با تمرکز مستقیم بر زوج‌های گیرنده پیوند قلب بسیار محدود بود و پژوهشگران ناگزیر از استفاده از مطالعات زمینه‌های مشابه (مانند سرطان و کووید-۱۹) شدند. دوم، بیشتر مطالعات وارد شده دارای طرح مقطعی بودند که امکان نتیجه‌گیری درباره روابط علی را محدود می‌کند و تنها پنج مطالعه طولی با میانگین پیگیری ۲.۴ سال در این مرور گنجانده شد. سوم، تنوع روش‌شناختی و ابزارهای اندازه‌گیری در مطالعات کمی (از مقیاس سازگاری زوجی تا پرسشنامه مقابله زوجی) و نیز رویکردهای متفاوت در

زوج‌های کشورهای اروپایی و آسیای شرقی از این نظر حائز اهمیت است. چهارم، با توجه به شناسایی مقابله زوجی مثبت به عنوان قوی‌ترین عامل در افزایش تاب‌آوری رابطه‌ای، طراحی و آزمایش مداخلات زوجی مبتنی بر شواهد (مانند آموزش مهارت‌های مقابله زوجی، درمان متمرکز بر هیجان یا رویکردهای مبتنی بر پذیرش و تعهد) در قالب کارآزمایی‌های بالینی تصادفی‌شده ضروری است. این مداخلات باید با در نظر گرفتن نیازها و پویایی‌های خاص هر زوج، رویکردی شخص‌سازی‌شده داشته باشند. پنجم، با توجه به نقش حمایت اجتماعی و خانوادگی به عنوان یک عامل محافظتی، بررسی اثربخشی برنامه‌های حمایتی گروهی برای همسران مراقب و همچنین مداخلات مبتنی بر فناوری‌های نوین (نظیر اپلیکیشن‌های موبایل سلامت و بسترهای مشاوره آنلاین) می‌تواند راهگشا باشد. در نهایت، پژوهش‌های آتی باید با استفاده از تحلیل‌های زوجی (مانند مدل وابستگی بازیگر-همتا) به جای تحلیل‌های فردمحور، امکان برآورد همزمان اثرات بازیگر و اثرات شریک را فراهم آورند و به درک عمیق‌تری از ماهیت دوطرفه و تعاملی تاب‌آوری رابطه‌ای دست یابند.

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که پیوند قلب به‌مثابه یک رویداد گسست‌آفرین، پویایی زوجی را تضعیف می‌کند، اما در عین حال، حمایت همسر قوی‌ترین پیش‌بین‌کننده موفقیت بالینی است. مدل مفهومی ارائه‌شده با پنج ویژگی پویایی، تعامل‌گرایی، زمینه‌مندی، چرخه‌ای بودن و چندسطحی بودن، چارچوبی نوین برای درک تاب‌آوری رابطه‌ای فراهم می‌آورد که فراتر از مدل‌های ایستای پیشین است. پیشنهادهای عملی شامل ادغام مشاوره خانواده در پروتکل‌های درمانی، ایجاد گروه‌های حمایت اجتماعی برای همسران و تدوین بسته‌های آموزشی مهارت‌های مقابله زوجی است. بر اساس یافته‌ها، راهکارهای عملی در سه سطح پیشنهاد می‌شود: ۱- ادغام مشاوره خانواده در پروتکل‌های استاندارد پس از پیوند قلب به‌عنوان یک شاخص بالینی الزامی، همراه با ارزیابی روان‌شناختی همزمان هر دو عضو زوج در مراحل مختلف درمان؛ ۲- طراحی و اجرای برنامه‌های حمایتی ساختاریافته

مطالعات کیفی (پدیدارشناسی، تحلیل محتوا، نظریه زمینه‌ای)، امکان ترکیب آماری یا فراترکیب یافته‌ها را فراهم نمی‌کند. چهارم، معیارهای خروج این مرور (مانند حذف مطالعات روش‌های ترکیبی، مروری و چکیده‌های کنفرانس) اگرچه به منظور حفظ همگنی و کیفیت روش‌شناختی اعمال شد، ممکن است منجر به حذف برخی شواهد ارزشمند شده باشد. پنجم، تمرکز بر منابع انگلیسی زبان، با وجود جستجو در پایگاه‌های داده بین‌المللی، ممکن است به حذف پژوهش‌های ارزشمند منتشر شده به زبان‌های دیگر (به ویژه آلمانی، فرانسوی و اسپانیایی که در زمینه پیوند قلب فعال هستند) و نیز منابع فارسی که با وجود اهمیت فرهنگی، از حیث تمرکز بر تجارب زوجی در پیوند قلب، بسیار محدود بوده‌اند، منجر شده باشد. با این حال، پژوهشگران بر لزوم انجام مرورهای جداگانه بر روی منابع فارسی برای بومی‌سازی مدل‌های تاب‌آوری رابطه‌ای در آینده تأکید دارند.

بر اساس یافته‌های این مرور و محدودیت‌های شناسایی‌شده، انجام پژوهش‌های آتی در چند جهت ضروری است. نخست، با توجه به فقدان مطالعات کیفی عمیق در زمینه مفهوم‌پردازی تاب‌آوری رابطه‌ای در بافت پیوند قلب، انجام پژوهش‌هایی با رویکرد داده بنیاد برای کشف ابعاد پنهان این سازه در فرهنگ‌های مختلف، به ویژه در بافت فرهنگی ایران که تاکنون مطالعه جامعی در این زمینه انجام نشده است، ضروری می‌نماید. این پژوهش‌ها می‌توانند با بهره‌گیری از مصاحبه‌های عمیق زوجی (به جای مصاحبه‌های انفرادی) به کشف فرآیندهای تعاملی و پویای تاب‌آوری رابطه‌ای بپردازند. دوم، با توجه به غلبه مطالعات مقطعی در این حوزه، انجام مطالعات طولی با پیگیری حداقل سه تا پنج ساله برای بررسی سیر تحول تاب‌آوری رابطه‌ای در مراحل مختلف فرآیند پیوند (پیش از پیوند در لیست انتظار، دوره بستری و دوره پس از پیوند) و شناسایی نقاط بحرانی و فرصت‌های مداخله، یک ضرورت روش‌شناختی است.

سوم، با توجه به نقش تعدیل‌گر بافت فرهنگی و اجتماعی که در این مرور شناسایی شد، انجام مطالعات تطبیقی بین‌فرهنگی بین کشورهای توسعه‌یافته و در حال توسعه می‌تواند به شناسایی مؤلفه‌های فرهنگی مؤثر بر تاب‌آوری رابطه‌ای کمک کند. به طور خاص، مقایسه زوج‌های ایرانی با

زهره جهانبخشی: مشارکت در طراحی روش‌شناسی، بازبینی و اصلاح ساختار مقاله، مشاوره در تحلیل داده‌های کیفی و بررسی نهایی نسخه ارسالی.

کیوان صالحی: مشارکت در جستجوی نظام‌مند و غربالگری مقالات، کمک به تفسیر یافته‌ها، بازبینی انتقادی محتوای علمی و ویرایش نهایی مقاله.

برای همسران مراقب شامل جلسات روان‌آموزشی منظم و گروه‌های همتا با همکاری سازمان بهزیستی و انجمن‌های علمی روان‌شناسی؛ ۳- تدوین و اجرای بسته‌های آموزشی مهارت‌های مقابله زوجی برای متخصصان سلامت و خانواده‌ها در قالب کارگاه‌های حضوری و بسترهای دیجیتال (نظیر اپلیکیشن‌های سلامت‌محور) با هدف تقویت همدلی و حمایت متقابل.

تشکر و قدردانی

نویسندگان از همه افرادی که از آماده سازی تا انتشار این مقاله، یاری رساندند، نهایت سپاس را دارند.

ملاحظات اخلاقی

مقاله حاضر برگرفته از رساله دکتری رشته مشاوره پردیس ارس دانشگاه تهران و دارای کد اخلاق به شناسه IR.UT.PSYEDU.REC.1405.037 از کمیته اخلاق پژوهش آن دانشگاه است. معیارهای اخلاقی شامل کسب کد اخلاق از کمیته اخلاق در دانشگاه، رعایت صداقت و امانت داری علمی مورد توجه قرار گرفته است.

کد اخلاق

IR.UMSU.REC.1404.099

حامی مالی

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

تعارض منافع

نویسندگان همچنین اعلام می‌دارند که در نتایج این پژوهش هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

سهم نویسندگان

زینب شکوری: طراحی مطالعه، جستجوی نظام‌مند در پایگاه‌های داده، غربالگری و انتخاب مقالات، استخراج و تحلیل داده‌ها (کدگذاری و تحلیل موضوعی)، نگارش پیش‌نویس اولیه مقاله و بازبینی انتقادی نسخه نهایی.

حسین کشاوری افشار: مفهوم‌پردازی و طراحی کلی پژوهش، نظارت بر فرایند جستجو و تحلیل داده‌ها، بازبینی انتقادی محتوای علمی مقاله، تأمین اعتبار علمی و ویرایش نهایی متن.

References:

1. Priest JB. The Science of Family Systems Theory: Foundations for Effective Clinical Practice. Routledge; 2025.
2. Bakhshipour B, Asadi M, Kiani A, Shiralipour A, AhmadDoust H. Relationship between family performance and marital conflicts of couples on the verge of divorce. *Knowledge Res Applied Psychol.* 2017;13(48):10-9. <https://sid.ir/paper/163666/fa>
3. Chen RT, Pearson V, Suebkinorn O, Bulto LN, Pincha Baduge M, Anderson A, et al. Impact of genetic risk information for cardiovascular disease on behavioural changes, psychological responses and risk factor modification: a systematic review. *Eur J Prev Cardiol.* 2026;33(3):327-337. doi:10.1093/eurjpc/zwae362
4. Su J, Lin R, Batalik L, Wong A, Grace S. Psychological eHealth interventions for patients with cardiovascular diseases: Systematic review and meta-analysis. *J Med Internet Res.* 2025;27:e57368. doi:10.2196/57368
5. Thomson P, Molloy GJ, Chung ML. The effects of perceived social support on quality of life in patients awaiting coronary artery bypass grafting and their partners. *J Health Psychol.* 2019;24(6):759-770.
6. Mahrer-Imhof R, et al. Healthcare practices and interventions in Europe towards families of older patients with cardiovascular disease: A scoping review. *Scand J Caring Sci.* 2022;36(2):320-345. doi:10.1111/scs.13045
7. Gomaa-Pastor E, et al. Psychosocial adaptation in heart transplant recipients: a qualitative study. 2021.
8. Schultz T, et al. Post-transplant adjustment challenges in heart recipients. 2023.
9. Pashae F, Taleghani F, Tavakol KH, Rezaei A. Family experiences from caregiving of patient with coronary artery bypass graft surgery: a qualitative study. *IJNR.* 2010;5(16):61-71. <http://ijnr.ir/article-1-593-fa.html>
10. Vasli P, Komijani Z, Hosseini M, Nasiri M. Improving the health-related quality of life of children with congenital heart disease undergoing corrective surgery: The impact of a family-based care transition program. *Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences.* 2025; 30(4): 372-386. <https://hayat.tums.ac.ir/article-1-5399-fa.html>
11. Kim J, Kim K, Jang I. Symptom experience, self-care adherence, and quality of life among heart transplant recipients in South Korea. *Clin Nurs Res.* 2019;28(2):182-201. doi:10.1177/1054773817740531
12. Kim KH, Kim CJ, Seo EJ, Park JS, Seo KW, Ahn JA. Factors Influencing Self-Care Among Patients With Heart Failure Based on the Situation-Specific Theory: A Cross-Sectional Study. *Int J Nurs Pract.* 2026;32(2):e70132. doi:10.1111/ijn. 70132
13. Tian F, Chen S, Lan X, Zhang RX, Zhu CY, Chen Y. Factors influencing self-care behaviours in patients with heart failure: A mixed-methods systematic review. *Heart Lung.* 2026;75:304-312. doi:10.1016/j.hrtlng.2025.10.010
14. Golan M, Vilchinsky N, Wolf H, Abuhazira M, Ben-Gal T, Naimark A. Couples' coping strategies with left ventricular assist device implantation: A qualitative dyadic study. *Qual Health Res.* 2023;33(8-9):741-752. doi:10.1177/10497323231168580
15. Kikuchi K, et al. Perceived burden of nurturing in pediatric organ transplantation in Japan. *Jpn J Transplant.* 2015;50(2-3):203-210.
16. Thomson P, Molloy GJ, Chung ML. Perceived social support and quality of life in couples awaiting coronary artery bypass grafting. 2019.
17. Connor KM, Davidson JRT. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress Anxiety.* 2003;18(2):76-82.
18. Masten AS, Lucke CM, Nelson KM, Stallworthy IC. Resilience in development and psychopathology: Multisystem perspectives. *Annu Rev Clin Psychol.* 2021;17:521-549.
19. Walsh F. Strengthening Family Resilience. 3rd ed. Guilford Press; 2015.

20. Jordan JV. Relational resilience in girls. In: Goldstein S, Brooks RB, editors. *Handbook of Resilience in Children*. 3rd ed. Springer; 2023. p. 71-84.
21. Alawami S. The psychosocial impact on families of paediatric LT-MCS patients during in-hospital bridge to transplant: A modified systematic review [master's thesis]. University of Nottingham; 2024.
22. Laso Hoz AI. The heart transplant experience in adults and their caregivers: A qualitative study [master's thesis]. Universidad de Cantabria; 2020.
23. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: Towards a methodological framework. *Int J Soc Res Methodol*. 2005;8(1):19-32. doi:10.1080/1364557032000119616
24. Peters MDJ, Godfrey CM, Khalil H, McInerney P, Parker D, Soares CB. Guidance for conducting systematic scoping reviews. *Int J Evid Based Healthc*. 2015;13(3):141-146. doi:10.1097/XEB.0000000000000050
25. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): Checklist and explanation. *Ann Intern Med*. 2018;169(7):467-473. doi:10.7326/M18-0850
26. Critical Appraisal Skills Programme. CASP qualitative studies checklist. 2018.
27. Von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: Guidelines for reporting observational studies. *Lancet*. 2007;370(9596):1453-1457. doi:10.1016/S0140-6736(07)61602-X
28. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol*. 2006;3(2):77-101. doi:10.1191/1478088706qp063oa
29. Bunzel B, Laederach-Hofmann K, Schubert MT. Patients benefit -- partners suffer? The impact of heart transplantation on the partner relationship. *Transpl Int*. 1999;12(1):33-41. doi:10.1111/j.1432-2277.1999.tb00573.x
30. Konstam V, Surman OS, Hizzazi KH, Fierstein J, Konstam MA, Turbett A, et al. Marital adjustment in heart transplantation patients and their spouses: A longitudinal perspective. *Am J Fam Ther*. 1998;26(2):147-158. doi:10.1080/01926189808251095
31. Laederach-Hofmann K, Bunzel B, Wollenek G, Schubert MT. Veränderungen der Partnerschaft nach Organtransplantation: Ein Vergleich zwischen Herz-, Leber- und Nierentransplantation [Changes in partner relationship after organ transplantation: Comparison between heart, liver, and kidney transplantation]. *Psychother Psychosom Med Psychol*. 2002;52(1):11-19. doi:10.1055/s-2002-19666
32. Bunzel B, Wollenek G. Heart transplantation: Are there psychosocial predictors for clinical success of surgery? *Thorac Cardiovasc Surg*. 1994;42(2):103-107. doi:10.1055/s-2007-1016466
33. Dew MA, Goycoolea JM, Stukas AA, Switzer GE, Simmons RG, Roth LH, et al. Temporal profiles of physical health in family members of heart transplant recipients: Predictors of health change during caregiving. *Health Psychol*. 1998;17(2):138-146. doi:10.1037/0278-6133.17.2.138
34. Toren O. Mental and physical health of heart recipients as predictors of their spouse-caregivers' health one year after the transplant [doctoral dissertation]. University of Pittsburgh; 1998.
35. Zimmermann T, Bergelt C, Heinrichs N. Relationship quality, dyadic coping, and depression in couples with left ventricular assist device implantation. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2021;20(5):436-443. doi:10.1093/eurjcn/zvaa022
36. Sheffield J, Murray J. The experiences of partners of heart transplant recipients: A qualitative study. *Health Psychol Open*. 2019;6(1):1-10. doi:10.1177/2055102919838902
37. McCurry AH. A phenomenological study of the experience of the spouse of a heart transplant recipient [doctoral dissertation]. University of Tennessee; 1999.
38. Casida J. The lived experience of spouses of patients with a left ventricular assist device

- before heart transplantation. *Am J Crit Care*. 005;14(2):145-151.
doi:10.4037/ajcc2005.14.2.145
39. Aydogan D, Kara E, Kalkan E. Understanding relational resilience of married adults in quarantine days. *Curr Psychol*. 2022;41(11):8249-8259. doi:10.1007/s12144-021-02269-9
40. Cihan H, Aydogan D. Relational resilience as a protective factor in marital adjustment of couples with cancer: A dyadic model. *Dusunen Adam*. 2020;33(3):281-288. doi:10.14744/DAJPNS.2020.00096
41. Rapelli G, Donato S, Parise M, Iafrate R, Bertoni A. Patient activation in couples after a cardiac event: A dyadic study. *Front Psychol*. 2020;11:556. doi:10.3389/fpsyg.2020.00556
42. Goetzmann L, Klaghofer R, Spindler A, Wagner R, Rösler H, Scheuer E, et al. Attitudes towards transplantation and medication among 121 heart, lung, liver and kidney recipients and their spouses. *Swiss Med Wkly*. 2012;142:w13595. doi:10.4414/smww.2012.13595
43. Brito LMPM, et al. Family living cardiac transplantation. *Rev Bras Enferm*. 2007;60(2):185-189.
44. Sadala MLA, Stolf NAG. The experience of living with a heart transplant: A phenomenological study. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2008;16(2):239-245. doi:10.1590/S0104-11692008000200011