

بررسی ارتباط سلامت معنوی با اضطراب و برخی مشخصات دموگرافیک بیماران عروق کرونر

طاهره مومنی قلعه‌قاسمی^۱، امیر موسی‌رضایی^۲، مهین معینی^۳

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: بیماران عروق کرونر در مرحله حاد، اضطراب زیادی را تجربه می‌کنند و نسبت به بیماران با اضطراب کمتر به میزان بالاتری به ایسکمی، سکنه مجدد، تندتپشی و فیبریلاسیون بطنی مبتلا می‌شوند. از طرفی بیماری‌های قلبی بر معنویت فرد تاثیر می‌گذارد. هر چند برخی مطالعات نشان داده‌اند، بیمارانی که نمره بالاتری در مقیاس‌های معنوی دارند میزان عوارض قلبی عروقی کم‌تری داشته‌اند؛ در این میان یافته‌های متناقض به چشم می‌خورد؛ به این ترتیب محققین بر آن شدند مطالعه‌ای را با هدف بررسی ارتباط بین سلامت معنوی با اضطراب بیماران عروق کرونر طراحی و اجرا نمایند.

روش‌ها: این مطالعه از نوع توصیفی-همبستگی بود. در طی ۶ ماه مطالعه، ۲۹۲ بیمار مبتلا به بیماری عروق کرونر، بستری در بخش ویژه به روش سرشماری، به عنوان جامعه آماری انتخاب شدند. از این تعداد، ۸۵ نفر از بیماران، که معیارهای ورود به مطالعه را داشتند، پرسشنامه‌ها (اطلاعات دموگرافیک، سلامت معنوی و اضطراب موقعیتی اسپیل‌برگر) را تکمیل نمودند. داده‌ها در مجموع از نوع کمی و کیفی بود که برای تجزیه و تحلیل آنها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۸ و روش‌های آماری توصیفی و ضریب همبستگی پیرسون و اسپیرمن استفاده گردید. در این مطالعه مقدار P در سطح کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: به ترتیب میانگین نمره کلی سلامت معنوی $103/11 \pm 9/68$ از ۱۲۰، میانگین نمره بعد وجودی سلامت معنوی $45/48 \pm 9/06$ از ۶۰ و میانگین نمره بعد مذهبی سلامت معنوی $57/63 \pm 4/20$ از ۶۰ بود. همچنین یافته‌ها نشان داد میانگین نمره اضطراب موقعیتی بیماران $40/80 \pm 13/03$ بود. یافته‌های مطالعه حاکی از معنی‌دار شدن ارتباط بین سلامت معنوی و ابعاد آن با میزان اضطراب بیماران ایسکمیک قلبی بود، به طوری که آزمون پیرسون نشان‌داد ارتباط آماری معنی‌دار معکوس بین نمره کلی سلامت معنوی با اضطراب ($P < 0/001$ و $r = -0/47$)، نمره بعد وجودی سلامت معنوی با اضطراب ($P < 0/001$ و $r = -0/46$) و نمره بعد مذهبی سلامت معنوی با اضطراب ($P = 0/01$ و $r = 0/26$) وجود داشت.

نتیجه‌گیری: این مطالعه قویا نشان داد در بیماران عروق کرونر با نمرات بالاتر سلامت معنوی، میزان اضطراب کمتری وجود دارد و بالا بودن سلامت معنوی یک فاکتور مهم محافظت‌کننده در برابر بروز اضطراب در این بیماران است.

واژه‌های کلیدی: اضطراب، بیماری عروق کرونر، معنویت

ارجاع: مومنی قلعه‌قاسمی طاهره، موسی‌رضایی امیر، معینی مهین. بررسی ارتباط سلامت معنوی با اضطراب و برخی مشخصات

دموگرافیک بیماران عروق کرونر. مجله تحقیقات نظام سلامت ۱۳۹۲؛ ۹(۷): ۷۱۱-۷۰۲

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۱/۰۹/۲۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۰۹/۰۱

۱. کارشناس ارشد پرستاری، گروه سلامت بزرگسالان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۲. کارشناس ارشد پرستاری، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، گروه سلامت بزرگسالان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران (نویسنده مسؤول)
Email: musarezai@nm.mui.ac.ir
۳. کارشناس ارشد پرستاری، گروه سلامت بزرگسالان، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

مقدمه

اهمیت بیماری‌های قلبی عروقی بر هیچکس پوشیده نیست (۱). شیوع این بیماری‌ها در کشورهای در حال توسعه، از جمله در کشور ما، در حال افزایش است و بار ناشی از بیماری‌های قلبی عروقی و عواقب ناشی از آن قابل توجه است؛ به طوری که بیماری‌های قلبی عروقی، اولین علت مرگ و میر در ایران است (۲). از میان بیماری‌های قلبی، بیماری عروق کرونری شایع‌ترین بیماری مزمن و تهدیدکننده حیات می‌باشد و بیش از هر بیماری دیگری باعث ناتوانی، صدمات اقتصادی و مرگ می‌شود (۳). در ایران نیز شیوع بیماری‌های عروق کرونر و مرگ و میر حاصل از آن رو به افزایش می‌باشد، به گونه‌ای که این بیماری ۴۶٪ از علل مرگ و میر را به خود اختصاص می‌دهد و میزان بروز آن در ۱۰۰ هزار نفر، ۱۸۱/۴ می‌باشد (۴). طبق بررسی‌های به عمل آمده شیوع بیماری‌های عروق کرونر در شهر اصفهان ۱۹/۴٪ است (۵).

بیماری‌های عروق کرونر، مشکلات زیادی را برای بیماران و هزینه بالایی را برای جامعه به دنبال دارد (۶). به دنبال بیماری عروق کرونر معمولاً بیماران مشکلات متعددی مانند درد، تغییر در جریان خون بافتی، عدم تحمل فعالیت سازگاری غیر مؤثر با بیماری، اضطراب و افسردگی و تظاهرات روانی شدید، از بین رفتن امنیت کاری، کاهش فعالیت‌های تفریحی، آینده نامطمئن و اختلال در روابط بین فردی و ایفای نقش‌های خانوادگی را تجربه می‌کنند (۴) و در زمان بستری در بیمارستان در مدتی که تحت مراقبت‌های ویژه هستند کم و بیش دچار استرس می‌شوند. استرس‌های روانی تنها بیمار را از نظر جسمی تحت تاثیر قرار نمی‌دهند بلکه از نظر روحی نیز بر بیمار تاثیر می‌گذارند. این عوامل نه تنها می‌توانند منجر به تغییرات فیزیولوژیک شوند بلکه می‌توانند موجب ایجاد رفتارهایی از قبیل اضطراب، انکار و افسردگی شوند (۵). بیماران قلبی عروقی به خصوص انفارکتوس میوکارد در مرحله حاد، اضطراب زیادی را تجربه می‌کنند و به نسبت بیمارانی که اضطراب کمتر دارند، ۵ مرتبه

بیشتر به ایسکمی، سکتة مجدد، تاقیکاردی و فیبریلاسیون بطنی مبتلا می‌شوند (۷). اضطراب، افسردگی یا انکار بیش از اندازه، روند بهبود بیماری را به تأخیر می‌اندازد. همچنین آن دسته از بیماران قلبی که دچار اضطراب زیاد باشند به مشکلات بعدی از قبیل آریتمی، به میزان بیشتر مبتلا می‌شوند و احتمال مرگ آنان در ماه‌های اول، از کسانی که اضطراب کمتری دارند، بیشتر است (۸).

سلامت معنوی یکی از ابعاد مهم سلامت در انسان محسوب می‌شود. سلامت معنوی، یکپارچگی و تمامیت فرد را تعیین می‌کند و نیروی یگانه‌ای است که ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی را هماهنگ می‌کند و جهت سازگاری با بیماری لازم است (۹). همچنین یافته‌های اپیدمیولوژیک به روشنی نشان داده‌اند که خلق، اضطراب، افسردگی و معنویت با پیامدهای قلبی عروقی مرتبطند (۱۰). در مورد ارتباط معنویت با وضعیت جسمی و روانی بیماران قلبی مطالعات اندکی در دسترس است. Wilkins در مطالعه‌ای که با عنوان مذهب، معنویت و دیسترس روانی در بیماران قلبی عروقی انجام داد، نشان داد که ارتباط معنی‌داری بین حمایت معنوی و اضطراب وجود دارد (۱۱)، در مقایسه نتایج مطالعه Blumental و همکاران حاکی از عدم وجود ارتباط آماری معنی‌دار بین معنویت، دفعات حضور در کلیسا یا انجام عبادات با میزان شیوع مشکلات قلبی و مرگ و میر پس از انفارکتوس حاد میوکارد در بیماران قلبی بود (۱۲).

از بین مطالعات پیرامون معنویت و سلامتی در دسترس، اکثریت آنها از ارتباط مثبت معنویت و حصول بهبودی از مواردی نظیر اضطراب، استرس، بیماری جسمانی سخن گفته‌اند؛ اما ارتباط بین معنویت با وضعیت سلامت روان همیشه مثبت و معنی‌دار گزارش نشده است. به‌طور مثال نتایج مطالعه‌ای در کشور انگلستان بر روی ۲۵۰ بیمار نشان داد بیمارانی که از لحاظ اعتقادات معنوی وضعیت بالاتر و قوی‌تر داشتند، در مدت ۹ ماه پیگیری مداوم، پس از ترخیص آنها از بخش‌های قلب و زنان، پیش‌آگهی و وضعیت به مراتب بدتری نسبت به سایر بیماران داشتند (۱۳). وجود موارد ضد

پرسشنامه سلامت معنوی پولوتزین و الیسون برای ارزیابی ابعاد عمودی و افقی سلامت معنوی توسط پولتزین و الیسون در سال ۱۹۸۲ طراحی شده است (۱۶). این ابزار قبلاً توسط Beery و همکاران برای بیماران قلبی مورد استفاده قرار گرفته است (۱۳). در این پرسشنامه ۲۰ گزینه‌ای سلامت معنوی، ۱۰ گزینه آن سلامت مذهبی و ۱۰ گزینه دیگر سلامت وجودی را اندازه‌گیری می‌کند. دامنه نمره سلامت معنوی برای هر یک از زیر گروه‌های سلامت مذهبی و وجودی، به تفکیک ۶۰-۱۰ می‌باشد. نمره سلامت معنوی، جمع این دو زیر گروه است که دامنه آن ۱۲۰-۲۰ در نظر گرفته شده است. پرسشنامه سلامت معنوی الیسون و پولوتزین یک پرسشنامه استاندارد است و در پژوهش‌های مختلف علمی مورد ارزیابی قرار گرفته است. در ایران توسط سید فاطمی و همکاران از این پرسشنامه استفاده شد و ضریب آلفا کرونباخ آن برابر ۰/۸۲ به دست آمد که اعتماد علمی پرسشنامه مورد تایید قرار گرفته است (۹).

پرسشنامه سنجش اضطراب موقعیتی اسپیل برگر شامل ۲۰ سؤال می‌باشد که نمره بین ۲۰-۸۰ را می‌توان کسب نمود. پرسشنامه سنجش اضطراب اسپیل برگر یک پرسشنامه معتبر می‌باشد که در پژوهش‌های داخل و خارج کشور به میزان وسیعی به کار رفته است. توسط مهram در شهر مشهد روایی و پایایی آن در جامعه ایرانی بررسی شده است. اسدی نوقایی و همکاران، ابوالحسینی و زارع و بشارت به نقل از کهنگی در پژوهش خود از این پرسشنامه استفاده نموده‌اند و اعتبار علمی آن مورد ارزیابی قرار گرفته است. همچنین ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۹۱٪ را عنوان کرده‌اند که نشان دهنده اعتماد علمی لازم پرسشنامه می‌باشد (۱۷).

پس از کسب معرفی‌نامه از دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به مدیریت بیمارستان الزهرا (س) اصفهان مراجعه نموده و پس از ارائه معرفی‌نامه و توضیح در مورد اهداف پژوهش به مسؤولین مرکز و جلب موافقت و همکاری آنها اقدام به نمونه‌گیری گردید. در این پژوهش نمونه‌ها به روش سرشماری از بیماران ایسکمیک قلبی که در بخش مراقبت

و نقیض متعدد در زمینه ارتباط بین سلامت معنوی با اضطراب در تحقیقات صورت پذیرفته در خارج از کشور از یک سو؛ و از سوی دیگر از آنجاکه عوامل فرهنگی متعددی از قبیل عقاید مذهبی و باورهای معنوی هر قوم و ملیت می‌تواند بر میزان شیوع اضطراب تأثیرات قابل ملاحظه‌ای داشته باشد (۱۴، ۱۵) می‌توان تفاوت‌های قابل ملاحظه‌ای را پیرامون یافته‌های حاصل از این مطالعه با مطالعات مشابه صورت پذیرفته در خارج از کشور انتظار داشت؛ لذا محققین بر آن شدند تا مطالعه‌ای را با هدف بررسی ارتباط بین سلامت معنوی با اضطراب بیماران ایسکمیک قلبی طراحی و اجرا نمایند.

روش‌ها

این مطالعه از نوع توصیفی مقطعی بود که به روش نمونه‌گیری سرشماری در مدت ۶ ماه صورت پذیرفت. در طی ۶ ماه مطالعه، همه بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر، بستری در بخش مراقبت‌های ویژه قلب بیمارستان الزهراء (س) که ۲۹۲ نفر بودند، از نظر معیار ورود به مطالعه (شامل تشخیص قطعی بیماری ایسکمیک قلبی (انفارکتوس حاد میوکارد و آنژین ناپایدار)، علاقمندی به شرکت در پژوهش، شیعه و ایرانی‌الاصل بودن، آشنا بودن به زبان فارسی، نداشتن عقب‌ماندگی ذهنی، ناپیایی و ناشنوایی، نداشتن بیماری زمینه‌ای دیگری به جز عوامل خطر ساز آترواسکلروز عروق کرونر، نداشتن بیماری روانی شناخته شده) مورد بررسی قرار گرفتند. پس از بررسی بیماران تحت مطالعه، ۸۵ نفر از بیماران، معیارهای ورود به مطالعه را داشتند و پرسشنامه‌ها را تکمیل نمودند.

در این مطالعه، روش گردآوری اطلاعات پرسشنامه بود. این پرسشنامه دارای سه بخش، قسمت اول اطلاعات دموگرافیک و فردی شامل سن، جنس، وضعیت تاهل، نوع آسیب عضله قلبی، سابقه بستری در بیمارستان، ریسک فاکتورهای قلبی عروقی بود، قسمت دوم پرسشنامه را سلامت معنوی پولوتزین و الیسون و قسمت سوم پرسشنامه را اضطراب موقعیتی اسپیل برگر تشکیل می‌داد.

۸۴/۷٪) بودند. جزئیات اطلاعات فردی واحدهای مورد پژوهش در جدول ۱ آورده شده است. میانگین سنی واحدهای مورد پژوهش ۶۱ سال با انحراف معیار ۱۲/۴۸ و دامنه سنی آنها ۹۰-۳۲ سال بود.

میانگین نمره کلی سلامت معنوی ۱۰۳/۱۱ با انحراف معیار ۹/۶۸ و میانگین نمره وجودی سلامت معنوی ۴۵/۴۸ با انحراف معیار ۹/۰۶ و میانگین نمره مذهبی سلامت معنوی ۵۷/۶۳ با انحراف معیار ۴/۲۰ و میانگین اضطراب بیماران ۴۰/۸۰ با انحراف معیار ۱۳/۰۳ می‌باشد (جدول ۲). آزمون پیرسون نشان داد که ارتباط آماری معنی‌دار معکوس بین نمره کلی سلامت معنوی و اضطراب بیماران ایسکمیک قلبی با $(P < ۰/۰۰۱$ و $r = -۰/۴۷$)، بین نمره بعد وجودی سلامت معنوی و اضطراب $(P < ۰/۰۰۱$ و $r = -۰/۴۶$) و بین نمره بعد مذهبی سلامت معنوی و اضطراب $(P = ۰/۰۱$ و $r = -۰/۲۶$) وجود دارد. اطلاعات مربوط به ارتباط بین سلامت معنوی و اضطراب با متغیرهای دموگرافیک واحدهای تحت پژوهش در جدول ۳ ارائه گردیده است.

ویژه قلب بیمارستان الزهرا (س) بستری بوده و شرایط قابل قبول برای پژوهش را داشتند، انتخاب گردید. پرونده بهداشتی بیماران، معاینه و تشخیص پزشک متخصص قلب و پاسخ‌های بیماران تعیین‌کننده شرایط ورود به مطالعه بود. سپس رضایت‌نامه کتبی آگاهانه و پرسشنامه سلامت معنوی و پرسشنامه سنجش اضطراب از طریق پرسشگری تکمیل گردید.

داده‌های این پژوهش در مجموع از نوع کمی (گسسته و پیوسته) و کیفی (اسمی و رتبه‌ای) بودند که برای تجزیه و تحلیل آنها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۸ و روش‌های آماری توصیفی و آمارهای توزیع فراوانی، میانگین و ضریب همبستگی پیرسون برای داده‌های کمی و ضریب همبستگی اسپیرمن برای داده‌های کیفی استفاده گردید. در این مطالعه مقدار P در سطح کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار تلقی گردید.

یافته‌ها

در این مطالعه ۲۹۲ بیمار مبتلا به بیماری عروق کرونر مورد بررسی قرار گرفتند که ۸۵ نفر از آنها معیارهای ورود به مطالعه را داشتند. از این تعداد، ۴۱ نفر (۴۸/۲٪) زن و ۴۴ نفر (۵۱/۸٪) مرد بودند. اکثریت واحدهای مورد پژوهش متأهل (۷۵/۳٪)، دارای تحصیلات زیر دیپلم (۴۱/۲٪)، مبتلا به آنژین ناپایدار (۷۷/۶٪) و دارای سابقه بستری در بیمارستان

جدول ۱: اطلاعات فردی واحدهای مورد پژوهش

متغیرهای مورد پژوهش	فراوانی	درصد
جنس	زن	۴۱ نفر (۴۸/۲٪)
	مرد	۴۴ نفر (۵۱/۸٪)
وضعیت تأهل	مجرد	۱ نفر (۱/۲٪)
	متأهل	۶۴ نفر (۷۵/۳٪)
	مطلقه	۱ نفر (۱/۲٪)
میزان تحصیلات	بیوه	۱۹ نفر (۲۲/۴٪)
	بیسواد	۳۳ نفر (۳۸/۸٪)
	زیر دیپلم	۳۵ نفر (۴۱/۲٪)
	دیپلم	۱۰ نفر (۱۱/۸٪)

(/۸/۲)	نفر ۷	تحصیلات دانشگاهی	
(/۷۷/۶)	نفر ۶۶	آئین ناپایدار	وضعیت آسیب عضله قلبی
(/۲۲/۴)	نفر ۱۹	انفارکتوس حاد میوکارد	
(/۸۴/۷)	نفر ۷۲	سابقه بستری در بیمارستان دارند	سابقه بستری در بیمارستان
(/۱۵/۳)	نفر ۱۳	سابقه بستری در بیمارستان ندارند	
(/۴۱/۲)	نفر ۳۵	دیابت دارند	سابقه بیماری دیابت
(/۵۸/۸)	نفر ۵۰	دیابت ندارند	
(/۴۸/۲)	نفر ۴۱	پرفشاری خون دارند	پرفشاری خون
(/۵۱/۸)	نفر ۴۴	پرفشاری خون ندارند	
(/۲۸/۲)	نفر ۲۴	هیپرلیپیدمی دارند	هیپرلیپیدمی
(/۷۱/۸)	نفر ۶۱	هیپرلیپیدمی ندارند	
(/۲۱/۲)	نفر ۱۸	سابقه مصرف سیگار دارند	سابقه مصرف سیگار
(/۷۸/۸)	نفر ۶۷	سابقه مصرف سیگار ندارند	

جدول ۲: آمار توصیفی متغیرهای مورد پژوهش

دامنه تغییرات	انحراف معیار	میانگین	متغیرهای مورد پژوهش
۵۴-۱۲۰	۹/۶۸	۱۰۳/۱۱	نمره کلی سلامت معنوی
۱۳-۶۰	۹/۰۶	۴۵/۴۸	نمره بعد وجودی سلامت معنوی
۴۱-۶۰	۴/۲۰	۵۷/۶۳	نمره بعد مذهبی سلامت معنوی
۲۰-۷۳	۱۳/۰۳	۴۰/۸۰	نمره اضطراب

جدول ۳: ارتباط متغیرهای پژوهش با مشخصات دموگرافیک واحدهای مورد پژوهش

سابقه بستری		وضعیت آسیب عضله قلبی		وضعیت تأهل		جنس		تحصیلات		سن		مشخصات دموگرافیک متغیرهای مورد پژوهش
p	t	p	t	p	t	p	t	p	r	p	r	
۰/۳۲	۱/۰۰۴	۰/۳۷	۰/۸۹	۰/۹۸	۰/۰۳	۰/۰۳	۲/۲	۰/۲۵	۰/۰۹	۰/۳۲	۰/۱۱	نمره کلی سلامت معنوی
۰/۸۵	۰/۲	۰/۷۴	۰/۳۳	۰/۷۳	۰/۳۵	۰/۰۰۸	۲/۷۵	۰/۱۷	۰/۱۲	۰/۴۶	۰/۰۸	بعد وجودی سلامت معنوی
۰/۰۲	۲/۳۵	۰/۰۹	۱/۷	۰/۴۱	۰/۸۳	۰/۹۱	۰/۱	۰/۰۸	-۰/۱۸	۰/۳۲	۰/۱۱	بعد مذهبی سلامت معنوی
۰/۹۳	۰/۰۸	۰/۳۳	۰/۹۷	۰/۰۵	۱/۹۴	۰/۰۰۴	۳/۰۳	۰/۰۲	-۰/۰۲۴	۰/۱۹	-۰/۲۶	اضطراب

جنس نشان دادند ($P < 0/05$). حجتی و همکاران نیز در مطالعه خود نشان دادند که سلامت معنوی با سن ($P = 0/01$) ارتباط معنی‌داری داشت (۲۲).
 آزمون‌های آماری نشان داد بین سلامت معنوی و سن، اضطراب و سن، سلامت معنوی و سطح تحصیلات، سلامت معنوی و وضعیت تأهل، اضطراب و وضعیت تأهل، سلامت معنوی و وضعیت آسیب عضله قلبی، اضطراب و وضعیت آسیب عضله قلبی، سلامت معنوی و سابقه بستری، اضطراب و سابقه بستری ارتباط معنی‌داری با $P > 0/05$ وجود ندارد. نتایج مطالعات McCoubrie و Davies و Romero و همکاران نیز نشان داد بین هیچ یک از متغیرهای دموگرافیک با سلامت معنوی ارتباط آماری معنی‌داری وجود ندارد (۱۹)، در مطالعه Nelson نیز ارتباط معنی‌داری بین متغیرهای دموگرافیک با سلامت معنوی یافت نشد (۲۳). همچنین موسی‌رضایی و همکاران در مطالعه با عنوان «بررسی ارتباط بین سلامت معنوی با استرس، اضطراب و برخی متغیرهای جمعیت‌شناختی زنان مبتلا به سرطان سینه مراجعه‌کننده به مرکز درمانی تخصصی سرطان اصفهان» نیز نشان داد ارتباط آماری معنی‌داری بین سلامت معنوی با متغیرهای دموگرافیک وجود ندارد که موید یافته‌های مطالعه حاضر می‌باشد (۲۴). بنابراین اگرچه در بیشتر تحقیقات بین متغیرهای جمعیت‌شناختی و سلامت معنوی بیماران ارتباط معنی‌داری مشاهده نشده است، ولی در برخی مطالعات ارتباطاتی وجود داشته که سوای احتمالاتی همچون تأثیر و تأثر عوامل فرهنگی و مذهبی، تعداد نمونه‌ها و نحوه نمونه‌گیری و بسیاری عوامل تأثیرگذار دیگر بر این موضوع، به نظر می‌رسد در این زمینه نیاز به شفاف‌سازی بیشتری وجود دارد.

از نقاط قوت این مطالعه، می‌توان به در نظر گرفتن مقطع زمانی ۶ ماهه جهت نمونه‌گیری و بررسی همه بیماران عروق کرونر بستری در بخش مراقبت‌های ویژه قلب بیمارستان الزهرا (س) در این بازه زمانی اشاره نمود که پس از بررسی از

بحث

یافته‌ها نشان داد که میانگین نمره کلی سلامت معنوی ۱۰۳/۱۱ با انحراف معیار ۹/۶۸ و میانگین نمره وجودی سلامت معنوی ۴۵/۴۸ با انحراف معیار ۹/۰۶ و میانگین نمره مذهبی سلامت معنوی ۵۷/۶۳ با انحراف معیار ۴/۲۰ و میانگین اضطراب بیماران ۴۰/۸۰ با انحراف معیار ۱۳/۰۳ می‌باشد. در مطالعه سیدفاطمی و همکاران نیز نتایج نشان داد میانگین نمره کل سلامت معنوی بیماران $98/35 \pm 14/36$ بوده و در سطح بندی سلامت معنوی، سلامت معنوی اکثر بیماران در محدوده بالا قرار داشت و نتایج نشان داد که نمره سلامت مذهبی بیماران، بالاتر از سلامت وجودی آنان است (۹). بالا بودن نمره زیر مقیاس مذهبی سلامت معنوی بیماران مبتلا ایسکمیک قلبی نسبت به زیر مقیاس وجودی سلامت وجودی آنها می‌تواند ناشی از شرایط فرهنگی مذهبی مردم ایران باشد و اینکه بیماران در شرایط استرس‌زای زندگی و بحران ناشی از بیماری، گرایش بیشتری به مذهب پیدا می‌کنند.
 آزمون پیرسون نشان داد که بین نمره کلی سلامت معنوی و اضطراب بیماران ایسکمیک قلبی با $P < 0/001$ و $r = -0/47$ ، بین نمره بعد وجودی سلامت معنوی و اضطراب ($P < 0/001$) و $r = -0/46$ و بین نمره بعد مذهبی سلامت معنوی و اضطراب ($P = 0/01$ و $r = -0/26$) ارتباط آماری معنی‌دار معکوس وجود دارد. در تایید این یافته، مطالعه‌ای نیمه‌تجربی با هدف تعیین تأثیر مراقبه معنوی، مراقبه غیردینی (سکولار) و ریلکسیشن بر نتایج معنوی، روانی، قلبی و درد، توسط Wachholtz و Pargament انجام شد. نتایج نشان داد، سلامت معنوی با میزان اضطراب کمتر ($P < 0/01$) و $r = -0/53$ و سلامت وجودی با اضطراب کمتر ($P < 0/001$) و $r = -0/49$ ارتباط معنی‌داری داشت (۱۸). نتایج مطالعات McCoubrie، McMahon و Romero نیز همگی بر این یافته از مطالعه حاضر، صحه می‌گذارند (۲۱-۱۹).
 آزمون‌های آماری ارتباط معنی‌دار معکوسی بین سلامت معنوی و اضطراب، تحصیلات و اضطراب، سلامت معنوی و

سعی در جهت ارتقاء سلامت معنوی بیماران به کاهش اضطراب آنها کمک خواهد کرد.

تشکر و قدردانی

این مقاله منتج از قسمتی از یافته‌های پایان‌نامه کارشناسی ارشد پرستاری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به شماره ۳۸۹۱۸۱ می‌باشد. نویسندگان بر خود لازم می‌دانند که از معاونت محترم پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، پرسنل محترم بخش مراقبت‌های ویژه قلب بیمارستان الزهرا (س) و بیماران ایسکمیک قلبی آن مرکز، تشکر نمایند.

نظر معیارهای ورود به مطالعه، در نهایت ۸۵ نفر وارد مطالعه شدند.

مهم‌ترین نقطه ضعف این مطالعه محیط پژوهش محدود بود، که به دلیل محدودیت‌های موجود، امکان مطالعه هم‌زمان در سایر بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی میسر نبود.

نتیجه‌گیری

این مطالعه قویا نشان داد که در بیماران ایسکمیک قلبی با نمرات بالاتر سلامت معنوی، میزان اضطراب کمتری وجود دارد و بالا بودن سلامت معنوی یک فاکتور مهم محافظت‌کننده در برابر بروز اضطراب در این بیماران است.

با توجه به نتایج این مطالعه مبنی بر وجود ارتباط معنی‌دار بین سلامت معنوی با اضطراب بیماران عروق کرونر و تاثیر اضطراب بر عوارض ناشی از بیماری و سرعت بهبودی، لازم است در فرایند درمان این بیماران، بر ارتقای سلامت معنوی آنها از سوی پرسنل درمانی توجه بیشتری صورت گیرد و با

References

1. Attarchi MS, Boroumand M, Asghari Roudsari E. Return to Work after Cardiovascular Diseases. J Legal Med 2006; 11(40): 207-13. [In Persian]
2. Talebizadeh N, Haghdoost A, Mirzazadeh A. Age at Natural Menopause, an Epidemiological Model (Markov Chain) of Cardiovascular Disease in Iran. Payesh 2009; 8(2): 163-70. [In Persian]
3. Hasanpour Dehkordi A, Motaarefi H, Afzali SM. Stress Level and Coping with in Patients Suffering Myocardial Infarction. J Gorgan Univ Med Sci 2007; 11(1): 15-20. [In Persian]
4. Taherian A, Mohammadi F, Hosseini M, Rahgozar M, Fallahi M. The Effectiveness of Patient Education and Home-Based Follow Up on Knowledge and Health Behaviors in the Patients with Myocardial Infarction. Iran J Nurs Res 2007; 2(4-5): 7-13. [In Persian]
5. Khadibi M. the Effect of Aromatherapy on Sleep Quality in Patients with Ischemic Heart Disease in Cardiac Intensive Care Unit of the University Hospitals in 2009. [MSc Thesis]. Isfahan, School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, 2009. [In Persian]
6. Taghadosi M, Gilasi HR. the General and Specific Quality of Life in Patients with Ischemia in Kashan. Iran J Nurs Res 2008; 3(8-9): 39-46. [In Persian]
7. Salehi Sh, Safavi M, Vafaie M. Level of Anxiety and Its Correlation with Some Individual Characteristics in Patients with Myocardial Infarction in Hospitals Related to Islamic Azad University, Tehran Medical Branch (2005-2006). Med Sci J Islamic Azad Univ Tehran Med Branch 2008; 18(2): 121-5. [In Persian]

8. Besharat MA, Pourang P, Sadeghpour Tabae A, Pournaghash Tehrani S. the Relationship between Coping Styles and Psychological Adaptation in the Recovery Process: Patients with Coronary Heart Disease. *Payesh* 2008; 66(8): 573-9. [In Persian]
9. Seyedfatemi N, Rezaie M, Givari A, Hosseini F. Prayer and Spiritual Well-Being in Cancer Patients. *Payesh*, 2006; 5(4): 295-303. [In Persian]
10. Krucoff MW, Crater SW, Gallup D, Blankenship JC, Cuffe M, Guurneri M , et al. Music, Imagery, Touch, and Prayer as Adjuncts to Interventional Cardiac Care: the Monitoring and Actualization Notice Training (MANTRA) Randomized Study. *Lancet* 2005; 366(9481): 211-7.
11. Wilkins VM. Religion, Spirituality, and Psychological Distress in Cardiovascular Disease, *Clinical Psychology Health--Religious Aspects Spirituality*. [PhD Thesis]. Faculty of Drexel University. Available in www.drexel.edu, 25-Aug-2005.
12. Babyak MA, Ironson G, Thoresen C, Powell L, Czajkowski S, et al. Spirituality, Religion, and Clinical Outcomes in Patients Recovering From an Acute Myocardial Infarction. *Psychosomatic Medicine* 2007; 69 (6): 501-08.
13. Beery TA, Baas LS, Fowler Ch, Allen G. Spirituality in Persons with Heart Failure. *J Holist Nurs* 2002; 20(1): 5-25.
14. Akechi T, OkuyamaT, Akizuki N, Azuma H, Sagawa R, Furukawa TA, et al. Course of Psychological Distress and Its Predictors in Advanced Non Small Cell Lung Cancer Patients. *Psycho Oncology* 2006; 15(6): 463-73.
15. Boscaglia N, Clarke DM, Jobing TW, Quinn MA. the Contribution of Spirituality and Spiritual Coping to Anxiety and Depression in Women with a Recent Diagnosis of Gynecological Cancer. *Int J Gynecol Cancer* 2005; 15(5): 755-61.
16. Mauk K, Scnemid N. Spirituality in nursing Practice. 2th ed. Philadelphia: Lippincott Company; 2004.
17. Kahangi, L S. the Effect of Reflexology on Some Physiological Parameters of Patients Before Coronary Artery Bypass Graft Surgery. [MSc Thesis]. Isfahan, School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, 2008. [In Persian]
18. Wachholtz AB, Pargament KI. Is Spirituality a Critical Ingredient of Meditation? Comparing the Effects of Spiritual Meditation, Secular Meditation, and Relaxation on and Pain Outcomes. *J Behav Med* 2005; 28(4): 369-84.
19. Mc Coubrie RC , Davies AN. Is there a correlation between spirituality and anxiety and depression in patients with advanced cancer. *J Support care cancer* 2006; 14(4): 379-85.
20. McMahan RL. The impact of spirituality ,social support and defensive coping on death anxiety at end of life. *Washington D.C*; 2004:109-19.
21. Romero C, Friedmen LC, Kalidas M, Elledge R, Change J, Liscum KR. Self-Forgiveness, Spirituality, and Psychological Adjustment in Women with Breast Cancer. *J Behav Med* 2006; 29(1): 29-36.
22. Hojjati H, Motlagh M, Nouri F, Shirifnia S H, Mohammadnejad E, Heydari B. Relationship between Different Dimensions of Prayer and Spiritual Health of Patients Treated with Hemodialysis. *Iran J Crit Care Nurs* 2010; 2(4): 149-52. [In Persian]
23. Nelson CJ, Rosenfeld B, Breitbart W, Galietta M. Spirituality, Religion, and Depression in the Terminally Ill. *Psychosomatics* 2002; 43(3): 213-20.

24. Musarezaie A, Momeni Ghaleghasemi T, Ebrahimi A, Karimian J. The Relationship between spiritual wellbeing with Stress, Anxiety, and Some Demographic Variables in Women with Breast Cancer Referring to the Specialized Cancer Treatment Center in Isfahan, Iran . J Health System Res 2012; 8(1): 104-13. [In Persian]

Survey of Relationship between spiritual wellbeing with Anxiety and Some Demographic Variables in Patients with Coronary Artery Disease

Tahereh MomeniGhaleghasemi¹, Amir Musarezaie², Mahin Moeini³

Original Article

Abstract

Background: Coronary Artery patients had a much anxiety and distress in the acute situation that this stress leads to more ischemia, re-infarction, tachycardia and Ventricular fibrillation. On the other hand heart disease affects person's spirituality. Although findings of numerous studies revealed significant relation between spiritual well-being and stress in cardiac patients, but paradoxical findings in researches encouraged us to design and perform study of the relationship between spiritual well-being and stress in patients with Coronary Artery Disease.

Methods: In this descriptive – correlation study, 392 patients with Coronary Artery Disease Admitted in Special Section were enrolled with census method in 6 months. Finally 85 patients with inclusion criteria filled the questionnaire (demographic information, Spiritual Well-Being Scale and situational Spielberger questionnaire). Data was analyzed in SPSS18 and by using descriptive methods as well as Spearman and Pearson's correlation coefficients. In present study P-value < 0.05 was significant.

Findings: Mean total score of spiritual well-being was 103.11 ± 9.68 from 120, Mean score of existential aspect of spiritual well-being was 45.48 ± 9.06 from 60 and Mean scores of religious aspect was 57.63 ± 4.20 from 60. Also Mean scores of situational anxiety was 40.80 ± 13.03 . There was statistically significant relationship between anxiety and existential ($P < 0.001$; $r = -0.46$) and religious ($P = 0.01$; $r = -0.26$) aspects of spiritual well-being in patients with heart ischemic disease. Anxiety and total score of spiritual well-being were also significantly ($P < 0.001$; $r = -0.47$).

Conclusion: This study strongly indicate that coronary arteries patients with higher scores spirituality well being had less anxiety. So spirituality well being was a protective factor against anxiety in these patients.

Keywords: Anxiety, Coronary Artery Disease, Spirituality

Citation: MomeniGhaleghasemi T, Musarezaie A, Moeini M. Survey of Relationship between spiritual wellbeing with Anxiety and Some Demographic Variables in Patients with Coronary Artery Disease. J Health Syst Res 2013; 9(7):702-711

Received date: 01/12/2012

Accept date: 24/12/2012

1. MSc, Department of Adult Health Nursing, School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
2. MSc, Behavioral Sciences Research Center, Department of Adult Health Nursing, School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran (Corresponding Author) Email: musarezaie@nm.mui.ac.ir
3. MSc, Department of Adult Health Nursing, Nursing and Midwifery Care Research Center, School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran