

# Relationship of Anxiety, Stress, and Depression with Spiritual Health in Patients with Acute Coronary Artery Disease

Leila Ghanbari Afra (MSc)<sup>1</sup>, Azita Zaheri (MSc)<sup>2,\*</sup>

<sup>1</sup> Educational Supervisor, Kamkar Hospital, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran

<sup>2</sup> School of Paramedics, Shahrekord University of Medical Sciences, Shaherkord, Iran

\* **Corresponding Author:** Azita Zaheri, School of Paramedics, Shahrekord University of Medical Sciences, Shaherkord, Iran.  
Email: zaheriazita69@gmail.com

## Abstract

**Received:** 10/06/2017

**Accepted:** 14/09/2017

### How to Cite this Article:

Ghanbari Afra L, Zaheri A. Relationship of Anxiety, Stress, and Depression with Spiritual Health in Patients with Acute Coronary Artery Disease. *J Educ Community Health*. 2017; 4(2): 28-34. DOI: 10.21859/jech.4.2.28

**Background and Objective:** Anxiety, stress, and depression can cause chest pain. On the other hand, spiritual health plays an important role in acceptance of disease. In this study, we attempted to investigate the relationship of stress, anxiety, and depression with spiritual health in patients with acute coronary syndrome.

**Materials and Methods:** This descriptive-analytical study was performed on 294 patients with acute coronary syndrome during 10 months in teaching hospitals affiliated to Qom University of Medical Sciences. Data collection was performed by using demographic and clinical data, depression, anxiety, stress, and spiritual health questionnaires. To analyze the data, indices of the central tendency, independent t-test, Pearson correlation coefficient were used in SPSS, version 13.

**Results:** There were significant correlations between anxiety and stress and existential health ( $r=-0.196$ ,  $P=0.001$  and  $r=-0.171$ ,  $P=0.003$ , respectively) and between depression and both existential and religious health dimensions ( $r=-0.294$ ,  $P=0.001$  and  $r=-0.244$ ,  $P=0.001$ , respectively). In addition, the depression and stress levels were higher in more advanced ages, while existential health was lower. Depression, stress, and existential and religious health were higher in patients with a history of chronic diseases. In those with a history of taking cardiac medications, the levels of stress, anxiety, and existential and religious health were higher.

**Conclusion:** Based on the findings of this study, in patients with acute coronary syndrome, those who obtained higher spiritual health scores experienced less anxiety and depression. Thus, nurses are recommended to implement self-care training programs with the presence of religious counselors in hospitals and even after discharge to increase patients' spiritual health and diminish their anxiety, stress, and depression. In this case, special attention must be paid to patients aged more than 50 years, with a history of chronic diseases and taking cardiac medications.

**Keywords:** Acute Coronary Syndrome; Anxiety; Depression; Spiritual Health; Stress

# ارتباط اضطراب، استرس و افسردگی با سلامت معنوی در بیماران سندرم حاد عروق کرونری

لیلا قنبری افرا<sup>۱</sup>، آریتا ظاهری<sup>۲\*</sup>

<sup>۱</sup> کارشناس ارشد، سوپروایزر آموزشی، بیمارستان کامکار قم، قم، ایران

<sup>۲</sup> کارشناس ارشد، دانشکده پیراپزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران

\* نویسنده مسئول: آریتا ظاهری، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران.

ایمیل: zaheriazita69@gmail.com

## چکیده

**سابقه و هدف:** اضطراب، استرس و افسردگی از علل بروز درد در قفسه سینه می‌باشند. از سوی دیگر، سلامت معنوی از عوامل اصلی سازگاری با بیماری به‌شمار می‌رود. در این راستا، پژوهش حاضر با هدف ارتباط اضطراب، استرس و افسردگی با سلامت معنوی در بیماران سندرم حاد عروق کرونر انجام شد.

**مواد و روش‌ها:** در این پژوهش توصیفی-تحلیلی که روی ۲۹۴ بیمار مبتلا به سندرم حاد عروق کرونر در بیمارستان‌های آموزشی قم در سال ۱۳۹۳ صورت گرفت، داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌های اطلاعات زمینه‌ای و بالینی، افسردگی، اضطراب، استرس و سلامت معنوی جمع‌آوری گردید. تحلیل داده‌ها نیز با استفاده از نرم‌افزار SPSS 13 و آزمون‌های آماری شاخص‌های مرکزی، T مستقل و همبستگی پیرسون انجام شد.

**یافته‌ها:** اضطراب و استرس با بعد سلامت وجودی ( $r=0/001, P=0/001, t=0/196$ )، افسردگی با هر دو بعد سلامت وجودی و مذهبی ( $r=0/244, P=0/001, t=0/294, P=0/001$ ) همبستگی معناداری را نشان دادند. همچنین در افراد با سن بالا، میزان افسردگی و استرس بالاتر بود؛ اما سلامت وجودی کاهش داشت. از سوی دیگر در افراد با سابقه بیماری مزمن، استرس، افسردگی و سلامت وجودی و مذهبی بیشتر بود. در افراد با سابقه مصرف داروی قلبی نیز افسردگی کمتر بود؛ اما استرس، اضطراب و سلامت وجودی و مذهبی بیشتری مشاهده شد.

**نتیجه‌گیری:** براساس نتایج مشاهده شد که در میان مبتلایان به سندرم حاد عروق کرونری، افرادی که نمره سلامت معنوی بیشتری را کسب نمودند، اضطراب، استرس و افسردگی کمتری را تجربه می‌کردند؛ از این رو، پیشنهاد می‌شود پرستاران با حضور مشاوران دینی، برنامه‌های آموزشی خودمراقبتی را در بیمارستان‌ها و حتی پس از ترخیص با جدیت بیشتری پیگیری نمایند تا از این طریق بتوان به افزایش سلامت معنوی و کاهش اضطراب، استرس و افسردگی در آن‌ها کمک نمود. لازم به ذکر است که در این میان، افراد بالاتر از ۵۰ سال با سابقه بیماری مزمن و مصرف داروی قلبی باید بیشتر مورد توجه قرار گیرند.

**واژگان کلیدی:** استرس؛ اضطراب؛ افسردگی؛ سلامت معنوی؛ سندرم حاد عروق کرونر

## مقدمه

[۴]. بیماری‌های عروق کرونر مشکلات متعددی از جمله درد، کاهش اکسیژن‌رسانی به بافت‌ها و کاهش تحمل در قبال فعالیت‌های روزانه را در پی دارد و می‌تواند منجر به ایجاد فشارهای روانی و اضطراب در مبتلایان گردد [۵].

در سال‌های اخیر مطالعات بسیاری در مورد تأثیر افسردگی و اضطراب بر شروع، طول مدت و پیشرفت بیماری‌های کرونری قلب صورت گرفته است [۱]. در پژوهشی که Follath انجام داد، به این نتیجه دست یافتند که افسردگی، خطر مرگ و میر ناشی از

بیماری‌های قلبی-عروقی از مهم‌ترین علل مرگ و میر در سراسر جهان و به‌ویژه کشورهای در حال توسعه به‌شمار می‌روند [۱]. از میان بیماری‌های قلبی، بیماری عروق کرونری شایع‌ترین بیماری مزمن و تهدیدکننده حیات می‌باشد [۲]. پیشرفت این بیماری در کشور ما به دلایل مختلفی چون تغییر عادات غذایی و کم‌تحرکی، رقم بالایی را به خود اختصاص داده است [۳]؛ به طوری که این بیماری عامل ۴۶ درصد از مرگ و میرها بوده و میزان بروز آن در هر ۱۰۰ هزار نفر، ۱۸۱/۴ نفر گزارش شده است

افسردگی در مبتلایان به سندرم حاد عروق کرونر انجام دهند.

### مواد و روش‌ها

این پژوهش به صورت توصیفی-تحلیلی در ارتباط با بیماران سندرم حاد کرونری بستری در بخش‌های ویژه قلب بیمارستان‌های آموزشی-درمانی کامکار و شهید بهشتی، تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی قم از فروردین تا دی ماه سال ۱۳۹۳ انجام شد. نمونه‌گیری در این پژوهش به صورت آسان در دسترس بود و حجم نمونه با استفاده از فرمول کوکران و با توجه به نتایج مطالعه قبلی معادل ۲۹۴ نفر برآورد شد [۱۵].

معیارهای ورود به پژوهش شامل: رضایت جهت شرکت در پژوهش، تأهل، برخورداری از سواد خواندن و نوشتن، عدم ابتلا به بیماری روانی شناخته‌شده، توانایی تکلم به زبان فارسی، تشخیص قطعی ابتلا به سندرم حاد کرونری توسط پزشک، گذشت ۶ ماه از زمان اولین بستری آن‌ها در بخش و عدم اعتیاد بود. معیارهای خروج از پژوهش نیز عبارت بودند از: وقوع تعارضات و کشمکش‌های شدید خانوادگی، اعتیاد، تهدید به طلاق، سایر بیماری‌های جسمی و روانی مؤثر بر افسردگی و اضطراب مانند سرطان و بروز ناتوانی هنگام اجرای پژوهش.

افزون‌براین، ابزار جمع‌آوری اطلاعات دربرگیرنده چک‌لیست اطلاعات زمینه‌ای و بالینی، پرسشنامه افسردگی، اضطراب، استرس (DASS21: Depression Anxiety Stress Scales) و پرسشنامه سلامت معنوی Palutian و Ellison (SWB: Spiritual Well-Being Scale) بود. این پرسشنامه شامل ۲۰ گویه است که دو بعد سلامت مذهبی (گویه‌های با شماره فرد) و سلامت وجودی (گویه‌های با شماره زوج) را اندازه‌گیری می‌کند. شایان ذکر است که ۹ سؤال (۱،۲،۵،۶،۹،۱۲،۱۳،۱۶،۱۸) این پرسشنامه به صورت معکوس نمره‌دهی می‌شود و پاسخ‌دهی به سؤالات به صورت لیکرت ۶ گزینه‌ای (۱=کاملاً مخالفم تا ۶=به‌طور کامل موافقم) می‌باشد [۱۶]. دامنه نمره سلامت معنوی برای هر یک از ابعاد سلامت مذهبی و وجودی به تفکیک معادل ۶۰-۱۰ است و نمره کل سلامت معنوی (جمع دو بعد آن) ۱۲۰-۲۰ می‌باشد؛ هرچه نمره به‌دست آمده بالاتر باشد، نشان‌دهنده سلامت معنوی بالاتر خواهد بود. در این زمینه، امتیاز ۴۰-۲۰ سلامت معنوی پایین، ۹۹-۴۱ سلامت معنوی متوسط و امتیاز ۱۲۰-۱۰۰ نشان‌دهنده سلامت معنوی بالا است. باید عنوان نمود که این پرسشنامه در پژوهش سیدفاطمی و همکاران، روا و پایا شده و ضریب پایایی آلفای کرونباخ آن، معادل ۰/۸۲ تعیین گردیده است [۱۷].

از سوی دیگر، پرسشنامه استاندارد DASS که توسط Lovibond طراحی شده است، شامل: ۲۱ سؤال و سه مقیاس استرس (سؤالات ۱،۲،۴،۸،۱۱،۱۲،۱۴،۱۸)، اضطراب (سؤالات ۳،۵،۱۰،۱۳،۱۶،۱۷،۲۱) و افسردگی (سؤالات ۲،۴،۷،۹،۱۵،۱۹،۲۰) می‌باشد که هر یک از خرده‌مقیاس‌های آن شامل ۷ سؤال است و

سکته‌های قلبی و حوادث عروقی را افزایش می‌دهد. افزون‌براین، افرادی که پس از انفارکتوس به افسردگی مبتلا می‌شوند، بیش از سایرین دچار عوارضی همچون دیس‌ریتمی‌های قلبی، افزایش دفعات درد در قفسه سینه، کاهش رضایت از درمان، کاهش فعالیت مؤثر و کاهش کیفیت زندگی می‌گردند [۶].

افسردگی و اضطراب به‌شدت با یکدیگر رابطه دارند و اغلب این دو اختلال در کنار یکدیگر تجربه می‌شوند. اضطراب یکی از فاکتورهای روان‌شناختی مورد توجه در بیماران قلبی محسوب می‌شود که شیوع آن در بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد تا ۵۰ درصد گزارش شده است [۷]. در این راستا در پژوهش ملکی و حیدری، همبستگی بین اضطراب و افسردگی ۶۴ درصد به‌دست آمد [۸]. باید توجه داشت که اضطراب به‌تنهایی می‌تواند پیشگویی‌کننده حوادث قلبی باشد [۹]. با وجود اثبات ارتباط میان افسردگی، اضطراب و مؤثر بودن بر وقوع و بدتر شدن حوادث قلبی-عروقی، مطالعات و راه‌حل‌های اندکی جهت کاهش این علل مشکل‌ساز از سوی پژوهشگران در این زمینه ارائه شده است. از آنجایی که در معالجه این بیماران نمی‌توان به درمان یک بخش به‌تنهایی اکتفا نمود، علاوه‌بر درمان فرد توسط متخصص قلب، یک درمانگر و روان‌شناس نیز در روند بهبود این بیماران مورد نیاز می‌باشد. همچنین، برای رفع این مشکل (در کنار درمان‌های رایج فارماکولوژیکی) می‌توان از روش‌های غیردارویی بهره‌مند گردید [۱۰]. مطالعات نشان می‌دهند که چندین مفهوم در ارتباط با تنش و رویارویی با مشکلات ناشی از بیماری‌ها وجود دارد. یکی از این مفاهیم، سلامت معنوی است که به‌عنوان یکی از ابعاد سلامت، سبب یکپارچگی سایر ابعاد آن می‌شود و خود دربرگیرنده دو بعد وجودی و مذهبی می‌باشد. سلامت مذهبی به رضایت ناشی از ارتباط با یک قدرت برتر و سلامت وجودی به تلاش برای درک معنا و هدف در زندگی اطلاق می‌گردد [۱۱]. مطالعات اخیر گزارش کرده‌اند که این ارتباط باعث کاهش میزان مرگ و میر، کاهش بیماری‌های قلبی-عروقی، کاهش فشار خون، کاهش سوء‌مصرف مواد، افزایش تطابق با بیماری‌ها، بهبود روند درمان و افزایش کیفیت زندگی می‌شود [۱۲]. لازم به ذکر است که دین و مذهب به‌عنوان راه‌کارهای مقابله‌ای می‌توانند نقش مؤثری را در افزایش قدرت تطابق بیماران با مشکلات ایفا نمایند و اثرات مثبتی بر سیر درمان آن‌ها داشته باشند [۱۳]. در این زمینه، قرآن کریم در سوره زمر می‌فرماید: "وَ إِذَا مَسَّ الْإِنْسَانَ ضَرْبٌ دَعَا رَبَّهُ مُنِيبًا إِلَيْهِ: هنگامی که به انسان زبانی برسد، پروردگار خود را می‌خواند و به سوی او باز می‌گردد" [۱۴].

جایگاه عمیق مفاهیم مذهبی و معنویت در باورهای مردم ایران که تاریخ از دیرباز شاهد آن بوده است و نیز غیرقابل انکار بودن بعد روانی انسان و اختلالات مربوط به آن (مانند افسردگی و اضطراب)، پژوهشگران را بر آن داشت تا پژوهشی را با هدف بررسی ارتباط سلامت معنوی و ابعاد آن با استرس، اضطراب و

این پژوهش تجزیه و تحلیل داده‌ها با کمک نرم‌افزار SPSS 13 صورت گرفت. برای بررسی متغیرهای زمینه‌ای و بالینی نیز از شاخص‌های مرکزی استفاده شد و متوسط نمره خرده‌مقیاس‌های DASS و سلامت معنوی به تفکیک متغیرهای سن، سابقه بیماری زمینه‌ای و مصرف داروی قلبی با استفاده از آزمون آماری T مستقل بررسی گردید. همچنین، ارتباط خرده‌مقیاس‌های DASS با ابعاد سلامت معنوی با استفاده از آزمون همبستگی پیرسون تجزیه و تحلیل شد. شایان ذکر است که سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

### یافته‌ها

میانگین سنی واحدهای مورد پژوهش معادل  $59/14 \pm 8/5$  سال بود و افراد در محدوده سنی ۷۶-۴۰ سال قرار داشتند. همچنین، ۲۱/۴ درصد از شرکت‌کنندگان دارای تحصیلات دانشگاهی و ۵۷/۱ درصد شاغل بودند. کسر تخلیه در بیش از سه‌چهارم مبتلایان (۷۸/۵ درصد) نیز بیشتر از ۴۵ درصد بود و سه‌چهارم آن‌ها مبتلا به گرفتگی هر سه عروق کرونری (۷۱/۴ درصد) بودند. افزون‌براین، بیشتر بیماران سابقه بیماری مزمن (۶۷/۹ درصد) داشته و داروی قلبی (۸۲/۱ درصد) مصرف می‌کردند. باید توجه داشت که متوسط نمره مقیاس افسردگی  $7/4 \pm 4/4$ ، اضطراب  $7/7 \pm 2/7$ ، استرس  $9/1 \pm 4/8$ ، سلامت وجودی  $46/75 \pm 5$  و مذهبی  $45/87 \pm 5/2$  و نمره کل سلامت معنوی معادل  $89 \pm 6/6$  بود. فراوانی مبتلایان به سندرم حاد کرونری با اضطراب، استرس، افسردگی و وجودی و مذهبی به‌صورت کیفی در جدول ۱ و سلامت معنوی و خرده‌مقیاس‌ها در جدول ۲ ذکر شده است.

بر مبنای نتایج، مشاهده می‌شود که با افزایش سن، افسردگی و استرس افزایش یافته و سلامت وجودی کاهش داشته است. همچنین در افراد با سابقه بیماری مزمن، استرس، افسردگی و سلامت وجودی و معنوی بالاتر بود. از سوی دیگر در افراد با سابقه

نمره نهایی هریک از خرده‌مقیاس‌ها از طریق مجموع نمرات سؤالات مربوط به آن به‌دست می‌آید. ذکر این نکته ضرورت دارد که پاسخ‌دهی به سؤالات به‌صورت طیف ۴ گزینه‌ای (صفر= اصلا در مورد من صدق نمی‌کند تا ۳= کاملا در مورد من صدق می‌کند) می‌باشد. از آنجایی که DASS-21، فرم کوتاه‌شده مقیاس اصلی (۴۲ سؤالی) است، در پژوهش حاضر نمره نهایی هریک از این خرده‌مقیاس‌ها دوبرابر گردید. نمره کل این ابزار در خرده‌مقیاس‌های استرس معادل ۰-۳۳، اضطراب ۰-۲۰ و افسردگی ۰-۲۸ است که نمره کمتر نشانه استرس، اضطراب و افسردگی کمتر و نمره بیشتر نشانه استرس، اضطراب و افسردگی بیشتر می‌باشد. این پرسشنامه در پژوهش اصغری در ارتباط با جامعه ایرانی اعتبارسنجی شد و هم‌سانی درونی آن در زیرمقیاس افسردگی، اضطراب و استرس به‌ترتیب ۰/۷۳، ۰/۸۱ و ۰/۸۱ به‌دست آمد [۱۸]. در این ارتباط، امتیاز ۰-۹ نشان‌دهنده افسردگی عادی، ۱۰-۱۳ افسردگی خفیف، ۱۴-۲۰ افسردگی متوسط، ۲۱-۲۷ افسردگی شدید و ۲۸ افسردگی خیلی شدید است. همچنین، نمره ۰-۷ بیانگر اضطراب عادی، ۸-۹ اضطراب خفیف، ۱۰-۱۴ اضطراب متوسط، ۱۵-۱۹ اضطراب شدید و ۲۰ اضطراب خیلی شدید می‌باشد. علاوه‌براین، نمره ۰-۱۴ حاکی از استرس عادی، ۱۵-۱۸ استرس خفیف، ۱۹-۲۵ استرس متوسط، ۲۶-۳۳ استرس شدید و امتیاز ۳۳ استرس خیلی شدید است.

جهت انجام پژوهش، پس از اخذ مجوز از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی قم، پژوهشگر اطلاعات بیمارانی را که شش ماه از زمان بستری آن‌ها در بیمارستان گذشته بود، از پرونده بیمارستانی آن‌ها استخراج کرد و پس از شناسایی با آن‌ها تماس گرفت و در ادامه، افراد دارای معیارهای ورود به پژوهش با کسب رضایت کتبی وارد پژوهش شدند. به‌منظور محرمانه‌ماندن نام بیماران برای آن‌ها کد در نظر گرفته شد و بیماران در صورت عدم تمایل به ادامه همکاری می‌توانستند از پژوهش خارج شوند. در

جدول ۱: فراوانی مبتلایان به سندرم حاد کرونری با افسردگی، اضطراب و استرس به‌صورت کیفی

متغیرها	شدت		
	عادی	خفیف	متوسط
اضطراب	۶۹ (۲۱/۴)	۱۲۶ (۴۲/۹)	۱۰۵ (۳۵/۷)
استرس	۲۳۱ (۷۸/۶)	۴۲ (۱۴/۳)	۲۷ (۷/۱)
افسردگی	۱۴۷ (۵۰)	۸۴ (۲۸/۶)	۶۹ (۲۱/۴)
	انحراف معیار $\pm$ میانگین		
			$7/7 \pm 2/7$
			$9/1 \pm 4/8$
			$7/4 \pm 4/4$

جدول ۲: فراوانی بیماران مبتلا به سندرم حاد عروق کرونر با سلامت وجودی، مذهبی و سلامت معنوی به‌صورت کیفی

شدت متغیرها	متوسط		
	پایین (نمره ۲۰-۴۰)	(نمره ۴۱-۹۹)	بالا (نمره ۱۰۰-۱۲۰)
سلامت معنوی کل	۰ (۰)	۲۵۲ (۸۵/۷)	۴۲ (۱۴/۳)
سلامت وجودی	۰ (۰)	۲۷۳ (۹۲/۹)	۲۱ (۷/۱)
سلامت مذهبی	۰ (۰)	۲۵۲ (۸۵/۷)	۴۲ (۱۴/۳)
	انحراف معیار $\pm$ میانگین		
			$89 \pm 6/6$
			$46/75 \pm 5/1$
			$48/5 \pm 5/1$

مصرف داروی قلبی، استرس، اضطراب و سلامت وجودی و معنوی بالاتر بود؛ اما افسردگی کاهش داشت. متوسط نمره خرده‌مقیاس‌های DASS و سلامت معنوی به تفکیک متغیرهای سن، سابقه بیماری زمینه‌ای و مصرف داروی قلبی در جدول ۳

ارائه شده است.

بر مبنای نتایج، سلامت وجودی ارتباط منفی و معناداری با اضطراب، استرس و افسردگی داشته است. ارتباط بین سلامت مذهبی و افسردگی نیز منفی و معنادار می‌باشد (جدول ۴).

جدول ۳: متوسط نمره خرده‌مقیاس‌های DASS و سلامت معنوی به تفکیک متغیرهای سن، سابقه بیماری زمینه‌ای و مصرف داروی قلبی در مبتلایان

متغیر و شاخص‌های آماری											
خرده‌مقیاس‌ها	سن	تعداد	انحراف معیار	سطح معناداری	سابقه بیماری مزمن	تعداد	انحراف معیار	سطح معناداری	سابقه مصرف داروی قلبی	تعداد	انحراف معیار
استرس	> ۵۰ سال	۴۲	۱۰±۲	۰/۱۷	ندارد	۱۰۵	۱۰/۴±۴/۹	۰/۰۰۱	ندارد	۴۲	۷±۱
	< ۵۰ سال	۲۵۲	۱۱/۸±۴/۸		دارد	۱۸۹	۱۲/۲±۴/۲		دارد	۲۵۲	۱۲/۳±۴/۵
اضطراب	> ۵۰ سال	۴۲	۸	۰/۰۱۱	ندارد	۱۰۵	۸/۸±۲/۷	۰/۷	ندارد	۴۲	۶
	< ۵۰ سال	۲۵۲	۹±۲/۵		دارد	۱۸۹	۸/۸±۲/۱		دارد	۲۵۲	۹/۳±۲/۲
افسردگی	> ۵۰ سال	۴۲	۷±۳	۰/۰۱۵	ندارد	۱۰۵	۷/۲±۵/۹	۰/۰۰۱	ندارد	۴۲	۱۲
	< ۵۰ سال	۲۵۲	۹±۵/۱		دارد	۱۸۹	۹/۵±۴/۱		دارد	۲۵۲	۸/۱±۵/۱
سلامت مذهبی	> ۵۰ سال	۴۲	۴۸/۵±۲/۵	۰/۰۰۱	ندارد	۱۰۵	۴۲/۲±۴/۹	۰/۰۰۱	ندارد	۴۲	۴۱±۱
	< ۵۰ سال	۲۵۲	۴۳/۵±۳/۶		دارد	۱۸۹	۴۵/۳±۲/۹		دارد	۲۵۲	۴۴/۷±۴/۱
سلامت وجودی	> ۵۰ سال	۴۲	۴۳/۵±۴/۵	۰/۰۰۷	ندارد	۱۰۵	۴۴±۲/۶	۰/۰۰۱	ندارد	۴۲	۴۲
	< ۵۰ سال	۲۵۲	۴۵±۳/۱		دارد	۱۸۹	۴۵/۲±۳/۶		دارد	۲۵۲	۴۵/۲±۳/۳
سلامت معنوی کل	> ۵۰ سال	۴۲	۹۲±۸/۱	۰/۰۰۱	ندارد	۱۰۵	۸۶/۲±۷/۱	۰/۰۰۱	ندارد	۴۲	۸۳±۱
	< ۵۰ سال	۲۵۲	۸۸/۵±۶/۲		دارد	۱۸۹	۹۰/۵±۵/۷		دارد	۲۵۲	۹۰±۶/۶

جدول ۴: بررسی ارتباط خرده‌مقیاس‌های DASS با سلامت معنوی در مبتلایان به سندرم حاد عروق کرونر

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶
اضطراب	۱					
استرس	۰/۳۲۳**	۱				
افسردگی	-۰/۰۷۷	۰/۵۲۹**	۱			
سلامت مذهبی	-۰/۰۶۴	۰/۰۱۳	-۰/۲۹۴**	۱		
سلامت وجودی	-۰/۱۹۶**	-۰/۱۷۱**	-۰/۲۴۴**	۰/۶۵۶	۱	
سلامت معنوی کل	-۰/۱۳۸	۰/۰۹۴	-۰/۳۰۳	۰/۹۱۵	۰/۸۷۲	۱

\*\* ضرایب در سطح کمتر از ۰/۰۱ معنادار می‌باشد.

## بحث

می‌توان در متفاوت بودن روند بیماری و میزان درد و رنج حاصل از بیماری‌های مورد مطالعه دانست (که در دو جمعیت با یکدیگر متفاوت می‌باشد).

بر اساس نتایج پژوهش حاضر، سطح سلامت معنوی بیشتر افراد شرکت‌کننده در این پژوهش در محدوده متوسط و پس از آن رو به بالا قرار داشت. در این راستا، نتایج پژوهش Nelson و Davies (۲۰۰۲) از یافته‌های پژوهش حاضر حمایت می‌کنند؛ به طوری که میانگین نمره کل سلامت معنوی افراد مبتلا به سرطان در این پژوهش متوسط گزارش شده است [۲۲، ۲۳]. در مقابل، یافته‌های رضایی و همکاران حاکی از آن بود که بیشتر بیماران مبتلا به سرطان سینه تحت درمان‌های مختلف، از سلامت معنوی بالایی برخوردار هستند [۲۱]. Leung و همکاران

در پژوهش حاضر میانگین نمره بعد مذهبی سلامت معنوی بیماران  $45/8/±5/1$  و میانگین نمره بعد وجودی سلامت معنوی آن‌ها  $46/75±5$  بود. بالا بودن زیرمقیاس بعد وجودی نسبت به بعد مذهبی در سلامت معنوی می‌تواند نشان‌دهنده این مطلب باشد که بیماران در شرایط بحرانی و مشکلات پیش‌آمده، دچار کشمکش‌ها و دوگانگی‌هایی میان معنا و هدف می‌شوند و درد و رنج ناشی از بیماری، معنای زندگی و هدف از زنده‌بودن را در آن‌ها به چالش می‌کشد [۱۹]. این قسمت از نتایج با یافته‌های پژوهش اله‌بخشیان و همکاران که در ارتباط با جامعه بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروسیس (Multiple sclerosis) صورت گرفت، هم‌راستا می‌باشد [۲۰]؛ در حالی که با یافته‌های پژوهش رضایی و همکاران (۲۰۰۸) مغایر است [۲۱]. توجه این امر را

گیرد تا از عوارض زیان بار تخریب‌کننده‌ای همچون اضطراب، افسردگی و استرس بیماران پیشگیری به‌عمل آید؛ از این‌رو، پیشنهاد می‌شود پیگیری بیماران پس از ترخیص و آموزش گروهی در زمینه معنویت و بیماری‌ها مدنظر کادر درمان قرار گیرد. در این زمینه، پیشنهاد می‌گردد در ارتباط با تأثیر دعا به‌صورت فردی و گروهی و مقایسه تأثیر آن دو با یکدیگر در بیماران قلبی مطالعات بیشتری صورت گیرد. شایان ذکر است که استفاده از جامعه آماری بیماران سندروم حاد عروق کرونر که صرفاً به بیمارستان‌های آموزشی-درمانی شهر قم مراجعه نمودند، تعریف معیار ورود برای شرکت‌کنندگان در پژوهش، به‌کارگیری پرسشنامه جهت جمع‌آوری اطلاعات و عدم استفاده از سایر روش‌ها مانند مصاحبه و غیره از محدودیت‌های این پژوهش به‌شمار می‌روند.

### نتیجه‌گیری

براساس یافته‌های پژوهش حاضر در ارتباط با مبتلایان به سندروم کرونری حاد مشاهده می‌شود افرادی که نمره سلامت معنوی بیشتری داشتند، اضطراب، استرس و افسردگی کمتری را تجربه می‌کردند؛ از این‌رو، با در نظر گرفتن تأثیرات انکارناشدنی کنترل استرس و اضطراب بر روند درمان و تطابق با بیماری می‌بایست در فرایند پذیرش و برخورد با مبتلایان به سندروم حاد عروق کرونر در بیمارستان، تمرکز بیشتری بر ارتقای سطح سلامت معنوی این بیماران از سوی کارکنان پزشکی صورت پذیرد. همچنین، پیشنهاد می‌شود که پرستاران با حضور مشاوران دینی، برنامه‌های آموزشی خودمراقبتی را در بیمارستان‌ها و حتی پس از ترخیص با جدیت بیشتری پیگیری نمایند تا بتوان از این طریق به افزایش سلامت معنوی و کاهش اضطراب، استرس و افسردگی بیماران کمک نمود. وجود جلسات گروهی و صحبت با بیماران با حضور مشاوران دینی و پرستاران نیز می‌تواند تأثیر به‌سزایی در این زمینه داشته باشد که در این میان، افراد بالاتر از ۵۰ سال با سابقه بیماری مزمن و مصرف داروی قلبی باید مورد توجه بیشتری قرار گیرند. افزون‌براین، پژوهشگران توصیه می‌کنند که مطالعاتی در زمینه ارتباط سلامت معنوی با کیفیت زندگی و سایر ابعاد روانی در جامعه بزرگ‌تری از بیماران قلبی با ویژگی‌های فرهنگی و اعتقادی مختلف صورت گیرد.

### تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله پژوهشگران مراتب سپاس و قدردانی خود را از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی قم، مدیران و کارکنان محترم بیمارستان کامکار و شهید بهشتی و تمامی بیمارانی که اطلاعات بالارزش خود را در اختیار پژوهشگران قرار دادند، اعلام می‌دارند.

نیز با ارزیابی سلامت معنوی بیماران مبتلا به سرطان در مرحله پایانی زندگی گزارش کردند که سلامت معنوی افراد شرکت‌کننده بالا بوده است [۲۴]. از مقایسه نتایج مطالعات چنین برمی‌آید که افراد در موقعیت‌های اثبات‌شده مغایر با حیات، ارتباطات معنوی خود را تقویت می‌کنند و سعی می‌نمایند با برقراری یک سلامت معنوی از آرامش روحی که در پی آن حاصل می‌شود، برخوردار گردند. با توجه به مطالعات مختلف به‌نظر می‌رسد که رسیدن به معنویت به‌عنوان یک جنبه از سلامت روحانی، اثرات مثبتی بر سلامت فیزیولوژیک و اجتماعی افراد دارد [۲۵، ۲۶].

علاوه‌براین، نتایج حاصل از پژوهش حاضر نشان دادند که میان دو بعد سلامت معنوی و نمره کل آن با اضطراب، افسردگی و استرس، رابطه معکوس و معناداری وجود دارد؛ به‌طوری که با افزایش نمره سلامت معنوی، نمره استرس و افسردگی آن‌ها به‌صورت چشمگیری کاهش می‌یابد. با در نظر داشتن این مطلب که بسیاری از بیماران، سلامت معنوی را به‌عنوان عامل ایجادکننده معنا و هدف به‌عنوان ارتقادهنده کیفیت زندگی می‌شناسند، وجود این روابط دور از انتظار نمی‌باشد [۲۷]. همچنین، دانستن این مطلب که ارتباطات معنوی، ارتباط بین سیناپس‌های مهارتی اضطراب و پاسخ‌دهنده به فرایندهای عاطفی را بیشتر می‌کنند، برای تفسیر نتایج به‌دست‌آمده حائز اهمیت می‌باشد [۲۸].

از میان مطالعاتی که به نتایج مشابهی دست یافته‌اند می‌توان به پژوهش Break و همکاران اشاره کرد. آن‌ها در پژوهش خود نشان دادند که از میان بیماران مبتلا به ایدز، افرادی که زندگی را بر پایه معنویت پذیرفته بودند، کیفیت زندگی بهتری نسبت به زمان تشخیص بیماری داشتند [۲۹]. در تأیید این یافته‌ها، نتایج پژوهش McCoubrie و Davies نیز ارتباط معنادار و معکوسی را بین افسردگی و نمره سلامت معنوی نشان دادند [۲۲]. همچنین، Romero و همکاران طی پژوهشی به ارتباط آماری معناداری بین معنویت و اختلالات روانی در بیماران مبتلا به سرطان دست یافتند [۳۰]. در مقابل، Blumenthal و همکاران به رابطه معناداری میان سلامت معنوی دفعات حضور افراد در کلیسا با بیماری‌های قلبی و اضطراب و استرس دست نیافتند [۳۱]. دلیل احتمالی این تناقضات را می‌توان در تفاوت‌های فرهنگی و مذهبی جوامع مورد پژوهش، نوع برنامه کسب معنویت و تفاوت در تعداد افراد مورد مطالعه دانست [۳۲].

درنهایت، براساس نتایج حاصل از این پژوهش می‌توان به تأثیر عقاید معنوی در زندگی به‌عنوان عاملی برای مقابله با مشکلات جسمی و روانی ناشی از بیماری‌های دشوار اشاره کرد. در این راستا، در جوامعی که باورهای غنی و دیرینه‌ای بر آن‌ها حاکم است، توجه به عقاید و نهادهای، مطلوب‌ترین راه مراقبت است؛ بنابراین ارتقای سلامت معنوی افراد مبتلا به سندروم کرونری حاد باید به‌عنوان یکی از اولویت‌های برنامه درمان قرار

## REFERENCES

- Estruch R, Ros E, Salas-Salvadó J, Covas MI, Corella D, Arós F, et al. Primary prevention of cardiovascular disease with a Mediterranean diet. *N Engl J Med*. 2013; **368**(14):1279-90. DOI: [10.1056/NEJMoa1200303](https://doi.org/10.1056/NEJMoa1200303)
- Hasanpour Dehkordi A, Motaarefi H, Afzali SM. Stress level and coping with in patients suffering myocardial infarction. *J Gorgan Bouyeh Facul Nurs Midwifery*. 2007;**4**(1):15-20. [Persian]
- Douglas P, Zipes M. Braunwald's heart disease. 6<sup>th</sup> ed. New York: Mc-Graw-Hill; 2005. P. 2244-58.
- Taherian A, Mohammadi F, Hosseini MA, Rahgozar M, Fallahi KM. 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. [Persian]
- 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. [Master Thesis]. Isfahan, Iran: School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences; 2009. [Persian]
- Follath F. Depression, stress and coronary heart disease--epidemiology, prognosis and therapeutic sequelae. *Ther Umsch*. 2003;**60**(11):697-701. PMID: [14669708](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14669708/) DOI: [10.1024/0040-5930.60.11.697](https://doi.org/10.1024/0040-5930.60.11.697)
- Januzzi JL Jr, Stern TA, Pasternak RC, DeSanctis RW. The influence of anxiety and depression on outcomes of patients with coronary artery disease. *Arch Intern Med*. 2000;**160**(13):1913-21. PMID: [10888966](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10888966/)
- Maleki H, Mottaghipoor Y, Sadeghifar M. A study on depression and anxiety related factors in Hamedan Medical Sciences University students. *Tehran Univ Med J*. 1997;**55**(6):79-85. [Persian]
- Frasure-Smith N, Lespérance F, Talajic M. Depression and 18-month prognosis after myocardial infarction. *Circulation*. 1995;**91**(4):999-1005. PMID: [7531624](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7531624/)
- Majidi SA. Recitation effect of holy Quran on anxiety of patients before undergoing coronary artery angiography. *J Guilan Univ Med Sci*. 2004;**13**(49):61-7. [Persian]
- Reily BB, Perna R, Tate DG. Type of spiritual well-being among person with chronic illness: their relationship to various forms of quality of life. *Arch Phys Med Rehabil*. 1998;**79**(3):258-64. DOI: [10.1016/S0003-9993\(98\)90004-1](https://doi.org/10.1016/S0003-9993(98)90004-1)
- Kennedy JE, Abbott RA, Rosenberg BS. Changes in spirituality and well-being in a retreat program for cardiac patients. *Altern Ther Health Med*. 2002;**8**(4):64-6. PMID: [12126175](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12126175/)
- Rippentrop EA, Altmaier EM, Chen JJ, Found EM, Keffala VJ. The relationship between religion /spirituality and physical health, mental health, and pain in a chronic pain population. *Pain*. 2005;**116**(3):311-21. PMID: [15979795](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15979795/) DOI: [10.1016/j.pain.2005.05.008](https://doi.org/10.1016/j.pain.2005.05.008)
- Abedi H, Asgari M, Kazemi Z, Saffari F, Nasiri M. Religious care patients and the barriers. *J Teb Tazkieh*. 2005;**4**(53):16-23. [Persian]
- Ebadi A, Moradian ST, Feyzi F, Asiabi M. Comparison of the hospital anxiety and depression among patients with coronary artery disease based on proposed treatment. *Iran J Crit Care Nurs*. 2011;**4**(2):97-102.
- Imam SS, Karim NH, Jusoh NR, Mamad NE. Malay version of spiritual well-being scale: Is Malay spiritual wellbeing scale psychometrically sound instrument? *Int J Behav Sci*. 2009;**4**(1):59-69.
- Seyed FN, Rezaei M, Givari A, Hosseini F. Prayer and spiritual well-being in cancer patients. *Payesh*. 2006;**5**(4):295-303. [Persian]
- Afzali A, Delavar A, Borjali A, Mirzamani M. Psychometric properties of DASS-42 as assessed in a sample of Kermanshah high school students. *J Res Behav Sci*. 2007;**5**(2):81-92.
- Worth H. Transcultural and spiritual issues. In: Worth H, editor. Psychiatric nursing care plan. 4<sup>th</sup> ed. London: Mosby; 2004. P. 329-58.
- Allahbakhshian M, Jaffarpour M, Parvizy S, Haghani H. A survey on relationship between spiritual wellbeing and quality of life in multiple sclerosis patients. *Zahedan J Res Med Sci*. 2010; **12**(3):29-33. [Persian]
- Rezaei MA, Seyedfatemi N, Hosseini F. Spiritual well-being in cancer patients who undergo chemotherapy. *Hayat*. 2008;**14**(3-4):33-40. [Persian]
- McCoubrie RC, Davies AN. Is there a correlation between spirituality and anxiety and depression in patients with advanced cancer? *Support Care Cancer*. 2006;**14**(4):379-85. PMID: [16283208](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16283208/) DOI: [10.1007/s00520-005-0892-6](https://doi.org/10.1007/s00520-005-0892-6)
- Nelson CJ, Rosenfeld B, Breitbart W, Galietta M. Spirituality, religion, and depression in the terminally ill. *Psychosomatics*. 2002;**43**(3):213-20. PMID: [12075036](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12075036/) DOI: [10.1176/appi.psy.43.3.213](https://doi.org/10.1176/appi.psy.43.3.213)
- Leung KK, Chiu TY, Chen CY. The influence of awareness of terminal condition on spiritual well-being in terminal cancer patients. *J Pain Symptom Manage*. 2006;**31**(5):449-56. PMID: [16716875](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16716875/) DOI: [10.1016/j.jpainsymman.2006.02.001](https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2006.02.001)
- Villagomez LR. Mending broken hearts: the role of spirituality in cardiac illness: a research synthesis, 1991-2004. *Holist Nurs Pract*. 2006;**20**(4):169-86. PMID: [16825919](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16825919/)
- Wilkins VM. Religion, spirituality, and psychological distress in cardiovascular disease. [Master Thesis]. Pennsylvania, PA: Drexel University; 2004.
- Johanson CP. Assessment tools: are they an effective approach to implementing spiritual healthcare within the NHS? *Accid Emerg Nurs*. 2001;**9**(3):177-86. PMID: [11761873](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11761873/) DOI: [10.1054/aaen.2001.0259](https://doi.org/10.1054/aaen.2001.0259)
- Mayo KR. Support from neurobiology for spiritual techniques for anxiety: a brief review. *J Health Care Chaplain*. 2009;**16**(1-2):53-7. PMID: [20183113](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20183113/) DOI: [10.1080/08854720903451055](https://doi.org/10.1080/08854720903451055)
- Litwinczuk KM, Groh CJ. The relationship between spirituality purpose in life and well-being in HIV positive persons. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2007;**18**(3):13-22. PMID: [17570296](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17570296/) DOI: [10.1016/j.jana.2007.03.004](https://doi.org/10.1016/j.jana.2007.03.004)
- Romero C, Friedman LC, Kalidas M, Elledge R, Chang J, Liscum KR. Self-forgiveness, spirituality, and psychological adjustment in women with breast cancer. *J Behav Med*. 2006;**29**(1):29-36. PMID: [16362244](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16362244/) DOI: [10.1007/s10865-005-9038-z](https://doi.org/10.1007/s10865-005-9038-z)
- Blumenthal JA, 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. *Psychosom Med*. 2007;**69**(6):501-8. PMID: [17636153](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17636153/) DOI: [10.1097/PSY.0b013e3180cab76c](https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e3180cab76c)
- Moeini M, Ghasemi TM, Yousefi H, Abedi H. The effect of spiritual care on spiritual health of patients with cardiac ischemia. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2012;**17**(3):195-9. PMID: [23833611](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23833611/)