



## ارتباط سلامت معنوی با کیفیت زندگی در مبتلایان به بیماری عروق کرونر

علی جهانی<sup>۱</sup>، ناهید رژه<sup>۱\*</sup>، مجیده هروی کریموی م<sup>۱</sup>، هادی ا، زابری ف، خاتونی ع<sup>۱</sup>، اصغر هادوی<sup>۱</sup>، فرید زابری<sup>۲</sup>، علیرضا خاتونی<sup>۳</sup>

<sup>۱</sup> دانشگاه شاهد، تهران، ایران

<sup>۲</sup> دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

<sup>۳</sup> دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران

### خلاصه مقاله

**مقدمه:** با توجه به افزایش بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر لزوم توجه به کیفیت زندگی آن‌ها بیش از پیش اهمیت می‌یابد. یکی از عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی، وضعیت سلامتی است. اغلب به سلامت معنوی که از ابعاد مهم سلامتی به شمار می‌رود بی‌توجهی می‌شود.

**اهداف:** تعیین ارتباط بین سلامت معنوی و کیفیت زندگی در بیماری عروق کرونر هدف این پژوهش است.

**بیماران و روش‌ها:** این مطالعه مقطعی و از نوع همبستگی بوده و ۳۶۴ بیمار مبتلا به بیماری عروق کرونر به روش نمونه‌گیری در دسترس در این مطالعه شرکت کردند. اطلاعات از طریق پرسش‌نامه‌های سلامت معنوی Ellison & Palutzian و کیفیت زندگی (Nottingham Health Profile) جمع‌آوری شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با نسخه ۱۶ نرم افزار SPSS و با استفاده از آزمون t مستقل و ضریب همبستگی پیرسون انجام شد. در نهایت  $P < 0.05$  معنی دار تلقی شد.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد سطح سلامت معنوی در بیشتر این بیماران در حد متوسط با میانگین نمره  $(290 \pm 82)$  است. همچنین میانگین نمره کیفیت زندگی مبتلایان به بیماری عروق کرونر، در حد متوسط  $(1862 \pm 6104)$  است و نمره کیفیت زندگی زنان به شکل معنی‌داری بیش از مردان است  $(P = 0.001)$ . به علاوه نتایج وجود همبستگی معنی‌دار سلامت معنوی با کیفیت زندگی مبتلایان به بیماری عروق کرونر را تأیید کرد  $(P = 0.001)$ .

**بحث و نتیجه‌گیری:** با توجه به نتایج این مطالعه لازم است عوامل مرتبط با کیفیت زندگی این بیماران در مراقبت از آنان مد نظر قرار گیرد. وجود ارتباط بین سلامت معنوی و کیفیت زندگی لزوم توجه به این مهم را در مراقبت از مبتلایان به بیماری عروق کرونر مشخص می‌کند. این نکته کلیدی در کشوری با عقاید مذهبی و باورهای فرهنگی غنی، مانند ایران، می‌تواند در طراحی برنامه‌های مراقبتی - درمانی برای این گونه بیماران در اولویتی خاص قرار گیرد.

### اطلاعات مقاله

نوع مقاله

مقاله پژوهشی

تاریخچه مقاله

تاریخ دریافت: ۲۱ مرداد ۱۳۹۱

تاریخ تجدید نظر: ۱۰ شهریور ۱۳۹۱

تاریخ پذیرش: ۱۷ شهریور ۱۳۹۱

کلمات کلیدی:

سلامت معنوی

معنویت

کیفیت زندگی

بیماری عروق کرونر

بخش‌های مراقبت ویژه قلبی

نشر توسط انتشارات کوثر، ۱۳۹۱.

◀ کاربرد در زمینه سیاست‌های بهداشت و درمان / پژوهش و آموزش پزشکی:

ارائه خدمات و درمان کامل و مناسب‌تر به مبتلایان به بیماری عروق کرونری.

◀ طریقه ارجاع به این مقاله:

جهانی ع، رجه ن، هروی کریموی م، هادی ا، زابری ف، خاتونی ع. ارتباط سلامت معنوی با کیفیت زندگی در مبتلایان به بیماری عروق کرونر. سبک زندگی اسلامی با محوریت سلامت. ۱۳۹۱؛ ۱(۲): ۳۱-۲۶. شناسه ثابت مقاله: 10.5812/ilch.8575

\*نویسنده مسئول: ناهید رژه، دانشگاه شاهد، تهران، ایران. پست الکترونیکی: reje@shahed.ac.ir

DOI: 10.5812/ilch.8575

کلیه حقوق چاپ و نشر این مقاله نزد مرکز قرآن و عترت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی محفوظ است.

Translated Version of <http://dx.doi.org/10.5812/ilch.8575>

This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/3.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

## ۱- مقدمه

کیفیت زندگی مورد تأکید قرار گرفته است. برخی مطالعات بر ارتباط معنویت با سلامت جسمی، روانی و ارتقای سازگاری با بیماری دلالت دارند (۱۲). نتایج حاصل از تحقیقات اله بخشیان فارسانی و همکاران (۱۳۸۹) بر روی مبتلایان به مولتیپل اسکلروزیس (۱۳)؛ و Litwinczuk و همکاران مبتلا به ایدز (۲۰۰۷) (۱۴) نشانگر آن است که کیفیت زندگی بیمارانی که معنای زندگی را بر پایه معنویت در مرحله بیماری یافته‌اند در مقایسه با زمان تشخیص بیماری بهتر است. در بررسی بر روی مبتلایان به سرطان، ارتباط معنادار میان سلامت، سلامت معنوی، معنویت و سلامت عملکردی (۱۱) و همچنین در بررسی بیمارانی مبتلا به لوسمی ارتباط مثبت سلامت معنوی و کیفیت زندگی مشهود گزارش شده است (۱۵). محققان این مطالعات، جهت پژوهش‌های آینده بر لزوم بررسی ارتباط سلامت معنوی با کیفیت زندگی تأکید دارند. همچنین علاوه بر مبتلایان به سرطان و مولتیپل اسکلروزیس، بررسی این مقوله را در سایر بیماری‌های مزمن همچون نارسایی قلبی و ضایعات نخاعی توصیه کرده‌اند (۱۲). با عنایت به اینکه تحقیقات اندکی درباره معنویت و ارتباط آن بر سلامت و کیفیت زندگی در مبتلایان به بیماری‌های مزمن از جمله بیماری‌های قلبی صورت گرفته است، بررسی ارتباط سلامت معنوی بر جنبه‌های مختلف زندگی در بیماران مبتلا به عروق کرونر لازم به نظر می‌رسد.

## ۲- اهداف

پژوهش گزارش شده با هدف تعیین ارتباط سلامت معنوی و کیفیت زندگی در مبتلایان به بیماری عروق کرونر صورت گرفته است.

## ۳- بیماران و روش‌ها

این مطالعه مقطعی و از نوع همبستگی انجام شده است. پژوهش در سال ۱۳۹۱ در مراکز آموزش درمانی منتخب دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران و شهید بهشتی مجهز به بخش مراقبت ویژه قلبی با مشارکت ۳۶۴ بیمار مبتلا به بیماری عروق کرونر به روش نمونه‌گیری مستمر انجام شد. حجم نمونه پس از نمونه‌گیری اولیه بر روی ۱۵ بیمار، با توجه به برآورد ضریب همبستگی ۰،۱۶، با در نظر گرفتن سطح اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۸۰ درصد، ۳۶۴ نفر انتخاب شد. معیارهای ورود به مطالعه، شامل تشخیص ابتلا به آنژین صدری پایدار و یا آنژین صدری ناپایدار به وسیله پزشک و ثبت آن در پرونده، عدم سابقه ابتلا به سکنه قلبی، کسر تخلیه‌ای بطن چپ بالای ۴۰ درصد، سن بالای ۱۸ سال، سکونت در شهر تهران و تمایل به همکاری در پژوهش بود. ابتلا به بیماری‌های سرطانی، نارسایی مزمن کلیه، سکنه مغزی همراه با معلولیت و بیماری روانی تأیید شده، معیارهای خروج مشارکت‌کنندگان از مطالعه را تشکیل دادند. پس از کسب مجوز و هماهنگی با مسئولان، نمونه‌های دارای شرایط انتخاب و پس از توضیح هدف پژوهش و کسب رضایت آگاهانه از آن‌ها جهت شرکت در تحقیق، در مورد گمنام بودن، حفظ اسرار و رعایت حریم بیماران، اطمینان کافی به ایشان داده شد. سپس پرسش‌نامه‌های جمع‌آوری اطلاعات از طریق مصاحبه با واحدهای پژوهش تکمیل شد. در این پژوهش ضمن تکمیل اطلاعات جمعیتی، جهت تعیین میزان سلامت معنوی از پرسشنامه بیست عبارتی سلامت معنوی (Ellison & Palutian) استفاده شد که شامل ده عبارت سلامت مذهبی و ده عبارت سلامت وجودی است. نمره سلامت معنوی از مجموع نمره این دو بعد حاصل می‌شود که دامنه آن بین ۱۲۰-۲۰ است. پاسخ

بیماری‌های قلبی - عروقی (cardiovascular diseases (CVD و در رأس آن‌ها بیماری‌های عروق کرونر (coronary artery diseases (CAD یکی از جدی‌ترین مشکلات مرتبط با سلامتی و عوامل ناتوانی در کشورهای توسعه‌یافته و در حال توسعه‌اند (۱، ۲). چنان که رتبه نخست علل مرگ و میر در جهان را به خود اختصاص داده است. طبق آمار سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۷، ۳۳٪ درصد مرگ و میر در جهان ناشی از بیماری‌های قلبی - عروقی است. بر اساس آخرین آمارهای اعلام شده از سوی سازمان بهداشت جهانی (WHO) از مطالعات اخیر، بیش از هشتاد درصد بیماری‌های قلبی - عروقی در کشورهای دارای درآمد کم و متوسط اتفاق می‌افتد. پیش‌بینی‌ها حاکی از این است که بیماری‌های قلبی - عروقی تا سال ۲۰۲۰ میلادی علت بیش از ۷۵ درصد مرگ و میرها در سطح جهانی خواهد بود. در صورت تداوم روند افزایشی مرگ و میر، تا سال ۲۰۳۰ حدود ۲۳/۴ میلیون نفر جان خود را در اثر این بیماری‌ها از دست می‌دهند (۲، ۳). شواهد بیانگر افزایش شیوع بیماری عروق کرونر در کشور است. در مطالعه اپیدمیولوژیکی که برای اولین بار شیوع این بیماری را در بالغین بالای سی سال ساکن تهران در سال ۲۰۰۵ مورد بررسی قرارداد، میزان شیوع ۲۱/۸ درصد برآورد شده است. طبق آمار به دست آمده در سال ۸۶، از هر صد هزار مورد بیماری قلبی گزارش شده در کشور حدود ۱۶۷ مورد، منجر به مرگ می‌شود (۴). با توجه به اینکه دستیابی به درمان قطعی بیماری در عمل امکان‌پذیر نیست ماهیت ناتوان‌کننده و پیش‌رونده بیماری‌های عروق کرونر، تأثیر عوامل متعدد بر تشدید و یا بهبود آن بر روند کیفیت زندگی بیماران تأثیرگذار است. بنابر این توجه به کیفیت زندگی بیماران عروق کرونر در جایگاه شاخصی مهم همواره یکی از اهداف اساسی مراقبت و درمان مبتلایان محسوب می‌شود (۵). شیوع بالای بیماری‌های مزمن از جمله بیماری‌های عروق کرونر، لزوم توجه روز افزون به اندازه‌گیری کیفیت زندگی را در پی دارد (۶). بررسی کیفیت زندگی این بیماران برای ارزیابی شرایط مزمن ناشی از بیماری، بهبود ارتباط بیمار و پزشک، ارزیابی اثربخشی درمان‌های مختلف، سیاست‌گذاری‌های بهداشتی - درمانی، پژوهش، ارزیابی اقتصادی و توزیع منابع کاربرد دارد (۷). به علاوه، بررسی عوامل تأثیرگذار بر کیفیت زندگی می‌تواند به بهبود و حفظ کیفیت زندگی مبتلایان به این بیماری کمک کند (۸). در صورتی که کادر بالینی از متغیرهای مرتبط با کیفیت زندگی شناخت کافی پیدا کنند، در جهت ارتقای کیفیت زندگی عملکرد بهتری خواهند داشت (۹). موقعیت و شرایط روزانه بیماران کرونری تحت تأثیر فرآیند بیماری‌شان قرار می‌گیرد. به عبارتی کیفیت زندگی این افراد به شدت تحت تأثیر بیماری قرار دارد (۱۰). کیفیت زندگی، ساختاری چند بعدی، شامل سلامت جسمی، روانی، عملکردی، اجتماعی و معنوی است (۹). مفاهیم متعددی درباره چگونگی رویارویی با مشکلات و تنش‌های ناشی از بیماری وجود دارد. یکی از این مفاهیم، سلامت معنوی است. سلامت معنوی که در جایگاه یکی از ابعاد سلامت؛ سبب یکپارچگی سایر ابعاد می‌شود، خود در برگیرنده دو بعد وجودی و مذهبی است. سلامت مذهبی به رضایت ناشی از ارتباط با قدرتی برتر و سلامت وجودی به تلاش برای درک معنا و هدف در زندگی اطلاق می‌شود (۱۱). در مبتلایان به بیماری‌های مزمن و ناتوان‌کننده که با بحران‌های حاد سلامتی یا فقدان و اندوه روبرو می‌باشند، معنویت در نقش عامل ایجادکننده هدف و معنا در زندگی و در نتیجه بهبوددهنده وضعیت زندگی شناخته شده است (۸). در دو دهه اخیر معنویت در جایگاه بخشی مهم در ارتباط با فرآیند بررسی

۴۲۱) و گویه «معتقدم هدف خاصی برای زنده بودنم وجود دارد» (۱۸۱ ± ۴۲۰) از گزینه‌های مربوط به سلامت وجودی بالاترین میانگین را کسب کرده‌اند. میانگین نمره سلامت معنوی (مجموع میانگین‌های کسب شده از سلامت وجودی و مذهبی) ۲۹۰ ± ۸۲٫۱۱ محاسبه شد. ۵۳٫۳ درصد از مشارکت‌کنندگان از سلامت معنوی در حد متوسط برخوردارند. آزمون آماری t مستقل نشان می‌دهد میانگین نمره سلامت مذهبی (۱۴۹۰ ± ۴۱۶۷) بیماران بیشتر از سلامت وجودی (۱۵۱۹ ± ۴۰۶۱) است (P = ۰٫۰۰۱). نمره سلامت معنوی با کیفیت زندگی بیماران قلبی رابطه معناداری نشان می‌دهد. چنان که بر اساس آنالیزهای آماری انجام شده، ضریب همبستگی پیرسون در حدود ۰٫۹۴۰ بدست آمد (P = ۰٫۰۰۱). هر چند میانگین سلامت معنوی زنان (۲۲۹۰ ± ۶۳۰۸) اندکی بالاتر از مردان (۲۳۵۶ ± ۵۹۲۰) است، اما آزمون آماری t مستقل نشان می‌دهد که بین جنسیت و سلامت معنوی و ابعاد آن تفاوت آماری معنی‌داری وجود ندارد (P = ۰٫۲۵).

آزمون آماری t مستقل نشان‌داد که میانگین کیفیت زندگی در زنان (۹۱۱ ± ۲۴۵۸) و در مردان (۸۷۵ ± ۲۳۵۷) است (P = ۰٫۲۸)؛ همچنین نتایج مطالعه حاضر بیانگر آن است که میانگین کیفیت زندگی مشارکت‌کنندگان (۱۸۶۲ ± ۶۱۰۴) است. همچنین نتایج مطالعه حاضر بیانگر آن است که میانگین کیفیت زندگی (۱۸۶۲ ± ۶۱۰۴) بیشترین میانگین در میان ابعاد کیفیت زندگی مربوط به بعد «واکنش‌های هیجانی» (۲۱۲۱ ± ۷۱۰۰) و کمترین در بعد «انرژی» (۲۷۳۵ ± ۴۴۱۷) است. یافته‌های مربوط در جدول ۱ آمده است.

آزمون آماری t مستقل و ضریب همبستگی پیرسون ارتباط معنی‌داری بین سلامت معنوی (P = ۰٫۰۰۱; I = ۰٫۹۴۰)؛ سلامت مذهبی (P = ۰٫۰۰۱; I = ۰٫۹۲۵)؛ سلامت وجودی (P = ۰٫۰۰۱; I = ۰٫۹۲۵) با کیفیت زندگی نشان می‌دهد. آزمون آماری t مستقل نشان می‌دهد در هیچیک از ابعاد، کیفیت زندگی بین زنان و مردان تفاوت آماری معنی‌داری وجود ندارد.

جدول ۲- همبستگی ابعاد سلامت معنوی و کیفیت زندگی

آزمون همبستگی پیرسون	
کیفیت زندگی	P
سلامت معنوی	۰٫۰۰۱
سلامت وجودی	۰٫۰۰۱
سلامت مذهبی	۰٫۰۰۱

سوالات به صورت لیکرت شش گزینه‌ای از کاملاً موافقم (نمره ۶) تا کاملاً مخالفم (نمره ۱) دسته‌بندی شده است. شایان ذکر است در عبارت‌های با فعل منفی، نمره‌گذاری به شکل معکوس انجام می‌گیرد. در مجموع نمرات سلامت معنوی در سه سطح سلامت معنوی پایین (۲۰-۴۰)، متوسط (۴۱-۹۹) و بالا (۱۲۰-۱۰۰) تقسیم‌بندی شد (۱۶). پایایی و روایی نسخه اصلی و همچنین نسخه فارسی پرسش‌نامه مذکور مورد تأیید قرار گرفته است (۱۷). جهت تعیین میزان کیفیت زندگی پرسش‌نامه استاندارد ناتینگهام (Nottingham Health Profile) با ۳۸ عبارت مورد استفاده قرار گرفت که خود شش بعد شامل انرژی، درد، واکنش‌های هیجانی، خواب، انزوای اجتماعی و فعالیت جسمی را مورد سنجش قرار می‌دهد. پاسخ هر یک از عبارات به صورت لیکرت شش گزینه‌ای شامل همه اوقات، بیشتر اوقات، بعضی اوقات، کم، به ندرت، هیچوقت است. نمره‌گذاری پرسش‌نامه ناتینگهام از صفر تا صد است. در هر بعد، نمره صد و صفر به ترتیب بالاترین و پایین‌ترین میزان کیفیت زندگی است. پایایی و روایی نسخه اصلی (۱۸، ۱۹) و همچنین نسخه فارسی پرسش‌نامه مذکور مورد تأیید قرار گرفته است (۲۰). برای تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-۱۶، آمار توصیفی و شاخص‌های مرکزی و آمار استنباطی شامل آزمون‌های آماری ضریب همبستگی پیرسون و کای اسکور محاسبه شد. برای تمام آزمون‌ها مقدار  $P < ۰٫۰۵$  به عنوان معنی‌دار آماری در نظر گرفته شد.

## ۴- یافته‌ها

در مطالعه حاضر، ۳۶۴ بیمار مبتلا به بیماری عروق کرونر ساکن شهر تهران شرکت کردند. ۵۴٫۴ درصد از نمونه‌ها را مردان و ۴۵٫۶ درصد را زنان تشکیل می‌دادند. محدوده سنی بیماران ۱۸ تا ۸۷ سال (۵۸٫۹۵ ± ۱۲٫۳۳) و مدت ابتلا به بیماری ۶ تا ۵۵ سال بود. ۸۹٫۶۰ درصد از نمونه‌ها متأهل؛ ۶٫۷ درصد مجرد، ۳٫۷ درصد بیوه بودند. ۴۷٫۸۱ درصد از نمونه‌ها غیرشاغل و ۵۲٫۱۹ درصد شاغل بودند. ۵۴ درصد بیماران وضعیت اقتصادی خود را «تا حدی مطلوب»، ۲۹ درصد «نامطلوب» و ۱۷ درصد «مطلوب» گزارش کردند. ۱۶٫۲۰ درصد تحصیلات متوسطه، ۱۰٫۲۰ درصد تحصیلات دانشگاهی، ۲۸٫۸۰ درصد تحصیلات راهنمایی، ۲۸٫۶۰ درصد تحصیلات ابتدایی داشتند و ۱۶٫۲۰ درصد بی‌سواد. ۳۴٫۳۰ درصد نمونه‌ها میزان کسر تخلیه‌ای ۵۵ - ۵۰ بودند. از میان عبارت‌های سلامت معنوی، گویه «عقیده دارم خداوند مرا دوست دارد و مراقب من است» (۵۹٫۶ ± ۰٫۷۶) و از گزینه‌های مربوط به سلامت مذهبی «ارتباط با خداوند به من کمک می‌کند تا احساس تنهایی نکنم» (۱۸۲ ±

جدول ۱- مقایسه نمره ابعاد مختلف کیفیت زندگی برحسب جنسیت

ابعاد	میانگین ± انحراف معیار	زنان، میانگین ± انحراف معیار (n = ۱۶۶)	مردان، میانگین ± انحراف معیار (n = ۱۹۸)
انرژی	۵۱٫۸۴ ± ۲۵٫۹۱	۴۷٫۶۶ ± ۲۵٫۶۰	۵۶٫۰۳ ± ۲۶٫۲۲
درد	۵۷٫۳۸ ± ۳۲٫۹۷	۵۳٫۴۲ ± ۳۶٫۸۵	۶۱٫۳۵ ± ۲۹٫۰۹
واکنش هیجانی	۷۳٫۹۶ ± ۱۹٫۴۲	۷۶٫۹۲ ± ۱۷٫۶۳	۷۱٫۰۰ ± ۲۱٫۲۱
خواب	۵۴٫۵۹ ± ۲۳٫۵۶	۵۳٫۰۲ ± ۲۲٫۶۳	۵۶٫۱۷ ± ۲۴٫۵۰
انزوای اجتماعی	۶۱٫۱۳ ± ۲۳٫۶۸	۶۶٫۰۸ ± ۲۳٫۸۳	۵۶٫۵۵ ± ۲۳٫۵۴
فعالیت جسمی	۴۶٫۹۳ ± ۲۳٫۸۹	۴۴٫۱۷ ± ۲۷٫۳۵	۴۹٫۷۰ ± ۲۰٫۴۳
کیفیت زندگی کل	۶۱٫۰۴ ± ۱۸٫۶۲	۶۳٫۰۸ ± ۲۲٫۹۰	۵۹٫۲۰ ± ۲۳٫۵۶

یافته‌های مربوط در جدول ۲ آمده است.

## ۵- بحث و نتیجه‌گیری

بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر، سلامت معنوی در بیماران مورد بررسی در حد متوسط و نمره کیفیت زندگی در بعد واکنش‌های هیجانی بیشتر از سایر ابعاد ارزیابی شده است. سلامت معنوی در بعد مذهبی و وجودی با کیفیت زندگی ارتباط معنی‌داری نشان می‌دهد. نتایج برخی از مطالعات مانند تحقیق Fisch و همکاران (۲۰۰۳) از ارتباط سلامت معنوی و کیفیت زندگی حمایت می‌کند (۲۱). نتایج این پژوهش با یافته‌های رضایی و همکاران (۱۳۸۷) که بیانگر بالاتر بودن نمره سلامت مذهبی از سلامت وجودی در مبتلایان به سرطان است همخوانی دارد (۲۲)، اما با نتایج یافته‌های اله بخشیان فارسانی و همکاران (۱۳۸۹) که بیانگر بالاتر بودن نمره سلامت وجودی از سلامت مذهبی در مبتلایان به سرطان است مغایر است (۱۳). در مقایسه با برخی مطالعات بر روی بیماران مبتلا به بیماری‌هایی نظیر مولتیپل اسکلروزیس در مطالعه Bussing (۲۰۰۷) به نظر می‌رسد در بیمارانی با سلامت معنوی پایین، امیدهای تازه در درمان سبب افزایش امید بیماران به زندگی و ارتقای بیشتر کیفیت زندگی ایشان شده است (۲۳). اله بخشیان فارسانی (۱۳۸۷) معتقد است که بیماری می‌تواند دریچه‌ای بر بیداری معنوی و فرصتی برای تغییر باشد. علیرغم بحران، افراد با گرایش و عقاید معنوی قادر به یافتن معنا و هدف در زندگی بوده (۱۳) و در سازگاری با رنج ناشی از بیماری در گذر از بحران موفق‌تر عمل می‌کنند (۲۴). نمره سلامت مذهبی از نمره سلامت وجودی مبتلایان به بیماری عروق کرونر بالاتر است. در توجیه این یافته می‌توان ادعا داشت که این امر می‌تواند ناشی از شرایط فرهنگی و مذهبی مردم ایران است. این شرایط منجر به این شده که مردم این کشور برای سازگاری با شرایط بحرانی، بیشتر به مذهب روی آورند (۱۳). Livneh و همکاران (۲۰۰۴) نشان دادند که معنویت نقش مهمی در سازگاری با شرایط استرس‌زای ناشی از بیماری‌ها دارد (۲۵). یافته‌های این پژوهش نشان داد سلامت معنوی در زنان بالاتر از مردان است که با نتایج مطالعات Fernsler و همکاران (۱۹۹۹) در بررسی بیماران مبتلا به سرطان کولورکتال؛ اله بخشیان و همکاران (۱۳۸۹) در بررسی مبتلایان به مولتیپل اسکلروزیس؛ رضایی و همکاران (۱۳۸۷) در بررسی مبتلایان به سرطان همخوانی دارد؛ لکن با نتایج مطالعه Bussing و همکاران (۲۰۰۷) تطابق ندارد (۱۳، ۲۲، ۲۳، ۲۶). بر اساس نتایج مطالعه حاضر، میانگین نمره کیفیت زندگی در بعد «واکنش‌های هیجانی» بیش از سایر ابعاد است. در این میان میانگین نمره کیفیت زندگی در بعد «واکنش‌های هیجانی» در زنان بالاتر از مردان و میانگین نمره کیفیت زندگی در بعد «بعد خواب» و «فعالیت جسمی» در مردان بیشتر است. در مطالعه Lukkarinen (۲۰۰۱) که کیفیت زندگی با پرسش‌نامه ناتینگهام (Nottingham Health Profile) اندازه‌گیری شده؛ پایین‌ترین نمره کیفیت زندگی مربوط به بعد جسمی گزارش شده است (۱۹). یافته‌های این پژوهش حاکی از آنست که سلامت وجودی در مقایسه با سلامت مذهبی، دارای ارتباط قوی‌تری با کیفیت زندگی است. مطالعات Bekelman و همکاران (۲۰۰۷) بر بیماران قلبی و Litwinczuk (۲۰۰۷) بر روی مبتلایان به ایدز با این یافته همخوانی دارد (۱۹، ۲۷). وجود ارتباط بین سلامت معنوی و کیفیت زندگی در مطالعات متعددی به اثبات رسیده است. Burkhardt و همکاران (۱۹۹۸) در بررسی بیماری‌های مزمن؛ اله بخشیان و همکاران (۱۳۸۹) در بررسی مبتلایان به مولتیپل اسکلروزیس؛ Finkelstein (۲۰۰۷) در بررسی مبتلایان به نارسای کلیوی؛ Bussing (۲۰۰۷) در بررسی بیماران مبتلا به

سرطان؛ و نیز FicsH و همکاران (۲۰۰۳) در بررسی شرایط مختلف این ایده را حمایت کرده‌اند (۱۲-۱۴، ۲۱، ۲۳، ۲۷-۲۹). بر اساس یافته‌های حاصل از این پژوهش می‌توان به تأثیر معنویت بر ابعاد مختلف زندگی به عنوان عامل اساسی در ایجاد حس امیدواری؛ ارتقای سازگاری و تطابق؛ تقابل با درد و رنج ناشی از بیماری‌های صعب‌العلاج و رویارویی با بحران‌های وجودی ناشی از بیماری‌های تهدیدکننده حیات پی برد. در جوامعی با فرهنگ شرقی، مردم از عقاید مذهبی و باورهای فرهنگی غنی و دیرینه‌ای برخوردارند. بنابراین در این جوامع توجه به معناگرایی به نظر راهی آسان و مطلوب‌تر برای مراقبت‌های انسانی و چند بعدی است؛ لذا برای بهبود کیفیت زندگی و سازگاری با ناتوانی‌های جسمی تهدیدکننده حیات در این بیماران لازم است نیازهای معنوی آن‌ها نیز شناسایی و پایش شود. جامعه آماری پژوهش حاضر، محدود به مبتلایان به بیماری عروق کرونر در کلان شهر تهران است. بنابراین، با توجه به اینکه از کیفیت زندگی و سلامت معنوی مبتلایان به بیماری عروق کرونر در دیگر شهرهای کشور اطلاعی در دست نیست، انجام پژوهش‌هایی مشابه در دیگر نقاط کشور توصیه می‌شود. انجام تحقیقات ترکیبی (traingulation) و کیفی (Qualitative)، در راستای درک بهتر چگونگی اثر معنویت بر سلامت و تأثیر معنویت در بهبود کیفیت زندگی مبتلایان به بیماری عروق کرونر توصیه می‌شود. همچنین پیشنهاد می‌شود برای دستیابی به درک بهتر و عمیق‌تر از مفهوم سلامت معنوی مطالعات فنومنولوژی (phenomenological)، تبیین فرآیند شکل‌گیری با استفاده از گراند تئوری (Grounded theory) و یافتن راهکارهای مناسب و مطلوب جهت ارتقای سلامت معنوی و کیفیت زندگی با استفاده از اقدام پژوهی (Action research) مطالعاتی انجام شود.

نمره کیفیت زندگی «واکنش‌های عاطفی» است، بنابر این لزوم توجه به بعد عاطفی، روحی و روانی و برنامه‌ریزی و تخصیص مشاوره برای ارتقای ابعاد سلامت معنوی بیماران روشن می‌شود. با توجه به نتایج مطالعه حاضر و ارتباط معنی‌دار میان کیفیت زندگی و سلامت معنوی در ابعاد وجودی، برای بهبود کیفیت زندگی و حفظ کرامت‌های انسانی و اخلاقی، و همچنین ارائه خدمات و مراقبت‌های کامل و مناسب‌تر در مبتلایان به بیماری‌های عروق کرونر، تخصیص برنامه‌ها و رویکردهایی در جهت ارتقای سلامت معنوی پیشنهاد می‌شود. همچنین به علت اهمیت میزان پیشرفت و بهبود بیماری‌های عروق کرونر و تأثیر آن بر سلامت معنوی این دسته از بیماران، پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی ارتباط بین سلامت معنوی و میزان پیشرفت بهبودی بیماران مورد بررسی قرار گیرد.

## تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر بخشی از پایان نامه کارشناسی ارشد رشته پرستاری گرایش مراقبت‌های ویژه است. این پژوهش در دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه شاهد انجام گرفته است. پژوهشگران به این وسیله، مراتب سپاس و قدردانی خود را از دانشگاه شاهد، مدیران و کارکنان بیمارستان‌ها، بیماران مشارکت‌کننده در پژوهش و تمامی افرادی که در انجام پژوهش مساعدت کرده‌اند، اعلام می‌دارند.

## میزان مشارکت نویسندگان

علی جهانی: طراحی مطالعه، هدایت تحقیق، جمع‌آوری داده‌ها، ناهید رژه: طراحی مطالعه، هدایت تحقیق، نظارت بر اجرای تحقیق؛ تحلیل داده‌ها، تهیه و تدوین مقاله،

13. Allahbakhshian M, Jaffarpour M, Parvizy S, Haghani H. [A Survey on relationship between spiritual wellbeing and quality of life in multiple sclerosis patients]. *Zahj Res Med Sci*. 2010;**12**(3):29-33.
14. 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.
15. O'Connor M, Guilfoyle A, Breen L, Mukhardt F, Fisher C. Relationships between quality of life, spiritual well-being, and psychological adjustment styles for people living with leukaemia: An exploratory study. *Mental health, religion and culture*. 2007;**10**(6):631-47.
16. Paloutzian R, Park C. Psychology of Religion and Applied Areas. In: Paloutzian R E PCL, editor. *Handbook of the Psychology of Religion and Spirituality*. 1st ed. UK.: Guilford Press. 2005. p. 562-80.
17. Abbasi M. [Nursing Student's Spiritual Well-Being, Spirituality and Spiritual care Perspectives]. Unpublished MScThesis, Medical University of Tehran, Iran; 2006.
18. Prieto L, Alonso J. Exploring health preferences in sociodemographic and health related groups through the paired comparison of the items of the Nottingham Health Profile. *Journal of epidemiology and community health*. 2000;**54**(7):537-43.
19. Lukkarinen H. Quality of life in coronary artery disease. *Nursing research*. 1998;**47**(6):337-43.
20. Dehdari T, Hashemifard T, Heidarnia A, Kazemnejad A. The longitudinal effect of health education on health-related quality of life in patients with coronary artery bypass surgery. *Fac of Health, Tarbiat Modarres University*. 2005;**15**:41-6.
21. Fisch MJ, Titzer ML, Kristeller JL, Shen J, Loehrer PJ, Jung SH, et al. Assessment of quality of life in outpatients with advanced cancer: the accuracy of clinician estimations and the relevance of spiritual well-being—a Hoosier Oncology Group Study. *J Clin Oncol*. 2003;**21**(14):2754-9.
22. Rezaei M, Seyedfatemi N, Hosseini M. Spiritual Well-being in Cancer Patients who Undergo Chemotherapy. *HAYAT*. 2008;**14**:33-40.
23. Büssing A, Ostermann T, Matthiessen P. Adaptive coping and spirituality as a resource in cancer patients. *Breast care*. 2007;**2**(4):195-202.
24. Johanna JM, Sara JK. Body, mind and spirit: Towards the integration of religiosity and spirituality in cancer quality of life research. *Psycho-Oncol*. 1999;**8**.
25. Livneh H, Lott S, Antonak R. Patterns of psychosocial adaptation to chronic illness and disability: a cluster analytic approach. *Psycho Health Med*. 2004;**9**(4):411-30.
26. Fernsler JL, Klemm P, Miller MA. Spiritual well-being and demands of illness in people with colorectal cancer. *Cancer Nurs*. 1999;**22**(2):134-40; quiz 41-2.
27. Bekelman DB, Dy SM, Becker DM, Wittstein IS, Hendricks DE, Yamashita TE, et al. Spiritual well-being and depression in patients with heart failure. *J Gen Intern Med*. 2007;**22**(4):470-7.
28. Burkhardt A, Nathaniel M, Alvita K. Ethic in chronic pain. In: Burkhardt A NM, Alvita K, editor. *Ethic and issue in contemporary nursing*. 1st ed. London: Mosby; 1998. P. 417-45.
29. Finkelstein FO, West W, Gobin J, Finkelstein SH, Wuerth D. Spirituality, quality of life and the dialysis patient. *Nephrol Dial Transplant*. 2007;**22**(9):2432-4.

مجیده هروی کریمی: همکار در طراحی مطالعه، تهیه و تدوین مقاله،  
فرید زایری: مشاوره آماری،  
اصغر هادوی: مشاوره مذهبی،  
علیرضا خاتونی: همکاری در تهیه مقاله.

## تضاد منافع

موردی در خصوص تعارض منافع وجود ندارد.

## پشتیبانی مالی

این طرح با پشتیبانی مالی دانشگاه شاهد انجام شد.

## References

1. Verdiani V, Ognibene A, Rutili MS, Lombardo C, Bacci F, Terreni A, et al. NT-ProBNP reduction percentage during hospital stay predicts long-term mortality and readmission in heart failure patients. *J Cardiovasc Med (Hagerstown)*. 2008;**9**(7):694-9.
2. World Health Organization. WHO cardiovascular disease. [cited Accessed 2009 August]; Available from: <http://www.who.int/cardiovascular-diseases/en/>.
3. Gaziano TA, Bitton A, Anand S, Abrahams-Gessel S, Murphy A. Growing epidemic of coronary heart disease in low- and middle-income countries. *Curr Probl Cardiol*. 2010;**35**(2):72-115.
4. Hadaegh F, Harati H, Ghanbarian A, Azizi F. Prevalence of coronary heart disease among Tehran adults: Tehran Lipid and Glucose Study. *East Mediterr Health J*. 2009;**15**(1):157-66.
5. Herrmann C. Raising awareness of women and heart disease—women's hearts are different. *Crit Care Nurs Clin North Am*. 2008;**20**(3):251-63.
6. James SR, Ashwill J, Droske SC. *Nursing care of children principle and practice*. Philadelphia: W. B. Saunders Co; 2002.
7. Andreotti F, Marchese N. Women and coronary disease. *Heart*. 2008;**94**(1):108-16.
8. Mohammadi Zedi E, Heidar Nia A, Haji Zadeh E. The study of cardiovascular patients lifestyle, Daneshvar, Scientific- research. *JSU*. 2006;**61**:49-56.
9. Heo S, Moser DK, Riegel B, Hall LA, Christman N. Testing a published model of health-related quality of life in heart failure. *J Card Fail*. 2005;**11**(5):372-9.
10. Lukkarinen H, Hentinen M. Assessment of quality of life with the Nottingham Health Profile among women with coronary artery disease. *Heart & lung: the journal of critical care*. 1998;**27**(3):189.
11. Reiley BB, Perna R, Tate DG, Forchheimer M, Anderson C, Luera G. Type of spiritual well-being among person with chronic illness. Their relationship to various forms of quality of life. *Arch Phys Med Rehabil March*. 1998;**79**(3):258-63.
12. Büssing A, Matthiessen PF, Ostermann T. Engagement of patients in religious and spiritual practices: confirmatory results with the SpREUK-P.1.1 questionnaire as a tool of quality of life research. *Health Qual Life Outcomes*. 2005;**3**:53.