دارای رتبه علمی پژوهشی از
کمیسیون نشریات علوم پزشکی کشور

انجمن علمی پرستاری ایران

روان پرستاری

دوره اول شماره۳ پاییز ۱۳۹۲ - شماره استاندارد بین المللی: ۲۵۰۱-۲۳۴۵

- ارتباط مشکلات روانی- اجتماعی با درک از حمایت اجتماعی در خانواده های معتادین.....۱
حمیده منچری، محمد حیدری، منصوره قدوسی بروجنی

- تأثیر مراقبت معنوی بر سلامت معنوی وابستگان به آمفتامین.....۱۰
مریم بامداد، مسعود فلاحی خشکناب، اصغر دالوندی، محمدرضا خدایی اردکانی

- وضعیت روانی زوج های مراجعه کننده به کلاسهای آموزشی پیش از ازدواج.....۱۹
محمدمرادی، دکتر رضا ضیغمی، سعید محمدی، محمد ابراهیم ساریچلو

- رابطه ویژگی های شخصیتی و استرس شغلی در پرستاران.....۲۷
رضا قانعی، سینا ولیئی، مهدی رضایی، کژال رضایی

- پیش بینی سرمایه روان شناختی از طریق مولفه های معنویت در پرستاران.....۳۵
محسن گل پرور، زهرا جوادیان، مریم جعفری، محسن خانبانی

- تأثیر مراقبت معنوی مبتنی بر مدل قلب سلیم بر تجربه معنوی بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر.....۴۵
زهرا سعیدی طاهری، مینو اسدزندی، عباس عبادی

- عوامل تنش زا و روش های سازگاری در پرستاران بخش های روانپزشکی.....۵۴
یوسف وارسته مقدم، مجید صادق فرد، سید حسین محمدی، پدرام آهن جان

- ارتباط فشار مراقبتی با روش های مقابله ای مراقبین خانوادگی بیماران سرطانی.....۶۲
علی عباسی، مرتضی شمسی زاده، حمید آسایش، حسین رحمانی، سید عابدین حسینی، میترا طالبی

به نام خداوند جان و خرد

نشریه تخصصی روان پرستاری

فصلنامه علمی - پژوهشی انجمن علمی پرستاری ایران

دوره اول - شماره ۳ - پاییز ۱۳۹۲

- **صاحب امتیاز:** انجمن علمی پرستاری ایران
- **مدیر مسؤول و سردبیر:** دکتر مسعود فلاحی خشکناب
- **مدیر اجرایی:** محمدرضا شیخی
- **شماره پروانه انتشار وزارت ارشاد اسلامی:** ۹۱/۳۴۷۰۲ مورخ ۱۳۹۱/۱۱/۱۶
- **شماره بین‌المللی نشریه چاپی (Print-ISSN):** ۲۵۰۱-۲۳۴۵ مورخ ۱۳۹۲/۴/۱۶
- **شماره بین‌المللی نشریه الکترونیکی (e-ISSN):** ۲۵۲۸-۲۳۴۵ مورخ ۱۳۹۲/۴/۱۶
- **دارای رتبه علمی پژوهشی از یکصد و دهمین جلسه کمسیون نشریات علوم پزشکی کشور:** به شماره ۱۰۰/۵۱۱ مورخ ۱۳۹۲/۳/۲۷

- **شورای نویسندگان** (به ترتیب حروف الفبا):

- دکتر فاطمه الحانی، دانشیار آموزش بهداشت دانشگاه تربیت مدرس
- دکتر مسعود بحرینی، استادیار روان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی بوشهر
- دکتر اکبر بیگلریان، استادیار آمار زیستی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر یداله جنتی، استادیار روان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی مازندران
- دکتر محمدرضا خدایی، دانشیار روان پزشکی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر اصغر دادخواه، استاد توانبخشی روانی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر محمد ذوالعدل، استادیار روان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی یاسوج
- دکتر مهدی رهگذر، دانشیار آمار زیستی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر کورش زارع، استادیار روان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز
- دکتر سادات سیدباقر مداح، استادیار آموزش پرستاری دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر نعیمه سیدفاطمی، دانشیار روان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر فرخنده شریف، استاد روان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی شیراز
- دکتر فرشید شمسایی، استادیار روان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی همدان
- دکتر رضا ضیغمی، استادیار روان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی قزوین
- دکتر عباس عبادی، استادیار پرستاری داخلی جراحی دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله الاعظم (عج)
- دکتر فربد فدایی، دانشیار روان پزشکی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر مسعود فلاحی خشکناب، دانشیار روان پرستاری دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر پروانه محمدخانی، استاد روان شناسی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر عیسی محمدی، دانشیار پرستاری داخلی جراحی دانشگاه تربیت مدرس
- دکتر ندا مهرداد، استادیار پرستاری بهداشت جامعه دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر علی نجومی، استادیار انستیتو پاستور ایران
- دکتر علی نویدیان، استادیار مشاوره دانشگاه علوم پزشکی زاهدان
- دکتر علیرضا نیکبخت نصرآبادی، استاد پرستاری داخلی جراحی دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر فریده یغمایی، دانشیار بهداشت دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
- دکتر شهرزاد یکتاطلب، استادیار روان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی شیراز

- **مشاوران علمی این شماره** (به ترتیب حروف الفبا):

دکتر حسین ابراهیمی
دکتر مسعود بحرینی
دکتر اکبر بیگلریان
دکتر اکرم ثناگو
دکتر محمد رضا خدایی اردکانی
آقای علی دهقانی
دکتر مولود رادفر
دکتر مهدی رهگذر
دکتر کوروش زارع
آقای ابراهیم ساریچلو
دکتر نعیمه سید فاطمی
دکتر فرشید شمسایی
آقای مرتضی شمسی زاده
آقای محمد رضا شیخی
دکتر رضا ضیغمی
آقای جلیل عظیمیان
دکتر علی فخر موحدی
دکتر مسعود فلاحی خشکناب
دکتر علی نویدیان
دکتر حسن جهانی هاشمی
دکتر مجیده هروی

- **ویراستار انگلیسی:** دکتر علی نجومی
- **ویراستار فارسی:** محمدرضا شیخی
- **حروفچینی و صفحه‌آرایی:** مهندس صادق توکلی
- **طراح جلد:** مهندس صادق توکلی

- **ناشر:** انجمن علمی پرستاری ایران
- **نشانی:** تهران - میدان توحید - دانشکده پرستاری و مامایی تهران
- **کدپستی:** ۱۴۱۹۷۳۳۱۷۱، **صندوق پستی:** ۱۴۱۹۵/۳۹۸، **تلفن و نمابر:** ۶۶۵۹۲۵۳۵

e-mail: info@ijpn.ir , **Website:** http://ijpn.ir

روان پرستاری دوره ۱ شماره ۳ پاییز ۱۳۹۲ ۵۳-۴۵

تأثیر مراقبت معنوی مبتنی بر مدل قلب سلیم بر تجربه معنوی بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر

زهرا سعیدی طاهری[۱]، مینو اسدزندی[۲]، عباس عبادی[۳]

چکیده

مقدمه: تجربه بشری نشان داده‌است هنگامی که بیماری (به‌خصوص بیماری‌های قلبی) زندگی انسان را تهدید می‌کند نیاز به معنویت در او اهمیت زیادی پیدا می‌کند. بر این اساس این مطالعه با هدف بررسی تأثیر مراقبت معنوی مبتنی بر مدل قلب‌سلیم بر تجربه معنوی بیماران عروق کرونری انجام شد.

روش: این پژوهش، یک کارآزمایی بالینی است که بر روی ۶۰ بیمار مبتلا به بیماری عروق کرونر بستری در بخش مراقبت ویژه قلبی بیمارستان بقیه‌ا...الاعظم(عج) در سال ۱۳۹۲ انجام گرفت. نمونه‌ها به وسیله نمونه‌گیری دردسترس مبتنی بر هدف انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه مداخله و شاهد قرار گرفتند. برنامه مراقبت معنوی مبتنی بر مدل قلب‌سلیم از زمان بستری تا زمان ترخیص از بخش برای گروه مداخله اجرا شد. پرسشنامه تجارب معنوی روزانه، زمان بستری و دو ماه بعد در هر دو گروه تکمیل گردید. داده‌های پژوهش با آماره‌های توصیفی (میانگین، انحراف معیار و فراوانی) و آماره‌های استنباطی (کای‌اسکوئر، تی‌مستقل و تی‌زوجی) و استفاده از نرم‌افزار SPSS v.18 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان دادکه نمره کل تجارب معنوی گروه مداخله بعد از مراقبت معنوی در مقایسه با گروه شاهد تفاوت معنی‌داری پیدا کرد ($p<۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: مراقبت معنوی مبتنی بر مدل قلب‌سلیم، باعث افزایش تجارب معنوی بیماران می گردد. در نتیجه با استفاده از این مدل می‌توان با دستیابی به آرامش و رهایی از فشارهای روحی و روانی ناشی از بیماری به سازگاری فرد و به‌صورت غیر مستقیم به روند درمان وبهبود وضعیت سلامت او کمک نمود.

کلیدواژه‌ها: معنویت، بیماری عروق کرونر، مراقبت پرستاری، بخش مراقبت ویژه قلبی.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۷/۲۸ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۹/۱۵

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت‌های ویژه، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌ا...(عج)، تهران، ایران.

۲- دکتری مدیریت تحقیقات علوم پزشکی، مرکز طب و دین، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌ا...(عج)، تهران، ایران. (**نویسنده مسؤول**)

پست الکترونیکی: zandi498@yahoo.com

۳- استادیار، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌ا...(عج)، تهران، ایران.

مقدمه

بیماری‌های قلبی ـ عروقی و در رأس آن‌ها بیماری‌های عروق کرونر، یکی از جدی‌ترین مشکلات مرتبط با سلامتی و عوامل ناتوانی در کشورهای توسعه‌یافته و در حال توسعه می باشد (۱) چنان‌که رتبه نخست علل مرگ و میر در جهان را به خود اختصاص داده است. طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۸، (۱۲/۸٪) مرگ و میر در جهان ناشی از بیماری‌های ایسکمیک قلبی است (۲). پیش‌بینی‌ها حاکی از این است که در سال ۲۰۲۰ میلادی حداقل یک مورد از سه مورد مرگ افراد در کشورهای پیشرفته به‌علت بیماری‌های قلبی ـ عروقی باشد (۳). حمله قلبی، یک رویداد حاد، پراسترس و تهدیدکننده زندگی است (۴) و به دلیل ماهیت تهدیدکنندگی زندگی و پراسترس بودن، باعث برجسته‌تر شدن بعد معنوی در بیماران می‌شود که تجربه بیماران از حمله قلبی در مطالعات، تعیین‌کننده نقش بارز معنویت در عبور از این رویداد پراسترس و خطرناک می‌باشد (۵). تجربه بشری هم در تمام فرهنگ‌ها نشان داده‌است که انسان همواره در شرایط بحرانی (۶-۷) و هنگامی که بیماری به‌خصوص بیماری قلبی (۸)، زندگی وی را تهدید می‌کند (۹) از یک منبع مقدس و الهی کمک طلبیده (۶) و نیاز به معنویت در او اهمیت زیادی پیدا می‌کند (۹). معنویت یک کیفیت ذاتی در همه انسان‌ها بوده و بیانگر ارتباط هماهنگ با خود، دیگران، طبیعت و خدا و یافتن معنی و هدف در زندگی است (۱۰-۱۳). اندیشمندان مسلمان نیز نقش و جایگاه معنویت را چنین مطرح کرده‌اند: شهید مطهری(ره) معنویت را نوعی احساس و گرایش ذاتی انسان به امور غیرمادی مانند: علم و دانایی، جمال و زیبایی، تقدیس و پرستش می‌داند که وجه تمایز انسان و موجودات دیگر می‌باشد (۱۴). حضرت امام‌خمینی(ره) می‌فرمایند: «معنویت، مجموعه صفات و اعمالی است که حال و شور و جاذبه قوی و شدید و در عین حال، منطقی و صحیح را در انسان به‌وجود می‌آورد تا او را در سیر به‌سوی خدای یگانه و محبوب عالم، به‌طور اعجاب‌آوری، پیش ببرد. این حالت درونی به‌واسطه زمینه‌سازی‌های مختلف در انسان پدید می‌آید و بسته به شدت و ضعف آن، سرعت و میزان قرب الی‌ا... تحقق می‌یابد. وجه غالب اساسی در معنویت، توجه به خدا و انجام عمل برای اوست. هم در نیت و هم در عمل، خدا را حاضر و ناظر دانستن، معنویت است». از دیدگاه امام(ره)، معنویت یعنی آن حالت درونی و روحانی و باطنی انسان که هرکاری را با قصد قرب الهی و کسب رضایت خداوند انجام می‌دهد (۱۵). بهترین دلیل برای رسیدگی به جنبه‌های معنوی بیماری، این است که بسیاری از مردم، مذهبی و دارای نیازهای معنوی هستند. اکثر مراجعین به بیمارستان‌ها معتقدند که سلامت معنوی به اندازه سلامت جسمی اهمیت دارد و علاقه‌مند به سؤال در مورد نیازهای معنویشان هستند (۹). مطالعات نشان داده که معنویت و اعتقادات معنوی، توانایی مقابله یک بیمار را با وقوع یک بیماری، بالا برده و سرعت بهبودی را افزایش می‌دهد (۱۶-۱۷) و باعث می‌شود که انسان احساس بهتری داشته باشد و در نتیجه، قدرت بیشتری برای مقابله با بیماری‌ها به‌دست آورد و همین امر، حتی اگر بیماری را شفا ندهد سبب بهتر شدن بیمار می‌شود یا کمک می‌کند بیمار بهتر با بیماریش کنار بیاید (۱۸). فرد در مواجهه با بیماری، با تمام ابعاد وجودی خود به بیماری پاسخ می‌دهد (۱۸). از آن‌جا که سلامتی کامل یک فرد به تعادل بین تمام ابعاد سلامتی یعنی: جسمی، روحی، روانی، اجتماعی و معنوی وی بستگی دارد (۷) پس بدون توجه به بعد معنوی انسان، نمی‌توان جسم، روان و همین‌طور شخصیت اجتماعی او را شناخت و برای سلامت وی کاری کرد (۱۸). مراقبت معنوی به‌عنوان مهمترین عامل کمک کننده برای رسیدن به تعادل در حفظ سلامتی و مقابله با بیماری‌ها شناخته شده است (۷) و پیشرفت در بهبودی را سرعت می‌بخشد (۱۹). چون هدف پرستاری، حفظ و ارتقاء سلامت، پیشگیری از بیماری و برطرف کردن ناخوشی و ناراحتی بیماران است، مراقبت معنوی سهم قابل توجهی در دستیابی به این هدف را دارا می‌باشد (۲۰). مراقبت معنوی و آموزه‌های دینی، با تولید عواطف مثبت، سبب عملکرد مطلوب دستگاه‌های فیزیولوژیک از قبیل دستگاه قلبی عروقی از طریق دستگاه عصبی خودمختار می‌گردند. اگر فرد، بیمار باشد از این طریق می‌توان به بهبودی او کمک کرد و اگر سالم باشد این امر در ارتقاء سلامت او مؤثر می‌باشد (۲۱). متخصصان قائلند هرچه آموزه‌های مذکور بیشتر تقویت گردد فرد از سلامتی بیشتری برخوردار خواهد شد (۲۱).

مروری بر متون بیانگر آن است که معنویت با سلامت جسمی [کاهش میزان مرگ و میر، کاهش فشارخون و بهبود بیماری] (۲۲) و سلامت روانی [کاهش اضطراب (۲۳-۲۴) و افسردگی (۲۴)] و سلامت معنوی (۲۳) بیماران قلبی در ارتباط است. از آن‌جا که مراقبت معنوی مبتنی بر مدل قلب‌سلیم که برخاسته از معنویت دینی و فرمایشات دین اسلام است به چهار بعد ارتباطی انسان یعنی: ارتباط با خدا، دیگران، خود و عالم طبیعت نظر داشته و ضمن جامعیت و کل‌نگری امر مراقبت به بعد ملکوتی انسان هم توجه دارد (۲۵) و علایق فرد در انتخاب مراقبت معنوی و مشارکت خانواده‌اش در انجام مراقبت معنوی را اساس و پایه این مدل می‌داند، محقق بر آن شد تا با توجه به بستر فرهنگی و مذهبی ایران و استفاده از نتایج به‌دست آمده از تحقیقات متعدد مراقبت معنوی و عدم وجود مطالعه مربوط به تأثیر مراقبت معنوی مبتنی بر این مدل، تأثیر اجرای آن را بر

تجربه معنوی بیماران عروق کرونری بستری در بخش مراقبت ویژه قلبی مورد بررسی قرار دهد.

روش مطالعه

این مطالعه،از نوع کارآزمایی بالینی بود که با هدف تأثیر مراقبت معنوی مبتنی بر مدل قلب سلیم بر تجربه معنوی بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر انجام شد. جامعه آماری مورد پژوهش، بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر بستری در بخش سی‌سی‌یو بیمارستان بقیه‌ا... الاعظم(عج) تهران در سال ۱۳۹۲ بودند. محقق باروش نمونه‌گیری در دسترس، نمونه‌های مطالعه را انتخاب و به صورت تصادفی از طریق قرعه‌کشی آن‌ها را در دو گروه مداخله و شاهد قرار داد. تعداد نمونه لازم در این مطالعه، با به‌کارگیری نوموگرام آلتمن و با احتساب خطای نوع اول ۵ درصد و خطای نوع دوم ۱۰ درصد و اختلاف استاندارد محاسبه شده از مطالعه نیسه (۲۶) در هر گروه حدود ۳۰ نفر و مجموعا ۶۰ نفر برآورد شد. ابتلا به بیماری عروق کرونر قلبی، داشتن حداقل سن ۱۸ سال، آگاه بودن به زمان و مکان، عدم ابتلا به آلزایمر در سابقه پزشکی، ناشنوا نبودن جهت برقراری ارتباط مؤثر از معیارهای ورود به مطالعه بود. معیارهای خروج نیز شامل عدم رضایت بیمار برای ادامه همکاری با پژوهشگر، ترخیص یا فوت بیمار در حین اجرای مراقبت معنوی بود. ابزار جمع‌آوری اطلاعات، پرسشنامه‌ای دو قسمتی شامل پرسشنامه اطلاعات فردی و مقیاس تجارب معنوی روزانه(DSES) Daily Spiritual Experiences Scale بود. این مقیاس اولین بار توسط Underwood و Teresi در سال ۲۰۰۲ برای تهیه یک ابزار چند بعدی از معنویت ساخته شد تا بتواند به‌طور مؤثری در مطالعات سلامت که حیطه‌های متفاوتی از مذهب و معنویت را مورد بررسی قرار می‌دهند، مورد استفاده واقع شود. آلفای کرونباخ آن روی نمونه ۲۸۵ نفری از دانشجویان شیکاگو ۰/۹۲ و در اوهایو روی نمونه ۱۹۲ نفری ۰/۹۴ گزارش شد. برای تعیین روایی و پایایی این مقیاس در جامعه ایرانی، تقوی و همکاران در سال ۱۳۸۹، ۱۲۰ نفر از دانشجویان دانشگاه شیراز را به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و مورد آزمون قرار دادند. پایایی مقیاس از سه طریق بررسی شد که به ترتیب ضرایب پایایی ۰/۹۶ برای بازآزمایی، ۰/۸۸ برای تنصیفی اسپیرمن ـ براون و ۰/۹۱ برای آلفای کرونباخ به‌دست آمد. روایی مقیاس از روش‌های روایی همزمان، روش تحلیل عاملی و روش همبستگی هر ماده با نمره کل استفاده شد. شواهد به‌دست آمده از بررسی‌ها روی نمونه ایرانی نشان داد که مقیاس تجارب معنوی روزانه از خصوصیات روان‌سنجی مناسبی برخوردار بوده و قابلیت استفاده در ایران را داراست (۲۷). این مقیاس دارای شانزده سؤال و طیف پاسخ‌دهی شش درجه‌ای، شامل «اغلب اوقات روز»، «هر روز»، «اغلب روزها»، «بعضی روزها»، «هر از چندگاهی یک‌بار» و «هرگز یا تقریباً هرگز» است که بر حسب پاسخ به هر گزینه، نمره‌ای بین۶-۱ تعلق می‌گیرد. به گزینه « اغلب اوقات روز» نمره شش تعلق گرفته و به گزینه « هرگز یا تقریباً هرگز » نمره یک. حداکثر نمره ۹۶ و حداقل نمره ۱۶ بوده که بدین گونه تفسیر می‌شوند: ۳۶-۱۶ نسبتاً ضعیف، ۵۶-۳۷ متوسط، ۷۶-۵۷ بالا و ۹۶-۷۷ بسیار بالا از نظر معنویت می‌باشند (۲۸). در ابتدای مطالعه، پرسشنامه‌ها توسط مشارکت‌کنندگان در پژوهش بر اساس معیارهای ورود، تکمیل گردید. برای بیمارانی که قادر به تکمیل پرسشنامه‌ها نبودند، این‌کار توسط پژوهشگر انجام شد. سپس مراقبت معنوی در تمام روزهای بستری معمولا بین ساعات ۹ صبح تا ۱۲ ظهر بر اساس برنامه تدوین شده و تمایل و نیازهای معنوی برای گروه مداخله اجرا شد. قبل از اجرای مراقبت معنوی، کتابچه آموزشی حاوی انواع مراقبت‌های معنوی مبتنی بر مدل قلب‌سلیم که توسط پژوهشگر و همکارانش با استناد به کتب مذهبی اسلامی، نوشته و تهیه و محتوای آن توسط چند تن از روحانیون و استادان متخصص تأیید گردیده بود در اختیار گروه مداخله قرار گرفت تا با مطالعه آن مراقبت‌های معنوی مورد نظر خود را انتخاب کنند و به همراه محقق و خانواده، آن‌ها را اجرا کنند. برای شروع برنامه مراقبت معنوی، ابتدا محقق در برقراری ارتباط با بیمار پیش‌قدم شده و با معرفی خود و بیان توانایی‌های حرفه‌ایش تلاش در جلب اعتماد وی کرد. همکاری و مشارکت بیمار و خانواده در اجرای مراقبت‌ها و پذیرش نحوه مراقبت از طرف آن‌ها یکی از ارکان اساسی مراقبت در مدل قلب‌سلیم است. هدف از پرستاری در این مدل، رساندن بیمار به روحی سرشار از احساس آرامش و اطمینان خاطر و برخوردار از امنیت می‌باشد. یعنی رسیدن به حالتی که غم و اندوه سلامت از دست رفته و یا ترس و اضطراب از آینده، بیمار را آزرده نسازد و صبر و تحمل رنج بیماری برایش مقدس باشد. هدف درازمدت هم دستیابی به قلب سلیم (رسیدن به احساس امنیت، آرامش، امید، عشق، شادی و رضایت) و تسکین آلام بیمار و خانواده می‌باشد. الگوی مراقبت پرستاری در این مدل، بر اساس نیازها و اصلاح ارتباطات چهارگانه معنوی انسان یعنی ارتباط با خدا، ارتباط با خود، ارتباط با دیگران و ارتباط با طبیعت و محیط می‌باشد (۲۵). ارتباط با خدا از طریق: فراهم کردن امکانات جهت تسهیل عبادت، تلاوت قرآن، ذکر، دعا، صدقه، خواندن و گوش‌دادن به قصص قرآنی و زندگانی ائمه(ع)، آشنایی بیمار با احکام وضو و نماز در هنگام بیماری، شکر نعمات پروردگار، ارتباط با خود از طریق:

ترک اعمال مختل‌کننده آرامش با انجام مشارطه، مراقبه و محاسبه با استفاده از یادداشت روزانه، ارتباط با دیگران از طریق: انفاق، توجه به همسر و فرزندان، دیدار با خویشاوندان و قطع نکردن صله رحم، شادبودن و شوخی و خنده، ارتباط با محیط و طبیعت از طریق: نگاه‌کردن به آب روان و سبزه و درختان و گل‌های رنگارنگ و بوییدن آن‌ها، پرورش گل، ترحم به حیوانات، اجتناب از استشمام هوای آلوده، گوش‌دادن به نغمه تسبیح طبیعت (باران، آب، حیوانات) بود. هر روز همه مطالب روز قبل، انجام، تکرار و یادآوری و آموزش‌ها و مشاوره‌های لازم داده شد. شماره تلفنی نیز در اختیار بیماران گروه مداخله قرار داده شد تا در منزل و پس از ترخیص، در صورت بروز هر گونه مشکل یا داشتن سؤال با این شماره تلفن تماس حاصل نمایند و راهنمایی‌های لازم را دریافت کنند، چرا که آموزش به بیمار و نهادینه ساختن آن با تکرار، نظارت و مدیریت پرستاران در محیطی مأنوس همچون خانه می‌تواند عامل مهمی در ارتقای عملکرد مددجویان، توسعه سلامت جامعه و گواه اهمیت نقش پرستاران باشد (۲۹). طی آخرین تماس تلفنی با مشارکت‌کنندگان مطالعه در دو ماه بعد، پرسشنامه تجارب معنوی روزانه توسط محقق مجددا تکمیل شد. در نهایت، اطلاعات به‌دست آمده با آماره‌های توصیفی (میانگین، انحراف معیار و فراوانی) و آماره‌های استنباطی نظیر کای‌اسکوئر، تی‌مستقل و زوجی، تحلیل واریانس یکطرفه و ضریب همبستگی پیرسون به‌وسیله نرم‌افزار SPSS v.18 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. ملاحظات اخلاقی در این پژوهش شامل کسب مجوز از مسئولین، معرفی پژوهشگر به واحدهای مورد پژوهش و اعضای خانواده آن‌ها و تشریح اهداف و ماهیت پژوهش، کسب رضایت آگاهانه و کتبی از مشارکت‌کنندگان و جلب مشارکت آنان در پژوهش بود. این مطالعه مجوز کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌ا... (عج)را دریافت نمود و در سامانه ثبت کارآزمایی بالینی ایران (IRCT: Iranian Registry of Clinical Trials) به شماره IRCT2013061113636N1 ثبت گردید.

یافته‌ها

در مطالعه حاضر، ۶۰ بیمار مبتلا به بیماری عروق کرونر با میانگین و انحراف معیار سنی (۵۸/۷۸±۷/۷۱) سال شرکت کردند. میانگین سن مردان (۶۰/۳±۶/۵۶) و سن زنان (۵۶/۳۵±۸/۹) به دست آمد. میانگین و انحراف معیار سنی واحدهای مورد پژوهش در گروه شاهد (۵۹/۸±۷/۳) و در گروه مداخله (۵۷/۷±۸/۰۸) بود. آزمون آماری تی‌مستقل نشان داد که میانگین سنی در این دو گروه تفاوت معناداری نداشت (p=۰/۲۸).

هر دو گروه مداخله و شاهد از نظر متغیرهای جمعیت شناختی کاملا همگن بودند. همگنی این متغیرها در جدول شماره ۱ گزارش شده است.

سطح معنوی دو گروه مداخله و شاهد قبل از اجرای مراقبت معنوی با هم تفاوتی نداشت، ولی بعد از انجام مراقبت معنوی تفاوت معنی‌داری پیدا کرد. به این صورت که تمامی واحدهای مورد پژوهش در گروه مداخله از نظر معنوی در سطح بسیار بالا قرار گرفتند (جدول شماره ۲).

نتیجه آزمون آماری تی‌مستقل در گروه مداخله و شاهد قبل از اجرای مراقبت معنوی، نشان داد که از نظر میانگین نمرات تجارب معنوی، تفاوت معناداری بین دو گروه وجود ندارد (p=۰/۰۵). در حالی‌که بعد از اجرای مراقبت معنوی تفاوت معناداری پیدا شد (p=۰/۰۰۱). با این‌که آزمون آماری تی‌زوجی، نشان‌دهنده افزایش تجارب معنوی در هر دو گروه بود اما نمره تجارب معنوی در گروه مداخله بعد از اجرای مراقبت معنوی بیشتر از نمره کسب شده در گروه شاهد بود (جدول شماره ۳).

جدول شماره ۱– مقایسه توزیع فراوانی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی در دو گروه مداخله و شاهد

متغیر	گروه	مداخله تعداد (درصد)	شاهد تعداد (درصد)	آزمون آماری سطح معنی‌داری
جنسیت	مرد	۲۰(۶۶/۷)	۱۷(۵۶/۷)	Fisher Exact test = ۰/۶۳ P = ۰/۴۲
	زن	۱۰(۳۳/۳)	۱۳(۴۳/۳)	
وضعیت تأهل	متأهل	۲۵(۸۳/۳)	۲۳(۷۶/۷)	χ^2= ۰/۴۲ P =۰/۸
	از همسر جدا شده	۲(۶/۷)	۳(۱۰)	
	همسر فوت کرده	۳(۱۰)	۴(۱۳/۳)	
سطح تحصیلات	ابتدایی	۶(۲۰)	۹(۳۰)	χ^2= ۱/۰۳ P = ۰/۵۹
	دیپلم و زیردیپلم	۱۲(۴۰)	۱۲(۴۰)	
	دانشگاهی	۱۲(۴۰)	۹(۳۰)	
وضعیت اشتغال	بازنشسته	۱۹(۶۳/۳)	۱۴(۴۶/۷)	χ^2= ۲/۷ P = ۰/۲۶
	کارمند	۴(۱۳/۳)	۳(۱۰)	
	بیکار	۷(۲۳/۳)	۱۳(۴۳/۳)	
سطح درآمد	خوب	۱۰(۳۳/۳)	۸(۲۶/۷)	χ^2= ۳ P = ۰/۲۲
	متوسط	۱۹(۶۳/۳)	۱۷(۵۶/۷)	
	کم	۱(۳/۳)	۵(۱۶/۷)	

جدول شماره ۲– مقایسه سطح معنوی دو گروه مداخله و شاهد قبل و بعد از اجرای مراقبت معنوی

مرحله	گروه / سطح معنوی	نسبتا ضعیف تعداد(درصد)	متوسط تعداد(درصد)	بالا تعداد(درصد)	بسیار بالا تعداد(درصد)	آزمون آماری کای‌اسکوئر سطح معنی‌داری
قبل از مراقبت معنوی	مداخله	۰(۰)	۰(۰)	۱۸(۶۰)	۱۲(۴۰)	χ^2= ۱/۱۶ P = ۰/۵۶
	شاهد	۰(۰)	۱(۳/۳)	۱۶(۵۳/۳)	۱۳(۴۳/۳)	
بعد از مراقبت معنوی	مداخله	۰(۰)	۰(۰)	۰(۰)	۳۰(۱۰۰)	χ^2= ۲۰ P = ۰/۰۰۰
	شاهد	۰(۰)	۱(۳/۳)	۱۴(۴۶/۷)	۱۵(۵۰)	

جدول شماره ۳– مقایسه میانگین نمره کل تجارب معنوی بیماران در دو گروه مداخله و شاهد

مرحله / گروه	قبل از مراقبت معنوی میانگین(±انحراف‌معیار)	بعد از مراقبت معنوی میانگین(±انحراف‌معیار)	آزمون آماری تی‌زوجی
مداخله	۷۶(±۵/۲۱)	۸۵/۷۱(±۳/۸۳)	t = -۱۲/۴۷ df =۲۹ p =۰/۰۰۱
شاهد	۷۵/۴۶(±۶/۵۳)	۷۶/۸۵(±۵/۸۹)	t = -۳/۱۱ df =۲۹ p =۰/۰۰۴
آزمون آماری تی‌مستقل	t = ۰/۳۵ df =۵۸ p =۰/۷۳	t = ۶/۹ df =۵۸ p =۰/۰۰۱	

بحث

در این مطالعه برای اولین بار تأثیر مراقبت معنوی مبتنی بر مدل قلب‌سلیم بر میزان تجربه معنوی بیماران قلبی عروقی مورد بررسی قرار گرفت. هیچ‌گونه تفاوت آماری بین دو گروه از نظر اطلاعات جمعیت شناختی مشاهده نشد (p>۰/۰۵). در مطالعه مؤمنی نیز قبل از انجام مراقبت معنوی، گروه‌ها از نظر اطلاعات جمعیت شناختی (جنس، تأهل و تحصیلات) تفاوت معنی‌داری نداشتند (۲۳). تقریبا تمامی مشارکت‌کنندگان در پژوهش، قبل از اجرای مراقبت معنوی در سطح بالای معنوی قرار داشتند. این امر با توجه به شرایط فرهنگی و مذهبی بودن مردم جامعه ایران امری طبیعی تلقی می‌شود، به‌علاوه معنویت در عبور از رویداد پراسترس و خطرناک حمله قلبی نقش بارزی ایفا می‌کند و برجسته‌تر می‌شود (۵). نتیجه آزمون آماری تی‌مستقل به منظور مقایسه میانگین نمره تجارب معنوی در دو گروه مداخله و شاهد قبل از اجرای مراقبت معنوی، نشان داد که دو گروه از نظر میانگین، تفاوت معنی‌داری ندارند. مطالعه‌ای که توسط مؤمنی با هدف تأثیر مراقبت معنوی بر اضطراب بیماران ایسکمیک قلبی انجام شد نشان داد که میانگین نمرات اضطراب دو گروه مداخله و شاهد قبل از مداخله تفاوت معنی‌داری نداشتند (۲۳) که در راستای نتایج این مطالعه می‌باشد. هم‌چنین نتایج مطالعه حاضر نشان داد که نمره کل تجارب معنوی

بیماران قلبی گروه مداخله قبل و بعد از اجرای مراقبت معنوی، تفاوت معنی‌داری پیدا کرد و نمره تجربه معنوی آنان افزایش یافت. در تأیید نتایج حاصل، آقاعلی و همکارانش در مطالعه‌ای نشان دادند که تجربه معنوی افراد مبتلا به مولتیپل‌اسکلروزیس که مشاوره گروهی با رویکرد شناختی رفتاری با تأکید بر اندیشه‌های معنوی دریافت کرده بودند به‌طور معناداری در مقایسه با افرادی که مشاوره گروهی با رویکرد ذکر شده را دریافت نکرده بودند افزایش یافت (۲۸). نتایج مطالعه مؤمنی پس از اجرای مراقبت معنوی در بیماران قلبی که شامل: حضور حمایت‌گرایانه، حمایت از تشریفات مذهبی بیمار و استفاده از سیستم‌های حمایتی بود، کاهش اضطراب و افزایش سلامت معنوی آنان را نشان داد (۲۳). پژوهش Delaney هم باعث افزایش سلامت روانی بیماران قلبی پس از اجرای مراقبت معنوی (شامل جلسات موسیقی، تجسم هدایت شده با استفاده از لوح فشرده، دعا کردن و قدم زدن در باغ) شد (۲۴)، که این نتایج، یافته‌های مطالعه حاضر را تأیید می‌کنند. بر طبق پژوهش محققین دانشگاه هاروارد، معنویت نه فقط ریشه در عقیده فرد داشته، بلکه ریشه در تجربه او نیز دارد. اگر شخصی فقط اعتقاد داشته باشد ولی تجربه نکرده باشد، بسیاری از فواید جسمی و روانی معنویت را از دست می‌دهد. ممکن است بسیاری از افراد، تجارب معنوی داشته باشند ولی آن را نشناسند. از طریق تجارب معنوی است که شخص می‌تواند معنویت را به دیگران اهدا کند (۳۰). از محدودیت این پژوهش می‌توان به تأثیر شرایط روحی و روانی واحدهای مورد پژوهش بر نحوه پاسخ‌گویی آن‌ها به سؤالات پرسشنامه و نتایج اشاره کرد که این موضوع از کنترل محقق خارج بود.

نتیجه‌گیری نهایی

با توجه به نتایج مطالعه، می‌توان گفت مراقبت معنوی مبتنی بر مدل قلب‌سلیم با ایجاد نگرشی فراتر و فارغ از زندگی عادی، دیدگاهی معناگونه به زندگی می‌بخشد. در نتیجه با دستیابی به آرامش و رهایی از فشارهای روحی و روانی ناشی از بیماری به سازگاری فرد و به‌صورت غیر مستقیم به روند درمان فعلی و وضعیت سلامت او کمک خواهد کرد. توجه به نیاز بیماران برای دریافت مراقبت معنوی از جمله مسائلی است که بسیار ناچیز شمرده شده است و در صورت انجام، محدود به زمان بستری بیمار می‌باشد ولی با اجرای مراقبت معنوی مبتنی بر مدل قلب‌سلیم و شریک کردن خانواده و خود بیمار در امر مراقبت پس از ترخیص و ادامه مراقبت در محیطی امن همچون خانه، این محدودیت نیز برطرف می‌شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله، برگرفته از پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد پرستاری دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌ا...(عج) می‌باشد. بدین‌وسیله از کلیه استادان و کارکنان دانشگاه بقیه‌ا...(عج) و کلیه مشارکت کنندگان در این پژوهش و هم‌چنین کارکنان محترم بخش‌های مراقبت ویژه قلبی بیمارستان بقیه‌ا... الاعظم(عج) که ما را در انجام این پژوهش یاری دادند سپاسگزاریم.

منابع

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. Journal of Cardiovascular Medicine. 2008;9(7):694-9

2- The top 10 causes of death, the 10 leading causes of death by broad income group (2008). Available from: URL: http://www.WHO.int/mediacenter/factsheets/fs310/en/ index1. html

3- Bonow RO, Mann DL, Zipes DP, Libby P. Braunwald's Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine. Saunders,9 edition,2011:420

4- Ginzburg K. Life events and adjustment following myocardial infarction: a longitudinal study. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology.2006;41(10):825-31

5- Momennasab M, Moattari M, Abbaszade A, Babak Shamshiri B. Spiritual Experience of Heart Attack Patients: A Qualitative Study. Qualitative Researchs Journal in Health Sciences.2012;1(4):284-97 (Persian)

6- Javadi Ilkhchi Olya M. The relationship between religious beliefs, health and mental health (psychiatric injury), teachers and students of Tehran city education. [dissertation]. Tehran:2009 (Persian)

7- Potter PA, Perry AG, Stockert P, Hall A. Basic nursing. Mosby Elsevier;2011

8- Raholm MB. Weaving the fabric of spirituality as experienced by patients who have undergone a coronary bypass surgery. Journal of Holistic Nursing. 2002; 20(1): 31-47

9- Demari B. Spiritual health. 1th. Tehran: Medicine and Society Publishing;2009:16 (Persian)

10- Harvey IS, Silverman M. The role of spirituality in the self-management of chronic illness among older African and Whites. Journal of Cross-Cultural Gerontology. 2007;22(2):205-20.

11- Burkhart L, Hogan N. An experiential theory of spiritual care in nursing practice. Qualitative Health Research. 2008;18(7):928-38

12- Fallahi Khoshknab M, Mazaheri M. Spirituality, Spiritual Care and spiritual therapy. Tehran: University of Welfare and Rehabilitation Sciences. 2008 (Persian)

13- Lee L, Connor K, Davidson J. Eastern and western spiritual beliefs and violent trauma: A U.S. national community survey. Traumatology 2008;14(3):68-76

14- Motahari M. Introduction to the monotheistic worldview. Tehran: Sadra Publications;1993:20 (Persian)

15- Javani Y. The role of spirituality in the production of national power. Mobilization Studies Journal.2008;11(39):31-68 (Persian)

16- Potter PA, Perry AG. Basic nursing 5th ed. St Louis: Mosby company.2003;421-4

17- Hemmati Maslakpak M, Ahmadi F, Anooshe MSpiritual beliefs and quality of life: A qualitative research about diabetic adolescent girls' perception. Koomesh 2010;12(38):144-51 (Persian)

18- Khedri M. Health according to the Quran Surah Kahf. Available from: URL: www.aftab.com (Persian)

19- Lichter DA. Studies Show Spiritual Care Linked to Better Health Outcomes. Health Progress March-April 2013:62-7

20- Farahaninia M, Abbasi M, Givari A, Haghani H. Nursing Students' Spiritual Well-Being and Their Perspectives Towards Spirituality and Spiritual Care Perspectives.Iran nursing Journal. 2005;18(44):7-13 (Persian)

21- Azhdar A, Ahmadifaraz M, Zare H, Zamani M. The role of "Prayer" in physical and mental health. Psychotherapy events Journal.2011;17(61-62):133-40 (Persian)

22- Kennedy JE, Abbott RA, Rosenberg BS. Changes in spirituality and well-being in a retreat program for cardiac patients. Alternative Therapies In Health And Medicine 2002; 8(4): 64-70

23- Momeni Ghale-Ghasemi T, Musarezaie A, Moeini M, Naji Esfahani H. The effect of spiritual care program on ischemic heart disease patients' anxiety, hospitalized in CCU: a clinical trial. Behavioral Sciences Research (Special Issue: Mental Health).2012;10(6):554-64 (Persian)

24- Delaney C, Barrere C. Blessings: the influence of a spirituality-based intervention on psychospiritual outcomes in a cardiac population. Holistic Nursing Practice. 2008;22(4):209-10

25- Asadzandi M. Concepts and Theories of Nursing «Postgraduate Course Nursing martial». 1th edition. Tehran: Textbook writing center assistant training, education and culture in guarding Corps. 2009: 533-50 (Persian)

26- Neiseh F, Daneshmandi M, Sadeghi Shermeh M, Ebadi A. The Effects of Ear and eye Protect Device Application on Quality of Sleep of CCU patients with acute coronary syndrome(hospital military). Journal of Military Psychology Spring 2011; Volume 2, Number 5: 67-80 (Persian)

27- Taghavi MR, Amiri H. Deliberation of psychometric properties of daily spiritual experiences scale(DSES). Biquarterly Journal of Isalmic Education. Spring & Summer 2010; Vol.5, No.10:151-167 (Persian)

28- Aghaali F, Zandipour T, Ahmadi MR. The effects of cognitive-behavioral group counseling with an emphasis on increasing spiritual thoughts, spiritual and mental health of multiple sclerosis patients in Qom province (2009). Psychology and Religion 2010;4(1):37-54 (Persian)

29- Taherian A, Mohammadi F, Hoseini MA, Rahgozar M, Fallahi Khoshknab M. Efficacy of training and follow-up in home on knowledge and health behavior based on management of patients with myocardial infarction. Nursing Research 2007;2(4,5):7-13 (Persian)

30- Karren KJ, Hafen BQ, Gordon KJ, Smith NL. Mind/Body Health: The Effects of Attitudes, Emotions and Relationships. Benjamin Cummings, 3th Edition,2006

The effect of spiritual care based on GHALBE SALIM model on spiritual experience in patients with coronary artery disease

Saeedi Taheri[1] Z (B.Sc) – **Asadzandi[2] M** (Ph.D), **Ebadi[3] A** (Ph.D)

Abstract

Introduction: Patients, who have experienced a heart attack, indicate the dominant role of spirituality in passing this stressful and dangerous event. The purpose of this study was to assess the effect of spiritual care based on GHALBE SALIM model on spiritual experience in patients with coronary artery disease.

Methods: This is a clinical-trial study that done on 60 CAD patients in Baqyatallah hospital coronary care unit in 2013. Samples were chosen with base on target method sampling and had been studied randomly in two intervention and control groups. Spiritual care program based on GHALBE SALIM model performed from hospitalization until discharge in unit for intervention group. Daily spiritual experiences scale, before and two months later was completed in both groups. Data of research with descriptive statistics (mean, standard deviation, and frequency) and inferential statistics (chi-square, paired and independent t) and using with SPSS software version 18 were analyzed.

Results: Findings showed that total score of spiritual experiences after the intervention groups compared with the control group did differ significantly ($p<0.001$).

Conclusion: Spiritual care based on GHALBE SALIM model, enhanced the spiritual experience of patients. As a result, the achievement of peace and freedom from stress and psychological adjustment to the disease and indirectly helps to treatment status and health.

Key words: Spirituality, coronary artery disease, nursing care, coronary care unit

Received: 20 October 2013 Accepted: 6 December 2013

1- MSc. Student in Nursing, Baqiyatallah Faculty of Nursing, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

2- Ph.D of Reasearch Management, Medicine & Religion Center, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran. (**corresponding author**)

e-mail: zandi498@yahoo.com

3- Assistant Professor, Department of Nursing, Baqiyatallah Faculty of Nursing, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Iranian Nursing Scientific Association

Iranian Journal of Psychiatric Nursing

Vol. 1 No. 3 Fall 2013 ISSN: 2345 - 2501

- Correlation of Psychosocial problems with perception of social support families with addicted member admitted.....9
Mancheri H (MSc.) - Heidari M (MSc.) - Ghodusi Borujeni M (MSc.)

- Impact of Spiritual Care on Spiritual Health of hospitalized Amphetamin Dependents in a Psychiatric Hospital.....18
Bamdad m (MSc.) – Fallhi khoshknab M (Ph.D) – Dalvandi A (Ph.D) – Khodayiardakani MR (MD)

- Psychiatric status in couples attending training courses before marriage.....26
Moradi M (MSc) - Zeighami R (PhD) - Mohammadi S (MSc) - Sarichlu ME (MSc)

- The relationship between personality characteristics and Nursing occupational stress.....34
Ghanei R (MSc) - Valiei S (Ph.D) - Rezaei M (Ph.D) - Rezaei K (MSc)

- Prediction of Psychological Capital through Components of Spirituality among Nurses.....44
Golparvar M (Ph.D.) - Javadian Z (MS) - Jafari M (MS) - Khabanii M (MS)

- The effect of spiritual care based on GHALBE SALIM model on spiritual experience in patients with coronary artery disease.....53
Saeedi Taheri Z (B.Sc) – Asadzandi M (Ph.D), Ebadi A (Ph.D)

- Stressors and coping strategies of psychiatric nurses in psychiatric wards.....61
Varasteh Mogaddam Y (MSc) – Sadegfard M (MSc) – Mohammadi S.H (MSc.) – Ahanjan P (MSc.)

- The relationship between caregiver burden with coping strategies in Family caregivers of cancer patients.....71
Abbasi A (MSc) – Shamsizadeh M (MSc) – Asayesh H (MSc) – Rahmani H (MSc) – Hosseini SA (MSc) –Talebi M (MSc)