



The Correlation between Coronary Artery Bypasses Grafting, Perceived Stress, Spiritual Intelligence, Islamic Lifestyle and Social Support

Somayeh Mohammad Hosseini Nejad ¹, Saied Malihialzackerini ^{1,*},
Hamidreza Neshat ²

¹ Ma, Personality of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran

² Department of Medicine, Islamic Azad University, Qom, Iran

* **Corresponding author:** Saied Malihialzackerini, Department of Health Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran. E-mail: zuckerini99@yahoo.com

Received: 22 Sep 2017

Accepted: 30 Jan 2018

Abstract

Introduction: Coronary artery disease is the most common cardiovascular disease that results in death, disability, and the imposition of many economic costs on the society and humans. The aim of this study was to determine the relationship of probability of coronary artery bypass graft based on perceived stress, spiritual intelligence, Islamic lifestyle and social support in patients referred to Vali-e-Asr Hospital of Qom.

Methods: The study was descriptive-correlational and was performed on 122 patients (69 patients and 53 healthy individuals), who were voluntarily selected from Vali-e-Asr Hospital of Qom, and were diagnosed with obstruction or had no obstruction. Angiographic results were reviewed. In order to collect data, "Perceived Stress Scale", "Multidimensional Scale of Perceived Social Support", "Islamic Life Style Test", and "Integrated Spiritual Intelligence Scale" questionnaire were used. Data were analyzed using SPSS 22 software.

Results: The results of the logistic regression analysis showed that with increasing the score of people in the variable of perceived social support and spirituality, the risk of coronary artery bypass graft decreased. By increasing the individual's score in perceived stress, the risk of coronary artery bypass graft increased ($P < 0.001$). There was no significant correlation between lifestyle and the risk of coronary artery occlusion ($P > 0.001$).

Conclusions: There was a correlation between perceived stress, spiritual intelligence and social support and the probability of coronary artery bypass grafting. Therefore, it is suggested that patients with coronary artery bypass grafts participate in educational workshops to enhance spiritual intelligence and stress relief.

Keywords: Stress, Social Support, Coronary Artery Bypass



همبستگی ابتلاء به انسداد عروق کرونری با تنش ادراک شده، هوش معنوی، سبک زندگی اسلامی و حمایت اجتماعی

سمیه محمد حسینی نژاد^{۱*}، سعید ملیحی الذاکرینی^{۱*}، حمیدرضا نشاط^۲

^۱ کارشناس ارشد، روانشناسی شخصیت، دانشکده روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج، کرج، ایران

^۲ گروه پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد قم، قم، ایران

* نویسنده مسئول: سعید ملیحی الذاکرینی، گروه روانشناسی سلامت، دانشکده روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج، کرج، ایران.
ایمیل: zuckerini99@yahoo.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۱۱/۱۰

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۰۶/۳۱

چکیده

مقدمه: بیماری عروق کرونری به عنوان شایع‌ترین بیماری قلبی عروقی است که منجر به مرگ، ناتوانی و تحمیل هزینه‌های اقتصادی بسیاری بر جوامع می‌گردد. این مطالعه با هدف تعیین همبستگی شانس ابتلاء به انسداد عروق کرونری با تنش ادراک شده، هوش معنوی، سبک زندگی اسلامی و حمایت اجتماعی در مراجعه کنندگان به بیمارستان ولی عصر (عج) قم انجام گردید.

روش کار: این مطالعه به روش توصیفی-همبستگی و بر روی ۱۲۲ نفر نمونه آماری (۶۹ نفر بیمار و ۵۳ نفر در گروه افراد سالم) که به صورت داوطلبانه از بیمارستان ولی عصر (عج) قم انتخاب شده بودند انجام گرفت، که تشخیص انسداد و یا عدم انسداد از روی نتایج آنژیوگرافی تعیین شد. به منظور گردآوری داده‌ها از ابزارهای "مقیاس تنش ادراک شده" (Perceived Stress Scale)، و "مقیاس هوش معنوی جامع" (Integrated Spiritual Intelligence Scale) "آزمون سبک زندگی اسلامی" (Islamic Life Style) و "مقیاس حمایت اجتماعی چند بعدی ادراک شده" (Multidimensional Scale of Perceived Social Support) (Test) استفاده گردید. روایی و پایایی ابزارها در مطالعات گذشته تأیید شده است. داده‌های بدست آمده با استفاده از نرم افزار اسپس اس اس نسخه ۲۲ تحلیل گردید.

یافته‌ها: با افزایش نمره افراد در متغیر حمایت اجتماعی ادراک شده و هوش معنوی، شانس ابتلا به انسداد عروق کرونری کاهش یافت و با افزایش نمره فرد در متغیر تنش ادراک شده، شانس ابتلا به انسداد عروق کرونری افزایش داشته است ($P < 0/001$). بین سبک زندگی اسلامی و شانس ابتلا به انسداد عروق کرونری بصورت معناداری همبستگی وجود نداشت ($P > 0/001$).

نتیجه گیری: بین تنش ادراک شده، هوش معنوی و حمایت اجتماعی و احتمال ابتلاء انسداد عروق کرونری همبستگی وجود دارد. لذا پیشنهاد می‌شود که مبتلایان به انسداد عروق کرونری در کارگاه‌های آموزشی جهت تقویت هوش معنوی و تنش زدایی شرکت کنند.

واژگان کلیدی: تنش، حمایت اجتماعی، انسداد عروق کرونری

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

رایج‌ترین عواملی که احتمال تشکیل آترواسکلروز در یک فرد معین افزایش می‌دهد را مواردی همچون سن بالا، جنس مذکر، تاریخچه فامیلی مثبت آترواسکلروز هیپرتانسیون، هیپرلیپیدمی، مصرف سیگار، دیابت شیرین، چاقی و زندگی کم تحرک شناسایی کرده‌اند (۴). از جمله دلایل مهم دیگری که امروزه به عنوان یکی از علت‌های اصلی این بیماری شناسایی شده می‌توان به عوامل تنش زای روانی و اجتماعی اشاره نمود. شواهد فراوانی مبنی بر ارتباط میان تنش و بیماری‌های

بیماری‌های قلبی عروقی، یکی از مهم‌ترین علل مرگ در ایالات متحده، کشورهای اروپایی و آسیایی محسوب شده (۱) و شایع‌ترین نوع آن، بیماری عروق کرونری است که بیش از هر بیماری دیگری منجر به مرگ، ناتوانی و تحمیل هزینه‌های اقتصادی می‌گردد (۲). بیماری عروق کرونری به هرگونه تنگی یا انسداد شریان کرونری اطلاق می‌شود که توسط پلاک آترواسکلروز ایجاد شده و حاصل آن کاهش یا قطع جریان خون عضله قلب است (۳). بررسی‌های صورت گرفته اپیدمیولوژیک،

عروق کرونر وجود دارد. برای مثال بررسی تنش‌های شغلی نشان داده است که بار شغلی، مسؤلیت شغلی و نارضایتی شغلی با میزان بالای بروز بیماری‌های عروق کرونر ارتباط دارد (۵). همچنین پژوهش‌های گذشته‌نگر نشان داده‌اند که قربانیان سکته قلبی معمولاً در چند ماه پیش از سکته به تنش‌های شدیدی دچار بوده‌اند (۶). پژوهش‌های آینده‌نگر نیز ارتباط بین تنش و بیماری‌های عروق کرونر را تأیید کرده‌اند (۷). تنش باعث افزایش ترشح کاتکولامین و کورتیکواستروئید از غدد درون‌ریز شده و میزان بالای این هورمون‌ها در درازمدت ممکن است موجب آسیب دیدن شریان‌ها و قلب شود (۸). همچنین تنش زمینه‌ساز بی‌نظمی در ضربان قلب، حمله قلبی و مرگ ناگهانی می‌شود و این‌ها نمونه‌هایی از ارتباط‌های جسمی میان تنش و بیماری‌های عروق کرونر است (۹). در همین راستا پژوهشی نشان داده است که خون افراد دارای تنش، حاوی مقادیر فراوان پلاکت‌های فعال شده و سطوح نامطلوب لیپیدهایی مانند کلسترول است (۱۰). یکی دیگر از ضرورت‌ها در عرصه انسان‌شناسی، توجه به بعد معنوی انسان از دیدگاه دانشمندان، به‌ویژه کارشناسان سازمان بهداشت جهانی است که اخیراً انسان را موجودی زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی تعریف می‌کنند (۱۱). هوش معنوی بالاترین لایه از سطوح هوش بوده و به مهارت‌ها و توانایی‌ها لازم برای توسعه و حفظ ارتباط با منشأ غایی همه موجودات، کامیابی در جستجوی معنی زندگی، یافتن یک مسیر اخلاقی که به هدایت ما در زندگی کمک می‌کند (۱۲). هوش معنوی شامل حس معنا و داشتن مأموریت در زندگی و حس تقدس در زندگی، درک متعادل از ارزش ماده و معتقد به بهتر شدن دنیا می‌شود (۱۳). در واقع این هوش بیشتر به پرسیدن است تا پاسخ دادن، بدین معنا که فرد سوالات بیشتری را در مورد خود و زندگی جهان پیرامون خود مطرح می‌کند (۱۴). نتایج مطالعه‌ای نشان داده‌است که بین معنویت، هدف زندگی، رضایت از زندگی و سلامت، همبستگی وجود دارد (۱۵). پژوهشگران در مورد اثرات معنویت بر سلامت فرد، دریافته‌اند که معنویت با بیماری‌های کمتر و طول عمر بیشتر همراه است و همچنین افرادی که هوش معنوی بالا دارند، سبک زندگی متفاوت و سالم‌تری را دارند (۱۶). از دیگر عوامل مؤثر بر بیماری‌های قلبی عروقی، می‌توان به سبک زندگی اشاره نمود (۱۷). سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت دارای ابعاد مختلفی همچون فعالیت جسمانی، تغذیه، مسؤلیت‌پذیری و رشد روحی، روابط بین فردی و مدیریت تنش بوده و علاوه بر تداوم و تقویت سطح سلامت جسمی، بر سلامت روحی و روانی نیز مؤثر است (۱۸). مفهوم سبک زندگی در روانشناسی ابتدا توسط Alfred Adler و همکاران مطرح شد (۱۹). رویکرد Adler به روانشناسی، با آنچه رویکرد اسلامی نامیده می‌شود چند شباهت دارد. برخی از این شباهت‌ها عبارت از توجه به ارزش‌ها، غایت‌گرایی، نظریه میدانی اجتماعی، کارکردهای سبک زندگی می‌باشد (۲۰). اما در اسلام و سبک زندگی آن تفاوت‌هایی وجود دارد. سبک زندگی اسلامی، سبکی است که با تمام زندگی فرد و ابعاد آن مرتبط است. در رهنمودهای اسلامی آموزه‌های فراوانی برای اصلاح سبک زندگی و برخورداری از سلامت وجود داشته و برخی از این رهنمودها بر دنیای امروز حاکی از حرفه‌ای جدید و نوآوری است و با استفاده از آن‌ها می‌توان دانش روز را ارتقا داد. در همین راستا، عوامل روانی اجتماعی نیز می‌توانند موجب تعدیل تنش ادراک شده و بر پاسخ دستگاه ایمنی اثرگذار باشند. برای نمونه مطالعات نشان داده است

روش کار

پژوهش حاضر از نوع توصیفی-همبستگی می‌باشد. جامعه آماری پژوهش در برگزیده کلیه بیمارانی بود که در بخش آنژیوگرافی بیمارستان ولی عصر قم در سال ۱۳۹۵ بستری بودند. روش نمونه‌گیری، در دسترس است که بر روی ۱۲۲ نفر از افرادی که در بخش آنژیوگرافی بستری بودند، انجام شد که (۶۹ نفر) بیمار و (۵۳ نفر) در گروه افراد سالم قرار گرفتند. نمونه‌گیری در بازه زمانی دو ماه به انجام رسید و انتخاب نمونه برای هر بیمار بعد از انجام آنژیوگرافی بوده است. افرادی که دارای گرفتگی کمتر از ۵۰ درصد و یا انسداد نداشتند در گروه افراد همتایان غیر مبتلا و افراد دارای ۵۰ درصد گرفتگی و بیشتر در گروه افراد مبتلا قرار گرفتند. معیارهای ورود به پژوهش در گروه مبتلا به بیماری انسداد عروق در برگزیده مواردی همچون، ۱. تشخیص بیماران با مشکلات گرفتگی در حداقل یکی از عروق اصلی کرونر با بیش از ۵۰ درصد گرفتگی، ۲. مراجعه به یکی از پزشکان متخصص قلب بیمارستان ولی عصر (عج) قم، ۳. تمایل و رضایت آگاهانه برای مشارکت در پژوهش، ۴. عدم ابتلا به سایر بیماری‌های سیستمیک همزمان (شامل بیماری‌های ریوی، روماتولوژی، ...). ۵. عدم ابتلا به سایر بیماری‌های قلبی (دریچه‌ای و ساختاری قلب)، ۶. عدم ابتلا به اختلالات شدید روانی. به منظور گردآوری داده‌ها از ابزارهای "مقیاس تنش ادراک شده" (Perceived Stress Scale)، و "مقیاس هوش معنوی جامع" (Integrated Spiritual Intelligence Scale) "آزمون سبک زندگی اسلامی" (Islamic Life Style Test) و "مقیاس حمایت اجتماعی

نتایج بدست آمده ضریب آلفای کرونباخ سنجیده شده در این گروه $a = 0/96$ بوده، که نشان دهنده پایایی خوب پرسشنامه است (۳۱). "آزمون سبک زندگی اسلامی" توسط کالویانی ساخته شده است ۷۶ سؤال و ده مؤلفه دارد. نمره گذاری از ۱ تا ۴ برای هر سؤال است که برخی از پاسخها نمره منفی دارند. نمره کل آزمودنی از ۲۵ تا ۱۰۰ (کمترین و بیشترین) مشخص می‌شود. این آزمون تمام وظایف زندگی را پوشش می‌دهد. پایایی آن از طریق آلفای کرونباخ $0/78$ بدست آمده است که برای محاسبه آن، آزمون بین ۳۰۰ نفر از دانشجویان دانشگاه اصفهان و طلبه‌های حوزه علمیه قم در سطح کارشناسی اجرا شده است (۳۲).

"مقیاس چند وجهی حمایت اجتماعی ادراک شده" در سال ۱۹۸۸ توسط Zemet و همکاران (۳۳) برای ارزیابی ادراک آزمودنی از کفایت منابع حمایت اجتماعی شامل خانواده، دوستان و افراد مهم در زندگی آزمودنی ساخته شده است. این ابزار یک مقیاس خود گزارشی ۱۲ عبارتی است که شامل ۳ خرده آزمون حمایت خانواده، دوستان و افراد مهم زندگی می‌شود که هر کدام دارای ۴ عبارت است. نمره گذاری بر اساس ۱ تا ۵ و از به شدت مخالف تا به شدت موافق انجام می‌شود. افرادی که نمره کمتر از ۳۰ دریافت کنند، حمایت اجتماعی کمی از جانب اطرافیان خود دریافت می‌کنند. برای ارزیابی پایایی، Bruwer و همکاران این ابزار را در یک نمونه ۷۸۸ نفری از نوجوانان دبیرستانی با استفاده از آلفای کرونباخ، $0/86$ تا $0/90$ برای خرده مقیاس‌ها و $0/86$ برای کل ابزار گزارش کرده‌اند (۳۴). در ایران نیز سلیمی و همکاران برای مجاسبه ضریب آلفای کرونباخ سه بعد حمایت اجتماعی دریافت شده از سوی خانواده، دوستان و افراد مهم زندگی، این آزمون را روی ۴۳۶ دانشجو (۲۲۵ دختر و ۲۱۱ پسر) از دانشگاه‌های شیراز اجرا کرده‌اند، که به ترتیب $0/89$ ، $0/86$ و $0/82$ ذکر نموده‌اند (۳۵).

لذا روایی و پایایی ابزارها در مطالعات گذشته تأیید شده است. بمنظور جمع آوری داده‌ها و اجرای تست‌ها، حدود ۲ ساعت بعد از انجام آنژیوگرافی و بارضایت و آگاهی بیماران، توسط پژوهشگر انجام شده است. در ابتدا اطلاعات جمعیت شناختی پرسیده شده است و براساس آن افرادی که شامل موارد خروج از پژوهش بودند یا افت در نحوه پاسخ دهی داشتند حذف و بقیه بیماران براساس نتایج آنژیوگرافی در گروه افراد سالم یا بیمار قرار گرفتند. ۱۳ نفر از نمونه‌ها به دلایلی که ذکر شد حذف شدند. داده‌های بدست آمده با استفاده از روش‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و استنباطی (همبستگی و رگرسیون لجستیک) و در نرم افزار تحلیل آماری اس پی اس نسخه ۲۲ تحلیل گردید.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر تعداد ۱۲۲ شرکت کننده حضور داشت که ۶۹ نفر از آنان به تشخیص متخصصان دچار گرفتگی عروق کرونری بوده و ۵۳ نفر دیگر سالم تشخیص داده شدند. نتایج حاصل از اطلاعات جمعیت شناختی نشان داد که میانگین و انحراف استاندارد سن در گروه بیماران قلبی $61/12$ و $11/82$ و در گروه افراد سالم $54/90$ و $10/14$ بود. از این میان ۳۶ نفر ($52/2$ درصد) از بیماران قلبی و ۱۷ نفر ($32/1$ درصد) از افراد سالم مرد و ۳۳ نفر ($47/8$ درصد) از بیماران قلبی و ۳۶ نفر ($67/9$ درصد) از افراد سالم زن بودند. در متغیر تحصیلات نیز ۱۵ نفر

چند بعدی ادراک شده" (Multidimensional Scale of Perceived Social Support)، و نتایج آنژیوگرافی بیماران استفاده گردید.

"مقیاس تنش ادراک شده" در سال ۱۹۸۳ توسط Cohen و همکاران تهیه شده و دارای ۳ نسخه ۴، ۱۰ و ۱۴ عبارتی است که برای سنجش تنش درک شده در یک ماه گذشته به کار می‌رود. این پرسشنامه کاربرد فراوانی داشته و به همین خاطر به زبان‌های گوناگون ترجمه و هنجاریابی شده است (۲۷). نحوه نمره گذاری پرسشنامه براساس طیف لیکرت از هرگز = ۰، گاهی اوقات = ۱، اغلب اوقات = ۳، و بسیاری از اوقات = ۴ نمره تعلق می‌گیرد و هفت عبارت بصورت معکوس نمره گذاری می‌شود که کمترین نمره صفر است و بیشترین نمره ۵۶ است. نمره بالاتر نشان دهنده تنش ادراک شده بیشتر است. در پژوهش حاضر نسخه ۱۴ عبارتی آن استفاده شد که میزان ارزیابی افراد از موقعیت‌های پر تنش زندگی که به صورت غیر قابل کنترل، غیر قابل پیش بینی و بیش از ظرفیت احساس می‌شود را اندازه گیری می‌کند. آلفای کرونباخ این مقیاس در مطالعه Cohen و همکاران روی دانشجویان محاسبه شده است. آلفای کرونباخ در مطالعه‌ای که توسط Cohen و همکاران (۲۷) انجام شده با ۳۲۲ نفر (۲۰۹ زن، ۱۱۳ مرد) $0/84$ به دست آمده است. در عربستان نیز این مقیاس توسط Al Sunni و همکاران بر روی ۸۰ دانش آموز اجرا شده است. آلفای کرونباخ آن $0/71$ محاسبه شده است (۲۸). در ایران نیز توسط بهروزی و همکاران بر روی ۲۰۰ دانشجو (۱۲۰ دختر و ۸۰ پسر) در دانشگاه علوم پزشکی اهواز اجرا شده است که آلفای کرونباخ آن $0/74$ و ضریب روایی سازه این پرسشنامه با استفاده از محاسبه همبستگی ساده بایک سؤال ملاک پژوهشگر ساخته $0/63$ محاسبه شده است (۲۹). "مقیاس هوش معنوی جامع" این پرسشنامه در سال ۲۰۰۷ توسط Amram & Drayer ساخته شد (۳۰). برای طراحی این مقیاس از ویژگی‌ها و خصوصیات افراد معنوی Amram & Drayer، ۷۱ مصاحبه با افرادی از دین‌های مختلف (مانند بودیسم، مسیحیت، اسلام، یهود، کنفوسیوسیم، شمسیم و تائیسیم) انجام شد که برای هر دین حداقل ۴ مصاحبه انجام گردید (۳۰). این مقیاس دارای ۸۳ سؤال و ۷۰ مؤلفه و ۲۲ زیر مقیاس است. مولفه‌ها عبارتند از: هوشیاری (آگاهی، ترکیب کردن) خوبی (زیبایی، قدر شناسی، لذت بردن) جهت گیری درونی (بصیرت و قوه درک استدلال)، معنا و مفهوم (هدف، خدمت کردن)، وجود و شخصیت (تجسم، بینش و بصیرت)، حقیقت و صداقت (پذیرش و تفکر و خوش بینی، مسالمت آمیز، پذیرش فرد) تمامیت و کلیت (تقدس و پاکی، وابستگی روحانی، خودبرتر، تمرین، ممارست، خودداری). آلفای کرونباخ محاسبه شده برای تمامی زیر مقیاس‌ها بین $0/84$ تا $0/95$ بوده است (۳۱). در این مقیاس میانگین کل $4/30$ و انحراف استاندارد $0/62$ می‌باشد، که نشان دهنده آن است که اگر فردی میانگین پایین‌تر از $4/30$ بدست آورد نیاز به تقویت و تمرین جهت افزایش هوش معنوی خود دارد و هرچه میانگین بالاتر از $4/30$ باشد به معنای هوش معنوی بالاتر است. این میانگین برای تفسیر زیر مقیاس‌ها هم استفاده می‌شود. گزینه‌ها از ۱ تا ۶ نمره می‌گیرند و برخی از عبارات نمره معکوس دارند. نمره هر خرده مقیاس برابر با میانگین سؤالات مربوطه است. این پرسشنامه به فارسی ترجمه شده و بعد از تأیید جهت بررسی پایایی، بر روی ۶۰ دانش آموز ایرانی با میانگین سنی ۱۵ سال اجرا شد. طبق

عروق کرنری، در گروه مبتلا به انسداد عروق کرنری، میانگین حمایت اجتماعی و هوش معنوی پایین و تنش ادراک شده بالاست. در ادامه در جدول ۳ ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش ارائه شده است.

جدول ۳ ضرایب همبستگی بین متغیرهای روان شناختی را نشان می‌دهد. همچنان که در جدول ۳ ملاحظه می‌شود، ضریب همبستگی هیچکدام از متغیرهای پیشبین بالاتر از ۰/۸۵ نیست، بنابراین، می‌توان گفت مفروضه تخطی از همخطی بودن اتفاق نیفتاده است. این یافته زمینه را برای آزمون فرضیه‌های پژوهش فراهم می‌کند. به بیانی دیگر، حمایت اجتماعی ادراک شده، تنش ادراک شده، سبک زندگی ادراک شده و هوش معنوی به صورت معنادار احتمال انسداد عروق کرنری را به صورت معنادار پیش‌بینی می‌کند. برای آزمون فرضیه‌های پژوهش از روش تحلیل رگرسیون لجستیک استفاده شد. یافته‌ها بیانگر آن است که متغیرهای پیش بین (حمایت اجتماعی، تنش ادراک شده، سبک زندگی اسلامی و هوش معنوی) ۲۴/۴ درصد از واریانس احتمال انسداد عروق کرنری را تبیین می‌کند. موفقیت پیش بینی افراد برای قرار گرفتن آن‌ها در گروه انسداد عروق کرنری بالا بود. بطوری که نرخ موفقیت پیش بینی کلی ۶۸ و نرخ پیش بینی افرادی که به انسداد عروق کرنری مبتلا شده‌اند نیز ۷۶/۸ بود. جدول ۴ ضرایب رگرسیون (B)، آماره‌های والد، P value نسبت شانس [Exp(B)] و فواصل اطمینان ۹۵٪ برای نسبت‌های شانس را در مورد هر متغیر پیش بین نشان می‌دهد.

(۲۱/۷ درصد) از بیماران قلبی و ۹ نفر (۱۷ درصد) از افراد سالم بی‌سواد، میزان تحصیلات ۲۷ نفر (۳۹/۱ درصد) از بیماران قلبی و ۲۴ نفر (۴۵/۳ درصد) از افراد سالم زیر دیپلم، ۱۰ نفر (۱۴/۵ درصد) از بیماران قلبی و ۷ نفر (۱۳/۲ درصد) از افراد سالم دیپلم و ۵ نفر (۷/۲ درصد) از بیماران قلبی و ۷ نفر (۱۳/۲ درصد) از افراد سالم بالاتر از دیپلم بود. موارد ذکر شده توصیف گروه نمونه براساس انسداد/عدم انسداد و وضعیت اقتصادی است. جدول ۱ گروه نمونه را بر اساس انسداد/عدم انسداد عروق قلب و اطلاعات فیزیولوژیکی توصیف می‌کند. جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد فشارخون سیستولیک، دیاستول، میزان گلبول‌های سفید و قرمز، هموگلوبولین و قند خون را نشان می‌دهد. همچنان که آزمون تحلیل واریانس چند متغیری (Multivariate Analysis Of Variance) نشان می‌دهد، دو گروه تنها به لحاظ فشار خون سیستولیک بایکدیگر تفاوت داشتند و مقدار آن در افراد مبتلا به انسداد عروق قلبی بالاتر از گروه افراد سالم بود.

جدول ۲ میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای حمایت اجتماعی، تنش ادراک شده، سبک زندگی اسلامی و هوش معنوی، را نیز نشان می‌دهد. همچنان که ملاحظه می‌شود، استفاده از تحلیل واریانس چند متغیری نشان داد که تفاوت متغیر حمایت اجتماعی در سطح ۰/۰۱ و تنش ادراک شده و هوش معنوی در سطح ۰/۰۵ در دو گروه معنادار است. ارزیابی میانگین‌ها نشان می‌دهد که در مقایسه با گروه عدم انسداد

جدول ۱: توصیف گروه نمونه براساس انسداد/عدم انسداد عروق و اطلاعات فیزیولوژیک

اطلاعات فیزیولوژیک	عدم انسداد عروق		انسداد عروق		آزمون f (P value)
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	
فشار خون سیستولیک	۱۱۴/۲۱	۳۱/۶۱	۱۲۸/۶۱	۱۵/۴۵	۱۰/۹۳۷(P = ۰/۰۰۱)
فشار خون دیاستول	۷۴/۳۲	۱۴/۴۳	۷۶/۴۹	۱۱/۳۱	۰/۸۶۹(P = ۰/۳۳۲)
تعداد گلبول‌های قرمز	۷/۲۲	۲/۰۵	۷/۹۱	۲/۱۹	۲/۹۶۵(P = ۰/۰۸۸)
تعداد گلبول‌های سفید	۵/۰۶	۰/۶۰	۵/۱۰	۰/۴۹۹	۰/۱۶۴(P = ۰/۶۲۹)
هموگلوبولین	۱/۵۴	۱۴/۷۵	۱۴/۶۳	۱/۴۸	۰/۱۸۴(P = ۰/۶۰۳)
قند خون	۴۵/۳۷	۱۲۱	۱۳۲/۷۸	۶۰/۵۴	۱/۱۴۲(P = ۰/۲۸۸)

جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای روان شناختی پژوهش

اطلاعات فیزیولوژیک	عدم انسداد عروق		انسداد عروق		آزمون f (P value)
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	
حمایت اجتماعی	۲۷/۳۰	۸/۶۵	۲۳/۲۸	۷/۱۷	۷/۸۳۱(P = ۰/۰۰۶)
تنش ادراک شده	۲۳/۷۹	۷/۰۳	۲۶/۹۸	۷/۱۲	۶/۹۸۶(P = ۰/۰۱۵)
سبک زندگی اسلامی	۴۲۴/۹۰	۴۷/۷۹	۴۲۴/۲۴	۳۸/۶۶	۰/۰۰۷(P = ۰/۹۳۳)
هوش معنوی	۲۳۰/۷۱	۳۸/۱۰	۲۱۴/۵۹	۳۵/۲۷	۵/۸۴۲(P = ۰/۰۱۷)

جدول ۳: ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیرهای پژوهش	۱	۲	۳	۴
۱. حمایت اجتماعی	-			
۲. تنش ادراک شده	-۰/۱۰۰	-		
۳. سبک زندگی اسلامی	۰/۲۳۴**	-۰/۰۳۸	-	
۴. هوش معنوی	۰/۱۲۸	-۰/۱۰۸	۰/۳۱۷**	-

جدول ۴: نتایج رگرسیون لجستیک برای پیش بینی احتمال انسداد عروق کرونری براساس متغیرهای روان شناختی

گام	متغیرهای وارد شده	B	والد	P value	Exp(B)	فواصل اطمینان (CI) برای Exp(B)	حد پائین	حد بالا
۱	حمایت اجتماعی	-۰/۰۸۰	۵/۵۶۲	۰/۰۰۳	۰/۹۲۳	۰/۸۷۵	۰/۸۷۵	۰/۹۷۴
۲	تنش ادراک شده	۰/۰۹۵	۸/۸۳۴	۰/۰۰۳	۱/۰۹۹	۱/۰۳۳	۱/۰۳۳	۱/۱۷۰
۳	سبک زندگی اسلامی	-۰/۰۰۸	۲/۵۵۷	۰/۱۱۰	۰/۹۹۲	۰/۹۸۲	۰/۹۸۲	۱/۰۰۲
۴	هوش معنوی	-۰/۰۱۷	۱/۱۸۱	۰/۰۰۷	۰/۹۸۳	۰/۹۷۱	۰/۹۷۱	۰/۹۹۶
ثابت		۷/۱۵۱	۳/۱۰۲	۰/۰۲۱	۱۲۸۲/۷۵۹			

اطرافیان بیشتر باشد، فرد احساس امنیت و آرامش بیشتری می کند و احتمال ابتلا به بیماری های جسمی و روانی کاهش می یابد. همچنین با توجه به آزمون والد، تنش ادراک شده نیز به لحاظ آماری پیش بینی کننده معناداری برای احتمال انسداد عروق کرونری است. به طوری که با کنترل دیگر متغیرهای روان شناختی، یک واحد افزایش در نمره تنش ادراک شده، احتمال انسداد عروق کرونری را ۱/۰۹۹ برابر افزایش می یابد. در تبیین یافته های فوق نیز می توان گفت که اثر تنش بر روی ایجاد و پیشرفت بیماری های مزمن و قلبی، از طریق مکانیسم های مختلفی به انجام می رسد که یکی از این مکانیسم ها، تأثیر بر روی دستگاه ایمنی است. همراهی تنش با افزایش شاخص های مختلف سیستم ایمنی و سیتوکین ها مکرراً تأیید شده است (۳۹). تنش شرایطی است که در نتیجه تعاملی میان فرد و محیط بوجود می آید و موجب ایجاد ناهماهنگی میان ملزومات یک موقعیت و منابع زیستی روانی و اجتماعی فرد می شود (۴۰). یافته های بدست آمده در این پژوهش همسو با یافته های خیام نکویی است که نشان داد عوامل روانشناسی از جمله تنش در پیشگیری اولیه بیماری عروق کرونری و همچنین در کیفیت زندگی این بیماران تأثیر بسزایی دارد (۴۱).

نتایج تحلیل داده ها نشان دهنده آن بود که سبک زندگی اسلامی به لحاظ آماری پیش بینی کننده معناداری برای احتمال انسداد عروق کرونری نیست. در تبیین یافته های فوق می توان گفت، که سبک زندگی اسلامی عاملی است که به هنگام شکست ناشی از دست نیافتن به اهداف یا وجود تعارض، فرد را قادر می سازد تا ضمن شناخت بهتر خود و دیگران به ایجاد ارتباطات مناسب با مردم و سازگاری با محیط و اجتماع بپردازد. یکی از عواملی که از سبک زندگی تأثیر می پذیرد رفتار آدمی است (۴۲). بنابراین، می توان گفت که شاید دلیل ابتلا به بیماری عروق و کرونر علت های ژنتیکی داشته باشد و ارتباطی به سبک زندگی اسلامی افراد مبتلا به بیماری عروق و کرونر نداشته باشد. عواملی به غیر از سبک زندگی مانند ویژگی های محیطی یا جمعیتی، احتمال بروز بیماری قلبی - عروقی را در فرد افزایش می دهد. همچنین در یافته های آماری این پژوهش حاضر مشاهده شد که هوش معنوی نیز به لحاظ آماری پیش بینی کننده معناداری برای احتمال انسداد عروق کرونری است. بطوریکه با کنترل دیگر متغیرها، یک واحد افزایش در نمره هوش معنوی و احتمال انسداد عروق کرونری ۰/۹۸۳ برابر کاهش می یابد. در تبیین این یافته نیز می توان گفت، که هوش معنوی ظرفیت استفاده از یک منبع معنوی برای شناخت بیشتر و جستجو برای معنا، حل موضوعات وجود گرایانه و معنوی عملی تعریف شده است. این منابع و استعدادها به آسانی با توانایی برای جستجوی معنا و مفهوم وجود فرد، تسهیل حل مسائل و بهتر شدن قدرت فرد برای تصمیم گیری تطبیقی

همچنان که در جدول ۴ دیده می شود با توجه به آزمون والد، حمایت اجتماعی و تنش ادراک شده به لحاظ آماری پیش بینی کننده معناداری برای احتمال انسداد عروق کرونری است. به طوری که با کنترل دیگر متغیرهای روان شناختی، یک واحد افزایش در نمره حمایت اجتماعی ادراک شده، شانس انسداد عروق کرونری ۰/۹۲۳ برابر کاهش می یابد. همچنین با کنترل دیگر متغیرهای روانشناختی، یک واحد افزایش در نمره تنش ادراک شده، احتمال انسداد عروق کرونری ۱/۰۹۹ افزایش می یابد. همچنین سبک زندگی اسلامی به لحاظ آماری پیش بینی کننده معناداری برای احتمال انسداد عروق کرونری نیست. بدین ترتیب نتایج تحلیل رگرسیون لجستیک در آزمون فرضیه سوم نشان داد که سبک زندگی اسلامی به صورت معناداری احتمال انسداد عروق کرونری را پیش بینی نمی کند. همچنین از داده های جدول ۴ می توان دریافت که هوش معنوی به لحاظ آماری پیش بینی کننده معناداری برای احتمال انسداد عروق کرونری است. به طوری که با کنترل دیگر متغیرهای روان شناختی، یک واحد افزایش در نمره هوش معنوی، احتمال انسداد عروق کرونری ۰/۹۸۳ برابر کاهش می یابد. در کل نتایج تحلیل رگرسیون لجستیک در این بخش نشان داد که با افزایش نمره فرد در متغیر هوش معنوی، احتمال انسداد عروق کرونری (در سطح معناداری ۰/۰۱) کاهش می یابد.

بحث

نتایج نشان دهنده این بود که حمایت اجتماعی ادراک شده به لحاظ آماری پیش بینی کننده معناداری برای احتمال انسداد عروق کرونری است. به طوری که با کنترل دیگر متغیرهای روان شناختی، یک واحد افزایش در نمره حمایت اجتماعی ادراک شده، احتمال انسداد عروق کرونری کاهش می یابد. این یافته ها را می توان همسو با نتایج پژوهش Staniute و همکاران (۳۶)، Staniute و همکاران (۳۷) دانست. Staniute و همکاران (۳۶) در پژوهشی نشان دادند که همبستگی مثبت و معناداری بین حمایت اجتماعی ادراک شده و تنش بیماران عروق کرونر وجود دارد. Staniute و همکاران (۳۷) نیز مطالعه ای طولی در رابطه با نقش شخصیت D، حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی با بیماری عروق کرونر و نارسایی قلبی انجام دادند. یافته ها نشان داد که حمایت اجتماعی ادراک شده با وضعیت جسمی، روانی، رضایت از زندگی و جنبه های مختلف کیفیت زندگی افراد همبستگی داشت. لذا حمایت اجتماعی به عنوان یک عامل تعدیل کننده و مؤثر در مقابله و سازگاری با شرایط تنش زای زندگی شناخته می شود (۳۸). روانشناسی سلامت نشان داده است که بین بیماری های جسمی و عوامل روانی و اجتماعی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد، لذا هر قدر حمایت

معنوی و یا کارگاه‌های تنش زدایی شرکت کنند. همچنین بدلیل اهمیت تأثیر حمایت اجتماعی پیشنهاد می‌شود جلسات و کارگاه‌ها بصورت خانوادگی برگزار شود. از محدودیت‌های عمده این پژوهش این است که بدلیل کار بر روی گروه خاص از بیماران امکان همگن کردن گروه‌های نمونه از لحاظ سن و جنس وجود نداشت.

سپاسگزاری

این مقاله نتیجه پایان نامه کارشناسی ارشد سمیه محمدحسینی نژاد به راهنمایی آقای دکتر سعید ملیحی الذاکری در دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج با کد اخلاق (IR.IAU.K.REC.1396.91) در تاریخ ۹۵/۱۱/۱۷ ثبت گردیده است. از کلیه کارکنان بیمارستان و مشاوران محترم و تمامی شرکت کنندگان محترم که در اجرای این پژوهش همکاری نمودند تشکر و قدردانی می‌شود.

References

- Sousa L, da Costa Rocha MO, Britto RR, Lombardi F, Ribeiro AL. Chagas disease alters the relationship between heart rate variability and daily physical activity. *International journal of cardiology*. 2009;135(2):257-9.
- Nasrolah S. Examination of rate of era of neck above standard rate and its relationship with risk factors in women that suffered from coronary artery. *Journal of Nursing and Obstetric of Shahid Beheshti*. 2008;18(60):18-29.
- Monahan FD, Phipps WJ. *Phipps' medical-surgical nursing*: Elsevier Mosby; 2007.
- Wald B. *Principles of Harrison internal medical in cardiovascular disease*. Gharooni M 1th Ed Tehran: Noore danesh Publication. 2005:145.
- Durazo EM, de Baca TC, Slopen N, Williams DR, Zaslavsky AM, Buring JE, et al. Parity, Job Stress, and Cardiovascular Risk in the Women's Health Study. *Am Heart Assoc*; 2016.
- Steptoe A, Kivimaki M. Stress and cardiovascular disease: an update on current knowledge. *Annu Rev Public Health*. 2013;34:337-54. DOI: 10.1146/annurev-publhealth-031912-114452 PMID: 2329 7662
- Li J, Loerbroks A, Bosma H, Angerer P. Work stress and cardiovascular disease: a life course perspective. *Journal of occupational health*. 2016;58(2):216-9.
- Cohen S, Gianaros PJ, Manuck SB. A stage model of stress and disease. *Perspectives on Psychological Science*. 2016;11(4):456-63.
- Shumaker SA, Czajkowski SM. *Social support and cardiovascular disease*: Springer Science & Business Media; 2013.
- Marshall J, Cooper CL. *Occupational Sources of Stress. From Stress to Wellbeing*. 12013. p. 23-33.
- Saeed AN, Salari A, Saeed AN, Moadab F, Balasi LR. Spiritual intelligence and its related factors in patients with ischemic heart disease. *J Nurs Midwifery Sci*. 2014;1(3):49-54.
- Ramachandaran SD, Ramachandaran SD, Krauss SE, Krauss SE, Hamzah A, Hamzah A, et al. Effectiveness of the use of spiritual intelligence in women academic leadership practice. *Int J Educ Manage*. 2017;31(2):160-78.
- Elias H, Krauss SE, Aishah S. A review study on spiritual intelligence, adolescence and spiritual intelligence, factors that may contribute to individual differences in spiritual intelligence, and the related theories. *Int J Psychol Stud*. 2010;2(2):179.
- Moallemi S, Raghbi M, Salari Dargi Z. Comparison of spiritual intelligence and mental health in addicts and normal individuals. *SSU_J*. 2010;18(3):234-42.
- Hamid N, Keikhosravani M, Babamiri M, Dehghani M. The relationship between mental health, spiritual intelligence with resiliency in student of Kermanshah University of Medical Sciences. *Jentashapir J Health Res*. 2012;3(2).
- Hedlund J, Sternberg R. Too many intelligence Integrating social, emotional, and practical intelligence. *The Handbook of Emotional Intelligence: Theory, Development, Assessment And Applications At Home, School, And In the Workplace* 2000. p. 136- 67.
- Wannamethee SG, Shaper AG, Walker M, Ebrahim S. Lifestyle and 15-year survival free of heart attack, stroke, and diabetes in middle-aged British men. *Arch Intern Med*. 1998;158(22):2433-40. PMID: 9855381
- Sobel ME. *Lifestyle and social structure: Concepts, definitions, analyses*: Elsevier; 2013.
- Watts RE, Critelli JW. Roots of contemporary cognitive theories in the individual psychology of Alfred Adler. *J Cogn Psychother*. 1997;11(3):147-56.
- Anderson Jr WT, Golden LL. Lifestyle and psychographics: A critical review and recommendation. *Adv Consum Res*. 1984;11(1).
- Nabi RL, Prestin A, So J. Facebook friends with (health) benefits? Exploring social network site use and perceptions of social support, stress, and well-

- being. *Cyberpsychol Behav Soc Netw*. 2013;16(10):721-7. DOI: [10.1089/cyber.2012.0521](https://doi.org/10.1089/cyber.2012.0521) PMID: 23790356
22. Brand C, Barry L, Gallagher S. Social support mediates the association between benefit finding and quality of life in caregivers. *J Health Psychol*. 2016;21(6):1126-36. DOI: [10.1177/1359105314547244](https://doi.org/10.1177/1359105314547244) PMID: 25205775
 23. Nekouei ZK, Doost HT, Yousefy A, Manshaee G, Sadeghei M. The relationship of Alexithymia with anxiety-depression-stress, quality of life, and social support in Coronary Heart Disease (A psychological model). *J Educ Health Promot*. 2014;3:68. DOI: [10.4103/2277-9531.134816](https://doi.org/10.4103/2277-9531.134816) PMID: 25077161
 24. Arestedt K, Saveman BI, Johansson P, Blomqvist K. Social support and its association with health-related quality of life among older patients with chronic heart failure. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2013;12(1):69-77. DOI: [10.1177/1474515111432997](https://doi.org/10.1177/1474515111432997) PMID: 22457369
 25. Shamsi A, Ebadi A. Risk factors of cardiovascular diseases in elderly people. *Iranian J Crit Care Nurs*. 2011;3(4):187-92.
 26. Rahimianboger S, Gaemmagamfarahani Z. The role of underlying factors and biological indicators in the early onset of cardiovascular disease. *J Behav Sci Res*. 2014;11(6):629-40.
 27. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav*. 1983;24(4):385-96. PMID: 6668417
 28. Latif R, Al Sunni A. Perceived stress among medical students in preclinical years: A Saudi Arabian perspective. *Saudi J Health Sci*. 2014;3(3):155. DOI: [10.4103/2278-0521.142324](https://doi.org/10.4103/2278-0521.142324)
 29. Behroozy N, Yeilagh Shahny M, Pour Seyed M. [Relationship idealism, perceived stress and perceived social support with academic burnout]. *Rahbord Farhang*. 2012.
 30. Amram Y, Dryer C. The Development and Preliminary Validation of the Integrated spiritual Intalligence Scale (ISIS). Palo Alto, CA: Institute of Transpersonal Psychology, 2007.
 31. Askari Vaziri A, Zarei Matin H. Spiritual intelligence and its role in the workplace, with an emphasis on religious teachings. *J Islamic Res Manage Res*. 2011;1(3):91-116.
 32. M K. Quantification and evaluation of Islamic lifestyle. *Psychol Relig*. 2011;4(2):27-44.
 33. Dahlem NW, Zimet GD, Walker RR. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support: a confirmation study. *J Clin Psychol*. 1991;47(6):756-61. PMID: 1757578
 34. Bruwer B, Emsley R, Kidd M, Lochner C, Seedat S. Psychometric properties of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support in youth. *Compr Psychiatry*. 2008;49(2):195-201. DOI: [10.1016/j.comppsy.2007.09.002](https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2007.09.002) PMID: 18243894
 35. Salimi A, Joukar B, Nikpour R. Internet and communication: Perceived social support and loneliness as antecedent variables. *Psychol Stud*. 2009;5(3):81-102.
 36. Staniute M, Brozaitiene J, Bunevicius R. Effects of social support and stressful life events on health-related quality of life in coronary artery disease patients. *J Cardiovasc Nurs*. 2013;28(1):83-9. DOI: [10.1097/JCN.0b013e318233e69d](https://doi.org/10.1097/JCN.0b013e318233e69d) PMID: 22067721
 37. Staniute M, Brozaitiene J, Burkauskas J, Kazukauskienė N, Mickuviene N, Bunevicius R. Type D personality, mental distress, social support and health-related quality of life in coronary artery disease patients with heart failure: a longitudinal observational study. *Health Qual Life Outcomes*. 2015;13:1. DOI: [10.1186/s12955-014-0204-2](https://doi.org/10.1186/s12955-014-0204-2) PMID: 25608461
 38. Reeve KL, Shumaker CJ, Yearwood EL, Crowell NA, Riley JB. Perceived stress and social support in undergraduate nursing students' educational experiences. *Nurse Educ Today*. 2013;33(4):419-24. DOI: [10.1016/j.nedt.2012.11.009](https://doi.org/10.1016/j.nedt.2012.11.009) PMID: 23246284
 39. Chrousos GP. Stress and disorders of the stress system. *Nat Rev Endocrinol*. 2009;5(7):374-81. DOI: [10.1038/nrendo.2009.106](https://doi.org/10.1038/nrendo.2009.106) PMID: 19488073
 40. Sarafino E, Smith T. *Health psychology: Biopsychosocial interactions*. USA: John Wiley & Sons; 2014.
 41. Khayyam-Nekouei Z, Neshatdoost H, Yousefy A, Sadeghi M, Manshaee G. Psychological factors and coronary heart disease. *ARYA Atheroscler*. 2013;9(1):102-11. PMID: 23690809
 42. France A. Towards a Sociological Understanding of Youth and their Risk-taking. *J Youth Stud*. 2010;3(3):317-31. DOI: [10.1080/713684380](https://doi.org/10.1080/713684380)
 43. Tabei SZ, Zarei N, Joulaei H. The Impact of Spirituality on Health. *Shiraz E-Med J*. 2016;17(6). DOI: [10.17795/semj39053](https://doi.org/10.17795/semj39053)
 44. Bolghan-Abadi M, Ghofrani F, Abde-Khodaei MS. Study of the spiritual intelligence role in predicting university students' quality of life. *J Relig Health*. 2014;53(1):79-85. DOI: [10.1007/s10943-012-9602-0](https://doi.org/10.1007/s10943-012-9602-0) PMID: 22528289