

دراسة العلاقة بين المعنوية وبين الاعراض والوفيات لدى مرضى الشريان التاجي الذين تمت مراجعتهم إلى مستشفى شريعتي في إطار جراحة تطعيم مجازة الشريان التاجي CABG

جمشيد باقري^١، نسيم شايان^٢، محمدمهدي باقري^٣، متينه حيدري^٤

١- قسم جراحة القلب والاعراض، جامعة طهران للعلوم الطبية، طهران، ايران.

٢- مركز دراسات زراعة الأعضاء وجراحة القلب، مستشفى الدكتور شريعتي، طهران، ايران.

٣- قسم علوم الحديث والعلوم القرآنية، كلية الإرشاد والمعارف الإسلامية، جامعة الإمام الصادق عليه السلام، طهران، ايران.

٤- قسم الطب، كلية الطب، جامعة طهران للعلوم الطبية، طهران، ايران.

* المراسلات الموجهة إلى السيدة نسيم شايان، البريد الإلكتروني: Shayan.n@ut.ac.ir

معلومات المادة

الوصول: ٢٢ صفر ١٤٤٠

وصول النص النهائي: ٢١ ربيع الثاني ١٤٤٠

القبول: ٥ جمادى الأولى ١٤٤٠

النشر الإلكتروني: ١٤ رجب ١٤٤٠

الكلمات الرئيسية:

الإعتقاد

تطعيم مجازة الشريان التاجي

مرض الشريان التاجي

المعنوية

الملخص

خلفية البحث وأهدافه: يعتبر مرض الشريان التاجي، السبب الرئيسي للوفاة في معظم البلدان على الرغم من أن العلاقة بين المعنوية والصحة قد تم التأكد منها في العديد من الدراسات، إلا أن علاقتها بهذا المرض الخاص لم يتم التحقيق فيها بعد.

منهجية البحث: تمت هذه الدراسة الاستعراضية على المرضى الشريان التاجي الذين اجريت عليهم عملية جراحة تطعيم مجازة الشريان التاجي في مستشفى الدكتور شريعتي بين نوفمبر ٢٠١٣ الى نوفمبر ٢٠١٣. كانت أداة جمع البيانات عبارة عن قائمة مرجعية لجمع البيانات التي تستند إلى ملف المرضى المصحوب بتأكيد الطبيب، واستبيان "هول وإدواردز" للمعنوية. تم تحليل البيانات وتجزئتها باستخدام اختبار "مان ويتني" و"كروسكال واليس" ومعامل الارتباط. تمت مراعاة جميع الموارد الأخلاقية في هذا البحث، وإضافة الى هذا فإن مؤلفي المقالة لم يشيروا الى أي تضارب في المصالح.

الكشوفات: أظهرت النتائج التي توصل إليها من خلال علاقة المقاييس التحتية الستة للمعنوية مع المضاعفات الناتجة عن الجراحة والوفيات أنه زيادة متوسط نسبة المقياس التحتية لحيية الأمل، ازدادت نسبة الإصابة بالالتهاب والسدادات، وال PVC وال AF، ومع الزيادة في متوسط المقياس التحتي للوعي، انخفضت نسبة الاصابة بها ($P < 0.05$). كما أن هناك ارتباطاً خطياً مباشراً وكبيراً بين فترة الرقود في المستشفى وبين المقياس التحتي لحيية الأمل. ($P = 0.003$)، ($r = 0.291$) وانخفضت نسبة الوفيات أيضاً في المرضى الذين كانوا أكثر وعياً ($P < 0.05$).

الاستنتاج: بناء على النتائج، هناك علاقة بين المعنوية وبين مستوى اصافة الاعراض والوفيات بعد اجراء عملية جراحة تطعيم مجازة الشريان التاجي CABG. ولهذا يجب وضع حلول مؤثرة واستراتيجيات فعالة بما في ذلك الاهتمام بالقضايا المعنوية في عملية علاج المرضى وتعليم الأساليب النفسية المناسبة لتحسين الأمراض واستعادة الصحة بشكل اسرع.

يتم استناد المقالة على الترتيب التالي:

Bagheri J, Shayan N, Bagheri M.M, Heidari M. Relationship of Spirituality with Morbidity and Mortality in Patients with Coronary Artery Disease undergoing CABG Surgery at Shariati Hospital. J Res Relig Health. 2019; 5(1): 76- 86. doi: <https://doi.org/10.22037/jrrh.v5i1.17956>.

بررسی رابطه‌ی معنویت با عوارض و مرگ‌ومیر بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونری مراجعه‌کننده به بیمارستان شریعتی تحت جراحی بای‌پس کرونر

جمشید باقری^۱، نسیم شایان^{۲*}، محمد مهدی باقری^۳، متینه حیدری^۴

- ۱- گروه جراحی قلب و عروق، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
 - ۲- مرکز تحقیقات پیوند و جراحی قلب، بیمارستان دکتر شریعتی، تهران، ایران.
 - ۳- گروه علوم قرآن و حدیث، دانشکده‌ی الهیات؛ معارف اسلامی و ارشاد، دانشگاه امام صادق (ع)، تهران، ایران.
 - ۴- گروه پزشکی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
- *مکاتبات خطاب به خانم نسیم شایان؛ رایانامه: Shayan.n@ut.ac.ir

اطلاعات مقاله

دریافت: ۱۰ آبان ۱۳۹۷
 دریافت متن نهایی: ۸ دی ۱۳۹۷
 پذیرش: ۲۲ دی ۱۳۹۷
 نشر الکترونیکی: ۱ فروردین ۱۳۹۸

چکیده

سابقه و هدف: بیماری عروق کرونر قلب سردسته‌ی علل مرگ‌ومیر در بیشتر کشورها محسوب می‌شود. گرچه رابطه‌ی بین معنویت و سلامت در مطالعات مختلفی تأیید شده، رابطه‌ی آن با این بیماری خاص هنوز بررسی نشده است. از این‌رو، تحقیق حاضر با هدف بررسی ارتباط بین معنویت با عوارض و مرگ‌ومیر بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونری که تحت جراحی بای‌پس کرونر قرار گرفته‌اند، انجام شد.

روش کار: این مطالعه‌ی مقطعی بر روی بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر که در فاصله‌ی زمانی بین آذر ۱۳۹۱ تا آذر ۱۳۹۲ در بیمارستان دکتر شریعتی تهران تحت عمل بای‌پس کرونر قرار گرفته بودند، انجام شد. ابزارهای گردآوری داده‌ها شامل چک‌لیست جمع‌آوری اطلاعات بر اساس پرونده‌ی بیماران و تأیید پزشک مربوط و همچنین پرسش‌نامه‌ی معنویت هال و ادواردز بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها نیز با استفاده از آزمون‌های من-ویتنی، کروسکال والیس و ضریب همبستگی اسپیرمن انجام شد. در این پژوهش همه‌ی مسائل اخلاقی رعایت شده است و نویسندگان مقاله هیچ‌گونه تضاد منافی گزارش نکرده‌اند.

یافته‌ها: یافته‌های حاصل از بررسی ارتباط شش زیرمقیاس معنویت با عوارض ناشی از جراحی و مرگ‌ومیر نشان داد که با افزایش میانه‌ی نمره‌ی زیرمقیاس ناامیدی امکان بروز عفونت، تامپوناد، انقباض زودرس بطنی و فیبریلاسیون دهلیزی بیشتر شد و با افزایش میانه‌ی نمره‌ی زیرمقیاس آگاهی میزان بروز آنها کاهش یافت ($P < 0.05$). علاوه‌براین، بین مدت زمان بستری و زیرمقیاس ناامیدی همبستگی خطی مستقیم و معناداری وجود داشت ($t = 0.291, P = 0.003$). مرگ‌ومیر نیز در بیمارانی که آگاهی بیشتری داشتند، کمتر اتفاق افتاد ($P < 0.05$).

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج به‌دست‌آمده، معنویت با میزان بروز عوارض و مرگ‌ومیر پس از عمل بای‌پس کرونر رابطه دارد. از این‌رو، باید راهکارهایی مؤثر همچون مدنظر قرار دادن مسائل معنوی در فرایند درمان بیماران و آموزش روش‌های روان‌شناختی مناسب برای بهبود سریع‌تر آنها به‌کار گرفته شود.

واژگان کلیدی:

اعتقاد
 بای‌پس عروق کرونر
 بیماری عروق کرونر
 معنویت

استناد مقاله به این صورت است:

Bagheri J, Shayan N, Bagheri M.M, Heidari M. Relationship of Spirituality with Morbidity and Mortality in Patients with Coronary Artery Disease undergoing CABG Surgery at Shariati Hospital. J Res Relig Health. 2019; 5(1): 76- 86. doi: <https://doi.org/10.22037/jrrh.v5i1.17956>.

مقدمه

بیماری عروق کرونر قلب، سردسته‌ی علل مرگ‌ومیر در بیشتر کشورهای صنعتی از جمله کشور ما محسوب می‌شود. در حال حاضر شیوع این بیماری در ایران ۶۷/۸ درصد گزارش شده است (۱). با وجود پیشرفت‌های مؤثر در تشخیص و درمان در چهار دهه‌ی اخیر انفارکتوس قلبی همراه صعود قطعه‌ی ST^۱، همچنان مشکل بزرگ سلامت عمومی در دنیای صنعتی و معضل اساسی در کشورهای در حال توسعه محسوب می‌شود (۲).

انفارکتوس میوکارد از شایع‌ترین بیماری‌های قلبی است و اغلب به‌دلیل کاهش ناگهانی جریان خون کرونر به‌دنبال انسداد ترومبوتیک یکی از شریان‌های کرونر که قبلاً تصلب شریانی^۲ آن را دچار تنگی کرده است، روی می‌دهد. میزان مرگ‌ومیر کوتاه‌مدت (۳۰ روزه) ناشی از انفارکتوس حاد میوکارد^۳، تقریباً ۳۰ درصد است و بیش از نیمی از این موارد، پیش از رسیدن فرد به بیمارستان اتفاق می‌افتد (۳). عمل جراحی بای‌پس کرونر، برای پیوند عروق سالم به عروق کرونر مسدود و برقراری خون‌رسانی مجدد میوکارد از اقدامات درمانی است که انجام می‌پذیرد و می‌تواند به افزایش بقا و کاهش مرگ‌ومیر بیماران منجر شود (۴).

از سوی دیگر رابطه‌ی بین معنویت و سلامت در پژوهش‌های مختلف تأیید شده است (۵-۹). وسپا^۴ در سال ۲۰۱۱ در تحقیقی نشان داد که حضور بُعد معنوی را می‌توان برای پیش‌بینی سازگاری خوب بیماران سرطانی با سرطان به کار برد (۶). علاوه‌براین، در پژوهشی دیگر ثابت شده است افراد معنوی از شیوه‌های مقابله‌ی سالم‌تری برای مواجهه با فشارهای روانی استفاده می‌کنند که بر سلامت آنها تأثیر می‌گذارد. همچنین، افرادی که نمره‌ی بالاتری در معنویت می‌گیرند احتمال بیشتری دارد که مقابله با موقعیت استرس‌زا را مثبت ارزیابی کنند (۱۰). باورهای معنوی شامل درک قدرتی بزرگ‌تر از خود و احساس ارتباط با این منبع قدرت است (۱۱).

الموریس^۵ در سال ۲۰۰۱، پژوهشی با هدف مطالعه‌ی ارتباط بین معنویت و بیماری عروق کرونری قلبی پایه‌ریزی

کرد. بر اساس نتیجه‌ی این مطالعه درجه‌ی اعتقادات معنوی ممکن است عاملی مهم و مؤثر در پیشرفت یا بهبود بیماری عروق کرونر باشد (۱۲). از سویی دیگر بلومنثال^۶ طی مطالعه‌ی درباره‌ی گروهی از بیماران که از انفارکتوس قلبی حاد نجات یافته؛ و به افسردگی دچار شده بودند، به این نتیجه رسید که شواهد اندکی مبنی بر تأثیر معنویت (میزان حضور در کلیسا، دفعات نماز خواندن و عبادت کردن) بر بروز عوارض و میزان مرگ‌ومیر این گروه از بیماران وجود دارد (۱۳).

یافته‌های پژوهش منگلیان و همکاران نیز نشان داده است که معنویت در مقابله با نارسایی قلبی به‌طور مؤثری به بیماران کمک می‌کند. باورهای مذهبی و ایمان سبب شده تا واقعیت بیماری و مراحل آن را بپذیرند و با صبر و شکیبایی به انطباق با شرایط موجود بپردازند (۱۴).

با استناد به شیوع بسیار بالای انفارکتوس قلبی در کشورمان و با در نظر گرفتن این مورد که تاکنون مطالعه‌ی درباره‌ی این موضوع در کشورمان صورت نگرفته و مطالعات محدودی در این زمینه در سطح جهانی موجود است، ضمن توجه به تأثیر مثبت معنویت بر سلامتی افراد و با هدف تکمیل مطالعات گذشته، بر آن شدیم مطالعه‌ی بیماران با این مضمون انجام دهیم. پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه‌ی معنویت با شایع‌ترین عوارض ناشی از جراحی (شامل عفونت، تامپوناد، مدت زمان بستری، انقباض زودرس بطنی^۷ و فیبریلاسیون دهلیزی^۸) و مرگ‌ومیر بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونری که در فاصله‌ی زمانی بین آذر ۱۳۹۱ تا آذر ۱۳۹۲ به درمانگاه جراحی قلب بیمارستان دکتر شریعتی تهران مراجعه کردند و تحت عمل جراحی بای‌پس کرونر^۹ قرار گرفتند، انجام شد.

روش کار

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

کمیته‌ی اخلاق دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران این پژوهش را تأیید کرده است.

از جمله ملاحظات اخلاقی رعایت‌شده در این مطالعه شامل موارد ذیل بود: گرفتن رضایت آگاهانه از افراد، اشاره نکردن به نام آنها، محرمانه بودن اطلاعات و برخورداری از حق

^۱) ST Elevation Myocardial Infarction (STEMI)

^۲) Atherosclerosis

^۳) Acute Myocardial Infarction (AMI)

^۴) Vespa

^۵) Morris EL

^۶) Blumenthal

^۷) Premature ventricular contraction (PVC)

^۸) Atrial fibrillation (AF)

^۹) Coronary Artery Bypass Graft (CABG)

پرسش‌نامه‌ی استاندارد متعلق به هال و ادواردز^۱ است که به منظور ارزیابی دو بُعد رشد معنویت (آگاهی از وجود خداوند و کیفیت رابطه با خدا) طراحی شده است. پرسش‌نامه‌ی سنجش معنویت ابزاری خودگزارشی و دارای ۴۷ سؤال است که بعضی از آنها از دو بخش تشکیل شده است. در سؤال‌هایی که دو بخش دارند، باید به قسمت دوم سؤال با توجه به بخش اول آن پاسخ داد. بنابراین، با احتساب سؤال‌های دو بخشی، پرسش‌نامه دارای ۵۳ سؤال است. این پرسش‌نامه دارای شش زیرمقیاس آگاهی^۲ (۱۸ گویه)، پذیرش واقعی^۳ (۷ گویه)، ناامیدی^۴ (۷ گویه)، بزرگ‌نمایی^۵ (۷ گویه)، بی‌ثباتی^۶ (۹ گویه) و مدیریت برداشت^۷ (۵ گویه) است. هر گویه از نظر درجه‌ی اهمیت، بر اساس مقیاس لیکرتی پنج‌تایی (۵= کاملاً صحیح است، ۴= بسیار صحیح است، ۳= به‌طور متوسط صحیح است، ۲= اندکی صحیح است و ۱= اصلاً صحیح نیست) نمره‌دهی می‌شود. نمره‌ی هر زیرمقیاس نیز میانگین سؤال‌های پاسخ داده شده است. اگر پاسخ‌دهنده به بیش از نیمی از سؤال‌های یک زیرمقیاس پاسخ ندهد، نمی‌توان مقیاس را نمره‌گذاری کرد. به‌منظور نمره‌دهی ابزار، مجموع نمره‌های گویه‌ها در هر زیرمقیاس، نشان‌دهنده‌ی امتیاز فرد در آن زیرمقیاس؛ و در نهایت مجموع امتیازها شاخصی برای سنجش میزان گرایش به معنویت در نظر گرفته شده است. کسب امتیاز حداکثری بیانگر این واقعیت است که فرد از نظر گرایش به معنویت در وضعیت مطلوبی قرار دارد.

طبق مطالعه‌ی هال و ادواردز، ضریب آلفای کرونباخ زیرمقیاس‌های پرسش‌نامه‌ی سنجش معنویت به شرح ذیل گزارش شده است: آگاهی= ۰/۹۵، ناامیدی= ۰/۹۰، پذیرش واقعی= ۰/۸۳، بزرگ‌نمایی= ۰/۷۳، بی‌ثباتی= ۰/۸۴ و مدیریت برداشت= ۰/۷۷ (۱۶). ق میان و حیدری‌نسب این پرسش‌نامه را در ایران ترجمه کرده‌اند و روایی و پایایی آن نیز تأیید شده است. همچنین، همسانی درونی آن با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۸ گزارش شده است (۱۷). در مطالعه‌ی حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ به دست آمد.

پیگیری عوارض و مرگ‌ومیر اولیه در طول مدت بستری، در بیمارستان و بعد از ترخیص، پس از گذشت یک ماه از عمل جراحی آنان با معاینه و تأیید پزشک مربوط در درمانگاه انجام

کناره‌گیری از پژوهش در هر زمان. علاوه‌براین، به همه‌ی نمونه‌های پژوهش توضیح‌های یکسانی داده شد. برای تکمیل پرسش‌نامه و تعیین وقت نیز به‌صورت تلفنی با شرکت‌کنندگان هماهنگی شد و در زمان مقرر، یک کارشناس ارشد پرستاری به محل مورد نظر مراجعه؛ و پرسش‌نامه‌ی شرکت‌کنندگان را جمع‌آوری کرد.

پژوهش حاضر از نوع مقطعی است. جامعه‌ی آماری مطالعه را بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر (در آنژیوگرافی) که طی ماه آذر سال ۱۳۹۱ تا آذر سال ۱۳۹۲ تحت عمل جراحی بای‌پس کرونر قرار گرفتند و دارای سواد خواندن و نوشتن بودند، تشکیل داد. با در نظر گرفتن بروز حدود ۱۵ درصد عوارض (۱۵)، برای دیدن اختلاف حداقل ۵ واحد (معادل اندازه‌ی اثری برابر یک)، امتیاز پرسش‌نامه در حیطه‌های مختلف در سطح معنی‌داری ۰/۰۵؛ و توان مطالعه‌ی ۹۰ درصد بین دو گروه دارای بروز عوارض و گروه بدون بروز عوارض، به ۱۰۰ نفر نمونه (حدود ۱۳ نفر با بروز عوارض و ۸۷ نفر بدون بروز عوارض) نیاز است؛ که با لحاظ کردن ۲۰ درصد احتمال ریزش یا همکاری نکردن نمونه‌ها، حجم نمونه‌ی نهایی برابر با ۱۲۵ نفر در نظر گرفته شد.

معیارهای انتخاب بیماران شامل موارد ذیل بود: برخورداری از سواد خواندن و نوشتن، بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر (در آنژیوگرافی) که داوطلب بای‌پس عروق کرونر بودند، جراحی ایزوله‌ی بای‌پس کرونری؛ و بیماران زیر ۸۰ سال.

ابزارهای پژوهش شامل دو بخش بود:

بخش اول چک‌لیست جمع‌آوری اطلاعات شامل ویژگی‌های جمعیت‌شناختی (سن، جنس، تحصیلات و وضعیت تأهل)، مدت ابتلا به بیماری کرونری، نوع عمل، مدت زمان بستری در بیمارستان، مرگ‌ومیر و بروز عوارضی چون عفونت، تامپوناد، انقباض زودرس بطنی و فیبریلاسیون دهلیزی بود. یادآوری این نکته لازم است که کلیه‌ی اطلاعات مربوط در طول مدت بستری در بیمارستان از پرونده‌ی بیماران (شرح حال، شرح عمل و نیز شیت مخصوص بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه) و پس از آن، عوارض مورد نظر و مرگ‌ومیر اولیه با توجه به گزارش خود بیمار، بستگان، تأیید پزشک و بررسی آزمایش‌های مربوط طی یک ماه ثبت شد.

بخش دوم پرسش‌نامه‌ی معنویت بود که میزان گرایش به معنویت را در افراد می‌سنجد. چارچوب اصلی این

1) Hall & Edwards
2) Awareness
3) Realistic Acceptance
4) Disappointment
5) Grandiosity
6) Instability
7) Impression Management

درصد) و ۲۹ زن (۲۹ درصد) بررسی شد. سن افراد نمونه نیز بین ۳۰ تا ۶۸ با میانگین $51 \pm 7/8$ سال بود.

ارتباط هر یک از شش زیرمقیاس معنویت با شایع‌ترین عوارض ناشی از جراحی (شامل عفونت، تامپوناد، مدت زمان بستری، انقباض زودرس بطنی و فیبریلاسیون دهلیزی)، مرگ‌ومیر و مشخصات جمعیت‌شناختی بیماران (سن، جنس، وضعیت تأهل و تحصیلات)، به تفکیک بررسی شد که نتایج به شرح ذیل است:

بین عفونت و زیرمقیاس‌های آگاهی، مدیریت برداشت و ناامیدی رابطه‌ی معنادار وجود داشت، بدین معنی که با افزایش میانه‌ی نمره‌ی دو زیرمقیاس اولیه، میزان ابتلا به عفونت کاهش یافت، ضمن اینکه با افزایش میانه‌ی نمره‌ی زیرمقیاس ناامیدی امکان بروز عفونت بیشتر بود. همچنین با افزایش میانه‌ی نمره‌ی زیرمقیاس آگاهی؛ میزان بروز تامپوناد، انقباض زودرس بطنی و فیبریلاسیون دهلیزی کاهش یافت؛ درحالی‌که با افزایش میانه‌ی نمره‌ی زیرمقیاس ناامیدی امکان بروز آنها بیشتر بود. مرگ‌ومیر نیز در بیمارانی که آگاهی بیشتری داشتند، کمتر اتفاق افتاد ($P < 0/05$) (جدول شماره‌ی ۱).

شد. این مدت بدین منظور در نظر گرفته شد که از تأثیر عوامل مداخله‌گر در منزل در دوره‌ی نقاهت جلوگیری شود. یک کارشناس ارشد پرستاری نیز داده‌های لازم را طی مدت زمان یک سال، با مراجعه‌ی حضوری بر بالین بیمارانی که تحت عمل جراحی بای‌پس کرونری قرار گرفته بودند و سپس در درمانگاه به‌وسیله چک‌لیستی که به‌همین منظور تهیه شده بود، گردآوری کرد. در نهایت به بررسی رابطه‌ی متغیر مستقل معنویت و متغیرهای وابسته شامل عوارض و مرگ‌ومیر اولیه پرداخته شد.

از آنجا که نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف مؤید نرمال بودن توزیع داده‌ها بود ($P < 0/001$)؛ تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون‌های من-ویتنی، کروسکال والیس و ضریب همبستگی اسپیرمن با رعایت پیش‌فرض‌های مربوط انجام شد. متغیرهای کیفی به‌صورت تعداد (درصد) و متغیرهای کمی در صورت داشتن توزیع نرمال، به‌صورت میانگین (انحراف معیار)؛ و در صورت توزیع غیرنرمال، به‌صورت میانه (صدک بیست و پنجم، صدک هفتاد و پنجم) ارائه شد.

یافته‌ها

در این پژوهش در مجموع ۱۰۰ بیمار شامل ۷۱ مرد (۷۱)

جدول ۱) مقایسه‌ی میانه‌ی نمره‌های زیرمقیاس‌های معنویت بر حسب میزان بروز عفونت، تامپوناد، انقباض زودرس بطنی، فیبریلاسیون دهلیزی و مرگ‌ومیر

متغیر	آگاهی	پذیرش واقعی	ناامیدی	بزرگ‌نمایی	بی‌ثباتی	مدیریت برداشت
عفونت	بلی	۷۶ (۶۹,۸۷)	۲۱ (۱۱,۳۱)	۱۶ (۱۱,۲۶)	۱۷ (۱۳,۲۵)	۲۶ (۲۲,۳۰)
	خیر	۸۶ (۸۲,۹۱)	۱۵ (۵,۲۲)	۱۲ (۸,۱۵)	۱۸ (۱۶,۲۵)	۲۲ (۲۰,۲۴)
	P	*/۰۱۲	*/۰۹۱	*/۰۲۰	*/۰۲۴۱	*/۰۹۳۸
تامپوناد	بلی	۸۰ (۷۳,۸۴)	۲۰ (۱۵,۲۸)	۱۸ (۱۲,۲۰)	۱۷ (۱۶,۲۲)	۲۷ (۲۵,۳۰)
	خیر	۸۷ (۸۲,۹۱)	۱۵ (۵,۲۲)	۱۱ (۸,۱۵)	۱۸ (۱۵,۲۵)	۲۵ (۲۲,۲۸)
	P	*/۰۰۴	*/۰۱۸۴	*/۰۱۸	*/۰۷۸۹	*/۰۱۵۳
انقباض زودرس بطنی	بلی	۸۳ (۷۱,۸۷)	۲۰ (۱۵,۲۳)	۱۵ (۱۲,۱۹)	۱۶ (۱۴,۱۸)	۲۵ (۲۱,۲۶)
	خیر	۸۷ (۸۲,۹۱)	۱۳ (۵,۲۲)	۱۱ (۸,۱۴)	۱۸ (۱۶,۲۵)	۲۵ (۲۲,۳۰)
	P	*/۰۰۹	*/۰۶۲	*/۰۰۵	*/۰۸۶	*/۰۲۱۸
فیبریلاسیون دهلیزی	بلی	۷۷ (۷۰,۸۴)	۲۱ (۱۶,۲۸)	۱۶ (۱۳,۱۹)	۱۴ (۱۳,۱۷)	۲۴ (۲۳,۲۷)
	خیر	۸۷ (۸۳,۹۱)	۱۵ (۵,۲۲)	۱۱ (۸,۱۴)	۱۸ (۱۶,۲۵)	۲۵ (۲۲,۲۹)
	P	*/۰۰۱	*/۰۵۸	*/۰۰۸	*/۰۱۲	*/۰۵۱۱
مرگ‌ومیر	بلی	۷۲ (۶۹,۷۶)	۱۹ (۱۱,۲۸)	۱۵ (۱۱,۲۰)	۲۱ (۱۷,۲۶)	۲۷ (۲۴,۳۰)
	خیر	۸۶ (۸۲,۹۱)	۱۵ (۵,۲۲)	۱۲ (۸,۱۵)	۱۸ (۱۵,۲۵)	۲۵ (۲۲,۲۸)
	P	*/۰۳۶	*/۰۵۵۳	*/۰۴۴۰	*/۰۵۵۳	*/۰۷۳۰

* آزمون آماری: من-ویتنی، مقادیر به‌صورت میانه (صدک بیست و پنجم، صدک هفتاد و پنجم) ارائه شده است. $P < 0/05$ معنادار در نظر گرفته شد.

افزایش یافت ($r=0/291$, $P=0/003$). علاوه‌براین، بین سن و زیرمقیاس‌های آگاهی و مدیریت برداشت نیز همبستگی خطی مستقیم و معناداری وجود داشت، درحالی‌که بین سن و زیرمقیاس‌های پذیرش واقعی و ناامیدی همبستگی خطی معکوس و معناداری دیده شد.

طبق یافته‌های جدول شماره ۲، بین مدت زمان بستری و زیرمقیاس‌های آگاهی، بزرگ‌نمایی و مدیریت برداشت رابطه‌ی معنادار معکوس ($P<0/001$) و بین مدت زمان بستری و زیرمقیاس ناامیدی، همبستگی خطی مستقیم و معناداری وجود داشت؛ بدین معنی که با افزایش نمره‌ی زیرمقیاس ناامیدی در بیماران، مدت زمان بستری در بیمارستان نیز

جدول ۲) ضریب همبستگی بین سن، مدت زمان بستری در بیمارستان و نمره‌های زیرمقیاس‌های معنویت در نمونه‌ی مطالعه

متغیر	آگاهی	پذیرش واقعی	ناامیدی	بزرگ‌نمایی	بی‌ثباتی	مدیریت برداشت
سن (سال)	r 0/292	-0/212	-0/210	0/170	0/002	0/272
	P *0/003	*0/034	*0/036	*0/091	*0/981	*0/006
مدت زمان بستری در بیمارستان (روز)	r -0/506	0/224	0/291	-0/362	-0/034	-0/466
	P *<0/001	*0/052	*0/003	*<0/001	*0/735	*<0/001

* آزمون آماری: ضریب همبستگی اسپیرمن. $P<0/05$ معنادار در نظر گرفته شد.

بر اساس نتایج به‌دست‌آمده، نمره‌های زیرمقیاس‌های آگاهی، بی‌ثباتی و مدیریت برداشت در دو جنس متفاوت بود و میان‌نمره‌ی زیرمقیاس‌های مذکور در زنان بیش از مردان بود. همچنین، نمره‌های زیرمقیاس‌های آگاهی، ناامیدی و مدیریت برداشت در افراد متأهل و مجرد متفاوت بود. میان‌نمره‌ی زیرمقیاس‌های مذکور در افراد متأهل ($86(82,91)$ در مقابل

میان‌نمره‌ی زیرمقیاس‌های آگاهی، ناامیدی و مدیریت برداشت در دو جنس متفاوت بود و میان‌نمره‌ی زیرمقیاس‌های مذکور در زنان بیش از مردان بود. همچنین، نمره‌های زیرمقیاس‌های آگاهی، ناامیدی و مدیریت برداشت در افراد متأهل و مجرد متفاوت بود. میان‌نمره‌ی زیرمقیاس‌های مذکور در بیماران افزایش نشان داد (جدول شماره ۳).

جدول ۳) مقایسه‌ی میان‌نمره‌های زیرمقیاس‌های معنویت برحسب جنس، وضعیت تأهل و تحصیلات

متغیر	آگاهی	پذیرش واقعی	ناامیدی	بزرگ‌نمایی	بی‌ثباتی	مدیریت برداشت
جنس *	۸۶ (۸۳,۹۱)	۱۵ (۶,۲۵)	۱۲ (۱۱,۱۶)	۱۸ (۱۶,۲۵)	۲۶ (۲۵,۳۱)	۲۳ (۲۱,۲۵)
	۸۵ (۷۹,۹۰)	۱۶ (۵,۲۲)	۱۱ (۸,۱۵)	۱۷ (۱۴,۲۵)	۲۵ (۲۱,۲۷)	۲۱ (۱۹,۲۴)
P	*0/023	*0/460	*0/306	*0/250	*0/019	*0/046
وضعیت تأهل *	۷۹ (۷۱,۸۷)	۲۱ (۱۶,۳۱)	۱۷ (۱۲,۲۰)	۱۸ (۱۴,۲۳)	۲۶ (۲۴,۳۲)	۲۱ (۱۶,۲۱)
	۸۶ (۸۲,۹۱)	۱۴ (۵,۲۲)	۱۱ (۸,۱۴)	۱۷ (۱۶,۲۵)	۲۵ (۲۲,۲۸)	۲۲ (۲۰,۲۵)
P	*0/018	*0/096	*0/012	*0/452	*0/258	*0/020
تحصیلات **	۸۳ (۷۷,۸۷)	۱۵ (۵,۲۱)	۱۱ (۱۰,۱۵)	۱۷ (۱۴,۱۹)	۲۵ (۲۲,۲۷)	۲۱ (۱۸,۲۴)
	۸۹ (۸۳,۹۱)	۱۶ (۵,۲۶)	۱۲ (۸,۱۶)	۱۸ (۱۶,۲۷)	۲۵ (۲۳,۲۸)	۲۲ (۲۱,۲۵)
P	*<0/001	*0/667	*0/834	*0/004	*0/829	*0/005

* آزمون آماری: من-ویتنی

** آزمون آماری: کروسکال والیس، مقادیر به‌صورت میانه (صدک بیست و پنجم، صدک هفتاد و پنجم) ارائه شده است. $P<0/05$ معنادار در نظر گرفته شد.

رابطه‌ی معنادار بین درجه‌ی معنویت و عوارض ناشی از جراحی اشاره دارد. بدین معنی که میزان بروز عوارض پس از عمل بای‌پس کرونر در بیمارانی که در پرسش‌نامه‌ی معنویت امتیاز بیشتری کسب کرده بودند، کمتر مشاهده شد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از مطالعه‌ی حاضر تعیین ارتباط معنویت با عوارض و مرگ‌ومیر بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونری بود. نتایج به‌دست‌آمده در زمینه‌ی ارتباط معنویت با عوارض، به وجود

مسئولیت‌پذیری می‌شود، همچنین به بیماران در یافتن مفهوم و اهداف زندگی کمک می‌کند. این نتایج نشان‌دهنده‌ی این است که ایمان و اعتقاد دینی، نقشی اساسی در انتخاب بیماران برای سلامت یا بیمار بودن و قبول یا رد مسئولیت شخصی در ارتقای وضعیت سلامتی افراد در آینده ایفا می‌کند (۲۱). نتایج مطالعه‌ی کندی نیز نشان داد که تغییر در تفکرات معنوی با افزایش احساس خوب بودن، معنی زندگی و اعتماد به نفس در حل مسائل و مشکلات زندگی ارتباط مستقیم دارد و موجب کاهش تمایل بیماران به احساس خشم و بهبود سریع‌تر آنان می‌شود (۲۲).

از سویی بلومنتال نیز با هدف بررسی ارتباط بین تجربیات معنوی و سلامتی در بیمارانی که از انفارکتوس قلبی حاد نجات یافته بودند و دارای افسردگی یا کاهش حمایت اجتماعی بودند، مطالعه‌ی به‌صورت آینده‌نگر انجام داد و معنویت، مذهب و میزان بقای بیماران را بررسی کرد. بیماران پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک^۵ را برای ارزیابی علائم افسردگی و پرسش‌نامه‌ی حمایت اجتماعی^۶ آنریچ^۷ را برای بررسی میزان حمایت اجتماعی دریافتی در این مطالعه کامل کردند. در نهایت شواهد اندکی مبنی بر تأثیر معنویت، میزان حضور در کلیسا و میزان نماز خواندن و عبادت کردن در بروز عوارض و میزان مرگ‌ومیر بیماران انفارکتوس قلبی مبتلا به افسردگی یا دارای کمبود حمایت اجتماعی یافت شد (۱۳).

از آنجا که در مطالعه‌ی بلومنتال واحدهای پژوهش، بیمارانی را که دارای افسردگی یا کاهش حمایت اجتماعی بودند، شامل می‌شد، این گونه به نظر می‌رسد که تأثیر اندک معنویت بر بروز عوارض و میزان مرگ‌ومیر بیماران به دلیل تفاوت در جامعه‌ی آماری او باشد.

در پژوهش حاضر نمره‌های زیرمقیاس‌های معنویت در دو جنس متفاوت بود و میانه‌ی نمره‌ی زیرمقیاس‌های معنویت در زنان بیش از مردان بود. در مطالعه‌ی هوتولیانو^۸ نیز میانگین نمره‌ی معنویت در زنان بیش از مردان گزارش شده است (۲۳) که با این پژوهش همخوانی دارد. در ضمن در مطالعه‌ی حاضر با افزایش سطح تحصیلات، میانه‌ی نمره‌ی زیرمقیاس‌های معنویت افزایش نشان داد؛ در مطالعات محمدیاری (۲۴) و شهبازی و همکاران (۲۵) نیز سطح تحصیلات با سطح

نتایج حاصل از پژوهش حاضر با یافته‌های مطالعه‌ی ال موریس همسو است. در مطالعه‌ی ال موریس نیز گزارش شده است که امتیازات پایین‌تر معنویت با بدتر شدن؛ و امتیازات بالاتر با بهتر شدن بیماری انسداد عروق کرونر همراه است و بیانگر این نکته است که درجه‌ی معنویت عاملی مهم و مؤثر در پیشرفت یا بهبود بیماری عروق کرونر به حساب می‌آید (۱۲).

نتیجه‌ی مطالعه‌ی حاضر درباره‌ی ارتباط ناامیدی با مدت زمان بستری و سن، گویای آن است که با افزایش نمره‌ی زیرمقیاس ناامیدی در بیماران، مدت زمان بستری در بیمارستان نیز افزایش یافت؛ همچنین بین سن و زیرمقیاس ناامیدی همبستگی خطی معکوس و معناداری دیده شد.

در پژوهش ای^۱، اثر عبادت شخصی در بیماران میان‌سال و مسن‌تر به‌عنوان روشی برای انطباق و سازگاری با عمل جراحی قلب و تأثیر آن بر خوش‌بینی افراد، بررسی شد. یافته‌ها نشان داد که عبادت شخصی، پیش‌بینی‌کننده‌ی میزان خوش‌بینی نسبت به بیماری و کاهش ناامیدی در بیماران با سن بالاتر نسبت به وضعیت سلامتی خود و تلاش آنها برای مدیریت بیماری و بهبود سریع‌تر است (۱۸) که با یافته‌های پژوهش حاضر همخوانی دارد.

در همین جهت، آرنولد^۲ نیز مطالعه‌ی با هدف بررسی ارتباط معنویت، فشارهای روانی و درک افراد از سلامتی انجام داد. نتایج مطالعه‌ی او حاکی از آن است که معنویت ارتباطی مستقیم با درک سلامتی و ارتباطی معکوس با فشارهای روانی دارد (۱۹). همچنین در سال ۲۰۰۸، بای و همکارانش در مطالعه‌ی از نوع کارآزمایی تصادفی کنترل‌شده، اثر ملاقات و مداخلات کشیش‌های مسیحی را بر بیماران داوطلب عمل جراحی بای‌پس کرونر بررسی کردند. نتایج نشان می‌دهد رفتارهای انطباقی مثبت مذهبی و در نتیجه بهبود سریع‌تر در گروه مداخله افزایش؛ و رفتارهای منفی کاهش یافته است، درحالی‌که در گروه شاهد عکس این نتایج مشهود است (۲۰).

نتایج مطالعه‌ی حاضر با یافته‌های پژوهش نابولسی و کارسون^۳؛ و همچنین کندی^۴ نیز همسو است. نابولسی و کارسون نشان داده‌اند که ایمان و اعتقادات دینی فرایند قبول بیماری را تسهیل می‌کند و موجب تقویت سازگاری و انطباق با شرایط، قدرت درونی، اعتماد به نفس، امید و

⁵) Beck Depression Inventory (BDI)

⁶) The Evaluation and Nurturing Relationship Issues, Communication and Happiness questionnaire

⁷) ENRICH

⁸) Hotoleanu

¹) Ai

²) Arnold

³) Nabolssi & Carson

⁴) Kennedy

تضاد منافع

نویسندگان مقاله هیچ‌گونه تضاد منافع‌ی درباره‌ی این پژوهش گزارش نکرده‌اند.

References

1. Sadeghian S, Darvish S, Salimi S, Esfehni FA, Fallah N, Mahmoodian M, et al. Metabolic syndrome: stronger association with coronary artery disease in young men in comparison with higher prevalence in young women. 2007;18(3):163-8.
2. Lilly LS, Braunwald E. Braunwald's heart disease: a textbook of cardiovascular medicine: Elsevier Health Sciences; 2012.
3. Fauci AS. Harrison's principles of internal medicine: Mcgraw-hill New York; 1998.
4. Dar MI, Manan AU, Rasheed B, Murtaza G, Ahmad MJAot, surgery c. Outcome of patients after coronary artery bypass grafting in cardiogenic shock. 2007;13(4):247.
5. Koenig H, Koenig HG, King D, Carson VB. Handbook of religion and health: Oup Usa; 2012.
6. Vespa A, Jacobsen PB, Spazzafumo L, Balducci LJPO. Evaluation of intrapsychic factors, coping styles, and spirituality of patients affected by tumors. 2011;20(1):5-11.
7. Horri N, Haghghi S, Amini M, Zare M, Abazari P, Hassanzadeh A. Relation between the number of major negative stressful life events and undiagnosed glucose metabolism disorders (IGT, Diabetes) in First-Degree relatives of type 2 diabetics. Iranian Journal of Endocrinology & metabolim. 2008;10(1):17-23. (Full Text in Persian)
8. Musazadeh T, Adib A, Motavally R. A comparative study of level and way of using defense mechanisms by diabetic and healthy individuals in 2007. Medical Sciences Journal of Islamic Azad University Tehran Medical Branch. 2009;19(1):61-4. (Full Text in Persian)
9. Gordon PA, Feldman D, Crose R, Schoen E, Griffing G, Shankar JJC, et al. The role of religious beliefs in coping with chronic illness. 2002;46(3):162-74.
10. Rowe MM, Allen RGJAJoHS. Spirituality as a means of coping with chronic illness. 2003;19(1):62-6.
11. Gall TL, Grant KJPP. Spiritual disposition and understanding illness. 2005;53(6):515-33.
12. Morris ELJATiH, Medicine. The relationship of spirituality to coronary heart disease. 2001;7(5):96.

معنویت مرتبط است، به طوری که هر چه سطح تحصیلات بیشتر شود، میانگین میزان معنویت نیز بیشتر می‌شود.

بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر، میزان بروز عوارض و مرگ‌ومیر پس از عمل بای‌پس کرونر در بیمارانی که معنویت بیشتری داشتند، کمتر مشاهده شد. بنابراین، افزایش تفکرات معنوی، آگاهی از وجود خداوند و ایمان به خدا و بهبود کیفی رابطه با خدا، با افزایش احساس خوب بودن، کاهش بروز عوارض و مرگ‌ومیر بیماران پس از عمل جراحی بای‌پس کرونر همراه است و به نظر می‌رسد درجه‌ی اعتقادات معنوی عاملی مهم در پیشرفت یا بهبود بیماری عروق کرونر باشد.

پیشنهاد‌های پژوهش

با توجه به نتایج به دست آمده باید به دنبال راهکارهایی بود که بتوان نقش مسائل معنوی را در فرایند درمان بیماران پررنگ‌تر جلوه داد. از این رو، پیشنهاد می‌شود گروه درمانی با مطرح کردن تأثیر مثبت اعتقادات مذهبی در ابعاد مختلف سلامت مردم به ویژه ابعاد مختلف پیشگیری، تشخیص و درمان، توان بخشی و دعوت از بیماران برای توجه به آنها و آموزش روش‌های روان‌شناختی مناسب که ضمن کمک به رفع تشویش و نگرانی، آرامش و نشاط و شادی را در زندگی آنها رونق می‌بخشد، در جهت بهبود هر چه سریع‌تر بیماران گام بردارند.

قدردانی

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی با عنوان «بررسی رابطه‌ی معنویت با موربیدیتی و مورتالیتی بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونری مراجعه‌کننده به بیمارستان شریعتی که تحت جراحی بای‌پس کرونر قرار گرفته‌اند» است که در سال ۱۳۹۲ با کد ۹۴-۰۳-۹۰ در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران به تصویب رسیده است. از تمامی شرکت‌کنندگانی که در اجرا و تکمیل این پژوهش یاریگر پژوهشگران بودند، تشکر و قدردانی می‌شود.

حامی مالی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران حمایت مالی این پژوهش را بر عهده داشته است.

13. 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. 2007;69(6):501-8.
14. Shahrababaki PM, Nouhi E, Kazemi M, Ahmadi F. Spirituality: a panacea for patients coping with heart failure. International journal of community based nursing and midwifery. 2017 Jan;5(1):38.
15. Premaratne S, Premaratne ID, Fernando ND, Williams L, Hasaniya NWJ. Atrial fibrillation and flutter following coronary artery bypass graft surgery: a retrospective study and review. 2016;5:2048004016634149.
16. Hall TW, Edwards KJ. The Spiritual Assessment Inventory: A theistic model and measure for assessing spiritual development. Journal for the Scientific Study of Religion. 2002 Jun;41(2):341-57.
17. Ghomian S, Heydarinasab L. A Preliminary Study of Validity and Reliability of Spirituality Assessment Inventory (SAI). CPAP. 2014;2(10):141-58. (Full Text in Persian)
18. Ai AL, Peterson C, Bolling SF, Koenig HJT. Private prayer and optimism in middle-aged and older patients awaiting cardiac surgery. 2002;42(1):70-81.
19. Arnold S, Herrick LM, Pankratz VS, Mueller PS. Spiritual well-being, emotional distress, and perception of health after a myocardial infarction. 2007;9(1).
20. Bay PS, Beckman D, Trippi J, Gunderman R, Terry CJ. The effect of pastoral care services on anxiety, depression, hope, religious coping, and religious problem solving styles: a randomized controlled study. 2008;47(1):57-69.
21. Nabolsi MM, Carson AM. Spirituality, illness and personal responsibility: the experience of Jordanian Muslim men with coronary artery disease. 2011;25(4):716-24.
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 Jul 1;8(4):64-73.
23. Hotoleanu C, Dumitrascu DJ. The role of spirituality in female and male medical patients. 2016;85:66.
24. Mohammadyari GJP-S, Sciences B. Relationship between parent's spiritual intelligence, level of education and children's mental health. 2012;69:2114-8.
25. Shahbazi H, Shakerinejad GH, Ghajari H, Ghofranipour F, Lotfizadeh M. Relationship of spirituality and quality of life in patients with type 2 diabetes. Iranian Journal of Endocrinology & Metabolism. 2016;17(5):345-52. (Full Text in Persian)