



Semnan University of Medical Sciences

KOOMESH

Journal of Semnan University of Medical Sciences

Volume 21, Issue 2 (Spring 2019), 205- 393

ISSN: 1608-7046

Full text of all articles indexed in:

Scopus, Index Copernicus, SID, CABI (UK), EMRO, Iranmedex, Magiran, ISC, Embase

تأثیر مراقبت معنوی مبتنی بر الگوی قلب سلیم بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد حاد

حسن بابامحمدی^۱(Ph.D)، هما کدخدایی الیادرائی^۲(M.Sc)، عباسعلی ابراهیمیان^{۱*}(Ph.D)، راهب قربانی^۳(Ph.D)، زرین تن‌ساز^۴(M.Sc)

۱- مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی سمنان، سمنان، ایران

۲- کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی سمنان، سمنان، ایران

۳- مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی سمنان، سمنان، ایران

۴- بیمارستان الزهراء، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۱۰/۱۵ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۷/۳

* نویسنده مسئول، تلفن: ۰۹۱۲۳۲۲۱۴۱۸ ebrahimian.aa@gmail.com

چکیده

هدف: امروزه معیار درمان بیماری عروق کرونر، بهبود کیفیت زندگی بیماران می‌باشد. این مطالعه با هدف بررسی تأثیر مراقبت معنوی مبتنی بر الگوی قلب سلیم بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد حاد انجام شد.

مواد و روش‌ها: مطالعه حاضر یک کارآزمایی بالینی یک سوکور بوده که بر روی ۹۲ بیمار مبتلا به انفارکتوس میوکارد حاد بستری در بخش مراقبت‌های ویژه قلب بیمارستان چمران اصفهان در سال ۱۳۹۵ انجام شده است. پس از تخصیص تصادفی نمونه‌ها به دو گروه مداخله و کنترل، مداخله معنوی مبتنی بر الگوی قلب سلیم به مدت سه روز به صورت منظم در ساعات ۲۰-۱۷ برای بیماران گروه مداخله انجام شد. قبل و یک ماه پس از انجام مداخله، کیفیت زندگی بیماران به وسیله پرسش‌نامه سازمان جهانی بهداشت، ارزیابی شد.

یافته‌ها: ۵۰٪ نمونه‌ها زن بودند. میانگین و انحراف معیار سن بیماران تحت مراقبت معنوی $61/3 \pm 8/9$ و در گروه کنترل $62/7 \pm 6/9$ سال بود. برنامه مراقبت معنوی توانست نمرات سلامت جسمی، سلامت روان، روابط اجتماعی، کیفیت زندگی و سلامت عمومی را به ترتیب به طور متوسط $19/8$ ، $17/5$ ، $11/6$ ، $27/2$ افزایش دهد. هم‌چنین تفاوت نمره کیفیت زندگی در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل، معنادار بوده است ($p < 0/05$).

نتیجه‌گیری: نتایج مطالعه حاضر موید تأثیر مراقبت معنوی مبتنی بر الگوی قلب سلیم بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد حاد بستری در بخش مراقبت‌های ویژه قلب است. لذا کاربرد آن به عنوان یک رویکرد مراقبتی کل‌نگر در بهبود علائم و ابعاد کیفیت زندگی بیماران ایسکمیک قلب به‌ویژه انفارکتوس میوکارد پیشنهاد می‌گردد.

واژه‌های کلیدی: مراقبت معنوی، الگوی قلب سلیم، کیفیت زندگی، انفارکتوس حاد میوکارد

مقدمه

باشد [۴]. نتایج مطالعات متعدد انجام شده در ایران نشان می‌دهد در حال حاضر بیماری‌های قلبی-عروقی، نخستین علت مرگ و میر می‌باشد [۵،۶] و ۵۷٪ علت مرگ را در سال ۲۰۱۰ به خود اختصاص داده است [۷]. میزان مرگ و میر ناشی از این بیماری در ایران در سال ۱۳۹۰ بیش از ۴۵۰ هزار مورد گزارش شده است [۸].

این بیماری به لحاظ فرایند بروز، سیر درمان طولانی مدت خود، ماهیت ناتوان‌کننده‌ای که از خود بر جا می‌گذارد و اثرات جبران‌ناپذیر بر جای جای زندگی بیماران، می‌تواند تأثیر منفی بر سلامت جسمی و روحی بیماران داشته باشد، که علاوه بر هزینه‌های انسانی و اقتصادی، در صورت عدم درمان و کنترل، بر

بیماری‌های قلبی-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 می‌باشد [۱]. طبق بررسی به عمل آمده شیوع بیماری‌های عروق کرونر در شهر اصفهان $19/4\%$ می‌باشد [۲]. هم‌چنین طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۶، $9/4$ میلیون مرگ و میر در جهان ناشی از بیماری‌های ایسکمیک قلبی است [۳] و پیش‌بینی می‌شود که در سال ۲۰۲۰ میلادی، بیماری‌های قلبی-عروقی یکی از سه علت اصلی عامل مرگ در کشورهای پیشرفته

کیفیت زندگی بیماران تأثیر ناخوشایندی می‌گذارد [۹-۱۲].
 نوبهار و همکاران (۱۳۹۵) نیز یکی از چالش‌های مهم بیماری‌های
 مزمن را تأثیر بر کیفیت زندگی بیماران برشمرده [۱۳].

سازمان بهداشت جهانی، کیفیت زندگی را درک فرد از موقعیت
 زندگی خویش عنوان می‌کند، که این ادراک خود تحت تأثیر
 سیستم فرهنگی، ارزشی و موقعیتی که فرد در آن زندگی می‌کند،
 می‌باشد. لذا با نگاهی عمیق بر تعریف ارائه شده، می‌توان گفت
 وضعیت جسمانی، روانی، میزان استقلال و روابط اجتماعی و
 میزان اعتقادات هر فرد عامل مهمی در پوشش اهداف، انتظارات،
 استانداردها و خواسته‌های او می‌باشد [۱۴]. از سال ۱۹۴۸ که
 سازمان بهداشت جهانی سلامتی را نه صرفاً عدم بیماری و ناتوانی،
 بلکه به عنوان رفاه کامل در همه ابعاد، از جمله بعد جسمی، بعد
 روانی و بعد اجتماعی مطرح نمود، به تدریج مفهوم کیفیت زندگی
 به عنوان یک عامل اثرگذار بر مرگ و میر، موضوع داغ محافل
 بهداشتی جهانی قرار گرفت [۱۵]. در این راستا بیماری‌ها و درمان
 آن‌ها و نحوه برخورد با آن‌ها را می‌توان از جمله مهم‌ترین عوامل
 تأثیرگذار در سطح کیفیت زندگی هر فرد و کاهش استرس برشمرده
 [۱۰، ۱۱]. امروزه مفهوم کیفیت زندگی از چنان اهمیتی برخوردار
 است که می‌توان با قاطعیت اعلام داشت، کیفیت زندگی بیماران
 به عنوان اولین برآیند تأثیرگذار در برنامه‌های توانبخشی قلبی
 مورد توجه خاص قرار گرفته است [۱۴].

از آن‌جا که، بیماران قلبی عروقی به ویژه بیماران مبتلا به
 انفارکتوس میوکارد حاد، اضطراب و تنش زیادی را تجربه می‌کنند
 و از طرفی این بیماران ۵ مرتبه بیش‌تر نسبت به بیمارانی که
 اضطراب کم‌تری دارند مستعد ایجاد ایسکمی، سکته مجدد،
 تاقیکاردی و فیبریلاسیون بطنی می‌باشند [۱۶] باید به دنبال راه
 حلی مطمئن در جهت کاهش هیجانات ناشی از این رویداد
 پرمخاطره بود.

در این رابطه باقری و همکاران اذعان داشته‌اند که در درمان
 بیماری‌ها نمی‌توان فقط جنبه‌های جسمانی بیمار را در نظر گرفت
 و لازم است برای کمک به بیماران جهت بازگشت به زندگی
 عادی، جنبه‌های مختلف زندگی بیماران مدنظر قرار گیرد [۱۷].
 در این بین، یکی از مداخلات مهمی که پیشرفت‌های حائز اهمیتی
 را در برداشته است، برگزاری جلسات مشاوره و بازتوانی به
 صورت گروهی و فردی می‌باشد. محمدی و همکاران به نقل از
 پولاسکی و تاترو بیان کردند که مددجویان مبتلا به بیماری‌های
 مزمن برای پیشگیری از ناتوانی، حفظ توانایی عمل‌کردی و با
 اعاده آن و بهبود کیفیت زندگی باید در این‌گونه برنامه‌ها شرکت
 کنند [۱۴]. بنابراین در برخورد با بیماران مبتلا به بیماری‌های
 مزمن مانند سکته قلبی، می‌توان با داشتن برنامه‌هایی تحت عنوان
 کلی مشاوره و آموزش، گام مؤثری در جهت حل موفقیت‌آمیز

این معضل و تلاش به سوی پیشبرد سلامت به بالاترین حد ممکن
 نمود [۱۸].

در این زمینه معنویت می‌تواند بازوی حمایتگر بسیار قوی به
 سبب کاهش اضطراب و طی طریق این‌تر در این دوران باشد
 [۱۰] و از آن‌جا که بیماری‌های قلبی نقش غیر قابل انکاری در
 دیسترس معنوی در این دسته از بیماران دارد [۱۹، ۲۰]، بنابراین
 انتظار می‌رود کیفیت زندگی بیماران دست‌خوش تغییرات منفی
 ناشی از آن باشد.

در این بین نقش پرستاران در ایجاد محیطی امن و مناسب
 برجسته می‌شود. چنان‌که با ایجاد زمینه‌های معنوی برای بیماران
 و همراهان آن‌ها می‌تواند فرصت‌هایی را برای تأمین مراقبت
 معنوی ایجاد نموده [۲۱] و کمک قابل توجهی برای بازیابی کیفیت
 زندگی این بیماران بنماید. تحقیقات نشان داده است که ایجاد
 محیطی آرام بر پایه معنویت یکی از مداخلاتی است که ممکن است
 نتایج خوبی را در ابعاد مختلف زندگی به همراه داشته باشد [۱۹].
 پرستاران با استفاده از یک رویکرد مراقبتی کل‌نگر با تاکید
 بر بعد معنوی مراقبت می‌توانند به بیماران در دستیابی به بهبودی
 کامل کمک کنند [۱۹، ۲۲]. مراقبت معنوی جزء جدایی‌ناپذیر
 مراقبت پرستاری است و اکثریت مدل‌های پرستاری بر رویکرد
 کل‌نگر تاکید می‌کنند، لیکن شواهد نشان می‌دهد که حیطه مراقبت
 معنوی، حیطه‌ای است که غالباً در بالین نادیده گرفته می‌شود [۲۳].
 تأمین نیازهای معنوی افراد بستری، در سرعت بهبودی و
 دستیابی به سلامت معنوی و ارتقاء کیفیت زندگی بسیار مهم بوده
 [۲۴، ۲۵] و این مسئله در بخش مراقبت ویژه از اهمیت ویژه‌ای
 برخوردار است [۲۶].

مطالعاتی که تأثیر معنویت را بر بهبودی بیماران مبتلا به
 بیماری‌های مختلف مانند بیماری‌های قلبی عروقی بررسی
 نموده‌اند، به سرعت افزایش یافته است. شواهد مختلف بیانگر آن
 است که بیمارانی که نمره بالاتری در مقیاس‌های معنویت دریافت
 کرده‌اند میزان ناخوشی و مرگ و میر آن‌ها به علت بیماری قلبی
 عروقی یا عوارض مرتبط با جراحی قلب کم‌تر بوده است [۲۹-
 ۲۷]. ویلاگومزال در تحقیقی بر روی معنویت، اهمیت قابل توجه
 معنویت به عنوان یک جنبه مهم در مراقبت بیماران قلبی عروقی
 که دلالت بر اثرات مثبت فیزیولوژیکی و روانی اجتماعی مانند
 پیشگیری از عوارض مرتبط با بیماری‌های قلبی می‌کند، را نشان
 داد [۲۷].

نتایج یک کارآزمایی بالینی توسط دلانی در ایالت کنکتیکوت
 ایالات متحده آمریکا، با هدف بررسی تأثیر مداخلات معنویت
 محور بر عوامل مرتبط با سلامت (کیفیت زندگی، افسردگی و
 اضطراب) بیماران قلبی تفاوت آماری معنی‌داری بین میانگین نمره
 کیفیت زندگی بیماران قبل و بعد از مداخله معنوی نشان داد [۳۰].

از قلب سلیم که حاصل رشد معنوی و سعه صدری است که از ایمان ناشی می‌شود، بالاترین درجه سلامتی شناخته شده است [۳۸].

با توجه به وجود موارد ضد و نقیض متعدد در حوزه ارتباط معنویت با کیفیت زندگی در تحقیقات صورت پذیرفته در خارج از کشور، تاثیرات متقابل اختلالات ایسکمی قلب بر بعد معنوی بیماران مبتلا و بالعکس، کمبود شواهد پژوهشی داخلی در حیطه مداخلات معنوی در مبتلایان به بیماری عروق کرونر و مغفول ماندن انجام مداخلات معنوی محور در بالین علی‌الخصوص بخش‌های مراقبت ویژه و در نظر گرفتن بهبود کیفیت زندگی بیماران به عنوان معیار درمان بیماری عروق کرونر [۴]، محققین بر آن شدند تا به ارزیابی تأثیر الگوی مراقبت معنوی قلب سلیم بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به انفارکتوس حاد میوکارد پردازند.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر بخشی از نتایج یک کارآزمایی بالینی سوکور است که بر روی بیماران مبتلا به انفارکتوس حاد میوکارد بستری در بخش مراقبت‌های ویژه قلب بیمارستان چمران اصفهان در سال ۱۳۹۵ با هدف تعیین تأثیر مراقبت معنوی مبتنی بر الگوی قلب سلیم بر سلامت معنوی و کیفیت زندگی بیماران انفارکتوس میوکارد انجام شد. در این پژوهش نمونه‌ها به روش در دسترس و از میان بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد قلبی که در بخش مراقبت‌های ویژه قلب بیمارستان چمران بستری بوده و معیارهای ورود به مطالعه را داشتند، انتخاب شدند. حجم نمونه با استفاده از یک مطالعه مقدماتی بر روی ۲۰ نفر از گروه کنترل و ۱۶ بیمار از گروه مداخله با در نظر گرفتن توان ۸۰٪ و مقدار خطای اول ۵٪ و با استفاده از نرم‌افزار جی‌پاور، برای کیفیت زندگی ۱۹ نفر و برای سلامت معنوی ۴۵ نفر برآورد شد و در مجموع ۹۲ نفر به صورت تصادفی با استفاده از پاکت‌های بسته با حروف A (گروه آزمون) یا B (گروه کنترل) در داخل آن‌ها و انتخاب توسط خود بیماران در دو گروه آزمون و کنترل قرار گرفتند.

در این پژوهش ۱۰۸ بیمار تحت مطالعه قرار گرفتند. از این تعداد ۱۶ نفر به دلایل مختلف زیر ریزش داشتند و از مطالعه خارج شدند. در گروه کنترل خاتمه‌ها: امکان انجام پیگیری سه بیمار به علت ارائه شماره تلفن اشتباه میسر نشد.

در گروه مداخله خاتمه‌ها: یک نفر به علت تصمیم پزشک معالج برای انجام جراحی بای پس عروق کرونر از مطالعه خارج شد. امکان انجام پیگیری پنج بیمار به علت ارائه شماره تلفن اشتباه میسر نشد. یک نفر به علت اظهار عدم تمایل به ادامه همکاری در جلسه دوم از مطالعه خارج شد و یک نفر به علت مفقود شدن

بر اساس نتایج اُبرین ارتباط قوی میان سطح سلامت معنوی بیماران، سازگاری با شرایط بیماری و کیفیت زندگی آن‌ها وجود دارد [۳۱].

البته ارتباط بین معنویتیا مذهب و وضعیت سلامتی همیشه مثبت و معنی‌دار گزارش نشده است. به طور مثال نتایج مطالعه صورت پذیرفته در کشور انگلستان نشان داد بیمارانی که از لحاظ اعتقادات معنوی وضعیت بالاتر و قوی‌تر داشتند، پیش‌آگهی به مراتب بدتری نسبت به سایر بیماران داشتند [۳۲]. نتایج مطالعات بلومنتال و همکاران، همین‌طور کروکوف و همکاران حاکی از عدم تأثیر معنی‌دار مداخلات معنوی-محور بر شاخص‌های مرتبط با سلامتی نظیر میزان مرگ و میر پس از انفارکتوس حاد میوکارد، پذیرش مجدد و کیفیت زندگی بیماران بود [۳۳،۳۴].

در یک مطالعه کارآزمایی بالینی انجام شده از سوی آویلز و همکاران که با هدف تعیین تأثیر دعا بر پیشرفت بیماری‌های قلبی عروقی پس از ترخیص از بیمارستان انجام شد، تفاوت معنی‌داری بین گروه آزمون و کنترل از نظر پیشرفت بیماری‌های قلبی عروقی (عروق‌سازی مجدد قلبی، بستری مجدد در بیمارستان، ایست قلبی) وجود نداشت. هم‌چنین تفاوت معنی‌داری نیز بین کیفیت زندگی در بین دو گروه آزمون و کنترل مشاهده نشد. به این ترتیب مطالعه نشان داد که دعا بر کیفیت زندگی و وضعیت بیماران بعد از بستری شدن در بخش مراقبت‌های ویژه قلبی تأثیری ندارد [۳۵].

فشار بیشتر بر پارامترهای جسمی بیماران مبتلا به اختلالات ایسکمیک در بحران‌های فیزیولوژیک به توجه کم‌تر بر نیازهای معنوی این بیماران منجر شده است، این در حالی است که بیماران خواستار توجه به نیازهای معنوی و برآورده شدن آن در زمان بستری در بیمارستان هستند [۲۳]. یکی از نگرانی‌هایی که اخیراً در متون پرستاری به چشم می‌خورد این است که ارائه مراقبت معنوی به بیماران ناکافی است و این امر با مشکلاتی چون درد، اعتماد به نفس پایین، احساس تنهایی، ضعف، ناامیدی و افسردگی، اضطراب و در نهایت افت کیفیت زندگی همراه می‌شود [۳۶].

از آن‌جا که معنویت با فرهنگ و مذهب آمیخته شده است و در ایران اعتقادات مذهبی نقش مهمی در زندگی مردم به خصوص در شرایط بحرانی ایفا می‌کند [۳۷]، الگوی مراقبت معنوی قلب سلیم توسط اسد زندی طراحی گردید. در این الگوی مراقبتی اساس مراحل فرایند پرستاری بر اصلاح ارتباطات چهارگانه معنوی انسان (یعنی ارتباط با خدا، خود، دیگران، طبیعت و محیط) تنظیم شده است. در این مدل، پرستار علاوه بر کمک به بیمار جهت اصلاح رفتار و مساعدت جهت اصلاح افکار و نیت، با اصلاح محیط فیزیکی، تنظیم محیط روانی اجتماعی و روحی بیمار، زمینه را جهت دستیابی به قلب سلیم فراهم می‌کند. برخورداری

کتابچه قلب سلیم پس از ترخیص به منزل و عدم همکاری از مطالعه خارج شد.

در گروه مداخله آقایان: یک نفر به علت ابتلا به بیماری روانی که در روز آخر مصاحبه توسط همراه ایشان بیان شد و قبلاً در پرونده هم ثبت نشده بود از مطالعه خارج شد. سه نفر به علت اظهار عدم تمایل به همکاری در مرحله پیگیری حذف شدند و یک نفر به علت عدم پاسخگویی خود فرد به تلفن همراه در چند نوبت تماس از مطالعه خارج شد.

در مرحله پس‌آزمون دسترسی به کلیه نمونه‌ها با اولین تماس میسر شد. در نهایت داده‌های ۹۲ نفر در تجزیه و تحلیل وارد شد. معیارهای ورود به پژوهش شامل داشتن حداقل ۵۰ سال سن، تشخیص بیماری انفارکتوس میوکارد حاد توسط پزشک متخصص قلب و بستری شدن برای اولین بار، پذیرش مشارکت در انجام مطالعه، هوشیار، شیعه و ایرانی‌الاصل و مسلط به زبان فارسی بودن، خودآگاهی از بیماری فعلی، نداشتن عواملی همچون: عقب‌ماندگی ذهنی، ناپیایی، ناشنوایی، بیماری روانی و در نهایت نداشتن بیماری زمینه‌ای به جز بیماری‌هایی که عوامل خطر آترواسکلروز عروق کرونر هستند (فشار خون، دیابت، چربی خون بالا و مصرف سیگار) بود. معیارهای خروج نیز شامل مشارکت در طرح‌های مشابه قبلی، ایجاد هر گونه مشکل جسمی یا هیجانات روانی حاد به نحوی که بیماران قادر به ادامه شرکت در مطالعه نباشد همانند نارسایی شدید قلب، ادم ریه، شوک کاردیوژنیک، شرایط ایست قلبی ریوی و احیای قلبی ریوی، وجود آریتمی خطرناک یا انقباضات زودرس بطنی بیش از ۶ مورد در ساعت، عدم تمایل به ادامه شرکت در مطالعه، و انتقال به بخش یا بیمارستان دیگر در حین انجام مطالعه بود.

ابزار گردآوری داده‌ها شامل دو پرسش‌نامه جمعیت‌شناختی و کیفیت زندگی بود. در پرسش‌نامه جمعیت‌شناختی اطلاعاتی نظیر سن، جنس، تأهل، میزان تحصیلات و داشتن ریسک فاکتورهای مرتبط با بروز آترواسکلروز بررسی شد. پرسش‌نامه کیفیت زندگی ۲۶ سوالی سازمان بهداشت جهانی (WHOQOL-BRIEF) کیفیت زندگی کلی و عمومی فرد را مورد سنجش قرار می‌داد و در دو نوبت قبل و یک ماه پس از انجام مداخله برای بیماران دو گروه تکمیل گردید. این ابزار دارای ۴ زیرمقیاس سلامت جسمی، سلامت روان، روابط اجتماعی، سلامت محیط اطراف و یک نمره کلی است. دامنه نمرات زیرمقیاس سلامت جسمی بین ۷ تا ۳۵ و تفاضل این دو ۲۸ است. دامنه نمرات زیرمقیاس سلامت روان بین ۶ تا ۳۰ و تفاضل این دو ۲۴ است. دامنه نمرات زیرمقیاس روابط اجتماعی بین ۳ تا ۱۵ تفاضل این دو ۱۲ است. دامنه نمرات زیرمقیاس سلامت محیط بین ۸ تا ۴۰ و

تفاضل این دو ۳۲ است. دامنه نمرات کیفیت زندگی و سلامت عمومی کلی بین ۲ تا ۱۰ و تفاضل این دو ۸ است. پس از به دست آوردن نمرات خام هر خرده‌مقیاس باید آن را به یک نمره استاندارد از ۰ تا ۱۰۰ تبدیل کنیم که این نمره را با توجه به فرمول زیر محاسبه می‌کنیم. نمرات بالاتر نشان دهنده کیفیت زندگی بهتر است.

$$*100 \frac{\text{نمره خام بدست درآمده زیر مقیاس} - \text{کمترین نمره ممکن زیرمقیاس}}{\text{تفاضل بین کمترین و بیشترین نمره ممکن زیر مقیاس}}$$

پایایی پرسش‌نامه با استفاده از آلفای کرونباخ و هم‌بستگی درون خوشه‌ای حاصل از آزمون مجدد در تمام حیطه‌ها بالای ۰/۷۰ سنجیده شده و روایی پرسش‌نامه با استفاده از رگرسیون خطی در مطالعه نجات و همکاران (۲۰۰۶) مورد ارزیابی قرار گرفت [۳۹]. پایایی این ابزار در مطالعه حاضر با روش آلفای کرونباخ مجدداً مورد سنجش قرار گرفت و ضریب بالای ۰/۷۵ برای تمام حیطه‌ها به دست آمد.

در ابتدای مطالعه رضایت‌نامه آگاهانه و پرسش‌نامه‌ها توسط مشارکت‌کنندگانی که با معیارهای ورود وارد مطالعه شدند تکمیل شد. در بیمارانی که قادر به خواندن نبودند این کار توسط محقق انجام شد. سپس تخصیص تصادفی نمونه‌ها به گروه آزمون و کنترل انجام پذیرفت. جهت بلوک کردن متغیر جنسیت در هر دو گروه آزمون و کنترل به تعداد برابر از بیماران مرد و زن انتخاب شد. سپس با حضور یافتن محقق بر بالین هر یک از بیماران گروه آزمون و جلب اعتماد بیمار از طریق معرفی خود و پاسخ به سؤالات احتمالی بیمار درباره بیماری و روند درمان با استفاده از کلمات ساده، کتابچه آموزشی حاوی برنامه مراقبت‌های معنوی مبتنی بر الگوی قلب سلیم در اختیار بیمار قرار داده شد تا بیمار با مطالعه آن بر اساس تمایل خود، مراقبت معنوی مورد نظر خود را انتخاب کرده و به همراه محقق و خانواده آن را اجرا نماید.

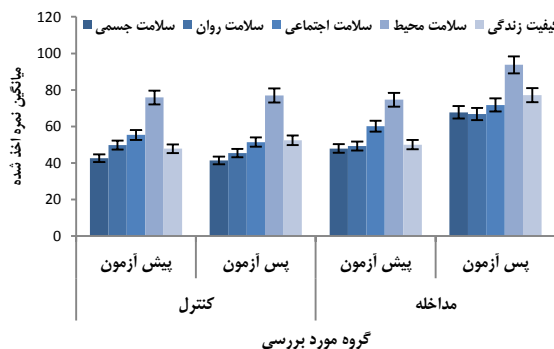
از آن‌جا که میانگین روزهای بستری شدن بیماران در بخش مراقبت‌های ویژه سه روز بوده و از طرفی اغلب بیماران در هنگام عصر و شب بیش‌تر نیاز به انجام مراقبت‌های معنوی داشتند، لذا مداخله معنوی بین ساعات ۲۰-۱۷ انجام گردید. در این راستا مداخلات از طریق ارتباطات چهارگانه معنوی انسان یعنی ارتباط با خدا، ارتباط با خود، ارتباط با دیگران و ارتباط با محیط و طبیعت انجام شد [۴۰] (جدول ۱). در برخی از موارد بنا بر درخواست بیمار جزء دیگر مراقبت معنوی در مطالعه، فراهم شدن امکان حضور یکی از اعضای خانواده بر بالین بیمار به مدت یک ساعت در ساعات تعیین شده بود [۴۱، ۴۲].

جدول ۱. مداخلات آموزشی/ مراقبتی مبتنی بر الگوی قلب سلیم

ابعاد مراقبت معنوی	مداخلات آموزشی/ مراقبتی
ارتباط با خدا	فراهم کردن امکانات عبادت: قرار دادن جانماز و مهر و تسبیح، چادر و لباس یکبار مصرف، قرآن و مفاتیح درشت خط، کتاب قصص قرآنی و زندگی نامه، فایل صوتی دعا و قرآن، آشنا کردن بیمار با احکام وضو و نماز در زمان بیماری.
ارتباط با خود	ترک اعمال مختل کننده آرامش با انجام مشارطه یا مراقبه یا محاسبه با استفاده از یادداشت روزانه طبق پیشنهادات کتابچه آموزشی.
ارتباط با دیگران	انفاق، توجه به همسر و فرزندان، دیدار با خویشاوندان، شاد بودن و خنده.
ارتباط با محیط و طبیعت	نگاه کردن به آب روان و سبزه درختان و گلها و بوییدن آنها، پرورش گل و ترحم به حیوانات، اجتناب از استنشام هوای آلوده و استعمال بوی خوش و گوش دادن به نغمه تسبیح طبیعت (باران، آب، حیوانات) و استفاده از رنگ‌های شادی بخش و نور کافی.

یافته است که تفاوت معنی‌دار نبود ($p=0/57$). سلامت روان بیماران گروه مداخله نیز به طور متوسط به اندازه ۱۷/۵ افزایش یافته ($p<0/001$)، در حالی که در گروه کنترل به طور متوسط به اندازه ۴/۴ کاهش یافته است ($p=0/02$). مراقبت معنوی در گروه مداخله، نمره روابط اجتماعی بیماران را به طور متوسط به اندازه ۱۱/۶ افزایش داده است ($p<0/001$)، در حالی که در گروه کنترل به طور متوسط به اندازه ۳/۸ کاهش یافته است ($p=0/02$). نمره سلامت محیط بیماران نیز به طور متوسط به اندازه ۱۹/۱ افزایش یافته ($p<0/001$)، در حالی که در گروه کنترل به طور متوسط به اندازه ۱/۲ افزایش یافته است ($p=0/50$). در نهایت نمره کیفیت زندگی و سلامت عمومی بیماران گروه مداخله به طور متوسط به اندازه ۲۷/۲ افزایش یافته ($p<0/001$) و در گروه کنترل به طور متوسط به اندازه ۴/۶ افزایش یافته است ($p=0/11$). در تمامی ابعاد در مقایسه نمرات دو گروه آزمون و کنترل قبل از مداخله تفاوت آماری معنی‌داری مشاهده نشد ولی تفاوت نمرات بعد از مداخله و تغییرات قبل و بعد از مداخله بین دو گروه معنی‌دار بود (جدول ۳).

نتایج جدول ۳ و شکل ۱ نشان داد، بعد سلامت محیط همواره بالاترین میانگین‌ها را به خود اختصاص داده است. این در حالی است که بعد سلامت جسمی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه کنترل و پیش‌آزمون گروه مداخله (مراقبت معنوی)، کم‌ترین مقدار و سلامت روان، در پس‌آزمون گروه مداخله کم‌ترین مقدار را به خود اختصاص داده است که حاکی از افزایش کم‌ترین بعد نسبت به ابعاد دیگر پس از انجام مداخله بوده است.



شکل ۱. میانگین نمرات کیفیت زندگی در ابعاد مختلف در دو گروه مورد بررسی

با توجه به این‌که پرسش‌نامه بررسی کیفیت زندگی یک ماه بعد از شروع مداخله مجدداً تکمیل می‌شد لذا هر روز مطالب روزهای قبل جهت نهادینه شدن در ذهن بیمار، یادآوری و تکرار شد تا پس از ترخیص، در منزل عملکرد بیمار دچار تغییر نشود [۴۳-۴۵]. در نهایت تجزیه و تحلیل اطلاعات به وسیله نرم افزار SPSS نسخه ۲۰ و آزمون‌های کای، T-Test وابسته و مستقل انجام شد. سطح معنی‌داری در تمام موارد ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. ملاحظات اخلاقی. این مطالعه دارای تاییدیه کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی سمنان به شماره IR.SEMUMS.REC.1395.53 تاریخ ۱۳۹۵/۰۳/۳۱ و شماره ثبت IRCT201606208665N5 در مرکز کارآزمایی بالینی ایران می‌باشد. نمونه‌گیری پس از کسب مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی سمنان و اصفهان و اجازه مسئولین بیمارستان و بخش CCU شروع شد. محقق پس از معرفی خود به نمونه‌ها و همراهان وی، در ارتباط با اهداف تحقیق، روش کار، اختیاری بودن شرکت در مطالعه، و محرمانه بودن اطلاعات به آن‌ها توضیحات کافی داده، و سپس رضایت کتبی از آن‌ها جهت شرکت در مطالعه می‌گرفت.

نتایج

از ۹۲ بیمار مشارکت‌کننده در مطالعه ۵۰٪ زن بودند. میانگین و انحراف معیار سنی بیماران در گروه کنترل $62/7 \pm 6/9$ و در گروه مداخله $61/3 \pm 8/9$ بوده و براساس آزمون t اختلاف معناداری بین دو گروه مشاهده نشد ($p=0/42$). ۹۱/۳٪ بیماران گروه کنترل و ۸۹/۱٪ بیماران گروه مداخله متاهل و ۴۱/۳٪ بیماران هر دو گروه کم‌سواد بودند. ۴۷/۸٪ بیماران گروه کنترل و ۵۶٪/۵ بیماران گروه مداخله فشارخون بالا داشتند. هر دو گروه کنترل و مداخله از حیث متغیرهای جمعیت‌شناختی با یک‌دیگر همگن بوده‌اند (جدول ۲).

میانگین نمرات به‌دست آمده در رابطه با ابعاد مختلف کیفیت زندگی بیماران (سلامت جسمی، سلامت روان، روابط اجتماعی، سلامت محیط و کیفیت زندگی و سلامت عمومی) نشان داد مراقبت معنوی نمره سلامت جسمی را در گروه مداخله به طور متوسط به اندازه ۱۹/۸ افزایش داده ($p<0/001$)، در حالی که در گروه کنترل نمره سلامت معنوی به طور متوسط ۱/۲ کاهش

جدول ۲. مشخصات واحدهای مورد پژوهش در بدو پذیرش در بخش مراقبت ویژه

متغیر گروه	کنترل (درصد) تعداد	مداخله (درصد) تعداد	(p-value)	
			مداخله	کنترل
جنسیت	زن ۲۳ (۵۰)	۲۳ (۵۰)	۰/۹۹	
	مرد ۲۳ (۵۰)	۲۳ (۵۰)		
وضعیت تأهل	متأهل ۴۲ (۹۱/۳۰)	۴۱ (۸۹/۱۰)	۰/۹۹*	
	مطلقه ۱ (۲/۲۰)	۱ (۲/۲۰)		
	همسر فوت شده ۳ (۶/۵۰)	۴ (۷/۸۰)		
سطح سواد	بی سواد ۸ (۱۷/۴۰)	۱۰ (۲۱/۷۰)	۰/۷۱*	
	کم سواد ۱۹ (۴۱/۳۰)	۱۹ (۴۱/۳۰)		
	دیپلم ۱۴ (۳۰/۴۰)	۱۶ (۳۴/۸۰)		
	دانشگاهی ۵ (۱۰/۹۰)	۱ (۲/۲۰)		
ریسک فاکتور ها**	دیابت ۱۹ (۴۱/۳۰)	۱۰ (۲۱/۷۰)	۰/۷۹	
	فشار خون بالا ۲۲ (۴۷/۸۰)	۲۶ (۵۶/۵۰)		
	هایپر لیپیدمی ۱۷ (۳۷/۰۰)	۱۱ (۲۳/۹۰)		
	استعمال سیگار ۸ (۱۷/۴۰)	۸ (۱۷/۴۰)		
	بدون ریسک فاکتور ۹ (۱۹/۶۰)	۱۰ (۲۱/۷۰)		

* آزمون کای دو. ** برخی از بیماران بیش از یک ریسک فاکتور داشته اند. لذا جمع درصدها از ۱۰۰ بیشتر است.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار نمرات ابعاد مختلف کیفیت زندگی بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد حاد در دو گروه مداخله (تحت مراقبت معنوی) و کنترل در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون

p-value	گروه مورد بررسی		ابعاد کیفیت زندگی
	کنترل میانگین ± انحراف معیار	مداخله میانگین ± انحراف معیار	
۰/۱۸	۲۰/۶ ± ۴۲/۵	۱۷/۳ ± ۴۷/۹	قبل از مداخله
<۰/۰۰۱	۱۵/۳ ± ۴۱/۳	۱۲/۸ ± ۶۷/۷	بعد از مداخله
<۰/۰۰۱	۱۵/۰ ± ۱/۲	۱۳/۱ ± ۱۹/۸	افزایش بعد از مداخله
۰/۹۱	۲۰/۴ ± ۴۹/۷	۲۰/۰ ± ۴۹/۳	قبل از مداخله
<۰/۰۰۱	۱۷/۹ ± ۴۵/۳	۱۳/۲ ± ۶۶/۸	بعد از مداخله
<۰/۰۰۱	۱۳/۱ ± ۴/۴	۱۲/۳ ± ۱۷/۵	افزایش بعد از مداخله
۰/۲۷	۲۱/۵ ± ۵۵/۳	۲۱/۱ ± ۶۰/۱	قبل از مداخله
<۰/۰۰۱	۲۰/۹ ± ۵۱/۴	۱۷/۰ ± ۷۱/۷	بعد از مداخله
<۰/۰۰۱	۱۱/۲ ± ۳/۸	۱۰/۸ ± ۱۱/۶	افزایش بعد از مداخله
۰/۸۲	۲۶/۴ ± ۷۵/۸	۲۳/۰ ± ۷۴/۶	قبل از مداخله
<۰/۰۰۱	۲۴/۷ ± ۷۷/۰	۲۰/۰ ± ۹۳/۷	بعد از مداخله
<۰/۰۰۱	۱۱/۹ ± ۱/۲	۱۲/۵ ± ۱۹/۱	افزایش بعد از مداخله
۰/۶۵	۲۲/۷ ± ۴۷/۸	۲۳/۶ ± ۵۰/۰	قبل از مداخله
<۰/۰۰۱	۱۷/۶ ± ۵۲/۴	۱۵/۷ ± ۷۷/۲	بعد از مداخله
<۰/۰۰۱	۱۹/۴ ± ۴/۶	۱۸/۱ ± ۲۷/۲	افزایش بعد از مداخله

بحث و نتیجه گیری

نتایج مطالعه حاضر که با هدف بررسی تاثیر مراقبت معنوی مبتنی بر الگوی قلب سلیم بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد حاد انجام شد، نشان داد که برنامه مراقبت معنوی توانسته است نمره سلامت جسمی را به طور متوسط ۱۹/۸ افزایش، نمره سلامت روان را به طور متوسط ۱۷/۵ افزایش، نمره روابط اجتماعی را به طور متوسط ۱۱/۶ افزایش، نمره سلامت محیط را به طور متوسط ۱۹/۱ افزایش و نمره کیفیت زندگی و سلامت عمومی کلی را به طور متوسط ۲۷/۲ افزایش دهد. همچنین

تفاوت نمره کیفیت زندگی در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل، معنادار بوده است.

نتایج چندین مطالعه موید تاثیر مراقبت معنوی بر سلامت روان بیماران می باشد که به برخی از آن ها اشاره می شود. در همین راستا مؤمنی (۲۰۱۲) در مطالعه ای که با مضمون تأثیر اجرای مراقبت های معنوی بر بیماران قلبی انجام داد، نشان داد ایجاد و گسترش بستری مناسب و حمایت گرانه برای فعالیت های مذهبی و معنوی در کاهش استرس و اضطراب بیماران قلبی و افزایش سطح معنویت آن ها مؤثر بوده است، که با نتیجه پژوهش حاضر همسو می باشد [۴۶].

[۳۰]. مقیمی و همکاران (۱۳۹۶) در مطالعه‌ای بر روی بیماران مبتلا به آرتريت روماتوئید، ارتباط روزه‌داری اسلامی به عنوان یک مداخله معنوی را با کیفیت زندگی، ناتوانی فیزیکی، فعالیت بیماری و افسردگی بیماران مورد بررسی قرار دادند. نتایج مطالعه موبد ارتباط روزه‌داری با بهبود کیفیت زندگی و نیز کاهش میزان افسردگی بیماران مبتلا به آرتريت روماتوئید بود [۵۳].

همتی مسلک پاک و همکاران (۱۳۸۹) نیز در مطالعه‌ای با عنوان اعتقادات معنوی و کیفیت زندگی: یک مطالعه کیفی از دیدگاه دختران نوجوان مبتلا به دیابت به این نتیجه رسیدند که معنویت در دختران نوجوان مبتلا به دیابت عامل مهمی است که کیفیت زندگی آن‌ها را تحت تاثیر قرار می‌دهد. یکی از عوامل مهم سازگاری دختران نوجوان مبتلا به دیابت در موقعیت‌های تنش‌زای معنویت بوده و ضروری است به عنوان یک جنبه از نیازهای مراقبتی بیماران مبتلا به دیابت به آن توجه شود [۵۴].

جدیدی و همکاران (۲۰۱۱) نیز در پژوهشی که انجام دادند، برگزاری جلسات توأم با سلامت معنوی را بر افزایش کیفیت زندگی سالمندان متمرثر اعلام نمودند [۵۵]. مطالعه هریس و همکاران (۲۰۱۰) نیز نقش سلامت معنوی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری پیوند علیه میزبان مزمن را پررنگ ارزیابی نمودند [۵۶] که با نتایج پژوهش حاضر مطابقت دارند. همچنین مطالعه‌ای که در اسپانیا توسط فر و همکاران (۲۰۱۲) انجام شد، نشان داد که معنویت نقش مهمی در ارتقای سلامت روان و کیفیت زندگی بیماران تحت همودیلایز دارد [۵۷] که با مطالعه حاضر هم‌خوانی دارد.

برخلاف نتایج مطالعه حاضر، یافته‌های مطالعه آویلز (۲۰۰۱) نشان داد که مداخلات معنوی محور بر کیفیت زندگی و وضعیت بیماران بعد از بستری شدن در بخش مراقبت‌های ویژه قلبی تأثیری ندارد [۳۵]. نتایج مطالعات بلومنتال و همکاران (۲۰۰۷)، همین‌طور کروکوف و همکاران (۲۰۰۵) نیز حاکی از عدم تأثیر معنی‌دار مداخلات معنوی-محور بر شاخص‌های مرتبط با سلامتی نظیر میزان مرگ و میر پس از انفارکتوس حاد میوکارد، پذیرش مجدد و کیفیت زندگی بیماران بود [۳۳، ۳۴]. به نظر محققین علت این تفاوت را می‌توان در تأثیر قابل ملاحظه عوامل فرهنگی، نژادی، عقاید و باورهای معنوی هر قوم و ملیت دانست که می‌تواند بر نتایج مطالعه تأثیرگذار باشد، مضافاً این‌که با اجرای الگوی مراقبت قلب سلیم که بر اساس اصول و مبانی اسلامی طراحی شده است، می‌توان تفاوت‌های قابل ملاحظه‌ای را پیرامون یافته‌های حاصل از این مطالعه با مطالعات با محوریت مشابه صورت پذیرفته انتظار داشت.

یافته‌های مطالعات اپیدمیولوژیک نیز به روشنی نشان داده‌اند که معنویت با پیامدهای قلبی-عروقی همانند سلامت روانی،

هم‌چنین نتایج مطالعات بابا محمدی و همکاران (۲۰۱۵) و (۲۰۱۷) در زمینه تأثیر آوای قرآن کریم بر اضطراب و افسردگی بیماران تحت همودیلایز حاکی از اثربخشی مثبت این مداخله معنوی بر کاهش اضطراب و افسردگی بیماران بوده است که با نتیجه پژوهش حاضر هم‌خوان می‌باشد [۴۷، ۴۸].

نتایج حاصل از بررسی تاج‌بخش و همکاران (۲۰۱۷) نیز با نتیجه مطالعه ما همسو می‌باشد. در پژوهش مذکور که بر روی ۶۸ بیمار جراحی بای پس عروق کرونر قلب انجام شد، نشان داد مراقبت معنوی- مذهبی، تأثیر معنی‌داری در کاهش استرس بیماران دارد [۴۹].

در این راستا نتایج مطالعه بکلن و همکاران (۲۰۰۷) در بالتیمور حاکی از آن بود که در بیمارانی که نارسایی قلبی در آن‌ها گزارش شده است، هرچه تمرکز بیماران بر سلامت معنوی بیش‌تر شود، شدت افسردگی کم‌رنگ‌تر می‌شود [۵۰].

نتایج حاصل از مطالعه دلانی (۲۰۱۱) در ایالات متحده آمریکا نیز حاکی از کاهش میانگین نمره افسردگی بیماران شرکت‌کننده در مداخله معنوی بود هرچند این کاهش از نظر آماری معنی‌دار نبود. همچنین نتایج نشان داد که مداخله معنوی محور بر میزان اضطراب بیماران تأثیر نداشته و از نظر آماری تفاوت معنی‌داری بین میانگین اضطراب بیماران قبل و بعد از مداخله وجود نداشت [۳۰]. محققین علت عدم تأثیر معنی‌دار مداخله معنوی بر اضطراب و افسردگی بیماران در مطالعه دلانی را احتمالاً به دلیل نوع جامعه مورد بررسی و تفاوت‌های فرهنگی می‌دانند. در ایران اعتقادات مذهبی نقش مهمی در زندگی مردم به ویژه در شرایط بحرانی ایفا می‌کند.

در زمینه سلامت جسمی یافته‌های پژوهش جهانی (۲۰۱۲) حاکی از یک ارتباط چشمگیر بین سلامت معنوی و کیفیت زندگی و سلامت جسمی-روانی در میان بیماران عروق کرونر می‌باشد [۵۱]. عابدی و همکارانش (۲۰۰۵) نیز در مطالعه‌ای که بر زندگی بیماران مبتلا به سرطان تحت شیمی‌درمانی انجام دادند، نشان دادند که مراقبت‌های معنوی همچون دعا و نیایش و ارتباط با خداوند، از دو جنبه تأثیرات خوبی داشته است. اول باعث ارتقای حالت‌های عاطفی بیماران شده و از طرفی بر کیفیت بدنی فرد تأثیر مثبتی داشته است و گاهی در عرض چند لحظه یا چند روز بیماری جسمی را بهبود می‌بخشد [۵۲].

در زمینه نمره کلی کیفیت زندگی و سلامت عمومی نتایج چندین مطالعه نیز با یافته مطالعه حاضر هم‌راستا می‌باشند که به برخی از آن‌ها اشاره می‌شود. برای مثال نتایج مطالعه دلانی (۲۰۱۱) نشان داد تفاوت آماری معنی‌داری بین میانگین نمره کیفیت زندگی بیماران قبل و بعد از مداخله معنوی وجود داشت

از مسئولین دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و پرسنل محترم بخش مراقبت ویژه بیمارستان چمران اصفهان که در خلال جمع‌آوری اطلاعات نهایت همکاری را با پژوهشگران داشتند، تقدیر و تشکر می‌شود. هم‌چنین از کلیه بیماران بخش CCU که در این مطالعه شرکت کرده‌اند سپاس‌گزاری می‌نماییم.

منابع

- [1] Verdiani V, Ognibene A, Rutili MS, Lombardo C, Bacci F, Terreni A. NT-ProBNP reduction percentage during hospital stay predicts long-term mortality and readmission in heart failure patients. *J Cardiovasc Med (Hagerstown)* 2008; 9: 694-699.
- [2] Khadibi M. The effect of aromatherapy on sleep quality in patients with ischemic heart disease in cardiac intensive care unit of the University Hospitals in 2009. *Isfahan Univ Med Sci Sch Nurs Midwifery* 2009. (Persian).
- [3] World Health Organization. The top 10 causes of death. 2016 [On Line]. Available From: URL: <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
- [4] Libby P, Bonow RO, Mann DL, Zipes DP, Braunwald E. *Braunwald's Heart Disease*. 9th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2012; 648.
- [5] Khademvatani K, Aghakhani N, Esm-Hoseini G, Hazrati A, Alinezhad V, Nazari H, et al. Study of relationship between spiritual health, anxiety and depression in acute myocardial infarction patients hospitalized in Seyyedshohada hospital in Urmia. *Urmia Med J* 2015; 25: 1092-1101. (Persian).
- [6] Taghadosi M, Gilasy HR. The general and specific quality of life in patients with Ischemia in Kashan. *Nurs Res J* 2008; 3: 39-46. (Persian).
- [7] Forouzanfar MH, Sepanlou S, Shahraz S, Dicker D, Naghavi P, Pourmalek F, et al. Evaluating causes of death and morbidity in Iran, Global Burden of disease, Injuries, and Risk factors study 2010. *Arch Iran Med* 2014; 17: 304-320. (Persian).
- [8] Ganjloo J, Mirbastegan N, Najafi SS, Rakhshani MH. The Effects of inhaling lavender oil on patients' anxiety with myocardial infarction. *J Sabzevar Univ Med Sci* 2014; 21: 1064-1072. (Persian).
- [9] Ginzburg K. Life events and adjustment following myocardial infarction. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2006; 41: 825-831.
- [10] Momennasab M, Moattari M, Abbaszade A, Shamsiri B. Spiritual experience of heart attack patients: A qualitative study. *J Qual Res Health Sci* 2013; 1: 284-297. (Persian).
- [11] Buckley T, McKinley S, Gallagher R, Dracup K, Moser DK, Aitken LM. The effect of education and counselling on knowledge, attitudes and beliefs about responses to acute myocardial infarction symptoms. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2007; 6: 105-111.
- [12] Afrasiabi-Far A, Hosseini P, Fallahi-Khoshknab M, Yaghmaei F. The barriers to myocardial infarction patients' participation in cardiac rehabilitation program. *Arch Rehabil* 2008; 9: 75-99.
- [13] Nobahar M, Saffari M, Babamohamadi H, Sotodehasl N. Exploration of adjustment in hemodialysis patients: qualitative content analysis. *Koomesh* 2017; 19: 164-174. (Persian).
- [14] Mohammadi F, Taherian A, Hosseini MA, Rahgozar M. Effect of home-based cardiac rehabilitation quality of life in the patients with myocardial infarction. *Arch Rehab* 2006; 7: 11-19.
- [15] Ross CE, Van Willigen M. Education and the subjective quality of life. *J Health Soc Behav* 1997; 38: 275-297.
- [16] Salehi S, Safavi M, Vafaie M. Level of anxiety and its correlation with some individual characteristics in patients with myocardial infarction in hospitals related to Islamic Azad University, Tehran Medical Branch (2005-2006). *Med Sci J Islamic Azad Univ Tehran Med Branch* 2008; 18: 121-125. (Persian).
- [17] Bagheri H, Memarian R, Alhani F. Survey the effect of group counselling on quality of life in myocardial infarction patients who have been referred to the clinics of Imam Khomeini and Shariati Hospitals in Tehran. *Hakim Health Syst Res J* 2004; 6: 89-95. (Persian).
- [18] Bagheri H, Memarian R, and Alhani F. Evaluation of the effect of group counselling on post myocardial infarction patients: determined by an analysis of quality of life. *J Clin Nurs* 2007; 16: 402-406.

روابط اجتماعی و شاخص‌های سلامتی در ارتباط می‌باشد [۱۹،۳۴].

یافته‌ها نشان داد که در سه بعد سلامت جسمی، سلامت روانی و روابط اجتماعی از ابعاد کیفیت زندگی بعد از گذشت یک ماه در گروه کنترل نمرات کسب شده نسبت به قبل از مداخله کاهش یافته و در دو مورد (سلامت روان و روابط اجتماعی) این کاهش از لحاظ آماری معنی‌دار بوده است. از آن‌جا که در مورد گروه کنترل مداخله خاصی صورت نگرفته و تنها مراقبت‌های روتین پرستاری را دریافت نموده‌اند چنین کاهش در ابعاد کیفیت زندگی قابل انتظار است. در پژوهش‌های صورت گرفته توسط حسن‌پور دهکردی، همینگوی، براون و کولینز نیز که بر روی کیفیت زندگی بیماران قلبی انجام شد نتایج نشان داد که کیفیت زندگی بیماران پس از سکنه قلبی کاهش پیدا می‌کند [۵۸-۶۱] که با نتایج مطالعه حاضر همسو می‌باشد. عوامل تنش‌زای متعدد در زندگی بیماران قلبی - عروقی، مشکلات جسمی درازمدت و تغییرات گسترده در زندگی این افراد احتمال کاهش کیفیت زندگی را بیش از پیش مطرح می‌سازد که این امر باید مورد توجه برنامه‌ریزان بهداشتی قرار گیرد.

به طور کلی یافته‌های پژوهش حاضر موید تاثیر مراقبت معنوی مبتنی بر الگوی قلب سلیم بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد حاد بستری در بخش مراقبت‌های ویژه قلب بوده است. لذا کاربرد آن به عنوان یک رویکرد مراقبتی کل نگر در بهبود علائم و ابعاد کیفیت زندگی بیماران ایسکمیک قلبی به ویژه انفارکتوس میوکارد پیشنهاد می‌شود. هم‌چنین پیشنهاد می‌شود با انجام مطالعات دقیق‌تر و گسترده‌تر، استفاده از آن به عنوان یک روش تکمیلی یا کمکی در مراقبت پرستاری از بیماران مورد توجه و بررسی قرار گیرد.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر، عدم دسترسی به برخی بیماران پس از ترخیص از بیمارستان به علت ثبت اشتباه شماره تلفن در فرم رضایت‌نامه و یا عدم پاسخگویی بیمار در تماس تلفنی بود. ضمناً مطالعه حاضر تنها در یک بیمارستان دانشگاهی و بر روی نمونه‌ای با حجم کم صورت پذیرفته است لذا تکرار آن در سایر مراکز با حجم نمونه بالاتر توصیه می‌گردد.

تشکر و قدردانی

این مطالعه بخشی از نتایج پایان‌نامه خاتم هما کدخدایی الیادراتی دانشجوی مقطع کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت‌های ویژه می‌باشد که با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی سمنان به شماره طرح ۱۰۶۵ انجام شده است، لذا پژوهشگران از تمامی مسئولین دانشگاه علوم پزشکی سمنان به خاطر اجازه انجام پژوهش و حمایت مالی، صمیمانه تشکر و سپاس‌گزاری می‌کنند.

- [42] Moeini M, Momeni Ghale Ghasemi T, Yousefi H, Abedi H. The effect of spiritual care on spiritual health of patients with cardiac ischemia. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2012;17:195-199.
- [43] Asadi M, Asadzandi M, Ebadi A. Effects of spiritual care based on Ghalb Salim nursing model in reducing anxiety of patients undergoing CABG surgery. *Iran J Crit Care Nurs* 2014;6:142-151.
- [44] Asad Zandi M. Description of Ghalb Salim nursing model, concepts & theories of nursing with a sound heart model. 1st ed. Tehran Heydaripub 2014; 287-339. (Persian).
- [45] Saeedi Taheri Z, Asadzandi M, Ebadi A. The effect of spiritual care based on GHALBE SALIM model on spiritual experience in patients with coronary artery disease. *Iran J Psychiatr Nurs* 2013;1:45-53. (Persian).
- [46] 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. *Behav Sci Res* 2012; 10: 554-564. (Persian).
- [47] Babamohamadi H, Sotodehasl N, Koenig HG, Al-Zaben F, Jahani C, Ghorbani R. The effect of holy qur'an recitation on depressive symptoms in hemodialysis patients: arandomized clinical trial. *J Relig Health* 2017; 56: 345-354.
- [48] Babamohamadi H, Sotodehasl N, Koenig HG, Jahani C, Ghorbani R. The effect of holy qur'an recitation on anxiety in hemodialysis patients: arandomized clinical trial. *J Relig Health* 2015; 54: 1921-1930.
- [49] Tajbakhsh F, Hosseini MA, Sadeghi Ghahroudi M, Fallahi Khoshkenab M, Rokofian A, Rahgozar M. The Effect of religious-spiritual care on anxiety post surgery coronary artery bypass graft patients. *Rehab Res Nurs* 2017; 1: 51-61.
- [50] Bekelman D, Sydney M, Becker D, Wittstein I, Hendricks D, Yamashita T. Spiritual well-being and depression in patients with heart failure. *J Gen Intern Med* 2007; 22: 470-477.
- [51] Jahani A, Rejeh N, Heravi-Karimooi M, Hadavi A, Zayeri F, Khatooni AR. The relationship between spiritual health and quality of life in patients with coronary artery disease. *Islamic Life Center Health* 2012;1:17-21. (Persian).
- [52] Abedi H, Asgari M, Kazemi Z, Saffari F, Nasiri M. Religious care patients and the barriers. *J Teb Tazkieh* 2005; 4: 16-23. (Persian).
- [53] Moghimi J, Tamaddon M, Zolfaghari S, Mirmohammadhani M. Association between islamic fasting and quality of life, physical disability, disease activity and depression in patients with rheumatoid arthritis. *Koomesh* 2017; 19:364-370. (Persian).
- [54] Hemmati Maslak pak M, Ahmadi F, Anoosheh M. Spiritual beliefs and quality of life: A qualitative research about diabetic adolescent girls' perception. *Koomesh* 2011; 12:144-151. (Persian).
- [55] Jadidi A, Farahaninia M, Janmohammadi S, Haghani H. The relationship between spiritual well-being and quality of life among elderly people residing in Kahrizak senior house. *IJNR* 2011; 24: 48-56. (Persian).
- [56] Harris B, Berger A, Mitchell S, Steinberg S, Baker K, Handel D, et al. Spiritual well-being in long-term survivors with chronic graft versus host disease after hematopoietic stem cell transplant (HSCT). *J Support Oncol* 2010; 8: 119.
- [57] Ferrer A, Arenas M, Cascales R, Pascual MD, Blazquez N, Gil M. Evaluation of spiritual well-being in haemodialysis patients. *Nefrologia* 2012; 32: 731-742.
- [58] Hasanpour-Dehkordi A, Nazari AA, Heidar-Nejad MS, Asadi-Noghabi AA, Forouzandeh N, Kasiri KA, et al. Factors influencing quality of life in patients with myocardial infraction. *Iran JNurse* 2009; 22: 43-52. (Persian).
- [59] Hemingway H, Shipley M, Britton A, Page M, Macfarlane P, Marmot M. Prognosis of angina with and without a diagnosis: 11 year follow up in the Whitehall II prospective cohort study. *BMJ* 2003; 327:895.
- [60] Brown N, Melville M, Gray D, Young T, Munro J, Skene AM, et al. Quality of life four years after acute myocardial infarction: short form 36 scores compared with a normal population. *Heart* 1999; 81: 352-358.
- [61] Collins E, Langbein WE, Dilan-Koetje J, Bammert C, Hanson K, Reda D, et al. Effects of exercise training on aerobic capacity and quality of life in individuals with heart failure. *Heart Lung* 2004; 33: 154-161.
- [19] Delaney C, Barrere C. The influence of a spirituality- based intervention on psychospiritual outcomes in a cardiac population. *Holist Nurs Pract* 2008; 22: 210-219.
- [20] Villagomez LR. Mending broken hearts: the role of spirituality in cardiac illness: a research synthesis, 1991-2004. *Holist Nurs Pract* 2006; 20: 169-186.
- [21] Mazaheri M, Falahi khoshknab M, Sadat madah SB, Rahgozar M. Nursing attitude to spirituality and spiritual care. *Payesh J* 2009; 8: 7-31. (Persian).
- [22] McEwen M. Spiritual Nursing Care: State of the Art. *Holist Nurs Pract* 2005;19:161-168.
- [23] Babamohamadi H, Ahmadpanah MS, Ghorbani R. Attitudes toward spirituality and spiritual care among Iranian nurses and nursing students: a cross-sectional study. *J Relig Health* 2018; 57: 1304-1314.
- [24] Dunn LL, Handley MC, Dunkin JW. The provision of spiritual care by maternal- infant unit. *J Holist Nurs* 2009; 27:19-28.
- [25] Groleau D, Whitley R, Lespérance F, Kirmayer LJ. Spirituality reconfiguration of self after a myocardial infarction, influence of culture and place. *Health Place* 2010; 16:853-860.
- [26] Timmins F, Kelly J. Spiritual assessment in intensive and cardiac care nursing. *Nurs Crit Care* 2008;13:124-131.
- [27] Villagomez LR. The role of spirituality in cardiac illness.a research synthesis, 1991-2004. *Holist Nurs Pract* 2006; 20:169-186.
- [28] Kennedy JE, Abbott RA, Rosenberg BS. Changes in spirituality and well-being in a retreat program for cardiac patients. *Altern Ther Health Med* 2002; 8:64-72.
- [29] Warber SL, Ingerma, S, Moura VL, Wunder J, Northrop A, Gillespie BW, et al. Healing the heart: a randomized pilot study of a spiritual retreat for depression in acute coronary syndrome patients. *Explore* 2011; 7: 222-233.
- [30] Delaney C, Barrere C, Helming M. The influence of a spirituality-based intervention on quality of life, depression, and anxiety in community-dwelling adults with cardiovascular disease. *J Holist Nurs* 2011;29:21-32.
- [31] O'Brien, ME. Spirituality in Nursing Standing on Holy Ground. 3rd ed. Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers; 2008.
- [32] Beery TA, Bass LS, Fowler Ch, Allen G. Spirituality in persons with heart failure. *J Holis Nurs* 2002; 20:5-25.
- [33] Blumenthal JA, Babyak MA, Ironson G, Thoresen C, Powell L, Czajkowski S, et al. Spirituality, religion, and clinical outcomes in patients recovering from an acute myocardial infarction. *Psychosom Med* 2007; 69:501-508.
- [34] Krucoff MW, Crater SW, Gallup D, Blankenship JC, Cuffe M, Guerner M, et al. Music, imagery, touch, and prayer as adjuncts to interventional cardiac care: the monitoring and actualization of noetic training (MANTRA) II randomized study. *The Lancet* 2005; 366:211-217.
- [35] Aviles JM, Whelan SE, Hernke DA, Williams BA, Kenny KN, O'Fallon WM, et al. Intercessory prayer and cardiovascular disease progression in a coronary care unit population: a randomized controlled trial. *Mayo Clin Proc* 2001; 76:1192-1198.
- [36] Karimollahi M, Abedi HA, Yousefi A. Spiritual Needs as Experienced by Muslim Patients in Iran: A Qualitative Study. *Res J Med Sci* 2007; 1: 183-190.
- [37] Hassankhani H, Taleghani F, Mills J, Birks M, Francis K, Ahmadi F. Being hopeful and continuing to move ahead: religious coping in Iranian chemical warfare poisoned veterans, a qualitative study. *J Relig Health* 2011;49: 311-321.
- [38] Asad Zandi M. Access to the sound heart identifies the concept of spiritual health. *Quart J Med Figh* 2014;6:143-174. (Persian).
- [39] Nejat S, Montazeri A, Holakouie Naieni K, Mohammad K, Majdzadeh SR. The world health organization quality of Life (WHOQOL-BREF) questionnaire: translation and validation study of the Iranian version. *SJSPH* 2006; 4: 1-12. (Persian).
- [40] Asadi M, Asadzandi M, Ebadi A. The effect of spiritual care based on «GHALBE SALIM» model on spiritual experiences of patients undergoing coronary artery bypass surgery. *Cardio Nurs J* 2013; 2:30-39. (Persian).
- [41] Mauk KL, Schmidt NK. Spiritual care in nursing practice. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004.

Effects of spiritual care based on GHALBE SALIM model on quality of life of patients with acute myocardial infarction

Hassan Babamohamadi (Ph.D)¹, Homa Kadkhodaei- Elyaderani (M.Sc)², Abbas Ali Ebrahimian (Ph.D)^{*1}, Raheb Ghorbani(Ph.D)³, Zarrin Tansaz (M.Sc)⁴

1- Nursing Care Research Center, Semnan University of Medical Sciences, Semnan, Iran

2- Student Research Committee, Semnan University of Medical Sciences, Semnan, Iran

3- Social Determinant of Health Research Center, Semnan University of Medical Sciences, Semnan, Iran

4- Alzahra Hospital, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

* Corresponding author. +98 9123321418 ebrahimian.aa@gmail.com

Received: 5 Jan 2018; Accepted: 25 Sep 2018

Introduction: Today, improving patients' quality of life (QOL) is the criterion for the treatment of coronary artery disease. The aim of this study was to evaluate the effect of spiritual care based on GHALBE SALIM model on QOL of acute myocardial infarction (AMI) patients.

Materials and Methods: This single-blind clinical trial was conducted on 92 patients with AMI hospitalized in CCU of Chamran Hospital of Isfahan, Iran in 2016. In this account, after random allocation of the subjects to the intervention and control groups, the spiritual intervention based on GHALBE SALIM model was regularly performed on the subjects of the intervention group at 17-20 hours for three days. In addition, the QOL of patients was assessed before and one month after the intervention by using the World Health Organization questionnaire.

Results: 50% of the participants were female. Mean \pm SD of the patient's age was 61.3 \pm 8.9 and 62.7 \pm 6.9 in the intervention and control groups, respectively. On average, the spiritual care program increased the scores of physical, mental, and social health, QOL and general health to 19.8, 17.5, 11.6, and 27.2, respectively. Furthermore, a significant difference was observed between the study groups in terms of the quality of life score ($P < 0.05$).

Conclusion: The study results confirmed the effect of spiritual care based on GHALBE SALIM model on the QOL of patients with AMI admitted to the CCU. Therefore, as a comprehensive care approach its application is recommended to improve the symptoms and dimensions of QOL in patients with IHD, especially MI.

Keywords: Spiritual Care, GHALBE SALIM Model, Quality of Life, Acute Myocardial Infarction.