

Investigating the Relationship Between Spiritual Well-Being and Quality of Life in Cardiac Patients After Pacemaker Implantation: The Mediating Roles of Death Anxiety and Hope

Ziba Roshan¹, Mehrangiz Pivaštegār^{2*}, Zohreh Khosravi³

1- PhD Candidate in General Psychology, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Alzahra University, Tehran, Iran.

2- Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Alzahra University, Tehran, Iran.

3- Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Alzahra University, Tehran, Iran.

Corresponding Author: Mehrangiz Pivaštegār; Associate Professor; Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Alzahra University, Tehran, Iran.

Email: mpaivastegar@alzahra.ac.ir

Received: 2026/08/18

Accepted: 2026/09/21

Abstract

Introduction: The quality of life (QoL) of cardiac patients following pacemaker implantation may be influenced by various psychological factors. This study aimed to examine the relationship between spiritual well-being and quality of life, with death anxiety and hope as mediating variables.

Methods: This descriptive-correlational study employed structural equation modeling (SEM) and included 400 cardiac patients with pacemakers who were referred to Shahid Ayatollah Rouhani Specialized Hospital in Babol in 2025. Participants were selected using convenience sampling. Data were collected using the Raymond F. Paloutzian and Craig W. Ellison Spiritual Well-Being Scale, Charles Richard Snyder Hope Scale, Waqar Husain et al. Death Anxiety Scale, and World Health Organization (WHO) Quality of Life Questionnaire (WHOQOL). Data were analyzed using Karl Pearson's correlation coefficient and structural equation modeling. Indirect effects were examined using bootstrapping.

Results: Spiritual well-being was negatively associated with death anxiety and positively associated with hope and quality of life ($p < 0.001$). Death anxiety was negatively associated with quality of life, whereas hope was positively associated with quality of life ($p < 0.001$). The indirect effects of spiritual well-being on quality of life through death anxiety ($\beta = 0.48$) and hope ($\beta = 0.25$) were significant. The total indirect effect was also significant ($\beta = 0.33$), while the direct effect of spiritual well-being on quality of life remained significant.

Conclusion: Spiritual well-being is associated with quality of life among cardiac patients following pacemaker implantation, with death anxiety and hope playing mediating roles in this relationship. Addressing these psychological factors alongside physical care may contribute to improving the quality of life of these patients.

Keywords: Spiritual well-being; Death anxiety; Hope; Quality of life; Cardiac patients; Pacemaker.

How to cite this article: Ziba Roshan, Mehrangiz Pivaštegār, Zohreh Khosravi, Investigating the Relationship Between Spiritual Well-Being and Quality of Life in Cardiac Patients After Pacemaker Implantation: The Mediating Roles of Death Anxiety and Hope, Iranian Journal of Nursing Research (IJNR). 2026. P: 44-57 (in Persian).

Published by Iranian Nursing Association.

This is an open access article under the CC BY license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).



بررسی رابطه بهزیستی معنوی با کیفیت زندگی بیماران قلبی پس از کاشت ضربان ساز: نقش

میانجی اضطراب مرگ و امید به زندگی

زیبا روشن^۱، مهر انگیز پیوسته گر^۲، زهره خسروی^۳

۱. دانشجوی دکتری روان شناسی عمومی، گروه روان شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران.

۲. دانشیار گروه روان شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران.

۳. استاد گروه روان شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران.

نویسنده مسئول: مهر انگیز پیوسته گر؛ دانشیار؛ گروه آموزشی روان شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران.
ایمیل: mpaivastegar@alzahra.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۶/۳۰

تاریخ دریافت: ۱۴۰۵/۵/۲۷

چکیده

مقدمه: کیفیت زندگی بیماران قلبی پس از کاشت ضربان ساز می تواند تحت تأثیر عوامل روان شناختی مختلف قرار گیرد. پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه بهزیستی معنوی و کیفیت زندگی با نقش میانجی اضطراب مرگ و امید به زندگی انجام شد.

روش کار: این پژوهش از نظر ماهیت توصیفی - همبستگی و با روش مدل یابی معادلات ساختاری با مشارکت ۴۰۰ بیمار قلبی دارای ضربان ساز مراجعه کننده به بیمارستان فوق تخصصی شهید آیت الله روحانی بابل در سال ۱۴۰۴ انجام شد. نمونه گیری به روش در دسترس انجام گرفت. داده ها با مقیاس بهزیستی معنوی پالوتزین (Raymond F. Paloutzian) و الیسون (Craig W. Ellison)، مقیاس امید اسنایدر (Charles Richard Snyder)، مقیاس اضطراب مرگ حسین (Waqar Husain) و همکاران و پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (World Health Organization; WHO) جمع آوری و با ضریب همبستگی پیرسون (Karl Pearson) و مدل یابی معادلات ساختاری تحلیل شد. اثرهای غیرمستقیم با روش بوت استرپ بررسی شدند.

یافته ها: بهزیستی معنوی با اضطراب مرگ رابطه منفی و با امید به زندگی و کیفیت زندگی رابطه مثبت و معنادار داشت ($p < 0.001$). اضطراب مرگ با کیفیت زندگی رابطه منفی و امید به زندگی با کیفیت زندگی رابطه مثبت داشت ($p < 0.001$). اثر غیرمستقیم بهزیستی معنوی بر کیفیت زندگی از طریق اضطراب مرگ ($\beta = 0.48$) و امید به زندگی ($\beta = 0.25$) معنادار بود. اثر غیرمستقیم کلی نیز معنادار بود ($\beta = 0.33$) و مسیر مستقیم بهزیستی معنوی به کیفیت زندگی همچنان معنادار باقی ماند.

نتیجه گیری: بهزیستی معنوی با کیفیت زندگی بیماران قلبی پس از کاشت ضربان ساز ارتباط دارد و اضطراب مرگ و امید به زندگی در این رابطه نقش میانجی گرانه دارند. توجه به این عوامل روان شناختی در کنار مراقبت های جسمانی می تواند در ارتقای کیفیت زندگی این بیماران مؤثر باشد.

کلیدواژه ها: بهزیستی معنوی، اضطراب مرگ، امید به زندگی، کیفیت زندگی، بیماران قلبی، ضربان ساز قلبی.

مقدمه

بیماری‌های قلبی عروقی از مهم‌ترین علل مرگ‌ومیر در جهان به شمار می‌روند و پیامدهای آنها تنها به اختلالات جسمانی محدود نمی‌شود، بلکه ابعاد روان‌شناختی و اجتماعی زندگی بیماران را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱-۲). در میان اختلالات قلبی، اختلالات ریتم و هدایت قلب اهمیت ویژه‌ای دارند و در موارد شدید می‌توانند با کندی قابل توجه ضربان و حتی خطر مرگ ناگهانی همراه باشند (۳). کاشت ضربان‌ساز دائمی یکی از روش‌های اصلی درمان این اختلالات است و می‌تواند عملکرد قلب را تثبیت و از پیامدهای تهدیدکننده حیات پیشگیری کند. با وجود این، زندگی با ضربان‌ساز برای برخی بیماران با تغییراتی در ادراک آنان از وضعیت جسمانی، استقلال، فعالیت‌های روزمره و آینده همراه است (۴). وابستگی به عملکرد دستگاه، نگرانی درباره عوارض احتمالی و محدودیت‌های ناشی از درمان می‌تواند فشارهای جسمانی و روان‌شناختی ایجاد کند و در نهایت کیفیت زندگی بیمار را تحت تأثیر قرار دهد (۵-۶). کیفیت زندگی مفهومی چندبعدی محسوب می‌شود که ادراک فرد از وضعیت زندگی خود را در ارتباط با اهداف، انتظارات، ارزش‌ها و شرایط فرهنگی و اجتماعی دربرمی‌گیرد و ابعاد جسمانی، روان‌شناختی، اجتماعی و محیطی را شامل می‌شود (۷-۸). اهمیت این سازه در بیماران قلبی از آن جهت است که کیفیت زندگی پایین با پیامدهایی مانند افزایش بستری و مرگ‌ومیر ارتباط دارد (۹). در بیماران دارای ضربان‌ساز نیز مطالعات مختلف کاهش کیفیت زندگی در دوره پس از کاشت را گزارش کرده‌اند؛ به طوری که چپاگای و همکاران (۱۰) کاهش کیفیت زندگی را در ابعاد مختلف پس از تعبیه ضربان‌ساز و اودو و همکاران (۱۱) نیز کاهش تدریجی کیفیت زندگی را در پیگیری طولانی‌مدت این بیماران نشان دادند. بنابراین، شناسایی عوامل روان‌شناختی مرتبط با کیفیت زندگی این بیماران همراه با بررسی وضعیت جسمانی آنان اهمیت ویژه‌ای دارد.

بهبودی معنوی یکی از عواملی است که می‌تواند در سازگاری فرد با بیماری و شرایط ناشی از آن نقش داشته باشد. این سازه به تجربه معنا، هدفمندی و احساس ارتباط با خود، دیگران و نیرویی متعالی اشاره دارد و می‌تواند به فرد در حفظ انسجام درونی و سازگاری با شرایط دشوار

زندگی کمک کند (۱۲-۱۳). در بیماری‌های مزمن، فرد علاوه بر تحمل محدودیت‌های جسمانی، با پرسش‌هایی درباره آینده، معنای رنج و امکان ادامه زندگی در شرایط جدید مواجه می‌شود. داشتن منابع معنوی می‌تواند به بیمار کمک کند این تجربه را در چارچوبی معنادارتر تفسیر کند و بیماری را تنها به‌عنوان محدودیت یا تهدیدی برای زندگی نبیند. شواهد پژوهشی نیز رابطه بهزیستی معنوی با کیفیت زندگی و سلامت روان را در بیماران قلبی و سایر بیماران مزمن تأیید کرده‌اند (۱۴-۱۵).

با این حال، ارتباط بهزیستی معنوی با کیفیت زندگی لزوماً مستقیم نیست و ممکن است از طریق تجربه‌های روان‌شناختی مرتبط با بیماری و تهدیدهای ناشی از آن شکل بگیرد. برای بیماری که با یک وضعیت قلبی جدی و وابستگی به ضربان‌ساز مواجه است، آگاهی از احتمال عوارض بیماری و نگرانی درباره تداوم حیات می‌تواند تجربه بیماری را با ترس و نگرانی درباره مرگ همراه کند. از این رو، بررسی متغیرهایی که می‌توانند در رابطه بین بهزیستی معنوی و کیفیت زندگی نقش داشته باشند، می‌تواند به درک بهتر این رابطه کمک کند. یکی از این متغیرها اضطراب مرگ است. اضطراب مرگ به ترس و پریشانی مرتبط با مرگ، مردن و پیامدهای آن اشاره دارد و در صورت شدت یافتن می‌تواند با ناسازگاری روان‌شناختی و کاهش رضایت از زندگی همراه شود (۱۶). اشتغال ذهنی مداوم با احتمال مرگ ممکن است بخشی از منابع شناختی و هیجانی بیمار را درگیر کند و او را از فعالیت‌های روزمره و تعاملات اجتماعی دور سازد. در مقابل، بهزیستی معنوی می‌تواند با فراهم کردن احساس معنا، انسجام و پذیرش، نحوه مواجهه بیمار با بیماری و تهدید مرگ را تحت تأثیر قرار دهد. یافته‌های پژوهشی نیز رابطه بهزیستی معنوی با اضطراب مرگ را در بیماران قلبی و سایر گروه‌های بالینی نشان داده‌اند (۱۷-۱۸). بنابراین، اضطراب مرگ می‌تواند یکی از متغیرهای میانجی در رابطه بین بهزیستی معنوی با کیفیت زندگی در این بیماران باشد.

از سوی دیگر، نحوه نگاه فرد به آینده نیز می‌تواند در سازگاری با بیماری و ارتقای کیفیت زندگی اهمیت داشته باشد. بیماران پس از کاشت ضربان‌ساز باید زندگی خود را با شرایط جسمانی و درمانی جدید هماهنگ کنند و در عین

روش کار

پژوهش حاضر از نظر ماهیت، توصیفی - همبستگی و از لحاظ هدف، کاربردی است و با هدف بررسی رابطه بین بهزیستی معنوی و کیفیت زندگی با نقش میانجی اضطراب مرگ و امید به زندگی در بیماران قلبی پس از کاشت ضربان ساز انجام شد. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه بیماران قلبی دارای ضربان ساز مراجعه کننده به بیمارستان فوق تخصصی شهید آیت الله روحانی شهرستان بابل در سال ۱۴۰۴ بود. حجم نمونه با توجه به پیشنهاد کلاین (Rex B. Kline) (۲۷) مبنی بر در نظر گرفتن حداقل ۲۰ شرکت کننده به ازای هر متغیر وارد شده به مدل های رگرسیونی و با توجه به تعداد متغیرهای پژوهش، ۴۰۰ نفر تعیین شد. نمونه گیری به روش در دسترس انجام گرفت. پس از اخذ مجوزهای لازم و کسب کد اخلاق (IR.ALZAHRA.REC.1404.031) از کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه الزهرا (س)، توضیحات لازم درباره هدف و نحوه اجرای پژوهش، محرمانه ماندن اطلاعات و شیوه پاسخ گویی به شرکت کنندگان ارائه شد و پس از کسب رضایت آگاهانه، داده ها جمع آوری شدند. ملاک های ورود و خروج از پژوهش نیز بر اساس شرایط بالینی و جمعیت شناختی مورد نظر پژوهش تعیین شد. برای گردآوری داده ها از پرسشنامه ۲۰ گویه ای بهزیستی معنوی پالوتزین و الیسون، مقیاس ۱۲ گویه ای امید به زندگی اسنایدر، مقیاس ۱۵ گویه ای اضطراب مرگ حسین و همکاران و پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت - نسخه ۲۶ گویه ای استفاده شد. برای تحلیل داده ها، در بخش آمار توصیفی از شاخص های میانگین، انحراف معیار، کجی و کشیدگی و در بخش آمار استنباطی از ضریب همبستگی پیرسون و مدلیابی معادلات ساختاری استفاده شد. همچنین، به منظور بررسی نقش میانجی اضطراب مرگ و امید به زندگی در رابطه بین بهزیستی معنوی و کیفیت زندگی، اثرات مستقیم و غیرمستقیم متغیرها با روش بوت استرپ بررسی شد. تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزارهای Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) و Analysis of Moment Structures (AMOS) انجام گرفت.

پرسشنامه کیفیت زندگی: در این پژوهش به منظور سنجش کیفیت زندگی از پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان

حال اهداف و برنامه های خود را برای آینده حفظ کنند. در چنین شرایطی، امید به زندگی می تواند به فرد کمک کند با وجود دشواری های کنونی، اهداف خود را دنبال کند و برای دستیابی به آنها مسیرهای ممکن را جست و جو کند (۱۹). بر اساس نظریه امید اسنایدر، امید شامل هدف گذاری، توانایی یافتن مسیرهای دستیابی به اهداف و انگیزش برای حرکت در این مسیرهاست (۲۰). کاهش امید نیز می تواند آینده را محدود و فرد را در برابر تهدیدهای بیماری منفعل تر کند، در حالی که امید بیشتر می تواند انگیزه مراقبت از خود، پیگیری درمان و حفظ مشارکت در فعالیتهای زندگی را تقویت کند (۲۱-۲۲). مطالعات انجام شده در بیماران قلبی نیز رابطه بهزیستی معنوی با امید به زندگی را گزارش کرده اند (۲۳-۲۴) و شواهد موجود از ارتباط امید با کیفیت زندگی این بیماران نیز حمایت می کند (۲۵-۲۶). بر این اساس، امید به زندگی نیز می تواند در ارتباط میان بهزیستی معنوی و کیفیت زندگی نقش میانجی داشته باشد.

با وجود شواهد موجود درباره ارتباط بهزیستی معنوی با کیفیت زندگی، امید به زندگی و اضطراب مرگ، بیشتر پژوهش ها این روابط را به صورت جداگانه بررسی کرده اند و درباره نقش هم زمان این دو متغیر در ارتباط بین بهزیستی معنوی و کیفیت زندگی شواهد محدودتری وجود دارد. این مسئله در بیماران پس از کاشت ضربان ساز اهمیت بیشتری دارد؛ چراکه این بیماران از یک سو با نگرانی های مرتبط با تداوم حیات و از سوی دیگر با ضرورت حفظ چشم اندازی نسبت به آینده مواجه اند. بنابراین، بررسی هم زمان اضطراب مرگ و امید به زندگی به عنوان متغیرهای میانجی می تواند نشان دهد که آیا ارتباط بهزیستی معنوی با کیفیت زندگی، علاوه بر مسیر مستقیم، از طریق این دو تجربه روان شناختی نیز شکل می گیرد.

بنابراین، پژوهش حاضر در پاسخ به این پرسش انجام شد که آیا اضطراب مرگ و امید به زندگی می توانند در رابطه بین بهزیستی معنوی و کیفیت زندگی بیماران قلبی پس از کاشت ضربان ساز نقش میانجی داشته باشند؟ بنابراین، هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه بین بهزیستی معنوی و کیفیت زندگی در بیماران قلبی پس از کاشت ضربان ساز با نقش میانجی اضطراب مرگ و امید به زندگی بود.

بهداشت جهانی، نسخه کوتاه ۲۶ گویه‌ای (World Health Organization Quality of Life-BREF [WHOQOL-BREF]) استفاده شد (۲۸). این ابزار در سال ۱۹۹۸ توسط گروهی از کارشناسان سازمان بهداشت جهانی و با تعدیل گویه‌های فرم ۱۰۰ گویه‌ای پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی تدوین شد و کیفیت کلی و عمومی زندگی فرد را ارزیابی می‌کند. پرسشنامه شامل ۲۶ گویه است که ۲۴ گویه آن چهار حیطه سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط را به ترتیب با ۷، ۶، ۳ و ۸ گویه می‌سنجد و دو گویه دیگر، کیفیت زندگی و سلامت عمومی را به صورت کلی ارزیابی می‌کنند. پاسخ‌دهی به گویه‌ها بر اساس طیف لیکرت (Rensis Likert) پنج‌درجه‌ای انجام می‌شود. ابتدا نمره خام هر حیطه محاسبه و سپس بر اساس دستورالعمل ابزار به نمره استاندارد تبدیل می‌شود؛ به گونه‌ای که نمره بالاتر نشان‌دهنده کیفیت زندگی مطلوب‌تر است. این پرسشنامه در بیش از ۴۰ کشور ترجمه و اعتبارسنجی شده و در مطالعات داخلی و خارجی متعددی به کار رفته است (۲۹). در ایران، نجات زاده و همکاران پایایی ابزار را به روش بازآزمایی برای حیطه‌های سلامت جسمانی و روانی ۰/۷۷، روابط اجتماعی ۰/۷۵، سلامت محیطی ۰/۸۴ و کیفیت زندگی کلی ۰/۷۳ گزارش کردند (۳۰). در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ (Lee Joseph Cronbach) از طریق آلفای کرونباخ محاسبه و برای حیطه‌های سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی، سلامت محیط و نمره کل کیفیت زندگی به ترتیب مقادیر ۰/۸۶، ۰/۸۱، ۰/۶۶، ۰/۸۸ و ۰/۹۵ به دست آمد.

مقیاس بهزیستی معنوی: در این پژوهش به منظور سنجش بهزیستی معنوی از مقیاس بهزیستی معنوی پالوتزین و الیسون استفاده شد (۳۱). این پرسشنامه در سال ۱۹۸۲ توسط پالوتزین و الیسون با هدف سنجش بهزیستی معنوی طراحی شد و شامل ۲۰ گویه در دو خرده‌مقیاس بهزیستی مذهبی و بهزیستی وجودی است. گویه‌های فرد به خرده‌مقیاس بهزیستی مذهبی و گویه‌های زوج به بهزیستی وجودی اختصاص دارند؛ بهزیستی مذهبی بیانگر کیفیت و رضایت فرد از رابطه خود با خدا و بهزیستی وجودی بیانگر احساس هدفمندی و رضایت از زندگی است. پاسخ‌دهی به گویه‌ها بر اساس طیف لیکرت شش‌درجه‌ای از «کاملاً موافقم»

تا «کاملاً مخالفم» انجام می‌شود و گویه‌های ۲، ۴، ۷، ۸، ۱۰، ۱۱، ۱۴، ۱۵، ۱۷، ۱۹ و ۲۰ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. نمره بالاتر نشان‌دهنده سطح بالاتر بهزیستی معنوی است. در مطالعه اصلی پالوتزین و الیسون، ضرایب آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های بهزیستی مذهبی، بهزیستی وجودی و کل مقیاس به ترتیب ۰/۹۱؛ ۰/۹۱ و ۰/۹۳ گزارش شده است. همچنین، در پژوهش میکائیلی منبع و همکاران (۳۲) آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های بهزیستی مذهبی و بهزیستی وجودی وجود به ترتیب ۰/۷۰ و ۰/۷۳ گزارش شد. در پژوهش حاضر نیز برای بررسی پایایی ابزار، ضریب آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های بهزیستی مذهبی، بهزیستی وجودی و کل مقیاس به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۱ و ۰/۹۱ به دست آمد.

مقیاس امید به زندگی: در این پژوهش، به منظور سنجش امید به زندگی از مقیاس امید اسنایدر و همکاران استفاده شد (۳۳). این مقیاس توسط اسنایدر و همکاران در سال ۱۹۹۱ با هدف سنجش امیدواری طراحی شده و برای افراد ۱۵ سال و بالاتر کاربرد دارد. ابزار شامل ۱۲ گویه است و به صورت خودسنجی اجرا می‌شود و دو مؤلفه تفکر عاملی و تفکر راهبردی را می‌سنجد. تفکر عاملی به افکار فرد درباره توانایی خود برای آغاز و تداوم حرکت در مسیر انتخاب‌شده به سوی هدف و تفکر راهبردی به توانایی ادراک‌شده فرد برای شناسایی یا ایجاد مسیرهای دستیابی به اهداف اشاره دارد. از مجموع گویه‌های این مقیاس، ۴ گویه به تفکر عاملی، ۴ گویه به تفکر راهبردی و ۴ گویه نیز به عنوان گویه‌های انحرافی در نظر گرفته شده‌اند و تکمیل آن معمولاً به ۲ تا ۵ دقیقه زمان نیاز دارد. پاسخ‌گویی به گویه‌ها بر اساس طیف لیکرت چهاردرجه‌ای از «کاملاً غلط» تا «کاملاً درست» انجام می‌شود. گویه‌های ۲، ۹، ۱۰ و ۱۲ تفکر عاملی و گویه‌های ۱، ۴، ۷ و ۸ تفکر راهبردی را می‌سنجند و گویه‌های ۳، ۵، ۶ و ۱۱ گویه‌های انحرافی هستند و در محاسبه نمره امید وارد نمی‌شوند. نمره بالاتر نشان‌دهنده سطح بالاتر امید به زندگی است. اسنایدر و همکاران پایایی بازآزمایی کل مقیاس را پس از سه هفته ۰/۸۵ و برای خرده‌مقیاس‌های تفکر عاملی و تفکر راهبردی به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۴ گزارش کردند. در پژوهش‌های انجام‌شده در ایران نیز همسانی درونی کل مقیاس در دامنه

زیبا روشن و همکاران

از بررسی روایی محتوایی و تحلیل عاملی اکتشافی، چهار گویه حذف و ساختار پنج‌عاملی مقیاس تأیید شد. روایی ساختاری ابزار نیز با تحلیل عاملی تأییدی تأیید شد و شاخص‌های برازش، مطلوب بودن ساختار عاملی را نشان دادند. همچنین، پایایی کل مقیاس با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ و پایایی خرده‌مقیاس‌ها در دامنه ۰/۶۱ تا ۰/۹۱ گزارش شد. روایی همگرایی مقیاس از طریق ارتباط آن با مؤلفه‌های افسردگی، اضطراب و استرس و روایی واگرایی آن از طریق ارتباط با رضایت از زندگی تأیید شد. در پژوهش حاضر نیز، به‌منظور بررسی پایایی مقیاس از روش آلفای کرونباخ استفاده و برای خرده‌مقیاس‌های وحشت، تفکر، نگرانی و ناامیدی و کل مقیاس به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۲، ۰/۸۸، ۰/۷۲ و ۰/۹۰ به دست آمد.

یافته‌ها

در این پژوهش، ۴۰۰ بیمار قلبی پس از کاشت ضربان‌ساز مورد بررسی قرار گرفتند. جدول ۱ میانگین، انحراف معیار، کجی و کشیدگی متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

کمترین	بیشترین	میانگین	انحراف معیار	کجی	کشیدگی
۱/۰۸	۶	۴/۳۷	۰/۸۵	-۰/۳۷	۰/۶۲
۱/۰۰	۶	۴/۵۱	۰/۹۳	-۰/۵۸	۱/۰۵
۱/۱۷	۶	۴/۲۲	۰/۸۷	-۰/۲۲	۰/۸۳
۱	۵	۳/۱۵	۰/۸۰	-۰/۱۷	-۰/۱۲
۱	۵	۳/۳۹	۰/۹۷	-۰/۴۵	-۰/۲۹
۱	۵	۳/۴۷	۱/۰۱	-۰/۵۳	-۰/۳۴
۱	۵	۳/۱۱	۱/۱۲	-۰/۰۳	-۰/۹۲
۱	۵	۲/۱۱	۰/۹۱	۰/۸۲	۰/۳۷
۱	۵	۳/۴۴	۰/۶۹	-۰/۶۴	۰/۹۲
۱	۵	۳/۳۷	۰/۷۳	-۰/۳۹	۰/۵۳
۱	۵	۳/۵۴	۰/۷۸	-۰/۷۷	۰/۷۷
۱/۱۷	۴/۶۳	۳/۱۳	۰/۶۶	-۰/۷۴	۰/۴۸
۱	۴/۴۳	۲/۸۹	۰/۷۲	-۰/۷۶	۰/۲۳
۱	۶/۳۳	۳/۲۲	۰/۷۷	-۰/۵۸	۱/۰۰
۱	۵	۳/۱۲	۰/۷۴	-۰/۲۹	۰/۰۹
۱/۲۵	۵	۳/۲۷	۰/۶۹	-۰/۵۳	۰/۵۱

۰/۷۴ تا ۰/۸۴، پایایی بازآزمایی ۰/۸۰ و در دوره‌های زمانی طولانی‌تر بیش از ۰/۸۷ گزارش شده است (۳۴). در پژوهش حاضر نیز، به‌منظور بررسی پایایی مقیاس از روش آلفای کرونباخ استفاده و برای خرده‌مقیاس‌های تفکر عاملی و تفکر راهبردی و کل مقیاس به ترتیب مقادیر ۰/۷۱، ۰/۷۴ و ۰/۸۳ به دست آمد.

مقیاس اضطراب مرگ: در این پژوهش جهت سنجش اضطراب مرگ از مقیاس اضطراب مرگ حسین و همکاران استفاده شد (۳۵). ویژگی‌های روانسجی این مقیاس در نمونه بیماران قلبی ضربان‌ساز در ایران برای اولین بار مورد بررسی قرار گرفت. این مقیاس بر اساس رویکردی ترکیبی و با توجه به ادراک اضطراب مرگ در ادیان مختلف طراحی شد. نسخه نهایی این مقیاس دارای ۱۵ گویه و پنج خرده‌مقیاس نگرانی، وحشت، ناامیدی، اجتناب و تفکر است که هر یک شامل سه گویه‌اند. پاسخ‌گویی به گویه‌ها بر اساس طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای از «کاملاً نادرست» تا «کاملاً درست» انجام می‌شود و پس از محاسبه نمرات خرده‌مقیاس‌ها، مجموع آن‌ها به‌عنوان نمره کلی اضطراب مرگ در نظر گرفته می‌شود. در فرایند ساخت ابزار، پس

بودن متغیرها برای انجام تحلیل‌های استنباطی است. برای بررسی روابط بین متغیرهای پژوهش، ابتدا ماتریس همبستگی بهزیستی معنوی، اضطراب مرگ، امید به زندگی و کیفیت زندگی محاسبه شد که نتایج آن در جدول ۲ ارائه شده است.

نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد که میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در نمونه مورد بررسی در دامنه قابل قبول قرار دارد. همچنین، مقادیر کجی و کشیدگی متغیرهای پژوهش در محدوده ± 2 قرار داشت که بیانگر توزیع قابل قبول داده‌ها و برقراری پیش‌فرض نرمال

جدول ۲. ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیر	بهزیستی معنوی	اضطراب مرگ	امید به زندگی	کیفیت زندگی
بهزیستی معنوی	۱			
اضطراب مرگ	-.۰/۱۹ **	۱		
امید به زندگی	۰/۴۱ **	-.۰/۱۴ **	۱	
کیفیت زندگی	۰/۴۹ **	-.۰/۳۳ **	۰/۶۱ **	۱

sig<۰.۰۱; *: sig<۰.۰۵**

زندگی با کیفیت زندگی رابطه مثبت و معناداری نشان داد ($r=۰/۶۱, p<۰/۰۱$). بنابراین، الگوی همبستگی بین متغیرها از روابط مورد انتظار در مدل پیشنهادی پژوهش حمایت کرد. برای آزمون مدل پیشنهادی و بررسی روابط مستقیم و غیرمستقیم بین متغیرها، از مدل‌سازی معادلات ساختاری استفاده شد. شاخص‌های برازش مدل اصلاح‌شده در جدول ۳ ارائه شده است.

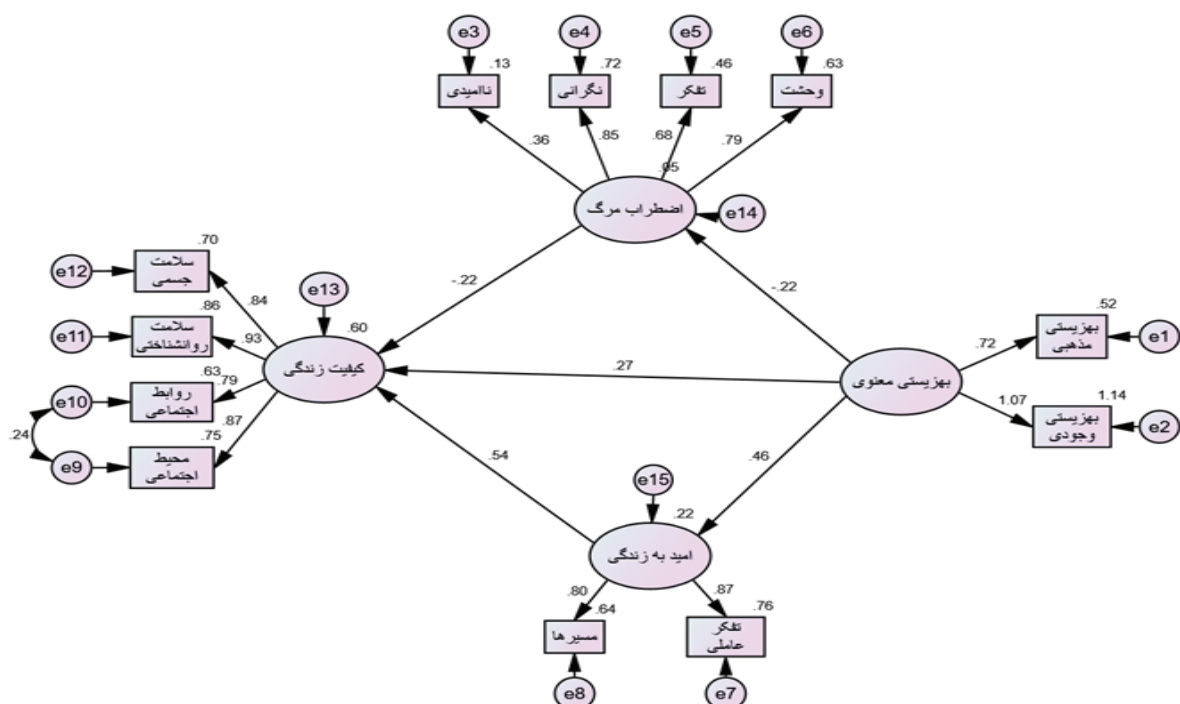
همان‌گونه که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، بهزیستی معنوی با اضطراب مرگ رابطه منفی و معنادار داشت ($r=-۰/۱۹, p<۰/۰۱$)، در حالی که با امید به زندگی زندگی ($r=۰/۴۱, p<۰/۰۱$) و کیفیت زندگی ($r=۰/۴۹, p<۰/۰۱$) رابطه مثبت و معناداری نشان داد. همچنین، اضطراب مرگ با امید به زندگی ($r=-۰/۱۴, p<۰/۰۱$) و کیفیت زندگی ($r=-۰/۳۳, p<۰/۰۱$)، رابطه منفی و معنادار داشت و امید به

جدول ۳. شاخص‌های نیکویی برازش آزمون مدل اولیه پژوهش

شاخص	مقادیر قابل قبول	برآورد
خی دو (χ^2)	$p>۰/۰۵$	۱۶۷/۲۲۴ $p<۰/۰۰۱$
درجه آزادی (degrees of freedom; df)	-	۴۹
نسبت مجذور خی دو به درجه آزادی (χ^2/df)	< ۵	۳/۴۱۳
جذر میانگین مجذورات خطای تقریب (Root Mean Square Error of Approximation; RMSEA)	$< ۰/۰۸$	۰/۰۷۸
شاخص نیکویی برازش (Goodness-of-Fit Index; GFI)	$> ۰/۹$	۰/۹۳۷
شاخص نیکویی برازش تعدیل شده (Adjusted Goodness-of-Fit Index; AGFI)	$> ۰/۹$	۰/۹۰۰
شاخص برازش تطبیقی (Comparative Fit Index; CFI)	$> ۰/۹$	۰/۹۵۷
شاخص برازش هنجار شده (Normed Fit Index; NFI)	$> ۰/۹$	۰/۹۴۱
ریشه میانگین مربعات باقیمانده استاندارد شده (Standardized Root Mean Square Residual; SRMR)	$< ۰/۰۸$	۰/۰۶۵

انطباق مناسب مدل با داده‌های مشاهده‌شده را تأیید کردند.

نتایج نشان داد مدل نهایی از برازش مطلوبی با داده‌های پژوهش برخوردار است و شاخص‌های برازش در مجموع



شکل ۱. مدل نهایی پژوهش

نتایج مدل پژوهش نشان داد که بارهای عاملی متغیرهای مشاهده پذیر بین ۰/۳۶ تا ۰/۹۱ و همگی معنادار هستند. در ادامه، نتایج مربوط به مسیرهای مستقیم مدل ساختاری در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. ضرایب رگرسیونی غیراستاندارد و استاندارد شده مدل معادلات ساختاری

مسیر	برآورد استاندارد نشده	خطای استاندارد	برآورد استاندارد شده	مقدار بحرانی (آماره t)	سطح معناداری
بهریستی معنوی ← اضطراب مرگ	-۰/۰۹	۰/۰۳	-۰/۲۲	-۳/۲۷	۰/۰۰۱
بهریستی معنوی ← امید به زندگی	۰/۴۱	۰/۰۵	۰/۵۰	۸/۶۰	<۰/۰۰۱
اضطراب مرگ ← کیفیت زندگی	-۰/۴۰	۰/۱۰	-۰/۲۲	-۴/۱۷	<۰/۰۰۱
امید به زندگی ← کیفیت زندگی	۰/۵۰	۰/۰۵	۰/۵۳	۹/۳۰	<۰/۰۰۱
بهریستی معنوی ← کیفیت زندگی	۰/۲۲	۰/۰۴	۰/۲۸	۵/۳۷	<۰/۰۰۱
بهریستی معنوی ← بهزیستی مذهبی	۱/۰۰۰		۰/۸۴		
بهریستی معنوی ← بهزیستی وجودی	۰/۹۸	۰/۰۵	۰/۸۶	۱۹/۶۴	<۰/۰۰۱
اضطراب مرگ ← وحشت	۱/۰۰۰		۰/۷۹		
اضطراب مرگ ← تفکر	۲/۰۵	۰/۳۱	۰/۶۸	۶/۵۴	<۰/۰۰۱
اضطراب مرگ ← نگرانی	۲/۸۵	۰/۴۲	۰/۸۵	۶/۸۱	<۰/۰۰۱
اضطراب مرگ ← ناامیدی	۱/۰۰۰		۰/۳۶		
امید به زندگی ← تفکر عاملی	۱/۰۰۰		۰/۸۷		
امید به زندگی ← مسیرها	۰/۹۸	۰/۰۷	۰/۸۰	۱۴/۷۱	<۰/۰۰۱
کیفیت زندگی ← سلامت جسمی	۰/۹۷	۰/۰۴	۰/۸۳	۲۲/۱۴	<۰/۰۰۱
کیفیت زندگی ← سلامت روانشناختی	۱/۱۵	۰/۰۴	۰/۹۱	۲۶/۷۳	<۰/۰۰۱
کیفیت زندگی ← روابط اجتماعی	۰/۹۹	۰/۰۵	۰/۸۲	۲۱/۷۱	<۰/۰۰۱
کیفیت زندگی ← محیط اجتماعی	۱/۰۰۰		۰/۸۹		

مرگ و امید به زندگی ۶۰ درصد از واریانس کیفیت زندگی را تبیین کردند. برای بررسی نقش میانجی اضطراب مرگ و امید به زندگی در رابطه بین بهزیستی معنوی و کیفیت زندگی، اثرهای غیرمستقیم با استفاده از روش بوتاسترپینگ و ۵۰۰۰ نمونه تصادفی بررسی شد. نتایج این تحلیل در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵. ضرایب غیرمستقیم و کل مدل معادلات ساختاری

مسیر	اثر غیر مستقیم	سطح معناداری	فاصله اطمینان	اثر کل	سطح معناداری
بهزیستی معنوی ← اضطراب مرگ ← کیفیت زندگی	۰/۰۴۸	۰/۰۰۱	{۰/۰۲۱، ۰/۰۹۴}	۰/۳۳	۰/۰۰۱
بهزیستی معنوی ← امید به زندگی ← کیفیت زندگی	۰/۲۵	<۰/۰۰۱	{۰/۱۹، ۰/۳۷}	۰/۵۳	<۰/۰۰۱
بهزیستی معنوی ← اضطراب مرگ / امید به زندگی	۰/۳۱	<۰/۰۰۱	{۰/۲۳، ۰/۴۱}	۰/۵۹	>۰/۰۰۱

با نقش میانجی گرایانه اضطراب مرگ و امید به زندگی بود. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که بین بهزیستی معنوی و کیفیت زندگی بیماران قلبی پس از کاشت ضربان‌ساز رابطه معناداری وجود دارد و اضطراب مرگ و امید به زندگی در این رابطه نقش میانجی ایفا می‌کنند. این الگو بیانگر آن است که کیفیت زندگی بیماران پس از کاشت ضربان‌ساز تنها تحت تأثیر وضعیت جسمانی و شرایط درمانی قرار ندارد و تجربه فرد از معنا، آینده و مرگ نیز می‌تواند در چگونگی ارزیابی زندگی خود نقش داشته باشد.

این یافته با نتایج صفری و همکاران (۳۶) در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی و هاشمی و همکاران (۱۴) همخوان است؛ آنان نیز ارتباط بهزیستی معنوی با امید به زندگی و شاخص‌های روان‌شناختی مرتبط با سازگاری را گزارش کرده‌اند. سلطانی و همکاران (۲۴) نیز نشان دادند که تجارب معنوی با افزایش امید به زندگی و کاهش اضطراب مرگ همراه است. همچنین، در مطالعات سایر گروه‌های بالینی، ارتباط منابع معنوی و امید با شاخص‌های بهزیستی و کیفیت زندگی گزارش شده است (۳۷-۳۸). همسویی این یافته‌ها نشان می‌دهد که منابع معنوی و متغیرهای مرتبط با آینده و مرگ می‌توانند در تجربه بیماران از بیماری و زندگی پس از درمان اهمیت داشته باشند.

در تبیین این یافته می‌توان به شرایط روان‌شناختی بیماران پس از کاشت ضربان‌ساز اشاره کرد. کاشت ضربان‌ساز اگرچه اقدامی درمانی برای کنترل اختلالات قلبی و کاهش خطر پیامدهای تهدیدکننده حیات است، ممکن است برای

نتایج نشان داد اثر غیرمستقیم بهزیستی معنوی بر کیفیت زندگی از طریق اضطراب مرگ معنادار بود ($p = ۰/۰۰۱$)، $\beta = ۰/۰۴۸$ ، با توجه به این که حد پایین و حد بالای فاصله اطمینان ۹۵ درصدی مثبت هستند ($۰/۰۹۴$ و $۰/۰۲۱$) و صفر را دربر نمی‌گیرد نیز می‌توان نتیجه گرفت که این اثر غیر مستقیم معنادار است. همچنین، اثر غیرمستقیم بهزیستی معنوی بر کیفیت زندگی از طریق امید به زندگی نیز معنادار بود ($p < ۰/۰۰۱$)، $\beta = ۰/۲۵$ ، حد بالا و پایین فاصله اطمینان ۹۵ درصدی ($۰/۳۷$ و $۰/۱۹$) که هر دو عددی مثبت هستند و صفر را در بر نمی‌گیرند نیز موید معنادار بودن این اثر غیر مستقیم است. اثر غیرمستقیم کلی بهزیستی معنوی بر کیفیت زندگی از طریق دو متغیر میانجی نیز معنادار و برابر با $۰/۳۳$ ($p < ۰/۰۰۱$) به دست آمد. حد بالا و پایین فاصله اطمینان ۹۵ درصدی ($۰/۴۱$ و $۰/۲۳$) که اعدادی مثبت هستند و صفر را در بر نمی‌گیرند نیز نشان دهنده ی معناداری این اثر غیر مستقیم است. از آنجا که مسیر مستقیم بهزیستی معنوی به کیفیت زندگی پس از ورود متغیرهای میانجی همچنان معنادار بود، اضطراب مرگ و امید به زندگی در این رابطه دارای نقش میانجی‌گرانه ناقص بودند. بر این اساس، فرضیه اصلی و فرضیه‌های مربوط به نقش میانجی اضطراب مرگ و امید به زندگی تأیید شدند.

بحث

هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه بین بهزیستی معنوی و کیفیت زندگی در بیماران قلبی پس از کاشت ضربان‌ساز

در رابطه بین بهزیستی معنوی و کیفیت زندگی بود. این نتیجه با یافته‌های هاشمی و همکاران (۱۴)، صفری و همکاران (۳۶)، باخچی‌اوغلو توران و همکاران (۳۸) و ونیوک (۳۷) همسو است. پس از کاشت ضربان‌ساز بیمار ناگزیر است تصویری از آینده خود را با شرایط جدید جسمانی و درمانی هماهنگ کند. در این وضعیت، امید صرفاً انتظار وقوع یک اتفاق مطلوب نیست، بلکه شامل داشتن هدف و باور به امکان یافتن مسیرهایی برای ادامه زندگی است (۲۰).

به همین دلیل، حفظ امید می‌تواند به بیمار کمک کند محدودیت‌های ناشی از بیماری را به‌عنوان پایان فعالیت‌ها و اهداف زندگی تفسیر نکند. بهزیستی معنوی نیز می‌تواند زمینه شکل‌گیری چنین نگرشی را فراهم کند. احساس معنا و هدفمندی به فرد امکان می‌دهد حتی در شرایط دشوار، آینده را همچنان ارزشمند و قابل پیگیری تصور کند. در نتیجه، بیمار ممکن است انگیزه بیشتری برای مراقبت از خود، پیگیری درمان، حفظ روابط اجتماعی و مشارکت در فعالیت‌های روزمره داشته باشد؛ عواملی که می‌توانند کیفیت زندگی را ارتقا دهند (۴۵). بنابراین، یافته مربوط به میانجی‌گری امید به زندگی نشان می‌دهد که بخشی از ارتباط بهزیستی معنوی با کیفیت زندگی از طریق حفظ چشم‌انداز مثبت و هدفمند نسبت به آینده قابل تبیین است.

رابطه مستقیم بهزیستی معنوی با کیفیت زندگی نیز در پژوهش حاضر معنادار بود. این یافته با نتایج گاردینو-اورتگا و همکاران (۴۶)، پیلگر و همکاران (۴۷) و باخچی‌اوغلو توران و همکاران (۳۸) همخوان است. در بیماری‌های مزمن، بهزیستی معنوی می‌تواند به فرد کمک کند در کنار پذیرش محدودیت‌های جسمانی، احساس معنا، ارزشمندی و انسجام خود را حفظ کند. بر اساس دیدگاه‌های نظری معنویت، این منابع می‌توانند در مواجهه با رنج و شرایط دشوار نقش حمایتی داشته باشند (۴۸). همچنین، فرانکل (۴۹) بر اهمیت معنا دادن به رنج و شرایط دشوار در سازگاری فرد تأکید کرده است. بر این اساس، کیفیت زندگی بیماران پس از کاشت ضربان‌ساز را نمی‌توان صرفاً بازتاب وضعیت جسمانی آنان دانست؛ بلکه نحوه تفسیر بیماری و جایگاه آن در زندگی فرد نیز می‌تواند در این تجربه نقش داشته باشد. یافته پژوهش همچنین نشان داد که امید به زندگی رابطه مستقیم و مثبتی با کیفیت زندگی دارد. این نتیجه

بیمار یادآور آسیب‌پذیری جسمانی و وابستگی به یک وسیله پزشکی باشد. نگرانی درباره عملکرد دستگاه، وضعیت سلامت در آینده و احتمال بروز عوارض می‌تواند توجه فرد را به تهدیدهای مرتبط با بیماری معطوف کند (۳۹). در چنین شرایطی، برخورداری از بهزیستی معنوی می‌تواند به بیمار کمک کند تجربه بیماری و محدودیت‌های ناشی از آن را در چارچوبی معنادارتر تفسیر کند. احساس معنا و هدفمندی و برخورداری از ارتباط با خود، دیگران و منبعی متعالی می‌تواند به حفظ انسجام روانی فرد در مواجهه با شرایط دشوار کمک کند (۴۰). بنابراین، بیمار ممکن است بیماری را تنها به‌عنوان تهدیدی برای زندگی یا محدودیتی برای آینده تجربه نکند و امکان بیشتری برای پذیرش و سازگاری با شرایط جدید داشته باشد.

یافته‌های پژوهش همچنین بیانگر، نقش میانجی اضطراب مرگ در رابطه بین بهزیستی معنوی و کیفیت زندگی بود. این نتیجه با فراتحلیل لی و همکاران (۴۱) درباره ارتباط منفی اضطراب مرگ با بهزیستی معنوی و کیفیت زندگی و نیز با یافته‌های وحیدالزهیری و همکاران (۴۲) همسو است. در بیماران دارای ضربان‌ساز نیز میترو و همکاران (۴۳) ارتباط مشکلات روان‌شناختی با کیفیت زندگی را گزارش کرده‌اند. اضطراب مرگ در این بیماران می‌تواند فراتر از نگرانی درباره پایان زندگی عمل کند و بخشی از توجه و ظرفیت هیجانی فرد را به نگرانی درباره وضعیت جسمانی، عملکرد دستگاه و احتمال پیامدهای نامطلوب اختصاص دهد. تداوم این نگرانی‌ها می‌تواند آرامش روانی و مشارکت فرد در فعالیت‌های روزمره و اجتماعی را کاهش دهد و در نتیجه ارزیابی او از کیفیت زندگی را تحت تأثیر قرار دهد (۴۴). در این راستا، بهزیستی معنوی می‌تواند با ایجاد احساس معنا، انسجام و پذیرش، شیوه مواجهه بیمار با تهدیدهای مرتبط با بیماری و مرگ را تحت تأثیر قرار دهد. زمانی که فرد بتواند شرایط دشوار خود را در چارچوبی معنادار تفسیر کند، احتمال دارد احساس تهدید و نگرانی مداوم درباره مرگ کاهش یابد. کاهش اضطراب مرگ نیز می‌تواند منابع روانی بیشتری برای توجه به زندگی روزمره، روابط اجتماعی و سازگاری با شرایط جسمانی فراهم کند. بنابراین، نقش میانجی اضطراب مرگ نشان می‌دهد که بخشی از ارتباط بهزیستی معنوی با کیفیت زندگی می‌تواند از طریق کاهش نگرانی‌ها و اشتغال ذهنی مرتبط با مرگ شکل گیرد.

یافته دیگر پژوهش حاکی از نقش میانجی امید به زندگی

مرتبط با مرگ و تقویت امید نسبت به آینده، شرایط روان‌شناختی مساعدتری برای سازگاری با زندگی پس از کاشت ضربان‌ساز ایجاد کند. در عین حال، معنادار باقی ماندن مسیر مستقیم بهزیستی معنوی و کیفیت زندگی نشان می‌دهد که این رابطه صرفاً از طریق دو متغیر میانجی مورد بررسی تبیین نمی‌شود. این یافته‌ها بر ضرورت توجه هم‌زمان به ابعاد جسمانی و روان‌شناختی بیماران پس از کاشت ضربان‌ساز تأکید دارد. در کنار پیگیری وضعیت قلبی و عملکرد دستگاه، توجه به منابع معنوی بیمار، تقویت امید نسبت به آینده و شناسایی و کاهش اضطراب‌های مرتبط با مرگ می‌تواند در برنامه‌های مراقبتی و توان‌بخشی مورد توجه قرار گیرد. چنین رویکردی می‌تواند به جای تمرکز صرف بر کنترل بیماری، تجربه کلی بیمار از زندگی پس از درمان را نیز در نظر بگیرد و زمینه سازگاری بهتر و کیفیت زندگی مطلوب‌تر را فراهم کند.

تعارض منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند که در ارتباط با این پژوهش هیچ‌گونه تعارض منافع وجود ندارد.

References

1. American Heart Association. Heart disease and stroke statistics—2020 update: A report from the American Heart Association. Dallas (TX): American Heart Association;2020. Available from: <https://professional.heart.org/en/science-news/-/media/a4515a7cd646491491109238ba bf8277.ashx>.
2. World Health Organization. Cardiovascular disease (CVDs). Geneva: World Health Organization;2021. Available from: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)).
3. Patel MH, Sampath S, Kapoor A, Adman DN, Chellapuram N, Challa AB, et al. Advances in cardiac pacing: Arrhythmia prediction, prevention and control strategies. Front Physiol. 2021;12:783241. <https://doi.org/10.3389/fphys.2021.783241>.
4. Figueroa C, Alcocer L, Ramos B. Psychological intervention to modify anxiety, depression and quality of life in patients with an implantable pacemaker. Psychol. 2016;7(3):374-81. <https://doi.org/10.4236/psych.2016.73040>.
5. Nicmanis M, Arcangeli O, Chur-Hansen A, Oxlad

با یافته‌های نصیری‌زیا و همکاران (۲۶)، باخچی‌اوغلو توران و همکاران (۳۸) و مطالعات انجام‌شده در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن همسو است. بیماری قلبی و نیاز به استفاده از ضربان‌ساز ممکن است دامنه فعالیت‌ها و پیش‌بینی‌های فرد درباره آینده را تغییر دهد؛ با این حال، برخورداری از امید می‌تواند به بیمار کمک کند امکانات موجود برای ادامه زندگی را ببیند و اهداف خود را متناسب با شرایط جدید دنبال کند. در مقابل، کاهش امید ممکن است افق آینده را محدود کرده و احساس ناتوانی و انفعال بیشتری ایجاد کند (۵۰). از این رو، امید می‌تواند یکی از منابع روان‌شناختی مهم برای حفظ مشارکت فرد در زندگی و تجربه کیفیت زندگی مطلوب‌تر باشد.

نتیجه‌گیری

بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر، بهزیستی معنوی با کیفیت زندگی بیماران قلبی پس از کاشت ضربان‌ساز رابطه معناداری دارد و این رابطه تا حدی از طریق اضطراب مرگ و امید به زندگی میانجی‌گری می‌شود. به بیان دیگر، برخورداری از منابع معنوی می‌تواند با کاهش نگرانی‌های

- M. Examining the effectiveness of psychosocial interventions for patients with a cardiac implantable electronic device: A systematic review and meta-analysis. Heart Rhythm. 2025. <https://doi.org/10.1016/j.hrthm.2025.02.027>.
6. Zou H, Tian Q, Chen Y, Cheng C, Fan X. Coping styles mediate the relationship between self-esteem, health locus of control, and health-promoting behavior in Chinese patients with coronary heart disease. J Cardiovascular Nurs. 2017;32(4):331-8. <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000357>.
7. Cai T, Verze P, Bjerklund Johansen TE. The quality of life definition: Where are we going? Uro. 2021;1(1):14-22. <https://doi.org/10.3390/uro1010003>.
8. Sittironnarit G, Emprasertsuk W, Wannasewok K. Quality of life and subjective burden of primary dementia caregivers in Bangkok, Thailand. Asian J Psychiatry. 2020;48:101913. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2019.101913>.
9. Truong HP, Nguyen KM, Tran HT, Hoang SV. Assessment of health-related quality of life in patients with chronic heart failure: A cross-sectional study in Vietnam. Cureus.

- 2023;15(12):e51098. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10809020/>.
10. Chapagai S, Andrews GR, Naik N. A study to assess the knowledge and quality of life of pacemaker patients with a view to develop an information booklet. *Asian J Nurs Educ Res*. 2017;7(1):108.
11. Udo EO, van Hemel NM, Zuithoff NPA, Nijboer H, Taks W, Doevendans PA, et al. Long-term quality-of-life in patients with bradycardia pacemaker implantation. *Int J Cardiol*. 2013;168(3):2159-63.
12. Durmuş M, Öztürk Z, Şener N, Eren SY. The relationship between the fear of COVID-19, depression, and spiritual well-being in pregnant women. *J Relig Health*. 2022;61(1):798-810. <https://doi.org/10.1007/s10943-021-01448-7>.
13. Bai M, Lazenby M. A systematic review of associations between spiritual well-being and quality of life at the scale and factor levels in studies among patients with cancer. *J Palliat Med*. 2015;18(4):286-98. <https://doi.org/10.1089/jpm.2014.0189>.
14. Hashemi Z, Aghajani Hashjin T, Shekhargozar A. The relationship between spiritual well-being and mental health, resilience and life expectancy in cardiovascular patients of Jam Hospital in Tehran. *J Res Relig Health*. 2022;8(3):42-52. <https://doi.org/10.22037/jrrh.v8i3.34055>.
15. Putri EPS, Hudiawati D. Spiritual needs and quality of life of patients with heart failure. *Malahayati Int J Nurs Health Sci*. 2024;7(7):857-64. <https://doi.org/10.33024/minh.v7i7.439>.
16. Özer Ö, Özkan O, Yarkan O, Büyüksirin B. Examination of pandemic awareness, death anxiety, and spiritual well-being in elderly individuals. *Omega (Westport)*. 2025;90(3):1293-1312. <https://doi.org/10.1177/00302228221120122>.
17. Görücü S, Arslan GG. The investigation of death anxiety and spiritual well-being levels of family members of patients admitted to intensive care unit. *J Caring Sci*. 2024;13(1):20 <https://doi.org/10.34172/jcs.2024.33069>.
18. Azimian J, Soleimani MA, Pahlavan Sharif S, Bani Hashemi H. Investigating the effect of spiritual care program on death anxiety in cardiac patients: A clinical trial. *Avicenna J Nurs Midwifery Care*. 2019;27(1):1-10. <http://dx.doi.org/10.30699/ajnmc.27.1.1>.
19. Pleeing E, Burger M, van Exel J. The relations between hope and subjective well-being: A literature overview and empirical analysis. *Appl Res Qual Life*. 2021;16(3):1019-41. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1007/s11482-019-09802-4>.
20. Snyder CR. Hope theory: Rainbows in the mind. *Psychol Inq*. 2002;13(4):249-75.
21. Zaninotto P, Batty GD, Stenholm S, Kawachi I, Goldberg M, et al. Socioeconomic inequalities in disability-free life expectancy in older people from England and the United States: A cross-national population based study. *J Gerontol a Biol Sci Med Sci*. 2020;75(5):906-13. <https://doi.org/10.1093/gerona/glz266>.
22. Qi J, Ruan Z, Qian Z, Yin P, Yang Y, Acharya BK, et al. Potential gains in life expectancy by attaining daily ambient fine particulate matter pollution standards in mainland China: A modeling study based on nationwide data. *PLoS Med*. 2020;17(1):e1003027. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003027>.
23. Öztürk Z, Durmuş M, Ay E, Okanlı A. The mediating role of spiritual well-being in the relationship between self-care agency and hope in patients diagnosed with schizophrenia: A cross-sectional and correlational study. *BMC Psychiatry*. 2025;25(1):603. <http://dx.doi.org/10.1186/s12888-025-07078-7>.
24. Soltani F, Hosseini F, Arab Mansour. Investigating the relationship between spiritual experiences with life expectancy and death anxiety in patients undergoing coronary artery bypass surgery. *J Cardiovasc Nurs*. 2016;5(2):6-13. <http://journal.icns.org.ir/article-1-344-fa.html>.
25. Farhoosh M, Jahangirzadeh MR, Salehi M, Masjedi Arani A, Jamshidi MA. Hope therapy package with Islamic approach for heart patients. *J Res Relig Health*. 2021;7(2):41-57. <https://doi.org/10.22037/jrrh.v7i2.29715>.
26. Nasiri Ziba F, Mehrbani F, Haqqani H. The relationship between quality of life and hope in people with ischemic heart disease hospitalized in Shahid Rajaei Cardiovascular Research and Treatment Center, Tehran. *Cardiovasc Nurs*. 2019;8(1):130-7. <http://journal.icns.org.ir/article-1-634-fa.html>.
27. Kline RB. Principles and practice of structural equation modeling. 4th ed. New York: Guilford Press;2016.

28. WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychol Med*. 1998;28(3):551-8. <https://doi.org/10.1017/S0033291798006667>.
29. Esmail-Beigi F. The effectiveness of happiness-based psychotherapy on quality of life, hope and self-compassion among patients with MS. *J Mod Adv Psychol Educ Sci Educ*. 2025;8(85):14-32. <http://noo.rs/7wTB6>.
30. Najdzadeh S. Standardization of the World Health Organization quality of life questionnaire (WHOQOL-BREF): Translation and psychometric properties of the Iranian version. *J Sch Public Health Inst Public Health Res*. 2006;4(4):1-12.
31. Paloutzian RF, Ellison CW. Loneliness, spiritual well-being and the quality of life. In: Peplau LA, Perlman D, editors. *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy*. New York: Wiley;1982. p. 224-37.
32. Mikaeili Mani F, Tabatabai SM, Rad Masoumi F. Comparison of time perspective, spiritual well-being and psychological well-being in young people who are in seclusion and those who are not. *J Res Relig Health*. 2021;17(3):68-79. <https://sid.ir/paper/414607/fa>.
33. Snyder CR, Harris C, Anderson JR, Holleran SA, Irving LM, Sigmon ST, et al. The will and the ways: Development and validation of an individual-differences measure of hope. *J Pers Soc Psychol*. 1991;60(4):570-85. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.60.4.570>.
34. Karimian Abdar B, Karimi Afshar E. Investigating the relationship between resilience, quality of life and life expectancy of mothers of deaf children. *J Urmia Sch Nurs Midwifery*. 2021;19(11):888-96. <http://dx.doi.org/10.52547/unmf.19.11.888>.
35. Husain W, Ammar A, Trabelsi K, Jahrami H. Development and validation of Believers' Death Anxiety Scale: Integrating religious dimensions into death anxiety assessment. *Discov Ment Health*. 2024;4(1):64. <http://dx.doi.org/10.1007/s44192-024-00120-2>.
36. Safari S, Parandin S, Akbari M. Development of a hope model based on cognitive emotion regulation with the mediation of spiritual well-being in patients with heart failure in Kermanshah and investigating its effectiveness on death anxiety. *Psychol Dyn Mood Disord*. 2014;3(4):64-81. <https://doi.org/10.61838/kman.pdmd.3.4.5>.
37. Wnuk M. The indirect relationship between spiritual experiences and subjective wellbeing through hope? A sample of Chilean students. *J Relig Health*. 2023;62(2):964-83. <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10943-021-01459-4>.
38. Bahcecioglu Turan G, Özer Z, YanmıŞ S. The effects of spiritual wellbeing on life satisfaction in hematologic cancer patients aged 65 and older in Turkey: Mediating role of hope. *Psychogeriatrics*. 2024;24(5):1149-59. <https://doi.org/10.1111/psyg.13175>.
39. Alnajim FA, Alkhidhr MAS, Alanazi MAA, Bawazeer AAJ, Shahar AI, Alsharif BM, et al. An overview of diagnosis and management of bradycardia: Literature review. *Arch Pharm Pract*. 2021;12(1):13-5. <https://doi.org/10.51847/vPUsknW32w>.
40. Gomez R, Fisher JW. Domains of spiritual well-being and development and validation of the Spiritual Well-Being Questionnaire. *Pers Individ Dif*. 2003;35(8):1975-91. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(03\)00045-X](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(03)00045-X).
41. Li Y, Dong W, Tang H, Guo X, Wu S, Lu G, et al. Correlates of death anxiety for patients with cancer: A systematic review and meta-analysis. *J Clin Nurs*. 2024;33(5):1933-47. <https://doi.org/10.1111/jocn.17021>.
42. Waheed Elzohairy N, Alsaied Alfayomy N, I Hassan N. The relationship between death anxiety, spiritual well-being, and successful aging among community dwelling older adults. *Int Egypt J Nurs Sci Res*. 2022;3(1):272-85. <http://dx.doi.org/10.21608/ejnsr.2022.247080>.
43. Mitro P, Kotianova A, Bodnar J, Skorodensky M, Valocik G. Quality of life and psychological well-being in patients with various pacing modes. *Bratisl Lek Listy*. 2008;109(6):260-6. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18700437/>.
44. Ho BKY, Chong MS, Ma LWL, Yeo TM, Thompson DR, Wang W. Effectiveness of telemedicine interventions on anxiety, depression, and health-related quality of life in adults with implantable cardioverter defibrillators: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2026;zvaf225. <https://doi.org/10.1093/eurjcn/zvaf225>.

45. Francisquini PD, Soares MH, Machado FP, Luis MAV, Martins JT. Relationship between well-being, quality of life and hope in family caregivers of schizophrenic people. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(Suppl 1):e20190359. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0359>.
46. Garduño-Ortega O, Morales-Cruz J, Hunter-Hernández M, Gany F, Coñas-Muñiz R. Spiritual well-being, depression, and quality of life among Latina breast cancer survivors. *J Relig Health.* 2021;60(3):1895-907. <https://link.springer.com/article/10.1007/s10943-020-01147-9>.
47. Pilger C, Santos ROPD, Lentsck MH, Marques S, Kusumota L. Spiritual well-being and quality of life of older adults in hemodialysis. *Rev Bras Enferm.* 2017;70(4):689-96. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0006>.
48. Ellison CW. Spiritual well-being: Conceptualization and measurement. *J Psychol Theol.* 1983;11(4):330-8. <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/009164718301100406>.
49. Frankl VE. *Man's search for meaning*. Boston: Beacon Press;1967.
50. Snyder CR, editor. *Handbook of hope: Theory, measures, and applications*. San Diego (CA): Academic Press;2000.