

Comparison of religious attitudes in patients with coronary artery disease and healthy people

Nourisaed¹ A (MSc.) - Salari² A (Ph.D) - Nourisaed³ A (MSc.) - Rouhi Balasi⁴ L (MSc.) - Moaddab⁵ F (MSc.) - Akbari⁶ B (Ph.D).

Abstract

Introduction: Religious beliefs prevent the mental and physical illness, In addition reduce complications and physical symptoms of Diseases and reduce the duration of the disease and increase longevity. However, unfortunately, most of the health providers tend to ignore the religious issues in their cares. Given the importance role of religion on the physical, mental, and adherence to treatment in chronic patients, a study was conducted to compare the religious attitude in people with coronary artery disease and healthy patients.

Method: In this cross-sectional study with two was conducted by convenience sampling in a 6-month period through patients referred to Dr.Hashmat medical education hospital in Rasht and their family. During this period 320 eligible subjects (160 patients and 160 in the control group) were enrolled. Inclusion criteria for patients were coronary angioplasty results indicated the involvement of coronary artery or had a history of angioplasty or coronary artery bypass graft surgery. Inclusion criteria for the control group were no history of cardiovascular disease. The survey questionnaire consisted of two main parts, including Socio-demographic factors and religious attitudes. Collected data was analyzed using descriptive and inferential statistics (Mann-Whitney U and chi-square test).

Results: The mean score was 69.26 ± 9.28 in patients and was 67.34 ± 9.48 in healthy people. The Mann-Whitney test indicated a significant difference between the two groups in terms of general religious attitude ($p < 0.05$). So that the patient group had higher scores of religious attitudes. The results of chi-square tests were significant relationships between age ($p < 0.0001$), sex ($p = 0.003$), marital status ($p < 0.0001$), education level ($p < 0.0001$) and social level ($p < 0.0001$) in two groups.

Conclusion: High levels of religious attitudes in patients towards healthy people could indicate the need of man to God in the face of the disease. It seems you can use these points to promote physical and mental health of patients and improve effective adherence of them.

Key words: Religion, Attitude, Coronary Artery Disease, Healthy Volunteers

Received: 5 June 2015

Accepted: 27 August 2015

1- Department of Psychology, Islamic Azad University of Guilan, Rasht, Iran

2- Department of Cardiology, Guilan Interventional Cardiovascular Research Center, Heshmat Hospital, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran

3- Department of Islamic Studies, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran

4- Department of Medical Surgical Nursing, Guilan Interventional Cardiovascular Research Center, Heshmat Hospital, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran

5- Department of Medical Surgical Nursing, Guilan Interventional Cardiovascular Research Center, Heshmat Hospital, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran

6- Corresponding author: Department of Psychology, Islamic Azad University of Guilan, Rasht, Iran

e-mail: BAKbari44@yahoo.com

مقایسه نگرش مذهبی در افراد مبتلا به بیماری عروق کرونر و افراد سالم

اعظم نوری سعید^۱، ارسلان سالاری^۲، علی نوری سعید^۳، لیلا روحی بلسی^۴، فاطمه مودب^۵، بهمن اکبری^۶

چکیده

مقدمه: در واقع اعتقادات مذهبی علاوه بر پیشگیری از بروز و شیوع بیماری های روانی، می تواند عوارض جسمانی بیماریها را کاهش داده و طول مدت بیماری را کم نماید و طول عمر را افزایش دهد. با این وجود متأسفانه اغلب تیم درمان تمایل به نادیده گرفتن مسائل مذهبی هنگام مراقبت از بیماران خود دارند. با توجه به اهمیت نقش مذهب بر سلامت جسمی، روانی و تبعیت از رژیم درمانی در بیماران مزمن، بر آن شدیم تا مطالعه ای با هدف مقایسه نگرش مذهبی در افراد مبتلا به بیماری عروق کرونر و افراد سالم انجام دهیم.

روش: در این پژوهش توصیفی-تحلیلی دو گروهی، نمونه گیری به شیوه در دسترس و در بازه زمانی ۶ ماهه از اوایل مهر تا اسفند ماه ۱۳۹۲ از میان بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی دکتر حشمت رشت و همراهان آنان انجام گرفت. در طی این مدت ۳۲۰ نمونه واجد شرایط (۱۶۰ نفر در گروه بیمار و ۱۶۰ نفر در گروه سالم) وارد مطالعه شدند. معیارهای ورود برای افراد گروه بیمار شامل نتایج آنژیوپلاستی دال بر درگیری عروق کرونر و داشتن سابقه آنژیوپلاستی یا جراحی پیوند عروق کرونر بود. معیار ورود جهت گروه سالم نیز عدم سابقه بیماری قلبی عروقی بود. ابزار جمع آوری داده ها پرسشنامه ای مشتمل بر ۲ بخش اصلی شامل داده های فردی و اجتماعی و سنجش نگرشهای مذهبی بود. اطلاعات جمع آوری شده با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی (آزمون من ویتنی و کای دو) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: نمره میانگین نگرش مذهبی در گروه بیمار $9/82 \pm 69/26$ و در گروه سالم $9/48 \pm 67/34$ بود. هم چنین آزمون من ویتنی تفاوت معنی داری بین دو گروه از نظر نمره نگرش مذهبی کلی ($p < 0/05$) نشان داد. به طوری که افراد گروه بیمار نمره نگرش مذهبی بالاتری داشتند. نتایج آزمون کای دو ارتباط معنی داری بین سن ($p < 0/0001$)، جنس ($p = 0/003$)، وضعیت تأهل ($p < 0/0001$)، سطح تحصیلات ($p < 0/0001$) و سطح اجتماعی ($p < 0/0001$) با ابتلا به بیماری و سالم بودن نشان داد.

نتیجه گیری: بالا بودن سطح نگرش مذهبی در افراد بیمار نسبت به سالم می تواند نشانگر احساس نیاز انسان به خدا در زمان مواجهه با بیماری باشد. به نظر می رسد می توان از این امتیاز در راستای ارتقاء سلامت جسمی و روانی بیماران و بهبود تبعیت از درمان گامی مؤثر برداشت.

کلید واژه ها: مذهب، نگرش، بیماری عروق کرونر، افراد سالم

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۶/۵

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۳/۱۵

- ۱- کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی بالینی، واحد علوم و تحقیقات گیلان، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران
- ۲- دانشیار، گروه قلب و عروق، مرکز تحقیقات اینترونشنال قلب و عروق، بیمارستان حشمت، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران
- ۳- مربی، گروه معارف اسلامی، دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی رشت، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران
- ۴- مربی، گروه پرستاری (داخلی-جراحی)، مرکز تحقیقات اینترونشنال قلب و عروق، بیمارستان حشمت، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران
- ۵- مربی، گروه پرستاری (داخلی-جراحی)، مرکز تحقیقات اینترونشنال قلب و عروق، بیمارستان حشمت، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران
- ۶- دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت، ایران (نویسنده مسؤول)

پست الکترونیکی: BAKBARI44@yahoo.com

مقدمه

ابتلا به بیماریهای مزمن یکی از موقعیتهای چالش برانگیز زندگی انسانها و مدیریت بیماریهای مزمن مشکل عمده بهداشت جامعه جهانی امروز است. این بیماران معمولاً با دامنه وسیعی از احساسات منفی شامل اضطراب، عصبانیت و افسردگی مواجه هستند و احترام به خود و هویت فرد، تحت تأثیر بیماری قرار می گیرد؛ به خصوص وقتی بیماری منجر به کاهش نقشها، فعالیت های ارزشمند و تغییرات در ارتباطات اجتماعی شده و انجام فعالیتهای قبلی بیمار نیز به علت بیماری، مشکل یا غیرممکن می شود (۱). در این میان بیماریهای قلبی-عروقی (CVD) (Cardiovascular diseases) و در رأس آنها بیماریهای عروق کرونر (coronary artery diseases) (CAD) یکی از جدی ترین مشکلات مرتبط با سلامتی و عوامل ناتوانی در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه می باشند (۲). به طوری که این بیماری یکی از پرهزینه ترین مشکلات بهداشتی نیازمند مراقبت بوده و به دلیل عوارض روانی، ناتوانی و مرگ و میر ناشی از آن به عنوان یک بیماری مزمن توجهات ویژه ای را به خود اختصاص داده است (۳). بر اساس اطلاعات منتشر شده توسط سازمان بهداشت جهانی ۴۱/۳ درصد کل مرگ های سال ۲۰۰۵ در کشور ایران ناشی از CAD بوده است و پیش بینی می شود این رقم تا سال ۲۰۳۰ به ۴۴/۸ درصد برسد (۴).

به دنبال بیماری عروق کرونر معمولاً بیماران مشکلات متعددی مانند درد، تغییر در جریان خون بافتی، عدم تحمل فعالیت سازگاری غیر مؤثر با بیماری، اضطراب و افسردگی و تظاهرات روانی شدید، از بین رفتن امنیت کاری، کاهش فعالیت های تفریحی، آینده نامطمئن و اختلال در روابط بین فردی و ایفای نقش های خانوادگی را تجربه می کنند (۵،۶). از طرفی با توجه به اینکه دستیابی به درمان قطعی بیماری در عمل امکان پذیر نیست ماهیت ناتوان کننده و پیش رونده بیماریهای عروق کرونر، تأثیر عوامل متعدد بر تشدید و یا بهبود آن بر روند کیفیت زندگی بیماران تأثیرگذار است (۲). در واقع فرد در مواجهه با بیماری، با تمام ابعاد وجودی خود به بیماری پاسخ می دهد. از آنجا که سلامتی کامل یک فرد به تعادل بین تمام ابعاد سلامتی یعنی: جسمی، روحی، روانی، اجتماعی و معنوی وی بستگی دارد، پس بدون توجه به بعد معنوی انسان، نمی توان جسم، روان و همین طور شخصیت اجتماعی او را شناخت و برای سلامت وی کاری کرد (۷). از این رو دین یک پدیده گسترده بادوام و تأثیرگذار است و تعیین کننده شیوه پاسخ دهی افراد به تجارب زندگی است

(۸). در سالهای اخیر نیز در بین روانشناسان توجه به دین برای بهبود و ارتقاء سلامت روان افزایش یافته است. آنها معتقدند در ایمان به خدا نیرویی خارق العاده وجود دارد که نوعی قدرت معنوی به انسان می بخشد و در تحمل سختی های زندگی او را کمک می کند و افراد را از نگرانی ها و اضطرابی که بسیاری از مردم در معرض ابتلا به آن هستند دور می سازد (۹). ویلیام جیمز معتقد است که قوی ترین عامل برای تسکین نگرانی ها و کاهش اضطراب ها ایمان و اعتقاد مذهبی است (۹). نگرش مذهبی عبارت است از اعتقادات منسجم و یکپارچه توحیدی که خداوند محور امور بوده و ارزش ها، اخلاقیات، آداب و رسوم رفتارهای انسانی را با یکدیگر و با طبیعت خویش تنظیم می نماید (۱۰). البته شایان ذکر است که در این بین نقش نگرش مذهبی قوی تر از انجام صرف اعمال مذهبی است (۱۱). نشان داده شده که مذهب یک منبع مهم جهت حمایت و امید برای بیماران در سازگاری با بیماری به حساب می آید (۱۲)، که به افراد کمک می کند در رویارویی با مشکلات کمتر آسیب ببینند (۹). از طرفی مذهب از ایجاد دیدگاه منفی در زندگی جلوگیری می کند (۱۰). اعتقادات مذهبی درست، بسیاری از نیازهای اساسی انسان را برآورده کرده و خلاءهای اخلاقی، عاطفی و معنوی او را پر می کند و اطمینان، امید و قدرت را در فرد تحکیم می نماید و پایگاه بسیار محکمی را برای انسان در برابر مشکلات و محرومیت های زندگی ایجاد می کند (۸،۱۳). نشان داده شده که حتی پس از در نظر گرفتن عوامل فردی و اجتماعی، افراد دارای باور و عملکرد مذهبی سلامت جسمی و روانی بهتری را نسبت به افراد بدون این باورها تجربه می کنند (۱۴).

در واقع اعتقادات مذهبی علاوه بر پیشگیری از بروز و شیوع بیماری های روانی، می تواند عوارض جسمانی بیماری ها را کاهش داده و طول مدت بیماری را کم نماید و طول عمر را افزایش دهد (۹،۱۵). به طوری که نشان داده شده است که افراد معتقد به مذهب هنگام بیماری سریعتر از افراد غیر مذهبی بهبود پیدا می کنند، میزان پایین تری هیجانات منفی و افسردگی را تجربه کرده و اضطراب کمتری دارند و از حمایت اجتماعی بالاتری برخوردارند (۱۳) و سلامت روانی بیشتری را در اغلب موارد گزارش می کنند (۱۱،۱۶،۱۷). همچنین این افراد خوش بینی بیشتری نسبت به زندگی دارند (۱۱). از طرفی نه تنها اعتقادات معنوی بر سازگاری با بیماری مؤثر است، بلکه این اعتقادات نقش مهمی را در شیوه زندگی بیماران ایفا می نماید و با ایجاد احساس هدفمندی امور، پیوستگی بیماران را به رژیم درمانی افزایش می دهد (۱). حال با توجه به اهمیت مقوله مذهب بر فرآیند بهبودی و تبعیت بیماران از رژیم درمانی می توان

شده ام.) (عبارات ۸ تا ۱۳).

۳- بعد پیامدی یا آثار دینی که ناظر به تأثیر باورها، اعمال، تجارب و دانش دینی بر زندگی روزمره پیروان آن دین است (مانند: با پدیده بدحجابی باید با قاطعیت مبارزه کرد.) (عبارات ۱۴ تا ۱۹).

بعد مناسکی یا اعمال دینی که شامل اعمال دینی مشخصی همچون عبادت و نماز، شرکت در آئین های دینی خاص، روزه گرفتن و مانند اینهاست که انتظار می رود پیروان هر دین آنها را به جا آورند (مانند: آیا نماز می خوانید؟ یا هر چند وقت یکبار برای ادای نماز جماعت به مسجد می روید؟) (عبارات ۲۰ تا ۲۶). سوالات این پرسشنامه نگرشی هستند و در یک طیف پنج قسمتی (کاملاً مخالفم: ۱، مخالف: ۲، بینابین: ۳، موافق: ۴ و کاملاً موافقم: ۵) بر اساس سیستم لیکرت نمره گذاری می شوند. البته شایان ذکر است عبارات ۷-۱۴-۱۶-۱۷-۱۹ به صورت معکوس نمره دهی می گردند. به این ترتیب نمره هر آزمودنی در این پرسشنامه از ۲۶ تا ۱۳۰ متغیر بوده و نمره بالاتر نمایانگر دینداری بیشتر است (۱۸، ۱۹). در این مطالعه جهت تعیین روایی محتوایی از نظرات اساتید متخصص در رابطه با موضوع تحقیق استفاده گردید، که نتایج آن نشان داد کلیه عبارات ابزار دارای CVR و CVI در دامنه ۱۰۰-۸۲ درصد بوده اند. همچنین ارزیابی پایایی پایایی ابزار سنجش نگرش های مذهبی با استفاده از روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ) انجام شد، که به ترتیب برای هر حیطه ۰/۷۵، ۰/۸۱، ۰/۷۱ و ۰/۸۰ بود.

اطلاعات جمع آوری شده با استفاده از آمار توصیفی (توزیع فراوانی، میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (آزمون من ویتنی و کای دو) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و با استفاده از نرم افزار Spss ۱۶ تجزیه و تحلیل شد.

یافته ها

در این پژوهش ۳۲۰ نفر وارد مطالعه شدند که از این تعداد ۱۶۰ نفر در گروه بیمار و ۱۶۰ نفر در گروه سالم قرار گرفتند. اطلاعات فردی اجتماعی دو گروه بیمار و سالم در جدول شماره یک آورده شده است. نتایج آزمون کای دو نشان داد که ارتباط معنی داری بین سن ($P < 0/0001$)، جنس ($P = 0/003$)، وضعیت تأهل ($P < 0/0001$)، سطح تحصیلات ($P < 0/0001$) و سطح اجتماعی ($P < 0/0001$) با ابتلا به بیماری و سالم بودن وجود داشت.

از این مهم در ارتقاء سلامت بیماران استفاده نمود. به طوری که با تعیین وضعیت نگرش مذهبی در این افراد، تیم درمانی مشتمل بر پرستاران و پزشکان را به توجه بیشتر به نگرش های مذهبی افراد و استفاده درمانی از آن ترغیب نمود. با توجه به مطالب فوق الذکر، بر آن شدیم تا مطالعه ای با هدف مقایسه نگرش مذهبی در افراد مبتلا به بیماری عروق کرونر و افراد سالم انجام دهیم.

روش مطالعه

این پژوهش یک مطالعه توصیفی-تحلیلی دو گروهی بود. جامعه آماری شامل بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی دکتر حشمت رشت و همراهان آنان بودند. نمونه گیری به شیوه در دسترس و در بازه زمانی ۶ ماهه از اوایل مهر تا اسفند ماه ۱۳۹۲ انجام گرفت. در طی این مدت ۳۲۰ نمونه واجد شرایط (۱۶۰ نفر در گروه بیمار و ۱۶۰ نفر در گروه سالم) که دارای معیارهای ورود بودند، وارد محیط پژوهش شدند. معیارهای ورود برای افراد گروه بیمار شامل نتایج آنژیوپلاستی دال بر درگیری عروق کرونر و داشتن سابقه آنژیوپلاستی یا جراحی پیوند عروق کرونر بود. معیار ورود جهت گروه سالم نیز عدم سابقه بیماری قلبی عروقی بود. در ابتدای مطالعه از تمامی نمونه ها رضایت نامه کتبی گرفته شد و به آنها درباره محرمانه ماندن اطلاعات و امکان خروج از مطالعه در هر یک از مراحل مطالعه اطمینان داده شد. جمع آوری اطلاعات نیز از طریق خواندن پرسشنامه توسط محقق برای تمامی واحدهای مورد پژوهش انجام گرفت.

ابزار جمع آوری داده ها پرسشنامه ای مشتمل بر ۲ بخش اصلی بود. بخش اول داده های فردی و اجتماعی واحدهای مورد پژوهش (سن، جنس، تأهل، تحصیلات و سطح اجتماعی) و بخش دوم پرسشنامه سنجش نگرش های مذهبی بود.

ابزار سنجش نگرش مذهبی به وسیله سراج زاده و بر اساس مدل گلاک و استارک با اسلام، به ویژه اسلام شیعی تطبیق داده و متناسب شده است. این پرسشنامه شامل ۲۶ عبارت است که ۴ بعد دینداری را می سنجد:

۱- بعد اعتقادی عبارت است از باورهایی که انتظار می رود پیروان آن دین به آنها اعتقاد داشته باشند (مانند: در روز قیامت به اعمال و رفتار ما دقیقاً رسیدگی می شود.) (عبارات ۱ تا ۷).

۲- بعد تجربه ای یا عواطف دینی که ناظر بر عواطف، تصورات و احساسات مربوط به داشتن رابطه با جوهری روحانی همچون خداست (مانند: گاهی احساس می کنم که به خدا نزدیک

جدول ۱: مقایسه ویژگیهای فردی - اجتماعی در دو گروه بیمار و سالم

متغیر	بیمار	سالم	نتایج آزمون کای دو
سن $40 \leq$ ۴۱-۶۰ > 60	۶ (۱۰) ۸۸ (۴۹/۴) ۶۶ (۸۱/۵)	۵۴ (۹۰) ۹۰ (۵۰/۶) ۱۵ (۱۸/۵)	$P > 0.0001$
جنس مرد زن	۱۱۰ (۵۷) ۵۰ (۳۹/۷)	۸۳ (۴۳) ۷۶ (۶۰/۳)	$P = 0.003$
تاهل مجرد متاهل	۱ (۷/۷) ۱۵۹ (۶۶/۸)	۳۲ (۹۲/۳) ۱۲۸ (۳۳/۲)	$P > 0.0001$
تحصیلات زیر دیپلم دیپلم لیسانس فوق لیسانس و بالاتر	۱۲۴ (۶۵/۲۶) ۳۳ (۴۰/۲) ۱ (۲/۳) ۲ (۵۰)	۶۶ (۳۴/۷۳) ۴۹ (۵۹/۸) ۴۲ (۹۷/۷) ۲ (۵۰)	$P > 0.0001$
سطح اجتماعی پایین متوسط بالا	۴۱ (۸۷/۲) ۱۱۶ (۷۳) ۲ (۹/۵)	۶ (۱۲/۸) ۴۳ (۳۷) ۱۹ (۹۰/۵)	$P > 0.0001$

در بررسی ارتباط بین متغیرهای فردی-اجتماعی با نگرش مذهبی در گروه افراد بیمار، نتایج آزمون من ویتنی ارتباط معنی داری را بین جنس ($P < 0.0001$) و تاهل ($P = 0.043$) با نگرش مذهبی نشان داد؛ در گروه سالم نیز ارتباط معنی داری بین جنس ($P < 0.0001$) و تاهل ($P < 0.0001$) با نگرش مذهبی مشاهده شد. به طوری که در هر دو گروه بیمار و افراد سالم مردان و افراد متاهل نگرش مذهبی بالاتری داشتند. اما ارتباط معنی داری بین نگرش مذهبی در دو گروه با سایر متغیرهای فردی-اجتماعی مشاهده نشد. نشان داده شد که نمره میانگین نگرش مذهبی در گروه بیمار

۶۹/۲۶ ± ۹/۸۲ و در گروه سالم ۶۷/۳۴ ± ۹/۴۸ بود. همچنین با توجه به نتایج آزمون کولموگروف اسمیرنوف که نشان دهنده عدم نرمال بودن توزیع متغیر نگرش مذهبی کلی بود، آزمون من ویتنی نشان داد که تفاوت معنی داری بین دو گروه از نظر نمره نگرش مذهبی کلی وجود دارد ($P < 0.05$). به طوری که افراد گروه بیمار نمره نگرش مذهبی بالاتری داشتند. در ارتباط با حیطه های نگرش مذهبی نیز نتایج در جدول شماره ۲ نشان داده شده است. بر اساس این نتایج تنها در بعد تجربه ای ارتباط معنی داری بین دو گروه مشاهده شده است.

جدول ۲: مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات ابعاد نگرش مذهبی در افراد مبتلا به بیماری عروق کرونر و افراد سالم

ابعاد نگرش مذهبی	سالم (انحراف معیار ± میانگین)	بیمار (انحراف معیار ± میانگین)	نتایج آزمون من ویتنی
بعد اعتقادی	۲۱/۴۴ ± ۳/۳۸	۲۲/۱۲ ± ۳/۰۵	$P = 0.140$
بعد تجربه ای	۱۹/۸ ± ۳/۸۱	۲۰/۸ ± ۳/۱	$*P = 0.023$
بعد پیامدی	۱۳/۳۱ ± ۳/۶۲	۱۳/۲۵ ± ۳/۵۲	$P = 0.712$
بعد مناسکی	۱۵/۴۴ ± ۶/۰۸	۱۶/۲۸ ± ۵/۸	$P = 0.353$

* ($P < 0.05$)

بحث

در مطالعه حاضر اکثریت بیماران و افراد سالم نگرش مذهبی بالایی نمره میانگین داشتند و میانگین نمره نگرش مذهبی در بیماران بالاتر از افراد سالم بود. هم راستا با نتایج مطالعه حاضر، مطالعه فخاری و همکاران نشان داد که بیماران در قیاس با جمعیت سالم نگرش مذهبی بالاتری دارند (۲۰). در مطالعه خادم وطن و همکاران نیز نتایج نشان داد که نیمی از افراد مبتلا به انفارکتوس میوکارد از نظر میزان معنویت، دارای سطح معنوی متوسط بودند (۲۱). این امر با توجه به شرایط فرهنگی و مذهبی بودن مردم جامعه ایران امری طبیعی تلقی می شود، زیرا بیماران برای سازگاری با شرایط بحرانی، بیشتر به مذهب روی می آورند (۲۲). از طرفی به عقیده پژوهشگر علت بالاتر بودن نگرش مذهبی در بیماران می تواند به این علت باشد که، اعتقادات معنوی بر سازگاری با بیماری مؤثر است و نقش مهمی در شیوه زندگی بیماران ایفا می نماید و با ایجاد احساس هدفمندی امور، پیوستگی بیماران را به رژیم درمانی افزایش می دهد. یکی از مفاهیم چگونگی رویارویی با مشکلات و تنش ها، سلامت معنوی است که به عنوان یکی از ابعاد سلامت، سبب یکپارچگی سایر ابعاد آن می شود و خود در برگیرنده دو بعد وجودی و مذهبی است. سلامت مذهبی به رضایت ناشی از ارتباط با یک قدرت برتر و سلامت وجودی به تلاش برای درک معنا و هدف در زندگی اطلاق می شود (۲۱). به نظر می رسد توجه به این امر در بیماران قلبی با توجه به ماهیت مزمن بیمای بسیار حائز اهمیت می باشد و باید توسط تیم درمان مورد توجه ویژه قرار گیرد. زیرا بدون سلامت معنوی، دیگر ابعاد زیستی، روانی و اجتماعی نمی تواند عملکرد درستی داشته یا به حداکثر ظرفیت خود برسند و در نتیجه بالاترین سطح کیفیت زندگی، قابل دستیابی نخواهد بود (۲۱).

در بررسی ارتباط بین متغیرهای فردی-اجتماعی با نگرش مذهبی، مطالعه حاضر ارتباط معنی داری را بین جنس و تأهل با نگرش مذهبی نشان داد؛ به طوری که در هر دو گروه بیمار و افراد سالم مردان و افراد متأهل نگرش مذهبی بالاتری داشتند. به طور مشابه در مطالعه دهباشی و همکاران نیز نمرات سلامت معنوی مردان از زنان بالاتر بود (۲۳). همچنین در این رابطه نتایج مطالعه آقاجانی و همکاران نشان داد که انس با قرآن با سن و جنس ارتباط معنی داری وجود دارد (۶). در مطالعه فخاری و همکاران نیز نگرش مذهبی زنان بیش از مردان بود (۲۰). اما در مطالعه آقا حسینی و همکاران ارتباط معنی داری بین جنس و تأهل با سلامت معنوی مشاهده نشد که متناقض با یافته های مطالعه حاضر می باشد (۲۲) با

توجه به اینکه در اکثر مطالعات جنس مؤنث نگرش مذهبی بالاتری داشتند پژوهشگر معتقد است که شاید دلیل این یافته متناقض در مطالعه حاضر با سایر مطالعات، عدم توازن در تعداد نمونه های مذکر و مؤنث باشد.

در رابطه با ارتباط وضعیت تاهل با نگرش مذهبی که در مطالعه حاضر مشاهده شد، هم راستا با نتایج مطالعه دهباشی و همکاران بود که نشان داد افراد متأهل از سطح سلامت معنوی بالاتری برخوردارند (۲۳). پژوهشگر معتقد است که وجود این ارتباط را شاید بتوان اینگونه توجیه نمود که افراد متأهل به دلیل قرارگیری بیشتر در معرض مشکلات و سختی های زندگی، بیشتر به سمت اعمال مذهبی سوق می یابند و در نتیجه نگرش مذهبی بالاتری دارند.

نتیجه گیری

در نهایت می توان اینگونه نتیجه گیری نمود که، از آنجاییکه اعتقادات مذهبی علاوه بر پیشگیری از بروز و شیوع بیماری های روانی، می تواند عوارض جسمانی بیمارها را کاهش داده و طول مدت بیماری را کم نماید و طول عمر را افزایش دهد، پیشنهاد می گردد که در برنامه های مراقبتی این بیماران به تأثیر اعمال دینی و مذهبی نیز اشاره شود و با آن آشنا شوند.

از محدودیت های این مطالعه می توان به کم بودن تعداد نمونه ها و روش نمونه گیری در دسترس و غیر تصادفی اشاره نمود. از این رو مطالعاتی با حجم نمونه بیشتر و همسان سازی دو گروه سالم و بیمار و استفاده از روش تصادفی برای نمونه گیری پیشنهاد می گردد.

تشکر و قدردانی

در پایان مراتب سپاس فراوان خود را از ریاست و پرسنل محترم مرکز آموزشی-درمانی دکتر حشمت و بیماران و همراهان آنان که ما را در انجام این تحقیق یاری نمودند، ابراز می داریم.

منابع

- 1- Akhbardeh M. Role of spiritual beliefs and prayer in health promotion of chronic patients: A qualitative study. *Quarterly of Quran & Medicine*. 2011;1(1):5-9. (Persian)
- 2- Jahani A, Rejeh N, -Karimooi MH, Hadavi A, Zayeri F, Khatooni A. The Relationship Between Spiritual Health and Quality of Life in Patients with Coronary Artery Disease. *Islamic Lifestyle Centered on Health*. 2012;1(2):19-24. (Persian)
- 3- Bazargani RH, Besharat MA, Ehsan B, Nejatian M, Hosseini K. The efficacy of chronic disease self management program and Tele-health on adherence by increasing self efficacy in patients with CABG. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2011;30:817-21.
- 4- Vahed AS, Hamedishahraki S, MasinaieNezhad N, Badakhsh M. A survey of the educational needs of the relatives of the patients with cardiovascular diseases. *Journal of Jahrom University of Medical Sciences*. 2011;9(2):41-7. (Persian)
- 5- MomeniGhaleghasemi T, Musarezaie A, Moeini M. Survey of Relationship between spiritual wellbeing with Anxiety and Some Demographic Variables in Patients with Coronary Artery Disease. *J Health Syst Res*. 2013;9(7):702-11.
- 6- Aghajani M, Raisi M, Heidari F. The relationship between Quran and religious believes with death anxiety in heart patients. 3th Provincial Congress on Quran and Health. 2013:1-8. (Persian)
- 7- 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. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*. 2013;1(3):45-53. (Persian)
- 8- Golshahi T, Moradi A, M Mobasheri, Mirzaeian R, Yousefi Z. Exploring the Effect of Social Support and Religious Beliefs on the Life Satisfaction of the Elderly Living in the Town of Borujen. *J Clin Res Paramed Sci*. 2014;3(1):47-55. (Persian)
- 9- Kajbafnejad H. Relationship between Religious Attitude and Mental Health among Students in Azad Islamic University of Behbahan Islamic Azad University Journal. 2007 (27):45-7. (Persian)
- 10- Chabokinejad Z, Husseinian S. A Study on the Relationship Between Spiritual Intelligence and Religious Attitude among Female Students. *Shiite women*. 2013 (26):33-48. (Persian)
- 11- Nasri S. examine the relationship of student multiple stressors, and religious attitudes Mental health in Students *Journal of Research in Educational systems*. 2014;8(24):219-74. (Persian)
- 12- Atef-vahid M, Nasr-Esfahani M, Esfeedvajani MS, Naji-Isfahani H, Shojaei M, Masoumeh Y, et al. Quality of life, religious attitude and cancer coping in a sample of Iranian patients with cancer. *J Res Med Sci*. 2011;16(7):928-37.
- 13- Asgari P, Safarzadeh S. The Relationship of Religious Attitude, Psychological Well being and Depression with Academic Performance in University Students. *Knowledge & Research in Applied Psychology*. 2013;14(51):92-9. (Persian)

- 14- King M, Marston L, McManus S, Brugha T, Meltzer H, Bebbington P. Religion, spirituality and mental health: results from a national study of English households. *The British Journal of Psychiatry*. 2013;202(1):68-73.
- 15- Çoruh B, Ayele H, Pugh M, Mulligan T. Does religious activity improve health outcomes? A critical review of the recent literature. *Explore: The Journal of Science and Healing*. 2005;1(3):186-91.
- 16- Rejali M, Mostajeran M. Religious Attitudes of Freshmen at School of Health, Isfahan University of Medical Sciences, *Iran Journal of Health System Research*. 2012;8(24):314-8. (Persian)
- 17- Park CL, Wortmann JH, Edmondson D. Religious struggle as a predictor of subsequent mental and physical well-being in advanced heart failure patients. *Journal of behavioral medicine*. 2011;34(6):426-36.
- 18- Cheraghi M, Molavi H. The relationship between different aspects of religiosity and public health in students of Isfahan University. *Journal of Educational and Psychological Research*. 2006;2(2):1-22. (persian)
- 19- Mohammadi SD, M.Honarmand M. Relationship between religiousness and locus of control and the role of gender differences. *Psychological research*. 2007;9(3,4):47-64. (persian)
- 20- Fakhkhari A, Imani M, Golizadeh H, Bakhshipour A. The Relationship of Religious Attitude and Perfectionism with Obsessive-Compulsive Disorder *Journal of Psychology* 2008;3(10):89-106. (Persian)
- 21- Khademvatani K, Aghakhani N, Esm-Hoseini G, Hazrati A, Alinezhad V, Nazari H, et al. et al STUDY OF RELATIONSHIP BETWEEN SPRITUAL HEALTH, ANXIETY AND DEPRESSION IN ACUTE MYOCARDIAL INFARCTIONPATIENTS HOSPITALIZED IN SEYYEDOSHADA HOSPITAL IN URMIA. *URMIA MEDICAL JOURNAL*. 2015;25(12):1092-101. (Persian)
- 22- kermani EA, Aghhoseini S, Rahmani A, Abdolazadeh F. Spiritual Health in Cancer Patients and its Related Factors. *Qom University of Medical Sciences Journal*. 2011;5(3):7-12. Persian.
- 23- Dehbashi F, Sabzevari S, Tirgari B. The relationship between spiritual well-being and hope in Hemodialysis patients referring to the Khatam Anbiya hospital in Zahedan 2013-2014. *Medical Ethics* 2014;8(30):77-96. (Persian)