



پژوهش پرستاری

انجمن علمی پرستاری ایران

دوره دهم شماره ۴ (پیاپی ۳۹) زمستان ۱۳۹۴ - شماره استاندارد بین المللی ۱۷۳۵-۷۰۱۲

۱. تنیدگی شغلی و ابعاد آن در پرستاران شاغل در بیمارستان های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در شهر تهران
۱۲. سنجش میزان هوش هیجانی دانشجویان پرستاری
۲۰. نقد و بررسی گزارش مطالعات مورد-شاهدی لانه گزیده بر اساس بیابیه STORBE
۳۲. بررسی نقش اجتناب تجربی و حساس بودن به علائم اضطراب بر سلامت روان و سلامت صومی دانشجویان پرستاری
۳۳. بررسی ارتباط سواد سلامت با رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲
۵۲. بررسی رشد جسمی کودکان کارکنان آقماری و غیر آقماری شرکت ملی حفاری ایران در شهرستان اهواز
۵۸. ارتباط سبک های مدیریت تمارض و مهارت های تفکر انتقادی پرستاران در محیط های بالینی
۶۷. مروری بر نسخه نویسی در پرستاری
۷۶. کارآیی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر کاهش فرسودگی زناشویی زوج ها
۸۸. هویت حرفه ای پرستاران و عوامل مرتبط با شکل گیری آن: یک مقاله مروری
۹۸. بررسی تاثیر حساسیت زدایی از طریق حرکات چشم (EMDR) بر کاهش اضطراب قبل از عمل جراحی بیماران
۱۰۵. تجربه زیسته پدیری در مردان ایرانی: یک مطالعه پدیدارشناسی
۱۱۷. موانع عملکرد مبتنی بر شواهد از دیدگاه دانشجویان کارشناسی پرستاری: تحلیل محتوای کیفی
۱۲۷. سلامت منوی و عوامل مرتبط با آن در سالمندان مراجعه کننده به پارک های شهر خنخل
۱۳۶. بررسی دلایل عدم حضور دانشجویان رشته پرستاری دانشگاه آزاد اسلامی واحد همدان در کلاس درس ۹۲-۱۳۹۳
۱۳۵. رابطه سلامت منوی با اضطراب در سالمندان مبتلا به تارسایی قلبی مراجعه کننده به بیمارستان های منتخب شهرتهران در سال ۱۳۹۳

به نام خداوند جان و خرد
مجله پژوهشی پرستاری
فصلنامه علمی - پژوهشی انجمن علمی پرستاری ایران
دوره دهم - شماره ۴ (پیاپی ۳۹) - زمستان ۱۳۹۴

- صاحب امتیاز: انجمن علمی پرستاری ایران
- مدیر مسؤول: دکتر علیرضا نیکبخت نصرآبادی
- سردبیر: دکتر زهره پارسا یکتا
- معاون سردبیر: دکتر افسانه صدوقی اصل - دکتر شهرزاد پاشایی پور
- شماره پروانه انتشار: ۱۲۴/۲۶۱۵ مورخ ۸۵/۵/۱۸
- شماره بین‌المللی منبع: ۱۲-۷۰-۱۷۳۵
- شماره بین‌المللی نشریه الکترونیکی: e-ISSN ۱۷۳۵-۹۰۷۴

• شورای نویسندگان (به ترتیب حروف الفبا):

- دکتر فضل ا. احمدی، استاد دانشگاه تربیت مدرس
- دکتر فاطمه الحانی، دانشیار دانشگاه تربیت مدرس
- دکتر زهره پارسا یکتا، استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر مهرنوش بازارگادی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
- دکتر حمیدرضا خانکه، دانشیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر مهدی رهگذر، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر سادات سیدباقر مداح، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر نعیمه سید فاطمی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی ایران
- دکتر عباس عبادی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله
- دکتر مسعود فلاحی خشکتاب، دانشیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر علی محمدپور، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی گناباد
- دکتر عیسی محمدی، دانشیار دانشگاه تربیت مدرس
- دکتر ندا مهرداد، استادیار دانشگاه علوم پزشکی ایران
- دکتر علیرضا نیکبخت نصرآبادی، استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر فریده یغمایی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
- دکتر رضا نگارنده، استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران

• ویراستار انگلیسی: دکتر منیر مظاهری

• ویراستار فارسی: دکتر زهره پارسا یکتا

• حروفچینی و صفحه‌آرایی: اکرم پورولی

• طراح جلد: اکرم پورولی

• ناشر: انجمن علمی پرستاری ایران

• نشانی: تهران - میدان توحید - دانشکده پرستاری و مامایی تهران

• کدپستی: ۱۴۱۹۷۳۳۱۷۱، صندوق پستی: ۱۴۱۹۵/۳۹۸، تلفن و نمابر: ۶۶۵۹۲۵۳۵

E-mail: info@ijnr.ir , Website: www.ijnr.ir

رابطه سلامت معنوی با اضطراب در سالمندان مبتلا به نارسایی قلبی مراجعه کننده به بیمارستان های منتخب شهر تهران در سال ۱۳۹۴

اسماعیل آقایی پور امشل^۱، *ناهد رژه^۲، مجیده هروی کریمی^۳، سید داوود تدریسی^۴

- ۱- دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت ویژه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران.
- ۲- دانشیار، مرکز تحقیقات مراقبت های سالمندی، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران (نویسنده مسؤول) nrekeh@yahoo.com
- ۳- دانشیار، مرکز تحقیقات مراقبت های سالمندی، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران.
- ۴- کارشناس ارشد مدیریت و آموزش پرستاری، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه اله (عج)، تهران، ایران.

نشریه پژوهش پرستاری دوره ۱۰ شماره ۴ زمستان ۱۳۹۴ ۱۴۵-۱۵۴

چکیده

مقدمه: نارسایی احتقانی قلب یکی از مهمترین بیماری های مزمن در سراسر جهان می باشد که بیماران مبتلا به آن با عوامل اضطرابی متعدد جسمی و روانی مواجه هستند. این مطالعه ای را با هدف بررسی ارتباط بین سلامت معنوی با اضطراب در سالمندان مبتلا به نارسایی قلبی انجام شد.

روش: این مطالعه از نوع توصیفی - همبستگی بود؛ در طی ۹ ماه مطالعه، ۳۸۴ سالمند مبتلا به بیماری نارسایی قلبی بستری در بیمارستان های منتخب شهر تهران در سال ۱۳۹۴ به روش در دسترس بررسی شدند. پرسشنامه ها شامل (اطلاعات دموگرافیک، پرسشنامه سلامت معنوی Ellison-Paloutzian و اضطراب (Beck) تکمیل گردید. برای تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ و روش های آماری توصیفی) توزیع درصد فراوانی، میانگین، انحراف معیار (و تحلیلی (آزمون t-student و ضریب همبستگی پیرسون و اسپیرمن) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: به ترتیب میانگین نمره کلی سلامت معنوی $1.02 \pm 90/90$ بود، میانگین نمره بعد وجودی سلامت معنوی $5/37 \pm 42/72$ و میانگین نمره بعد مذهبی $5/65 \pm 48/17$ بود. همچنین یافته ها نشان داد میانگین نمره اضطراب بیماران $10/46 \pm 20/78$ بود. یافته های مطالعه حاکی از معنی دار شدن ارتباط بین سلامت معنوی و ابعاد آن با میزان اضطراب بیماری نارسایی قلبی بود، به طوری که آزمون Pearson نشان داد ارتباط آماری معنی دار معکوس بین نمره کلی سلامت معنوی با اضطراب ($P < /0.11$ و $T = -0/74$)، نمره بعد وجودی سلامت معنوی با اضطراب، ($P < /0.01$ و $T = -0/67$) و نمره بعد مذهبی سلامت معنوی با اضطراب ($P < /0.10$ و $T = -0/76$) وجود دارد. یافته ها حاکی از عدم وجود هر گونه ارتباط معنی دار بین سلامت معنوی با اکثر متغیرهای جمعیت شناختی بود. تحلیل داده ها نشان داد که اختلاف معناداری بین میانگین اضطراب در دو جنسیت وجود ندارد.

نتیجه گیری: این مطالعه نشان داد در سالمندان مبتلا به بیماری نارسایی قلبی با سلامت معنوی بالاتر، میزان اضطراب کمتری وجود دارد و بالا بودن سلامت معنوی یک فاکتور مهم محافظت کننده در برابر بروز اضطراب در این بیماران است. پرداختن به تمامی ابعاد این بیماران از جمله بعد معنوی در روند درمان توصیه می شود.

کلید واژه ها: اضطراب، نارسایی قلبی، سالمندی، معنویت.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۹/۲۰

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۷/۲۰

مقدمه

نارسایی قلبی یکی از مهمترین بیماریهای قلبی عروقی است که میزان مرگ و میر بالایی دارد (۱). نارسایی قلبی به عنوان نتیجه نهایی و مشترک همه اختلالات قلبی است (۲). شیوع و بروز آن با افزایش سن بیشتر می شود به طوری که در آمریکا تقریباً ۱ درصد افراد بالای ۵۰ سال و حدود ۱۰ درصد افراد بالای ۸۰ سال دچار نارسایی قلبی هستند (۳). چون نارسایی احتقانی قلب در افراد مسن شایعتر است، با مسن تر شدن جامعه، شیوع آن هم احتمالاً بیشتر می شود (۴). نارسایی قلبی یکی از شایع ترین بیماری های مزمن در کشورهای توسعه یافته شناخته شده است؛ به طوری که در ایالات متحده تبدیل به یک اپیدمی شده و براساس آخرین برآورد انجمن قلب آمریکا حدود ۸/۵ میلیون آمریکایی دچار نارسایی قلبی هستند و سالانه ۶۷۰ هزار مورد جدید شناسایی می شود. پیش بینی می شود در ۳۰ سال آینده آمار موجود به دو برابر افزایش پیدا کند (۵). شیوع نارسایی قلبی در ایران ۳۵۰۰ مورد به ازای ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت گزارش شده است که سه برابر بیشتر از شیوع این بیماری در آمریکا است. در عین حال پیش بینی ها نشان می دهد تعداد مبتلایان به نارسایی قلبی به علت افزایش جمعیت سالمندان و برنامه های درمانی موفقیت آمیز که منجر به کاهش مرگ و میر می شود، افزایش نیز پیدا کند (۶).

اگر چه اطلاعات محدودی درباره بیماران ایرانی مبتلا به نارسایی قلبی در دست است اما با توجه به بستری های مکرر احتمالاً بار مالی بیماری قابل قیاس با کشورهای همچون آمریکا است (۷) که بین ۱ تا ۲٪ از کل بودجه مراقبت بهداشتی را به خود اختصاص می دهد (۸). بطوری که طی مطالعه ای در شهریور ۱۳۳۷ در ایران ۲۵ درصد از بیماران بستری در بخش های قلب دچار نارسایی قلبی بوده اند. در حالی که طبق آمار مرکز مدیریت بیماریهای ایران در سال ۱۳۸۰؛ تعداد مبتلایان به نارسایی قلبی در ۱۸ استان کشور ۳۳۳۷ در ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت است (۹).

نارسایی قلبی به عنوان یک بیماری ناتوان کننده همراه با احساس ضعف و افزایش اضطراب شناخته می شود (۱۰). علاوه برآن تجربه فشارهای روحی اقتصادی، بستری شدن های مکرر و پیش آگهی ضعیف این بیماری منجر به ایجاد اضطراب در این بیماران می شود (۱۱). از آنجایی که اضطراب یک احساس ناخوشایند تشویش یا فشار است که در حیطه های مختلف زندگی انسان وجود دارد و عاملی بازدارنده، مخرب و کاهنده مقاومت بیماران در برابر روند درمانی است، پیامدهای جدی ناشی از بیماری

را افزایش می دهد (۱۲). لذا فعالیت های روانی و فیزیولوژیکی بدن از قبیل ضربان قلب؛ تعداد تنفس و فشار خون را بالا می برد که این موارد برای بیماران قلبی، بویژه بیماران مبتلا به نارسایی قلبی بسیار مضر می باشند (۱۳). بیماران با سطح اضطراب بالا اغلب از پیامدهای مراقبت درمانی و بیمارستانی ناراضی هستند و اغلب سطح اضطراب بالا در بیماران، منجر به کیفیت زندگی پایین، اقامت طولانی در بیمارستان و افزایش هزینه های درمانی می گردد (۱۴). بیماران مضطرب اغلب به صورت ناراضی از بیمارستان ترخیص می شوند و از طرف دیگر هرچه نارضایتی بیماران از خدمات درمانی بیشتر باشد سطح اضطراب آنها بالاتر است و شدت بیماری را بیشتر احساس خواهند کرد (۱۵). برخی تحقیقات ارتباطی بین علائم اضطراب با حمله قلبی مخصوصاً در سنین بالای ۵۰ سالگی پیدا کرده اند (۱۶). اضطراب نیز یکی از علائم عمده همراه با اختلالات قلبی است که از نظر تئوری به عنوان تحریک فراگیر اعصاب خودکار شناخته می شود که فرد را نسبت به عوامل اضطراب آور ناشی از تحریکات واقعی یا فرضی حساس می کند. احساسات منفی چون اضطراب به دنبال بیماری های قلبی شایع تر بوده به طوری که نزدیک به ۶۶ درصد از بیماران مبتلا به نارسایی قلبی دچار اضطراب می باشند (۱۷).

وجود اضطراب به روند بیماری بستگی دارد و تحقیقات نشان می دهد که سطوح بالاتر اضطراب تا ۶ ماه پس از ترخیص به میزان ۴۰ تا ۵۰ درصد مشخص شده است. تصور بر این است که تنیدگی پس از اختلالات قلبی در راستای انطباق با مشکلات است و چندان ربطی با مشکلات جسمی ناشی از بیماری و شدت آن ندارد سطوح بالای تنیدگی، ایسکمی قلبی و احتمال آریتمی کشنده را افزایش می دهد (۱۶).

درباره چگونگی رویارویی با مشکلات و تنش ها چندین مفهوم وجود دارد. یکی از این مفاهیم، سلامت معنوی است که به عنوان یکی از ابعاد سلامت، سبب یکپارچگی سایر ابعاد آن می شود و خود در بر گیرنده دو بعد وجودی و مذهبی است (۱۸).

سلامت معنوی یکی از ابعاد مهم سلامت در انسان محسوب می شود. یکپارچگی و تمامیت فرد را تعیین می کند و نیروی یگانه ای است که ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی را هماهنگ می نماید و جهت سازگاری با بیماری لازم است (۱۹) سلامت معنوی به عنوان پیشگویی کننده های مهم پیامدهای سلامتی انسان شناخته شده است که اطلاعات مهمی در باره نیازهای مراقبت بهداشتی و توانایی افراد جهت تطابق با تنش و مداخلات لازم جهت سازگاری و مقابله

پذیرفت. سالمندان مبتلا به بیماری نارسایی قلبی بستری در بخش مراقبت‌های ویژه قلب بیمارستان های منتخب شهر تهران که ۳۸۴ نفر بودند، از نظر معیار ورود به مطالعه (شامل سن ۶۰ سال به بالا، تشخیص قطعی بیماری نارسایی قلبی، علاقمندی به شرکت در پژوهش، آشنا بودن به زبان فارسی، نداشتن عقب ماندگی ذهنی، ناینیایی و ناشنوایی، نداشتن بیماری روانی شناخته شده مورد بررسی قرار گرفتند. در این مطالعه، روش گردآوری اطلاعات پرسشنامه بود. این پرسشنامه دارای سه بخش، قسمت اول اطلاعات دموگرافیک و فردی شامل سن، جنسیت، وضعیت تاهل، سطح تحصیلات و سابقه بستری در بیمارستان بود، قسمت دوم پرسشنامه را سلامت معنوی پالوتزیان و آلیسون Ellison-Paloutzian و قسمت سوم پرسشنامه را اضطراب Beck تشکیل می داد.

پرسشنامه سلامت معنوی Spiritual well-being scale (swbs) توسط پالوتزیان و آلیسون برای ارزیابی ابعاد عمودی و افقی سلامت معنوی در سال ۱۹۸۲ طراحی شد (۲۹). این پرسشنامه شامل ۲۰ عبارت بوده و به دو گروه سلامت مذهبی و وجودی تقسیم می شود که هر کدام ۱۰ عبارت را شامل می شوند. عبارت های با شماره فرد سلامت مذهبی و عبارت های با شماره زوج سلامت وجودی را ارزیابی می کنند. پاسخ ها در مقیاس لیکرت (۶ قسمتی) نمرات ۱-۶ را به خود اختصاص داده است. در عبارات با فعل مثبت پاسخ ها از کاملاً موافقم (نمره ۶) تا کاملاً مخالفم (نمره ۱)؛ در عبارات با فعل منفی پاسخ ها از کاملاً مخالفم (نمره ۶) تا کاملاً موافقم (نمره ۱)؛ مجموع نمرات بدست آمده به صورت زیر نمره بندی می شود. دامنه نمره سلامت معنوی برای هر یک از زیر گروه های سلامت مذهبی و وجودی، به تفکیک ۶۰-۱۰ می باشد. در کل دامنه این مقیاس نمرات ۱۲۰-۲۰ را به خود اختصاص می دهد که به صورت سلامت معنوی پایین (۲۰-۴۰)، متوسط (۴۱-۹۹) و بالا (۱۰۰-۱۲۰) تقسیم بندی شد (۲۹). اعتبار و اعتماد پرسشنامه سلامت معنوی سنجیده شده است (۳۰). این ابزار قبلاً توسط بری و همکاران (۲۰۰۲) برای بیماران قلبی مورد استفاده قرار گرفت (۳۱). این پرسشنامه در ایران توسط سید فاطمی و همکاران استفاده شد و ضریب آلفا کرونباخ آن برابر ۰/۸۲ به دست آمد که اعتماد علمی پرسشنامه مورد تایید قرار گرفته است (۱۹). پرسشنامه سنجش اضطراب بک توسط آرون بک و همکارانش در ۱۹۹۰ طراحی گردید (۳۲). یک پرسشنامه خود گزارشی است که به طور اختصاصی شدت علایم اضطراب بالینی را در افراد می سنجد. این پرسشنامه یک مقیاس ۲۱ ماده ای است که آزمودنی در هر ماده یکی از چهار گزینه که نشان دهنده شدت اضطراب است را انتخاب می کند. چهار گزینه هر سؤال در یک طیف چهار بخشی از ۰ تا ۳ نمره گذاری می شود.

با بحران ناشی از بیماری های شدید را فراهم می کند (۲۰). سلامت معنوی از دو مولفه تشکیل شده است. سلامت مذهبی نشانه ارتباط با یک قدرت برتر یعنی خداست. همچنین سلامت وجودی یک عنصر روانی اجتماعی است و نشانه احساس فرد است از این که کیست، چه کاری و چرا انجام می دهد و به کجا تعلق دارد. بعد سلامت مذهبی ما را در رسیدن به خدا هدایت می کند و بعد سلامت وجودی ما را فراتر از خود و به سوی دیگران و محیط سوق می دهد (۲۱). وقتی سلامت معنوی به طور جدی به خطر بیفتد، فرد ممکن است دچار اختلالات روحی مثل احساس تنهایی، افسردگی و ازدست دادن معنا در زندگی شود. بنابر این، حمایت ناشی از منابع معنوی یا مذهبی و داشتن ارتباط با قدرتی بالاتر سودمند است و می تواند برای بهبود کیفیت زندگی، کاهش و کنترل اختلالات سلامت روان، حمایت بین فردی، کاهش شدت علائم و نتایج مثبت پزشکی سودمند باشد (۱۹). نتایج برخی مطالعات بیانگر آن است که بدون سلامت معنوی دیگر ابعاد زیستی؛ روان شناختی و اجتماعی نمی تواند عملکرد درست داشته باشد و یا به حداکثر ظرفیت خود برسد و به بالاترین سطح کیفیت زندگی قابل دستیابی نخواهد بود (۲۲). همچنین یافته های اپیدمیولوژیک به روشنی نشان داده اند که خلق، اضطراب، افسردگی و معنویت با پیامدهای قلبی عروقی مرتبطند (۲۳). در مورد ارتباط معنویت با وضعیت جسمی و روانی بیماران قلبی مطالعات اندکی در دسترس در مطالعه ای است.

Wilkins و همکاران (۲۰۰۵) در مطالعه ای که با عنوان مذهب، معنویت و دیسترس روانی در بیماران قلبی عروقی انجام دادند، دریافتند که ارتباط معنی داری بین حمایت معنوی و اضطراب وجود دارد (۲۴). در مقایسه نتایج مطالعه Blumental و همکاران (۲۰۰۷) حاکی از عدم وجود ارتباط آماری معنی دار بین معنویت، دفعات حضور در کلیسا یا انجام عبادات با میزان شیوع مشکلات قلبی و مرگ و میر پس از انفارکتوس حاد میوکارد در بیماران قلبی بود (۲۵). وجود موارد ضد و نقیض متعدد در زمینه ارتباط بین سلامت معنوی با اضطراب در تحقیقات صورت پذیرفته در خارج از کشور (۲۴-۲۶) از یک سو و از سوی دیگر از آنجا که عوامل فرهنگی متعددی از قبیل عقاید مذهبی و باورهای معنوی هر قوم و ملیت می تواند بر میزان شیوع اضطراب تاثیرات قابل ملاحظه ای داشته باشد (۲۸-۲۷) لذا محققین بر آن شدند تا مطالعه ای با هدف بررسی ارتباط بین سلامت معنوی با اضطراب سالمندان مبتلا به نارسایی قلبی انجام دهند.

روش مطالعه

این مطالعه مقطعی از نوع توصیفی - همبستگی بود که به روش نمونه گیری در دسترس در مدت ۹ ماه در سال ۱۳۹۴ صورت

روشهای آماری توصیفی و آمارهای توزیع فراوانی، میانگین و ضریب همبستگی پیرسون و ضریب همبستگی اسپیرمن استفاده گردید. در این مطالعه مقدار P در سطح کمتر از ۰/۰۵ معنی دار تلقی گردید.

یافته ها

در این مطالعه ۳۸۴ سالمند مبتلا به بیماری نارسایی قلبی مورد بررسی قرار گرفتند. بیش از نیمی از نمونه ها را مردان تشکیل می دادند (۵۴/۴٪). اکثریت واحدهای مورد پژوهش متأهل ۲۵۸ نفر (۶۷/۲٪)، دارای تحصیلات زیر دیپلم (۸۷/۳٪) و دارای سابقه بستری (۶۹/۸٪) در بیمارستان بودند. دامنه سنی آنها ۶۰-۸۸ سال بود. جزئیات اطلاعات فردی واحدهای مورد پژوهش در جدول ۱ آورده شده است. میانگین نمره کلی سلامت معنوی $9/86 \pm 90/90$ و میانگین اضطراب بیماران $10/46 \pm 20/78$ می باشد و در حد متوسط بود (جدول ۲). آماره پیرسون نشان داد که بین نمره کلی سلامت معنوی و اضطراب سالمندان مبتلا به نارسایی قلبی با $P < 0/001$ و $r = -0/35$ ، بین نمره بعد وجودی سلامت معنوی و اضطراب با $P < 0/001$ و $r = -0/36$ و بین نمره بعد مذهبی سلامت معنوی و اضطراب با $P < 0/001$ و $r = -0/28$ ارتباط معنی داری معکوس وجود دارد.

اطلاعات مربوط به ارتباط بین سلامت معنوی و ابعاد آن با اضطراب و برخی متغیرهای دموگرافیک واحدهای تحت پژوهش در جدول ۳ ارائه گردیده است.

نمره کل این پرسشنامه در دامنه‌ای از ۰ تا ۶۳ قرار می‌گیرد. (۰-۷ درجه اضطراب هیچ یا کمترین حد؛ ۸-۱۵ اضطراب خفیف؛ ۱۶-۲۵ اضطراب متوسط و ۲۶-۶۳ شدید). این پرسشنامه از روایی و پایایی و بالایی برخوردار است. ضریب همسانی درونی آن (ضریب آلفا) در مطالعه بری و همکاران (۲۰۰۲) ۰/۹۲ گزارش شد. همچنین پایایی آن با روش بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۷۵ گزارش شد. پنج نوع روایی محتوا، همزمان، سازه، تشخیصی و عاملی برای این آزمون سنجیده شده است که همگی نشان دهنده کارایی بالایی این ابزار در اندازه‌گیری شدت اضطراب می‌باشد (۳۳).

پس از کسب معرفی نامه از دانشگاه شاهد و کسب مجوز از مدیران و مسئولان مربوطه به بیمارستانهای منتخب شهر تهران مراجعه نموده و پس از ارائه معرفی نامه و توضیح در مورد اهداف پژوهش به مسؤولین مرکز و جلب موافقت و همکاری آنها و با در نظر گرفتن کلیه ملاحظات اخلاقی اقدام به نمونه‌گیری گردید. در این پژوهش نمونه‌ها به روش آسان از بیماران نارسایی قلبی که در بخش مراقبت ویژه قلب بیمارستانهای منتخب شهر تهران (تحت پوشش سه دانشگاه علوم پزشکی تهران؛ شهید بهشتی و ایران) بستری بوده و شرایط قابل قبول برای پژوهش را داشتند، انتخاب گردید. پرونده بهداشتی بیماران، معاینه و تشخیص پزشک متخصص قلب و پاسخ‌های بیماران تعیین کننده شرایط ورود به مطالعه بود. سپس پرسشنامه سلامت معنوی و پرسشنامه سنجش اضطراب از طریق پرسشگری تکمیل گردید.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ و

جدول ۱: مشخصات جمعیتی سالمندان مشارکت کننده در مطالعه

سطح معنویت	دارای سطح معنویت متوسط	دارای سطح معنویت بالا	جمع
جنسیت			
مرد	۱۶۶ (۵۳/۵)	۴۳ (۵۸/۱)	۲۰۹ (۵۴/۴)
زن	۱۴۴ (۴۶/۵)	۳۱ (۴۱/۹)	۱۷۵ (۴۵/۶)
وضعیت تاهل			
متاهل	۲۱۴ (۶۹/۰)	۴۴ (۵۹/۵)	۲۵۸ (۶۷/۲)
همسر فوت شده	۹۱ (۲۹/۴)	۳۰ (۴۰/۵)	۱۲۱ (۳۱/۵)
جدا شده	۳ (۱/۰)	۰ (۰/۰)	۳ (۰/۸)
مجرد	۲ (۰/۶)	۰ (۰/۰)	۲ (۰/۵)
تحصیلات			
بی سواد	۱۴۳ (۴۶/۱)	۴۶ (۶۲/۲)	۱۸۹ (۴۹/۲)
خواندن و نوشتن	۱۱۲ (۳۶/۱)	۱۵ (۲۰/۳)	۱۲۷ (۳۳/۱)
ابتدایی	۳۶ (۱۱/۶)	۷ (۹/۵)	۴۳ (۱۱/۲)
دیپلم	۱۷ (۵/۵)	۴ (۵/۴)	۲۱ (۵/۵)
دانشگاهی	۲ (۰/۶)	۲ (۲/۷)	۴ (۱/۰)
وضعیت اشتغال			
خانه دار	۱۲۹ (۴۱/۶)	۲۶ (۳۵/۱)	۱۵۵ (۴۰/۴)
کارآزاد	۱۵ (۴/۸)	۲ (۲/۷)	۱۷ (۴/۴)
بازنشسته	۱۱۳ (۳۶/۵)	۲۷ (۳۶/۵)	۱۴۰ (۳۶/۵)
از کارافتاده	۵۳ (۱۷/۱)	۱۹ (۲۵/۷)	۷۲ (۱۸/۸)

جدول ۲: آمار توصیفی متغیرهای مورد پژوهش

متغیرهای مورد پژوهش	میانگین \pm انحراف معیار	دامنه تغییرات
نمره کلی سلامت معنوی	۱/۰۲ \pm ۹۰/۹۰	۶۱-۱۱۴
نمره بعد وجودی سلامت معنوی	۵/۳۷ \pm ۴۲/۷۲	۱۷-۵۴
نمره بعد مذهبی سلامت معنوی	۵/۶۵ \pm ۴۸/۱۷	۳۰-۶۰
نمره اضطراب	۱۰/۴۶ \pm ۲۰/۷۸	۷-۵۱

جدول ۳: ارتباط متغیرهای پژوهش با مشخصات دموگرافیک واحدهای مورد پژوهش

سن	تحصیلات	جنسیت	وضعیت تأهل	سابقه بستری	دموگرافیک مشخصات متغیرهای مورد پژوهش
آزمون پیرسون	آزمون اسپیرمن	آزمون t مستقل	آزمون اسپیرمن	آزمون t مستقل	
r, p	r, p	t, p	r, p	t, p	
۰/۰۲, ۰/۱۱	۰/۰۰, -۰/۸۲	۰/۶۰, ۰/۵۱	۱/۳۲, ۱۲۸/۳۹	۰/۹۶, ۰/۸۵	نمره کلی سلامت معنوی
۰/۰۴, ۰/۱۰	۰/۰۲, -۰/۶۱	۰/۱۰, ۰/۹۱	۰/۵۳۷, ۱۵/۵۷	۰/۲۴, ۰/۴۲	بعد وجودی سلامت معنوی
۰/۰۴, ۰/۱۰	۰/۰۲, -۰/۸۹	۰/۳۱, ۱/۰۰	۱/۷۴۱, ۵۵/۳۸	۰/۵۳, ۲/۰۲	بعد مذهبی سلامت معنوی
۰/۳۷, -۰/۴۶	۰/۰۴۶, -۰/۹۵	۰/۷۸, ۰/۲۷	۳/۵۱۱, ۱۲۴/۹۹	۰/۰۱, ۱/۴۳	اضطراب

بحث

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که سلامت معنوی سالمندان مبتلا به نارسایی قلبی ۹۰/۹۰ با انحراف معیار ۱/۰۲ در محدوده بالا است و نمره سلامت مذهبی بیماران، بالاتر از سلامت وجودی آنان می باشد. از مطالعاتی که مؤید این مطلب است می توان به مطالعه مطالعه سید فاطمی و همکاران (۲۰۰۶) که بر روی بیماران سرطانی انجام یافت اشاره کرد. در مطالعه ایشان میانگین نمره کل سلامت معنوی بیماران بوده و در سطح بندی سلامت معنوی، سلامت معنوی اکثر بیماران در محدوده بالا قرار داشت و نتایج نشان داد که نمره سلامت مذهبی بیماران، بالاتر از سلامت وجودی آنان است (۲۰). بالا بودن میزان نمره زیر مقیاس مذهبی سلامت معنوی بیماران مبتلا ایسکمیک قلبی نسبت به زیر مقیاس وجودی سلامت وجودی آنها می تواند احتمالاً منتج از اوضاع فرهنگی مذهبی در کشور باشد و اینکه بیماران در موقعیت های استرس زای زندگی و شرایط بحرانی ناشی از بیماری و پیامدهای آن، به مذهب گرایش بیشتری پیدا می کنند.

همچنین یافته ها بیانگر وجود ارتباط معنادار و معکوس بین سلامت معنوی با اضطراب سالمندان مبتلا به نارسایی قلبی بود. به طوری که با افزایش سلامت معنوی اضطراب کمتری وجود داشت. بین نمره کلی سلامت معنوی (کل و ابعاد آن) و اضطراب سالمندان مبتلا به نارسایی قلبی روابط معنی دار معکوس منتج گردید. در تایید این یافته، مطالعه ای مداخله ای توسط Parchment و Wachholtz (۲۰۰۵) مطالعه ای با هدف تعیین تأثیر سه رویکرد

آرام سازی، مراقبت معنوی و مراقبه غیردینی بر شاخص های معنوی، روانی، قلبی و معیار درد انجام دادند. یافته ها بیانگر آن هر دو بعد سلامت معنوی (وجودی و مذهبی) با میزان اضطراب رابطه معنی دار و معکوس داشت (۳۴). یافته های پژوهش های Romero (۲۰۰۶)، McMahon (۲۰۰۴)، McCoubrie (۲۰۰۶) نیز موید نتایج مطالعه ما می باشد (۳۷-۳۵). آزمون های آماری ارتباط معنی دار و مستقیم بین سلامت معنوی و سن سالمندان مبتلا به نارسایی قلبی ($P = 0/02$) نشان داد. نتایج مطالعه حجتی و همکاران (۲۰۱۰) نیز بر آن صحنه می گذارد (۳۸). همچنین بین سطح تحصیلات، سلامت معنوی رابطه معنی دار و معکوس وجود داشت؛ که این امر با مطالعه جهانی (۱۳۹۲) همخوانی دارد (۳۹).

اما آزمون های آماری نشان داد که بین سلامت معنوی با جنسیت، سابقه بستری و وضعیت تأهل ارتباط معنی داری وجود ندارد.

در پژوهش Nelson (۲۰۰۲) نیز ارتباط معنی داری بین همه متغیرهای دموگرافیک با سلامت معنوی یافت نشد (۴۰). نتایج مطالعات Romero (۲۰۰۶)، McMahon (۲۰۰۴)، McCoubrie (۲۰۰۶) نیز نشان داد بین هیچ یک از متغیرهای دموگرافیک، با سلامت معنوی ارتباط آماری معنی داری نشان نداد (۳۷-۳۹). در مطالعه ای که توسط موسی رضایی (۲۰۱۲) در بیماران مبتلا به سرطان سینه به بررسی ارتباط سلامت معنوی با برخی متغیرهای دموگرافیک و اضطراب انجام شد، ارتباط آماری معنی داری بین سلامت معنوی با متغیرهای جمعیت شناختی وجود

دارای نمرات سلامت معنوی بالاتر، میزان اضطراب کمتری وجود دارد و بالا بودن سلامت معنوی عامل مهم محافظت کننده در برابر بروز اضطراب در این بیماران است.

با توجه به نتایج این مطالعه مبنی بر وجود ارتباط معنی دار بین سلامت معنوی با اضطراب بیماران نارسایی قلبی، لازم است در فرایند درمان این بیماران، بر ارتقای سلامت معنوی آنها از سوی کارکنان درمانی توجه بیشتری صورت گیرد و با سعی در جهت ارتقاء سلامت معنوی بیماران به کاهش اضطراب آنها کمک خواهد کرد.

تشکر و قدردانی

این مقاله قسمتی از یافته های پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت ویژه دانشگاه شاهد می باشد. نویسندگان بر خود لازم می دانند که از کلیه کارکنان محترم بخش های مراقبت های ویژه قلب و بیماران قلبی که در مطالعه همکاری نمودند، تشکر نمایند.

نداشت که بر یافته های مطالعه حاضر صحنه می گذارد (۴۱). بنابراین اگرچه در برخی مطالعات ارتباط بین متغیرهای دموگرافیک و سلامت معنوی بیماران ارتباط معنی داری نشان نداد لیکن در تحقیقاتی نیز بر وجود ارتباط معنادار بین این دو متغیر تاکید کرده است که می تواند به دلیل تاثیر فاکتورهایی فرهنگی و گرایش دینی، حجم نمونه، دقت در اجرای تحقیقات، نوع ابزارهای متفاوت و شیوه های نمونه گیری باشد. بنابراین همان گونه که مشاهده می شود نتایج مطالعات تا حدودی متناقض است؛ که این امر لزوم تکرار پذیری در جوامع مختلف سالمندان و مقایسه آنها با یکدیگر جهت شفاف سازی بیشتری را ضروری می سازد. از این رو انجام مطالعاتی با حجم نمونه بالاتر توصیه می گردد. همچنین پیشنهاد می شود مطالعاتی در زمینه ارتباط سلامت معنوی با مفاهیمی مانند کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به اختلالات قلبی و یا تاثیر سلامت معنوی بر دیگر عوامل روانی این بیماران انجام شود.

نتیجه گیری

این مطالعه نشان داد که در بیماران سالمند نارسایی قلبی که

References

- 1- Flowers SB. At the heart of care. Nursing Standard. 2003; 17:43-60.
- 2- Riegel B, Calson B. Facilitators and barriers to heart failure self-care. Patient Educ Couns. 2002; 46(4): 287-295.
- 3- Taylor PRE, Molassiotis A. An exploration of the relationship between uncertainly psychological distress and type of coping standing among Chinese men after cardiac catheterization. J Adv Nurs. 2001; 33(1): 79-88.
- 4- Harrison's cardiovascular diseases. Translation by Binafar N. Hayan-Abasaleh-Shahrab Publisher. Tehran, 2006: 143-161. (Persian)
- 5- Mozaffarian D, Benjamin EJ, Go AS, Arnett DK, Blaha MJ, Cushman M, et al. Heart disease and stroke statistics –update: A report from the American Heart Association. Circulation. 2015; 27; 131(4), e29-e322.
- 6- Hekmatpou D, Mohammadi E, Ahmadi F, Arefi SH. Termination of professional responsibility: Exploring the process of discharging patients with heart failure from hospitals. Int J Nurs Pract. 2010;16(4):389-96.
- 7- Siabani S, Leeder SR, Davidson PM, Najafi F, Hamzeh B, Solimani B, et al. Translation and Validation of the Self-care of Heart Failure Index Into Persian. J Cardiovasc Nurs. 2014; 29(6):E1-5.
- 8- Franco G, Biagio F, Battista ZG, Giuseppe S, Edoardo B, Ercole V, et al. ALERT-HF: adherence to guidelines in the treatment of patients with chronic heart failure. J Cardiovasc

Med (Hagerstown). 2014; 15(6):491-497.

9- Rahnavard Z, Zolfaghari M, Kazemnejad A, HatamipourKh. An investigation of quality of life and factors affecting it in the patients with congestive heart failure. *Hayat*. 2006; 12(1):77-86. (Persian)

10- Schiffer AA, Pedersen SS, Broers H, Widdershoven JW, Denollet J. Type-D personality but not depression predicts severity of anxiety in heart failure patients at 1-year follow-up. *J Affect Disorders*. 2008; 106(1-2); 73-81.

11- Carels, P.A. The association between disease severity, functional status, depression and daily quality of life in congestive heart failure patients. *Qual Life Res*. 2006; 13(1): 63-72.

12- Ezadi tame A, Sadeghi R, Safari M, Esmaeili -douki Z. Effect of Verbal and audio methods of training on pre-surgery anxiety of patients. *The Journal of Qazvin University of Medical Sciences*. 2011; 15 (1):21-25. (Persian)

13- Smeltzer, C.S., Bare, B.G., Hinkle, J.L., Cheever, K.H. *Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing 12th Ed.* United States of America: Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins. 2014

14- Lane D, Carroll D, Ring C, Beevers DG, Lip GY. Effects of depression and anxiety on mortality and quality-of-life 4 months after myocardial infarction. *J Psychosom Res*. 2008; 49(4):229 –38.

15- Herrera-Espiñeira C, Rodriguez del Aguila Mdel M, Rodriguez del Castillo M, Valdivia AF, Sánchez IR. Relationship between anxiety level of patients and their satisfaction with different aspects of health care. *Health Policy*. 2009; 89 (1): 37-45.

16- 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 Seyyedoshohada in Urmia. *Urimia Med J*. 2015; 25 (12):1092-1101. (Persian)

17- Thornton E, Bundred P, Tytheleighm UK. Rehabilitation program. *Br J Cardial*. 2006; 13 (3): 220- 24.

18- Allahbakhshian M, Jaffarpour M, Parvizy S, Haghani H. A Survey on relationship between spiritual wellbeing and quality of life in multiple sclerosis patients. *J Zahedan Univ Med Sci* 2010; 12(3):29-33. (Persian)

19- Seyedfatemi N, Rezaie M., Givari A, HosseiniF. Prayer and spiritual well-being in cancer patients. *J Iran Institute Health Sci Res*. 2006; 4(5): 295-303. (Persian)

20- Burkhardt MA, Nagai- Jacobson MG. *Spirituality: living our connectedness*. New York: Delmar Thomson Learning; 2002.

21- Dehshir, Gh. S, F., Parsley, Isa., Najafi, Mahmud. Characterization: Psychometric measure of spiritual well-being among students, *Psychological Studies*. 2008; 16:129-145. (Persian)

- 22- Khezri L, Bahreyni M, Ravanipour M, Mirzaee K. Assessment of patient satisfaction with nursing services provided in general wards of university hospitals in Bushehr 2012. *nvj*. 2015; 2 (3):36-46. (Persian)
- 23- Krucoff MW, Crater SW, Gallup D, Blankenship JC, Cuffe M, Guurneri M , et al. Music, Imagery, Touch, and Prayer as Adjuncts to Interventional Cardiac Care: the Monitoring and Actualization Notice Training (MANTRA) Randomized Study. *Lancet*. 2005; 366(9481): 211-217.
- 24- Wilkins VM. Religion, Spirituality, and Psychological Distress in Cardiovascular Disease, *Clinical Psychology Health--Religious Aspects Spirituality*. [PhD Thesis]. Faculty of Drexel University. Available in www.drexel.edu, 25-Aug-2005.
- 25-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. *Psychosomatic Medicine*. 2007; 69 (6): 501-508.
- 26- Beery TA, Baas LS, Fowler Ch, Allen G. Spirituality in Persons with Heart Failure. *J Holist Nurs*. 2002; 20(1): 5-25.
- 27- Boscaglia N, Clarke DM, Jobing TW, Quinn MA. the Contribution of Spirituality and Spiritual Coping to Anxiety and Depression in Women with a Recent Diagnosis of Gynecological Cancer. *Int J Gynecol Cancer*. 2005; 15(5): 755-761.
- 28- Akechi T, Okuyama T, Akizuki N, Azuma H, Sagawa R, Furukawa TA, et al. Course of Psychological Distress and Its Predictors in Advanced Non-Small Cell Lung Cancer Patients. *Psycho Oncology*. 2006; 15(6): 463-473.
- 29- Paloutzian R, Ellison C. Loneliness, spiritual well-being and the quality of life. In: Peplau D, Perlman D. *Loneliness: a sourcebook of current theory, research and therapy*. New York: John Wiley and Sons; 1982: 224-237.
- 30- Ito Y, Sangara J, Ikeda M, Kawaura Y. Sangara J. Reliability and validity of, Subjective Well-Being Scale. *Sagara J*. 2003; 74 (3): 276-81.
- 31- Beery TA, Baas LS, Fowler Ch, Allen G. Spirituality in Persons with Heart Failure. *J Holist Nurs*. 2002; 20(1): 5-25.
- 32- Beck AT, Steer RA. *The Beck Anxiety Inventory Manual*. San Antonio, TX: Psychological Corporation. 1990.
- 33- Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer R. An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *J Consult Clin Psychol*. 1988; 56: 893-897.
- 34- Wachholtz AB, Pargament KI. Is Spirituality a Critical Ingredient of Meditation? Comparing the Effects of Spiritual Meditation, Secular Meditation, and Relaxation on and Pain Outcomes. *J Behav Med*. 2005; 28(4): 369-84.
- 35- Mc Coubrie RC , Davies AN. Is there a correlation between spirituality and anxiety and depression in patients with advanced cancer? *J Support care cancer* 2006; 14(4): 379-85.

- 36- Mc Mahon RL. The Impact of Spirituality, Social Support, and Defensive/adaptive Coping on Death Anxiety at End of Life. Washington, DC: Soc. Work Catholic University of America; 2004:109-119.
- 37- Romero C, Friedmen LC, Kalidas M, Elledge R, Change J, Liscum KR. Self-Forgiveness, Spirituality, and Psychological Adjustment in Women with Breast Cancer. *J Behav Med.* 2006; 29(1): 29-36.
- 38- Hojjati H, Motlagh M, Nouri F, Shirifnia S H, Mohammadnejad E, Heydari B. Relationship between Different Dimensions of Prayer and Spiritual Health of Patients Treated with Hemodialysis. *Iran J Crit Care Nurs.* 2010; 2(4): 149-152. (Persian)
- 39- 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, Quran and Medicine. *Islamic Life Center Health.* 2013; 1(2): 23-7.
- 40- Nelson CJ, Rosenfeld B, Breitbart W, Galiotta M. Spirituality, Religion, and Depression in the Terminally Ill. *Psychosomatics.* 2002; 43(3): 213-220.
- 41- Musarezaie A, Momeni Ghaleghasemi T, Ebrahimi A, Karimian J. The Relationship between spiritual wellbeing with Stress, Anxiety, and Some Demographic Variables in Women with Breast Cancer Referring to the Specialized Cancer Treatment Center in Isfahan, Iran . *J Health System Res.* 2012; 8(1): 104-113. (Persian)

Relationship between spiritual wellbeing with Anxiety in Elderly Patients with Chronic Heart Failure who referred to allocated hospitals in Tehran city (2015)

Aghaeipour Amshal E¹, *Rejeh N², Heravi-Karimooi M³, Tadrissi S.D⁴

1-Student of Nursing, Shahed University, Tehran, Iran.

2- Corresponding author: Elderly Research Care Center, Shahed University, Tehran, Iran (**Corresponding Author**)

E-mail: reje@shahed.ac.ir

3- Elderly Research Care Center, Shahed University, Tehran, Iran.

4- Master of Management and Nursing Education, Faculty of Nursing, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Abstract

Introduction: Congestive heart failure is one of the most common chronic diseases over the world. Patients suffering from congestive heart failure may face with conditions leading to enhance anxiety. This study aimed to investigate the relationship between spiritual well-being and demographic variables in patients with congestive heart failure.

Method: In this descriptive correlational study, 384 older patients with chronic heart failure were selected using the convenient sampling method. Data was collected using demographic data questionnaire, Ellison-Paloutzian Spiritual Wellbeing Scale, and Beck Anxiety Inventory. Descriptive and inferential methods were applied to analyze the collected data.

Results: Mean total score of spiritual well-being was 90.90 ± 9.86 , Mean score of existential aspect of spiritual well-being was 42.72 ± 5.37 out of 60 and Mean scores of religious aspect was 48.17 ± 5.65 out of 60. Also Mean scores of anxiety was 20.78 ± 10.46 . There was a statistically significant relationship between anxiety and existential ($P < 0.011$; $r = -0.74$) and religious ($P = 0.01$; $r = -0.67$) aspects of spiritual well-being in patients with chronic heart failure. Anxiety and total score of spiritual well-being had a significant relationship ($P < 0.010$; $r = -0.76$). No significant relationship was found between spiritual wellbeing and most of the demographic variables.

Conclusion: This study strongly indicate that older people with chronic heart failure with a higher level of spirituality well-being had less anxiety. Therefore, spirituality well-being might be considered a protective factor against anxiety in such patients. It is recommended that more attention is paid to spiritual aspects of these patients during the treatment process.

Key words: Anxiety, Chronic Heart Failure, Spirituality, older people.

Received: 12 October 2015

Accepted: 11 December 2015



Iranian Nursing
Scientific Association

Iranian Journal of Nursing Research

Vol. 10 No.4 (Serial 39) Winter 2015 ISSN:1735-7012

Occupational stress and its dimensions in nurses employed in hospitals affiliated to Shahid Beheshti University of Medical Sciences	11
Measuring emotional intelligence of nursing student	19
Critical appraisal on the reporting of Nested Case-Control Studies according to the STROBE statement	31
The role of experiential avoidance and anxiety sensitivity in the prediction of mental and general health in Nursing Students	42
The relationship between health literacy and self-care behaviors in patients with type 2 diabetes	51
An investigation on physical growth of the children of offshore and based staff working in Iranian National Drilling Company in Ahvaz, Iran	57
Relationship between nurses' conflict management styles and critical thinking skills in the clinical setting	66
A review on prescribing in nursing	75
The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Reducing Couple Burnout of Couples	87
Nurses' professional identity and Related Factors in formation it: A review article	97
Effect of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Intervention on pre operative anxiety in patients undergoing surgery	104
Paternal experiences in Iranian men: a phenomenological study	116
Nursing students' perceptions of barriers to evidence-based practice: Qualitative content analysis	126
Factors related and Spiritual Well-being among elderly referring to city parks of Khalkhal	135
Investigating the reasons of nursing students absence from class at Islamic Azad university Hamedan branch, 2014-2015	144
Relationship between spiritual wellbeing with Anxiety in Elderly Patients with Chronic Heart Failure who referred to allocated hospitals in Tehran city (2015).....	154