

تأثیر برنامه مراقبت معنوی بر اضطراب بیماران ایسکمیک قلبی بستری در بخش مراقبت‌های ویژه قلب: یک کارآزمایی بالینی

طاهره مؤمنی قلعه قاسمی^۱، امیر موسی‌رضایی^۲، مهین معینی^۳، همایون ناجی‌اصفهانی^۴

چکیده

زمینه و هدف: بیماران ایسکمیک قلبی در مرحله حاد، اضطراب زیادی را تجربه می‌کنند و به نسبت بیمارانی که اضطراب کمتر دارند، ۵ مرتبه بیشتر به ایسکمی، سکته مجدد، تکیکاردی یا تندپشی (Tachycardia)، آریتمی یا اختلال ریتم قلبی (Arrhythmia) و فیبریلاسیون بطنی مبتلا می‌شوند. اضطراب بیش از اندازه، روند بهبود بیماری را به تأخیر می‌اندازد و احتمال مرگ بیمار را در ماه‌های اول افزایش می‌دهد. بیماری‌های تهدید کننده حیات مانند بیماری‌های قلبی منجر به دیسترس معنوی در افراد می‌گردند که این دیسترس معنوی می‌تواند تشدید کننده مشکلات فرد باشد و حتی به صورت درد غیر قابل کنترل یا اضطراب نمایان شود. مطالعات پیشنهاد کرده‌اند که مداخلات معنویت محور ممکن است اضطراب را کاهش دهد. از این رو پژوهشگران بر آن شدند تا با استفاده از نتایج یافته‌های تحقیقاتی، جستجوی وسیع کتابخانه‌ای و نظر کارشناسان مربوط، به تدوین یک برنامه مراقبتی معنویت محور اقدام نمایند و تأثیر اجرای آن را بر اضطراب بیماران ایسکمیک قلبی بستری در بخش مراقبت‌های ویژه مورد بررسی قرار دهند.

مواد و روش‌ها: این مطالعه، یک کارآزمایی بالینی تصادفی شده بود که در سال ۱۳۸۹ در بخش مراقبت‌های ویژه قلب بیمارستان الزهرا (س) اصفهان انجام شد. ۶۴ بیمار ایسکمیک قلبی بستری در بخش مراقبت‌های ویژه به صورت تصادفی در دو گروه آزمون و شاهد قرار گرفتند. برنامه مراقبت معنوی شامل حضور حمایت گرایانه، حمایت از تشریفات مذهبی بیمار و استفاده از سیستم‌های حمایتی بود که به مدت ۳ روز انجام پذیرفت و پرسش‌نامه اضطراب Spielberger قبل و بعد از انجام مداخله در هر دو گروه تکمیل گردید. از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۸ و آزمون‌های χ^2 ، Paired t و Independent t جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات استفاده شد.

یافته‌ها: میانگین نمره اضطراب قبل از انجام مداخله در دو گروه تفاوت معنی‌داری نداشت ($P = ۰/۹۱۰$). این در حالی است که آزمون Paired t نشان داد میانگین نمره اضطراب در گروه آزمون قبل و بعد از انجام مداخله معنوی محور تفاوت معنی‌داری دارد ($P = ۰/۰۰۱$). همچنین مقایسه میانگین تغییرات نمره اضطراب بین دو گروه آزمون و شاهد بعد از انجام مداخله تفاوت معنی‌داری داشت ($P = ۰/۰۳۰$).

نتیجه‌گیری: برنامه مراقبتی معنویت محور، اضطراب بیماران ایسکمیک قلبی بستری در بخش مراقبت‌های ویژه را کاهش داد و پرستاران می‌توانند جهت کاهش اضطراب بیماران از برنامه مراقبت معنوی استفاده نمایند.

واژه‌های کلیدی: اضطراب، بیماری‌های عروق کرونر، بخش مراقبت‌های ویژه قلب، پرستاری، کارآزمایی بالینی، معنویت

نوع مقاله: پژوهشی

پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۱۱/۲۶

دریافت مقاله: ۱۳۹۱/۸/۸

- ۱- کارشناس ارشد پرستاری، گروه سلامت بزرگسالان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
- ۲- دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری، گروه سلامت بزرگسالان، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
(نویسنده مسؤول)
Email: musarezaie@nm.mui.ac.ir
- ۳- کارشناس ارشد پرستاری، گروه سلامت بزرگسالان، عضو مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
- ۴- استادیار، گروه اتاق عمل، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

مقدمه

شیوع بیماری‌های قلبی-عروقی در کشورهای در حال توسعه، از جمله در کشور ما، در حال افزایش است و بار ناشی از این بیماری‌ها و عواقب ناشی از آن قابل توجه است (۱). از میان بیماری‌های قلبی، بیماری عروق کرونری شایع‌ترین بیماری مزمن و تهدید کننده حیات می‌باشد (۲) در ایران شیوع بیماری‌های عروق کرونر و مرگ و میر حاصل از آن رو به افزایش می‌باشد؛ به گونه‌ای که این بیماری ۴۶ درصد از علل مرگ و میر را به خود اختصاص می‌دهد و میزان بروز آن در ۱۰۰ هزار نفر، ۱۸۱/۴ نفر می‌باشد. طبق برآورد به عمل آمده در سال ۱۳۸۰، روزانه ۳۱۷ نفر و سالیانه ۱۱۶ هزار نفر به علت این بیماری جان می‌سپارند (۳). طبق بررسی‌های به عمل آمده، شیوع بیماری‌های عروق کرونر در شهر اصفهان ۱۹/۴ درصد می‌باشد (۴).

به دنبال بیماری عروق کرونر به طور معمول بیماران مشکلات متعددی مانند درد، تغییر در جریان خون بافتی، عدم تحمل فعالیت، سازگاری غیر مؤثر با بیماری، اضطراب و تظاهرات روانی شدید را تجربه می‌کنند (۱). این بیماران در زمان بستری در بیمارستان در مدتی که تحت مراقبت‌های ویژه هستند، کم و بیش دچار استرس می‌شوند. استرس‌های روانی تنها بیمار را از نظر جسمی تحت تأثیر قرار نمی‌دهند، بلکه از نظر روحی نیز بر بیمار تأثیر می‌گذارد. این عوامل نه تنها می‌توانند منجر به تغییرات فیزیولوژیک شوند، بلکه می‌توانند موجب ایجاد رفتارهایی از قبیل اضطراب، انکار و افسردگی شوند (۴).

استرس ناشی از این موقعیت می‌تواند از نظر بالینی بیمار را در معرض خطر عوارض جدی قرار دهد (۵). بیماران قلبی-عروقی به خصوص انفارکتوس میوکارد در مرحله حاد، اضطراب زیادی را تجربه می‌کنند و به نسبت بیمارانی که اضطراب کمتر دارند، ۵ مرتبه بیشتر به ایسکمی (Ischemia)، سکتة مجدد، تاقیکاردی یا تندتپشی (Tachycardia) و فیبریلاسیون بطنی مبتلا می‌شوند (۶). اضطراب بیش از اندازه، روند بهبود بیماری را به تأخیر

می‌اندازد. همچنین آن دسته از بیماران قلبی که دچار اضطراب زیاد باشند به مشکلات بعدی از قبیل آریتمی یا اختلال ریتم قلبی (Arrhythmia)، به میزان بیشتر مبتلا می‌شوند و احتمال مرگ آنان در ماه‌های اول، از کسانی که اضطراب کمتری دارند، بیشتر است (۷).

برای رفع این مشکل بیماران می‌توان از روش‌های مختلف غیر دارویی استفاده نمود (۸). تحقیقات پیشنهاد کرده‌اند که مداخلات بر پایه معنویت یکی از مداخلاتی است که ممکن است اضطراب را کاهش دهد و در نتایج مثبت سلامتی دخیل باشد (۹). بسیاری از مطالعات نشان داده‌اند که معنویت با سلامت روانی و جسمی مرتبط است. مطالعات اخیر گزارش کرده‌اند که این ارتباط شامل کاهش میزان مرگ و میر، کاهش بیماری‌های قلبی-عروقی، کاهش فشار خون، سوء مصرف مواد کمتر، اضطراب کمتر، تطابق بهتر و بهبودی از بیماری‌ها می‌باشد (۱۰). تحقیقات متعدد پرستاری نشان داده‌اند که بیماری‌های قلبی منجر به دیسترس معنوی در افراد می‌گردند (۱۱، ۹) که این دیسترس معنوی، می‌تواند فرصت‌هایی را برای تأمین مراقبت معنوی توسط پرستاران ایجاد نماید (۱۲).

به تازگی مراقبین به این باور رسیده‌اند که اگر بخواهند مراقبت سلامتی واقعی و کاملی ارائه کنند حساسیت به نیازهای معنوی بیماران لازم است (۱۳). با توجه به تأثیر بیماری قلبی-عروقی بر ابعاد مختلف جسمی، روانی و معنوی ضروری است که پرستاران یک روش کل‌نگر را به کار گیرند که به بیماران در دست یافتن و نگه داشتن نهایت سلامت و بهبودی جسمی، روانی و معنوی کمک نمایند (۱۴، ۹). معنویت به عنوان یک جنبه مهم از بررسی بیمار برای سلامت قلب است و به طور معنی‌داری پیشگویی کننده وضعیت بیماران می‌باشد. بنابراین آمیختن معنویت با بررسی و مداخله در بیماران مبتلا به بیماری‌های قلبی-عروقی به عنوان یک دستور تحقیقی ضروری باقی مانده است (۹).

در مورد ارتباط معنویت با وضعیت جسمی و روانی بیماران قلبی مطالعات اندکی در دسترس است. مطالعه‌ای نیمه تجربی

اضطراب بیماران ایسکمیک قلبی بستری در بخش مراقبت‌های ویژه مورد بررسی قرار دهند. هدف از این مطالعه، تعیین تأثیر برنامه مراقبت معنوی بر اضطراب بیماران ایسکمیک قلبی بستری در بخش مراقبت‌های ویژه بیمارستان الزهرا (س) بود.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه کارآزمایی بالینی دو گروهی، دو مرحله‌ای و با طرح آزمون قبل و بعد بود. ۶۴ بیمار زن و مرد ایسکمیک قلبی بستری در بخش مراقبت‌های ویژه قلب بیمارستان الزهرا (س) که معیارهای ورود به مطالعه را دارا بودند، نمونه‌های پژوهش را تشکیل داد. معیارهای ورود به مطالعه شامل تشخیص بیماری ایسکمیک قلبی (انفارکتوس حاد میوکارد و آنژین ناپایدار) مورد تأیید پزشک متخصص قلب، آگاهی از بیماری خود، علاقمند بودن به شرکت در مطالعه، هوشیار بودن، شیعه و ایرانی بودن و آشنا بودن به زبان فارسی، نداشتن عقب‌ماندگی ذهنی، نایبایی و ناشنوایی و بیماری فعال روانی، نداشتن بیماری زمینه‌ای دیگری به جز فشار خون، دیابت و چربی خون بالا و نداشتن بیماری فعال روانی بر اساس تشخیص پزشک متخصص بود.

معیارهای خروج از مطالعه نیز شامل: عدم تمایل بیماران به ادامه شرکت در مطالعه، ایجاد هر گونه مشکل برای بیماران جهت ادامه مطالعه و انتقال بیماران در حین مطالعه به بخش یا بیمارستان دیگر بود. چگونگی و روند دقیق ورود بیماران در فرایند نمونه‌گیری در پژوهش حاضر در قالب نمودار کانسورت (نمودار ۱) ارائه گردیده است.

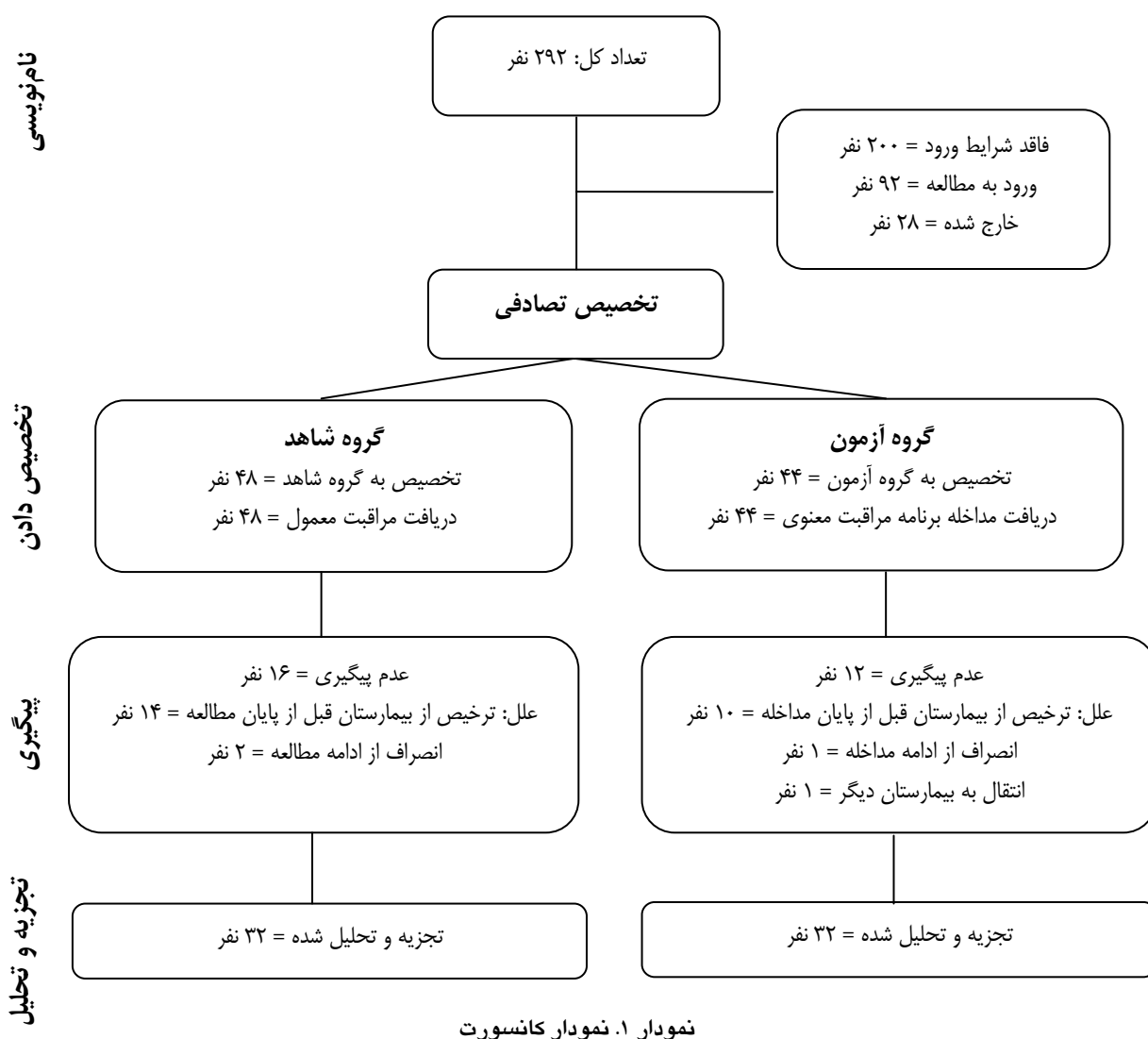
برای جمع‌آوری اطلاعات در این پژوهش از پرسش‌نامه دو بخشی استفاده گردید. بخش اول مربوط به اطلاعات دموگرافیک بیمار (شامل سن، جنس، تحصیلات، وضعیت تأهل، سابقه ابتلا به بیماری قلبی و سابقه بیماری فعلی) و اطلاعات موجود پرونده بیمار و بخش دوم دربرگیرنده پرسش‌نامه اضطراب موقعیتی Spielberger بود. این پرسش‌نامه دارای ۲۰ سؤال می‌باشد که نمره بین ۸۰-۲۰ را

توسط Delaney و Barrere با هدف بررسی تأثیر مداخله معنوی بر نتایج روانی، معنوی در بیماران قلبی انجام شد. این مطالعه نشان داد که ارتباط مثبت معنی‌داری بین مداخله معنوی و اضطراب و افسردگی وجود دارد، به این معنا که انجام مداخله معنوی منجر به کاهش اضطراب و افسردگی بیماران می‌شود (۹). Villagomez نیز در مطالعه‌ای اهمیت قابل توجه معنویت را به عنوان یک جنبه مهم در مراقبت بیماران قلبی-عروقی که دلالت بر اثرات مثبت فیزیولوژیکی و روانی اجتماعی دارد را ذکر نمود (۱۱). Wilkins در مطالعه‌ای که با عنوان «مذهب، معنویت و دیسترس روانی در بیماران قلبی-عروقی» انجام داد، نشان داد که ارتباط معنی‌داری بین حمایت معنوی و افسردگی و اضطراب وجود دارد (۱۵). در مقایسه Blumenthal و همکاران در مطالعه ارتباط‌سنجی هیچ گونه شواهدی مبنی بر این‌که معنویت، دفعات حضور در کلیسا یا عبادت با بیماری‌های قلبی یا عوامل مرگ و میر پس از انفارکتوس حاد میوکارد ارتباط دارد، نیافتند (۱۶).

با وجود افزایش شناخت در خصوص ضرورت مراقبت معنوی، یک روش مورد توافق برای استفاده در بیماران بستری در بخش‌های مراقبت‌های ویژه وجود ندارد. تمرکز بیشتر بر عوامل جسمی بیماران بخش‌های ویژه در بحران‌های فیزیولوژیک به اهمیت کمتر بر نیازهای معنوی این بیماران منجر شده است (۱۷)، این در حالی است که بیماران خواستار توجه به نیازهای معنوی و برآورده شدن آن در زمان بستری در بیمارستان هستند (۱۹، ۱۸) و پرستاران می‌توانند با استفاده از یک رویکرد مراقبت کل‌نگر به بیماران در دست یافتن و حفظ سلامت و بهبودی فیزیکی، روانی و معنوی کمک نمایند (۱۹، ۹). از این رو پژوهشگران بر آن شدند تا با استفاده از نتایج پژوهش‌های برآمده از بستر فرهنگی، مذهبی و اجتماعی ایران، نتایج یافته‌های تحقیقاتی مختلف مراقبت‌های معنوی در سراسر دنیا، جستجوی وسیع کتابخانه‌ای و نظر کارشناسان و متخصصان مربوط، به تدوین یک برنامه مراقبت معنوی اقدام نمایند و تأثیر اجرای آن را بر

می‌باشد که در پژوهش‌های داخل و خارج کشور به میزان وسیعی به کار رفته است. در سال ۱۳۷۳ توسط مهram در شهر مشهد روایی و پایایی آن در جامعه ایرانی بررسی شده است. اسدی نوقابی و همکاران، ابوالحسنی، زارع و بشارت (به نقل از کهنگی) در پژوهش خود از این پرسش‌نامه استفاده نموده‌اند و اعتبار علمی آن مورد ارزیابی قرار گرفته است. همچنین ضریب Cronbach's alpha را برابر با ۹۱ درصد عنوان کرده‌اند که نشان دهنده اعتماد علمی لازم پرسش‌نامه می‌باشد (۲۰).

می‌توان کسب نمود (۸۰ بیشترین میزان اضطراب، ۳۹-۲۰ اضطراب خفیف، ۵۹-۴۰ اضطراب متوسط، ۸۰-۶۰ اضطراب شدید را نشان می‌دهد) و نمره‌گذاری آن به این صورت است که در مورد سؤالات مثبت خیلی کم: ۴ امتیاز، تا حدودی: ۳ امتیاز، به طور متوسط: ۲ امتیاز، زیاد: ۱ امتیاز و در مورد سؤالات منفی، خیلی کم: ۱ امتیاز، تا حدودی: ۲ امتیاز، به طور متوسط: ۳ امتیاز و زیاد: ۴ امتیاز تعلق می‌گیرد. پرسش‌نامه سنجش اضطراب Spielberger یک پرسش‌نامه معتبر



پژوهشگر پس از کسب معرفی‌نامه از دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به مدیریت بیمارستان الزهرا (س) اصفهان مراجعه نموده و پس از ارایه معرفی‌نامه و توضیح در مورد اهداف پژوهش به مسئولین مرکز و جلب موافقت و همکاری آن‌ها اقدام به نمونه‌گیری نمود. پس از کسب رضایت آگاهانه از نمونه‌ها، محقق یا همکار وی (برای بیماران مرد از پژوهشگر مرد و برای زن از پژوهشگر زن استفاده گردید) بر بالین هر یک از بیماران گروه آزمون حاضر شدند و برنامه مراقبت معنوی را بر اساس نیاز بیماران، برنامه‌ریزی و اجرا نمودند. قبل از انجام مراقبت معنوی، همکار پژوهشگر توسط محقق توجیه گردید و مداخله وی تحت نظارت محقق صورت پذیرفت. بیماران در گروه آزمون به مدت سه روز (با توجه به میانگین روزهای بستری شدن این بیماران در بخش مراقبت‌های ویژه)، بین ساعات ۲۱-۱۷ مراقبت معنوی را بر اساس برنامه تدوین شده و تمایل و نیازهای معنوی خود دریافت می‌کردند.

برنامه مراقبت معنوی ارایه شده در بخش مراقبت‌های ویژه قلبی با توجه به نیاز و تمایل بیماران شامل حضور حمایت‌گرایانه، حمایت از تشریفات مذهبی بیمار و استفاده از سیستم‌های حمایتی بود. حضور حمایت‌گرایانه بدین صورت انجام شد که پژوهشگر بر بالین بیمار حاضر می‌شد (۲۱)، با وی ارتباط کلامی و غیر کلامی برقرار می‌کرد (۲۲، ۲۳)، دست بیمار را گرفته و با او صحبت می‌نمود (۲۲)، به طور فعال به سخنان او گوش می‌داد (۱۹) و به سؤالات بیمار پاسخ داده و روند درمان را برای او توضیح می‌داد (۱۳).

حمایت از تشریفات مذهبی بیمار نیز با فراهم نمودن امکانات مورد نیاز برای انجام عبادت شامل مهر و جانماز و سجاده، تسبیح و چادر نماز، قرآن، مفاتیح، واکمن و نوار کاست ادعیه و قرآن برای هر یک از واحدهای مورد پژوهش در گروه آزمون (۱۹، ۱۸) و همچنین کمک به بیمار در انجام عبادات مانند تیمم، وضو، نماز و خواندن ادعیه و قرآن برای بیمار یا همراه با او صورت پذیرفت. همچنین هماهنگی‌های لازم جهت حضور روحانی بر بالین فراهم گردید، بدین صورت

که یک جلسه به مدت ۵۰ دقیقه روحانی بر بالین بیمار حضور یافته و بیماران توانستند سؤالات خود را با روحانی در میان گذاشته و پاسخ آن‌ها را دریافت نمایند (۲۴، ۲۳).

جزء دیگر مراقبت معنوی در مطالعه حاضر، فراهم نمودن امکان حضور یکی از اعضای خانواده بر بالین بیمار به مدت یک ساعت بود که در این زمینه نیز با هماهنگی با بیمار و پرسنل بخش مراقبت‌های ویژه قلب این امکان فراهم گردید که یکی از اعضای خانواده بیماران بتوانند روزانه بر بالین بیمار حاضر شوند و ساعتی را با بیمار بگذرانند (۱۸).

جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۸ (version 18, SPSS Inc., Chicago, IL) و روش‌های آمار توصیفی و استنباطی (χ^2 ، Paired t و Independent t) استفاده گردید.

یافته‌ها

میانگین سنی واحدهای مورد پژوهش در گروه آزمون ۵۷/۲۸ سال با انحراف معیار ۱۲/۵۵ و در گروه شاهد ۶۳/۹۴ سال با انحراف معیار ۱۳/۰۵ بود. آزمون Independent t نشان داد که میانگین سنی در گروه آزمون و شاهد تفاوت معنی‌داری ندارد ($P = ۰/۱۵۰$). همچنین نتایج به دست آمده نشان داد، دو گروه از نظر وضعیت تأهل ($P = ۰/۶۰۰$)، وضعیت تحصیلات ($P = ۰/۹۲۰$)، وضعیت آسیب عضله قلبی ($P = ۰/۳۲۰$)، سابقه بستری شدن در بیمارستان ($P = ۰/۵۰۰$)، داشتن بیماری دیابت ($P = ۰/۸۰۰$)، پرفشاری خون ($P = ۰/۶۲۰$)، هیپرلیپیدمی ($P = ۰/۷۸۰$) و مصرف سیگار ($P = ۰/۵۲۰$) تفاوت معنی‌داری ندارند و دو گروه از لحاظ آماری به طور تقریبی همسان هستند. جزییات اطلاعات فردی واحدهای مورد پژوهش در جدول ۱ آمده است.

نتیجه آزمون Independent t در گروه آزمون و شاهد قبل از مطالعه، نشان داد که از نظر میانگین نمرات اضطراب ($P = ۰/۹۱۰$) تفاوت معنی‌داری بین دو گروه وجود ندارد. جهت مقایسه میانگین نمرات اضطراب در دو گروه آزمون و شاهد بعد از انجام مطالعه، از آزمون Independent t استفاده

شد که نتایج آن در جدول ۲ آورده شده است. بر اساس یافته‌های پژوهش، بین میانگین نمره اضطراب بیماران ایسکمیک قلبی در گروه شاهد، قبل و بعد مطالعه تفاوت آماری معنی‌داری وجود نداشت ($P = ۰/۵۹۰$ و Paired t $t = ۰/۵۴$) (جدول ۳)، این در حالی است که آزمون نشان داد، تفاوت میانگین نمره اضطراب بیماران ایسکمیک قلبی در گروه آزمون، قبل و بعد از مداخله معنوی از نظر آماری معنی‌دار بوده است (جدول ۴).

جدول ۱. مقایسه توزیع فراوانی جنس، وضعیت تأهل، تحصیلات، وضعیت آسیب عضله قلبی، سابقه بستری شدن، سابقه ابتلا به دیابت، پرفشاری خون، هیپرلیپیدمی و سابقه مصرف سیگار واحدهای مورد پژوهش در گروه آزمون و شاهد

متغیرهای فردی	P	آزمون‌های آماری	گروه‌ها			
			شاهد		آزمون	
			درصد	فراوانی	درصد	فراوانی
جنس	۱/۰۰۰	χ^2 $N^2 = ۰/۰۰$	۵۰	۱۶	۵۰	۱۶
			۵۰	۱۶	۵۰	۱۶
تأهل	۰/۶۰۰	χ^2 $N^2 = ۱/۰۲$	۷۱/۹	۲۳	۷۵	۲۴
			۳/۱	۱	۰	۰
			۲۵	۸	۲۵	۸
تحصیلات	۰/۹۲۰	Mann-Whitney U $Z = ۰/۱۰$	۳۴/۴	۱۱	۳۱/۳	۱۰
			۴۳/۸	۱۴	۵۰	۱۶
			۱۲/۵	۴	۱۲/۵	۴
			۹/۴	۳	۶/۳	۲
وضعیت آسیب عضله قلبی	۰/۳۲۰	χ^2 $N^2 = ۰/۹۹$	۸۷/۵	۲۸	۷۸/۱	۲۵
			۱۲/۵	۴	۲۱/۹	۷
سابقه بستری	۰/۵۰۰	Fisher Exact	۸۷/۵	۲۸	۸۴/۴	۲۷
			۱۲/۵	۴	۱۵/۶	۵
ابتلا به بیماری دیابت	۰/۸۰۰	χ^2 $N^2 = ۰/۰۶$	۴۳/۸	۱۴	۴۰/۶	۱۳
			۵۶/۳	۱۸	۵۹/۴	۱۹
ابتلا به پرفشاری خون	۰/۶۲۰	χ^2 $N^2 = ۰/۲۵$	۵۳/۱	۱۷	۴۶/۹	۱۵
			۴۶/۹	۱۵	۵۳/۱	۱۷
ابتلا به هیپرلیپیدمی	۰/۷۸۰	χ^2 $N^2 = ۰/۰۸$	۲۵	۸	۲۸/۱	۹
			۷۵	۲۴	۷۱/۹	۲۳
سابقه مصرف سیگار	۰/۵۲۰	χ^2 $N^2 = ۰/۴۱$	۱۵/۶	۵	۲۱/۹	۷
			۸۴/۴	۳۷	۷۸/۱	۲۵

جدول ۲. مقایسه میانگین نمره اضطراب موقعیتی بیماران ایسکمیک قلبی در گروه آزمون و شاهد بعد از مداخله

گروه	آزمون‌های آماری	میانگین	انحراف معیار	آزمون آماری Student t
آزمون		۳۲/۷۰	۱۱/۴۴	P = ۰/۰۳۰ t = ۱/۸۳
شاهد		۳۹/۶۹	۱۶/۷۶	

جدول ۳. مقایسه میانگین نمره اضطراب موقعیتی بیماران ایسکمیک قلبی در گروه شاهد قبل و بعد از مداخله

گروه	آزمون‌های آماری	قبل از مداخله	بعد از مداخله	آزمون آماری Paired t
شاهد	میانگین	۱۳/۸۵	۳۹/۶۸	P = ۰/۵۹۰ t = ۰/۵۴
	انحراف معیار	۴۰/۵۰	۱۶/۷۶	

جدول ۴. مقایسه میانگین نمره اضطراب موقعیتی بیماران ایسکمیک قلبی در گروه آزمون قبل و بعد از مداخله

گروه	آزمون‌های آماری	قبل از مداخله	بعد از مداخله	آزمون آماری Paired t
آزمون	میانگین	۱۱/۹۲	۳۲/۷۰	P = ۰/۰۰۱ t = ۵/۶۸
	انحراف معیار	۴۰/۱۳	۱۱/۴۴	

بحث و نتیجه‌گیری

هیچ گونه تفاوت آماری بین دو گروه از نظر اطلاعات دموگرافیک، عوامل خطر قلبی-عروقی، وضعیت آسیب عضله قلبی و سابقه بستری شدن در بیمارستان مشاهده نگردید و در واقع آزمون آماری نیز تخصیص تصادفی نمونه‌ها را در دو گروه تأیید می‌نماید. در مطالعه Ikedo و همکاران نیز قبل از انجام مداخله، گروه‌ها از نظر سن ($P = ۰/۳۴۰$)، جنس ($P = ۰/۳۲۰$)، نژاد ($P = ۰/۴۲۰$)، وضعیت تأهل ($P = ۰/۱۲۰$)، سطح تحصیلات ($P = ۰/۱۴۰$) و مذهب ($P = ۰/۶۰۰$) تفاوت معنی‌داری نداشتند و بین گروه‌ها از نظر بیماری دیابت، پرفشاری خون، هیپرلیپیدمی، نارسایی قلبی، شاخص توده بدنی و سیگاری بودن، اختلاف معنی‌دار مشاهده نشد ($P = ۰/۰۵۰$) (۲۵).

به منظور مقایسه میانگین نمره اضطراب در دو گروه آزمون و شاهد قبل از مداخله از آزمون

Independent t استفاده شد. نتیجه این آزمون نشان داد که میانگین نمرات اضطراب در دو گروه آزمون و شاهد قبل از مداخله، تفاوت معنی‌داری ندارد. مطالعه‌ای توسط Jorna و Ball در استرالیا با هدف ارزیابی تأثیر برنامه ارتقای سلامت جسمی، روانی، معنوی بر افزایش فعالیت جسمانی و سلامت روانی و معنوی انجام شد. قبل از انجام مطالعه تفاوت معنی‌داری بین دو گروه از نظر سلامت روان مشاهده نشد ($P = ۰/۰۵۰$) (۲۶) که منطبق بر یافته مطالعه حاضر می‌باشد. در واقع در مطالعه حاضر با توجه به تخصیص تصادفی نمونه‌ها در دو گروه، انتظار می‌رفت که قبل از انجام مداخله تفاوت معنی‌داری از نظر اضطراب در دو گروه وجود نداشته باشد.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که بعد از مداخله مراقبت معنوی، نمره اضطراب بیماران ایسکمیک قلبی در گروه آزمون و شاهد تفاوت معنی‌داری داشت؛ به طوری که میانگین

به عنوان یک درمان سودمند برای اضطراب حمایت می‌کنند. مطالعات نشان داده‌اند که مداخلات معنوی، ارتباط بین سیناپس‌های آمیگلیدا که به فرایندهای عاطفی و اضطراب پاسخ می‌دهد را بیشتر می‌کند (۳۰). بر همین اساس یافته‌های مطالعه موسی‌رضایی و همکاران نشان داد، ارتباط آماری معنی‌داری بین نمره سلامت معنوی با میزان اضطراب بیماران وجود دارد ($r = 0/23$ و $P = 0/001$) (۳۱). در مطالعه Chang و همکاران نیز افزایش سلامت معنوی با بهبود وضعیت روانی همراه بود (۳۲).

نتایج حاصل از این مطالعه بیانگر این است که اجرای برنامه مراقبتی معنویت محور توسط پرستاران می‌تواند بر وضعیت اضطراب بیماران ایسکمیک قلبی مؤثر باشد و یک روش مناسب برای کاهش اضطراب بیماران است. توجه به نیاز ضروری بیماران به دریافت مراقبت معنوی و انجام اقدامات ناچیز در کشور ما در جهت شناسایی نیازهای معنوی بیماران و برآورده نمودن نیازهای معنوی بیماران به خصوص بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه از یک طرف و از سوی دیگر وجود تفاوت‌های بسیار در ارزش‌ها و فرهنگ و اعتقادات ایران با سایر کشورها، باعث خواهد شد که تحقیق در این زمینه راه را برای پژوهش‌های آینده و به کارگیری روش‌های مراقبتی مناسب بخش‌های ویژه فراهم آورد.

سپاسگزاری

این مقاله بخشی از پایان‌نامه کارشناسی ارشد پرستاری مصوب دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، به شماره ۳۸۹۱۸۱ می‌باشد. نویسندگان بر خود لازم می‌دانند که از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، پرسنل محترم بخش مراقبت‌های ویژه قلب بیمارستان الزهرا (س) و بیماران ایسکمیک قلبی آن مرکز، تشکر نمایند.

هیچ یک از نویسندگان تعارضی در منافع شخصی و مالی ندارند.

نمره گروه آزمون نسبت به گروه شاهد کاهش معنی‌داری را نشان داد. در تأیید نتایج حاصل، Yoon و Park نیز در مطالعه‌ای با هدف بررسی تأثیر مداخلات پرستاری معنویت محور بر اضطراب بیماران بستری در بیمارستان، نشان دادند که بعد از مداخلات پرستاری معنویت محور، تفاوت آماری معنی‌داری در اضطراب موقعیتی گروه آزمون و شاهد مشاهده شد ($P = 0/001$ و $t = -5/987$) (۲۷). نتایج یک مداخله معنوی نیز بر روی زنان نشان داد که بعد از مداخله تفاوت آماری معنی‌داری از نظر اضطراب بین دو گروه آزمون و شاهد وجود دارد ($P < 0/05$) و گروهی که در مداخله شرکت کرده بودند نسبت به گروهی که در این مداخله شرکت نکرده بودند، نمره کمتری در مقیاس اضطراب گرفته بودند (۲۸). بر خلاف نتایج حاصل از این پژوهش، بر اساس یافته‌های مطالعه Ikedo و همکاران انجام مداخله معنوی، بر میزان اضطراب نمونه‌های مورد پژوهش منجر به تفاوت معنی‌دار بین گروه‌های دریافت کننده این نوع مراقبت نشده است ($P = 0/550$) (۲۵). تفاوت‌های فرهنگی، مذهبی جامعه مورد پژوهش و نوع برنامه مراقبتی معنویت محور، تفاوت در تعداد حجم نمونه و نوع بیماری از جمله دلایل احتمالی این تناقض می‌باشد (۲۹).

همچنین نتایج مطالعه حاضر نشان داد که نمره اضطراب بیماران ایسکمیک قلبی در گروه آزمون قبل و بعد از مداخله، تفاوت معنی‌داری داشت. نتایج مطالعه Delaney و Barrere در نیویورک، به صورت نیمه تجربی و طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با هدف بررسی تأثیر مراقبت معنوی (شامل جلسات موسیقی، تجسم هدایت شده با استفاده از لوح فشرده، دعا کردن و قدم زدن در باغ) بر میزان اضطراب و معنویت بیماران قلبی - عروقی انجام شد، نشان داد تفاوت معنی‌داری بین نمره اضطراب بیماران قبل و بعد از مداخله وجود دارد ($P = 0/009$) (۹) که یافته‌های مطالعه حاضر را تأیید می‌کند.

نتایج تحقیقات نورویبولوژی از کاربرد تکنیک‌های معنوی

References

1. Talebizadeh M, Haghdoust AA, Mirzazadeh A. Age at natural menopause, An epidemiological model (Markov Chain) of cardiovascular disease in Iran. *Payesh* 2009; 8(2): 163-70. [In Persian].
2. Hasanpour Dehkordi A, Motaarefi H, Afzali SM. Stress Level and coping with in patients Suffering Myocardial Infarction. *Journal of Gorgan Bouyeh Faculty of Nursing & Midwifery* 2007; 4(1): 15-20. [In Persian].
3. Taherian A, Mohammadi F, Hosseini MA, Rahgozar M, Fallahi M. The Effectiveness of Patient Education and Home-Based Follow up on Knowledge and Health Behaviour in the Patients with Myocardial Infarction. *Iran J Nurs Res* 2007; 2(4-5): 7-14. [In Persian].
4. Khadibi M. The effect of aromatherapy on sleep quality in patients with ischemic heart disease in cardiac intensive care unit of the University Hospitals in 2009 [Thesis]. Isfahan, Iran: School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences; 2009. [In Persian].
5. Dalir Z, Hooshmand P, Hasan Zadeh M, Esmaeili H. A comparison of cardiac patients' and nurses' perception of illness and hospital stressors: A holistic approach. *J Sabzevar Univ Med Sci* 2003; 10(1): 76-83. [In Persian].
6. Salehi S, Safavi M, Vafaie M. Level of anxiety and its correlation with some individual characteristics in patients with myocardial infarction in hospitals related to Islamic Azad University, Tehran Medical Branch (2005-2006). *Medical Science Journal of Islamic Azad University, Tehran Medical Branch* 2008; 18(2): 121-5. [In Persian].
7. Besharat MA, Pourang P, Sadeghpour Tabaee A, Pournaghash Tehrani S. The relationship between coping styles and psychological adaptation in the recovery process: patients with coronary heart disease. *Tehran Univ Med J* 2008; 66(8): 573-9. [In Persian].
8. Majidi SA. Recitation effect of holy Quran on anxiety of patients before undergoing coronary artery angiography. *J Guilan Univ Med Sci* 2004; 13(49): 61-7. [In Persian].
9. Delaney C, Barrere C. Blessings: the influence of a spirituality-based intervention on psychospiritual outcomes in a cardiac population. *Holist Nurs Pract* 2008; 22(4): 210-9.
10. Kennedy JE, Abbott RA, Rosenberg BS. Changes in spirituality and well-being in a retreat program for cardiac patients. *Altern Ther Health Med* 2002; 8(4): 64-70, 72.
11. Villagomez LR. Mending broken hearts: the role of spirituality in cardiac illness: a research synthesis, 1991-2004. *Holist Nurs Pract* 2006; 20(4): 169-86.
12. Mazaheri M, Fallahi Khoshknab M, Maddah SB, Rahgozar M. Nursing attitude to spirituality and spiritual care. *Payesh* 2008; 8(1): 31-7. [In Persian].
13. Yousefi H. Needs of admitted patients in an interpretive phenomenology study [Thesis]. Isfahan, Iran: Isfahan University of Medical Sciences; 2009. [In Persian].
14. Omidvari S. Spiritual health; concepts and challenges. *Quranic Interdisciplinary Researches* 2009; 1(10): 5-17. [In Persian].
15. Wilkins VM. Religion, Spirituality, and Psychological Distress in Cardiovascular Disease [Thesis]. Pennsylvania, PA: Drexel University; 2004.
16. Blumenthal JA, Babyak MA, Ironson G, Thoresen C, Powell L, Czajkowski S, et al. Spirituality, religion, and clinical outcomes in patients recovering from an acute myocardial infarction. *Psychosom Med* 2007; 69(6): 501-8.
17. Timmins F, Kelly J. Spiritual assessment in intensive and cardiac care nursing. *Nurs Crit Care* 2008; 13(3): 124-31.
18. Potter PA, Perry AG. *Fundamentals of Nursing*. 7th ed. Philadelphia, PA: Mosby; 2007.
19. Karimollahi M. Designing a spiritual care model in Iran's nursing [Thesis]. Isfahan, Iran: School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences; 2007.
20. Kahangi LS. The effect of reflexology on some physiological parameters of patients before coronary artery bypass graft surgery [Thesis]. Isfahan, Iran: School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences; 2008.
21. Taylor C, Lillis C, LeMone P, Lynn P. *Fundamentals of Nursing: The Art and Science of Nursing Care*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
22. Halm MA, Myers RN, Bennetts P. Providing spiritual care to cardiac patients: assessment and implications for practice. *Crit Care Nurse* 2000; 20(4): 54-64, 66.
23. Berman B, Snyder SJ, Kozier B, Erb G. *Fundamentals of Nursing*. 8th ed. New York, NY: Pearson Prentice Hall; 2008.

24. Koszycki D, Raab K, Aldosary F, Bradwejn J. A multifaitth spiritually based intervention for generalized anxiety disorder: a pilot randomized trial. *J Clin Psychol* 2010; 66(4): 430-41.
25. Ikedo F, Gangahar DM, Quader MA, Smith LM. The effects of prayer, relaxation technique during general anesthesia on recovery outcomes following cardiac surgery. *Complement Ther Clin Pract* 2007; 13(2): 85-94.
26. Jorna M, Ball K, Salmon J. Effects of a holistic health program on women's physical activity and mental and spiritual health. *J Sci Med Sport* 2006; 9(5): 395-401.
27. Yoon MO, Park JS. The Effect of Spiritual Nursing Intervention on Anxiety and Depression of the Hospice Patients. *J Korean Acad Adult Nurs* 2002; 14(3): 337-47.
28. Puig A, Lee SM, Goodwin L, Sherrard PA. The efficacy of creative arts therapies to enhance emotional expression, spirituality, and psychological well-being of newly diagnosed Stage I and Stage II breast cancer patients: A preliminary study. *The Arts in Psychotherapy* 2006; 33: 218-28.
29. Moeini M, Momeni Ghale Ghasemi T, Yousefi H, Abedi H. The effect of spiritual care on spiritual health of patients with cardiac ischemia. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2012; 17(3): 195-9.
30. Mayo KR. Support from neurobiology for spiritual techniques for anxiety: a brief review. *J Health Care Chaplain* 2009; 16(1-2): 53-7.
31. Musarezāie 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 Syst Res* 2012; 8(1): 92-101. [In Persian].
32. Chang BH, Casey A, Dusek JA, Benson H. Relaxation response and spirituality: Pathways to improve psychological outcomes in cardiac rehabilitation. *J Psychosom Res* 2010; 69(2): 93-100.

The effect of spiritual care program on ischemic heart disease patients' anxiety, hospitalized in CCU: a clinical trial

Tahereh Momeni Ghale- Ghasemi MSc¹, Amir Musarezaie², Mahin Moeini MSc³, Homayoon Naji Esfahani⁴

Abstract

Aim and Background: Patients with ischemic heart disease in acute stage experienced great anxiety and in compared with patients had less anxiety were affected 5 times more to ischemia, re-infarction, tachycardia, arrhythmias and ventricular fibrillation. Excessive anxiety delays recovery and increases the probability of their death in the first month. Numerous studies have shown that heart disease affect the person's spirituality and suggested that interventions based spirituality may reduce anxiety. Thus, with regard to results of the research findings, vast library search, expert's opinion, one spirituality care program developed and considered its impact on anxiety of ischemic heart patients hospitalized in CCU.

Methods and Materials: This was a randomized clinical trial. Sixty-four ischemic patients in CCU randomly divided into test and control groups. Spiritual care program included supportive presence, support from patient's rituals, and using supportive systems for 3 days and Anxiety Questionnaire completed before and after the intervention for the both groups. Data analysis done through software SPSS and chi-square, independent-t and paired t-tests.

Findings: Mean score of Anxiety had no significant difference before intervention between two groups ($P = 0.91$); whereas paired t-test showed there was a significant difference in the test group before and after the intervention ($P = 0.001$), also mean score of anxiety had a significant difference between test and control groups after the intervention ($P = 0.03$).

Conclusions: With regard to results of present study spirituality care program could reduce anxiety of ischemic heart patients hospitalized in CCU, so nurses could apply spirituality care program to decrease the anxiety of patients.

Keywords: Anxiety, Coronary artery disease, CCU, Clinical Trial, Nursing, Spirituality

Type of article: Original

Received: 29.10.2012

Accepted: 14.02.2013

1. Department of Adult Health Nursing, School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
2. MSc Student, Department of Adult Health Nursing, Student Research Committee, School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran (Corresponding Author) Email: musarezaie@nm.mui.ac.ir
3. Department of Adult Health Nursing, Nursing and Midwifery Care Research Center, School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
4. MSc, Assistant Professor, Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran