مقاله پژوهشی
مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان
دوره ۱۵، دی ۱۳۹۵، ۹۲۸-۹۱۷

بررسی تأثیر خودمراقبتی معنوی به شیوه گروهی بر امید به زندگی در مبتلایان به بیماری عروق کرونر: یک کارآزمایی آموزشی

طاهره سلیمی[۱]، حسین توانگر[۲]، صدیقه شکری‌پور[۳]، حسن اشرفی[۴]

دریافت مقاله: ۹۵/٤/۲٦ ارسال مقاله به نویسنده جهت اصلاح: ۹۵/٦/۲۸ دریافت اصلاحیه از نویسنده: ۹۵/۱۰/۱۲ پذیرش مقاله: ۹۵/۱۰/۱۸

چکیده

زمینه و هدف: خودمراقبتی معنوی به‌عنوان مجموعه‌ای از تمرینات مبتنی بر معنویت جهت ارتقاء بهبودی در زمان‌های بیماری و سلامت تعریف شده است. درک بیماران از نقش خودمراقبتی معنوی می‌تواند سبب مدیریت بیماری‌های مزمن شود. امید به زندگی، یک معیار مهم جهت تأثیر مرگ‌ومیر در طول عمر و منعکس‌کننده بیماری در یک جمعیت است. مطالعات نشان داده که نیاز بیمار به معنویت، در حضور بیماری تهدیدکننده حیات اهمیت پیدا می‌کند. بر این اساس، این مطالعه با هدف تعیین تأثیر خودمراقبتی معنوی به شیوه گروهی بر امید به زندگی در مبتلایان به بیماری عروق کرونر انجام گردید.

مواد و روش‌ها: این پژوهش، از نوع کارآزمایی آموزشی است که بر روی ۱۱۱ بیمار مبتلا به بیماری عروق کرونر ترخیص‌شده از بخش مراقبت‌های ویژه قلبی بیمارستان علی ابن ابیطالب (ع) رفسنجان در سال ۱۳۹۴ انجام گرفت. نمونه‌ها به‌طور تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند. جلسات کارگاهی معنویت (۳ جلسه یک و نیم ساعته، یک روز در هر هفته) برای گروه مداخله اجرا شد. پرسش‌نامه امید به زندگی Miller قبل و بعد از مطالعه در هر دو گروه تکمیل گردید. داده‌ها با استفاده از آزمون t مستقل و t زوجی و آزمون مجذور کای مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که میانگین نمره امید به زندگی یک هفته بعد از مداخله، در گروه مداخله به‌طور معنی‌داری بیش از گروه کنترل بود (۱۷۶/۷۶±۴۳/۳۸ در برابر ۱۵۹/۵۰±۴۱/۸۷، p=۰/۰۳۵). همچنین در گروه مداخله، میانگین نمره امید به زندگی بعد از مداخله به‌طور معنی‌داری نسبت به قبل از مداخله افزایش یافته بود (میانگین و انحراف معیار تغییرات ۱۳/۳۵±۱۴/۰۷، p<۰/۰۰۱).

نتیجه‌گیری: با توجه به تأثیر مثبت خودمراقبتی معنوی بر امید به زندگی بیماران در این پژوهش، می‌توان به پرستاران توصیه نمود به بعد معنوی بیمار نیز توجه نمایند و آن را در مراقبت‌های معمول خود بگنجانند.

واژه‌های کلیدی: امید به زندگی، بیماری عروق کرونر، مراقبت معنوی

۱- کارشناس ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی، یزد، ایران
۲- استادیار، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، مرکز تحقیقات پرستاری و مامایی، یزد، ایران
۳- (نویسنده مسئول) دانشجوی کارشناسی ارشد مراقبت‌های ویژه، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی، یزد، ایران
تلفن: ۰۳۵-۳۸۲۴۹۷۰۵، دورنگار: ۰۳۵-۳۸۲۴۹۷۰۵، پست الکترونیکی: shokripours@yahoo.com
۴- کارشناس پرستاری، بیمارستان علی‌ابن‌ابیطالب (ع)، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران

مقدمه

بیماری کرونری قلب علت اصلی مرگ‌ومیر در کشورهای صنعتی از جمله ایالات متحده است. تقریباً نیمی از همه مرگ‌ها در کشورهای صنعتی و ۲۵ درصد در کشورهای درحال‌توسعه مربوط به بیماری کرونری قلب هستند [۱]. بیماری ایسکمیک قلب بیش از هر بیماری دیگری در کشورهای توسعه‌یافته موجب مرگ، ناتوانی و تحمیل هزینه‌های اقتصادی می‌شود و شایع‌ترین، جدی‌ترین، مزمن‌ترین و خطرناک‌ترین بیماری تهدیدکننده حیات در ایالات متحده است [۲]. سندرم‌های کلینیکی بیماری عروق کرونر از آترواسکلروز زمینه‌ای شرایین کرونر اپیکارد ناشی می‌شوند. معمولاً ۷۰٪ کاهش در قطر مجرای شریان کرونر برای محدود شدن جریان خون در موارد افزایش نیاز (به‌عنوان مثال ورزش) کافی است و تنگی ۹۰٪ ممکن است باعث محدودیت جریان خون در حالت استراحت شود. عدم توانایی شریان کرونر مبتلا برای تأمین جریان خون در این وضعیت باعث بروز آنژین پایدار می‌شود. طیف بالینی بیماری عروق کرونر از ایسکمی خاموش تا آنژین مزمن پایدار، آنژین ناپایدار، انفارکتوس میوکارد و مرگ ناگهانی قلبی متفاوت است [۱]. از میان بیماری‌های قلبی، بیماری عروق کرونر شایع‌ترین بیماری مزمن و تهدیدکننده حیات است. در ایران شیوع بیماری‌های عروق کرونر و مرگ‌ومیر حاصل از آن رو به افزایش است [۳].

مراقبت معنوی و آموزه‌های دینی با تولید عواطف مثبت سبب عملکرد مطلوب دستگاه عصبی خودمختار می‌گردند. اگر فرد بیمار باشد از این طریق می‌توان به بهبودی او کمک کرد و اگر سالم باشد این امر در ارتقاء سلامت او مؤثر خواهد بود [۴]. معنویت به‌عنوان یکی از جنبه‌های مهم از وجود آدمی ارتباط مهمی با سلامتی افراد دارد [۵]. ایجاد ارتباط معنوی با قدرت بیکران به شخص این اطمینان را می‌دهد که نیرویی قوی همیشه او را حمایت می‌کند. این افراد حوادث را با تکیه بر ایمان و اعتقاد خود راحت‌تر می‌گذرانند؛ کمتر دستخوش استرس و اضطراب می‌شوند و در نتیجه انتظار این افراد از آینده امیدوارانه‌تر و خوش‌بینانه‌تر است [۶]. خودمراقبتی جزء مهم درمان بیماری‌های مزمن است و دربرگیرنده تمام ابعاد جسمی، ذهنی و عاطفی بیمار است. درک بیماران از نقش خودمراقبتی معنوی می‌تواند سبب مدیریت بیماری‌های مزمن شود [۷]. خودمراقبتی معنوی به‌عنوان مجموعه‌ای از تمرینات مبتنی بر معنویت جهت ارتقاء بهبودی در زمان‌های بیماری و سلامت تعریف شده است. به‌عنوان مثال می‌تواند شامل گوش دادن به موسیقی الهام‌بخش، مراقبه، یوگا، حضور در مراسم مذهبی، خواندن کتب مقدس و پیاده‌روی جهت لذت بردن از طبیعت باشد. مردم می‌توانند کیفیت زندگی و سلامت معنوی خود را با شرکت در فعالیت‌های خودمراقبتی معنوی افزایش دهند [۸].

امید به زندگی اغلب برای توصیف میزان مرگ‌ومیر جمعیت جغرافیایی تعریف شده است اما از این شیوه همچنین برای تعریف ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و یا تشخیص نیز استفاده می‌شود [۹]. امید به زندگی و مرگ‌ومیر، شاخص‌های مهم سلامت جامعه هستند [۱۰]. امید به زندگی یک معیار مهم جهت تأثیر مرگ‌ومیر در

طول عمر و منعکس‌کننده بیماری در یک جمعیت است [۱۱].

مطالعات بسیاری در زمینه تأثیر مراقبت معنوی بر بیماران سرطانی [۱۲]، نارسایی قلبی [۱۳]، همودیالیز [۱۴] و ایدز [۱۵] انجام شده است و تأثیر مثبت آن در این مطالعات نشان داده شده است. در مطالعات پیشین تأثیر مراقبت معنوی بر آیتم‌هایی نظیر اضطراب [۳] و افسردگی [۱۳] و کیفیت زندگی [۱۶] بیماران قلبی بررسی شده است. با توجه به افزایش روزافزون بیماری‌های عروق کرونر و افزایش مرگ‌ومیر ناشی از این بیماری‌ها [۱] و نظر به تأثیر مثبت مراقبت معنوی بر قلب و عروق [۱، ۱۳]، این مطالعه با هدف تأثیر خودمراقبتی معنوی به شیوه گروهی بر امید به زندگی در مبتلایان به بیماری عروق کرونر انجام شد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه مداخله‌ای از نوع کارآزمایی آموزشی بوده و پژوهشگر پس از تصویب طرح در کمیته اخلاق (مجوز شماره IR.SSU.REC.1394.81) و ثبت پژوهش با کد IRCT2016113031179N1 در سایت کارآزمایی بالینی ایران اقدام به اجرای پژوهش در سال ۱۳۹۴ نمود. جامعه آماری این پژوهش بیماران مبتلا به آنژین صدری پایدار بستری در بخش مراقبت‌های ویژه قلبی بیمارستان علی ابن ابیطالب (ع) رفسنجان بود که حجم نمونه با استفاده از فرمول زیر برای هر گروه ۵۵ نفر و در مجموع ۱۱۰ نفر تعیین گردید.

$$n_1 = \frac{(z_{1-\frac{\alpha}{2}} + z_{1-\beta})^2 \times (\sigma_1^{\,2} + \frac{\sigma_2^{\,2}}{k})}{\Delta^2}, n_2 = k \times n_1$$

در این فرمول، سطح معنی‌داری ۵٪ و توان آزمون ۸۰٪ در نظر گرفته شد. همچنین، $\sigma_1 = 30.33$ (برآورد انحراف معیار امید به زندگی پس‌آزمون گروه آزمایش) و $\sigma_2 = 24.64$ (برآورد انحراف معیار امید به زندگی پس‌آزمون گروه کنترل) بود [۱۷]. مقدار $K = 1$ (حجم نمونه در دو گروه به تعداد مساوی تعیین گردید) و $\Delta = 15$ (حداقل اختلاف در میانگین امید به زندگی پس‌آزمون گروه آزمایش و کنترل که از نظر بالینی حائز اهمیت است) در نظر گرفته شد.

معیارهای ورود به مطالعه شامل تشخیص بیماری ایسکمیک قلبی مورد تأیید پزشک متخصص قلب، آگاهی از بیماری خود، علاقه‌مند بودن به شرکت در مطالعه، شیعه و ایرانی بودن، نداشتن عقب‌ماندگی ذهنی یا نابینایی و ناشنوایی و بیماری فعال روانی، نداشتن بیماری زمینه‌ای دیگر به جزء فشارخون و دیابت و چربی خون بالا، باسواد بودن (حداقل تحصیلات ابتدایی) و سن ۲۰ تا ۶۵ سال بود و معیارهای خروج از مطالعه شامل سکته مغزی همراه با معلولیت، ابتلا به بیماری سرطانی، ضرورت انجام جراحی قلب در دوره برگزاری جلسات و نارسایی مزمن کلیه بود.

بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر بستری در بخش مراقبت‌های ویژه قلبی که معیارهای ورود به مطالعه را داشتند، انتخاب و وارد مطالعه شدند. در زمان نمونه‌گیری (روزهایی که بیماران بستری بودند)، توضیحات لازم در مورد هدف و روش انجام کار و تأثیرات مثبت احتمالی خودمراقبتی معنوی بر سلامت جسمی و روحی (با توجه به مطالعات گذشته) به بیماران داده شد. پس از کسب رضایت آگاهانه از نمونه‌ها، به‌صورت تصادفی و با استفاده از

جدول اعداد تصادفی به دو گروه کنترل و مداخله تقسیم شدند. به این صورت که هرکدام از اعداد جدول (از ۱ تا ۱۱۰) به یکی از دو گروه مداخله یا آزمون اختصاص داده می‌شد و بیماران به ترتیب ورود به مطالعه، بر اساس عدد مندرج در جدول اعداد تصادفی در یکی از دو گروه قرار می‌گرفتند و از هر بیمار ۲ شماره تماس دریافت گردید. یک هفته پس از پایان نمونه‌گیری با بیماران جهت حضور در جلسات تماس گرفته شد و دعوت به عمل آمد. مرحله اول نمونه‌گیری از اوایل مهرماه آغاز و تا اواخر آبان ماه ۱۳۹۴ به طول انجامید. در این مرحله با ریزش تعدادی از نمونه‌ها مواجه شدیم. مرحله دوم نمونه‌گیری در آذرماه ۱۳۹۴ آغاز شد. طی ۲ مرحله نمونه‌گیری، ۱۶۰ نفر وارد مطالعه شدند که پس از ریزش به حجم نمونه موردنظر رسیدیم. در این مرحله، گروه مداخله به دو گروه مساوی تقسیم شدند که جلسات آنها در دو روز متوالی، با توافق اعضاء روزهای دوشنبه و سه‌شنبه ساعت ۱۶ تا ۱۷:۳۰ برگزار گردید. برای گروه مداخله بعد از معرفی پژوهش و اجرای پیش‌آزمون (تکمیل پرسش‌نامه امید به زندگی Miller توسط نمونه‌ها)، ۳ جلسه یک و نیم‌ساعته (هر جلسه یک روز در هر هفته برگزار شد) جلسات کارگاهی روانی- آموزشی معنویت با توجه به برخی از مداخلات روانی معنوی مطرح‌شده توسط Richards و Bergin [۱۸] و با رویکردی اسلامی و محوریت مباحث: ۱- توکل، ۲- صبر و ۳- شکر و قدردانی برای گروه موردمطالعه اجرا شد. لازم به ذکر است که محتوای جلسات هفتگی (با مضمون آیات قرآن، احادیث، روایات، اشعار و ...) را آموزش‌های مدون توسط پژوهشگر به شیوه سخنرانی همراه با پخش اسلاید، بحث گروهی و ارائه تکلیف تشکیل می‌داد. در گروه کنترل نیز پرسش‌نامه امید به زندگی (قبل از مطالعه) تکمیل گردید و سپس مراقبت روتین را دریافت کردند. یک هفته بعد از پایان جلسات، در جلسه‌ای جداگانه ضمن تقدیر از همکاری آزمودنی‌های دو گروه، به اجرای پس‌آزمون پرداخته شد. مطالب ارائه‌شده به گروه مداخله نیز چاپ و در جلسه آخر به گروه کنترل تحویل داده شد.

ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش پرسش‌نامه امید به زندگی Miller بود. این پرسش‌نامه متغیرهای دموگرافیک (سن، جنسیت، سطح تحصیلات، شغل، طول مدت بیماری) را در برمی‌گرفت. آزمون Miller اولین بار جهت سنجش امید به زندگی در بیماران قلبی در آمریکا به کار رفت و مجدداً از نظر هماهنگی عامل‌های پیشنهادشده برای امید به زندگی و هماهنگی ماده‌ها با همدیگر و دقت در انتخاب جنبه‌های مختلف از نظر رفتارهای حاکی از امید، توسط شش نفر از استادیاران دانشگاه‌های آمریکا مورد بحث و بررسی قرار گرفت که مورد تأیید آنها واقع شد. این پرسش‌نامه شامل ۴۸ گویه است که یک طیف پنج گزینه‌ای از پاسخ‌ها را شامل می‌شود (کاملاً مخالف ۱، نسبتاً مخالف ۲، نظری ندارم ۳، نسبتاً موافق ۴، کاملاً موافق ۵). ارزش‌های نمره‌ای هر گویه از ۱ تا ۵ تغییر می‌کند. در این آزمون دامنه امتیازات کسب‌شده از ۴۸ تا ۲۴۰ متغیر است و چنانچه فردی امتیاز ۴۸ را کسب کند، کاملاً درمانده تلقی می‌شود و نمره ۲۴۰ حداکثر امیدواری را نشان می‌دهد. Nikroo پایایی پرسش‌نامه امید به زندگی Miller را با روش ضریب آلفای کرونباخ و تنصیف به ترتیب ۰/۸۳ و ۰/۷۴ به دست آورد. برای محاسبه روایی نمره آن با نمره سؤال ملاک

همبسته شد و مشخص گردید که رابطه معناداری بین نمره آنها وجود دارد (p = ۰/۰۱ و r = ۰/۳۵) [۱۹]. ملاحظات اخلاقی در این پژوهش شامل کسب رضایت آگاهانه از بیماران، محرمانه ماندن اطلاعات مربوط به بیماران، پاسخ به سؤالات بیماران و تفهیم هدف، فواید و مدت انجام تحقیق و کسب مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه بود.

اطلاعات جمع‌آوری‌شده توسط نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۸ تجزیه و تحلیل گردید. نتایج برای داده‌های کمی به‌صورت «انحراف معیار ± میانگین» و برای داده‌های کیفی به‌صورت «تعداد (درصد)» گزارش شد. به‌منظور مقایسه میانگین نمره امید به زندگی در گروه مداخله و کنترل، قبل از مداخله و یا در پس‌آزمون از آزمون t مستقل (independent two-sample t-test) استفاده شد. همچنین، به‌منظور مقایسه میانگین تغییرات نمره امید به زندگی (قبل و بعد از مداخله) در دو گروه نیز از آزمون t مستقل استفاده شد. از آزمون آماری t زوجی (paired t-test) به‌منظور مقایسه میانگین نمره امید به زندگی در قبل و بعد از مطالعه (در هر گروه) استفاده شد. سطح معنی‌داری در آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

نتایج

در این مطالعه همان‌گونه که در جدول ۱ مشاهده می‌شود ویژگی‌های فردی جامعه پژوهش شامل سن، جنس، تحصیلات، شغل و طول مدت بیماری مورد بررسی قرار گرفت. آزمون آماری t مستقل نشان داد که میانگین سن بیماران گروه مداخله و کنترل تفاوت آماری معناداری با یکدیگر ندارد (p=۰/۹۴۶). همچنین آزمون t مستقل نشان داد که میانگین طول مدت بیماری (روز) در گروه آزمون و کنترل اختلاف معنی‌داری با یکدیگر ندارد (p=۰/۹۲۹). آزمون آماری مجذور کای نشان داد که توزیع فراوانی جنسیت، تحصیلات و شغل بیماران گروه مداخله و کنترل تفاوت آماری معنی‌داری با یکدیگر ندارد (p>۰/۰۵) (جدول ۱).

در نتایج این مطالعه هیچ‌گونه اختلاف معنی‌داری بر اساس آزمون آماری t مستقل بین میانگین نمره امید به زندگی قبل از مداخله در دو گروه مداخله و کنترل مشاهده نشد (p=۰/۹۰۰)، اما بعد از مداخله میانگین نمره امید به زندگی در گروه مداخله به‌طور معنی‌داری بیش از گروه کنترل بود (p=۰/۰۳۵). همچنین میانگین تغییرات نمره امید به زندگی (قبل و بعد از مداخله) در گروه مداخله به‌طور معنی‌داری بیش از گروه کنترل بود (p<۰/۰۰۱) به‌طوری‌که آزمون آماری t زوجی نشان داد که در گروه مداخله، میانگین نمره امید به زندگی بعد از مداخله به‌طور معنی‌داری نسبت به قبل از مداخله افزایش نشان داد (p<۰/۰۰۱)، درحالی‌که در گروه کنترل به‌طور معنی‌داری کاهش نشان داد (p=۰/۰۰۱) (جدول ۲).

جدول ۱- مقایسه ویژگی‌های دموگرافیک گروه مداخله و کنترل در بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر بستری در بخش مراقبت‌های ویژه قلبی بیمارستان علی ابن ابیطالب (ع) در شهر رفسنجان در سال ۱۳۹٤

متغیر / گروه موردبررسی	آزمون (n=۵۵)	کنترل (n=۵۶)	مقدار p
سن (سال)	۵۳/۶۹ ± ۹/۳۳	۵۳/۸۰ ± ۸/۲۸	*۰/۹۴۶
جنسیت			
مرد	۳۳ (۶۰)	۳۷ (۶۶/۱)	**۰/۵۰۸
زن	۲۲ (۴۰)	۱۹ (۳۳/۹)	
تحصیلات			
ابتدایی	۱۵ (۲۷/۳)	۱۷ (۳۰/۴)	**۰/۸۸۳
راهنمایی	۱۷ (۳۰/۹)	۱۶ (۲۸/۶)	
متوسطه	۱۷ (۳۰/۹)	۱۹ (۳۳/۹)	
دانشگاهی	۶ (۱۰/۹)	۴ (۷/۱)	
شغل			
خانه‌دار	۱۷ (۳۰/۹)	۱۷ (۳۰/۴)	**۰/۴۴۳
آزاد	۱۹ (۳۴/۵)	۱۶ (۲۸/۶)	
کارمند	۸ (۱۴/۵)	۵ (۸/۹)	
کشاورز	۹ (۱۶/۴)	۱۷ (۳۰/۴)	
بیکار	۲ (۳/۶)	۱ (۱/۸)	
طول مدت بیماری (روز)	۱۳۳/۳۶ ± ۱۵۶/۲۴	۱۳۰/۹۵ ± ۱۲۶/۱۵	*۰/۹۲۹

آزمون t مستقل

****آزمون مجذور کای***

داده‌های جدول به‌صورت «انحراف معیار ± میانگین» و «(درصد) تعداد» گزارش شده‌اند

جدول ۲- مقایسه میانگین نمره امید به زندگی قبل و بعد از مداخله و تغییرات آن در گروه مداخله و کنترل در مبتلایان به بیماری عروق کرونر بستری در بخش مراقبت‌های ویژه قلبی بیمارستان علی ابن ابیطالب (ع) شهر رفسنجان در سال ۱۳۹٤

متغیر / گروه	آزمون (n=۵۵) انحراف معیار ± میانگین	کنترل (n=۵۶) انحراف معیار ± میانگین	مقدار p
نمره امید به زندگی (قبل از مداخله)	۱۶۳/۴۲ ± ۴۱/۸۳	۱۶۴/۴۱ ± ۴۱/۱۳	*۰/۹۰۰
نمره امید به زندگی (بعد از مداخله)	۱۷۶/۷۶ ± ۴۳/۳۸	۱۵۹/۵۰ ± ۴۱/۸۷	*۰/۰۳۵
مقدار p	<۰/۰۰۱**	۰/۰۰۱**	–
تغییرات نمره امید به زندگی (قبل و بعد از مداخله)	۱۳/۳۵ ± ۱۴/۰۷	-۴/۹۱ ± ۱۰/۰۳۰	<۰/۰۰۱

آزمون t مستقل

****آزمون t زوجی***

P<۰/۰۵ اختلاف آماری معنی‌دار

بحث

در این مطالعه تأثیر خودمراقبتی معنوی به شیوه گروهی بر امید به زندگی در مبتلایان به بیماری عروق کرونر مورد بررسی قرار گرفت. میانگین نمره امید به زندگی (قبل از مداخله) در دو گروه مداخله و کنترل تفاوت آماری معنی‌داری با یکدیگر نداشت اما بعد از مداخله، میانگین نمره امید به زندگی در گروه مداخله به‌طور معنی‌داری بیش از گروه کنترل بود، به‌طوری‌که در گروه مداخله میانگین نمره امید به زندگی (بعد از مطالعه) به‌طور معنی‌داری نسبت به قبل از مداخله افزایش نشان داد درحالی‌که در گروه کنترل به‌طور معنی‌داری کاهش نشان داد. درک بیماران از نقش خودمراقبتی معنوی می‌تواند سبب مدیریت بیماری‌های مزمن شود [۷]. خودمراقبتی موردنیاز برای حفظ کیفیت زندگی و سلامتی است، بعضی از فعالیت‌های خودمراقبتی که با بیماری‌های مزمن استفاده می‌شود عبارت‌اند از پی گیری مراقبت‌های پزشکی، چک قند خون در دیابت، مانیتورینگ فشارخون در فشارخون بالا، مصرف درست داروها، رعایت رژیم غذایی، تمرینات ورزشی و ترک سیگار [۸]. در تأیید نتایج پژوهش حاضر می‌توان به مطالعاتی اشاره کرد، در مطالعه‌ای که توسط Bijari و همکاران با هدف اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر رویکرد امیددرمانی به افزایش میزان امید به زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان در مشهد انجام شد نشان داد که گروه درمانی به‌طور معناداری موجب افزایش میزان امید به زندگی و کاهش افسردگی در زنان مبتلا به سرطان پستان می‌شود [۱۲] که در راستای نتایج مطالعه حاضر است. در مطالعه Bijari به افراد گروه کنترل گفته شد که ۲ ماه بعد، از آنها آزمون‌هایی گرفته خواهد شد و علاوه بر آن خواهند توانست در جلسات گروه درمانی اختیاری شرکت نمایند. احتمالاً حضور گروه کنترل در جلسات گروه درمانی بر پس‌آزمون آنها تأثیر می‌گذارد اما در مطالعه حاضر پس از اجرای پس‌آزمون، مطالب آموزشی گروه مداخله در قالب جزوه‌هایی چاپ و در اختیار گروه کنترل قرار گرفت.

نتایج مطالعه Momeni و همکاران در اصفهان نشان داد که بعد از مداخله مراقبت معنوی نمره اضطراب بیماران ایسکمیک قلبی در گروه آزمون و شاهد تفاوت معنی‌داری داشت. به‌طوری‌که میانگین نمره گروه آزمون نسبت به گروه شاهد کاهش معنی‌داری را نشان داد [۳] که با نتایج مطالعه حاضر هم‌خوانی دارد. نتایج پژوهش Chang و همکاران در آمریکا هم نشان داد که نمره معنوی بالاتر با پیامدهای سلامتی بهتر ارتباط دارد [۲۰] که این مطالعه هم‌راستای مطالعه حاضر می‌باشد. در این مطالعه برنامه بازتوانی قلبی در جلسات گروهی ۳ ساعته انجام شد که حضور ۳ ساعته در جلسات گروه درمانی برای بیماران قلبی می‌تواند موجب خستگی شود اما جلسات گروه درمانی در مطالعه حاضر یک و نیم‌ساعته بود.

نتایج مطالعه Bekelman و همکاران در بالتیمور نشان داد که در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی سلامت معنوی بیشتر با افسردگی کمتر ارتباط معنی‌دار دارد [۱۳]، نتایج این مطالعه با پژوهش حاضر مطابقت دارد. در مطالعه Bekelman و همکاران بیماران بالای ۶۰ سال وارد مطالعه شدند که افسردگی آنها با استفاده از پرسش‌نامه GDS-SF (فرم کوتاه سنجش افسردگی سالمندان) اندازه‌گیری شد، جهت بررسی وضعیت بهداشتی از پرسش‌نامه KCCQ

(کاردیومیوپاتی شهر کانزاس) استفاده شده و سلامت معنوی با استفاده از پرسش‌نامه Facit-sp (ارزیابی عملکرد سلامت معنوی در درمان بیماری‌های مزمن) اندازه‌گیری شد. تکمیل پرسش‌نامه‌های متعدد در سالمندان مبتلا به بیماری قلبی دقت تکمیل را پایین می‌آورد اما در مطالعه حاضر سن ۲۰ تا ۶۵ سال یکی از معیارهای ورود بیماران قلبی بود و تنها از پرسش‌نامه امید به زندگی Miller استفاده شد. پژوهش Jahani و همکاران در تهران نشان داد که سلامت معنوی با کیفیت زندگی مبتلایان به بیماری عروق کرونر رابطه معناداری دارد و سلامت معنوی موجب بهبود کیفیت زندگی می‌شود [۱۶]، این مطالعه نیز با مطالعه حاضر هم‌خوانی دارد.

نتایج مطالعه Ikedo و همکارانش نشان داد مداخله معنوی بر میزان اضطراب نمونه‌های موردپژوهش (بیماران زیر بیهوشی عمومی جهت جراحی قلب باز) تأثیری ندارد [۲۱]، این مطالعه با نتایج مطالعه حاضر هم‌خوانی ندارد که علت این تناقض را می‌توان به تفاوت‌های فرهنگی، مذهبی جامعه موردپژوهش و نوع برنامه مراقبتی معنویت محور نسبت داد [۲۲].

Jadidi و همکاران در تحقیق خود سلامت معنوی را مؤثر بر کیفیت زندگی سالمندان گزارش کرده‌اند [۲۳]. مطالعه Harris و همکاران نشان داد که سلامت معنوی از عوامل مهم مؤثر در کیفیت زندگی بیماران GVHD مزمن (بیماری پیوند علیه میزبان) است [۲۴] که با نتایج پژوهش حاضر مطابقت دارند. همچنین مطالعه Ferrer و همکاران در اسپانیا نشان داد که معنویت نقش مهمی در سلامت روان و کیفیت زندگی بیماران تحت همودیالیز دارد [۱۴] که با مطالعه حاضر هم‌خوانی دارد. در این مطالعه، مداخله‌ای جهت افزایش سطح معنویت انجام نشد فقط معنویت و دیگر متغیرهای مرتبط با سلامتی در قالب پرسش‌نامه‌های مجزا اندازه‌گیری شدند اما در پژوهش حاضر جلسات گروهی خودمراقبتی معنوی برگزار گردید.

پژوهش Jorna و همکاران در استرالیا نیز نشان داد که یک برنامه سلامتی جامع موجب اثرات مثبت در سلامت معنوی و روانی زنان می‌شود [۲۵]. در این پژوهش فقط زنان وارد مطالعه شدند اما در پژوهش حاضر تأثیر معنویت بر زنان و مردان ارزیابی گردید. Pirasteh Motlagh و همکارش در مطالعه خود معنویت را بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ایدز مؤثر گزارش کرده‌اند [۱۵]. مطالعه Gholami و همکارش نیز نشان داد که معنویت درمانی موجب افزایش سلامت روان زنان مطلقه می‌شود [۲۶]، نتایج این مطالعات نیز با پژوهش حاضر هم‌خوانی دارد.

از محدودیت‌های این مطالعه عدم شرکت تعدادی از بیماران در بعضی از جلسات آموزشی به علت مشغله یا فراموشی بود که برای آن دسته از بیماران که مایل به شرکت در کلاس‌ها بودند جلسات مجدد برگزار گردید. این امر سبب طولانی شدن دوره پژوهش تا رسیدن به حجم نمونه موردنظر بود. به همین دلیل شب قبل از برگزاری هر جلسه مجدداً با تک‌تک بیماران تماس حاصل و برگزاری جلسه آموزشی به آنها یادآوری گردید. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده این نکته مدنظر قرار گیرد. با توجه به پیشرفت روزافزون این بیماری در کشور ایران، انجام پژوهش‌های مشابه در دیگر نقاط کشور به‌خصوص کلان‌شهرها توصیه می‌شود. همچنین به علت اهمیت پیشرفت بهبودی این بیماری پیشنهاد می‌شود در مطالعات

بعدی ارتباط بین مراقبت معنوی و امید به زندگی و میزان پیشرفت بهبودی این بیماران مورد بررسی قرار گیرد.

نتیجه‌گیری

با توجه به تأثیر مثبت خودمراقبتی معنوی بر امید به زندگی بیماران در این پژوهش، می‌توان به پرستاران توصیه نمود که در کنار سایر مراقبت‌ها به بعد معنوی بیمار به‌عنوان یکی از ابعاد وجودی انسان که می‌تواند سلامت کلی وی را تحت تأثیر قرار دهد توجه نمایند و آن را در مراقبت‌های معمول خود بگنجانند.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته پرستاری گرایش مراقبت‌های ویژه دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد است. نویسندگان بدین‌وسیله از کلیه اساتید و کارکنان این دانشگاه به جهت همکاری در اجرای پژوهش، همچنین از کلیه مسئولین و پرسنل بخش مراقبت‌های ویژه قلبی بیمارستان علی ابن ابیطالب (ع) رفسنجان که در نمونه‌گیری و اجرای پژوهش نهایت همکاری را داشتند و از بیماران عزیز به‌پاس صبر و مشارکت در پژوهش کمال تشکر و قدردانی را دارند.

References

[1] Andreoli T, Benjamin I, Griggs R, Wing E. Cecil essentials of medicine. 8th ed, Tehran, Tabib emission, 2010; 1470-7. [Farsi]

[2] Kasper D, Fauci A, Hauser E, Longo D, Jameson L, Loscalzo J. Harrisons principles of internal medicine. 19th ed, Tehran, Arjmand emission, 2015; 406-7. [Farsi]

[3] Momeni Ghale-Ghasemi T, Musarezaie A, Moeini M, Naji Esfahani H. The Effect of spiritual care program on ischemic heart disease patients anxiety, hospitalized in ccu: a clinical trial. *Behavioural Sci Res* 2012; 10(6): 554-64. [Farsi]

[4] 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. *IJPN* 2013; 1(3): 45-53. [Farsi]

[5] Bagheri F, Akbarzadeh F, Hatami H. The relationship between nurses' spiritual intelligence and happiness in Iran. *Procedia* 2010; 5(9): 1556-61. [Farsi]

[6] Asgari P, Roshani Kh, Mehri Adriani M. The Relationship Between Religious Belief, Optimism and Spiritual Health Of Ahwaz University. *New Finding In Psychology* 2010; 3(5): 27-39. [Farsi]

[7] Bartolomeo DI, Renpenning K. Bulletin luxembourgeois des questions socials. *Bulletin*

luxembourgeois des questions socials 2012; 29(12): 287-95.

[8] White, Mary L. Spirituality Self-Care Practices as a Mediator between Quality of Life and Depression. *Religions* 2016; 7(5): 54.

[9] Lawrence, Hancock D, Kirsten J, Kisely, Stephen. The gap in life expectancy from preventable physical illness in psychiatric patients in Western Australia: retrospective analysis of population based registers. *BMJ* 2013; 10(11): 1-14.

[10] Mills, Edward J, Bakanda, Birungi C, Chan J, Ford K, et al. Life expectancy of persons receiving combination antiretroviral therapy in low-income countries: a cohort analysis from Uganda. *Annals of int med* 2011; 155(4): 209-16.

[11] Fan J, Liguo Q, Liu J, Wang W, Wang M, Qi Y. Impact of cardiovascular disease deaths on life expectancy in Chinese population. *BES* 2014; 27(3): 162-8.

[12] Bijari H, Ghanbari B, Aghamohamadian H, Homayi F. Review the effectiveness of hope therapy-based treatment approach to increasing the life expectancy of women with breast cancer. *J Psychol Educ Studies* 2009; 10(1): 172-84. [Farsi]

[13] Bekelman D, Sydney M, Becker D, Wittstein I, Hendricks D, Yamashita T. Spiritual well-being and depression in patients with heart failure. *JGIM* 2007; 22(4): 470-7.

[14] Ferrer A, Arenas M, Cascales R, Pascual MD, Blazquez N, Gil M. Evaluation of spiritual well-being in haemodialysis patients. *Nefrologia* 2012; 32(6): 731-42.

[15] Pirasteh Motlagh AA, Nikmanesh Z. The role of spirituality in quality of life patients with AIDS/HIV. *J of shahid sadoughi univ of med sci* 2013; 20(5): 571-81. [Farsi]

[16] Jahani A, Rejeh N, Heravi-Karimooi M, Zayeri F, Khatooni A. The Relationship Between Spiritual Health and Quality of Life in Patients with Coronary Artery Disease. *Islamic Lifestyle* 2013; 1(2): 17-21. [Farsi]

[17] Gholami M, Pasha Gh, Sudan M. Effectiveness of group therapy bramyd meaning of life and general health of female patients with thalassemia. *J knowledge and res in applied psycho* 2009; 0(42): 25-45. [Farsi]

[18] Richards S, Bergin A. A Spiritual strategy for counseling and Psychotherapy. 2th ed, USA, American Psychological Association, 2005; 1-3.

[19] Nikroo T. Evaluate the effectiveness of Gestalt therapy group on increase in life expectancy and Retired women's self-esteem Education in behbahan. [thesis]. Science and Research Unit: Khuzestan University; 2008.

[20] Chang B, Casey A, Dusek J, Benson H. Relaxation response and spirituality: Pathways to improve

psychological outcomes in cardiac rehabilitation. *Psychosomatic Res* 2010; 69(2): 93-100.

[21] Ikedo F, Gangahar D, Quader M, Smith L. The effects of prayer, relaxation technique during general anesthesia on recovery outcomes following cardiac surgery. *Clinical Practice* 2007; 13(2): 85-94.

[24] 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 of nurs midwifery res* 2012; 17(3): 195-9. [Farsi]

[23] Jadidi A, Farahaninia M, Janmohammadi S, Haghani H. The relationship between spiritual well-being and quality of life among elderly people residing in Kahrizak senior house. *IJNR* 2011; 24(72): 48-56. [Farsi]

[24] Harris B, Berger A, Mitchell S, Steinberg S, Baker K, Handel D, et al. Spiritual Well-Being in Long-Term Survivors with Chronic Graft versus Host Disease after Hematopoietic Stem Cell Transplant (HSCT). *J support oncol* 2010; 8(3): 119.

[25] Jorna M, Ball K, Salmon J. Effects of a holistic health program on womens physical activity and mental and spiritual health. *J sci med sport* 2006; 9(5): 395-401.

[26] Gholami A, Bashlideh K. Effectiveness of Spirituality therapy on mental health of divorced women. *JMFT* 2011; 1(3): 331-48. [Farsi]

The Effect of Spiritual Self-Care Group Therapy on Life Expectancy in Patients with Coronary Artery Disease: An Educational Trial

T. Salimi[1], H. Tavangar[2], S. Shokripour[3], H. Ashrafi[4]

Received: 16/07/2016 Sent for Revision: 18/09/2016 Received Revised Manuscript: 01/01/2017 Accepted: 07/01/2017

Background and Objective: Spiritual self-care is defined as a set of exercises based on spirituality to promote healing in times of sickness and health. Patients' perception of the role of spiritual self-care can lead to chronic disease management. Life expectancy is an important criterion to reflect the mortality impact on longevity and disease in a population. Studies have shown that patients' need to spirituality is important in the presence of life-threatening diseases; accordingly, the present study aimed to investigate the effect of spiritual self-care group therapy on life expectancy in patients with coronary artery disease (CAD).

Materials and Methods: This study is an educational trial which was conducted on 111 patients with CAD, discharged from the intensive care unit of Ali-Ibn-Abitalib hospital in Rafsanjan in 2015. Samples were randomly allocated to two groups including an intervention and a control group. Spirituality workshop sessions (three sessions of one and a half hours one day per week) were administered for intervention group. Miller's life expectancy questionnaire was completed by both groups before and after study. Data were analyzed using independent t test, paired t test, and chi-square test.

Results: The results showed that the mean life expectancy a week after the intervention was significantly higher in the intervention group compared to the control group (176.76 $\pm$43.38 vs. 159.50$\pm$41.87, p=0.035). Moreover, mean score of life expectancy (after intervention) had significantly increased in the intervention group compared to before intervention (the mean and standard deviationof changes were 13.35±14.07, p<0.001).

Conclusion: Given the positive effect of spiritual self-care on patients life expectancy in the present study, nurses are recommended to pay attention to spiritual dimensions of patients and include it in their routine care.

Key words: Life expectancy, Coronary artery disease, Spiritual care

Funding: This research was funded by Yazd University of Medical Sciences, Iran

Conflict of interest: None declared.

Ethical approval: The Ethical Committee of Yazd University of Medical Sciences, approved the study

How to cite this article: Salimi T, Tavangar H, Shokripour S, Ashrafi H. The Effect of Spiritual Self-Care Group Therapy on Life Expectancy in Patients with Coronary Artery Disease: An Educational Trial. *J Rafsanjan Univ Med Sci* 2017; 15(10): 917-28. [Farsi]

1- MSc in nursing, Nursing School., Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran

2-Assistant Prof., Research Center of Nursing and Midwifery Care, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran

3-MSc Student of Intense Care, Nursing School., Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran

(Corresponding Author) Tel: (035) 38249705, Fax: (035) 38249705, E-Mail: **shokripours@yahoo.com**

4-BSc in Nursing, Ali-Ibn-Abitalib Hospital, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran