ORIGINAL ARTICLE

Relationship of Spiritual Health and Religious Commitment with Anxiety and Depression in Patients with Coronary Heart Diseases Presenting to Fateme Zahra Hospital Clinic in Sari

Mohammad Mahdi Taleb[1]
Rahmatollah Marzband[2]
Abbas Alipour[3,4]
Nazanin Gholami[5]
Seyed Hamzeh Hosseini[6,7]

[1] Medicine Student, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
[2]Associate Professor, Department of Islamic Education, Faculty of Medicine, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
[3] Associate Professor, Department of Community Medicine, Faculty of Medicine, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
[4] Psychiatry and Behavioral Sciences Research Center, Addiction Institute, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
[5] MSc Student in Clinical Psychology, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
[6] Professor, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
[7] Psychosomatic Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

(Received November 19, 2023; Accepted April 4, 2024)

Abstract

Background and purpose: Anxiety and depression are determinants of the prognosis of coronary artery disease(CAD). Spiritual well-being and religious commitment affect people's mental well-being. Due to the limitations of previous similar studies in the difference in demographic characteristics of participants with CAD patients, it was necessary to repeat these studies in coronary artery disease patients. In this study, the state of spiritual well-being and religious commitment and their relationship with anxiety and depression in coronary artery disease patients referred to Fatemeh Zahra Hospital (Mazandaran Cardiology Center) in 1400 and 1401 were investigated.

Materials and methods: In this cross-sectional descriptive-analytical study, 159 heart and CAD patients referred to Fatemeh Zahra Hospital (Mazandaran Cardiology Center) were selected by conventional sampling method. Demographic and well-being variables including age, gender, marital status, education level, employment status, and history of psychiatric diseases and substance abuse were measured using the data collection form. The participants answered the questionnaires of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (with validity in the anxiety component t260=21.32 and depression t260=23.41 and reliability in the anxiety component r=0.75 and depression r=0.71), the scale of the practice of religious beliefs (Mabad) (reliability confirmed with Cronbach's alpha coefficient of 91.0 and criterion-related validity coefficient of .0.84) and Palutzian Ellison's spiritual well-being (validity confirmed by content validity and reliability with Cronbach's alpha coefficient of 0.89). Data were analyzed with the help of Stata 14 statistical software at the significance level of P<0.05. Independent T-test and ANOVA tests were used to compare quantitative scores between study groups, and the Chi-square test was used to compare the frequency of qualitative variables between groups. The relationship between the variables was measured by Pearson's correlation coefficient test.

Results: Findings: The average age of the participants was 57.82±14.0 and 33.33% of the sample were men. The religious commitment score of the participants was in the range of 97-10 with an average of 63.73±19.10 (high commitment level). 23% of participants had low religious commitment and 77% had high religious commitment. The religious well-being score of the participants was in the range of 60-34 with an average of 55.28±6.38 and the existential well-being score of the participants was in the range of 60-13 with an average of 43.07±11.24. Also, the spiritual well-being score of the participants was at the average level with a range of 120-54 and an average of 98.35±14.54. 51% of the participants had average spiritual well-being and 49% had high spiritual well-being. The hospital anxiety score of the participants was in the range of 0-21 with an average of 8.23±5.67 (at the level of mild anxiety). 44.2% of the participants had no anxiety, 16% had mild anxiety, 19.2% had moderate anxiety, and 20.5% had severe anxiety. The hospital depression score of the participants was in the range of 0-21 with an average of 7.35±5.06 (at the level of mild depression). 46.4% of the participants had no depression, 14.6% had mild depression, 12.1% had moderate depression, and 26.7% had severe depression. A negative correlation was found between the severity of spiritual well-being and the severity of depression with a Pearson coefficient of -0.62 (P<0.001) and the severity of anxiety (-0.48, P<0.001). The relationship between the intensity of religious commitment with the intensity of anxiety (P=0.87) and the intensity of depression (P=0.12) was not significant.

Conclusion: Considering the reduction of anxiety and depression scores in samples with higher spiritual well-being scores, it is recommended to focus more on improving the spiritual well-being level of CAD patients by medical staff, as well as group training programs and spiritual self-care training programs after discharge. Follow. Psychotherapy sessions with a spiritual approach can also be useful.

Keywords: coronary artery disease, spiritual well-being, religious commitment, anxiety, depression

J Mazandaran Univ Med Sci 2024; 34 (232): 90-99 (Persian).

Corresponding Author: Seyed Hamzeh Hosseini - Psychosomatic Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran. (E-mail: hosseinish20@gmail.com)

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-02-05]

پژوهشی

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره سی و چهارم شماره ۲۳۲ اردیبهشت سال ۱۴۰۳ (۹۹-۹۰)

ارتباط سلامت معنوی و پایبندی دینی با اضطراب و افسردگی در مبتلایان بیماری قلبی کرونری مراجعه کننده به درمانگاه بیمارستان فاطمه زهرا(س) ساری در سال ۱۴۰۰ و ۱۴۰۱

محمد مهدی طالب [۱]
رحمت الله مرزبند [۲]
عباس علی پور [۳و۴]
نازنین غلامی [۵]
سید حمزه حسینی [۶و۷]

چکیده

سابقه و هدف: اضطراب و افسردگی از تعیین‌کننده‌های پیش‌آگهی بیماری عروق کرونری(CAD) می‌باشند. سلامت معنوی و پایبندی دینی بر سلامت روان افراد اثرگذار است. با توجه به محدودیت‌های مطالعات مشابه قبلی در تفاوت ویژگی‌های دموگرافیک شرکت‌کنندگان با بیماران CAD ضروری بود که این پژوهش‌ها در بیماران قلبی کرونری تکرار شوند. این مطالعه با هدف بررسی وضعیت سلامت معنوی و پایبندی دینی و ارتباط آن‌ها با اضطراب و افسردگی در بیماران عروق کرونری مراجعه‌کننده به درمانگاه بیمارستان فاطمه زهرا(س) (مرکز قلب مازندران) در سال ۱۴۰۰ و ۱۴۰۱ انجام پذیرفت.

مواد و روش‌ها: در این پژوهش توصیفی- تحلیلی مقطعی، ۱۵۹ بیمار قلبی و CAD مراجعه‌کننده به درمانگاه بیمارستان فاطمه زهرا(س) (مرکز قلب مازندران) به روش نمونه‌گیری آسان و در دسترس انتخاب شدند. متغیرهای جمعیت‌شناختی و سلامت شامل سن، جنسیت، وضعیت تاهل، سطح تحصیلات، وضعیت شغلی و سابقه بیماری‌های روانپزشکی و سوءمصرف مواد به وسیله فرم گردآوری اطلاعات اندازه‌گیری شدند. به پرسشنامه‌های مقیاس اضطراب و افسردگی بیمارستان(HADS) (با روایی در مولفه اضطراب ۲۱/۳۲= t۲۶۰ و افسردگی ۲۳/۴۱= t۲۶۰ و پایایی در مولفه اضطراب r=۰/۷۵ و افسردگی r=۰/۷۱)، مقیاس عمل به باورهای دینی(معبد) (پایایی تایید شده با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ و ضریب روایی وابسته به ۰/۸۹) پاسخ دادند. داده‌های مطالعه با کمک نرم‌افزار آماری Stata 14 در سطح معنی‌داری P<۰/۰۵ تجزیه و تحلیل شدند. جهت مقایسه نمرات کمی بین گروه‌های مطالعه از آزمون‌های Independent T-Test و ANOVA و برای مقایسه درصد فراوانی متغیرهای کیفی بین گروه‌ها از آزمون مجذور کای استفاده شد. ارتباط بین متغیرهای مطالعه با آزمون همبستگی ضریب همبستگی پیرسون سنجیده شد.

یافته‌ها: میانگین سنی شرکت‌کنندگان ۱۴/۰±۵۷/۸۲ بوده و ۳۳/۳۳ درصد نمونه را مردان تشکیل دادند. نمره پایبندی دینی شرکت‌کنندگان در بازه ۱۰-۹۷ و با میانگین ۱۹/۱۰±۶۳/۷۳ (سطح پایبندی بالا) بود. ۲۳ درصد شرکت‌کنندگان پایبندی دینی پایین و ۷۷ درصد پایبندی دینی بالا داشتند. نمره سلامت مذهبی شرکت‌کننده‌ها در بازه ۳۴-۶۰ و با میانگین ۶/۳۸±۵۵/۲۸ و نمره سلامت وجودی شرکت‌کننده‌ها در بازه ۱۳-۶۰ و با میانگین ۱۱/۲۴±۴۳/۰۷ بود. هم‌چنین نمره سلامت معنوی شرکت‌کننده‌ها با بازه ۵۴-۱۲۰ و با میانگین ۱۴/۵۴±۹۸/۳۵ در سطح متوسط بود. ۵۱ درصد شرکت‌کنندگان سلامت معنوی متوسط و ۴۹ درصد سلامت معنوی بالا داشته‌اند. نمره اضطراب بیمارستانی شرکت‌کنندگان در بازه ۰-۲۱ و با میانگین ۸/۲۳±۵/۶۷ (در سطح اضطراب خفیف) بوده است. ۴۴/۲ درصد شرکت‌کنندگان فاقد اضطراب، ۱۶ درصد اضطراب خفیف، ۱۹/۲ درصد متوسط و ۲۰/۵ درصد اضطراب شدید داشتند. نمره افسردگی بیمارستانی شرکت‌کنندگان در بازه ۰-۲۱ و با میانگین ۵/۰۶±۷/۳۵ (در سطح افسردگی خفیف) بود. ۴۶/۴ درصد شرکت‌کنندگان فاقد افسردگی، ۱۴/۶ درصد افسردگی خفیف، ۱۲/۱ درصد متوسط و ۲۶/۷ درصد افسردگی شدید داشتند. ارتباط منفی بین شدت سلامت معنوی با شدت افسردگی با ضریب پیرسون ۰/۶۲- (P<۰/۰۰۱) و شدت اضطراب ۰/۴۸- (P<۰/۰۰۱) یافت شد. ارتباط بین شدت پایبندی دینی با شدت اضطراب (P=۰/۸۷) و شدت افسردگی (P=۰/۱۲) معنی‌دار نبود.

استنتاج: باتوجه به کاهش نمرات اضطراب و افسردگی درنمونه‌های با نمره سلامت معنوی بالاتر، توصیه می‌شود تمرکز بیش‌تری بر ارتقای سطح سلامت معنوی بیماران CAD از سوی کارکنان پزشکی صورت پذیرد و هم‌چنین برنامه‌های آموزشی گروهی و برنامه‌های آموزشی خود مراقبتی معنوی پس از ترخیص پیگیری شود. وجود جلسات روان درمانی با رویکرد معنوی نیز می‌تواند مفید باشد.

واژه های کلیدی: بیماری عروق کرونری، سلامت معنوی، پایبندی دینی، اضطراب، افسردگی

مولف مسئول: سیدحمزه حسینی- ساری: دانشگاه علوم پزشکی مازندران، مرکز تحقیقات روان‌تنی E-mail: hosseinish20@gmail.com
۱. دانشجوی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۲. دانشیار، گروه معارف اسلامی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۳. دانشیار، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۴. مرکز تحقیقات روانپزشکی و علوم رفتاری با گرایش اعتیاد، پژوهشکده اعتیاد، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۵. دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۶. استاد، گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۷. مرکز تحقیقات روان‌تنی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
تاریخ دریافت : ۱۴۰۲/۸/۲۸ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات : ۱۴۰۲/۹/۲۶ تاریخ تصویب : ۱۴۰۳/۱/۱۸

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-02-05]

مقدمه

بیماری های قلبی عروقی از شایع ترین مشکلات جدی سلامت در کشورهای صنعتی و در حال توسعه می‌باشد. بیماری عروق کرونری (CAD) اولین علت مرگ و میر در ایران در بازه چهل ساله منتهی به ۲۰۱۹ بوده است(۱). بیماری ایسکمیک قلبی اولین علت مرگ و سال‌های از دست رفته زندگی(DALY) است(۲). بسیاری از مبتلایان CAD مشکلات روانشناختی از جمله اضطراب و افسردگی را تجربه می کنند. در پژوهش‌های مختلف، شیوع اضطراب تا ۴۰ درصد و شیوع انواع افسردگی در بیماران CAD بین ۶/۵۲ تا ۳۰ درصد گزارش شده است(۷-۳).

پژوهش‌های مختلفی تاثیر منفی افسردگی و اضطراب بر مبتلایان CAD در پژوهش‌های متعددی به اثبات رسیده است. افسردگی و اضطراب در ایجاد CAD و بروز عوارض شدید قلبی، افزایش دفعات بستری شدن، کاهش کیفیت زندگی، افزایش مرگ و میر و تسریع مرگ ناگهانی قلبی ناشی از CAD نقش دارند(۹،۸). اضطراب و افسردگی می‌تواند مستقیما حجم کار قلب و نیاز به اکسیژن را افزایش دهند(۱۰). بیماران پس از انفارکت میوکارد(MI) اگر دچار افسردگی و اضطراب باشند احتمال کم‌تری برای بازگشت به زندگی نرمال دارند(۱۱). هم‌چنین خلق افسرده باعث عدم توجه به رژیم غذایی، ورزش، مصرف دارو و کمک گرفتن از سرویس‌های خدماتی درمانی می‌شود(۱۲). هم‌چنین اضطراب به تنهایی با افزایش خطر مرگ و میر در بیماران CAD مرتبط است، خصوصا اگر با افسردگی همراهی داشته باشد(۱۳). برخی پژوهش‌ها از ۲/۵ برابر شدن ریسک عوارض ایسکمیک پس از MI در بیماران دچار اضطراب و ۸ برابر شدن مرگ و میر در هجده ماه پس از MI در بیماران افسرده گزارش می‌دهند(۱۵،۱۴). مفهوم سلامت معنوی دربرگیرنده حس پذیرش، احساسات مثبت، اخلاق و حس ارتباط متقابل مثبت با یک قدرت حاکم و برتر قدسی، دیگران و خود است(۱۶). مفهوم پایبندی دینی میزان تعهد عملی شخص وجه اشتراک این دو مفهوم، بعد معنوی و ارتباط تنگاتنگ با نگرش شخص به زندگی، خالق و جهان هست. از نظر وجه تمایز، در پایبندی دینی به رفتارها و بعد عملی توجه بیش‌تری شده در حالی که در سلامت معنوی مولفه‌های هدفمندی، رضایت، ارتباط با دیگران و آثار ارتباط با خدا مطرح است. در مقایسه، ابعاد عملی دینداری بیش‌تر از گرایش‌ها وتمایلات دینی با سلامت‌روان مرتبط هست(۱۷). تاکنون یافته‌های پژوهشی متفاوتی در مورد ارتباط دینداری با روان رنجوری گزارش شده است. فروید اظهار داشت که دین با روان رنجوری ارتباط مستقیم دارد و برای درمان روان رنجوری باید میزان گرایش به دین را کاهش داد(۱۸). هم‌چنین ellis بیان نمود که دین به‌طور گسترده با ناراحتی عاطفی مرتبط است و گرایش به دین شخص را فردی غیر قابل انعطاف می‌سازد(۱۸). هم‌چنین طبق گزارش Gupta شدت افسردگی در افراد مذهبی بیش‌تر بود(۱۹). برخی پژوهش‌ها ارتباط مستقیم یا غیرمستقیم بین دینداری و اضطراب مطرح کرده‌اند و برخی دیگر این دو متغیر را مستقل از هم دانسته‌اند(۲۴،۱۷-۲۰). قنبری افرا و همکاران با مطالعه بر روی ۲۹۴ بیمار سندرم حاد عروق کرونری در بیمارستان‌های آموزشی قم در سال ۱۳۹۶ به این نتیجه رسیدند که ارتباط معکوسی بین سلامت معنوی با اضطراب و افسردگی وجود دارد(۲۵). نتایج بررسی مطالعه حاضر نشان دهنده محدودیت‌هایی در مطالعات مشابه قبلی از جمله ناهمخوانی بازه سنی با بیماران CAD، تفاوت ویژگی‌های دموگرافیک شرکت کنندگان با بیماران قلبی، و محدودیت جنسیت نمونه‌های مطالعه بود(۲۳-۲۰). در مطالعه حاضر به منظور پرداختن به این محدودیت‌ها و لحاظ نمودن متغیرهای اشاره شده، وضعیت سلامت معنوی و پایبندی دینی و ارتباط آن‌ها با اضطراب و افسردگی را در بیماران عروق کرونری مراجعه‌کننده به درمانگاه بیمارستان فاطمه زهرا(س) (مرکز قلب مازندران) درسال ۱۴۰۰ و ۱۴۰۱ بررسی شد؛ امید است نتایج این مطالعه جهت اجرای پژوهش‌های

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-02-05]

آتی با هدف بررسی اثربخشی مداخلات با ماهیت افزایش سلامت معنوی و پایبندی دینی بر کاهش اضطراب و افسردگی و بهبود پیش‌آگهی در بیماران CAD مفید باشد. اضطراب و افسردگی از تعیین‌کننده‌های پیش‌آگهی CAD می‌باشند. سلامت معنوی و پایبندی دینی بر سلامت روان افراد اثرگذار هست، بنابراین در این مطالعه وضعیت سلامت معنوی و پایبندی دینی و ارتباط آن‌ها با اضطراب و افسردگی در بیماران CAD مراجعه‌کننده به مرکز قلب مازندران در سال ۱۴۰۰ و ۱۴۰۱ مورد بررسی قرار گرفت.

مواد و روش‌ها

در این پژوهش مقطعی، جامعه مورد پژوهش کلیه بیماران CAD شامل بیماران آنژین پایدار، بیماران داری سابقه حداقل یک نوبت سندرم حاد کرونر (Acute Coronay Syndrome) یا انفارکتوس میوکارد با یا بدون صعود قطعه ST (STEMI/NMSTEMI) بود. معیار ورود به مطالعه سابقه تشخیص بیماری قلبی به وسیله شرح حال، الکتروکاردیوگرافی یا آنژیوگرافی (موجود در پرونده بالینی بیماران) و معیار خروج، عدم رضایت به شرکت در مطالعه بود. با توجه به نتایج مطالعات مشابه پیشین و یافته اندازه همبستگی بین سلامت معنوی و افسردگی برابر با ۰/۳-، احتمال خطای نوع اول و دوم به ترتیب برابر با ۰/۰۱ و ۰/۱، حداقل حجم نمونه برابر با ۱۵۶ نفر محاسبه شد. روش نمونه‌گیری آسان و در دسترس بود. سنجش متغیرها و گردآوری داده‌های مطالعه به وسیله ابزارهای، پرسشنامه مقیاس غربالگری بیمارستانی اضطراب و افسردگی (Hospital Anxietty and Dpression scale: HADS)، پرسشنامه سلامت معنوی (Spiritual Well-Being Scale: SWBS) و مقیاس عمل به باورهای دینی (معبد) (Practice of Religious Beliefs Inventory) انجام گرفت.

پرسشنامه مقیاس غربالگری بیمارستانی اضطراب و افسردگی (HADS)

این پرسشنامه برای هر کدام از مولفه‌های اضطراب و افسردگی ۷ سوال لیکرت ۴ گزینه‌ای با ۰/۳ نمره دارد که نمره بیمار در هر مولفه بین ۰/۲۱ نمره است. نسخه فارسی این پرسشنامه از روایی (در مولفه اضطراب t32 ۲۶۰ =۲۱/۳۲ و در مولفه افسردگی t ۲۶۰ =۲۳/۴۱) و پایایی (در مولفه اضطراب r=۰/۷۵ و در مولفه افسردگی r=۰/۷۱) مناسب و تمییز فرد بیمار در بیماران افسرده و مضطرب ایرانی برخوردار است(۲۶). نمره ۰-۶ در مولفه افسردگی معادل فقدان افسردگی، ۷-۸ افسردگی خفیف، ۹-۱۰ افسردگی متوسط و ۱۱ به بالا افسردگی شدید و در مولفه اضطراب نمره ۰-۶ معادل فقدان اضطراب، ۷-۹ اضطراب خفیف، ۱۳-۱۰ اضطراب متوسط و ۱۳ به بالا اضطراب شدید در نظر گرفته شد(۲۶).

پرسشنامه سلامت معنوی (SWBS)

پایایی و روایی نسخه فارسی این پرسشنامه توسط ابهری و همکاران بررسی و تایید شده است (ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹) این پرسشنامه شامل ۲۰ پرسش لیکرت شش گزینه‌ای (۱ نمره ۱ تا ۶) و دارای نمره کلی با محدوده ۲۰ تا ۱۲۰ است. نمره۲۰ تا ۴۰ معادل سلامت معنوی پایین، ۴۱ تا ۹۹ معادل سلامت معنوی متوسط و ۱۰۰ تا ۱۲۰ معادل سلامت معنوی بالا در نظر گرفته می‌شود(۲۷).

مقیاس عمل به باورهای دینی (معبد)

پایایی و روایی نسخه فارسی این پرسشنامه توسط عبدالله پور و رسولی بررسی و تایید شده است (ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ و ضریب روایی وابسته به ملاک ۰/۸۴)(۲۹،۲۸). این پرسشنامه شامل ۲۵ پرسش لیکرت پنج گزینه‌ای است و محدوده نمره کلی بین ۰ تا ۱۰۰ می‌باشد. نمره ۵۰ و پایین‌تر معادل پایبندی دینی پایین و نمره ۵۱ و بالاتر معادل پایبندی دینی بالا در نظر گرفته

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-02-05]

می‌شود. هم‌چنین متغیرهای جمعیت‌شناختی و سلامت شامل سن، جنسیت، وضعیت تاهل، سطح تحصیلات، وضعیت شغلی و سابقه بیماری‌های روانپزشکی و سوء مصرف مواد به‌وسیله فرم گردآوری اطلاعات اندازه‌گیری شدند. دانشجو یا همکار روانشناس عضو تیم پژوهشی، پس از ارائه اطلاعات لازم در مورد هدف مطالعه و روش تکمیل آن و هم‌چنین اخذ رضایت آگاهانه، پرسشنامه‌ها را بین بیماران توزیع کردند. بیماران پرسشنامه‌ها را تکمیل نموده و فرد پرسشگر آماده پاسخگویی به آن‌ها در صورت داشتن سوال یا ابهام بود. داده‌های مطالعه با کمک نرم‌افزار آماری STATA 14 در سطح معنی‌داری P<۰/۰۵ تجزیه و تحلیل شدند. متغیرهای کمی با آماره‌های میانگین و انحراف معیار و متغیرهای کیفی با تعداد و درصد فراوانی توصیف شدند. جهت مقایسه نمرات کمی بین گروه‌های مطالعه (دو یا بیش‌تر از دو گروه) از آزمون‌های Independent T-Test و ANOVA و برای مقایسه درصد فراوانی متغیرهای کیفی بین گروه‌ها از آزمون مجذور کای استفاده شد. ارتباط بین متغیرهای مطالعه با به کار بردن آزمون همبستگی (ضریب همبستگی پیرسون و یا معادل ناپارامتری آن ضریب اسپیرمن) بررسی شد. این مطالعه مورد تایید کمیته دانشگاهی اخلاق در پژوهش (IR.MAZUMS.REC.1400.526) می‌باشد.

یافته‌ها

شرکت‌کنندگان در این مطالعه ۱۵۹ نفر و در بازه سنی ۷۸-۲۳ سال با میانگین ۱۴/۰±۵۷/۸۲ سال بودند. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و سابقه روانپزشکی نمونه‌ها در جدول شماره ۱ ارائه شده است. نمره پایبندی دینی نمونه‌ها شرکت‌کنندگان در بازه ۹۷- ۱۰ و با میانگین ۱۹/۱۰±۶۳/۷۳ (سطح پایبندی بالا) بود. ۳۶ نفر (۲۳ درصد) پایبندی دینی پایین و ۱۲۲ نفر (۷۷ درصد) پایبندی دینی بالا داشتند. نمره سلامت مذهبی شرکت‌کننده‌ها در بازه ۳۴-۶۰ و با میانگین ۶/۳۸±۵۵/۲۸ و نمره سلامت وجودی شرکت‌کننده‌ها در بازه ۶۰-۱۳ و با میانگین ۱۱/۲۴±۴۳/۰۷ بود.

جدول شماره ۱: توصیف تعداد و درصد فراوانی متغیرهای جمعیت شناختی بیماران تحت مطالعه

متغیر	گروهبندی	تعداد (درصد)
جنسیت	زنان	۱۰۶ (۶۶/۶۷)
	مردان	۵۳ (۳۳/۳۳)
شغل	بیکار، بازنشسته، و دانشجو	۱۰۴ (۷۱/۷)
	کارگر	۳ (۱/۹)
	کارمند	۱۲ (۷/۵)
	شغل آزاد	۲۵ (۱۵/۷)
	کارفرما	۱ (۰/۶)
سطح تحصیلات	ابتدایی یا پایین تر	۷۵ (۴۷/۲)
	راهنمایی	۲۳ (۱۴/۵)
	دیپلم	۳۷ (۲۳/۳)
	دانشگاهی	۲۴ (۱۵/۱)
سابقه سوء مصرف مواد	فاقد سابقه	۱۴۴ (۹۰/۵)
	سیگار	۹ (۵/۷)
	سایر مواد مخدر	۶ (۳/۸)
وضعیت تاهل	مجرد	۸ (۵)
	متاهل	۱۳۴ (۸۴/۳)
	مطلقه	۳ (۱/۹)
	متارکه	۱۱ (۶/۹)
سابقه اختلالات روانپزشکی	بدون سابقه	۱۴۵ (۹۱/۱)
	اختلال دوقطبی	۲ (۱/۳)
	افسردگی ماژور	۱۵ (۹/۴)
	اختلال اضطراب منتشر	۵ (۳/۱)
	افسردگی ماژور و اضطراب منتشر	۳ (۱/۹)
	بی خوابی	۱ (۰/۶)

هم‌چنین نمره سلامت معنوی شرکت‌کننده‌ها با بازه ۱۲۰-۵۴ و با میانگین ۱۴/۵۴±۹۸/۳۵ در سطح متوسط بود. ۸۰ نفر (۵۱ درصد) سلامت معنوی متوسط و ۷۷ نفر (۴۹ درصد) سلامت معنوی بالا داشته اند. نمره اضطراب بیمارستانی شرکت‌کنندگان در بازه ۰-۲۱ و با میانگین ۵/۶۷±۸/۲۳ بوده است که در سطح اضطراب خفیف قرار می‌گیرد. از بین نمونه ۶۹ نفر (۴۴/۲ درصد) فاقد اضطراب، ۲۵ نفر (۱۶ درصد) دچار اضطراب خفیف، ۳۰ نفر (۱۹/۲ درصد) دچار اضطراب متوسط و ۳۲ نفر (۲۰/۵ درصد) دچار اضطراب شدید بودند.

نمره افسردگی بیمارستانی شرکت‌کنندگان در بازه ۰-۲۱ و با میانگین ۵/۰۶±۷/۳۵ بود که درسطح افسردگی خفیف قرار می‌گیرد. ۷۳ نفر (۴۶/۴ درصد) از شرکت‌کنندگان فاقد افسردگی، ۲۳ نفر (۱۴/۶ درصد)

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-02-05]

افسردگی خفیف، ۱۹ نفر (۱۲/۱ درصد) افسردگی متوسط و ۴۲ نفر (۲۶/۷ درصد) افسردگی شدید داشتند. جدول شماره ۲، توزیع فراوانی شدت‌های مختلف افسردگی بیمارستانی را به تفکیک سطوح مختلف متغیرهای سلامت معنوی و پایبندی دینی نشان می‌دهد. نتایج آزمون مجذور کای دلالت بر ارتباط معنادار شدت افسردگی با شدت سلامت معنوی با ضریب همبستگی پیرسون ۰/۶۲- دارد (P<۰/۰۰۱). ارتباط بین شدت افسردگی با شدت پایبندی دینی معنی‌دار نبود (P=۰/۱۲، r =۰/۰۱۹).

جدول شماره ۳، توزیع فراوانی شدت‌های مختلف اضطراب بیمارستانی را به تفکیک سطوح مختلف متغیرهای سلامت معنوی و پایبندی دینی نشان می‌دهد. نتایج آزمون مجذور کای دلالت بر ارتباط معنادار شدت اضطراب با شدت سلامت معنوی با ضریب همبستگی پیرسون ۰/۴۸- دارد(P<۰/۰۰۱) ارتباط بین شدت اضطراب با شدت پایبندی دینی معنی‌دار نبود (P=۰/۸۷، r =۰/۰۶).

جدول شماره ۲: توصیف و مقایسه توزیع فراوانی شدت‌های مختلف افسردگی بیمارستانی در سطوح مختلف متغیرهای سلامت معنوی و پایبندی دینی در ۱۵۹ بیمار قلبی

		تعداد و درصد فراوانی شدت های مختلف افسردگی				سطح
		فقدان افسردگی	خفیف	متوسط	شدید	معنی داری
سلامت معنوی	متوسط (n=۸۰)	۱۸ (۲۲/۵)	۱۴ (۱۷/۵)	۱۴ (۱۷/۵)	۳۴ (۳۲/۵)	۰/۰۰۱
	بالا (n=۷۷)	۵۵ (۷۱/۴)	۹ (۱۱/۶)	۵ (۶/۴)	۸ (۱۰/۳)	
پایبندی دینی	پایین(n=۳۶)	۶۱ (۵۰)	۱۲ (۳۳/۳)	۳ (۸/۳)	۹ (۲۵)	۰/۱۲
	بالا (n=۱۲۲)	۶۱ (۵۰)	۱۴ (۱۱/۴)	۱۶ (۱۳/۱)	۳۱ (۲۵/۴)	

Chi-Square Test : *
نمونه های سلامت معنوی پایین وجود ندارد

جدول شماره ۳: توصیف و مقایسه توزیع فراوانی شدت‌های مختلف اضطراب بیمارستانی در سطوح مختلف متغیرهای سلامت معنوی و پایبندی دینی در ۱۵۹ بیمار قلبی

		تعداد و درصد فراوانی شدت های مختلف اضطراب				سطح
		فقدان افسردگی	خفیف	متوسط	شدید	معنی داری
سلامت معنوی	متوسط (n=۸۰)	۲۴ (۳۰) ۱۵	۷ (۱۸/۷)	۱۶ (۲۰)	۲۵ (۳۱/۲)	۰/۰۰۱
	بالا (n=۷۷)	۴۵ (۵۹/۲)	۱۰ (۱۳/۱)	۱۴ (۱۸/۴)	۷ (۹/۲)	
پایبندی دینی	پایین(n=۳۶)	۱۵ (۴۵/۴)	۶ (۱۸/۱)	۷ (۲۱/۲)	۵ (۱۵/۱)	۰/۱۲
	بالا (n=۱۲۲)	۵۳ (۴۳/۸)	۱۹ (۱۵/۷)	۳۳ (۱۹)	۲۶ (۲۱/۴)	

Chi-Square Test : *
نمونه های سلامت معنوی پایین وجود ندارد

بحث

هدف این مطالعه بررسی و تعیین ارتباط بین مولفه‌های سلامت معنوی و پایبندی دینی با اضطراب و افسردگی می‌باشد. این پژوهش در مقایسه با مطالعات مشابه قبلی، دارای ویژگی‌های تعداد بالای نمونه‌ها، تطابق بیش‌تر با ویژگی‌های دموگرافیک بیماران CAD، عدم محدودیت جنسیت و بازه سنی و در بر گرفتن مفهوم «پایبندی دینی» می‌باشد. براساس نتایج پژوهش حاضر، سطح سلامت معنوی همه افراد شرکت‌کننده در محدوده متوسط و بالا قرار داشت. همسو با این یافته، نتایج پژوهش قنبری افرا و همکاران نیز حاکی از شدت متوسط و رو به بالای نمره سلامت معنوی در تعدادی از بیماران مبتلا به سندرم کرونری حاد داشت(۲۵). یافته‌های دو مطالعه Nelson و Davies نشان داد که میانگین نمره کل سلامت معنوی افراد مبتلا به سرطان در سطح متوسط بود(۳۰،۳۱).

Leung و همکاران نیز گزارش نمودند که سطح سلامت معنوی بیماران سرطانی در مرحله پایانی زندگی بالا است(۳۲). از سویی دیگر جهانی و همکاران با کاربرد پرسشنامه پالوتزیان الیسون به این نتیجه رسیدند که مبتلایان بیماری عروق کرونر از سلامت معنوی متوسط رو به بالا برخوردارند(۳۳). به نظر می‌رسد که افراد در موقعیت‌های تهدیدکننده حیات، ارتباطات معنوی خود را تقویت نموده و سعی می‌کنند با برقراری یک سلامت معنوی از آرامش روانی که در پی آن حاصل می‌شود برخوردار شوند.

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که با افزایش نمره سلامت معنوی در بیماران، اضطراب و افسردگی کاهش قابل توجهی می‌یابد. این یافته با نتایج پژوهش‌های قلعه قاسمی، قنبری افرا، هدایتی و خادم وطنی مطابقت دارد(۲۵،۳۶-۳۴). بسیاری بیماران سلامت معنوی را به عنوان عامل ایجادکننده هدف و معنا و هم‌چنین به‌عنوان ارتقادهنده کیفیت زندگی می‌شناسند(۳۷). هم‌چنین به نظر می‌رسد برخی تکنیک‌های معنوی، ارتباط بین سیناپس‌های مهاری اضطراب و پاسخ‌دهنده به فرایندهای

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-02-05]

عاطفی را بیش‌تر می‌کنند(۳۸). بر طبق یافته‌های مطالعه حاضر میزان عمل به باورهای دینی در بیماران CAD در محدوده بالا قرار داشته است. هم‌چنین بر اساس این یافته‌ها به نظر می‌رسد که با افزایش نمره پایبندی دینی در بیماران، اضطراب و افسردگی تغییر معناداری نداشته است. در پژوهش انجام شده توسط Pfeifer و همکاران بر روی یک گروه ۴۴ نفره از بیماران روانپزشکی و گروه ۴۵ نفره از افراد سالم، ارتباط معنی‌داری بین پایبندی دینی و روان رنجوری (مفهومی در برگیرنده اضطراب و افسردگی) یافت نشد(۳۹). هم‌چنین Koçak و همکاران در کشور ترکیه با مطالعه ۲۸۱۰ بیمار در دوران پاندمی کووید-۱۹ به این نتیجه رسیدند که پایبندی دینی با کاهش افسردگی موجب افزایش سلامت‌روان می‌شود(۲۱). Gartner و همکاران با بررسی بیش از ۲۰۰ پژوهش با موضوع ارتباط پایبندی دینی با سلامت روان به این نتیجه رسیدند که بیش‌تر این پژوهش‌ها بر مبنای متغیرهای قابل اعتمادتری همچون رفتارهای شخص در زندگی انجام شده‌اند؛ در حالی که پژوهش‌های مطرح‌کننده ارتباط پایبندی دینی با آسیب‌های روانی، بر مبنای تست‌های شخصیت کتبی و بررسی ساختارهای تئوری بنا شده‌اند(۱۷). اینچنین به نظر می‌رسد که در حالت مشاهده و انجام رفتار، پایبندی دینی ارتباطی با آسیب روانی ندارد درحالی‌که در تست کتبی این ارتباط یافت می‌شود. این مساله می تواند مطرح‌کننده نقص پژوهش حاضر در اکتفا به تست‌های کتبی پر شده توسط بیمار جهت سنجش سلامت روان باشد. عدم بررسی ابعاد دینداری در نمونه‌های مطالعه از جمله محدودیت‌های مطالعه حاضر بود. Payne و همکاران در عین پذیرش ارتباط مستقیم سلامت روان با حیطه‌هایی از مذهبی بودن (مانند سلوک اجتماعی، عزت نفس، سازگاری با شرایط، خود کشی، سوء مصرف مواد و الکل و بی‌بند و باری جنسی) معتقدند سلامت روان بیش‌تر با کیفیت و چگونگی مذهبی بودن تا این سوال که «آیا شخص مذهبی هست یا نه؟ » مرتبط است(۴۰). شایان ذکر است که پرسشنامه مورد استفاده (مقیاس عمل به باورهای دینی) محدود به بعد عملی پایبندی دینی بوده است و میزان اعتقاد و پایبندی افراد به باورها و گزاره‌های دینی که می‌تواند اثر قابل توجهی بر سلامت روان افراد داشته باشد را نمی‌سنجد. علاوه بر این استفاده از جامعه آماری بیماران CAD که صرفاً به بیمارستان آموزشی- درمانی شهر ساری مراجعه نمودند و نمونه‌گیری آسان و در دسترس از محدودیت‌های این پژوهش به شمار می‌روند. به‌طور کلی یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که بیماران قلبی که نمره سلامت معنوی بیش‌تری دارند، اضطراب و افسردگی کم‌تری را تجربه می‌کنند. از این‌رو با توجه به تأثیرات انکار ناشدنی کنترل افسردگی و اضطراب بر تطابق با بیماری و روند درمان، شایسته است در فرایند پذیرش و مراقبت از مبتلایان به بیماری عروق کرونر در بیمارستان، تمرکز بیش‌تری بر ارتقای سطح سلامت معنوی این بیماران از سوی کارکنان پزشکی صورت پذیرد. هم‌چنین پیشنهاد می‌شود که برنامه‌های آموزشی گروهی و همین‌طور برنامه‌های آموزشی خودمراقبتی معنوی پس از ترخیص، با جدیت بیش‌تری پیگیری شده تا بتوان از این طریق به افزایش سلامت معنوی و کاهش اضطراب، استرس و افسردگی بیماران کمک نمود. وجود جلسات روان درمانی با رویکرد معنوی نیز می‌تواند مفید باشد. توصیه می‌شود مطالعاتی در زمینه ارتباط پایبندی دینی با کیفیت زندگی و سایر ابعاد سلامت روان در سطح جامعه که مردم از ویژگی‌های فرهنگی و اعتقادی مختلف برخوردارند و از سویی باورهای غنی و دیرینه‌ای دارند انجام گیرد.

References

1. Sarrafzadegan N, Mohammmadifard N. Cardiovascular Disease in Iran in the Last

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-02-05]

40 Years: Prevalence, Mortality, Morbidity, Challenges and Strategies for Cardiovascular Prevention. Arch Iran Med 2019; 22(4): 204-210.

2. Hasanpour Dehkordi A, Motaarefi H, Afzali S. Stress level and coping with in patients suffering myocardial infarction. J Res Dev Nurs Midw 2007; 1(11): 15-20 (Persian).
3. Dickens C, McGowan L, Percival C, Tomenson B, Cotter L, Heagerty A, et al. New onset depression following myocardial infarction predicts cardiac mortality. Psychosom Med 2008; 70(4): 450-455.
4. Brenes GA. Anxiety, depression, and quality of life in primary care patients. Prim Care Companion J Clin Psychiatry 2007; 9(6): 437-443.
5. Vyzshfar F. Epidemiology of cardiovascular disease in patient in intensive care unit Larestan. Medical research, proceedings of the First congress of prevention of non communicable disease Tehran; 2002.
6. Rohafzah H, Saeidi M, Sadeghi M, Boshtam M, Rabiei K. Effect of Cardiac Rehabilitation on Psychological Stresses in an Iranian Population. Research in Medical Science Journal 2003; 8(3): 94-97.
7. Modabernia M, Sobhani A, NASIRI RA, Kiakajoori S. Prevalence of depression in MI patients. J Guilan Univ Med Sci 2001; 10(39 and 40): 16-21 (Persian).
8. Ebadi A, Moradian ST, Feyzi F, Asiabi M. Comparison of hospital anxiety and depression among patients with coronary artery disease based on proposed treatment. The Journal of Critical Care Nursing 2011; 4(2): 97-102.
9. Januzzi JL, Stern TA, Pasternak RC, DeSanctis RW. The influence of anxiety and depression on outcomes of patients with coronary artery disease. Arch Intern Med 2000; 160(13): 1913-1921.
10. Lewis SM. Lewis's medical-surgical nursing: Assessment and management of clinical problems: Elsevier Australia; 2007.
11. Petrie KJ, Weinman J, Sharpe N, Buckley J. Role of patients' view of their illness in predicting return to work and functioning after myocardial infarction: longitudinal study. BMJ 1996; 312(7040): 1191-1194.
12. Wulsin LR, Vaillant GE, Wells VE. A systematic review of the mortality of depression. Psychosom Med 1999; 61(1): 6-17.
13. Watkins LL, Koch GG, Sherwood A, Blumenthal JA, Davidson JR, O'Connor C, et al. Association of anxiety and depression with all-cause mortality in individuals with coronary heart disease. J Am Heart Assoc 2013; 2(2): e000068.
14. Frasure-Smith N, Lesperance F, Talajic M. The impact of negative emotions on prognosis following myocardial infarction: is it more than depression? Health Psychol 1995; 14(5): 388-398.
15. Frasure-Smith N, Lespérance Fo, Talajic M. Depression and 18-month prognosis after myocardial infarction. Circulation 1995; 91(4): 999-1005.
16. Abbasi M, Azizi F, Gooshki ES, Naserirad M, Lakeh MA. Conceptual Definition and Operationalization of Spiritual Health: A Methodological Study. Medical Ethics Journal 2012; 6(20): 11-44.
17. Gartner J, Larson DB, Allen GD. Religious commitment and mental health: A review of the empirical literature. Journal of Psychology and Theology 1991; 19(1): 6-25.
18. Si F. Totem and Taboo. New York: Moffat Yard and Company. 1918.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-02-05]

19. Gupta A. Mental health and religion. Asian Journal of Psychology & Education 1983; 11(4): 8-13.
20. Zwingmann C, Müller C, Körber J, Murken S. Religious commitment, religious coping and anxiety: a study in German patients with breast cancer. Eur J Cancer Care 2008; 17(4): 361-370.
21. Koçak O. How does religious commitment affect satisfaction with life during the COVID-19 pandemic? Examining depression, anxiety, and stress as mediators. Religions 2021; 12(9): 701.
22. Beheshti E, Zarqam Hajabi M. The Relationship between resiliency and practice of religious beliefs with anxiety and depression among soldiers. Journal Mil Med 2018; 20(3): 333-341.
23. Mohammadi H, Mortazavi MA, Mousavi MR, Javanmard Q, Monfaredi A. Determination of the relationship between Religious commitment and mental health among engineering students of Bonab University. Journal of Reaserch on Religion & Health 2016; 2(2): 44-53.
24. Ghobari BB, Motavalipoor A, Hakimirad E, Habibi AM. Relationship between anxiety and depression and magnitude of spirituality in students of the University of Tehran. Journal of Applied Psychology 2009; 3(2): 110-123.
25. Afra LG, Zaheri A. Relationship of anxiety, stress, and depression with spiritual health in patients with acute coronary artery disease. J Educ Community Health 2017; 4(2): 28-34.
26. Kaviani H, Seyfourian H, Sharifi V, Ebrahimkhani N. Reliability and validity of anxiety and depression hospital scales (HADS): Iranian patients with anxiety and depression disorders. Tehran University Medical Journal 2009; 67(5): 379-385.
27. Abhari MB, Fisher JW, Kheiltash A, Nojomi M. Validation of the Persian version of spiritual well-being questionnaires. Iran J Med Sci 2018; 43(3): 276-285.
28. Rasouli R, Soltane gerd faramarz S. The Comparison and Relationship between Religious Orientation and Practical Commitment to Religious Beliefs with Marital Adjustment in Seminary Scholars and University Students. Journal of Family Research 2012; 8(4): 427-439.
29. Abdollah Pour N, Seyyed Mahdavi Aghdam MR, Gholizadeh H, Ashrafi Zaki ZA. The Relationship between Religiosity and Life Satisfaction; A Case Study of Students at Islamic Azad University of Tabriz. Journal of Islamic Education 2011; 6(12): 141-153.
30. McCoubrie RC, Davies AN. Is there a correlation between spirituality and anxiety and depression in patients with advanced cancer? Supportive Care in Cancer 2006; 14(4): 379-385.
31. Nelson CJ, Rosenfeld B, Breitbart W, Galietta M. Spirituality, religion, and depression in the terminally ill. Psychosomatics 2002; 43(3): 213-220.
32. Leung KK, Chiu TY, Chen CY. The influence of awareness of terminal condition on spiritual well-being in terminal cancer patients. J Pain Symptom Manag 2006; 31(5): 449-456.
33. 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. Islamic Life Center Health 2013; 1(2): 17-21.
34. Hedayati E, Hazrati M, Momen Nasab M, Shokoohi H, Afkari F. The relationship between spiritual well-being and anxiety of aged people admitted in coronary care units. Iranian Journal of Ageing 2016; 11(3): 432-439 (Persian).

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-02-05]

35. MomeniGhaleghasemi T, Musarezaie A, Moeini M. Survey of Relationship between spiritual wellbeing with Anxiety and Some Demographic Variables in Patients with Coronary Artery Disease. Health System Research 2013; 9(7): 702-711 (Persian).
36. Khademvatani K, Aghakhani N, ESM HG, Hazrati A, Alinezhad V, Nazari H, et al. Study of relationship between spritual health, anxiety and depression in acute myocardial infarctionpatients hospitalized in seyyedoshohada hospital in urmia. Journal Studies in Medical Sciences 2015; 25(12): 1092-1101.
37. Johnson C. Assessment tools: are they an effective approach to implementing spiritual health care within the NHS? Accid Emerg Nurs 2001; 9(3): 177-186.
38. Mayo KR. Support from neurobiology for spiritual techniques for anxiety: A brief review. J Health Care Chaplain 2010; 16(1-2): 53-57.
39. Pfeifer S, Waelty U. Psychopathology and religious commitment–a controlled study. Psychopathology 1995; 28(2): 70-77.
40. Payne IR, Bergin AE, Bielema KA, Jenkins PH. Review of Religion and Mental Health. Prevention in Human Services 1991; 9(2): 11-40.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-02-05]