

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 Taleb¹

Rahmatollah Marzband²

Abbas Alipour^{3,4}

Nazanin Gholami⁵

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 Fateme 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 Fateme 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 $t_{260}=21.32$ and depression $t_{260}=23.41$ 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 .084) and Palutjian 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-up 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)

ارتباط سلامت معنوی و پابندی 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^۱رحمت الله مرزبند^۲عباس علی پور^۳نازنین غلامی^۴سید حمزه حسینی^۵

چکیده

سابقه و هدف: اضطراب و افسردگی از تعیین کننده های پیش آگهی بیماری عروق کرونری (CAD) می باشند. سلامت معنوی و پابندی دینی بر سلامت روان افراد اثر گذار است. با توجه به محدودیت های مطالعات مشابه قبلی در تفاوت ویژگی های دموگرافیک شرکت کنندگان با بیماران CAD ضروری بود که این پژوهش ها در بیماران قلبی کرونری تکرار شوند. این مطالعه با هدف بررسی وضعیت سلامت معنوی و پابندی دینی و ارتباط آن ها با اضطراب و افسردگی در بیماران عروق کرونری مراجعه کننده به درمانگاه بیمارستان فاطمه زهرا (س) (مرکز قلب مازندران) در سال ۱۴۰۰ و ۱۴۰۱ انجام پذیرفت.

مواد و روش ها: در این پژوهش توصیفی - تحلیلی مقطعی، ۱۵۹ بیمار قلبی و CAD مراجعه کننده به درمانگاه بیمارستان فاطمه زهرا (س) (مرکز قلب مازندران) به روش نمونه گیری آسان و در دسترس انتخاب شدند. متغیرهای جمعیت شناختی و سلامت شامل سن، جنسیت، وضعیت تاهل، سطح تحصیلات، وضعیت شغلی و سابقه بیماری های روان پزشکی و سوء مصرف مواد به وسیله فرم گردآوری اطلاعات اندازه گیری شدند. به پرسشنامه های مقیاس اضطراب و افسردگی بیمارستان (HADS) (با روایی در مولفه اضطراب $0.91 = 0.91$ و افسردگی $0.91 = 0.91$) و پایایی در مولفه اضطراب $0.91 = 0.91$ و افسردگی $0.91 = 0.91$ ، مقیاس عمل به باورهای دینی (معبد) (پایایی تایید شده با ضریب آلفای کرونباخ 0.91 و ضریب روایی وابسته به 0.89) پاسخ دادند. داده های مطالعه با کمک نرم افزار آماری Stata 14 در سطح معنی داری $P < 0.05$ تجزیه و تحلیل شدند. جهت مقایسه نمرات کمی بین گروه های مطالعه از آزمون های Independent T-Test و ANOVA و برای مقایسه درصد فراوانی متغیرهای کیفی بین گروه ها از آزمون مجذور کای استفاده شد. ارتباط بین متغیرهای مطالعه با آزمون همبستگی ضریب همبستگی پیرسون سنجیده شد.

یافته ها: میانگین سنی شرکت کنندگان 57.82 ± 14.0 بوده و $33/33$ درصد نمونه را مردان تشکیل دادند. نمره پابندی دینی شرکت کنندگان در بازه $10-97$ و با میانگین 63.73 ± 19.10 (سطح پابندی بالا) بود. 23 درصد شرکت کنندگان پابندی دینی پایین و 77 درصد پابندی دینی بالا داشتند. نمره سلامت مذهبی شرکت کنندگان در بازه $34-60$ و با میانگین 55.28 ± 6.38 و نمره سلامت وجودی شرکت کنندگان در بازه $13-60$ و با میانگین 43.07 ± 11.24 بود. هم چنین نمره سلامت معنوی شرکت کنندگان در بازه $54-120$ و با میانگین 98.35 ± 14.54 در سطح متوسط بود. 51 درصد شرکت کنندگان سلامت معنوی متوسط و 49 درصد سلامت معنوی بالا داشته اند. نمره اضطراب بیمارستانی شرکت کنندگان در بازه $0-21$ و با میانگین 5.67 ± 8.23 (در سطح اضطراب خفیف) بوده است. $44/2$ درصد شرکت کنندگان فاقد اضطراب، 16 درصد اضطراب خفیف، $19/2$ درصد متوسط و $20/5$ درصد اضطراب شدید داشتند. نمره افسردگی بیمارستانی شرکت کنندگان در بازه $0-21$ و با میانگین 7.35 ± 5.06 (در سطح افسردگی خفیف) بود. $46/4$ درصد شرکت کنندگان فاقد افسردگی، $14/6$ درصد افسردگی خفیف، $12/1$ درصد متوسط و $26/7$ درصد افسردگی شدید داشتند. ارتباط منفی بین شدت سلامت معنوی با شدت افسردگی با ضریب پیرسون 0.62 - ($P < 0.001$) و شدت اضطراب 0.48 - ($P < 0.001$) یافت شد. ارتباط بین شدت پابندی دینی با شدت اضطراب ($P = 0.87$) و شدت افسردگی ($P = 0.12$) معنی دار نبود.

استنتاج: با توجه به کاهش نمرات اضطراب و افسردگی در نمونه های با نمره سلامت معنوی بالاتر، توصیه می شود تمرکز بیش تری بر ارتقای سطح سلامت معنوی بیماران CAD از سوی کارکنان پزشکی صورت پذیرد و هم چنین برنامه های آموزشی گروهی و برنامه های آموزشی خود مراقبتی معنوی پس از ترخیص پیگیری شود. وجود جلسات روان درمانی با رویکرد معنوی نیز می تواند مفید باشد.

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

E-mail: hosseinish20@gmail.com

مؤلف مسئول: سید حمزه حسینی - ساری: دانشگاه علوم پزشکی مازندران، مرکز تحقیقات روان تنی

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 روان پزشکی 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 روان پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۷. مرکز تحقیقات روان تنی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

© تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۸/۲۸ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۴۰۲/۹/۲۶ تاریخ تصویب: ۱۴۰۳/۱/۱۸

مقدمه

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

پژوهش های مختلفی تاثیر منفی افسردگی و اضطراب بر مبتلایان CAD در پژوهش های 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 می تواند مستقیماً 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). هم چنین خلق افسرده باعث عدم توجه به رژیم غذایی، ورزش، مصرف دارو و کمک گرفتن از سرویس های خدماتی درمانی می شود (۱۲). هم چنین اضطراب به تنهایی با افزایش خطر مرگ و میر در بیماران CAD مرتبط است، خصوصاً اگر با افسردگی همراهی داشته باشد (۱۳). برخی پژوهش ها 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 می دهند (۱۴، ۱۵). 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

پابندی 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 پابندی دینی به رفتارها و بعد عملی توجه بیش تری شده در حالی که در سلامت معنوی مولفه های هدفمندی، رضایت، ارتباط با دیگران و آثار ارتباط با خدا مطرح است. در مقایسه، ابعاد عملی دینداری بیش تر از گرایش ها و تمایلات دینی با سلامت روان مرتبط است (۱۷). تاکنون یافته های 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). هم چنین ellis بیان نمود که دین به طور گسترده با ناراحتی عاطفی مرتبط است و گرایش به دین شخص را فردی غیر قابل انعطاف می سازد (۱۸). هم چنین طبق گزارش Gupta شدت افسردگی در افراد مذهبی بیش تر بود (۱۹). برخی پژوهش ها ارتباط مستقیم یا غیرمستقیم بین دینداری و اضطراب مطرح کرده اند و برخی دیگر این دو متغیر را مستقل از هم دانسته اند (۱۷، ۲۴-۲۰). قبری افرا و همکاران با مطالعه بر روی ۲۹۴ بیمار سندرمد حاد عروق کرونری در بیمارستان های 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 محدودیت هایی در مطالعات مشابه قبلی از جمله ناهمخوانی بازه سنی با بیماران CAD، تفاوت ویژگی های دموگرافیک شرکت کنندگان با بیماران قلبی، و محدودیت جنسیت نمونه های مطالعه بود (۲۳-۲۰). در مطالعه حاضر به منظور پرداختن به این محدودیت ها و لحاظ نمودن متغیرهای اشاره شده، وضعیت سلامت معنوی و پابندی دینی و ارتباط آن ها با اضطراب و افسردگی را در بیماران عروق کرونری مراجعه کننده به درمانگاه بیمارستان فاطمه زهرا (س) (مرکز قلب مازندران) در سال ۱۴۰۰ و ۱۴۰۱ بررسی شد؛ امید است نتایج این مطالعه جهت اجرای پژوهش های

آتی با هدف بررسی اثربخشی مداخلات با ماهیت افزایش سلامت معنوی و پابندی دینی بر کاهش اضطراب و افسردگی و بهبود پیش آگهی در بیماران CAD مفید باشد. اضطراب و افسردگی از تعیین کننده های پیش آگهی CAD می باشند. سلامت معنوی و پابندی دینی بر سلامت روان افراد اثرگذار هست، بنابراین در این مطالعه وضعیت سلامت معنوی و پابندی دینی و ارتباط آن ها با اضطراب و افسردگی در بیماران CAD مراجعه کننده به مرکز قلب مازندران در سال ۱۴۰۰ و ۱۴۰۱ مورد بررسی قرار گرفت.

مواد و روش ها

در این پژوهش مقطعی، جامعه مورد پژوهش کلیه بیماران CAD شامل بیماران آنژین پایدار، بیماران داری سابقه حداقل یک نوبت سندرم حاد کرونر (Acute Coronary 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 ۰/۱ و ۰/۱، حداقل حجم نمونه برابر با ۱۵۶ نفر محاسبه شد. روش نمونه گیری آسان و در دسترس بود. سنجش متغیرها و گردآوری داده های مطالعه به وسیله ابزارهای، پرسشنامه مقیاس غربالگری بیمارستانی اضطراب و افسردگی (Hospital Anxiety and Depression 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 مولفه های اضطراب و افسردگی ۷ سوال لیکرت ۴ گزینه ای 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 $t_{32} 260 = 21/32$ و در مولفه افسردگی $t_{260} = 23/41$) و پایایی (در مولفه اضطراب $r = 0/75$ و در مولفه افسردگی $r = 0/71$) مناسب و تمیز 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، ۱۰-۱۳ 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 گزینه ای (۱ نمره ۱ تا ۶) و دارای نمره کلی با محدوده ۲۰ تا ۱۲۰ است. نمره ۲۰ تا ۴۰ معادل سلامت معنوی پایین، ۴۱ تا ۹۹ معادل سلامت معنوی متوسط و ۱۰۰ تا ۱۲۰ معادل سلامت معنوی بالا در نظر گرفته می شود (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 گزینه ای است و محدوده نمره کلی بین ۰ تا ۱۰۰ می باشد. نمره ۵۰ و پایین تر معادل پابندی دینی پایین و نمره ۵۱ و بالاتر معادل پابندی دینی بالا در نظر گرفته

سلامت وجودی شرکت کنندگان در بازه ۶۰-۱۳ و با میانگین $43/07 \pm 11/24$ بود.

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

متغیر	گروه بندی	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	۳۳ (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 مازور	۱۵ (۹/۴)
	اختلال اضطراب منتشر	۵ (۳/۱)
	افسردگی مازور و اضطراب منتشر	۳ (۱/۹)
	بی خوابی	۱ (۰/۶)

همچنین نمره سلامت معنوی شرکت کنندگان با بازه ۱۲۰-۵۴ و با میانگین $98/35 \pm 14/54$ در سطح متوسط بود. ۸۰ نفر (۵۱ درصد) سلامت معنوی متوسط و ۷۷ نفر (۴۹ درصد) سلامت معنوی بالا داشته اند. نمره اضطراب بیمارستانی شرکت کنندگان در بازه ۲۱-۰ و با میانگین $8/23 \pm 5/67$ بوده است که در سطح اضطراب خفیف قرار می گیرد. 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 شرکت کنندگان در بازه ۲۱-۰ و با میانگین $7/35 \pm 5/06$ بود که در سطح افسردگی خفیف قرار می گیرد. ۷۳ نفر (۴۶/۴ درصد) از شرکت کنندگان فاقد افسردگی، ۲۳ نفر (۱۴/۶ درصد)

می شود. هم چنین متغیرهای جمعیتی شناختی و سلامت شامل سن، جنسیت، وضعیت تاهل، سطح تحصیلات، وضعیت شغلی و سابقه بیماری های روانپزشکی و سوء مصرف مواد به وسیله فرم گردآوری اطلاعات اندازه گیری شدند. دانشجو یا همکار روانشناس عضو تیم پژوهشی، پس از ارائه اطلاعات لازم در مورد هدف مطالعه و روش تکمیل آن و هم چنین اخذ رضایت آگاهانه، پرسشنامه ها را بین بیماران توزیع کردند. بیماران پرسشنامه ها را تکمیل نموده و فرد پرسشگر آماده پاسخگویی به آن ها در صورت داشتن سوال یا ابهام بود. داده های مطالعه با کمک نرم افزار آماری STATA 14 در سطح معنی داری $P < 0/05$ تجزیه و تحلیل شدند. متغیرهای کمی با آماره های میانگین و انحراف معیار و متغیرهای کیفی با تعداد و درصد فراوانی توصیف شدند. جهت مقایسه نمرات کمی بین گروه های مطالعه (دو یا بیش تر از دو گروه) از آزمون های Independent T-Test و ANOVA و برای مقایسه درصد فراوانی متغیرهای کیفی بین گروه ها 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) می باشد.

یافته ها

شرکت کنندگان در این مطالعه ۱۵۹ نفر و در بازه سنی ۷۸-۲۳ سال با میانگین $57/82 \pm 14/0$ سال بودند. ویژگی های جمعیتی شناختی و سابقه روانپزشکی نمونه ها در جدول شماره ۱ ارائه شده است. نمره پایداری دینی نمونه ها شرکت کنندگان در بازه ۹۷-۱۰ و با میانگین $63/73 \pm 19/10$ (سطح پایداری بالا) بود. ۳۶ نفر (۲۳ درصد) پایداری دینی پایین و ۱۲۲ نفر (۷۷ درصد) پایداری دینی بالا داشتند. نمره سلامت مذهبی شرکت کنندگان در بازه ۶۰-۳۴ و با میانگین $55/28 \pm 6/38$ و نمره

بحث

هدف این مطالعه بررسی و تعیین ارتباط بین مولفه‌های سلامت معنوی و پایداری دینی با اضطراب و افسردگی می‌باشد. این پژوهش در مقایسه با مطالعات مشابه قبلی، دارای ویژگی‌های تعداد بالای نمونه‌ها، تطابق بیش تر با ویژگی‌های دموگرافیک بیماران CAD، عدم محدودیت جنسیت و بازه سنی و در بر گرفتن مفهوم «پایداری دینی» می‌باشد. براساس نتایج پژوهش حاضر، سطح سلامت معنوی همه افراد شرکت کننده در محدوده متوسط و بالا قرار داشت. همسو با این یافته، نتایج پژوهش قبلی افراد 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 (۳۱،۳۰).

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 (۳۴-۳۶،۲۵). بسیاری بیماران سلامت معنوی را به عنوان عامل ایجادکننده هدف و معنا و همچنین به عنوان ارتقادهنده کیفیت زندگی می‌شناسند (۳۷). هم چنین به نظر می‌رسد برخی تکنیک‌های معنوی، ارتباط بین سیناپس‌های مهار اضطراب و پاسخ‌دهنده به فرایندهای

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 پایداری 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 پایداری دینی معنی‌دار نبود ($P = ۰/۱۲$ ، $r = ۰/۱۹$).

جدول شماره ۳، توزیع فراوانی شدت‌های مختلف اضطراب بیمارستانی را به تفکیک سطوح مختلف متغیرهای سلامت معنوی و پایداری 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 پایداری دینی معنی‌دار نبود ($r = ۰/۰۶$ ، $P = ۰/۸۷$).

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

سطح معنی داری	تعداد و درصد فراوانی شدت‌های مختلف افسردگی				سلامت معنوی
	شدید	متوسط	خفیف	فقدان افسردگی	
۰/۰۰۱	(۳۳/۵)۳۴	(۱۷/۵)۱۴	(۱۷/۵)۱۴	(۲۲/۵)۱۸	متوسط ($n=۸۰$)
	(۱۰/۳)۸	(۶/۴)۵	(۱۱/۶)۹	(۷/۴)۵	بالا ($n=۷۷$)
۰/۱۲	(۲۵)۹	(۸/۳)۳	(۳۳/۳)۱۲	(۵۰)۶۱	پایین ($n=۳۶$)
	(۲۵/۴)۳۱	(۱۳/۱)۱۶	(۱۱/۴)۱۴	(۵۰)۶۱	بالا ($n=۱۲۲$)

Chi-Square Test : *

نمونه‌های سلامت معنوی پایین وجود ندارد

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

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

Chi-Square Test : *

نمونه‌های سلامت معنوی پایین وجود ندارد

عاطفی را بیش تر می کنند (۳۸). بر طبق یافته های مطالعه حاضر میزان عمل به باورهای دینی در بیماران CAD در محدوده بالا قرار داشته است. هم چنین بر اساس این یافته ها به نظر می رسد 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 معنی داری بین پایبندی دینی و روان رنجوری (مفهومی در برگیرنده اضطراب و افسردگی) یافت نشد (۳۹). هم چنین 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 سلامت روان می شود (۲۱). Gartner و همکاران با بررسی بیش از ۲۰۰ پژوهش با موضوع ارتباط پایبندی دینی با سلامت روان به این نتیجه رسیدند که بیش تر این پژوهش ها بر مبنای متغیرهای قابل اعتمادتری همچون رفتارهای شخص در زندگی انجام شده اند؛ در حالی که پژوهش های مطرح کننده ارتباط پایبندی دینی با آسیب های روانی، بر مبنای تست های شخصیت کتبی و بررسی ساختارهای تئوری بنا شده اند (۱۷). اینچنین به نظر می رسد که در حالت مشاهده و انجام رفتار، پایبندی دینی ارتباطی با آسیب روانی ندارد در حالی که در تست کتبی این ارتباط یافت می شود. این مساله می تواند مطرح کننده نقص پژوهش حاضر در اکتفا به تست های کتبی پر شده توسط بیمار جهت سنجش سلامت روان باشد. عدم بررسی ابعاد دینداری در نمونه های مطالعه از جمله محدودیت های مطالعه حاضر بود. Payne و همکاران در عین پذیرش ارتباط مستقیم سلامت روان با حیطه هایی از مذهبی بودن (مانند سلوک اجتماعی، عزت نفس، سازگاری با شرایط، خود کشی، سوء مصرف مواد و الکل و بی بند و

باری جنسی) معتقدند سلامت روان بیش تر 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 گزاره های دینی که می تواند اثر قابل توجهی بر سلامت روان افراد داشته باشد را نمی سنجد. علاوه بر این استفاده از جامعه آماری بیماران CAD که صرفاً به بیمارستان آموزشی-درمانی شهر ساری مراجعه نمودند و نمونه گیری آسان و در دسترس از محدودیت های این پژوهش به شمار می روند. به طور کلی یافته های پژوهش حاضر نشان می دهد که بیماران قلبی که نمره سلامت معنوی بیش تری دارند، اضطراب و افسردگی کم تری را تجربه می کنند. از این رو 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 بیش تری بر ارتقای سطح سلامت معنوی این بیماران از سوی کارکنان پزشکی صورت پذیرد. هم چنین پیشنهاد می شود که برنامه های آموزشی گروهی و همین طور برنامه های آموزشی خودمراقبتی معنوی پس از ترخیص، با جدیت بیش تری 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 می تواند مفید باشد. توصیه می شود مطالعاتی در زمینه ارتباط پایبندی دینی با کیفیت زندگی و سایر ابعاد سلامت روان در سطح جامعه که مردم از ویژگی های فرهنگی و اعتقادی مختلف برخوردارند و از سویی باورهای غنی و دیرینه ای دارند انجام گیرد.

References

1. Sarrafzadegan N, Mohammadi N.

Cardiovascular Disease in Iran in the Last

- 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, Lesperance 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.

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, Galieta 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).

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.