

The effect of religious-spiritual care on anxiety post surgery coronary artery bypass graft patients

Tajbakhsh F¹, *Hosseini MA², Sadeghi Ghahroudi M³, Fallahi Khoshkenab M⁴, Rokofian A⁵, Rahgozar M⁶

Abstract

Introduction: Religious-Spiritual care cause Balance between physical, mind and spirituality in order to will gain a complete and comprehensive health. The purpose of this study was to determine the effect of religious-spiritual care on anxiety among post surgery coronary artery bypass graft (CABG) patients.

Methods: This research is a semi-experimental study that was performed in Baghiyatollah hospital of Tehran, Iran on 2013. Sample consisted of 68 participants with coronary artery graft. Participants were selected purposfull and then randomly assigned to: interventional (34) and control group(34). Basic data was collected by Depression Anxiety Stress Scale(DASS-21). Interventional group was received religious-spiritual care based on sterategy of the religious-spiritual Bergin Richards (2005) for 45 to 60 minutes during the fifth session and control group received routine care. Mean anxiety score before and after the intervention was measured. Analysis of data was computerized adopting SPSS 20 package software.

Results: Finding of this study indicated any significant difference between mean Anxiety ($P= 0/098$) score before intervention between interventional and control groups. While after the intervention, significant difference was observed between mean anxiety ($p= 0/000$) score the interventional and control groups. Anxiety in the interventional group was significantly reduced.

Conclusion: The results showed that applying religious-spiritual care, significantly decrease anxiety and depression in the interventional group. It suggested that nurses can use religious-spiritual care as a safe method in the coronary artery bypass graft surgery care.

Keywords: Anxiety, religious-spiritual care, coronary artery bypass graft.

Received: 11 June 2014

Accepted: 20 July 2014

1- MSc student in nursing, Atherosclerosis Research Center, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

2- Associate Professor, Rehabilitation Administration Department, University of Social Welfare and Rehabilitation Science, Tehran, Iran. (**Corresponding author**)

E-mail: mahmaimy2020@gmail.com

3- PhD in Cardiology, Department of Cardiovascular Medicine, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

4- Associate Professor, Department of Nursing, University of Social Welfare and Rehabilitation Science, Tehran, Iran.

5- University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

6- Assistant Professor, Department of Biostatistics, University of Social Welfare and Rehabilitation Science, Tehran, Iran.

تأثیر مراقبت معنوی- مذهبی بر اضطراب بیماران پس از عمل جراحی بای پس عروق کرونر قلب

فرشته تاج‌بخش^۱، *محمدعلی حسینی^۲، محسن صادقی قهرودی^۳، مسعود فلاحی خشک‌ناب^۴، اصغر رکوفیان^۵، مهدی رهگذر^۶

چکیده

مقدمه: مراقبت معنوی مذهبی در کنار سایر مداخلات پرستاری سبب تعادل میان جسم، روان و معنویت در جهت کسب سلامتی کامل و همه‌جانبه خواهد شد. این پژوهش با هدف تعیین تأثیر مراقبت معنوی-مذهبی بر اضطراب بیماران پس از عمل جراحی بای پس عروق کرونر قلب در مرکز توانبخشی بیمارستان بقیه‌الله الاعظم تهران در سال ۱۳۹۲ انجام شد.

روش: این پژوهش یک مطالعه نیمه تجربی است که بر روی ۶۸ مددجوی پس از عمل جراحی بای پس عروق کرونر انجام شد. نمونه‌ها به صورت در دسترس انتخاب و به صورت تخصیص تصادفی در دو گروه مداخله (۳۴) و شاهد (۳۴) قرار داده شدند. ابزارهای جمع‌آوری داده‌ها شامل پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه افسردگی، اضطراب، استرس (DASS-21) بود. مداخله شامل برگزاری جلسات گروهی مراقبت معنوی مذهبی برای گروه مداخله طی ۵ جلسه ۴۵ تا ۶۰ دقیقه‌ای بر اساس استراتژی‌های معنوی-مذهبی Richards and Bergin بود. اضطراب در دو مرحله قبل و بعد از مداخله اندازه‌گیری شد و از طریق نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ و با استفاده از روش‌های آماری کای اسکور، کلموگراف اسمیرنوف، تی زوجی و تی مستقل مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: در تجزیه و تحلیل داده‌ها، تفاوت معنی‌داری بین میانگین نمره اضطراب قبل از انجام مداخله در دو گروه مداخله و شاهد مشاهده نشد ($P=0/098$). درحالی‌که بعد از انجام مداخله، بین دو گروه مداخله و شاهد تفاوت معنی‌داری از نظر میانگین نمره اضطراب ($P=0/000$) وجود داشت و اضطراب بیماران در گروه مداخله به‌طور چشمگیری کاهش یافته بود.

نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش نشان داد به کارگیری مراقبت معنوی-مذهبی می‌تواند، میزان اضطراب پس از عمل جراحی بای پس عروق کرونر قلب را کاهش دهد. با توجه به نتایج حاصله، توصیه می‌شود پرستاران از این روش مراقبتی به‌عنوان روشی بی‌خطر و ایمن در امر مراقبت از بیماران استفاده نمایند.

کلیدواژه‌ها: اضطراب، مراقبت معنوی-مذهبی، عمل جراحی بای پس عروق کرونر.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۳/۲۱

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۴/۲۹

۱- دانشجوی کارشناس ارشد پرستاری، عضو مرکز تحقیقات آترواسکلروز بیمارستان بقیه‌الله (عج)، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله (عج)، تهران، ایران.

۲- دانشیار، گروه مدیریت توانبخشی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

پست الکترونیکی: mahmaimy2020@gmail.com

۳- دکترای تخصصی قلب و عروق، بیمارستان بقیه‌الله (عج)، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله (عج)، تهران، ایران.

۴- دانشیار، گروه پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.

۵- مسئول نهاد مقام معظم رهبری در دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.

۶- دانشیار، گروه آمار زیستی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.

مقدمه

مطالعات نشان می‌دهند تا سال ۲۰۲۰ میلادی اولین علت ناتوانی در افراد، بیماری‌های قلبی-عروقی می‌باشند (۱). یکی از علل کاهش مرگ و میر ناشی از بیماری‌های عروق کرونر استفاده از تکنیک جراحی قلب باز است (۲). جراحی قلب، به‌عنوان یک حادثه مهم در زندگی افراد می‌تواند باعث اختلال در عملکرد جسمانی و روانی فرد شود. اضطراب به‌عنوان یکی از شایع‌ترین پاسخ‌های روان‌شناختی بیماران به حوادث قلبی-عروقی می‌باشد (۳). در مطالعات مختلف در خارج کشور میزان اضطراب پس از عمل جراحی عروق کرونر ۲۴/۷ درصد و ۴۰ درصد تخمین زده شد (۴،۵). در ایران نزدیک به ۶۵ درصد بیماران قلبی آشفته‌گی‌های هیجانی از قبیل اضطراب و افسردگی را پس از جراحی و مداخلات پزشکی تجربه می‌کنند (۶).

اضطراب به‌عنوان یک عامل مزاحم در روند درمانی شناخته شده است (۷)، بیماری که تحت عمل جراحی قلب باز قرار می‌گیرد به دلایل مختلف از جمله دردهای شدید قفسه سینه، خستگی، ترس از مرگ و معلولیت و نیز ادامه علائم بیماری با وجود درمان جراحی دچار اضطراب می‌شود (۸). اضطراب موجب افزایش دردهای پس از عمل، افزایش نیاز به مسکن‌ها، موجب تأخیر در بهبودی پس از عمل، کند شدن تنفس و بروز عوارض ریوی، کاهش فعالیت پس از عمل و افزایش ترومبوز و اختلال عملکرد روده‌ای، افزایش خطر عفونت و کاهش پاسخ سیستم ایمنی می‌شود (۹). امروزه اگرچه برای چنین پیامدهایی در بیماران قلبی از روش‌های دارویی بهره گرفته می‌شود، اما این روش‌ها می‌تواند با بروز برخی عوارض جانبی همراه باشد (۱۰). در زمینه پزشکی مطالعات نشان داده‌اند که اعتقادات معنوی به شکل ویژه‌ای عادات و رفتارهای بهداشتی را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱۱). بنابراین، پرستاران باید به بررسی نیازهای معنوی به‌عنوان بخشی از مراقبت جامعه‌محور توجه کنند (۱۲). مداخله معنوی در کنار دیگر مداخلات پرستاری سبب تعادل میان جسم، روان و

معنویت در جهت کسب سلامتی کامل و همه‌جانبه خواهد شد (۱۳). توجه به جنبه‌های روانی، اجتماعی و معنوی مراقبت، به‌خصوص برقراری ارتباط صحیح با بیماران، بیش از توجه به جنبه‌های فنی مراقبت موجب رضایت بیماران خواهد شد (۱۴). نتایج مطالعه Ai و همکاران (۲۰۰۷) بر روی ۳۰۹ بیمار قلبی در مرکز پزشکی دانشگاه میشیگان نشان داد افرادی که از مقابله‌های مذهبی در زندگی روزانه خود استفاده می‌کنند افسردگی و اضطراب کمتری دارند و سریع‌تر به بهبودی دست می‌یابند (۱۵). نتیجه مطالعه حسینی و همکاران در سال ۱۳۹۰ نشان داد که الگوی مراقبت معنوی-مذهبی ریچاردز و برگین (با تمرکز بر آیین اسلام) بر کاهش اضطراب بیماران قبل از عمل جراحی قلب باز مؤثر می‌باشد (۱۶). مطالعه دیگر توسط Blotcher و همکاران به‌منظور بررسی ارتباط دیسترس روانی با سلامت معنوی در ۴۶ بیمار قلبی نشان‌دهنده ارتباط معکوس بین نمره سلامت معنوی، اضطراب و افسردگی بیمارستانی می‌باشد (۱۷). نتایج Lunstad و همکاران در سال ۲۰۱۰ نشان داد که سطوح بالاتر سلامت معنوی به‌طور چشمگیری با تغییر کمتر فشارخون سیستولیک، دیاستولیک، قند خون ناشتا، پروتئین واکنش‌گر سی و حداقل تری گلیسیریدهای کمتر و سطوح دی گلیسیریدهای خیلی کوچک در ارتباط می‌باشد، در واقع سلامت معنوی به‌عنوان یک عامل حمایت‌کننده برای قلب می‌باشد (۱۸). اهمیت معنویت به‌عنوان یکی از اجزای سلامت روانی، در میان متخصصان مربوطه، رو به افزایش است (۱۹). از آنجایی که بیماری قلبی بر جسم و روان تأثیرگذار هستند و اضطراب بیماران بر نتایج و روند بهبودی و عوارض بعد از عمل تأثیرگذار است، پرستاران می‌توانند با استفاده از رویکرد کل‌نگر با تأکید بر بعد معنوی مراقبت، به‌عنوان یک روش ایمن و بی‌خطر به بیماران در دست‌یابی به ارتقاء سطح سلامت روان کمک نمایند. لذا این پژوهش باهدف تعیین تأثیر مراقبت معنوی-مذهبی بر اضطراب پس از عمل جراحی بای پس عروق کرونر قلب انجام شد.

روش مطالعه

این پژوهش یک مطالعه نیمه تجربی است که در دو گروه مداخله و شاهد از مهر تا بهمن سال ۱۳۹۲ در مرکز توانبخشی بیمارستان بقیه‌الله الاعظم تهران بر روی ۶۸ مددجوی پس از عمل جراحی بای پس عروق کرونر که حدود ۲۰ الی ۴۰ روز پس از عمل به این مرکز مراجعه داشته‌اند، انجام شد. جامعه پژوهش در این مطالعه کلیه بیماران پس از عمل جراحی پیوند عروق کرونر می‌باشند که در نیمه دوم سال ۱۳۹۲ به بیمارستان بقیه‌الله الاعظم تهران مراجعه داشته‌اند. در این پژوهش داده‌ها در دو مرحله قبل و بعد از مداخله گردآوری شده است.

با انتخاب سطح اطمینان ۹۵ درصد یعنی Z برابر ۱/۹۶ و توان آزمون $(1-\beta)$ برابر ۰/۹۰ و اختلاف میانگین ۶/۵ و واریانس اضطراب برابر ۱۱/۷ تعداد ۶۸ نمونه از بیماران جامعه هدف با عنایت به معیارهای ورود و خروج، از بین کلیه بیماران جامعه پژوهش که حاضر به همکاری با پژوهشگر بودند انتخاب شدند. نمونه‌ها به صورت در دسترس انتخاب و سپس از طریق تخصیص تصادفی در هر گروه مداخله ۳۴ و شاهد ۳۴ نفر قرار گرفت. معیارهای ورود به مطالعه شامل بیمارانی که پس از عمل جراحی پیوند عروق کرونر به مرکز توانبخشی بیمارستان بقیه‌الله الاعظم تهران مراجعه نموده‌اند، توانایی برقراری ارتباط مناسب با پژوهشگر در طی مصاحبه اولیه را داشته، تمایل به شرکت در پژوهش داشته و قادر به تحمل جلسات بوده، آمادگی جسمی و روانی لازم جهت پاسخگویی به سؤالات را داشته، حداقل سواد خواندن و نوشتن را دارا بوده، قادر به تکلم به زبان فارسی بوده، مسلمان و دارای مذهب شیعه بوده‌اند. معیارهای خروج از مطالعه نیز شامل غیبت مکرر از جلسات یا منصرف شدن مددجو از شرکت در برنامه‌های مراقبت معنوی-مذهبی، عدم تمایل به ادامه همکاری پس از شروع فرآیند پژوهش، عدم ابتلاء به اختلالات روانی از قبیل افسردگی، اضطراب پس از ورود به پژوهش.

در این پژوهش اطلاعات از طریق دو پرسشنامه دموگرافیک و مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21) گردآوری شد. پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک شامل ۱۱ سؤال جنس، سن، وضعیت تأهل، وضعیت اشتغال، میزان تحصیلات، سابقه بستری، سابقه بیماری روانی، سابقه عمل جراحی، سابقه آموزش قبلی درباره این نوع مراقبت، آشنایی با روش‌های کاهش اضطراب بوده است. مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس دارای ۲۱ سؤال در زمینه افسردگی (۷ سؤال)، اضطراب (۷ سؤال) و استرس (۷ سؤال) می‌باشد و حداقل نمره صفر و حداکثر نمره ۲۱ برای هر حالت می‌باشد. این پرسشنامه به صورت لیکرتی طراحی شده و دارای گزینه‌های اصلاً، کم، متوسط و زیاد می‌باشد، کمترین نمره مربوط به هر سؤال صفر و بیشترین نمره سه می‌باشد. در این مقیاس سؤالات ۲، ۴، ۷، ۹، ۱۵، ۱۹ و ۲۰ به سنجش اضطراب می‌پردازد. Crawford & Henry در نمونه‌ای ۱۷۷۱ نفری از جمعیت عمومی کشور انگلستان دی. آ. اس. را با دو ابزار دیگر مربوط به اندازه‌گیری افسردگی و اضطراب و یک ابزار مربوط به عاطفه مثبت و منفی مقایسه کردند به این نتیجه رسیدند که بهترین حالت برای دی. آ. اس. زمانی است که هر سه عامل در آن در نظر گرفته شود. پایایی آن از طریق محاسبه ضریب آلفای کرونباخ برای افسردگی ۰/۹۵، اضطراب ۰/۹۰، استرس ۰/۹۳ و برای نمرات کل ۰/۹۷ گزارش شده است (۲۰). مطالعات مختلفی نیز در داخل کشور انجام گرفته که اعتبار این ابزار را به اثبات رسانیده است. در مطالعه غفاری ضریب آلفای کرونباخ در حیطه اضطراب با ۰/۷۱، استرس با ۰/۷۴، افسردگی با ۰/۹۷ و در نهایت پایایی کل ابزار با ۰/۹۱ مورد تأیید قرار گرفته است (۲۱). در مطالعه مرادی پناه اعتبار این ابزار با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ در افسردگی ۰/۹۴، اضطراب ۰/۹۲، استرس ۰/۸۲ گزارش گردیده است (۲۲). همچنین در مطالعه عاقبتی و همکاران پایایی این ابزار به روش اعتبار درونی با آزمون آماری آلفا کرونباخ ۰/۹۰ برآورد شد (۲۳). پس از کسب اجازه از مسئولین دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی و بیمارستان

جلسات گروهی مراقبت‌های معنوی- مذهبی بر اساس الگوی Richards and Bergin (۲۴) با تمرکز بر آیین دین اسلام و پس از تأیید بسته آموزشی توسط کارشناسان مذهبی، در ۵ جلسه هفته‌ای دو بار به مدت زمان ۴۵ الی ۶۰ دقیقه برگزار شد.

بقیهٔ ا. تهران به افراد شرکت کننده در پژوهش مراجعه و پس از توضیح اهداف پژوهشی و کسب رضایت جهت مشارکت، ابتدا اضطراب آن‌ها به وسیله پرسشنامه اندازه‌گیری شد و افراد گروه مداخله در سه گروه ۸ نفره و یک گروه ۱۰ نفره قرار گرفتند. مداخله بر اساس کدهای ۲۶ گانه اخلاقی تنظیم شده است. سپس

استراتژی‌های معنوی- مذهبی در الگوی Richards and Bergin	
۱- قرائت آیاتی از قرآن کریم	تشویق اعضا به قرائت آیاتی از قرآن و بیان ترجمه آن، مثلاً آیه ۲۸ سوره رعد «الَّذِينَ آمَنُوا وَ تَطْمَئِنُّ قُلُوبُهُمْ بِذِكْرِ اللَّهِ أَلَا بِهِ ذِكْرُ اللَّهِ تَطْمَئِنُّ الْقُلُوبُ»: «آن‌ها کسانی هستند که ایمان آورده‌اند و دل‌هایشان به یاد خدا مطمئن (و آرام) است؛ آگاه باشید، تنها با یاد خدا دل‌ها آرامش می‌یابد، آیه ۴ سوره فتح: هُوَ الَّذِي أَنْزَلَ السَّكِينَةَ فِي قُلُوبِ الْمُؤْمِنِينَ لِيَزْدَادُوا إِيمَانًا مَعَ إِيمَانِهِمْ وَ لِلَّهِ جُنُودُ السَّمَاوَاتِ وَ الْأَرْضِ وَ كَانَ اللَّهُ عَلِيمًا حَكِيمًا؛ او کسی است که آرامش را در دل‌های مؤمنان نازل کرد تا ایمانی بر ایمانشان بیفزایند لشکریان آسمان‌ها و زمین از آن خداست و خداوند دانا و حکیم است.
۲- خواندن دعا و بحث در مورد اثرات روانی خواندن دعا	تشویق اعضا به خواندن گروهی دعای مجبر و دعاهای موجود در کتاب مفاتیح‌الجنان همراه با بیان ترجمه) و تشویق اعضا به خواندن نماز، آرام بخش بودن نماز اشاره به نتیجه‌گیری از جمع دو آیه ذیل می‌باشد: «اقم الصلاة لذكركي» و «ألا بذكرالله تطمئن القلوب» است. در آیه اول اقامه نماز وسیله ایجاد ذکر و یاد خداوند عنوان شده است و در آیه دوم یاد خدا وسیله آرامش دل‌ها معرفی شده در نتیجه نماز وسیله آرامش قلوب خواهد بود.
۳- بیان سرگذشت الگوهای دینی	قرآن کریم با ارائه الگوهای عملی همچون حضرت ابراهیم (ع)، حضرت یعقوب (ع)، حضرت یوسف (ع) و پیامبر اسلام (ص) و برخی دیگر از انبیاء از مؤمنان می‌خواهد از آنان پیروی کرده و در برابر مصائب و مشکلات به آنان اقتدا نمایند (۲۵)
۴- شرکت در برنامه های معنوی- مذهبی	روابط و پیوندهای اجتماعی حاصل از فعالیت‌های دینی موجب شاهد و کاهش افسردگی و اضطراب می‌شود و از تهایی و انزوای انسان جلوگیری می‌کند. برنامه های مرتبط با ایام مقدس از جمله ماه مبارک رمضان، حج، شرکت در نماز جمعه، زیارت مکان‌های مقدس، مشارکت در فعالیت‌های سازمان‌های خیریه ای و حمایتی، حامی پیوندها و روابط بهتر اجتماعی میان مردم و دین‌داران می‌باشد (۲۶). حضور مکرر در محافل دینی مانند کلیسا و مسجد و ... منجر به بهزیستی و رضایت درونی بیش‌تر از زندگی و کاهش اختلالات روانی می‌شود (۲۷)
۵- توبه و طلب بخشش	بعضی افراد تصور می‌کنند که بیماری شان ناشی رفتارهای غیراخلاقی گذشته می‌باشد که به همین دلیل از سوی خداوند سباحت تنبیه شده‌اند. این افراد معتقدند که دعا، نذر، توبه و صدقه، مقاومت و تحمل انسان را در برابر بیماری و مشکلات ناشی از آن افزایش می‌دهد (۲۸)
۶- آموزش و تحلیل معنوی ارزش‌های اخلاقی.	

پس از اتمام کلیه جلسات مجدداً پرسشنامه های فوق به افراد گروه مداخله و شاهد ارائه و نتایج جمع آوری شد. لازم به توضیح است جهت گروه شاهد از روش‌های روتین (مراقبت‌های درمانی و پرستاری معمول پس از عمل جراحی جهت کلیه بیماران) و در گروه مداخله علاوه بر روش‌های روتین از روش مراقبت معنوی- مذهبی نیز استفاده شد. جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات از نرم افزار SPSS نسخه ۲۰ که برای بررسی همسانی گروه‌ها از نظر متغیرهای دموگرافیک از آزمون کای اسکوتر استفاده شد و جهت مقایسه میانگین‌ها و یافتن تأثیر الگوی مراقبت معنوی- مذهبی Richards and Bergin بر اضطراب بیماران پس از عمل جراحی بای پس عروق کرونر، از آزمون‌های کلموگراف اسمیرنوف، تی مستقل و تی زوجی استفاده شد.

مراقبت‌های معنوی انجام شده در طول جلسات
۱- ایجاد اعتماد، همدلی و صداقت بین پرستار و مددجو جهت برقراری یک ارتباط مناسب در طول جلسات
۲- گوش دادن با توجه و دقت به مشکلات جسمی، روانی، نگرانی و دلهره‌های بیماران
۳- حمایت‌های روحی روانی لازمه از بیماران
۴- قویت امید و قوای درونی افراد
۵- استفاده از جملات انرژی مثبت و تقویت تفکرات سالم و سازنده
۶- کمک به مددجو در پیدا کردن معنا و مفهوم حاصل از بیماری و اینکه هیچ‌یک از حوادث زندگی خارج از تقدیر الهی نیست. کسی که به حاکمیت تقدیر خداوند بر کل جهان معتقد است نظام جهان را حکیمانه می‌داند و او را از احساس بدبینی، پوچی و یاس نجات می‌دهد
۷- فراهم آوردن امکانات لازم جهت انجام اعمال مذهبی
۸- تشویق بیمار به خواندن دعا، ذکر، نماز و قرآن
۹- فشردن و لمس کردن دست بیماران به منظور حمایت‌های روحی لازمه از آن‌ها
۱۰- تشویق بیمار به بیان عقاید دینی مذهبی خود
۱۱- تشویق بیماران جهت مراجعه به روحانیون مذهبی
۱۲- تشویق بیماران جهت ارجاع به افرادی که احساس آرامش در کنارشان می‌توانند داشته باشند

۱۳- تشویق بیماران به استفاده از فضاهای تفریحی و دیدنی و انجام فعالیت‌های ورزشی سبک طبق نظر پزشک معالجشان
۱۴- اطمینان دادن به بیمار که پرستار همواره جهت حمایت‌های روحی و روانی از وی در دسترس مددجویان می‌باشد
۱۵- توبه و طلب بخشش از گناهان گذشته و کنار گذاشتن خشم نسبت به فرد خاطی و گناهکار
۱۶- تشویق مددجو به لذت بردن از موسیقی، خواندن آواز، تئاتر، سینما و هنر و ...
۱۷- تشویق مددجو به برقراری یک ارتباط دوستانه با دیگران
۱۸- تشویق مددجو به خنده و انجام سرگرمی‌های موردعلاقه خود
۱۹- تشویق به شرکت در خدمات و فعالیت‌های مذهبی و تجمعات اجتماعی

جهت رعایت ملاحظات اخلاقی، بسته تهیه شده بروی یک CD آموزش منتقل و بعد از انجام مداخله در یک جلسه آموزشی به گروه کنترل ارائه شد.

یافته‌ها

یافته‌های پژوهش نشان داد که قبل از مداخله دو گروه از لحاظ متغیرهای دموگرافیک جنس، سن، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، شغل، سابقه بستری، سابقه عمل جراحی و آشنایی با روش‌های کاهش اضطراب و افسردگی همسان هستند و تفاوت معنی‌داری باهم ندارند ($p>0/05$) (جدول ۱).

جدول شماره ۱: متغیرهای دموگرافیک و ارتباط آن‌ها با اضطراب پس از عمل جراحی قلب باز.

متغیرهای دموگرافیک	میزان درصد	اضطراب بعد از عمل جراحی قلب		آزمون آماری و P	
		گروه مداخله	گروه شاهد	گروه مداخله	گروه شاهد
جنس	مرد	۶۷/۶	۷۰/۶	F=0/۳۹۳ P=0/۵۳۵	F=۱/۴۸۰ P=0/۲۳۳
	زن	۳۲/۴	۲۹/۴		
سن	۳۵-۴۵ سال	۲۳/۵	۱۴/۷	F=۳/۰۲۸ P=0/۰۴۵	F=0/۲۴۶ P=0/۸۶۳
	۴۵-۵۵ سال	۱۷/۶	۱۷/۶		
	۵۵-۶۵ سال	۲۰/۶	۳۸/۲		
	۶۵-۷۵ سال	۳۸/۲	۲۹/۴		
وضعیت تأهل	متأهل	۷۳/۵	۸۵/۳	F=0/۶۶۸ P=0/۵۲۰	F=۲/۴۱۵ P=0/۱۳۰
	همسر مرده	۱۱/۸	۱۴/۷		
میزان تحصیلات	مطلقه	۱۴/۷	۰/۰	F=0/۷۶۴ P=0/۴۷۴	F=۱/۷۲۱ P=0/۱۹۵
	راهنمایی	۲۹/۴	۱۴/۷		
	دبیرستان	۳۵/۳	۳۵/۳		
	دانشگاهی	۳۵/۳	۵۰/۰		
وضعیت اشتغال	کارمند	۳۲/۴	۳۲/۴	F=۱/۰۸۳ P=0/۳۷۱	F=۱/۴۴۴ P=0/۲۴۵
	آزاد	۸/۸	۲۳/۵		
	بازنشسته	۳۲/۴	۲۳/۵		
	بیکار	۰/۰	۰/۰		
سابقه بستری	خانه‌دار	۲۶/۵	۱۱/۸	F=۱/۹۱۳ P=0/۱۷۶	F=۴/۵۷۸ P=0/۰۴۰
	بله	۵۵/۹	۶۱/۸		
	خیر	۴۴/۱	۳۸/۲		
	بله	۳۸/۲	۳۲/۴		
سابقه عمل جراحی	خیر	۶۱/۸	۶۷/۶	F=0/۰۳۵ P=0/۸۵۳	F=۱/۲۵۵ P=0/۲۷۱
	بله	۵۲/۹	۶۱/۸		
	خیر	۴۷/۱	۳۸/۲		
	بله				
آشنایی با روش‌های کاهش اضطراب	خیر	۴۷/۱	۳۸/۲	F=0/۵۳۵ P=0/۴۷۰	F=0/۲۷۹ P=0/۶۰۱
	بله				

جدول شماره ۲، میانگین اضطراب در دو گروه مداخله و شاهد را قبل و بعد از مداخله تعیین کرده و با استفاده از آزمون کولموگراف اسمیرنوف نرمال بودن متغیرها مورد بررسی قرار گرفته و با توجه به مقدار احتمال‌های به‌دست‌آمده این متغیرها دارای توزیع نرمال بودند.

جدول شماره ۲: میانگین اضطراب در دو گروه مداخله و شاهد را قبل و بعد از مداخله

اضطراب قبل و بعد از مداخله		گروه شاهد		گروه مداخله	
تعداد مشاهدات	قبل از مداخله	بعد از مداخله	قبل از مداخله	بعد از مداخله	تعداد مشاهدات
۳۴	۳۴	۳۴	۳۴	۳۴	۳۴
۴۶۵	۲۵۹	۱۰۳۵	۸۰۶	۲۹۱۲	۲۹۱۲
۳۵۷۵	۱۵۰۰	۲۹۶۳	۰/۴۳۸	۰/۵۳۸	۰/۵۳۸
۰/۲۰۹	۰/۱۰۵	۰/۴۳۸	۰/۵۳۸	۰/۵۳۸	۰/۵۳۸

با توجه به میزان مقدار احتمال به دست آمده به وسیله آزمون تی مستقل گروه مداخله و شاهد از نظر میانگین اضطراب قبل از مداخله باهم اختلاف معنی داری نداشته و همسان هستند ($P > 0/05$)، اما از نظر میانگین اضطراب بعد از انجام مداخله باهم اختلاف معنی داری داشتند و در گروه مداخله بعد از انجام مداخله، اضطراب بیماران کاهش چشمگیری پیدا کرد ($P < 0/001$) (جدول ۳).

جدول ۳: مقایسه میانگین اضطراب بین گروه مداخله و شاهد قبل و بعد از مداخله.

مقایسه میانگین اضطراب	گروه مداخله	گروه شاهد	آماره آزمون t	df	P
اضطراب قبل از مداخله	انحراف معیار $\pm$ میانگین	انحراف معیار $\pm$ میانگین	۷۱۶۵- ۴۶۵ $\pm$ ۳۵۷۵	۶۶	۰/۰۹۸
اضطراب بعد از مداخله	۸۰۶ $\pm$ ۲۹۲	۲۵۹ $\pm$ ۱۵۰۰	۹۷۳۸- ۲۹۶۳	۶۶	۰/۰۰۰

با توجه به میزان مقدار احتمال به دست آمده میانگین اضطراب به وسیله آزمون تی زوجی در گروه شاهد ($P = 0/000$) و مداخله ($P = 0/001$) قبل و بعد از انجام مداخله باهم اختلاف معنی داری داشتند (جدول ۴).

جدول شماره ۴: مقایسه میانگین اضطراب در گروه شاهد و مداخله قبل و بعد از مداخله.

مقایسه میانگین اضطراب	قبل مداخله	بعد مداخله	آماره آزمون t	df	P
اضطراب گروه شاهد	انحراف معیار $\pm$ میانگین	انحراف معیار $\pm$ میانگین	۴۶۵ $\pm$ ۳۵۷۵	۳۳	۰/۰۰۰
اضطراب گروه مداخله	۱۰۳۵ $\pm$ ۲۹۶۳	۸۰۶ $\pm$ ۲۹۱۲	۳۶۹۳	۳۳	۰/۰۰۱

پس از اجرای مراقبت‌های معنوی مذهبی وجود دارد. در این مطالعه میانگین افسردگی ($P = 0/000$) و استرس ($P = 0/000$) در گروه مداخله پس از اجرای مراقبت‌های معنوی مذهبی کاهش چشمگیری داشته است.

بحث

مطالعه حاضر به تعیین تأثیر مراقبت معنوی-مذهبی بر اضطراب پس از عمل جراحی بای پس عروق کرونر قلب پرداخته است. نتایج پژوهش نشان دهنده کاهش اضطراب پس از مداخلات می‌باشد. میانگین اضطراب بین گروه مداخله و شاهد بعد از مداخله اختلاف معنی داری داشت ($P = 0/000$).

در هماهنگی با یافته‌های این پژوهش مطالعه Wilkins در سال ۲۰۰۵ نشان داد که ارتباط چشمگیری بین حمایت مذهبی و

با توجه به معنی داری سطح اضطراب در گروه شاهد قبل و بعد از مداخله حدس محقق بر آن است که چون سنجش لازم از لحاظ نوع روش‌های مورد استفاده در کاهش اضطراب صورت نگرفته است در نتیجه با استفاده از آزمون کواریانس این متغیر زمینه ای را به عنوان متغیر مخدوش کننده و گروه شاهد-مداخله بعنوان متغیر مورد بررسی ارزیابی شد. در آزمون آنالیز کواریانس سطح معنی داری برای متغیر مخدوش کننده آشنایی با روش‌های کاهش اضطراب ۰/۰۰۱ گزارش شده است به این معنا که نمی‌توان نقش این متغیر را در ابتدای آزمون در نتایج نهایی نادیده گرفت اما با توجه به اینکه سطح معنی داری برای گروه‌ها در این آزمون نیز صفر گزارش شده است ($P < 0/05$)، لذا می‌توان نتیجه گرفت که پس از شاهد متغیر زمینه ای اولیه‌ی دیگری در دو گروه شاهد و مداخله به عنوان متغیر مخدوش کننده اختلاف معنی داری

اضطراب و افسردگی می‌باشد و دین‌داری سازمان‌دهی شده با فشارخون سیستمیک در ارتباط می‌باشد (۲۹). مطالعه Ai و همکاران در سال ۲۰۰۹ حاکی از این بود که حدود ۶۸ درصد بیماران پس از عمل برای سازگاری بهتر با سلامت روانی عاطفی از مراقبت‌های معنوی از جمله دعا استفاده می‌نمودند (۳۰). نتیجه پژوهش Groebner که به‌منظور نقش معنویت و آموزش معنوی در بهبودی زنان ۴۰ سال به بالا پس از عمل قلب باز انجام گرفته شد نشان داد که معنویت در روند فرآیند بهبودی پس از عمل می‌تواند مؤثر باشد (۳۱). لیکن در پژوهش Delaney و همکاران نشان داد بیماران قلبی که در یک ماه مداخله معنوی شرکت کردند افزایش میانگین چشمگیری در نمره کلی کیفیت زندگی داشتند اما تغییرات چشمگیری در نمره اضطراب و افسردگی دیده نشد که با نتیجه مطالعه حاضر هم‌خوانی نداشت (۳۲). مطالعه‌ای توسط Akhbardeh در سال ۲۰۰۹ نشان داد که اعتقادات معنوی نقش مهمی بر شیوه‌های سازگاری با بیماری، سبک زندگی بیماران و افزایش پیروی از رژیم‌درمانی از طریق احساس هدفمندی در زندگی دارد. در واقع فعالیت‌های مذهبی به‌عنوان یک عامل آرامش‌بخش در کاهش اضطراب و افسردگی می‌باشد (۳۳). نتایج مطالعه مؤمنی و همکاران در سال ۱۳۸۹ در میان ۶۴ بیمار ایسکمیک قلبی نشان داد که برنامه مراقبت معنوی، اضطراب این بیماران را کاهش می‌دهد و پرستاران می‌توانند جهت کاهش اضطراب بیماران از برنامه مراقبت معنوی استفاده نمایند (۳۴).

نتیجه‌گیری نهایی

بر طبق نتایج حاصل از این مطالعه می‌توان بیان کرد که استفاده از مراقبت معنوی مذهبی می‌تواند به‌عنوان یک مداخله مؤثر پرستاری باعث کاهش اضطراب بعد از عمل بیماران جراحی

منابع

- 1- Hasanpour DA, Delaram M, Forouzandeh N, Ganji F, Asadi noughabi A, Bakhsha F, et al. A survey on quality of life in patients with myocardial infarction, referred to Shahrekord Hagar

بای پس عروق کرونر شود و با توجه به ساده و کم‌هزینه بودن این روش، شاید بتوان به‌عنوان مکمل مناسبی برای دارودرمانی و مداخلات بعد از عمل در این بیماران مورد استفاده قرار بگیرد. توصیه می‌شود مدیران پرستاری با توجه به اهمیت معنویت در جامعه ما و نقش پرستاران در ارائه مراقبت‌های معنوی از این روش مراقبتی به‌عنوان روشی بی‌خطر و ایمن در امر مراقبت از بیماران مورد توجه قرار دهند و آموزش‌های لازم در مورد این نوع مراقبت به کارکنان در سازمان‌های بهداشتی داده شود و با گنجاندن آموزش مفاهیم مربوط به معنویت در برنامه درسی دانشجویان در سه حیطه شناختی، نگرشی، مهارتی و عملی اقدام نمود. از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به اضطراب ناشی از حضور در جلسات و ابهام از پژوهش که ممکن است بر نتایج پژوهش تأثیرگذار باشد که کنترل آن از عهده پژوهشگر خارج است و ارائه پاسخ نامناسب به سؤالات به هر دلیل اشاره نمود. لذا با توجه به نتایج پژوهش و محدودیت‌های آن، انجام پژوهشی با حجم نمونه بزرگ‌تر و با پیگیری بیش از شش هفته و همچنین انجام مطالعه‌ای در سایر ادیان با توجه به مراقبت‌های معنوی دینی خود آن‌ها پیشنهاد می‌گردد.

تشکر و قدردانی

این مقاله بخشی از پایان‌نامه کارشناسی ارشد پرستاری مصوب دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران می‌باشد. نویسندگان بر خود لازم می‌دانند که از مسئولین محترم دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران و مرکز تحقیقات آترواسکلروز بیمارستان بقیه‌الله الاعظم تهران و از تمامی بیماران قلبی شرکت‌کننده در این پژوهش کمال تشکر و سپاس را اعلام نمایند.

hospital in 2005. Shahrekord university of medical sciences journal. 2007;9(3):78-84. [In Persian].

2- Petry JJ. Surgery and complementary therapies: a review. Alternative therapies in health and medicine. 2000;6(5):64-76.

3- Dehdari T, Heidarnia A, Ramezankhani A, Sadeghian S, Ghofranipour F. Effects of progressive muscular relaxation training on quality of life in anxious patients after coronary artery bypass graft surgery. Medical Science of Islamic Azad University Journal. 2009;17(4):205-211. [In Persian].

4- Krannich J-HA, Weyers P, Lueger S, Herzog M, Bohrer T, Elert O. Presence of depression and anxiety before and after coronary artery bypass graft surgery and their relationship to age. BMC psychiatry. 2007;7(47):1-6.

5- Komorovsky R, Desideri A, Rozbowsky P, Sabbadin D, Celegon L, Gregori D. Quality of life and behavioral compliance in cardiac rehabilitation patients: a longitudinal survey. International journal of nursing studies. 2008;45(7):979-985.

6- Khosofi H, Monirpoor N, Birashk B, Paighambari M. Comparsion personality factors, traumatic stress and social support in coronary heart patients and nonpatient. Contemporary psychology journal. 2008; 2(1): 41-7. [In Persian].

7- Hanifi N, Bahraminezhad N, Mirzaee T, Ahmadi F, Khani M, Taran L. The Effect of Orientation Program on Stress, Anxiety and Depression of Patients Undergoing Coronary Angiography. Iranian Journal of Nursing Research. 2012;7(25):1-8. [In Persian].

8- Basmpoor S. Impact of preoperative education on anxiety of patients undergoing open heart surgery. Payesh. 1383;3(2):139-44. [In Persian].

9- Bailey L. Strategies for decreasing patient anxiety in the perioperative setting. AORN journal. 2010;92(4):445-60.

10- Vahabi YS. The effect methods of music therapy and relaxation at anxiety patients in cardiac intensive care unit. Andishe and raftar Journal. 2003;8(3):75-82. [In Persian].

11- Daaleman TP, Cobb AK, Frey BB. Spirituality and well-being: an exploratory study of the patient perspective. Social Science & Medicine. 2001;53(11):1503-1511.

12- Spahn G. Spirituality in cancer care: How can cancer care teams provide a space for spiritual experiences? European Journal of Integrative Medicine. 2008;1(1):13.

13- Andrew M, Boyle J. Transcultural Concepts in Nursing. 4 ed. London: Lippincott Company; 2003.

14- Naidu A. Factors affecting patient satisfaction and healthcare quality. International Journal of Health Care Quality Assurance. 2009;22(4):366-81.

- 15- Ai AL, Park CL, Huang B, Rodgers W, Tice TN. Psychosocial mediation of religious coping styles: A study of short-term psychological distress following cardiac surgery. *Personality and Social Psychology Bulletin*. 2007;33(6):867-882.
- 16- Hosseini M, Salehi A, Khoshknab MF, Rokofian A, Davidson PM. The Effect of a Preoperative Spiritual/Religious Intervention on Anxiety in Shia Muslim Patients Undergoing Coronary Artery Bypass Graft Surgery A Randomized Controlled Trial. *Journal of Holistic Nursing*. 2013;31(3):164-172. [In Persian].
- 17- Salmoirago-Blotcher E, Crawford S, Tran C, Goldberg R, Rosenthal L, Ockene I. Spiritual Well-Being May Buffer Psychological Distress in Patients With Implantable Cardioverter Defibrillators. *Journal of evidence-based complementary & alternative medicine*. 2012;17(3):148-154.
- 18- Holt-Lunstad J, Steffen PR, Sandberg J, Jensen B. Understanding the connection between spiritual well-being and physical health: an examination of ambulatory blood pressure, inflammation, blood lipids and fasting glucose. *Journal of behavioral medicine*. 2011;34(6):477-488.
- 19- Tsuang MT, Williams WM, Simpson JC, Lyons MJ. Pilot study of spirituality and mental health in twins. *American Journal of Psychiatry*. 2002;159(3):486-488.
- 20- Crawford JR, Henry JD. The Depression Anxiety Stress Scales (DASS): Normative data and latent structure in a large non-clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology*. 2003;42(2):111-131.
- 21- Ghafari S, Ahmadi F, Nabavi M, Memarian R. Effects of applying progressive muscle relaxation technique on depression, anxiety and stress of multiple sclerosis patients in Iran National MS Society. *Pejouhesh*. 2008;32(1):45-53. [In Persian].
- 22- Moradipanah F, Mohammadi E, Mohammadil A. Effect of music on anxiety, stress, and depression levels in patients undergoing coronary angiography. *Eastern Mediterranean Health Journal*. 2009;15(3):639-647. [In Persian].
- 23- Aghebati N, Mohammadi E, Esmaeil ZP. The effect of relaxation on anxiety and stress of patients with cancer during hospitalization. *Iran Journal of Nursing*. 2010;23(65):15-22. [In Persian].
- 24- Richards PS, Bergin AE. A spiritual strategy for counseling and psychotherapy: American Psychological Association; 2005.
- 25- The holy quran, Surah anbiyae, Verse 83,85.
- 26- Ghaumi R. Mental health and spirituality. *Mental Health and Prevention of Addiction Magazine*. 1390. [In Persian].

- 27- Hamdiyeh M, Taraghijah S. Effect of cognitive behavioral-spiritual group therapy on depression. Journal of Beheshti university of medical sciences. 1387;13(5):383-9. [In Persian].
- 28- Zand S, Rafiee M. Need to religious care in hospitalized patiens. Teb and Tazkiyeh. 19(4).
- 29- Wilkins VM. Religion, spirituality, and psychological distress in cardiovascular disease: Drexel University; 2005. [In Persian].
- 30- Ai AL, Bolling SF, Peterson C. The use of prayer by coronary artery bypass patients. The International Journal for the Psychology of Religion. 2000;10(4):205-220.
- 31- Groebner JB. Exploring the role of spirituality and spiritual learning in the recovery of female coronary bypass patients: Northern Illinois University. 2013.
- 32- Delaney C, Barrere C, Helming M. The Influence of a Spirituality-Based Intervention on Quality of Life, Depression, and Anxiety in Community-Dwelling Adults With Cardiovascular Disease A Pilot Study. Journal of Holistic Nursing. 2011;29(1):21-32.
- 33- Akhbardeh M. Role of spiritual beliefs and prayer in health promotion of chronic patients: A qualitative study. Quran & Medicine. 1390;1(1):5-9. [In Persian].
- 34- Moeini M, Ghasemi TMG, Yousefi H, Abedi H. The effect of spiritual care on spiritual health of patients with cardiac ischemia. Iranian journal of nursing and midwifery research. 2012;17(3):195. [In Persian].