مجله پژوهش توانبخشی در پرستاری
مقاله پژوهشی
دوره ۲، شماره ۴، تابستان ۹۵

تأثیر مراقبت معنوی– مذهبی بر استرس بیماران پس از عمل جراحی بای پس عروق کرونر قلب

فرشته تاج بخش [۱]، محمد علی حسینی [۲،*]، مهدی رهگذر [۳]

[۱] کارشناس ارشد پرستاری داخلی جراحی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران
[۲] دانشیار، گروه مدیریت توانبخشی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران
[۳] دانشیار، گروه آمار زیستی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

نویسنده مسئول: محمدعلی حسینی، دانشیار، گروه مدیریت توانبخشی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران. ایمیل: mahmaimy2020@gmail.com

DOI: 10.21859/ijrn-02048

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۳/۰۹/۰۱
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۴/۱۰/۲۷

واژگان کلیدی:
استرس
مراقبت معنوی-مذهبی
عمل جراحی بای پس عروق کرونر

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

چکیده

مقدمه: مراقبت معنوی مذهبی به عنوان یک فاکتور بارز بر سلامت جسم و روان در تطابق بیماران با بیماری‌شان و افزایش کیفیت زندگی آن‌ها مؤثر می‌باشد. این پژوهش با هدف بررسی تأثیر مراقبت معنوی-مذهبی بر استرس بیماران پس از عمل جراحی بای‌پس عروق کرونر قلب در مرکز توانبخشی بیمارستان بقیه الله الاعظم (عج) تهران در سال ۱۳۹۲ انجام شد.

روش‌کار: این پژوهش یک مطالعه نیمه تجربی است که بر روی ۶۸ مددجوی پس از عمل جراحی بای‌پس 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. مداخله به صورت بسته آموزشی مبتنی بر مراقبت های معنوی- مذهبی بر اساس الگوی Richards and Bergin در گروه مداخله انجام پذیرفت. ابزارهای جمع‌آوری داده‌ها شامل پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه افسردگی، اضطراب، استرس (DASS-21) بود. استرس در دو مرحله قبل و بعد از مداخله اندازه‌گیری شد و از طریق نسخه ۲۰ نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: میانگین نمره استرس در گروه مداخله و شاهد قبل از مداخله با یکدیگر تفاوت معنی داری نداشتند، در حالی که بعد از مداخله تفاوت معنی داری مشاهده شد ($P < ۰/۰۰۱$) همچنین یافته‌ها نشان داد که اختلاف معنی‌داری بین میانگین نمره استرس قبل و بعد از انجام مداخله در آزمودنی‌های گروه شاهد ($P = ۰/۰۱۴$) و مداخله ($P < ۰/۰۰۱$) وجود داشت به طوری که در گروه مداخله استرس بیماران پس از انجام مراقبت‌های معنوی و مذهبی کاهش داشته و این در حالی بود که در گروه شاهد میانگین نمره استرس افزایش معنی‌داری داشته است.

نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش نشان داد که مراقبت معنوی-مذهبی، تأثیر معنی‌داری در کاهش استرس بیماران دارد. با توجه به نتایج حاصله، توصیه می‌شود پرستاران از این روش مراقبتی به عنوان روشی بی‌خطر و ایمن در امر مراقبت از بیماران استفاده کنند.

مقدمه

بیماری عروق کرونر (Coronary Artery Disease) علت اصلی مرگ و میر و ناتوانی در کشورهای پیشرفته می‌باشد که به وسیله جراحی قلب باز (Coronary Artery Bypass Graft) درمان می‌شود که به صورت مؤثر موجب تسکین دردهای آنژینی و افزایش امید به زندگی می‌شود ولی این در حالی است که بسیاری از بیماران تجربه پیامدهای روانشناختی پس از عمل را دارند [۱-۴]. این عمل جراحی همراه با واکنش‌های روانی از جمله استرس، اضطراب و افسردگی می‌باشد که به عنوان عوامل بر هم زننده در درمان بیماران بر کیفیت زندگی بیماران، بهبودی پس از عمل، بازده‌های عمل جراحی و میزان مرگ پس از عمل تاثیرگذار می‌باشد [۵-۷]. مطالعات نشان می‌دهند که دردهای پس از عمل، دور شدن از منزل و کار، از سر گرفتن فعالیت‌های عادی زندگی، پیشرفت در بهبودی پس از عمل، احتیاج به کمک در انجام فعالیت‌ها، بهبود شرایط قلبی، افزایش فعالیت‌ها، برهم خوردن خواب و خوابیدن در اتاق خواب عجیب و ناآشنا از عوامل استرس زای پس از عمل جراحی قلب می‌باشد [۳]. استرس بیش از حد موجب افزایش ضربان قلب، نیروی انقباضی قلب و فشار خون می‌شود که افزایش نیاز قلب به اکسیژن و مختل شدن خون رسانی به سلول‌های قلبی را در پی خواهد داشت و از طرفی ترشح بیش از حد کورتیزول در پاسخ به استرس موجب افزایش چربی خون، چاقی، افزایش التهاب و افزایش مقاومت به انسولین می‌شود که همه این عوامل خطر حوادث قلبی عروقی را افزایش خواهد داد [۸].

حمایت از بیمار در جنبه‌های مختلف جسمی و روانی از وظایف عمده و مهم پرستاران است [۹]. سازمان بهداشت جهانی سلامتی را شامل چهار بعد سلامتی جسمی، روانی،

[Downloaded from ijrn.ir on 2025-12-13]
[DOI: 10.21859/ijrn-02048]

اجتماعی و معنوی می‌داند که پرستاران بایستی به بیماران در سازگاری با بیماری و پیدا کردن معنا و مفهوم کمک کنند [۱۰]. معنویت و مذهب در روند فرآیند بهبودی پس از عمل جراحی قلب می‌تواند مؤثر باشد [۱۱]. مراقبت معنوی یا مذهبی‌ای که اخلاقی، انسان مدار و حساس به تمامی بخش‌های وجودی بیمار است، بخش ارزشمندی از مراقبت کلی بیمار می‌باشد [۱۲]. نتایج حاصل از مطالعات معنویت درمانی در طول سال‌های ۱۹۸۴ تا ۲۰۰۵ نشان داده است که معنویت درمانی اثرات مفیدی در افراد با مشکلات روانی از قبیل اختلالات خوردن، استرس، اضطراب و افسردگی دارد [۱۳]. نتایج مطالعه Hughes و همکاران نشان داد که مذهب و حمایت اجتماعی به عنوان یک عامل خنثی کننده بر علیه اضطراب در بیماران قلبی به حساب می‌آیند [۱۴]. طبق نظر Koeing هنگام دعا و نیایش ترشح هورمون‌های استرس (کورتیزول، اپی نفرین و نوراپی نفرین) متوقف شده و سیستم دفاعی بدن فرد تقویت می‌گردد که باعث آرام شدن فرد می‌شود [۱۵]. نتایج مطالعات نشان می‌دهد که معنویت درمانی باعث کاهش علایم جسمانی، اضطراب و اختلال خواب شده است [۱۶]. پژوهش‌ها حاکی از آن است که افراد با عقاید معنوی که از اعتقاداتشان در سازگاری با بیماری و استرس‌های زندگی استفاده می‌کنند دارای نگرش‌های مثبت و کیفیت زندگی بهتری می‌باشند [۱۷]. در نتایج یک مطالعه که بر روی بیماران پیوند قلب انجام گرفت نشان داده شد بیمارانی که در فعالیت‌های مذهبی شرکت می‌کنند وضعیت بهتری از لحاظ برنامه‌های پیگیری پس از درمان و عملکرد جسمی، اعتماد به نفس، اضطراب و نگرانی‌های کمتری در مورد سلامتی خود را داشتند [۱۸].

برگشت بیمار به شرایط اولیه و زندگی قبل از بیماری، هدف اصلی تمام درمان‌ها است. استرس بیماران روی نتایج و روند بهبودی و عوارض بعد از عمل تأثیرگذار است لذا توصیه می‌شود در درمان بیماران علاوه بر جنبه‌های جسمی باید به ابعاد روحی و روانی بیماری‌ها نیز توجه نمود. از آنجایی که مطالعه‌ای که به طور همزمان تأثیر مراقبت معنوی-مذهبی را بر اساس الگوی ریچادز و برگین با تمرکز بر آیین دین اسلام بر استرس بیماران پس از عمل جراحی عروق کرونر بررسی کرده باشد مشاهده نشد، بنابراین پژوهشگر بر آن شد که به انجام تحقیقی با عنوان «بررسی تأثیر مراقبت معنوی-مذهبی بر استرس بیماران پس از عمل جراحی عروق کرونر» بپردازد.

روش کار

این پژوهش یک مطالعه نیمه تجربی است که در دو گروه مداخله و شاهد از مهر تا بهمن سال ۱۳۹۲ در مرکز توانبخشی بیمارستان بقیه الله 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 بیمارانی بودند که تحت عمل جراحی پیوند عروق کرونر قرار گرفته بودند. حجم نمونه با توجه به فرمول پایین و مطالعات مشابه [۱۹, ۲۰] محاسبه شد.

$$n = 2\sigma_d^2 (z_{1-\alpha/2} + z_{1-\beta})^2/\delta^2$$

نمونه‌ها به صورت در دسترس انتخاب و به صورت تخصیص تصادفی در دو گروه مداخله (۳۴) و شاهد (۳۴) قرار داده شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل بیمارانی که پس از عمل جراحی پیوند عروق کرونر به مرکز توانبخشی بیمارستان بقیه الله الاعظم (عج) تهران مراجعه نموده‌اند، توانایی برقراری ارتباط مناسب با پژوهشگر در طی مصاحبه اولیه، دارای آمادگی جسمی و روانی لازم جهت پاسخگویی به سؤالات، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن، قادر به تکلم به زبان فارسی، مسلمان و دارای مذهب شیعه، تمایل به شرکت در پژوهش و توانایی و تحمل شرکت در جلسات بود. همچنین معیارهای خروج از مطالعه نیز شامل غیبت مکرر از جلسات یا منصرف شدن مددجو از شرکت در برنامه‌های مراقبت معنوی-مذهبی، ابتلاء به اختلالات روانی از قبیل افسردگی، اضطراب پس از ورود به پژوهش و ابتلا به انواع بیماری‌های حاد در حین انجام مطالعه بود. در این پژوهش اطلاعات از طریق دو پرسشنامه دموگرافیک و مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس (Depression Anxiety Stress Scale-21: 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 استرس، اضطراب و افسردگی 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 ۱، ۶، ۸، ۱۱، ۱۲، ۱۴ و ۱۸ به سنجش استرس می‌پردازد.

مطالعات مختلفی نیز در داخل کشور انجام گرفته که اعتبار این ابزار را به اثبات رسانیده است. در مطالعه غفاری پایایی ابزار با استفاده از آلفای کرونباخ در حیطه اضطراب، استرس، افسردگی و نمره کلی ابزار به ترتیب ۰/۷۱، ۰/۷۴، ۰/۹۷ و ۰/۹۱ مورد تأیید قرار گرفته است [۲۱]. همچنین در مطالعه

[Downloaded from ijrm.ir on 2025-12-13]

[DOI: 10.21859/ijrm-02048]

حنیفی و همکاران پایایی این ابزار تأیید شده است به طوری که ضریب آلفای کرونباخ در حیطه اضطراب، استرس و افسردگی به ترتیب ۰/۹۵ ، ۰/۸۹ و ۰/۹۹ مورد تأیید قرار گرفت [۲۲]. در مطالعه جمشیدی و همکاران که به منظور بررسی میزان استرس، اضطراب و افسردگی بیماران قبل از آنژیوگرافی عروق کرونر پرداختند پایایی کلی این پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۳ به دست آمد [۲۳]. پایایی این مقیاس در مطالعه دیگری با جمعیت ۴۰۰ نفری در حیطه افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۶۶ و ۰/۷۶ گزارش شده است [۲۴]. پژوهشگر پس از کسب اجازه از مسئولین دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی و ارائه آن به بیمارستان بقیه الله الاعظم (عج) تهران ابتدا از طریق نمونه گیری در دسترس و با توجه معیارهای ورود به مطالعه ۶۸ نفر را انتخاب نمود و سپس از طریق تخصیص تصادفی در هر گروه شاهد و مداخله ۳۴ نفر قرار گرفت. پژوهشگر پس از ارائه توضیحات واضح و شفاف در خصوص اهداف مطالعه و روش انجام آن و نیز اطمینان دهی به واحدهای مورد پژوهش در مورد محرمانه ماندن اطلاعات و اخذ رضایت نامه کتبی از آن‌ها، ابتدا استرس آنها به وسیله پرسشنامه اندازه گیری شد و سپس جلسات گروهی مراقبت‌های معنوی- مذهبی بر اساس الگوی Richards and Bergin با تمرکز بر آیین دین اسلام و پس از تائید بسته آموزشی توسط کارشناسان مذهبی، در ۵ جلسه هفته‌ای دو بار به مدت زمان ۴۵ الی ۶۰ دقیقه برگزار شد. استراتژی‌های معنوی-مذهبی در الگوی Richards and Bergin در جدول ۱ خلاصه شده است. این بسته آموزشی مبتنی بر مراقبت‌های معنوی- مذهبی بر اساس الگوی Richards and Bergin می‌باشد که در جدول ۲ ارائه شده است. پس از اتمام کلیه جلسات مجدداً پرسشنامه DASS-21 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 استفاده شد. جهت رعایت ملاحظات اخلاقی، بسته تهیه شده بروی یک CD آموزشی منتقل و بعد از انجام مداخله در یک جلسه آموزشی به گروه کنترل ارائه شد.

جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات از نسخه ۲۰ نرم افزار SPSS که برای بررسی همسانی گروه‌ها از نظر متغیرهای دموگرافیک از آزمون کای اسکوئر استفاده شد و جهت مقایسه میانگین‌ها و یافتن تأثیر الگوی مراقبت معنوی- مذهبی Richards and Bergin بر استرس بیماران پس از عمل جراحی بای پس عروق کرونر، از آزمون‌های کلموگراف اسمیرنوف، تی مستقل و تی زوجی استفاده شد.

جدول ۱: 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 «الَذینَ ءَامَنُواْ وَ تَطْمَئِنُ قُلُوبُهُم بِذِکْرِ اللَّهِ اَلَا بِذِکرِ اللهِ تَطمَئِنُ 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 الَذی اَنزَلَ السَکینَةَ فی قُلُوبِ الْمُؤْمِنینَ لِیزْدَادُواْ ایمَانًا مَعَ ایمَانِهِمْ وَ لِلّهِ جُنُودُ السَمَاوَاتِ وَ الاَرْضِ وَ کَانَ اللهُ عَلیمًا حَکیمًا؛ او کسی است که آرامش را در دل‌های مؤمنان نازل کرد تا ایمانی بر ایمانشان بیافزایند 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 مجیر و دعاهای موجود در کتاب مفاتیح الجنان 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 لذکری» و «الا بذکرالله 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 انبیا از مومنان می‌خواهد از آنان پیروی کرده و در برابر مصائب و مشکلات به آنان اقتدا نمایند [۲۵].
۴-شرکت در برنامه‌های معنوی-مذهبی	روابط و پیوندهای اجتماعی حاصل از فعالیت‌های دینی موجب کنترل و کاهش افسردگی و اضطراب می‌شود و از تنهایی و انزوای انسان جلوگیری می‌کند. برنامه‌های مرتبط با ایام مقدس از جمله ماه مبارک رمضان، حج، شرکت در نماز جمعه، زیارت مکان‌های مقدس، مشارکت در فعالیت‌های سازمان‌های خیریه‌ای 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 بیماری‌شان ناشی رفتارهای غیراخلاقی گذشته می‌باشد که به همین دلیل از سوی خداوند سبحان 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	

[Downloaded from ijrn.ir on 2025-12-13]

[DOI: 10.21859/ijrn-02048]

جدول ۲: 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) تقویت 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 هیچ یک 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 مورد علاقه خود
۱۹) تشویق به شرکت در خدمات و فعالیت‌های مذهبی و تجمعات اجتماعی

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 و استرس همسان هستند و تفاوت معنی داری با هم ندارند ($P > ۰/۰۵$) (جدول ۳).

نتایج پژوهش نشان داد که با استفاده از آزمون کولموگراف اسمیرنوف میانگین استرس در دو گروه مداخله و شاهد قبل و بعد از مداخله دارای توزیع نرمال بودند با توجه به میزان مقدار احتمال به دست آمده به وسیله آزمون تی مستقل، گروه مداخله و شاهد از نظر میانگین نمره استرس از مداخله با هم اختلاف معنی داری نداشتند ($P > ۰/۰۵$) ولی نتایج نشان داد که بعد از انجام مراقبت‌های معنوی مذهبی تفاوت معنی داری بین میانگین نمره استرس در دو گروه مداخله و شاهد به چشم می‌خورد ($P < ۰/۰۵$) (جدول ۴).

همچنین نتایج بیانگر آن بود که اختلاف معنی داری بین میانگین نمره استرس قبل و بعد از انجام مداخله در گروه شاهد ($P = ۰/۰۱۴$) و مداخله ($P < ۰/۰۰۱$) وجود داشت به طوری که در گروه مداخله استرس بیماران پس از انجام مراقبت‌های معنوی و مذهبی کاهش داشته و این در حالی بود که در گروه شاهد میانگین نمره استرس افزایش معنی داری داشته است (جدول ۵).

[Downloaded from ijrn.ir on 2025-12-13]

[DOI: 10.21859/ijrn-02048]

جدول ۳: متغیرهای دموگرافیک و ارتباط آنها با استرس پس از عمل جراحی قلب باز

	میزان درصد		استرس بعد از عمل جراحی قلب		P value	
	گروه مداخله	گروه شاهد	گروه مداخله	گروه شاهد	گروه مداخله	گروه شاهد
جنس					۰/۱۶۵	۰/۸۳۳
مرد	۶۷/۶	۷۰/۶	۱۳/۳۰±۲/۳۴۴	۸/۴۶±۳/۳۷۵		
زن	۳۲/۴	۲۹/۴	۱۲/۰۹±۲/۳۰۰	۸/۲۰±۲/۷۸۱		
سن					۰/۴۷۴	۰/۴۴۲
۳۵-۴۵ سال	۲۳/۵	۱۴/۷	۱۲/۷۵±۱/۶۶۹	۹/۸۰±۳/۵۶۴		
۴۵-۵۵ سال	۱۷/۶	۱۷/۶	۱۳/۵۰±۲/۵۸۸	۸/۸۳±۲/۳۱۷		
۵۵-۶۵ سال	۲۰/۶	۳۸/۲	۱۳/۸۶±۱/۸۶۴	۷/۳۱±۳/۱۱۹		
۶۵-۷۵ سال	۳۸/۲	۲۹/۴	۱۲/۲۳±۲/۸۳۳	۸/۸۰±۳/۴۹۰		
وضعیت تأهل					۰/۶۱۳	۰/۸۹۲
متأهل	۷۳/۵	۸۵/۳	۱۳/۰۰±۲/۱۰۲	۸/۴۱±۳/۱۴۵		
همسر مرده	۱۱/۸	۱۴/۷	۱۳/۵۰±۱/۹۱۵	۸/۲۰±۳/۷۰۱		
مطلقه	۱۴/۷	۰/۰	۱۲/۰۰±۳/۹۳۷	-		
میزان تحصیلات					۰/۹۴۵	۰/۸۴۱
راهنمایی	۲۹/۴	۱۴/۷	۱۳/۱۰±۲/۹۲۳	۷/۶۰±۳/۶۴۷		
دبیرستان	۳۵/۳	۳۵/۳	۱۲/۹۲±۱/۹۷۵	۸/۵۸±۳/۰۵۹		
دانشگاهی	۳۵/۳	۵۰/۰	۱۲/۷۵±۲/۴۱۷	۸/۴۷±۳/۲۸۱		
وضعیت اشتغال					۰/۹۹۸	۰/۴۲۵
کارمند	۳۲/۴	۳۲/۴	۱۲/۹۱±۲/۶۲۵	۹/۰۹±۳/۳۰۰		
آزاد	۸/۸	۲۳/۵	۱۳/۰۰±۲/۰۰۰	۸/۲۵±۳/۲۸۴		
بازنشسته	۳۲/۴	۲۳/۵	۱۳/۰۰±۱/۴۸۳	۹/۲۵±۳/۶۱۵		
بیکار	۰/۰	۰/۰	-	-		
خانه دار	۲۶/۵	۱۱/۸	۱۲/۷۸±۳/۲۷۰	۶/۰۰±۱/۶۳۳		
سابقه بستری					۰/۱۲۱	۰/۹۹۷
بله	۵۵/۹	۶۱/۸	۱۳/۴۷±۱/۷۴۴	۸/۳۸±۳/۲۴۸		
خیر	۴۴/۱	۳۸/۲	۱۲/۲۰±۲/۸۸۳	۸/۳۸±۳/۱۷۶		
سابقه عمل جراحی					۰/۴۷۸	۰/۳۱۷
بله	۳۸/۲	۳۲/۴	۱۲/۵۴±۲/۹۰۴	۹/۱۸±۳/۰۶۰		
خیر	۶۱/۸	۶۷/۶	۱۳/۱۴±۲/۰۰۷	۸/۰۰±۳/۲۱۹		
آشنایی با روش‌های کاهش استرس					۰/۹۵۳	۰/۲۷۱
بله	۵۲/۹	۶۱/۸	۱۲/۸۹±۲/۵۸۷	۷/۹۰±۳/۱۶۱		
خیر	۴۷/۱	۳۸/۲	۱۲/۹۴±۲/۱۷۵	۹/۱۵±۳/۱۵۸		

اطلاعات در جدول به صورت انحراف معیار ± میانگین آمده است.

جدول ۴: مقایسه میانگین نمره استرس بین گروه مداخله و شاهد قبل و بعد از مداخله

مقایسه میانگین نمره استرس	گروه مداخله	گروه شاهد	آماره آزمون t	df	P
قبل ازمداخله	۱۲/۹۱±۲/۳۶۶	۱۲ ± ۲/۹۳۴	-۱/۴۱۱	۶۶	۰/۱۶۳
بعد از مداخله	۸/۹۷±۳/۱۸۹	۱۲/۹۷±۲/۹۱۸	۵/۶۳۴	۶۶	۰/۰۰۰

اطلاعات در جدول به صورت انحراف معیار ± میانگین آمده است.

[Downloaded from ijrn.ir on 2025-12-13]

[DOI: 10.21859/ijrn-02048]

جدول ۵: مقایسه میانگین نمره استرس قبل و بعد از مداخله در هر دو گروه مداخله و شاهد

مقایسه میانگین نمره استرس	قبل از مداخله	پس از مداخله	آماره آزمون t	df	P
گروه شاهد	۱۲ ± ۲/۹۳۴	۱۲/۹۷±۲/۹۱۸	-۲/۵۹۵	۳۳	۰/۰۱۴
گروه مداخله	۱۲/۹۱±۲/۳۶۶	۸/۷۹±۳/۱۸۹	۶/۰۰۵	۳۳	۰/۰۰۰

بحث

مطالعه حاضر به تعیین تأثیر مراقبت معنوی مذهبی بر استرس پس از عمل جراحی بای پس عروق کرونر قلب پرداخته است. نتایج پژوهش نشان دهنده کاهش استرس پس از مداخلات بوده به طوری که میانگین استرس بعد از انجام مداخله در گروه مداخله کاهش چشمگیری داشته است.

هم راستا با یافته‌های این پژوهش، مطالعه Bussing نشان داد که مذهب و معنویت به عنوان یک منبع مهم سازگاری جسمی-روانی در بیماران مزمن محسوب می‌شود [۲۹]. همچنین نتیجه مطالعه Koenig حاکی از این بود که اعتقادات و فعالیت‌های مذهبی موجب بهبود سلامت روانی، کاهش میزان خودکشی، اضطراب و افسردگی، افزایش سرعت بهبودی پس از افسردگی، افزایش سلامتی، امیدواری و خوش بینی، حمایت اجتماعی بالاتر، ایجاد هدف و معنا در زندگی و بهبود رضایت و ثبات زندگی خانوادگی می‌شود [۳۰]. یافته‌های پژوهش جهانی حاکی از یک ارتباط چشمگیر بین سلامت معنوی و کیفیت زندگی و سلامت جسمی-روانی در میان بیماران عروق کرونر می‌باشد [۳۱]. نتیجه مطالعه سعیدی نشان داد که مراقبت معنوی در بیماران عروق کرونر موجب کاهش استرس و رهایی از فشارهای روحی روانی ناشی از بیماری می‌شود و به صورت غیرمستقیم به روند درمان و بهبود وضعیت سلامت بیماران کمک خواهد نمود [۲۰]. همچنین یافته‌های مطالعه آقاجانی در بیماران همودیالیز بیانگر آن بود که مشاوره معنوی موجب کاهش میانگین بازده‌های روانی اضطراب و افسردگی در گروه مداخله می‌شود [۳۲].

با توجه به افزایش استرس در گروه شاهد پس از انجام مداخله، این احتمال را می‌توان در نظر گرفت که بسیاری از بیماران پس از عمل بای پس عروق کرونر از دردهای حاد و مزمن، نشانه‌های آنژینی در ارتباط با نتیجه عمل (مثل مورتالیته)[۱, ۲]، عدم ریکاوری خوب و کاهش اعتمادبنفس در انجام کارهای روزانه [۳۳] شکایت دارند که این عوامل موجب ترس از بازگشت به کار و زندگی عادی و تشدید اختلال در وضعیت جسمی و روانی این بیماران می‌گردد [۳۴, ۳۵]. یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که مراقبت معنوی مذهبی موجب کاهش معناداری در استرس بعد از عمل بیماران تحت جراحی پیوند عروق کرونر می‌شود که این پدیده می‌تواند باعث تسهیل بهبودی بیماران و همچنین کاهش عوارض بعد از عمل در بیماران می‌شود. از طرف دیگر همان طور که می دانیم بیماران تحت جراحی پیوند عروق کرونر در معرض تماس با انواع عوامل تنش زا قرار دارند که استرس آنها را تشدید می‌کند و در نتیجه این استرس تمام ابعاد زندگی این بیماران را دستخوش تغییر می‌نماید. این مسئله می‌تواند موجب صدمات جبران ناپذیری به سیستم‌های مختلف بدن بیماران شود. لذا جهت جلوگیری از ایجاد چنین حالاتی در بیماران علاوه بر درمان‌های متداول، به کارگیری درمان‌های تکمیلی سالم و بی خطر از جانب پرستاران‌مانند مراقبت‌های معنوی و مذهبی لازم و ضروری به نظر می‌رسد.

از محدودیت‌های این پژوهش، امکان انتقال اطلاعات به گروه شاهد از طریق اطرافیان، استرس ناشی از حضور در جلسات، عدم بررسی سبک زندگی بیماران قبل و بعد از مراقبت معنوی مذهبی، انجام مداخله فقط به مدت شش هفته پس از عمل جراحی عروق کرونر و تعداد کم نمونه‌ها می‌باشد. لذا با توجه به نتایج این پژوهش و محدودیت‌های آن، انجام پژوهشی به منظور بررسی تأثیر مراقبت معنوی-مذهبی بر سبک زندگی بیماران قبل و بعد از مراقبت‌های معنوی-مذهبی، بررسی تأثیر این مراقبت بر استرس بیماران بعد از عمل جراحی عروق کرونر با پیگیری بیش از شش هفته، تحقیقی با همین عنوان در حجم وسیع‌تری از نمونه‌ها و با توجه به انجام این مطالعه صرفاً در افراد مسلمان پیشنهاد می‌گردد این مداخله در سایر ادیان با توجه به مراقبت‌های معنوی دینی خود آنها انجام گیرد.

نتیجه‌گیری

مراقبت معنوی مذهبی بر استرس پس از عمل جراحی بای پس عروق کرونر قلب تأثیر داشته و موجب کاهش آن گردیده است. در بیماری‌های مزمنی مثل بیماری قلبی که بر جسم و روان تاثیرگذار هستند، پرستاران می‌توانند با استفاده از رویکرد کل نگر با تاکید بر بعد معنوی مراقبت، به بیماران در دست یابی به ارتقای سطح سلامت روان کمک نمایند. معنویت هسته مرکزی بعد سلامتی را تشکیل می‌دهد که تمام جنبه‌های شغلی و فکری مراقبت‌های درمانی را تحت

[Downloaded from ijrm.ir on 2025-12-13]

[DOI: 10.21859/ijrm-02048]

پوشش خود قرار می‌دهد. آگاهی از نیازهای معنوی بیمار در جریان مراقبت امری ضروری محسوب می‌گردد. عدم توجه به نیازهای معنوی بیمار در بیشتر مراکز خدمات بهداشتی منجر به پیامدهای ضعیف درمان می‌گردد و مراقبت معنوی بنیاد پرستاری کل گرا و یک وظیفه قانونی است. لذا برآوردن نیازهای معنوی بیماران جز وظیفه پرستاران است و باید مورد توجه قرار گیرد.

سپاسگزاری

این مقاله بخشی از پایان‌نامه کارشناسی ارشد پرستاری مصوب دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران با کد IRCT2014112520072N2 می‌باشد. نویسندگان بر خود لازم می‌دانند که از مسئولین محترم دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران و مرکز تحقیقات آترواسکلروز بیمارستان بقیه الله الاعظم (عج) تهران و از تمامی بیماران قلبی شرکت‌کننده در این پژوهش کمال تشکر و سپاس را اعلام نمایند.

تضاد منافع

هیچگونه تضاد منافعی برای نویسندگان این مقاله وجود ندارد.

REFERENCES

1. Duits A, Duivenvoorden H, Boeke S, Mochtar B, Passchier J, Erdman R. Psychological and somatic factors in patients undergoing coronary artery bypass graft surgery: towards building a psychological framework. Psychol Health. 2002;17(2):159-71. DOI: 10.1080/08870440290013644
2. Eisenberg MJ, Filion KB, Azoulay A, Brox AC, Haider S, Pilote L. Outcomes and cost of coronary artery bypass graft surgery in the United States and Canada. Arch Intern Med. 2005;165(13):1506-13. DOI: 10.1001/archinte.165.13.1506 PMID: 16009866
3. Gallagher R, McKinley S. Stressors and anxiety in patients undergoing coronary artery bypass surgery. Am J Crit Care. 2007;16(3):248-57. PMID: 17460316
4. Gallagher R, McKinley S. Anxiety, depression and perceived control in patients having coronary artery bypass grafts. J Adv Nurs. 2009;65(11):2386-96. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2009.05101.x PMID: 19747294
5. Sharif F, Moshkelgosha F, Molazem Z, Najafi Kalyani M, Vossughi M. The effects of discharge plan on stress, anxiety and depression in patients undergoing percutaneous transluminal coronary angioplasty: a randomized controlled trial. Int J Community Based Nurs Midwifery. 2014;2(2):60-8. PMID: 25349846
6. Douki ZE, Vaezzadeh N, Shahmohammadi S, Shahhosseini Z, Tabary SZ, Mohammadpour RA, et al. Anxiety before and after coronary artery bypass grafting surgery: relationship to QOL. Middle-East J Sci Res. 2011;7(1):103-8.
7. Mahdipour Raberi R, Nematollahi M. [The effect of the music listening and the intensive care unit visit program on the anxiety, stress and depression levels of the heart surgery patients candidates]. J Crit Care Nurs. 2012;5(3):133-8.
8. Shively CA, Musselman DL, Willard SL. Stress, depression, and coronary artery disease: modeling comorbidity in female primates. Neurosci Biobehav Rev. 2009;33(2):133-44. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2008.06.006 PMID: 18619999
9. Mousavi S, Sabzevari S, Abbaszade A, Hosseinnakhaie F. [The effect of preparatory face to face education to reduce depression and anxiety in open heart surgery adult patient in Shafa hospital in Kerman, 2008]. Iran J Nurs Res. 2011;6(21):29-38.
10. Karimollahi M, Abedi H. [Antecedents of spiritual distress experienced by Iranian Muslim patients: a qualitative study]. Bio Sci J. 2008;3(5):491-9.
11. Groebner JB. Exploring the role of spirituality and spiritual learning in the recovery of female coronary bypass patients: Northern Illinois University; 2013.
12. Rezaee R, Fathi M. [The effect of prayer on patients health and healing]. Tarikh Pezeshki J. 2013;4(12):77.
13. Smith TB, Bartz J, Scott Richards P. Outcomes of religious and spiritual adaptations to psychotherapy: A meta-analytic review. Psychotherap Res. 2007;17(6):643-55. DOI: 10.1080/10503300701250347
14. Hughes JW, Tomlinson A, Blumenthal JA, Davidson J, Sketch MH, Watkins LL. Social support and religiosity as coping strategies for anxiety in hospitalized cardiac patients. Ann Behav Med. 2004;28(3):179-85. DOI: 10.1207/s15324796abm2803_6 PMID: 15576256
15. Koenig HG. Research on religion, spirituality, and mental health: a review. Can J Psychiatry. 2009;54(5):283-91. PMID: 19497160
16. Gholami A, Bashlideh K. [Effectiveness of spiritual care on mental health divorced women]. Family Couns Psychotherap J. 2012;1(3):20-7.
17. Puchalski CM. The role of spirituality in health care. Proc (Bayl Univ Med Cent). 2001;14(4):352-7. PMID: 16369646
18. Casar Harris R, Amanda Dew M, Lee A, Amaya M, Buches L, Reetz D, et al. The role of religion in heart-transplant recipients' long-term health and well-being. J Relig Health. 1995;34(1):17-32. DOI: 10.1007/BF02248635 PMID: 24264286
19. NikbakhtNasrabadi A, TaghaviLarijani T, Mahmoudi M, Taghlili F. [A comparative study of the effect of Benson's relaxation technique and Zekr (rosary) on the anxiety level of patients awaiting abdominal surgery]. Hayat. 2005;10(4):29-37.
20. Saeedi Taheri Z, Asad Zandi M, Abadi A. [The effect of spiritual care based on GHALBE SALIM model on spiritual experience in patients with coronary artery disease]. Iran J Psychiat Nurs. 2013;1(3):45-53.
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.
22. Hanifi N, Bahraminejad N, Mirzaei KA, Ahmadi F, Khani M, Taran L. [The Effect of Orientation Program on Stress, Anxiety and Depression of Patients Undergoing Coronary Angiography]. Iran J Nurs Res. 2012;7(25):1.
23. Jamshidi N, Abaszade A, Najafi-Kaliani M. [Stress, anxiety and depression of patients before coronary angiography]. Zahedan J Res Med Sci. 2012;13(10):29.
24. Sahebi A, Asghari MJ, Salari RS. [Validation of depression anxiety and stress scale (DASS-21) for an Iranian population]. Iran Psycholog. 2005;4(2):299-313.
25. Online Quran 2016 [updated 2015; cited 2015]. Available from: http://parsquran.com/data/show.php?sura=21&ayat=%DB%B8%DB%B3&user=far&lang=far&tran=2.
26. Ghaumi R. [Mental health and spirituality]. Mental Health Addict Prevent. 2012;3(2):10-5.
27. Hamdiyeh M, Taraghijah S. [Effect of cognitive behavioral-spiritual group therapy on depression]. J Beheshti Uni Med Sci. 2009;13(5):383-9.
28. Zand S, Rafiee M. [Need to religious care in hospitalized patiens]. Teb Tazkiyeh. 2012;19(4):36-49.
29. Büssing A, Koenig HG. Spiritual needs of patients with chronic diseases. Religions. 2010;1(1):18-27. PMID: 24788614
30. Koenig HG. Religion, spirituality, and medicine: research findings and implications for clinical practice. South Med J. 2004;97(12):1194-200. DOI: 10.1097/01.SMJ.0000146489.21837.CE PMID: 15646757
31. 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 Lifestyle Centered on Health. 2012;1(2):17-21. DOI: 10.5812/ilch.8575
32. Aghajani M, Afazel MR, Morasai F. [The Effect of Spirituality Counseling on Anxiety and Depression in Hemodialysis Patients]. Evid Base Care J. 2012;3(9):20-8.
33. Dunckley M, Ellard D, Quinn T, Barlow J. Coronary artery bypass grafting: patients' and health professionals' views of recovery after hospital

[Downloaded from ijrn.ir on 2025-12-13]

[DOI: 10.21859/ijrn-02048]

discharge. Eur J Cardiovasc Nurs. 2008;7(1):36-42. DOI: 10.1016/j.ejcnurse.2007.06.001 PMID: 17644041
34. Hambridge JA, Turner A, Baker AL. BraveHeart begins: pilot results of group cognitive behaviour therapy for depression and anxiety in cardiac patients. Aust N Z J Psychiatry. 2009;43(12):1171-7. DOI: 10.3109/00048670903270415 PMID: 20001417
35. Sedighi L. [Nurses need assessment about cardiac rehabilitation principle]. Rasht Facul Nurs J. 2006;3(1):95-112.

[Downloaded from ijrn.ir on 2025-12-13]

[DOI: 10.21859/ijrn-02048]

Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing Original Article
No 8, Volume 2, Issue 4

The Effect of Religious-Spiritual Care on Stress Post Surgery Coronary Artery Bypass Graft Patients

Mohammad Ali Hosseini [1,*], Fereshteh Tajbakhsh [2], Mahdi Rahgozar [3]

[1] *MSc Student of Surgical Nursing, University of Rehabilitation Sciences and Social Welfare, Tehran, Iran*
[2] *Associate Professor, Department of Rehabilitation Management, University of Rehabilitation Sciences and Social Welfare, Tehran, Iran*
[3] *Associate Professor, Department of Biostatistics, University of Rehabilitation Sciences and Social Welfare, Tehran, Iran*

** Corresponding author: Mohammad Ali Hosseini, Associate Professor, Department of Rehabilitation Management, University of Rehabilitation Sciences and Social Welfare, Tehran, Iran. E-mail: mahmaimy2020@gmail.com*

DOI: 10.21859/ijrn-02048

Received: 11.22.2014
Accepted: 01.17.2016

Keywords:
Stress
Religious-Spiritual Care
Coronary Artery Bypass Graft

© 2016 Iranian Nursing Scientific Association

Abstract

Introduction: Religious and spiritual care is important in physical and mental health of patients and increases their quality of life. The purpose of this study was to determine the effect of religious-spiritual care on stress among post-surgery Coronary Artery Bypass Graft (CABG) patients in the rehabilitation center of Baghiyatollah hospital of Tehran, Iran on 2013.

Methods: This research was a semi-experimental study that was performed on 68 participants with coronary artery bypass graft. Participants were selected purposefully and then randomly assigned to: interventional (34) and control groups (34) Religious spiritual care-based training package on the pattern of Richards and Bergin was conducted in the intervention group. Basic data was collected by a Demographic Questionnaire and Depression Anxiety Stress Scale (DASS21-). Mean stress core before and after the intervention was measured. Analysis of data was computerized adopting the SPSS 20 package software.

Results: The Findings of this study did not indicate a significant difference between mean stress before the intervention (P = 0.163) but showed a significant difference after the intervention (P = 0.000). After the intervention, a significant difference was observed between mean stress score of the interventional (P = 0.000) and control (P = 0.014) groups. Stress in the interventional group was significantly reduced while it was increased in the control group.

Conclusions: The results showed that applying religious-spiritual care significantly decreases the stress of patients. It has been suggested that nurses can use religious-spiritual care as a safe method in coronary artery bypass graft surgery care.

[Downloaded from ijrn.ir on 2025-12-13]
[DOI: 10.21859/ijrn-02048]