نشریه پرستاری قلب و عروق
دوره دوم، شماره ۲، تابستان ۱۳۹۲

Cardiovascular Nursing Journal
2(2), Summer 2013

www.journal .icns.org.ir

مقاله پژوهشی اصیل

تاثیر مراقبت معنوی مبتنی بر مدل قلب سلیم بر تجارب معنوی بیماران تحت عمل بای پس عروق کرونر

مریم اسدی[۱]، دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت ویژه
* مینو اسد زندی[۲]، دکترای مدیریت تحقیقات علوم پزشکی
عباس عبادی[۳]، دکترای پرستاری

خلاصه

هدف. مطالعه حاضر با هدف بررسی تاثیر مدل مراقبت معنوی مبتنی بر مدل قلب سلیم بر میزان تغییر در سطح تجارب معنوی بیماران تحت عمل بای پس عروق کرونر انجام شد.

زمینه. بیمارانی که تحت عمل جراحی قلب باز قرارمی گیرند، بحران بزرگی را در زندگی خود تجربه می کنند. هر بحران به عنوان یک بحران معنوی تجربه منحصر به فردی را به وجود می آورد.

روش کار. در یک مطالعه نیمه تجربی ۶۰ بیمار کاندید عمل بای پس عروق کرونر در بیمارستان بقیه الله انتخاب و به صورت تخصیص تصادفی در یکی از دو گروه کنترل یا آزمون قرار گرفتند. در گروه آزمون، مراقبت معنوی بر اساس مدل قلب سلیم در طول بستری انجام شد و پرسشنامه تجارب معنوی روزانه (DSES) در بدو بستری و حین ترخیص توسط بیماران تکمیل شد.

یافته ها. میزان سطح تجارب معنوی بیماران بدو بستری در دو گروه تفاوت معناداری نداشـــت، ولی پس از اجرای مراقبت معنوی قلب سلیم، در هنگام ترخیص، ســـطح تجارب معنوی در گروه آزمون در مقایسه با گروه کنترل به طور قابل توجهی افزایش یافته بود ($p<0/001$).نتیجه گیری. مراقبت معنوی قلب سلیم به عنوان یک مراقبت پرســـتاری معنویت محور، باعث افزایش سطح تجارب معنوی بیماران می شود و برای برآورده ساختن تمایلات و نیازهای معنوی بیماران قابل اجرا می باشد.

کلیدواژه ها: مراقبت معنوی، مدل قلب سلیم، تجارب معنوی، عمل بای پس عروق کرونر

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت ویژه، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران
۲-دکترای مدیریت تحقیقات علوم پزشکی، عضو مرکز تحقیقات طب و دین و عضو هیات علمی گروه هوشبری،دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران ،ایران (* نویسنده مسئول) پست الکترونیک: zandi498 @yahoo.com
۳- دانشیار،عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-23]

مقدمه

طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی، بیماری های قلبی عروقی علت اصلی مرگ و میر در کل دنیا و ۸۲ درصد مرگ و میرها در کشورهای در حال توسعه می باشد. اگرچه بخش عمده درمان، رعایت رژیم دارویی و غذایی است، اما در بسیاری از موارد بای پس عروق کرونر تنها راه درمان و افزایش طول عمر بیماران می باشد. هر ساله حدود ۸ میلیون عمل قلب باز در دنیا و ۴۰ هزار عمل قلب باز در ایران انجام می شود (ساداتی و گلچین، ۱۳۹۱). بیمارانی که تحت عمل جراحی قلب قرار می گیرند بحران بزرگی را در زندگی خود تجربه می کنند (برونر، ۲۰۰۴) و به علت ماهیت خطرناک جراحی قلب، بستری شدن در بیمارستان به منظور عمل جراحی قلب باز، چه به صورت انتخابی و چه به صورت اورژانسی، به صورت یک بحران در زندگی شخصی بیمار نمایان می شود (عسگری، ۱۳۹۲). سی وارد (۲۰۰۰) معتقد است که هر بحران در واقع یک بحران معنوی است و تجربه منحصر به فردی را به وجود می آورد که علاوه بر پیامد های جسمی، بر ابعاد روانی اجتماعی و به خصوص معنوی فرد به طور قابل توجهی تاثیر می گذارد (بینگام، ۲۰۰۷) و باعث جلوه گر شدن موضوعات کلیدی مرتبط با معنویت می شود.

بیماران در مواجهه با آسیب و بیماری، آنچه را که در زندگی شان مهم بوده است مورد ارزشیابی قرار می دهند و اغلب سوالات ایدئولوژیک می پرسند. آیا خدا وجود دارد؟ آیا زندگی معنا و هدفی دارد؟ آیا بیماری به من صدمه می زند؟ آیا من در حال مرگ هستم؟ آیا فردی مورد اطمینان در این لحظات سخت وجود دارد؟ پرستاران ماهر در مراقبت معنوی قادر به تعیین و درک عوامل درونی برای بیمار هستند و با حضوری دلسوزانه می توانند به بیماران در جهت یافتن معنا و هدف برای تحمل رنج و درد بیماری و پذیرش امکان وقوع مرگ کمک کنند و با تقویت ارتباط با خدا که باعث پرورش بعد معنوی انسان می شود و نیز با فراهم آوردن تسهیلاتی برای بیماران جهت بیان اعتقادات و انجام فعالیت های مذهبی شان در برآورده ساختن نیازهای روحی آنان کمک نمایند (تیلور، ۲۰۰۵). مداخله های معنوی، از دعا و نیایش تا کاربرد متون مذهبی، مداخله های درمانی نیرومندی هستند که باعث سیر معنوی و تجربه معنوی در درمانگر و مددجو که نوعی تقارن و کیمیاگری یا تغییر ماهیت معنوی است می گردد (وست، ۱۳۸۸). البته زمینه و سوابق شخصی افراد بر معنی و تفسیر فرد از تجربه تاثیر گذار است (بوستون و مانت، ۲۰۰۱) و از سوی دیگر، معنویت با فرهنگ (چیو و همکاران، ۲۰۰۴) و مذهب (فراهانی نیا و عباسی، ۱۳۹۰) و شرایط اجتماعی آمیخته شده است. بنابراین، در مطالعات باید به زمینه فرهنگی و مذهبی جامعه توجه نمود.

در جامعه ایرانی ۹۸ درصد مردم مسلمان و ۹۰ درصد شیعه هستند. مذهب و فرهنگ با شیوه زندگی مسلمانان در آمیخته است و اعتقادات مذهبی نقش مهمی در زندگی آنان به خصوص در شرایط بحرانی ایفا می کند (حسن خانی و همکاران، ۲۰۰۷). بنابراین، می توان گفت در اسلام معنویت و مذهب از هم جدا نیستند (کریم اللهی و همکاران، ۲۰۰۷) و تعالیم اسلام، شکل دهنده معنویت و سرچشمه آن قران کریم و سیره پیامبر (ص) و ائمه اطهار است و با الگوی آداب اسلامی که ساخته و پرداخته ارکان دین است رابطه دارد (شیخی نژاد، ۱۳۸۸). شهید مطهری (۱۳۷۴) معنویت را پایه تکامل می داند که در فطرت تعبیه شده است، از جامعیت و کمال برخوردار و مبتنی بر ایمان و عمل صالح است (رودگر، ۱۳۸۸). با توجه به تعاریف معنویت در اسلام که پایه تکامل و کمال در انسان می باشد و با نظر به این که استفاده از مدل مراقبتی باعث می شود گام به گام به هدف نزدیک شویم (دهقان نیری و جلالی نیا، ۱۳۸۴). در مدل مدل مراقبت معنوی قلب سلیم، هسته اصلی مراقبت، بیمار و خانواده می باشد. الگوی مراقبت بر اساس مراحل فرایند پرستاری بر اصلاح ارتباطات چهارگانه معنوی انسان (یعنی ارتباط با خدا، ارتباط با خود، ارتباط با دیگران و ارتباط با طبیعت و محیط) تنظیم شده است (اسدی زندی، ۱۳۸۸) و از آنجا که در انتخاب مدل مراقبتی مناسب باید کل نگری امر مراقبت با جامعه نگری همراه باشد (فراهانی نیا و عباسی، ۱۳۹۰)، این مدل انسان را متاثر از محیط (ولی نه اسیر جبر حوادث و منفعل) و موجودی دارای قدرت اراده و اختیار می داند که قادر است در برابر محیط، تغییرات و ناملایمات آن واکنش نشان دهد. این مدل، سلامت را برخورداری از قلب سلیم، که در فرد ایجاد احساس امنیت، امیدواری، عشق، سرور و بهجت می کند می داند، به طوری که انسان با زندگی کردن در حال (نداشتن خوف از آینده و حزن گذشته) به احساس آرامش و رضایت از سرنوشت می رسد. این مدل، بیماری را ناشی از شیوه غلط زندگی می داند و ابتلا به مشکلات اخلاقی (چون خوف، حزن، حسد، کینه و ...) را نیز بیماری می داند و در پی اصلاح نیات و شیوه زندگی از طریق اصلاح ارتباطات چهارگانه بر می آید و برای پرستار، علاوه بر کمک به بیمار جهت اصلاح عملکرد (رفتار)، مساعدت در جهت اصلاح افکار و نیات را لازم می داند تا علاوه بر تنظیم و اصلاح محیط فیزیکی، با تنظیم محیط روانی اجتماعی و محیط روحی بیمار، زمینه دستیابی به قلب سلیم را فراهم کند و با رنگ الهی زدن به ارتباطات معنوی انسان او را به سوی اخلاق نیک (صبر، شکر، رضا و ...) سوق دهد (روزاریو، ۱۹۹۷).

از آنجا که مطالعه ای در زمینه تاثیر مراقبت معنوی مبتنی بر یک مدل مراقبتی توسط پرستاران بر سطح تجارب معنوی بیماران به صورت کمی صورت نگرفته است، محققین بر آن شدند تا مدل مراقبت معنوی قلب سلیم که بر اساس اصول و مبانی اسلام طراحی شده است، در بیمارانی که تحت عمل پیای پس عروق کرونر قرار خواهند گرفت اجرا شود و سطح تجارب معنوی بیماران مورد ارزیابی قرار گیرد تا میزان تغییر بر سلامت معنوی که همان پاسخ معنوی بیمار به بیماری است را مورد بررسی قرار دهد.

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-23]

مواد و روش‌ها

این پژوهش یک مطالعه نیمه تجربی است که پس از کسب مجوز در شورای پژوهش دانشگاه بقیه الله (عج) به شماره ۳۹۰ و تایید کمیته اخلاق به شماره ۳۳ به منظور بررسی تاثیر مدل مراقبت معنوی قلب سلیم بر سطح تجارب معنوی بیماران تحت عمل جراحی قلب باز در بیمارستان بقیه الله الاعظم (عج) تهران انجام شد. بیمارانی که در بخش های داخلی قلب مردان و زنان و سی سی یو بستری و جهت عمل بای پس عروق کرونر کاندید می شـــدند یا پس از آنژیوگرافی عروق کرونر در لیست عمل بای پس عروق کرونر قرار می گرفتند، جمعیت مورد مطالعه بودند. ابتدا بیمارانی که مشخصات معیارهای ورود به پژوهش را داشتند در دو گروه ۳۰ نفری آزمون و کنترل به صورت تخصیص تصادفی قرار گرفتند. معیارهای ورود به مطالعه شامل موارد زیر بودند: ۱) بیماران آماده عمل پیوند عروق کرونر، ۲) سن بالاتر از ۱۸ تا ۸۰ سال، ۳) برای بار اول تحت عمل پیوند عروق کرونر قرار گرفته باشند، ۳) عدم سابقه بیماری روانی و مصرف داروهای روان پزشکی و آگاهی کامل به زمان و مکان و اشخاص، ۴) عدم مصرف مواد مخدر، و ۵) ناشنوا نبودن جهت برقراری ارتباط مؤثر. ابزارهای گردآوری داده ها شامل پرسشنامه دموگرافیک (شامل اطلاعاتی در مورد سن، جنس، تاهل، تحصیل، شغل، درآمد، و سابقه بیماری زمینه ای)، مقیاس تجارب معنوی روزانه (DSES) بود. این مقیاس اولین بار توسط اندرووود و ترسی (۲۰۰۲) برای تهیه یک ابزار چندبعدی از معنویت ساخته شد تا بتواند به طور مؤثری در مطالعات سلامت که حیطه های متفاوتی از مذهب و معنویت را مورد بررسی قرار می دهند مورد استفاده قرار گیرد. این مقیاس ادراک فرد از یک نیروی برتر (الله، خدا) در زندگی روزمره و ادراک او را از تعامل با این وجود مافوق جهان مادی مورد سنجش قرار می دهد. در خصوص روایی این ابزار، تاکنون مطالعات متعددی صورت گرفته است. اندرووود و ترسی (۲۰۰۲) ثبات درونی مقیاس را با استفاده از آلفای کرونباخ، ۰/۹۴ و ۰/۹۵ در دو بار اجرای مقیاس نشان دادند. آنها همچنین، ۴۷ نفر از افرادی که سوء مصرف مواد داشتند و متقاضی درمان بودند را برای ثبات پاسخ دو روزه مورد آزمایش قرار دادند. برآورد آلفای کرونباخ از ثبات درونی، ۰/۸۸ برای آزمون و ۰/۹۲ برای بازآزمون بود.

برای تعیین روایی و پایایی این مقیاس در جامعه ایرانی نمونه ای به حجم ۱۲۰ نفر از دانشجویان پسر دوره کارشناسی دانشگاه شیراز انتخاب و مورد آزمون قرار گرفتند و سپس در فاصله دو تا سه هفته دوباره آزمایش شـــدند. ضریب بازآزمایی برای کل مقیاس ۰/۹۶ به-دست آمد که در سطح P<۰/۰۰۱ معنی دار بود. جهت سنجش پایایی درونی این مقیاس از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که برای کل نمونه ها ۰/۹۱ بود که بسیار رضایت بخش و در سطح P<۰/۰۰۱ معنی دار بود (نسابه، ۱۳۸۴). آقاعلی و زندی‌پور (۱۳۸۹) نیز در پژوهشی که هدف آن، بررســـی تأثیر مشاوره گروهی شناختی ـ رفتاری با تأکید بر اندیشـــه‌های معنوی بر افزایش معنویت و سلامت روان بیماران مالتیپل اسکلروز در اســـتان قم بود، این مقیاس را در نمونه‌ای ۳۰ نفری به کار بردند که میزان آلفای محاسبه شده آن ۰/۹۴ گزارش شده است.

مقیاس اصلی دارای ۱۶ ماده است، و نمرات بالاتر بیانگر تجارب معنوی کمتر است. اما جهت سهولت در تفسیر نتایج، در این پژوهش، جهت نمره دهی، معکوس می شود تا نمرات بالاتر بیانگر تجارب معنوی بیشتر باشد، لذا باید هنگام مقایسه داده ها در تحقیقات مختلف به تفاوت در نمره گذاری ها توجه داشت. در این مقیاس از روش نمره گذاری لیکرت استفاده شده است. گزینه های پاسخ دهی عبارتند از اغلب اوقات روز (نمره ۶)، هرروز (نمره ۵)، اغلب روزها (نمره ۴)، بعضی روزها (نمـــره ۳)، هر از چندگاهی یک بار (نمره ۲) و هرگز یا تقریبا هرگز (نمره ۱)، اما ماده ۱۶ به عنوان یک سؤال کلی دارای یک مجموعه پاسخ متفاوت است که عبارتند از اصلا، تا اندازه ای نزدیک، بسیار نزدیک و نزدیک تا سرحد امکان. از آنجا که ماده ۱۶ دارای ۴ گزینه پاسخ دهی است در صورتی که بخواهد نمره ماده ۱۶ به سایر ماده ها که دارای ۶ گزینه پاسخ دهی هستند، اضافه شود پیشنهاد شده است که فاصله نمره دهی به ۱/۵ افزایش یابد (اصلا، ۱/۵ نمره و نزدیک تا سرحد امکان، ۶). حداکثر نمره ۹۶ و حداقل نمره ۱۶ است که نمرات بدین گونه تفسیر می‌شوند: ۱۶ـ۳۶ نسبتاً ضعیف، نمرات ۳۷ـ۵۶ متوسط، ۵۷ـ۷۶ بالا و ۷۷ـ۹۶ بسیار قوی از نظر معنویت بوده‌اند.

محقق پس از ارائه معرفی‌نامه دانشگاه و توضیح در مورد اهداف پژوهش به مسئولین مرکز و جلب موافقت و همکاری آن‌ها و با در نظر گرفتن ملاحظات اخلاقی اقدام به نمونه‌گیری نمود. در اولین روز بستری، محقق بر بالین هر یک از نمونه‌ها حاضر شد و برای بیمارانی که شرایط ورود به مطالعه را داشتند توضیح داد که این یک طرح تحقیقاتی است و اهداف، مدت و اقداماتی که انجام خواهد گرفت چگونه است. به بیمار اطمینان داده شد که اطلاعات محرمانه خواهد ماند و شرکت در مطالعه اختیاری است و شرکت کننده، هر زمان می تواند از مطالعه خارج شود. فرم اطلاعات دموگرافیک و فرم رضایت آگاهانه شرکت در مطالعه اخذ و سپس پرسشنامه سنجش معنویت در هر دو گروه تکمیل گردید و در هنگام ترخیص نیز مجددا پرسشنامه تکمیل شد. در گروه آزمون، مداخله معنوی بر اساس مدل قلب سلیم با استفاده از کتابچه آموزشی که توسط محقق و همکاران با بهره گیری از کتب مذهبی و متخصصین فن، در این زمینه تنظیم و تدوین شده بود، همراه با آموزش حضوری، انجام شد. در این کتابچه آموزشی، برنامه مراقبت معنوی بر اساس معنویت دینی و مبتنی بر اصلاح روابط چهارگانه انســـان (ارتباط با خدا، ارتباط با خود، ارتباط با دیگران و ارتباط با محیط) تنظیم گردید و با در نظر گرفتن متفاوت بودن سطوح معنویت افراد و میزان علاقه آنها و ظرفیت وجودی افراد، نوع مداخله برحسب انتخاب و تمایل بیمار انجام شد.

انجام مداخله با اجرای موارد زیر انجام گرفت:

Daily Spiritual Experiences Scale

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-23]

۱)دارتباط با خدا: توصیه به دعا و نیایش، برپاداشتن نماز، قرائت قران و اذکار خاص برای اوقات ترس و اضطراب از جمله ذکر شریفه «حسبنا الله نعم الوکیل نعم المولی و نعم النصیر» و توکل به خدا و تفویض امور به خدا و توسل به ائمه اطهار،
۲) ارتباط با دیگران: توصیه به بخشش، گذشت، محبت به دیگران، انفاق، حسن ظن و دعا و طلب خیر برای دیگران خصوصا برای پدر و مادر،
۳) ارتباط با محیط: نگاه به ریاحین و سبزه، گوش کردن نغمه پرندگان و آب (از طریق هدفون استماع صوت قران و سخنرانی های مذهبی و آوای طبیعت برای بیماران تسهیل می شد)، استعمال بوی خوش، استفاده از رنگ های شادی بخش و ...، و
۴) ارتباط با خود: علاوه بر دادن آگاهی به بیمار درباره بیماری و سیر درمان، شناسایی مکانیسم های مقابله ای هر فرد در هنگام مشکلات توضیح داده شد و با روش های توصیه شده در اسلام مانند مراقبه با ارائه چک لیست، و استفاده از احادیث توصیه شده و خواندن داستان انبیاء و ... سعی در بهبود روش مقابله ای گردید.
بیماران گروه آزمون در تمام روزهای بستری، معمولا بین ساعات ۸ صبح تا ۱۴ توسط محقق مراقبت می شدند و هر روز همه مطالب روز قبل، تکرار و یادآوری می شد و آموزش‌ها و مشاوره‌های لازم داده می شد. ابتدا پرستار در برقراری ارتباط درمانی با بیمار پیشقدم می شد و برقراری ارتباط بر اساس اقدام انسانی با خوش رویی و خوش رفتاری و پرهیز از هر گونه قضاوت در مورد بیمار و خانواده و براساس همدلی و تشریک مساعی انجام می شد.
همکاری و مشارکت بیمار و خانواده در اجرای مراقبت‌ها و پذیرش و انتخاب نحوه مراقبت از طرف آن‌ها یکی از ارکان اساسی مراقبت در مدل قلب سلیم است. هدف از پرستاری در این مدل، مراقبت از عکس العمل های فرد نسبت به مشکلات بالقوه و بالفعل سلامتی بر اساس شیوه حل مشکل می باشد و هدف دراز مدت، تبدیل عواطف و احساسات نشات گرفته از ترس و اندوه به حالاتی سرشار از احساس آرامش و شادی و نشاط و اطمینان خاطر و برخورداری از امنیت و اعتماد و عشق (قلب سلیم) می‌باشد، یعنی رسیدن به حالتی که غم و اندوه سلامت از دست رفته یا ترس و اضطراب از آینده، بیمار را آزرده نسازد و صبر و تحمل رنج بیماری برایش مقدس باشد. خاتمه دهنده این ارتباط درمانی، بیمار است که با رسیدن به توانایی مراقبت از خود و احساس استقلال از طرف بیمار و خانواده اعلام می شد (اسدزندی، ۱۳۸۸). جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات از نسخه ۲۰ نرم‌افزار SPSS و آماره‌های توصیفی (میانگین، انحراف معیار و فراوانی) و استنباطی نظیر کای اسکوئر، تی‌مستقل و زوجی، من ویتنی و تحلیل واریانس یک طرفه و ضریب همبستگی پیرسون استفاده گردید.

یافته ها

جدول شماره ۱ یافته های دموگرافیک را نشان می دهد.

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی مطلق و نسبی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی در دو گروه آزمون و کنترل

گروه / متغیر	آزمون تعداد (درصد)	کنترل تعداد (درصد)	نوع و نتیجه آزمون
جنس			Fisher Exact test=0.000
مرد	۱۵ (۵۰)	۱۵ (۵۰)	p=۰/۹۹
زن	۱۵ (۵۰)	۱۵ (۵۰)	
وضعیت تاهل			X2 =۳/۳۵
متاهل	۲۶(۸۶/۷)	۲۰(۶۶/۷)	p =۰/۱۲
بیوه	۴ (۱۳/۳)	۱۰ (۳۳/۳)	
تحصیلات			Fisher Exact test= 0.054
کم سواد	۱۶ (۵۳/۳)	۲۴ (۸۰)	p =۰/۰۲
باسواد	۱۴ (۴۶/۷)	۶ (۲۰)	
شغل			X2 =۰/۹۳
شاغل	۶ (۲۰)	۷ (۲۳/۳)	p =۰/۱۳
غیرشاغل	۱۰ (۳۳/۳)	۹ (۳۰)	
خانه دار	۱۴ (۴۶/۷)	۱۴ (۴۶/۷)	
سطح درآمد			X2 =۳/۹۶
پایین	۱۰(۳۳/۳)	۱۶ (۵۳/۳۰)	p=۰/۲۶

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-23]

متوسط	۱۹ (۶۳/۳)	۹ (۳۰)	
بالا	۱ (۳/۳)	۲ (۶/۷۰)	
بیماری زمینه ای			Fisher Exact test=0/23
دارد	۲۷ (۹۰)	۲۴ (۸۰)	p=۰/۲۶
ندارد	۳ (۱۰)	۶ (۲۰)	
شروع بیماری قلبی			Fisher Exact test=0.13
کمتر از شش ماه	۲۳ (۷۶/۷)	۱۸ (۶۰)	p=۰/۱۶
بیشتر از شش ماه	۷ (۲۳/۳)	۱۲ (۴۰)	
سابقه جراحی			Fisher Exact test= 0.25
دارد	۷ (۲۳/۳)	۴ (۱۳/۳)	p=۰/۳۱
ندارد	۲۳ (۷۶/۷)	۲۶ (۸۶/۷)	

نتایج این مطالعه نشان می دهد که میانگین سنی نمونه ها در گروه آزمون ۵۸/۷ و در گروه کنترل ۶۲/۸ بوده است که تفاوت معنادار آماری نداشتند (p=۰/۰۸). سایر متغیرهای جمعیت شناختی نیز در دو گروه همگن بودند.

جدول شماره۲: مقایسه میانگین نمره معنویت در دو گروه آزمون و کنترل

گروه	آزمون	کنترل
مرحله	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)
حین آزمون	۶۱/۵ (۱۰/۹)	۵۸/۰۶ (۱۲/۶)
ترخیص	۷۵/۰۳ (۷/۸)	۶۰ (۱۲/۴)
نوع و نتیجه آزمون	t = -۱۴/۸	t = - ۷/۰۲
	df =۲۹	df =۲۹
	p<۰/۰۰۱	p<۰/۰۰۱

در هنگام بستری، دو گروه از نظر میانگین نمره معنویت تفاوت معناداری نداشتند (p=۰/۳۱)، ولی در هنگام ترخیص و پس از مداخله، تفاوت معناداری بین دو گروه مشاهده شـــد (p<۰/۰۰۱).طبق آزمون تی زوجی در دو گروه، تفاوت معناداری در روند تغییرات نمره معنویت مشاهده می شود (p<۰/۰۰۱)، ولی تغییرات در گروه آزمون چشمگیرتر است.

جدول شماره ۳: مقایسه فراوانی سطوح معنویت در دو گروه آزمون و کنترل

مرحله	قبل از مداخله	بعد از مداخله	
سطح معنویت	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	آزمون ویلکاکسون
گروه آزمون			= -۴/۷z
ضعیف	۱ (۳/۳)	۰ (۰)	p<۰/۰۰۱
متوسط	۱۱ (۳۳/۳)	۰ (۰)	
قوی	۱۷ (۵۶/۷)	۱۶ (۵۳/۳)	
بسیار قوی	۱ (۳/۳)	۱۴ (۴۶/۷)	
گروه کنترل			z = -۱/۷
ضعیف	۱ (۳/۳)	۰ (۰)	p =۰/۰۸
متوسط	۱۴ (۴۶/۷)	۱۵ (۵۰)	
قوی	۱۴ (۴۶/۷)	۱۲ (۴۰)	
بسیار قوی	۱ (۳/۳)	۳ (۱۰)	
	z = -۰/۶۹	= -۴/۵z	
	p =۰/۴۸	p<۰/۰۰۱	

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-23]

جدول شماره ۳ نشان می دهد که بر طبق آزمون من ویتنی، دو گروه از نظر سطح معنویت در بدو بستری تفاوت معناداری ندارند (p=۰/۴۸) ولی هنگام ترخیص تفاوت قابل ملاحظه ای بین دو گروه مشاهده می شود (p<۰/۰۰۱).

بحث

عمل بای پس عروق کرونری یک موقعیت تهدید کننده زندگی است که باعث تمرکز بر علائق معنوی می گردد (کمپ، ۱۹۹۶، راحولم، ۲۰۰۲). یوهانسن (۱۳۹۱) در کتاب دین و معنویت می گوید: درمانگرانی که با مسلمانان کار می کنند، باید با مساجد و دیگر نهادهای اجتماعی اسلامی در ارتباط باشند و افزون بر شناخت اسلام باید با زمینه های فرهنگی اقتصادی و تحصیلی و نیز سطح فرهنگ پذیری مراجع آشنا باشند. مسلمانان قرآن را مجموعه ای کامل از هدایت ها و راهنمایی ها برای چگونه زندگی کردن قلمداد می کنند و این نشان می دهد که هدایت و راهنمایی چیزی است که از دین شان انتظار دارند، پس هدایت و راهنمایی کردن به شکلی که هماهنگ و همخوان با تعالیم و آموزه های قرآن باشد، زمینه را برای رابطه ای اعتماد آمیز و همکارانه با مسلمانان آماده می کند.

در این پژوهش نیز، همه مشارکت کنندگان مسلمان بودند و در بیانات آنان اعتقادات مذهبی و تاثیرگذاری آن بر رفتار و افکارشان کاملا بارز بود. نتایج حاصل از مطالعه نشان داد سطح معنویت با جنسیت، تاهل، شغل، تحصیلات، و درآمد ارتباطی نداشت، ولی با زمان بستری ارتباط معنادار و معکوس داشت (p=۰/۰۰۷). بین میانگین نمره معنویت، روند تغییرات نمره معنویت، و سطوح معنویت دو گروه به هنگام ترخیص و پس از مداخله تفاوت معناداری مشاهده شد (p<۰/۰۰۱). در مطالعه راحولم (۲۰۰۲) در بررسی معنویت در بیماران تحت عمل پیوند عروق کرونر، ارتباط معنویت با جنس معنادار بود و از این نظر با مطالعه ما هم خوانی نداشت، همچنین، سطح معنویت با سایر مشخصات دموگرافیک ارتباط معنادار نداشت که این یافته با مطالعه ما هم خوانی داشت (راحولم ۲۰۰۲). در مطالعه کوئینگ (۲۰۱۱) شاخص عشق الهی و معنویت و نماز و مکانیسم مقابله ای مذهبی با جنس زن ارتباط معنادار داشت (p<۰/۰۰۱) و با سایر مشخصات دموگرافیک رابطه نداشت. در این مطالعه، میزان ایمان شخصی افراد قبل از عمل به عنوان عامل پیش بینی کننده در میزان سازگاری مثبت بعد از عمل شناخته شد و میزان اضطراب و افسردگی در افرادی که عبادت می کردند کمتر بود. در مطالعه حاضر، بیماران رضایت کافی از اجرای مراقبت ها داشتند و از اینکه در انجام مراقبت ها آزادی و قدرت اختیار و اراده از آنها سلب نمی شد و از مشارکت خانواده در امر مراقبت و ارتباط مناسب پرستار با خانواده ابراز رضایت می نمودند. بیماران تجربیات معنوی خود را این گونه بیان می کردند: «احساس سبکی می کنم»، «احساس می کنم همیشه مورد لطف الهی بوده ام و این من بوده ام که از خدا غافل شده ام و با بیمار شدنم توجهم به خدا بیشتر شده»، «احساس می کنم که تقدیرم این بوده که بیمار شوم تا در این مکان فرصتی برای خلوت با خدا و خودم داشته باشم»، «برایم شگفت انگیز است که در زمان کمی به آرامشی عمیق دست یابم و این را از جانب خدا می دانم»، «احساس می کنم که با دیگران خوب بر خورد نکرده ام و باید به خاطر این که همه بندگان خداییم با دیگران با محبت رفتار کنم و از خطاهای آنان بگذرم»، «دوست دارم از این به بعد روش زندگی ام را عوض کنم».

این قبیل رویدادهای معنوی که کارل راجرز آن را فقدان میانجی یا حضور نامیده و بیان نموده است که در لحظه هایی روح درونی من با روح درونی مراجع، ارتباط برقرار می کرد و انرژی شفادهنده ایجاد می شد و سه شرط اساسی درمان را پذیرفتن بی قید و شرط و درک همدلانه و خلوص می دانست، در این پژوهش تجربه گردید. تورن این تجربه ها را عطوفت نامید که کل وجود فرد را در بر می گیرد و ویلیام وست آن را نوعی احساس آرامش، رضایت، صلح و صفای عظیم یا سطحی از تشدید انرژی یا لطف الهی یا شفابخشی نامید. مارتین بوبر فیلسوف یهودی رابطه من و تو و ایجاد برخورد نیروزا مابین دونفر را برخوردی می داند که در چنین برخوردی می توان خدا را یافت که به گفته ماهرر در این فرایند وحدت میان درمانگر و مددجو ایجاد شده است که با هم تجربه می کنند و این تجربه ها به گفته ویلیام وست باعث سیر معنوی درمانگر و مددجو می گردد (وست، ۱۳۸۸). این تجربه های معنوی خصوصا در بیمارانی که نگرانی شدیدی داشتند به میزان بیشتری در این مطالعه مشاهده شد. عابدی (۲۰۰۵) به نقل از نیومن عنوان می کند مذهب می تواند در ایجاد احساس امید، نزدیکی به خدا و کمک به حل مشکل موثر باشد.

بالبونی (۲۰۰۷) در مطالعه ی خود بین حمایت‌های معنوی در بیماران مبتلا به سرطان با کیفیت زندگی آنان ارتباط معنی داری را نشان داد، به طوری که هرچه سطح معنویت در این بیماران بالاتر بود بهتر می توانستند با بیماری و مسایل مربوط به آن کنار آیند و روند بهبودی در آنها بهتر بود. عابدی و همکاران (۲۰۰۵) در مطالعه ای نشان دادند که انجام اعمال مذهبی و دعا و نیایش نه تنها بر حالت-های عاطفی بلکه بر کیفیت بدنی فرد تاثیر می گذارد و گاهی در عرض چند لحظه یا چند روز بیماری جسمی را بهبود می بخشد. لین (۲۰۰۳) در مطالعه ی خود عنوان می کند، بیمارانی که سلامت معنوی آنها تقویت شود، به طور موثرتری می توانند با بیماری خود سازگار شوند و حتی مراحل آخر بیماری را به خوبی سپری کنند. اله بخشیان فارسانی (۱۳۸۷) معتقد است که بیماری می‌تواند دریچه‌ای بر بیداری معنوی و فرصتی برای تغییر باشد. علیرغم بحران، افراد واجد گرایش معنوی قادر به یافتن معنا و هدف در زندگی هستند و در سازگاری با رنج ناشی از بیماری در گذر از بحران موفق‌تر عمل می‌کنند. مطالعه ی پدیدارشناختی رزاریو (۱۹۹۷) از اشخاص از کار افتاده و مبتلا به بیماری مزمن آشکار ساخت که آزمودنی ها زمانی که به هوشیاری معنوی می رسند در زندگی معنا

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-23]

پیدا می کنند و حس شکیبایی به دست می آورند. این هوشیاری آنها را امیدوار می سازد و پیوندشان با قدرت برتر موجب ایجاد یک منبع حمایت در زندگی می شود. در مطالعه استدر (۲۰۰۱) باور مذهبی بیماران و عبادت به طور قابل توجهی با کاهش عوارض بعد از عمل و میزان مرگ و میر همراه بوده است . به علاوه، عبادت و داشتن دیدگاه معنوی و مذهبی، تاثیر مثبتی بر افزایش مکانیسم های مقابله ای در جهت کنار آمدن با استرس جراحی و بیماری و احســـاس رفاه در اواخر بیماری داشته است. نتایج مطالعات فوق با نتایج این مطالعات هم خوانی داشت.

نتیجه گیری

نتایج حاصل از این مطالعه بیانگر ارتباط مثبت بین افزایش معنویت و دینداری با سلامت می باشد معنویت با خوش بینی و خوشبختی همراه است. داشتن چشم انداز خو ش بینانه به زندگی، مبارزه با بیماری را آســـان تر می کند و بهبودی بیماری را، از هر دو جنبه ی جسمی و عاطفی، در انواع بیماری ها تسهیل می کند، لذا زمان آن رسیده است که مراقبت های معنوی در کنار مراقبت های جسمی در قالب مدل مراقبت پرستاری با تاکید بر فرهنگ و مذهب اجرا گردد و با توجه به افزایش گرایش پرستاران به مراقبت معنوی و نارضایتی بیماران از بی توجهی به نیازهای معنوی شان با استفاده از این مدل که روش اجرای آن آسان و عملی است و هزینه ای ندارد، اجرای این امر مهم امکان پذیر خواهد بود. پرستاران باید در زمینه مراقبت معنوی و تفاوت های فرهنگی و مذهبی آموزش لازم را ببینند تا بتوانند در بررسی و شناخت نیازهای بیمار با روش های کلامی و غیر کلامی نیازهای معنوی را شناسایی و با توجه به علائق بیمار اقدام به رفع نیازها نمایند تا عوارض و رنج و غم و اندوه ناشی از بیماری را به حداقل برسانند. پیشنهاد می شود در مطالعات بعدی نمونه گیری در بیمارستان های متعدد و در سایر استان ها که از نظر فرهنگی مراجعین متنوعی دارند انجام شود تا برآیند این مدل مورد بررسی قرار بگیرد. امید است که این تحقیق، گامی در جهت تحقق اجرای الگوی مراقبت اسلامی در پرستاری برداشته باشد.

تقدیر و تشکر

این مقاله، برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد پرســـتاری مصوب شورای پژوهش دانشگاه علوم پزشـــکی بقیه الله (عج) در تاریخ ۱۳۹۱/۱۱/۱به شماره ۱۷۰ می باشد. محقق از مساعدت و همکاری پرسنل محترم بخش‌های داخلی قلب مردان و زنان و بخش سی سی یو شماره دو، بیمارستان بقیه‌الله (عج) و تمامی بیماران شرکت‌کننده در این پژوهش تشکر می نماید.

منابع فارسی

آقا علی ف،زندی پور ط،احمدی م ۱۳۹۰مطالعه تأثیر مشاوره گروهی شـــناختی ـ رفتاری با تأکید بر اندیشه‌های معنوی در افزایش معنویت و سلامت روان بیماران ام اس استان قم. سال چهارم، شماره اول، ص ۳۷-۵۴
اصفهانی م۱۳۸۵،آیین تندرستی ،چاپ ششم ،تهران :نشر تندیس ،۱۲-۱۶
شیخی نژاد ف،احمدی گ.۱۳۸۸مدیریت در پرتو معنویت ،ماهنامه تدبیر.شماره ۲۰ ص ۲۰۲
دهقان نیری،ن. جلالی نیا، ف .۱۳۸۴ نظریه پردازی و نظریه های پرستاری. انتشارات بشری، چاپ اول
ساداتی ل،گلچینی ا۱۳۹۱.تکنولوژی جراحی توراکس ،قلب و عروق.تهران جامعه نگر فصل ۱۲ ص ۱۸۳-۱۸۸
رود گر م .۱۳۸۸معنویت گرایی در قران و مبانی ،مولفه ها و کارکردها(معنویت قرانی) فصلنامه علمی پژوهشـــی علوم اسلامی سال چهارم شماره ۱۴
عسگری م.۱۳۹۲مراقبتهای ویژهدر بخش CCU,ICU دیالیز.تهران بشری فصل دهم ص ۲۱۰-۲۰۹
نسابه،م.۱۳۸۴.بررسی نقش باورها و عقاید مذهبی در سلامت روان.پایان نامه کارشناسی ارشد،بخش روانشناسی بالینی،دانشگاه شیراز.
مطهری ،م.۱۳۷۴مجموعه آثار.انتشارات فجر جلد ۲۴ ص ۲۵۸
مطهری ،م.۱۳۷۴مجموعه آثار.انتشارات فجر ج۲۶ص ۱۱۰
مطهری ،م.۱۳۷۴مجموعه آثار.انتشارات فجر ج۲۲ص ۲۵۵
مطهری ،م.۱۳۷۴مجموعه آثار.انتشارات فجر جلد ۳ ص ۳۵۳

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-23]

منابع انگلیسی

Abedi, HA. et al. (2009). Religious care patients and the barriers. Journal of Teb and Tazkieh; 4(53): 16-23. (Persian)

Allahbakhshian, M.(2010). A Survey on relationship between spiritual wellbeing and quality of life in multiple sclerosis patients. Zah Journal of Research in Medical Science. 12(3):29-33.

Amy, L.Ai. and Daniel, E.(2011). Divine love and deep connection: A long term follow up of patients surviving cardiac surgery .Journal of Agine Research. Jun .841-61.

Asadzandy, Mino..(2005). Concepts and theories of nursing. The university of Baghiyat Allah. 1th published in Winter Chapter 8, p. 460.

Asvad,b. & Gray,n.(1996). Challenges to the Arab-American family and Access family and gender among American Muslims. Philadelphia: Temple university press.

Balboni ,TA.(2007). Religiousness and spiritual support among advanced cancer patients and associations with end of life treatment preferences and quality of life. Journal of Clinical Oncology. 25(10): 555-60.

Bingham, V.(2007). The recovery experience for persons with a myocardial infarction and their spouses/partners. Thesis. Birmingham, UK: The University of Alabama.

Brunner and Suddarth.(2004). Textbook of medical-surgical nursing.10th edition.N736.

Boston, P.et al.(2001). Spirituality, religion, and health: the need for qualitative research. Annales CRMCC. 34(6): 368-83.

Chiu, L. (2004).An integrative review of the concept of spirituality in the health sciences. West Journal of Nursing Research . 26(4): 405-28.

Camp, PE.(1996). Having faith: experiencing coronary artery bypass grafting. Journal of Cardiovascular Nursing. 10(3): 55-64.

Farahaniniya, M, & Abasi, M.(1390). Spirituality and spirituality care in nursing .Tehran 1,unit 4,p73-79-44.

Hassankhani, H. et al. (2011). Being hopeful and continuing to move ahead: religious coping in Iranian chemical warfare poisoned veterans, a qualitative study. Journal of Religion Health.49(3): 311-21.

Lin, HR. & Bauer-Wu, SM.(2003). Psycho-spiritual well-being in patient with advanced cancer: An integrative review of the literature. Journal of Advanced Nursing.44(1): 69-80.

Johansen,Th.(2010). Religion and spirituality in psychotherapy :An individual psychology perspective. Translation by Baratyzade,Faride.Tehran Roshd,unit4,p102.

Johanna ,JM. & Sara, JK.(1999).Body, mind and spirit: Towards the integration of religiosity and spirituality in cancer quality of life research. Psychology of Oncology. 8.

Karimollahi, M. et al. (2007).Spiritual needs as experienced by Muslim patients in Iran: A qualitative study. Research Journal of Medical Sciences. 1(3): 183-90.

Raholm, MB. (2002). Weaving the fabric of spirituality as experienced by patients who have undergone a coronary bypass surgery. Journal of Holistic Nursing.20(1):31-47.

Rozario, L. D. (1997).Spirituality in the lives of people with disability & chronic illnesses; A creative
paradigm of wholeness & reconstruction .Disability & Rehabilitation. 19, 427-434.

Seaward, BL. (2000). Stress and human spirituality: At the cross roads of physics and metaphysics. Appl Psycho-physiologic Biofeedback; 25(4): 241-6.

Taylor,C.(2005).Fundamental of nursing :The art and science of nursing care.5th ed, Translated

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-23]

by Azizi,S aghafi,et al.secend edition1387 Hayan,vol8 ,unit36p172-173.
Underwood,L.&Teresi,J.The daily spiritual experience scale ,development theoretical description.reliability.exploratory factor analysis, and preliminary construct validity using health related data.Journal of Behavier Medicine.24(1),22-33.
Vance, D. L. (2001).Nurses, attitudes towards spirituality and spiritual care. Medical Surgical Nursing,F orum. 36(3), 30-18.
West,W.(1388). Psychotherapy and spiriyuality :crossing the line between therapy and religion. Translation by Shahidi,S. &,Shirafkan, A. Tehran:Roshd,.unit 5 P172-111-118.

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-23]

Cardiovascular Nursing Journal
2(2), Summer 2013

نشریه پرستاری قلب و عروق
دوره دوم، شماره ۲، تابستان ۱۳۹۲

www.journal .icns.org.ir

The effect of spiritual care based on «GHALBE SALIM» model on spiritual experiences of patients undergoing coronary artery bypass surgery

Maryam Asadi[1], MSc Student
***Minoo Asadzandi[2], Ph.D**
Abbas Ebadi [3], Ph.D

Abstract

Aim. This study was conducted with the aim of evaluating the effect of spritual care based on «GHALBE SALIM» model on spritual experiences of the patients who have undergone coronary artery bypass surgery.

Background. Patients undergoing open heart surgery, experience a crisis in their life. Every crisis is considered as a spiritual crisis and creates a unique experience that is rooted in culture and religion. Spiritual intervention which considers the spiritual mutual experience of the therapist and client is called spiritual care based on «GHALBE SALIM» model.

Method. In this clinical trial, 60 patients, candidated for elective coronary artery bypass graft surgery, were randomly assigned to experimental and control groups. Experimental group received spiritual care based on»GHALBE SALIM» model during hospital stay. The questionnaire Daily Spiritual Experience Scale (DSES) was completed by patients at the time of admission and discharge.

Findings. The level of spritual experiences at the time of hospitalization was not statristically significant between groups. On discharge, after implementing «GHALBE SALIM» model, the level of spritual experiences in experimental group was significantly higher in comparison with control group ($P<0.001$).

Conclusion. Spiritual care based on «GHALB SALIM» model increases the level of spiritual experiences and could be performed for meeting spiritual needs of patients.

Keywords: Spiritual care model, Spiritual experiences, Coronary artery bypass surgery

1 Master of Science Student in Critical Care Nursing, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran
2 PhD,Rresearch Management, Religion and Medicine Research Center, Faculty member of department Anesthesiology, School of Nursing, University Baqiyatallah, Tehran, Iran (* Corresponding Author) E-mail: zandi498@yahoo.com
3 Associate Professor, School of Nursing, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-23]