نشریه پرستاری قلب و عروق، دوره هشتم، شماره ۱، سال ۱۳۹۸
Cardiovascular Nursing Journal, 8(1), 2019

مقاله پژوهشی اصیل

بررسی ارتباط سلامت معنوی با کیفیت خواب در بزرگسالان مبتلا به نارسایی قلبی در مراکز آموزشی درمانی منتخب وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ایران

فاطمه محدث اردبیلی[۱]، کارشناس ارشد پرستاری
نعیمه سیدفاطمی[۲]، دکترای آموزش پرستاری
فاطمه معروف‌خانی[۳]، دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری
محمدرضا زارعی[۴]، کارشناس ارشد پرستاری
لیلا ممشلی[۵]، کارشناس ارشد پرستاری
*** مهری بزرگ‌نژاد[۶]، کارشناس ارشد پرستاری**

خلاصه

هدف. این مطالعه با هدف بررسی ارتباط سلامت معنوی با کیفیت خواب در بزرگسالان مبتلا به نارسایی قلبی انجام شد.

زمینه. کیفیت خواب در بیماران با نارسایی قلبی نسبت به افراد سالم نامطلوب است. بیان شده است که در بعضی از جوامع، معنویت با کیفیت خواب ارتباط دارد.

روش کار. در این مطالعه توصیفی همبستگی که به صورت مقطعی انجام شد، ۲۰۷ فرد دچار نارسایی قلبی با روش نمونه‌گیری در دسترس وارد مطالعه شدند، پرسشنامه‌های جمعیت‌شناختی، کیفیت خواب پیتزبرگ و سلامت معنوی آلیسون و پولوتزین توسط شرکت‌کنندگان در مطالعه تکمیل شد. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های آماری توصیفی و استنباطی (تی مستقل، آنالیز واریانس، ضریب همبستگی پیرسون، ضریب همبستگی اسپیرمن، رگرسیون خطی)، در نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ تحلیل شدند.

یافته‌ها. میانگین نمره کل کیفیت خواب، ۸/۹۰ با انحراف معیار ۳/۱۶ و در سطح نامطلوب بود. میانگین نمره کل سلامت معنوی، ۹۳/۳۶ با انحراف معیار ۹/۲۰ و در حد بالاتر از متوسط بود. بین کیفیت خواب و سلامت معنوی ارتباط آماری معنی‌دار و مثبت وجود داشت ($p=۰/۰۲۶$، $r=-۰/۱۷۵$).

نتیجه‌گیری. افراد دچار نارسایی قلبی که سلامت معنوی بالاتری دارند، از کیفیت خواب بهتری برخوردار هستند. می‌توان با برنامه‌ریزی‌های مدون، همان‌طور که به سلامت جسمی بیماران توجه می‌شود، سلامت معنوی را نیز مورد توجه قرار داد.

کلیدواژه‌ها: نارسایی قلبی، سلامت معنوی، کیفیت خواب

۱ گروه پرستاری داخلی‌جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
۲ استاد، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
۳ دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
۴ گروه پرستاری داخلی‌جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
۵ گروه پرستاری، واحد گنبد کاووس، دانشگاه آزاد اسلامی، گنبد کاووس، ایران
۶ گروه پرستاری داخلی‌جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران (*نویسنده مسئول) پست الکترونیک: bozorgnejad.m@iums.ac.ir

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-05]

مقدمه

نارسایی قلبی یکی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن است که در اثر اختلال در ساختار یا عملکرد قلب پدید می‌آید و از علل عمده ناتوانی به شمار می‌رود (هینکل و همکاران، ۲۰۱۳). شیوع نارسایی قلبی در بزرگسالان در کشورهای توسعه یافته، یک تا دو درصد و در افراد با سن بیشتر از ۷۰ سال ۱۰ درصد است (الحبیب و همکاران، ۲۰۱۹). در ایران نیز نارسایی قلبی از علل عمده ناتوانی و مرگ به شمار می‌رود و با تغییر هرم سنی جامعه و پیر شدن جمعیت جوان کنونی، در آینده‌ای نزدیک، بر شیوع فعلی آن، بین ۳۵۰۰ بیمار به ازای هر ۱۰۰ هزار نفر افزوده خواهد شد (بقایی و همکاران، ۱۳۹۸).

نارسایی قلبی موجب بروز تظاهرات سیستمیک مربوط به نارسایی قلب راست و تظاهرات ریوی مربوط به نارسایی قلب چپ، اختلال در فعالیت، احساس اضطراب، و اختلال در خواب می‌شود (فلکر و من، ۲۰۱۶). با وجود توجه تیم مراقبتی درمانی به رفع نیازهای جسمی و فیزیولوژیک بیماران بستری، اغلب، به نیازهای دیگر بیمار مانند اختلال الگوی خواب توجهی نمی‌شود یا با تاخیر مورد رسیدگی قرار می‌گیرد (گوسوامی و همکاران، ۲۰۱۶). حدود ۵۰ درصد بیماران مبتلا به نارسایی قلبی، به انواع مختلفی از اختلالات خواب دچار هستند (ممیزی و همکاران، ۲۰۱۴). کیفیت خواب نامطلوب، اثر منفی بر وضعیت زندگی، و عملکرد جسمی روانی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی دارد (کوشیدا، ۲۰۱۶). تغییر در طول مدت یا کیفیت خواب مانع جریان طبیعی خون بدن در طی خواب می‌شود و با کمبود خواب، شیوع پرفشاری خون و مقاومت دارویی در افراد مبتلا به ناراحتی قلبی افزایش می‌یابد (لوی و همکاران، ۲۰۱۲). محرومیت از خواب از طریق افزایش ضربان قلب و افزایش نیاز ماهیچه قلب به اکسیژن موجب وخیم‌تر شدن وضعیت نارسایی قلبی می‌شود (متیو و همکاران، ۲۰۱۱). کیفیت خواب در بیماران با نارسایی قلبی نسبت به افراد سالم، نامطلوب است، به گونه‌ای که نسبت به جمعیت افراد سالم، درصد بیشتری از این بیماران در نیمه شب از خواب بیدار می‌شوند (ممیزی و همکاران، ۲۰۱۵).

مکانیسم‌های مختلف درگیر در آسیب‌شناسی نارسایی قلبی سبب شده است که رویکردهای درمانی متنوع، از طریق شناسایی عوامل تاثیرگذار بر اختلالات خواب به وجود آیند (کلبرت، ۲۰۱۱). بنابراین، با توجه به اهمیت خواب، استراحت کافی و نقش آن در سلامت این بیماران به نظر می‌رسد برای کاهش یا رفع عارضه اختلال خواب ضروری است به دنبال شناسایی عوامل تاثیرگذار بر کیفیت خواب و تعدیل آنها رفت تا بتوان به افزایش آرامش، کاهش اضطراب و خستگی و همچنین، بهبودکیفیت خواب دست یافت (برمن و همکاران، ۲۰۱۶؛ اکتن، ۲۰۱۲؛ وایت و تیت، ۲۰۱۸). در سال‌های اخیر، معنویت به عنوان یکی از مولفه‌های مهم تاثیرگذار بر کیفیت خواب، وارد ادبیات نظری و پژوهشی شده است (باقری و همکاران، ۱۳۹۵).

در بیماران دچار نارسایی قلبی، بین سلامت معنوی و سلامت روانی، ارتباط مثبت وجود دارد و هرچه این ارتباط بیشتر باشد، موجب رضایتمندی، آرامش و احساسات مثبت است (هفتی و بوسینگ، ۲۰۱۸؛ ساکو و همکاران، ۲۰۱۴). تحقیقات متعدد نشان داده‌اند که بیماران مبتلا به اختلالات قلبی با سلامت معنوی بیشتر و بالاتر، از سطح سلامت قلبی بهتری برخوردار هستند (مومنی قلعه قاسمی و همکاران، ۱۳۹۲؛ آقایی پورامشل و همکاران، ۱۳۹۴). با توجه به رابطه مستقیم بین معنویت و سلامت جسمی و روانی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی، می‌توان معنویت را یکی از عوامل تاثیرگذار بر بیماری‌های قلبی و از عوامل تاثیرگذار بر کیفیت خواب که عارضه‌ای همه‌گیر در نارسایی قلبی است، محسوب کرد (خرمی مرکانی و همکاران،۲۰۱۵؛ یانگ و همکاران، ۲۰۰۸). پرستاران به عنوان افراد مسئول مراقبت جسمی و روانی بیماران با ارائه مراقبت به بیماران، به سازگاری روانی، کاهش اضطراب، ایجاد آرامش و بهبود کیفیت خواب آنها کمک می‌نمایند. پرستاران بیشترین ساعت مراقبت را در کنار بیماران می‌گذرانند و به بیماران کمک می‌کنند تا استراحت و راه‌های بهبود آن را بیاموزند. با توجه به اینکه پرستاران در تعامل مستقیم با بیماران هستند، در مراقبت روانی و جسمی بیماران نقش اصلی را ایفا می‌کنند (انجمن پرستاران اورژانس، ۲۰۱۳؛ بکمن، ۲۰۱۳)، تا بیماران در مقابله با بیماری‌ها و عوارض آنها تواناتر شوند و این، جز با انجام مطالعات بیشتر در این زمینه و استناد به یافته‌ها و شواهد بیشتر برای برنامه‌ریزی مراقبت‌های معنوی بیماران میسر نخواهد شد. شاید لازم باشد پرستاران یا مراقبینی متخصص تربیت شوند تا نیازهای مراقبتی معنوی بیماران را برآورده نمایند. این مطالعه با هدف تعیین ارتباط سلامت معنوی با کیفیت خواب در بزرگسالان مبتلا به نارسایی قلبی انجام شد.

مواد و روش‌ها

در این پژوهش مقطعی توصیفی همبستگی ارتباط سلامت معنوی و کیفیت خواب بزرگسالان مبتلا به نارسایی قلبی مورد مطالعه قرار گرفت. محیط این پژوهش کلینیک ویژه، بخش‌های سی‌سی‌یو و پست-سی‌سی‌یو، و بخش‌های داخلی و جراحی مراکز آموزشی

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-05]

درمانی فیروزگر و حضرت رسول اکرم (ص) وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ایران بود. جامعه این پژوهش کلیه بزرگسالان مبتلا به نارسایی قلبی مراجعه‌کننده به این دو مرکز در بازه زمانی تیر تا آبان سال ۱۳۹۶ بودند. معیارهای ورود به مطالعه شامل سن بالای ۱۸ سال، توانایی خواندن و نوشتن بیمار یا حضور همراه باسواد در کنار بیمار، تشخیص قطعی نارسایی قلبی درجه ۲ و ۳ ثبت‌شده در پرونده، ابتلا به بیماری نارسایی قلبی حداقل به مدت سه ماه، گذشتن دوره حاد بیماری (حداقل ۲۴ ساعت از زمان بستری)، عدم وجود مشکلات حسی ادراکی و اختلالات بینایی و شنوایی طبق پرونده، و نداشتن بیماری روانی شناخته‌شده یا عقب‌ماندگی ذهنی طبق پرونده بودند. تعداد ۲۰۷ فرد مبتلا به نارسایی قلبی با روش نمونه‌گیری در دسترس وارد مطالعه شدند. پژوهشگر بعد از اخذ مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ایران به محیط‌های پژوهش مراجعه کرد و اهداف پژوهش را به مقامات مسئول بیمارستان توضیح داد و پس از جلب موافقت ایشان، نمونه‌گیری در محیط پژوهش را آغاز نمود. پژوهشگر با حضور در محیط پژوهش و پس از تایید وجود معیارهای ورود به مطالعه، با شرکت‌کنندگان احتمالی درباره خصوصیات و اهداف و نحوه انجام مطالعه صحبت کرد و در صورت رضایت آنان برای شرکت در پژوهش، رضایت‌نامه کتبی اخذ شد.

برای جمع‌آوری داده‌ها از سه پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک، پرسشنامه کیفیت خواب پیتزبرگ (PSQI) و پرسشنامه سلامت معنوی پولوتزین و الیسون (SWBS) استفاده شد. پرسشنامه کیفیت خواب پیتزبرگ که کیفیت خواب را در طی ۴ هفته گذشته بررسی می‌کند، در سال ۱۹۸۹ توسط دکتر بویس و همکاران (دافی، ۲۰۱۴) در موسسه روان‌پزشکی پیتزبرگ ساخته شد. این پرسشنامه شامل ۱۹ گویه در قالب هفت مقیاس شامل کیفیت ذهنی خواب، تاخیر در به خواب رفتن، طول مدت خواب، اختلالات خواب، مصرف داروی خواب‌آور، اختلال عملکرد روزانه، و کارآیی خواب است. نمره هر یک از مقیاس‌های پرسشنامه بین صفر تا ۳ متغیر است. مجموع نمرات ۷ زیر مقیاس، بین صفر تا ۲۱ متغیر است و کسب نمره بالاتر از ۵ به معنی کیفیت خواب ضعیف است. پرسشنامه سلامت معنوی پولوتزین و الیسون (۱۹۸۲) ۲۰ گویه دارد و دامنه نمرات این پرسشنامه بین ۲۰ تا ۱۲۰ است و نمره بالاتر از میانگین نشان‌دهنده سلامت معنوی بیشتر است. پاسخ گویه‌ها به صورت طیف لیکرت ۶ قسمتی از "کاملا مخالفم" تا "کاملا موافقم" دسته‌بندی شده است. در گویه‌های شماره ۳، ۴، ۷، ۸، ۱۰، ۱۱، ۱۴، ۱۵، ۱۷، ۱۹، و ۲۰ که فعل مثبت دارند، به گزینه "کاملا مخالفم" نمره ۱ و در گویه‌های شماره ۱، ۲، ۵، ۶، ۹، ۱۲، ۱۳، ۱۶، و ۱۸ که فعل منفی دارند، گزینه "کاملا مخالفم" نمره ۶ داده می‌شود. در این پرسشنامه، گویه‌ها به دو گروه سلامت مذهبی و سلامت وجودی تقسیم می‌شوند. نمره کل سلامت معنوی، جمع نمرات این دو زیرمقیاس و بین ۲۰ تا ۱۲۰ است. سلامت معنوی افراد به سه دسته پایین (نمرات ۲۰ تا ۴۰)، متوسط (نمرات ۴۱ تا ۹۹)، و بالا (نمرات ۱۰۰ تا ۱۲۰) تقسیم‌بندی می‌شود (مومنی قلعه قاسمی و همکاران، ۱۳۹۲؛ پولوتزین و الیسون، ۱۹۸۲).

روایی و اعتبار علمی محتوایی پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناختی توسط ۳ نفر از اعضای هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران تایید شد. در پژوهش حیدری و همکاران (۱۳۸۹) پایایی درونی پرسشنامه کیفیت خواب پیتزبرگ، با آلفای کرونباخ ۰/۴۶ و ضریب همبستگی ۰/۵۲ در آزمون-بازآزمون، مطلوب گزارش شد. روایی پرسشنامه سلامت معنوی در مطالعه اله‌بخشیان و همکاران (۱۳۸۹) مورد بررسی و تایید قرار گرفت و در مطالعه رضایی و همکاران (۱۳۸۷)، پس از ترجمه به فارسی، ضریب آلفای کرونباخ ابزار، ۰/۸۲ گزارش شد. در پژوهش بالجانی و همکاران (۱۳۹۰) پایایی این پرسشنامه با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۸۸ به دست آمد. در پژوهش حاضر، پایایی درونی پرسشنامه سلامت معنوی، ۰/۷۶ محاسبه شد.

برای بررسی متغیرها از آماره‌های توصیفی میانه، میانگین، انحراف معیار، فراوانی نسبی (درصد) و مطلق (تعداد) و برای بررسی ارتباط بین سلامت معنوی و کیفیت خواب از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. برای بررسی ارتباط دو متغیر با کنترل متغیرهای مخدوش‌گر احتمالی نیز از مدل رگرسیون خطی بهره گرفته شد. تحلیل داده‌ها در نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۴ انجام شد.

یافته‌ها

جدول شماره ۱ برخی ویژگی‌های شرکت‌کنندگان در مطالعه را نشان می‌دهد. بیشترین درصد شرکت‌کنندگان مطالعه، متاهل (۸۳/۰۹ درصد)، بی‌سواد (۵۵/۸۰)، خانه‌دار (۴۰/۳۰)، و دارای سطح درآمد متوسط (۷۰/۸۰ درصد) بودند. میانگین نمره سلامت معنوی افراد تحت مطالعه، ۹۳/۳۶ با انحراف معیار ۹/۲۰ بود. کمترین نمره سلامت معنوی، ۶۶ و بیشترین نمره ۱۱۹ بود که نشان‌دهنده پایین نبودن سطح سلامت معنوی افراد مورد مطالعه است. میانگین نمره سلامت معنوی افراد تحت مطالعه در بعد سلامت مذهبی، ۴۸/۷۰ با انحراف معیار ۴/۶۷ بود. کمترین نمره در بعد سلامت مذهبی، ۳۱ و بیشترین نمره در این بعد، ۶۰ بود که نشان‌دهنده پایین نبودن

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-05]

سطح سلامت مذهبی افراد مورد مطالعه است. همچنین، میانگین نمره سلامت معنوی افراد تحت مطالعه در بعد سلامت وجودی، ۴۴/۶۹ با انحراف معیار ۵/۹۵ بود. کمترین نمره در بعد سلامت وجودی، ۳۱ و بیشترین نمره در این بعد، ۶۰ بود که به معنی این است که سطح سلامت وجودی در افراد مورد مطالعه پایین نیست.

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی مطلق و نسبی برخی ویژگی‌های دموگرافیک واحدهای پژوهش

متغیر	تعداد (درصد)	متغیر	تعداد (درصد)
جنس		**سطح تحصیلات**	
مرد	۱۰۳ (۵۰/۰)	**بی سواد**	۱۱۵ (۵۵/۸)
زن	۱۰۳ (۵۰/۰)	**باسواد**	۹۱ (۴۴/۲)
وضعیت تاهل		**شغل**	
متاهل	۱۷۲ (۸۳/۱)	**خانه دار**	۸۳ (۴۰/۳)
مجرد	۵ (۲/۴)	**شاغل**	۶۶ (۳۲/۰)
مطلقه	۱۲ (۵/۸)	**بیکار**	۲۷ (۱۳/۱)
همسر فوت شده	۱۸ (۸/۷)	**سایر**	۳۰ (۱۴/۶)
تعداد فرزند		**سطح درآمد**	
صفر	۵ (۲/۴)	**خوب**	۳۲ (۱۵/۸)
۱یا ۲	۴۷ (۲۲/۷)	**متوسط**	۱۴۳ (۷۰/۸)
۳ یا ۴	۹۷ (۴۶/۹)	**بد**	۲۷ (۱۳/۴)
۵ یا بیشتر	۵۸ (۲۸/۰)		

بر اساس یافته‌های مندرج در جدول شماره ۲، نمونه‌های مطالعه در بعد اختلالات خواب به طور ذهنی بیشترین نمره را داشتند که به معنی بدتر بودن بعد اختلالات خواب به طور ذهنی است، و در بعد کارآیی خواب معمول کمترین نمره را داشتند که به معنی بهتر بودن بعد کارآیی خواب است. کمترین نمره کلی کیفیت خواب، ۵ و بیشترین نمره کلی کیفیت خواب، ۱۷ بود که نشان‌دهنده نامطلوب بودن سطح کیفیت خواب در این مطالعه است. بر اساس بررسی ارتباط سلامت معنوی و کیفیت خواب در مبتلایان به نارسایی قلبی، بین این دو متغیر ارتباط معنی‌دار آماری مثبت وجود دارد ($r=-۰/۱۷۵$ ،$p=۰/۰۲۶$)، یعنی افردی که سلامت معنوی بیشتری داشتند، کیفیت خواب بهتری نیز داشتند.

جدول شماره ۲: برخی شاخص‌های آماری ابعاد کیفیت خواب در واحدهای پژوهش

ابعاد کیفیت خواب	حداقل نمره	حداکثر نمره	میانگین (انحراف معیار)
کیفیت ذهنی خواب	۰	۳	۱/۶۶ (۰/۶۷)
تاخیر در به خواب رفتن	۰	۳	۱/۳۴ (۱/۱۶)
طول مدت خواب	۰	۳	۱/۳۹ (۰/۸۵)
اختلالات خواب	۱	۲	۱/۶۱ (۰/۵۷)
اختلال عملکرد روزانه	۰	۳	۰/۹۲ (۱/۰۱)
کارآیی خواب	۰	۳	۰/۶۳ (۰/۸۲)
نمره کل کیفیت خواب	۵	۱۷	۸/۹۰ (۳/۱۶)

بحث

این مطالعه با هدف تعیین ارتباط کیفیت خواب با سلامت معنوی در بزرگسالان مبتلا به نارسایی قلبی انجام شد. نتایج نشان داد که افراد مبتلا به نارسایی قلبی از سطح بالاتر از متوسط سلامت معنوی برخوردارند. در سطح خرده مقیاس‌های پرسشنامه سلامت معنوی نیز نتایج مطالعه نشان داد، میانگین نمرات آزمودنی‌ها در بعد سلامت مذهبی نسبت به سلامت وجودی بیشتر است. بر اساس

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-05]

میانگین نمره سلامت مذهبی و وجودی، می‌توان سطح ابعاد سلامت مذهبی و سلامت وجودی افراد مورد مطالعه را در حد بالاتر از متوسط ارزیابی کرد. نتایج این مطالعه با نتایج برخی مطالعات هم‌راستا است (آقایی‌پور امشل و همکاران، ۱۳۹۴؛ قنبری و ظاهری، ۱۳۹۶؛ جهانی و همکاران، ۲۰۱۴). اما نتایج برخی مطالعات با نتایج مطالعه حاضر هم‌راستا نیستند. مطالعه مومنی قلعه قاسمی و همکاران (۱۳۹۲) با عنوان "بررسی ارتباط سلامت معنوی با اضطراب و برخی مشخصات دموگرافیک بیماران عروق کرونر" و مطالعه خادم وطنی (۱۳۹۳) با عنوان "بررسی ارتباط بین سلامت معنوی و اضطراب و افسردگی در بیماران دچار انفارکتوس میوکارد بستری در بیمارستان سید الشهداء دانشگاه علوم پزشکی ارومیه" نشان دادند که سطح سلامت معنوی شرکت‌کنندگان در حد بالا بود. به طور کلی، معنویت یا سلامت معنوی به عنوان عامل موثر و منبعی ارزشمند برای تطابق و سازگاری در زمان بروز ناخوشی و رویارویی با استرس محسوب می‌شود (انشه، ۲۰۱۵). در واقع، مذهب و معنویت برای بسیاری از مردم اهمیت دارد. به دست آمدن سطح بالاتر از متوسط میانگین نمره کل سلامت معنوی در مطالعه حاضر، برای جامعه ایرانی که جامعه‌ای مذهبی و متمایل به ارزش‌های معنوی است دور از ذهن نیست، ولی جو مذهبی در ایران ممکن است در پاسخ‌دهی به سئوالات موثر باشد (رحیمی و همکاران، ۱۳۹۲).

از نتایج مطالعه حاضر چنین برمی‌آید که افراد در موقعیت‌های اثبات‌شده مغایر با حیات، ارتباطات معنوی خود را تقویت می‌کنند و سعی می‌نمایند با برقراری سلامت معنوی از آرامش روحی که در پی آن حاصل می‌شود، برخوردار گردند. با توجه به نتایج مطالعات مختلف، به نظر می‌رسد رسیدن به معنویت به عنوان یک جنبه از سلامت روحانی، اثرات مثبتی بر سلامت فیزیولوژیک و اجتماعی افراد دارد (ریچاردسون، ۲۰۱۷؛ بیگر و همکاران، ۲۰۱۳). همین طور، بالا بودن نمره زیرمقیاس مذهبی سلامت معنوی نسبت به زیرمقیاس وجودی می‌تواند ناشی از شرایط فرهنگی مذهبی مردم ایران باشد و اینکه بیماران در شرایط استرس‌زای زندگی و بحران ناشی از بیماری، گرایش بیشتری به مذاهب پیدا می‌کنند (باقری و همکاران، ۱۳۹۵). اما دلیل مغایرت نتیجه مطالعه حاضر با نتایج مطالعه مومنی قلعه قاسمی و همکاران و مطالعه خادم وطنی ممکن است به تفاوت در خصوصیات دموگرافیک شرکت‌کنندگان باشد، زیرا حدود ۶۰ درصد افراد شرکت کننده در مطالعه مومنی قلعه قاسمی و همکاران و ۸۲ درصد افراد شرکت‌کننده در مطالعه خادم وطنی باسواد بودند، ولی حدود ۴۵ درصد افراد شرکت‌کننده در مطالعه حاضر باسواد بودند که می‌تواند در ایجاد مغایرت نتایج نقش داشته باشد. همین طور ممکن است تفاوت مطالعه خادم وطنی با مطالعه حاضر به میانگین سنی افراد ارتباط داشته باشد؛ در مطالعه خادم وطنی میانگین سنی افراد ۵۱ سال بود، درحالی که میانگین سنی افراد مطالعه حاضر ۶۲ سال بود. به نظر می‌رسد سطح تحصیلات، محیط زندگی و میانگین سنی از جمله عوامل دموگرافیک تاثیرگذار بر سطح سلامت معنوی و گرایشات مذهبی و معنوی باشند (مومنی قلعه‌قاسمی و همکاران، ۱۳۹۲).

متاسفانه مطالعه‌ای که ارتباط کیفیت خواب و سلامت معنوی را در بیماران نارسایی قلبی مورد بررسی قرار دهد یافت نشد. مطالعه اسلامی (۲۰۱۴) با عنوان "ارتباط کیفیت خواب و سلامت معنوی در افراد تحت همودیالیز" که در اصفهان انجام شد، نشان‌دهنده وجود کیفیت خواب بهتر در افراد با سلامت معنوی بیشتر بود (اسلامی و همکاران، ۲۰۱۴). در مطالعه باقری (۱۳۹۵) در ایران با عنوان "ارتباط سلامت معنوی با افسردگی و کیفیت خواب در سالمندان شهرستان شاهرود"، نتایج، نشان‌دهنده کیفیت خواب بهتر در سالمندان با سلامت معنوی بیشتر بود (باقری و همکاران، ۱۳۹۵). همچنین، در مطالعه مارتینز و کوستودیو (۲۰۱۴) که در افراد تحت همودیالیز انجام شد، نتایج، نشان‌دهنده وجود ارتباط مستقیم معنی‌دار بین کیفیت خواب و سلامت معنوی بود. الیسون و همکاران (۲۰۱۱) در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند افرادی که اندیشه‌های مذهبی قوی‌تری داشتند، مدت زمان به خواب رفتن (کمتر از ۳۰ دقیقه) و میزان مصرف داروهای خواب‌آور کمتری داشتند.

در مطالعه خرمی‌راد و همکاران (۲۰۱۵) با عنوان "رابطه کیفیت خواب با سلامت معنوی زنان مسلمان مبتلا به سرطان سینه" با میانگین سنی ۴۸ سال انجام شد، رابطه معنی‌دار آماری بین کیفیت خواب و میانگین نمره سلامت معنوی مشاهده نشد که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی ندارد. همچنین، در مطالعه یانگ و همکاران (۲۰۰۸) که در افراد تحت همودیالیز انجام شد، ارتباط معنی‌داری بین کیفیت خواب و متغیرهای فعالیت و عقاید مذهبی مشاهده نشد. افرادی که مبتلا به بیماری‌های صعب‌العلاج مانند ایدز و سرطان هستند خود را در مراحل پایانی زندگی می‌بینند (علاق بند و همکاران، ۱۳۹۵)، و لذا بیشتر احساس نزدیکی به مرگ می‌کنند و به طور طبیعی استرس و اضطراب بیشتری را متحمل می‌شوند. بنابراین، ممکن است عقاید مذهبی و باورهای اعتقادی نتوانند با حجم بالای استرس و اضطراب که جزئی از مزاحمت‌های خواب هستند، مقابله کنند؛ لذا این افراد کمتر می‌توانند از توانمندی‌های مذهبی و قدرت معنویت خود جهت بهبود کیفیت خواب خود بهره ببرند. بنابراین، می‌توان علت تفاوت نتیجه مطالعه حاضر با مطالعه خرمی‌راد و

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-05]

همکاران و مطالعه یانگ و همکاران را با نوع بیماری افراد تحت مطالعه مرتبط دانست. همین طور، به علت اینکه سطح باورهای مذهبی در جوامع مختلف با شرایط دموگرافیک متنوع، متفاوت است، لذا می‌توان متفاوت بودن شرایط دموگرافیک مانند سن و فرهنگ جامعه پژوهش دو مطالعه فوق نسبت به مطالعه حاضر را یکی دیگر از علل تفاوت نتایج ذکر نمود.

نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج این مطالعه، در افراد مبتلا به نارسایی قلبی با نمرات بالاتر سلامت معنوی، کیفیت خواب بهتر است. با توجه به وجود ارتباط معنی‌دار بین سلامت معنوی با کیفیت خواب افراد مبتلا به نارسایی قلبی و تاثیر کیفیت خواب بر عوارض ناشی از بیماری و سرعت بهبودی، ضروری است در فرآیند درمان افراد مبتلا به نارسایی قلبی، بر ارتقای سلامت معنوی آنها از سوی تیم درمانی توجه بیشتری صورت گیرد و با اقدام در جهت ارتقای سلامت معنوی بیماران، بهبود کیفیت خواب آنها ارتقاء یابد.

باتوجه به بیشتر بودن سلامت معنوی در افراد جوان‌تر، و بیشتر بودن کیفیت خواب در افراد جوان‌تر و با سطح تحصیلات بالاتر، فراهم نمودن زیرساخت‌های آموزشی مناسب جهت پرداختن به بُعد معنوی بیماران باید در راستای اهداف برنامه‌ریزان و سیاست‌گذاران امر آموزش پزشکی و پرستاری کشور قرار گیرد. یکی از محدودیت‌های این پژوهش، شرایط جسمی و روانی واحدهای مورد پژوهش در زمان تکمیل پرسشنامه‌ها بود که ممکن است بر پاسخگویی به سئوالات پرسشنامه‌ها تاثیر گذاشته باشد.

تقدیر و تشکر

این مقاله حاصل پایان‌نامه دانشجویی مصوب دانشگاه علوم پزشکی ایران با کد اخلاق IR.IUMS.REC.1396..9313676004 در مقطع کارشناسی ارشد است. ضمن تشکر از حوزه معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایران به خاطر تامین مالی این مطالعه، پژوهشگران مراتب قدردانی خود را از کلیه بیماران شرکت‌کننده در این مطالعه اعلام می‌نمایند.

منابع فارسی

آقایی‌پور امشل ا، رژه ن، تدریسی د. رابطه سلامت معنوی با اضطراب در سالمندان مبتلا به نارسایی قلبی مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های منتخب شهر تهران در سال ۱۳۹۴. نشریه پژوهش پرستاری ۱۳۹۴؛۱۰(۴). ص. ۱۴۵-۱۵۴.

اله بخشیان م، جعفرپور علوی م، پرویزی س، حقانی ح. ارتباط سلامت معنوی و کیفیت زندگی در مبتلایان به مولتیپل اسکلروزیس. مجله پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی زاهدان. ۱۳۸۹؛ ۱۲(۳). ص. ۲۹-۳۳.

باقری ح، صادقی م، اسماعیلی ن، نعیمی ز. ارتباط سلامت معنوی با افسردگی و کیفیت خواب در سالمندان شهرستان شاهرود. سالمندشناسی. ۱۳۹۵؛ ۱ (۱) :۶۲-۵۵.

بالجانی ا، خشابی ج، امانپور ا، عظیمی ن. بررسی ارتباط بین سلامت معنوی، مذهب و امید در بیماران مبتلا به سرطان. مجله حیات. ۱۳۹۰؛ ۱۷(۳). ص. ۲۷-۳۷

بقایی، ر. مرادی، ی. مجیدی، و. بررسی تأثیر آموزش بهداشت خواب بر کیفیت خواب در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی بستری در بخش‌های مراقبت قلبی مراکز آموزشی درمانی ارومیه. ۹۷- ۱۳۹۶. مجله پرستاری و مامایی. ۱۳۹۸؛ ۱۷ (۹) ۶۸۹-۶۷۴.

حیدری ع, احتشام زاده پ, مرعشی م. رابطه شدت بی خوابی، کیفیت خواب، خواب آلودگی و اختلال در سلامت با عملکرد تحصیلی در دختران. نشریه علمی زن و فرهنگ. ۱۳۸۷؛ (۴)۲: ۷۶-۶۵.

خادم وطنی کمال، آقاخانی نادر، اسم حسینی غلامرضا، احضرتی فشین، علی نژاد وحید، نظری حسن و دیگران. بررسی ارتباط بین سلامت معنوی و اضطراب و افسردگی در بیماران دچار انفارکتوس میوکارد بستری در بیمارستان سید الشهداء دانشگاه علوم پزشکی ارومیه. ۱۳۹۳؛ ۲۵ (۱۲). ص. ۱۰۹۲-۱۱۰۱.

رضایی م، سیدفاطمی ن، حسینی ف. سلامت معنوی در بیماران مبتلا به سرطان تحت شیمی درمانی. مجله حیات. ۱۳۸۷؛ ۱۴ (۴ و ۳) :۳۳-۳۹.

علاقبند مریم، ثروت فرخ لقا، زارع پور فاطمه. بررسی رابطه بین کیفیت زندگی و امید به زندگی در بیماران مبتلا به سرطان پستان. طلوع بهداشت. ۱۳۹۵؛ ۱۵ (۲) ۱۸۵-۱۷۵.

قنبری‌افرا لیلا، ظاهری آزیتا. ارتباط اضطراب، استرس و افسردگی با سلامت معنوی در بیماران سندرم حاد عروق کرونری. مجله آموزش و سلامت جامعه. ۱۳۹۶؛ ۴(۲). ص. ۲۸-۳۴.

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-05]

مومنی قلعه قاسمی طاهره، موسی رضایی امیر، معینی مهین. بررسی ارتباط سلامت معنوی با اضطراب و برخی مشخصات دموگرافیک بیماران عروق کرونر. مجله تحقیقات نظام سلامت. ۱۳۹۲؛ ۹(۷). ص. ۷۰۲-۷۱۱.

منابع انگلیسی

Acton QA. Heart Diseases: Advances in Research and Treatment: 2011 Edition. ScholarlyEditions; 2012 Jan 9.

AlHabeeb W, Al-Ayoubi F, AlGhalayini K, Al Ghofaili F, Al Hebaishi Y, Al-Jazairi A, Al-Mallah MH, AlMasood A, Al Qaseer M, Al-Saif S, Chaudhary A. Saudi Heart Association (SHA) guidelines for the management of heart failure. Journal of the Saudi Heart Association. 2019;31(4):204-53.

Anshel MH. Intervention strategies for changing health behavior: Applying the Disconnected Values Model. Routledge; 2015 Dec 22.

Backman ME. The psychology of the physically ill patient: A clinician's guide. Springer Science & Business Media; 2013 Jun 29.

Bigger S. Spiritual, moral, social, & cultural education: Exploring values in the curriculum. Routledge; 2013: 85-92.

Ellison CG, Bradshaw M, Storch J, Marcum JP, Hill TD. Religious doubts and sleep quality: Findings from a nationwide study of presbyterians# 090709revised. Review of religious research. 2011 Nov 1;53(2):119-36.

Emergency Nursese Association. (2013). Sheehy's Manual of Emergency Care 7th ed. Elsevier Publishing. pp: 175.

Eslami AA, Rabiei L, Khayri F, Nooshabadi MR, Masoudi R. Sleep quality and spiritual well-being in hemodialysis patients. Iranian Red Crescent Medical Journal. 2014 Jul;16(7).

Goswami M, Thorpy MJ, Pandi-Perumal SR. (2016). Narcolepsy: A Clinical Guide.2th ed .Springer Publishing. pp: 46

Felker GM, Mann DL. (2016). Heart Failure: A Companion to Braunwald's Heart Disease. China. pp: 273

Hefti R, Büssing A, editors. Integrating religion and spirituality into clinical practice. MDPI-Multidisciplinary Digital Publishing Institute; 2018 May 18. MDPI Publishing. pp: 234-244

Hinkle JL, Cheever KH. Clinical handbook for Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing. Lippincott Williams & Wilkins; 2013 Nov 25. 13th ed. Lippincott Williams & Wilkins Publishing. pp: 366-372

Jahani A, Rejeh N, Heravi-Karimooi M, Vaismoradi M, Jasper M. Spiritual wellbeing of Iranian patients with acute coronary syndromes: a cross-sectional descriptive study. Journal of Research in Nursing. 2014 Sep;19(6):518-27.

Khorami-Markani A, Yaghmaie F, Khodayarifard M, Alavimajd H. Oncology nurses spiritual health experience: A qualitative content analysis. Basic & Clinical Cancer Research. 2015 Jan 25;7(1):24-34.

Kushida CA. (2016). Sleep Deprivation: Basic Science, Physiology and Behavior. Marcel dekker Publishing. Newyork. pp: 127-428.

Levy P, Tamisier R, Arnaud C, Monneret D, Baguet JP, Stanke-Labesque F, Dematteis M, Godin-Ribuot D, Ribuot C, Pepin JL. Sleep deprivation, sleep apnea and cardiovascular diseases. Frontiers in bioscience (Elite edition). 2012 Jan 1;4:2007-21.

Martinez BB, Custodio RP. Relationship between mental health and spiritual wellbeing among hemodialysis patients: a correlation study. Sao Paulo medical journal. 2014;132(1):23-7.

Matthews KA, Strollo Jr PJ, Hall M, Mezick EJ, Kamarck TW, Owens JF, Buysse DJ, Reis SE. Associations of Framingham risk score profile and coronary artery calcification with sleep characteristics in middle-aged men and women: Pittsburgh SleepSCORE study. Sleep. 2011 Jun 1;34(6):711-6.

Momayyezi M, Fallahzadeh H, Barzegar R. Sleep quality in patients with heart failure: Comparison between patients and non-patients in Yazd, Iran (2014). Iranian Heart Journal. 2015 Sep 1;16(3):28-37.

Richardson GE. Proactive And Applied Resilience. Book Venture Publishing LLC; 2017 Dec 31. pp: 368-376.

Paloutzian, R. F., & Ellison, C. W. (1982). Loneliness, Spiritual Well-Being and the Quality of Life. In L. A. Peplau, & D. Perlman (Eds.), Loneliness: A Sourcebook of Current Theory, Research and Therapy. New York: John Wiley & Sons Publishing. pp: 224-236

Sacco SJ, Park CL, Suresh DP, Bliss D. Living with heart failure: Psychosocial resources, meaning, gratitude and well-being. Heart & Lung. 2014 May 1;43(3):213-8.

Yang JY, Huang JW, Kao TW, Peng YS, Lu CS, Chen DL, Yang CS, Yang CC, Tsai DM, Liao CS, Chang HW. Impact of spiritual and religious activity on quality of sleep in hemodialysis patients. Blood purification. 2008;26(3):221-5.

White SJ, Tait D. (2018). Critical Care Nursing: the Humanised Approach. SAGE Publishing. pp: 171.

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-05]

نشریه پرستاری قلب و عروق، دوره هشتم، شماره ۱، سال ۱۳۹۸
Cardiovascular Nursing Journal, 8(1), 2019

Original Article

Correlation between spiritual health and sleep quality in people with heart failure

Fatemeh Mohaddes-Ardebili[1], Msc
Naeimeh Seyedfatemi[2], PhD
Fatemeh Maroofkhani[3], Msc
Mohammad Reza Zarei[4], Msc
Leila Mamashli[5], Msc
*** Mehri Bozorgnezhad[6], Msc**

Abstract

Aim. The aim of this study was to investigate the relationship between spiritual health and sleep quality in people with heart failure.

Background. The quality of sleep in patients with heart failure is unfavorable compared to healthy individuals. It is stated that in some societies, spirituality is related to mental health and sleep quality.

Method. In this descriptive correlational study, 207 people with heart failure, who were recruited in the study through convenience sampling method, were given demographic questionnaires, Pittsburgh sleep quality and Alison and Palutzian spiritual health questionnaires. Data were analyzed using descriptive and inferential statistics in SPSS V24.

Findings. The mean total score of sleep quality was 8.90±3.16; indicating that the sleep quality of people with heart failure was at an unfavorable level. The mean total score of spiritual health was 93.36±9.20; demonstrating that the level of spiritual health of the people with heart failure was moderately high. There was a statistically significant positive relationship between sleep quality and spiritual health (r=0.175, p=0.026).

Conclusion. People with heart failure who have higher spiritual health experience better sleep quality. It is recommended to pay attention to spiritual health as well as to the physical health of patients when planning caring programs for these people.

Keywords: Heart failure, Spiritual health, Sleep quality

1 Department of Medical-Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
2 Professor, Nursing Care Research Center, Department of Psychiatric Nursing, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
3 MSc Student in Medical-Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
4 Department of Medical-Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
5 Department of Nursing, Gonbad Kavoos Branch, Islamic Azad University, Gonbad Kavoos, Iran
6 Department of Medical-Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran (*Corresponding Author) email: bozorgnejad.m@iums.ac.ir

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-05]