

The Relationship of Spiritual Wellbeing with Mental Health, Resilience and Life Expectancy in Cardiovascular Patients of Jam Hospital in Tehran

Zohreh Hashemi¹ , Tahmoores Aghajanihashjin^{2*} , Ali Reza Shokrgozar³ 

1- Department of General Psychology, Roudhen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran.

2- Department of General Psychology, Shahre Qods Branch, Islamic Azad University, Shahr-e Qods, Iran.

3- Department of Health Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

*Correspondence should be addressed to Dr. Tahmoores Aghajanihashjin; Email: t.aghajani2014@gmail.com

Article Info

Received: Feb 1, 2021

Received in revised form:

Apr 17, 2021

Accepted: Jul 7, 2021

Available Online: Sep 23, 2022

Keywords:

Cardiovascular patients

Life expectancy

Mental health

Resilience

Spiritual well-being

Abstract

Background and Objective: Due to the fact that the rate of death and incidence of cardiovascular diseases in Asian and developing countries has considerably increased, this study attempts to investigate the relationship between spiritual well-being and mental health, resilience and life expectancy in cardiovascular patients of Jam Hospital in Tehran.

Methods: The research was descriptive correlational. The population of the study included all men with cardiovascular diseases who referred to Jam hospital in Tehran out of whom 100 were selected using the available sampling method. Self-report questionnaires including Resiliency Questionnaire, Mental Health Questionnaire, Life Expectancy Questionnaire and Spiritual Well-being Questionnaire were used for data collection. Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson correlation coefficient and concurrent multivariate regression. In this study, all the ethical considerations were observed and the authors reported no conflict of interests.

Results: The results showed that the relationship of mental health and its dimensions including physical health and social functioning with positive spiritual wellbeing and the relationship of depression and anxiety symptoms with spiritual wellbeing was negative and significant ($P < 0.05$). The relationship of resilience and its dimensions with spiritual wellbeing was also positive and significant in cardiovascular patients ($P < 0.05$). Also, the results of the study using Pearson correlation coefficient showed that there is a positive and significant relationship between life expectancy and each of its dimensions with spiritual well-being in cardiovascular patients ($P < 0.05$), and the results of multivariate regression showed that predictor variables together accounted for 33% of the changes in spiritual wellbeing.

Conclusion: According to the obtained findings, it can be stated that paying attention to the mentioned variables in prevention and designing more appropriate therapies will help researchers and therapists.



doi: <https://doi.org/10.22037/jrrh.v8i3.34055>

Please cite this article as: Hashemi Z, Aghajanihashjin T, Shokrgozar AR. The Relationship of Spiritual Wellbeing with Mental Health, Resilience and Life Expectancy in Cardiovascular Patients of Jam Hospital in Tehran. Journal of Pizhūhish dar dīn va salāmat. 2022;8(3):38-52. <https://doi.org/10.22037/jrrh.v8i3.34055>

Summary

Background and Objective

Based on the WHO report, the rate of death and infliction by cardiovascular diseases has

considerably increased in the Asian and developing countries (1). In Iran also, based on the number of deaths and the lost years of life, cardiovascular diseases are the second major cause of death (1). There has been an increased interest by researchers in the concept of mental

health and examining its different dimensions in human life. The WHO has announced that positive mental health is the basis for wellbeing allowing the individuals to be realistic about their capabilities and effectively deal with the stresses in life (2). Considering Diener's three-dimensional model, mental wellbeing includes positive emotions, lack of negative emotions, and satisfaction with life (3). Spirituality is one of the psychological constructs that can be related to wellbeing (4). There is strong evidence confirming the relationship of spirituality and religion with mental health (5). Mental health has been defined as a state of relatively good adaptability, feeling of wellbeing and realization of individual talents. This phrase is normally applied to a person who performs at a high level of adaptability and emotional adaptation and not just someone who is healthy (6). During the recent decades, a special attention has been paid to mental health, particularly among the patients with chronic diseases, as an important aspect of health.

Cardiovascular patients have short-term emotional concerns and it can be stated that almost two-third of these patients suffer from depression and anxiety, which lead to increased risk of cardiovascular diseases and heart failure (7). Another influential variable affecting the patients with chronic diseases such as cardiovascular diseases is psychological resilience (8). On the other hand, life expectancy is among the most important motivations for human life. In fact, as a driving force, it can advance the patients with cardiovascular diseases toward improvement, health promotion, and effective adoption of lifestyle (9). Life expectancy and having expectations activates cerebral circuits and release of endorphins and enkephalins and consequently, causes reduced physical discomfort in the patients with chronic diseases. With increased desperation and disappointment in life, more cholecystokinin is released into the body, which can lead to reduced flexibility and increased psychological distress in these patients (10).

Considering the fact that few studies have examined the relationship of spiritual wellbeing with optimistic psychological constructs and mental health particularly in the Iranian patients with cardiovascular diseases, it is important to carry out studies in this regard. Therefore, the present study attempts to investigate the relationship of spiritual wellbeing with mental health, resilience and life expectancy in the patients suffering from cardiovascular diseases.

Methods

Compliance with ethical guidelines: In order to observe the ethical guidelines in the present study, the participants were informed about the procedure and purpose of the study and participated in the study after completing the consent form. The participants were also assured about the confidentiality of their personal information.

The present study is descriptive correlational. Its statistical population included all male patients with cardiovascular diseases who had referred to Jam Hospital in Tehran from June, 2019 to January, 2020 Using accessible sampling method and based on purpose of the study, 100 patients were selected. For estimating the sample size, the formula presented by Tabachnick & Fidell was used (11). Based on this formula, in correlational studies, the sample size is calculated by the formula $8M+50 \geq N$. For measuring the research variables, Resiliency Questionnaire, Mental Health Questionnaire, Life Expectancy Questionnaire and Spiritual Well-being Questionnaire were used.

Results

The results show that there is a positive and significant relationship between spiritualism and resilience ($r=0.831$) mental health (0.791), and life expectancy ($r=0.721$) at $P<0.05$. For testing the research hypothesis, concurrent multivariate regression analysis was used. Before performing the analysis, the regression assumptions were checked. The assumptions for concurrent multivariate regression including the quantitative and continuous nature of the variables, lack of multiple linearity, homogeneous distribution, residues independence, normal distribution of errors and linearity were examined; the results showed that these assumptions were met.

Based on the adjusted coefficient of determination, 0.43 of the variance in spiritual wellbeing was explained by mental health. Furthermore, the results of one-way analysis of variance showed that the obtained F value was 73.266, which significant at the smaller alpha level of 0.05 indicating mental health can well explain the changes related to spiritual wellbeing in the patients inflicted by cardiovascular diseases, which shows appropriateness of the presented regression model. Finally, standard and non-standard coefficients of concurrent multivariate regression showed that physical health ($P<0.05$, $\beta=0.151$), anxiety symptoms ($P<0.05$, $\beta=0.302$), depression symptoms ($P<0.05$,

$\beta=0.523$), and social performance ($P<0.05$, $\beta=0.266$) can predict spiritual wellbeing in the cardiovascular patients.

Conclusion

The first finding of the study pointed to the significant relationship of mental health and each of its different dimensions with spiritual wellbeing in the cardiovascular patients. The results further showed that physical health, anxiety symptoms, depression symptoms, and social performance can predict spiritual wellbeing in the cardiovascular patients. Therefore, the first hypothesis of the study was confirmed. This finding is consistent with the findings of Denneson et al. (12) and Pasandideh et al. (13).

The second finding using the Pearson correlation coefficient pointed to a positive and significant relationship between resilience and its different dimensions with spiritual wellbeing. The results showed that the components of control, the perception of individual competence, trust in personal instincts, positive acceptance of changes and spiritual effects can predict spiritual wellbeing in the cardiovascular patients. This finding is in line with the results of Al-Rubaey et al. (14), De Havenon et al. (15), Alam et al. (16), and De Hert et al. (17). In addition, the results revealed that there is a significant and positive relationship between life expectancy and its dimensions with spiritual wellbeing in the cardiovascular patients. The findings further showed that operational thinking and strategic thinking can predict spiritual wellbeing in the cardiovascular patients.

Acknowledgements

The researchers are grateful to all the patients in Jam Hospital who helped them carry out this study.

Ethical considerations

According to the authors, this article is obtained from the MA thesis of the first author in the field of psychology in Islamic Azad University, Roudehen Branch, which has been approved by the Ethics Committee of Biomedical Research of Islamic Azad University, Science and Research Branch under the code IR.IAU.SRB.REC.1398.222.

Funding

According to the authors, this study had no sponsors and was conducted at the personal cost of the authors.

Conflict of interest

The authors reported no conflict of interests in the present study.

Authors' contribution

Supervision over the design and writing of the article: first author; data collection and analysis: second and third authors.

References

1. Yadollahpour M, Fazeli kebria M, Amin K. Comparing the Effectiveness of Positive Psychology with an Islamic Approach and Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on the Psychological Capital of Cardiovascular Patients. *Community Health Journal*. 2019;13(2):11-22. (Full Text in Persian)
2. Schutte L, Wissing MP, Ellis SM, Jose PE, Vella-Brodick DA. Rasch analysis of the meaning in life questionnaire among adults from South Africa, Australia, and New Zealand. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2016;14(1):1-15.
3. Gunnell KE, Mosewich AD, McEwen CE, Eklund RC, Crocker PR. Don't be so hard on yourself! Changes in self-compassion during the first year of university are associated with changes in well-being. *Personality and Individual Differences*. 2017;107:43-8.
4. Bos EH, Snippe E, de Jonge P, Jeronimus BF. Preserving subjective wellbeing in the face of psychopathology: buffering effects of personal strengths and resources. *PloS one*. 2016; 11(3):e0150867.
5. Stutzman H, Abraham S. A correlational study of spiritual well-being and depression in the adult cancer patient. *The Health Care Manager*. 2017;36(2):164-72.
6. Wynter R, Smith L. Introduction: historical contexts to communicating mental health. *Medical Humanities*. 2017;43(2):73-80.
7. Knapen J, Vancampfort D, Moriën Y, Marchal Y. Exercise therapy improves both mental and physical health in patients with major depression. *Disability and rehabilitation*. 2015;37(16):1490-5.
8. Comín-Colet J, Anguita M, Formiga F, Almenar L, Crespo-Leiro MG, Manzano L, et al. Health-related quality of life of patients with chronic systolic heart failure in Spain: results of the VIDA-IC study. *Revista Española de Cardiología (English Edition)*. 2016;69(3):256-71.
9. Soltani F. Relationship of daily spiritual experiences with life expectancy and death anxiety in patients undergoing coronary artery bypass surgery. *Iranian Journal of Cardiovascular Nursing*. 2016;5(2):6-13. (Full Text in Persian)
10. Shiekhy S, Issazadegan A, Banehasmishishevan M, Mahmoodi H, Amani Saribagloo J. A comparative study of personality factors, life orientation and hope level in coronary heart patients and normal subjects. *Nursing And Midwifery Journal*. 2013;11(2). (Full Text in Persian)

11. Fidell BTL. Using multivariate statistics 5th ed. Pearson Education Boston, MA; 2007.
12. Denneson LM, Cromer R, Williams HB, Pisciotto M, Dobscha SK. A qualitative analysis of how online access to mental health notes is changing clinician perceptions of power and the therapeutic relationship. *Journal of medical Internet research*. 2017;19(6):e6915.
13. Pasandideh MM, Zare L. An Analysis of well-being psychiatric aspects of tolerance and sense of humour between patients who suffer from coronary artery disease and healthy individuals. *QUARTERLY Journal of Health Psychology*. 2017;5(20):88-108. (Full Text in Persian)
14. Al-Rubaey MG, Shwaish MI. Impact of hypertension education on treatment compliance among hypertensive patients in Baghdad 2017. *J Pak Med Assoc*. 2019;69(Suppl 3):S9-S12.
15. de Havenon A, Park M, McNally S. Vessel wall MRI of an inflamed aneurysm with atherosclerosis in a patient with ischemic stroke. *Neurology*. 2016;87(7):741-2.
16. Alam M, Khatoon F, Begum S, Alam M, Faraji A, Mahmud M, et al. Assessment of Quality of Life of Chronic Kidney Disease Patients Receiving Hemodialysis with Kidney Disease Quality of Life™-36 Scale. *Mymensingh Medical Journal: MMJ*. 2019;28(4):906-13.
17. De Hert M, Detraux J, Vancampfort D. The intriguing relationship between coronary heart disease and mental disorders. *Dialogues in clinical neuroscience*. 2022

علاقة النزعة الدينية بالسلامة النفسية، والصمود النفسي والأمل بالحياة عند مرضى القلب في مستشفى جم شهر بطهران

زهرة هاشمي^١ ID، طهمورث آقاجاني هاشجين^٢ ID، عليرضا شكركرار^٣ ID

١- قسم علم النفس العام، فرع رودهن، جامعة آزاد الإسلامية، رودهن، إيران.

٢- قسم علم النفس العام، فرع شهر قدس، جامعة آزاد الإسلامية، شهر قدس، إيران.

٣- قسم علم النفس الصحي، فرع كرج، جامعة آزاد الإسلامية، كرج، إيران.

* المراسلات الموجهة إلى الدكتور طهمورث آقاجاني هاشجين؛ البريد الإلكتروني: t.aghajani2014@gmail.com

معلومات المادة

الوصول: ١٨ جمادى الثاني ١٤٤٢

وصول النص النهائي: ٤ رمضان ١٤٤٢

القبول: ٢٦ ذى القعدة ١٤٤٢

النشر الإلكتروني: ٢٦ صفر ١٤٤٤

الكلمات الرئيسية:

الأمل بالحياة

الصمود النفسي

الصحة النفسية

مرضى القلب والأوعية الدموية

النزعة الدينية

الملخص

خلفية البحث وأهدافه: بالنظر إلى أنّ الإصابة بالأمراض القلبية والأوعية الدموية والوفيات الناجمة عنها في الدول الآسيوية والدول النامية تزايد بشكل مطرد وأخذت منحى تصاعدياً؛ فقد تسعى هذه الدراسة رصد علاقة النزعة الدينية بالسلامة النفسية، والصمود النفسي والأمل بالحياة عند مرضى القلب في مستشفى جم شهر بطهران.

منهجية البحث: تعتمد هذه الدراسة المنهجية الارتباطية. أما الجمعية الإحصائية فقد تشتمل على جميع الرجال المصابين بالأمراض القلبية والأوعية الدموية في مستشفى جم شهر بمدينة طهران حيث خضع ١٠٠ مصاب عبر منهجية أخذ العينات الملائمة (Convenience Sampling) للاختيار. وقد أجاب المصابون على استبيان التقرير الذاتي الذي يحتوي على مقياس "كانر ديفيدسون" للصمود النفسي. واستبيانان الصحة النفسية لـ "جولديرغ" واستبيان الأمل بالحياة لدى "اشنايدر" واستبيان النزعة الدينية لدى "بارسيان" و "دونينغ". أما تحليل المعطيات فقد كان عبر منهجية بيرسون و رغرسون الارتباطية متعددة المتغيرات. يُذكر أنّه تمت مراعاة جميع الموارد الأخلاقية في هذا البحث وإضافة إلى ذلك فإنّ مؤلّفَي البحث لم يشيروا إلى أيّ تضارب في المصالح.

المعطيات: أثبتت النتائج أنّ العلاقة بين الصحة النفسية وأبعادها أيّ الصحة الجسدية وتوظيفها الاجتماعي والنزعة الدينية الإيجابية، وأيضاً العلاقة بين علائم الكآبة والقلق النفسي، وبين النزعة الدينية السلبية لها تأثيرات كبيرة ($P < 0.05$). أما العلاقة بين الصمود النفسي وكل بعد من أبعاد النزعة الدينية لدى المصابين بالأمراض القلبية والأوعية الدموية فقد كانت إيجابية. وقد أشارت النتائج بناءً على المنهجية الارتباطية لدى بيرسون أنّ الأمل بالحياة وكل بعد من أبعاد النزعة الدينية لدى المصابين بالأمراض القلبية والأوعية الدموية له علاقة ثابتة وإيجابية ($P < 0.05$). أما منهجية رغرسون الارتباطية متعددة المتغيرات فقد أشارت إلى أنّ المتغيرات المتوقعة قبل الدراسة تبين ٣٣ بالمئة من التغيرات المتعلقة بالنزعة الدينية.

الاستنتاج: بناءً على النتائج التي حصلت عليها الدراسة يمكن القول أنّ الإهتمام بالمتغيرات المذكورة في الدراسة يمكن أن تساعد الأطباء على توقي الإصابة بالمرض وإيجاد طرق ناجعة لعلاج مرضى القلب والأوعية الدموية.

يتم استناد المقالة على الترتيب التالي:

Hashemi Z, Aghajanihashjin T, Shokrgozar AR. The Relationship of Spiritual Wellbeing with Mental Health, Resilience and Life Expectancy in Cardiovascular Patients of Jam Hospital in Tehran. Journal of Pizhūhish dar dīn va salāmat. 2022;8(3):38-52. <https://doi.org/10.22037/jrrh.v8i3.34055>

رابطه بهزیستی معنوی با سلامت روان، تاب‌آوری و امید به زندگی در بیماران قلبی-عروقی بیمارستان جم شهر تهران

زهره هاشمی^۱، طهمورث آقاجانی هاشجین^{۲*}، علیرضا شکرگزار^۳

- ۱- گروه روان‌شناسی عمومی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.
۲- گروه روان‌شناسی عمومی، واحد شهر قدس، دانشگاه آزاد اسلامی، شهر قدس، ایران.
۳- گروه روان‌شناسی سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.
مکاتبات خطاب به دکتر طهمورث آقاجانی هاشجین؛ رایانامه: t.aghajani2014@gmail.com

چکیده

سابقه و هدف: با توجه به اینکه میزان مرگ و میر و ابتلا به بیماری‌های قلبی-عروقی در کشورهای آسیایی و در حال توسعه به شدت افزایش یافته؛ این پژوهش با هدف بررسی رابطه بین بهزیستی معنوی با سلامت روان، تاب‌آوری و امید به زندگی در بیماران قلبی-عروقی بیمارستان جم تهران انجام شده است.

روش کار: پژوهش حاضر توصیفی و از نوع همبستگی است. جامعه آماری شامل تمامی مردان مبتلا به بیماری قلبی-عروقی بود که به بیمارستان جم شهر تهران مراجعه کرده بودند و از بین این افراد با روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۱۰۰ نفر انتخاب شدند. برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسش‌نامه‌های خودگزارشی شامل پرسش‌نامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون، پرسش‌نامه سلامت روانی گلدبرگ، پرسش‌نامه امید به زندگی آشنایدر و پرسش‌نامه بهزیستی معنوی پاریسیان و دونینگ استفاده شد. داده‌های گردآوری‌شده با روش‌های آمار توصیفی، ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندمتغیره با روش ورود هم‌زمان تحلیل شد. در این پژوهش همه موارد اخلاقی رعایت شده است و مؤلفان مقاله تضاد منافی گزارش نکرده‌اند.

یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان داد که رابطه بین سلامت روانی و ابعاد آن یعنی سلامت جسمانی و کارکرد اجتماعی با بهزیستی معنوی مثبت و رابطه بین علائم افسردگی و اضطراب با بهزیستی معنوی منفی و معنی‌دار بود ($P < 0/05$). رابطه بین تاب‌آوری و هر یک از ابعاد آن با بهزیستی معنوی در بیماران قلبی-عروقی نیز مثبت و معنی‌دار بود ($P < 0/05$). همچنین، نتایج پژوهش با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که بین امید به زندگی و هر یک از ابعاد آن با بهزیستی معنوی در بیماران قلبی-عروقی رابطه مثبت و معنی‌داری در سطح $P < 0/05$ وجود داشت و رگرسیون چندمتغیره نشان داد که متغیرهای پیش‌بین توانسته‌اند با هم ۳۳ درصد از تغییرات مربوط به بهزیستی معنوی را تبیین نمایند.

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های به دست آمده می‌توان گفت توجه به متغیرهای مذکور در پیشگیری و طراحی درمان‌های مناسب‌تر به پژوهشگران و درمانگران یاری می‌رساند.

اطلاعات مقاله

دریافت: ۱۳ بهمن ۱۳۹۹
دریافت متن نهایی: ۲۸ فروردین ۱۴۰۰
پذیرش: ۱۶ تیر ۱۴۰۰
نشر الکترونیکی: ۱ مهر ۱۴۰۱

واژگان کلیدی:

امید به زندگی
بهزیستی معنوی
بیماران قلبی-عروقی
تاب‌آوری
سلامت روان

استناد مقاله به این صورت است:

Hashemi Z, Aghajanihashjin T, Shokrgozar AR. The Relationship of Spiritual Wellbeing with Mental Health, Resilience and Life Expectancy in Cardiovascular Patients of Jam Hospital in Tehran. Journal of Pizhūhish dar dīn va salāmat. 2022;8(3):38-52. <https://doi.org/10.22037/jrrh.v8i3.34055>

مقدمه

بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی^۱ میزان مرگ‌ومیر و ابتلا به بیماری‌های قلبی-عروقی^۲ در کشورهای آسیایی و در حال توسعه به شدت افزایش یافته است (۱). در ایران نیز بیماری‌های قلبی-عروقی بر اساس تعداد مرگ‌های اتفاق افتاده، نخستین علت مرگ‌ومیر و بر اساس سال‌های عمر ازدست‌رفته، دومین علت است (۱).

افزایش علاقه‌مندی پژوهشگران به مفهوم سلامت روانی مثبت و بررسی آن در ابعاد مختلف زندگی انسان به‌وفور به چشم می‌خورد. سازمان بهداشت جهانی اعلام کرده است که سلامت روانی مثبت پایه‌ای برای بهزیستی است که به افراد اجازه می‌دهد درباره توانایی‌هایشان واقع‌بین باشند و با استرس‌های زندگی به‌طور اثرگذار و سودمند مقابله کنند (۲). با توجه به الگوی سه‌بعدی دینر^۳ بهزیستی ذهنی مشتمل بر عواطف مثبت، نداشتن عواطف منفی و رضایت از زندگی است (۳). یکی از سازه‌های روان‌شناختی که می‌تواند با بهزیستی ارتباط داشته باشد معنویت است (۴). یافته‌ها نشان می‌دهد که بهزیستی معنوی^۴ تبیین‌کننده بهزیستی روانی و جسمانی و قوی‌ترین پیش‌بین سلامت روانی در بیماران مزمن قلبی-عروقی است (۵). گروور و دوآ^۵ بهزیستی معنوی را ترکیبی از بهزیستی مذهبی، ارتباط با خدا و بهزیستی وجودی و ارتباط شخص با جهان می‌دانند که احساس معنا، رضایت و هدف از زندگی را شامل می‌شود (۶). بهزیستی معنوی حالتی از سلامتی است که بیانگر احساسات، رفتارها و شناخت‌های مثبت از ارتباط با خود، دیگران، طبیعت و موجودی برتر است و ارتباط هماهنگ و یکپارچه را بین افراد فراهم می‌سازد (۷). وقتی بهزیستی معنوی به خطر بیفتد، فرد ممکن است دچار علائم ناراحتی روانی مانند افسردگی و ازدست‌دادن توان سازگاری در زندگی شود (۸). شواهد محکمی دال بر وجود رابطه بین معنویت و مذهب با سلامت روانی وجود دارد (۷). سلامت روانی^۶ را حالت سازگارانه نسبتاً خوب، احساس بهزیستی و شکوفایی و استعداد‌های شخص تعریف کرده‌اند. این اصطلاح عموماً برای کسی به کار می‌رود که در سطح بالایی از سازگاری و انطباق عاطفی عمل می‌کند، نه کسی که

صرفاً بیمار نیست (۹). در طول چند دهه اخیر به سلامت روانی به‌ویژه در بین بیماران مزمن به‌عنوان یکی از ابعاد مهم سلامت توجه شده است. از سویی، در بیشتر مبتلایان به بیماری‌های قلبی-عروقی، بیماری‌های روانی به شکل بیماری همراه با عارضه بیماری‌های قلبی دیده می‌شود. افسردگی، اضطراب، روان‌آشفته‌گی (دلیریوم^۷) و اختلالات شناختی از مشکلات شایع در این بیماران است (۱۰). بیماران قلبی-عروقی دچار نگرانی‌های عاطفی کوتاه‌مدت می‌شوند و تقریباً می‌توان گفت دو سوم این بیماران به‌نوعی با علائم افسردگی و اضطراب روبه‌رو می‌شوند. همچنین، افسردگی و اضطراب به افزایش خطر بروز بیماری‌های قلبی-عروقی منجر می‌شود که خود بروز نارسایی قلبی را در پی دارد (۱۱).

یکی دیگر از متغیرهای تأثیرگذار بر بیماری‌های مزمن مانند بیماری قلبی-عروقی، عامل روان‌شناختی تاب‌آوری^۸ است (۱۲). تاب‌آوری نوعی سبک شخصیتی است که مجموعه‌ای از صفات روانی را در بر می‌گیرد و اغلب توانایی افراد برای مواجهه با وقایع منفی زندگی برای سالم‌ماندن (۱۳) و مقابله انعطاف‌پذیر با چالش‌های زندگی تعریف می‌شود (۱۴). افراد با تاب‌آوری پایین هنگام مواجهه با دشواری‌های زندگی در معرض خطر ابتلا به اختلالات روان‌پزشکی، رفتار پرخطرانه و بین‌فردی و بیماری‌های مزمن طبی هستند و ممکن است از رفتارهای مخاطره‌آمیز برای حفظ یا ارتقای سلامتی خود استفاده کنند (۱۵). مطالعات نشان می‌دهد که آسیب‌های قابل توجه و شرایط ناگوار و میزان تاب‌آوری فرد در برابر آنها آشکارا با تغییرات مهمی هم در کوتاه‌مدت هم بلندمدت مانند بیماری‌های قلبی-عروقی رابطه دارند (۱۶). از دیگر سو، امید به زندگی از مهم‌ترین انگیزه‌های زندگی انسان محسوب می‌شود و درواقع به‌عنوان نیروی محرکه می‌تواند بیماران قلبی-عروقی را به سمت بهبودی و ارتقای سلامت و نیز انجام مؤثر سبک زندگی پیش‌برد (۱۷). نتایج برخی از مطالعات نشان می‌دهد که امید به زندگی^۹ در بیماران مزمن به‌ویژه بیماران قلبی نسبت به افراد عادی پایین‌تر و مستلزم توجه بیشتری است (۱۸). پژوهش مارکوس^{۱۰} و همکاران نشان می‌دهد افرادی که امیدواری بیشتری در زندگی دارند از کیفیت زندگی بالاتری نیز برخوردارند (۱۹). امید به زندگی و داشتن انتظار موجب فعال‌شدن مدارهای مغزی و آزادشدن

^۱ world health organization (WHO)^۲ cardiovascular diseases^۳ Diener^۴ spiritual well-being^۵ Grover & Dua^۶ mental health^۷ Delirium^۸ resilient^۹ life expectancy^{۱۰} Marcus

$AM \geq 50 + N$ محاسبه شد.

ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت است از: تمایل و رضایت آگاهانه جهت شرکت در پژوهش، دامنه سنی ۲۰ تا ۶۵، داشتن سواد خواندن و نوشتن و پاسخ‌گویی به همه سؤالات پرسش‌نامه‌های خودگزارشی و ابتلا به بیماری قلبی-عروقی دست‌کم به مدت ۶ ماه؛ و ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل موارد زیر است: تمایل‌نداشتن به مشارکت در پژوهش، ابتلا به بیماری‌های مزمن روان‌پزشکی، تکمیل‌نکردن پرسش‌نامه و سوء‌مصرف هر یک از مواد مخدر و الکل.

برای سنجش متغیرهای پژوهش از ابزارهای زیر استفاده

شد:

۱) پرسش‌نامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون (CD-RIS)

کانر و دیویدسون این پرسش‌نامه ۲۵ سؤالی را که تاب‌آوری را در طیف پنج‌درجه‌ای لیکرت می‌سنجد، طراحی کرده‌اند (۲۳). هر عبارت بر اساس یک مقیاس لیکرت بین ۰ = کاملاً نادرست تا ۴ = همیشه درست نمره‌گذاری می‌شود و دامنه نمرات کل آن بین ۰ تا ۱۰۰ است. نتایج مطالعات مربوط به ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسش‌نامه در نمونه‌های بهنجار و بیمار، اعتبار و روایی آن را تأیید کرده است (۲۳). در مطالعه کامل-سیلز و استین^۵ ضریب آلفای کرونباخ مقیاس ۰/۸۹ و روایی آن ۰/۸۶ برآورد شده است (۲۴). محمدی این پرسش‌نامه را برای ۲۴۸ نفر اجرا نموده و اعتبار آن را با روش همسانی درونی ۰/۸۹ درصد گزارش کرده است (۲۵). سلم‌آبادی و همکاران در پژوهش خود اعتبار این پرسش‌نامه را به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۱ درصد گزارش کرده‌اند (۲۶).

۲) پرسش‌نامه سلامت روان گلدبرگ (GHQ):^۶

گلدبرگ^۸ این پرسش‌نامه ۲۸ سؤالی را به منظور ارزیابی وضعیت سلامت روانی با چهار زیرمقیاس سلامت بدنی، اضطراب، افسردگی و کارکرد اجتماعی تدوین کرده است (۲۷). نمره‌گذاری مقیاس به صورت لیکرت چهاردرجه‌ای (گزینه خیر، نمره ۰ تا گزینه خیلی زیاد، نمره ۳) است. دامنه نمرات اکتسابی بین ۰ تا ۸۴ متغیر است و بر اساس نقطه برش، کسب نمره بالای ۲۳ از کل نمرات مقیاس نشانه اختلال روانی است. در هر یک از چهار زیرمقیاس نیز نقطه برش نمره ۶ است. پایایی مقیاس در مطالعات ایرانی بین ۰/۷۹ تا ۰/۸۲ گزارش شده است. همچنین، برای بررسی روایی از تحلیل

آندروفین و انکفالین^۱ و در نتیجه موجب کاهش ناراحتی‌های جسمانی در بیماران مزمن می‌شود. با تشدید درماندگی و ناامیدی در زندگی کوله‌سیستوکینین^۲ بیشتری در بدن آزاد می‌شود و این امر می‌تواند با کاهش انعطاف‌پذیری و افزایش ناراحتی‌های روانی در بیماران مزمن همراه باشد (۲۰). بک^۳ ناامیدی را علامت هسته‌ای مشکلات خلقی و افسردگی می‌داند و یادآور می‌شود که این ناامیدی هم فلج‌کننده اراده است هم موجب تحمل‌ناپذیر شدن و میل به گریز از یک موقعیت می‌گردد. بررسی‌ها بر نقش رویدادهایی مانند رخدادهای منفی زندگی (استرس‌های تحصیلی، شغلی و بیماری) متمرکز شده است که امکان دارد در سبب‌شناسی، دوره و پیشرفت ناامیدی در زندگی نقش داشته باشند (۲۱).

با عنایت به اینکه پژوهش کمی در زمینه نقش بهزیستی معنوی و ارتباط آن با سازه‌های روان‌شناختی مثبت‌نگر و سلامت روان به‌ویژه در بیماران مزمن در ایران انجام گرفته است، پژوهش در این حیطه می‌تواند حائز اهمیت باشد. بنابراین، مسئله پژوهش حاضر این است که بین بهزیستی معنوی با سلامت روان، تاب‌آوری و امید به زندگی در بیماران قلبی-عروقی چه رابطه‌ای وجود دارد؟

روش کار

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: جهت رعایت اصول اخلاقی در مطالعه حاضر، قبل از ورود افراد به پژوهش، آنان نسبت به روش اجرا و هدف از مطالعه آگاه شدند و با رضایت آگاهانه فرم رضایت‌نامه را تکمیل و در مطالعه شرکت کردند. همچنین به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که تمام اطلاعات شخصی آنان محرمانه باقی خواهد ماند.

این پژوهش توصیفی از نوع همبستگی است. جامعه آماری شامل تمامی بیماران مرد مبتلا به بیماری قلبی-عروقی بود که در بازه زمانی تیر ماه ۱۳۹۸ تا بهمن ماه ۱۳۹۸ به بیمارستان جم شهر تهران مراجعه کرده بودند و تعداد ۱۰۰ نفر از آنان با روش نمونه‌گیری دردسترس و مبتنی بر هدف انتخاب و نمونه پژوهش در نظر گرفته شدند. به منظور برآورد حجم نمونه از فرمول پیشنهادی تاباچنیک و فیدل^۴ استفاده شد (۲۲). بر اساس این فرمول حجم نمونه در مطالعات همبستگی با فرمول

^۵) Conner-Davidson Resilience Scale

^۶) Campbell-Sills & Stein

^۷) General Health Questionnaire

^۸) Goldberg

^۱) Endorphins & enkephalin

^۲) Cholecystokinin

^۳) Beck

^۴) Tabachnick & Fidell

طراحی کرده‌اند. در مطالعه آمینایی و همکاران نیز پایایی مقیاس در ایران ۰/۸۸ و زیرمقیاس‌های آن در دامنه‌ای بین ۰/۷۹ تا ۰/۸۳ و روایی آن نیز ۰/۹۱ و بالا گزارش شده است (۳۲).

یافته‌ها

در مطالعه حاضر از مجموع ۱۰۰ نمونه پژوهش ۶۷ نفر (۷۱/۲۸) مرد و ۳۳ نفر (۲۸/۷۲) زن بودند که دامنه سنی آنان بین ۲۰ تا ۶۵ و میانگین و انحراف استاندارد سن آنان به ترتیب $51/36 \pm 5/10$ بود. یافته‌های توصیفی مقیاس‌های پژوهش (شاخص‌های میانگین و انحراف معیار همه متغیرها) در جدول شماره ۱ نشان داده شده است.

جدول ۱) یافته‌های توصیفی خرده‌مقیاس‌های پژوهش

شاخص آماری مقیاس	میانگین	انحراف استاندارد
تاب‌آوری	۱۰۰/۵۳	۱۶/۰۰
سلامت روان	۸۷/۵۷	۱۲/۰۴
امید به زندگی	۶۷/۲۱	۹/۰۲
معنویت‌گرایی	۸۶/۲۸	۱۳/۵۲

ضریب همبستگی به دست آمده در سطح $\alpha=0/01$ (۱ درصد خطا و ۹۹ درصد اطمینان) معنادار بود. داده‌ها نشان می‌دهد که بین معنویت‌گرایی با تاب‌آوری ($r=0/831$)، سلامت روان ($r=0/791$) و امید به زندگی ($r=0/721$) رابطه مثبت و معنی‌داری در سطح $P<0/05$ وجود داشت. برای آزمون فرضیه از تحلیل رگرسیون چندگانه به روش هم‌زمان استفاده شد. پیش از اجرای تحلیل، پیش‌فرض‌های رگرسیون بررسی شد. فروضه‌های رگرسیون چندگانه هم‌زمان در پژوهش حاضر از جمله کمی و پیوسته بودن متغیرها، نداشتن هم‌خطی چندگانه، همگنی پراکنش، استقلال باقی‌مانده‌ها، طبیعی بودن توزیع خطاها و خطی بودن بررسی شد و نتایج نشان‌دهنده برقراری فروضه‌های یادشده بود (جدول شماره ۲).

جدول ۲) آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش و ماتریس همبستگی بین آنها

متغیر پژوهش	۱	۲	۳	۴
۱) تاب‌آوری	۱			
۲) سلامت روان	۰/۴۲۱**	۱		
۳) امید به زندگی	۰/۳۱۶**	۰/۵۹۹**	۱	
۴) معنویت‌گرایی	۰/۸۳۱**	۰/۷۹۱**	۰/۷۲۱**	۱

عاملی استفاده شده و نتایج نشان داده است که ساختار عاملی مقیاس از چهار عامل حمایت می‌کند (۲۸).

۳) پرسش‌نامه امید به زندگی اشنایدر (SHQ):^{۱)}

اشنایدر این مقیاس را به منظور ارزیابی امید به زندگی طراحی کرده است (۲۹). پرسش‌نامه شامل ۱۲ سؤال است و در طیف لیکرت هشت‌درجه‌ای از کاملاً مخالف (۱) تا کاملاً موافق (۸) نمره‌گذاری می‌شود. چهار سؤال تفکر عامل، چهار سؤال تفکر راهبردی و چهار سؤال خنثی است. در روایی هم‌زمان، همبستگی ۰/۹۱ با آزمون شادکامی آکسفورد به دست آمده که نشان‌دهنده روایی بالای آزمون است. پایایی این مقیاس بر اساس تحقیق اشنایدر به روش بازآزمایی برابر با ۰/۸۵ است و در ایران با روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۶ و با روش بازآزمایی برابر با ۰/۸۱ است (۳۰).

۴) پرسش‌نامه معنویت‌گرایی پارسیان و دونینگ

(SQ)^{۲)}: پارسیان و دونینگ^{۳)} این پرسش‌نامه را به منظور ارزیابی معنویت در زندگی افراد و سنجش ابعاد آن ساخته‌اند (۳۱). این مقیاس ابزاری خودگزارشی است و آزمودنی باید در یک طیف لیکرت چهاردرجه‌ای از کاملاً مخالف با نمره ۱ تا کاملاً موافق با نمره ۴ میزان مخالفت یا موافقت خود را با هر یک از عبارات آن مشخص سازد. پرسش‌نامه معنویت ۲۹ عبارت دارد و چهار زیرمقیاس خودآگاهی (۱۰ عبارت)، اهمیت اعتقادات معنوی در زندگی (۴ عبارت)، فعالیت‌های معنوی (۵ عبارت) و نیازهای معنوی (۹ عبارت) را می‌سنجد. به علاوه سازندگان مقیاس دو سؤال باز را درباره تعریف معنویت و تأثیر معنویت بر سلامت و بهزیستی مطرح ساخته‌اند که با توجه به اهداف پژوهش‌ها می‌توان از آنها استفاده یا آنها را حذف کرد. سازندگان پرسش‌نامه پایایی مقیاس را با روش ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۴ و برای زیرمقیاس خودآگاهی ۰/۹۱، اهمیت اعتقادات معنوی در زندگی ۰/۹۱، فعالیت معنوی ۰/۸۰ و نیازهای معنوی ۰/۸۹ گزارش کرده‌اند. نتایج حاصل از روش بازآزمایی نیز در فاصله ۱۰ هفته‌ای هیچ تفاوت معناداری را بین نمرات مرتبه اول و دوم نشان نداده که این امر حاکی از پایایی مطلوب مقیاس است. همچنین، سازندگان مقیاس به منظور اطمینان از اعتبار محتوای آن به مطالعه ادبیات موجود در این زمینه پرداخته و به چارچوب نظری مناسبی دست پیدا کرده‌اند؛ سپس بر اساس آن ۳۵ عبارت را

^{۱)} Snyder Hope Questionnaire

^{۲)} spirituality Questionnaire

^{۳)} Parsian and Dunning

بر اساس ضریب تعیین تعدیل شده ۰/۴۳ درصد از واریانس بهزیستی معنوی بر اساس سلامت روانی تبیین شد. همچنین، نتایج تحلیل واریانس یک‌راهه نشان داد که مقدار F به‌دست‌آمده برابر با ۷۳/۲۶۶ بود که در سطح آلفای کوچک‌تر از ۰/۰۵ معنی‌دار است و نشان می‌دهد که ابعاد سلامت روانی می‌توانند تغییرات مربوط به بهزیستی معنوی را در بیماران قلبی-عروقی به‌خوبی تبیین کنند و نشان‌دهنده مناسب بودن الگوی رگرسیونی ارائه‌شده است. درنهایت، ضرایب استاندارد و

غیراستاندارد رگرسیون چندمتغیره به‌روش هم‌زمان نشان داد که سلامت جسمانی ($P < ۰/۰۵$ و $\beta = ۰/۱۵۱$)، علائم اضطرابی ($P < ۰/۰۵$ و $\beta = -۰/۳۰۲$)، علائم افسردگی ($P < ۰/۰۵$ و $\beta = -۰/۵۲۳$) و کارکرد اجتماعی ($P < ۰/۰۵$ و $\beta = ۰/۲۶۶$) می‌توانند بهزیستی معنوی بیماران قلبی-عروقی را پیش‌بینی کنند (جدول شماره ۳).

جدول ۳) ضرایب استاندارد و غیراستاندارد رگرسیون بهزیستی معنوی بر اساس سلامت روان

متغیرهای پیش‌بین	B	خطای استاندارد	ضرایب استاندارد		P-value
			ضرایب بتا (β)	t	
ثابت (Constant)	۷۶/۸۴۰	۱۹/۶۱۸	-	۴/۵۷۱	۰/۰۱۵
مؤلفه جسمانی	-۰/۴۳۱	۰/۲۶۵	۰/۱۵۱	۱/۳۳۱	۰/۰۱۹
مؤلفه علائم اضطرابی	-۱/۶۳۹	۰/۰۴۳	-۰/۳۰۲	-۱/۷۲۹	۰/۰۰۶
مؤلفه علائم افسردگی	-۱/۶۱۹	۱/۵۱۷	-۰/۵۲۳	-۱/۲۵۵	۰/۰۰۸
مؤلفه کارکرد اجتماعی	۱/۸۲۰	۲/۴۷۰	۰/۲۶۶	۱/۴۹۰	۰/۰۰۱

$$R^2 = ۰/۴۳۲ ; F = ۷۳/۲۶۶ ; R^2 \text{ تعدیل شده} = ۰/۴۳۵ ; R = ۰/۶۶۰$$

جدول ۴) ضرایب استاندارد و غیراستاندارد رگرسیون بهزیستی معنوی بر اساس تاب‌آوری

متغیرهای پیش‌بین	B	خطای استاندارد	ضرایب استاندارد		P-value
			ضرایب بتا (β)	t	
ثابت (Constant)	۸۲/۵۱۲	۲۳/۷۰۹	-	۱۱/۴۸۲	۰/۰۲۱
مؤلفه کنترل	۰/۴۰۴	۱/۵۴۷	۰/۲۱۱	۲/۷۱۳	۰/۰۰۳
مؤلفه تصور شایستگی	۱/۳۹۵	۰/۲۲۷	۰/۱۷۹	۱/۳۴۲	۰/۰۰۱
مؤلفه اعتماد به‌غرایز	۰/۴۸۷	۱/۳۶۳	۰/۱۲۳	۰/۵۶۲	۰/۰۰۲
مؤلفه پذیرش مثبت تغییر	۱/۶۱۳	۱/۲۹۸	۰/۳۷۲	۳/۶۸۴	۰/۰۰۲
مؤلفه تأثیرات معنوی	۰/۸۵۳	۰/۵۹۸	۰/۲۰۴	۲/۴۵۱	۰/۰۰۱

$$R^2 = ۰/۳۰۹ ; F = ۵۸/۴۲۹ ; R^2 \text{ تعدیل شده} = ۰/۳۱۶ ; R = ۰/۵۶۳$$

بر اساس ضریب تعیین تعدیل شده ۰/۳۱ درصد از واریانس بهزیستی معنوی بر اساس تاب‌آوری تبیین شد. همچنین، نتایج تحلیل واریانس یک‌راهه نشان داد که مقدار F به‌دست‌آمده برابر با ۵۸/۴۲۹ بود که در سطح آلفای کوچک‌تر از ۰/۰۵ معنی‌دار است و نشان می‌دهد که ابعاد تاب‌آوری می‌توانند تغییرات مربوط به بهزیستی معنوی را در بیماران قلبی-عروقی به‌خوبی تبیین کنند و نشان‌دهنده مناسب بودن الگوی رگرسیونی ارائه‌شده است.

ضرایب استاندارد و غیراستاندارد رگرسیون چندمتغیره به‌روش هم‌زمان نشان داد که مؤلفه کنترل ($P < ۰/۰۵$) و

($\beta = ۰/۲۱۱$)، تصور شایستگی فردی ($P < ۰/۰۵$ و $\beta = ۰/۱۷۹$)، اعتماد به‌غرایز فردی ($P < ۰/۰۵$ و $\beta = ۰/۱۲۳$)، پذیرش مثبت تغییرات ($P < ۰/۰۵$ و $\beta = ۰/۳۷۲$) و تأثیرات معنوی ($P < ۰/۰۵$ و $\beta = ۰/۲۰۴$) می‌توانند بهزیستی معنوی بیماران قلبی-عروقی را پیش‌بینی کنند (جدول شماره ۴).

ضرایب استاندارد و غیراستاندارد رگرسیون چندمتغیره به‌روش هم‌زمان نشان داد در امید به زندگی، مؤلفه تفکر عاملی ($P < ۰/۰۵$ و $\beta = ۰/۱۸۸$) و تفکر راهبردی ($P < ۰/۰۵$) و ($\beta = ۰/۱۷۴$) می‌توانند بهزیستی معنوی بیماران قلبی-عروقی را پیش‌بینی کنند (جدول شماره ۵).

جدول ۵) ضرایب استاندارد و غیراستاندارد رگرسیون بهزیستی معنوی بر اساس امید به زندگی

متغیرهای پیش‌بین	B	خطای استاندارد	ضرایب استاندارد		P-value
			ضرایب بتا (β)	t	
ثابت (Constant)	۶۹/۱۳۸	۱۸/۰۵۵	-	۴/۵۳۲	۰/۰۰۵
مؤلفه تفکر عاملی	۱/۱۳۴	۱/۳۴۹	۰/۱۸۸	۱/۲۶۹	۰/۰۰۲
مؤلفه تفکر راهبردی	۱/۲۶۷	۱/۰۶۳	۰/۱۷۴	۱/۱۰۵	۰/۰۰۱

$$R^2 = ۰/۱۸۴ ; F = ۶۱/۰۷۳$$

$$R^2 = ۰/۱۸۶ ; R = ۰/۴۳۲$$

تعدیل شده؛

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف رابطه بهزیستی معنوی با سلامت روان، تاب‌آوری و امید به زندگی در بیماران قلبی-عروقی بیمارستان جم شهر تهران انجام شده است. نخستین یافته پژوهش با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که بین سلامت روانی و هر یک از ابعاد آن با بهزیستی معنوی در بیماران قلبی-عروقی رابطه معنی‌داری وجود داشت و سلامت جسمانی، علائم اضطرابی، علائم افسردگی و کارکرد اجتماعی می‌توانند بهزیستی معنوی بیماران قلبی-عروقی را پیش‌بینی کنند. بنابراین فرضیه اول پژوهش تأیید می‌شود. این یافته پژوهش با نتایج مطالعات دنیسون^۱ و همکاران (۳۳)، پسندیده و همکاران (۳۴) و سوری و همکاران (۳۵) همسو است. تحقیقات متعددی در حمایت از این فرضیه وجود دارد که بهزیستی معنوی می‌تواند کارکرد روانی و سازگاری را تقویت کند. برای نمونه، بیماران مبتلا به درد مزمن که توکل به خدا را دشوار می‌دانند و احساس می‌کنند که خداوند آنان را به حال خود رها کرده است، تجارب معنوی روزانه ندارند، حمایتی از طرف جامعه مذهبی و معنوی دریافت نمی‌کنند و خود را فردی معنویت‌مدار قلمداد نمی‌کنند. این افراد در معرض خطر بیشتری برای از دست دادن سلامت روان نسبت به سایر افراد نیز هستند (۳۴). به نظر می‌رسد از دست دادن توکل و مقابله معنوی منفی با سلامت روانی پایین‌تر و تجربه شدیدتر درد در این بیماران ارتباط داشته باشد. از این رو، می‌توان گفت معنویت و خداباوری همچون سپری در برابر مشکلات و ناراحتی‌های افراد قرار می‌گیرد و به صورت ضربه‌گیر و سپر عمل می‌کند و موجب کاهش اختلالات و ناراحتی‌های روانی در افراد می‌شود. از سوی دیگر، می‌توان گفت بهزیستی معنوی در بیماران قلبی-عروقی می‌تواند با افزایش خودآگاهی، ایجاد رابطه‌ای مثبت و انعطاف‌پذیر با خود،

اطرافیان و پذیرش بیماری به‌عنوان نوعی چالش در زندگی و نیز پذیرش نشانه‌های بیماری و دریافت و قبول حمایت اجتماعی و همدلی از سوی دیگران، افزایش حس اطمینان، معنا و هدف در زندگی و مقابله هیجان‌مدار و سازگارانه با مشکلات ناشی از بیماری مزمن، موجب بهبود و ارتقای سلامت روانی فرد می‌شود و فرد برخلاف گذشته کمتر با بیماری خود نشخوار فکری پیدا می‌کند و کمتر اضطراب و افسردگی را تجربه می‌نماید و به این ترتیب احتمال تعامل مثبت فرد را با خود، دیگران و محیط زندگی افزایش می‌دهد و سلامت روانی فرد نیز بهبود می‌یابد.

دومین یافته پژوهش با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که بین تاب‌آوری و هر یک از ابعاد آن با بهزیستی معنوی در بیماران قلبی-عروقی رابطه مثبت و معنی‌داری وجود داشت. علاوه بر این، مؤلفه کنترل، تصور شایستگی فردی، اعتماد به غرایز فردی، پذیرش مثبت تغییرات و تأثیرات معنوی می‌توانند بهزیستی معنوی بیماران قلبی-عروقی را پیش‌بینی کنند. این یافته مطالعه حاضر با نتایج برخی از مطالعات پیشین مانند مطالعه آل‌رابی^۲ و همکاران (۳۶)، دی‌هاونون^۳ و همکاران (۳۷)، آلم^۴ و همکاران (۳۸)، دی‌هرت^۵ و همکاران (۳۹) و های‌بار^۶ و همکاران (۴۰) همسو است.

تاب‌آوری مفهومی امیدبخش است که می‌تواند در برنامه‌های پیشگیری و توانبخشی از عوامل مختلف آسیب‌زا استفاده شود. نگاهی به تحقیقات نشان می‌دهد که بهزیستی معنوی موجب می‌شود فرد بیمار نسبت به بیماری و موقعیت زمان حال خود با دیدی مثبت و از زاویه مذهبی و آزمایشی از جانب پروردگار نگاه کند و همین امر می‌تواند صفت خوش‌بینی را در فرد فعال نماید و خوش‌بینی و سبک تبیین

^۲ Al-Rubaey

^۳ De Havenon

^۴ Alam

^۵ De Hert

^۶ Haybar

^۱ Denneson

خوش‌بینانه می‌تواند بر مؤلفه پذیرش مثبت تغییرات به‌عنوان یکی از ابعاد تاب‌آوری تأثیر مثبت بگذارد.

فرد دارای معنویت و بهزیستی معنوی توانایی سازگاری بالاتری با مشکلات دارد و همین امر می‌تواند به افزایش سطوح عواطف مثبت، تقویت عزت نفس و مقابله موفق با تجارب منفی مانند استرس ناشی از بیماری و تشدید آن منجر شود و در نتیجه باور فرد به توانایی خود در مقابله بهتر و کنترل عواقب مرتبط با بیماری و در پی آن تاب‌آوری وی افزایش می‌یابد. درواقع افراد دارای بهزیستی معنوی در مشکلات و مسائل زندگی قادر به یافتن راه‌حل مناسب هستند و میزان تاب‌آوری بیشتری از خود نشان می‌دهند. چنانچه فرد دارای بهزیستی معنوی بالایی باشد، به‌دنبال آن معنایی که به خود و جهان اطرافش می‌دهد توأم با احساس ارزشمندی و هدفمندی است؛ بنابراین سختی‌ها را تحمل می‌کند و تاب‌آوری بیشتری از خود نشان می‌دهد. همچنین، می‌توان گفت بهزیستی معنوی موجب می‌شود فرد از رویدادها و حوادث زندگی بینش و تبیین متفاوتی پیدا کند، از سختی‌های زندگی نهراسد، با صبر و تعمق با آنها روبه‌رو شود و راه‌حل‌های منطقی برای آنها بیابد. ازاین‌رو می‌توان اذعان نمود که بهزیستی معنوی قدرت انعطاف‌پذیری و خودآگاهی فرد را افزایش می‌دهد و به این ترتیب تاب‌آوری او بالا می‌رود. یافته دیگر پژوهش نشان داد که بین امید به زندگی و هر

یک از ابعاد آن با بهزیستی معنوی در بیماران قلبی-عروقی رابطه مثبت و معنی‌داری وجود داشت. علاوه‌براین، نتایج نشان داد مؤلفه تفکر عاملی و تفکر راهبردی می‌توانند بهزیستی معنوی بیماران قلبی-عروقی را پیش‌بینی کنند. همسو با یافته آخر مطالعه حاضر برخی مطالعات مانند مطالعه ادوارد^۱ و همکاران (۴۱)، تازاوا^۲ و همکاران (۴۲)، گونزالز^۳ و همکاران (۴۳)، لوئیس^۴ و همکاران (۴۴) و سونر^۵ (۴۵) نیز نشان داده است که بین معنویت‌گرایی و بهزیستی معنوی با امیدواری به زندگی در افراد مختلف رابطه معناداری وجود دارد. می‌توان گفت وقتی فردی با بیماری مزمنی مانند بیماری قلبی مواجه می‌شود، معنویت آخرین پناهگاه است. یک رابطه معنوی قوی ممکن است رضایت فرد از زندگی را افزایش دهد یا به تطابق و کنارآمدن با ناتوانی ناشی از ابتلا به بیماری منجر شود. علاوه‌براین، رویکرد معنوی می‌تواند در ترمیم امید به زندگی و

به‌دست‌آوردن دیدگاهی متعادل‌تر درباره عدالت و بی‌عدالتی، امنیت و خطر و خوب و بد سودمند باشد. مشاهده شده است که بهزیستی معنوی ممکن است به احساس کنترل بیشتر، معناداری در زندگی و حس هدفمندی در زندگی منجر شود. روگردانی از یاد خدا موجب دشواری و سختی زندگی می‌شود همچنان که در مقابل، خداباوری و اعتقاد به نیروهای ماورای طبیعی می‌تواند موجب امنیت و آرامش روانی انسان شود. یاد خداوند و تکیه بر نیروهای معنوی موجب می‌شود که انسان به امیال و تکانش‌هایی که نرسیدن به آنها تنیدگی، سختی و نگرانی ایجاد می‌کند، پشت پا بزند. ازآنجا که افراد معنوی همواره به یاد خدا هستند، به ویژگی‌ها، نعمت‌ها و الطاف خداوند توجه دارند و او را قادر مطلق، حاضر و ناظر و پاسخگوی نیازهای خویش می‌دانند، احتمال وقوع رویدادهای خوشایند را برای خود بیشتر می‌دانند و رویدادهای منفی را با توکل به خداوند به‌راحتی پشت سر می‌گذارند؛ ازاین‌رو، از آرامش و امنیت روانی بهره‌مند هستند و به این ترتیب خود را در مواجهه با بیماری تنها نمی‌بینند و ابتلا به بیماری را به‌جای اینکه فاجعه و پایان زندگی بدانند، به شکلی امیدوارانه با بیماری و پیامدهای آن می‌جنگند و امیدوارند که بیماری پایان یابد.

محدودیت‌های پژوهش

به‌دلیل اینکه جمعیت پژوهش حاضر تنها محدود به بیماران مرد مبتلا به بیماری قلبی-عروقی بود و ازآنجا که پژوهش از نوع مطالعات همبستگی است، باید در تعمیم نتایج پژوهش به دیگر جمعیت‌ها و نیز استنباط علی از نتایج آن جوانب احتیاط را رعایت کرد. از دیگر محدودیت‌های این پژوهش روش نمونه‌گیری دردسترس بود که فقط به یک بیمارستان محدود بود. همچنین در این پژوهش امکان و فرصت بررسی مقایسه‌ای بین دو گروه از بیماران مزمن یا زنان و مردان مبتلا به بیماری قلبی-عروقی وجود نداشت و استفاده از ابزارهای خودگزارشی (پرسش‌نامه) می‌تواند موجب خستگی آزمودنی‌ها و کاهش دقت آنان و تا اندازه‌ای تحریف در پاسخ‌گویی به سوالات شده باشد.

پیشنهاد‌های پژوهش

پیشنهاد می‌گردد در مطالعات آتی جامعه گسترده‌تری شامل دو گروه از بیماران مزمن و یک گروه از افراد سالم انتخاب و

^۱) Edward

^۲) Tazawa

^۳) Gonzalez

^۴) Lewis

^۵) Sumner

3. Gunnell KE, Mosewich AD, McEwen CE, Eklund RC, Crocker PR. Don't be so hard on yourself! Changes in self-compassion during the first year of university are associated with changes in well-being. *Personality and Individual Differences*. 2017;107:43-8.

4. Bos EH, Snippe E, de Jonge P, Jeronimus BF. Preserving subjective wellbeing in the face of psychopathology: buffering effects of personal strengths and resources. *PloS one*. 2016; 11(3):e0150867.

5. Chelmardi AK, Khakdal S. Investigate the Relationship between Spiritual wellbeing and Hereafter Thought with Psychological wellbeing in Mohaghegh Ardabili University Students. *Journal of Medical Ethics*. 2018;12(43):2-16.

6. Grover S, Dua D. Hindi translation and validation of scales for subjective well-being, locus of control and spiritual well-being. *Indian Journal of Psychological Medicine*. 2021;43(6):508-15.

7. Stutzman H, Abraham S. A correlational study of spiritual well-being and depression in the adult cancer patient. *The Health Care Manager*. 2017;36(2):164-72.

8. Sinclair S, Booker R, Fung T, Raffin-Boucha S, Enns B, Beamer K, et al. Factors associated with post-traumatic growth, quality of life, and spiritual well-being in outpatients undergoing bone marrow transplantation: a pilot study. 2016.

9. Wynter R, Smith L. Introduction: historical contexts to communicating mental health. *Medical Humanities*. 2017;43(2):73-80.

10. Chen CY-C, Panebianco A. Physical and psychological conditions of parental chronic illness, parentification and adolescent psychological adjustment. *Psychology & Health*. 2020;35(9):1075-94.

11. Knapen J, Vancampfort D, Moriën Y, Marchal Y. Exercise therapy improves both mental and physical health in patients with major depression. *Disability and rehabilitation*. 2015;37(16):1490-5.

12. Comín-Colet J, Anguita M, Formiga F, Almenar L, Crespo-Leiro MG, Manzano L, et al. Health-related quality of life of patients with chronic systolic heart failure in Spain: results of the VIDA-IC study. *Revista Española de Cardiología (English Edition)*. 2016; 69(3):256-71.

13. Chamratrithirong A, Miller BA, Byrnes HF, Rhucharoenpornpanich O, Cupp PK, Rosati MJ, et al. Spirituality within the family and the prevention of health risk behavior among adolescents in Bangkok, Thailand. *Social science & medicine*. 2010;71(10): 1855-63.

14. Delahaj R, Gaillard AW, van Dam K. Hardiness and the response to stressful situations: Investigating mediating processes. *Personality and Individual differences*. 2010;49(5):386-90.

بررسی شوند. همچنین، در پژوهش‌های آتی علاوه بر بهزیستی معنوی، سایر سازه‌های روان‌شناختی مانند میزان خودکارآمدی، شفقت به خود و کیفیت زندگی زنashویی در بیماران مزمن در بیمارستان‌های سایر مناطق کشور نیز مطالعه و بررسی شود.

قدردانی

پژوهشگران از تمامی بیماران بیمارستان جم که آنان را در انجام این مطالعه یاری کردند، قدردانی می‌نمایند.

ملاحظات اخلاقی

بنا بر اظهار مؤلفان مقاله، این پژوهش برگرفته از پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد مؤلف اول در رشته روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن است که کمیته اخلاق در پژوهش‌های زیست‌پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات با کد IR.IAU.SRB.REC.1398.222 آن را تأیید کرده است.

حامی مالی

بنا بر اظهار مؤلفان مقاله، این پژوهش حامی مالی نداشته و با هزینه شخصی مؤلفان نگاشته شده است.

تضاد منافع

مؤلفان مقاله تضاد منافی درباره این پژوهش گزارش نکرده‌اند.

مشارکت مؤلفان

نظارت بر طرح و نگارش کل مقاله: مؤلف اول و جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها: مؤلفان دوم و سوم.

References

1. Yadollahpour M, Fazeli kebria M, Amin K. Comparing the Effectiveness of Positive Psychology with an Islamic Approach and Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on the Psychological Capital of Cardiovascular Patients. *Community Health Journal*. 2019;13(2):11-22. (Full Text in Persian)
2. Schutte L, Wissing MP, Ellis SM, Jose PE, Vella-Brodick DA. Rasch analysis of the meaning in life questionnaire among adults from South Africa, Australia, and New Zealand. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2016;14(1):1-15.

15. Peng L, Zhang J, Li M, Li P, Zhang Y, Zuo X, et al. Negative life events and mental health of Chinese medical students: the effect of resilience, personality and social support. *Psychiatry research*. 2012;196(1): 138-41.
16. Gao Y, Galis ZS. Exploring the role of endothelial cell resilience in cardiovascular health and disease. *Arteriosclerosis, thrombosis, and vascular biology*. 2021;41(1):179-85.
17. Soltani F. Relationship of daily spiritual experiences with life expectancy and death anxiety in patients undergoing coronary artery bypass surgery. *Iranian Journal of Cardiovascular Nursing*. 2016;5(2):6-13. (Full Text in Persian)
18. Mehta NK, Abrams LR, Myrskylä M. US life expectancy stalls due to cardiovascular disease, not drug deaths. *Proceedings of the National Academy of Sciences*. 2020;117(13):6998-7000.
19. Marcus JL, Leyden WA, Alexeeff SE, Anderson AN, Hechter RC, Hu H, et al. Comparison of overall and comorbidity-free life expectancy between insured adults with and without HIV infection, 2000-2016. *JAMA network open*. 2020;3(6):e207954-e.
20. Shiekhy S, Issazadegan A, Banehasmishishevan M, Mahmoodi H, Amani Saribagloo J. A comparative study of personality factors, life orientation and hope level in coronary heart patients and normal subjects. *Nursing And Midwifery Journal*. 2013;11(2). (Full Text in Persian)
21. Mesbah N, Abedian A. The Relationship of Stress and Hopelessness among Students Residing in Dormitories. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2006;12(2):154-9. (Full Text in Persian)
22. Fidell BTL. Using multivariate statistics 5th ed. Pearson Education Boston, MA; 2007.
23. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and anxiety*. 2003;18(2):76-82.
24. Campbell-Sills L, Stein MB. Psychometric analysis and refinement of the connor-davidson resilience scale (CD-RISC): Validation of a 10-item measure of resilience. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*. 2007;20(6):1019-28.
25. Mohamadi M, Jazayeri AR, Rafiei AH, Jookar B, Poorshahbaz A. Barresi-e Avamel-e Tab-Avar dar Maraz-e Katar-e Soo-e Masraf-e Mavad-e Mokhder. *Journal of Modern Psychological Researches*. 2006;1(2):203-24. (Full Text in Persian)
26. Salimi Bajestani H, Abiz K. The Role of Academic Burnout, Resilience, and Perceived Stress in Predicting Students' Addiction Potential. *Scientific Quarterly Research on Addiction*. 2015;9(33):21-39. (Full Text in Persian)
27. Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological medicine*. 1979;9(1):139-45.
28. Najafi M, Taghvaei D, Salarifar MR. The Comparison between General Health and Psychological Well-Being among Women-Headed Households with and without Temporary Marriage. *Studies in Islam and Psychology*. 2015;8(15):65-86. (Full Text in Persian)
29. Snyder CR. *Handbook of hope: Theory, measures, and applications*: Academic press; 2000.
30. Balghanabadi M, Hassanabadi H, Asghari Nikah M. Tasir-e Zovj-Darmani-e Mosbat-Negar bar Omidvari-e Madaran-e Koodakan ba Niaz-e Vizheh. *Journal of Psychology New Ideas*. 2011;7(21):113-21. (Full Text in Persian)
31. Parsian N, Dunning T. Developing and validating a questionnaire to measure spirituality: A psychometric process. *Global journal of health science*. 2009;1(1):2-11.
32. Aminayi M, Asghari Ebrahimabad MJ, Azadi M, Soltani Shal R. Reliability and validity of Farsi version of Parsian and Dunning spirituality questionnaire. *Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2015;17(3):129-34. (Full Text in Persian)
33. Denneson LM, Cromer R, Williams HB, Pisciotto M, Dobscha SK. A qualitative analysis of how online access to mental health notes is changing clinician perceptions of power and the therapeutic relationship. *Journal of medical Internet research*. 2017;19(6):e6915.
34. Pasandideh MM, Zare L. An Analysis of well-being psychiatric aspects of tolerance and sense of humour between patients who suffer from coronary artery disease and healthy individuals. *QUARTERLY Journal of Health Psychology*. 2017;5(20):88-108. (Full Text in Persian)
35. Souri H, Hejazi E. The Relationship between Resilience and Psychological Well-being: The Mediating Role of Optimism. *Knowledge & Research in Applied Psychology*. 2017;15(55):5-15. (Full Text in Persian)
36. Al-Rubaey MG, Shwaish MI. Impact of hypertension education on treatment compliance among hypertensive patients in Baghdad 2017. *J Pak Med Assoc*. 2019;69(Suppl 3):S9-S12.
37. de Havenon A, Park M, McNally S. Vessel wall MRI of an inflamed aneurysm with atherosclerosis in a patient with ischemic stroke. *Neurology*. 2016; 87(7): 741-2.
38. Alam M, Khatoon F, Begum S, Alam M, Faraji A, Mahmud M, et al. Assessment of Quality of Life of Chronic Kidney Disease Patients Receiving Hemodialysis with Kidney Disease Quality of Life™-36 Scale. *Mymensingh Medical Journal: MMJ*. 2019;28(4):906-13.

39. De Hert M, Detraux J, Vancampfort D. The intriguing relationship between coronary heart disease and mental disorders. *Dialogues in clinical neuroscience*. 2022.
40. Haybar H, Javid AZ, Haghighizadeh MH, Valizadeh E, Mohaghegh SM, Mohammadzadeh A. The effects of *Melissa officinalis* supplementation on depression, anxiety, stress, and sleep disorder in patients with chronic stable angina. *Clinical nutrition ESPEN*. 2018;26:47-52.
41. Ilyas A, Chesney E, Patel R. Improving life expectancy in people with serious mental illness: should we place more emphasis on primary prevention? *The British journal of psychiatry*. 2017;211(4):194-7.
42. Tazawa Y, Mori N, Ogawa Y, Ito O, Kohzuki M. Arterial stiffness measured with the cuff oscillometric method is predictive of exercise capacity in patients with cardiac diseases. *The Tohoku journal of experimental medicine*. 2016;239(2):127-34.
43. Gonzalez EA, Martins GR, Tavares AMV, Viegas M, Poletto E, Giugliani R, et al. Cathepsin B inhibition attenuates cardiovascular pathology in mucopolysaccharidosis I mice. *Life sciences*. 2018; 196: 102-9. (Full Text in Persian)
44. Lewis KD, Conway J, Cunningham C, Larsen BM. Optimizing nutrition in pediatric heart failure: the crisis is over and now it's time to feed. *Nutrition in Clinical Practice*. 2018;33(3):397-403.
45. Ghanbari R, Sumner S. Using metabolomics to investigate biomarkers of drug addiction. *Trends in molecular medicine*. 2018;24(2):197-205. (Full Text in Persian)