

Original Article

The Relationship between Dynamic-Traditional Religiosity and the event of Myocardial Infarction

Mahmoud Abbasi¹, Forouzan Akrami^{2*}

1. Associate professor, Medical Ethics and Law Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

2. PhD by Research Candidate, Center for the Study of Religion and Health, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran. (Corresponding Author) Email: Froozan_akrami@yahoo.com

Received: 7 Sep 2016 Accepted: 29 Sep 2016

Abstract

Background and Aim: Intercultural studies have shown the relationship between the religious beliefs and health improvement. This study, hence, aimed to determine the relationship between dynamic-traditional religiosity and modernity, and the event of myocardial infarction.

Materials and Methods: This case-control study was done on patients referring to Taleghani Hospital, affiliated to Shahid Beheshti University of Medical Sciences in 2016. The data collection instrument was a researcher-made questionnaire on dynamic-traditional religiosity consisting of 15 items on a 5-item Likert scale. Census sampling was utilized and the obtained data were analyzed using SPSS statistical software version 20.

Ethical Considerations: After explaining the objectives of the study and emphasizing anonymity and confidentiality of the questionnaires, the participants' verbal informed consent was obtained.

Findings: The case group consisted of 165 patients (40%) and 246 patients (60%) comprised the control group. Most participants were Persian, Shia, in the age group of 30-39 years. They mostly had high school education, were employees with a monthly income of ten million Rials or more, had physical activity and were nonsmokers. The mean of dynamic-traditional religiosity in all of the studied patients was 3.98 ± 0.45 (0-5). 14% percent of the participants had a medium level of religiosity (48-70%) and 86% of them had a desired level of religiosity (more than 70%). There was, however, a significant difference between the mean of dynamic-traditional religiosity among the patients with or without physical activity, different educational levels, different income levels, and different ethnicities ($p < 0.05$).

Conclusion: Although, the most of participants had a desirable level of religiosity, lack of a significant difference between two groups indicates that to reduce the incidence of this event, it is necessary that susceptible patients receive spiritual care in order to use their beliefs to gain the necessary abilities with the help of trained health care providers. Hence, planning to provide spiritual care for the susceptible patients by the health care system is recommended.

Keywords: Religiosity; Spirituality; Modernism; Myocardial Infarction

Please cite this article as: Abbasi M, Akrami F. The Relationship between Dynamic-Traditional Religiosity and the event of Myocardial Infarction. *Med Ethics J* 2016; 10(37): 17-25.

ارتباط دینداری سنتی - پویا و بروز انفارکتوس قلبی

محمود عباسی^۱، فروزان اکرمی^{۲*}

۱. دانشیار، مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

۲. دانشجوی دکتری تخصصی پژوهش، مرکز مطالعات دین و سلامت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران. (نویسنده مسؤول)

Email: Froozan_akrami@yahoo.com

دریافت: ۱۳۹۵/۶/۱۷ پذیرش: ۱۳۹۵/۷/۷

چکیده

زمینه و هدف: بررسی‌های بین فرهنگی رابطه اعتقاد مذهبی با سلامت و بهبودی را نشان داده‌اند. از این رو مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط میزان دینداری سنتی - پویا و نوگرایی با بروز انفارکتوس قلبی انجام گرفته است.

مواد و روش‌ها: مطالعه مورد - شاهدی حاضر با هدف تعیین ارتباط بین دینداری سنتی - پویا و بروز انفارکتوس قلبی بر روی بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان طالقانی - تهران وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در سال ۱۳۹۵ انجام شده است. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه محقق‌ساخته، ۱۵ گویه‌ای با مقیاس لیکرت ۵ امتیازی بوده است. نمونه‌گیری به صورت تمام‌شماری انجام شده و داده‌ها در افراد بی‌سواد به روش مصاحبه و در سایر شرکت‌کنندگان به روش خوداظهاری جمع‌آوری شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ انجام گرفت.

ملاحظات اخلاقی: پس از بیان اهداف و فرایند پژوهش و تأکید بر بی‌نامی پرسشنامه‌ها و محرمانگی، رضایت شفاهی شرکت‌کنندگان اخذ گردید.

یافته‌ها: گروه مورد شامل ۱۶۵ (۴۰٪) نفر و گروه کنترل شامل ۲۴۶ (۶۰٪) نفر بودند. اغلب شرکت‌کنندگان فارس، شیعه، ۳۹-۳۰ ساله، دارای تحصیلات متوسطه، کارمند و میزان درآمد ماهیانه ده میلیون ریال یا بالاتر، دارای فعالیت فیزیکی، و غیر سیگاری بودند. میانگین دینداری سنتی - پویا در کل بیماران مورد مطالعه $3/98 \pm 0/45$ (۵-۰) بوده، ۱۴٪ از شرکت‌کنندگان از سطح دینداری متوسط (۴۸-۷۰ درصد) و ۸۶٪ از آنان از سطح دینداری مطلوب (بیشتر از ۷۰٪) برخوردار بودند. میانگین دینداری سنتی - پویا در دو گروه مطالعه ($t=0/57$ ، $p=0/56$) تفاوت معنی‌داری نداشت، اما در بین بیماران با و بدون فعالیت فیزیکی، سطوح تحصیلی مختلف، سطوح مختلف درآمد، قومیت‌های مختلف تفاوت معنی‌دار داشت ($p<0/05$).

نتیجه‌گیری: عدم مشاهده تفاوت معنی‌دار در میزان دینداری سنتی - پویا در دو گروه مورد مطالعه، حاکی از آن است که کاهش بروز این واقعه لازم است بیماران مستعد با دریافت مراقبت معنوی با کمک مراقبین سلامت آموزش‌دیده، در راستای به کارگیری اعتقادات خود در کنترل استرس و سایر عوامل خطر توانمندی لازم را کسب نمایند. برنامه‌ریزی برای ارائه مراقبت معنوی در بیماران مستعد توسط سیستم مراقبت سلامت توصیه می‌گردد.

واژگان کلیدی: دینداری؛ معنویت؛ نوگرایی؛ انفارکتوس قلبی

مقدمه

از نظر کارکردگرایان، از میان نهادهای اصلی جامعه، نهاد مذهب دارای نقش مهمی در حفظ یکپارچگی و بقای نظام اجتماعی است، چراکه زمانی که افراد و گروه‌ها برای عبور از واقعیت‌های مدرن و پست‌مدرن تلاش می‌کنند، نقش دین برجسته می‌گردد. در این رویکرد دین نه تنها اعتقادات و آداب و رسوم را در سطح فرد یا اعضا در گروه‌های اجتماعی خاص فراهم می‌آورد، بلکه یک نظام معنادار (قانون) ایجاد می‌کند که از انسان در مقابل ترس محافظت می‌کند (۱).

با توجه به کارکرد دین در معنابخشی به زندگی، می‌توان آن را به عنوان یکی از مهم‌ترین منابعی که افراد از طریق آن وجودشان را معنی‌دار می‌کنند، در نظر گرفت که امروزه با خصوصی‌تر شدن نقش دین، معنویت آن را در حوزه فردی ایفا می‌کند. معنویت و مذهب که گاهی افراد آن را سلامت معنوی و اعمال مذهبی تعبیر می‌کنند، با یکدیگر هم‌پوشانی دارند؛ به این ترتیب که هر دو، چارچوب‌هایی را ارائه می‌دهند که از طریق آن‌ها انسان می‌تواند معنی، هدف و ارزش متعالی زندگی خود را درک کند.

معنویت به طور کلی با سلامت روان بهتر، خوب زیستی بیشتر و کیفیت بالاتر زندگی ارتباط دارد. علاوه بر اتصال آن با سلامت، دلایل متعدد عملی برای چرایی این که متخصصان سلامت باید درباره معنویت، به ویژه در بیماران مبتلا به بیماری مزمن جدی سؤال کنند، وجود دارد. اعتقادات معنوی تصمیم‌گیری‌های پزشکی که بر مراقبت سلامت تأثیر می‌گذارد، ممکن است با مراقبت پزشکی در تعارض بوده و می‌تواند رابطه پزشک و بیمار را به صورت مثبت یا منفی تحت تأثیر قرار دهد. حمایت از جامعه با ایمان می‌تواند به بیماران کمک کند تا بهتر با عوامل استرس‌زای دشوار سلامت تطابق یابند. ممکن است تشخیص زودرس بیماری را بهبود بخشد، و می‌تواند پذیرش درمان‌های پزشکی را تقویت نماید، اگرچه مسائل معنوی برای تمام بیماران مهم است، ولی برای زنان، سالمندان، بیماران مزمن، معلولان و اعضای گروه‌های قومی خاص مهم‌تر است. معنویت یک عامل قدرتمند، اما اغلب نادیده گرفته‌شده در مراقبت سلامت است (۲).

متفکران اجتماعی برجسته در اواخر قرن نوزدهم، نه رواج دوباره که افول دینداری در ایالات متحده و همچنین در جهان را پیش‌بینی کردند. برای مثال Max Weber (۱۹۸۵ م.)، اظهار نموده است که افزایش عقلانیت اجتماعی، به سکولار شدن ساختار جامعه منجر خواهد شد. سایر عالمان اجتماعی نیز، پیش‌بینی کرده‌اند، گسترش علم به عنوان ابزاری برای توضیح درباره جهان و پدیده‌های آن، کاهش وابستگی دینی را به دنبال خواهد داشت (۳).

یونگ یکی از پیشگامان اولیه رویکرد تحلیلی است که مذهب و معنویت را در تحلیل خود گنجانده است. طبق نظر کارل یونگ، حدود دوره میانی حیات، فرد توجه خودش را به درونش معطوف می‌کند تا جنبه‌های معنوی بیشتری را در خود بکاود. ویکتور فرانکل دین را عبارت از تحقق خواست معنای غایی در زندگی می‌داند. وی با استناد به نظر آلبرت اینشتین مبنی بر یکسان انگاری «مذهبی‌بودن و پاسخ برای چیستی معنای زندگی» و نیز دیدگاه ویتگنشتاین با مضمون «مرادف بودن اعتقاد به خدا و معناداری زندگی»، به این نتیجه می‌رسد که هر سه آن‌ها در مقام فیزیکدان، فیلسوف و روانپزشک به تعاریف مشترک و قابل انطباقی از دین رسیده‌اند (۴).

سکته قلبی یکی از شایع‌ترین بیماری‌هایی است که امروزه در جوامع مختلف به چشم می‌خورد به طوری که شمار بسیار زیادی از آنان بستری می‌گردند که در نهایت علاوه بر کاهش سال‌های عمر با کیفیت، به علت از کارافتادگی نسبی این بیماران، ضررهای اقتصادی فراوانی به جوامع وارد می‌گردد. آمارهای رسمی وزارت بهداشت ایران نیز نشان می‌دهد بیشترین علت مرگ و میر در کشور بعد از تصادفات، انفارکتوس‌های قلبی می‌باشد (۵). شواهد بیانگر افزایش شیوع بیماری عروق کرونر در کشور است. در مطالعه اپیدمیولوژیکی که برای اولین بار شیوع این بیماری را در بالغین بالای ۳۰ سال ساکن تهران در سال ۲۰۰۵ مورد بررسی قرار داده، میزان شیوع بیماری عروق کرونر در بالغین بالای ۳۰ سال ساکن تهران در سال ۲۰۰۵، ۲۱/۸ درصد برآورد شده است. طبق آمار به دست آمده در سال ۱۳۸۶، از هر صد هزار مورد بیماری قلبی گزارش شده در کشور حدود ۱۶۷ مورد، منجر به مرگ می‌گردد (۶).

تاکنون متخصصان و محققان عوامل ژنتیکی و محیطی مختلفی را در بروز انفارکتوس قلبی دخیل دانسته‌اند که برخاسته از سبک زندگی در عصر مدرن می باشد. بنابر مطالعات انجام شده عوامل خطر متعددی در فرایند این بیماری نقش دارند که به دو دسته غیر قابل تعدیل و قابل تعدیل تقسیم می شوند. عوامل غیر قابل تعدیل شامل سن، جنس، سابقه خانوادگی و نژاد می باشند. عوامل قابل تعدیل شامل چاقی، استعمال سیگار، بیماری دیابت، بالا بودن چربی خون، پرفشاری خون، مصرف قرص خوراکی ضد بارداری و... می باشد. عواملی هم به عنوان عوامل تسریع کننده در حمله قلبی مطرح می باشند که این عوامل شامل شرایط و حالات روحی - روانی و رفتار فرد مستعد به انفارکتوس میوکارد می باشد (۷). فعالیت سنگین، اختلالات خواب، مشغله فکری، هیجانات، خشم و عصبانیت، تنش روحی، استعمال سیگار و... از مواردی هستند که زمینه را برای افراد مستعد یا بیماران با سابقه قلبی و عروقی فراهم می سازند (۸). نوع و میزان تأثیر این عوامل خطرزای قلبی در جوامع و نژادهای مختلف متفاوت است. در حقیقت بروز انفارکتوس حاد قلبی ارتباط نزدیکی با میزان آگاهی، آداب و رسوم، فرهنگ، شرایط اقتصادی و اجتماعی، شیوه زندگی و حالات روحی و رفتاری مردم جوامع مختلف دارد (۹). رحمانی و همکاران (۱۳۸۵ ش.) ضمن تأیید عوامل تسریع کننده فوق، تنش روحی را مهم ترین علت تسریع کننده بروز حمله های قلبی دانسته اند (۱۰).

بررسی های بین فرهنگی که توسط روانپزشکان، روانشناسان و متخصصین مردم شناسی انجام شده است، نشان می دهد که رابطه ایمان و اعتقاد دینی با بهبودی، نه تنها در جوامع شرقی، بلکه در پیروان سراسر جهان موضوع ثابت شده است. بنابراین استفاده از این نیروی بالقوه در بهبودی بیماری های جسمی و اختلالات هیجانی و رفتاری آثار مؤثر درمانی دربر دارد (۱۱). مطالعات نشان داده اند که معنویت شرایط جسمانی افراد را بهبود می بخشد (۲). کوئینگ (۲۰۰۴ م.) بر این باور است که شیوع بیماری عروق کرونر قلب در افراد با گرایش های معنوی قویتر، کمتر است و این امر با رفتارهای سالم در این افراد مثل پایین بودن مصرف سیگار، ورزش کردن، مصرف کلسترول کمتر

و بهداشت خوب ارتباط دارد. وی در تبیین وجود ارتباط بین معنویت و سلامت جسمانی می گوید: «معنویت هیجانان و کارکردهای اجتماعی را تحت تأثیر قرار داده، این امر به نوبه خود سیستم ایمنی و غدد درون ریز وی را متأثر می سازد. بنابراین باورها و اعمال معنوی با رفتارهای سالم، با کارکرد ایمنی قوی تر و شرایط قلبی عروقی بهتر و عمر طولانی تر همراه است.»

اگرچه در خارج کشور پژوهش های متعددی راجع به رابطه متغیرهای مرتبط با دین، دینداری و بیماری عروق کرونر قلب انجام شده است، اما تاکنون در خارج و داخل کشور، پژوهش مستقلی که به طور اخص به مطالعه رابطه دینداری سنتی - پویا و بیماری انفارکتوس قلبی پرداخته باشد، انجام نگردیده است. با توجه به در نظر گرفتن نقش تأثیرگذار دین بر پیشگیری از بیماری یا عواقب آن، پژوهش حاضر با هدف تعیین ارتباط بین دینداری سنتی - پویا و بروز انفارکتوس قلبی انجام گردیده است. منظور در دینداری سنتی و پویا در این تحقیق، عبارت از رعایت اصول دین مطابق با قرآن و سنت و رعایت فروع آن بر اساس پیروی از فتاوی و احکام صادره توسط مراجع تقلید مطابق با شرایط زمانی است که در مقابل آن نوگرایی دینی قرار دارد که در دوره های جدید با پدیده مدرنیته و پست مدرنیسم توسعه قابل ملاحظه ای یافته است.

مواد و روش ها

پژوهش حاضر، یک مطالعه مورد - شاهدهی است که بر روی بیماران مراجعه کننده به بیمارستان دانشگاهی طالقانی - تهران که یکی از بیمارستان های مرجع در سطح شهر تهران می باشد، در سال ۱۳۹۵ انجام شده است. به دلیل طولانی بودن پرسشنامه های موجود و خارج بودن تکمیل آن ها از حوصله بیماران قلبی و سایر بیماران مراجعه کننده، برای گردآوری داده ها، از پرسشنامه محقق ساخته دینداری سنتی - پویا متشکل از ۱۵ گویه بر روی طیف ۵ رتبه ای لیکرت (خیلی زیاد، زیاد، تا حدی، کم، خیلی کم) استفاده شد. برای تعیین روایی صوری و محتوی، پرسشنامه تدوین شده بر اساس متون علمی و پرسشنامه های موجود، به ملاحظه ۱۰ تن از اساتید و

یافته‌ها

گروه مورد شامل ۱۶۵ (۴۰٪) نفر و گروه کنترل شامل ۲۵۰ (۶۰٪) نفر بودند. اغلب شرکت‌کنندگان فارس، شیعه، از گروه سنی ۳۰-۳۹ سال، دارای تحصیلات متوسطه، کارمند و میزان درآمد یک میلیون تومان و بالاتر، دارای فعالیت فیزیکی، و غیر سیگاری بودند (جدول ۱).

جدول ۱: فراوانی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی افراد مورد مطالعه

متغیر	گروه	تعداد (درصد)
انفارکتوس قلبی	دارد	۱۶۵ (۴۰)
	ندارد	۲۵۰ (۶۰)
جنس	مرد	۲۲۱ (۵۴/۳)
	زن	۱۸۶ (۴۵/۷)
مذهب	شیعه	۳۳۹ (۹۱/۶)
	سنی	۳۱ (۸/۴)
گروه سنی	<۲۰	۱۲ (۱۵)
	۲۰-۲۹	۴ (۵)
	۳۰-۳۹	۱۹ (۲۳/۸)
	۴۰-۴۹	۱۸ (۲۲/۵)
	۵۰-۵۹	۱۱ (۱۳/۸)
	۶۰-۶۹	۵ (۶/۲)
	۷۰-۷۹	۴ (۵)
	۸۰-۸۹	۷ (۹/۸)
	فارس	۱۵۹ (۳۸)
قومیت	ترک	۱۰۳ (۲۴/۹)
	گیلک	۵۱ (۱۲/۳)
	لر	۱۸ (۴/۳)
	کرد	۵۷ (۱۳/۸)
	مازنی	۲۴ (۵/۷)
تحصیلات	بی‌سواد	۲۹ (۷/۱)
	نهضت	۱۱ (۲/۷)
	ابتدایی	۳۸ (۹/۳)
	متوسطه	۱۲۸ (۳۱/۳)
	دیپلم	۸۴ (۲۰/۵)
	لیسانس	۳۹ (۹/۵)
	بالاتر	۸۰ (۱۹/۶)

خبرگان رسیده و پس از لحاظ نمودن اصلاحات و گزینه‌های مناسب، ضریب CVI آن ۰/۸۹ محاسبه گردید. ضریب آلفای کرونباخ مطلوب (۰/۸۰) به دست آمد.

روش نمونه‌گیری به صورت تمام‌شماری انجام شد. پرسشگر پس از دریافت آموزش‌های لازم درباره نحوه برخورد با بیماران بستری به دلیل انفارکتوس قلبی از تاریخ ۱۰ اردیبهشت‌ماه لغایت ۱ مردادماه سال جاری (۸۰ روز) به بخش قلب بیمارستان طالقانی مراجعه نموده و پس از کسب اجازه از رییس آن بیمارستان اقدام توزیع پرسشنامه‌ها می‌نمود. داده‌های این پرسشنامه به روش خوداظهاری توسط افراد باسواد گردآوری گردید. افراد دچار انفارکتوس قلبی برای بار دوم یا بیشتر از مطالعه حذف شدند.

تعداد کل موارد پرسشگری در بازه زمانی مورد نظر عبارت از ۴۱۵ مورد بود. تعداد بیماران گروه بستری ۱۶۵ نفر بوده و گروه کنترل شامل ۲۵۰ نفر بیماران سرپایی مراجعه‌کننده غیر مبتلا به انفارکتوس قلبی به درمانگاه‌های بیمارستان بودند.

برای توصیف داده‌ها متناسب با سطح سنجش هر یک از متغیرهای دموگرافیک و مستقل از جداول توزیع فراوانی ای و آماره‌های توصیفی تمایل به مرکز میانگین و پراکندگی انحراف معیار و برای تحلیل آن‌ها و آزمون فرضیه پژوهش از آزمون‌های آمار استنباطی از جمله تی تست و آنالیز واریانس یک‌طرفه استفاده شد. داده‌های به دست آمده با استفاده از نرم‌افزار تحلیل آماری SPSS 20 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. سطح معنی‌داری در پژوهش حاضر، میزان ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

ملاحظات اخلاقی

این مطالعه حاصل طرح پژوهشی مصوب در مرکز تحقیقات دین و سلامت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و دارای تأییدیه کمیته اخلاق «صورتجلسه شماره ۹۱-۱۲۸» از معاونت پژوهشی دانشگاه می‌باشد. پس از بیان اهداف مطالعه و اطمینان از بی‌نامی و محرمانگی اطلاعات، رضایت آگاهانه شفاهی شرکت‌کنندگان برای شرکت در پژوهش کسب گردید. صداقت و امانت‌داری در تحلیل و گزارش یافته‌ها و نتایج مطالعات مشابه رعایت گردید.

جدول ۲: فراوانی عوامل مؤثر بر انفارکتوس قلبی در افراد

مورد مطالعه		
متغیر	وضعیت	تعداد (درصد)
فعالیت فیزیکی	دارد	۳۱۰ (۷۷/۷)
	ندارد	۸۹ (۲۲/۳)
ابتلا به بیماری خاص	ندارد	۳۶۰ (۸۷/۶)
	دارد	۲۰ (۲۲/۴)
استعمال دخانیات	ندارد	۳۷۶ (۹۱/۵)
	دارد	۳۵ (۸/۵)
مصرف الکل	ندارد	۴۰۵ (۹۸/۵)
	دارد	۷ (۱/۵)
شاخص توده بدن	<۲۵	۲۳۳ (۶۰/۷)
	۲۶-۳۰	۱۳۱ (۳۴/۱)
	≥۳۰	۲۰ (۵/۲)

شغل	بیکار	۱۹ (۴/۷)
	خانه‌دار	۱۰۲ (۲۵)
	کارگر	۴۲ (۱۰/۳)
	کارمند	۹۷ (۲۳/۸)
	آزاد	۷۳ (۱۷/۹)
وضعیت تأهل	کارفرما	۷۵ (۱۸/۴)
	مجرد	۸۰ (۱۹/۷)
	متاهل	۲۶۰ (۶۳/۹)
	مطلقه	۱۹ (۴/۷)
	بیوه	۴۸ (۱۱/۸)
درآمد ماهیانه	۲۵۰ هزار تومان و کمتر	۲۶ (۶/۵)
	۲۵۰-۵۰۰ هزار تومان	۲۰ (۵)
	۵۰۰-۷۵۰ هزار تومان	۶۰ (۱۵/۱)
	۷۵۰ هزار تا ۱ میلیون تومان	۱۲۳ (۳۱)
	یک میلیون تومان و بالاتر	۱۶۸ (۴۲/۳)

اما میانگین دینداری سنتی - پویا در بین بیماران با و بدون سابقه بیماری ($p=0/03$ ، $t=2/37$)، با و بدون فعالیت فیزیکی ($p=0/001$ ، $t=5/8$)، سطوح تحصیلی مختلف ($p=0/003$ ، $f=3/34$)، سطوح مختلف درآمد ($p=0/37$)، قومیت‌های مختلف ($p=0/038$ ، $f=2/38$) تفاوت معنی‌دار داشت. به این صورت که بین میزان دینداری سنتی - پویا داشتن سابقه بیماری، فعالیت فیزیکی، سطح تحصیلات بالاتر، میزان درآمد ماهیانه بالاتر و قومیت ارتباط مستقیم مشاهده شد.

بحث

میانگین دینداری سنتی - پویا در کل بیماران مورد مطالعه $3/98 \pm 0/5/45$ (۵-۰) بوده، ۱۴٪ از شرکت‌کنندگان از سطح دینداری متوسط (۴۸-۷۰ درصد) و ۸۶٪ از آنان از سطح دینداری مطلوب (بیشتر از ۷۰٪) برخوردار بودند. اغلب شرکت‌کنندگان فارس، شیعه، از گروه سنی ۳۰-۳۹ سال، دارای تحصیلات متوسطه، کارمند و میزان درآمد یک میلیون تومان و بالاتر، دارای فعالیت فیزیکی و غیر سیگاری بودند.

میانگین دینداری سنتی - پویا در کل بیماران مورد مطالعه $3/98 \pm 0/5/45$ (۵-۰) بوده، ۱۴٪ از شرکت‌کنندگان از سطح دینداری متوسط (۴۸-۷۰ درصد) و ۸۶٪ از آنان از سطح دینداری مطلوب (بیشتر از ۷۰٪) برخوردار بودند. کم‌ترین میانگین به گویه «دین ما باید به همان گونه‌ای باشد که در زمان پیامبر بود» و بیشترین میانگین به گویه‌های «دعا و توسل به اولیای الهی از مهم‌ترین راه‌های ارتباط با خداست» و «زیارت حرم پیامبر اعظم (ص) و ائمه اطهار را دوست دارم» تعلق داشت که نشان‌دهنده گرایش معنوی بالای بیماران می‌باشد.

میانگین دینداری سنتی - پویا در دو گروه مطالعه همچنین تفاوت معنی‌داری نداشت. همچنین میانگین دینداری سنتی - پویا بین دو گروه زن و مرد ($p=0/36$ ، $t=0/80$)، شیعه و سنی ($p=0/16$ ، $t=1/4$)، گروه‌های سنی مختلف ($p=0/27$ ، $f=1/3$)، الکلی و غیر الکلی ($p=0/23$ ، $t=1/19$)، سیگاری و غیر سیگاری ($p=0/52$)، و مشاغل مختلف ($p=0/86$ ، $f=0/32$) تفاوت معنی‌داری نداشت (جدول ۲).

یافته‌های مطالعه حاضر بر مطلوب بودن میزان دینداری در جمعیت مورد مطالعه دلالت دارد. خادم وطنی و همکاران (۱۳۹۳ ش.) در مطالعه خود با هدف «تعیین ارتباط بین سلامت معنوی و اضطراب و افسردگی در بیماران دچار انفارکتوس میوکارد بستری در بیمارستان سیدالشهداء دانشگاه علوم پزشکی ارومیه» به نتایج مشابهی دست یافتند. در مطالعه آنان ۵۲/۲ درصد از افراد شرکت‌کننده دارای سطح سلامت معنوی متوسط و ۴۸/۸ درصد دارای سطح سلامت معنوی بالا بوده و هیچ کدام یک سطح معنوی پایین نداشتند (۱۲). جهانی و همکاران (۱۳۹۲ ش.) سطح سلامت معنوی در بیشتر بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر قلب را در حد متوسط گزارش نمودند (۱۳). صالحی و همکاران (۱۳۹۳ ش.) میزان نوگرایی دینی در بین جوانان یزد را در حد متوسط رو به پایینی گزارش نمودند (۱۴).

در مطالعه ما، میانگین دینداری سنتی - پویا در دو گروه مطالعه تفاوت معنی‌داری نداشت، اما بیرامی و همکاران (۱۳۹۱ ش.) میزان دینداری بالاتری را در بیماران دچار اختلال استرسی پس از سانحه با استفاده از پرسشنامه شاخص دینداری ۱۵ سؤالی گزارش نمودند (۱۵). Friedlander و همکاران (۱۹۸۶ م.) نیز خطر بالاتری را برای انفارکتوس میوکارد در افراد غیر دینی در مقایسه با ارتدوکس‌ها گزارش نمودند (۱۶)، علت عدم مشاهده تفاوت معنی‌دار در مطالعه ما می‌تواند ناشی از بالابودن سطح دینداری در جمعیت کلی باشد. در این مطالعه بین میزان دینداری سنتی - پویا با جنس، مذهب، استعمال دخانیات و الکل ارتباطی مشاهده نشد، اما میزان دینداری سنتی - پویا در بین بیماران با و بدون فعالیت فیزیکی، سطوح تحصیلی مختلف، سطوح مختلف درآمد، قومیت‌های مختلف تفاوت معنی‌دار داشت. به این صورت که بین میزان دینداری سنتی - پویا داشتن فعالیت فیزیکی، سطوح تحصیلات بالاتر، میزان درآمد ماهیانه بالاتر و قومیت ارتباط مستقیم مشاهده شد. Koenig (۲۰۰۴ م.) بیان می‌کند که شیوع بیماری‌های کرونری قلب در افراد با گرایش‌های معنوی قوی‌تر کم‌تر است و این امر با رفتارهای سالم مانند پایین بودن مصرف سیگار، ورزش کردن، مصرف کلسترول کم‌تر

و بهداشت خوب ارتباط دارد (۲). جهانی و همکاران (۱۳۹۲ ش.) نیز نتیجه گرفتند که وجود ارتباط بین سلامت معنوی و کیفیت زندگی لزوم توجه به این مهم را در مراقبت از مبتلایان به بیماری عروق کرونر مشخص می‌کند. این نکته مهم در کشوری با عقاید مذهبی و باورهای فرهنگی غنی، مانند ایران، می‌بایست در طراحی برنامه‌های مراقبتی - درمانی برای این گونه بیماران در اولویت قرار گیرد (۱۳). خادم وطنی و همکاران (۱۳۹۳ ش.) نیز ارتباط معنی‌داری بین سطح معنویت با سطح تحصیلات و نوع شغل پیدا کردند (۱۲)، لذا برنامه مراقبت معنوی را برای کاهش اضطراب بیماران دچار انفارکتوس قلبی توصیه نموده‌اند. محسنی و همکاران (۱۳۹۴ ش.) برخلاف ما، در گروه بیماران مبتلا به تنگی عروق کرونر بیش از ۵۰٪ ارتباط آماری معنی‌داری بین استعمال دخانیات و رشد معنوی (حس هدفمندی و رضایتمندی در زندگی) مشاهده نمودند. آنان نتیجه گرفتند که مداخلات آموزشی در زمینه بهبود مسؤولیت‌پذیری در قبال سلامتی، مدیریت استرس و ارتقای فعالیت فیزیکی در بین افراد در معرض خطر بیماری‌های قلبی عروقی می‌تواند موجب کاهش شدت تنگی عروق کرونر گردد (۱۷).

با توجه به ارتباط مشاهده‌شده در این مطالعه بین میزان دینداری با میزان تحصیلات و قومیت، می‌توان نتیجه گرفت که علاوه بر فعالیت فیزیکی و سبک زندگی، عوامل اجتماعی از عوامل مؤثر بر میزان دینداری و معنویت می‌باشند، لذا عمل بر روی تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت از طریق راهبردهای همکاری بین بخشی و مشارکت مردم توصیه می‌گردد (۱۸). همچنین در جامعه چندفرهنگی ایران می‌بایست ایمنی فرهنگی آنان را در ارائه مراقبت مد نظر قرار داد (۱۹).

از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به عدم امکان استفاده از نسخه پرسشنامه طولانی دینداری و اطلاعات ثبت‌شده نظیر نتایج آزمایشات در بیماران مراجعه‌کننده سرپایی و نیز محدود بودن مطالعات انجام‌شده مشابه، جهت مقایسه نتایج اشاره نمود. با توجه به یافته‌های پژوهش، انجام یک مطالعه مورد - شاهدهی چندمرکز جهت بررسی ارتباط میزان دینداری و

سلامت معنوی با انفارکتوس قلبی قبل و پس از ارائه مراقبت معنوی پیشنهاد می‌گردد.

نتیجه‌گیری

اگرچه اغلب شرکت‌کنندگان در مطالعه از سطح دینداری مطلوب (بیشتر از ۷۰٪) برخوردار بودند، اما عدم مشاهده تفاوت معنی‌دار در میزان دینداری سنتی - پویا در دو گروه مورد مطالعه، حاکی از آن است که داشتن اعتقادات مذهبی و معنویت به تنهایی برای پیشگیری از بروز انفارکتوس قلبی کافی نیست، بلکه برای کنترل و کاهش بروز این واقعه لازم است بیماران دارای عوامل خطر و مستعد شناسایی شده و مراقبت معنوی دریافت نمایند تا با کمک مراقبین سلامت آموزش دیده در زمینه مراقبت معنوی، در راستای به کارگیری اعتقادات خود در کنترل استرس و سایر عوامل خطر، توانمندی لازم را کسب نمایند. از این رو با توجه به عوارض و مرگ بالای ناشی از انفارکتوس قلبی، انجام مطالعات بیشتر و برنامه‌ریزی برای ارائه مراقبت معنوی در بیماران مستعد توسط سیستم مراقبت سلامت توصیه می‌گردد.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله مجریان طرح از مرکز تحقیقات دین و سلامت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی برای حمایت مالی این پژوهش و همکاری شرکت‌کنندگان در انجام این پژوهش تشکر و تقدیر می‌نمایند.

References

1. Back L, Bennett A, Edles LD, Gibson M, Inglis D. Cultural sociology: an introduction. John Wiley & Sons; 2012.
2. Koenig HG. Spirituality, wellness and quality of life. *Sex, Reprod Menopause* 2004; 2(2): 76-82.
3. Weber M. The Protestant Ethic and the Spirit of Capitalism: and other writings. Penguin; 2002.
4. Jung C. The Practice of Psychotherapy. 2 ed: Translated by Hull RFC. New York: Pantheon Books; 2014.
5. Naghavi M, Abolhassani F, Pourmalek F, Lakeh MM, Jafari N, Vaseghi S, et al. The burden of disease and injury in Iran 2003. *Popul Health Metr* 2009; 7(1): 1.
6. Hadaegh F, Harati H, Ghanbarian A, Azizi F. Prevalence of coronary heart disease among Tehran adults: Tehran Lipid and Glucose Study. *East Mediterr Health J* 2009; 15(1): 157-166.
7. Mann DL, Zipes DP, Libby P, Bonow RO. Braunwald's heart disease: a textbook of cardiovascular medicine: Elsevier Health Sciences; 2014.
8. Taghadosi M, Seyedi SM, Mosavi SGA. Assesment of delayed treatment in patients with acute myocardial infarction at Kashan Shahid Beheshti Hospital during 2003-2005. *Feyz* 2007; 11(3): 45-51.
9. Kinjo K, Sato H, Sato H, Shiotani I, Kurotobi T, Ohnishi Y, et al. Circadian variation of the onset of acute myocardial infarction in the Osaka area, 1998-1999. *Jpn Circ J* 2001; 65(7): 617-620.
10. Rahmani R, Hamidi Z, Karimi ZA, Salari MM. Evaluation of Trigger factors incidence of time and Delaying factors in patients with Acute Myocardial Infarction. *Kosar Med J* 2006; 11(3): 273-278. [Persian]
11. Favazza A. Modern Christian Healing of Mental Illness. *Am J Psychiatry* 1982; 139(6): 728-735.
12. Khademvatani K, Aghakhani N, Esm-Hoseini G, Hazrati A, Alinezhad V, Nazari H, et al. Study of relationship between spiritual between spiritual health, anxiety and depression in acute nyocardial infarction patients hospitalized in Seyyedoshohada hospital in Urmia. *Urmia Med J* 2015; 25(12): 1092-1101. [Persian]
13. Jahani A, Rejeh N, Heravi-Karimooi M, Hadavi A, Zayeri F, Khatooni AR. The Relationship Between Spiritual Health and Quality of Life in Patients with Coronary Artery Disease. *Islam Life Center Health* 2013; 1(2): 17-21.
14. salehi E, Yarahmadi MH, Hassanzadeh D. The status of religious modernism in adolescents of Yazd City. *J Applied Socio* 2014; 25(55): 181-196. [Persian]
15. Bayrami M, Kourayem MA, Pouresmali A, Mohammadibakhs L. The comparison of social support and religiosity in post traumatic stress disorder patients, their wives and control group. *J Kermanshah Univ Med Sci* 2013; 17(1): 68-75.
16. Friedlander Y, Kark J, Stein Y. Religious orthodoxy and myocardial infarction in Jerusalem a case control study. *Int J Cardiol* 1986; 10(1): 33-41.
17. Mohseni Pouya H, Hajimiri K, Esmaeili Shahmirzadi S, Golshani S, Hashemi Amrei SH, Seifi Makrani A. Relationship between Health Promoting Behaviors and Severity of Coronary Artery Stenosis in Angiography Department in Mazandaran Heart Center. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2015; 25(130): 19-29. [Persian]
18. Marmot M, Allen J. Health priorities and the social determinants of health. *East Mediterr Health J* 2015; 21(9): 671.
19. Reihani M, Keshavarz Z, Vedadhir A, Zaeri F. Cultural safety in motherhood: evidence from midwives and nurses in the multicultural context of Iran society. *Med Ethics J* 2016; 10(36): 55-64. [Persian]