


Medical Ethics and Law
Research Center

Faṣḥnāmah-i akhlāq-i pizishkī i.e., Quarterly Journal of Medical Ethics

2025; 19: e13

Shahid Beheshti
University of Medical Sciences

The Relationship Between Spiritual Health and Coping Strategies in Patients with Heart Failure: A Cross-Sectional Study

Fatemeh Khodadad¹, Mahsa Boozaripour^{2*}, Leila Khanali Mojen²,
Shabnam Shariatpanahi³, Fereshteh Javaheri Tehrani³

1. Student Research Committee, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
2. Department of Medical Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
3. Department of Community Health Nursing, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

ABSTRACT

Background and Aim: Heart failure is a chronic and debilitating disease that, in addition to physical consequences, imposes considerable psychological and social burdens on patients. Spiritual health, as a holistic dimension of health, may influence patients' coping strategies and their adaptation to illness. The present study aimed to determine the correlation between spiritual health and coping strategies in patients with heart failure.

Methods: This descriptive-correlational study was conducted in 2019 on 180 patients with heart failure who attended two cardiology clinics in Tehran. Data were collected using a researcher-developed demographic questionnaire, the Paloutzian and Ellison Spiritual Well-Being Scale, and the Brief COPE questionnaire developed by Charles S. Carver. Data analysis was performed using descriptive statistics, independent t-test, analysis of variance (ANOVA) and Pearson correlation coefficient in SPSS 16. A significance level of $p \leq 0.05$ was considered.

Ethical Considerations: This study was approved by the Ethics Committee of Shahid Beheshti University of Medical Sciences. Written informed consent was obtained from all participants and confidentiality of their information was maintained in accordance with the principles of the Declaration of Helsinki.

Results: The mean total score of spiritual health was 89.86 ± 16.22 . The mean scores for the religious health and existential health dimensions were 46.86 ± 8.74 and 42.99 ± 8.79 , respectively, indicating slightly higher scores in the existential dimension. Patients predominantly used problem-focused coping strategies, with acceptance and religion being the most frequently used subscales. Emotion-focused coping strategies were used more frequently by women and decreased with increasing age and longer duration of illness. Correlation analysis showed that spiritual health had a significant positive relationship with overall coping strategies ($p < 0.001$) and problem-focused coping ($p < 0.001$), while no significant relationship was found with emotion-focused coping ($p > 0.05$).

Conclusion: The findings suggest that spiritual health, particularly the religious dimension, plays an important role in strengthening problem-focused coping strategies among patients with heart failure. These results highlight the importance of addressing spiritual aspects in clinical care, nursing education and the development of evidence-based supportive and management interventions.

Keywords: Heart Failure; Spiritual Health; Coping Strategies; Nursing; Chronic Disease

Corresponding Author: Mahsa Boozaripour; **Email:** m.boozaripour@sbmu.ac.ir

Received: April 06, 2025; **Accepted:** February 27, 2026; **Published Online:** April 20, 2026


Please cite this article as:

Khodadad F, Boozaripour M, Khanali Mojen L, Shariatpanahi SH, Javaheri Tehrani F. The Relationship Between Spiritual Health and Coping Strategies in Patients with Heart Failure: A Cross-Sectional Study. *Faṣḥnāmah-i akhlāq-i pizishkī, i.e., Quarterly Journal of Medical Ethics*. 2025; 19: e13.



بررسی همبستگی سلامت معنوی و راهبردهای مقابله‌ای در بیماران مبتلا به نارسایی

قلبی: یک مطالعه مقطعی

فاطمه خداداد^۱، مهسا بوذری پور^{۲*} , لیلا خانعلی مجن^۲، شبنم شریعت پناهی^۳، فرشته جواهری تهرانی^۳

۱. کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
۲. گروه پرستاری داخلی و جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
۳. گروه پرستاری بهداشت جامعه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: نارسایی قلبی یک بیماری مزمن و ناتوان‌کننده است که علاوه بر پیامدهای جسمی، فشارهای روانی و اجتماعی قابل توجهی بر بیماران وارد می‌کند. سلامت معنوی به عنوان یکی از ابعاد کل‌نگر سلامت، می‌تواند بر انتخاب راهبردهای مقابله‌ای و سازگاری بیماران با بیماری تأثیرگذار باشد. پژوهش حاضر با هدف تعیین همبستگی سلامت معنوی و راهبردهای مقابله‌ای در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی انجام شد.

روش: این مطالعه از نوع توصیفی - همبستگی بود و ۱۸۰ بیمار مبتلا به نارسایی قلبی مراجعه‌کننده به دو درمانگاه قلب در تهران در سال ۱۳۹۸ شرکت کردند. اطلاعات با استفاده از پرسشنامه جمعیت‌شناختی پژوهشگر، پرسشنامه سلامت معنوی Paloutzian و پرسشنامه مقابله کوتاه Charles S. Carver جمع‌آوری شد. تحلیل داده‌ها شامل آمار توصیفی، آزمون‌های t مستقل، تحلیل واریانس، ضریب همبستگی پیرسون در نرم‌افزار SPSS 16 بود. سطح معناداری ≥ 0.05 در نظر گرفته شد.

ملاحظات اخلاقی: این مطالعه با تأیید کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی انجام شد. رضایت‌نامه آگاهانه کتبی از شرکت‌کنندگان اخذ شد و محرمانگی اطلاعات آنان مطابق اصول بیانیه هلسینکی حفظ گردید.

یافته‌ها: میانگین نمره کل سلامت معنوی $86/89 \pm 22/16$ بود. همچنین میانگین بعد سلامت مذهبی $86/46 \pm 74/8$ و بعد سلامت وجودی $99/42 \pm 79/8$ گزارش شد که نشان از اعداد بالاتر برای بعد سلامت وجودی دارد. بیماران بیشتر از راهبردهای مقابله‌ای مسأله‌مدار استفاده می‌کردند و در میان زیرمقیاس‌ها، پذیرش و مذهب بیشترین کاربرد را داشتند. استفاده از راهبردهای هیجان‌مدار در زنان بیشتر و با افزایش سن و مدت ابتلا به بیماری کمتر بود. نتایج همبستگی نشان داد که سلامت معنوی با راهبردهای مقابله‌ای کلی ($P < 0/001$) و مسأله‌مدار ($P < 0/001$) رابطه مثبت و معناداری دارد، اما با راهبردهای هیجان‌مدار ارتباط معناداری مشاهده نشد ($P > 0/05$).

نتیجه‌گیری: یافته‌ها نشان می‌دهد که سلامت معنوی به ویژه بعد مذهبی، نقش مؤثری در تقویت راهبردهای مقابله‌ای مسأله‌مدار بیماران مبتلا به نارسایی قلبی دارد. این نتایج بر ضرورت توجه به ابعاد معنوی در مراقبت بالینی، آموزش پرستاری و طراحی مداخلات حمایتی و مدیریتی مبتنی بر شواهد تأکید می‌کند.

واژگان کلیدی: نارسایی قلبی؛ سلامت معنوی؛ راهبردهای مقابله‌ای؛ پرستاری؛ بیماری مزمن

نویسنده مسئول: مهسا بوذری پور؛ پست الکترونیک: m.boozaripour@sbmu.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۵/۰۱/۱۷؛ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۱۲/۰۸؛ تاریخ انتشار: ۱۴۰۵/۰۱/۳۱

خواهشمند است این مقاله به روش زیر مورد استناد قرار گیرد:

Khodadad F, Boozaripour M, Khanali Mojen L, Shariatpanahi SH, Javaheri Tehrani F. The Relationship Between Spiritual Health and Coping Strategies in Patients with Heart Failure: A Cross-Sectional Study. *Fašlnāmah-i akhlāq-i pizishkī*, i.e., Quarterly Journal of Medical Ethics. 2025; 19: e13.

مقدمه

نارسایی قلبی به عنوان یک سندرم بالینی چندبعدی تعریف می‌شود که ناشی از اختلال ساختاری یا عملکردی قلب بوده و تظاهرات آن شامل علائم و نشانه‌هایی است که بر هموستاز همودینامیک تأثیر می‌گذارد؛ این تعریف و طبقه‌بندی‌های بالینی نوین (شامل نارسایی قلب با کسرتخلیه (EF) پایین، با کسرتخلیه حفظ‌شده و دسته‌های میانی) در گزارش‌ها و دستورالعمل‌های بین‌المللی مورد تأکید قرار گرفته است (۱). گزارش اپیدمیولوژیک اخیر نشان می‌دهند که بروز و شیوع نارسایی قلبی در سطح جهانی در دهه‌های اخیر افزایش یافته و نسبت موارد نارسایی قلب با کسرتخلیه حفظ‌شده (HFpEF) در برخی از جمعیت‌ها رو به رشد است که این روند، بار بیماری و نیازهای مراقبتی را تغییر می‌دهد (۲). از منظر ملی نیز پژوهش بومی و تحلیل سلامت در ایران افزایش بار بیماری‌های قلبی - عروقی و کمبود داده‌های منسجم در برخی حوزه‌های مراقبتی را گزارش کرده‌اند که ضرورت تولید شواهد بومی و بازنگری در سامانه مراقبت از بیماران قلبی را نشان می‌دهد (۳).

این تصویر اپیدمیولوژیک ضرورت توجه همزمان به تظاهرات بالینی، پیامدهای روانی - اجتماعی و مؤلفه‌های حمایتی بیماران را برجسته می‌کند (۴). تظاهرات بالینی نارسایی قلبی عمدتاً شامل تنگی نفس، خستگی، کاهش تحمل فعالیت و ادم محیطی است که به طور مستقیم عملکرد روزمره و کیفیت زندگی بیماران را محدود می‌کند؛ این علائم جسمانی به همراه بستری‌های مکرر، بار اقتصادی قابل توجهی بر نظام‌های سلامت وارد می‌سازد (۵). همزمان، بروز اختلالات روانی مانند افسردگی و اضطراب در بیماران نارسایی قلبی شیوع قابل توجهی دارد و شواهد نوین ارتباط این اختلالات روانی را با بدتر شدن پیش‌آگهی، کاهش خودمراقبتی و افزایش بار خدمات درمانی نشان می‌دهند (۵). افزون بر این، برخورداری یا فقدان حمایت اجتماعی، وضعیت اقتصادی - اجتماعی و دسترسی به مراقبت‌های ساختاریافته می‌تواند این پیامدها را تشدید یا تضعیف کند (۶).

بنابراین برای دستیابی به مراقبت جامع لازم است که فراتر از علائم فیزیکی به ابعاد روانی، اجتماعی و معنوی تجربه بیمار توجه شود (۴). در میان ابعاد غیر فیزیکی، «سلامت معنوی» به عنوان یک مؤلفه مهم سلامت کل‌نگر مطرح شده است؛ تعاریف مفهومی و چهارچوب‌های نظام‌مند در متون تازه نشان می‌دهد که سلامت معنوی شامل مؤلفه‌هایی چون جستجوی معنا و هدف (بعد وجودی/ معنایی) و ارتباط با باورها، ارزش‌ها و مناسک دینی یا فرامذهبی (بعد مذهبی/ فرهنگی) است (۷). مروری نظام‌مند متمرکز بر معنویت در بیماران نارسایی قلبی نشان می‌دهد که مؤلفه‌های معنوی و مذهبی در این جمعیت با متغیرهایی مانند کیفیت زندگی، تاب‌آوری روانی و برخی جنبه‌های خودمراقبتی همبستگی نشان داده‌اند، اما کیفیت شواهد و یکپارچگی نتایج بین مطالعات متفاوت است و مطالعات روش‌مندتر و بومی‌تر مورد نیاز است (۸). در مطالعات مداخله‌ای و توصیفی نوظهور نیز برنامه‌های مراقبت معنوی یا مداخلات روان - معنوی گزارش شده‌اند که به صورت محدود بهبودهایی در امید، تاب‌آوری و برخی مؤلفه‌های روانی بیماران قلبی را نشان داده‌اند؛ با این حال، برخی شواهد نیز هشدار می‌دهند که شکل‌ها یا باورهای معنوی/ مذهبی ناسازگار می‌تواند به اضطراب معنوی یا پیامدهای منفی منجر شود، بنابراین تفسیر نتایج باید زمینه‌محور و محتاطانه باشد (۹).

بدین‌سان، بررسی دقیق نقش سلامت معنوی در افراد مبتلا به نارسایی قلبی، به ویژه با در نظر گرفتن زمینه‌های فرهنگی و مذهبی، از اهمیت پژوهشی و کاربردی برخوردار است (۷). در سوی دیگر طیف‌سازی با بیماری، راهبردهای مقابله‌ای قرار دارند که چهارچوب کلاسیک Lazarus & Folkman و توسعه‌های بعدی، آن‌ها را به انواع مسأله‌محور، هیجان‌محور و اجتنابی/ معنامحور تقسیم‌بندی می‌کنند؛ متون تخصصی جدید نیز همین تقسیم‌بندی را تأیید و در زمینه بیماری‌های مزمن پالایش نموده‌اند (۱۰). مطالعه اخیر در بیماران نارسایی قلبی نشان داده‌اند که استفاده از راهبردهای مسأله‌محور و برخی شکل‌های سازگار هیجان‌محور با کیفیت زندگی بهتر، پایبندی درمانی و خودمراقبتی قوی‌تر همراه بوده، در حالی که راهبردهای اجتنابی یا دوری‌کننده اغلب با نتایج نامطلوب و

را تا حد ممکن پر کند و شواهدی بومی‌سازی شده برای راهنمایی مراقبت معنوی و آموزشی در بیماران نارسایی قلبی فراهم آورد، در نتیجه این مطالعه با هدف تعیین همبستگی سلامت معنوی و راهبردهای مقابله‌ای در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی انجام شد.

روش

این مطالعه از نوع توصیفی - همبستگی بوده و با هدف تعیین همبستگی سلامت معنوی و راهبردهای مقابله‌ای در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی طراحی شد؛ چهارچوب تحقیق بر مبنای سنجش کمی متغیرهای مورد مطالعه و تحلیل همبستگی بین نمرات سلامت معنوی (و زیرمقیاس‌های آن) و نمرات زیرمقیاس‌های پرسشنامه مقابله انجام گرفت و در موارد لازم تحلیل‌های مقایسه‌ای و چندمتغیره برای کنترل عوامل مخدوش‌کننده به کار گرفته شد.

شرکت‌کنندگان شامل کلیه بیماران مبتلا به نارسایی قلبی مراجعه‌کننده به درمانگاه قلب بیمارستان شهید مدرس و درمانگاه نارسایی قلبی بیمارستان دکتر مسیح دانشوری (وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی) بودند که در بازه زمانی اول فروردین تا پایان شهریور ۱۳۹۸ مراجعه نمودند. معیارهای ورود عبارت بودند از: سن ۱۸ سال یا بیشتر، تشخیص قطعی نارسایی قلبی توسط پزشک معالج، قرارگرفتن در طبقه II یا III بر اساس طبقه‌بندی NYHA (طبقه II نشان‌دهنده محدودیت خفیف در فعالیت بدنی است، به طوری که علائمی مانند خستگی، تپش قلب یا تنگی نفس در طول فعالیت‌های عادی رخ می‌دهد، اما بیماران در حالت استراحت راحت هستند. طبقه III نمایانگر محدودیت قابل توجه در فعالیت بدنی است، به گونه‌ای که علائم حتی در فعالیت‌های کمتر از عادی ظاهر می‌شوند، در حالی که بیماران تنها در حالت استراحت راحت هستند)، داشتن سواد درک سوالات پرسشنامه، تمایل به شرکت در مطالعه و نداشتن اختلالات روانی ثبت‌شده که مانع تکمیل پرسشنامه گردد. معیارهای

کاهش کیفیت زندگی ارتباط داشته‌اند (۱۱). علاوه بر آن، شواهد طولی نشان می‌دهد الگوی مقابله‌ای بیمار می‌تواند بر پیروی از درمان، رفتارهای سبک زندگی و حتی برخی نتایج بالینی تأثیر بگذارد، لذا آموزش و مداخلات هدفمند برای تقویت راهبردهای سازگار توصیه شده‌اند (۱۱). این نکته پژوهشی مطرح می‌شود که شناخت الگوهای مقابله‌ای در بیماران نارسایی قلبی می‌تواند مبنای برنامه‌های بالینی و آموزشی قرار گیرد و در عین حال ممکن است سلامت معنوی یکی از پیش‌بینی‌کنندگان یا تعدیل‌کنندگان این الگوها باشد (۱۲). در بررسی‌های تجربی موجود که سلامت معنوی و متغیرهای مقابله‌ای یا خودمراقبتی را همزمان اندازه‌گیری کرده‌اند، شواهدی دال بر نقش پیش‌بینی‌کنندگی سلامت معنوی در خودمراقبتی و تاب‌آوری گزارش شده است؛ برای نمونه مطالعه‌ای توصیفی - تحلیلی در بیماران نارسایی قلبی نشان داد که سلامت معنوی با میزان خودمراقبتی رابطه معنی‌داری دارد، به نحوی که سطوح بالاتر سلامت معنوی با رفتارهای خودمراقبتی قوی‌تر همراه بوده است (۱۳، ۱۴). علاوه بر این، مرور نظام‌مند اخیر ضرورت مطالعات با رویکردهای ترکیبی و روش‌شناسی دقیق‌تر را برای روشن‌سازی مسیرهای علیتی احتمالی میان سلامت معنوی، راهبردهای مقابله‌ای و نتایج بالینی پیشنهاد کرده‌اند (۱۵). با وجود این شواهد امیدوارکننده، کمبود مطالعات همزمان، طولی و بومی‌شده که به صورت نظام‌مند رابطه سلامت معنوی و انواع مشخص راهبردهای مقابله‌ای را در بیماران نارسایی قلبی - خصوصاً در زمینه‌های فرهنگی و مذهبی نظیر ایران - بررسی کنند، محسوس است (۱۶).

بنابراین خلأ پژوهشی موجود عبارت است از کمبود داده‌های بومی و روش‌مند درباره همبستگی دقیق میان سلامت معنوی و الگوهای مقابله‌ای در بیماران نارسایی قلبی، به ویژه با استفاده از ابزارهای سنجش استاندارد، نمونه‌گیری مناسب و تحلیل‌های چندمتغیره که بتوانند رابطه مستقل معنویت را از عوامل مخدوش‌کننده تفکیک کنند (۹). با توجه به اهمیت شناخت این روابط برای طراحی مداخلات پرستاری و بالینی جامع و مبتنی بر شواهد، پژوهش حاضر درصدد است این خلأ

بیماری، سابقه ابتلا به بیماری‌های دیگر، تعداد دفعات بستری در سال به دلیل نارسایی قلبی و مدت زمان ابتلا به نارسایی قلبی را شامل می‌شد. این ابزار برای دستیابی به داده‌های زمینه‌ای و جمعیت‌شناختی طراحی شد و از نظر روایی محتوا توسط هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی تأیید گردید.

۲. پرسشنامه سلامت معنوی Paloutzian: این پرسشنامه در سال ۱۹۸۲ طراحی شده و شامل ۲۰ بند است که دو زیرمقیاس سلامت مذهبی و سلامت وجودی را می‌سنجد؛ هر زیرمقیاس شامل ۱۰ عبارت می‌باشد و پاسخ‌ها به صورت لیکرت شش‌درجه‌ای نمره‌گذاری شده‌اند (۱=کاملاً مخالفم تا ۶=کاملاً موافقم) و دامنه نمرات ۲۰ تا ۱۲۰ است. نمره بالاتر نشان‌دهنده میزان بالاتر سلامت معنوی است و مقیاس سلامت معنوی به سه سطح پایین (۲۰ تا ۴۰)، متوسط (۴۱ تا ۹۹) و بالا (۱۰۰ تا ۱۲۰) تقسیم می‌شود (۱۸). این پرسشنامه توسط عسگری و همکاران در مطالعه «رابطه اعتقادات مذهبی و خوش‌بینی با سلامت معنوی دانشجویان دانشگاه آزاد اهواز» روایی محتوا شده است (۱۹). در مطالعه حاضر، روایی محتوای پرسشنامه توسط ده متخصص هیأت علمی بررسی شد و پایایی آن در نمونه ۳۰ نفری حاضر برای زیرمقیاس سلامت مذهبی، سلامت وجودی و کل مقیاس به ترتیب ۰/۹۰، ۰/۹۲ و ۰/۹۱ به دست آمد که نشان‌دهنده پایایی قابل قبول است.

۳. پرسشنامه مقابله - فرم کوتاه Charles S. Carver: این ابزار شامل ۲۸ گویه و ۱۴ زیرمقیاس است که هر زیرمقیاس دارای دو گویه می‌باشد و راهبردهای مقابله‌ای فرد در برابر استرس را بررسی می‌کند (۲۰). زیرمقیاس‌ها به دو حوزه کلی تقسیم می‌شوند: راهبردهای مسأله‌محور شامل مذهب، برنامه‌ریزی، شوخ‌طبعی، پذیرش، استفاده از حمایت عاطفی، استفاده از حمایت ابزاری، چهارچوب مثبت دادن و سازگاری فعال و راهبردهای هیجان‌محور/اجتنابی شامل سوءمصرف مواد، برون‌ریزی احساسات، بی‌تفاوتی رفتاری، انکار، انحراف حواس توسط خود فرد و سرزنش خود. نمره‌گذاری این پرسشنامه به صورت لیکرت چهار درجه‌ای است (۱=هرگز، ۲=کمی، ۳=متوسط، ۴=بسیار) و نمره بالاتر

خروج شامل ناتوانی جسمی یا شناختی مانع پاسخ‌دهی و انصراف بیمار از شرکت در مطالعه بودند.

تعداد نمونه مورد نیاز جهت انجام این مطالعه با استفاده از مطالعه آقای پور و همکاران در سال ۱۳۹۴ (۱۷) و با در نظر گرفتن $\alpha=0/25$ طبق فرمول زیر ۱۶۵ نمونه مشخص شد که با در نظر گرفتن ریزش نمونه، تعداد نمونه مناسب جهت ورود به مطالعه ۱۸۰ نفر می‌باشد.

$$n \geq \left[\frac{(z_{1-\alpha/2} + z_{1-\beta})}{0.5 \times \ln[(1+r)/(1-r)]} \right]^2 + 3$$

پژوهشگر پس از تصویب پروپوزال و کسب مجوز کد اخلاق از دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و همچنین کسب مجوز از مدیریت امور آموزش و تحصیلات تکمیلی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و معاونت آموزشی بیمارستان‌های منتخب این دانشگاه، برای انجام پژوهش به بیمارستان‌های شهید مدرس و مسیح دانشوری که وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی هستند، مراجعه کرد و بعد از ارائه معرفی‌نامه و معرفی خود به مسئولین و کسب رضایت از ایشان، توضیحات کافی در رابطه با پژوهش و هدف از انجام پژوهش ارائه داده شد. داوطلبین دارای مشخصات ورود به پژوهش انتخاب شدند و پس از کسب رضایت کتبی جهت شرکت در مطالعه و رعایت اخلاق در پژوهش، پرسشنامه‌های مربوطه تکمیل گردید. لازم به ذکر است که سؤالات توسط پژوهشگر برای نمونه‌ها خوانده شد و تکمیل پرسشنامه‌ها به طور میانگین برای هر فرد ۳۰ دقیقه به طول انجامید. گردآوری داده‌ها از بازه زمانی اول فروردین‌ماه ۱۳۹۸ تا انتهای شهریورماه ۱۳۹۸ به طول انجامید.

در این پژوهش اطلاعات مورد نیاز از طریق سه ابزار جمع‌آوری شد:

۱. فرم اطلاعات جمعیت‌شناختی: این فرم شامل ۱۱ سؤال بود و اطلاعات مربوط به جنس، سن، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، قومیت، وضعیت اشتغال، وضعیت درآمد، کلاس

ملاحظات اخلاقی

تحقیق حاضر از سوی کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی به تأیید رسیده است (کد کمیته اخلاق: IR.SBMU.PHARMACY.REC.1397.225).

اطلاعات جامع در رابطه با دلایل تحقیق، نتایج، حفظ محرمانگی و نحوه انجام تحقیق به افراد داده شد و رضایت آگاهانه از شرکت‌کنندگان اخذ گردید.

یافته‌ها

در این مطالعه ۱۸۰ بیمار مبتلا به نارسایی قلبی شرکت داشتند که ۹۹ مرد (۵۵ درصد) و ۸۱ نفر زن (۴۵ درصد) بودند. میانگین سن و انحراف معیار شرکت‌کنندگان $11/56 \pm 0/6/13$ سال (دامنه ۳۰ تا ۹۴ سال) بود. از نظر وضعیت تأهل، اکثریت بیماران متأهل (۳/۸۳ درصد) بودند و درصد کمتری را افراد مجرد (۴/۴ درصد)، مطلقه (۹/۳ درصد) و بیوه (۳/۸ درصد) تشکیل می‌دادند. جزئیات مشخصات جمعیت شناختی جامعه مورد مطالعه در جدول ۱ ارائه شده است.

نشان‌دهنده دفعات استفاده بیشتر از راهبرد مقابله‌ای است (۲۱). اعتبار و پایایی آن توسط باغچقی و همکاران در سال ۱۳۹۶ در ایران مورد بررسی و تأیید قرار گرفته است و پایایی آن با ضریب آلفای کرونباخ $0/77$ در سطح قابل قبول گزارش شد (۲۱). روایی محتوایی این پرسشنامه در مطالعه حاضر توسط ده متخصص هیأت علمی بررسی شد و پایایی آن در نمونه ۳۰ نفری برابر $0/91$ به دست آمد که در سطح قابل قبول قرار داشت.

داده‌ها پس از ورود و پاک‌سازی در نرم‌افزار SPSS 16 تحلیل شدند. در بخش توصیفی از آزمون‌های آمار توصیفی شامل توزیع فراوانی، میانگین و انحراف معیار استفاده شد. برای پاسخ به اهداف همبستگی از ضریب همبستگی پیرسون جهت بررسی رابطه میان نمرات سلامت معنوی (و زیرمقیاس‌ها) و نمرات راهبردهای مقابله‌ای بهره گرفته شد؛ برای مقایسه میانگین‌ها بین گروه‌های دوگانه از آزمون t مستقل و برای بیش از دو گروه از تحلیل واریانس استفاده شد. تمامی آزمون‌ها دوطرفه با سطح معناداری $\geq 0/05$ انجام گردید. پیش از تحلیل، الگوی داده‌های گمشده بررسی و در صورت لزوم روش مناسب جایگزینی یا حذف موردی اتخاذ شد و مفروضات آزمون‌ها (نرمال بودن توزیع، هم‌واری و استقلال خطاها) ارزیابی شد.

جدول ۱: ویژگی‌های دموگرافیک بیماران مبتلا به نارسایی قلبی (n=۱۸۰)

متغیر	دسته‌بندی	تعداد (%)	میانگین ± انحراف معیار
جنس	مرد	۹۹ (۵۵)	-
	زن	۸۱ (۴۵)	-
وضعیت تأهل	متأهل	۱۵۰ (۸۳/۴)	-
	مجرد	۸ (۴/۴)	-
	مطلقه	۷ (۳/۹)	-
	بیوه	۱۵ (۸/۳)	-
سطح تحصیلات	زیر دیپلم	۸۵ (۴۷/۵)	-
	دیپلم	۶۷ (۳۷/۲)	-
	فوق دیپلم	۲۲ (۱۲/۲)	-
	لیسانس	۵ (۲/۸)	-
	لیسانس به بالا	۱ (۰/۶)	-

متغیر	دسته‌بندی	تعداد (%)	میانگین \pm انحراف معیار
وضعیت شغلی	بازنشسته	۵۱ (۲۸/۳)	-
	خانه‌دار	۵۱ (۲۸/۳)	-
	آزاد	۴۵ (۲۵/۰)	-
	کارگر	۱۴ (۷/۸)	-
	کارمند	۱۰ (۵/۶)	-
	بیکار	۹ (۵/۰)	-
قومیت	فارس	۶۲ (۳۴/۴)	-
	کرد	۴۲ (۲۳/۳)	-
	ترک	۳۰ (۱۶/۷)	-
	لر	۷ (۳/۹)	-
	سایر	۳۹ (۲۱/۷)	-
درآمد خانواده	کافی	۹۴ (۵۲/۲)	-
	ناکافی	۸۶ (۴۷/۸)	-
کلاس بیماری (NYHA)	کلاس II	۱۶۵ (۹۱/۷)	-
	کلاس III	۱۵ (۸/۳)	-
سابقه ابتلا به بیماری‌های دیگر	دارد	۷۵ (۴۱/۷)	-
	ندارد	۱۰۵ (۵۸/۳)	-
تعداد دفعات بستری در سال	-	-	۰/۶۰ \pm ۱/۲۸
مدت زمان ابتلا (سال)	-	-	۹/۴۲ \pm ۶/۳۸
سن (سال)	-	-	۵۶/۱۱ \pm ۱۳/۰۶

افراد دارای سابقه بستری، نمرات بالاتری داشتند. همچنین در بعد سلامت مذهبی بر حسب سطح تحصیلات تفاوت معنادار مشاهده شد ($P < 0/05$). بر اساس آزمون همبستگی پیرسون بین سن و سلامت معنوی همبستگی مثبت و معنادار مشاهده شد ($P = 0/01$) (جدول ۲ و ۳).

میانگین نمره کل سلامت معنوی $86/89 \pm 22/16$ بود که در سطح متوسط قرار می‌گیرد. میانگین بعد سلامت مذهبی $86/46 \pm 74/8$ و بعد سلامت وجودی $99/42 \pm 79/8$ گزارش شد. در خصوص سلامت معنوی، تنها بین سابقه بستری در بیمارستان و سلامت معنوی ($P = 0/039$) و بعد سلامت مذهبی ($P = 0/029$) تفاوت معنادار مشاهده شد، به طوری که

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار سلامت معنوی و راهبردهای مقابله‌ای بیماران مبتلا به نارسایی قلبی (n=180)

متغیر کلی	زیرمقیاس	کمترین	بیشترین	میانگین ± انحراف معیار
سلامت معنوی	سلامت معنوی کلی	۵۲	۱۱۵	۸۶/۸۹ ± ۱۶/۲۲
	سلامت مذهبی	۲۱	۶۰	۴۶/۸۶ ± ۸/۷۴
	سلامت وجودی	۱۶	۵۵	۴۲/۹۹ ± ۸/۷۹
راهبرد مقابله‌ای	انحراف حواس توسط خود فرد	۲	۸	۴/۶۱ ± ۱/۵۷
	انکار	۲	۸	۳/۹۳ ± ۱/۸۵
	سوء مصرف مواد	۲	۸	۳/۶۵ ± ۱/۸۷
	بی تفاوتی رفتاری	۲	۸	۴/۴۶ ± ۱/۳۹
	برون‌ریزی احساسات	۲	۸	۵/۰۵ ± ۱/۲۶
	سرزنش خود	۲	۸	۴/۶۷ ± ۱/۴۶
	سازگاری فعال	۲	۸	۵/۲۸ ± ۱/۵۵
	استفاده از حمایت عاطفی	۲	۸	۵/۰۵ ± ۱/۸۸
	استفاده از حمایت ابزاری	۲	۸	۴/۸۷ ± ۱/۷۱
	چهارچوب مثبت‌دادن	۲	۸	۴/۹۶ ± ۱/۸۸
	برنامه‌ریزی	۲	۸	۵/۴۶ ± ۱/۸۷
	شوخ طبعی	۲	۸	۳/۶۴ ± ۱/۸۵
	مذهب	۲	۸	۵/۵۷ ± ۱/۵۳
	پذیرش	۲	۸	۵/۵۹ ± ۱/۵۰
	نمره کل مقابله هیجان‌مدار	۱۵	۳۹	۲۶/۳۹ ± ۴/۰۰
	نمره کل مقابله مسئله‌مدار	۱۷	۶۰	۴۰/۴۵ ± ۱۰/۴۳

جدول ۳: مقایسه میانگین و انحراف معیار سلامت معنوی و ابعاد آن بر اساس ویژگی‌های جمعیت‌شناختی (n=180)

متغیر	بعد سلامت مذهبی		بعد سلامت وجودی		سلامت معنوی		
	میانگین ± انحراف معیار	P-value	میانگین ± انحراف معیار	P-value	میانگین ± انحراف معیار	P-value	
جنس	زن	۴۷/۰ ± ۹/۰	۰/۸۵۴	۴۳/۳ ± ۸/۸	۰/۷۳۴	۹۰/۳ ± ۱۶/۷	۰/۷۷۳
	مرد	۴۶/۷ ± ۸/۵		۴۲/۸ ± ۸/۸		۸۹/۶ ± ۱۵/۹	
وضعیت درآمد خانواده	کافی	۴۶/۹ ± ۸/۶	۰/۸۴۵	۴۴/۲ ± ۷/۸	۰/۰۷۶	۹۰/۱ ± ۱۵/۳	۰/۲۸۵
	ناکافی	۴۶/۷ ± ۸/۹		۴۱/۸ ± ۹/۷		۸۸/۵ ± ۱۷/۲	
کلاس بیماری نارسایی قلبی	دو	۴۶/۵ ± ۹/۸	۰/۱۱۳	۴۳/۲ ± ۸/۸	۰/۵۶۶	۸۹/۷ ± ۱۶/۶	۰/۵۳۹
	سه	۵۰/۶ ± ۵/۱		۴۱/۸ ± ۸/۱		۹۲/۴ ± ۱۱/۲	
سابقه ابتلا به بیماری‌های دیگر	دارد	۴۷/۳ ± ۸/۰	۰/۵۱۴	۴۴/۰ ± ۸/۳	۰/۲۰۸	۹۱/۴ ± ۱۵/۴	۰/۳۰۱
	ندارد	۴۶/۵ ± ۹/۲		۴۲/۳ ± ۹/۱		۸۸/۸ ± ۱۶/۸	
سابقه بستری شدن در بیمارستان	دارد	۴۹/۵ ± ۷/۱	۰/۰۲۹	۴۵/۳ ± ۶/۴	۰/۱۴۹	۹۴/۸ ± ۱۲/۵	۰/۰۳۹
	ندارد	۴۶/۰ ± ۹/۱		۴۲/۳ ± ۹/۳		۸۸/۴ ± ۱۷/۰	

متغیر	بعد سلامت مذهبی		بعد سلامت وجودی		سلامت معنوی	
	P-value	میانگین±انحراف معیار	P-value	میانگین±انحراف معیار	P-value	میانگین±انحراف معیار
وضعیت تأهل	۰/۷۳۷	مجرد	۴۷/۲±۸/۰	۴۲/۶±۸/۹	۸۹/۸±۱۶/۵	۰/۴۸۸
		متأهل	۴۷/۰±۸/۸	۴۳/۶±۲/۸	۹۰/۶۴±۱۵/۸	
		مطلقه	۴۸/۴±۷/۳	۳۸/۷±۹/۶	۸۷/۱±۱۵/۱	
		بیوه	۴۴/۶±۸/۶	۳۹/۴±۱۲/۵	۸۴/۱±۲۰/۴	
تحصیلات	۰/۰۱۶	زیر دیپلم	۴۸/۱±۸/۳	۴۲/۹±۹/۳	۹۱/۰±۱۶/۶	۰/۱۲۷
		دیپلم	۴۴/۴±۸/۷	۴۲/۵±۸/۹	۸۶/۹±۱۶/۲	
		فوق دیپلم	۴۷/۳±۹/۲	۴۳/۶±۶/۷	۹۰/۹±۱۴/۹	
		لیسانس	۵۵/۲±۴/۴	۴۶/۶±۱/۹	۱۰۴/۸±۶/۱	
لیسانس به بالا	۵۴/۰	۴۴/۰	۹۸/۰			
قومیت	۰/۵۶۶	فارس	۴۶/۳±۸/۸	۴۳/۲±۷/۸	۸۹/۵±۱۵/۲	۰/۴۵۴
		کرد	۴۸/۰±۷/۹	۴۴/۳±۸/۲	۹۲/۳±۱۴/۸	
		ترک	۴۸/۳±۸/۲	۴۴/۱±۷/۹	۹۲/۴±۱۵/۳	
		لر	۴۴/۰±۱۲/۸	۴۱/۳±۱۰/۵	۸۵/۳±۲۲/۸	
سایر	۴۵/۹±۹/۱	۴۰/۹±۱۰/۹	۸۶/۸±۱۸/۵			
وضعیت اشتغال	۰/۹۷۰	بیکار	۴۷/۴±۹/۷	۴۱/۴±۶/۴	۸۹/۰±۱۴/۱	۰/۷۷۳
		آزاد	۴۶/۲±۹/۵	۴۰/۷±۹/۳	۸۶/۹±۱۷/۵	
		کارمند	۴۶/۰±۱۰/۲	۴۲/۸±۸/۸	۸۸/۸±۱۸/۵	
		کارگر	۴۸/۶±۹/۴	۴۱/۳±۱۰/۳	۸۹/۹±۱۸/۸	
بازنشسته	۴۷/۰±۷/۴	۴۵/۰±۷/۵	۹۲/۰±۱۳/۸			
خانه دار	۴۶/۸±۸/۹	۴۳/۹±۹/۲	۹۰/۷±۱۶/۸			

در خصوص راهبردهای مقابله‌ای، میانگین نمره کل راهبردهای مقابله‌ای مسأله‌مدار $45/40 \pm 43/10$ و راهبردهای هیجان‌مدار $39/26 \pm 0/4$ بود. بیشترین راهبرد مورد استفاده «پذیرش» ($59/5 \pm 50/1$) و کمترین «شوخ‌طبعی» ($64/3 \pm 85/1$) بود. راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار در زنان به طور معناداری بیشتر از مردان بود ($P=0/018$). همچنین بین وضعیت تأهل و راهبردهای مقابله‌ای مسأله‌مدار تفاوت معنادار مشاهده شد

($P<0/001$). افراد با وضعیت اشتغال متفاوت نیز در حوزه راهبردهای هیجان‌مدار اختلاف معنادار داشتند ($P<0/05$). بین سن و راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار همبستگی منفی و معنادار وجود داشت ($r=0/300$ ، $P<0/001$). همچنین مدت زمان ابتلا به بیماری با راهبردهای مقابله‌ای کلی ($P=0/042$) و هیجان‌مدار ($P=0/002$) همبستگی منفی و معنادار نشان داد (جدول ۲، ۴ و ۵).

جدول ۴: مقایسه میانگین و انحراف معیار راهبردهای مقابله‌ای بر اساس ویژگی‌های جمعیت‌شناختی (n=۱۸۰)

متغیر	راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار		راهبردهای مقابله‌ای مسأله‌مدار		نمره کلی راهبردهای مقابله‌ای
	میانگین±انحراف معیار	P-value	میانگین±انحراف معیار	P-value	
جنس	زن	۰/۰۱۸	۴۰/۶±۱۱/۸	۰/۸۷۴	۶۷/۷±۱۳/۵
	مرد	۰/۰۱۸	۴۰/۳±۹/۲	۰/۸۷۴	۶۶/۱±۱۱/۲
وضعیت درآمد خانواده	کافی	۰/۶۰۵	۴۱/۴±۹/۹	۰/۲۲۴	۶۷/۹±۱۱/۶
	ناکافی	۰/۶۰۵	۳۹/۴±۱۰/۹	۰/۲۲۴	۶۵/۷±۱۲/۹
کلاس بیماری نارسایی قلبی	دو	۰/۱۱۳	۴۰/۴±۱۰/۶	۰/۹۹۶	۶۷/۱±۱۲/۳
	سه	۰/۱۱۳	۴۰/۵±۹/۳	۰/۹۹۶	۶۴/۵±۱۲/۴
سابقه ابتلا به بیماری‌های دیگر	دارد	۰/۲۰۱	۴۰/۲±۹/۰	۰/۸۲۰	۶۵/۲±۱۰/۷
	ندارد	۰/۲۰۱	۴۰/۶±۱۱/۳	۰/۸۲۰	۶۸/۰±۱۳/۲
سابقه بستری شدن در بیمارستان	دارد	۰/۲۱۸	۴۲/۷±۹/۶	۰/۱۰۳	۶۸/۳±۱۱/۷
	ندارد	۰/۲۱۸	۳۹/۷±۱۰/۶	۰/۱۰۳	۶۶/۴±۱۲/۵
وضعیت تأهل	متاهل	۰/۰۸۲	۴۱/۶±۱۰/۴	<۰/۰۰۱	۵۳/۲±۵/۶
	مطلقه	۰/۰۸۲	۴۱/۳±۶/۵	<۰/۰۰۱	۶۸/۳±۱۲/۳
	بیوه	۰/۰۸۲	۳۳/۷±۷/۶	<۰/۰۰۱	۶۸/۶±۹/۴
	مجرد	۰/۰۸۲	۲۸/۸±۵/۵	<۰/۰۰۱	۵۸/۱±۷/۱
تحصیلات	زیر دیپلم	۰/۹۰۴	۳۸/۷±۱۰/۹	۰/۰۸۶	۶۴/۸±۱۲/۱
	دیپلم	۰/۹۰۴	۴۱/۲±۸/۹	۰/۰۸۶	۶۷/۹±۱۱/۷
	فوق دیپلم	۰/۹۰۴	۴۳/۸±۱۱/۸	۰/۰۸۶	۷۰/۳±۱۴/۰
	لیسانس	۰/۹۰۴	۴۲/۴±۱۰/۳	۰/۰۸۶	۶۸/۰±۱۰/۳
قومیت	لیسانس به بالا	۰/۹۰۴	۲۷/۰	۰/۰۸۶	۸۵/۰
	فارس	۰/۴۴۸	۲۵/۶±۴/۵	۰/۰۸۶	۶۷/۲±۱۱/۸
	کرد	۰/۴۴۸	۲۷/۰±۳/۸	۰/۰۸۶	۶۷/۹±۱۲/۶
	ترک	۰/۴۴۸	۲۶/۶±۴/۱	۰/۰۸۶	۶۸/۸±۱۱/۰
وضعیت اشتغال	لر	۰/۴۴۸	۳۱/۱±۱۲/۹	۰/۰۸۶	۵۸/۶±۱۳/۶
	سایر	۰/۴۴۸	۳۸/۷±۱۱/۹	۰/۰۸۶	۶۵/۲±۱۳/۲
	بیکار	۰/۰۳۵	۲۸/۸±۴/۱	۰/۰۳۵	۷۰/۰±۱۴/۸
	آزاد	۰/۰۳۵	۲۵/۷±۴/۴	۰/۰۳۵	۶۶/۸±۱۱/۶
	کارمند	۰/۰۳۵	۹/۲۵±۲/۶	۰/۰۳۵	۶۳/۶±۱۱/۹
	کارگر	۰/۰۳۵	۲۷/۱±۳/۵	۰/۰۳۵	۶۹/۱±۱۳/۶
	بازنشسته	۰/۰۳۵	۲۵/۴±۴/۰	۰/۰۳۵	۶۶/۰±۱۰/۵
	خانه دار	۰/۰۳۵	۲۷/۵±۳/۶	۰/۰۳۵	۶۷/۲±۱۴/۰

جدول ۵: همبستگی بین سن و مدت زمان ابتلا به بیماری نارسایی قلبی با راهبردهای مقابله‌ای کلی، راهبردهای مقابله‌ای مسأله‌مدار، راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار و سلامت معنوی

مدت زمان ابتلا		سن		متغیر
P-value	ضریب همبستگی	P-value	ضریب همبستگی	
۰/۰۴۲	-۰/۱۲۴	۰/۱۵۷	-۰/۱۰۶	راهبردهای مقابله‌ای
۰/۰۸۴	-۰/۱۲۹	۰/۵۰۹	-۰/۰۵۰	راهبردهای مقابله‌ای مسأله‌مدار
۰/۰۰۲	-۰/۲۳۲	<۰/۰۰۱	-۰/۳۰۰	راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار
۰/۷۶۷	۰/۰۲۲	۰/۰۱	۰/۲۲۱	سلامت معنوی

آزمون همبستگی پیرسون

هیجان‌مدار ارتباط معناداری مشاهده نشد (جدول ۶). سلامت معنوی، سلامت وجودی و سلامت مذهبی همگی با راهبردهای مقابله‌ای کلی و مسأله‌مدار همبستگی مثبت و معنادار داشتند ($P < ۰/۰۰۱$)، در حالی که با راهبردهای هیجان‌مدار ارتباط معناداری مشاهده نشد.

نتایج آزمون همبستگی پیرسون نشان داد که سلامت معنوی و راهبردهای مقابله‌ای همبستگی مثبت و معنادار وجود داشت ($r = ۰/۴۲۷$ ، $P < ۰/۰۰۱$). همچنین سلامت معنوی با راهبردهای مقابله‌ای مسأله‌مدار همبستگی مثبت و معنادار نشان داد ($r = ۰/۴۷۰$ ، $P < ۰/۰۰۱$)، اما با راهبردهای

جدول ۶: همبستگی بین سلامت معنوی، سلامت وجودی، سلامت مذهبی و راهبردهای مقابله‌ای در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی ($n = ۱۸۰$)

متغیرها	سلامت معنوی	سلامت وجودی	سلامت مذهبی	راهبردهای مقابله‌ای کلی	راهبردهای مقابله‌ای مسأله‌مدار	راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار
سلامت معنوی	۱					
سلامت وجودی	-	۱				
سلامت مذهبی	-	-	۱			
راهبردهای مقابله‌ای کلی	۰/۴۲۳**	۰/۴۰۲**	۰/۴۱۹**	۱		
راهبردهای مقابله‌ای مسأله‌مدار	۰/۴۶۶**	۰/۴۱۲**	۰/۴۷۶**	-	۱	
راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار	-۰/۰۲۱	-۰/۰۲۴	-۰/۰۲۵	-	-	۱

آزمون آماری: ضریب همبستگی پیرسون؛ * سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵؛ ** سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۰۱.

بحث

راهبردهای مقابله‌ای اهمیت ویژه‌ای دارد. این مطالعه با هدف تعیین همبستگی سلامت معنوی و راهبردهای مقابله‌ای در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی انجام شد. یافته‌های این پژوهش نشان داد که سطح سلامت معنوی بیماران در حد متوسط قرار دارد و بعد مذهبی در مقایسه با بعد وجودی وضعیت مطلوب‌تری دارد. این نتیجه با یافته‌های

نارسایی قلبی به عنوان یک بیماری مزمن و ناتوان‌کننده، علاوه بر پیامدهای جسمی، فشارهای روانی و اجتماعی قابل توجهی را بر بیماران تحمیل می‌کند. از آنجا که شیوه مواجهه بیماران با این شرایط می‌تواند بر روند بیماری و کیفیت زندگی آنان اثرگذار باشد، بررسی نقش سلامت معنوی در انتخاب

راهبردهای مذهبی در بستر فرهنگی ایران امری قابل انتظار است و با یافته‌های باغچقی و همکاران (۲۱)، خیری و همکاران (۲۶) و بهزادی و همکاران (۳۹) همخوانی دارد.

از نظر ویژگی‌های فردی، سن و جنس با نوع راهبردهای مقابله‌ای مرتبط بودند، به گونه‌ای که افراد جوان‌تر و نیز زنان بیشتر از راهبردهای هیجان‌مدار استفاده می‌کردند. این نتایج با برخی پژوهش‌های پیشین همسو است. همچنین با طولانی‌تر شدن مدت ابتلا به بیماری، استفاده از راهبردهای هیجان‌مدار کاهش می‌یافت که می‌تواند نشان‌دهنده سازگاری تدریجی با شرایط بیماری باشد. افراد متأهل بیشتر به سمت راهبردهای مسأله‌مدار گرایش داشتند که احتمالاً به دلیل برخورداری از حمایت اجتماعی بیشتر است (۴۰).

در نهایت، نتایج نشان داد که بین سلامت معنوی و راهبردهای مقابله‌ای رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. سلامت معنوی با راهبردهای مسأله‌مدار همبستگی مثبت داشت، اما با راهبردهای هیجان‌مدار ارتباط معناداری مشاهده نشد. این یافته با مطالعات خیری و همکاران (۲۶)، بهزادی و همکاران (۳۹)، مهربابی و همکاران (۴۱) و شهربابکی و همکاران (۳۲) همسو است. شواهد نشان می‌دهد معنویت با کاهش افسردگی، ناامیدی و آشفتگی‌های روانی مرتبط بوده و از طریق ایجاد معنا و هدف در زندگی، زمینه را برای مقابله مؤثرتر با بیماری‌های مزمن فراهم می‌کند. به طور کلی، به نظر می‌رسد سلامت معنوی می‌تواند به عنوان یک منبع درونی مهم، نقش تسهیل‌کننده‌ای در سازگاری بیماران مبتلا به نارسایی قلبی ایفا کند.

نتیجه‌گیری

یافته‌های این پژوهش نشان داد که بیماران مبتلا به نارسایی قلبی از سطح متوسطی از سلامت معنوی برخوردارند و بعد مذهبی در مقایسه با بعد وجودی وضعیت بالاتری دارد. بیماران بیشتر از راهبردهای مقابله‌ای مسأله‌مدار، به ویژه پذیرش، استفاده می‌کردند و به کارگیری راهبردهای هیجان‌مدار در زنان بیشتر و با افزایش سن و مدت ابتلا به

صفوی و همکاران (۲۲)، جهانی و همکاران (۱۸)، آقایی‌پور و همکاران (۲۳)، نسیمی و همکاران (۲۳) و اله‌بخشیان و همکاران (۲۴) همسو است که در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن نیز سطح متوسطی از سلامت معنوی را گزارش کرده‌اند. در مقابل، رضایی و همکاران در بیماران مبتلا به سرطان سطح بالاتری از سلامت معنوی را گزارش کردند که می‌تواند ناشی از تفاوت در نوع بیماری، شدت تهدیدکنندگی آن و ویژگی‌های جمعیت مورد مطالعه باشد (۲۵).

در جامعه ایران، باورهای دینی و معنوی جایگاه پررنگی در فرهنگ عمومی دارند و همین امر می‌تواند در مواجهه با بیماری‌های مزمن به عنوان منبعی برای امید، معنا و آرامش روانی عمل کند. سلامت معنوی که شامل بعد مذهبی و بعد وجودی است، نه تنها ارتباط فرد با قدرت برتر را دربر می‌گیرد، بلکه به احساس معنا و هدفمندی در زندگی نیز اشاره دارد (۲۳، ۲۶-۲۹). برتری بعد مذهبی در این مطالعه با یافته‌های آقایی‌پور و همکاران (۲۳)، حسینی و همکاران (۳۰)، تابعی و همکاران (۳۱)، شهربابکی و همکاران (۳۲) و یعقوب‌زاده و همکاران (۳۳) همخوانی دارد. با این حال، برخی پژوهش‌ها مانند مطالعه قنبری‌افرا و ظاهری (۲۹) و نیز اله‌بخشیان و همکاران (۲۴)، بعد وجودی را برجسته‌تر گزارش کرده‌اند که احتمالاً به تفاوت در نوع بیماری و شرایط بیماران مربوط است. بررسی متغیرهای جمعیت‌شناختی نشان داد که با افزایش سن، سطح سلامت معنوی نیز افزایش می‌یابد. افزایش سن، تجربه بیشتر محدودیت‌های جسمی و تأمل درباره مرگ می‌تواند گرایش افراد به معنویت را تقویت کند. همچنین برخی پژوهشگران، نیازهای معنوی را از جمله نیازهای اساسی سالمندان دانسته‌اند (۲۳، ۳۴).

در زمینه راهبردهای مقابله‌ای، بیماران بیشتر از راهبردهای مسأله‌مدار استفاده می‌کردند و در میان زیرمقیاس‌ها، پذیرش و مذهب بیشترین کاربرد را داشتند. این یافته با مطالعات Ting و همکاران (۳۵)، Graven و همکاران (۳۶)، Nilsson و همکاران (۳۷) و Hopp و همکاران (۳۸) همسو است. پذیرش بیماری می‌تواند نشان‌دهنده سازگاری شناختی و روان‌شناختی بهتر با شرایط مزمن باشد. همچنین بهره‌گیری از

کرد. همچنین پژوهش‌های آینده می‌توانند به بررسی عوامل مؤثر بر راهبردهای مقابله‌ای و تأثیر این راهبردها بر پیامدهای روان‌شناختی بیماران بپردازند. علاوه بر این، مقایسه و تحلیل همبستگی سلامت معنوی و راهبردهای مقابله‌ای در سایر بیماری‌های مزمن می‌تواند چشم‌انداز وسیع‌تری از نقش معنویت و مقابله در مدیریت بیماری‌های مزمن فراهم آورد.

مشارکت نویسندگان

فاطمه خداداد: طراحی پژوهش، گردآوری داده‌ها و نگارش نسخه اولیه مقاله.

مهسا بوذری‌پور: طراحی پژوهش، گردآوری داده‌ها، هماهنگی پژوهش، ویرایش نهایی و مکاتبات مقاله.

لیلا خانعلی: نظارت علمی و مشارکت در طراحی پژوهش.

شبنم شریعت‌پناهی: گردآوری داده‌ها، تحلیل داده‌ها و تفسیر نتایج.

فرشته جواهری تهرانی: گردآوری داده‌ها، بازبینی علمی و اصلاح مقاله.

نویسندگان نسخه نهایی را مطالعه و تأیید نموده و مسئولیت پاسخگویی در قبال پژوهش را پذیرفته‌اند.

تشکر و قدردانی

ابراز نشده است.

تضاد منافع

نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافع احتمالی را در رابطه با تحقیق، تألیف و انتشار این مقاله اعلام نکرده‌اند.

تأمین مالی

نویسندگان اظهار می‌نمایند که هیچ‌گونه حمایت مالی برای تحقیق، تألیف و انتشار این مقاله دریافت نکرده‌اند.

بیماری کمتر بود. همچنین بین سلامت معنوی و راهبردهای مقابله‌ای رابطه مثبت و معناداری مشاهده شد، به گونه‌ای که سطوح بالاتر سلامت معنوی با استفاده بیشتر از راهبردهای مسأله‌مدار همراه بود، اما با راهبردهای هیجان‌مدار ارتباط معناداری نداشت. با توجه به ماهیت مقطعی مطالعه، این نتایج صرفاً بیانگر وجود ارتباط میان متغیرهاست و استنباط رابطه علی امکان‌پذیر نیست، با این حال یافته‌ها بر ضرورت توجه به ابعاد معنوی در مراقبت از بیماران مبتلا به نارسایی قلبی تأکید می‌کند.

با توجه به یافته‌های پژوهش و نشان‌دادن ارتباط مثبت میان سلامت معنوی و راهبردهای مقابله‌ای در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی، اهمیت توجه به ابعاد معنوی در آموزش، پژوهش، ارائه خدمات بهداشتی برجسته می‌شود. این نتایج تأکید می‌کند که آموزش بالینی و نظری دانشجویان علوم پزشکی باید شامل مفاهیم مراقبت معنوی باشد تا توانمندی لازم برای ارائه مراقبت جامع و حمایت از بیماران در مواجهه با شرایط تنش‌زای بیماری فراهم گردد. همچنین پژوهش‌های آینده می‌توانند با بهره‌گیری از این یافته‌ها به بررسی اثرات معنویت بر دیگر پیامدهای جسمی و روانی در بیماران قلبی بپردازند و زمینه توسعه دانش مبتنی بر شواهد را فراهم کنند. در حوزه خدمات مراقبت بهداشتی درمانی، شناسایی و تقویت مؤلفه‌های سلامت معنوی می‌تواند موجب ارتقای مقابله مؤثر بیماران و پیشگیری از عوارض مرتبط با استرس بیماری شود. از سوی دیگر، مدیران این حوزه با آگاهی از نقش سلامت معنوی در بهبود مقابله بیماران، می‌توانند با طراحی استراتژی‌ها و برنامه‌های حمایتی مناسب، هر دو عامل سلامت معنوی و راهبردهای مقابله‌ای را تقویت کرده و کیفیت ارائه مراقبت‌های بیمارستانی را ارتقا دهند. پیشنهادات پژوهش‌های آینده می‌توانند بر تعمیق و گسترش دانش در زمینه سلامت معنوی و راهبردهای مقابله‌ای در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی و دیگر بیماری‌های مزمن متمرکز شوند. از جمله این پیشنهادات می‌توان به بررسی ارتباط سلامت معنوی با پیامدهای روانی بیماران، شناسایی عوامل مرتبط با سلامت معنوی و مطالعه تأثیر سلامت معنوی بر کیفیت زندگی اشاره

بیانیه هوش مصنوعی

در نگارش، تحلیل داده‌ها و آماده‌سازی این مقاله، از هیچ‌گونه ابزار هوش مصنوعی استفاده نشده است.

References

1. Bozkurt B, Coats AJS, Tsutsui H, Abdelhamid CM, Adamopoulos S, Albert N, et al. Universal definition and classification of heart failure: A report of the Heart Failure Society of America, Heart Failure Association of the European Society of Cardiology, Japanese Heart Failure Society and Writing Committee of the Universal Definition of Heart Failure: Endorsed by the Canadian Heart Failure Society, Heart Failure Association of India, Cardiac Society of Australia and New Zealand, and Chinese Heart Failure Association. *European Journal of Heart Failure*. 2021;23(3):352-80.
2. Ran J, Zhou P, Wang J, Zhao X, Huang Y, Zhou Q, et al. Global, regional, and national burden of heart failure and its underlying causes, 1990-2021: Results from the global burden of disease study 2021. *Biomarker Research*. 2025;13(1):16-23.
3. Mahmoudi Z, Chenaghlo M, Zare H, Safaei N, Yousefi M. Heart failure: A prevalence-based and model-based cost analysis. *Frontiers in Cardiovascular Medicine*. 2023; 10:1239719.
4. Elendu C, Amaechi DC, Elendu TC, Fiemotonghan BE, Okoye OK, Agu-Ben CM, et al. A comprehensive review of heart failure: Unraveling the etiology, decoding pathophysiological mechanisms, navigating diagnostic modalities, exploring pharmacological interventions, advocating lifestyle modifications, and charting the horizon of emerging therapies in the complex landscape of chronic cardiac dysfunction. *Medicine (Baltimore)*. 2024;103(3):e36895.
5. Benjamin EJ, Muntner P, Alonso A, Bittencourt MS, Callaway CW, Carson AP, et al. Heart Disease and Stroke Statistics-2019 Update: A Report From the American Heart Association. *Circulation*. 2019;139(10):e56-e528.
6. Cook C, Cole G, Asaria P, Jabbour R, Francis DP. The annual global economic burden of heart failure. *International Journal of Cardiology*. 2014;171(3):368-76.
7. de Brito Sena MA, Damiano RF, Lucchetti G, Peres MFP. Defining Spirituality in Healthcare: A Systematic Review and Conceptual Framework. *Frontiers in Psychology*. 2021; 12:756080.
8. Cilona L, Veronese N, Lalicata D, Tantillo F, Naro L, Dominguez LJ, et al. Spirituality and heart failure: A systematic review. *Aging Clinical and Experimental Research*. 2023;35(11):2355-61.
9. Amini M, Gheibizadeh M, Kalboland MM, Sharhani A. Investigating the predictive role of spiritual health, social support, and quality of life in self-care behaviors among heart failure patients. *Journal of Education and Health Promotion*. 2023;12:438.
10. Conduah AK, Essiaw MN, Ofoe SH. Coping with Chronic Illness: A Systematic Review of Adaptive Strategies across Cancer, COPD, Diabetes and Heart Disease. *Public Health Challenges*. 2025;4(4):e70129.
11. Alanazi MO, Deka P, Given CW, Lehto R, Wyatt G. Coping Strategies and Health-Related Quality of Life in Individuals with Heart Failure. *Journal of Clinical Medicine*. 2025;14(9).
12. Park CL, Aldwin CM, Choun S, George L, Suresh DP, Bliss D. Spiritual peace predicts 5-year mortality in congestive heart failure patients. *Health Psychology*. 2016;35(3):203-10.
13. Abu HO, Ulbricht C, Ding E, Allison JJ, Salmoirago-Blotcher E, Goldberg RJ, et al. Association of religiosity and spirituality with quality of life in patients with cardiovascular disease: A systematic review. *Quality of Life Research*. 2018;27(11):2777-97.
14. Koenig HG. Religion, spirituality, and health: the research and clinical implications. *ISRN Psychiatry*. 2012;2012:278730.
15. Jim HS, Pustejovsky JE, Park CL, Danhauer SC, Sherman AC, Fitchett G, et al. Religion, spirituality, and physical health in cancer patients: A meta-analysis. *Cancer*. 2015;121(21):3760-8.
16. Bekelman DB, Dy SM, Becker DM, Wittstein IS, Hendricks DE, Yamashita TE, et al. Spiritual well-being and depression in patients with heart failure. *Journal of General Internal Medicine*. 2007;22(4):470-7.
17. Aghaeipour Amshal E, Rejeh N, Heravi-Karimooi M, Tadrissi D. Relationship between spiritual wellbeing with Anxiety in Elderly Patients with Chronic Heart Failure who referred to allocated hospitals in Tehran city (2015). *IJNR*. 2016;10(4):145.
18. 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; 19(6), 518-527.
19. Asgari P, Roushani K, Mohri-Adaryani M. The Relationship between Religious Belief, Optimism and Spiritual Well Being among College Students of Islamic Azad University. *Journal of Social Psychology (New Findings in Psychology)*. 2009;4(10):27-39.
20. Carver CS. You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the brief cope.

- International Journal of Behavioral Medicine. 1997;4(1):92-100.
21. Baghcheghi N, Ashktorab T, Seyedfatemi N, Baghestani A. Relationship of coping strategies with quality of life in women living with husband on hemodialysis. 2017.
 22. Safavi M, Fesharaki M, Oladrostam N, Fatahi Y. An Investigation of the Relationship between Spiritual Health and Depression, Anxiety, and Stress in Patients with Heart Failure. *Health, Spirituality and Medical Ethics*. 2016;3(2):2-7.
 23. Aghaeipour Amshal E, Rejeh N, Heravi-Karimooi M, Tadrissi D. Relationship between spiritual wellbeing with anxiety in elderly patients with chronic heart failure who referred to allocated hospitals in Tehran city (2015). *Iranian Journal of Nursing Research*. 2016;10(4):145-54.
 24. Allahbakhshian M, Jaffarpour M, Parvizy S, Haghani H. A survey on relationship between spiritual wellbeing and quality of life in multiple sclerosis patients. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences*. 2010;12(12).
 25. Rezaei M, Seyedfatemi N, Hosseini F. Spiritual Well-being in Cancer Patients who Undergo Chemotherapy. *Hayat*. 2009;14(4):33.
 26. Khairy Y, Safa M, Nasiri F. Spiritual health, forgiveness and coping strategies for patients with gastrointestinal cancer. *Medical Ethics Journal*. 2018;12(43):1-9.
 27. Hassankhani H, Taleghani F, Mills J, Birks M, Francis K, Ahmadi F. Being hopeful and continuing to move ahead: religious coping in Iranian chemical warfare poisoned veterans, a qualitative study. *Journal of Religion and Health*. 2010;49(3):311-21.
 28. Abu HO, Ulbricht C, Ding E, Allison JJ, Salmoirago-Blotcher E, Goldberg RJ, et al. Association of religiosity and spirituality with quality of life in patients with cardiovascular disease: A systematic review. *Quality of Life Research*. 2018;27(11):2777-97.
 29. Ghanbari Afra L, Zaheri A. Relationship of Anxiety, Stress, and Depression with Spiritual Health in Patients with Acute Coronary Artery Disease. *J Educ Community Health*. 2017;4(2):28-34.
 30. Hosseini M, Davidson PM, Fallahi Khoshknab M, Green A. Spiritual and religious interventions in health care: An integrative review. *Iranian Rehabilitation Journal*. 2013;11(1):87-93.
 31. Tabei SZ, Zarei N, Joulaei H. The impact of spirituality on health. *Shiraz E-Medical Journal*. 2016;17(6):1-6.
 32. Shahrabaki PM, Nouhi E, Kazemi M, Ahmadi F. Spirituality: A panacea for patients coping with heart failure. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*. 2017;5(1):38-48.
 33. Yaghoobzadeh A, Soleimani MA, Allen KA, Chan YH, Herth KA. Relationship between spiritual well-being and hope in patients with cardiovascular disease. *Journal of Religion and Health*. 2018;57(3):938-50.
 34. Ebrahimipour H, Vejdani M, Taghipour A, Babaei Heidarabadi A, Molavi Taleghani Y, Shirdel A, et al. Spiritual health in cancer patients at OMID hospital affiliated with Mashhad University of Medical Sciences -2012. *Journal of Reaserch on Religion & Health*. 2015;1(2):3-9.
 35. Ting NS, Hong YY, Beth MRM. A descriptive study to assess the coping strategies among elderly patients with heart failure in a selected private hospital, Malaysia. *International Journal of Nursing Science*. 2016;6(1):19-23.
 36. Graven LJ, Grant JS. Coping and health-related quality of life in individuals with heart failure: an integrative review. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*. 2013;42(3):183-94.
 37. Nilsson A, Carlsson M, Lindqvist R, Kristofferzon ML. A comparative correlational study of coping strategies and quality of life in patients with chronic heart failure and the general Swedish population. *Nursing Open*. 2017;4(3):157-67.
 38. Hopp FP, Thornton N, Martin L, Zalenski R. Life disruption, life continuation: Contrasting themes in the lives of African-American elders with advanced heart failure. *Social Work in Health Care*. 2012;51(2):149-72.
 39. Behzadi M, Rassouli M, Mojen LK, Pourhoseingholi MA, Karahrudy FA. Posttraumatic growth and its dimensions in the mothers of children with cancer. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*. 2018;6(3):209.
 40. Masoudnia E, Pournaghi J, Bahemmat Z. The comparison of Coping Strategies against Stressful Situations in Patients with Peptic Ulcer Symptoms and Healthy People with Ages 20 to 50 Years Old. 2016.
 41. Mehrabi E, Hajian S, Simbar M, Hoshyari M. Religion, spirituality and coping with breast cancer: A phenomenological study. *Journal of Research on Religion & Health*. 2016;2(2):12-23.