

The Effect of Spiritual Care Program on Death Anxiety of Cardiac Patients: A Randomized Clinical Trial

Jalil Azaimian¹, Mohammad Ali Soleimani², Saeed Pahlavan Sharif³, Hediye Banihashemi^{4*}

1. Associate Professor, Faculty of Nursing and Midwifery, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran
2. Associate Professor, Social Determinants of Health Research Center, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran
3. Taylor's Business School, Taylor's University, Selangor, Malaysia
4. Student Research Committee, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran

Article Info

Received: 2017/03/09
Accepted: 2017/05/08
Published Online: 2019/03/22

DOI: 10.30699/ajnmc.27.1.1

Original Article

Use your device to scan and
read the article online



Abstract

Introduction: Cardiovascular disease is considered to be one of the most common chronic diseases in Iran and the World. Studies show that death anxiety is common among cardiac patients. There are several studies related to the effect of pharmacological and non-pharmacological methods in reducing the psychological outcomes in cardiac patients. Spiritual care program can be mentioned as one of the non-pharmacological and less known methods in present era. The present study aimed to identify the effect of spiritual care program on death anxiety of cardiac patients.

Methods: This study was a Randomized clinical Trial. 100 cardiac patients hospitalized in cardiac intensive care unit of Shahid Modarres Hospital in Tehran were chosen to attend this study using the available sampling method, from Dec 2015 to Apr 2016. The patients were randomly assigned to control group (receiving routine care) and intervention group (receiving spiritual care). The 15th item of Templer Death Anxiety Scale was completed for the patients by the researcher before and after the intervention. The spiritual care was done during 3 sequential days (from 17 till 21) for patients of intervention group according to the written program (supportive presence, ritual support and using supportive system) and patient's desire and needs. Finally, the data was analyzed by descriptive and analytical statistics (independent t-test, chi square and ANOVA), using SPSS 23.

Results: The results of present study showed that there was no significant difference between the distribution of variables in control and intervention group before the intervention. No significant change was observed in the rate of death anxiety of control group before (38.56±6.998) and after the intervention (38.96±5.838) ($P=0.498$) and either in intervention group before (39.96±5.715) and after the intervention (39.90±5.613) ($P=0.898$).

Conclusion: The results of this study indicated that although the death anxiety of cardiac patients was reduced after the implementation of spiritual care, this reduction was not statistically significant.

Keywords: Spiritual Care Program, Death Anxiety, Cardiac Patient, Cardiac Intensive Care Unit

Corresponding Information

Hediye Banihashemi, Student Research Committee, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran. Email: hbanihashemi84@gmail.com

Copyright © 2019, This is an original open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-noncommercial 4.0 International License which permits copy and redistribute of the material just in noncommercial usages with proper citation.

How to Cite This Article:

Azaimian J, Soleimany MA, Pahlevan Sharif S, Banihashemi H. The Effect of Spiritual Care Program on Death Anxiety of Cardiac Patients: A Randomized Clinical Trial. Avicenna J Nurs Midwifery Care. 2019; 27(1):1-10

بررسی تأثیر برنامه مراقبت معنوی بر اضطراب مرگ بیماران قلبی: کارآزمایی بالینی

جلیل عظیمیان^۱، محمدعلی سلیمانی^۲، سعید پهلوان شریف^۳، هدیه بنی‌هاشمی^{۴*}

۱. دانشیار، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران
۲. دانشیار، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین
۳. دانشکده بازرگانی تیلور، دانشگاه تیلور، سلانگور، مالزی
۴. کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران

چکیده	اطلاعات مقاله
<p>مقدمه: بیماری قلبی عروقی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن در ایران و جهان است. پژوهش‌های انجام‌شده نشان می‌دهد اضطراب مرگ در بیماران قلبی شایع است. پژوهش‌های زیادی به تأثیر روش‌های مختلف دارویی و غیردارویی در کاهش پیامدهای روان‌شناختی بیماران قلبی پرداخته‌اند. از روش‌های غیردارویی و کمترشناخته‌شده عصر کنونی برنامه مراقبت معنوی است. هدف این پژوهش تعیین تأثیر برنامه مراقبت معنوی بر اضطراب مرگ بیماران قلبی است.</p> <p>روش کار: این پژوهش یک کارآزمایی بالینی تصادفی شده است. ۱۰۰ بیمار قلبی بستری در بخش مراقبت‌های ویژه قلب بیمارستان شهید مدرس تهران با استفاده از روش نمونه‌گیری دردسترس از دی تا اسفند ۱۳۹۴ در پژوهش شرکت کردند. نمونه‌ها به روش تصادفی به دو گروه کنترل (مراقبت معمول) و آزمون (مراقبت معنوی) تقسیم شدند. پژوهشگر مقیاس ۱۵ آیتم اضطراب مرگ تمپلر را قبل و بعد از مداخله برای بیماران هر دو گروه تکمیل کرد. مراقبت معنوی بر اساس برنامه تدوین‌شده (حضور حمایت‌گرایانه، حمایت از تشریفات مذهبی بیمار و استفاده از سیستم‌های حمایتی)، تمایل و نیاز بیمار برای ۳ روز متوالی (از ساعت ۱۷ تا ۲۱) در بیماران گروه آزمون انجام شد. در نهایت داده‌ها با استفاده از آزمون‌های توصیفی و تحلیلی مانند: t-test، کای دو و ANOVA در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ تجزیه و تحلیل شد.</p> <p>یافته‌ها: نتایج این پژوهش نشان می‌دهد بین توزیع متغیرهای زمینه‌ای گروه کنترل و آزمون قبل از مداخله اختلاف معنی‌داری وجود ندارد. تغییر معنی‌داری در میزان اضطراب مرگ بیماران گروه کنترل قبل (۳۸/۵۶±۶/۹۹۸) و بعد از مداخله (۳۸/۹۶±۵/۸۳۸) یافت نشد ($P=0/۴۹۸$). همچنین تغییر معنی‌داری در میزان اضطراب مرگ در گروه آزمون قبل (۳۹/۹۶±۵/۷۱۵) و بعد از مداخله (۳۹/۹۰±۵/۶۱۳) نیز یافت نشد ($P=0/۸۹۸$).</p> <p>نتیجه‌گیری: نتایج این پژوهش نشان می‌دهد گرچه میزان اضطراب مرگ بیماران قلبی بعد از اجرای مراقبت معنوی کاهش یافته بود، اما این کاهش، از نظر آماری معنی‌دار نبود.</p> <p>کلیدواژه‌ها: برنامه مراقبت معنوی، اضطراب مرگ، بیماران قلبی، بخش مراقبت ویژه قلب</p>	<p>تاریخ وصول: ۱۳۹۵/۱۲/۱۹</p> <p>تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۰۲/۱۸</p> <p>انتشار آنلاین: ۱۳۹۸/۰۱/۰۱</p> <p>نویسنده مسئول:</p> <p>هدیه بنی‌هاشمی</p> <p>کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران</p> <p>پست الکترونیک: hbanihashemi84@gmail.com</p>

مقدمه

بیماری قلبی عروقی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن در جهان است [۱]. اگرچه در اوایل قرن بیستم بیشترین آمار مرگ‌ومیر بیماران قلبی مربوط به کشورهای توسعه یافته بود، با این وجود شیوع آن در کشورهای در حال توسعه نیز به سرعت در حال افزایش است [۲]. آمارها نشان می‌دهد در صورت تداوم روند افزایش مرگ‌ومیر تا سال ۲۰۳۰ حدود ۲۳/۴ میلیون نفر جان خود را بر اثر این بیماری از دست خواهند داد [۳]. طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی بیماری‌های قلبی عروقی علت اصلی مرگ‌ومیر در جهان و ۸۲ درصد مرگ‌ومیرها در کشورهای در حال توسعه است [۴]. بر اساس گزارش وزارت بهداشت و سازمان بهداشت جهانی ۳۵ درصد علل مرگ‌ومیر در ایران بیماری‌های قلبی عروقی است [۲]. به بیان دیگر میزان آن ۱۷۱/۴ نفر در هر ۱۰۰ هزار

نفر در کل جمعیت است [۵]. طبق آمار جهانی ایسکمی یا بیماری عروق کرونر باعث مرگ سالانه ۷/۶ میلیون نفر در سراسر دنیا می‌شود [۶].

به دنبال بیماری عروق کرونر بیماران مشکلات متعددی مانند: درد، تغییر در جریان خون بافتی، تحمل نکردن فعالیت، ناسازگاری با بیماری، اضطراب و تظاهرات روانی شدید را تجربه می‌کنند. با وجود این مشکلات روند بهبودی بیماری به تأخیر می‌افتد و احتمال مرگ آنان در ماه‌های اول افزایش می‌یابد [۷]. در بروز و پیامدهای بیماری قلبی متغیرهای روان‌شناختی و اجتماعی نقش مهمی دارند؛ به طوری که اضطراب از شایع‌ترین عوامل روانی اجتماعی بیماری قلبی است [۸، ۹]. علاوه بر آن ترس از مرگ، نامعلوم بودن

درد، رنج و مرگ پاسخ می‌دهد [۲۸]. پژوهش‌های مختلفی در خصوص اثربخشی این روش انجام شده است؛ به طوری که Momeni Ghale-Ghasemi و همکاران (۲۰۱۳) نشان دادند که برنامه مراقبت معنوی محور اضطراب بیماران ایسکمیک قلبی بستری در بخش مراقبت ویژه را کاهش می‌دهد [۷]. از طرفی در پژوهش Moeini و همکاران (۲۰۱۴) که بر اضطراب بیماران مبتلا به لوسمی انجام شد نتایج نشان‌دهنده کاهش میزان اضطراب بیماران پس از اجرای برنامه مراقبت معنوی است [۲۹].

بر اساس آنچه گفته شد امروزه مشکلات اضطراب مرگ یکی از مسائل مهم روبه‌افزایش در جوامع بشری است [۳۰]. از طرفی پژوهش‌های انجام‌شده نشان می‌دهد ترس از مرگ ناگهانی در میان بیماران قلبی عروقی پدیده‌ای شایع است [۱۲]. بنابراین لازم است پرستاری جامع‌نگر به این نکته توجه داشته باشد که معنویت نقش مشهودی در فرایند بهبودی فرد ایفا می‌کند. با این وجود به مراقبت معنوی هنوز، به اندازه کافی، در عمل تئوری و پژوهش‌های پرستاری توجه نشده است [۳۱]. در ایران نیز در اکثر پژوهش‌های مختلف به بررسی مشکلات روان‌شناختی مانند اضطراب، افسردگی و استرس در بیماران قلبی پرداخته‌اند، اما به‌رغم اهمیت اضطراب مرگ و لزوم مداخله برای کاهش آن تاکنون پژوهشی در رابطه با تأثیر مراقبت معنوی بر اضطراب مرگ در بیماران قلبی در کشورمان صورت نگرفته است. بنابراین با توجه به اهمیت اضطراب مرگ و مراقبت معنوی به‌عنوان سنگ‌بنای مراقبت همه‌جانبه‌نگر این پژوهش با هدف بررسی تأثیر برنامه مراقبت معنوی بر میزان اضطراب مرگ بیماران قلبی بستری در بخش‌های مراقبت ویژه قلب انجام شد.

روش بررسی

این پژوهش یک کارآزمایی بالینی تصادفی‌شده یک سوکور (IN 2015111825114IRCT) است. جامعه پژوهش بیماران قلبی بیماری ایسکمیک قلبی (آنژین پایدار)، نارسایی قلبی و آریتمی قلبی بستری در بخش مراقبت‌های ویژه قلب بیمارستان شهید مدرس تهران (دی تا اسفند ۱۳۹۴) بودند. معیارهای ورود به پژوهش شامل بیماری قلبی تأییدشده توسط پزشک معالج، نداشتن عقب‌ماندگی ذهنی، نابینایی، ناشنوایی یا سابقه مشکلات روان‌شناختی، تمایل به همکاری و شرکت در پژوهش، توانایی برقراری ارتباط، هشیاری و آگاهی از بیماری، مسلمان و مسلط به زبان فارسی بود. از سوی دیگر بیماران مبتلا به بیماری ایسکمیک قلبی (آنژین ناپایدار) و غیرمسلمان از پژوهش خارج شدند. در این پژوهش برای اطمینان از توان آماری کافی در اجرای آزمون حجم نمونه با استفاده از نرم‌افزار G.Power محاسبه شد. با در نظر گرفتن سطح اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۸۰ درصد و با فرض این که اندازه اثر ۰/۶۴ باشد، تا این اثر، از نظر آماری، معنادار تلقی شود، حجم نمونه ۱۰۰ نفر برآورد شد. در این پژوهش نمونه‌گیری به روش دردسترس انجام و نمونه‌ها بر اساس معیارهای ورود، به‌صورت تصادفی، از طریق دو گوی سفید و قرمز به دو گروه کنترل و آزمون تقسیم شدند.

وضعیت زندگی آینده و ناآگاهی از روش‌های مراقبتی اضطراب مشهودی در این بیماران به وجود می‌آورد [۱۰]. اضطراب در بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد تا ۵۰ درصد شایع بوده [۹] و خطر بروز حمله قلبی را ۵ تا ۱۰ درصد افزایش می‌دهد [۱۱]. این مسئله در بخش مراقبت ویژه قلب (PCCU) اهمیت ویژه‌ای دارد، زیرا بحران‌های ناشی از بیماری به ناامیدی، آسیب‌پذیری، انزوا، بیگانگی، کاهش ارتباط با خود و دیگران، حس قریب‌الوقوع ازدست‌دادن خانواده و وحشت منجر می‌شود [۱۲].

مرگ واقعیتی بیولوژیک و پدیده مسلم زندگی است [۱۳]. در دنیا هیچ‌کس از مرگ مصون نیست و همه انسان‌ها به‌ناچار با این حقیقت روبه‌رو خواهند شد که باید روزی با مرگ مواجه شوند. این اندیشه اضطراب جان‌فرسایی را بر دل هر انسانی پدید می‌آورد [۱۴]. از آنجایی که مرگ هرگز تجربه نشده و هیچ‌کس آن را به‌وضوح لمس نکرده همه به‌نوعی در مورد آن دچار اضطراب می‌شوند [۱۵]. اضطراب مرگ یکی از مهم‌ترین انواع اضطراب بوده [۱۶] و همچنین ترسی مدام، غیرمنطقی از مرگ یا مردن [۱۷] به همراه افکار، ترس‌ها و هیجان‌های مرتبط با پایان زندگی است [۱۸]. نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد اضطراب مرگ ۲۷ درصد بیماران قلبی در سطح بالا قرار دارد که نشان‌دهنده دیدگاه بیماران به خطر مرگ ناشی از بیماری است [۱۹]. از طرفی Valikhani و همکاران (۲۰۱۳) میزان شیوع اضطراب خفیف، متوسط و شدید مرگ در بیماران قلبی را به ترتیب ۳۰ درصد، ۲۸/۳ درصد و ۴۱/۷ درصد بیان کرده‌اند [۲۰]. این مفهوم با توجه به اهمیت اضطراب مرگ در ارائه مراقبت‌های بهداشتی به‌عنوان یک تشخیص پرستاری در معیارهای NANDA وارد شده است [۲۱].

یکی از وظایف مهم پرستاران کنترل و تعدیل پیامدهای ناشی از بیماری از جمله پیامدهای روان‌شناختی است که کمتر به آن پرداخته می‌شود، چون بیشتر متمرکز بر مراقبت جسمی است [۲۲]. پرستاران و تیم درمان از روش‌های مختلف برای کنترل این پیامدها استفاده می‌کنند که اغلب روش‌های دارویی است [۲۳]. Tang و همکاران (۲۰۱۳) در پژوهش خود نشان داده‌اند که معنادارمانی میزان اضطراب مرگ در بیماران مبتلا به سرطان عودکننده را کاهش می‌دهد [۲۴]. Jo و همکاران (۲۰۱۲) تأثیر عواملی هم‌چون وضعیت تأهل، فعالیت‌های مذهبی، وضعیت سلامت، شادی ذهنی و انسجام خانوادگی را بر اضطراب مرگ افراد مسن کره‌ای بررسی کردند. نتایج نشان داد که همه عوامل میزان اضطراب مرگ را کاهش می‌دهد [۲۵].

از روش‌های کمترشناخته‌شده عصر کنونی مراقبت معنوی یا معنویت‌گرایی است که مرکز موجودیت انسان است [۲۶]. درحقیقت این مراقبت به ملاقات با یک فرد در محیطی آرام و حضوری مهربان، دلسوزانه، دردسترس و آماده برای وقوع هر اتفاقی است [۲۷]. این روش در پرستاری جنبه منحصربه‌فرد از مراقبت است که قابل جایگزینی با مراقبت روانی اجتماعی نیست و به سؤالات بنیادین انسان مانند معنای زندگی،

به بیمار در انجام عبادات مانند: تیمم، وضو، نماز و خواندن ادعیه و قرآن برای بیمار یا همراه با او صورت می‌گرفت [۳۷]. جزء دیگر برنامه مراقبت معنوی در این پژوهش فراهم کردن امکان حضور یکی از اعضای خانواده، بر اساس انتخاب بیمار، بر بالین وی بود که در این زمینه نیز با هماهنگی با بیمار و پرسنل بخش مراقبت‌های ویژه قلب (PCCU) این امکان فراهم شد که یکی از اعضای خانواده بیمار بتواند روزانه بر بالین بیمار، علاوه بر ساعت ملاقات، حاضر شود و ساعاتی را با بیمار، برای کمک به ایجاد آرامش، بگذراند.

داده‌ها در نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۳ تجزیه و تحلیل شد. برای توصیف مشخصات فردی اجتماعی شرکت‌کنندگان از آمار توصیفی (تعداد/ درصد، میانگین و انحراف معیار) استفاده شد. برای بررسی توزیع متغیرهای زمینه‌ای در دو گروه قبل از اجرای مداخله برای متغیرهای کمی پیوسته از آزمون تی مستقل، برای متغیرهای اسمی/ کیفی از آزمون کای اسکور و برای مقایسه قبل و بعد بین دو گروه از آزمون ANOVA استفاده شد. سطح معنی داری همه آزمون‌ها کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

بیشتر شرکت‌کنندگان متأهل (۸۲/۲۵ درصد) با میانگین سنی و انحراف معیار $(62/48 \pm 13/27)$ در گروه آزمون و $(63/63 \pm 12/325)$ در گروه کنترل بودند. اکثر آن‌ها سابقه بستری شدن در بیمارستان و بیش از ۵۵ درصد در هر گروه سابقه بیماری ایسکمیک قلبی داشتند. با استناد به آزمون‌های انجام‌شده نتیجه می‌گیریم که دو گروه پژوهشی از نظر متغیرهای دموگرافیک تفاوت آماری معنی‌داری نداشته و همگن بوده‌اند $(P=0/058-0/955)$.

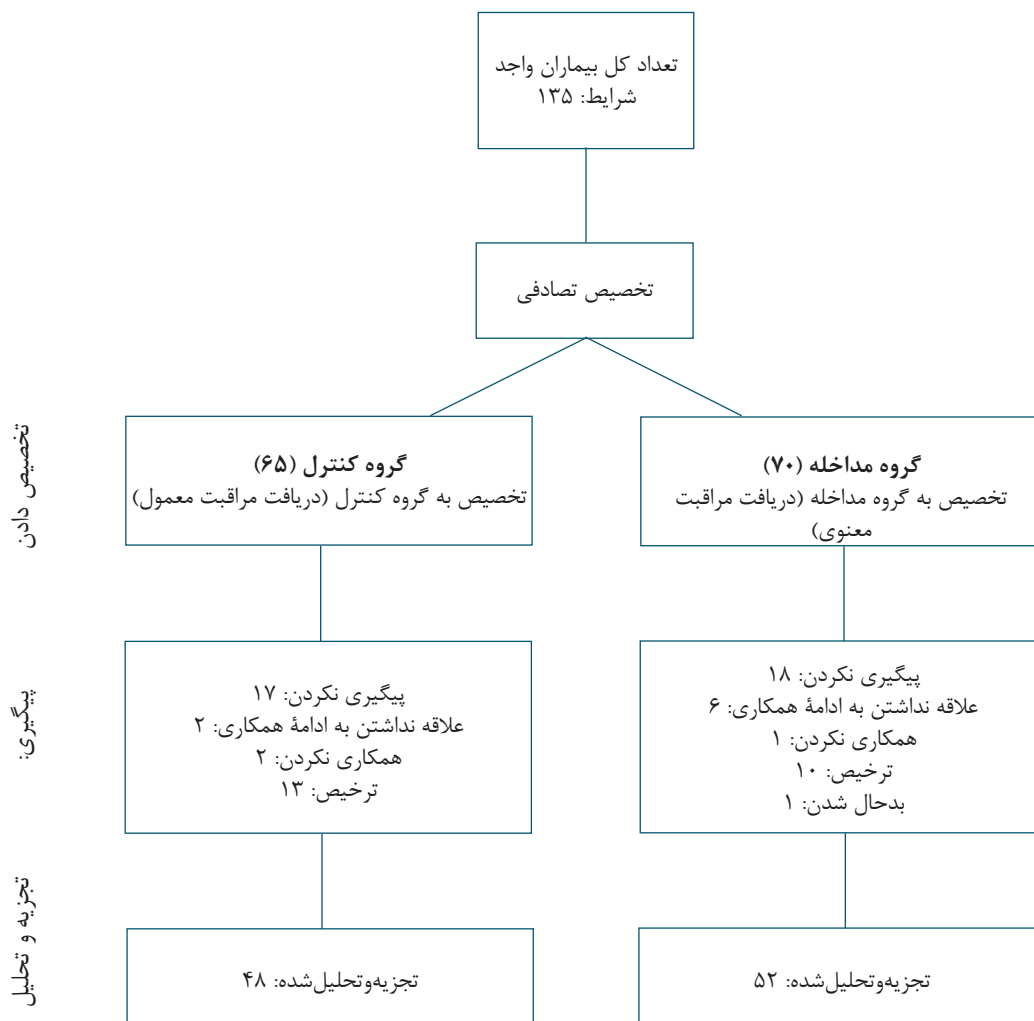
در آزمون ANOVA که به بررسی تأثیر مراقبت معنوی بر اضطراب مرگ بیماران قلبی پرداخته شد، از نظر آماری، بین گروه‌ها و زمان تفاوت معنی‌داری یافت نشد $(P=0/533)$. نتایج آزمون ANOVA نشان داد با تعدیل اثر نمره اضطراب مرگ پیش از مداخله میانگین نمره اضطراب مرگ پس از مداخله در گروه آزمون $(SD=5/61)$ و $39/90$ و در گروه کنترل $(SD=5/83)$ و $38/95$ بود به طوری که این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار نبود $(F_{(1,97)}=207/32, P=0/887)$.

ابزار گردآوری اطلاعات در این پژوهش فرم مشخصات دموگرافیک و مقیاس ۱۵ آیتمی اضطراب مرگ تمپلر بود. اولین بار تمپلر مقیاس اضطراب مرگ را در سال ۱۹۷۰ ابداع کرد. پاسخ به هر یک از آیتمی‌های این مقیاس به صورت لیکرت پنج‌گزینه‌ای از کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۵) بود. در سؤالات ۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۷ و ۱۵ که سؤالات معکوس پرسشنامه بودند به گزینه خیلی مخالفم امتیاز ۵ و به گزینه خیلی موافقم امتیاز ۱ داده شد. حداقل امتیازات در این پرسشنامه ۱۵ و حداکثر ۷۵ بود. امتیاز کمتر نشان‌دهنده اضطراب مرگ کمتر و امتیاز بیشتر نشان‌دهنده اضطراب مرگ بیشتر در بیماران بود [۳۶-۳۲].

پس از کسب تأییدیه از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی قزوین، با کد (IR.QUMS.REC.238.1394)، و دریافت معرفی‌نامه رسمی از دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی قزوین و ارائه معرفی‌نامه و توضیح در مورد اهداف پژوهش به مسئولین مرکز مربوطه و جلب موافقت و همکاری آن‌ها بیماران واجد شرایط انتخاب شدند و پس از کسب رضایت آگاهانه و کتبی از آن‌ها، بر بالین هر یک از بیماران، هدف از انجام پژوهش را توضیح داده و نمونه‌گیری انجام شد.

هر روز پس از پایان زمان ملاقات پژوهشگر وارد بخش می‌شد. پس از بررسی پرونده‌های بیماران بستری و گرفتن اطلاعات لازم از پرسنل بیماران واجد شرایط را انتخاب می‌کرد. سپس بر بالین هر یک از بیماران حاضر می‌شد و در فضایی آرام در کنار آنان می‌نشست و خود را معرفی می‌کرد. روند انجام پژوهش را برای بیمار شفاف توضیح می‌داد. پس از گرفتن رضایت آگاهانه از بیماران پژوهشگر شخصاً سؤالات پرسشنامه را از بیماران می‌پرسید و تکمیل می‌کرد. برای بیماران گروه آزمون بر اساس برنامه تدوین‌شده و تمایل بیمار برای رفع نیازهای معنوی به غیر از مراقبت‌های معمول پرستاری، مراقبت معنوی ارائه می‌شد. در روز دوم همین روند برای بیماران ادامه داشت. مراقبت‌ها و آموزش‌های داده‌شده در روز قبل با بیماران مرور و به سؤالات آنان پاسخ داده و پس از پایان روز سوم مجدداً مراقبت‌های معنوی و معمول داده شد و پژوهشگر مقیاس اضطراب مرگ تمپلر را تکمیل کرد.

برنامه مراقبت معنوی ارائه‌شده در بخش مراقبت‌های ویژه قلب (PCCU) شامل حضور حمایت‌گرایانه، حمایت از تشریفات مذهبی بیمار و استفاده از سیستم‌های حمایتی بود. حضور حمایت‌گرایانه به این صورت بود که پژوهشگر بر بالین بیمار حاضر می‌شد و با وی ارتباط کلامی و غیرکلامی برقرار می‌کرد. در این راستا با او صحبت می‌کرد، به‌طورفعال به سخنانش گوش می‌داد، به سؤالات بیمار پاسخ و روند درمان را برای او توضیح می‌داد. حمایت از تشریفات مذهبی بیمار نیز با فراهم کردن امکانات لازم برای انجام عبادت شامل وسایل لازم برای اقامه نماز و چادر نماز برای بیماران زن، مفتاح برای بیماران شیعه، واکنم و نوار کاست ادعیه و قرآن برای هر یک از واحدهای پژوهش در گروه آزمون و همچنین کمک



نمودار کانسورت؛ نشان دهنده روند انتخاب بیماران در پژوهش RCT

جدول شماره ۱. مقایسه توزیع فراوانی مشخصات فردی اجتماعی واحدهای گروه پژوهش در گروه آزمون و کنترل

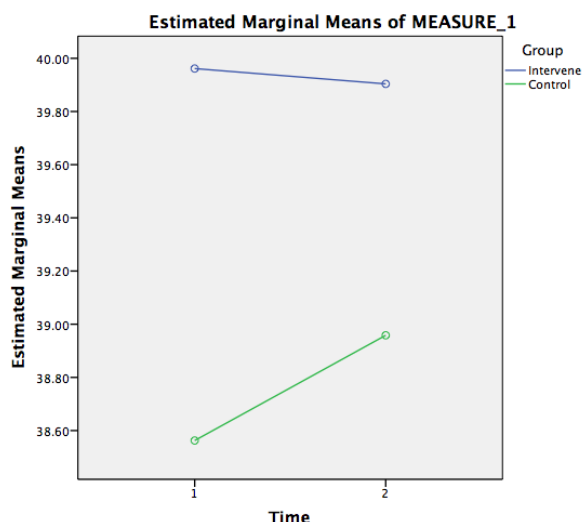
متغیرها	گروه آزمون تعداد (درصد) یا میانگین (انحراف معیار)	گروه کنترل تعداد (درصد) یا میانگین (انحراف معیار)	سطح معنی داری
جنس			
مرد	۳۷ (۷۱/۲)	۷ (۱۴/۶)	۰/۰۸۴*
زن	۱۵ (۲۸/۸)	۴۱ (۸۵/۴)	
وضعیت تأهل			
مجرد	۲ (۳/۸)	۱ (۲/۱)	۰/۱۰۹*
متأهل	۳۹ (۷۵)	۴۳ (۸۹/۶)	
مطلقه	۲ (۳/۸)	۱ (۲/۱)	
بیوه	۹ (۱۷/۳)	۳ (۶/۳)	
تحصیلات			
بی سواد	۱۲ (۲۳/۱)	۳ (۶/۳)	۰/۰۵۸*
ابتدایی	۱۹ (۳۶/۵)	۱۸ (۳۷/۵)	
راهنمایی	۴ (۷/۷)	۴ (۸/۳)	

متغیرها	گروه آزمون تعداد (درصد) یا میانگین (انحراف معیاری)	گروه کنترل تعداد (درصد) یا میانگین (انحراف معیاری)	سطح معنی داری
دیبرستان	۳ (۵/۸)	--	
دیپلم	۹ (۱۷/۳)	۱۵ (۳۱/۳)	
لیسانس	۲ (۳/۸)	۷ (۱۴/۶)	۰/۰۵۸*
فوق لیسانس	۲ (۳/۸)	۱ (۲/۱)	
دکتری	۱ (۱/۹)	--	
مذهب			
شیعه	۵۱ (۹۸/۱)	۴۷ (۹۷/۹)	۰/۹۵۵*
سنی	۱ (۱/۹)	۱ (۲/۱)	
منبع درآمد			
شخصی	۲۶ (۵۰)	۲۳ (۴۷/۵)	
خانواده	۷ (۱۳/۵)	۷ (۱۴/۶)	۰/۸۸۶*
بازنشستگی	۱۹ (۳۶/۵)	۱۸ (۳۷/۵)	
تجربه اتفاقی ناگوار			
دارد	۲۷ (۵۱/۹)	۳۱ (۶۴/۶)	۰/۲۰۳*
ندارد	۲۵ (۴۸/۱)	۱۷ (۳۵/۴)	
تجربه بستری شدن			
دارد	۴۶ (۸۸/۵)	۴۲ (۸۷/۵)	۰/۸۸۴*
ندارد	۶ (۱۱/۵)	۶ (۱۲/۵)	
بیماری زمینه‌ای			
دارد	۲۸ (۵۳/۸)	۳۱ (۶۴/۴)	۰/۲۸۰*
ندارد	۲۴ (۴۶/۲)	۱۷ (۳۵/۴)	
نوع بیماری			
ایسکمیک	۳۰ (۵۷/۷)	۳۰ (۶۲/۵)	
آریتمی	۱۴ (۲۶/۹)	۱۳ (۲۷/۱)	۰/۴۹۹*
نارسایی قلبی	۸ (۱۵/۴)	۵ (۱۰/۴)	
درآمد			
> ۱ میلیون	۳۱ (۵۹/۶)	۲۵ (۵۲/۱)	
۱-۳ میلیون	۱۷ (۳۲/۷)	۲۱ (۴۳/۸)	۰/۷۴۵*
< ۳ میلیون	۴ (۷/۷)	۲ (۴/۲)	
تعداد فرزندان			
بدون فرزند	۵ (۹/۶)	۱ (۲/۱)	
۱ تا ۲ فرزند	۷ (۱۳/۴)	۱۴ (۲۹/۲)	۰/۲۴۳*
۳ تا ۵ فرزند	۲۵ (۴۸/۲)	۲۳ (۴۸)	
بیش از ۵ فرزند	۱۵ (۲۸/۸)	۱۰ (۲۰/۷)	
سن	۶۲/۴۸ (۱۳/۲۷)	۶۳/۶۳ (۱۲/۳۲۵)	۰/۶۵۷#

* آزمون آماری کای دو؛ # آزمون تی مستقل

جدول شماره ۲. مقایسه اختلاف میانگین تأثیر مراقبت معنوی در دو گروه آزمون و کنترل قبل و بعد از اجرا با استفاده از آزمون ANOVA

زمان مداخله گروه	قبل میانگین (انحراف معیار)	بعد میانگین (انحراف معیار)	اختلاف میانگین	سطح معنی داری
آزمون	۳۹/۹۶ (۵/۷۱۵)	۳۹/۹۰ (۵/۶۱۳)	۰/۰۶ (۰/۸۰۱)	۰/۸۹۸
کنترل	۳۸/۵۶ (۶/۹۹۸)	۳۸/۹۶ (۵/۸۳۸)	-۰/۴۰ (۰/۸۳۳)	۰/۴۹۸



شکل ۱. روند تغییرات میزان اضطراب مرگ بیماران قلبی عروقی گروه آزمون و کنترل در روزهای اول و سوم مداخله

و خانواده‌هایشان را نداشته باشند. علاوه بر این پرستارانی که آموزش‌هایی را در ارتباط با مرگ دریافت می‌کنند راحت‌تر به بحث و گفت‌وگو با بیمار و خانواده‌هایشان درباره مرگ می‌پردازند. این مطلب اهمیت آگاهی از اضطراب مرگ را در برنامه آموزش و مراقبت پرستاری نشان می‌دهد [۴۰]. با توجه به پژوهش‌های انجام‌شده نتیجه می‌گیریم عوامل مؤثری که باعث افزایش اثربخشی برنامه مراقبتی می‌شود شامل: صرف زمان طولانی‌تر برای آموزش [۲۹، ۳۷، ۴۰]، حضور مستمر خانواده در کنار بیمار و تنظیم محیط مراقبتی بر اساس علاقه و نیاز بیمار [۴۱]، داشتن برنامه‌های تیمی و هدفمند متشکل از تخصص‌های مختلف، مانند: روان‌پرستاران، مددکاران اجتماعی و کارشناسان مذهبی [۴۲-۴۴، ۱۸، ۱۵]، وجود نیروهای پرستاری آموزش‌دیده و علاقه‌مند در زمینه اضطراب مرگ [۳۸-۴۰] است.

نتیجه‌گیری

بنابراین با توجه به اهمیت مفهوم اضطراب مرگ در پرستاری و همه‌جانبه‌بودن مراقبت‌های پرستاری، که مراقبت معنوی زیرمجموعه آن است، توصیه می‌شود با برگزاری کلاس‌های آموزش پرستاری، بازآموزی کادر درمان در بیمارستان‌ها در این زمینه، اضافه کردن مفهوم اضطراب مرگ و مراقبت معنوی به واحدهای درسی در دانشکده‌ها، به‌خصوص دانشکده پرستاری، ایجاد محیطی مناسب و ایجاد انگیزه در پرستاران، این مفهوم را آموزش داده و به اهمیت آن پرداخته و روند بهبودی بیماران، که از اهداف مهم پرستاری

بحث

هدف این پژوهش بررسی تأثیر برنامه مراقبت معنوی بر میزان اضطراب مرگ بیماران قلبی بستری در بخش‌های مراقبت ویژه قلب بود. یافته‌های این پژوهش نشان داد گرچه اضطراب مرگ بیماران قلبی پس از اجرای مراقبت معنوی، از نظر آماری، کاهش معنی‌داری نداشت، اما از نظر بالینی شاهد کاهش آن بوده‌ایم. این در حالی است که در بیماران گروه کنترل که صرفاً مراقبت‌های معمول بخش را دریافت کرده بودند میزان اضطراب مرگ با افزایش زمان بستری در بیمارستان افزایش مشهودی داشت. در پژوهش Lodhi و همکاران (۲۰۱۶) که بر اضطراب مرگ بیماران مبتلا به بیماری مراحل انتهایی زندگی انجام شد، اقدامات پرستاری درخصوص اضطراب مرگ نتایج نسبتاً مطلوبی داشت، لذا پیشنهاد می‌شود که برای رسیدن به نتایج مطلوب‌تر پرستاران آموزش‌دیده در این زمینه داشته باشیم [۳۸]. در پژوهشی دیگر که Wu و همکاران (۲۰۱۶)، در مورد علاقه‌مندی و آموزش پرستاران به انجام مراقبت معنوی، انجام دادند نتایج نشان داد پرستاران به آموزش‌های بیشتری در ارتباط با مراقبت معنوی نیاز دارند که با تمرکز بیشتر بر این مفهوم در آموزش‌های دانشگاهی، آموزش ضمن خدمت پرسنل در محیط کار و آموزش خودمحور با توجه به نیاز پرستاران ممکن می‌شود [۳۹]. Bell و Deffner (۲۰۰۵) در پژوهش خود بیان کرده‌اند پرستارانی که اضطراب مرگ بیشتری دارند ممکن است تمایلی برای صحبت درباره مقوله مرگ با بیماران

است، را سرعت ببخشیم.

دانشگاه علوم پزشکی قزوین است. به این وسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی قزوین، اساتید محترم، پرسنل محترم بخش مراقبت‌های ویژه بیمارستان شهید مدرس تهران و بیماران قلبی بستری در آن مرکز و همه عزیزانی که به ما در این پژوهش یاری رسانده‌اند، تقدیر و تشکر می‌کنیم.

تعارض در منافع

بین نویسندگان هیچ‌گونه تعارضی در منافع وجود ندارد.

امید است با انجام پژوهش‌هایی در آینده در زمینه مراقبت معنوی، اضطراب مرگ و عملی کردن آن در حوزه درمان، که از اجزای حیاتی مراقبت همه‌جانبه‌نگر پرستاری است، گامی بلند در ارتقای سلامت و بهبودی بیماران برداریم.

سپاسگزاری

این مقاله بخشی از پایان‌نامه کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت‌های ویژه مصوب (IR.QUMS.REC.238.1394)

References

1. Aghajani M, Raisi M, Heidari F. The relationship between Quran and religious believes with death anxiety in heart patients. In Supplement of 3th Provincial Congress on Quran and Health. 2013; 3(1):1-8.
2. Yalfani A, Nazem F, Safiarian R, Jargeh M. The Effects of Exercise Cardiac Rehabilitation on Anxiety, Depression and Quality of Life in Coronary Artery Bypass Grafting Patients. Health and Scientific Journal of Hamadan University of Medical Sciences. 2012; 19(1):39-44.
3. Jahani A, Rejeh N, Heravi-Karimooi M, Hadavi A, Zayeri F, Khatoon A. The relationship between spiritual well-being and quality of life in patients with coronary artery disease. Islamic Lifestyle Centered on Health. 2012; 1(2):17-21.
4. Asadi M, Asad Zandi M, Ebadi A. The effect of spiritual care based on «GHALBE SALIM» model on spiritual experiences of patients undergoing coronary artery bypass surgery. Cardiovascular Nursing Journal. 2013; 2(2):30-39.
5. Varaei S, Cheraghi M, Seyedfatemi N, Talebi M, Bahrani N, Dehghani A, et al. Effect of peer education on anxiety in patients candidated for coronary artery bypass graft surgery: a randomized control trial. 2 Journal of Nursing Education. 2013; 2(3):28-37.
6. Khademvatani K, Aghakhani N, Esm-Hoseini Gh, Hazrati A, Alinezhad V, Nazari H, et al. Study of relationship between spiritual health, anxiety and depression in acute myocardial infarction patients hospitalized in Seyyedoshohada hospital in Urmia. Urmia Medical Journal. 2015; 25(12):1092-1101.
7. Momeni Ghale-Ghasemi T, Musarezaie A, Moeini M, Naji Esfahani H. The effect of spiritual care program on ischemic heart disease patients' anxiety, hospitalized in CCU: A clinical trial. Journal of research in behavioural sciences. 2013; 10(6).
8. Ghaem-magham Farahani Z, Rahimian Boogar I, Najafi M, Forooodin Adl ASD. The comparison of group behavioral activation with and without familial support effectiveness on anxiety reduction in coronary heart disease. Behavioral science research. 2012; 10(2):79-89.
9. Ghaleiha A, Emami F, Naghsh Tabrizi B. A Survey on the frequency of Depression and anxiety in the patients with acute coronary syndrome , Ekbatan Hospital of Hamadan City. Scientific Journal of Hamadan University of Medical Science. 2011; 17(4):43-49.
10. Babaei M, Mohammad Khan Kermanshahi S, F A. Influence of discharge planning on anxiety levels in patients with Myocardial Infarction Journal of Semnan University of medical sciences (Koomesh). 2011; 12(3):272-278.
11. Arab M, Ranjbar H, Hoseyn Rezaii H. Assessment of the depression and anxiety in patients with acute coronary artery diseases. Iranian Journal of Critical Care Nursing. 2012; 4(4):197-202.
12. Moeini M, Momeni Ghale Ghasemi T, Yousefi H. The effect of spiritual care on spiritual health of patients with cardiac ischemia. Iranian journal of nursing and midwifery research. 2012; 17(3):195-199.
13. Taghizadeh Karati K, Asadzandi M, Tadrissi D, A E. Effects of prayer on severity of patients illness in intensive care units. Iranian Journal of Critical Care Nursing. 2011; 4(1):1-6.
14. Valikhani A, Yarmohammadi Vassel M. The relationship between attachment styles and death anxiety among cardiovascular patients. Journal of Kerman University of Medical Sciences. 2014; 21(4).
15. Salajegheh S, Raghbi M. The Effect of Combined Therapy of Spiritual-Cognitive Group Therapy on Death Anxiety in Patients with Cancer. The Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences. 2014; 22(2):1130-1139.
16. Sadeghi H, Saeedi M, Rahzani K, Esfandiary A. The relationship between social support and death anxiety in hemodialysis patients. Journal of

- Nursing Education. 2015;2(4):36-48.
17. Jani S, Molae M, Jangi-Gojebiglou S, Pouresmali A. Effectiveness of cognitive therapy based on religious believes on death anxiety , social adjustment and subjective well-being in the cancer patients. Journal of Ilam university of medical sciences. 2014; 22(5).
 18. Ghorbanalipour M, Esmaeili A. Determination of the effectiveness of Logotherapy on the death anxiety in the elderly. SID. 2012.
 19. Aghajani M, Raisi M, F H. The relationship between Quran and religious believes with death anxiety in heart patients. 3th provincial congress on Quran and health. 2013; 1-8.
 20. Valikhani A, M Y-V. The relationship between attachment style and death anxiety among cardiovascular patients Journal of Kerman university of medical sciences 2013; 21(4):355-367.
 21. Bahrami N, Moradi M, Soleimani M, Kalantari Z, Hosseini F. Death Anxiety and its Relationship with quality of life in Women with Cancer. Iran Journal of Nursing. 2013; 26(82):51-61.
 22. Sussman JC, Liu WM. Perceptions of two therapeutic approaches for palliative care patients experiencing death anxiety. Palliative & supportive care. 2014; 12(4):251-260. <https://doi.org/10.1017/S1478951513000199>
 23. Yaakobi E. Desire to work as a death anxiety buffer mechanism. Experimental psychology. 2015; 62(2):110-122.
 24. Tang PL, Chen WL, Cheng SF. Using logotherapy to relieve death anxiety in a patient with recurrent cancer: a nursing experience. Hu li za zhi The journal of nursing. 2013;60(4):105-110.
 25. Jo KH, Song BS. Effect of family cohesion, subjective happiness and other factors on death anxiety in Korean elders. Journal of Korean Academy of Nursing. 2012; 42(5):680-688. <https://doi.org/10.4040/jkan.2012.42.5.680>
 26. Rahnema M, Fallahi Khoshkenab M, Maddah B, F A. Designing a model for spiritual care in rehabilitation of cancer patients. Medical and Surgical Nursing Journal. 2014; 3(2):61-70.
 27. Baird P. Oxford textbook of palliative nursing Oxford; 2015.
 28. Bamdad M, Fallahi Khoshkenab M, Dalvandi A, MR KA. Impact of spiritual care on spiritual health of hospitalized amphetamin dependents. Iranian Journal of Psychiatric Nursing. 2013; 1(3):1-18.
 29. Moeini M, Taleghani F, Mehrabi T, Musarezaie A. Effect of a spiritual care program on levels of anxiety in patients with leukemia. Iranian journal of nursing and midwifery research. 2014; 19(1):88-93.
 30. Mahbobi M, Etemadi M, Khorasani E, Ghiasi M. The Relationship between Spiritual Health and Social Anxiety in Chemical Veterans. Journal of Military Medicine. 2012; 14(3):186-191.
 31. Momennasab M, Moattari M, Abbaszade A, B S. Spiritual experience of heart attack patients : A Qualitative study. Journal of qualitative research in health sciences. 2013; 1(4):284-297.
 32. Aghajani M, Valiee S, Tol A. "Death anxiety" amongst nurses in critical care and general wards. Iran Journal of nursing. 2010; 23(67):59-68.
 33. Sharif nia H, Ebadi A, Lehto RH, Mousavi B, Peyrovi H, Chan Y H. Reliability and validity of the persian version of Templer death anxiety scale-extended in veterans of Iran-Iraq warfare. Iran journal of psychiatry behaviour science. 2014; 8(4):29-37.
 34. Rajabi Gh.R, Bohrani M. Item factor analysis of the death anxiety scale. Journal of psychology. 2002; 5(4):331-344.
 35. Tomas-Sabado J, Gomez-Benito J. Psychometric properties of the spanish form of templer death anxiety scale. Psychological Report. 2002; 91(3):1116-1120.
 36. Mohammadzadeh A, Asgharnejad FAA. Factor structure, reliability and validity of death obsession scale. Institute of cognitive science studies. 2009; 11(1):1-7.
 37. Momeni Ghale Ghasemi T, Musarezaie A, Momeni M, H NE. The effect of spiritual care program on ischemic heart disease patients' anxiety , hospitalized in CCU : A clinical trial. Journal of research behaviour science. 2013; 10(6):554-564.
 38. Lodhi M.K, Cheema U.L, Stifter J, Wilkie D.J, Keenan G, Yao Y, et al. Death anxiety in hospitalized end of life patients as captured from a structured electronic health record. Research gerontological nursing. 2014; 7(5):224-234. <https://doi.org/10.3928/19404921-20140818-01>
 39. Wu L.F, Tseng Hui-Chen, Liao Yu-Chen. Nurse education and willingness to provide spiritual care. Nurse education today 2016; 38:36-41. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.01.001>
 40. Deffner JM, Bell SK. Nurses' death anxiety, comfort level during communication with patients and families regarding death, and exposure to communication education: a quantitative study. Journal for Nurses in Staff Development. 2005; 21(1):19. <https://doi.org/10.1097/00124645-200501000-00005>
 41. Kisvetrova h. Intervention dying care and spiritual support in nursing care for patients suffering

- from death anxiety in the final phase of life. 13th world congress of the european association for palliative care: prague; 2012.
42. Ferrell B, Coyle N, JP. Oxford textbook of palliative nursing: oxford; 2015. <https://doi.org/10.1093/med/9780199332342.001.0001>
43. Jani s, molae m, jangi s, Pouresmali a. Effectiveness of Cognitive Therapy Based on Religious Beliefs on Death Anxiety, Social Adjustment and Subjective Well-being in the Cancer Patients. Journal of Ilam university of medical sciences. 2014; 22(5):94-103.
44. Postash J, Hy Ho A, Chan F, Lu Wang X, C C. Can art therapy reduce death anxiety and burn-out in end of life care workers? A quasi experimental study. The International Journal of Palliative Nursing. 2014; 20(5):233-240. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2014.20.5.233>