AJNMC
Avicenna Journal of Nursing and Midwifery Care
Avicenna J Nurs Midwifery Care, 2026; 34(3): 265-276 Doi: 10.53208/ajnmc.34.3.265
https://nmj.umsha.ac.ir

Original Article

Unveiling the Predictive Role of Spiritual Health in Life Expectancy and Quality of Life among Heart Failure Patients Admitted to Cardiac Intensive Care Units

Parsa Eskandari[1], Mehran Saadatmand[1], Seyed Kianoosh Hosseini[2], Roya Najafi Vosough[3], Ali Afshari[4*]

[1] Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran
[2] Department of Cardiology, School of Medicine, Farshchian Cardiovascular Subspecialty Medical Center, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran
[3] Research Center for Health Sciences, Institute of Health Sciences and Technology, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran
[4] Department of Medical Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Chronic Diseases (Home Care) Research Center, Institute of Cancer, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

Article history:
Received: July 23, 2026
Revised: July 29, 2026
Accepted: August 19, 2026
ePublished: September 20, 2026

***Corresponding author:**
Ali Afshari, Department of Medical Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Chronic Diseases (Home Care) Research Center, Institute of Cancer, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

Email: afshari777@gmail.com

Abstract

Background and Objective: Patients with heart failure experience a high burden of symptoms, reduced quality of life, and significant psychological-spiritual challenges. Despite the recognized importance of spiritual health, limited evidence exists regarding its predictive role in life expectancy and quality of life among these patients. The present study aimed to investigate the predictive role of spiritual health on life expectancy and quality of life among patients with heart failure.

Materials and Methods: This cross-sectional study was conducted on 175 patients with heart failure admitted to the Cardiac Intensive Care Units of Farshchian Cardiovascular Hospital in Hamadan, Iran. Data were collected using questionnaires on spiritual health, life expectancy, and quality of life. Data were analyzed using Pearson correlation tests, one-way analysis of variance, and multivariate linear regression.

Results: Spiritual health showed a significant positive correlation with life expectancy ($r=0.61$, $p<0.001$) and a significant inverse correlation with quality of life scores ($r=-0.54$, $p<0.001$). Spiritual health was the strongest independent predictor of life expectancy. Furthermore, spiritual health, along with life expectancy, independently predicted quality of life. The final models explained 41% and 49% of the variance in life expectancy and quality of life, respectively.

Conclusion: Spiritual health is an important predictor of life expectancy and quality of life in patients with heart failure, independent of disease severity. Incorporating spiritual health assessments and spiritually based interventions, along with life expectancy-enhancing strategies, into nursing and palliative care can contribute to improving these patients' quality of life.

Keywords: Heart failure, Intensive care units, Life expectancy, Quality of life, Spirituality

Copyright © 2026 Avicenna Journal of Nursing and Midwifery Care. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cite

Extended Abstract

Background and Objective

Heart failure is a complex, progressive, and life-limiting clinical syndrome characterized by the heart's inability to pump blood effectively to meet the body's metabolic demands. It represents one of the leading causes of hospitalization and mortality worldwide, imposing a heavy burden on patients, families, and healthcare systems. Patients admitted to cardiac intensive care units (CICUs) constitute the most critically ill subgroup. These individuals frequently present with hemodynamic instability, acute decompensation, arrhythmias, cardiogenic shock, and the need for advanced interventions, such as inotropic support, mechanical circulatory devices, or invasive monitoring. Beyond the severe physical symptoms, including profound fatigue, dyspnea, edema and pain, they endure significant psychological and existential distress. Depression, anxiety, fear of death, loss of autonomy and a shattered sense of meaning and purpose are common, all of which profoundly impair quality of life and complicate recovery. In recent years, there has been growing recognition of the importance of holistic care that addresses not only biomedical aspects but also the psychological, social, and spiritual dimensions of illness. Spiritual health, conceptualized as an individual's sense of meaning and purpose in life, inner peace, connectedness with self, others, nature, or a transcendent power, has emerged as a vital resource for coping with chronic and life-threatening conditions. Importantly, spiritual health is distinguished from religiosity; while the latter refers to organized religious beliefs, rituals, and practices, spiritual health is a broader and more universal existential construct that can be experienced regardless of religious affiliation or lack thereof. Existing literature suggests that higher levels of spiritual health are associated with better psychological adaptation, increased resilience, reduced depressive symptoms, and improved quality of life in various chronic illnesses. In heart failure populations, spiritual well-being has been linked to enhanced life expectancy, better symptom management, and greater overall life satisfaction. However, most previous studies have been conducted on outpatients or patients in general medical wards, with limited attention to the unique and intensified challenges faced by those in CICUs. These critically ill patients experience heightened uncertainty regarding prognosis, repeated life-threatening episodes, and intensive technological environments that may further erode their sense of control and meaning. Consequently, a significant knowledge gap remains concerning the predictive role of spiritual health in key patient-centred outcomes, specifically life expectancy and quality of life, in this high-risk, understudied population. The current study aimed to investigate the predictive role of spiritual health on life expectancy and quality of life among patients with heart failure admitted to cardiac intensive care units, while controlling for important clinical severity indicators, such as New York Heart Association (NYHA) functional class and left ventricular ejection fraction (LVEF). By addressing this gap, the present research seeks to provide evidence supporting the integration of spiritual care into critical care nursing and palliative approaches for advanced heart failure.

Materials and Methods

This descriptive-analytical cross-sectional study was conducted from November 2024 to May 2025 in the Cardiac Intensive Care Units of Farshchian Cardiovascular Subspecialty Medical Center in Hamadan, Iran. Ethical approval was obtained from the Research Ethics Committee of Hamadan University of Medical Sciences (IR.UMSHA.REC.1403.302). Participants included 175 adult patients with a confirmed diagnosis of heart failure admitted to CICU. Inclusion criteria comprised the ability to communicate verbally, sufficient cognitive capacity to complete self-report questionnaires, stable enough physical condition for participation, and provision of written informed consent. Exclusion criteria included severe cognitive impairment, active psychiatric disorders, or incomplete questionnaire responses. Sample size was determined based on previous similar studies, considering a 5% type I error, 90% power, and 20% attrition, resulting in 175 participants. Patients were selected through consecutive convenient sampling. Data collection tools included: 1. A structured demographic and clinical information form (age, sex, marital status, education, socioeconomic status, HF duration, NYHA class, LVEF, history of CICU admission, length of stay, comorbidities such as diabetes and hypertension). 2. Spiritual Index of Well-Being (SIWB) by Daaleman and Frey (12 items, 5-point Likert scale, total score 12–60; higher scores indicate better spiritual health). The Persian version demonstrated good reliability (Cronbach's α=0.89). 3. Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHFQ) (21 items assessing physical, emotional, and socioeconomic impacts; higher scores indicate poorer quality of life). 4. Schneider's Life expectancy Scale (12 items, 5-point Likert, assessing agency and pathways thinking). Persian version Cronbach's $\alpha = 0.89$. Clinical data (LVEF, NYHA class, etc.) were extracted from electronic medical records. Questionnaires were completed after ensuring clinical stability, with researcher assistance as needed. Data were analyzed using SPSS (version 26). Descriptive statistics (mean±SD, frequency), Pearson correlation, one-way ANOVA, and multiple linear regression were employed. Normality was checked via Kolmogorov-Smirnov test. A $P < 0.05$ was considered statistically significant.

Results

A total of 175 patients were included. Mean age was measured at 64.9 ± 11.8 years; 56.6% were male, 76% married, and most had low-to-moderate education and socioeconomic status. Mean spiritual health score was 44.1 ± 6.8 (moderate to high). Mean life expectancy score was 34.9 ± 5.6, and mean MLHFQ score was 48.7 ± 15.4, indicating moderate quality of life impairment. Pearson correlations revealed significant positive associations between spiritual health and life

expectancy (r=0.61, $p<0.001$) and significant inverse associations between spiritual health and quality of life scores (r=-0.54, $p<0.001$). Life expectancy was also inversely correlated with quality of life impairment (r=-0.48, $p<0.001$). Advanced NYHA class and lower LVEF were associated with poorer spiritual health, lower life expectancy, and worse quality of life. One-way ANOVA showed significant differences across NYHA classes and LVEF categories ($p<0.001$). Patients in NYHA class IV and those with LVEF < 30% had the lowest spiritual health and life expectancy scores and the highest (worst) MLHFQ scores. Multiple linear regression analysis demonstrated that spiritual health was the strongest independent predictor of life expectancy (β=0.43, $p<0.001$). Lower NYHA class and higher education also contributed positively. For quality of life, both spiritual health (β=-0.31, $p<0.001$) and life expectancy (β=-0.24, $p<0.001$) remained significant independent predictors after adjusting for demographic and clinical variables (e.g., NYHA class, LVEF, CICU history, and length of stay). The final models explained 41% of the variance in life expectancy and 49% of the variance in quality of life.

Conclusion

The findings of this study indicate that spiritual health is a significant independent predictor of higher life expectancy and better quality of life among heart failure patients admitted to cardiac intensive care units, even after controlling for disease severity markers, such as NYHA functional class and LVEF. Patients with advanced disease stages exhibited poorer spiritual health, reduced life expectancy, and greater quality of life impairment, highlighting the heightened vulnerability of this population. These results underscore the importance of integrating spiritual health assessment and spiritually oriented interventions into routine nursing and palliative care practices in CICUs. Strengthening spiritual well-being and fostering realistic life expectancy can serve as protective psychosocial resources that enhance patients' ability to cope with the profound challenges of advanced heart failure. Nurse-led spiritual care programs, meaning-centered dialogues, and life expectancy-enhancing strategies should be incorporated into holistic care models to improve patient outcomes. Future longitudinal and interventional studies with larger, multicenter samples are recommended to establish causality and evaluate the effectiveness of targeted spiritual care interventions in this high-risk group. Overall, addressing spiritual health represents a valuable, feasible, and patient-centered approach to improving life expectancy and quality of life for patients with heart failure in critical care settings.

Please cite this article as follows: Eskandari P, Saadatmand M, Hosseini SK, Najafi Vosough R, Afshari A. Unveiling the Predictive Role of Spiritual Health in Life Expectancy and Quality of Life among Heart Failure Patients Admitted to Cardiac Intensive Care Units. *Avicenna J Nurs Midwifery Care*. 2026; 34(3): 265-276 DOI: 10.53208/ajnmc.34.3.265

AJNMC
مجله مراقبت پرستاری و مامایی ابن سینا
دوره ۳۴، شماره ۳، تابستان ۱۴۰۵، صفحات: ۲۷۶-۲۶۵
https://nmj.umsha.ac.ir

مقاله پژوهشی

آشکارسازی نقش پیش‌بینی‌کننده سلامت معنوی در ارتقای امید به زندگی و کیفیت زندگی بیماران مبتلابه نارسایی قلبی بستری در بخش‌های مراقبت ویژۀ قلبی

پارسا اسکندری[۱]، مهران سعادتمند[۱]، سیدکیانوش حسینی[۲]، رویا نجفی وثوق[۳]، علی افشاری[۴*]

۱. گروه پرستاری، دانشکدۀ پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
۲. گروه قلب و عروق، دانشکدۀ پزشکی، مرکز پزشکی فوق تخصصی قلب و عروق فرشچیان، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
۳. مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، پژوهشکدۀ علوم و فناوری‌های بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
۴. گروه پرستاری داخلی جراحی، دانشکدۀ پرستاری و مامایی، مرکز تحقیقات بیماری‌های مزمن (مراقبت در منزل)، پژوهشکدۀ سرطان، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۵/۰۵/۰۱
تاریخ ویرایش مقاله: ۱۴۰۵/۰۵/۰۷
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۵/۰۵/۲۸
تاریخ انتشار مقاله: ۱۴۰۵/۰۶/۲۹

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی همدان محفوظ است.

* **نویسنده مسئول:** علی افشاری، گروه پرستاری داخلی جراحی، دانشکدۀ پرستاری و مامایی، مرکز تحقیقات بیماری‌های مزمن (مراقبت در منزل)، پژوهشکدۀ سرطان، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

ایمیل: afshari777@gmail.com

چکیده

سابقه و هدف: بیماران مبتلابه نارسایی قلبی با شدت زیاد علائم، کیفیت زندگی کم و مشکلات روانی معنوی مواجه‌اند. باوجود اهمیت سلامت معنوی، شواهد محدودی دربارۀ نقش آن در پیش‌بینی امید به زندگی و کیفیت زندگی این بیماران وجود دارد. این مطالعه با هدف بررسی نقش پیش‌بینی‌کنندۀ سلامت معنوی بر امید به زندگی و کیفیت زندگی انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعۀ مقطعی روی ۱۷۵ بیمار مبتلابه نارسایی قلبی بستری در بخش‌های مراقبت ویژۀ قلبی بیمارستان قلب فرشچیان همدان انجام شد. داده‌ها با استفاده از پرسش‌نامه‌های سلامت معنوی، امید به زندگی و کیفیت زندگی گردآوری شد. داده‌ها با آزمون‌های هم‌بستگی پیرسون، تحلیل واریانس یک‌طرفه و رگرسیون خطی چندمتغیره تحلیل شدند.

یافته‌ها: بین سلامت معنوی و امید به زندگی هم‌بستگی مثبت و معنادار ($r=۰/۶۱$ ، $P<۰/۰۰۱$) و بین سلامت معنوی و نمرۀ کیفیت زندگی هم‌بستگی منفی و معنادار ($r=-۰/۵۴$ ،$P<۰/۰۰۱$) مشاهده شد. سلامت معنوی قوی‌ترین پیش‌بین مستقل امید به زندگی بود و همراه با امید به زندگی، کیفیت زندگی را نیز به‌طور مستقل پیش‌بینی کرد. مدل‌های رگرسیون به‌ترتیب ۴۱ و ۴۹ درصد از واریانس امید به زندگی و کیفیت زندگی را تبیین کردند.

نتیجه‌گیری: سلامت معنوی، مستقل از شدت بیماری، پیش‌بین مهم امید به زندگی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلابه نارسایی قلبی است. توجه به ارزیابی و مداخلات مبتنی‌بر سلامت معنوی و تقویت امید در مراقبت‌های پرستاری و تسکینی می‌تواند به بهبود کیفیت زندگی این بیماران کمک کند.

واژگان کلیدی: نارسایی قلبی، معنویت، امید به زندگی، کیفیت زندگی، بخش‌های مراقبت ویژه

استناد: اسکندری، پارسا؛ سعادتمند، مهران؛ حسینی، سید کیانوش؛ نجفی وثوق، رویا؛ افشاری، علی. آشکارسازی نقش پیش‌بینی‌کننده سلامت معنوی در ارتقای امید به زندگی و کیفیت زندگی بیماران مبتلابه نارسایی قلبی بستری در بخش‌های مراقبت ویژۀ قلبی. مجله مراقبت پرستاری و مامایی ابن سینا، تابستان ۱۴۰۵؛۳۴(۳): ۲۷۶-۲۶۵

مقدمه

نارسایی قلبی (Heart failure) نوعی سندرم بالینی پیش‌رونده و محدودکنندۀ حیات است که با تشدیدهای مکرر، علائم شدید، کاهش کیفیت زندگی و مرگ‌ومیر قابل‌توجه همراه است. بیماران بستری در بخش‌های مراقبت ویژۀ قلبی به‌دلیل ناپایداری همودینامیک، شدت بیماری و نیاز به درمان‌های پیشرفته، از پرخطرترین گروه‌ها هستند و با خطر زیاد مرگ‌ومیر حین بستری،

پس از ترخیص و بستری مجدد مواجه‌اند [۱، ۲]. همچنین، ممکن است این بیماران به عوارض جسمی، روان‌شناختی، شناختی و اجتماعی پایدار دچار شوند که کیفیت زندگی آنان و خانواده‌هایشان را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد [۳]. ازاین‌رو، راهنماهای بالینی بر ضرورت ادغام زودهنگام مراقبت‌های تسکینی در درمان بیماران مبتلابه نارسایی قلبی پیشرفته تأکید کرده‌اند.

باوجود چالش‌های عملی موجود در بخش‌های مراقبت ویژهٔ قلبی، ازجمله محدودیت زمانی و تشخیص به‌موقع، توجه به نیازهای معنوی به‌عنوان بخشی جدایی‌ناپذیر از مراقبت‌های تسکینی، می‌تواند به کاهش بار چندبعدی بیماری، بهبود کیفیت زندگی و ارائهٔ مراقبت‌های بیمارمحور کمک کند. [۴، ۵]. علاوه‌بر علائم جسمانی، بیماران مبتلابه نارسایی قلبی با مشکلات روان‌شناختی و وجودی مانند افسردگی، اضطراب و کاهش احساس معنا در زندگی مواجه‌اند که می‌تواند کیفیت زندگی و سازگاری با بیماری را تحت‌تأثیر قرار دهد [۶-۸]. سلامت معنوی، به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های مراقبت جامع، با ایجاد معنا، آرامش درونی و ارتباط با خود، دیگران یا نیروی برتر، در سازگاری بیماران نقش مهمی دارد و با مذهبی‌گری، که به باورها و اعمال سازمان‌یافتهٔ دینی اشاره دارد، متفاوت است [۶، ۹-۱۱]. بااین‌حال، مذهبی‌گری، بسته به شرایط فردی و فرهنگی، می‌تواند هم نقش حمایتی داشته باشد و هم نقش استرس‌زا و ارتباط آن با پیامدهای روانی و بالینی در بیماران قلبی‌عروقی نتایج متفاوتی نشان داده است [۶، ۱۲].

در بیماران مبتلابه نارسایی قلبی، سلامت معنوی بیشتر و تجربه‌های معنوی روزانه با بهبود کیفیت زندگی، کاهش افسردگی و افزایش رضایت از زندگی همراه است [۱، ۶، ۱۳، ۱۴]. سلامت معنوی تحت‌تأثیر شدت علائم، ادراک فرد از بیماری و عوامل روان‌اجتماعی قرار دارد، اما می‌تواند به‌عنوان عاملی محافظت‌کننده در ارتقای سازگاری با بیماری عمل کند [۷، ۱۵، ۱۶]. مطالعات کیفی نشان داده‌اند که نیازهای معنوی این بیماران بیشتر در حوزه‌های معنا، هدفمندی، ارتباط و امید متمرکز است [۱۰]. همچنین، مداخلات مبتنی‌بر معنویت و امید می‌توانند کیفیت زندگی و تاب‌آوری را بهبود بخشند، هرچند به‌دلیل محدودیت و ناهمگونی مطالعات، انجام پژوهش‌های بیشتر ضروری است [۸، ۱۱، ۱۷، ۱۸]. باوجوداین، هنوز مشخص نیست که امید به زندگی صرفاً پیامد موازی با سلامت معنوی است یا در تبدیل منابع معنوی به ادراک بهتر از کیفیت زندگی در این بیماران، نقش واسطه‌ای ایفا می‌کند.

باوجود گسترش پژوهش‌ها در زمینهٔ سلامت معنوی، امید و کیفیت زندگی در بیماران مبتلابه نارسایی قلبی، همچنان شکاف‌های مهمی در شواهد موجود مشاهده می‌شود. بیشتر مطالعات بر بیماران سرپایی یا بستری در بخش‌های عمومی بیمارستان تمرکز داشته‌اند، درحالی‌که بیماران بستری در بخش‌های مراقبت ویژهٔ قلبی، باوجود بار بالای علائم، بیشترین خطر مرگ‌ومیر و آسیب‌پذیری روانی اجتماعی، کمتر بررسی شده‌اند [۱، ۱۹]. پژوهش‌های موجود عمدتاً مقطعی‌اند، اغلب بین مفاهیم معنویت و مذهبی‌گری تمایز قائل نمی‌شوند و به‌ندرت از مدل‌های پیش‌بینی‌کننده برای روشن‌سازی روابط بین سلامت معنوی، امید به زندگی و کیفیت زندگی استفاده کرده‌اند [۶، ۱۰، ۱۶]. علاوه‌بر این، مرورهای کیفی و مطالعات مراقبت تسکینی تأکید دارند که باوجود شیوع زیاد نیازهای معنوی در پایان زندگی، پرستاران و پزشکان بالینی اغلب برای ارزیابی و رسیدگی نظام‌مند به این حوزه‌ها آمادگی کافی ندارند و خدمات مشاورهٔ مذهبی فاقد مبنای تجربی قوی است [۹، ۱۰].

با توجه به بار بالای نارسایی قلبی و تأکید روزافزون بر رویکردهای مراقبتی زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی، بررسی نقش سلامت معنوی در پیامدهای بیماران اهمیت ویژه‌ای دارد. بااین‌حال، هنوز میزان ارتباط سلامت معنوی با امید به زندگی و کیفیت زندگی بیماران مبتلابه نارسایی قلبی بستری در بخش‌های مراقبت ویژهٔ قلبی به‌طور کامل مشخص نیست. ویژگی‌های منحصربه‌فرد محیط بخش‌های ویژه، ازجمله محدودیت شدید حرکتی، انزوای حسی، رویارویی مداوم با تجهیزات پیشرفته و عدم قطعیت شدید در پیش‌آگهی، می‌تواند نیازهای معنوی و امید را به‌شکل متفاوتی دربارهٔ بیماران سرپایی دستخوش تغییر کند؛ موضوعی که تاکنون در پژوهش‌های پیشین مغفول مانده است.

مطالعات هم‌بستگی می‌توانند نشان دهند که آیا بین سلامت معنوی با امید به زندگی و کیفیت زندگی ارتباط معناداری وجود دارد یا خیر. تبیین این روابط می‌تواند برای طراحی مداخلات پرستاری مبتنی‌بر معنویت و ادغام مؤثرتر مراقبت‌های تسکینی مبنای علمی فراهم کند [۵، ۶، ۱۶]. پرکردن این شکاف برای توسعهٔ استراتژی‌های مراقبت معنوی مبتنی‌بر شواهد و حساس به فرهنگ در این زیرگروه آسیب‌پذیر ضروری است. این مطالعه با هدف آشکارسازی نقش سلامت معنوی در ارتقای امید به زندگی و کیفیت زندگی بیماران مبتلابه نارسایی قلبی بستری در بخش‌های مراقبت ویژهٔ قلبی انجام شد.

روش کار

طرح مطالعه و محل انجام پژوهش

این مطالعهٔ توصیفی‌هم‌بستگی با رویکرد تحلیلی پیش‌بینی‌کننده، از آبان‌ماه ۱۴۰۳ تا اردیبهشت ۱۴۰۴ در بخش مراقبت‌های ویژهٔ قلبی مرکز آموزشی درمانی فرشچیان شهر همدان انجام شد.

شرکت‌کنندگان

جامعهٔ پژوهش شامل بیماران بزرگ‌سال مبتلابه نارسایی قلبی بستری در بخش مراقبت‌های ویژهٔ قلبی بود و نمونهٔ پژوهش از میان بیماران واجد شرایط با رعایت معیارهای ورود انتخاب شدند.

معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: توانایی برقراری ارتباط کلامی، ظرفیت شناختی کافی برای تکمیل پرسش‌نامه‌های خودگزارش‌دهی، ثبات همودینامیک، نداشتن درد قفسه‌سینۀ فعال یا دیسترس تنفسی شدید و ارائۀ رضایت‌نامه کتبی آگاهانه. معیارهای خروج نیز شامل اختلال شناختی شدید، اختلالات روان‌پزشکی فعال، داشتن بیماری‌های پیشرفته و ناتوان‌کنندۀ دیگر و پرنکردن کامل پرسش‌نامه‌ها بودند.

حجم نمونه با استفاده از نرم‌افزار G*Power نسخۀ ۳.۱.۹.۲ و براساس آزمون همبستگی پیرسون دوطرفه محاسبه شد. با درنظرگرفتن اندازۀ اثر r=۰/۲۸ (برگرفته از ضرایب همبستگی گزارش‌شده در مطالعۀ شهابیان و همکاران) [۲۰]، خطای نوع اول ۰/۰۵، توان آزمون ۹۰ درصد و تحلیل توان پیش‌بینی، حجم نمونۀ اولیه ۱۴۶ نفر برآورد شد. با احتساب ۲۰ درصد ریزش نمونه، حجم نمونۀ نهایی ۱۷۵ نفر تعیین شد.

ابزارهای پژوهش

فرم اطلاعات دموگرافیک

برای جمع‌آوری اطلاعات مربوط به سن، جنس، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، وضعیت اجتماعی اقتصادی، مدت‌زمان ابتلا به نارسایی قلبی، طبقۀ عملکردی نارسایی قلبی براساس سیستم طبقه‌بندی قلب نیویورک (New York Heart Association; NYHA)، کسر جهشی بطن چپ (Left ventricular ejection fraction; LVEF)، سابقۀ بستری در بخش مراقبت‌های ویژه، طول مدت بستری و بیماری‌های زمینه‌ای، از فرمی ساختارمند استفاده شد.

پرسش‌نامۀ مقیاس سلامت معنوی دلمن و فری (Spirituality Index of Well-Being; SIWB)

پرسش‌نامۀ سلامت معنوی را دلمن و فری برای سنجش سلامت معنوی ساخته‌اند. این پرسش‌نامه از معروف‌ترین مقیاس‌های سنجش سلامت معنوی است و دوازده سؤال دارد که براساس طیف لیکرت پنج‌گزینه ای طراحی شده است. دامنۀ نمرات کل براساس آن از ۱۲ تا ۶۰ است که نمرات بالاتر سلامت معنوی بیشتر را نشان می دهند. در اندازه‌گیری اولیه، ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس، زیرمقیاس خودکارآمدی و طرح زندگی به‌ترتیب برابر با ۰/۹۱، ۰/۸۶ و ۰/۸۹ بوده است [۲۱]. نسخۀ فارسی این پرسش‌نامه در مطالعۀ مالکی و همکاران، ضریب آلفای کرونباخ را برای کل پرسش‌نامه ۰/۸۹ و برای دو خرده‌مقیاس طرح زندگی و خودکارآمدی به‌ترتیب ۰/۸۵ و ۰/۸۸ گزارش کرده است [۲۲]. در مطالعۀ حاضر، پایایی مقیاس سلامت معنوی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شد و مقدار آن ۰/۸۵ به دست آمد که نشان‌دهندۀ پایایی مطلوب ابزار در نمونۀ پژوهش است.

پرسش‌نامۀ کیفیت زندگی Minnesota living with heart failurel; MLHFQ)

ابزار کیفیت زندگی با استفاده از پرسش‌نامۀ مینه‌سوتا برای زندگی با نارسایی قلبی سنجیده شد. این پرسش‌نامه را Rector و همکاران در سال ۱۹۸۴ به‌طور خاص برای بیماران مبتلابه نارسایی قلبی توسعه داده‌اند. این پرسش‌نامه شامل ۲۱ سؤال است که محدودیت‌های جسمی، روانی و اجتماعی ناشی از علائم نارسایی قلبی را می‌سنجد. هر سؤال از صفر تا پنج نمره‌گذاری شده که صفر نشان‌دهندۀ نبود محدودیت و پنج نشان‌دهندۀ حداکثر محدودیت است. امتیاز کلی از ۰ تا ۱۵۰ بوده و هرچه نمرات حاصل از این ابزار بالاتر باشد، بیمار کیفیت زندگی ضعیف‌تری خواهد داشت [۲۳]. این پرسش‌نامه یکی از پرکاربردترین ابزارهای اختصاصی کیفیت زندگی در جمعیت بیماران مبتلابه نارسایی قلبی است و پایایی و روایی قوی آن در فرهنگ‌های مختلف تأیید شده است. نسخۀ فارسی این پرسش‌نامه نیز در بیماران ایرانی ویژگی‌های روان‌سنجی قابل‌قبولی نشان داده است [۲۴، ۲۵]. پایایی این پرسش‌نامه در مطالعۀ حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ به دست آمد که نشان‌دهندۀ پایایی مطلوب ابزار بود.

پرسش‌نامۀ امید به زندگی اشنایدر (Schneider's Life Expectancy Questionnaire)

پرسش‌نامۀ امید به زندگی را اشنایدر، هاریس، اندرسون، هولران، ایرونیک و همکاران (۱۹۹۱) تهیه کرده‌اند که دوازده سؤال دارد و هدف آن ارزیابی میزان امید به زندگی در افراد است. شیوۀ نمره‌گذاری آن بر اساس طیف لیکرت پنج‌گزینه‌ای، از کاملاً مخالف با نمرۀ صفر تا کاملاً موافق با نمرۀ ۴ است، اما این شیوۀ نمره‌گذاری در سؤالات شمارۀ ۳، ۷ و ۱۱ معکوس شده است. دامنۀ نمرات بین ۰ تا ۴۸ بوده و نمرۀ بالاتر بیانگر امید به زندگی بیشتر است [۲۶]. مطالعات قبلی پایایی درونی خوبی برای آن گزارش کرده‌اند، به‌طوری که همسانی درونی کل آزمون ۰/۷۴ تا ۰/۸۴ است و پایایی آزمون بازآزمون ۰/۸۰ بوده است [۲۷]. در جمعیت ایرانی، نسخۀ فارسی این ابزار پایایی مطلوبی نشان داده و ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۸۹ گزارش شده است [۲۸]. در مطالعۀ حاضر، پایایی پرسش‌نامۀ امید اشنایدر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ محاسبه شد که نشان‌دهندۀ پایایی مطلوب است.

روش جمع‌آوری داده‌ها

محقق نمونه‌گیری را در هریک از چهار بخش مراقبت‌های ویژۀ قلبی انجام داد، به‌نحوی که در هر بار مراجعه به بخش بیمارانی که با تشخیص نارسایی قلبی بستری بودند، بررسی انجام می‌شد. پس از تأیید واجدشرایط‌بودن بیماران براساس معیارهای ورود به مطالعه، رضایت‌نامۀ آگاهانۀ کتبی از شرکت‌کنندگان اخذ شد و این بیماران وارد مطالعه شدند. نمونه‌گیری به روش در دسترس و متوالی تا رسیدن به تعداد مدنظر ادامه داشت. سپس، پرسش‌نامه‌های اطلاعات دموگرافیک، سلامت معنوی، امید به زندگی و کیفیت زندگی در اختیار بیماران قرار گرفت. پیش از

تکمیل پرسش‌نامه‌ها، هدف مطالعه و نحوهٔ تکمیل ابزارها برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد و در صورت نیاز، پژوهشگر به سؤالات آنان پاسخ داد. پرسش‌نامه‌ها در زمان مناسب و پس از اطمینان از پایداری وضعیت بالینی بیماران تکمیل شدند تا تأثیر خستگی یا ناراحتی ناشی از بیماری در پاسخ‌ها به حداقل برسد.

تحلیل آماری

داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۶ تحلیل شدند. متغیرهای کمی به‌صورت میانگین ± انحراف معیار و متغیرهای کیفی به‌صورت فراوانی (درصد) گزارش شدند. توزیع نرمال متغیرهای کمی پیش از انجام تحلیل‌ها با استفاده از آزمون کولموگروف ـ اسمیرنوف بررسی شد. برای بررسی ارتباط بین سلامت معنوی، امید، کیفیت زندگی و متغیرهای بالینی، از ضریب هم‌بستگی پیرسون استفاده شد. همچنین، تفاوت میانگین سلامت معنوی، امید و کیفیت زندگی در گروه‌های مختلف براساس کلاس عملکردی نارسایی قلبی و کسر جهشی بطن چپ با استفاده از تحلیل واریانس یک‌طرفه (One-way ANOVA) ارزیابی شد. تحلیل‌های رگرسیون خطی چندگانه برای شناسایی پیش‌بینی‌کننده‌های مستقل امید و کیفیت زندگی انجام شد. متغیرهایی که در تحلیل‌های تک‌متغیره معنادار بودند، به مدل رگرسیون چندگانه وارد شدند.

نتایج

درمجموع، ۱۷۵ بیمار مبتلابه نارسایی قلبی، که در بخش‌های مراقبت ویژهٔ قلبی بستری بودند، به تحلیل نهایی وارد شدند. میانگین سنی شرکت‌کنندگان ۱۱/۸ ± ۶۴/۹ سال بود و ۵۶/۵ درصد از آنان مرد بودند. اکثر بیماران متأهل (۷۶ درصد) و دارای سطح تحصیلات پایین تا متوسط (۶۸ درصد) بودند. میانگین نمرهٔ سلامت معنوی ۶/۸ ± ۴۴/۱ بود که نشان‌دهندهٔ سطح متوسط تا بالای سلامت معنوی است. میانگین نمرهٔ امید به زندگی ۵/۶ ± ۳۴/۹ و میانگین نمرهٔ پرسش‌نامهٔ کیفیت زندگی بیماران نارسایی قلبی ۱۵/۴ ± ۴۸/۷ بود که بیانگر اختلال متوسط در کیفیت زندگی بیماران بود. مشخصات دیگر بیماران در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱. ویژگی‌های دموگرافیک و بالینی بیماران مبتلابه نارسایی قلبی

متغیر	مقدار انحراف معیار
سن (سال)، میانگین ± انحراف معیار	۱۱/۸±۶۴/۹
جنس مرد، تعداد (درصد)	۹۹ (۵۶/۶)
وضعیت تأهل تعداد (درصد)	
متأهل	۱۳۳ (۷۶)
مجرد/ مطلقه	۴۲ (۲۴)
وضعیت اقتصادی برطبق میزان درآمد تعداد (درصد)	
ضعیف	۵۴ (۳۰/۹)
متوسط	۱۰۸ (۶۱/۷)
خوب	۱۳ (۷/۴)
کلاس II نارسایی قلبی (NYHA)، تعداد (درصد)	۲۳ (۱۳/۱)
کلاس III نارسایی قلبی (NYHA)، تعداد (درصد)	۱۰۸ (۶۱/۷)
کلاس IV نارسایی قلبی (NYHA)، تعداد (درصد)	۴۴ (۲۵/۱)
کسر جهشی بطن چپ (LVEF) میانگین ± انحراف معیار	۸/۲±۳۵/۱
LVEF کمتر از ۳۰ درصد، تعداد (درصد)	۹۹ (۵۶/۶)
مدت ابتلا به HF (سال)، میانگین ± انحراف معیار	۴/۱±۵/۸
سابقهٔ بستری در بخش ویژهٔ قلبی، تعداد (درصد)	۵۲ (۲۹/۷)
مدت بستری در بخش ویژهٔ قلبی میانگین ± انحراف معیار	۲/۱±۵/۳
بیماران با سابقهٔ دیابت، تعداد (درصد)	۷۱ (۴۰/۶)
بیماران با سابقهٔ پرفشاری خون، تعداد (درصد)	۸۹ (۵۰/۹)
نمرهٔ سلامت معنوی، میانگین ± انحراف معیار	۶/۸±۴۴/۱
نمره امید به زندگی، میانگین ± انحراف معیار	۵/۶±۳۴/۹
نمره کیفیت زندگی، میانگین ± انحراف معیار	۱۵/۴±۴۸/۷

تحلیل هم‌بستگی پیرسون نشان داد که سلامت معنوی با امید به زندگی بیماران دچار نارسایی قلبی هم‌بستگی مثبت معنی‌دار دارد. همچنین، سطوح بالاتر نمرات سلامت معنوی با کیفیت زندگی بهتر (نمرات کمتر پرسش‌نامۀ کیفیت زندگی) مرتبط بود. امید به زندگی نیز با نمرات کیفیت زندگی هم‌بستگی معکوس معنی‌داری نشان داد. کلاس عملکردی نارسایی قلبی برطبق دسته‌بندی NYHA هم‌بستگی منفی معنی‌داری با سلامت معنوی و امید داشت، درحالی‌که کیفیت زندگی نامطلوب‌تر در بیماران با کلاس‌های پیشرفته‌تر نارسایی قلبی مشاهده شد. کاهش کسر جهشی بطن چپ به‌طور معنی‌داری با کاهش امید و کیفیت زندگی ضعیف‌تر مرتبط بود. همچنین، سابقۀ بستری در بخش‌های مراقبت ویژۀ قلبی با امید رابطۀ منفی و با کیفیت زندگی نامطلوب رابطۀ مثبت داشت. ماتریس هم‌بستگی متغیرهای فوق در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲. ماتریس هم‌بستگی بین متغیرهای اصلی مطالعه

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
سلامت معنوی	—						
امید	۰/۶۱***	—					
کیفیت زندگی	-۰/۵۴***	-۰/۴۸***	—				
کلاس نارسایی قلبی	-۰/۳۳***	-۰/۲۹***	۰/۴۶***	—			
سن	-۰/۱۱	-۰/۱۶*	۰/۱۹**	۰/۱۸*	—		
کسر جهشی بطن چپ	۰/۱۷*	۰/۲۰**	-۰/۲۷***	-۰/۳۹***	-۰/۰۷	—	
سابقۀ بستری در بخش ویژه	-۰/۱۶*	-۰/۲۳**	۰/۳۰***	۰/۲۸***	۰/۱۰	-۰/۱۹*	—

*p<۰/۰۵, **p<۰/۰۱ , ***p<۰/۰۰۱

نتایج این مطالعه در نمرات سلامت معنوی، امید به زندگی و کیفیت زندگی در بین کلاس‌های عملکردی نارسایی قلبی تفاوت‌های معنی‌داری نشان داد (p<۰/۰۰۱). تمامی بیماران کلاس IV نارسایی قلبی کمترین نمرات سلامت معنوی و امید به زندگی و بالاترین نمرات پرسش‌نامۀ کیفیت زندگی را داشتند که نشان‌دهندۀ کیفیت زندگی ضعیف‌تر است. به‌طور مشابه، بیماران دارای اختلال شدید عملکرد سیستولی کمتر از ۳۰ درصد در مقایسه با بیماران با عملکرد سیستولی بیشتر از ۴۰ درصد، سلامت معنوی و امید به زندگی کمتر و کیفیت زندگی ضعیف‌تری را گزارش کردند (جدول ۳).

جدول ۳. میانگین نمرات سلامت معنوی، امید و کیفیت زندگی براساس شاخص‌های شدت نارسایی قلبی

متغیر	NYHA II	NYHA III	NYHA IV	p-value	LVEF ٪۳۰<	۳۰-LVEF ۳۹ (٪)	LVEF ٪۴۰≥	p-value
سلامت معنوی	۵/۱±۴۸/۶	۵/۹±۴۴/۹	۶/۵±۳۸/۹	<۰/۰۰۱	۶/۴±۴۰/۱	۵/۸±۴۴/۳	۵/۱±۴۷/۶	<۰/۰۰۱
امید	۴/۰±۳۸/۱	۵/۰±۳۵/۳	۵/۷±۳۰/۲	<۰/۰۰۱	۵/۴±۳۱/۱	۴/۹±۳۵/۱	۴/۵±۳۷/۸	<۰/۰۰۱
کیفیت زندگی	۱۰/۸±۳۵/۱	۱۳/۷±۴۸/۱	۱۵/۴±۶۳/۵	<۰/۰۰۱	۱۴/۵±۵۹/۹	۱۳/۱±۴۸/۲	۱۱/۲±۳۷/۴	<۰/۰۰۱

در تحلیل رگرسیون خطی تک‌متغیره و چندمتغیره، سلامت معنوی قوی‌ترین پیش‌بینی‌کنندۀ مستقل امید به زندگی بود (β=۰/۴۳ و p<۰/۰۰۱). کلاس عملکردی پایین‌تر نارسایی قلبی و کسر جهشی بالاتر بطن چپ نیز به‌طور مستقل با امید بیشتر مرتبط بودند. در مدل کیفیت زندگی، هر دو متغیر سلامت معنوی (β= -۰/۳۱ و p<۰/۰۰۱) و امید به زندگی (β= -۰/۲۴ و p<۰/۰۰۱) پس از تعدیل متغیرهای جمعیت‌شناختی و بالینی همچنان پیش‌بینی‌کننده‌های معنادار باقی ماندند. کلاس پیشرفته‌تر نارسایی قلبی، سابقۀ بستری در بخش ویژه، مدت طولانی‌تر بستری و کسر جهشی پایین‌تر، به‌طور مستقل با کیفیت زندگی ضعیف‌تر همراه بودند. مدل نهایی به‌ترتیب ۴۱ و ۴۹ درصد از تغییرات امید به زندگی و کیفیت زندگی را تبیین کرد. متغیرهای دموگرافیک شامل سن، جنس، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل، وضعیت اقتصادی، سابقۀ دیابت و پرفشاری خون پس از ورود به مدل سهم معناداری نداشتند و به‌عنوان عوامل کنترل‌شده در نظر گرفته شدند (جدول ۴).

جدول ۴. نتایج تحلیل رگرسیون خطی تک‌متغیره و چندمتغیره برای پیش‌بینی امید به زندگی و کیفیت زندگی

پیش‌بین	امید به زندگی				کیفیت زندگی			
	تک‌متغیره		چندمتغیره		تک‌متغیره		چندمتغیره	
متغیر	B (95% CI)	β	B (95% CI)	β	B (95% CI)	β	B (95% CI)	β
سلامت معنوی	۰/۴۸ (۰/۳۸-۰/۵۸)**	۰/۶۱**	۰/۳۴ (۰/۲۴-۰/۴۴)**	۰/۴۳**	(-۱/۴۲-۰/۸۲)** -۱/۱۲	-۰/۵۴**	(-۰/۸۹-۰/۳۹)** -۰/۶۴	-۰/۳۱**
امید به زندگی	—	—	—	—	(-۱/۵۲-۰/۸۴)** -۱/۱۸	-۰/۴۸**	(-۰/۸۶-۰/۳۲)** -۰/۵۹	-۰/۲۴**
کلاس نارسایی قلبی	(-۳/۵۸-۱/۲۴)** -۲/۴۱	-۰/۲۹**	(-۲/۴۱-۰/۴۱)** -۱/۴۱	-۰/۱۷**	(۶/۷۲-۱۲/۹۸)** ۹/۸۵	۰/۴۶**	۵/۹۸ (۳/۴۲-۸/۵۴)**	۰/۲۸**
سابقهٔ بستری	(-۴/۹۲-۱/۰۴)** -۲/۹۸	-۰/۲۳**	(-۲/۷۶-۰/۰۸)* -۱/۴۲	-۰/۱۱*	(۴/۸۵-۱۳/۳۹)** ۹/۱۲	۰/۳۰**	۴/۵۶ (۱/۰۵-۸/۰۷)*	۰/۱۵*
مدت بستری	(-۱/۵۹-۰/۰۵)* -۰/۸۲	-۰/۱۵*	(-۰/۹۶-۰/۰۲)* -۰/۴۹	-۰/۰۹*	۳/۲۱ (۱/۴۸-۴/۹۴)**	۰/۲۶**	۱/۹۸ (۰/۵۲-۳/۴۴)**	۰/۱۶*
کسر جهشی بطن	۰/۳۱ (۰/۰۸-۰/۵۴)*	۰/۲۰*	۰/۱۷ (۰/۰۲-۰/۳۲)*	۰/۱۱*	(-۱/۳۲-۰/۳۸)** -۰/۸۵	-۰/۲۷**	(-۰/۷۹-۰/۰۹)* -۰/۴۴	-۰/۱۴*

مدل امید به زندگی:(Adjusted R^2=۰/۴۱, F=۱۷/۸, p<۰/۰۰۱)

مدل کیفیت زندگی:(Adjusted R^2=۰/۴۹, F=۲۳/۴, p<۰/۰۰۱)

P<۰/۰۵*

P<۰/۰۱**

بحث

این مطالعه به بررسی و تبیین نقش پیش‌بینی‌کنندهٔ سلامت معنوی با امید به زندگی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلابه نارسایی قلبی بستری در بخش‌های مراقبت‌های ویژهٔ قلبی پرداخت. به‌طور کلی، یافته‌ها نشان دادند که سطوح بالاتر سلامت معنوی با امید به زندگی بیشتر و کیفیت زندگی مطلوب‌تر همراه است. این یافته‌ها بر اهمیت سلامت معنوی و امید به زندگی به‌عنوان منابع روانی‌اجتماعی مهم در بیماران مبتلابه نارسایی قلبی پیشرفته تأکید می‌کند؛ بیمارانی که به‌دلیل پیچیدگی شرایط درمانی و بار زیاد بیماری، با نیازهای مراقبتی چندبعدی مواجه‌اند.

ارتباط مشاهده‌شده بین سلامت معنوی، امید به زندگی و کیفیت زندگی با شواهد موجود در بیماران مبتلابه نارسایی قلبی و بیماری‌های مزمن دیگر همسو است [۱۳، ۱۴، ۲۹، ۳۰]. در بیماران مبتلابه نارسایی قلبی، سطوح بالاتر معنویت و تجربهٔ آرامش معنوی با بهبود کیفیت زندگی و کاهش علائم افسردگی همراه بوده است [۱۳، ۳۱]. یافته‌های مطالعهٔ حاضر این شواهد را گسترش و نشان می‌دهد که سلامت معنوی، علاوه‌بر ارتباط با کیفیت زندگی، پس از کنترل عوامل بالینی مهم، ازجمله شدت نارسایی قلبی، کسر جهشی بطن چپ و متغیرهای مرتبط با مراقبت‌های ویژه، همچنان یک پیش‌بین مستقل برای کیفیت زندگی محسوب می‌شود. این نتایج از دیدگاه سلامت معنوی به‌عنوان عامل مستقل مؤثر در پیامدهای سلامت حمایت می‌کنند و نشان می‌دهند که معنویت صرفاً بازتابی از شدت بیماری یا وضعیت بالینی بیماران نیست.

نکتهٔ قابل‌توجه در این مطالعه، تمرکز بر سلامت معنوی به‌عنوان سازهٔ وجودی است که ابعادی مانند معنا، هدفمندی، آرامش درونی و احساس ارتباط‌مندی را در بر می‌گیرد. این مفهوم از نظر نظری با مذهبی‌گری متفاوت است؛ زیرا مذهبی‌گری بیشتر به مشارکت در فعالیت‌های مذهبی سازمان‌یافته، پایبندی به باورهای دینی و انجام مناسک خاص اشاره دارد [۶، ۱۲، ۳۲]. اگرچه اعمال مذهبی، مانند نماز و عبادت، می‌توانند در برخی زمینه‌های فرهنگی و مذهبی بیانگر جنبه‌های مهمی از تجربهٔ معنوی فرد باشند، یافته‌های حاضر با شواهد پیشین همسو است که نشان می‌دهند سلامت معنوی و تجربهٔ آرامش معنوی در مقایسه با شاخص‌های رسمی مذهبی، مانند میزان مشارکت در مناسک مذهبی، ارتباط پایدارتر و قوی‌تری با کیفیت زندگی دارند [۶، ۱۳، ۳۳]. این تمایز مفهومی پیامدهای مهمی برای عملکرد بالینی دارد. مداخلاتی که صرفاً بر فعالیت‌ها و آیین‌های مذهبی تمرکز دارند، درصورتی‌که به نیازهای اساسی معنوی بیماران مانند یافتن معنا، آرامش درونی و تجربه تعالی توجه نکنند، اثربخشی محدودی خواهند داشت. بنابراین، مراقبت معنوی جامع باید فراتر از حمایت مذهبی، به ابعاد گسترده‌تر تجربه معنوی بیماران بپردازد. مرورهای نظام‌مند نیز نشان داده‌اند که سلامت معنوی با سطوح بالاتر امید و تاب‌آوری همراه است و این عوامل می‌توانند کیفیت زندگی و سازگاری عاطفی بیماران مبتلابه بیماری‌های مزمن پیشرفته را بهبود بخشند [۳۲، ۳۴]. در بیماران مبتلابه نارسایی قلبی که با عدم قطعیت در پیش‌آگهی، تشدیدهای مکرر بیماری و تجربهٔ

بستری در بخش‌های مراقبت ویژه مواجه‌اند، امید به زندگی می‌تواند به‌عنوان سازوکار روان‌شناختی عمل کند که منابع معنوی را به ادراک بهتر از کیفیت زندگی تبدیل می‌کند. این یافته بر اهمیت طراحی مداخلات پرستاری و مراقبت تسکینی تأکید دارد؛ مداخلاتی که به‌طور هم‌زمان بر تقویت سلامت معنوی و ایجاد امید واقع‌بینانه و معنادار دربارۀ آینده تمرکز می‌کنند و می‌توانند آثار مکمل و تقویت‌کننده‌ای بر پیامدهای بیماران داشته باشند.

یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد که امید به زندگی می‌تواند به‌عنوان پل ارتباطی میان سلامت معنوی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلابه نارسایی قلبی مطرح باشد. سلامت معنوی در مدل نخست قوی‌ترین پیش‌بینی‌کنندۀ امید به زندگی بود و در مدل دوم، هر دو متغیر سلامت معنوی و امید به زندگی، کیفیت زندگی را به‌طور مستقل پیش‌بینی کردند. همچنین، کاهش ضریب رگرسیونی سلامت معنوی پس از ورود امید به مدل، بیانگر آن است که بخشی از اثر سلامت معنوی در کیفیت زندگی ممکن است از طریق افزایش امید به زندگی اعمال شود، هرچند تأیید این فرضیه مستلزم انجام تحلیل‌های اختصاصی میانجی‌گری در مطالعات آینده است. این یافته‌ها نشان می‌دهد که امید به زندگی نه‌تنها پیامد مستقل سلامت معنوی، بلکه سازوکاری بالقوه در انتقال آثار مثبت سلامت معنوی در کیفیت زندگی بیماران مبتلابه نارسایی قلبی محسوب می‌شود.

گنجاندن شاخص‌های شدت بیماری و مراقبت‌های ویژه در مدل‌های پیش‌بینی‌کننده، به تفسیر دقیق‌تر روابط میان سلامت معنوی، امید به زندگی و کیفیت زندگی کمک می‌کند. همسو با مطالعات پیشین، شدت بیشتر نارسایی قلبی و کاهش کسر جهشی بطن چپ با کیفیت زندگی پایین‌تر و نیازهای معنوی بیشتر همراه گزارش شده‌اند [۱۴، ۳۵، ۳۶]. در مطالعۀ حاضر سلامت معنوی و امید، حتی پس از کنترل این شاخص‌های بالینی و همچنین متغیرهای مرتبط با مراقبت‌های ویژه، ازجمله بستری در بخش مراقبت ویژۀ قلبی و طول مدت بستری، همچنان پیش‌بین‌های معنادار کیفیت زندگی باقی ماندند. این یافته نشان می‌دهد که عوامل معنوی و روان‌اجتماعی، مستقل از شدت فیزیولوژیک بیماری، همچنان در تبیین تجربۀ بیماران نقش مهمی ایفا می‌کنند. نتایج مطالعۀ حاضر با این دیدگاه هم‌خوان است که با پیشرفت شدت بیماری، ابعاد معنوی و روانی‌اجتماعی در شکل‌دهی به ادراک بیماران از وضعیت سلامت و کیفیت زندگی اهمیت بیشتری پیدا می‌کنند. بر این اساس، ارزیابی نظام‌مند نیازهای معنوی ممکن است به‌ویژه در بیماران مبتلابه نارسایی قلبی پیشرفته (کلاس III و IV) و افراد بستری در بخش‌های مراقبت ویژه، اهمیت بالینی بیشتری داشته باشد.

یافته‌های مطالعۀ حاضر با شواهد موجود در جمعیت‌های گسترده‌تر مبتلابه بیماری‌های قلبی‌عروقی و بیماری‌های مزمن نیز همسو است. مرورهای نظام‌مند نشان داده‌اند که مداخلات مبتنی‌بر مراقبت معنوی و برنامه‌های معنوی هدایت‌شده توسط پرستاران می‌توانند به بهبود کیفیت زندگی، کاهش اضطراب و افسردگی و تقویت تاب‌آوری در بیماران مبتلابه نارسایی قلبی و دیگر بیماری‌های قلبی‌عروقی کمک کنند [۸، ۱۱]. مطالعۀ حاضر با ارائۀ شواهدی از بیماران مبتلابه نارسایی قلبی بستری در بخش‌های مراقبت ویژه، به توسعۀ دانش موجود در این حوزه کمک می‌کند؛ حوزه‌ای که تاکنون با کمبود شواهد تجربی مواجه بوده است. شناسایی مسیر پیش‌بینی‌کنندۀ معنادار در این جمعیت پرخطر، اهمیت پرداختن به معنویت را به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های اساسی، اما کمتر موردتوجه در مراقبت تسکینی و مراقبت‌های ویژۀ بیماران مبتلابه نارسایی قلبی برجسته می‌کند [۳۲، ۳۷].

از نظر بالینی، یافته‌های این مطالعه پیامدهای مهمی برای مراقبت از بیماران مبتلابه نارسایی قلبی پیشرفته دارد. ارزیابی منظم سلامت معنوی و امید باید به‌عنوان بخشی از مراقبت‌های استاندارد در بخش‌های مراقبت ویژه گنجانده شود. این ارزیابی‌ها ترجیحاً با ابزارهای کوتاه، معتبر و قابل‌اجرا در فرایند مراقبت پرستاری انجام می‌گیرد. مداخلات مراقبتی نباید صرفاً به شناسایی نیازهای معنوی محدود شود، بلکه باید بر تقویت امید واقع‌بینانه، تعیین اهداف آینده و افزایش احساس کنترل و عاملیت بیماران تمرکز کند. شواهد موجود نشان می‌دهد که مشاورۀ معنوی هدایت‌شده توسط پرستار، گفت‌وگوهای مبتنی‌بر معنا و برنامه‌های ساختاریافتۀ مراقبت معنوی می‌توانند سلامت روان‌شناختی و کیفیت زندگی بیماران را بهبود بخشند [۸، ۱۱]. در نهایت، چنین رویکردهایی باید در چهارچوب مراقبت تسکینی، مدیریت علائم و تصمیم‌گیری مشترک با بیمار و خانواده ادغام شوند تا به باورها، ارزش‌ها و ترجیحات فردی بیماران احترام گذاشته شود.

محدودیت‌های پژوهش

با وجود اهمیت یافته‌های این مطالعه، برخی محدودیت‌ها باید مورد توجه قرار گیرد. نخست، ماهیت مقطعی مطالعه امکان استنباط روابط علی را محدود می‌کند و احتمال وجود روابط دوسویه یا معکوس بین سلامت معنوی، امید و کیفیت زندگی را نمی‌توان رد کرد. مطالعات طولی و مداخله‌ای آینده می‌توانند به روشن‌شدن این روابط کمک کنند. دوم، مطالعه در یک محیط فرهنگی و مراقبتی واحد انجام شد. بنابراین، تعمیم نتایج به جمعیت‌های دیگر باید با احتیاط صورت گیرد. همچنین، استفاده از ابزارهای خودگزارش‌دهی ممکن است تحت‌تأثیر پاسخ‌گویی اجتماعی مطلوب، برداشت فردی از مفاهیم معنوی و خستگی بیماران قرار گیرد. در نهایت، مطالعۀ حاضر میان انواع اعمال مذهبی و الگوهای اعتقادی تمایز قائل نشد.

نتیجه‌گیری

در نهایت، یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد که سلامت

معنوی به‌عنوان پیش‌بین مستقل، در تبیین امید و کیفیت زندگی بیماران مبتلابه نارسایی قلبی نقش مهمی ایفا می‌کند. این روابط حتی پس از درنظرگرفتن شاخص‌های شدت بیماری و وضعیت بالینی بیماران همچنان پایدار باقی ماند. این نتایج بر اهمیت توجه به سلامت معنوی و امید به‌عنوان مؤلفه‌های اساسی در رویکردهای مراقبتی تمام‌نگر، پرستاری‌محور و تسکینی تأکید می‌کند. ادغام این ابعاد در برنامه‌های مراقبتی می‌تواند گام مؤثری در جهت ارتقای کیفیت تجربهٔ زیسته و حمایت از بیماران مبتلابه نارسایی قلبی پیشرفته به‌ویژه در محیط‌های مراقبت ویژه باشد.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی همدان به‌دلیل حمایت مالی و از تمام پرستاران و بیمارانی که در انجام این مطالعه همکاری و مشارکت داشتند، تشکر و قدردانی می‌کنند.

تضاد منافع

بین نویسندگان هیچ‌گونه تعارضی در منافع وجود ندارد.

ملاحظات اخلاقی

مجوز اخلاقی پژوهش پیش از جمع‌آوری داده‌ها از کمیتهٔ اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی همدان با کد IR.UMSHA.REC.1403.302 اخذ شد. در این مطالعه، از تمامی شرکت‌کنندگان پیش از ورود به مطالعه، رضایت‌نامهٔ کتبی آگاهانه اخذ شد. مشارکت در پژوهش کاملاً داوطلبانه بود و بیماران می‌توانستند در هر زمان، بدون هیچ عواقبی بر مراقبت درمانی خود، از مطالعه خارج شوند.

سهم نویسندگان

تمام نویسندگان در طراحی، اجرا و نگارش همهٔ بخش‌های پژوهش مشارکت داشتند.

حمایت مالی

مطالعهٔ حاضر با حمایت معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی همدان انجام شده است.

REFERENCES

1. Bohula EA, Katz JN, Van Diepen S, Alviar CL, Baird-Zars VM, Park J-G, et al. Demographics, care patterns, and outcomes of patients admitted to cardiac intensive care units: the Critical Care Cardiology Trials Network Prospective North American Multicenter Registry of Cardiac Critical Illness. *JAMA Cardiol.* 2019;**4**(9):928-35. PMID: 31339509 DOI: 10.1001/jamacardio.2019.2467
2. Metkus TS, Lindsley J, Fair L, Riley S, Berry S, Sahetya S, et al. Quality of heart failure care in the intensive care unit. *J Card Fail*. 2021;**27**(10):1111-25. PMID: 34625130 DOI: 10.1016/j.cardfail.2021.08.001
3. Papageorgiou D, Triantafyllou C, Stavropoulou A, Kelesi M, Kaba E, Evgenikos K, et al. The evaluation of the quality of life in survivors of critical illness after discharge from intensive care unit (ICU): a prospective cohort study. *medRxiv*. 2023:2023.04.24.23289053 .Link
4. Becher MU, Balata M, Hesse M, Draht F, Zachoval C, Weltermann B, et al. Rationale and design of the EPCHF trial: the early palliative care in heart failure trial (EPCHF). *Clin Res Cardiol*. 2022;**111**(4):359-67. PMID: 34241674 DOI: 10.1007/s00392-021-01903-1
5. Hill L, Prager Geller T, Baruah R, Beattie JM, Boyne J, de Stoutz N, et al. Integration of a palliative approach into heart failure care: a European Society of Cardiology Heart Failure Association position paper. *Eur J Heart Fail*. 2020;**22**(12):2327-39. PMID: 32892431 DOI: 10.1002/ejhf.1994
6. 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. *Qual Life Res*. 2018;**27**(11):2777-97. PMID: 29948601 DOI: 10.1007/s11136-018-1906-4
7. Okviasanti F, Yusuf A, Kurniawati ND, Harianto S, Nasir A. Model of spiritual nursing care in enhancing quality of life of patients with heart failure. *J Pak Med Assoc*. 2023;**73**(2):S100-S4. PMID: 37096714 DOI: 10.47391/JPMA.Ind-S2-24
8. Zhang G, Zhang Q, Li F. The impact of spiritual care on the psychological health and quality of life of adults with heart failure: a systematic review of randomized trials. *Front Med (Lausanne)*. 2024;**11**:1334920. PMID: 38695025 DOI: 10.3389/fmed.2024.1334920
9. Bradford KL. The nature of religious and spiritual needs in palliative care patients, carers, and families and how they can be addressed from a specialist spiritual care perspective. Religions (Basel). 2023;**14**(1):125. Link
10. Clark CC, Hunter J. Spirituality, spiritual well-being, and spiritual coping in advanced heart failure: review of the literature. *J Holist Nurs*. 2019;**37**(1):56-73. PMID: 29519191 DOI: 10.1177/0898010118761401
11. Mousavizadeh SN, Jandaghian-Bidgoli M. The effects of nurse-led spiritual care on psychological well-being in the healthcare services of patients with cardiovascular diseases in Iran: a systematic review. *BMC Cardiovasc Disord*. 2024;**24**(1):403. PMID: 39090532 DOI: 10.1186/s12872-024-04076-7
12. Borges CC, Dos Santos PR, Alves PM, Borges RCM, Lucchetti G, Barbosa MA, et al. Association between spirituality/religiousness and quality of life among healthy adults: a systematic review. *Health Qual Life Outcomes*. 2021;**19**(1):246. PMID: 34674713 DOI: 10.1186/s12955-021-01878-7
13. Cilona L, Veronese N, Lalicata D, Tantillo F, Naro L, Domínguez LJ, et al. Spirituality and heart failure: a systematic review. *Aging Clin Exp Res*. 2023;**35**(11):2355-61. PMID: 37737928 DOI: 10.1007/s40520-023-02557-x
14. Hudiyawati D, Chouhan DS, Mujannidah A. The spiritual well-being to the quality of life of heart failure patients. *Jurnal Berita Ilmu Keperawatan*. 2024;**17**(1):26-35. Link
15. 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. *J Educ Health Promot*. 2023;**12**(1):438. PMID: 38464641 DOI: 10.4103/jehp.jehp_1467_22
16. Eroglu H, Metin ZG. Correlation between symptom status, health perception, and spiritual well-being in heart failure patients: a structural equation modeling approach. *J Nurs Scholarsh*. 2024;**56**(4):490-506. PMID: 38328990 DOI: 10.1111/jnu.12961

17. Inaloo RB, Bijani M, Nikrouz L, Dehghan A, Alkamel A, Taghinezhad A, et al. Spirituality-based palliative care education on quality of life, death anxiety, and resilience of heart failure patients: randomized controlled clinical trial. *Int J Afr Nurs Sci*. 2025;**22**:100818. Link
18. Laranjeira CA, Querido AIF, Charepe ZB, Dixe MdACR. Life expectancy-based interventions in chronic disease: an integrative review in the light of Nightingale. *Rev Bras Enferm*. 2020;**73**(Suppl 5):e20200283. PMID: 33338171 DOI: 10.1590/0034-7167-2020-0283
19. Jentzer JC, Reddy YN, Rosenbaum AN, Dunlay SM, Borlaug BA, Hollenberg SM. Outcomes and predictors of mortality among cardiac intensive care unit patients with heart failure. *J Card Fail*. 2022;**28**(7):1088-99. PMID: 35381356 DOI: 10.1016/j.cardfail.2022.02.015
20. Shahabian M, Majidi A, Ashjaei E, Allahyari F, Hosseini Nejad SJ. Relationship between spiritual health and quality of life in patients with multiple sclerosis. *J Relig Health*. 2020;**8**(1):11-8. Link
21. Daaleman TP, Frey BB. The spirituality index of well-being: a new instrument for health-related quality-of-life research. *Ann Fam Med*. 2004;**2**(5):499-503. PMID: 15506588 DOI: 10.1370/afm.89
22. Malekiha M, Olyanasab SZ. Prediction of spiritual happiness based on spiritual health, life project reflexivity and career development in students. *Islamic Lifestyle with a Focus on Health*. 2023;**7**(1):1-10. Link
23. Rector T. Patient's self-assessment of their congestive heart failure: content, reliability, validity of a new measure, the Minnesota Living with Heart Failure questionnaire. *Heart Fail*. 1987;**3**:198-209. Link
24. Bennett SJ, Oldridge NB, Eckert GJ, Embree JL, Browning S, Hou N, et al. Discriminant properties of commonly used quality of life measures in heart failure. *Qual Life Res*. 2002;**11**(4):349-59. PMID: 12086120 DOI: 10.1023/a:1015547713061
25. Eskandari S, Heravi-Karimooi M, Foroughan M, Ebadi A, Kharameh ZT. Quality of life in heart failure patients using the Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHF). *Payesh (Health Monitor)*. 2016;**15**(5):559-66. Link
26. Schneider MC, Castillo-Salgado C, Bacallao J, Loyola E, Mujica OJ, Vidaurre M, et al. Summary of indicators most used for the measurement of health inequalities. *Epidemiol Bull*. 2005;**26**(3):7-10. PMID: 16578907
27. Lopez SJ, Pedrotti JT, Snyder CR. Positive psychology: the scientific and practical explorations of human strengths. Thousand Oaks (CA): Sage Publications; 2018. Link
28. Babolan AZ, Ghasempour A, Hassanzade S. The role of forgiveness and psychological hardiness in prediction of life expectancy. *Knowledge & Research in Applied Psychology*. 2011;**12**(3):45. Link
29. Alnamrouti EA, Malak MZ, Shehadeh A. Psychological well-being, spiritual well-being, and health-related quality of life among patients with coronary artery disease in Jordan. *J Health Psychol*. 2026;**31**(2):625-42. PMID: 40443101 DOI: 10.1177/13591053251339293
30. Syaripudin A. Spiritual well-being, self-care, and quality of life in Indonesian patients with coronary heart disease: a correlational study in a regional hospital of Cirebon, Indonesia. *J Health Nutr Res*. 2025;**4**(2):608-15. Link
31. Radwańska E, Szwamel K, Lepsy E, Żurek A, Gurowiec PJ, Krok D, et al. Relationship between the level of spirituality and quality of life or psychological well-being in elderly patients hospitalised for heart failure. *Med Stud Stud Med*. 2024;**40**(2):124-42 .Link
32. Pérez-Jiménez JM, Bonilla Sierra P, de Diego-Cordero R. The influence of spirituality in the care of patients with advanced chronic illnesses and at the end of life: an integrative review. *J Relig Health*. 2026:1-29. PMID: 41526798 DOI: 10.1007/s10943-025-02543-9
33. von Flach MdRT, Ritt LEF, Santana Junior FGd, Correia MvF, Claro TC, Ladeia AM, et al. Spirituality, functional gain, and quality of life in cardiovascular rehabilitation. *Arq Bras Cardiol*. 2023;**120**:e20220452. PMID: 36946856 DOI: 10.36660/abc.20220452
34. Tirgari B, Khaksari M, Soltani Z, Mirzaee M, Saberi S, Bashiri H. Spiritual well-being in patients with chronic diseases: a systematic review and meta-analysis. *J Relig Health*. 2022;**61**(5):3969-87. PMID: 35794504 DOI: 10.1007/s10943-022-01595-5
35. Settergren C, Benson L, Dahlström U, Thorvaldsen T, Savarese G, Lund LH, et al. Health-related quality of life across heart failure categories: associations with clinical characteristics and outcomes. *ESC Heart Fail*. 2025;**12**(3):1977-91. PMID: 39871494 DOI: 10.1002/ehf2.15206
36. Ventoulis I, Kamperidis V, Abraham MR, Abraham T, Boultadakis A, Tsioukras E, et al. Differences in health-related quality of life among patients with heart failure. *Medicina* (Kaunas). 2024;**60**(1):109. PMID: 38256370 DOI: 10.3390/medicina60010109
37. Tobin RS, Cosiano MF, O'Connor CM, Fiuzat M, Granger BB, Rogers JG, et al. Spirituality in patients with heart failure. *Heart Fail*. 2022;**10**(4):217-26. PMID: 35361439 DOI: 10.1016/j.jchf.2022.01.014