

Research Paper

Relationship Between Spiritual Intelligence and Illness-related Worries in Hospitalized Patients With Heart Failure in Mazandaran, Iran

Mohamadreza Enayati¹, *Marjan Mardani-Hamooleh², Marhamat Farahani Nia³, Shima Haghani⁴

Citation Enayati M, Mardani-Hamooleh M, Farahani Nia M, Haghani SH. [Relationship Between Spiritual Intelligence and Illness-related Worries in Hospitalized Patients With Heart Failure in Mazandaran, Iran (Persian)]. *Iran Journal of Nursing*. 2022; 35(138): 434-447. <https://doi.org/10.32598/ijn.35.138.764.29>

doi <https://doi.org/10.32598/ijn.35.138.764.29>



Received: 13 Feb 2022

Accepted: 23 Oct 2023

Available Online: 01 Nov 2022

ABSTRACT

Background & Aims Heart failure is one of the important cardiovascular diseases, affecting 1% of people in their 50s and 10% of people in their 80s. People with heart failure, in addition to physical pain, often experience stress, anxiety, depression, and poor quality of life (QoL). Considering the importance of illness-related worries and spiritual intelligence (SI) in these people, this study aims to determine the relationship between SI and illness-related worries in people with heart failure in Mazandaran, Iran.

Materials & Methods This is a descriptive-correlational study. Participants were 247 patients with heart failure admitted to Fatemeh Al-Zahra Hospital affiliated to Mazandaran University of Medical Sciences. To measure the variables, a demographic form, the spiritual intelligence scale of King & Decicco (2009), and the illness-related worries questionnaire. Descriptive statistics (No.[%], Mean±SD) and inferential statistics (Pearson correlation test, independent t-test) were used to analyze the data in SPSS software, version 16. Significance level was set at 0.05.

Results The mean total scores of SI and illness-related worries were 61.20 ±16.10 and 86.70 ±19.97, respectively. Pearson correlation test results showed a negative significant relationship between illness-related worries and SI ($r=-0.608$, $P=0.001$). Cognitive independence domain of illness-related worries was strongly correlated with all SI domains, including critical existential thinking, personal meaning production, transcendental awareness, and conscious state expansion. The SI had a significant relationship with gender ($P=0.001$), marital status ($P=0.014$), economic status ($P=0.002$), employment status ($P=0.018$), education status ($P=0.001$), insurance coverage ($P=0.001$). The illness-related worries had a significant relationship with gender ($P=0.001$), history of diabetes ($P=0.04$), marital status ($P=0.001$), educational level ($P=0.044$), and insurance coverage ($P=0.01$).

Conclusion To reduce the illness-related worries of people with heart failure, their SI should be improved using related interventions such as SI training programs.

Keywords:

Spiritual intelligence, Illness-related worries, Heart failure, Patient

1. Fatemeh Al-Zahra Medical Education Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran.
2. Department of Psychiatric Nursing, Nursing Care Research Center, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
3. Department of Community Health Nursing, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
4. Nursing Care Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

* Corresponding Author:

Marjan Mardani-Hamooleh, PhD.

Address: Department of Psychiatric Nursing, Nursing Care Research Center, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Tel: +98 (21) 43651804

E-Mail: mardanihamoole.m@iums.ac.ir

Extended Abstract

Introduction

H eart failure is one of the most important cardiovascular diseases, affecting 1% of people in their 50s and 10% of people in their 80s. Its prevalence in the world is increasing, which can lead to high mortality, medical costs, and hospitalization. People with heart failure, in addition to physical pain, often experience stress, anxiety, depression, and poor quality of life (QoL). One of the problems in these people is the fear of trying to do daily activities and having doubt and worry about the future. These people are often worried about unwanted changes in their future life due to their illness. One of the variables that can help these patients to have a better life is spiritual intelligence (SI). Patients with high SI can adapt to the disease more effectively. In these people, SI help respond better to treatment process. By using mental capacities of individuals, SI helps them to be aware of the transcendent aspects of their existence and increase meaning in life and knowledge of transcendence. The SI enables people to solve their problems in their lives and achieve transcendental goals. Considering the importance of illness-related worries in people with heart failure and given the importance of SI for them, this study aims to determine the relationship between SI and illness-related worries in people with heart failure in Mazandaran, Iran.

Materials and Methods

This is a descriptive-correlational study. The study population includes all people with heart failure admitted to [Fateme Al-Zahra Hospital](#) affiliated to [Mazandaran University of Medical Sciences](#). Of these, 247 were selected. To collect data, a demographic form (surveying age, sex, marital status, educational level, number of children, economic status, history of smoking, blood pressure, history of diabetes, history of heart attack), King & Decicco's spiritual intelligence scale, and Bagheri et al.'s illness-related worries questionnaire were used. Descriptive statistics and inferential statistics (Pearson correlation test, independent t-test) were used to analyze the collected data in SPSS v.16. The significance level was set at 0.05.

Results

The mean total score of SI was 61.20 ± 16.10 and the mean total score of illness-related worries was 86.70 ± 19.97 . Cognitive independence was strongly correlated with all domains of SI, including critical existen-

tial thinking, personal meaning production, transcendental awareness, and conscious state expansion. The SI had a significant relationship with gender ($P=0.001$), marital status ($P=0.014$), economic status ($P=0.002$), employment status ($P=0.018$), education status ($P=0.001$), insurance coverage ($P=0.001$). The illness-related worries had a significant relationship with gender ($P=0.001$), history of diabetes ($P=0.04$), marital status ($P=0.001$), educational level ($P=0.044$), and insurance coverage ($P=0.01$). There was a negative significant relationship between illness-related worries and SI ($r=-0.608$, $P=0.001$); as the SI decreases, illness-related worries of patients increase.

Discussion

To reduce the illness-related worries of people with heart failure, their SI should be improved using related interventions such as SI training programs. Health care providers can implement their patient care plans in a way that help these people better identify the concepts of SI and illness-related worries. There is a need to use a psychiatrist in inpatient wards for people with heart failure to improve SI and reduce illness-related worries in these patients.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

This study was approved by the ethics committee of [Iran University of Medical Sciences](#) (Code: IR.IUMS.REC.1399.1109). All ethical principles were considered in this study. The participants were informed about the study objectives and methods. They were also assured of the confidentiality of their information. They were free to leave the study at any time. If desired, the results would be available to them.

Funding

This study is taken from Mohammadreza Enayati's master's thesis in psychiatry at [Iran University of Medical Sciences and Health Services](#).

Authors' contributions

Conceptualization, project administration: Mohammadreza Enayati and Marjan Mardani Hamooleh; Research: Marjan Mardani Hamooleh and Marhamat Farahani Nia; data analysis: Shima Haghani; Editing & review: Marjan Mardani Hamooleh

Conflict of interest

The authors declared no conflict of interest.

Acknowledgments

The authors would like to thank all participants for their cooperation.

مقاله پژوهشی

ارتباط هوش معنوی با نگرانی‌های ناشی از بیماری افراد دارای نارسایی قلبی بستری در مرکز آموزشی درمانی فاطمه‌الزهراساری

محمد رضا عنایتی^۱، *مرجان مردانی حموله^۲، مرحمت فراهانی نیا^۳، شیما حقانی^۴

Use your device to scan and read the article online



Citation Enayati M, Mardani-Hamooleh M, Farahani Nia M, Haghani SH. [Relationship Between Spiritual Intelligence and Illness-related Worries in Hospitalized Patients With Heart Failure in Mazandaran, Iran (Persian)]. *Iran Journal of Nursing*. 2022; 35(138): 434-447. <https://doi.org/10.32598/ijn.35.138.764.29>

doi <https://doi.org/10.32598/ijn.35.138.764.29>

چکیده

تاریخ دریافت: ۲۴ بهمن ۱۴۰۱

تاریخ پذیرش: ۰۱ آبان ۱۴۰۱

تاریخ انتشار: ۱۰ آبان ۱۴۰۱

زمینه و هدف: نارسایی قلبی یکی از مهم‌ترین بیماری‌های قلبی-عروقی است که ۱ درصد از افراد در دهه ۵۰ و ۱۰ درصد از افراد در دهه ۸۰ زندگی خود، با این مشکل مواجه می‌شوند. این افراد به‌دلیل سیر مزمن بیماری، علاوه بر درد جسمی، اغلب تنش، اضطراب، افسردگی و کیفیت زندگی ضعیفی را نیز تجربه می‌کنند. با توجه به اهمیت نگرانی‌های مرتبط با بیماری در این دسته از افراد و از سوی دیگر، توجه به اهمیت هوش معنوی برای افراد دارای نارسایی قلبی، این مطالعه با هدف تعیین ارتباط هوش معنوی با نگرانی‌های ناشی از بیماری در افراد دارای نارسایی قلبی بستری در مرکز آموزشی درمانی فاطمه‌الزهراساری وابسته به دانشگاه علوم پزشکی مازندران در سال ۱۳۹۹ انجام شد.

روش بررسی: این مطالعه یک پژوهش توصیفی-همبستگی است. در این مطالعه، ۲۴۷ بیمار مبتلا به نارسایی قلبی به‌شيوه نمونه‌گیری هدفمند به‌عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. برای سنجش متغیرهای مطالعه از فرم مشخصات جمعیت‌شناختی و ابزارهای روا و پایا شده هوش معنوی کینگ و دی‌سیکو (۲۰۰۹) و نگرانی‌های ناشی از بیماری برای بیماران نارسایی قلبی طراحی شده توسط باقری و همکاران (۲۰۱۴) استفاده شد. برای تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (آزمون‌های ضریب همبستگی پیرسون، تحلیل واریانس و تی مستقل) در نسخه ۱۶ نرم‌افزار SPSS استفاده شد. سطح معناداری برای آزمون‌های آماری نیز کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: میانگین نمره کلی هوش معنوی $16/10 \pm 6/20$ و میانگین نمره کلی نگرانی‌های ناشی از بیماری $19/97 \pm 8/70$ به دست آمد. آزمون ضریب همبستگی پیرسون ارتباط معنادار و معکوس بین نمرات نگرانی‌های ناشی از بیماری و هوش معنوی نشان داد ($r = -0/608$ ، $P = 0/001$). در خصوص نگرانی‌های ناشی از بیماری، بعد استقلال شناختی با تمام ابعاد هوش معنوی ارتباط معناداری داشت. در این مطالعه هوش معنوی با جنسیت ($P = 0/001$)، وضعیت تأهل ($P = 0/014$)، وضعیت اقتصادی ($P = 0/002$)، وضعیت شغلی ($P = 0/018$)، سطح تحصیلات ($P = 0/001$)، وضعیت پوشش بیمه‌ای ($P = 0/001$) و نگرانی‌های ناشی از بیماری با جنسیت ($P = 0/001$)، داشتن بیماری دیابت ($P = 0/014$)، وضعیت تأهل ($P = 0/001$)، سطح تحصیلات ($P = 0/044$) و وضعیت پوشش بیمه‌ای ($P = 0/001$) مرتبط بود.

نتیجه‌گیری: بین هوش معنوی و نگرانی مرتبط با بیماری، ارتباط معنادار و معکوس وجود دارد، به گونه‌ای که هرچه به نمره هوش معنوی افزوده شود، نگرانی مرتبط با بیماری کاهش می‌یابد. با توجه به نتایج مطالعه، برای کم کردن این نگرانی، بهتر است هوش معنوی افراد بیمار از طریق مداخلات مرتبط با آن افزایش یابد. این مداخلات می‌توانند شامل اجرای برنامه‌های آموزش معنویت برای کاهش نگرانی‌های مرتبط با بیماری و افزایش هوش معنوی برای این گروه از مبتلایان باشند.

کلیدواژه‌ها:

هوش معنوی، نگرانی مرتبط با بیماری، نارسایی قلبی، بیمار

۱. مرکز آموزشی درمانی فاطمه‌الزهراساری، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مازندران، ساری، ایران.
۲. گروه روان‌پرستاری، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، ایران.
۳. گروه پرستاری سلامت جامعه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، ایران.
۴. مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، ایران.

* نویسنده مسئول:

دکتر مرجان مردانی حموله

نشانی: تهران، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، دانشکده پرستاری و مامایی، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، گروه روان‌پرستاری.

تلفن: +۹۸ ۴۳۶۵۱۸۰۴ (۲۱) ۹۸

رایانامه: mardanihamoole.m@iums.ac.ir

مقدمه

طبق مطالعه باقری و همکاران در شهر تهران بیماران مبتلا به نارسایی قلبی، سطح متوسطی از نگرانی‌های ناشی از بیماری را گزارش دادند که بیشترین نگرانی مربوط به نگرانی از آینده بیماری و کمترین نگرانی مربوط به نگرانی از عوارض جسمی-روانی بود [۶]. منصوریه و همکاران در تبریز در مطالعه‌ای که با مشارکت افراد دارای مشکلات نارسایی قلبی انجام دادند، نگرانی مرتبط با بیماری را با میانگین ۵/۷۹ و در حد بالا گزارش کردند [۳]. در مطالعه دیگری که در شهر تهران انجام شد، گزارش شد نگرانی‌های جسمی، روانی و شناختی در مورد آینده بیماری نارسایی قلبی به مختل شدن روابط و احساس بار اضافی بودن بر سایرین منجر می‌شود [۵]. حدود ۴۸ درصد از بیماران دارای نارسایی قلبی، نگرانی‌ها و مشکلات روانی مانند احساس گناه، ناامیدی، کاهش اعتمادبه‌نفس، کاهش انرژی و افسردگی را تجربه می‌کنند که به دلیل محدودیت‌هایی که این بیماری برای افراد ایجاد می‌کند، اغلب در عملکرد جنسی، وظایف کاری، زندگی خانوادگی و اجتماعی افراد مشکلاتی به وجود می‌آید که به انزوای اجتماعی و افسردگی در آنان منجر می‌شود [۶].

از سوی دیگر، یکی از متغیرهایی که می‌تواند به بیماران برای داشتن زندگی بهتر کمک کند، هوش معنوی است. چنان‌که بیمارانی که بعد معنوی وجود آن‌ها قوی‌تر است، به‌طور مؤثرتری می‌توانند با بیماری خود سازگاری پیدا کنند [۷]. در این افراد، برخورداری از هوش معنوی باعث می‌شود هنگام رویارویی با آسیب‌ها به درمان پاسخ مناسب‌تری بدهند [۸]. هوش معنوی نوعی از هوش است که عملکرد و سازگاری فرد را در فرایند حل مسئله یاری می‌دهد، نقش مهمی در ارتقای سلامت افراد ایفا می‌کند و آنان را قادر می‌سازد تا به‌صورت مؤثری با شرایط سازگاری یابند، زیرا انسان‌ها با بهره‌مندی از هوش معنوی برای رفع مشکلات خویش راه حل پیدا می‌کنند. در نتیجه، زندگی‌شان را در بستر گسترده‌تر، غنی‌تر و پرمعناتری قرار می‌دهند [۹]. هوش معنوی با به‌کارگیری گروهی از ظرفیت‌های ذهنی افراد به آگاهی‌بخشی آنان از جنبه‌های متعالی وجود خود کمک می‌کند و باعث پیامدهایی مانند ارتقای معنا در زندگی و شناخت نسبت به تعالی خود می‌شود. از نگاهی ژرف‌تر، هوش معنوی افراد را قادر می‌سازد تا در زندگی روزمره خود مشکلات خود را حل کنند و به اهداف متعالی دست پیدا کنند. هوش معنوی دارای ابعاد گنجایش فراتر رفتن از بعد جسمی و مادی، توانایی تجربه سطوح بالایی از آگاهی، توانایی تصدیق کردن تجارب روزمره، توانایی در به‌کارگیری منابع معنوی جهت حل مشکلات و گنجایش به منظور پرهیزگاری است. افراد برخوردار از هوش معنوی در هنگام رویارویی با آسیب‌ها، پاسخ‌های مناسب‌تری نسبت به شرایط موجود دارند و موقعیت‌های تنش‌زا و تحت فشار را بهتر مدیریت می‌کنند [۱۰].

نارسایی قلبی، نشانگانی بالینی است که مشخصه آن گروهی از نشانه‌های مشتمل بر تنگی نفس، تنگی نفس هنگام خواب، تورم اندام تحتانی، خستگی و اضطراب، همراه با افزایش فشار ورید گردنی و احتقان ریوی است که اغلب به‌دلیل ناهنجاری‌های ساختاری یا عملکردی قلبی، پرفشاری خون، سکت قلبی، تحلیل رفتن عضله قلب و بیماری‌های التهابی قلب به وجود می‌آید و به عدم توانایی قلب جهت پمپاژ کافی خون برای رفع نیازهای بافت‌ها به اکسیژن و مواد مغذی، کاهش برون‌ده قلبی یا افزایش فشار داخل قلبی منجر می‌شود [۱]. نارسایی قلبی، یکی از مهم‌ترین بیماری‌های قلبی-عروقی است که ۱ درصد از افراد در دهه ۵۰ و ۱۰ درصد افراد در دهه ۸۰ زندگی خود با این مشکل دست و پنجه نرم می‌کنند. اهمیت این موضوع به‌دلیل شیوع روزافزون آن در دنیا، ابتلا و مرگ‌ومیر بالای آن، افزایش سرسام‌آور هزینه‌های درمانی مرتبط با آن و میزان بالای بستری مجدد است [۲]. تخمین زده می‌شود که ۲۶ میلیون نفر در سراسر دنیا مبتلا به نارسایی قلبی هستند که به‌عنوان مشکلی عمده در سلامت عمومی تلقی می‌شود که به کاهش ظرفیت عملکردی و کیفیت زندگی ضعیف منجر می‌شود و خطر ابتلا به آن در مردان ۳۳ درصد و در زنان ۲۸ درصد است. در آمریکا حدود ۵/۷ میلیون نفر از افراد بالای ۲۰ سال درگیر این بیماری هستند و پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۳۰ به میزان ۴۶ درصد افزایش یابد و تا ۸ میلیون نفر بیشتر شود [۱]. در ایران نیز نارسایی قلبی با ۳۹/۳ درصد از کل مرگ‌ها، اولین علت مرگ ناشی از بیماری‌های قلبی-عروقی به شمار می‌رود [۳].

یکی از مشکلاتی که افراد دارای نارسایی قلبی از آن رنج می‌برند، وجود نوعی ترس تعریف‌نشده از تلاش در جهت انجام فعالیت‌های روزانه و وجود نوعی تردید و نگرانی در ارتباط با آینده است. این افراد همواره نگران تغییرات ناخواسته‌ای در زندگی آینده خود، آن هم به‌دلیل درگیری با بیماری نارسایی قلبی هستند [۳]. نگرانی نوعی پدیده گنگ و مبهم است و به حوادث نامعلومی که ممکن است در آینده رخ دهد، اشاره می‌کند. در واقع زنجیره افکار و تصاویر منفی و غیرقابل کنترلی است که شخص را تحت تأثیر قرار می‌دهد و ویژگی و مؤلفه شناختی اصلی در اضطراب است. افراد با نگرانی غیرمعمول، حوادث گنگ و مبهم را به‌عنوان نوعی تهدید در نظر می‌گیرند و این نگرانی به افزایش عواطف منفی و مخرب و برانگیختگی و فعالیت اعصاب و غدد منجر می‌شود [۴]. نگرانی در افراد دارای نارسایی قلبی، مرز مشخصی ندارد. نگرانی ناشی از بیماری بر احساسات منفی فرد نسبت به وضعیت جسمی، شناختی، رفتاری و توانمندی فرد در پیش‌بینی و انتظار حوادث ناخوشایند محتمل در آینده تمرکز دارد و دارای ۲ بعد استقلال شناختی و عملکردی و نگرانی مرتبط با علائم جسمی و روانی است [۵].

روان‌شناختی افراد با بیماری‌های قلبی-عروقی و سوابق بالینی محقق به‌عنوان روان‌پرستار که سال‌هاست در مراقبت از افراد دارای بیماری‌های قلبی-عروقی مشغول به کار است و طی این سال‌ها شاهد نگرانی‌های مرتبط با بیماری در این گروه آسیب‌پذیر بوده است، این مطالعه با هدف تعیین ارتباط هوش معنوی با نگرانی‌های ناشی از بیماری افراد دارای نارسایی قلبی انجام شد.

روش بررسی

این پژوهش یک مطالعه توصیفی-همبستگی و مقطعی بود که در سال ۱۳۹۹ انجام شد. در این مطالعه محیط پژوهش، مرکز آموزشی درمانی فاطمه‌الزهراسی ساری وابسته به دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مازندران بود. جامعه پژوهش شامل تمامی افراد دارای نارسایی قلبی مراجعه‌کننده به محیط پژوهش بودند و نمونه شامل ۲۴۷ نفر از این افراد بود که مشخصات واحدهای مورد پژوهش را داشتند. معیارهای ورود به مطالعه شامل داشتن سن ۱۸ سال و بالاتر، گذشتن حداقل ۱ سال از زمان ابتلا به نارسایی قلبی، تشخیص بیماری نارسایی قلبی مراحل ۲ تا ۴ توسط پزشک، نداشتن مشکلات شناختی یا روان‌شناختی شدید (طبق پرونده پزشکی) و نداشتن تجربه بحران‌های روان‌شناختی مانند مرگ عزیزان در ۳ ماه اخیر بود.

نمونه‌گیری به شیوه هدفمند انجام شد. حجم نمونه لازم به منظور برآورد هوش معنوی افراد دارای نارسایی قلبی در سطح اطمینان ۹۵ درصد و با دقت برآورد ۲ و انحراف معیار ۰/۲، ۱۶/۰۲، ۲۴۷ نفر برآورد شد. پژوهشگر شخصاً به محیط پژوهش مراجعه کرده و بعد از توضیح اهداف مطالعه و جلب مشارکت نمونه‌ها، رضایت‌نامه کتبی از آنان دریافت و اقدام به توزیع ابزارها کرد. ابزارها به شیوه خودگزارش‌دهی تکمیل می‌شد و برای افراد کم‌سواد یا آنان که ابهامی داشتند، عین گویه‌های پرسش‌نامه‌ها توسط پژوهشگر خوانده می‌شد و پاسخ‌های نمونه‌ها در پرسش‌نامه‌ها علامت زده می‌شد. زمان تقریبی برای تکمیل پرسش‌نامه توسط هر فرد ۲۰ دقیقه بود و مدت زمان فرایند گردآوری داده‌ها ۴ ماه بود. جهت گردآوری داده‌ها در ابتدا فرم مشخصات جمعیت‌شناختی برای سنجش متغیرهای سن، جنس، وضعیت تأهل، برخورداری از پوشش بیمه‌ای، وضعیت شغلی، سطح تحصیلات، سابقه دیابت، وضعیت اقتصادی، سابقه استعمال دخانیات، سابقه نارسایی قلبی در یکی از افراد خانواده و مدت ابتلا به بیماری، تهیه شد و در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت. در پژوهش حاضر از ۲ ابزار هوش معنوی و نگرانی‌های ناشی از بیماری نارسایی قلبی جهت گردآوری اطلاعات مربوط به ۲ متغیر اصلی تحت مطالعه استفاده شد.

ابزار هوش معنوی به کاررفته در این مطالعه ر کینگ و دی‌سیکو در سال ۲۰۰۹ طراحی کردند [۱۷] و دارای ۲۴ گویه در ۴ بعد تفکر انتقادی وجودی (گویه‌های ۱، ۳، ۵، ۹، ۱۳، ۱۷ و ۲۱)، تولید معنی شخصی (۷، ۱۱، ۱۵، ۱۹ و ۲۳)، آگاهی متعالی (۲۰،

به‌طور خاص، برای افرادی که با بیماری‌های مزمن زندگی می‌کنند، داشتن هوش معنوی با کاهش خطر بیماری و طول عمر بیشتر همراه است، به‌طوری‌که افراد با هوش معنوی بالاتر، سبک زندگی سالم‌تری را تجربه می‌کنند و قدرت آنان در تصمیم‌گیری‌های مرتبط با بیماری بهبود می‌یابد [۸]. هوش معنوی با به‌کارگیری راهبردهای معنوی به افراد با نارسایی قلبی کمک می‌کند که واقعیت این بیماری را بپذیرند و شرایط مربوط به بیماری خود را با صبر، تحمل و آرامش و اعتمادبه‌نفس به سمت آینده‌ای روشن مدیریت کنند [۱۱].

برای بیماران مبتلا به بیماری‌های عروق کرونر، هوش معنوی می‌تواند نقش مهمی در بهبود کیفیت زندگی آنان ایفا کند، به‌طوری‌که در ایران برای افراد با معنویت بالاتر، پیشرفت کمتر بیماری قلبی-عروقی در یک پیگیری ۴ ساله مشاهده شده است [۱۲]. سالاری و همکاران معتقدند هوش معنوی یکی از مؤلفه‌های مهم در زندگی افراد با بیماری‌های قلبی-عروقی است و توجه به آن در این افراد بسیار ضروری است. در مطالعه آنان مشخص شد بیشتر از ۹۰ درصد از افراد با بیماری ایسکمیک قلبی، سطح بالایی از هوش معنوی را گزارش کرده‌اند [۱۳]. در مطالعه دیگری که در ایران انجام شد، مشخص شد هوش معنوی از نظر آماری پیش‌بینی‌کننده معناداری برای احتمال انسداد عروق کرونری است؛ یعنی با ۱ واحد افزایش در نمره هوش معنوی، احتمال انسداد عروق کرونری برابر با ۰/۹۸۳ کاهش می‌یابد [۱۴]. با این حال، کاهش هوش معنوی دارای اهمیت بسیاری است، زیرا افراد با هوش معنوی کمتر از برخی ویژگی‌های روان‌شناختی مانند امیدواری و خوش‌بینی بهره کمتری می‌برند. آن‌ها سرمایه روان‌شناختی اندکی دارند و رضایت از زندگی کمتری نیز خواهند داشت. در نتیجه، این گونه از افراد از دست‌یابی به معنای زندگی بهتر عاجز و ناتوان می‌شوند [۱۵]. در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن هرگاه هوش معنوی افراد تنزل یابد به همان نسبت نیز از تاب‌آوری آنان کم می‌شود [۸].

در همین رابطه، برای بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر نیز هرچه باورهای معنوی آنان تضعیف شود به همان نسبت، علائم روان‌شناختی مشتمل بر اضطراب، افسردگی و جسمانی‌سازی برای آنان بیشتر مشاهده می‌شود و مهم‌تر آنکه بخشش به‌عنوان یک ویژگی روان‌شناختی برای آنان به مخاطره می‌افتد [۱۶]. تا زمانی که پژوهشگر جست‌وجو کرده است، مطالعه‌ای به بررسی ارتباط هوش معنوی با نگرانی‌های ناشی از بیماری نارسایی قلبی نپرداخته است. در صورت دست‌یابی به اطلاعات پایه درخصوص این ۲ متغیر، می‌توان برنامه‌ریزی‌هایی جهت بهبود سلامت روانی این افراد درباره ارتقای هوش معنوی و نگرانی‌های ناشی از بیماری در حیطه‌هایی مانند استقلال شناختی، استقلال عملکردی، نگرانی از آینده بیماری و نگرانی جسمی-روانی انجام داد.

براین اساس، باتوجه‌به نقش روان‌پرستاران در زمینه مشکلات

اخلاقی به آنان خاطر نشان شد که شرکت در مطالعه، اختیاری بوده و آن‌ها از این نظر آزاد هستند. همچنین به نمونه‌ها در زمینه حفظ اطلاعات اطمینان داده شد.

تحلیل داده‌ها نیز با استفاده از نسخه ۱۶ نرم‌افزار SPSS صورت گرفت. به این منظور از آمار توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (آزمون‌های آماری تی مستقل^۲، تحلیل واریانس^۳ و ضریب همبستگی پیرسون^۴) استفاده شد. در تحلیل داده‌ها، P کمتر از ۰/۰۵ از نظر آماری معنادار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

میانگین سنی واحدهای پژوهش ۵۶/۳۷±۱۰/۲۳ سال بود. گروه سنی ۵۱ تا ۶۰ سال بیشترین گروه سنی مشارکت‌کننده در این بررسی بود که ۱۰۲ نفر (۴۱/۳ درصد) را به خود اختصاص داد. بیشتر افراد مورد مطالعه، مردان (۶۴/۴ درصد)، افراد متأهل (۹۵/۱ درصد)، تحت پوشش بیمه (۸۵/۸ درصد) و دارای شغل آزاد (۶۶ درصد) بودند. ۵۹/۵ درصد از افراد سطح تحصیلی پایین‌تر از دیپلم داشتند. مشخصات فردی واحدهای پژوهش به تفصیل در جدول شماره ۱ نشان داده شده است.

میانگین نمره کلی هوش معنوی در این مطالعه برابر با ۶۱/۲۰±۱۶/۱۰ بود. میانگین نمره هوش معنوی افراد مورد پژوهش در بعد تولید معنی شخصی، دارای بیشترین میانگین (۲/۶۱۴±۰/۷۶۳) و در بعد انتقادی وجودی، دارای کمترین میانگین (۲/۵۱۷±۰/۶۹۹) بود (جدول شماره ۲). میانگین نمره کلی نگرانی‌های ناشی از بیماری نارسایی قلبی در این مطالعه برابر با ۸۶/۷۰±۱۹/۹۷ بود. نگرانی‌های ناشی از بیماری نارسایی قلبی در بعد نگرانی ناشی از استقلال عملکردی دارای بیشترین میانگین (۴/۳۱۹±۱/۰۶۱) و در بعد نگرانی ناشی از استقلال شناختی (۲/۵۱±۰/۶۹۹) دارای کمترین میانگین بود (جدول شماره ۳).

براساس جدول شماره ۴، آزمون ضریب همبستگی پیرسون نشان داد بین نمره کلی متغیر هوش معنوی و متغیر نگرانی‌های ناشی از بیماری، ارتباط دوسویه و منفی وجود دارد (۴=-۰/۰۶؛ P=۰/۰۰۱)؛ به این معنی که هرچه نگرانی‌ها در مورد بیماری کاهش یابد، هوش معنوی افزایش می‌یابد و برعکس. همچنین بین تمام ابعاد نگرانی‌های ناشی از بیماری با تمام ابعاد هوش معنوی ارتباط آماری قوی وجود داشت (P<۰/۰۰۱). هوش معنوی کلی بیشترین ارتباط را با بعد استقلال شناختی از نگرانی‌های ناشی از بیماری داشت (۳=۰/۳۵۳؛ P=۰/۰۰۱) و نگرانی‌های ناشی از بیماری کلی نیز بیشترین ارتباط را با بعد توسعه حالت آگاهی از هوش معنوی داشت (۲=۰/۲۶۲؛ P=۰/۰۰۱).

۲۲، ۲، ۶، ۱۰، ۱۴ و ۱۸) و توسعه حالت آگاهی (۴، ۸، ۱۲، ۱۶ و ۲۴) است که نمره‌دهی آن براساس طیف لیکرت ۵ درجه‌ای با گزینه‌های کاملاً موافقم (۴)، موافقم (۳)، نه موافق نه مخالف (۲)، مخالفم (۱) و کاملاً مخالفم (۰) است. گویه ۶، نمره‌دهی معکوس دارد و دامنه نمرات بین صفر تا ۹۶ است. دریافت نمرات بالاتر نشان‌دهنده هوش معنوی بالاتر در افراد است.

ابزار نگرانی‌های ناشی از بیماری برای افراد دارای نارسایی قلبی را باقری و همکاران در ایران طراحی و روان‌سنجی کرده‌اند [۶]. این ابزار شامل ۲۳ گویه در ۴ بعد استقلال شناختی (۹ گویه، گویه‌های ۱ تا ۹)، نگرانی جسمی-روانی (۸ گویه، گویه‌های ۱۰ تا ۱۷)، استقلال عملکردی (۴ گویه، گویه‌های ۱۸ تا ۲۱) و نگرانی از آینده بیماری (۲ گویه، گویه‌های ۲۲ و ۲۳) است. نمره‌گذاری ابزار به صورت طیف لیکرت ۶ درجه‌ای است که برای گزینه‌های «کاملاً موافقم»، «موافقم»، «نسبتاً موافقم»، «نسبتاً مخالفم»، «مخالفم» و «کاملاً مخالفم» به ترتیب نمرات ۱، ۲، ۳، ۴، ۵ و ۶ در نظر گرفته می‌شود. دامنه نمرات از ۲۳ تا ۱۳۸ و دریافت نمره بالاتر نشان‌دهنده نگرانی‌های مرتبط با بیماری کمتر است. طراحان ابزار هوش معنوی، پایایی این ابزار را با استفاده از آلفای کرونباخ^۱ ۰/۹۲ به دست آوردند و روایی آن را نیز مطلوب گزارش دادند [۱۷].

در ایران نیز این ابزار را رقیب و همکاران روان‌سنجی کردند، دارای روایی مطلوب گزارش شده و پایایی آن با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۸ به دست آمده است [۱۸]. طراحان ابزار نگرانی‌های ناشی از بیماری نیز پایایی ابزار خود را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۰ و با استفاده از روش دونیم‌سازی ۰/۸۹ به دست آوردند و آن را دارای روایی مطلوب برای سنجش این نگرانی‌ها به‌طور خاص برای بیماران با نارسایی قلبی گزارش داده‌اند [۶]. در پژوهش حاضر نیز روایی محتوایی ابزارها با نظرسنجی از ۵ نفر از اعضای هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی علوم پزشکی ایران احراز شد. همچنین به منظور ارزیابی پایایی ابزارها از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد. بدین منظور ابزار در اختیار ۱۵ نفر از بیمارانی که همسان با نمونه‌های پژوهش اما خارج از نمونه‌های پژوهش بودند، قرار گرفت. سپس همسانی درونی ابزار سنجیده شد. پایایی برای کل ابزار در خصوص ابزار هوش معنوی ۰/۸۸ و برای ابزار نگرانی‌های ناشی از بیماری ۰/۸۴ حاصل شد.

به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، در ابتدا از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ایران مجوز گرفته شد و سپس ضمن گرفتن معرفی‌نامه از این دانشگاه با مدیریت دانشگاه علوم پزشکی مازندران هماهنگی‌های لازم به عمل آمد. در ادامه، به واحدهای پژوهش در رابطه با فرایند تحقیق اطلاعات لازم داده شد و از نظر

2. Independent t- test
3. Analysis of variance (ANOVA)
4. Pearson correlation coefficient

1. Cronbach's alpha

جدول ۱. توزیع فراوانی مشخصات فردی واحدهای پژوهش

متغیر	تعداد (درصد)	
سن (سال)	۳۰ تا ۴۰	۱۶(۶/۵)
	۴۱ تا ۵۰	۴۲(۱۷)
	۵۱ تا ۶۰	۱۰۲(۴۱/۲)
	۶۱ تا ۷۰	۷۵(۳۰/۴)
	بیشتر از ۷۱	۱۲(۴/۹)
جمع	۲۴۷(۱۰۰)	
جنس	زن	۸۸(۳۵/۶)
	مرد	۱۵۹(۶۴/۴)
	جمع	۲۴۷(۱۰۰)
وضعیت تأهل	مجرد	۱۲(۴/۹)
	متأهل	۲۳۵(۹۵/۱)
	جمع	۲۴۷(۱۰۰)
برخورداری از پوشش بیمه‌ای	بله	۲۱۲(۸۵/۸)
	خیر	۳۵(۱۴/۲)
	جمع	۲۴۷(۱۰۰)
وضعیت شغلی	کارمند	۶۶(۲۶/۷)
	شغل آزاد	۱۶۲(۶۶)
	بیکار	۱۸(۷/۳)
	جمع	۲۴۷(۱۰۰)
سطح تحصیلات	زیر دیپلم	۱۴۷(۵۹/۵)
	دیپلم	۵۶(۲۲/۷)
	دانشگاهی	۴۴(۱۷/۸)
	جمع	۲۴۷(۱۰۰)
سابقه دیابت	بله	۱۳۲(۵۳/۴)
	خیر	۱۱۵(۴۶/۶)
	جمع	۲۴۷(۱۰۰)
وضعیت اقتصادی	ضعیف	۸۶(۳۴/۸)
	متوسط	۱۴۳(۵۷/۹)
	خوب	۱۸(۷/۳)
	جمع	۲۴۷(۱۰۰)

متغیر	تعداد (درصد)
سابقه استعمال دخانیات	بله ۹۱(۳۶/۸)
	خیر ۱۵۶(۶۳/۲)
	جمع ۲۴۷(۱۰۰)
سابقه نارسایی قلبی در یکی از افراد خانواده	بله ۱۵۶(۶۳/۲)
	خیر ۹۱(۳۶/۸)
	جمع ۲۴۷(۱۰۰)
مدت ابتلا به بیماری (سال)	کمتر از ۵ ۱۴۳(۵۷/۹)
	بیشتر از ۵ ۱۰۴(۴۲/۱)
	جمع ۲۴۷(۱۰۰)

نشریه پرستاری ایران

جدول ۲. شاخص‌های عددی هوش معنوی و ابعاد آن در واحدهای مورد پژوهش

هوش معنوی و ابعاد آن (دامنه نمرات)	حداقل	حداکثر	میانگین \pm انحراف معیار	
			حداقل	حداکثر
انتقادی وجودی (۲۸-۰)	۱۱	۲۶	۱۷/۶۲ \pm ۴/۸۹	۱/۵۷
تولید معنی شخصی (۲۰-۰)	۷	۲۰	۱۳/۰۷ \pm ۳/۸۱	۱/۴
آگاهی متعالی (۲۸-۰)	۱۰	۲۷	۱۷/۹۰ \pm ۴/۵۵	۱/۴۲
توسعه حالت آگاهی (۲۰-۰)	۷	۱۹	۱۲/۶۰ \pm ۳/۵۵	۱/۴
نمره کلی هوش معنوی (۹۶-۰)	۲۸	۹۰	۶۱/۲۰ \pm ۱۶/۱۰	۱/۵۸

نشریه پرستاری ایران

جدول ۳. شاخص‌های عددی نمرات نگرانی‌های ناشی از بیماری نارسایی قلبی و ابعاد آن در واحدهای مورد پژوهش

نگرانی‌های ناشی از بیماری و ابعاد آن (دامنه نمرات)	حداقل	حداکثر	میانگین \pm انحراف معیار	
			حداقل	حداکثر
استقلال شناختی (۵۴-۹)	۲۰	۵۴	۳۷/۵۷ \pm ۱۰/۱۱	۲/۲۲
نگرانی جسمی روانی (۴۸-۸)	۱۴	۴۷	۲۵/۱۱ \pm ۸/۳۲	۱/۷۵
استقلال عملکردی (۳۲-۴)	۸	۳۴	۱۷/۲۷ \pm ۴/۲۴	۲
نگرانی از آینده بیماری (۱۲-۲)	۴	۱۱	۵/۷۳ \pm ۱/۶۳	۲
نمره کلی نگرانی‌های از بیماری (۱۳۸-۲۳)	۵۲	۱۲۹	۸۶/۷۰ \pm ۱۹/۹۷	۲/۲۶

نشریه پرستاری ایران

جدول ۴. ارتباط هوش معنوی و نگرانی‌های ناشی از بیماری نارسایی قلب در واحدهای پژوهش

هوش معنوی		نگرانی‌های ناشی از بیماری	
انتقادی وجودی	تولید معنی شخصی	آگاهی متعالی	توسعه حالت آگاهی
ضریب همبستگی پیرسون	سطح معناداری	استقلال شناختی	
-۰/۶۶۴	۰/۰۰۱	-۰/۶۹۵	-۰/۷۰۲
ضریب همبستگی پیرسون	سطح معناداری	نگرانی جسمی-روانی	
-۰/۲۶۰	۰/۰۰۱	-۰/۲۶۲	-۰/۳۳۵
ضریب همبستگی پیرسون	سطح معناداری	استقلال عملکردی	
-۰/۳۹۴	۰/۰۰۱	-۰/۴۹۶	-۰/۴۸۸
ضریب همبستگی پیرسون	سطح معناداری	نگرانی از آینده بیماری	
-۰/۲۷۵	۰/۰۰۱	-۰/۲۹۳	-۰/۳۴۲
ضریب همبستگی پیرسون	سطح معناداری	نگرانی‌های ناشی از بیماری کلی	
-۰/۲۸۸	۰/۰۰۱	-۰/۳۳۴	-۰/۳۴۲

نشریه پرستاری ایران

هوش معنوی را نشان می‌دهد [۱۳]، اما به‌طور مشابه، نوروزی و سپهریان آذر [۱۹] هوش معنوی را در بیماران قلبی بسیار ضعیف ارزیابی کرده‌اند. نتایج مطالعه حاضر مبین این مطلب است که بهتر است هوش معنوی افراد دارای نارسایی قلبی ارتقا یابد.

در این مطالعه، نمره کلی نگرانی‌های ناشی از بیماری نارسایی قلبی توسط بیماران در حد متوسط گزارش شد. در بررسی پولیکاندریوتی و همکاران که در یونان انجام شد نیز نتایج نشان داد افراد مبتلا به نارسایی قلبی، ۴ تا ۵ برابر بیشتر از افراد معمولی از نگرانی رنج می‌برند [۲۰]. یافته به‌دست‌آمده از مطالعه حاضر با نتایج پژوهش باقری و همکاران در شهر تهران که با هدف بررسی نگرانی‌های مرتبط با بیماری در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی انجام شد، هم‌خوانی دارد [۵]. در مطالعه پیش‌گفته، سطح نگرانی بیماری در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی، متوسط بوده است که با تحقیق حاضر مطابقت دارد، اما منصوریه و همکاران بیان کردند که نگرانی مرتبط با بیماری برای بیماران با مشکلات قلبی در حد ضعیف بوده است [۳] که با نتایج مطالعه کنونی مطابقت ندارد.

در یک بررسی که در نیوزلند انجام شد [۲۱]، افراد دارای نارسایی قلبی در ۲۸ درصد از موارد افسردگی و در ۳۰ درصد از موارد اضطراب را تجربه کرده بودند. نگرانی‌های ناشی از بیماری در افراد دارای نارسایی قلبی که در این مطالعه در حد متوسط گزارش شد، قابل توجه است و لازم است برای کاهش این نگرانی‌ها مداخلات روان‌شناختی صورت گیرد. در همین رابطه، نتایج مطالعه‌ای در آلمان نشان داد در بیماران با نارسایی قلبی، نگرانی می‌تواند درمان و سبک زندگی را تحت تأثیر خود قرار دهد.

یافته‌ها در جدول شماره ۵ نشان داد بین هوش معنوی با وضعیت پوشش بیمه‌ای ($P=0/001$)، سطح تحصیلات ($P=0/001$)، وضعیت اقتصادی ($P=0/001$) و وضعیت شغلی ($P=0/001$) ارتباط آماری معنادار وجود دارد؛ به‌گونه‌ای که هوش معنوی افرادی که دارای پوشش بیمه‌ای بودند، به‌صورت معناداری از سایر افراد بیشتر بود. نتایج آزمون دوپه‌دوی شفه نشان داد افراد با سطح تحصیلات دانشگاهی در مقایسه با سطوح تحصیلی دیپلم و زیردیپلم ($P=0/001$)، افراد با وضعیت اقتصادی متوسط در مقایسه با افراد دارای وضعیت اقتصادی خوب و ضعیف ($P=0/001$) و افراد دارای شغل آزاد در مقایسه با کارمندان و بیکاران ($P=0/001$) از هوش معنوی بالاتری برخوردار بودند.

نتایج آزمون تی مستقل نشان داد نگرانی ناشی از بیماری نارسایی قلبی در زنان ($P=0/001$)، افراد مجرد ($P=0/001$) و آنان که علاوه بر نارسایی قلبی دارای بیماری دیابت بودند ($P=0/001$) به‌صورت معناداری از سایر افراد بیشتر است.

بحث

در این مطالعه، میانگین نمره هوش معنوی در حد متوسط گزارش شد. همچنین در بررسی کنونی، تمامی ابعاد هوش معنوی در میان بیماران دارای نارسایی قلبی شامل ابعاد انتقادی وجودی، تولید معنی شخصی، آگاهی متعالی و توسعه حالت آگاهی، نمره متوسط کسب کردند. نتایج این بررسی با تحقیق سالاری و همکاران که با مشارکت افراد دارای بیماری کرونر قلبی انجام شد، مغایرت دارد، به‌طوری‌که مطالعه آنان سطوح بالایی از

جدول ۵. ارتباط مشخصات فردی با هوش معنوی و نگرانی‌های ناشی از بیماری در افراد مورد پژوهش

متغیر	هوش معنوی		نگرانی‌های ناشی از بیماری	
	میانگین±انحراف معیار	نتیجه آزمون	میانگین±انحراف معیار	نتیجه آزمون
سن (سال)	۴۰ تا ۴۰		۸۲/۸۱±۱۷/۶۶	
	۵۰ تا ۴۱		۸۴/۹۹±۲۰/۳۲	
	۶۰ تا ۵۱	F=۰/۲۹ P=۰/۱۵۲ df=۴	۸۶/۸۱±۱۷/۱۶	F=۰/۴۸۵ P=۰/۲۳۶ df=۴
	۷۰ تا ۶۱		۸۳/۱۲±۱۷/۸۶	
جنس	بیشتر از ۷۱		۸۴/۷۲±۲۰/۱۴	
	زن	t=۰/۴۶۹ P=۰/۷۴۲ df=۱	۸۹/۸۶±۲۰/۳۵	t=۱/۶۵ P=۰/۰۰۱ df=۱
وضعیت تاهل	مرد		۸۰/۹۶±۱۸	
	متاهل	t=۲/۶۴۱ P=۰/۶۴۲ df=۱	۸۶/۹۹±۲۰/۰۵	t=۲/۴۱ P=۰/۰۰۱ df=۱
برخورداری از پوشش بیمه‌ای	مجرد		۸۱±۱۸/۲۳	
	بلی	t=-۳/۳۹۱ P=۰/۰۰۱ df=۱	۸۸/۸۶±۱۸/۳۲	t=۲/۴۹ P=۰/۶۵۸ df=۱
وضعیت شغلی	خیر		۸۲/۶۴±۱۹/۰۵	
	کارمند	F=۴/۰۶ P=۰/۰۰۱ df=۲	۸۲/۶۸±۱۷/۸۶	F=۲/۲۹ P=۰/۱۸۶ df=۲
	شغل آزاد		۸۷/۷۸±۱۸/۴۲	
سطح تحصیلات	بیکار		۸۶/۱۴±۱۸/۵۸	
	زیر دیپلم	F=۷/۷۶ P=۰/۰۰۱ df=۲	۸۶/۸۱±۱۷/۳۶	F=۳/۵۴ P=۰/۲۵۶ df=۲
	دیپلم		۸۲/۱۵±۱۶/۸۸	
سابقه دیابت	دانشگاهی		۸۰/۶۸±۱۴/۶۶	
	بلی	t=۱/۴۹ P=۰/۸۹۲ df=۱	۸۰/۶۵±۲۰/۰۵	t=۲/۴۵ P=۰/۰۰۱ df=۱
وضعیت اقتصادی	خیر		۸۲/۸۱±۱۷/۹۶	
	ضعیف	F=۶/۴۷ P=۰/۰۰۲ df=۲	۸۶/۴۶±۱۸/۲۲	F=۰/۸۹۷ P=۰/۸۵۶ df=۲
	متوسط		۸۸/۸۱±۱۶/۱۴	
سابقه استعمال دخانیات	خوب		۸۱/۱۲±۱۸/۸۶	
	بلی	t=۱/۷۳ P=۰/۷۵۴ df=۱	۸۹/۸۱±۱۸/۱۸	t=۱/۱۵ P=۰/۱۴۳ df=۱
سابقه نارسایی قلبی در یکی از افراد خانواده	خیر		۸۵/۳۵±۲۰/۸۸	
	بلی	t=۱/۲۲ P=۰/۶۸۶ df=۱	۸۷/۷۹±۲۰/۴۱	t=-۱/۳۲ P=۰/۴۹۲ df=۱
مدت ابتلا به بیماری (سال)	خیر		۸۵/۴۶±۱۹/۲۲	
	کمتر از ۵	t=۱/۲۲ P=۰/۲۸۴ df=۱	۸۳/۱۵±۱۹/۸۸	t=۱/۸۵ P=۰/۴۸۲ df=۱
	بیشتر از ۵		۸۸/۴۱±۱۷/۱۶	

نشان می‌دهد برای کم کردن این اختلال، بهتر است هوش معنوی در افراد دارای نارسایی قلبی تقویت شود. این مداخلات می‌تواند شامل اجرای برنامه‌های آموزش معنویت برای کاهش نگرانی و افزایش هوش معنوی برای این گروه از مبتلایان باشد. باتوجه به نتایج حاصل از این مطالعه، کارکنان درمانی می‌توانند طرح‌های مراقبتی خود را به گونه‌ای اجرا کنند که مفاهیم هوش معنوی و نگرانی مرتبط با بیماری را برای افراد مبتلا به نارسایی قلبی، بهتر مورد شناسایی قرار دهند. به علاوه، نتایج این مطالعه لزوم به کارگیری روان‌پرستار در بخش‌های بستری افراد مبتلا به نارسایی قلبی را گوشزد می‌کند تا مفاهیمی مانند هوش معنوی و نگرانی‌های مربوط به بیماری در این گروه از مبتلایان بیشتر مورد توجه پرستاری قرار گیرد.

این مطالعه محدودیت‌هایی نیز داشت؛ از جمله اینکه شیوه نمونه‌گیری به کاررفته در این مطالعه از نوع غیراحتمالی بود که تعمیم یافته‌ها را با دشواری مواجه می‌کند.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

مجوز اخلاقی برای این مطالعه از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران با کد 1399.1109 IR.IUMSREC دریافت شده است.

حامی مالی

این مطالعه برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌پرستاری محمدرضا عنایتی در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران است.

مشارکت نویسندگان

مفهوم‌سازی: محمدرضا عنایتی و مرجان مردانی حموله؛ تحقیق و بررسی: مرجان مردانی حموله و مرحمت فراهانی‌نیا؛ تحلیل داده‌ها: شیما حقانی.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

تشکر و قدردانی

از تمام شرکت‌کنندگان در پژوهش قدردانی می‌شود.

به طوری که کاهش نگرانی‌های جسمی، روانی، شناختی و کاهش نگرانی در مورد آینده بیماری، مراقبت از خود را بهبود می‌بخشد [۲۲]. سایر نتایج نشان دادند متغیر نگرانی ناشی از بیماری و تمام ابعاد آن با هوش معنوی و تمام ابعاد آن ارتباط معنادار دارد. مطالعه مشخصی که ارتباط بین این ۲ متغیر را در میان افراد دارای نارسایی قلبی بررسی کرده باشد، یافت نشد. با این حال به نظر می‌رسد یک مکانیسم اصلی وجود دارد که نگرانی‌های ناشی از بیماری و هوش معنوی را در بیماران با نارسایی قلبی پیوند می‌دهد، به طوری که کاهش نگرانی‌های جسمی، روانی، شناختی و نگرانی در مورد آینده بیماری با هوش معنوی بالاتر مرتبط است. بنابراین، هوش معنوی می‌تواند نگرانی‌های حاصل از بیماری را در افراد بهبود بخشد. بر این اساس اگر هوش معنوی ضعیف در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی وجود داشته باشد، کارکنان درمانی و مراقبتی می‌توانند با ارائه آموزش‌های مبتنی بر معنویت با ارتقای هوش معنوی از نگرانی‌های ناشی از بیماری در این افراد بکاهند.

در این مطالعه از میان مشخصات فردی نمونه‌های پژوهش، بین هوش معنوی با برخورداری از پوشش بیمه‌ای، سطح تحصیلات، وضعیت اقتصادی و وضعیت شغلی ارتباط معنادار آماری وجود داشت. در مطالعه حاضر افراد برخوردار از پوشش بیمه‌ای، دارای سطوح تحصیلی بالاتر، با وضعیت اقتصادی متوسط و دارای شغل آزاد از هوش معنوی بالاتری برخوردار بودند. به نظر می‌رسد هوش معنوی بیشتر می‌تواند در زندگی افراد با مشخصات ذکر شده معنا و هدف ایجاد کند. این در حالی است که در مطالعه سالاری و همکاران ارتباطی بین این متغیرها با هوش معنوی نمونه‌های پژوهش که افراد دارای بیماری قلبی بودند، دیده نشد [۱۳].

دیگر یافته‌ها نشان داد نگرانی ناشی از بیماری نارسایی قلبی در زنان، مجردها و آنان که علاوه بر نارسایی قلبی بیماری دیابت نیز دارند، بیشتر است. به نظر می‌رسد زنان در مقایسه با مردان از حساسیت‌های بالاتری برخوردارند و این امر موجب شده تا نگرانی‌های ناشی از بیماری نیز در آنان بیشتر نمود یابد. به علاوه به نظر می‌رسد در گروه مجردها به دلیل اینکه از حمایت‌های عاطفی کمتری برخوردارند، این نگرانی‌ها تشدید می‌شود. در نهایت داشتن یک بیماری مزمن دیگر مانند دیابت در کنار بیماری مزمن قلبی می‌تواند بر نگرانی‌های ناشی از بیماری نارسایی قلبی بیافزاید.

نتیجه‌گیری

به طور کلی، نتایج این مطالعه نشان داد بین هوش معنوی و نگرانی ناشی از بیماری ارتباط معناداری وجود دارد، به گونه‌ای که هرچه از نمره هوش معنوی کاسته شود، نگرانی مرتبط با بیماری افزایش می‌یابد. یا برعکس، هرچه نگرانی فرد پایین‌تر باشد، نمره هوش معنوی بالاتری خواهد داشت. نمره نگرانی مرتبط با بیماری

References

- [1] Kurmani S, Squire I. Acute heart failure: Definition, classification and epidemiology. *Curr Heart Fail Rep.* 2017; 14(5):385-92. [DOI:10.1007/s11897-017-0351-y] [PMID] [PMCID]
- [2] Choi HM, Park MS, Youn JC. Update on heart failure management and future directions. *Korean J Intern Med.* 2019; 34(1):11-43. [DOI:10.3904/kjim.2018.428] [PMID] [PMCID]
- [3] Mansouriyeh N, Poursharifli H, Taban Sadeghi MR, Seirafi MR. [The relationship between socioeconomic status and self-care in patients with heart failure: The role of illness related worries mediator (Persian)]. *J Nurse Physician War.* 2018; 5(17):5-12. [Link]
- [4] Yazdanparast E, Davoudi M, Ghorbani SH, Shavakandi FS. Evaluation of the association between family social support and disease-related concerns of patients with heart failure hospitalized in public hospitals in Birjand, Iran in 2018. *J Clin Nurs Midwifery.* 2019; 8(2):402-13. [Link]
- [5] Bagheri H, Yaghmaei F, Ashktorab T, Zayeri F. Relationship between illness-related worries and social dignity in patients with heart failure. *Nurs Ethics.* 2018; 25(5):618-27. [DOI:10.1177/0969733016664970] [PMID]
- [6] Bagheri H, Yaghmaei F, Ashtorabi T, Zayeri F. [Psychometric properties of Illness Related Worries Questionnaire (IRWQ) in heart failure patients (Persian)]. *Iran J Psychiatr Nurs.* 2014; 2(4):23-33. [Link]
- [7] Giannone DA, Kaplin D. How does spiritual intelligence relate to mental health in a western sample? *J Humanist Psychol.* 2020; 60(3):400-17. [DOI:10.1177/0022167817741041]
- [8] Abdollahzadeh R, Moodi M, Allahyari A, Khanjani N. [The relationship between spiritual intelligence and resiliency of patients suffering from cancer in South Khorasan State (Persian)]. *Nurs J Vulnerable.* 2015; 2(2):15-24. [Link]
- [9] Srivastava PS. Spiritual intelligence: An overview. *Int J Multidiscip Res Dev.* 2016; 3(3):224-27. [Link]
- [10] Skrzypiąska K. Does Spiritual Intelligence (SI) exist? A theoretical investigation of a tool useful for finding the meaning of life. *J Relig Health.* 2021; 60(1):500-16. [DOI:10.1007/s10943-020-01005-8] [PMID] [PMCID]
- [11] Mangolian Shahrabaki P, Nouhi E, Kazemi M, Ahmadi F. Spirituality: A panacea for patients coping with heart failure. *Int J Community Based Nurs Midwifery.* 2017; 5(1):38-48. [PMID]
- [12] Khayyam Nekouei Z, Yousefy A, Taher Neshat Doost H, Man-shaee G, Sadeghei M. Structural model of psychological risk and protective factors affecting on quality of life in patients with coronary heart disease: A psychocardiology model. *J Res Med Sci.* 2014; 19(2):90-8. [PMID]
- [13] Noori Saeed A, Salari A, Noori Saeed A, Moaddab F, Roohi L. Spiritual intelligence and its related factors in patients with ischemic heart disease. *J Nurs Midwifery Sci.* 2014; 1(3):49-54. [DOI:10.18869/acadpub.jnms.1.3.49]
- [14] Mohammad Hosseini Nejad S, Malihe Azakerini S, Neshat H. [The correlation between coronary artery bypasses grafting, perceived stress, spiritual intelligence, Islamic lifestyle and social support (Persian)]. *J Health Promot Manag.* 2018; 7(2):36-43. [Link]
- [15] Jafari A, Hesampour F. [Predicting life satisfaction based on spiritual intelligence and psychological capital in older people (Persian)]. *Salmand Iran J Ageing.* 2017; 12(1):90-103. [DOI:10.21859/sija-120190]
- [16] Mirmahdi R, Kamran A, Moghtadaei K, Salamat M. [The role of spirituality and forgiveness in psychological symptoms of coronary heart patients (Persian)]. *Posit Psychol Res.* 2019; 5(1):17-28. [doi:10.22108/ppls.2019.113404.1547]
- [17] King DB, De Cicco TL. A viable model and self-report measure of spiritual intelligence. *Int J Transpers Stud.* 2009; 28:68-85. [DOI:10.24972/ijts.2009.28.1.68]
- [18] Raghieb M, Siadat A, Hakiminya B, Ahmadi J. [The validation of King's Spiritual Intelligence Scale (SISRI-24) among students at University of Isfahan (Persian)]. *Psychol Achiev.* 2010; 17(1):141-64. [Link]
- [19] Norouzi M, Sepehrian Azar F. Comparing spiritual intelligence and emotional expressiveness in psychosomatic patients. *J Res Health.* 2017; 7(2):745-53. [Link]
- [20] Polikandrioti M, Koutelekos I, Panoutsopoulos G, Gerogianni G, Zartaloudi A, Dousis E, et al. Hospitalized patients with heart failure: The impact of anxiety, fatigue, and therapy adherence on quality of life. *Arch Med Sci Atheroscler Dis.* 2019; 4:e268-79. [DOI:10.5114/amsad.2019.90257] [PMID] [PMCID]
- [21] O'Donovan CE, Painter L, Lowe B, Robinson H, Broadbent E. The impact of illness perceptions and disease severity on quality of life in congenital heart disease. *Cardiol Young.* 2016; 26(1):100-9. [DOI:10.1017/S1047951114002728] [PMID]
- [22] Müller-Tasch T, Löwe B, Lossnitzer N, Frankenstein L, Täger T, Haass M, et al. Anxiety and self-care behaviour in patients with chronic systolic heart failure: A multivariate model. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2018; 17(2):170-7. [DOI:10.1177/1474515117722255] [PMID]

This Page Intentionally Left Blank
