

بررسی ارتباط بین سلامت معنوی و اضطراب و افسردگی در بیماران دچار انفارکتوس میوکارد بستری در بیمارستان سید الشهداء دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

کمال خادم وطنی^۱، نادر آقاخانی^{۲*}، غلامرضا اسم حسینی^۳، افشین حضرتی^۴، وحید علی نژاد^۵، حسن نظری^۶، چیمین قادری^۷، سامره اقتدار^۸، نرگس رهبر^۹، مریم مسگرزاده^{۱۰}، مژگان حاج احمدی رفسنجانی^{۱۱}

تاریخ دریافت ۱۳۹۳/۰۶/۰۲ تاریخ پذیرش ۱۳۹۳/۰۹/۱۴

چکیده

پیش زمینه و هدف: در حال حاضر در بیشتر نقاط دنیا بیماری‌های قلبی عروقی در زمره گسترده‌ترین بیماری‌های مزمن قرار گرفته‌اند؛ و از علائم شایع در بیماران دچار سکته قلبی، اضطراب و افسردگی است. از طرفی طبق مطالعات مختلف، سلامت معنوی می‌تواند نقش مهمی در رویارویی و سازگاری بیماران با شرایط استرس‌زای ناشی از بیماری‌ها داشته باشد. به همین خاطر این مطالعه باهدف تعیین ارتباط سلامت معنوی و اضطراب و افسردگی در بیماران دچار انفارکتوس میوکارد بستری در بیمارستان سید الشهداء دانشگاه علوم پزشکی ارومیه انجام گرفت.

مواد و روش کار: این پژوهش یک تحقیق توصیفی-همبستگی بود. افراد مورد مطالعه، ۶۷ نفر از بیماران دچار انفارکتوس میوکارد بستری در بیمارستان سید الشهداء دانشگاه علوم پزشکی ارومیه بودند که به روش نمونه‌گیری آسان و در دسترس انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه استفاده شد. این پرسشنامه دارای سه بخش بود: بخش اول برای اطلاعات دموگرافیک در نظر گرفته شده بود. بخش دوم شامل مقیاس سلامت معنوی Palutian & Ellison و بخش سوم شامل مقیاس اضطراب و افسردگی بیمارستانی بود. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS 16 و به‌کارگیری روش‌های آماری مورد نیاز مورد تجزیه تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: در مطالعه حاضر ۴۶ نفر (۷۰/۸ درصد) مرد و ۱۹ نفر زن بودند. همچنین ۲۳ نفر (۳۷/۷ درصد) علاوه بر بیماری قلبی، مبتلا به بیماری مزمن دیگر بودند. از نظر وضعیت روانی، در مجموع ۱۶ (۲۲/۹ درصد) از افراد شرکت‌کننده در مطالعه فوق دارای میزان افسردگی یا اضطراب پایین (افراد سالم) و ۵۳/۷ (۳۶ درصد) از افراد شرکت‌کننده دارای میزان افسردگی یا اضطراب اختلال بینابینی و در آخر ۱۵ (۲۲/۴ درصد) از افراد شرکت‌کننده دارای میزان افسردگی یا اضطراب مشکوک به اختلال بودند.

از نظر میزان معنویت، در مجموع ۳۵ (۵۲/۲ درصد) از افراد شرکت‌کننده در مطالعه فوق دارای سطح معنوی متوسط و ۳۲ (۴۸/۸ درصد) از افراد شرکت‌کننده دارای سطح معنوی بالا بوده و هیچ‌کدام از افراد حاضر سطح معنوی پایین نداشتند. بین سطح معنویت با سطح افسردگی و اضطراب و جنسیت و سطح تحصیلات و نوع شغل ارتباط معنی‌داری وجود داشت.

بحث و نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه نشان داد که ارتباط معکوسی بین سلامت معنوی و سطح اضطراب و افسردگی وجود دارد و اجرای برنامه مراقبتی معنویت محور می‌تواند یک روش مناسب برای کاهش اضطراب بیماران باشد.

کلیدواژه‌ها: سلامت معنوی، اضطراب، افسردگی، انفارکتوس میوکارد

مجله پزشکی ارومیه، دوره بیست و پنجم، شماره دوازدهم، ص ۱۱۰۱-۱۰۹۲، اسفند ۱۳۹۳

آدرس مکاتبه: مرکز تحقیقات ایمنی بیمار، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، تلفن: ۰۹۱۴۴۴۷۶۱۴۹

Email: naderaghakhani2000@gmail.com

^۱دانشیار قلب و عروق، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

^۲استادیار، مرکز تحقیقات ایمنی بیمار، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه (نویسنده مسؤل)

^۳استادیار، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

^۴کارشناس ارشد پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

^۵دانشجوی دکتری آمار زیستی دانشگاه علوم پزشکی تربیت مدرس، تهران، ایران

^۶کارشناس ارشد مدیریت سیستم‌های اطلاعاتی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

^۷کارشناس ارشد پرستاری مراقبت‌های ویژه، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

^۸دکتری پرستاری، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

^۹کارشناس پرستاری، بیمارستان امام خمینی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

^{۱۰}کارشناس ارشد مامایی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

^{۱۱}استادیار قلب، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

مقدمه

بیماران دچار انفارکتوس میوکارد علائم افسردگی شدید در ۱۵ تا ۲۲ درصد بیماران مشاهده می‌شود (۸).

مشخص شده است که افسردگی نتیجه شایع و عارضه انفارکتوس قلبی و دیگر بیماری‌های مزمن جدی است. تحقیقات نشان می‌دهد که افسردگی فقط یک عارضه نیست، بلکه پیش‌درآمد سایر مشکلات است. افراد افسرده غذای کم‌تری مصرف می‌کنند، احتمال کشیدن سیگار در آن‌ها بیشتر است، کم‌تر ورزش می‌کنند و کم‌تر قادرند خود را با رژیم غذایی منطبق کنند. در حدود ۶۵ درصد بیماران دچار انفارکتوس میوکارد علائم افسردگی شدید مشاهده می‌شود (۹).

اضطراب نیز یکی از علائم عمده همراه با انفارکتوس میوکارد است که از نظر تئوری به‌عنوان تحریک فراگیر اعصاب خودکار شناخته می‌شود که فرد را نسبت به عوامل اضطراب‌آور ناشی از تحریکات واقعی یا فرضی حساس می‌کند. احساسات منفی چون اضطراب به دنبال انفارکتوس میوکارد شایع‌تر و نزدیک به ۶۶ درصد از بیماران دچار اضطراب و ۲۰ درصد دچار افسردگی هستند (۱۰).

وجود اضطراب به روند بیماری بستگی دارد و تحقیقات نشان می‌دهد که اضطراب ۲ تا ۳ ماه پس از بروز انفارکتوس افزایش می‌یابد. سطوح بالاتر اضطراب تا ۶ ماه پس از ترخیص به میزان ۴۰ تا ۵۰ درصد مشخص شده است. تصور بر این است که تنیدگی پس از انفارکتوس در راستای انطباق با مشکلات است و چندان ربطی با مشکلات جسمی ناشی از بیماری و شدت آن ندارد. سطوح بالای تنیدگی ایسکمی قلبی و احتمال آریتمی کشنده را افزایش می‌دهد (۱۱). درباره چگونگی رویارویی با مشکلات و تنش‌ها چندین مفهوم وجود دارد. یکی از این مفاهیم، سلامت معنوی است که به‌عنوان یکی از ابعاد سلامت، سبب یکپارچگی سایر ابعاد آن می‌شود و خود در برگیرنده دو بعد وجودی و مذهبی است. سلامت مذهبی به رضایت ناشی از ارتباط با یک قدرت برتر و سلامت وجودی به تلاش برای درک معنا و هدف در زندگی اطلاق می‌شود (۱۲). وقتی سلامت معنوی به طور جدی به خطر بیفتد، فرد ممکن است دچار اختلالات روحی مثل احساس تنهایی، افسردگی و از دست دادن معنا در زندگی شود. بنابر این، حمایت ناشی از منابع معنوی یا مذهبی و داشتن ارتباط با قدرتی بالاتر سودمند است و می‌تواند برای بهبود کیفیت زندگی، کاهش و کنترل اختلالات سلامت روان، حمایت بین فردی، کاهش شدت علائم و نتایج مثبت پزشکی سودمند باشد (۱۳).

تحقیقی نشان داد که اضطراب با بازگشت به کار و دیگر جنبه‌های کیفیت زندگی، تغییرات در شیوه زندگی، تطابق با مراقبت‌های طبی و احتمال بروز حملات بعدی ارتباط دارد و

در حال حاضر در بیشتر نقاط دنیا بیماری‌های قلبی عروقی در زمره گسترده‌ترین بیماری‌های مزمن قرار گرفته‌اند و پیش‌بینی شده است که تا سال ۲۰۲۰ میلادی بیماری‌های قلبی عروقی ۲۵ میلیون قربانی خواهند داشت (۱). بر طبق آمار جهانی، ایسکمی یا بیماری عروق کرونر سالانه ۷/۶ میلیون مرگ در سراسر دنیا به خود اختصاص می‌دهد (۲). نتایج مطالعات متعدد انجام‌شده در ایران نشان می‌دهد که بیماری‌های قلبی - عروقی در دهه اخیر، مهم‌ترین علت مرگومیر بوده است بطوریکه در حال حاضر بیماری‌های قلبی عروقی نخستین علت مرگومیر در ایران به شمار می‌رود. شیوع بیماری‌های عروق کرونر و عوارض آن‌ها در جامعه سبب مرگومیر و ناتوانی و از کار افتادگی بخش وسیعی از نیروهای مولد کشور به‌ویژه در بهترین سال‌های بازدهی شغلی و در نهایت کاهش تولید و افزایش هزینه‌های درمانی شده است (۳).

عوامل شناخته‌شده‌ای چون فشارخون بالا، کلسترول، کشیدن سیگار، دیابت و فقدان تحرک کافی کاملاً نمی‌توانند بروز بیماری را توضیح دهند. به‌علاوه در تمامی کشورهای صنعتی بروز این بیماری بر اساس وضعیت اجتماعی-اقتصادی است و بالاترین این میزان با پایین‌ترین وضعیت اجتماعی رابطه قوی دارد. از طرفی داشتن شخصیت نوع A، اضطراب و افسردگی، عوامل روانی مربوط به شغل و فقدان حمایت‌های اجتماعی از عوامل روحی هستند که در شیوع این بیماری مؤثر هستند. برخی تحقیقات ارتباطی بین علائم اضطراب یا افسردگی با حمله قلبی مخصوصاً در سنین بالای ۵۰ سالگی پیدا کرده‌اند (۴). مشکلات جسمی در بیماران دچار مشکلات روحی بیشتر رخ می‌دهد. بیماران دچار مشکلات جسمانی و افسردگی سطوح پایین‌تری از کارایی و سطوح بالاتری از مرگومیر را در مقایسه با بیماران دچار بیماری‌های مشابه ولی فاقد افسردگی نشان می‌دهد. از طرفی خلق افسرده باعث عدم توجه به مصرف دارو، رژیم غذایی، ورزش و کمک گرفتن از سرویس‌های خدماتی درمانی می‌شود (۵). برخی بیماران از احساس خستگی یا علائم خفیف اضطرابی مربوط به بیماری به علت مشکلات مربوط به قلب شکایت دارند. به‌طوری‌که اغلب منجر به کاهش فعالیت اجتماعی و جسمانی برای حفاظت از قلب و کاهش فعالیت، خود باعث خستگی، مشکلات جسمی و اضطراب بیشتر می‌شود (۶).

عقاید بیماران و درک از بیماری‌شان در مرحله بهبود بسیار مهم است. بیماران دچار اضطراب و افسردگی احتمال کم‌تری برای بازگشت به زندگی عادی دارند و این مورد چندان ربطی به شدت انفارکتوس ندارد (۷). مدارک مشخص می‌کند که افرادی که از انفارکتوس میوکارد جان سالم به دربرده‌اند در معرض اختلالات ناشی از اضطراب و تنیدگی خواهند بود و در حدود ۶۵ درصد

می‌توان مرگومیر در بیماران را پیش بینی نمود. در تحقیقی در کانادا مشخص شد که اضطراب و افسردگی می‌تواند میزان مرگومیر را تا ۶ ماه پس از سکتة قلبی بدون توجه به شدت انفارکتوس پیش بینی نماید (۲۰).

با توجه به موارد فوق الذکر این تحقیق باهدف تعیین ارتباط سلامت معنوی و اضطراب و افسردگی در بیماران دچار انفارکتوس میوکارد بستری در بیمارستان سید الشهداء دانشگاه علوم پزشکی ارومیه انجام خواهد شد تا براساس نتایج آن برنامه ریزی مناسب جهت پیشگیری و کنترل اضطراب و افسردگی انجام پذیرد و از آنجایی که اضطراب و افسردگی بر روند بیماری تأثیر می‌گذارد و بهبود را تحت تأثیر قرار می‌دهد، بیمارانی که دارای مشکل اضطراب و افسردگی هستند، هرچه زودتر شناسایی و بر اساس روش‌های علمی درمان شوند.

روش انجام کار

این پژوهش یک تحقیق توصیفی - همبستگی بود که باهدف تعیین ارتباط بین سلامت معنوی و افسردگی در بیماران دچار انفارکتوس میوکارد بستری در بیمارستان سید الشهداء دانشگاه علوم پزشکی ارومیه انجام گرفت. در این پژوهش از روش نمونه‌گیری آسان و در دسترس برای انتخاب افراد مورد مطالعه استفاده شد. بدین ترتیب که هر بیماری که دارای معیارهای ورود به مطالعه بوده و فاقد معیارهای خروج از مطالعه باشد به‌عنوان نمونه مورد پژوهش در نظر گرفته خواهند شد.

معیارهای ورود به طرح شامل موارد ابتلا به سکتة قلبی برای اولین بار سن بین ۳۰ تا ۸۰ سال، عدم ابتلا به بیماری‌های فیزیولوژیک تأثیرگذار بر اضطراب و افسردگی، برخوردار بودن از هوشیاری کامل و توانایی پاسخگویی به سؤالات، نداشتن سابقه بیماری روانی، تمایل به شرکت و همکاری در پژوهش بود. افراد مورد مطالعه با توجه به معیارهای ورود و خروج، ۶۷ نفر بود.

برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه استفاده شد. این پرسشنامه دارای سه بخش بود: بخش اول برای اطلاعات دموگرافیک در نظر گرفته شده بود. بخش دوم شامل مقیاس سلامت معنوی Palutjian & Ellison بود که ۲۰ پرسش به صورت لیکرت با پاسخ شش قسمتی از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم را دارا بود. این مقیاس به دو زیر مقیاس سلامت مذهبی و سلامت وجودی تقسیم می‌شود که هر کدام ۱۰ عبارت را شامل شده و نمره ۱۰ تا ۶۰ را به خود اختصاص می‌دهند. عبارت‌های فرد، سلامت مذهبی و عبارت‌های زوج، سلامت وجودی را نشان می‌دهند. نمره کل، حاصل جمع این دو گروه بوده که بین ۲۰ تا ۱۲۰ خواهد بود. در مجموع نمرات به دست آمده را می‌توان به

مشخص شد که بیمارانی که اضطراب و افسردگی آنان کنترل می‌شود، اختلالات عاطفی کم‌تر و اعتماد به نفس بیشتری دارند و میزان افسردگی مشخص شده می‌تواند پیش بینی کننده میزان مرگومیر باشد (۱۴). در پژوهشی مشخص گردید که احساسات منفی چون اضطراب به دنبال انفارکتوس میوکارد شایع‌ترند و در این هنگام نزدیک به ۶۶ درصد از بیماران دچار اضطراب و ۲۰ درصد دچار افسردگی هستند (۱۵). در تحقیقی که در مورد تنیدگی در بیماران دچار انفارکتوس در دوران ترخیص بر روی ۸۴ بیمار در ۲ الی ۱۶ هفته پس از ترخیص در اردن انجام شد، مشخص شد که بیماران پس از ترخیص در مورد نقش اجتماعی ارتباطات بین فرد و سلامت فردی که می‌تواند وضعیت بیماری را بدتر کند و ظرفیت آینده آن‌ها را دچار مشکل کند، دچار نگرانی هستند (۱۶). تلاش‌های منجر به آرامش روانی در بیماران دچار انفارکتوس ۴۱ درصد میزان مرگومیر و ۴۸ درصد پی آمدهای غیر کشنده انفارکتوس میوکارد را کاهش می‌دهند (۱۷).

در یک تحقیق که بر روی ۱۹۶ بیمار انفارکتوس بستری در نیویورک انجام شد، بیماران در هنگام بستری و ۴ ماه بعد از ترخیص از نظر افسردگی، اضطراب و کیفیت زندگی بررسی شدند. همچنین مشخص شد که افسردگی مشکلاتی در رابطه با سرزندگی، سلامت روان و عملکرد اجتماعی را در آنان ایجاد می‌کند. علائم افسردگی در طول بستر به علت انفارکتوس میوکارد ۴۵ درصد از بیماران رخ می‌دهد و به طور مشخص خطر مرگومیر را افزایش می‌دهد و مدت درمان را طولانی می‌کند. تحقیق نشان داد که میزان افسردگی می‌تواند مبین مرگومیر تا ۶ ماه بعد از انفارکتوس باشد. در همان تحقیق اضطراب نیز به‌عنوان نشانه احتمال عود مسائلی قلبی شود. در این تحقیق مشخص شد که نمرات پایین مبین افسردگی بالا با کیفیت زندگی نامطلوب ارتباط مستقیم دارد که اهمیت تشخیص زود هنگام و درمان افسردگی در طول بستری را برای کاهش مرگومیر و ناتوانی ضروری می‌سازد (۱۸).

در تحقیقی که در مورد ارتباط بین اضطراب و افسردگی و عود بیماری انفارکتوس بر روی ۲۸۸ نفر صورت گرفت، ۸۲ بیمار در ظرف یک سال دچار بیماری مجدد شدند که ۲۷ نفر از آن‌ها فوت کردند. در پایان مشخص شد که اگرچه تأثیر اضطراب و افسردگی در پیش آگهی بیماری مشخص نیست ولی علتی برای نگرانی است و در این میان نیاز است که راهبردهای مداخلات لازم برای افرادی که از انفارکتوس میوکارد جان سالم بدر برده‌اند صورت گیرد (۱۹).

علائم اضطراب و افسردگی در بین بیماران دچار سکتة قلبی شایع هستند و تحقیقات نشان داده‌اند که با تحقیق در این علائم

یافته‌ها

در مطالعه حاضر ۶۷ بیمار قلبی بستری در بیمارستان سیدالشهدای ارومیه مورد بررسی قرار گرفتند که از این تعداد ۴۶ نفر (۷۰/۸ درصد) مرد و ۱۹ نفر زن بودند. همچنین از بیماران شرکت‌کننده ۹ نفر (۱۳/۴ درصد) مجرد و ۵۴ نفر (۸۰/۶ درصد) را متأهل و ۴ نفر (۶ درصد) بیوه و ۱۲ نفر (۱۸/۲ درصد) بی سواد و ۲۹ نفر (۴۳/۹ درصد) دارای تحصیلات ابتدایی و راهنمایی و ۱۲ نفر (۱۸/۲ درصد) دارای تحصیلات متوسط و دیپلم و ۱۳ نفر (۱۹/۷ درصد) دارای تحصیلات بالای دیپلم بوده‌اند. از نظر اشتغال، ۱۹ نفر (۲۸/۸ درصد) خانه دار و ۲۸ نفر (۴۲/۴ درصد) شاغل و ۱۵ نفر (۲۲/۷ درصد) بازنشسته و ۴ نفر (۶/۱ درصد) بیکار بودند. همچنین ۲۳ نفر (۳۷/۷ درصد) علاوه بر بیماری قلبی، مبتلا به بیماری مزمن دیگر بودند. از این تعداد، ۴۸ نفر (۷۳/۸۷ درصد) از قومیت ترک بوده و ۱ نفر (۱/۵ درصد) دارای قومیت فارس و ۱۶ نفر (۲۲/۹ درصد) کرد بودند. ۵۶ نفر ساکن شهر و بقیه نمونه‌ها ساکن روستا بودند. میانگین سنی افراد شرکت‌کننده در مطالعه فوق برابر $51/31 \pm 1/69$ سال و همچنین میانگین زمان ابتلا به بیماری افراد شرکت‌کننده در مطالعه فوق برابر $713/92 \pm 250/1$ روز بود. از نظر میزان معنویت، در مجموع ۳۵ نفر (۵۲/۲ درصد) از افراد شرکت‌کننده در مطالعه فوق دارای سطح معنوی متوسط و ۳۲ نفر (۴۸/۸ درصد) از افراد شرکت‌کننده دارای سطح معنوی بالا بوه و هیچ‌کدام از افراد حاضر سطح معنوی پایین نداشتند.

از نظر وضعیت روانی، در مجموع ۱۶ نفر (۲۳/۹ درصد) از افراد شرکت‌کننده در مطالعه فوق دارای میزان افسردگی یا اضطراب پایین (افراد سالم) و $53/7/36$ (درصد) از افراد شرکت‌کننده دارای میزان افسردگی یا اضطراب اختلال بینابینی و در آخر $22/4/15$ (درصد) از افراد شرکت‌کننده دارای میزان افسردگی یا اضطراب مشکوک به اختلال بودند.

باتوجه به نتایج حاصل از آزمون کای دو پیرسن بین سطح معنویت با سطح افسردگی و اضطراب بیماران بستری در بخش قلب ارتباط معنی‌داری در سطح ۹۰ درصد برقرار می‌باشد (p=0.083) بدین معنی که افراد دارای سطح معنویت بالاتر از نظر سطح اضطراب و افسردگی از شرایط بهتری برخوردار می‌باشند.

از طرفی، باتوجه به نتایج حاصل از آزمون کای دو پیرسن بین سطح معنویت با جنسیت بیماران بستری در بخش قلب ارتباط معنی‌داری در سطح ۹۵ درصد برقرار می‌باشد (p=0.003). همچنین باتوجه به نتایج حاصل از آزمون کای دو پیرسن بین سطح معنویت با وضعیت تأهل بیماران بستری در بخش قلب ارتباط معنی‌داری در سطح ۹۵ درصد برقرار نمی‌باشد (p=0.378).

صورت ذیل دسته بندی کرد: سلامت معنوی پایین ۴۱-۲۰، متوسط ۹۹-۴۱ و بالا ۱۲۰-۱۰۰ (۲۴).

برای کسب روایی مقیاس سلامت معنوی Palutzian & Ellison از روش اعتبار محتوا استفاده گردید. بدین منظور ابتدا جهت تعیین اعتبار محتوا پرسشنامه ترجمه شده در اختیار ۱۰ نفر از اعضای هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه قرار گرفت. پس از جمع‌آوری نظرات، پرسشنامه مورد بازبینی قرار گرفته و اصلاحات لازم در آن اعمال شد. مقیاس بیمارستانی اضطراب و افسردگی در سال ۱۳۸۲ در ایران توسط منتظری و همکاران به فارسی ترجمه و استاندارد سازی شده است. برای روایی پرسشنامه از چند نوع روایی صوری، محتوی، همزمان مبتنی بر معیار بیرونی، همگرا و تمایزی استفاده شد. جهت تعیین پایایی پرسشنامه از روش ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد (0/82 = r). در تحقیقی ضریب آلفای کرونباخ برای زیر مقیاس اضطراب 0/78 و برای زیر مقیاس افسردگی 0/86 محاسبه شد (۲۵).

بخش سوم شامل مقیاس اضطراب و افسردگی بیمارستانی بود. این پرسشنامه یک ابزار خود گزارش‌دهی ۱۴ سوالی بود که برای غربال وجود و شدت نشانه‌های اضطراب و افسردگی در طی هفته گذشته در بیماران طراحی شده بود. این ابزار شامل دو مقیاس اضطراب و افسردگی است. هفت سؤال مربوط به بررسی اضطراب و هفت سؤال مربوط به بررسی افسردگی می‌باشد. سؤالات فرد میزان اضطراب و سؤالات زوج میزان افسردگی را ارزیابی می‌کنند. هر سؤال بر روی یک مقیاس صفر تا سه (۰-۳) نمره‌گذاری می‌شود. بنابراین در مجموع نمرات افسردگی و اضطراب پرسشنامه در هر قسمت در دامنه صفر تا ۲۱ قرار می‌گیرد که نمرات بالا نشانه شدید بودن میزان افسردگی و اضطراب در بیماران می‌باشد. امتیاز صفر تا ۷ به معنای سالم بودن، ۸-۱۰ اختلال بینابینی و امتیازهای ۱۱ و بالاتر، مشکوک به اختلال در نظر گرفته می‌شوند. روایی و پایایی آن با روایی تحلیل عاملی و اعتبار ملاک ورد تأیید قرار گرفته است و پایایی آن از طریق همسانی درونی به روش آلفای کرونباخ بررسی شد. ضریب قابلیت اعتماد به دست آمده در تحقیق معنی دار بود (۲۶). در این مطالعه پژوهشگران پس از اخذ مجوز کتبی از دانشگاه علوم پزشکی ارومیه به بیمارستان مراجعه کردند و پس از کسب مجوز از مدیران و مسئولان مربوطه، در بیمارستان حضور یافتند و با در نظر گرفتن کلیه ملاحظات اخلاقی اقدام به جمع‌آوری داده‌ها نمود. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS 16 و به‌کارگیری روش‌های آماری کای دو Pearson، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

افسردگی با وضعیت تأهل بیماران بستری در بخش قلب ارتباط معنی‌داری در سطح ۹۵ درصد برقرار نمی‌باشد ($p=0/45$).
 باتوجه به نتایج حاصل از آزمون کای دو پیرسن بین سطح افسردگی با سطح تحصیلات بیماران بستری در بخش قلب ارتباط معنی‌داری در سطح ۹۵ درصد برقرار نمی‌باشد ($p\text{-value}=0/4$).
 باتوجه به نتایج حاصل از آزمون کای دو و پیرسن بین سطح افسردگی با وضعیت اشتغال بیماران بستری در بخش قلب ارتباط معنی‌داری در سطح ۹۵ درصد برقرار نبود ($p=0/195$).
 با توجه به آزمون کاپلان میر، بین مدت زمان بستری برای دو گروه با سطح اضطراب بیماران ارتباط معنی‌داری وجود ندارد.

باتوجه به نتایج حاصل از آزمون کای دو پیرسن بین سطح معنویت با سطح تحصیلات بیماران بستری در بخش قلب ارتباط معنی‌داری در سطح ۹۵ درصد برقرار می‌باشد ($p=0/18$).
 مشخص شد که افراد شاغل و خانه دار سطح معنویت بالاتری دارند و باتوجه به نتایج حاصل از آزمون کای دو پیرسن بین سطح معنویت با نوع شغل بیماران بستری در بخش قلب ارتباط معنی‌داری در سطح ۹۵ درصد برقرار می‌باشد ($p=0/29$).
 باتوجه به نتایج حاصل از آزمون کای دو پیرسن بین سطح افسردگی با جنسیت بیماران بستری در بخش قلب ارتباط معنی‌داری در سطح ۹۰ درصد برقرار می‌باشد ($p=0/56$) و باتوجه به نتایج حاصل از آزمون کای دو پیرسن بین سطح

جدول (۱): توزیع فراوانی ویژگی‌های دموگرافیک به تفکیک سطح معنویت در بیماران مورد مطالعه

سطح معنویت :	متوسط	بالا	مجموع	P-value
جنسیت : مرد	۱۸	۲۸	۴۶	
زن	۱۵	۴	۱۹	۰.۰۰۳
تأهل : مجرد	۶	۳	۹	
متأهل	۲۶	۲۸	۵۴	۰.۳۷۸
بیوه	۳	۱	۴	
تحصیلات : بیسواد	۱۱	۱	۱۲	
ابتدایی	۱۲	۱۷	۲۹	۰.۰۱۸
متوسطه	۷	۵	۱۲	
بالاتر	۵	۸	۱۳	
شغل : خانه دار	۱۴	۵	۱۹	
شاغل	۱۰	۱۸	۲۸	۰.۰۲۹
بازنشسته	۱۰	۵	۱۵	
بیکار	۱	۳	۴	

جدول (۲): توزیع فراوانی ویژگی‌های دموگرافیک به تفکیک سطح افسردگی در بیماران مورد مطالعه

سطح افسردگی :	سالم	اختلال بینابینی	مشکوک به اختلال	مجموع	P-value
جنسیت : مرد	۱۵	۲۳	۱۲	۴۶	
زن	۱	۱۲	۶	۱۹	۰.۰۵۶
تأهل : مجرد	۴	۴	۱	۹	
متأهل	۱۲	۲۹	۱۳	۵۴	۰.۴۵
بیوه	۰	۳	۱	۴	
تحصیلات : بیسواد	۱	۶	۵	۱۲	
ابتدایی	۸	۱۶	۵	۲۹	۰.۰۴
متوسطه	۲	۸	۲	۱۲	
بالاتر	۵	۵	۳	۱۳	
شغل : خانه دار	۲	۱۰	۷	۱۹	
شاغل	۱۰	۱۵	۳	۲۸	۰.۱۹۵
بازنشسته	۳	۹	۳	۱۵	
بیکار	۱	۱	۲	۴	

بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه باهدف تعیین ارتباط بین سلامت معنوی و اضطراب و افسردگی در بیماران دچار انفارکتوس میوکارد بستری در بیمارستان سید الشهداء دانشگاه علوم پزشکی ارومیه انجام گرفت. با توجه به اخذ رضایت از بیماران مورد بررسی، محدودیتی برای اجرای تحقیق وجود نداشت. افسردگی در مبتلایان به سکت قلبی از مشکلات شایع روان پزشکی است که اثرات زیان باری بر سیستم قلبی عروقی می‌گذارد. عدم توجه به علائم افسردگی در بیماران مبتلا به سکت قلبی تأثیر نامطلوبی بر بهبودی بیمار گذاشته و در نهایت آن‌ها را در معرض پیش‌آگهی نامناسب، بستری مجدد و سایر حوادث قلبی قرار می‌دهد (۲۷). مطالعات نشان داده‌اند که در کل افسردگی و سطح بالای اضطراب خطر حوادث عروق قلبی را در بیماران افزایش می‌دهد. به خصوص که به دنبال سکت قلبی ۵-۲ برابر بیشتر از بیماران غیر مضطرب است، سطح بالای اضطراب باعث خطر مرگ ناگهانی در بیماران قلبی می‌شود (۲۸). نتایج این مطالعه نشان داد که در مجموع ۱۶ (۲۳/۹ درصد) از افراد شرکت‌کننده دارای میزان افسردگی یا اضطراب پایین (افراد سالم) و ۳۶ (۵۳/۷ درصد) از افراد شرکت‌کننده دارای میزان افسردگی یا اضطراب اختلال بینابینی و در آخر ۱۵ (۲۲/۴ درصد) از افراد شرکت‌کننده دارای میزان افسردگی یا اضطراب مشکوک به اختلال بودند. در مطالعه ای شیوع افسردگی در ۴۸ ساعت بعد از سکت قلبی را ۶۰/۷ درصد گزارش شده است که از نظر شدت ۲۲/۷ درصد افسردگی خفیف، ۲۶ درصد افسردگی متوسط و ۱۲ درصد دارای افسردگی شدید بودند (۲۷).

باتوجه به نتایج حاصل از آزمون کای دو پیرسن بین سطح افسردگی با جنسیت بیماران بستری در بخش قلب ارتباط معنی‌داری در سطح ۹۰ درصد برقرار می‌باشد ($p=0.056$)، اما بین سطح افسردگی با وضعیت تأهل ($p=0.45$) و بین سطح افسردگی با سطح تحصیلات ($p=0.4$) و بین سطح افسردگی با وضعیت اشتغال ($p=0.195$) بیماران بستری در بخش قلب ارتباط معنی‌داری در سطح ۹۵ درصد برقرار نبود.

در مطالعه دیگری، نتایج آزمون کای دو نشان داد که بین اختلالات روانی با عواملی چون شاغل بودن، سابقه بستری شدن در بیمارستان و وجود استرس در سال‌های اخیر رابطه معنی‌داری وجود داشته است ($P=0<05$) (۲۸).

طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی سلامتی دارای ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی است. بعد معنوی سلامتی یکی از ابعاد سلامتی است که برخی صاحب نظران معتقدند توجه جدی به این بعد بسیار ضروری است. سلامت معنوی دارای دو بعد می‌باشد. بعد عمودی که شامل ارتباط با ماوراء و بعد افقی شامل

ارتباط با دیگران و محیط می‌باشد. ابزارهای مختلفی جهت سنجش سلامت معنوی وجود دارد که یکی از آن‌ها مقیاس سلامت معنوی پالوتزبان و الیسون می‌باشد. در این مقیاس هر دو بعد افقی و عمودی در نظر گرفته شده و کسب نمره بیشتر به معنی داشتن سلامت معنوی بالاتر می‌باشد. برخی مطالعات بیانگر آن است که بدون سلامت معنوی، دیگر ابعاد زیستی، روانی و اجتماعی نمی‌تواند عملکرد درستی داشته یا به حداکثر ظرفیت خود برسند و در نتیجه بالاترین سطح کیفیت زندگی، قابل دستیابی نخواهد بود (۲۱). در سال‌های اخیر تحقیقات در گستره وسیعی متوجه این موضوع گردیده که مذهب و معنویت چگونه بر جنبه‌های مختلف سلامت جسمی و روانی موثرند. برخی محققان نشان داده‌اند که معنویت ارتباط زیادی با سلامت کلی فرد دارد؛ به‌طوریکه مذهب و معنویت بعنوان منابع مهمی جهت سازگاری با وقایع تنش‌زای زندگی در نظر گرفته می‌شود (۲۲).

تعداد قابل توجهی از مطالعات صورت پذیرفته پیرامون ارتباط بین معنویت و سلامت روانی، بر تأثیر مثبت معنویت بر سلامت روان صحنه گذارده و این ارتباط را معنادار دانسته‌اند. یافته‌های مطالعه ای که باهدف بررسی تأثیر معنویت و مذهب بر شدت علائم افسردگی در بیماران واقع در مراحل پایان زندگی در منطقه متروپولیتان نیویورک صورت پذیرفت، حاکی از وجود جنبه‌های سودمند و مفید معنویت و سلامت معنوی در کاهش علائم افسردگی و تطابق بهتر با مراحل پایان زندگی بود (۲۳).

بر اساس نتایج مطالعه اله بخشیان و همکارانش می‌توان به تأثیر عقاید معنوی در زندگی به‌عنوان عاملی برای مقابله با مشکلات جسمی و روانی ناشی از بیماری‌های سخت پی برد. در جامعه ای که در آن مردم باورهای غنی و دیرینه ای دارند، توجه به معناگرایی به نظر راه آسان تر و مطلوب تری برای مراقبت‌های انسانی و چند بعدی است. همچنین مراقبت‌های مبتنی بر فرهنگ، معناگرایی و داشتن دیدگاه جامع نسبت به ابعاد مختلف بیماران می‌تواند به کادر بهداشتی و درمانی کمک کند تا خدمات مناسب تری به بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن ارائه دهند (۳۰). همچنین تحقیقی نشان داد که معنویت نقش مهمی در سازگاری با شرایط استرس‌زای ناشی از بیماری‌ها دارد (۳۱).

نتایج مطالعه نشان داد از نظر میزان معنویت، در مجموع ۳۵ (۵۲/۲ درصد) از افراد شرکت‌کننده دارای سطح معنوی متوسط و ۳۲ (۴۸/۸ درصد) از افراد شرکت‌کننده دارای سطح معنوی بالا بود و هیچ‌کدام از افراد حاضر سطح معنوی پایین نداشتند. در مطالعه ای که جهانی و همکارانش در شهر تهران در مبتلایان به بیماری عروق کرونر انجام دادند ۵۳/۳ درصد از بیماران دارای بیماری عروق کرونر که در مطالعه شرکت کرده بودند، سلامت

تکمیل کرده بودند، نشان داد افزایش سلامت معنوی با بهبود وضعیت روانی همراه بود (۳۳). نتایج مطالعه دلانی و همکارش که به صورت نیمه‌تجربی و طرح پیش و پس آزمون باهدف بررسی تأثیر مراقبت معنوی بر میزان اضطراب و معنویت بیماران قلبی عروقی انجام شد، نشان داد تفاوت معناداری بین نمره اضطراب بیماران قبل و بعد از مداخله وجود دارد (۳۴).

نتایج این مطالعه نشان داد که ارتباط معکوسی بین سلامت معنوی و سطح اضطراب و افسردگی وجود دارد و اجرای برنامه مراقبتی معنویت محور می‌تواند یک روش مناسب برای کاهش اضطراب بیماران باشد؛ و معنویت بر ابعاد مختلف زندگی به‌عنوان عامل اساسی در ایجاد حس امیدواری؛ ارتقای سازگاری و تطابق؛ تقابل با درد و رنج ناشی از بیماری‌های صعب‌العلاج و رویارویی با بحران‌های وجودی ناشی از بیماری‌های تهدیدکننده تأثیر دارد (۳۱). به همین خاطر پیشنهاد می‌شود تحقیقاتی بیشتری برای شناسایی نیازهای معنوی بیماران و به‌کارگیری روش‌های مراقبتی مناسب برای رفع این نیاز مهم در بیماران انجام گیرد.

تشکر و قدردانی

مجری طرح و همکاران از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه که ما را در تصویب طرح یاری نمودند و همچنین از تمامی افراد شرکت‌کننده در پژوهش سپاسگزاری می‌نمایند.

معنوی در حد متوسط داشتند (۳۱). در مطالعه دیگری که رضایی و همکارانش بر روی زنان مبتلا به سرطان سینه انجام دادند سطح سلامت معنوی ۵۸/۶۴ درصد واحدهای پژوهش در حد متوسط و ۴۱/۳۵ درصد در محدوده بالا قرار داشت (۳۲).

باتوجه به نتایج حاصل از آزمون کای دو پیرسن بین سطح معنویت با سطح افسردگی و اضطراب بیماران بستری در بخش قلب ارتباط معنی‌داری در سطح ۹۰ درصد برقرار می‌باشد ($p=0.083$) بدین معنی که، افراد دارای سطح معنویت بالاتر از نظر سطح اضطراب و افسردگی از شرایط بهتری برخوردار می‌باشند؛ و از طرفی، بین سطح معنویت با جنسیت ($p=0.003$) و سطح تحصیلات ($p=0.018$) و نوع شغل ($p=0.029$) بیماران بستری در بخش قلب ارتباط معنی‌داری در سطح ۹۵ درصد برقرار می‌باشد همچنین باتوجه به نتایج حاصل از آزمون کای دو پیرسن بین سطح معنویت با وضعیت تأهل بیماران بستری در بخش قلب ارتباط معنی‌داری در سطح ۹۵ درصد برقرار نمی‌باشد ($p=0.378$) در مطالعه رضایی و همکاران ضریب همبستگی پیرسون نشان داد ارتباط آماری معناداری بین استرس بیماران با تمامی ابعاد سلامت معنوی ارتباط آماری معنی دار وجود دارد (۳۲). مطالعه پورنل در سال ۲۰۰۹ و جعفری در سال ۲۰۱۳ بر روی بیماران مبتلا به سرطان پستان نشان داد، بیمارانی که از سلامت معنوی بالاتری برخوردار بودند کیفیت زندگی بهتری را تجربه می‌کردند (۲۹). مطالعه دیگری در بیمارانی که برنامه بازتوانی قلبی خود را

References:

1. Yousefi P. Survey of quality of life in hospitalized cardiac failure patients in Shafa and Afzalipoor Hospital Kerman, Iran. MSc. (Dissertation). Kerman: Nursing and Midwifery school, Kerman Medical University; 2006. (Persian)
2. Sawatzky JA, Naimark BJ. The coronary artery bypass graft surgery trajectory: Gender differences revisited. *E J C N* 2009; 8: 302-8.
3. Noori TM, Therd level prevention in patients who have coronary artery bypass graft. Tehran: Nashre Maahtab; 2006.
4. American Heart Association. Cardiovascular disease statistics. The Institute; 2006.
5. Wulsin L, Vaillant G, Wessll V. A systematic review of mortality of depression psychosomatic medicine. 2002; 61: 6-17.
6. Billing E, Bar D. Determinates of lifestyle changes after a first myocardial infarction. *Cardiology* 1978; 88: 29-35.
7. PetrioK, Weinman J. Role of patient views of their illness in predicting return to work and functioning after myocardial infarction. *BMJ* 1996; 312: 1191-4.
8. Bennett P, Brooce S. Intrusive memories pot traumatic stress disorder and myocardial infection. *Brg Clin Psychol* 1999; 38: 411-6.
9. Glassman AH. Depression and the course of coronary artery disease. *Am J Psychiatry* 1998; 155: 4.
10. Thornton E, Bundred P, Tytheleighm UK. Rehabilitation program. *Br J Cardial* 2006; 13 (3): 220-4.

11. Toth JC. Stress affecting older versus younger acute myocardial infarction patient. *Dimens Critic Care Nurs* 1987; 6: 6157-74.
12. Allahbakhshian M, Jaffarpour M, Parvizy S, Haghani H. A Survey on relationship between spiritual wellbeing and quality of life in multiple sclerosis patients. *J Zahedan Univ Med Sci* 2010; 12(3):29-33. (Persian)
13. Seyedfatemi N, Rezaie M., Givari A, Hosseini F. Prayer and spiritual well-being in cancer patients. *J Iran Institute Health Sci Res* 2006; 4(5): 295-303.
14. Frasure S, Lesperana F. Depression and anxiety increase physician cast during the first post MI – year. *Psychosom Med* 1998; 60-99.
15. Thornton E, Bundred P, Tytheleighm UK. Rehabilitation program. *Br J Cardial* 2006; 13 (3):220-4.
16. Al Hassan M, Sagr L. Stress of myocardial infarction patient in the early period after discharge. *J Adv Nurs* 2002; 181-8.
17. Strik JJ, Denollet J, Lousberg R, Honig A. Comparing symptoms of depression and anxiety as predictors of cardiac events and increased health care consumption after myocardial infarction. *J Am Coll Cardiol* 2003; 42: 1801-7.
18. Fauerbach J, Bush D, Thombs B. Depression following acute MI. *Psychosomatic* 2005; 46: 355-61.
19. Lane D, Caroll D, Lyp GYH. Psychology in coronary care. *Q J Med* 1999; 92: 313-425.
20. Lepeoance F, Frasure N, Talajic M. Major depression before and after MI. *Psychosom Med* 1996; 58: 99-112.
21. Omidvari S. Spiritual health; concepts and challenges. *Quranic Interdiscip Stud J Iranian Student's Quranic Organiz.* 2009;1(1): 5-17. (Persian)
22. Stuckey JC. Blessed assurance: The role of religion and spirituality in Alzheimer's disease caregiving and other significant life events. *J Aging Stud.* 2001;15(1):69-84.
23. Nelson CJ, Rosenfeld B, Breitbart W, Galietta M. Spirituality, religion, and depression in the terminally ill. *Psychosomatics* 2002; 43(3): 213-20.
24. Afzali A, Delavar A, Borjali A, Mirzamani M. Psychometric Properties of DASS-42 as Assessed in a Sample of Kermanshah High School Students. *Journal of Research in Behavioural Sciences* 2007; 5(2): 81-92. (Persian)
25. Montazeri A, Vahdaninia M, Ebrahimi M, Jarvandi S. The hospital anxiety and depression scale (HADS): Translation and validation study of the ranian version. *Health Qual Life Outcomes* 2003;1:14-8.
26. Kaviani H, Seyfourian H, Sharifi V, Ebrahimkhani N. Reliability and validity of Anxiety and Depression Hospital Scales (HADS): Iranian patients with anxiety and depression disorders. *Tehran Univ Med J* 2009;67(5):379–85.
27. Vaezzadeh N, Hosseini S. Depression after myocardial infarction. *J Clin Excellence* 3. 2013; 1 (2) :69-84.
28. Foruzandeh N, Delaram M, Foruzandeh M, Darakhshandeh S. Study of mental health status of cardiovascular diseases patients and determination of some effective factors on it in the patients hospitalized in CCU and cardiology wards of Hajar Hospital, Shahrekord. *J Clin Nurs Midwifery* 1392;2(2):18–25.
29. Zeighami Mohammadi S, Tajvidi M, Ghazizadeh S. The relationship between spiritual well-being with quality of life and mental health of young adults with beta-thalassemia major. *Sci J Iran Blood Transfus Organ* 2014; 11 (2) :147-54.
30. Allahbakhshian M, Jaffarpour M, Parvizy S, Haghani H. [A Survey on relationship between spiritual wellbeing and quality of life in multiple

- sclerosis patients]. *ZahJ Res Med Sci* 2010;12(3):29-33.
31. Jahani A, Rejeh N, Heravi-Karimooi M, Hadavi A, Zayeri F, Khatooni AR. The Relationship Between Spiritual Health and Quality of Life in Patients with Coronary Artery Disease. *Islamic Lifestyle Centered on Health* 2012;1(2):17-21.
32. Musarezaie A, Momeni Ghaleghasemi T, Ebrahimi A, Karimian J. The Relationship between spiritual wellbeing with Stress, Anxiety, and Some Demographic Variables in Women with Breast Cancer Referring to the Specialized Cancer Treatment Center in Isfahan, Iran. *J Health Syst Res* 2012; 8(1): 92-101. (Persian)
33. Chang BH, Casey A, Dusek JA, Benson H. Relaxation response and spirituality: Pathways to improve psychological outcomes in cardiac rehabilitation. *J Psychosom Res* 2010; 69(2): 93-100.
34. 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. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2012; 17(3): 195-9.

STUDY OF RELATIONSHIP BETWEEN SPIRITUAL HEALTH, ANXIETY AND DEPRESSION IN ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION PATIENTS HOSPITALIZED IN SEYYEDOSHADA HOSPITAL IN URMIA

Kamal Khademvatani¹, Nader Aghakhani^{2}, Gholamreza Esm-Hoseini³, Afshin Hazrati⁴, Vahid Alinezhad⁵, Hasan Nazari⁶, Chimen Ghaderi⁷, Samereh Eghtedar⁸, Narges Rahbar⁹, Maryam Mesgarzadeh¹⁰, Mojghan Hajahmadi Arsanjani¹¹*

Received: 24 Aug , 2014; Accepted: 5 Dec , 2014

Abstract

Background & Aims: Nowadays, in most parts of the world, cardiovascular diseases such as myocardial infarction are among the most widespread chronic diseases and anxiety and depression are common symptoms of the disease. However, according to the studies, spiritual health can play an important role in confronting and coping with the stress resulted from illness. For this reason, the study for examining the relationship between spiritual health, anxiety and depression in acute myocardial infarction was carried out.

Materials & Methods: In a descriptive correlational study, 67 patients with acute myocardial infarction who were hospitalized at Seyyedolshhada hospital in University of Medical Sciences were selected by simple sampling. A questionnaire was used to collect data that consisted of three parts: the first part was demographic information; the second part included spiritual health scale Palutzian & Ellison; and the third section was the hospital anxiety and depression scale (HADS). The data were analyzed using of SPSS 16.

Results: In this study, 46 patients (70.8%) were male and 19 were female. In addition, 23 patients (37.7 percent) in addition to heart disease had another chronic disease, respectively. In terms of mental health, a total of 16 (23.9%) of the participants in this study had lower levels of depression or anxiety and 36 (53.7%) of the participants had a major depressive or anxiety disorder, borderline and finally, 15 (22.4%) of the participants had a higher level of depression or anxiety disorders. In terms of spirituality, a total of 35 (52.2%) of the participants had a mean spiritual level and 32 (48.3) of the participants had a high spiritual level and none of them had a lower spiritual level. There was a significant relationship between spirituality and level of depression and anxiety, gender and level of education and occupation.

Conclusion: The results showed that there is a reverse relationship between spiritual health and level of anxiety and depression. Spirituality-based care programs can be a good method to reduce anxiety and depression of the patients.

Key Words: Spiritual Health, Anxiety, Depression, Myocardial Infarction

Address: Urmia University of Medical Sciences, Tel: +989144476149

Email: naderaghakhani2000@gmail.com

SOURCE: URMIA MED J 2015: 25(12): 1102 ISSN: 1027-3727

¹ Associate Professor Cardiology Department, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

² Assistant Professor, Faculty of Nursing and Midwifery, Inpatient Safety Research Center, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

³ Assistant Professor, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

⁴ Instructor, Faculty of Nursing and Midwifery, Inpatient Safety Research Center, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

⁵ PhD Candidate in Bio-statistics, Tarbiat Moddares University, Tehran, Iran

⁶ Master in Management Information Systems, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

⁷ Instructor, Faculty of Nursing and Midwifery, Inpatient Safety Research Center, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

⁸ PhD in Nursing, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

⁹ Nurse, Imam Khomeini Hospital, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

¹⁰ Instructor, Faculty of Nursing and Midwifery, Inpatient Safety Research Center, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

¹¹ Assistant Professor of Cardiology, University of Medical Sciences