ارتباط عوامل بافتاری و نیازهای معنوی با بهزیستی معنوی در بیماران قلبی

محمدآهنگرکانی[۱]، اسحق رحیمیان بوگر*،شاهرخ مکوند حسینی[۱]

۱) گروه روان شناسی بالینی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۴/۱۱ **تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۸/۱۲**

چکیده

مقدمه: بیماری های قلبی-عروقی، اصلی ترین علت مرگ و میر و ناتوانی در سراسر جهان است و از مهم ترین عوامل تهدیدکننده سلامت انسان ها محسوب می شود. مواجهه با این بیماری موجب ایجاد بحران در ابعاد جسمی، روانی و معنوی می شود. بنا بر این بهزیستی معنوی ابعاد مختلف زندگی انسان را هماهنگ می کند و جهت سازگاری با بیماری لازم است.لذا پژوهش حاضر با هدف بررسی ارتباط بین عوامل بافتاری و نیازهای مذهبی با بهزیستی معنوی در بیماران قلبی انجام شد.

مواد و روش ها: پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی-مقطعی است که بر روی بیماران بیمارستان های آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی مازندران در سال ۱۳۹۷ انجام گرفت. روش این پژوهش از نوع همبستگی بود. جامعه آماری این کلیه بیماران قلبی شهرستان ساری بودند که ۱۳۷ نفر (۷۹ زن، ۵۸ مرد) از بیماران قلبی شهرستان ساری که به صورت هدفمند و در دسترس انتخاب گردیده شدند بود. جهت ارزیابی از ابزار بهزیستی معنوی پیترمن، مقیاس نیازهای مذهبی بسینگ و مقیاس عوامل بافتاری هیلمیر استفاده شد. داده ها پس از جمع آوری با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی و نرم افزار SPSS vol.19 تجزیه و تحلیل شدند.

یافته های پژوهش: برای تجزیه و تحلیل داده ها از روش آماری تحلیل رگرسیون گام به گام استفاده شد. نتایج بررسی های آماری نشان داد که همبستگی مثبت و معنی داری بین مولفه نیاز به آرامش، نیاز وجودی، نیاز به بخشش فعال و نیاز مذهبی با بهزیستی معنوی بیماران می باشد. به طوری که از بین خرده مقیاس های نیازهای معنوی خرده مقیاس های نیاز وجودی، نیاز به آرامش، نیاز مذهبی و نیاز به بخشش($P<0.001$) به صورت مثبت و معنی دار بیشترین سهم($R^2=0.49$) را در پیش بینی بهزیستی معنوی داشت. هم چنین نتایج نشان داد که ابعاد سیاست، پزشکی، بهداشت با بهزیستی معنوی بیماران همبستگی مثبت و معنی داری و با ابعاد اقتصادی، تحصیلی، محیطی، مسکن، دولت، روانی-اجتماعی، رفتاری و حمل و نقل همبستگی منفی و معنی داری وجود داشتند. به طوری که از بین این مولفه ها هفت بعد رفتاری رفتاری، محیطی، بهداشت، پزشکی، سیاست، مسکونی و حمل و نقل($P<0.01$) به صورت معنی دار بیشترین سهم($R^2=0.51$) را در پیش بینی بهزیستی معنوی داشت.

بحث و نتیجه گیری: بنا بر این می توان گفت که مولفه های نیازهای معنوی و عوامل بافتاری به عنوان دو سازه روان شناختی می توانند در بهزیستی معنوی بیماران نقش داشته باشند.

واژه های کلیدی: نیازهای مذهبی، عوامل بافتاری، بهزیستی معنوی، بیماران قلبی

* نویسنده مسئول: گروه روان شناسی بالینی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

Email: i_rahimian@semnan.ac.ir

Copyright © 2019 Journal of Ilam University of Medical Science. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution international 4.0 International License (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material, in any medium or format, provided the original work is properly cited.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-09]

[DOI: 10.29252/sjimu.27.5.73]

مقدمه

بیماری های مزمن، با توجه به ماهیت بیماریشان، بیماران را با سوالاتی در مورد معنا و هدف در زندگی مواجهه می سازد. در این شرایط برخی از بیماران به منابع حمایتی و معنوی متوسل می شوند(۱). یکی از بیماری های مزمن و ناتوان کننده بیماری های قلبی-عروقی(cardiovascular disease) می باشد. در سالیان اخیر، بیماری قلبی به عنوان معضل اساسی برای نظام سلامت و بهداشت عمومی در جوامع مطرح شده است(۲،۳) که مهم ترین عامل مرگ و میر در چند دهه گذشته در جهان بوده است. طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت، حدود ۱۸ میلیون مرگ در سال ۲۰۱۵ ناشی از این بیماری بوده که مسئول ۳۱ درصد مرگ و میر کل دنیا بوده است(۴). بیماری های قلبی و عروقی به دلیل ماهیت تهدیدکنندگی زندگی و پراسترس بودن، باعث برجسته تر شدن بعد معنوی در بیماران می شود(۱،۵). اکثر مطالعات به تاثیر مثبت معنویت و بهزیستی معنوی بر ادراک بیمار از سلامتی شان و بر روی سازگاری و مقابله با بیماری های مزمن و تهدیدکننده زندگی اذعان دارند(۸-۶). در سال های اخیر از میان سازه های مرتبط با سلامتی، بهزیستی معنوی(spirituality well being) به دلیل توجه بیشتر به معنویت و معنویت گرایی به صورت فزاینده ای محور نظریه پردازی و پژوهش در ادبیات پزشکی قرار گرفته است(۱۲-۹). تحقیقات مختلف با تاکید بر مفاهیم و چارچوب های نظری متفاوتی به بررسی تعیین کننده های بهزیستی معنوی پرداختند. از میان متغیرهای متعددی که به صورت بالقوه ممکن است با بهزیستی معنوی بیماران رابطه داشته باشند، نیازهای مذهبی/معنوی آن ها می باشد. نیازهای معنوی(Spiritual needs) به عنوان نیاز و انتظارات همگانی در نظر گرفته می شود که خاستگاه آن در نهاد همه انسان ها است و هدف آن معنی دادن و ارزش دادن به زندگی می باشد. تحقیقات متعدد نشان دادند که بیماران با بیماری های مزمن، نیازهای معنوی برآورد نشده را گزارش کردند؛ به طوری که توجه و حمایت این نیازها با کیفیت زندگی که یکی از مولفه های بهزیستی معنوی است در ارتباط است(۱،۱۳،۱۴). اخیراً چارچوب مفهومی از نیازهای معنوی توسط بسینگ و کوئینگ(۲۰۱۰) طراحی شد که این چارچوب شامل ۴ نیاز اساسی است که شامل نیازهای مذهبی؛ نیاز به آرامش درونی؛ نیازهای وجودی و نیاز بخشیدن فعال می باشد(۱۵). در سال های اخیر تحقیقات در مورد ارتباط بین عوامل بافتاری و طیف وسیعی از پیامدهای سلامتی از جمله مرگ و میر و بیماری های مزمن دیگر افزایش یافته است. مطالعات تجربی در زمینه ارتباط بین عوامل بافتاری بر بهزیستی معنوی نتایج مطالعات نشان داد که بین وضعیت اقتصادی-سیاسی-اجتماعی، سیگار کشیدن، مصرف مواد و الکل، مسئولیت و پذیرش نقش، محیط سالم و رشد دهنده سلامت، امنیت، محیط خانوادگی و اجتماعی، وضعیت بیمه بیماران و دسترسی به مراکز بهداشتی و درمانی با بهزیستی معنوی ارتباط معناداری وجود دارد(۲۱-۱۶). ادبیات پژوهش در زمینه ارتباط بین نیازهای مذهبی-معنوی با بهزیستی معنوی نیز حاکی از ارتباط بین نیازهای معنوی با بهزیستی معنوی بیماران دارد. نتیجه مطالعه بسینگ و همکاران(۲۰۱۳) که بر روی ۳۹۲ بیمار مبتلا به درد مزمن انجام دادند، نشان داد نیازهای وجودی، نیازهای مذهبی، نیاز به بخشیدن فعال و نیاز به آرامش درونی با مولفه بهزیستی معنوی ارتباط مثبت دارد(۵). با توجه به نقش معنویت در سازگاری افراد با بیماری مزمن، لازم است هر چه بیشتر به بهزیستی معنوی بیماران و ارتقاء آن از سوی تیم مراقبت سلامت توجه شود. با توجه به این که از یکسو عوامل بافتاری و تجارب بیماران و مراقبان آن ها می تواند نقش مهم و ارزشمندی در شناسایی نیازهای مذهبی/معنوی آن ها داشته باشد و از آن جایی که شناسایی نیازهای مذهبی و معنوی به عنوان یک عنصر حیاتی در ارائه مراقبت فرهنگی مطرح است لازم است نیازهای مذهبی بیماران شناسایی گردد. با توجه به مطالب مذکور، بنا بر این در این تحقیق درصدد بررسی عوامل بافتاری و نیازهای مذهبی و تاثیر آن بر بهزیستی معنوی بیماران قلبی هستیم.

مواد و روش ها

طرح پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی است که با هدف پیش بینی بهزیستی معنوی بر اساس

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-09]

[DOI: 10.29252/sjimu.27.5.73]

نیازهای معنوی و عوامل بافتاری بیماران قلبی انجام شده است. جامعه آماری شامل کلیه بیماران قلبی مراجعه کننده به بخش قلب مرکز درمانی شهرستان ساری است. بر اساس قاعده کلاین(۲۰۱۱) حداقل تعداد نمونه به ازای هر عامل ۵ نفر می باشد. از بین بیماران تعداد ۱۳۸ نفر به روش نمونه گیری در دسترس از جامعه آماری مورد نظر انتخاب و مورد آزمون قرار گرفتند. به علت انتخاب روش نمونه گیری در دسترس و آزادی عمل پژوهشگران در انتخاب تعداد افراد نمونه، ریزشی در تعداد افراد مشاهده نشد. دامنه سنی بیماران بین ۱۸ تا ۶۰ سال بود. معیارهای ورود در پژوهش حاضر عبارتند از: سنین ۱۸ تا ۶۰ سال، تشخیص بیماری حداقل ۱ سال قبل از پژوهش، مراجعه به یکی از بیمارستان و ارتباط داشتن با پزشکان مربوطه و داشتن پرونده پزشکی نزد پزشک معالج، عدم وجود سابقه بیماری جسمی دیگر به جز بیماری های مربوط به عوارض خود بیماری، عدم وجود عقب ماندگی و یا تشخیص اختلالات روان شناختی دیگر قبل از تشخیص بیماری و توانایی فهم محتوای پرسش نامه توسط آزمودنی بوده است و ملاک خروج نیز حال بد جسمی و روانی که شرکت در مطالعه را با محدودیت مواجه سازد و هم چنین عدم رضایت کتبی و شفاهی برای شرکت در مطالعه بوده است. در طول مدت انجام مطالعه، محققان تلاش کردند تمام ملاحضات اخلاقی مربوط به آزمودنی ها از جمله آزادی انتخاب در مشارکت یا مشارکت نکردن در پژوهش را رعایت کنند. هم چنین به آزمودنی ها تضمین داده شد که اطلاعات شخصی آنان به صورت محرمانه باقی بماند. طی اجرای پژوهش سعی شد اقدام یا فعالیتی که سلامت شرکت کنندگان در پژوهش یا افراد دیگر را در معرض خطر قرار دهد، انجام نگیرد. در پایان، تحلیل ها بر روی ۱۳۸ پرسش نامه کامل انجام شد. به منظور تجزیه و تحلیل پرسش نامه و آزمون فرضیه ها، از آماره های توصیفی(میانگین و انحراف معیار) و آماره استنباطی(همبستگی و رگرسیون گام به گام) به کمک نرم افزار آماری SPSS انجام شد.

ابزار پژوهش

مقیاس بهزیستی معنوی(SWS): مقیاس سنجش بهزیستی معنوی توسط پیترمن و همکاران به منظور سنجش بهزیستی معنوی طراحی شده است که شامل ۱۲ گویه است که برای بیماران مبتلا به سرطان بیماری های نقص اکتسابی سیستم دفاعی(ایدز) و بیماری های مزمن مورد استفاده قرار می گیرد(۲۲). این پرسش نامه دارای ۳ خرده مقیاس می باشد که عبارتند از معنایابی، آرامش و ایمان و نمره بهزیستی معنوی کل نیز از مجموع این ۳ زیر مقیاس به دست می آید. پاسخ به پرسش ها در مقیاس ۴ درجه ای لیکرت(از ۱ تا ۵) تنظیم شده است بدین صورت که اصلاً(۱)؛ کم(۲)، تا حدودی(۳)، زیاد(۴) و خیلی زیاد(۵) می باشد. به منظور بررسی روایی و پایایی ابزار اندازه گیری از ضریب پایایی همسانی درونی و روایی همگرا استفاده کرده است. پیترمن(۲۰۰۲) ضریب پایایی همسانی درونی را بین خرده مقیاس را ۰/۸۱ تا ۰/۸۸ گزارش کرده و هم چنین روایی همگرا را نیز در ارتباط ابزار اندازه گیری مذهب و معنویت، همبستگی متوسط و رو به بالا برآورد کرده است(۲۲). در این پژوهش ابتدا نسخه اصلی انگلیسی پرسش نامه بهزیستی معنوی تهیه و توسط دو متخصص آشنا به روان شناسی و زبان انگلیسی به فارسی ترجمه شد، سپس با استفاده از فرآیند ترجمه معکوس، نسخه فارسی در اختیار دو متخصص دیگر قرار گرفت تا مجدد به انگلیسی ترجمه شود. برای رفع برخی از تفاوت ها در فرآیند ترجمه، در یک جلسه با بحث گروهی درباره ترجمه برخی از اصطلاحات، توافق صورت گرفت و نسخه فارسی این پرسش نامه تهیه شد. به منظور اطمینان از قابلیت درک محتوای سوالات در یک نمونه مقدماتی ۵۰ نفری از بیماران اجرا شد و نظرات آن ها درباره محتوا و قابلیت فهم سوالات بررسی شد. به منظور بررسی پایایی و بررسی همسانی درونی پرسش نامه از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد. در پژوهش حاضر همسانی درونی نمره کل پرسش نامه برابر با ۰/۹۲ و در مولفه های ایمان، معنایابی و آرامش به ترتیب ۰/۹۴۳، ۰/۹۳۳ و ۰/۹۰۶ به دست آمد که حاکی از روایی مناسب ابزار پژوهش دارد.

پرسش نامه نیازهای معنوی(SPNQ): پرسش نامه نیازهای معنوی توسط بسینگ و همکاران

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-09]

[DOI: 10.29252/sjimu.27.5.73]

به منظور سنجش نیازهای معنوی بیماران طراحی شده است(۱۴). این پرسش نامه دارای ۱۹ آیتم است که ۴ نوع عامل نیازهای مذهبی(عبادت کردن فردی و جمعی)، نیاز به آرامش درونی(میل به زندگی در مکان آرام، قرار گرفتن در محیط و طبیعت زیبا، دستیابی به آرامش درونی)، نیازهای وجودی(تفسیر مثبت از بیماری و معنایابی در زندگی، صحبت کردن درباره معنی زندگی و درد و رنج های آن) و نیاز بخشیدن فعال(تمایل به قصد و تمایل ارادی و فعال به آرام کردن دیگران و از خود گذشتن به نفع دیگران) را می سنجد. پاسخ ها بر اساس مقیاس ۴ درجه ای لیکرت از اصلاً تا خیلی زیاد ارزیابی می شود. از لحاظ نمره گذاری نیز گویه ها به صورت اصلاً(۱)، تا حدودی (۲)، زیاد(۳) و خیلی زیاد(۴) نمره گذاری می شوند. بسینگ و همکاران(۲۰۱۰) از روش برآورد همسانی درونی(آلفای کرونباخ) به منظور بررسی اعتبار پرسش نامه استفاده کرده است. وی آلفای کرونباخ عامل های نیازهای مذهبی، نیاز آرامش درونی، نیازهای وجودی و نیاز به بخشیدن فعال را به ترتیب ۰/۹۰، ۰/۸۳، ۰/۸۴ و ۰/۸۲ گزارش داده است(۹). هم چنین چهار عامل اولیه در ساختار عاملی تاییدی مقیاس در گروه های نمونه مبتلا به بیماری های درد مزمن و سرطان نیز حفظ شد که نشانگر روایی سازه مناسب مقیاس می باشد(۱۴). در این پژوهش نیز پس از تهیه پرسش نامه به روشی که در پرسش نامه بهزیستی معنوی ذکر شده است، به منظور اطمینان از قابلیت درک محتوای سوالات در یک نمونه مقدماتی ۵۰ نفری از بیماران اجرا شد و نظرات آن ها درباره محتوا و قابلیت فهم سوالات بررسی شد. به منظور بررسی پایایی و بررسی همسانی درونی پرسش نامه از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد. در پژوهش حاضر همسانی درونی مولفه های نیاز به آرامش، نیاز وجودی، نیاز مذهبی و نیاز به بخشش به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۷۶، ۰/۹۱، ۰/۷۷ به دست آمد که نشان دهنده روایی مناسب ابزار پژوهش دارد.

پرسش نامه عوامل بافتاری(CFQ): این پرسش نامه توسط هیلمیر و همکاران به منظور شناسایی جنبه های مرتبط با سلامت در زمینه محیطی، اقتصادی، اجتماعی و فیزیکی که مردم در آن زندگی می کنند طراحی شده است(۲۳). این پرسش نامه دارای ۶۷ آیتم است که ۱۲ نوع بعد اقتصادی، بعد اشتغال، بعد تحصیلی، بعد سیاست، بعد محیطی، بعد مسکن، بعد پزشکی، بعد دولتی، بعد سلامت عمومی، بعد روانی-اجتماعی، بعد رفتاری و بعد حمل و نقل را می سنجد. پاسخ ها بر اساس مقیاس ۱۱ درجه ای لیکرت از هرگز تا ۱۰۰ درصد ارزیابی می شود. از لحاظ نمره گذاری نیز گویه ها به صورت هرگز(۰) و ۱۰۰ درصد(۱۰) نمره گذاری می شوند. این پژوهش نیز پس از تهیه پرسش نامه به روشی که در پرسش نامه بهزیستی معنوی ذکر شده است، به منظور اطمینان از قابلیت درک محتوای سوالات در یک نمونه مقدماتی ۵۰ نفری از بیماران اجرا شد و نظرات آن ها درباره محتوا و قابلیت فهم سوالات بررسی شد. به منظور بررسی پایایی و بررسی همسانی درونی پرسش نامه از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد. در پژوهش حاضر همسانی درونی بعد اقتصادی(۰/۸۰)، بعد اشتغال(۰/۸۲)، بعد تحصیلی(۰/۸۳)، بعد سیاست(۰/۷۴)، بعد محیطی(۰/۷۰)، بعد مسکن(۰/۸۳)، بعد پزشکی(۰/۸۰)، بعد دولتی(۰/۷۸)، بعد سلامت عمومی(۰/۷۵)، بعد روانی-اجتماعی(۰/۸۵)، بعد رفتاری(۰/۸۳) و بعد حمل و نقل(۰/۷۰) به دست آمد که نشان دهنده روایی مناسب ابزار پژوهش دارد.

یافته های پژوهش

یافته های توصیفی: در این پژوهش تعداد افراد نمونه ۱۳۷ نفر بودند. توزیع فراوانی شرکت کنندگان مرد با تعداد ۵۸ نفر(معادل ۴۲ درصد) و شرکت کنندگان زن ۷۹ نفر(معادل ۵۸ درصد) بود.

بر اساس نتایج بین مولفه نیاز به آرامش درونی(با مقدار r=0.520)، نیاز وجودی(با مقدار r=0.578)، نیاز به بخشش(با مقدار r=0.439) و نیاز مذهبی(با مقدار r=0.444) با بهزیستی معنوی بیماران قلبی-عروقی رابطه مثبت معنی دار وجود دارد(جدول شماره ۱).

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-09]

[DOI: 10.29252/sjimu.27.5.73]

جدول شماره ۱. میانگین و انحراف معیار و ضریب همبستگی پیرسون مولفه های نیازهای مذهبی با بهزیستی معنوی

متغیر	میانگین و انحراف معیار	۱	۲	۳	۴	۵
نیاز به آرامش	۲/۱۹±۱۲/۰۷	۱				
نیاز وجودی	۲/۲۳±۱۱/۷۲	۰/۳۹۶**	۱			
نیاز به بخشش	۱/۷۵±۷/۵	۰/۳۳۶**	۰/۳۲۲**	۱		
نیاز مذهبی	۲/۲۶±۱۵/۱۶	۰/۳۱۰**	۰/۳۴۴**	۰/۲۳۸**	۱	
بهزیستی معنوی	۸/۲۱±۴۵/۳۸	۰/۵۲۰**	۰/۵۷۸**	۰/۴۳۹**	۰/۴۴۴**	۱

**ضرایب همبستگی در سطح ۰/۰۱ معنی دار است(دو دامنه)

هم چنین نتایج جدول شماره ۲ نشان می دهد که بین ابعاد اقتصادی(r=-0.29)، تحصیلی(r=-0.22)، محیطی(r=-0.41)، مسکن(r=-0.25)، دولت (r=-0.39)، روانی-اجتماعی(r=-0.23)، رفتاری (r=-0.53)، حمل و نقل(r=-0.32) از مولفه های عوامل بافتاری با بهزیستی معنوی در بیماران قلبی-عروقی رابطه منفی معنی دار و نیز با بعد سیاست(r=0.26)، بعد پزشکی(r=0.50) و با بعد بهداشت(r=0.39) رابطه مثبت معنی دار وجود دارد.

جدول شماره ۲. میانگین و انحراف معیار و ضریب همبستگی پیرسون مولفه های عوامل بافتاری با بهزیستی معنوی

متغیر	میانگین و انحراف معیار	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳
اقتصاد	۳۶/۶۹±۵/۶۵	۱												
اشتغال	۲۷/۲۵±۴/۹۴	۰/۰۸	۱											
تحصیلی	۱۸/۶۸±۲/۷۱	۰/۱۲	-۰/۰۱	۱										
سیاست	۱۱/۷۷±۱/۹۶	-۰/۱۲	-۰/۰۱	۰/۱۰	۱									
محیطی	۱۳/۴۶±۳/۲۷	-۰/۳۸**	-۰/۰۶	۰/۰۹	۰/۲۰	۱								
مسکونی	۱۳/۱۵±۲/۵۶	۰/۱۴	-۰/۰۴	۰/۰۷	۰/۲۴**	۰/۰۱	۱							
پزشکی	۳۷/۷۵±۶/۱۲	-۰/۲۵**	-۰/۰۵	-۰/۰۷	۰/۱۲	-۰/۲۶**	-۰/۱۵	۱						
دولت	۱۴/۵۸±۱/۹۲	۰/۳۲**	۰/۱۴	-۰/۰۵	-۰/۰۶	۰/۳۹**	۰/۱۰	۰/۳۳**	۱					
بهداشت	۱۷/۵۸±۲/۲۸	-۰/۰۸	۰/۱۳	-۰/۱۷	۰/۰۶	-۰/۱۸*	۰/۲۲*	۰/۲۰*	-۰/۰۳	۱				
روانی- اجتماعی	۱۶/۷۳±۲/۹۵	۰/۱۱	۰/۰۷	۰/۲۷**	-۰/۰۱	۰/۲۲*	۰/۲۰	-۰/۱۱	-۰/۲۰*	-۰/۲۹**	۱			
رفتاری	۲۰/۵۱±۳/۹۹	۰/۱۳	۰/۱۳	۰/۰۹	-۰/۱۲	۰/۲۲*	۰/۱۲	-۰/۴۹**	۰/۳۲**	۰/۰۹	۰/۱۲	۱		
حمل و نقل	۲۱/۴۱±۳/۷۵	۰/۱۲	۰/۲۹**	۰/۱۵	-۰/۰۵	۰/۱۵	۰/۱۵	-۰/۱۳	۰/۲۶**	-۰/۱۱	۰/۰۴	۰/۲۲*	۱	
بهزیستی معنوی	۶/۱۶±۴۲/۱۴	-۰/۲۹**	-۰/۱۳	-۰/۲۲**	۰/۲۶**	-۰/۴۱**	-۰/۲۵**	۰/۵۰**	-۰/۳۹**	۰/۳۳**	-۰/۲۳*	-۰/۵۳**	-۰/۳۲**	۱

**ضرایب همبستگی در سطح ۰/۰۱ ۰معنی دار است(دو دامنه) *ضرایب همبستگی در سطح ۰/۰۵ معنی دار است(دو دامنه)

نتایج حاصل از تحلیل واریانس در جدول شماره ۳ نشان می دهد که رگرسیون چندگانه پیش بینی نیاز وجودی، نیاز به آرامش، نیاز مذهبی و نیاز به بخشش از مولفه های نیاز معنوی، از لحاظ آماری معنی دار است($F=33.94, 4, 132$) با توجه به میزان R^2 موجود در جدول شماره ۳ می توان نتیجه گرفت که مولفه های نیاز وجودی، نیاز به آرامش، نیاز مذهبی و نیاز به بخشش از مولفه های نیاز معنوی در حدود ۵۱ درصد از واریانس متغیر بهزیستی معنوی را تبیین می کند. بر اساس ضرایب بتا با هر واحد تغییر در واریانس نیاز وجودی، نیاز به آرامش، نیاز مذهبی و نیاز به بخشش به ترتیب به اندازه ۰/۳۴۶، ۰/۲۵۶، ۰/۲۰۱ و ۰/۱۹۴ در واریانس بهزیستی معنوی بیماران قلبی-عروقی تغییر ایجاد می گردد.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-09]

[DOI: 10.29252/sjimu.27.5.73]

جدول شماره ۳. پیش بینی بهزیستی معنوی بیماران از روی مولفه‌های نیاز مذهبی-معنوی

مدل	منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	R^2	Beta	T	P	VIF	ضریب تحمل
۱	رگرسیون	۴۹۸۹/۳۴	۱	۴۹۸۹/۳۴	۶۷/۵۹	۰/۳۳	۰/۵۷۸	۸/۲۲	۰/۰۰۱	۱/۰۰	۱/۰۰
	باقی مانده	۹۹۶۴/۴۹	۱۳۵	۷۳/۸۱							
	کل	۱۴۹۵۳/۸۳	۱۳۶								
۲	رگرسیون	۶۴۹۵/۴۲	۲	۳۲۴۷/۷۱	۵۱/۴۵	۰/۴۳	۰/۴۴۱	۶/۲۲	۰/۰۰۱	۱/۱۸	۰/۸۴
	باقی مانده	۸۴۵۸/۴۱	۱۳۴	۶۳/۱۲			۰/۳۴۶	۴/۸۸	۰/۰۰۱	۱/۱۸	۰/۸۴
	کل	۱۴۹۵۳/۸۳	۱۳۶								
۳	رگرسیون	۷۱۱۱/۴۴	۳	۲۳۷۰/۴۸	۴۰/۲۰	۰/۴۸	۰/۳۸۴	۵/۴۳	۰/۰۰۱	۱/۲۶	۰/۷۹۱
	باقی مانده	۷۸۴۲/۴۰	۱۳۳	۵۸/۹۶			۰/۳۰۰	۴/۲۹	۰/۰۰۱	۱/۲۳	۰/۸۰۰
	کل	۱۴۹۵۳/۸۳	۱۳۶				۰/۲۲۰	۳/۲۳	۰/۰۰۲	۱/۱۷	۰/۸۴۸
۴	رگرسیون	۷۵۸۱/۹۷	۴	۱۸۹۵/۴۹	۳۳/۹۴	۰/۵۱	۰/۳۴۶	۴/۹۴	۰/۰۰۱	۱/۳۱	۰/۷۶۳
	باقی مانده	۷۳۷۱/۸۶	۱۳۲	۵۵/۸۴			۰/۲۵۶	۳/۶۷	۰/۰۰۱	۱/۲۹	۰/۷۷۰
							۰/۲۰۱	۳/۰۱	۰/۰۰۳	۱/۱۹	۰/۸۴۰
	کل	۱۴۹۵۳/۸۳	۱۳۶				۰/۱۹۴	۲/۹۰	۰/۰۰۴	۱/۱۹	۰/۸۳۰

مدل ۱. پیش بینی کننده ها: نیاز وجودی؛ مدل ۲: پیش بینی‌کننده ها: نیاز وجودی و نیاز به آرامش؛ مدل ۳: پیش بینی‌کننده ها: نیاز وجودی، نیاز به آرامش، نیاز مذهبی مدل ۴: پیش بینی‌کننده ها: نیاز وجودی، نیاز به آرامش، نیاز مذهبی و نیاز به بخشش. متغیر ملاک: بهزیستی معنوی

نتایج حاصل از تحلیل واریانس در جدول شماره ۴ نشان می دهد که رگرسیون چندگانه پیش بینی بهزیستی معنوی بیماران از روی عوامل بافتاری، از لحاظ آماری معنی دار است($F=31.30, 129, 7$). با توجه به میزان R^2 موجود در جدول شماره ۵ می توان نتیجه گرفت که رفتاری، محیطی، بهداشت، پزشکی سیاسی، مسکونی و حمل و نقل در حدود ۰/۵۴ درصد از واریانس متغیر بهزیستی معنوی را تبیین می کند. بر اساس ضرایب بتا با هر واحد تغییر در واریانس بعد رفتاری، محیطی، بهداشت، پزشکی سیاسی، مسکونی و حمل و نقل به اندازه ۰/۲۹۷-، ۰/۱۵۹-، ۰/۲۱۶، ۰/۱۶۷، ۰/۲۱۶، ۰/۱۸۲- و ۰/۱۴۰- در واریانس نسبت بهزیستی معنوی تغییر ایجاد می گردد.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-09]

[DOI: 10.29252/sjimu.27.5.73]

جدول شماره ۴. نتایج تحلیل واریانس، رگرسیون چندگانه و ضریب تعیین پیش بینی بهزیستی معنوی از روی عوامل بافتاری

مدل	منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	R^2	Beta	T	P	ضریب تحمل	VIF
۱	رگرسیون	۴۱۸۵/۴۰	۱	۴۱۸۵/۴۰	۵۲/۴۷	۰/۲۸	−۰/۵۲۹	−۷/۲۴	۰/۰۰۱	۱/۰۰	۱/۰۰
	باقی مانده	۱۰۷۶۸/۴۳	۱۳۵	۷۹/۷۶							
	کل	۱۴۹۵۳/۸۳	۱۳۶								
۲	رگرسیون	۵۵۲۸/۵۰	۲	۲۷۶۴/۲۵	۳۹/۳۰	۰/۳۷	−۰/۴۶۰	−۶/۵۲	۰/۰۰۱	۱/۰۵	۰/۹۴۹
	باقی مانده	۹۴۲۵/۳۳	۱۳۴	۷۰/۳۳			−۰/۳۰۸	−۴/۳۷	۰/۰۰۱	۱/۰۵	۰/۹۴۹
	کل	۱۴۹۵۳/۸۳	۱۳۶								
۳	رگرسیون	۶۴۰۸/۸۰	۳	۲۱۳۶/۲۶	۳۳/۲۵	۰/۴۳	−۰/۴۴۶	−۶/۶۲	۰/۰۰۱	۱/۰۵	۰/۹۴۶
	باقی مانده	۸۵۴۵/۰۳	۱۳۳	۶۴/۲۴			−۰/۲۶۶	−۳/۸۹	۰/۰۰۱	۱/۰۸	۰/۹۲۳
	کل	۱۴۹۵۳/۸۳	۱۳۶				۰/۲۴۷	۳/۷۰	۰/۰۰۱	۱/۰۳	۰/۹۶۵
۴	رگرسیون	۶۹۳۹/۶۲	۴	۱۷۳۴/۹۰	۲۸/۵۷	۰/۴۶	−۰/۳۴۵	−۴/۶۵	۰/۰۰۱	۱/۳۴	۰/۷۴
	باقی مانده	۸۰۱۴/۲۱	۱۳۲	۶۰/۷۱			−۰/۲۳۵	−۳/۵۰	۰/۰۰۱	۱/۱۱	۰/۹۰
							۰/۲۱۶	۳/۲۷	۰/۰۰۱	۱/۰۶	۰/۰۳۰
	کل	۱۴۹۵۳/۸۳	۱۳۶				۰/۲۲۴	۲/۹۵	۰/۰۰۴	۱/۴۱	۰/۷۰
۵	رگرسیون	۷۳۱۶/۱۰	۵	۱۴۶۳/۲۲	۲۵/۰۹	۰/۴۹	−۰/۳۳۶	−۴/۶۳	۰/۰۰۱	۱/۳۵	۰/۷۴
							−۰/۲۰۳	−۳/۰۲	۰/۰۰۳	۱/۱۵	۰/۸۶
	باقی مانده	۷۶۳۷/۷۳	۱۳۱	۵۸/۳۰			۰/۲۳۶	۳/۶۳	۰/۰۰۱	۱/۰۸	۰/۹۲
	کل	۱۴۹۵۳/۸۳	۱۳۶				۰/۲۱۱	۲/۸۴	۰/۰۰۵	۱/۴۱	۰/۷۰
							۰/۱۶۴	۲/۵۴	۰/۰۱۲	۱/۰۷	۰/۹۳
۶	رگرسیون	۷۷۹۵/۷۱	۶	۱۲۹۹/۲۸	۲۳/۵۹	۰/۵۲	−۰/۳۱۹	−۴/۵۱	۰/۰۰۱	۱/۳۶	۰/۷۳۵
							−۰/۲۰۶	−۳/۱۵	۰/۰۰۲	۱/۱۵	۰/۸۶
	باقی مانده	۷۱۵۸/۱۲	۱۳۰	۵۵/۰۶			۰/۲۰۳	۳/۱۶	۰/۰۰۲	۱/۱۱	۰/۸۹
							۰/۱۹۱	۲/۶۳	۰/۰۱۰	۱/۴۳	۰/۷۰
	کل	۱۴۹۵۳/۸۳	۱۳۶				۰/۲۱۲	۳/۲۶	۰/۰۰۱	۱/۱۴	۰/۸۷
							−۰/۱۹۱	−۲/۹۵	۰/۰۰۴	۱/۱۴	۰/۸۷۵
۷	رگرسیون	۸۰۱۷/۹۵	۷	۱۱۴۵/۴۰	۳۱/۳۰	۰/۵۴	−۰/۲۹۷	−۴/۹	۰/۰۰۱	۱/۳۹	۰/۷۱۸
							−۰/۱۵۹	−۲/۳۲	۰/۰۲۲	۱/۳۰	۰/۷۶۸
	باقی مانده	۶۹۳۵/۹۸	۱۲۹	۵۳/۷۶			۰/۲۱۶	۳/۳۸	۰/۰۰۱	۱/۱۲	۰/۸۸۷
							۰/۱۶۷	۲/۲۸	۰/۰۲۴	۱/۴۷	۰/۶۸
							۰/۲۱۶	۳/۷۶	۰/۰۰۱	۱/۱۴	۰/۸۷۵
	کل	۱۴۹۵۳/۸۳	۱۳۶				−۰/۱۸۲	−۲/۸۲	۰/۰۰۵	۱/۱۴	۰/۸۷۰
							−۰/۱۴۰	−۲/۰۳	۰/۰۴۴	۱/۳۲	۰/۷۵۷

مدل ۱. پیش بینی کننده ها: رفتاری مدل ۲: پیش بینی‌کننده ها: رفتاری و محیطی مدل ۳. پیش بینی کننده ها: رفتاری، محیطی و بهداشت مدل ۴: پیش بینی کننده ها: رفتاری، محیطی، بهداشت و پزشکی مدل ۵. پیش بینی‌کننده ها: رفتاری، محیطی، بهداشت،پزشکی و سیاسی مدل ۶: پیش بینی‌کننده ها: رفتاری، محیطی، بهداشت،پزشکی، سیاسی و مسکونی. مدل ۶: پیش بینی‌کننده ها: رفتاری، محیطی، بهداشت، پزشکی سیاسی، مسکونی و حمل و نقل. متغیر ملاک: بهزیستی معنوی

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی بررسی ارتباط بین عوامل بافتاری و نیازهای مذهبی با بهزیستی معنوی در بیماران قلبی انجام شد، یافته های پژوهش نشان داد که از بین خرده مقیاس های نیازهای معنوی خرده مقیاس های نیاز وجودی، نیاز به آرامش، نیاز مذهبی و نیاز به بخشش فعال به ترتیب بیشترین قدرت تبیین را در بهزیستی معنوی بیماران داشتند. نتایج مطالعه حاضر مشابه با نتایج مطالعات(۱،۵،۱۴) همسو می باشد در تبیین نقش نیاز وجودی بیماران با بهزیستی معنوی بیماران نیز می توان چنین استنباط کرد که زمینه های وجودی نظیر نگرانی در مورد مرگ، از دست دادن معنا، ناراحتی و غمگینی، تنهایی، از دست دادن آزادی عمل و از دست دادن ارزش زندگی به عنوان نیازهای وجودی مهم برای بیمارانی که به زودی منتظر مرگ هستند می باشد(۲۴). بنا بر این نیاز وجودی یک سامانه باور منسجم ایجاد می کند که باعث می شود افراد برای زندگی معنا پیدا کنند و به آینده امیدوار باشند که

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-09]

[DOI: 10.29252/sjimu.27.5.73]

در نتیجه منجر به افزایش بهزیستی معنوی می شود(۲۵). در تبیین نقش نیاز به آرامش با بهزیستی معنوی بیماران نیز می توان چنین استنباط کرد که بیمارانی که با بیماری های مزمن نظیر بیماری قلبی مواجه می شوند. این بیماری را به عنوان تهدیدی برای ادامه زندگی در نظر می گیرند(۵). در این مواقع نیاز بیماران به آرامش به معنای جستجوی بیمار جهت یافتن راه هایی برای خلاص شدن از بیماری و بازگشت به حالت آرام تر زندگی محسوس می باشد. بیماران در این حالت سعی می کنند این چنین تجربیات حاصل از دستیابی به آرامش را به عنوان منبعی برای هدفمندی و معنایابی در زندگی در نظر بگیرند که در نتیجه منجر به افزایش سلامت معنوی آن ها می شود. در تبیین پیش بینی نیاز مذهبی بر بهزیستی معنوی بیماران نیز می توان به این نکته اشاره کرد که، مردم ایران با توجه به شرایط فرهنگی و عقیدتی، نیاز مذهبی بیشتری را ادراک می کنند و بیشتر به مذهب روی می آورند(۱۸،۲۶). منابع مذهبی می توانند موجب ایجاد یه حس کلی امید و دیدگاه مثبت به زندگی شوند. بنا بر این نیازهای مذهبی(توسل بیماران به نذر، زیارت، دعا و توسل به ائمه) که بیماران ادراک می کنند(۲۷،۲۸)، به آن ها کمک می کند تا معنای حوادث زندگی را بفهمند و در نهایت منجر به بهزیستی معنوی شان می شود. در ارتباط با نقش نیاز به بخشش بر بهزیستی معنوی نیز می توان چنین تبیین کرد، بیماران با وجود بیماری، میزان بخشش زیادی در مواجهه با افراد دارند، عمل شخص خطارکار را از یاد می برند و زندگی خود را را تنفر از دیگران و محیط از این که باعث ایجاد بیماری در او شده اند، طی نمی کند، به راه های بخشیدن و بخشوده شدن فکر می کند(۲۹). در واقع بخشش، آمادگی برای رهایی از رنج های گذشته و تصمیمی است برای پایان دادن به مشکلاتی که از گذشته با خود داریم. افزایش توان کنترل احساسات و هیجانات درونی خود و دیگران و به عبارتی بهبود سطح بخشش خود و دیگران منجر رشد و تقویت اعتقادات و باورهای معنوی می گردد(۳۰). یافته دیگر این پژوهش نیز نشان داد که از بین مولفه های عوامل بافتاری، بعد رفتاری، محیطی، بهداشت، پزشکی، سیاست، مسکونی و حمل و نقل به ترتیب بیشترین قدرت تبیین را در بهزیستی معنوی بیماران قلبی داشتند. این یافته ها با نتایج مطالعات(۱۸،۱۹) همسو است. در تبیین نقش بعد رفتاری در پیش بینی بهزیستی معنوی بیماران نیز می‌توان بعد رفتاری اشاره به میزان مصرف سیگار و قلیان، وجود برنامه های آموزشی برای پیشگیری، محدودیت سیگار کشیدن در محل کار، هزینه و دسترسی سیگار، و تبلیغات هدفمند، فعالیت های ورزشی و بدنی، میزان رعایت رژیم غذایی و چاقی، توجه به الگوهای مصرف غذاهای سالم مانند میوه و سبزیجات، کیفیت مواد غذایی، در دسترس بودن خدمات درمانی دارد(۲۳). بنا بر این هر چه بیماران سلامت رفتاری بیشتری در زمینه کاهش مصرف دخانیات، الکل، مواد مخدر و خشونت و افزایش فعالیت های بدنی و حفظ رژیم غذایی سالم داشته باشند. احساس هدفمندی و معنای زندگی بیشتری می کنند در تبیین نقش بعد محیطی در پیش بینی بهزیستی معنوی بیماران می توان این گونه استنباط کرد که عوامل محیطی اشاره به ابعاد زیست محیطی شامل آلاینده های هوا، آلودگی های آب و خطرات زیست محیطی؛ ویژگی های ساختاری نظیر طراحی فیزیکی خیابان ها، پیاده روها و ساختارهای ایمنی که با سطح خطر و میزان آسیب ها مرتبط هستند، دارد، که به طور مستقیم و غیر مستقیم با سلامت افراد در ارتباط می باشد(۲۳). بنا بر این ارائه خدمات مرتبط با کیفیت محیط زیست مانند دفع زباله ها و جلوگیری از آلودگی های زیست محیطی و هم چنین برنامه های بازیافتی و هم چنین ساختار شهری و محیطی ایمن می تواند منجر به کاهش بروز و حفظ بیماری شود که این عامل می تواند باعث شود افراد برای زندگی معنا پیدا کنند و به آینده امیدوار باشند که در نتیجه منجر به افزایش بهزیستی معنوی می شود. هم چنین در تبیین نقش بعد بهداشت در پیش بینی بهزیستی معنوی بیماران نیز می توان گفت بیمارانی که میزان خدمات بهداشت بیشتری رو به عنوان برنامه های پیشگیری، تشخیص زودهنگام و درمان بیماری و ارائه خدمات دریافت می کنند. این توانایی را به آن ها می دهد که با فشارهای روانی، ناتوانایی های جسمی و آسیب پذیری

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-09]

[DOI: 10.29252/sjimu.27.5.73]

روان شناختی معنا بدهند و از طریق مقابله با این مشکلات، از بار فشار روانی بکاهند و احساس هدفمندی و معنای زندگی بیشتری دارند(۲۳). هم چنین در تبیین نقش بعد پزشکی در پیش بینی بهزیستی معنوی بیماران می توان این گونه استنباط کرد ابعاد پزشکی شامل طیف وسیعی از خدمات درمانی از جمله مراقبت های اولیه، مراقبت های ویژه، خدمات اضطراری، مراقبت های بهداشتی در خانه، خدمات اورژانس، خدمات بهداشت روان، مراقبت های بلند مدت، مراقبت های بهداشت دهان و دندان و مراقبت های جایگزین و پوشش بیمه ای اشاره دارد. بنا بر این میزان دسترسی به مراقبت های اولیه با کیفیت و خدمات پزشکی مناسب به عنوان شاخصی در سلامت بیماران نقش موثری دارد(۲۳). بنا بر این بیمارانی که میزان خدمات پزشکی با کیفیت بیشتری رو دریافت می کنند به همان میزان بهزیستی معنوی بیشتری را تجربه می کنند. در تبیین نقش بعد سیاسی در پیش بینی بهزیستی معنوی بیماران نیز می توان گفت تعداد و نفوذ گروه های سیاسی فعال از طریق اتخاذ سیاست ها و راهکار برنامه های مرتبط با حوزه سلامت و اتخاذ سیاست های بهداشتی از جمله درصد بودجه محلی اختصاص یافته به سرمایه‌گذاری های بهداشت عمومی مرتبط می توانند به عنوان تعیین کننده های کلان سلامت بر کیفیت زندگی و هدفمند کردن زندگی بیماران و در نهایت بهزیستی معنوی آن ها نقش موثری داشته باشد(۲۳). هم چنین در تبیین نقش بعد مسکونی در پیش بینی بهزیستی معنوی بیماران می توان این‌گونه استنباط کرد که عواقب ناشی از عدم رعایت بهداشت مسکن(وجود رطوبت و قارچ در محیط خانه، وجود خانه های متروکه و مخروبه، تراکم و ازدحام جمعیت و استرس های محیطی و عاطفی آن) بر سلامتی بیماران تاثیرگذار می باشد به طوری که هر چقدر میزان استرس های مرتبط با وضعیت سکونت بیماران در سطح پایین تری باشد میزان کیفیت زندگی، حس معناداری و افزایش قدرت در برابر مشکلات و در نهایت میزان بهزیستی معنوی در بیماران نیز بیشتر می شود هم چنین در تبیین بعد حمل و نقل می توان گفت بعد حمل و نقل شامل فاکتورهای امنیتی خودرو و عابر پیاده و ویژگی های زیر ساختی جاده ها، پیاده روها می تواند بر وضعیت نامطلوب سلامتی بیماران تاثیر داشته باشد. مسائل اقتصادی مرتبط با حمل و نقل همانند اولویت قرار دادن هزینه حمل و نقل عمومی، میزان بودجه بندی برای حمل و نقل عمومی و نیز بر سلامت بیماران تاثیرگذار هستند(۲۳). بنا بر این بیمارانی که خدمات بهتری از نظر سیستم حمل و نقلی دریافت می‌کنند و به طبع باعث کاهش استرس های روان شناختی و محیطی می شود و این عامل این توانایی را به بیماران می دهد که با مشکلات زندگی، و بیماری مقابله کنند و از بار فشار روانی بکاهند که در نهایت منجر به افزایش رضایت شخصی، کیفت زندگی، احساس هدفمندی در زندگی و بهزیستی معنوی بیماران می شود. از جمله محدودیت های این تحقیق اجرای آن در بیماران بستری در بیمارستان بود از این رو تعمیم دادن نتایج این تحقیق در بیمارانی که در خانه بستری هستند باید به احتیاط صورت بپذیرد. علاوه بر این، داده های پژوهش حاضر با استفاده از پرسش نامه جمع آوری شده است؛ پیشنهاد می شود در پژوهش های آتی از روش اندازه گیری دیگر همانند مصاحبه های نیمه ساختار یافته، مشاهدات مستمر و دیگر روش های کیفی استفاده شود. در نهایت پیشنهاد می شود مطالعه تجربی با عنوان اثربخشی درمان های معنوی–مذهبی بر حیطه های روان شناختی بیماران انجام گیرد.

کد اخلاق: IR.MAZUMS.REC.1396D105

References

1.ussing A, Pilchowska I, Surzykiewicz,J. Spiritual needs of polish patients with chronic diseases . J Relig Health2015; 54:1524-42. doi: 10.1007/s10943-014-9863-x

2.Pfeffer MA. Heart failure and hypertension importance of prevention. Med Clin North Am 2017; 101: 19-28. doi: 10.1016/j.mcna.2016.08.012

3.Soundarraj D, Singh V, Satija V, Thakur KR. Containing the cost of heart failure management a focus on reducing readmissions. Heart Fail Clin2017;13:21-8.doi: 10.1016/j.hfc.2016.07.002

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-09]

[DOI: 10.29252/sjimu.27.5.73]

4.Dongfeng Gu, Anjali G, Muntner P. Prevalence of cardiovascular disease risk factor clustering among the adult population of China. Circulation2005; 2:658-65. doi: 10.1161/CirculationAha.104.515072

5.Bussing A, Janko A, BaumannK, Christian N, Kopf A. Spiritual needs among patients with chronic pain diseases and cancer living in a secular society. Pain Med 2013; 14: 1362-73. doi: 10.1111/pme.12198

6.Fradelos E, Tzavella F, Koukia E, Zyga S. The effect of spirituality on quality of life of patients with chronic kidney disease and its correlation with the mental health status and cognitive perception for their ill-ness. Librar J 2015; 2, 1-7. doi.org/10.4236/oalib.1101783.

7.Davison SN, Jhangri GS. Existential and supportive care needsamong patients with chronic kidney disease. J Pain Sym Manage 2010; 40: 838-43. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2010.03.015

8.Mohammadi Y, Rahimzadeh K. [The effectiveness of meaning therapy on spiritual health and quality of life of Women with Aids in Tehran]. J Health Psychol 2018; 7: 105-10. (Persian)

9.Peterman AH, Reeve CH L, Winford EC, Salsman JM, Tsevat J, Cotton S, Mcquellon R, Campbell C. Measuring meaning and peace with the FACIT spiritual well- being scale distinction without a difference? Psychol Ass2014; 26:127-37. doi:10.1037/a0034805.

10.King M, Marston L, Mcmanus S, Brugha T. Religion, spirituality and mental health: results from a national study of english households. Br J Psychiatr2013; 20:68-73. doi: 10.1192/bjp.bp.112.112003.

11.Kittiprapas S. Subjective well-being new paradigm for measuring progress and public policies. Ret Hap Soc org 2014; 2: 1-6.

12.Heshmati R, Naseri E, Parniankhoy M. [The role of emotional suppression and ego ability in predicting smoking and non-smoking in patients with cancer]. J Health Psychol2018; 7: 6-19. (Persian)

13.Hodge DR, Bonifas RP, Chou RJA. Spirituality and older adult's ethical guidelines to enhance service provision. Adv Social Work 2010; 11: 1-16. doi.org/10.18060/262

14.Bussing A, Balzat HJ, Heusser P. Spiritual needs of patients with chronic pain diseases and cancer Validation of the spiritual needs questionnaire. Eur J Med Res 2010; 15:266-73. doi:10.1186/2047-783x-15-6-266

15.Balboni TA, Vanderwerker LC, Block SD. Religiousness and spiritual support among advanced cancer patients and associations with end of life treatment preferences and quality of life. J Clin Oncol2007;25: 555-60.doi:10.1200/jco.2006.07.9046

16.Ellaway A, Macintyre S. Mums on prozac kids on inhalers the need for research on the potential for improving health through housing interventions. Health Bull 2000; 58:336-39.

17.Barr RG, Roux AV, Knirsch CA, Mendez A. Neighborhood poverty and the resurgence of Tuberculosis in Newyork city 1984-92. Am J Publ Health2001;91:1487-93. doi: 10.2105/ajph.91.9.1487

18.Wu LF, Koo M, Chenliao YCH, Chen YM, Yeh DCH. Development and validation of the spiritual care needs inventory for acute care hospital patients in taiwan. Clin Nurs Res2016; 25: 590-606. doi:10.1177/1054773815579609

19.Borji M, Malek M, Aazami M, Bastami M, Aazami S. [Evaluation of spiritual health status and its relationship with demographic characteristics of hemodialysis patients]. J Relig Health 2015;3: 1-8. (Persian)

20.Hassan J, Sheikhan R, Mahmoudzadeh A, Nikro M. [The role of spiritual well-being and coping strategies in teenage High-risk behaviors]. Though Behav Clin Psychol 2014; 9: 17-27. (Persian)

21.Usefi AR, Ghassemi GH, Sarrafzadegan N, Malek S, Baghaei A, Rabiei, K. [Psychometric properties of the WHO QOL BREF in an Iranian adult sample community]. Men Health J 2009; 46: 139-47. (Persian)

22.Peterman AH, Fitchett G, Brady MJ, Hernandez L, Cella D. Measuring spiritual well-being in people with cancer the functional assessment of chronic illness therapy spiritual well-being scales. Ann Behav Med 2002; 24:49-58. doi: 10.1207/s15324796abm2401_06

23.Hillemeier MM, Lynch J, Harper S, Casper M. Measuring contextual

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-09]

[DOI: 10.29252/sjimu.27.5.73]

characteristics for community health. Health Ser Res2003; 38: 1645-718. doi: 10.1111/j.1475-6773.2003.00198.x
24.Eskandari M, Bahmani B, Hassani F, Shafiabadi A. [Cognitive existential group therapy for parents of children with cancer]. J Health Psychol 2013; 11:51-5. (Persian)
25.Seligman MEP. Flourish a visionary new understanding of happiness and well-being .1th ed. Newyork Free Publication.2012; P. 5-21.
26.Tsevat J. Spirituality religion and quality of life in patients with AIDS. J Gen IntMed2006; 21:1-2.
27.Hekmatipour N, Hojjati H. [The relationship between praying and life expectancy in cancerous patients]. J Med Life 2015; 8: 60 -4. (Persian)
28.Sharifnia H, Hojjat H, Naari R, Ghorbani M, Akhondzadeh G. [The effect of prayer on the spiritual health of hemodialysis mothers]. J Crit Care Nurs 2012; 5: 29-34. (Persian)
29.Khairi Y, Safa M, Nasiri F. [Spiritual health forgiveness and coping strategies in patients with gastrointestinal cancers]. Med Eth J 2018; 12: 1-9. (Persian)
30.Worthington EL, Scherer M. Forgiveness is an emotion focused coping strategy that can reduce health risks and promote health resilience theory review and hypotheses. Psychol Health 2004; 19: 385-405. doi.org/10.1080/ 0887044042000196674

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-09]

[DOI: 10.29252/sjimu.27.5.73]

Prediction of Spiritual Wellbeing based on Contextual Factors and Spiritual Needs in Patients with Cardiovascular Diseases

Ahangarkani M[1], RahimianboogarI[1], Makvand Hosseini S[1]*

Received: July 2, 2019 **Accepted: November 3, 2019)**

Abstract

Introduction: Cardiovascular diseases are among the major threats to human health which are regarded as the main cause of death and disability worldwide. Encounters with these diseases lead to physical, psychological, and spiritual problems. Spiritual health correlates with different aspects of human life and is necessary to adapt to the diseases. This study aimed to investigate the correlation between spiritual needs and contextual factors with spiritual wellbeing in patients with cardiovascular diseases.

Materials & Methods: This cross-sectional descriptive study was conducted based on a correlational design. The study population included all patients referred to teaching hospitals affiliated to Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran in 2018. In total, 137 patients (79 female and 58 male patients) with cardiovascular diseases were selected through convenience sampling. The data were collected using the Spiritual Wellbeing Scale (by Peterman), Spiritual Needs Assessment Scale (by Bussing), and Contextual Dimension Scale (by Hillemeier). Moreover, the data were analyzed using SPSS software (Version. 19) through descriptive and inferential statistics. *Ethics code:* IR.MAZUMS.REC.1396D105

Findings: The data were analyzed using stepwise regression analysis. According to the results, the need for inner peace, existential needs, active forgiveness needs, and religious needs correlated significantly with spiritual wellbeing. Out of the spiritual needs, existential needs, the need for inner peace, religious needs, and active forgiveness needs ($P<0.001$) played the most important roles ($R^2=0.49$) in predicting the spiritual wellbeing. Moreover, politics, medicine, and health correlated significantly with spiritual wellbeing. On the other hand, a negative relationship was observed between spiritual wellbeing and economic, educational, environmental, residential, governmental, psycho-social, and behavioral dimensions, as well as transportation. Out of these factors, behavioral, environmental, medical, political, and residential dimensions along with health and transportation had the most important roles ($R^2=0.51$) in predicting spiritual wellbeing.

Discussion & Conclusions: It can be concluded that religious needs and contextual factors, as two psychological constructs, can play significant roles in creating spiritual wellbeing.

Keywords: Contextual Factors, Patients with Cardiovascular Diseases, Spiritual Needs, Spiritual Wellbeing

1. Dept of Clnical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Semnan University, Semnan, Iran
**Corresponding author Email: i_rahimian@semnan.ac.ir*

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-09]

[DOI: 10.29252/sjimu.27.5.73]