اثربخشی معنویت درمانی بر کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به بیماری حاد کرونری قلب

محبوبه هروی[۱]، محمد حاتمی[۲*]، حسن احدی[۳]

۱. گروه روانشناسی، واحد بین المللی کیش، دانشگاه آزاد اسلامی، جزیره کیش، ایران
۲. دانشیار، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران
۳. استاد، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران

نشریه پایش
سال نوزدهم، شماره سوم، خرداد ـ تیر ۱۳۹۹ صص ۲۸۷- ۲۷۵
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۹/۱/۲۸
[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۲۱ اردیبهشت ۹۹]

چکیده

مقدمه: بیماری های قلبی و عروقی در سالمندان به عنوان یکی از مشکلات اساسی سلامتی در قرن حاضر بر کیفیت زندگی و طول عمر آنها تاثیر نامطلوب می گذارد. بیماری حاد کرونری قلب شایع ترین علت مرگ در سالمندان است. شواهد بیانگر آن است معنویت درمانی به عنوان یک روش درمانی مهم در درمان بیماری های مزمن شناخته شده است. بر این اساس پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی معنویت‌درمانی در کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به بیماری حاد کرونری قلب انجام شده است.

مواد و روش کار: در این پژوهش نیمه تجربی جامعه آماری شامل ۵۴ سالمند مبتلا به بیماری حاد کرونری قلب در شهر تهران بودند که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و سپس به صورت تصادفی ساده در دو گروه شامل ۲۷ نفر آزمون و کنترل تقسیم بندی شدند. گروه آزمون طی ۸ جلسه‌ی ۶۰ دقیقه‌ای تحت مداخله‌ی معنویت درمانی قرار گرفتند و گروه کنترل این مداخله را دریافت ننمودند. جهت سالمندان مشارکت کننده در پژوهش قبل ، یک هفته و یک ماه بعد از اتمام دوره‌ی مداخله، پرسشنامه کیفیت زندگی سالمندان-CASP 19 و پرسشنامه اختصاصی کیفیت زندگی آنژین سیاتل (SAQ) تکمیل گردید.

یافته ها: نتایج نشان داد که تأثیر معنویت درمانی بر کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به بیماری حاد کرونری قلب با استفاده از نمره کل هر دو پرسشنامه سیاتل و همچنین پرسشنامه کیفیت زندگی سالمندان بیانگر آن است که اثر متقابل بین گروه و زمان معنادار بود($p<۰/۰۵$).

نتیجه گیری: با توجه به تاثیر آموزش معنویت درمانی بر ارتقای کیفیت زندگی مخاطبان این مطالعه از معنویت درمانی می‌توان به عنوان یک مداخله موثر در ارتقای کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به بیماری حاد کرونری نام برد.

کلیدواژه: معنویت درمانی،کیفیت زندگی ، سالمندان، بیماری حاد کرونری قلب

کد اخلاق: IR.HUMS.REC.1398.305

* نویسنده پاسخگو: تهران، دانشگاه خوارزمی
E-mail: hatami@khu.ac.ir

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1399.19.3.3.5]
[DOI: 10.29252/payesh.19.3.275]

مقدمه

دگرگونی و تحولات اجتماعی، اقتصادی، فن‌آوری و پیشرفت‌های علمی، بهبود شرایط زندگی، افزایش طول عمر، امید به زندگی و پدیده سالمندی را در جوامع به دنبال داشته است. پدیده سالمندی و افزایش جمعیت سالمندان از مهمترین چالش‌های پیش روی ارائه‌کنندگان خدمات بهداشتی و درمانی، اعضای خانواده و جامعه به ویژه در زمینه اقتصادی، اجتماعی و بهداشتی در سالیان آتی به شمار می‌رود [۱]. جمعیّت سالمندی رشد سریعی داشته و طبق برآوردهای موجود تا ۴۰ سال آینده جمعیت بالای ۶۵ سال جهان دو برابر شده و نسبت افراد بالای ۶۰ سال به جمعیت جهانی از ۱۱ درصد در سال ۲۰۰۶ به ۲۲ درصد در سال ۲۰۵۰ خواهد رسید [۲]. ایران نیز به عنوان یکی از کشورهای درحال توسعه، از این تغییرات جمعیتی مستثنی نیست. به طوری که روند پیرشدن درکشور از رشد جمعیت سالمندی حکایت دارد [۳]. براساس نتایج سرشماری سال ۱۳۹۵، جمعیت سالمندان مطابق تعریف وزارت بهداشت (۶۰ ساله و بیشتر)، ۹/۲ درصد جمعیت کشور را تشکیل می‌دهند. انتظار می‌رود تعداد سالمندان ایران طی چهار دهه آینده به ۲۶ درصد برسد [۴].

با توجه به روند رو به افزایش جمعیت سالمندان در جهان و بالطبع آن در ایران، در آینده با مسائل جدی مرتبط با سالمندان مواجه خواهیم بود به ویژه بهداشت جسمی و روانی که مدیریت آنها در آینده توجه ویژه‌ای را می‌طلبد. افزایش سن و امید به زندگی یک خبر نوید بخش است، اما کاهش توان فیزیکی و فیزیولوژیکی و افزایش بخت ابتلا به بیماری‌های مزمن جسمی و روحی و ناتوانی موجب کاهش کیفیت زندگی شده و سالمندان بخصوص در کشورهای در حال توسعه نسبت به سایر گروه‌های سنی از کیفیت زندگی پایین‌تری برخوردار هستند [۵]. افزایش طول عمر، جامعه و خانواده را با چالش‌هایی از قبیل هزینه مراقبت بهداشتی روبرو کرده و این نیز توانسته است بر کیفیت زندگی سالمندان اثر منفی بگذارد [۵،۶]. درجه اهمیت کیفیت زندگی و وضعیت سلامت تا آنجاست که لازم است بیشتر مراقبت‌های بهداشتی قرن حاضر را بر بهبود کیفیت زندگی و وضعیت سلامت متمرکز کرد [۷]. کیفیت زندگی حوزه‌های سلامت جسمی، روانی و رفاه اجتماعی را نیز در بر می‌گیرد [۸]. شایان ذکر است سنجش کیفیت زندگی بیماران نه تنها ابزار ارزشیابی مؤثر بودن مداخلات درمانی، بلکه روشی برای تحلیل هزینه و اثر بخشی این مداخلات نیز هست [۹]. یافته ها حاکی از آن است که مشکلات وابسته به سلامت در سالمندان بر کیفیت زندگی آنان تاثیر به سزایی دارد[۱۰].

یکی از مشکلات جدی در سالمندان بیماری‌های قلبی عروقی است. در حال حاضر بیماری‌های قلب و عروق خصوصا بیماری حاد کرونری قلب از شایع‌ترین بیماری‌های موجود در جوامع بشری محسوب می‌شود و تعداد این بیماران در دهه‌های اخیر رو به افزایش است [۱۱]. این بیماری سالمندان را بیش از سایر گروه‌های سنی درگیر می‌کند؛ و بیماری‌های شریان کرونری از شایع‌ترین بیماری‌های تهدیدکننده حیات است. سندرم حاد کرونری طیف وسیعی از ایسکمی حاد و آسیب میوکارد است ، چنان‌که هنوز شایع‌ترین علت مرگ‌ومیر و عامل ۳۵٪ از تمام مرگ‌ها در سراسر دنیا است. در حال حاضر ۷۸٪ مرگ‌ومیر ناشی از عروق کرونر مربوط به کشورهای در حال توسعه رخ می دهد[۱۲]. چهار عامل خطر اصلی در این بیماران، آترواسکلروز، مصرف سیگار، پرفشاری خون و دیابت شیرین است [۱۳]. علائم تیپیک سندرم حاد کرونری شامل درد یا فشار قفسه سینه و علائمی مثل تنگی نفس، احساس خفگی، تهوع و استفراغ، تعریق و یا بی‌قراری است. پرفشاری خون، اضطراب و احساس مرگ قریب‌الوقوع که همگی خطرات ناشی از عدم تعادل عرضه و تقاضای اکسیژن میوکارد و فرایند تشدید ایسکمی هستند؛ از جمله دیگر عوامل هستند[۱۴].

تا کنون روشهای درمانی مختلفی نظیر رویکردهای روانشناسی مثبت و درمان های منتج از آن، کیفیت زندگی درمانی، روان درمانی مبتنی بر حل مسئله، امید درمانی، آموزش مهارت های زندگی، ذهن آگاهی، گشتالت درمانی، معنویت درمانی برای بهبود کیفیت زندگی بکار گرفته شده است[۱۵-۱۹]. شواهد بیانگر آن است معنویت‌درمانی موضوعی است که برای مداخله در بهبود سلامتی و وضعیت زندگی سالمندان، به آن نیاز خاصی وجود دارد. نتایج پژوهش‌ها بیانگر همبستگی مثبت تجربه معنویت با افزایش سن است. این موضوع بین سالمندان ملموس‌تر است؛ چرا که سالمندی دوره دگرگونی و از دست دادن است. تعداد کمی از سالمندان می‌توانند خود را با این تغییرات سازگار کنند و بیشتر آنان نیازمند دریافت مداخله‌ای برای کمک هستند [۲۰]. تشویق افراد برای دعا کردن، بحث کردن در مورد مفاهیم کلامی و مذهبی، ارجاع دادن به قرآن و احادیث و نوشته‌های عارفان، استفاده کردن از تنش‌زدایی معنوی و فنون تصویرسازی ذهنی، تشویق افراد برای

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1399.19.3.3.5]
[DOI: 10.29252/payesh.19.3.275]

استفاده از روش‌های گذشت‌درمانی، تشویق مراجعان و کمک به آنها کـه در راسـتای ارزش‌هـای معنـوی خـود زنـدگی مـی‌کننـد، خودافشاسازی معنوی، تقویت ارتباط با خدا از طریق انجام مناسـک دینی، مشورت با رهبران مذهبی، استفاده از کتاب‌درمـانی مـذهبی، تعدادی از روش‌هایی هستند که در معنویت درمانی مـورد اسـتفاده قرار می‌گیرند[۲۱]. لـزوم آمـوزش مهـارت‌هـای مقابلـه‌ای مـوثر در سالمندان که به علت ضعف جسمی و روحی، مسائل موقعیتی و فراز و نشیب‌های زندگی در معـرض اسـترس و مسـائل اضـطراب‌زا قـرار دارند، ایجاب می‌نماید که اثربخشی معنویت درمانی به عنـوان یکـی از بنیادی‌ترین روش‌های مقابله‌ای اثرگذار با مسائل و مشکلات مورد بررسی قرار گیرد.

از طرفی در تجربه زندگی با بیماری قلبـی معنویت به عنوان بعد مهم و برجسته یک زندگی‌سالم مطرح اسـت [۲۲]. برای ایـن که درمانگر بتواند بر سلامت جسـمی و روانـی بیمـار تاثیر مثبت و قاطعـــی داشته باشد، باید در روند درمان به مسایل معنوی نیز بپردازد [۱۸]. بنابراین پژوهش حاضر با هـدف تعیـین اثربخشـی معنویت‌درمانی در کیفیت زنـدگی سـالمندان بـا نگـاه ویـژه بـه سالمندان مبتلا به بیماری حاد کرونری قلب انجام شد.

مواد و روش کار

در پژوهش نیمه تجربی حاضر (شکل ۱) معنویت درمانی، متغیر مستقل و متغیر کیفیت زنـدگی ، متغیـر وابسـته اسـت. جامعـه آماری این پژوهش شامل بیماران دچار مبـتلا بـه بیمـاری حـاد کرونری قلب عضو سرای محـلات شـهر تهـران در ابتـدای سـال ۱۳۹۸ بود. نمونه پژوهش به روش در دسترس انتخـاب شـد. بـه این صورت که با حضور در چهار تا از سرای محلات شهر تهـران از بین سالمندان، مشارکت‌کنندگان بـا تشـخیص بیمـاری حـاد کرونری قلب (براساس تشخیص پزشـک خودشـان) و بـه شـرط داشتن معیارهای ورود به مطالعه انتخاب شدند. معیارهـای ورود به مطالعه عبارت بودند از سالمندان با سـن ۶۰ سـال یـا بـالاتر؛ تمایل به شرکت در پـژوهش؛ سـاکن در منـاطق مختلـف شـهر؛ توانایی تکلم به زبان فارسی؛ عدم ابتلا به ناشنوایی، بیماری تأیید شده روانی و اختلالات شناختی (کسب نمره ۶ یا بالاتر از نسـخه فارسی آزمون کوتاه وضـعیت شـناختی Iranian version of the Abbreviated Mental Test Score) و ابـتلا بـه بیماری حاد کرونری قلبی (سابقه سـکته قلبـی، آنـژین صـدری، جراحی بای پس کرونری، وجود پـلاک‌هـای آترواسـکلروتیک در عروق کرونری).

با استفاده از نرم‌افزار G power و با کمک ازمقاله بحرینیان و همکاران (۱۳۹۵)، تحت عنوان اثربخشی گروه‌درمانی معنوی بـر بهبود کیفیت زندگی و سلامت روان در زنان مبـتلا بـه سـرطان پستان که ۲۴ بیمار به روش تصادفی ساده بررسی شـدند [۲۳]. جهت انتخاب نمونه، نمونه‌گیری به صورت در دسترس و سـپس تخصیص تصادفی با استفاده از جدول اعداد تصادفی ساده ازبـین سالمندان مبتلا به بیماری حاد کرونری قلب که شرایط ورود بـه مطالعه را داشتند، انجام گرفت. با در نظر گرفتن α=۰/۰۵، توان آزمون ۸۰ درصد و اندازه اثر ۰/۸، تعداد ۵۴ نفر (۲۷ نفر در هـر گروه) با احتمال ۲ نفر ریزش به عنوان نمونـه پـژوهش انتخـاب شدند. بدین منظور افراد مبتلا به بیماری حاد کرونری قلب، کـه عضو سرای محـلات بودنـد، پرسشـنامه‌هـای کیفیـت زنـدگی را تکمیل کردنـد. پـس از تکمیـل پرسشـنامه‌هـا، ۵۴ نفـر از بـین بیماران که دارای مـلاک‌هـای تشخیصـی بـرای پـژوهش بودنـد انتخاب شدند. این ۵۴ نفر بر اسـاس جـدول اعـداد تصـادفی در گروه‌های آزمون و کنترل به صورت تصادفی گماشته شدند. پیش آزمون و پس آزمون یک هفته و یک ماه بعد از پایان مداخلـه در هر دو گروه انجام شد. آزمودنی‌های گروه آزمون مداخله دریافت نمودند، اما گروه کنترل هیچ گونه مداخله‌ای دریافـت نکردنـد و تنها مورد پیش آزمون و ۲ مرحله پس آزمون (یک هفتـه و یـک ماه بعد) قرار گرفتند. به این ترتیب، ابتدا پرسشنامه‌های جمعیت شناختی، نسخه فارسـی پرسشـنامه کیفیـت زنـدگی سـالمندان CASP- 19 و نسخه فارسی پرس سیاتل (SAQ) تکمیل گردید. سپس جلسه‌های مداخله‌ی معنویت‌درمانی بر اسـاس طرحـی از پیش تعیین شده (۸ جلسـه، هـر جلسـه ۶۰ دقیقـه) بـر اسـاس پروتکل وزیری وهمکاران [۲۴] (شکل ۲) بر روی گروه آزمـایش اجرا شد و گروه کنترل هیچ مداخله ایـی دریافـت نکردنـد و بـه روش عادی خود ادامه دادند. برای هردو گروه مجدد، یک هفته و یک ماه بعد از جلسات مداخله معنویت درمـانی، نسـخه فارسـی پرسشنامه کیفیت زندگی سالمندان CASP- 19 و نسخه فارسی پرسشنامه اختصاصی کیفیت زندگی آنژین سیاتل تکمیل گردید. شایان ذکر است پرسشنامه CASP- 19 ابزاری معتبر و پایا برای بررسی کیفیت زندگی سالمندان است کـه شـامل ۱۹ گویـه و ۴ بعد کنترل (۴عبارت)، استقلال (۵ عبـارت)، خـود شـکوفایی (۵

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1399.19.3.3.5]
[DOI: 10.29252/payesh.19.3.275]

عبارت) و لذت (۵ عبارت) است[۲۵]. نسخه فارسی این پرسشنامه نیز دارای پایایی و روایی مناسب، نمره‌گذاری ساده، و قابلیت به کارگیری درموقعیت‌های مختلف همچون جایگاه‌های بالینی، منازل و محیط‌های تحقیقاتی توسط ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی است[۲۶]. پرسشنامه SAQ نیزیک پرسشنامه اختصاصی جهت سنجش کیفیت زندگی است که به منظور بررسی کیفیت زندگی وابسته به سلامت در بیماران با بیماری عروق کرونر، طراحی گردیده است. این پرسشنامه شامل ۱۹ عبارت است که پنج حیطه شامل محدودیت جسمانی (۹ عبارت)، ثبات آنژین (یک گویه) و شدت آنژین (۲ عبارت)، رضایت از درمان (۴ عبارت) و درک از بیماری (۳ گویه) را اندازه‌گیری می‌کند[۲۷]. نسخه فارسی SAQ از نظر ویژگی‌های روان‌سنجی در حد قابل قبولی است [۲۸].

ملاحظات اخلاقی در کلیه مراحل مطالعه رعایت شد. مجوز اخلاق با کد اخلاقIR.HUMS.REC.1398.30 از کمیته اخلاق دانشگاه اخذ گردید. به شرکت کنندگان در مورد اهداف پژوهش توضیحات کامل داده شده و از آنان رضایت نامه آگاهانه دریافت گردید. همچنین به بیماران اطمینان داده شد که اطلاعات آنها محرمانه مانده و در هر زمان اختیار انصراف از همکاری را دارند.

شایان ذکر است پس از استخراج اطلاعات، از آمار توصیفی و استنباطی جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات استفاده شد. در متغیرهای با توزیع نرمال، برای مقایسه متوسط متغیرهای کمی درهر زمان بین دو گروه از آزمون تی مستقل و یا یو من ویتنی جهت مقایسه اثر بین گروهی. همچنین برای بررسی اثر زمان و مقایسه متغیرها در طول زمان در دو گروه از آزمون تحلیل واریانس برای اندازه‌های تکراری با روش ترکیبی (Repeated measures ANOVA Mixed-design analysis of variance) و یا فریدمن استفاده گردید.

از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ برای انجام کلیه آزمون ها استفاده شد. مقدار$p<۰/۰۵$ به عنوان معنی‌دارآماری در نظر گرفته شد.

شنامه اختصاصی کیفیت زندگی آنژین

یافته‌ها

نتایج نشان داد که در هر گروه ۲۷ نفر تا پایان مطالعه حضور داشتند و هیچ نمونه ای از مطالعه حذف یا خارج نشد .میانگین سنی بیماران مورد مطالعه۷/۸۲ ±۷۱/۶۴ سال، ۵۱/۹ درصد بیماران زن، ۵۱/۸ درصد بازنشسته و از کارافتاده و۵۳/۷ درصد بیماران سالمند دارای سواد ابتدایی بودند. سابقه تعداد دفعات بستری سالمندان ذر بیمارستان ۰/۸۴ ±۳/۴۸ بود. بین توزیع متغیرهای جمعیت شناختی (سن، جنسیت، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال، کفایت منابع مالی، وضعیت بیماری مزمن، سابقه مصرف دارو، سطوح حمایت بیمه‌ای، سابقه دخانیات، سابقه بستری و سابقه دفعات بستری) با یکدیگر همگن هستند و به این ترتیب تفاوت معنی داری در دو گروه آزمون و کنترل مشاهده نشد (جدول ۱).

به منظور تعیین تأثیر معنویت‌درمانی بر نمره کیفیت زندگی ابتدا تحلیل واریانس با اندازه گیری های مکرر انجام شد. با توجه به این که آزمون ماکلی تست معنادار بود (P=۰/۰۰۱). بنابراین فرضیه کرویت تایید نشد، لذا از مقدار ضریب تصحیح گرین هوس جیزر استفاده شد. همانطور که در جدول فوق مشاهده می‌شود تغییرات نمره کیفیت زندگی از (مرحله اول تا سوم) معنادار بوده است(P=۰/۰۴،F(۱/۰۳ ،۵۳/۸۹) =۴/۲۲) ، همچنین نتایج نشان داد که اثر متقابل بین گروه و زمان معنادار بود که نشان می‌دهد تغییرات در دوگروه به صورت معنادار اتفاق افتاده است دوگروه آزمون و شاهد از نظر تغییرات از مرحله اول تا سوم متفاوت هستند(P=۰/۰۴،F(۱/۰۳ ،۵۳/۸۹) =۴/۳۸) و شدت اثر این تغییرات بر اساس آزمون کوهن در حد متوسط است (جدول ۲). نمودار فوق بیانگر میزان اثربخشی معنویت‌درمانی بر نمره کیفیت زندگی پرسشنامه سیاتل در طول زمان اندازه‌گیری می‌باشد. به منظور تعیین تأثیر معنویت‌درمانی بر نمره کیفیت زندگی ابتدا تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر انجام شد. با توجه به این که آزمون ماکلی تست معنادار بود (P=۰/۰۰۱). بنابراین فرضیه کرویت تایید نشد، لذا از مقدار ضریب تصحیح گرین هوس جیزر استفاده شد. همانطور که در جدول فوق مشاهده می‌شود تغییرات نمره کیفیت زندگی از (مرحله اول تا سوم) معنادار بوده است (P=۰/۰۰۱،F(۱/۰۹ ،۵۶/۷۱) =۱۲/۶۲). همچنین نتایج نشان داد که اثر متقابل بین گروه و زمان معنادار بود که نشان می‌دهد تغییرات در دوگروه به صورت معناداری اتفاق افتاده است دوگروه مداخله و شاهد از نظر تغییرات از مرحله اول تا سوم متفاوت می‌باشند(P=۰/۰۰۱،F(۱/۰۹ ،۵۶/۷۱) =۷۵/۲۱) و شدت اثر این تغییرات بر اساس آزمون کوهن در حد بزرگ می‌باشد.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1399.19.3.3.5]
[DOI: 10.29252/payesh.19.3.275]

جدول ۱: توزیع فراوانی افراد در دو گروه کنترل و آزمون بر حسب اطلاعات دموگرافیک

	کنترل	کنترل	آزمون	آزمون	سطح معنی داری
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
جنسیت					
مرد	۱۲	۲۲/۲	۱۴	۲۵/۹	**P=۰/۷۸
زن	۱۵	۲۷/۸	۱۳	۲۴/۱	
تأهل					
متاهل	۱۵	۲۵/۹	۱۸	۲۹/۶	**P=۰/۹۹
همسرفوت شده و مطلقه	۱۲	۲۴/۱	۹	۲۰/۴	
تحصیلات					
بی سواد	۱۱	۲۰/۴	۱۴	۲۵/۹	**P=۰/۵۸
خواندن نوشتن تا دیپلم	۱۶	۲۹/۶	۱۳	۲۴/۱	
شغل					
خانه دار	۸	۱۴/۸	۷	۱۳	
شاغل	۵	۹/۳	۶	۱۱/۱	*P=۰/۹۲
بازنشسته و از کارافتاده	۱۴	۲۵/۹	۱۴	۲۵/۹	
وضعیت زندگی					
تنها	۶	۱۱/۱	۵	۹/۳	
با همسر	۱۶	۲۶/۶	۱۵	۲۷/۸	*P=۰/۷۹
با فرزند	۵	۹/۳	۷	۱۲/۹	
کفایت مالی					
نا کافی	۶	۱۱/۱	۶	۱۱/۱	
متوسط	۹	۱۶/۷	۱۳	۲۴/۱	*P=۰/۴۶
کافی	۱۲	۲۲/۲	۸	۱۴/۸	
بیماری مزمن					
دارد	۲۱	۳۸/۹	۲۳	۴۲/۶	**P=۰/۷۲
ندارد	٦	۱۱/۱	۴	۷/۴	
مصرف دارو					
دارد	۱۹	۳۵/۲	۲۱	۳۸/۹	**P=۰/۷۵
ندارد	۸	۱۴/۸	۶	۱۱/۱	
مصرف دخانیات					
دارد	۴	۷/۴	۶	۱۱/۱	**P=۰/۷۲
ندارد	۲۳	۲۲/۶	۲۱	۳۸/۹	

* (آزمون مجذور کای) **(آزمون مجذور کای)

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1399.19.3.3.5]
[DOI: 10.29252/payesh.19.3.275]

جدول ۲: میزان اثربخشی معنویت‌درمانی بر نمره کیفیت زندگی بر اساس پرسشنامه سیاتل در طول زمان اندازه‌گیری

متغیر (گروه)	زمان قبل از مداخله	بعد از مداخله	یک ماه بعد از مداخله	آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر
کیفیت زندگی بر اساس پرسشنامه سیاتل (آزمون)	۶۳/۷۴ ± ۶/۳۵	۶۷/۸۸ ± ۸/۹۸	۶۸/۷۷ ± ۸/۸۴	عامل (تغییر کیفیت زندگی در زمان) Pillai's Trace= ۰/۱۳ ، P=۰/۰۲ Mauchly's $_{(W)}$=۰/۰۷ ، P=۰/۰۰۱ Greenhouse-Geisser F (۱/۰۳ ،۵۳/۸۹) =۴/۲۲، P=۰/۰۴
کیفیت زندگی زندگی بر اساس پرسشنامه سیاتل (کنترل)	۶۱/۴۰ ± ۶/۸۷	۶۱/۴۸ ± ۹/۳۰	۶۱/۲۹ ± ۹/۴۹	عامل (تغییر کیفیت زندگی در گروه) Pillai's Trace= ۰/۱۳ ، P=۰/۰۲ Mauchly's$_{(W)}$ =۰/۰۷ ، P=۰/۰۰۱ Greenhouse-Geisser F (۱/۰۳ ،۵۳/۸۹) =۴/۳۸، P=۰/۰۴
آزمون تی مستقل	T(۵۲) = ۱/۲۹	T(۵۲) = ۲/۵۷	T(۵۲) = ۲/۹۹	
	P=۰/۲۰	P=۰/۰۱	P=۰/۰۰۴	

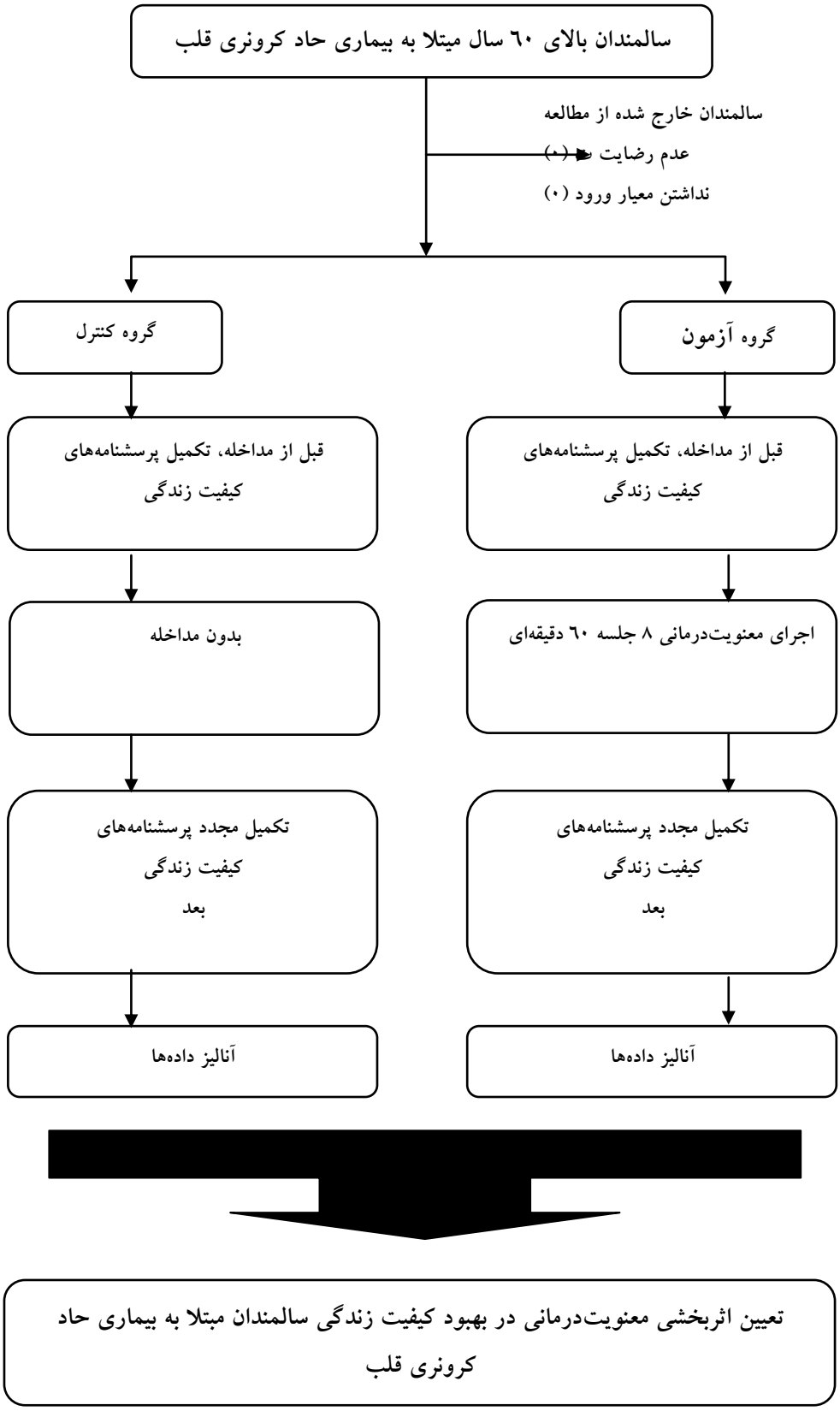
جدول۳: میزان اثربخشی معنویت‌درمانی بر نمره کیفیت زندگی سالمندان بر اساس پرسشنامه casp-19 در طول زمان اندازه‌گیری

متغیر (گروه)	زمان قبل از مداخله	بعد از مداخله	یک ماه بعد از مداخله	آزمون آنالیز واریانس اندازه‌گیری مکرر
کیفیت زندگی سالمندان بر اساس پرسشنامه casp-19 (آزمون)	۳۱/۱۸ ± ۸/۳۸	۳۶/۸۱ ±۷/۱۴	۳۷/۲۹ ± ۷/۸۵	عامل (تغییر کیفیت زندگی در زمان) Pillai's Trace= ۰/۲۹ ، P=۰/۰۰۱ Mauchly's $_{(W)}$=۰/۱۶ ، P=۰/۰۰۱ Greenhouse-Geisser F(۱/۰۹ ،۵۶/۷۱) =۱۲/۶۲،P=۰/۰۰۱
کیفیت زندگی سالمندان بر اساس پرسشنامه casp-19 (کنترل)	۳۱/۸۸ ± ۷/۳۴	۲۹/۸۵ ± ۶/۹۹	۲۹/۰۳ ± ۷/۲۸	عامل (تغییر کیفیت زندگی در گروه) Pillai's Trace= ۰/۶۱ ، P=۰/۰۰۱ Mauchly's$_{(W)}$ =۰/۱۶ ، P=۰/۰۰۱ Greenhouse-Geisser F(۱/۰۹ ،۵۶/۷۱) =۷۵/۲۱،P=۰/۰۰۱
آزمون تی مستقل	T(۵۲) = ۰/۳۲	T(۵۲) = ۳/۶۱	T(۵۲) = ۴/۰۰۶	
	P=۰/۷۴	P=۰/۰۰۱	P=۰/۰۰۱	

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1399.19.3.3.5]
[DOI: 10.29252/payesh.19.3.275]

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1399.19.3.3.5]
[DOI: 10.29252/payesh.19.3.275]

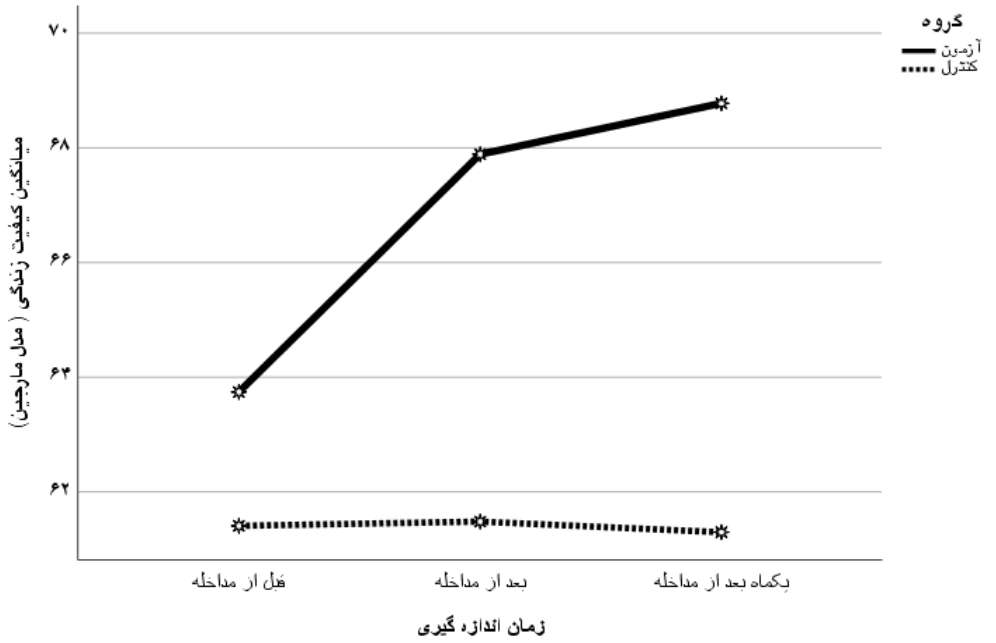
شکل۱: دیاگرام پژوهش



شکل۲: شرح جلسات معنویت‌درمانی

جلسه	محتوا
۱-	آشنایی اعضا با یکدیگر، اطلاع از دلایل تشکیل گروه و آشنایی با قوانین گروه. اعضا خود را معرفی می‌کنند. قوانین گروه مبتنی بر احترام به نظر یکدیگر و تحمل دیدگاه‌های متفاوت، تعداد و زمان جلسات و حضور مداوم تا انتهای درمان مطرح شد.
۲-	آگاهی از معنای ضمنی و شخصی معنویت و تعریف آن از نظر هر یک از اعضا، بررسی وجود نیروی برتر و مقدس در اعضا، طرح سوال معنویت چیست؟ آیا به نیروی مقدس معتقدید؟ در مقابل این نیرو چه کاری دوست دارید انجام دهید؟ چه کاری انجام می‌دهید؟ اعمالی که انجام می‌دهید چه احساسی در شما ایجاد می‌کند؟ کدام رفتار در شما احساس خوب ایجاد می‌کند؟ نام ببرید. این اقدامات در برابر مشکلات و کنار آمدن با آن‌ها چطور به شما کمک می‌کند؟ آیا تا به‌حال شده که این کارها برای شما مشکل ایجاد کند؟
۳-	خود مشاهده‌گری و توضیح مراقبه، آنچه در این هفته در رابطه با اعمال معنوی انجام دادید و احساستان را بیان کنید (یادداشت برداری درمانگر از موارد مشترک مانند دعا، بخشیدن، تامل، صبر و...) بیان احساسات و هیجانات ناشی از این اعمال و تاکید بر احساس اعضا در مقابل هر یک از این عملکردها. آموزش فن مراقبه و تمرین روزانه‌ی آن تا انتهای درمان.
۴-	توضیح تجربیات افراد از مراقبه و تمرکز بر موضوع خاص، بررسی اثرات مراقبه (مراقبه چه احساسی در شما ایجاد کرد؟)
۵-	ارائه‌ی مفهوم پایان‌ناپذیری و اتصال به نیروی لایزال، انجام دعا و ذکرها با آزمودنی‌ها، تاکید بر این‌که هفته بعد از بخشش خود و دیگران و احساس معنوی که از این حس داریم، صحبت خواهیم کرد.
۶-	فهم بخشودگی، چه کسی از هفته قبل تا به حال در مورد بخشش فکر کرده؟ چه کسانی را قرار است ببخشیم؟ بخشش کسانی که با آن‌ها رابطه‌ای نداریم، بخشش کسانی که با آن‌ها رابطه داریم. بخشش چه احساسی در شما ایجاد می‌کند؟ بخشش چه احساسی را در دیگران ایجاد می‌کند؟ طلب بخشش از کسی که در رابطه با او خطایی مرتکب شده‌ایم و این‌که بخشیده شویم چه احساسی در ما ایجاد می‌کند؟ برای اینکه احساس بخشودگی کنید چه کارهایی انجام می‌دهید؟ توضیح دهید (مواردی مانند دعا و.... توسط درمانگر یادداشت و جمع‌بندی می‌شود). کدامیک را تا هفته بعد انجام دهیم؟ تمرین مراقبه و خواندن دعای زیر همه باهم: خدایا من در پیشگاه تو آنهایی را که مرا اذیت کرده‌اند یا آسیبی متوجه من ساخته‌اند، می‌بخشم. تو قادر مطلقی، من آن‌ها را به تو واگذار نمی‌کنم و از تو هم برای آن‌ها طلب بخشش می‌کنم. خدایا من آن‌هایی را که نسبت به من بدی کرده بودند، بخشیدم و از تو برای آن‌ها طلب بخشش کردم. از تو هم می‌خواهم تا مرا مورد عفو و بخشش خود قرار دهی. من اطمینان دارم که توسط تو بخشوده خواهم شد چون تو بخشنده‌ترین بخشندگانی. تکلیف: خواندن این دعا هر روز بعد از مراقبه تا انتهای درمان. بررسی تکلیف جلسه قبل و تأثیر آن بر افراد. بیان احساس مثبت و تجربیات ناشی از بخشودگی و عملکردهای معنوی: انجام این اعمال در شما چه تغییری ایجاد کرده است؟ چگونه می‌توانیم این احساسات را در خودمان ثابت نگه داریم؟ چه اقداماتی وجود دارد که ما را در این راه کمک می‌کند؟
۷-	تمرین مراقبه و خواندن دعای زیر همه با هم: خدایا ما دعا می‌کنیم تا فکر و عمل ما را در مسیر تجربه‌ی که کسب کرده‌ایم هر روز بیشتر از روز قبل در مسیر خودت پایدار نگه داری. خدایا از اینکه چشم‌های مرا به خودم و پیرامونم باز کردی از تو سپاسگزارم. تکلیف: هر روز بعد از تمرین مراقبه و دعای بخشش این دعا را تمرین کنند.
۸-	شکر و توجه به تغییرات مثبت ناشی از معنویت و معنا دهی به تجربیات سخت. نام بردن نعمت‌هایی که در زندگی فرد وجو دارد. کمک به پیدا کردن معنا در آن‌چه ناخوشایند درک می‌کنند.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1399.19.3.3.5]
[DOI: 10.29252/payesh.19.3.275]



نمودار۱: میزان اثربخشی معنویت‌درمانی بر نمره کیفیت زندگی (سیاتل) در طول زمان اندازه‌گیری

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی معنویت‌درمانی در کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به بیماری حاد کرونری قلب انجام گرفت. براساس یافته‌های حاصل از این مطالعه تفاوت میانگین متغیر کمی جمعیت شناختی در متغیرهای سن، جنسیت، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، وضعیت اشتغال، چگونگی زندگی، وضعیت درآمد، وجود بیماری مزمن، مصرف دارو، سابقه مصرف دخانیات، سابقه‌بستری و تعداد دفعات بستری معنی‌دار نبوده و گروه‌ها با یکدیگر همگن بودند. علاوه براین با تخصیص تصادفی نمونه‌ها در گروه‌های مداخله و کنترل انتظار می‌رفت تفاوتی بین گروه‌ها مشاهده نگردد و دو گروه از نظر مشخصات دموگرافیک همسان باشند.

تعیین اثربخشی معنویت‌درمانی در بهبود کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به بیماری حاد کرونری قلب با استفاده از پرسشنامه سیاتل و همچنین پرسشنامه کیفیت زندکی سالمندان(casp-19) انحام گرفت. نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که تأثیر معنویت‌درمانی با استفاده از نمره کل هر دو مقیاس بیانگر آن است که اثر متقابل بین گروه و زمان معنادار بود. به عبارت دیگر، تغییرات در دوگروه به صورت معناداری اتفاق افتاده است. دوگروه مداخله و کنترل از نظر تغییرات از مرحله اول تا سوم متفاوت هستند و شدت اثر این تغییرات در حد بزرگ است. این نتیجه جهت تمام زیر مقیاس‌های پرسشنامه کیفیت زندگی سالمندان و برخی از ابعاد مقیاس اندازه‌گیری کیفیت زندگی مبتلا به بیماری حاد کرونری قلب (سیاتل) نیز همخوانی داشت؛ بنابراین معنویت درمانی به رغم گذشت زمان می‌تواند به عنوان یک شیوه درمانی مناسب برای بهبود کیفیت زندگی جهت سالمندانی که از بیماری حاد کرونری قلب رنج می‌برند استفاده گردد.

این یافته با نتایج پژوهش‌های مشابه در خصوص معنویت‌درمانی و کیفیت زندگی (۲۹-۳۲) همسو بود. نتایج پژوهش عبودی و همکاران نشان داد معنویت‌درمانی تنها در دو بعد عملکرد جسمانی و درد، تأثیر معنادار نداشته و در ابعاد دیگر موجب افزایش بهبود کیفیت زندگی زنان سالمند می‌گردد[۳۳]. شواهد تحقیق Molzahn(۲۰۰۷) در کشورهای کانادا و کلمبیا بیانگر عدم ارتباط معنادار بین معنویت و کیفیت زندگی در در سالمندان مشارکت‌کننده مطالعه بود[۳۴].

در تبیین یافته‌های این پژوهش مبنی برتأثیر معنویت درمانی بر افزایش کیفیت زندگی می‌توان گفت شرکت افراد سالمند مبتلا به

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1399.19.3.3.5]
[DOI: 10.29252/payesh.19.3.275]

بیماری حاد کرونری قلب در جلسات معنویت درمانی و دیدن افرادی با بیماری مشابه خود و یا حتی درجاتی بدتر، همچنین یادگیری فنون خودآرام‌سازی مانند ذکر، صبر، توکل و شکر و خودگویی مثبت احتمالاً توانسته است، به افزایش کیفیت زندگی بیماران کمک کند. در این پژوهش، سالمندان پس از شرکت در جلسات و انجام تکالیف خانگی در هر جلسه، احساسات و عواطف خود را در گروه بیان کرده و سعی می‌کردند تا افکار ناکارآمد و مضر خود را تغییر دهند و به این احساس دست یابند که کنترل بیشتری بر عواطف خود دارند و بهتر می‌توانند با علائم بیماری خود کنار آمده و آن را کنترل کنند، شاید پس از آموزش معنویت، آنها به این اصل مهم دست یافته باشند که با عبادت و توکل به خدا، بهتر می‌توانند به آرامش درونی برسند. همچنین هر چه شکرگزارتر بوده و نعمت‌های زندگی خود را ببینند از آرامش بیشتری در زندگی برخوردار خواهند بود.

شواهد بیانگر آن است که امور معنوی برای سالمندان نوعی منبع حمایتی فراهم می‌کند که می‌تواند به سالمندان در مقابله با عوامل چالش انگیز زندگی کمک نماید؛ بنابراین سالمندانی که باورهای مذهبی قوی تری دارند، با تأکید به منبع حمایتی خود، در حل مشکلات زندگی، خود را تواناتر می‌پندارند، زود تسلیم نمی‌شوند و استقامت بهتری خواهند داشت و همین امر در کیفیت زندگی آنان مؤثر است. آموزش معنویت موجب می‌شود تحمل پریشانی بیشتر شود، تجربه‌های معنوی و مهارتهای مقابله‌ای مثبت و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت افزایش یابد [۳۱]. به عبارت دیگر، مهمترین عامل مربوط به تأثیر ویژه معنویت‌درمانی در بهبود نگرش وتفسیر فرد نسبت به زندگی و بیماری است. معنویت‌درمانی می‌تواند به افراد کمک کند تا وقایع منفی را به شیوه متفاوتی ارزیابی کنند. این امر سبب ایجاد حس کنترل خود و محیط و افزایش کیفیت زندگی می‌شود [۳۵].

بنابراین می‌توان از معنویت درمانی به عنوان یک مداخله موثر در ارتقای کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به بیماری حاد کرونری نام برد. شایان ذکر است حجم نمونه در این پژوهش کم و محیط پژوهش محدود به سرای محلات شهر تهران بود. لذا پیشنهاد می گردد در پژوهش های آینده معنویت درمانی بر روی کیفیت زندگی سالمندان با تعداد بیشتر و محدوده جغرافیایی وسیعتری انجام گیرد. همچنین تأثیر معنویت‌درمانی بر کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به بیماری‌های مزمن دیگر اندازه‌گیری شود.

سهم نویسندگان

محبوبه هروی: طراحی طرحنامه، جمع آوری داده ها ، مداخله، تحلیل داده ها، تهیه وتدوین مقاله

محمد حاتمی: مدیریت مشترک پایان نامه، تحلیل داده ها، مشارکت در تهیه مقاله

حسن احدی: مدیریت مشترک پایان نامه، تحلیل داده ها، مشارکت در تهیه مقاله

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان نامه دکترای تخصصی روانشناسی سلامت است. بدینوسیله از حمایت دانشگاه آزاد اسلامی - واحد بین المللی کیش، سرای محلات شهر تهران و بیماران سالمند شرکت کننده در مطالعه قدردانی می گردد.

منابع

1. Bavazin F, Sepahvandi MA. the study of the relationship between social support and social and psychological well-being among elderly people in city of Khorramabad. Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty 2018; 15:931-8 [Persian]

2. Yazdanyar A, Newman AB. The burden of cardiovascular disease in the elderly: morbidity, mortality, and costs. Clinics in Geriatric Medicine 2009; 25:563-77

3. Yazdanbakhsh, K. Effects of life review on social adjustment of retirees' elderly persons. Journal of Aging Psychology 2016; 1: 179-185 [Persian]

4. Motlagh M, Yazdani Sh, Taheri Tanjani P. Elderly Health Profile in Islamic Republic of Iran. Tehran: Ministry of Health and Medical Education, 2014 [Persian]

5. Aghamolaei T, Tavafian S S, Zare S. Health related quality of life in elderly people living in Bandar Abbas, Iran: a population-based study. Acta Medica Iranica 2010; 48, 185-191

6. Abbasimoghadam MA, Dabiran S, Safdari R, Djafarian K. Quality of life and its relation to sociodemographic factors among elderly people living in Tehran. Geriatrics & Gerontology International 2009; 9: 270-275

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1399.19.3.3.5]
[DOI: 10.29252/payesh.19.3.275]

7. Darvishpoor Kakhki A, Abed Saeedi J, Delavar A, Saeed-O-Zakerin M. Instrument Development to Measure Elderly Health-Related Quality of Life (EHRQoL). Hakim Research Journal 2012; 15: 30-37[Persian]
8. Drewnowski A1, Evans WJ J. Nutrition, physical activity, and quality of life in older adults: summary. The Journals of Gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences 2001; 56:89-94
9. Katschnig H. How useful is the concept of quality of life in psychiatry? Current Opinion in Psychiatry 1997; 10, 337-345
10. Nikkhah M, Heravi-Karimooi M, Rejeh N, Sharif Nia H, Montazeri A. Measuring quality of life in elderly populations: a review of instruments used. Payesh 2017; 16: 303-314 [Persian]
11. Goldberg R, Goff D, Cooper L, Luepker R, Zapka J, Bittner V, Feldman H. Age and sex differences in presentation of symptoms among patients with acute coronary disease: the REACT Trial. Rapid Early Action for Coronary Treatment. Coronary Artery Disease 2000; 11:399-407
12. Mahmoudirad G, Ghaedi Mosolo M, Bahrami H.The effect of foot reflexology on anxiety of patients undergoing coronary angiography. Iranian Journal of Critical Care Nursing 2014; 6: 235-42
13. Meccariello M, Perkins D, Quigley LG, Rock A, Jiejing Q. Vital Time Savings :Evaluating the Use of Automated Vital Signs Documentation System on a Medical/Surgical Unit. The Journal of Healthcare Information Management 2010; 24:46-51
14. Chulay M, Burns SM, editors. AACN Essentials of Critical Care Nursing. 2st Edition. New York: McGraw Hill, 2010
15. Rostami M, Abolghasemi A, Narimani M. The Effectiveness of Quality of Life Therapy on Psychological Well Being in Maladjustment Couples. Family Counseling and Psychotherapy 2013; 3: 105-124
16. mokhtari dizaji F, sohrabi F. The efficacy of quality of life group training on vitality of aged men. Clinical Psychology Studies 2018; 8: 29-47
17. Beygi A, Shirazi M, Pasandide M. The Effectiveness of Life Skills Training on Enhancement of Quality of Life and Coping Styles in Methadone Maintenance Therapy Members. Research on Addiction 2013; 7: 95-110
18. Mohammad karimi M, Shariatnia K, Effectiveness of spiritual therapy on the life quality of the women with breast cancer in Tehran. Nursing and Midwifery Journal 2017; 15: 107-118 [Persian]
19. Zamaniyan S, Bolhari J, Naziri G, Akrami M, Hosseini S. Effectiveness of Spiritual Group Therapy on Quality of Life and Spiritual Well-Being among Patients with Breast Cancer. Iranian Journal of Medical Sciences 2016; 41:140-4
20. Sartipzadeh A, Ali Akbari M, Tabian R. Effectiveness of Spirituality Therapy on the Resiliency of the Elderly in Isfahan, Iran. Journal of Research in Behavioural Sciences 2016, 14: 56-63 [Persian]
21. Ghobari Bonab B. Counseling and psychotherapy With an approach to spirituality. Tehran: Tehran university.1388 [Persian]
22. Momennasab M, Moattari M, Abbaszade A, Shamshiri B. Spiritual Experience of Heart Attack Patients: A Qualitative Study. J Qual Res Health Sci 2013; 1: 284-97 [Persian]
23. Bahreinian A, Radmehr H, Mohammadi H, Bavadi B, Mousavi MR. The Effectiveness of the Spiritual Treatment Groupon Improving the Quality of Life and Mental Health in Women with Breast Cancer. Journal of Reaserch on Religion & Health 2017; 3:64- 78
24. Lotfi Kashani F, Vaziri S. Spiritual Therapy. Tehran: Shahid Beheshti University of Medical Sciences. 2017 [Persian]
25. Hyde M, Wiggins RD, Higgs P, Blane DB. A measure of quality of life in early old age: the theory, development and properties of a needs satisfaction model (CASP- 19. Aging & Mental Health 2003; 7:186-94
26. Heravi-Karimooi M, Rejeh N, Garshasbi A, Montazeri A, Bandari R. Psychometric Properties of the Persian Version of the Quality of Life in Early Old Age (CASP- 19). Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences 2018; 12: e8378
27. Spertus JA, Winder JA, Dewhurst TA, Deyo RA, Prodzinski J, McDonnell M, Fihn SD. Development and evaluation of the Seattle angina questionnaire: a new functional status measure for coronary artery disease. Journal of the American College of Cardiology 1995; 25:333–41
28. Taheri-Kharameh Z, Heravi-Karimooi M, Rejeh N, Hajizadeh E, Vaismoradi M, Snelgrove S, Montazeri A. Translation and psychometric testing of the Farsi version of the Seattle angina questionnaire. Health and quality of life outcomes 2017; 15, 234
29. Unterrainer HF., Ladenhauf KH, Moazedi ML, Wallner-Liebmann SJ, Fink A. Dimensions of Religious/Spiritual Well-Being and their relation to

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1399.19.3.3.5]
[DOI: 10.29252/payesh.19.3.275]

Personality and Psychological Well-Being, Personality and Individual Differences 2010; 49, 192-197

30. Askari M, Mohammadi H, Radmehr H, Jahangir AH. The effect of spiritual–religious psychotherapy on enhancing quality of life and reducing symptoms of anxiety and depression among the elderly**.** Journal of Research on Religion & Health 2018; 4:29-41[Persian]

31. Asgari P. The Effectiveness of Spiritual Therapy on Quality of Life and Adjustability in the Elderly, with an Emphasis on the Teachings of Islam. Aging Psychology 2017; 2: 281-291 [Persian]

32. Jafaripoor H, Safarabadi M, Pourandish Y, Khanmohammadi A, Mohammad Aghaiepoor S, Rahbarian A, et al. The Elders' Spiritual Well-Being and Their Quality of Life: A Cross-Sectional Study. Journal of Client-Centered Nursing Care 2018; 4:145-154

33. Abboudi A, Rafahi J, Rezaei A. The Effectiveness of Spiritual Therapy on the Quality of Life of the Elderly. Fourth National Conference on Applied Research in Educational Sciences and Behavioral Studies, Tehran, Permanent Secretariat of the Conference. 2013. https://www.civilica.com /Paper-TSCONF04-TSCONF04_130.html [Persian]

34. Molzahn AE. Spirituality in later life: Effect on quality of life. Journal of Gerontological Nursing 2007; 33:32-9

35. Niaz Azari M, Abdollahi M, Zabihi Hesari N K, Ashoori J. Effect of Spiritual Group Therapy on Anxiety and Quality of Life among Gestational Diabetic Females. Journal of Research and Health 2017; 5: 11-20 [Persian]

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1399.19.3.3.5]
[DOI: 10.29252/payesh.19.3.275]

Payesh

Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1399.19.3.3.5]

[DOI: 10.29252/payesh.19.3.275]

ABSTRACT

The Effectiveness of Spiritual Therapy on Quality of Life in the Elderly with Acute Coronary heart Disease

Mahboubeh Heravi [1] Mohammad Hatami [2*], Hassan Ahadi [3]

1. Department of psychology, Kish International Branch, Islamic Azad University, Kish Island, Iran
2. Associate professor, Kharazmi University, Tehran, Iran
3. Professor, Allameh Tabatabai University, Tehran, Iran

Payesh 2020; 19 (3): 275 – 287
Accepted for publication: 19 April 2020
[EPub a head of print-10 May 2020]

Objective (s): Acute coronary heart disease is the most common cause of death in the elderly. The purpose of this study was to determine the effectiveness of spiritual therapy on quality of life in elderly patients with acute coronary heart disease.
Methods: This was a quasi-experimental study with pre-test and post-test design on a sample of 54 elderly people with acute coronary heart disease in Tehran who were selected by convenience sampling method and then were randomly assigned to two groups including 27 intervention and 27 control group. The intervention group received 8 sessions of 60 minutes' spiritual therapy and the control group did not receive the intervention. Elderly participants in the study completed the Elderly Quality of Life Questionnaire (CASP-19) and Seattle Angina Quality of Life Questionnaire (SAQ) before, one week and one month after the intervention.
Results: The results showed that spiritual therapy was significantly effective on quality of life of the elderly with acute coronary heart disease using the total score of both Seattle questionnaire the elderly quality of life questionnaire(CASP-19) indicating that the interaction between group and time was significant ($P < 0.05$).
Conclusion: Spiritual therapy was effective in promoting quality of life in elderly patients with acute coronary heart disease (between groups and time progression).

Key Words: Spirituality Therapy, Quality of Life, Elderly, Acute Coronary Heart Disease

[*] Corresponding author: Clinical Psychology Group, Kharazmi University, Tehran, Iran
E-mail: hatami@khu.ac.ir