

مقاله پژوهشی اصیل

تأثیر برنامه مراقبت معنوی بر درد بیماران تحت جراحی بای پس عروق کرونر

فائزه سلطانی^۱، کارشناس ارشد پرستاری* میثم جاهخویی^۲، کارشناس ارشد پرستاریمنصور عرب^۳، کارشناس ارشد پرستاریفخرالدین حسینی^۴، کارشناس پرستاریفاطمه دباغ^۵، دکترای فارماکولوژی بالینی

خلاصه

هدف. این پژوهش با هدف بررسی تأثیر مراقبت معنوی بر درد بیماران تحت جراحی بای پس عروق کرونر در بیمارستان الزهرا شهر کرمان در سال ۱۳۹۵ انجام شد.

زمینه. درد در بیماران تحت جراحی بای پس عروق کرونر یک مسئله مهم و اساسی است که نیاز به مداخله پرستاری دارد. به دلیل عوارض جانبی داروهای مخدر، استفاده از روش های غیردارویی برای کنترل درد مورد توجه است.

روش کار. این پژوهش یک مطالعه نیمه تجربی است که بر روی ۷۰ بیمار پس از عمل جراحی بای پس عروق کرونر انجام شد. نمونه ها به صورت در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه مداخله (۳۵ نفر) و شاهد (۳۵ نفر) تقسیم شدند. برنامه مراقبت معنوی شامل حضور حمایتی، حمایت از تشریفات مذهبی بیمار و استفاده از سیستم های حمایتی به مدت ۳ روز اجرا شد. ابزارهای جمع آوری داده ها شامل پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه درد مگیل (MPQ) بود. درد در دو مرحله قبل و بعد از مداخله اندازه گیری شد و با استفاده از نسخه ۲۰ نرم افزار SPSS تحلیل شد.

یافته ها. دو گروه از لحاظ ویژگی های دموگرافیک همگن بودند. قبل از مداخله، نمره میانگین نمره درد دو گروه آزمون و کنترل تفاوت معنی دار آماری نداشتند، اما بعد از مداخله، میانگین نمره درد بیماران گروه آزمون (۲/۸ با انحراف معیار ۰/۹۹) به طور معنی داری کمتر از گروه کنترل (۳/۳ با انحراف معیار ۰/۸۹) بود ($p=0/01$). در گروه آزمون، اختلاف آماری معنی دار بین میانگین نمره درد بیماران، قبل از مداخله (۴/۹) با انحراف معیار ۰/۷۰) و بعد از مداخله (۲/۸ با انحراف معیار ۰/۹۹) وجود داشت ($p\leq 0/001$)، اما در گروه کنترل، اختلاف آماری معنی دار بین میانگین نمره درد بیماران، قبل از مداخله (۳/۴ با انحراف معیار ۰/۷۴) و بعد از مداخله (۳/۳ با انحراف معیار ۰/۸۹) مشاهده نشد.

نتیجه گیری. برنامه مراقبت معنوی، موجب کاهش درد در بیماران پس از جراحی بای پس عروق کرونر شد. توصیه می شود پرستاران از این روش مراقبتی به عنوان روشی کمک کننده برای کنترل درد در بیماران استفاده کنند.

کلیدواژه ها: درد، مراقبت معنوی، جراحی بای پس عروق کرونر

۱ کارشناس ارشد پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بم، بم، ایران

۲ مربی و عضو هیئت علمی، دانشگاه علوم پزشکی بم، بم، ایران (*نویسنده مسئول) پست الکترونیک: mchahkhoie@gmail.com

۳ مربی و عضو هیئت علمی، دانشگاه علوم پزشکی بم، بم، ایران

۴ دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بم، بم، ایران

۵ استادیار، دپارتمان فارماکولوژی بالینی، دانشکده داروسازی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

مقدمه

عمل جراحی بای پس عروق کرونر، شایعترین عمل جراحی قلب می باشد که سبب افزایش بقا با بیماری عروق کرونر می شود (حسینی و همکاران، ۱۳۹۵). همه بیماران بعد از جراحی بای پس عروق کرونر درجات مختلفی از درد را تجربه می کنند (فیاضی، ۱۳۹۰). بر اساس مطالعات، حدود ۲۰ درصد بیماران تحت عمل جراحی از درد خفیف، ۲۰ تا ۴۰ درصد از درد متوسط و ۴۰ تا ۶۰ درصد آنان از درد شدید شکایت می کنند (ورک من، ۲۰۰۷). این درد بیشتر ناشی از محل برش جراحی در قفسه سینه و محل درن ها می باشد (صادقی، ۱۳۹۳). شیوع بالای درد در مراکز مراقبتی این نشانه را در زمره یکی از مفاهیم پایه پرستاری و اداره موثر آن را در اولویت استانداردهای مراقبت پرستاری قرار داده است. درد بعد از جراحی بای پس عروق کرونر نیز از تشخیص های مهم، و بررسی و تسکین آن از اهداف اصلی مراقبت پرستاری به شمار می رود (مقدس، ۱۳۹۱).

تحقیقات نشان داده است در افرادی که درد بعد از جراحی آنها به خوبی کنترل نمی شود میزان نارسایی قلبی سه برابر و میزان عفونت بعد از عمل پنج برابر افزایش می یابد. از دیدگاه بیماران، درد بعد از جراحی، مهم ترین مسئله است. از دیگر پیامدهای درد بعد از جراحی بای پس عروق کرونر می توان به تنفس غیر موثر و عدم پاکسازی موثر راه های هوایی، تأخیر در خروج از تخت، بی تحرکی و در نتیجه احتمال رکود خون، ایجاد لخته و افزایش احتمال بروز آمبولی ریوی اشاره کرد (فیاضی، ۱۳۸۸). درد، هم چنین سبب ایجاد اختلال در خواب و آرامش بیمار می شود و می تواند بر سیستم های قلبی عروقی، گوارش و ایمنی نیز تأثیرات زیان باری داشته باشد (صادقی، ۱۳۹۳). کنترل درد بعد از عمل یکی از مهم ترین چالش هایی است که پرستاران با آن روبرو هستند.

استفاده از روش های دارویی برای کنترل درد بسیار متداول است، اما این روش ها دارای عوارضی از جمله تهوع، استفراغ، گیجی و خواب آلودگی و خستگی می باشند و بنابراین، مهم است که در کنار روش های دارویی، از روش های غیردارویی نیز جهت تسکین درد استفاده شود. در این راستا، اقدامات پرستاری مختلفی به عنوان شیوه های درمانی تکمیلی جهت کمک به کنترل درد بیماران استفاده شده است.

مطالعات نشان داده اند برای دستیابی به مراقبت کامل و واقعی، حساسیت به نیازهای معنوی بیمار لازم است. مراقبت معنوی می تواند در روند بهبودی پس از عمل جراحی قلب موثر باشد (گراینر، ۲۰۱۳). عابدی و همکاران (۱۳۸۸) بیان می کنند که اعتقادات مذهبی در زمان بیماری برای شخص اهمیت پیدا می کند. همچنین، مطالعات زیادی ارتباط میان معنویت و مراقبت بهداشتی و پیامدهای بالینی را نشان داده اند (فلاحی خشکناز، ۱۳۹۲). مطالعه حسینی و همکاران (۱۳۹۵) نشان داد که برنامه مراقبت معنوی تأثیر معنی داری بر کاهش استرس بیمار بعد از جراحی بای پس عروق کرونر دارد. برنامه مراقبتی معنویت محور می تواند اضطراب بعد از عمل این بیماران را کاهش دهد (موسی رضایی، ۱۳۹۱). مطالعه ای نیمه تجربی که توسط دلانی و همکاران (۲۰۰۸) با هدف تعیین تأثیر مداخله معنوی بر پیامدهای روانی شناختی و معنوی در بیماران قلبی انجام شد نشان داد مداخله معنوی با اضطراب و افسردگی بیماران ارتباط معنی داری دارد. پژوهش ها نشان می دهند افراد با عقاید معنوی که از اعتقاداتشان در سازگاری با بیماری و تنش های زندگی استفاده می کنند دارای نگرش مثبت و کیفیت زندگی بهتری می باشند و از لحاظ برنامه های پیگیری پس از درمان و عملکرد جسمی نیز وضعیت بهتری دارند (موسی رضایی و همکاران، ۱۳۹۱؛ معینی و همکاران، ۱۳۹۱). با توجه به مسئولیت پرستاران در بررسی درد، اجرای تدابیری برای کنترل درد لازم است. این مطالعه با هدف بررسی تأثیر برنامه مراقبت معنوی بر درد بیماران تحت جراحی بای پس عروق کرونر انجام شد.

مواد و روش ها

پژوهش حاضر یک مطالعه کارآزمایی بالینی بود که بر روی ۷۰ بیمار تحت جراحی بای پس عروق کرونر بستری در بخش جراحی قلب و بخش مراقبت های ویژه قلبی بیمارستان الزهرا وابسته به دانشگاه علوم پزشکی کرمان در بازه زمانی اردیبهشت تا شهریور ۱۳۹۵ انجام گرفت. نمونه ها به صورت در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه مداخله (۳۵ نفر) و شاهد (۳۵ نفر) تقسیم شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل جراحی بای پس عروق کرونر برای اولین بار، هوشیاری کامل و توانایی صحبت کردن، فقدان هرگونه اختلال روانی و جسمی زمینه ای، مسلمان بودن و داشتن مذهب شیعه بود. معیارهای خروج نیز شامل عدم تمایل به شرکت و همکاری در مطالعه و ابتلا به شرایط حاد در حین پژوهش بود. ابزار گردآوری داده ها شامل فرم مشخصات دموگرافیک و پرسشنامه

درد مک گیل (MPQ) بود. روش گردآوری داده ها در این مطالعه به صورت خودگزارشی بود. پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک شامل اطلاعات مربوط به جنس، سن، وضعیت تأهل، وضعیت اشتغال، میزان تحصیلات، سابقه بستری، سابقه بیماری روانی، سابقه عمل جراحی، سابقه آموزش قبلی درباره مراقبت معنوی، آشنایی با روش های کاهش استرس، اضطراب و افسردگی بود. فرم اطلاعات دموگرافیک با استفاده از پژوهش های مشابه تهیه گردید و برای روایی محتوا به ۱۰ نفر از اساتید هیئت علمی دانشکده پرستاری مامایی کرمان داده شد. پس از مطالعه و تحلیل نظر اساتید، نظرات اصلاحی اعمال شدند.

پرسشنامه درد مک گیل که اولین بار توسط ملزاک مورد استفاده قرار گرفت، ۲۰ مجموعه عبارت دارد و درک افراد از درد را در ابعاد مختلف (بعد ادراک حسی درد، مجموعه های ۱ تا ۱۰؛ بعد ادراک عاطفی درد، مجموعه های ۱۱ تا ۱۵؛ بعد ادراک ارزیابی درد، مجموعه ۱۶؛ و دردهای متنوع و گوناگون، مجموعه ۱۶ تا ۲۰) می سنجد. در پژوهش دورکین (۲۰۰۹) روایی و پایایی این پرسشنامه مورد تایید قرار گرفته است. نسخه فارسی این پرسشنامه در ایران در مطالعه یونسی در سال ۱۳۹۲ هنجاریابی و روایی و پایایی آن مطلوب گزارش شد. در این مطالعه نیز پایایی این ابزار با استفاده از آلفای کرونباخ محاسبه گردید و ضریب آلفا برای کلیه ابعاد بین ۰/۸۳ تا ۰/۸۷ به دست آمد. نحوه نمره دهی پرسشنامه به این صورت است که اگر پاسخ دهنده هیچ یک از عبارات را مطابق با توصیف درد خود نداند به آن مجموعه نمره صفر تعلق می گیرد. برای به دست آوردن امتیاز مربوط به هر بعد، مجموع امتیازات آن بعد با هم جمع می شود و به منظور به دست آوردن امتیاز کلی پرسشنامه، مجموع امتیاز سوالات محاسبه می شود. امتیاز بالاتر نشان دهنده میزان ادراک درد بالاتر در فرد پاسخ دهنده است و برعکس.

این مطالعه با کد ۱۳۹۶.۴۲ در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی کرمان به تصویب رسید. جمع آوری داده ها پس از کسب اجازه از مسئولین دانشگاه علوم پزشکی کرمان و ارائه آن به مسئولین بیمارستان الزهرا و کسب رضایت آگاهانه کتبی از بیماران پس از توضیح روش کار و اهداف و نیز اطمینان دهی به واحدهای پژوهش در مورد محرمانه ماندن اطلاعات آنها و توجیه بیماران در رابطه با اختیاری بودن تمایل به ادامه شرکت در مطالعه آغاز شد. ابتدا سطح و وضعیت درد بیماران با استفاده از پرسشنامه اندازه گیری شد. سی دقیقه بعد از انجام مداخله، درد بیمار با استفاده از پرسشنامه، دوباره اندازه گیری می شد. مداخله به صورت اجرای برنامه مراقبت معنوی با توجه به نیاز و تمایل بیماران شامل حضور حمایتی، حمایت از تشریفات مذهبی بیمار و استفاده از سیستم های حمایتی بود. حضور حمایتی شامل حضور بر بالین بیمار (تیلور، ۲۰۱۰)، برقراری ارتباط کلامی و غیر کلامی (یوسفی، ۱۳۸۸؛ هالم، ۲۰۰۰)، گرفتن دست بیمار و صحبت با وی (هالم، ۲۰۰۰)، گوش دادن به بیمار به طور فعال (کریم اللهی، ۱۳۸۷)، پاسخ به پرسش های بیمار، و توضیح روند درمان برای وی بود (یوسفی، ۱۳۸۸). حمایت از تشریفات مذهبی بیمار نیز با فراهم نمودن امکانات مورد نیاز برای انجام عبادت (مهر، جانماز، تسبیح، قرآن و کتاب ادعیه، چادر نماز و نوار کاست ادعیه) (پوتر، ۲۰۰۷؛ کریم اللهی، ۱۳۸۷) و هم چنین کمک به بیمار در انجام عبادات مانند تیمم، نماز خواندن ادعیه و قرآن برای بیمار یا همراه او انجام شد. هم چنین، هماهنگی های لازم جهت حضور روحانی بر بالین فراهم گردید و بیماران توانستند در یک جلسه ۵۰ دقیقه ای پاسخ سوالات خود را در یافت کنند (برمن، ۲۰۰۸؛ کوزیسکی، ۲۰۱۰). بخش دیگر برنامه مراقبت معنوی شامل فراهم نمودن امکان حضور یکی از اعضای خانواده بر بالین بیمار بود که به مدت یک ساعت با هماهنگی با بیمار و پرسنل و مسئولین انجام پذیرفت (برمن، ۲۰۰۸؛ هالم، ۲۰۰۰). پس از پایان کلیه جلسات، درد بیماران با پرسشنامه درد مک گیل سنجیده شد. برای تحلیل داده ها از نرم افزار SPSS نسخه ۲۰ و روش های آمار توصیفی و همچنین، تحلیلی (آزمون های کای اسکور، تی زوجی، تی مستقل و کولموگروف اسمیرنوف) استفاده گردید.

یافته ها

میانگین سنی واحدهای پژوهش در گروه آزمون، ۶۲/۲ سال با انحراف معیار ۶/۹ و در گروه کنترل، ۵۸/۶ سال با انحراف معیار ۶/۵ بود. بین میانگین سنی دو گروه تفاوت معنی داری آماری مشاهده نشد. هم چنین، دو گروه از نظر وضعیت تاهل، جنس، وضعیت تحصیلات و سابقه بستری در بیمارستان همگن بودند. ویژگی های دموگرافیک شرکت کنندگان در جدول شماره ۱ آمده است. قبل از مداخله، اختلاف آماری معنی داری بین میانگین نمره درد گروه کنترل و آزمون مشاهده نشد. پس از مداخله، میانگین نمره درد بیماران گروه آزمون (۲/۸ با انحراف معیار ۰/۹۹) به طور معنی داری کمتر از گروه کنترل (۳/۳ با انحراف معیار ۰/۸۹) بود ($P=0/01$). در گروه آزمون، اختلاف آماری معنی دار بین میانگین نمره درد، قبل از مداخله (۴/۹ با انحراف معیار ۰/۷۰) و بعد از مداخله (۲/۸ با

انحراف معیار ۰/۹۹) وجود داشت ($p \leq 0/0001$)، اما در گروه کنترل، اختلاف آماری معنی دار بین میانگین نمره درد بیماران، قبل از مداخله (۳/۴) با انحراف معیار ۰/۷۴) و بعد از مداخله (۳/۳) با انحراف معیار ۰/۸۹) مشاهده نشد (جدول شماره ۲).

جدول شماره ۱: مقایسه گروه آزمون و کنترل برحسب ویژگی های دموگرافیک

متغیر	گروه	آزمون	کنترل
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	نتیجه آزمون کای اسکوئر
جنس			$df=43, X^2=1/7, P=0/88$
زن	۱۸ (۵۱/۴)	۱۸ (۵۱/۴)	
مرد	۱۷ (۴۸/۶)	۱۷ (۴۸/۶)	
وضعیت تاهل			$df=54, X^2=0/18, P=0/18$
متاهل	۳۲ (۹۴/۳)	۳۳ (۹۱/۴)	
مجرد	۳ (۵/۷)	۲ (۸/۶)	
تحصیلات			$df=69, X^2=0/33, P=0/16$
بی سواد	۲۱ (۶۰)	۲۱ (۶۰)	
زیر دیپلم	۱۳ (۳۷/۲)	۱۳ (۳۷/۲)	
دیپلم	۱ (۲/۸)	۱ (۲/۸)	
سابقه بستری			$df=42, X^2=1/2, P=0/26$
دارد	۱۰ (۲۸/۶)	۱۰ (۲۸/۶)	
ندارد	۲۵ (۷۱/۴)	۲۵ (۷۱/۴)	
سابقه جراحی			$df=52, X^2=0/11, P=0/53$
دارد	۸ (۲۲/۸)	۸ (۲۲/۸)	
ندارد	۲۷ (۷۷/۲)	۲۷ (۷۷/۲)	
وضعیت شغلی			$df=68, X^2=0/79, P=0/75$
کارمند	۶ (۱۷/۱)	۵ (۱۴/۳)	
آزاد	۱۰ (۲۸/۶)	۱۰ (۲۸/۶)	
بازنشسته	۱۳ (۳۷/۱)	۱۴ (۴۰)	
خانه دار	۶ (۱۷/۱)	۶ (۱۷/۱)	
سابقه آموزش			$df=54, X^2=0/43, P=0/3$
دارد	۱۳ (۳۷/۲)	۱۳ (۳۷/۲)	
ندارد	۲۲ (۶۲/۸)	۲۲ (۶۲/۸)	

جدول شماره ۲: مقایسه میانگین درد قبل و بعد از مداخله در دو گروه آزمون و کنترل

زمان	قبل از مداخله	پس از مداخله	نتیجه آزمون تی زوج
متغیر درد	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	
گروه			
آزمون	۳/۴ (۰/۷۴)	۳/۳ (۰/۸۹)	$df=53, t=1/6, P=0/11$
کنترل	۴/۹ (۰/۷)	۲/۸ (۰/۹۹)	$df=68, t=7/1, P=0/000$
آزمون تی مستقل	$df=65, t=0/37, P=0/1$	$df=59, t=2/5, P=0/01$	

بحث

نتایج پژوهش نشان دهنده کاهش میانگین نمره درد بیماران گروه آزمون بعد از مداخله بود. کارگو (۲۰۱۳) بیان می کند که مراقبت معنوی باعث کاهش درد بیماران سرطانی می شود. مطالعه کریستینا و همکاران (۲۰۰۱) نیز با عنوان نقش مراقبت معنوی در مراقبت های درمانی نشان داد که مراقبت معنوی یک عنصر مهم سلامتی و احساس خوب بودن بیمار است و باید برنامه های درمانی را به سمت پررنگ کردن تاثیر این نوع مراقبت پیش برد. همچنین، نتیجه مطالعه کوئینگ (۲۰۰۴) حاکی از این بود که اعتقادات و فعالیت های مذهبی موجب بهبود سلامت روانی؛ کاهش میزان خودکشی، اضطراب و افسردگی؛ افزایش سرعت بهبودی پس از افسردگی؛ افزایش سلامتی، امیدواری و خوش بینی؛ حمایت اجتماعی بیشتر؛ ایجاد هدف و معنا در زندگی و بهبود رضایت و ثبات زندگی خانوادگی می شود. پاشالاسکی و همکاران (۲۰۰۹) در نتایج مطالعه خود بیان می کنند که مراقبت معنوی یک بعد ضروری در امر مراقبت تسکینی و کنترل درد محسوب می شود و این مسئله، تمایل جدی بیماران با بیماری های مزمن و در مراحل پایان عمر را به مراقبت معنوی در برنامه خودمراقبتی نشان می دهد. پژوهش گالوپ (۲۰۱۲) نشان داد که شیوه های معنوی مراقبت، با نتایج مثبت سلامت در ارتباط مستقیم است و توانایی از عهده برآیی و مقابله با استرس را بهبود می بخشد. مطالعه فلاچی خشکناز (۱۳۹۴) نیز تاثیر مثبت مراقبت معنوی را بر کیفیت زندگی بیماران تحت مطالعه نشان می دهد. در واقع، یکی از ابعاد مهم کیفیت زندگی در بیماران بستری در بیمارستان، کنترل درد است. هم چنین، نتایج مطالعه مک لیلان و همکاران (۲۰۰۴) تحت عنوان "مسائل و نوآوری در اعمال پرستاری، درد بعد از جراحی، استراتژی برای بهبود درد" در ایرلند نشان داد که آشنایی پرستاران با مداخلات غیر دارویی کاهنده درد نمرات شدت درد بیماران را کاهش می دهد.

بیماران مورد مطالعه در این پژوهش فقط بیماران پس از جراحی بای پس عروق کرونر و محدود به یک بیمارستان بودند، بنابراین، یافته ها به این دسته از بیماران قابل تعمیم است. پیشنهاد می شود پژوهش های بعدی بر روی نمونه وسیع تر و در مراکز متعدد انجام پذیرد. با توجه به این که آستانه درد و فرهنگ در افراد متفاوت است و هم چنین، این پژوهش در افراد مسلمان و شیعه انجام گرفته است، این عوامل یافته های پژوهش را تحت تاثیر قرار می دهد. هم چنین، با توجه به این که در این مطالعه نمره درد بیماران فقط یک بار بعد از مداخله مورد سنجش قرار گرفته است توصیه می گردد برای سنجش تاثیرات طولانی مدت مراقبت معنوی بر درد بیماران، درد بیماران در چندین نقطه زمانی بعد از اجرای مداخلات سنجیده شود. با توجه به فقدان پژوهش های کافی و هم چنین تاثیر تغییرات درد بر شاخص های فیزیولوژیک پیشنهاد می شود تاثیر مراقبت با رویکرد معنوی بر شاخص های فیزیولوژیک سنجیده شود. هم چنین، به پژوهشگران پیشنهاد می شود با در نظر گرفتن سبک های زندگی، اعتقادات، نگرش ها، هنجارها و سبک های ارتباطی، تاثیر مراقبت معنوی را در بیماران بسنجند. هم چنین، تاثیر این روش مراقبتی بر درد در دوره های مختلف زندگی (سلامت، بیماری و دوره نقاهت) نیز قابل بررسی است.

نتیجه گیری

مراقبت معنوی می تواند در کاهش درد بیماران تحت جراحی بای پس کرونر موثر باشد. با توجه به شیوع بالای درد در بیماران جراحی قلب باز، این مراقبت به عنوان یک روش غیرتهاجمی و آسان می تواند در کنار سایر روش های مراقبتی و حمایتی مؤثر باشد. گنجاندن مداخلات مراقبت معنوی در برنامه مراقبتی می تواند منجر به ارتقای سلامت معنوی، روانی و نهایتاً جسمی این بیماران گردد.

تقدیر و تشکر

پژوهشگران از همه افرادی که در انجام این پژوهش همکاری کردند، به ویژه از همه بیماران شرکت کننده در پژوهش صمیمانه قدردانی و تشکر می نمایند.

منابع فارسی

- صادقی رقیه، بابایی تورج، بخشنده هومن. تاثیر آموزش قبل از عمل بر درد بیماران تحت جراحی بای پس عروق کرونر. نشریه پرستاری قلب و عروق ۱۳۹۴، ۳(۲): ۴۷-۴۰.
- حسینی محمد علی، تاج بخش فرشته، رهگذر مهدی. تاثیر مراقبت معنوی-مذهبی بر استرس بیماران پس از عمل جراحی بای پس عروق کرونر قلب. مجله پژوهش توانبخشی در پرستاری ۱۳۹۵، ۲(۴): ۶۵-۵۷.
- بقایی مژگان، صدقی ثابت میترا، کاظم نژاد احسان، مقدس طاهره. درک بیماران از کیفیت اداره درد پس از جراحی پیوند عروق کرونر. پرستاری مامایی جامع نگر ۱۳۹۱، ۲۲(۶۸): ۵۵-۴۸.
- حسینی محمد علی، دیوید سون پاتریشیا، خشکناز مسعود، گرین آنا. مداخلات معنوی - مذهبی در مراقبت سلامتی: یک مطالعه مروری. مجله توانبخشی ایران ۱۳۹۲، ۱۱(۱۷): ۸۷-۹۳.
- موسی رضایی امیر، قلعه قاسمی طاهره، معینی مهین، ناجی اصفهانی همایون. تاثیر مراقبت معنوی بر اضطراب بیماران ایسکمیک قلبی بستری در بخش مراقبت های ویژه قلب: کارآزمایی بالینی. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۱، ۱۰(۶): ۵۶۴-۵۵۴.
- روشن زاده مصطفی، محمدی سمیه، برهانی فریبا. بررسی نگرش پرستاران نسبت به مراقبت معنوی: یک مطالعه توصیفی در بیمارستان بیرجند. فصلنامه فقه پزشکی ۱۳۹۲، ۵(۱۵ و ۱۶): ۱۷۰-۱۵۹.
- معینی مهین، طالقانی فریبا، مهرابی طیبیه، موسویان امیر. تاثیر برنامه مراقبت معنوی بر اضطراب بیماران با لوسمی. مجله ایرانی تحقیقات در پرستاری و مامایی ۱۳۹۳، ۱۹(۱): ۹۳-۸۸.
- ریگی فاطمه، فیضی آرام، امیریان زینب، ناصری محسن، صالحی شهیداد. بررسی تاثیر ماساژ بازتابی پا بر درد بیماران تحت جراحی بای پس کرونر. فصلنامه علمی پژوهشی بیهوشی و درد ۱۳۹۴، ۵(۴): ۴۹-۴۲.
- مهدوی بهروز، فلاحتی خشکناز مسعود، محمدی فرحناز، حسینی محمد علی. تاثیر مراقبت معنوی گروهی بر کیفیت زندگی مراقبین خانگی سالمندان مبتلا به آلزایمر. مدیریت ارتقای سلامت ۱۳۹۴، ۳(۴): ۴۲-۳۴.
- فیاضی صدیقه، شریعتی عبدالعلی، مومنی مرتضی. بررسی روش آرام سازی بنسون بر درد پس از جراحی بای پس کرونر. مجله علمی پزشکی ۱۳۸۸، ۸(۴): ۴۸۹-۴۸۰.
- شفیعی زهرا، نوریان کبری، بابایی سیما، نظری عبدالله. تاثیر ماساژ استروک سطحی بر شدت درد و خستگی بعد از عمل بیماران تحت جراحی پیوند عروق کرونر: یک مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی سازی شده. مجله بالینی پرستاری ۱۳۹۲، ۲(۳): ۳۸-۲۸.
- بامداد مریم، فلاحتی خشکناز مسعود، دالوندی اصغر، خدایی اردکانی محمدرضا. تاثیر مراقبت معنوی بر سلامت معنوی وابستگان آفتماین. مجله روان پرستاری ۱۳۹۲، ۳(۳): ۱۸-۱۰.
- کریم الهی، م. طراحی مدل مراقبت معنوی در پرستاری ایران (پایان نامه). اصفهان، ایران. دانشگاه علوم پزشکی اصفهان ۱۳۸۶، یوسفی، ح. نیازهای بیماران حین پذیرش در یک مطالعه پدید شناسی (پایان نامه). اصفهان، ایران. دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، ۱۳۸۹

منابع انگلیسی

- Ignatavicius DD, workman M, Mishler M A. Medical Surgical Nursing. Philadelphia : Lippincot co. 2006.pp: 61,67,292,807.
- Groebner JB. Exploring the role of spirituality and spiritual learning in the recovery of female coronary bypass patients: Northern Illinois University; 2013.
- Cargo L . Spiritual Care and Pain in Cancer.Cancer Pain j 2013 . 221-229 .
- Christina M .Puchalski MD . The Role of Spirituality in Health Care . BUMC PROSEEDING 2001 ; 14 :352 -357.
- Koenig HG. Religion, spirituality, and medicine : research findings and implications for clinical practice. South Med J. 2004; 97(12) : 1194-200.
- Puchalski CH .Ferrell B . Virani R . Otis green SH . Baird P . Improving the Quality of Spiritual Care as a Dimension of Palliative Care : The Report of The Consensus Conference . School of Social Work : Faculty Publication and Other Work Faculty Publication 2009 ; 12(10): 885-904.
- Potter PA, Perry AG. Fundamentals of Nursing. 7th ed. Philadelphia, PA: Mosby; 2007.
- Taylor C, Lillis C, LeMone P, Lynn P. Fundamentals of Nursing: The Art and Science of Nursing Care. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
- Halm MA, Myers RN, Bennetts P. Providing spiritual care to cardiac patients: assessment and implications for practice. Crit Care Nurse 2000; 20(4): 54-64, 66.
- Berman B, Snyder SJ, Kozier B, Erb G. Fundamentals of Nursing. 8th ed. New York, NY: Pearson Prentice Hall; 2008 .

Gallop ,p., & Romer, A. L Taking a spiritual history allows clinicians to understand patients more fully. *Journal of Palliative Medicine*, 2012; 3(1), 129-137.

Koszycki D, Raab K, Aldosary F, Bradwejn J. A multifaith spiritually based intervention for generalized anxiety disorder: a pilot randomized trial. *J Clin Psychol* 2010; 66(4): 430-41.

Original Article

The effect of spiritual care on pain in patients undergoing coronary artery bypass grafting

Faezeh Soltani¹, MSc

*Meysam Chahqui², MSc

Mansoor Arab³, MSc

Seyed-Fakhraldin Hosseini⁴, MSc Student

Fatima Dabbagh⁵, Ph.D

Abstract

Aim. This research aims to investigate the effects of spiritual care on pain in patients undergoing coronary artery bypass grafting (CABG) surgery.

Background. Pain as a significant problem in patients undergoing CABG requires nursing care. Because of side effects from opioids, it is important to use non-pharmacological approaches such as spiritual care to control pain in these patients.

Method. This clinical trial was performed on 70 patients after CABG. Data collection tools included a demographic questionnaire, and McGill Pain questionnaire. The patients were randomly assigned into two groups of experimental and control. Spiritual care program in the experimental group included supportive presence, supporting patient's rituals, and using supportive systems for 3 days. Pain levels were measured before and after intervention for both groups. The control group did not receive any intervention. Data were analyzed in SPSS version 20.

Findings. There was no statistically significant difference between the two groups in terms of in demographic characteristics. Before intervention, no statistically significant difference was found between the pain scores of the groups, however, after the intervention, pain scores were significantly lower in the experimental group than in the control group. There was also a statistically significant difference between the pain scores of the experiment group before and after the intervention. Such a difference was not found in the control group.

Conclusion. Spiritual care program reduced pain in patients undergoing CABG. With regard to the results of the present study, it is suggested that nurses include religious-spiritual care in nursing care plan as a helpful way to control pain in these patients.

Keywords: Coronary artery bypass grafting, Spiritual care, Pain

1 MSc in Nursing, Bam University of Medical Sciences, Bam, Iran

2 Senior Lecturer in Nursing, Bam University of Medical Sciences, Bam, Iran (*Corresponding Author) email: mchahkhoie@gmail.com

3 Senior Lecturer in Nursing, Bam University of Medical Sciences, Bam, Iran

4 MSc Student in Nursing, Bam University of Medical Sciences, Bam, Iran

5 Assistant Professor of Clinical Pharmacology, Faculty of Pharmacy, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran