

The Role of Spirituality and Forgiveness in Psychological Symptoms of Coronary Heart Patients

Reza Mirmahdi^{*1}, Asghar Kamran², Kamal Moghtadaei³, Mansoreh Salamat⁴

1. Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Payame Noor University, Tehran, Iran.

2. Instructor; Department of Psychology, Faculty of Humanities, Payame Noor University, Tehran, Iran.

3. Master of Psychology, Psychosomatic Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

4. Master of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Guilan, Rasht, Iran.

Abstract

In recent years, causal studies have emphasized the role of biological, psychosocial, and spiritual dimensions in the emergence and exacerbation of cardiovascular disease. The purpose of this study was to investigate the role of spirituality and forgiveness in psychological symptoms in patients with coronary heart disease. Therefore 96 patients admitted to the hospitals and clinics of medical diagnosis of coronary heart disease in 1396, were selected by purposive sampling method and answered the items of: Spiritual Tendencies (Sharifi, Mehrabi), Passed Questionnaire (Worthington, Hook & Witvliet) and a short form of Mental Indications (Dora). The results of correlation and stepwise regression analysis showed that there were negative correlations between the dimensions of spirituality and psychological symptoms. Psychological symptom subscales had significant negative relationships with spiritual beliefs, a sense of achievement spiritual, and religious self-realization, spiritual and social activities. Symptoms subscales as well as psychological and emotional dimensions of forgiveness decision had a significant negative correlation. Variables spirituality and forgiveness significantly predict and reduce psychological symptoms. The results of spirituality and forgiveness-based training programs can be used to promote mental health in different patients.

Keywords: spirituality, forgiveness, psychological symptoms, coronary heart patients

*. mirmehdy2001@yahoo.com

نقش معنویت و بخشش در علائم روان‌شناختی بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر قلب

رضا میرمهدی^{۱*}، اصغر کامران^۲، کمال مقتدایی^۳، منصوره سلامت^۴

۱. استادیار؛ گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

mirmehdy2001@yahoo.com

۲. مربی؛ گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

mirmahdi@gmail.com

۳. کارشناس ارشد روانشناسی، مرکز تحقیقات روان تنی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

kamal moghtadaei@yahoo.com

۴. کارشناس ارشد روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران.

salamat_m@yahoo.com

چکیده

طی سالهای اخیر پژوهش‌های علت‌شناسی نقش ابعاد زیستی- روانی- اجتماعی و معنوی را در بروز و تشدید بیماری‌های قلبی عروقی بیش از پیش مورد تاکید قرار داده اند. پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش معنویت و بخشش در علائم روان‌شناختی بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر قلب انجام شد. روش پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود که در آن ۹۶ بیمار مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های اصفهان و کلینیک‌های پزشکی با تشخیص عروق کرونر قلب در سال ۱۳۹۶، به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه گرایش‌های معنوی (شریفی و مهربانی)، پرسشنامه بخشش (ورثینگتون، هوک و ویتولیت) و فرم کوتاه پرسشنامه علایم روان‌شناختی (دورا) استفاده گردید. تحلیل داده‌ها با روش‌های آماری پیرسون و تحلیل رگرسیون چند متغیره به شیوه گام به گام انجام شد. نتایج نشان داد بین ابعاد معنویت و علائم روان‌شناختی همبستگی منفی وجود دارد. در زیر مقیاس‌های علائم روان- شناختی با ابعاد باورهای معنوی، احساس کسب معنویت، خودشکوفایی معنوی و فعالیت‌های اجتماعی و مذهبی رابطه منفی مشاهده شد. همچنین در زیر مقیاس‌های علائم روان‌شناختی با ابعاد گذشت هیجانی و تصمیمی نیز رابطه منفی مشاهده شد. نتایج نشان داد متغیرهای معنویت و بخشش پیش‌بینی‌کننده‌های معناداری برای کاهش علائم روان‌شناختی بودند. با الهام از یافته‌ها می‌توان از برنامه‌های آموزشی مبتنی بر معنویت و بخشش برای ارتقای سلامت روان در بیماران کرونری قلب بهره برد.

واژه‌های کلیدی: معنویت؛ بخشش؛ علایم روان‌شناختی؛ اختلال کرونری قلب.

مقدمه

به دلیل ماهیت خطرناک بیماری کرونر قلب و مزمن بودن آن، این بیماری به صورت یک بحران^۹ در زندگی شخصی بیمار نمایان می‌شود. سی‌وارد (۲۰۰۰) معتقد است هر بحران یک بحران معنوی^{۱۰} است و تجربه منحصربه‌فردی را به وجود می‌آورد که علاوه بر پیامدهای جسمی، بر ابعاد روانی-اجتماعی و به‌خصوص معنوی فرد به‌طور چشمگیری تأثیر می‌گذارد و باعث جلوه‌گر شدن موضوعات کلیدی مرتبط با معنویت می‌شود. بیماران در مواجهه با آسیب و بیماری، آنچه در زندگی‌شان مهم بوده است ارزیابی می‌کنند و بیشتر، سؤالات ایدئولوژیک می‌پرسند (بالبونی و همکاران، ۲۰۰۷).

همچنین برخی دانشمندان، قرن ۲۱ را عصر دانایی و جامعه اطلاعاتی و برخی دیگر، عصر بازگشت به معنویت نام نهاده‌اند و سلیگمن آن را قرن تفاهم دین^{۱۱} و روانشناسی دانسته است. تعریف معنویت دامنه گسترده‌ای از والاترین امور بشری تا جست‌وجوی معنای هستی‌شناسانه یا بعد متعالی وجود انسان را در بر می‌گیرد (سلیگمن، ۲۰۰۶). پارگامنت، مگیار و موری (۲۰۰۵) معنویت را به معنای جست‌وجوی امر مقدس به کار می‌برند و معتقدند معنویت تلاش فرد برای ساختن معنایی وسیع از هدف نهایی است. اگرچه معنویت عموماً از طریق فرهنگ منتقل می‌شود، هم مقدم بر فرهنگ است و هم متعالی‌تر از آن. در دو دهه گذشته یک رویکرد کل‌گرایانه در شناخت بشر به وجود آمده و زمینه را برای انجام بررسی بیشتر در حوزه معنویت به‌مثابه یک بعد از ابعاد شناختی، هیجانی، رفتاری و بین‌فردی (که سازنده ماهیت انسان‌اند)، تسهیل کرده است (ونس، ۲۰۱۱).

اگرچه ارتباط بین معنویت و سلامت روان در جهان‌بینی‌های شرقی (به‌خصوص بودیسم) قرن‌هاست که پذیرفته شده، شکاف تاریخی میان مذهب و علم در

امروزه بیماری‌های قلبی^۱، به‌ویژه بیماری عروق کرونر قلب^۲ (CHD) یکی از سه علت اصلی مرگ‌ومیر در کنار سرطان^۳ و سکته مغزی^۴ در بیشتر کشورهای صنعتی به شمار می‌رود (شیفر، ۲۰۰۶). بیماری عروق کرونری قلب بخشی از بیماری‌های قلبی عروقی است که به دلیل تنگی عروق کرونر قلب یا انسداد این عروق ایجاد می‌شود. متخصصان، عوامل جسمانی شناخته‌شده‌ای را با بروز بیماری کرونر قلب مرتبط می‌دانند؛ از جمله فشار خون بالا^۵، سطح بالای کلسترول مضر^۶، بیماری دیابت^۷، کمبود فعالیت بدنی، چاقی^۸ و وراثت (دینولت، ۱۹۹۱).

بیماری‌های قلبی - عروقی عمده‌ترین علل مرگ و میر در کشورهای توسعه‌یافته و در حال توسعه شناخته شده است (ابوالقاسمی؛ تقی‌پور و نریمانی، ۱۳۹۱). شیوع بیماری‌های قلبی - عروقی به‌سرعت در بین کشورهای در حال توسعه در حال افزایش است (سعید؛ نیازی و آلماس، ۲۰۱۱). برآورد شده است مرگ‌ومیر ناشی از بیماری قلبی و عروقی از حدود ۱۶/۷ میلیون نفر در سال ۲۰۰۲ به ۲۳/۳ میلیون نفر در سال ۲۰۳۰ برسد (پیکنین، ۲۰۰۹). پیشرفت‌های نوین پزشکی رفتاری توجه متخصصان روانشناسی تندرستی را به نقش کلیدی عوامل غیرزیستی در بیماری کرونر قلب معطوف ساخته است و پژوهش درباره این بیماری مدتی است که متوجه عوامل روانشناختی و عوامل روانی - اجتماعی - معنوی شده است (عیسی‌زادگان، ۱۳۹۲). ارتقای سلامتی بعد از انتخاب هدف مناسب، به پیگیری برای رسیدن به هدف نیز نیازمند است (سعیدی؛ بهرامی و علی‌پور، ۱۳۹۵).

^۱. heart disease
^۲. coronary heart disease (CHD)
^۳. cancer
^۴. cerebral stroke
^۵. high blood pressure
^۶. low density lipoprotein (LDL)
^۷. diabetes
^۸. overweight

^۹. crisis
^{۱۰}. spiritual
^{۱۱}. religion

غرب، به تازگی به علاقه نسبی به سمت وسوی این ارتباط کشیده شده است (شریفی و مهربانی، ۱۳۸۷). ریکر (۲۰۰۷) معتقد است با اینکه داشتن هدف و معنا در زندگی با افزایش سن بیشتر می‌شود، تجربه معنایی برای جوانان و افراد سالخورده، بیشتر از افراد میانسال است.

رابطه معنویت و آشفتگی‌های روانی^۱ مانند یک U معکوس است. افراد با نمره خیلی بالا یا خیلی پایین در معنویت، نسبت به افرادی با نمره متوسط، احساسات مثبت بیشتری مانند شوخ‌طبعی و اعتماد به نفس^۲ و هیجانات منفی^۳ کمتری مثل خصومت و غم را تجربه می‌کنند (لیچ و لارک، ۲۰۰۴). معنویت نه تنها بر حالات خلقی و سلامت روانی افراد موثر است، بر شرایط جسمانی نظیر تنظیم غدد درون ریز^۴، کاهش ابتلا به سرطان و مصرف کمتر مواد نیز مؤثر است (کوئینگ، ۲۰۰۴).

حفظ حالت انگیزشی منفی (بخشیدن) نسبت به فرد خطا کار، ریسک ابتلا به افسردگی و اضطراب را افزایش می‌دهد (لوسکین و تئورسن، ۲۰۰۷). همچنین معنویت از جمله متغیرهایی است که بر ویژگی‌های شخصیتی افراد از جمله بخشش^۵ تأثیر می‌گذارد. موضوع بخشش، هم یک هنر و هم مقوله‌ای علمی در نظر گرفته می‌شود. وقتی بخشش یک هنر توصیف می‌شود، با خطاهای شخصی و اجتماعی سروکار دارد و از بهزیستی روانی و سلامت روان افراد متأثر خواهد بود و بر روابط بین فردی تأثیر می‌گذارد (ورثینگتون، ۲۰۰۳). یکی از مواردی که فرد را در ناراحتی، رنجش و خلق پایین نگه می‌دارد، نداشتن بخشش است. افرادی که دیگران را به راحتی نمی‌بخشند، در خشم باقی می‌مانند و معمولاً افکار ناراحت کننده‌ای در ذهن خود مرور می‌کنند. اینکه فرد واقعه ناراحت کننده‌ای را در

ذهن خود مرور می‌کند، بخشی از مسئله است. نکته مهم، علت ایجاد نگرش‌هایی است که باعث می‌شود فرد در رفتارهای خود سختگیرانه عمل کند یا دائم انتظارات و باورهای مختلف نامعقولی داشته باشد (ریتزمن، ۲۰۰۳)؛ بنابراین وقتی به مفهوم بخشش به عنوان یک هنر نگریسته می‌شود، این هنر در روابط اجتماعی برجسته خواهد شد و افرادی که بخشش بیشتری نشان می‌دهند، معمولاً در این ویژگی هنرمندتر از دیگران خواهند بود. همچنین بررسی پیشینه پژوهش در یک دهه اخیر نشان از توجه متخصصان علوم انسانی به ویژه روانشناسان به این سازه دارد (خجسته‌مهر؛ قنوتیان و رجبی، ۱۳۹۱). به اعتقاد رای و همکاران (۲۰۰۵)، بخشش، اشتیاق برای دست کشیدن از حق خود برای داشتن انزجار، قضاوت منفی و بی تفاوتی نسبت به کسی است که ناعادلانه ما را رنجانده است. مک کولاف، فینچام و تسانگ (۲۰۰۳) بخشش را جهت دادن مثبت به انگیزه‌های منفی تعریف کرده‌اند که با انگیزه‌های مصالحه آمیز و مثبت نسبت به فرد خطا کار همراه است. ورثینگتون (۲۰۰۳) بخشش را مقوله دوجبه می‌داند که عبارت‌اند از: الف- بخشش تصمیمی^۶ که شامل تغییر در هدف‌های رفتاری شخص (تغییر در انگیزه‌ها) نسبت به یک فرد خطا کار می‌شود و ب- بخشش هیجانی^۷ که جایگزین کردن هیجانات منفی مرتبط با عدم بخشش هیجان مثبت را در بر دارد. براساس پژوهش‌ها، بین مفهوم بخشش و سلامت روان، رابطه مثبت و بین گذشت و اضطراب، نشخوار فکری^۸ و افسردگی رابطه منفی وجود دارد (اورث و برکینگ، ۲۰۰۸). لوسکین و تئورسن (۲۰۰۷) در پژوهش خود نشان دادند افرادی که در مقیاس بخشش نمرات بالاتری آورده‌اند، نسبت به کسانی که نمرات پایین تری داشتند، از راهبردهای مقابله‌ای کارآمد، رضایت زندگی و بهزیستی روان‌شناختی و جسمی بالاتری برخوردار بودند. در مطالعه مونس - ایگواپلتا (۲۰۰۷) نیز نتایج نشان

1. mental confusion

2. self-confidence

3. negative emotions

4. endocrinology

5. forgiveness

6. decisional

7. emotional

8. rumination

مبتلا به بیماری عروق کرونر قلب انجام شد. در این راستا سؤال‌های پژوهش عبارت بودند از:

- ۱- معنویت چه سطحی از علائم روانشناختی را در بیماران عروق کرونر قلب پیش‌بینی می‌کند؟
- ۲- بخشش چه سطحی از علائم روانشناختی را در بیماران عروق کرونر قلب پیش‌بینی می‌کند؟

روش

روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه، روش پژوهش حاضر، توصیفی از نوع همبستگی است. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی بیماران مبتلا به عروق کرونر قلب شهر اصفهان در سال ۱۳۹۶ بود که به بیمارستان‌ها و کلینیک‌های پزشکی مراجعه کرده‌اند. شرکت کنندگان با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند؛ به این صورت که مراکزی که بیماران قلبی برای معاینات و درمان بستری می‌شوند، شناسایی و بیماران قلبی سه مرکز از بین ۱۲ مرکز به صورت هدفمند انتخاب شدند. برای تعیین حجم نمونه و به دلیل دوسویه بودن فرضیه‌های پژوهش، در سطح اطمینان ۹۵ درصد ($p=0/05$) و $Z=1/96$ در نظر گرفته و برای برآورد حجم نمونه از فرمول کوکران استفاده شد (سرمه؛ بازرگان و حجازی، ۱۳۹۷). در سطح اطمینان ۹۵ درصد ($p=0/05$) و واریانس $0/25$ و تفاوت میانگین‌های برابر با $0/09$ ، تعداد ۹۶ نفر حجم نمونه برآورد شد؛ بنابراین نمونه پژوهش متشکل از ۹۶ بیمار (۵۰ زن و ۴۶ مرد) مبتلا به بیماری عروق کرونر قلب بودند. ملاک‌های ورود به مطالعه شامل داشتن بیماری قلبی با تشخیص پزشک، دست کم ۳ سال سابقه بیماری قلبی، دامنه سنی بین ۳۰ تا ۵۵، حداقل تحصیلات پنجم ابتدایی. همچنین معیارهای خروج از مطالعه عبارت بودند از: داشتن عمل جراحی در ۳ ماه قبل از اجرای پژوهش، وجود اختلالات روانی شدید و مزمن.

ابزار سنجش: پرسشنامه گرایش‌های معنوی^۱؛ شریفی، مهرابی، کلاتری این پرسشنامه را در ۳۳ سؤال،

دادند بین بخشش با مشکلات جسمانی‌سازی و کاهش خلق رابطه معنی‌دار وجود دارد. بخشش، رها کردن عاطفه منفی (مثل خشم، افسردگی، اضطراب)، شناخت منفی (مثل افکار انتقام) و رفتار منفی (مثل پرخاشگری کلامی) در پاسخ به بی‌عدالتی درخور ملاحظه هست. همچنین بخشش ممکن است شامل پاسخ‌های مثبت (برای مثال دلسوزی) نسبت به شخص خطا کار هم باشد (ورثینگتون، ۲۰۰۳).

در هر ناراحتی و بیماری، هرچند با جنبه کاملاً جسمانی، با توجه به مؤلفه‌های سلامتی می‌توان بیان کرد ارتباط محکمی بین سازه‌های روانشناختی، اجتماعی و فیزیولوژیک نهفته است. مطالعات نشان داده‌اند بیماری قلبی، یکی از سه علت اصلی مرگ‌ومیر در کنار سرطان و سکته مغزی در بیشتر کشورهای صنعتی به شمار می‌رود که نقش عوامل روانشناختی به‌ویژه تجربه هیجان‌های منفی، بسیار مهم است. در این میان، یکی از عوامل مهم در بروز بیماری‌های قلبی - عروقی، اختلالات روانشناختی به‌ویژه افسردگی و اضطراب است که در این راستا بخشش و معنویت از عوامل اثرگذار در اختلالات روانشناختی، در بروز این بیماری‌ها نقش دارند (کوئینگ، ۲۰۱۲). همچنین با توجه به اینکه دستگاه قلبی عروقی یکی از سیستم‌های حساس بدن است که هرگونه تغییرات محیطی یا شرایط هیجانی و عاطفی فرد مانند خشم، غم، اضطراب و ترس می‌تواند فوراً به تغییراتی به شکل تغییر در ضربان قلب و فشار خون منجر شود، پژوهش در این زمینه امری ضروری است؛ زیرا به روشن شدن اثرات این عوامل بر بیماری قلبی عروقی کمک می‌کند و موجب تشخیص ویژگی‌های شخصیتی می‌شود که در مسیر پژوهش‌های روانشناختی امری حائز اهمیت است. به‌علاوه، انتظار می‌رود یافته‌های پژوهش، در زمینه بهداشت روانی و روانشناسی سلامت نیز کاربرد داشته باشد و به شناخت افراد و توسعه دانش در این زمینه منجر شود؛ بنابراین پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش معنویت و بخشش بر علائم روانشناختی بیماران

^۱ . Spiritual Tendencies Questionnaire

متوسط بین دو خرده‌مقیاس فوق است. خرده‌مقیاس‌های بخشش عاطفی که احساسات مثبت و منفی را اندازه‌گیری می‌کنند شامل وجود احساسات مثبت^۶ و فقدان و کاهش احساسات منفی^۷ است (سؤال ۱۶-۱۱). نمرات در این پرسشنامه در یک مقیاس ۵ درجه‌ای و در حداقل نمره ۱۶ و حداکثر نمره ۸۰ نمره‌گذاری می‌شوند. ضریب آلفا برای خرده‌مقیاس‌های بخشش عاطفی به‌طور کلی ۰/۸۱. برای وجود احساسات مثبت ۰/۸۵ و برای فقدان و کاهش احساسات منفی ۰/۷۸. گزارش شده است. نمرات ۳۰-۱۶ بخشش پایین - نمرات ۴۵-۳۱ بخشش متوسط و نمرات بالای ۴۵ بخشش بالا را نشان می‌دهد. ضریب همبستگی پیرسون ($r=0/41, P<0/01$) نشان‌دهنده همبستگی متوسط بین دو خرده‌مقیاس یادشده است. پایایی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ در جمعیت ایرانی ۰/۸۱. گزارش شد (پارسافر، نامداری، هاشمی و محرابی، ۱۳۹۴).

فرم کوتاه پرسشنامه علائم روانشناختی^۸، دورا و همکاران این فرم را در سال ۲۰۰۶ با ۱۸ گویه برای ارزیابی آشفتگی‌های روانشناختی طراحی کردند که سه عامل جسمانی‌سازی، سؤال‌های (۶-۱) افسردگی (۱۲-۷) و اضطراب (۱۸-۱۳) را می‌سنجد. گویه‌های این پرسشنامه در طیف کاملاً موافق تا کاملاً مخالف (۵ گزینه) هستند. در این پرسشنامه، افزایش نمرات آزمودنی در خرده‌مقیاس نشان‌دهنده اضطراب، افسردگی و جسمانی‌کردن علائم روانشناختی است. دورا (۲۰۰۶) ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه را ۰/۸۹ گزارش کرد و ضریب همبستگی بین فرم کوتاه و بلند این پرسشنامه را ۰/۸۲ به دست آورد. در ایران در یک پژوهش مقدماتی، ضریب آلفای کرونباخ و دو نیمه‌سازی این آزمون به ترتیب ۰/۸۸، ۰/۸۱ محاسبه و نشان داده شد بین مقیاس عواطف مثبت ($r=0/47$) و مقیاس عواطف منفی ($r=0/70$)، مقیاس شادی

چهار خرده‌مقیاس: باورهای معنوی، سؤال‌های (۲۹-۲۷-۲۵-۲۳-۲۱-۲۰-۱۵-۱۴-۱۳-۱۱-۱۰-۸-۶) تجربه معنوی در زندگی (۳۳-۳۲-۳۰-۲۸-۲۶-۱۹-۱۸) خوشکوفایی معنوی (۳۱-۲۴-۱۷-۱۶-۳-۲-۱) و فعالیت‌های اجتماعی - مذهبی (۲۲-۱۲-۹-۷-۵-۴) و در یک طیف کاملاً موافق تا کاملاً مخالف (۵ گزینه) در سال ۱۳۸۷ طراحی کردند. حداقل نمره این پرسشنامه ۳۳ و حداکثر ۱۶۵ است. بررسی پایایی پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ نیز نشان داد خرده‌مقیاس‌های باورهای معنوی، تجربه معنوی در زندگی، خودشکوفایی معنوی و فعالیت اجتماعی - مذهبی به ترتیب دارای ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹، ۰/۶۳، ۰/۸۳ و ۰/۸۸ است. همچنین ضریب آلفای کرونباخ کل پرسشنامه نیز ۰/۹۳. گزارش شد (شریفی، مهربانی، کلانتری و مفتاح، ۱۳۸۷). در پژوهش حاضر برای بررسی پایایی پرسشنامه از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که ۰/۷۸. به دست آمد. اعتبار سازه‌های آزمون به روش چرخش واریماکس ۰/۸۹. به دست آمد (شریفی و مهربانی، ۱۳۹۲).

پرسشنامه بخشش^۱: مقیاس بخشش (ورثینگتون، ۲۰۰۳) شامل مقیاس بخشش تصمیمی^۲ (DFS) و مقیاس بخشش عاطفی^۳ (EFS) است که هر یک از این مقیاس‌ها شامل ۸ آیتیم و ۲ خرده‌مقیاس‌اند؛ یعنی ۱۶ سؤال دارد. خرده‌مقیاس‌های بخشش تصمیمی که نیت و نگرش‌های اجتماعی را اندازه‌گیری می‌کنند شامل سنجش نیت مطلوب اجتماعی^۴ و مهار نیت منفی^۵ است (سؤال ۱-۱۰ گویه‌های شماره ۱، ۳، ۴، ۵، ۷، ۹ و ۱۰ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند). ضریب آلفا برای بخشش تصمیمی به‌طور کلی ۰/۸۳، برای نیت مطلوب اجتماعی ۰/۷۸ و برای مهار نیت منفی ۰/۸۳. گزارش شده است (هوک، ۲۰۰۷). ضریب همبستگی پیرسون ($r=0/46, P<0/01$) نشان‌دهنده همبستگی

1. Forgiveness Scale

2. Decisional Forgiveness Scale

3. Emotional Forgiveness Scale

4. prosocial intentions

5. inhibition of negative intentions

6. presence of positive emotion

7. absence of negative emotion

8. Short form of psychological symptoms questionnaire

اخلاقی پژوهش، شرکت کنندگان در پژوهش، ابتدای امر از جنبه‌های مختلف پژوهش آگاه شدند تا با رضایت کامل و میل خود و به دور از هر گونه اعمال فشار در پژوهش شرکت کنند. همچنین به شرکت کنندگان اطمینان داده شد در نهایت رازداری اطلاعات شخصی آنها محرمانه باقی می‌ماند. اطلاعات با استفاده از روش آماری رگرسیون چندمتغیره به روش گام‌به‌گام و با کمک نرم‌افزار spss22 تحلیل شدند.

یافته‌ها

در جدول ۱ خصوصیات جمعیت‌شناختی شرکت کنندگان در پژوهش آورده شده‌اند.

($r=0/58$) و افسردگی ($r=0/48$) با این پرسشنامه همبستگی معنی‌داری وجود دارد (مقتدایی، ۱۳۹۱).
روش اجرا و تحلیل: برای جمع‌آوری اطلاعات، ابتدا چندین بیمارستان و کلینیک خصوصی مربوط به بیماران قلبی، شناسایی و از بین آنها بیماران مبتلا به اختلال کرونر قلب به صورت هدفمند انتخاب شدند. سپس اهداف پژوهش برای متخصصین قلب و پرستاران، تشریح و در گام بعد این اهداف برای هر یک از شرکت کنندگان، توضیح داده شدند و پس از آن پرسشنامه‌ها در اختیار گروه نمونه قرار گرفتند و از آنها خواسته شد سؤال‌ها را با دقت، مطالعه و پاسخ‌های مدنظر را متناسب با ویژگی‌های خود انتخاب کنند و تا حد امکان سؤالی را بی‌جواب نگذارند. برای ملاحظات

جدول ۱. ویژگی جمعیت‌شناختی شرکت کنندگان در پژوهش

متغیر	زنان	مردان
میانگین سن	۴۸/۲۵	۴۷/۰۷
انحراف معیار	۳/۱۶	۳/۴۴
ابتدایی	.۳۲	.۲۸
سیکل	.۳۴	.۴۶
تحصیلات	.۲۰	.۲۲
لیسانس و بالاتر	.۱۴	.۴
مجرد	.۱۳	.۹
وضعیت تأهل	.۸۷	.۹۱
متاهل	.۲۴	.۳۲
سابقه بیماری	.۳۰	.۲۵
۱-۳ سال	.۲۱	.۲۴
۴-۶ سال	.۲۵	.۱۹
۷-۹ سال		
۱۰ سال و بیشتر		

آماره Z کولموگروف اسمیرنف متغیر ملاک (علائم روانشناختی) بیشتر از ۰/۰۵ است؛ بنابراین توزیع متغیر با توزیع طبیعی تفاوت معناداری ندارد و این مفروضه برقرار است. همچنین برای بررسی هم‌خطی متغیرهای پیش‌بین از دو شاخص تحمل^۱ و عامل تورم واریانس^۲ استفاده شد. چنانچه شاخص تحمل بیشتر ۰/۴ و عامل تورم واریانس کمتر از ۲/۵ باشد، مفروضه عدم

برای پیش‌بینی علائم روانشناختی براساس گرایش‌های معنوی و بخشش از تحلیل رگرسیون چندگانه به شیوه گام‌به‌گام استفاده شد. بدین منظور پیش‌فرض‌های آماری این آزمون بررسی شدند. ابتدا داده‌های پرت و انحرافی با آزمون ماهالانویس شناسایی و حذف شدند. سپس به منظور بررسی فرض توزیع طبیعی متغیر ملاک از آزمون کولموگروف اسمیرنف استفاده شد. نتایج نشان دادند سطح معناداری

^۱. Tolerance

^۲. VIF

مفروضه است. با توجه به برقراری مفروضه‌های آزمون رگرسیون چندمتغیره، از این آزمون به‌منظور پیش‌بینی علائم روان‌شناختی براساس معنویت و بخشش استفاده شد.

در جدول ۲ رابطه متغیرهای پیش‌بین و ملاک و زیرمقیاس‌های آنها ارائه شده است.

هم‌خطی بین متغیرهای پیش‌بین تأیید می‌شود. براساس نتایج به‌دست آمده میزان شاخص تحمل برابر با ۰/۵۴ و شاخص عامل تورم واریانس برابر با ۱/۸۵ محاسبه شد؛ بنابراین مفروضه وجودنداشتن هم‌خطی بین متغیرها تأیید شد. سپس بررسی استقلال خطاها با استفاده از آزمون دوربین - واتسون انجام شد. چنانچه این شاخص بین ۱/۵ تا ۲/۵ باشد (سرمد، بازرگان و حجازی، ۱۳۹۷)، این مفروضه برقرار است. در این پژوهش مقدار این آماره ۲/۴۳ گزارش شد که نشان‌دهنده برقراری این

جدول ۲. رابطه متغیرهای پیش‌بین و ملاک و زیرمقیاس‌های آنها

متغیرهای ملاک متغیرها پیش‌بین	علائم روانشناختی	جسمانی سازی	اضطراب	افسردگی
معنویت (کل)	-۰/۵۳**	-۰/۴۲*	-۰/۴۹*	-۰/۶۳**
باورهای معنوی	-۰/۴۶*	-۰/۳۹*	-۰/۴۴**	-۰/۶۵**
احساس کسب معنویت	-۰/۴۵**	-۰/۴۵*	-۰/۴۵*	-۰/۵۶**
خودشکوفایی معنوی	-۰/۶۳**	-۰/۴۳**	-۰/۵۳**	-۰/۶۹۹**
فعالیت‌های اجتماعی و مذهبی	-۰/۵۸**	-۰/۴۲*	-۰/۵۶**	-۰/۶۲**
بخشش (کل)	-۰/۴۴**	-۰/۳۸*	-۰/۴۸*	-۰/۵۵**
بخشش تصمیمی	-۰/۴۶**	-۰/۴۱**	-۰/۵۲**	-۰/۵۸**
بخشش هیجانی	-۰/۴۱*	-۰/۳۶*	-۰/۴۵*	-۰/۵۱*

* $p < 0.05$ و ** $p < 0.01$

نمرات پایین در فرم نشانه‌های روانی به معنی افزایش سلامت روان است).

برای پیش‌بینی علائم روان‌شناختی براساس گرایش‌های معنوی و بخشش از تحلیل رگرسیون چندگانه به شیوه گام‌به‌گام استفاده شد. نتایج آن در جدول ۳ آمده‌اند.

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهند همبستگی بین نمره کل معنویت و ابعاد آن و نمره کل بخشش و ابعاد آن با نمره کل علائم روان‌شناختی و ابعاد آن، منفی و معنادار است ($p < 0.05$)؛ بدین معنی که افزایش نمره فرد در ابعاد معنویت و بخشش با کاهش نمرات در زیرمقیاس‌های علائم روان‌شناختی همراه است (داشتن

جدول ۳. رابطه متغیرهای پیش‌بین و ملاک و زیرمقیاس‌های آنها

مدل	R	R ^۲	F	Sig
خودشکوفایی	۰/۷۰	۰/۴۹	۰/۴۹	۰/۰۰۱
خودشکوفایی + بخشش تصمیمی	۰/۷۳	۰/۵۳	۰/۰۳	۰/۰۰۷

تصمیمی توانسته‌اند واریانس مربوط به علائم روان‌شناختی را تبیین کنند؛ به طوری که خودشکوفایی

براساس جدول ۳، از بین متغیرهای پیش‌بینی کننده، متغیرهای خودشکوفایی (از ابعاد معنویت) و بخشش

می‌کنند. نتایج تحلیل واریانس برای اعتبار معادله رگرسیون - که با میزان F به دست آمده معنی دار است - نشان‌دهنده اعتبار کافی این تحلیل است ($P < 0/01$).

در گام اول، ۴۹ درصد از تغییرات متغیر ملاک و در گام دوم، خودشکوفایی و بخشش تصمیمی روی هم ۵۳ درصد از تغییرات علائم روانشناختی را تبیین

جدول ۴. جدول ضرایب B و Beta حاصل از تحلیل رگرسیون چندمتغیره گام به گام

Sig	T	ضرایب استاندارد		مدل
		Beta	SE B	
۰/۰۰۱	۸/۹۴	۰/۶۵	۰/۱۷	خودشکوفایی
۰/۰۰۶	۲/۷۴	۰/۲۰	۰/۲۷	بخشش تصمیمی

همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان دادند تمام زیرمقیاس‌های علائم روانشناختی با زیرمقیاس‌های معنویت رابطه منفی معنادار دارند؛ اما بعد خودشکوفایی معنوی با افسردگی بیشترین رابطه معکوس را نشان داده است. این یافته‌ها با نتایج پژوهش (ونس، ۲۰۱۱) همخوان است. این امر را شاید بتوان چنین تبیین کرد که فرد دارای اعتقادات معنوی قوی، احساس پوچی، ناامیدی و یأس نمی‌کند و عزت نفس بالایی دارد. چنین فردی به آینده و محیط پیرامون خوش بین است و درباره ابتلا به افسردگی آسیب‌پذیری کمتری نشان می‌دهد (کوئینگ، ۲۰۰۴). همچنین معنویت باعث ایجاد نگرش مثبت نسبت به دنیا در فرد می‌شود و او را در مقابل رویدادهای ناگوار زندگی (مثل فقدان یا بیماری) که بر امید و تاب‌آوری فرد تأثیر می‌گذارد، یاری می‌رساند و با ایجاد انگیزه و انرژی در فرد، او را به بهتر شدن زندگی امیدوار می‌کند. این امر موجب افزایش تاب‌آوری و پذیرش موقعیت‌های تغییرناپذیر می‌شود و در بسیاری از موارد اضطرابی که علم قادر به کمک به فرد نیست، این مسئله اهمیت خاصی دارد (کوئینگ، ۲۰۱۲).

راجرز معنویت^۱ را فقدان میانجی یا حضور، تورن^۲ معنویت را عظوفت و ویلیام وست^۳ معنویت را

با توجه به جدول ۴ (براساس ضرایب استاندارد B)، به ترتیب متغیر خودشکوفایی از عامل معنویت و متغیر بخشش تصمیمی از عامل بخشش بالاترین سهم را در پیش‌بینی علائم روانشناختی در بیماران عروق کرونر قلب دارند ($P < 0/01$).

بحث

امروزه توجه به مسائل روانشناختی در کنار مشکلات جسمانی ناشی از بیماری‌های مزمن (از جمله بیماری عروق کرونر قلب) توجه پژوهشگران و درمانگران را به خود معطوف داشته است. در همین راستا این پژوهش با هدف بررسی نقش معنویت و بخشش با علائم روانشناختی بیماران کرونر قلبی صورت گرفت. اهمیت معنویت و رشد معنوی انسان تا حدی است که سازمان بهداشت جهانی در تعریف ابعاد وجودی انسان، به ابعاد جسمانی، روانی، اجتماعی و معنوی اشاره می‌کند و بعد چهارم، یعنی بعد معنوی را نیز در رشد و تکامل انسان مطرح می‌سازد (سلیگمن، ۲۰۰۶). یافته‌های این پژوهش نشان دادند رابطه معنویت و علائم روانشناختی به‌طور کلی منفی و معنادار است. این نتیجه در راستای یافته‌های لیچ و لارک (۲۰۰۴) است. براساس پژوهش این محققان داشتن روحیه معنوی، بالابودن هوش معنوی و احساس یگانگی و یکپارچگی با کاهش اضطراب و افسردگی و سلامت روان بیشتر ارتباط دارد.

¹. Rogers

². Thorne

³. William West

کاهش افسردگی، اضطراب و مشکلات جسمی که همسو با نظریهٔ ورثینگتون است (۲۰۰۱) می‌توان به این موضوع اشاره کرد که معنویت و بخشش با ارائهٔ راهکارهایی در جهت کاهش انگیزه‌ها و احساسات منفی و ایجاد همدلی نسبت به شخص خطاکار باعث می‌شود فرد از رفتارهای اجتماعی سازش‌نا یافته دوری کند و رفتارهای مثبت را در برابر شخص خاطی افزایش دهد. متعاقباً این تجربه، چرخهٔ معیوب وقایعی را کاهش می‌دهد که با تعارض‌های بین‌فردی مثل (افکار‌طرردین فردی و افسردگی) همراه است (ورثینگتون، ۲۰۰۳).

پژوهش حاضر همچون سایر پژوهش‌ها با محدودیت‌هایی مواجه بود. یکی از محدودیت‌های این پژوهش کنترل‌نشدن نقش جنسیت بر مبنای متغیرهای پیش‌بین و ارتباط آنها با متغیرهای ملاک بود. علاوه بر این، تیپ‌های شخصیتی و ویژگی‌های شخصیتی به‌عنوان متغیرهای میانجی که شاید می‌توانست با متغیرهای ملاک ارتباط گیرد، در این پژوهش کنترل نشده است. همچنین به دلیل پایین بودن حجم نمونه می‌باید در تعمیم نتایج احتیاط کرد.

نتایج این پژوهش از رابطهٔ معنادار معنویت و بخشش با علائم روان‌شناختی در بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر قلب، حمایت می‌کند؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود به تقویت معنویت و آموزش بخشش و ابعاد آنها و نقش این متغیرها در کاهش علائم روان‌شناختی در این بیماران، بیشتر توجه شود تا امکان بهبود سلامت روانی و اجتماعی این بیماران حاصل شود. علاوه بر این، پیشنهاد می‌شود در پژوهشی به روش مداخله‌ای، اثربخشی آموزش معنویت درمانی و بخشش بر علایم روان‌شناختی و حتی امید به زندگی بیماران با اختلالات قلبی عروقی بررسی شود. همچنین پیشنهاد می‌شود در پژوهشی مستقل، نقش واسطه‌ای ویژگی‌های شخصیتی با متغیرهای پیش‌بین و ملاک بررسی شده در پژوهش

نوعی احساس آرامش، رضایت، صلح و صفای عظیم یا سطحی از انرژی، لطف الهی یا شفابخشی می‌نامند که باعث سیر معنوی در فرد می‌شود (امام‌زاده، ۱۳۹۲). این تجربه‌های معنوی به‌ویژه در بیماران دچار بیماری مزمن و خطرناک می‌تواند در ایجاد احساس امید، نزدیکی به خدا و کمک به حل مشکل موثر باشد (لاین و بوئرو، ۲۰۰۳).

از یافته‌های دیگر پژوهش ارتباط منفی و معنادار بین مفهوم بخشش و علائم روان‌شناختی است. در تأیید این یافته، مونس - ایگوایلتا (۲۰۰۷) نشان دادند نبود بخشش در فرد به‌طور معنی‌داری با اضطراب، افسردگی، بدگمانی و عزت نفس پایین مرتبط است. همچنین رای (۲۰۰۵)، لوسکین و تئورسن (۲۰۰۷) نشان دادند در مداخلاتی که هدف آن افزایش متغیر بخشش در افراد بود، بر افسردگی، اضطراب، علائم استرس پس از سانحه، عزت نفس و یافتن معنای رنجش از آسیب به‌طور معنی‌داری تأثیر گذاشت. دربارهٔ رابطهٔ معنویت با بخشش نیز داشتن معنا و مفهوم در زندگی و یافتن معنای شخصی که نتیجهٔ معنویت است، باعث ایجاد بخشش (چه به‌صورت هیجانی و چه به‌صورت تصمیمی) می‌شود.

ریتزمن (۲۰۰۳) معتقد است طبیعت و ذات انسان در دوست‌داشتن‌های خالصانه و در ارتباط با خدا توصیف شده است و بخشش برای شفای جراحات عمیق عاطفی انسان امری لازم است. با یک بررسی مختصر ملاحظه می‌شود تقریباً بخشش در همهٔ ادیان اعم از اسلام، مسیحیت، هندو و بودائیسیم ارزشمند و محترم شمرده شده است (ری، ۲۰۰۵). همچنین، داشتن معنای شخصی می‌تواند به سلامت روانی انسان کمک کند و به دلیل ارتباط مثبت مفهوم گذشت با سلامت روانی (اورث و برکینگ، ۲۰۰۸)، این یافته توجیه‌پذیر است. درواقع در تبیین معناداری معنویت و بخشش بر

اسناد علی و اسناد مسئولیت زوجین. مجله مشاوره و روان‌درمانی خانواده، ۱(۴)، ۴۴۰-۴۲۳.

عیسی‌زادگان، ع. (۱۳۹۲). الگوی ساختاری روابط بین ریخت شخصیتی D، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و بیماری عروق کرونری قلب. مجله روانشناسی، ۲(۱۷)، ۳۲۹-۳۱۰.

مقتدایی، ک. (۱۳۹۱). اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر علائم روانشناختی و جسمی زنان مبتلا به نشانگان روده تحریک‌پذیر. پایان‌نامه چاپ‌نشده کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه گیلان.

Balboni, A., Vanderwerker, LC. Block, SD. Paulk, ME. Lathan, CS. Peteet, JR. Prigerson, HG. (2007). Religiousness and spiritual support among advanced cancer patients and associations with end of life treatment preferences and quality of life. *Journal of Clinical Oncology*, 25(5), 555-60.

Denollet, Y. (1991). Negative affectivity and repressive coping: pervasive influence on self-reported mood, health, and coronary-prone behavior. *Psychosomatic Medicine*, 53(5), 538-556.

Diblasio, A. (2012). Decision-based forgiveness treatment in cases of marital infidelity. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice*, 37(2), 149-158.

Durá E1, Andreu Y, Galdón MJ, Ferrando M, Murgui S, Poveda R, Jimenez Y. (2006). Psychological assessment of patients with temporomandibular disorders: confirmatory analysis of the dimensional structure of the Brief Symptoms Inventory 18. *Journal of Psychosomatic Research*. 60(4), 365-370.

Hook, J. (2007). *Forgiveness, Individualism, and Collectivism. A thesis submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of master of science at Virginia Commonwealth University*. University of Illinois at Urbana-Champaign.

Jackson, M. (1998). *The influence of forgiveness on intimacy and trust in marital and committed relationships*. *Dissertation Abstracts International*, 58-69.

حاضر مطالعه شوند تا اثرات مستقیم و غیرمستقیم روابط بین این متغیرها در بیماران با اختلالات کرونری قلب آشکار شوند.

منابع

ابوالقاسمی، ع.، تقی‌پور، م.، نریمانی، م. (۱۳۹۱). ارتباط تیپ شخصیتی D خود - دلسوزی و حمایت اجتماعی با رفتارهای بهداشتی در بیماران کرونری قلبی. *فصلنامه روانشناسی سلامت پیام نور*، ۱(۱)، ۵-۱۹.

امام‌زاده، ع. (۱۳۹۲). معنویت در مراقبت سرطان: یک مطالعه کیفی. *تحقیقات کیفی در علوم سلامت*، ۲(۴)، ۷۸-۶۶.

پارسافر، س.، نامداری، ک.، هاشمی، ا.، محرابی، ح. (۱۳۹۴). بررسی رابطه تعهد مذهبی، سبک‌های بخشش، نبخشیدن و نشخوار فکری با سلامت روان. *فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*، ۶(۲۳)، ۱۶۴-۱۴۰.

سرمد، ز؛ بازرگان، ع.، حجازی، ا. (۱۳۹۷). روش‌های تحقیق در علوم رفتاری. تهران، انتشارات آگه.

سعیدی، ض؛ هادی بهرامی، ا.، علی‌پور، ا. (۱۳۹۵). خودمهارگری و سلامت: نقش تعدیل‌کننده شفقت خود. *فصلنامه روانشناسی سلامت دانشگاه پیام نور*، ۵(۱۹)، ۶۰-۵۰.

شریفی، آ.، مهرابی، ح.، کلانتری، م.، مفتاح، د. (۱۳۸۷). ساخت و بررسی ویژگی‌های روانسنجی پرسشنامه گرایش‌های معنوی در دانشجویان دانشگاه اصفهان. *فصلنامه مطالعات اسلام و روانشناسی*، ۱(۱)، ۸۷-۱۱۶.

خجسته‌مهر، ر.، قنوتیان، م.، رجبی، غ. (۱۳۹۱). اثربخشی آموزش اسناد بر افزایش گذشت و بهبود

- significance: Religion as a unique process. *Journal of Social Issues*, 61, 665-687.
- Reker, T. (2007). *The purpose –in life test in an inmate population an empirical investigation. Journal of clinical psychology*, 33, 688-693.
- Ritzman ,T. (2003). *Forgiveness: its role in therapy. Journal of Medical Hypnoanalysis*, 2, 4-13.
- Rye, MS. Pargament, KI. Pan, W. Yingling, DW. Shogren, KA. Ito, M. (2005). *Can Group interventions Facilitate forgiveness of an Ex-Spouse? A Randomized Clinical Trial. Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(5), 880-892.
- Saeed ,T., Niazi ,G., & Almas ,S. (2011). *Type D personality: A predictor of quality of life and coronary heart disease. Eastern Mediterranean Health Journal*, 17(1), 46 – 50.
- Schiffer ,A. (2006). *Type D personality and cardiovascular disease: Evidence and clinical implication. Minerva Psychiatria*, 47, 87-79.
- Seaward ,B. (2000). *Stress and human spirituality: At the cross roads of physics and metaphysics. Applied Psycho-physiologic Biofeedback*; 25(4): 241-246.
- Seligman ,M.,(2006).*Learned optimism*. New York. Vintage books (a division of random house. Inc).
- Vance ,D. (2011). *Nurses, attitudes towards spirituality and spiritual care. Medical Surgical Nursing*, 36(3), 18-30.
- Worthington ,E. (2003). *Forgiving and reconciling: Bridges to wholeness and hope*. Downers Grove, IL: Inter Varsity Pr.
- Koeing ,G. (2012). *Spirituality wellness and quality of life*. New York: SRM.
- Koenig,G. (2004). *Spirituality, Wellness, and quality of life. Sexuality, Reproduction and Menopause*, 2(2), 76-82.
- Leach ,M.,& Lark ,R. (2004). *Does spirituality add to personality in the study of trait forgiveness? Journal Personality and Individual Differences*, 37, 147-156.
- Lin ,R., Bauer-Wu ,M. (2003). *Psycho-spiritual well-being in patient with advanced cancer: An integrative review of the literature. Journal of Advanced Nursing*, 44(1), 69-80.
- Luskin ,F., Thoresen ,E. (2007). *The effects of forgiveness training on psychosocial factors in college age adults. Unpublished manuscript*, Stanford University.
- McCullough,E., Fincham ,D., & Tsang J. (2003). *Forgiveness, forbearance, and time: The temporal unfolding of transgression-related interpersonal motivations. Journal of Personality and Social Psychology*, 84(3), 540-57.
- Munoz-Eguilta ,A. (2007). *Irrational Beliefs as Predictors of Emotional Adjustment after Divorce, Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior*, 25, 1-12.
- Orth, U., Berking ,M. (2008). *Forgiveness and psychological adjustment following interpersonal transgressions: A longitudinal analysis, Journal of Research in Personality* 42, 365–385.
- Paikonen ,K., (2009). *Psychological aspects of cardiovascular disease. Journal of Behavioral Medicine*, 16(3), 195-6.
- Pargamen ,I., Magyar ,G., & Murray ,N. (2005). *The sacred and search for*