**Journal of Spiritual Health**
**2023, Volume 2, Issue 1**
**Pages: 36-42**
10.30491/JSH.2.1.36

# Investigating the Relationship between the Level of Hidden and Overt Anxiety and Spiritual Health in the Families of Patients Admitted to the Intensive Care Unit

**Alireza Zeynalpour [1], Elham Hassannia [1], Fatemeh Safarialamooti [1], Akram Motalebi [1], Hossein Rafiei [2,3*]**

[1] *Student Research Committee, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran*
[2] *Social Determinants of Health Research Center, Qazvin University of Medical Science, Qazvin, Iran*
[3] *Faculty of Nursing and Midwifery, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran*

## Abstract

**Background and Aim:** Previous studies have shown that anxiety is prevalent among the families of patients hospitalized in Intensive Care Units (ICU). The aim of this study was to investigate the prevalence of anxiety and its relationship with spiritual health in the families of patients hospitalized in ICU.

**Methods:** This was a descriptive and analytical study in Qazvin City. The studied population included 150 family members of patients hospitalized in ICU. Family member means the patient's father, mother, friend, spouse, brother, or sister who was over 18 years old. Data collection was done using contextual variables checklist, Spielberger's overt and covert anxiety questionnaire, and Poltzen and Ellison's spiritual health questionnaire. The data were analyzed using SPSS version 23 software.

**Results:** Out of 150 participants in this study, 78 were men and the rest were women. About the patient, most of them were the patient's wife and child. The average age of the participants in the present study was 37.9 years. The mean score of overt anxiety was 50.1 ± 9.4 and hidden anxiety was 47.5 ± 9.1. The mean score of spiritual health was 84.1 ± 1.16. The results of the Pearson correlation test showed an inverse and significant relationship between the score of spiritual health and overt anxiety ($P$ = 0.001, r = -0.566) and spiritual health with hidden anxiety ($P$ = 0.001, r = -0.516).

**Conclusion:** The results showed that the anxiety of the family of patients hospitalized in ICU is related to their spiritual health. This issue depicts the importance of paying more attention to the spiritual dimension in the families of patients hospitalized in ICU and its role in reducing their anxiety.

**Keywords:** Anxiety, Spiritual Health, Family, Intensive Care Unit.

*Corresponding author: **Hossein Rafiei,** Email: hosseinr21@gmail.com

**Received:** 3 February 2023 **Accepted:** 1 May 2023

[ Downloaded from spiritual-health.ir on 2026-11-18 ]

[ DOI: 10.30491/JSH.2.1.36 ]

مجله سلامت معنوی
دوره ۲، شماره ۱، بهار ۱۴۰۲
صفحات: ۴۲-۳۶
10.30491/JSH.2.1.36

# بررسی ارتباط بین سطح اضطراب پنهان و آشکار با سلامت معنوی در خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه

**علیرضا زینال‌پور[۱]، الهام حسن‌نیا[۱]، فاطمه صفری‌الموتی[۱]، اکرم مطلبی[۱]، حسین رفیعی[۲،۳*]**

[۱] کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران
[۲] مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران
[۳] دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران

## چکیده

**زمینه و هدف:** مطالعات گذشته نشان داده‌اند که اضطراب در بین خانواده بیماران بستری در بخش‌های ویژه شایع است. مطالعه حاضر با هدف بررسی سطح اضطراب و ارتباط آن با سلامت معنوی در خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه انجام شد.

**روش‌ها:** مطالعه حاضر از نوع توصیفی- تحلیلی است که در شهر قزوین انجام شد. نمونه مطالعه حاضر را ۱۵۰ عضو خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه بیمارستان‌های آموزشی شهر قزوین تشکیل داد. منظور از عضو خانواده، پدر، مادر، فرزند، همسر، برادر و یا خواهر بیمار که سن بالای ۱۸ سال داشتند بود. نمونه‌گیری به صورت در دسترس انجام شد. به منظور جمع‌آوری اطلاعات از چک لیست متغیرهای زمینه‌ای، پرسشنامه اضطراب آشکار و پنهان اشپیل برگر و پرسشنامه سلامت معنوی پولتزن و الیسون استفاده شد. آنالیز داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ انجام شد.

**یافته‌ها:** از ۱۵۰ شرکت‌کننده در مطالعه حاضر، ۷۸ نفر آقا و ۷۲ نفر خانم بودند. از نظر نسبت با بیمار بیشتر شرکت‌کنندگان همسر (۶۲ نفر) و فرزند (۴۸ نفر) بیمار بودند. میانگین سنی شرکت‌کنندگان در مطالعه حاضر ۱۲/۶ ± ۳۷/۹ سال بود. میانگین نمره اضطراب آشکار ۹/۴ ± ۵۰/۱ و پنهان ۹/۱ ± ۴۷/۵ بود. میانگین نمره سلامت وجودی، مذهبی و سلامت معنوی کل به ترتیب ۸/۷ ± ۳۸/۹، ۷/۷ ± ۴۵/۸ و ۱۶/۱ ± ۸۴/۱ بود. نتایج آزمون همبستگی پیرسون ارتباط معکوس و معناداری را بین نمره سلامت معنوی با اضطراب آشکار ($r = -۰/۵۶۶$، $P = ۰/۰۰۱$) و اضطراب پنهان ($r = -۰/۵۱۶$، $P = ۰/۰۰۱$) نشان داد.

**نتیجه‌گیری:** نتایج نشان داد که بین سطح سلامت معنوی و سطح اضطراب ارتباط معکوس وجود دارد به گونه‌ای که میانگین نمره اضطراب در افرادی که نمره سلامت معنوی بالاتری داشتند کمتر بود. این موضوع اهمیت توجه بیشتر به بُعد معنوی را در خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه و نقش آن در کاهش اضطراب اعضای خانواده بیماران در بخش‌های ویژه را نشان می‌دهد.

**کلیدواژه‌ها:** اضطراب، سلامت معنوی، خانواده، بخش مراقبت‌های ویژه.

*نویسنده مسئول: **حسین رفیعی.** پست الکترونیک: hosseinr21@gmail.com
دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۱۱/۱۴ پذیرش مقاله: ۱۴۰۲/۰۲/۱۱

[ Downloaded from spiritual-health.ir on 2026-11-18 ]
[ DOI: 10.30491/JSH.2.1.36 ]

## مقدمه

خانواده به عنوان اصلی‌ترین نهاد اجتماعی دارای نقش‌ها و ساختارهای خاص خود است (۱). خانواده به عنوان یک سیستم کامل و منسجم مطرح است و در صورتی که تهدید یا آسیبی نسبت به یکی از اعضای آن به وقوع بپیوندد، کل مجموعه آن را به عنوان یک خطر درک می‌نماید (۲). از جمله این تهدیدها، وقوع یک بیماری شدید و حاد است که یکی از اعضای خانواده را نیازمند به بستری شدن در بیمارستان به خصوص بستری شدن در بخش مراقبت‌های ویژه می‌نماید (۳-۱). از این‌روی بخش مراقبت‌های ویژه می‌تواند یک مکان چالش‌انگیز و پر استرس برای اعضای خانواده بیمار باشد (۱،۴). بستری شدن بیمار در بخش مراقبت‌های ویژه اغلب بدون هشدار قبلی بوده و همین موضوع سبب بروز بحران برای اعضای خانواده‌ای خواهد بود که توان سازگاری با مشکل را ندارند (۱،۳).

درصد زیادی از اعضای خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه در مراحل اولیه بستری دچار مشکلات روان‌شناختی از قبیل اضطراب می‌شوند (۷-۵). در یک مطالعه در سال ۲۰۱۸ در آمریکا محققین گزارش نمودند که حدود یک سوم از اعضای خانواده بیماران بستری در بخش‌های مراقبت‌های ویژه درجات نسبتا بالایی از اضطراب را تجربه می‌نمایند (۸). مطالعه دیگری در سال ۲۰۲۲ در کشور فرانسه نشان داد که نزدیک به ۵۰ درصد از اعضای خانواده بیماران ترومایی بعد از بستری شدن بیمار در بخش مراقبت‌های ویژه درجات شدیدی از اضطراب را تجربه می‌کنند (۹). در ایران نیز مطالعات انجام شده نشان می‌دهد که خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه متحمل درجات بالایی از اضطراب می‌شوند. ربیعی و همکاران گزارش نمودند که نزدیک به ۷۷ درصد از اعضای خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه به دلایل مختلف درجاتی از اضطراب را تجربه می‌نمایند (۱۰). ترس از مرگ، تردید نسبت به پیش‌آگهی و درمان، تضادهای عاطفی، نگرانی درباره شرایط اقتصادی، تغییر در نقش‌ها و اختلال در امور روزمره از جمله دلایل رخداد اختلالات سایکولوژیک به خصوص اضطراب در بین اعضای خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه هستند (۱). متغیرهایی بسیار، از جمله متغیرهای شخصیتی و متغیرهای محیطی می‌توانند در چگونگی مقابله با شرایط استرس‌زا و اضطراب‌آور تأثیر داشته باشند؛ یکی از این متغیرها، دیدگاه مذهبی و معنوی شخص است (۱۱).

بر اساس تعریف عباسی و همکاران سلامت معنوی عبارت است از "برخورداری از حس پذیرش، احساسات مثبت، اخلاق و حس ارتباط متقابل مثبت با یک قدرت حاکم و برتر قدسی، دیگران و خود که از یک فرآیند پویا و هماهنگ شناختی، عاطفی، کنشی و پیامدی شخصی حاصل می‌آید" (۱۲). در حقیقت، سلامت معنوی، احساس داشتن ارتباط هماهنگ میان خود با سایرین، طبیعت و خداوند است که از طریق فرآیندی پویا و یکنواخت فراهم شده و در نهایت به درک معنا و هدف نهایی زندگی توسط فرد منجر می‌شود (۱۱). معنویت و سلامت معنوی منبعی بسیار مهم در سازگاری اشخاص با موقعیت‌های استرس‌زا به شمار می‌رود به خصوص زمانی که منشاء استرس مسائل مرتبط با سلامتی است (۱۲). از این‌رو سلامت معنوی یک جزء معنادار در زندگی هر فردی است و تأثیر زیادی بر سلامت روانی و جسمانی افراد دارد (۱۳،۱۴). همچنین سلامت معنوی یکی از راه‌های مهم جهت اعتلای اعتماد به نفس وکاهش استرس است (۱۵).

مراقبت از اعضای خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه همواره باید مد نظر مراقبین سلامت باشد. این گروه با توجه به وضعیت بالینی بیمارشان همواره در خطر بروز مشکلات روان‌شناختی از قبیل اضطراب قرار دارند. این اضطراب می‌تواند بر سلامت فرد اثرات نامطلوب بگذارد، ضمن اینکه اضطراب بالای اعضای خانواده می‌تواند به بیماران نیز گاهاً انتقال یابد. با توجه به یافته‌های مطالعات گذشته این فرضیه برای محققین مطرح شد که آیا ارتباطی بین سطح اضطراب و سلامت معنوی در خانواده بیماران بستری در بخش‌های ویژه وجود دارد؟. لذا این مطالعه با هدف تعیین ارتباط بین اضطراب با سلامت معنوی در اعضای خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه بیمارستان‌های قزوین طراحی شد.

## روش

مطالعه توصیفی- تحلیلی حاضر در سال‌های ۱۳۹۹ تا ۱۴۰۱ در شهر قزوین انجام شد. حجم نمونه با استفاده از جدول دی کوهن (d's Cohen) برای در نظر گرفتن همبستگی بین متغیرهای اصلی مطالعه، با اندازه اثر متوسط (r = ۰/۳۰) برای یک آزمون دو طرفه با سطح معنی‌داری $\alpha = ۰/۰۵$ (ضریب اطمینان ۹۵٪) و نرخ خطای نوع دوم $\beta = ۰/۲۰$ (توان آزمون ۸۰٪) با استفاده از فرمول زیر حداقل حجم نمونه برابر ۱۴۰ نفر به دست آمد. با در نظر گرفتن ۱۰٪ ریزش، حجم نمونه برابر ۱۵۴ انتخاب شد.

$$n_{.} = \frac{(z_{۱-\alpha/۲} + z_{۱-\beta})^{۲}}{r^{۲}} + ۳$$

معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: تمایل به شرکت در مطالعه، سن بالای ۱۸ سال، داشتن رابطه سببی و نسبی با بیمار، عدم سابقه اختلالات روانی طبق گفته بیمار یا مدرک پزشکی معتبر و معیار خروج شامل افرادی بود که بیمار آن‌ها به دلایلی مانند مرگ کمتر از یک روز در بخش بستری بود.

پس از اخذ معرفی‌نامه رسمی از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی قزوین، پژوهشگران به بخش مراقبت‌های ویژه بیمارستان‌های آموزشی وابسته به این دانشگاه مراجعه و افرادی که واجد شرایط شرکت در مطالعه بودند را به صورت در دسترس انتخاب نمودند.

[ Downloaded from spiritual-health.ir on 2026-11-18 ]

[ DOI: 10.30491/JSH.2.1.36 ]

پس از تأیید نهایی شرکت‌کننده، از وی درخواست می‌شد تا فرم رضایت‌نامه آگاهانه شرکت در مطالعه را تکمیل نماید. سپس پرسشنامه‌های مورد نظر در اختیار شرکت‌کننده قرار گرفته و از وی درخواست می‌شد تا پرسشنامه‌ها را پس از تکمیل به پژوهشگر که در محیط بیمارستان بود باز گرداند. جهت گردآوری داده‌ها از پرسشنامه‌های مشتمل بر سه بخش استفاده شد:

**چک‌لیست متغیرهای دموگرافیک:** این چک‌لیست پژوهشگر ساخته شامل سن، جنس، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، وضعیت اقتصادی، شغل، نوع ارتباط با بیمار، مدت بستری بیمار در بخش ویژه، سابقه بستری اعضای خانواده و سابقه بستری خود در بخش ویژه است.

**پرسشنامه اضطراب آشکار و پنهان اشپیل برگر:** این پرسشنامه دارای ۴۰ سؤال است که به دو قسمت ۲۰ سؤالی تقسیم شده است. ۲۰ سؤال اضطراب پنهان و ۲۰ سؤال دیگر نیز اضطراب آشکار را مورد بررسی قرار می‌دهد. پاسخ‌ها به هر سؤال در بخش اضطراب آشکار به صورت لیکرت ۴ گزینه‌ای از خیلی کم تا خیلی زیاد است. پاسخ‌ها به هر سؤال در بخش اضطراب پنهان به صورت لیکرت ۴ گزینه ای از هرگز تا همیشه است. نمره هر سؤال از ۱ تا ۴ است و دامنه نمرات از ۲۰ تا ۸۰ برای هر بخش می باشد. نمره نهایی بالاتر از این ابزار نشان‌دهنده اضطراب بیشتر خواهد بود. روایی و پایایی این پرسشنامه در ایران توسط عبدلی و همکاران در حد مطلوب تعیین شده است. عبدلی و همکاران برای سؤالات اضطراب آشکار و پنهان به ترتیب آلفای کرونباخ ۰/۸۴۶ و ۰/۸۸۶ گزارش نموده‌اند (۱۶).

**پرسشنامه سلامت معنوی پولتزین و الیسون:** این پرسشنامه مشتمل بر ۲۰ سؤال است که ۱۰ سؤال آن سلامت مذهبی و ۱۰ سؤال دیگر سلامت وجودی را اندازه‌گیری می‌کند. دامنه نمره سلامت مذهبی و وجودی، هر کدام به تفکیک ۶۰-۱۰ می‌باشد. برای زیر گروه‌های سلامت مذهبی و وجودی، سطح‌بندی وجود ندارد و قضاوت بر اساس نمره به دست آمده صورت می‌گیرد. هر چه نمره به دست آمده بالاتر باشد نشانه سلامت مذهبی و وجودی بالاتری است. نمره سلامت معنوی، جمع این دو زیر گروه است که دامنه آن ۱۲۰-۲۰ در نظر گرفته شده است. پاسخ سؤالات به صورت لیکرت شش گزینه‌ای از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم دسته‌بندی شد. در سؤالات منفی، نمره‌گذاری به شکل معکوس انجام شده است و در پایان، سلامت معنوی کل به سه سطح پایین (۴۰-۲۰) متوسط (۹۹-۴۱) و بالا (۱۲۰-۱۰۰) تقسیم‌بندی شده است. روایی و پایایی این پرسشنامه در ایران توسط دستغیب و همکاران در حد مطلوب تعیین شده است (۱۷).

### تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها

داده‌ها بعد از جمع‌آوری وارد نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ شد. ابتدا توزیع نرمال متغیرها با استفاده از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف انجام پذیرفت. نتایج این آزمون نشان داد که متغیرهای اصلی مطالعه از توزیع نرمال برخوردارند. لذا برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون‌های پارامتریک استفاده شد. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از شاخص‌های توصیفی مانند میانگین و انحراف معیار و تعداد و درصد مورد تحلیل قرار گرفت. برای بررسی ارتباط میان استرس و سطح سلامت معنوی از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. جهت بررسی اختلاف میانگین متغیرهای وابسته بین گروه‌های تعریف شده در متغیرهای مستقل دو حالتی از آزمون تی مستقل و برای متغیرهای مستقل با بیش از دو حالت (مانند مقطع تحصیلی) از آزمون آنالیز واریانس یک طرفه استفاده شد. سطح معنی‌داری کلیه آزمون‌ها کمتر یا مساوی ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

### ملاحظات اخلاقی

در مطالعه حاضر سعی بر آن شد تا تمامی ملاحظات اخلاقی رعایت شود. در این رابطه می‌توان به مواردی از جمله اخذ کد اخلاق از کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی قزوین IR.QUMS.REC.1398.236، ارائه ۳ گزارش در طی انجام مطالعه به دانشگاه علوم پزشکی قزوین، اخذ رضایت اگاهانه از شرکت‌کنندگان، حق محرمانگی در طی تمامی مراحل مطالعه، حفظ احترام و شأن افراد مورد مطالعه اشاره نمود. شایان ذکر است که شرکت افراد در مطالعه حاضر کاملاً داوطلبانه بود.

## نتایج

از ۱۵۰ شرکت‌کننده در مطالعه حاضر، ۷۸ نفر آقا و ۷۲ نفر خانم بودند. از نظر نسبت با بیمار بیشتر شرکت‌کنندگان همسر (۶۲ نفر) و فرزند (۴۸ نفر) بیمار بودند. میانگین سنی شرکت‌کنندگان در مطالعه حاضر ۱۲/۶ ± ۳۷/۹ سال بود. بیشترین علت بستری بیمار در بخش مراقبت‌های ویژه مربوط به ابتلا به کرونا بود (۴۵/۳ درصد). از نظر تحصیلات، بیشتر شرکت‌کنندگان تحصیلات دیپلم و بالاتر داشتند (۷۸/۷ درصد). از مجموع شرکت‌کنندگان، ۷۱/۳ درصد متأهل بودند.

میانگین نمره اضطراب آشکار ۹/۴ ± ۵۰/۱ و اضطراب پنهان ۹/۱ ± ۴۷/۵ بود. بین سن و سطح اضطراب پنهان ($P = ۰/۱۳۳$) و آشکار ($P = ۰/۱۹۵$) شرکت‌کنندگان ارتباط معناداری دیده نشد. سطح اضطراب پنهان ($P = ۰/۴۰۸$) و آشکار ($P = ۰/۲۴۵$) بین زنان و مردان شرکت‌کننده در مطالعه حاضر تفاوت معنادار آماری نداشت. سطح اضطراب آشکار بین افراد متأهل و مجرد شرکت-کننده در مطالعه حاضر تفاوت معنادار آماری داشت به شکلی که میانگین میزان اضطراب در افراد مجرد از افراد متأهل بیشتر بود ($P = ۰/۰۲$). ولی سطح اضطراب پنهان بین افراد متأهل و مجرد تفاوت معنادار آماری نداشت ($P = ۰/۵۱۱$). میانگین نمره اضطراب آشکار ($P = ۰/۰۱۰$) و پنهان ($P = ۰/۰۰۱$) در افراد با تحصیلات دیپلم و بالاتر به شکل معناداری از افراد با تحصیلات زیر دیپلم و بی سواد کمتر بود. میانگین نمره اضطراب پنهان با تعداد روزهای بستری بیمار در بخش ارتباط مستقیم و معنادار داشت به این‌صورت

[ Downloaded from spiritual-health.ir on 2026-11-18 ]

[ DOI: 10.30491/JSH.2.1.36 ]

که با افزایش روزهای بستری میزان اضطراب نیز افزایش یافته بود ($P = ۰/۰۴۰$ ،$r = ۰/۱۲۶$) ولی میانگین نمره اضطراب آشکار با تعداد روزهای بستری بیمار در بخش ارتباط معنادار نداشت ($r = ۰/۰۱۸$، $P = ۰/۸۳۵$). میانگین نمره اضطراب پنهان ($P = ۰/۷۳۴$) و آشکار ($P = ۰/۴۵۸$) در افراد با نسبت‌های فامیلی متفاوت با بیمار تفاوت آماری معنادار نداشت.

میانگین نمره سلامت وجودی، مذهبی و سلامت معنوی کل به ترتیب ۸/۷ ± ۳۸/۹، ۷/۷ ± ۴۵/۸ و ۱۶/۱ ± ۸۴/۱ بود. بین سن و سطح سلامت معنوی کل شرکت‌کنندگان ارتباط معناداری دیده نشد ($P = ۰/۱۳۳$). سطح سلامت معنوی کل بین زنان و مردان شرکت‌کننده در مطالعه حاضر تفاوت معنادار آماری نداشت ($P = ۰/۴۰۸$). سطح سلامت معنوی کل بین افراد متأهل و مجرد شرکت‌کننده در مطالعه حاضر تفاوت معنادار آماری نداشت ($P = ۰/۴۵۸$). میانگین نمره سلامت معنوی کل در افراد با تحصیلات دیپلم و بالاتر به شکل معناداری از افراد با تحصیلات زیر دیپلم و بی سواد بیشتر بود ($P = ۰/۰۰۱$). میانگین نمره سلامت معنوی کل در افراد با نسبت‌های فامیلی متفاوت با بیمار تفاوت آماری معنادار نداشت ($P = ۰/۴۵۳$). نتایج آزمون همبستگی پیرسون ارتباط معکوس و معناداری را بین نمره سلامت معنوی کل و میانگین نمره اضطراب آشکار و پنهان نشان داد (جدول ۱).

**جدول-۱.** ارتباط سلامت معنوی با اضطراب پنهان و آشکار

| | اضطراب آشکار | اضطراب پنهان |
|---|---|---|
| **سلامت وجودی** | $P = ۰/۰۰۱$ ،$r = -۰/۵۵۲$ | $P = ۰/۰۰۱$ ،$r = -۰/۵۸۲$ |
| **سلامت مذهبی** | $P = ۰/۰۰۱$ ،$r = -۰/۳۷۲$ | $P = ۰/۰۰۱$ ،$r = -۰/۴۴۰$ |
| **نمره کل سلامت معنوی** | $P = ۰/۰۰۱$ ،$r = -۰/۵۶۶$ | $P = ۰/۰۰۱$ ،$r = -۰/۵۱۹$ |

## بحث

نتایج مطالعه حاضر نیز نشان داد که بخش قابل توجهی از اعضای خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه درجات متوسط و بالایی از اضطراب را تجربه می‌نمایند. در این مطالعه شرکت‌کنندگانی که سلامت معنوی بالاتری داشتند اضطراب کمتری را تجربه نموده بودند که نشان از نقش مهم سلامت معنوی در این زمینه دارد.

جستجوها در بین مطالعات انجام شده، مطالعه‌ای را که به بررسی اضطراب و ارتباط آن با سلامت معنوی بر روی خانواده بیماران بستری در بخش‌های ویژه انجام شده باشد را نشان نداد. با این وجود مطالعات بر روی سایر گروه‌ها نتایج مشابهی با یافته-های مطالعه حاضر را نشان می‌دهد. خادم وطنی و همکاران در سال ۱۳۹۴ به بررسی ارتباط بین سلامت معنوی و اضطراب و افسردگی در بیماران دچار انفارکتوس میوکارد بستری در بیمارستان سید الشهداء دانشگاه علوم پزشکی ارومیه پرداختند. به منظور گردآوری داده‌ها در آن مطالعه محققین از مقیاس سلامت معنوی Palutzian & Ellison و مقیاس اضطراب و افسردگی بیمارستانی استفاده نمودند. نتایج آن‌ها همسو با نتایج به دست آمده در مطالعه حاضر نشان داد که افراد با سلامت معنوی بالاتر سطح پایین‌تری از اضطراب را تجربه می‌نمایند (۱۸). در مطالعه دیگری وفایی و همکاران در سال ۱۳۹۴ همبستگی سلامت معنوی با تنش ۱۸۰ نفر از مادران نوزادان بستری در بخش مراقبت ویژه نوزادان را مورد بررسی قرار دادند و از دو پرسشنامه "تنش‌زاهای والدین: بخش مراقبت ویژه نوزادان" و "مقیاس سلامت معنوی Palutzian & Ellison" برای جمع‌آوری اطلاعات استفاده کردند. نتایج آن‌ها همسو با نتایج مطالعه حاضر نشان داد که مادرانی که سلامت معنوی بالاتری دارند تنش کمتری را در زمان بستری بودن نوزادشان در بخش مراقبت‌های ویژه تجربه می‌نمایند (۱۹). به نظر می‌رسد که افراد در شرایط استرس‌زا از معنویات به عنوان مکانیسمی برای سازگاری بهتر با شرایط استفاده می‌نمایند (۱۳،۲۰). نیازهای معنوی به صورتی نیازی همگانی بوده که خاستگاه آن در نهاد تمامی انسان‌ها فارغ از مذهب آنان وجود داشته و هدف آن معنی دادن به وجود است. مطالعات گذشته نشان می‌دهند که به‌کارگیری مداخلات معنوی می‌تواند در بهبود شرایط روانی اعضای خانواده بیماران بستری در بیمارستان مؤثر باشد. به طور مثال در یک مطالعه توسط ظفریان مقدم و همکاران در سال ۱۳۹۵ که به ارزیابی تاثیر یک مداخله مبتنی بر معنویات بر سطح استرس مادران کودکان مبتلا به سرطان خون پرداخته است نتایج نشان داد که به‌کارگیری مداخلات معنوی به شکل قابل توجهی میزان استرس والدین این کودکان را کاهش می‌دهد (۲۱). با این وجود مطالعات گذشته نشان می‌دهند که پرستاران به عنوان ارائه‌دهندگان مراقبت اطلاعی از این جنبه از مراقبت یعنی مراقبت معنوی ندارند و حتی در برخی از مواقع از ورود به این حوزه امتناع می‌کنند. به گزارش عباس‌زاده و همکاران، آموزش ناکافی، احساس ناخوشایند از ورود به موضوع معنویت، احساس عدم توانمندی در ارائه مراقبت معنوی و احساس نگرانی از مواجه با مشکلات سلامت معنوی بیماران را به عنوان دلایلی معرفی می‌کنند که مانع ارائه مراقبت معنوی توسط پرستاران می‌شود (۲۲). ضمن اینکه باید توجه داشت که عدم وجود راهنمای ارائه مراقبت معنوی در بسیاری از کشورها از جمله ایران از دیگر موانع ارائه مراقبت معنوی است که باید مد نظر برنامه‌ریزان و سیاست‌گذاران قرار گیرد.

[ Downloaded from spiritual-health.ir on 2026-11-18 ]

[ DOI: 10.30491/JSH.2.1.36 ]

## نتیجه‌گیری

اعضای خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه سطح نسبتاً بالایی از اضطراب را تجربه می‌نمایند. معنویت و سلامت معنوی در ارتباط با این اضطراب بود به گونه‌ای که افراد با سلامت معنوی بالاتر سطح اضطراب کمتری را تجربه کرده بودند. به نظر می‌رسد که توجه بیشتر به معنویت و سلامت معنوی توسط ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی و درمانی می‌تواند در کاهش اضطراب اعضای خانواده بیماران بستری در بخش‌های مراقبت‌های ویژه مؤثر باشد. با توجه به مطالعات محدود انجام شده در این زمینه توصیه می‌شود تا در مطالعات آینده ابزارهای اختصاصی ارزیابی سلامت معنوی مبتنی بر آموزه‌های دین اسلام توسعه و به‌کار گرفته شود. همچنین توصیه می‌شود تا در مطالعات آینده نقش سلامت معنوی بر سایر ابعاد سلامت روان اعضای خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه از قبیل استرس و افسردگی نیز مورد ارزیابی قرار گیرد.

**تشکر و قدردانی:** بدینوسیله محققین از شرکت‌کنندگان در مطالعه حاضر و همچنین معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی قزوین تشکر و قدردانی می‌نمایند.

**تضاد منافع:** نویسندگان تصریح می‌کنند که هیچ‌گونه تضاد منافعی در مطالعه حاضر وجود ندارد.

## منابع

1. Shorofi SA, Jannati Y, Roohi Moghaddam H. The psychosocial needs of the families of the patients admitted to intensive care units: A review of literature. Journal of Clinical Excellence. 2014;3(1): 46-57.
2. Imanipour M. Related factors of undesirable outcomes in family members of patients admitted to intensive care units. Iranian Journal of Cardiovascular Nursing. 2016;5(3):68-77.
3. Saeid Y, Salaree MM, Ebadi A, Moradian ST. Family Intensive Care Unit Syndrome (FICUS): letters to the editor. Journal of Critical Care Nursing. 2019;12(2):1-3. [In Persian]
4. McAdam JL, Fontaine DK, White DB, Dracup KA, Puntillo KA. Psychological symptoms of family members of high-risk intensive care unit patients. American Journal of Critical Care. 2012;21(6):386-94.
5. Abdul Halain A, Tang LY, Chong MC, Ibrahim NA, Abdullah KL. Psychological distress among the family members of Intensive Care Unit (ICU) patients: A scoping review. Journal of Clinical Nursing. 2022;31(5-6):497-507.
6. Kar N, Tripathy S. Stress, anxiety, and depression: A comparative study of perceptions of patients in the ICU, other wards and their family caregivers in a low middle income country. Psychiatry Research Communications. 2022;2(2):100035.
7. Avcı M, Ayaz-Alkaya S. Anxiety, social support and satisfaction of patients' families in intensive care units: A descriptive-correlational study. Journal of Clinical Nursing. 2022;31(19-20):2765-73.
8. Beesley SJ, Hopkins RO, Holt-Lunstad J, Wilson EL, Butler J, Kuttler KG, Orme J, Brown SM, Hirshberg EL. Acute physiologic stress and subsequent anxiety among family members of ICU patients. Critical care medicine. 2018;46(2):229-35.
9. Cinotti R, Chopin A, Moyer JD, Huet O, Lasocki S, Cohen B, et al. Anxiety and depression symptoms in relatives of moderate-to-severe traumatic brain injury survivors—A multicentre cohort. Anaesthesia Critical Care & Pain Medicine. 2023;42(5):101232.
10. Rabie S, Khaleghduost T, Paryad E, Atrkar Ruoshan Z. Family and anxiety in intensive care units. Journal of Holistic Nursing and Midwifery. 2007;17(2):1-8.
11. Kadivar M, Seyed Fatemeh N, Shojaee JS, Cheraghi MA, Haghani H. Exploring the relationship between spiritual well-being and stress and coping strategies in the mothers of infants hospitalized in the neonatal intensive care units. Daneshvar Medicine. 2015;22(118):67-76. [In Persian]
12. Senmar M, Hasannia E, Moeinoddin A, Lotfi S, Hamedi F, Habibi M, et al. Psychosocial adjustment to illness and its relationship with spiritual wellbeing in Iranian cancer patients. International Journal of Chronic Diseases. 2020;2020:5742569.
13. Rafiei H, Naseh L, Hoseinabadi-Farahani MJ, Aghaei S, Hosseinzadeh K, Razaghpoor A, et al. Spiritual wellbeing and quality of life in stoma patients. Gastrointestinal Nursing. 2018;16(5):27-31.
14. Senmar M, Razaghpoor A, Mousavi AS, Zarrinkolah F, Esmaeili F, Rafiei H. Psychological symptoms in patients on dialysis and their relationship with spiritual well-being. Florence Nightingale Journal of Nursing. 2020;28(3):243-9.
15. Masoumi M, Tahmasebi R, Jalali M, Jafari F. The Study of the relationship between Job stress and spiritual health of nurses working in Intensive care ward at Bushehr Hospitals. Nurs J Vulnerable. 2016;3(8):37-47.
16. Abdoli N, Farnia V, Salemi S, Davarinejad O, Jouybari TA, Khanegi M, et al. Reliability and validity of Persian version of state-trait anxiety inventory among high school students. East Asian Archives of Psychiatry. 2020;30(2):44-7.
17. Dastgheib Z, Gharlipour Z, Ghobadi Dashdebi K, Hoseini F, Vafaee R. Association of between mental health and spiritual health among students in Shiraz University. Advances in Nursing & Midwifery. 2015;24(84):53-9. [In Persian]
18. Khademvatani K, Aghakhani N, Esm-Hoseini G, Hazrati A, Alinezhad V, Nazari H, et al. Study of relationship between spritual health, anxiety and depression in acute myocardial infarctionpatients

[ Downloaded from spiritual-health.ir on 2026-11-18 ]

[ DOI: 10.30491/JSH.2.1.36 ]

hospitalized in seyyedoshohada hospital in urmia. Studies in Medical Sciences. 2015;25(12):1092-101. [In Persian]
19. Vafaei Fooladi A, Rassouli M, Yaghmaie F, Shakeri N. Assessing correlation between spiritual wellbeing and stress of mothers of hospitalized newborns in neonatal intensive care units. Iran Journal of Nursing. 2015;28(95):54-62. [In Persian]
20. Noormohammadi M, Fatahian kelishadrokhi Z, Mousavi Sardashti SZ. The role of using the Quran and religious teachings in maintaining and promoting spiritual health in the medical education system. Journal of Spritual Health 2022;1(1):54-9.
21. Zafarian Moghaddam E, Vashani HB, Reihani T, Zadegan SN. The effect of spiritual support on caregiver's stress of children aged 8-12 with leukemia hospitalized in Doctor Sheikh Hospital in Mashhad. Future of Medical Education Journal. 2016;6(2):19-25.
22. Abbaszadeh A, Borhani F, Abbasi M. Spiritual health, a model for use in nursing. Journal of Medical Ethics. 2014;8(30):57-76. [In Persian]

[ Downloaded from spiritual-health.ir on 2026-11-18 ]

[ DOI: 10.30491/JSH.2.1.36 ]