

بررسی ارتباط بین اعتقادات مذهبی با افسردگی و اضطراب خانوادگی بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه

سهیلا ربیع سیاهکلی^۱، آذر آوازه^۱، فریدون اسکندری^۲، زینب قهرمانی^۳، میثم نعمتی خواه^۴، مهناز افشین جو^۱

مژگان السادات اقوامی^۱

نویسنده‌ی مسوول: زنجان، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی s_rabie23@yahoo.com

دریافت: ۹۱/۱۱/۹ پذیرش: ۹۲/۳/۱۱

چکیده

مقدمه: همیشه بستری شدن در بیمارستان برای اقوام و بستگان بیمار ایجاد تنش و اضطراب زیادی می‌کند. یکی از مواردی که به استناد آیه‌ی مبارکه، «أَلَا بِذِكْرِ اللَّهِ تَطْمَئِنُّ الْقُلُوبُ» (الرعد- ۲۸) در آرامش افراد و پیشگیری از اختلالات روانی نقش بسیار مهمی داشته، ایمان به خدا است. توکل به خداوند باعث کاهش نگرانی‌های ناشی از بیماری‌های مهم، صبر برمصایب و پذیرش خواست الهی و تن دادن به عوارض و معلولیت‌های دراز مدت و پرهیز از عوامل بروز دهنده یا تشدید کننده اختلالات روانی و پیامدهای دیگر می‌شود.

روش بررسی: مطالعه‌ی حاضر یک مطالعه‌ی توصیفی- همبستگی است که میزان اضطراب و افسردگی ۱۰۰ نفر از خانواده بیماران بستری در بخش‌های مراقبت ویژه با ابزار *HADS (Hospital Anxiety Depression Scale)* و ابزار سنجش اعتقادات مذهبی که در مطالعات آقا محمدی و همکاران نیز به‌کار رفته است، سنجیده شد. بعد از نمونه‌گیری، داده‌ها با استفاده از با آزمون‌های آماری کای دو، آزمون همبستگی و آزمون رگرسیون لجستیک به‌منظور بررسی متغیرهای موثر در اضطراب و افسردگی مورد تجزیه تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که ۵۳/۲ درصد افراد مورد پژوهش دارای نشانه‌ی اضطراب و ۵۶/۴ درصد دارای نشانه‌های افسردگی بودند. افرادی که علائم اضطراب و افسردگی در آنان مشاهده نشد، دارای اعتقادات مذهبی در حد شدید بودند که آزمون کای دو ارتباط بین علائم اضطراب و افسردگی را با میزان اعتقادات مذهبی معنی‌دار نشان داد ($P < 0/05$). ۳۳/۲ درصد از خانواده‌های دارای علائم اضطراب و ۳۱/۲ درصد از خانواده‌های دارای علائم افسردگی از اعتقادات مذهبی در حد متوسط برخوردار بودند. آزمون آماری کای دو این ارتباط را معنی‌دار نشان داد ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: اعتقادات مذهبی و یاری خواستن از خداوند اثر مثبتی بر کاهش افسردگی و اضطراب خانواده‌های بیماران دارد. تقویت باورها و اعتقادات می‌تواند بر کاهش بروز علائم و عوارض ناشی از افسردگی همچون اقدام به خودکشی، اعتیاد، بزه کاری‌ها، اختلالات شخصیت، سلامت جنسی موثر باشد.

واژگان کلیدی: اضطراب، افسردگی، خانواده بیماران، اعتقادات مذهبی

۱- کارشناس ارشد پرستاری، مربی دانشگاه علوم پزشکی زنجان

۲- کارشناس ارشد مدیریت پرستاری، مرکز آموزشی درمانی ولیعصر (عج)، دانشگاه علوم پزشکی زنجان

۳- کارشناس ارشد روان پرستاری، مربی دانشگاه علوم پزشکی زنجان

۴- دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی زنجان

مقدمه

اضطراب از مهم‌ترین موضوع‌های دانش روانپزشکی و اعصاب است (۱) که می‌تواند نقش مهمی در شروع اختلال‌های روانی و روان تنی به‌جا گذارد. تحقیقات حاکی از آن می‌باشد که اعضای خانواده سطوح بالایی از اضطراب را در هنگام پذیرش در بیمارستان تجربه می‌کنند، که این اضطراب می‌تواند مشکلاتی را در تامین منابع درمانی، توانایی حمایت از بیمار و سازگاری مناسب ایجاد نماید (۲). در همه موارد بستری شدن در بیمارستان برای بیمار و خانواده اش اضطراب آور است خصوصاً اگر بیمار در بخش‌های پر تنشی مانند بخش مراقبت ویژه بستری شده باشد (۳ و ۴). اما یکی از مواردی که در پیشگیری از اختلالات روانی درمانی آن نقش بسیار مهمی دارد مذهب و اعتقادات مذهبی می‌باشد (۵ و ۶). امروزه غالب صاحب نظران بر این باورند که مذهب آثار بلاشکی بر سلامت جسم و دیگر ابعاد زندگی بشر دارد که البته در میان ادیان الهی، دستورات اسلام پیرامون بهداشت جسم و روح و سایر امور، کامل‌ترین فرامین می‌باشد (۷). اعتقادات دینی و مذهبی به عنوان یک عامل جهت آرامش روانی در نظر گرفته می‌شود و نداشتن مذهب یا پایین بودن اعتقادات مذهبی در هر دین و مسلکی با سطح بالای افسردگی و افکار خودکشی در ارتباط می‌باشد (۸). تحقیقات متعدد در کشورهای دیگر نشان داده است که افرادی که اعتقادات دینی دارند یا اعمال مذهبی انجام می‌دهند، نسبت به افرادی که اعتقادات دینی ندارند یا اعمال مذهبی انجام نمی‌دهند از سلامت روانی و سازگاری بهتری برخوردارند (۹ و ۱۰). کریم‌اللهی به نقل از بنیامین راش می‌نویسد که مذهب آنقدر برای پرورش سلامت روح آدمی اهمیت دارد که مانند هوا برای نفس کشیدن می‌باشد. مذهب به انسان کمک می‌نماید تا معنای حوادث زندگی خصوصاً حوادثی که دردناک و اضطراب برانگیز هستند را بفهمد. همچنین دین به مومنان و معتقدان خود می‌آموزد که چگونه با مجموعه عظیم

جهان که پیش از فرد شکل گرفته و قوانین خود را به او تحمیل می‌کند، سازگار یابد (۱۱). بهداشت روان برای دستیابی به کلیه اهداف خود و در همه سطوح پیشگیری اولیه، ثانویه و ثالثیه نیاز به استفاده از پشتوانه دین و مذهب دارد (۱۲ و ۱۰). با توجه به این که پژوهشگران از نزدیک شاهد تنش زیاد خانواده‌ها و همراهان بیماران بستری در بخش ویژه بوده‌اند و با اذعان به تاثیر ویژه یاد خدا و اتکا به قدرت لایزال الهی در ایجاد صبر، امیدواری و آرامش به استناد آیهی مبارکه "أَلَا بِذِكْرِ اللَّهِ تَطْمَئِنُّ الْقُلُوبُ" (الرعد- ۲۸) بر آن شدند تا در مورد ارتباط مذهب و میزان افسردگی و اضطراب خانواده‌های بیماران، تحقیقی را به عمل آورده و در مورد کاهش آن راهکارهایی را جهت انجام مشاوره‌های روانی، مذهبی و حمایت‌های پرستاری ارائه دهند.

روشن‌بررسی

در این پژوهش توصیفی-همبستگی میزان استرس و اضطراب ۱۰۰ نفر از خانواده بیماران بستری در بخش‌های مراقبت ویژه در دو مرکز آموزشی درمانی حضرت ولیعصر و آیت‌ال... موسوی و ارتباط آن با اعتقادات مذهبی سنجیده شد. ابزار جمع‌آوری داده‌ها شامل سه پرسشنامه بود. پرسشنامه HADS (Hospital Anxiety Depression Scale) برای سنجش اضطراب و افسردگی بیمارستانی استفاده شد که شامل ۷ سوال ۴ گزینه‌ای برای سنجش افسردگی و ۷ سوال ۴ گزینه‌ای نیز برای سنجش اضطراب می‌باشد. نمرات هر گزینه از ۰ تا ۴ در نظر گرفته شد. کسب نمرات بالاتر از ۱۰ نشان دهنده‌ی بروز نشانه‌های اضطراب و افسردگی بود (۱۳ و ۵). برای سنجش اعتقادات مذهبی از ابزار پژوهشگر ساخت آقا محمدی و همکاران (۱۱) که شامل ۲۹ سوال ۵ گزینه‌ای با مقیاس لیکرت است، استفاده شد. در این مطالعه کسب نمرات ۱۴۵ تا ۱۱۰ به عنوان برخوردار از اعتقادات قوی، نمرات ۱۰۹ تا ۶۵ به عنوان برخوردار از اعتقادات متوسط و نمرات

یافته‌ها

یافته‌ها نشان می‌دهد ۴۴/۷ درصد نمونه‌های مورد پژوهش زن و ۵۵/۳ درصد نمونه‌ها مرد بودند. تحصیلات ۳۳ درصد افراد دیپلم، ۲۲/۷ درصد بالای دیپلم و ۴۴/۳ درصد زیر دیپلم بود. از نظر نسبت فامیلی افراد مورد پژوهش با بیمار بستری ۳۶/۶ درصد به عنوان پدر، ۲۳/۱ درصد همسر، ۳۰ درصد به عنوان خواهر یا برادر و ۱۱ درصد آنها مادر بودند. همچنین اکثریت بیماران واحد‌های مورد پژوهش (۷۸ درصد) دچار عدم هوشیاری بودند. بیشترین واحد‌های مورد پژوهش (۵۱/۸ درصد) مربوط به گروه سنی ۳۶ تا ۶۰ سال بودند. از نظر شغل، بیشترین آن‌ها (۳۳/۹ درصد) خانه‌دار و کمترین آن‌ها (۲/۳ درصد) دانشجوی بودند. ۸۶/۷ درصد از نمونه‌ها متأهل بودند. اکثریت نمونه‌های مورد پژوهش (۵۶/۸ درصد) با بیمار خود زندگی نموده و ذکر کرده‌اند که بیمارشان نان‌آور خانواده (۴۱/۳ درصد) بوده است. ۷۹/۸ درصد نمونه‌ها بیمارشان به دستگاه تنفس مصنوعی متصل بوده و از نظر انجام عمل جراحی نیز ۷۳/۹ درصد بیماران تحت عمل جراحی قرار گرفته بودند. از نظر تصمیم‌گیری برای پی‌گیری درمان نیز ۵۹/۲ درصد افراد مورد پژوهش در تصمیم‌گیری نقش داشتند. همچنین یافته‌ها (جدول شماره ۱) نشان دادند که ۵۳/۲ درصد افراد مورد پژوهش دارای نشانه‌های اضطراب و ۵۶/۴ درصد دارای نشانه‌های افسردگی بودند. در افرادی که هیچ‌گونه علائم اضطراب و افسردگی نداشتند آزمون کای دو در رابطه با اعتقادات مذهبی شدید ارتباط معنی‌داری نشان داد ($P < 0.05$).

جدول ۱: وضعیت اضطراب اعضای خانواده (تعداد ۱۰۰ نفر)

متغیر	افسردگی	اضطراب
دارند	۵۶/۴	۵۳/۲
ندارند	۴۳/۶	۴۷/۸

۶۴ تا ۲۹ به عنوان برخوردار از اعتقادات ضعیف در نظر گرفته شده است. روایی پرسشنامه از طریق سنجش اعتبار محتوا و پایایی آن با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ اندازه‌گیری شد. همبستگی بین سوالات پس از یک نمونه‌گیری آزمایشی با تعداد ۳۴ پرسشنامه اندازه‌گیری شد که ضریب محاسبه شده برای ابزار (HADS) ۰/۸۸ و برای ابزار سنجش میزان اعتقادات مذهبی ۰/۸۳ به دست آمد که نشان دهنده وجود همبستگی سوالات در پرسشنامه مزبور بوده است. ابزار سوم، پرسشنامه‌ای محقق ساخت بود. این ابزار برای جمع‌آوری اطلاعات بیوگرافیک بیمار و اعضای خانواده و عوامل موثر در اضطراب اعضای خانواده مورد استفاده قرار گرفت. بخش اول مربوط به بیمار بوده و شامل: سن، جنس، نوع بیماری، وضعیت تاهل، میانگین درآمد ماهانه، بیمه درمانی بودند. بخش دوم شامل سوالاتی بود که از اعضای خانواده پرسیده شد که عبارتند از: سابقه بستری بیمار یا اعضای خانواده در بخش مراقبت ویژه، سطح هوشیاری بیمار، ارتباط نسبی بیمار با خانواده، سن اعضای خانواده، جنس، شغل، سطح تحصیلات، وضعیت تاهل، زندگی کردن با بیمار، نقش نان‌آوری بیمار، حمایت بیمار با دستگاه تهویه مکانیکی، انجام عمل جراحی روی بیمار و تصمیم‌گیری در انتخاب نوع درمان بیمار. روش نمونه‌گیری به روش آسان بود که در ساعات ملاقات انجام شد. نمونه‌ها شامل خانواده‌ی بیماران بستری در بخش‌های مراقبت ویژه که هفت روز از مدت بستری بیمارشان در بخش مراقبت ویژه می‌گذشت بود که شامل همسر، پدر، مادر، خواهر یا برادر و ولی یا قیم قانونی بیمار می‌شد، که حداقل دارای ۱۸ سال سن بودند. این پرسشنامه از طریق مصاحبه رو در رو با نمونه‌های پژوهش در اتاقی خلوت در بخش مراقبت ویژه به منظور جلوگیری از تاثیر پاسخ دهی افراد بر یکدیگر پر شد. بعد از نمونه‌گیری داده‌ها با استفاده از آزمون کای دو و آزمون همبستگی رگرسیون لجستیک مورد تجزیه تحلیل قرار گرفت.

لجستیک نشان داد که ضریب شانس اضطراب در افراد خانواده با توجه به تفاوت‌های فردی به ازای افزایش هر واحد کاهش سطح هوشیاری در بیمار ۸/۴۸۳ بار ($OR=۸/۴۸۳$) افزایش، در خانواده‌های با جنس مونث ۶/۱۷۱ بار ($OR = ۵/۱۷۱$) افزایش و در رابطه با عوامل فردی موثر در استرس (جدول ۳)، ضریب شانس استرس در افراد خانواده با توجه به تفاوت‌های فردی به ازای افزایش هر واحد کاهش سطح هوشیاری در بیمار، ۹/۳۴۲ بار ($OR=۹/۳۴۲$) افزایش و در خانواده‌های با جنس مونث ۷/۱۳۲ بار ($OR=۱۳۲/۷$) افزایش داشته است. همچنین خانواده‌هایی که در تصمیم‌گیری برای پی‌گیری درمان و انجام امور خاص مثل جراحی برای بیمارشان نقش داشتند ۶/۲۱۴ بار ($OR=۲۱۴/۶$) افزایش می‌یابد.

ولی ۳۳/۲ درصد افرادی که علائم اضطراب را نشان داده بودند و ۳۱/۲ درصد افرادی که علائم افسردگی را نشان داده بودند در رابطه با اعتقادات مذهبی متوسط (کسب نمرات ۲۹ تا ۶۹) ارتبای آماری معنی‌داری داشتند ($P<۰/۰۵$). در ۳۳/۶ درصد افراد یکه علائم اضطراب و ۲۲/۴ درصد افرادی که دارای نشانه‌های افسردگی بودند، در رابطه با اعتقادات مذهبی ضعیف بعد از انجام آزمون کای دو ارتباط آماری معنی‌داری حاصل شد ($P<۰/۰۵$). همچنین این پژوهش نشان داد که ۸۷/۶ درصد افراد مورد پژوهش دارای اعتقادات مذهبی متوسط به بالا بودند و ۷۷/۹ درصد افراد از ذکر و آیه‌های قرآن برای آرامش روحی خود و خانواده خود و برای شفای بیماران استفاده می‌کردند. همچنین در رابطه با عوامل فردی مؤثر در اضطراب (جدول ۲)، نتایج آزمون رگرسیون

جدول ۲: عوامل پیشگویی‌کننده‌ی موثر در اضطراب خانواده بیماران

متغیرها	B	S.E	Waid	df	Sig	Exp (B)= OR	CI
کاهش سطح هوشیاری بیمار	۲/۲۷۵	۰/۹۵۲	۵/۷۰۹	۱	۰/۰۱۷	۸/۴۸۳	۱/۵۰۴ - ۶۲/۸۸
جنس مونث در افراد خانواده	۱/۸۲۰	۰/۶۵۳	۷/۷۶۷	۱	۰/۰۰۵	۵/۱۷۱	۱/۷۱۶ - ۲۲/۱۹۱

جدول ۳: عوامل پیشگویی‌کننده‌ی موثر در استرس خانواده بیماران

متغیرها	B	S.E	Waid	df	Sig	Exp (B)= OR	CI
کاهش سطح هوشیاری بیمار	۲/۱۱۷	۰/۹۴۵	۵/۵۴۹	۱	۰/۰۰۱	۹/۳۴۲	۱/۴۰۲ - ۲۰/۴۳
جنس مونث در افراد خانواده	۱/۵۹۲	۰/۵۹۳	۶/۵۴۷	۱	۰/۰۴۹	۷/۱۳۲	۱/۸۲۰ - ۲۱/۱۹۱
تصمیم‌گیری برای پی‌گیری درمان و انجام امور خاص مثل جراحی	۱/۷۹۷	۰/۶۸۲	۶/۲۷۶	۱	۰/۰۰۶	۶/۲۱۴	۱/۸۷۶ - ۲۳/۸۹۹

بحث

یافته‌ها نشان دادند که ۵۳/۲ درصد افراد مورد پژوهش دارای نشانه‌های اضطراب و ۵۶/۴ درصد دارای نشانه‌های افسردگی بودند. در تحقیقات مشابهی که توسط پوچارد و

همکارانش در مارس ۲۰۰۶ انجام شد از ۵۴۴ نفر افراد خانواده که در مطالعه شرکت داشتند، ۷۵/۵ درصد از افراد خانواده و ۸۲/۷ درصد از همسران بیماران بستری دچار اضطراب و افسردگی شده بودند (۳ و ۴). نتایج این پژوهش با

این پژوهش نشان داد که ۸۷/۶ درصد افراد مورد پژوهش دارای اعتقادات مذهبی متوسط به بالا بودند. نتایج این مطالعه، حاکی از آن است که رابطه‌ی معکوسی بین نگرش مذهبی و سه مولفه استرس، اضطراب و افسردگی همراهان بیماران وجود دارد. این رابطه به این معنی است که افراد دارای اعتقاد مذهبی پس از بستری اعضای خانواده درجه‌ی یک در بخش مراقبت ویژه کمتر از افراد فاقد نگرش مذهبی، دچار اضطراب و افسردگی می‌شوند و بنابراین کنترل عاطفی بیشتری در این مقوله دارند. در مطالعه‌ی ای که توسط مرویگلیا و همکاران (۲۰۰۸) انجام شد، نشان داد که که عبادت یک منبع داخلی با ارزش است که می‌تواند اثر کانسر را کاهش دهد (۱۷)، به طوری که مذهب و عبادت یک منبع خوبی برای تحمل بحران‌های فیزیکی و روانی ایجاد شده در تشخیص و درمان کانسر می‌باشد (۱۳ و ۱۸). بنیامین راش روانشناس مشهور عقیده دارد که مذهب آنقدر برای پرورش سلامت روح آدمی اهمیت دارد که مانند هوا برای نفس کشیدن می‌باشد. همچنین مذهب به انسان کمک می‌نماید تا معنای حوادث زندگی خصوصاً حوادثی که دردناک و اضطراب برانگیز هستند را بفهمد (۱۸) و این مصداق آیه‌ی کریمه‌ی "یا من اسمه دواء و ذکره شفاء" می‌باشد (۱۲ و ۹). درک و تعریف اسلام از انسان کمک بزرگی به شناخت وجود روان او می‌کند و برخورد با انسان‌ها در توکل به خداوند برای کاهش نگرانی‌های ناشی از بیماری‌های مهم، صبر بر سختی‌ها و پذیرش خواست الهی و تن دادن به عوارض و معلولیت‌های دراز مدت و پرهیز از عوامل بروز دهنده یا تشدید کننده اختلالات روانی از پیامدهای دگر این آزمون‌ها است (۶). همچنین نتایج رگرسیون لجستیک نشان داد که کاهش هوشیاری و جنس مونث در بروز نشانه‌های اضطراب و تصمیم‌گیری در امر درمان برای بروز نشانه‌های استرس موثر بوده که با پژوهش پوچارد و آزولای (۳ و ۴) و ربیع و همکاران همخوانی دارد (۱۹ و ۵). از جمله محدودیت‌های این پژوهش نحوه‌ی

پژوهش ربیع و همکاران (۲۰۱۰) نیز همخوانی دارد (۵). همچنین نتایج نشان داد عدم وجود علائم اضطراب و افسردگی با اعتقادات مذهبی در سطح شدید ارتباط آماری معنی‌داری داشت ($P < 0/05$). در مطالعه‌ی توصیفی احمدی و همکاران نیز که بر روی ۲۵۰ نفر از دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی قم در سال ۱۳۸۷ انجام شد، بین افسردگی و نوع نگرش مذهبی همبستگی معکوس و معنی‌داری مشاهده شد، به طوری که با افزایش نگرش مثبت، افسردگی نیز کاهش می‌یافت (۱۴). این نتیجه در راستای آیات قرآن از جمله آیه‌ی ۲۸ سوره‌ی رعد که می‌فرماید: (هدایت شدگان کسانی هستند که ایمان آورده و دل‌هایشان به یاد خدا آرام می‌گیرد)، می‌باشد (۱۵). مضامین دینی حاکی از این است که انسان به هنگام برخورد با شرایط تهدید کننده، خدا را می‌خواند (۷). تحقیقات آسیب‌شناسی روانی نیز نشان داده است که وقایع بزرگ و تکان دهنده ممکن است در برخی افراد مستعد، علائم اختلال استرس پس از سانحه را ایجاد نماید. بستری شدن فردی از اعضای خانواده در بخش‌های مراقبت ویژه می‌تواند عاملی مستعد کننده برای ایجاد این استرس باشد (۱۵). خداوند در آیه ۶۲ سوره‌ی نمل می‌فرماید: کیست که هرگاه درمانده‌ای او را بخواند، اجابت نماید و بدی و ناخوشی را برطرف کند و شما را جان‌نشینان (خود) در زمین قرار دهد؟ آیا با خداوند معبودی است؟ چه کم پند می‌پذیرید. قرآن ما را بی‌نیاز از مراجعه به تجارب بشری، به آثار ایمان در رفع اضطراب رهنمون می‌سازد (۱۶ و ۱۲). نتایج این تحقیق نشان داد که دارا بودن علائم اضطراب (۳۳/۲ درصد) و علائم افسردگی (۳۱/۲ درصد) با اعتقادات مذهبی در سطح متوسط (کسب نمرات ۲۹ تا ۶۹) معنی‌دار بود ($P < 0/05$). همچنین ۳۳/۶ درصد افراد دارای علائم اضطراب و ۲۲/۴ درصد افراد دارای نشانه‌ی افسردگی بودند که ارتباط آن با برخورداری از اعتقادات مذهبی در حد ضعیف با استفاده از آزمون کای دو معنی‌دار نشان داده شد ($P < 0/05$). همچنین

موقعیت را کاهش دهد یا به زبانی دیگر مذهب می تواند به شیوه فعالی درفرآیند مقابله مؤثر باشد. لذا در این راستا پیشنهاد می شود این پژوهش در بخش های مختلف به ویژه اورژانس و در بیمارانی که مراحل پایانی زندگی را می گذرانند، انجام شود و در صورت امکان جهت کاهش بروز اضطراب و افسردگی و عوارض جسمی و روانی ناشی از آن امکانات ایجاد مشاوره های مذهبی و روحانی با خانواده های این افراد در مکان مشخصی در بیمارستان ها صورت گیرد.

تقدیر و تشکر

نویسندگان کمال تشکر را از تمام نمونه های شرکت کننده در پژوهش و همکاری خوب بخش های ICU و مدیریت پرستاری دو مرکز آموزشی و درمانی حضرت ولی عصر (عج) و آیت ا... موسوی را دارند.

References

- 1- Vahhab Zadeh A, Malek A, Khorassani M. Definition and tolerance of stress among religious groups. *J Andeesheh Va Raftar*. 1998; 4: 55-49.
- 2- Lee L. Immediate needs of adult family member of adult intensive care patient in Hong kong. *J Clinical Nursing*. 2003; 490-500.
- 3- Azoulay E, Pochard F, Kentish-Barnes N, et al. Risk of post-traumatic stress symptoms in family members of intensive care unit patients. *Am J Respir Crit Care Med*. 2006; 174: 987-94.
- 4- Pochard F. Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patient: ethical hypothesis regarding decision-making capacity. *Crit Care Med*. 2002; 29: 1893-7.
- 5- Rabie S, Avazeh A, Eskandari F, Dust

نمونه گیری است که غیر تصادفی بود اما سعی شد با داوطلبانه کردن شرکت نمونه ها در مطالعه از محدودیت آن کاسته شود. همچنین جواب غیر واقعی نمونه ها به سوالات اعتقادات مذهبی از دیگر محدودیت های پژوهش خارج از کنترل پژوهشگر بود که با توضیح محرمانه بودن پاسخ آنان و استفاده از نتایج صرفا جهت پژوهش بدون افشای نام آنان، سعی در به حداقل رساندن این محدودیت گردید.

نتیجه گیری

نتایج پژوهش نشان می دهد که بین اعتقادات مذهبی متوسط و بالا و کاهش نشانه های اضطراب و افسردگی تاثیر مثبتی وجود دارد. بنابراین نتیجه گرفته می شود که رفتارهایی از قبیل توکل به خداوند، تلاوت قرآن و دعا می توانند از طریق ایجاد امید و تشویق به نگرش های مثبت، موجب آرامش درونی فرد شده و تا حد زیادی اضطراب مرتبط با

- Mohammadi T, Mazloom Zadeh S, Paryad E. A study of the anxiety and environmental and mental factors influencing the family of the patients hospitalized in intensive (ICU). *Sci Res J ICU*. 2010; 3: 175-80.
- 6- Ansari P. Association between religious attitude and mental health patient in 20-30 year old students. Roodehen islamic azad university of medical sciences; 1995. [Thesis in Persian]
- 7- Exline jj. Beliefs about God and forgiveness in a Baptist church sample. *J Psychology and Chiristianity*. 2008; 27: 131-39.
- 8- Tahmasebipoor N, Kamangari M. Association between religious attitude and mental health patient in shohadayeh haftom tir hospital and rasul akram complent. Tehran: Iran University

- of Medical Sciences; 1996. [Dissertation]
- 9- Koenig HG, McCulloch ME, Larson DB. Handbook of religion and health. New York: Oxford; 2001; 53-60.
- 10- Vaillant G, Templeton J, Ardelit M, Meyer S. The natural history of male mental health: Health and religious involvement. *Soc Sci Med*. 2008; 66: 221-31.
- 11- Karimollah M, Agha-Mohammadi M. The relationship between religious beliefs and depression in students of medical sciences. *Teb va Tazkieh*. 2003; 53: 62-65.
- 12- Sheikh Abbas Qomi. Mafatih Aljnan, Doa Kumail.
- 13- Montazeri A, Vahdaninia M, Ebrahimi M, Jarvandi S. The Hospital anxiety and depression scale (HADS): translation and validation study of the Iranian version. *Health Qual Life Outcomes*. 2003; 1: 14.
- 14- Heidari A, Kachooie A, Moghiseh M, Irani A, Ahmari Tehran H. The Relationship between depression and religious attitudes in students of qom university of medical sciences. *J Qom Univ Med Sci*. 2009; 3: 51-56.
- 15- Quran. Part 20. Chapter 27. Nml verses 61, 62.
- 16- Jalilvand M. Relationship between prayer and anxiety in tehran high school. *J Azad Islamic University*. 2007; 61-62.
- 17- Me raviglia MG. Prayer in people with cancer. *Cancer Nursing*. 2008; 25: 326-31.
- 18- Goodarzi MA, Shafiei F, Tarikhi AR. The relationship between religious attitude and the symptoms of post traumatic stress disorder in people who experienced the Bam earthquake. *J Fundamentals of Mental Health*. 2011; 13: 182-93.
- 19- Rabie Siahkali S, Pourmemari MH, Khaleghdoost Mohamadi T, Eskandari F, Avazeh A. Study on Effective Factors on Patients' Family Members Anxiety in Intensive Care Units. *J Zanzan Univ Med Sci*. 2010; 18: 91-101.

Association between Religious Beliefs With Anxiety and Depression in Family Members of Hospitalized Patients

Rabie Siahkali S¹, Avazeh A¹, Eskandari F¹, Ghahremani Z¹, Nematikhah M¹, Afshinjoo M¹, Aghvamy MS¹

¹Faculty of Nursing and Midwifery, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran

Corresponding Author: Rabie Siahkali S, faculty of Nursing and Midwifery, Zanjan University of Medical sciences,
Zanjan, Iran

E-mail: s_rabie23@yahoo.com

Received: 28 Jan 2013

Accepted: 1 Jun 2013

Background and Objective: Patients' hospitalization is always stressful for their family members. Belief in God and religiousness are assumed to have vigorous preventive effect on psychiatric disorders, stress and anxiety. Reliance on God can decrease the concerns resulting from severe diseases. When an individual suffers from a long- lasting and complicated disease and its consequent disabilities, trusts in God, would be helpful to admit disease consequences which subsequently prevents or at least diminishes psychological adverse effects.

Materials and Methods: This descriptive-correlative study analyzed the level of anxiety in 100 family members of hospitalized patients admitted to the intensive cardiac care units. The anxiety levels in patients' family members were analyzed using HADS (Hospital Anxiety Depression Scale) and Religious Beliefs Measurements Scale. The reliability and validity of the scales had already been confirmed by Aghamohammadi and coworkers. The results were analyzed using statistical procedures of Chi-square and correlation tests and logistic regression.

Results: 53.2% of the individuals were suffering from anxiety and 56.4% had depression. In persons with no anxiety or depression the relation with strong religious beliefs was significant as shown by Chi-square test ($P<0.05$). However, 31.2% and 33.2% of the patients' family members who had depression and anxiety respectively, showed a meaningful relation with average religious beliefs ($P<0.05$).

Conclusion: Religious beliefs have a positive effect on reducing depression and anxiety. Reinforcement of beliefs can reduce depression side effects such as suicide attempts, addiction, immoral actions, personality disorders and sexual disorders.

Keywords: Anxiety, Depression, Patients' family, Religious belief