AJNMC
Avicenna Journal of Nursing and Midwifery Care
Avicenna J Nurs Midwifery Care, 2026; 34(3): 208-219 Doi: 10.53208/ajnmc.34.3.208
https://nmj.umsha.ac.ir
UMSHA Press

Original Article

The Association between Death Anxiety and Spiritual Well-Being in Patients with Cardiovascular Diseases Attending Imam Al-Sadiq Hospital, Babylon, Iraq, 2025: A Cross-Sectional Study

Hussein Kadhim Ghazzay[1], Reza Ghanei Gheshlagh[2], Ameer Salahuddin Abd Al-Razaq[3], Fazel Dehvan[4*]

[1] Student Research Committee, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran
[2] Social Determinants of Health Research Center, Health Development Research Institute, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran
[3] Faculty of Nursing, University of Babylon, Babylon, Iraq
[4] Clinical Care Research Center, Health Development Research Institute, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran

Article history:
Received: January 20, 2026
Revised: July 27, 2026
Accepted: August 11, 2026
ePublished: September 20, 2026

***Corresponding author:**
Fazel Dehvan, Clinical Care Research Center, Health Development Research Institute, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran

Email: F.dehvan@yahoo.com

Abstract

Background and Objective: Cardiovascular diseases (CVDs) are often accompanied by profound psychological consequences, including death anxiety. Spiritual well-being is recognized as an important internal resource that helps individuals adapt to chronic and life-threatening conditions. This study aimed to assess the association between death anxiety and spiritual well-being in patients with CVDs attending Imam Al-Sadiq Hospital in Babylon, Iraq, in 2025.

Materials and Methods: This descriptive cross-sectional study included 172 patients with CVD admitted to or referred to Imam Al-Sadiq Hospital. Data were collected using a demographic questionnaire, Templer's Death Anxiety Scale, and the Spiritual Well-Being Scale. After entering the data into SPSS software (version 26), the normality of the distribution was first assessed using the Kolmogorov-Smirnov test. Subsequently, the data were analyzed using descriptive statistics and analytical tests, including Pearson correlation and comparative tests. The significance level was set at $P < 0.05$.

Results: The mean death anxiety score was 12.33 ± 3.13, indicating a relatively high level of death anxiety, and the mean spiritual well-being score was 27.09 ± 8.23, reflecting a moderate level of spiritual well-being. Place of residence showed a significant association with spiritual well-being, while previous hospitalization, history of illness, and living status were significantly related to death anxiety ($P < 0.05$). A significant inverse correlation was observed between spiritual well-being and death anxiety ($r = -0.247$, $P = 0.001$), suggesting that higher spiritual well-being was associated with lower death anxiety.

Conclusion: Given the protective role of spiritual well-being in reducing death anxiety, integrating spiritual, psychological, and educational interventions into routine clinical care, particularly for patients with prior hospitalizations, a history of illness, and limited social support, is essential.

Keywords: Death anxiety, Cardiovascular diseases, Hospital, Spiritual well-Being

Copyright © 2026 Avicenna Journal of Nursing and Midwifery Care. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cite

Extended Abstract

Background and Objective

Cardiovascular diseases (CVDs) remain one of the major global health challenges and account for a substantial proportion of deaths worldwide [1, 3]. In Iraq, these diseases not only contribute considerably to mortality but also impose a substantial burden on the healthcare system through functional limitations, heart failure, and impaired quality of life [4]. Death anxiety is among the important psychosocial concerns experienced by patients with CVDs and may intensify when the possibility of sudden death, deterioration, or disease recurrence becomes more tangible [6, 20, 21]. Previous studies have employed a variety of psychological, educational, stress-management, and spiritually oriented interventions to reduce psychological distress and death anxiety among cardiac patients [5, 8, 9, 13]. However, implementing many structured interventions may require trained personnel, sufficient time, and healthcare resources, which can limit accessibility, particularly in resource-constrained settings. In recent years, the spiritual dimension of health has increasingly been recognized as an important coping resource for individuals living with chronic diseases and CVDs [12-14,18]. By promoting meaning, inner peace, hope, and psychological support, spiritual well-being may facilitate adaptation to chronic illness and contribute to better psychological well-being and quality of life [14, 26, 28].

Given the high prevalence of CVDs and their associated psychological burden, the present study aimed to determine the relationship between death anxiety and spiritual well-being among patients with CVDs attending Imam Al-Sadiq Hospital in Babil, Iraq, in 2025.

Materials and Methods

This study used a descriptive cross-sectional design. The study population included patients with CVDs who were hospitalized in or referred to the cardiology wards and coronary care unit of Imam Al-Sadiq Hospital in Babil Province, Iraq. A total of 172 patients were recruited using convenience sampling.

The inclusion criteria were willingness to participate in the study, age over 18 years, a confirmed diagnosis of cardiovascular disease by a specialist physician, full consciousness, and the ability to respond to the study questions. Patients who developed acute clinical instability while completing the questionnaires or who returned incomplete questionnaires were excluded from the study.

Data were collected using a three-part questionnaire. The first section included demographic and clinical characteristics, including age, sex, educational level, marital status, duration of cardiovascular disease, history of hospitalization, smoking status, financial status, insurance coverage, type of cardiovascular disease, and other relevant variables.

The second section consisted of the Templer Death Anxiety Scale, originally developed and validated by Donald Templer in 1970 [16]. The instrument consists of 15 dichotomous Yes/No items scored as either 0 or 1, with some items requiring reverse scoring. Total scores range from 0 to 15, with higher scores indicating greater death anxiety [16].

The third section included the Spiritual Well-Being Scale developed by Peterman et al. [17]. The instrument consists of 12 items rated on a five-point Likert scale ranging from 0 (not at all) to 4 (very much). The total score ranges from 0 to 48, with higher scores indicating greater spiritual well-being [17].

As the target population consisted of Iraqi patients, the standardized questionnaires were culturally and linguistically adapted into Arabic for scientific and non-commercial use, with appropriate acknowledgment of the original developers. The translation process followed a standard forward-backward translation procedure, using the original English versions as the reference. To assess face validity, five Iraqi nurses reviewed the Arabic versions for simplicity and clarity. A total of 10 nursing experts subsequently evaluated content validity, and the Content Validity Index confirmed an acceptable level of content validity.

To assess instrument reliability, in the target population, a pilot study was conducted among 30 Arabic-speaking patients with CVDs at Imam Al-Sadiq Hospital. Cronbach's alpha coefficients (α) exceeded 0.70 for both questionnaires, indicating satisfactory internal consistency.

Data were collected after obtaining approval from the Ethics Committee of Kurdistan University of Medical Sciences and permission from the administration of Imam Al-Sadiq Hospital. The study objectives were explained to all participants, and written informed consent was obtained before completion of the questionnaires. Data were analyzed using SPSS software (version 26), and a P value of less than 0.05 was considered statistically significant.

Results

A total of 172 patients with CVDs participated in the study. The mean age was 48.88 years, and the mean duration of cardiovascular disease was 2.71 years. Men constituted the largest proportion of participants (n = 89, 51.7%). Most patients were married (n = 138, 80.2%), had primary or middle-school education (n = 66, 38.4%), were homemakers (n = 57, 33.1%), and reported moderate economic status (n = 122, 70.9%). The most common living arrangement was residing with a spouse and children (n = 68, 39.5%).

Geographically, participants were equally divided between urban and rural areas (n = 86, 50.0% in each group). The majority were Shi'a Muslims (n = 153, 89.0%) and of Arab ethnicity (n = 162, 94.2%).

With regard to clinical characteristics, myocardial infarction was the most frequently reported cardiovascular condition (n = 79, 45.9%). In addition, most participants had a history of previous hospitalization (n = 123, 71.5%), a family history of disease (n=116, 67.4%), and a history of tobacco use (n = 115, 66.9%). A substantial majority of participants lacked health insurance coverage (n = 154, 89.5%).

The findings further demonstrated that death anxiety was significantly associated with duration of illness (r = -0.265, df = 170, P = 0.001), previous hospitalization (t = 2.607, df = 170, P = 0.010), and living arrangement ($F_{[3,168]}$ = 3.223, P = 0.024). In contrast, spiritual well-being was significantly associated only with place of residence (t = 2.248, df = 170, P = 0.026).

Finally, Pearson correlation analysis revealed a statistically significant inverse relationship between spiritual well-being and death anxiety (r = -0.247, P < 0.001). This key finding indicates that higher levels of

spiritual well-being among patients with CVDs were associated with lower levels of death anxiety.

Discussion

The present study investigated the relationship between death anxiety and spiritual well-being among patients with CVDs. The findings indicated that these patients experienced a relatively high level of death anxiety. Previous studies of patients with heart failure and other cardiovascular conditions reported similar findings [19-21]. CVDs, because of their chronic and potentially life-threatening nature, may repeatedly confront patients with the possibility of deterioration and death and consequently intensify death-related concerns [19, 20, 22].

The analysis demonstrated significant associations between death anxiety and duration of disease, previous hospitalization, and living arrangement. Hospitalization and repeated encounters with severe illness may increase patients' awareness of their vulnerability, while limited social support or living alone may intensify feelings of insecurity and psychological distress [21-23]. Previous studies have similarly highlighted the importance of loneliness, social isolation, and psychosocial support in patients with CVDs [23, 25]. In this context, supportive and empathetic communication by nurses and other healthcare professionals may be an important component of comprehensive patient care [12].

The findings also indicated a moderate level of spiritual well-being among the study participants. Previous research has demonstrated the importance of spiritual well-being as a psychosocial resource among patients with cardiovascular and other chronic diseases [14, 18, 26, 28]. Various contextual, socioeconomic, interpersonal, and disease-related factors may influence spiritual well-being [18, 26].

Among the demographic variables examined in this study, place of residence was the only factor significantly associated with spiritual well-being, with urban residents reporting higher scores than rural residents. Previous literature has highlighted urban-rural disparities in access to healthcare, social support, and other resources that may influence psychological and spiritual well-being [29, 30]. These findings suggest that patients living in rural areas may require greater attention when designing supportive and spiritually sensitive interventions.

The most important finding of the present study was the significant inverse relationship between spiritual well-being and death anxiety. Patients with stronger spiritual resources may experience greater inner peace, meaning, psychological adaptation, and resilience when facing illness-related stressors and may consequently report lower levels of death anxiety. Similar inverse relationships between spiritual well-being and psychological distress or death anxiety have been reported in previous studies [15, 28, 35, 37].

Rabbani et al. specifically reported a relationship between spiritual well-being and death anxiety among Muslims [35], while Shoaib and Kausar identified spiritual well-being and religious beliefs as important factors associated with death anxiety among patients with chronic diseases [15]. Evidence from cardiac populations has also suggested beneficial relationships between spiritual well-being, hope, and psychological adjustment [18, 26, 28]. Koenig further emphasized that religion and spirituality may influence health and psychological adaptation through mechanisms such as meaning-making, coping, social support, and connection with a higher power [33].

These findings may be particularly relevant in the cultural context of Middle Eastern and predominantly Muslim populations, where religion and spirituality can represent important coping resources during serious illness [27, 35]. Nevertheless, spiritual care should be individualized and provided according to each patient's beliefs, preferences, and cultural background.

From a clinical perspective, the findings support greater attention to spiritual needs as part of holistic cardiovascular nursing care. Evidence from previous studies, including randomized interventions and systematic reviews, suggests that appropriately designed spiritual and religious interventions may improve psychological outcomes among patients with CVDs [5, 13]. Therefore, healthcare teams should consider incorporating spiritual assessment into comprehensive care and facilitating culturally appropriate spiritual or religious support when desired by patients [12, 13].

The present study has several limitations. Most importantly, convenience sampling and recruitment from a single hospital may limit the generalizability of the findings. Moreover, because of the cross-sectional design, the observed association between spiritual well-being and death anxiety cannot establish a causal relationship. Future multicenter and longitudinal studies are recommended to confirm these findings and clarify the direction of the observed relationship.

Conclusion

The findings of this study demonstrate a significant inverse association between spiritual well-being and death anxiety among patients with CVDs. Higher spiritual well-being was associated with lower death anxiety, suggesting that spiritual resources may constitute an important component of psychological adaptation to cardiovascular illness. Accordingly, healthcare policymakers and nursing managers should consider culturally appropriate spiritual assessment and supportive care as components of comprehensive cardiovascular care. Further interventional and longitudinal studies are needed to determine whether enhancing spiritual well-being can directly reduce death anxiety in this patient population.

Please cite this article as follows: Kadhim Ghazzay H, Ghanei Gheshlagh R, Salahuddin Abd Al-Razaq A, Dehvan F. The Association between Death Anxiety and Spiritual Well-Being in Patients with Cardiovascular Diseases Attending Imam Al-Sadiq Hospital, Babylon, Iraq, 2025: A Cross-Sectional Study. *Avicenna J Nurs Midwifery Care*. 2026; 34(3):208-219. DOI: 10.53208/ajnmc.34.3.208

AJNMC
مجله مراقبت پرستاری و مامایی ابن سینا
دوره ۳۴، شماره ۳، تابستان ۱۴۰۵، صفحات: ۲۱۹-۲۰۸
https://nmj.umsha.ac.ir

مقاله پژوهشی

بررسی ارتباط اضطراب مرگ با بهزیستی معنوی در مبتلایان به بیماری‌های قلبی‌عروقی مراجعه‌کننده به بیمارستان امام الصادق شهر بابل، عراق در سال ۲۰۲۵: یک مطالعهٔ مقطعی

حسین کاظم غزایی[۱]، رضا قانعی قشلاق[۲]، عامر صلاح‌الدین عبدالرزاق[۳]، فاضل دهون[۴*]

۱. کمیتهٔ تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران
۲. مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، پژوهشکدهٔ توسعهٔ سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران
۳. دانشکدهٔ پرستاری، دانشگاه بابل، بابل، عراق
۴. مرکز تحقیقات مراقبت بالینی، پژوهشکدهٔ توسعهٔ سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۴/۱۰/۳۰
تاریخ ویرایش مقاله: ۱۴۰۵/۰۵/۰۵
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۵/۰۵/۲۰
تاریخ انتشار مقاله: ۱۴۰۵/۰۶/۲۹

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی همدان محفوظ است.

* **نویسنده مسئول:** فاضل دهون، مرکز تحقیقات مراقبت بالینی، پژوهشکدهٔ توسعهٔ سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران

ایمیل: F.dehvan@yahoo.com

چکیده

سابقه و هدف: بیماری‌های قلبی‌عروقی می‌توانند پیامدهای روان‌شناختی مهمی، ازجمله اضطراب مرگ، در بیماران ایجاد کنند. بهزیستی معنوی از منابع مهم سازگاری روانی در افراد مبتلابه بیماری‌های مزمن است. این پژوهش با هدف تعیین ارتباط اضطراب مرگ با بهزیستی معنوی در مبتلایان به بیماری‌های قلبی‌عروقی مراجعه‌کننده به بیمارستان امام الصادق شهر بابل، عراق در سال ۲۰۲۵ انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعهٔ مقطعی‌توصیفی روی ۱۷۲ بیمار قلبی‌عروقی مراجعه‌کننده به بیمارستان امام‌الصادق بابل انجام شد. جمع‌آوری داده‌ها از طریق پرسش‌نامهٔ اطلاعات جمعیت‌شناختی، مقیاس اضطراب مرگ تمپلر و مقیاس بهزیستی معنوی صورت گرفت. داده‌ها پس از ورود به نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۶، ابتدا از نظر نرمال‌بودن توزیع با استفاده از آزمون کولموگوروف-اسمیرنوف بررسی شدند. سپس با استفاده از آمار توصیفی و آزمون‌های تحلیلی، شامل هم‌بستگی پیرسون و آزمون‌های مقایسه‌ای تحلیل شدند. سطح معنی‌داری $p<0/05$ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: میانگین نمرهٔ اضطراب مرگ بیماران ۳/۱۳ ±۱۲/۳۳ بود. همچنین میانگین نمرهٔ بهزیستی معنوی ۸/۲۳±۲۷/۰۹ به دست آمد که نشان‌دهندهٔ سطح نسبتاً بالای اضطراب مرگ و سطح متوسط بهزیستی معنوی در بیماران بود. متغیر محل سکونت با بهزیستی معنوی و سه متغیر سابقهٔ بستری، سابقهٔ بیماری و وضعیت زندگی با اضطراب مرگ ارتباط معنادار داشتند ($P<0/05$). بین بهزیستی معنوی و اضطراب مرگ ارتباط منفی و معناداری مشاهده شد ($r=-0/247$، $P=0/001$)، به‌طوری که افزایش بهزیستی معنوی با کاهش اضطراب مرگ همراه بود.

نتیجه‌گیری: با توجه به نقش کلیدی بهزیستی معنوی در کاهش اضطراب مرگ، طراحی مداخلات آموزشی، روان‌شناختی و معنوی در مراکز درمانی، به‌ویژه برای بیماران با سابقهٔ بستری، سابقهٔ بیماری و حمایت اجتماعی کم، ضروری به نظر می‌رسد.

واژگان کلیدی: اضطراب مرگ، بهزیستی معنوی، بیماری‌های قلبی‌عروقی، بیمارستان

استناد: غزایی، حسین کاظم؛ قانعی قشلاق، رضا؛ صلاح‌الدین عبدالرزاق، عامر؛ دهون، فاضل. بررسی ارتباط اضطراب مرگ با بهزیستی معنوی در مبتلایان به بیماری‌های قلبی‌عروقی مراجعه‌کننده به بیمارستان امام الصادق شهر بابل، عراق در سال ۲۰۲۵: یک مطالعهٔ مقطعی. مجله مراقبت پرستاری و مامایی ابن سینا، تابستان ۱۴۰۵؛۳۴(۳): ۲۱۹-۲۰۸

مقدمه

بیماری‌های قلبی‌عروقی همچنان یکی از بزرگ‌ترین چالش‌های سلامت جهانی به شمار می‌روند و برطبق تازه‌ترین گزارش‌ها تا سال ۲۰۲۳، بیش از بیست میلیون مرگ سالانه را شامل می‌شوند [۱]. براساس آخرین گزارش‌های سازمان بهداشت جهانی و به نقل از زینلی و همکاران، ۳۲ درصد از کل مرگ‌ومیرهای جهانی به‌دلیل ابتلا به بیماری‌های قلبی‌عروقی است [۲]. در منطقهٔ خاورمیانه، بیماری‌های قلبی‌عروقی عامل حدود ۳۴ تا ۳۹ درصد از کل مرگ‌ومیرها محسوب می‌شوند. نکتهٔ نگران‌کننده این است که

به‌دلیل شیوع زیاد عوامل خطر، سن ابتلا به این بیماری‌ها در این منطقه حدود هفت تا ده سال کمتر از کشورهای غربی است [۳]. در کشور عراق نیز، با توجه به تنش‌های اجتماعی، فشارهای روانی پساجنگ و تغییر سبک زندگی، روند بروز این بیماری‌ها در سال‌های اخیر افزایش قابل‌ملاحظه‌ای داشته است. این گروه از بیماری‌ها نه‌تنها به مرگ‌ومیر زیاد منجر می‌شوند، بلکه با ایجاد محدودیت‌های عملکردی، نارسایی قلب و کاهش کیفیت زندگی، بار قابل‌توجهی بر سیستم سلامت وارد می‌کنند و ضرورت مطالعهٔ ابعاد مختلف جسمی و روانی بیماران را تقویت می‌کنند [۴].

بیماری‌های قلبی‌عروقی علاوه‌بر پیامدهای فیزیولوژیک، ازجمله درد قفسهٔ سینه، تنگی نفس، کاهش ظرفیت فعالیت و بستری‌های مکرر، پیامدهای روانی قابل‌توجهی نیز ایجاد می‌کنند. شواهد نشان می‌دهند که بیماران قلبی بیشتر در معرض اضطراب، افسردگی، احساس بی‌قدرتی و کاهش کیفیت زندگی قرار دارند [۵]. تجربهٔ رویدادهایی مانند حملهٔ قلبی، می‌تواند تهدیدی جدی برای احساس امنیت روانی بیماران باشد و ترس از مرگ را تشدید کند. این فشارهای روان‌شناختی در نهایت می‌تواند در روند درمان، تبعیت دارویی و پیامدهای بالینی اثر منفی داشته باشد [۶].

اضطراب مرگ یکی از شایع‌ترین عوامل روانی‌اجتماعی بیماری‌های قلبی است و زمانی شدت می‌یابد که احتمال مرگ ناگهانی یا عود بیماری برای فرد ملموس‌تر می‌شود. مطالعات مختلف نشان داده‌اند بیماران مبتلابه نارسایی قلبی، آنژین ناپایدار یا سابقهٔ سکته قلبی معمولاً سطوح بالاتری از اضطراب مرگ را گزارش می‌کنند [۶]. این نوع اضطراب نه‌تنها احساسات فرد را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد، بلکه می‌تواند مشارکت بیمار را در مراقبت‌های درمانی، انگیزه و احساس کنترل بر زندگی روزمره تضعیف کند و حتی پیش‌بینی‌کنندهٔ بستری مجدد باشد [۷]. برای کاهش اضطراب مرگ در بیماران قلبی، طی پژوهش‌های پیشین مجموعه‌ای از مداخلات روان‌شناختی و آموزشی به کار گرفته شده است. برنامه‌هایی نظیر درمان شناختی‌رفتاری [۸]، آموزش مدیریت استرس و توان‌بخشی قلبی [۹]، تمرینات ذهن‌آگاهی [۱۰] و مشاورهٔ حمایتی [۱۱] در کاهش اضطراب و بهبود سازگاری بیماران مؤثر گزارش شده‌اند. باوجوداین، اجرای بسیاری از این مداخلات نیازمند منابع تخصصی، زمان و امکانات است و این موضوع باعث شده است در برخی کشورها، به‌ویژه مناطق کم‌منابع، دسترسی بیماران به این خدمات محدود باشد.

در سال‌های اخیر، ابعاد معنوی زندگی به‌عنوان یکی از مهم‌ترین منابع مقابله‌ای بیماران مبتلابه بیماری‌های مزمن شناخته شده است [۱۲]. تحقیقات نشان داده‌اند که مداخلات مبتنی‌بر معنویت، مانند دعا، مراقبهٔ معنوی، معنادرمانی، گفت‌وگوهای معناگرا و مداخلات امیدمحور، قادرند اضطراب، افسردگی و حتی اضطراب مرگ را در بیماران قلبی کاهش دهند [۱۳]. معنویت با ایجاد احساس معنا، آرامش، حمایت درونی و امید، به بیماران کمک می‌کند تا با ترس از مرگ و شرایط بیماری سازگارتر عمل کنند و کیفیت زندگی بهتری داشته باشند [۱۴]. اگرچه نقش معنویت در ارتقای سلامت روان بیماران بارها بررسی شده است، ارتباط مستقیم بهزیستی معنوی با اضطراب مرگ هنوز در بسیاری از جوامع، به‌ویژه کشورهای دارای زمینه فرهنگی و مذهبی غنی، مانند عراق، به‌طور جامع مطالعه نشده است. تفاوت‌های فرهنگی، مذهبی و اجتماعی می‌توانند در نحوهٔ تجربهٔ معنویت و اضطراب مرگ اثرگذار باشند [۱۵]. این خلأ پژوهشی ضرورت انجام مطالعاتی را برجسته می‌کند که بتوانند هم‌زمان عوامل جمعیت‌شناختی، وضعیت بالینی و ابعاد معنوی را در بیماران قلبی بررسی کنند.

باوجود اهمیت این موضوع، درحالی‌که مطالعات مشابه عمدتاً در کشورهای همسایه یا غربی انجام شده است، استرسورهای محیطی خاص، پیشینهٔ تاریخی و باورهای عمیق اسلامی‌فرهنگی در عراق (به‌ویژه بابل)، چشم‌انداز روان‌شناختی متمایزی را برای بیماران قلبی‌عروقی ایجاد می‌کند. مکانیسم‌های سازگاری در این جمعیت به‌شدت تحت‌تأثیر بافتار مذهبی و ارزش‌های فرهنگی بومی آن‌هاست که ممکن است با جوامع دیگر متفاوت باشد. بنابراین، با توجه به شیوع گستردهٔ بیماری‌های قلبی‌عروقی و فشار روانی ناشی از آن، مطالعهٔ حاضر با هدف پرکردن این شکاف تحقیقاتی و ارزیابی سطح اضطراب مرگ و بهزیستی معنوی در بیماران عراقی انجام شده است.

یافته‌های این پژوهش ارزش‌افزودهٔ قابل‌توجهی برای مراقبت‌های بالینی پرستاری فراهم می‌کند؛ به‌طوری که پرستاران قلب‌وعروق با درک عمیق این پویایی‌ها می‌توانند از مدل مراقبتی صرفاً جسمانی به‌سمت رویکردی جامع حرکت کنند و برای کاهش اضطراب مرگ و ارتقای تاب‌آوری روان‌شناختی بیماران، مداخلات معنویِ متناسب با فرهنگ را اجرا کنند. بنابراین، مطالعهٔ حاضر با هدف تعیین ارتباط اضطراب مرگ با بهزیستی معنوی در مبتلایان به بیماری‌های قلبی‌عروقی مراجعه‌کننده به بیمارستان امام الصادق شهر بابل، عراق در سال ۲۰۲۵ انجام شده است.

روش کار

این پژوهش مطالعه‌ای توصیفی‌مقطعی بود که با هدف تعیین ارتباط اضطراب مرگ و بهزیستی معنوی در بیماران مبتلابه بیماری‌های قلبی‌عروقی انجام شد. جامعهٔ پژوهش شامل تمامی بیماران قلبی بستری و مراجعه‌کننده به بخش‌های قلب و CCU بیمارستان امام‌الصادق (ع) بود که یکی از بزرگ‌ترین مراکز درمانی دولتی استان بابل عراق است. نمونه‌های پژوهش شامل ۱۷۲ بیمار بود که با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. معیارهای ورود شامل رضایت به شرکت در مطالعه، سن بیشتر از هجده سال، تشخیص قطعی بیماری قلبی‌عروقی توسط پزشک متخصص، داشتن هوشیاری کامل و توانایی پاسخ‌گویی به سؤالات بود. همچنین، بیمارانی که حین پرکردن پرسش‌نامه دچار بی‌ثباتی حاد

بالینی شدند، یا پرسش‌نامه را به‌طور ناقص تکمیل کردند، از مطالعه خارج شدند. حجم نمونه با استفاده از فرمول ذیل و با درنظرگرفتن سطح اطمینان ۹۵ درصد ($Z_{1-\alpha/2}$ =۱/۹۶)، توان آزمون ۸۰ درصد ($Z_{1-\beta}$=۰/۸۴) و فرض حداقل اندازهٔ اثر متوسط (ضریب هم‌بستگی r=۰/۳۰) حداقل ۱۱۲ نفر برآورد شد و با لحاظ ریزش احتمالی، تعداد نمونه‌ها به ۱۷۲ نفر افزایش یافت.

$$n= \left(\frac{Z_{1-\alpha/2}+Z_{1-\beta}}{0.5\ In\ \frac{1+r}{1-r}}\right)^2+3$$

برای گردآوری داده‌ها از پرسش‌نامهٔ سه‌قسمتی استفاده شد. بخش اول پرسش‌نامه شامل اطلاعات دموگرافیک و بالینی (سن، جنسیت، تحصیلات، وضعیت تأهل، سابقهٔ بیماری قلبی، سابقهٔ بستری، سیگار، وضعیت مالی، بیمه، نوع بیماری و ...) بود. بخش دوم، مقیاس اضطراب مرگ تمپلر (Templer Death Anxiety Scale; TDAS) بود. این مقیاس استاندارد را اولین بار دونالد تمپلر (Donald Templer) در سال ۱۹۷۰ در ایالات متحدهٔ آمریکا و به زبان انگلیسی طراحی کرد. این ابزار شامل پانزده گویهٔ دوگزینه‌ای (بله/خیر) است که نمره‌گذاری آن به‌صورت صفر و یک انجام شده و برخی گویه‌ها نمره‌گذاری معکوس دارند. دامنهٔ نمرات بین ۰ تا ۱۵ است و نمرهٔ بالاتر نشان‌دهندهٔ اضطراب مرگ بیشتر است. تمپلر در مطالعهٔ اصلی خود، پایایی آزمون-بازآزمون را r=۰/۸۳ و همسانی درونی را ۰/۷۶ گزارش کرد [۱۶].

بخش سوم پرسش‌نامهٔ بهزیستی معنوی (Spiritual Well-Being) پیترمن و همکاران بود که شامل دوازده سؤال می‌شود و در طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای (اصلاً:۰، کمی:۱، تاحدی:۲، زیاد:۳ و خیلی زیاد:۴) است. نمرهٔ نهایی بین ۰ تا ۴۸ و نمرهٔ بالاتر به‌منزلهٔ بهزیستی معنوی بالاتر است. پیترمن و همکاران ضریب پایایی همسانی درونی بین خرده‌مقیاس‌ها را از ۰/۸۱ تا ۰/۸۸ گزارش کرده‌اند. همچنین، روایی همگرا را در ارتباط با ابزار اندازه‌گیری مذهب و معنویت، هم‌بستگی مثبت و روبه‌بالا گزارش کرده‌اند [۱۷]. در پژوهش آهنگرکانی و همکاران همسانی درونی نمره کل پرسش‌نامه ۰/۹۲ برآورد شده است [۱۸].

ازآنجاکه جامعهٔ هدف بیماران عراقی بودند، پرسش‌نامه‌های استاندارد پژوهش با هدف استفادهٔ علمی و غیرتجاری و با ارجاع‌دهی دقیق به طراحان اصلی، به زبان عربی بومی‌سازی شدند. فرایند ترجمه مطابق پروتکل استاندارد Forward-Backward Translation و با محوریت نسخه‌های اصلی (انگلیسی) انجام گرفت. تیم تحقیق (به‌دلیل حضور پژوهشگران ایرانی) نیز از نسخهٔ فارسی ابزارها صرفاً برای هم‌اندیشی و تطبیق مفاهیم بالینی استفاده کرد. ابتدا دو مترجم مسلط به زبان‌های انگلیسی و عربی، ابزارها را به عربی ترجمه کردند و پس از تلفیق، دو مترجم مستقل دیگر نسخهٔ عربی را به انگلیسی بازگرداندند تا با نسخهٔ مرجع تطبیق داده شود. برای بررسی روایی صوری، پنج پرستار عراقی نسخهٔ عربی را از نظر سادگی و وضوح بررسی کردند. روایی محتوایی را نیز ده متخصص پرستاری ارزیابی کردند و با محاسبهٔ شاخص روایی محتوا (CVI) در سطح مطلوب تأیید شد. در نهایت، برای بررسی پایایی ابزارها در جامعهٔ هدف، مطالعهٔ راهنما روی سی بیمار عرب‌زبان مبتلابه بیماری‌های قلبی‌عروقی در بیمارستان امام‌الصادق (ع) انجام شد که آلفای کرونباخ (α) برای هر دو پرسش‌نامه بالاتر از ۰/۷۰ به دست آمد که نشان‌دهندهٔ پایایی مطلوب ابزار در عراق است.

جمع‌آوری داده‌ها پس از اخذ مجوز از کمیتهٔ اخلاق دانشگاه علوم پزشکی کردستان و کسب اجازه از مدیریت بیمارستان امام‌الصادق انجام شد. پس از توضیح هدف پژوهش و اخذ رضایت‌نامهٔ کتبی از بیماران، پرسش‌نامه‌ها در محیطی آرام و بدون نام و اطلاعات هویتی تکمیل شد. به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که مشارکت در پژوهش داوطلبانه است و در هر زمان می‌توانند از ادامهٔ همکاری انصراف دهند. پس از جمع‌آوری داده‌ها، اطلاعات در نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۶ وارد شد. در گام نخست، آمار توصیفی شامل میانگین، انحراف معیار، فراوانی و درصد گزارش شد. نرمال‌بودن توزیع متغیرها با آزمون شاپیرو–ویلک بررسی شد. از آزمون کای‌دو برای بررسی ارتباط متغیرهای طبقه‌ای، از آزمون‌های تی مستقل (T-test) و تحلیل واریانس یک‌طرفه (ANOVA) برای مقایسهٔ میانگین نمرات اضطراب مرگ و بهزیستی معنوی براساس متغیرهای دموگرافیک و از آزمون هم‌بستگی پیرسون برای تعیین ارتباط بین بهزیستی معنوی و اضطراب مرگ استفاده شد. سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

نتایج

در این پژوهش ۱۷۲ بیمار مبتلابه بیماری‌های قلبی‌عروقی وارد مطالعه شدند و ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، بالینی، اضطراب مرگ و بهزیستی معنوی آنان بررسی شد. میانگین سن بیماران ۴۸/۸۸ بود. دیگر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و بالینی بیماران شرکت‌کننده در مطالعه در جدول ۱ گزارش شده است.

جدول ۱. توزیع فراوانی مطلق و نسبی واحدهای مورد پژوهش برحسب مشخصات دموگرافیک و بالینی

متغیر		میانگین	انحراف معیار
سن (سال)		۴۸/۸۸	۱۸/۵
طول دورهٔ بیماری		۲/۷۱	۲/۵۲
متغییر		**فراوانی**	**درصد**
جنس	زن	۸۳	۴۸/۳

	مرد	۸۹	۵۱/۷
سطح تحصیلات	بی‌سواد	۴۹	۲۸/۵
	ابتدایی و راهنمایی	۶۶	۳۸/۴
	دبیرستان و دیپلم	۳۵	۲۰/۳
	تحصیلات دانشگاهی	۲۲	۱۲/۸
وضعیت تأهل	متأهل	۱۳۸	۸۰/۲
	مجرد	۳۴	۱۹/۸
نوع بیماری قلبی	حملهٔ قلبی	۷۹	۴۵/۹
	نارسایی قلبی	۴۰	۲۳/۳
	بیماری‌های دریچه‌ای	۱۲	۷
	انفارکتوس میوکارد	۱۴	۸/۱
	سایر	۲۷	۱۵/۷
سابقهٔ بستری قبلی	بله	۱۲۳	۷۱/۵
	خیر	۴۹	۲۸/۵
سابقهٔ خانوادگی	بله	۱۱۶	۶۷/۴
	خیر	۵۶	۳۲/۶
مصرف دخانیات (سیگار)	بله	۱۱۵	۶۶/۹
	خیر	۵۷	۳۳/۱
بیمهٔ درمانی	بله	۱۸	۱۰/۵
	خیر	۱۵۴	۸۹/۵
شغل	خانه‌دار	۵۷	۳۳/۱
	شغل آزاد	۳۷	۲۱/۵
	کارگر	۱۲	۷
	کارمند	۴۳	۲۵
	بازنشسته	۲۳	۱۳/۴
محل سکونت	شهر	۸۶	۵۰
	روستا	۸۶	۵۰
وضعیت سکونت (ترکیب خانوار)	تنها	۲۸	۱۶/۳
	با همسر	۵۸	۳۳/۷
	با فرزندان	۱۸	۱۰/۵
	با همسر و فرزندان	۶۸	۳۹/۵
وضعیت اقتصادی	ضعیف	۲۰	۱۱/۶
	متوسط	۱۲۲	۷۰/۹
	خوب	۳۰	۱۷/۵
مذهب	شیعه	۱۵۳	۸۹
	سایر	۱۹	۱۱
قومیت	عرب	۱۶۲	۹۴/۲
	سایر	۱۰	۵/۸

به‌منظور بررسی ارتباط اضطراب مرگ و بهزیستی معنوی با ویژگی‌های دموگرافیک و بالینی بیماران، میانگین و انحراف معیار این دو متغیر برحسب متغیرهای جمعیت‌شناختی محاسبه و تحلیل شد. همچنین، با استفاده از آزمون‌های آماری مناسب، ارتباط هریک از متغیرهای دموگرافیک با اضطراب مرگ و بهزیستی معنوی بررسی شد و متغیرهای دارای ارتباط معنادار مشخص شدند. نتایج این تحلیل‌ها در جدول ۲ ارائه شده است که نشان می‌دهد اضطراب مرگ با طول مدت بیماری (P=۰/۰۰۱، df=۱۷۰، r=-۰/۲۶۵)، سابقهٔ بستری قبلی (P=۰/۰۱۰، df=۱۷۰، t=۲/۶۰۷) و نوع زندگی (P= ۰/۰۲۴، F(۳، ۱۶۸) =۳/۲۲۳) ارتباط معنادار دارد، درحالی‌که بهزیستی معنوی تنها با محل سکونت بیماران (P=۰/۰۲۶، t(۱۷۰)=۲/۲۴۸) ارتباط آماری معناداری نشان داده است.

جدول ۲. هم‌بستگی متغیرهای اضطراب مرگ و بهزیستی معنوی برحسب مشخصات دموگرافیک و بالینی واحدهای مورد پژوهش

متغیر		اضطراب مرگ		بهزیستی معنوی	
		هم‌بستگی (r)	p	هم‌بستگی (r)	p
سن (سال)		۰/۱۰	۰/۱۸۶	- ۰/۰۳۲	۰/۶۸۰
طول دوره بیماری		۰/۲۶	۰/۰۰۱	- ۰/۰۲۲	۰/۷۹۹
متغیر		**میانگین**	**انحراف معیار**	**میانگین**	**انحراف معیار**
جنس	زن	۱۲/۱۴	۳/۱۳	۲۶/۹۳	۸/۵۱
	مرد	۱۵/۵۱	۳/۱۳	۲۷/۲۳	۸/۰۱
سطح تحصیلات	بی‌سواد	۱۲/۵۳	۲/۹۶	۲۶/۳۸	۹/۱۰
	ابتدایی و راهنمایی	۱۲/۴۵	۲/۴۳	۲۸/۰۹	۷/۹۷
	دبیرستان و دیپلم	۱۲/۸۸	۳/۷۳	۲۵/۵۱	۷/۷۶
	تحصیلات دانشگاهی	۱۰/۶۸	۳/۱۳	۲۸/۱۸	۷/۶۶
وضعیت تأهل	متأهل	۱۲/۳۳	۳/۲۳	۲۷/۲۶	۷/۷۷
	مجرد	۱۲/۳۵	۲/۷۰	۲۶/۴۱	۹/۹۹
نوع بیماری قلبی	حملهٔ قلبی	۱۲/۴۱	۳/۲۱	۲۸/۵۹	۷/۶۷
	نارسایی قلبی	۱۳/۰۲	۲/۷۰	۲۵/۷۰	۷/۹۴
	بیماری‌های دریچه‌ای	۱۲/۰۸	۲/۶۷	۲۵/۶۶	۶/۳۰
	انفارکتوس میوکارد	۱۱/۶۴	۳/۱۲	۲۵/۶۴	۶/۸۶
	سایر	۱۱/۵۵	۳/۵۳	۲۶/۱۴	۱۱/۰۳
سابقهٔ بستری قبلی	بله	۱۲/۷۲	۳/۰۹	۲۶/۷۸	۷/۷۱
	خیر	۱۱/۳۶	۳/۰۴	۲۷/۸۷	۹/۴۶
سابقهٔ خانوادگی	بله	۱۲/۴۱	۳/۲۳	۲۶/۹۸	۷/۷۵
	خیر	۱۲/۱۷	۲/۹۲	۲۷/۳۲	۹/۳۲
مصرف دخانیات (سیگار)	بله	۱۲/۵۲	۲/۹۷	۲۷/۱۵	۷/۷۳
	خیر	۱۱/۹۶	۳/۴۲	۲۶/۹۶	۹/۲۴
بیمهٔ درمانی	بله	۱۲	۳/۰۶	۲۶/۷۲	۹/۲۷
	خیر	۱۲/۳۷	۳/۱۴	۲۷/۱۳	۸/۱۴
شغل	خانه‌دار	۱۲/۳۶	۳/۲۷	۲۷/۸۰	۸/۹۲
	شغل آزاد	۱۳/۰۲	۲/۴۹	۲۷/۶۷	۸/۱۲
	کارگر	۱۲/۰۸	۳/۰۲	۲۶/۴۱	۶/۱۵
	کارمند	۱۱/۵۸	۳/۵۱	۲۶/۹۷	۷/۷۷
	بازنشسته	۱۲/۶۹	۲/۹۱	۲۴/۹۵	۸/۶۸
محل سکونت	شهر	۱۲/۰۹	۳/۳۳	۲۸/۴۸	۸/۴۳
	روستا	۱۲/۵۸	۲/۹۱	۲۵/۶۹	۷/۸۳
وضعیت سکونت (ترکیب خانوار)	تنها	۱۳/۱۷	۲/۹۳	۲۶/۲۵	۹/۹۳
	با همسر	۱۲/۶۷	۲/۷۳	۲۷/۳۴	۷/۶۲
	با فرزندان	۱۱/۰۵	۳/۵۷	۲۸/۶۱	۱۰/۸۳
	با همسر و فرزندان	۱۱/۸۲	۳/۱۷	۲۶/۸۲	۷/۲۸
وضعیت اقتصادی	ضعیف	۱۱/۵۰	۳/۰۸	۲۶/۷۵	۸/۷۹
	متوسط	۱۲/۴۶	۳/۱۱	۲۶/۸۸	۸/۱۱
	خوب	۱۲/۳۶	۳/۲۳	۲۸/۱۶	۸/۵۷
مذهب	شیعه	۱۲/۴۲	۳/۰۶	۲۷/۰۹	۸/۳۵
	سایر	۱۱/۶۳	۳/۶۰	۲۷/۰۵	۷/۴۶
قومیت	عرب	۱۲/۴۴	۳/۰۶	۲۷/۱۰	۸/۳۸
	سایر	۱۰/۶۲	۳/۸۵	۲۶/۹۰	۵/۶۰
			p		p
			۰/۴۳۷		۰/۸۱۴
			۰/۰۵۶		۰/۳۹۵
			۰/۹۷۴		۰/۵۹۲
			۰/۳۵۳		۰/۲۹۷
			۰/۰۱۰		۰/۴۳۲
			۰/۶۴۶		۰/۸۰۱
			۰/۲۷۴		۰/۱۷۰
			۰/۳۶۱		۰/۱۷۰
			۰/۳۲۳		۰/۶۹۴
			۰/۳۰۸		۰/۰۲۶
			۰/۰۲۴		۰/۷۹۷
			۰/۴۴۲		۰/۷۳۵
			۰/۲۹۹		۰/۹۸۲
			۰/۱۶۸		۰/۹۱۶

با توجه به نرمال‌بودن توزیع داده‌ها براساس آزمون آزمون کولموگوروف-اسمیرنوف (p>۰/۰۵)، به‌منظور بررسی رابطهٔ بین بهزیستی معنوی و اضطراب مرگ در بیماران مبتلابه بیماری‌های قلبی‌عروقی، ضریب هم‌بستگی بین نمرات این دو متغیر محاسبه شد. نتایج حاصل از تحلیل هم‌بستگی در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. هم‌بستگی نمرهٔ بهزیستی معنوی با اضطراب مرگ

متغیر	سطح معنی‌داری (P)	هم‌بستگی (r)
اضطراب مرگ بهزیستی معنوی	۰/۰۰۱	-۰/۲۴۷

در نهایت، تحلیل هم‌بستگی پیرسون، بین بهزیستی معنوی بیماران و اضطراب مرگ آن‌ها، رابطهٔ معکوس و از نظر آماری، معنادار نشان داد (p<۰/۰۰۱، r=-۰/۲۴۷). این یافتهٔ کلیدی حاکی از آن است که با افزایش سطح بهزیستی معنوی در بیماران قلبی‌عروقی، تجربهٔ اضطراب مرگ در آن‌ها به‌طور قابل‌توجهی کاهش می‌یابد.

بحث

مطالعهٔ حاضر با هدف تعیین رابطه بین اضطراب مرگ و بهزیستی معنوی در بیماران مبتلابه بیماری‌های قلبی‌عروقی انجام شده است. در این مطالعه، میانگین نمرهٔ اضطراب مرگ در بیماران مبتلابه بیماری‌های قلبی‌عروقی ۳/۱۳±۱۲/۳۳ بود که بیانگر تجربهٔ سطحی نسبتاً بالا از اضطراب مرگ در این گروه است. این یافته‌ها با نتایج مطالعات پیشین همسو است؛ به‌گونه‌ای که Çamcı و همکاران گزارش کردند بیماران مبتلابه نارسایی قلبی، به‌ویژه در صورت طولانی‌شدن مدت بیماری، سطوح بالاتری از اضطراب مرگ را تجربه می‌کنند [۱۹]. بیماری‌های مزمن و تهدیدکنندهٔ حیات، ازجمله بیماری‌های قلبی، به‌دلیل یادآوری مداوم شکنندگی حیات، به‌طور معناداری با افزایش اضطراب مرگ همراه هستند [۲۰]. براساس یافته‌های این پژوهش، سابقهٔ بستری، سابقهٔ بیماری و وضعیت زندگی تنها متغیرهایی بودند که با اضطراب مرگ ارتباط معناداری نشان دادند؛ به‌گونه‌ای که بیماران دارای بستری قبلی، سابقهٔ بیماری قلبی یا زندگی به‌تنهایی، سطوح بالاتری از اضطراب مرگ را تجربه کردند. تجربهٔ بستری و بیماری پیشین می‌تواند به‌عنوان یادآوری مداوم تهدید حیات، ترس از عود بیماری و مرگ را در بیماران مزمن تقویت کند. این نتایج با مطالعات Hashim و همکاران و Olano-Lizarraga و همکاران، انجام‌شده در بیماران قلبی، همسو است که نشان داده‌اند شدت وضعیت بالینی و سابقهٔ بیماری با افزایش اضطراب مرگ همراه است [۲۱، ۲۲]. از سوی دیگر، زندگی تنها و کاهش حمایت اجتماعی می‌تواند احساس ناامنی و تنهایی را تشدید کند و اضطراب مرگ را افزایش دهد؛ یافته‌ای که با شواهد پیشین دربارهٔ نقش حمایتی خانواده و شبکه‌های اجتماعی در کاهش اضطراب و بهبود کیفیت زندگی بیماران مزمن همسو است [۲۳].

درمجموع، نتایج بر ضرورت توجه هم‌زمان به شرایط بالینی و اجتماعی بیماران قلبی تأکید دارد و نشان می‌دهد که مداخلات روان‌شناختی، معنوی و تقویت حمایت اجتماعی می‌توانند راهبردهای مؤثری برای کاهش اضطراب مرگ در این گروه از بیماران باشند. در این میان، نقش پرستاران بخش‌های ویژه در کاهش اضطراب مرگ بیماران قلبی بسیار کلیدی است؛ به‌طوری که برقراری ارتباط درمانی همدلانه، آموزش شفاف دربارهٔ روند بیماری و درمان و حمایت روانی‌معنوی متناسب با باورهای بیمار می‌تواند احساس امنیت و کنترل را افزایش دهد [۲۴]. شناسایی بیماران در معرض خطر بالاتر و ارجاع به خدمات حمایتی تخصصی نیز بخشی از مراقبت جامع و انسان‌محور است که می‌تواند به کاهش اضطراب مرگ و بهبود سازگاری بیماران قلبی کمک کند [۲۵].

یافته‌های این پژوهش نشان داد که میانگین بهزیستی معنوی بیماران مبتلابه بیماری‌های قلبی‌عروقی در سطح متوسط قرار دارد (۸/۲۳± ۲۷/۰۹ از دامنهٔ ۰ تا ۴۸) که از منظر بالینی قابل توجه است. Alnamrouti و همکاران نیز در مطالعهٔ خود میزان بهزیستی معنوی را در بیماران با اختلالات کرونری متوسط گزارش کردند [۱۴]. اگرچه مطالعاتی هم بودند که میزان بهزیستی معنوی را در بیماران قلبی بالاتر از متوسط گزارش کردند [۲۶]. سطح متوسط مشاهده‌شده می‌تواند بازتابی از شرایط جمعیت‌شناختی بیماران باشد؛ چراکه قرارگیری در سنین میان‌سالی، پایین‌بودن سطح تحصیلات و وضعیت اقتصادی متوسط تا ضعیف، با افزایش فشارهای روانی‌اجتماعی و محدودکردن منابع مقابله‌ای، می‌تواند دستیابی بیماران به سطوح بالاتر بهزیستی معنوی را با چالش مواجه کند [۲۳، ۲۷، ۲۸].

براساس یافته‌های این مطالعه، تنها متغیر محل سکونت با بهزیستی معنوی بیماران مبتلابه بیماری‌های قلبی‌عروقی ارتباط معناداری نشان داد؛ به‌طوری‌که میانگین نمرهٔ بهزیستی معنوی در بیماران ساکن شهر به‌طور معناداری بالاتر از بیماران ساکن روستا بود (P=۰/۰۲۶). این نتیجه حاکی از آن است که شرایط محیطی و اجتماعی مرتبط با محل سکونت می‌تواند در سلامت معنوی بیماران تأثیرگذار باشد؛ احتمالاً بیماران شهری به خدمات درمانی، حمایت اجتماعی و منابع معنوی بیشتری دسترسی دارند. این یافته با نتایج مطالعات پیشین همسو است که نشان داده‌اند دسترسی بهتر به خدمات بهداشتی و اجتماعی در مناطق شهری با سطوح بالاتر بهزیستی معنوی همراه است [۲۹]. در مقابل، محدودیت دسترسی به این منابع در مناطق روستایی می‌تواند به کاهش بهزیستی معنوی و کیفیت زندگی بیماران منجر شود. Patel و همکاران بر اهمیت توجه به تفاوت‌های جغرافیایی در برنامه‌ریزی خدمات حمایتی و طراحی مداخلات درمانی و معنوی هدفمند برای

بیماران ساکن مناطق روستایی تأکید دارند [۳۰].

شواهد حاکی از آن است که بهزیستی معنوی در سازگاری روان‌شناختی، کاهش استرس، افزایش پذیرش بیماری و کاهش اضطراب مرگ در بیماران قلبی نقش مهمی ایفا می‌کند [۲۸]. در مجموع، این یافته‌ها نشان می‌دهد که سطح متوسط بهزیستی معنوی در بیماران قلبی‌عروقی نتیجه‌ای قابل انتظار بوده است و بر ضرورت توجه بیشتر به مداخلات حمایتی و معنوی در مراقبت از این بیماران تأکید دارد.

بر اساس نتایج این پژوهش، بین بهزیستی معنوی و اضطراب مرگ رابطه‌ای منفی و معنادار مشاهده شد. این یافته نشان می‌دهد که بیماران دارای منابع معنوی قوی‌تر، آرامش و سازگاری بیشتری تجربه می‌کنند [۳۱، ۳۲]. شواهد نیز تأیید می‌کنند که معنویت با تقویت احساس امید، کنترل و توان مقابله در برابر استرس، در کاهش نگرانی‌های مرگ نقش مهمی ایفا می‌کند [۳۳]، به‌ویژه در بیماران قلبی‌عروقی که با ترس از رنج و دغدغه‌های پس از مرگ مواجه‌اند [۳۴]. در این چهارچوب، بهزیستی معنوی با ایجاد احساس ارتباط با نیروی برتر و معنابخشی به زندگی می‌تواند نقش حفاظتی مهمی ایفا کند[۳۵]. همسویی این نتایج با مطالعات پیشین نشان می‌دهد که معنویت عاملی محافظ در برابر اضطراب مرگ و بهبود کیفیت زندگی بیماران قلبی است [۳۶، ۳۷].

یافته‌های این مطالعه با پژوهش‌های انجام‌شده در کشورهایی با بستر فرهنگی و مذهبی مشابه، مانند کشورهای دیگر خاورمیانه و جوامع اسلامی، همسو است؛ جایی که باورهای مذهبی در سازگاری با بیماری‌های مزمن نقش محوری دارند [۵، ۳۰]. در این بستر فرهنگی، بهزیستی معنوی در برابر پریشانی‌های روان‌شناختی، ازجمله اضطراب مرگ، به‌عنوان سپر محافظتی قوی عمل می‌کند. بااین‌حال، استرسورهای محیطی خاص در عراق ضرورت توجه به این مراقبت‌ها را دوچندان می‌کند. از منظر بالینی، این نتایج بر لزوم ادغام مراقبت‌های معنوی در رویکرد جامع پرستاری قلب‌وعروق تأکید دارند [۳]. پرستاران به‌عنوان خط مقدم درمان، باید از مراقبت‌های صرفاً جسمانی فراتر روند و ارزیابی معنوی را در رویه‌های خود بگنجانند. اجرای مداخلات معنوی متناسب با فرهنگ بیمار و تسهیل دسترسی به مشاوره‌های مذهبی می‌تواند به‌طور مؤثری اضطراب مرگ را کاهش دهد و پیامدهای بالینی را بهبود بخشد.

از محدودیت‌های مطالعهٔ حاضر، استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس است که ممکن است تعمیم‌پذیری یافته‌ها را به جمعیت وسیع‌تر بیماران قلبی‌عروقی در عراق محدود کند. بنابراین، نتایج باید بااحتیاط تفسیر شوند و مطالعات چندمرکزی آینده با استفاده از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی برای تأیید این یافته‌ها پیشنهاد می‌شود.

نتیجه‌گیری

درمجموع، یافته‌های این مطالعه نشان داد که بیماران مبتلابه بیماری‌های قلبی‌عروقی، علاوه‌بر مشکلات جسمی، با چالش‌های روان‌شناختی مهمی، به‌ویژه اضطراب مرگ، مواجه‌اند که تحت‌تأثیر عواملی مانند سابقهٔ بستری قبلی، طول مدت بیماری و نوع زندگی تشدید می‌شود. در عین حال، سطح بهزیستی معنوی بیماران در حد متوسط قرار داشت و رابطهٔ معکوس و معنادار آن با اضطراب مرگ نشان داد که معنویت می‌تواند در کاهش ترس از مرگ نقش محافظتی مهمی ایفا کند.

برای کاربردی کردن این یافته‌ها، سیاست‌گذاران نظام سلامت باید ادغام دستورالعمل‌های مراقبت معنوی را در پروتکل‌های استاندارد مراقبت‌های قلبی‌عروقی الزامی کنند. همچنین، طراحی و اجرای مداخلات هدفمند پرستاری، شامل ارزیابی‌های منظم وضعیت معنوی، ارائهٔ حمایت‌های عاطفی متناسب با تفاوت‌های اجتماعی‌محیطی، مانند محل سکونت و تسهیل دسترسی به مشاوره‌های مذهبی، ضروری است. اجرای این سیاست‌ها و رویکردهای بالینی می‌تواند به‌طور مؤثری به کاهش اضطراب مرگ و ارتقای مراقبت‌های جامع‌نگر در این بیماران منجر شود.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران بدین وسیله از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کردستان و مسئولان بیمارستان امام الصادق شهر بابل عراق و همچنین تمامی بیماران شرکت‌کننده در این پژوهش تشکر و قدردانی می‌کنند.

تضاد منافع

نویسندگان این مقاله هیچ‌گونه تعارض منافعی را ذکر نمی‌کنند.

ملاحظات اخلاقی

این مطالعه نتیجهٔ نهایی پایان‌نامهٔ کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت ویژه، مصوب دانشگاه علوم پزشکی کردستان، با کد اخلاق IR.MUK.REC.1404.232 بود. پس از توضیح روند و اهداف پژوهشی برای تمامی واحدهای مورد پژوهش، از آن‌ها رضایت‌نامهٔ کتبی اخذ شد و به آن ها اطمینان داده شد که تمامی اطلاعاتشان محرمانه خواهد ماند.

سهم نویسندگان

تمامی نویسندگان در طراحی، اجرا و نگارش بخش‌های مختلف این مقاله مشارکت داشتند.

حمایت مالی

به‌منظور انجام این پژوهش، هیچ‌گونه حمایت مالی‌ای دریافت نشده است.

REFERENCES

1. Raj R, Garg R, Kaur V, editors. Data-driven insights into cardiovascular disease mortality: a global analysis of trends and risks. In: 2025 Second International Conference on Cognitive Robotics and Intelligent Systems (ICC-ROBINS); 2025. Link
2. Zeinali N, Akbari M, Ghezelbash S. Effect of a positivity skill improvement program on life hope levels among patients suffering from chronic heart failure. *Avicenna J Nurs Midwifery Care*. 2025;**33**(1):24-34. Link
3. Roth GA, Mensah GA, Johnson CO, Addolorato G, Ammirati E, Baddour LM, et al. Global burden of cardiovascular diseases and risk factors, 1990-2019: update from the GBD 2019 study. *J Am Coll Cardiol*. 2020;**76**(25):2982-3021. PMID: 33309175 DOI: 10.1016/j.jacc.2020.11.010
4. Hussain AM, Lafta RK. Burden of non-communicable diseases in Iraq after the 2003 war. *Saudi Med J*. 2019;**40**(1):72. PMID: 30617384 DOI: 10.15537/smj.2019.1.23463
5. Azimian J, Soleimany MA, Sharif SP, Banihashemi H. The effect of spiritual care program on death anxiety of cardiac patients: a randomized clinical trial. *Avicenna J Nurs Midwifery Care*. 2019;**27**(1):1-10. Link
6. Çamcı G, Yakar HK, Çelik M, Oğuz S. Death anxiety and religious coping in heart failure patients. *Omega*. 2024:302228241256270. PMID: 38768399 DOI: 10.1177/00302228241256270
7. Imanzadeh A. Lived experiences of cancer patients from death anxiety based on Jaspers borderline situations. *Iran J Psychiatry Nurs*. 2019;**6**(6):35-47. Link
8. Li YN, Buys N, Ferguson S, Li ZJ, Sun J. Effectiveness of cognitive behavioral therapy-based interventions on health outcomes in patients with coronary heart disease: a meta-analysis. *World J Psychiatry*. 2021;**11**(11):1147. PMID: 34888180 DOI: 10.5498/wjp.v11.i11.1147
9. Shi Y, Lan J. Effect of stress management training in cardiac rehabilitation among coronary artery disease: a systematic review and meta-analysis. *Rev Cardiovasc Med*. 2021;**22**(4):1491-501. PMID: 34957788 DOI: 10.31083/j.rcm2204153
10. Xiang-Zi J, Jia-Yuan Z. Mindfulness exercises reduce death anxiety and burnout in intensive care nurses. *Death Stud*. 2023;**47**(5):600-5. PMID: 36016467 DOI: 10.1080/07481187.2022.2113480
11. Kaus KCD, Suomala Folkerds A. Death anxiety: an exploration of professional counselor experiences. *Omega*. 2024:00302228241287948. DOI: 10.1177/00302228241287948
12. Ahmari Tehran H, Khalajinia Z, Heidari A, Heidari M. Explaining the perception of spiritual care from the perspective of hospitalized patients: a qualitative study. *Avicenna J Nurs Midwifery Care*. 2024;**32**(1):69-79. Link
13. Sert H, GEM, Meşe Tunç A, Üçgül K, Çevirme A. Effectiveness of spiritual and religious interventions in patients with cardiovascular diseases: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Health Psychol*. 2024. PMID: 39325431 DOI: 10.1037/hea0001415
14. Alnamrouti EA, Malak MZ, Shehadeh A. Psychological well-being, spiritual well-being, and health-related quality of life among patients with coronary artery disease in Jordan. *J Health Psychol*. 2025;**29**(0):13591053251339293. PMID: 40443101 DOI: 10.1177/13591053251339293
15. Shoaib M, Kausar N. Death anxiety among chronic disease patients: the role of spiritual well-being, mental health issues, and religious beliefs. *Omega*. 2025:302228251354916. PMID: 40530947 DOI: 10.1177/00302228251354916
16. Templer DI. The construction and validation of a death anxiety scale. J Gen Psychol. 1970;**82**(2):165-77. PMID: 4394812 DOI: 10.1080/00221309.1970.9920634
17. Peterman AH, Fitchett G, Brady MJ, Hernandez L, Cella D. Measuring spiritual well-being in people with cancer: the Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-being Scale (FACIT-Sp). *Ann Behav Med*. 2002;**24**(1):49-58. PMID: 12008794 DOI: 10.1207/S15324796ABM2401_06
18. Ahangarkani M, Rahimian Boogar I, Makvand Hosseini SJ. Prediction of spiritual wellbeing based on contextual factors and spiritual needs in patients with cardiovascular diseases. *J Ilam Univ Med Sci*. 2019;**27**(5):73-84. Link
19. Çamcı G, Yakar HK, Celik M, Oğuz S. Death anxiety and religious coping in heart failure patients. *Omega*. 2025;**91**(3):1669-85.
20. Mollaei A, Zamanzadeh V, Noei FR, Kamali M. Cardiac patients' death anxiety: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2025:119967. PMID: 40706877 DOI: 10.1016/j.jad.2025.119967
21. Hashim M, Azim W, Hussain W, Rehman FU, Salam A, Rafique M. Quality of life, perceived social support and death anxiety among people having cardiovascular disorders: a cross-sectional study. *Pak J Med Health Sci*. 2022;**16**(4):460. Link
22. Olano-Lizarraga M, Martín-Martín J, Del Corral MPD, Saracíbar-Razquin M. Experiencing the possibility of near death on a daily basis: a phenomenological study of patients with chronic heart failure. *Heart Lung*. 2022;**51**:32-9. PMID: 34731695 DOI: 10.1016/j.hrtlng.2021.08.006
23. Cené CW, Beckie TM, Sims M, Suglia SF, Aggarwal B, Moise N, et al. Effects of objective and perceived social isolation on cardiovascular and brain health: a scientific statement from the American Heart Association. *J Am Heart Assoc*. 2022;**11**(16):e026493. PMID: 35924775 DOI: 10.1161/JAHA.122.026493
24. Dağcan Şahin N, Gürol Arslan G, Özbek D. Factors affecting death anxiety in patients undergoing open heart surgery: a cross-sectional study. *Omega*. 2023:00302228231214128. PMID: 37933629 DOI: 10.1177/00302228231214128
25. Yildirim D, Akman O, Ozturk S, Yakin O. The correlation between death anxiety, loneliness and hope levels in patients treated in the cardiac intensive care unit. *Nurs Crit Care*. 2024;**29**(3):486-92. PMID: 37969040 DOI: 10.1111/nicc.13007
26. Yaghoobzadeh A, Salavati M, Allen KA, Chan YH, Herth KA. Relationship between spiritual well-being and hope in patients with cardiovascular disease. *J Relig Health*. 2018;**57**(3):938-50. PMID: 28770520 DOI: 10.1007/s10943-017-0467-0
27. Musa AS, Pevalin DJ, Al Khalaileh MA. Spiritual well-being, depression, and stress among hemodialysis patients in Jordan. *J Holist Nurs*. 2018;**36**(4):354-65. PMID: 29173010 DOI: 10.1177/0898010117736686
28. Senmar M, Hasannia E, Aliakbari M, Alamoti FS, Gholamhoseini M, Razaghpoor A, et al. Spiritual wellbeing and its relationship with perceived stress, anxiety and depression in Iranian cardiac patients. *Br J Card Nurs*. 2020;**15**(7):1-8. Link
29. Singh J, et al. Urban-rural disparities in health care and their impact on well-being: a systematic review. *J Public Health*. 2021;**34**(2):116-26.
30. Patel K, et al. The role of social support in spiritual well-being among rural versus urban heart disease patients. *BMC Public Health*. 2020;**20**(1):1124.
31. Redondo Elvira T, Ibáñez del Prado C, Cruzado JA. Psychological well-being in palliative care: a systematic review. *Omega*. 2023;**87**(2):377-400. PMID: 34039108 DOI: 10.1177/00302228211019203
32. Quinn B, Connolly M. Spirituality in palliative care. *BMC Palliat Care*. 2023;**22**(1):1. PMID: 36597069 DOI: 10.1186/s12904-022-01116-x

33. Koenig HG. Religion, spirituality, and health: the research and clinical implications. *Int Sch Res Notices*. 2012;2012(1):278730. PMID: 23762764 DOI: 10.5402/2012/278730
34. Dmitrieva PR. Meaning-in-life orientations in individuals with different levels of fear of death. *Russ Psychol J.* 2020;**17**(3):5-17. Link
35. Rabbani F, Gillani SA, Nasir P, Nawaz RS, Ali A, Khan N, et al. The relationship between spiritual well-being and death anxiety among Muslims. *Res J Psychol.* 2025;**3**(1):548-58. DOI:10.59075/rjs.v3i1.89
36. Hashim M, Azim W, Hussain W, Rehman FU, Salam A, Rafique M. Quality of life, perceived social support and death anxiety among people having cardiovascular disorders: a cross-sectional study. *Pak J Med Health Sci.* 2022;**16**(4):460-3. DOI:10.53350/pjmhs22164460
37. Eriyani T, Shalahuddin I, Pebrianti S, Maulana I. Hubungan kesejahteraan spiritual dengan death anxiety pada pasien paliatif: literatur review. *MAHESA Malahayati Health Student J.* 2024;**4**(4):1614-26. Link