



Original Article

The Association Between Spiritual Well-Being and Depression, Anxiety, and Stress in Family Caregivers of Patients with Mental Disorders

Sara Ghafarfaraji¹, MSc; Malek Fereidooni-Moghadam^{2*}, PhD; Fatemeh Khosravi Najafabadi³, MSc; Raziye Dehbozorgi², PhD; Alireza Gholami⁴, MD; Hamid Reza Hanif⁵, MSc

¹Department of Psychology and Counseling, Aryan Institute of Science and Technology, Babol, Iran

²Community Based Psychiatric Care Research Center, School of Nursing and Midwifery, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

³Nursing and Midwifery Care Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

⁴Student Research Committee of Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

⁵Department of Mathematics and Computer Science, Iran University of Science and Technology, Tehran, Iran

Article Information

Article History:

Received: April 12, 2025

Accepted: May 30, 2025

*Corresponding Author:

Malek Fereidooni-Moghadam, PhD;
Community Based Psychiatric Care
Research Center, School of Nursing
and Midwifery, Shiraz University of
Medical Sciences, Shiraz, Iran

Email: fereidooni_moghadam@yahoo.com

Abstract

Introduction: Families serve as the primary caregivers for individuals living with severe and persistent mental disorders (SPMDs). However, the diverse and extensive caregiving roles can lead to psychological challenges, such as stress, anxiety, and depression, among family members. Spiritual well-being has been identified as an important protective factor for caregivers. Recognizing the role of spirituality in mitigating stressors, this study aimed to examine the association between spiritual well-being and the levels of depression, anxiety, and stress experienced by family caregivers of individuals with SPMDs.

Methods: This descriptive-analytical study included 122 family caregivers of patients with SPMDs, recruited from hospitals in Isfahan through consecutive sampling. Data were collected using a demographic information questionnaire, the DASS-21 scale (Depression, Anxiety, Stress Scale-21), and a spiritual well-being questionnaire developed by Parsian and Dunning. Data analysis was performed using SPSS software (version 24).

Results: The mean score for spiritual well-being was 87.79 ± 17.04 . Regarding the DASS-21 subscales, 32.8% of participants exhibited severe depression, 32% showed moderate anxiety, and 32.8% experienced extremely severe stress. Pearson correlation analysis revealed a statistically significant negative correlation between spiritual well-being and depression ($r = -0.428$), anxiety ($r = -0.369$), and stress ($r = -0.358$) ($P < 0.001$).

Conclusion: The findings supported an inverse association between spiritual well-being and the levels of stress, anxiety, and depression among family caregivers of individuals with SPMDs. It is recommended that strategies be implemented to enhance the spiritual well-being of family members to reduce their experiences of stress, anxiety, and depression.

Keywords: Spiritual Health; Anxiety; Depression; Family Caregivers; Mental Disorders

Please cite this article as:

Ghafarfaraji S, Fereidooni-Moghadam M, Khosravi Najafabadi F, Dehbozorgi R, Gholami AR, Hanif HR. The Association Between Spiritual Well-Being and Depression, Anxiety, and Stress in Family Caregivers of Patients with Mental Disorders. *Sadra Med. Sci. J.* 2026; 14(1): doi: 10.30476/smsj.2026.106605.1624.



مقاله پژوهشی

ارتباط بین سلامت معنوی و افسردگی، اضطراب و استرس در مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به اختلالات روانی

سارا غفارفرجی^۱، مالک فریدونی مقدم^{۲*}، فاطمه خسروی نجفآبادی^۳، راضیه ده بزرگی^۴، علیرضا غلامی^۵، حمیدرضا حنیف^۵

گروه روانشناسی و مشاوره، مؤسسه علوم و فناوری آریان، بابل، ایران
^۱مرکز تحقیقات مراقبت‌های روان جامعه نگر، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران
^۲مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
^۳کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران
^۴دانشگاه علم و صنعت ایران، دانشکده ریاضی و علوم کامپیوتر، تهران، ایران

چکیده

اطلاعات مقاله

تاریخچه مقاله:

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۱/۲۳

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۳/۰۹

نویسنده مسئول:

مالک فریدونی مقدم،
 مرکز تحقیقات مراقبت‌های روان جامعه نگر، دانشکده
 پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران
 پست الکترونیکی:
 fereidooni_moghadam@yahoo.com

مقدمه: خانواده‌ها به عنوان مراقبین اصلی افراد مبتلا به اختلالات روانی شدید و پایدار (SPMD) عمل می‌کنند. با این حال، نقش‌های مراقبتی متنوع و گسترده می‌تواند منجر به مشکلات روانشناختی مانند استرس، اضطراب و افسردگی در بین اعضای خانواده شود. سلامت معنوی به عنوان یک عامل حمایتی مهم برای مراقبین شناسایی شده است. این مطالعه با شناخت نقش معنویت در کاهش عوامل استرس زا، به دنبال بررسی ارتباط بین سلامت معنوی و سطوح افسردگی، اضطراب و استرس تجربه‌شده توسط مراقبین خانوادگی افراد مبتلا به SPMD است. **مواد و روش‌ها:** این مطالعه توصیفی-تحلیلی شامل ۱۲۲ نفر از مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به SPMD بود که از بیمارستان‌های اصفهان با روش نمونه‌گیری متوالی انتخاب شدند. داده‌ها از طریق یک پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک، مقیاس DASS-21 (مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس-21) و یک پرسشنامه توسعه یافته توسط پارسیان و دانینگ، جمع‌آوری شدند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ انجام شد. **یافته‌ها:** میانگین نمره معنویت ۸۷/۷۹ با انحراف معیار ۱۷/۰۴ بود. در رابطه با زیرمقیاس‌های DASS-21، ۳۲/۸٪ از شرکت‌کنندگان افسردگی شدید، ۳۲٪ اضطراب متوسط و ۳۲/۸٪ استرس بسیار شدید را نشان داده‌اند. آزمون همبستگی پیرسون یک رابطه منفی و معنی‌دار آماری بین سلامت معنوی و افسردگی (ضریب همبستگی = -۰/۴۲۸)، اضطراب (ضریب همبستگی = -۰/۳۶۹) و استرس (ضریب همبستگی = -۰/۳۵۸) نشان داد (سطح معنی‌داری > ۰/۰۰۱).

نتیجه‌گیری: یافته‌ها از ارتباط معکوس بین سلامت معنوی و سطوح استرس، اضطراب و افسردگی در بین مراقبین خانوادگی SPMD حمایت می‌کنند. توصیه می‌شود استراتژی‌هایی برای افزایش رفاه معنوی اعضای خانواده به منظور کاهش تجربیات استرس، اضطراب و افسردگی آنها اجرا شود.

کلمات کلیدی: سلامت معنوی؛ اضطراب؛ افسردگی؛ مراقبین خانوادگی؛ اختلالات روانی

1. Severe and persistent mental disorder
2. Depression, Anxiety, Stress Scale-21

لطفاً این مقاله را به این صورت استناد کنید:

غفارفرجی س، فریدونی مقدم م، خسروی نجفآبادی ف، ده بزرگی ر، غلامی ع، حنیف ح. ارتباط بین سلامت معنوی و افسردگی، اضطراب و استرس در مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به اختلالات روانی. مجله علوم پزشکی صدرا. دوره ۱۴، شماره ۱، بهار ۱۴۰۵.

مبتلا به اختلالات روانی داشته است. همچنین، رابطه بین معنویت و کاهش افسردگی در مطالعات مختلف گزارش شده است، اگرچه شدت این ارتباط ممکن است ضعیف یا متوسط باشد (۵-۱۰).

برعکس، برخی تحقیقات هیچ همبستگی قابل توجهی بین معنویت و پیامدهای روانشناختی مانند اضطراب پیدا نکرده‌اند. این عدم توافق ممکن است به دلیل تفاوت در روش‌های مطالعه یا ویژگی‌های جمعیتی نمونه‌های مورد پژوهش ایجاد شده باشد. برای مثال، برخی مطالعات بر مراقبین بیماران مبتلا به بیماری‌های ترمینال تمرکز داشته‌اند، که محیط استرس‌زایی متفاوتی نسبت به مراقبین بیماران مبتلا به اختلالات روانی دارد (۱۱).

با توجه به این یافته‌ها و نقش تعیین‌کننده معنویت در کاهش عوامل استرس‌زا، انجام مطالعات بیشتر برای بررسی رابطه بین سلامت معنوی و سطوح افسردگی، اضطراب و استرس در مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به اختلالات روانی ضروری به نظر می‌رسد. به ویژه در چارچوب ایران، جایی که عوامل فرهنگی و اجتماعی خاص ممکن است اثرات معنویت را تقویت یا تعدیل کنند، بررسی این موضوع حیاتی است. از این رو، این مطالعه با هدف پر کردن این خلاء علمی و ارزیابی تاثیر سلامت معنوی بر جنبه‌های روانشناختی این گروه انجام شده است.

در حالی که برخی از افراد معتقدند که نقش مراقبتی با پیامدها و پاداش‌های مثبت مرتبط است، ادبیات موجود نشان می‌دهد که ماهیت متنوع و طاق‌فرسای مراقبت می‌تواند مشکلات روانشناختی را در میان مراقبین خانگی افراد مبتلا به بیماری روانی تسریع کند. مشکلاتی که اعضای خانواده در مراقبت از افراد مبتلا به بیماری‌های روانی با آن مواجه می‌شوند به طور گسترده مستند شده است. با توجه به تظاهرات اختلالات روانی و مراقبت مداوم مورد نیاز برای یک فرد مبتلا به بیماری روانی در خانه، مراقبین خانوادگی اغلب دچار فشار و استرس قابل توجهی می‌شوند که با احساسات غم، فقدان، سوگ، عصبانیت، ناامیدی، بی‌یاوری، شرم و گناه تشدید می‌شود. در نتیجه، این مراقبین در معرض خطر بالاتری برای تجربه افزایش ناراحتی‌های جسمی، روانی و اجتماعی در طول سفر مراقبتی خود هستند. علاوه بر این، احتمال کاهش امید به زندگی، کاهش رفاه، اختلال در مهارت‌های زندگی و کاهش مشارکت در فعالیت‌های اوقات فراغت در میان مراقبین خانوادگی نیز افزایش می‌یابد (۱۲-۲۴).

خانواده‌ها به عنوان ارائه‌دهندگان اصلی مراقبت برای افراد مبتلا به اختلالات روانی عمل می‌کنند و مراقبین خانوادگی نقش مهمی به عنوان شریک برای متخصصین مراقبت‌های بهداشتی در ترویج روند بهبودی ایفا می‌کنند. با این وجود، مسئولیت مراقبت از افراد مبتلا به اختلالات روانی، به ویژه کسانی که شرایط شدیدی مانند اسکیزوفرنی، اختلال افسردگی اساسی و اختلال دوقطبی دارند، یک چالش مداوم و طاقت‌فرسا برای مراقبین خانوادگی است (۱، ۲).

معنویت^۱ به واقعی‌جست‌وجو و تجربه‌ی فردی معنا، هدف و ارتباط با خود، دیگران، طبیعت یا نیرویی متعالی اشاره دارد، و فراتر از حدود تعالیم دینی یا آیین خاص تعریف می‌شود (۳). دین^۲ یا مذهب^۳، نظامی جمعی و سازمان‌یافته از اعتقادات، اعمال و مراسم دینی است که اغلب از طریق متون مقدس و گروه‌های اجتماعی تبلور می‌یابد. سلامت معنوی^۴ وضعیتی از تعادل و رضایت درونی است که فرد در آن معنا و هدف زندگی خود را یافته، با دیگران و جهان اطراف خود در ارتباط مثبت بوده و آرامش و امید را تجربه می‌کند (۴). سازمان بهداشت جهانی نیز، بعد معنوی را به عنوان مؤلفه‌ای اساسی در کنار ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی سلامت معرفی کرده است. بنابراین، تمایز میان دین، مذهب و معنویت و پایش سلامت معنوی، زمینه‌ساز شناخت بهتر تأثیرات این مؤلفه‌ها در ارتقای سلامت روان مراقبان بیماران روان‌پزشکی است (۳).

در دهه گذشته، علاقه علمی فزاینده‌ای به بررسی رابطه بین معنویت و سلامت روان وجود داشته است. مطالعات متعددی نشان داده‌اند که مذهب و معنویت ممکن است از طریق پرورش نگرش‌ها و باورهای مذهبی مثبت، سلامت روان را افزایش دهند. در این راستا، معنویت به عنوان یک منبع ارزشمند برای مدیریت پاسخ‌های جسمی و روانی به استرس شناخته شده است و همچنین با ارائه حس امیدواری و حمایت معنوی، توانایی سازگاری روانشناختی فرد را تقویت می‌کند.

به عنوان مثال، مطالعه‌ای نشان داد که برنامه‌های مبتنی بر معنویت تاثیر مثبتی بر کاهش استرس، اضطراب و افسردگی در مراقبین خانوادگی بیماران

1. Spirituality
2. Religion
3. Faith
4. Spiritual Well-Being

را تسهیل می‌کند و هم شامل اجزای مذهبی و هم هستی‌شناختی است. سلامت مذهبی به رضایتی مربوط می‌شود که از ارتباط با یک قدرت برتر حاصل می‌شود، در حالی که سلامت هستی‌شناختی شامل پیگیری درک معنا و هدف زندگی است. به طور کلی، سلامت معنوی با ثبات، صلح، هماهنگی و احساس عمیق ارتباط با خود، الهی، جامعه و محیط زیست مشخص می‌شود، که همه اینها به طور مثبت به پیامدهای سلامت فرد کمک می‌کنند. علاوه بر این، داشتن حس معنا و هدف در زندگی، انعطاف‌پذیری افراد را در مواجهه با عوامل استرس‌زای قابل توجه افزایش می‌دهد. برعکس، تجربیات معنوی منظم و اتکا به یک نیروی الهی متعالی برای حل مسئله می‌تواند علائم افسردگی را در بیماران کاهش دهد، و باورهای معنوی بیماران ممکن است به عنوان یک منبع ارزشمند برای افزایش سلامت معنوی عمل کند. علیرغم تأثیر قابل توجه معنویت، اغلب در محیط‌های مراقبت‌های بهداشتی نادیده گرفته می‌شود (۱۲، ۳۳-۳۶).

در سال‌های اخیر، توجه پژوهشگران به بررسی ارتباط بین معنویت و سلامت روان به‌طور چشمگیری افزایش یافته است. با این حال، ماهیت و میزان این رابطه همچنان موضوع بحث و اختلاف نظر علمی است. یافته‌های بسیاری از مطالعات نشان داده‌اند که مذهب و معنویت می‌توانند از طریق تقویت نگرش‌ها و باورهای مذهبی مثبت، بهبود سلامت روان را تسهیل کنند. در مقابل، برخی تحقیقات هیچ ارتباط معناداری بین معنویت و پیامدهای روانشناختی مانند اضطراب گزارش نکرده‌اند (۳۷-۴۳). نظر به شیوع بالای استرس و افسردگی در میان مراقبین خانوادگی افراد مبتلا به اختلالات روانی، و با توجه به نقش شناخته‌شده معنویت در کاهش عوامل تنش‌زا، این تحقیق با هدف بررسی رابطه بین سلامت معنوی و میزان افسردگی، اضطراب و استرس در مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به بیماری‌های روانی انجام شده است؛ به‌ویژه در بستر ایران، جایی که مطالعات مرتبط با این موضوع هنوز محدود هستند.

مواد و روش‌ها

این پژوهش از نوع مطالعه توصیفی-تحلیلی بوده و بر روی مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به اختلالات روانی انجام شد. این مطالعه در بازه زمانی ۲۰۲۱ تا ۲۰۲۲ صورت گرفت.

تحقیقات نشان داده است که اعضای خانواده‌ای که به عنوان مراقبین اصلی افراد بیمار یا معلول خدمت می‌کنند، در مقایسه با افراد غیر مراقب، از سلامت جسمانی ضعیف‌تری و سطوح بالاتری از اضطراب و افسردگی برخوردارند (۲۵). مطالعه‌ای که توسط حسینی و همکاران (۲۰۱۰) در ایران انجام شد، نشان داد که ۳۰ درصد از شرکت‌کنندگان بر اساس پرسشنامه سلامت عمومی، مشکلات سلامت روان را نشان می‌دهند. مطالعات اضافی نیز شیوع چالش‌های سلامت روان، از جمله افسردگی، اضطراب و استرس را به عنوان پیامدهای مرتبط با مراقبت از افراد مبتلا به اختلالات روانی شناسایی کرده‌اند. علاوه بر این، اشاره شده است که پریشانی، اضطراب و افسردگی در بین کسانی که نقش مهم‌تری در مراقبت از بیمار بر عهده دارند، شایع‌تر است (۷، ۲۶-۲۸).

مراقبت از بیماران مبتلا به اختلالات روانی، به‌ویژه افرادی که از شرایط شدید و پایدار رنج می‌برند، می‌تواند تأثیرات منفی قابل توجهی بر سلامت جسمی و روانی مراقبان خانوادگی داشته باشد. این تأثیرات نه تنها در طول دوره مراقبت محسوس است، بلکه پیامدهای بلندمدتی بر کیفیت زندگی مراقبان بر جای می‌گذارد و ممکن است ابعاد مختلف زندگی آنها را تحت تأثیر قرار دهد. در نتیجه، ضروری است که مراقبین به عنوان بخشی جدایی‌ناپذیر از روند درمان اختلالات روانی، در کنار خود بیماران در نظر گرفته شوند. با توجه به اینکه بیماری روانی یکی از اعضای خانواده منبع مهم استرس است که می‌تواند سلامت و کیفیت زندگی سایر اعضای خانواده را مختل کند، شناسایی عواملی که در ایجاد و کاهش استرس و اضطراب تجربه شده توسط این مراقبین نقش دارند، بسیار مهم است (۶، ۱۲، ۱۳، ۲۹-۳۱). در این راستا، یک جنبه حیاتی که باید به عنوان منبع بالقوه حمایت از مراقبین مورد توجه قرار گیرد، سلامت معنوی است.

گنجاندن باورهای مذهبی و معنویت اغلب به عنوان یک رویکرد مؤثر برای افزایش رفاه روان‌شناختی افراد در نظر گرفته می‌شود. با توجه به این دیدگاه، سازمان بهداشت جهانی^۵ با معرفی بعد چهارم - معنویت - در کنار ابعاد تثبیت شده جسمی، روانی و اجتماعی رشد انسانی، مفهوم‌سازی خود از انسان را به‌روزرسانی کرده است (۳۲).

سلامت معنوی، که به عنوان یک جنبه حیاتی از سلامت کلی شناخته می‌شود، ادغام سایر ابعاد

5. WHO: World Health Organization

حجم نمونه و روش نمونه گیری

در این مطالعه، حجم نمونه بر اساس دسترسی به مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به اختلالات روانی بستری شده در بیمارستان‌های روانپزشکی دولتی اصفهان تعیین شده است. روش نمونه‌گیری غیر احتمالی انتخاب شده و تلاش شده است تا تمامی شرکت‌کنندگان واجد شرایط که معیارهای ورود به مطالعه را دارا می‌باشند، در پژوهش مشارکت داده شوند. حجم نمونه نهایی شامل ۱۲۲ نفر مراقب خانوادگی بیماران مبتلا به اختلالات روانی بود که بیماران آن‌ها بر اساس ارزیابی پزشک متخصص روانپزشک، در بخش روانپزشکی بستری شده بودند. معمولاً در مطالعات مشابه، تعیین حجم نمونه بر اساس ملاحظات آماری انجام می‌گیرد که نیازمند اطلاعاتی مانند سطح اطمینان، میزان خطای پذیرفته شده و نسبت وقوع پدیده تحت مطالعه است. اگرچه در این پژوهش، نمونه‌گیری به صورت غیراحتمالی انجام شده است، اما مرور کوتاهی بر روش محاسبه حجم نمونه به صورت احتمالی نیز ارائه می‌شود. برای محاسبه حجم نمونه در روش احتمالی، فرمول استاندارد زیر استفاده می‌شود:

$$n = Z^2 \cdot p \cdot (1-p) / (d^2)$$

در این فرمول:

– (Z): مقدار Z متناظر با سطح اطمینان (معمولاً برای سطح اطمینان ۹۵٪ برابر ۱/۹۶ است)

– (P): نسبت وقوع پدیده مورد مطالعه (در صورت نبود اطلاعات دقیق، اغلب برابر ۰٫۵ در نظر گرفته می‌شود)

– (d): میزان خطای قابل قبول (معمولاً بین ۰/۰۵ تا ۰/۱ در نظر گرفته می‌شود)

با وجود این، حجم نمونه در این مطالعه به دلیل انتخاب روش نمونه‌گیری غیراحتمالی، بیشتر بر اساس شرایط عملی و دسترسی به جامعه مورد نظر تعیین شده است. در این روش، پژوهش‌گر تلاش کرد تا تمامی افراد واجد شرایط را که با معیارهای مطالعه مطابقت داشتند، در نمونه وارد کند. بنابراین، حجم نمونه نهایی ۱۲۲ نفر نه بر اساس محاسبات آماری دقیق، بلکه بر اساس واقعیت‌های اجرایی و امکان‌پذیری صورت گرفته است.

این روش، اگرچه ممکن است محدودیت‌هایی از نظر تعمیم‌پذیری نتایج به جمعیت کلی داشته باشد، اما امکان مطالعه دقیق‌تر جمعیت هدف را در شرایط خاص مطالعه فراهم می‌کند.

معیارهای ورود و خروج

شرکت‌کنندگان باید رضایت آگاهانه خود برای شرکت در پژوهش را ارائه می‌دادند، توانایی خواندن و نوشتن داشتند، سابقه وابستگی به مواد مخدر یا اختلالات ذهنی یا جسمی قابل توجه در خانواده نداشتند، سن بالاتر از ۱۸ سال داشتند و بیماران مرتبط با مراقبین آن‌ها حداقل به مدت شش‌ماه با تشخیص قطعی اختلال روانی مواجه بودند. علاوه بر این، هرگونه پاسخ ناقص به سؤالات پرسشنامه به‌عنوان معیار خروج از مطالعه در نظر گرفته شد.

روش‌های جمع‌آوری داده‌ها

فرآیند جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از سه پرسشنامه انجام شد که شامل بخش‌های زیر بود:

۱. اطلاعات جمعیت‌شناختی، شامل متغیرهایی مانند جنسیت، سن، میزان تحصیلات، وضعیت تاهل، شغل و مدت زمان بیماری بیمار.

۲. مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس-۲۱ (DASS-21)؛ که توسط Lovibond و Lovibond ساخته شده است، یک ابزار خودسنجی است که شامل ۲۱ سؤال است که به سه زیرمقیاس تقسیم می‌شوند. افسردگی، اضطراب و استرس که هر کدام شامل ۷ سؤال هستند. پاسخ‌ها در مقیاسی از ۰ (اصلاً برای من درست نیست) تا ۳ (کاملاً برای من درست است) رتبه‌بندی می‌شوند. نمره کلی برای هر زیرمقیاس از مجموع نمرات تک تک سؤالات به دست می‌آید. از آنجایی که DASS-21 نسخه کوتاه شده مقیاس اصلی ۴۲ سؤالی است، نمرات نهایی برای هر زیرمقیاس باید در عدد دو ضرب شوند (۴۴). طبقه‌بندی علائم افسردگی به شرح زیر است: نرمال (۰-۹)، خفیف (۱۰-۱۳)، متوسط (۱۴-۲۰)، شدید (۲۱-۲۷) و بسیار شدید (۲۸-۴۲). سطوح شدت علائم استرس به صورت زیر طبقه‌بندی می‌شوند: نرمال (۰-۱۴)، خفیف (۱۵-۱۸)، متوسط (۱۹-۲۵)، شدید (۲۶-۳۳) و بسیار شدید (۳۴-۴۲). برای علائم اضطراب، رتبه‌بندی‌ها به صورت زیر است: نرمال (۰-۷)، خفیف (۸-۹)، متوسط (۱۰-۱۴)، شدید (۱۵-۱۹) و بسیار شدید (۲۰-۲۴). در مطالعه‌ای که در جمعیت ایرانی انجام شد، ضرایب پایایی درونی برای مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۹۳، ۰/۹۰ و ۰/۹۲ گزارش شد. علاوه بر این، ضرایب پایایی آزمون-بازآزمون، که در یک بازه زمانی سه هفته‌ای ارزیابی شد، برای افسردگی ۰/۸۴، برای اضطراب ۰/۸۹ و برای استرس ۰/۹۰ به دست آمد (۴۵).

۳. پرسشنامه معنویت، که توسط پاریسیان و

است. بر اساس یافته‌های این مطالعه، نسخه فارسی پرسشنامه معنویت پارسیان و دانینگ، ابزاری معتبر و پایا برای ارزیابی معنویت در جمعیت ایرانی بوده و می‌تواند در تحقیقات روان‌شناختی و سلامت معنوی مورد استفاده قرار گیرد. یافته‌ها نشان داده‌اند که نمرات بالاتر در این پرسشنامه معمولاً با کاهش افسردگی، اضطراب و استرس همراه است، و این موضوع از طریق آزمون‌های آماری مانند همبستگی پیرسون تأیید شده است (۴۶، ۴۷).

ملاحظات اخلاقی

این مطالعه مطابق با اصول بیانیه هلسینکی انجام شد. کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی اصفهان این مطالعه را تأیید کرد (کد اخلاق: IR.MUI.RE-SEARCH.REC.1398.015). رضایت آگاهانه به صورت کتبی از تمام شرکت‌کنندگان در این مطالعه اخذ شد. اهداف و روش‌شناسی‌های تحقیق به طور کامل برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد، و همچنین به آن‌ها اطلاع داده شد که حق دارند در هر مقطعی از مطالعه انصراف دهند. محرمانه بودن اطلاعات شرکت‌کنندگان توسط محققان تضمین شد.

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ انجام شد. در این مطالعه از آمار توصیفی نظیر میانگین و انحراف معیار و آمار استنباطی شامل همبستگی پیرسون و آزمون ANOVA یک‌طرفه استفاده شد. سطح معنی‌داری برای همه آزمون‌ها برابر ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

میانگین سنی شرکت‌کنندگان ۳۷/۱ سال با انحراف معیار ۱۰/۱۹ بود. نمونه شامل ۵۴/۹ درصد زن و ۴۵/۱ درصد مرد بود (جدول ۱).

میانگین نمره در مقیاس معنویت ۸۷/۷۹ با انحراف معیار ۱۷/۰۴ بود. تجزیه و تحلیل نمرات در حوزه‌های مختلف سلامت معنوی نشان داد که حوزه "نیازهای معنوی" بالاترین میانگین نمره را دریافت کرده است، که ۳۰/۸۳ با انحراف معیار ۶/۵۳ بود، همانطور که در جدول ۲ آمده است.

نتایج حاصل از ارزیابی DASS-21 نشان داد که در زیرمقیاس افسردگی، نسبت قابل توجهی از

دانینگ^۷ طراحی شده است، شامل ۲۹ سؤال است که در چهار زیرمقیاس طبقه‌بندی می‌شوند: خودآگاهی (۱۰ سؤال)، اهمیت باورهای معنوی در زندگی (۴ سؤال)، فعالیت‌های معنوی (۶ سؤال) و نیازهای معنوی (۹ سؤال). این ابزار خودسنجی از پاسخ‌دهندگان می‌خواهد تا سطح موافقت خود را با عبارات مختلف با استفاده از مقیاس لیکرت ۴ درجه‌ای، از "کاملاً مخالفم" (۱) تا "کاملاً موافقم" (۴) نشان دهند. نمرات کل معنویت می‌تواند از ۲۹ تا ۱۱۶ متغیر باشد. در زمینه ایران، روایی و پایایی این ابزار از طریق مطالعات متعدد تأیید شده است (۴۶-۴۸).

۴. نمرات پایین‌تر نشان‌دهنده سطح کم‌تری از سلامت معنوی و نمرات بالاتر بیانگر سطح بالاتری از سلامت معنوی است. مطابق اطلاعات موجود در تحقیقات پیشین، پایایی این ابزار در جمعیت ایرانی بررسی و تأیید شده است. برای مثال، مطالعه‌ای گزارش داده است که ضرایب پایایی درونی و آزمون-بازآزمون این پرسشنامه در سطح قابل قبولی قرار دارند. ضریب آلفای کرونباخ کلی پرسشنامه برابر با ۰/۹۰ است. ضرایب آلفای کرونباخ برای چهار زیرمقیاس خودآگاهی: ۰/۸۴، اهمیت باورهای معنوی: ۰/۹۰، فعالیت‌های معنوی: ۰/۷۷ و نیازهای معنوی: ۰/۸۲ بود و در تحلیل عاملی، روایی‌سازه پرسشنامه بررسی شده است. نتایج نشان داد چهار عامل اصلی (خودآگاهی، اهمیت باورهای معنوی، فعالیت‌های معنوی و نیازهای معنوی) از داده‌ها استخراج شده است که به ترتیب ۲۸/۹۳٪، ۱۰/۹٪، ۸/۲۳٪ و ۴/۲۲٪ از واریانس کل را تبیین می‌کنند. در مجموع، این چهار عامل ۵۲/۳۷ درصد از واریانس کل را پوشش می‌دهند. شاخص کیسر-میر-اولکین (KMO)^۸ برای کفایت نمونه برابر ۰/۹۰۲ و آزمون کرویت بارتلت^۹ نیز معنادار (سطح معنی‌داری <۰/۰۰۱) گزارش شده است، که نشان‌دهنده مناسب بودن داده‌ها برای انجام تحلیل عاملی است. تمامی ۲۹ سؤال پرسشنامه دارای بارهای عاملی بالاتر از ۰/۳ هستند که تأییدکننده ارتباط قوی میان سؤالات و عوامل مربوطه است. شاخص‌های برازش مدل (مانند شاخص نیکویی برازش (GFI)^{۱۰} و شاخص نیکویی برازش تعدیل یافته (AGFI)^{۱۱}) نشان‌دهنده تأیید مدل چهارعاملی موضوعی هستند و مقدار ریشه میانگین توان دوم خطای تقریب (RMSEA)^{۱۲} کمتر از ۰/۰۵ است، که حاکی از تناسب خوب مدل

7. Parsian and Dunning

8. Kaiser-Meyer-Olkin

9. Bartlett's Test of Sphericity

10. Goodness of Fit Index

11. Adjusted Goodness of Fit Index

12. Root Mean Square Error of Approximation

جدول ۱. توزیع فراوانی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به اختلالات روانی

متغیر	طبقه بندی متغیر	فراوانی	درصد
جنسیت	زن	۹۷	۵۴/۹
	مرد	۵۵	۴۵/۱
شغل	خانه‌دار	۴۸	۳۹/۳
	شاغل	۴۵	۳۶/۹
	بیکار	۱۱	۹/۰
	بازنشسته	۶	۴/۹
	مشاغل آزاد	۱۲	۹/۸
	مجرد	۱۸	۱۴/۸
وضعیت تأهل	متأهل	۸۰	۶۵/۶
	طلاق گرفته	۱۳	۱۰/۷
	فوت همسر	۸	۶/۶
میزان تحصیلات	دبیرستانی	۳۷	۳۰/۳
	دیپلم	۴۲	۳۴/۴
	کاردانی	۱۸	۱۴/۸
	کارشناسی	۲۲	۱۸/۰
	کارشناسی ارشد و بالاتر	۳	۲/۵

جدول ۲. توصیف نمرات سلامت معنوی و ابعاد آن در مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به اختلالات روانی

ابعاد سلامت معنوی	آمار توصیفی		
	میانگین \pm انحراف معیار	حداقل	حداکثر
خودآگاهی	۲۵/۸۹ \pm ۷/۸۸	۱۰	۴۰
اهمیت باورهای معنوی	۱۲/۳۸ \pm ۲/۳۱	۵	۱۶
فعالیت‌های معنوی	۱۸/۳۸ \pm ۶/۱۸	۶	۶۳
نیازهای معنوی	۳۰/۸۳ \pm ۶/۵۳	۹	۷۵
نمرات کلی سلامت معنوی	۸۷/۷۹ \pm ۱۷/۰۴	۳۲	۱۶۹

بین سلامت معنوی و افسردگی (ضریب همبستگی = $0/428$ ، سطح معنی‌داری $>0/001$)، اضطراب (ضریب همبستگی = $0/369$ ، سطح معنی‌داری $>0/001$) و استرس (ضریب همبستگی = $0/358$ ، سطح معنی‌داری $>0/001$) بود. این نشان می‌دهد که با افزایش نمره سلامت معنوی، نمرات افسردگی، اضطراب و استرس تمایل به کاهش دارند و بالعکس.

در نهایت، یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد که هیچ ارتباط آماری معنی‌داری بین جنسیت (سطح معنی‌داری = $0/072$)، وضعیت تأهل (سطح معنی‌داری = $0/228$)،

شرکت‌کنندگان ($32/8\%$) علائم افسردگی شدید را نشان دادند. از نظر زیرمقیاس اضطراب، درصد قابل توجهی از افراد (32%) از تجربه اضطراب متوسط، گزارش دادند. علاوه بر این، با توجه به زیرمقیاس استرس، درصد بیشتری از شرکت‌کنندگان ($32/8\%$) سطوح بسیار شدیدی از استرس را نشان دادند (جدول ۳).

علاوه بر این، تجزیه و تحلیل میانگین نمرات معنویت در رابطه با افسردگی، اضطراب و استرس با استفاده از آزمون همبستگی پیرسون انجام شد. نتایج نشان دهنده یک همبستگی معکوس آماری معنی‌دار

جدول ۳. توزیع فراوانی افسردگی، اضطراب و استرس در مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به اختلالات

زیرمقیاس‌های DASS-21	طبقه بندی زیر مقیاس ها	فراوانی	درصد
افسردگی	نرمال	۳۴	۲۷/۹
	خفیف	۷	۵/۷
	متوسط	۲۶	۲۱/۳
	شدید	۱۵	۱۲/۳
	بسیار شدید	۴۰	۳۲/۸
اضطراب	نرمال	۲۱	۱۷/۲
	خفیف	۱۴	۱۱/۵
	متوسط	۳۹	۳۲/۰
	شدید	۱۲	۹/۸
	بسیار شدید	۳۶	۲۹/۵
استرس	نرمال	۱۹	۱۵/۶
	خفیف	۱۹	۱۵/۶
	متوسط	۲۱	۱۷/۲
	شدید	۲۳	۱۸/۹
	بسیار شدید	۴۰	۳۲/۸

اشاره نموده‌اند (۴۹، ۵۰).

تحقیقات طیف وسیعی از عواملی را شناسایی کرده است که در چالش‌های روانی پیش روی مراقبین افراد مبتلا به بیماری روانی نقش دارند. این عوامل شامل نقش‌های متفاوتی است که مراقبین بر عهده می‌گیرند، پیش‌بینی پیامدهای نامطلوب، پریشانی عاطفی ناشی از مشاهده وخیم شدن وضعیت یک عضو خانواده، ناتوانی ادراک شده در تغییر مسیر بیماری و نارضایتی از پیش‌آگهی‌های درمان. علاوه بر این، مسئولیت‌های مرتبط با مراقبت می‌تواند منجر به تغییرات قابل توجهی در زندگی مراقبین خانگی، از جمله محدودیت‌های زمانی، کاهش پاسخگویی عاطفی، اختلال در تعاملات اجتماعی، کاهش عزت نفس و بارهای جسمی و عاطفی شود. در مجموع، این چالش‌ها می‌توانند به طور نامطلوبی بر سلامت روان اعضای خانواده تأثیر بگذارند (۵۱-۵۳).

مراقبین خانوادگی افراد مبتلا به بیماری‌های روانی اغلب چالش‌های بهداشت روانی مشابهی را تجربه می‌کنند که بیماران با آن روبرو هستند، که این امر راهبردهای مقابله‌ای آنها را به یک حوزه مهم مطالعاتی تبدیل می‌کند. یکی از مکانیسم‌های مقابله‌ای مؤثر

وضعیت اشتغال (سطح معنی‌داری=۰/۵۷۸)، میزان تحصیلات (سطح معنی‌داری=۰/۱۱۲)، مدت زمان بیماری (سطح معنی‌داری=۰/۵۱۱) و نمرات معنویت، همانطور که توسط ANOVA یک طرفه تعیین شده است، وجود ندارد. علاوه بر این، تجزیه و تحلیل همبستگی پیرسون نشان داد که رابطه بین سلامت معنوی و سن نیز از نظر آماری معنی‌دار نبود (سطح معنی‌داری < ۰/۰۵).

بحث

بر اساس یافته‌های این مطالعه، بین سلامت معنوی و سطوح افسردگی، اضطراب و استرس در مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به اختلالات روانی، یک رابطه معکوس معنادار وجود دارد. این نتیجه نشان می‌دهد مراقبینی که سلامت معنوی بالاتری دارند، سطوح افسردگی، اضطراب و استرس کمتری را تجربه می‌کنند. این یافته با نتایج پژوهش حسینی و همکاران (۲۰۱۰) سازگار است؛ به نحوی که آنان نیز شیوع مشکلات سلامت روان را در مراقبین بیماران روانی گزارش کرده‌اند (۲۷). سایر مطالعات ملی و بین‌المللی نیز به سطوح بالای افسردگی و اضطراب در این گروه

تعلق، سلامت و رفاه آنها را بهبود بخشد (۵۷).
 مغایرت‌های مشاهده شده در این مطالعات ممکن است به دلیل تفاوت در روش‌های به کار گرفته شده و ویژگی‌های جمعیتی متفاوت جمعیت‌های مورد مطالعه باشد.

مطالعات متعددی نشان داده‌اند که سلامت معنوی تأثیر مستقیم و قابل توجهی بر کاهش سطوح افسردگی، اضطراب و استرس دارد. یافته‌های این پژوهش نیز با برخی از این تحقیقات همسو است. به عنوان مثال، پژوهش انجام شده توسط خادم وطنی و همکاران (۲۰۱۵) نشان‌دهنده ارتباط معکوس بین سلامت معنوی و میزان اضطراب و افسردگی در بین جمعیت مراقبین خانوادگی است. در این پژوهش، سلامت معنوی به عنوان یک مکانیسم کلیدی در کاهش فشارهای روان‌شناختی مرتبط با مراقبت از بیماران شناخته شد. یافته‌های آن‌ها و تأثیر مثبت سلامت معنوی بر کاهش علائم روان‌شناختی، از نتایج مطالعه حاضر حمایت می‌کند (۵۸).

علاوه بر این، در نظر گرفتن نتایج مطالعه مروری لالانی^{۱۴} و همکاران (۲۰۱۸)، نشان می‌دهد که معنویت نقش مهمی در سازگاری مراقبین خانوادگی در محیط‌های مراقبت تسکینی ایفا می‌کند. آن‌ها دریافتند که معنویت می‌تواند به عنوان یک منبع برای معنایابی، امیدواری و انعطاف‌پذیری عمل کند، و به مراقبین کمک کند تا با چالش‌های عاطفی و فیزیکی مراقبت بهتر کنار بیایند. بررسی آن‌ها همچنین نشان داد که مداخلات معنوی می‌توانند به بهبود کیفیت زندگی و کاهش پریشانی روان‌شناختی در مراقبین کمک کنند. این یافته‌ها از نتایج مطالعه حاضر حمایت می‌کنند و بر اهمیت توجه به سلامت معنوی مراقبین خانوادگی در کنار سایر جنبه‌های سلامتی تأکید می‌کنند (۵۹).

از سوی دیگر، برخی از پژوهش‌ها مانند مطالعه کیانی و همکاران (۲۰۱۶)، برخلاف پژوهش حاضر، هیچ ارتباط معناداری بین سلامت معنوی و اضطراب مشاهده نشد. احتمالاً عدم توافق در این تحقیقات به دلیل تفاوت در طراحی مطالعاتی، ابزارهای ارزیابی، یا ویژگی‌های جمعیتی نمونه‌های مورد بررسی است. مطالعه کیانی بر جوامع متفاوتی تمرکز داشته که ممکن است از نظر اجتماعی-فرهنگی با نمونه حاضر متفاوت باشند (۳۳).

از نظر مکانیسم، به نظر می‌رسد که سلامت معنوی

شناسایی شده، استفاده از معنویت است. سلامت معنوی به عنوان یک منبع ارزشمند برای مدیریت پاسخ‌های جسمی و روانی به استرس شناخته شده است. سلامت معنوی با ارائه منابع حمایتی و ایجاد حس امیدواری، می‌تواند سازگاری روان‌شناختی را بهبود بخشد. در واقع، دین و معنویت می‌توانند با ارائه چارچوبی برای تفسیر معنا و علل رویدادهای نامطلوب و همچنین ترویج دیدگاهی امیدوارانه نسبت به زندگی، به طور قابل توجهی بر سازگاری افراد با شرایط استرس‌زا تأثیر بگذارند. تعهد مذهبی به عنوان یک سپر محافظ در برابر استرس عمل می‌کند و اثرات منفی استرس مراقبت را بر سلامت مراقبین کاهش می‌دهد (۵۴-۵۶).

مطالعه حاضر همچنین تأکید می‌کند که سلامت معنوی می‌تواند نقش حفاظتی یا حمایتی ارزشمندی در تقویت سلامت روان ایفا کند. نتایج مطالعات مشابه، از جمله پژوهش خسروی و همکاران (۲۰۲۲)، اثربخشی مداخلات مبتنی بر معنویت را در کاهش استرس، اضطراب و افسردگی مراقبین خانوادگی بیماران روانی نشان داده‌اند (۶). همچنین، پژوهش سوزا^{۱۳} و همکاران (۲۰۱۷) خاطرنشان می‌کند که مؤلفه‌های معنوی و حمایتی، بار مراقبین را تا حدی کاهش می‌دهند (۷). مطابق نظریه سلامت معنوی سازمان بهداشت جهانی، معنویت بعد چهارم سلامت انسان محسوب می‌شود که ادغام سایر ابعاد سلامت را تسهیل نموده و مقاومت روانی افراد را در برابر بحران‌ها افزایش می‌دهد. این دیدگاه در مطالعات مختلف تأیید شده است؛ به نحوی که حضور باورها و مناسک معنوی در مراقبین، به عنوان منابع مقابله‌ای محافظت‌کننده در برابر مشکلات روانی عمل کرده و حتی موجب کاهش علائم افسردگی می‌شود (۳۲، ۳۴، ۳۵).

با این حال، برخی پژوهش‌ها به فقدان ارتباط معنادار یا حتی نتایج متناقض در زمینه ارتباط معنویت و سلامت روان اشاره کرده‌اند و این امر ضرورت انجام مطالعات کیفی و بومی‌سازی ابزارهای سنجش سلامت معنوی برای جمعیت‌های مختلف را نشان می‌دهد (۲۹، ۳۰، ۳۳، ۴۲، ۴۳). در نتیجه، دین و سازگاری مذهبی به عنوان منابع ارزشمندی برای افزایش توانایی افراد در مقابله با عوامل استرس‌زای مرتبط با مراقبت پیشنهاد شده‌اند. علاوه بر این، افرادی که خود را مذهبی‌تر می‌دانند، اغلب حمایت، تایید و تشویق بیشتری را از شبکه‌های اجتماعی خود گزارش می‌دهند که می‌تواند با ایجاد حس امنیت و

14. Lalani

13. Souza

جمعیت‌ها و زمینه‌های متفاوت را کاهش می‌دهد و نیازمند احتیاط در انجام چنین تعمیم است.

نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش نشان داد که میان سلامت معنوی و سطوح افسردگی، اضطراب و استرس در مراقبین افراد مبتلا به اختلالات روانی، رابطه معکوس معناداری وجود دارد. با توجه به شیوع بالای مشکلات روان‌شناختی در میان مراقبین این بیماران و اهمیت حفظ و بهبود سلامت روان آن‌ها، توصیه می‌شود سلامت معنوی به عنوان یک منبع حمایتی مقرون‌به‌صرفه و قابل‌دسترس، در میان مراقبان خانوادگی بیماران دارای اختلالات روانی مورد توجه و ترویج قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از شرکت‌کنندگان در این پژوهش قدردانی کنند.

تضاد منافع

هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

منابع

1. Cheng WL, Chang CC, Griffiths MD, Yen CF, Liu JH, Su JA, et al. Quality of life and care burden among family caregivers of people with severe mental illness: mediating effects of self-esteem and psychological distress. *BMC Psychiatry*. 2022;22(1):672.
2. Acharya B, Maru D, Schwarz R, Citrin D, Tenpa J, Hirachan S, et al. Partnerships in mental healthcare service delivery in low-resource settings: developing an innovative network in rural Nepal. *Global Health*. 2017;13(1):2.
3. Koenig HG, Carey LB. Religion, spirituality and health research: warning of contaminated scales. *J Relig Health*. 2024;63(5):3729-43.
4. Ryff CD. Spirituality and well-being: theory, science, and the nature connection. *Religions (Basel)*. 2021;12(11):914.
5. Boland CL. The relationship between spirituality and depression in family caregivers of the elderly [Master's thesis]. Allendale: Grand Valley State University; 1990.
6. Khosravi F, Fereidooni-Moghadam M, Mehrabi T, Moosavizade SR. The effect of a spirituality-based program on stress, anxiety, and depression of caregivers of patients with mental disorders in Iran. *J Relig Health*. 2022;61(1):93-108.
7. Souza ALR, Guimaraes RA, de Araujo Vilela D, de Assis RM, de Almeida Cavalcante Oliveira LM, Souza MR, et al. Factors associated with the burden of family caregivers of patients with mental disorders: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*. 2017;17(1):353.
8. Rostami K, Khatereh M, Moghadam H, Doukohaki S, Sadra QJ. Comparison of the effect of spiritual therapy and spiritual emotional freedom technique on resilience and hope in patients with colorectal cancer: a quasi-experimental study. *J Relig Health*. 2025;13(1):79-89. Persian.
9. Shamsaei K, Kakaei S, Sadra HJ. Identifying

با ارائه معنا، هدف و امیدواری به زندگی، تاب‌آوری مراقبان را در مقابل استرس‌های مزمن افزایش می‌دهد. افزون‌براین، حمایت اجتماعی و خانوادگی برای مراقبان، به‌ویژه در چارچوب باورها و شبکه‌های معنوی، اثر چشمگیری بر بهبود کیفیت زندگی و سلامت روان دارد. با این وجود، ضرورت دارد مداخلات هدفمند برای تقویت سلامت معنوی در برنامه‌های حمایتی مراقبین لحاظ شود (۲۹، ۳۰، ۳۳). در مجموع، یافته‌های این مطالعه و سایر شواهد، اهمیت توجه به سلامت معنوی به عنوان یک راهکار مقرون‌به‌صرفه و قابل‌پیاپی‌سازی برای کاهش مشکلات روان‌شناختی مراقبین خانوادگی بیماران روانی را نشان می‌دهد.

محدودیت‌ها و پیشنهادات

با توجه به برخی محدودیت‌های این مطالعه نظیر حجم نمونه و تمرکز جغرافیایی، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده با نمونه‌های بزرگ‌تر و روش‌های طولی، میزان اثربخشی مداخلات معنوی بر بار روانی مراقبین به‌طور دقیق‌تر بررسی شود.

این مطالعه به دلیل حجم نمونه محدود و تمرکز بر یک منطقه جغرافیایی خاص، با محدودیت‌هایی مواجه است که اعتبار عمومیت دادن نتایج به سایر

- different dimensions of spiritual health affecting physical health recovery in patients with COVID-19: a qualitative study. *J Relig Health*. 2023;11(3):321-32. Persian.
10. Mostafa A, Abbas Z. The relationship between spiritual needs and resilience on quality of life in diabetic patients. *J Relig Health*. 2021;19(4):337-48. Persian.
 11. Asano R, Kellogg A, Sulmasy D, Anderson KM, Nolan MT. Religious involvement, depressive symptoms, and burden in caregivers of terminally ill patients. *J Hosp Palliat Nurs*. 2021;23(3):271-6.
 12. Akbari M, Alavi M, Irajpour A, Maghsoudi J. Challenges of family caregivers of patients with mental disorders in Iran: a narrative review. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2018;23(5):329-37. Persian.
 13. Asadi P, Fereidooni-Moghadam M, Dashtbozorgi B, Masoudi R. Relationship between care burden and religious beliefs among family caregivers of mentally ill patients. *J Relig Health*. 2019;58(4):1125-34.
 14. Phillips R, Durkin M, Engward H, Cable G, Iancu M. The impact of caring for family members with mental illnesses on the caregiver: a scoping review. *Health Promot Int*. 2023;38(3):daac049.
 15. Rambod M, Sharif F, Molazem Z, Khair K, von Mackensen S. Health-related quality of life and psychological aspects of adults with hemophilia in Iran. *Clin Appl Thromb Hemost*. 2018;24(7):1073-81.
 16. Dehbozorgi R, Fereidooni-Moghadam M, Shahriari M, Moghimi-Sarani E. How can healthcare providers involve with families in the care of patients with chronic mental illness? A mixed methods protocol study to adapt the clinical practice guideline. *J Educ Health Promot*. 2023;12:424.
 17. Dehbozorgi R, Shahriari M, Fereidooni-Moghadam M, Moghimi-Sarani E. The adaptation of clinical practice guideline recommendations regarding family-centered collaborative care of people living with schizophrenia, major depressive disorder, and bipolar mood disorder in the Iranian context: using the resource toolkit for guideline adaptation. *BMC Palliat Care*. 2025;24(1):69.
 18. Dehbozorgi R, Fereidooni-Moghadam M, Shahriari M, Moghimi-Sarani E. Development of a clinical guideline for family-centered collaborative care in patients with chronic mental disorders. *Eur Psychiatry*. 2023;66(Suppl 1):S891.
 19. Artificial intelligence in the field of mental health: a systematic review. *BMC Psychiatry*. 2025;25(1):132.
 20. Navidian A, Bahari F. Burden experienced by family caregivers of patients with mental disorders. *Pak J Psychol Res*. 2008;23(1):19-28.
 21. Navidian A, Kermansaravi F, Rigi SN. The effectiveness of a group psycho-educational program on family caregiver burden of patients with mental disorders. *BMC Res Notes*. 2012;5:399.
 22. Sharma R, Sharma SC, Pradhan SN. Assessing caregiver burden in caregivers of patients with schizophrenia and bipolar affective disorder in Kathmandu Medical College. *J Nepal Health Res Counc*. 2018;15(3):258-63.
 23. Pahlavanzadeh S, Navidian A, Yazdani M. The effect of psycho-education on depression, anxiety and stress in family caregivers of patients with mental disorders. *J Kermanshah Univ Med Sci*. 2010;14(3). Persian.
 24. Van Der Sanden RL, Bos AE, Stutterheim SE, Pryor JB, Kok G. Stigma by association among family members of people with a mental illness: a qualitative analysis. *J Community Appl Soc Psychol*. 2015;25(5):400-17.
 25. Sharifi M, Fatehizade M. Correlation between religious coping with depression and caregiver burnout in family caregivers. *Mod Care J*. 2012;9(4):1-7. Persian.
 26. Ghanei M, Chilosi M, Mohammad Hosseini Akbari H, Motiei-Langroudi R, Harandi AA, Shamsaei H, et al. Use of immunohistochemistry techniques in patients exposed to sulphur mustard gas. *Patholog Res Int*. 2011;2011:659603.
 27. Hosseini SH, Sheykhmounesi F, Shahmohammadi S. Evaluation of mental health status in caregivers of patients with chronic psychiatric disorders. *Pak J Biol Sci*. 2010;13(7):325-9.
 28. Ampalam P, Gunturu S, Padma V. A comparative study of caregiver burden in psychiatric illness and chronic medical illness. *Indian J Psychiatry*. 2012;54(3):239-43.
 29. Ribe JM, Salamero M, Perez-Testor C,

- Mercadal J, Aguilera C, Cleris M. Quality of life in family caregivers of schizophrenia patients in Spain: caregiver characteristics, caregiving burden, family functioning, and social and professional support. *Int J Psychiatry Clin Pract.* 2018;22(1):25-33.
30. Shamsaei F, Mahmoodi Z, Cheraghi F, Haghghi M. The relationship between social support and general health in family caregivers of patients with mental illnesses. *Iran J Psychiatr Nurs.* 2017;5(1):40-6. Persian.
31. Narasipuram S, Kasimahanti S. Quality of life and perception of burden among caregivers of persons with mental illness. *Arch Ment Health.* 2012;13(2):99-103.
32. Khodabakhshi Koolae A, Heidari S, Khoshkonesh A, Heidari MJ. Relationship between spiritual intelligence and resilience to stress in preference of delivery method in pregnant women. *J Obstet Gynecol Infertil.* 2013;16(58):8-15. Persian.
33. Kiani J, Hajiuni A, Gholizadeh F, Abbasi F. Efficacy of cognitive-behavioral therapy and hope therapy on quality of life, life expectancy and resiliency in patients with thalassemia. *J Shahid Sadoughi Univ Med Sci.* 2019;27(4):1482-95. Persian.
34. Bolhari J, Naziri G, Zamanian S. Effectiveness of spiritual group therapy in reducing depression, anxiety, and stress of women with breast cancer. *J Relig Health.* 2012;3(9):87-117. Persian.
35. Nakau M, Imanishi J, Imanishi J, Watanabe S, Imanishi A, Baba T, et al. Spiritual care of cancer patients by integrated medicine in urban green space: a pilot study. *Explore (NY).* 2013;9(2):87-90.
36. de Jager Meezenbroek E, Garssen B, van den Berg M, van Dierendonck D, Visser A, Schaufeli WB. Measuring spirituality as a universal human experience: a review of spirituality questionnaires. *J Relig Health.* 2012;51(2):336-54.
37. Behdar MR, Sheikh R. Investigating the effect of Salat (Muslim prayer) on mental health in the results of clinical studies: a mini review. *Sport Sci Health Res.* 2023;15(2):267-74. Persian.
38. Saedmoucheshi S, Khaledian M, Rasoulabadi M. Investigating the relationship between spiritual health and the level of depression, anxiety and stress of pregnant women. *J Relig Health.* 2023;21(3):1-10. Persian.
39. Weber SR, Pargament KI. The role of religion and spirituality in mental health. *Curr Opin Psychiatry.* 2014;27(5):358-63.
40. Barbe C, Jolly D, Morrone I, Wolak-Thierry A, Drame M, Novella JL, et al. Factors associated with quality of life in patients with Alzheimer's disease. *BMC Geriatr.* 2018;18(1):159.
41. Fabbris JL, Mesquita AC, Caldeira S, Carvalho AMP, Carvalho EC. Anxiety and spiritual well-being in nursing students: a cross-sectional study. *J Holist Nurs.* 2017;35(3):261-70.
42. Leung CH, Pong HK. Cross-sectional study of the relationship between the spiritual wellbeing and psychological health among university students. *PLoS One.* 2021;16(4):e0249702.
43. Lun KW, Chan C, Ip PK, Ma SY, Tsai W, Wong C, et al. Depression and anxiety among university students in Hong Kong. *Hong Kong Med J.* 2018;24(5):466.
44. Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behav Res Ther.* 1995;33(3):335-43.
45. RahimianBoogar I, Tabatabaee S, Nikaeen N. The comparison of the resiliency and psychological risk factors between the youth of smokers and non-smokers. *J Rafsanjan Univ Med Sci.* 2015;13(8):655-68. Persian.
46. Pirasteh MA, Nikmanesh Z. The relationship of spirituality with the pain and quality of life in patients with HIV/AIDS. *J Relig Health.* 2012;17(4):337-48. Persian.
47. Aminayi M, Asghari Ebrahimabad MJ, Azadi M, Soltani Shal R. Reliability and validity of Farsi version of Parsian and Dunning spirituality questionnaire. *J Fundam Ment Health.* 2015;17(3):156-61. Persian.
48. Eloia SC, Oliveira EN, Lopes MVO, Parente JRF, Eloia SMC, Lima DDS. Family burden among caregivers of people with mental disorders: an analysis of health services. *Cien Saude Colet.* 2018;23(9):3001-11.
49. Steele A, Maruyama N, Galyunker I. Psychiatric symptoms in caregivers of patients with bipolar disorder: a review. *J Affect Disord.* 2010;121(1-2):10-21.
50. Goldstein TR, Miklowitz DJ, Richards JA. Expressed emotion attitudes and

- individual psychopathology among the relatives of bipolar patients. *Fam Process*. 2002;41(4):645-57.
51. Goodarzi N, Mohammadi Shahboulaghi F, Rahgoi A, Biglarian A. Prediction of depression, anxiety and stress in familial observers of patients with dementia based on family performance. *Iran J Rehabil Res*. 2018;4(2):44-52. Persian.
52. Bastani F, Alijanpoor Agha Maleki M, Hosseini SS, Salehabadi S, Ghezlbash S. Relationship between general health and burden in female caregivers of patients with Alzheimer disease. *J Sabzevar Univ Med Sci*. 2015;21(6):1134-43. Persian.
53. Soltannezhad F, Pishgooie SAH, Nezamoleslami S. The effect of Roy adaptation model-based training on depression, anxiety and stress in home caregivers of mental patients. *J Mil Med*. 2020;22(5):431-40. Persian.
54. Simoni JM, Martone MG, Kerwin JF. Spirituality and psychological adaptation among women with HIV/AIDS: implications for counseling. *J Couns Psychol*. 2002;49(2):139-46.
55. Meraviglia MG. Prayer in people with cancer. *Cancer Nurs*. 2002;25(4):326-31.
56. Triana L, Sudjatmiko I. The role of religious coping in caregiving stress. *Religions*. 2021;12(6):440.
57. Pearce MJ. A critical review of the forms and value of religious coping among informal caregivers. *J Relig Health*. 2005;44(1):81-117.
58. Khademvatani K, Aghakhani N, Esm HG, Hazrati A, Alinezhad V, Nazari H, et al. Study of relationship between spiritual health, anxiety and depression in acute myocardial infarction patients hospitalized in seyedoshohada hospital in urmia. *Urmia Med J*. 2015;25(12):1092-101. Persian.
59. Lalani N, Duggleby W, Olson J. Spirituality among family caregivers in palliative care: an integrative literature review. *Int J Palliat Nurs*. 2018;24(2):80-91.