Islam and Health Journal
Babol University of Medical Sciences

دانشگاه علوم پزشکی بابل، نشریه اسلام و سلامت
دوره دوم، شماره سوم و چهارم، پاییز و زمستان ۹۴، صفحه: ۴۷-۴۲

بررسی ارتباط بین اضطراب قبل از عمل جراحی و اعتقادات مذهبی

دریافت مقاله: ۹۵/۹/۵ پذیرش مقاله: ۹۶/۲/۲۵

زهرا براتی (MD)[۱]
مجید محمدیان (MD)[۱*]
غلامحسین جعفری (PhD)[۲]
محرم کرمی جوشن (MA)[۳]
سیامک محبی (PhD)[۴]

۱. دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.
۲. دفتر نهاد مقام معظم رهبری، دانشگاه فرهنگیان، ساری، ایران.
۳. معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.
۴. مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.

*نویسنده مسئول: مجید محمدیان
دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.

Email:
m.mohammadiyan45@gmail.com

چکیده

سابقه و هدف: بیماران منتظر عمل جراحی اغلب دچار ترس و اضطراب می‌شوند که این موارد باعث افزایش درد و بی‌ثباتی علایم حیاتی می‌گردد. در این بین اعتقادات مذهبی یک جایگزین مناسب برای کاهش اضطراب می‌باشد. هدف این مطالعه، تعیین ارتباط بین اضطراب قبل از عمل جراحی و اعتقادات مذهبی در بیماران بستری در بیمارستان‌های منتخب شهر قم است.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر از نوع مطالعه مقطعی است که ۳۲۲ بیمار از بیماران منتظر عمل جراحی در سه مرکز آموزشی درمانی شهر قم به روش نمونه گیری در دسترس شرکت کردند. ابزار گردآوری داده‌ها، دو پرسشنامه استاندارد اضطراب همیلتون (۱۴ سوال) و پرسشنامه محقق ساخته روا و پایای اعتقادات مذهبی (۱۴ سوال) بود که توسط پرسشگران دوره دیده تکمیل شد. داده‌ها در نهایت توسط شاخص‌های توصیفی و نیز آزمون‌های T مستقل، ANOVA و ضریب همبستگی پیرسون در سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ تحلیل شد.

یافته‌ها: میانگین و انحراف معیار اضطراب بیماران ۶/۴۲±۱۰/۱۳ نمره بود. به طوری که ۱/۹٪ (۷ نفر) بدون اضطراب، ۸۶٪ (۳۱۴ نفر) دارای اضطراب کم و ۱۲/۱٪ (۴۴ نفر) دارای اضطراب متوسط بودند. همچنین مشخص شد میانگین و انحراف معیار نمره اعتقاد مذهبی ۴/۱۸±۳۴/۳۰ نمره بود به طوری که ۲/۵٪ (۹ نفر) دارای اعتقاد مذهبی کم، ۲۷/۱٪ (۹۹ نفر) دارای اعتقاد مذهبی متوسط و ۷۰/۴٪ (۲۵۷ نفر) دارای اعتقاد مذهبی خوب بودند. آزمون ضریب همبستگی پیرسون، همبستگی معکوس و معنی‌داری را بین اضطراب قبل از عمل جراحی با اعتقادات مذهبی نشان داد (P=۰/۰۰۲ و P=-۰/۱۵۸).

نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه حاکی از ارتباط اضطراب قبل از عمل جراحی با اعتقادات مذهبی بود و با افزایش نمره اعتقادات مذهبی، اضطراب کاهش می‌یافت.

واژه‌گان کلیدی: اضطراب، اعتقادات مذهبی، عمل جراحی

مقدمه

فلسفه علم معاصر، مرز بندی‌های شدید بین علم و دیگر اشکال دانستن بشر را فرو ریخته است. گرچه علم و مذهب با هم تفاوت دارند اما نمی‌توانند قاطعانه از هم جدا شوند یا در تقابل با هم باشند (۱). تحقیقات مشترک بین گروه‌های مذهبی و حرفه‌ای در زمینه سلامت روان و پزشکی دریافته‌اند که معنویت و نگرش مذهبی با نتایج مثبتی در سلامت جسم و روان همراه هستند (۲و ۳). نتایج مطالعات مروری سیستماتیک و متاآنالیز نیز نشان داده‌اند که مداخله مذهبی و معنویت با نتایج بهتری در سلامت همراه است (۴). همچنین چندین مطالعه اثر مداخلات معنوی و مذهبی را بر بهبود سوء مصرف مواد بررسی کردند (۶-۴). به علاوه یافته‌های مطالعات نشان دهنده تاثیرگذاری جهت گیری مذهبی و معنوی روانشناسان بالینی و دانشجویان گروه پزشکی در اقدامات درمانی آنها است (۷). بنابراین یافته‌های متعددی آشکارا از توجه مقتضی به معنویت در درمان حمایت می‌کنند. با وجود آنکه نیاز به پرداختن به مسائل مذهبی و معنوی در درمان بیش از گذشته در حال آشکار شدن است همچنان یک مقاومت سنتی توسط بسیاری از پزشکان بر روی انواع زمینه‌های شخصی و حرفه‌ای وجود دارد (۸). اما مطالعات جدید استفاده از مقابله‌ی مذهبی در طول حوادث استرس‌زایی چون سرطان و عمل جراحی، پیوند کلیه را بررسی کرده و نشان داده‌اند که استفاده از مقابله مذهبی عموماً با تطابق بیشتری همراه است و می‌تواند بر بقای بیماران و بهبودی آنها موثر باشد (۱۰و۹). در این بین اضطراب قبل از عمل جراحی یکی از ناخوشایندترین تجارب ناشی از جراحی است (۱۱). اضطراب قبل از عمل جزء احساسات آگاهانه درک شده و ذهنی است، دلهره و استرس همراه با برانگیختگی سیستم عصبی خودکار که باعث تغییرات فیزیکی و روانی، از جمله تغییرات در ضربان قلب، فشار خون، تعداد نفس و همچنین احساس فشار، ترس و عدم اطمینان می‌شود (۱۲). این به نوبه خود ممکن است باعث افزایش درد پس از عمل، طولانی شدن دوره بهبودی پس از عمل و افزایش احتمال بروز عوارض گردد (۱۳). اضطراب نیز نقش مهمی در افزایش خطر ابتلا به عفونت و کاهش پاسخ سیستم ایمنی بدن ایفا کند (۱۴). همچنین می‌تواند طول عمل و مقدار داروهای آرام بخش مورد نیاز را افزایش دهد (۱۵). بنابراین برای کاهش ناراحتی عاطفی قبل و بعد از عمل و انجام یک مداخله‌ی موثر، توجه به اضطراب و ترس بیماران اهمیت دارد (۱۶). با توجه به عوارض ناشی از مصرف آرام‌بخش‌ها بر سیستم‌های تنفسی و قلبی عروقی و کاهش فشار خون و دمای مرکزی بدن (۱۷)،

[Downloaded from iahj.ir on 2026-11-14]

وجود اضطراب و عدم علاقه به مصرف دارو جهت کاهش اضطراب قبل از عمل (۱۹و ۱۸) در دهه‌های اخیر، علاقه رو به رشد به طب مکمل ایجاد شده است (۱۶). در میان جایگزین‌های غیر دارویی کاهنده اضطراب، مطالعات کمتری بر موضوع مذهب شده است لذا این مطالعه با هدف تعیین ارتباط بین اضطراب قبل از عمل جراحی و اعتقادات مذهبی در بیماران بستری در بیمارستان‌های منتخب شهر قم طراحی و اجرا شده است.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر از نوع مقطعی و به صورت توصیفی تحلیلی انجام شد. در این مطالعه ۳۲۲ نفر از بیماران منتظر عمل جراحی در سه مرکز آموزشی درمانی شهید بهشتی، کامکار-عرب نیا و نکویی-هدایتی شهر قم در سال ۱۳۹۴ از طریق روش نمونه گیری در دسترس وارد مطالعه شدند. معیارهای ورود در مطالعه شامل داشتن سن بالای ۱۵ سال، داشتن عمل جراحی، داشتن شرایط فیزیکی مناسب و با ثبات، داشتن تمایل به همکاری در پر کردن پرسشنامه‌ها بود و معیارهای خروج از مطالعه شامل عدم تمایل بیمار در ادامه کار، داشتن تب در زمان جمع‌آوری اطلاعات، داشتن درد در زمان جمع‌آوری اطلاعات و داشتن عدم ثبات روحی روانی بودند.

جهت گردآوری داده از پرسشگر آموزش دیده همجنس با بیمار استفاده شد بدین منظور ۵ نفر از دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی قم در جلسه توجیهی نحوه تکمیل پرسشنامه های اضطراب و اعتقادات مذهبی شرکت نموده و طی چهار ماه، روز قبل از عمل جراحی در بخش های جراحی عمومی سه مرکز آموزشی-درمانی حضور یافتند و پس از موافقت اگاهانه افراد شرکت کننده، اطلاعات مورد نظر در روز قبل از عمل جراحی (۲۴ ساعت قبل از عمل جراحی) گردآوری گردید.

جهت گردآوری داده‌ها از پرسشنامه استاندارد اضطراب همیلتون و پرسشنامه محقق ساخته اعتقادات مذهبی استفاده گردید. پرسشنامه همیلتون شامل ۱۴ سوال بوده و هر مورد بر اساس مقیاس ۵ درجه‌ای بر حسب شدت اضطراب سنجیده می‌شود و نمره صفر تا ۴ به هر سوال تعلق می‌گیرد. نمره صفر نشان دهنده عدم وجود آن علامت و نمره ۴ نشان دهنده شدت همان علامت در فرد می‌باشد. لذا دامنه نمره این پرسشنامه بین ۵۶-۰ می‌باشد و نمرات بالاتر نشان دهنده اضطراب بیشتر می‌باشد. برای این پرسشنامه نقطه برشی تعریف نشده است لذا در این مطالعه جهت درک بهتر میزان اضطراب، نمره صفر به معنی عدم اضطراب، نمره ۱۸/۶-۰ به معنی اضطراب خفیف، نمره ۳۷/۲-۱۸/۶ به معنی اضطراب متوسط و نمره ۵۶-۳۷/۲ به منزله اضطراب شدید تعریف گردید. روایی این ابزار در مطالعات قبلی تأیید شده و در خصوص پایایی، همبستگی این ابزار با پرسشنامه اضطراب بک، ۰/۶ و با پرسشنامه SCL-90 ۰/۷۳ و با ارزیابی بالینی، ۰/۷۷گزارش شده است (۲۰).

برای ارزیابی اعتقادات مذهبی از پرسشنامه محقق ساخته استفاده گردید. این پرسشنامه بعد از بررسی‌های صورت گرفته با توجه منابع اطلاعاتی موجود و در دسترس از طریق تهیه بانک سوالات ابتدایی توسط کارشناس مذهبی بر اساس آیات قرآن کریم آماده شده و روایی آن توسط ۷ نفر از اساتید خبره در ابزار سازی دانشگاه علوم پزشکی قم بررسی و بعد از اصلاحات صورت گرفته توسط روش آزمون بازآزمون مجدد طی دو هفته پایایی آن بررسی و ضریب ۰/۷۸ به دست آمد. سوالات به دست آمده جهت مطالعه اصلی در این قسمت ۱۴ سوال بود که به شکل ۳ گزینه‌ای طراحی شده بود و بر حسب پاسخ نمره ۱ تا ۳ به هر سوال تعلق می‌گرفت. لذا دامنه قابل اکتساب این پرسشنامه ۴۲-۱۴ نمره بود. جهت طبقه بندی این پرسشنامه هم نمره ۲۳/۳-۱۴ به منزله اعتقاد پایین، نمره ۳۲/۶-۲۳/۳ به منزله اعتقاد متوسط و نمره ۴۲-۳۲/۶ به منزله اعتقاد بالا تعریف گردید. جهت رعایت ملاحظات اخلاقی، بیماران با آگاهی از اهداف مطالعه و با رضایت کامل در مطالعه شرکت کردند و نیازی به درج مشخصات فردی آنان در پرسشنامه نبود. در نهایت داده‌ها توسط نرم افزار آماری SPSS نسخه ۱۹ توسط شاخص‌های توصیفی بررسی و با استفاده از آزمون‌های آماری T مستقل، ANOVA، دانکن و ضریب همبستگی پیرسون تجزیه و تحلیل شد. سطح معنی‌داری آزمون‌های به کار رفته کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در این مطالعه ۶۰/۹٪ (۱۹۶ نفر) نمونه‌ها مرد و مابقی یعنی ۳۹/۱٪ (۱۲۶ نفر) زن بودند. ۲۳/۹٪ (۷۷ نفر) نمونه‌ها بی سواد، ۲۸٪ (۹۰ نفر) دارای تحصیلات ابتدایی، ۲۰/۵٪ (۶۶ نفر) دارای تحصیلات راهنمایی، ۱۸/۶٪ (۶۰ نفر) دارای تحصیلات متوسطه و ۹٪ (۲۹ نفر) دارای تحصیلات دانشگاهی بودند. میانگین و انحراف معیار سن بیماران مورد بررسی ۱۵/۱۲±۴۳/۷۰ سال بود (جدول ۱).

در این مطالعه مشخص شد که میانگین و انحراف معیار اضطراب بیماران ۶/۴۲±۱۰/۱۳ نمره بود. حداقل نمره اضطراب، صفر و حداکثر نمره اضطراب به دست آمده در مطالعه، ۳۳ نمره بود به طوری که ۱/۹٪ (۷ نفر) بدون اضطراب، ۸۶٪ (۳۱۴ نفر) دارای اضطراب کم و ۱۲/۱٪ (۴۴ نفر) دارای اضطراب متوسط بودند. ضمناً هیچ یک از نمونه‌ها دارای اضطراب شدید نبودند. همچنین مشخص شد میانگین و انحراف معیار نمره اعتقاد مذهبی ۴/۱۸±۳۴/۳۰ نمره با حداقل نمره ۱۹ و حدکثر ۴۲ نمره بود به طوری که ۲/۵٪ (۹ نفر) دارای اعتقاد مذهبی کم، ۲۷/۱٪ (۹۹ نفر) دارای اعتقاد مذهبی متوسط و ۷۰/۴٪ (۲۵۷ نفر) دارای اعتقاد مذهبی خوب بودند.

جدول ۱: مقایسه میانگین و انحراف معیار اضطراب* بر حسب جنس و تحصیلات

متغیر	Mean±SD	Pvalue
جنس		
مرد	۸/۶۶±۵/۸۱	P<۰/۰۰۱
زن	۱۲/۱۵±۶/۵۰	
تحصیلات		
بی سواد	۹/۷۶±۶/۱۹	P=۰/۸۳۴
ابتدایی	۱۰/۱۲±۵/۶۷	
راهنمایی	۹/۵۷±۵/۵۴	
متوسطه	۱۰/۱۶±۷/۷۳	
دانشگاهی	۱۱/۱۷±۷/۱۳	

* دامنه نمره اضطراب بین صفر تا ٥٦ نمره بود.

آزمون T مستقل نشان داد که بین دو جنس بر حسب میزان اضطراب و نیز اعتقادات مذهبی اختلاف معنی‌داری وجود داشت (P<۰/۰۰۱) (جدول ۱ و ۲).

[Downloaded from iahj.ir on 2026-11-14]

آزمون ANOVA اختلاف معنی‌داری را بر حسب سطح تحصیلات در میزان اضطراب بیماران نشان نداد (P=۰/۸۳۴)؛ اما این آزمون بر حسب سطح تحصیلات اختلاف معنی‌داری را در میانگین نمره اعتقادات مذهبی بیماران نشان داد (P<۰/۰۰۱) به طوری که آزمون تعقیبی دانکن نشان داد که افراد دارای تحصیلات بی سواد و ابتدایی به طور معنی‌داری بیشتر از سایر گروه‌ها دارای اعتقادات مذهبی و افراد دارای تحصیلات راهنمایی و متوسطه به طور معنی‌داری کمتر از گروه‌های دیگر دارای اعتقادات مذهبی بودند (جدول ۲).

جدول ۲: مقایسه میانگین و انحراف معیار اعتقادات مذهبی* بر حسب جنس و تحصیلات

متغیر	Mean±SD	Pvalue
جنس		
مرد	۳۳/۴۲±۴/۵۹	P<۰/۰۰۱
زن	۳۵/۰۳±۳/۳۰	
تحصیلات		
بی سواد	۳۴/۸۴±۳/۲۶	P<۰/۰۰۱
ابتدایی	۳۵/۲۴±۳/۸۹	
راهنمایی	۳۲/۵۴±۴/۵۴	
متوسطه	۳۲/۹۳±۴/۹۹	
دانشگاهی	۳۴/۰۶±۳/۲۶	

* دامنه نمره اعتقادات مذهبی بین ۱۴ تا ۴۲ نمره بود.

آزمون ضریب همبستگی پیرسون نشان داد بین سن و اضطراب قبل از عمل جراحی همبستگی معکوس معنی‌داری وجود داشت (P=۰/۰۳۱ و P=-۰/۱۲۰). این آزمون همبستگی مستقیم معنی‌داری بین سن با میزان اعتقادات مذهبی نشان داد (P<۰/۰۰۱ و r=۰/۲۱۲). همچنین آزمون ضریب همبستگی پیرسون، همبستگی معکوس و معنی‌داری را بین اضطراب قبل از عمل جراحی با اعتقادات مذهبی نشان داد (P=۰/۰۰۲ و P=-۰/۱۵۸).

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر نشان داد که بالاتر بودن اعتقادات مذهبی در بیماران با اضطراب کمتر آنها قبل از عمل جراحی رابطه دارد به نحوی که با بالاتر بودن اعتقادات مذهبی میزان اضطراب کاهش معنی‌داری را نشان می‌دهد. مطالعات مختلفی همبستگی مثبت بین سلامت معنوی، جهت گیری مذهبی و اعتقادات دینی را با عملکرد بهتر جسمی روانی و خود ارزیابی سلامت بالاتر نشان داده‌اند (۲۱). به طوری که بین مذهبی بودن و بهبودی از عمل جراحی قلب رابطه معنی‌داری دیده شده و مشخص شده کسانی که اعتقادات مذهبی قوی‌تری داشته‌اند عوارض کمتر و مدت بستری کوتاه‌تری داشته‌اند (۲۲). مطالعه‌ی دیگری که ارتباط بین فعالیت مذهبی و افسردگی در افراد مسن خانه‌دار مبتلا به سرطان را بررسی کرد نشان داد که در میان سیاهپوستان مبتلا به سرطان، فعالیت مذهبی شامل انجام وظایف مذهبی، دلبستگی مذهبی و تماشا کردن یا گوش دادن به برنامه‌های مذهبی، با سطوح پایین‌تر از نشانه‌های افسردگی ارتباط دارد (۲۳).

به علاوه مشخص شده است که استفاده از اثر مقابله‌ی مذهبی به طور کلی، هم در مقطع خاص زمان و هم در طول زمان برای هر دو گروه بیماران و نزدیکانشان آثار تطابقی بهتری داشته است (۲۲و۱۰) و عادات مذهبی عامل محافظتی در برابر وابستگی به الکل می‌باشد (۲۴). دلایل وضعیت بهتر در بیمارانی که دارای اعتقادات بهتری می‌باشند را می‌توان در امید و هدف زندگی و نگرش و ترس کمتر از مرگ در بین افراد مذهبی جستجو نمود (۲۵).

با وجود همبستگی معنی‌دار بین عادات و رفتارها و اعتقادات مذهبی با سلامت و ابعاد آن، برخی مطالعات نیز چنین نتایجی را نشان نداده‌اند و گاهی نتایج مخالفی به دست آمده است. Kalkhoran و همکارانش در کاری مشابه با این مطالعه، رابطه بین اعتقادات مذهبی و اضطراب قبل از عمل را گزارش کردند اما این رابطه را معنادار ندانستند. همچنین در مطالعه Koenig و همکاران (۲۶) گوش کردن به برنامه‌های مذهبی رادیو و تلویزیون با سلامت جسمی رابطه منفی و برخلاف انتظار رابطه مثبت با افسردگی داشت. مطالعه حاضر نشان داد که سطح اعتقادات مذهبی در زنان با اختلاف معنی‌داری بالاتر از مردان است. مشابه این موضوع در چند مطالعه دیگر نشان داده شده که سطح اعتقادات مذهبی در زنان بیشتر از مردان بود (۲۸و۲۷). گرچه این تفاوت از نظر بالینی می‌تواند مهم تلقی نشود اما از نظر اپیدمیولوژیکی علت این اختلاف را می‌توان در تعامل بین اضطراب ناشی از عمل و ترس بیشتر در خانم‌ها توجیه نمود که احتمالاً به دلیل عدم درک بهتر از سوالات مذهبی ایجاد شده است. به هر حال مطالعه حاضر مطالعه‌ای مشاهده‌ای بود و از نظر تعیین رابطه علیتی بین اضطراب و اعتقاد مذهبی شاید نتواند دلیل محکمی بر علیت ارائه دهد اما می‌تواند دیدگاه کلی به دست دهد تا زمینه مطالعات مداخله‌ای در بالین بیماران و خصوصاً در بیماری‌های صعب العلاج با طول مدت بستری طولانی را فراهم نماید. این مطالعه به صورت مقطعی صورت گرفته لذا نمی‌تواند به تنهایی بیان کننده روابط علیتی بین متغیرها باشد. همچنین نتایج مطالعه بر اساس گزارش بیماران از وضعیت خود بوده و این موضوع می‌تواند درصدی از خطا را به همراه داشته باشد. این موارد از مهم‌ترین محدودیت‌های مطالعه حاضر است. مطالعه حاضر رابطه منفی معناداری بین اضطراب و اعتقادات مذهبی را نشان داد. با افزایش اعتقاد مذهبی از اضطراب بیماران منتظر عمل جراحی به طور معناداری کاسته گردید. این مطالعه از این فرضیه که اعتقادات مذهبی همبستگی معکوسی با میزان اضطراب در بیماران منتظر عمل جراحی دارد، حمایت می‌کند.

تقدیر و تشکر

نویسندگان بر خود واجب می‌دانند از تمامی کارکنان بیمارستان‌های شهید بهشتی، کامکار-عرب نیا و نکویی-هدایتی و نیز بیماران شرکت کننده در مطالعه که در طول مدت جمع آوری اطلاعات ما را یاری کردند خاضعانه تشکر کنند.

[Downloaded from iahj.ir on 2026-11-14]

References

1. Jones SL. A constructive relationship for religion with the science and profession of psychology: Perhaps the boldest model yet. American Psychologist. 1994; 49(3): 184.

2. Pardini DA, Plante TG, Sherman A, Stump JE. Religious faith and spirituality in substance abuse recovery: determining the mental health benefits. Journal of substance abuse treatment. 2000; 19(4): 347-54.

3. Hayward RD, Krause N, Ironson G, Hill PC, Emmons R. Health and Well-Being Among the Non-religious: Atheists, Agnostics, and No Preference Compared with Religious Group Members. Journal of religion and health. 2016: 1-14.

4. Yonker JE, Schnabelrauch CA, DeHaan LG. The relationship between spirituality and religiosity on psychological outcomes in adolescents and emerging adults: A meta-analytic review. Journal of adolescence. 2012; 35(2): 299-314.

5. Levin J. Religion and mental health: Theory and research. International Journal of Applied Psychoanalytic Studies. 2010; 7(2): 102-15.

6. Parsai M, Marsiglia FF, Kulis S. Parental monitoring, religious involvement and drug use among Latino and non-Latino youth in the Southwestern United States. British Journal of Social Work. 2010; 40(1): 100-14.

7. Hsiao YC, Chien LY, Wu LY, Chiang CM, Huang SY. Spiritual health, clinical practice stress, depressive tendency and health- promoting behaviours among nursing students. Journal of advanced nursing. 2010; 66(7): 1612-22.

8. Lannert JL. Resistance and countertransference issues with spiritual and religious clients. Journal of Humanistic Psychology. 1991; 31(4): 68-76.

9. Vallurupalli MM, Lauderdale MK, Balboni MJ, Phelps AC, Block SD, Ng AK, et al. The role of spirituality and religious coping in the quality of life of patients with advanced cancer receiving palliative radiation therapy. The journal of supportive oncology. 2012; 10(2): 81.

10. Mazzotti E, Mazzuca F, Sebastiani C, Scoppola A, Marchetti P. Predictors of existential and religious well-being among cancer patients. Supportive Care in Cancer. 2011; 19(12): 1931-7.

11. Bailey L. Strategies for decreasing patient anxiety in the perioperative setting. AORN journal. 2010; 92(4): 445-60.

12. Stuart GW. Handbook of Psychiatric Nursing: Elsevier Mosby; 2005.

13. Ozalp G, Sarioglu R, Tuncel G, Aslan K, Kadiogullari N. Preoperative emotional states in patients with breast cancer and postoperative pain. Acta anaesthesiologica Scandinavica. 2003; 47(1): 26-9.

14. Stirling L, Raab G, Alder EM, Robertson F. Randomized trial of essential oils to reduce perioperative patient anxiety: feasibility study. Journal of advanced nursing. 2007; 60(5): 494-501.

15. Pittman S, Kridli S. Music intervention and preoperative anxiety: an integrative review. International nursing review. 2011; 58(2): 157-63.

16. Negrete BJ. The use of music therapy in the emergency room for pain and anxiety management. 2011.

17. Kim MH, Lee JH. The effect of intravenous midazolam or atropine on spinal anesthesia-induced hypothermia in geriatric patients. Korean Journal of Anesthesiology. 2004; 46(2): 180-5.

18. Duggan M, Dowd N, O'Mara D, Harmon D, Tormey W, Cunningham AJ. Benzodiazepine premedication may attenuate the stress response in daycase anesthesia: a pilot study. Canadian journal of anaesthesia = Journal canadien d'anesthesie. 2002; 49(9): 932-5.

19. Hyde R, Bryden F, Asbury AJ. How would patients prefer to spend the waiting time before their operations? Anaesthesia. 1998; 53(2): 192-5.

20. Maier W, Buller R, Philipp M, Heuser I. The Hamilton Anxiety Scale: reliability, validity and sensitivity to change in anxiety and depressive disorders. Journal of affective disorders. 1988; 14(1): 61-8.

21. Krause N. Religious involvement, humility, and self-rated health. Social indicators research. 2010; 98(1): 23-39.

[Downloaded from iahj.ir on 2026-11-14]

22. Pelzang R. Religious Practice of the Patients and Families during Illness and Hospitalization in Bhutan, Jo. Citation Rinchen Pelzang (2010) Religious Practice of the Patients and Families during Illness and Hospitalization in Bhutan, Journal of Bhutan Studies. 2010; 22: 77-97.

23. Musick MA, Koenig HG, Hays JC, Cohen HJ. Religious activity and depression among community-dwelling elderly persons with cancer: the moderating effect of race. The journals of gerontology Series B, Psychological sciences and social sciences. 1998; 53(4): S218-27.

24. Burke A, Van Olphen J, Eliason M, Howell R, Gonzalez A. Re-examining religiosity as a protective factor: Comparing alcohol use by self-identified religious, spiritual, and secular college students. Journal of religion and health. 2014; 53(2): 305-16.

25. Aghababaei N, Sohrabi F, Eskandari H, Borjali A, Farrokhi N, Chen ZJ. Predicting subjective well-being by religious and scientific attitudes with hope, purpose in life, and death anxiety as mediators. Personality and Individual Differences. 2016; 90: 93-8.

26. Koenig HG, Hays JC, George LK, Blazer DG, Larson DB, Landerman LR. Modeling the cross-sectional relationships between religion, physical health, social support, and depressive symptoms. The American journal of geriatric psychiatry: official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry. 1997; 5(2): 131-44.

27. Contrada RJ, Goyal TM, Cather C, Rafalson L, Idler EL, Krause TJ. Psychosocial factors in outcomes of heart surgery: the impact of religious involvement and depressive symptoms. Health psychology: official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association. 2004; 23(3): 227-38.

28. Kalkhoran MA, Karimollahi M. Religiousness and preoperative anxiety: a correlational study. Annals of general psychiatry. 2007; 6: 17.

[Downloaded from iahj.ir on 2026-11-14]

Islam and Health Journal
Babol University of Medical Sciences

Babol Univ. of Med. Sciences
Islam and Health Journal/ 2015; 2(3,4): 42-47

The Relationship between Preoperative Anxiety and Religious Beliefs

Received: 25 Nov. 2016 Accepted: 15 May 2017

Barati Z (MD)[1]
Mohammadian M (MD)[1*]
Jaafari GhH (PhD)[2]
Karami Jooshan M (MA)[3]
Mohebi S (PhD)[4]

1. Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran.
2. The Office of the Supreme Leader, Farhangian University, Sari, Iran.
3. Health Deputy, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran.
4. Medical Education Development Center, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran.

[*]Corresponding Author:
Mohammadian M, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran.

Email:
m.mohammadiyan45@gmail.com

Abstract

Introduction: While waiting for surgery, patients often exhibit fear and anxiety, which may lead to increased pain and vital signs' instability. Religious involvement is an appropriate alternative to relieve anxiety. The purpose of this study was to determine the relationship between preoperative anxiety and religious beliefs for patients admitted to the selected hospitals in Qom.

Methods: This cross-sectional study was conducted on 322 patients waiting for surgery in three governmental hospitals in the city of Qom via available sampling method. Data were collected using two standard questionnaires of Hamilton Anxiety Scale (14 questions) and researcher-made religious beliefs (14 items) with reliability and validity, which were completed by trained interviewers. Finally, data were analyzed using descriptive statistics, independent T-test, ANOVA and Pearson correlation coefficients at the significant level of <0.05.

Findings: The mean±SD of anxiety was 10.13±6.42. Among them, 7(1.9%), 314 (86%) and 44 12.1% patients had no anxiety, low anxiety and moderate anxiety, respectively. The mean±SD of religious belief was 34.30±4.18 so that 9 (2.5%), 99 (27.1%) and 257 (70.4%) had low, moderate and good religious belief, respectively. Pearson correlation coefficient showed there was a significant and inverse correlation between preoperative anxiety and religious beliefs (P=0.002, P=-0.158).

Conclusion: The results indicated that there was a relationship between preoperative anxiety and religious beliefs, and anxiety was decreased with the increase of religious beliefs score.

Keywords: **Anxiety, Religious Beliefs, Surgery**

[Downloaded from iahj.ir on 2026-11-14]