مقاله پژوهشی اصیل

تبیین رابطه علی بین معنویت و اضطراب سلامت در پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه براساس نقش میانجیگر اجتناب شناختی

الهام توکلی[۱]، دانشجوی دکترای روان‌شناسی عمومی
*** فاطمه گلشنی[۲]، دکترای روان‌شناسی**
آنیتا باغداساریانس[۳]، دکترای روان‌شناسی

خلاصه

هدف. پژوهش حاضر با هدف ارزیابی مدل علی اضطراب سلامت براساس معنویت با میانجیگری اجتناب شناختی در پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه انجام شد.

زمینه. اضطراب سلامت به عنوان یکی از چالش‌های عمده روانی در محیط‌های درمانی، به‌ویژه در میان پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه که با فشارهای روانی و عاطفی بالایی مواجه هستند، تاثیرات مخربی بر عملکرد شغلی و سلامت فردی دارد.

روش کار. در این مطالعه توصیفی همبستگی، جامعه آماری شامل تمام پرستاران زن و مرد شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه شهر تهران (منطقه ۳) در بهار و تابستان سال ۱۴۰۳ بود، که از میان آنها، ۲۶۷ نفر به صورت نمونه‌گیری سهمیه‌ای غیرتصادفی انتخاب شدند و به پرسشنامه‌های اضطراب سلامت سالکوسکیس و همکاران، معنویت پارسیان و دونینگ، و اجتناب شناختی سکستون و داگاس پاسخ دادند. داده‌ها با روش معادلات ساختاری در نرم‌افزار آموس نسخه ۲۶ تحلیل شد.

یافته‌ها. نتایج مدل سازی نشان داد که مدل پیشنهادی، برازش مطلوبی با داده‌ها دارد و توانسته است ۶۷ درصد از واریانس اضطراب سلامت را در این جامعه تبیین کند. ضریب مسیر معنویت به اجتناب شناختی منفی و معنادار بود (β=-۰/۵۰۶ ،P≤۰/۰۰۱) و ضریب مسیر اجتناب شناختی به اضطراب سلامت مثبت و معنادار به دست آمد (β=۰/۵۶۹ ،P≤۰/۰۰۱). همچنین، اثر مستقیم معنویت بر اضطراب سلامت منفی و معنادار بود (β=-۰/۳۶۷ ،P≤۰/۰۰۱) و اثر غیرمستقیم معنویت بر اضطراب سلامت از طریق اجتناب شناختی برابر با β=-۰/۲۸۸ گزارش شد. اثر کل معنویت بر اضطراب سلامت نیز منفی و معنادار بود (β=-۰/۶۵۵ ،P≤۰/۰۰۱).

نتیجه‌گیری. معنویت و اجتناب شناختی دو مولفه محوری در تبیین اضطراب سلامت هستند. این نتایج بر اهمیت نقش هم‌زمان منابع معنوی درونی و راهبردهای شناختی در فهم ساختار اضطراب سلامت تاکید دارد و پشتوانه‌ای نظری برای طراحی مداخلات روان‌شناختی جهت ارتقای سلامت روان در پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه فراهم می‌آورد.

کلیدواژه‌ها: اجتناب شناختی، اضطراب سلامت، پرستار بخش مراقبت ویژه، معنویت

۱ دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی، گروه روان‌شناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
۲ استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران (*نویسنده مسئول)، پست الکترونیک:
fat.golshani@iauctb.ac.ir
۳ دانشیار، گروه روان‌شناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-11-10]

مقدمه

سیستم مراقبت سلامت یکی از ارکان بنیادین خدمت‌رسانی به جامعه است و در این میان، پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه به دلیل مواجهه مستمر با شرایط پیچیده بیماران بدحال، استفاده از تجهیزات پیشرفته حیات و تحمل فشارهای کاری مضاعف، نقشی حیاتی و در عین حال تنش‌زا (برای خودشان) بر عهده دارند (کو و همکاران، ۲۰۲۶؛ شوراکی و همکاران، ۲۰۲۶). ماهیت دشوار و استرس‌زای این بخش‌ها، پرستاران را بیش از سایرین مستعد تجربه انواع آسیب‌های روان‌شناختی از جمله اضطراب سلامت می‌سازد (دمیریورک و کوکایگیت، ۲۰۲۳؛ باقرزاده و همکاران، ۱۴۰۳). اضطراب سلامت که در پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی جایگزین مفهوم پیشین هایپوکوندریا شده است، به نگرانی یا ترس ناموجه و افراطی درباره ابتلا به یک بیماری جدی اطلاق می‌شود که با تفسیر سوء از تغییرات طبیعی بدن همراه است، با وجود اطمینان‌بخشی‌های پزشکی تداوم می‌یابد و بیش از شش‌ماه پایدار می‌ماند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۲۲). در میان گروه‌های شغلی آسیب‌پذیر، پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه با شیوع ۳۰ تا ۵۰ درصدی این اختلال مواجه هستند، زیرا مواجهه روزمره با بیماری‌های صعب‌العلاج و عفونی می‌تواند طرحواره‌های مرتبط با آسیب‌پذیری جسمی را در آنان فعال کند و منجر به سوءتفسیر نشانه‌های طبیعی بدن به‌عنوان علائم بیماری‌های تهدیدکننده حیات شود (عموزاده و همکاران، ۲۰۲۵؛ کمالی و همکاران، ۲۰۲۴). این سطح بالای اضطراب سلامت، پریشانی‌های شناختی و رفتاری جدی ایجاد می‌کند و پیامدهای مخربی بر عملکرد شغلی، تمرکز و کیفیت زندگی حرفه‌ای این افراد به همراه دارد (مرت و همکاران،۲۰۲۲).

بروز و تشدید اضطراب سلامت تحت تاثیر تعامل پیچیده‌ای از متغیرهای فردی و روان‌شناختی قرار دارد که در این میان، معنویت به‌عنوان یک منبع مقابله‌ای قدرتمند و سپر محافظتی در برابر پریشانی‌های روان‌شناختی شناخته می‌شود (دیه‌گو-کوردورو و همکاران، ۲۰۲۲). معنویت فراتر از اعتقادات مذهبی صرف، به جستجوی معنا و مقصود در زندگی، احساس اتصال به یک نیروی برتر یا امر متعالی، پیوند با خود، دیگران و جهان هستی، و داشتن یک سیستم ارزشی منسجم اشاره دارد (پارگامنت، ۲۰۱۱؛ پارگامنت و اکسلاین، ۲۰۲۱). مطالعات نشان داده‌اند که جهت‌گیری مذهبی و معنوی با ایجاد چارچوبی معنایی برای درک رنج و بیماری، تاب‌آوری روان‌شناختی را ارتقاء می‌دهند و از طریق افزایش بردباری، ایجاد هدفمندی و تقویت اخلاق حرفه‌ای، منجر به کاهش استرس و اضطراب در پرسنل درمانی، به‌ویژه پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه می‌شوند (رسول‌زاده و عباس‌زاده، ۱۴۰۳؛ مولیاتی و اپویو، ۲۰۲۶). با این حال، سازوکارهای روان‌شناختی دقیقی که از طریق آنها معنویت به کاهش اضطراب سلامت در پرستاران منجر می‌شود، هنوز به‌طور کامل شناخته نشده است و نیازمند تبیین علمی و بررسی‌های عمیق‌تر است. به همین دلیل، این احتمال وجود دارد که تاثیر متغیرهای فردی، همچون معنویت، بر اضطراب سلامت، رابطه‌ای خطی و ساده نباشد، بلکه تحت تاثیر سازوکارهای روان‌شناختی واسطه‌ای باشد که فرآیند تعامل این متغیرها را واسطه می‌کنند.

بر اساس الگوی شناختی-رفتاری اضطراب سلامت (سالکووسکیس و وارویک، ۱۹۸۶)، باورهای شناختی و راهبردهای مقابله‌ای نقش محوری در بروز، تداوم و تشدید اضطراب سلامت ایفا می‌کنند. این الگو تاکید دارد که افراد دارای اضطراب سلامت بالا، نشانه‌های بدنی طبیعی را به‌صورت فاجعه‌آمیز تفسیر می‌کنند و برای مقابله با افکار مزاحم ناشی از این تفسیرها، به راهبردهای شناختی ناسازگارانه متوسل می‌شوند (آرنائز و همکاران، ۲۰۲۰). همچنین، نظریه معنابخشی مذهبی-معنوی پارگامنت (پارگامنت، ۲۰۱۱؛ پارک، ۲۰۱۳) بیان می‌دارد که معنویت به‌عنوان یک نظام معنایی جامع، چارچوبی برای درک و تفسیر رویدادهای تنش‌زا، از جمله بیماری، رنج و مرگ را فراهم می‌آورد و از طریق فرآیند معنابخشی، افراد را قادر می‌سازد تا تجارب دشوار را در بستر باورهای معنوی خود بازتفسیر نمایند و پذیرش فعالانه آنها را تسهیل کنند (ارناواتی و سولیخا، ۲۰۲۶). این نظریه تاکید دارد که معنویت می‌تواند انتخاب راهبردهای مقابله‌ای (سازگارانه یا ناسازگارانه) را تحت تاثیر قرار دهد و مسیر رابطه بین عوامل استرس‌زا و پیامدهای سلامت روان را تعیین کند (بوکراس و همکاران، ۲۰۲۲). در این راستا، یکی از مهم‌ترین متغیرهای میانجی‌گر که می‌تواند سازوکار تاثیر معنویت بر اضطراب سلامت را تبیین کند، اجتناب شناختی است (رمضانی و همکاران، ۱۳۹۷؛ پتروشیوا، ۲۰۲۳؛ سانسوم-دالی و همکاران، ۲۰۱۴).

اجتناب شناختی به راهبردها و سبک‌های مقابله‌ای ناسازگارانه‌ای اطلاق می‌شود که شامل سرکوب، انکار یا دور نگه‌داشتن افکار، خاطرات، احساسات و تصاویر تهدیدکننده از آگاهی است (سگستون و دوگاس، ۲۰۰۸). این راهبردها با هدف فرونشانی افکار مزاحم و

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-11-10]

رهایی موقت از نگرانی‌های ناشی از موقعیت‌های تنش‌زا فعال می‌شوند (لاتور و همکاران، ۲۰۲۰). پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه، به‌دلیل مواجهه مکرر با حوادث نگران‌کننده بالینی و احساسات شدید ناشی از آن، اغلب برای مدیریت هیجانات و فرار از افکار مزاحم مرتبط با بیماری و مرگ، به این راهبردهای ناسازگارانه متوسل می‌شوند (عطادخت و همکاران، ۱۳۹۸). اگرچه اجتناب شناختی در کوتاه‌مدت آرامش موقتی ایجاد می‌کند، اما در بلندمدت نه‌تنها اضطراب را کاهش نمی‌دهد، بلکه به‌واسطه اثر بازگشتی افکار موجب افزایش فراوانی و شدت افکار ناخواسته، تشدید اضطراب، کاهش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و تثبیت اضطراب سلامت می‌شود (گونتر و همکاران، ۲۰۲۲). نحوه استفاده از این راهبردهای اجتنابی به‌طور عمیق ریشه در ویژگی‌های شخصیتی، نظام باورهای معنوی و میزان سازگاری فرد با الزامات محیطی دارد (پیکیوتو و همکاران، ۲۰۱۸). بنابراین، معنویت با تسهیل فرایند معنابخشی به رنج و بیماری، ایجاد چارچوب شناختی برای پذیرش فعالانه تجارب دشوار، و کاهش نیاز به کنترل وسواس‌گونه افکار، می‌تواند اتکا به راهبرد معیوب اجتناب شناختی را کاهش دهد و در نتیجه، به کاهش اضطراب سلامت در پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه کمک کند (واتسون و همکاران، ۲۰۲۵؛ میلر و همکاران، ۲۰۱۶).

بر اساس پژوهش‌ها، اگرچه سازه‌های وجودی و معنوی، نظیر معنای زندگی و سلامت معنوی، همواره به عنوان سپرهای حفاظتی بنیادین در برابر اضطراب سلامت شناسایی شده‌اند و شواهد تجربی بر اثربخشی آنها در کاهش پریشانی‌های روان‌شناختی کادر درمان و بیماران صحه می‌گذارند (جمشیدیان و همکاران، ۲۰۱۸؛ شیه و همکاران، ۲۰۱۵؛ حشمتی و همکاران، ۲۰۲۱)، اما تقلیل این اثرگذاری به یک رابطه خطی و مستقیم، نادیده انگاشتن پیچیدگی‌های پردازش شناختی در موقعیت‌های بحرانی است. به موازات این رویکرد، ادبیات آسیب‌شناسی روانی با اتکا بر مدل‌های فراتشخیصی، بر نقش محوری فرآیندهای شناختی ناسازگارانه، به‌ویژه اجتناب شناختی و انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی، به عنوان موتور محرک و تداوم‌بخش اختلالات اضطرابی تاکید می‌ورزد؛ فرآیندهایی که همبستگی مثبت و معنادار آنها با تشدید استرس شغلی و فرسودگی کادر درمان در اکوسیستم پرالتهاب بخش‌های مراقبت ویژه به اثبات رسیده است (فیگریدو، ۲۰۲۵؛ کوئنکا و همکاران، ۲۰۲۱؛ دی‌گستو و همکاران، ۲۰۲۵). نقطه عزیمت و تلاقی این دو پارادایم پژوهشی در درک این واقعیت نهفته است که کارکرد محافظتی معنویت، اغلب ماهیتی غیرمستقیم دارد و از طریق بازسازی معماری شناختی و تعدیل متغیرهای میانجی عمل می‌کند. شواهد پژوهشی تایید می‌کنند که جهت‌گیری‌های معنوی با ارتقای انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و تقویت راهبردهای مقابله‌ای مبتنی بر پذیرش، نیاز مفرط به استفاده از اجتناب شناختی را خنثی می‌سازند (وو و همکاران، ۲۰۲۶؛ عبدالهی و همکاران، ۲۰۲۵) و از طریق تغییر در شیوه پردازش تهدیدها، به کاهش اضطراب منجر می‌شوند؛ سازوکاری که در محیط‌های پرتنش نظیر بخش مراقبت ویژه، اهمیتی حیاتی و مضاعف می‌یابد (گروپ و نیچکه، ۲۰۱۳).

با این وجود، بررسی دقیق شبکه‌مطالعاتی موجود پرده از یک شکاف نظری و تجربی عمیق برمی‌دارد: غالب پژوهش‌های پیشین یا به بررسی انتزاعی و مجزای این سازه‌ها بسنده کرده‌اند و یا در تبیین سازوکارهای واسطه‌ای، به آزمون مسیرهای جایگزین و کلی‌تری نظیر تاب‌آوری و خودشفقتی پرداخته‌اند (یوسف‌افراشته و بی‌طرفان، ۲۰۲۵). تاکنون مطالعه‌ای جامع که فراتر از تبیین‌های تقلیل‌گرایانه، این شبکه درهم‌تنیده از روابط را در قالب یک مدل ساختاری یکپارچه صورت‌بندی نماید و به‌طور مشخص نقش میانجی‌گرانه اجتناب شناختی را در انتقال اثر معنویت بر اضطراب سلامت در بافتار حساس پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه مورد آزمون قرار دهد، انجام نپذیرفته است. پژوهش حاضر با هدف گذار از این محدودیت‌های روش‌شناختی و نظری، به تدوین و آزمون مدل علی روابط میان این متغیرها می‌پردازد. پژوهش حاضر به دنبال پاسخ به این سوال بود که "آیا مدل علی معنویت و اضطراب سلامت با نقش میانجی اجتناب شناختی در پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه از برازش مطلوب برخوردار است؟"

مواد و روش‌ها

این پژوهش از نوع توصیفی-همبستگی بود. جامعه هدف این مطالعه را پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت‌های ویژه بیمارستان‌های منطقه سه شهر تهران در فصول بهار و تابستان سال ۱۴۰۳ تشکیل دادند. انتخاب نمونه با روش نمونه‌گیری سهمیه‌ای غیرتصادفی و از میان سه بیمارستان منتخب (شهید رجایی، هاشمی‌نژاد و خاتم‌الانبیاء) صورت پذیرفت. و حجم نمونه بر اساس الزامات مدل‌یابی معادلات ساختاری و نسبت حداقل ۱۵ نفر به ازای هر پارامتر آزاد و با لحاظ ریزش احتمالی، ۲۶۰ نفر تعیین گردید (هومن، ۱۳۹۳). در مرحله اجرا، ۲۸۰ پرسشنامه توزیع شد که پس از حذف ۱۳ پرسشنامه ناقص، داده‌های ۲۶۷ پرسشنامه برای

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-11-10]

تحلیل نهایی مورد استفاده قرار گرفت. معیارهای ورود شامل سن ۲۰ تا ۶۰ سال، داشتن حداقل مدرک کارشناسی، اشتغال در بخش مراقبت ویژه و عدم تجربه استرس حاد طی یک ماه اخیر بود. معیارهای خروج شامل تکمیل ناقص پرسشنامه، سابقه اختلالات روان‌پزشکی یا مصرف دارو و عدم تمایل به ادامه همکاری بود. داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و همبستگی پیرسون و مدل‌یابی معادلات ساختاری در نرم‌افزار آموس نسخه ۲۶ تحلیل شد. در تمامی مراحل، اصول اخلاقی پژوهش شامل رضایت آگاهانه، محرمانگی، ناشناس بودن داده‌ها، عدم اجبار و حق خروج از مطالعه رعایت گردید.

برای سنجش اضطراب سلامت از پرسشنامه اضطراب سلامت سالکوسکیس و همکاران (۲۰۰۲) که یک ابزار خودگزارشی استاندارد برای سنجش میزان اضطراب سلامت است و بر اساس مدل شناختی اضطراب سلامت و خودبیمارانگاری تدوین شده است استفاده شد. این ابزار شامل ۱۸ گویه است و به‌صورت مداد–کاغذی اجرا می‌شود. هر گویه دارای چهار جمله توصیفی است که درجات مختلفی از نگرانی‌ها، باورها و تفسیرهای مرتبط با سلامت و بیماری را نشان می‌دهد و پاسخ‌دهنده باید گزینه‌ای را انتخاب کند که بیشترین انطباق را با وضعیت وی در شش ماه گذشته دارد. این پرسشنامه بر اساس طیف چهاردرجه‌ای لیکرت توصیفی طراحی شده است؛ به این صورت که گزینه‌ها در قالب جملات کامل و تدریجی از نظر شدت تجربه ارائه می‌شوند. نمره‌گذاری هر گویه از صفر تا سه انجام می‌گیرد و نمره بالاتر بیانگر سطح بیشتر اضطراب سلامت است. دامنه نمرات کل ابزار بین صفر تا ۵۴ قرار دارد و نمره کل از طریق جمع نمرات ۱۸ گویه محاسبه می‌شود. این ابزار دارای سه مولفه نگرانی کلی سلامت، ابتلا به بیماری و پیامدهای بیماری است که به‌ترتیب گویه‌های ۱، ۲، ۵، ۶، ۱۱، ۱۲ و ۱۴؛ گویه‌های ۴، ۹، ۱۰ و ۱۳؛ و گویه‌های ۱۵ تا ۱۸ را در بر می‌گیرد. از نظر ویژگی‌های روان‌سنجی، سالکوسکیس و همکاران (۲۰۰۲) پایایی بازآزمایی آن را ۰/۹۰ و آلفای کرونباخ را بین ۰/۷۰ تا ۰/۸۲ گزارش کردند و روایی هم‌زمان آن نیز ۰/۷۲ گزارش شد. در ایران نیز نرگسی و همکاران (۱۳۹۶) روایی صوری و محتوایی ابزار را تایید و پایایی آن را ۰/۷۵ گزارش کردند. در پژوهش حاضر، پایایی این ابزار به وسیله آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های اضطراب سلامت به ترتیب شامل نگرانی کلی سلامت (۰/۸۳)، ابتلا به بیماری (۰/۸۱) و پیامدهای بیماری (۰/۷۶) به دست آمد.

پرسشنامه معنویت پارسیان و دونینگ (۲۰۰۹) با هدف ارزیابی اهمیت معنویت در زندگی افراد و سنجش ابعاد مختلف آن طراحی شده است. این ابزار یک مقیاس خودگزارشی است و پاسخ‌دهندگان باید میزان موافقت خود را با هر یک از عبارات در طیف لیکرت چهاردرجه‌ای (از "کاملا مخالفم" با امتیاز ۱ تا "کاملا موافقم" با امتیاز ۴) مشخص کنند. این پرسشنامه در مجموع شامل ۲۹ گویه است. خرده‌مقیاس خودآگاهی شامل ۱۰ گویه؛ اهمیت اعتقادات معنوی، چهار گویه؛ فعالیت‌های معنوی، شش گویه؛ و نیازهای معنوی دارای ۹ گویه است. در نسخه اصلی، پارسیان و دونینگ (۲۰۰۹) ضریب آلفای کرونباخ کل ابزار را ۰/۹۴ و ضرایب خرده‌مقیاس‌ها را بین ۰/۸۰ تا ۰/۹۱ گزارش کردند که نشان‌دهنده همسانی درونی مطلوب ابزار است. همچنین، روایی سازه این ابزار از طریق تحلیل عاملی تاییدی در مطالعات داخلی مورد تایید قرار گرفته است (امینایی و همکاران، ۱۳۹۳). در پژوهش حاضر، پایایی ابزار از طریق آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های خودآگاهی (۰/۸۹)، اهمیت اعتقادات معنوی (۰/۹۳)، فعالیت‌های معنوی (۰/۷۸) و نیازهای معنوی (۰/۹۰) به دست آمد که نشان‌دهنده پایایی مطلوب و قابل قبول ابزار در جامعه مورد مطالعه است.

پرسشنامه اجتناب شناختی سکستون و داگاس (۲۰۰۸) ابزاری ۲۵ گویه‌ای است که به منظور سنجش راهبردهای اجتناب شناختی در مواجهه با افکار و نگرانی‌های مزاحم طراحی شده است. این مقیاس شامل پنج بعد فرونشانی فکر (گویه‌های ۱، ۲، ۳، ۵ و ۱۴)، جانشینی افکار (گویه‌های ۴، ۱۱، ۱۷، ۲۰ و ۲۵)، حواس‌پرتی (گویه‌های ۸، ۱۰، ۱۲، ۱۳ و ۲۱)، اجتناب از محرک‌های تهدیدکننده (گویه‌های ۷، ۹، ۱۶، ۱۸ و ۲۴) و تبدیل تصاویر ذهنی به افکار کلامی (گویه‌های ۳، ۱۵، ۱۹، ۲۲ و ۲۳) است. پاسخ‌ها در یک طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از "کاملا غلط" (امتیاز ۱) تا "کاملا درست" (امتیاز ۵) نمره‌گذاری می‌شوند. در پژوهش‌های اولیه، سکستون و داگاس (۲۰۰۸) پایایی بالایی برای این ابزار گزارش کردند (آلفای کرونباخ ۰/۹۵ و پایایی بازآزمایی ۰/۸۵). در نسخه فارسی، حمیدپور و اندوز (به نقل از علی‌لو و همکاران، ۱۳۸۹) ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس را ۰/۸۶ و پایایی بازآزمایی را ۰/۸۰ گزارش کردند. همچنین، در پژوهش بساک‌نژاد و همکاران (۱۳۸۹) ضرایب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۱ گزارش شد. در پژوهش حاضر، پایایی این ابزار با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۹ و برای ابعاد فرونشانی فکر ۰/۷۱، جانشینی افکار ۰/۷۴، حواس‌پرتی ۰/۶۸، اجتناب از موقعیت‌ها/ محرک‌ها ۰/۷۹، و تغییر تصاویر ذهنی، ۰/۷۵ به دست آمد که نشان‌دهنده مطلوب بودن همسانی درونی مقیاس در نمونه پژوهش است.

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-11-10]

یافته‌ها

در پژوهش حاضر، ۲۶۷ پرستار (۱۹۰ زن و ۷۷ مرد) شاغل در بخش های مراقبت ویژه با میانگین و انحراف استاندارد سنی به ترتیب ۳۵/۱۸ و ۸/۳۰ سال شرکت کردند. میزان تحصیلات ۲۳۰ نفر (۸۶/۱ درصد) از شرکت‌کنندگان کارشناسی، و ۳۷ نفر (۱۳/۹ درصد) کارشناسی ارشد بود. در بین شرکت‌کنندگان، ۱۱۵ نفر (۴۳/۱ درصد) در بخش آی‌سی‌یو، ۱۱۶ نفر (۳۴/۴ درصد) در بخش سی‌سی‌یو، ۲۵ نفر (۹/۴ درصد) در بخش مراقبت‌های ویژه کودکان، و ۱۱ نفر (۴/۱ درصد) در سایر بخش‌ها مشغول به کار بودند. لازم به ذکر است که میانگین و انحراف استاندارد سابقه کار شرکت‌کنندگان به ترتیب ۱۰/۸۹ و ۴/۱۳ سال بود. جدول ۱ ضرایب همبستگی بین مولفه‌های معنویت (خودآگاهی، اهمیت اعتقادات، فعالیت‌های معنوی و نیازهای معنوی)، اجتناب شناختی (واپس‌زنی، جانشینی افکار، حواس‌پرتی، اجتناب از موقعیت‌ها، تغییر تصاویر ذهنی)، و اضطراب سلامت (نگرانی کلی سلامتی، ابتلا به بیماری و پیامدهای بیماری) را نشان می‌دهد. براساس نتایج جدول ۱، ضرایب همبستگی بین متغیرها در جهت مورد انتظار و همسو با نظریه‌های حوزه پژوهش بود. در این پژوهش، به منظور ارزیابی مفروضه نرمال بودن توزیع داده‌های تک متغیری، کشیدگی و چولگی تک‌تک متغیرها، و به منظور ارزیابی مفروضه همخطی بودن به کمک عامل تورم واریانس (VIF) و ضریب تحمل مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آن در جدول ۲ آمده است.

بر اساس یافته‌ها، مقادیر کشیدگی و چولگی همه مولفه‌ها در محدوده ۲± قرار دارد. این یافته بیانگر آن است که مفروضه نرمال بودن توزیع داده‌های تک‌متغیری در بین داده‌ها برقرار است (رک کلاین، ۲۰۱۶). یافته‌ها نشان داد که مفروضه همخطی بودن در بین داده‌های پژوهش حاضر برقرار است، زیرا مقادیر ضریب تحمل متغیرهای پیش‌بین بزرگتر از ۰/۱ و مقادیر عامل تورم واریانس هر یک از آنها کوچکتر از ۱۰ بود. منطبق بر دیدگاه میرز و همکاران (۲۰۰۶)، ضریب تحمل کوچکتر از ۰/۱ و ارزش عامل تورم واریانس بزرگتر از ۱۰ نشان‌دهنده عدم برقراری مفروضه همخطی بودن است. در این پژوهش، به منظور ازریابی برقراری یا عدم برقراری مفروضه نرمال بودن توزیع چندمتغیری، از تحلیل اطلاعات مربوط به "فاصله مهلنوبایس" استفاده شد. مقادیر چولگی و کشیدگی اطلاعات مربوط به فاصله مهلنوبایس به ترتیب برابر با ۰/۸۱ و ۱/۱۲ به دست آمد که نشان می‌دهد توزیع داده‌های چندمتغیری نرمال است. در نهایت، به منظور ارزیابی همگنی واریانس‌ها، نمودار پراکندگی واریانس‌های استانداردشده خطاها مورد بررسی قرار گرفت و نتایج نشان داد که مفرضه یادشده در بین داده‌ها برقرار است.

پس از ارزیابی مفروضه‌ها، داده‌ها با استفاده از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری تحلیل شد. به این منظور نرم‌افزار آموس نسخه ۲۶ و برآورد بیشینه احتمال به کار گرفته شد. در مدل پژوهش، چنین فرض شده بود که معنویت در پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه هم به صورت مستقیم و هم با میانجیگری اجتناب شناختی، با اضطراب سلامت رابطه دارد. همچنان که در شکل ۱ ملاحظه می‌شود، در مدل پژوهش، متغیر مکنون معنویت به وسیله نشانگرهای‌خودآگاهی، اهمیت اعتقادات، فعالیت‌های معنوی و نیازهای معنوی، متغیر مکنون اجتناب شناختی به وسیله نشانگرهای واپس‌زنی، جانشینی افکار، حواس‌پرتی، اجتناب از موقعیت‌ها، تغییر تصاویر ذهنی، و متغیر مکنون اضطراب سلامت به وسیله نشانگرهای نگرانی کلی سلامتی، ابتلا به بیماری و پیامدهای بیماری سنجیده می‌شد. همه شاخص‌های برازندگی حاصل از تحلیل از برازش قابل قبول مدل با داده‌های گردآوری‌شده حمایت می‌کنند. در ادامه، جدول ۳ ضرایب مسیر بین متغیرها را در مدل پژوهش نشان می‌دهد. بر اساس آنچه که این جدول نشان می‌دهد، ضریب مسیر کل (مجموع ضرایب مسیر مستقیم و مسیر غیرمستقیم) بین معنویت و اضطراب سلامت ($P\leq ۰/۰۰۱$، $\beta=-۰/۶۶۵$) منفی و معنادار است. ضریب مسیر بین اجتناب شناختی و اضطراب سلامت ($P\leq ۰/۰۰۱$، $\beta=۰/۵۶۹$) مثبت و معنادار بود. منطبق بر نتایج جدول ۳، ضریب مسیر غیرمستقیم بین معنویت با اضطراب سلامت ($P=۰/۰۰۸$، $\beta=-۰/۲۸۸$) منفی و معنادار بود. براین اساس، چنین نتیجه‌گیری شد که اجتناب شناختی در پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه رابطه بین معنویت و اضطراب سلامت را به صورت منفی و معنادار میانجیگری می‌کند.

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-11-10]

جدول ۱: ضرایب همبستگی بین مولفه‌های معنویت و مولفه‌های اجتناب شناختی

متغیرهای تحقیق	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲
۱. معنویت- خودآگاهی	-											
۲. معنویت- اهمیت اعتقادات	۶۲/۰**	-										
۳. معنویت- فعالیت های معنوی	۵۹/۰**	۶۴/۰**	-									
۴. معنویت- نیازهای معنوی	۷۱/۰**	۶۷/۰**	۷۲/۰**	-								
۵. اجتناب شناختی- واپس زنی	-۳۳/۰**	-۴۱/۰**	-۳۸/۰**	-۴۰/۰**	-							
۶. اجتناب شناختی- جانشینی افکار	-۴۷/۰**	-۴۹/۰**	-۵۱/۰**	-۵۵/۰**	۵۲/۰**	-						
۷. اجتناب شناختی- حواس پرتی	-۴۴/۰**	-۵۰/۰**	-۴۲/۰**	-۴۹/۰**	۶۵/۰**	۶۳/۰**	-					
۸. اجتناب شناختی- اجتناب از موقعیت ها	-۳۸/۰**	-۴۷/۰**	-۴۴/۰**	-۳۸/۰**	۶۷/۰**	۶۰/۰**	۶۴/۰**	-				
۹. اجتناب شناختی- تغییر تصاویر ذهنی	-۴۷/۰**	-۵۱/۰**	-۴۰/۰**	-۳۵/۰**	۵۸/۰**	۶۴/۰**	۶۰/۰**	۷۱/۰**	-			
۱۰. اضطراب سلامت- نگرانی کلی سلامتی	-۵۰/۰**	-۴۵/۰**	-۳۹/۰**	-۳۸/۰**	۳۹/۰**	۴۵/۰**	۵۲/۰**	۴۹/۰**	۵۲/۰**	-		
۱۱. اضطراب سلامت- ابتلا به بیماری	-۵۴/۰**	-۵۱/۰**	-۵۳/۰**	-۵۶/۰**	۴۲/۰**	۵۸/۰**	۳۷/۰**	۴۸/۰**	۵۷/۰**	۶۵/۰**	-	
۱۲. اضطراب سلامت- پیامدهای بیماری	-۴۲/۰**	-۴۹/۰**	-۳۸/۰**	-۵۴/۰**	۳۸/۰**	۵۳/۰**	۴۹/۰**	۴۵/۰**	۴۸/۰**	۵۱/۰**	۶۲/۰**	-
میانگین	۲۷/۴۲	۱۰/۴۸	۱۴/۸۸	۲۵/۹۲	۱۷/۵۶	۱۴/۴۵	۱۶/۲۳	۱۶/۲۹	۱۵/۲۵	۷/۱۲	۴/۷۴	۴/۰۶
انحراف استاندارد	۷/۰۲	۳/۶۳	۴/۴۱	۷/۵۴	۴/۳۷	۴/۵۸	۴/۰۵	۴/۸۱	۹۱/۴	۲/۱۳	۱/۹۸	۲/۱۶

* P<۰/۰۵ ** P≤۰/۰۰۱

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-11-10]

جدول ۲: بررسی مفروضه‌های نرمال بودن و هم‌خطی بودن

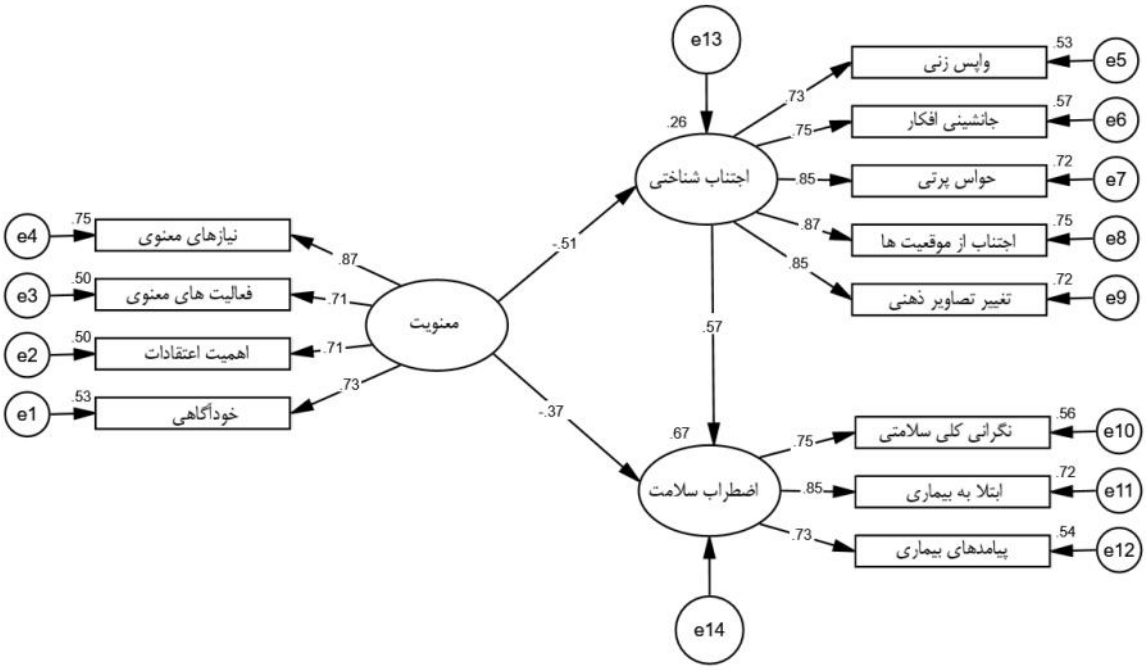
متغیر	مفروضه نرمال بودن		مفروضه هم‌خطی بودن	
	چولگی	کشیدگی	ضریب تحمل	تورم واریانس
معنویت- خودآگاهی	-۰/۳۰	-۰/۷۴	۰/۴۳	۲/۳۵
معنویت- اهمیت اعتقادات	-۰/۲۲	-۱/۰۱	۰/۴۲	۲/۴۰
معنویت- فعالیت‌های معنوی	-۰/۰۱	-۰/۵۶	۰/۳۹	۲/۵۶
معنویت- نیازهای معنوی	-۰/۴۸	-۱/۱۱	۰/۲۷	۳/۶۷
اجتناب شناختی- واپس زنی	-۰/۳۶	-۰/۵۷	۰/۴۷	۲/۱۲
اجتناب شناختی- جانشینی افکار	-۰/۰۵	-۰/۶۸	۰/۳۸	۲/۶۲
اجتناب شناختی- حواس پرتی	-۰/۴۷	-۰/۶۴	۰/۳۱	۳/۲۱
اجتناب شناختی- اجتناب از موقعیت‌ها	-۰/۴۰	-۰/۸۴	۰/۳۰	۳/۳۹
اجتناب شناختی- تغییر تصاویر ذهنی	-۰/۰۸	-۱/۰۴	۰/۳۲	۳/۰۹
اضطراب سلامت- نگرانی کلی سلامتی	۱/۰۷	۰/۶۰	-	-
اضطراب سلامت- ابتلا به بیماری	۱/۲۳	۰/۱۹	-	-
اضطراب سلامت- پیامدهای بیماری	۰/۰۲	-۰/۳۴	-	-

شکل ۱، پارامترهای استاندارد در مدل ساختاری پژوهش را نشان می‌دهد. بر اساس این شکل، مجموع مجذور همبستگی‌های چندگانه برای متغیر اضطراب سلامت برابر با ۰/۶۷ به دست آمده است. این یافته بیانگر آن است که معنویت و اجتناب شناختی در مجموع، ۶۷ درصد از واریانس اضطراب سلامت را در پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه تبیین می‌کنند.

جدول ۳: ضرایب مسیر در مدل پژوهش

متغیر پیش بین	b	S.E	β	sig
معنویت ← اجتناب شناختی	-۰/۳۶۶	۰/۰۵۳	-۰/۵۰۶	۰/۰۰۱
اجتناب شناختی ← اضطراب سلامت	۰/۴۴۵۶	۰/۰۵۶	۰/۵۶۹	۰/۰۰۱
ضریب مسیر مستقیم معنویت ← اضطراب سلامت	-۰/۲۰۷	۰/۰۴۵	-۰/۳۶۷	۰/۰۰۱
ضریب مسیر غیرمستقیم‌معنویت ← اضطراب سلامت	-۰/۱۶۲	۰/۰۲۶	-۰/۲۸۸	۰/۰۰۱
ضریب مسیر کل معنویت ← اضطراب سلامت	-۰/۳۶۹	۰/۰۵۵	-۰/۶۵۵	۰/۰۰۱

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-11-10]



شکل ۱: پارامترهای استاندارد در مدل پژوهش

بحث

هدف از انجام این پژوهش آزمون مدل علی تبیین رابطه معنویت و اضطراب سلامت در پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه با تاکید بر نقش میانجی اجتناب شناختی بود. نتایج حاصل از مدل‌یابی معادلات ساختاری پس از برازش مناسب مدل نشان داد اجتناب شناختی نقش میانجی معناداری در رابطه بین معنویت و اضطراب سلامت دارد؛ به‌طوری‌که معنویت از طریق کاهش اجتناب شناختی منجر به کاهش اضطراب سلامت در پرستاران می‌شود و این اثر به‌صورت منفی و معنادار تایید گردید. یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج مطالعات پیشین همسو است؛ از جمله پژوهش‌هایی که نقش محافظتی معنویت در کاهش اضطراب سلامت و بهبود سازگاری روان‌شناختی را گزارش کرده‌اند (جمشیدیان و همکاران، ۲۰۱۸؛ شیه و همکاران، ۲۰۱۵؛ حشمتی و همکاران، ۲۰۲۱)، و همچنین، مطالعاتی که اجتناب شناختی را با افزایش اضطراب، استرس و فرسودگی شغلی در کارکنان سلامت مرتبط دانسته‌اند (فیگریدو، ۲۰۲۵؛ کوئنکا و همکاران، ۲۰۲۱؛ رن و چن، ۲۰۲۵). در مقابل، یافته‌های برخی پژوهش‌ها با این نتایج ناهمسو یا متفاوت هستند و بر نقش متغیرهای میانجی مانند تاب‌آوری، خودشفقتی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در تبیین این روابط تاکید کرده‌اند (وو و همکاران، ۲۰۲۶).

در تبیین یافته‌های پژوهش حاضر مبنی بر نقش میانجی اجتناب شناختی در رابطه میان معنویت و اضطراب سلامت، می‌توان این سازوکار را در چارچوب نظریه مقابله معنوی (پارگامنت، ۲۰۰۱) و نظریه ارزیابی شناختی استرس (لازاروس و فولکمن، ۱۹۸۴) صورت‌بندی کرد. در محیط پرفشار بخش مراقبت ویژه که با مواجهه مستمر با مرگ، ناپایداری بالینی و ابهام درمانی همراه است، نظام شناختی پرستاران به‌طور مزمن در وضعیت ارزیابی تهدید قرار می‌گیرد. در این بستر، معنویت تنها یک باور فردی نیست، بلکه به‌مثابه یک نظام معنابخش تنظیم‌گر عمل می‌کند که با بازتفسیر رویدادهای تنش‌زا در سطحی فراتر از تهدید زیستی فوری، از شدت ارزیابی اولیه خطر می‌کاهد. این بازسازی شناختی، نقطه آغازین زنجیره‌ای است که نیاز روانی به گریز ذهنی از افکار تهدیدآمیز را تقلیل می‌دهد و همسو با پژوهش‌های پیشین که نقش محافظتی معنویت را در بهبود سازگاری روان‌شناختی برجسته کرده‌اند (جمشیدیان و همکاران، ۲۰۱۸؛ شیه و همکاران، ۲۰۱۵؛ حشمتی و همکاران، ۲۰۲۱)، اتکا به راهبردهای دفاعی ناکارآمد را به‌طور مؤثری محدود می‌سازد.

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-11-10]

از منظر مدل‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد (هیز و همکاران، ۲۰۰۶)، اجتناب شناختی هسته مرکزی انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی است که طی آن، تلاش برای حذف تجربه‌های ناخوشایند در بلندمدت به تثبیت و اثر بازگشتی همان افکار می‌انجامد (بوند و همکاران، ۲۰۱۱). در محیط مرگ‌محور مراقبت‌های ویژه، سرکوب افکار مرتبط با آسیب‌پذیری و بیماری، می‌تواند به یک سبک پردازشی پایدار تبدیل شود؛ پدیده‌ای که در راستای شواهد اخیر پیرامون پیامدهای آسیب‌زای اجتناب تجربی و شناختی (فیگریدو، ۲۰۲۵؛ کوئنکا و همکاران، ۲۰۲۱؛ رن و چن، ۲۰۲۵)، پیوند تنگاتنگی با افزایش آشفتگی و فرسودگی روان‌شناختی دارد. با این حال، منابع معنوی با تسهیل پذیرش تجربه‌های درونی و تغییر جهت‌گیری از الگوی کنترل افراطی به مواجهه معنادار، این چرخه معیوب را تضعیف می‌کند و ظرفیت تماس آگاهانه با تجارب دردناک را افزایش می‌دهند که این امر به‌طورمستقیم به کاهش سطح اجتناب شناختی منجر می‌گردد. کاهش اجتناب شناختی به نوبه خود، مسیر پردازش اطلاعات جسمی را دگرگون می‌سازد. بر اساس مدل شناختی اضطراب سلامت (سالکووسکیس و وارویک، ۲۰۰۱؛ تیلور و آسموندسون، ۲۰۰۴)، هسته این اختلال در تفسیر فاجعه‌ساز نشانه‌های بدنی و توجه انتخابی به آنها نهفته است و راهبردهای اجتنابی با محدود کردن فرصت پردازش واقع‌بینانه، این چرخه را تشدید می‌کنند. در پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه، مواجهه مکرر با شرایط بحرانی و اطلاعات مرتبط با بیماری ممکن است توجه به نشانه‌های جسمی و ارزیابی تهدیدهای مرتبط با سلامت را افزایش دهد. کاهش اجتناب شناختی در سایه مؤلفه‌های معنوی می‌تواند امکان بازبینی باورهای تهدیدمحور را فراهم آورد. در نتیجه این انعطاف‌پذیری، نشانه‌های طبیعی جسمی ممکن است کمتر در قالب تهدیدهای بیماری‌زا تفسیر شوند و چرخه پایش مداوم بدن کاهش یابد.

توجه عمیق‌تر به این پیوند، مستلزم توجه به هم‌افزایی نظریه تنظیم هیجان (گراس، ۱۹۹۸) و نظریه مدیریت وحشت (گرینبرگ و همکاران، ۱۹۸۶) است. مواجهه روزمره با مرگ، اضطراب وجودی بنیادینی را فعال می‌کند که در صورت اتکا به سرکوب و اجتناب، به‌صورت انباشت هیجانی و علایم روان‌تنی تظاهر می‌یابد. معنویت با ادغام تجربه رنج در یک نظم هستی‌شناختی هدفمند، ظرفیت تحمل هیجانی را ارتقا می‌دهد (پارگامنت و همکاران، ۲۰۱۳). هنگامی که ریشه‌های وجودی وحشت از مرگ در یک ساختار منسجم هضم شوند، ذهن نیازی به سرکوب احساسات ندارد؛ در نتیجه، هیجانات پردازش‌نشده مجالی برای تبدیل شدن به حساسیت مفرط بدنی نخواهند یافت. در مجموع، اثر محافظتی معنویت بر اضطراب سلامت در این گروه شغلی، یک رابطه خطی تقلیلی نیست، بلکه حاصل یک بازتنظیم چندسطحی (شناختی، هیجانی و وجودی) است که اجتناب شناختی نقش گره مرکزی آن را ایفا می‌کند.

نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر، همانند سایر مطالعات بالینی، با ملاحظاتی همراه است که توجه به آنها مسیر تحقیقات آینده را روشن می‌سازد. تمرکز جامعه آماری بر پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه در منطقه مشخصی از تهران و ماهیت مقطعی داده‌ها، ایجاب می‌کند که در تعمیم گسترده یافته‌ها احتیاط صورت گیرد. همچنین، استفاده از ابزارهای خودگزارش‌دهی در محیط‌های پراسترس کاری و تمرکز مدل بر سازه‌های اصلی (بدون لحاظ کردن تمامی عوامل مداخله‌گر سازمانی یا زمینه‌ای)، از محدودیت‌های طبیعی و اجتناب‌ناپذیر این مطالعه به شمار می‌رود. بر این اساس و در راستای توسعه ادبیات پژوهش، پیشنهاد می‌شود مطالعات آینده، این مدل ساختاری را در جوامع درمانی متنوع‌تر و با استفاده از طرح‌های طولی و روش‌های ارزیابی چندمنبعی (جهت تقلیل سوگیری‌های خودگزارشی) مورد آزمون قرار دهند. بسط مدل با ورود متغیرهای سازمانی (نظیر جو حمایتی و فرسودگی شغلی) و سازه‌های روان‌شناختی تکمیلی (مانند خودشناسی انسجامی)، در کنار بهره‌گیری از روش‌های کیفی برای درک عمیق‌تر پدیدارشناسی رنج و معنا در پرستاران، مسیرهای ارزشمندی برای پژوهش هستند. در بُعد کاربردی نیز پیشنهاد می‌گردد سیاست‌گذاران نظام سلامت، با گنجاندن مداخلات مبتنی بر معنادرمانی و آموزش‌های ارتقای انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در دستورالعمل‌های حمایت سازمانی، بستر لازم را برای کاهش راهبردهای ناکارآمد اجتنابی و مهار اضطراب سلامت در کارکنان بخش‌های مراقبت ویژه فراهم آورند.

منابع فارسی

امینایی، م.، اصغری ابراهیم‌آباد، م.، آزادی، م.، و سلطانی‌شال، ر. (۱۳۹۳). بررسی اعتبار و پایایی نسخه فارسی پرسشنامه معنویت پارسیان و دونینگ. مجله اصول بهداشت روانی، ۱۷(۳)، ۱۲۹–۱۳۴.

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-11-10]

باقرزاده، م.، مظلوم‌واجاری، س.، و جعفرآقایی، ف. (۱۴۰۳). همبستگی پریشانی روان‌شناختی و مقابله با موقعیت‌های تنش‌زا با اضطراب سلامت در پرستاران: نقش میانجی فرسودگی شغلی. فصلنامه مدیریت ارتقای سلامت، ۱۳(۵)، ۶–۸۰.

بساک‌نژاد، س.، معینی، ن.، و مهرابی‌زاده هنرمند، م. (۱۳۸۹). رابطه پردازش پس‌رویدادی و اجتناب شناختی با اضطراب اجتماعی در دانشجویان. علوم رفتاری، ۴(۴)، ۳۳۵–۳۴۰.

رسول‌زاده، نسرین، و عباس‌زاده، عباس. (۱۴۰۳). مؤلفه‌های معنویت در سامانه‌ی پایش سلامت پرستاران. اخلاق و تاریخ پزشکی ایران، ۱۷(۱).

رمضانی، ب.، و بختیاری، ف. (۱۳۹۷). اثربخشی معنویت‌درمانی بر اجتناب شناختی و پریشانی روان‌شناختی سالمندان حاضر در خانه سالمندان. سالمندشناسی، ۳(۴)، ۳۲–۴۱.

علیلو، م.، شاه‌جویی، ت.، و هاشمی، ز. (۱۳۸۹). مقایسه عدم تحمل بلاتکلیفی، اجتناب شناختی، جهت‌گیری منفی به مشکل و باورهای مثبت در مورد نگرانی بین بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و افراد عادی. فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی، ۵(۲۰)، ۱۶۹–۱۸۷.

عطادخت، ا.، نریمانی، م.، و فلاحیان، ح. (۱۳۹۸). نقش اجتناب شناختی، باورهای فراشناختی و نارسایی‌های شناختی در پیش‌بینی اضطراب حالت–صفت پرستاران. فصلنامه پرستاری، مامایی و پیراپزشکی، ۵(۱)، ۳۵–۵۰.

هومن، ح. (۱۳۹۳). مدل‌یابی معادلات ساختاری با کاربرد نرم‌افزار لیزرل (با اصلاحات). تهران، ایران: سازمان مطالعه و تدوین کتب علوم انسانی دانشگاه‌ها (سمت).

نرگسی، ف.، ایزدی، ف.، کریمی‌نژاد، ک.، و رضایی‌شریف، ع. (۱۳۹۶). بررسی اعتبار و روایی نسخه فارسی پرسشنامه اضطراب سلامت در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی لرستان. فصلنامه اندازه‌گیری تربیتی دانشگاه علامه طباطبایی، ۷(۲۷)، ۱۴۷–۱۶۰.

منابع انگلیسی

Abdolahi, E., Nasri, M., & Shahabizadeh, F. (2025). Effectiveness of Acceptance, Compassion, and Mindfulness-Based Interventions on Coping and Psychological Flexibility in Anxious Emergency Nurses. International Journal of Body, Mind & Culture (2345-5802), 12(3). https://doi.org/10.61838/ijbmc.v12i3.874

American Psychiatric Association. (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.; DSM-5-TR). American Psychiatric Publishing.https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787

Amoozadeh, Z., Ahmadi, Y., Pishgooie, A. H., Shaidaei, M. F. B., Rumyani, F., Momen, R., & Rezaei, M. (2025). Assessment the relationship between health anxiety and iranian nurses' quality of life: a cross-sectional study. Frontiers in Psychiatry, 16, 1447816. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2025.1447816

Arnáez, S., García-Soriano, G., López-Santiago, J., & Belloch, A. (2020). Dysfunctional beliefs as mediators between illness-related intrusive thoughts and health anxiety symptoms. Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 48(3), 315-326. https://doi.org/10.1017/S1352465819000535

Bockrath, M. F., Pargament, K. I., Wong, S., Harriott, V. A., Pomerleau, J. M., Homolka, S. J., ... & Exline, J. J. (2022). Religious and spiritual struggles and their links to psychological adjustment: A meta-analysis of longitudinal studies. Psychology of Religion and Spirituality, 14(3), 283. https://doi.org/10.1037/rel0000400

Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., ... & Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. Behavior therapy, 42(4), 676-688. https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007

Cuenca, M. B., Martín, M. B. G., & García, M. J. C. (2021). Anxiety, depression, work-related stress and psychological flexibility in nurses: A correlational-comparative study. European Journal of Health Research:(EJHR), 7(3), 3.

Demiryürek, E., & Kocayigit, H. (2023). Traumatic Stress and Health Anxiety in Intensive Care Workers During the Covid-19 Pandemic. New Trends in Medicine Sciences, 4(2), 66-72. https://doi.org/10.56766/ntms.1209313

Di Gesto, C., Policardo, G. R., Bocci Benucci, S., Çela, E., & Grano, C. (2025). Difficulties in Emotion Regulation and Stress in Intensive Care Unit Nurses During COVID-19: Exploring the Mediating Role of Psychological Inflexibility and the Moderating Effect of Work Experience. In Healthcare (Vol. 13, No. 13, p. 1575). MDPI. https://doi.org/10.3390/healthcare13131575

Diego-Cordero, R., Suárez-Reina, P., Badanta, B., Lucchetti, G., & Vega-Escaño, J. (2022). The efficacy of religious and spiritual interventions in nursing care to promote mental, physical and spiritual health: A systematic review and meta-analysis. Applied Nursing Research, 67, 151618. https://doi.org/10.1016/j.apnr.2022.151618

Ernawati, N., & Solikhah, F. K. (2026). Spiritual Intelligence, Faith, and Resilience in Nursing: A Mixed-Methods Systematic Review of Protective Factors in Crisis and Routine Care. Gaceta Médica de Caracas, 134(Supl. 1), S221-S231. https://doi.org/10.47307/GMC.2026.134.S1.24

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-11-10]

Figueiredo, J. (2025). Understanding anxiety: the role of psychological flexibility, intolerance of uncertainty and death anxiety as transdiagnostic mechanisms (Doctoral dissertation, University of Southampton).
Greenberg, J., Pyszczynski, T., & Solomon, S. (1986). The causes and consequences of a need for self-esteem: A terror management theory. In Public self and private self (pp. 189-212). New York, NY: Springer New York. https://doi.org/10.1007/978-1-4613-9564-5_10
Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. Review of general psychology, 2(3), 271-299. https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.271
Grupe, D. W., & Nitschke, J. B. (2013). Uncertainty and anticipation in anxiety: an integrated neurobiological and psychological perspective. Nature Reviews Neuroscience, 14(7), 488-501. https://doi.org/10.1038/nrn3524
Günther, V., Jahn, S., Webelhorst, C., Bodenschatz, C. M., Bujanow, A., Mucha, S., ... & Suslow, T. (2022). Coping with anxiety: brain structural correlates of vigilance and cognitive avoidance. Frontiers in psychiatry, 13, 869367. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.869367
Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. Behaviour Research and Therapy, 44(1), 1-25. https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006
Heshmati, R., Jafari, E., Salimi Kandeh, T., & Caltabiano, M. L. (2021). Associations of spiritual well-being and hope with health anxiety severity in patients with advanced coronary artery disease. Medicina, 57(10), 1066. https://doi.org/10.3390/medicina57101066
Jamshidian, Y., Kiani, A., & Dargahi, S. (2018). Relationship of cognitive emotion regulation and meaning in life with health anxiety among emergency nurses. Health in emergencies and disasters quarterly, 3(4), 199-206. https://doi.org/10.32598/hdq.3.4.199
Kamali, M., Mousavi, S. K., Akbari, F., Khodabandeh, M., & Moharramkhani, M. (2024). Relationship between personality traits and health anxiety among nurses. Journal of Holistic Nursing and Midwifery, 34 (2), 159-166. https://doi.org/10.32598/jhnm.34.2.2591
Kline, R. B. (2016). Principles and Practice of Structural Equation Modeling (4th ed.). New York: Guilford Press. Meyers et al. (2006)
Latorre, J. M., Nieto, M., Font, M. A., Ros, L., Heras, J., & Ricarte, J. J. (2020). Cognitive avoidance questionnaire: factor structure and psychometric properties. An Psicol, 36, 457-67. https://doi.org/10.6018/analesps.397711
Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal, and coping. Springer publishing company.
Mert, S., Peker Karatoprak, A., Demirhan, Y., Baydemir, C., Çetinarslan, B., Cantürk, Z., ... & Gezer, E. (2022). COVID-19, anxiety, and hopelessness: quality of life among healthcare workers in Turkey. Evaluation & the Health Professions, 45(1), 97-107. https://doi.org/10.1177/01632787211067530
Meyers, L. S., Gamst, G., & Guarino, A. J. (2006). Applied Multivariate Research: Design and Interpretation. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
Miller, J., Vivona, B., & Roth, G. (2016). Nursing Preceptors and Meaning Making. Qualitative Report, 21 (11), 2014. https://doi.org/10.46743/2160-3715/2016.2539
Mulyati, L., & Upoyo, A. S. (2026). Integrating Spiritual Mindfulness Into Transcultural Nursing Practice: A Systematic Integrative Review. Journal of Holistic Nursing, 08980101261457682. https://doi.org/10.1177/08980101261457682
Pargament, K. I. (2001). The psychology of religion and coping: Theory, research, practice. Guilford press.
Pargament, K. I. (2011). Spiritually integrated psychotherapy: Understanding and addressing the sacred. Guilford press.
Pargament, K. I., & Exline, J. J. (2021). Working with spiritual struggles in psychotherapy: From research to practice. Guilford Publications. https://doi.org/10.1037/e510092020-001
Pargament, K. I., Exline, J. J., & Jones, J. W. (2013). APA handbook of psychology, religion, and spirituality (Vol 1): Context, theory, and research (pp. xxvii-740). American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/14045-000
Park, C. L. (2013). Religion and meaning. In. RF Paloutzian and CL Park (Eds.), Handbook of the psychology of religion and spirituality (pp. 357-379).
Parsian, N., & Dunning, T. (2009). Developing and validating a questionnaire to measure spirituality: A psychometric process. Global Journal of Health Science, 1(1), 2-11. https://doi.org/10.5539/gjhs.v1n1p2
Petryshova, K. (2023). Engagement in Spiritual Practices and Its Impact on Experiential Avoidance and Repetitive Negative Thinking (Doctoral dissertation, The Wright Institute).
Picciotto, G., Fox, J., Cashwell, C. S., & Neto, F. (2018). The Spiritual Bypass Scale-Brazilian Adaptation: How religious affiliation, age, and gender can predict levels of psychological avoidance and spiritualizing. Spiritual Psychology and Counseling, 3(1), 23-46. https://doi.org/10.12738/spc.2018.1.0034
Qu, K. Y., Zhu, D. J., Yang, P. F., Huo, H. J., Liu, H. J., Min, Z., ... & Zhu, J. Q. (2026). Moral distress of intensive care unit nurses: a systematic review and meta-analysis. BMC nursing. https://doi.org/10.1186/s12912-025-04274-4

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-11-10]

Ren, Q., & Chen, Y. (2025). Analysis of the current situation and influencing factors of psychological flexibility of nurses in intensive care units. Medicine, 104(39), e44688. https://doi.org/10.1097/MD.0000000000044688

Salkovskis, P. M., & Warwick, H. M. (1986). Morbid preoccupations, health anxiety and reassurance: a cognitive-behavioural approach to hypochondriasis. Behaviour research and therapy, 24(5), 597-602. https://doi.org/10.1016/0005-7967(86)90041-0

Salkovskis, P. M., & Warwick, H. M. C. (2001). Meaning, misinterpretations, and medicine: A cognitive-behavioral approach to understanding health anxiety. Behaviour Research and Therapy, 39(11), 1135-1154.

Salkovskis, P. M., Rimes, K. A., Warwick, H. M., & Clark, D. (2002). The Health Anxiety Inventory: development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. Psychological medicine, 32(5), 843-853. https://doi.org/10.1017/S0033291702005822

Sansom-Daly, U. M., Bryant, R. A., Cohn, R. J., & Wakefield, C. E. (2014). Imagining the future in health anxiety: The impact of rumination on the specificity of illness-related memory and future thinking. Anxiety, Stress, & Coping, 27(5), 587-600. https://doi.org/10.1080/10615806.2014.880111

Sexton, K. A., & Dugas, M. J. (2008). The cognitive avoidance questionnaire: validation of the English translation. Journal of anxiety disorders, 22(3), 355-370. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2007.04.005

Shiah, Y. J., Chang, F., Chiang, S. K., Lin, I. M., & Tam, W. C. C. (2015). Religion and health: Anxiety, religiosity, meaning of life and mental health. Journal of religion and health, 54(1), 35-45. https://doi.org/10.1007/s10943-013-9781-3

Shorakie, H. Z., Ebadi, A., Vahedian-Azimi, A., & Saeid, Y. (2026). Threats to Nurses' Health in Intensive Care Unit: A Qualitative Content Analysis. Nursing in Critical Care, 31(1), e70257. https://doi.org/10.1111/nicc.70257

Taylor, S., & Asmundson, G. J. G. (2004). Treating health anxiety. Cognitive Behaviour Therapy, 33(2), 78-87. https://doi.org/10.1080/16506070410026435

Watson, A., Bond, C., Madeux, A., Tobe, H., Harper, D., Blank, S., & Detrick, R. (2025). When the Wounded Walk: Exploring the Lived Experience of Secondary Traumatic Stress in the Emerging Nursing Workforce. Journal of Advanced Nursing. https://doi.org/10.1111/jan.70086

Wu, R., Chen, X., Li, S., Zhu, H., Wang, L., Zhang, H., ... & Liu, J. (2026). Psychological Flexibility as a Mediator Between Spiritual Coping and End-of-Life Care Attitudes in ICU Nurses: A Cross-Sectional Study. Nursing in Critical Care, 31(2), e70376. https://doi.org/10.1111/nicc.70376

Yousefi Afrashteh, M., & Bitarafan, L. (2025). Relationship between spiritual well-being and resilience with health anxiety: The mediating role of self-compassion. Health Education and Health Promotion, 13 (1), 1-12.

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-11-10]

Original Article

Explanation of the causal relationship between spirituality and health anxiety in intensive care unit nurses based on the mediating role of cognitive avoidance

Elham Tavakoli[1], PhD Candidate
***Fatemeh Golshani[2], PhD**
Anita Baghdasarians[3], PhD

Abstract

Aim. The present study aimed to evaluate a causal model of health anxiety based on spirituality, with the mediating role of cognitive avoidance in Intensive Care Unit (ICU) nurses.

Background. Health anxiety is considered one of the major psychological challenges in clinical settings, particularly among ICU nurses, who face significant psychological and emotional pressures, which can have detrimental effects on their professional performance and personal well-being.

Method. This was a descriptive correlational study. The statistical population consisted of all male and female nurses working in ICUs in Tehran (District 3) during the spring and summer 2024. A sample of 267 nurses was selected via non-random quota sampling, and they completed the Health Anxiety Inventory, the Spirituality Questionnaire, and the Cognitive Avoidance Questionnaire. Data were analyzed using structural equation modeling (SEM) via AMOS 26 software.

Findings. The results indicated that the proposed model has a good fit with the data and accounts for 67 percent of the variance in health anxiety. In the structural model, the direct path from spirituality to health anxiety was negative and significant (â= - 0.655), while the path from cognitive avoidance to health anxiety was positive and significant (â= 0.569). Furthermore, spirituality had a significant indirect effect on health anxiety by reducing cognitive avoidance (â= - 0.288).

Conclusion. Spirituality and cognitive avoidance are key components in explaining health anxiety. These findings emphasize the importance of simultaneously considering internal spiritual resources and cognitive strategies in understanding the structure of health anxiety and provide a theoretical basis for designing psychological interventions to promote mental health among ICU nurses.

Keywords: Cognitive avoidance, Health anxiety, Intensive care unit nurses, Spirituality.

1 PhD Student, Department of Psychology, CTC, Islamic Azad University, Tehran, Iran
2 Assistant Professor, Department of Psychology, CTC, Islamic Azad University, Tehran, Iran, (*Corresponding author) email: fat.golshani@iauctb.ac.ir
3 Associate professor, Department of psychology, CTC, Islamic Azad University,Tehran, Iran

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-11-10]