

The Effect of Multidimensional Spiritual Intervention on Cortisol, and Disease Perception After Vascular Bypass Surgery

Fatemeh Nequee (Payame Noor University, Mahallat Branch, f.nequee@gmail.com)

Masoud Janbozorgi (Research Institute of Hawzeh and University, Psychjan@gmail.com)

ARTICLE INFO

Article History

Received: 2021/8/10

Accepted: 2022/2/12

Key Words:

Multidimensional spiritual therapy,

Perception of illness,

Emotional disturbances

ABSTRACT

The aim of this study was to investigate the effect of multidimensional spiritual intervention on salivary cortisol. Perception of the disease and psychological disturbances of patients with coronary artery bypass graft surgery. The study was a quasi-experimental study with a control group and a pre-test-post-test design with one-month and three-month follow-up. The statistical population of this study includes patients who had coronary artery bypass graft surgery and referred to the Rehabilitation Center of Tehran Heart Hospital. Thirty subjects were selected by convenience sampling method and randomly assigned to experimental and control groups. The instruments of this study were the 21DASS-questionnaire, salivary cortisol kit and IPQ-R disease perception. The experimental group was exposed to the independent variable (multidimensional spiritual intervention) in 10 sessions of 90 minutes. Multivariate analysis of covariance and SPSS software were used to analyze the data. The results show that between the mean scales of pre-test, post-test and follow-up, disease perception ($F = 211.168, p < 0.001$), salivary cortisol ($F = 89.43, < 0.001$ p), stress ($F = 251.191, p < 0.001$), anxiety ($F = 209.896, p < 0.001$) and depression ($F = 143.04, p < 0.001$) significant difference between There is an experimental group and a control group. Therefore, according to the results of the study, it can be claimed that multidimensional spiritual intervention of salivary cortisol, disease perception and psychological disorders of patients have been effective.

تأثیر مداخله چندبعدی معنوی بر کورتیزول بزاقی، آشفتگی‌های روان‌شناختی و ادراک بیماری پس از جراحی بای‌پس عروق

فاطمه نیکوئی (نویسنده مسئول، دانشگاه پیام نور مرکزی، واحد محلات؛ f.nequee@gmail.com)

مسعود جاننیزگی (پژوهشگاه حوزه و دانشگاه؛ Psychjan@gmail.com)

اطلاعات مقاله

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۵/۱۹

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۱۱/۲۳

چکیده

با توجه به اینکه بیماری قلبی یکی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن است که تحت‌تأثیر آشفتگی‌های هیجانی قرار دارد، تعدیل این هیجان‌ها در بهبودی وضعیت بیمار نقش اساسی دارد، هدف از این پژوهش بررسی اثر مداخله چندبعدی معنوی بر کورتیزول بزاقی، ادراک بیماری و آشفتگی‌های روان‌شناختی بیماران جراحی بای‌پس عروق کرونری بود. مطالعه از نوع نیمه آزمایشی با گروه کنترل و طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با پیگیری یک ماهه و سه ماهه بود. جامعه آماری این پژوهش بیمارانی بودند که جراحی پیوند عروق کرونر داشتند و به مرکز بازنه‌توانی بیمارستان قلب تهران مراجعه کردند. سی نفر به روش در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. ابزار این پژوهش پرسشنامه DASS۲۱-، کیت کورتیزول بزاقی و ادراک بیماری R-IPQ بود. گروه آزمایش طی ده جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در معرض متغیر مستقل (مداخله چندبعدی معنوی) قرار گرفت. جهت تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس چندمتغیری و نرم‌افزار SPSS استفاده شد. یافته‌ها نشان می‌دهد که بین میانگین مقیاس‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، ادراک بیماری ($F=211/168, p < 0/001$)، کورتیزول بزاقی ($F=89/436, p < 0/001$)، استرس ($F=251/196, p < 0/001$)، اضطراب ($F=209/896, p < 0/001$) و افسردگی ($F=143/042, p < 0/001$) تفاوت معناداری بین گروه آزمایش و گروه کنترل وجود دارد؛ بنابراین با توجه به نتایج پژوهش می‌توان ادعا کرد که مداخله چندبعدی معنوی بر کورتیزول بزاقی، ادراک بیماری و آشفتگی‌های روان‌شناختی بیماران مؤثر بوده است.

واژگان کلیدی:

درمان چندبعدی معنوی،

ادراک بیماری،

آشفتگی‌های هیجانی

مقدمه

بیماری قلبی یکی از شایع‌ترین بیماری‌ها در دنیا و علت اصلی ۱۵ تا ۲۵٪ مرگ‌ها ناشی از بیماری قلبی است (الراوی، ۲۰۱۷). در ایران بیماری‌های عروق کرونر با شیوع ۲۱٪ رتبه اول را بین بیماری‌های مزمن به خود اختصاص داده است (بین^۱ و همکاران، ۲۰۱۵). تعداد بسیار زیادی از بیماری‌های عروق کرونری^۲ (CHD) که به درمان‌های دارویی پاسخ نمی‌دهند، تحت جراحی پیوند عروق کرونری^۳ (CABG) قرار می‌گیرند (ساجا^۴ و همکاران، ۲۰۱۴). جراحی قلب به‌عنوان حادثه‌ای مهم در زندگی افراد می‌تواند سبب اختلال در عملکرد جسمانی و روانی فرد شود. در ایران از کل جراحی‌های قلب، جراحی بای‌پس عروق کرونر، ۰/۶۰ موارد را به خود اختصاص می‌دهد (علیپور و همکاران، ۱۳۹۶). شواهد پژوهشی بیانگر آن است که بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر در مقایسه با افراد سالم جامعه از سلامت روان‌شناختی پایین‌تری برخوردارند و اضطراب، افسردگی و استرس زیادی تجربه می‌کنند (تولی و باکر، ۲۰۱۷)^۵. استرس به‌عنوان یک پدیده چندبعدی و چندعلیتی می‌تواند هم عاملی در ایجاد و هم تشدید بیماری باشد و هم پس از جراحی، مانع بهبودی بیمار شود. افسردگی و اضطراب نیز از عمده‌ترین آشفتگی‌های روان‌شناختی در افراد مبتلا به بیماری عروق کرونر هستند. میزان بالای استرس، اضطراب و افسردگی در این بیماران ۲۵ تا ۵۵٪ گزارش شده است (موگانی^۶ و همکاران، ۲۰۱۵). این حالات هیجانی مخرب با دخالت فاکتورهای التهابی که انعکاسی از محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال (HPA) می‌باشد، سبب افزایش میزان ناتوانی و مرگ آنها می‌شود (آن^۷ و همکاران، ۲۰۱۷). مطالعات نشان می‌دهد استرس‌های فیزیکی و فشارهای روانی به‌عنوان عامل رهایی هورمون‌های مختلف گلوکوکورتیکوئیدی از طریق فعال کردن محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال و

کاتکولامین‌ها عمل می‌کند (اسلیمانی^۸ و همکاران، ۲۰۱۶). اختلال در تنظیم محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال (HPA) با اختلال در ترشح کورتیزول همراه است که تخریب سیستم قلبی عروقی، متابولیک، خود ایمنی و روانی را به دنبال دارد (آقایوسفی و همکاران، ۲۰۱۲). البته این محور با میزان و شدت اختلالات روان‌شناختی رابطه مستقیم دارد (فرگوسن و کوواکس، ۲۰۱۶)^۹. افسردگی سبب تحریک خودکار و بیش‌فعالی محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال می‌شود که این امر افزایش تجمع کورتیزول و فقدان تغییرات روزانه در سطوح کورتیزول را در پی دارد (برانوالد، ۲۰۱۲)^{۱۰}. در واقع افزایش کورتیزول اثر تخریبی بر پوشش داخلی سرخرگ کرونری می‌گذارد و نقش مهمی در رشد پلاکت‌ها بازی می‌کند؛ همچنین افسردگی پس از یک استرس قلبی حاد به‌طور مستقل پیش‌بینی‌کننده مرگ و میر و تشدید بیماری‌های قلبی است (لانگ^{۱۱} و همکاران، ۲۰۱۲). بر همین منوال پژوهشگران نشان داده‌اند که استرس، خواه فیزیکی باشد خواه روانی، موجب تغییراتی در عملکرد قلب و ترشح کورتیزول می‌شود (انگرت^{۱۲} و همکاران، ۲۰۱۹). در کنار هیجان‌های منفی تأثیرگذار بر بیماری قلبی، بازنمایی شناختی فرد از علائم بیماری و شرایطی که در آن قرار دارد؛ در روند بیماری مهم است. بیماران رفتار و واکنش هیجانی خود را نسبت به بیماری براساس ادراکات خود از ماهیت، علل، پیامد، کنترل‌پذیری و درمان‌پذیری و مدت زمان بیماری تنظیم می‌کنند که این امر خود بر شدت هیجان‌های منفی، نشانه‌ها و پیامدهای بیماری، کنترل پایین شخصی و درمان و سرانجام بر روند بیماری تأثیرگذار است. این بازنمایی شناختی سازمان‌یافته فرد از بیماری، ادراک بیماری نامیده می‌شود که هنگام برخورد با بیماری یا عامل تهدیدکننده حیات، تصویری کلی و باوری خاص از بیماری و درمان آن در ذهن فرد ایجاد می‌کند (مانینگالت^{۱۳} و همکاران، ۲۰۱۹). براساس نظریه لوونتال و همکاران، بیماران رفتار و واکنش هیجانی خود را

1. Bin
2. Coronary Heart Disease (CHD)
3. Coronary Artery Bypass Graft Surgery (CABG)
4. Sacha
5. Tully & Baker
6. Mugnai
7. Anh

8. Slimani
9. Ferguson & Kovacs
10. Braunwald
11. Leung
12. Engerta
13. Manigault

فعال‌سازی بعد معنوی می‌داند. درمان معنویت چندبعدی شامل رفتار،^۹ عاطفه،^{۱۰} حس،^{۱۱} تجسم یا تصویرپردازی ذهنی،^{۱۲} شناخت یا تفکر،^{۱۳} روابط بین‌فردی^{۱۴} و بعد بیولوژیک یا سبک زندگی^{۱۵} است (جان‌بزرگی، ۱۳۹۵، ص ۳۸۴). جامع‌نگری این روش نه‌تنها در ابعاد ظاهری و باطنی صدق می‌کند، بلکه بعد تحول را نیز در نظر می‌گیرد. تحول شخصیت و تحول روانی-معنوی را نیز دربرمی‌گیرد و سبب می‌شود نحوه ادراک مراجع از مسائل معنوی، نشانه‌ها و درک علائم بیماری را تحت تأثیر قرار دهد. فرایند آسیب‌شناسی روانی در این نگاه، هم به بعد ظاهری مربوط می‌شود و با عدم تعادل در ابعاد هفت‌گانه (ناشی از تعارض‌های عاطفی) همراه است و هم به بعد معنوی مرتبط است که از تعارض‌های ارزشی‌های ارزشی ریشه می‌گیرد. انحلال تعارض‌های ارزشی به دنبال تعارض‌های عاطفی است که دو مرحله اصلی درمان را شامل می‌شود و در کنار هشیاری‌افزایی، تعادل‌جویی و انحلال تعارض‌ها، پایداری درمان و عدم عود را به همراه دارند. نتایج پژوهش‌های مختلف در این زمینه نیز مؤید این مدعا می‌باشد. آموزش معنویت موجب کاهش تنیدگی روانی و افزایش تحمل پریشانی و تاب‌آوری شده است (بستون^{۱۶} و همکاران، ۱۹۹۳؛ تقی‌زاده و خاکپورنیا، ۱۳۹۶). عوامل روان‌شناختی و استرس‌ها از مسیر نورواندوکرین و سیستم ایمنی در مبارزه با بیماری‌ها تأثیر می‌گذارند (سیمن^{۱۷} و همکاران، ۲۰۰۳؛ مصطفوی و همکاران، ۱۳۹۷) پارک^{۱۸} (۲۰۰۷) و کارمودی^{۱۹} و همکاران (۲۰۰۷) نقش معنویت دینداری و رفتارهای دینی مداوم را در کاهش علائم اضطراب و افسردگی نشان دادند (تقی‌زاده و همکاران، ۱۳۹۷). یونگ مذهبی بودن را در قالب ایمان و باور و نیز در قالب یک تجربه قرار داد و گفت که

نسبت به بیماری براساس ادراکات خود از ماهیت، علل، پیامد، کنترل‌پذیری و درمان‌پذیری و مدت زمان بیماری تنظیم می‌کنند (کامرون و لوونتال،^۱ ۲۰۰۳) و این امر خود بر اختلالات هیجانی و در نهایت روند بیماری تأثیر می‌گذارد (وینمن و همکاران،^۲ ۱۹۹۶؛ دیکسون^۳ و همکاران، ۲۰۰۹). بررسی تأثیر ادراک بیماری در بیماران مبتلا به اختلالات عروق کرونری^۴ CHD از آن جهت ضرورت دارد که برداشتن گام‌های بعدی را در جهت طرح‌ریزی برنامه‌های مداخله‌ای فراهم می‌کند که هدف نهایی آن تصحیح باورهای بیماران در جهت کاهش استرس، افسردگی و بهبود شاخصه‌های فیزیولوژیک و ایمنولوژی و در نهایت سازگاری روزافزون با شرایط سخت بیماری‌شان است (کارابولوتلو^۵ و همکاران، ۲۰۱۴).

در اینجا مداخله‌ای که به ثبات عاطفی، سازگاری رفتاری، تفکر منطقی، مهار و هدایت تصویرپردازی ذهنی، تنظیم و پایداری روابط بین‌فردی و در نهایت بهبود سبک زندگی به دنبال امید و اطمینانی که در بیماران به‌وجود می‌آورد؛ به وضعیت جسمی و روان‌شناختی این افراد کمک بزرگی می‌کند. این درمان توجه فرد را به مبدأ وجود معطوف می‌کند و با انحلال تردیدهای انسان می‌تواند تعادل هیجانی را در این افراد (آسیب‌پذیر نسبت به اختلالات هیجانی) به‌وجود آورد. در درمان چندبعدی معنوی صورت‌بندی مشکل مراجع به شکلی متفاوت سازمان می‌یابد و حوزه عملیاتی درمانگر فعال‌سازی عمل معنوی پس از ایجاد بینش است که در قالب درمانگری لازاروس، افزون بر بعد ظاهری شخصیت، بعد معنوی را نیز مورد توجه قرار می‌دهد. این درمان همانند بیشتر درمان‌های جدید که تا حد زیادی رویکردی معنوی دارند؛ از جمله درمان یکپارچه معنوی پارگمنت^۶ (۲۰۱۱) و درمان یکپارچه الهی ریچاردز و برجین^۷ (۲۰۰۵) و حتی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش (هیز،^۸ ۲۰۱۳)، محور درمان را

9. behavior

10. Affect

11. sense

12. Imagery

13. Cognition

14. interpersonal relationship

15. drag/ biology or life style

16. Baston

17. Seeman

18. Park

19. Carmody

1. Cameron & Leventhal

2. Weinman

3. Dickson

4. Coronary Heart Disease

5. Karabulutlu

6. Pargament

7. Richards & Bergin

8. Hayes

غیرفعال شدن بعد معنوی سبب ارزیابی‌های نادرست از واقعیت می‌شود و فرد را در معرض ابتلا به بیماری‌های روان‌شناختی و یا جسمانی قرار می‌دهد. در واقع آسیب‌شناسی انسان، به فعال و یا غیرفعال بودن این بعد معطوف است؛ به عبارتی ایجاد تغییرات شناختی، رفتاری و اجتماعی است که به نظر، ریسک فکتورهای ایجاد بیماری عروق کرونری بودند، هدف درمان می‌باشد و با بهره‌گیری از این مداخله درمانی، هم تغییراتی در تجربه بیمار و هم در شاخص‌های عینی به وجود می‌آید. این تغییر با محوریت قرآن و با در نظر گرفتن فرهنگ جامعه می‌باشد.

برهمن اساس مطالعه حاضر به دنبال بررسی اثربخشی درمان چندبعدی معنوی بر آشفتگی‌های هیجانی، ادراک بیماری و کورتیزول بزاقی در بیماران بای‌پس عروق کرونری است.

روش کار

جامعه پژوهش شامل بیماران قلبی با جراحی عروق کرونر (CABG) مرکز تحقیقات قلب تهران بودند که پس از جراحی قلب و در دوره زمانی حضور آنها در برنامه بازتوانی قلبی در این مطالعه قرار گرفتند. نمونه شامل سی نفر از این بیماران بود که به صورت در دسترس و براساس معیارهای ورود انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل پیوند کرونر قلب (CABG)، سن پایین‌تر از ۷۰ سال، داشتن دست‌کم سواد خواندن و نوشتن، فقدان اختلالات شناختی اولیه یا ثانویه براساس پرونده پزشکی بیمار، توانایی برقراری ارتباط و معیارهای خروج از مطالعه شامل تمایل نداشتن فرد به ادامه همکاری، بستری شدن در طول مطالعه، و شرکت نکردن در جلسه آموزشی بودند. از میان بیماران شرکت‌کننده در برنامه بازتوانی قلبی انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی (مداخله چندبعدی معنوی) و گروه کنترل (دریافت‌کنندگان مداخلات روتین بازتوانی) قرار گرفتند.

واژه مذهبی گویای بازخوردی است که نشانگر یک هشجاری تغییر یافته به دنبال یک تجربه مقدس است (یونگ، ۱۹۳۸؛ به نقل از نارویی نصرتی، ۱۳۸۰). راجرز در سال ۱۹۸۰ می‌گوید: تجربه‌های ما در درمان و گروه‌ها، به روشنی در برگزیده روندی خود فرارونده، غیر قابل توصیف و معنوی است. مدیریت هرچه بهتر هیجان‌ها را فراهم آورد، موجب تغییرات نظام روان‌شناختی فرد و تعدیل ادراک بیماری می‌شود و پیامد آن کاهش کورتیزول و افزایش تغییرپذیری قلب را در پی دارد (ون‌دن‌هوت، ۲۰۱۸). در صورت عدم حضور تجربه معنوی در زندگی، استرسورها در درازمدت، فرسودگی روان‌شناختی و جسمانی به دنبال دارد و فرد را از واکنش کارآمد ناتوان می‌سازد. در کنار واکنش‌های فیزیولوژیک، فرد مکانیسم‌های ناکارآمدی مثل مصرف سیگار، پر خوری، کاهش فعالیت بدنی، کاهش استراحت و تفریح را نیز تجربه می‌کند که به بیماری قلبی چند قدم نزدیک‌تر می‌شود.

ضرورت انجام این پژوهش بدین سبب است که درمان‌های معنوی که تاکنون انجام شده، بیشتر از دو حالت خارج نبوده‌اند: دسته اول مطالعاتی‌اند که مداخلات طراحی شده آنها فقط دربرگیرنده یک بعد معنوی که آن هم با تعریفی مبهم و غیرعملیاتی همراه بوده و بدیهی است که اثربخشی آن در حاله‌ای از ابهام باشد چون در کنار سایر مداخلات به کار رفته است؛ برای مثال مطالعه زیلا وان و همکاران (۲۰۰۸) از این دسته است. دسته دوم آنهایی است که مداخله مذهبی-معنوی آنان براساس مدیتهن شرقی استوار بوده، نه مداخلات متناسب با فرهنگ ما، این موارد نشانگر آن است که این‌گونه مداخلات برای کاهش مشکلات روان‌شناختی بیماران مثل استرس، اضطراب و افسردگی بیشتر براساس عناصر کلی معنویت مانند دعا، نیایش با تمرکز بر درمان شرقی است و همه ابعاد زندگی فرد را دربر نمی‌گیرد و تنها تکرار مدل‌ها و فنون می‌باشند (امجدیان و همکاران، ۱۳۹۵)؛ به گونه‌ای که تنها یک بعد از زندگی چندبعدی فرد را پوشش می‌دهد. پس به نظر می‌رسد با محدودیت پژوهش‌های انجام شده پیرامون تأثیرات درمان معنوی چندبعدی در حوزه بیماری‌های پزشکی، به‌ویژه بیماران قلبی روبه‌رو هستیم؛ در حالی که در درمان چندبعدی معنوی فرض بر این است که

جدول ۱: اهداف و محتوای جلسات درمان چندبعدی معنوی

جلسات	هدف	محتوا
جلسه اول	مفهوم‌سازی حوزه ادراکی خود	معارفه و افزایش امید به درمان
جلسه دوم	نسویه چهارراه ذهن و بدن	آموزش و اصلاح الگوهای درست خواب، تغذیه، ورزش و روابط جنسی
جلسه سوم	فعال‌سازی حوزه ادراکی چهارگانه	درباره حوزه‌های ادراکی چهارگانه مبدأ، غایت، هستی و خود صحبت شد و با استفاده از فن جزیره، سوالاتی مانند من کیستم؟ چگونه به این مکان آمدم و کجا می‌روم؟ در ذهن آنها شکل گرفت و به چالش کشیده شد.
جلسه چهارم و پنجم	حوزه ادراکی مبدأ	بر روی حوزه ادراکی مبدأ و اینکه کسی که ما را به این جزیره آورده، از ما توانمندتر بوده و روی یقین به این مسئله که پس مثل ما نیازمند نیست کار شد.
جلسه ششم	حوزه ادراکی خود	بر روی حوزه ادراکی خود و اینکه بازخوردها و تجربه‌ای که دیگران از ما دارند، کاملاً از حقیقت درونی فرد مجزا است.
جلسه هفتم	پذیرش برای دستورالعمل‌ها و سبک زندگی	کار بر روی حوزه ادراکی خود با محوریت عید و اینکه جلوه ظهور خداوند است و به تنهایی و به شکلی مستقل، ماهیتی ندارد.
جلسه هشتم	حوزه ادراکی هستی	کار بر روی حوزه ادراکی هستی و هویشاری نسبت به تصور از دنیا و نیز مراقبت از چهارسوی معنوی
جلسه نهم	آرام‌سازی و کار بر روی هیجان‌ها	کار بر روی هیجان‌ها و نیز احساساتی مثل ارزشمندی، معنادگی نسبت به مفاهیم پیشین
جلسه دهم	حوزه روابط با دیگران	کار بر روی خطاهای شایع منطقی تأثیرگذار بر روی هیجان‌ها و روابط با دیگران

ابزار پژوهش

کیت کورتیزول بزاقی

در واقع امروزه اندازه‌گیری کورتیزول از راه بزاق، روشی پذیرفته شده است که به‌طور گسترده در سایکونورایندوکرینولوژی به‌کار می‌رود. بسیاری از پژوهشگران این روش را به سبب حذف تنیدگی ناشی از عمل خون‌گیری، وجود فاکتورهای بیوشیمیایی و هورمونی در بزاق و آسان بودن آن برای نمونه‌گیری برتر دانسته‌اند. در این پژوهش، از روش جمع‌آوری غیرتحریکی^۱ استفاده شد. نمونه‌ها پس از جمع‌آوری، بلافاصله به آزمایشگاه انتقال یافت. با توجه به اینکه ترشح کورتیزول از ریتم شبانه‌روزی پیروی می‌کند، زمان نمونه‌گیری در تمام مراحل (پیش‌آزمون پس‌آزمون) یکسان بود. با توجه به یکسان بودن زمان نمونه‌گیری، اثر ریتم شبانه‌روزی بر ترشح هورمون‌ها کنترل شد. در تمام مراحل نمونه‌های بزاقی جمع‌آوری شده به‌سرعت فریز و به آزمایشگاه منتقل شدند. نمونه‌ها تا زمان انجام آزمایش در دمای ۲۳- درجه سانتیگراد نگهداری شدند. برای اندازه‌گیری غلظت کورتیزول بزاقی از کیت کورتیزول شرکت IBL آلمان مدل RE-52611 با حساسیت ۰/۰۳ میکروگرم بر دسی لیتر به روش الایزا استفاده شد.

مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-۲۱)

این آزمون فرم کوتاه مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس ۴۲ ماده‌ای لایوی‌باند و لایوی‌باند^۲ (۱۹۹۵) است که برای اندازه‌گیری افسردگی، اضطراب و استرس به‌کار می‌رود. این آزمون یک فرم کوتاه ۲۱ سؤالی دارد که روایی و اعتبار فرم کوتاه این آزمون (DASS-۲۱) بر روی جمعیت ایرانی مطالعه شده است و نتایج آن نشان می‌دهد که ابزار مناسبی می‌باشد (بشارت، ۱۳۸۴). بشارت (۱۳۸۴) ضرایب آلفای کرونباخ این آزمون را در نمونه‌ای از جمعیت عمومی (۲۷۸ نفر)، ۰/۸۷ برای افسردگی، ۰/۸۵ برای اضطراب و ۰/۸۹ برای استرس و ۰/۹۱ برای مقیاس کل گزارش کرده است. این ضرایب در نمونه‌های بالینی، ۰/۸۹ برای افسردگی، ۰/۹۱ برای اضطراب و ۰/۸۷ برای استرس و ۰/۹۳ برای مقیاس کل می‌باشد. روایی همزمان، همگرا و تشخیصی با اجرای همزمان مقیاس افسردگی بک، مقیاس اضطراب بک، فهرست عواطف مثبت و منفی و مقیاس سلامت روانی در نمونه‌های بالینی و عمومی محاسبه شد (بشارت و همکاران، ۱۳۸۷). نتایج همبستگی پیرسون نشان داد که بین نمرات آزمودنی‌ها در مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس با مقیاس‌های یادشده و عواطف منفی، همبستگی مثبت و معنادار از ۰/۴۴ تا ۰/۵۸ ($p = ۰/۰۰۱$)

2. Lovibond & Lovibond

1. Spitting

نمره‌گذاری همه مقیاس‌ها بر مبنای فاصله‌گذاری پنج درجه‌ای از نوع لیکرتی انجام می‌شود. نمرات بالا در مقیاس‌های هویت بیمار، پیامدهای بیماری، سیر بیماری حاد-مزم، سیر بیماری ادواری و بازنمایی‌های عاطفی از بیماری بیانگر وضعیت نامطلوب فرد در این مقیاس‌ها می‌باشد؛ اما نمرات بالا در مقیاس‌های کنترل درمانی، کنترل شخصی و درک روشن از بیماری بیانگر عقاید مثبت در ابعاد گفته شده است.

این پرسشنامه را مرکز پژوهش‌های شناخت، رفتار و فرهنگ (بشارت و همکاران، ۱۹۹۹) به زبان فارسی ترجمه کرده و روایی سازه، ملاکی و گروه‌های خاص خوبی را از خود نشان داده است. در پژوهش حاضر، ضرایب همسانی درونی مقیاس‌های این پرسشنامه توسط آلفای کرونباخ، به ترتیب مقیاس‌ها ۰/۷۹، ۰/۸۸، ۰/۵۱، ۰/۸۲، ۰/۷۶، ۰/۷۷، ۰/۸۷، ۰/۸۱ به دست آمد.

روش پژوهش

روش این پژوهش، آزمایشی از نوع نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و گروه گواه با پیگیری یک ماهه و سه ماهه است. بیماران گروه آزمایش در کنار دریافت مراقبت روتین پزشکی، ده جلسه ۹۰ دقیقه‌ای مداخله چندبعدی معنوی را دریافت کردند و در این مدت، گروه کنترل تنها از مراقبت‌های پزشکی بهره بردند. در شروع درمان مقیاس DASS-21 و ادراک بیماری IPQ-R را تکمیل کردند و از بیماران نمونه‌های بزاقی جهت بررسی کورتیزول گرفته و به‌عنوان ارزیابی خط پایه ثبت گردید.

مداخله: این دسته از بیماران نیز در برنامه درمان ده جلسه‌ای مداخله چندبعدی معنوی شرکت داده شدند. جلسات به شکل گروهی و به صورت دیالوگی، همراه با پاورپوینت و مثال‌های واقعی از زندگی، شروع و ادامه یافت. جلسات هفته‌ای دو بار و با مدت ۹۰ دقیقه تشکیل می‌شد. در این گروه نیز با کمک تکالیف خانگی، از درک درست مطالب ارائه شده، اطمینان حاصل می‌شد. در پایان جلسه هم نیز میزان استرس، اضطراب و افسردگی، کورتیزول بزاقی و ادراک از بیماری‌شان مورد ارزیابی قرار گرفت؛ همچنین جهت پیگیری نتایج مداخله، در فاصله ۱ ماه و ۳ ماه بعد از پس‌آزمون، میزان استرس، اضطراب و افسردگی، کورتیزول بزاقی و ادراک از بیماری‌شان دوباره ارزیابی شد.

و با عواطف مثبت، همبستگی منفی معنادار از ۰/۴۱ تا ۰/۵۸ ($p=0/001$) وجود دارد. این نتایج روایی همزمان، همگرا و تشخیصی مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-21) را تأیید می‌کند. نتایج همبستگی پیرسون نشان داد که بین نمرات آزمودنی‌ها در مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس با مقیاس‌های یادشده و عواطف منفی، همبستگی مثبت و معنادار از ۰/۴۴ تا ۰/۵۸ ($p=0/001$) و با عواطف مثبت، همبستگی منفی معنادار از ۰/۴۱ تا ۰/۵۸ ($p=0/001$) وجود دارد. این نتایج روایی همزمان، همگرا و تشخیصی مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-21) را تأیید می‌کند. هر یک از خرده مقیاس‌های DASS شامل هفت سؤال است که نمره نهایی هر یک از راه مجموع نمرات سؤال‌های مربوط به آن به دست می‌آید. هر سؤال از صفر (اصلاً در مورد من صدق نمی‌کند) تا ۳ (کاملاً در مورد من صدق می‌کند) نمره‌گذاری می‌شود؛ از آنجا که DASS-21 فرم کوتاه شده مقیاس اصلی (۴۲ سؤالی) است، نمره نهایی هر یک از این خرده‌مقیاس‌ها باید دو برابر شود (لاوی‌باند و لاوی‌باند، ۱۹۹۵).

پرسشنامه ادراک بیماری

پرسشنامه ادراک بیماری^۱ (IPQ-R) برای سنجش ابعاد بسط‌یافته مدل لونتال ساخته شده است (لاوی‌باند، ۱۹۹۵). برای سنجش بازنمایی‌های ادراکی هفت‌گانه از بیماری (بخش شناختی پرسشنامه) و همچنین بازنمایی‌های عاطفی از بیماری (بخش عاطفی پرسشنامه) می‌باشد. این پرسشنامه دارای هشت مقیاس است که هفت مقیاس شناختی آن شامل مقیاس‌های هویت بیماری، سیر بیماری حاد-مزم، سیر بیماری ادواری، پیامدهای بیماری، کنترل درمانی بر بیماری، کنترل شخصی بر بیماری، درک روشن از بیماری و بازنمایی‌های ادراکی از این بیماری را می‌سنجد و مقیاس بازنمایی‌های عاطفی از بیماری نیز برای سنجش واکنش‌های عاطفی بیماران نسبت به خود بیماری (نسبتاً مستقل از حالت خلقی عمومی بیمار) مورد استفاده قرار می‌گیرد.

1. Illness perception Questionnaire-Revised

2. Lovibond

آگاهانه شرکت در برنامه درمانی را امضاء نمودند. پس از پایان اجرای برنامه درمانی بر روی بیماران گروه آزمون، بیماران گروه شاهد نیز این برنامه را دریافت کردند.

یافته‌ها: برای ارزیابی اثربخشی مداخله چندبعدی معنوی بر کورتیزول بزاقی، استرس، اضطراب و افسردگی و ادراک بیماری در بیماران بای‌پس عروق کرونری، ۳۰ بیمار مورد مطالعه قرار گرفتند که از این تعداد ۶۶/۸۱ درصد مرد و ۳۳/۱۹ درصد زن بودند. بیشترین فراوانی مربوط به گروه سنی ۶۰-۶۹ (۴۵/۷) و کمترین فراوانی مربوط به دامنه سنی ۴۰-۴۹ (۱۵/۸) سال بود.

در جدول ۲، میانگین و انحراف از استاندارد متغیرهای کورتیزول بزاقی، استرس، اضطراب و افسردگی و ادراک بیماری پیش و پس از آزمون و پیگیری افراد هر دو گروه بررسی شده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود بین دو گروه آزمون و شاهد، تفاوت معناداری در متغیرهای جمعیت‌شناختی و داده‌های بالینی در خط پایه وجود ندارد، اما بیماران گروه آزمون نسبت به گروه شاهد در نمرات پس‌آزمون و پیگیری یک و سه ماهه متغیرهای کورتیزول بزاقی، HRV و ادراک بیماری تفاوت معناداری دارند.

گروه گواه: این دسته از بیماران ضمن شرکت در پیش‌آزمون و بررسی خط پایه در فهرست انتظار باقی ماندند و برخلاف گروه‌های آزمایش، مداخله‌ای دریافت نکردند. پس از گذشت پنج هفته و همزمان با گروه‌های آزمایش دوباره میزان استرس، اضطراب و افسردگی، هماهنگی روانی فیزیولوژیک HRV، کورتیزول بزاقی و ادراک از بیماری‌شان ارزیابی شد.

در پایان مداخله مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-۲۱) و ادراک بیماری را تکمیل کردند و اندازه‌گیری کورتیزول بزاقی انجام شد. در پیگیری یک ماهه و سه ماهه به ارزیابی دوباره کورتیزول بزاقی و مقیاس ادراک بیماری و افسردگی، اضطراب و استرس اهتمام ورزیده شد.

روش‌های آماری: تفاوت‌های گروه‌ها در متغیرهای جمعیت‌شناختی با استفاده از آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

طرح این پژوهش نخست مورد تأیید دانشگاه پیام نور قرار گرفت و کد اخلاق IR.PNU.REC.1398.001 به آن اختصاص یافت. این پژوهش با کد کارآزمایی 43321 انجام پذیرفته است. پیش از اجرای مداخله، تمام بیماران فرم رضایت

جدول ۲: آماره توصیفی متغیرهای آزمایشگاهی و ادراک بیماری در گروه‌ها

سهم ماهه انحراف	پیگیری میانگین	یک ماهه انحراف	پیگیری میانگین	پس‌آزمون میانگین انحراف استاندارد		پیش‌آزمون میانگین انحراف استاندارد		گروه	
۰/۰۴۵	۰/۱۲۱	۰/۰۶۰	۰/۱۲۸	۰/۰۴۷	۰/۱۱۶	۰/۰۹۳	۰/۲۸۳	معنوی	کورتیزول
۰/۰۹۹	۰/۳۰۱	۰/۱۰۷	۰/۲۷۱	۰/۰۷۴	۰/۳۳۸	۰/۰۸۷	۰/۲۵۸	کنترل	
۹/۹۲	۴۶/۳۳	۷/۹۹	۵۰/۶	۱۲/۳۸	۵۲/۴۶	۱۲/۳۲	۱۸/۳۳	معنوی	ادراک بیماری
۷/۵۸	۱۵	۶/۶	۱۳	۷/۳۰	۱۴/۸۶	۸/۰۴	۱۶	کنترل	
۲/۹۵	۹	۲/۰۱	۷/۵۳	۲/۲۲	۹/۶۰	۲/۹۵	۲۳/۲	معنوی	استرس
۳/۴۶	۲۲/۴۶	۲/۸۴	۲۱/۷۳	۲/۰۸	۲۳/۲۶	۲/۱۲	۲۲/۵۷	کنترل	
۱/۵۴	۶/۷۳	۱/۷۹	۵/۳۲	۱/۷۲	۵/۶۰	۳/۶۹	۱۶/۶۶	معنوی	اضطراب
۱/۸۲	۱۳/۲	۲/۲۵	۱۴/۳۳	۳/۵۲	۱۶/۲۰	۳/۳۹	۱۸/۹۵	کنترل	
۲/۰۲	۶/۶۹	۲/۴۲	۶/۲	۲/۶۳	۶/۷۳	۳/۸۳	۲۰	معنوی	افسردگی
۳/۱۳	۱۸/۴۶	۳/۲۱	۱۸/۹۳	۲/۸۷	۱۸/۶۶	۳/۹۲	۱۹/۹۲	کنترل	

پرت وجود ندارد. نتایج آزمون لوین در پس‌آزمون متغیرهای وابسته نشان داد چنانچه سطح معناداری بیشتر از ۰/۰۵ باشد می‌توان واریانس متغیر مورد مطالعه را در گروه‌های پژوهش، همگن فرض کرد.

نتایج آزمون باکس جدول نشان می‌دهد مقدار سطح معناداری (۰/۱) می‌باشد که گویای این است که شرط همگنی ماتریس واریانس-کواریانس در گروه‌های مورد پژوهش رعایت شده است ($p > ۰/۰۵$) و در هر دو گروه در متغیرهای فوق داده

(پیش‌آزمون‌های ادراک بیماری، استرس، اضطراب، افسردگی و کورتیزول) از متغیر مستقل (مداخله چندبعدی معنوی) تأثیر پذیرفته است. در کنار این تأثیر متغیرهای همپراش مورد مطالعه تأثیر معناداری بر متغیرهای مورد مطالعه نداشته‌اند؛ بنابراین با مشخص کردن تأثیر نداشتن متغیرهای همپراش، تحلیل کواریانس چند متغیری برای تحلیل نتایج معنادار است. بدین معنا که تفاوت‌های میانگین متغیرهای این دو گروه قابل اعتماد است، زیرا تأثیر متغیرهای همپراش بر متغیرهای وابسته (ادراک بیماری، استرس، اضطراب، افسردگی و کورتیزول) معنادار نیست.

نتایج جدول آزمون لامبدای ویلکز نشان می‌دهد که بین دو گروه دست‌کم در یکی از متغیرها تفاوت معناداری وجود دارد ($F: 0/640$). برای بررسی همگنی واریانس متغیرهای ادراک بیماری، کورتیزول در گروه‌های مورد پژوهش از آزمون لوین استفاده شده است.

با توجه به لامبدای ویلکز به دست آمده برای متغیرهای مستقل، یعنی تأثیرات گروه‌ها بر متغیرهای وابسته ($F=0/001$, $F=2/056$, $p=0/702$)، فرض صفر آماری رد و مشخص می‌شود که ترکیب خطی سه متغیر وابسته کورتیزول، استرس، اضطراب، افسردگی و ادراک بیماری پس از تعدیل آثار متغیرهای همپراش آنها

جدول ۳: نتایج تحلیل کواریانس برای بررسی تفاوت اثربخشی مداخله معنوی بر متغیرهای وابسته

منابع	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	معناداری	مجذور اتا
گروه (درمان معنوی و کنترل)	استرس	۱۲۰۰/۱۷۲	۱	۱۲۰۰/۱۷۲	۲۵۱/۱۹۶	۰/۰۰۱	۰/۹۰۲
	اضطراب	۸۴۸/۴۶۳	۱	۸۴۸/۴۶۳	۲۰۹/۸۹۶	۰/۰۰۱	۰/۸۸۶
	افسردگی	۱۱۲۵/۲۵۸	۱	۱۱۲۵/۲۵۸	۱۴۳/۰۴۲	۰/۰۰۱	۰/۸۴۱
	ادراک بیماری	۱۰۲۱/۳۲۳	۱	۱۰۲۱/۳۲۳	۲۱۱/۱۶۸	۰/۰۰۱	۰/۸۸۶
	کورتیزول	۰/۳۶۳	۱	۰/۳۶۳	۸۹/۴۳۶	۰/۰۰۱	۰/۷۶۸
	استرس	۱۲۹/۳۵	۲۷	۴/۷۹۱			
خطا	اضطراب	۱۰۹/۱۴۲	۲۷	۴/۰۴۲			
	افسردگی	۲۱۲/۴۰۰	۲۷	۷/۸۶۷			
	ادراک بیماری	۱۳۰/۴۳۵	۲۷	۴/۸۳۲			
	کورتیزول	۰/۱۱۰	۲۷	۰/۰۰۴			

افسردگی ($f=143/042$, $MS=1125/258$, $F=143/042$, $p=0/001$)؛ کورتیزول ($f=89/436$, $MS=0/363$, $F=89/436$, $p=0/001$) معنادار می‌باشد. مداخله چندبعدی معنوی بیشترین تأثیر را بر استرس ($p=0/902$) داشته است.

جدول ۴: تحلیل کواریانس مقایسه‌ای میانگین‌های تعدیل‌شده متغیرهای وابسته بر اساس گروه‌ها (معنوی چندبعدی و کنترل)

متغیر وابسته	گروه ۱	گروه ۲	اختلاف میانگین	انحراف استاندارد	سطح معناداری
استرس	معنوی	کنترل	-۱۲/۶۵۵	۰/۷۹۸	۰/۰۰۱
اضطراب	معنوی	کنترل	-۱۰/۶۳۷	۰/۷۳۴	۰/۰۰۱
افسردگی	معنوی	کنترل	-۱۲/۲۸۸	۱/۰۲۷	۰/۰۰۱
ادراک بیماری	معنوی	کنترل	-۳۵/۶۱	۳/۹۶۸	۰/۰۰۱
کورتیزول	معنوی	کنترل	-۰/۲۲۲	۰/۰۲۳	۰/۰۰۱

با توجه به اینکه آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیری معنادار است و ترکیب خطی متغیرهای وابسته از متغیرهای مستقل تأثیر می‌پذیرد، لازم است به بررسی این موضوع بپردازیم که آیا هرکدام از متغیرهای وابسته از متغیر مستقل، تأثیر پذیرفته است. در جدول ۳ نتایج تحلیل کواریانس متغیرهای وابسته در گروه‌ها بررسی شده است که نشان می‌دهد بین دو گروه چندبعدی معنوی و کنترل بر شاخصه‌های فیزیولوژی و روان‌شناختی تفاوت معناداری ($p < 0/05$) وجود دارد.

تأثیر مستقیم مداخله درمانی چندبعدی معنوی بر متغیرهای ادراک بیماری ($F=211/168$, $MS=1021/323$, $F=211/168$, $p=0/001$)؛ استرس ($f=251/196$, $MS=1200/172$, $F=251/196$, $p=0/001$)؛ اضطراب ($f=209/896$, $MS=848/463$, $F=209/896$, $p=0/001$)؛

زندگی به‌عنوان مانعی جدی در برابر فشارهای روانی و اضطراب حاصل از آن و نیز افسردگی ایجاد می‌کند و فرد را در جهت سلامت کلی رهنمون می‌سازد.

چندین مطالعه نشان داده است که معنویت و اعتقادات معنوی، توانایی مقابله یک بیمار را با وقوع یک بیماری بالا برده، سرعت بهبودی را افزایش می‌دهد (همتی مسلک‌پاک و همکاران، ۱۳۸۹) و سبب می‌شود انسان احساس بهتری داشته باشد و در نتیجه قدرت بیشتری برای مقابله با بیماری‌ها به دست آورد و همین امر، حتی اگر بیماری را شفا ندهد، سبب بهتر شدن بیمار می‌شود یا کمک می‌کند بیمار بهتر با بیماری‌اش کنار بیاید و فرد در مواجهه با بیماری، با تمام ابعاد وجودی خود به بیماری پاسخ می‌دهد (کارن، ۲۰۰۶). از آنجاکه سلامتی کامل یک فرد به تعادل بین تمام ابعاد سلامتی، یعنی جسمی، روحی، روانی، اجتماعی و معنوی وی بستگی دارد (جان‌بزرگی و غروی، ۱۳۹۵، ص ۲۸۶). پس بدون توجه به بعد معنوی انسان، نمی‌توان جسم، روان و همین‌طور شخصیت اجتماعی او را شناخت و برای سلامت وی کاری کرد (کارن، ۲۰۰۶). مراقبت معنوی به‌عنوان مهم‌ترین عامل کمک‌کننده برای رسیدن به تعادل در حفظ سلامتی و مقابله با بیماری‌ها شناخته شده است و پیشرفت در بهبودی را سرعت می‌بخشد. مراقبت معنوی با تولید عواطف مثبت، سبب عملکرد مطلوب دستگاه‌های فیزیولوژیک همچون دستگاه قلبی عروقی از راه دستگاه عصبی خودمختار می‌شوند. اگر فرد، بیمار باشد؛ از این راه می‌توان به بهبودی او کمک کرد و اگر سالم باشد این امر در ارتقای سلامت وی مؤثر است (اژدر و همکاران، ۱۳۹۰).

مروری بر متون بیانگر آن است که معنویت با سلامت جسمی، کاهش میزان مرگ‌ومیر، کاهش فشارخون و بهبود بیماری و سلامت روانی کاهش اضطراب، افسردگی و سلامت معنوی (مؤمنی، ۱۳۹۱) بیماران قلبی در ارتباط است. نتایج مطالعه آل و همکاران (۲۰۱۷)، بر روی ۳۰۹ بیمار قلبی در مرکز پزشکی دانشگاه میشیگان نشان داد افرادی که از مقابله‌های معنوی در زندگی روزانه خود استفاده می‌کنند، افسردگی و اضطراب کمتری دارند و سریع‌تر به بهبودی دست می‌یابند. نتیجه مطالعه حسینی و همکاران در سال ۱۳۹۰ نشان داد که الگوی مراقبت معنوی-مذهبی ریچاردز

همان‌طور که از جدول ۴ مشاهده می‌شود، مقایسه‌های چندگانه با استفاده از آزمون بونفرونی نشان می‌دهد که بین دو گروه تفاوت بارزی در متغیرهای استرس، اضطراب، افسردگی، ادراک بیماری و کورتیزول در پس‌آزمون وجود دارد که این تفاوت‌ها در $P > 0/01$ برای این گروه‌ها معنادار است؛ به عبارت دیگر مداخله چندبعدی معنوی تأثیر معناداری بر کاهش کورتیزول، استرس، اضطراب، افسردگی دارد و این اثربخشی از لحاظ آماری معنادار می‌باشد.

بحث

در این پژوهش ما شاهد اثربخشی درمان چندبعدی معنوی بر ادراک بیماری ($sig = 0/001$) و نیز کاهش کورتیزول بزاق ($sig = 0/001$)، افسردگی ($sig = 0/001$)، اضطراب ($sig = 0/001$) و استرس ($sig = 0/001$) بیماران CABG بودیم که این اثربخشی از لحاظ آماری معنادار بود ($p < 0/05$).

هدف از انجام این پژوهش، بررسی تأثیر درمان چندبعدی معنوی بر کورتیزول بزاقی، ادراک بیماری، اضطراب، استرس و افسردگی بیماران جراحی عروق کرونر بوده است. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره نشان داد که پس از یک مداخله ده جلسه‌ای، اختلاف معناداری بین گروه آزمایش و گروه کنترل در کورتیزول بزاقی، ادراک بیماری، اضطراب، استرس و افسردگی وجود داشت. از مقایسه نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایش و گروه کنترل، این نتیجه به‌دست آمده که بین نمرات گروه‌ها تفاوت معناداری وجود دارد که در اثر مداخله درمانی معنوی صورت گرفته است.

نتایج این پژوهش مطابق با یافته‌های پیشین در ارتباط با تأثیر درمان معنوی بر کاهش اختلالات هیجانی همچون استرس، اضطراب و افسردگی می‌باشد (زامارا و همکاران، ۱۹۹۶؛ اکسونگرو و همکاران، ۲۰۰۷؛ جان‌بزرگی، ۱۳۹۵). معنویت و عمل معنوی به‌عنوان منبعی مهم در مقابله با بیماری‌های مزمن می‌باشد که متضمن پیروی از سبکی سالم در زندگی است و راهبردهای سازگارانۀ آن سبب ایجاد، حفظ و ارتقای حرمت خود، معنای زندگی و امید در انسان می‌شود و در زمان بروز بحران‌های

کاهش استرس در گروه آزمایش می‌تواند ناشی از تغییرات ادراکی بیمار از خود و بیماری‌اش باشد که ارزیابی‌ها، انتظارات و موانع استرس‌زا را در فرد به گونه‌ای متفاوت تغییر می‌دهد. در ادبیات استرس، سلیه آن را سندرم انطباق عمومی می‌داند و معتقد است که پیش‌درآمدی بر بیماری می‌باشد، یعنی اگر استرس‌زاهای در مرحله مقاومت تداوم یابند، نیروی بدن تحلیل می‌رود و فرد مستعد ابتلا به بیماری می‌شود (سلیه، ۱۹۵۶)، اما این تعریف دو مشکل اساسی را در متن خود دارد؛ یکی اینکه انسان را موجودی بی‌اراده در نظر گرفته که فقط تحت تأثیر محرک-پاسخ قرار می‌گیرد و در حضور محرک، پاسخ را در وی می‌توان مشاهده کرد. بدون اینکه خود فرد بر پاسخ خودکار سیستم اعصاب مرکزی و محیطی به محرک، کوچک‌ترین تأثیری داشته باشد و حال آنکه در تعریف لازاروس، نحوه ارزیابی فرد در دو مرحله، تعیین‌کننده نوع پاسخ‌گویی به استرسور است. در این نوع مداخله درمانی که بر مبنای مدل درمانی هفت بعدی لازاروس می‌باشد، نحوه ارزیابی در ایجاد استرس، مهم و اساسی برداشت می‌شود، استرسورها را تحت تأثیر بعد معنوی فرد می‌داند که می‌توانند به شدت و یا کاهش هیجان فرد از موقعیت استرس‌زا بینجامد، بدون اینکه موقعیت تغییر کند. نکته‌ای که اینجا نسبت به مدل لازاروس کمی متفاوت به نظر می‌رسد، این است که در مدل لازاروس همیشه به بیماری به‌عنوان یک استرسور نگاه شده، در حالی که در درمان چندبعدی معنوی، نه تنها بیماری همیشه استرسور و منفی نیست، بلکه گاهی زمینه‌ساز تجارب مثبت می‌باشد و به‌عنوان فرصتی در نظر گرفته می‌شود که فرد را در مسیر سلامت کمک می‌کند.

اشکال دوم در این تعریف این است که چون پاسخ به استرسور، واکنش غیراختصاصی بدن می‌باشد، پس همه افراد به یک شکل پاسخ می‌دهند و با هم تفاوتی ندارند؛ در حالی که در واقعیت این‌گونه نیست، تفاوت‌های فردی بسیاری را در پاسخ‌گویی شاهد هستیم. عواملی چون سرشت افراد، شخصیت، موقعیت اجتماعی-اقتصادی افراد در نحوه پاسخ‌گویی‌شان تأثیر زیادی دارد. نکته‌ای که اینجا در درمان چندبعدی معنوی اهمیت دارد این است که افراد از نظر بعد معنوی نیز متفاوت‌اند و این خود نگاه‌شان به

و برگین بر کاهش اضطراب بیماران پیش از عمل جراحی قلب باز مؤثر است. مطالعه بلاچر و همکاران نیز به منظور بررسی ارتباط دیسترس روانی با سلامت معنوی در ۴۶ بیمار قلبی نشان‌دهنده ارتباط معکوس بین نمره سلامت معنوی، اضطراب و افسردگی بیمارستانی است (امجدیان و همکاران، ۱۳۹۶)، ولی این نتایج با مطالعات دلانی^۱ در تباین می‌باشد. او و همکارانش در بیماران قلبی نشان دادند که در مداخله معنوی یک ماهه، افزایش میانگین چشم‌گیری در نمره کلی کیفیت زندگی داشتند، اما تغییرات چشمگیری در نمره اضطراب و افسردگی دیده نشد که این امر با نتیجه مطالعه حاضر همخوانی نداشت (دلانی، ۲۰۱۱). البته می‌توان بی‌تأثیری این درمان را در این گروه مرتبط با عدم تجربه و درونی نکردن آن دانست؛ زیرا زمانی که فرد معنویت را در وجودش تجربه نکرده باشد، از فواید واقعی آن بهره‌مند نمی‌شود. همچنین اگر این اعتقادات از دیگران (نزدیکان فرد در زندگی) باشد، عدم انسجام آن نمی‌تواند اضطراب و افسردگی را بهبود دهد، چون انسجام نداشتن، خودش ایجاد تنش و اضطراب می‌کند نه اینکه درمان‌کننده باشد. از سوی دیگر اگر کسب این اعتقادات بدون تجربه شخصی و از روی اجبار صورت گیرد نتیجه‌ای جز انزجار، خشم و چندلایگی برای فرد ندارد و در نتیجه ایجاد تنش، اضطراب و افسردگی و اختلالات جسمی می‌کند. محققان دانشگاه هاروارد نشان می‌دهد که معنویت نه تنها ریشه در عقیده فرد داشته، بلکه ریشه در تجربه او نیز دارد. اگر شخصی فقط اعتقاد داشته باشد ولی تجربه نکرده باشد، بسیاری از فواید جسمی و روانی معنویت را از دست می‌دهد (زهراپی و همکاران، ۱۳۹۷). یافته‌های این پژوهش هم‌راستا با مطالعات پیشین در رابطه با تأثیر درمان معنوی بر میزان کورتیزول است (لانگترو و همکاران، ۲۰۰۴). داده‌های مربوط به استرس بیماران نشان می‌دهد که میانگین استرس آنها پیش از انجام مداخله در طبقه استرس متوسط (۲۳/۲) قرار داشت و پس از انجام مداخله، استرس گروه آزمایش معنوی چندبعدی تا سطح طبیعی (۹/۶۰) کاهش داشته، اما استرس گروه کنترل در پیش‌آزمون (۲۳/۳۳) و در پس‌آزمون (۲۲/۲۶) کاهش معناداری نداشته است.

1. Delaney

استرسور را تحت تأثیر قرار می‌دهد. بدیهی است نگاه مادی به استرسور با نگاهی معنوی دو چیز کاملاً متفاوت است.

در این درمان ارزیابی فرد از علائم بیماری به نشانه‌هایی تغییر می‌کند که قابل مدیریت هستند و ارزیابی ثانویه را نیز در بیمار آماج تغییر خود قرار می‌دهد. با توجه به اینکه این ارزیابی ثانویه در افراد است که میزان تنش‌زایی یک عامل استرس‌زا را تعیین می‌کند و با تغییر آن، استرسور نیز تعدیل می‌شود؛ بنابراین این کاهش به دلیل اثرهای معنویت بر استرس‌های روان‌شناختی است که در پژوهش هارولد و همکاران (۲۰۱۲) از آن به‌عنوان سرکوب‌گر و از برنده اضطراب و استرس یاد شده که به شکل مستقیم در پاسخ به استرس و در جهت کاهش آن عمل می‌کند. در صورت وجود یک اختلال مزمن که نیاز به تغییر سبک زندگی دارد و در حوزه روان‌شناسی سلامت قرار می‌گیرد، درمان چندبعدی معنوی، نقشی تعدیل‌کننده دارد.

داده‌های مربوط به افسردگی بیماران نشان می‌دهد که میانگین نمرات افسردگی آنها پیش از انجام مداخله درمانی در طبقه متوسط (۲۰) قرار می‌گرفت و پس از انجام مداخله درمانی در گروه آزمایشی ایمن‌سازی در برابر استرس در سطح طبیعی (۶/۷۳) کاهش یافته است. این امر در حالی است که نمرات گروه کنترل از سطح متوسط در پیش‌آزمون (۱۹/۴) تغییر معناداری در پس‌آزمون (۱۹) نداشته است. این بدان معناست که مداخله ایمن‌سازی در برابر استرس توانسته شدت افسردگی را در گروه آزمایش تا حد قابل توجهی کاهش دهد. دلیل این کاهش در این بیماران، تغییر نگاهشان نسبت به میزان کنترل شخصی هیجان‌ها و علائم بیماری است. این بیماران سابقه تجربه خشم را به دنبال قواعد ذهنی، بیش از هر نوع هیجانی داشته‌اند که آنها را مستعد بیماری قلبی ساخته است. این قواعد وقتی غیرمتناسب با موقعیت شخص باشند، هیجان‌هایی افراطی ایجاد می‌کنند که از بین برنده سلامت است.

داده‌های مربوط به اضطراب بیماران نشان می‌دهد که میانگین نمرات اضطراب آنها پیش از انجام مداخله درمانی در طبقه شدید (۱۶/۶۶) قرار می‌گرفت و پس از انجام مداخله درمانی در گروه آزمایشی ایمن‌سازی در برابر استرس در سطح خفیف (۵/۶)

کاهش یافته است؛ در حالی که نمرات گروه کنترل از سطح شدید در پیش‌آزمون (۱۸/۹۵) تغییر معناداری در پس‌آزمون (۱۶/۲۰) نداشته است. دلیل این کاهش در گروه آزمایش انسجامی است که بیمار در رابطه با خود، مبدأ، هستی و دیگران در طول دوره درمانی کسب کرده است و او را از عملی‌رها می‌سازد که با منشأ مبهم و یا متناقض با اعمال دیگر باشد. اضطراب نتیجه ادراک تهدید مبهم درونی و تعارض است (جان‌بزرگی و نوری، ۱۳۹۳) که انسجام عمل انسان و تسلط وی بر مشکلاتش را کاهش می‌دهد؛ در حالی که فعال‌سازی مسیر معنوی (ذکر) آرامش در پی دارد، سلامت روانی فرد را افزایش می‌دهد (جان‌بزرگی، ۱۳۷۷) و ثبات هیجانی ایجاد می‌کند (جان‌بزرگی و همکاران، ۱۳۸۸). درمان چندبعدی معنوی درصدد است نگاه فرد را به امور و اعمال خود در چارچوب فضای ادراکی (مبدأ، خود، هستی و معاد) گسترش دهد و با فعال‌سازی عقلانیت خداسو، آن را خدامحور یا توحیدی سازد تا بتواند بر مشکلات خود غلبه کند (جان‌بزرگی، ۱۳۹۴).

تحلیل مسیر مداخله درمانی چندبعدی معنوی بر بهبود شاخص‌های مرتبط با سلامت قلب

مسیر روان‌شناختی

ادراک فرایند تشخیص‌گذاری یک شیء براساس تجربیات پیشین، نگرش، انتظارات، ارزش‌ها و معنویت فرد است (زهرایی و همکاران، ۱۳۹۷). بیشتر اوقات این ادراک توسط خود فرد ایجاد نمی‌شود و از افراد دیگر (مهم در دوران رشد) کسب می‌شود. ادراکی که به جای تجربیات شخصی و نگرش‌های بیرونی و ارزش‌های دیگران در فرد به‌وجود آید، سبب می‌شود که بیمار به جای آنکه با خودش ارتباط درستی برقرار نماید و این ادراکات به نیازهای او پاسخ مناسبی بدهند، او را بیشتر از خودش دوری کنند. همچنین از آنجا که این تجربیات از افراد گوناگون و در زمان‌های مختلفی یاد گرفته شدند، انسجام لازم را ندارند و فرد باری به هر جهت رفتار می‌کند، زیرا هر رفتاری متأثر از ادراکی است که با منشأ رفتاری دیگر، یک‌جهت و همسو نیست. این مسئله‌ای است که بیشتر بیماران را دچار تعارض می‌کند و پیرو آن، اضطراب را در فرد به‌وجود می‌آورد. در این مداخله درمانی با استفاده از تکنیک

جسمانی، روان‌شناختی و اجتماعی و معنوی است و تعالی لازمه رشد هر چه بیشتر معنوی او می‌باشد. هنگامی که بیمار پایان زندگی خود را در نظر دارد، این هوشیاری برای وی آرامشی واقعی را به دنبال دارد.

از سوی دیگر، این مداخله معنای رنج و بیماری را در ذهن بیمار تغییر می‌دهد؛ به گونه‌ای که او خود را تنها و ناتوان نمی‌بیند. در این مسیر سختی‌ها و ناراحتی‌ها چون در یک رابطه عاشقانه با خدایی که می‌بیند قرار می‌گیرد، قابل تحمل‌تر و گاهی نیز به‌عنوان وسیله و راهی معنوی در نظر گرفته می‌شود. به عبارتی این مداخله درمانی از بیماری و رنج که پیش از این به‌عنوان سدی در راه رسیدن به سلامت جسمی و روانی و درنهایت بهزیستی ساخته بود، اکنون به‌عنوان کاتالیزوری در نظر گرفته می‌شود که می‌تواند خودش بهزیستی را برای فرد فراهم آورد، حتی زمانی که سلامت جسمانی بیماران از خط پایه دور شود و از سلامت نسبی برخوردار باشد.

در این مسیر درمانی، افرادی معرفی شدند که با وجود مسائلی که سد راهشان داشتند، ولی چون به اراده قوی‌تری تکیه کردند، توانستند از آن مسائل به شکل میان‌بر استفاده کنند و تعادل و به دنبال آن سلامت جسمی و روان‌شناختی را تجربه نمایند. بدیهی است زمانی که فرد در رنج و گرفتاری خود را می‌بیند، فقط خود را می‌بیند و این دید محدود، محدودیت هم‌برایش به‌وجود می‌آورد. در این مداخله درمانی از این مطلب به‌عنوان حوزه ادراکی یاد می‌شود و زمانی انسان تعادل و به دنبال آن تعالی را تجربه خواهد کرد که در حوزه ادراکی‌اش ارتباط با خود و خدا را نیز بگنجانند.

این مداخله پس از اینکه نحوه ارزیابی فرد را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد که اتفاقات را فاجعه نبیند که او را از عمل باز دارد، بلکه آن را به صورت اتفاق ناگواری ببیند که نیازمند حل شدن است و شروع به اقدام عملی و یا مدیریت هیجانی کند؛ یعنی در نحوه مقابله با مسائل و مشکلات روزمره به بیماران کمک می‌کند تا آنها به جای به‌کار بردن راه‌های مقابله‌ای غیر مؤثر مانند اجتناب، از راه‌های مقابله‌ای سالم‌تری در حل مسائل استفاده نمایند و بنابراین بیشتر احساسات و هیجانات مثبتی چون عشق، امیدواری و خوش‌بینی را تجربه می‌کنند.

جزیره از آنها خواسته شد که خالی از هر نوع یادگرفته‌ای، خود تجربه کنند، چون تنها در این صورت است که به خودپنداشت و پس از آن به خداپنداشت مناسبی می‌رسند که سلامت هیجانی و جسمانی را ایجاد کنند. بسیاری از ارزش‌ها و نگرش‌ها و انتظارات ما از خود، خدا و دیگران و در نهایت دنیای پیرامون ما، حاصل یادگیری‌های گذشته است که اینها در ما تصویر ذهنی ایجاد می‌کند. این تصاویر چون واقعی نیستند، به درد زندگی در واقعیت نمی‌خورند و نتیجه نهایی آنها تجربه هیجان‌های منفی است. این هیجانات از طریق محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال در فرد سبب ترشح کورتیزول شده و به دنبال آن، علائم استرس از جمله تاکی‌کاردی و افزایش ریت تنفس را موجب می‌شود و هماهنگی روانی فیزیولوژیایی را کاهش می‌دهند.

در این مسیر، درمان معنوی چندبعدی با تغییر ارزیابی‌های فرد از موقعیت محرک هیجان‌های منفی (استرس، اضطراب و افسردگی)، آن را برای او قابل تحمل‌تر می‌سازد. در این مداخله هم نحوه ارزیابی اولیه تحت‌تأثیر قرار می‌گیرد یعنی وخامت اوضاع و هم ارزیابی ثانویه، بدین معنا که بیمار توانایی مقابله با آن شرایط نامساعد را در خود احساس می‌کند. تبدیل شرایط وخیم به شرایط نامساعد تحت‌تأثیر تغییری است که در نگاه او به خودش، خدا، دیگران و دنیا به‌وجود آمده است. در شرایط وخیم به دلیل بی‌تعادلی هیجان‌ها، کمتر احتمال دارد که مقابله سالم و مؤثر با شرایط اتفاق بیفتد و اینکه بیشتر، بیمار هیجانات منفی و منفی‌تری را تجربه می‌کند که او را در دور باطل قرار می‌دهد، بدون اینکه حتی برای حل مسائل پدیدآمده قدمی بردارد. در چنین شرایطی بیمار هر روز خود را گرفتارتر در شرایط زندگی می‌بیند و به اصطلاح خود در زندگی گیر افتاده است؛ در حالی که زمانی مسئله‌ای قابل حل شدن است که هیجانات منفی، عقل را از حل کردن آن ناتوان نکرده باشد. در این درمان، هدف معنوی جایگزین بی‌هدفی و یا اهداف بیماری‌ساز شده است. زمانی که بیمار خودش را در یک مسیری می‌بیند که هدف غایی برایش مشخص است، اهداف میان‌راه را نیز طوری تنظیم می‌کند که از بالا و پایینی هیجان‌ها رهایی یابد و بتواند در مسیری گام بردارد که سرانجام تعادل و تعالی را تجربه کند. تعادل لازمه سلامت

مسیر رفتاری

در این مداخله درمانی، رفتاری به‌عنوان رفتار سالم و مؤثر دانسته می‌شود که شروع و پایان آن ارادی و به دور از هر نوع اجباری باشد. این رفتار، به‌عنوان عمل معنوی در نظر گرفته می‌شود حتی اگر به ظاهر در آن رابطه‌ای با مذهب دیده نشود و به مسائلی چون تغذیه بیمار برگردد. رفتارهایی مانند غذا خوردن، خوابیدن، نیازهای جنسی و سایر نیازهای فیزیولوژیک و پایه‌ای شخص و یا ارتباط با دیگران به‌عنوان راهی برای طی مسیر و تقرب در نظر گرفته می‌شود که بیمار از طریق تنظیم آنها، خود را برای معنوی شدن آماده می‌نماید.

از سویی، تغییر رفتارهای پاتوژن رفتاری که سلامت قلب را به مخاطره می‌اندازد، در سبکی که درمان معنوی برای فرد در نظر می‌گیرد، کمتر دیده می‌شود. خوردن غذا با هیجان، نامنظم بودن زمان خواب، استفاده از سیگار و الکل جهت ایجاد آرامش، رقابت‌های ناسالم، نبود مدیریت زمان برای رسیدگی به مسائل روزمره، هنجارشکنی در مسائل جنسی، پرخاشگری و فرو بردن خشم به‌وجود آمده بدون حل کردن آن و تحرک نداشتن؛ از جمله مواردی است که برای آن برنامه خود مدیریتی در نظر گرفته شده تا بیمار در حد توانی که برایش پس از جراحی باقی مانده، بتواند سبکی سالم را در پیش بگیرد تا از باقی مانده سلامت جسمی و روانی که دارد - در دورنمایی از زندگی و خالی از هرگونه اجبار - بهره‌برد.

از سوی دیگر، در این مسیر عملی سالم در نظر گرفته می‌شود که بدون ایجاد جبر و با اراده بیمار انجام شود، زیرا هرگونه اجبار و احساس اجبار برای سیستم روانی و جسمانی بیمار مضر است. در ابتدای دوره درمانی و پس از معرفی کردن نوع مداخله از بیماران خواسته شد که با وجود اینکه عمل جراحی سنگینی را در یک ماهه اخیر انجام داده‌اند و میزان زیادی از سلامت خود را چه در بعد جسمی و یا روان‌شناختی و اجتماعی از دست داده‌اند، بیست سال آینده خود را در نظر بگیرند و برای آن برنامه‌ریزی نمایند. انتخاب کنند که همچنان که تا امروز خود، تنش و اضطراب را بدون مدیریت و کنترل در زندگی خود راه داده‌اند و بیشتر از سایر افراد دچار خشم و افسردگی شدند، می‌خواهند مابقی زندگی خود را به همین ترتیب ادامه دهند و یا آنکه این

هیجانانی را که در اصل بودنشان منفی نیستند و افراط در تجربه‌شان، آنها را به صورت منفی درآورده و وضعیت سلامت آنها را چه در بعد روان‌شناختی، جسمانی و اجتماعی به مخاطره انداخته مدیریت نمایند. قبل از انتخاب لازم است به پیامد مدیریت معنوی آنها و عدم مدیریت معنوی آن توجه کنند. این امر، نخست برای شروع مداخله افزون بر اینکه آنها را نسبت به سلامتی و فاکتورهای سلامتی هوشیارتر کرد، مسئولیت این انتخاب را نیز به آنها یادآوری نمود. این مسئولیت در قبال خود فرد به او احساس کنترل می‌دهد که در روانشناسی سلامت آن را به‌عنوان عاملی در جهت رفتارهای ایمن‌نویز در نظر می‌گیرد. اینکه باورهای معنوی، احساس کنترل را در فرد و به دنبال آن سبب ارتقای ایمن‌نویزهای رفتاری می‌شود همسو با نتایج پژوهش والینسکی و استامپ^۱ (۱۹۹۶) است.

در این درمان مسیر ذهنی بیماران از کسی که باید شرایط آسایش و آرامش برایش فراهم آمده باشد تا بتواند از روانی آرام و جسمی سالم بهره‌برد، به فردی تغییر می‌کند که خودش هم در کسب این اهداف اقدام نماید. اینکه تنها از دیگران انتظار مهیا کردن چنین شرایطی را داشته باشد، او را مستعد افسردگی می‌کند، بدون اینکه چنین وضعیت دلخواهی را برای او فراهم آورد. در این مسیر اراده و توان او برای درک و ارتباط با خودش در مرحله اول و پس از ارتباط با خالق هستی برانگیخته می‌شود تا بتواند با انجام عمل معنوی، خود را از انتظار ناسالم برآورده شدن نیازهایش از سوی دیگران که سابق بر این افسردگی را برای او به‌وجود آورده بود، رهایی دهد و به فردی تبدیل شود که خود و نیازها و توانایی‌هایش را بشناسد و در پی انجام عملی باشد که مختص به خود اوست، یعنی رسالتی را که برای آن خلق شده است، به انجام برساند؛ همچنین با انجام عمل معنوی، از نگرانی‌های ذهنی و به اصطلاح «نکنه‌ها» که غالباً ذهنی بوده و راه را برای عمل مناسب در واقعیت می‌بسته‌اند، رهایی یابد و بتواند به طور مؤثر در دنیای واقعی و طبق اصول سالم انسانی عمل کند.

1. Wolinsky & Stump

مسیر اجتماعی

پس از اینکه فرد از خودپنداره ذهنی به خودپنداشت مفهومی و از خداینداره‌ای که در ذهن او به وجود آمده به خداینداشت تجربه شده مفهومی رسید، نوبت به ارتباط با دیگران است. ارتباط معنوی با اطرافیان، چون خالی از دروغ و نیرنگ و عداوت می‌باشد، اعتماد را که هسته ایجاد ارتباط سالم است، به وجود می‌آورد. ارتباط در فضایی که دو طرف رابطه به هم اعتماد دارند و موقع قضاوت می‌کشند که درکی از موقعیت طرف مقابل داشته باشند، راحت‌تر و سالم‌تر از پیش است. بیشتر این بیماران به سبب برخورداری از ویژگی‌های شخصیتی تیپ A؛ پیش از این، رقابت و کینه و دشمنی را در روابطشان وارد می‌کردند که آنها را از مسیر سالم دور می‌نمود. دیگری را که در اطراف بیمار چه در خانه و یا محیط کار و زندگی قرار داشتند و می‌توانستند در صورت لزوم و نیاز بیمار از او حمایت اجتماعی داشته باشند، به عواملی تبدیل شده بودند که استرس و خشم و به دنبال آن افسردگی را در فرد به وجود می‌آوردند. پس از این مداخله درمانی، نوع ارتباط آنها با اطرافیان و روابط اجتماعی‌شان در بیرون، حمایت اجتماعی را به دنبال داشت. در اینکه عمل معنوی چه به‌طور مستقیم و یا غیرمستقیم، حمایت اجتماعی را به دنبال دارد و سبب کاهش استرس و ارتقای سلامت جسمانی افراد می‌شود با نتایج پژوهش‌های الیسون و جورج (۱۹۹۴) مطابق است.

در درمان معنوی روی بخشش و تسویه، هم با هدف تعادل روان‌شناختی و جسمی و هم با هدف اصلاح روابط اجتماعی کار می‌شود. در بین بیماران مواردی بود که رفتار و ظلمی در واقعیت و نه در ذهن بیمار اتفاق افتاده بود و تعادل روانی و جسمانی او را به هم زده بود، به شکلی که خشم و کینه‌ای را سال‌ها با وی همراه کرده بود. در اینجا ضمن درک مقابل بیمار و شنیدن سخنانی که بارها در طول زندگی، او را از حالت تعادل خارج کرده و وضعیت جسمانی وی را بر هم زده بود، حق انتخاب داده شد که او حق دارد مانند گذشته، این رفتار او را که با باری از هیجان‌ات منفی همراه شده، با خود حمل کند و یا اینکه به سبب خود و وضعیت سلامتی کنونی‌اش او را ببخشد. حق انتخاب با خود اوست. بار هیجانی ظلمی که به او شده مثل چیز کثیفی است که او به لباسش

سنجاق کرده و لحظه به لحظه زندگی، با خود همه‌جا می‌برد و بیشتر از اینکه شخص مقابل را آزار دهد، موجب آزار روان‌شناختی و جسمانی او می‌شود و در سطح روابط اجتماعی نیز نمی‌گذارد که مثل گذشته با هم ارتباط داشته باشند.

افزون بر این، شرکت در مراسم و اجتماعات معنوی می‌تواند افراد را در شبکه‌ای منسجم قرار دهد که برایشان حمایت اجتماعی را دربر داشته باشد. با در نظر داشتن میانگین بیشترین طبقه سنی آزمودنی‌ها (۶۰-۶۹ سال) که آنها را در دوره اواخر میانسالی و سالمندی قرار می‌دهد و با توجه به نیاز رشدی این دوره زمانی، بیش از هر گروهی نیازمند حمایت اجتماعی هستند و در صورت دستیابی نداشتن به این مؤلفه تأثیرگذار بر سلامت جسمی، روانی و اجتماعی به انزوا و تنهایی مبتلا می‌شوند. بهبود گروه آزمایش درمان معنوی چه در نمرات پس‌آزمون و چه در پیگیری‌های یک ماهه و سه ماهه مؤید این مسیر اجتماعی است.

لازم به ذکر است که اثربخشی مداخلات معنوی هم در بیماران مذهبی و هم در بیماران غیرمذهبی دیده می‌شود (اثربخشی در این مداخله درمانی اعتقاد به وجود خداست) و دلیل اخلاقی برای تفکیک بیماران از سایر جهات وجود ندارد. تعیین اینکه این نوع درمان در کدام گروه اثربخشی بیشتری دارد، مبهم است، زیرا برخی از بیماران مذهبی که با این مفاهیم هم‌نظر هستند، استقبال می‌کنند ولی در برخی دیگر که به باورهای خود عادت کرده‌اند، پذیرش و تغییر را سخت می‌بینند و نیز در بیماران غیرمذهبی، گاهی مطالب جدید جذاب و در برخی اوقات کسل‌کننده است (لاکسز و همکاران، ۲۰۱۳).

در پایان مقاله لازم است از همکاران خود در مرکز تحقیقات بیمارستان قلب تهران برای همکاری در این پروژه تقدیر و تشکر کنیم.

منابع

۱. آقاییوسفی، علیرضا؛ احمد علی‌پور؛ فرهاد شقاقی و نسیم شریف (۱۳۹۱)، «رابطه بین روش‌های مقابله با استرس و سطوح اینترلوکین-بتا و کورتیزول در بیماران قلبی عروقی»، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، س ۱۹، ش ۲، ص ۱۸۲-۱۹۰.
۲. اژدر، علی‌رضا؛ مهدی احمدی‌فراز و حسین زارع (۱۳۹۰)، «نقش دعا و نیایش در سلامت ذهنی و جسمی»، مجله تازه‌های روان‌درمانی، س ۷، ش ۱، ص ۶۱-۶۲.
۳. امجدیان، محی‌الدین؛ هادی بهرامی احسان؛ رضا رستمی و سیامک واحدی (۱۳۹۵)، «طراحی مداخله دین‌محور و ارزیابی اثربخشی آن بر اضطراب، استرس و افسردگی و افزایش هماهنگی روانی فیزیولوژیک (HRV) بیماران قلبی دارای پیوند عروق کرونر (CABG)»، رساله دکتری دانشگاه تهران.
۴. امجدیان، محی‌الدین؛ هادی بهرامی احسان؛ رضا رستمی و سیامک واحدی (۱۳۹۶)، «بررسی اثربخشی مداخله دین‌محور و مداخله تنفسی به همراه بازخورد HRV بر افزایش هماهنگی روانی فیزیولوژیک (HRV) و کاهش افسردگی بیماران قلبی دارای پیوند عروق کرونر (CABG)»، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان، دوره ۲، ش ۲۲، ص ۱-۱۱.
۵. بشارت، محمدعلی (۱۳۸۴)، «بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس افسردگی اضطراب استرس (DASS-۲۱) در نمونه‌های بالینی و جمعیت عمومی»، گزارش پژوهشی، دانشگاه تهران.
۶. بشارت، محمدعلی؛ پریسا پورنگ، علی صادق پورطبایی و سعید پورنقاش تهرانی (۱۳۸۷)، «رابطه بین سبک‌های کنار آمدن با استرس و سطح تدوین روان‌شناختی با روند بهبود بیماران قلبی عروقی»، مجله دانشکده پزشکی، دوره ۶۶، ش ۸، ص ۵۷۹-۵.
۷. تقی‌زاده، محمد احسان؛ اکبر اسماعیلی و مهناز علی‌اکبری دهکردی (۱۳۹۷)، «اثربخشی آموزش معنویت درمانی گروهی بر سازگاری اجتماعی و پذیرش اجتماعی در بیماران زن مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس»، مجله رویش روانشناسی، س ۷، ش ۸، ص ۲۰۳-۲۱۴.
۸. تقی‌زاده، محمد احسان؛ ملیحه خاکپورنیا (۱۳۹۶)، «اثربخشی گروهی درمان معنوی بر کاهش ترس از مرگ و استرس ادراک شده»، نشریه روانشناسی دین، س ۱۰، ش ۴، ص ۲۳-۳۴.
۹. جان‌بزرگی، مسعود (۱۳۷۷)، «بررسی اثربخشی روان‌درمانگری کوتاه مدت با و بدون جهت‌گیری مذهبی (اسلامی) بر مهار اضطراب و تنیدگی»، رساله دکتری دانشگاه تربیت مدرس، تهران.
۱۰. جان‌بزرگی، مسعود (۱۳۸۸)، «ساخت و اعتباریابی آزمون پایبندی مذهبی بر اساس گزاره‌های قرآن و نهج‌البلاغه»، دوفصلنامه علمی-تخصصی مطالعات اسلام و روان‌شناسی، س ۳، ش ۵، ص ۱۹-۳۲.
۱۱. جان‌بزرگی، مسعود (۱۳۹۴)، «اصول روان‌درمانگری چندبعدی معنوی»، پژوهش‌نامه روانشناسی اسلامی، دوره ۱، ش ۱، ص ۵-۴۵.
۱۲. جان‌بزرگی، مسعود و سیدمحمد غروی (۱۳۹۵)، اصول روان‌درمانگری و مشاوره با رویکرد اسلامی، قم: پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.
۱۳. جان‌بزرگی، مسعود و ناهید نوری (۱۳۹۳)، شیوه‌های درمانگری اضطراب و تنیدگی، تهران: انتشارات سمت، چاپ سوم.
۱۴. حسینی، محمدعلی؛ محسن صادقی قهرودی؛ مسعود فلاحی خشک‌ناب؛ اصغر رکوفیان و مهدی رهگذر (۱۳۹۰)، «تأثیر مراقبت معنوی-مذهبی بر اضطراب بیماران پس از عمل جراحی بای پس عروق کرونر قلب»، پژوهش توانبخشی در پرستاری، ش ۱، ص ۵۱-۶۱.
۱۵. زهرایی، شقایق؛ شکوفه امینی و سوسن صائبی (۱۳۹۷)، «رابطه ادراک بیماری، تجربه‌انگ و همجوشی شناختی با کیفیت زندگی زنان مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس»، فصلنامه علمی مطالعات روان‌شناختی، دوره ۱۴، ش ۲، ص ۲۵-۴۰.

24. Baston CD, Schoenrade P, Ventis, WL. (1993), Religion and the Individual: A Social-Psychological Perspective. New York: Oxford University Press.
25. Besharat M, Poorang P, Sadegh poortabaei A, poornaghash tehrani s. (1999), "The relationship between styles of coping with stress and levels of psychological compilation With the process of improving cardiovascular patients", J medical Faculty, 66: 573-579. [Persian].
26. Bin G, Costa MC, Vila VdA, Dantas RAS. (2015), "study ethnographic: surgery graft passby artery coronary to submitted people", support social of Meanings, 1(67), 7-71.
27. Braunwald, E. (2012), Coronary Artery Diseases. In: Bonow, RO. Mann, DL. Zipes, DP. (editors), Heart disease: A textbook of cardiovascular medicine. 9th ed. Philadelphia: WB. Elsevier Saunders. P. 294-302.
28. Cameron LD, (2003), Leventhal H. The self-regulation of health and illness behaviour: Psychology Press.
29. Carmody J, Reed G, Kristeller J, Merriam P. (2007), anxiety in community-dwelling adults with cardiovascular disease. J Holist Nurs; 29:21-32.
30. Delaney, C., Barrere, C., Helming, M. (2011), The Influence of a Spirituality-Based Intervention on Quality of Life, Depression, and Anxiety in Community-Dwelling Adults With Cardiovascular Disease A Pilot Study, Journal of Holistic Nursing, 29(1):21-32.
31. Dickson A, Toft A, O'Carroll RE. (2009), "Neuropsychological functioning, illness perception, mood and quality of life in chronic fatigue syndrome, autoimmune thyroid disease and healthy participants", Psychological Medicine, 39:1567-76.
32. Ellison CG, George LK. (1994), Religious involvement, social ties, and social support in a Southeastern community. Journal of for the Scientific Study of Religion, 33, 46-61.
۱۶. علی پور، احمد؛ تورج هاشمی و ناهید یوسف پور (۱۳۹۶)، «اثر بخشی رفتار درمانی شناختی متمرکز بر اصلاح سبک زندگی در بهبود علائم حیاتی و بهزیستی روان‌شناختی بیماران کرونر قلبی»، مجله روانشناسی سلامت، ش ۲۰، ص ۱۲۵-۱۳۶.
۱۷. مصطفوی، صدیقه، اصغر آقایی و محسن گلپور (۱۳۹۷)، «اثر بخشی آموزشی مبتنی بر مدیریت استرس با محتوای معنویت درمانی ایرانی-اسلامی بر استرس»، «اضطراب و افسردگی زنان مبتلا به فیبرومیالژیا»، مجله روانشناسی سلامت، دوره ۷، ش ۳ (۲۷)، ص ۸۰-۶۲.
۱۸. نارویی نصرتی، رحیم (۱۳۸۰)، «دین از منظر روانشناسی و مقایسه آن با رویکرد اسلامی»، مجله تخصصی معرفت، دوره ۱۰، ش ۱۱، ص ۱۴-۲۴.
۱۹. همتی مسلک‌پاک، معصومه؛ فضل‌اله احمدی و منیره انوشه (۲۰۱۰)، «عقاید معنوی و کیفیت زندگی، تحقیق کیفی درباره ادراک زنان دیابتی»، مجله کومش، دوره ۱۲، ش ۲، ص ۴۴-۵۱.
20. Ai AL J , Bolling SF, Peterson C. (2017), The use of prayer by coronary artery bypass patients. The International Journal for the Psychology of Religion. 10(4):205-220
21. Aksungar F B, Topkaya A E, Akyildiz M. (2007), interleukin-6, C-reactive protein and biochemical parameters during prolonged intermittent fasting. Ann Nutr Metab. 51(1): 88-95.
22. Alrawi, R. & Alrawi R. (2017), Conventional Concepts in Coronary Heart Disease and New Thoughts in its Prediction. Insights Med Phys, Vol. 2 No. 2(5), pp 1-5.
23. Anh DT, Shih YW, Miao NF, Liao YM. (2017), Chuang YH, Chang HJ, Huang HC, Tsai HT, "Differences of self-management in controlling blood pressure between patients with hyper-tension and healthy people in vietnam", POJ Nursing Practice & Research, 1(1): 1-8.

41. Manigault AW, Shorey RC, Hamilton K, Scanlin MC, Woody A, Figueroa WS, France CR, Zoccola PM. (2019), "Cognitive behavioral therapy, mindfulness, and cortisol habituation: A randomized controlled trial". *Jpsyneuen*, 104:276-285. doi: 10.1016.
42. Mugnai G, Pasqualin G, Prati D, Menegatti G, Vassanelli C. (2015), "Recurrent multiform Takotsubo cardiomyopathy in a patient with epilepsy: Broken heart or brain"? *International Journal of Cardiology*, 201: 332-335.
43. Pargament, K.I. (2011), *Spirituality Integration Psychotherapy*, Guilford. outpatients with schizophrenia: patients' and clinicians' experience. *Psychiatric Services*, 62 (1): doi: 10. 1176/appi. ps. 62. 1. 79.
44. Park CL, Huang B, Rodgers W, Tice TN. (2007), Psychosocial mediation of religious coping styles: A study of short-term psychological distress following cardiac surgery. *Personality and Social Psychology Bulletin*. 33(6):867-882.
45. Richards P S, Bergin AE. (2005), A Theistic Spiritual Strategy for Psychotherapy, In: P. S. Richards, & A. E. Bergin (Eds.), *Casebook for a Spiritual Strategy in Counseling and Psychotherapy*, Washington DC: American Psychological Association, pp. 1-32.
46. Rifka, P., Taat Putra, S., Sriyono, h. (2017), Psikoneuroimmunology Approach to Improve Recovery Motivation, Decrease Cortisol and Blood Glucose of D.M. type 2 Patients With DHIKR Therapy, *Jurnal Ners Vol*, 12 No. 60-65.
47. Sacha, J. (2014), "Interplay between heart rate and its variability: a prognostic game", *Front Physiol*, 5 (347): 1-4.
48. Seeman, T.E., Dubin, L.F., Seeman, M. (2003), Religiosity/spirituality and health. A critical review of the evidence for biological pathways, *American Psychologist*; 58(1):53-63.
33. Engerta V, oman Linza R, Joshua A, Grant b. (2019), "Embodied stress: The physiological resonance of psychosocial stress" *Psychoneuroendocrinology*, 105: 138-146.
34. Ferguson M & Kovacs AHAn (2016), "integrated adult congenital heart disease psychology service". *Congenit. Heart Dis*, 11: 444-451. doi: 10.1111/chd. 12331.
35. Hayes, S. (2013), *Instructor's Manual for Acceptance and Commitment Therapy: Values and Action*, available at: <http://www.psychotherapy.net/data/uploads/51b5613392b1e.pdf>, LLC. All Rights Reserved.
36. Karabulutlu EY, Karayurt O, Gürsoy A, Köşgeroğlu N, Avci IA, Tuna A, et al. (2014), "Illness perception and factors affecting the illness perception in patients with breast cancer". *European J Oncology Nurs*;18(1):40. [https://doi.org/10.1016/S1462-3889\(14\)70146-2](https://doi.org/10.1016/S1462-3889(14)70146-2).
37. Karren, K.J., Hafen, B.Q., Gordon, K.J., Smith, N.L. (2006), *Mind/Body Health: The Effects of Attitudes, Emotions and Relationships*, Benjamin Cummings, 3th Edition.
38. Leung, YW. Flora, DB. Gravelly, S. Irvine, J. Carney, RM. Grace, S. L. (2012), The impact of premorbid and postmorbid depression onset on mortality and cardiac morbidity among patients with coronary heart disease: metaanalysis. *Psychosomatic Medicine*. 74 (8): 786-801.
39. Lovibond, PF. & Lovibond, SH. (1995), The structure of negative emotional states: "comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories", *Behaviour Research and Therapy (abstract)*, 33(3): 335-43.
40. Lutgendorf, S.K., Russell, D. Ullrich, B., Harris, T.B. & Wallase, R. (2004), Religious participation, interleukin-6, and mortality in older adult. *Health psychol*, 23(5),4,65-75.

53. Weinman, J. Petrie KJ, Moss-Morris R, Horne, R. (1996), The illness perception questionnaire: a new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychol Health*, 11(3):431-45
54. Wolinsky D. Stump E. (1996), Age and the Sense of Control Among Older Adults. *Journal of Gerontology: SOCIAL SCIENCES*. Vol. 51B, No. 4, S217-S220
55. Wolinsky, F.D. & Stump, T.E. (1996), Age and the Sense of Control among Older Adults, *The Journals of Gerontology: Series B*, Volume 51B, Issue 4, Pages S217–S220, <https://doi.org/10.1093/geronb/51B.4.S217>
56. Zamarra, J.W., Schnieder, R.H., Basseghini, I. (1996), Meditation program in the treatment of patients with coronary artery disease, *J cardial*: 867-870.
57. Zila van der Meer Sanchez Solange Aparecida Nappo (2008), Religious intervention and recovery from drug addiction *Rev Saúde Pública*, 42(2) 1-7.
49. Selye H. (1956), *The stress of life*, New York, NY, US: McGraw-Hill.
50. Slimani M, Taylor L, Baker JS, Elleuch A, Ayedi FM, Chamari K, Chéour F. (2016), “Effects of mental training on muscular force, hormonal and physiological changes in kickboxers”, *J Sports Med Phys Fitness*, 12(2): 127-132.
51. Tully PJ, Baker RA. (2017), “Depression, anxiety, and cardiac morbidity outcomes after coronary artery bypass surgery: a contemporary and practical review”. *J Geriatr Cardiol*, 9(2): 197-208.
52. Van Den Houte, M., Van Oudenhove, L., Van Diest, I., Bogaerts, K., Persoons, P., De Bie, J. & Van den Bergh, O. (2018), Negative Affectivity, Depression, and Resting Heart Rate Variability (HRV) as Possible Moderators of Endogenous Pain Modulation in Functional Somatic Syndromes ORIGINAL RESEARCH published: doi: 10.3389/fpsyg.2018.00275.