



Research Article

Investigating the Effects of Spiritually Multidimensional Psychotherapy on the Patients' Anxiety after Bypass Surgery

Fateme Nequee*: Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Payame Noor University, Mahallat, Iran.

f.nikoi@pnu.ac.ir

Masoud Janbazargi: Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Research Institute and University. Qom, Iran.

psychjan@gmail.com

Abstract

This study aimed to investigate the effectiveness of multidimensional spiritual therapy for reducing patients' anxiety after cardiac bypass surgery. The study utilized a quasi-experimental with a pretest-posttest design and follow-up with a control group. The statistical population of this study included patients who had coronary artery bypass surgery and were referred to the Rehabilitation Center of Tehran Heart Hospital in 2018. Thirty patients who scored high for anxiety on the Depression, Anxiety, and Stress Scale (DAS-21) questionnaire were selected by convenience sampling and were randomly assigned to experimental and control groups. The experimental group was exposed to an independent variable (multidimensional spiritual intervention) for ten 90-minute sessions in the hospital rehabilitation center. The results of repeated measurement test showed that there was a significant difference in the anxiety scores for the experimental and control groups in the pre-test, post-test, and one-month and three-month follow-up stages. In addition, there was a significant difference in the pretest-posttest in the spiritual group. There was no significant difference in post-test scores between one-month and three-month follow-ups. Reducing negative emotions by multidimensional spiritual therapy plays an important role in preventing the more severe complications of heart disease, therefore, interventions based on the results of this study are recommended for heart patients.

Keywords: Anxiety, Bypass surgery patients, Multidimensional spiritual therapy.

Introduction

Cardiovascular diseases, with 11 million deaths per year, are the most important cause of disability and death in the world (Alrawi & Alrawi, 2017). A large number of coronary artery disease (CHD) patients who do not respond to drug treatments undergo coronary artery bypass graft surgery (CABG) (Amjadian et

al., 2018). This surgery is accompanied by psychological reactions such as stress, anxiety, and depression. As disturbing factors in treating patients, it affects patients' quality of life, recovery after surgery, the efficiency of surgery, and the rate of death after surgery (Turk-Adawi et al., 2018). The fear of death, disability, and reduced range of motion fuel this anxiety following the continuation of symptoms

*. Corresponding author



(Allen et al., 2018). Moreover, anxiety can cause various physical and psychological symptoms such as heart palpitations, increased blood pressure, inability to concentrate, insomnia, and fear of consequences. It seems that the intervention that helps to moderate patients' emotions is multidimensional spiritual treatment psychotherapy. In the form of Lazarus therapy, and in addition to the external dimension of personality, multidimensional spiritual treatment psychotherapy focuses on the spiritual dimension (Richards & Bergin, 2004). Activating the spiritual dimension can take all of them under the and give them unity (Khayatan Mostafavi et al., 2019). Therefore, this study aimed to investigate the effectiveness of multidimensional spiritual therapy on the anxiety of patients after heart bypass surgery.

Method

The study employed a quasi-experimental with a pre-test-post-test and follow-up design with a control group. The research population included cardiac patients with coronary artery bypass surgery (CABG) at Tehran Cardiac Rehabilitation Center, Iran in 2018. The sample included 30 patients who scored a high anxiety score on the DAS scale. They were selected via convenient sampling and were randomly assigned to two experimental and control groups. The experimental group received the multidimensional spiritual intervention, and the control group was placed on the waiting list. Finally, the repeated measurement test conducted by SPSS-20 software were used to analyze the data.

Results

Thirty patients were studied to examine the effectiveness of multidimensional spiritual treatment for reducing their anxiety. From the sample, 66.81% were men and 33.19% were women. The highest frequency was related to the age group of 60-69 (45.7), and the lowest frequency was

49-40 (15.8). There was no significant difference between the experimental and control groups in demographic variables and clinical data at baseline. In the experimental group, there was a significant difference between the mean and standard deviation of anxiety in the pre-test and post-test stages. However, no significant difference was seen in the pre-test and post-test scores of the control group. Repeated measure variance analysis showed a significant difference in the anxiety scores between the experimental and control groups in the pre-test, post-test, and one-month and three-month follow-up. The results of the mean difference test comparing the spiritual group and the control group in four stages showed that there was a difference in anxiety scores in the pre-test and post-test scores of the experimental group ($F=11.067, p<0.05$). Post-test scores for the one-month and three-month follow-up stages were not statistically significant ($p<0.05$). Furthermore, in the control group, the differences in the anxiety scores in the post-test with one-month follow-up and three-month follow-up were not statistically significant ($p < 0.05$).

Conclusion

In this study, the researchers examined the effect of multidimensional spiritual therapy on the patients' anxiety after bypass surgery and the results bear witness to the effectiveness of the intervention. The findings showed that after a 10-session intervention, there was a significant difference between the experimental and control groups in regards to the patients' anxiety. This significant difference persisted between the two groups continued at one-month and three-month follow-ups. The results of this research are in accordance with previous findings regarding the effect of spiritual therapy on reducing emotional disorders such as anxiety (Amjadian et al., 2017; Hadadi Kohsar et al., 2018; Zamarrá et al., 1996). The reason for this reduction in the

experimental group is the coherence that the patient has gained about herself, her origin, existence, and others during the treatment period. It frees him from an action that is of ambiguous origin or contradicts other actions. Anxiety results from the perception of a vague internal threat and the conflict that reduces the coherence of human action and one's mastery over her problems. While activating the spiritual path leads to relaxation, it increases a person's mental health and creates emotional stability. The results of the study of Ai AL et al. (2007) on 309 cardiac patients at the University of Michigan Medical Center showed that people who used spiritual confrontations in their daily life had less depression and anxiety and recover fast. However, these results are in contrast with Delaney et al. (2011) who reported that heart patients had a significant average increase in the overall quality of life score in a one-month spiritual intervention. However, there were no significant changes in anxiety and depression scores. Of course, the lack of effectiveness of this treatment in this group can be related to the lack of real experience of spirituality and not internalizing it. Because when one has not experienced spirituality in his/her being, one will not

benefit from its real benefits. On the other hand, if these beliefs are from significant others, the disharmony that it creates cannot improve anxiety and depression because incoherence creates tension and anxiety instead of treatment. Furthermore, if the acquisition of these beliefs is made without personal experience and by compulsion, it will have no result other than disgust, anger, and a lot of bad feelings for the person. As a consequence, it causes tension, anxiety, depression, and physical disorders. Therefore, if spirituality leads to the reduction of anxiety, it is internalized and coherent.

Ethical Consideration

Compliance with Ethical Guidelines

All ethical issues like informed consent and confidentiality of participants' identifications were compiled based on the ethical committee of payamenoor University.

Authors' Contributions

Only the authors of the article do all steps of the article

Conflict of Interest

There is no conflict of interest in this study

Funding

This study was conducted with no financial support.

Acknowledgment

The authors thank all the participants in this research.

اثربخشی درمان چندبعدی معنوی بر اضطراب بیماران پس از جراحی بای پس

فاطمه نیکوئی*: استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، محلات. ایران.

f.nikoi@pnu.ac.ir

مسعود جان بزرگی: استاد، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، پژوهشگاه حوزه و دانشگاه. قم. ایران

psychjan@gmail.com

چکیده

هدف این پژوهش، بررسی اثربخشی درمان چندبعدی معنوی بر اضطراب بیماران پس از جراحی بای پس قلبی بود. روش مطالعه شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل بیمارانی بودند که جراحی بای پس عروق کرونر داشتند و در سال ۱۳۹۷ به مرکز بازتوانی بیمارستان قلب تهران مراجعه کردند. ۳۰ نفر از بیمارانی که نمره اضطراب بالایی را در پرسشنامه DASS-21 کسب کردند، به روش در دسترس، انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. ابزار این پژوهش مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس بود. گروه آزمایش طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در مرکز بازتوانی بیمارستان در معرض متغیر مستقل (مداخله چندبعدی معنوی) قرار گرفت. برای تحلیل داده‌ها از آزمون اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. نتایج نشان دادند در نمرات اضطراب بین دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ۱ ماهه و ۳ ماهه تفاوت معناداری وجود دارد. در واقع، کاهش هیجانات منفی به دنبال درمان چندبعدی معنوی، نقش مهمی در پیشگیری از عوارض وخیم‌تر بیماری قلبی دارند و انجام مداخلات مبتنی بر نتایج این پژوهش برای بیماران قلبی توصیه می‌شود.

واژه‌های کلیدی: اضطراب، درمان معنوی چندبعدی، جراحی بای پس، بیماران



مقدمه

بیماری‌های قلبی - عروقی با ۱۱ میلیون مرگ در سال، مهم‌ترین علت ناتوانی و مرگ در جهان معرفی شده‌اند (Alrawi & Alrawi, 2017). بر طبق گزارش بهداشت جهانی بیماری‌های مزمن، علت ۷۰٪ این مرگ‌ومیرها در ایران است که از این تعداد ۴۲٪ مرگ‌ها به دنبال بیماری‌های قلب و عروق است که از بین بیماری‌های عروقی، بیماری شریان کرونر شایع‌ترین علت مرگ است (Behrad et al., 2015). در دهه اخیر میزان مرگ‌ومیر ناشی از این بیماری‌ها در ناحیه خاورمیانه، نسبت به سایر نقاط جهان به جز آفریقا، افزایش چشمگیری یافته است (World Health Organization WHO, 2018). تعداد بسیار زیادی از بیماری‌های عروق کرونری^۱ (CHD) که به درمان‌های دارویی پاسخ نمی‌دهند، تحت جراحی پیوند عروق کرونری^۲ (CABG) قرار می‌گیرند (Amjadian et al., 2017). جراحی قلب به‌عنوان یک حادثه مهم در زندگی افراد می‌تواند باعث اختلال در عملکرد جسمانی و روانی فرد شود. این عمل جراحی همراه با واکنش‌های روانی از جمله استرس، اضطراب و افسردگی است که به‌عنوان عوامل برهم‌زننده در درمان بیماران بر کیفیت زندگی بیماران، بهبودی پس از عمل، بازدهی عمل جراحی و میزان مرگ پس از عمل تأثیرگذار است (Turk-Adawi et al., 2018).

در ایران نزدیک به ۶۵٪ بیماران، آشفتگی هیجانی را پس از جراحی و مداخلات پزشکی تجربه می‌کنند (Agha Yousefi et al., 2012). این در حالی است که نقش اضطراب به‌عنوان عاملی مزاحم در روند درمانی شناخته شده است (Janowski & Lucjan, 2012) و بیماری که تحت عمل جراحی باز قرار می‌گیرد، به

دلایل مختلف از جمله دردهای شدید قفسه سینه، خستگی، ترس از مرگ، معلولیت‌های احتمالی یا تجربه، دچار اضطراب می‌شود و این اضطراب سبب افزایش دردهای پس از عمل (Allen et al., 2018) می‌شود. در واقع، نوع این هیجانات و شکل این ناهماهنگی‌ها هستند که بی‌ثباتی ضربان قلبی را در این بیماران به وجود می‌آورند و می‌توانند هدف مداخلات روانشناسی سلامت قرار گیرند (Delaney et al., 2011). ترس از مرگ، معلولیت و کاهش دامنه حرکتی به دنبال ادامه یافتن علایم، به این اضطراب دامن می‌زند (Allen et al., 2018). اضطراب می‌تواند علایم فیزیکی و روانی مختلفی را از قبیل تپش قلب، افزایش فشار خون، ناتوانی در تمرکز، بی‌خوابی و ترس از پیامدها را ایجاد کند. بیشتر مرگ‌ومیرهای ناشی از بیماری‌های قلبی به دنبال اضطراب‌اند (Roest et al., 2010). در تحقیقاتی، وجود اضطراب در بیماران قلبی با افزایش دو برابری مرگ در آنها همراه بوده است (Watkins et al., 2013). همچنین، گزارش شده است که بیش از ۴۰٪ بیماران در هفته اول پس از جراحی، اضطراب را تجربه می‌کنند (Alrawi & Alrawi, 2017).

رامش و همکاران (2017) اضطراب بیماران تحت جراحی بای‌پس را در ۷۳٪ بیماران، متوسط گزارش کردند (Ramesh et al., 2017).

با توجه به نقش تأثیرگذار هیجانات منفی و ادراکات شناختی بر سیستم قلبی-عروقی، درمانی درخور شرایط بیماران لازم است تأثیر این فاکتورها را تعدیل کند؛ اما درمان‌های رایجی که در این اختلال به‌طور معمول استفاده می‌شوند، از جمله دارو، رژیم‌های غذایی و فعالیت‌های ورزشی، بیشتر معطوف بر کاهش عوامل خطر ساز سنتی CHD است و معمولاً ویژگی‌های ثانویه مربوط به بیماری را هدف قرار می‌دهند تا خود

1. Coronary Heart Disease (CHD)

2. Coronary Artery Bypass Graft Surgery (CABG)

تعالی جویانه ببرد و به آنها وحدت بدهد (Khayatan Mostafavi et al., 2019). سلامت روانی در گرو وحدت یافتگی همه این اشکال از عمل در جهت هدف سعادت یا فلاح انسان است (Jonbozorgi, 2016). در واقع آسیب شناسی انسان، به فعال و یا غیر فعال بودن این بعد معطوف است. نتایج پژوهش های مختلف در این زمینه نیز مؤید این مدعا است: آموزش معنویت باعث کاهش تنیدگی روانی و افزایش تحمل پریشانی و تاب آوری شده است (Babamohamadi et al., 2019). راجرز در سال ۱۹۸۰ می گوید: تجربه های ما در درمان و در گروهها به وضوح دربرگیرنده جریانی خودفرارونده، غیر قابل توصیف و معنوی است (Rajers as cited in 234 Pargament, 2011). نتایج حاصل از مطالعات معنویت درمانی در طول سال های ۱۹۸۴ تا ۲۰۰۵ نشان داده است که معنویت درمانی اثرات مفیدی در افراد با مشکلات روانی از قبیل اختلالات خوردن، استرس، اضطراب و افسردگی دارد (Smit et al., 2007). نتایج مطالعات نشان می دهند معنویت درمانی باعث کاهش علائم جسمانی، اضطراب و اختلال خواب شده است (Hadadi Kohsar et al, 2018). پژوهش ها نشان دادند افراد با عقاید معنوی که از باورهایشان در سازگاری با بیماری و استرس های زندگی استفاده می کنند، دارای نگرش های مثبت و کیفیت زندگی بهتری اند (Taghizade et al, 2018). نتیجه مطالعه ای نشان داد مراقبت معنوی در بیماران عروق کرونر موجب کاهش استرس و رهایی از فشارهای روحی روانی ناشی از بیماری می شود و به صورت غیرمستقیم به روند درمان و بهبود وضعیت سلامت بیماران کمک خواهد کرد (Maleki Gholandoz et al, 2020).

بر اساس مطالعات صورت گرفته در زمینه مداخلات معنوی مذهبی در بین بیماری های قلبی (Bekk-

بیماری. هر چند این نوع مداخلات در پیشگیری از وخامت بیماری موفقیت آمیز بوده اند، به طور خاص بر تعدیل واکنش دهی هیجانی بیماران و یا تقویت هماهنگی روانی _ فیزیولوژیک معطوف نبوده اند (Amjadian et al., 2017).

زمانی که فردی تشخیص یک بیماری مزمن و تهدید کننده زندگی را دریافت می کند، سؤالات وجودی و معنایی، ذهن او را درگیر می کنند (Hadadi Kohsar et al., 2018).

به نظر می رسد مداخله ای که به تعدیل هیجانات بیماران کمک می کند، روان درمانگری درمان چندبعدی معنوی^۱ است که در قالب درمانگری لازاروس علاوه بر بعد ظاهری شخصیت (رفتار^۲، عاطفه^۳، حس^۴، تجسم^۵ یا تصویرپردازی ذهنی، شناخت یا تفکر^۶، روابط بین فردی^۷ و بعد بیولوژیک یا سبک زندگی^۸)، بعد معنوی را نیز مورد توجه قرار می دهد (Richard & Bergin, 2004). هر چند در درمان چندوجهی^۹ لازاروس (2008)، این ابعاد به عنوان بعدی مستقل اما متعامل در نظر گرفته می شود، در درمان چندبعدی معنوی همه آنها با فعال سازی معنوی شکل متفاوتی به خود می گیرد و هر یک از این وجوه می توانند بعد معنوی داشته باشند (onbozorgi, 2016).

همه آنها اعمال ارادی هستند و در قالب تعریف عمل قرار می گیرند؛ زیرا واجد فرآیندهایی هستند که امکان شروع و اتمام آنها به طور ارادی وجود دارد. گذشته از این، فعال سازی بعد معنوی می تواند همه آنها را تحت مدیریت و اصول مربوط به آن به به ویژه خودنظم جویی

1. Spiritually Multidimensional Psychotherapy(SMP)
2. behavior
3. affect
4. sense
5. magery
6. cognition
7. interpersonal relationship
8. drag/ biology or life style
9. multimodal therapy

روش

روش پژوهش، جامعه و نمونه: روش مطالعه شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری همراه با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش شامل بیماران قلبی با جراحی عروق کرونر (CABG) مرکز تحقیقات قلب تهران در سال ۱۳۹۸ بودند که بعد از جراحی قلب و در دوره زمانی حضور آنها در برنامه بازتوانی قلبی در این مطالعه قرار گرفتند. نمونه شامل ۳۰ نفر بیمارانی بود که نمره اضطراب بالایی را در مقیاس (DASS-۲۱) کسب کردند و بعد به صورت دردسترس و براساس معیارهای ورود، انتخاب و به صورت تصادفی در گروه آزمایشی که مداخله چندبعدی معنوی را دریافت می‌کردند (۱۵ نفر) و گروه کنترل که فقط مداخلات عادی بازتوانی را دریافت می‌کردند (۱۵ نفر) جایگزین 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. گروه کنترل ضمن شرکت در پیش‌آزمون و بررسی خط پایه، در لیست انتظار باقی ماندند و برخلاف گروههای آزمایشی، مداخله‌ای دریافت نکردند. بعد از گذشت ۱۰ هفته و هم‌زمان با گروه آزمایشی، مجدداً میزان اضطراب آنها ارزیابی شد.

ابزار سنجش: مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-۲۱):^۱ این آزمون فرم کوتاه مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس ۴۲ ماده‌ای لایوی‌باند و لایوی‌باند (1995) است که برای اندازه‌گیری افسردگی، اضطراب و استرس به کار می‌رود. این آزمون یک فرم کوتاه ۲۱

(Mills et al., 2015; Hansen et al., 2014) به نظر می‌رسد در نظر گرفتن نیازهای معنوی بیماران در فرایند درمان با بالابردن سطح سازگاری، پیش‌آگهی بهتری را ترسیم خواهد کرد؛ به گونه‌ای که سلامت معنوی یکی از ابعاد مهم سلامت در انسان محسوب می‌شود (Ai et al., 2007).

ضرورت انجام این پژوهش از آنجایی حس شد که درمان‌های معنوی به کاررفته در پژوهش‌ها، اکثراً از دو حالت خارج نبوده‌اند؛ دسته نخست، مطالعاتی‌اند که مداخلات طراحی‌شده آنها فقط دربرگیرنده یک بعد معنوی است که آن هم با تعریفی مبهم و غیر عملیاتی همراه بوده و بدیهی است اثربخشی آن در حاله‌ای از ابهام باشد؛ چون در کنار سایر مداخلات به کار رفته است؛ برای مثال، مطالعه زیلاوان و همکاران (2008) از این دسته است. دسته دوم آنهایی است که مداخله مذهبی - معنوی آنها براساس مدیتیشن شرقی استوار بوده است نه مداخلات متناسب با فرهنگ ما؛ مانند مطالعه زامارا، اشنایدر و باسقینی (1996). این موارد نشان‌دهنده 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 در بر نمی‌گیرد و تنها تکرار مدل‌ها و فنون هستند (Amjadian et al., 2017)؛ به طوری که تنها یک بعد از زندگی چندبعدی فرد را پوشش می‌دهد؛ بنابراین، به نظر می‌رسد در حوزه بیماری‌های پزشکی، به‌ویژه بیماران قلبی پژوهش‌های اندکی با توجه به درمان معنوی منطبق با فرهنگ ما صورت گرفته است؛ بنابراین، هدف از این مطالعه، بررسی اثربخشی درمان چندبعدی معنوی بر اضطراب بیماران پس از جراحی بای‌پس قلبی بود.

دریافت کردند و در این مدت، گروه کنترل تنها از مراقبت‌های پزشکی بهره بردند.

در شروع درمان، مقیاس DASS-21 تکمیل شد و به‌عنوان ارزیابی خط پایه ثبت شد. جلسات به شکل گروهی و به‌صورت مباحثه‌ای، همراه با پاورپوینت و مثال‌های واقعی از زندگی، شروع و ادامه یافت. جلسات به مدت ۱۰ هفته و با مدت ۹۰ دقیقه تشکیل می‌شد. در این گروه نیز با کمک تکالیف خانگی، از درک درست مطالب ارائه‌شده، اطمینان حاصل می‌شد. در پایان ده جلسه نیز میزان اضطراب ارزیابی شد. در نهایت، برای تحلیل داده‌ها از آزمون اندازه‌گیری مکرر و نرم‌افزار SPSS-20 استفاده شد.

همچنین، برای پیگیری نتایج مداخله، در فاصله ۱ ماه و ۳ ماه بعد از پس‌آزمون، میزان اضطراب مجدداً ارزیابی شد.

ایجاد تغییرات شناختی، رفتاری و اجتماعی است که به‌نظر، ریسک فکتورهای ایجاد بیماری عروق کرونری بودند، هدف درمان قرار گرفت و با بهره‌گیری از این مداخله درمانی، هم‌تغییراتی در تجربه بیمار و هم در شاخص‌های عینی به وجود می‌آید (جدول ۱).

سؤالی دارد که روایی و اعتبار فرم کوتاه این آزمون (DASS-۲۱) بر جمعیت ایرانی مطالعه شد و نتایج آن نشان می‌دهند ابزار مناسبی است (Besharat, 2008). بشارت ضرایب آلفای کرونباخ این آزمون را در نمونه‌ای از جمعیت عمومی (۲۷۸)، 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 است. هر یک از خرده‌مقیاس‌های DASS شامل ۷ سؤال است که نمره نهایی هر کدام از طریق مجموع نمرات سؤال‌های مربوط به آن به دست می‌آید. هر سؤال از صفر (اصلاً درباره من صدق نمی‌کند) تا ۳ (کاملاً درباره من صدق می‌کند) نمره‌گذاری می‌شود. از آنجا که DASS-۲۱ فرم کوتاه‌شده مقیاس اصلی (۴۲ سؤالی) است، نمره نهایی هر یک از این خرده‌مقیاس‌ها باید ۲ برابر شود (Besharat, 2008).

روش اجرا و تحلیل: پس از جایگزینی تصادفی بیماران در دو گروه آزمایش و کنترل، پیش‌آزمون اجرا شد. بیماران گروه آزمایش در کنار دریافت مراقبت عادی پزشکی، ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان معنوی را

جدول ۱. بسته درمان چندبعدی معنوی خداسو (فعال‌سازی شناختی ادراک از مبدأ) (با اقتباس از مدل اصول درمان چندبعدی معنوی

جانبرزگی، ۱۳۹۴)

Table 1: Khodasu's multidimensional spiritual therapy package (cognitive activation of perception from the origin) (adapted from the model of principles of multidimensional spiritual therapy by Janbzorgi, 2015)

جلسات	هدف	محتوا
جلسه اول	مفهوم‌سازی حوزه ادراکی خود	معارفه و افزایش امید به درمان جلب رضایت فرمول‌بندی قرارداد درمانی
		هدف‌گذاری مبتنی بر مشکل و هدف‌گذاری معنوی
		-هدف‌گذاری می‌تواند در سطح ایجاد تعادل باشد یا در سطح عمیق‌تر ایجاد زمینه تعالی خواهی
		-هدف‌ها باید دقیق، قابل اندازه‌گیری، دردسترس، واقعی و قابل زمان‌بندی باشد
		هدف‌ها به شاخص‌های قابل اندازه‌گیری روزانه یا ... تبدیل می‌شوند

جلسات	هدف	محتوا
جلسه دوم	تسویه چهارراه ذهن و بدن	می‌دانم درست است پس روی آوری می‌دانم غلط است پس روی گردانی خودنظم‌جویی (نمی‌دانم پس ایست) در رابطه با حوزه‌های ادراکی چهارگانه مبدأ، غایت، هستی و خود صحبت شد و با استفاده از فن جزیره ^۱ ، سؤالاتی مانند من کیستم؟ چگونه به این مکان آمدم و کجا می‌روم؟ در ذهن آنها شکل گرفت و به چالش کشیده شد. انجام کاربرگ
جلسه سوم	اعتماد به عقل	بحث: اگر عقل به این خوبی تشخیص می‌دهد، چرا ما به او اعتماد نمی‌کنیم؟ جمع‌بندی: راههای اعتماد به تشخیص‌گر درونی تمرین و انجام کاربرگ
جلسه چهارم	موانع عقل	چه شرایطی باعث می‌شود ما نتوانیم به تشخیص عقل عمل کنیم؟ شناخت موانع عقل انجام کاربرگ
جلسه پنجم	نجات عقل	آموزش و اصلاح الگوهای درست خواب، تغذیه، ورزش و روابط جنسی، شناخت ساختار تفکر شناخت خطاهای منطقی شناخت و تغییر افکار میانی و قواعد و اصول منفی یا غیرمعنوی شناخت و تغییر افکار بنیادین و انجام کاربرگ
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 عبد 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 هوشیاری نسبت به تصور از دنیا و نیز مراقبت از چهارسوی معنوی ^۲
جلسه نهم	آرام‌سازی و کار بر روی هیجانات	کار بر روی هیجانات و نیز احساساتی مثل ارزشمندی، معنادگی نسبت به مفاهیم کلیدی
جلسه دهم	حوزه روابط با دیگران	کار بر روی خطاهای رایج منطقی تأثیرگذار بر روی هیجانات و روابط با اطرافیان

۱. در این فن برای خنثی کردن اثرات یادگیری‌ها در خداچنداره و تبدیل آن به خداپنداشت با کمک تصویرپردازی از مراجع خواسته می‌شود خودش را در جزیره‌ای تصور کند که تنهای تنهاست و چیزی به خاطر نمی‌آورد. اینکه چه حسی نسبت به خودش دارد، چطور با محیط ارتباط برقرار می‌کند و چطور با سؤالاتی درباره من کیستم و از کجا آمده‌ام، پاسخ می‌دهد (درمان چندبعدی معنوی، دکتر جانیزرگی).

۲. مِنْ بَيْنِ أَيْدِيهِمْ وَمِنْ خَلْفِهِمْ وَعَنْ أَيْمَانِهِمْ وَعَنْ شَمَائِلِهِمْ وَلَا تَجِدُ أَكْثَرَهُمْ شَاكِرِينَ.

یافته‌ها

برای ارزیابی اثربخشی درمان چندبعدی معنوی بر اضطراب، ۳۰ بیمار مطالعه شدند که از این تعداد ۶۶/۸۱ درصد مرد و ۳۳/۱۹ درصد زن بودند. بیشترین فراوانی مربوط به گروه سنی ۶۹-۶۰ (۴۵/۷) و کمترین فراوانی مربوط به دامنه سنی ۴۰-۴۹ (۱۵/۸) سال بود. ۸۹/۳٪ بیماران متأهل و ۹۲/۸٪ افراد غیر شاغل بودند. در

جدول ۲، میانگین و انحراف از استاندارد اضطراب قبل و بعد از آزمون و پیگیری افراد هر دو گروه بررسی شده است. با توجه به جدول ۲، بین دو گروه آزمون و کنترل، تفاوت معنی داری در متغیرهای جمعیت شناختی و داده‌های بالینی در خط پایه وجود ندارد.

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد اضطراب در گروهها

Table 2. Mean and standard deviation of anxiety in groups

پیگیری سه ماهه		پیگیری یک ماهه		پس آزمون		پیش آزمون		گروه	متغیر
انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین		
۱/۵۴	۶/۷۳	۱/۷۹	۵/۳۲	۱/۷۲	۵/۶۰	۳/۶۹	۱۶/۶۶	آزمایش	اضطراب
۱/۸۲	۱۳/۲	۲/۲۵	۱۴/۳۳	۳/۵۲	۱۶/۲۰	۳/۳۹	۱۸/۹۵	کنترل	

گروه آزمایش و کنترل در نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری یک ماهه و سه ماهه تفاوت معناداری وجود دارد، نتایج آزمون اثرات بین آزمودنی بررسی می شود؛ اما قبل از آن نیاز است تا مفروضه آزمون همگنی واریانس لوین بررسی شود. در آزمون لوین برای هیچ یک از عامل های درون گروهی آزمون F معنادار نیست و این نشان می دهد مفروضه همگنی واریانس در بین گروه های مستقل برقرار است.

پیش آزمون ($F_{(1, 28)}=0.048, P=0.953$)

پس آزمون ($F_{(1, 28)}=6.975, P=0.02$)

پیگیری یک ماهه ($F_{(1, 28)}=0.895, P=0.416$)

پیگیری سه ماهه ($F_{(1, 28)}=2.308, P=0.112$)

بنابراین، می توانیم به اثرات بین گروهی بپردازیم.

جدول ۲ میانگین متغیر وابسته اضطراب در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری یک ماهه و سه ماهه دو گروه چندبعدی معنوی و گروه کنترل را نشان می دهد. همان گونه که مشاهده می شود در گروه آزمایش بین میانگین و انحراف استاندارد اضطراب در پیش آزمون و پس آزمون تفاوت معناداری وجود دارد؛ ولی تفاوت معنادار در نمرات پیش آزمون و پس آزمون گروه کنترل دیده نشد.

برای بررسی همگنی واریانس متغیر وابسته اضطراب در گروه های مورد پژوهش، از آزمون لوین استفاده شده است. نتایج آزمون لوین در پس آزمون متغیر وابسته با توجه به سطح معناداری ($p < 0.05$) فرض همگنی رد نشد.

آزمون موخلی فرض کرویت را رد کرد. پس از مشخص شدن ($Machly's = 0.721, P = 0.02$) اینکه بین

جدول ۳. تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر برای مقایسه دو گروه (گروه معنوی، گروه کنترل) در چهار مرحله

Table 3. Repeated measurement variance analysis for comparing two groups (spiritual group, control group) in four stages

متغیر وابسته	مجموع مجدورات	Df	میانگین مجدورات	F	P	η
زمان	۲۳۳۰/۶۸۹	۱	۲۳۳۰/۶۸۹	۱/۷۸۲	۰/۰۰۱	۰/۹۷۷
گروه	۷۲۸/۶۰۶	۲	۷۲۸/۶۰۶	۵۵/۷۳۰	۰/۰۰۱	۰/۷۲۶
خطا	۵۴۹/۱۰۰	۴۲	۱۳/۰۷۴			

نتایج جدول ۳ نشان دادند در نمرات اضطراب بین دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیش‌آزمون، معناداری وجود دارد. پس‌آزمون و پیگیری یک‌ماهه و سه‌ماهه تفاوت معناداری وجود دارد. ($\eta=0/726, p<0/001, F=728/606$).

جدول ۴: اختلاف میانگین مقایسه گروه معنوی و کنترل در چهار مرحله (پیش‌آزمون، پس‌آزمون، پیگیری یک‌ماهه و سه‌ماهه)
Table 4: The average difference between the spiritual group and the control group in four stages (pre-test, post-test, follow-up of a monthly and quarterly)

متغیر شاخص	گروه	مراحل پژوهش	تفاوت میانگین	سطح معناداری
معنوی		پیش‌آزمون - پس‌آزمون	۱۱/۰۶۷	۰/۰۰۱
		پس - پیگیری ۱ ماهه	۰/۵۳۳	۰/۱
		پس - پیگیری ۳ ماهه	۰/۲۶۷	۰/۲
اضطراب		پیگیری ۱ - پیگیری ۳ ماهه	۰/۲۴	۰/۱
		پیش - پس‌آزمون	۰/۴	۰/۲
		پس - پیگیری ۱ ماهه	۱/۸۶۷	۰/۱
کنترل		پس - پیگیری ۳ ماهه	۳	۰/۰۶
		پیگیری ۱ - پیگیری ۳ ماهه	۲/۲۶۷	۰/۰۶

بود. میانگین نمرات اضطراب آنها قبل از انجام مداخله درمانی در طبقه شدید (۱۶/۶۶) قرار می‌گرفت و پس از انجام مداخله درمانی، به سطح خفیف (۵/۶) کاهش یافت. این در حالی است که نمرات گروه کنترل از سطح شدید در پیش‌آزمون (۱۸/۹۵) تغییر معناداری در پس‌آزمون (۱۶/۲۰) نداشته است.

نتایج این پژوهش مطابق با یافته‌های پیشین در ارتباط با تأثیر درمان معنوی بر کاهش اختلالات هیجانی از قبیل اضطراب است (Hadadi Kohsar et al., 2018; Amjadian et al., 2018; Zamarra et al., 1996; al., 2018). 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 عملی رها می‌سازد که با منشأ مبهم یا متناقض با اعمال دیگر باشد. اضطراب، نتیجه ادراک تهدید مبهم درونی و تعارض است (Janbozorgi, 2019) که انسجام عمل انسان و تسلط او بر مشکلاتش را کاهش می‌دهد؛ در حالی که فعال‌سازی مسیر معنوی (ذکر) آرامش در پی دارد، سلامت روانی فرد را افزایش می‌دهد

نتایج جدول ۴ نشان دادند تفاوت نمرات اضطراب در پیش‌آزمون - پس‌آزمون گروه آزمایش ($F=11/067$) از نظر آماری معنادار است ($p<0/05$). نمرات پس‌آزمون با پیگیری یک‌ماهه از نظر آماری معنادار نبود. همچنین، تفاوت نمرات اضطراب در پیگیری یک‌ماهه با پیگیری سه‌ماهه ($F=0/24$) است که از نظر آماری معنادار نبود ($p>0/05$). همچنین، در گروه کنترل تفاوت نمرات اضطراب در پیش‌آزمون - پس‌آزمون ۰/۴ است که از نظر آماری معنادار نیست ($p>0/05$).

بحث

در این پژوهش، اثربخشی درمان چندبعدی معنوی بر کاهش اضطراب بیماران پس از جراحی بای‌پس بررسی شد که این اثربخشی از لحاظ آماری معنادار بود. یافته‌ها نشان دادند پس از یک مداخله ۱۰ جلسه‌ای، اختلاف معناداری بین گروه آزمایش و گروه کنترل در اضطراب بیماران وجود داشت. داده‌های مربوط به اضطراب بیماران نشان‌دهنده کاهش نمرات

نتایج مطالعه آی آل و همکاران (۲۰۰۷) بر 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 (Ai AL et al., 2007). مطالعه دیگر بلاچر و همکاران 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؛ ولی این نتایج با مطالعات دلانی در تباین است. او و همکارانش در بیماران قلبی نشان دادند در مداخله معنوی یک‌ماهه، افزایش میانگین چشم‌گیری در نمره کلی کیفیت زندگی داشتند؛ اما تغییرات چشمگیری در نمره اضطراب و افسردگی دیده نشد که این با نتیجه مطالعه حاضر همخوانی نداشت (et al., Delaney, 2011)؛ البته می‌توان عدم تأثیر این درمان را در این گروه، مرتبط با عدم تجربه و درونی‌نکردن آن دانست؛ زیرا زمانی که فرد معنویت را در وجودش تجربه نکرده باشد، از فواید واقعی آن بهره‌مند نمی‌شود. همچنین، اگر این اعتقادات از اعتقادات دیگران باشد، آن هم دیگران متعددی که در کنار فرد زندگی می‌کرده‌اند، عدم انسجام آن، نمی‌تواند اضطراب و افسردگی را بهبود دهد؛ زیرا عدم انسجام، ایجاد تنش و اضطراب می‌کند نه اینکه درمان‌کننده باشد. همچنین، 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 می‌دهند معنویت نه فقط ریشه در عقیده فرد، ریشه در تجربه او نیز دارد. اگر شخصی فقط اعتقاد داشته باشد ولی تجربه نکرده باشد، بسیاری از

(Janbozorgi, 2016) و ثبات هیجانی ایجاد می‌کند. درمان چندبعدی معنوی درصدد است نگاه فرد را به امور و اعمال خود در چارچوب فضای ادراکی گسترش دهد و با فعال‌سازی عقلانیت خداسو، آن را خدامحور یا توحیدی کند تا بتواند بر مشکلات خود غلبه کند (Khayatan Mostafavi et al., 2019).

اینکه ضمن ثابت‌بودن قوانین دنیا و اینکه همه‌چیز دست انسان نیست، اختیاراتی را در جهت سلامت و ابتلا به بیماری جسم و روانشناختی‌اش در اختیار دارد و با در دست داشتن این کنترل در جهتی سالم می‌تواند حرکت کند، از اضطرابش کاسته می‌شود. زمینه وجود اضطراب به دلیل ابهام بسیاری از مسائلی است که انسان با آن دست و پنجه نرم می‌کند. طی این دوره، با تبیین معنوی و ارتباط آن با بیماری و به شکلی ظریف با تعداد ضربان قلبی‌شان، دوره‌ای جدید از زندگی را تجربه می‌کنند. ناشناخته‌ها، ابهام را به وجود می‌آورند و ابهام در ذهن بیمار، اضطراب را به وجود می‌آورد؛ بنابراین، سعی شد شناختی ضمنی در رابطه با نشانه‌های بیماری، علل نشانه‌ها، ریشه برخی رفتارهایی که به این علایم دامن می‌زنند و تأثیر این نوع رفتارها در پیش‌آگهی بیماری را با نگاه معنوی ایجاد کنیم تا ابهامات موجود برطرف شود.

مراقبت معنوی به‌عنوان مهم‌ترین عامل کمک‌کننده برای رسیدن به تعادل در حفظ سلامتی و مقابله با بیماری‌ها شناخته می‌شود و پیشرفت در بهبودی را سرعت می‌بخشد. مراقبت معنوی، با تولید عواطف مثبت، سبب عملکرد مطلوب دستگاه‌های فیزیولوژیک از قبیل دستگاه قلبی عروقی از طریق دستگاه عصبی خودمختار می‌شوند. اگر فرد، بیمار باشد، از این طریق می‌توان به بهبودی او کمک کرد و اگر سالم باشد، این امر در ارتقای سلامت او مؤثر است (Bahrami Ehsan et al., 2019, Anvari & sardary, 2019).

منابع

آقایوسفی، ع ر؛ علی‌پور، ا؛ شقاقی، ف و شریف ن. (۱۳۹۳). رابطه روش‌های مقابله با استرس با سطوح اینترلوکین بتا و کورتیزول در بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر قلب. *مجله دانشگاه علوم پزشکی بیرجند*. ۱۹(۲)، ۱۹۰-۱۸۲.

امجدیان، م؛ بهرامی احسان، ه؛ رستمی، ر و واحدی، س. (۱۳۹۷). بررسی اثربخشی مداخله دین‌محور و مداخله تنفسی به همراه بازخورد تغییرپذیری ضربان قلب (HRV) بر افزایش هماهنگی روانی فیزیولوژیک، HRV و کاهش افسردگی بیماران قلبی دارای پیوند عروق کرونری CABG. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان*. ۲(۲۲)، ۱۱-۱.

انوری، ج و سرداری، ب. (۱۳۹۸). اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌گرا بر بهبود راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در دانش‌آموزان با علائم اضطرابی. *پژوهشنامه روانشناسی مثبت* ۵(۲)، ۴۵-۳۰.

بابامحمدی، ح؛ کدخدایی الیادارانی، ه؛ ابراهیمیان، ع؛ قربانی، ر و تن‌ساز، ز. (۱۳۹۸). تأثیر مراقبت معنوی مبتنی بر الگوی قلب سلیم بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد حاد. *مجله کوم*. ۲(۷۴)، ۴۰-۳۲.

بشارت، م ع. (۱۳۸۴). بررسی ویژگی‌های روانسنجی مقیاس افسردگی اضطراب استرس (DASS-۲۱) در نمونه‌های بالینی و جمعیت عمومی. گزارش پژوهشی، دانشگاه تهران.

بهرامی احسان، ه؛ امجدیان، م؛ رستمی، ر و واحدی، س. (۱۳۹۷). ارائه مدل نظری مداخله‌درمانی براساس آموزه‌های اسلامی جهت کاهش میزان افسردگی، استرس و اضطراب بیماران عروق کرونر قلب. *دین و سلامت*. ۶(۲)، ۵۲-۴۰.

فواید جسمی و روانی معنویت را از دست می‌دهد (Amjadian et al., 2017).

در صورت عدم حضور تجربه معنوی در زندگی، منابع تنش‌زا 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، پرخوری، کاهش فعالیت بدنی، کاهش استراحت و تفریح را نیز تجربه می‌کند که به بیماری قلبی چند قدم نزدیک‌تر می‌شود؛ بنابراین، تعجب‌آور نیست که ناتوانی در اختلال ادراک‌شده، او را به سمت ارزیابی‌های منفی‌تر از استرسورها، خستگی، فقدان انرژی، خصومت، افسردگی، بی‌اعتمادی، گوش به زنگ بودن و برانگیختگی دائمی فیزیولوژیک (اضطراب) سوق دهد. این علائم بالینی در سطح روانشناختی و جسمانی نشان‌دهنده فرسودگی بدن و فروماندگی عملکرد طبیعی و سالم‌اند و وقتی روی می‌دهند که بیمار قادر نیست آن را اداره کند.

این مطالعه نیز همانند سایر مطالعات محدودیت‌هایی داشته است که علاوه بر این، ملاک‌های ورودی خاصی که برای شرکت بیماران در این پژوهش وجود داشت، محدودیت‌هایی را در زمینه تعمیم نتایج به دست آمده به وجود می‌آورد. همچنین، با توجه به تعداد متغیرهای پژوهش و اینکه مدت زمان نسبتاً کوتاهی از عمل جراحی بیماران می‌گذشت و با در نظر گرفتن حال عمومی بیماران، امکان اضافه کردن متغیرهایی مثل تبعیت از درمان و ابعاد ادراک بیماری موجود در نظریه لوتال، دور از واقعیت بود، بنابراین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی درباره اثربخشی درمان‌های چندبعدی معنوی و سایر درمان‌های شناختی رفتاری، این متغیرها نیز برای پیگیری دقیق‌تر مسئله لحاظ شوند.

ملکی گلندوز، پ و سرداری، ب. (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش روانشناسی مثبت گرا با تأکید بر آموزه‌های دینی بر کاهش رفتارهای پرخطر دانش‌آموزان دارای افکار خودکشی. *پژوهشنامه روانشناسی مثبت*. ۶(۳)، ۱-۱۸.

References

- Ai AL, J., Park, C. L., Huang, B., Rodgers, W., & Tice, T. N. (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.
- Agha Yusefi, A., Alipoor, A., Shaghagi, F., & Sharif, N. (2012). The Relationship between Stress Coping Methods and Interleukin- β and Cortisol Levels in Coronary Heart Disease Patients. *J Birjand University of Medical Sciences*; 19, 182-90. [In Persian]
- Allen, T. M., Struempfl, K. L., Toledo-Tamula, M. A., Wolters, P. L., Baldwin, A., Widemann, B., & Martin, S. (2018). The Relationship Between Heart Rate Variability, Psychological Flexibility, and Pain in Neurofibromatosis Type 1. *Pain Practice*, 18(8), 969-978. doi: 10.1111/papr.12695.
- Alrawi, R., & Alrawi, R. (2017). Conventional Concepts in Coronary Heart Disease and New Thoughts in its Prediction. *Journal of Medical Physics and Applied Sciences*, 2 (5), 1-5.
- Amjadian, M., Bahrami Ehsan, H., Rostami, R., & Vahedi, S. (2017). The effectiveness of Islamic religion therapy and breathing and HRV biofeedback therapy on increasing HRV and decreasing depression among CABG patients. *Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences*, 22 (2), 1-11 . [In Persian]
- Anvari, J., Sardary, S. (2019). The Effectiveness of Positive Psychotherapy on Improving Cognitive Emotion Regulation Strategies in Male Secondary High School Students with Anxiety Symptoms. *Positive Psychology Research*, 5(2), 30-45. [In Persian]
- Babamohamadi, H., Kadkhodaei-Elyaderani, H., Ebrahimian, A. A., Ghorbani, R., & Tansaz, Z. (2019). Effects of spiritual care based on GHALBE SALIM model on quality of life of patients with acute myocardial infarction. *Koomesh journal*, 21 (2), 262-270. [In Persian]

بهراد، ب؛ بهرامی، ع؛ رستمی، ر و صادقیان، ر. (۱۳۹۶). تأثیر فرکانس رزونانس HRV بر افسردگی بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر قلب تحت جراح CABG. *روانشناسی کاربردی*. ۶(۱)، ۶۱-۸۸.

تقی‌زاده، م؛ اسماعیلی، ا و علی‌اکبری دهکردی، م. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش معنویت درمانی گروهی بر سازگاری اجتماعی و پذیرش اجتماعی در بیماران زن مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس. *رویش روانشناسی*. ۲(۹)، ۲۰۳-۲۱۴.

جانبرزگی، م. (۱۳۹۴). اصول روان‌درمانگری چندبعدی معنوی. *پژوهشنامه روانشناسی اسلامی*، ۱(۱)، ۴۵-۵.

جان‌بزرگی، م. (۱۳۹۵). روان‌درمانگری چندبعدی معنوی: فعالسازی عمل معنوی و اثربخشی آن بر مشکلات روانشناختی مراجعان مضطرب. *پژوهشنامه روانشناسی اسلامی*. ۲(۳)، ۳۹-۸.

جانبرزگی، م. (۱۳۹۸). درمان چندبعدی معنوی: یک رویکرد خداسو برای مشاوره و روان‌درمانگری (فنون و برنامه‌ها)، پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.

حدادی کوهسار، ع.؛ مرادی، ع.؛ ر؛ غباری بناب، ب و ایمانی، ف. (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی معنویت درمانی مبتنی با فرهنگ ایرانی با رویکرد شناختی-رفتاری با رویکرد ذهن آگاهی بر کاهش استرس در کاهش افسردگی، استرس و اضطراب در بیماران مبتلا به درد مزمن. *فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی*، ۸(۳۱)، ۳۰-۱.

خیاطان مصطفوی، ص؛ آقایی، ا. و گل‌پرور، م. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش مبتنی بر مدیریت استرس با محتوای معنویت درمانی بر شدت درد در زنان مبتلا به فیبرومیالژی. *دین و سلامت*، ۶(۲)، ۱-۱۰.

- Janbozorgi, M. (2016). Spiritually Multidimensional Psychotherapy (SMP): Activation of spiritual action and its effectiveness on psychological problems of anxious clients. *Islamic psychology research paper*, 2(3), 8-39. [In Persian]
- Janbozorgi, M. (2019). *Multidimensional Spiritual Therapy: A Theistic Approach to Counseling and Psychotherapy (Techniques and Programs)*. Research Institute of Hawzah and University. [In Persian]
- Janowski, K., & Łucjan, P. (2012). Worry and mindfulness: the role in anxiety and depressive symptoms. *Eu-ropean Psychiatry*, 1(27), 1-5.
- Khayatan Mostafavi, S., Aghaei, A., & Golparvar, M. (2019). Effectiveness of Spiritual-based Stress Management Training on Severity of Pain in Women with Fibromyalgia. *Religion and health magazine*, 6 (2) ,1-10. [In Persian] <http://jrh.mazums.ac.ir/article-1-578-fa.html>
- Lazarus, A. A. (2008). *Technical Eclecticism and Multimodal Therapy*, In: J.L. Lebow (Ed.), *Twenty-First Century Psychotherapies: Contemporary Approaches to Theory and Practice*, (PP. 424-452). John Wiley and Sons, Inc.
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (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), 335-343.
- Maleki Gholandoz, P., & Sardary, B. (2020). The Effectiveness of Positive Psychology Training with Emphasis on Religious Doctrines on Reducing students' High-risk Behaviors with Suicidal Thoughts. *Positive Psychology Research*, 6(3), 51-68. [In Persian]
- Mills, P. J., Redwine, L., Kathleen, W., Peng, M.A., Chinh, K., Greenberg, B. H., lunde, O., Maicel, A., Raisinghani, A., Wood, A., & Choopra, D. (2015). The role of gratitude in spiritual well-being in asymptomatic heart failure patients spirituality in clinical practice. *Spiritual Clin Pract*, 2(1), 5-17.
- Organization, W.H. (2018). The top 10 causes of death: *World Health Organization*; [Available from: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>. <https://www.who.int/data/gho/data/indicators>
- Pargament, K. I. (2011). Spirituality Integration Psychotherapy, Guilford. outpatients with schizophrenia: patients' and clinicians' <http://koomeshjournal.semums.ac.ir/article-1-4539-fa.html>
- Bahrami Ehsan, H., Amjadian, M., Rostami, R., & Vahedi, S. (2019). Designing a Religious-based Intervention Theory Based on Islamic Teachings for Anxiety, Stress, and Depression Reduction in Coronary Artery Bypass Grafting Patients. *Religion and Health*, 6 (2) ,40-52. [In Persian] <http://jrh.mazums.ac.ir/article-1-582-fa.html>
- Behrad, B., Bahrami Ehsan, H., Rostami, R., & Sadeghian, S. (2015). The Effect of Increasing HRV Resonance Frequency on Reduction of Depression in post-CABG patients. *Quarterly Research Psychological*, 6(1), 61-88. [In Persian]
- Bekk-Hansen, S., Pederson, Ch., Thyngesen, K., hristensen, S., Lynn, C. W., & Zachariac, R. (2014). The role of religious faith ,spirituality and existential considerations among heart patients in a secular society: relation to depressive symptoms 6 months post-acute coronary syndrome. *Journal of Health Psychology*, 19(6), 740-753.
- Besharat, M., Pourang, P., Sadeghpour Tabae, A., & pournaghash Tehrani, s. (2008). The relationship between coping styles and psychological adaptation in the recovery process: patients with coronary heart disease. *Tehran University Medical Journal*, 66(8), 573-579. [In Persian] https://tumj.tums.ac.ir/browse.php?a_id=559&sid=1&slc_lang=en
- 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.
- Hadadi Kohsar, A., Moradi, A., GHobari Banab, B., & Emani, F. (2018). Comparing the effectiveness of spiritual therapy based on Iranian culture with A cognitive-behavioral approach with a mindfulness-based approach Reducing stress in reducing depression, anxiety and stress in Patients with chronic pain. *Quarterly of Clinical Psychology Studies*, 8(31), 1-30. [In Persian] <https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?id=356746>
- Janbozorgi, M. (2015). Principles of Spiritually Multidimensional Psychotherapy (SMP). *Islamic psychology research paper*, 1(1), 9-45. [In Persian]

- spiritual therapy on improving social adjustment and social acceptance. *Rooyesh-e-Ravanshenasi*, 7 (8), 203-214. [In Persian]
- Turk-Adawi, K., Sarrafzadegan, N., Fadhil, I., Taubert, K., Sadeghi, M., & Wenger, N. K., et al., (2018). Cardiovascular disease in the Eastern Mediterranean region: epidemiology and risk factor burden. *Nature reviews Cardiology*, 15(2), 106- 119.
- Watkins, L. L., Koch, G. G., Sherwood, A., Blumenthal, J. A., Davidson, J.R., & O'Connor, C. (2013). Association of anxiety and depression with all-cause mortality in individuals with coronary heart disease. *Journal of the American Heart Association*, 2(2), 52-68.
- Zamarra, J. W., Schnieder, R. H., & Basseghini, I. (1996). Meditation program in the treatment of patients with coronary artery disease, *Journal of cardial*, 15(77), 867-870.
- Van der Meer Sanchez, Z. & Nappo, S. A. (2008). Religious intervention and recovery from drug addiction. *Reviw Saúdeian Públacion*, 42(2), 1-7.
- experience. *Psychiatric Services*, 62 (1), 611-627. doi: 10. 1176/appi. ps. 62. 1. 79.
- Ramesh, C., Nayak, B. S., Baburaya Pai, .V., George, A., George, L. S., & Devi, E. S. (2017). Pre-operative anxiety in patients undergoing coronary artery bypass graft surgery-A cross-sectional study. *International Journal Africa Nursing Sciense*, 7, 31-36.
- Richards, P. S., & Bergin, A. E. (2004). A Theistic Spiritual Strategy for Psychotherapy, In: P. S. Richards, & A. E. Bergin (Eds.), *Casebook for a Spiritual Strategy in Counseling and Psychotherapy*, (1-32). American Psychological Association.
- Roest, A. M., Martens, E. J., de Jonge, P., & Denollet, J. (2010). Anxiety and risk of incident coronary heart disease: a meta-analysis. *Journal of the American College of Cardiology*, 56(1), 38-46.
- Smith, T. B., Bartz, J., & Scott Richards, P. (2007). Outcomes of religious and spiritual adaptations to psychotherapy: A meta-analytic review. *Psychotherapy Reasergh*, 17(6), 643-55.
- Taghizade, M. A., Esmaili, A., & Aliakbari Dehkordi, M. (2018). On the effect of group

