

Investigating the Effectiveness of Practicing Teachings of the Qur'an on Anxiety and Blood Pressure in Iranian Women with Primary Blood Pressure

ARTICLE INFO

Article Type

Analytical Review

Authors

Asmand, P.¹,
Mardani, S.²,
Kheiri, S.³,
Jazayeri, S. R.⁴,
Solati, K.^{*5}

How to cite this article

Asmand, P.¹, Mardani, S.², Kheiri, S.³, Jazayeri, S. R.⁴, Solati, K.^{*5}.
Investigating the Effectiveness of Practicing Teachings of the Qur'an on Anxiety and Blood Pressure in Iranian Women with Primary Blood Pressure. Journal of Quran and medicine, 2019:3(3): 30-37

ABSTRACT

The aim of this study was to investigate the effectiveness of practicing Qur'anic teachings on the anxiety and blood pressure of patients with primary blood pressure. It was a clinical trial. The sample size of the study consisted of 34 women with primary blood pressure who were selected by convenience sampling from patients referring to Shahrekord health centers in the southwest of Iran through a clinical interview and an internal diagnosis. They were classified randomly into two experimental and control groups and then completed Beck and colleagues' anxiety inventory questionnaire in both pre and post-test. Meanwhile, the blood pressure of patients was also measured by a mercury device. All patients were under ordinary medical care and in addition, the experimental group received six sessions of practice in the teachings of the Qur'an. The results of the multivariate covariance analysis showed that the practice of Qur'anic teachings was effective on reducing anxiety ($P = 0.001$), but it did not have a significant effect on systolic and diastolic blood pressure ($P > 0.01$). It can be concluded that practicing Qur'anic teachings can be effective in reducing the anxiety of women with primary blood pressure.

Keywords: Primary Blood Pressure, Practicing Qur'anic Teachings, Anxiety, Spirituality

¹Department of Clinical Psychology, Provincial Health Center, Shahrekord University of Medical Sciences, Iran

²Department of Nephrology, School of Medicine, Shahrekord University of Medical Sciences, Iran
Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Public Health, Shahrekord University of Medical Sciences, Iran

³Health Department, Provincial Health Center, Shahrekord University of Medical Sciences, Iran

⁴Department of Psychiatry, School of Medicine, Shahrekord University of Medical Sciences, Iran
(Corresponding Author)

* Correspondence:

Address: Psychiatry Department, Hajar Hospital, Shahrekord
Phone: +98 913 3810718
kamal_solati@yahoo.com

Article History

Received: September 29, 2019

Accepted: October 31, 2019

ePublished: September 22, 2019

بررسی اثربخشی عمل به آموزه‌های قرآن بر اضطراب و فشار خون بیماران زن ایرانی دارای فشار خون اولیه

پریسا آسمند

گروه روان‌شناسی بالینی، مرکز بهداشت استان، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، ایران.

سعید مردانی

گروه نفروژوی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، ایران.

سلیمان خیری

گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، ایران.

سید راشد جزایری

گروه بهداشت، مرکز بهداشت استان، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، ایران.

کمال صولتی*

گروه روان‌پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، ایران. شهرکرد، بیمارستان هاجر، بخش روان‌پزشکی.

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی عمل به آموزه‌های قرآن بر اضطراب و فشار خون بیماران دارای فشار خون اولیه انجام شده و یک کارآزمایی بالینی بوده است. حجم نمونه شامل ۳۴ بیمار زن دارای فشار خون اولیه بوده که ابتدا به صورت نمونه‌گیری در دسترس از بین بیماران مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرکرد و سپس از طریق مصاحبه بالینی و تشخیص متخصص داخلی انتخاب شده‌اند. در مرحله بعد به صورت گزینش تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفته و طی دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون پرسشنامه اضطراب بک و همکاران را تکمیل کرده‌اند. ضمناً فشار خون بیماران نیز توسط یک دستگاه جیوه‌ای اندازه‌گیری شد. کلیه بیماران تحت مراقبت‌های معمول پزشکی قرار گرفتند اما گروه آزمایش ۶ جلسه عمل به آموزه‌های قرآن را نیز دریافت کردند. نتایج با استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیری نشان داد که عمل به آموزه‌های قرآن بر روی کاهش اضطراب مؤثر بوده است ($P = 0/001$)، ولی بر روی کاهش فشار خون سیستولیک و دیاستولیک تأثیر معناداری نداشته است ($P > 0/01$). بنابراین، عمل به آموزه‌های قرآن می‌تواند بر روی کاهش اضطراب بیماران زن دارای فشار خون اولیه مؤثر واقع شود.

واژگان کلیدی: فشار خون اولیه، عمل به آموزه‌های قرآن، اضطراب، معنویت.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۷/۷

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۹/۹

*نویسنده مسئول: kamal_solati@yahoo.com

و فشار خون از جمله مشکلاتی هستند که در اثر سبک زندگی صنعتی و ماشینی به وجود می‌آیند^(۱). از این رو، برخی از پژوهش‌ها نشان داده‌اند که بهبود و تغییر در سبک و شیوه زندگی می‌تواند در کاهش استرس، اضطراب و افسردگی مؤثر واقع شود^(۲). در همین رابطه مشخص شده که اصلاح سبک زندگی، اولین و مهمترین راهبرد درمانی برای بیماران مبتلا به فشار خون به حساب می‌آید^(۳). در واقع، بهبود و تغییر در سبک زندگی موجب می‌شود که خودکارآمدی فرد بهبود پیدا کند و از این طریق مراقبت بهتری از خود به عمل آورد^(۴).

اضطراب یک اختلال روانی مزمن و پیش‌رونده است که در اثر عوامل و برانگیزاننده‌های درونی و بیرونی به وجود می‌آید^(۵). اضطراب موجب برهم خوردن تمرکز فرد می‌شود و او را نسبت به علائم و نشانه‌های درونی و بیرونی بیش از اندازه حساس و گوش‌به‌زنگ می‌نماید^(۶).

اصطلاح فشار خون اساسی (Essential Hypertension) در متون علمی و تشخیص‌های بالینی هنگامی به کار می‌رود که این مشکل ناشی از یک بیماری عضوی نباشد و وجود عوامل جسمانی آشکار در به وجود آوردن آن منتفی باشد^(۷). مشخص شده که فشارهای روانی مزمن موجب ایجاد اضطراب و فشار خون اساسی در افراد می‌شوند. فشار خون به دو صورت سیستولیک (Systolic) و دیاستولیک (Diastolic) اندازه‌گیری می‌شود. فشار خون سیستولیک عبارت است از میزان فشار وارد آمده بر دیواره سرخرگ‌ها در هنگام پمپاژ خون از قلب. فشار خون دیاستولیک نیز فشار خونی است که در حالت آرامش قلب روی دیواره سرخرگ‌ها وجود دارد^(۸). این فشار خون برای یک فرد بزرگ‌سال عادی ۱۲۰ بر روی ۸۰ (۱۲ بر روی ۸) است که عدد بزرگ‌تر رقم سیستولیک (۱۲۰ میلی‌متر جیوه) و عدد کوچک‌تر رقم دیاستولیک (۸۰ میلی‌متر جیوه) است.

با توجه به شیوع نسبتاً بالای اضطراب و فشار خون در بین افراد، طی سال‌های اخیر روش‌های دارویی و غیردارویی متعددی برای مقابله با این مشکلات معرفی شده‌اند که از اثربخشی نسبتاً بالایی برخوردارند^(۹،۸). علی‌رغم وجود چنین روش‌های مداخله‌ای مؤثر، چون استرس، اضطراب و فشار خون تقریباً به صورت دائمی و مزمن وجود دارند، لذا برای مدیریت کردن آن‌ها نه تنها به روش‌های درمانی خاص نیاز است، بلکه ضروری است که از طریق تغییر در سبک زندگی و راه‌های توانمندسازی نسبت به افزایش تاب‌آوری افراد اقدام گردد^(۵، ۱۰). به نظر می‌رسد معنویت و مذهب در قالب عمل به دستورات و آموزه‌های مذهبی تا حدود زیادی می‌توانند سازوکار تغییر در سبک زندگی افراد را فراهم سازند^(۱۱-۱۴).

از سوی دیگر، سختی شرایط بیماران گاه همه ابعاد زندگی آنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد و باعث کاهش کیفیت زندگی‌شان می‌شود. به نظر می‌رسد شرایط زمانی سخت‌تر می‌شود که بیماران از مهارت‌های مقابله‌ای و معنویت چندانی نیز برخوردار نباشند^(۱۵). به‌خصوص اگر بیماری به صورت مزمن باشد، می‌توان با افزایش تقویت اعتقادات معنوی بیماران، موجبات افزایش کنترل درونی و توانمندی در برخورد با شرایط بیماری آنان را فراهم آورد^(۱۶). مشخصاً چنین مطرح شده که نگاه ویژه به جنبه‌های عاطفی و معنوی زندگی و اتخاذ سبک زندگی معنوی آن‌گونه که مورد تأکید اورنیش (Ornish) پژوهش‌گر پیشرو و بانی سبک زندگی سالم قلب است، می‌تواند بر روی کاهش فشار خون و بهبود سایر

مقدمه

زندگی در قرن بیست و یکم امکانات و ظرفیت‌های بسیار زیادی برای انسان‌ها فراهم کرده است. با این حال، به نظر می‌رسد چنین زندگی‌ای به خودی خود موجب رویارویی انسان با موقعیت‌های استرس‌زای متعددی شده است که نوعاً ایجاد استرس و اضطراب و در نتیجه مشکلات روان‌شناختی و حتی فیزیولوژیکی مانند فشار خون را به همراه دارد.

نتایج مطالعات مختلف نشان داده که استرس و سبک زندگی می‌تواند موجب به وجود آمدن مشکلات روان‌شناختی و فیزیولوژیکی شوند. اضطراب، افسردگی، ناراحتی‌های قلبی - عروقی

کریم ارائه کرده است^(۳۳،۳۴). در قرآن کریم آیات بسیاری مرتبط با سلامت و راه‌های درمان جسم و روان و حتی قلب و عروق وجود دارند^(۳۴). مطالعاتی که روی جمعیت‌های مسلمان انجام شده نشان می‌دهد که فعالیت‌های مذهبی از قبیل توکل به خداوند، تلاوت قرآن و رفتن به مسجد با جنبه‌های مختلف سلامت افراد ارتباط دارد^(۳۵). از جمله نتیجه یک پژوهش نشان داد که تعهد دینی و عمل به دین با فشار خون سیستولیک و دیاستولیک نمونه‌ای از مسلمانان کویتی ارتباط دارد^(۳۶). حتی نتیجه برخی پژوهش‌ها نشان می‌دهد که گوش دادن به قرآن بر روی اضطراب بیماران همودبالیزی مسلمان مؤثر است^(۳۷).

به‌هرحال، این پژوهش به دنبال پاسخ دادن به این سؤال است که آیا عمل به آموزه‌های قرآن در کنترل اضطراب و فشار خون بیماران زن دارای فشار خون اولیه مراجعه‌کننده به مراکز درمانی مؤثر است؟

مواد و روش‌ها

طرح پژوهش حاضر در زمره کارآزمایی بالینی تصادفی بود که به صورت پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل اجرا شد. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به فشار خون اولیه بود که تحت پوشش مراکز بهداشتی - درمانی دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد واقع در جنوب غربی ایران قرار داشتند (لازم به ذکر است که انتخاب افراد دارای فشار خون اولیه بر اساس پرونده بیماران بود که در مراکز درمانی پرونده پزشکی فشار خون دارند و به صورت منظم و مکرر به مراکز بهداشتی درمانی جهت بررسی فشار خون خود مراجعه می‌کردند). روند بررسی آزمودنی‌ها به این صورت بود که بیماری آنان از قبل تشخیص داده شده و میزان فشار خون‌شان (سیستولیک و دیاستولیک) توسط کاردان مرکز ثبت می‌شد و توسط پزشک مرکز تشخیص فشار خون اولیه برای آنان گذاشته شد. به این ترتیب، تعداد ۶۰ بیمار زن مبتلا به فشار خون به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت گمارش تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند (هر گروه ۳۰ نفر). لازم به ذکر است که در طول جلسات با توجه به عدم همکاری برخی بیماران و خروج تعدادی از آنان با توجه به ملاک‌های خروج، در نهایت تعداد ۳۴ نفر در پژوهش باقی ماندند که در دو گروه ۱۷ نفری توزیع شدند.

ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: جنسیت مؤنث، دامنه سنی ۳۰ تا ۶۰ سال، سطح تحصیلات سبک و بالاتر، نمره اضطراب متوسط و بالا (نمره ۳۰ و بیشتر) و تشخیص بیماری فشار خون اولیه توسط پزشک متخصص. ملاک‌های خروج نیز عبارت بودند از غیبت بیش از یک جلسه و عدم همکاری لازم در خصوص انجام تکالیف خانگی.

لازم به ذکر است که هر دو گروه داروهای روتین فشار خون را توسط پزشک دریافت می‌کردند و بیماران گروه آزمایش علاوه بر داروهای استاندارد، پنج جلسه ۹۰ دقیقه‌ای گروهی به صورت هفتگی تحت آموزه‌های قرآن کریم قرار گرفتند. در حالیکه گروه کنترل (انتظار) صرفاً پس از اتمام پژوهش به صورت فشرده دو جلسه آموزه‌های قرآن کریم را دریافت کردند. جلسات شامل موارد زیر بود:

جلسه اول: در این جلسه ضمن تشریح هدف پژوهش معرفی اعضا، گروه به مبحث سلامت روانی، ابعاد سلامت روانی شامل نگرش به خود، نگرش به دیگران، زندگی و نیز نگرش به خداوند بر اساس آیات سوره‌های: فاطر، ۱۵؛ ص، ۲۷؛ و، ۲۸؛ مدثر، ۳۸؛ حجرات

متغیرهای مرتبط با کارکردهای قلب و عروق تأثیر مثبت به جای بگذارد^(۱۸،۱۷).

در همین راستا، در سال ۱۹۷۹ هم‌زمان با تعاریف مختلفی که از سلامت به عمل آمد، سازمان جهانی بهداشت بعد از کش و قوس‌های فراوان، سرانجام پذیرفت که سلامت علاوه بر ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی دارای بُعد معنوی نیز می‌باشد^(۱۹). مضاف بر اینکه، برخی پژوهشگران تصریح کرده‌اند که توجه به بُعد سلامت معنوی در واقع عبور از سه بعد سلامت جسمی، روانی و اجتماعی است و مادامی که این بعد وجود نداشته باشد، سه بعد دیگر کارایی لازم را نشان نخواهند داد^(۲۰). جمع‌بندی این پژوهش‌ها این است که قوی بودن بعد معنوی و مذهبی با کاهش احتمال بیماری و بهبود و مضاعف شدن نتایج درمان همراه است^(۲۱). از این رو، در سال‌های اخیر تعداد مطالعاتی که طی آن تأثیر نگرش مذهبی بیماران و حتی پزشکان را بر روند درمان مطرح می‌کنند رو به افزایش است. در بیشتر این مطالعات نقش ایمان مذهبی بیماران بستری و همچنین تأثیر دعا بر درمان آنان مورد تأیید و تأکید قرار گرفته است^(۲۲-۲۴).

معنویت و تکیه‌گاه معنوی به دلیل تأثیر سودمند بر سلامت و بهزیستی روان‌شناختی راهی است که در آن معنای برتر و نهایی خلق می‌شود و لذا نه تنها می‌توان آن را تا حدودی به‌عنوان یک جنبه سازمان‌دهی شده بنیادی شخصیت به حساب آورد، بلکه همچون یک ضربه‌گیر عمل می‌کند^(۲۵،۲۶).

البته باید توجه داشت که هرچند در بسیاری از مواقع معنویت و مذهب به‌صورت یکسان به کار برده می‌شوند ولی بین آن‌ها تفاوت وجود دارد. به اعتقاد زین‌بائر و دیگران عمل به باورهای دینی معمولاً با عضویت و عقاید و مناسک رسمی و سازمانی مشخص می‌گردد؛ در حالیکه معنویت‌گرایی با احساس نزدیکی به یک وجود قدرتمند و یا احساس ارتباط متقابل با جهان و پدیده‌های هستی تعریف می‌شود^(۲۷). به بیان دیگر، عمل به باورها و آموزه‌های دینی شامل افکار و رفتارهای مربوط به کلیسا (مسجد) در فرهنگ اسلامی و ایران می‌شود؛ اما معنویت‌گرایی شامل احساسات و تجاربی است که به جستجوی معنا و هدف زندگی مربوط می‌شود^(۲۸). باین وجود، به نظر می‌رسد که هم معنویت و هم مذهب بر ابعاد مختلف سلامتی و از جمله سلامت روان تأثیر می‌گذارند^(۲۹). دولتیل و فارل در پژوهش خود بر روی بین بیماران مسیحی شهری به این نتیجه رسیدند که سطح افسردگی افرادی که معنویت بالایی دارند پایین‌تر است. آنان گزارش کردند که شرکت در مجالس مذهبی تأثیر چندانی در میزان افسردگی افراد نداشته بلکه عاملی است که افراد سالم را از افراد افسرده جدا می‌سازد^(۳۰). والتینگتون و مورفی نیز در پژوهشی در مورد زنان آفریقایی - آمریکایی که مورد ایذا و خشونت خانوادگی قرار گرفته بودند، دریافتند افسردگی زنانی که دارای سطح بالایی از معنویت بودند و در مراسم معنوی - مذهبی شرکت می‌کردند به‌طور معناداری از افسردگی و نشانگان اختلالات پس از سانحه آسیب‌رسان زنان دیگر همان گروه پایین‌تر است. این افراد بیشتر از مقابله‌های معنوی و مذهبی استفاده می‌کردند و با مسایل و مشکلات استرس‌آور بهتر کنار می‌آمدند^(۳۱). از سوی دیگر، در پژوهش‌های مختلف ارتباط معنویت با اضطراب و افسردگی نشان داده شده است^(۳۱،۱۴).

در این بین، دین مبین اسلام نیز ضمن تأکید بر اهمیت سلامت روح و روان، در رابطه با سلامت روان آموزه‌های متعددی در قرآن

درونی آن ۹۲٪ گزارش شده است (۷، ۳۸). در پژوهش حاضر نیز پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۰ به دست آمد (۳۹).

داده‌های به دست آمده از پژوهش توسط نرم افزار SPSS ویرایش بیست و دوم در دو سطح توصیفی و استنباطی تجزیه و تحلیل شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، از آزمون کلموگروف-اسمیرنوف و آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد.

یافته‌ها

یافته‌های پژوهش نشان داد که در نمونه نهایی پژوهش ۱۳ نفر مجرد و ۲۱ نفر متأهل بودند. تعداد ۱۲ نفر تحصیلات راهنمایی، ۱۴ نفر دیپلم و ۸ نفر تحصیلات بیشتر از دیپلم داشتند. میانگین سنی بیماران ۷/۶۶ ± ۴۲/۳۶ سال بود. در جدول (۱) میانگین و انحراف استاندارد نمرات اضطراب و فشار خون سیستولیک و دیاستولیک گروه‌های آزمایش و کنترل در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون ارائه شده است.

جدول (۱) میانگین و انحراف استاندارد نمرات اضطراب و فشار خون سیستولیک و دیاستولیک در گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیرها	شاخص‌های آماری	گروه آزمایش		گروه کنترل	
		پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون
اضطراب	میانگین	۳۹/۲۹	۲۶/۶۵	۳۸/۴۷	۸/۴۴
انحراف معیار		۷/۰۳	۶/۴۵	۳۹/۲۹	۶/۶۵
فشار خون	میانگین	۱۴/۳۵	۱۳/۵۱	۱۴/۵۱	۱۳/۹۴
سیستولیک	انحراف معیار	۰/۵۵۰	۰/۶۸۳	۰/۷۰۱	۰/۸۴۱
فشار خون	میانگین	۹/۰۱	۹/۱۱	۸/۷۰	۸/۹۳
دیاستولیک	انحراف معیار	۰/۶۲۱	۰/۵۷۸	۰/۴۰۳	۰/۴۸۸

نتایج جدول (۱) نشان می‌دهد که میانگین و انحراف استاندارد نمرات اضطراب و فشار خون سیستولیک و دیاستولیک گروه‌های آزمایش و کنترل در مرحله پیش‌آزمون تفاوت چندانی با یکدیگر نداشته‌اند. در حالیکه میانگین نمرات دو گروه در مرحله پس‌آزمون با یکدیگر تفاوت دارد. به خصوص این تفاوت بین میانگین نمرات اضطراب مشهودتر است.

قبل از بررسی استنباطی داده‌ها از آزمون کولموگراف - اسمیرانف استفاده گردید که نتایج این تحلیل نشان داد تمامی متغیرهای پژوهش دارای توزیع نرمال هستند و بدین جهت می‌توان از تحلیل‌های پارامتریک استفاده نمود. برای بررسی داده‌ها از تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد. قبل از انجام تحلیل کوواریانس، پیش‌فرض‌های مختص این تحلیل که عبارت بودند از همسانی ماتریس‌های کوواریانس و همسانی واریانس پرداخته شد که مشخص شد این پیش‌فرض‌ها برقرار هستند. بدین ترتیب که برای بررسی پیش‌شرطی تساوی واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد که مقادیر P برای اضطراب و فشار خون سیستولیک، دیاستولیک به ترتیب برابر با ۰/۱۶۵، ۰/۳۱ و ۰/۳۷۸ به دست آمد. همچنین نتایج آزمون باکس به‌عنوان یکی دیگر از پیش‌شرط‌های تحلیل کوواریانس در مرحله پیش‌آزمون به صورت $F = ۱/۳۳$, $P = ۰/۲۰۷$ محاسبه شد که چون سطح معناداری آزمون باکس بزرگ‌تر از ۰/۰۵ بود، نتیجه‌گیری شد که ماتریس واریانس

۱۲؛ حجرات ۱-۴، حدید ۲۰؛ اشاره گردید. انجام تکالیف بر اساس آیات ۷۸-۸۰ سوره اسراء صورت گرفت. شرح مختصر تکالیف: از آنجا که اساس سلامت روانی در گرو خودشناسی و باورهای فرد می‌باشد و در دین به این نکته اشاره گردیده است از افراد می‌خواهیم برگه سفیدی را برداشته و در یک مقیاس ۱ تا ۱۰ میزان اعتقادات و باورهای قرآنی خود مشخص نمایند. آیا در زندگی و روابط خود از این باورهای اعتقادی استفاده می‌کنید؟ تکلیف منزل: در طی فعالیت روزانه احساسات و افکار خود را یادداشت نمایید و نقش آن‌ها در تصمیم‌گیری‌های خود را یادداشت نمایید. به‌عنوان مثال هنگامی که به صحبت‌های همسران که از نحوه برخورد شما با خانواده‌اش شکایت می‌کند می‌پردازید ممکن است در بدن خود تنش و انقباض‌هایی احساس کنید و به صحبت او انتقادهایی بگیرید این واکنش‌ها به این معنا است که شما به نحوه برخورد دیگران اهمیت می‌دهید و پاسخ‌های فیزیولوژیک بدن خود را در چنین شرایطی پیدا می‌کنید حال افکار و احساسات خود را با آنچه در قرآن به آن اشاره شده است مقایسه کنید اگر افکار منفی و خطاهای شناختی وجود دارد آن‌ها را مطابق با آیات آموزش داده شده تغییر بدهید. الان دوباره احساس خود را بررسی کند و تصویر آن را نقاشی کنید. یکی از توصیه‌های گفته شده در آیات ۷۸-۸۰ سوره اسراء تا جلسه آینده سعی کنید مرتب انجام دهید احساس خود را از انجام دادن این توصیه یادداشت نمایید. در **جلسه دوم:** ضمن مرور تکالیف جلسه اول به بررسی آیات توکل اشاره و تأثیر آن بر کاهش اضطراب اشاره گردید و در پایان جلسه به‌عنوان تکلیف توصیه شد آیه ۱۱ و ۱۲ سوره آل‌عمران را در ذهن مرور کرده و جایگزین افکار تنش‌زای ذهن خود کنید. همچنین توصیه شد آیه ۹ سوره جمعه را عملاً در زندگی انجام داده و احساس خود را از انجام آن یادداشت کرده و برای جلسه آینده ارائه دهید. **جلسه سوم:** ضمن مرور تکالیف جلسه دوم به بررسی آیات مرتبط با تفریح، شادمانی، آرامش پرداخته شد (یوسف ۳۳ و اعراف ۱۲۹ و بقره ۶۱). تکلیف خانگی مطابق با آیات مطرح شده به بیماران داده شد و از آن‌ها خواسته شد حالات خلقی خود را به‌صورت روزانه یادداشت کنند همچنین به معنای آیه ۱۴ سوره علق توجه نمایند و آن را در مشکلات احتمالی پیش آمده به کار گیرند. **جلسه چهارم:** ضمن مرور تکالیف جلسه قبل در این جلسه به مبحث آیات مرتبط با امیدواری، خوشبینی، نگاه به آینده و روابط مثبت در خانواده اشاره شد (بقره، ۳۵ و مائده ۴ و بقره ۱۱۰ و...) به‌عنوان تکلیف از بیماران خواسته شد آن‌ها را در زندگی روزمره بکار گرفته و آثار آن را به‌صورت مکتوب در جلسه آینده گزارش دهند (۳۸).

در این پژوهش از پرسشنامه اضطراب بک استفاده شد و برای بررسی فشار خون نیز از دستگاه اندازه‌گیری فشار خون جیوه‌ای استفاده شد.

پرسشنامه اضطراب بک و همکاران: این پرسشنامه در سال ۱۹۸۸ به وسیله بک و همکاران ساخته شده است و آزمودنی شدت هر یک از علائم را با استفاده از مقیاسی چهار درجه‌ای از (اصلاً) تا (شدید نمی‌توانم آن را تحمل کنم) درجه‌بندی می‌کند. نمره‌گذاری از طریق جمع نمره‌های ۲۱ پرسش انجام می‌شود، به‌طوری‌که حداقل و حداکثر نمره‌ای که فرد ممکن است به دست آوری از صفر تا ۶۳ است. بک و همکاران پایایی این پرسشنامه را به روش بازآزمایی بر روی ۸۳ بیمار سرپایی به فاصله یک هفته ۰/۷۵ گزارش کردند. همچنین روایی پرسشنامه ۰/۷۲، پایایی ۰/۸۳ و ثبات

– کوواریانس‌ها همگن است. در جدول (۲) نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس چندمتغیری نشان داده شده است.

جدول (۲). خلاصه نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس چند متغیری بر روی

آزمون	ارزش	مقدار F	درجه آزادی	متغیرهای وابسته پژوهش	
				سطح معناداری	اندازه اثر
اثر پلا	۰/۷۰۹	۱۵/۲۲	۴	**/۰۰۱	۰/۷۰۹
لامبدای ویلکس	۰/۲۹۱	۱۵/۲۲	۴	**/۰۰۱	۰/۷۰۹
اثر هتئوگن	۲/۴۳	۱۵/۲۲	۴	**/۰۰۱	۰/۷۰۹
بزرگ‌ترین ریشه روی	۲/۴۳	۱۵/۲۲	۴	**/۰۰۱	۰/۷۰۹

نتایج جدول (۲) مربوط به چهار آزمون مستخرج از تحلیل کوواریانس چند متغیری نشان می‌دهد که تأثیر متغیر مستقل (عمل به آموزه‌های قرآن) حداقل بر روی یکی از متغیرهای وابسته پژوهش مؤثر بوده است ($P = ۰/۰۰۱$). در جدول (۳) نتایج حاصل از تحلیل واریانس (اثرات بین‌آزمودنی) در متن کوواریانس ارائه شده است که وضعیت تأثیر متغیر مستقل را روی هر یک از متغیرهای وابسته مورد بررسی قرار داده است.

جدول (۳). خلاصه نتایج تحلیل واریانس (اثرات بین‌آزمودنی) در متن کوواریانس

آزمون	مجموع مجذورات	درجه آزادی	پدینگ مجذورات	مقدار F	سطح معناداری	اندازه اثر
فشار خون دیاستولیک	۰/۶۷۹	۱	۰/۶۷۹	۱/۶۷	۰/۰۵۸	۰/۰۷۸
فشار خون سیستولیک	۰/۷۴۲	۱	۰/۷۴۲	۱/۹۳	۰/۱۷۵	۰/۰۶۵
اضطراب	۱۱۷۳/۵۴	۱	۱۱۷۳/۵۴	۳۰/۷۴	**/۰۰۱	۰/۵۲۳

نتایج جدول (۳) خلاصه نتایج اثرات بین‌آزمودنی را نشان می‌دهد که عمل به آموزه‌های قرآن بر روی کاهش میانگین نمرات اضطراب بیماران ($P = ۰/۰۰۱$) مؤثر بوده است. در عین حال، مشخص شد که عمل به آموزه‌های قرآن تأثیر معناداری روی میانگین نمرات فشار خون سیستولیک و دیاستولیک بیماران نداشته است ($P > ۰/۰۰۱$). اندازه اثر عمل به آموزه‌ها برای اضطراب ۰/۵۲۳ به دست آمد که نشان می‌دهد بیش از ۵۲ درصد تغییرات ایجاد شده در میانگین نمرات اضطراب مربوط به مداخله آزمایشی (عمل به آموزه‌های قرآنی) بوده است.

بحث

هدف از انجام این پژوهش بررسی اثربخشی عمل به آموزه‌های قرآن در کنترل اضطراب و فشار خون بیماران زن دارای فشار خون اولیه مراجعه‌کننده به مراکز درمانی بود. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس چندمتغیری نشان داد که عمل به آموزه‌های قرآن بر روی متغیرهای وابسته پژوهش شامل اضطراب و فشار خون

سیستولیک و دیاستولیک بیماران مؤثر بوده است ($P < ۰/۰۰۱$). نتایج حاصل از اثرات بین‌آزمودنی نیز نشان داد که عمل به آموزه‌های قرآن بر روی کاهش میانگین نمرات اضطراب بیماران ($P = ۰/۰۰۱$) مؤثر بوده است. با این حال، مشخص شد که هرچند میانگین نمرات فشار خون سیستولیک و دیاستولیک بیماران گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون در مقایسه با مرحله پیش‌آزمون کاهش پیدا کرده‌اند، ولی این کاهش معنادار نبوده است ($P > ۰/۰۰۱$). به‌طور کلی یافته پژوهش در خصوص اثربخشی عمل به آموزه‌های قرآنی بر روی کاهش اختلالات هیجانی و از جمله اضطراب، با نتایج اغلب پژوهش‌هایی که در این زمینه انجام شده است، همسویی نسبی دارد. از جمله نتایج این مطالعه با نتایج پژوهش‌های هینسگارد و همکاران^(۲۸)، هیلز و همکاران^(۲۹)، دولیتل و همکاران^(۳۰)، والنیگتون و همکاران^(۳۱)، پوجالسکی و همکاران^(۳۲)، مان و همکاران^(۳۳)، لوکاس و همکاران^(۳۴)، ال‌هادی و همکاران^(۳۵) در یک راستا قرار دارد.

صاحب‌نظران برجسته حوزه‌های مختلف علوم انسانی و دینی بر اهمیت و ضرورت دین در بهداشت روانی و روان‌درمانی تأکید دارند و بر این باور هستند که اعتقادات مذهبی و توکل به خدا موجب تسکین و بهبودی سریع‌تر آلام و مشکلات روانی می‌شود. در واقع، در دین اسلام همواره بر سلامت روان تأکید شده است و آموزه‌های قرآنی متعددی در این زمینه وجود دارد^(۳۶). در واقع، آیات قرآن و عمل به آموزه‌های قرآنی بارها و بارها انسان را به امید، توکل و شکیبایی تشویق می‌کنند. در پژوهش حاضر نیز عمل کردن به آموزه‌های قرآنی به بیماران کمک کرد تا از طریق اندیشیدن در معانی و مضامین آیات و روایات، علاوه بر تقویت خوشبینی به الطاف پروردگار و توکل به او، با شناسایی نقاط قوت و توانمندی‌های خویش، بتوانند امیدواری بیشتری به دست آورند و از این طریق چشم‌انداز خوش‌بینانه‌تری از آینده خود را ترسیم نمایند^(۳۶).

با این حال، نتایج پژوهش نشان داد که هرچند آموزه‌های قرآنی بر روی کاهش میانگین نمرات فشار خون سیستولیک و دیاستولیک بیماران مؤثر بود، ولی این تأثیر معنادار نبوده است ($P > ۰/۰۰۱$). این یافته با نتایج پژوهش‌هایی که در خصوص روش‌های مختلف روان‌درمانی و از جمله روش‌های مبتنی بر معنویت بر روی کاهش و تنظیم فشار خون بیماران انجام شده است، همسویی ندارد^(۱۸، ۱۷). در عین حال، نتیجه پژوهش حاضر با نتیجه پژوهش ال‌کندری و همکاران مبنی بر اینکه که تعهد دینی و عمل به دین با فشار خون سیستولیک و دیاستولیک مسلمانان کویتی ارتباط دارد، همسویی ندارد^(۳۶). البته نتیجه این مطالعه با نتیجه پژوهش بلوم و همکاران^(۹) که بیان کرده‌اند روش‌های روان‌درمانی اثری بر روی درمان فشار خون ندارند و اگر هم اثر دارند به دلیل چند وجهی بودن مشکل فشار خون، این تأثیر زود از میان می‌رود همخوانی دارد. چنانچه روش‌های مداخله و روان‌درمانی به لحاظ جنبه‌های شناختی، هیجانی و رفتاری به‌خوبی طرح‌ریزی شوند، از چنین توانایی برخوردارند. به نظر می‌رسد اگر تعداد جلسات مداخله (آموزه‌های قرآن کریم) بیشتر از ۵ جلسه می‌بود و یا چنانچه که امکان مطالعه پیگیری میسر می‌گردید، احتمالاً نتایج متفاوتی رقم می‌خورد. در واقع، چون فشار خون یکی از مشکلات نسبتاً مزمن و دائمی سایکوسوماتیک است، لذا به نظر می‌رسد که طول مدت مداخلات بایستی به گونه‌ای طرح‌ریزی شود که امکان ایجاد تغییرات را میسر سازد^(۴).

دکتر سلیمان خیری و سید راشد جزایری: توصیف و آنالیز داده‌ها، مطالعه و اصلاح مقاله
 دکتر سید کمال صولتی: ایده اولیه، جمع‌آوری داده‌ها، تهیه مقاله، ارسال و پیگیری چاپ مقاله
منابع مالی و حمایت‌ها
 این طرح پژوهشی با حمایت مالی معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد تصویب و اجرا شده است.

منابع

1. Greenberg J S. Comprehensive stress management. 12th ed. New York: McGraw-Hill; 2011. P. 26-28.
2. Young G, Kane A W, Nicholson, K. Psychological knowledge in court: PTSD, Pain and TBI. 1 nd ed. New York: Springer; 2006. P. 87-88.
3. Huang N. Life style management of hypertension. Aust Prescr. 2008; 31(6): 150-3.
4. Lochner J, Ruge B, Judkins D, Saseen J. How effective are lifestyle changes for controlling hypertension? J Fam Pract. 2006; 55 (1): 73-4
5. Parra-Medina D, Wilcox S, Wilson DK, Addy CL, Felton G, Poston MB. Heart Healthy and Ethnically Relevant (HHER) Lifestyle trial for improving diet and physical activity in underserved African American women. Contemp Clin Trials. 2010; 31 (1): 92-104.
6. American Psychiatric Association (APA) (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) (5th edn, text revision). Washington, DC: American Psychiatric Association.
7. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. J Consult Clin Psychol. 1988; 56: 893-7.
8. Rossi R, Caldari R, Costa V, Ambrosioni E. Autogenic training in mild essential hypertension: A placebo –controled stydy. Stress Med. 1989; 5: 63-68.
9. Blom K, Baker B, How M, Dai M, Abbey S, Myers M, Abramson B L, Irvine J, Perkins N, Tobe S W. Hypertension analysis of stress reduction using mindfulness meditation and yoga. Results from a randomized controlled trial. Canadian J Cardi. 2012; 28: 418-419.
10. Smith L, Webber R, DeFrain J. Spiritual well-being and its relationship to resilience in young people: A mixed methods case study. Sage Open. 2013; 3(2):2158244013485582.
11. Elvin J. Religion role in healing confirmed. J insight. 2001; 3: 78-83.

در مجموع، می‌توان گفت مذهب ارتباط دائمی انسان با خالق هستی و اعتقاد به حضور دائمی او در لحظه‌های حساس بوده و تأثیری به سزایی در ایجاد بهداشت روانی سالم و درمان بیماری‌های جسمی و روانی دارد^(۱۱). در واقع، مذهب و به تبع آن اعمال مذهبی باعث ایجاد نگرش مثبت درباره دنیا می‌شود و فرد را در مقابل رویدادهای ناگوار زندگی مثل فقدان یا بیماری یاری می‌رساند. همچنین مذهب به زندگی فرد معنا و هدف می‌دهد و داشتن معنا و هدف در زندگی نشان‌دهنده سلامت روان است و باعث افزایش توانایی فرد در انجام دادن کارها می‌شود^(۱۲). از سوی دیگر، مشخص شده که افراد مذهبی با حوادث آسیب‌زای زندگی که پذیرفتنی نیست راحت‌تر سازگار می‌شوند. از این‌رو، مذهب باعث ایجاد امید در فرد می‌شود. امید باعث ایجاد انگیزه و انرژی در فرد می‌شود و او را به بهتر شدن اوضاع زندگی امیدوار می‌کند. همچنین افراد مذهبی به واسطه دعا کردن احساس کنترل درونی ایجاد می‌شود. بدین‌گونه که دعا کردن باعث احساس غیرمستقیم کنترل بر شرایط به ظاهر تغییرناپذیر و ناگوار می‌شود^(۱۳).

نتیجه‌گیری

در مجموع می‌توان گفت با توجه به جهت‌گیری و تأکید سازمان جهانی بهداشت روی موضوع معنویت و پذیرش آن به عنوان بعد چهارم سلامت و از آنجایی که ما در یک جامعه‌ای زندگی می‌کنیم که دین نقش مهم و غیر قابل انکاری در زندگی افراد و از جمله بیماران ایفا می‌کند و مفاهیم دینی پیوند گسترده و همه جانبه‌ای با زندگی افراد دارند و از سویی، در میان ادیان الهی، آموزه‌های اسلام پیرامون بهداشت جسم، روان و سایر امور، کامل‌ترین فرامین است، لذا عمل به آموزه‌های قرآنی و یا طرح‌ریزی مداخلات مختلف بر اساس این آموزه‌ها می‌تواند به بهبود شرایط جسمی و روانی بیماران فشار خون کمک نماید.

از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به عدم همکاری برخی بیماران، غیبت بیش از یک جلسه و عدم همکاری لازم در خصوص انجام تکالیف خانگی اشاره نمود که منجر به خروج برخی از بیماران از مطالعه شد.

پیشنهاد می‌گردد جهت کاهش اضطراب و فشار خون بیماران علاوه بر درمان‌های رایج، از درمان‌های مبتنی بر معنویت استفاده گردد زیرا در این نوع درمان‌ها از مذهب و معنویت استفاده می‌شود لذا به‌خوبی مؤلفه‌های شناختی، رفتاری، عاطفی و هستی‌گرایانه را مورد تأکید قرار می‌دهند و از این طریق شرایط بهبود بهزیستی و سلامتی و همچنین کاهش اضطراب را فراهم می‌سازند.

تشکر و قدردانی

از کلیه افرادی که ما را در انجام این پژوهش یاری کردند سپاسگزاریم.

تأییدیه‌های اخلاقی

این مقاله ناشی از طرح تحقیقاتی شماره ۲۳۵۳ و دارای کد اخلاق IR.SKUMS.REC.1395.324 دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد می‌باشد.

تعارض منافع

تعارض منافی وجود ندارد.

سهم نویسندگان در مقاله

پریسا آسمند و دکتر سعید مردانی: جمع‌آوری داده‌ها، مطالعه و اصلاح مقاله

- Manage. 2018; 56(3):390-398. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2018.05.020. Epub 2018 May 30.
25. Atkins RG, & Hawdon JE. Religiosity and participation in mutual-aid support groups for addiction. *J Subst Abuse Treat.* 2007; 33: 321-331.
26. Emmon RA. Is spirituality an intelligence? Motivation, cognition, and the psychology of ultimate concern. *Psycholog Relig Spiritual.* 2000; 10: 3-26.
27. Zinnbauer BJ, Pargament KI, Cole B, Rye MS, Butter EM, Belavich TG, et al. Religion and Spirituality: Unfuzzifying the Fuzzy. *J Sci Study Relig.* 1997; 36(4):549-64.
28. Henningsgaard JM, Arnau RC. Relationships between religiosity, spirituality, and personality: A multivariate analysis. *Pers Individ Dif.* 2008; 45(8):703-8.
29. Hills J, Paice JA, Cameron JR, Shot S. Spirituality and distress in palliative care consultation. *J Palliat Med.* 2005; 8(4): 782-788.
30. Doolittle B R, Farrell M. The association between spirituality and depression in an urban clinic. *J Clin Psychol.* 2004; 6(3): 114-118.
31. Mann J R, Mckeown R E, Bacon J., Vesselinor, R., & Bush, F. Religiosity, spirituality, and antenatal anxiety in southern U.S. women. *Arch Womens Ment Health.* 2008; 11: 19-26.
32. Dwairy MA. Counselling and psychotherapy with Arabs and Muslims: a culturally sensitive approach, 2006, New York: Teachers College in Columbia University press.
33. Aboul-Enein BH. Health-promoting verses as mentioned in the Holy Quran. *J Religion Health.* 2016; 55(3):821-9.
34. French DC, Eisenberg N, Vaughan J, Purwono U, Suryanti TA. Religious involvement and the social competence and adjustment of Indonesian Muslim adolescents. *Dev Psychol.* 2008; 44(2):597.
35. Loukas M, Saad Y, Tubbs R Sh, Shoja M M. The heart and cardiovascular system in the Qur'an and Hadeeth. *Int J Cardiol.* 2010; 140 (1): 19-23.
36. Al-Kandari Y Y. Religiosity and its relation to blood pressure among selected Kuwaitis. *J Biosoc Sci.* 2003; 35(3):463-72.
37. El-Hady M M, Attia Kandeel N. The Effect of Listening to Qur'an on Physiological Responses of Mechanically Ventilated Muslim Patients. *IOSR J Nurs Health Sci.* 2017; 6 (5): 79-87.
12. Koenig H G. Spirituality, wellness, and quality of life. *Sex Reprod Menopause.* 2004; 2: 76-82.
13. Walington C G, Murphy C M. The roles of religion and spirituality among African-American survivors of domestic violence. *J of Cli Psych.* 2006; 62 (7): 837-857.
14. Puchalski C M., Vitillo, R, Hull S K, Reller N. Improving the spiritual dimension of whole person care: Reaching national and international consensus. *J of Palliative Med.* 2014; 17(6): 642-656.
15. Bussing A, Michalsen A, Balzat HJ, Grünther RA, Ostermann T, Neugebauer EA, et al. Are spirituality and religiosity resources for patients with chronic pain conditions? *Pain Med.* 2009; 10(2): 327-339
16. Trankle TM. Psychological Well-Being, Religious Coping, and Religiosity in College Students. *CHARIS: A Journal of Lutheran Scholarship, Thought, and Opinion.* 2006; 5(3): 29-33.
17. Ornish D. Dean Ornish's program for reversing heart disease. New York. 2nd ed. Ballantine; 1992.
18. Barnbya JM, Bailey NW, Chambers R, Fitzgerald P B. How similar are the changes in neural activity resulting from mindfulness practice in contrast to spiritual practice? *Conscious Cogn.* 2015; 36: 219-232.
19. Rasic D, Robinson JA, Bolton J, Bienvenu OJ, Sareen J. Longitudinal relationships of religious worship attendance and spirituality with major depression, anxiety disorders, and suicidal ideation and attempts: findings from the Baltimore epidemiologic catchment area study. *J Psychiatr Res.* 2011; 45:848-54.
20. Moberg D O. Spirituality and Aging: Research and Implications. *Journal of Reli, Spir & Aging,* 2008; 20 (2), 154-161.
21. Hall DE, Meador KG, Koenig HG. Measuring religiousness in health research: review and critique. *J Relig Health.* 2008; 47:134-63.
22. Nelson CJ, Rosenfeld B, Breitbart W, Galiotta M. Spirituality, religion, and depression in the terminally ill. *Psychosomatics.* 2002; 43:213-20.
23. Gordon BS, Keogh M, Davidson Z, Griffiths S, Sharma V, Marin D, Mayer SA, Dangayach NS. Addressing spirituality during critical illness: A review of current literature. *J Critical Care.* 2018; 45:76-81.
24. Bai J, Brubaker A, Brubaker A, Meghani S H, Yeager K A. Spirituality and Quality of Life in Black Patients with Cancer Pain. *J Pain Symptom*

39. Beck AT, Steer RA. Relationship between the Beck Anxiety Inventory and the Hamilton Anxiety Rating Scale with anxious outpatients. *J Anxiety Disord.* 1991; 5: 213-23.

38. Kaviani H. Psychometric properties of the Beck Anxiety Inventory age and sex classes of the population of Iran. *Tehran Univ Med Sci J.* 2008; 2:126-40.