Religion and Health

REVIEW ARTICLE

2018, Vol: 6, No: 2, Pages: 40-52.

Designing a Religous-based Intervention Theory Based on Islamic Teachings for Anxiety, Stress, and Depression Reduction in Coronary Artery Bypass Grafting Patients

Hadi Bahrami Ehsan[1], Mohiadin Amjadian[2*], Reza Rostami[3], Siamak Vahedi[4]

1- Associate Professor, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Tehran University, Tehran, Iran
2- Assistant Professor, Clinical Psychology Department, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran
3- Associate Professor, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Tehran University, Tehran, Iran
4- Assistant Professor, Cardiology Department, Medical School, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran

***Corresponding Author:**
Mohiadin Amjadian
Clinical Psychology Department, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran

Email:
mohiadin72@yahoo.com

Received: 05 Apr 2018
Revised: 11 Aug 2018
Accepted: 15 Oct 2018

Abstract

This study aimed to design and prepare a kind of religious-based intervention model called "from Ghalbe Salim (pure heart) to Ghalbe Salem (healthy heart)" in order to decrease stress, anxiety, and depression in coronary artery bypass graft (CABG) patients. The CABG patients undergo a lot of stress, anxiety, and depression after bypass surgery. Various interventions, including medications and common psychological therapies, were used to decrease these disorders in patients. In this study, what seemed to be a kind of innovation was to design and prepare a religious-based intervention for treating and reducing such disorders in CABG patients. A prefound review of Islamic and Quran texts showed that an intervention model based on Ghalbe Salim (pure heart) could help these patients to overcome their stress, anxiety, and dpression and consequently have shorter convalescence periods and healthier hearts. The study was carried out by reviewing Islamic and Quran texts about Ghalbe salim that was supposed to be the prerequisite for a healthy heart. In fact, the important factors that had a role in initiation, persistence, and treatment of the disease were investigated in Islamic and Quran teachings, as well as scientific texts. Then a theoritical model called "from Ghalbe Salim to Ghalbe Salem" was proposed. Finally, a special kind of religious-based intervention was presented in order to decrease stress, anxiety, and depression for coronary artery bypass graft patients in the present study.

Keywords: Anxiety, CABG patients, Depression, Galbe Salim, Quran-Islamic teachings, Stress

▶ **Citation:** Bahrami Ehsan H, Amjadian M, Rostami R, Vahedi S. Designing a Religous-based Intervention Theory Based on Islamic Teachings for Anxiety, Stress, and Depression Reduction in Coronary Artery Bypass Grafting Patients. Religion and Health, Autumn & Winter 2018; 6(2): 40-52 (Persian).

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-03]

دین و سلامت

مقاله مروری

دوره ۶، شماره ۲، سال ۱۳۹۷ صفحه: ۵۲-۴۰

ارائه مدل نظری مداخله‌درمانی براساس آموزه‌های اسلامی جهت کاهش میزان افسردگی، استرس و اضطراب بیماران عروق کرونر قلب

هادی بهرامی احسان[۱]، محی‌الدین امجدیان[۲*]، رضا رستمی[۳]، سیامک واحدی[۴]

۱- دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

۲- استادیار، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران

۳- دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

۴- استادیار، گروه قلب و عروق (داخلی)، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران

* **مؤلف مسئول:**
محی‌الدین امجدیان
گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران

Email:
mohiadin72@yahoo.com

دریافت: ۱۴ فروردین ۱۳۹۷
اصلاحات: ۲۰ مرداد ۱۳۹۷
پذیرش: ۲۳ مهر ۱۳۹۷

چکیده

مطالعه حاضر با هدف تدوین و ارائه مدل مداخله درمانی دین‌محور براساس آموزه‌های اسلامی با عنوان "از قلب سلیم تا قلب سالم" جهت کاهش میزان افسردگی، اضطراب و استرس بیماران قلبی دارای پیوند عروق کرونر قلب (CABG: Coronary Artery Bypass Grafting) صورت گرفت. بیماران قلبی- عروقی پس از انجام اعمال جراحی بای‌پس به درجات مختلف افسردگی، اضطراب و استرس دچار می‌شوند. راه‌کارهای مختلفی مانند دارودرمانی، درمان‌های معمول روان‌شناسی و غیره برای کاهش میزان این اختلالات توسط متخصصان به کار گرفته می‌شود. آنچه در این مطالعه تازگی دارد، آماده‌سازی و استفاده از یک نوع مداخله دین‌محور برای کاهش میزان این اختلالات در بیماران قلبی است. بررسی متون قرآنی و دینی نشان می‌دهند که می‌توان براساس ویژگی‌های قلب سلیم به‌عنوان پیش‌نیاز قلب سالم و راهی برای درمان قلب بیمار و برگرداندن سلامت به قلب، تا حدود زیادی به کاهش این اختلالات و سلامت قلب در این بیماران کمک نمود. بدین‌منظور، در این پژوهش علاوه بر بررسی متون علمی در مورد بیماری‌های قلبی- عروقی و بیماران دارای پیوند عروق کرونر قلب و نیز گردآوری عوامل مؤثر در پدیدآمدن و تداوم این بیماری، متون اسلامی- قرآنی، احادیث و روایات به‌منظور یافتن عوامل اثرگذار و مسیرهای تقرب به قلب سلیم به معنای قرآنی آن به‌ویژه عوامل دینی/معنوی، روانی و اجتماعی مورد بررسی قرار گرفتند. در ادامه، عوامل مشاهده‌شده در متون قرآنی و دینی به‌صورت یک مدل نظری با عنوان "از قلب سلیم تا قلب سالم" تدوین شدند و براساس این مدل یک نوع مداخله درمانی دین‌محور براساس ویژگی‌های قلب سلیم برای کاهش افسردگی، اضطراب و استرس در این بیماران پیشنهاد گردید.

واژه‌های کلیدی: آموزهای قرآنی- اسلامی، استرس، اضطراب، افسردگی، بیماران قلبی با پیوند عروق کرونر، قلب سلیم

◄ **استناد:** بهرامی احسان، هادی؛ امجدیان، محی‌الدین؛ رستمی، رضا؛ واحدی، سیامک. ارائه مدل نظری مداخله‌درمانی براساس آموزه‌های اسلامی جهت کاهش میزان افسردگی، استرس و اضطراب بیماران عروق کرونر قلب. دین و سلامت، پاییز و زمستان ۱۳۹۷؛۶(۲): ۴۰-۵۲ (فارسی).

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-03]

مقدمه

بیماری‌های قلبی- عروقی بیشترین آمار مرگ و میر را به خود اختصاص داده‌اند و تا سال ۲۰۲۰ همچنان عامل اولیه مرگ و میر در دنیا خواهند بود؛ به‌گونه‌ای که حدود ۵۲ درصد از دلایل مرگ و میر در ایالات متحده و ۴۸ درصد از آن‌ها در اروپا مربوط به این بیماری‌ها می باشند (۱). در این میان، بیماری عروق کرونر قلب (Coronary Geart Disease) به‌عنوان یکی از دلایل مهم مرگ و میرهای قلبی مطرح بوده و ۴۳ درصد از تمام مرگ و میرهای قلبی به آن نسبت داده می‌شود (۲). تعداد بسیار زیادی از بیماری‌های عروق کرونر که به درمان‌های دارویی پاسخ نمی‌دهند، تحت عمل جراحی پیوند عروق کرونر قرار می‌گیرند (۳). در ایران نیز ۶۰ درصد از کل اعمال جراحی قلب باز، جراحی بای‌پاس عروق کرونر می‌باشد (۴). علاوه بر عوامل خطرساز سنتی در بروز این بیماری مانند بالابودن میزان کلسترول، مصرف سیگار، عدم تحرک کافی، پرفشاری خون و بیماری‌های زمینه‌ای دیگر مانند دیابت، مطالعات گسترده دیگر در دهه‌های گذشته، ارتباط این بیماری و عوامل روان‌شناختی به‌ویژه استرس، افسردگی، اضطراب و سایر اختلالات خلقی و هیجانی را نشان داده‌اند (۵،۶).

استرس، اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر شیوع بالایی داشته و باعث کاهش سطح عملکرد بیماران می‌شود (۷،۸). به‌طور کلی استرس، اضطراب و افسردگی مهم‌ترین عوامل تأثیرگذار بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت هستند و حتی تأثیر آن‌ها بر کیفیت زندگی از جنبه‌های جسمی مانند کسر تخلیه‌ای بطن چپ (LV Ejection Fraction)، آنژین صدری (Angina Pectoris) و دیگر بیماری‌های مزمن بیشتر گزارش شده است (۹). استرس، افسردگی و اضطراب در بیماران قلبی و به ویژه CABG (Coronary Artery Bypass Graft) بسیار شایع بوده و بین ۲۵ تا ۵۰ درصد گزارش شده است (۱۰،۱۱).

بیماران تحت جراحی پیوند عروق کرونر به تغییرات وسیعی در سبک زندگی و نیز مراقبت‌های گسترده‌ای نیاز دارند. اساس درمان بیماری عروق کرونر، رعایت برنامه درمانی است. با وجود اهمیت این موضوع، بیماران افسرده تمایل کمتری به رعایت برنامه‌های مربوط به رژیم غذایی، ورزش، کاهش استرس و افزایش حمایت اجتماعی دارند (۱۲). اضطراب و به‌ویژه افسردگی منجر به افزایش خطر بروز بیماری‌های عروق کرونر و به‌ویژه سکته قلبی شده که خود منجر به بروز نارسایی قلبی می‌گردد (۱۳). علاوه‌براین، اثرات منفی این اختلالات بر تعادل اتوماتیک قلب، واکنش‌های التهابی، عملکرد پلاکت‌ها و مکانیسم‌های رفتاری منجر به افزایش مشکلات قلبی و میزان مرگ و میر این بیماران می‌شود (۱۴). شواهد روزافزونی وجود دارند که نشان می‌دهند استرس با منشأهای مختلف از عوامل هیجانی گرفته تا عوامل روانی- اجتماعی، تمامی مراحل بیماری از شکل گیری تا سیر و بهبودی را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱۵،۱۶).

مذهب/معنویت‌درمانی در بهبود علائم روان‌شناختی و جسمانی بیماران قلبی تأثیر مثبتی را از خود نشان داده است. در پژوهشی ارتباط مثبت بین فعالیت‌های مذهبی- معنوی در بیماران CHD (Coronary Heart Disease) چه قبل از عمل جراحی و چه در دوره درمان و بهبودی مورد تأیید قرار گرفت و مدل خاصی جهت تبیین شیوه‌ها و مسیرهای تأثیر فعالیت‌های مذهبی بر سیستم قبلی- عروقی و سلامت کلی بیماران تدوین گردید (۱۷). Zamarra و همکاران اولین افرادی بودند که سعی کردند مداخله اختصاصی مذهبی- معنوی را طراحی نموده و برای درمان بیماران CHD به کار ببرند. بدین‌منظور، ۲۱ بیمار در دو گروه درمان با مدیتیشن متعالی هندویی و گروه کنترل قرار گرفتند. پروتکل درمانی طی مدت هشت ماه اجرا شد. بر مبنای نتایج پس از درمان فوق، گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل افزایش ۱۵ درصدی در طول فعالیت ورزشی و همچنین افزایشی ۱۲ درصدی در تأخیر در شروع

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-03]

افسردگی را از خود نشان داد (۱۸).

در پژوهش حاضر، هشت مطالعه در ارتباط با واکنش قلبی- عروقی (Cardiovascular Reactivity) به‌عنوان یکی از عوامل خطر در بیماری‌های قلبی- عروقی مورد بررسی قرار گرفت که حداقل در ۵۰ درصد از موارد تأثیر مثبت مداخله معنوی/مذهبی بر کاهش این واکنش در بیماران قلبی تأیید شد (۲۳-۱۹). در مطالعه Levin و Vanderpool (۱۹۸۹) مشخص گردید که درگیرشدن در فعالیت‌های مذهبی منجر به کاهش فشار خون بالا و بیماری‌های قلبی- عروقی می‌گردد (۲۴). Aviles و همکاران (۲۰۰۱) نیز در پژوهشی به بررسی تأثیر دعای خیر توسط دیگران بر پیشرفت بیماری‌های قلبی- عروقی در بیمارانی که به تازگی از بیمارستان ترخیص شده بودند، پرداختند و نشان دادند که دعای خیر در گروه اول موجب شد که نمرات پایین‌تری را به لحاظ وجود فاکتورهای بیماری مانند فشار خون بالا و مراجعه ناگهانی به پزشک دریافت نمایند (۲۵). Byrd (۱۹۸۸) نیز مطالعه‌ای کنترل‌شده را در ارتباط با تأثیر دعای خیر توسط دیگران بر سلامت قلبی با حضور ۴۰۰ بیمار که به دو گروه کنترل و بهره‌مند از دعای خیر تقسیم شده بودند، انجام داد. گروه مورد مطالعه در مقایسه با گروه کنترل از آنتی‌بیوتیک کمتر، وسایل کمک تنفسی و دفع ادرار کمتر و در کل سلامت بهتری پس از مداخله برخودار بودند (۲۶). مطالعات دیگر نیز نشان داده‌اند که نیایش مذهبی و مدیتیشن به بهبود پارامترهای روان‌شناختی و جسمی بیماران کمک می‌کند (۲۷،۲۸).

در این مطالعه پژوهشگران علاوه بر درمان‌های معمول مانند محدودیت‌های تغذیه‌ای و افزایش فعالیت‌های ورزشی به بررسی و امکان‌سنجی استفاده از منابع دینی- اسلامی داخل کشور برای درمان استرس، اضطراب و افسردگی بیماران CABG در یک بسته درمانی پرداختند؛ زیرا تاکنون در داخل کشور از درمان مذهبی/معنوی بدین‌شکل برای این بیماران استفاده نشده است. در مطالعات انجام‌شده در خارج از کشور نیز بیشتر درمان‌های معنوی براساس آموزه‌های مسیحیت و همچنین مدیتیشن شرقی استوار می‌باشند که ارتباط زیادی با عقاید و مبانی دین اسلام ندارند و به‌کارگیری این مداخله‌ها در بیماران مسلمان ممکن است جای تردید داشته باشد؛ از این رو در پژوهش حاضر مداخله درمانی براساس فضائل و رذائل اخلاقی و با ارائه مدل نظری به نام "از قلب سلیم تا قلب سالم" بر پایه آیات قرآنی و رویات دینی طراحی و ارائه گردیده است.

مبانی دینی مدل از قلب سلیم تا قلب سالم

حالات گوناگون قلب در قرآن کریم

در آموزه‌های قرآنی، احوالات گوناگونی برای قلب بیان شده است که از جمله آن‌ها می‌توان به اضطراب قلب (نازعات/۱۰)، آرامش و اطمینان قلب (بقره/۲۶۰، آل‌عمران/۱۲۶، انفال/۱۰)، مرض قلب (بقره/۱۰، انفال/۴۹)، سلامت قلب (شعراء/۸۹)، قساوت قلب (بقره/۷۴)، انابت قلب (ق/۳۳)، بصیرت و بینایی قلب (انعام/۵۰، هود/۲۴، رعد/۱۶، فاطر/۱۹) و مانند آن اشاره کرد (۲۹).

در این میان، سه حالت از احوالات قلب را می‌بایست حالات اصلی و بنیادی در نظر گرفت. این حالات به شرح زیر می‌باشند:

قلب سلیم: خداوند انسان را با قلبی سالم و سلیم آفریده است؛ به همین دلیل است که تمام حقایق هستی را به‌خوبی درک و فهم می‌کند و می‌تواند در مسیر کمال حرکت نموده و به کمال مطلوب و نهایی دست یابد. قلب سلیم از نظر قرآن دارای ویژگی‌هایی است؛ به‌عنوان مثال قلب سلیم به سبب داشتن سلامت از رأفت، رحمت، خشیت، رقت، طهارت، نرمی و انعطاف برخوردار می‌باشد. خداوند قلب سلیم را قلبی خالی از هرگونه شائبه شرک می‌داند (۲۹، صافات/۸۵-۸۳).

قلب سلیم دارای آثاری است که از جمله آن‌ها می توان به آرامش، اطمینان و رهایی از هرگونه اضطراب اشاره کرد (۲۹، رعد/۲۸). این قلب به سبب همان ویژگی خود دریچه‌ای گشوده به سوی نعمت‌های الهی

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-03]

بوده و از عنایات خاص خداوند سود می‌برد (۲۹، فجر/۳۰-۲۷). استقامت و ثبات از دیگر ویژگی‌های قلب سلیم است (۲۹، انفال/۱۱-۹). همچنین ایمان به خدا، قدرت بر انجام‌دادن کارهای سخت و مخاطره‌آمیز (قصص/۱۰-۷)، بهره‌مندی از امدادهای غیبی و پیروزی و کسب موفقیت (آل‌عمران/۱۲۶-۱۲۳) از دیگر آثار سلامت قلب و اطمینان آن می‌باشد (۲۹،۲۸).

قلب مریض: در این حالت قلب انسان گرفتار مرض اخلاقی و اعتقادی می‌شود که دلیل آن براساس آموزه‌های قرآنی، گناه می‌باشد. ارتکاب گناهان طی فرایندی قلب را از حالت سلامت آن خارج نموده و بیمار می‌کند. از نظر قرآن، قلب مریض در بدترین حالات خود طبیعت خود را از دست می‌دهد، مسخ می‌شود و دیگر نمی‌تواند حقایق را چنانکه هستند درک و فهم نموده و تفسیر و تحلیل کند. همچنین در این حالت، شخص میان حق و باطل سرگردان می‌شود (۲۹، انعام/۱۱۰-۱۰۹).

منیب: قلب منیب یعنی قلبی که در مسیر بازگشت قرار گرفته است و شخص می‌کوشد تا از مرض بیرون آید و به درمان آن بپردازد. قلب منیب با انابه و تضرع بر آن است تا تحت غفران الهی قرار گیرد و گذشته خود را بازسازی نموده و از میان بردارد و دوباره به سلامت قلب فطری خود بازگردد.

فضائل و رذائل اخلاقی مرتبط با سلامت روانی-جسمی

تعریف اخلاق

اخلاق بر وزن "افعال" کلمه‌ای عربی و جمع واژه "خلق" می‌باشد. خلق مجموعه صفات، ویژگی‌ها، حالات و خوی درونی است که در نفس راسخ بوده و سرچشمه گفتار و رفتار انسان می‌باشد؛ به‌گونه‌ای که انسان بی‌درنگ و بدون اندیشه، کار پسندیده و یا ناپسندی را انجام دهد؛ به همین دلیل، پیامبر (ص) می‌فرمودند: "اللهم حسن خلقی کما حسنت خلقی؛ خداوندا خلق مرا همچون خلقت بدنم نیکو گردان" (۳۰).

رفتارهای اخلاقی در انسان در دو گروه کلی قرار می گیرند: رذائل اخلاقی (مانند فراموشی یاد خدا، خودخواهی، ذلت و خواری، تملق و چاپلوسی، کبر، خشم، سخن‌چینی، فحاشی، چشم‌پوشی از حق، تجسس و غیره) و فضائل اخلاقی (مانند عزت نفس، تواضع، غیرت، تحقیق و ارزیابی، حیا و آزرم، جانب‌داری از حق، حسن ظن، انجام واجبات دینی مانند نماز، روزه و پرداخت زکات، دوری از محرمات مانند دروغ و غیبت و غیره) (۳۱).

از سوی دیگر، فضائل و رذائل اخلاقی با توجه به منشأ و شیوه بروز در شاکله شخصیتی و نفسانی انسان‌ها به چند گروه تقسیم می‌شوند (۳۲).

فضائل و رذائل اخلاقی- معنوی: این دسته از فضائل و رذائل اخلاقی ریشه در نگاه، نوع تفکر و دیدگاه انسان‌ها در مورد خلقت و جهان هستی و به‌ویژه خلقت بشر و میزان اعتقاد و باورهای افراد به خالق هستی دارد. فضائلی مانند اهمیت‌دادن به نماز، دعا، ذکر، پرهیز از ریا، خوف و رجا، ایمان به خدا، انجام عبادات و تسلیم به قضا و قدر الهی در این گروه جای دارند.

فضائل و رذائل اخلاقی- روان‌شناختی: این دسته از ویژگی‌های اخلاقی، احساسات و عواطف فرد نسبت به خویش و دیگران را دربرمی‌گیرد و اساساً بخشی از شاکله شخصیتی افراد را تشکیل می‌دهد و بر سایر ابعاد رفتاری و شخصیتی فرد اثرگذار می‌باشد. فضائلی مانند صداقت با خود، سلامت قلب از کینه، حسد و نفرت، پذیرش خود، توانایی تحمل ناکامی و غیره در این گروه قرار دارند.

فضائل و رذائل اخلاقی- اجتماعی: این دسته از ویژگی‌های اخلاقی شاکله نگاه و تفکر فرد نسبت به رفتار او در جامعه و نسبت به سایر افراد را دربرمی‌گیرد و اساساً نوع رفتار فرد نسبت به جامعه و هم‌نوعان را مشخص می نماید. فضائلی مانند دوست‌داشتن والدین، همسر و فرزندان، امانت‌داربودن، شجاعت در بیان حق، دوری از آنچه که به مردم آسیب می‌رساند (مانند دروغ و فریبکاری) و غیره در این گروه جای دارند.

فضائل و رذائل اخلاقی- جسمانی: مانند سلامت جسم از بیماری‌ها و نقص‌های فیزیکی، داشتن مفهومی مثبت از

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-03]

بدن، توجه به بهداشت جسم و تکلیف‌نهادن بر جسم به اندازه توان، خوردن روزی حلال، امساک در خوردن، عدم مصرف آنچه که حرام است (مانند شراب، مواد افیونی و غیره)، ورزش و تفریح، رعایت آداب بهداشت غذاخوردن و نظافت شخصی.

عوامل مؤثر بر تحول اخلاقی و رسیدن به قلب سلیم

برای تغییر صفات نکوهیده اخلاقی باید در دو حوزه نگرش و رفتار تلاش نماییم؛ زیرا نگرش مبنای اصلی صفات بوده و تکرار رفتار موجب تثبیت صفات می‌گردد. شایان ذکر می‌باشد که نگرش، روش نسبتاً ثابت در فکر، احساس و رفتار نسبت به افراد، گروه‌ها و موضوعات اجتماعی و یا هر حادثه دیگر در محیط است (۳۳).

از سوی دیگر، روان‌شناسان به‌طور کلی بر دو عامل وراثت و یادگیری‌های محیطی تمرکز نموده‌اند. روان‌شناسان مکاتب انسان‌گرایی و شناختی بر نقش اراده در اخلاق نیز توجه کرده‌اند. علاوه‌براین، متون و منابع دینی اسلام به ما می‌آموزند که به عامل چهارمی به نام مبادی غیبی نیز توجه نماییم. براساس بینش اعتقادی توحید افعالی، خداوند به‌صورت طولی بر تمامی رفتار و افعال ما اثرگذار بوده و در همه عوامل و پایه‌های وراثتی، محیطی و ارادی حضور دارد. قرآن، خداوند و در رأس آن مبادی غیب را عاملی مستقل در نظر می‌گیرد که به‌طور جدی در عرصه هستی فعال است و می‌تواند با تمهید مقدمات و زمینه‌های لازم، توفیق عبد را در تحول اخلاقی فراهم نماید. برخی از شواهد این موضوع به شرح زیر می باشند.

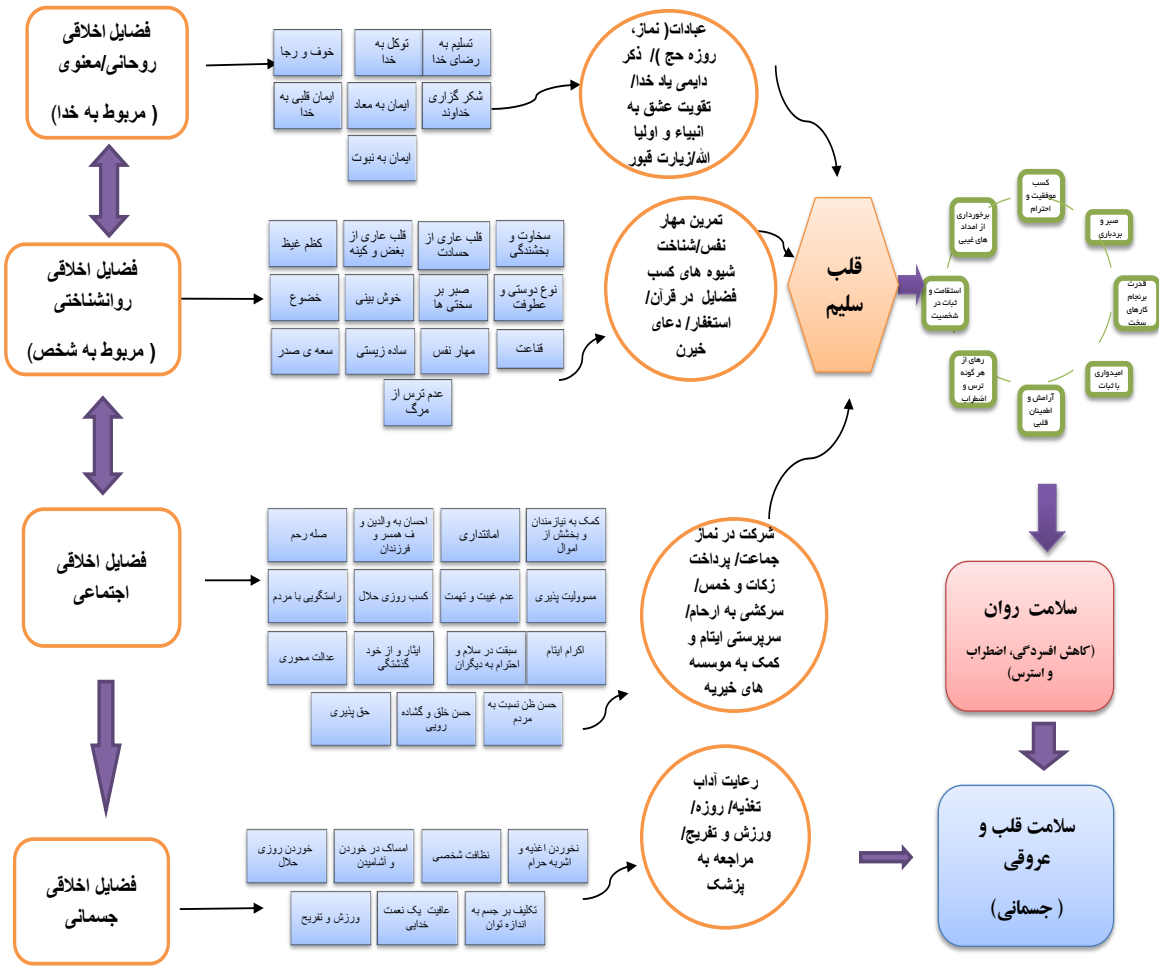
خداوند در آیات ۴۶ سوره مائده و ۹۲ سوره الرحمن به‌ترتیب می‌فرماید: "و قالت الیهود ید الله مغلوله غلت ایدیهم و لعنوا بما قالوا بل یداه مبسوطتان" و "یسئله من فی السموات و الارض کل یوم هو فی شأن" (۲۹).

علاوه‌براین، در آیات دیگر قرآن (بقره/۲، فتح/۴، انفال/۱۰-۹، انعام/۱۲۱، نساء/۹۴) با اشاره به کمک‌های خداوند در امور مختلف از جمله تهذیب و تزکیه افراد، وسوسه‌های شیطان و تأثیر آن بر افراد به مصادیق این موضوع تصریح شده است (۲۹)؛ بنابراین، همان‌گونه که عادات و ملکات اخلاقی زشت در سایه تکرار عمل تشکیل می‌گردند، از همین طریق نیز قابل زوال می‌باشند؛ البته اثر تلقین، تفکر، تعلیمات صحیح و محیط سالم در فراهم کردن زمینه‌های روحی برای پذیرش و تشکیل ملکات خوب را نمی‌توان نادیده گرفت.

نفس مسأله بعثت انبیا و ارسال آن‌ها و نیز انزال کتب آسمانی و به‌طور کلی مأموریتی که آن‌ها برای هدایت و تربیت تمامی انسان‌ها داشتند، محکم‌ترین دلیل بر امکان تربیت و پرورش فضائل اخلاقی در تمام افراد بشر است (۳۴). آیاتی مانند "هو الذی بعث فی‌الامیین رسولا منهم یتلوا علیهم آیاته و یزکیهم و یعلمهم الکتاب و الحکمه و ان کانوا من قبل لفی ضلال مبین" (۲۹، جمعه/۲) و آیات مشابه با آن به خوبی نشان می‌دهند که هدف از مأموریت پیامبر اسلام (ص) هدایت، تربیت، تعلیم و تزکیه تمامی افرادی بوده است که در "ضلال مبین" و گمراهی آشکار قرار داشتند. آیاتی که با صراحت تشویق به تهذیب اخلاق نموده و از رذائل اخلاقی بر حذر می‌دارند نیز دلیل محکمی هستند بر امکان تغییر صفات اخلاقی؛ مانند آیات ۹ و ۱۰ سوره شمس که می‌فرماید: "قد افلح من زکیها و قد خاب من دسیها؛ هرکس نفس خود را تزکیه کند، رستگار شده و آن کس که نفس خویش را با معصیت و گناه آلوده سازد، ناامید و محروم گشته است" (۲۹)؛ بنابراین، عمل و اخلاق بر یکدیگر تأثیر متقابل دارند و هرکدام می‌تواند به نوبه خود سبب پیدایش دیگری شود. این مسأله در آیات قرآن مجید و روایات اسلامی بازتاب گسترده‌ای دارد؛ از جمله در آیه ۸۱ سوره بقره آمده است: "بلی من کسب سیئة و احاطت به خطیئته فاولئک اصحاب النار هم فیها خالدون؛ آری کسانی که تحصیل گناه کنند و آثار گناه سراسر وجودشان را احاطه نماید، آن‌ها اهل آتش هستند و در آن جاودان خواهند بود (۲۹).

شایان توجه است که در ۱۲ آیه از قرآن مجید

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-03]



نمودار ۱: مدل پیشنهادی درمانی از قلب سلیم تا قلب سالم برای کاهش استرس، اضطراب و افسردگی بیماران قلبی- عروقی

(بقره/۱۰، مائده/۵۲، انفال/۴۹، توبه/۱۲۵، حج/۵۳، نور/۵۰، احزاب/۱۲،۳۲،۶۰، محمد /۲۰،۲۹، مدثر/۳۱) از بیماری‌های روحی و اخلاقی تعبیر به مرض شده است (۲۹). از جمله در آیه ۱۰ سوره بقره، صفت زشت نفاق را به‌عنوان بیماری قلمداد کرده و درباره منافقان می‌فرماید: "فی قلوبهم مرض فزادهم الله مرضا؛ در دل‌های آن‌ها نوعی بیماری است و خداوند (به دلیل اصرارشان بر گناه) بر بیماری آن‌ها می‌افزاید" (۲۹).

مطابق با این دیدگاه، قرآن فضائل و رذائل اخلاقی را به‌عنوان نشانه‌های سلامت روح انسان و یا بیماری آن معرفی می‌کند. پیامبران الهی، پیشوایان معصوم و معلمان اخلاق، طبیبان روحانی هستند و دستورات آن‌ها داروهای شفابخش می‌باشد. در طب جسمانی، یک گروه از دستورات کلی برای درمان بیماری‌ها بوده و گروهی نیز ویژه هریک از بیماری‌ها می‌باشد. در طب روحانی نیز وضع همین‌گونه است. توبه، ذکر خدا، نماز، روزه و عبادات دیگر و محاسبه و مراقبه اصول کلی درمان هستند و برای هریک از بیماری‌های اخلاقی نیز دستورات ویژه‌ای در روایات اسلامی و کتب اخلاقی وارد شده است (۳۴). بر این اساس، مدل قلب سلیم و ارتباط آن با فضائل و رذائل اخلاقی در به‌صورت زیر (نمودار ۱) مطرح می‌گردد:

مداخله طراحی‌شده براساس مدل

تعاریف، ضرورت‌ها و اهداف درمان

منظور از درمان، درمان ویژه و متمایز برای بیماران قلبی تحت عمل جراحی CABG مبتنی بر ویژگی‌های قلب سلیم در آیات قرآن کریم و روایات می‌باشد.

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-03]

هدف از درمان ایجاد تغییرات شناختی- عاطفی و رفتاری در بیماران قلبی تحت عمل جراحی CABG است؛ به‌گونه‌ای که میزان استرس، اضطراب و افسردگی در آن‌ها کاهش یافته و سلامت معنوی افزایش پیدا کند. این تغییر با محوریت آموزه‌های دینی انجام می‌شود. هدف این نوع درمان، نزدیک‌ساختن بیمار به انسان مورد رضای خدا با ایجاد قلب سلیم است؛ بنابراین ایجاد قلب سلیم و تقویت آن در ساختار وجود انسان و نیز تغییر قلب منیب و مریض، مطابق با آیات قرآن کریم و با استفاده از دستورالعمل‌های مهارتی در روایات از اهداف درمان می‌باشد.

اصول کلی درمان عمومی

در درمان بر موارد زیر تأکید می‌شود:

۱.رعایت دستورات پزشکی و پیروی از اصول تغذیه منطبق بر بیماری عروق کرونر (۳)

۲.شناسایی رذائل و فضائل اخلاقی در گستره زندگی روحانی/معنوی (ارتباط با خدا)، روان‌شناختی (در ارتباط با شخص)، اجتماعی (در ارتباط با جامعه) و جسمانی (در ارتباط با جسم) بیماران (۳۲) و معرفی آن‌ها به بیمار (ایجاد شناخت)

۳.جایگزینی رذائل در حیطه‌های چهارگانه با فضائل اخلاقی مرتبط (تغییر نگرش)

۴.ترغیب نسبت به فعال‌کردن فضائل اخلاقی در رفتار و عمل (رفتار)

۵.ارتقای سطح معنوی بیماران و در نهایت رسیدن به قلب سلیم (آرامش عمیق و باثبات روحی و روانی) (نمودار ۲)

۶.حضور روحانی آگاه به برنامه درمانی و آموزش اهداف، روند و موضوعات دینی برنامه درمان به بیماران از سوی درمانگر قبل از شروع برنامه درمانی به‌منظور آموزش بخش شناختی جلسات درمان

نحوه ارزیابی مراجعه‌کننده

استفاده از پرسشنامه سلامت معنوی بومی- اسلامی منطبق بر مبانی دینی بیماران (۳۵)، سنجش میزان تغییرپذیری ضربان قلب (HRV: Heart Rate Variability) و هماهنگی روانی فیزیولوژیک در بیماران به‌عنوان یک شاخص فیزیولوژیک در بدو شروع جلسات درمان به‌منظور اندازه‌گیری میزان سلامت معنوی و سلامت قلبی آن‌ها و ارزیابی از این مؤلفه‌ها به‌عنوان مهم‌ترین مؤلفه قلب سلیم در دیدگاه دینی، پایه ارزیابی بیماران را تشکیل می‌دهد.

جلسات درمانی

هدف از درمان بیماران قلبی براساس مدل قلب سلیم، ابتدا شناسایی رذائل اخلاقی در آن‌ها براساس تطبیق ویژگی‌های رفتاری آن‌ها با فضیلت‌ها و رذائل اخلاقی و سپس اجرای جلسات درمان برای جایگزینی این رذائل با فضائل و ملکات اخلاقی بر مبنای آموزه‌های قرآنی و تقویت آن‌ها در جهت ایجاد و تقویت مؤلفه‌های قلب سلیم و به تبع آن کاهش استرس، افسردگی و اضطراب در بیماران و افزایش سلامت قلب براساس معیارهایی همچون میزان تغییرپذیری ضربان قلب در بیماران به عنوان یک شاخص فیزیولوژیک می‌باشد. با توجه به اینکه اختلال در مفهوم قرآنی آن، درهم‌تنیدگی صفات معیوب و رذائل اخلاقی است که فرد را از مسیر هدایت دور می کند، این صفات معیوب اثرات گسترده‌ای را در ابعاد مختلف انسان اعم از نحوه ادراک و تفکرات، اعتقاد به باورها، انگیزه‌ها و نیت‌ها و نحوه توجهات و رفتارها بر جای می‌گذارند؛ از این رو هدف درمان، تغییر و تحول رذائل اخلاقی از یک سو و بازگرداندن فضائل اخلاقی به چرخه زندگی انسان و اصلاح ابعاد مختلف آن از سوی دیگر می‌باشد.

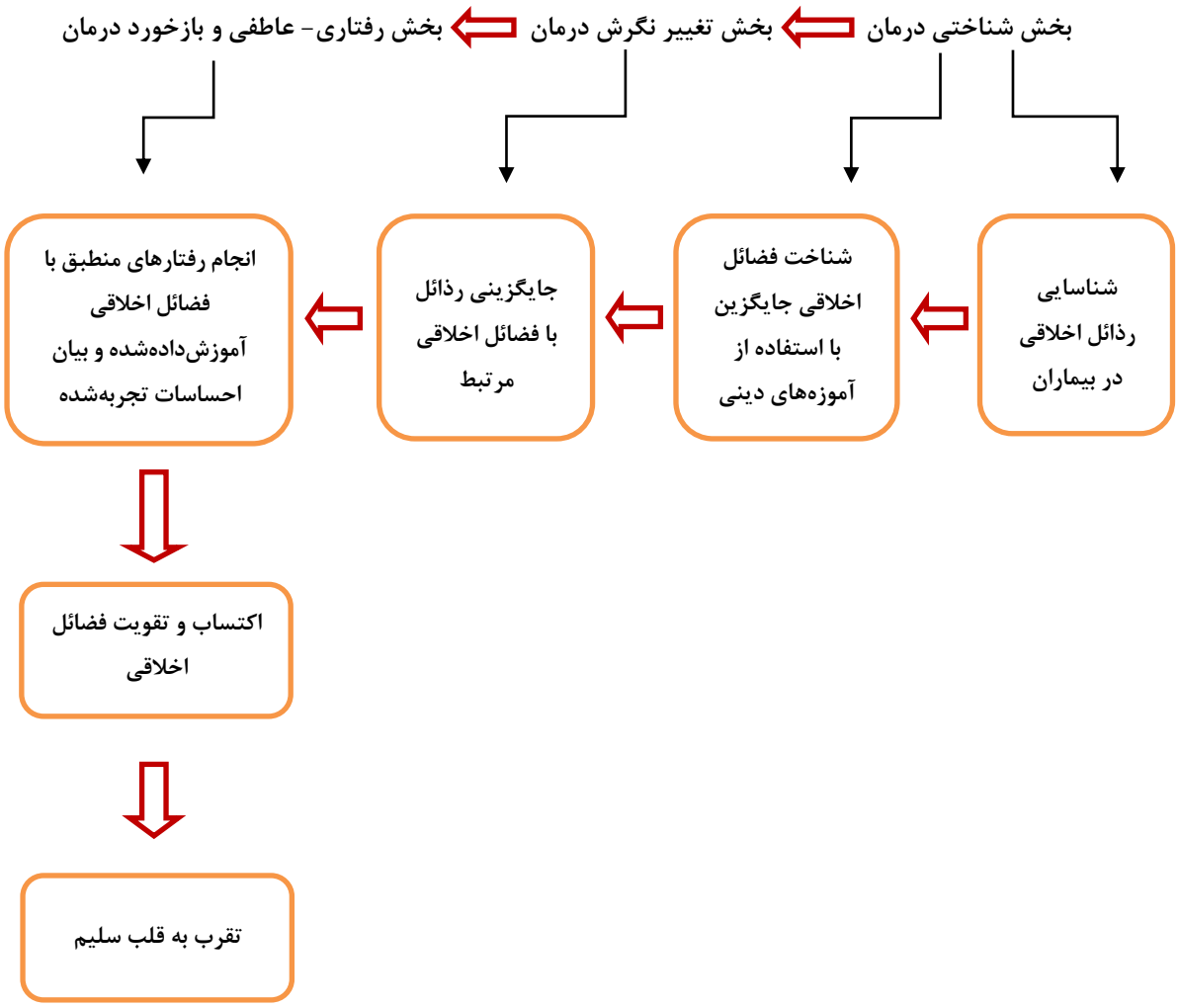
به‌منظور تغییر رذائل اخلاقی به فضائل معادل در چهار مرحله با توجه به نوع رذیله اخلاقی به تغییر و جایگزینی آن‌ها به شرح زیر می‌پردازیم:

بیان ریشه‌های رذائل اخلاقی و اثرات آن‌ها بر سلامت جسمی و روانی از دیدگاه قرآن و روایات دینی،

۲. جایگزینی رذائل با فضائل اخلاقی مرتبط و معکوس

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-03]

هر رذیله اخلاقی، ۳. ارائه تمرینات رفتاری منظم و برنامه‌هایی جهت تداوم و تقویت هر فضیلت اخلاقی، ۴. بازخورد، بیان عواطف و احساسات تجربه‌شده پس از انجام رفتارهای منطبق با فضائل اخلاقی و بررسی میزان پیشرفت در درمان توسط درمانگر. با این تفسیر، برنامه درمان مبتنی بر چهار محور شناختی، تغییر نگرش، رفتاری و ارائه بازخورد با تأکید بر تغییر رذائل اخلاقی و جایگزینی آن‌ها با فضائل اخلاقی و تقرب هرچه بیشتر به قلب سلیم با هدف کاهش افسردگی، اضطراب و استرس بیماران قلبی- عروقی طراحی شده است. در این راستا، Hill (۲۰۰۳) معتقد است که معنویت از طریق چهار بعد بر عملکرد اشخاص تأثیر می‌گذارد: بعد شناختی یعنی تغییر باورها، تفسیر وقایع زندگی از دیدگاه معنوی، ارزش‌دادن به زمان حال و نگاه امیدوارانه به آینده؛ بعد رفتاری به معنای شرکت در مراسم و آیین‌های مذهبی که از طریق آن‌ها فرد با خود، دیگران و جامعه ارتباط برقرار می‌کند؛ بعد احساسی یا عاطفی بدین‌معنا که معنویت باعث رشد امید، عشق، امنیت و احساس اهمیت و مراقبت از خود می‌شود؛ بعد رشدی به معنای اینکه فرد در طول زندگی با معنویت زندگی می‌کند و آن را با تجربیات و آموزه‌های خود ادغام می‌نماید (۳۶).



نمودار ۲: مسیر درمان در قلب سلیم

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-03]

بحث

با توجه به مدل فوق می‌توان گفت افرادی که از نظر فضائل اخلاقی خدامحور (معنوی) مانند ایمان به خدا، تسلیم در برابر رضای الهی، توکل و اطمینان به خالق هستی، شکرنمودن خداوند در تمامی احوال و امیدواری به رحمت الهی غنی باشند و در جهت کسب هرچه بیشتر این فضائل کوشش نمایند، زمینه کسب هرچه بیشتر فضائل شخص‌محور (روان‌شناختی) مانند سخاوت و بخشندگی، صبر بر مصائب و سختی‌ها، قناعت و ساده‌زیستی، قلب عاری از بغض، کینه و حسادت، خوش‌بینی، نوع‌دوستی و خوش‌قلبی نسبت به دیگران در آن‌ها مهیا می‌گردد. تقویت این فضائل نیز موجب اکتساب و تقویت فضائل اخلاقی اجتماعی مانند امانت داری، صله رحم، راستگویی به مردم، حسن ظن و حسن خلق با دیگران و کمک و احسان به نیازمندان همراه با مسئولیت‌پذیری، گذشت و اخلاص در انسان می‌گردد (۳۲،۳۷).

اکتساب، ممارست و تثبیت فضائل اخلاقی خدامحور، شخص‌محور و اجتماعی زمینه را برای بروز فضائل اخلاقی- رفتاری مانند انجام واجبات دینی (نماز، روزه، زکات و حج)، ذکر دائمی یاد خدا، تقویت عشق به انبیا و اولیای خدا از طریق زیارت و شرکت در مراسم مربوط به آن، تمرین عملی مهار نفس، شناخت شیوه‌های کسب فضائل با مطالعه قرآن، استغفار، دعای خیر فراوان برای خود و دیگران، شرکت در نماز جماعت، پرداخت زکات و خمس، سرکشی به ارحام و نزدیکان، سرپرستی ایتام و کمک به مؤسسه‌های خیریه آماده خواهد کرد (۳۲).

تداوم و تقویت فضائل چهارگانه فوق و رفتارهای منطبق بر آن‌ها، عامل زیربنایی در نزدیک‌کردن قلب انسان به واژه قرآنی قلب سلیم می‌باشد. انسان دارای قلب نزدیک به قلب سلیم از نظر قرآن و روایات دینی، انسانی دارای ثبات شخصیت و استقامت در رفتار، صبور و بردبار، امیدوار به رحمت الهی در تمامی احوالات، مثبت‌اندیش، دارای آرامش و اطمینان قلبی، رها از هرگونه ترس و اضطراب دنیوی، برخودار از امدادهای غیبی و قدرت بر انجام کارهای سخت و سنگین و دارای احترام و منزلت در میان مردم به سبب حسن رفتار خود می‌باشد. همین ویژگی‌های شخصیتی و رفتاری بنا بر آیات و روایات الهی، قلب سلیم نام دارند. در قلب سلیم امیدواری به‌جای ناامیدی، اطمینان و آرامش به‌جای اضطراب و وسوسه، صبر و توکل به‌جای ناآرامی و جزع، هدفمندی و معنا به‌جای پوچی و سردرگمی و خدادوستی به‌جای حب دنیا و دنیادوستی قرا می‌گیرد (۳۴)؛ در نتیجه استرس، افسردگی و اضطراب در چنین قلبی راه نخواهد داشت و هرگز بر آن چیره نخواهد شد. ارمغان قلب سلیم برای انسان، سلامت روان و به تبع آن سلامت جسم و ارگان‌های فیزیولوژیک می‌باشد که در این میان، اعضای حیاتی مانند قلب و عروق بیشترین بهره را خواهند برد و از بیشترین درجه سلامت بهره‌مند خواهند شد.

نتیجه‌گیری

براساس این مدل اجرای مداخله درمانی (از قلب سلیم تا قلب سالم) در مطالعه‌ای در ارتباط با بیماران قلبی نشان داد که این مداخله در کاهش استرس، اضطراب و افسردگی بیماران و کمک به بازیابی سلامت قلبی- عروقی آن‌ها در مقایسه با سایر روش‌های درمانی اثرگذارتر بوده است و از این لحاظ یک نوآوری در زمینه درمان‌های معنوی/مذهبی در داخل کشور می باشد (۳۸).

حمایت مالی

پژوهش حاضر از حمایت مالی هیچ مؤسسه‌ای برخوردار نبوده است.

ملاحظات اخلاقی

تمام اصول اخلاقی در نگارش این مقاله رعایت شده است.

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-03]

تضاد منافع

این مقاله مروری با منافع هیچ شخص حقیقی یا حقوقی در تضاد نمی‌باشد.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر برگرفته از پایان‌نامه دوره دکترای تخصصی روان‌شناسی سلامت در دانشگاه تهران می‌باشد. بدین‌وسیله از دکتر غباری بناب، حجت‌السلام و المسلمین عارضی، دکتر حاج‌حسینی و نیز اساتید دانشگاه که با مطالعه دقیق بسته درمانی و ارائه پیشنهادات سازنده پژوهشگران را یاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌شود.

References

1. American Association of Cardiovascular & Pulmonary Rehabilitation. Guidelines for cardiac rehabilitation and secondary prevention programs. London: Human Kinetics; 2004.
2. Gaziano TA, Bitton A, Anand S, Abrahams-Gessel S, Murphy A. Growing epidemic of coronary heart disease in low-and middle-income countries. Current Problems in Cardiology. 2010; 35(2):72-115.
3. Deyirmenjian M, Karam N, Salameh P. Preoperative patient education for open-heart patients: a source of anxiety? Patient Education and Counseling. 2006; 62(1):111-7.
4. Hazavei MM, Sabzemkan L, Hasan Zadeh A, Rabei K. Impact of educational intervention based on the question of depression, and quality of life for patients with coronary artery replacement surgery. The Journal of Qazvin University of Medical Sciences. 2008; 12(2):32-41.
5. Brotman DJ, Golden SH, Wittstein IS. The cardiovascular toll of stress. The Lancet. 2007; 370(9592):1089-100.
6. Rosengren A, Hawken S, Ôunpuu S, Sliwa K, Zubaid M, Almahmeed WA, et al. Association of psychosocial risk factors with risk of acute myocardial infarction in 11 119 cases and 13 648 controls from 52 countries (the interheart study): case-control study. The Lancet. 2004; 364(9438):953-62.
7. Sullivan MD, LaCroix AZ, Spertus JA, Hecht J. Five-year prospective study of the effects of anxiety and depression in patients with coronary artery disease. The American Journal of Cardiology. 2000; 86(10):1135-8.
8. Frasure-Smith N, Lespérance F. Reflections on depression as a cardiac risk factor. Psychosomatic Medicine. 2005; 67:S19-25.
9. Höfer S, Benzer W, Alber H, Ruttmann E, Kopp M, Schussler G, et al. Determinants of health-related quality of life in coronary artery disease patients: a prospective study generating a structural equation model. Psychosomatics. 2005; 46(3):212-23.
10. Lichtman JH, Bigger Jr JT, Blumenthal JA, Frasure-Smith N, Kaufmann PG, Lespérance F, et al. Depression and coronary heart disease: recommendations for screening, referral, and treatment: a science advisory from the American Heart Association Prevention Committee of the Council on Cardiovascular Nursing, Council on Clinical Cardiology, Council on Epidemiology and Prevention, and Interdisciplinary Council on Quality of Care and Outcomes Research: endorsed by the American Psychiatric Association. Circulation. 2008; 118(17): 1768-75.
11. Roest AM, Martens EJ, de Jonge P, Denollet J. Anxiety and risk of incident coronary heart disease: a meta-analysis. Journal of the American College of Cardiology. 2010; 56(1):38-46.
12. Ziegelstein RC, Fauerbach JA, Stevens SS, Romanelli J, Richter DP, Bush DE. Patients with depression are less likely to follow recommendations to reduce cardiac risk during recovery from a myocardial infarction. Archives of Internal Medicine. 2000; 160(12):1818-23.
13. Abramson J, Berger A, Krumholz HM, Vaccarino V. Depression and risk of heart failure among older persons with isolated systolic hypertension. Archives of Internal Medicine. 2001; 161(14):1725-30.
14. Stoudmire A, Mcdaniel J. History, classification and trends in psychosomatic medicine: Kaplan & Sadock S. Comprehensive text book of psychiatry. Philadelphia: Williams & William; 2000.
15. Rozanski A, Blumenthal JA, Davidson KW, Saab PG, Kubzansky L. The epidemiology, pathophysiology, and management of psychosocial risk factors in cardiac practice: the emerging field of behavioral cardiology.

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-03]

Journal of the American College of Cardiology. 2005; 45(5):637-51.
16. Rozanski A, Blumenthal JA, Kaplan J. Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy. Circulation. 1999; 99(16):2192-217.
17. Lucchese FA, Koenig HG. Religion, spirituality and cardiovascular disease: research, clinical implications, and opportunities in Brazil. Brazilian Journal of Cardiovascular Surgery. 2013; 28(1):103-28.
18. Zamarra JW, Schneider RH, Besseghini I, Robinson DK, Salerno JW. Usefulness of the transcendental meditation program in the treatment of patients with coronary artery disease. The American Journal of Cardiology. 1996; 77(10):867-70.
19. Chida Y, Steptoe A. Greater cardiovascular responses to laboratory mental stress are associated with poor subsequent cardiovascular risk status: a meta-analysis of prospective evidence. Hypertension. 2010; 55(4):1026-32.
20. Edmondson KA, Lawler KA, Jobe RL, Younger JW, Piferi RL, Jones WH. Spirituality predicts health and cardiovascular responses to stress in young adult women. Journal of Religion and Health. 2005; 44(2):161-71.
21. Chen YY, Contrada RJ. Religious involvement and perceived social support: Interactive effects on cardiovascular reactivity to laboratory stressors. Journal of Applied Biobehavioral Research. 2007; 12(1):1-2.
22. Hefti R. Religion as a moderator of cardiovascular reactivity in patients with mild to severe depression. In Presented at the 2009 Congress of the International Association for the Psychology of Religion, Vienna, Austria; 2009.
23. Sivasankaran S, Pollard-Quintner S, Sachdeva R, Pugeda J, Hoq SM, Zarich SW. The effect of a six-week program of yoga and meditation on brachial artery reactivity: do psychosocial interventions affect vascular tone? Clinical Cardiology: An International Indexed and Peer-Reviewed Journal for Advances in the Treatment of Cardiovascular Disease. 2006; 29(9):393-8.
24. Levin JS, Vanderpool HY. Is religion therapeutically significant for hypertension? Social Science and Medicine. 1989; 29: 69-78.
25. Aviles JM, Whelan SE, Hernke DA, Williams BA, Kenny KE, O'fallon WM, et al. Intercessory prayer and cardiovascular disease progression in a coronary care unit population: a randomized controlled trial. Mayo Clinic Proceedings. 2001; 76(12): 1192-8.
26. Byrd RC. Positive therapeutic effects of intercessory prayer in a coronary care unit population. Southern Medical Journal. 1988; 81(7):826-9.
27. Carson VB. Prayer, meditation, exercise, and special diets: behaviors of the hardy person with HIV/AIDS. The Journal of the Association of Nurses in AIDS Care. 1993; 4(3):18-28.
28. Worthington Jr EL, Kurusu TA, McCollough ME, Sandage SJ. Empirical research on religion and psychotherapeutic processes and outcomes: a 10-year review and research prospectus. Psychological Bulletin. 1996; 119(3):448.
29. Holy Quran. Trans: Makarem Shirazi N. Tehran: Dar Al-Quran Publication; 2011. (Persian)
30. Majlesi MB. Al-Bahar Al- Anvar. Trans: Mohammad Ali MH. Tehran: Eslamiee Press; 1983. P. 253. (Persian)
31. Habibian A. The border between bad habits and virtues. Tehran: Religious Press; 2009. P. 201-5.
32. Yosefian N. Islamic ethics. 1st ed. Qom: Department of Political Doctrine Studies. Representation of the Wali Faqih in Sepah Pasdaran Enghelab Eslami; 1997. P. 39.
33. Azarbayjani M. Looking at the theory of faith as a will originated in our beliefs by William James. The Journal of Philosophical Theological Research. 2008; 36:5-26.
34. Makarem Shirazi N. Morality in the Quran. Tehran: Daro-Alketab Al-Eslami Press; 1999.
35. Amiri P, Abbasi M, Gharibzadeh S, Asghari Gharib Abadi M, Hamzavi Zarghani N, Azizi F. Design and psychometric assessment of comprehensive spiritual health questionnaire in Iranian society. Medical Ethics Journal. 2015; 9(30):26-38. (Persian)
36. Hill PC, Pargament KI. Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality: Implications for physical and mental health research. American Psychologist. 2003; 58:64-74.
37. Syed Arshad H. The effects of Islam on mental health; The Muslim perspective. Handbook of religion and mental health.

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-03]

Columbia: University of Missouri at Columbia Publication; 1998. P. 213-9.
38. Bahrami EH, Amjadian M, Rostami R, Vahedi S. Designing a religious-based intervention and evaluating its efficiency on decreasing anxiety, depression and stress and increasing resonance frequency (HRV) and spiritual health of Coronary Artery Bypass Graft heart disease patients. [PhD Thesis]. Tehran: Tehran University; 2016. P. 199-205. (Persian)

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-03]