

اثربخشی مداخله معنوی- مذهبی مبتنی بر رویکرد اسلامی بر شاخص‌های ایمنی و روانشناختی در بیماران مبتلا به روماتوئید آرتریت

Effectiveness of religious - spiritual intervention based on Islamic approach on psychological and immune indices in patients with Rheumatoid Arthritis

Fatemeh Nazemi Ardakani

Hadi Bahrami Ehsan

Ahmad Alipor

Nooshin Bayat

فاطمه ناظمی اردکانی *

هادی بهرامی احسان **

احمد علی پور ***

نووشین بیات ****

چکیده

Abstract

In this survey the effectiveness of religious-spiritual intervention based on Islamic approach on psychological and immune indices related to personality type D patients with rheumatoid arthritis is studied. Statistical society consisted of patients who were referred to the rheumatology clinics in the center and northern parts Tehran. 44 patients with rheumatoid arthritis using purposive sampling in accordance with the inclusion and exclusion criteria were selected in two groups of 22 individuals were examined. Psychological and immune evaluation tests of depression, anxiety and stress scale and blood samples was conducted in two stages of pretest and posttest. Questioner Ds-14 was used for controlling of personality D effect. Using multiple covariance analysis, the results showed a significant effect of the spiritual-religious intervention based on Islamic approach on depression, stress and anxiety of patients with RA. The use of this intervention in reducing the immune parameters (ESR, CRP) was proved to be effective. According to the results, considering and studying this issue and strengthening this aspect of health is very important.

Keywords: religious- spiritual Intervention based on Islamic approach, psychological factors, immune factors, Rheumatoid Arthritis

این پژوهش به بررسی اثربخشی مداخله معنوی- مذهبی مبتنی بر رویکرد اسلامی بر شاخص‌های ایمنی و روانشناختی با توجه به تیپ شخصیت D در بین بیماران مبتلا به روماتوئید آرتریت پرداخته است. جامعه آماری مطالعه مشتمل بر مراجعه کنندگان به دو کلینیک روماتولوژی در مرکز و شمال شهر تهران می- باشد. در این بین ۴۴ نفر از بیماران روماتوئید آرتریت به صورت هدفمند انتخاب شدند و در قالب دو گروه ۲۲ نفره مورد مطالعه قرار گرفتند. ارزیابی شاخص‌های روان‌شناختی و ایمنی در این دو گروه با استفاده از آزمون افسردگی، اضطراب و استرس (DASS) و نمونه‌گیری خون در دو نوبت پیش‌آزمون و پس-آزمون صورت گرفت. به منظور کنترل اثر تیپ شخصیت D نیز از پرسشنامه Ds-14 استفاده شد. با بهره‌گیری از روش تحلیل کوواریانس چند متغیری، نتایج حاکی از تأثیر معنی‌دار مداخله معنوی- مذهبی مبتنی بر رویکرد اسلامی بر شاخص‌های روان‌شناختی افسردگی، استرس و اضطراب بیماران RA بود. همچنین استفاده از این روش مداخله در کاهش شاخص‌های ایمنی (CRP, ESR) نیز مؤثر شناخته شد. با توجه به نتایج به دست آمده، پرداختن و مطالعه کردن در این زمینه و تقویت این بعد از سلامت بسیار مهم و ضروری است.

واژه‌های کلیدی: مداخله معنوی- مذهبی مبتنی بر رویکرد اسلامی، شاخص‌های روانشناختی، شاخص‌های ایمنی، روماتوئید آرتریت

email: fatemeh.nazemi@yahoo.com

* دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، دانشگاه پیام نور

** عضو هیات علمی دانشگاه تهران

*** عضو هیات علمی دانشگاه پیام نور

**** عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله

Received: 17 Aug 2014 Accepted: 9 May 2015

دریافت: ۹۳/۴/۲۶ پذیرش: ۹۴/۲/۱۹

مقدمه

روماتوئید آرتريت بیماری التهابی، سیستمی، مزمن، ناتوان‌کننده و با سبب شناسی ناشناخته است که علائم عمده آن مفصلی بوده و شامل خشکی صبحگاهی، تورم مفاصل و در نهایت تغییر شکل مفاصل می‌باشد (فاسی^۱، ۲۰۰۸؛ به نقل از زارع و خطاوی، ۱۳۸۷). این بیماری ۰/۵ تا ۱ درصد از جمعیت جهانی را مبتلا کرده است (امران و انورخان، میراحمد، رجا، سعید و هیدر، ۲۰۱۵). در ایران نیز فراوانی آن در نواحی شهری ۰/۳۳ درصد و در نواحی روستایی ۰/۱۹ درصد برآورد شده است (عبیدرحمانی، شیرودی، خلعتیری و حاجی‌عباسی، ۱۳۸۷). از آنجا که این بیماری باعث ایجاد عمده ناتوانایی‌ها به خصوص در سنین بزرگسالی می‌شود، می‌تواند اثر قابل توجهی بر کیفیت زندگی بیماران داشته باشد. همچنین برحسب ماهیت تغییرناپذیر روماتوئید آرتريت و پاسخ‌های درمانی ضعیف این دسته از بیماران، اختلالات روانپزشکی به خصوص افسردگی به طور معمول در بین بیماران RA یافت می‌شود (مورف، مالیشووا، باروالد، ۲۰۱۳ و کلی، کلی و هوتمن، ۲۰۱۵). در حقیقت شیوع افسردگی در بین این دسته از بیماران در دامنه‌ی ۱۴/۸ تا ۳۸/۸ درصد تخمین زده شده است (مچام، رینر، استیر و هوتوف^۲، ۲۰۱۳؛ به نقل از میائوچئو، هاورن، مینگ‌چی، هانوچ، نینگ، تی‌زونگ‌ئی، ۲۰۱۵). در ایران نیز تقریباً نیمی از افراد مبتلا به روماتوئید آرتريت از اضطراب (۵۱/۶) و افسردگی شدید (۴۵/۸) رنج می‌برند (رضویان، عباسی، کاظم‌نژاد، ۱۳۸۸).

افسردگی و اضطراب در بدتر کردن پیامدهای بالینی روماتوئید آرتريت، تأثیرگذار است. در حقیقت استرس‌زاهای روان‌شناختی می‌تواند بر افزایش عفونت تأثیر بگذارد، که این خود در تشدید بیماری، سهیم است (ماسکتل، ودویک، سالویک، جاکو، برین و باور، ۲۰۱۴). عموماً این حالات روان‌شناختی با متغیرهای فیزیولوژیک تشخیصی در بیماران روماتوئید آرتريت مرتبط است (ادورادز^۳، ۲۰۰۹؛ به نقل از عبیدرحمانی و همکاران، ۱۳۹۱). همچنین به ارتباط بین افسردگی و بیماری‌های متابولیک در مطالعات مختلف اشاره شده است (کوواجا^۴ و همکاران، ۲۰۱۰؛ به نقل از ویسکوگلیوسی، اندروزی، چیریاک، سیپریانو، سرولو، ماریگلیانو و همکاران، ۲۰۱۲). در این خصوص شواهد تجربی نشان داده‌اند که وجود سایتوکاین‌ها (شاخص‌های پیش‌التهابی) در میزان تولید علائم شبه‌افسردگی مثل بی‌لذتی، اختلالات خواب، مشکلات شناختی و کندی حرکت مؤثر

¹ Fausi, A.S

² Matcham, F., Rayner, L., Steer, S., & Hotopf, M

³ Edwards

⁴ Khuwaja. A.K

است (میلر^۱ و همکاران، ۲۰۰۹؛ به نقل از ویسکوگلیوسی و همکاران، ۲۰۱۱) یافته‌های تحقیق پنگ، ونگ، و سیش، زنگ، گائو و همکاران (۲۰۱۳) نیز قوت بیشتری به ارتباط بین افسردگی و تغییرات سایتوکاین‌ها بخشیده است. به طور دقیق‌تر برخی مطالعات ارتباط افسردگی و پروتئین واکنشی C که در پاسخ به عفونت در خون منتشر می‌شود، را در بین بیماران مبتلا به RA نشان داده‌اند (مصطفی و رادوان، ۲۰۱۳). دیویس، زاترا، یانگر، موتی والا، اترپ و اروین (۲۰۰۸) نیز در مطالعه خود نشان دادند که استرس درون‌فردی با تولید IL-6^۲ که در اثر عفونت‌های حاد و آسیب‌های بافتی افزایش می‌یابد و منجر به تولید کبدی CRP^۳ می‌شود، ارتباط بیشتری دارد (پپیس^۴، ۲۰۰۳؛ به نقل از بنت، گیلی و لین‌گرن، ۲۰۱۳).

در بین سایر متغیرها، ویژگی‌های شخصیتی نیز نقش به‌سزایی در وضعیت سلامت افراد ایفا می‌کنند. به گونه‌ای که محققان نشان داده‌اند تیپ شخصیت D به طور کلی یک عامل خطر آفرین برای برآیندهای نامطلوب تندرستی، کیفیت زندگی مرتبط با تندرستی و اشکال مختلف ناراحتی از جمله اضطراب، افسردگی و استرس پس از ضربه محسوب می‌شود (دینولت، ۲۰۰۰، پدرسون و میدل، ۲۰۰۳ و اکواریس، دینولت، همینگ و دیویس، ۲۰۰۵). در چند سال اخیر نظریه تیپ شخصیتی D^۵ در زمینه بیماری‌های قلبی و همچنین بیماری‌های روان‌تنی توسط دینولت مطرح شد. مفهوم تیپ شخصیتی D بیانگر تعامل صفات ویژه‌ای است که ممکن است اثرات زیان‌باری بر سلامتی داشته باشد. تیپ شخصیتی D دارای دو مؤلفه است: ۱- عاطفه منفی^۶ که به تمایل تجربه عواطف منفی در طول زمان و موقعیت‌های مختلف اشاره می‌کند. ۲- بازداری اجتماعی^۷ که تمایل برای بازداری در ابراز این هیجانات اجتماعی است (دینولت، ۲۰۰۰).

برخی مطالعات نشان داده‌اند که تیپ شخصیتی D از طریق متغیرهای مختلفی از رژیم غذایی ضعیف و فقدان رژیم گرفته تا آزادسازی و پخش کورتیزول، منجر به کاهش سلامتی می‌شوند، به گونه‌ای که خصوصیت هیجان‌پذیری منفی در این دسته از افراد با سطوح بالای کورتیزول در رابطه است و افزایش کورتیزول عامل میانجی در افزایش خطر فزاینده برای بسیاری از بیماری‌های جسمی و روانی می‌باشد (هیو^۸ و همکاران، ۱۹۹۸ و ارفرس^۱ و همکاران، ۱۹۹۹؛ به نقل از مسعودنیا، ۱۹۹۰)

¹ Miller

² Interlukin6

³ C reactive protein

⁴ Pepys .M.B

⁵ Type D personality

⁶ Negative effect

⁷ Social inhibition

⁸ Hew. F.L

با این شرایط و تأثیر متغیرهای روانشناختی در وضعیت سلامتی این دسته از بیماران، به نظر می‌رسد انجام اقدامات مداخله‌ای در کنار روش‌های درمانی دارویی معمول بسیار راهگشا است. امروزه در سایه استقرار علم سایکونورواپیمونولوژی امکان مطالعه تأثیر رفتار، شناخت و حتی مذهب و عرفان بر دستگاه ایمنی فراهم شده است. از حدود یک‌صد سال پیش که ابتدایی‌ترین مطالعات در زمینه روان‌شناسی مذهب آغاز شد، روز به روز شاهد غنی‌تر شدن این قبیل مطالعات بوده‌ایم و در دهه‌های اخیر توجه بسیاری به این مقوله جلب گردیده و پژوهش‌های فراوانی انجام شده است (کوئیگ، مک‌کالف و لارسون، ۲۰۰۱).

بر اساس مطالعات صورت گرفته در زمینه مداخلات معنوی- مذهبی در بین بیماری‌های جسمی از قبیل سرطان (ریپن‌تروپ، ۲۰۰۵؛ سیدفاطمی، رضایی، گیوری و حسینی، ۱۳۸۵؛ شریبر، ۲۰۱۱؛ یک‌تابان، ۲۰۱۲؛ فلاح، گلزاری، داستانی، ظهیرالدین، موسوی و اکبری، ۱۳۹۰؛ بوالهروی، نظیری و زمانیان، ۱۳۹۱؛ قهاری، فلاح، بوالهروی، موسوی، رزاقی و همکاران، ۱۳۹۱ و سالسمن، استین، سلا، ۲۰۱۵)، بیماری‌های قلبی (بک‌هنسن، پدرسون، تیجنسن، کریستنسن، لین و زاکاریاک، ۲۰۱۴؛ میلز، ردوین، ویلسون، پونگ، چینک و گرین‌برگ، ۲۰۱۵)، بیماری‌های کلیه (شریف‌نیا، حجتی، نظری، قربانی و آخوندزاده، ۱۳۹۱ و راسا، پریپاتو، پاوارینی، لویه، زوزت و ارلندی، ۲۰۱۴) و بیماری‌های غدد (جعفری، فرج‌زادگان، لقمانی، مجلسی و جعفری، ۲۰۱۴ و کلهرنیا گلکار، بنی‌جمال، بهرامی، حاتمی، احدی، ۲۰۱۴)، به نظر می‌رسد که در نظر گرفتن نیازهای معنوی بیماران در فرایند درمان با بالا بردن سطح سازگاری، پیش‌آگهی بهتری را ترسیم خواهد کرد، به گونه‌ای که سلامت معنوی یکی از ابعاد مهم سلامت در انسان محسوب می‌شود. به طور کلی سلامت معنوی، ارتباط هماهنگ و یکپارچه‌ای را بین نیروهای داخلی فراهم می‌کند و ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی را جهت سازگاری با بیماری هماهنگ می‌نماید (قهاری، فلاح، بوالهروی، موسوی، رزاقی و اکبری، ۱۳۹۱).

مذهب و معنویت در بین بیماران مختلف به عنوان یک دسته مکانیزم مقابله‌ای محسوب می‌شود. بیش از ۸۲/۸ درصد بیماران RA از روش‌های درمانی مکمل استفاده می‌کنند که در این بین ۲۵ درصد، از باورهای معنوی و مذهبی بهره می‌برند (کالاها، ویلی‌اکسلی، میلنز، بردلی، زیائو، کری و همکاران، ۲۰۰۹). در بین بیماران روماتوئید آرتریت، مذهب، در ارتباط با درد، خلق و حمایت اجتماعی کارآمدی بالایی دارد (کیف، افلک، لقبی، اندروود، کالدول، درو و همکاران، ۲۰۱۰). همچنین مبتنی بر نتایج مطالعه متئوس (۲۰۰۰) آن دسته از بیماران که در

¹ Erfurth . E.M

برنامه مداخله معنوی- مذهبی شرکت داشتند، بهبود کلی قابل ملاحظه‌ای را گزارش کردند (به نقل از وندرکریک، پگت، هورتون، ریبنز، اتینگر و تای، ۲۰۰۴)

در یک مرور مطالعاتی نیز بین سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۰۳، کره، ائله، یوق و مالیگان (۲۰۰۵) مطرح کردند که مداخلات مذهبی میزان موفقیت در لقاح مصنوعی را افزایش می‌دهد، مدت بستری بودن در بیمارستان و مدت تب داشتن در بیماری‌های عفونی را کاهش می‌دهد، همچنین عملکرد سیستم ایمنی را افزایش داده، وضعیت بیماران روماتوئید آرتریت را نیز بهبود می‌بخشد و عوارض بیماری‌های قلبی را کاهش می‌دهد. فورد، لاکس و برکمن (۲۰۰۶) با ارزیابی ارتباط جمع‌های اجتماعی و میزان CRP^۱ مطرح کردند که تعداد تماس‌ها با اعضای خانواده، دوستان و همسایه‌ها و تعداد دفعات شرکت در مراسم مذهبی با سطح CRP مرتبط است. در مقابل کینگ، متئوس و پیرسون (۲۰۰۲) نیز در نتایج مطالعه خود نشان دادند، افرادی که در مراسم مذهبی شرکت نمی‌کردند سطح CRP در آنها بالاتر بود.

مبتنی بر نتایج مطالعات موجود امروزه روشن شده است که مداخلات معنوی با تحریک فرآیندهای دستگاه ایمنی موجب ایجاد پیامدهای سلامتی مثبتی می‌شوند. بدیهی است که پژوهش‌ها درباره مداخلات گوناگون در کنار درمان‌های دارویی نه تنها از لحاظ کاربردهای بالینی دارای اهمیت هستند، بلکه از لحاظ نظری نیز اهمیت زایدالوصفی برای حوزه‌های بین رشته‌ای روان‌عصب ایمنی‌شناسی دارند و می‌توانند بر ارزش علمی این حیطه بیش از پیش بیفزایند. تا کنون مطالعات متعددی به بررسی اثربخشی درمان معنوی یا معنوی- مذهبی در کاهش ابعاد آسیب‌شناسانه روان‌شناختی گروه‌های مختلف، با بیماری‌های جسمی و روانی پرداخته‌اند (بنلی، ذیو، کوئینگ، رزماریان و وسگ، ۲۰۱۲؛ بالو، هانوم، گینز، مارکس و پریش، ۲۰۱۲؛ ریکی، موریتز، رسل و جینگ، ۲۰۱۲؛ موهر، ۲۰۱۱؛ رویم، گرینبرگ و سیتروم، ۲۰۱۰ و ایرونسون، استانزل و فلچر، ۲۰۰۶). اما بررسی میزان تأثیر این روش در خصوص بیماران مبتلا به روماتوئید آرتریت تاکنون مورد توجه چندانی واقع نشده است و جای خالی پرداختن به فاکتورهای ایمنی موجود در بیماری روماتوئید آرتریت نیز در بین مداخلات تکمیلی در کنار درمان دارویی، به چشم می‌خورد. لذا این مطالعه با هدف ارتقای سطح سلامت جسمانی و روانی افراد مبتلا به روماتوئید آرتریت در جهت بررسی تأثیر درمان‌های معنوی- مذهبی بر کاهش فاکتورهای ایمنی CRP (نوعی پروتئین که در پاسخ به عفونت در خون منتشر می‌شود) و ESR (میزان ته نشین شدن

^۱ C reactive protein

سلول‌های خونی قرمز) و روان‌شناختی اضطراب، افسردگی و استرس این گروه از بیماران، طراحی و اجرا شده است.

روش

جامعه آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری

جمعیت آماری پژوهش حاضر را افراد مراجعه‌کننده به دو کلینیک روماتولوژی واقع در شمال و مرکز شهر تهران تشکیل می‌دهند. از این تعداد با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند با رعایت ملاک‌های ورود، ۴۴ نفر از افراد مبتلا به روماتوئید آرتريت انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه ۲۲ نفری (گروه آزمایش و گروه کنترل) مورد مطالعه قرار گرفتند. دو نفر از افراد شرکت‌کننده در گروه آزمایش به علت غیبت‌های بیش از دو جلسه در روند مطالعه قرار نگرفتند. این دو گروه بر حسب ملاک‌های ورود و ملاک‌های خروج هم‌تا شدند.

ملاک‌های ورود آزمودنی به طرح: ۱- تشخیص پزشک مبتنی بر اینکه معاینات و آزمایشات بالینی نشان‌دهنده بیماری روماتوئید آرتريت باشد، ۲- حداقل ۶ ماه از زمان ابتلا آنها به بیماری گذشته باشد، ۳- داشتن سواد خواندن و نوشتن، ۴- سن آزمودنی‌ها بین ۲۵ تا ۶۰ سال باشد. ملاک‌های خروج: ۱- بیماران با شواهدی از نشانگان ارگانیک مغزی، ۲- مبتلا به فیبرومیالژیا، ۳- مصرف‌کنندگان داروی ضد افسردگی، ۴- سابقه اختلال اضطراب و افسردگی یا سایر بیماری‌های روانی پیش از ابتلا به روماتوئید آرتريت، ۵- ابتلا به هر بیماری کنترل نشده مانند دیابت، میگرن، ۶- ابتلا به روماتوئید آرتريت شدید

روش اجرا

پژوهش حاضر به دلیل محدودیت در نمونه برداری تصادفی، از جمله طرح‌های شبه‌آزمایشی است. در آن اثربخشی یک متغیر مستقل (مداخله معنوی- مذهبی مبتنی بر رویکرد اسلامی) بر روی متغیرهای وابسته (فاکتورهای ایمنی: ESR, CRP و روانشناختی: افسردگی، اضطراب، استرس) با توجه به متغیرهای تعدیل‌کننده (شخصیت D) مورد بررسی قرار گرفته است. بر همین اساس، از طرح دو گروه پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده می‌شود.

هر دو گروه قبل از شرکت در جلسات مداخله با ابزارهای تحقیق مشتمل بر آزمون افسردگی، اضطراب و استرس (DASS)، شخصیت D و دریافت نمونه خون مشتمل بر فاکتورهای CRP و ESR مورد بررسی قرار گرفتند. برنامه مداخلاتی که در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفته است، برنامه مداخله‌ای معنوی- مذهبی مبتنی بر رویکرد اسلامی است. ساختار کلی این نوع مداخله بر اساس الگوی انجمن روان‌شناسی آمریکا طراحی گردیده که در منابع علمی معتبر

(مقاله نامه روانی معنوی ریچاردز و برگین، ۲۰۰۶؛ لطفی و وزیر، ۱۳۸۹) معرفی شده است. این برنامه مداخله‌ای از طریق مرکز تحقیقات سرطان تهیه شده است. لازم به ذکر است که مؤلفه‌های به کار رفته در این مقاله نامه در مطالعه فلاح، گلزاری، داستانی، ظهیرالدین، موسوی، اکبری و همکاران (۱۳۹۰) در زنان مبتلا به سرطان پستان اجرا شده و اثربخشی معناداری نشان داده است. البته در این مطالعه موضوعات طرح شده در جلسات بر اساس نظرات دو تن از متخصصین علوم روان‌شناختی و قرآنی (بهرامی‌احسان و اخوت) در جهت تقویت موضوعات مذهبی مبتنی بر رویکرد قرآنی و مفهوم اصلی استعاده تدوین گردیده است. مفهوم استعاده که برگرفته از کتاب آسمانی ما قرآن است، در برگیرنده این موضوع می‌باشد که با وجود کمبودهای فعلی و ترس از آینده که همواره انسان را در اضطراب نگه می‌دارد، هرگاه خدا را در نظر آوریم و آن قدرت بی‌پایان و مبدأ فیاض را در نظر محسوم کنیم، آرام و مصائب در قلب ما خنثی می‌شود. در قرآن و روایات تنها راه حقیقی رفع آسیب‌ها و یا مصونیت از آنها برخوردار شدن از رجوع به خدا و پناه‌گیری از اوست. در اصل این موضوع پایه و اساسی است که به خوبی جایگاه معنویت را در اسلام و مبنای اصلی این شیوه درمانی را توضیح می‌دهد و امری است که در پردازش محتوایی برای هر یک از مؤلفه‌های مطرح در جلسات سعی شد تا از طریق پرداختن به آیات قرآنی، ادعیه و روایات در ذهن مراجعین یادآور شده و در عمل تمرین شود.

از جمله آیاتی که مفهوم عوذ را در خود جای داده‌اند، می‌توان به سوره‌های مبارکه بقره (۶۷)، آل عمران (۲۶)، اعراف (۱۰۰)، هود (۴۷)، یوسف (۲۳ و ۷۹)، نحل (۹۸)، مریم (۱۸)، مؤمنون (۹۷-۹۸)، غافر (۵۷)، فصلت (۳۶) اشاره نمود.

از طرف دیگر، با استفاده از موضوعاتی که در آیات قرآن در زمینه توصیف وضعیت مطلوب انسان مورد رضایت خداوند اشاره شده است، سرفصل‌های محتوایی جلسات درمانی در روش مداخله معنوی- مذهبی تعیین گردید، که از جمله آن می‌توان به شکر، صبر، بخشش، دعا و نیایش، تفکر، تعقل، تذکر، توکل و توسل اشاره داشت. همچنین از آنجا که یاد خدا برترین حالت معنویت در این رویکرد درمانی است، تلاش شد تا در بخش دوم از برنامه زمانی هر جلسه در قالب تمرین عملی حضور در لحظه (از طریق داشتن ذکر، شنیدن آیات و ادعیه از جمله فرازهایی از دعای جوشن کبیر و تمرکز بر موضوعات مطرح در آن جلسه)، موضوع یاد خدا گنجانده شود و تنها مطابق با دستورالعمل معمول این روش با محوریت خود فرد نباشد.

تفاوت مبنایی و موضوعی موجود بین روش حاضر و روش‌های معنویت درمانی مرسوم در این است که روش‌های معنویت درمانی همواره با محوریت بشر در جستجوی روشی برای بودن و تجربه کردن هستند و تلاش دارند تا در قالب آن آرامش را به بشر هدیه کنند. البته این موضوع را با آگاهی دادن از یک بعد غیرمادی میسر می‌دانند، لیکن در اغلب موارد با صراحت به اهمیت

ارتباط و استمداد از علم و قدرت وجود الهی و چارچوبی که او در قالب دین برای انسان به منظور کسب سعادت و آرامش واقعی تعریف می‌کند، اشاره نشده است.

این برنامه مداخلاتی متشکل از ۸ جلسه دو ساعته است. سر فصل موضوعات هر جلسه بدین شرح است:

جلسه اول: معارفه، تعیین اهداف و قوانین گروه به صورت جمعی، پرداختن به بیماری روماتوئید آرتریت

جلسه دوم: توضیح در باره استرس، علائم آن و چگونگی تأثیر استرس بروی سیستم ایمنی، توضیح درباره اثربخشی و چگونگی تأثیر معنویت و مذهب بر علائم روانی و جسمی، ارائه برنامه جلسات، آموزش تکنیک حضور در لحظه و فواید آن

جلسه سوم: بحث پیرامون مفاهیم توکل و توسل و استفاده از آن به عنوان راهبرد مقابله‌ای

جلسه چهارم: تعریف دعا و نیایش، بررسی فواید آن در زندگی و حل مشکلات، صحبت پیرامون دعا و نیایش‌های شخصی شرکت کنندگان

جلسه پنجم: بررسی معنای شکر، بررسی تأثیر شکرگذاری در تغییر هیجان‌ها و افکار

جلسه ششم: بررسی معنای صبر، آموزش مراحل و مراتب صبر، صحبت پیرامون استفاده از صبر، به عنوان راهبرد مقابله‌ای در رویارویی با استرس زندگی

جلسه هفتم: تعریف بخشش و انواع آن، بررسی پیامدهای بخشش و اثرات آن بر هیجان

جلسه هشتم: مرور مباحثی که در ۷ جلسه گذشته ارائه شده، دریافت بازخورد از شرکت کنندگان، پاسخ به سؤالات شرکت کنندگان و اجرای نوبت دوم پرسشنامه‌های DASS و تیپ شخصیتی D

لازم به ذکر است در طی اجرای مداخله، هیچ‌کدام از گروه‌ها از درمان رایج پزشکی خود منع نشدند، بلکه این برنامه به درمان معمول گروه آزمایش افزوده شد و اعضای گروه کنترل نیز به درمان رایج خود بدون هیچ مداخله‌ای ادامه دادند. داده‌های حاصل از اجرای پژوهش، از طریق تحلیل کوواریانس چند متغیری با استفاده از نرم افزار SPSS19 مورد تحلیل قرار گرفت.

ابزار

مقیاس افسردگی، اضطراب و تنیدگی (DASS)^۱: این مقیاس ۲۱ سؤال دارد و در مقیاس لیکرت نمره‌گذاری می‌شود. آنتونی و همکاران (۱۹۹۸) مقیاس مذکور را مورد تحلیل عاملی قرار دادند که نتایج پژوهش آنان مجدداً حاکی از وجود سه عامل روانی افسردگی،

^۱ Depression, anxiety, stress scale

اضطراب و تنیدگی بود. نتایج این مطالعه نشان داد که ۶۸ درصد از واریانس کل مقیاس توسط این سه عامل مورد سنجش قرار می‌گیرد. ارزش ویژه این عوامل تنیدگی، افسردگی و اضطراب در پژوهش مذکور به ترتیب برابر ۹/۰۷، ۲/۸۹ و ۱/۲۳ و ضریب آلفا برای این عوامل به ترتیب ۰/۹۷، ۰/۹۲ و ۰/۹۵ بود. همچنین نتایج محاسبه همبستگی میان عوامل در مطالعه آنتونی و همکاران حاکی از ضریب همبستگی ۰/۴۸ میان دو عامل افسردگی و تنیدگی، ضریب همبستگی ۰/۵۳ بین اضطراب و تنیدگی و ضریب همبستگی ۰/۲۸ بین اضطراب و افسردگی بود. روایی و اعتبار پرسشنامه در ایران توسط سامانی و جوکار (۱۳۸۶) مورد بررسی قرار گرفت و اعتبار بازآزمایی برای مقیاس افسردگی، اضطراب و تنیدگی به ترتیب ۰/۸۰، ۰/۷۶ و ۰/۷۷ و آلفای کرونباخ برای مقیاس افسردگی، اضطراب و تنیدگی به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۴ و ۰/۷۸ گزارش شد. روایی واگرا و همگرا و روایی سازه (تحلیل عامل) نیز احراز گردید.

مقیاس شخصیت D: (Ds_14)

در این پژوهش متغیر شخصیت D از طریق پرسشنامه نسخه فارسی مقیاس شخصیتی D (Ds_14) (دینولت، ۱۹۸۸) ارزیابی می‌شود. این مقیاس دارای دو خرده مقیاس تحت عنوان عواطف منفی^۱ (NA) و بازداری اجتماعی^۲ (SI) برای ارزیابی صفات شخصیتی کلی (روان رنجوری و برون گرایی) تیپ شخصیت D می‌باشد. تیپ شخصیتی D با استفاده از نقطه برش ۱۰ در هر دو بعد عواطف منفی و بازداری اجتماعی تعیین می‌شود. هر دو مقیاس از ۷ ایتیم تشکیل شده که هر ایتیم بر اساس طیف لیکرتی از صفر تا چهار درجه بندی شده است (باقریان، ۲۰۱۱). باقریان و بهرامی احسان نسخه فارسی این مقیاس را تهیه و بعد از تأیید نسخه فارسی این مقیاس، کیفیت روانسنجی آن را روی نمونه ایرانی مورد بررسی جداگانه قرار دادند. آلفای کرونباخ در نمونه ۱۷۶ نفری از بیماران سکته قلبی ایرانی برای خرده مقیاس NA، ۰/۸۴ و برای خرده مقیاس SI، ۰/۸۶ به دست آمده است. اعتبار محتوایی این مقیاس از طریق اظهار نظر ۱۵ نفر از روانشناسان و روان پزشکان با استفاده از طیف شش درجه‌ای برای ایتیم‌ها و دو درجه‌ای برای کل مقیاس مورد بررسی قرار گرفت. نتایج استخراج شده بیانگر اعتبار بالا و رضایت بخش این مقیاس بود.

CRP و ESR: متغیرهای ایمنی نیز با تهیه نمونه خون از آزمودنی‌ها ارزیابی گردید.

¹ Negative affect

² Social inhibition

یافته‌ها

میانگین سنی اعضای گروه نمونه 12 ± 46 و میانگین طول مدت بیماری در بیشتر آن‌ها $4/90 \pm 5$ بود. لازم به ذکر است که دو گروه از لحاظ سن، جنس و تحصیلات هم‌تا شدند. با توجه به آن که تحلیل کوواریانس از جمله آزمون‌های پارامتریک است، پیش فرض نرمال بودن توزیع، همگنی کوواریانس و تساوی واریانس‌ها مورد بررسی قرار گرفت. نتایج بررسی پیش فرض تساوی واریانس‌ها (با استفاده از آزمون لوین) و نرمال بودن با استفاده از آزمون (کالموگروف - اسمیرنوف) برقرار بود ($P > 0/05$).

میانگین و انحراف معیار شاخص‌های روانشناختی و ایمنی بیماران در دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول ۱ و ۲ آمده است. با بهره‌گیری از تحلیل کوواریانس چندمتغیری به منظور تعیین میزان اثربخشی مداخله معنوی- مذهبی مبتنی بر رویکرد اسلامی بر میزان شاخص‌های روان‌شناختی (استرس، افسردگی و اضطراب)، (جدول ۳) با کنترل اثر تیپ شخصیت D نشان داد که این روش مداخله در کاهش شاخص‌های روان‌شناختی ($\eta^2 = 0/383$ ، $P = 0/001$ ، $F_{3,34} = 7/050$)، مؤثر است. میزان تأثیر این مداخله در کاهش شاخص‌های روان‌شناختی ۳۸ درصد است. یعنی ۳۸ درصد واریانس نمرات در دو گروه ناشی از عضویت گروهی است. تحلیل کوواریانس دو عاملی اثربخشی این روش را در خصوص هر کدام از شاخص‌های روان‌شناختی استرس ($\eta^2 = 0/187$ ، $P = 0/007$ ، $F_{1,36} = 8/301$)، میزان افسردگی ($\eta^2 = 0/380$ ، $P = 0/001$ ، $F_{1,36} = 22/037$) و میزان اضطراب ($\eta^2 = 0/244$ ، $P = 0/001$) نیز نشان داد. بر اساس میزان تأثیر این روش بر هر کدام از متغیرها مشهود است که روش مداخله معنوی- مذهبی مبتنی بر رویکرد اسلامی در کاهش افسردگی مؤثرتر از سایر متغیرها بوده است.

اثربخشی مداخله معنوی- مذهبی مبتنی بر رویکرد اسلامی بر ...

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار نمرات شاخص‌های روانشناختی (استرس، افسردگی و اضطراب) و متغیر تیپ شخصیت D در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه

متغیر	گروه	تعداد	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
			میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
استرس	آزمایش	۲۰	۲۲/۸	۷/۹۱	۱۷/۰۸	۵/۶۶
	کنترل	۲۲	۲۲/۶۳	۱۰	۲۲	۱۰/۹۳
افسردگی	آزمایش	۲۰	۱۷/۲۵	۹/۴۹	۹/۸	۶/۲۳
	کنترل	۲۲	۱۵/۱۸	۱۱/۳۵	۱۷/۰۴	۱۰/۷۶
اضطراب	آزمایش	۲۰	۱۵/۱۵	۷/۹۳	۱۱/۱	۵/۴۲
	کنترل	۲۲	۱۴/۳۱	۶/۵۹	۱۵/۵	۷/۸۹
تیپ شخصیت D	آزمایش	۲۰	۲۲/۷۵	۱۱/۴۵		
	کنترل	۲۲	۲۰/۸۱	۱۰/۹۲		

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار نمرات شاخص‌های ایمنی (CRP، ESR) در مراحل پیش-آزمون و پس‌آزمون در دو گروه

متغیر	گروه	تعداد	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
			میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
ESR	آزمایش	۲۰	۱۲/۳۵	۷/۲۹	۸/۵۳	۵/۹۳
	کنترل	۲۲	۱۳	۸/۰۲	۱۶/۱۳	۸/۹
CRP	آزمایش	۲۰	۱/۱۷۲	۱/۲۲	۰/۴۷۵	۰/۶۶۱
	کنترل	۲۲	۰/۹۵۹	۱/۳۷	۱/۸۱	۱/۶۸

جدول ۳: نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری تأثیر عضویت گروهی بر میزان شاخص‌های روانشناختی (استرس، افسردگی و اضطراب) با توجه به تیپ شخصیت D

اثر	ارزش F	درجه آزادی مفروض	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	η^2	گروهی	
						اثر لامبادا و بکس	اثر لامبادا و بکس
استرس	۰/۷۷۴	۳	۳/۳۱۴	۰/۰۳۱	۰/۰۲۲		
پیش‌آزمون افسردگی	۰/۸۱۸	۳	۲/۵۲۲	۰/۰۷۴	۰/۱۸۲	اثر لامبادا و بکس	
اضطراب	۰/۵۳۹	۳	۹/۶۸۹	۰/۰۰۰	۰/۴۶۱		
شخصیت D	۰/۸۳۹	۳	۲/۱۶۷	۰/۱۱۰	۰/۱۶۱	اثر لامبادا و بکس	
عضویت گروهی	۰/۶۱۷	۳	۷/۰۵	۰/۰۰۱	۰/۳۸۳	اثر لامبادا و بکس	

تحلیل کوواریانس چند متغیری به منظور تعیین میزان اثربخشی مداخله معنوی- مذهبی مبتنی بر رویکرد اسلامی بر میزان شاخص‌های ایمنی (CRP، ESR)، (جدول ۴) با کنترل اثر تیپ

شخصیت D نیز نشان داد که این روش مداخله در کاهش شاخص‌های ایمنی ($\eta^2 = 0/481$) ۴۸ درصد است. یعنی ۴۸ درصد واریانس نمرات در دو گروه ناشی از عضویت گروهی است. تحلیل کوواریانس دو عاملی اثربخشی این روش را در خصوص شاخص‌های ایمنی ESR ($F_{1,37} = 15/953, P = 0/001, \eta^2 = 0/301$) و میزان CRP ($F_{1,37} = 13/948, P = 0/001, \eta^2 = 0/274$) نیز نشان داد. بر اساس میزان تأثیر این روش بر هر کدام از متغیرها مشهود است که این روش در کاهش شاخص ESR مؤثرتر از شاخص CRP بوده است.

جدول ۴: نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری تأثیر عضویت گروهی بر میزان شاخص‌های ایمنی (CRP، ESR) با توجه به تیپ شخصیت D

η^2	سطح معناداری	درجه		F	ارزش	اثر	اثر
		آزادی	مفروض				
0/446	0/001	36	2	14/5	0/554	اثر لامبادا ویلکس	پیش‌آزمون ESR
0/156	0/047	36	2	3/326	0/844	اثر لامبادا ویلکس	CRP
0/031	0/564	36	2	0/582	0/969	اثر لامبادا ویلکس	شخصیت D
0/481	0/001	36	2	16/702	0/519	اثر لامبادا ویلکس	عضویت گروهی

بحث

بر اساس نتایج بدست آمده در مطالعه حاضر، مداخلات معنوی- مذهبی مبتنی بر رویکرد اسلامی بر سلامت جسمی و روانی بیماران مبتلا به روماتوئید آرتريت مؤثر است. در واقع به نظر می‌رسد، فعالیت‌های مذهبی و معنویت، سلامت جسمی و روانی را بهبود می‌بخشد. این امر در بسیاری از مطالعات آزمایشی و مروری مطرح شده است (لوچس و کونینگ، ۲۰۱۳؛ کره و همکاران، ۲۰۰۵؛ کیف، ۲۰۱۰؛ وب، ۲۰۰۳؛ متئو، مارلو و مک نات، ۲۰۰۰؛ وند کریک و همکاران، ۲۰۰۴؛ الیزابت ریپتروپ، آلتمایر، چن، فوند و کفالا، ۲۰۰۵؛ گیلان، کینگ، آبیسنسان و کونینگ، ۲۰۰۸؛ چو، ۲۰۱۰ و کوئینگ، ۲۰۱۲). این یافته‌ها از تقویت ارتباط معنوی- مذهبی در مقابله با یک شرایط دردناک مزمن حمایت می‌کند. علی‌رغم این موضوع و نتایجی که در مطالعات مختلف در این زمینه وجود دارد، جای شرح و بررسی مکانیزم‌هایی که تأثیر مداخلات معنوی- مذهبی و در کل مذهب و معنویت را بر روی شاخص‌های سلامتی تبیین می‌کند، خالی است. البته فرضیاتی در این خصوص وجود دارد. یکی از این فرضیات در زمینه موضوعات روان عصب هورمونی است که بر

اساس ارتباط شاخص‌های ایمنی و حالات روان‌شناختی به خوبی نشان داده شده است و در نتایج مطالعه حاضر نیز این موضوع مطرح شده است. بدین شکل که افسردگی و استرس مزمن با سطح بالای IL6 مرتبط است و البته در پی استرس حاد نیز به سرعت این شاخص ایمنی افزایش می‌یابد (مائس، سانگ، لین، دی یونگ، ون گستل و همکاران، ۱۹۹۸ و استپ‌تو، ویلمسن، آوون، فلاور و محمدعلی، ۲۰۰۱). شاخص IL6 در سنتز کبدی CRP سهیم است (بتیله و کلین، ۱۹۹۲ و کستل، گومز لکون، دیوید، اندوس، گیگر و همکاران، ۱۹۸۹). این ارتباطات، مکانیزم درونی را ایجاد می‌کند که از طریق آن افسردگی و استرس با سطوح گسترش یافته CRP مرتبط می‌شود (ایوانا، اوتا و دومن، ۲۰۱۳؛ کارلوویک، سرتی، ورکیک، مارنیناک و مارسینکو، ۲۰۱۳؛ لو، کانینگام، کائم، کریشناس دامی، کولر و واسکو، ۲۰۰۹ و استپ‌تو، همر و چیدا، ۲۰۰۷). بنابراین، با کاستن از شاخص‌های روان‌شناختی از جمله افسردگی، اضطراب و استرس و در پی آن‌ها میزان غیر عادی شاخص‌های ایمنی، این روابط به خوبی تبیین می‌شود. اتفاقی که در این مطالعه و سایر مطالعات، مداخلات معنوی- مذهبی عامل آن بوده است. فرضیه دیگری که مطرح است در زمینه موضوعات رفتاری است. به عنوان مثال، ارائه الگوی سبک زندگی سالم مشتمل بر عدم مصرف سیگار، مصرف الکل و ارائه فعالیت‌های فیزیکی که خود تعادل از دست رفته سیستم‌های عصبی-هورمونی را اصلاح می‌کند (لینداسترم و ایساکاسو، ۲۰۰۲؛ روسکی، اسکمید و لاندو، ۱۹۹۶ و کینگ و همکاران، ۲۰۰۲). این دو مسیر به عنوان مسیرهای روان‌شناختی و فیزیولوژیکی مطرح می‌شوند که می‌توانند بر برون داده‌های فیزیکی تأثیر بگذارند. در محتوای ارائه شده در جلسات مداخله معنوی- مذهبی مبتنی بر رویکرد اسلامی، به نظر می‌رسد تقویت ارتباط با خدا، تأکید بر تجربه و تمرین درک حضور خداوند در زمان‌ها و مکان‌های مختلف، پرداختن به موضوع مهم استعاذه و رجوع به خداوند در لحظات مختلف، می‌تواند تبیین کننده و ارائه دهنده توضیحات معنوی باشد، که به تقویت سلامت معنوی به عنوان یکی از ابعاد مهم سلامت در انسان، به منظور برقراری ارتباط یکپارچه بین نیروهای داخلی اعم از ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی به سازگاری با بیماری منجر شود. این خود مسیر بسیار مهمی است.

جهت کنترل برخی از متغیرهایی که زمینه‌ساز مشکلات جسمی و همچنین بیماری‌های روان‌تنی است و میزان بهره‌مندی افراد از برنامه‌های درمانی را تحت تأثیر قرار می‌دهد، اثر متغیر تیپ شخصیت D در این مطالعه کنترل شده است. این تیپ شخصیتی عامل مهمی در تبیین تفاوت‌های فردی در پاسخ به استرس، اختلالات روان‌تنی، پیش‌آگهی، پیامدها و عوارض روان‌شناختی است. مبتنی بر نتایج بدست آمده صفات ویژه این دسته از افراد، اثرات زیان باری بر سلامتی دارد، به گونه‌ای که سبک‌های اجتنابی آنها در ارتباط، زمینه اضطراب و افسردگی را فراهم می‌کند. در ادامه پایداری به درمان را تضعیف می‌سازد (سوکالینگام، بلنک، عبدالحمید، آبی

و هرسچفلد، ۲۰۱۲). تأثیر این خصوصیات بر شاخص‌های التهابی CRP و IL6 نیز مورد بررسی قرار گرفته است (موندا، علی، سیمز، کله، لیپسکوم، لوی و همکاران، ۲۰۱۳). از جمله محدودیت‌های این مطالعه، می‌توان به اختصاص اکثریت گروه به خانم‌ها، نبود امکان پیگیری نتایج مطالعه در درازمدت و تعداد کم نمونه‌ها اشاره کرد. مبتنی بر این موضوعات، پیشنهاد می‌شود که در مطالعات آتی در زمینه بررسی اثرات معنویت، مذهب و مداخله معنوی- مذهبی در حیطه سلامت جسمی اثر متغیر جنس، نوع بیماری، تعلق افراد به گروه‌های مذهبی مختلف بر میزان بهره‌مندی و اثربخشی این شیوه مداخله‌ای که مبتنی بر مفهوم اصلی استعاده برگرفته از قرآن است، مشخص شود و بررسی اثربخشی این شیوه مداخله در طولانی مدت نیز به طرح اضافه شود.

در پایان امری که می‌بایست در پرداختن به مداخلات معنوی- مذهبی بدان توجه شود، کم کردن فاصله‌ی دست یافتن بدین باور است که مسیر شفا و سلامتی، از این طریق به خوبی و روشنی محقق می‌شود، که البته با توجه به نوع تربیت دینی و عقاید مذهبی که در دین ما به خوبی و با آمیختگی ذاتی ارائه شده است، این مسیر راهی است که سریع‌تر از بقیه مسیرها ما را به نتیجه مطلوب می‌رساند. به خصوص زمانی که نعمت سلامتی که برترین نعمت‌هاست را از دست داده‌ایم و گویی مجالی برای زندگی نداریم. در آن هنگام است که رجوع به مبدأ و مقصود اولین و آخرین، برای ما بسیار راه‌گشااست.

منابع

- بوالهیری، ج.، نظیری، ق. و زمانیان، س (۱۳۹۱). اثربخشی رویکرد گروه درمانی معنوی بر کاهش میزان افسردگی، اضطراب و استرس در زنان مبتلا به سرطان سینه. جامعه‌شناسی زنان، ۳(۱)، ۸۷-۱۱۷
- رضویان، ف.، عباسی، م. و کاظم نژاد، ا (۱۳۸۸). بررسی رابطه افسردگی با کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید. دانشکده پزشکی، ۱۶(۸۰)، ۹-۱۰
- سید فاطمی، ن.، رضائی، م.، گیوری، ا. و حسینی، ف (۱۳۸۵). اثر دعا بر سلامت معنوی بیماران مبتلا به سرطان. فصلنامه پایش، ۵(۴)، ۲۹۵-۳۰۴
- شریف‌نیا، ح.، حجتی، ح.، نظری، ر.، قربانی، م. و آخوندزاده، گ (۱۳۹۱). تأثیر دعا بر سلامت معنوی بیماران همودیالیزی. مجله پرستاری مراقبت ویژه، ۳(۲)، ۷۵-۷۹
- سامانی، س. و جوکار، ب (۱۳۸۶). بررسی اعتبار و روایی فرم کوتاه مقیاس افسردگی، اضطراب و فشار روانی. علوم اجتماعی و انسانی دانشگاه شیراز، ۲۶(۳)، ۶۵-۷۶
- عبید رحمانی، ف.، شیروودی، ش.، خلعتبری، ج. و حاجی عباسی، ا (۱۳۹۱). بررسی افسردگی و اضطراب در بیماران دچار آرتریت روماتوئید. مجله علوم پزشکی گیلان، ۲۲(۸۵)، ۱۵-۲۲
- فاسی، آ (۲۰۰۸). اصول طب داخلی هاریسون. ترجمه: فاطمه خطاوی و الهام زارع (۱۳۸۷). تهران انتشارات سماط.

اثربخشی مداخله معنوی- مذهبی مبتنی بر رویکرد اسلامی بر ...

فلاح، ر.، گلزاری، م.، داستانی، م.، ظهیرالدین، ع.، موسوی، م. و اکبری، م. (۱۳۹۰). اثربخشی مداخله معنوی به شیوه گروهی بر ارتقای امید و سلامت روان در زنان مبتلا به سرطان پستان. اندیشه و رفتار، ۵(۱۹)، ۶۹-۸۰.
قهاری، ش.، فلاح، ر.، بوالهروی، ج.، موسوی، سید م. و همکاران (۱۳۹۱). اثربخشی مداخله های شناختی- رفتاری معنوی- مذهبی در کاهش اضطراب و افسردگی در زنان مبتلا به سرطان پستان. دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی، ۱۳(۴)، ۳۳-۴۰.
مسعود نیا، (۱۳۹۰). رابطه بین تیپ شخصیتی D و مؤلفه های آن با سلامت عمومی در دانشجویان. مجله علوم رفتاری، ۵(۲)، ۱۴۳-۱۴۹.

- Aquarius, A.E., Denollet, J., Hamming, J.F., & Devries. J.(2005). Role of disease status and type D personality in out comes in patients with peripheral arterial disease. *American journal cardiology*, 96, 996-1001
- Bagherian,R., Bahrami Ehsan,H.(2011).Psychometric properties of the Persian version of Type D personality scale(DS14).*Iran Journal psychiatry behavior science*,5(2),12-17
- Bataille,R., Klein, B.(1992).C- reactive protein levels as a direct indicator of interleukin-6 levels in humans in vivo. *Arthritis Rheumatology*, 35,982-984
- Bekk-Hansen, S., Pederson, Ch., Thyngensen,K., Christensen,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
- Bennett, J.M.,Gillie, B.,Lindgren, M.E. (2013).Inflammatation through a psycho neuroimmunological lens. *Handbook of system and complexity in heart*.19chapter .J.P.Sturmberg and C.M. Martin (eds)
- Bonelli,R., Dew,R.E., Koenig,H.G., Rosmarin, D.H.,& Vesegh, S.(2012).Religious and spiritual factors in depression: review and integration of research. *Depression research and treatment*,2012,1-8.<http://dx.doi.org/10.1155/2012/962860>
- Baqutayan,S.M.S.(2012). Managing anxiety among breast cancer's patients. *Advances in Psychology Study*, 1(1), 4-7.
- Ballow,S.H., Hannum, S., Gaines, J.M., Marx, K.A., & Parrish, J.M.(2012).The role of spirituality experiences and activities in the relationship between chronic illness and psychological well-being. *Journal of religion and health*, 51(4), 1386-1396
- Castell,J.V., Gomez-lechon,M.J., David, M., Andus, T., Geiger, T., Trullenque, R & etal. (1989).Interleukin-6 is the major regulator of acute phase protein synthesis in adult human hepatocytes. *Federation of European Biomedical Societies*, 242, 237-239
- Çoruh, B., Ayele, H., Pugh, M., & Mulligan, T.(2005). Does Religious Activity Improve Health Outcomes? A Critical Review of the Recent Literature. *Explore: The Journal of Science and Healing*, 1(3), 186-191. doi: 10.1016/j.explore.2005.02.001

- Chou, C.T. (2010). Alternative therapies: what role do they have in the management of lupus? *Lupus*, 19(12), 1425-9. doi: 10.1177/0961203310379872.
- Callahan, L.F., Wiley-Exley, E.K., Mielenz, T. J., Bradley, T.J., Xiao, Ch., Currey, Sh.S., & et al. (2009). Use of complementary and alternative medicine among patients with arthritis. *Preventing chronic disease*, 6(2), 1-23. <http://www.cdc.gov/pcd/issues/2009/apr/08-0070.htm>
- Denollet, J. (2000). Type D personality. A potential risk factor refined. *Journal Psychosomatic Research*, 49, 255-66.
- Davis, M. C., Zautra, A. J., Younger, J., Motivala, S. J., Attrep, J., & Irwin, M. R. (2008). Chronic stress and regulation of cellular markers of inflammation in rheumatoid arthritis: Implications for fatigue. *Brain, Behavior, and Immunity*, 22(1), 24-32. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bbi.2007.06.013>
- Elizabeth Rippentrop, A., Altmaier, E.M., Chen, J.J., Found, E.M., & Keffala, V.J. (2005). The relationship between religion / spirituality and physical health, mental health, and pain in a chronic pain population. *Pain*, 116(3), 311-321.
- Ford, E.S., Loucks, E.B., & Berkman, L.F. (2006). Social integration and concentration of c-reactive protein among US adults. *Annual epidemiology*, 16 (2), 78-84. doi: 10.1016/j.annepidem.2005.08.005
- Gillum, R.F., King, D.E., Obisensan, T.G., Koenig, H.G. (2008). Frequency of attendance at religious services and mortality in a U.S. national cohort. *Annual Epidemiology*, 18(2), 124-129. doi: 10.1016/j.annepidem.2007.10.015
- Hollywell, C., & Walker, J. (2009). Private prayer as a suitable intervention for hospitalized patients: a critical review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 18(5), 637-651. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02510.x
- Iwata, M., Ota, K.T., & Duman, R.S. (2013). The inflammasome: Pathways linking psychological stress, depression, and systemic illnesses. *Brain, Behavior, and Immunity*, 31(0), 105-114. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bbi.2012.12.008>
- Imran, M.Y., Anwer Khan, S.E., Mir Ahmad, N., Raja, S.F., Saeed, M.A., & Haider, I.I. (2015). Depression in rheumatoid arthritis and in relation to disease activity. *Pakistanian journal medical science*, 31(2), 393-397. doi: <http://dx.doi.org/10.12669/pjms.312.6589>
- Ironson, G., Stuetzle, R., & Flecher, A. (2006). An increase religiousness/spirituality occurs after HIV diagnosis and predicts slower disease progression over 4 years in people with HIV. *Journal of general medicine*, 21(5), 62-68h
- Jafari, N., Farajzadegan, A., Loghmani, A., Majlesi, M., & Jafari, N. (2014). Spiritual well-being and quality of life of Iranian adults with

- type2 diabetes. Evidence-based complementary and alternative medicine, 2014,1-8.<http://dx.doi.org/10.1155/2014/619028>
- Kalhornia golkar, M., Bani jamal, sh., Bahrami, H., Hatami, H.R.,& Ahadi, H.(2014). Effect of spiritual therapy on blood pressure, anxiety and quality of life in patients with high blood pressure. Journal of Kermanshah University of Medical Sciences, 18,(8), 462-470
- Kelley,G.A., Kelley,S.K., & Hootman,J.M.(2015). Effects of exercise on depression in adults with arthritis: a systemic review with meta-analysis of randomized controlled trails. Arthritis research & therapy. <http://dx.doi.org/10.1186/s13075-015-0533-5>
- Keefe, F. J., Affleck, G., Lefebvre, J., Underwood, L., Caldwell, D. S., Drew, J& et al.(2010). Living with rheumatoid arthritis: The role of daily spirituality and daily religious and spiritual coping. The Journal of Pain, 2(2), 101-110.doi: 10.1054/jpai.2001.19296
- Karlović, D., Serretti, A., Vrkić, N., Martinac, M., & Marčinko, D. (2012). Serum concentrations of CRP, IL-6, TNF- α and cortisol in major depressive disorder with melancholic or atypical features. Psychiatry Research, 198(1), 74-80.doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2011.12.007>
- Koeing, H.G.(2012).Religion, spirituality and health: the research and clinical implication. International scholarly research network, 2012, 1-33.doi: 10.5402/2012/278730
- Koenig, H. G., McCullough, M.E., Larson, D.B. (2001). Handbook of religion and health? NewYork: Oxford University Press.
- King, D.E., Mainous, A.G., & Pearson, W.S.(2002). C-reactive protein/diabetes/and attendance at religious services. Diabetes care.27. 1172-1176
- Lindstrom, M., Isacasson, S.O.(2002).Smoking cessation among daily smokers, aged 45-69 years: a longitudinal study in Malmo, Sweden.Addiction,97,205-215
- Low, C. A., Cunningham, A. L., Kao, A. H., Krishnaswami, S., Kuller, L. H., & Wasko, M. C. M. (2009). Association between C-reactive protein and depressive symptoms in women with rheumatoid arthritis. Biological Psychology, 81(2), 131-134.doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.biopsycho.2009.02.003>
- Lu, S., Peng, H., Wang, L., Vasish, S., Zhang, Y., Gao, W& et al. (2013). Elevated specific peripheral cytokines found in major depressive disorder patients with childhood trauma exposure: A cytokine antibody array analysis. Comprehensive Psychiatry, 54(7), 953-961.doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsycho.2013.03.026>
- Lucchese,F.A.,&Koeing,H.G.(2013). Religious, spirituality and cardiovascular disease: research, clinical implication, and opportunities in Brazil. Rev Bras Cir Cardiivase, 28(1), 103-128.Doi:10.5935/1678-9741.20130015

- Munoz, A.R., Salsman, J.M., Stein, K.D., & Cella, D. (2015). Assessment of chronic illness therapy-spiritual well-being: Report from the American cancer society's studies of cancer survivors. *Cancer*, 121(11), 1838-1844. [Doi:10.1002/cncr.29183](https://doi.org/10.1002/cncr.29183)
- Maes, M., Song, C., Lin, A., De Jong, R., Van Gastel, A., Kenis, G & et al. (1998). The effects of psychological stress on humans: increased production of pro-inflammatory cytokines and a Th1-like response in stress-induced anxiety. *Cytokines*, 10, 313-318
- Muscatell, K.A., Dedovic, K., Slavic, G.M., Jarcho, M.R., Breen, E.C., Bower, J.E & et al. (2014). Greater amygdala activity and dorsomedial prefrontal-amygdala coupling are associated with enhanced inflammatory responses to stress. *Brain, Behavior, and Immunity*, Article in press. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bbi.2014.06.201>
- Matthews, D.A., Marlowe, S.M., MacNutt, F.S. (2000). Effects of intercessory prayer on patients with rheumatoid arthritis. *South Medical Journal*, 93(12), 1177-86.
- Mills, P.J., Redwine, L., Kathleen, W., Peng, M.A., Chinh, K., Greenberg, B.H., & et al. (2015). The role of gratitude in spiritual well-being in asymptomatic heart failure patients spirituality in clinical practice, 2(1), 5-17
- Morf, H., Malysheva, O., & Baerwald, C. G. O. (2013). Depression and its determinants in patients with rheumatoid arthritis. *Brain, Behavior, and Immunity*, 29, Supplement (0), S21. [doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.bbi.2013.01.064](http://dx.doi.org/10.1016/j.bbi.2013.01.064)
- Miao-chiu, L., How-Ran, G., Ming-Chi, L., Hanoch, L., Ning-Sheng, L., Tzung-Yi, T. (2015). Increased risk of depression in patients with rheumatoid arthritis: a seven-year population-based cohort study. *Clinics*, 70(2). [http://dx.doi.org/10.6061/clinics/2015\(02\)04](http://dx.doi.org/10.6061/clinics/2015(02)04)
- Mwendwa, D. T., Ali, M. K., Sims, R. C., Cole, A. P., Lipscomb, M. W., Levy, S.-A & et al. (2013). Dispositional depression and hostility are associated with inflammatory markers of cardiovascular disease in African Americans. *Brain, Behavior, and Immunity*, 28(0), 72-82. [doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.bbi.2012.10.019](http://dx.doi.org/10.1016/j.bbi.2012.10.019)
- Mostafa, H., & Radwan, A. (2013). The relationship between disease activity and depression in Egyptian patients with rheumatoid arthritis. *The Egyptian Rheumatologist*, 35(4), 193-199. [doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.ejr.2013.05.001](http://dx.doi.org/10.1016/j.ejr.2013.05.001)
- Mohr, S. (2011). Integration of spirituality and religion in the care of patients with severe mental disorder. *Religion*, 2011(2), 549-565
- Pederson, S.s., & Middel, B. (2004). Increased vital exhaustion among type D patients with ischemic heart disease. *Journal psychosomatic research*, 51, 443-449

- Rusa, S.G., Peripato, G.L., Pavarini, S.C.I., Inouye, K., Zazeetta, M.S., & Orlandi, F.D.S. (2014). Quality of life/spirituality, religion and personal beliefs of adults and elderly chronic kidney patients under hemodialysis. *Review latino-American enfermagem*, 22 (8). <http://dx.doi/10.1590/0104-1169.3595.2495>
- Rippentorp, E.A. (2005). The relationship between religion spirituality and physical health, mental health and pain in chronic pain population. *Pain*, 166, 311-21.
- Roski, J., Schmid, L.A., Lando, H.A. (1996). Long-term association of helpful and harmful spousal behaviors with smoking cessation. *Addiction behavior*, 97, 205-215
- Rickhi, B., Moritz, S., Reesal, R., & Jing, T. (2011). A spirituality treating program for depression: a randomized controlled trial. *International journal of psychiatry in medicine*. 43 (3), 315-329
- Revheim, N., Greenberg, W.M., & Citrome, L. (2010). Spirituality, schizophrenia, and state hospitals: program description and characteristics of self-selected attendees of a spirituality therapeutic group. *Psychiatry Quarterly*, 81(4), 285-92. doi: 10.1007/s11126-010-9137-z.
- Richards, P.S., & Bergin, A.E. (2006). *A spiritual strategy for counseling and psychotherapy*. Washington, DC: American Psychological Association. Doi: 10.1037/11214-000
- Steptoe, A., Hamer, M., & Chida, Y. (2007). The effects of acute psychological stress on circulating inflammatory factors in humans: A review and meta-analysis. *Brain, Behavior, and Immunity*, 21(7), 901-912. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bbi.2007.03.011>
- Schreiber, J.A. (2011). Image of God: effect on coping and psycho-spiritual outcomes in early breast cancer survivor. *Oncology Nurse Forum*, 38(3), 203-301.
- Steptoe, A., Willemsen, G., Qwen, N., Flower, L., Mohamed-Ali, V. (2001). Acute mental stress elicits delayed increases in circulating inflammatory cytokines levels. *Clinical science*, 101, 185-192
- Webb, J.R. (2003). Spiritual factors and adjustment in medical rehabilitation: understanding forgiveness as a means of coping. *Journal of applied rehabilitation counseling*, 34(3), 17-24.
- VandeCreek, L., Paget, S., Horton, R., Robbins, L., Oettinger, M., & Tai, K. (2004). Religious and nonreligious coping methods among persons with rheumatoid arthritis. *Arthritis Care & Research*, 51(1), 49-55. doi: 10.1002/art.20074
- Viscogliosi, G., Andreozzi, P., Chiriac, I.M., Cipriani, E., Servello, A., Marigliano, B., & et al. (2012). Depressive symptoms in older people with metabolic syndrome: is there a relationship with inflammation? *International journal of Geriatric psychiatry*, 28, 242 - 247. Doi: 10.1002/gps.3817