

◇ مدل مداخله مبتنی بر سبک زندگی اسلامی و سلامت قلبی

محمدعلی بشارت^۱؛ سیده اسماء حسینی^۲
هادی بهرامی احسان^۳؛ حسینعلی جاهد^۴؛ اکبر نیک پژوه^۵

چکیده

هدف: هدف این پژوهش، طراحی مدل مداخله مبتنی بر سبک زندگی اسلامی و آزمون اثربخشی آن بر ارتقای سبک زندگی اسلامی، سلامت روانی، سلامت معنوی و رفتارهای سلامت افراد در معرض خطر بیماری قلبی بود. **روش:** در این پژوهش، ۱۶ نفر از کارمندان بیمارستان قلب شهید رجایی در شش جلسه یک ساعته گروه‌درمانی شرکت کردند. شرکت‌کنندگان مقیاس رفتارهای ارتقادهنده سلامت دینی، مقیاس سلامت روانی، مقیاس بهزیستی معنوی و نیمرخ سبک زندگی ارتقادهنده سلامت را در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون تکمیل کردند. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که مداخله مبتنی بر سبک زندگی اسلامی می‌تواند سبک زندگی، بهزیستی روان‌شناختی، بهزیستی معنوی و رفتارهای سلامت افراد در معرض خطر بیماری قلبی را به صورت معنادار ارتقا دهد. **نتیجه‌گیری:** نتیجه پژوهش، اثربخشی مدل مداخله سبک زندگی اسلامی در پیشگیری از بیماری‌های قلبی را تأیید می‌کند.

واژگان کلیدی: مداخله سبک زندگی اسلامی، سلامت روانی، سلامت معنوی، خطر بیماری قلبی، پیشگیری.

◇ دریافت مقاله: ۹۳/۱۲/۱۹؛ تصویب نهایی: ۹۴/۰۷/۲۰

۱. استاد گروه روان‌شناسی دانشگاه تهران، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی (نویسنده مسئول) / آدرس: تهران، بزرگراه چمران، پل گیشه
۲. دانشجوی دکترای روان‌شناسی سلامت دانشگاه تهران.
۳. دانشیار گروه روان‌شناسی دانشگاه تهران، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی.
۴. استادیار رشته مدیریت آموزش عالی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد یادگار امام (ره).
۵. استادیار دانشگاه علوم پزشکی ایران و متخصص طب پیشگیری و پزشکی اجتماعی، مرکز آموزشی، تحقیقاتی و درمانی قلب و عروق شهید رجایی.

الف) مقدمه

بیماری‌های قلبی-عروقی (CVD^۱) اولین علت مرگ و میر در جهان محسوب می‌شوند (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۱۲^۲). طی سالهای اخیر، شیوع بیماری کرونر قلب (CHD^۳) در کشورهای در حال توسعه رو به افزایش بوده است (لاپز-جرمیلو و همکاران، ۲۰۰۱^۴). با توجه به این که در ایران شیوع CHD و مرگ و میر حاصل از آن رو به افزایش است (هکاری، محمدزاده، خواجوی کیا و زارعی، ۱۳۹۱)، پیشگیری از این بیماری‌ها به ویژه در افراد در معرض خطر می‌تواند به افزایش سلامت جامعه کمک زیادی کند. در صورتی که به عوامل خطر بیماری‌های قلبی-عروقی توجه شود، اکثر موارد این بیماری‌ها قابل پیشگیری‌اند. توجه به عوامل روان‌شناختی در این حوزه، ضرورت جدی دارد؛ چرا که عوامل خطر رفتاری مانند تغذیه ناسالم، نافع‌ال جسمی، مصرف دخانیات و الکل، در بیماری‌های قلبی و سکته نقش مهمی دارند (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۱۲). توجه به عوامل روان‌شناختی در پیشگیری اولیه از طریق برنامه‌های پیشگیرانه دارای اهمیت بسیار است (خیام نکونی و همکاران، ۲۰۱۳). می‌توان با راهکارهایی مثل تغذیه سالم، فعالیت جسمی منظم و اجتناب از انواع دخانیات، حداقل از ۸۰ درصد از موارد بیماری قلبی زودرس، سکته و دیابت نوع ۲، پیشگیری کرد (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۲). این سه راهکار، از مؤلفه‌های سبک زندگی‌اند. در کل، داشتن سبک زندگی سالم، روی سلامت قلبی-عروقی مؤثر است (کارلسون و همکاران، ۲۰۱۳^۵). در این پژوهش روی سبک زندگی افراد در معرض خطر بیماری‌های قلبی-عروقی به منظور پیشگیری از این بیماری‌ها کار شده است.

مفهوم سبک زندگی^۶ را آدلر^۷ در اوایل دهه ۱۹۰۰ مطرح کرد. بر اساس دیدگاه آدلر، سبک زندگی عبارت است از راهبردها و عقاید شخصی و منحصر به فرد هر کس، که در کودکی پایه‌گذاری می‌شوند (مدرسه تخصصی آدلر، ۲۰۱۵^۸). سبک زندگی شامل روشی است که فرد برای تغذیه، ورزش، استراحت، بازی، انجام کارها به طور کلی و در واقع؛ زندگی خود دارد. سبک زندگی همچنین، الگوهای روابط اجتماعی، اوقات فراغت، خودانگاره، ارزشها و نگرشهای فرد را منعکس می‌کند. یک سبک زندگی خاص، انتخابهای هشیار و ناهشیار فرد را برای یک نوع رفتار خاص نشان می‌دهد. سبک زندگی می‌تواند سازوکارهای زیست‌شناختی پایه‌ای را که منجر به بیماری می‌شوند، تحت تأثیر قرار دهد (ریپال، ۲۰۱۲^۹).

1. Cardio Vascular Diseases (CVD)
2. World Health Organization
3. Coronary Heart Disease (CHD)
4. Lopez-Jaramillo, Casas, Bautista, Serrano & Morillo
5. Carlson, Wändell, Gigante, Leander, Hellenius & et al.
6. Life Style
7. Adler
8. Adler Graduate School
9. Ripoll

مدل مداخله مبتنی بر سبک زندگی اسلامی و سلامت قلبی ♦ ۴۶۹

بیماری‌های قلبی نیز با سبک زندگی مرتبط‌اند (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۸). این پژوهش بر ارتقای سبک زندگی سالم تأکید دارد.

عوامل خطر سنتی (پزشکی)، تمام خطر بیماری‌های قلبی-عروقی را تبیین نمی‌کنند. شواهد در حال افزایش در مورد نقش مستقلی که عوامل روانی-اجتماعی در تکوین بیماری‌های قلبی-عروقی ایفا می‌کنند، موجود است. روابط استواری بین استرس روان‌شناختی عمومی، استرس کاری، منبع کنترل و افسردگی با خطر بیماری‌های قلبی-عروقی دیده شده است (نیلان و همکاران،^۱ ۲۰۱۳). عوامل روان‌شناختی مهم در CHD عبارتند از: افسردگی، اضطراب و استرس (خیام نکویی و همکاران، ۲۰۱۳). همچنین هزینه‌های زیاد دارویی مدیریت بیماری‌های قلبی-عروقی، نیاز به گسترش برنامه‌های مداخله‌ای مؤثر سبک زندگی را آشکار می‌کند. ضمن اینکه این مداخلات می‌توانند همزمان، عوامل خطر متعدد را اصلاح کنند (کلینتاوس و همکاران،^۲ ۲۰۱۱). تغییر سیستم تجویز دارو به مداخلات سبک زندگی، رویکردی مناسب برای طراحی برنامه‌های مؤثر و پایدار برای سلامت عمومی جامعه است (روزن و همکاران،^۳ ۲۰۰۹) و این امر، بر ارزش طراحی مداخلات جدید در حوزه سبک زندگی می‌افزاید. مداخلات سبک زندگی همچنین می‌توانند سلامت روانی و در نتیجه، سلامت جسمی را افزایش دهند. سلامت روانی^۴ اشاره دارد به آرایه‌ای وسیع از فعالیتهایی که مستقیم و غیرمستقیم به مؤلفه‌های بهزیستی روانی که در تعریف سازمان جهانی بهداشت از سلامت آمده‌اند، مربوط است: حالتی از بهزیستی کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه فقط نبود بیماری. سلامت روانی به ارتقای بهزیستی، جلوگیری از اختلالات روانی و درمان و بازتوانی افرادی که تحت تأثیر اختلالات روانی قرار گرفته‌اند، مربوط است (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۱۴). داشتن سبک زندگی سالم، نیازمند سلامت روانی است و متقابلاً سبک زندگی سالم نیز می‌تواند به افزایش سلامت روانی منجر شود.

امروزه مداخلات سبک زندگی متنوعی مخصوص بیماران قلبی-عروقی موجود است (کلینتاوس و همکاران، ۲۰۱۱) و اصلاح سبک زندگی به عنوان درمانی جایگزین برای بیماری شریان کرونر معرفی شده است. تمرکز رویکرد اصلاح سبک زندگی اساساً روی کنترل رژیم غذایی، ورزش بهینه، کاهش وزن و مدیریت استرس با هدف مهار کردن عوامل خطر بیماری شریان کرونر است (سرایماکوتا و همکاران،^۵ ۲۰۱۰). مداخلات سبک زندگی به روشهای مختلف اعمال می‌شوند که یکی از آنها آموزش است. بسیاری از پژوهشها با موفقیت از روش آموزش استفاده کرده‌اند (باکلین-تیاود و همکاران،^۶ ۲۰۱۰؛ درایی،^۷ ۱۹۹۲). توصیه به بیماران در مورد

1. Neylon & et al.
2. Cleanthous & et al.
3. Rosen & et al.
4. Mental Health
5. Coronary Artery Disease (CAD)
6. Srimahachota & et al.
7. Buclin- Thiebaud & et al.

تغییر رفتار نیز رویکردی رایج است که توسط فراهم‌کنندگان مراقبت سلامت استفاده می‌شود (دویسو همکاران، ۲۰۱۱)^۲. علاوه بر آموزش و توصیه، فنون تغییر رفتار هم به منظور ایجاد سبک زندگی بهتر و ارتقای سلامت بیماران مورد استفاده قرار می‌گیرند (اریکسون و همکاران، ۲۰۱۰)^۳. در مطالعه‌ای که به منظور بررسی پژوهش‌های صورت گرفته در موضوع مداخلات تغییر رفتار در فعالیت جسمانی و تغذیه انجام شد، تقریباً همه پژوهش‌ها از راهبردهای رفتاری-شناختی به منظور ارتقای سطح تغییر استفاده کرده بودند (آرتینین و همکاران، ۲۰۱۰)^۴.

توجه به رابطه سبک زندگی و جامعه نیز مهم است. شرایط اجتماعی متفاوت منجر به انواع مختلف سبک زندگی می‌شود (هندریکس و هچ، ۲۰۰۶)^۵ و زندگی در کشوری خاص، به افراد آن، هویتی خاص می‌بخشد که می‌تواند بر اساس آن، سبک زندگی خاص خود را برگزینند (موسوی گیلانی، ۱۳۹۲). در نتیجه، توجه به تعاملات دوجانبه سبک زندگی با وضعیت فرهنگی و اجتماعی خاص جوامع، اهمیت بسیاری دارد.

تاکنون مطالعات فراوانی در حوزه اصلاح و آموزش سبک زندگی مناسب انجام شده است، ولی این مطالعات از نقصانی جدی رنج می‌برند و آن، کاهش دادن سبک زندگی به مؤلفه‌هایی محدود و بی‌توجهی به حیطه بسیار مهم معنویت است (شیر و همکاران، ۲۰۱۲)^۶؛ گرتسل و همکاران، ۲۰۱۳^۷؛ لیدین و همکاران، ۲۰۱۲^۸. بخش مهمی از نیازهای فرد، مربوط به افکار و احساساتش در مورد ابعاد معنوی زندگی است. پژوهش حاضر سعی در پر کردن این خلأ جدی دارد. بنابراین، بر مبنای پژوهش‌هایی که در گذشته در حوزه مداخلات سبک زندگی انجام شده‌اند و با تلاش برای انتخاب بهترین روشها که با فرهنگ و مذهب خاص ایرانی-اسلامی نیز هماهنگ باشند، در این پژوهش مدل مداخله سبک زندگی اسلامی مخصوص افراد در معرض خطر بیماری قلبی طراحی، اجرا و آزمون شد.

بعد معنوی به عنوان مؤلفه‌ای حیاتی از سلامت انسان، علاقه روزافزون پژوهشگران را جلب کرده است (هاوکز و همکاران، ۱۹۹۵)^۹. سلامت معنوی عبارت است از حسی از ارتباط داشتن با دیگران، داشتن معنا و هدف در زندگی و داشتن اعتقاد و ارتباط با یک قدرت متعالی (همان). ابعاد معنویت شامل تلاش برای معنا و هدف، تفوق و برتری (مثلاً احساس اینکه انسان بودن فراتر از وجود مادی ساده است)، اتصال (مثلاً اتصال به

-
1. Duryee
 2. Davis & et al.
 3. Eriksson & et al.
 4. Artinian & et al.
 5. Hendricks & Hatch
 6. Share & et al.
 7. Gerstel & et al.
 8. Lidin, Ekblom-Bak & Hellènius
 9. Hawks & et al.

مدل مداخله مبتنی بر سبک زندگی اسلامی و سلامت قلبی ♦ ۴۷۱

دیگران، طبیعت یا الوهیت) و ارزشها (مانند عشق، دلسوزی و عدالت) است (مولر، پلواک و رومانس،^۱ ۲۰۰۱). معنا و هدف در زندگی، خود آگاهی، اتصال به خود، دیگران و یک واقعیت برتر، از اجزای سلامت معنوی نیز شمرده می‌شوند (هاوکز و همکاران، ۱۹۹۵). سازمان جهانی بهداشت نیز اضافه شدن بعد معنوی به ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی سلامت را پذیرفته است (وندرا،^۲ ۲۰۰۶). بهزیستی معنوی^۳ به عنوان حالتی دوبعدی توصیف شده است: بعدی عمودی که بهزیستی در ارتباط با خدا یا قدرتی برتر است؛ یعنی به عنصر مذهبی اشاره دارد. دیگری، بعد افقی که ناظر بر هدف و رضایت از زندگی است؛ یعنی به مؤلفه معنوی و وجودی اشاره دارد. (الیسون، ۱۹۸۳؛ نقل از درویری و همکاران،^۴ ۲۰۱۴)

توجه به این نکته ضروری است که سبک زندگی هر فرد، تحت تأثیر باورها و ارزشهای اوست. فردی که باورها و ارزشهای غیردینی دارد، سبک زندگی خاصی را برمی‌گزیند که در آن، زندگی دنیایی و لذت بردن در دنیا بیشترین اهمیت را دارد. فردی که باورهای دینی دارد، سبک زندگی دینی دارد و در آن، زندگی دنیا تنها مقدمه‌ای برای زندگی ابدی در آخرت است. همه مؤلفه‌های سبک زندگی دینی، رنگ و بوی دین دارد و تحت تأثیر دین و مذهب خاص فرد است. سبک زندگی دینی و غیردینی می‌توانند مؤلفه‌های به ظاهر مشترکی داشته باشند، اما در همان مؤلفه‌ها نیز در بعد فکری و شناختی متفاوتند. سبک زندگی اسلامی نوعی از سبک زندگی است که بر مبنای اصول، عقاید، آداب و رسوم مبتنی بر دستورات اسلام (بر مبنای قرآن و سنت) شکل می‌گیرد. برای سبک زندگی اسلامی و اجزای آن، تقسیم‌بندی‌های مختلفی بیان شده است (جوادی آملی، ۱۳۹۱؛ کاویانی، ۱۳۹۱). سبک زندگی دینی به این معناست که در هر موقعیت، روشی به کار گرفته شود که در بردارنده آموزه‌ها و مبانی دینی باشد. (موسوی گیلانی، ۱۳۹۲)

در پژوهش‌های بسیار محدودی به موضوع سبک زندگی اسلامی پرداخته شده است: هر چه میزان دینداری پایین‌تر باشد، سبک زندگی مدرن‌تر و هر چه بالاتر باشد، سبک زندگی سنتی و غیرمدرن‌تر می‌شود (نصرتی و ذوالفقاری، ۱۳۹۱). در پژوهشی که بین شرکت‌کنندگان یکی از جلسه‌های مذهبی اسلامی انجام شد، میان آموزه‌های دینی مبلغ و مؤلفه‌های مورد نظر در سبک زندگی رابطه وجود داشت (مهدری کنی، ۱۳۸۷). سبک زندگی اصول‌گرای انقلابی متأثر از ارزشهای انقلاب اسلامی و نفی مصرف‌گرایی غربی است. در مقابل، سبک زندگی اقشار مرفه‌تر با ویژگی‌هایی چون: مدگرایی، گسترش ارتباط با جنس مخالف و تأثیرپذیری از جریانهای جهانی مصرف‌مشخص می‌شود (آزادارمکی و شالچی، ۱۳۸۴). بین التزام عملی به اعتقادات اسلامی و گرایش دانشجویان به مصرف مواد مخدر رابطه منفی وجود دارد (خوش‌طینت، ۱۳۹۱). سبک زندگی

1. Mueller & et al.
2. Vender
3. Spiritual Well-being
4. Darvyri & et al.

دینی دانشجویان در وضعیت متوسط قرار دارد و با سرمایه فرهنگی، نگرش دینی و نگرش جنسیتی رابطه معنادار دارد (اصمی اصطهبانی و گروسی، ۱۳۹۳). پژوهشی دیگر تأیید کرد که دین نقش تأثیرگذار بر کنش، انتخاب سبک زندگی و نحوه مصرف فرهنگی و مادی دارد. (گلابی و ساعی، ۱۳۹۳)

رابطه معنویت/مذهب و بیماری‌های قلبی-عروقی در پژوهشها تأیید شده است: تجربیات معنوی قوی در زندگی عاملی محافظتی، مثبت و پیش‌آگاهی دهنده در بیماری‌های قلبی-عروقی است (ندرجه، برگر و توماس، ۲۰۱۳^۱). ابعاد مذهب/معنویت باید به خوبی در مداخلات بالینی حساس به فرهنگ آمیخته شوند. (مسترز و هوکر، ۲۰۱۳^۲)

در مداخلات سبک زندگی، توجه به ابعاد معنوی نیز مهم است که متأسفانه اغلب از آن غفلت می‌شود. بعد مهم معنویت، به خصوص در جوامعی چون ایران که مذهب و در نتیجه معنویت در آنها نقشی پررنگ دارد، اهمیت ویژه می‌یابد. نتایج پژوهشهای مختلف در این زمینه نیز مؤید این مدعاست: آموزش خودمراقبتی معنوی باعث کاهش تنیدگی روانی و افزایش تحمل پریشانی مادران دارای نوزادان نارس می‌شود (ریحانی و همکاران، ۱۳۹۳). با استفاده از مراقبت معنوی مبتنی بر مدل قلب سلیم می‌توان با دستیابی به آرامش و رهایی از فشارهای روانی ناشی از بیماری، به سازگاری فرد و به صورت غیرمستقیم به روند درمان و بهبود وضعیت سلامت او کمک کرد (سعیدی طاهری، اسدزندی و عبادی، ۱۳۹۲). درمان شناختی- رفتاری مذهب‌محور باعث افزایش سازگاری زناشویی و سلامت روان زوجین می‌شود (حمید و همکاران، ۱۳۹۱) و افسردگی زنان مطلقه را نیز کاهش می‌دهد. (حمید، و همکاران، ۱۳۹۰)

برنامه مراقبت معنوی به منظور توجه به بعد معنویت در این پژوهش گنجانده شده است. برنامه مراقبت معنوی قبلاً نیز در چند پژوهش که در این زمینه روی بیماران قلبی انجام شده‌اند، به کار گرفته شده است. مثلاً برنامه مراقبت معنوی، اضطراب بیماران CHD بستری در بخش مراقبتهای ویژه قلب را کاهش می‌دهد (مؤمنی قلعه قاسمی، و همکاران، ۱۳۹۱). برنامه مراقبت معنوی- مذهبی می‌تواند اضطراب بیماران پس از عمل جراحی بای‌پس عروق کرونر قلب را کاهش دهد (ناج‌بخشو همکاران، ۱۳۹۳). همچنین رفتاردرمانی مبتنی بر مذهب، بر کاهش میزان استرس و افسردگی زنان دارای همسر معتاد تأثیر معنادار دارد. (باقری، و همکاران، ۱۳۹۴)

در این پژوهش، مداخله سبک زندگی اسلامی ویژه افراد در معرض خطر بیماری قلبی طراحی شد و هدف آن، نزدیک‌تر کردن رفتارهای آنها به معیارهای متناسب با سبک زندگی اسلامی در زمینه معنویت و رفتارهای سلامت اسلامی و رفتارهای سلامت عمومی (غیردینی) به منظور پیشگیری از بیماری‌های قلبی بود. در زمینه رفتارهای سلامت در این پژوهش علاوه بر توصیه‌های پزشکی رایج به افراد در معرض خطر

1. Nadarajah, Berger & Thomas
2. Masters & Hooker

مدل مداخله مبتنی بر سبک زندگی اسلامی و سلامت قلبی ♦ ۴۷۳

بیماری قلبی در زمینه ورزش، تغذیه و ترک سیگار و قلیان، رفتارهای سلامت اسلامی نیز گنجانده شد. این رفتارها شامل موضوعات حفظ سلامتی، عوامل سلامت، دارو و درمان، عوامل شادابی و شکوفایی، آداب خوردن و آشامیدن، پرخوری و تفریحات سالم و ورزش بود که همه برگرفته از آیات و روایات و منبع اصلی آن کتاب مفاتیح الحیات (جوادی آملی، ۱۳۹۱) بود.

همچنین برنامه مراقبت معنوی با هدف تقویت معنویت و نزدیکی بیشتر به پروردگار نیز ارائه شد که شامل موارد ذیل بود:

۱. طهارت همیشگی: اینکه افراد همیشه با وضو باشند و اگر نتوانستند وضو بگیرند، تیمم کنند؛
 ۲. افزایش کیفیت نماز: چند دقیقه قبل از اذان وضو گرفته، بر سجاده بنشینند و آماده نماز شوند. اگر می‌توانند نمازهایشان را در مسجد و به جماعت بخوانند؛
 ۳. افزایش ذکر و یاد خداوند: روزی حداقل ده دقیقه را به ذکر و یاد خداوند، دعا و مناجات با خداوند بگذرانند. توصیه شد این زمان ترجیحاً قبل از اذان صبح یا قبل از اذان مغرب باشد؛
 ۴. افزایش توجه به نعمتهای الهی: هر کس در زندگی خود به نعمتهای بی‌نهایتی که خداوند به او عنایت فرموده توجه بیشتری کند؛
 ۵. افزایش ارتباط با ائمه(ع): به روشهای مختلف مثل حضور در مراسم ذکر اهل بیت و خواندن زیارت ائمه(ع) در خانه و تصور کردن خود در حرم مطهر ایشان، ارتباط خود با ائمه، به ویژه امام زمان(عج) را افزایش دهند؛
 ۶. بهره‌گیری بیشتر از قرآن: روزانه دقایقی را به خواندن و تأمل در قرآن صرف کنند؛
 ۷. توجه بیشتر به نیتهای سعی کنند همه کارهای روزانه خود را به نیت قرب الی‌الله انجام دهند؛
 ۸. توجه بیشتر به قیامت: به گذرا بودن زندگی دنیایی و ابدی بودن زندگی آخرت توجه بیشتری داشته باشند و برای آخرت نیز توشه بگیرند؛
 ۹. دوری از دنیازدگی: اسیر دنیازدگی و روزمرگی نشوند؛
 ۱۰. افزایش کیفیت کلیه عبادات: سعی کنند همه عبادات خود را بهتر و با کیفیت بالاتر انجام دهند.
- برای موفقیت بیشتر برنامه مراقبت معنوی، رعایت مواردی مقدماتی نیز به افراد توصیه شد که شامل کم‌حرفی و پرهیز از خطای کلامی، چشم‌بانی و دریافت روزی حلال بود. این برنامه مبتنی بر آیات و روایات اسلامی و مورد تأیید کارشناس دینی بود.
- سؤال اصلی پژوهش حاضر این است که آیا سبک زندگی دینی می‌تواند خطر ابتلا به بیماری قلبی را در افراد در معرض خطر کاهش دهد؟ برای پاسخ به این سؤال، یک مدل مداخله سبک زندگی اسلامی ویژه افراد در معرض خطر بیماری قلبی طراحی شد.

در مورد اهمیت و ضرورت این پژوهش نیز گفتنی است که رفتارهای سبک زندگی ناسالم شایع هستند (ون وینبرگ و همکاران، ۲۰۰۸^۱) و بخش اعظمی از رهنمودهای پزشکی مربوط به تغییرات سبک زندگی، به عنوان اولین خط درمان است (ریپال، ۲۰۱۲)، موضوع سبک زندگی اهمیت دارد و در مطالعات مختلف اثرات مثبت فراوانی نظیر کاستن از بار بیماری و پیشگیری از بیماری‌های قلبی (کینگ و همکاران، ۲۰۰۹^۲)، افزایش طول عمر (کارلسون، توبالد و وندل، ۲۰۱۰^۳) و خطر کمتر مرگ و میر ناشی از همه علل (لوف و ولک، ۲۰۱۲^۴) برای داشتن سبک زندگی سالم ذکر شده است. همچنین با توجه به اینکه بیماری‌های قلبی-عروقی در ایران مسئول ۴۲ درصد از مرگ و میرها هستند و اینکه می‌توان با اصلاح سبک زندگی حداقل از ۸۰ درصد موارد بیماری قلبی زودرس پیشگیری کرد (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۲)، طراحی مداخلات سبک زندگی کارآمد، اهمیت بالایی می‌یابد. ضمن اینکه مداخلات پیشگیرانه ارزش زیادی دارند و تا حد زیادی از هزینه‌های درمانی می‌کاهند.

با وجود مداخلات زیادی که در حوزه سبک زندگی عمومی طراحی شده‌اند (مداخلاتی که بیشتر متمرکز بر اصلاح ورزش و تغذیه‌اند)، تاکنون هیچ مداخله سبک زندگی‌ای که دستورات اسلام را نیز در برگیرد، طراحی نشده است. همچنین با وجود اینکه دین در فرهنگ ایرانیان نقشی زیربنایی ایفا می‌کند، تقریباً همه مداخلاتی که در حوزه پیشگیری از بیماری‌ها اجرا می‌شوند، برگرفته از فرهنگ غربی‌اند. طراحی مداخلات بومی، پذیرش این مداخلات در بین مردم و اثربخشی آنها را بیشتر خواهد کرد. ضمن اینکه بهره‌گیری از دستورات ارزشمند اسلامی، بر غنای کار می‌افزاید. به طور خلاصه می‌توان گفت که ضرورت اصلی انجام این پژوهش، شیوع بالای بیماری‌های قلبی و اهمیت پیشگیری مؤثر از آنها و در کنار آن، خلأ پژوهشی جدی در حوزه مداخلات سبک زندگی دین‌محور بود.

هدف اصلی این پژوهش، تعیین میزان اثربخشی مدل مداخله مبتنی بر سبک زندگی اسلامی بر سبک زندگی، سلامت روانی، سلامت معنوی و رفتارهای سلامت افراد در معرض خطر بیماری قلبی بود. فرضیه‌های این پژوهش به این شرح آزمون شدند: فرضیه اول: مداخله مبتنی بر سبک زندگی اسلامی، سبک زندگی افراد در معرض خطر بیماری قلبی را بهبود می‌بخشد. فرضیه دوم: مداخله مبتنی بر سبک زندگی اسلامی، سلامت روانی افراد در معرض خطر بیماری قلبی را بهبود می‌بخشد. فرضیه سوم: مداخله مبتنی بر سبک زندگی اسلامی، سلامت معنوی افراد در معرض خطر بیماری قلبی را بهبود می‌بخشد. فرضیه چهارم: مداخله مبتنی بر سبک زندگی اسلامی، رفتارهای سلامت افراد در معرض خطر بیماری قلبی را ارتقا می‌دهد.

-
1. Van Wayenburg & et al
 2. King, Mainous III, Carnemolla & Everett
 3. Carlson, Theobald & Wandell
 4. Loef & Walach

ب) روش

طرح این پژوهش، از طرح های پژوهشی آزمایشی تک گروه با پیش آزمون- پس آزمون بود. همچنین به دلیل ارائه مداخله سبک زندگی اسلامی، این پژوهش از نوع پژوهش های کاربردی محسوب می شود. جامعه آماری پژوهش، افراد در معرض خطر بیماری قلبی بودند. در بین کارمندان بیمارستان قلب شهید رجایی تهران، از کسانی که دو یا چند عامل خطر مهم بیماری قلبی؛ یعنی اضافه وزن یا چاقی، کم تحرکی، مصرف سیگار یا قلیان، دیابت، بالا بودن فشار خون، اختلال چربی های خون، تغذیه ناسالم، استرس، اضطراب، افسردگی و سابقه خانوادگی بیماری قلبی داشتند، برای شرکت در پژوهش دعوت به عمل آمد. از آنجا که در پژوهش های آزمایشی، حجم هر گروه باید حداقل ۱۵ نفر باشد (گال، بورگ و گال، ۱۳۸۶)، همین حجم در این پژوهش در نظر گرفته شد. به دلیل احتمال افت نمونه و به منظور افزایش توان آزمون، ۱۶ نفر مورد مداخله قرار گرفتند. معیارهای ورود به پژوهش، داشتن دو یا چند عامل خطر مهم بیماری قلبی، تحصیلات حداقل سیکل، سن ۲۵ تا ۶۰ سال، مبتلا نبودن به هر نوع بیماری، نداشتن سابقه اختلالات روانی شدید، توانایی جسمی یا روانی لازم برای تکمیل پرسشنامه ها و عدم مصرف همزمان داروهای روان پزشکی بودند. معیارهای خروج از پژوهش، عدم تمایل به ادامه همکاری و به وجود آمدن مشکلات جسمانی که ادامه همکاری را ناممکن می کردند، بودند. برای اجرای پژوهش، ابتدا افراد طی مصاحبه فردی، از نظر عوامل خطر بیماری قلبی، بررسی و افراد در معرض خطر شناسایی شدند. سپس توضیحات لازم به آنها ارائه شد و افراد علاقه مند وارد پژوهش شدند. برنامه شش جلسه ای یک ساعته گروه درمانی برگزار شد. در این جلسات ابتدا در مورد چگونگی سبک زندگی اسلامی به افراد آموزش داده شد و سپس با استفاده از فنون رفتاری- شناختی، به آنها در ایجاد تغییرات لازم کمک شد. جزوهای آموزشی نیز به افراد داده شد. در اولین و آخرین جلسه، پیش آزمون و پس آزمون انجام شد. به منظور رعایت اصول اخلاقی پژوهش، رضایت نامه کتبی از افراد اخذ شد. دقت لازم برای تطابق آموزش های ارائه شده با علم روز پزشکی به عمل آمد. همچنین افراد به رازداری در مورد اسرار و مسائل شخصی یکدیگر ملزم شدند. خلاصه جلسات در جدول ۱ آورده شده است.

در این پژوهش از ابزارهای ذیل استفاده شد:

پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک: این پرسشنامه محقق ساخته، اطلاعاتی نظیر سن، جنس، وضعیت

تأهل، تعداد فرزندان، شغل، میزان تحصیلات و مذهب را سنجید.

مقیاس رفتارهای ارتقا دهنده سلامت دینی: مقیاس رفتارهای ارتقا دهنده سلامت دینی^۱ (بشارت و حسینی، ۱۳۹۴) یک آزمون ۱۶ گویه‌ای است که مجموعه‌ای از رفتارها و عاداتهای شخصی مبتنی بر آموزه‌ها و اعتقادات مذهبی در زندگی روزمره را در اندازه‌های هفت درجه‌ای از صفر (کمترین میزان عادت) تا شش (بیشترین میزان عادت) می‌سنجد. حداقل و حداکثر نمره فرد در مقیاس رفتارهای ارتقا دهنده سلامت دینی از صفر تا ۹۶ محاسبه می‌شود. در مطالعه مقدماتی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس رفتارهای ارتقا دهنده سلامت دینی، ضریب آلفای کرونباخ برای پرسشهای مقیاس در یک نمونه ۹۳ نفری، ۰/۸۸ به دست آمد. این ضریب، همسانی درونی^۲ مقیاس رفتارهای ارتقا دهنده سلامت دینی را تأیید می‌کند. روایی همگرا^۳ و تشخیصی (افتراقی)^۴ مقیاس رفتارهای ارتقا دهنده سلامت دینی از طریق اجرای همزمان مقیاس بهزیستی معنوی^۵ (بافورد، پالوتزین و الیسون، ۱۹۹۱)^۶ و مقیاس سلامت روانی^۷ (بشارت، ۱۳۸۸) در مورد نمونه مذکور محاسبه شد. نتایج ضرایب همبستگی پیرسون نشان داد که بین نمره آزمودنی‌ها در مقیاس رفتارهای ارتقا دهنده سلامت دینی با بهزیستی معنوی و بهزیستی روان‌شناختی، همبستگی مثبت معنادار از ۰/۳۷ تا ۰/۴۹ ($p < ۰/۰۰۱$) و با درماندگی روان‌شناختی، همبستگی منفی معنادار $-۰/۳۳$ ($p < ۰/۰۰۱$) وجود دارد. این نتایج، روایی همگرا و تشخیصی مقیاس رفتارهای ارتقا دهنده سلامت دینی را تأیید می‌کنند. (بشارت و حسینی، ۱۳۹۴)

نیمرخ سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت: نیمرخ سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت^۸ (واکر، سچریست و پندر، ۱۹۸۷) یک آزمون ۵۲ سؤالی است و این را که فرد تا چه حد رفتارهای سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت را انجام می‌دهد، در اندازه‌های چهار درجه‌ای لیکرت می‌سنجد. این مقیاس فراوانی به کارگیری رفتارهای سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت را در شش بُعد رشد معنوی، روابط بین فردی، تغذیه، فعالیت جسمی، مسئولیت‌پذیری سلامتی و مدیریت استرس اندازه‌گیری می‌کند. ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۴ و برای زیرمقیاسها از ۰/۷۹ تا ۰/۸۷ به دست آمده که نشان‌دهنده همسانی درونی^۹ خوب مقیاس است. ضرایب همبستگی بین نمره‌های آزمودنی‌ها در دو نوبت با فاصله سه هفته برای سنجش پایایی بازآزمایی^{۱۱} محاسبه شده و عدد ۰/۸۹ به دست آمده که نشان‌دهنده پایایی بازآزمایی خوب مقیاس است. روایی سازه^{۱۲} این مقیاس از طریق روش تحلیل عاملی و اجرای همزمان با پرسشنامه سبک زندگی شخصی

1. *The Religious Health Promoting Behaviors Inventory (RHPBI)*
2. *internal consistency*
3. *Convergent*
4. *Discriminant*
5. *Spiritual Well-Being Scale (SWBS)*
6. *Bufford, Paloutzian & Ellison*
7. *Mental Health Inventory (MHI)*
8. *Health Promoting Lifestyle Profile II (HPLP II)*
9. *Walker, Sechrist & Pender*
10. *Internal Consistency*
11. *Test-Retest Reliability*
12. *Construct Validity*

مدل مداخله مبتنی بر سبک زندگی اسلامی و سلامت قلبی ♦ ۴۷۷

($T = 67/0$) به خوبی مورد تأیید قرار گرفته است. روایی ملاک^۱ نیز از طریق محاسبه همبستگی با وضعیت سلامتی ادراک شده ($T = 26/0$) و کیفیت زندگی ($T = 49/0$) مورد تأیید قرار گرفت. روایی محتوایی و صوری نیز مورد تأیید قرار گرفته است. در کل، این مقیاس از پایایی و روایی مناسبی برخوردار است (همان). در پژوهشهای داخلی نیز این مقیاس، ویژگیهای روانسنجی خوبی را نشان داده است. (محمدزیدی، پاکپورحاجی آقا و محمدزیدی، ۱۳۹۰)

مقیاس سلامت روانی: مقیاس سلامت روانی^۲ (بشارت، ۱۳۸۸) یک آزمون ۲۸ سؤالی و فرم کوتاه مقیاس ۳۴ سؤالی سلامت روانی (بشارت، ۱۳۸۵؛ ویت و ویر، ۱۹۸۳) است و دو وضعیت بهزیستی روانشناختی و درماندگی روانشناختی را در اندازه‌های پنج درجه‌ای لیکرت می‌سنجد. ضرایب آلفای کرونباخ زیرمقیاسهای بهزیستی روانشناختی و درماندگی روانشناختی برای نمونه آزمودنی‌های بهنجار، به ترتیب ۰/۹۴ و ۰/۹۱ محاسبه شد که نشانه همسانی درونی خوب مقیاس هستند. ضرایب همبستگی بین نمره‌ها در دو نوبت با فاصله دو هفته برای سنجش پایایی بازآزمایی محاسبه شد. این ضرایب برای بهزیستی روانشناختی و درماندگی روانشناختی به ترتیب $T = 0/90$ و $T = 0/89$ و در سطح $p < 0/001$ معنادار بودند که نشانه پایایی بازآزمایی رضایت‌بخش مقیاس است. روایی همزمان این مقیاس از طریق اجرای همزمان پرسشنامه سلامت عمومی^۳ (گلدبرگ، ۱۹۷۲) محاسبه شد. نتایج ضرایب همبستگی پیرسون نشان داد که بین نمره کلی آزمودنی‌ها در پرسشنامه سلامت عمومی با زیرمقیاس بهزیستی روانشناختی، همبستگی منفی معنادار ($T = -0/87$, $p < 0/001$) و با زیرمقیاس درماندگی روانشناختی، همبستگی مثبت معنادار ($T = 0/89$) وجود دارد. این نتایج، روایی همزمان مقیاس سلامت روانی را تأیید می‌کنند. روایی تفکیکی مقیاس سلامت روانی از طریق مقایسه نمره‌های بهزیستی روانشناختی و درماندگی روانشناختی محاسبه شد و مورد تأیید قرار گرفت. نتایج تحلیل عاملی تأییدی نیز دو زیرمقیاس بهزیستی روانشناختی و درماندگی روانشناختی را مورد تأیید قرار داد. (بشارت، ۱۳۸۸)

مقیاس بهزیستی معنوی: مقیاس بهزیستی معنوی (بافورد، پالوتزین و ایسون، ۱۹۸۲) یک آزمون ۲۰ گویه‌ای است و کیفیت زندگی معنوی ادراک شده را در سه حوزه بهزیستی مذهبی، بهزیستی وجودی و بهزیستی معنوی کلی در اندازه‌های شش درجه‌ای لیکرت می‌سنجد (بوتسی و همکاران، ۲۰۰۷). بهزیستی مذهبی میزان ارتباط رضایت‌بخش فرد با خدا را می‌سنجد و بهزیستی وجودی احساس رضایت از زندگی و داشتن هدف در زندگی را اندازه می‌گیرد (پالوتزین و ایسون، ۲۰۱۴). مطالعات متعدد تأیید کرده‌اند که این مقیاس همسانی

1. Criterion Validity
2. Mental Health Inventory
3. Veit & Ware
4. General Health Questionnaire
5. Goldberg
6. Utsey, Bolden, Williams, Lee, Lanier & et al.

۴۷۸ ◊ فرهنگ در دانشگاه اسلامی ۱۷

درونی و روایی سازه مناسبی دارد (بافورد، پالوتزین و الیسون، ۱۹۹۱؛ جینا، ۲۰۰۱). این مقیاس در پژوهشی داخلی نیز به طور همزمان با مقیاس سلامت روانی (SCL25) اجرا شد که ضریب روایی همزمان آن $۰.۴/۰$ ($p < ۰.۰۵$) به دست آمد. ضریب پایایی آن نیز با روش آلفای کرونباخ $۰.۸۹/۰$ به دست آمد که نشان‌دهنده همسانی درونی قابل قبول مقیاس است. همچنین روایی محتوایی این مقیاس توسط چند متخصص روان‌شناسی بررسی و سؤالات مناسب و مرتبط ارزیابی شده‌اند (عسگری، روشنی و آدریانی، ۱۳۸۹). در یک پژوهش داخلی دیگر نیز روایی صوری و محتوا تأیید شد. پایایی بازآزمایی نیز $۰.۹۱/۰$ به دست آمد که نشان‌دهنده پایایی بازآزمایی خوب مقیاس است. (آقاسینی، و همکاران، ۱۳۹۰)

جدول ۱: شرح مختصر جلسات مدل مداخله سبک زندگی اسلامی

جلسه	برنامه
۱	ارزیابی اولیه؛ خوشامدگویی؛ تنظیم دستور جلسه؛ آشنایی افراد گروه با یکدیگر؛ توضیح قوانین گروه؛ توضیح ساختار جلسات؛ بازخورد در مورد ارزیابی اولیه؛ تنظیم اهداف کلی درمان؛ آشنایی با راهبردهای شناختی- رفتاری؛ بررسی انتظارات در مورد درمان؛ برنامه مراقبت معنوی؛ تکلیف منزل؛ خلاصه‌سازی؛ بازخورد.
۲	مرور جلسه گذشته؛ تنظیم دستور جلسه؛ بررسی تکالیف و ارائه بازخورد و تقویت؛ برنامه مراقبت معنوی؛ آموزش سبک زندگی سالم اسلامی؛ آموزش پایش خود؛ تکلیف منزل؛ خلاصه‌سازی؛ بازخورد.
۳	مرور جلسه گذشته؛ تنظیم دستور جلسه؛ بررسی تکالیف و ارائه بازخورد و تقویت؛ برنامه مراقبت معنوی؛ آموزش هدف‌گذاری؛ شروع برنامه تغییر عادت؛ توضیح تغییر؛ افزایش انگیزه برای تغییر؛ تکلیف منزل؛ خلاصه‌سازی؛ بازخورد.
۴	مرور جلسه گذشته؛ تنظیم دستور جلسه؛ بررسی تکالیف و ارائه بازخورد و تقویت؛ برنامه مراقبت معنوی؛ بررسی میزان پیشروی به سمت اهداف؛ بازخورد، تقویت و تشویق؛ آموزش حل مسئله؛ آموزش سرمشق‌گیری؛ آموزش استفاده از مشوقها؛ آموزش ترک عادات ناسالم (آگاهی از عادت، نقض عادت)؛ تکلیف منزل؛ خلاصه‌سازی؛ بازخورد.
۵	مرور جلسه گذشته؛ تنظیم دستور جلسه؛ بررسی تکالیف و ارائه بازخورد و تقویت؛ برنامه مراقبت معنوی؛ بررسی میزان پیشروی به سمت اهداف؛ بازخورد، تقویت و تشویق؛ تقویت خودکارآمدی؛ آموزش ترک عادات ناسالم (آموزش افکار خودآیند منفی؛ آموزش خطاهای شناختی؛ آموزش باورهای بنیادین و آموزش ایجاد عادات خوب)؛ تکلیف منزل؛ خلاصه‌سازی؛ بازخورد.
۶	مرور جلسه گذشته؛ تنظیم دستور جلسه؛ بررسی تکالیف و ارائه بازخورد و تقویت؛ برنامه مراقبت معنوی؛ بررسی میزان پیشروی به سمت اهداف؛ بازخورد، تقویت و تشویق؛ خلاصه کل جلسات؛ آموزش پیشگیری از عود؛ تکلیف منزل؛ بازخورد؛ اختتامیه و ارزیابی دوم.

ج) یافته‌ها

در این پژوهش تعداد ۱۶ نفر (از ۳۲ تا ۴۸ ساله) با میانگین سنی ۴۲ سال شرکت کردند. برای بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها از آزمون کولموگروف- اسمیرنو استفاده شد که داده‌های آن در جدول ۲ قابل مشاهده است و بیانگر این نکته است که توزیع داده‌ها در همه متغیرها، در بین افراد گروه نرمال بوده است.

مدل مداخله مبتنی بر سبک زندگی اسلامی و سلامت قلبی ♦ ۴۷۹

همچنین به منظور بررسی معناداری فرضیه‌های پژوهش، از آزمون t برای گروه‌های همبسته استفاده شد. خصوصیات توصیفی متغیرها در جدول ۳ و نتایج آزمون در جدول ۴ آورده شده است.

جدول ۲: نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف Z

متغیرها	SWBS 1	SWBS 2	HPLP 1	HPLP 2	RHPB 1	RHPB 2	MHIPW 1	MHIPW 2	MHIPD 1	MHIPD 2
کولموگروف-اسمیرنوف Z	۴۸/۰	۰۹/۱	۸۴/۰	۴۹/۰	۵۸/۰	۶۵/۰	۶۲/۰	۶۱/۰	۶۷/۰	۴۲/۰
Sig (2-tailed)	۹۷/۰	۱۸/۰	۴۷/۰	۹۶/۰	۸۸/۰	۷۸/۰	۸۳/۰	۸۴/۰	۷۵/۰	۹۹/۰

جدول ۳: خصوصیات توصیفی نتایج گروه

متغیر	میانگین	انحراف معیار
RHBP1	۶۸	۸۹/۱۳
RHBP2	۲۵/۷۷	۷۹/۷
MHIPW1	۶۸/۵۰	۷۰/۱
MHIPW2	۱۲/۵۸	۳۶/۵
MHIPD1	۲۵/۳۴	۸۴/۸
MHIPD2	۸۷/۳۳	۲۱/۷
SWBS1	۴۴/۹۸	۴۶/۱۰
SWBS2	۳۷/۱۱۰	۵۵/۱۰
HPLP1	۳۶/۲	۲۹/۰
HPLP2	۷۱/۲	۲۷/۰

همانطور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، مداخله سبک زندگی اسلامی بر کلیه متغیرها به جز متغیر درماندگی روان‌شناختی تأثیر مثبت معنادار داشته است. بر اساس یافته‌های پژوهش، فرضیه اول تأیید شد؛ یعنی مداخله سبک زندگی اسلامی در ارتقای سبک زندگی اسلامی در افراد در معرض خطر بیماری قلبی موفق بوده و سبک زندگی اسلامی این افراد را به طور معنادار ($p < 0.05$) بهبود بخشیده است. نیمه از فرضیه دوم نیز بر اساس یافته‌های پژوهش تأیید شد؛ یعنی مداخله مبتنی بر سبک زندگی اسلامی، سلامت روانی را در بعد بهزیستی روان‌شناختی افراد در معرض خطر بیماری قلبی به صورت معنادار ($p < 0.01$) افزایش داده است. اما در بُعد درماندگی روان‌شناختی نتوانست منجر به کاهش معنادار درماندگی شود، هرچند آن را کاهش داد. بر اساس یافته‌های پژوهش، فرضیه سوم هم تأیید می‌شود؛ به این صورت که مداخله مبتنی بر سبک زندگی اسلامی، سلامت معنوی افراد در معرض خطر بیماری قلبی را به طور معنادار ($p < 0.01$) بهبود می‌بخشد. یافته‌های پژوهش فرضیه چهارم را نیز تأیید می‌کند؛ یعنی مداخله سبک

زندگی اسلامی می‌تواند به طور معنادار ($p < 0.10$) رفتارهای سلامت افراد در معرض خطر بیماری قلبی را بهبود بخشد.

جدول ۴: نتایج آزمون t برای گروههای همبسته

	متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	t	df	Sig(2-tailed)
جفت ۱	RHBP2 - RHBP1	۲۵/۹	۴۳/۱۴	۵۶/۲	۱۵	۰.۲۲/۰
جفت ۲	MHIPW2 - MHIPW1	۴۳/۷	۲۵/۵	۶۶/۵	۱۵	۰/۰۰۱
جفت ۳	MHIPD2 - MHIPD1	-۰/۳۷	۱۷/۶	-۲۴/۰	۱۵	۸۱/۰
جفت ۴	SWBS2 - SWBS1	۹۳/۱۱	۰۲/۸	۹۴/۵	۱۵	۰/۰۰۱
جفت ۵	HPLP2 - HPLP1	۳۴/۰	۲۳/۰	۷۷/۵	۱۵	۰/۰۰۱

(د) بحث و نتیجه‌گیری

در این پژوهش مشخص شد که مداخله مبتنی بر سبک زندگی اسلامی منجر به افزایش معنادار در سبک زندگی، بهزیستی روان‌شناختی، سلامت معنوی و رفتارهای سلامت افراد در معرض خطر بیماری قلبی می‌شود. یافته‌های این پژوهش را می‌توان به شرح ذیل تبیین کرد:

یافته‌های پژوهشی فرضیه اول را تأیید کردند: مداخله مبتنی بر سبک زندگی اسلامی، سبک زندگی افراد در معرض خطر بیماری قلبی را بهبود می‌بخشد. این مداخله همه ابعاد سبک زندگی اسلامی را در بر نمی‌گرفت و فقط شامل ابعاد معنویت و رفتارهای سلامت اسلامی بود. اما توانسته است سبک زندگی اسلامی کلی افراد را نیز به طور معنادار ارتقا دهد. احتمالاً در نتیجه بهبود روابط افراد با خداوند، پایداری آنها به سبک زندگی اسلامی در کلیه جنبه‌ها افزایش یافته است.

یافته‌های پژوهشی فرضیه دوم را نیز تأیید کردند: مداخله مبتنی بر سبک زندگی اسلامی، سلامت روانی افراد در معرض خطر بیماری قلبی را در بعد بهزیستی روان‌شناختی بهبود می‌بخشد. این یافته با نتایج پژوهشهای پیشین (السان و همکاران،^۱ ۲۰۱۲؛ کرمادی و همکاران،^۲ ۲۰۰۸؛ مولر و همکاران، ۲۰۰۱) همسو است. هرچند در ماندگی روان‌شناختی در اثر مداخله سبک زندگی اسلامی کاهش یافت، اما کاهش آن معنادار نبود. یکی از دلایل احتمالی این یافته ممکن است این باشد که شرکت‌کنندگان در این پژوهش طبق معیارهای ورود لازم بود مبتلا به اختلال روان‌شناختی نباشند و سابقه این اختلالها را نیز نداشته باشند. بر اساس این معیار، شرکت‌کنندگان از سلامت روانی برخوردار بودند و احتمالاً از نظر در ماندگی روان‌شناختی خود در پایین‌ترین سطح قرار داشتند. این وضعیت، کاهش در ماندگی روان‌شناختی را منتفی می‌سازد. این احتمال

1. Olson, Trevino, Geske & Vanderpool
2. Carmody, Reed, Kristeller & Merriam

مدل مداخله مبتنی بر سبک زندگی اسلامی و سلامت قلبی ♦ ۴۸۱

نیز مطرح است که در این شرایط خاص، کاهش درماندگی روان‌شناختی مستلزم طول دوره بیشتر مداخله یا استفاده از مداخلات تخصصی تر باشد.

مهم‌ترین مؤلفه اثربخشی مداخله سبک زندگی اسلامی، معنویت است. مطالعات قلبی (کرمدی و همکاران، ۲۰۰۸؛ کریتانا،^۱ ۲۰۱۲؛ لاسچس و کوئینگ،^۲ ۲۰۱۳؛ مولر و همکاران، ۲۰۰۱) نشان داده‌اند که بین معنویت و مذهب با سلامت جسمی و سلامت روانی رابطه وجود دارد. پژوهشهای متعدد آثار مثبتی برای سلامت معنوی ذکر کرده‌اند. تنوعی از فواید برای سلامت هیجانی مطرح شده‌اند، مانند ارتقای وضعیت خلقی (هاوکر و همکاران، ۱۹۹۵). دانشجویان دارای نگرشهای مذهبی از سلامت روانی بیشتری برخوردارند (خیدانی، ۱۳۹۰) و بین اعتقادات مذهبی و خوش‌بینی با سلامت معنوی دانشجویان رابطه وجود دارد (عسگری و همکاران، ۱۳۸۹). هرچه میزان گرایش به اعمال مذهبی بیشتر باشد، بر میزان سلامت روانی افزوده می‌شود (ظروفی، ۱۳۸۸). معنویت و اعمال مذهبی مانند دعا نقش مهمی در قبول بیماری ایفا می‌کنند (حجینی، و همکاران، ۱۳۸۹). بین سلامت معنوی و مذهب با امید رابطه وجود دارد (بالجانی و همکاران، ۱۳۹۰). آموزش خودمراقبتی معنوی باعث کاهش استرس و افزایش تحمل پریشانی می‌شود (ریحانی و همکاران، ۱۳۹۳). مراقبت معنوی باعث افزایش تجارب معنوی بیماران می‌شود (سعیدی طاهری و همکاران، ۱۳۹۲). درمان شناختی- رفتاری مذهب‌محور باعث افزایش سازگاری زناشویی و سلامت روان زوجین می‌شود (حمید و همکاران، ۱۳۹۱). برنامه مراقبت معنوی اضطراب بیماران قلبی را کاهش می‌دهد (مؤمنی قلعه قاسمی و همکاران، ۱۳۹۱). برنامه مراقبت معنوی- مذهبی می‌تواند اضطراب بیماران پس از عمل جراحی بای پس عروق کرونر قلب را کاهش دهد (تاج‌بخش و همکاران، ۱۳۹۳). همچنین رفتار درمانی مبتنی بر مذهب، بر کاهش میزان استرس و افسردگی زنان دارای همسر معتاد تأثیر معنادار دارد (باقری و همکاران، ۱۳۹۴). اینکه معنویت و مذهب از چه طریقی می‌توانند به افزایش سلامت منجر شوند نیز در پژوهشها مورد بررسی قرار گرفته است. معنویت و مذهب با نتایج سلامت بهتر شامل طول عمر بیشتر، مهارتهای مقابله‌ای بهتر، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بالاتر و اضطراب، افسردگی و خودکشی کمتر رابطه دارند (مولر و همکاران، ۲۰۰۱). تعداد زیادی از پژوهشها نشان داده است که افرادی که بیشتر اهل معنویت/مذهب هستند، سلامت روانی بهتری دارند و با مشکلات سلامت سریع‌تر سازگار می‌شوند (کوئینگ، ۲۰۱۲). معنویت در مواقع تصمیم‌گیری و فشار روانی به فرد کمک می‌کند؛ به زندگی فرد معنایی می‌دهد که بتواند به پرسشهای فلسفی خود پاسخ دهد؛ برای فرد حمایت اجتماعی فراهم می‌کند؛ در فرد مثبت‌نگری، خوش‌بینی، امیدواری، انگیزش، معنا و هدف ایجاد می‌کند؛ توانمندی فردی را افزایش می‌دهد و احساس تسلط داشتن، پذیرش، تحمل رنج و سازگاری با استرسها و مشکلات را می‌افزاید. پژوهشها نشان داده‌اند که این موارد در بهبودی، بهزیستی و ارتقای سلامت بیوفیزیولوژیک، ایمونولوژیک و روانی- اجتماعی مؤثرند. (بوالهروی، ۱۳۸۹)

1. Kharitonov

2. Lucchese & Koeing

مذهب/معنویت منابع روان‌شناختی جهت تسهیل مقابله و سازگاری برای فرد فراهم می‌کند (لاسچس و کوئینگ، ۲۰۱۳). مقابله مذهبی مثبت، سلامت روانی بالاتر را نیز پیش‌بینی می‌کند (السان و همکاران، ۲۰۱۲). مقابله مذهبی به معنای استفاده از عقاید یا اعمال مذهبی به عنوان راهی برای سازگاری با چالشهای جسمی، روانی و اجتماعی که بر اثر بیماری پزشکی به وجود می‌آید، است (لاسچس و کوئینگ، ۲۰۱۳). منابع روان‌شناختی که مذهب/معنویت فراهم می‌کند، شامل این موارد نیز می‌شود: کاهش احتمال وقایع استرس‌زای زندگی از طریق اثرگذاری بر رفتارها (امان)، فراهم کردن معنا در زندگی (پارک، ۲۰۱۴)، فراهم کردن معنا و هدف برای وقایع استرس‌زایی که در زندگی اتفاق می‌افتند و الگودهی مثبت به افراد از طریق آوردن مثالهایی در کتابهای مقدس از افرادی که با مشکلاتی روبه‌رو و به طور مؤثر با آنها مواجه می‌شوند. نتیجه این فرایند، تجربه هیجانهای مثبت بیشتر و هیجانهای منفی کمتر است. این فواید روان‌شناختی مذهب/معنویت روی عملکردهای ایمنی، التهایی، غدد درون‌ریز و خودکار که به نوبه خود سلامت CV را افزایش می‌دهند، تأثیر می‌گذارند. عوامل روان‌شناختی مسئول ۵۰ درصد اثرات مذهب/معنویت روی نتایج CV هستند. (لاسچس و کوئینگ، ۲۰۱۳)

یافته‌های پژوهشی فرضیه سوم را تأیید کردند: مداخله مبتنی بر سبک زندگی اسلامی، سلامت معنوی افراد در معرض خطر بیماری قلبی را بهبود می‌بخشد. این یافته با نتایج پژوهشهای پیشین (سعیدی طاهری و همکاران، ۱۳۹۲) همسو است. از آنجا که مداخله سبک زندگی اسلامی شامل برنامه مراقبت معنوی نیز هست، این برنامه توانسته است شاخصهای سلامت معنوی شرکت‌کنندگان در این مداخله را افزایش دهد.

یافته‌های پژوهش فرضیه چهارم را نیز تأیید کردند؛ یعنی مداخله مبتنی بر سبک زندگی اسلامی، رفتارهای سلامت افراد در معرض خطر بیماری قلبی را ارتقادی دهد. کارآمدی روشهای مورد استفاده در این مداخله به منظور تغییر مثبت رفتارهای سلامت در پژوهشهای گذشته (اریکسون و همکاران، ۲۰۱۰؛ باکلین - تیباود و همکاران، ۲۰۱۰؛ درایی، ۱۹۹۲؛ شیر و همکاران، ۲۰۱۲؛ لیدین و همکاران، ۲۰۱۲) مورد تأیید قرار گرفته است. در نتیجه، این روشها در این پژوهش نیز موفق به ایجاد تغییرات مثبت در رفتارهای سلامت شده‌اند. در جریان این مداخله به افراد در مورد وضعیت جسمی‌شان نیز آگاهی داده شد که این آگاهی در کنار آموزشهای مؤثری که دریافت کرده‌اند، می‌تواند منجر به ارتقای رفتارهای سلامت شده باشد. تأثیر مثبت افزایش آگاهی افراد از وضعیت خود بر سلامت آنها در پژوهشها نیز تأیید شده است. (کریمی زارچی و نقی‌ئی، ۱۳۸۸)

پیشنهاد پژوهشی این مطالعه به پژوهشگران آینده شامل موارد ذیل است:

مدل مداخله مبتنی بر سبک زندگی اسلامی و سلامت قلبی ♦ ۴۸۳

- طراحی مداخلات سبک زندگی اسلامی متنوعی که سایر ابعاد سبک زندگی اسلامی را نیز در بر گیرند؛

- اجرای مداخله سبک زندگی اسلامی در جوامع پژوهشی متنوع؛

- بررسی اثربخشی مداخله سبک زندگی اسلامی بر پیشگیری از سایر بیماری‌ها و مقایسه اثربخشی مداخله سبک زندگی اسلامی با سایر مداخلات سبک زندگی.

این پژوهش در اجرا با محدودیت‌هایی روبه‌رو بود: به دلیل اجرای این پژوهش در بین کارمندان بیمارستان، تعمیم نتایج باید با احتیاط صورت گیرد. همچنین به دلیل محدودیت‌های زمانی شرکت‌کنندگان، زمان جلسات فقط یک ساعت بود.

در این پژوهش مشخص شد که مداخله مبتنی بر سبک زندگی اسلامی منجر به افزایش معنادار در سبک زندگی، بهزیستی روان‌شناختی، سلامت معنوی و رفتارهای سلامت افراد در معرض خطر بیماری قلبی می‌شود. همه این موارد می‌توانند منجر به افزایش سلامت جسمی و در نتیجه، پیشگیری از بیماری‌های قلبی-عروقی شوند. در نتیجه، مداخله مبتنی بر سبک زندگی اسلامی به عنوان مداخله‌ای بومی و مناسب برای ایرانیان، می‌تواند در برنامه‌های پیشگیرانه از بیماری‌های قلبی-عروقی برای همه افراد جامعه، به خصوص افراد در معرض خطر بیماری قلبی به کار رود

منابع

- آزاد ارمکی، تقی و وحید شالچی (۱۳۸۴). «دو جهان ایرانی: مسجد و کافی‌شاپ». فصلنامه انجمن ایرانی مطالعات فرهنگی و ارتباطات، ش ۱۸۳: ۴-۱۶۳.
- آقاحسینی، شیماسادات؛ آزاد رحمانی، فرحناز عبدالله‌زاده و ایرج اسودی کرمانی (۱۳۹۰). «سلامت معنوی بیماران مبتلا به سرطان و عوامل مرتبط با آن». مجله دانشگاه علوم پزشکی قم، ش ۱۲: ۳-۷.
- اصمی اصطهبانی، مریم و سعیده گروسی (۱۳۹۳). «سبک زندگی دینی و عوامل مؤثر بر آن در بین دانشجویان دانشگاه شهید باهنر کرمان». فرهنگ در دانشگاه اسلامی، ش ۵۳۸: ۴-۵۱۵.
- باقری، مرضیه؛ مهری اسمعیل چگنی و فرشاد مه‌نگار (۱۳۹۴). «بررسی اثربخشی روان‌درمانی معنوی-مذهبی بر کاهش استرس، اضطراب و افسردگی زنان دارای همسر معتاد شهر ایلام». مجله پژوهش در دین و سلامت، ش ۲۴: ۳-۱۹.
- بالجانی، اسفندیار؛ جواد خشابی، الهام امانپور و ندا عظیمی (۱۳۹۰). «بررسی ارتباط بین سلامت معنوی، مذهب و امید در بیماران مبتلا به سرطان». مجله دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران (حیات)، ش ۱۷ (۳): ۳۷-۲۷.
- بشارت، محمدعلی (۱۳۸۵). «پایایی و اعتبار مقیاس سلامت روانی (MHI)». فصلنامه دانشور رفتار، ش ۱۶: ۱۱-۱۶.
- بشارت، محمدعلی (۱۳۸۸). «پایایی و روایی فرم ۲۸ سؤالی مقیاس سلامت روانی در جمعیت ایرانی». مجله علمی پزشکی قانونی، ش ۵۴: ۸۷-۹۱.
- بشارت، محمدعلی و سیده اسماء حسینی (۱۳۹۴). «بررسی مقدماتی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس رفتارهای ارتقا دهنده سلامت دینی». [منتشر نشده].
- بوالهری، جعفر (۱۳۸۹). نهادینه‌سازی معنویت در مفهوم سلامت معنوی. فصلنامه اخلاق پزشکی، ۱۴: ۱۱۲-۱۰۵.
- تاج‌بخش، فرشته؛ محمدعلی حسینی، محسن صادقی قهرودی، مسعود فلاحی خشک‌ناب، اصغر رکوفیان و مهدی رهگذر (۱۳۹۳). «تأثیر مراقبت معنوی- مذهبی بر اضطراب بیماران پس از عمل جراحی بای‌پس عروق کرونر قلب». پژوهش توانبخشی در پرستاری، ش ۶۱: ۱-۵۱.
- جواد آملی، عبدالله (۱۳۹۱). مفاتیح الحیات. قم: اسراء.
- حجتی، حمید؛ مصطفی قربانی، رقیه نظری، سیدحمید شریف‌نیا و گلپهار آخوندزاده (۱۳۸۹). «ارتباط تداوم دعا با سلامت معنوی در بیماران تحت همودایالیز». اصول بهداشت روانی، ش ۵۲۱: ۲-۵۱۴.
- حمید، نجمه؛ کیومرث بشلیده، مجید عیدی بایگی و زهرا دهقانی‌زاده (۱۳۹۰). «بررسی اثربخشی روان‌درمانی شناختی-رفتاری مذهب‌محور بر افسردگی زنان مطلقه». فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده، ش ۶۴: ۱-۵۴.

مدل مداخله مبتنی بر سبک زندگی اسلامی و سلامت قلبی ♦ ۴۸۵

- حمید، نجمه؛ مجید عیدی بایگی و مصطفی دهقانی (۱۳۹۱). «اثر بخشی روان‌درمانی شناختی- رفتاری مذهب‌محور بر سازگاری زناشویی و سلامت روان زوجین». *مطالعات اسلام و روان‌شناسی*، ش ۶ (۱۰): ۱۸۵-۱۰۳.
- خوش‌طینت، ولی‌الله (۱۳۹۱). «تأثیر التزام عملی به اعتقادات اسلامی از طریق سبک زندگی سالم بر گرایش دانشجویان به مصرف مواد مخدر». *روان‌شناسی سلامت*، ش ۱: ۵۹-۴۶.
- خیدانی، لیلی (۱۳۹۰). «بررسی نقش مذهب بر سلامت روانی دانشجویان دانشگاه‌های استان ایلام». *فصلنامه اندیشه‌های تازه در علوم تربیتی*، ش ۳: ۶۳-۸۲.
- ریحانی، طیبه؛ زهره سخاوت‌پور، محمد حیدرزاده، سید مهدی موسویو رضا مظلوم (۱۳۹۳). «بررسی تأثیر آموزش خودمراقبتی معنوی بر تحمل پریشانی مادران نوزادان نارس بستری در بخش مراقبت ویژه نوزادان». *مجله زنان، مامائی و نازائی ایران*، ش ۱۷ (۹۷): ۲۸-۱۸.
- سعیدی طاهری، زهرا؛ مینو اسدزندی و عباس عبادی (۱۳۹۲). «تأثیر مراقبت معنوی مبتنی بر مدل قلب سلیم بر تجربه معنوی بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر». *روان‌پرستاری*، ش ۱ (۳): ۵۳-۴۵.
- ظروفی، مجید (۱۳۸۸). «بررسی سلامت روانی و رابطه آن با گرایش به اعمال مذهبی در بین دانشجویان دانشگاه آزاد شبستر». *روان‌شناسی و دین*، ش ۴: ۱۵۶-۱۴۳.
- عسگری، پرویز، خدیجه روشنی و مهری آدریانی (۱۳۸۹). «رابطه اعتقادات مذهبی و خوش‌بینی با سلامت معنوی دانشجویان دانشگاه آزاد اهواز». *یافته‌های نو در روان‌شناسی*، ش ۹: ۳۹-۲۷.
- کاویانی، محمد (۱۳۹۱). *سبک زندگی اسلامی و ابزار سنجش آن*. قم: پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.
- کریمی زارچی، علی‌اکبر و محمدرضا نقی‌ئی (۱۳۸۸). «شیوع عوامل خطر ساز بیماری شریان کرونری و تأثیر راهنمایی‌های اصلاح سبک زندگی». *مجله پزشکی کوثر*، ش ۳: ۱۶۲-۱۵۷.
- گال، مردیت؛ والتر بورگ، و جویس گال (۱۳۸۶). *روشهای تحقیق کمتی و کیفی در علوم تربیتی و روان‌شناسی (جلد دوم)*. ترجمه زیر نظر احمدرضا نصر. تهران: سمت و دانشگاه شهید بهشتی.
- گلابی، فاطمه و مرضیه ساعی (۱۳۹۳). «بررسی نقش دینداری در رفتار تغذیه‌ای و زمینه اجتماعی مرتبط با آن در شهروندان بالای ۱۵ سال تبریزی در سال ۱۳۹۳». *دین و سلامت*، ش ۲: ۲۸-۱۹.
- محمدزیدی، عیسی؛ امیر پاکپورحاجی آقا، و بنفشه محمدزیدی (۱۳۹۰). «روایی و پایایی نسخه فارسی پرسشنامه سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت». *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، ش ۱۱۳: ۲۱-۰۳.
- موسوی گیلانی، سید رضی (۱۳۹۲). «چیستی و چرایی سبک زندگی و نسبت آن با دین و مهدویت». *فصلنامه علمی-پژوهشی مشرق موعود*، ش ۱۳۸: ۲۵-۱۲۳.
- مهدوی کئی، محمدسعید (۱۳۸۷). *دین و سبک زندگی*. تهران: دانشگاه امام صادق (ع).

- مؤمنی قلعه قاسمی، طاهره؛ امیر موسی رضایی، مهین معینی و همایون ناجی اصفهانی (۱۳۹۱). «تأثیر برنامه مراقبت معنوی بر اضطراب بیماران ایسکمیک قلبی بستری در بخش مراقبتهای ویژه قلب: یک کارآزمایی بالینی». *تحقیقات علوم رفتاری (ویژه نامه سلامت روان)*، ش ۵۶۴: ۱۰-۵۵۴.
- نصرتی، شیما و ابولفضل ذوالفقاری (۱۳۹۱). «تأثیر میزان دینداری بر سبک زندگی جوانان ایرانی». فصلنامه پژوهش اجتماعی، ش ۱۱۷: ۱۴-۱۰۱.
- هکاری، دیانا؛ رحمت محمدزاده، هنگامه خواجهی کیا و سهیلا زارعی (۱۳۹۱). «مقایسه سبک زندگی زنان یانسه مبتلا به بیماری‌های عروق کرونر با زنان غیرمبتلا در سال ۸۹-۱۳۸۸». *مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی*، ش ۱: ۶۹-۷۷.
- Adler Graduate School (2015). “**Alfred Adler Theory and Application**”. Retrieved from: <http://alfredadler.edu/about/theory>.
- Aghahosseini, Sh.S.; A. Rahmani, F. Abdollahzadeh & I. Asvadi Kermani (2011). “**Spiritual Health of Cancer Patients and Related Factors**”. *Qom University of Medical Sciences*, 3: 7-12.
- Artinian, N.T.; G.F. Fletcher, D. Mozaffarian, P. Kris-Etherton, L.V. Horn, A.H. Lichtenstein & et al. (2010). “**Interventions to Promote Physical Activity and Dietary Lifestyle Changes for Cardiovascular Risk Factor Reduction in Adults: A Scientific Statement from the American Heart Association**”. *Journal of American Heart Association*, 122: 406-441.
- Asemi Estahbani, M. & S. Garrosi (2014). “**Religious Lifestyle and Influencing Factors on it between Students of Shahid Bahonar of Kerman**”. *Journal of Culture in the Islamic University*, 4: 515-538.
- Asgari, P.; Kh. Roshani & M. Adriyani (2010). “**The Relationship of Religious Beliefs and Optimism with Spiritual Health of Students of Azad University of Ahvaz**”. *New Results in Psychology*, 27-39.
- Azad Armaki, T. & V. Shalchi (2005). “**Two Iranian World: Mosque and Coffee**”. *Journal of Iranian Community of Cultural Studies and Relationships*, 4: 163-183.
- Bagheri, M.; M. Esmael Chegini & F. Mahnegar (2015). “**Reviews of the Effectiveness of Religious, Apiritual and Mental Therapy on Stress Reduction, Anxiety and Depression in Women with Addicted Spous in Ilam City**”. *Journal of Research on Religion and Health*, 3: 19-24.
- Baljani, E.; J. Khashabi, E. Amanpoor & N. Azimi (2011). “**Relationship between Spiritual Well-being, Religion, and Hope among Patients with Cancer**”. *Journal of Faculty of Nursing and Midwifery of Tehran University*, 17: 27-37.
- Besharat, M.A. & S.A. Hosseini (2015). **A Preliminary Study of the Psychometric Properties of Religious Health Promoting Behaviors**. Unpublished.

- Besharat, M.A. (2006). "The Reliability and Validity of Mental Health Inventory (MHI)". *Journal of Daneshvar Raftar*, 16: 11-16.
- Besharat, M.A. (2009). "The Reliability and Validity of the 28 Question of Mental Health Inventory in Iranian Population". *Journal of Forensic Medicine*, 54: 87-91.
- Bolhari, J. (2011). Institutionalize spirituality in the sense of spiritual well-being. *The Journal of Medical ethics*, 14: 105-112.
- Buclin-Thiebaud, S.; Z. Pataky, V. Bruchez & A. Golay (2010). "New Psycho-Pedagogic Approach to Obesity Treatment: A 5-year Follow-up". *Patient Education Couns*, 79: 333-337.
- Bufford, R.K.; R.F. Paloutzian & C.W. Ellison (1991). "Norms for the Spiritual Well-Being Scale". *Journal of Psychology and Theology*, 19: 45-70.
- Carlson, A.C.; H. Theobald & P.E. Wandell (2010). "Health Factors and Longevity in Men and Women: A 26-year Follow-up Study". *Eur J. Epidemiol*, 25: 547-551.
- Carlson, A.C.; P.E. Wändell, B. Gigante, K. Leander, M.L. Hellenius & U.D. Faire (2013). "Seven Modifiable Life Style Factors Predict Reduced Risk for Ischemic Cardiovascular Disease and All-Cause Mortality Regardless of Body Mass Index: A Cohort Study". *International Journal of Cardiology*, 168 (2): 946-952.
- Carmody, J.; G. Reed, J. Kristeller & P. Merriam (2008). "Mindfulness, Spirituality, and Health-Related Symptoms". *Journal of Psychosomatic Research*, 64: 393-403.
- Cleanthous, X.; M. Noakes, G.D. Brink worth, J.B. Keogh, G. Williams & P.M. Clifton (2011). "A Pilot Comprehensive Lifestyle Intervention Program (CLIP) - Comparison with Qualitative Lifestyle Advice and Simvastatin on Cardiovascular Risk Factors in Overweight Hypercholesterolemia Individuals". *Nutrition, Metabolism & Cardiovascular Diseases*, 21: 165-172.
- Darvyri, P.; M. Galanakis, A.G. Avgoustidis, S. Vasdekis, A. Artemiadis, X. Tigani & et al. (2014). "The Spiritual well-being Scale (SWBS) in Greek Population of Attica". *Psychology*, 5: 1575-1582.
- Davis, M.F.; D. Shapiro, R. Windsor, P. Whalen, R. Rhode, H.S. Miller & et al. (2011). "Motivational Interviewing Versus Prescriptive Advice for Smokers who are not ready to Quit". *Patient Education Couns*, 83:129-133.
- Duryee, R. (1992). "The efficacy of inpatient education after myocardial infarction". *Heart Lung*, 21: 217-225.
- Eriksson, M.K.; L. Hagberg, L. Lindholm, E.B. Malmgren-Olsson, J. Osterlind & M. Eliasson (2010). "Quality of Life and Cost-Effectiveness of a 3-year Trial of Lifestyle Intervention in Primary Health Care". *Arch International Medicine*, 170: 1470-1479.

- Gal, M.; W. Burg & J. Gal (2007). **Quantitative and Qualitative Research Methods in Education and Psychology**. Translation: A. Nasr. Tehran: SAMT, and Shahid Beheshti University.
- Genia, V. (2001). "Evaluation of Spiritual Well-Being Scale in Sample of College Student". *International Journal for Psychology of Religion*, 11: 25-30.
- Gerstel, E.; Z. Pataky, C. Busnel, O. Rutschmann, I. Guessous, C. Zumwald & et al. (2013). "Impact of Lifestyle Intervention on Body Weight and the Metabolic Syndrome in Home-care Providers". *Diabetes & Metabolism*, 39: 78-84.
- Golabi, F. & M. Saei (2014). "Survey the Role of Religion in Nutritional Behavior and Social Context Associated with it between the Citizens over 15 Years of Tabriz in the 1393 Year". *Journal of Religion and Health*, 2: 19-28.
- Goldberg, D. (1972). **The detection of psychiatric illness by questionnaire: A technique for the identification and assessment of non-psychotic psychiatric illness**. London, New York: Oxford University Press.
- Hakari, D.; R. Mohammadzadeh, H. Khajavi Kiya & S. Zarei (2012). "Compare the Life Style of Postmenopausal Women with Coronary Artery Disease with Women who did in 1388-89". *Journal of Medical Sciences, Islamic Azad University*, 1: 69-77.
- Hamid, N.; K. Belshideh, M. Eydi Baygani & Z. Dehghanizadeh (2011). "Survey of the Effectiveness of Religious Cognitive-Behavioral Psychotherapy of Depression of Divorced Women". *Journal of Consulting and Family Therapy*, 1: 54-64.
- Hamid, N.; M. Eydibaygani & M. Dehghani (2012). "The Effectiveness of Religious Cognitive-Behavioral Psychotherapy on Marital and Mental Health". *Journal of Studies of Islam and Psychology*, 6: 103-185.
- Hawks, S.R., M.L. Hull, R.L. Thalman & P.M. Richins (1995). "Review of Spiritual Health: Definition, Role, and Intervention Strategies in Health Promotion". *American Journal of Health Promotion*, 9 (5): 371-378.
- Hendricks, J. & L.R. Hatch (2006). **Handbook of Aging and the Social Sciences**. Sixth Edition. Copyright © 2006 by Academic Press.
- Hojjati, H.; M. Ghorbani, R. Nazari, S.H. Sharifniya & G. Akhundzadeh (2000). "The Relationship of Continued Prayer and Spiritual Health in Patients Undergoing Hemodialysis". *Journal of Principles of Mental Health*, 2: 514-521.
- Javadi Amoli. A. (2012). **Mafatihol Hayat**. Qom: Publication Center of Esra.
- Karimi Zarchi, A.A. & M.R. Naghiee (2009). "The Prevalence of Risk Factors for Coronary Artery Disease and the Effects of Lifestyle Modification Advices". *Medical Journal of Kowsar*, 3: 157-162.
- Kaviyani, M. (2012). **Islamic Lifestyle and its Scale**. Qom: Research Institute of Howzah and University.

- Kharitonov, S.A. (2012). “**Religion and Spiritual Biomarkers in both Health and Disease**”. *Religions*, 3: 467-497.
- Khayyam-Nekouei, Z.; H. Neshat-Doost, A. Yousefi, M. Sadeghi & G. Manshaee (2013). “**Psychological Factors and Coronary Heart Disease**”. *ARYA Atheroscler*, 9 (1): 102-111.
- Khidani, L. (2011). “**Assessment of the Role of Religion on Mental Health of Students of Ilam University**”. *Journal of New Ideas in Education*, 3: 63-82.
- Khoshtinat, V.A. (2012). “**Impact of Adherence to Islamic Beliefs through Healthy Lifestyle on University Students Tendency to Drug Consumption**”. *Journal of Health Psychology*, 1: 46-59.
- King, D.E.; A.G. Mainous III, M. Carnemolla & C.J. Everett (2009). “**Adherence to Healthy Lifestyle Habits in US Adults, 1988-2006**”. *Am J Med*, 122: 528-534.
- Koenig, H.G. (2012). “**Religion, Spirituality, and Health: The Research and Clinical Implications**”. *International Scholarly Research Network, Psychiatry*, 1-33.
- Lidin, M.; E. Ekblom-Bak & M. Hellénus (2012). “**Sedentary Time Decrease in Patients with Cardio Vascular Risk Factors Participating in a Structured Lifestyle Intervention Program**”. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 15: 188-264.
- Loef, M. & H. Walach (2012). “**The Combined Effects of Healthy Lifestyle Behaviors on All-Cause Mortality: A Systematic Review and Meta-Analysis**”. *Preventive Medicine*, 55: 163-170.
- Lopez-Jaramillo, P., Casas, J. P., Bautista, L., Serrano, N. C., & Morillo, C. A. (2001). “**An integrated proposal to explain the epidemic of cardiovascular disease in a developing country: from socioeconomic factors to free radicals**”. *Cardiology*, 96(1): 1-6.
- Lucchese, F.A. & H.G. Koeing (2013). “**Religion, Spirituality and Cardiovascular Disease: Research, Clinical Implications, and Opportunities in Brazil**”. *Rev Bras Cir Cardiovasc*, 28 (1): <http://dx.doi.org/10.5935/1678-9741.20130015>
- Mahdavi Kani, M. (2008). **Religion and Lifestyle**. Tehran: Publication of Emam Sadegh Alayhessalam University.
- Masters, K.S. & S.A. Hooker (2013). “**Religiousness/Spirituality, Cardiovascular Disease, and Cancer: Cultural Integration for Health Research and Intervention**”. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81 (2): 206-216.
- Mohammadi Zeydi, E.; A. Pakpoor Hajiagha & B. Mohammadi Zeydi (2011). “**Validity and Reliability of the Persian Version of Health Promoting Lifestyle Questionnaire**”. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*, 21: 103-113.

- Momeni Ghaleghasemi, T.; A. Mousa Rezaei, M. Moeni & H. Naji Esfahani (2012). **“The Effect of Spiritual care Program on the Anxiety of Ischemic Heart Disease Patients Hospitalized in the Intensive Care Unit of the Heart: A Clinical Trial”**. *Journal of Researches of Behavioral Sciences*, 10: 554-564.
- Mousavi Gilani, S.R. (2013). **“How and why is the Lifestyle and its Relationship with Religion and Mahdism”**. *Journal of Mashreghe Moud*, 25: 123-138.
- Mueller, P.S.; D.J. Plevak & T.A. Rummans (2001). **“Religious Involvement, Spirituality, and Medicine: Implications for Clinical Practice”**. *Mayo Clinic Proceedings*, 76 (12): 1225-1235.
- Nadarajah, S.; A. Berger & S.A. Thomas (2013). **“Current Status of Spirituality in Cardiac Rehabilitation Programs: A Review of Literature”**. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation & Prevention*, 33 (3): 135-143.
- Neylon, A.; C. Canniffe, S. Anand, C. Kreatsoulas, G.J. Blake, D. Sugrue & C. McGorrian (2013). **“A Global Perspective on Psychosocial Risk Factors for Cardiovascular Disease”**. *Progress in Cardiovascular Disease*, 55 (6): 574-581.
- Nosrati, S. & A. Zolfaghari (2012). **“The Effect of the Religiosity of Iranian youth Lifestyle”**. *Journal of Social Research*, 14: 101-117.
- Olson, M.M.; D.B. Trevino, J.A. Geske & H. Vanderpool (2012). **“Religious Coping and Mental Health Outcomes: An Exploratory Study of Socioeconomically Disadvantaged Patients”**. *The Journal of Science and Healing*, 8 (3): 172-176.
- Paloutzian & C.W. Ellison (2014). **“Life advance: The home of the spiritual well-being scale”**. Retrieved from: <http://www.lifeadvance.com/spiritual-well-being-scale.html>
- Park, C.L. (2014). **“Meaning, Spirituality, and Health: A Brief Introduction”**. DIO: 10.7213/revistapistispraxis.06.001.DS01.
- Reyhani, T.; Z. Sekhavatpoor, M. Heydarzadeh, S.M. Moosavi & R. Mazloun (2014). **“Survey of the Effect of Education of Spiritual Self-Care on Distress Tolerance of Mothers of Premature Infants in Neonatal Intensive Care Unit”**. *Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility of Iran*, 17: 18-28.
- Ripoll, R.M. (2012). **“Lifestyle Medicine: The Importance of Considering all the Causes of Disease”**. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.)*, 5 (1): 48-52.
- Rosen, L.J.; O. Manor, D.L. Brody, D. Engelhard, R.A. Shtarkshall & D. Zucker (2009). **“From Pills to Programs: Lessons from Medicine for Developing Effective Lifestyle Interventions”**. *Preventive Medicine*, 49: 12-18.

- Saidi Taheri, Z.; M. Asadzandi & A. Ebadi (2013). "The Effect of Spiritual Health Based on Ghalb Salim Model on Spiritual Experience of Patients of Coronary Heart Disease". *Psychiatric Nursing*, 1: 45-53.
- Share, B.; J. Kemp, G. Naughton, P. Obert & E. Aumand (2012). "Lifestyle Intervention Improves Cardio Vascular Disease Risk Factors in Young Overweight Women". *Journal of Science and Medicine in Sport*, 15: 188-264.
- Srimahachota, S.; R. Wunsuwan, A. Siritantikorn, C. Boonla, S. Chaiwongkarjohn & P. Tosukhowong (2010). "Effects of Lifestyle Modification on Oxidized LDL, Reactive Oxygen Species Production and Endothelial Cell Viability in Patients with Coronary Artery Disease". *Clinical Biochemistry*, 43: 858-862.
- Tajbakhsh, F.; M.A. Hosseini, M. Sadeghi Ghahroodi, M. Falahi Khoshknab, A. Rakooftian & M. Rahgozar (2014). "The Effect of Spiritual-Religious Care on Anxiety of Patients after Coronary Artery Bypass Surgery". *Journal of Rehabilitation Research in Nursing*, 1: 51-61.
- Utsey, S.O.; M.A. Bolden, O. Williams, A. Lee, Y. Lanier & C. Newsome (2007). "Spiritual Well-Being as a Mediator of the Relation between Culture-Specific Coping and Quality of Life in a Community Sample of African Americans". *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 38: 123-136.
- Van Wayenburg, C.A.M.; M.B.T. Lemiengre, A.H. Van Reenen-Schimmel, J.H.J. Bor, J.C. Bakx, W.A. Van Staveren, C. Van Weel & J.J. Van Binsbergen (2008). "Encounters for Common Illnesses in General Practice Increased in Obese Patients". *Fam Pract*, 25: 93-98.
- Veit, C.T. & J.E. Ware (1983). "The Structure of Psychological Distress and Well-Being in General Population". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51: 730-742.
- Vender, J.P. (2006). "Spiritual Health: The Next Frontier". *European Journal of Public Health*, 16 (5): 457.
- Walker, S.N.; K.R. Sechrist & N.J. Pender (1987). "The Health-Promoting Lifestyle Profile: Development and Psychometric Characteristics". *Nurs Res*, 36 (2): 76-81.
- World Health Organization (2002). "The Impact of Chronic Disease in the Islamic Republic of Iran". Retrieved from: http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/en/
- World Health Organization (2008). "The Global Burden of Disease: 2004 update". Geneva: WHO; 2008. Retrieved from: <http://www.who.int/evidence/bod>
- World Health Organization (2012). "Cardio Vascular Diseases (CVDs)". Retrieved from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/>

- World Health Organization (2014). “**Health Topics: Mental Health**”. Retrieved from: http://www.who.int/features/factfiles/Mental_health/en/
- Zoroofi, M. (2008). “**Survey of Mental Health and its Relationship with Trends in Religious Practice among Shabestar Azad University Students**”. *Psychology and Religion*, 4: 143-156.



Archive of SID