



Comparison of Quality of Life, Depression, Anxiety, Stress, and Mindfulness of Cardiac Patients with Much and Few Remembrance of God

ARTICLE INFO

Article Type

Descriptive Study

Authors

Dashti N.* MSc,
Hajloo N.¹ PhD,
Sadeghi G.² PhD,
Narimani M.¹ PhD,
Sharifinia M.H.³ PhD

How to cite this article

Dashti N, Hajloo N, Sadeghi G, Narimani M, Sharifinia M. H. Comparison of Quality of Life, Depression, Anxiety, Stress, and Mindfulness of Cardiac Patients with Much and Few Remembrance of God. *Islamic Life Style Centered on Health*. 2018;2(3):123-129.

*Psychology Department, Education & Psychology Faculty, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran
¹Psychology Department, Education & Psychology Faculty, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran
²Pharmacology Department, Veterinary Medicine Faculty, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran
³Research Institute of Hawzah & University (RIHU) Institute, Qom, Iran

Correspondence

Address: Psychology Department, Education & Psychology Faculty, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran
Phone: +98 (45) 33519827
Fax: +98 (45) 33512877
naghidashti@arums.ac.ir

Article History

Received: November 22, 2017
Accepted: March 3, 2018
ePublished: September 8, 2018

ABSTRACT

Aims Most cardiac patients in bad mental conditions find the ways that reduce their pain and suffering and try to achieve meaning in life. "Dhikr" refers to the remembrance of God and is mentioned as a cause of human tranquility in religious sources as the Quran. The aim of this study was the comparison of quality of life, depression, anxiety, stress, and mindfulness of cardiac patients with much and few remembrance of God.

Instruments & Methods The statistical population of this causal-comparative study included all cardiac patients with the diagnosis of cardiovascular problems, who received medical treatment in Ardabil during 2017. Totally, 225 of them were selected through available sampling method and completed the research questionnaires. 108 subjects were in the high remembrance group and 117 subjects were in the low remembrance group. The tools used in the study were WHO Quality of Life-BREF (WHOQOL-BREF), Freiburg Mindfulness Inventory_Short Form (FMI-SF), Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21), and researcher made questionnaire of Dhikr. The data were analyzed by multivariate and univariate analysis of variance, using SPSS 22 software.

Findings There was a significant relationship between age, marital status, and gender with the Dhikr of participants. There was a significant difference between the two groups in terms of quality of life, depression, anxiety, and stress, and mindfulness ($p < 0.05$).

Conclusion As a religious method, remembrance of God is associated with increased quality of life and mindfulness and reduced depression, anxiety, and stress associated with cardiovascular disease.

Keywords Quality of Life; Depression; Anxiety; Stress; Cardiovascular Diseases

CITATION LINKS

[1] CThe effectiveness of cognitive behavioral therapy ... [2] Global perceived health and health ... [3] Determinants of subjective quality ... [4] Quality of life research: Rigor ... [5] Valuing quality of life and improvements ... [6] The impact of chronic heart failure ... [7] Iron deficiency is a key determinant of ... [8] Comparison of three quality of life instruments ... [9] Stressors and anxiety in patients undergoing ... [10] Depression, heart rate related variables ... [11] TThe impact of anxiety and mood ... [12] Acute coronary syndrome in elderly ... [13] Anxiety and depression in patients ... [14] Care guide of adult psychiatric illness ... [15] Comparison of patient education and ... [16] "The rust of life": Impact of anxiety ... [17] Depression, low self-esteem and ... [18] Mechanisms of ... [19] Spiritual experience of heart attack ... [20] Counseling and psychotherapy with ... [21] The role of spirituality in health ... [22] A theistic spiritual treatment for ... [23] The effect of spiritual care based ... [24] Religious care of hospitalized patients ... [25] Reality of ... [26] Evaluation of the effect of ... [27] Effect of reciting "Allah" ... [28] Risk factors for cardiovascular diseases in hospitalized patients in Boooli Hospital ... [29] Validation of the United States' version ... [30] The World Health Organization Quality of ... [31] Measuring mindfulness - the Freiburg Mindfulness ... [32] Survey the validity and reliability of the Persian version of short form of Freiburg ... [33] The structure of negative emotional ... [34] Psychometric properties of the 42-item ... [35] The link between religion and spirituality ... [36] A study on the reliability and validity ... [37] The relationship between spiritual ... [38] The role of religion in heart-transplant ... [39] A comparative study of the effect ... [40] Basic nursing: Essentials for ... [41] Social support and religiosity as coping strategies for anxiety in hospitalized ... [42] Research on religion, spirituality, and ... [43] Religion and spirituality in psychotherapy: A practice-friendly review ... [44] Mantra meditation as a bedside spiritual ... [45] Zekr in mysticism of eastern ...

مقایسه کیفیت زندگی، افسردگی، اضطراب، استرس و ذهن‌آگاهی در بیماران قلبی با ذکر زیاد خدا و ذکر کم خدا

نقی دشتی * MSc

گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل ایران

نادر حاجلو PhD

گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل ایران

گودرز صادقی PhD

گروه فارماکولوژی، دانشکده دامپزشکی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

محمد نریمانی PhD

گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل ایران

محمدحسین شریفی‌نیا PhD

پژوهشگاه حوزه و دانشگاه، قم، ایران

چکیده

اهداف: اغلب بیماران قلبی در شرایط نابسامان روحی که در نتیجه بیماری پیدا می‌شود، دنبال راه‌هایی برای کاهش درد و رنج و رسیدن به معنایی در زندگی هستند. "ذکر" به معنی یاد خدا، در قرآن کریم و منابع دینی مایه آرامش انسان عنوان شده است. هدف این پژوهش، مقایسه کیفیت زندگی، افسردگی، اضطراب، استرس و ذهن‌آگاهی در بیماران قلبی با ذکر زیاد خدا و ذکر کم خدا بود.

ابزار و روش‌ها: جامعه آماری این تحقیق علی-مقایسه‌ای شامل کلیه بیماران بود که طی سال ۱۳۹۶ با تشخیص مشکلات قلبی-عروقی، در اردبیل خدمات درمانی دریافت کرده بودند که از بین آنها ۲۲۵ نفر با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و پرسش‌نامه‌های تحقیق را تکمیل کردند. ۱۰۸ نفر از آزمودنی‌ها در گروه با ذکر زیاد و ۱۱۷ نفر در گروه با ذکر کمتر قرار گرفتند. ابزار پژوهش شامل پرسش‌نامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی- فرم کوتاه (WHOQOL-BREF)، فرم کوتاه پرسش‌نامه ذهن‌آگاهی فرایبورگ (FMI-SF)، مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-21) و مقیاس محقق‌ساخته ذکر بود. داده‌های جمع‌آوری شده توسط نرم‌افزار SPSS 22 و با روش‌های آماری توصیفی و تحلیل واریانس چندمتغیره و تک‌متغیره تحلیل شدند.

یافته‌ها: بین سن، وضعیت تاهل و جنسیت با میزان ذکر شرکت‌کنندگان رابطه معنی‌داری وجود داشت. دو گروه مورد مقایسه در متغیرهای کیفیت زندگی، افسردگی، اضطراب، استرس و ذهن‌آگاهی تفاوت معنی‌داری داشتند ($P < 0.05$).

نتیجه‌گیری: ذکر به‌عنوان یک روش دینی یا افزایش کیفیت زندگی و ذهن‌آگاهی و کاهش افسردگی، اضطراب و استرس همراه بیماری قلبی-عروقی رابطه قوی دارد.

کلیدواژه‌ها: کیفیت زندگی، افسردگی، اضطراب، استرس، بیماری قلبی

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۰۴/۱۷

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۵/۲۰

*نویسنده مسئول: naghidashti@arums.ac.ir

مقدمه

نارسایی قلبی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن و علل مرگ‌ومیر در بزرگسالان است و بیشترین خدمات طبی را به خود اختصاص می‌دهد. میزان پذیرش مجدد پس از ترخیص آن پس از ۶ ماه تقریباً ۴۴٪ است [1] بیماری قلبی علاوه بر مشکلات جسمی باعث قطع تعاملات بین فردی مناسب، ایجاد فشارهای روانی و اضطراب، کاهش نشاط و افزایش وابستگی شده و تأثیر منفی بر کیفیت زندگی دارد [2]. مفهوم کیفیت زندگی یکی از مفاهیم جدی است که در سال‌های اخیر به‌عنوان معیاری برای بررسی نتایج درمان و وضعیت بیماران با اختلالات جسمی و روانی پذیرفته شده است [3].

شاخص کیفیت زندگی به معنی ارزیابی وضعیت ذهنی بیمار از سلامتی خود علاوه بر پیشگیری از پیشرفت بیماری از اهداف مهم درمان بیماران است که به‌طور فزاینده‌ای به‌عنوان نقطه نهایی کارهای مداخلات درمانی بیماران قلبی به کار می‌رود [4].

تستا و همکاران [5] عوامل متاثر و سازنده کیفیت زندگی را چنین تعریف می‌کنند: "حیطه‌های جسمی، اجتماعی و روانی سلامت که متاثر از تجارب، باورها، انتظارات و ادراک فرد هستند". بیماران مبتلا به نارسایی احتقانی قلب به دلیل اختلالات جسمی و روانی متعدد دارای مشکلاتی در کیفیت زندگی هستند، به طوری که مطالعات مختلف نشان می‌دهند این بیماران نسبت به جمعیت عمومی دارای کیفیت زندگی پایین‌تری هستند [6]. کیفیت زندگی بیماران نارسایی قلبی حتی نسبت به سایر بیماران مزمن نیز پایین‌تر است [7]. پیامدهای بالینی بیماری‌های قلبی مانند مرگ‌ومیر و سندروم‌های حاد بالینی اغلب نیازمند پیگیری طولانی‌مدت بیمار است و بسیاری از مداخلاتی که در این بیماران به کار می‌رود می‌تواند کیفیت زندگی بیمار را تحت تأثیر قرار دهد [8].

شیوع افسردگی در بیماران قلبی چندین برابر جمعیت عادی بوده و در تحقیقات مختلف بین ۲۷ تا ۴۰/۶٪ گزارش شده است [9]. افسردگی یک عامل برای افزایش ریسک و شیوع بیماری‌های قلبی در نظر گرفته می‌شود [10] و باعث بدتر شدن پیش‌آگهی بیماری قلبی بوده و حوادث ناگوار و ریسک را در بیماران که تشخیص بیماری قلبی-عروقی دریافت کرده‌اند افزایش می‌دهد [11]. اضطراب نیز از شایع‌ترین عوارض بیماری قلبی-عروقی است [12]. بیش از نیمی از کسانی که در بخش مراقبت‌های قلبی بستری می‌شوند درجه بالایی از اضطراب دارند [13]. خطر حوادث عروقی کرونر در مبتلایان به سکنه قلبی که سطح اضطراب زیادی را تجربه می‌کنند ۲ تا ۵ برابر بیشتر از بیماران غیرمضطرب است و براساس مطالعات جدید، اختلالات اضطرابی می‌تواند خطر مرگ‌ومیر در بیماری قلبی-عروقی را افزایش دهد [14].

شیوع بالای اضطراب در بیماران قلبی اگر چه یک واکنش طبیعی به یک استرس حاد ناشی از بیماری محسوب می‌شود، اما ممکن است به میزان ۲۵-۲۰٪، مدت‌زمان زیادی در این بیماران دوام داشته باشد [15] و طول‌کشیدن زیاد این اضطراب، عواقبی را برای سلامت افراد به‌همراه خواهد داشت [16].

براساس مدل‌های شناختی و ذهن‌آگاهی، واکنش‌های اضطراب و استرس بیماران قلبی-عروقی به این علت به وجود می‌آید که این افراد به دلیل امتزاج شناختی، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی کمتری دارند، بنابراین نمی‌توانند نسبت به تجارب زندگی پذیرندگی داشته باشند و تماس با لحظه حال را از دست می‌دهند. چنانچه این افراد بتوانند افکار، فرضیات و باورهای خود را به‌عنوان فرآیندهای ذهنی در نظر بگیرند نه به‌عنوان بازتاب‌هایی از واقعیت عینی، یعنی ذهن‌آگاه باشند، قادر خواهند بود از این احساسات منفی رهایی یابند [17].

ذهن‌آگاهی را تمایل کلی به آگاهی بیشتر از تجارب فرد، اتخاذ دیدگاهی غیرقضاوتی و پذیرش نسبت به تجارب درونی تعریف کرده‌اند. در واقع گشودگی به تجارب و دید غیرقضاوتی مکانیزم اصلی تغییر در اثربخشی درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی است. روش‌های ذهن‌آگاهی موجب تغییرات مهمی در ارتباط فرد با تجارب درونی، گسترش دیدگاه غیرقضاوتی، انعطاف‌پذیری و کم‌ترواکنشی نسبت به تجارب می‌شود [18] در حقیقت، افزایش ذهن‌آگاهی توانایی ما را برای عقب‌ایستادن و مشاهده‌کردن

دعا و ذکر که ریشه در باورهای عمومی و فرهنگ عامه مردم دارد، هدف اصلی تحقیق حاضر، مقایسه کیفیت زندگی، افسردگی، اضطراب، استرس و ذهن‌آگاهی در بیماران قلبی با ذکر زیاد خدا و ذکر کم خدا بود.

ابزار و روش‌ها

این مطالعه توصیفی با روش علی-مقایسه‌ای روی بیماران دارای تشخیص مشکلات قلبی-عروقی انجام گرفت. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه بیمارانی بود که تشخیص بیماری کرونر قلبی دریافت کرده و در مراکز درمانی و مطب‌های پزشکان متخصص قلب و عروق اردبیل طی سال‌های ۱۳۹۵ و ۱۳۹۶ خدمات درمانی دریافت کرده بودند. تعداد جامعه آماری با توجه به شیوع ۲۵ درصدی بیماری قلبی در اردبیل^[28] حدود ۳۰۰ هزار نفر تخمین زده می‌شود. از بین آنها ۲۲۵ نفر که طی فصل بهار ۱۳۹۶ به مطب متخصصان مربوطه و بخش قلب بیمارستان‌های اردبیل مراجعه کرده بودند، به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و پرسش‌نامه‌های تحقیق را تکمیل نمودند.

برای مقایسه میانگین نمرات دو گروه (با ذکر بالا و پایین)، شرکت‌کنندگان براساس نمره‌ای که در مقیاس محقق‌ساخته ذکر به دست آورده بودند به دو گروه بالاتر از میانگین (۴۴/۹۳) و پایین‌تر از میانگین تقسیم شدند. بر این اساس ۱۰۸ نفر (۴۸٪) آزمودنی‌ها در گروه با ذکر زیاد (بالا) و ۱۱۷ نفر (۵۲٪) نیز در گروه ذکر کمتر (پایین) قرار گرفتند.

پرسش‌نامه‌های استفاده‌شده در مطالعه عبارت بودند از:

۱- پرسش‌نامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی- فرم کوتاه (WHOQOL-BREF):

سازمان بهداشت جهانی یک پرسش‌نامه ۲۶ سئوالی است که کیفیت زندگی کلی و عمومی فرد را می‌سنجد. این مقیاس توسط گروهی از کارشناسان سازمان بهداشت جهانی (سال ۱۹۹۶) و با تعدیل گویه‌های فرم ۱۰۰ سئوالی این پرسش‌نامه ساخته شد و در بیش از ۱۵ کشور مختلف به‌صورت همزمان ترجمه شده و مفاهیم آن مشترک است^[29]. این پرسش‌نامه دارای زیرمقیاس‌های سلامت جسمی، سلامت روانی، روابط اجتماعی، سلامت محیط اطراف و کیفیت زندگی و یک نمره کلی است. در ابتدا یک نمره خام برای هر زیرمقیاس به دست می‌آید که باید از طریق یک فرمول به نمره‌های استاندارد بین صفر تا ۱۰۰ تبدیل شود. نمره بالاتر نشان‌دهنده کیفیت زندگی بیشتر است. برای بررسی روایی و پایایی، این پرسش‌نامه پژوهشی روی ۱۱۶۷ نفر از مردم تهران اجرا شد. شرکت‌کنندگان به دو گروه دارای بیماری مزمن و غیرمزمن تقسیم شدند. پایایی آزمون-بازآزمون برای زیرمقیاس‌ها به این صورت به دست آمد: سلامت جسمی ۰/۷۷، سلامت روانی ۰/۷۷، روابط اجتماعی ۰/۷۵ و سلامت محیط ۰/۸۴. سازگاری درونی نیز با استفاده از آلفای کرونباخ محاسبه شد که به ترتیب عبارت از ۰/۷۳، ۰/۵۵ و ۰/۸۴ بودند^[30].

۲- فرم کوتاه پرسش‌نامه ذهن‌آگاهی فرایبورگ (FMI-SF): فرم کوتاه پرسش‌نامه ذهن‌آگاهی فرایبورگ در بسیاری از فرهنگ‌ها، از نظر خصوصیات روان‌سنجی مورد بررسی قرار گرفته است. ولاچ و همکاران فرم اولیه پرسش‌نامه ذهن‌آگاهی فرایبورگ که شامل ۳۰ سؤال بود را طراحی کردند. بعدها فرم کوتاه با ۱۴ گویه که برای استفاده در جمعیت عمومی مناسب‌تر است توسط ولاچ و همکاران طراحی شد^[31]. فرم بلند پرسش‌نامه ذهن‌آگاهی فرایبورگ بیشتر برای اجرا در گروه‌هایی مناسب است که با فرهنگ بودایی و

حالت‌هایی مثل اضطراب افزایش می‌دهد، در نتیجه می‌توانیم خود را از الگوهای رفتاری اتوماتیک رها کنیم و از طریق درک و دریافت مجدد، دیگر با حالت‌هایی مثل اضطراب و ترس کنترل نشویم، بلکه می‌توانیم از اطلاعات برخاسته از این حالت‌ها استفاده کنیم و با هیجانات همراه باشیم و در نتیجه بهزیستی روان‌شناختی خود را افزایش دهیم^[18].

ماهیت تهدیدکنندگی زندگی و پراسترس بودن بیماری قلبی، باعث برجسته‌تر شدن بعد معنوی در بیماران می‌شود که تجربه بیماران از حمله قلبی در مطالعات، تعیین‌کننده نقش بارز معنویت در عبور از این رویداد پراسترس و خطرناک است^[19]. معنویت در انسان بیانگر ارتباط و یکپارچگی او با عالم هستی و دلیلی برای داشتن امید و معنا در زندگی است^[20]. پژوهش‌ها حاکی از آن است که افراد با عقاید معنوی که از اعتقاداتشان در سازگاری با بیماری و استرس‌های زندگی استفاده می‌کنند دارای نگرش‌های مثبت و کیفیت زندگی بهتری هستند^[21]. امروزه پزشکان زیادی به ضرورت دخالت معنویت در فرآیند درمان بیماران پی برده‌اند و ایمان و معنویت را به‌عنوان منبع مهمی در سلامتی و بهبودی افراد به رسمیت می‌شناسند^[22]. مراقبت معنوی در بیماران عروق کرونر موجب کاهش استرس و رهایی از فشارهای روحی-روانی ناشی از بیماری می‌شود و به‌صورت غیرمستقیم به روند درمان و بهبود وضعیت سلامت بیماران کمک خواهد نمود^[23].

اغلب بیماران قلبی در شرایط نابسامان روحی که در نتیجه بیماری پیدا می‌شود، دنبال راه‌هایی برای کاهش درد و رنج و رسیدن به معنایی در زندگی هستند که در بسیاری از مواقع همان منبع بالایی یا معنوی است. آنها در مواجهه با شرایط جسمی و دردهای صعب‌العلاج روش مکمل یا جایگزینی را جستجو می‌کنند و در این میان افراد مذهبی سراغ روش‌هایی مثل دعا کردن و ذکرگفتن می‌روند^[24].

ذکر خدا در قرآن کریم مایه آرامش انسان عنوان شده است (رعد، ۲۸). براساس مجموعه آیات و روایات دینی، ذکر شامل ۳ مرتبه یا ۳ نوع است: ۱- زبانی (مانند تسبیح و تمجید خداوند و قرائت قرآن) ۲- قلبی (تفکر در مورد ذات و صفات الهی و تفکر در احکام خدا و تفکر در اسرار مخلوقات) و ۳- جوارحی یا عملی (عمل به کارهایی که بدان فرمان داده شده و بازایستادن از کارهای نهی‌شده)^[25]. با این اوصاف بسیاری از اعمال معنوی از قبیل دعا، نماز و قرائت قرآن در محدوده ذکر قرار می‌گیرند و اصل آرامش‌بخشی ذکر که وعده خدا است نیز شامل آنها می‌شود.

در دین اسلام نیز از مفهوم "ذکر" برای آرامش قلبی و درمان دردهای جسمی و روحی مختلف استفاده شده است. اثربخشی ذکر نام خدا بر درد و اضطراب بیماران^[26] و حتی بر میزان مصرف مسکن ناشی از عمل جراحی قلبی مورد بررسی و تایید قرار گرفته است^[27]. اما آیا می‌توان کارآمدی این روش‌های معنوی را در پیشگیری از بیماری قلبی نیز بررسی نمود؟ به اعتقاد متخصصان و کارشناسان، با آموزش و برنامه‌ریزی می‌توان از بروز درصد قابل توجهی از بیماری‌های قلبی-عروقی پیشگیری نمود و در نهایت با درمان بیماری‌های قلبی-عروقی از تبدیل اختلالات قلبی به نارسایی‌های حاد جلوگیری کرد^[1]. با شناخت متغیرهای روانی و به‌کارگیری روش‌های موثر بومی و استفاده از ظرفیت‌های دینی موجود نظیر دعا و ذکر می‌توان کمک شایان توجهی به روند بهبودی، امیدبه‌زندگی و کاهش رنج بیماران قلبی و کاهش هزینه‌های درمان برای جامعه و دولت نمود.

با توجه به اهمیت استفاده از ویژگی‌های روان‌شناختی مثبت نظیر

شدند.

یافته‌ها

بین متغیرهای گروه سنی، وضعیت تاهل و جنسیت شرکت‌کنندگان با میزان ذکر، رابطه معنی‌داری وجود داشت؛ به این صورت که متاهل‌ها بیشتر از مجردها، زنان بیشتر از مردان و سنین بالاتر بیشتر از سنین پایین ذکر می‌گفتند (جدول ۱).

بین میانگین نمرات کیفیت زندگی و مولفه‌های آن در گروه‌های مورد بررسی تفاوت معنی‌داری وجود داشت و در همه زیرمقیاس‌های کیفیت زندگی، میانگین نمرات گروهی که بیشتر ذکر می‌گویند به‌طور معنی‌داری بیشتر از گروه با ذکر پایین بود. همچنین بین دو گروه مورد مقایسه در متغیرهای افسردگی، اضطراب و استرس، تفاوت معنی‌داری مشاهده شد و در هر سه زیرمقیاس DASS.21 میانگین نمرات گروهی که بیشتر ذکر می‌گویند به‌طور معنی‌داری کمتر از گروه با ذکر پایین بود. میانگین نمره ذهن‌آگاهی نیز در گروه با ذکر بالا به‌طور معنی‌داری بیشتر از گروه با ذکر پایین بود (جدول ۲).

جدول ۱ بررسی رابطه اطلاعات جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها (۲۲۵ نفر) با میانگین نمره میزان ذکر خدا

متغیرها	تعداد (درصد)	نمره ذکر خدا	سطح معنی‌داری
جنسیت			
زن	۸۹ (۳۹.۵)	۶۷/۶۳±۷.۹۰	۰/۰۳۳
مرد	۱۳۶ (۶۰.۵)	۴۳/۸۳±۹.۰۱	
گروه سنی (سال)			
زیر ۳۰	۳۵ (۱۶/۷)	۴۱/۴۷±۹.۱۷	۰/۰۰۳
۳۱-۴۰	۳۷ (۱۷/۷)	۴۲/۸۱±۷.۰۸	
۴۱-۵۰	۴۲ (۲۰/۱)	۴۵/۱۰±۷.۲۶	
۵۱-۶۰	۴۹ (۲۳/۴)	۴۶/۹۷±۵.۵۴	
بالای ۶۰	۴۶ (۲۲/۱)	۴۸/۷۵±۵.۹۱	
نامشخص	۱۶ (۷/۱)	-	
وضعیت تاهل			
مجرد	۴۱ (۱۸.۲)	۴۱/۳۲±۱۱.۲۰	۰/۰۱۰
متاهل	۱۷۰ (۷۵.۶)	۴۵/۶۴±۹.۶۲	
نامشخص	۱۴ (۶.۲)	-	
میزان تحصیلات			
بی‌سواد	۱۹ (۸/۵)	۴۵/۳۵±۸.۱۷	۰/۳۶۴
ابتدایی	۱۶ (۷/۱)	۴۵/۱۴±۴.۲۱	
راهنمایی	۲۹ (۱۲/۹)	۴۸/۶۸±۵.۴۶	
دبیرستان و دیپلم	۶۱ (۲۷/۱)	۴۴/۳۵±۷.۲۵	
کاردانی و دانشجو	۲۵ (۱۱/۱)	۴۲/۴۵±۹.۶۲	
کارشناسی	۳۸ (۱۶/۹)	۴۲/۹۱±۸.۰۷	
کارشناسی ارشد و بالاتر	۹ (۴/۱)	۴۸/۷۱±۱۱.۵۸	
نامشخص	۲۸ (۱۲/۴)	-	
شغل			
خدماتی و فنی	۱۷ (۷/۵)	۴۲/۸۷±۸.۵۷	۰/۲۴۸
کارمند و فرهنگی	۲۶ (۱۱/۵)	۴۴/۵۴±۵.۲۳	
دانش‌آموز و دانشجو	۱۱ (۴/۹)	۳۸/۹۰±۹.۷۱	
بازنشسته و بیکار	۱۵ (۶/۷)	۴۷/۵۰±۹.۰۲	
بازاری و فروشنده	۷ (۳/۱)	۴۲/۲۹±۱۲.۴۶	
مشاغل روستایی	۵ (۲/۲)	۴۵/۸۰±۶.۵۰	
خانه‌دار	۲۷ (۱۲.۰)	۴۵/۹۲±۵.۹۷	
آزاد و سایر	۴۸ (۲۱/۳)	۴۵/۷۹±۱۱.۰۵	
نامشخص	۶۹ (۳۰/۹)	-	

اعمال مراقبه‌های آشنایی دارند، اما فرم کوتاه آن برای اجرا در گروه‌هایی که آشنایی زیادی با زمینه بودایی ذهن‌آگاهی ندارند، مناسب‌تر است و می‌توان از فرم کوتاه در فرهنگ‌های مختلف استفاده نمود که می‌تواند به‌خوبی همه جنبه‌های مربوط به حوزه ذهن‌آگاهی را پوشش دهد^[31]. این مقیاس ۱۴ سئوالی به‌صورت طیف لیکرت چهاردرجه‌ای (به‌ندرت=۱ تا تقریباً همیشه=۴) بوده و حداقل نمره در این پرسش‌نامه ۱۴ و حداکثر ۵۶ است. نمره بیشتر نشانگر ذهن‌آگاهی بالاتر است. روایی و پایایی این پرسش‌نامه توسط قاسمی جوینده و همکاران روی ۴۰۰ دانشجو اجرا شد^[32]. نتایج مدل تحلیل عاملی تاییدی نشان داد که ساختار پرسش‌نامه برازش قابل قبولی با داده‌ها دارد و از روایی عاملی مطلوبی برخوردار است. همچنین نتایج نشان داد که فرم کوتاه پرسش‌نامه ذهن‌آگاهی فرایبورگ از پایایی قابل قبول و کافی برخوردار است و ضرایب به‌دست‌آمده برای ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲، تنای ترتیبی ۰/۹۳ و ضریب پایایی بازآزمایی به فاصله ۴ هفته ۰/۸۳ به دست آمد. بنابراین این پرسش‌نامه که ذهن‌آگاهی را به‌خوبی مورد سنجش قرار می‌دهد، در جامعه ایران اعتبار و روایی مناسبی دارد و می‌تواند در موقعیت‌های تربیتی و پژوهشی مورد استفاده قرار گیرد. در پژوهش حاضر نیز آزمودنی‌ها براساس نمره‌ای که در ذهن‌آگاهی کسب نموده‌اند به دو گروه با ذهن‌آگاهی بالا (بالاتر از نمره میانگین) و پایین (پایین‌تر از میانگین) تقسیم شده‌اند.

۳- مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-21): به‌منظور سنجش افسردگی، اضطراب و استرس از مقیاس DASS21 استفاده شد^[33]. برای تکمیل پرسش‌نامه، فرد باید وضعیت یک نشانه را در طول هفته گذشته مشخص کند. این پرسش‌نامه دارای ۲۱ گزاره است که هر یک از سازه‌های روانی (افسردگی، اضطراب و استرس) را ۷ عبارت متفاوت مورد ارزیابی قرار می‌دهد. هر سؤال از صفر (اصلاً در مورد من صدق نمی‌کند) تا ۳ (کاملاً در مورد من صدق می‌کند) نمره‌گذاری می‌شود^[34]. مقیاس مذکور را مورد تحلیل عاملی قرار دادند و نتایج پژوهش آنها حاکی از وجود و تایید ۳ عامل افسردگی، اضطراب و استرس بود. روایی و پایایی آن در مطالعه دیگر نیز تایید شد^[35]. روایی و پایایی این مقیاس در ایران توسط سامانی و جوکار مورد بررسی قرار گرفته و اعتبار بازآزمایی برای مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب برابر ۰/۸۰، ۰/۷۶، ۰/۷۷ و آلفای کرونباخ به ترتیب برابر ۰/۸۱، ۰/۷۴ و ۰/۷۸ گزارش شده است^[36].

۴- مقیاس محقق‌ساخته ذکر: با مطالعه منابع و متون دینی درباره ذکر، انواع و مراتب آن، یک مقیاس ۱۳ سئوالی برای تشخیص میزان استفاده از ذکر خدا در سه رتبه زبانی، قلبی و جوارحی یا عملی تهیه شد که سئوالاتی از قبیل نمازخواندن، قرائت قرآن، استفاده از تسبیحات و اذکار مستحبی (ذکر زبانی) به‌یادآوردن در گرفتاری‌ها و غافل‌نشدن از یاد خدا در شادی‌ها (ذکر قلبی) و مرتکب گناه‌نشدن به‌علت احساس حضور خدا، ترس از خدا و فکر نکردن به گناه به‌دلیل یاد خدا (ذکر عملی) طراحی و بعد از نظرخواهی از ۳ متخصص علوم دینی روی جمعیت نمونه ۳۰ نفری اعتباریابی شد. آلفای کرونباخ این مقیاس در تحقیق حاضر ۰/۸۳۱ به دست آمد.

مطالعه حاضر با کد اخلاقی پژوهش ir.arums.rec.1396.86 مورد تایید قرار گرفت.

داده‌های جمع‌آوری شده توسط نرم‌افزار SPSS 22 و با روش‌های آماری توصیفی و تحلیل واریانس چندمتغیره و تک‌متغیره تحلیل

جدول ۲) مقایسه میانگین نمرات متغیرهای پژوهش در دو گروه با ذکر بالا (۱۰۸ نفر) و پایین (۱۱۷ نفر)

متغیرها	گروه با ذکر بالا	گروه با ذکر پایین	مقدار F	سطح معنی داری
کیفیت زندگی				
سلامت جسمی	۲۲/۲۷±۴/۸۹	۲۰/۴۷±۴/۶۶	۵/۲۰۳	۰/۰۲۴
سلامت روانی	۱۹/۳۳±۳/۴۹	۱۷/۰۵±۳/۴۲	۱۵/۹۰۹	۰/۰۰۱
روابط اجتماعی	۱۰/۱۹±۲/۳۹	۸/۶۰±۲/۱۸	۱۷/۵۸۶	۰/۰۰۱
سلامت محیطی	۲۵/۴۰±۴/۸۰	۲۳/۳۹±۴/۱۳	۷/۴۲۷	۰/۰۰۷
کیفیت زندگی	۶/۸۱±۱/۶۱	۵/۷۵±۱/۶۲	۱۲/۲۱۱	۰/۰۰۱
نمره کل	۸۳/۲۹±۱۵/۵۲	۷۶/۷۲±۱۲/۴۳	۵/۹۵۲	۰/۰۱۶
مقیاس DASS.21				
افسردگی	۵/۹۰±۴/۰۷	۹/۰۸±۴/۶۴	۲۲/۰۵۳	۰/۰۰۱
اضطراب	۶/۶۹±۴/۲۵	۹/۴۹±۴/۶۵	۱۶/۰۱۵	۰/۰۰۱
استرس	۷/۷۲±۴/۲۰	۱۰/۳۶±۴/۷۹	۱۴/۳۴۰	۰/۰۰۱
کل مقیاس	۲۱/۳۶±۱۲/۱۱	۲۹/۶۶±۱۲/۷۶	۱۱/۴۶۷	۰/۰۰۱
ذهن آگاهی				
-	۳۶/۰۴±۶/۸۷	۳۰/۲۳±۶/۴۵	۲۰/۰۵۷	۰/۰۰۱

بحث

یافته‌های این مطالعه نشان داد که با افزایش سن، میزان ذکر خدا در جمعیت مورد مطالعه افزایش می‌یابد. زنان بیشتر از مردان و متاهلین بیشتر از مجردها به یاد خدا هستند و ذکر می‌گویند. تحصیلات و شغل تاثیر معنی‌داری در ذکر ندارد. مشخص شد افرادی که بیشتر به ذکر خدا می‌پردازند، نمره بالاتری در همه زیرمقیاس‌های کیفیت زندگی (سلامت جسمی، سلامت روانی، روابط اجتماعی، سلامت محیطی و کیفیت زندگی) گرفته‌اند. پژوهش جهانی و همکاران نیز ارتباط چشمگیر بین سلامت معنوی و کیفیت زندگی در بیماران قلبی را نشان داده است [37]. در مطالعه هریس و همکاران روی بیماران پیوند قلب، مشخص شد بیمارانی که در فعالیت‌های مذهبی شرکت می‌کردند وضعیت بهتری از لحاظ برنامه‌های پیگیری پس از درمان و عملکرد جسمی، اعتمادبه‌نفس، اضطراب و نگرانی‌های کمتری در مورد سلامتی خود داشتند [38]. در تحقیقی با عنوان "بررسی مقایسه‌ای دو روش آرام‌سازی و تکرار اذکار مذهبی بر وضعیت اضطراب بیماران قبل از عمل جراحی شکم" مشخص شد که هر دو در کاهش اضطراب موثر بودند، اما در گروه ذکر، فشار خون نسبت به گروه دیگر بیشتر تعدیل شده بود [39]. پژوهش‌های دیگری نیز نشان می‌دهد که افراد با عقاید معنوی که از اعتقاداتشان در سازگاری با بیماری و استرس‌های زندگی استفاده می‌کنند دارای نگرش‌های مثبت و کیفیت زندگی بهتری هستند [21]. با توجه به اینکه کیفیت زندگی با تجربه انسان از زندگی در ارتباط بوده و از فاکتورهایی تاثیر می‌پذیرد که به زندگی ارزش داده و به ایجاد تجارب مثبت کمک می‌کند، این یافته‌ها منطقی به نظر می‌رسد، چرا که معنویت باعث ارتباط و یکپارچگی فرد با عالم هستی شده و امید و معنا در زندگی را در پی دارد [20]. همچنین معنویت و اعتقادات معنوی، توانایی مقابله بیمار با بیماری را بالا برده و سرعت بهبودی را افزایش می‌دهد [40].

ذکر بودن در هر سه سطح زمانی، قلبی و عملی تمام شاخصه‌های معنویت را با هم داشته و همان گونه که نتایج این مطالعه نشان داد، با کیفیت زندگی در بیماران نیز رابطه قوی دارد و تفاوت بین دو گروه مشخص نمود که ذکر زیاد در سلامت جسمی، روحی و محیطی بیماران قلبی تاثیرگذار است.

در این مطالعه مشخص شد بیمارانی که بیشتر به ذکر می‌پردازند، از افسردگی، اضطراب و استرس بسیار کمتری رنج می‌برند. در واقع ذکر قلبی، زمانی و عملی باعث کاهش نمره هر سه زیرمقیاس

مقایسه کیفیت زندگی، افسردگی، اضطراب، استرس و ذهن‌آگاهی در بیماران قلبی با ذکر زیاد خدا و ذکر کم خدا ۱۲۷ DASS.21 بوده و می‌توان از ذکر به‌مثابه یک دخالت معنوی موثر

و به‌عنوان پیشگیری‌کننده خلقیات منفی بیماران قلبی یاد کرد. براساس یافته‌های نیکبخت نصرآبادی و همکاران تنظیم تنفس فرد در ذکر جلاله یکی از دلایل آرامش روحی بوده و ضمن اثر مثبت بر دستگاه تنفسی در قلب نیز تاثیر بسیار خوبی داشته و موجب تنظیم ضربان قلب می‌شود [39].

در پژوهشی که توسط آوازه و همکاران با هدف بررسی تاثیر ذکر الله بر درد و اضطراب ناشی از تعویض پانسمان در بیماران دچار سوختگی انجام شد، نتایج حاکی از موثر بودن این ذکر بر درد و اضطراب بیماران بود [26].

در تحقیق نصیری و همکاران با عنوان "بررسی تاثیر ذکر الله بر مسکن مصرفی پس از جراحی پیوند عروق روی ۸۰ بیمار بخش مراقبت‌های ویژه بیمارستانی" که در بوشهر انجام شد، اثربخشی ذکر نام خدا بر میزان مسکن دریافتی توسط گروه آزمون تایید شد [27]. مطالعه هاوس و همکاران نیز نشان داد که مذهب به‌عنوان یک عامل خنثی‌کننده علیه اضطراب در بیماران قلبی به حساب می‌آید. ماهیت پراسترس بیماری قلبی، باعث برجسته‌تر شدن بُعد معنوی در بیماران می‌شود [41]. در مطالعات مختلف، تعیین‌کننده و بارز بودن نقش معنویت در عبور از رویداد پراسترس و خطرناک بیماری قلبی مورد تاکید است [19]. مراقبت معنوی در بیماران عروق کرونر باعث کاهش استرس و رهایی از فشارهای روحی- روانی ناشی از بیماری می‌شود و به‌صورت غیرمستقیم به روند درمان و بهبود وضعیت سلامت بیماران کمک خواهد نمود [23]. هنگام دعا و نیایش ترشح هورمون‌های استرس (کورتیزول، اپینفرین و نوراپینفرین) متوقف شده و سیستم دفاعی بدن فرد تقویت می‌شود که باعث آرام شدن فرد می‌شود [42].

بالا تر بودن میزان ذهن‌آگاهی گروهی که نمره بالاتری در ذکر کسب کرده بودند از دیگر یافته‌های این مطالعه بود که بیانگر همبستگی بالای این دو مولفه و مبانی مشابه آن است. پست و وید معتقدند که اثربخشی درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی به دلیل دخالت دادن باورهای معنوی یا مذهبی مراجعان در فرآیند درمان است. این پژوهشگران، به‌طور کلی آن دسته از تکنیک‌های روان‌درمانی که با رویکرد مذهبی، ذهن‌آگاهی، دعا و آموزش مفاهیم معنوی یا مذهبی همراه هستند را موثر می‌دانند [43]. ذکر در واقع فراتر از بیان عباراتی خاص بوده و نشانه به‌یادخدا بودن و از این طریق داشتن معنا در زندگی بوده و در بعد عملی نیز ذکر به‌مثابه عبادت و عمل به مناسک از روی هشیاری و توجه است.

در برخی از روش‌های درمانی یوگا که کارآمدی آن برای بیماری‌های جسمی و روانی متعددی به اثبات رسیده است، مانترا به معنی گفتن ذکرهای خاص، جزو آیین درمانی محسوب می‌شود. با مانترا، فرد می‌تواند از خود محافظت کند یا به هدف خاصی دست یابد. در هنگام تکرار مانترا، فرد نیاز به رعایت قوانین خاص، محدودیت‌ها و مقررات دارد. این امر، جنبه مهمی از مانترا و راه معنوی مربوط به مانترا است [44]. در عرفان مسیحیت نیز انسان با ذکر، در قلب خود در محضر خدا قرار می‌گیرد. ذکر در چنین مفهومی ممکن است بدون کلام نیز باشد، حتی همین که انسان متوجه خدا است گویی در حال ذکر است. در مسیحیت شرقی برای تحقق ذکر حقیقی یاد مرگ، تسبیح و ضبط دم (تنفس) توصیه می‌شود که این مورد آخر با ذکر (مانترا) در یوگا و ذهن‌آگاهی شباهت زیادی دارد [45].

جمعیت نمونه این مطالعه دارای بیماری قلبی و عموماً از لحاظ توانایی و حوصله پاسخگویی در حد پایینی هستند که ممکن است بر پاسخ‌ها تاثیر منفی گذاشته باشد. برای جلوگیری از این مساله،

angina pectoris: Seattle angina questionnaire, short form health survey (SF-36), and quality of life index-cardiac version III. *J Clin Epidemiol*. 1998;51(7):569-75.

9- Gallagher R, Mc Kinley S. Stressors and anxiety in patients undergoing coronary artery bypass surgery. *Am J Crit Care*. 2007;16(3):248-57.

10- Taylor CB. Depression, heart rate related variables and cardiovascular disease. *Int J Psychophysiol*. 2010;78(1):80-8.

11- Sobel RM, Markov D. The impact of anxiety and mood disorders on physical disease: The worried not-so-well. *Curr Psychiatry Rep*. 2005;7(3):206-12.

12- Paudel R, Panta OB, Paudel B, Paudel K, Pathak OK, Alurkar VM. Acute coronary syndrome in elderly - the difference compared with young in intensive care unit of a tertiary hospital in Western Nepal. *J Clin Diagn Res*. 2009;3(1):1289-96.

13- Beyraghi N, Tonekaboni SH, Vakili Gh. Anxiety and depression in patients admitted in cardiac care unit, Taleghani hospital, Tehran, Iran, 2003. *Hormozgan Med J*. 2006;9(4):261-4. [Persian]

14- Ministry of Health and Medical Education. Care guide of adult psychiatric illness (specialist doctors). Kerman: Kerman University of Medical Sciences; 2008. [Persian]

15- Shojaee A, Nehrir B, Naderi N, Zareyan A. Comparison of patient education and follow up by nurse on anxiety in heart failure patients. *Med Surg Nurs J*. 2014;3(1):52-60. [Persian]

16- Moser DK. "The rust of life": Impact of anxiety on cardiac patients. *Am J Crit Care*. 2007;16(4):361-9.

17- Fennell MJ. Depression, low self-esteem and mindfulness. *Behav Res Ther*. 2004;42(9):1053-67.

18- Shapiro SL, Carlson LE, Astin JA, Freedman B. Mechanisms of mindfulness. *J Clin Psychol*. 2006;62(3):373-86.

19- Momen Nasab M, Moattari M, Abbaszadeh A, Shamsheeri B. Spiritual experience of heart attack patients: A qualitative study. *J Qual Res Health Sci*. 2013;1(4):284-97. [Persian]

20- Ghobari Bonab B. Counseling and psychotherapy with a spiritual approach. Tehran: Aaron; 2009. [Persian]

21- Puchalski CM. The role of spirituality in health care. *Bayl Univ Med Cent Proc*. 2001;14(4):352-7.

22- Richards PS, Smith MH, Berrett ME, O'Grady KA, Bartz JD. A theistic spiritual treatment for women with eating disorders. *J Clin Psychol*. 2009;65(2):172-84.

23- Saeidi Taheri Z, Asad Zandi M, Ebadi A. The effect of spiritual care based on Ghalbe Salim Model on the sleep quality of the patients with coronary artery disease. *Iran J Crit Care Nurs*. 2014;7(2):92-101.

24- Abedi HA, Asgari M, Kazemi Z, Saffari Fard F, Nasiri M. Religious care of hospitalized patients and its barriers. *Teb va Tazkieh*. 2005;14(2):16-23. [Persian]

25- Rahbar A. Reality of zekr. *Res J Assoc Islam Thought Iran*. 2006;3(2):85-104. [Persian]

26- Avazeh A, Ghorbani F, Vahedian Azimi A, Rabi'i Siahkali S, Khodadadi MT, Mahdizadeh S. Evaluation of the effect of reciting the word Allah on the pain and anxiety of dressing change in burn patients. *Quran Med*. 2017;2(1-2):43-7. [Arabic]

27- Nasiri M, Fayazi S, Jamshidi Far F, Sheikh Zayeri R. Effect of reciting "Allah" word on requirement for analgesic after coronary artery bypass graft surgery: A short report. *J Rafsanjan Univ Med Sci*. 2014;13(6):561-8. [Persian]

28- Mazaheri E, Mashoofi M, Refahi S. Risk factors for cardiovascular diseases in hospitalized patients in Boali

از جواب دادن بیماران بدحال جلوگیری شد که این مساله می‌تواند در تعمیم یافته‌ها تاثیر منفی بگذارد.

با توجه به تفاوت دو گروه مورد بررسی در کیفیت زندگی، ذهن‌آگاهی و اضطراب توصیه می‌شود که از روش ذکر در موقعیت‌های بالینی به‌عنوان درمان مکمل استفاده شده و در موقعیت‌های تربیتی و آموزشی نیز برنامه‌هایی برای آموزش و تثبیت این ویژگی بازدارنده و سازنده طراحی و اجرا شود.

نتیجه‌گیری

ذکر به‌عنوان یک روش دینی و نوعی تجربه‌هشیارانه مبتنی بر معنا در زندگی، با افزایش کیفیت زندگی و ذهن‌آگاهی و کاهش افسردگی، اضطراب و استرس همراه بیماری قلبی- عروقی رابطه قوی دارد.

تشکر و قدردانی: از تلاش‌های ارزنده دانشجویان ارجمندم در دانشگاه محقق اردبیلی که در تکمیل پرسش‌نامه‌ها مساعدت نمودند و از خانم زهرا دلیر به‌خاطر کمک در داده‌آمایی پرسش‌نامه‌ها صمیمانه سپاسگزارم.

تأییدیه اخلاقی: پژوهش حاضر با کد اخلاقی IR.ARUMS.REC.1396.86 تأیید شد.

تعارض منافع: موردی از سوی نویسندگان گزارش نشده است.

سهم نویسندگان: نقی دشتی (نویسنده اول)، نگارنده مقدمه/پژوهشگر اصلی/نگارنده بحث (۴۰٪)؛ نادر حاجلو (نویسنده دوم)، روش‌شناس/تحلیلگر آماری (۳۰٪)؛ گودرز صادقی (نویسنده سوم)، تحلیلگر آماری (۱۰٪)؛ محمد نریمانی (نویسنده چهارم)، نگارنده بحث (۱۰٪)؛ محمدحسین شریفی‌نیا (نویسنده پنجم)، نگارنده بحث (۱۰٪)

منابع مالی: موردی از سوی نویسندگان گزارش نشده است.

منابع

- Alipoor A, Rezaei A, Hashemi T, Hamidpoor Y. The effectiveness of cognitive behavioral therapy focused on lifestyle modification to increase monitoring vital signs and coronary heart disease and psychological well-being. *New Psychol Res*. 2017;5(20):125-36.
- Johansson P, Broström A, Dahlström U, Alehagen U. Global perceived health and health-related quality of life in elderly primary care patients with symptoms of heart failure. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2008;7(4):269-76.
- Kuehner C, Buerger C. Determinants of subjective quality of life in depressed patients: The role of self-esteem, response styles, and social support. *J Affect Disord*. 2005;86(2-3):205-13.
- Kinney MR. Quality of life research: Rigor or rigor mortis. *Cardiovasc Nurs*. 1995;31(4):25-8.
- Testa MA, Simonson DC, Turner RR. Valuing quality of life and improvements in glycemic control in people with type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 1998;21 Suppl 3:C44-52.
- Calvert MJ, Freemantle N, Cleland JG. The impact of chronic heart failure on health-related quality of life data acquired in the baseline phase of the CARE-HF study. *Eur J Heart Fail*. 2005;7(2):243-51.
- Comín-Colet J, Enjuanes C, González G, Torrens A, Cladellas M, Meroño O, et al. Iron deficiency is a key determinant of health-related quality of life in patients with chronic heart failure regardless of anaemia status. *Eur J Heart Fail*. 2013;15(10):1164-72.
- Dougherty CM, Dewhurst T, Nichol WP, Spertus J. Comparison of three quality of life instruments in stable

- 36- Samani S, Jookar B. A study on the reliability and validity of the short form of the Depression Anxiety Stress Scale (DASS-21). *J Soc Sci Humanit Shiraz Univ*. 2007;26(3):65-77. [Persian]
- 37- Jahani A, Rejeh N, Heravi Karimooi M, Hadavi A, Zayeri F, Khatooni AR. The relationship between spiritual health and quality of life in patients with coronary artery disease. *Islam Lifestyle Cent Health*. 2013;1(2):19-24. [Persian]
- 38- Casar Harris R, Amanda Dew M, Lee A, Amaya M, Buches L, Reetz D, et al. The role of religion in heart-transplant recipients' long-term health and well-being. *J Relig Health*. 1995;34(1):17-32.
- 39- Nikbakht Nasrabadi AR, Taghavi Larijani T, Mahmoudi M, Taghlili F. A comparative study of the effect of Benson's relaxation technique and Zekr (rosary) on the anxiety level of patients awaiting abdominal surgery. *J Hayat*. 2005;10(4):29-37. [Persian]
- 40- Potter PA, Perry AG, editors. *Basic nursing: Essentials for practice*. 5th Edition. Maryland Heights: Mosby; 2003.
- 41- Hughes JW, Tomlinson A, Blumenthal JA, Davidson J, Sketch MH, Watkins LL. Social support and religiosity as coping strategies for anxiety in hospitalized cardiac patients. *Ann Behav Med*. 2004;28(3):179-85.
- 42- Koenig HG. Research on religion, spirituality, and mental health: A review. *Can J Psychiatry*. 2009;54(5):283-91.
- 43- Post BC, Wade NG. Religion and spirituality in psychotherapy: A practice-friendly review of research. *J Clin Psychol*. 2009;65(2):131-46.
- 44- Chan RR. Mantra meditation as a bedside spiritual intervention. *Medsurg Nurs*. 2014;23(2):84-8, 100.
- 45- Mohammad Zadeh SN. Zekr in mysticism of eastern christianity. *Relig Mystic*. 2010;6(24):89-114. [Persian]
- Hospital Ardabil. Seventh Global Obstetrics and Nutrition Conferences. Shiraz: Shiraz University of Medical Sciences; 2015. [Persian]
- 29- Bonomi AE, Patrick DL, Bushnell DM, Martin M. Validation of the United States' version of the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) instrument. *J Clin Epidemiol*. 2000;53(1):1-12.
- 30- Nejat S, Montazeri A, Holakouie Naieni K, Mohammad K, Majdzadeh SR. The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF) questionnaire: Translation and validation study of the Iranian version. *J Sch Public Health Inst Public Health Res*. 2006;4(4):1-12. [Persian]
- 31- Walach H, Buchheld N, Buttenmüller V, Kleinknecht N, Schmidt S. Measuring mindfulness - the Freiburg Mindfulness Inventory (FMI). *Personal Individ Differ*. 2006;40(8):1543-55.
- 32- Ghasemi Jobaneh R, Arab Zadeh M, Jalili Nikoo S, Mohammad Alipoor Z, Mohsenzadeh F. Survey the validity and reliability of the Persian version of short form of Freiburg Mindfulness Inventory. *J Rafsanjan Univ Med Sci*. 2015;14(2):137-50. [Persian]
- 33- Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the beck depression and anxiety inventories. *Behav Res Ther*. 1995;33(3):335-43.
- 34- Antony MM, Bieling PJ, Cox BJ, Enns MW, Swinson RP. Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the Depression Anxiety Stress Scales in clinical groups and a community sample. *Psychol Assess*. 1998;10(2):176-81.
- 35- Salsman JM, Brown TL, Brechting EH, Carlson CR. The link between religion and spirituality and psychological adjustment: The mediating role of optimism and social support. *Pers Soc Psychol Bull*. 2005;31(4):522-35.