

# The Effect of Hope Therapy with an Islamic Approach in Comparison with Classical Hope Therapy on Happiness and Quality of Life in Patients with Coronary Heart Disease

Mohammad Ali Jamshidi<sup>1</sup> , Seyed Fakhreddin Hejazi<sup>2</sup> , Sadegh Yoosefee<sup>3</sup> , Mohammad Reza Jahangirzade<sup>4</sup> , Abbas Masjedi-Arani<sup>5</sup> , Marzieh Karamkhani<sup>6</sup> , Mohammad Farhoush<sup>7\*</sup> 

1- Department of Psychology, Faculty of Psychology, Edalat University, Tehran, Iran.

2- Department of Cardiology, Faculty of Medicine, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran.

3- Spiritual Health Research Center, Neuroscience Research Center, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran.

4- Psychology Group, Faculty of Psychology, Imam Khomeini Institute, Qom, Iran.

5- Department of Clinical Psychology, School of Medicine, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

6- Department of Medical Education, School of Medical Education, Center for Religion and Health Studies, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

7- Department of Psychology, Faculty of Psychology, Semnan University, Semnan, Iran.

\*Correspondence should be addressed to Mr. Mohammad Farhoush; Email: [Farhoush.mohammad@gmail.com](mailto:Farhoush.mohammad@gmail.com)

## Article Info

Received: May 9, 2020

Received in revised form:

Jan 22, 2020

Accepted: Jun 14, 2020

Available Online: Mar 21, 2021

## Keywords:

Classical hope therapy

Coronary heart disease patients

Happiness

Islam

Hope

Quality of life

## Abstract

**Background and Objective:** In coronary heart disease, patients commonly experience decreased happiness and quality of life. The aim of this study was to investigate the effect of hope therapy with an Islamic approach in comparison with classical hope therapy on increasing happiness and quality of life of the patients with coronary heart disease.

**Methods:** The present study used a quasi-experimental pretest-posttest control group design. 60 patients with coronary heart disease in one of the hospitals in Qom, Iran, were selected by random sampling method. Data collection instruments included questionnaires of hope, happiness, and quality of life (SF-36). After collecting the pre-test data, the participants were divided into three peer groups, with intervention sessions performed in 8 90-minute sessions. The main experimental group received hope therapy with an Islamic approach, the second experimental group received classical hope, and the control group received a stress response package only. After that, the questionnaires were re-administered in all groups. Data were analyzed using Levin, Kolmogorov-Smirnov, and Covariance test. In this study, all ethical considerations were observed and no conflict of interest was reported by the authors.

**Results:** The findings of the present study showed that Islamic and classical hope therapy significantly increased hope, quality of life and happiness in people with coronary heart disease. Also, the results indicated that the method of Islamic hope therapy is more effective in increasing the quality of life and happiness than classical hope therapy in patients with coronary heart disease.

**Conclusion:** Based on the findings, the use of Islamic hope therapy in patients with coronary heart disease is recommended. It is suggested that future studies implement Islamic hope therapy and evaluate its effectiveness in other chronic diseases.



 <https://doi.org/10.22037/jrrh.v7i1.29783>

**Please cite this article as:** Jamshidi MA, Hejazi SF, Yoosefee S, Jahangirzade MR, Masjedi-Arani A, Karamkhani M, Farhoush M. The Effect of Hope Therapy with an Islamic Approach in Comparison with Classical Hope Therapy on Happiness and Quality of Life in Patients with Coronary Heart Disease. *Journal of Pizhūhish dar dīn va salāmat*. 2021;7(1):95-111. <https://doi.org/10.22037/jrrh.v7i1.29783>

## Summary

### Background and Objective

*Journal of Pizhūhish dar dīn va salāmat*

(i.e., Research on Religion & Health)

Research has shown that disappointment and depression are the most important barriers to rehabilitation for patients with coronary heart disease. Pessimism, disappointment, and

Vol. 7, No. 1, Spring 2021

This work is distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution 4.0 International License \(CC BY 4.0\)](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

depression have a negative effect on treatment and exacerbate the patient's heart problems (1). Hope is an important resource in the fight against chronic diseases (2). Hope is a process in which a person sets an ideal goal for him/herself and pursues it. Hope helps a person not to give up so easily in the face of adversities, and when it is not possible to achieve the old goals and strategies of the past due to problems, the person tries to achieve the goal by finding alternative ways (3).

As a very important and effective psychological structure, hope was proposed as an important and effective construct by Snyder. Snyder developed a scale for hope, which has been used in many studies. Hope is the process by which people set goals, devise strategies to achieve those goals, and are motivated to implement and maintain them along the way (4, 5). Studies have confirmed the role of spirituality in increasing hope in chronic diseases (6-8). For example, praying to God increases hope in the patients with heart disorders (9). Studies have also shown the role of hope in the spirituality of chronic patients (10). Creating a spiritual connection with God the Almighty gives the person an assurance that a strong force will always support him/her (11).

The aim of this study was to evaluate the effectiveness of Islamic hope therapy in comparison with classical hope therapy on increasing the quality of life and happiness of patients with coronary heart disease.

## Methods

**Compliance with ethical guidelines:** In the present study, sufficient information about the research nature of the questionnaires and the purpose of the research was provided to the participants in the study and individuals were assured that their information would remain confidential. Participants took part in the study voluntarily and consciously and with full satisfaction. The participants were also free to quit the study if they did wish to. In addition, written consent was obtained from the participants, and attendance at the meetings was free of charge.

The statistical population of the study included people with coronary heart disease, out of whom 60 patients who met the inclusion criteria were selected and divided into three groups of 20. According to similar studies, 15 people were enough for each group, but due to the possibility of dropouts, 20 patients were included in each group. The research instruments included a demographic characteristics questionnaire, quality

of life scale (SF-36), actual happiness scale, hope scale, Snyder hope treatment package, hope treatment package with Islamic approach and stress management package.

## Results

The findings showed a greater impact on the increase in hope for the Islamic hopefulness, and classical hopefulness groups compared to the control group that only received the stress response package. But Islamic and classical hope therapy did not make a significant difference in the participants' hope.

With regard to the quality of life (physical health and mental health) and happiness, Islamic and classical hope therapy were more effective than the control group that only received the stress response package. Also, Islamic hope therapy was found to be more effective in increasing physical health and happiness than classical hope therapy, and the difference was significant.

## Conclusion

The results of the present study on the significant effect of hope therapy with an Islamic approach on increasing hope and happiness and quality of life are consistent with findings of the previous studies (7, 12-14). Also, the findings of the study on the significant effect of hope therapy on increasing hope and happiness and quality of life are consistent with the results of the studies by Mirbagheri *et al.*, Shaykh al-Islami *et al.*, Babakhanian and Zarghami as well as Bahramian *et al.* (18-15).

People with chronic heart disease, easily lose their motivation in dealing with obstacles and become disappointed because they have less motivation and strategies to achieve the goal. People with low levels of hope have difficulty overcoming the obstacles to achieving their goals and, subsequently, experience more negative emotions (55). In hope therapy, they are taught how to create more motivation and strategies to be able to maintain their motivation and to use alternative strategies and paths to achieve their goals when they encounter obstacles (12).

In Islamic hope therapy, a person gives his goals a spiritual dimension. Having a spiritual goal and hoping to achieve it gives meaning to one's life and puts one on the path of effort and perseverance.

Emphasizing the importance of spiritual growth, Islamic hope therapy gives life meaning and purpose, and the person feels meaningful and purposeful making it easier for the person to endure problems in life (13). Hope therapy helps

people with heart diseases to hope for a lasting positive inner conversation that tells them they can handle it.

### Acknowledgements

The researchers thank the medical staff who assisted them in carrying out this research, as well as all the participants in the research and the Center for Religion and Health Studies affiliated to Shahid Beheshti University of Medical Sciences, which has sponsored this research.

### Ethical considerations

According to the authors, this article has been extracted from a research project entitled "Designing a hope therapy program with an Islamic approach and comparing its effect with classical hope therapy on actual well-being, depression, anxiety and quality of life in people with coronary heart disease". It has been approved by the ethics committee of Shahid Beheshti University of Medical Sciences on 3/11/95 with the code IR.SBMU.RETECH.REC.1395.845.

### Funding

According to the authors, the Center for Religious and Health Studies affiliated to Shahid Beheshti University of Medical Sciences has sponsored this study.

### Conflict of interest

The authors did not report any conflicts of interest in this study.

### Authors' contribution

Acting as the therapist of one of the groups, cooperation in developing the method: First author; Collaboration in developing a procedure tailored to the needs of the patients: Second author; Contributing to the overall structure of the article: Third and sixth authors; Guiding and supervising the development of the method and implementation of the plan: Fourth and fifth authors; And compiling the method, acting as the therapist of one of the groups and performing statistical analysis: Seventh author.

## References

1. Farokhnezhad Afshar P, Bastani F, Haghani H, Valipour O. Hospital Anxiety and Depression in the Elderly with Chronic Heart Failure. *Iran Journal of Nursing*. 2019;32(120):80-9. (Full Text in Persian)
2. Duncan AR, Jaini PA, Hellman CM. Positive Psychology and Hope as Lifestyle Medicine Modalities in the Therapeutic Encounter: A Narrative Review. *American Journal of Lifestyle Medicine*. 2020; 1559827620908255.
3. Stevens ED, Green A, Jason L. Relationship of hope, sense of community, and quality of life. *Journal of community psychology*. 2018;46(5):567-74.
4. Dehghani Z, Khodabakhshi-koolae A. Effectiveness of group hope therapy on quality of life and resilience in addicted women. *J Educ Community Health*. 2017;4(1):28-34.
5. Yousefi A, Rafinia P, Sabahi P. The Effectiveness of Hope Therapy on Quality of Life in Wives of Veterans with Post Traumatic Stress Disorder. *Journal of Clinical Psychology*. 2016;8(1):1-10. (Full Text in Persian)
6. Salehi M. The Model of Hope Based on Islamic Sources and Designing it Treatment Plan. *Journal of Islam and psychological research*. 2017;2(2):29-50. (Full Text in Persian)
7. Binaei N, Moeini M, Sadeghi M, Najafi M, Mohagheghian Z. Effects of hope promoting interventions based on religious beliefs on quality of life of patients with congestive heart failure and their families. *Iranian journal of nursing and midwifery research*. 2016;21(1):77-83.
8. Rahmanian M, Moein Samadani M, Oraki M. Effect of spirituality group therapy on life expectancy and life style's improvement of breast cancer patients. *Scientific Journal Management System*. 2017;7(1):101-14. (Full Text in Persian)
9. Sadeghimoghaddam S, Alavi M, Mehrabi T, Bankpoor-Fard A. The effect of two methods of relaxation and prayer therapy on anxiety and hope in patients with coronary artery disease: A quasi-experimental study. *Iranian journal of nursing and midwifery research*. 2019;24(2):102-7.
10. Barton KS, Tate T, Lau N, Taliesin KB, Waldman ED, Rosenberg AR. "I'm not a spiritual person." How hope might facilitate conversations about spirituality among teens and young adults with cancer. *Journal of pain and symptom management*. 2018;55(6):1599-608.
11. Salehi M, Pasandideh A, Janbozorgi M, Rasoolzadeh Tabatabaei SK. The Model of Hope Based on Islamic Sources and Designing its Therapy Protocol. *The Interdisciplinary Quarterly of Applied Researches on Islamic Humanities*. 2018;1(3):7-34. (Full Text in Persian)
12. Salehi M, Janbozorgi M, Rasool-Zadeh Tabatabaei SK. Tasir Omid-Darmani Islami bar Behzisti-ye Faeli Afrad Mobtala be Moltipel Eskelerosis va Moghayeseh an ba Omid-Darmani Mobtani bar Nazariyeh Esnayder. *Ravanshenasi va Din*. 2016;9(3):29-50. (Full Text in Persian)
13. Nazari N. The effectiveness of hope therapy on improving marital adaptation in women with Multiple

Sclerosis (MS). *Journal of Advanced Pharmacy Education & Research* | Jan-Mar. 2020;10(S1);49-54.

14. Rafiepoor A. The Effectiveness of Hope Therapy on the Quality of Life of Mothers Children with Physical Disabilities. *Journal of Educational Psychology Studies*. 2018;15(32):117-34. (Full Text in Persian)

15. Mirbagher AN, Aghajani M, Morsaee F, Zabolian Z. The Relationship between Hope and Depression-Anxiety in Patients Undergoing Hemodialysis. 2016;18(1):55-62. (Full Text in Persian)

16. Sheykholeslami A, Ghamari Qivi H, Ramezani S. The effectiveness of hope therapy on happiness of physical-motor disable male. *J Counsel Re*. 2016;15(58):96-112. (Full Text in Persian)

17. Babakhanian M, Zarghami M. Letter to Editor: Effectiveness of Hope Therapy Protocol on Depression and Hope in Amphetamine Users. *International Journal of High Risk Behaviors and Addiction*. 6(3):e59537.

18. Bahramian J, Zaharakar K, Rasouli M. The effect of hope based group therapy approach on the severity of depression in multiple sclerosis patients. *Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing (IJRN)*. 2014;1(1):12-22. (Full Text in Persian)

19. Cheavens JS, Feldman DB, Woodward JT, Snyder C. Hope in cognitive psychotherapies: On working with client strengths. *Journal of cognitive Psychotherapy*. 2006;20(2):135.

20. Asgari P, Roushani K, Mohri AM. The Relationship between religious belief, optimism and spiritual well being among college students of Islamic Azad University. *Journal of School Psychology (New Findings in Psychology)*. 2009;4(10):27-39. (Full Text in Persian)

## فعالية الأمل العلاجي طبق النهج الإسلامي بالقياس مع الأمل العلاجي التقليدي على السعادة وجودة حياة مرضى عروق القلب التاجية

محمد علي جمشيدى<sup>١</sup> ID، السيد فخرالدين حجازي<sup>٢</sup> ID، صادق يوسفى<sup>٣</sup> ID، محمدرضا جهانكيرزادة<sup>٤</sup> ID، عباس مسجدي آراني<sup>٥</sup> ID، مرضية كرمخاني<sup>٦</sup> ID، محمد فرهوش<sup>٧</sup> ID

- ١- قسم علم النفس، كلية علم النفس، جامعة العدالة، طهران، إيران.
- ٢- قسم القلب، كلية الطب، جامعة قم للعلوم الطبية، قم، إيران.
- ٣- مركز دراسات السلامة المعنوية، مركز دراسات علوم الأعصاب، جامعة قم للعلوم الطبية، قم، إيران.
- ٤- قسم علم النفس، كلية علم النفس، مؤسسة الإمام الخميني، قم، إيران.
- ٥- قسم علم النفس السريري، كلية الطب، جامعة الشهيد بهشتي للعلوم الطبية، طهران، إيران.
- ٦- قسم التعليم الطبي، كلية التعليم الطبي، مركز دراسات الدين والسلامة، جامعة الشهيد بهشتي للعلوم الطبية، طهران، إيران.
- ٧- قسم علم النفس، كلية علم النفس، جامعة سمنان، سمنان، إيران.

\* المراسلات الموجهة إلى السيد محمد فرهوش؛ البريد الإلكتروني: Farhoush.mohammad@gmail.com

### الملخص

خلفية البحث وأهدافه: من الشائع انخفاض نسبة السعادة وجودة الحياة عند مرضى عروق القلب التاجية. وقد أشارت بعض الدراسات إلى فعالية الأمل العلاجي التقليدي في زيادة السعادة وجودة حياة المرضى المزمنين. والهدف من الدراسة الحاضرة هو مطالعة مدى فعالية الأمل العلاجي طبق النهج الإسلامي بالقياس مع الأمل العلاجي التقليدي في زيادة السعادة وجودة حياة المرضى المصابين بعروق القلب التاجية.

منهجية البحث: هذه الدراسة من النوع نصف التجريبي مع أمور قبلية وبعديّة ومجموعة مقارنة، وقد تم فيها أخذ ٦٠ شخصاً بمثابة عينة من المرضى المصابين بعروق القلب التاجية من إحدى مشافي محافظة قم. وكانت أدوات جمع البيانات تشتمل على أوراق اختبارات الأمل، والسعادة، وجودة الحياة (٣٦-SF). وبعد جمع البيانات قبلية تم تقسيم المشاركين إلى ثلاث مجموعات متساوية كل منها تحتوي على ٢٠ شخصاً، وتم إخضاعهم لثمانية جلسات من جلسات المداخله مدة كل منها ٩٠ دقيقة. فخضعت مجموعة الاختبار الأصلية للأمل العلاجي طبق النهج الإسلامي، ومجموعة الاختبار الثانية للأمل العلاجي التقليدي، ومجموعة المقارنة لجلسات مواجهة الاضطراب. وبعد ذلك تم إخضاع جميع المجموعات للأمور البعدية. ومن ثم تم تفكيك وتحليل البيانات بالاعتماد على اختبارات لوين، وكولوكروف-اسميرنف، وكووارانس. وقد تمت مراعاة جميع الجوانب الأخلاقية في هذه الدراسة، ولم يلاحظ مؤلفو المقالة أي تعارض للمصالح.

الكشوفات: تشير معطيات هذه الدراسة إلى أن الأمل العلاجي الإسلامي والتقليدي كان لهما تأثير ملحوظ في زيادة الأمل وجودة الحياة والسعادة عند الأشخاص المصابين بمرض عروق القلب التاجية. كما أن طريقة الأمل العلاجي الإسلامي كان أثرها في زيادة جودة الحياة وسعادة المرضى المصابين بعروق القلب التاجية أكثر من الأمل العلاجي التقليدي.

الاستنتاج: طبقاً للمعطيات فإنه يُنصح بالاستعانة بالأمل العلاجي الإسلامي مع المرضى المصابين بعروق القلب التاجية. كما أنه يُقترح تطبيق برنامج الأمل العلاجي الإسلامي في الأمراض المزمنة الأخرى أيضاً ويتم تقييم آثارها العلاجية.

### معلومات المادة

الوصول: ١١ شعبان ١٤٤١  
 وصول النص النهائي: ١٦ رمضان ١٤٤١  
 القبول: ٢٢ شوال ١٤٤١  
 النشر الإلكتروني: ٧ شعبان ١٤٤٢

### الكلمات الرئيسية:

الإسلام  
 الأمل  
 جودة الحياة  
 السعادة  
 الشفاء  
 مريض القلب

يتم استناد المقالة على الترتيب التالي:

Jamshidi MA, Hejazi SF, Yoosefee S, Jahangirzade MR, Masjedi-Arani A, Karamkhani M, Farhoush M. The Effect of Hope Therapy with an Islamic Approach in Comparison with Classical Hope Therapy on Happiness and Quality of Life in Patients with Coronary Heart Disease. Journal of Pizhūhish dar dīn va salāmat. 2021;7(1):95-111. <https://doi.org/10.22037/jrrh.v7i1.29783>

## اثربخشی امیددرمانی با رویکرد اسلامی در مقایسه با امیددرمانی کلاسیک بر شادکامی و کیفیت زندگی بیماران عروق کرونر قلبی

محمدعلی جمشیدی<sup>۱</sup>، سید فخرالدین حجازی<sup>۲</sup>، صادق یوسفی<sup>۳</sup>، محمدرضا جهانگیرزاده<sup>۴</sup>، عباس مسجدی آرانی<sup>۵</sup>، مرضیه کرمانی<sup>۶</sup>، محمد فرهوش<sup>۷\*</sup>

۱- گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی، دانشگاه عدالت، تهران، ایران.

۲- گروه قلب، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.

۳- مرکز تحقیقات سلامت معنوی، مرکز تحقیقات علوم اعصاب، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.

۴- گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی، مؤسسه امام خمینی، قم، ایران.

۵- گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

۶- گروه آموزش پزشکی، دانشکده آموزش پزشکی، مرکز مطالعات دین و سلامت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

۷- گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران.

\*مکاتبات خطاب به آقای محمد فرهوش؛ رایانامه: Farhoush.mohammad@gmail.com

### اطلاعات مقاله

دریافت: ۱۷ فروردین ۱۳۹۹

دریافت متن نهایی: ۲۰ اردیبهشت ۱۳۹۹

پذیرش: ۲۵ خرداد ۱۳۹۹

نشر الکترونیکی: ۱ فروردین ۱۴۰۰

### چکیده

سابقه و هدف: در بیماری عروق کرونر قلب کاهش شادمانی و کیفیت زندگی رایج است. پژوهش‌هایی اثربخشی برنامه امیددرمانی کلاسیک را در افزایش شادمانی و کیفیت زندگی بیماران مزمن نشان داده است. هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی امیددرمانی با رویکرد اسلامی در مقایسه با امیددرمانی کلاسیک بر افزایش شادکامی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به عروق کرونر قلب بوده است.

روش کار: در این پژوهش که از نوع نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه گواه است، تعداد ۶۰ نفر از بیماران مبتلا به عروق کرونر قلب یکی از بیمارستان‌های شهرستان قم برای نمونه انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسش‌نامه‌های امید، شادکامی و کیفیت زندگی (SF-۳۶) بود. پس از جمع‌آوری داده‌های پیش‌آزمون، شرکت‌کنندگان در سه گروه همتای ۲۰ نفری تقسیم شدند و جلسات مداخله در هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شد. گروه آزمایشی اصلی، امیددرمانی با رویکرد اسلامی، گروه آزمایشی دوم، امیددرمانی کلاسیک و گروه کنترل، بسته‌مقایسه با استرس دریافت کردند. پس از آن پس‌آزمون در تمامی گروه‌ها اجرا شد و داده‌ها با استفاده از آزمون‌های لوین، کولموگروف-اسمیرنوف و کوواریانس تجزیه و تحلیل شد. در این پژوهش همه موارد اخلاقی رعایت شده است و مؤلفان مقاله تضاد منافی گزارش نکرده‌اند.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که امیددرمانی اسلامی و کلاسیک به‌صورت معناداری موجب افزایش امید، کیفیت زندگی و شادکامی در افراد مبتلا به بیماری کرونر قلبی شده است. همچنین روش امیددرمانی اسلامی در افزایش کیفیت زندگی و شادکامی بیماران مبتلا به کرونر قلبی، مؤثرتر از امیددرمانی کلاسیک است.

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌ها، بهره‌گیری از امیددرمانی اسلامی در بیماران مبتلا به عروق کرونر قلبی توصیه می‌شود. همچنین، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده برنامه امیددرمانی اسلامی در بیماری‌های مزمن دیگر نیز اجرا و اثربخشی آن ارزیابی شود.

### واژگان کلیدی:

بیماری قلبی

کیفیت زندگی

شادکامی

اسلام

امید

درمان

استناد مقاله به این صورت است:

Jamshidi MA, Hejazi SF, Yoosefee S, Jahangirzade MR, Masjedi-Arani A, Karamkhani M, Farhoush M. The Effect of Hope Therapy with an Islamic Approach in Comparison with Classical Hope Therapy on Happiness and Quality of Life in Patients with Coronary Heart Disease. Journal of Pizhūhish dar dīn va salāmat. 2021;7(1):95-111. <https://doi.org/10.22037/jrrh.v7i1.29783>

## مقدمه

بیماری‌های قلبی-عروقی یکی از اصلی‌ترین نگرانی‌های مردم و جامعه پزشکی است. بیماری‌های قلبی، مزمن و ناتوان‌کننده است و عوارض روان‌شناختی زیادی همچون خستگی مفرط و افسردگی دارد (۱). بی‌حالی و بی‌حوصلگی در بیماران مبتلا به این بیماری رایج است و خلق منفی را در ایشان تقویت می‌کند (۲). خلق منفی موجب تحریک‌پذیری ایشان می‌شود و به‌آسانی دچار خشم و پرخاشگری و در نتیجه مشکلاتی در روابط بین‌فردی می‌شوند (۳). همچنین منفی‌نگری و ناامیدی نیز در میان این بیماران شایع است (۴).

پژوهش‌ها نشان می‌دهد که ناامیدی و افسردگی مهم‌ترین موانع توانبخشی بیماران کرونر قلبی است. منفی‌نگری، ناامیدی و افسردگی تأثیر منفی بر درمان می‌گذارد و مشکلات بیمار قلبی را تشدید می‌کند (۵). ناامیدی و افسردگی موجب کاهش انرژی روان‌شناختی می‌شود و انگیزه فرد را برای عمل به توصیه‌های پزشکی مانند تغذیه مناسب و ورزش کاهش می‌دهد و بدین ترتیب طول مدت بیماری نیز افزایش می‌یابد. در مقابل، شادکامی موجب کاهش عوارض بیماری قلبی می‌شود (۶). پژوهش‌ها نشان می‌دهد که افراد شاد، سلامت جسمی بیشتری دارند.

شادکامی ارزیابی عاطفی و شناختی فرد از زندگی‌اش است و شامل رضایت از زندگی بالا، تجربه هیجان‌های مثبت و سطح پایین خلق منفی می‌شود. اگرچه درآمد، شغل مناسب و ازدواج خوب در شادکامی مؤثر است (۶)، شادکامی بیشتر به نگرش‌ها و تجربه‌های ذهنی فرد وابسته است (۷). بنابراین، مداخله‌های روان‌شناختی در افزایش آن مؤثر است.

نتایج پژوهش‌های مختلف نشان می‌دهد که بیماران قلبی کیفیت زندگی پایین‌تری دارند (۸-۱۱). بیماری قلبی با ایجاد مشکلات جسمی، کیفیت زندگی بیماران را کاهش می‌دهد (۱۲). علاوه بر عوامل جسمی، مشکلات روان‌شناختی مانند ناامیدی و افسردگی نیز موجب کاهش کیفیت زندگی بیماران می‌شود (۱۳-۱۵). کاهش کیفیت زندگی با بستری شدن‌های مکرر و افزایش مرگ و میر ارتباط مستقیم دارد (۱۵). کیفیت زندگی مفهومی چندبُعدی و مشتمل بر وضعیت جسمی، روانی و اجتماعی است (۱۶). کیفیت زندگی به معنای احساس خوب بودن است که با رضایت از جنبه‌های مختلف زندگی که برای فرد مهم است، ایجاد می‌شود (۱۵). ارزیابی کیفیت زندگی بیماران قلبی برای مدیریت بیماری مهم است (۱۵).

درواقع رسیدگی به این متغیر در این بیماران بخش مهمی از فرایند درمان است (۱۷). به نظر می‌رسد افزایش کیفیت زندگی بیماران قلبی گامی مهم در افزایش اثربخشی درمان جسمی آنان است.

پژوهش‌ها گویای این است که سازه‌های مثبت روان‌شناختی موجب افزایش بهزیستی روانی و کیفیت زندگی بیماران قلبی می‌شود (۱). یکی از مهم‌ترین سازه‌های مثبت، امید است که تأثیر فراوانی در بهبود انگیزه و رفتار افراد دارد و موجب افزایش سازگاری فرد با شرایط می‌شود (۱۸). امید تاب‌آوری فرد را در مواجهه با شرایط نامطلوب افزایش می‌دهد (۱۹) و منبعی مهم در مقابله با بیماری‌های مزمن است (۲۰).

امید فرایندی است که فرد هدف مناسبی را تعیین و آن را پیگیری می‌کند. امید موجب یافتن مسیرهای مطلوب در جهت دستیابی به اهداف و برانگیخته شدن در جهت استفاده از این راه‌ها است (۲۱) و موجب می‌شود فرد در مواجهه با مشکلات به‌آسانی تسلیم نشود و زمانی که دستیابی به اهداف قدیمی و راهبردهای گذشته به علت مشکلات امکان‌پذیر نیست، فرد تلاش می‌کند با یافتن راه‌های جایگزین به هدف دست یابد (۱۶). اسنایدر<sup>۱</sup> امید را سازه روانی بسیار مهم و مؤثر مطرح و مقیاس و مداخله‌ای برای آن طراحی کرده که در بسیاری از پژوهش‌ها از آن استفاده شده است (۲۲). وی امید را مجموعه‌ای ذهنی می‌داند که مبتنی بر رابطه متقابل اراده و برنامه‌ریزی برای رسیدن به هدف است (۲۳). امید فرایندی است که در آن افراد اهداف خود را تعیین می‌کنند، راهکارهایی برای رسیدن به آن اهداف می‌سازند و انگیزه لازم را برای به اجرا درآوردن این راهکارها ایجاد و آن را در طول مسیر حفظ می‌کنند. در الگوی اسنایدر، امید سه مؤلفه هدف‌گذاری (اهداف خود را تعیین کند)، راهیابی (راهکارهایی برای دستیابی به آن اهداف خلق کند) و عاملیت (برانگیختن خود از طریق تفکر عاملیت برای شروع و استمرار حرکت مطابق راهکارها) دارد (۲۲).

نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد افرادی که نمرات بالاتری در مقیاس امید دارند نشانگان افسردگی و اضطراب کمتری دارند و کیفیت زندگی بالاتری را تجربه می‌کنند (۲۴، ۲۵). همچنین امید با سطوح بالای رضایت از زندگی، سازگاری و مقابله مثبت در بیماران مزمن ارتباط دارد (۲۶). نتیجه پژوهشی گویای این است که امیددرمانی موجب افزایش شادکامی افراد با بیماری‌های مزمن شده است (۲۷).

<sup>۱</sup> Snyder

نیز نقش امید را در معنویت بیماران مزمن نشان داده است (۳۸). بنابراین به نظر می‌رسد امید و معنویت اثربخشی تعاملی دارند و می‌توان بسته امید آمیخته به معنویت را برای بیماری‌های قلبی پیشنهاد کرد.

ایجاد ارتباط معنوی با خداوند قادر متعال به شخص این اطمینان را می‌دهد که نیرویی قوی همیشه او را حمایت می‌کند. این افراد حوادث را با تکیه بر ایمان و اعتقاد خود راحت‌تر می‌گذرانند؛ کمتر دستخوش استرس و اضطراب می‌شوند و در نتیجه انتظار این افراد از آینده امیدوارانه‌تر و خوش‌بینانه‌تر است (۳۹). این افراد با بُعد معنوی دادن به مشکلات، بهتر با مشکلات کنار می‌آیند و شادکامی بیشتری را تجربه می‌کنند. همچنین اعتقاد به حمایت و یاری خداوند متعال موجب می‌شود نسبت به بهبودی از بیماری، امید بیشتری داشته باشند (۴۰) و کیفیت زندگی بیشتری را گزارش می‌کنند.

در منابع اسلامی، امید چارچوب مفهومی خاصی دارد. در آیات و روایات الفاظ مختلفی از جمله رجاء (مؤمن، مؤمن حقیقی نیست، مگر اینکه امیدوار و بیمناک باشد) (۴۱)، توکل (هر آن که به خدا توکل کند، خداوند او را کفایت می‌کند) (۴۲)، یأس، قنوط و مشتقات آنها به ابعاد امید مرتبطاند. قرآن کریم امید به دیدار پروردگار را عاملی مهم در حرکت و زندگی معنوی آدمی می‌شمرد و بیان می‌کند که امید انسان را به سوی عمل صالح سوق می‌دهد (۴۳).

امید با رویکرد اسلامی موجب بهبود رابطه با خداوند و بُعد معنوی دادن به اهداف می‌شود؛ در نتیجه با افزایش انگیزش و احساسات مثبت همراه است که نگرش معنوی و مثبت موجب تلاش بیشتر و در نتیجه موفقیت می‌شود (۳۹). همچنین باورهای مثبت مذهبی موجب افزایش شادکامی می‌شود (۶). بنابراین به نظر می‌رسد امیددرمانی اسلامی در بهبود کیفیت زندگی و شادکامی مبتلایان به بیماری عروق کرونر قلب کارآمدتر از امیددرمانی کلاسیک باشد.

هدف این پژوهش بررسی اثربخشی امیددرمانی اسلامی در مقایسه با امیددرمانی کلاسیک بر افزایش کیفیت زندگی و شادکامی بیماران عروق کرونر قلبی بوده است.

## روش کار

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: در مطالعه حاضر اطلاعات کافی درباره ماهیت پژوهشی پرسش‌نامه‌ها و هدف پژوهش به

با توجه به شواهد یادشده یکی از مهم‌ترین مداخله‌های روان‌شناسی مثبت‌گرا که برای بیماری‌های مزمن به کار می‌رود، امیددرمانی است. تمرکز روان‌درمانی‌های سنتی مبتنی بر کاهش نشانگان و کاهش آسیب‌ها بود، در حالی که روان‌شناسی مثبت‌گرا بر بهبود توانایی‌ها و رشد شخصی تأکید می‌کند (۲۸).

امیددرمانی، برنامه درمانی است که بر اساس نظریه امید اسنایدر به منظور افزایش تفکر امیدوارانه و تقویت فعالیت‌های مرتبط با پیگیری هدف طراحی شده است (۲۳). این برنامه از فنون درمان شناختی-رفتاری، درمان مسئله‌مدار و روایت‌درمانی استفاده می‌کند و هدف آن کمک به افراد در جهت تعیین اهداف واقع‌بینانه و یافتن مسیرهای متعدد برای رسیدن به آنها و برانگیختن خود برای دنبال کردن اهداف است و در مواجهه با موانع، فرد را یاری می‌کند تا موانع را به صورت چالش‌هایی برای غلبه بر آنها و رسیدن به پیروزی مفهوم‌سازی کند (۲۹). در پژوهش‌های مختلف نقش امیددرمانی در افزایش شادکامی و کیفیت زندگی نشان داده شده است (۳۰، ۳۱). امیددرمانی کلاسیک در افزایش شادکامی و کیفیت زندگی نقش دارد، اما جهت افزایش اثربخشی امیددرمانی باید به فرهنگ و دین درمان‌جویان نیز توجه کرد (۲۵، ۳۲). بُعد فرهنگی در هر مداخله‌ای نقش دارد و گرایش به معنویت و دین‌داری یکی از جنبه‌های مهم فرهنگی است که باید به آن توجه شود؛ به‌ویژه در بیماری‌های مزمن، توکل به خدا و احساس حمایت معنوی از جانب خداوند می‌تواند روش مقابله‌ای مناسب برای حفظ امید و پایداری به درمان باشد. نگرش‌های دینی و مذهبی در تفسیر رویدادها و چگونگی تجربه هیجان‌ها نقش بسزایی دارد. در پژوهش‌هایی نقش مثبت معنویت و دین‌داری در روان‌درمانی نشان داده شده است (۳۲). بسیاری از درمان‌جویان در ایران مسلمان هستند و اعتقادات مذهبی جدی دارند، از این رو لازم است امیددرمانی را با نگاهی دینی ارزیابی و تکمیل کرد (۳۳). از آنجاکه امید مؤلفه‌های شناختی و عاطفی دارد، آمیخته‌کردن آموزه‌های معنوی اسلامی با سازه امید، اثربخشی آن را افزایش می‌دهد. پژوهش‌هایی نقش مثبت آموزه‌های اسلامی را در نگرش‌های مثبت درمان‌جویان مسلمان و در نتیجه افزایش کارآمدی روان‌درمانی نشان می‌دهد (۳۴). در این میان در پژوهش‌هایی نیز نقش معنویت در افزایش امید در بیماری‌های مزمن نشان داده شده است (۳۳، ۳۵، ۳۶). برای نمونه مناجات با خدا، امید را در بیماران قلبی افزایش می‌دهد (۳۷). پژوهش‌هایی



شادکامی و کیفیت زندگی بود. درنهایت در هر گروه پنج نفر حذف شدند و داده‌های ۱۵ نفر بررسی شد. پس‌آزمون یک هفته پس از آخرین جلسه برگزار شد.

ابزارهای پژوهش عبارت است از:

۱) پرسش‌نامه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی: این پرسش‌نامه محقق ساخته است و جنسیت، سن، تحصیلات و تأهل را ارزیابی می‌کند.

۲) مقیاس کیفیت زندگی (SF-36): شربون<sup>۲</sup> این پرسش‌نامه ۳۶ سؤال را برای ارزیابی کیفیت زندگی در سال ۱۹۹۲ طراحی کرده است. مقیاس مذکور به ارزیابی کیفیت زندگی از هر دو نظر جسمانی و روانی می‌پردازد و هشت حیطه سلامت عمومی، عملکرد جسمانی، محدودیت ایفای نقش به دلیل جسمانی و محدودیت ایفای نقش به دلیل عاطفی، درد بدنی، عملکرد اجتماعی، خستگی و سلامت روانی را می‌سنجد و در دو زیرمقیاس کلی، سلامت جسمی و روانی فرد را ارزیابی می‌کند (۴۴). منتظری و همکاران پایایی زیرمقیاس‌ها را در محدوده ۰/۷۷ تا ۰/۹ و روایی همگرا را ۰/۵۸ تا ۰/۹۵ گزارش کرده‌اند (۴۵).

۳) مقیاس شادکامی فاعلی: لوبومیرسکی<sup>۳</sup> این مقیاس را در سال ۱۹۹۹ طراحی کرده است که چهار گویه دارد و آزمودنی در مقیاسی هفت‌درجه‌ای به آن پاسخ می‌دهد. این مقیاس، شادکامی افراد را به صورت مستقل و در مقایسه با هم‌تایان بررسی می‌کند؛ دو گویه نخست از پاسخ‌دهنده می‌خواهد خودش را به ترتیب به صورت مستقل و در مقایسه با هم‌تایانش درجه‌بندی کند. گویه‌های سه و چهار به ترتیب افراد شاد و غمگین را توصیف می‌کند و از پاسخ‌دهنده می‌پرسد که این توصیف‌ها چقدر درباره او درست است (۴۶). در پژوهش‌های متعدد، این مقیاس روایی و اعتبار بسیار خوبی داشته است (۴۷). اعتبار درونی مقیاس بر اساس آلفای کرونباخ از ۰/۸۵ تا ۰/۹۵ گزارش شده است (۴۶). نسخه فارسی آن در ایران اعتباریابی شده و ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۷۶ و همبستگی آن با مقیاس رضایت از زندگی از ۰/۴۳ تا ۰/۴۷ گزارش شده است. به گفته کاشدان<sup>۴</sup> برای سنجش شادکامی، آزمون‌هایی مانند مقیاس شادکامی فاعلی لوبومیرسکی از مناسب‌ترین مقیاس‌ها است؛ چون کوتاه و فارغ از فشار زمانی و مبتنی بر نظریه است و ویژگی‌های

شرکت‌کنندگان داده شد و به افراد اطمینان خاطر داده شد که اطلاعاتشان به صورت محرمانه باقی خواهند ماند. شرکت‌کنندگان به طور داوطلبانه و آگاهانه و با داشتن رضایت کامل در پژوهش شرکت نمودند. همچنین شرکت در این پژوهش آزاد بود و شرکت‌کنندگان در صورت نداشتن تمایل می‌توانستند از ادامه جلسات انصراف دهند. علاوه بر این، از شرکت‌کنندگان رضایت‌نامه کتبی دریافت شد و حضور در جلسات نیز رایگان بود و هزینه‌ای برای افراد نداشت.

این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه گواه است. جامعه آماری شامل افراد مبتلا به بیماری عروق کرونر قلب بود. شرکت‌کنندگان در پژوهش از افرادی که در یکی از بیمارستان‌های شهرستان قم سابقه آنژیوگرافی داشتند، انتخاب شدند. شش ماه از بستری این افراد می‌گذشت و از نظر جسمی به شرایط پایدار رسیده بودند. از فهرست ۳۰۰ نفره که مدیر گروه قلب آن را معرفی کرده بود، به طور تصادفی ۱۰۰ نفر انتخاب شدند و با اطلاع‌رسانی پیامکی و حضوری، به جلسه توجیهی دعوت شدند که ۸۰ نفر در جلسه حضور پیدا کردند. متخصص قلب و پزشک معالج آنان، اهداف این پژوهش را تبیین کردند و ۷۰ نفر از افراد برای شرکت در دوره ثبت نام کردند که از آنان پیش‌آزمون گرفته شد. از میان این افراد ۶۰ نفر که معیارهای ورود به پژوهش را داشتند، انتخاب شدند و به سه گروه همتای ۲۰ نفره تقسیم شدند. بر اساس مطالعات مشابه، برای هر گروه ۱۵ نفر کافی بود، اما با توجه به احتمال ریزش، هر گروه ۲۰ نفره تشکیل شد. برای خنثی کردن اثر متغیرهای جمعیت‌شناختی، سه گروه از نظر جنسیت، سن و تحصیلات هم‌تاسازی شدند. هر گروه شامل ۱۲ مرد و هشت زن بود. میانگین سنی افراد ۵۶ و تحصیلات بیشتر آنان دیپلم بود. معیارهای ورود به پژوهش عبارت بود: از مسلمان بودن، داشتن سابقه بیماری عروق کرونر قلب، نداشتن اختلال شخصیت شدید، نداشتن بیماری‌های سایکوتیک<sup>۱</sup> و سن کمتر از ۶۵ سال. تشخیص اختلال شخصیت و بیماری سایکوتیک بر عهده محقق همکار بود که پیش‌آزمون را انجام می‌داد و اگر نشانه‌های نگران‌کننده‌ای در آزمایش یا رفتار فرد مشاهده می‌کرد، با او مصاحبه بالینی انجام می‌داد. پیش‌آزمون دو هفته پیش از نخستین جلسه انجام شد. معیارهای خروج از پژوهش نیز شامل انصراف شخصی و غیبت بیش از چهار جلسه بود. پس از اتمام دوره پس‌آزمون از تمامی افراد گرفته شد. پیش‌آزمون و پس‌آزمون شامل پرسش‌نامه‌های امید،

<sup>2</sup> Sherbourne

<sup>3</sup> Lyubomirsky

<sup>4</sup> Kashedan

<sup>1</sup> Psychotic

هدفمندی و پیشرفت و ارزیابی حرکت به سوی هدف، ۷) مهارت مقابله با موانع و حل مسئله و در صورت نیاز اهداف یا گذرگاه‌ها را تغییر دهند و ۸) جمع‌بندی و پیشگیری از بازگشت.

**بسته امیددرمانی با رویکرد اسلامی:** این بسته با توجه به مؤلفه‌های امید در آیات و روایات طراحی و با استفاده از تبیین سازوکار آموزه‌های اسلامی مرتبط با امید، تدوین شده است که به صورت هشت جلسه ۱/۵ ساعته و به صورت گروهی اجرا می‌شود. یک کارشناس اخلاق با تحصیلات سطح سه اخلاق اسلامی و دانشجوی دکتری روان‌شناسی با راهنمایی و نظارت دو کارشناس که تحصیلات سطح چهار حوزوی و دکتری روان‌شناسی داشتند و در روان‌شناسی دین و امیددرمانی و درمان گروهی نیز متخصص بودند، این بسته را طراحی کرد. بسته تدوین‌شده به ۱۲ کارشناس با تحصیلات عالی علوم اسلامی و روان‌شناسی ارائه و روایی آن تأیید شد. مفاد هشت جلسه عبارت است از: ۱) آشنایی شرکت‌کنندگان با درمانگر و ایجاد رابطه درمانی و آشنایی با چرخه ناامیدی و سازه امید، ۲) آشنایی با هدف و معنای زندگی در اسلام و تقویت گرایش به آن و آشنایی با چگونگی رشد معنوی روح در دنیا، ۳) آموزش مهارت هدفگذاری در جهت هدف اصلی زندگی و تعیین اهداف معنادار، شفاف، منطقی، در دسترس و قابل اندازه‌گیری، ۴) تبیین انگیزش و اهمیت آن، تقویت خودآگاهی فرد نسبت به انگیزه‌هایش و تقویت انگیزه‌های معنوی، ۵) تقویت مهارت انگیزش خویش، اهمیت خودانگیزی معنوی و بُعد معنوی دادن به اهداف، ۶) تدبیر و انتخاب مسیر مناسب، مهارت برنامه‌ریزی، مهارت حل مسئله و تصمیم‌گیری، ۷) اهمیت تلاش، مهارت پیش‌بینی و مقابله با موانع، مهارت انعطاف‌پذیری و سازگاری و ۸) اهمیت توکل و یاری‌جستن از خدا، تعدیل انتظارات از آثار توکل و جمع‌بندی. **بسته مقابله با استرس:** در این پژوهش گروه کنترل بسته مقابله با استرس را در هشت جلسه ۱/۵ ساعته دریافت کرد. مفاد این بسته عبارت است از: ۱) آشنایی شرکت‌کنندگان با درمانگر و ایجاد رابطه درمانی و آشنایی با پیامدهای بیماری قلبی، ۲) آشنایی با استرس‌های ناشی از بیماری قلبی، ۳) آشنایی با راهکارهای مقابله با استرس، ۴) آموزش خودآرام‌سازی، ۵) آموزش راهکارهای مقابله با خلق منفی، ۶) مهارت مقابله با افکار خودآیند منفی، ۷) مهارت مقابله با خودگویی‌ها و نشخوار ذهنی و ۸) جمع‌بندی نهایی و مرور جلسات.

روان‌سنجی خوبی دارد. در مقابل، پرسش‌نامه شادی آکسفورد<sup>۱</sup> طولانی‌تر است، سازه‌های زائد دارد و برای محتوای پراکنده‌ای که می‌سنجد توجیه نظری ندارد (۴۸).

**۴) مقیاس امید:** اسنایدر این پرسش‌نامه ۱۲ سؤال را در سال ۱۹۹۵ طراحی کرده است که هدف آن ارزیابی میزان امید افراد است (۴۹). شیوه نمره‌گذاری آن بر اساس طیف لیکرت چهارتایی است بدین صورت که: قطعاً غلط = ۱، اکثر موارد غلط = ۲، اکثر موارد درست = ۳، قطعاً درست = ۴. این مقیاس دو مؤلفه دارد. سؤالات مؤلفه مسیریابی ۱، ۴، ۶ و ۸؛ مؤلفه اراده ۲، ۹، ۱۰ و ۱۲ و سؤالات ۳، ۵، ۷ و ۱۱ انحرافی است. بازه امتیازات این مقیاس ۸ تا ۳۴ است و امتیازات بالاتر نشان‌دهنده امید به زندگی بیشتر در فرد پاسخ‌دهنده است (۵۰). ضریب آلفای کرونباخ برای امیدواری کل ۰/۸۶ و پایایی بازآزمایی در طی ۱۰ هفته، ۰/۸۲ گزارش شده است (۵۱). در پژوهش دیگری همسانی درونی کل آزمون ۰/۷۴ تا ۰/۸۴ و پایایی بازآزمایی ۰/۸ محاسبه شده است (۵۲). در پژوهش دیگری همسانی درونی این مقیاس ۰/۶۸ و بین این مقیاس و پرسش‌نامه عاطفه مثبت و خوش‌بینی همبستگی معنادار گزارش شده که بیانگر اعتبار هم‌زمان آن است (۵۳).

### بسته‌های آموزشی

**بسته امیددرمانی اسنایدر:** این بسته برای افزایش امید و در قالب گروهی در هشت جلسه ۱/۵ ساعته طراحی شده است. از لحاظ نظری، تفکر امیدوارانه فرایندی تبادلی است، بنابراین اجرای گروهی آن مؤثرتر است. در ابتدا شرکت‌کنندگان با چرخه ناامیدی در بیماری قلبی آشنا می‌شوند، سپس مؤلفه‌های امید در نظریه اسنایدر تبیین می‌شود. در ادامه مؤلفه‌های امید به شیوه مشارکتی در گروه بحث می‌شود و در شرکت‌کنندگان تقویت می‌شود. افراد با چگونگی کاربست این مؤلفه‌ها در زندگی خودشان آشنا می‌شوند و در ضمن تکالیف خانگی آن را تمرین می‌کنند. مفاد هشت جلسه عبارت است از: ۱) آشنایی شرکت‌کنندگان با درمانگر و ایجاد رابطه درمانی و آشنایی با چرخه ناامیدی، ۲) آشنایی با چرخه امید، ۳) آموزش مهارت هدفگذاری و تعیین اهداف معنادار، شفاف، منطقی، در دسترس و قابل اندازه‌گیری، ۴) مهارت تدبیر و مسیریابی، شرکت‌کنندگان چند مسیر برای حرکت به سوی اهداف ایجاد نمایند، ۵) مهارت خودانگیزی و آشنایی با منابع انگیزشی و پیشگیری از کاهش انگیزه، ۶) تقویت احساس

<sup>۱</sup>) Oxford Happiness Questionnaire

درمانگرانی که بسته‌ها را اجرا کردند، دانشجوی دکتری رشته روان‌شناسی بودند و تجربه سال‌ها مشاوره و برگزاری دوره‌های متعدد درمانی داشتند. علاوه بر این، در زمینه تدوین بسته امیددرمانی آمیخته به معنویت نیز مطالعه کرده بودند.

**یافته‌ها**

در جدول شماره ۱ داده‌های توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) هر یک از متغیرهای امید و شادکامی و کیفیت زندگی آمده است. در کیفیت زندگی دو زیرمقیاس سلامت جسمی و روانی دارد و نمره کل ندارد. بنابراین در تمامی جداول، داده‌های مرتبط با این دو زیرمقیاس آمده است. داده‌ها به تفکیک سه گروه امیددرمانی اسلامی، امیددرمانی کلاسیک و کنترل آمده است.

جدول ۲) خلاصه آزمون رگرسیون جهت بررسی رابطه بین دین‌داری و تاب‌آوری با بهزیستی روانی

متغیر	گروه‌ها	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
امید	آزمایش (امیددرمانی اسلامی)	۱۳/۶	۲/۱	۳۲/۶	۵/۱
	آزمایش (امیددرمانی کلاسیک)	۱۳/۸	۲/۱	۲۹/۵	۴/۳
	کنترل	۱۲/۶	۳/۲	۲۲/۸	۳/۳
سلامت جسمی	آزمایش (امیددرمانی اسلامی)	۱۵۴/۸	۳۵/۶	۲۳۵/۴	۴۰/۲
	آزمایش (امیددرمانی کلاسیک)	۱۴۳/۷	۴۰/۴	۱۶۷/۰	۲۶/۴
	کنترل	۱۳۹/۷	۴۴/۱	۱۲۷/۰	۴۱/۴
سلامت روانی	آزمایش (امیددرمانی اسلامی)	۱۴۶/۹	۲۹/۱	۲۳۵/۴	۴۰/۲
	آزمایش (امیددرمانی کلاسیک)	۱۴۰/۰	۲۹/۳	۱۷۸/۵	۲۳/۲
	کنترل	۱۴۹/۰	۳۲/۲	۱۵۱/۳	۲۷/۲
شادکامی	آزمایش (امیددرمانی اسلامی)	۵/۹	۱/۷	۲۱/۲	۴/۳
	آزمایش (امیددرمانی کلاسیک)	۵/۹	۱/۲	۱۵/۱	۱/۸
	کنترل	۵/۶	۱/۲	۹/۲	۱/۱

همان‌طور که در جدول شماره ۱ مشاهده می‌شود میانگین نمرات در متغیرهای شادکامی و کیفیت زندگی در پس‌آزمون یعنی پس از امیددرمانی در هر دو گروه آزمایشی افزایش یافته است؛ البته میانگین پس‌آزمون در گروه کنترل در بیشتر متغیرها نسبت به پیش‌آزمون نسبتاً افزایش یافته است. نتایج حاصل از آزمون لوین نشان داد پیش‌فرض تساوی واریانس‌های نمره‌ها برقرار است ( $P < 0.05$ ). همچنین نتایج حاصل از آزمون

ام باکس (همسانی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس)، پیش‌فرض برابری کوواریانس‌ها را در همه تحلیل‌ها تأیید کرد. به‌منظور بررسی پیش‌فرض همگنی شیب رگرسیون نیز تعامل متغیرهای وابسته و هم‌پراش بررسی شد. نتایج نشان داد که پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره برقرار است. تحلیل کوواریانس چندمتغیره انجام شد و نتایج آن در جدول شماره ۲ ارائه شده است.

جدول ۲) نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره (مانکوا) متغیرهای پژوهش

نام آزمون	مقدار	Df فرضیه	df خطا	F	P-value	مجذور اتا
آزمون اثر پیلای <sup>۱</sup>	۱/۱۹	۸	۷۴	۱۳/۵	۰/۰۰۰	۰/۵۹۴
آزمون لامبدای ویلکز <sup>۲</sup>	۰/۰۳۴	۸	۷۲	۴۰/۱۶۰	۰/۰۰۰	۰/۸۱۷
آزمون اثر هتلینگ <sup>۳</sup>	۲۲/۲	۸	۷۰	۹۷/۱۴۸	۰/۰۰۰	۰/۹۱۷
آزمون بزرگ‌ترین ریشه روی <sup>۴</sup>	۲۱/۹۰۳	۴	۳۷	۲۰۲/۵۹۹	۰/۰۰۰	۰/۹۵۶

<sup>۱</sup>) Pillai's Trace

<sup>۲</sup>) Wilks' Lambda

<sup>۳</sup>) Hotelling' Trace

<sup>۴</sup>) Roy' Largest Root

یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنی‌داری وجود داشت. برای اینکه مشخص شود تفاوت در کدام متغیرها معنادار است، تحلیل کوواریانس تک‌متغیره انجام شد و نتایج در جدول شماره ۳ آمده است.

همان‌طور که در جدول شماره ۲ مشاهده می‌شود تفاوت بین امید، شادکامی، سلامت جسمی و سلامت روانی در بین سه گروه در مجموع معنادار بود. به عبارت دیگر، بین آزمودنی‌هایی که مداخلات امید اسلامی، امید کلاسیک و بسته مقابله با استرس را دریافت کردند، در مرحله پس‌آزمون، دست‌کم از نظر

جدول ۳) نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیره (آنکوا)

منبع تغییرات	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	P-value	ضرایب اتا
گروه	امید	۹۱۵/۸۹۸	۲	۴۵۷/۹۴۹	۳۲/۹۷۷	۰/۰۰۰	۰/۶۲۸
	سلامت جسمی	۶۰۷۹۴/۹۸۶	۲	۳۰۳۹۷/۴۹۳	۳۲/۳۸۳	۰/۰۰۰	۰/۶۲۴
	سلامت روانی	۴۶۱۲۳/۴۸۵	۲	۲۳۰۶۱/۷۴۳	۴۹/۰۵۴	۰/۰۰۰	۰/۷۱۶
	شادکامی	۹۹۴/۱۳۴	۲	۴۹۷/۰۶۷	۵۷/۹۴۶	۰/۰۰۰	۰/۷۴۸

۷۵ درصد بوده است. به‌منظور بررسی اینکه کدام یک از گروه‌ها در مرحله پس‌آزمون با هم تفاوت دارند مقایسه زوجی با استفاده از آزمون بونفرونی انجام گرفت که نتایج آن در جدول شماره ۴ گزارش شده است.

نتایج جدول شماره ۳ نشان می‌دهد که تفاوت بین میانگین‌های تعدیل‌شده پس‌آزمون در نمره امید، عزت نفس و رضایت از زندگی در بین گروه‌ها معنادار بوده است. میزان تأثیر این درمان بر افزایش امید ۶۳ درصد، بر افزایش سلامت جسمی ۶۲ درصد، بر افزایش سلامت روانی ۷۱ و بر افزایش شادکامی

جدول ۴) نتایج آزمون بونفرونی

متغیرها	گروه	گروه	تفاوت میانگین	P-value
امید	امیددرمانی اسلامی	امیددرمانی کلاسیک	۵/۴۹۱۷	۰/۰۷۳
	امیددرمانی اسلامی	کنترل	۱۰/۴۹۱۷*	۰/۰۰۰
	امیددرمانی کلاسیک	کنترل	۷/۰۰۰*	۰/۰۰۰
سلامت جسمی	امیددرمانی اسلامی	امیددرمانی کلاسیک	۵۵/۶۸۹۶*	۰/۰۰۱
	امیددرمانی اسلامی	کنترل	۹۵/۷۲۲۹*	۰/۰۰۰
	امیددرمانی کلاسیک	کنترل	۴۰/۰۳۳۳*	۰/۰۱۷
سلامت روانی	امیددرمانی اسلامی	امیددرمانی کلاسیک	۵۶/۹۱۷۶*	۰/۰۱۲
	امیددرمانی اسلامی	کنترل	۷۴/۰۷۲۹*	۰/۰۰۰
	امیددرمانی کلاسیک	کنترل	۲۷/۱۵۵۳*	۰/۰۰۳
شادکامی	امیددرمانی اسلامی	امیددرمانی کلاسیک	۶/۱۲۰۸*	۰/۰۱۲
	امیددرمانی اسلامی	کنترل	۱۱/۹۸۷۵*	۰/۰۰۰
	امیددرمانی کلاسیک	کنترل	۵/۸۶۶۷*	۰/۰۰۰

امیددرمانی کلاسیک در افزایش سلامت جسمی و شادکامی مؤثر بوده و تفاوت معنادار است.

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش اثربخشی بسته امیددرمانی اسلامی در مقایسه با امیددرمانی کلاسیک بر امید، کیفیت زندگی (سلامت جسمی و روانی) و شادکامی در بیماران عروق کرونر قلبی بوده است. یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که گروه‌های امیددرمانی اسلامی و کلاسیک به‌طور معناداری بیش از گروه

نتیجه آزمون تعقیبی بونفرونی جهت مقایسه گروه‌ها نشان می‌دهد که در افزایش امید، امیددرمانی اسلامی و امیددرمانی کلاسیک نسبت به گروه کنترل که بسته مقابله با استرس را دریافت کردند، تأثیر بیشتری داشته است؛ اما امیددرمانی اسلامی و کلاسیک در افزایش امید، تفاوت معناداری نداشته است. علاوه‌براین، در افزایش کیفیت زندگی (سلامت جسمی و روانی) و شادکامی، امیددرمانی اسلامی و کلاسیک نسبت به گروه کنترل که بسته مقابله با استرس را دریافت کردند، تأثیر بیشتری داشته است. همچنین امیددرمانی اسلامی بیش از

در امیددرمانی اسلامی فرد به اهدافش بُعد معنوی می‌دهد؛ داشتن هدف معنوی و امید به دستیابی آن به زندگی فرد معنا می‌دهد و او را در مسیر تلاش و پشتکار قرار می‌دهد. همچنین وجود راهبردهای رفتاری گامی در جهت فعال کردن فرد است و به او کمک می‌کند تا فعالانه اهداف تعیین شده را دنبال کند. فعال بودن، احساس مفید و مؤثر بودن را به همراه دارد که موجب شادکامی می‌شود (۳۹). بک<sup>۳</sup> در نظریه خود ناامیدی را علامت اصلی افسردگی می‌داند و تأکید می‌کند که ناامیدی موجب رهاکردن اهداف می‌شود (۶۰).

در تبیین تفاوت نداشتن امیددرمانی اسلامی و امیددرمانی کلاسیک در افزایش امید دو نکته می‌توان گفت: الف) این پژوهش در شهر قم انجام شده است و به نظر می‌رسد افراد گروه امیددرمانی کلاسیک نیز از مقابله‌های معنوی-مذهبی استفاده کرده‌اند. ب) از نظر اسنادی سه الگوی انسداد اهداف وجود دارد که امید را کاهش می‌دهد: ۱) مسدود شدن یک هدف مهم و اساسی، ۲) انتخاب اهدافی که رضایت‌بخش نیست و ۳) انتظار تعمیم‌یافته برای شکست (۲۲). در امیددرمانی اسلامی و کلاسیک سعی بر آن بوده است که این الگوها در فرد اصلاح شود تا امید او بیشتر شود و میزان آسیب‌پذیری کاهش یابد. این الگوها در دو برنامه درمانی یکسان اجرا شده است. اگرچه در امیددرمانی اسلامی به هدف بُعد معنوی داده می‌شود و انگیزه فرد را افزایش می‌دهد، این افزایش انگیزه اگرچه موجب افزایش کیفیت زندگی و شادکامی شده اما به‌طور معناداری امید را نسبت به گروه امید کلاسیک افزایش نداده است.

امیددرمانی اسلامی با تأکید بر اهمیت رشد معنوی به زندگی معنا و هدف می‌دهد و فرد احساس معنا و هدفمندی می‌کند و تحمل مشکلات را در زندگی آسان‌تر می‌کند (۴۰). امیددرمانی به افراد مبتلا به بیماری قلبی کمک می‌کند که با گفت‌وگوی درونی مثبت مداوم به خود امیدواری دهند؛ با این مفهوم که می‌توانند از عهده کارها برآیند و هرگز تسلیم نشوند. درنهایت این افراد با این گفت‌وگوی امیدوارانه، کیفیت زندگی بیشتری را تجربه می‌کنند. آنان در جریان علائم به‌وجودآمده بر اثر بیماری خود، می‌دانند که چگونه مسیر افکار خود را به سمت امیدواری و خوش‌بینی سوق دهند تا بتوانند بر ناامیدی غلبه کنند (۶۳). امید با افزایش خوش‌بینی نسبت به آینده، کیفیت زندگی‌ای را که فرد تجربه می‌کند افزایش می‌دهد و به فردی که در موقعیت‌های سخت قرار دارد انرژی لازم را

کنترل که بستۀ مقابله با استرس را دریافت کردند، موجب افزایش امید و کیفیت زندگی در بیماران شده است. اگرچه در افزایش امید، گروه‌های امیددرمانی اسلامی و کلاسیک تفاوت معناداری نداشتند، اما در افزایش شادکامی و کیفیت زندگی، امیددرمانی اسلامی به‌طور معناداری بیش از امیددرمانی کلاسیک و گروه کنترل مؤثر بوده است. در رتبه بعد، امیددرمانی کلاسیک بیش از گروه کنترل در افزایش شادکامی و کیفیت زندگی مؤثر بوده است.

نتایج پژوهش حاضر مبنی بر تأثیر معنادار امیددرمانی با رویکرد اسلامی بر افزایش امید و شادکامی و کیفیت زندگی، با پژوهش‌هایی همسو است (۳۵، ۵۴-۵۶). همچنین یافته‌های پژوهش مبنی بر تأثیر معنادار امیددرمانی بر افزایش امید و شادکامی و کیفیت زندگی با پژوهش‌های میرباقری و همکاران، شیخ‌الاسلامی و همکاران، باباخانیان و ضرغامی و همچنین پژوهش بهرامیان و همکاران همسو است (۵۷-۶۰). نتایج این پژوهش مبنی بر تأثیر معنادار معنویت و درمان‌های آمیخته به معنویت بر افزایش امید و شادکامی و کیفیت زندگی نیز با پژوهش‌های صادقی‌مقدم و همکاران، سابکی<sup>۱</sup> و همکاران و گریل<sup>۲</sup> و همکاران همسو است (۳۷، ۶۱، ۶۲).

افراد دچار بیماری‌های مزمن قلبی به‌دلیل اینکه انگیزه و راهکارهای دستیابی به هدف کمتری دارند در برخورد با موانع به‌آسانی انگیزه‌های خود را از دست می‌دهند و دچار ناامیدی می‌شوند. افراد دارای سطح امید پایین در غلبه بر موانع جهت رسیدن به اهدافشان مشکل دارند و متعاقباً هیجانات منفی بیشتری را تجربه می‌کنند (۵۵). در امیددرمانی به این افراد آموخته می‌شود که انگیزه و راهکارهای بیشتری در خود ایجاد کنند تا هنگامی که با موانع برخورد می‌کنند انگیزه خود را حفظ کنند و از گذرگاه‌های جانشین استفاده کنند (۲۳).

بسیاری از بیماران قلبی در غلبه بر موانع جهت رسیدن به اهدافشان مشکل دارند و در نتیجه هیجانات منفی بیشتری را تجربه می‌کنند. در تبیین تأثیرات امیددرمانی بر افزایش شادکامی به نظر می‌رسد امیددرمانی با تقویت مهارت هدفگذاری و تعیین اهداف شفاف، منطقی و قابل اندازه‌گیری، احساس پیشرفت را افزایش می‌دهد، همچنین به افراد کمک می‌کند که راهکارها و مسیرهای متعددی برای دستیابی به هدف در نظر بگیرند، انگیزه خویش را حفظ کنند و در نتیجه موفقیت‌های بیشتری را تجربه می‌کنند (۶۰).

<sup>۱</sup>) Sabki

<sup>۲</sup>) Grill

<sup>۳</sup>) Beck

موجب افزایش احساسات مثبت همچون امید و شادکامی در ایشان می‌شود.

### پیشنهاد‌های پژوهش

پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی این پژوهش در شهرهای دیگر که فرهنگ متفاوتی دارند و در گروه‌هایی که سطح اطلاعات مذهبی آنان متوسط و کمتر از متوسط است، انجام شود. همچنین پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده برای بررسی اثربخشی درمان پیگیری طولانی‌مدت صورت گیرد. علاوه بر این، با توجه به یافته‌های پژوهش در تأثیر امیددرمانی اسلامی بر افزایش امید و کاهش افسردگی و اضطراب بیماران، پیشنهاد می‌شود به منظور ارتقای بهداشت روانی بیماران عروق کرونر قلبی، بسته امیددرمانی اسلامی، به همراه خدمات پزشکی به بیماران ارائه شود تا روند بهبودی آنان تسریع شود.

### قدردانی

پژوهشگران از کادر درمان که در اجرای این پژوهش یاریگر آنان بوده‌اند و همچنین همه شرکت‌کنندگان در پژوهش و مرکز مطالعات دین و سلامت وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی که از این پژوهش حمایت مالی کرده است، تشکر و قدردانی می‌کنند.

### ملاحظات اخلاقی

بنا بر اظهار مؤلفان، این مقاله برگرفته از طرح پژوهشی با عنوان «طراحی برنامه امیددرمانی با رویکرد اسلامی و مقایسه اثربخشی آن با امیددرمانی کلاسیک روی شاخص‌های بهزیستی فاعلی، افسردگی، اضطراب و کیفیت زندگی در اشخاص مبتلا به بیماری کرونری قلب» است که کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی مورخ ۹۵/۱۱/۳ و با کد IR.SBMU.RETECH.REC.1395.845 آن را تصویب کرده است.

### حامی مالی

بنا بر اظهار مؤلفان مقاله، مرکز مطالعات دین و سلامت وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی حمایت مالی این پژوهش را بر عهده داشته است.

برای مقابله با سختی‌ها به منظور رسیدن به هدف و سازگاری با شرایط می‌دهد (۵۸).

در امیددرمانی اسلامی بر توکل نمودن به پروردگار هستی تأکید می‌شود. توکل موجب بهره‌مندی از یاری و حمایت خداوند متعال است و هنگامی که توانایی و امکانات فرد بیش از امکانات مورد نیاز برای غلبه بر مشکل باشد، فرد امیدوار است. بنابراین باور و اتکا به یاری خداوند که بی‌نهایت قدرت و توانایی دارد، موجب امید می‌شود (۳۴). همچنین مناجات با خداوند و یاری جستن از او و احساس رابطه شخصی با وجودی برتر، سبب چشم‌انداز مثبتی در زندگی می‌شود (۶۱) و موجب می‌شود افراد برای زندگی خود معنا پیدا کنند و به آینده امیدوار باشند (۶۴). بنابراین، بسته امیددرمانی اسلامی با توجه دادن فرد به تکیه کردن بر قدرت خداوند، به طور معناداری شادکامی و کیفیت زندگی را بیش از امیددرمانی کلاسیک افزایش می‌دهد. همچنین امیددرمانی با تغییر در نظام انگیزشی افراد، ایجاد تفکر سازنده، ایجاد هدفمندی، باز نمودن مسیرهای جدید تفکر و افزایش مقاومت افراد نسبت به تحمل فشارهای ناشی از مشکلات مزمن، سلامتی عمومی و کیفیت زندگی افراد را بهبود می‌بخشد (۴۰). امید می‌کوشد تا با استفاده از توانایی‌ها و ظرفیت‌های مثبت انسان همچون شادی و خوش‌بینی به کیفیت زندگی اهتمام ورزد و همچنین، به فردی که در موقعیت‌های سخت قرار دارد انرژی لازم را برای مقابله با سختی‌ها برای رسیدن به هدف و سازگاری با شرایط می‌دهد (۴۵) و در نهایت کیفیت زندگی فرد را افزایش می‌دهد.

### محدودیت‌های پژوهش

مکان اجرای پژوهش از محدودیت‌های این مطالعه بود. از آنجاکه پژوهش در شهرستان قم اجرا شده است، بیشتر مخاطبان گرایش‌های دینی و معنوی داشتند. بنابراین ممکن است گروه امیددرمانی کلاسیک و گروه کنترل نیز از برخی آموزه‌های اسلامی همچون توکل استفاده کرده باشند و این موضوع تعمیم نتایج را تا حدی مشکل می‌کند. نبود مطالعات پیگیری و استفاده از پرسش‌نامه‌های خودگزارش‌دهی نیز از محدودیت‌های دیگر پژوهش به شمار می‌رود.

یادآوری این نکته لازم است که افراد به صورت داوطلبانه در گروه مشارکت کردند؛ بنابراین نمی‌توان عامل انگیزش را در پیشرفت افراد گروه نادیده گرفت. در پیشرفت افراد گروه کنترل در متغیرهای پژوهش می‌توان به این عامل اشاره نمود. به نظر می‌رسد صرف برگزاری جلسات و توجه به بیماران قلبی

health-related quality of life in patients with severe stable heart failure. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2016;16(3):230-8.

10. Comín-Colet J, Anguita M, Formiga F, Almenar L, Crespo-Leiro MG, Manzano L, et al. Health-related quality of life of patients with chronic systolic heart failure in Spain: results of the VIDA-IC study. *Revista Española de Cardiología (English Edition)*. 2016;69(3):256-71.

11. Mojahed A, Bazi M, Azadi Ahmadabadi C, Abbasi Mendi A, Shahraki N. Comparisons of patients' quality of life before and after coronary artery bypass graft surgery in Ali Ibn Abi Talib Hospital in Zahedan in 2016. *Razi Journal of Medical Sciences*. 2018;25(168):1-9.

12. Riaz A, Hanif MI, Khan IH, Hanif A, Mughal S, Anwer A. Quality of life in patients with rheumatic heart disease. *JPM The Journal of the Pakistan Medical Association*. 2018;68(3):370-5.

13. Blakemore A, Dickens C, Guthrie E, Bower P, Kontopantelis E, Afzal C, et al. Depression and anxiety predict health-related quality of life in chronic obstructive pulmonary disease: systematic review and meta-analysis. *International journal of chronic obstructive pulmonary disease*. 2014;9:501-12.

14. Heidarzadeh M, Ghanavati A, Pashaie A, Kolahdoozipour J, Mohamad Karam A, Rahimzadeh A, et al. Quality of life in congestive heart failure patients: comparing with other groups. *Iranian Journal of Nursing Research*. 2015;10(2):54-62. (Full Text in Persian)

15. Todorova M, Petrova G, Petrova N. Determinations of the Quality of life in Patients With Ischemic Heart Disease. *Trakia Journal of Sciences*. 2018;16(1):17-23.

16. Stevens ED, Green A, Jason L. Relationship of hope, sense of community, and quality of life. *Journal of community psychology*. 2018 ;46(5):567-74.

17. Lopenon P, Luther M, Wistbacka J-O, Nissinen J, Sintonen H, Huhtala H, et al. Postoperative delirium and health related quality of life after coronary artery bypass grafting. *Scandinavian Cardiovascular Journal*. 2008;42(5):337-44.

18. Kim OS, Choi KS. Influence of family and medical staff support and hope on organ transplant recipients' psychosocial adjustment. *Journal of Korean Clinical Nursing Research*. 2016;22(1):78-87.

19. Abbasi P, Mahmoodi F, Ziapour A, Dehghan F, Parvane E. The effectiveness of group hope therapy training on psychological well-being and resilience in divorced women. *World Family Medicine Journal: Incorporating the Middle East Journal of Family Medicine*. 2017;99(5588):1-6.

20. Duncan AR, Jaini PA, Hellman CM. Positive Psychology and Hope as Lifestyle Medicine Modalities in the Therapeutic Encounter: A Narrative Review.

## تضاد منافع

مؤلفان مقاله هیچ‌گونه تضاد منافی درباره این پژوهش گزارش نکرده‌اند.

## مشارکت مؤلفان

درمانگر یکی از گروه‌ها، همکاری در تدوین شیوه‌نامه: مؤلف اول؛ همکاری در تدوین شیوه‌نامه متناسب با نیاز بیماران: مؤلف دوم؛ کمک به تدوین ساختار کلی مقاله: مؤلفان سوم و ششم؛ راهنمایی و نظارت بر تدوین شیوه‌نامه و انجام طرح: مؤلفان چهارم و پنجم؛ و تدوین شیوه‌نامه، درمانگر یکی از گروه‌ها و انجام تحلیل آماری: مؤلف هفتم.

## References

- Huffman JC, Legler SR, Boehm JK. Positive psychological well-being and health in patients with heart disease: a brief review. *Future cardiology*. 2017;13(5):443-50.
- Carney RM, Freedland KE. Depression and coronary heart disease. *Nature Reviews Cardiology*. 2017;14(3):145-55.
- Ng C, Mohamed S, See M, Harun F, Sulaiman A, Zainal N, et al. Anxiety, depression, perceived social support and quality of life in Malaysian breast cancer patients: A 1-year prospective study. *European Psychiatry*. 2016;33:S517-S8.
- Rehder K, Lusk J, Chen JI. Deaths of Despair: Conceptual and Clinical Implications. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2019.
- Farokhnezhad Afshar P, Bastani F, Haghani H, Valipour O. Hospital Anxiety and Depression in the Elderly with Chronic Heart Failure. *Iran Journal of Nursing*. 2019;32(120):80-9. (Full Text in Persian)
- Cedars A, Opatowsky AR. Sustaining Happiness in Adult Congenital Heart Disease. *World Journal for Pediatric and Congenital Heart Surgery*. 2016;7(5):635-7.
- Clark AE, Flèche S, Layard R, Powdthavee N, Ward G. The key determinants of happiness and misery. 2017.
- Kordestani D. Comparing the Resilience, Life Style and Life Quality Among Cardiovascular Patients and Normal Peopel. *Yafte*. 2018;19(5):71-80. (Full Text in Persian)
- Moryś JM, Pačalska M, Bellwon J, Gruchała M. Cognitive impairment, symptoms of depression, and

American Journal of Lifestyle Medicine. 2020;1559827620908255.

21. Du H, Bernardo AB, Yeung SS. Locus-of-hope and life satisfaction: The mediating roles of personal self-esteem and relational self-esteem. *Personality and Individual Differences*. 2015;83:228-33.

22. Snyder CR. *Handbook of hope: Theory, measures, and applications*: Academic press; 2000.

23. Cheavens JS, Feldman DB, Woodward JT, Snyder C. Hope in cognitive psychotherapies: On working with client strengths. *Journal of cognitive Psychotherapy*. 2006;20(2):135.

24. Gallagher MW, Long LJ, Phillips CA. Hope, optimism, self-efficacy, and posttraumatic stress disorder: A meta-analytic review of the protective effects of positive expectancies. *Journal of clinical psychology*. 2020;76(3):329-55.

25. Koenig HG, Youssef NA, Smothers Z, Oliver JP, Boucher NA, Ames D, et al. Hope, religiosity, and mental health in US veterans and active duty military with PTSD symptoms. *Military medicine*. 2020;185(1-2):97-104.

26. Dorsett P, Geraghty T, Sinnott A, Acland R. Hope, coping and psychosocial adjustment after spinal cord injury. *Spinal cord series and cases*. 2017;3:17046.

27. Farnia F, Zarei H, Baghshahi N. The effectiveness of group hope therapy on happiness in hemodialysis patients. *The J Urmia Nurs Midwifery Fac*. 2016;14(6):543-50. (Full Text in Persian)

28. Niemiec RM, Shogren KA, Wehmeyer ML. Character strengths and intellectual and developmental disability: A strengths-based approach from positive psychology. *Education and Training in Autism and Developmental Disabilities*. 2017;52(1):13.

29. Snyder CR IS, Cheavens J, Michael ST, Yamhure L, Simpson S. . The role of hope in cognitive-behavior therapies. *Cognitive therapy and Research*. 2000;24(6):747-62.

30. Dehghani Z, Khodabakhshi-koolae A. Effectiveness of group hope therapy on quality of life and resilience in addicted women. *J Educ Community Health*. 2017;4(1):28-34.

31. Yousefi A, Rafinia P, Sabahi P. The Effectiveness of Hope Therapy on Quality of Life in Wives of Veterans with Post Traumatic Stress Disorder. *Journal of Clinical Psychology*. 2016;8(1):1-10. (Full Text in Persian)

32. Williams V. *Exploring Religion and Spirituality in Psychological Therapy*: School of Psychology; 2017.

33. Salehi M. The Model of Hope Based on Islamic Sources and Designing it Treatment Plan. *Journal of Islam and psychological research*. 2017;2(2):29-50. (Full Text in Persian)

34. Sabry WM, Vohra A. Role of Islam in the management of psychiatric disorders. *Indian journal of psychiatry*. 2013;55(Suppl 2):S205.

35. Binaei N, Moeini M, Sadeghi M, Najafi M, Mohagheghian Z. Effects of hope promoting interventions based on religious beliefs on quality of life of patients with congestive heart failure and their families. *Iranian journal of nursing and midwifery research*. 2016;21(1):77-83.

36. Rahmanian M, Moein Samadani M, Oraki M. Effect of spirituality group therapy on life expectancy and life style's improvement of breath cancer patients. *Scientific Journal Management System*. 2017;7(1):101-14. (Full Text in Persian)

37. Sadeghimoghaddam S, Alavi M, Mehrabi T, Bankpoor-Fard A. The effect of two methods of relaxation and prayer therapy on anxiety and hope in patients with coronary artery disease: A quasi-experimental study. *Iranian journal of nursing and midwifery research*. 2019;24(2):102-7.

38. Barton KS, Tate T, Lau N, Taliesin KB, Waldman ED, Rosenberg AR. "I'm not a spiritual person." How hope might facilitate conversations about spirituality among teens and young adults with cancer. *Journal of pain and symptom management*. 2018;55(6):1599-608.

39. Salehi M, Pasandideh A, Janbozorgi M, Rasoolzadeh Tabatabaei SK. The Model of Hope Based on Islamic Sources and Designing its Therapy Protocol. *The Interdisciplinary Quarterly of Applied Researches on Islamic Humanities*. 2018;1(3):7-34. (Full Text in Persian)

40. Asgari P, Roushani K, Mohri AM. The Relationship between religious belief, optimism and spiritual well being among college students of Islamic Azad University. *Journal of School Psychology (New Findings in Psychology)*. 2009;4(10):27-39. (Full Text in Persian)

41. Majlesi MB. *Biar al-Anwar*. Beirut: House of Revival of Arab Heritage; 1983. (Full Text in Arabic)

42. The holy Quran.Sura Al-talagh.verse 3. Qom: Darolghoran Karim; 1994.

43. The holy Quran.Sura Al-kahf.verse 110. Qom: Darolghoran Karim;1994.

44. Ware Jr JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical care*. 1992;473-83.

45. Motamed N, Ayatollahi A, Zare N, Sadeghi Hassanabadi A. Validity and reliability of the Persian translation of the SF-36 version 2 questionnaire. 2005.

46. Lyubomirsky S, Lepper HS. A measure of subjective happiness: Preliminary reliability and construct validation. *Social indicators research*. 1999;46(2):137-55.



47. Lyubomirsky S, King L, Diener E. The benefits of frequent positive affect: Does happiness lead to success? *Psychological bulletin*. 2005;131(6):803-55.
48. Kashdan TB. The assessment of subjective well-being (issues raised by the Oxford Happiness Questionnaire). *Personality and individual differences*. 2004;36(5):1225-32.
49. Snyder CR. Conceptualizing, measuring, and nurturing hope. *Journal of Counseling and Development: JCD*. 1995;3(73):355.
50. Bahari F. *Foundations of Hope and Omid Therapy*. Tehran: Dungeon; 2014. (Full Text in Persian)
51. Lopez S. *Handbook of positive psychology*, Oxford University Press; 2000.
52. Snyder CR, Lopez SJ. *Positive Psychology*. New York: Oxford University Press, Inc; 2007.
53. Allaedini Z, Kajbaf MB, Molavi H. Barresi Asar-Bakhshi Omid-Darmani-e Goroohi bar Mizan-e Omid va Salamat-e Ravani. *Journal of Research in Psychological Health*. 2007;1(4):67-76. (Full Text in Persian)
54. Salehi M, Janbozorgi M, Rasool-Zadeh Tabatabaei SK. Tasir Omid-Darmani Islami bar Behzisti-ye Faeli Afrad Mobtala be Moltipel Eskelerosis va Moghayese-ye an ba Omid-Darmani Mobtani bar Nazariyeh Esnayder. *Ravanshenasi Va Din*, 2016;9(3):29-50. (Full Text in Persian)
55. Nazari N. The effectiveness of hope therapy on improving marital adaptation in women with Multiple Sclerosis (MS). *Journal of Advanced Pharmacy Education & Research* | Jan-Mar. 2020;10(S1):49-54.
56. Rafiepoor A. The Effectiveness of Hope Therapy on the Quality of Life of Mothers Children with Physical Disabilities. *Journal of Educational Psychology Studies*. 2018;15(32):117-34. (Full Text in Persian)
57. Mirbagher AN, Aghajani M, Morsaee F, Zabolian Z. The Relationship between Hope and Depression-Anxiety in Patients Undergoing Hemodialysis. 2016;18(1):55-62. (Full Text in Persian)
58. Sheykholeslami A, Ghamari Qivi H, Ramezani S. The effectiveness of hope therapy on happiness of physical-motor disable male. *J Counsel Re*. 2016;15(58):96-112. (Full Text in Persian)
59. Babakhanian M, Zarghami M. Letter to Editor: Effectiveness of Hope Therapy Protocol on Depression and Hope in Amphetamine Users. *International Journal of High Risk Behaviors and Addiction*. 6(3):e59537.
60. Bahramian J, Zaharakar K, Rasouli M. The effect of hope based group therapy approach on the severity of depression in multiple sclerosis patients. *Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing (IJRN)*. 2014;1(1):12-22. (Full Text in Persian)
61. Sabki ZA, Sa'ari CZ, Muhsin SBS, Kheng GL, Sulaiman AH, Koenig HG. Islamic Integrated Cognitive Behavior Therapy: A Shari'ah-Compliant Intervention for Muslims with Depression. *Malaysian Journal of Psychiatry*. 2019;28(1).
62. Grill KB, Wang J, Cheng YI, Lyon ME. The role of religiousness and spirituality in health-related quality of life of persons living with HIV: A latent class analysis. *Psychology of Religion and Spirituality*. 2020. 12(4), 494-504.
63. Rahimipour M, Shahgholian N, Yazdani M. Effect of hope therapy on depression, anxiety, and stress among the patients undergoing hemodialysis. *Iranian journal of nursing and midwifery research*. 2015;20(6):694.
64. Ahmadi M, Zaree K, Leily AK, Hoseini ASS. Efficacy of a written prayer technique on the anxiety of mothers of children with cancer. *Palliative & supportive care*. 2019:1-6.