



بررسی نقش ورزش و عمل به باورهای دینی بر اضطراب ناشی از کرونای کادر درمان

اسکندر حسین پور^{۱*}، صمد گودرزی^۲

چکیده

زمینه و اهداف: به دلیل افزایش اضطراب ناشی از کرونا در کادر درمان شناسایی و پرورش راهکارهای مقابله با اضطراب در میان آن‌ها امری ضروری است. از این‌رو هدف پژوهش حاضر بررسی نقش ورزش و عمل به باورهای دینی بر اضطراب ناشی از کرونای کادر درمان است.

مواد و روش‌ها: این پژوهش به شیوه نیمه تجربی از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون انجام شد. جامعه تحقیق کادر درمان بیمارستان‌های چند استان ایران بود که به بیماران کرونایی خدمات‌رسانی می‌کردند. حجم نمونه ۵۴ نفر بود که به صورت تصادفی و هدفمند انتخاب شدند. ابزار پژوهش پرسشنامه اضطراب ناشی از کرونا علی‌پور و همکاران بود. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها پس از بررسی نرمال بودن توزیع نمرات، از آزمون آنوا، تی وابسته و آزمون تعقیبی LSD با استفاده از نرم‌افزار SPSS استفاده شد.

یافته‌ها: اختلاف معناداری بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه‌های داوطلبانه ورزش ($t = ۲۱/۹$)، داوطلبانه انجام اعمال دینی ($t = ۱۴/۱۵$) و تصادفی ورزش ($t = ۳/۸۴$) مشاهده شد که نشان‌دهنده تأثیر آن‌ها بر کاهش اضطراب کادر درمان است. بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه کنترل ($۰/۵۵۶$)، تصادفی انجام اعمال دینی ($t = ۱/۵۹۵$) تفاوت معناداری مشاهده نشد. همچنین نتایج نشان داد که گروه داوطلبانه انجام اعمال دینی، داوطلبانه ورزش و تصادفی ورزش به ترتیب کمترین مقدار اضطراب را دارند.

نتیجه‌گیری: انجام ورزش به علت غالب بودن جنبه فیزیولوژیکی آن چه مطابق میل کادر درمان باشد و چه نباشد موجب کاهش اضطراب در آن‌ها می‌شود؛ اما عمل به باورهای دینی به دلیل غالب بودن بعد روحی آن تنها وقتی که بر اساس خواسته فرد باشد موجب کاهش اضطراب می‌شود.

واژگان کلیدی: اضطراب، کرونا، ورزش، دین‌داری، کادر درمان

مقاله پژوهشی



تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۴/۲۹

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۷/۱۰

ارجاع:

حسین پور اسکندر، گودرزی صمد. بررسی نقش ورزش و عمل به باورهای دینی بر اضطراب ناشی از کرونای کادر درمان. بهداشت کار و ارتقاء سلامت ۱۴۰۱؛ ۱(۶): ۱-۱۲.

^۱ گروه مدیریت ورزشی، پژوهشکده تعلیم و تربیت استان خوزستان، اهواز، ایران

* (نویسنده مسئول): e.hossinpur@yahoo.com

^۲ گروه مدیریت ورزشی، دانشکده تربیت بدنی، دانشگاه تهران، پردیس فارابی، قم، ایران

مقدمه

کرونا ویروس یک بیماری حاد تنفسی با علل ناشناخته است که از دسامبر سال ۲۰۱۹ در ووهان چین آغاز شد (۱)؛ و به سرعت در سطح جهان گسترش یافت. در تاریخ ۲۰ ژانویه، چین انتقال این ویروس از انسان به انسان را تأیید کرد (۲) و سازمان بهداشت جهانی پس از تشکیل جلسه اضطراری در ۳۰ ژانویه ۲۰۲۰ از کرونا به عنوان یک نگرانی جهانی نام برد (۳). اگرچه گزارش‌های اخیر نشان داده‌اند که ۸۰٪ از بیماران مبتلا به کرونا علائم خفیف دارند و بهبود می‌یابند و میزان مرگ‌ومیر تا ۲٪ است، به دلیل سرعت بالای انتقال، میزان کل مرگ‌ومیر ناشی از کرونا بیشتر از سندرم تنفسی حاد و سندرم تنفسی خاورمیانه است (۴). این بیماری همه‌گیر به عنوان بدترین بحران بهداشت عمومی در یک نسل توصیف شده است (۵). این بحران جهانی چالش‌های مختلفی را برای کارمندان مراقبت‌های بهداشتی در سراسر جهان به وجود می‌آورد. افزایش بار کار، موقعیت‌های پرخطر با تماس مداوم با محیط‌های آلوده و پرخطر با محافظت ناکافی از آلودگی، افزایش مرگ‌ومیر ناشی از ویروس کرونا، عدم تماس با اعضای خانواده، خستگی و دسترسی سریع اطلاعات و اطلاعات نادرست در اینترنت و رسانه‌های اجتماعی باعث مشکلات سلامت روان و اضطراب در کادر درمان شده است (۶). استرس و اضطراب نه تنها می‌تواند سیستم ایمنی بدن را تضعیف کرده و آن‌ها را در برابر بیماری‌ها از جمله کرونا آسیب‌پذیر کند (۷). بلکه ممکن است مانع از مبارزه کادر درمان با ویروس کرونا شود (۸). با توجه به شیوع بالای علائم اضطراب و افسردگی، به ویژه در بین کارکنان مراقبت‌های بهداشتی شناسایی و پرورش راهکارهای مقابله با اضطراب در میان این قشر امری ضروری است و می‌تواند به جلوگیری از اضطراب ناشی از کرونا، افزایش سلامت روان و بهبود کیفیت کاری و زندگی آنان کمک کند. دارودرمانی و رفتاردرمانی شناختی درمان‌های معمول برای درمان اضطراب می‌باشند که علاوه بر اینکه حدود یک‌سوم از بیماران به این دو روش درمان پاسخ نمی‌دهند، دارودرمانی

دارای اثرات جانبی منفی می‌باشد و زمان موردنیاز برای رفتاردرمانی شناختی نیز طولانی می‌باشد که ممکن است باعث تحریک بیشتر اضطراب شود (۹). به همین دلایل و نیز به دلیل اینکه اضطراب ناشی از کرونا جنبه بیماری ندارد به نظر می‌رسد استفاده از روش‌های ساده و بدون عارضه در کاهش شدت اضطراب نقش بسیار زیادی می‌تواند داشته باشد. در پژوهش‌های پیشین به بررسی نقش ورزش و فعالیت‌بدنی و دین‌داری به عنوان عوامل مؤثر بر کاهش اضطراب در جوامع آماری مختلف پرداخته شده است. امروزه ورزش و فعالیت جسمانی نه تنها به عنوان روشی برای گذران اوقات فراغت، بلکه به عنوان ضرورتی غیر قابل چشم‌پوشی برای سلامت و بهزیستی می‌نگرند (۱۰). بسیاری از مطالعات اثرات محافظتی پروتکل‌های مختلف ورزشی بر روی دستگاه‌های مختلف بدن از جمله سیستم عصبی را نشان داده‌اند. علاوه بر این، ورزش تأثیر مثبت و معناداری بر خلق‌وخوی فرد دارد و اثرات مفید آن در اختلالات روانی مختلف نشان داده شده است (۱۱). شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد ورزش می‌تواند علائم اضطراب را در افراد دارای اختلال اضطراب بهبود بخشد (۱۲). مشارکت ورزشی و فعالیت بدنی با کاهش علائم افسردگی و اضطراب، تأخیر در افت شناختی، افزایش عزت‌نفس و احساس انرژی و افزایش کیفیت کلی زندگی ارتباط دارد. مکانیسم‌های اساسی این ارتباط تا حدی به اثرات فیزیولوژیکی ورزش و جزئی در فرآیندهای روان‌شناختی اختصاص یافته‌اند (۱۳). نتایج پژوهش‌های زارعبان و رحمتی (۱۳۹۳)، رشیدی و همکاران (۱۳۹۶)، خصالی و همکاران (۱۳۹۷)، ثالثی و همکاران (۱۳۹۷)، نادری و همکاران (۲۰۱۹)، Aguiñaga و همکاران (۲۰۱۸)، Psychou و همکاران (۲۰۲۰)، Huang و همکاران (۲۰۲۰)، Li و همکاران (۲۰۲۰) تأثیر ورزش و فعالیت‌بدنی در شدت مختلف (هوازی و بی‌هوازی و انواع ورزش‌ها) را بر کاهش اضطراب جوامع آماری مختلف تأیید کردند (۱۴-۲۲). همچنین نتایج پژوهش‌های Ströhle (۲۰۰۹)، Bartley و همکاران



(۳۳-۳۶). تغییر در این نتایج به احتمال زیاد به دلیل تفاوت در مفهوم‌سازی و تعریف عملیاتی دین‌داری و انجام اعمال دینی و اضطراب و نوع دین‌داری در جمعیت مورد مطالعه است (۳۷). به طور خلاصه با توجه به اضطراب ناشی از کرونا در بین کادر درمان، شناسایی روش‌های ساده و بدون عارضه در کاهش آن امری ضروری است. ورزش و فعالیت‌بدنی و دین‌داری دو روش بدون عارضه مؤثر بر کاهش اضطراب است که در پژوهش‌های پیشین و در جوامع آماری مختلف به بررسی آن‌ها پرداخته شده است؛ اما با توجه به پیشینه پژوهش، نتایج تحقیقات همیشه تأثیر ورزش و فعالیت‌بدنی و عمل به باورهای دینی بر کاهش اضطراب را تأیید نکرده‌اند و نتایج گاه متناقض بوده است که ادبیات تحقیق علت نتایج متناقض در تأثیر ورزش بر اضطراب را ناشی از تفاوت در نسخه ورزشی و شدت و همچنین شدت اضطراب در جمعیت مورد مطالعه و علت نتایج متناقض در تأثیر دین‌داری و عمل به باورهای دینی را ناشی از تفاوت در مفهوم‌سازی و تعاریف این متغیرها و نوع دین‌داری جمعیت مورد مطالعه برشمرده‌اند، اما به نظر می‌رسد این تفاوت‌ها بیشتر تابع تأثیرات انگیزشی و ویژگی‌های فردی است. از جمله این عوامل می‌توان به میل و خواسته فرد اشاره کرد. نظریه خواسته (میل یا تمایل) بیان می‌کند به دست آوردن آن چیزی که می‌خواهیم زندگی را لذت‌بخش می‌کند. این نظریه بهزیستی را در ارضای خواسته و ترجیحات افراد می‌بیند (۳۸). به همین دلیل در پژوهش حاضر گروه تحقیق با نگاهی جدید و بر اساس نظریه خواسته و میل و رغبت آزمودنی به بررسی تأثیر ورزش و فعالیت‌بدنی و عمل به باورهای دینی بر اضطراب ناشی از کرونا در کادر درمان خواهد پرداخت. از سوی دیگر تا به حال تحقیق جامعی که اثرات این دو روش کاهش اضطراب را با هم مقایسه کند انجام نگرفته است، به همین دلیل گروه تحقیق در این پژوهش به دنبال پاسخگویی به این سؤالات است که کدام یک از این دو متغیر تأثیر بیشتری بر کاهش اضطراب ناشی از کرونا کادر درمان دارند؟ آیا تفاوتی در میزان تأثیر این دو متغیر در زمانی که کادر درمان به طور داوطلبانه و خواست و اراده

(۲۰۱۳)، Pearsall و همکاران (۲۰۱۴) نشان دادند که ورزش و فعالیت‌بدنی بر اضطراب تأثیری ندارد (۲۳-۲۵). ادبیات پژوهش تناقض در این نتایج را به احتمال زیاد به دلیل تفاوت در نسخه ورزشی و شدت و همچنین شدت اضطراب در جمعیت مورد مطالعه دانسته‌اند (۲۶). هر چند که تحقیقات مختلف تأثیر ورزش در شدت‌های متفاوت را بر انواع اضطراب تأیید کرده‌اند.

یکی دیگر از متغیرهایی که بر اضطراب تأثیر دارد عمل به باورهای دینی است. تحقیقات در حال رشد در دهه‌های اخیر، رابطه بین دین‌داری و سلامت روان از جمله اضطراب را مورد بررسی قرار داده است (۲۷). در همین راستا مقابله و سازگاری دینی و مذهبی روشی است که انسان‌ها از عقاید و شعائر مذهبی برای رویارویی با مشکلات و فشارهای زندگی بهره می‌گیرند (۲۸). جهت‌های دینی، حفظ اعتقاد، فعالیت‌ها و اقدامات معنوی داری‌های قابل توجهی برای مقابله با شرایط دشوار و زندگی است (۲۹). برای مثال مطالعات نشان می‌دهد که شرکت در مراسم مذهبی اضطراب را کاهش می‌دهد. ارتباط دین و سلامت تا حدی توسط رفتارهای بهداشتی، متغیرهای روانی و اجتماعی و عوامل بیولوژیکی تبیین شده است (۳۰). دین نقش مهمی در شخصیت و جهان‌بینی افراد زیادی دارد. این امر می‌تواند مزایای شخصی مانند مکانیسم‌های مقابله، چارچوبی برای معنا‌سازی و منشأ ایجاد انگیزه را در اختیار فرد قرار دهد (۳۱). مطالعات تجربی در مورد رابطه بین عمل به باورهای دینی و اضطراب نتایج متناقضی یا مختلط به وجود آورده است نتایج پژوهش‌های Abdel-Khalek و همکاران (۲۰۱۹)، Ramírez و همکاران (۲۰۱۹) (۳۲)، Sellers و همکاران (۲۰۱۹) و Saleem & Saleem (۲۰۲۰) نشان دادند که دین‌داری و عمل به باورهای دینی بر کاهش اضطراب تأثیر می‌گذارد. از سوی دیگر Pfeifer & Waelty (۱۹۹۹)، Lupo & Strous (۲۰۱۱)، Jansen و همکاران (۲۰۱۰) و Paglione و همکاران (۲۰۱۹) نشان دادند که دین‌داری و عمل به باورهای دینی بر کاهش اضطراب تأثیر نمی‌گذارد

این آزمون پرسشنامه ۱۷ سؤالی اضطراب ناشی از کرونا علی‌پور و همکاران (۱۳۹۸) بود که در دو مرحله به صورت پیش‌آزمون و پس‌آزمون با فاصله زمانی ۴ هفته‌ای به صورت آنلاین اجرا شد. بدین ترتیب که ابتدا قبل از مداخله متغیرهای مستقل، پیش‌آزمون بر روی تمام نفرات ۵ گروه نمونه اجرا شد. سپس گروه‌های آزمایش داوطلبانه و تصادفی انجام ورزش و فعالیت بدنی به مدت یک ماه، هفته‌ای ۴ روز و در هر روز به مدت نیم ساعت تا چهل دقیقه با هماهنگی و کنترل گروه تحقیق به اجرای حرکات ورزشی پیشنهادی از سوی سازمان جهانی بهداشت برای ورزش در دوران قرنطینه خانگی ناشی از کرونا ویروس پرداختند، این بسته پیشنهادی در هر جلسه تمرینی شامل راه رفتن، حرکت تماس زانو با آرنج، پلانک، کشش پشت، اسکوات، بالا بردن جانبی زانو، حرکت سوپرمین، حرکت پل، غوطه‌ور شدن در صندلی، کشش سینه و نمایش کودک بود که مطابق دستورات بسته پیشنهادی انجام شد. گروه‌های آزمایش داوطلبانه و تصادفی انجام اعمال دینی نیز در طی بازه زمانی مشابه با هماهنگی گروه تحقیق نیز با توجه به شرایط به خواندن قرآن و ادعیه دینی (دعای توسل، ندبه، زیارت عاشورا و ...) پرداختند. کلیه موارد فوق از راه دور و از طریق فضای مجازی به وسیله گروه تحقیق کنترل شد به طوری که فعالیت افراد هر گروه (ورزش و عمل به باورهای دینی) به طور دقیق شبیه به هم بود و زمان اجرای هر دو گروه در طول یک جلسه مساوی بود. پس از اجرای متغیرهای مستقل، مجدداً پس‌آزمون در گروه‌های آزمایش و کنترل برگزار گردید. محتوی سؤالات هم در پیش‌آزمون و هم در پس‌آزمون دقیقاً مشابه همدیگر بودند. روایی پرسشنامه با نظرخواهی از ۱۴ نفر از اساتید رشته روانشناسی بعد از تغییراتی در پرسشنامه مورد تأیید قرار گرفت و پایایی آن در مطالعه علی‌پور و همکاران، از طریق آلفای کرونباخ ۰/۹۱ و در این مطالعه ۰/۸۹ به دست آمد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها و بررسی طبیعی بودن توزیع نمرات علاوه بر بررسی چولگی و کشیدگی از آزمون شاپیرو ویک، جهت مقایسه بین گروهی و درون‌گروهی نمرات پس از اعمال متغیر

خود یا تصادفی تحت مداخله متغیر مستقل مربوطه (ورزش و فعالیت بدنی و عمل به باورهای دینی) قرار می‌گیرند وجود دارد؟

روش بررسی

طرح مورد استفاده در این تحقیق، طرح نیمه تجربی از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با ۴ گروه آزمایش و یک گروه کنترل بود. در ۲ گروه آزمایش کادر درمان به طور داوطلبانه در یکی از گروه‌های ورزش یا عمل به باورهای دینی عضو شدند و در ۲ گروه آزمایش دیگر کادر درمان به صورت تصادفی در یکی از گروه‌های ورزش یا عمل به باورهای دینی عضو شدند. جامعه تحقیق به دلیل احتمال عدم همکاری کادر درمان به شرکت در پژوهش به دلیل شرایط خاص کرونایی گسترده در نظر گرفته شد و شامل کلیه کادر درمان بیمارستان‌های استان‌های فارس و خوزستان بود که به طور مستقیم به بیماران کرونایی خدمات‌رسانی می‌کردند. حجم نمونه برای این تحقیق برای هر گروه ۱۴ نفر و در مجموع ۷۰ نفر در نظر گرفته شد که در طول تحقیق ۱۶ نفر به دلایل مختلف (عدم تمایل شخصی و عدم انجام کامل متغیر مستقل) از فرآیند پژوهش کنار گذاشته شدند و حجم نهایی نمونه ۵۴ نفر (۱۴ نفر گروه کنترل، ۱۱ نفر گروه داوطلبانه ورزش، ۱۱ نفر گروه داوطلبانه انجام اعمال دینی، ۱۰ نفر گروه تصادفی ورزش، ۸ نفر گروه تصادفی انجام اعمال دینی) شد. به منظور التزام به ملاحظات اخلاقی پژوهش، اصل محرمانه بودن نمرات کادر درمان مورد نظر قرار گرفت و همچنین حضور در دوره به صورت غیراجباری بود. جهت کنترل متغیرهای مداخله‌گر اعضای هر ۵ گروه از لحاظ متغیرهای جمعیت‌شناسی شامل سن، جنس، وضعیت تأهل همتا شدند تا متغیرهای مداخله‌گر را به حداقل ممکن برسانیم. از سوی دیگر افراد هر دو گروه ورزش از میان کسانی انتخاب شدند که مقید به انجام واجبات دینی نبودند و از اعضای هر دو گروه عمل به باورهای دینی خواسته شد که در طول یک ماه انجام پژوهش، فعالیت ورزشی نداشته باشند. ضمن اینکه از هر پنج گروه خواسته شد به موسیقی گوش ندهند. ابزار پژوهش



مستقل از آزمون آنوا، تی وابسته و آزمون تعقیبی LSD به وسیله نرم افزار SPSS²⁰ استفاده شد.

یافته‌ها

با وجود اینکه گروه‌ها از لحاظ متغیرهای سن، جنس، وضعیت تأهل هم‌تا شدند، جهت اطمینان به آزمودنی‌ها مبنی بر محرمانه بودن پاسخ‌های آنان هیچ سؤال جمعیت‌شناختی پرسیده نشد، بنابراین این پژوهش فاقد ویژگی‌های جمعیت‌شناختی می‌باشد. جهت بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها ضمن بررسی چولگی و

کشیدگی متغیرها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه‌های آزمایش و کنترل، از آزمون شاپیرو ویک استفاده گردید؛ که همان‌طور که در جدول شماره (۱) آورده شده است، با توجه به اینکه چولگی و کشیدگی متغیر اضطراب ناشی از کرونا در همه گروه‌ها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون بین مقادیر ۳- و ۳+ بود و مقدار معناداری آزمون شاپیرو ویک در همه گروه‌ها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون بزرگ‌تر از ۰/۰۵ بود، نرمال بودن توزیع داده‌ها در همه گروه‌ها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون تأیید می‌شود.

جدول ۱: نتایج آزمون شاپیرو ویک و بررسی چولگی و کشیدگی متغیرها جهت سنجش نرمال بودن آن‌ها

پس‌آزمون			پیش‌آزمون			
شاپیرو ویک	چولگی	کشیدگی	شاپیرو ویک	چولگی	کشیدگی	
۰/۱۳۱	۰/۹۴۲	۱/۵۲۸	۰/۰۷۶	۰/۵۶۹	۱/۵۷۵	کنترل
۰/۷۴۳	۰/۷۸۵	۱/۰۵۱	۰/۰۸۱	-۱/۲۷۵	۲/۸۸۴	داوطلبانه ورزش
۰/۸۱۳	۰/۴۰۱	۰/۶۲۳	۰/۲۲۷	۰/۷۷۹	۱/۳۵۲	داوطلبانه دینی
۰/۲۷۰	۰/۵۸۸	-۱/۰۸۸	۰/۱۹۹	۰/۵۲۵	۲/۰۳۱	تصادفی ورزش
۰/۹۸۳	۰/۴۰۲	۰/۶۰۸	۰/۹۱۱	۰/۳۷۸	-۰/۵۶۱	تصادفی اعمال دینی

نتایج آزمون آنوا نشان داد بین نمره اضطراب ناشی از کرونا در گروه‌های آزمایش و گروه کنترل در پیش‌آزمون تفاوت معناداری وجود نداشت.

ابتدا و قبل از ورود متغیرهای مستقل به تحقیق، پرسشنامه اضطراب ناشی از کرونا بین گروه‌های آزمایش و گروه کنترل توزیع شد، همان‌طور که در جدول شماره (۲) آورده شده است

جدول ۲: نتایج آزمون آنوا برای مقایسه پیش‌آزمون گروه‌های آزمایش و کنترل

Sig.	F	میانگین مربع	درجه آزادی	مجموع مربعات	
		۰/۰۸۶	۴	۰/۳۴۴	بین گروه‌ها
۰/۷۵۱	۰/۴۷۸	۰/۱۸۰	۴۹	۸/۷۹۸	درون گروه‌ها
			۵۳	۹/۱۴۲	مجموع

نشان‌دهنده تأثیر آن‌ها بر کاهش اضطراب ناشی از کرونا در کادر درمان است. همچنین نتایج نشان داد که بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه کنترل و گروه تصادفی انجام اعمال دینی تفاوت معناداری وجود ندارد.

برای بررسی تفاوت بین گروه‌ها در نمرات پس‌آزمون از آزمون آنوا استفاده شد؛ که نتایج در جدول شماره (۴) آورده شده است.

پس از ورود متغیر مستقل مجدداً آزمون اضطراب ناشی از کرونا روی هر ۵ گروه گرفته شد. برای بررسی تفاوت بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون در هر یک از گروه‌های آزمایش و کنترل از آزمون تی وابسته استفاده شد، همان‌طور که در جدول شماره (۳) نشان داده شده است بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه‌های داوطلبانه ورزش، داوطلبانه انجام اعمال دینی و تصادفی ورزش تفاوت معناداری وجود دارد که

جدول ۳: نتایج آزمون تی وابسته برای مقایسه پیش‌آزمون و پس‌آزمون

Sig	df	t	پس‌آزمون		پیش‌آزمون		مؤلفه‌ها
			انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	
۰/۵۸۸	۱۳	۰/۵۵۶	۰/۳۶۵۸	۴/۱۰۰۸	۰/۴۱۳۲	۴/۱۶۸۱	کنترل
۰/۰۰۰	۱۰	۲۱/۹۱۰	۰/۴۸۱۰	۳/۱۴۲۹	۰/۵۹۷۴	۴/۱۳۸۷	داوطلبانه ورزش
۰/۰۰۰	۱۰	۱۴/۱۵۹	۰/۲۳۴۶	۲/۶۶۳۹	۰/۴۰۳۰	۳/۹۵۳۸	داوطلبانه دینی
۰/۰۰۴	۹	۳/۸۴۱	۰/۴۸۶۲	۳/۳۰۶۷	۰/۵۷۵۲	۳/۹۷۴۸	تصادفی ورزش
۰/۱۵۵	۷	۱/۵۹۵	۰/۴۳۵۱	۳/۷۳۵۳	۰/۵۷۸۰	۳/۹۶۲۲	تصادفی اعمال دینی

جدول ۴: نتایج آزمون آنوا برای مقایسه پس‌آزمون گروه‌های آزمایش و کنترل

Sig.	F	میانگین مربع	درجه آزادی	مجموع مربعات	بین گروه‌ها
		۴/۰۸۰	۴	۱۶/۳۱۹	بین گروه‌ها
۰/۰۰۰	۲۹/۱۲۵	۰/۱۰۶	۴۹	۵/۱۸۱	درون گروه‌ها
			۵۳	۲۱/۵۰۱	مجموع

همان‌طور که در جدول مشاهده می‌شود نتایج آزمون آنوا نشان می‌دهد که بین اضطراب ناشی از کرونا در گروه‌ها در پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. به این معنی که حداقل بین دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد. به منظور فهم تفاوت گروه‌های پنج‌گانه این تحقیق و اینکه بین کدام گروه‌ها تفاوت وجود دارد از آزمون تعقیبی LSD استفاده شده است. نتایج آزمون در جدول شماره (۵) آورده شده است.

همان‌طور که در جدول مشاهده می‌شود نتایج آزمون آنوا نشان می‌دهد که بین اضطراب ناشی از کرونا در گروه‌ها در پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. به این معنی که حداقل بین دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد. به منظور

جدول ۵: نتایج آزمون تعقیبی LSD

معناداری	خطای انحراف استاندارد	تفاوت میانگین‌ها	مقایسه دو به دو گروه‌ها
۰/۰۰۰	۰/۱۳۳۷۹	۱/۰۹۸۹۳	داوطلبانه ورزش
۰/۰۰۰	۱/۳۳۷۹	۱/۴۴۱۱۸	داوطلبانه دینی
۰/۰۰۰	۰/۱۳۳۷۹	۰/۶۴۱۱۸	تصادفی ورزش
۰/۱۰۴	۰/۱۴۷۱۷	۰/۲۴۲۶۵	تصادفی دینی
۰/۰۱۸	۰/۱۴۱۵۹	۰/۳۴۲۲۵	داوطلبانه ورزش
۰/۰۰۲	۰/۱۴۵۰۸	-۰/۴۵۷۷۵	تصادفی ورزش
۰/۰۰۰	۰/۱۵۴۲۹	-۰/۸۵۶۲۸	تصادفی دینی
۰/۰۰۰	۰/۱۴۵۰۸	-۰/۸۰۰۰۰	تصادفی ورزش
۰/۰۰۰	۰/۱۵۴۲۹	-۱/۱۹۸۵۳	تصادفی دینی
۰/۰۱۴	۰/۱۵۷۵۱	-۰/۳۹۸۵۳	تصادفی ورزش

همان‌طور که در جدول مشاهده می‌شود بین اضطراب ناشی از کرونا در پس‌آزمون بین دو گروه کنترل و تصادفی انجام اعمال دینی تفاوت معناداری وجود ندارد و با توجه به اینکه آزمون تی وابسته این گروه‌ها نیز معنی‌دار نبود، این گروه‌ها بر کاهش اضطراب ناشی از کرونا تأثیرگذار نیستند. همچنین نتایج نشان می‌دهد که بقیه گروه‌ها دو به دو با هم تفاوت معنادار دارند و گروه داوطلبانه انجام اعمال دینی، گروه داوطلبانه ورزش و گروه تصادفی ورزش به ترتیب کمترین مقدار اضطراب ناشی از کرونا را دارند.

همان‌طور که در جدول مشاهده می‌شود بین اضطراب ناشی از کرونا در پس‌آزمون بین دو گروه کنترل و تصادفی انجام اعمال دینی تفاوت معناداری وجود ندارد و با توجه به اینکه آزمون تی وابسته این گروه‌ها نیز معنی‌دار نبود، این گروه‌ها بر کاهش اضطراب ناشی از کرونا تأثیرگذار نیستند. همچنین نتایج

بحث

این پژوهش به دنبال این بود تا به بررسی تأثیر ورزش و فعالیت بدنی و عمل به باورهای دینی بر اضطراب ناشی از کرونا در کادر درمان در دو حالت متفاوت (داوطلبانه و تصادفی) بپردازد. در این راستا، یافته‌های پژوهش نشان داد که میانگین نمره اضطراب ناشی از کرونا کادر درمان گروه‌های داوطلبانه ورزش و فعالیت بدنی، داوطلبانه عمل به باورهای دینی و گروه تصادفی ورزش و فعالیت بدنی به طور معناداری در مرحله بعد از مداخله، کاهش یافت؛ اما نمره اضطراب کادر درمان گروه کنترل و گروه تصادفی عمل به باورهای دینی بعد از مداخله تفاوت معناداری با نمرات پیش‌آزمون آن‌ها نداشت. این امر نشان‌دهنده این است که ورزش و فعالیت بدنی و عمل به باورهای دینی هرگاه بر اساس خواست و میل فرد باشد و فرد داوطلبانه در چنین گروه‌هایی عضویت داشته باشد و تمایل به انجام چنین اعمالی را داشته باشد، احتمالاً فارغ از نوع ورزشی که انجام می‌دهد باعث کاهش اضطراب فرد می‌شود؛ اما هرگاه انجام چنین اعمالی با میل و اشتیاق فرد نباشد انجام فعالیت‌های دینی تأثیری بر کاهش اضطراب ندارد و فقط انجام ورزش و فعالیت بدنی منجر به کاهش اضطراب کادر درمان شده است که به نظر می‌رسد به دلیل غالب بودن بعد جسمانی و فیزیولوژیکی ورزش است که باعث ترشح هورمون و همچنین افزایش آمادگی بدنی و متعاقب آن اعتماد به نفس می‌شود و این آمادگی بدنی و اعتماد به نفس باعث کاهش اضطراب کادر درمان می‌شود؛ اما برای تأثیرگذاری عمل به باورهای دینی بر خلیات و حالات روحی انسان و کاهش اضطراب کادر درمان نیاز به پیشینه ذهنی سازگار وجود دارد زیرا بعد فیزیولوژیک آن بسیار ناچیز است و بیشتر از طریق روحی و روانی تأثیرگذار است. نتایج آزمون آنوا و آزمون LSD نیز نشان داد که گروه داوطلبانه عمل به باورهای دینی بیشترین کاهش اضطراب ناشی از کرونا را در پس‌آزمون داشت که به نظر می‌رسد از یک‌سو به دلیل ساخت مذهبی جامعه است و از سوی دیگر به دلیل میزان مرگ‌ومیر بالای ناشی از کرونا است که در چنین

موقعی فرد بیشتر از هر زمان دیگری خود را نیازمند خداوند می‌بیند و قرآن کریم نیز در این باره می‌فرماید آگاه باش که تنها با یاد خدا دل‌ها آرام می‌گیرد (۲۸)؛ و پژوهش‌های پیش نیز نشان داده است که در جامعه مذهبی ایران مردم در مواقع اضطراب بیشتر از طریق انجام اعمال دینی واکنش نشان می‌دهند. تفاوت این پژوهش با پژوهش‌های پیشین در این است که این پژوهش علاقه و تمایل شرکت‌کنندگان را به عنوان یکی از عوامل اصلی تأثیرگذاری فعالیت بدنی و عمل به باورهای دینی بررسی کرده است در حالی که پژوهش‌های قبلی بیشتر به بررسی تأثیر انواع ورزش و همچنین تأثیر دین‌داری بر کاهش اضطراب در فرهنگ‌های مختلف پرداخته‌اند. در رابطه با تأثیر عمل به باورهای دینی بر کاهش اضطراب با توجه به اینکه نتایج در دو گروه مختلف متفاوت بود، مقایسه نتایج این پژوهش با پژوهش‌های قبلی محلی از اعراب ندارد، چون نتایج پژوهش‌های قبلی نیز در این زمینه متفاوت است به نظر می‌رسد میل و تمایل فرد به باورهای دینی یکی از علل تفاوت نتایج پژوهش‌های قبلی در این زمینه است. در مورد تأثیر ورزش و فعالیت بدنی نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش‌های زارعیان و رحمتی (۱۳۹۳)، رشیدی و همکاران (۱۳۹۶)، خصالی و همکاران (۱۳۹۷)، ثالی و همکاران (۱۳۹۷)، نادری و همکاران (۲۰۱۹)، Aguiñaga و همکاران (۲۰۱۸)، Psychou و همکاران (۲۰۲۰)، Huang و همکاران (۲۰۲۰) و Li و همکاران (۲۰۲۰) تأثیر ورزش و فعالیت بدنی در شدت مختلف (هواری و بی‌هواری و انواع ورزش‌ها) را بر کاهش اضطراب تأیید کردند همسو و با نتایج پژوهش‌های Ströhle (۲۰۰۹)، Bartley و همکاران (۲۰۱۳)، Pearsall و همکاران (۲۰۱۴) که نشان دادند ورزش و فعالیت بدنی بر اضطراب تأثیری ندارد هم‌خوانی ندارد؛ که شاید یکی از دلایل عدم تأثیر ورزش و فعالیت بدنی بر کاهش اضطراب در پژوهش‌های قبلی، سطح اضطراب و نوع اضطراب نمونه مورد بررسی بوده باشد که نیازمند انجام تحقیقاتی مستقل در این زمینه است. در رابطه با تأثیرگذاری عمل به باورهای دینی بر کاهش اضطراب کادر

آن‌ها و ریزش آنان در طول فرآیند پژوهش، محدودیت در همسان‌سازی گروه‌ها به دلیل کمبود حجم نمونه، اعمال متغیر مستقل در خانه هر آزمودنی و کنترل از راه دور و مجازی آن توسط گروه پژوهش به دلیل فاصله‌گذاری اجتماعی بود. ضمن اینکه گروه تحقیق نهایت تلاش خود را برای مدیریت مؤثر و رفع اثر سوء محدودیت‌های تحقیق انجام دادند. پیشنهاد می‌گردد که پژوهش بعدی این کاستی‌ها به طور کامل برطرف شود.

نتیجه‌گیری

به طور کلی نتیجه گرفته می‌شود میل و علاقه شخصی در انجام فعالیت بدنی و عمل به باورهای دینی یک فاکتور مؤثر بر بهزیستی روانی و کاهش اضطراب کادر درمان است. این فاکتور در انجام اعمال دینی که جنبه روحی و روانی دارند تأثیر آن بیشتر است ولی در انجام ورزش که بعد جسمانی آن غالب می‌شود تأثیر آن کمتر است. با توجه به نتایج پژوهش پیشنهاد می‌شود هر فردی از کادر درمان برای کاهش اضطراب ضمن توجه به خواست و علائق خود، به ورزش و فعالیت بدنی در خانه که با رعایت کامل پروتکل‌های بهداشتی انجام می‌شود بپردازند.

تقدیر و تشکر

از همه بزرگوارانی که پژوهشگران را یاری نموده‌اند سپاسگزاریم.

مشارکت نویسندگان

طراحی پژوهش: ا.ح. ص.گ

جمع‌آوری داده‌ها: ص.گ

تحلیل داده‌ها: ا.ح.

نگارش و اصلاح مقاله: ا.ح. ص.گ

تضاد منافع

در این مطالعه هیچ‌گونه تضاد منافی از سوی نویسندگان گزارش نشده است.

درمان می‌توان گفت جامعه ما یک جامعه مذهبی است، اما اگر شخصی فقط اعتقاد داشته باشد ولی تجربه نکرده باشد، بسیاری از فواید جسمی و روانی معنویت را از دست می‌دهد (۳۳). معنویت شاخه‌هایی مانند گوش دادن به تلاوت قرآن و نیایش کردن دارد که تجربه آن برانگیزاننده ایمان درونی است؛ اما عمل به باورهای دینی و جهت‌گیری مذهبی درونی با اتصال فرد به یک منبع لایزال و آرام‌بخش و اعتقاد به عدالت خداوند و ایجاد معنای زندگی برای افراد باعث می‌شود که فرد مشکلات را به عنوان مشیت خداوند تلقی کرده و راحت‌تر با آن کنار آید و به مقابله با آن بپردازد (۲۹). از سوی دیگر عمل به باورهای دینی تا حد بسیاری، اضطراب مرتبط با موقعیت‌ها را کاهش می‌دهد، زیرا افراد معتقد که با میل باطنی باورهای دینی خود را انجام می‌دهند معتقدند می‌توانند با اتکا به خداوند، موقعیت‌های غیرقابل کنترل را تحت کنترل درآورند و هیجانات منفی خود را کاهش داده و احساس آرامش درونی بیشتری کنند (۳۱). در مورد تأثیر ورزش و فعالیت بدنی بر کاهش اضطراب کادر درمان به نظر می‌رسد تأثیرات ضد اضطرابی ورزش را می‌توان بر اساس ساز و کارهای مختلفی از جمله فیزیولوژیک و روانی تبیین کرد. از جنبه فیزیولوژیک ورزش از طریق فراهم‌سازی امکان دستیابی فرد به آمادگی جسمانی، تأثیر بر سطح انتقال‌دهنده‌های عصبی، تأثیر بر سطح هورمون‌های استرس و کاهش تنش عضلانی به دنبال انجام فعالیت‌های ورزشی می‌تواند تأثیرات ضد اضطرابی داشته باشد (۱۰). از بعد روانی ورزش با افزایش سطح فعالیت و به دنبال آن افزایش فراهم ساختن زمینه‌ای برای افزایش اعتماد به نفس و احساس خودتوانمندی می‌تواند سبب کاهش اضطراب شود، زیرا اضطراب و استرس در اثر عدم اعتماد نفس در افراد به وجود می‌آید (۱۳). این پژوهش نیز مانند دیگر پژوهش‌های مداخله‌ای دارای محدودیت‌هایی از جمله حجم کم نمونه به دلیل مشغله کاری کادر درمان در ایام کرونا و عدم همکاری بعضی از



منابع

1. Yang L, Wu D, Hou Y, et al. Analysis of psychological state and clinical psychological intervention model of patients with COVID-19. MedRxiv. 2020.
2. Paraskevis D, Kostaki EG, Magiorkinis G, et al. Full-genome evolutionary analysis of the novel corona virus (2019-nCoV) rejects the hypothesis of emergence as a result of a recent recombination event. Infection, Genetics and Evolution. 2020; 79: 104212.
3. Cai H, Tu B, Ma J, et al. Psychological impact and coping strategies of frontline medical staff in Hunan between January and March 2020 during the outbreak of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in Hubei, China. Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research. 2020; 26: e924171-1.
4. Tsamakidis K, Rizos E, Manolis AJ, et al. [Comment] COVID-19 pandemic and its impact on mental health of healthcare professionals. Experimental and therapeutic medicine. 2020; 19(6): 3451-3.
5. Weilenmann S, Ernst J, Petry H, et al. Health care workers' mental health during the first weeks of the SARS-CoV-2 pandemic in Switzerland—a cross-sectional study. Frontiers in psychiatry. 2021; 12: 251.
6. Bajema KL, Oster AM, McGovern OL, et al. Persons evaluated for 2019 novel coronavirus—United States, January 2020. Morbidity and mortality weekly report. 2020; 69(6): 166.
7. Kang L, Ma S, Chen M, et al. Impact on mental health and perceptions of psychological care among medical and nursing staff in Wuhan during the 2019 novel coronavirus disease outbreak: A cross-sectional study. Brain, behavior, and immunity. 2020; 87: 11-7.
8. Stubbs B, Vancampfort D, Rosenbaum S, et al. An examination of the anxiolytic effects of exercise for people with anxiety and stress-related disorders: a meta-analysis. Psychiatry research. 2017; 249: 102-8.
9. Gholizadeh M, Khosropour F, Pourranjbar M, et al. The effect of the Aerobic, Non-aerobic and Relaxation Exercises on Anxiety and Stress among Female Students of Kerman University of Medical Sciences. Health and Development Journal. 2019; 7(4): 333-43.
10. Caliskan H, Akat F, Tatar Y, et al. Effects of exercise training on anxiety in diabetic rats. Behavioural brain research. 2019; 376: 112084.
11. Beck EN, Wang MT, Intzandt BN, et al. Sensory focused exercise improves anxiety in Parkinson's disease: A randomized controlled trial. PloS one. 2020; 15(4): e0230803.
12. Marlier M, Van Dyck D, Cardon G, et al. Interrelation of sport participation, physical activity, social capital and mental health in disadvantaged communities: A SEM-analysis. PloS one. 2015; 10(10): e0140196.



13. Zareian E, Rahmati F. Effect of Aerobic exercise on anxiety, depression and quality of life in women with breast cancer. *Quarterly of Clinical Psychology Studies*. 2015; 5(17): 1-18.
14. Rashidi M, Rashidy-Pour A, Ghorbani R, et al. The comparison of aerobic and anaerobic exercise effects on depression and anxiety in students. *Koomesh*. 2017: 333-40.
15. Khesali Z, Mohammadi Shahboulaghi F, Khanke H, et al. Effect of "Tai Chi Chuan" on Depression in elderly women. *Iranian Journal of Rehabilitation Research*. 2016; 2(2): 39-46.
16. Salesi M, Pooranfar S, Jahromi MK, et al. The Effect of a selected exercise on, stress, anxiety and depression in kidney transplant patients. *Journal of Jahrom University of Medical Sciences*. 2014; 12(3).
17. Naderi S, Naderi S, Delavar A, et al. The effect of physical exercise on anxiety among the victims of child abuse. *Sport Sciences for Health*. 2019; 15(3): 519-25.
18. Aguiñaga S, Ehlers DK, Salerno EA, et al. Home-based physical activity program improves depression and anxiety in older adults. *Journal of physical activity and health*. 2018; 15(9): 692-6.
19. Psychou D, Kokaridas D, Koulouris N, et al. Impact of exercise intervention on anxiety levels and mood profile of Greek prison inmates. 2021.
20. Huang J, Zheng Y, Gao D, et al. Effects of exercise on depression, anxiety, cognitive control, craving, physical fitness and quality of life in methamphetamine-dependent patients. *Frontiers in psychiatry*. 2020; 10: 999.
21. Li Z, Liu S, Wang L, et al. Mind-body exercise for anxiety and depression in copd patients: a systematic review and meta-analysis. *International journal of environmental research and public health*. 2020; 17(1): 22.
22. Ströhle A. Physical activity, exercise, depression and anxiety disorders. *Journal of neural transmission*. 2009; 116(6): 777-84.
23. Bartley CA, Hay M, Bloch MH. Meta-analysis: aerobic exercise for the treatment of anxiety disorders. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*. 2013; 45: 34-9.
24. Pearsall R, Smith DJ, Pelosi A, et al. Exercise therapy in adults with serious mental illness: a systematic review and meta-analysis. *BMC psychiatry*. 2014; 14(1): 1-17.
25. Arent SM, Walker AJ, Arent MA. The effects of exercise on anxiety and depression. *Handbook of sport psychology*. 2020: 872-90.
26. Abdel-Khalek AM, Nuño L, Gómez-Benito J, et al. The relationship between religiosity and anxiety: a meta-analysis. *Journal of religion and health*. 2019; 58(5): 1847-56.
27. Safara M, Salmabadi M. The Moderating Role of Religiosity in Relationship between Number of Children and Anxiety of Mothers with a Single Child and two or more Children. *Journal of Pizhūhish dar dīn VA salāmat*. 2019; 5(1): 7-18.



28. Saleem T, Saleem S. Religiosity and death anxiety: A study of Muslim dars attendees. *Journal of religion and health*. 2020; 59(1): 309-17.
29. Yeary KH-cK, Ounpraseuth S, Moore P, et al. Religion, social capital, and health. *Review of Religious Research*. 2012; 54(3): 331-47.
30. Sellers TB. The Relationship Between Religious Background of those who Disaffiliate from Religion and Presence of Anxiety. 2019.
31. Ramírez LF, Palacios-Espinosa X, Dyar C, et al. The relationships among aging stereotypes, aging anxiety, social support, religiosity, and expected health among Colombians. *Journal of Adult Development*. 2019; 26(1): 57-70.
32. Pfeifer S, Waeltly U. Anxiety, depression, and religiosity—a controlled clinical study. *Mental Health, Religion & Culture*. 1999; 2(1): 35-45.
33. Lupo MK, Strous RD. Religiosity, anxiety and depression among Israeli medical students. *Isr Med Assoc J*. 2011; 13(10): 613-8.
34. Jansen KL, Motley R, Hovey J. Anxiety, depression and students' religiosity. *Mental Health, Religion & Culture*. 2010; 13(3): 267-71.
35. Paglione HB, Oliveira PCd, Mucci S, et al. Quality of life, religiosity, and anxiety and depressive symptoms in liver transplantation candidates. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2019; 53.
36. Ayten A, Korkmaz S. The relationships between religiosity, prosociality, satisfaction with life and generalised anxiety: A study on Turkish Muslims. *Mental Health, Religion & Culture*. 2019; 22(10): 980-93.
37. Sharifian sani M, Renjzi N. Well-being as a Multidimensional Concept: In Search of different Concepts and Definitions. *Social Welfare Quarterly*. 2014; 14(52): 65-91. [Persian]





Evaluating the Role of Exercise and Practicing Religious Beliefs on Medical Staff Anxiety Caused by Coronavirus

Eskandar HOSSEINPOUR¹, Samad GODARZI²

Abstract

Original Article



Received: 2021/07/20

Accepted: 2021/10/02

Citation:

HOSSEINPOUR E,
GODARZI S.
Evaluating the Role of
Exercise and Practicing
Religious Beliefs on
Medical Staff Anxiety
Caused by Coronavirus.
Occupational Hygiene
and Health Promotion
2022; 6(1): 1-12.

Background: Due to the increase of anxiety caused by COVID 19 in medical staff, it is necessary to identify and develop strategies to deal with anxiety among them. Therefore, this study aims to investigate the role of exercise and practicing religious beliefs on medical staff's anxiety caused by coronavirus.

Materials and Methods: This is a quasi-experimental study, performed through pretest and posttest. The study population was medical staff of hospitals in in several provinces of Iran, who provided services to patients with COVID 19. The sample size was 54 people, who were randomly and purposefully selected. The research instrument was the anxiety questionnaire of Coronavirus designed by Alipour et al. (2017). ANOVA, dependent t-test, and LSD post hoc tests were used to analyze the data after checking the normality of the distribution of scores by SPSS software.

Results: The results showed that there was a significant difference between pretest and posttest scores in the groups of voluntary exercise ($t=21/91$), voluntary religious practice ($t=14/15$), and random exercise ($t=3/84$), which shows their effect on reducing anxiety in the treatment staff. There was no significant difference between pretest and posttest scores of the control group ($t=0/566$) and random religious practices ($t=1/595$). The results also suggested that the groups of voluntary religious practice, voluntary exercise, and random voluntary exercise experienced the lowest amount of anxiety, respectively.

Conclusion: Exercising, willingly or unwillingly, reduces anxiety in the treatment staff due to predominance of its physiological aspects. However, practicing religious rituals reduces anxiety, only when it is based on the individual's will.

Keywords: Anxiety, Coronavirus, Exercise, Religiosity, Treatment Staff

¹ Department of Sports Management, Khuzestan Education Research Institute, Ahvaz, Iran

* (Corresponding Author: e.hossinpur@yahoo.com)

² Department of Sports Management, Faculty of Physical Education, University of Tehran, Farabi Campus, Qom, Iran