

تأثير الرعاية الدينية من قبل رجل دين على الاكتئاب وقلق المرضى الراقدين في
المستشفىثارالله شجاعى^١، محمد عباسى^{٢*}، طاهرة رحيمي^٣، مصطفى واحديان^٤، روح الله فرهادلو^٥، احسان موحد^٦، محمد برورش مسعود^٧

١- قسم التمريض، كلية التمريض والامومة، جامعة قم للعلوم الطبية، قم ايران.

٢- قسم التعليم الصحي، كلية الصحة، جامعة الشهيد صدوقى للعلوم الطبية، يزد، ايران.

٣- مركز تطوير البحوث السريرية، جامعة قم للعلوم الطبية، قم، ايران.

٤- قسم حالات الطوارئ الطبية، كلية العلوم الطبية المساعدة، جامعة قم للعلوم الطبية، قم، ايران.

* المراسلات الموجهة إلى السيد محمد عباسى؛ البريد الإلكتروني: Mohamad_abbasi55@yahoo.com

معلومات المادة

الوصول: ٢١ جمادى الثاني ١٤٣٩

وصول النص النهائي: ٧ شعبان ١٤٣٩

القبول: ١٤ شعبان ١٤٣٩

النشر الإلكتروني: ٩ شوال ١٤٣٩

الكلمات الرئيسية:

تجربة سريرية

رجل الدين

الرعاية الدينية

القلق والاكتئاب في المستشفى

الملخص

خلفية البحث وأهدافه: إن الخوف من العملية الجراحية أو الأعراض المنهكة للمرض أو الموت، يجعل المرضى في المستشفى يعانون من القلق والاكتئاب الذي يمكن أن يخل في ادائهم. فالعناية الدينية من قبل رجال الدين من اجل تلبية احتياجات المرضى الدينية يمكن ان تؤدي الى زيادة قدراتهم في التعامل مع المرض. ومن هذا المنطلق، قرر الباحثون وضع خطة رعاية دينية يقوم بها رجل دين على سرير المريض، تقيما لمدى فعالية هذه الخطة في الحد من الاكتئاب والقلق عند المرضى الراقدين.

منهجية البحث: في هذه الدراسة التجريبية السريرية، تم اختيار ١٤٢ مريضاً راقداً في مستشفى نكويي بمدينة قم عن طريق اخذ عينات عشوائية وتم ادخالهم في مجموعتي التجريبية والضابطة وطلب منهم الاجابة على استبيان عن المعلومات الديموغرافية وعن مستوى الاكتئاب والقلق في المستشفى. بعد ذلك، اجري رجل الدين خطة الرعاية الدينية على سرير مرضى المجموعة التجريبية وتمت متابعة نتائج المجموعتين بعد المداخلة. تمت مراعاة جميع الموارد الاخلاقية في هذا البحث. و اضافة الى هذا فإن مؤلفي المقالة لم يشيروا الى تضارب المصالح.

الكشوفات: اثبت اختبار تحليل التباين المشترك (ANCOVA) ان المداخلة التي تم اجرائها كانت مؤثرة وكانت هناك فروق ذات دلالة احصائية بين المجموعتين بعد التدخل من حيث النتيجة الاجمالية للقلق والاكتئاب في المستشفى ونطاقاته (القلق_الاكتئاب) ($p < 0.001$ و $F=35/75$)؛ كما اظهر اختبار T ان نسبة القلق والاكتئاب في المستشفى قد انخفضت بشكل ملحوظ في المجموعة التجريبية ($p=0.001$) بينما لم يكن هناك فارق كبير في المجموعة الضابطة ($P=0.10$) و ($P=0.48$).

الاستنتاج: إن وجود أشخاص مثل رجال الدين الملتزمين بالعمل، والذين هم على دراية بالقضايا الصحية، وتقديمهم الرعاية الدينية للمرضى، يمكن ان يقلص من القلق والاكتئاب لدى المرضى ويلعب دوراً هاماً في تقليل آلامهم وتعزيز معنوياتهم وتحسينها.

يتم استناد المقالة على الترتيب التالي:

Shojaei S, Abbasi M, Rahimi T, Vahedian M, Farhadloo R, Movahed E, Parvaresh-Masoud M. The Effect of Religious Care by the Clergyman next to the Patients' Bedside on their Depression and Anxiety. J Res Relig Health. 2018; 4(3):45-55

مراقبت مذهبی روحانی بر بالین بیماران و تأثیر آن بر افسردگی و اضطراب بیمارستانی

ناراله شجاعی^۱، محمد عباسی^{۱*}، طاهره رحیمی^۲، مصطفی واحدیان^۳، روح‌اله فرهادلو^۴، احسان موحد^۲، محمد پرورش مسعود^۴

- ۱- گروه پرستاری، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.
 ۲- گروه آموزش بهداشت، دانشکده‌ی بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی، یزد، ایران.
 ۳- مرکز توسعه‌ی تحقیقات بالینی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.
 ۴- گروه فوریت‌های پزشکی، دانشکده‌ی پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.
 *مکاتبات خطاب به آقای محمد عباسی؛ رایانامه: Mohamad_abbasi55@yahoo.com

اطلاعات مقاله

دریافت: ۱۹ اسفند ۹۶

دریافت متن نهایی: ۴ اردیبهشت ۹۷

پذیرش: ۱۱ اردیبهشت ۹۷

نشر الکترونیکی: ۲ تیر ۹۷

چکیده

سابقه و هدف: بیماران بستری به علت ترس از عمل جراحی یا علائم ناتوان‌کننده‌ی بیماری و مرگ دچار اضطراب و افسردگی می‌شوند که می‌تواند عملکرد آنها را مختل کند. مراقبت مذهبی روحانیون با هدف برآوردن نیازهای مذهبی بیماران می‌تواند موجب افزایش توانایی آنان برای مقابله با بیماری شود. از این‌رو، پژوهشگران بر آن شدند برنامه‌ی مراقبت مذهبی تدوین کنند که فرد روحانی آن را بر بالین بیمار اجرا کند، تا اثربخشی برنامه را در افسردگی و اضطراب بیماران بستری ارزیابی کنند.

روش کار: در این مطالعه‌ی کارآزمایی بالینی با گروه کنترل، ۱۴۲ بیمار بستری در بیمارستان نکویی شهر قم به‌صورت نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شدند و در دو گروه آزمون و کنترل قرار گرفتند و پرسش‌نامه‌های مربوط به اطلاعات جمعیت‌شناختی و سطح افسردگی و اضطراب بیمارستانی را تکمیل کردند. پس از آن روحانی همکار برنامه‌ی مراقبت مذهبی را بر بالین بیماران گروه آزمون اجرا کرد و دو گروه پس از مداخله پیگیری شدند. در این پژوهش همه‌ی موارد اخلاقی رعایت شده است. علاوه بر این، نویسندگان مقاله هیچ‌گونه تضاد منافی گزارش نکرده‌اند.

یافته‌ها: آزمون آنکوا نشان داد که مداخله‌ی صورت گرفته مؤثر بود و دو گروه بعد از مداخله از نظر نمره‌ی کلی اضطراب و افسردگی بیمارستانی و حیطه‌های آن (اضطراب - افسردگی) ($F=35/75$ و $p<0/001$)، با هم تفاوت آماری معنی‌داری داشتند. آزمون تی زوجی نیز نشان داد که در گروه مداخله اضطراب و افسردگی بیمارستانی بعد از مداخله به‌طور معنی‌داری کاهش پیدا کرده بود ($p=0/001$)؛ درحالی‌که در گروه کنترل، تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد ($P=0/10$ و $P=0/48$).

نتیجه‌گیری: حضور افرادی نظیر روحانی متعهد و آشنا به مسائل درمانی در کنار افراد دیگر؛ و دادن مراقبت مذهبی می‌تواند موجب کاهش اضطراب و افسردگی بیماران شود و نقش بسزایی در کاهش آلام و تقویت روحیه‌ی بیماران و بهبودی آنان داشته باشد.

استناد مقاله به این صورت است:

Shojaei S, Abbasi M, Rahimi T, Vahedian M, Farhadloo R, Movahed E, Parvaresh-Masoud M. The Effect of Religious Care by the Clergyman next to the Patients' Bedside on their Depression and Anxiety. J Res Relig Health. 2018; 4(3):45-55

مقدمه

بر اساس تحقیقات انجام شده، مداخلات بر پایه‌ی معنویت یکی از مداخلاتی است که ممکن است اضطراب را کاهش دهد و در نتایج مثبت سلامتی دخیل باشد (۵). توجه به جنبه‌های معنوی می‌تواند بر افزایش توانایی بیمار برای مقابله با بیماری‌اش نقش بسزایی داشته باشد، همچنین می‌تواند بر افزایش رضایت بیماران از خدمات ارائه شده اثرگذار باشد.

از سوی دیگر بسیاری از بیماران بستری دارای گرایش‌های مذهبی هستند و حضور روحانی واجد شرایط در جهت آموزش احکام و ارتباط بیماران با منبع شفابخش الهی و افزایش روحیه و نشاط معنوی و نیز کمک به سیر بهبودی بسیار مؤثر است. مراقبت مذهبی با هدف برآوردن نیازهای مذهبی بیماران بستری می‌تواند بر افزایش توانایی بیمار برای مقابله با بیماری خود نقش بسزایی داشته باشد. حضور افرادی نظیر روان‌شناسان خبره و روحانیون متعهد و آشنا به مسائل درمانی، در کنار گروه درمانی می‌تواند نقش بسزایی در تقویت روحیه‌ی بیماران و کاهش آلام آنها داشته باشد. روحانیون در روزهای سخت بیماری می‌توانند تسلی‌بخش خوبی برای بیماران بستری در بیمارستان‌ها باشند.

از آنجایی که در دنیا مراقبت مذهبی رویکردی موفق است که از آن در زمینه‌های مختلف استفاده شده؛ و هیچ مطالعه‌ی تأثیر انجام آن را به کمک روحانی بر افسردگی و اضطراب ناشی از بستری شدن بیماران در بیمارستان به‌طور خاص بررسی نکرده است، انجام این مطالعه ضروری به نظر می‌رسد؛ تا بتوان تأثیر آن را در آرامش ذهنی و روحی بیمار ارزیابی کرد و در نهایت بتوان با طراحی مراقبت مذهبی مطلوب و فراگیر کردن آن تأثیر بسزایی در بهبودی بیماران داشت. از این رو، با توجه به مطالب ذکر شده، هدف انجام مطالعه‌ی حاضر، تعیین اثربخشی انجام مراقبت مذهبی فرد روحانی بر بالین بیمار در اضطراب و افسردگی بیمارستانی بیماران بستری است.

روش کار

این پژوهش مطالعه‌ی کارآزمایی بالینی کنترل شده است که با هدف تعیین اثربخشی انجام مراقبت مذهبی فرد روحانی بر بالین بیمار در افسردگی و اضطراب بیماران بستری در بیمارستان نکویی شهر قم در سال ۱۳۹۳ صورت گرفته است. معیارهای ورود نمونه‌ها به این پژوهش شامل موارد ذیل بود:

بیماری، مشکلی است که هر فرد ممکن است در زندگی با آن روبه‌رو شود. در چنین حالی، فرد بیمار به تقویت جسمی و روحی نیازمند است تا سلامت کامل خود را باز یابد و به زندگی و فعالیتش ادامه دهد. بیمار به دلیل ترس از علائم ناتوان‌کننده‌ی بیماری‌اش و همچنین ترس از مرگ دچار اضطراب، تنش و بی‌قراری می‌شود. این اضطراب خود را به اشکال مختلف نشان می‌دهد و ممکن است افراد را از مسیر طبیعی زندگی خارج کند (۱).

با توجه به ارتباط بسیار نزدیک بیماری‌های جسمی و روحی و اثر متقابل آنها بر یکدیگر؛ و نیز ایجاد طیفی از بیماری‌های جسمی - روحی؛ حمایت‌های مشاوره‌ی و روحی - روانی تأثیر چشمگیری در کاهش استرس و سیر بهبودی خواهد داشت. عده‌ی از روان‌شناسان بر این باورند که باورهای مذهبی نیمی از متغیرهای مربوط به سلامت روان افراد بالغ را تبیین می‌کند. مذهب به انسان کمک می‌کند تا معنای حوادث زندگی را بفهمد و در افراد ایجاد دلگرمی؛ و روحیه‌ی آنان را خرسند می‌کند (۲).

از آنجایی که ما در کشوری زندگی می‌کنیم که پایندی به احکام شرعی و ارزش‌های دینی در آن بخش جدایی‌ناپذیری از زندگی و حتی لحظات مرگ تلقی می‌شود، بنابراین رعایت اصول مذهبی و برطرف ساختن نیازهای مذهبی بیماران امری لازم و ضروری است. به دلیل اینکه مراقبت مذهبی از نظر بیماران نیازی ضروری است، به مسئولان و برنامه‌ریزان بخش مراقبت‌های بیمارستانی توصیه شده است که انجام مراقبت‌های مذهبی را بخشی از مراقبت‌های جامع بیمارستانی محسوب کنند (۳). بیمارستان باید به بیماران و خانواده‌ی آنها این فرصت را بدهد تا به انجام فرایض دینی و باورهای فرهنگی خود بپردازند و نیز باید آمادگی لازم را برای انجام خدمات مذهبی درخواستی بیمار داشته باشد. نتایج تحقیق عابدی و همکاران نشان می‌دهد که آگاهی نداشتن پرستاران درباره‌ی این نوع مراقبت‌ها و نبود دستورالعمل آموزشی مشخص برای انجام آن؛ همچنین نبود روحانی در تمام نوبت‌ها برای پاسخ به سؤال‌های مذهبی بیماران، از موانع رفع نیازهای مذهبی بیماران است (۴).

زیرمقیاس‌های اضطراب و افسردگی دارای روایی، پایایی و هماهنگی درونی مناسبی است. در این مطالعه چند نوع روایی (صوری، محتوا، هم‌زمان مبتنی بر معیار بیرونی، همگرا و تمایزی) ارزیابی شد (۸).

برای رعایت همسان بودن دو گروه آزمون و شاهد، بیماران هر بخش به‌طور تصادفی به دو گروه آزمون و شاهد تقسیم شدند و فاصله‌ی زمانی کافی برای جلوگیری از مخدوش شدن نتایج که ممکن بود در اثر تعامل بین بیماران ایجاد شود، رعایت شد. در مرحله‌ی بعد محتوای مداخله‌ی مناسب برای مراقبت‌های مذهبی بیماران بستری در بخش، در گروه آزمون طراحی و اجرا شد. نوع، محتوا و روش انجام مداخله پس از همفکری و مشاوره با همکاران طرح پژوهشی، اعم از مشاوره با کارشناسان مذهبی و روحانی همکار و روان‌شناس گروه تعیین شد و در نهایت با توجه به شرایط بیمار از جمله سن، اعتقادات و گرایش‌های مذهبی و ...، مداخله‌ی مذهبی برای رفع نیازهای مذهبی آنان صورت گرفت و در طول ۳۰ دقیقه حضور روحانی بر بالین بیمار، مطالبی کاربردی و آموزنده با سرفصل‌های ذیل برای بیمار تشریح شد: نقش ابتلائات دنیوی و امتحان‌های الهی در زندگی انسان (قدرت لایزال الهی در شفای بیماران و اتکاء به خداوند برای بهبودی)، استفاده از فرصت پیش‌آمده برای برقراری ارتباط قلبی با پروردگار و ذکر و یاد خدا (تفکر درباره‌ی اعمال گذشته و آینده‌ی خویش)، تصمیم‌گیری برای جبران قصورات گذشته و برنامه‌ریزی برای آینده (حکمت رخدادهای خوشایند و ناخوشایند زندگی و داشتن امید به رحمت و عنایت خداوند در همه حال)، جایگاه و منزلت انسان رنج‌کشیده و بیمار در نزد خداوند و نقش بیماری در آموزش گناهان (چگونگی ادای فریض دینی و احکام الهی)، پاسخگویی به سؤال‌ها و شبهات دینی و مذهبی بیماران و فراهم کردن شرایط محیطی در جهت انجام عبادات و اعمال مذهبی.

یک تا دو روز بعد از انجام مداخله‌ی مذهبی، دوباره سطح اضطراب و افسردگی بیمارستانی گروه آزمون و شاهد با استفاده از پرسش‌نامه‌ی مذکور سنجیده شد. در تمام مراحل انجام تحقیق و بررسی‌های آماری، سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

طی اجرای پژوهش اصول اخلاقی همچون دریافت مجوز از کمیته‌ی اخلاق دانشگاه علوم پزشکی قم، اختیاری بودن شرکت در مطالعه، نبود تداخل در مراقبت، دریافت رضایت‌نامه‌ی کتبی از افراد، دادن اطمینان به آنان درباره‌ی

(۱) بستری بودن بیمار در بیمارستان در زمان انجام مطالعه، (۲) توانایی نمونه‌های مورد نظر برای پاسخگویی به سؤال‌ها، (۳) مصرف نکردن داروهای ضد اضطراب یا ضد افسردگی در زمان انجام مطالعه و (۴) مسلمان بودن. معیارهای خروج از مطالعه نیز موارد ذیل را شامل می‌شد: (۱) داشتن سابقه‌ی مشکلات روانی و بیماری زمینه‌ی فعال یا عقب‌ماندگی ذهنی، (۲) تمایل نداشتن بیماران به ادامه‌ی شرکت در مطالعه، (۳) ایجاد هر گونه مشکل برای بیماران در جهت ادامه‌ی مطالعه و یا ترخیص و انتقال بیماران به بیمارستان دیگر و (۴) سابقه‌ی مصرف داروهای روان‌گردان و مخدر.

روش نمونه‌گیری نیز به‌صورت نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌بندی بود. تعداد نمونه‌ی لازم برای مطالعه با احتساب فاصله‌ی اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۸۰ درصد بر اساس فرمول و طبق مطالعه‌ی طاهره مؤمنی و همکاران (۶) حدود ۶۶ نفر برای هر گروه (آزمون و کنترل) محاسبه شد که جمعاً تعداد نمونه ۱۳۲ نفر شد و با احتساب احتمال ریزش نمونه‌ها در کل ۱۴۲ نفر در نظر گرفته شد. ابتدا از سه بیمارستان وابسته به دانشگاه علوم پزشکی قم، یک بیمارستان انتخاب و پس از گرفتن موافقت از بیماران برای ورود به پژوهش، پرسش‌نامه‌ی سنجش اطلاعات جمعیت‌شناختی^۱ و فردی در اختیار آنان قرار گرفت و پس از دریافت اطلاعات اولیه‌ی فردی و در صورت داشتن شرایط، وارد مطالعه شدند و پرسش‌نامه‌ی سطح افسردگی و اضطراب بیمارستانی^۲، برای سنجش میزان سطح افسردگی و اضطراب بیمارستانی در اختیار شرکت‌کنندگان دو گروه قرار گرفت. این پرسش‌نامه دارای ۱۴ سؤال و شامل دو مقیاس افسردگی و اضطراب است. هفت سؤال مربوط به بررسی اضطراب و هفت سؤال مربوط به بررسی افسردگی است. هر سؤال در طیف لیکرتی ۴ نمره‌ی درجه‌بندی شده است. حداکثر امتیاز در هر مقیاس ۲۱ است. امتیازهای صفر تا هفت به معنای سالم بودن، هشت تا ۱۰ به معنای اختلال بینابینی و امتیازهای ۱۱ و بالاتر مشکوک به اختلال در نظر گرفته می‌شود. منتظری و همکاران در سال ۲۰۰۳ در ایران روایی و پایایی این ابزار را بررسی کرده‌اند. ثبات درونی آن با آلفای کرونباخ برای اضطراب ۷۸ درصد و برای افسردگی ۸۶ درصد بوده است (۷). کویانی و همکاران نیز در سال ۲۰۰۹ آن را هنجارسازی کردند. اعتباریابی این پرسش‌نامه نیز در افراد افسرده و مضطرب در مقایسه با جمعیت بهنجار انجام شد و نشان داد که مقیاس سنجش اطلاعات جمعیت‌شناختی و

^۱) Demographic

^۲) Hospital Anxiety Depression Scale (HADS)

محرمانه بودن اطلاعات و... رعایت شد.

یافته‌ها

در مطالعه‌ی حاضر، ۱۴۲ بیمار بستری در بیمارستان نکویی شهر قم شرکت کردند. محدوده‌ی سنی بیماران ۱۶ تا ۷۰ (۱۴) ± (۳۴) بود. تفاوت بین میانگین این دو گروه با آزمون تی انجام شد که از نظر آماری تفاوت معنی‌داری نداشتند ($P=0/46$ (جدول شماره ۱).

جدول ۱. توزیع میانگین و انحراف معیار سن شرکت‌کنندگان در مطالعه به همراه نتایج آزمون تی

سن گروه	میانگین	انحراف معیار	t	PV
مداخله	۳۴/۸۴	۱۴/۵۶	-۰/۷۳	۰/۴۶
کنترل	۳۲/۹۷	۱۵/۰۱		

بر اساس نتایج به‌دست‌آمده، ۴۱ درصد از بیماران سابقه‌ی بستری داشتند، ۵۲ درصد از آنان سابقه‌ی بستری نداشتند و ۷ درصد نیز پرسش‌نامه‌ها را بدون پاسخ گذاشتند. علاوه‌براین،

جدول ۳. تأثیر حضور روحانی بر بالین بیمار بر افسردگی و اضطراب بیماران، با استفاده از آزمون آنکووا

منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجه‌ی آزادی	میانگین مربعات	F	pv
Intercept	۱۴۷/۰۹۲	۱	۱۴۷/۰۹۲	۱۵/۴۴۱	۰/۰۰۰
افسردگی و اضطراب قبل از مداخله	۱۳۴۳/۵۳	۱	۱۳۴۳/۵۳۶	۱۴۱/۰۴۱	۰/۰۰۰
سن	۵/۶۰۹	۱	۵/۶۰۹	۰/۵۸۹	۰/۴۴۵
تحصیلات	۵/۱۳۵	۱	۵/۱۳۵	۰/۵۳۹	۰/۴۶۵
بستری	۰/۶۲۱	۱	۰/۶۲۱	۰/۰۶۵	۰/۷۹۹
بخش	۴/۶۳	۱	۴/۶۳۰	۰/۴۸۶	۰/۴۸۸
سابقه‌ی بستری	۱۱/۷	۱	۱۱/۷۰۷	۰/۱۷۹	۰/۶۷۳
زمان عمل	۲/۴۵	۱	۲/۴۵۳	۰/۲۵۷	۰/۶۱۳
گروه	۳۴۰/۵۰	۱	۳۴۰/۵۰۴	۳۵/۷۴۵	۰/۰۰۰
خطا	۷۸۱/۱۲	۸۲	۹/۵۲۶		
کل	۰/۲۵۰۸۶	۹۱			

a. R Squared = .686 (Adjusted R Squared = .656)

جدول ۴. تعیین و مقایسه‌ی میانگین و انحراف معیار نمره‌ی افسردگی و اضطراب بیمارستانی در دو گروه قبل و بعد از مداخله

گروه	قبل از مداخله M±SD	بعد از مداخله M±SD	مقدار P در هر گروه
آزمون	۱۷/۸۰±۷/۳۳	۱۳/۸۰±۵/۲۴	۰/۰۰۰
کنترل	۱۶/۶۲±۶/۹۷	۱۷/۲۱±۵/۰۲	۰/۱۰

آزمون آماری تی زوجی نشان داد که درگروه کنترل بین نمره‌ی کلی افسردگی و اضطراب قبل و بعد از مداخله‌ی آموزشی تفاوت آماری معنی‌دار وجود نداشت ($P=0/10$)، اما درگروه مداخله تفاوت آماری معنی‌دار بین نمره‌ی کلی افسردگی و اضطراب، قبل و بعد از اجرای مداخله‌ی آموزشی وجود داشت ($P<0/000$) (جدول شماره ۴).

جدول ۷. تعیین رابطه‌ی بین نمره‌ی افسردگی و اضطراب در دو گروه آزمون و کنترل در مرحله‌ی قبل و بعد از مداخله

مقدار P	نمره‌ی اضطراب (r)	قبل از مداخله	نمره‌ی افسردگی
۰/۰۰۰	**۰/۶۷۸	گروه کنترل	نمره‌ی افسردگی
۰/۰۰۰	**۰/۶۰۱	گروه آزمون	نمره‌ی افسردگی
		بعد از مداخله	
۰/۰۰۰	**۰/۴۳۰	گروه کنترل	نمره‌ی افسردگی
۰/۰۰۰	**۰/۴۸۱	گروه آزمون	نمره‌ی افسردگی

بحث

نتایج این مطالعه نشان داد که میانگین و انحراف معیار نمره‌ی اضطراب و افسردگی بیمارستانی و حیطه‌های آن بین دو گروه مورد مطالعه، پس از حضور روحانی بر بالین بیمار و دریافت مراقبت مذهبی، اختلاف آماری معنی‌داری داشت. به منظور تعدیل آثار متغیرها بر همدیگر و نیز برای مقایسه‌ی دو گروه از تحلیل کوواریانس استفاده شد. میانگین تغییرات در دو گروه در مرحله‌ی پس از اجرای برنامه‌ی مداخله‌ی آموزشی دارای تفاوت معنی‌داری از نظر متغیر اضطراب و افسردگی بیمارستانی بود. درحالی‌که بین دو گروه مداخله و کنترل از نظر تفاوت نمره‌های کلی اضطراب و افسردگی و حیطه‌های آن شامل اضطراب و افسردگی، قبل از مداخله تفاوت معنی‌دار آماری وجود نداشت. در مطالعه‌ی مؤمنی و همکاران و همچنین مطالعه‌ی آقاجانی و همکاران نیز قبل از انجام مداخله‌ی معنوی بر روی بیماران بین دو گروه تفاوت معنی‌داری در نمره‌ی اضطرابشان دیده نشد (۶ و ۹). همچنین یافته‌های مطالعه‌ی ایکدو^۱ و همکاران نیز نشان می‌دهد که قبل از انجام مداخله، گروه‌ها از نظر متغیرهای جمعیت‌شناختی تفاوت معناداری نداشتند (۱۰). در مطالعه‌ی جورنا^۲ و بال^۳ که در استرالیا و با هدف ارزیابی تأثیر برنامه‌ی ارتقاء سلامت جسمی-روانی-معنوی بر افزایش فعالیت جسمانی و سلامت روانی و معنوی انجام شد، قبل از انجام مطالعه تفاوت معنی‌داری بین دو گروه از نظر سلامت روان مشاهده نشد (۱۱) که این نتیجه با یافته‌های مطالعه‌ی حاضر منطبق است. در مطالعه‌ی حاضر نیز انتظار می‌رفت با توجه به تخصیص تصادفی نمونه‌ها در دو گروه، قبل از انجام مداخله تفاوت معنی‌داری از نظر اضطراب و افسردگی بیمارستانی وجود نداشته باشد.

آزمون آماری تی زوجی نشان داد که در گروه کنترل بین نمره‌ی اضطراب قبل و بعد از اجرای مداخله‌ی آموزشی تفاوت آماری معنی‌دار وجود نداشت ($P=0/49$)، اما در گروه مداخله تفاوت آماری معنی‌دار بین نمره‌ی اضطراب، قبل و بعد از اجرای مداخله‌ی آموزشی وجود داشت ($P<0/003$) (جدول شماره‌ی ۵).

جدول ۵. تعیین و مقایسه‌ی میانگین و انحراف معیار نمره‌ی اضطراب در دو گروه قبل و بعد از مداخله

گروه	مقدار P در هر گروه	قبل از مداخله	بعد از مداخله
		M±SD	M±SD
آزمون	۰/۰۰۳	۸/۳±۴/۶	۶/۱±۳/۸
کنترل	۰/۴۹	۷/۸±۴/۳	۸±۳/۳

آزمون آماری تی زوجی نشان داد که در گروه کنترل بین نمره‌ی افسردگی قبل و بعد از اجرای مداخله‌ی آموزشی تفاوت آماری معنی‌دار وجود نداشت ($P=0/056$)، اما در گروه مداخله تفاوت آماری معنی‌دار بین نمره‌ی افسردگی، قبل و بعد از اجرای مداخله‌ی آموزشی وجود داشت ($P<0/000$) (جدول شماره‌ی ۶).

جدول ۶. تعیین و مقایسه‌ی میانگین و انحراف معیار نمره‌ی افسردگی در دو گروه قبل و بعد از مداخله

گروه	مقدار P در هر گروه	قبل از مداخله	یک ماه بعد از مداخله
		M±SD	M±SD
آزمون	۰/۰۰۰	۹/۵±۳/۶	۷/۶±۲/۲
کنترل	۰/۰۵۶	۸/۸±۳/۳	۹/۲±۲/۶

علاوه‌براین، بین نمره‌ی اضطراب با نمره‌ی افسردگی در گروه کنترل و مداخله نیز در مرحله‌ی قبل از مداخله رابطه‌ی معنی‌داری وجود داشت، به‌طوری‌که با افزایش اضطراب، افسردگی نیز افزایش نشان داد و بالعکس، که این از نظر آماری معنی‌دار بود ($p=0/000$) ($p=0/000$). همچنین پس از مداخله نیز بین نمره‌ی اضطراب با نمره‌ی افسردگی در گروه کنترل و مداخله رابطه‌ی معنی‌داری وجود داشت؛ به‌طوری‌که با افزایش اضطراب، افسردگی نیز افزایش داشت و بالعکس؛ که از نظر آماری معنی‌دار بود ($p=0/000$) ($p=0/000$) (جدول شماره‌ی ۷).

1) Ikedo
2) Jorna
3) Ball

یافته‌های این پژوهش نشان داد بعد از مداخله بین دو گروه مداخله و کنترل از نظر تفاوت نمره‌های کلی اضطراب و افسردگی و حیطه‌های آن شامل اضطراب و افسردگی، تفاوت معنی‌دار آماری وجود داشت. آزمون تی زوجی نیز تفاوت معنی‌داری بین میانگین نمره‌ی اضطراب و افسردگی گروه مداخله قبل و بعد از مداخله‌ی مذهبی نشان داد. این یافته بیانگر این است که حضور روحانی بر بالین بیمار و مراقبت مذهبی وی موجب کاهش میزان اضطراب و افسردگی بیمارستانی در بیماران شده است. نتایج مطالعه‌ی دلانی^۱ و همکاران که در نیویورک، به صورت نیمه‌تجربی و طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و با هدف بررسی تأثیر مراقبت معنوی (شامل جلسات موسیقی، تجسم هدایت شده با استفاده از لوح فشرده، دعا کردن و قدم زدن در باغ) بر میزان اضطراب بیماران قلبی - عروقی انجام شد، نشان داد تفاوت معنی‌داری بین نمره‌ی اضطراب و افسردگی بیماران قبل و بعد از مداخله وجود دارد که یافته‌های مطالعه‌ی حاضر را تأیید می‌کند (۵). آقاجانی و همکاران نیز در مطالعه‌ی خود با هدف بررسی تأثیر مشاوره‌ی معنوی بر اضطراب و افسردگی و امید در بیماران همودیالیزی، نشان دادند که پس از مشاوره‌ی معنوی، میانگین نمره‌ی اضطراب و افسردگی گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل کاهش یافت (۹). یافته‌های مطالعات دیویس^۲ و همکاران و نیز مطالعه‌ی واچولتز^۳ و همکاران با یافته‌های مطالعه‌ی حاضر همخوانی دارد (۱۲ و ۱۳). در تأیید نتایج حاصل از این مطالعه، در مطالعه‌ی یون^۴ و پارک^۵ با هدف بررسی تأثیر مداخلات پرستاری معنویت‌محور نیز تفاوت آماری معنی‌داری در اضطراب موقعیتی گروه آزمون و شاهد مشاهده شد (۱۴). نتایج مطالعه‌ی دیگری بر روی زنان نشان داد که مداخله‌ی معنوی موجب کاهش اضطراب گروه آزمون شده است و بین گروه آزمون و کنترل از نظر نمره‌ی مقیاس اضطراب تفاوت معنی‌داری وجود دارد (۱۵) که با نتایج این مطالعه همخوانی دارد. مجیدی نیز در پژوهش خود گزارش کرد افرادی که به نوای قرآن کریم گوش داده بودند میزان علائم حیاتی و اضطراب کمتری نسبت به گروه شاهد داشتند (۱۶). همچنین میرباقر بیان کرد که آوای قرآن سبب کاهش اضطراب مادران قبل از عمل سزارین می‌شود (۱۷). محمد علی عطاری و همکاران تأثیر آوای قرآن را بر کاهش

اضطراب و ثبوت علائم حیاتی بیماران قبل از القاء بیهوشی ثابت کردند (۱۸). تجویدی و همکاران نیز تأثیر آوای قرآن کریم را بر علائم حیاتی بیماران، قبل از عمل جراحی قلب باز بررسی کردند. یافته‌های پژوهش آنان نشان داد که استماع آوای قرآن موجب کاهش پاسخ فیزیولوژیکی بدن به استرس می‌شود (۱۹). اسحق ایلدرآبادی و همکاران نیز همین تحقیق را انجام دادند و به نتیجه‌ی مشابهی دست یافتند (۲۰).

نتایج مطالعه‌ی موریتز^۶ و همکاران و بورمان^۷ و همکاران نیز یافته‌های این مطالعه را تأیید می‌کند و نشان می‌دهد که مداخله‌ی معنوی موجب کاهش افسردگی در بیماران گروه آزمون می‌شود (۲۱ و ۲۲). همچنین نتایج مطالعه‌ی رحمتی و همکاران درباره‌ی بیماران اسکیزوفرنیک^۸، مطالعه‌ی بوالهروی درباره‌ی زنان سرطانی و مطالعه‌ی بهرامی درباره‌ی دانشجویان، آثار مثبت مشاوره‌ی معنوی را در کاهش افسردگی نشان می‌دهد (۲۳ و ۲۴). نتایج پژوهش مجید کاظمی و همکاران درباره‌ی تأثیر آوای قرآن کریم بر بهداشت روان دانشجویان نشان می‌دهد که میانگین نمره‌ی بهداشت روان گروه آزمون به طور معنی‌داری افزایش یافته است (۲۵).

از طرفی برخلاف نتایج حاصل از این مطالعه، در پژوهش ایکدو و همکاران، مداخله‌ی معنوی تفاوت معنی‌داری بین دو گروه از نظر میزان اضطراب ایجاد نکرده است (۱۰)؛ می‌توان این تناقض را به تفاوت‌های فرهنگی و مذهبی جامعه‌ی هدف و نوع برنامه‌ی مراقبتی معنویت‌محور، تفاوت در تعداد حجم نمونه و نوع بیماری مرتبط دانست.

نتایج تحقیقات زیست‌شناسی عصبی (نوروبیولوژی^۹)، از کاربرد فنون معنوی که درمانی سودمند برای اضطراب است، حمایت می‌کنند. مطالعات مختلف از تأثیر مداخلات معنوی از طریق افزایش ارتباط بین سیناپس‌های آمیگدالا^{۱۰} بر فرایندهای عاطفی و اضطراب حکایت دارد (۲۶).

از محدودیت‌های این مطالعه انجام آن فقط در مردان بستری در مرکز آموزشی - درمانی نکویی بود که امکان مشارکت زنان یا بیماران بستری در مراکز دیگر و با بیماری‌های مختلف را در مطالعه محدود کرده است. از این رو، توصیه می‌شود مطالعاتی مشابه در گروه‌های مختلف جنسی با بیماری و مناطق جغرافیایی مختلف نیز صورت پذیرد.

6) Moritz
7) Bormann
8) schizophrenic
9) neurobiology
10) Amygdala synapses

1) Delaney
2) Davise
3) Wachholtz
4) Yoon
5) Park

outcomes in a cardiac population. *Holistic Nursing Practice*. 2008;22(4):210-9.

6. Momeni G.G T, Musarezaie A, Moeini M, Najji E H. The effect of spiritual care program on ischemic heart disease patients' anxiety, hospitalized in CCU: a clinical trial *Journal of Research in Behavioural Sciences*. 2011;10(Mental Health: Special Issue). (Full Text in Persian)

7. Montazeri A, Vahdaninia M, Ebrahimi M, Jarvandi S. The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS): translation and validation study of the Iranian version. *Health and quality of life outcomes*. 2003;1(1):14. (Full Text in Persian)

8. Kaviani H, Seyfourian H, Sharifi V, Ebrahimkhani N. Reliability and validity of Anxiety and Depression Hospital Scales (HADS): Iranian patients with anxiety and depression disorders. *Tehran University Medical Journal*. 2009;67(5):379-85. (Full Text in Persian)

9. Aghajani M, Rezal Afaze M, Morasai F. The Effect of Spirituality Counseling on Anxiety and Depression in Hemodialysis Patients

Evidence Based Care 2014;2(4):19-28. (Full Text in Persian)

10. Ikedo F, Gangahar DM, Quader MA, Smith LM. The effects of prayer, relaxation technique during general anesthesia on recovery outcomes following cardiac surgery. *Complementary Therapies in Clinical Practice*. 2007;13(2):85-94.

11. Jorna M, Ball K, Salmon J. Effects of a holistic health program on women's physical activity and mental and spiritual health. *Journal of science and medicine in sport*. 2006;9(5):395-401.

12. Davis TL, Kerr BA, Kurpius SER. Meaning, Purpose, And Religiosity In At-Risk Youth: The Relationship Between Anxiety And Spirituality. *Journal of Psychology and Theology*. 2003.

13. Wachholtz AB, Pargament KI. Is spirituality a critical ingredient of meditation? Comparing the effects of spiritual meditation, secular meditation, and relaxation on spiritual, psychological, cardiac, and pain outcomes. *Journal of behavioral medicine*. 2005;28(4):369-84.

14. Yoon MO, Park JS. The effect of spiritual nursing intervention on anxiety and depression of the hospice patients. *Journal of Korean Academy of Adult Nursing*. 2002;14(3):337-47.

15. Puig A, Lee SM, Goodwin L, Sherrard PAD. The efficacy of creative arts therapies to enhance emotional expression, spirituality, and psychological well-being of newly diagnosed Stage I and Stage II breast cancer patients: A preliminary study. *The Arts in Psychotherapy*. 2006;33(3):218-28.

16. Majidi SA. Recitation effect of holy Quran on anxiety of patients before undergoing coronary artery

نتیجه‌گیری

نتایج حاصل از مطالعه بیانگر این است که اجرای برنامه‌ی مراقبت مذهبی کارشناس مذهبی با حضور فرد روحانی بر بالین بیمار می‌تواند روشی مناسب برای کاهش اضطراب و افسردگی بیمارستانی در بیماران شود تا با ایجاد آرامش ذهنی و روحی در نهایت بتوان شرایطی را فراهم آورد که بهبودی سریع‌تر حاصل شود.

قدردانی

این مقاله برگرفته از نتایج طرح پژوهشی «بررسی تأثیر انجام مراقبت مذهبی فرد روحانی بر بالین بیمار در افسردگی و اضطراب و سلامت معنوی بیماران بستری» است که با حمایت دانشگاه علوم پزشکی قم در سال ۱۳۹۳ با کد تصویب ۹۳۴۱۷ اجرا شده است. بدین‌وسیله از همکاری مسئولان، کارکنان و بیماران مرکز آموزشی - درمانی نکویی شهر قم، تشکر و قدردانی می‌شود.

تضاد منافع

نویسندگان مقاله هیچ‌گونه تضاد منافی درباره‌ی این پژوهش ندارند.

References

- Hojjati A, Musavi V, Usefi AA, Shahsiah M, Botlani S, editors. The comparison between Quran sound and quiet music on anxiety decrease of patients waiting for dental surgery in 2010. The First International & 4th National Congress on health Education & Promotion, 2011. Tabriz University of medical sciences. (Full Text in Persian)
- Levin JS, Vanderpool HY. Religious factors in physical health and the prevention of illness. *Prevention in Human Services*. 1991;9(2):41-64.
- Zand S, Rafiei M. Assessment of religion needs of patients in hospital. *Teb VA Tazkieh*. [Research]. 2011;19(4):21-0. (Full Text in Persian)
- Abedi H, Asgari M, Kazemi Z, Saffarifar F. Religious Care in Hospitalized Patients and its Barriers. *Teb VA Tazkieh*. 2005(4):16 - 23. (Full Text in Persian)
- Delaney C, Barrere C. Blessings: the influence of a spirituality-based intervention on psychospiritual

angiography. kowsar. 2004. (Full Text in Persian)

17. Mirbagher N, Ranjbar N. Effects of Holy Quran on mother's anxiety before Caesarean section. 2010;4(1):15-9. (Full Text in Persian)

18. Attari MA, Sajedi P, SM H. Effect on reducing anxiety and reciting the Quran proved vital signs of patients before induction of anesthesia. *Teb Tazkiye* 1998;1(37):91-124. (Full Text in Persian)

19. Tajvidi M, Mohammadi E, R. M. The effect of holy Quran's song on the patient's anxiety before the heart surgery. *Daneshvar*. 2001;32(8):55-60. (Full Text in Persian)

20. Eldar Abadi E, Saleh Moghaddam AR, SR. M. Evaluation of the Quran on the vital signs of patients before open heart surgery. *Asrar(Sabzevar UnivMed Sci J)* 2003;10(1):52-8. (Full Text in Persian)

21. Moritz S, Kelly M, Angen M, Quan H, Toews J, Rickhi B. The impact of a home-based spirituality teaching programme: qualitative exploration of participants' experiences. *Spirituality and Health International*. 2007;8(4):192-205.

22. Bormann JE, Aschbacher K, Wetherell JL, Roesch S, Redwine L. Effects of faith/assurance on cortisol levels are enhanced by a spiritual mantram intervention in adults with HIV: a randomized trial. *Journal of psychosomatic research*. 2009;66(2):161-71.

23. Rahmati M, Ghanbari V, Khaledi P, Mohammadi B. Effective Spirituality-Religious Healing intervention on Depression Schizophrenic Patients 2011. (Persian) *Nurs and Midwif Tabriz*. 2011. (Full Text in Persian)

24. Bahrami H, Tashk A. Relation between Religious Orientation and Mental health and Evaluation of Religious Orientation Scales. of *Psychology and Educa*. 2005;34(2):41-63. (Full Text in Persian)

25. Kazemi M, Ansari A, Allah Tavakoli M, S. K. Impact on mental health nursing students reciting the Quran. *Rafsanjan UnivMed Sci J*. 2003;3(1):52-7. (Full Text in Persian)

26. Mayo KR. Support from neurobiology for spiritual techniques for anxiety: A brief review. *Journal of health care chaplaincy*. 16(1-2):53-7.