

An Investigation into the Dimensions of Prayer in Cancer Patients

Hamid Hojjati¹, Nafise Hekmati Pour^{1*}, Samira Khandousti², Jamile Mirzaali³, Golbahar Akhondzadeh⁴, Fateme Kolangi⁵, Nahid Mozafari Nia⁶

Abstract

- 1- Department of Nursing, Aliabad Katoul Branch, Islamic Azad University, Aliabad Katoul, Iran
- 2- Young Researchers and Elite Club, Aliabad Katoul Branch, Islamic Azad University, Aliabad Katoul, Iran
- 3- BSc in Nursing, Agh Ghala Ale Jalil Hospital, Golestan University of Medical Sciences, Golestan, Iran
- 4- Young Researchers and Elite Club, Aliabad Katoul Branch, Islamic Azad University, Aliabad Katoul, Iran
- 5- Deputy of Food & Drug Department, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran
- 6- PhD Student of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

***Corresponding Author:**

Nafise Hekmati Pour
Department of Nursing,
Aliabad Katoul Branch,
Islamic Azad University,
Aliabad Katoul, Iran

E-mail:

n_hekmati68@yahoo.com

Received: 8 Oct 2014

Revised: 13 Sep 2015

Accepted: 8 Nov 2015

Background and Purpose: Cancer is one of the worst human experiences. This condition could lead to serious crises in one's life. Religious beliefs are of great value among patients suffering from different conditions. Among religious and spiritual resources, prayer is regarded as the most commonly applied practice. In fact, prayer as the most powerful resource for resolving problems can release spiritual energy. The present study was performed to determine the dimensions of prayer in cancer patients, referring to the food and drug center of Golestan University of Medical Sciences in 2013.

Materials and Methods: In this descriptive, correlational study, 96 cancer patients under treatment with agonist drugs, referring to the food and drug center of Golestan University of Medical Sciences, were assessed. Data were collected, using a demographic questionnaire and the prayer questionnaire by Paloma and Pendleton. For statistical analysis, descriptive (e.g., frequency, mean, and standard deviation) and inferential statistics (ANOVA) were calculated, using SPSS version 16.

Results: Based on the findings, the mean score of prayer frequency was 91.7 ± 21.7 , the mean score of prior prayer experience was 45.6 ± 9.8 , and the mean score of attitude towards prayer was 33.9 ± 8.0 . The statistical analysis showed a significant difference among the dimensions of prayer. There was a significant correlation between prayer frequency and prior experience of prayer ($P < 0.01$), prayer frequency and attitude towards prayer ($P < 0.005$), and previous experience of prayer and attitude towards prayer ($P < 0.01$). However, multiple linear regression analysis did not show a significant association between the dimensions of prayer and demographic characteristics.

Conclusion: Considering the positive effects of prayer, we can conclude that this practice plays a strong supporting role in life and promotes ones' adjustment with the side-effects of diseases such as cancer. Therefore, nurses, as the most important members of healthcare teams, can enhance care provision for cancer patients by recognizing the psychological dimensions.

Keywords: Cancer, Cancer patients, Prayer

ابعاد توسل به دعا در بیماران سرطانی

حمید حجتی^۱، نفیسه حکمتی پور^{۱*}، سمیرا خاندوستی^۲، جمیله میرزاعلی^۳، گلپهار آخوندزاده^۴، فاطمه کلنگی^۵، ناهید مظفری نیا^۶

چکیده

سابقه و هدف: یکی از هولناک‌ترین تجارب بشری سرطان و رنج ناشی از آن است. مواجهه با این بیماری سبب بحران‌های حاد و شدید در سلامت فرد می‌شود. اعتقادات مذهبی در زمان بیماری نسبت به هر زمان دیگری برای شخص اهمیت بیشتری پیدا می‌کند. در میان منابع مذهبی و معنوی بیشترین منبعی که مورد استفاده قرار می‌گیرد، دعا است. دعا محکم‌ترین و بالاترین حلال مشکلات است و با قدرت دعا می‌توان انرژی معنوی را آزاد ساخت. مطالعه‌ی حاضر با هدف بررسی ابعاد توسل به دعا در بیماران سرطانی مراجعه‌کننده به مرکز غذا و داروی دانشگاه علوم پزشکی گلستان در سال ۱۳۹۲ انجام گرفت.

مواد و روش‌ها: مطالعه‌ی حاضر توصیفی از نوع همبستگی بود که در آن ۹۶ بیمار مراجعه‌کننده به مرکز غذا و داروی دانشگاه علوم پزشکی گلستان با تشخیص سرطان و تحت درمان با داروهای آگونیست به روش سرشماری در سال ۱۳۹۲ انتخاب شدند. اطلاعات توسط پرسشنامه‌ی مشخصات جمعیتی و پرسشنامه توسل به دعا که توسط پولوما (Poloma) و پندلتون (Pendelton) تهیه شده بود، جمع‌آوری گردید. داده‌های به‌دست آمده توسط نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۶ به کمک آمار توصیفی (فراوانی، میانگین، انحراف معیار) و آمار استنباطی (آزمون آنالیز واریانس) تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: براساس نتایج پژوهش میانگین و انحراف معیار توسل به دعا در بعد تناوب دعا $21/7 \pm 9/1$ ، در بعد تجربه قبلی دعا $9/8 \pm 6/45$ و در بعد نگرش به دعا $8/0 \pm 33/9$ به‌دست آمد. آزمون آماری نشان داد که بین ابعاد دعا اختلاف معناداری وجود داشت؛ به‌طوری‌که تناوب دعا با تجربه قبلی دعا ($P < 0/01$)، تناوب دعا با نگرش قبلی به دعا ($P < 0/005$) و درنهایت تجارب قبلی دعا با نگرش قبلی به دعا ($P < 0/01$) ارتباط معناداری داشتند؛ ولی نتایج آزمون رگرسیون خطی چندگانه بین هیچ‌یک از ابعاد دعا با مشخصات جمعیتی ارتباط معناداری را نشان نداد.

استنتاج: با توجه به خوب و بالا بودن تأثیر ابعاد مختلف توسل به دعا در بیماران، می‌توان بیان نمود که توسل به دعا، می‌تواند پایگاه محکمی برای زندگی و تحمل مشکلات و عوارض بیماری و درمانی در بیماران سرطانی محسوب شود؛ بنابراین پرستاران به‌عنوان مهم‌ترین عضو کادر درمانی، می‌توانند با شناسایی ابعاد روحی در بیماران سرطانی به ادامه روند درمانی و بهبود کیفیت مراقبت آن‌ها کمک نمایند.

واژه‌های کلیدی: دعا، سرطان، بیماران سرطانی

- ۱- گروه پرستاری، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علی‌آباد کتول، ایران
- ۲- باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علی‌آباد کتول، علی‌آباد کتول، ایران
- ۳- کارشناس پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، بیمارستان آل جلیل آقلا، گلستان، ایران
- ۴- باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علی‌آباد کتول، علی‌آباد کتول، ایران
- ۵- معاونت غذا و دارو، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران
- ۶- دانشجوی دکترای، پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، دانشکده پرستاری و مامایی، کرمان، ایران

* مؤلف مسئول: نفیسه حکمتی پور

دانشگاه آزاد اسلامی واحد علی‌آباد کتول، علی‌آباد کتول، باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان

E-mail:
n_hekmati68@yahoo.com

دریافت: ۱۶ مهر ۱۳۹۳

اصلاحات: ۲۲ شهریور ۱۳۹۴

پذیرش: ۱۷ آبان ۱۳۹۴

مقدمه

یکی از هولناک‌ترین تجارب بشری ابتلا به سرطان و رنج برآمده از آن است. با پیشرفت بیماری، بیماران در معرض انواع گوناگونی از ناراحتی‌ها قرار می‌گیرند (۱). این بیماری بالقوه کشنده، گذشته از مسائل جسمی تأثیرات روانی خاصی برجای می‌گذارد. به‌تازگی مشخص شده که فشارهای روانی بدون اینکه به‌وجودآورنده و سازنده انواع مختلف تومورهای بدخیم باشد، تأثیر عمیقی بر سرعت بخشیدن به پیشرفت و رشد سرطان دارند (۲). مواجهه با این بیماری می‌تواند سبب بحران‌های حاد و شدید در سلامت فرد شود، از یک طرف فرد را آسیب‌پذیر ساخته و از سوی دیگر باعث رشد فردی و معنوی فرد می‌شود. از این‌رو به‌دلیل تهدیدکننده بودن سرطان تشخیص این بیماری باعث می‌شود که نیازهای معنوی این بیماران افزایش یابد (۳).

بیشترین منبعی که در میان منابع مذهبی و معنوی مورد استفاده قرار می‌گیرد، دعا است (۴). در این زمینه قرآن کریم در سوره زمر می‌فرماید: "و اذا مس الانسان ضر دعا ربه منيبا اليه، و هنگامی که به انسان زبانی برسد پروردگار خود را می‌خواند و به‌سوی او باز می‌گردد". در بحران‌های زندگی مذهب پایگاه محکمی در مقابل مشکلات، مصائب و محرومیت‌های زندگی ایجاد می‌کند؛ بنابراین اعتقادات مذهبی در زمان بیماری نسبت به هر زمان دیگری برای شخص اهمیت بیشتری پیدا می‌کند و بسیاری از مردم به معنویت از طریق مذهب دست می‌یابند (۷).

خداوند درباره تأثیر یاد خدا در آرامش و رهایی از اضطراب در قرآن فرموده است: "الذين آمنوا و تطمئن قلوبهم الا بذکر الله تطمئن القلوب، آنان که ایمان آورده‌اند، دل‌هایشان به خدا آرام است، آگاه باشید با یاد خدا دل‌ها آرامش می‌یابد" (۸). دعا می‌تواند همچون دارویی بر بیماران اثر بگذارد؛ به‌طوری‌که در روایتی از رسول خدا (ص) آمده است "گفتن ذکر لاحول ولاقوه الا بالعلی العظیم دارویی است که ۹۹ بیماری از جمله اندوه و پریشانی خاطر را بهبود می‌بخشد" (۹).

تاریخ دعا و منشأ فطری و تحلیل آن، نشان‌دهنده این است که زبان دعا، زبانی جهانی و تنها زبان مشترک بین انسان‌ها است و نیاز به آموزش ندارد؛ به‌طوری‌که استعداد آن در تمامی انسان‌ها با تفاوت‌های نژادی، مکانی و زمانی به‌صورت مساوی نهفته است (۱۰). به‌تازگی مجلات پزشکی آمریکا تفسیرهایی در مورد رابطه بین معنویت و جنبه‌های مختلف آن از جمله دعا درمانی و سلامت روان را بیان نموده‌اند که در بیشتر پژوهش‌های بنیادی روابط مثبتی بین افزایش معنویت، دعا، نیایش و میزان سلامتی پیدا شده است (۱۱). جوی داوسون (Joi Dawson) در کتاب خود تحت عنوان "خدا شفای دل‌های خسته" می‌نویسد: آشنایی عمیق و صمیمانه با خالق هستی، اندیشه کوچکی نیست، تحقق این اندیشه قادر است چنان نیرویی در ما بیفزاید که تا پایان عمر وجود ما لبریز از شادی، شمع، شگفتی و بالاتر از همه امیدی بی‌پایان و شفاف‌بخش شود. این ارتباط و تجربه هر یک از ما را می‌تواند چنان متحول سازد که دیگر نیازی به هیچ دارویی برای شفای دل‌های خسته خود نداشته باشیم (۵). الکسیس کارل (Alexis Carrel) فیزیولوژیست مشهور می‌گوید برقراری ارتباط با خدا برای انسان همانند آب و اکسیژن ضروری است. زیرا دعا محکم‌ترین و بالاترین حلال مشکلات است و با قدرت دعا می‌توان انرژی معنوی را آزاد ساخت (۱۲). در جهان امروز، دعا درمانی با رویکردی کل‌نگر به انسان در سطح جهانی به‌عنوان یک روش درمانی مؤثر شناخته شده است (۱۳).

به‌نظر می‌رسد استفاده مکرر از تجارب معنوی در کنار سایر روش‌های درمانی اثرات درمانی خوبی داشته باشد (۱۴). همچنین می‌توان از این روش طبیعی و بدون استرس به‌دلیل هزینه و عوارض کمتر به‌صورت مستقل یا مکمل روش‌های پراسترس دیگر مانند جراحی و تزریقات دارویی استفاده نمود (۱۵)؛ بنابراین از آنجایی که در کشور ما بیش از ۷۰ میلیون مسلمان زندگی می‌کنند که پایبندی به احکام شرعی و ارزش‌های دینی با زندگی آنان آمیخته شده است (۵). این مطالعه با هدف

تعیین ابعاد توسل به دعا در بیماران سرطانی انجام شد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه توصیفی-همبستگی بود که در آن ۹۶ بیمار مراجعه‌کننده به مرکز غذا و داروی دانشگاه علوم پزشکی گلستان با تشخیص انواع سرطان تحت درمان با داروهای آگونیست بدون در نظر گرفتن طول مدت بیماری و طول استفاده از داروهای آگونیست به روش سرشماری در سال ۱۳۹۲ مورد بررسی قرار گرفتند. شرایط ورود به این پژوهش شامل این موارد بود: ابتلا به بیماری سرطان که به تأیید پزشک متخصص رسیده باشد، عدم ابتلا به بیماری روحی و روانی مزمن مانند افسردگی مزمن، اسکیزوفرنی و مانیا، مسلمان و ایرانی. شرایط حذف از پژوهش شامل: تمامی بیماران با سابقه بستری در بخش اعصاب روان و یا سابقه مصرف داروهای روان‌گردان و مواد توهم‌زا نظیر شیشه، آمفتامین، عدم رضایت جهت شرکت در مطالعه و انصراف از همکاری بوده است.

پرسشنامه‌های مشخصات جمعیتی شامل: سن، جنس، تأهل، تحصیلات، نوع سرطان، سن شروع و تشخیص، سابقه شیمی‌درمانی و جراحی و پرسشنامه ۳۲ سؤالی توسل به دعا که در سال ۱۹۹۱ توسط پولوما (Poloma) و پندلتون (Pendelton) تهیه شده و در سال ۱۹۹۱ توسط مراویگلیا (Meraviglia) مورد تجدید نظر قرار گرفته بود، ابزار گردآوری داده‌ها در این مطالعه را شامل می‌شد.

قسمت اول این پرسشنامه شامل ۱۷ سؤال در مورد تناوب آداب دعا کردن بود که به صورت لیکرت هفت گزینه‌ای از مطمئن نیستم تا به طور مداوم انجام می‌دهم دسته‌بندی شد. "مطمئن نیستم" نمره ۱ و "به طور مداوم انجام می‌دهم" نمره ۷ و دامنه نمرات آن بین ۱۱۹-۱۷ بود. ۹ سؤال در مورد تجربه قبلی دعا بود که به صورت لیکرت ۷ گزینه‌ای از "مطمئن نیستم" تا "به طور مداوم" دسته‌بندی شد و به گزینه "مطمئن نیستم" نمره ۱ و "به طور مداوم" نمره ۷ اختصاص داده شد. در مورد سؤالات ۹، ۷، ۴، نمره‌گذاری به صورت معکوس انجام گرفت. دامنه

نمرات تجربه قبلی دعا بین ۶۳-۹ بود و ۶ سؤال آخر نگرش بیماران را نسبت به دعا اندازه‌گیری نمود. پاسخ این سؤالات به صورت لیکرت ۷ گزینه‌ای از "کاملاً مخالفم" تا "کاملاً موافقم" طبقه‌بندی شده بود که گزینه "کاملاً مخالفم" نمره ۱ و "کاملاً موافقم" نمره ۷ کسب نمود. در مورد سؤالات ۲ و ۴ نیز نمره‌گذاری به صورت معکوس انجام گرفت. دامنه نمرات نگرش نسبت به دعا بین ۴۲-۶ بود. دامنه نمره کل دعا ۲۲۴-۳۲ در نظر گرفته شد که میزان دعا به سه سطح (۹۶-۳۲) ضعیف، (۱۶۱-۹۷) متوسط و (۲۲۴-۱۶۲) بالا طبقه‌بندی شد.

پایایی سه بخش پرسشنامه تناوب دعا یعنی آداب دعا کردن، تجارب قبلی دعا و نگرش نسبت به دعا به ترتیب با ضریب $0/75$ ، $0/78$ و $0/72$ توسط مراویگلیا تعیین گردید (۷). در ایران نیز پس از ترجمه توسط رضایی و همکاران پایایی با ضریب آلفای کرون‌باخ ($\alpha=0/79$) محاسبه شد (۴). این پرسشنامه در مطالعه حجتی و همکاران در بیماران دیالیزی مورد استفاده قرار گرفته بود (۵، ۷).

به منظور جمع‌آوری اطلاعات، پس از تصویب طرح در شورای پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علی‌آباد کتول و هماهنگی با مسئولین معاونت غذا و داروی دانشگاه علوم پزشکی گلستان، پژوهشگران در روزهایی که بیماران سرطانی برای دریافت داروهای آگونیست مراجعه می‌نمودند در آنجا حضور یافتند و پس از بیان هدف پژوهش، اطمینان دادن به شرکت‌کنندگان از بی‌خطر بودن این پژوهش، محرمانه ماندن مشخصات شرکت‌کنندگان، دادن حق انتخاب جهت شرکت نمودن در مطالعه و مطلع نمودن شرکت‌کنندگان از مجاز بودن آنان به ترک مطالعه در هر زمانی از فرایند پژوهش به صورت آگاهانه رضایت شفاهی از آن‌ها گرفته شد. مدت زمان تکمیل پرسشنامه‌ها ۱۵ الی ۲۰ دقیقه بود که در زمان تکمیل پرسشنامه‌ها، پژوهشگران در صورت وجود هرگونه ابهام به سؤالات واحدهای پژوهش پاسخ می‌دادند. اطلاعات ظرف مدت دو ماه جمع‌آوری و به نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۶ وارد شد و سپس توسط

را قویاً درک می نمودند.

- در بعد نگرش به دعا با میانگین و انحراف معیار ($8 \pm$) $33/9$ ، که بیشترین امتیاز با میانگین ($1/4 \pm 6/2$) مربوط به سؤال شماره ۶ بود با عبارت "خداوند هم اکنون مراقب و مواظب من است" بود که ۳۱ درصد بیماران (۲۹ نفر) کاملاً موافق بودند.
- همچنین در بعد کلی توسل به دعا با میانگین و انحراف معیار $39 \pm 172,2$ بالاتر از میزان میانگین به دست آمد.

سؤال ۲. میزان ابعاد دعا چه اختلافی با یکدیگر دارند:

تفسیر این سؤال توسط آزمون آماری رگرسیون خطی انجام گرفت، آزمون آماری بین ابعاد دعا اختلاف معناداری را نشان داد؛ به طوری که تناوب دعا با تجربه قبلی دعا ارتباط معناداری نشان داد.

$Beta=0/45, P<0/01, CI$ درصد ۹۵: $(0/1-0/2)$
 $OR=0/2$

همچنین بین تناوب دعا با نگرش قبلی به دعا اختلاف معناداری نشان داده شد.

$Beta=0/28, P<0/005, CI$ درصد ۹۵: $(0/1-0/2)$
 $OR=0/1$

در بعد تجارب قبلی دعا با نگرش قبلی به دعا نیز ارتباط معناداری نشان داده شد.

$Beta=0/6, P<0/01, CI$ درصد ۹۵: $(0/3-0/6)$
 $OR=0/5$

سؤال ۳. بین ابعاد دعا با مشخصات جمعیتی چه اختلافی وجود دارد؟

در تفسیر این سؤال نتایج آزمون رگرسیون خطی چندگانه ارتباط معناداری را بین هیچ یک از ابعاد دعا با مشخصات جمعیتی نشان نداد (جدول ۱).

آمار توصیفی (جدول، میانگین، انحراف معیار) و آمار استنباطی (آزمون آنالیز واریانس) با سطح معناداری ۰/۰۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

نتایج میانگین سن بیماران مورد پژوهش $57/5 \pm 13$ سال بود که به طور میانگین 5 ± 3 سال از تشخیص بیماری آن‌ها به سرطان می گذشت. از ۹۶ بیمار مورد بررسی، ۵۹ درصد (۵۵ نفر) مرد، ۴۱ درصد (۳۸ نفر) زن، ۸۴ درصد (۷۸ نفر) متأهل، ۱۶ درصد (۱۵ نفر) مجرد، ۳۲/۴ درصد (۳۰ نفر) خانه دار و ۶۱ درصد (۵۷ نفر) ساکن شهر بودند. در این میان، سابقه جراحی برای درمان سرطان در ۷۰ درصد (۶۵ نفر) و سابقه شیمی درمانی در ۶۷/۷ درصد (۶۳ نفر) از بیماران مشاهده گردید. همچنین بیشترین میزان سرطان مربوط به سرطان روده و معده با ۲۶/۶ درصد (۲۴ نفر) بود. تجزیه و تحلیل سؤالات با توجه به سؤالات زیر انجام شده است:

سؤال ۱. ابعاد دعا در بیماران چقدر است؟ تفسیر این سؤال توسط آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) به این صورت بیان شد:

- میانگین توسل به دعا در بعد تناوب دعا دارای میانگین و انحراف معیار $(21/7 \pm 9/1)$ بود. بیشترین میانگین کسب شده توسط بیماران در بعد تناوب دعا با میانگین و انحراف معیار $(1/7 \pm 6/3)$ مربوط به سؤال شماره ۱۳ بود که در آن ۷۶/۶ درصد (۷۴ نفر) به طور مداوم از نعمت‌های خدا شکرگذاری می کردند.

- در بعد تجربه قبلی دعا با میانگین و انحراف معیار $(9/8 \pm 4/6)$ ، که بیشترین میزان با میانگین و انحراف معیار $(1/7 \pm 5/9)$ مربوط به سؤال شماره ۳ بود؛ که ۵۷ درصد (۵۳ نفر) به طور مداوم حضور خدا

جدول ۱: آزمون رگرسیون خطی چندگانه بین ابعاد دعا با مشخصات جمعیتی

ابعاد دعا	سن	جنس	تحصیلات	تاهل	شغل	سابقه جراحی	سابقه شیمی درمانی
تناوب دعا	۰/۲۳	۰/۳۲	۰/۷۶	۰/۲۷	۰/۲۹	۰/۵	۰/۶۵
تجارب قبلی دعا	۰/۵۲	۰/۲۹	۰/۶۲	۰/۲۳	۰/۷۷	۰/۳	۰/۶
نگرش قبلی به دعا	۰/۷۳	۰/۶۱	۰/۳۸	۰/۸۲	۰/۸۷	۰/۱۸	۰/۵۴

بحث

رفع مشکلات و کاهش اضطراب در بیماران می‌گردد (۲۱). اعتقادات مذهبی مثبت فاکتور مهم و مؤثر بر حفظ سلامتی، خوب بودن و سازگاری با بیماری می‌باشد؛ زیرا عقاید مذهبی مثبت ضمن افزایش احساس خوب بودن، سبب سلامتی روحی و کاهش افسردگی ناشی از بیماری‌های مزمن و ایجاد یک زندگی هدفدار و مطلوب می‌گردد (۲۲).

در مطالعه‌ی رضایی و همکاران نشان داده شد که بین مشخصات جمعیتی و تناوب دعا ارتباط معناداری وجود دارد (۵) که با نتایج حاصل از این مطالعه متناقض می‌باشد. شاید علت این تفاوت، اختلاف موجود در حجم نمونه‌ی دو پژوهش باشد. آلگیر (Algier) و همکاران، ملاسیوتیس (Molassiotis)، هوندا (Honda) و جاکوبس (Jacobson) نیز نشان دادند که بین تناوب دعا با مشخصات جمعیتی مانند سن، جنس، تأهل ارتباط معناداری وجود دارد (۲۳-۲۵). رضایی در مطالعه خود نشان داد که بین نوع سرطان و تناوب دعا ارتباط وجود دارد (۵).

طبق پژوهش‌های به‌عمل آمده در کشورهای مختلف باورها، اعتقادات مذهبی و نیایش تأثیر مثبت بر سلامت افراد داشته و در درمان بسیاری از بیماری‌ها مانند سرطان، بیماری قلبی-عروقی و ریوی اثربخش بوده‌است (۸).

دعا و معنویت به مثابه آگاهی از هستی با نیرویی فراتر از جنبه‌های مادی زندگی است و احساس عمیقی از وحدت یا پیوند با کائنات را به‌وجود می‌آورد که سبب ایجاد افکار مثبت و قدرت تحمل درد و رنج و افزایش سلامت و مقاومت در برابر استرس‌ها می‌گردد (۱۱). دعا و مراقبه به‌عنوان تکنیک‌هایی جهت حفظ سلامتی قرن‌ها است که به‌کار می‌روند (۱۵). همان‌طور که در سوره رعد آیه ۲۸ بیان گردیده است "الابه ذکر الله تطمئن القلوب، دل با یاد خدا آرام می‌گیرد"، یاد و ذکر خدا ترس از مرگ را به آرامش تبدیل می‌کند و سبب رفع مشکلات، کاهش ترس و دلهره، رفع بی‌اعتمادی و امید به آینده می‌گردد (۸).

طبق نتایج این تحقیق، میزان توسل به دعا در بیماران تحت درمان با سرطان زیاد بود. همچنین نتایج نشان داد ابعاد دعا با یکدیگر ارتباط معناداری دارند. در مطالعه‌ی حجتی (۱۳۸۸) که بر روی بیماران تحت همودیالیز انجام دادند، تناوب دعا، آداب دعا، تجربه قبلی دعا و همچنین نگرش نسبت به دعا در بیشتر بیماران در سطح بالایی گزارش شد که با یافته‌های حاصل از این مطالعه در رابطه با توسل به دعا و ابعاد آن همسو می‌باشد (۴). رضایی و همکاران نیز (۱۳۸۵) در مطالعه خود یافتند که بیماران در مراحل انتهایی بیماری به‌میزان زیادی از دعا استفاده می‌کنند که با نتایج این تحقیق مشابه می‌باشد (۵).

آقاجانی (۱۳۹۱) در مطالعه خود نشان داد، ۹۶ درصد بیماران باورهای مذهبی بالایی داشتند که این درصد بالا نشان‌گر فرهنگ اسلامی و اعتقادات بالای مذهبی در سطح جامعه به‌خصوص در مردم ایران می‌باشد (۱۶). ایمان و اعتقادات مذهبی و استفاده از نگرش‌ها و روش‌ها و آموزه‌های دینی در قالب رویکرد شناختی نتایج مطلوبی را بر درمان بیماری‌ها دارد (۱۷). زیرا بیماری‌های صعب‌العلاج مانند سرطان با ایجاد درد و رنج و ایجاد نگرش منفی به آینده موجب ایجاد افسردگی و بروز مشکلات روحی می‌گردد (۱۸). بیماران سرطانی به‌دلیل طولانی‌شدن روند درمان با چالش‌های فیزیکی، روانی و اجتماعی قابل‌توجهی روبه‌رو می‌شوند که همگی این مسائل موجب بروز مشکلات عاطفی و روحی در بیماران می‌گردد (۱۹). مطالعات نشان می‌دهد افراد مذهبی به‌دلیل استفاده از روش‌های معنوی کمتر دچار اختلالات تصویر ذهنی، درد و اضطراب می‌شوند و با قبول شرایط بیماری اضطراب کمتری را متحمل می‌گردند (۱۴). این بیماران به‌دلیل ماهیت طولانی درمان‌های سرطان بیشتر دچار خستگی، اضطراب و افسردگی می‌شوند و در مراحل انتهایی، نیاز به قدرت الهی خارجی دارند که به‌عنوان یک مکانیسم دفاعی از آن بهره‌مند شوند (۲۰). درواقع مذهب به‌عنوان مکانیسم مقابله‌ای و راهبرد حل مساله موجب

آن بود که پژوهشگر هیچ‌گونه کنترلی بر روی وقایع اخیر زندگی بیمار نداشت. امید است از این محدودیت‌ها در مطالعات دیگر کاسته شود. در نهایت پیشنهاد می‌شود مطالعه‌ای تجربی تحت عنوان اثربخشی درمان‌های مذهبی بر حیطه‌های روان بیماران و همچنین جهت بررسی نگرش‌ها یا جهت‌گیری مذهبی و ارتباط آن با میزان تنیدگی و اضطراب انجام گیرد.

تشکر و قدردانی

از زحمات همکاران دانشگاه علوم پزشکی گلستان در معاونت غذا و دارو سرکار خانم فاطمه کلنگی و ربابه معمار که در این پژوهش ما را یاری فرمودند تشکر به عمل می‌آید. این طرح مصوب شورای پژوهشی و اخلاقی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علی‌آباد کتول به تاریخ تصویب ۹۲/۱۱/۷ به شماره ۵/۲۷۵۳ می‌باشد.

با توجه به اعتقاد مردم کشور ما نسبت به فریضه‌ی دعا و اثربخشی آن شایسته است این روش درمانی به‌عنوان درمان کمکی و همراه با سایر روش‌های درمانی مورد استفاده قرار گیرد؛ ولی باوجودی که ما در کشوری اسلامی زندگی می‌کنیم هنوز این روش درمانی برای برخی ناشناخته است. از آنجایی که برای مطرح نمودن هر شیوه‌ی درمانی جدید باید مراحل آزمایشی و اثربخشی آن در سیستم ارائه خدمات بهداشتی نهادینه شود، توصیه می‌شود مطالعات بیشتری در زمینه اثربخشی دعا به‌خصوص در بیماران مزمن مانند بیماران سرطانی، همودیالیزی، تالاسمی و قلبی‌عروقی انجام شود؛ زیرا با توجه به هزینه‌های گزاف و عوارض جانبی روش‌های پراسترس درمانی نظیر جراحی، شیمی‌درمانی و تزریقات، دعا درمانی می‌تواند یک روش کم هزینه، طبیعی و بدون استرس به‌صورت مستقل یا به‌عنوان درمان مکمل مورد بررسی قرار گیرد. از محدودیت‌های پژوهش حاضر

References

1. Shooa KM, Saadati M. The study of effective logo therapy training on reduction hopelessness in breast cancer Women's in Tehran city. Iranian Journal of Breast Disease. 2010; 3(1-2): 40-48 (Persian).
2. Hosseinian E, Soodani M. Efficacy of group logotherapy on cancer patients' life expectation. Journal of Behavioral Sciences. 2010; 3(4): 287-292 (Persian).
3. Rezaei M, Fatemi NS, Givarij A, Hosseini F. Relation between prayer activity and spiritual well-being in cancer patients undergoing chemotherapy. Iran Journal Nursing. 2007; 20(52): 51-61 (Persian).
4. Hojjati H, Ghourbani M, Nazari R, Sharifnia S, Akhondzadeh G. On the relationship between prayer frequency and spiritual health in patients under hemodialysis-therapy. Journal of Fundamentals of Mental Health. 2010; 2(12): 514-521 (Persian).
5. Sharifnia SH, Hojjati H, Nazari R, Qorbani M, Akhondzade G. The effect of prayer on mental health of hemodialysis patients. Journal of Critical Care Nursing. 2012; 5(1): 29-34 (Persian).
6. Hojati H, Taheri N, Akhondzade G, Heydari B, Sharifnia S. Resorting to pray rate in hemodialysis patients of Golestan province. Journal of Critical Care Nursing. 2010; 3(2): 75-79 (Persian).
7. Meraviglia MG. Critical analyses of spirituality and its empirical indicators prayer and meaning in life. Journal of Holistic Nursing. 1999; 17(1): 18-33.
8. Mohammadinia L, Yaghoobi M; Kolahdouzan A. Anxiety management by relaxation approach: Quranic verses. Director General. 2012; 8(8): 1213-1225 (Persian).
9. Nikbakht Nasrabadi AR, Parsa Yekta Z, Seif H, Rasoolzadeh N. Professionalization experiences of newly employed nurses in clinical settings in Iran. Hayat. 2005; 11(4): 5-18.
10. Taghizadehkarati K, Asadzandi M, Tadrissi SD, Ebadi A. Effect of Prayer on severity of patients illness in intensive care units. Journal of Critical Care Nursing. 2011; 4(1): 1-6 (Persian).
11. Dadashi HM. Medical efficiency of pray regarding general health of the cadets of Imam Ali (puh) Military University. Journal of Military Management. 2011; 40: 11-38 (Persian).

12. Noorbakhsh M, Poryousefi H. Role of Religion and beliefs of mental health. *Journal of Studies*. 2007; 2(3): 72-94 (Persian).
13. Jahangir A, Maftoun F, Khodaei S, Karbakhsh DM, Shariati M. Intercessory prayer and ferritin and hemoglobin in major thalassemia: a pilot study. *Payesh Journal*. 2008; 7(4): 363-367 (Persian).
14. El Nawawi NM, Balboni MJ, Balboni TA. Palliative care and spiritual care: the crucial role of spiritual care in the care of patients with advanced illness. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*. 2012; 6(2): 269-274.
15. Etefagh L, Azma K, Jahangir A. Prayer therapy: using verses of Fatiha al-Kitab, Qadr and Towhid surahs on patients suffering from Tunnel Karp syndrome. *Interdisciplinary Quran Studies Journal*. 2009; 1(2): 27-31.
16. Aghajani M, Raisi M, Heidari F. The relationship between Quran and religious believes with death anxiety in heart patients. *Supplement of 3th Provincial Congress on Quran and Health*. Tehran, Iran; 2013. P. 1-8 (Persian).
17. Akuchekian S, Jamshidian Z, Maracy MR, Almasi A, Jazi AHD. Effectiveness of religious-cognitive-behavioral therapy on religious oriented obsessive compulsive disorder and its co-morbidity. *Journal of Isfahan Medical School*. 2010; 28(114): 811-823 (Persian).
18. Gonen G, Kaymak SU, Cankurtaran ES, Karlioglu EH, Ozalp E, Soygur H. The factors contributing to death anxiety in cancer patients. *Journal of Psychosocial Oncology*. 2012; 30(3): 347-358.
19. Lo C, Hales S, Jung J, Chiu A, Panday T, Rydall A, et al. Managing Cancer And Living Meaningfully (CALM): Phase 2 trial of a brief individual psychotherapy for patients with advanced cancer. *Palliative Medicine*. 2013; 28(3): 234-242.
20. Büssing A, Fischer J, Ostermann T, Matthiessen PF. Reliance on God's help, depression and fatigue in female cancer patients. *The International Journal Psychiatry in Medicine*. 2008; 38(3): 357-372.
21. Naghi JJ, Philip KJ, Phan A, Cleenewerck L, Schwarz ER. The effects of spirituality and religion on outcomes in patients with chronic heart failure. *Journal of Religion and Health*. 2012; 51(4): 1124-1136.
22. Akhbardeh M. Role of spiritual beliefs and prayer in health promotion of chronic patients: A qualitative study. *Quran and Medicine*. 2011; 1: 5-9.
23. Algier LA, Hanoglu Z, Ozden G, Kara F. The use of complementary and alternative (non-conventional) medicine in cancer patients in Turkey. *European Journal Oncology Nursing*. 2005; 9(2): 138-146.
24. Molassiotis A, Margulies A, Fernandez-Ortega P, Pud D, Panteli V, Bruyns I, et al. Complementary and alternative medicine use in patients with hematological malignancies in Europe. *Complementary Therapies in Clinical Practice*. 2005; 11(2): 105-110.
25. Honda K, Jacobson JS. Use of complementary and alternative medicine among United-States adults: the influences of personality, coping strategies, and social. *Preventive Medicine*. 2005; 40(1): 46-53.