

بررسی دیدگاه و عملکرد پزشکان درباره کاربرد دعا در درمان

نویسندگان: دکتر ژیلاد صدیقی^۱، اکرم جهانگیر^۲، دکتر مؤگان کاربخش^۳،
دکتر فرزانه مفتون^۴، دکتر شهناز خدایی^۵، و دکتر ایرج حریرچی^۶

۱. دانشیار گروه بهداشت خانواده، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی
۲. مدرس بازنشسته، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ارتش
۳. استادیار گروه پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی تهران
۴. دانشیار گروه مدیریت خدمات بهداشتی، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی
۵. استادیار کودکان، دانشگاه علوم پزشکی تهران
۶. دانشیار جراحی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

E-mail: mkarbakh@sina.tums.ac.ir

نویسنده مسئول:

چکیده

مقدمه و هدف: دعا به عنوان یکی از رویکردهای مکمل در ارتقای سلامت در سطح جهان مطرح است. مطالعه حاضر با توجه به جایگاه ویژه دعا در طب سنتی و اسلامی، به هدف تعیین دیدگاه و عملکرد پزشکان در خصوص «دعا» طراحی و اجرا شده است.

مواد و روش‌ها: این مطالعه از نوع مقطعی بوده و در سال ۱۳۸۷ انجام شده است. در این مطالعه ۱۳۱ نفر از پزشکان شهر تهران با نمونه‌گیری آسان وارد مطالعه شدند. داده‌ها با پرسش‌نامه خوداظفایی جمع‌آوری شده و تجزیه و تحلیل داده‌ها با نرم‌افزار آماری SPSS انجام شد.

یافته‌ها: پزشکان مورد مطالعه شامل ۵۲/۷ درصد مرد و ۴۷/۳ درصد زن با میانگین سنی $9 \pm 28/4$ سال بودند. از پزشکان مورد مطالعه، ۹۴/۵ درصد عنوان کردند، در مواردی به عنوان پزشک برای بهبودی بیماران خود دعا کرده‌اند. ۳۶/۳ درصد از پزشکان اظهار کردند که بیماران «اغلب» از آنان می‌خواهند برای بهبودی آن‌ها دعا کنند و ۵۸/۸ درصد نیز بیان کردند که این درخواست «گاهی» مطرح شده است. از کل پزشکان تحت مطالعه فقط ۷/۱ درصد معتقد بودند که دعا نمی‌تواند در روند درمان بیماری مؤثر باشد و فقط ۲/۵ درصد پزشکان در خصوص چگونگی کاربرد دعا در درمان بیماران، دوره آموزشی دیده بودند.

نتیجه‌گیری: بیشتر پزشکان مورد مطالعه برای بیماران خود دعا می‌کردند و در بسیاری از موارد نیز بیماران از آن‌ها درخواست دعا کرده بودند. بنابراین به نظر می‌رسد، چگونگی کاربرد علمی و عملی دعا در حوزه سلامت نیازمند توجه ویژه‌ای است تا بتوان طبق برنامه‌ای جامع، زمینه‌های این شاخه از طب اسلامی را فراهم کرد.

واژگان کلیدی: دعا، دعا درمانی، سلامتی، پزشکان، اخلاق پزشکی، طب اسلامی

دوماهنامه علمی - پژوهشی
دانشگاه شاهد
سال شانزدهم - شماره ۸۲
شهریور ۱۳۸۸

وصول: ۸۷/۱۱/۸
آخرین اصلاحات: ۸۸/۴/۲۰
پذیرش: ۸۸/۶/۱۵

مقدمه
دعا به طور کلی به معنای درخواست از پروردگار بوده و در طب اسلامی به منظور بهبود بیماری‌ها و ارتقای سلامت مورد استفاده قرار گرفته است. کلمه دعا و مشتقات آن که در حدود بیش از دویست بار در آیات قرآن کریم به کار رفته است، از ریشه «دَعَو» و به معنی خواندن و حاجت

خواستن و استمداد است. امام صادق علیه‌السلام می‌فرماید: بر تو باد به دعا کردن، زیرا که در آن شفای هر دردی است [۱]. دعا در لغت به معنی صدا زدن و به یاری طلبیدن و در اصطلاح اهل شرع، گفت‌وگو کردن با حق تعالی، به نحو طلب حاجت و درخواست حل مشکلات از درگاه او و یا به نحوی مناجات و یاد صفات جلال و جمال

(outcome) و مدت بستری بیماران در بخش مراقبت‌های قلبی مورد مطالعه قرار گرفت و نشان داده شد که متوسط مدت بستری گروهی که برای آن‌ها دعا شده بود، کمتر از گروه کنترل بوده و همچنین عوارض کمتری نیز در آن‌ها مشاهده شده است [۷]. پژوهش دیگری که در کشور کره انجام شده، اثربخشی دعا را در درمان بیماران نابارور و موفقیت روش لقاح مصنوعی (In-vitro fertilization) مورد ارزیابی قرار داد. میزان موفقیت لانه‌گزینی در گروه مداخله (گروهی که برای آن‌ها دعا شده بود) ۱۶/۳ درصد و در گروه کنترل هشت درصد بود که این اختلاف از نظر آماری معنادار است [۸]. در کشور ما نیز مطالعاتی در مورد بررسی تأثیر دعا در درمان بیماران انجام شده است. این مطالعات شامل بررسی تأثیر دعا بر هموگلوبین بیماران مبتلا به تالاسمی ماژور [۹] و بررسی کیفیت زندگی مبتلایان به بیماری مولتیپل اسکروز بوده است [۱۰].

به‌طور کلی، افزایش علاقه و توجه دانشمندان علوم پزشکی به تأثیر دعا در درمان بیماری‌ها از طرفی می‌تواند حاکی از درمان‌ناپذیر بودن برخی بیماری‌ها در چارچوب طب مدرن بوده و از طرف دیگر نشان دهنده اعتراف پژوهشگران علوم پزشکی به اهمیت استفاده از روش‌های طب سنتی و مکمل، از جمله دعا درمانی، برای درمان بیماری‌ها باشد. حتی مجامع علمی غربی که میزان اعتقادات مذهبی در آن‌ها به نسبت کمتر است، به‌تازگی مقالاتی را منتشر کرده‌اند که نشان می‌دهد پزشکان نمی‌توانند در خصوص باورهای مذهبی بیماران در مورد درمان بیماری بی‌تفاوت باشند [۱۱].

در این راستا مطالعه حاضر با در نظر گرفتن اهمیت باورهای مذهبی مردم و پزشکان کشورمان و همچنین مطرح بودن دعا به عنوان یکی از متداول‌ترین رویکردهای مکمل در ارتقای سلامت [۲] طراحی و اجرا شده است. هدف اصلی این پژوهش تعیین دیدگاه و میزان کاربرد دعا توسط پزشکان بوده است تا به این وسیله بتوان زمینه لازم برای احیای این شاخه از طب سنتی را فراهم کرد.

روش مطالعه

این مطالعه از نوع مقطعی بوده و در بهار سال ۱۳۸۷ انجام شده است. جمعیت تحت مطالعه شامل پزشکان شهر تهران بود که در دانشگاه های علوم پزشکی (تهران، ایران و شهید

ذات اقدس او است [۲]. در اندیشه استاد شهید مطهری، روح انسان جزئی از عالم وجود است. بنابراین اگر واقعاً خواهش و احتیاجی در وجودش پیدا شود، دستگاه عظیم خلقت او را بی‌پاسخ نمی‌گذارد. در کتاب بیست گفتار، این‌گونه می‌خوانیم: «... دعا استمداد و استعانت است برای این‌که انسان به هدف‌هایی که خلقت و آفرینش و تکوین برای او قرار داده، برسد.» و «دعا در نظام خلقت برای این نیست که جانشین عمل شود. دعا مکمل و متمم عمل است نه جانشین عمل» [۳]. برخی مفسران برای دعا معانی مختلفی مانند عبادت، قول، سؤال، نداء و استعانت عنوان کرده‌اند، اما مرحوم علامه طباطبائی (ره) بر این عقیده‌اند که هیچ‌یک از معانی یاده شده، جزء مفهوم دعا نیست، بلکه این معانی از لوازم مفهوم دعا هستند. از نظر ایشان دعا یعنی توجیه و جلب توجه دعوت شونده به سوی دعوت‌کننده. اموری مانند سؤال و درخواست یا قول و استعانت از مقومات معنای دعا نیستند، بلکه یا از لوازم دعا هستند یا از غایبات دعا. ایشان در این خصوص می‌فرمایند: «در دعا و دعوت، توجیه و جلب نظر دعوت‌شونده است به سمت دعاکننده که اغلب با لفظ اشاره انجام می‌شود. استجابات و اجابت کردن، توجه و روی آوردن دعوت‌شونده به سوی دعاکننده است. پس دعا از نظر مفهوم، مشتمل بر درخواست حاجت نیست، همان‌طور که استجابات از نظر مفهوم مشتمل بر برآوردن حاجت دعاکننده نیست. به عبارت دیگر، این دو، جزء مفهوم دعا و استجابات نیستند، بلکه غایت و تمام‌کننده معنای دعا و استجابات هستند» [۴].

لغت انگلیسی دعا (prayer)، از کلمه لاتین precarius به معنی «به دست آمده با درخواست و تمنا» و precari به معنی «خالصانه در خواست کردن» منشأ گرفته است [۵]. در متون مختلف، عبارت intercessory prayer نیز به معنای دعا و درخواست برای بهبود بیمار به کار رفته است [۶]. در سال‌های اخیر پژوهشگران علوم سلامت در سراسر جهان تأثیر دعا را در درمان بیماری‌ها به‌طور جدی مورد توجه قرار داده‌اند و کارآزمایی‌های متعددی در این راستا انجام شده است. از جمله معروف‌ترین و دقیق‌ترین پژوهش‌هایی که با حجم نمونه به نسبت زیادی انجام شده، می‌توان به پژوهش «دکتر هریس و همکاران» اشاره کرد. در این کارآزمایی بالینی دو سویه کور، تأثیر دعا بر پیامد

گفته بودند که این درخواست «گاهی» مطرح شده است. در حقیقت تنها ۹/۹ درصد عنوان کرده بودند که بیماران تاکنون از آنان چنین درخواستی نداشته‌اند. اختلاف توزیع «درخواست دعا توسط بیماران» بین زنان و مردان پزشک از نظر آماری دارای اختلاف معنادار است ($P=0/006$). توزیع «درخواست دعا توسط بیماران» به تفکیک جنس پزشکان، در جدول شماره دو نشان داده شده است. ۹۴/۵ درصد افراد تحت مطالعه عنوان کردند که پیش آمده به عنوان پزشک برای بهبودی بیماران خود دعا کنند. پزشکان زن و مرد از نظر «دعا کردن برای بیماران خود» دارای اختلاف معنادار نبودند ($P=0/6$).

جدول ۱. حوزه فعالیت پزشکان مورد مطالعه

حوزه فعالیت	تعداد	درصد
قلب	۲۸	۲۱/۴
پزشک عمومی	۲۷	۲۰/۵
جراحی عمومی	۱۸	۱۳/۷
کودکان	۱۴	۱۰/۷
بیهوشی	۷	۵/۳
زنان و زایمان	۶	۴/۶
نورولوژی	۶	۴/۶
ایمونولوژیست / پاتولوژیست	۴	۳/۱
داخلی	۳	۲/۳
رادیولوژی / طب هسته‌ای	۳	۲/۳
ارتوپدی / طب فیزیکی	۳	۲/۳
چشم / گوش و حلق و بینی	۳	۲/۳
روان‌پزشکی / مشاوره	۳	۲/۳
پوست	۲	۱/۵
هماتولوژی / انکولوژی	۱	۰/۸
نامشخص	۳	۲/۳
جمع	۱۳۱	۱۰۰

بهشتی) مشغول به فعالیت بوده‌اند. نمونه‌گیری به صورت غیرتصادفی «آسان» انجام شده است. حجم نمونه طبق فرمول مساوی ۹۲ نفر (چهل درصد = P ، پنج درصد = α ، ۱ درصد = d) برآورد شد و در کل ۱۳۱ نفر وارد این مطالعه شدند. میزان پاسخ‌دهی (Response rate) صد درصد بوده است.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها شامل یک پرسش‌نامه بود که روایی آن به صورت «روایی محتوی» (content validity) مورد بررسی قرار گرفت. به این صورت که ده نفر از متخصصان حوزه سلامت از نظر جامعیت، صحت و وضوح سؤالات پرسش‌نامه را مورد بررسی قرار داده و نهایی کردند. نمونه‌ها با روش نمونه‌گیری آسان (convenience sampling) وارد مطالعه شدند و طریقه تکمیل این پرسش‌نامه به روش «خود ایفایی» بوده است. در این پرسش‌نامه از پزشکان در مورد تجربه استفاده از دعا برای درمان بیمارانشان و جزئیات آن سؤال شد. تجزیه و تحلیل یافته‌ها با نرم‌افزار آماری SPSS انجام شد.

یافته‌ها

در این مطالعه ۱۳۱ پزشک تحت بررسی قرار گرفتند که ۶۹ نفر (۵۲/۷ درصد) مرد و ۶۲ نفر (۴۷/۳ درصد) زن بودند. میانگین سنی جمعیت تحت مطالعه ۳۸/۴ سال (انحراف معیار = ۹ سال) بوده است. بیشترین سن ۶۱ سال و کمترین سن ۲۴ سال بوده است.

از پزشکان مورد مطالعه، ۲۱/۱ درصد عمومی و سایرین، متخصص بودند. حوزه فعالیت پزشکان مورد مطالعه در جدول شماره یک نشان داده شده است. ۳۱/۳ درصد از پزشکان اظهار کردند که بیمارانشان «اغلب» از آنان می‌خواهند برای بهبودی آن‌ها دعا کنند و ۵۸/۸ درصد

جدول ۲. توزیع درخواست بیمار از پزشک برای دعا و توزیع اعتقاد پزشکان به اثربخشی دعا در درمان بر حسب جنس پزشکان مورد مطالعه

پزشک مورد مطالعه	اغلب		گاهی		هرگز		جمع	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
مرد	۱۷	۲۴/۶	۴۰	۵۸	۱۲	۱۷/۴	۶۹	۱۰۰
زنان	۲۴	۳۸/۷	۳۷	۵۹/۷	۱	۱/۶	۶۲	۱۰۰
مرد	۳۱	۴۶/۳	۳۳	۴۹/۲	۳	۴/۵	۶۷	۱۰۰
زنان	۲۶	۴۴/۱	۲۷	۴۵/۸	۶	۱۰/۲	۵۹	۱۰۰

* تعدادی از پزشکان به این سؤال پاسخ ندادند لذا جمع کمتر از ۱۳۱ نفر است.

از پزشکان پرسیده شده بود که آیا ضرورت دارد «کاربرد دعا در ارتقای سلامتی» به صورت یک موضوع علمی سازمان یافته به پزشکان آموزش داده شود؟ ۳۰/۷ درصد پزشکان موافق، ۳۳/۱ درصد مخالف بوده و ۳۶/۲ درصد نظری نداشتند. توزیع این نظرات بین پزشکان زن و مرد دارای اختلاف معنادار نیست ($P=0/6$).

بحث

استفاده از دعا در درمان، از متداول ترین روش های مطرح در طب مکمل و جایگزین به شمار می رود [۶] و در طب سنتی و اسلامی نیز از جایگاه ویژه ای برخوردار است. در این مطالعه ۳۱/۳ درصد از پزشکان اظهار کردند، بیمارانشان «اغلب» از آنان می خواهند برای بهبودی آنها دعا کنند و ۵۸/۸ درصد نیز گفته بودند که این درخواست «گاهی» مطرح شده است. پژوهشی که روی حدود دویست پزشک خانواده در امریکا انجام شده، نشان داده که ۵۸ درصد بیماران از پزشک خود خواسته اند که در صورت امکان با آنان و برای آنان دعا کنند [۱۲]. در پژوهش دیگری که روی دو هزار پرستار بخش های مراقبت ویژه انجام شده بود، ۵۵ درصد از پرستاران عنوان کردند که بیماران و خانواده آنها از آنان درخواست دعا کرده اند [۱۳]. نتایج این مطالعات نشان می دهد میزان تقاضا از کارکنان پزشکی برای بهبود بیماران قابل توجه بوده و برنامه ریزی در خصوص پرداخت علمی و عملی به این موضوع ضروری به نظر می رسد. در این راستا همچنین پیشنهاد شده حتی پزشکانی که خود اعتقادات مذهبی قوی ندارند، در صورتی که بیمار تمایل داشته باشد، باید بتوانند از آموزه های دینی برای بهبودی بیماران استفاده کنند و این از مصادیق توجه به خودمختاری (autonomy) بیمار به شمار می آید [۱۴]. از منظر دیگری نیز می توان این یافته را تفسیر کرد که پزشکان و حتی مردم جامعه، به انسان رویکردی کل نگر دارند. امروزه شاهد هستیم که بیماران بیش از پیش از پزشکان می خواهند که آنها را به عنوان یک کل ببینند نه یک مورد بیماری. در این دید کل نگر، بی توجهی به هیچ کدام از جنبه های سلامت از جمله بعد معنوی پذیرفته نیست [۱۵] و این سؤال که جنبه های معنوی سلامت چگونه می توانند در چارچوب ارتباط پزشک-بیمار قرار

در حین انجام اقدامات درمانی، ۵۱/۶ درصد پزشکان «اغلب» و ۳۹/۸ درصد پزشکان «گاهی» برای بیمار خود دعا می کردند. پزشکان زن و مرد از نظر دعا کردن برای بیماران خود حین انجام اقدامات درمانی دارای اختلاف معنادار نیستند ($P=0/8$). هنگام معاینه و بررسی تشخیصی برای بیماران، ۳۳/۹ درصد پزشکان «اغلب» و ۴۶/۵ درصد پزشکان «گاهی» برای بیماران خود دعا می کردند. در این مورد نیز از نظر آماری اختلاف معنادار بین دو جنس مشاهده نشد ($P=0/9$).

از پزشکان پرسیده شده بود که اگر برای بیمار دعا می کنند، به طور معمول از چه ذکر یا دعایی برای بیماران استفاده می کنند. از آنجا که پزشکان می توانستند چندین پاسخ را انتخاب کنند، بنابراین در کل ۱۴۹ پاسخ به این سؤال داده شد. ۱۹/۵ درصد پاسخ ها شامل استفاده از «اذکار قرآنی یا اذکار سایر متون مذهبی»، ۲۶/۱ درصد پاسخ ها شامل «مدد از انبیاء و اولیای الهی» و ۵۴/۴ درصد پاسخ ها شامل انجام دعا با استفاده از «کلمات معمولی» بوده است.

از پزشکانی که برای بیماران خود دعا می کردند، دلیل و انگیزه دعا کردن پرسیده شد. از آنجا که پزشکان می توانستند چندین پاسخ را انتخاب کنند، بنابراین در کل ۱۶۲ پاسخ به این سؤال داده شد. ۵۵/۶ درصد پاسخ ها شامل انجام دعا به علت «آموخته های فردی»، ۴۲ درصد پاسخ ها شامل انجام دعا به دلیل «آموخته های خانوادگی» و ۲/۵ درصد پاسخ ها شامل انجام دعا به دلیل «گذراندن دوره آموزشی در خصوص چگونگی کاربرد دعا در درمان بیماران» بوده است.

۴۵/۲ درصد از پزشکان ابراز کردند که دعا «اغلب» می تواند در روند درمان بیماری مؤثر باشد و ۴۷/۶ درصد بیان کردند که دعا «گاهی» می تواند در روند درمان بیماری تأثیر مطلوب داشته باشد. تنها ۷/۱ درصد پزشکان معتقد بودند که «دعا» نمی تواند در روند درمان بیماری مؤثر باشد. پزشکان زن و مرد از نظر باور به «تأثیر دعا روند درمان بیماری» دارای اختلاف معنادار نیستند ($P=0/5$). توزیع پزشکان مورد مطالعه بر حسب درخواست بیمار از آنان برای دعا و اعتقاد آنان به اثربخشی دعا در درمان به تفکیک جنس در جدول شماره دو نشان داده شده است.

بودند که ضرورت دارد تا کاربرد دعا در سلامتی به صورت یک موضوع علمی سازمان یافته به پزشکان آموزش داده شود. این در حالی است که ۹۴/۵ درصد پزشکان مورد مطالعه برای بیماران خود دعا می‌کردند. از این رو، به نظر می‌رسد که پژوهش‌های آتی باید به شیوه‌های کاربردی کردن دعا در درمان و سؤالات احتمالی که در این خصوص برای پزشکان مطرح است، بپردازند. در ضمن قابل ذکر است که مطالعه حاضر، محدودیت‌هایی نیز داشته است. از جمله محدودیت‌های آن، نوع نمونه‌گیری این مطالعه است که باعث می‌شود تا نتایج آن به کل جامعه پزشکان قابل تعمیم نباشد. بنابراین در پژوهش‌های آتی می‌توان این‌گونه مطالعات را به گونه‌ای تعمیم‌پذیرتر طراحی و اجرا کرد. به‌طور کلی، کارآزمایی‌های متعددی در دنیا اثربخشی دعا را در بیماری‌هایی از جمله سکته قلبی [۲۲، ۲۳، ۲۴، ۲۵، ۲۶، ۲۷ و ۲۸]، وضعیت ایمنی مبتلایان به ویروس نقص ایمنی / ایدز [۱۷ و ۱۸]، آرتروز روماتوئید [۱۹ و ۲۰]، ناباروری [۸]، بیماران دیالیزی [۲۱]، الکلیسم [۲۹]، اعتماد به نفس و اضطراب افراد [۳۰] و توانایی حل مسئله در افراد سالم [۳۱] نشان داده‌اند.

با توجه به دستاوردهای فوق پیشنهاد می‌شود موضوع چگونگی کاربرد دعا در حوزه سلامت کشور ما در سطح وسیع‌تری مورد پژوهش قرار گرفته و طبق برنامه‌ای مدون و سازمان یافته، زمینه احیای این شاخه از طب اسلامی فراهم شود، به گونه‌ای که برای کمک به بیماران بتوان از «دعا» به عنوان یک روش مکمل در کنار سایر روش‌های درمانی استفاده کرد.

تشکر

در پایان مؤلفان این پژوهش بر خود لازم می‌دانند که از زحمات خانم‌ها دکتر سکینه مؤید محسنی، دکتر لیلا هاشمی، دکتر شهپر حقیقت، دکتر لیلا اتفاق و خانم لیلا ریحانی که با همکاری‌های بی‌دریغ خود در انجام هماهنگی‌های لازم برای جمع‌آوری داده‌ها در این پژوهش ما را یاری کردند، تشکر و قدردانی داشته باشیم.

گیرد، به یکی از بحث‌های کنونی در حوزه اخلاق پزشکی و احترام به ارزش‌های بیمار تبدیل شده است [۱۶]. در کشور ما، میزان بالای تقاضای بیمار از پزشک برای دعا کردن ریشه در اعتقادات مردم و همچنین طب سنتی و اسلامی دارد. در ادعیه در مورد دست گذاشتن روی عضو بیمار و دعا کردن بسیار آمده است و هنگامی که «حکیم» و «طیب» به تشخیص و درمان دردهای جسمی و روحی بیمار می‌پرداخته، از روش‌هایی مانند دست کشیدن بر سر بیمار و دعا خواندن همراه با آن استفاده می‌کرده است. امروزه در جوامع غربی مشابه این روش‌ها را در قالب طب مکمل و جایگزین و تحت عنوان تماس شفابخش (therapeutic touch) و دعامانی همراه با لمس (hands-on-intercessory prayer) می‌توان یافت، روش‌هایی که در ظاهر با روش‌های طب اسلامی مشابه بوده، اما از الوهیت اذکار الهی خالی هستند. در مطالعه حاضر ۹۴/۵ درصد پزشکان عنوان کرده بودند که پیش آمده به عنوان پزشک برای بهبودی بیماران خود دعا کنند. در پژوهش دیگری که روی پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه انجام شده بود و پیش‌تر نیز از آن یاد شد، بیشتر از هفتاد درصد پرستاران از دعا در کنار سایر روش‌ها برای بهبودی بیماران استفاده می‌کردند [۱۳]. بالا بودن این درصد در پرستارانی که با بیماران پرخطر در بخش مراقبت‌های ویژه سروکار دارند، نشان‌دهنده این است که این روش‌ها به‌خصوص در بیماری‌هایی که در طب رایج، درمان قطعی شناخته شده‌ای ندارند، می‌تواند کمک‌کننده باشد [۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰ و ۲۱]. از سوی دیگر، انتشار شواهد عینی در این مورد که معنویت می‌تواند نقش مهمی در بهبود پیامد بیماری‌ها داشته باشد، نشان‌دهنده این است که ارائه‌دهندگان خدمت اعم از پزشکان و پرستاران به استفاده از دعا برای بیماران گرایش دارند [۱۶].

در پژوهش فوق روی پرستاران، نزدیک به ۸۳ درصد عنوان کرده‌اند که در مورد استفاده از دعا در درمان، آموزش دیده‌اند یا از آن آگاهی دارند و حدود هفتاد درصد برای یادگیری بیشتر در این خصوص ابراز علاقه کرده بودند [۱۳]. در مطالعه حاضر فقط ۲/۵ درصد پزشکان در خصوص چگونگی کاربرد دعا در درمان، آموزش دیده بودند و حدود سی درصد از پرسش‌شوندگان عنوان کرده

منابع

1. Kulayni MY. Usul of al-Kafi. Second book: The Book of the Merits of Knowledge (Kitāb fadl al-'ilm). Page 470
2. Meshkini AA. al-Misbah al-Munir. Qom: Al-Hadi publication. 1364. p:16-17.
3. Motahhari M. Bist. Sadra publication. 10 th edition. 1374
4. Tabatabaei MH. Prayer. Boshraa publication. Avialable at: <http://www.boshraa.ir/news.php?readmore=1878>
5. Dossey L. Healing words. New York: Harper Sanfrancisco, 1993.
6. Masters KS. Prayer and Health. In: Plante TG, Thoresen CE. Spirit, science, and health, how the spiritual mind fuel physical wellness. Praeger Publishers 2007.
7. Harris WS, Gowda M, Kolb JW, Strychacz CP, et al. A randomized controlled trial of the effects of remote intercessory on outcomes in patients admitted to the coronary unit. Archives of Internal Medicine 1999; 159: 2273-2278
8. Cha KY, Wirth DP, Lobo RA. Does prayer influence the success of in vitro fertilization-embryo transfer?: report of a masked, randomized trial. J Report Med 2001; 46 (9): 781-787
9. Jahangir A, Maftoun F, Khodai SH, Karbakhsh M, Shariati M. Intercessory prayer and ferritin and hemoglobin in major thalassemia: a pilot study. PAYESH 2008; 7(4):363-367.
10. Jahangir A, Maftoun F, Sedighi J, Karbakhsh M, Farzadi F, Khodai Sh. The effect of intercessory prayer on quality of life of multiple sclerosis patients. Iranian Journal of Pharmaceutical Research 2004; Supplement 2: 38.
11. Peach HG. Religion, Spirituality and health: how should Australia's medical professionals respond? Med J Aus 2003; 178: 86-88.
12. King DE, Bushwick B. Beliefs and attitudes of hospital inpatients about faith healing and prayer. J Fam Pract 1994;39(4):349-52.
13. Tracy MF, Lindquist R, Savik K, Watanuki S, et al. Use of complementary and alternative therapies: a national survey of critical care nurses. Am J Crit Care 2005; 14(5):404-14.
14. Post SG. , Puchalski CM, Larson DB. Physicians and patient spirituality: professional boundaries, competency, and ethics. Ann Intern Med. 2000 Apr 4;132 (7):578-83
15. Koenig HG. Religion, Spirituality, and Medicine: Application to Clinical Practice. JAMA 2000; 284: 1708.
16. Levin JS, Larson DB, Puchalski CM. Religion and spirituality in medicine: research and education. JAMA. 1997 Sep 3;278(9):792-3
17. Somlai AM, Heckman TG, Hackl K, Morgan M, Welsh D. Developmental stages and spiritual coping responses among economically impoverished women living with HIV disease. J Pastoral Care 1998;52(3):227-40.
18. Astin JA, Stone J, Abrams DI, Moore DH, Couey P, Buscemi R, Targ E. The efficacy of distant healing for human immunodeficiency virus—results of a randomized trial. Altern Ther Health Med 2006;12(6):36-41.
19. Matthews DA, Marlowe SM, MacNutt FS. Effects of intercessory prayer on patients with rheumatoid arthritis. South Med J 2000; 93 (12): 1177-86.
20. Williams T. Intercessory prayer and its effect on patients with rheumatoid arthritis. Ky Nurse 2002;50(1):16.
21. Matthews WJ, Conti JM, Sireci SG. The effects of intercessory prayer, positive visualization, and expectancy on the well-being of kidney dialysis patients.. Altern Ther Health Med 2001;7(5):42-52.
22. Krucoff MW, Crater SW, Gallup D, Blankenship JC, Cuffe M, Guarneri M, et al. Music, imagery, touch, and prayer as adjuncts to interventional cardiac care: the Monitoring and Actualisation of Noetic Trainings (MANTRA) II randomised study. Lancet. 2005; 366(9481): 211-7.
23. Seskevich JE, Crater SW, Lane JD, Krucoff MW. Beneficial effects of noetic therapies on mood before percutaneous intervention for unstable coronary syndromes. Nurs Res 2004;53(2):116-21.
24. Dusek JA, Sherwood JB, Friedman R, Myers P, Bethea CF, Levitsky. Study of the Therapeutic Effects of Intercessory Prayer (STEP): study design and research methods. Am Heart J 2002;143(4):577-84.
25. Aviles JM, Whelan SE, Hernke DA, Williams BA, Kenny KE, O'Fallon WM, et al. Intercessory prayer and cardiovascular disease progression in a coronary care unit population: a randomized controlled trial. Mayo Clin Proc 2001;76(12):1192-8.
26. Krucoff MW, Crater SW, Green CL, Maas AC, Seskevich JE, Lane JD, et al. Integrative noetic therapies as adjuncts to percutaneous intervention during unstable coronary syndromes: Monitoring and Actualization of Noetic Training (MANTRA) feasibility pilot. Am Heart J. 2001;142(5):760-9.
27. Ludtke R. A randomized, controlled trial of the effects of remote, intercessory prayer on outcomes in patients admitted to the coronary care unit. Arch Intern Med 1999; 159:2273-2278.
28. Byrd RC. Positive therapeutic effects of intercessory prayer in a coronary care unit population. South Med J. 1988;81(7):826-9.
29. Walker SR, Tonigan JS, Miller WR, Corner S, Kahlich L. Intercessory prayer in the treatment of alcohol abuse and dependence: a pilot investigation. Altern Ther Health Med 1997;3(6):79-86.
30. O'Laoire S. An experimental study of the effects of distant, intercessory prayer on self-esteem, anxiety, and depression. Altern Ther Health Med 1997;3(6):38-53.
31. Palmer RF, Katerndahl D, Morgan-Kidd J. A randomized trial of the effects of remote intercessory prayer: interactions with personal beliefs on problem-specific outcomes and functional status. J Altern Complement Med 2004;10(3):438-48.