*Original Article*

# The effect of Hajat prayer on the mental health of patients with multiple sclerosis

**Rezaei M, Mirbagher-Ajorpaz N***

Autoimmune Diseases Research Center, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, I.R. Iran.

Received: 2019/07/22 | Accepted: 2019/12/29

## Abstract:

**Background:** Multiple Sclerosis is a chronic and autoimmune disease. The purpose of this study was to determine the effect of Hajat prayer on the mental health of patients with multiple sclerosis.

**Materials and Methods:** In these clinical trial 60 patients with multiple sclerosis participated. Patients referred to the rheumatology clinic of Kashan Shahid Beheshti Hospital, were selected by convenience sampling method in 2018. Samples were randomly divided into two groups of 30 experimental and control groups. Patients in the experimental group prayed two rak'ats of Hajat prayer for two months after reading the daily prayers and then prayed to God for few minutes. The control group did not receive any intervention. Before, immediately and one month after the study, the Goldberg mental health questionnaires were completed by the patients and the two groups were compared. Data were analyzed by SPSS software version 16 using descriptive and analytical tests.

**Results:** The results showed that there was no significant difference in demographic data and mean score of mental health before intervention between the two groups ($P>0.05$). But immediately after and one month after the intervention, there was a statistically significant difference in the mean score of mental health in the two groups. ($P<0.05$). The results of the repeated measures ANOVA showed that the mean changes of mental health and it demension varied over time and the interaction between group and time was significant for the variable of mental health ($P<0.05$).

**Conclusion:** Hajat prayer increases the mental health of patients with multiple sclerosis. It is recommended to be used as a complementary treatment to increase the mental health of these patients.

**Keywords:** Hajat prayer, Mental Health, Multiple Sclerosis

***Corresponding Author:**
**Email:** mirbagher_n@kaums.ac.ir
**Tel:** 0098 913 213 0397
**Fax:** 0098 315 554 6633

Conflict of Interests: ***No***

***Feyz, Journal of Kashan University of Medical Sciences, Supplement, 2020; Vol. 23, No7, Pages 706-713***

***Please cite this article as:*** Rezaei M, Mirbagher-Ajorpaz N. The effect of Hajat prayer on the mental health of patients with multiple sclerosis. ***Feyz*** 2019; 23(7): 706-13.

[ Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-12 ]



PDF created with pdfFactory Pro trial version pdffactory.com

# بررسی تأثیر نماز حاجت و دعا بر سلامت روان بیماران مبتلا به مولتیپل‌اسکلروزیس

محبوبه رضایی، ندا میرباقر آجرپز*

**خلاصه**:

**سابقه و هدف**: بیماری مولتیپل‌اسکلروز یک بیماری مزمن و خودایمن است. هدف مطالعه‌ی حاضر، تعیین تأثیر نماز حاجت و دعا بر سلامت روان بیماران مبتلا به مولتیپل‌اسکلروزیس بود.

**مواد و روش‌ها**: در این کارآزمایی بالینی 60 بیمار مبتلا به مولتیپل‌اسکلروز شرکت نمودند. نمونه‌گیری به شیوه‌ی دردسترس از بین بیماران مراجعه‌کننده به کلینیک روماتولوژی بیمارستان شهید بهشتی کاشان در سال 1397 انجام گرفت. نمونه‌ها به‌طور تصادفی به دو گروه 30 نفره تقسیم شدند. بیماران گروه آزمون به مدت دو ماه بعد از نمازهای روزانه، دو رکعت نماز حاجت می‌خواندند و به مدت چند دقیقه راز و نیاز می‌نمودند. در گروه کنترل مداخله‌ای انجام نگرفت. قبل و بلافاصله بعد و یک ماه بعد از مطالعه، پرسشنامه‌ی سلامت روان توسط بیماران تکمیل شد. داده‌ها با نرم‌افزار آماری SPSS نسخه‌ی 16 و با آزمون‌های تحلیلی و توصیفی، تجزیه و تحلیل شد.

**نتایج**: بلافاصله بعد از پایان مداخله و یک ماه بعد از مداخله تفاوت آماری معنی‌داری در میانگین نمره‌ی سلامت در دو گروه وجود داشت ($P< 0/05$). نتایج آزمون آنالیز واریانس تکراری نشان داد که تغییرات میانگین سلامت روان و ابعاد آن در طول زمان متفاوت و اثر متقابل گروه و زمان در مورد متغیر سلامت روان معنادار می‌باشد ($P<0/001$).

**نتیجه‌گیری**: نماز حاجت و دعا می‌تواند باعث افزایش سلامت روان بیماران مبتلا به مولتیپل‌اسکلروز شود. پیشنهاد می‌شود از این عمل به‌عنوان یک درمان مکمل جهت افزایش سلامت روان این بیماران استفاده شود.

**واژگان کلیدی**: نماز حاجت، سلامت روان، مولتیپل‌اسکلروزیس

دو ماه‌نامه علمی – پژوهشی فیض، دوره بیست و سوم، شماره 7، ضمیمه 1398، صفحات 713-706

**مقدمه**

مولتیپل‌اسکلروزیس (اماس) Multiple Sclerosis (MS) شایع‌ترین اختلال تحلیل‌برنده‌ی غلاف میلین در سلسله اعصاب مرکزی است. این بیماری در سنین اوّلیه‌ی جوانی با تخریب موضعی یا تکه‌تکه‌ی میلین در سلسله اعصاب مرکزی شروع می‌شود و با دوره‌های نامنظم بهبود و عود علائم همراه است [1]. بیماری اماس یک بیماری مزمن غیرتروماتیک، اتوایمیون و دمیله‌کننده‌ی سیستم عصبی مرکزی است و غالباً در افراد بین سنین 20 تا 50 سال یا به‌عبارتی بیشتر در دهه‌های سوم و چهارم زندگی اتفاق می‌افتد. اماس با علائم عودکننده - فروکش‌کننده مانند ضعف و بی‌حالی، کرختی، سرگیجه، تغییرات شناختی، نابینایی و دوره‌های طولانی ناتوانی فیزیکی تشخیص داده می‌شود [2].

استادیار، مرکز تحقیقات بیماری‌های اتوایمیون، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران

* **نشانی نویسنده مسؤول:**
کاشان، بلوار قطب راوندی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، دانشکده پرستاری و مامایی، گروه اتاق عمل

**تلفن:** 09132130397 **دورنویس:** 03155546633

**پست الکترونیک:** mirbagher_n@kaums.ac.ir

**تاریخ دریافت:**31/4/1398 **تاریخ پذیرش** 8/10/1398

دو میلیون نفر در سراسر دنیا [2] و چهارصد هزار نفر در ایالت متحده‌ی آمریکا [3] به این بیماری مبتلا می‌باشند. در ایران نیز از هر 100 هزار نفر 30-15 نفر به این بیماری مبتلا هستند [4]. دوره‌ی پیدایش بیماری معمولاً با موقعیت‌هایی مثل تشکیل خانواده، انتخاب شغل و تأمین امنیت مالی همراه است. عوارض بیماری اماس به‌علت ماهیت ناتوان‌کننده‌ی آن، تمام جنبه‌های زندگی فرد را در برمی‌گیرد و درنتیجه روند طبیعی زندگی خانوادگی بیمار را مختل می‌کند. از طرفی اکثریت قریب به اتفاق مبتلایان را جوانان تشکیل می‌دهند و این خود مشکل را تا محدوده‌ی وسیعی در اجتماع گسترش می‌دهد [1]. این بیماری از یک طرف استقلال و توانایی فرد برای شرکت مؤثر در اجتماع را تهدید می‌کند و از طرف دیگر پیش‌آگهی و دوره‌های غیرقابل پیش‌بینی آن، تأثیر بارزی بر سلامت روان فرد دارد. سلامت روان شامل اضطراب، افسردگی، نقص در عملکرد اجتماعی و علائم جسمی است که در بیماران مبتلا به این بیماری هر چهار بُعد دچار اختلال می‌شود [2]. بیماری اماس به‌دلیل عدم درمان قطعی و نیز به‌وجود آمدن محدودیت‌های حرکتی برای بیمار و از دست دادن فعالیت‌های عادی و روزمره که از ویژگی‌های این بیماری است، می‌تواند اثرات روحی و روانی منفی زیادی را در فرد ایجاد کرده، تنیدگی و اضطراب وی را افزایش دهد که این امر به نوبه خود سبب تشدید بیماری می‌شود [5]. مطالعه‌ی نصیری و همکاران در سال



[ Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-12 ]

PDF created with pdfFactory Pro trial version pdffactory.com

2015 در کشور ایران، میزان شیوع اختلالات روان در بیماران مبتلا به مولتیپل‌اسکلروز را 46/9 درصد نشان داد [6]. این در حالی است که Marri و همکاران در سال 2015 در یک متاآنالیز حاصل از مرور 249 مقاله میزان شیوع اختلالات روان در بیماران مولتیپل‌اسکلروز را به‌ترتیب اضطراب 21/9 درصد، افسردگی 23/7 درصد و سایکوز 4/3 درصد بیان نمودند. عمده‌ی این مقالات مربوط به کشورهای اروپا و آمریکای شمالی و حدود 10 درصد آن‌ها مربوط به آسیا بوده است [7]. سلامت روان در این بیماران به‌علت استرس و ناایمنی از آینده کاهش می‌یابد و افسردگی، اضطراب و استرس با شدت و نوع بیماری و درد در بیماران بالا می‌رود. علاوه‌بر این، استرس نیز ممکن است باعث بروز حمله بیماران شود [8]. یکی از استرس‌هایی که فشار روانی زیادی ایجاد می‌کند، استرس ناشی از بیماری مزمن داشتن است که اثرات بلندمدتی بر زندگی بیمار داشته، بنیادهای اساسی فرد و خانواده‌اش را نیز در معرض خطر جدی قرار می‌دهد [9]. درواقع این بیماران، هم با استرس‌های زندگی روزانه و هم با استرس‌هایی که ناشی از بیماری و علائم بیماری و غیرقابل پیش‌بینی بودن و نوسان‌دار بودن آن است، مقابله می‌کنند که این به نوبه‌ی خود در بهبود و عدم بهبود بیماری‌شان نقش دارد. اضطراب مؤلفه‌ی دیگری است که به دنبال استرس‌های زیاد بروز می‌کند [9]. وجود بیماری علاوه‌بر ایجاد اضطراب و استرس جسمانی و روحی و روانی بر خود بیمار، خانواده وی را نیز دچار استرس و اضطراب زیادی می‌کند [7]. علاوه‌بر استرس و اضطراب، افسردگی نیز از شایع‌ترین اختلالات روانی در میان بیماران با دردهای مزمن است. پژوهش‌ها نشان داده است که بین وقوع استرس‌های منفی و شروع افسردگی رابطه‌ی مثبتی وجود دارد و حدود 20 تا 50 درصد افرادی که استرس‌های شدیدی تجربه می‌کنند دچار افسردگی می‌شوند [10]. به‌عبارتی، افسردگی غالباً از وضعیتی شروع می‌شود که در آن تغییرات بسیار بزرگی در زندگی انسان اتفاق می‌افتد و شخص ناگزیر می‌شود که از افراد یا مسائلی مهم و مربوط به زندگی خودش از قبیل محلّ کار و کاشانه صرف‌نظر کند [11] که در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن و پیش‌رونده مانند مولتیپل‌اسکلروزیس وجود دارد. در مطالعات مختلف روش‌های مختلفی از جمله تن‌آرامی [12]، ورزش‌درمانی [13]، آروماتراپی [14]، شناخت‌درمانی [15] و رفتاردرمانی شناختی [16] برای بهبود سلامت روان این بیماران به‌کار رفته و نتایج متفاوتی ذکر شده است. روش‌های بالا به‌علت پرهزینه و زمان‌بر بودن، عدم تحمل بیمار و ایجاد عوارض در بعضی روش‌ها مثل انجام ورزش‌های سنگین مورد استقبال محققان و بیماران قرار نگرفته است. از روش‌های دیگری که در کتب و مقالات به آن اشاره شده است، انجام عبادت‌های مستحبی توسط بیمار است. از عبادت‌های مستحبی می‌توان به دعا و نماز حاجت اشاره نمود. علت انتخاب نماز حاجت این می‌باشد که این بیماران به‌واسطه‌ی مزمن بودن بیماری‌شان دچار اختلالات روان مثل اضطراب و افسردگی می‌باشند و احساس گناه دارند. از اثرات نماز حاجت این است که فرد به خدا نزدیک می‌شود، طلب آمرزش می‌کند، حاجات و نیازهای خود را به خدا می‌گوید و امید اجابت دعایش را دارد و این توسل به خدا و طلب حاجت، تشویش و نگرانی را در وی از بین می‌برد، به او آرامش می‌دهد و در ارتقای سلامت روانش نقش دارد. به‌طوری‌که امروزه بسیاری از روان‌شناسان دریافته‌اند که توسل به دعا، نماز و داشتن یک ایمان محکم به دین، اضطراب، افسردگی، نگرانی و ترس را که زمینه‌ساز بسیاری از بیماری‌هاست، برطرف می‌کند [12]. اعمال مستحبی از جمله نماز حاجت و دعا ارتباط صمیمانه‌ای بین انسان و خدا است، به‌طوری‌که وقوف خاشعانه و خاضعانه‌ی انسان در نماز، در برابر خداوند متعال به او نیرویی معنوی می‌بخشد که حسّ صفای روحی و آرامش قلبی و سلامت روانی را در او پدید می‌آورد. تأثیر مهمّ نماز در کاهش اضطراب و افسردگی و ایجاد سلامت روانی، شبیه تأثیر روان‌درمانی برخی از روان‌پزشکان برای درمان اضطراب و افسردگی است [13]. پرواضح است که وجه تشابه میان روش روان‌درمانی و اثر درمانی منتج از نمازهای مستحبی، بسیار مشهود است. انسان بلافاصله پس از نماز به ذکر، دعا و تسبیح می‌پردازد و چون ذکر و وابسته‌شدن به ریسمان الهی که پیوندی قوی و ناگسستنی با حقیقت وجود و زندگی دارد، انسان را به وادی امن می‌رساند و فکر اتصال به نیرویی مافوق تمام نیروی طبیعی خوف و بیم را از دل و ذهن انسان می‌راند و به عقیده‌ی روان‌شناسان این قوی‌ترین داروی ضدّاضطراب است [12]. صالحی و مسلمان (2015) ضمن تحقیقی که در زمینه‌ی بررسی ارتباط نگرش مذهبی با میزان اضطراب، افسردگی و سلامت روان گروهی از بیماران سه بیمارستان تهران انجام دادند، به این نتیجه رسیدند که نگرش مذهبی با دو مقوله‌ی اضطراب و افسردگی همبستگی منفی و با سلامت روان همبستگی مثبت دارد [17]. حکیم‌جوادی و همکاران (2010) به بررسی رابطه‌ی تنیدگی، افسردگی و اضطراب از یک‌سو و مذهب از سوی دیگر پرداختند. نتایج نشان داد که بین مذهبی بودن و اضطراب رابطه‌ی منفی وجود دارد [8]. از آن‌جا که این بیماران از یک‌سو باید با استرس‌های زندگی روزمره و از سویی دیگر با استرس‌های ناشی از علائم بیماری که نوسان‌دار و غیرقابل پیش‌بینی هستند، مقابله



[ Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-12 ]

PDF created with pdfFactory Pro trial version pdffactory.com

کننـد، بـه‌نظـر می‌رسد عواملی مثل مذهب و نمازهای مستحبی ازقبیل نماز حاجت و دعا بر سلامت روان این بیماران مـؤثر باشد. مطالعه‌ی Büssing و همکاران در سال 2007 نشان داد مذهب و اعتقاد به قدرت برتر در بیماری اماس تأثیر کمی در ارتقای سلامت روان دارد، در حالی‌که در بیماری سرطان این نقش بسیار مؤثرتر می‌باشد [18]. Abdel-Khalek و Lester در سال 2009 بیان کردند که بین اعتقادات مذهبی و توسل به خدا با اضطراب مرگ ارتباطی وجود ندارد و اعتقاد به مذهب و توسل به خدا نمی‌تواند اضطراب مرگ را در بیماران کشور کویت کم کند [19]. مطالعه‌ی محمّدزاده و همکاران در سال 2016 نشان داد با افزایش سلامت معنوی در بیماران مبتلا به اماس اضطراب مرگ و سلامت عمومی آن‌ها افزایش می‌یابد [20]. با توجه به اهمیت ارتقای سلامت روان در این بیماران و وجود مطالعات متناقض در این زمینه، محقق مطالعه‌ای با هدف تعیین تـأثیر نماز حاجت و دعا بر سلامت روان بیماران مبتلا به مولتیپل‌اسکلروزیس انجام داد.

## مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع کارآزمایی بالینی می‌باشد. جامعه‌ی پژوهش 60 بیمار مبتلا به اماس مراجعه‌کننده به کلینیک روماتولوژی بیمارستان شهید بهشتی کاشان در سال 1397 بودند که به تشخیص پزشک متخصص مغز و اعصاب مبتلا به این بیماری بودند. با توجه به برآورد میانگین و انحراف معیار مطالعه‌ی مشابه قبلی [21]، تعداد نمونه‌ی موردنیاز در سطح اطمینان 95 درصد و توان آزمون 80 درصد در این مطالعه، 30 نمونه از هر گروه و در کل 60 نمونه واجد شرایط بود. در ابتدا 80 بیمار مراجعه‌کننده به کلینیک بیمارستان بهشتی کاشان به روش دردسترس انتخاب شدند که پس از بررسی توسط پژوهشگر 20 نفر آن‌ها از مطالعه خارج شدند، 15 نفر هم به‌علت عدم رضایت به شرکت در مطالعه و 5 نفر به‌علت نداشتن معیارهای ورود از پژوهش خارج شدند. سپس 60 نمونه‌ی باقی‌مانده به‌طور تصادفی (جدول اعداد تصادفی) در دو گروه 30 نفره آزمون و کنترل قرار گرفتند. بدین‌گونه که مثلاً اگر فرد اوّل به گروه مداخله اختصاص می‌یابد، نفر بعد می‌بایست در گروه کنترل قرار بگیرد. دو گروه از نظر رژیم غذایی و داروهای مصرفی و نوع درمان همسان شدند. پس از ارائه‌ی توضیحات لازم و اهداف مطالعه به بیماران مراجعه‌کننده و کسب رضایت آگاهانه از آن‌ها و داشتن معیارهای ورود به مطالعه وارد شدند. به بیماران اطمینان داده شد که اطلاعات آن‌ها محرمانه نزد محقق خواهد ماند. معیارهای ورود به مطالعه شامل تشخیص قطعی بیماری مولتیپل‌اسکلروزیس توسط پزشک متخصص مغز و اعصاب، داشتن پرونده در مرکز آموزشی - درمانی شهید بهشتی شهر کاشان، کسب نمره‌ی بین 1 تا 5 از معیار EDSS (Expanded Disability Status Score) (درجه‌ی ناتوانی در بیماران مولتیپل‌اسکلروز) نمازخوان، داشتن اعتقاد به انجام مستحبات، سن بین 20 تا 45 سال، سابقه‌ی ابتلا به مولتیپل‌اسکلروزیس بیش از یک‌سال، نداشتن هیچ‌گونه حمله‌ای در سه ماه گذشته، عدم ابتلا به بیماری‌های روان‌پریشی، زوال عقل و عقب‌افتادگی ذهنی شناخته‌شده، عدم شرکت در تکنیک‌های شناختی - رفتاری مانند یوگا و مدیتیشن تا شش‌ماه قبل از انجام مداخله بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل عدم تمایل فرد به شرکت در مطالعه، ابتلا به سایر اختلالات حاد یا مزمن جسمی (مانند بیماری‌های ناتوان‌کننده‌ی کبدی، تنفسی، قلبی، اسکلتی - عضلانی و کلیوی)، رخداد هر یک از عوارض مولتیپل‌اسکلروزیس برای فرد در طی مطالعه، فراموشی خواندن نماز حاجت بیش از پنج بار در دو ماه بود. در ابتدا دو گروه، پرسشنامه‌ی اطلاعات دموگرافیک را تکمیل کردند. بیماران گروه آزمون در مدت دو ماه بعد از خواندن نمازهای روزانه (صبح، ظهر، مغرب)، دو رکعت نماز حاجت می‌خواندند (سه بار در روز) و بعد از نماز به مدت چند دقیقه با خدا راز و نیاز می‌کردند. پژوهشگر هفته‌ای یک‌بار با بیمار تماس می‌گرفت و از وی می‌خواست حتماً در کنار نمازهای روزانه، نماز حاجت و دعا و راز و نیاز با خدا را هم انجام دهد. در گروه کنترل مداخله‌ای انجام نمی‌شد و نمازها طبق روتین قبلی خوانده می‌شد. قبل و بلافاصله و یک‌ماه بعد از مداخله، پرسشنامه‌ی سلامت روان گلدبرگ توسط بیماران تکمیل شد و دو گروه با هم مقایسه شدند. ارزیابی سلامت روان توسط پرسشنامه‌ی سلامت عمومی GHQ-28 صورت می‌گیرد که توسط گلدبرگ تهیه و تدوین [22] و توسط تقوی هنجاریابی شده است [23]. این ابزار دارای 4 مقیاس است که به‌ترتیب عبارتند از: علائم جسمانی، اضطراب، نقص در عملکرد اجتماعی و افسردگی. هر یک از این مقیاس‌ها دارای 7 سؤال است. نمره‌گذاری آن براساس مقیاس لیکرت از صفر (بیشتر از همه) تا (3) (خیلی بدتر از همیشه) است. نمره‌ی 23 و بالاتر نشانگر عدم سلامت روانی و نمره‌ی پایین‌تر از 23 بیانگر سلامت روانی است [22]. تقوی طی مطالعه‌ای اعتبار پرسشنامه را برای استفاده در ایران با 3 روش دوباره‌سنجی، تنصیفی آلفای کرونباخ به‌ترتیب 0/70، 0/93، 0/90 به‌دست آورد و آن را واجد شرایط لازم جهت کاربرد در پژوهش‌های روان‌شناختی و فعالیت‌های بالینی دانست [23]. آلفای کرونباخ آن در پژوهش حاضر 0/97 به‌دست آمد. داده‌ها با نرم‌افزار آماری SPSS ویرایش 16 و با



[ Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-12 ]

PDF created with pdfFactory Pro trial version pdffactory.com

آزمون‌های آماری، کای اسکوئر و تی مستقل و آنوا مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

## نتایج

نتایج نشان داد میانگین سنی گروه آزمون 33±2/1 و گروه کنترل 35±2/8 می‌باشد. 40 درصد گروه آزمون و 33/4 درصد گروه کنترل شغل آزاد داشتند. 60 درصد گروه آزمون و 66/7 درصد گروه کنترل متأهل بودند. دو گروه از نظر آماری تفاوت معنی‌داری با هم نداشتند ($P\leq0/05$) (جدول شماره 1).

جدول شماره 1- اطلاعات دموگرافیک شرکت‌کننده‌های پژوهش

| متغیرهای دموگرافیک | | آزمون | کنترل | $P$ |
|---|---|---|---|---|
| سن | $\overline{X}$ ± SD | 33±2/1 | 35±2/8 | 0/21 |
| | | تعداد (درصد) | تعداد (درصد) | |
| جنس | مرد | 18 (60) | 16(53/4) | 0/52 |
| | زن | 12(40) | 14(46/6) | |
| شغل | بیکار | 12(40) | 10(33/4) | 0/61 |
| | آزاد | 1(3/3) | 1(3/3) | |
| | خانه‌دار | 4(13/4) | 6(20/2) | |
| | کارمند | 6(20) | 5(16/7) | |
| | بازنشسته | 7(23/3) | 8(26/4) | |
| تأهل | مجرد | 2(6/7) | 2(6/7) | 0/34 |
| | متأهل | 18(60) | 20(66/7) | |
| | بیوه | 5(16/7) | 8(26/6) | |
| | مطلقه | 5(16/7) | 2(6/7) | |
| تحصیلات | لیسانس و بالاتر | 7(23/4) | 5(16/7) | 0/71 |
| | دیپلم | 14(46/6) | 13(43/4) | |
| | زیر دیپلم | 9(30) | 10(39/9) | |

نتایج آزمون آنالیز واریانس تکراری نشان داد که تغییرات میانگین سلامت روان و ابعاد آن در طول زمان متفاوت بود و اثر متقابل گروه و زمان در مورد متغیر سلامت روان معنادار می‌باشد ($P<0/001$) (جدول شماره 2).

جدول شماره 2- مقایسه‌ی میانگین نمره‌ی سلامت روان و ابعاد آن قبل، بلافاصله و یک‌ماه بعد از مداخله در دو گروه آزمون و کنترل

| گروه | | قبل | بلافاصله بعد | یک‌ماه بعد | $P$ | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ابعاد سلامت روان | | $\overline{X}$ ± SD | $\overline{X}$ ± SD | $\overline{X}$ ± SD | عامل زمان | عامل زمان×گروه | عامل گروه |
| علائم جسمی | آزمون | 10/6±3/07 | 7/5±2/76 | 7/2±2/12 | $P<0/001$ | $P<0/001$ | $P<0/001$ |
| | کنترل | 11/4±3/5 | 11/32±3/21 | 11/42±3/76 | | | |
| | $P$ | 0/11 | 0/01 | 0/001 | | | |
| اضطراب | آزمون | 11/87±4/12 | 8/5±2/89 | 8/65±2/12 | | | |
| | کنترل | 12/4±3/6 | 12/1±3/60 | 12/1±3/43 | | | |
| | $P$ | 0/10 | 0/00 | 0/01 | | | |
| نقص در عملکرد اجتماعی | آزمون | 10/54±2/8 | 6/54±2/23 | 7/23±2/09 | | | |
| | کنترل | 10/4±3/43 | 10/7±3/54 | 10/1±3/00 | | | |
| | $P$ | 0/14 | 0/02 | 0/00 | | | |
| افسردگی | آزمون | 11/21±2/5 | 8/6±3/21 | 8/6±3/11 | | | |
| | کنترل | 11/4±5/6 | 10/3±2/50 | 10/11±1/89 | | | |
| | $P$ | 0/11 | 0/01 | 0/01 | | | |
| نمره کل | آزمون | 44/22±12/49 | 31/14±11/09 | 31/68±9/44 | | | |
| | کنترل | 45/6±16/13 | 44/42±12/58 | 43/73±12/08 | | | |
| | $P$ | 0/21 | 0/001 | 0/01 | | | |

[ Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-12 ]



PDF created with pdfFactory Pro trial version pdffactory.com

**بحث**

یافته‌ی پژوهش حاضر نشان داد که توسل به نماز حاجت و دعا باعث ارتقای سلامت روان و ابعاد آن (بُعد علائم جسمانی، اجتماعی، اضطراب و افسردگی) در بیماران مبتلا به مولتیپل‌اسکلروزیس شد. از جمله ابعاد سلامت روان، بُعد علائم جسمانی می‌باشد که در گروه آزمون بعد از مداخله نسبت به گروه کنترل کاهش معنی‌دار داشت. مطالعه اللهبخشیان و همکاران (2010) نشان داد بیماران مبتلا به مولتیپل‌اسکلروزیسی که گرایش مذهبی قوی‌تری داشتند، کیفیت زندگی بهتر و علائم جسمانی کمتری را ذکر می‌کردند [24]. مطالعه‌ی Nsamenang و همکارانش (2016) نیز در بیماران مبتلا به اماس نشان داد عقاید معنوی و ایمان و توسل به دعا و نماز در سازگاری با بیماری و کاهش علائم جسمانی بیماران مؤثر است [25]. این مطالعات با پژوهش حاضر همخوانی دارد. در جهت توجیه این یافته می‌توان به تأثیر عقاید مذهبی و مستحبات از جمله دعا و نمازهای مستحبی مثل نماز حاجت به‌عنوان عاملی برای مقابله با مشکلات جسمی و روانی ناشی از بیماری‌های سخت اشاره کرد. بیماران با خواندن نماز حاجت و دعا با خدای خویش راز و نیاز می‌کنند و حاجت خود را از خداوند طلب می‌کنند. به‌نظر می‌رسد امید به اجابت دعا و خواندن دعا باعث ارتقای سلامت روان در این بیماران شده است. همچنین تحقیقات نشان داده است که احساس راحتی و قدرت حاصل از اعتقادات دینی می‌تواند در سلامت و احساس خوب‌بودن سهیم باشد. اعمال مذهبی ممکن است باعث معالجه‌ی یک بیمار نشود، اما می‌تواند به فرد کمک کند تا احساس خوبی داشته باشد و از برخی از مشکلات بیماری جلوگیری کند [12]. مطالعه‌ی Büssing و همکاران در سال 2007 نشان داد مذهب و اعتقاد به قدرت برتر در بیماری اماس تأثیر کمی در ارتقای سلامت روان دارد، در حالی‌که در بیماری سرطان این نقش بسیار مؤثرتر می‌باشد [18]. Abdel-Khalek و Lester در سال 2009 بیان کردند که بین اعتقادات مذهبی و توسل به خدا با اضطراب مرگ ارتباطی وجود ندارد و اعتقاد به مذهب و توسل به خدا نمی‌تواند اضطراب مرگ را در بیماران کشور کویت کم کند [19]. شاید دلیل عدم همخوانی این مطالعات با پژوهش حاضر در فرهنگ متفاوت بیماران و اختلاف در سطح عقاید آن‌ها باشد. از دیگر ابعاد سلامت روان، افسردگی و اضطراب است. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که نماز حاجت و دعا باعث کاهش اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به اماس شده است. نتایج مطالعه‌ی محمّدزاده و همکاران (2017) نشان داد بین مذهب و اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به اماس رابطه‌ی معکوس وجود دارد. این بدان معنی است که هرچه مذهب و اعتقاد به خدا و نماز در آن‌ها بیشتر بود، اضطراب و افسردگی آن‌ها کمتر بود [20]. همچنین نتایج این مطالعه با پژوهش‌های خضری و همکاران (2015) [26] و رمضان‌خانی و همکاران (2014) [26] همخوانی دارد. دلیل همخوانی این است که دعا، نیایش و انجام اعمال مستحبی مانند نماز حاجت هم بر روح اثر دارد و هم سلامت جسمانی را تقویت می‌کند. درواقع خواندن دعا و نماز حاجت در کنار نمازهای روزانه باعث تقویت بیشتر ارتباط بین نمونه‌های گروه آزمون با خدا نسبت به گروه کنترل شد و موجب شد پذیرش بیماری در آن‌ها بهتر شود. همچنین بیماران به‌خاطر ارتباط مستحکم‌تری که با خدا به‌واسطه‌ی انجام اعمال مستحبی (نماز حاجت و دعا) پیدا کردند، امید به شفا و اجابت دعا در آن‌ها بیشتر شد و سلامت روان آن‌ها نسبت به گروه کنترل افزایش یافت. براساس تحقیقات هنگام بروز بحران‌ها، مذهب و معنویت منبع قدرتمندی است که مانعی جدی در مقابله با فشارهای روانی و اضطراب محسوب می‌شود. بیمارانی که بُعد مذهبی در آن‌ها تقویت شود، به‌طور مؤثر می‌توانند با بیماری خود سازگار شوند [26]. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که مذهب، مستحبات دینی و اعتقاد به آن یکی از مفاهیم اساسی پیرامون چگونگی رویارویی با مشکلات و تنش ناشی از بیماری محسوب شده، به‌عنوان یکی از ابعاد سلامت، منجر به یکپارچگی سایر ابعاد آن می‌شود. هنگامی‌که اعتقادات مذهبی (اعتقاد به خدا، نماز، معاد و...) افرد پایین باشد، این احتمال وجود دارد که فرد دچار اختلالات روحی مانند احساس تنهایی، اضطراب، افسردگی و از دست دادن معنا در زندگی شود. بیمارانی که اعتقادات مذهبی در آن‌ها تقویت می‌شود، به‌طور مؤثری می‌توانند با بیماری خود سازگار شوند [20]. شایان ذکر است در مواردی که دشواری‌های طاقت‌فرسا، شخصیت انسان را در هم می‌کوبد و اراده را از وی می‌گیرد، اتکا به خداوند، اثری عمیق و انکارناپذیر در روح آدمی دارد. همان‌گونه که خداوند در آیه‌ی 138 سوره‌ی آل‌عمران می‌فرماید: «اگر ایمان داشته باشید، نباید ترس و اندوه به خود راه دهید؛ زیرا، شما با سرمایه‌ی ایمان بر دیگران برتری دارید». در این آیه خاطرنشان شده است که ایمان در برابر عوامل ناراحتی روانی، زره محکمی را برای روح ساخته، مصونیت خاصّی را در انسان به‌وجود می‌آورد. از این‌رو، با تکیه به ایمان می‌توان ذهن و روح را از غم آزاد ساخت و نقش رنج‌ها را از لوح دل زدود [19]. از ابعاد دیگر سلامت روان، عملکرد اجتماعی بود که مقایسه بین دو گروه تفاوت معنی‌داری را در این دو بُعد نشان داد. غباری بناب و حکیمی‌راد در تحقیقی با هدف بررسی رابطه‌ی میان سلامت روانی و مذهب، همبستگی منفی



[ Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-12 ]

PDF created with pdfFactory Pro trial version pdffactory.com

چشمگیری میان معنویت و مذهب ازجمله رابطه با خدا، یافتن معنی در زندگی، شکوفایی معنوی و فعالیت‌های معنوی، تجربیات عرفانی متعالی، فعالیت‌های اجتماعی و مذهبی و شاخص علائم مثبت آشفتگی یافتند. معنویت، مذهب و عقاید دینی می‌توانند به‌عنوان بخشی از تلاش در جهت یافتن معنی در زندگی عمل نمایند، به این‌صورت که عقاید معنوی، دارای یک چهارچوب مفید برای تبیین این‌که، چرا موقعیت‌های چالش‌برانگیز شکل می‌گیرند و نحوه‌ی برخورد با این چالش‌ها چه پیامدهایی را به دنبال دارد، می‌باشد. پس می‌تواند پیش‌بینی‌کننده‌ی تغییرات مثبت به دنبال آسیب باشد [25،26]. مطالعات متعدد نشان داده‌اند که مشارکت منظم در فعالیت‌های مذهبی سازمان‌یافته نظیر نماز خواندن یا دعا کردن، رابطه‌ی مثبتی با بسیاری از پیامدهای مثبت نظیر سلامت جسمانی، امید به زندگی و احساس خوشحالی و نشاط دارند [14-12]. نتایج برخی مطالعات نشان می‌دهد که معنویت می‌تواند به‌عنوان منبع حمایت عمل کند و نیروی درونی را فراهم آورد که به افراد کمک می‌کند، موقعیت‌های استرس شدید را کنترل نمایند. سطوح بالاتر عقیده مذهبی و معنویت با پاسخ‌های انطباقی کنارآمدن، تاب‌آوری بالاتر به استرس، جهت‌گیری خوش‌بینانه به زندگی، حمایت اجتماعی ادراک‌شده بالاتر و سطوح پایین‌تر اضطراب میان افراد در حال بهبود ارتباط دارد [26-24]. مسی (2010) در پژوهش مشابه به بررسی رابطه‌ی میان جهت‌گیری مذهبی، خشنودی و سلامت روان پرداخت. نتایج حاکی از آن بود که جهت‌گیری مذهبی رابطه منفی معنی‌داری با میزان افسردگی داشت. از سوی دیگر جهت‌گیری مذهبی رابطه مثبت معنی‌داری با بخشودگی و ارتباطات اجتماعی داشت [27].

## نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه نشان داد ادای نماز حاجت و توسل به دعا باعث ارتقای نمره‌ی کلّ سلامت روان و ابعاد آن در بیماران مبتلا به مولتیپل‌اسکلروز می‌شود. در جوامعی مانند ایران که انجام فرایض دینی بخش اجتناب‌ناپذیر از زندگی افراد می‌باشد، هدایت باورها و اعمال فرایض دینی مستحبی مثل خواندن نماز حاجت و دعا می‌تواند نقش کارآمدی در ارتقای سلامت روان و بهزیستی افراد داشته باشد. انجام مطالعه به‌صورت دو گروهی، عدم ریزش نمونه‌ها و پیگیری مرتب نمونه‌ها جهت انجام فریضه‌ی مقدس نماز حاجت و دعا در کنار نمازهای روزانه بود. با توجه به این نکته که گروه کنترل نیز نمازخوان بودند و مستحبات را قبول داشتند، بررسی این مورد که گروه کنترل در طول دو ماه، نماز حاجت یا دعا نخوانند، مشکل و از محدودیت‌های پژوهش بود. پیشنهاد می‌شود مطالعه‌ای درزمینه نقش مذهب بر امید، سازگاری، کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به ام‌اس انجام شود.

## تشکر و قدردانی

این تحقیق حاصل طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی کاشان به شماره 96088 می‌باشد. محقق از تمامی بیماران شرکت‌کننده در پژوهش و معاونت پژوهشی دانشگاه کمال تشکر و قدردانی را می‌نماید.

***References*:**

[1] Correale J, Gaitán MI, Ysrraelit MC, Fiol MP. Progressive multiple sclerosis: from pathogenic mechanisms to treatment. ***Brain*** 2017; 140(3): 527-46.

[2] Doshi A, Chataway J. Multiple sclerosis, a treatable disease. ***Clin Med (Lond)*** 2016; 16(Suppl 6): s53-9.

[3] Masoudi R, Mohamady E, Nabavi M. Effect of self- care program on Ourem method on physical dimension of quality of life of Ms patient. ***J Shahrekord Med Univ*** 2008; 10(2): 21-9.

[4] Taraghi Z, Eleiae M. Quality of life of patient member of MS society of mazandaran. ***Iran J Neurology*** 2007; 20(55): 51-60.

[5] Boeschoten RE, Braamse AMJ, Beekman ATF, Cuijpers P, van Oppen P, Dekker J, et al. Prevalence of depression and anxiety in Multiple Sclerosis: A systematic review and meta-analysis. ***J Neurol Sci*** 2017; 372: 331-41.

[6] Nasiri M, Hosseini H, Sakhaei Y, Tabrizi N, Yazdani Cherati J, Abedini M. Prevalence of Psychiatric Disorders in Patients with Multiple Sclerosis in Mazandaran, Iran. ***J Mazandaran Univ Med Sci*** 2016; 26(140): 60-70.

[7] Marrie RA, Cohen J, Stuve O, Trojano M, Sorensen P S, Reingold S, et al. A systematic review of the incidence and prevalence of comorbidity in multiple sclerosis: Overview. ***Mult Scler*** 2015; 21(3): 263-81.

[8] Hakimjavadi M, Lavasani MGH, Haghighatgi M, Zebardast O. Relationship among depression,anxiety,stress and personality in veteran children***. IJWPH*** 2010; 3(1): 9-16.

[9] Ghasemi T, Karimian J, Rezaei A, Ebrahimi A. Examine the relationship between spiritual health and stress, anxiety and demographic factors in women with breast cancer who were referred to specialized cancer treatment center in Isfahan. ***J Sci Health Res*** 2012; 8(1):104-13.

[10] Hoare E, Milton K, Foster C, Allender S. The associations between sedentary behaviour and mental health among adolescents: a systematic



[ Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-12 ]

PDF created with pdfFactory Pro trial version pdffactory.com

review. ***Int J Behav Nutr Phys Act*** 2016; 13(1): 108.
[11] Mirshekar S. Comparing the effectiveness of two therapeutic methods: Dialectical behavioral therapy and cognitive behavior therapy on the improvement of impulsive behavior in the patients suffering from major depressive disorder who are showing a tendency to suicide. ***J Ilam Univ Med Sci*** 2014; 22(5): 45-54.
[12] Nazari F, Soheili M, Hosseini S, Shaygannejad V. A comparison of the effects of reflexology and relaxation on pain in women with multiple sclerosis. ***J Complement Integr Med*** 2016; 13(1): 65-71.
[13]Halabchi F, Alizadeh Z, Sahraian MA, Abolhasani M. Exercise prescription for patients with multiple sclerosis; potential benefits and practical recommendations. *BMC Neurol* 2017; 17(1): 185.
[14] Howarth AL. Will aromatherapy be a useful treatment strategy for people with multiple sclerosis who experience pain? ***Complement Ther Nurs Midwifery*** 2002; 8(3): 138-41.
[15] Heesen C, Mohr DC, Huitinga I, Bergh FT, Gaab J, Otte C, et al. Stress regulation in multiple sclerosis: current issues and concepts. ***Mult Scler*** 2007; 13(2): 143-8.
[16] van Kessel K, Moss-Morris R, Willoughby E, Chalder T, Johnson MH, Robinson E. A randomized controlled trial of cognitive behavior therapy for multiple sclerosis fatigue. ***Psychosom Med***. 2008; 70(2): 205-13.
[17] Salehi I, Mosalman M. Evaluation of the Relationship between Religious Attitude and Depression, Anxiety and Stress in Students of Guilan University. ***JRH*** 2015; 3(1): 57-64.
[18] Büssing A, Ostermann T, Koenig HG. Relevance of religion and spirituality in German patients with chronic diseases. ***Int J Psychiatry Med*** 2007; 37(1): 39-57.
[19] Abdel-Khalek A, Lester D. Religiosity and death anxiety: no association in Kuwait. ***Psychol Rep*** 2009; 104(3): 770-2.
[20] Mohammadizadeh A, Askarizadeh Gh Bagheri M. The Relationship between Spiritual Health and Death Anxiety in Patients with Multiple Sclerosis. ***J Relig Health*** 2017; 4(2): 20-28.
[21] Zamani N, Farhadi M, Jenaabadi H. Comparison effectiveness of Dialectic Behavioral Therapy and Behavior Cognitive Therapy on Depression in the Multiple sclerosis. ***Qom Univ Med Sci J*** 2017; 10(12): 77-86.
[22] Goldberg DP. The detection of psychiatric illness by questionnaire: A technique for the identification and assessment of non-psychotic psychiatric illness: Oxford university press London; 1972.
[23] Taghavi M. Assessment of the validity and reliability of GHQ. ***J Psychol Interdisciplin Appl*** 2001; 5(4): 381-98.
[24] Allahbakhshian M, Jaffarpour M, Parvizy S, Haghani H. A Survey on relationship between spiritual wellbeing and quality of life in multiple sclerosis patients. ***ZJRMS*** 2010; 12(3): 29-33.
[25] Nsamenang SA, Hirsch JK, Topciu R, Goodman AD, Duberstein PR. The interrelations between spiritual well-being, pain interference and depressive symptoms in patients with multiple sclerosis. ***J Behav Med*** 2016; 39(2):355-63.
[26] Khezri L, Bahreyni M, Ravanipour M, Mirzaee K. The relationship between spiritual wellbeing and depression or death anxiety in cancer patients in Bushehr 2015. ***Nurs Vulner*** 2015; 2(2): 15-28.
[27] Ramezankhani A, Ghaedi M, Hatami H, Taghdisi MH, Golmirzai J, Behzad A. Association betweenspiritual health and quality of life in patients with type 2 diabetes in Bandar Abbas, Iran. ***Hormoz Med J*** 2014; 18(3): 229-37.

[ Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-12 ]



PDF created with pdfFactory Pro trial version pdffactory.com