




Effect of Spiritual-religion Care on Depression in Women with Multiple Sclerosis

Saeideh Khalili Senobari ¹, Masoud Fallahi Khoshknab ^{2,*}, , Abolfazl Rahgoy ³,
Mohammad Ali Hoseini ⁴, Pouria Rezasoltani ⁵

¹ MSc of Psychiatric Nursing, Department of Nursing, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

² Professor, Department of Nursing, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

³ Assistant Professor, Department of Nursing, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

⁴ Associate Professor, Rehabilitation management Department, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

⁵ PhD Student of Statistics, Department of Statistics, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

* **Corresponding author:** Masoud Fallahi Khoshknab, Professor, Department of Nursing, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran. E-mail: msflir@yahoo.com

Received: 26 Dec 2018

Accepted: 22 Jun 2019

Abstract

Introduction: Depression is one of the most common psychiatric disorders in patients with multiple sclerosis, which according to it is very important in nursing. This study aimed to determine of Spiritual-religion Care on Depression in Women with Multiple Sclerosis referred to the MS Society of Iran in 2016.

Methods: This study is semi-experimental study that in that Pretest-posttest plan with control group was used. All of the women with MS, who referred to MS Society of Iran in first 6 months of 1395, were our statistical research community. 60 patients were selected Based on inclusion criteria and purposive sampling method and randomly divided into two groups of experimental and control by using a table of random numbers. Experimental groups were performed intervention include Spiritual-religion Care during seven weeks, seven sessions of 45-60 minutes (weekly one session). Patient filled Beck Depression inventory before and after intervention. Data were analyzed using SPSS 19 software and Statistical tests.

Results: Results showed that no different between two groups of intervention and control about demographic characteristics. The mean depression Score was 27.13 ± 13.89 in intervention group, and 28.03 ± 14.79 in the control group before intervention, which respectively reached to 18.13 ± 9.39 and 26.16 ± 14.51 after implementation of the intervention and this difference was Significant in intervention group ($P \leq 0.001$).

Conclusions: According to the results we can say that Spiritual-religion Care is effective in reducing depression in women with Ms. so it can be applied method of this study as a simple, non-invasive, low-cost and effective in reducing depression in MS patient to nurses suggests.

Keywords: Spiritual-religion Care, Depression, Multiple Sclerosis



تأثیر مراقبت مذهبی - معنوی بر افسردگی زنان مبتلا به مولتیپل اسکروزیس

سعیده خلیلی صنوبری^۱، مسعود فلاحی خشکناز^{۲*}، ابوالفضل ره‌گویی^۳، محمدعلی حسینی^۴، پوریا رضاسلطانی^۵

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد روانپرستاری، گروه پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران، ایران
^۲ استاد، گروه پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران، ایران
^۳ استادیار، گروه پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران، ایران
^۴ دانشیار، گروه مدیریت توانبخشی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران، ایران
^۵ استادیار، گروه آمار، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران، ایران
 * نویسنده مسئول: مسعود فلاحی خشکناز، استاد، گروه پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران، ایران. ایمیل: msfir@yahoo.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۸/۰۴/۰۱

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۷/۱۰/۰۵

چکیده

مقدمه: افسردگی یکی از شایع‌ترین اختلالات روانشناختی در بیماران مبتلا به اسکروزیس می‌باشد که توجه به آن در پرستاری بسیار حائز اهمیت می‌باشد. هدف این مطالعه تعیین تأثیر مراقبت معنوی- مذهبی بر افسردگی زنان مبتلا به ام اس مراجعه کننده به انجمن ام اس ایران در سال ۱۳۹۵ می‌باشد.

روش کار: مطالعه حاضر از نوع نیمه تجربی بوده و در آن از طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل استفاده شد. جامعه آماری کلیه زنان مبتلا به ام اس مراجعه کننده به انجمن ام اس ایران در نیمه اول سال ۱۳۹۵ بود. از طریق روش نمونه گیری مبتنی بر هدف و بر اساس معیارهای ورود ۶۰ نفر انتخاب و به صورت تصادفی با استفاده از جدول اعداد تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند. گروه مداخله در طول مدت هفت هفته، هفت جلسه ۶۰-۴۵ دقیقه‌ای (هفته‌ای یک جلسه) تحت مداخله مراقبت معنوی- مذهبی قرار گرفتند. نمونه‌ها قبل و بعد از مداخله، پرسشنامه افسردگی بک را تکمیل کردند. داده‌ها با نرم‌افزار آماری SPSS19 و با استفاده از آزمون‌های آماری تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که بین دو گروه مداخله و کنترل از نظر توزیع متغیرهای زمینه‌ای تفاوتی وجود نداشت. میانگین میزان افسردگی قبل از مداخله در گروه مداخله ($13/89 \pm 27/13$) و در گروه کنترل ($14/79 \pm 28/03$) بود که بعد از مداخله در گروه مداخله به ($9/39 \pm 18/13$) و در گروه کنترل به ($14/51 \pm 26/16$) رسید و این اختلاف در گروه مداخله معنی دار بود ($P < 0/001$).

نتیجه گیری: با توجه به نتایج به دست آمده می‌توان ذکر نمود که مراقبت‌های معنوی - مذهبی در کاهش میزان افسردگی زنان مبتلا به ام اس مؤثر است. بنابراین می‌توان روش به کار گرفته شده در پژوهش حاضر را به عنوان یک روش ساده، غیر تهاجمی، کم هزینه و مؤثر در کاهش افسردگی مبتلایان به ام اس را به پرستاران پیشنهاد نمود.

واژگان کلیدی: مراقبت معنوی - مذهبی، افسردگی، مولتیپل اسکروزیس

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

گزارش شده که هر ساله ۵ هزار نفر بیمار جدید به جمع بیماران افزوده می‌شود [۳]. ابتلا به ام اس در زنان ۲ تا ۳ برابر بیشتر از مردان است [۴] و یکی از عوامل اصلی ناتوانی‌های عصبی در زنان بزرگسال ام اس است [۵]. درمان قطعی برای ام اس وجود ندارد؛ اما تدابیری جهت کاهش علائم و حمایت از بیماران در دست است [۶]. این بیماری به

مولتیپل اسکروزیس یکی از شایعترین بیماری‌های مزمن سیستم عصبی مرکزی است که باعث ایجاد ضعف، گرفتگی عضلات، اختلال حسی، بینایی، گفتاری و شناختی، خستگی، لرزش اندامها، تاری دید، در فرد بیمار می‌گردد [۱]. حدود ۲/۵ میلیون نفر در سراسر دنیا به این بیماری مبتلا هستند [۲] و شیوع آن در ایران حدود ۷۰ هزار نفر

در سلامت، متاسفانه موضوع ارتقای سلامت معنوی کمتر در برنامه‌های حمایتی و درمانی مورد توجه مراقبین حرفه‌ای قرار گرفته است [۲۴]. از آنجا که هدف پرستاری، حفظ و ارتقاء سلامت، پیشگیری از بیماری و برطرف کردن ناخوشی و ناراحتی بیماران است و مراقبت معنوی سهم قابل توجهی در دستیابی به این هدف را دارا می‌باشد. مراقبت معنوی در کنار دیگر مراقبت‌های پرستاری سبب تعادل میان جسم و روح و روان در جهت کسب سلامتی کامل و همه جانبه خواهد شد لذا این مطالعه با هدف تعیین تأثیر مراقبت معنوی بر میزان افسردگی زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس انجام گرفته است.

روش کار

این مطالعه یک مطالعه نیمه تجربی بر اساس طرح پیش آزمون- پس آزمون همراه با گروه کنترل می‌باشد. جامعه آماری آن کلیه زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس مراجعه کننده به انجمن ام اس ایران در سال ۱۳۹۵ بوده که حدود ۵۰۰ نفر مراجعه فعال دارند. حجم نمونه با استفاده از مطالعه حمید و همکاران (۱۳۹۲) [۲۵] و احتمال خطای نوع اول ۰/۰۵، توان آزمون ۰/۸۰ و با در نظر گرفتن احتمال ریزش ۳۰ نفر در هر گروه تعیین گردید. نمونه‌ها بر اساس معیارهای ورود شامل: داشتن حداقل سن ۲۰ و حداکثر ۴۵ سال، تأیید ابتلا به ام اس از طرف نورولوژیست در انجمن ام اس ایران، ابتلا به ام اس به مدت حداقل ۶ ماه، توانایی برقراری ارتباط مناسب با پژوهشگر، علاقه مندی به شرکت در مطالعه و امضای رضایت نامه آگاهانه، توانایی تحمل جلسات از نظر جسمی، داشتن حداقل سواد خواندن، قادر به تکلم به زبان فارسی و مسلمان بودن انتخاب شدند. معیارهای خروج هم شامل: انصراف از ادامه همکاری، تشدید بیماری و ناتوانی برای شرکت در جلسات و غیبت بیش از دو جلسه از جلسات آموزشی بود. نمونه گیری اولیه به صورت مبتنی برهدف بوده و بعد از انتخاب ۶۰ نفر، به صورت تصادفی و براساس تخصیص کدهای زوج و فرد در دو گروه ۳۰ نفری مداخله و کنترل قرار گرفتند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل دو پرسشنامه بود. پرسشنامه اول مشخصات دموگرافیک واحدهای مورد پژوهش شامل سن، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، میزان بستری شدن در بیمارستان به علت بیماری و طول مدت ابتلا را می‌سنجید. دومی پرسشنامه افسردگی بک بود که از ۲۱ قسمت تشکیل شده و دارای ۹۴ سؤال است. ۲ ماده از این پرسشنامه به عاطفه، ۱۱ ماده به شناخت، ۲ ماده به رفتارهای آشکار، ۵ ماده به نشانه‌های جسمانی و ۱ ماده به نشانه شناسی میان فردی اختصاص یافته است. در برابر هر یک از جنبه‌های مورد نظر که مشخص کننده یکی از علائم افسردگی است، ۴ تا ۵ مورد نوشته شده که به ترتیب بیانگر خفیف‌ترین تا شدیدترین وجه احساس آن بیمارگونگی می‌باشد. شخص سؤالات را به ترتیب می‌خواند و جمله‌ای را که بیشتر بیانگر حالات وی می‌باشد، مشخص می‌سازد. ارزش‌های کمی هر جنبه از ۰ تا ۳ به ترتیب زیر تعیین شده است و دامنه نمرات آن از حداقل صفر تا حداکثر ۶۳ است. نمره صفر: سلامت روانی در جنبه مورد نظر، نمره دو: احساس اختلال متوسط در جنبه مورد نظر، نمره یک: احساس اختلال خفیف و نمره سه: احساس اختلال شدید و عمیق در جنبه مورد نظر می‌باشد. نمره کل افسردگی بک، از طریق جمع نمراتی است که بیمار در هر جنبه به دست آورده است و مرزبندی بیماری افسردگی به صورت: صفر تا ۱۶ (عدم وجود

علت مزمن بودن، ماهیت بیماری، نداشتن پیش آگهی و درمان قطعی و ابتلا به آن در سنین جوانی، اختلالات روانی متعددی را ایجاد می‌کند [۷]. احساس تنهایی و افسردگی در دوره بیماری از تجربیات مشترک این بیماران است [۸]. افسردگی از عوامل شایع محدود کننده این بیماران است و کاهش فعالیت‌های روزانه و فقدان انگیزش را در پی دارد (۶). شیوع بسیار بالایی داشته که بین ۲۷ تا ۵۴ درصد گزارش می‌شود [۹]. شیوع افسردگی در این بیماران ۲ برابر میزان آن در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن دیگر است [۱۰]. حدود ۴۸ درصد بیماران در همان یک سال اول بعد از تشخیص بیماری، علائم اضطراب، استرس و افسردگی را تجربه می‌کنند [۱۱]. علت دقیق میزان بالای افسردگی و اضطراب در این بیماران ناشناخته است و ترکیبی از فاکتورهای روانی اجتماعی، نورولوژیکی و مرتبط با بیماری احتمالاً دخیل هستند [۱۲]. افسردگی یک چالش عاطفی است که می‌تواند برای فرد و همچنین افراد نزدیک به او آزار دهنده باشد و با بی حوصلگی مداوم مشخص می‌شود، این حالت در بیشتر اوقات روز وجود دارد و ممکن است چند هفته و یا بیشتر طول بکشد، وجود افسردگی باعث می‌شود که فرد دچار استرس شود و یا عملکرد کاری یا اجتماعی او تحت تأثیر قرار گیرد [۱۳]. مطالعات متعددی به منظور کاهش افسردگی در این بیماران انجام گرفته است. ولی زاده و همکاران (۱۳۹۵) در مطالعه خود، آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری را در کاهش افسردگی زنان مبتلا به ام اس مؤثر می‌دانند [۱۴]. رجیبی و یزدخواستی (۱۳۹۴) در مطالعه خود درمان گروهی پذیرش و تعهد را در کاهش افسردگی زنان ام‌اسی اثر بخش اعلام می‌کنند [۱۵]. مطالعه مشتاق عشق و همکاران از تأثیرات مثبت خنده درمانی در کاهش افسردگی و خستگی در این بیماران حکایت دارد [۱۰]. در سال‌های اخیر علاوه بر روش‌های برگرفته از نظریه‌های روان شناختی، استفاده از روش‌های درمان معنوی و مذهبی جایگاه علمی خود را باز نموده‌اند [۱۵] و تحقیقات در گستره وسیعی متوجه این موضوع گردیده که مذهب و معنویت چگونه بر جنبه‌های مختلف سلامت جسمی و روان مؤثرند [۱۶]. یکی از مداخلات پرستاری که در مطالعات دیگر در کاهش افسردگی بیماران و مراقبان مؤثر بوده است، مراقبت معنوی - مذهبی می‌باشد [۱۷، ۱۸]. مراقبت معنوی شامل کمک به انجام اعمال مذهبی و فعالیت‌های است که موجب حمایت و راحتی اشخاص می‌شوند که شدیداً بیمارند و در جستجوی معنی و اتصال به ماوراء می‌باشند [۱۹]. برای دستیابی به سلامت معنوی و برآورده شدن نیازهای معنوی، مراقبت معنوی نیاز بوده که به عنوان مهمترین عامل کمک کننده برای رسیدن به تعادل در حفظ سلامتی و مقابله با بیماری‌ها شناخته شده است [۲۰]. طبق کدهای اخلاقی اکثر دانشگاه‌ها، از پرستاران انتظار می‌رود مراقبت را براساس وضعیت و نیازهای جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی بیماران انجام دهند پس آموزش معنویت و مراقبت معنوی - مذهبی در مراقبت پرستاری جامع ضروری است [۲۱، ۲۲]. ابعاد معنوی - مذهبی انسان زمینه‌هایی فراهم می‌نمایند که از طریق آنها، انسان می‌تواند معنی، هدف و ارزشهای متعالی زندگی خود را درک کند از این رو این مبانی می‌توانند پیش بینی کننده وضعیت سلامت روان افراد باشند [۱۷]. افراد برخوردار از سلامت معنوی - مذهبی، افرادی توانمند، قوی، دارای قدرت کنترل و حمایت اجتماعی بیشتر می‌باشند [۲۳]. با وجود تبیین جایگاه معنویت

معنویت و معنا دهی به تجربیات سخت. فرایند: نام بردن نعمت‌هایی که در زندگی‌شان وجود داشت. کمک به پیدا کردن معنا در آنچه ناخوشایند درک می‌کردند و شکر گزاری.

یافته‌ها

در این پژوهش ۶۰ نفر شرکت داشتند که یک نفر از گروه مداخله به علت انصراف از ادامه همکاری از مطالعه خارج شد و در نهایت ۵۹ بیمار باقی ماندند. نتایج مطالعه نشان داد که با استفاده از آزمون کای اسکوئر بازه سنی ($P=0/64$)، سطح تحصیلات ($P=0/65$)، شغل ($P=0/22$) و میزان بستری شدن در بیمارستان به دلیل بیماری ($P=0/73$) در دو گروه مقایسه گردید که اختلاف آماری معنی داری بین دو گروه وجود نداشت. همچنین با استفاده از آزمون دقیق فیشر توزیع جنسیت ($P=0/19$) و با آزمون تی مستقل طول مدت ابتلا به بیماری آزمودنی‌ها (به سال) ($P=0/32$) در دو گروه مقایسه شد که تفاوت معنی داری نداشتند (جدول ۱).

جدول ۱: ویژگی‌های فردی و بیماری مشارکت کنندگان

متغیر	مداخله تعداد (درصد)	کنترل تعداد (درصد)	آماره P
تاهل*	۱۰ (۲۴/۵)	۱۶ (۵۳/۳)	X^2 آماره = ۰/۱۹ ۲/۱۲
مجرد	۱۹ (۶۵/۵)	۱۶ (۵۳/۳)	
متاهل	۱۰ (۲۴/۵)	۱۶ (۵۳/۳)	
سن**	۳۹ ± ۵/۳	۳۴ ± ۵/۹	t آماره = ۰/۳۴ ۰/۰۸۹
انحراف معیار ± میانگین	۳۹ ± ۵/۳	۳۴ ± ۵/۹	
شغل***	۶ (۲۰/۷)	۷ (۲۲/۳)	X^2 آماره = ۰/۲۲ ۵/۷
کارمند	۲ (۶/۹)	۷ (۲۲/۳)	
کارگر	۲ (۶/۹)	۱ (۳/۳)	
خانه دار	۱۱ (۳۲/۳)	۱۳ (۴۳/۳)	
بیکار	۳ (۹/۰)	۵ (۱۶/۷)	
سایر مشاغل	۰ (۰)	۴ (۱۲/۳)	
تحصیلات***	۲۵ (۷۲/۳)	۴ (۱۳/۳)	X^2 آماره = ۰/۶۵ ۱/۶
ابتدایی	۱۳ (۳۷/۳)	۴ (۱۳/۳)	
راهنمایی	۱۲ (۳۴/۳)	۱۱ (۳۶/۷)	
دبیرستان و دیپلم	۲ (۶/۹)	۵ (۱۶/۷)	
دانشگاهی	۱۹ (۵۳/۳)	۱۰ (۳۳/۳)	
بستری***	۲ (۶/۹)	۴ (۱۳/۳)	X^2 آماره = ۰/۷۳ ۲/۰۲
عدم بستری	۱۵ (۴۱/۷)	۲ (۶/۹)	
یک بار	۱۵ (۴۱/۷)	۱۷ (۵۶/۷)	
دو بار	۱۹ (۵۱/۳)	۷ (۲۲/۳)	
سه بار	۲ (۶/۹)	۲ (۶/۷)	
بیش از سه بار	۱ (۳/۴)	۰ (۰)	

براساس هدف مطالعه، میانگین میزان افسردگی زنان مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلوزیس ارزیابی شد که طبق نتایج، افسردگی قبل از مداخله در گروه مداخله $13/89 \pm 27/13$ و در گروه کنترل $14/79 \pm 28/03$ بود که از نظر آماری تفاوت معنی داری نداشتند ($P=0/76$). بعد از اجرای مداخله، افسردگی در گروه مداخله به $9/39 \pm 18/13$ و در گروه کنترل به $14/51 \pm 26/16$ رسید (تصویر ۱). بر اساس

افسردگی)، ۱۷ تا ۳۱ (افسردگی خفیف)، ۳۲ تا ۴۷ (افسردگی متوسط) و ۴۸ تا ۶۳ (افسردگی شدید) می‌باشد [۶]. روایی و پایایی این پرسشنامه در ایران تأیید شده است که امیدوی حسین آبادی (۱۳۹۴) که برای روایی آن $r=0/72$ و برای پایایی آن $r=0/83$ و ثبات درونی $\alpha=0/92$ را ذکر می‌کند [۲۶]. محققان زیادی برای سنجش میزان افسردگی در بیماران ام اس از آن استفاده کرده‌اند [۶، ۱۴].

در این پژوهش، برای انجام پایایی ابزار، پرسشنامه بین ۲۰ نفر از بیماران مبتلا به ام اس مراجعه کننده به مرکز ام اس ایران توزیع شد که ضریب آلفای کرونباخ، $0/84$ بدست آمد. بعد از گرفتن پیش آزمون از نمونه‌ها، مداخله مراقبت معنوی- مذهبی بر اساس الگوی Richards-Bergen در ۷ جلسه به مدت ۴۵ تا ۶۰ دقیقه برای گروه مداخله در طول هفت هفته برگزار شد. مطالب جلسات و محتوای آنها بر اساس مطالعات مشابه و نظرات ۵ نفر از اساتید متخصص در این زمینه تنظیم شد. در هر جلسه پانزده نفر شرکت داشته و اداره جلسات توسط دو نفر از محققین انجام گرفت. گروه مداخله فقط مراقبت‌های معمولی را دریافت نمودند. بعد از اتمام مداخله، مجدداً از بیماران پس آزمون گرفته شده و داده‌ها جمع‌آوری شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با روش تحلیل داده‌های کمی و با استفاده از آمار توصیفی مانند میانگین و ... و آمار استنباطی و آزمون‌های کای اسکوئر، دقیق فیشر، تی مستقل، تی زوجی و تحلیل کوواریانس انجام گردید. جهت رعایت اخلاق در پژوهش، ضمن تأیید از طرف کمیته اخلاق دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی و کسب مجوز اجرا، محقق خود و اهداف پژوهش را برای نمونه‌ها معرفی کرده و یادآور شد که شرکت در مطالعه کاملاً اختیاری بوده و تأثیری بر روند درمان آنها ندارد، اطلاعات شرکت کنندگان محرمانه خواهد ماند. بعد از اتمام مطالعه، تمام محتوای جلسات آموزشی گروه مداخله به گروه کنترل هم آموزش داده شد.

شرح جلسات مراقبت معنوی- مذهبی: جلسه اول: آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و با درمانگر، جلسه دوم: آگاهی از معنای معنویت و تعریف آن از نظر هر یک از اعضا، بررسی وجود اعتقاد به نیروی برتر و مقدس در اعضا جلسه سوم: خود مشاهده گری: فرایند: آنچه در این هفته در رابطه با اعمال معنوی انجام شده که بیماران احساس خود را بیان کردند. جلسه چهارم: فهم بخشودگی: فرایند: چه کسی از هفته قبل تا به حال در مورد بخشش فکر کرده؟ چه کسانی را قرار است ببخشیم؟ بخشش کسانی که با آنها رابطه‌ای نداریم، بخشش کسانی که با آنها رابطه داریم. بخشش چه احساسی در شما ایجاد می‌کند؟ بخشش چه احساسی را در دیگران ایجاد می‌کند؟ طلب بخشش از کسی که در رابطه با او خطای مرتکب شدیم و اینکه بخشیده شویم چه احساسی در ما ایجاد می‌کند؟ برای اینکه احساس بخشودگی کنید چه کارهایی انجام می‌دهید؟ توضیح دادند جلسه پنجم: بررسی تجربیات ناشی از بخشودگی، فرایند بیان احساس مثبت و تجربیات ناشی از بخشش و عملکردهای معنوی: انجام این اعمال در شما چه تغییری ایجاد کرده است؟ چگونه می‌توانیم این احساسات را در خودمان ثابت نگه داریم؟ چه اقداماتی وجود دارد که ما را در این راه کمک می‌کند؟ جلسه ششم: کتاب درمانی، فرایند: خواندن قرآن و گوش دادن به آوای قرآن کریم: بیمار به تلاوت قرآن پرداخته همچنین به نواری شامل تلاوت سوره‌های منتخب قرآن کریم (واقع، نبأ، الرحمن) با صدای عبدالباسط به مدت ۲۰ دقیقه با هدفون گوش دادند. جلسه هفتم: شکر و توجه به تغییرات مثبت ناشی از

اثر گذاشته است ($P < 0/001$). با توجه به اندازه اثر، می‌توان گفت که ۲۱ درصد تغییرات متغیر وابسته در پس‌آزمون، ناشی از مداخله است.

جدول ۲، پس از کنترل آماری تفاوت میانگین نمرات گروه‌ها در پیش‌آزمون، مداخله (مراقبت معنوی- مذهبی) بر میانگین نمرات پس‌آزمون

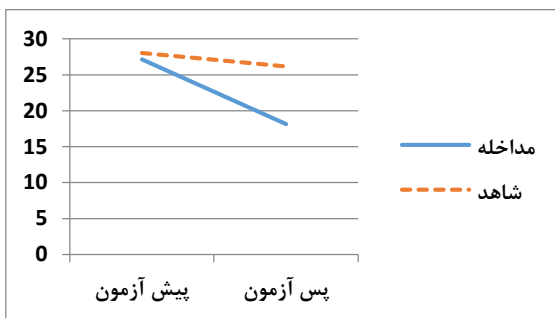
جدول ۲: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس جهت مقایسه میانگین افسردگی به تفکیک گروه

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	مقدار احتمال	اندازه اثر	توان آزمون
پیش‌آزمون*	۵۵۴۸/۶۶	۱	۵۵۴۸/۶۶	۱۰۲/۵۱	$P < 0/001$	۰/۶۴	۱
گروه	۸۰۹/۶۱	۱	۸۰۹/۶۱	۱۴/۹۵	$P < 0/001$	۰/۲۱	۰/۹۶
خطا	۳۰۳۰/۹۵	۵۶	۵۴/۱۲				

* آزمون تحلیل کوواریانس

بحث

براساس نتایج می‌توان گفت که معنویت درمانی به شیوه گروهی میزان تاب‌آوری مبتلایان به ام‌اس را افزایش می‌دهد [۳].



تصویر ۱: روند میانگین نمرات افسردگی از موقعیت پیش‌آزمون به پس‌آزمون در دو گروه

مطالعات متعددی هم از معکوس و معنی دار بودن رابطه میزان افسردگی با سلامت معنوی، جهت‌گیری مذهبی، مقابله مذهبی، در مراقبین خانوادگی، سالمندان و دانشجویان حکایت می‌کنند [۳۳-۳۵] به گونه‌ای که هرچه معنویت بیشتر باشد میزان افسردگی کمتر خواهد بود. فقط در یک مطالعه نتایجی که بدست آمد با مطالعه حاضر نا هم سو می‌باشد. قهاری و همکاران (۱۳۹۱) در مطالعه خود با هدف تعیین اثربخشی مداخله‌های شناختی- رفتاری و معنوی- مذهبی در کاهش اضطراب و افسردگی در زنان مبتلا به سرطان سینه، بعد از بررسی ۴۵ زن در سه گروه به این نتیجه رسیدند که مداخلات معنوی- مذهبی نمی‌تواند در کاهش افسردگی بیماران مؤثر باشد [۳۶]. از نظر محقق، مکانیسم بیماری، میزان افسردگی، جامعه متفاوت و زمان بررسی و انجام مطالعه می‌تواند از دلایل توجیه نا هم سو بودن این دو مطالعه باشد. Tuck می‌گوید علی‌رغم اینکه معنویت در دهه‌های اخیر توجه روز افزونی را از سوی مجامع پژوهشی و بالینی به خود جلب نموده است، اما داده‌های آزمایشی که از تأثیر این نوع مداخلات حمایت‌کننده است [۳۷]. البته مطالعاتی که جدیدتر و به روز تر انجام گرفته‌اند حمایت‌کننده تأثیرات مثبت مداخلات معنوی- مذهبی در بهبود سلامت روان و کاهش اضطراب، افسردگی و استرس بوده‌اند و هم راستا با پژوهش حاضرند. از تفاوت‌های مطالعات انجام شده با مطالعه حاضر می‌توان به نوع برنامه معنوی- مذهبی متفاوت، تعداد جلسات و طول مدت انجام، متدولوژی، جامعه هدف و محیط متفاوت و همچنین بیماری و علل ایجاد افسردگی اشاره کرد که برخی مطالعات بر روی دانشجویان، سالمندان و مبتلایان به سرطان سینه انجام گرفته است.

براساس نتایج حاصل از مطالعه، میانگین میزان افسردگی در بیماران گروه مداخله بعد از اجرای مداخله نسبت به قبل کاهش پیدا کرد ولی در گروه کنترل تفاوت معنی داری نداشت. بر این اساس می‌توان گفت که مراقبت معنوی- مذهبی می‌تواند در کاهش افسردگی زنان مبتلا به ام‌اس مؤثر باشد. نتایج برخی از مطالعات قبلی هم راستا با نتایج پژوهش حاضر می‌باشد. به طور مثال ظفریان مقدم و همکاران (۱۳۹۵) با انجام مطالعه‌ای با هدف تأثیر آموزش معنوی- مذهبی بر افسردگی، اضطراب، استرس و سلامت معنوی مراقبین کودکان مبتلا به لوسمی نشان دادند که ۵ جلسه مداخلات معنوی- مذهبی بر اساس الگوی ریچاردز و برگین می‌تواند به عنوان یک مداخله مؤثر، افسردگی این مراقبین را کاهش دهد [۱۷]. در مطالعه کار آزمایی بالینی شفيعی و همکاران (۲۰۱۶) با عنوان تأثیر مداخلات معنوی بر افسردگی بعد از یائسگی، ۸ جلسه مراقبت معنوی را در کاهش میزان افسردگی زنان یائسه مؤثر می‌دانند [۲۷].

ابراهیمی و همکاران (۲۰۱۴) در مطالعه بر روی ۵۱ بیمار افسرده در بیمارستان روانپزشکی به این نتیجه رسیدند که مراقبت معنوی- مذهبی می‌تواند به کاهش افسردگی کمک نماید و اجرای آن توسط پرستاران بخش‌های روان را توصیه می‌نمایند [۲۸]. بوالهروی و همکاران (۱۳۹۱) در یک مطالعه با هدف تعیین اثر بخشی رویکرد گروه درمانی معنوی بر کاهش میزان افسردگی، اضطراب و استرس در زنان مبتلا به سرطان سینه اعلام کردند که مداخلات معنوی به صورت معنی داری در کاهش افسردگی این زنان مؤثر است [۲۹]. در یک مطالعه کارآزمایی بالینی دیگر توسط Rickhi و همکاران (۲۰۱۱) که با عنوان تأثیر برنامه آموزشی معنوی بر افسردگی انجام شد نتایج در پس‌آزمون حاکی از کاهش میزان و شدت افسردگی در بیماران مبتلا به افسردگی شدید بود [۳۰]. Mortz و همکاران (۲۰۱۱) با بررسی نتایج حاصل از ۱۵ کارآزمایی اعلام کردند که آموزش معنویت به بیماران می‌تواند با گسترش معنویت و تغییر دیدگاه در مورد شرایط زندگی، در کاهش افسردگی مفید و مؤثر باشد [۳۱]. Bonelli و همکاران (۲۰۱۲) با انجام یک مطالعه مروری در مورد معنویت و افسردگی به این نتیجه رسیدند که عوامل مذهبی- معنوی هم می‌تواند در پیشگیری از افسردگی کمک کننده باشد و هم می‌تواند در صورت ابتلا به آن در کاهش و حذف آن به عنوان تسهیل‌کننده عمل نماید [۳۲].

در مطالعه تقی زاده و همکاران (۱۳۹۱) که با هدف اثر بخشی معنویت درمانی گروهی بر تاب‌آوری زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس انجام شد افراد گروه آزمایش ۱۰ جلسه مداخلات معنوی دریافت نمودند که

افسردگی، اضطراب و ناامیدی دارند و از آنجا که که روشهای غیر دارویی کمتر برای این بیماران تجویز می‌شود و عموماً درمانی که پیشنهاد می‌شود درمان دارویی هستند. اقدامات معمول و حاضر مانند استفاده از داروها بسیار پر عارضه و هزینه بر هستند، بدیهی است پرستاران آشنا با مشکلات روانشناختی بیماران ام اس به ویژه افسردگی می‌توانند با اجرای این مداخلات و همچنین آموزش آنها به بیماران گامی را در راستای کمک به این عارضه مهم بردارند.

سپاسگزاری

این مطالعه بخشی از پایان نامه کارشناسی ارشد مصوب در تاریخ ۹۴/۹/۸ در دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران با کد اخلاق IR.USWR.REC.1395.45 و مصوب در مرکز کارآزمایی بالینی ایران با کد IRCT2016112731125N1 می‌باشد که در انجمن ام اس ایران انجام گردید. لذا از تحصیلات تکمیلی دانشگاه و همکاری صمیمانه مدیریت محترم انجمن و بیماران محترم که بدون همکاری آنها این تحقیق ممکن نبود نهایت سپاسگزاری به عمل می‌آید.

تضاد منافع

هیچ گونه تضاد منافی در نگارش این مقاله وجود ندارد.

References

1. Smeltzer S, Bare B, Hinkle J, Cheever K, Townsend M, Gould B. Brunner & Suddarth's Textbook of Medical Surgical Nursing: Lippincott Williams and Wilkins; 2013.
2. Pompili M, Forte A, Palermo M, Stefani H, Lamis DA, Serafini G, et al. Suicide risk in multiple sclerosis: a systematic review of current literature. *J Psychosom Res.* 2012;73(6):411-7. doi: 10.1016/j.jpsychores.2012.09.011 pmid: 23148807
3. Taghizadeh M, Miralali M. [The effectiveness of group Spiritual therapy on resiliency in women with multiple sclerosis]. *J Health Psychol.* 2012;2(2):17-25.
4. Ahmadzadeh Raji M, Khosravi A, Sanati M, Hajihoseini R, Ebrahimi A, Nabavi M. Interleukin VII Receptor Gene Polymorphism in Multiple Sclerosis Patients. *SSU J.* 2011;19(4):501-10.
5. Mirhashemi M, Najafi F. [The effectiveness of solution-centered therapy on resiliency and sense of coherence among patients with multiple sclerosis]. *J Islamic Azad Uni Med Sci.* 2014;24(3):175-81.
6. Rajabi S, Yazdkhasti F. [The Effectiveness of Acceptance and Commitment Group Therapy on Anxiety and Depression in Women with MS Who Were Referred to the MS Association]. *J Clin Psychol.* 2014;6(1):29-38.
7. Hasanzadeh P, Fallahi Khoshknab M, Norozi K. [Impacts of Journaling on Anxiety and stress in Multiple Sclerosis patients]. *Com Med J Fac Nurs Midwifery.* 2012;2(2):183-93.
8. Ghafari S, Fallahi-Khoshknab M, Norouzi K, Mohamadi E. [Experiences of hospitalization in patients with multiple sclerosis: A qualitative study]. *Iran J Nurs Midwifery Res.* 2014;19(3):255-8.
9. Khanjani Z. [Psychological factors effective in multiple sclerosis: personality traits, depression, anxiety and mental stress]. *Med J Tab Univ Med Sci.* 2012;34(4):60-7.
10. Moshtagheeshgh Z. The effect of laughter therapy on fatigue and depression in patients with MS referred to the

اما از نظر پژوهشگر از دلایل یکسان بودن نتایج بدست آمده و هم راستا بودن مطالعات می‌تواند تأثیر برنامه‌های معنوی - مذهبی بر انسان از طریق ارتباط با معبود، تغییر دیدگاه، احساس امنیت و پشتیبانی و توکل می‌باشد که همان مصداق آیه بدانید که با یاد خدا دلها آرام می‌گیرد می‌باشد. از آنجا که بیماران مبتلا به ام اس به علت مشکلات و عوارض بیماری، درصد بالایی از افسردگی را دارند می‌توان گفت که مداخلات معنوی می‌تواند برای آنان مثر ثمر باشد. از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان انجام آن فقط بر روی زنان اشاره کرد و همچنین به تفکیک انواع ام اس نبود لذا پیشنهاد می‌شود این مطالعه برای تعمیم بهتر بر روی مردان هم انجام شود و تأثیر این مداخله بر تمام انواع ام مورد بررسی قرار گیرد.

نتیجه گیری

به طور کلی یافته‌های تحقیق نشان داد که مراقبت معنوی به شیوه ۷ جلسه‌ای ریچاردز و برگین می‌تواند موجب کاهش افسردگی زنان مبتلا به بیماری ام اس شود این بدین معنی است که این طرح درمانی به عنوان یک مداخله پرستاری و یک روش غیردارویی می‌تواند در کاهش افسردگی و کنترل آن مؤثر باشد. بسیاری از بیماران مبتلا به ام اس اطلاعات کمی درباره بیماری و عوارض روانشناختی ناشی از آن

- MS Society of Iran. *Shahid Beheshti Fac Nurs Midwifery J.* 2010;20(70):7-11.
11. Dehghani A, Mohammadkhankermanshahi S, Memarian R. Abundance of Stress, Anxiety and Depression in Multiple Sclerosis Patients. *Alborz University Medical Journal.* 2013;2(2):82-8. doi: 10.18869/acadpub.aums.2.2.82
12. Chwastiak LA, Ehde DM. Psychiatric issues in multiple sclerosis. *Psychiatr Clin North Am.* 2007;30(4):803-17. doi: 10.1016/j.psc.2007.07.003 pmid: 17938046
13. Rahnama N, Namazizadeh M, Etemadifar M, Bambaiechi E, Arbabzadeh S. [Effects of Yoga on Depression in Women with Multiple Sclerosis]. *J Isfahan Med Sch.* 2011;29(136).
14. Valizadeh R, Sohrabnejad S, Mehraban S, Ahmadboukani S. [Effectiveness of Cognitive-Behavioral Based Stress Management Training on Depression of MS Female Patients]. *Sci J Ilam Univ Med Sci.* 2015;23(5):91-8.
15. Ghoobarbonab B. [Relationship between anxiety and depression and magnitude of spirituality in students of the University of Tehran]. *J Appl Psychol.* 2009;3(2):110-23.
16. Khademvatani K, Aghakhani N, Esm-Hoseini G, Hazrati A, Alinezhad V, Nazari H. [Study of relationship between spiritual health anxiety and depression in acute myocardial infarction patients hospitalized in seydoshoosda hospital in urmia]. *Urmia Med J.* 2015;25(12):1092-101.
17. Zafarian Moghaddam E, Behnamvashani H, Reihani T, Namzizadegan S. [The Effect of Spiritual education on depression, anxiety and stress of caregivers of children with leukemia]. *J Tanin Sal.* 2016;4(1):1-7.
18. Rahmati M, Fallahikhoshknab M, Rahgou A, Rahgozar M. [The effect of spiritual-religious group therapy on mental status of schizophrenic inpatients]. *Nurs Res J.* 2010;5(16):13-20.
19. Rahnama M, Khoshknab MF, Maddah SS, Ahmadi F. Iranian cancer patients' perception of spirituality: a qualitative content analysis study. *BMC Nurs.*

- 2012;11:19. doi: [10.1186/1472-6955-11-19](https://doi.org/10.1186/1472-6955-11-19) pmid: [23043231](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23043231/)
20. Saeiditaheri Z, Asadzandi M. [Spirituality and spiritual care]. *Bagh Fac Nurs J*. 2014;15(54):59-66.
 21. Khorramimarkani A, Yaghmaei F, Izadi A. [Spirituality, spiritual care in nursing education: a challenge for curriculum]. *Healthy Fac Nurs Midwifery J*. 2010;20(68):41-9.
 22. Bamdad M, Fallahi Khoshknab M, Dalvandi A, Ardakani K, Reza M. [Impact of spiritual care on spiritual health of hospitalized amphetamin dependents]. *Iran J Psychol Nurs*. 2013;1(3):10-8.
 23. Hosseini M, Salehi A, Fallahi Khoshknab M, Rokofian A, Davidson PM. The effect of a preoperative spiritual/religious intervention on anxiety in Shia Muslim patients undergoing coronary artery bypass graft surgery: a randomized controlled trial. *J Holist Nurs*. 2013;31(3):164-72. doi: [10.1177/0898010113488242](https://doi.org/10.1177/0898010113488242) pmid: [23942577](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23942577/)
 24. Penman J, Oliver M, Harrington A. [Spirituality and spiritual engagement as perceived by palliative care clients and caregivers]. *Aust J Adv Nurs*. 2009;26(4):29-34.
 25. Hamid N, Mehrabizadehshonarmand M, Sadeghi S. [The effect of stress inoculation training (SIT) on depression and quality of life in multiple sclerosis patients with control of duration of disease in isfahan city]. *Jundishapour Sci Med J*. 2011;11(1):77-84.
 26. Omidhoseinabadi H, Abbasi A. [relationship between night shift and nurses depression anxiety]. *QJ Nurs Man*. 2015;4(2):29-38.
 27. Shafiee Z, Zandiyeh Z, Moeini M, Gholami A. The Effect of Spiritual Intervention on Postmenopausal Depression in Women Referred to Urban Healthcare Centers in Isfahan: A Double-Blind Clinical Trial. *Nurs Midwifery Stud*. 2016;5(1):e32990. doi: [10.17795/nmsjournal32990](https://doi.org/10.17795/nmsjournal32990) pmid: [27331059](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27331059/)
 28. Ebrahimi H, Kazemi A, Khoshknab M, Modabber R. [The effect of spiritual and religious group psychotherapy on suicidal ideation in depressed patients: a randomized clinical trial]. *J Care Sci*. 2014;3(2):131-8.
 29. Bolhari J, Naziri G, Zannmnyan S. [The effectiveness of spiritual group therapy approach on depression, anxiety and stress in women with breast cancer]. *Women Soc J*. 2012;3(1):85-116.
 30. Rickhi B, Moritz S, Reesal R, Xu TJ, Paccagnan P, Urbanska B, et al. A spirituality teaching program for depression: a randomized controlled trial. *Int J Psychiatry Med*. 2011;42(3):315-29. doi: [10.2190/PM.42.3.f](https://doi.org/10.2190/PM.42.3.f) pmid: [22439299](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22439299/)
 31. Moritz S, Kelly MT, Xu TJ, Toews J, Rickhi B. A spirituality teaching program for depression: qualitative findings on cognitive and emotional change. *Complement Ther Med*. 2011;19(4):201-7. doi: [10.1016/j.ctim.2011.05.006](https://doi.org/10.1016/j.ctim.2011.05.006) pmid: [21827934](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21827934/)
 32. Bonelli R, Dew RE, Koenig HG, Rosmarin DH, Vasegh S. Religious and spiritual factors in depression: review and integration of the research. *Depress Res Treat*. 2012;2012:962860. doi: [10.1155/2012/962860](https://doi.org/10.1155/2012/962860) pmid: [22928096](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22928096/)
 33. Sharifi M, Fatehizadeh M. [The relationship between religious coping with depression and burnout in family caregivers]. *Mod Care J*. 2012;9(4):327-35.
 34. Bagheri H, Sadeghi M, Esmaeili N, Naeimi Z. Relationship between spiritual health and depression and quality of sleep in the older adults in Shahroud. *J Gerontol* 2016;1(1):71-8. doi: [10.18869/acadpub:joge.1.1.71](https://doi.org/10.18869/acadpub:joge.1.1.71)
 35. Momeni T, Musarezaie A, Karimian J, Ebrahimi A. [The relationship between spiritual well-being and depression in Iranian breast cancer patients]. *J Health Inf Man*. 2012(0):524-9.
 36. Ghahari S, Fallah R, Bolhari J, Moosavi S, Razaghi Z, Akbari M. [Effectiveness of cognitive-behavioral and spiritual-religious interventions on reducing anxiety and depression of women with breast cancer]. *Knowledge Res Appl Psycho*. 2012;13(4):33-40.
 37. Tuck I. A critical review of a spirituality intervention. *West J Nurs Res*. 2012;34(6):712-35. doi: [10.1177/0193945911433891](https://doi.org/10.1177/0193945911433891) pmid: [22309991](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22309991/)