

# The Effect of Spiritual Practice along with Routine Medical Care on the Recovery of Patients Hospitalized with Covid-19: a Randomized Clinical Trial

## ARTICLE INFO

### Article Type

Original Research

### Authors

Jahangir A.<sup>1</sup> MSc,  
Mousavi B.\*<sup>2</sup> MD, MPH,  
Asgari M.<sup>3</sup> MSc,  
Mahdavi R.<sup>3</sup> BSc,  
Karbakhsh M.<sup>4</sup> MD

### How to cite this article

Jahangir A, Mousavi B, Asgari M, Mahdavi R, Karbakhsh M. The Effect of Spiritual Practice along with Routine Medical Care on the Recovery of Patients Hospitalized with Covid-19: a Randomized Clinical Trial. *Iranian Journal of War & Public Health*. 2020;12(4):213-221.

<sup>1</sup>Retired Lecturer, School of Nursing and Midwifery, Army University of Medical Sciences

<sup>2</sup>Prevention Department, Specialist in community and preventive medicine, Janbazan Medical and Engineering Research Center (JMERC), Tehran, Iran

<sup>3</sup>Janbazan Medical and Engineering Research Center (JMERC), Tehran Iran

<sup>4</sup>Professor, Community Health Department, Tehran University of Medical Sciences

### Correspondence\*

Address: Janbazan Medical and Engineering Research Center (JMERC), Tehran, Iran

Phone: +98 (21) 22416699

Fax: +98(21) 22412114

mousavi.b@gmail.com

### Article History

Received: October 28, 2020

Accepted: November 30, 2020

ePublished: March 09, 2021

## ABSTRACT

**Aims** This study was conducted to determine the effects of spiritual practice along routine medical care on the recovery of patients admitted with Covid-19.

**Materials & Methods** In a single-blinded clinical trial study 64 hospitalized patients with Covid-19, were randomly assigned in to two groups of intervention (spiritual practice+ routine treatment) and comparison (routine treatment). The intervention was performed using religious teachings, spiritual practice was taught to the patients in the intervention group with the intention of recovery and comfort. Spiritual practice was reciting Surah "Al-Hamd" and "Ya-Allah". The intervention group accomplished spiritual practice three times a day (21 times in total) for 7 days. Information gathered on demographic characteristics, depression and anxiety score, length of hospital stay, ICU transfer, intubation, and patient death. The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) questionnaire was used to determine the symptoms of depression and anxiety.

**Findings** A total of 35 participants in the comparison group and 29 in the intervention group completed the study. After intervention, there was no significant difference between the length of hospitalization days between the intervention group (5.8±1.7) and the comparison (6.7±1.7). The rate of ICU request was significantly higher in the comparison group (40%,n=14) than in the intervention group (3.4%, n=1) (P <0.001). In the intervention group, no cases of intubation and death occurred, in the comparison group, these rates were 40% (n=14) and 45.7% (n=16), respectively, and the difference was significant (P <0.001). The mean difference of anxiety score before and after spiritual practice in the intervention group was 3.1 (±3.6) and the comparison was 0.9 (±2.6) (P = 0.03). The mean difference of depression in the intervention group was 1.5 (2.1) and the comparison was 0.9 (1.8) (P <0.001).

**Conclusion** Spiritual practice along with routine medical care, can lead to less mortality/ ICU transmission/intubation, improved anxiety/depression, as well as, improved recovery among Covid-19 hospitalized patients.

**Keywords** Spiritual; Anxiety; Depression; Covid-19

## CITATION LINKS

[1] World health organization ... [2] Severe acute respiratory ... [3] COVID-19: What is next ... [4] Coronavirus disease ... [5] Clinical characteristics ... [6] Pathophysiology, Transmission ... [7] Overview of the 2019 ... [8] Clinical trials on drug ... [9] Novel Coronavirus disease 2019 ... [10] Report of the world ... [11] The many methods ... [12] Religion, spirituality, and ... [13] Effects of spiritual ... [14] Spiritual care ... [15] Spiritual medicine in the ... [16] Traditional and ... [17] Evidence map ... [18] Exploring alternative medicine ... [19] Spiritual care- 'A deeper ... [20] ChurchInAction: the role of ... [21] The role of spirituality in the ... [22] WHO global report ... [23] Investigating the auditory effects ... [24] Interpretation of verse ... [25] Prayer therapy (recitation ... [26] Prayer therapy ... [27] comparative study of the ... [28] The hospital anxiety and ... [29] Religious Care Patients ... [30] Effects of intercessory ... [31] The role of prayer ... [32] Effect of Quran ... [33] Religious communities ... [34] Religiosity/spirituality ... [35] Cross-national analysis ... [36] Association between ... [37] Religious service attendance ... [38] Positive therapeutic ... [39] Study of the therapeutic effects ... [40] Are there demonstrable effects ... [41] Intercessory prayer ... [42] Effects of remote, retroactive ... [43] Research on religion, spirituality ... [44] Prospective prediction of suicide ... [45] Religious service attendance ... [46] Association between religious service ... [47] A randomized trial of the ... [48] Intercessory prayer in ... [49] Private prayer associations ... [50] Effectiveness of prayer in ... [51] Mindfulness, spirituality, and ... [52] The effect of prayer on mental ...

## تاثیر افزودن مراقبت معنوی به درمان‌های معمول بر روند بهبودی بیماران بستری مبتلا به کووید-۱۹: کارآزمایی بالینی تصادفی

اکرم جهانگیر MSc

مدرس بازنشسته پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارتش، تهران، ایران

بتول موسوی MPH, MD

متخصص طب پیشگیری و پزشکی اجتماعی، گروه پیشگیری، مرکز تحقیقات مهندسی و علوم پزشکی جانبازان، تهران، ایران

مرضیه عسگری MSc

مرکز تحقیقات مهندسی و علوم پزشکی جانبازان، تهران، ایران

راحله مهدوی BSc

مرکز تحقیقات مهندسی و علوم پزشکی جانبازان، تهران، ایران

مژگان کربخش MD

استاد پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران

چکیده

**اهداف:** هدف این پژوهش افزودن مراقبت معنوی به درمان‌های معمول و تعیین اثر آن بر بهبودی بیماران کووید-۱۹ بستری بود.

**مواد و روش‌ها:** در یک کارآزمایی بالینی یک سوپه کور، ۶۴ بیمار بستری مبتلا به کووید-۱۹ به صورت تصادفی بلوک‌بندی شده و در دو گروه مداخله (مراقبت معنوی+درمان معمول) و مقایسه (درمان معمول) تخصیص شدند. مراقبت معنوی شامل خواندن سوره "حمد" و ذکر "یاالله" بود. از گروه مداخله خواسته شد سه بار در روز طی ۷ روز (مجموعاً ۲۱ بار) مراقبت معنوی را انجام دهند. اطلاعات ثبت شده از بیماران شامل ویژگی‌های جمعیت‌شناسی، نمره افسردگی/اضطراب بیمارستانی (با استفاده از Hospital Anxiety and Depression Scale - HADS)، مدت بستری، انتقال به آی سی یو، اینتوباسیون و فوت بودند.

**یافته‌ها:** در کل ۳۵ بیمار در گروه مقایسه و ۲۹ نفر در گروه مداخله، مطالعه را تکمیل کردند. تفاوت معنی‌داری بین مدت روزهای بستری بین گروه مداخله (۵/۸±۱/۷) و مقایسه (۶/۷±۱/۷) مشاهده نشد. میزان درخواست انتقال به آی سی یو به‌طور معنی‌داری در گروه مقایسه (۴۰٪، ۱۴ مورد) بیشتر از گروه مداخله (۳۴٪، ۱۰ مورد) بود ( $P < 0.001$ ). اینتوباسیون و فوت در گروه مداخله صفر و در مقایسه به ترتیب ۴۰٪ (۱۴ مورد) و ۴۵/۷٪ (۱۶ مورد) بود ( $P < 0.001$ ). تفاضل میانگین نمره اضطراب قبل/بعد مراقبت معنوی در گروه مداخله ۳/۱ (۳/۶) و مقایسه ۹/۹ (۲/۶) بود ( $P = 0.03$ ). تفاضل میانگین نمره افسردگی در گروه مداخله ۵/۵ (۲/۱) و مقایسه ۹/۹ (۱/۸) بود ( $P < 0.001$ ).

**نتیجه‌گیری:** مراقبت معنوی در کنار مراقبت‌های معمول پزشکی می‌تواند با کاهش مرگ/انتقال به آی سی یو/اینتوباسیون، بهبود اضطراب/افسردگی همراه شود و روند بهبودی بیماران بستری با Covid-19 را ارتقاء دهد.

**کلیدواژه‌ها:** معنویت، بهبودی، اضطراب، افسردگی، کووید-۱۹

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۸/۰۷

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۹/۱۰

\*نویسنده مسئول: mousavi.b@gmail.com

### مقدمه

سازمان بهداشت جهانی در ابتدای سال ۲۰۲۰ میلادی پس از افزایش موارد ابتلا و گسترش جهانی ویروس کرونا (SARS-CoV-2)، با انتشار بیانیه‌ای، کروناویروس جدید را ششمین عامل وضعیت اضطراری بهداشت عمومی در سرتاسر جهان اعلام نمود و آن را

تهدیدی برای تمام کشورها به شمار آورد و نام بیماری را COVID-19 انتخاب نمود<sup>[1]</sup>. بدین ترتیب برای جلوگیری از انتشار این بیماری نوپدید، همکاری در سطح ملی و جهانی بین دولت‌ها و عموم مردم را ضروری دانست<sup>[2]</sup>.

کروناویروس SARS Cov2 در دستگاه تنفسی فوقانی تکثیر شده و افراد آلوده مقادیر زیادی از ویروس را از این طریق به سایر افراد منتقل می‌کنند<sup>[3]</sup>. تقریباً ۸۰٪ مبتلایان، علایم خفیف و ۱۴٪ علایم متوسط و بقیه تظاهر شدید از خود نشان می‌دهند. در مرحله مقدماتی، بیماری می‌تواند با علایم غیراختصاصی مانند احساس کسالت، خستگی، بدن درد، تب و سرفه خشک همراه باشد. در ۵٪ موارد شدید بیماران دچار نارسایی تنفسی و شوک و طوفان سایتوکین می‌شوند<sup>[4]</sup>. میزان مرگ‌ومیر به دلیل Covid-19 در حدود ۴٪ گزارش شد<sup>[5]</sup>. در صورت بروز آسیب‌های ریوی ناشی از عفونت کروناویروس نیاز به تهویه مکانیکی بالا بوده و میزان مرگ‌ومیر در بیماران نیز افزایش می‌یابد. هرچند مطالعات، اثربخشی برخی داروها را تایید کرده‌اند ولی داروهای موجود نقش اختصاصی در کنترل و درمان ندارند و راهکار اصلی همچنان ارایه یا دریافت مراقبت‌های حمایتی مانند حفظ علایم حیاتی، تنظیم اکسیژن و فشار خون و کاهش عوارض ایجاد شده (مانند عفونت‌های ثانویه یا نارسایی ارگان‌های بدن) است. آنتی‌بیوتیک‌های تجویز شده در این بیماری تنها روی عفونت‌های باکتریایی موثر هستند و عملکردی روی ویروس‌ها ندارند. به‌منظور درمان و کنترل همه‌گیری بیماری و تعیین ایمنی و اثربخشی دارو هنوز راه زیادی در پیش است و انجام و ادامه کارآزمایی‌های بالینی ضروریست<sup>[6]</sup>.

به علاوه مطالعات وسیعی برای یافتن روش‌های درمانی جدید مقابله و کشف واکسن با این ویروس در دنیا در حال انجام است. به دلیل نبود درمان استاندارد، بهترین راه در شرایط حاضر رعایت اقدامات پیشگیرانه است. به‌منظور پیشگیری از انتشار ویروس و کاهش ابتلا، رعایت دستورالعمل‌ها و مراقبت‌های پیشنهادی سازمان بهداشتی توصیه شد<sup>[7]</sup>. با توجه به سرایت بالا و عوارض قابل توجه این بیماری و نبود درمان‌های قطعی، یافتن راهکارهای درمانی مناسب به‌منظور کاهش مرگ‌ومیر ناشی از بیماری ضروری به نظر می‌رسد<sup>[8,9]</sup>.

از منظر سازمان بهداشت جهانی روش‌های نوین ارتقای سلامت در کنار درمان‌های رایج بالینی کمک کننده‌اند. سازمان جهانی بهداشت در اواخر دهه هشتاد میلادی، افزودن جنبه‌های معنوی (spiritual) در تعریف سلامت و بیماری را ضروری دانست. بر این اساس سلامت معنوی (spiritual health) تعریف و به ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی سلامت اضافه شد و کشورها متعهد شدند نیازهای معنوی جوامع خود در سطح فردی، خانوادگی و اجتماعی را در قالب سیاست‌هایشان را با تمرکز بر رویکردهای اخلاقی و معنوی توسعه دهند<sup>[10]</sup>. با توجه به جهانی‌بودن دین/معنویت در زندگی و تاثیر آن بر رفتار و سلامت، پژوهش در این حوزه بسیار مهم و ارزشمند است. عواملی چون ارزیابی مجدد و تعریف فرد از

درمان‌های طب مکمل در نظام سلامت به‌منظور پیشگیری و درمان در سطوح ملی را براساس مدارک و شواهد پزشکی توصیه و تشویق کرده است [22]. با توجه به اهمیت و نقش بالقوه مراقبت معنوی به عنوان یک رویکرد مکمل در ارتقای سلامت، این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی مراقبت معنوی (Spiritual practice) بر روند بهبودی بیماران بستری مبتلا به کووید-۱۹ انجام شد.

## مواد و روش‌ها

در این کارآزمایی بالینی تصادفی شاهددار یک سوبه کور، تأثیر مراقبت معنوی بر روند درمان و بهبودی مبتلایان به کووید-۱۹ بستری در بیمارستان امام حسین در تیرماه ۱۳۹۹ ارزیابی شد. معیار ورود به مطالعه بستری شدن به دلیل بیمار کووید-۱۹ با آزمون PCR مثبت، درصد اشباع اکسیژن کمتر از ۹۳ و سن بالای ۱۸ سال بود. بیماران بستری در آی سی یو، مادران باردار، وجود اختلالات شناخته شده روان‌پزشکی و عدم امکان انجام تمرینات خودمراقبتی (به دلایلی مانند خواب آلودگی) از مطالعه خارج شدند. تمامی شرکت‌کنندگان در طرح قبل از ورود از نظر شاخص‌های ورود و خروج به مطالعه از نظر علایم حیاتی و پاراکلینیکی ارزیابی شدند. پروتکل درمانی معمول بیماران طبق دستور و نظر پزشکان معالج که مستقل از تیم پژوهش بودند ادامه داشت.

به دلیل نبودن مطالعه مشابه در مراقبت معنوی و کرونا از حجم نمونه حداقلی در مطالعات کارآزمایی بالینی استفاده شد. ۷۰ بیمار وارد مطالعه شدند و در هر گروه مداخله و مقایسه ۳۵ مورد تخصیص یافتند، با استفاده از شیوه تقسیم تصادفی بلوکی Blocked Randomization دو بلوک در نظر گرفته شد (بلوک تصادفی سن ۶۰ سال به بالا و بلوک تصادفی ۱۸ الی ۶۰ سال). این دو بلوک به دلیل نقش بالقوه‌ی سالمندی در پیامد بیماری کووید-۱۹ لحاظ شد. اطلاعات جمعیت‌شناسی، سابقه بیماری‌های زمینه‌ای/عوامل خطر و نمایه توده بدنی در ابتدای ورود به مطالعه ارزیابی شد. عوامل خطر مورد ارزیابی در مطالعه شامل پرفشاری خون، بیماری‌های قلبی عروقی، دیابت، بیماری‌های مزمن دستگاه تنفسی، نقص سیستم ایمنی، وجود بدخیمی یا شیمی‌درمانی و مصرف اخیر کورتون بود. متغیرهای مورد بررسی در این پژوهش برای مقایسه‌ی دو گروه شامل نمای تشخیصی در سی تی اسکن بدو بستری، نمره کسب شده از پرسش‌نامه افسردگی و اضطراب، مدت بستری در بخش، انتقال به آی سی یو، اینتوباسیون (تهویه مکانیکی) و فوت بیمار بود. علایم حیاتی در دو گروه در روز اول، سوم، پنجم و هفتم توسط پرستار ثبت شد.

ابتدا اهداف مطالعه برای بیماران واجد شرایط توضیح داده شد، پس از در اختیار قرار دادن اطلاعات کامل در مورد اهداف پژوهش رضایت آگاهانه از کلیه شرکت‌کنندگان به صورت رضایت کتبی اخذ شد. در این مطالعه درمان‌های پزشکی معمول بیمار، طبق دستور و نظر پزشک ادامه داشت و در آن وقفه‌ای ایجاد نشد، شرکت‌کنندگان حق داشتند که در صورت تمایل از مطالعه خارج شوند و از این بابت

معنویت، بخشش/تصفیه مذهبی و علاقه به دریافت حمایت مذهبی با پذیرش بهتر بیمار همراه است. باورهایی چون، ناشکری، احساس مجازات و اعتقاد به جبر با سازگاری ضعیف‌تر در فرد همراه است [11]. در طول دو دهه اخیر توجه ویژه‌ای به دین، مذهب و معنویت و تأثیر آن بر حفظ و ارتقای سلامت و به‌خصوص روند درمان شده است.

از آنجا که رفتار معنوی از باور دینی در فرد شکل می‌گیرد، پژوهشگران این حوزه، رفتار دینی- معنوی- مذهبی را در کنار هم قرار می‌دهند، چرا که تمایز بین آنها ساده نیست و سه واژه «دین»، «مذهب» و «معنویت» معادل هم در نظر گرفته می‌شوند [12]. هر چند نقش معنویت در ارتقای سلامت از نگاه پژوهشگران موافقین و مخالفین دارد [13، 14]، مطالعه بسیار جامعی به نقد تحقیقات تجربی درباره رابطه دین، معنویت و سلامتی پرداخته و تأثیر مثبت دعای پزشک بر بالین بیمار، دعا از راه دور برای بیماران بستری در آی سی یو و سی سی یو بر پذیرش بیماری و همچنین ارتقای سلامت جسمی و روانی را تأیید کرده است [12]. مراقبت معنوی دارای دو رویکرد است؛ اول، شفافبخشی از راه دور که توسط درمانگر برای بازگشت سلامت بیمار انجام می‌گیرد و اقدام درمانگر در حضور بیمار یا در غیاب وی انجام شود. دوم، مراقبت از خود شامل انجام مراقبت معنوی از سوی خود بیمار که روحیه مذهبی و شفا را در او ایجاد کند مثلاً خواندن ذکر یا آیات خاصی از قرآن [15]. قرآن کریم در آیات زیر به این موضوع اشاره کرده است: «و نُزِّلَ مِنَ الْقُرْآنِ مَا هُوَ شِفَاءٌ وَ رَحْمَةٌ لِّلْمُؤْمِنِينَ» «و ما آنچه را برای مومنان مایه درمان و رحمت است از قرآن نازل می‌کنیم» (سوره اسرا- آیه ۸۲) و «أَلَّا بِذِكْرِ اللَّهِ تَطْمَئِنُّ الْقُلُوبُ» «بدانید که یاد خدا آرام‌بخش دلهاست» (سوره رعد- آیه ۲۸). این دو آیه تأکیدی است بر اینکه ذکر خدا در دو بعد شفای جسمی و شفای روحی دارای اثر است. یاد خدا دلها را آرام، قلب‌ها را شفا و دردها را درمان می‌کند و فرد از نظر روانی احساس توان و نیروی بیشتری کرده تا از مشکلات و بلاها نهراسد.

بیماری ویروس کرونا اخیر به دلیل عدم وجود هرگونه درمان اثبات شده، جامعه پزشکی را در سراسر جهان به چالش کشیده است [16]. به دنبال همه‌گیری جهانی کووید-۱۹ توجه چشمگیری به استفاده از منابع درمانی مرتبط با طب مکمل برای حمایت از تحقیقات درمانی و مداخلات بالقوه در مدیریت علایم بیماری کووید-۱۹ (به ویژه در ابعاد مربوط به سلامت روان و عفونت‌های تنفسی ویروسی خفیف و همچنین تقویت سیستم ایمنی بدن و فعالیت ضدویروسی) به وجود آمده است [17]. هر چند اتفاق نظر در مورد روش‌های اثربخش مبتنی بر طب مکمل بر روند بهبودی کووید-۱۹ وجود ندارد اما رویکردهای مختلفی مانند آیورودا، طب سنتی چین و همیوپاتی، مراقبت معنوی و مذهبی با تکیه بر آموزه‌های دینی در برخی مطالعات مورد بررسی قرار گرفته‌اند [18-21]. در برزیل طی همه‌گیری کووید یک خط ویژه مراقبت معنوی (Spiritual Hotline) به صورت یک خط تلفن رایگان برای حمایت معنوی از بیماران طراحی و اجرا شد [21]. سازمان بهداشت جهانی شناسایی و استفاده از

خرده مقیاس افسردگی پرسش‌نامه HADS روی ارزیابی فقدان حالت خوشگامی متمرکز است. هر جزء آزمون روی یک مقیاس صفر تا سه (۳-۰) نمره‌گذاری می‌شود. بنابراین نمرات زیرمقیاس‌های افسردگی و اضطراب پرسش‌نامه HADS در دامنه صفر تا ۲۱ قرار می‌گیرد. برای هر دو زیرمقیاس، نمرات در دامنه صفر تا هفت عادی یا طبیعی، ۸ تا ۱۰ اختلال خفیف، ۱۱ تا ۱۴ اختلال متوسط و ۱۵ تا ۲۱ اختلال شدید در نظر گرفته می‌شود. این پرسش‌نامه به نحوی طراحی شده تا امکان مقایسه وضعیت سلامتی بین جمعیت بیماران و مقدار تغییرات حاصله از درمان را نشان دهد. مدت زمان لازم برای تکمیل این فرم حدود ۵ دقیقه است. به علاوه برای همسان‌سازی با نسخه انگلیسی آن، نسخه ترجمه شده به زبان فارسی تقریباً منطبق با فرهنگ ایرانی است، برای ارزیابی مورد استفاده قرار گرفت [28].

این پژوهش با شناسه اخلاق IR.ISAAR.REC.1399.001 مصوب شد. ابتدا آزمون بررسی نرمال بودن داده‌های کمی کولموگروف-اسمیرنوف انجام شد و برای تحلیل داده‌های متغیرهای با توزیع غیرنرمال از آزمون‌های نان‌پارامتریک استفاده شد. تحلیل داده‌ها و با استفاده از آزمون‌های آماری کای‌دو، آزمون تی مستقل، آزمون‌های ناپارامتری من‌ویتنی و آزمون دقیق فیشر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای تعیین عواملی که به طور مستقل با روند بهبودی بیماران مبتلا به کووید-۱۹ ارتباط دارند از تحلیل رگرسیون استفاده شد. اطلاعات و داده‌های تحقیق توسط SPSS 20 با سطح معناداری ( $P < 0.005$ ) تجزیه و تحلیل شد.

### یافته‌ها

از ۲۴ بیماری که واجد شرایط معیارهای ورود به مطالعه بودند ۴ بیمار تمایلی برای شرکت در پژوهش نداشتند (میزان مشارکت = ۹۴/۶٪). در کل ۳۵ مورد در مقایسه قرار گرفتند. در گروه مداخله از ۳۵ مورد ۲۹ بیمار وارد مطالعه شدند؛ ۶ بیمار کمتر از ۱۵ مرتبه مراقبت معنوی را انجام دادند از مطالعه خارج شدند (۱۷/۱٪). میانگین (انحراف معیار) سنی بیماران بستری در دو گروه مداخله و مقایسه به ترتیب برابر ۵۳/۵ (۱۷/۶) و ۵۶/۹ (۱۶/۴) سال بود، تفاوت معنی‌داری بین سن دو گروه وجود نداشت ( $P = 0/3$ ). میانه سطح تحصیلات در دو گروه مداخله و مقایسه به ترتیب ۸ و ۱۲ سال بود (بین صفر تا ۱۴ سال) تفاوت معنی‌داری بین دو گروه وجود نداشت ( $P = 0/3$ ). میانه مدت شروع علائم به هنگام مطالعه در هر دو گروه برابر ۴ روز بود ( $P = 0/4$ ). ویژگی‌های جمعیت‌شناسی و زمینه‌ای-بالینی به تفکیک دو گروه در جدول ۱ آمده و مقایسه شده است. اکثر بیماران در گروه مداخله ۷۹/۳٪ (۲۳ بیمار) و مقایسه ۸۵/۷٪ (۳۰ بیمار) متاهل بودند، وضعیت تاهل بین دو گروه نیز تفاوت معنی‌دار نداشت ( $P = 0/1$ ).

میانه دفعات انجام مراقبت معنوی ۱۹ بار بود، با میانگین ۱۸/۹ (انحراف معیار ۲/۱). ۱۲ بیمار (۴۱/۴٪) از گروه مداخله مراقبت معنوی را کامل انجام دادند (۲۱ مرتبه) و ۱۷ بیمار (۵۸/۶٪) نیز

اطمینان داده شد که در دریافت خدمات پزشکی مورد نیاز محدودیتی ایجاد نخواهد شد. مداخله در این پژوهش با انجام مراقبت معنوی به نیت شفا و بهبودی توسط بیمار انجام شد. بیماران برای خودشان دعا می‌کردند و از مداخله مطلع بودند لذا کورکردن (blinding) بیماران امکان‌پذیر به همین سبب با blinding پژوهشگر تحلیل‌کننده داده‌ها به صورت یک‌سویه کور در نظر گرفته شد.

با استفاده از آموزه‌های دینی و با استناد به آیه «و ما آنچه را برای مومنان مایه درمان و رحمت است از قرآن نازل می‌کنیم» (سوره اسرا- آیه ۸۲) مراقبت معنوی به بیماران گروه مداخله آموزش داده شد. بنا بر کارآزمایی‌های بالینی انجام‌شده قبلی از سوره حمد و ذکر "یا الله" (از اسما الهی) که در پژوهش‌های قبلی برای بهبودی بیماران استفاده شده انتخاب شد [23-27]. از بیماران خواسته شد در هر مراقبت معنوی ابتدا سه مرتبه سوره "حمد" و سپس ۶۶ مرتبه ذکر "یا الله" به نیت شفا و بهبودی برای خودشان بخوانند. از بیمار خواسته شد طی ۷ روز (از روز اول ورود به بیمارستان و بستری شدن در بخش با تشخیص کووید-۱۹)، مراقبت معنوی را انجام دهد. مدت مداخله یک هفته (از ابتدای بستری شدن بیمار در بیمارستان امام حسین در تیر ماه ۱۳۹۹) به صورت سه بار در روز و هر بار به مدت ۱۰ دقیقه زمان می‌برد که مجموعاً ۲۱ جلسه درمان را شامل شد. زمان‌های مراقبت معنوی همزمان با زمان مصرف داروهای بیمار (حدود هر ۸ ساعت یک‌بار) در نظر گرفته شد.

به شرکت‌کنندگانی که در گروه مداخله قرار گرفتند (۳۵ مورد) برگه ثبت انجام مراقبت معنوی داده شد و از آنان خواسته شد به هنگام انجام هر مراقبت معنوی روی برگه ثبت انجام مراقبت معنوی با تیک تایید کنند (بدین وسیله به یادآوری انجام مراقبت نیز پرداخته شد). یک پرستار نحوه ثبت داده‌های انجام مراقبت معنوی روزانه را در آغاز مطالعه به شرکت‌کنندگان آموزش داد. در طول دوره ۷ روزه مداخله در ابتدای هر روز برگه یادداشت انجام مراقبت معنوی توسط پرستار تیم تحقیق که به صورت ثابت مسئول این امر بوده علاوه بر یادآوری انجام مراقبه مشاهده و ثبت فرم چک می‌شد. در صورتی که بیماران از مجموع ۲۱ مرتبه مراقبت معنوی کمتر از ۱۵ بار را انجام داده بودند از مطالعه خارج شدند.

به‌منظور تعیین نشانه‌های افسردگی و اضطراب از پرسش‌نامه مقیاس اضطراب و افسردگی بیمارستانی (Hospital Anxiety and Depression Scale- HADS) استفاده شد. این پرسش‌نامه در ابتدای ورود بیمار مطالعه و پس از پایان مداخله (روز هفتم) تکمیل شد.

پرسش‌نامه HADS یک ابزار غربالگری برای ارزیابی اضطراب و افسردگی و برآورد شدت اختلال هیجان در بیماران بستری است. این پرسش‌نامه یک ابزار خودگزارشی ۱۴ آیتمی است که برای غربال کردن وجود شدت نشانه‌های افسردگی و اضطراب طی یک هفته گذشته در بیماران طراحی شده است. این ابزار یک زیرمقیاس افسردگی هفت جزئی و یک زیرمقیاس اضطرابی هفت قسمتی دارد.

داشت و برای تحلیل داده از تفاضل نمره اضطراب و افسردگی قبل و پس از مداخله در دو گروه استفاده شد (جدول ۴). همانطور که جدول ۴ نشان می‌دهند میانگین تغییر نمره دو خرده مقیاس اضطراب و افسردگی در گروه مداخله به طور معنی‌داری بیشتر از گروه مقایسه بود ( $P < 0/05$ ). در گروه مداخله، بیمارانی که مراقبت معنوی خود را کامل انجام داده بودند (۲۱ بار) به طور معنی‌داری میانگین نمره افسردگی‌شان کمتر از گروهی بود که مراقبت معنوی خود را کامل نتوانسته بودند انجام بدهند ( $P < 0/001$ ) اما در مدت بستری این دو گروه تفاوت معنی‌داری به دست نیامد.

برای تعیین عوامل موثر بر اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به کووید-۱۹، متغیرهای ابتدای مطالعه که بین دو گروه مقایسه و مداخله تفاوت معنی‌دار داشتند شامل تب، تعداد ضربان قلب، میزان اکسیژن خون و نمره افسردگی (قبل مداخله) وارد مدل رگرسیون خطی شدند و تاثیر آنها بر نمره اضطراب و افسردگی انتهای مطالعه سنجیده شد (جدول ۵). همانطور که در جدول آمده است مراقبت معنوی تاثیر معناداری بر نمره ی نهایی هر دو خرده مقیاس اضطراب و افسردگی داشت، به طوری که بیمارانی که مراقبت معنوی را انجام داده بودند، نمره اضطراب و افسردگی پایین‌تری در انتهای مطالعه کسب کرده بودند. به علاوه نمره افسردگی بالاتر در ابتدای مطالعه با نمره بالاتر اضطراب در انتهای مطالعه همراه بود.

حداقل یک بار انجام مراقبت معنوی را فراموش کرده بودند. برای بررسی نرمال بودن توزیع داده‌های کمی، آزمون کولموگوروف اسمیرنوف انجام شد و مشخص شد که برای متغیرهای نمایه توده بدنی ( $P < 0/001$ )، تعداد بیماری زمینه‌ای/عامل خطر ( $P < 0/001$ )، دمای بدن ( $P = 0/001$ )، ضربان قلب ( $P < 0/001$ )، میزان اشباع اکسیژن ( $P < 0/001$ )، فرض توزیع نرمال برقرار نبود. آزمون فرض نرمال برای متغیرهای سن، مدت بستری، اضطراب و افسردگی تابع توزیع نرمال بود. ( $P > 0/05$ ) نمای تشخیصی در سی تی اسکن و علائم بالینی در بیماران بستری با کووید-۱۹ به تفکیک دو گروه در ابتدای مطالعه در جدول ۲ با هم مقایسه شده است. در ابتدای مطالعه میانگین تعداد ضربان قلب در گروه مداخله به طور معنی‌داری بیشتر از گروه مقایسه و میانگین دمای بدن و نمره افسردگی در گروه مقایسه به طور معنی‌داری بیشتر از گروه مداخله بود (جدول ۲).

میان مدت بستری در گروه مداخله ۵ روز (بین ۳ الی ۱۰) و در گروه مقایسه ۶/۷ روز (بین ۳ الی ۱۵) بود. مقایسه مدت روزهای بستری، انتقال به آی سی یو، فوت بیمار، نمره اضطراب و افسردگی دو گروه مورد مطالعه در جداول ۳ و ۴ به نمایش در آمده است. در کل تعداد ۱۶ مورد با کاهش سطح هوشیاری به آی سی یو منتقل شدند و ۱۴ مورد نیز فوت کردند (جدول ۴). در انتهای مطالعه تعداد ۴۶ بیمار دارای سطح هوشیاری مناسب بودند و پرسش‌نامه HADS را پر کردند. نمره افسردگی در ابتدای مطالعه بین دو گروه تفاوت معنادار

جدول ۱) ویژگی‌های زمینه‌ای، جمعیت‌شناختی و بالینی در بیماران بستری با کووید-۱۹ به تفکیک دو گروه در ابتدای مطالعه

Pvalue	گروه مقایسه (مورد ۳۵)		گروه مداخله (مورد ۲۹)	
	درصد	تعداد	درصد	تعداد
	<b>جنس</b>			
				مرد
۰/۷*	۶۰	۲۱	۵۵/۲	۱۶
				زن
	۴۰	۱۴	۴۴/۸	۱۳
	<b>وضعیت اشتغال</b>			
				شاغل
۰/۸*	۸۰	۲۸	۸۲/۸	۲۴
				بیکار
	۲۰	۷	۱۷/۲	۵
	<b>وجود حداقل یک بیماری زمینه‌ای/ عامل خطر</b>			
				بلی
۰/۳*	۵۴/۳	۱۹	۴۱/۴	۱۲
				خیر
	۴۵/۷	۱۶	۵۸/۶	۱۷
	<b>نوع بیماری زمینه‌ای/عامل خطر</b>			
۰/۸*	۲۵/۷	۹	۲۷/۸	۸
				پر فشاری خون
۰/۸*	۲۵/۷	۹	۲۷/۸	۸
				بیماری قلبی عروقی
۰/۱**	۸/۵	۳	۳/۴	۱
				بیماری مزمن تنفسی
۰/۹*	۲۲/۸	۸	۲۴	۷
				دیابت
-	-	-	-	-
				نقص سیستم ایمنی
۰/۵**	۲/۸	۱	-	-
				بدخیمی/شیمی درمانی
۰/۴**	۲/۸	۱	-	-
				پیوند اعضا
۰/۳**	۵/۷	۲	-	-
				سایر (مصرف کورتون)
۰/۲+	۳/۹±۲۷/۷		۴/۹±۲۹/۱	
۰/۳++	۱۶/۴±۵۶/۹		۱۷/۶±۵۳/۵	
	<b>نمای توده بدنی BMI (میانگین±انحراف معیار)</b>			
	<b>سن ( میانگین±انحراف معیار)</b>			

\*chi-square test, \*\*fisher exact-test, +mann-whitney test, ++independent t-test

جدول ۲) نمای تشخیصی در سی‌تی‌اسکن، علایم حیاتی، امتیاز افسردگی و اضطراب در بیماران بستری با کووید-۱۹ به تفکیک دو گروه در ابتدای مطالعه

p-value	گروه مقایسه (۳۵ مورد)		گروه مداخله (۲۹ مورد)		متغیر
	میانگین	تعداد (درصد)	میانگین	تعداد (درصد)	
					نمای تشخیصی سی‌تی‌اسکن هنگام بستری
					Ground Glass
*.۰/۲	-	۲۱ (۶۰)	-	۱۸ (۶۲/۱)	
					Patchy Infiltration
	-	۱۰ (۲۸/۶)	-	۴ (۱۳/۸)	
					Consolidation
					۷ (۲۴/۱)
					علایم حیاتی هنگام بستری
					دمای بدن (°C)
** ۰/۰۱	۳۸/۱±۰/۷	-	۳۷/۶±۰/۷	-	
					تعداد تنفس در دقیقه
** ۰/۰۷	۱۵/۳±۲/۲	-	۱۵/۴±۲/۶	-	
					تعداد ضربان قلب در دقیقه
** ۰/۰۴	۹۰/۴±۹/۹	-	۹۴/۴±۱۰/۶	-	
					SPO2
** ۰/۰۹	۸۸/۴±۲/۸	-	۸۹/۸±۱/۷	-	
					پرسش‌نامه HADS
					اضطراب
+ ۰/۰۶	۷/۹±۴/۰	-	۸/۴±۴/۶	-	
					افسردگی
+ ۰/۰۳	۶/۷±۳/۷	-	۴/۹±۲/۸	-	

\*chi-square test, \*\*mann-whitney test, +independent t-test

جدول ۳) مقایسه مدت روزهای بستری و انتقال به آی‌سی‌یو بعد از انجام مداخله در دو گروه مورد مطالعه

p-value	گروه مقایسه (۳۵ مورد)	گروه مداخله (۲۹ مورد)	مراقبت معنوی (مورد)
	تعداد	تعداد	
			روزهای بستری میانگین (انحراف معیار)
*.۰/۲	(۱/۷) ۶/۷	(۱/۷) ۵/۸	
**/۰۰۰	۱۴	۱	درخواست انتقال به آی‌سی‌یو
** ۰/۰۴	۲	۰	انتقال به آی‌سی‌یو
** ۰/۰۰۰	۱۴	۰	این‌توبه شده
** ۰/۰۰۰	۱۶	۰	فوت

\* independent t-test, \*\*fisher exact-test

جدول ۴) مقایسه امتیاز اضطراب و افسردگی در دو گروه مورد مطالعه

p-value	گروه مقایسه (۳۵ مورد)				گروه مداخله (۲۹ مورد)								
	تفاضل قبل و بعد (۱۸)		بعد از مداخله (۱۸)		تفاضل قبل و بعد (۲۸)		بعد از مداخله (۲۸)						
	SD	میانگین	SD	میانگین	SD	میانگین	SD	میانگین					
** ۰/۰۳	۲/۶	۰/۹۴	۳/۶	۸/۵	۴/۰	۷/۹	۳/۶	۳/۱	۳/۲	۵/۱	۴/۶	۸/۴	اضطراب (HADS)
** ۰/۰۰۰	۱/۸	-۰/۸۹	۳/۳	۶/۱	۳/۷	۶/۷	۲/۱	۱/۵	۳/۰	۳/۴	۲/۸	۴/۹	افسردگی (HADS)

\*یک مورد در گروه مداخله و ۱۶ مورد در گروه مقایسه به دلیل کاهش سطح هوشیاری، انتقال به آی‌سی‌یو و یا فوت ارزیابی آخر مطالعه را انجام ندادند.

independent t-test

جدول ۵) عوامل مرتبط با اضطراب و افسردگی در بیماران بستری مبتلا به کووید-۱۹

Pvalue	ضرایب استاندارد شده بتا	متغیر وابسته	متغیر مستقل
۰/۰۳	-۰/۳۲	گروه مداخله	گروه مداخله
۰/۷۷	۰/۰۴	تب به سانتی‌گراد	تب به سانتی‌گراد
۰/۲۰	-۰/۱۹	تعداد ضربان قلب در دقیقه	تعداد ضربان قلب در دقیقه
۰/۸۴	-۰/۰۳	SPO2	SPO2
۰/۰۰۷	۰/۴۲	نمره افسردگی قبل از مداخله	نمره افسردگی قبل از مداخله
۰/۰۱	-۰/۳۸	گروه مداخله	گروه مداخله
۰/۶۷	-۰/۰۶	تب به سانتی‌گراد	تب به سانتی‌گراد
۰/۴۸	۰/۱۱	تعداد ضربان قلب در دقیقه	تعداد ضربان قلب در دقیقه
۰/۰۸	-۰/۲۷	SPO2	SPO2

\*به دلیل ضریب همبستگی بالای نمره افسردگی قبل و پس از مداخله (correlation=0.76) متغیر نمره افسردگی ابتدای مطالعه وارد مدل رگرسیون نشد

نشان داده‌اند [44-46]. برای بیماران افسردگی و اضطراب، مراقبت معنوی ممکن است به عنوان روش کمکی در کنار مراقبت‌های پزشکی استاندارد مفید باشد [47-51]. در این پژوهش مشخص شد که مراقبت معنوی مهم‌ترین عامل اثرگذار بر بهبود اضطراب و افسردگی در بیماران بستری مبتلا به کووید-۱۹ بود. دعا یک روش مناسب برای تسکین اضطراب و سازگاری با بیماری است. شناخت نقش باورهای مذهبی و اعتقادی در زندگی بیماران می‌تواند به پزشکان و پرستاران در ارتقای سلامت بیماران کمک کند [52]. مطالعات ضرورت تحقیقات بیشتر در این زمینه تاکید کرده‌اند [47,48]. از آنجا که پیامدهای کیفی انتقال به ICU، اینتوباسیون و مرگ فقط در یک گروه رخ داده بودند، انجام رگرسین لوژستیک نتایج مطلوبی در بر نداشت. به دلیل کم بودن حجم نمونه مطالعه قدرت کافی برای بررسی تأثیر همزمان این متغیرها را نداشت. توصیه می‌شود که در مطالعات بعدی با چنین رویکردی تأثیر مستقل عوامل سنجیده شوند. از این رو برای تعیین نقش دقیق‌تر مراقبت‌های معنوی در تسریع بهبودی بیماران توصیه به توسعه پژوهش در این حوزه را می‌نماییم.

### نتیجه‌گیری

میل به دعا و نیایش امری فطری است و یک نیاز اساسی در بشر است [29]. بسیاری به هنگام بیماری به خصوص در رخداد بیماری‌های تهدید کننده ی حیات دعا می‌خوانند [30]. با توجه به اهمیت و نقش بالقوه مراقبت معنوی به عنوان یک رویکرد مکمل در ارتقای سلامت، اثربخشی مراقبت معنوی بر روند بهبودی بیماران بستری مبتلا به کووید-۱۹ انجام شد. این مطالعه نشان داد که هر چند تفاوت معنی‌داری بین مدت روزهای بستری بین گروه مداخله و مقایسه وجود نداشت اما میزان درخواست انتقال به آی سی یو، اینتوباسیون و فوت به طور معنی‌داری در گروه مقایسه بیشتر از گروه مداخله بود. بیمارانی که مراقبت معنوی انجام داده بودند بهبود بیشتری در اضطراب و افسردگی تجربه کردند. یافته‌های پژوهش نشان داد که مراقبت معنوی موجب کاهش میزان فوت، انتقال به آی سی یو، نیاز به اینتوباسیون، اضطراب و افسردگی در بیماران بستری با تشخیص کووید-۱۹ شد. نتایج این تحقیق نشان داد که انجام مراقبت معنوی فرد را نسبت به کمک، لطف و حمایت خداوند امیدوار و سبب آرامش روانی و سلامت جسمانی وی می‌شود. با این وجود انجام تحقیقات بیشتر برای روشن‌تر شدن ابعاد مختلف توصیه می‌شود. انجام آزمایشات دوسوکور به دلیل این روش درمان دشوار است، محققان این نوع مطالعه باید استراتژی‌های دیگری را برای به حداقل رساندن خطر سوگیری در نظر بگیرند. یافته‌های این مطالعه می‌تواند به شکل‌گیری طرح مطالعات بالینی آینده کمک کند. صرف نظر از این پژوهشگران باید از یک روش دقیق گزارش‌دهی اطمینان حاصل کنند تا سوگیری بالقوه را در آزمایش‌های ارزیابی اثربخشی مراقبت معنوی برای درمان COVID-19 کاهش دهند.

این مطالعه نشان داد که انجام مراقبت معنوی با نیت شفا برای بهبودی از بیماری کووید-۱۹ توسط خود بیماران با ارتقای سلامت به خصوص کاهش اضطراب، افسردگی، انتقال به آی سی یو و میزان فوت همراه بود. میل به دعا و نیایش امری فطری است و مراقبت‌های معنوی به عنوان یک نیاز اساسی در بشر مطرح است [29]. بسیاری از افراد در زمان بیماری دعا می‌خوانند اما تأثیرات بالینی مراقبت‌های معنوی به‌خوبی درک نشده است [30]. در دهه‌های اخیر پژوهش‌های علمی وسیعی در زمینه تأثیر مراقبت معنوی بر روند سلامت و بهبودی انجام شده است [31]. نتایج حاصل از مطالعه‌ای مروری نشان داده مراقبت معنوی با استفاده از اذکار قرآنی تأثیرات مثبتی بر تقویت حافظه، سلامت روان، کاهش خشم/پرخاشگری، اضطراب و افسردگی، درمان اختلالات خواب، بهبود علائم حیاتی، کاهش درد، افزایش خوش‌بینی و امید به زندگی دارد [30,32]. جدای از نقش مراقبت معنوی بر سلامت، مشارکت در مراسم مذهبی و توجه متعالی و رشد سبب شکوفایی انسان در زندگی شده و بر اینجا و اکنون نیز تأثیر می‌گذارد [33].

در مطالعه ما نیاز به آی سی یو و اینتوبه شدن در گروه مداخله به طور معنی‌داری کمتر از گروه کنترل بود. هرچند مدت بستری در بیمارستان در گروه مداخله یک روز کمتر از گروه کنترل بود اما این تفاوت معنی‌دار نبود. هیچ یک از افرادی که در گروه مداخله قرار گرفته بودند فوت نکردند. تکرار مطالعه در حجم نمونه‌های بالاتر می‌تواند این تفاوت‌ها با دقت بیشتری تایید و نشان دهد. مطالعات طولی نشان می‌دهد که حداقل هفتگی شرکت در مراسم مذهبی با کاهش ۲۵٪ تا ۳۵٪ مرگ‌ومیر طی ۱۰ تا ۱۵ سال همراه است [34]. مطالعه رومان و همکاران، از مراقبت معنوی به عنوان تأمین یک سطح ایمنی قوی در مقابل بیماری کووید یاد می‌کند [19]. در مطالعه‌ای نیاز به آنتی‌بیوتیک، دیورتیک، تجهیزات ونتیلاسیون و تهویه مصنوعی به مقدار و مدت کمتر گزارش شد [38]. مطالعات مشابه یافته‌های متفاوتی از تأثیر مثبت تا نداشتن تأثیر را در خصوص میزان بهبودی نشان داده‌اند [38-42]. هنگام دعا و نیایش ترشح هورمون‌های کورتیزول، اپی‌نفرین و هورمون‌هایی که در غده آدرنال در واکنش به نور اپی‌نفرین (هورمون استرس) متوقف شده و سیستم دفاعی بدن فرد تقویت می‌گردد [43]. محدودیت مطالعه مشکل اصلی این مطالعه نسبتاً اندازه نمونه کوچک است. یک نمونه بزرگتر ممکن است قادر باشد تفاوت‌های بیشتری پیدا کند. توصیه می‌شود در مطالعات آتی علاوه بر موارد فوق مدت و میزان نیاز به استفاده از اکسیژن با کانولا/ ماسک reverse bag، نیاز به bipap و سایر درمان‌ها برای مقایسه مد نظر گرفته شود. در گروه مداخله این مطالعه پس انجام مراقبت معنوی میزان اضطراب و افسردگی به طور معنی‌داری کمتر از گروه کنترل شد. انجام مراقبت معنوی روزانه موجب بهبود کیفیت زندگی و وضعیت سلامت روان می‌شود. مطالعات مشابه بهبود قابل توجه در افسردگی و اضطراب و در شرکت‌کنندگان مداخله مراقبت معنوی نسبت به گروه کنترل را

18. Nandan A, Tiwari S, Sharma V. Exploring alternative medicine options for the prevention or treatment of coronavirus disease 2019 (COVID-19)-A systematic scoping review. medRxiv. 2020 Jan 1.

19. Roman NV, Mthembu TG, Hoosen M. Spiritual care-'A deeper immunity'-A response to Covid-19 pandemic. African Journal of Primary Health Care & Family Medicine. 2020;12(1).

20. Del Castillo FA, Biana HT, Joaquin JJ. ChurchInAction: the role of religious interventions in times of COVID-19. Journal of Public Health. 2020 Aug 18;42(3):633-4.

21. Ribeiro MR, Damiano RF, Marujo R, Nasri F, Lucchetti G. The role of spirituality in the COVID-19 pandemic: a spiritual hotline project. Journal of Public Health. 2020 Dec;42(4):855-6

22- World health organization. WHO global report on traditional and complementary medicine 2019 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2019 [Cited Y M D]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/312342>.

23- Forouhari S, Honarvaran R, Masumi R, Robati M, Hashemzadeh I, Setayesh Y. Investigating the auditory effects of Holy Quranic voice on labor pain. J Quran Med. 2009;1(2):18-22. [Persian]

24- Jahangir A, Maftoon F. Interpretation of verse 82 of Surah Isra regarding prayer and healing. Interdiscip Quranic Stud. 2008;1(1):39-42. [Persian]

25- Maftoon F, Jahangir A, Sedighi J, Karbakhsh Davari M, Farzadi F, Khodaei S. Prayer therapy (recitation of Surah Al-Fatihah Al-Kitab and Surah Al-Tawhid) and quality of life in patients with multiple sclerosis (MS). Interdiscip Quranic Stud. 2008;1(1):35-8. [Persian]

26- Etefagh L, Azma K, Jahangir A. Prayer therapy: application of verses of Fatiha al-Kitab and chapters of Tawhid and Qadr in patients with carpal tunnel syndrome. Interdiscip Quranic Stud. 2009;1(2):27-31. [Persian]

27- Farzin Ara F, Zare M, Mousavi Garmaroudi SM, Behnam Vashani HR, Talebi S. comparative study of the effect of Allah's recitation and rhythmic breathing on postoperative pain in orthopedic patients. J Anesthesiol Pain. 2018;9(1):68-78. [Persian]

28- Montazeri A, Vahdaninia M, Ebrahimi M, Jarvandi S. The hospital anxiety and depression scale (HADS): Translation and valid study of the Iranian version. Health Qual Life Outcomes. 2003;1:14.

29- Abedi H, Asgari M, Kazemi Z, Saffari F, Nasiri M. Religious Care Patients and the barriers. J Teb Tazkieh. 2005;4(53):23-16. [Persian]

30- Matthews DA, Marlowe SM, Macnutt FS. Effects of intercessory prayer on patients with rheumatoid arthritis. South Med J. 2000;93(12):1177-86.

31- Rafiei GR. The role of prayer on physical and mental health. Qom Univ Med Sci J. 2011;5:66-73. [Persian]

32- Mohsenzadeh Ledari F, Hoseini Tabaghdehi M. Effect of Quran on the treatment of diseases: Literature review. Islam Health J. 2016;3(1):22-8. [Persian]

33- Vanderweele TJ. Religious communities and human flourishing. Curr Dir Psychol Sci. 2017;26(5):476-81.

34- Chida Y, Steptoe A, Powell LH. Religiosity/spirituality and mortality: A systematic quantitative review. Psychother Psychosom. 2009;78(2):81-90.

35. Hayward RD, Elliott M. Cross-national analysis of the influence of cultural norms and government restrictions on the relationship between religion and well-being. Rev Relig Res. 2014;56:23-43.

**تشکر و قدردانی:** نویسندگان از همکاری صمیمانه کارکنان و پرستاران بخش کووید-۱۹ بیمارستان امام حسین، همچنین از خانمها شیرین عبدالکریمی، مریم بخشایش و زهره گنج‌پرور در جمع‌آوری داده‌ها کمال تشکر و قدردانی را دارند.

## منابع

1- Sohrabi C, Alsafi Z, O'Neill N, Khan M, Kerwan A, Al-Jabir A, et al. World health organization declares global emergency: A review of the 2019 novel coronavirus (COVID-19). Int J Surg. 2020;76:71-6.

2- Gorbalenya AE, Baker SC, Baric RS, De Groot RJ, Drosten C, Gulyaeva AA, et al. Severe acute respiratory syndrome-related Coronavirus-the species and its viruses, a statement of the Coronavirus study group. Biorxiv. 2020 Feb:1-15.

3- Heymann DL, Shindo N. COVID-19: What is next for public health. Lancet. 2020;395(10224):542-5.

4. Zu ZY, Jiang MD, Xu PP, Chen W, Ni QQ, Lu GM, et al. Coronavirus disease 2019 (COVID-19): A perspective from China. Radiology 2020;296(2):15-25.

5- Sun P, Qie S, Liu Z, Ren J, Li K, Xi J. Clinical characteristics of hospitalized patients with SARS-CoV-2 infection: A single arm meta-analysis. J Med Virol. 2020;92(6):612-7.

6- Joost Wiersinga W, Rhodes A, Cheng AC, Peacock SJ, Prescott HC. Pathophysiology, Transmission, Diagnosis, and Treatment of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) A Review. JAMA. 2020;324(8):782-93.

7- Wu YC, Chen CS, Chan YJ. Overview of the 2019 novel Coronavirus (2019-Ncov): The pathogen of severe specific contagious pneumonia (SSCP). J Chin Med Assoc. 2020;83(3):1

8- Rosa SGV, Santos WC. Clinical trials on drug repositioning for COVID-19 treatment. Rev Panam Salud Publica. 2020;44:40.

9- Tavakoli A, Vahdat K, Keshavarz M. Novel Coronavirus disease 2019 (COVID-19): An emerging infectious disease in the 21st century. Iran South Med J. 2020;22(6):432-50. [Persian]

10- United nations. Report of the world summit for social development: Copenhagen, 6-12 March 1995 [Report]. New York: United Nations; 1996. Report NO.:96IV8.

11- Pargament KI, Koenig HG, Perez LM. The many methods of religious coping: Development and initial validation of the RCOPE. J Clin Psychol. 2000;56(4):519-43.

12- Koenig HG. Religion, spirituality, and health: The research and clinical implications. Psychiatry. 2012;2012:278730.

13- Bormann JE, Gifford AL, Shively M, Smith TL, Redwine L, Kelly A, et al. Effects of spiritual mantram repetition on HIV outcomes: A randomized controlled trial. J Behav Med. 2006;29(4):359-76.

14- Liao L. Spiritual care in medicine. JAMA. 2017;318(24):2495-6.

15- Syed IB. Spiritual medicine in the history of Islamic medicine. J Int Soc Hist Islam Med. 2003;2(4):45-9.

16- Ganguly S, Bakhshi S. Traditional and complementary medicine during COVID-19 pandemic. Phytother Res. 2020;34(12):3083-4.

17- Portella CFS, Ghelman R, Abdala CVM, Schweitzer MC. Evidence map on the contributions of traditional, complementary and integrative medicines for health care in times of COVID-19. Integr Med Res. 2020;9(3):100473

- 44- Kleinman EM, Liu RT. Prospective prediction of suicide in a nationally representative sample: Religious service attendance as a protective factor. *Br J Psychiatry*. 2014;204:262-6.
- 45- Li S, Okereke OI, Chang SC, Kawachi I, Vanderweele TJ. Religious service attendance and lower depression among women: A prospective cohort study. *Ann Behav Med*. 2016;50(6):876-84.
- 46- Vanderweele TJ, Li S, Tsai A, Kawachi I. Association between religious service attendance and lower suicide rates among US women. *JAMA Psychiatry*. 2016;73(8):845-51.
- 47- Boelens PA, Reeves RR, Replogle WH, Koenig HG. A randomized trial of the effect of prayer on depression and anxiety. *Int J Psychiatry Med*. 2009;39(4):377-92.
- 48- Tloczynski J, Fritsch S. Intercessory prayer in psychological well-being: Using a multiple-baseline, across-subjects design. *Psychol Rep*. 2002;91(3 Pt 1):731-41.
- 49- Anderson JW, Nunnolley PA. Private prayer associations with depression, anxiety and other health conditions: An analytical review of clinical studies. *Postgrad Med*. 2016;128(7):635-41.
- 50- Carvalho CC, De Cassia Lopes Chaves E, Iunes DH, Simao TP, Da Silva Marciano Grasselli C, Braga CG. Effectiveness of prayer in reducing anxiety in cancer patients. *Rev Esc Enferm USP*. 2014;48(4):683-9.
- 51- Carmody J, Reed G, Kristeller J, Merriam P. Mindfulness, spirituality, and health-related symptoms. *J Psychosom Res*. 2008;64(4):393-403.
- 52- Sharif Nia SH, Hojjati H, Nazari R, Qorbani M, Akhoondzade G. The effect of prayer on mental health of hemodialysis patients. *Iran J Crit Care Nurs*. 2012;5(1):29-34. [Persian]
- 36- Li S, Stamfer MJ, Williams DR, Vanderweele TJ. Association between religious service attendance and mortality among women. *JAMA Intern Med*. 2016;176(6):777-85.
- 37- Vanderweele TJ, Yu J, Cozier YC, Wise L, Argentieri MA, Rosenberg L, et al. Religious service attendance, prayer, religious coping, and religious-spiritual identity as predictors of all-cause mortality in the black women's health study. *Am J Epidemiol*. 2017;185(7):515-22.
- 38- Byrd RC. Positive therapeutic effects of intercessory prayer in a coronary care unit population. *South Med J*. 1988;81(7):826-9.
- 39- Benson H, Dusek JA, Sherwood JB, Lam P, Bethea CF, Carpenter W, et al. Study of the therapeutic effects of intercessory prayer (STEP) in cardiac bypass patients: A multicenter randomised trial of uncertainty and certainty of receiving intercessory prayer. *Am Heart J*. 2006;151(4):934-42.
- 40- Masters KS, Spielmans GI, Goodson JT. Are there demonstrable effects of distant intercessory prayer? a meta-analytic review. *Ann Behav Med*. 2006;32(1):21-6.
- 41- 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.
- 42- Leibovici L. Effects of remote, retroactive intercessory prayer on outcomes in patients with bloodstream infection: Randomized controlled trial. *BMJ*. 2001;323(7327):1450-1.
- 43- Koenig HG. Research on religion, spirituality, and mental health: A review. *Can J Psychiatry*. 2009;54(5):283-91.