

Examining the Effect of Spiritual Health on Hope and Coping Strategies among Patients with Multiple Sclerosis (Ms)

Mahboobeh Asgari¹, Mohadeseh Norouzi², Hamed Radmehr³, Hossein Mohammadi^{4*}

1- Department of Clinical Psychology, Azad University of Marvdasht, Marvdasht, Iran.

2- Department of Clinical Psychology, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran.

3- Faculty of Medicine, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

4- Students Research Committee, Center for the Study of Religion and Health, Department and Faculty of Medical School, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

*Correspondence should be addressed to Mr. Hossein Mohammadi; Email: Mohamadi.h@tak.iuums.ac.ir

Article Info

Received: Dec 31, 2016

Received in revised form:

Feb 6, 2017

Accepted: Apr 18, 2017

Available Online: Apr 22, 2017

Keywords:

Coping strategies

Hope

Spiritual health

Abstract

Background and Objective: Spiritual dimension plays an essential role in human health, thus attracting great interest in teaching spirituality. Spiritual health has a positive impact on the health, longevity and recovery from physical illnesses. Given that, the aim of this study was to evaluate the effect of mental health education on hope as well as coping strategies of patients with Multiple Sclerosis.

Method: This study was a clinical trial whose population were members of the 'community support for MS patients' in Tehran. After calculating the sample size, sampling was conducted in two stages: first, 100 members of the community in support of the MS patients were selected. Second, 30 of them were randomly assigned to two groups, namely experimental (n = 15) and control (n = 15) groups. Spiritual health group teaching for 8 sessions of 90 minutes was held by a trained clinical psychologist. Privacy as a fundamental principle in the treatment of patients was also considered by keeping the personal information confidential. Data collection tools included Miller Hope Scale (MHS) and Lazarus and Folkman's Coping Strategies Questionnaire (CSQ). Pre-test and post-test results were analyzed using covariance. In this study, all the ethical issues were considered; moreover, the authors declare no conflict of interest.

Results: The results demonstrated that the teaching made a significant difference between the experimental and control group. After controlling for pre-test scores, a significant difference between the mean scores of hope ($p = < .000$) and coping strategies (emotion-focused and problem-focused) was found between the groups on post-test ($p = < .000$).

Conclusion: According to the findings, Spiritual health education can raise hope and foster effective coping strategies (problem-focused) in people who suffer from MS.

Please cite this article as: Asgari E, Norouzi M, Radmehr H, Mohammadi H. Examining the Effect of Spiritual Health on Hope and Coping Strategies among Patients with Multiple Sclerosis (Ms). *J Res Relig Health*. 2017; 3(3): 5- 17.

Summary

Background and Objectives: Multiple sclerosis (MS) is a chronic inflammatory autoimmune disease which demyelinates central nervous system (1). MS is one of the most common neurological diseases affecting 5.2 million people around the world, which can cause

problems in almost all areas of life (2,3). People with the experience of MS have high levels of psychological distress in comparison with healthy people (3). However, there are remarkable consistent variables among patients with MS; identifying these protective factors such as hope can play an important role in addressing the related challenges, objectives, neutralizing the adverse impacts of this disease (4). In addition, unpredictability and variability of MS make

its acceptance and adaptation difficult and in most cases patients' inefficient use of coping strategies is observed (5). The spiritual health education can increase hope and improve healthy behaviors, affecting coping spiritual strategies.

Method: This study was a clinical trial and members of the 'community support for MS patients' in Tehran formed its population. After calculating the sample size, sampling was conducted in two stages: first, 100 members of the community were selected. Second, 30 of them were randomly assigned to two groups, namely experimental ($n = 15$) and control ($n = 15$) groups. Spiritual health group teaching for 8 sessions of 90 minutes was held by a trained clinical psychologist.

The data collection instruments in this study include:

A) Miller Hope Scale (MHS):

This questionnaire has 48 questions scored on Likert scale from strongly disagree (score 1) to strongly agree (score 5). Asadi et al conducted a study in Iran, the results confirmed that the validity of this questionnaire was optimal and desirable; besides, the reliability of the Cronbach's alpha was 0.81 (6).

B) Coping Strategies Questionnaire (CSQ):

This questionnaire has 66 questions and 8 subscales including: the direct confrontation, refrain or distancing, self-control, seeking social support, responsibility, escape-avoidance, problem solving, planning, and positive reappraisal.

The eight subscales are summarized in the form of two subscales, emotion-focused strategies and problem-oriented approach (7). In a review of internal consistency using Cronbach's alpha, the reliability of this questionnaire for a sample of 763 high school students in Tehran was estimated to be 0.80 (8).

Results: The data in Table 1 (descriptive data) suggests that spiritual health education leads to fostering the hope of spiritual health and enhancing problem-focused coping and emotion-focused strategies as well as reducing coping strategies. Data obtained using analysis of covariance showed that the adjusted mean scores of the participants in terms of group membership of hope "test-and-control" at posttest had no significant difference ($P < 0.05$).

Thus, according to the modified averages, it can be concluded that the null hypothesis is rejected and spiritual health training in the experimental group compared to the control group of patients with MS had a greater impact on hope. The impact of the "practical significance" was 0.35.

The results of this study revealed significant differences between the experimental and control groups after the test in varying coping strategies. A significant level was achieved for both scales (0.025). As a result, according to the average of the results, one could say with 95% confidence that emotion-focused and problem-focused components of the experimental group compared to the control group had improved.

Conclusion: The aim of this study was to evaluate the effect of spiritual health education on hope and coping strategies among patients with Multiple Sclerosis. The findings of this study showed that spiritual health

education can raise hope and foster effective coping strategies (problem-focused) in people who suffer from MS. The findings also suggested that mental health training can bring about multiple functions, such as maintaining self-esteem, a sense of emotional comfort, hope and meaning and purpose in life (9). Various indicators, such as spirituality, prayer, communion with God, finding meaning and hope are related to well-being, life satisfaction, happiness and low psychological turmoil (10-12). Spirituality also with a sense of hope and meaning about what is happening in the lives of people with chronic diseases can have positive effects on their adaptation (13). In fact, spiritual health education with an emphasis on self-awareness, relationship with God, altruism, forgiveness and hope, and gratitude can increase problem-focused coping strategies, making them both effective and useful.

References

1. Goldenberg MM. Multiple sclerosis review. *Pharmacy and Therapeutics*. 2012;37(3):175.
2. Renoux C, Vukusic S, Mikaeloff Y, Edan G, Clanet M, Dubois B, et al. Natural history of multiple sclerosis with childhood onset. *New England Journal of Medicine*;2013
3. Kern S, Schrempf W, Schneider H, Schultheiss T, Reichmann H, Ziemssen T. Neurological disability, psychological distress, and health-related quality of life in MS patients within the first three years after diagnosis. *Multiple sclerosis*. 2009;15(6):752-8.
4. Gum A, Snyder CR. Coping with terminal illness: The role of hopeful thinking. *Journal of palliative medicine*. 2002;5(6):883-94.
5. Pakenham KI, Stewart CA, Rogers A. The role of coping in adjustment to multiple sclerosis-related adaptive demands. *Psychology, Health & Medicine*. 1997;2(3):197-211.
6. Abdi N, Lari MA. Standardization of Three Hope Scales, as Possible Measures at the End of Life, in Iranian Population. *Iranian Journal of Cancer Prevention*. 2011;4(2):71-7.(Full Text in Persian)
7. Vaillant G, Templeton J, Ardel M, Meyer SE. The natural history of male mental health: Health and religious involvement. *Social Science & Medicine*;2001.
8. Agha-yousefi A, Choubsaz F, Shaghghi F, Motiei G. The effect of coping techniques training on coping strategies of infertile women in Kermanshah. *Journal of Kermanshah University of Medical Sciences (J Kermanshah Univ Med Sci)*. 2012;16(2):155-64.(Full Text in Persian)
9. Piazza D, Holcombe J, Foote A, Paul P, Love S, Daffin P. Hope, social support and self-esteem of

patients with spinal cord injuries. Journal of Neuroscience Nursing. 1991;23(4):224-30.

10. Arzouman JM, Dudas S, Ferrans CE, Holm K, editors. Quality of life of patients with sarcoma postchemotherapy;1991.

11. Levin JS, Taylor RJ. Panel analyses of religious involvement and well-being in African Americans: Contemporaneous vs. longitudinal effects. Journal for the Scientific Study of Religion. 1998:695-709.

12. Poloma MM, Pendleton BF. Religious domains and general well-being. Social Indicators Research. 1990;22(3):255-76.

13. Hall BA. Patterns of spirituality in persons with advanced HIV disease. Research in Nursing & Health. 1998;21(2):143-53. Welfare Quarterly. 2011;10(39):85-121.(Full Text in Persian)

4. Ganji M. Halali Sotodeh, M. The Relation between the Type of Religiosity and Social Capital (the Oretical and Empritical Approach among the Police of Kashan City). Journal of Applied Sociology.2011;22(2):95-120.(Full Text in Persian)

5. Veismoradi A, Akbari P, Rostami R. A study on the effect of social capital on learning organization: A case study of Jihad Agriculture Organization of Kermanshah, Iran. Management Science Letters. 2012;2:2909-16.

6. Saadat R. The estimation of level and distribution of social capital in Iran's provinces. 2007;23(6):173-95. (Full Text in Persian)

7. Asadi A, Rezakhani Moghaddam H, Habibi A, Moazedi K, Hamidzadeh Y, Savadpour M. An Investigation of Social Capital and its Relationship with Religious Attitudes among the Students of Ardabil University of Medical Sciences. Journal of Ardabil University of Medical Sciences. 2016;15(4):451-61.

8. Aliakbari Dehkordi M, Peymanfar E, Mohtashami T, Borjali A. The comparison of different levels of religious attitude on sense of meaning, loneliness and happiness in life of elderly persons under cover of social wlfare organisation of urmia city. Iranian Journal of Ageing. 2015;9(4):297-305.(Full Text in Persian)

9. Rejali M, Mostaejeran M. Religious attitudes of freshmen at school of health, Isfahan University of Medical Sciences, Iran. 2012;8(3):314-19. (Full Text in Persian)

10. Rezakhani Moghaddam H, Habibi A, Fezollahi E, Mohammadi A, Pourhamzeh S, Kamran A. An Investigation of Mental Health and Its Relationship with Social Capital among the Students of Islamic Azad University-Khalkhal. Archives of Hygiene Sciences. 2015;3(4):204-15.

11. Shabani A, Nakhli S-R, Sheykhan M. The Effect of Social Capital on Human Development. The Journal of Planning and Budgeting. 2013;18(2):127-61.

12. Safiri K, Sadafi Z. meta-analysis of studies and research gender and social capital. 2012;23(3):37-74.

13. Moradian Sorkhkolae M, Esmaeili Shahmirzadi S, Sadeghi R, Nikooseresht Z, Fard F. The relationship between quality of life and social capital among health workers in medical and health network of Rey city in 2012. Razi Journal of Medical Sciences. 2013;20(114):69-77.(Full Text in Persian)

دراسة مدى تأثير تعليم الصحة المعنوية، على الأمل واستراتيجيات المواجهة في المرضى الذين يعانون من التصلب اللويحي

محبوبه عسكري^١، محدثه نوروزي^٢، حامد راد مهر^٣، حسين محمدی^{٤*}

١- كلية العلوم التربوية وعلم النفس، جامعة مرو دشت الأهلية، مرو دشت، إيران.

٢- قسم علم النفس السريري، كلية الطب، جامعة كاشان للعلوم الطبية، كاشان، إيران.

٣- كلية الطب، جامعة الشهيد بهشتي للعلوم الطبية، طهران، إيران.

٤- اللجنة التحقيقية للطلاب، مركز الدراسات للدين والصحة، قسم علم النفس السريري، كلية الطب، جامعة الشهيد بهشتي للعلوم الطبية، طهران، إيران.

* المراسلات موجهة إلى السيد حسين محمدی؛ البريد الإلكتروني: Mohamadi.h@tak.iuums.ac.ir

الملخص

خلفية البحث وأهدافه: تعتبر معرفة الابعاد المعنوية، عنصراً رئيسياً لصحة الإنسان والتي تؤدي الى ازدياد الرغبة لتعليم الامور المعنوية. ان للصحة المعنوية اثر ايجابي على الصحة وطول العمر والتحسين من الامراض الجسمية. ولهذا فإن الغرض من هذا البحث، دراسة مدى تأثير التعليم الجماعي للصحة المعنوية على الامل واستراتيجيات المواجهة لدى المصابين بالتصلب اللويحي.

منهجية البحث: تمت الدراسة من نوع تجربة سريرية متاحة. وقد تم اختيار المجتمع الاحصائي لهذه الدراسة، أعضاء "جمعية دعم مرضى التصلب اللويحي" في طهران، وبعد حساب حجم العينة، تم أخذ العينات في مرحلتين: ففي بداية المطاف: تم اختيار ١٠٠ شخص من أعضاء جمعية دعم مرضى التصلب اللويحي ثم ٣٠ شخصاً من بينهم بصورة عشوائية ومن بعد ذلك تم تقسيمهم إلى مجموعتي الاختبار (١٥) والمراقبة (١٥). وقد عقد اخصائي علم النفس السريري دورة تعليم الصحة المعنوية بصورة جماعية وفي ثماني جلسات كل جلسة تستغرق ٩٠ دقيقة. تضمنت أدوات جمع البيانات، استبيان ميلر للأمل (MHS) واستبيان استراتيجيات لازاروس و فولكمان للمواجهة (CSQ). تم تحليل الاختبار القبلي والاختبار البعدي باستخدام تحليل التباين المشترك.

المكشوفات: اظهرت المكشوفات ان ثماني جلسات تعليمية للصحة المعنوية في مجموعة الاختبار نسبة الى مجموعة المراقبة ادت الى التغيير في درجات متغيرات الأمل (٠/٣٥) واستراتيجيات المواجهة التي متمحورة حول المسألة (٠/٤٠) والعاطفة (٠/٢٥)

النتيجة: تبين النتائج انه يمكن ازدياد مستوى الأمل وتعزيز استراتيجيات المواجهة الفعالة (المتحمرة على المسئلة) عن طريق تعليم الصحة المعنوية.

معلومات المادة

الوصول: Dec ٣١، ٢٠١٦

وصول النص النهائي: Feb ٠٦، ٢٠١٧

القبول: Apr ١٨، ٢٠١٧

النشر الإلكتروني: Apr ٢٢، ٢٠١٧

الألفاظ الرئيسية:

الأمل

استراتيجيات المواجهة

الصحة المعنوية

يتم استناد المقالة على الترتيب التالي:

Asgari E, Norouzi M, Radmehr H, Mohammadi H. Examining the Effect of Spiritual Health on Hope and Coping Strategies among Patients with Multiple Sclerosis (Ms). J Res Relig Health. 2017; 3(3): 5- 17.

بررسی اثربخشی آموزش سلامت معنوی بر امیدواری و راهبردهای مقابله‌ی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (ام.اس.)

محبوبه عسکری^۱، محدثه نوروزی^۲، حامد رادمهر^۳، حسین محمدی^{۴*}

۱- دانشکده‌ی علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی مرودشت، مرودشت، ایران.

۲- گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران.

۳- دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

۴- کمیته‌ی پژوهشی دانشجویان، مرکز مطالعات دین و سلامت، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

مکاتبات خطاب به آقای حسین محمدی؛ پست الکترونیک: Mohamadi.h@tak.iums.ac.ir

اطلاعات مقاله

دریافت: ۱۱ دی ۹۵

دریافت متن نهایی: ۱۸ اسفند ۹۵

پذیرش: ۲۹ فروردین ۹۶

نشر الکترونیکی: ۲ اردیبهشت ۹۶

واژگان کلیدی:

امیدواری

راهبردهای مقابله‌ی

سلامت معنوی

چکیده

سابقه و هدف: شناخت ابعاد معنوی، جزء حیاتی سلامت انسان است که به افزایش علاقه به آموزش معنویت منجر می‌شود. سلامت معنوی تأثیر مثبتی روی سلامتی، طول عمر و بهبودی از بیماری جسمانی دارد. از این‌رو، هدف این پژوهش بررسی اثربخشی آموزش سلامت معنوی گروهی بر امیدواری و راهبردهای مقابله‌ی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (ام.اس.) است.

روش کار: این پژوهش از نوع کارآزمایی بالینی است که جامعه‌ی آماری آن را اعضای «جامعه‌ی حمایت از بیماران ام.اس.» شهر تهران تشکیل می‌دهند. پس از محاسبه‌ی حجم نمونه، نمونه‌گیری در دو مرحله انجام شد؛ ابتدا ۱۰۰ نفر از اعضای جامعه‌ی حمایت از بیماران ام.اس. و سپس ۳۰ نفر، به‌صورت تصادفی انتخاب شدند و در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. یک روان‌شناس بالینی آموزش دیده، آموزش سلامت معنوی را به‌صورت گروهی، در هشت جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ی برگزار کرد. ابزار گردآوری اطلاعات شامل پرسش‌نامه‌ی امیدواری میلر (MHS) و پرسش‌نامه‌ی راهبردهای مقابله‌ی لازاروس و فولکمن (CSQ) بود. نمره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون نیز با استفاده از تجزیه و تحلیل کوواریانس، تحلیل شد. در این پژوهش همه‌ی موارد اخلاقی رعایت شده است. علاوه‌براین، نویسندگان مقاله هیچ‌گونه تضاد منافع‌ی گزارش نکرده‌اند.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان می‌دهد که آموزش هشت جلسه‌ی مداخله‌ی سلامت معنوی در گروه آزمایش، نسبت به گروه کنترل، موجب تغییر در نمره‌های حاصل از متغیرهای امیدواری (۰/۳۵)، راهبردهای مقابله‌ی مسئله‌مدار (۰/۴۰) و هیجان‌مدار (۰/۲۵) شده است.

نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش گویای این است که آموزش سلامت معنوی می‌تواند در افزایش امیدواری و تقویت راهبردهای مقابله‌ی کارآمد (مسئله‌مدار) افراد مبتلا به ام.اس. مؤثر باشد.

استناد مقاله به این صورت است:

Asgari E, Norouzi M, Radmehr H, Mohammadi H. Examining the Effect of Spiritual Health on Hope and Coping Strategies among Patients with Multiple Sclerosis (Ms). J Res Relig Health. 2017; 3(3): 5- 17.

مقدمه

مولتیپل اسکلروزیس (ام.اس.)^۱ بیماری خودایمنی مزمن، التهابی و میلین زدای دستگاه عصبی مرکزی است (۱) که یکی از شایع ترین بیماری های عصبی مؤثر بر ۲/۵ میلیون نفر در سراسر جهان محسوب می شود. برخی از ویژگی های پزشکی مطرح در بیماری ام.اس. عبارت است از: شروع بیماری در بزرگسالی، نبود تعریف اتیولوژی^۲ برای بیماری، پیش بینی ناپذیر بودن دوره ی بیماری و تغییرات گسترده ی علائم و ناتوانی (مانند اختلال بینایی، حرکتی و شناختی)، که می تواند تقریباً در همه ی حوزه های زندگی مشکل هایی ایجاد کند (۲ و ۳). علل این بیماری ناشناخته است، اما به نظر می رسد تأثیرهای متقابل آمادگی پذیری ژنتیکی و راه اندازهای غیرژنتیکی مانند ویروس، متابولیسم و یا عوامل محیطی؛ در ایجاد ام.اس. مؤثر باشند (۱).

علائم ام.اس. بسته به مکان پلاک ها در دستگاه عصبی مرکزی متفاوت است. از جمله شایع ترین آنها عبارت است از ضعف بینایی، ضعف بدنی، اسپاسم عضلات، اختلالات حسی (شامل درد، مور مور شدن و گزگز)، ناهماهنگی، ناهنجاری در راه رفتن، کار نکردن مثانه و دویینی (۴). بنابراین جای تعجب نیست که افراد دارای ام.اس. در مقایسه با افراد سالم، دچار میزان بالایی از پریشانی روان شناختی باشند (۳). با این اوصاف متغیرهای سازگار فراوانی در میان افراد مبتلا به ام.اس. وجود دارد. شناسایی عوامل محافظ مانند امیدواری که در مقابل اثرهای ناسازگار بیماری مؤثر است، می تواند نقش مهمی در مقابله با بحران ها و اهداف تحمیلی و خنثای مرتبط با بیماری در زندگی فرد ایفا کند (۵). امید^۳ عنصر اساسی زندگی و مظهری از چشم انداز ما از آینده است. وجود امید برای کسی که دچار بیماری است، می تواند انرژی لازم را برای ارتقای سلامت و افزایش بهزیستی فراهم کند؛ و همچنین عزت نفس و حس خوب بودن را در بیمار تقویت کند (۶). علاوه بر این، امید منبع مقابله یی جهت مندی است که افراد می توانند در روند برخورد با حوادث استرس زا به آن متصل شوند (۷). از طرف دیگر احساس ناامیدی در بیماران مبتلا به ام.اس. رایج

است و تهدیدی جدی برای استقلال و احساس شایستگی فرد به شمار می رود و می تواند منجر به از دست دادن احساس شایستگی و اطمینان فرد از خود شود (۶).

از سویی، راهبردهای مقابله یی^۴ نیز نقش مهمی در سلامت و بهزیستی روان شناختی ایفا می کنند و تلاش های شناختی و رفتاری برای مقابله با موقعیت های پراسترس اطلاق می شوند (۸). با توجه به ماهیت ناتوان کننده ی ام.اس. و رشد پیش بینی نشدنی آن، ممکن است نشانه های مرتبط با اختلال، منجر به پاسخ های هیجانی منفی شود و در واقع می تواند تا حدی وابسته به راهبردهای مقابله یی باشد که افراد مبتلا به ام.اس. در مقابل تغییرات علائم مرتبط با بیماری، به کار می برند (۹). به طور کلی مقابله با مشکل به دو روش صورت می گیرد: راهبرد مقابله یی مشکل مدار؛ و تلاش برای کنترل موقعیت ها. تجزیه ی مشکل به اجزای کوچک تر و تعیین اهداف اختصاصی برای کمک به حل مشکل و راهبردهای هیجان مدار، واکنشی هیجانی محسوب می شود که هدف آن کاهش استرس؛ و با تنظیم هیجان نیز مرتبط است؛ مانند پاسخ های هیجانی، اشتغال ذهنی و خیال پردازی (۱۰). علاوه بر این، ماهیت پیش بینی نشدنی و متغیر بیماری ام.اس. پذیرفتن آن و سازگار شدن با آن را مشکل می سازد و بیشتر بیماران از راهبردهای مقابله یی ناکارآمد استفاده می کنند. در پژوهش پاکنهام^۵ و همکاران مشخص شد که اجتناب و انواع دیگر راهبردهای مقابله یی هیجان محور در افراد مبتلا به ام.اس. با سطح پایین سازگاری (افسردگی^۶، آشفتگی و سازگاری اجتماعی) مرتبط است و در مقابل، راهبردهای مقابله یی مشکل مدار با سازگاری بهتری ارتباط دارد (۱۱).

در مبتلایان به ام.اس. شواهدی دال بر اهمیت عوامل معنوی در زندگی این بیماران وجود دارد (۱۲). معنویت^۷ به شکل مفهومی گسترده تر از دین، به رسمیت شناخته شده و کیفیت ذاتی همه ی انسان ها محسوب می شود (۱۳). معنویت جوهر انسان و همچنین کیفیت درونی است که ارتباط با خود، دیگران و طبیعت را تسهیل می کند (۱۴). در واقع باورهای معنوی راهبردی برای کمک به مردم، یافتن معنا و هدف در زندگی و همچنین مقابله با حوادث استرس زا است (۱۵).

^۴ Coping strategies^۵ Pakenham^۶ Depression^۷ spiritual^۱ Multiple Sclerosis (MS)^۲ Etiology^۳ Hope

دفتر آمار جامعه، از میان کسانی که محل سکونتشان از جامعه دور نبود، انتخاب شدند (کسانی که محل سکونتشان شهر تهران بود). با این ۱۰۰ نفر به صورت تلفنی تماس گرفته شد و از میان افراد مایل به شرکت در پژوهش، غربالگری و ارزیابی اولیه صورت گرفت. بدین ترتیب از متقاضیان، مصاحبه‌ی تشخیصی ساختاریافته بر اساس DSM صورت گرفت و ۳۰ نفر از آنان که دارای ملاک‌های ورود به مطالعه و خروج از آن بودند، به صورت تصادفی انتخاب شدند و در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. یک روان‌شناس بالینی آموزش دیده، آموزش سلامت معنوی را به صورت گروهی، طی ۸ جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای، برگزار کرد. ابزار جمع‌آوری اطلاعات شامل پرسش‌نامه‌ی امیدواری میلر^۳ و پرسش‌نامه‌ی راهبردهای مقابله‌ی لازاروس و فولکمن بود^۴. نمره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون نیز با استفاده از تجزیه و تحلیل کوواریانس، تحلیل شد.

بیماران شرکت‌کننده در این پژوهش در ۱۲ جلسه‌ی معنویت‌درمانی گروهی، که ریچاردز و برگین^۵ آن را مطرح کرده‌اند، قرار گرفتند. این جلسه‌ها شامل هشت مؤلفه‌ی روانی - معنوی توکل و توسل به خدا؛ نیایش و دعا؛ شکر، صبر و تحمل؛ بخشش و نادیده گرفتن خشم؛ ارتباط با خدا و گفتگوی درونی با او؛ خودآگاهی و گوش دادن به ندای درونی؛ خواندن متون مقدس و استفاده از کتاب‌های معنوی و مذهبی بود.

خلاصه‌ی جلسه‌های درمانی به شرح ذیل است:

پژوهش‌ها نشان داده که معنویت، با راهبردهای مقابله‌ی مؤثر و افزایش کیفیت زندگی، رابطه‌ی مثبتی دارد (۱۶)؛ همچنین سلامت معنوی یکی از ابعاد چهارگانه‌ی سلامت در انسان است که در کنار ابعاد جسمانی، روانی و اجتماعی قرار می‌گیرد و برای افزایش توان سازگاری با بیماری لازم است (۱۷). کامیان و همکاران، اثربخشی آموزش سلامت معنوی بر افزایش امیدواری بیماران مبتلا به سرطان را بررسی کرده‌اند؛ نتایج پژوهش آنان نشان می‌دهد که آموزش سلامت معنوی در افزایش میزان امیدواری بیماران مؤثر است (۱۸). علاوه‌براین، پژوهش‌ها نشان داده است که معنویت می‌تواند برای اشخاص دارای اختلالات جسمانی نیز مفید و مؤثر باشد. در واقع معنویت موجب می‌شود که افراد به‌طور مؤثرتری با درد مرتبط با اختلال جسمانی مقابله کنند (۱۹). همچنین نتایج پژوهش پارگمنت^۱ و همکاران نشان داده که باورهای معنوی و پرورش آنها به کمک گروه‌های معنوی خاص، موجب بهبود رفتارهای سالم و استفاده از راهبردهای مقابله‌ی معنوی (مانند ارتباط با خود، دیگران و خدا)، القای امید و کاهش اضطراب^۲ می‌شود (۲۰). بنابراین با توجه به اینکه در کشور ما هنوز ترس، افسردگی، ناامیدی و بی‌هدفی گریبان‌گیر بیماران مبتلا به ام.اس. است، تعداد اندکی از این پژوهش‌ها به دنبال یافتن روشی برای کاهش استرس و ارتقای سطح امیدواری و بهبود راهبردهای مقابله‌ی بوده است. از این‌رو، بنا به نیاز بیماران مبتلا به ام.اس. برای یافتن راهی مؤثر برای کاهش تنش، ناامیدی و مشکلات روانی ایشان و با توجه به اینکه آموزش سلامت معنوی بر توانا ساختن بیماران در غلبه بر مثلث غم‌انگیز زندگی یعنی درد، گناه و رنج متمرکز است، ضرورت اجرای این پژوهش احساس می‌شود. بنابراین هدف این پژوهش بررسی اثربخشی آموزش سلامت معنوی در افزایش امیدواری و راهبردهای مقابله‌ی بیماران مبتلا به مالتیپل کلروزیس (ام.اس.) است.

روش کار

این پژوهش از نوع کارآزمایی بالینی در دسترس است. جامعه‌ی آماری آن را اعضای «جامعه‌ی حمایت از بیماران ام.اس.» شهر تهران تشکیل می‌دهد. پس از محاسبه‌ی حجم نمونه، نمونه‌گیری در دو مرحله انجام شد. ابتدا ۱۰۰ نفر از اعضای جامعه‌ی حمایت از بیماران ام.اس. که اسامی آنان از

³ Miller Hope Scale (MHS)

⁴ Lazarus and Folkman's Coping strategies questionnaire (CSQ)

⁵ Richards & Bergin

¹ Pargament

² Anxiety

جلسه‌های درمان	عنوان جلسه‌ها
اول و دوم	آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و برقراری رابطه‌ی درمانی، آشنایی افراد با موضوع پژوهش و توضیح‌های مقدماتی، گفتگو درباره‌ی مفهوم معنویت و دین و تأثیر آن در زندگی فرد، مفهوم‌سازی مشکل، تبیین بیماری ام.اس، علائم و نشانه‌های روان‌شناختی ام.اس، درمان‌های دارویی و غیردارویی، آموزش آرمیدگی عضلانی و تصویرسازی ذهنی مثبت، پاسخ به پرسش‌نامه‌ها (اجرای پیش‌آزمون)، بستن قرارداد درمانی و طرح کلی جلسه‌ها و درمان، دریافت بازخورد، خودآگاهی و ارتباط با خود (شناسایی)، درک و کنترل احساسات با استفاده از تکنیک‌های خیال‌پردازی هدایت شده، آگاهی از احساسات دیگران، شناسایی نیازها و پیدا کردن مسیر دستیابی به آنها.
دوم و سوم	گوش دادن به ندای درونی (کشف دوباره‌ی معنا و ارزش‌های معنوی از راه گوش دادن به ندای درون و بررسی اعتماد یا بی‌اعتمادی به آن و همچنین شناخت احساسات و شهود و رهنمودهای معنوی)، کلمه‌ی خدا و ارتباط با خدا و یا هر قدرت برتری که درمان‌جو به آن ایمان دارد؛ و نیایش و گفتگو با خدا.
چهارم و پنجم	نوع‌دوستی، ارتباط با مقدسات (ایجاد ارتباطی لذت‌بخش با مقدسات برای کاهش احساس بیگانگی، تنهایی، استرس و اضطراب) و ایمان و توکل به خدا (رسیدن به تطبیق‌پذیری بیشتر از طریق ایمان و توکل به خدا و کاهش احساس اضطراب و استرس).
ششم و هفتم	رنجش، نبخشیدن، احساس گناه و سرزنش خود، بخشش (کاهش احساسات منفی تنش‌زا از طریق افزایش احساسات مثبت حاصل از بخشش و مصالحه) و حل مسئله‌ی معنوی و مذهبی (شناسایی مشکلات و بررسی سبک‌های حل مسئله).
هشتم	مرگ و ترس از آن (کاهش ترس از مرگ و به تبع آن کاهش اضطراب فرد)، رنج، یافتن معنا در زندگی، قدردانی و شکرگزاری (ایجاد توانایی ابراز احساسات مثبت)، پاسخ به پرسش‌نامه‌ها (اجرای پس‌آزمون)، جمع‌بندی جلسه‌ها، دریافت بازخورد و تکلیف مادام‌العمر.

ابزار گردآوری اطلاعات

الف) پرسش‌نامه‌ی امیدواری میلر

ساختارهای منسوب به امید در متون روان‌شناختی از سال ۱۹۵۰ به بعد ظاهر شد و اهمیت امید را در تغییرات درمانی، یادگیری و بهزیستی عمومی خاطرنشان کرد. فرد دارای امید کسی است که انرژی و انگیزه‌ی لازم را برای رسیدن به هدف‌های منطقی دارد و می‌داند که چه چیزی می‌خواهد و همچنین می‌داند که چگونه و از چه راهی می‌تواند به هدف‌های خود برسد. چنین شخصی اگر در مسیری به مانع برخورد کرد، سعی می‌کند از مسیرهای دیگری اهداف خود را دنبال کند. با توجه به نظریه‌های فراوان موجود در زمینه‌ی امید و امیدواری، ابزارهای بسیاری نیز برای سنجش آن ابداع شده است (۲۱). میلر و پاورز^۱ پرسش‌نامه‌ی امید (یا امیدواری) میلر را در سال ۱۹۸۸ طراحی کرده‌اند. پرسش‌نامه‌ی اولیه دارای ۴۰ سؤال بود که در نسخه‌های بعدی به ۴۸ سؤال افزایش یافت. این پرسش‌نامه در طیف لیکرت از بسیار مخالف (نمره‌ی ۱) تا بسیار موافق (نمره‌ی ۵) نمره‌گذاری می‌شود. حداقل نمره‌ی هر فرد ۴۸ و حداکثر آن ۲۴۰ است؛ و هر چه فرد نمره‌ی بیشتری بگیرد، دارای امید بیشتری است. نمره‌گذاری پرسش‌نامه‌ی امید میلر به این صورت است که ابتدا باید در هر ماده به پاسخ بسیار مخالف، نمره‌ی ۱؛ مخالف، نمره‌ی ۲؛ بی‌تفاوت، نمره‌ی ۳؛ موافق، نمره‌ی ۴ و بسیار موافق، نمره‌ی ۵ داده شود. ۱۴ ماده نیز

به‌صورت وارونه نمره‌گذاری می‌شود (۲۲). در ایران نتایج پژوهش اسدی و همکاران نشان داده که روایی این پرسش‌نامه مطلوب؛ و پایایی آن طبق آلفای کرونباخ ۰/۸۱ محاسبه شده است (۲۳).

ب) پرسش‌نامه‌ی راهبردهای مقابله‌ی لازاروس و فولکمن:

لازاروس و فولکمن دو تن از نظریه‌پردازان بزرگ روان‌شناسی‌اند که پژوهش‌های بسیاری در حیطه‌ی سبک‌ها و راهبردهای مقابله‌ی انجام داده‌اند. از نظر آنان راهبرد مقابله‌ی عبارت است از: تلاش‌های فکری، هیجانی و رفتاری فرد که هنگام روبه‌رو شدن با فشارهای روانی به‌منظور غلبه کردن، تحمل کردن و یا به حداقل رساندن عوارض استرس، به‌کار گرفته می‌شود (۲۴). این روان‌شناسان، راهبردهای مقابله با استرس را به دو دسته‌ی کلی مسئله‌محور و هیجان‌محور تقسیم می‌کنند و عقیده دارند که افراد از هر دو سبک مقابله در مواجهه با موقعیت‌ها استفاده می‌کنند. پژوهش‌ها نشان می‌دهد که استفاده از سبک‌های هیجان‌مدار در مقابله با موقعیت‌های استرس‌زا با سطح بالایی از فشار روانی همراه است، در حالی که استفاده از روش‌های مسئله‌مدار با سطح پایینی از استرس و فشار روانی همراه است (۲۵).

لازاروس و فولکمن در سال ۱۹۸۸ پرسش‌نامه‌ی برای سنجش راهبردهای مقابله‌ی، بر مبنای نظریه‌ی خودشان، طراحی کرده‌اند. این پرسش‌نامه دارای ۶۶ سؤال و ۸ زیرمقیاس است که عبارت است از: مقابله‌ی مستقیم، دوری‌گزینی یا

^۱ Miller & Powers

یافته‌ها

در این قسمت ابتدا توصیفی آماری از شاخص‌ها و متغیرها صورت می‌گیرد، سپس تفاوت احتمالی گروه‌ها در مراحل مختلف سنجش بررسی می‌شود. بر این اساس میانگین و انحراف معیار نمره‌های امیدواری و راهبردهای مقابله‌ی بیماران مبتلا به ام.اس. در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل گزارش می‌شود.

فاصله‌گیری، خویشتن‌داری، جستجوی حمایت اجتماعی، مسئولیت‌پذیری، گریز - اجتناب، مسئله‌گشایی برنامه‌ریزی شده و ارزیابی مجدد مثبت. همچنین این ۸ زیرمقیاس در قالب دو زیرمقیاس کلی راهبرد هیجان‌محور و مسئله‌محور خلاصه می‌شود (۲۶). در یک بررسی، پایایی این پرسش‌نامه با استفاده از همسانی درونی آلفای کرونباخ برای نمونه‌ی ۷۶۳ نفری از دانش‌آموزان دبیرستانی شهر تهران، ۰/۸۰ برآورد شده است (۲۷). برای رعایت مسائل اخلاقی، طی اجرای پژوهش به بیماران توضیح داده شد که اطلاعاتشان محرمانه خواهد ماند، تا آنان با اطمینان خاطر به پرسش‌نامه‌ها پاسخ دهند.

جدول ۱. اطلاعات توصیفی متغیرهای امیدواری و راهبردهای مقابله‌ی

متغیر	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار
امیدواری	آزمایش	پیش‌آزمون	۱۵	۱۰۱/۶۶
		پس‌آزمون	۱۵	۱۲۴/۸۳
	کنترل	پیش‌آزمون	۱۵	۹۹/۱۷
		پس‌آزمون	۱۵	۱۰۶/۵۰
مقابله‌ی هیجان‌مدار	آزمایش	پیش‌آزمون	۱۵	۱۲۶/۶۷
		پس‌آزمون	۱۵	۱۰۴/۶۷
	کنترل	پیش‌آزمون	۱۵	۹۹/۳۳
		پس‌آزمون	۱۵	۱۰۰/۶۷
مقابله‌ی مسئله‌مدار	آزمایش	پیش‌آزمون	۱۵	۹۴/۱۷
		پس‌آزمون	۱۵	۱۳۰/۸۳
	کنترل	پیش‌آزمون	۱۵	۹۰/۸۳
		پس‌آزمون	۱۵	۹۴/۱۷

جدول ۲. آزمون کولموگروف اسمیرنوف تک نمونه‌ی برای متغیرهای پژوهش

شاخص‌ها	امیدواری	مقابله‌ی هیجان‌مدار	مقابله‌ی مسئله‌مدار
Z	۱/۰۱	۰/۶۱	۰/۶۶
P	۰/۲۶	۰/۸۴	۰/۷۷
سطح معناداری	۰/۰۵	۰/۰۵	۰/۰۵

با توجه به نتایج جدول شماره‌ی ۲ و سطوح معناداری به‌دست آمده، برای هر یک از متغیرهای پژوهش که بزرگ‌تر از ۰/۰۵ است، فرضیه‌ی صفر تأیید شده و داده‌های همه‌ی متغیرها نرمال است. برای آزمون هر یک از متغیرها نیز می‌توان از آزمون‌های پارامتریک استفاده کرد. همچنین برای بررسی همگنی واریانس‌ها، از آزمون لوین استفاده شده است؛ علاوه‌براین، مشاهده شده که فرض تساوی واریانس‌ها برای همه‌ی متغیرها برقرار است ($p > 0.05$). با توجه به مجموع پیش‌فرض‌های مطرح شده، مشاهده می‌شود که داده‌های این

بر اساس جدول شماره‌ی ۱، در متغیر امیدواری، میانگین گروه آزمایش در مرحله‌ی پس‌آزمون، نسبت به پیش‌آزمون افزایش نشان می‌دهد و میانگین به‌دست آمده ۱۲۴/۸۳ است. بنابراین بر اساس نتایج مندرج در جدول، می‌توان گفت که آموزش سلامت معنوی موجب پرورش امیدواری در بیماران مبتلا به ام.اس. شده است. همچنین میانگین گروه آزمایش در مرحله‌ی پس‌آزمون، در متغیر راهبردهای مقابله‌ی نسبت به پیش‌آزمون افزایش نشان می‌دهد. این میانگین برای زیرمقیاس‌های راهبردهای مقابله‌ی هیجان‌مدار و مسئله‌مدار، به‌ترتیب ۱۰۴/۶۷ و ۹۴/۱۷ است. بنابراین با توجه به میانگین‌های به‌دست آمده از جدول شماره‌ی ۱، برای متغیر راهبردهای مقابله‌ی، نتیجه می‌گیریم که آموزش سلامت معنوی موجب افزایش راهبرد مقابله‌ی مسئله‌مدار و کاهش راهبرد مقابله‌ی هیجان‌مدار شده است. برای تحلیل درست این یافته‌ها در ادامه به تحلیل کواریانس می‌پردازیم تا یافته‌ها با اطمینان بیشتری تجزیه و تحلیل شود.

می‌شود که بین میانگین‌های تعدیل‌شده‌ی نمره‌های امیدواری شرکت‌کنندگان برحسب عضویت گروهی «آزمایش و کنترل»، در مرحله‌ی پس‌آزمون تفاوت معناداری مشاهده می‌شود ($P < 0.05$). بنابراین با توجه به میانگین‌های اصلاح شده، می‌توان نتیجه گرفت که فرض صفر رد شده؛ و آموزش سلامت معنوی در شرکت‌کنندگان گروه آزمایشی به نسبت گروه کنترل، تأثیر بیشتری بر امیدواری بیماران مبتلا به ام.اس. داشته است. میزان تأثیر معنادار بودن عملی برای متغیر امیدواری، ۰/۳۵ بوده است؛ یعنی ۳۵ درصد کل واریانس یا تفاوت‌های فردی در امیدواری بیماران مبتلا به ام.اس. مربوط به آموزش سلامت معنوی بوده است.

پژوهش قابلیت ورود به تحلیل کوواریانس را دارد و می‌توان تفاوت‌های دو گروه را در متغیر وابسته بررسی کرد.

جدول ۳. آزمون تحلیل کوواریانس برای متغیر امیدواری

شاخص آماری متغیرها	SS	df	F	sig	اندازه‌ی اثر
پیش‌آزمون	۴۴/۴۶	۱	۱/۷۷	۰/۱۹	۰/۰۶
گروه	۳۶۲/۸۶	۱	۱۴/۴۹	۰/۰۰۱	۰/۳۵
خطا	۶۷۶/۰۶	۲۷			
کل	۱۱۲۳/۸۶	۲۹			

بر اساس نتایج جدول شماره‌ی ۳، با حذف تأثیر متغیر پیش‌آزمون و با توجه به ضریب F محاسبه شده، مشاهده

جدول ۴. آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره برای راهبردهای مقابله‌یی

شاخص آماری متغیرها	منبع تغییر	SS	df	F	سطح معناداری	اندازه‌ی اثر	توان آزمون
مقابله‌ی هیجان‌مدار	گروه	۴۳۹۰/۱۸	۱	۸/۶۱	۰/۰۰۷	۰/۲۵	۰/۸۱
مقابله‌ی مسئله‌مدار	گروه	۱۰۲۵۶/۵۳	۱	۱۷/۳۶	۰/۰۰۱	۰/۴۰	۰/۹۹

همکاران، بالداجینو^۱ و سیگل^۲ و همکاران همسو است (۱۸، ۲۸ و ۲۹).

علاوه‌براین، یافته‌های دیگر پژوهش نشان می‌دهد که آموزش سلامت معنوی می‌تواند میزان امیدواری را در افراد مبتلا به ام.اس. افزایش دهد. چراکه آموزش سلامت معنوی برای ایجاد سازگاری در بیماران، عملکردهای چندگانه‌یی ایجاد می‌کند؛ مانند حفظ اعتماد به نفس، ایجاد احساس راحتی هیجانی، امید و ایجاد معنی و هدف در زندگی. در واقع باورهای معنوی، مقاومت بیماران را در برابر بیماری افزایش می‌دهد و در کاهش علائم جسمانی و افزایش امید مؤثر است. زیرا امید نقش مهمی در سلامت و مقابله‌ی مؤثر در طول بیماری مزمن دارد (۳۰). همچنین نتایج پژوهش جسیکا^۳ نشان داده که معنویت و ایجاد امید و معنا در زندگی به‌طور مؤثری به بیماران مبتلا به ام.اس. کمک می‌کند تا با زندگی کنونی خود مواجه شوند و آن را بپذیرند (۳۱). از نتایج پژوهش سانگ^۴ می‌توان نتیجه گرفت که بین سلامت معنوی و امید ارتباط مثبتی وجود دارد و در واقع ترویج سلامت معنوی و افزایش امید می‌تواند در بهبود سلامت روان افراد مبتلا به بیماری مزمن مؤثر واقع شود (۳۲).

نتایج جدول شماره‌ی ۴ گویای این است که با حذف تأثیر متغیر پیش‌آزمون، فرضیه‌ی دوم مبنی بر وجود تفاوت معنادار در متغیر راهبردهای مقابله‌یی هیجان‌مدار و مسئله‌مدار گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل، تأیید می‌شود. همان‌گونه که نتایج جدول نشان می‌دهد، سطح معناداری به‌دست آمده برای هر دو مقیاس، در مقایسه با سطح معناداری ۰/۰۲۵ به‌دست آمده از اصلاح بنفرونی (تقسیم سطح معناداری ۰/۰۵ بر دو متغیر وابسته)، کوچک‌تر است. در نتیجه با توجه به میانگین‌های به‌دست آمده، می‌توان گفت با ۹۵ درصد اطمینان، مؤلفه‌های هیجان‌مدار و مسئله‌مدار گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل بهبود داشته است. توان بالای آزمون آماری در این پژوهش، بیانگر این نکته است که با احتمال بالایی فرض صفر به‌درستی رد شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش بررسی اثربخشی آموزش سلامت معنوی گروهی در امیدواری و راهبردهای مقابله‌یی بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس است. یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که آموزش سلامت معنوی میزان امیدواری و راهبردهای مقابله‌یی مشکل‌مدار را در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل افزایش می‌دهد. این یافته با یافته‌ی پژوهش‌های کامیان و

¹ Baldacchino

² Siegel

³ Jessika

⁴ Sung

درمان‌های رایج پزشکی، از این مداخله در مراحل مختلف بیماری ام.اس. که زندگی افراد را در طولانی مدت درگیر می‌کند و مستلزم راهبردهای مؤثر و کارآمد مدارا با بحران است، استفاده کنند.

قدردانی

این مقاله برگرفته از طرح تحقیقاتی است که شورای کمیته‌ی پژوهشی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی قرارداد آن را در تاریخ ۵/۱۲/۱۳۹۴، به شماره‌ی ۴۱۴۳۸/ص/۱۳۹۴ ثبت کرده و شماره‌ی مصوب آن نیز ۲۵۸۷ است. از همه‌ی کسانی که در این پژوهش یاریگر ما بوده‌اند، به‌ویژه مجله‌ی پژوهش در دین و سلامت، شورای کمیته‌ی پژوهشی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، مرکز ام.اس. و همچنین از حمایت مالی معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه تشکر و قدردانی می‌کنیم.

تضاد منافع

نویسندگان مقاله هیچ‌گونه تضاد منافی درباره‌ی این پژوهش ندارند.

References

1. Goldenberg MM. Multiple sclerosis review. *Pharmacy and Therapeutics*. 2012;37(3):175-84.
2. Renoux C, Vukusic S, Mikaeloff Y, Edan G, Clanet M, Dubois B, et al. Natural history of multiple sclerosis with childhood onset. *New England Journal of Medicine*. 2013;356(25):2603-13.
3. Kern S, Schrempf W, Schneider H, Schultheiss T, Reichmann H, Ziemssen T. Neurological disability, psychological distress, and health-related quality of life in MS patients within the first three years after diagnosis. *Multiple sclerosis*. 2009;15(6):752-8.
4. Ghafari S, Ahmadi F, Nabavi M, Memarian R. Effects of applying progressive muscle relaxation technique on depression, anxiety and stress of multiple sclerosis patients in Iran National MS Society; 2008. 32(1): 45-53.(Full Text in Persian)
5. Gum A, Snyder CR. Coping with terminal illness: The role of hopeful thinking. *Journal of palliative medicine*. 2002;5(6):883-94.
6. Morgante L. Hope in multiple sclerosis: a nursing perspective. *International Journal of MS Care*. 2000; 2(2): 9-15.

دیگر یافته‌ی پژوهش نشان می‌دهد که تفاوت بسیاری بین نمره‌های راهبردهای مقابله‌ی مشکل‌مدار در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل وجود دارد. به این معنا که آموزش سلامت معنوی در افزایش راهبردهای مقابله‌ی مشکل‌مدار مؤثر بوده است. این یافته با یافته‌های پژوهش بالداجینو و کیم^۱ و همکاران همسو است (۲۸ و ۳۳). همچنین تعدادی از پژوهش‌ها نشان داده که معنویت با سطح بالای عزت نفس و راهبردهای مقابله‌ی مشکل‌مدار ارتباط مثبت؛ و با افسردگی، راهبرد مقابله‌ی اجتناب و سوء مصرف مواد ارتباط منفی دارد (۳۴ - ۳۶). پژوهش‌های اخیر نشان داده که معنویت عاملی مهم در زندگی افراد مبتلا به ام.اس. است (۳۷). شاخص‌های مختلف معنویت مانند نماز، ارتباط با خدا، یافتن معنا و امید در زندگی با بهزیستی روانی، رضایت از زندگی، شادمانی و آشفستگی روان‌شناختی پایین مرتبط است (۳۸ - ۴۰). همچنین معنویت با ایجاد احساس امید و معنا درباره‌ی آنچه در زندگی فرد مبتلا به بیماری مزمن اتفاق می‌افتد، می‌تواند اثرهای مثبتی در سازگاری فرد داشته باشد (۴۱). در حقیقت آموزش سلامت معنوی با تکیه بر خودآگاهی، ارتباط با خدا، نوع‌دوستی، بخشش و شکرگزاری می‌تواند در افزایش امیدواری و راهبردهای مقابله‌ی مشکل‌مدار مؤثر و مفید واقع شود.

محدودیت‌های پژوهش

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به حجم کم نمونه اشاره کرد که تعمیم‌پذیری آن را با مشکل مواجه می‌کند. علاوه‌براین، در این پژوهش از آزمون پیگیری استفاده نشده است؛ از این‌رو، مشخص نیست در طولانی مدت نتایج مداخله حفظ شود. در این پژوهش از ابزارهای اندازه‌گیری خودگزارش‌دهی استفاده شده و کنترل میزان مذهبی بودن شرکت‌کنندگان مقدور نبوده است؛ که این امر احتمال خطا را افزایش و دقت اندازه‌گیری را کاهش می‌دهد.

پیشنهادها

با توجه به نتایج به‌دست آمده از این پژوهش، اجرای مداخله‌های روان‌شناختی از جمله آموزش سلامت معنوی، راهبردی کارآمد است که می‌تواند به‌صورت مداخله‌ی گروهی در بیمارستان‌ها و انجمن‌های بیماران مبتلا به ام.اس. به‌کار گرفته شود. بنابراین پیشنهاد می‌شود که روان‌شناسان در کنار

^۱ Kim

7. Madan S, Pakenham KI. The stress-buffering effects of hope on adjustment to multiple sclerosis. *International journal of behavioral medicine*. 2014; 21(6): 877-90.
8. De Ridder DTD, Van Heck GL, Endler NS, Parker JDA. *Coping Inventory for stressful situations*; Dutch manual. Lisse: Swets test publishers; 2004.
9. McCabe MP, McKern S, McDonald E. Coping and psychological adjustment among people with multiple sclerosis. *Journal of psychosomatic research*. 2004; 56(3): 355-61.
10. van der Hiele K, van Gorp DAM, Benedict RHB, Jongen PJ, Arnoldus EPJ, Beenakker EAC, et al. Coping strategies in relation to negative work events and accommodations in employed multiple sclerosis patients. *Multiple Sclerosis Journal-Experimental, Translational and Clinical*. 2016;2:2055217316680638.
11. Pakenham KI, Stewart CA, Rogers A. The role of coping in adjustment to multiple sclerosis-related adaptive demands. *Psychology, Health & Medicine*. 1997;2(3):197-211.
12. Hart S, Fonareva I, Merluzzi N, Mohr DC. Treatment for depression and its relationship to improvement in quality of life and psychological well-being in multiple sclerosis patients. *Quality of Life Research*. 2005;14(3):695-703.
13. Elkins DN, Hedstrom LJ, Hughes LL, Leaf JA, Saunders C. Toward a humanistic-phenomenological spirituality definition, description, and measurement. *Journal of humanistic Psychology*. 1988;28(4):5-18.
14. Thomas LE, Eisenhandler SA. *Aging and the religious dimension: ABC-CLIO*; 1994.
15. Smith TB, McCullough ME, Poll J. Religiousness and depression: evidence for a main effect and the moderating influence of stressful life events. *Psychological bulletin*. 2003;129(4):614.
16. Tuck I, McCain NL, Elswick Jr RK. Spirituality and psychosocial factors in persons living with HIV. *Journal of advanced nursing*. 2001;33(6):776-83.
17. Fernsler JI, Klemm P, Miller MA. Spiritual well-being and demands of illness in people with colorectal cancer. *Cancer Nursing*. 1999;22(2):134-40.
18. Kamian S, Taghdisi MH, Azam K, Estebsari F. Evaluating Effectiveness of Spiritual Health Education on Increasing Hope among Breast Cancer Patients. *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion*. 2014;2(3):208-14.
19. Huguelet P, Koenig HG. *Religion and spirituality in psychiatry*: Cambridge University Press; 2009.
20. Zinnbauer BJ, Pargament KI, Cole B, Rye MS, Butter EM, Belavich TG, et al. Religion and spirituality: Unfuzzifying the fuzzy. *Journal for the scientific study of religion*. 1997:549-64.
21. Bahrainian SA, Mohammadi H, Mortazavi MA. The relationship between trusting God and mental health in medical students of Shahid Beheshti University of Tehran. *Journal of Reaserch on Religion & Health*. 2015;1(4):12-20.(Full Text in Persian)
22. Ellison CG, Taylor RJ. Turning to prayer: Social and situational antecedents of religious coping among African Americans. *Review of Religious Research*. 1996:111-31.
23. Abdi N, Lari MA. Standardization of Three Hope Scales, as Possible Measures at the End of Life, in Iranian Population. *Iranian Journal of Cancer Prevention*. 2011;4(2):71-7.(Full Text in Persian)
24. Bierman A. Does religion buffer the effects of discrimination on mental health? Differing effects by race. *Journal for the Scientific Study of Religion*. 2006;45(4):551-65.
25. Dezutter J, Soenens B, Hutsebaut D. Religiosity and mental health: A further exploration of the relative importance of religious behaviors vs. religious attitudes. *Personality and individual differences*. 2006;40(4):807-18.
26. Vaillant G, Templeton J, Ardel M, Meyer SE. The natural history of male mental health: Health and religious involvement. *Social Science & Medicine*. 2008;22(6):221-31.
27. Agha-yousefi A, Choubasaz F, Shaghaghi F, Motiei G. The effect of coping techniques training on coping strategies of infertile women in Kermanshah. *Journal of Kermanshah University of Medical Sciences (J Kermanshah Univ Med Sci)*. 2012;16(2):155-64.(Full Text in Persian)
28. Baldacchino D, Draper P. Spiritual coping strategies: a review of the nursing research literature. *Journal of advanced nursing*. 2001;34(6):833-41.
29. Siegel K, Schrimshaw EW. The perceived benefits of religious and spiritual coping among older adults living with HIV/AIDS. *Journal for the scientific study of religion*. 2002;41(1):91-102.
30. Piazza D, Holcombe J, Foote A, Paul P, Love S, Daffin P. Hope, social support and self-esteem of patients with spinal cord injuries. *Journal of Neuroscience Nursing*. 1991;23(4):224-30.
31. Marcotte J. *Spirituality and life satisfaction of people with multiple sclerosis [M.S.]*. Ann Arbor: California State University, Long Beach; 2011.
32. Sung MS, Kim CN. A correlation study on spiritual wellbeing, hope and perceived health status of the elderly. *Journal of Korean Community Nursing*.

1999;10(1):53-69.

33. Kim Y, Seidlitz L. Spirituality moderates the effect of stress on emotional and physical adjustment. *Personality and Individual differences*. 2002; 32(8): 1377- 90.

34. Knox D, Langehough SO, Walters C, Rowley M. Religiosity and spirituality among college students. *College Student Journal*. 1998.

35. Maltby J, Lewis CA, Day L. Religious orientation and psychological well-being: The role of the frequency of personal prayer. *British Journal of Health Psychology*. 1999;4(4):363-78.

36. Maton KI. The stress-buffering role of spiritual support: Cross-sectional and prospective investigations. *Journal for the scientific study of religion*. 1989:310-23.

37. Camic P, Knight S. *Clinical handbook of health psychology: A practical guide to effective interventions*: Hogrefe Publishing; 2004.

38. Arzouman JM, Dudas S, Ferrans CE, Holm K, editors. *Quality of life of patients with sarcoma postchemotherapy*;1991.

39. Levin JS, Taylor RJ. Panel analyses of religious involvement and well-being in African Americans: Contemporaneous vs. longitudinal effects. *Journal for the Scientific Study of Religion*. 1998:695-709.

40. Poloma MM, Pendleton BF. Religious domains and general well-being. *Social Indicators Research*. 1990;22(3):255-76.

41. Hall BA. Patterns of spirituality in persons with advanced HIV disease. *Research in Nursing & Health*. 1998;21(2):143-53.