

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 محمدى^{٤*}

- ١- كلية العلوم التربوية وعلم النفس، جامعة مرودشت الأهلية، مرودشت، ايران.
 - ٢- قسم علم النفس السريري، كلية الطب، جامعة كاشان للعلوم الطبية، كاشان، ايران.
 - ٣- كلية الطب، جامعة الشهيد بهشتي للعلوم الطبية، طهران، ايران.
 - ٤- اللجنة التحقيقية للطلاب، مركز الدراسات للدين والصحة، قسم علم النفس السريري، كلية الطب، جامعة الشهيد بهشتي للعلوم الطبية، طهران، ايران.
- * المراسلات موجهة إلى السيد حسين محمدى؛ البريد الإلكتروني: Mohamadi.h@tak.iu.ac.ir

الملخص

معلومات المادة

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 اختبار 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 احصائي 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 لازروس و فولكمان للمواجهة (CSQ). تم تحليل الاختبار القبلي والاختبار البعدي باستخدام تحليل التباين المشترك.

تم مراعاة جميع الموارد الاخلاقية في هذا البحث واطرافه الى هذا فإن مؤلفي المقالة لم يبلغوا عن تضارب المصالح.

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 تتمحور 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.

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

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 این رو، 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، 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، 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. علاوه بر این، نویسندگان مقاله هیچ‌گونه تضاد منافی 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.

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

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

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

از سویی، راهبردهای مقابله‌ی^۴ نیز نقش مهمی در سلامت و بهزیستی روان‌شناختی ایفا می‌کنند و تلاش‌های شناختی و رفتاری برای مقابله با موقعیت‌های پراسترس اطلاق می‌شوند (۸). با توجه به ماهیت ناتوان‌کننده‌ی ام.اس. و رشد پیش‌بینی‌نشده‌ی آن، ممکن است نشانه‌های مرتبط با اختلال، منجر به پاسخ‌های هیجانی منفی شود و در واقع می‌تواند تا حدی وابسته به راهبردهای مقابله‌ی باشد که افراد مبتلا به ام.اس. در مقابل تغییرات علائم مرتبط با بیماری، به‌کار می‌برند (۹). به‌طور کلی مقابله با مشکل به دو روش صورت می‌گیرد: راهبرد مقابله‌ی مشکل‌مدار؛ و تلاش برای کنترل موقعیت‌ها. تجزیه‌ی مشکل به اجزای کوچک‌تر و تعیین اهداف اختصاصی برای کمک به حل مشکل و راهبردهای هیجان‌مدار، واکنشی هیجانی محسوب می‌شود که هدف آن کاهش استرس؛ و با تنظیم هیجان نیز مرتبط است؛ مانند پاسخ‌های هیجانی، اشتغال ذهنی و خیال‌پردازی (۱۰). علاوه‌براین، ماهیت پیش‌بینی‌نشده‌ی و متغیّر بیماری ام.اس. پذیرفتن آن و سازگار شدن با آن را مشکل می‌سازد و بیشتر بیماران از راهبردهای مقابله‌ی ناکارآمد استفاده می‌کنند. در پژوهش پاکنهام^۵ و همکاران مشخص شد که اجتناب و انواع دیگر راهبردهای مقابله‌ی هیجان‌محور در افراد مبتلا به ام.اس. با سطح پایین سازگاری (افسردگی^۶، آشفتگی و سازگاری اجتماعی) مرتبط است و در مقابل، راهبردهای مقابله‌ی مشکل‌مدار 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 به‌شکل مفهومی گسترده‌تر از دین، به رسمیت شناخته شده و کیفیت ذاتی همه‌ی انسان‌ها محسوب می‌شود (۱۳). معنویت جوهر انسان و همچنین کیفیت درونی است که ارتباط با خود، دیگران و طبیعت را تسهیل می‌کند (۱۴). در واقع باورهای معنوی راهبردی برای کمک به مردم، یافتن معنا و هدف در زندگی و همچنین مقابله با حوادث استرس‌زا است (۱۵).

مولتیپل اسکلروزیس (ام.اس.)^۱ بیماری خودایمنی مزمن، التهابی و میلین‌زدای دستگاه عصبی مرکزی است (۱) که یکی از شایع‌ترین بیماری‌های عصبی مؤثر بر ۲/۵ میلیون نفر در سراسر جهان محسوب می‌شود. برخی از ویژگی‌های پزشکی مطرح در بیماری ام.اس. عبارت است از: شروع بیماری در بزرگسالی، نبود تعریف اتیولوژی^۲ برای بیماری، پیش‌بینی‌ناپذیر بودن دوره‌ی بیماری و تغییرات گسترده‌ی علائم و ناتوانی (مانند اختلال بینایی، حرکتی و شناختی)، که می‌تواند تقریباً در همه‌ی حوزه‌های زندگی مشکل‌هایی ایجاد کند (۲ و ۳). علل این بیماری ناشناخته است، اما به نظر می‌رسد تأثیرهای متقابل آمادگی‌پذیری ژنتیکی و راه‌اندازهای غیرژنتیکی مانند ویروس، متابولیسم و یا عوامل محیطی؛ در ایجاد ام.اس. مؤثر باشند (۱).

علائم ام.اس. بسته به مکان پلاک‌ها در دستگاه عصبی مرکزی متفاوت است. از جمله شایع‌ترین آنها عبارت است از ضعف بینایی، ضعف بدنی، اسپاسم عضلات، اختلالات حسی (شامل درد، مورمور 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 روان‌شناختی باشند (۳). با این اوصاف متغیّرهای سازگار فراوانی در میان افراد مبتلا به ام.اس. وجود دارد. شناسایی عوامل محافظ مانند امیدواری که در مقابل اثرهای ناسازگار بیماری مؤثر است، می‌تواند نقش مهمی در مقابله با بحران‌ها و اهداف تحمیلی و خنثای مرتبط با بیماری در زندگی فرد ایفا کند (۵). امید^۳ عنصر اساسی زندگی و مظهری از چشم‌انداز ما از آینده است. وجود امید برای کسی که دچار بیماری است، می‌تواند 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). علاوه‌براین، امید منبع مقابله‌ی جهت‌مندی است که افراد می‌توانند در روند برخورد با حوادث استرس‌زا به آن متصل شوند (۷). از طرف دیگر احساس ناامیدی در بیماران مبتلا به ام.اس. رایج

⁴ Coping strategies⁵ Pakenham⁶ Depression⁷ spiritual¹ Multiple Sclerosis (MS)² Etiology³ 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 دقیقه‌ی، 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 خاطر نشان 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

به صورت 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 ام‌اس. 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	۱۰۱/۶۶	۹/۴۳
		پس‌آزمون	۱۲۴/۸۳	۱۰/۱۲
	کنترل	پیش‌آزمون	۹۹/۱۷	۱۰/۴۶
		پس‌آزمون	۱۰۶/۵۰	۹/۶۷
مقابله‌ی هیجان‌مدار	آزمایش	پیش‌آزمون	۱۲۶/۶۷	۲۳/۸۰
		پس‌آزمون	۱۰۴/۶۷	۲۲/۹۴
	کنترل	پیش‌آزمون	۹۹/۳۳	۲۱/۵۲
		پس‌آزمون	۱۰۰/۶۷	۲۲/۱۹
مقابله‌ی مسئله‌مدار	آزمایش	پیش‌آزمون	۹۴/۱۷	۲۸/۳۸
		پس‌آزمون	۱۳۰/۸۳	۲۹/۶۴
	کنترل	پیش‌آزمون	۹۰/۸۳	۲۶/۸۷
		پس‌آزمون	۹۴/۱۷	۲۷/۹۵

جدول ۲. آزمون کولموگروف اسمیرنوف تک نمونه‌ی بی 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 ام‌اس. 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 مزمین 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 مزمین 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 ۱۵ / 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, Schrepf 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 آشفتگی 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 این رو، 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, Estebarsari 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.