

نقش ابعاد مقابله مذهبی در پیش‌بینی ابعاد کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزیس

ناهید عسگری، زهرا نیک‌منش*

گروه روانشناسی، دانشگاه سیستان و بلوچستان، زاهدان، ایران

تاریخ وصول: ۱۳۹۲/۷/۲۸ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۱۱/۴

چکیده

زمینه و هدف: مولتیپل اسکروزیس بیماری مزمن و ناتوان‌کننده دستگاه عصبی است که اغلب در بالغین جوان آغاز شده و از نظر پاتولوژی با از بین رفتن میلین و ایجاد اسکار گلیال مشخص می‌شود. با توجه به ایجاد مشکلات روحی - روانی پس از ابتلاء، هدف این مطالعه بررسی تأثیر مقابله مذهبی بر پیش‌بینی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزیس بود.

روش بررسی: در این مطالعه توصیفی، ۴۳ بیمار مبتلا به مولتیپل اسکروزیس از میان مراجعه‌کنندگان به مراکز مغز و اعصاب بیمارستان علی بن ابی طالب شهرستان زاهدان در سال ۱۳۹۲ به صورت در دسترس انتخاب شدند. متغیرها با استفاده از پرسشنامه‌های شیوه مقابله مذهبی و کیفیت زندگی سنجیده شدند. داده‌ها با آزمون‌های آماری همبستگی پیرسون و رگرسیون گام به گام تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: بین مقابله مذهبی منفعل با بعد ایفای نقش ناشی از مشکلات هیجانی (از ابعاد کیفیت زندگی) و فعالیت‌های مذهبی و ارزیابی‌های خیر خواهانه با بعد روانی کیفیت زندگی رابطه مثبت و معنی‌داری وجود داشت. بین مقابله مذهبی منفعل با بعد روانی کیفیت زندگی رابطه معکوس و معنی‌داری وجود داشت ($p < 0/05$). همچنین نتایج رگرسیون نشان داد که فعالیت‌های مذهبی در گام اول به تنهایی ۰/۰۷ بعد روانی کیفیت زندگی و در گام دوم فعالیت‌های مذهبی با مقابله مذهبی منفعل روی هم ۰/۲ بعد روانی کیفیت زندگی را پیش‌بینی می‌کند.

نتیجه‌گیری: افزایش فعالیت‌های مذهبی و معنوی می‌تواند منجر به ارتقای کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزیس شود.

واژه‌های کلیدی: مولتیپل اسکروزیس، مقابله مذهبی، کیفیت زندگی

* نویسنده مسئول: دکتر زهرا نیک‌منش، زاهدان، دانشگاه سیستان و بلوچستان، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، گروه روانشناسی
Email: nikmanesh@ped.usb.ac.ir

مقدمه

که ادراک بیماری اثر مستقلى بر روى کیفیت زندگی دارد و افسردگی اگرچه کمتر از اضطراب رایج‌تر است اما تأثیر زیادى بر روى کاهش عملکرد دارد(۴). دین از عوامل مهم و تأثیرگذار در سلامت روان است. دین چهره جهان را در نظر فرد دیندار دگرگون می‌سازد و طرز تلقی او را از خود، خلقت و رویدادهای پیرامون تغییر می‌دهد(۵). مذهب و معنویت نمودهای وجودی را ارایه می‌کنند و می‌توانند ابزار کنار آمدن، منابع قدرت، شفافبخشی و امید را فراهم سازند و به افراد کمک کنند تجربه بیماری خود را ادراک کنند(۶). معنویت از تفسیر مجدد مثبت بیماری در شرایط مزمن و حاد حمایت می‌کند، همکاری طی درمان را ارتقا می‌دهد و تطابق با بیماری‌های مختلف را تقویت می‌کند. نقش معنویت در سلامت، در بیماران ثابت شده است که بیماری با علایم دشوار و پیش‌آگهی نا معین همانند سرطان دارند(۷). مذهب و معنویت نمودهای وجودی را ارایه می‌کنند و می‌توانند ابزار کنار آمدن، منابع قدرت، شفافبخشی و امید را فراهم سازند و به افراد کمک کنند تجربه سرطان خود را ادراک کنند(۸). ریو و ونگ (۲۰۰۶) در بازنگری چهل و سه مطالعه بین سال‌های ۱۹۹۸ و ۲۰۰۳ در مورد ارتباط‌های میان دین‌داری، معنویت و نگرش‌ها و رفتارهای سلامتی نوجوانان، اظهار داشتند که ۸۴ درصد مطالعات نشان دادند که برآوردهای دینداری و

کیفیت زندگی^(۱) یکی از بنیادی‌ترین مفاهیم مطرح شده در روانشناسی مثبت‌نگر^(۲) است(۱). در گزارش سال ۲۰۰۰ سازمان بهداشت جهانی، هدف مهم پیشرفت سلامتی، افزایش سال‌های عمر بود و بیشتر بر میزان مرگ و میر و علایم بیماری تأکید می‌شد، در حالی که بهبود کیفیت زندگی و به طور کلی احساس خوب داشتن جزء اهداف اولیه سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۱ بود(۲). تغییر نگرش از این که پیشرفت‌های مختلف علمی و پزشکی به تنهایی منجر به بهبود کیفیت زندگی افراد نمی‌شود، بلکه ترکیبی از عوامل بهزیستی فردی، خانوادگی، اجتماعی و جامعه به همراه درک فرد از بهزیستی و شرایط محیطی بهزیستی و کیفیت زندگی را به وجود می‌آورد، از گام‌های اولیه گرایش به کیفیت زندگی به شمار می‌آید(۱).

نتایج مطالعات جانارادان و بکشی^(۳) (۲۰۰۲) نشان داد که مولتیپل اسکلروزیس^(۴) (MS) به کیفیت زندگی افراد مبتلا آسیب می‌رساند(۳). پژوهش در زمینه ارتباط بین کیفیت زندگی و MS به وسیله اسپاین و همکاران(۲۰۰۸) از ارتباط بین ادراک بیماری، کیفیت زندگی و قضاوت‌های روانی در بیماران MS حمایت کرد. این مطالعه ابعاد کیفیت زندگی را مورد بررسی قرار داد و دریافت که افراد متیل بیشترین اهمیت را به ابعاد ویژه‌ای همانند عملکرد اجتماعی، سلامت عمومی و سلامت ذهنی و کمترین اهمیت را به ناتوانایی‌های فیزیکی می‌دهند. نتایج این مطالعه همچنین تأیید کرد

1-Quality of life
2-positive psychology
3-Janardhan & Bakshi
4-Multiple Sclerosis (Ms)

معنویت اثرات مثبتی بر رفتارها و نگرش‌های تندرستی داشته‌اند (۹). کاتن و همکاران (۲۰۰۶) در بازننگری تحقیقات در حیطه‌های مرتبط با مذهب و معنویت (کنار آمدن معنوی) و سلامت نشان دادند سازه‌هایی همچون کنار آمدن و تعمیم‌سازی دینی بطور مثبت با پیامدهای سلامتی مرتبط می‌باشند (۱۰). از آنجا که این بیماران از یک سو باید با استرس‌های زندگی روزمره و از سویی دیگر با استرس‌های ناشی از علایم بیماری که نوسان‌دار و غیر قابل پیش‌بینی هستند، مقابله کنند و به نظر می‌رسد عواملی همچون مقابله مذهبی در میزان ارتقاء سطح کیفیت زندگی افراد مبتلا به MS مؤثر باشد، این مطالعه، به منظور بررسی تأثیر ابعاد مذهبی در کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری MS انجام شد.

روش بررسی

در این مطالعه توصیفی، جامعه آماری شامل؛ کلیه افراد مبتلا به MS بود که بیماری آنها به وسیله یک نورولوژیست تشخیص داده شده بود و به مراکز مغز و اعصاب بیمارستان علی بن ابی طالب شهرستان زاهدان در سال ۱۳۹۲ مراجعه نموده بودند. نمونه شامل ۴۳ نفر مبتلا به MS بود که به شیوه در دسترس انتخاب شدند. شرایط شرکت در پژوهش شامل؛ تشخیص بیماری به وسیله پزشک متخصص، داشتن سواد خواندن و نوشتن، اعلام رضایت جهت همکاری

در پژوهش بود. بنابر این جهت انتخاب نمونه، بعد از هماهنگی با مدیر بیمارستان علی بن ابی طالب و بعد از صحبت با بیماران و خانواده‌های آنها و جلب موافقت بیماران جهت همکاری، پرسشنامه کیفیت زندگی، ادراک رنج، مقابله مذهبی و عاطفه مثبت همراه با ارایه توضیحات در جهت چگونگی تکمیل پرسشنامه‌ها به صورت فردی در اختیار بیماران در بیمارستان قرار گرفت.

جهت بررسی عوامل پیش بین کننده کیفیت زندگی از پرسشنامه‌های کیفیت زندگی، مقابله مذهبی و عاطفه مثبت استفاده شد. پرسشنامه کیفیت زندگی (SF-36) یکی از ابزارهایی است که به طور اختصاصی به منظور سنجش کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی در بین بیماران به وسیله چپو و همکاران (۲۰۰۴) طراحی شده و در سطح جهانی به وسیله وار و همکاران (۱۹۹۸) مطرح می‌باشد. این پرسشنامه حاوی ۳۶ سؤال است و سلامت را در دو بعد کلی سلامت جسمانی (عملکرد جسمی، محدودیت‌های جسمی، درد جسمانی و سلامت عمومی) و سلامت روانی (سرزندگی، عملکرد اجتماعی، محدودیت‌های احساس و سلامت روان) ارزیابی می‌کند. هر سؤال از ۱ تا ۱۰ امتیاز می‌گیرد و هر معیار با جمع نمرات سئوالات و تعیین میانگین آن برآورد می‌شود هر چقدر نمره به صد نزدیک شود کیفیت زندگی بهتر محسوب می‌شود (۱۱). گولد و همکاران (۲۰۰۳) آلفای کرونباخ پرسشنامه کیفیت

زندگی را بین ۰/۶۱ تا ۰/۹۱ درصد گزارش کردند. ماری و همکاران (۲۰۰۳) روایی بازآزمایی از این پرسشنامه را بین ۰/۶۵ تا ۰/۹۳ درصد گزارش کردند (۱۱). به منظور تعیین روایی و پایایی ترجمه فارسی پرسشنامه اندازه‌گیری سلامتی کیفیت زندگی در ایران، مطالعه‌ای مقطعی در جمعیت کارکنان دانشکده پزشکی شیراز طی آبان ماه ۱۳۸۰ صورت گرفت. از لحاظ پایایی همبستگی درونی پرسشنامه ۰/۸۷ است که در سطح قابل قبولی بود. همچنین ضریب همبستگی بین هشت گویه پرسشنامه و نمرات مؤلفه ذهنی و روانی قابل قبول بوده است (۱۱). در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ برای پرسشنامه کیفیت زندگی ۰/۷۴ به دست آمد.

پرسشنامه مقابله مذهبی ایرانی که به وسیله افلاک سیریو کلمن (۲۰۱۱) تهیه شده است و در آن ۱۱ آیتم از پرسشنامه مقابله مذهبی پارگامنت اقتباس شده است. هریک از ابعاد فعالیت‌های مذهبی در (۲ عبارت) احساسات منفی نسبت خدا (۴ عبارت)، ارزیابی‌های خیر خواهانه (۲ عبارت)، مقابله مذهبی منفعل (۹ عبارت) و مقابله مذهبی فعال (۹ عبارت) را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. نحوه پاسخ‌دهی به پرسشنامه به صورت ۵ گزینه‌ای است و دامنه پاسخ‌ها از اصلاً تا خیلی زیاد متغیر است. نمره‌گذاری آن به صورت از صفر تا چهار است (۱۲). پایایی این ابزار با آلفای کرونباخ برای فعالیت مذهبی ۰/۱۳، ارزیابی‌های خیرخواهانه، ۰/۷۳، احساسات منفی نسبت به خدا

۰/۷۳، مقابله منفعل ۰/۷۲ و مقابله فعال ۰/۷۳ گزارش شده است (۱۲). آلفای کرونباخ این پرسشنامه، در پژوهش حاضر برای فعالیت مذهبی ۰/۸۷، ارزیابی خیرخواهانه، ۰/۸۳، احساسات منفی نسبت به خدا ۰/۵۸، مقابله مذهبی منفعل، ۰/۶۲، مقابله مذهبی فعال، ۰/۶۷ به دست آمد.

داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS و آزمون‌های آماری همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون گام به گام تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها

با توجه به نتایج به دست آمده از پرسشنامه دموگرافیک مشخص شد که بیشترین فراوانی و درصد مربوط به گروه سنی ۳۰-۳۸ (۴۲/۹ درصد) بود. از نظر سطح تحصیلات ۷/۱ درصد از آن‌ها در سطح ابتدایی، ۷/۱ درصد در سطح سیکل، ۲۳/۸ درصد در سطح دیپلم، ۱۶/۷ درصد در سطح لیسانس و ۴۵/۲ درصد در سطح فوق لیسانس بودند.

نتایج نشان داد که بین بعد ایفای نقش ناشی از مشکلات هیجانی (ابعاد کیفیت زندگی) با مقابله مذهبی منفعل رابطه مثبت و معنی‌داری وجود داشت. بین کل بعد روانی کیفیت زندگی با فعالیت‌های مذهبی ارزیابی‌های خیرخواهانه رابطه مثبت و معنی‌دار و با مقابله مذهبی منفعل رابطه معکوس و معنی‌دار وجود داشت ($p < 0.05$)، ولی بین هیچ یک از ابعاد کیفیت

زندگی در بعد جسمی با ابعاد مقابله مذهبی و عاطفه مثبت رابطه معنی‌داری وجود نداشت ($p < 0/05$) (جدول ۱).

نتایج رگرسیون گام به گام برای پیش‌بینی ابعاد کیفیت زندگی نشان داد که تنها مقابله مذهبی منفعل (ابعاد مقابله مذهبی) $0/12$ ایفای نقش ناشی از مشکلات هیجانی (ابعاد کیفیت زندگی) را پیش‌بینی می‌کند. بنابراین مقابله مذهبی منفعل ارتباط مثبت و معنی‌داری با ایفای نقش ناشی از مشکلات هیجانی دارد که پیش‌بینی کننده ایفای نقش ناشی از مشکلات

هیجانی در بیماران MS می‌باشد. نتایج رگرسیون گام به گام برای پیش‌بینی وضعیت بعد روانی (ابعاد کیفیت زندگی) نشان داد که در گام اول متغیر فعالیت مذهبی (ابعاد مقابله مذهبی) به تنهایی $0/07$ وضعیت بعد روانی را پیش‌بینی می‌کند و در گام دوم فعالیت مذهبی و مقابله مذهبی منفعل روی هم $0/20$ بعد روانی را پیش‌بینی می‌کنند. ضرایب استاندارد بتا نشان داد چنانچه نمره بعد روانی یک نمره تغییر کند، به میزان $0/44$ نمره فعالیت مذهبی و $-0/40$ نمره مقابله مذهبی منفعل تغییر می‌کند (جدول ۲).

جدول ۱: نتایج همبستگی پیرسون ابعاد مقابله مذهبی و عاطفه مثبت با ابعاد کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به MS

ابعاد کیفیت زندگی	زیر مقیاس	فعالیت‌های مذهبی	احساسات منفی نسبت به خدا	ارزیابی‌های خیر خواهانه	مقابله مذهبی منفعل	مقابله مذهبی فعال
جسمی؛	عملکرد جسمی	$0/12$	$-0/03$	$0/08$	$-0/003$	$0/06$
	محدودیت نقش فیزیکی	$-0/008$	$0/17$	$-0/12$	$0/01$	$-0/02$
	درد	$-0/1$	$-0/01$	$-0/009$	$0/02$	$-0/08$
	سلامت عمومی	$-0/05$	$-0/08$	$0/03$	$-0/21$	$-0/01$
	کل بعد جسمی	$0/11$	$0/12$	$0/06$	$0/02$	$0/05$
روانی؛	ایفای نقش ناشی از مشکلات هیجانی	$-0/02$	$-0/16$	$0/001$	$0/38^*$	$0/004$
	انرژی و خستگی	$-0/01$	$-0/16$	$0/03$	$-0/06$	$0/08$
	سلامت عاطفی	$0/07$	$-0/1$	$0/11$	$-0/07$	$0/12$
	عملکرد اجتماعی	$0/28$	$-0/26$	$0/18$	$0/11$	$0/16$
	کل بعد روانی	$0/31^*$	$-0/06$	$0/30^*$	$-0/26^*$	$0/16$

* اختلاف معنی‌دار ($p < 0/05$)

جدول ۲: نتایج رگرسیون گام به گام برای پیش‌بینی بعد روانی (کیفیت زندگی) در بیماران مبتلا به MS (متغیر ملاک: ابعاد کیفیت زندگی)

بعد روانی	R	R ²	Adjusted R Square	Beta	t	F(df)
گام اول؛ فعالیت مذهبی	$0/31$	$0/09$	$0/07$	$0/31^*$	$2/09$	$(1,40)4/37^*$
گام دوم؛ مقابله مذهبی منفعل	$0/49$	$0/24$	$0/20$	$0/44^*$	$3/01$	$(2,39)6/32^*$
				$-0/40^*$	$-2/74$	

* اختلاف معنی‌دار ($p < 0/05$)

بحث

کیفیت زندگی یکی از بنیادی‌ترین مفاهیم مطرح شده در روانشناسی مثبت‌نگر است. در گزارش سال ۲۰۰۰ سازمان بهداشت جهانی، هدف مهم پیشرفت سلامتی، افزایش سال‌های عمر بود و بیشتر بر میزان مرگ و میر و علایم بیماری تأکید می‌شد، در حالی که بهبود کیفیت زندگی و به طور کلی احساس خوب داشتن جزء اهداف اولیه سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۱ بود. تحقیقات مختلف نشان دادند که در مقایسه با سایر بیماران بیماری‌های مزمن، بیماران MS از کمترین میزان سلامتی عمومی، انرژی، عملکرد فیزیکی و اجرای نقش‌های اجتماعی برخوردار هستند. دین از عوامل مهم و تأثیرگذار در سلامت روان است. دین چهره جهان را در نظر فرد دین‌دار دگرگون می‌سازد و طرز تلقی او را از خود، خلقت و رویدادهای پیرامون تغییر می‌دهد. مذهب و معنویت نمودهای وجودی را آرایه می‌کنند و می‌توانند ابزار کنار آمدن، منابع قدرت، شفاف‌بخشی و امید را فراهم سازند و به افراد کمک کنند تجربه بیماری خود را ادراک کنند (۶-۱). هدف این پژوهش بررسی تأثیر مقابله مذهبی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس بود.

نتایج پژوهش نشان داد که بین بعد ایفای نقش ناشی از مشکلات هیجانی (ابعاد کیفیت زندگی) با مقابله مذهبی منفعل رابطه مثبت و معنی‌داری و بین کل بعد روانی (کیفیت زندگی) با فعالیت‌های مذهبی و ارزیابی‌های خیرخواهانه رابطه مثبت و معنی‌دار و با مقابله مذهبی منفعل رابطه معکوس و معنی‌دار وجود

داشت، ولی بین هیچ یک از ابعاد کیفیت زندگی در بعد جسمی با ابعاد مقابله مذهبی و عاطفه مثبت رابطه معنی‌داری وجود نداشت. علاوه بر این نتایج رگرسیون گام به گام برای پیش‌بینی ابعاد کیفیت زندگی نشان می‌دهد که تنها مقابله مذهبی منفعل (ابعاد مقابله مذهبی) بعد ایفای نقش ناشی از مشکلات هیجانی (ابعاد کیفیت زندگی) را پیش‌بینی می‌کند. هم‌چنین نتایج رگرسیون نشان داد که در گام اول متغیر فعالیت مذهبی (ابعاد مقابله مذهبی) به تنهایی و در گام دوم فعالیت مذهبی و مقابله مذهبی منفعل بعد روانی را پیش‌بینی می‌کنند. بنابراین نتایج این پژوهش با آن دسته از پژوهش‌هایی که بیان می‌کند ابعاد مقابله مذهبی در ارتقاء کیفیت زندگی مؤثر است هماهنگ است (۲۰-۱۸ و ۱۳-۱۱، ۶، ۴). شواهد تجربی نشان می‌دهد مذهب و معنویت همبستگی مثبتی با درازی عمر و کیفیت زندگی دارد. تأثیر معنویت بر سلامت و کیفیت زندگی به ویژه برای افرادی برجسته است که آسیب ناشی از تشخیص بیماری را تجربه کرده‌اند. محققان دریافته‌اند که عوامل مذهبی و معنوی در بیماران سرطان سینه با بهزیستی جسمانی، شیوه مثبت کنار آمدن و رضایت‌مندی بالاتر از زندگی ارتباط دارد (۱۳). مذهب و معنویت نمودارهای وجودی را آرایه می‌کنند و می‌توانند ابزار کنار آمدن، منابع قدرت، شفاف‌بخشی و امید را فراهم سازند و به افراد کمک کنند تجربه سرطان خود را ادراک کنند (۶). مطالعات متعدد نشان داده‌اند که مشارکت منظم در فعالیت‌های مذهبی سازمان یافته نظیر نماز خواندن یا دعا کردن، رابطه مثبتی با بسیاری از پیامدهای مثبت

نظیر سلامت جسمانی، امید به زندگی و احساس خوشحالی و نشاط دارند (۱۴). نتایج برخی مطالعات نشان می‌دهد که معنویت می‌تواند به عنوان منبع حمایت عمل کند و نیروی درونی را فراهم آورد که به افراد کمک می‌کند، موقعیت‌های استرس شدید را درک نمایند. سطوح بالاتر عقیده مذهبی و معنویت با پاسخ‌های انطباقی کنار آمدن، تاب‌آوری بالاتر به استرس، جهت‌گیری خوش بینانه به زندگی، حمایت اجتماعی ادراک شده بالاتر و سطوح پایین‌تر اضطراب میان افراد در حال بهبود ارتباط دارد. علاوه بر آن رابطه میان پاسخ‌های مؤثر کنار آمدن و معنویت به ویژه میان زنان قوی می‌باشد (۱۵). علاوه بر این مطالعات متعدد نشان داده‌اند که مشارکت منظم در فعالیت‌های مذهبی سازمان یافته نظیر نماز خواندن یا دعا کردن، رابطه مثبتی با بسیاری از پیامدهای مثبت نظیر سلامت جسمانی، امید به زندگی و احساس خوشحالی و نشاط دارند (۱۴).

کرکلا و کانستانتینیو (۲۰۱۰) با تحقیقی بر بیماران سرطانی، اثرات سودمند جسمانی و روانی به کارگیری کنار آمدن مذهبی مثبت را در بیماران سرطانی گزارش نمود (۱۶). غباری بناب و حکیمی راد در تحقیقی با هدف بررسی رابطه میان سلامت روانی و معنویت در دانشجویان دانشگاه، همبستگی منفی چشمگیری میان ابعاد معنوی از جمله رابطه با خدا، یافتن معنی در زندگی، شکوفایی معنوی و فعالیت‌های معنوی، تجربیات عرفانی متعالی، فعالیت‌های اجتماعی و مذهبی و شاخص

علایم مثبت آشفته‌گی یافتند. معنویت، مذهب و عقاید دینی می‌توانند به عنوان بخشی از تلاش در جهت یافتن معنی در زندگی عمل نمایند، به این صورت که عقاید معنوی، دارای یک چهارچوب مفید برای تبیین این که، چرا موقعیت‌های چالش برانگیز شکل می‌گیرند و نحوه برخورد با این چالش‌ها چه پیامدهایی را به دنبال دارد، می‌باشد، پس می‌تواند پیش‌بینی کننده تغییرات مثبت به دنبال آسیب باشد (۱۷).

ریپنتروپ و همکاران (۲۰۰۵)، در مطالعه خود با هدف درک بهتر رابطه میان مذهب، معنویت و سلامت جسمانی و روانی، روابط چشمگیری میان مولفه‌های مذهب، معنویت و سلامت جسمانی و روانی یافتند. آنها اظهار داشتند عبادت خصوصی (همانند نیایش و مراقبه) رابطه معکوسی با پیامدهای سلامت جسمانی دارد و نشان می‌دهد افرادی که سلامت جسمانی بدتری را تجربه می‌کنند، به احتمال بیشتری در فعالیت‌های مذهبی به عنوان راه کنار آمدن با سلامت ضعیف خود، شرکت می‌کنند (۱۸).

وارد (۲۰۱۰) به بررسی رابطه میان مذهبی بودن و مقابله مذهبی در برابر استرس با بهزیستی روانشناختی (افسردگی و اضطراب) پرداخت. میزان استرس در این مطالعه از طریق تغییرات میزان کورتیزول در پاسخ به استرس زاهای آزمایشگاهی سنجیده شد. نتایج نشان داد که در سطوح کورتیزول رابطه معنی‌داری با مذهبی بودن،

یافته ها احتیاط نمود. از آن جایی که در انجام این پژوهش به بررسی تأثیر عوامل فرهنگی و اجتماعی بر روی MS پرداخته نشده است، پیشنهاد می شود که در تحقیقات آینده این عوامل مورد ارزیابی قرار گیرند.

تقدیر و تشکر

این مطالعه حاصل پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی مصوب دانشگاه سیستان و بلوچستان بود که با حمایت مالی این دانشگاه انجام شد.

معنویت، جنسیت، نیایش و یا بخشودگی ندارد. از سوی دیگر جهت گیری مذهبی بیرونی به طور معنی داری میزان افسردگی و اضطراب صفتی و حالتی را پیش بینی کرد (۱۹). مسی (۲۰۱۰) در پژوهش مشابه به بررسی رابطه میان جهت گیری مذهبی، خشنودی و سلامت روان پرداخت. نمونه شامل ۲۴۲ دانشجوی کاتولیک بود. نتایج حاکی از آن بود که جهت گیری مذهبی رابطه منفی معنی داری با میزان افسردگی داشت. از سوی دیگر جهت گیری مذهبی رابطه مثبت معنی داری با بخشودگی داشت (۲۰).

نتیجه گیری

با توجه به نتایج این مطالعه، استنباط می شود که مذهب عامل تأثیرگذار مهمی در دستیابی افراد به پیامدهای مثبت و منفی می باشد. به خصوص در جوامعی مانند ایران که مذهب بخشی اجتناب ناپذیر از زندگی افراد می باشد، شناسایی اشکال مفید و مضر از مقابله مذهبی و هدایت باورها و اعمال مذهبی می تواند نقش کارآمدی در ارتقاء سلامت روان و بهزیستی افراد داشته باشد. علاوه بر این فعالیت های مذهبی می تواند منجر به افزایش سطح کیفیت زندگی در بیماران MS شود و می توان با به کارگیری فعالیت های مذهبی و آموزش های لازم در این زمینه در جهت ارتقاء سطح کیفیت زندگی این بیماران کمک نمود.

در پژوهش حاضر تنها افرادی به عنوان نمونه انتخاب شدند که به یک بیمارستان در شهر زاهدان مراجعه نموده بودند بنابراین باید در تعمیم

REFERENCES

1. Schalock RL, Brown I, Cumms Ra, Felse D, Matikka L, Keith KD, et al. Conceptualization measurement, and Application of quality of life for persons with Intellectual disabilities: Report of an international panel of experts. *Mental Retardation* 2002; 40(6): 457-470.
2. Drewnowski A, Evants WJ. Nutrition, physical activity and Quality of life in Older Adults. University of Washington School of Public Health 2001; 2(2): 89-94.
3. Janardhan V, Bakshi R. Quality of life and its relationship to brain lesions and atrophy on magnetic resonance images in 60 patients with multiple sclerosis. *Neurological Sciences* 2002; 205: 51-8.
4. Western B. The Psychological Impact of MS: The Relationship Between Depression, Disease Severity, Treatment And Interventions 2008; 1-66, , Available at: <http://www.ted.ie/psychology/other/MScapdissertations/pdf/the%20psychological%20impact%20of%20>.
5. Krause N, Bastida E. Religion, suffering, and health among older Mexican Americans. *Journal of Aging Studies* 2009; 23: 114-23.
6. Barton-Burke M, Smith E, Frain J, Loggins C. Advanced Cancer in underserved populations, *Seminars in Oncology Nursing* 2010; 26(3): 157-67.
7. Giovagnoli AR, Meneses RF, Martins da Silva A. The contribution of spirituality to quality of life in focal epilepsy. *Epilepsy & Behavior* 2006; 9: 133-9.
8. Barton-Burke M, Smith E, Frain J, Loggins C. Advanced cancer in underserved populations. *Seminars in Oncology Nursing* 2010; 26(3): 157-67.
9. Rew L, Wong YJ. A systematic review of associations among religiosity/spirituality and adolescent health attitudes and behaviors. *Journal of Adolescent Health* 2006; 38: 433-42.
10. Cotton S, Zebracki K, Rosenthal SL, Tsevat J, Drotar D. Religion/spirituality and adolescent health outcomes: a review. *Journal of Adolescent Health* 2006; 38: 472-480.
11. Hadi N, Malek makan L. Study Quality of life and Health levels of elementary schoolteacher in Shiraz. *Hormozgan of Medical Magazine* 2006; 10 (4): 387-92.
12. Aflakseir A, Colman PG. Initial development of the Iranian religious coping scale. *J Muslim Men Heal* 2011; 6(1): 44-61.
13. Symonds LL, Yang L, Mande MM, Mande LA, Blow AJ, Osuch J R, et al. Using pictures to evoke spiritual feelings in breast cancer patients: development of a new paradigm for neuroimaging studies. *J Relig Health* 2011; 50: 437-46.
14. Rippentrop EA, Altmaier EM, Chen, JJ, Found EM, Keffala VJ. The relationship between religion/spirituality and physical health, mental health, and pain in a chronic pain population. *Pain* 2005; 116(3): 311-21.
15. Arevalo S, Prado G, Amaro H. Spirituality, sense of coherence, and coping responses in women receiving treatment for alcohol and drug addiction. *Evaluation and Program Planning* 2008; 31: 113-23.
16. Karekla M, Constantinou M. Religious coping and cancer: proposing an acceptance and commitment therapy approach. *Cognitive and Behavioral Practice* 2010; 17: 371-81.
17. Ghobary Bonaba B, Hakimirad H. Relation between mental health and spirituality in Tehran University student. *Procedia Social and Behavioral Sciences* 2010; 5: 887-91.
18. Rippentrop EA, Altmaier EM, Chen JJ, Found EM, Keffala VJ. The relationship between religion/spirituality and physical health, mental health, and pain in a chronic pain population. *Pain* 2005; 116(3): 311-21.
19. Ward AM. The Relationship between Religiosity and Religious Coping to Stress Reactivity and Psychological Well-Being. PhD Dissertations, Georgia State University 2010.
20. Messay B. The relationship between quest religious orientation, forgiveness and mental health. Master thesis, University of Dayton 2010.

The Role of Religious Coping in Predicting Quality of Life in Patients with Multiple Sclerosis

Askari N, Nikmanesh Z*

¹Department of Psychology, University of Sistan and Baluchestan, Zahedan, Iran

Received: 21 Oct 2014

Accepted: 25 Jan 2014

Abstract

Background & aim: Multiple sclerosis is a chronic disease of the nervous system which usually begins in young adults and pathologically characterized by demyelination and glial scarring. According to psychological problems after suffering, the aim of this study was to investigate the influence of religious coping on quality of life in patients with MS.

Methods: In the present descriptive study, forty-three patients with multiple sclerosis referred to the CNS Center of Ali bin Abi Talib Hospital of Zahedan, Iran, in 2013 were selected. Using religious coping and quality of life, variables were assessed. The data were analyzed by using the correlation and step-wise regression methods.

Results: A positive correlation were seen between religious coping with the passive role due to emotional problems (of QOL) and between religious activities and democratic assessments a significant ($p < 0.05$). The regression results also showed that religious activities in the first step alone 0.07 changed the psychological quality of life and in the second step religious activity along with passive religious coping predicted 0.2 of changes of psychological quality of life.

Conclusion: Increasing religious and spiritual activities may contribute to improving the quality of life in patients with multiple sclerosis.

Key words: Multiple Sclerosis, Religious Coping, Quality of life

*Corresponding Author: Nikmanesh Z, Department of Psychology, University of Sistan and Baluchestan, Zahedan, Iran

Email: nikmanesh@ped.usb.ac.ir