

# الگوی معنوی / مذهبی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (MS) : مطالعه کیفی □

## Spiritual/Religious Pattern in Patient with Multiple Sclerosis: A Qualitative Study □

Zahra Abdekhodaie, PhD ✉  
Shahriyar Shahidi, PhD  
Mohammad Ali Mazaheri, PhD  
Leyli Panaghi, PhD  
Vahid Nejadi, PhD

دکتر زهرا عبدخدایی \*  
دکتر شهریار شهیدی \*  
دکتر محمدعلی مظاهری \*  
دکتر لیلی پناغی \*  
دکتر وحید نجاتی \*

### Abstract

### چکیده

The aim of the current study was to investigate the pattern of Spiritual / Religious in the patients with MS. A phenomenological approach was adopted using a qualitative method and participants were chosen none randomly on the basis of their availability. Deep interviews were carried out with fifteen MS patients and detailed information obtained from these interviews was analyzed using the Colizzi and the Interpretative Phenomenological Analysis (IPA) methods. Results indicated that in dealing with the spirituality/ religion issues in the pwMS five major categories were identified, and each of them consisted of several sub-categories. These major categories were labelled as follows: the definition of spirituality and religion, spiritual/ religious behaviors, the place of God in life, spiritual coping strategies, and changing in religious attitudes. On the basis of the defined clusters, five spiritual/ religion patterns were obtained including: "hope, kindness and support", "power, wisdom and support", "revenge, fear and anger", "power, predestination, fear and surrender" and "doubt, feel guilty and avoidance". Finally, it can be concluded that achieving an integrated spiritual/ religious identity has a significant impact on psychological wellbeing and improve of patients life styles.

**Keywords:** Multiple Sclerosis, qualitative, spirituality, religion

مطالعه حاضر باهدف تعیین الگوی معنوی/ مذهبی بیماران مولتیپل اسکلروزیس صورت پذیرفته است. این مطالعه که یک پژوهش کیفی است به شیوه پدیدارشناسی صورت پذیرفته است. مشارکت‌کنندگان در پژوهش ۱۵ نفر بوده‌اند که به صورت نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. جمع‌آوری اطلاعات با استفاده از مصاحبه عمیق و تفسیر داده‌ها به روش کلایزی و رویکرد پدیدارشناسی انجام شده است. نتایج حاکی از آن است که پنج خوشه اصلی در مواجهه بیماران با معنویت و مذهب قابل استخراج است که شامل: تعریف معنویت و مذهب، انجام رفتارهای معنوی/ مذهبی، جایگاه خدا در زندگی، راهبردهای معنوی و تغییر در نگرش نسبت به دین است. برخی از این خوشه‌های اصلی دارای خوشه‌های فرعی می‌باشند. با توجه به خوشه‌های استخراج شده پنج الگوی تعامل معنوی/ مذهبی به دست آمد که عبارت‌اند از: الگوی «امید، محبت و حمایت»، «قدرت، حکمت و حمایت»، «انتقام، ترس و خشم»، «قدرت، جبر، ترس و تسلیم» و «تردید، احساس گناه و اجتناب». نهایتاً می‌توان گفت دستیابی به یک هویت منسجم معنوی/ دینی می‌تواند در رفاه روان‌شناختی و بهبود سبک زندگی بیماران تأثیر قابل‌ملاحظه‌ای داشته باشد.

**کلید واژه‌ها:** مولتیپل اسکلروزیس، کیفی، معنویت، مذهب

□ Department of Educational Science and Psychology,  
Shahid Beheshti University, Tehran, I. R. Iran.  
✉ Email: z\_abdekhodaie@sbu.ac.ir

□ دریافت مقاله: ۱۳۹۵/۱۱/۱۱ تصویب نهایی: ۱۳۹۶/۷/۱۶  
\* دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه شهید بهشتی

## ● مقدمه

انسان دارای ابعاد مختلف جسمانی، روانشناختی، اجتماعی، و همچنین بعد معنوی است که به اندازه سایر ابعاد بر سبک و کیفیت زندگی وی تأثیرگذار است (زینعلی زاده و همکاران، ۲۰۱۴). تعاریف متعددی در مورد بعد معنوی و معنویت در زندگی انسان صورت پذیرفته است که در دو رویکرد کلی قابل جمع بندی است؛ الف: معنویت به عنوان مفهوم عام معنایابی، ب: معنویت به عنوان هم پیوستگی با خدا/ الوهیت (سام‌آور و همکاران، ۱۳۹۲). میچلسون و همکاران (۲۰۱۶) معنویت را یک توانایی و قابلیت ذاتی برای فراروی از خود می‌دانند که در آن فرد یا یک پدیده مقدسی بسیار فراتر و ارزشمندتر از «خود» حضور دارد. پارگامنت و هیل (۲۰۰۳) مذهب را تلاشی سازمان‌یافته و همگانی برای ارتباط با منبع تقدس می‌دانند. درحالی‌که معنویت را به تلاش‌های شخصی و کمتر سازمان‌یافته در این راستا اطلاق می‌کنند. از سوی دیگر در نظر بسیاری از مسیحیان معنویت هم‌راستا با مذهب است به طوری‌که کیل<sup>۱</sup> (۲۰۰۲) به نقل از سام‌آور، (۱۳۹۲) در تعریف معنویت، بر خدا به عنوان عنصری ضروری و غیرقابل انکار تأکید می‌نماید. در اسلام نیز از دیدگاه علامه طباطبایی معنویت درآمیخته با مسئله توحید است (رستگار و نوبری، ۱۳۹۴) و در راستای دین قابل تعریف است. یکی از دلایل این تفاوت بین اندیشمندان، ناشی از تعریف دین است به طوری‌که شهید مطهری بیان می‌کند معنویت و راه دستیابی به آن جدا از انجام دستورات دینی نیست و این همگامی بین رفتار دینی و ارتقا معنوی مختص دین اسلام است. (مطهری، ۱۳۷۴)

امروزه ارتباط بین بعد معنوی انسان و سلامت در سایر ابعاد جسمانی و روانی مورد توجه بسیاری از مطالعات قرار گرفته (زیمر و همکاران، ۲۰۱۶). ابتلا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس (MS) با توجه به ناتوانایی‌های مزمنی که در فرد ایجاد می‌نماید منجر به رویارویی وی با فرصت محدود حیات و رنج‌های مرتبط با ماهیت بشری می‌شود. ام‌اس یک بیماری التهابی با ماهیت پیش‌رونده و تحلیل برنده، مربوط به دستگاه اعصاب مرکزی (مغز و نخاع) می‌باشد (هیوز و همکاران، ۲۰۱۳) که به سرعت در حال گسترش است، به طوری‌که اطلس ام‌اس (۲۰۱۶) میزان شیوع آن در دنیا را حدود دو و نیم میلیون نفر برآورد نموده است. در ایران نیز از هر صد هزار نفر، ۵،۷۸ نفر مبتلا به ام‌اس گزارش شده‌اند (حسینی و همکاران، ۲۰۱۶).

بیماری‌های مزمن، لاعلاج و یا تهدیدکننده حیات بیماران را با مجموعه سؤالاتی از معنا و هدف زندگی مواجه می‌نمایند. در پاسخ به این سؤالات و برای ایجاد و تداوم احساساتی مانند معناداری و هدفمندی زندگی، کاهش تنیدگی و باقی ماندن احساس کنترل و امید به زندگی اغلب بیماران به باورها و اعتقادات مذهبی روی می‌آورند (بیوسسینگ و همکاران، ۲۰۰۵؛ بکیاس، ۲۰۱۶). در بسیاری از موارد گزارش شده است که باورها و تمارین مذهبی/ معنوی بر فرد تأثیر مثبتی داشته و فرد را به سمت معنایابی غایی در زندگی هدایت می‌نماید (رزمارین و همکاران، ۲۰۱۳؛ زیمر و همکاران، ۲۰۱۶؛ صفوی و همکاران، ۲۰۱۶؛ میچلسون و همکاران، ۲۰۱۶). به طوری که رضائی و همکاران (۱۳۹۴) بر این باورند که استفاده از راهبردهای معنوی می‌تواند انطباق‌پذیری فرد را افزایش دهد. این در حالی است که اکسلین و همکاران (۲۰۱۴) به کشمکش‌های مذهبی/ معنوی در بسیاری از بیماران اشاره می‌نمایند و آنها را در شش دسته عمده قرار می‌دهد: کشمکش‌های الهی، شیطانی، اخلاقی، بین فردی، کشمکش‌هایی در مورد معنای غایی، و کشمکش‌های مربوط به شک و تردید. بنابراین فرد با ابتلا به بیماری‌های مزمن، همان‌طوری که امکان دارد از راهبردهای معنوی بهره برد، این امکان نیز وجود دارد که در چالش‌ها و کشمکش‌های معنوی/ مذهبی قرار گیرد که حل موفقیت‌آمیز آن علاوه بر دستیابی بر سلامت معنوی/ مذهبی به بهبود و ارتقا سلامت جسمی وی خواهد انجامید (گرایس و همکاران، ۲۰۱۶؛ لوکتته و همکاران، ۲۰۱۶).

مطالعات متعددی در رابطه با تأثیر رفتارهای معنوی/ مذهبی بر سلامت روان و یا بهبود اختلال‌های روانشناختی و جسمانی ناشی از درمان‌های مبتنی بر معنویت صورت پذیرفته است، از جمله متاوه و همکاران (۲۰۱۶) در مورد تأثیرگذاری مثبت راهکارهای معنوی/ مذهبی در بیماران مبتلا به ایدز و میهالجویس و همکاران (۲۰۱۶) در مورد کاهش افسردگی و ارتقا سلامت روان از طریق این دسته از درمان‌ها، مطالعه نموده‌اند. اما مطالعه‌ای پدیدار شناختی، مبتنی بر تجارب معنوی/ مذهبی مبتلایان به بیماری‌های مزمن و به‌طور خاص ام‌اس صورت پذیرفته است. مطالعه حاضر باهدف شناخت پدیدارشناسانه نحوه مواجهه مبتلایان به ام‌اس با مسئله معنویت/ و مذهب و ارزیابی تجارب آنها صورت پذیرفت تا بتواند ارزیابی دقیق‌تری در راستای ارائه و راهکارهای روانشناختی برای ارتقا رفاه و سلامت جسمانی- روانی - معنوی این بیماران اتخاذ نماید.

## ● روش

مطالعه حاضر یک مطالعه کیفی است که با روش پدیدارشناسی صورت پذیرفت، با استفاده از روش مصاحبه عمیق، داده‌ها گردآوری شده، متن مصاحبه‌ها پیاده و مورد تحلیل قرار گرفتند. جامعه آماری شامل تمام بیماران ام‌اس هستند. محدودیتی برای شرکت‌کنندگان از لحاظ سن، جنس، سن ابتلا و درجه EDSS<sup>۲</sup> در نظر گرفته نشد. ملاک‌های خروج از طرح عبارت‌اند از؛ وجود بیماری سایکوتیک و سابقه بستری در بیمارستان روانی، ابتلا به سایر اختلال‌های نورولوژیک همراه.

از ۴۲ نفر متقاضی شرکت در طرح، ۲۰ نفر به شیوه نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. از آنجاکه ملاک حجم نمونه به اشباع رسیدن اطلاعات بود، بعد از مصاحبه با ۱۲ نفر اطلاعات به اشباع رسید، جهت حصول اطمینان جمع‌آوری داده‌ها تا ۱۵ نفر ادامه یافت. میانگین سن شرکت‌کننده‌ها ۳۱/۶۷ (سن بین ۱۸ تا ۴۲) سال بود و ۸ نفر از شرکت‌کننده‌ها (۴/۵۳٪) زن بودند. میانگین دوره ابتلا به بیماری ۶ سال (بین ۲ تا ۱۶) بود. ۱۱ شرکت‌کننده (۴/۷۳٪) از نوع خاموشی - عود بودند، ۳ نفر (۲۰٪) از نوع پیشرونده ثانویه بودند و یک نفر پیش‌رونده اولیه در طرح قرار داشتند. ۶ نفر از شرکت‌کننده‌ها متأهل و چهار نفر از آنها دارای فرزند بودند. به لحاظ استفاده از وسایل کمکی در یک پیوستاری از توانایی راه رفتن بدون مشکل تا استفاده از ویلچر قرار داشتند. هر شرکت‌کننده برحسب مشکلات، توانایی فیزیولوژیکی و آمادگی روانی طی دو تا سه جلسه ۳۰ تا ۴۵ دقیقه‌ای مورد مصاحبه قرار گرفت. این جلسات شامل مصاحبه روانپزشکی، مصاحبه تاریخچه فردی، مصاحبه عمیق بود.

## ● ابزار

□ الف: مصاحبه عمیق: از آنجاکه پژوهش به دنبال جستجوی تجربه شخصی بیماران در مورد معنویت و مذهب بعد از ابتلا به بیماری بود، از مشارکت‌کننده‌ها خواسته شد در مورد تجارب معنوی و مذهبی خود توضیح داده و به سؤالاتی از قبیل موارد زیر پاسخ دهند؛ «آیا بیماری منجر به تغییر در روابط معنوی و مذهبی، باورها و دیدگاه‌های شما در این زمینه شده است؟»، «آیا بعد از ابتلا به بیماری در این رابطه به تجربه جدیدی برخورد کردید که قبل از آن نداشته باشید؟» و در طی مصاحبه بر اساس پاسخ‌های شرکت‌کننده‌ها سؤالات پیگیری برای دستیابی به اطلاعات جزئی‌تر پرسیده می‌شد.

□ ب: مصاحبه روانپزشکی و بررسی تاریخچه: مصاحبه غربالگری مطابق ملاک‌های DSM V صورت پذیرفت.

در این مطالعه از دو شیوه تحلیل داده‌های کیفی، روش IPA<sup>۳</sup> (لیونس و کوپل، ۲۰۰۸) همچنین روش کلایزی (کرسول، ۲۰۰۷) استفاده شد. ابتدا مصاحبه‌ها پیاده شده، چندین بار برای دستیابی به ادراک کلی از اظهارات شرکت‌کننده‌ها مورد مطالعه و بازخوانی قرار گرفتند. جملاتی که مهم و مرتبط با پدیده مورد مطالعه ارزیابی شد در متن مشخص شد. به وسیله حاشیه‌نویسی معانی اولیه ذخیره شد. در مرحله بعد اظهارات عمده شرکت‌کننده‌ها در جدولی جداگانه قرار گرفت و مطابق رویکرد (IPA) عبارات خاص با محتویات روانشناختی، و طبق روش کلایزی مفاهیم فرموله شده در روبروی آن آورده شد. در جدول هم، در روبروی هر اظهار عمده‌ای کدبندی صورت پذیرفت (جدول ۱).

جدول ۱. نمونه‌ای از اظهارات عمده، معنای فرموله شده و کدبندی

کدبندی	معنای فرموله شده	اظهارات عمده
۱. افتادن از چشم خدا	انجام گناهان باعث از چشم خدا افتادن می‌شود و بنابراین خدا تقاص گناهان را از آدم می‌گیرد و چون میزان گناه با میزان عذاب و عقوبت تناسب ندارد	فکر می‌کردم از چشم خدا افتادم... با میل و رغبت شخصی خودم نماز نمی‌خوندم مثلاً دانشگاه می‌رفتم دیگه نماز نمی‌خوندم. بعد همچین احساسی داشتم که از چشم خدا افتادم... در حق من بی‌عدالتی شده.. همش احساس می‌کردم که این بیماری مجازات اون کاریه که کردم... بیماری متناسب با اون گناهی که من کردم نیست... خودم رو مستحق نمی‌دونستم.
۲. مقابله منفی با خدا	با میزان عذاب و عقوبت تناسب ندارد	
۳. انجام ندادن رفتارهای مذهبی	در حق من بی‌عدالتی شده است و البته این نوع افکار درست نبود	
۴. احساس بی‌عدالتی		
۵. بیماری تقاص گناهان		

به دنبال این مرحله، جدولی متشکل از سه ستون تهیه شد و کدبندی‌ها به‌طور جداگانه وارد ستون اول گشتند، در ستون دوم کدبندی‌ها به‌صورت موضوع‌هایی دسته‌بندی شده و نهایتاً در ستون سوم خوشه‌های اصلی و فرعی از تجمیع موضوع‌ها به دست آمدند. این مراحل مطابق روش کلایزی صورت گرفت و در نهایت خوشه‌های مشخصی ارائه شد (جدول ۲). اما در ادامه موضوع‌هایی نیز از قسمت معنای فرموله شده استخراج شدند که کیفی‌تر و تحلیلی‌تر هستند. جهت بررسی اعتبار اطلاعات به‌دست‌آمده برای دو دانشجوی دکتری که با روش تحلیل کیفی آشنایی داشتند ارسال شد و کدها، موضوع‌ها و مقولات مورد ارزیابی قرار گرفته شد. جهت بررسی روایی نتایج برای شرکت‌کننده‌ها ارسال شده و مورد تأیید قرار گرفت.



○ ۱-۲. *انجام رفتارهای معنوی و مذهبی*: انجام رفتارهای معنوی / مذهبی متأثر از نوع نگرش دینی، نوع ارتباط باخدا و هویت دینی شرکت‌کننده‌هاست. این خوشه شامل دو خوشه فرعی، برقراری رابطه به سبک شخصی، و برقراری رابطه مبتنی بر رفتارهای دینی، است. برخی از شرکت‌کننده‌ها به برقراری ارتباط باخدا به شیوه و سبک شخصی اعتقاد دارند و روش‌های معمول را انجام نمی‌دهند. اما اغلب شرکت‌کننده‌ها (۱۲ نفر) بر این باورند که انجام رفتارهای مذهبی مانند نماز، روزه و دعا منجر به ایجاد احساس نزدیکی باخدا، برقراری ارتباطی قوی‌تر با وی شده، شیوه مفیدی برای کسب آرامش است، این باور صرف‌نظر از پایبندی افراد به رفتارهای مذهبی است.

○ ۱-۳. *جایگاه خدا در زندگی*: این خوشه شامل سه خوشه فرعی تصور از خدا، دلایل ارتباط باخدا، و شیوه برقراری ارتباط باخدا است.

#### ● تصور از خدا:

○ *خدا به‌عنوان حامی و همراه*: این گروه اذعان می‌کنند که خداوند همراه همیشگی آنها بوده است. شرکت‌کننده ۳ و ۱۱ بر این باورند که؛ خدا بعد از ابتلا آنها به بیماری بیش از قبل به آنها لطف داشته حتی افرادی را وسیله برای کمک‌رسانی به ایشان قرار داده است: «... همه خیلی با من خوبین و کنار میان با شرایط من، میان که به من کمک کنن.. خب اینا لطف خداست...».

○ *خدا به‌عنوان انتقام‌گیرنده سخت*: تصویری است در برابر این باور که؛ بیماری انتقام‌گناهان فرد بوده. این نوع تصور، از خدا موجودی ناملایم، نامنعطف و انتقام‌گیرنده‌ای بی‌منطق می‌سازد که مسبب بلاهای زندگی است. شرکت‌کننده ۹ می‌گوید: «من می‌دونم خدا دوستم نداره. مریضی ام هم انتقام بوده که خدا ازم گرفته... می‌دونم آخرشم می‌خواد من تو تنهایی بمیرم بو بگیرم، همسایه‌ها از بوی تعفن بیان پیدام کنن... اینکه تو جوونی اینطور شدم نشون دهندۀ انتقام خداست..». در این گروه افرادی نیز به این شدت اعتقاد به انتقام‌گیرنده بودن خداوند ندارند، اما یکی از دلایل ابتلا به بیماری را تقاض گناहانی می‌دانند که در گذشته انجام داده‌اند.

○ *خدا به‌عنوان جبار و قادر مطلق*: این افراد از آنجاکه خداوند را قادر مطلق می‌دانند

ابتلا و بهبودی را دست خدا دانسته و اختیار را تا حدود زیادی چه در امر ابتلا و چه در امر بهبودی، از خود سلب می‌نماید. این نوع تصور تلاش می‌کند قدرت خدا را به مواردی مانند حکمت، مشیت و تقدیر مرتبط سازد. بنابراین اگرچه افرادی با این تصور قادر به درک علت کارهای خدا نیستند اما آن را در چارچوب مفاهیم ذکرشده منطقی می‌دانند. خدا از دیدگاه آنان وجودی است که بیماری و رنج را بر آنان تحمیل کرده، در برابر خواسته‌هایش بی‌اختیارند، اما این تحمیل از سر نابخردی و زورگویی نیست.

○ **خدا به‌عنوان یک وجود مبهم و غیرقابل ادراک؛** این تصور از خدا گاهی فرد را تا سر حد تشکیک در خیالی بودن چنین وجودی نیز پیش می‌برد، اما مطالعه حاضر به موردی از انکار خدا برنخورده است.

○ **خدا به‌عنوان حکیم مهربان و قادر متعال؛** تصور این افراد از خداوند وجودی حکیم و داناست که دانایی او در حد ادراک ما نیست و اگرچه هر آنچه بخواهد، انجام می‌دهد اما این توانایی در راستای ارتقا و رشد شخصیت انسان است. شرکت‌کننده ۱۲ می‌گوید: «وقتی یه مورچه الکی نیامد زیر پای حضرت سلیمان، من می‌خواد الکی فلج شده باشم؟!، حتما یه حکمتی توشه، برای من که روشنه، من اصلاً به این حالت‌هایی که الآن رسیدم با سلامتی نمی‌رسیدم.. سخته!... ولی توش رد پای خداست، با اون لذت می‌برم...».

تصور افراد از خدا اغلب یک تصور نسبتاً ثابت است اما در برخی از شرکت‌کننده‌ها، ترکیبی از چند مورد نیز مشاهده شد.

### ● **علل ارتباط باخدا:**

○ **کسب آرامش؛** یکی از عمده‌ترین دلایل ارتباط باخداست. عوامل متعددی ذکرشده که در برقراری ارتباط باخدا منجر به آرامش می‌شود از جمله؛ اعتقاد به همه‌توانی و قادر مطلق بودن خداوند، توانایی برآورده ساختن نیازها، خیررسانی به انسان. از سوی دیگر گفتگو با چنین منبعی ماهیت تخلیه هیجانات بالایی دارد. عده زیادی از شرکت‌کننده‌ها باخدا در راستای کاهش ترس‌ها، اضطراب‌ها و دغدغه‌هایشان و در نتیجه به امید دستیابی به آرامش ارتباط برقرار می‌کنند.

○ **گریز از تنهایی؛** عامل دیگری برای پناه بردن به خداست. در مطالعه حاضر اغلب



در افرادی این دلیل برای ارتباط باخدا مشاهده می‌شود که یا مجرد هستند و یا روابط آشفته زناشویی دارند، تنهایی و جمع‌گریزی را به‌گرایش به جمع ترجیح می‌دهند و تعاملات خانوادگی محدودی دارند. شرکت‌کننده ۱۱ می‌گوید: «یه وقتایی تنهایی بهم فشار میاره، دعا که می‌خونم، نماز که می‌خونم یا یه مدتی می‌شینم پای جانماز حالم بهتر می‌شه». ارتباط باخدا حس تنها بودن فرد را کاهش می‌دهد. به‌طور عکس نیز برخی شرکت‌کننده‌ها گزارش نموده‌اند که تخریب رابطه‌ی ایشان باخدا منجر به تشدید احساس تنهایی آنها شده است.

○ ترس: ترس از عقوبت، ترس از وخیم‌تر شدن بیماری، ترس از دنیای دیگر که همگی آنها تحت سیطره‌ی خداوند است عامل دیگر در برقراری ارتباط باخدا است. این ترس که در برخی از موارد همراه باخشم می‌باشد، نیز منجر به برقراری ارتباط با خداوند هست اما این افراد ارتباطی همراه با تعارض شدید را تجربه می‌نمایند.

○ امید به شفا؛ در افرادی مشاهده می‌شود که کمتر نسبت به خدا خشمگین هستند و درعین حال او را قادر مطلق می‌دانند. شرکت‌کننده ۱۱ می‌گوید: «می‌خوام واقعاً ازش که شفا بده به من.. من واقعاً چیزی تو زندگی ام ندارم... نه پدر و مادر، نه خانواده، نه هوش و استعداد نه زیبایی و چهره‌ی خوب، سر همه اینا یه مریضی و ناتوانی هم هست... واقعاً امید دارم این یکی رو به من بده»

○ احساس گناه؛ عذاب وجدان ناشی از گناهان انجام‌شده مانند هراس، همراه باخشم نسبت به خداوند نیز مشاهده می‌شود. این افراد به دلیل سطح بالای اضطراب، تلاش می‌کنند از هرگونه ارتباطی باخدا اجتناب نمایند (شرکت‌کننده ۹).

○ ددوستند؛ دریافت درخواست در قبال انجام رفتارهای مذهبی دلیل برقراری ارتباط باخدا در برخی شرکت‌کننده‌ها است که به رابطه جنبه‌ی دادوستد می‌دهد.

○ عشق و محبت؛ عشق و علاقه واقعی نسبت به خدا اگرچه بسیار معدود (تنها شرکت‌کننده ۱۲)، اما منجر به برقراری ارتباط اثربخشی باخدا شده است.

نمی‌توان گفت هر فرد تنها به یک دلیل باخدا ارتباط برقرار می‌کند، هر شرکت‌کننده دلایل متعددی برای برقراری ارتباط باخدا دارد و درواقع در هر شرکت‌کننده می‌توان مجموعه‌ای از دلایل ذکرشده را مشاهده نمود.

## ● نوع رابطه با خدا:

شرکت‌کننده‌ها برحسب دلایلی که برای برقراری ارتباط با خدا دارند و تصویری که از او دارند، با خدا ارتباط برقرار می‌کنند. لازم به ذکر است که در تحقیق حاضر هیچ شرکت‌کننده‌ای مشاهده نشد که ارتباط با خدا در وی به‌تنهایی مبتنی بر خشم و تنش باشد، بلکه قبل از بروز خشم حتماً یا ترس از خدا وجود داشته و یا احساس گناه مشاهده شده است.

○ *رابطه مملو از ترس و تعارض (همراه باخشم یا بدون خشم)*: این نوع رابطه ناشی از تصور جبار مطلق بودن خداوند است. این افراد از آنجاکه زندگی را جبر مطلق می‌دانند، بیماری، تشدید علائم و بهبودی را نیز خواسته خدا پنداشته، خود را ناتوان از هرگونه اراده‌ای خلاف اراده خدا می‌دانند. بنابراین بر اساس ترسی که ناشی از ابتلا به بیماری در آنها ایجاد شده، با خدا ارتباط برقرار می‌کنند. تلاش می‌کنند به خاطر ترس از پیامدهای ناشکری، از شکرگزاری خدا غفلت نمایند. در این افراد تسلیمی همراه با ترس مشاهده می‌شود که در برخی همراه باخشم نیز هست، و چون مبنای این ترس محبت نیست، منبع ایجاد تعارض می‌گردد، شرکت‌کننده ۱۴ می‌گوید: «بعضی وقتا هولم بر می‌داره.. آخه کاری نکرده بودم که خدا بخواد این‌طور تقاص بگیره... نماز زیادتر می‌خونم، می‌گم شاید یه کاری کردم اینجوری برطرف شه... لاقل بدتر نشم..».

○ *رابطه همراه با احساس گناه (همراه باخشم یا بدون خشم)*: از آنجاکه اغلب شرکت‌کننده‌ها علت اصلی ابتلا به بیماری را تقاص گناهان می‌دانند، تعاملی بر همین اساس با خدا برقرار می‌نمایند. گروهی آن را قابل جبران می‌دانند و در برخی موارد از این بابت شکرگزار نیز هستند. اما گروهی دیگر به مقایسه میزان گناه انجام شده با تنبیه در نظر گرفته شده می‌پردازند و رفتار خدا را ناعادلانه دانسته، به همین دلیل، رابطه‌ای مبتنی بر احساس گناهی همراه باخشم با خدا برقرار می‌کنند. درعین حال از ارتباط با خدا نیز می‌گریزند، و به گروه بعدی که از توجه به خدا اجتناب می‌ورزند، نزدیک می‌شود. این دو گروه افرادی هستند که تعارضات شدیدی در باور به خدا دارند و در مورد ارتباط با خدا تصمیم نگرفته‌اند.

○ *تلاش برای کاهش و انحراف توجه از خدا*: ماهیت این اجتناب متغیر و متفاوت است، اما اغلب دارای ماهیتی تعارض‌آمیز است، به طوری که فرد صحبت‌های متناقضی در مورد رابطه‌اش با خدا می‌گوید که بیانگر سردرگمی در رابطه است.

○ **رابطه بر مبنای امید و حمایت طلبی؛** برخی به دنبال دریافت حمایت از سوی خدا رابطه‌ای امیدوارانه و همراه با تقاضاهای متعدد از وی، برقرار می‌کنند. امید به شفا، معجزه و بهبود، امید اجابت دعاها و برآورده شدن آرزوهایی مانند فراهم کردن شرایط مناسب ازدواج یا شرایط مناسب شغلی و..، امیدهایی هستند که نوع تعامل باخدا را در این افراد تعیین می‌کند.

○ **رابطه بر اساس عشق و محبت؛** تصور از خدا به‌عنوان حکیم مهربان و قادر به این افراد احساس اعتماد می‌دهد. با حضور خدا سعی می‌کنند تنهایی، دردها و تنش‌های خود را کاهش می‌دهند. آنها از برقراری ارتباط با چنین خدایی راضی هستند و آرامش کسب می‌کنند. ضعف و قوت این احساس عشق و محبت بر روی نوع ارتباط باخدا تأثیر می‌گذارد. شرکت‌کننده ۵ بر این اساس که در کار خدا حکمتی وجود دارد و خدا خیر بنده‌اش را می‌خواهد ارتباطی بر اساس محبت باخدا برقرار کرده است. شرکت‌کننده ۱۲ نیز می‌گوید: «خدا خوب خدا/ایش رو بلده، ما بندگی رو بلدیم؟! تو این مدت معجزه‌ها دیدم، حکمت‌ها دیدم گاهی خانمم می‌گه خدا زمزم تو دیدت باز کرده با این بیماری».

○ ۱-۶. **راهبردهای معنوی؛** بر حسب جایگاهی که خدا در زندگی شرکت‌کننده‌ها دارد دو دسته راهبردهای مثبت و منفی معنوی اتخاذ می‌کنند. راهبردهای منفی، مبتنی بر هیجانات منفی است. هیجاناتی مانند ترس از عذاب الهی و احساس گناه. و راهبردهای مثبت مبتنی بر مثبت اندیشی و امید است.

### ● **راهبردهای منفی:**

افرادی که ترس از عذاب الهی در آنها بر امید به مغفرت غالب است خود را ناتوان در برابر قدرت خدا می‌دانند از احساس گناه مداوم خشمگین شده و به رفتارهای متعارضی در این رابطه می‌پردازند. این افراد نیز مجموعه دلایلی را برای ابتلا به بیماری ذکر می‌کنند که تقاص گناهان و بی‌عدالتی خداوند در رأس آنهاست. به طوری کلی راهبردهای منفی در سه گروه قرار می‌گیرند؛ تضاد ورزی باخدا و مقابله‌به‌مثل، سعی در اجتناب از خدا، سعی در برقراری رابطه باخدا به دلیل ترس.

## ● راهبردهای مثبت:

شرکت‌کننده‌ها به‌طور غالب از شش راهبرد مثبت معنوی بهره‌برداری می‌نمایند که عبارت‌اند از؛ استفاده از نیروی شفافبخش دعا، ارزشمند سازی تجربه درد و رنج، ارائه دلیل‌های مبتنی بر دین برای عوامل تنش‌زا و غیرمترقبه مانند بیماری (حکمت و مشیت الهی)، انجام مناسک دینی، حضور در جلسات مذهبی و رفتارهای مذهبی / معنوی.

○ ۱-۵. تغییر در نگرش نسبت به دین؛ به‌طور کلی ابتلا به بیماری منجر به تغییر نگرش دینی در شرکت‌کننده‌ها شده است. گروهی این تغییرات را مثبت ارزیابی نموده، معتقدند رابطه‌ای عمیق‌تر، درونی‌تر و بهتر با خدا برقرار کرده‌اند. گروهی دیگر اظهار می‌کنند که بیماری منجر به تغییر دیدگاه و باور دینی آنها در جهت کاهش رابطه و نهایتاً تضعیف روحیه دین‌داری در آنها بوده است.

## ● بحث و نتیجه‌گیری

○ بیماری مولتیپل اسکلروزیس (ام‌اس) به‌عنوان یک بیماری مزمن، ناتوان‌کننده و لاعلاج، بیماران را با مجموعه سؤالاتی در مورد چرایی ابتلا به بیماری، معنا و هدفمندی زندگی روبرو می‌نماید. همان‌طور که بوسسینگ و همکاران (۲۰۰۵) نیز معتقدند در چنین شرایط بحرانی مسئله دین، خدا و معنویت، همچنین میزان مداخله خداوند در ابتلا به بیماری، روند بیماری و نهایت آن، برای بیماران مطرح می‌گردد. مطالعه حاضر که یک مطالعه کیفی است اولین مطالعه در این زمینه می‌باشد که باهدف بررسی پدیدارشناسانه تجارب مبتلایان به ام‌اس در مورد معنویت و مذهب صورت پذیرفته است.

○ همان‌طور که متاوه و همکاران (۲۰۱۶) نیز در مورد مبتلایان به /ایدز مطرح نموده‌اند، اغلب شرکت‌کننده‌ها بعد از ابتلا به بیماری به تجربه جدید و عمیق و متفاوتی نسبت به دین، معنویت و دیدگاه نسبت به خداوند دست‌یافته‌اند. البته مطالعه حاضر این تغییر نگرش را در یک طیف مشاهده می‌نماید. به‌علاوه اینکه هرچقدر این تغییر نگرش ناشی از ایجاد دریافت‌های درست و مستقیم از منابع اصیل بوده باشد، در انتخاب مسیر بدون چالش به فرد کمک مؤثرتری نموده است.

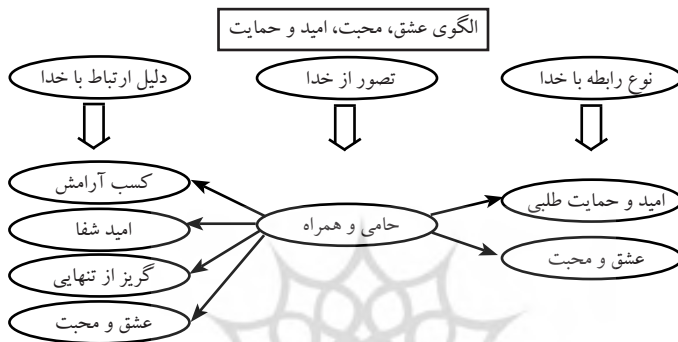
○ جایگاه خدا در زندگی شرکت‌کننده‌ها در نوع مواجهه و رویارویی معنوی آنها،

همچنین انتخاب راهبردهای انطباقی معنوی تأثیر بسزایی دارد. همان‌طور که ذکر شد مطالعه حاضر با موردی از انکار خدا مواجه نشده است. در واقع همان‌طور که روزمارین و همکاران (۲۰۱۳) نیز دریافتند صرف‌نظر از انتساب به مذهب و دین اغلب مردم به حضور خداوند اعتقاد دارند و باور به خدا و جایگاه خدا در زندگی بیماران به شدت بر دیدگاه آنها به زندگی، سلامت روانی و سبک زندگی ایشان تأثیرگذار است.

○ نتایج مطالعه حاضر گویای آن است که به‌طور خاص در مبتلایان به «ام‌اس» جایگاهی که برای خداوند قائل هستند بسیار متأثر از نحوه پاسخگویی شرکت‌کننده‌ها به مسئله «چرایی» ابتلا به بیماری است. همین سؤال اولین رویارویی این افراد با مسئله دین و معنویت است. اگرچه مطالعات متعددی تلاش کرده‌اند مفهوم دین و معنویت را از یکدیگر تفکیک نمایند تا جایی که برخی نقش معنویت را در سلامت مثبت و نقش مذهب را در آن منفی ارزیابی نموده‌اند (زیمر و همکاران، ۲۰۱۶)، اما در این مطالعه شرکت‌کننده‌ها دین و معنویت را در راستای یکدیگر قلمداد نمودند به این معنا که ایشان اگرچه به تمایز مفهومی این دو واقف بودند اما آنها را در جهت و راستای یکدیگر برآورد نمودند. مؤید نظر رستگار و نوریری (۱۳۹۴) چنین تلاقی دین و معنوی ناشی از ماهیت دین اسلام است که حتی شرکت‌کننده‌هایی که ارتباطات مذهبی / معنوی خود را در چارچوبی منحصر به فرد تعریف کرده‌اند بازهم از راه‌کارهای مذهبی بهره برده‌اند (مثل ذکر، خلوت، مناجات، نوع دوستی، انفاق و صدقه). همان‌طور که حسینی و همکاران (۲۰۱۶) نیز اشاره نمودند رفتارها و فعالیت‌های مذهبی در شرکت‌کننده‌ها متعدد و متنوع است و یک رفتار و فعالیت خاص مذهبی در چند فرد تأثیرات متفاوتی دارد. بنابراین با توجه به یافته‌های این پژوهش پنج الگوی متفاوت را در مواجهه مبتلایان به بیماری ام‌اس با مسئله معنویت / مذهب می‌توان بیان نمود.

○ الگوی امید، محبت و حمایت؛ این افراد خدا را حامی و همراه می‌دانند به دلیل کسب آرامش، امید شفا، گریز از تنهایی و عشق و محبت قلبی با وی ارتباط برقرار می‌کنند. بنابراین رابطه‌ای مملو از امید و حمایت‌طلبی، و عشق و محبت با خداوند دارند (شکل ۱-). بوسسینگ و همکاران (۲۰۰۵) نیز بر این باورند که این بیماران دوست دارند به کمک خداوند امید و اعتماد داشته باشند و از این طریق احساس آرامش کسب می‌کنند. فرانکل (۱۹۰۵-۱۹۹۷)، به نقل از قرازیبایی و همکاران، (۱۳۹۱) معتقد است انسان وقتی با وضعیت تغییرناپذیری مانند

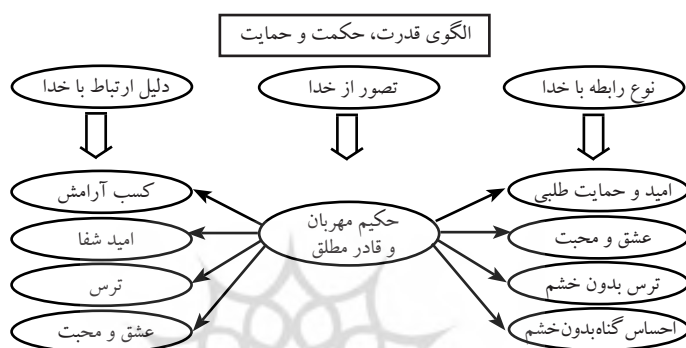
یک بیماری درمان‌ناپذیر روبروست، این فرصت را یافته است که به عالی‌ترین و ژرف‌ترین معنای زندگی دست یابد. در این الگوی تعاملاتی با منبع معنویت اغلب جستجوی چنین فرصتی مشاهده می‌گردد. این گروه از شرکت‌کننده‌ها راهبردهای معنوی مثبت را برای مقابله با بیماری اتخاذ می‌نمایند. اگرچه عده بسیار معدودی در این گروه قرار می‌گیرند اما این افراد معنای زندگی خود را یافته‌اند، کمتر دچار نگرانی می‌شوند، راحت‌تر با پیامدهای بیماری مواجه می‌گردند و به‌طور کلی بهتر توانسته‌اند «خود» را سازمان‌دهی نمایند.



شکل ۱. الگوی عشق، محبت، امید و حمایت

○ الگوی قدرت، حکمت و حمایت؛ این افراد تصورشان از خدا حکیم مهربان و قادر مطلق است (شکل-۲). تا حدودی به جبر اعتقاد دارند، اما توجه به حکمت و مشیت الهی در این افراد قوی‌تر است و رنگ عاطفی‌تری به رابطه آن‌ها می‌دهد. بنابراین علل ارتباط این افراد با خدا کسب آرامش، گریز از تنهایی، امید به شفا و عشق و محبت همراه با ترس است. ولی نوع ارتباط آنها با خدا از سر ترسی همراه باخشم نیست. آن‌ها وقتی برای بیماری خود دلایلی مبتنی بر حکمت و مشیت الهی می‌آورند و الطاف خدا را بازگو می‌کنند امیدشان بیشتر شده و ارتباط قلبی بهتری با خداوند برقرار می‌نمایند، درعین حال در ارتباط خود مجموعه هیجاناتی اعم از ترس، احساس گناه، امید، حمایت‌طلبی و محبت را تجربه می‌نمایند. این گروه از شرکت‌کننده‌ها نیز محدود هستند اما تعدادشان از گروه قبل بیشتر است. این افراد شرایط زندگی را پس از بیماری می‌پذیرند، سعی در معنایابی در زندگی دارند و توکل به خدا می‌کنند. بنابراین آن‌چنانکه گفته شد سعی دارند از طریق راهبردهای مثبت معنوی به بهبود و کاهش علائم خود نیز کمک نموده و بیماری را مدیریت کنند. بوسسینگ و همکاران (۲۰۰۵) نیز این یافته را تأیید می‌کنند که افرادی که از رفتارهای معنوی/ مذهبی استفاده می‌کنند در

رویاری با شرایط دشوار بیماری از انطباق بهتری برخوردارند و بنا بر نظر کشاورز و یوسفی (۱۳۹۱) میزان تاب‌آوری بالاتری نیز دارند. همان‌طور که در مطالعه لوکتته و همکاران (۲۰۱۶) مشاهده می‌شود نتایج مطالعه حاضر نیز به‌طور کلی دو عامل معنوی / مذهبی مراقبت‌کننده در برابر یاس و افسردگی در بیماران را معنا و حفظ امید برآورد می‌نماید. همان‌طور که موریرا و همکاران (۲۰۱۶) نیز معتقد هستند عامل امید به خدا در توانایی تحمل درد و رنج بیماری بسیار کمک‌کننده است.

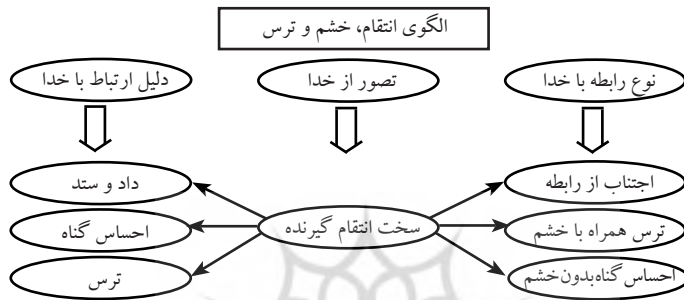


شکل ۲. الگوی قدرت، حکمت و حمایت

همان‌طور که متاوه و همکاران (۲۰۱۶) در مورد مبتلایان به ایدز نیز یافتند، این گروه از شرکت‌کننده‌ها به‌وسیله اعتقاد به باورهای مذهبی و رفتارهای معنوی / مذهبی به کاهش احتمال عود بیماری و کاهش پیشرفت بیماری در خود کمک می‌نمایند. شرکت‌کننده‌هایی با دو الگوی ذکر شده از مجموعه راهبردهای مثبت معنوی بهره می‌گیرند که مانع از احتمال عود یا تشدید علائم در آنها می‌شود. به این ترتیب بیماری را کنترل می‌نمایند. این یافته مؤید بسیاری از مطالعات در زمینه تأثیرگذاری راهبردهای معنوی / مذهبی بر بیماری‌های متعدد است (نایارا و همکاران، ۲۰۱۶، لوکتته و همکاران، ۲۰۱۶ و ...). پارگامنت و همکاران (۲۰۱۶) معتقدند اگرچه باورها و تمرین‌های معنوی / مذهبی در بسیاری از افراد به‌عنوان راهبردهای انطباقی عمل کرده و در راستای سازگاری بیشتر ایشان با شرایط می‌باشد اما در برخی موارد منجر به ایجاد کشمکش‌ها و تعارضاتی در افراد می‌گردد. الگوهای بعدی بیانگر مجموعه‌ای از این نوع تعارضات و کشمکش‌های درونی هستند.

○ *الگوی انتقام، ترس و خشم*: افرادی با این الگو خداوند را انتقام‌گیرنده‌ای سخت می‌دانند، از او به‌شدت می‌هراسند، نسبت به گذشته خود احساس گناه دارند، بیماری را

تقاص گناهان خود می‌دانند و گمان می‌کنند می‌توانند با خدا دادوستد نمایند (شکل ۳). رابطه‌ای همراه با ترس و احساس گناه با خداوند برقرار می‌نمایند اما هم ترس و هم احساس گناه همراه باخشم و تعارض بالاست. همان‌طور که گل‌پرور و همکاران (۱۳۹۴) معتقدند باور به ناعادلانه بودن دنیا فرد را از نظر شناختی، عاطفی و هیجانی در وضعیت نامناسبی قرار داده، نظام شناختی و تفسیری فرد را چنان منفی نماید که وی را به حالاتی مانند ناامیدی، و تمایل هیجانی به انتقام‌جویی و جبران سوق دهد که نتیجه مستقیم آن پرخاشگری است.



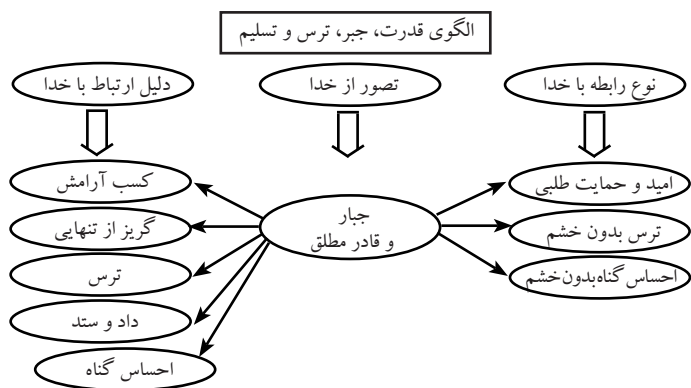
شکل ۳. الگوی انتقام، خشم و ترس

افرادی با این الگو مجموعه راهبردهای معنوی منفی را انتخاب و به کار می‌گیرند. از آنجاکه این افراد نتوانسته‌اند بیماری را بپذیرند، بنابراین در خلق معنایی برای زندگی خود در شرایط جدید ناتوان‌اند، مسئولیت مشکلات خود را بر عهده نمی‌گیرند، در روابط خود با چالش و تنش روبرو هستند. همچنین در برقراری هرگونه ارتباطی با خود و در تنهایی دچار ضعف هستند. بنابراین ساختار «خود» به شدت متأثر از بیماری و در آستانه فروپاشی است. با مشخصات ذکر شده به نسبت دو گروه بالا تعداد بیشتری از مبتلایان با این الگوی معنوی / مذهبی مشاهده می‌شوند.

○ الگوی قدرت، جبر، ترس و تسلیم؛ این گروه تصورشان از خدا جبار و قادر مطلق است، احساس گناه و ترس قابل توجهی تجربه می‌نمایند که علل اصلی ارتباط ایشان با خداوند است، از این رو رابطه ایشان با خدا جنبه دادوستد می‌یابد (شکل ۴). اگرچه از راهبردهای مثبت معنوی استفاده می‌کنند اما در بسیاری موارد راهبرد منفی «سعی در برقراری رابطه با خدا به دلیل ترس» را به کار می‌بندند. شرایط بیماری را به صورت تسلیم منفعلانه می‌پذیرند، بنابراین بیماری به راحتی بر خودپنداری این افراد، باورها و اهدافشان تأثیر گذاشته



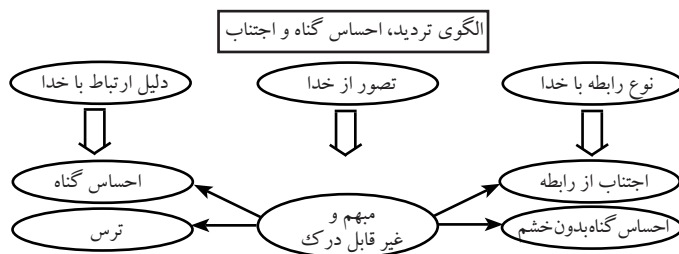
و تحت تأثیر شرایط متغیر بیماری تغییر می‌کند.



شکل ۴. الگوی قدرت، جبر، ترس و تسلیم

○ الگوی تردید، احساس گناه و اجتناب؛ افرادی با این الگو تصورشان از خدا موجودی مبهم و غیرقابل ادراک است (شکل ۵). نمی‌توانند با خداوند ارتباطی برقرار نمایند و بر این باورند که بیماری تقاص گناهان آنان است اما نمی‌خواهند تسلیم این باور و یا هر باور دیگری نسبت به خداوند شوند، زیرا به صورت غیر آشکار به شدت با احساس گناه و استیصال نسبت به این حس در خود مواجه می‌شوند. از آنجاکه خود را ناتوان در کاهش اضطراب ناشی از این رابطه پرتعارض می‌دانند، تلاش می‌کنند راهبرد منفی دوری و اجتناب از خدا را به کار برند. این گروه هم‌زمان با بروز ناتوانایی‌های جدی ناشی از بیماری دچار تنش و آشفتگی شدید و احساس تنهایی فلج‌کننده می‌شوند. همان‌طور که گرابس و همکاران (۲۰۱۶) نیز معتقدند، افرادی با این سه نوع الگو در هر سه عامل خودپنداری یعنی؛ استحقاق، اعتماد به نفس و حرمت خود دارای ضعف هستند. مطابق با دسته‌بندی اکسلین و همکاران (۲۰۱۴) این سه گروه تعاملاتی از شش نوع کشمکش و تعارض معنوی / مذهبی، چهار نوع آن را تجربه می‌کنند. اغلب کشمش و تعارض باخدا، کشمکش در مورد معنای غایی زندگی را تجربه کرده‌اند. به میزان کمتر کشمکش‌های اخلاقی و کشمکش‌های مربوط به شک‌های دینی / معنوی را تجربه می‌کنند. هرچند به‌طور قطع در دو الگوی اول نیز این کشمکش‌ها قابل مشاهده است اما گرابس و همکاران (۲۰۱۶) تأکید بر نقش تداوم و شدت این تعارضات بر بیماری دارند. همان‌طور که پارگامنت و همکاران (۲۰۱۶) عنوان می‌نمایند تحقیقات طولی بیانگر این مسئله است که کشمکش‌های معنوی / مذهبی می‌تواند پیش‌بینی کننده افت‌های

پی‌درپی و متعاقب در سلامت جسمانی و روانی باشد. بنابراین سه گروه نهایی، با احتمال بالای تشدید علائم و عود بیماری روبرو هستند.



شکل ۵. الگوی تردید، احساس گناه و اجتناب

○ یافته‌های این مطالعه گویای آن است که در نتیجه بیماری نگرش دینی افراد دچار تغییر و تحولاتی می‌شود. منظور از نگرش دینی، طرز تلقی افراد نسبت به باورها، ارزش‌ها، عقاید، احساسات و رفتارهای دینی است. از آنجاکه ایجاد جهان‌بینی دینی، شاخص اصلی نگرش دینی محسوب می‌شود و از سوی دیگر ایجاد چنین نگرشی تنها در دو شرکت‌کننده به وقوع پیوسته است، می‌توان گفت بیماری در مواردی منجر به ایجاد نگرش دینی و در اغلب موارد منجر به تغییراتی در نگرش نسبت به دین، چه در جهت مثبت و چه در جهت منفی شده است.

○ ایجاد هویت دینی پایدار در افراد یعنی دستیابی به یک تعریف منسجم دینی از خود که انتخاب آزادانه و آگاهانه ارزش‌ها، باورها و اهداف مشخصه آن است منجر به ایجاد آرامش بیشتری در افراد، معنایابی، دستیابی به خویشتن اصیل، کمک به انسجام «خود» در این شرکت‌کننده‌ها شده است. زیمر و همکاران (۲۰۱۶) نیز نتایج این تحقیق را با تأکید بر این نکته تأیید می‌کنند که در افراد معنوی توانایی مذهبی بودن به ایجاد احساس کنترل خود، اعتماد به نفس و افزایش خودتنظیمی کمک می‌کند. هویت دینی را در شرکت‌کننده‌ها می‌توان در یک طیف مشاهده کرد که هر چه به سمت پایداری و انسجام پیش می‌رود فرد مطمئن‌تر، آرام‌تر، صبورتر و مقاوم‌تر در برابر مشکلات بوده و راحت‌تر به جامعه و زندگی عادی بازمی‌گردد. برعکس، شرکت‌کننده‌هایی که یا هویت دینی ناپایداری دارند و یا اساساً چنین هویتی در آنها شکل نگرفته در مواجهه با بیماری ضعیف‌تر و شکننده‌تر هستند، اغلب از جامعه گریزان بوده و از روند زندگی عادی جدا افتاده‌اند. همان‌طور که روزمارین و

همکاران (۲۰۱۶)، نایار و همکاران (۲۰۱۶) و میهالجویس و همکاران (۲۰۱۶) بیان می‌کنند باور و اعتقاد دینی و معنوی عمیق و باور درونی به خداست که شفابخش و تاثیرگذار است، و دینداری سطحی مبتنی بر ترس و اجبار، آرامش درونی را به همراه نخواهد داشت. نتایج مطالعه حاضر گویای آن است که اغلب افراد از الگوهای تعاملاتی مبتنی بر عدم هویت ثابت دینی برخوردارند.

○ مطابق با نظر آبرونسون و کرمرس (۲۰۱۱) در مورد سازوکار اثر مؤلفه‌های معنوی / مذهبی، این رفتارها در دو الگوی اول دارای سازوکار اثری هستند که با توجه به آن می‌توان برنامه مداخله‌ای برای این بیماران تدوین نمود. بنابراین ارائه مداخلات روانشناختی مبتنی بر الگوهای معنوی / مذهبی «عشق، محبت، امید و حمایت» و «قدرت، حکمت و حمایت» می‌تواند به ارتقا سلامت جسمانی و روانی مبتلایان به ام اس کمک نماید. مطالعه حاضر به لحاظ محدود بودن حجم نمونه از قابلیت تعمیم اندکی برخوردار است اما توانسته به الگوهای ارزشمندی در رابطه معنوی مذهبی دست یابد که راهی فراروی محققین در ارزیابی این الگوها در سایر جوامع آماری قرار داده است.

## یادداشت‌ها

1. Keil
2. Expanded Disability Status Scale
3. Interpretative Phenomenological Analysis (IPA)

## ● منابع

- رضائی، منصور، غلامعلی لواسانی، مسعود، حجازی، الهه. (۱۳۹۴). رابطه هوش معنوی و راهبردهای مدیریت زندگی با رفتار شهروندی سازمانی معلمان. *مجله روانشناسی*، ۱۹، ۳، ۳۱۴-۳۲۹.
- رستگار، عباسعلی، نوبری، علیرضا. (۱۳۹۴). مدل مفهومی معنویت قدسی مبتنی بر قرآن در سازمان، *فصلنامه مطالعات تفسیری*، ۶، ۲۳، ۸۱-۱۰۲.
- سام آور، عزت‌الله، هزارجریبی، جعفر، فداکار، محمدمهدی، کرمی، محمدتقی، شمسایی، محمدمهدی. (۱۳۹۲). سلامت معنوی؛ چارچوب، محدوده و مؤلفه‌های مبتنی بر آموزه‌های اسلام، *فصلنامه ریزی رفاه و توسعه اجتماعی*، ۱۴، ۱-۲۵.
- قرازیبایی، فاطمه، علی‌اکبری دهکردی، مهناز، علی پور، احمد، محتشمی، طیبه. (۱۳۹۱). اثربخشی معنا

- درمانی به شیوه گروهی بر استرس ادراک شده و امید به زندگی در بیماران مبتلا به ام‌اس، فصلنامه پژوهش در سلامت روانشناختی، ۶، ۴، ۱۲-۲۰.
- مطهری، مرتضی. (۱۳۷۴). مجموعه آثار، ج ۴، تهران: انتشارات صدرا.
- کشاوری، سمیه.، یوسفی، فریده. (۱۳۹۱). رابطه هوش عاطفی، هوش معنوی و تاب‌آوری، مجله روانشناسی، ۱۶، ۳، ۲۰۰-۳۱۸.
- گل‌پرور، محسن.، جوادیان، زهرا.، برازنده، امین. (۱۳۹۴). رابطه باور به دنیای نا عادلانه با واکنش پرخاشگرانه با توجه به کارکرد تعاملی وظیفه‌شناسی و شناخت، مجله روانشناسی، ۱۹، ۳، ۲۹۷-۳۱۳.
- Backus, D. (2016). Increasing physical activity and participation in people with multiple sclerosis: A review, *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 97, 9, 210-217.
- Bussing, A., Ostermann, T., & Matthiessen, P. F. (2005). The role of religion and spirituality in medical patients in Germany. *Journal of Religion and Health*, 44, 3, 185-193
- Costa, D. C., Marques Sa', M. J., & Calheiros, J. M. (2013). Social characteristics and quality of life of Portuguese multiple sclerosis patients, *Neurology Therapy*, 2, 43-56.
- Creswell, J. W. (2007). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches*. Sage Publication. United Kingdom. London.
- Exline, J. J., Pargament, K. I., Grubbs, J. B., & Yali, A. M. (2014). The religious and spiritual struggles scale: Development and initial validation. *Psychology of Religion and Spirituality*, 6, 208-222.
- Grubbs, J. B., Wilt, J., Stauner, N., Exline, J., & Pargament, K. I. (2016). Self, struggle, and soul: Linking personality, self-concept, and religious/spiritual struggle, *Personality and Individual Differences*, 101, 144-152.
- Hill, P. C., & Pargament, K. I. (2003). Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality. Implications for physical and mental health research. The struggles scale: Development and initial validation. *Psychology of Religion and Spirituality*, 6, 208-222
- Hosseini, S. M. S., Asgari, A., Rassafiani, M., Yazdani, F., & Mazdeh, M. (2016). Leisure time activities of Iranian patients with multiple sclerosis: A qualitative study, *Health Promotion Perspectives*, 6, 1, 47-53.
- Hughes, N., Locock, L., & Ziebland, S. (2013). Personal identity and the role of 'carer' among relatives and friends of people with multiple sclerosis, *Social Science & Medicine*, 96, 78-85.
- Ironson, G., & Kremer, H. (2011). Coping, spirituality, and health in HIV. In S. Folkman

- (Ed.), *The Oxford handbook of stress, health, and coping* (pp. 289-318). New York, NY: Oxford University.
- Lucette, A., Ironson, G., Pargament, & K. I., Krause, N. (2016). Spirituality and religiousness are associated with fewer depressive symptoms in individuals with medical conditions, psychosomatics, *The Journal of Consultation and Liaison Psychiatry*, 57, 5, 505–513
- Lyons, E., & Coyle, A. (2008). *Analyzing qualitative data in psychology*, Sage Publications Ltd, London.
- Metaweh, M., Ironson, G., & Barroso, J. (2016). The daily lives of people with HIV infection: A qualitative study of the control group in an expressive writing intervention, *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 27, 5, 608-622.
- Michaelson, V., Brooks, F., Jirásek, I., Inchley, J., Whitehead, P., King, N., Walsh, S., Davison, A.M., Mazur, J., & Pickett, W. (2016). Developmental patterns of adolescent spiritual health in six countries, *SSM–Population Health*, 2, 294–303
- Mihaljevic, S., Aukst-Margetic, B., Karnicnik, S., Vuksan-Cusa, B., & Milosevic, M. (2016). Do spirituality and religiousness differ with regard to personality and recovery from depression? A follow-up study, *Comprehensive Psychiatry*, 70, 17–24
- Naiara, C., Moreira, O., Marques, C. B., Salome, G. M., da Cunha, D.R., Augusta, F., & Pinheiro, M. (2016). Health locus of control, spirituality and hope for healing in individuals with intestinal stoma, *Journal of Coloproctology*, 36, 4, 208-215.
- Rosmarin, D.S., Bigda-Peyton, J.S., Kertz, S.J., Smith, N., Rauch, S.L., & Bjorgvinsson, T. (2013). A test of faith in God and treatment: The relationship of belief in God to psychiatric treatment outcomes, *Journal of Affective Disorders*. 146, 441–446.
- Safavi, M., Oladrostami, N., Fesharaki, M., & Fatahi, Y. (2016). An investigation of the relationship between spiritual health and depression, anxiety, and stress in patients with heart failure. *Health, Spirituality and Medical Ethics*, 3, 2, 2-7.
- World Health Organization (WHO). *Atlas: Multiple Sclerosis resources in the world*. Geneva: WHO and Multiple Sclerosis International Federation; 2016
- Zeinalizade tari, A, Sobhi-Gharamaleki, N, Hojjati, A, & Alian, B, (2014). Relationship between religious orientation and defense mechanisms in adolescents. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 114, 287 – 290.
- Zimmer, Z., Jagger, C., TsunChiu, C., BethOfstedal, M., Rojo, F., & Saito, Y. (2016). Spirituality, religiosity, aging and health in global perspective: A review. *SSM – Population Health*, 2, 373–381.

