

The effectiveness of spirituality therapy on depression reduction in female patients with multiple sclerosis

Narges Zamani*

Abstract

This study aimed was to evaluate the effect of spiritual therapy on depression in patients with Multiple Sclerosis in women. In a single study tested a multiple baseline, the treatment process was performed on two patients. Two patients with Multiple Sclerosis, before treatment, during treatment and after treatment using the Depression, Anxiety and Stress Scale were evaluated. The results showed that spiritual therapy is effective depression reducing and improving of spiritual dimensions in the treatment of multiple sclerosis patients. Finally, we can say that this therapy is effective and to further evaluate its effectiveness, have controlled evaluation studies in order to reach a final decision is necessary.

Keywords: Depression, spiritual therapy, multiple sclerosis

* **Corresponding Author:** Instructor, Department of Psychology, Hamadan Branch, Islamic Azad University, Hamadan, Iran (nargeszamani@iauh.ac.ir)

اثربخشی معنویت‌درمانی بر کاهش افسردگی بیماران در بیماران زن مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس

نرگس زمانی*

چکیده

این پژوهش با هدف، بررسی اثربخشی معنویت‌درمانی بر کاهش افسردگی بیماران زن مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس انجام شده است. در یک مطالعه تک موردی آزمایشی از نوع خط پایه چندگانه دو بیمار مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس، پیش از درمان، حین درمان و پس از درمان با استفاده از مقیاس مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس لایبوند (۱۹۹۵) ارزیابی شدند. نتایج نشان داد که معنویت‌درمانی باعث کاهش افسردگی و درمان بیماری مولتیپل اسکلروزیس شده است. درنهایت، می‌توان گفت که این روش درمانی، مؤثر بوده و برای بررسی بیشتر اثربخشی آن، مطالعات ارزیابی کنترل شده‌ای در جهت رسیدن به نتیجه لازم است.

واژه‌های کلیدی: افسردگی، معنویت‌درمانی، مولتیپل اسکلروزیس

* مربی گروه روان‌شناسی، واحد همدان، دانشگاه آزاد اسلامی، همدان، ایران (نویسنده مسئول)

مقدمه

مولتیپل اسکلروزیس^۱ یک بیماری التهابی و مزمن سیستم اعصاب مرکزی است که به‌عنوان یک بیماری خودایمن شناخته شده است (سوسپترا و مارتین^۲، ۲۰۰۵؛ زرین، حاتمی و علی‌همتی، ۱۳۹۳). این بیماری پیش‌رونده بوده و نقاط مختلف میلین را تحت تأثیر قرار می‌دهد و از شایع‌ترین بیماری دمیلائزاسیون اکتسابی به‌شمار می‌رود (ماروین^۳، ۲۰۰۰) که باعث ایجاد تاری دید، دوبینی، ضعف عضلانی، اختلال در تعادل و هماهنگی، اختلال در درک حس‌های مختلف، افسردگی، درد، اختلال شناختی، فراموشی، نقصان در تمرکز، خستگی، لرزش، سرگیجه، نارسایی عملکرد روده‌ها، مثانه و عملکرد جنسی در بیمار می‌شود (نفیسی^۴، ۱۹۹۸).

در واقع، بیماری مولتیپل اسکلروزیس یک بیماری شایع عصبی است که به‌صورت مزمن و پیشرفته آشکار می‌شود و پیچیدگی‌های فراوانی در رابطه با این بیماری وجود دارد، از جمله دشواری‌های این بیماری، علت این بیماری است که به ناشناخته بوده (مارتین، مکفارلند و مکفارلند^۵، ۱۹۹۲) و یک بیماری خودایمن دستگاه عصبی، در همه سنین می‌باشد (دنسون، مورس-ماریس، سیلبر، گالیا و چالدر^۶، ۲۰۱۰) که بیشتر در ۲۰ تا ۴۰ سالگی رخ می‌دهد اما در افراد کمتر از ۱۵ سال و بیشتر از ۵۰ سال بیشتر دیده شده و به‌عنوان بیماری بزرگسالان جوان شناخته شده است. این بیماری در زنان شایع‌تر از مردان است (آلسو و هرباسین^۷، ۲۰۰۸) و بیشترین شیوع آن در انگلستان است (وزیری‌نژاد، لیلی و وارد^۸، ۲۰۰۸). در هفتمین همایش بین‌المللی ام‌اس در ایران (۱۳۸۸) تعداد مبتلایان حدود ۴۰ هزار نفر اعلام شد (به نقل از عسکری، نوروزی، رادمهر و محمدی، ۱۳۹۶) و در اصفهان شیوع بیشتری نسبت به سایر شهرها دارد (جدیدی میلانی، اشک‌تراب، عابدسعیدی و علوی‌مجد،

1. multiple sclerosis
2. Sospedra & Martin
3. Marvin
4. Nafisi
5. Mcfarland & Mcfarland
6. Dennison, Moss-Morris, Silber, Galea, & Chalder
7. Alonso & Herbasin
8. Vazirinejad, Lilley, & Ward

۱۳۹۲). در این بیماران به میزان زیادی اضطراب، افسردگی وجود دارد که آن‌ها را شایع‌ترین تشخیص‌های روان‌پزشکی در بیماران مولتیپل اسکلروزیس نسبت به جمعیت عادی می‌دانند که عود بیماری با شروع این اختلالات بالاتر رفته و مدت درمان را طولانی‌تر می‌کند. اختلالات افسردگی در رأس فهرست بیماری‌های روانی قرار دارند و حدود ۲۵ درصد مراجعان به مراکز بهداشتی در جهان را به خود اختصاص داده‌اند و بیش از ۸۵ درصد بیماران ام‌اس دچار این بیماری می‌شوند. آمارهای موجود نشان می‌دهد که این اختلالات در سال ۱۹۹۰ در رده‌ی چهارم قرار داشته (آماتو، پانزیانی، سیراسوسا و سوربی^۱، ۲۰۰۱) که این آمار در دهه‌ی گذشته به دومین اختلال رایج روان‌شناختی تبدیل شده که نزدیک به ۱۲۱ میلیون نفر در جهان به آن مبتلا بودند که در سال ۲۰۱۰ افسردگی دومین بیماری پرهزینه و اضطراب از پرهزینه‌ترین درمان‌ها در سال ۲۰۱۳ در بین تمام بیماری‌های روانی (کریس و استفان^۲، ۲۰۱۱) بوده است. داده‌ها حاکی از آن است که اختلالات خلقی از وضعیتی شروع می‌شود که در آن تغییرات بسیار بزرگی در زندگی انسان اتفاق می‌افتد (زمانی، احمدی، عطایی مغانلو و میرشکار، ۱۳۹۳) و از مهم‌ترین تغییرات در زندگی مبتلا شدن به یک بیماری مزمن است که به همراه خود اضطراب و هیجان بالایی دارد.

اختلال افسردگی به دلیل این‌که غالباً یک اختلال روانی مزمن عودکننده است، به‌عنوان یک تشخیص مقاوم در برابر درمان شناخته می‌شود که اگر درمان نشود یا درمان آن ناکارآمد باشد، به بروز رفتارهای ناسازگارانه منجر می‌شود که به نوبه خود مشکلات عمده‌ی بیشتری را سبب می‌شوند. از جمله پیامدهای مهم افزایش افسردگی و عدم درمان مناسب آن، خودکشی است، خودکشی عمل آگاهانه آسیب رساندن به خود است که به‌عنوان یکی از معضلات اجتماعی با بیشتر شدن اختلالات روانی (به‌ویژه اختلال افسردگی) در بیشتر جوامع روبه افزایش است و گستردگی این اختلالات موجب شده که شیوه‌های درمانی متعددی اعم از دارودرمانی و روان‌درمانی برای آن ارایه گردید و مورد بررسی قرار گیرند. با وجود این‌که پژوهش‌ها از اثربخشی درمان‌های فعلی انجام‌شده حمایت می‌کنند، ولی این

-
1. Amato, Ponziani, Siracusa, & Sorbi
 2. Chris & Stephen

اثربخشی نسبی بوده و هنوز هیچ درمان قطعی برای درمان اختلالات افسردگی وجود ندارد که بتوان آن را راه‌حلی قطعی برای این اختلال دانست (زمانی، فرهادی و جناآبادی، ۱۳۹۵).

بیماری‌های مزمن مثل ام‌اس تنها یک بیماری جسمی نیستند و ابعاد اجتماعی، فرهنگی و معنوی در ایجاد، درمان و عود آن مؤثر است. امروزه مدل زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی^۱ برای بیماران مزمن استفاده می‌شود که به درمان‌های زیستی و روان‌شناختی پاسخ ندادند و به علت ناامیدی و ناکامی در روند درمان آن‌ها وقفه افتاده و باعث عود مجدد بیماری می‌گردد. این مدل در پی کشف نقش عقاید معنوی و دینی در فرایند ارزیابی، ایجاد امید، خوش‌بینی، خودکارآمدی و توانایی برای تحمل و پذیرش بیماری و درد می‌باشد (آرگل^۲، ۲۰۰۱). لذا لازم است در درمان اختلالات روانی به هر چهار بعد توجه شود؛ زیرا انسان یک کل واحد است و هنگامی سلامت روانی وی تحقق می‌یابد که وحدت و انسجام این سیستم حفظ و اجزای آن با یکدیگر هماهنگ عمل کنند (زمانی و همکاران، ۱۳۹۵).

اهمیت پرداختن به معنویت از آن جا ناشی می‌شود که نیازها و گرایش‌های معنوی از اجتناب‌ناپذیرترین و متعالی‌ترین نیازهای انسان محسوب می‌شود (کمپیل^۳، ۱۹۸۱). مذهب و معنویت بر سلامت جسمی و روانی مؤثر می‌باشند. بیماران مبتلا به درد مزمن گزارش می‌کنند که به کارگیری منابع معنوی یا مذهبی به آن‌ها در مقابله با درد کمک می‌کند. افرادی که از سلامت معنوی برخوردار هستند روابط آن‌ها در چهار حیطه‌ی شخصی (در ارتباط با معنا، هدف، ارزش‌های زندگی و خودآگاهی)، اجتماعی (روابط با دیگران)، محیطی (ارتباط با محیط و طبیعت) و تعالی (ارتباط با نیروی برتر) متعادل می‌باشد. این فرض مطرح است که در اثر ایجاد روابط مثبت در هر حیطه، سلامت معنوی ارتقا می‌یابد (سادوک، سادوک و رویز^۴، ۲۰۰۹).

بیماری اغلب با غم و درد و رنج و مرگ‌ومیر همراه است و مقابله با این وضعیت‌ها

-
1. biopsychosocial and spiritual
 2. Argyle
 3. Campbell
 4. Sadock, Sadock, & Ruiz

انرژی و نیروی زیادی می‌طلبد که عموماً از معنویت بهره گرفته می‌شود. معنویت باید به‌عنوان هسته اصلی ارائه خدمات بهداشتی درمانی در نظر گرفته شود. علاقه به معنویت و ارزش‌های بشری در زمان بیماری بیش از هر وقتی رو به افزایش است. معنویت، جستجوی مداوم برای یافتن معنا و هدف زندگی و نیز درک عمیق و ژرف ارزش زندگی، وسعت عالم، نیروهای طبیعی موجود و نظام باورهای شخصی است (گرالد، ۱۹۹۹).

یافته‌های مارتین و همکاران (۱۹۹۲) نشان می‌دهد که بهره‌گیری از معنویت با سلامت روان و عملکرد شغلی رابطه‌ی مثبت دارد. مطالعه‌ی نفیسی (۱۹۹۸) نشان داد که بخشش، مقابله‌ی منفی مذهبی، تجربیات معنوی روزانه و حمایت معنوی سلامت روان را پیش‌بینی کرد.

با توجه به اجرای مداخلات متعدد روی بیماران مزمن بررسی اثربخشی معنویت درمانی بر علائم روانی بیماران مولتیپل اسکلروزیس حایز اهمیت است، بنابراین هدف این مطالعه، بررسی اثربخشی معنویت درمانی بر ابعاد افسردگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس بود.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

این پژوهش در یک طرح تجربی تک‌موردی و با استفاده از دو شرکت‌کننده زن انجام گرفت. شرکت‌کنندگان در این پژوهش دو بیمار مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس مراجعه‌کننده به کلینیک فیزیوتراپی مرکز بقیه‌الله بودند که براساس ملاک‌های ورود به پژوهش داشتن اختلال اضطراب، افسردگی در حد خفیف تا شدید انتخاب شدند. بیمار اول، زن ۳۷ ساله، بازخریدشده آموزش و پرورش، صاحب ۳ فرزند بود که به مدت شش سال و پنج ماه مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس بود و قبل از آغاز بیماری یک دوره‌ی افسردگی شدید پس از تولد فرزند را تجربه کرده بود که در آن زمان رفتارهای مخاطره‌آمیز خودکشی نیز داشت. بیمار دوم، زن ۳۴ ساله، متأهل با تحصیلات لیسانس و دارای ۳ فرزند (یک فرزند نوزده ماهه) بود که به مدت دو سال بود. پس از تشریح اهداف پژوهش و تشکر از مشارکت

بیماران، آن‌ها ابزارهای پژوهش مثل مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس در سه نوبت (پیش از مداخله، حین مداخله و پس از مداخله) تکمیل نمودند.

ابزار اندازه‌گیری

مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS)^۱: این مقیاس مجموعه‌ای از ۳ مقیاس خودگزارش‌دهی برای ارزیابی حالات عاطفه منفی در افسردگی، اضطراب و استرس است (لاویبوند و لاویبوند^۲، ۱۹۹۵). این آزمون دارای ۲۱ ماده است. آنتونی، بیلینگ، کاس، انس و سوینسون^۳ (۱۹۹۸) سه عامل افسردگی، اضطراب و تنیدگی را بر اساس تحلیل عاملی استخراج نمودند و ضرایب آلفا برای عامل‌های افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۹۷، ۰/۹۲ و ۰/۹۵ بود. سامانی، جوکار و صحراگرد (۱۳۸۶) ضرایب پایایی بازآزمایی عامل‌های افسردگی و اضطراب و تنیدگی به ترتیب ۰/۸۰، ۰/۷۶ و ۰/۷۷ و آلفای کرونباخ برای عامل‌های افسردگی و اضطراب و تنیدگی به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۹ و ۰/۷۸ گزارش نموده‌اند.

روند اجرای پژوهش

پس از انجام پیش‌آزمون، برای هر دو شرکت‌کننده، یک دوره‌ی درمانی مبتنی بر معنوی بر اساس صورت جلسه‌ی درمانی آلن، مچوک و بارلو^۴ (۲۰۰۸) در قالب هشت جلسه‌ی ۴۵ دقیقه‌ای (به علت دردهای جسمی امکان زمان بیشتری وجود نداشت) ارائه گردید. جلسات این برنامه درمانی بر اساس ارتباط فرد با خود، دیگران، طبیعت و خدا که از شاخص‌های سلامت معنوی و در مقوله‌ی ارتباط فرد با خود بر اهداف و ارزش‌ها (معنا در زندگی)، در ارتباط با اجتماع بر بخشش و در ارتباط با طبیعت و خداوند بر شکرگزاری تأکید شد. برای هر سه مؤلفه‌ی معنا در زندگی، بخشش و شکرگزاری از برنامه‌ها و راهکارهای مدون تأکید شده است. در مورد معنی استراتژی ERUP به کار گرفته شد.

1. Depression, Anxiety, Stress Scale
2. Lovibond & Lovibond
3. Antony, Bieling, Cox, Enns, & Swinson
4. Allen, Mchugh, & Barlow

جدول ۱

خلاصه‌ی جلسات معنویت‌درمانی (انرایت^۱ به نقل از آلن و همکاران (۲۰۰۸))

جلسات	توضیحات
جلسه‌ی اوّل	مصاحبه، توضیح پیرامون بیماری مولتیپل اسکلروزیس، آغاز و شیوع این بیماری و نرم این بیماران برای شرکت‌کننده و تأثیر عوامل معنوی در بروز علائم جسمی و روانی، ارزیابی معنی در زندگی، چگونگی تعیین ارزش‌ها و اهداف و پیروی از آن‌ها، گرفتن آزمون
جلسه‌ی دوم	معنادگی به حوادث زندگی با توجه به ارزش‌ها، اهداف و اعتقادات، گرفتن آزمون
جلسه‌ی سوم	ارزیابی و معرفی بخشش و بررسی آگاهی شرکت‌کننده از بخشش و تعاریف و کاربرد بخشش و کاربرد خود آگاهی و ارتباط با خود و گوش دادن به ندای درونی
جلسه‌ی چهارم	آموزش مراحل اولیه بخشش شامل، خودداری از به کارگیری هر گونه روش انتقام‌جویانه و کینه‌ورزانه نسبت به فرد مقابل، اتخاذ دیدگاه جدید و متفاوت نسبت به فرد مقابل، بررسی احساساتی که افراد در نتیجه ایجاد دیدگاه جدید تجربه می‌کنند
جلسه‌ی پنجم	آموزش مراحل ثانویه بخشش شامل، دادن هدیه به فرد مقابل، مدنی دادن به رفتار اشتباه او، بررسی نیاز خود به بخشیده شدن
جلسه‌ی ششم	شکرگزاری، با تأکید بر تمرکز بر داشته‌ها، حیرت و تشریفات
جلسه‌ی هفتم	شکرگزاری، با تأکید بر قدردانی، زندگی در زمان حال، تجربه فقدان / مدییت، ارزش‌گذاری برای روابط بین‌فردی، آشنایی با مفاهیم مرگ و ترس از مرگ و رنج و بخشش خود
جلسه‌ی هشتم	جمع‌بندی مباحث جلسات قبل و تأکید بر مرلفه‌های مدنی، بخشش و شکرگزاری در قالب چهار ارتباط اصلی به‌عنوان شاخص‌های سلامت معنوی و ایمان و توکل به خدا

تجزیه و تحلیل داده‌ها

ابتدا از هر دو بیمار آزمون افسردگی، اضطراب و استرس لایویوند گرفته شد و در انتهای هر جلسه نیز مجدداً آزمون به عمل آمد. همچنین میزان بهبودی هر شرکت‌کننده و بهبودی کلی آن‌ها محاسبه گردیدند.

یافته‌ها

جدول ۲

نمره‌های دو شرکت‌کننده در متغیر افسردگی و درصد بهبودی آن‌ها

معنویت درمانی		مراحل درمان
شرکت‌کننده‌ی دوم	شرکت‌کننده‌ی اول	
۲۸	۲۸	خطوط پایه
۲۷	۲۷	جلسه‌ی اول
۲۱	۲۷	جلسه‌ی دوم
۱۸	۲۶	جلسه‌ی سوم
۱۵	۲۴	جلسه‌ی چهارم
۱۲	۱۹	جلسه‌ی پنجم
۱۱	۱۷	جلسه‌ی ششم
۱۳	۱۶	جلسه‌ی هفتم
۱۲	۱۴	جلسه‌ی هشتم
۰/۶۳	۰/۶۰	میزان بهبودی
۶۴ درصد		بهبودی کلی

جدول ۲ نشان می‌دهد که میزان کاهش افسردگی دو شرکت‌کننده از خط پایه تا جلسه‌ی ششم کاهش یافته است. میزان بهبودی برای شرکت‌کنندگان اول و دوم به ترتیب ۰/۶۰ و ۰/۶۳ و میزان بهبودی کلی ۶۴ درصد است.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش نشان داد که معنوی درمانی در کاهش افسردگی، اضطراب و استرس مؤثر است که با پژوهش‌های وست^۱ (۲۰۰۰)، پارگامنت^۲ (۲۰۰۷)، برانکا اوکست، یاکوفلوپیچ،

1. West

2. Pargament

مارجیتیک، بیسکان و سامیا^۱ (۲۰۰۵)، بالسیملی، مندس، باردولوکی و تیبری^۲ (۲۰۰۷)، فلاحی خشکتاب و مظاهری (۱۳۸۸) و بهرامی دشتکی (۱۳۸۸) هم‌خوانی دارد، با این تفاوت که این پژوهش‌ها بر روی بیماران ایدز و سرطان و سایر بیماران انجام شده است

نتایج مطالعه نشانگر اثربخشی معنویت‌درمانی بر افسردگی بود که با نتایج پژوهش برانکا اوکست و همکاران (۲۰۰۵) مبنی بر این‌که معنویت می‌تواند بیمار را از افسردگی محافظت کند و تسهیل‌کننده‌ی روند بهبودی باشد، هم‌خوانی دارد. علاوه بر این، نتایج پژوهش‌های سادوک و همکاران (۲۰۰۹) نشان داد کارهایی که در جلسه‌های معنویت‌درمانی انجام می‌گیرد از قبیل دعا، نیایش، ارتباط و توکل با خدا اثرات کاهنده روی افسردگی دارند و بخشودگی بخشش مذهبی و واگذاری مشکلات به خدا (قدرت برتر) نیز در این زمینه کمک‌کننده بوده‌اند.

معنویت، تلاش دائمی بشر برای پاسخ دادن به چراهای زندگی تعریف کرده‌اند. به عبارت واضح‌تر، استفاده بهینه از قوه‌ی خلاقیت و کنجکاوای برای یافتن موجود مرتبط با زنده ماندن و زندگی کردن و در نتیجه، رشد و تکامل بخش مهمی از معنویت را تشکیل می‌دهد. اهمیت معنویت و رشد معنوی در انسان، در چند دهه‌ی گذشته به‌صورتی روزافزون توجه روان‌شناسان و متخصصان بهداشت روانی را به خود جلب کرده است. پیشرفت علم روان‌شناسی از یک سو و ماهیت پویا و پیچیده جوامع نوین از سوی دیگر، باعث شده است که نیازهای معنوی بشر در برابر خواسته‌ها و نیازهای مادی قد علم کنند و اهمیت بیشتری بیابند. چنین به نظر می‌رسد که مردم جهان، امروزه بیش از پیش به معنویت و مسائل معنوی گرایش دارند و روان‌شناسان و روان‌پزشکان نیز به‌طور روزافزون در می‌یابند که استفاده از روش سنتی و ساده برای درمان اختلالات روانی کافی نیست.

از سوی دیگر، سازمان جهانی بهداشت^۳ (۲۰۱۶) در تعریف ابعاد وجودی انسان، به ابعاد جسمانی و روانی اجتماعی و معنوی اشاره می‌کند و بعد چهارم، یعنی بعد معنوی را نیز در

-
1. Branka Aukst, Jakovljevic, Margetic, Biscan, & Samija
 2. Balsimelli, Mendes, Bertolucci, & Tilbery
 3. World Health Organization

رشد و تکامل انسان مطرح می‌سازد. در این درمان، درمانگر، درمان‌جو را به کاوش در موضوع‌ها و مسائل معنوی که با بهبود و بازیابی سلامتی او مرتبط هستند، دعوت می‌کند. معنویت، می‌تواند با تأمین منابع حمایتی برای فرد و نیز به شکلی غیرمستقیم تر از طریق تأثیرگذاری بر امید (با رویکرد معنویت‌درمانی)، به سازگاری روانی بیشتر منجر می‌شود. محدودیت مثل کوچک بودن نمونه را می‌توان اشاره کرد که در تعمیم نتایج باید احتیاط لازم را به عمل آورد. همچنین پیشنهاد می‌شود این درمان به صورت گروهی انجام گیرد.

سپاس‌گزاری

نویسندگان وظیفه‌ی خود می‌دانند از شرکت‌کنندگان در این پژوهش کمال قدردانی و تشکر را داشته باشند.

منابع

فارسی

- بهرامی دشتکی، حگار. (۱۳۸۸). بررسی اثربخشی تدریس روش‌های معنوی بر کاهش افسردگی دانش‌آموزان دختر. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران.
- جدیدی میلانی، مریم؛ اشک‌تراب، طاهره؛ عابدسعیدی، ژیلا و علوی‌مجد، حمید. (۱۳۹۲). ارتقای درک از بیماری مولتیپل اسکلروزیس (ام‌اس) و حیطة‌های آن در بیماران شرکت‌کننده در گروه حمایتی هم‌تایان. *مجله‌ی دانش و تندرستی*، ۵(۱)، ۱۲-۱۹.
- زرین، وحیده؛ حاتمی، حمیرا و علی‌همتی، علیرضا. (۱۳۹۳). اثر تزریق داخل هیپوکمپی استرادیول بر حافظه فضایی در رت‌های نر طی بیماری مولتیپل اسکلروزیس. *مجله‌ی دانشگاه علوم پزشکی فسا*، ۴(۳)، ۳۶۱-۳۵۳.
- زمانی، نرگس؛ احمدی، وحید؛ عطایی مغانلو، وحید و میرشکار، ساره. (۱۳۹۳). مقایسه میزان اثربخشی دو روش رفتاردرمانی دیالکتیکی و رفتاردرمانی شناختی بر بهبود علائم رفتارهای

تکانشی بیماران دچار افسردگی اساسی دارای افکار خودکشی. *مجله‌ی علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، ۲۲(۵)، ۴۵-۵۴.

زمانی، نرگس؛ فرهادی، مهران و جناآبادی، حسین. (۱۳۹۵). مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی با رفتاردرمانی شناختی، بر افسردگی بیماران زن مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. *مجله‌ی دانشگاه علوم پزشکی قم*، ۱۰(۱۲)، ۷۷-۸۶.

سامانی، سیامک؛ جوکار، بهرام و صحراگرد، نرگس. (۱۳۸۶). تاب‌آوری، سلامت روانی و رضایتمندی از زندگی. *مجله‌ی روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۱۳(۳)، ۲۹۰-۲۹۵.

عسکری، محبوبه؛ نوروزی، محدثه؛ رادمهر، حامد و محمدی، حسین. (۱۳۹۶). بررسی اثربخشی آموزش سلامت معنوی بر امیدواری و راهبردهای مقابله‌ای در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. *مجله‌ی پژوهش در دین و سلامت*، ۳(۳)، ۱۷-۲۹.

فلاحی خشک‌ناب، مسعود و مظاهری، منیر. (۱۳۸۸). معنویت، مراقبت معنوی و درمان معنوی. تهران: دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، رسانه‌ی تخصصی.

لاتین

Allen, L. B., Mchugh, R. K., & Barlow, D. H. (2008). Emotional disorder. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorder: A step-by-step treatment manual* (4th ed., pp. 578-614). New York: Guilford Press.

Alonso, A., & Herbasin, M.A. (2008). Temporal trends in the incidence of multiple sclerosis: A systematic review. *Neurology*, 71(2), 129-135.

Amato, M.P., Ponziani, G., Siracusa, G., & Sorbi, S. (2001). Cognitive dysfunction in early-onset multiple sclerosis. *Archives of Neurology*, 58(10), 1602-1606.

Antony, M. M., Bieling, P. J., Cox, B. J., Enns, M. W., & Swinson, R. P. (1998) Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the depression anxiety and stress scales in clinical groups and community sample. *Psychological Assessment*, 10, 176-181.

Argyle, M. (2001). *The Psychology of Happiness* (2nd Ed.). London: Routledge.

Balsimelli, S., Mendes, M. F., Bertolucci, P. H. F., & Tilbery, C.P. (2007). Attention

- impairment associated with relapsing-remitting multiple sclerosis patients with mild incapacity. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 65(2), 262-267.
- Branka Aukst, M., Jakovljevic, M., Margetic, B., Biscan, M., & Samija, M. (2005). Religiosity, depression and pain in patients with breast cancer *General Hospital Psychiatry*, 27(4), 250-255.
- Campbell, A. (1981). *The sense of well-being in America: Recent patterns and trends*. New York: Mc Graw-Hill.
- Chris, H., & Stephen, C. (2011). Diagnostic criteria for multiple sclerosis: Revisions to the McDonald criteria. *Journal Neural Sciences*, 69(2), 292-302.
- Dennison, L., Moss-Morris, R., Silber, E., Galea, I., & Chalder, T. (2010). Cognitive and behavioral correlates of different domains of psychological adjustment in early-stage multiple sclerosis. *Journal of Psychosomatic Research*, 69(4), 353-361.
- Gerald, F. (1999). Cavanah, spirituality for managers: Context and critique. *Journal of Organizational Change Management*, 3(1), 186-99.
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck depression and anxiety inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335-343.
- Martin, R., Mcfarland, H. F., & Mcfarland, D. E. (1992). Mcfarlin Immunological aspect of demyelination disease. *Annual Review of Immunology*, 10(1-2), 153-187.
- Marvin, D. W. (2000). Multiple sclerosis: Continuing mysteries and current management. *Drug Topics*, 144(12), 93-102.
- Nafisi, Sh. (1998). MS disease seminar nada. *Journal Tehran University of Medical Sciences*, 2(10), 9-10.
- Pargament, K. I. (2007). *Spirituality integrated psychotherapy: Understanding and addressing the sacred*. New York: Guilford Press.
- Sadock, B. J., Sadock, A. S., Ruiz, P. (2009). *Kaplan and Sadock comprehensive Text book of psychiatry*. United States: LWW Publisher.
- Sospedra, M., & Martin, R. (2005). Immunology of multiple sclerosis. *Annual Review of Immunology*, 23, 683-747.
- Vazirinejad, R., Lilley, J., & Ward, C. A. (2008) Health profile of adults with multiple sclerosis living in the community. *Multiple Sclerosis*, 14(8), 1099-1105.
- West, W. (2000). *Psychotherapy & spirituality, crossing the line between therapy and religion* (1st ed). United States: SAGE Publications Ltd.

World Health Organization. (2016). *Suicide rates*. Retrieved from https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/.



© 2017 by the authors. Licensee SCU, Ahvaz, Iran. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution-Non Commercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0 license) (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>)