

## تاثیر امید درمانی به شیوه گروهی بر بهبود ابعاد کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس

جاسم بهرامیان<sup>۱\*</sup>، گیانوش زهراکار<sup>۲</sup>، محسن رسولی<sup>۲</sup>

تاریخ وصول: ۱۳۹۳/۲/۲ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۴/۱۰

### چکیده

**زمینه و هدف:** هدف پژوهش حاضر بررسی تاثیر امید درمانی به شیوه گروهی بر ابعاد کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس می باشد.

**روش بررسی:** این پژوهش از نوع آزمایشی و طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری، شامل کلیه بیماران ام اس اصفهان بود. نمونه پژوهش، متشکل از ۲۴ بیماری بود که به طور داوطلبانه با توجه به ملاک های ورود از میان ۴۴ بیمار داوطلب با سطح کیفیت زندگی پایین انتخاب شدند. و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (گروه ۱۲ نفر) گمارده شدند. گروه آزمایش در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای امید درمانی شرکت کردند اما گروه کنترل در زمان اجرای آزمایش مداخله ای دریافت نکرد. در پایان نیز بطور همزمان از هر دو گروه پس آزمون گرفته شد. برای جمع آوری داده ها از پرسشنامه فرم کوتاه کیفیت زندگی استفاده شد. داده ها با استفاده از آماره های توصیفی (میانگین، انحراف معیار، فراوانی) و آماره های استنباطی (تحلیل کواریانس) و با نرم افزار SPSS ۱۶ مورد تحلیل قرار گرفت.

**یافته ها:** نتایج نشان داد که ابعاد کیفیت زندگی گروه مداخله بعد از جلسات درمانی در مقایسه با گروه شاهد تفاوت معناداری پیدا کرد ( $p < 0.001$ ). همچنین اثر تعاملی جنسیت و مداخله نیز معنادار نبود به این معنی که تغییر رفتار افراد پس آزمون در کیفیت زندگی در گروه شاهد و مداخله بستگی به جنسیت آن ها نداشت.

**نتیجه گیری:** پژوهش حاضر نشان داد که امید درمانی می تواند به بهبود ابعاد کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس بیانجامد. بنابراین بهره گیری از این رویکرد درمانی در بیماران مولتیپل اسکلروزیس و سایر بیماران مبتلا به بیماری های مزمن توصیه می گردد.

**واژگان کلیدی:** مولتیپل اسکلروزیس، کیفیت زندگی، امید درمانی.

### مقدمه

مولتیپل اسکلروزیس یک بیماری میلین زدایی عصبی مرکزی و از شایع ترین بیماری های نورولوژیک در انسان و شایع ترین بیماری منجر به ناتوانی در جوانان است (۲). شایع ترین سن ابتلا به این بیماری ۲۰ تا ۴۰ سال است (۳،۴)؛ یعنی سال هایی که در آن فرد بیشترین مسؤولیت های خانوادگی و اجتماعی را برعهده دارد و در واقع در سنین باروری است (۵). در نتیجه، این بیماری به نیروهای مولد جامعه آسیب می رساند و این ضایعه متوجه کل افرادی است که در اجتماع زندگی می کنند (۶). این بیماری تقریباً یک نفر از هر ۱۰۰۰ نفر را مبتلا ساخته و میزان شیوع آن در حدود ۱/۱ میلیون نفر در جهان می باشد (۷). انجمن ملی ام اس آمریکا اعلام کرد که حدود ۲/۵ میلیون نفر در دنیا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس مبتلا هستند، که هر هفته ۲۰۰ نفر به آن ها اضافه می گردد (۸). طبق گزارش انجمن IMS ایران در سال ۱۳۸۷ حدود ۴۰ تا ۴۰ هزار نفر تعداد تقریبی مبتلایان به این بیماری گزارش

یکی از وقایع دردناک زندگی بشر بروز ناخوشی های مزمن می باشد. اگر چه با پیشرفت درمان پزشکی، بیماران مبتلا به ناخوشی های مزمن نسبت به قبل از طول عمر بیشتری برخوردار شده اند؛ اما همزمان بیش از پیش با مسائل مربوط به سازگاری روبه رو می شوند. به همین دلیل اگر چالش اصلی بهداشت و درمان در قرن بیستم زنده ماندن افراد بود؛ چالش مهم بهداشت و درمان در قرن حاضر، توجه به زندگی توأم با کیفیت و شادکامی بیماران می باشد (۱).

۱. کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

\* (نویسنده مسؤول) Email: j.bahramian@gmail.com

۲. گروه مشاوره، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

عمر است که همراه با رضایت، شادمانی و لذت باشد (۲۴). از آن جایی که در بیماری‌های مزمن، درمان قطعی و کامل نشانه‌های بیماری دور از دسترس است، تلاش می‌شود که عوامل قابل تعدیل مؤثر بر ناتوانی فرد شناسایی شود تا با پیشگیری، درمان و بازتوانی به موقع آنها به ارتقای کیفیت زندگی فرد کمک کرد (۲۵). بنابراین برای غلبه واقعی بر MS باید تا حد امکان بیماری را تعدیل و اصلاح کرد، علائم بیماری باید کنترل شود و به فرد مبتلا کمک کرد تا کیفیت زندگی را بهبود بخشد (۲۶). نتایج حاصل از تحقیقات، حاکی از آن است که بین روش‌هایی نظیر حفظ انرژی، ورزش، تعاملات رفتاری و مداخلات روان‌شناسی و علائم بیماری مولتیپل اسکلروزیس ارتباط متقابلی وجود دارد (۲۷، ۲۸). روان‌شناسی بالینی به طور سنتی بر کمبودها و ناتوانی‌های روانی تاکید داشته است و انعطاف‌پذیری تدبیر و توان مراجعان را برای ارزیابی تغییر، به ندرت مد نظر قرار داده است؛ ولی در چند دهه اخیر، روان‌شناسی سلامت و روان‌شناسی مثبت‌نگر به افزایش شادمانی، سلامت و مطالعه علمی در مورد نقش نیرومندی‌های شخصی و سامانه‌های اجتماعی مثبت در ارتقای سلامت بهینه تاکید کرده است (۲۹). علیرغم اهمیت امید در سلامت جسمانی و روانی، در گذشته توجه چندانی به آن نشده است؛ اما در جنبش جدید روان‌شناسی مثبت، توجه ویژه‌ای به موضوع امید شده است. همچنین از دیگر حیطه‌های روان‌شناسی مثبت‌گرا شادمانی، امید و خلاقیت است (۲۸).

تظاهرات بالینی بیماری MS نقش مهمی در سازگاری فرد با این بیماری ایفا می‌کند، به همین جهت، مداخلات روان‌درمانی که این تظاهرات را هدف قرار می‌دهد، می‌تواند به سازگاری فرد با این بیماری کمک کند (۳۰). از آنجایی که این بیماری یکی از عوامل تهدیدکننده امید محسوب می‌شود، پرداختن به نوعی از روان‌درمانی که امید را هدف اصلی تغییر قرار دهد، برای مبتلایان به MS حائز اهمیت خواهد بود. در بین درمان‌های روان‌شناختی، امید درمانی اسنایدر تنها درمانی است که امید را به عنوان هدف اصلی مد نظر قرار داده است و با ترکیب اصول مداخلات مبتنی بر شرح حال، تمرکز بر حل مسأله شناختی - رفتاری یک نظام درمانی کوتاه مدت، نیمه ساخت یافته و جدید را ارائه می‌کند. براساس نظریه اسنایدر، امید از سه مولفه‌ای اصلی هدف، عامل (کارگزار) و گذرگاه تشکیل شده است. موفقیت در دستیابی به اهداف، هیجان‌های مثبت و شکست در آن هیجان‌های منفی ایجاد می‌کند. افراد امیدوار گذرگاه‌های بیشتری برای دنبال کردن اهداف خود دارند و وقتی با مانع برخورد می‌کنند؛ می‌توانند انگیزه خود را حفظ و از گذرگاه‌های جانشین استفاده کنند؛ اما افراد نا امید به دلیل اینکه عامل و گذرگاه‌های کمی دارند در برخورد با موانع به راحتی انگیزه خود را از دست می‌دهند و دچار هیجان‌های منفی می‌شوند که این امر به نوبه خود منجر به افسردگی می‌شود. در امید درمانی سعی می‌شود سه مولفه اصلی امید در

شده است (۹). شیوع MS در اصفهان ۳۵ در ۱۰۰۰۰۰ نفر است که از مناطق با شیوع بالا در کشور می‌باشد، به طوری که در پژوهشی دیگر این شیوع ۴۳/۸ در ۱۰۰۰۰۰ نفر برآورده شده است (۱۰). پیش‌آگاهی این بیماری نامعلوم است و بیماران انواع اختلالات متغیر جسمی و روانی ناشی از بیماری را تجربه می‌کنند (۱۱). که این اختلالات عملکرد روزانه، زندگی اجتماعی و خانوادگی، استقلال عملکردی و برنامه ریزی فرد برای آینده را به شدت تحت تاثیر قرار می‌دهد و در کل، احساس خوب بودن را در فرد بسیار تخریب می‌کند. جک<sup>۱</sup>، پروان و هاسلیتر<sup>۲</sup> (۱۲)، اذعان می‌دارند که میلین زدایی فیبرهای عصبی نه تنها بر کارکرد حسی و حرکتی اثر می‌گذارد؛ بلکه ممکن است موجب نشانه‌ها و علائم آسیب شناختی روانی شود. مروری بر مطالعات میزان بالای افسردگی و پریشانی، اضطراب و کیفیت زندگی پایین و مشکلات به نقش و ارتباط اجتماعی در این بیماران اشاره دارند (۱۳).

بیماران مبتلا به بیماری‌های ناتوان‌کننده مزمن همچون مولتیپل اسکلروزیس با مشکلات وابسته به بیماریشان نیز روبه‌رو هستند و این مشکلات، شرکت بیماران در فعالیت‌های پیشرفت سلامت را محدود می‌نماید و در نتیجه، سبب افزایش عوارض ثانویه و محدودیت در زندگی مستقل می‌گردد که در نهایت تاثیر منفی بر کیفیت زندگی آن‌ها دارد (۱۴). تحقیقات دلاکو و چیرالوتی<sup>۳</sup> (۱۵) حاکی از آن است که در مبتلایان به MS مشکلات روان‌شناختی منبع اصلی ناتوانی‌ها، آسیب‌های اجتماعی و پایین آمدن کیفیت زندگی این افراد می‌شود.

همچنین نتایج تحقیقات متعددی نشان می‌دهد که کیفیت زندگی بیماران مولتیپل اسکلروزیس پایین‌تر از جمعیت عادی جامعه می‌باشد (۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹). مطالعات نشان داده‌اند که حدود ۶۰ تا ۷۰ درصد بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس از افسردگی (۲۰، ۲۱، ۲۲) و حدود ۲۵ تا ۴۰ درصد نیز از اضطراب رنج می‌برند (۱۸). با توجه به موارد ذکر شده و شیوع بالای مشکلات روانی در بیماران MS بکارگیری نشست‌های تشخیصی و درمانی روانی و اجتماعی غیر از درمان‌های دارویی متداول جهت کاهش این علائم و بهبود وضعیت کیفیت زندگی امری ضروری می‌باشد (۷)، چرا که درمان‌های دارویی متداول در تمام بیماران مولتیپل اسکلروزیس موثر نیست و از طرفی داروهای عوارض زیادی هستند، مانند خستگی و عدم تعادلات روحی و روانی که برای برطرف کردن این عوارض هیچ درمان شناخته شده‌ای که کاملاً موثر باشد، وجود ندارد (۲۳). داشتن یک زندگی مطلوب، همواره آرزوی بشر بوده است. در ابتدا رفاه بیشتر و طول عمر بالاتر در معنی کیفیت زندگی بهتر مطرح بود. کیفیت زندگی در نقطه مقابل کمیت، قرار می‌گیرد و منظور از آن، سال‌هایی از

1. Jucke  
2. Brune & Haussleiter  
3. Deluca & Chiaravalloti

آزمودنی‌ها به صورت تصادفی در دو گروه ۱۲ نفری (عمر ۶ و ۶ زن) شاهد و مداخله تخصیص داده شدند و هر دو گروه به پرسشنامه نامه کیفیت زندگی پاسخ دادند و نمره‌های پیش‌آزمون به دست آمده بعد از تقسیم تصادفی و اجرای پیش‌آزمون در دو گروه شاهد و مداخله، گروه شاهد به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در معرض متغیر مستقل (گروه درمانی امید) قرار گرفت؛ اما گروه شاهد هیچ مداخله‌ای را دریافت نکرد. روش درمانی مبتنی بر نظریه امید درمانی برگرفته از مدل درمانی اسنایدر (۲۰۰۰)، شامل این تکنیک و مراحل بود: معرفی امید و جنبه‌های مختلف آن، معرفی اهداف و انواع آن به عنوان بخشی از فرایند افزایش امید، ایجاد ساختاری برای کشف اهداف، ارائه راهکار برای تنظیم اهداف واضح و عملی، تهیه لیست اهداف، اولویت بندی و انتخاب یک هدف برای کار و گروه آشنایی با شیوه‌های افزایش انگیزه و نیروی اراده روانی و جسمی در پی گیری اهداف، تغییر خودگویی‌های منفی ساختن فیلم درونی با استفاده از تصویر سازی ذهنی مثبت گرایانه و ارائه جملات امید بخش، استفاده از پیوستار پیشرفت برای فرایند پی گیری هدف و بازخورد، ترسیم رابطه تفکر و احساس مثبت ناشی از رسیدن به هدف را افزایش امید. لازم به ذکر است محتوای جلسات را گفتگو و بیان افکار و احساسات، بحث گروهی، تمرین و ارائه تکلیف تشکیل می‌داد.

#### جلسات گروه درمانی در گروه مداخله:

پیش جلسه: آشنایی اولیه با بیمار، برقراری رابطه درمانی، ایجاد اعتماد در بیمار نسبت به حفظ اطلاعات بیمار، اجرای پرسشنامه‌های جمعیت شناختی و کیفیت زندگی

جلسه اول و دوم: بیان رابطه MS با کیفیت زندگی و سلامت عمومی، بررسی و تعیین نحوه تأثیر MS بر سلامت روان بیمار، تعیین رابطه امید بر MS و افسردگی بیمار، انتخاب اهداف درمانی و تشخیص آماج‌ها برای مداخله، شناخت مشکل کلی بیمار در زمینه کیفیت زندگی، به کار گیری فنون امید محوری شامل اجرای روش‌های درمانی تسکینی و نفوذی (گوش دادن توجه آمیز، درک همدلانه و طرح سوالات بسته، باز، حلقوی)؛ تعیین اهداف آماج‌های درمانی با توجه به شناخت بیشتر از مشکل بیمار، سنجش مشکلات بیمار، بیان رابطه آن با سلامت روانی و کیفیت زندگی بیمار، سنجش مشکلات بیمار، بیان رابطه آن با سلامت روانی و کیفیت زندگی بیمار.

جلسه سوم و چهارم: ارائه اهداف و توافق بر سر دستور کار، حفظ اتحاد درمانی، استفاده از فنون مداخلاتی راه حل محور، معرفی مفهوم و اصول و مبانی امید درمانی و مولفه‌های امید، تمایز بین امید واقعی و امید واهی به بیمار، با تأکید بر مثال‌هایی از فرهنگ ایرانی - اسلامی.

مراجع افزایش یابد. تغییر امید یک فرایند یادگیری است، بنابراین درمانگر با مداخله آموزش و با استفاده از برنامه‌های آموزش فردی و گروهی مختلفی که به این منظور تدوین شده است به افزایش امید و تفکر امیدوارانه مراجع کمک می‌کند (۳۱).

پژوهشگران نشان می‌دهند که امید درمانی با انواع پیامدهای سلامتی، نظیر افزایش میزان امید (۳۲) سلامت روان (۳۲) کیفیت زندگی (۳۱، ۳۳، ۳۴) و کاهش افسردگی (۳۵) و تحریف‌های شناختی (۳۶) ارتباط دارد.

نتایج تحقیق اسنایدر (۳۱) نشان می‌دهد که بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن تحت امید درمانی، متعاقب دریافت امید درمانی نسبت به تحمل فشارها و استرس‌های ناشی از درمان بیماری، پاسخ مناسب تری از خود نشان می‌دهند، در ادامه درمان بیشتر مقاومت می‌ورزند و درمان‌های ارائه شده را بهتر پذیرفته و به آن عمل می‌کنند.

با توجه به اینکه امروزه به مفهوم کیفیت زندگی و نقش درمان‌های روان شناختی در بیماران MS کم تر پرداخته شده است و با عنایت به این که کاربرد درمان‌های مختلف از جمله مداخلات روان شناختی، می‌تواند گامی نو در بهبود وضعیت این بیماری تلقی شود؛ لذا جلب توجه متخصصان مبنی بر استفاده بیش از پیش از خدمات روان شناسان و استفاده از درمان‌های روان شناختی مانند امید درمانی در کنار درمان‌های طبی گامی موثر در بهبود ابعاد کیفیت زندگی بیماران MS تلقی می‌شود. در راستای تحقق اهداف فوق پژوهش حاضر به بررسی اثر بخشی امید درمانی بر ابعاد کیفیت زندگی بیماران MS اصفهان صورت گرفت.

#### روش بررسی

پژوهش حاضر یک مطالعه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه کنترل در سال ۱۳۹۲ بود. جامعه پژوهش، شامل کلیه بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس مراجعه کننده به انجمن MS اصفهان بودند که تعداد این بیماران در حدود ۱۸۵۰ نفر می‌شد. معیارهای ورود به این پژوهش شامل: داشتن سن ۴۵-۲۰ سال، حداقل تحصیلات سوم راهنمایی، توانایی جسمی و روانی کافی برای نوشتن، حداقل سابقه ۶ ماه ابتلا به بیماری و معیارهای خروج نیز شامل شرکت همزمان در کارگاه یا کلاس آموزشی مرتبط با کیفیت و سبک زندگی، ابتلا به اختلالات حاد روحی و جسمی (مثل: بیماری‌های ناتوان کننده قلبی، تنفس و بیماری افسردگی شدید، اسکیزوفرنیا) و نداشتن اختلال در تکلم یا شنوایی بود. نمونه گیری این پژوهش بر مبنای داوطلبانه بودن آزمودنی‌ها بوده است که پس از آزمودنی‌ها به صورت تصادفی در دو گروه شاهد و مداخله تخصیص داده شدند.

حجم نمونه، شامل ۲۴ بیمار مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس بود که بر مبنای داوطلبانه بودن آزمودنی‌ها انتخاب شدند و سپس

کیفیت زندگی خود و بقیه سوال ها، احساس و رفتار فرد را در دو هفته اخیر در ابعاد مختلف کیفیت زندگی اندازه گیری می نمایند (۱۶،۴۰). در این پژوهش، برای نمره گذاری پرسشنامه کیفیت زندگی، از روش نمره گذاری لیکرت براساس درجه بندی ۵ تایی استفاده شد (نمره صفر، نشان دهنده درک منفی و کم و ۴ درک مثبت و بالا می باشد). در اجرای این مقیاس از بیماران خواسته شد با در نظر گرفتن احساسات و رفتارهای خویش در دو هفته اخیر به سوالات پرسشنامه پاسخ دهند (۴۰).

به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی بعد از ارائه مجوز و نامه معرفی از سوی مدیریت دانشگاه روان شناسی و علوم تربیتی دانشگاه خوارزمی تهران به مسؤولین انجمن و کسب رضایت نامه آگاهانه از کلیه بیماران مبنی بر اطمینان از رازداری در میان گفته ها و اطلاعات و اختیار بر حضور در این جلسات درمانی و آزادی در بیان عدم تمایل به ادامه و ترک جلسات و رایگان بودن کلیه جلسات اقدام به انجام پژوهش نموده و همچنین به گروه شاهد اعلام گردید که بعد از انجام پژوهش این جلسات درمانی در صورت تمایل هر یک از آنان به صورت رایگان اجرا می گردد.

سپس داده های خام پرسشنامه استخراج و با استفاده از نرم افزار SPSS ۱۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. داده ها در دو سطح آمار توصیفی شامل: میانگین، انحراف معیار و فراوانی درصدی و سطح آمار استنباطی شامل: تحلیل کوواریانس، تجزیه و تحلیل شدند.

### یافته ها

در این پژوهش، تعداد ۲۴ بیمار مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس در دو گروه مداخله و شاهد که هر کدام ۱۲ نفر بودند، مورد بررسی قرار گرفتند و تا آخر پژوهش نیز از سوی بیماران هیچ ریزشی نداشتند. مطالعه بر روی ۲۴ بیمار انجام گرفت. اطلاعات جمعیت شناسی مربوط به نمونه ها در جدول شماره ۱ نشان داده شده متغیرهای کیفی تحصیلات، مدت ابتلا به بیماری و وضعیت تاهل بین دو گروه مداخله و شاهد تفاوت معناداری نداشتند و دو گروه از لحاظ سن، جنس و تحصیلات همگن بودند.

جلسه پنجم و هشتم: استفاده از فنون روایتی و داستانی در زمینه امید با تاکید بر نقش امید دهی ادیان به خصوص دین اسلام به منظور امید سازی یا القای امید، تفسیر وقایع از منظر دین و روان شناسی مثبت، جهت دادن بیماران به زمان حال و آینده به جای ماندن در گذشته، تشویق بیماران به نوشتن مطالب از طریق گفتن داستان خود، رابطه آن با بیماری MS و ارائه آن در جلسه بعدی درمان.

جلسه هفتم و هشتم: گوش دادن به داستان بیماران با توجه به تکلیف ارائه شده در جلسه قبل. ادامه امید افزایشی در بیماران، تعیین اهداف درمانی امید بخش و آشنایی با مراحل هدف گزینی در زندگی، استفاده از فنون مختلف هدف گزینی و خلق اهداف روشن و عملی، رفع موانع ذهنی امید با استفاده از فنون امید درمانی، تعیین میزان مداخلات امید محورانه با تاکید بر سلامت روانی و کیفیت زندگی، بررسی اظهار نظر بیماران در باره میزان دست یابی به اهداف تعیین شده، تحکیم اثر مداخلات درمانی متمرکز بر امید در بیماران. اجرای آزمون نهایی.

ابزار جمع آوری داده ها در این پژوهش از دو پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی و پرسشنامه فرم کوتاه ۲۶ سؤال کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت استفاده شد. در پرسشنامه جمعیت شناسی، اطلاعاتی مانند: سن آزمودنی، وضعیت تاهل، مدت ابتلا به بیماری، میزان تحصیلات، سابقه شرکت در کارگاه های آموزشی از بیماران گرفته شد.

پرسشنامه کیفیت زندگی نیز هم در قبل از اجرای مداخله درمانی (مرحله پیش آزمون) و هم بعد از انجام مداخله (مرحله پس آزمون) بر روی گروه های شاهد و مداخله اجرا گردید. این پرسشنامه، فرم خلاصه شده مقیاس ۱۰۰ ماده ای کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت می باشد که جنبه های مختلف کیفیت زندگی (سلامت روان، سلامت جسمانی، روابط اجتماعی، ادراک از محیط زندگی) را مورد ارزیابی قرار می دهد (۱۶،۳۷). این پرسشنامه با توجه به عمومیت، سادگی، سازگاری و انطباق ابعاد مورد ارزیابی با فرهنگ و نوع فعالیت فیزیکی - روانی جمعیت مورد مطالعه، برای این پژوهش مناسب تشخیص داده شد. این پرسشنامه به چندین زبان دنیا از جمله زبان فارسی ترجمه شده و در تحقیقات متعدد ایران و خارج از کشور، رایج ترین ابزار سنجش کیفیت زندگی می باشد (۱۶،۳۸،۳۹). دو سؤال پرسشنامه در مورد رضایتمندی از سلامت عمومی و درک کلی فرد از

جدول (۱): مقایسه توزیع فراوانی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی در دو گروه مداخله و شاهد

متغیرها	شاهد		مداخله	
	درصد	تعداد	درصد	تعداد
تحصیلات	زیر دیپلم	۱۶/۶٪	۲	۲۰٪
	دیپلم	۲۵٪	۳	۳۰٪
	بالای دیپلم	۵۸/۳٪	۷	۵۰٪
وضعیت تاهل	مجرد	۰	۰	۰
	متاهل	۷۵٪	۹	۹۰٪
	مطلقه	۲۵٪	۳	۶۱/۶٪
مدت ابتلا به بیماری	۲-۸ سال	۷۵٪	۹	۶۶/۶٪
	۸-۱۰ سال	۱۶/۶٪	۲	۲۵٪
	۱۰-۱۲ سال	۸/۳٪	۱	۸/۳٪

جسمانی (۳۱/۵)، روابط اجتماعی (۱۱/۵) و ادراک از محیط زندگی (۳۵/۳۳) در مرحله پس آزمون بعد از حذف اثر پیش آزمون در گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه کنترل در سلامت روان (۲۱/۳۳)، سلامت جسمانی (۲۲/۵)، روابط اجتماعی (۹/۰۰) و ادراک از محیط (۲۸/۵) بهبود بیشتری داشته است (جدول شماره ۲).

توصیف داده‌های نمرات کیفیت زندگی نشان داد که میانگین «ابعاد کیفیت زندگی» گروه مداخله در مرحله پیش آزمون با گروه شاهد تفاوت نداشت. با این وجود، میانگین گروه مداخله در پس آزمون، افزایش بیشتری نسبت به گروه شاهد نشان داد به این معنا که میانگین متغیرهای سلامت روان (۲۷/۵)، سلامت

جدول (۲): میانگین و انحراف معیار ابعاد کیفیت زندگی در دو مرحله ارزیابی به تفکیک گروه و جنسیت

متغیر	گروه	جنسیت	ارزیابی‌ها			
			پیش آزمون	پس آزمون		
			انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین
سلامت جسمی	کنترل	زن	۲۲/۵	۲/۰۷	۲۲/۵	۳/۰۱
		مرد	۱۸/۳۳	۲/۷۳	۲۲/۵	۱/۷۶
	امید درمانی	زن	۲۰/۱۷	۳/۱۲	۳۱/۵	۲/۰۷
		مرد	۲۱/۱۷	۳/۳۷	۳۰/۶۷	۲/۸
سلامت روانی	کنترل	زن	۱۸/۸۳	۱/۴۷	۲۱/۳۳	۱/۶۳
		مرد	۱۹/۸۳	۲/۱۴	۲۲/۰۰	۲/۰۰
	امید درمانی	زن	۱۹/۰۰	۱/۲۶	۲۷/۵	۱/۷۶
		مرد	۱۷/۸۳	۲/۱۴	۲۷/۶۷	۲/۴۲
ادراک از محیط	کنترل	زن	۸/۱۷	۲/۳۲	۲۷/۳۳	۲/۶۶
		مرد	۹/۱۷	۱/۴۷	۲۸/۵	۲/۴۳
	امید درمانی	زن	۸/۱۷	-/۹۸	۳۵/۳۳	۳/۵۶
		مرد	۷/۶۷	۲/۷۳	۳۴/۸۳	۳/۱۹
روابط اجتماعی	کنترل	زن	۲۴/۶۷	۴/۳۷	۹/۰۰	۰/۶۳
		مرد	۲۶/۵	۲/۹۵	۱۰/۰۰	۱/۲۶
	امید درمانی	زن	۲۵/۳۳	۲/۵	۱۱/۵	۱/۶۴
		مرد	۲۵/۱۷	۴/۷۵	۱۲/۰۰	۲/۰۰

استفاده می‌شود. قبل از انجام آزمون، ابتدا پیش‌فرض‌های آن مورد مطالعه قرار خواهد گرفت و در صورت رعایت شدن پیش-فرض‌ها آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیره دو راهه برای آزمون فرضیه‌های فرعی انجام می‌گیرد.

از آنجایی که همبستگی بین پس آزمون خرده‌مقیاس‌های کیفیت زندگی یعنی سلامت روان، سلامت جسمی، روابط اجتماعی و ادراک از محیط معنادار بود و از آنجایی که متغیرهای مورد مطالعه؛ خرده‌مقیاس‌های کیفیت زندگی هستند و همگی یک مولفه‌ی کلی به نام کیفیت زندگی را تشکیل می‌دهند، لذا برای ادامه تحلیل از آزمون تحلیل کواریانس دو راهه چندمتغیره

جدول (۳): تحلیل کواریانس چندمتغیری برای بررسی تفاوت پس آزمون‌ها با کنترل اثر پیش‌آزمون‌ها در جنسیت و عضویت گروهی

متغیرها	منابع تغییرات	F	dfh	dfe	p-value
پیش‌آزمون سلامت جسمی	اثربیلابی	۲/۳۶	۴	۱۳	۰/۱۰۷
	لامبدای وبلکس	۲/۳۶	۴	۱۳	۰/۱۰۷
	اثر هاتلینگ	۲/۳۶	۴	۱۳	۰/۱۰۷
	بزرگترین ریشه روی	۲/۳۶	۴	۱۳	۰/۱۰۷
پیش‌آزمون سلامت روان	اثربیلابی	۰/۳۶	۴	۱۳	۰/۸۳۱
	لامبدای وبلکس	۰/۳۶	۴	۱۳	۰/۸۳۱
	اثر هاتلینگ	۰/۳۶	۴	۱۳	۰/۸۳۱
	بزرگترین ریشه روی	۰/۳۶	۴	۱۳	۰/۸۳۱
پیش‌آزمون روابط اجتماعی	اثربیلابی	۲/۰۲	۴	۱۳	۰/۱۵۱
	لامبدای وبلکس	۲/۰۲	۴	۱۳	۰/۱۵۱
	اثر هاتلینگ	۲/۰۲	۴	۱۳	۰/۱۵۱
	بزرگترین ریشه روی	۲/۰۲	۴	۱۳	۰/۱۵۱
پیش‌آزمون ادراک از محیط	اثربیلابی	۱۴/۲۱	۴	۱۳	<۰/۰۰۱
	لامبدای وبلکس	۱۴/۲۱	۴	۱۳	<۰/۰۰۱
	اثر هاتلینگ	۱۴/۲۱	۴	۱۳	<۰/۰۰۱
	بزرگترین ریشه روی	۱۴/۲۱	۴	۱۳	<۰/۰۰۱
عضویت گروهی	اثربیلابی	۶۴/۸۴	۴	۱۳	<۰/۰۰۱
	لامبدای وبلکس	۶۴/۸۴	۴	۱۳	<۰/۰۰۱
	اثر هاتلینگ	۶۴/۸۴	۴	۱۳	<۰/۰۰۱
	بزرگترین ریشه روی	۶۴/۸۴	۴	۱۳	<۰/۰۰۱
جنسیت	اثربیلابی	۰/۸۴	۴	۱۳	۰/۵۲۱
	لامبدای وبلکس	۰/۸۴	۴	۱۳	۰/۵۲۱
	اثر هاتلینگ	۰/۸۴	۴	۱۳	۰/۵۲۱
	بزرگترین ریشه روی	۰/۸۴	۴	۱۳	۰/۵۲۱
تعامل جنسیت و گروه	اثربیلابی	۰/۷۸	۴	۱۳	۰/۵۵۷
	لامبدای وبلکس	۰/۷۸	۴	۱۳	۰/۵۵۷
	اثر هاتلینگ	۰/۷۸	۴	۱۳	۰/۵۵۷
	بزرگترین ریشه روی	۰/۷۸	۴	۱۳	۰/۵۵۷

پیش‌فرض‌های تحلیل کواریانس چندمتغیره دوراهه:

مقیاس فاصله‌ای، مشاهدات مستقل (معمولاً فرض بر این است که مشاهدات مستقل هستند) که همگی این‌ها رعایت شده‌اند.

نرمال بودن توزیع داده‌ها: آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای پیش‌آزمون ( $Z=0/391, p=0/09$ ) و پس‌آزمون ( $p=0/726$ )، سلامت جسمی، پیش‌آزمون ( $Z=0/69, p=0/66$ ) و پس‌آزمون ( $Z=0/73, p=0/776$ ) سلامت روانی، پیش‌آزمون ( $Z=0/657, p=0/73, p=0/939$ ) و پس‌آزمون ( $Z=0/53, p=0/939$ ) محیط، و پیش‌آزمون ( $Z=0/785, p=0/65$ ) و پس‌آزمون ( $Z=0/211, p=0/106$ ) روابط اجتماعی معنادار نبود و این به معنای نرمال بودن توزیع داده‌هاست.

همگنی واریانس‌ها: آزمون لون<sup>۱</sup> معنادار نبود، برای سلامت جسمی ( $F(3,20)=1/04, p=0/395$ )، سلامت روانی ( $p=0/889$ )، روابط اجتماعی ( $F(3,20)=0/93, p=0/444$ )، و محیط ( $F(3,20)=0/67, p=0/58$ ) معنادار نبود و این نشان از همگنی واریانس‌های دارد.

همگنی رگرسیون یا رابطه‌ی خطی بین متغیر تصادفی کمکی (پیش‌آزمون) و متغیر وابسته (پس‌آزمون): بررسی خطوط رگرسیون در پیش‌آزمون سلامت جسمی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و محیط و پس‌آزمون‌های آن‌ها نشان داد که شیب‌های خط رگرسیون در پیش‌آزمون و پس‌آزمون باهم موازی هستند؛ لذا این پیش‌فرض رعایت شده است.

همگنی شیب رگرسیون: تعامل مداخله، جنسیت و پیش‌آزمون در متغیر سلامت جسمی ( $F(4,19)=2/03, p=0/68$ )، سلامت روانی ( $F(4,19)=1/31, p=0/76$ )، روابط اجتماعی ( $F(4,19)=2/54, p=0/53$ )، و محیط ( $F(4,19)=2/82, p=0/321$ ) معنادار نیستند و این حکایت از آن دارد که پیش‌فرض همگنی رگرسیون رعایت شده است.

همگنی ماتریس واریانس‌ها: آزمون باکس<sup>۱</sup> معنادار نبود ( $F(30,109976)=0/62, p=0/947$ )، از این‌رو، ماتریس واریانس‌ها همسان هستند.

باتوجه به رعایت شدن پیش‌فرض‌های تحلیل کواریانس چندمتغیره استفاده از این آزمون بلامانع است. از این‌رو، برای

همانطور که در جدول شماره ۳ نشان داده شده است، بررسی چندمتغیری، اثر اصلی عضویت گروهی، جنسیت و اثر تعاملی جنسیت و عضویت گروهی با کنترل اثر پیش‌آزمون معنادار هستند. از این رو برای تعقیب نتایج تحلیل کواریانس دو راهه تک متغیره برای هر یک از متغیرهای خرده مقیاس‌های کیفیت زندگی گزارش می‌شود که در جدول جدول شماره ۴ نتایج مقایسه‌ی بین گروه‌ها نشان داده شده است.

کنترل اثر پیش‌آزمون بر نمرات پس‌آزمون از این آزمون استفاده شد. که نتایج آن در جدول شماره ۳ نشان داده شد. برای بررسی وجود تفاوت بین گروه‌ها در حداقل یکی از متغیرهای مورد مطالعه به صورت تنها یا با تعامل هم، تحلیل کواریانس چندمتغیری گزارش می‌گردد و اثر پیلاهی که کمترین مفروضه را نیاز دارد، مدنظر قرار می‌گیرد. جدول شماره ۳ نتایج این آزمون را گزارش می‌کند.

جدول (۴): تحلیل کواریانس تک متغیره دو راهه برای خرده مقیاس‌های کیفیت زندگی

منابع تغییرات	متغیر وابسته	Df	F	p-value	۲ □
پیش‌آزمون سلامت جسمی	پس‌آزمون سلامت جسمی	۱	۲/۲۹	۰/۱۴۹	۰/۱۲
	پس‌آزمون سلامت روانی	۱	۲/۱۹	۰/۱۵۸	۰/۱۲
	پس‌آزمون ادراک از محیط	۱	۴/۳۵	۰/۰۵۳	۰/۲۱
	پس‌آزمون روابط اجتماعی	۱	۵/۱۴	۰/۰۳۸	۰/۲۴
پیش‌آزمون سلامت روان	پس‌آزمون سلامت جسمی	۱	۰/۴۲	۰/۵۲۶	۰/۰۳
	پس‌آزمون سلامت روانی	۱	۰/۳۸	۰/۳۶۳	۰/۰۵
	پس‌آزمون ادراک از محیط	۱	۰/۴	۰/۵۲۵	۰/۰۲
	پس‌آزمون روابط اجتماعی	۱	۰/۰۹	۰/۷۶۹	۰/۰۱
پیش‌آزمون روابط اجتماعی	پس‌آزمون سلامت جسمی	۱	۱/۰۷	۰/۳۱۶	۰/۰۶
	پس‌آزمون سلامت روانی	۱	۰/۱۷	۰/۶۸۸	۰/۰۱
	پس‌آزمون ادراک از محیط	۱	۶/۱۳	۰/۰۲۵	۰/۲۸
	پس‌آزمون روابط اجتماعی	۱	۱/۲۳	۰/۲۸۳	۰/۰۷
پیش‌آزمون ادراک از محیط	پس‌آزمون سلامت جسمی	۱	۲۷/۲۵	<۰/۰۰۱	۰/۶۳
	پس‌آزمون سلامت روانی	۱	۶/۹۴	۰/۰۱۸	۰/۳
	پس‌آزمون ادراک از محیط	۱	۲۴/۵۵	<۰/۰۰۱	۰/۶
	پس‌آزمون روابط اجتماعی	۱	۷/۳	۰/۰۱۶	۰/۳۱
عضویت گروهی	پس‌آزمون سلامت جسمی	۱	۱۶۸/۶۳	<۰/۰۰۱	۰/۹۱
	پس‌آزمون سلامت روانی	۱	۷۶/۶	<۰/۰۰۱	۰/۸۳
	پس‌آزمون ادراک از محیط	۱	۶۴/۹۱	<۰/۰۰۱	۰/۸
	پس‌آزمون روابط اجتماعی	۱	۱۶/۵۸	۰/۰۰۱	۰/۵۱
جنسیت	پس‌آزمون سلامت جسمی	۱	۰/۵۶	۰/۴۶۳	۰/۰۳
	پس‌آزمون سلامت روانی	۱	۰/۵۷	۰/۴۶۲	۰/۰۳
	پس‌آزمون ادراک از محیط	۱	۰/۳۵	۰/۵۶	۰/۰۲
	پس‌آزمون روابط اجتماعی	۱	۳/۲۸	۰/۰۸۵	۰/۱۷
تعامل جنسیت و گروه	پس‌آزمون سلامت جسمی	۱	۰/۲۲	۰/۶۴۵	۰/۰۱
	پس‌آزمون سلامت روانی	۱	۰/۱۱	۰/۷۴۳	۰/۰۱
	پس‌آزمون ادراک از محیط	۱	۱/۹۶	۰/۱۸	۰/۱۱
	پس‌آزمون روابط اجتماعی	۱	۱/۳۳	۰/۲۶۵	۰/۰۸
خطا	پس‌آزمون سلامت جسمی	۱۶			
	پس‌آزمون سلامت روانی	۱۶			
	پس‌آزمون ادراک از محیط	۱۶			
	پس‌آزمون روابط اجتماعی	۱۶			

جنسیت و عضویت گروهی نشان می‌دهد. نتایج تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد که اثر اصلی گروه معنادار است ( $F=۱۶۸/۶۳, p<۰/۰۰۱$ ). اما اثر اصلی جنسیت ( $p=۰/۴۶۳$ )،  $F=۰/۵۶$  و اثر تعاملی گروه و جنسیت معنادار نیستند ( $p=۰/۶۴۵$ )،  $F=۰/۲۲$ ، باتوجه به اینکه میانگین پس‌آزمون ابعاد کیفیت

#### 1. Box's test

جدول شماره ۴ و ۳ نتایج تحلیل کواریانس را برای بررسی تفاوت پس‌آزمون متغیرهای ابعاد کیفیت زندگی به تفکیک

درمانی می‌توانند برخی از توانایی‌های روان شناختی را افزایش دهد و علائم آسیب‌شناسی روانی را کاهش دهد.

یکی از این توانایی‌های روان شناختی که تاثیر بسزایی در کیفیت زندگی افراد دارد سخت رویی است. افراد سخت رو با وجود پیش آمدهای ناگوار به رویارویی موفق و کارآمد در برابر تنش‌ها امید دارند، از توانایی یافتن معنی در تجارب آشفته برخوردارند و به نقش خود به عنوان فرد ارزنده و مهم باور دارند و از آن جایی که داشتن شخصیت سرسخت (تعهد، مهار و مبارزه جویی) نشانه سلامت روانی است و کسی که از سلامت روانی برخوردار نباشد، در برابر رویدادهای مهم زندگی دچار ناامیدی و افسردگی می‌گردد و زندگی نامطلوبی را تجربه می‌کند می‌توان گفت امید و سخت رویی لازم و ملزوم یکدیگرند که این سخت رویی روان شناختی باعث می‌گردد تا افراد موقعیت‌های ناگوار را بیشتر مشکل آفرین ارزیابی کنند تا تهدید کننده، حس تعهد بالاتری به کار خود داشته باشند و حس کنترل بیشتری بر زندگی خود تجربه کنند. از این رو، امید و سخت رویی روان شناختی با یکدیگر رابطه تنگاتنگی دارند (۴۸).

یکی از آسیب‌های روانی که بیماران MS را درگیر خود ساخته، افسردگی است که خود بر کیفیت زندگی این بیماران اثر منفی دارد. هانکیز<sup>۱</sup> در پژوهشی جهت بررسی مداخله‌های مبتنی بر امید برای بزرگسالان دارای تشخیص افسردگی نشان داد که این درمان منجر به کاهش علائم افسردگی و افزایش امید می‌شود (۴۹).

همچنین شیونز<sup>۲</sup> و همکاران (۵۰) نشان دادند که امید درمانی می‌تواند تفکر عامل (یکی از مولفه‌های تفکر امیدوارانه) معنای زندگی و عزت نفس را افزایش داده و نشانه‌های افسردگی را کاهش دهد که خود به بهبود و کیفیت زندگی افراد کمک می‌کند.

یافته‌های پژوهش‌های اسنایدر و اندرسون<sup>۳</sup> نیز نشان می‌دهد ارتقای امید را موثر برای بهبود کیفیت زندگی در بیماران مزمن است. از نظر این محققان، امید افزایی، باعث افزایش سطح خود مراقبتی، کیفیت زندگی و ارتقای سلامت عمومی این دسته از بیماران می‌شود (۵۱).

در تبیین یافته‌های ذکر شده می‌توان گفت که امید همبسته‌های زیست شناختی متعددی دارد، مثل کارکرد موثر دستگاه ایمنی، افزایش اکسی‌توسین اندروفینی که فرد را در تحمل فشار و سختی کمک می‌کند. بنابراین، ترکیب روان شناختی و زیست شناختی امید در مبتلایان به MS به افزایش کارآمدی، کنار آمدن موثر (ارزیابی مجدد، حل مسأله اجتناب از رویدادهای فشارزای زندگی، جستجوی حمایت اجتماعی) منجر شده و رفتار ارتقا دهنده سلامت را پیش بینی می‌کند. نتایج تحقیقات گروپمن<sup>۱</sup>

زندگی اعضای گروه آزمایش بیشتر از گروه کنترل است، لذا مداخله‌ی امید درمانی در بهبود هریک از ابعاد کیفیت زندگی بیماران ام اس اثربخش بوده است؛ اما با این وجود، بین زنان و مردان شرکت کننده در گروه تفاوت معناداری در میزان اثربخشی مداخله وجود نداشت. از طرفی اثر تعاملی نیز معنادار نبود، بدین معنی که تغییر رفتار افراد شرکت کننده در گروه مداخله بستگی به جنسیت آن‌ها ندارد.

## بحث و نتیجه گیری

بیماری‌های مزمن، همانند مولتیپل اسکلروزیس باعث پایین آمدن کیفیت زندگی بیماران می‌شود (۴۱،۴۲). امروزه دولت‌ها و سیستم‌های بهداشتی در سراسر دنیا به بهبود کیفیت زندگی مردم توجه دارند و می‌کوشند تا با بهره‌گیری از خدمات بهداشتی- درمانی و شیوه‌های نوین درمانی، رفاه جسمی، روانی و اجتماعی افراد و جامعه را بیشتر تامین کنند و آثار ابتلا به بیماری‌ها را کاهش دهند (۴۳،۴۴). بنابراین، مطالعه حاضر با هدف تعیین تاثیر امید درمانی گروهی بر بهبود ابعاد کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس انجام گردید. در این پژوهش، رویکرد امید درمانی باعث ایجاد تفاوت معناداری در میزان کیفیت زندگی بعد از مداخله درمانی بین گروه شاهد و مداخله گردید و میزان کیفیت زندگی بیماران گروه مداخله که در جلسات امید درمانی شرکت کرده بودند از گروه شاهد بالاتر گزارش شد.

افراد با امید بالا در یافتن راه‌های جایگزین برای دستیابی به اهداف خلاق ترند و انگیزه بیشتری برای دنبال کردن آن‌ها دارند و مهم اینکه قادر به درس گرفتن از موفقیت‌ها و شکست‌های قبلی برای دست یابی به اهداف آینده هستند، آن‌ها اهدافی را انتخاب می‌کنند که نیاز به تلاش بیشتری دارد و به مهارت‌ها و اهداف خود اطمینان دارند و بر آنان تمرکز می‌کنند (۴۴).

آنتونی<sup>۱</sup>، اونگ و برگمن<sup>۲</sup> (۴۵) پیشنهاد می‌کند که امید، از طریق حفظ عاطفه منفی در سطح پایین فایده‌حمایتی برای افراد دارد و به بهبود سازگاران فرد منجر می‌شود. همچنین یک ارتباط پویا بین امید واسترس و هیجان‌ها وجود دارد که در افراد با امید بالا، استرس‌ها تقلیل می‌یابد آنها به گونه موثرتری از مشکلات هیجانی بهبود می‌یابند و در نتیجه رضایت آن‌ها از زندگی افزایش می‌یابد. امید و معنای زندگی با یکدیگر رابطه دارند به طوری که امید را یکی از مولفه‌های معنا می‌دانند. همچنین وجود راهبردهای رفتاری، گامی در جهت فعال کردن مراجع است و به او کمک می‌کند تا فعالانه اهداف تعیین شده را دنبال کند که این خود می‌تواند در امر رضایت از زندگی موثر باشد (۴۶). نتایج تحقیقات اسنایدر<sup>۳</sup> (۴۷) نشان می‌دهد که مداخله کوتاه مدت امید

1. Hankins  
2. Cheavens  
3. Anderson

1. Anthony  
2. Ong & Bergman  
3. Snyder



آزمودنی‌ها به صورت تصادفی است که در نتیجه نمونه از جامعه داوطلب انتخاب شد. ابزار اندازه گیری پژوهش فقط پرسشنامه بود و استفاده از یک ابزار ممکن است نتواند تجربه روانی آزمودنی‌ها را منعکس کند. از سوی دیگران آزمودنی‌ها عضو انجمن ام اس اصفهان بودند و شامل سایر بیمارانی که عضو انجمن نبودند، در این مطالعه مشارکت نداشتند.

### تشکر و قدردانی

این مقاله، حاصل پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره خانواده در دانشگاه خوارزمی است. از کلیه بیماران و خانواده‌های آنان که با وجود مشکلات فراوان ناشی از بیماری در این پژوهش شرکت کردند تشکر می‌گردد. همچنین از تمام مسؤولان محترم انجمن MS اصفهان و تمام اساتید و کارشناسان دانشگاه خوارزمی تهران که در به ثمر رسیدن این مطالعه ما را یاری نمودند، کمال تشکر و قدردانی را داریم.

1. Gropman                      2. Rand                      3. Lopez

(۵۲) و اسنایدر و راند<sup>۲</sup> (۵۳) روی بیماران مبتلا به اختلالات بدخیم نشان داد که باور و انتظار مانند دارو نمی‌تواند اثرات بالقوه مثبتی روی سیستم اعصاب مرکزی بگذارد و برون داد آن را تعدیل کنند، به همین دلیل، بیماران امیدوار به بهبود و سلامتی، به دلیل ایمان مذهبی و باور و انتظار مثبت از نتیجه درمان با سرعت بیشتری بهبود یافته‌اند. در تایید این یافته‌ها، اسنایدر و لویز<sup>۶</sup> امید را به عنوان یک دارونما در درمان بیماری‌های جسمی و روانی مورد توجه قرار داده‌اند و بیان داشتند که امید باعث ایجاد تغییرات مثبت در فیزیولوژی انسان می‌گردد (۳۱).

آنچه همه مطالعات مذکور بر آن تاکید دارند، بهبود کیفیت زندگی از راه امید و امید درمانی می‌باشد. می‌توان گفت نتایج حاضر، تاکید مجددی بر ضرورت پیوند شاخه‌های مختلف علوم از جمله علم پزشکی و روان شناسی و همکاری توأم روان شناسی و متخصصان علوم پزشکی از جمله پرستاران به منظور افزایش اثر بخشی مداخله‌های درمانی در بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس می‌باشد.

از محدودیت‌های پژوهش می‌توان به فقدان برنامه پیگیری با هدف ارزیابی میزان تداوم اثر درمان اشاره کرد. همچنین می‌توان از محدودیت‌های دیگر، نداشتن به اینکه امکان انتخاب تصادفی

### References:

1. Strine TW, Chapman DP, Balluz L, Mokdad AH. Health- related quality of life and health behaviors by social and emotional support: Their relevance to psychiatry and medicine. *Sociatic Psychiatry Epidemiol.* 2007; 25:143-187.
2. Ale-Yasin H, Sarai A, Alaeddini F, Ansarian E, Lotfi J, Sanati MH. Multiple sclerosis: A study of 318 cases. *Arch Iranian Med.* 2002; 5(1): 24-27. [Persian].
3. McCabe PM. Mood and self-esteem of persons with multiple sclerosis following an exacerbation. *J Psychosomat Res.* 2005; 59:161-66.
4. Currie R. Spasticity: A common symptom of multiple sclerosis. *Nursing Standard.* 2001; 15(33):47-52.
5. Alen K. Quality of life research: Rigor on rigor morits. *J NeuroSciNurs.* 1995; 31(4):26.
6. Braunwald E, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson L, editors. *Harrison's principle of internalmedicine.* 15<sup>th</sup> edition. New York: Mc Graw-Hill. 2001:2452-61.
7. Mitchell A, Benito-Leon J, Morales Ganzalez MJ, Rivera-Navarro J. Quality of life and its assessment in multiple sclerosis: integrating physical and psychological components of wellbeing. *Lancet Neural.* 2005; 4:556-66.
8. Adibnejad S. *Comprehensive living guide disease multiple sclerosis*, Tehran, Institute Publication Hayan- Abasalh. 2006. [Persian].
9. Taghizadeh M, Asemi M. Assess the nutritional status of patients with MS. 3<sup>th</sup> International Congress of MS. Iran. 2006; 22(2): 152-153. [Persian].
10. Shaygannejad V, Eetemadifar M, Ashtari F, Jangorban M. Prevalence of Multiple sclerosis in Iran: 2nd International congress on Multiple sclerosis. 2005. Tehran: Iranian MS society.
11. McCabe PM. Mood and self-esteem of persons with multiple sclerosis following an exacerbation. *J Psychosomat Res.* 2005; 59:161-66.
12. Haussleiter IS, Brune M, Juckel G. Review: Psychopathology in multiple sclerosis:

- diagnosis, prevalence and treatment. *TheradvNeurolDisord*. 2009; 2(1): 13-29.
13. Dennison L, Moss-Morris R, Chalder T. A review of psychological correlates of adjustment in patients with multiple sclerosis. *Clin Psychol Rev*. 2009; 29(2): 141-153.
  14. Morgante L. Hope in multiple sclerosis, a nursing perspective. *International Journal of MS care*. 2000; 2 (2): 3-7.
  15. Chiaravalloti ND, Deluca J. Cognitive impairment in multiple sclerosis. *Neurology*. 2008;7(11):39-51.
  16. Nejat S, Montazeri A, Mohmmmd K, Majdzade R, Nabavi N, Nejat F, et al. Quality of life in patients with multiple sclerosis compared with the general population in Tehran. *Iranian Journal of Epidemiology*. 2008; 1(4):19-24. [Persian].
  17. Haresabadim M, Karimi H, Firoghipor M, Mazlom R. Quality of life in patients with multiple sclerosis referred to Ghaem Hospital. *Journal of Northkorasan university of Medical sciences*. 2011; 1(4):7-12. [Persian].
  18. The Canadian Burden of Illness Study Group. Burden of illness of multiple sclerosis: Part II: Quality of life. *The Canadian journal of neurological sciences*. 1998; 25(2): 31-38.
  19. Benito-Leon J, Morales JM, Rivera-Navarro J. Health-related quality of life and its relationship to cognitive and emotional functioning in multiple sclerosis patients. *European journal of neurology*. 2002; 9(3): 497-502.
  20. Barker LK, Dawes H, Hansford P, Shamley D. Perceived and measured levels of exertion of patients with chronic back pain exercising in a hydrotherapy pool. *Arch Phys Med Rehabilitation*. 2003; 84(21): 1319-1323.
  21. Geytenbeek J. Evidence for effective hydrotherapy. *Physiotherapy*. 2002; 88 (9): 514-529.
  22. Taghizadeh M, Asemi M. Assess the nutritional status of patients with MS. 3<sup>th</sup> International Congress of MS. Iran. 2006; 22(2): 152-153. [Persian].
  23. Crawford JR, Henry JD. The Depression Anxiety Stress Scales (DASS). Normative data and latent structure in a large non-clinical sample. *Br J Clin Psychol*. 2003; 42(2):111-31.
  24. Frisch MB. *Quality of life therapy*. New Jersey: Wiley press; 2006.
  25. Atarimoghadam J. Assess the symptom prevalence and Diagnostic and therapeutic procedures in patients with MS. [M. A. Dissertation]. Iran Medical Sciences University. 2005. [Persian].
  26. Nabavi SM, Iranpor A. Symptom's treatment in multiple sclerosis. Tehran: Tayeb Press. 2006. [Persian].
  27. Poser CM. The diagnosis and management of multiple sclerosis. *Acta Neural Scand*. 2005; 112 (3): 199- 201.
  28. Stimpson RL. Developing IT relief for chronic illness. *Journal of nursing management*. 2000; 31 (2): 10-14.
  29. Kar A. Positive psychology: science of happiness and human's capabilities, translated by Pasha Sharifi. 2008. Tehran, Sokhan publication.
  30. Jopson NM, Moss MR. The role of illness severity and illness representation in adjusting to multiple sclerosis. *J Psychosis Res*. 2003; 54(9): 503-511.
  31. Lopez SJ, Snyder C, Rasmussen HN. Striking a vital balance: Developing a complementary focus on human weakness and strength through positive psychological assessment. 2003.
  32. Alaeddini Z, BagherKajbaf M. The effects of group hope-therapy on mental health of female students in Isfahan University. *Journal of Research in mental health*. 2008; 1(4):67-76. [Persian].
  33. Sotodeh-Asl N, Neshat-Dust HT, Kalantari M, Talebi H, Khosravi AR. Comparison of Effectiveness of Two Methods of Hope Therapy and Drug Therapy on the Quality of Life in the Patients with Essential Hypertension. *Journal of Clinical Psychology*. 2010; (1):27-34. [Persian].
  34. Ghezelsfelo M, Esbati M. Effectiveness hope therapy The quality of life in men HIV. *Thought and Behavior in clinical psychology*. 2012; 2(6):89-90. [Persian].
  35. Raesian A, golzari M, Borj Ali A. Effectiveness hop therapy on depression and preventing relapse to drug-dependent

- women Journal. Research on Addiction. 2011; 17(5):21-40. [Persian].
36. Bahari F, Fatehizadeh M, Ahmadi SA, Molavi H, Bahrami F. The effect of hope, forgiveness and combined marital counseling on interpersonal cognitive distortions of divorcing couples. Journal of Research in Behavioural Sciences. 2009; 3(8):24-33. [Persian].
  37. Cote I, Gregoire JP, Moisan J. Health-related quality of life measurement in hypertension. A review of randomized controlled drug trials. Pharmacoeconomics. 2000; 18(7): 435-450
  38. Eshaghi SR, Ramezani MA, Shahsanaee A, Pooya A. Validity and reliability of the Short Form-36 Items Questionnaire as a measure of quality of Life in elderly Iranian population. American Journal of Applied Sciences. 2006; 3(2): 1763-1766. [Persian].
  39. Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B. The short Form Health Survey (SF-36); Translation and validation study of Iranian version. 2005;14(3):875-82. [Persian].
  40. World Health Organization. Division of Mental Health: Field Trial WHOQOL-100. Geneva, WHO; 2006.
  41. Beto JA, Bansal VK. Quality of life in treatment of hypertension. A meta-analysis of clinical trials. Am J Hypertens. 1994; 7(3): 286-287.
  42. Deyo RA. The quality of life and research and care. Ann Int Med. 2005; 7(1): 29-33.
  43. Reynolds K, Chen J, Duan X. Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in china. Hypertension Cancer and Nutrition (EPIC), Study population and data. 2002; 40(6): 920-927.
  44. Chan CY. Hope, Participation, and subjective well-being of people with spinal cord injuries in the community. Doctoral Dissertation, University of Wisconsin-Madison. 2009.
  45. Anthony D, Ong L, Bergeman E. Hope as a source of resilience in lather adulthood. Personality and Individual Differences. 2006; 41(2): 1263-1273.
  46. Feldman BD, Snyder CR. Hope and the meaningful life: theoretical and empirical associations between goal-directed thinking and life meaning. Journal of Social and Clinical Psychology. 2005; 24(3): 401-421.
  47. Snyder CR, Lopez SJ. Positive psychology the scientific and practical, explorations of human strengths. Sage publications, Inc. 2007.
  48. Delahaij R, Gaillard WD, Dam KV. Hardiness and the response to stressful situations: Investigating mediating processes. Personality and Individual Differences. 2010; 49(1):386-390.
  49. Hankins SJ. Measuring the efficacy of the Snyder hopes theory as an intervention with an inpatient population. A dissertation presented for the doctorate of philosophy, the University of Mississippi. 2004.
  50. Cheavens SJ, Feldman BD, Woodward JT, Snyder CR. Hope in cognitive psychotherapies: on working with client strengths Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly. 2006; 20(3):135-145.
  51. Snyder CR, Harris C, Anderson JR, Holleran SA, Irving LM, Sigmon ST, et al. The will and the ways: development and validation of an individual-differences measure of hope. Journal of personality and social psychology. 1991;60(4):570.
  52. Groopman J. The anatomy of hope: how people prevail in the face of illness. The sixth report of joint national committee on prevention detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. 2005; 157(2): 2413-46.
  53. Snyder C, Rand K. Hopelessness and health. Encyclopedia of health and behavior. 2004; 2:521-3.