دارای رتبه علمی پژوهشی از
کمیسیون نشریات علوم پزشکی کشور

انجمن علمی پرستاری ایران

روان پرستاری

دوره اول شماره٤ زمستان ۱۳۹۲ - شماره استاندارد بین المللی: ۲۵۰۱-۲۳٤۵

بررسی تأثیر خاطره گویی گروهی بر توانایی های شناختی سالمندان دچار نارسایی شناختی خفیف.....۱
ایمان قنبر پناه، مسعود فلاحی خشکناب، فرحناز محمدی شاهبلاغی، سادات سید باقر مداح، محمد رضا خدایی اردکانی

تأثیر مراقبت‌های حمایتی پرستاران بر کاهش اضطراب بیماران دریافت کننده الکتروشوک درمانی.....۱۳
حسین ابراهیمی، علی نویدیان، رقیه کیخا

بررسی تأثیر مدل مراقبت مشارکتی بر افسردگی نوجوانان مبتلا به بتا تالاسمی ماژور.....۲۵
علی محمد پروینیان نسب، سارا روستا، محمد علی وجدانی، علی دهقانی، زهرا کشتکاران، مرتضی شمسی زاده، نرجس آبشرشری، حنان کشفی

رابطه تیپ شخصیتی (D) و استرس ادراک‌شده با رفتارهای بهداشتی در زنان مبتلا به بیماری سرطان سینه.....۳٦
تورج هاشمی، بهرام پیمان نیا

بررسی سطح اضطراب و افسردگی در والدین کودکان مبتلا به بیماری‌های مزمن.....٤۵
هادی جعفری منش، مهدی رنجبران، کتایون وکیلیان، کوروش رضائی، سلیمان زند، رضا تاجیک

تاثیر امید درمانی گروهی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزیس.....۵٤
محسن رسولی،جاسم بهرامیان،کیانوش زهراکار

بررسی همبستگی بین فرآیندهای خانواده و عزت نفس بیماران افسرده.....٦٦
فرحدخت رنجبر، شهروز رهبری، جمیله محتشمی، نویده نصیری اسکوئی

اثربخشی آموزش گروهی مهارت های جرأت ورزی بر فاکتورهای مرتبط با بهداشت روانی دانش آموزان.....۷٤
آناهیتا خدابخشی کولایی، مراد مهرآرا، علی نویدیان، لیلی مصلی نژاد

به نام خداوند جان و خرد

نشریه تخصصی روان پرستاری

فصلنامه علمی - پژوهشی انجمن علمی پرستاری ایران

دوره اول - شماره ٤ - زمستان ۱۳۹۲

- **صاحب امتیاز:** انجمن علمی پرستاری ایران
- **مدیر مسؤول و سردبیر:** دکتر مسعود فلاحی خشکناب
- **مدیر اجرایی:** محمدرضا شیخی
- **شماره پروانه انتشار وزارت ارشاد اسلامی:** ۹۱/۳٤۷۰۲ مورخ ۱۳۹۱/۱۱/۱٦
- **شماره بین‌المللی نشریه چاپی (Print-ISSN):** ۲۵۰۱-۲۳٤۵ مورخ ۱۳۹۲/٤/۱٦
- **شماره بین‌المللی نشریه الکترونیکی (e-ISSN):** ۲۵۲۸-۲۳٤۵ مورخ ۱۳۹۲/٤/۱٦
- **دارای رتبه علمی پژوهشی از یکصد و دهمین جلسه کمسیون نشریات علوم پزشکی کشور:** به شماره ۱۰۰/۵۱۱ مورخ ۱۳۹۲/۳/۲۷

- **شورای نویسندگان** (به ترتیب حروف الفبا):

- دکتر فاطمه الحانی، دانشیار آموزش بهداشت دانشگاه تربیت مدرس
- دکتر مسعود بحرینی، استادیار روان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی بوشهر
- دکتر اکبر بیگلریان، استادیار آمار زیستی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر یداله جنتی، استادیار روان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی مازندران
- دکتر محمدرضا خدایی، دانشیار روان پزشکی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر اصغر دادخواه، استاد توانبخشی روانی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر محمد ذوالعدل، استادیار روان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی یاسوج
- دکتر مهدی رهگذر، دانشیار آمار زیستی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر کورش زارع، استادیار روان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز
- دکتر سادات سیدباقر مداح، استادیار آموزش پرستاری دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر نعیمه سیدفاطمی، دانشیار روان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر فرخنده شریف، استاد روان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی شیراز
- دکتر فرشید شمسایی، استادیار روان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی همدان
- دکتر رضا ضیغمی، استادیار روان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی قزوین
- دکتر عباس عبادی، استادیار پرستاری داخلی جراحی دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله الاعظم (عج)
- دکتر فربد فدایی، دانشیار روان پزشکی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر مسعود فلاحی خشکناب، دانشیار روان پرستاری دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر پروانه محمدخانی، استاد روان شناسی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر عیسی محمدی، دانشیار پرستاری داخلی جراحی دانشگاه تربیت مدرس
- دکتر ندا مهرداد، استادیار پرستاری بهداشت جامعه دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر علی نجومی، استادیار انستیتو پاستور ایران
- دکتر علی نویدیان، استادیار مشاوره دانشگاه علوم پزشکی زاهدان
- دکتر علیرضا نیکبخت نصرآبادی، استاد پرستاری داخلی جراحی دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر فریده یغمایی، دانشیار بهداشت دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
- دکتر شهرزاد یکتاطلب، استادیار روان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی شیراز

- **مشاوران علمی این شماره** (به ترتیب حروف الفبا):

آقای امین اجلی
دکتر مسعود بحرینی
دکتر اکبر بیگلریان
دکتر اکرم ثنا گو
دکتر حسن جهانی هاشمی
دکتر محمد رضا خدایی اردکانی
دکتر رهگذر
دکتر کوروش زارع
آقای محمد ابراهیم ساریچلو
دکتر فرشید شمسایی
آقای مرتضی شمسی زاده
آقای محمد رضا شیخی
دکتر رضا ضیغمی
دکتر محمد علیپور
دکتر محسن گل پرور
دکتر مجیده هروی

- **ویراستار انگلیسی:** دکتر علی نجومی
- **ویراستار فارسی:** محمدرضا شیخی
- **حروفچینی و صفحه‌آرایی:** مهندس صادق توکلی
- **طراح جلد:** مهندس صادق توکلی
- **ناشر:** انجمن علمی پرستاری ایران
- **نشانی:** تهران - میدان توحید - دانشکده پرستاری و مامایی تهران
- **کدپستی:** ۱٤۱۹۷۳۳۱۷۱، **صندوق پستی:** ۱٤۱۹۵/۳۹۸، **تلفن و نمابر:** ٦٦۵۹۲۵۳۵

e-mail: info@ijpn.ir , **Website:** http://ijpn.ir

روان پرستاری دوره۱شماره۴ زمستان ۱۳۹۲ ۶۵-۵۴

تاثیر امید درمانی گروهی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزیس

محسن رسولی[۱]،جاسم بهرامیان[۲]،کیانوش زهراکار[۳]

چکیده

مقدمه: مولتیپل اسکروزیس یکی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن سیستم عصبی مرکزی و از مهم‌ترین بیماری‌های تغییردهنده زندگی فرد،به ویژه در سنین جوانی می‌باشد که باعث افت شدید سطح کیفیت زندگی بیماران مبتلا شده و به تدریج فرد را به سوی ناتوانی پیش خواهد برد. یکی از شاخص‌های موفقیت مداخلات درمانی در بیماران مزمن بهبود کیفیت زندگی است. لذا پژوهش حاضر به منظور بررسی تاثیر امید درمانی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزیس صورت گرفته است.

روش: برای انجام پژوهش حاضر از یکی از طرح‌های نیمه تجربی به نام طرح کنترل نابرابر استفاده شده است. نمونه‌ها با روش نمونه گیری مبتنی بر هدف، در دسترس بودن و بر مبنای داوطلبانه بودن آزمودنی‌ها از میان بیماران عضو انجمن (multiple sclerosis) MS اصفهان انتخاب شدند. ۲۴ آزمودنی، بر مبنای داوطلبانه بودنشان در دو گروه ۱۲ نفری شاهد و مداخله گمارش شدند. گروه مداخله در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای امید درمانی شرکت کردند اما گروه شاهد در زمان اجرای آزمایش مداخله ای دریافت نکرد. برای جمع آوری داده‌ها در قبل و بعد از مداخله درمانی از پرسشنامه‌های دموگرافیک و فرم کوتاه کیفیت زندگی (WHOAOL- BREF) استفاده شد. داده‌ها با استفاده از آماره‌های توصیفی (میانگین، انحراف معیار، فراوانی) و آماره‌های استنباطی (تحلیل کواریانس) و با نرم افزارSPSS v.16 مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که کیفیت زندگی گروه مداخله بعد از جلسات درمانی در مقایسه با گروه شاهد تفاوت معناداری پیدا کرد ($p<۰/۰۰۰۱$). 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 آن‌ها نداشت.

نتیجه گیری: پژوهش حاضر نشان داد که‌امید درمانی می‌تواند به بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزیس بیانجامد. بنابراین بهره گیری از این رویکرد درمانی در بیماران مولتیپل اسکروزیس و سایر بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن توصیه می‌گردد.

کلید واژه‌ها: مولتیپل اسکروزیس، کیفیت زندگی، امید درمانی.

تاریخ دریافت: ۹۲/۱۰/۲۰ تاریخ پذیرش : ۹۲/۱۲/۱۵

۱- استادیار، گروه مشاوره، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

۲- دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، گروه مشاوره، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران. (**نویسنده مسؤول**)

پست الکترونیکی: j.bahramian@gmail.com

۳- استادیار، گروه مشاوره، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

مقدمه

بیماری MS یک بیماری میلین زدایی عصبی مرکزی و از شایع‌ترینبیماری‌های نورولوژیک در انسان و شایع‌ترین بیماری منجر به ناتوانایی در جوانان است (۱). شایع‌ترین سن ابتلا به این بیماری ۴۰-۲۰ سال است (۲). بنابراین بیماری مولتیل اسکروزیس غالبا افرادی را مبتلا می‌کند که در مرحله مولد زندگی خود قرار دارند و در باره نقش‌ها و مسئولیت‌های خانوادگی خود نگران هستند (۳).

انجمن ملی MS آمریکا اعلام کرد که حدود ۲/۵ میلیون نفر در دنیا به بیماری MS مبتلا هستند، که هر هفته ۲۰۰ نفر به آن‌ها اضافه می‌گردد. از این جمعیت تقریبا ۵۰۰ هزار نفر در آمریکا هستند و هر ساله ۸ هزار مورد جدید شناسایی می‌شوند (۴). طبق گزارش انجمن MS ایران حدود ۴۰ هزار بیمار در کشور وجود دارد که ۹۰۰۰ نفر آن‌ها ثبت شده است. شیوع MS در اصفهان ۳۵ در ۱۰۰۰۰۰ نفر است که ازمناطق با شیوع بالا در کشور می‌باشد به طوری که در پژهشی دیگر این شیوع ۴۳/۸ در ۱۰۰۰۰۰ نفر برآورد شده است (۵).

بیماری باعث بروز علایمی از جمله فقدان ناگهانی با تاری دید در یک چشم، دو بینی،عدم تعادل یا اختلال عملکرد مثانه، ایجاد اختلال حسی، ضعف و خستگی، اختلال شنوایی، لرزش اندام‌ها اختلال در دفع مدفوع و عملکرد جنسی، فراموشی، گرفتی و اختلال گفتاری در این بیماران می‌شود (۶و۷).

Haussleiter، Brune، Jucke (۸)، اذعان می دارند که میلین زدایی فیبرهای عصبی نه تنها بر کارکرد حسی و حرکتی اثر می‌گذارند 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 نقش و ارتباط اجتماعی در این بیماران اشاره دارند (۹).

بیماران مبتلا به بیماری‌های ناتوان کننده مزمن همچون مولتیپل اسکروزیس با مشکلات وابسته به بیماریشان نیز روبه رو هستند و این مشکلات، شرکت بیماران در فعالیت‌های پیشرفت سلامت را محدود نموده و در نتیجه سبب افزایش عوارض ثانویه و محدودیت در زندگی مستقل گردیده که در نهایت تاثیر منفی بر کیفیت زندگی آن‌ها دارد (۱۰). تحقیقات Chiaravalloti، Deluca (۱۱) حاکی از آن است که در مبتلایان به MS مشکلات روان شناختی منبع اصلی ناتوانی‌ها، آسیب‌های اجتماعی و پایین آمدن کیفیت زندگی این افراد می‌شود .

همچنین نتایج تحقیقات متعددی نشان می‌دهند که کیفیت زندگی بیماران MS پایین تر از جمعیت عادی جامعه می‌باشد (۱۵،۱۴،۱۳،۱۲). مطالعات نشان داده‌اند که حدود ۶۰-۵۰ درصد بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزیس از افسردگی (۵،۱۷،۱۶) و حدود ۲۵ تا ۴۰٪ نیز از اضطراب رنج می‌برند (۱۸). که این خود به شدت بر کیفیت زندگی این بیماران تاثیر گذار است. 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 عمر است که همراه با رضایت، شادمانی و لذت باشد (۱۹).

از آن جایی که در بیماری‌های مزمن درمان قطعی و کامل نشانه‌های بیماری دور از دسترس است، تلاش می‌شود که عوامل قابل تعدیل موثر بر ناتوانای فرد شناسایی شود تا با پیشگبری، درمان و بازتوانی به موقع آنها به ارتقاء کیفیت زندگی فرد کمک کرد (۲۰). بنابراین برای غلبه واقعی بر MS باید تا حد امکان بیماری را تعدیل و اصلاح کرد، علائم بیماری باید کنترل شوند و به فرد مبتلا کمک شود تا کیفیت زندگی را بهبود بخشد (۲۱).

نتایج حاصل از تحقیقات حاکی از آن است که بین روش‌هایی نظیر حفظ انرژی، ورزش، تعاملات رفتاری و مداخلات روان شناسی و علائم بیماری مولتیپل اسکروزیس ارتباط متقابلی وجود دارد (۲۲،۲۴،۲۳). روان شناسی بالینی به طور سنتی بر کمبودها و ناتوانی‌های روانی تاکید داشته است و انعطاف پذیری تدبیر و توان مراجعان را برای ارزیابی تغییر، به ندرت مد نظر قرار داده است. ولی در چند دهه اخیر روان شناسی سلامت و روان شناسی مثبت نگر به افزایش شادمانی، سلامت و مطالعه علمی در مورد نقش نیرومندی‌های شخصی و

سامانه‌های اجتماعی مثبت در ارتقا سلامت بهینه تاکید کرده است (۲۵).

علیرغم اهمیت امید در سلامت جسمانی و روانی، در گذشته توجه چندانی به آن نشده است، اما در جنبش جدید روان شناسی مثبت، توجه ویژه ای به موضوع امید شده است. همچنین از دیگر حیطه‌های روان شناسی مثبت گرا شادمانی، امید و خلاقیت است (۲۶).

تظاهرات بالینی بیماری MS نقش مهمی در سازگاری فرد با این بیماری ایفا می‌کند. به همین جهت مداخلات روان درمانی که این تظاهرات را هدف قرار می‌دهندمی‌تواند به سازگاری فرد با این بیماری کمک کند (۲۷). از آنجایی که این بیماری یکی از عوامل تهدید کننده امید محسوب می‌شود از این رو پرداختن به نوعی از روان درمانی که امید را هدف اصلی تغییر قرار دهد،برای مبتلایان به MS حائز اهمیت خواهد بود. در بین درمان‌های روان شناختی، امید درمانی اسنایدر تنها درمانی است که امید را به عنوان هدف اصلی مد نظر قرار داده است وبا ترکیب اصول مداخلات مبتنی بر شرح حال تمرکز بر حل مسئله شناختی – رفتاری یک نظام درمانی کوتاه مدت، نیمه ساخت یافته و جدید را ارائه می‌کند. بر اساس نظریه اسنایدر، امید از سه مولفه ای اصلی هدف، عامل و کارگزار) و گذرگاه تشکیل شده است. موفقیت در دستیابی به اهداف، هیجان‌های مثبت و شکست در آن هیجان‌های منفی ایجاد می‌کند. افراد امیدوار و گذرگاه‌های بیشتری برای دنبال کردن اهداف خود دارند. و وقتی با مانع برخورد می‌کنندمی‌توانند انگیزه خود را حفظ کرده واز 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 داده و دچار هیجان‌های منفی می‌شوند که این امر به نوبه خود منجر به افسردگی می‌شود. در امید درمانی سعی می‌شود سه مولف ی اصلی امید در 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 (۲۸).

پژوهشگران نشان می‌دهند که امید درمانی با انواع پیامدهای سلامتی نظیر افزایش میزان امید (۲۹) سلامت روان (۲۹) کیفیت زندگی (۳۱،۳۰،۲۸) و کاهش افسردگی (۳۲) و تحریف‌های شناختی (۳۳) ارتباط دارد.

نتایج تحقیق اسنایدر (۲۸) نشان می‌دهد که بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن تحت امید درمانی ، متعاقب دریافت امید درمانی نسبت به تحمل فشارها و استرس های 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 در جامعه ما 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 درمان های روان شناختی مانند امید درمانی در کنار درمان‌های طبی گامی موثر در بهبود کیفیت زندگی بیماران MS تلقی می‌شود. در راستای تحقق اهداف فوق پژوهش حاضر به بررسی اثر بخشی امید درمانی بر کیفیت زندگی بیماران MS عضو انجمن MS اصفهان صورت گرفت.

روش مطالعه

این پژوهش یک مطالعه نیمه تجربی است که به صورت طرح گروه کنترل نابرابر انجام شد. جامعه پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزیس مراجعه کننده به انجمن MS اصفهان بودند. 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، اسکیزوفرنیاو ...)

به داشتن اختلال در تکلم یا شنوایی بود. نمونه گیری این پژوهش مبتنی بر هدف، از نوع دردسترس و بر مبنای داوطلبانه بودن آزمودنی‌ها بوده است که پس از آزمودنی‌ها به صورت تصادفی در دو گروه شاهد و مداخله تخصیص داده شدند.

جدول۱: مختصری از برنامه و محتوی جلسات امید درمانی

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 ودوم	بیان رابطه MS با کیفیت زندگی و سلامت عمومی،بررسی و تعیین نحوه تاثیر MS بر کیفیت زندگی بیمار، تعیین رابطه امید برMS و کیفیت زندگی بیماران، 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 و...، تعیین اهداف آماج‌های درمانی با توجه به شناخت بیشتر از مشکل بیمار، سنجش مشکلات بیماران در حیطه امید و بیان رابطه آن با سلامت روانی و کیفیت زندگی بیمار،سنجش مشکلات بیماران در حیطه امید و بیان رابطه آن با سلامت روانی و کیفیت زندگی بیمار.
جلسه سوم وچهارم	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 مولفه های امید، تمایز بین امید واقعی و امید واهی به بیماران با تاکید بر مثال‌هایی از فرهنگ ایرانی – اسلامی.
جلسه پنجم و ششم	استفاده از فنون روایتی و داستانی در زمینه امید با تاکید برنقش امید دهی ادیان به خصوص دین اسلام به منظور امید سازی یا القای امید،تفسیروقایع از منظر دین و روان شناسی مثبت،جهت دادن بیماران به زمان حال وآینده به جای ماندن در گذشته ،تشویق بیماران به نوشتن مطالب از طریق گفتن داستان خود،رابطه آن با بیماریMSو 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 افزایی 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
اجرای پس آزمون	اجرای پرسشنامه‌های کیفیت زندگی بلافاصله پس از اتمام مداخله.

حجم نمونه شامل ۲۴ بیمار مبتلا به مولتیپل اسکروزیس بود که با نمونه گیری مبتنی بر هدف، از نوع در دسترس و بر مبنای داوطلبانه بودن آزمودنی‌ها انتخاب شدند و سپس آزمودنی‌ها به صورت تصادفی در دو گروه ۱۲ نفری (۶مرد و ۶ زن) شاهد و مداخله تخصیص داده شدند. بعد از تقسیم تصادفی دو گروه شاهد و مداخله ، گروه شاهد به مدت۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای در معرض متغییر مستقل (گروه درمانی امید) قرار گرفت، اما گروه شاهد هیچ مداخله ای را دریافت نکرد.

روش درمانی مبتنی بر نظریه امید درمانی 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 برا یتنظیم 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 خود گویی‌های 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 در افزایش امید. لازم به ذکر است محتوای جلسات را گفتگو وبیان افکار و احساسات، بحث گروهی، تمرین و ارائه تکلیف تشکیل می‌داد.

ابزار جمع آوری داده‌ها در این پژوهش از دو پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی و پرسشنامه فرم کوتاه ۲۶ سئوالی 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 کارگاه‌های آموزشی از بیماران گرفته شد.

برای سنجش کیفیت زندگی از پرسشنامه فرم کوتاه ۲۶ سئوالی کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت استفاده شد،اگرچه برای سنجش کیفیت زندگی این بیماران پرسشنامه مخصوص این بیماران وجود دارد ولی نجات و همکاران (۱۲) در پژوهشی که به بررسی کیفیت زندگی بیماران MS شهر تهران پرداخته است نتیجه می‌گیرد که پرسشنامه فرم کوتاه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت برای بیماران MS قابل استفاده است.بنابراین پرسشنامه هم در قبل از اجرای مداخله درمانی (مرحله پیش آزمون) و هم بعد از انجام مداخله (مرحله پس آزمون) بر روی گروه‌های شاهد و مداخله اجرا گردید.

این پرسشنامه، فرم خلاصه شده مقیاس ۱۰۰ ماده ای کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت می‌باشد که جنبه‌های مختلف کیفیت زندگی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد (۳۴،۱۲). 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 ودر تحقیقات متعدد ایران و خارج از کشور، رایج‌ترین ابزار سنجش کیفیت زندگی می‌باشد (۳۶،۳۵،۱۲). پرسشنامه فوق دارای ۲۶ سوال است. دو سوال پرسشنامه در مورد رضایتمندی از سلامت عمومی و درک کلی فرد از کیفیت زندگی خود وبقیه سوال ها،احساس و رفتار فرد را در دو هفته اخیر در ابعاد مختلف کیفیت زندگی اندازه گیری می‌نمایند (۳۷،۱۲). در اینپژوهش، برای نمره گذاری پرسشنامه کیفیت زندگی،از روش نمره گذاری لیکرت بر اساس درجه بندی ۵ تایی استفاده شد(نمره صفر، نشان گر درک منفی و کم و ۴ درک مثبت و بالا می‌باشد). 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. گویه هایی که مورد سوال قرار می‌گیرند در چهار حیطه کلی شامل بعد جسمی، روان شناختی، اجتماعی و بعد محیطی است و جنبه‌های مثبت و منفی کیفیت زندگی را ثبت می‌کنند (۳۷،۳۶).

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 مسولین انجمن و کسب رضایت نامه آگاهانه از کلیه بیماران مبنی بر اطمینان از رازداری در میان گفته‌ها و اطلاعات و اختیار بر حضور در این جلسات درمانی و آزادی در بیان عدم تمایل به ادامه و ترک جلسات و همچنین 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 می‌گردد.

سپس داده‌های خام پرسشنامه استخراج و با استفاده از نرم افزار SPSS v.16 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت داده‌ها در دو سطح توصیفی: میانگین، انحراف معیار و فراوانی درصدی و استباطی تحلیل کوواریانس تجزیه و تحلیل شدند.

یافته ها

در این پژوهش تعداد ۲۴ بیمار مبتلا به مولتیپل اسکروزیس 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 نمونه‌ها در جدول شماره ۲ نشان شده است 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.

جدول۲: مقایسه توزیع فراوانی ویژگی های جمعیت شناختی در دو گروه مداخله و شاهد

متغیرها		مداخله		شاهد	
		تعداد	درصد	تعداد	درصد
تحصیلات	زیر دیپلم	۳	٪۲۵	۲	٪۱۶/۶
	دیپلم	۴	٪۳۳/۳	۳	٪۲۵
	بالای دیپلم	۵	٪۴۱/۶	۷	٪۵۸/۳
وضعیت تاهل	مجرد	۰	۰	۰	۰
	متاهل	۱۰	٪۸۳/۳	۹	٪۷۵
	مطلقه	۲	٪۱۶/۶	۳	٪۲۵
مدت ابتلا به بیماری	۸-۲ سال	۸	٪۶۶/۶	۹	٪۷۵
	۱۰-۸سال	۳	٪۲۵	۲	٪۱۶/۶
	۱۲-۱۰ سال	۱	٪۸/۳	۱	٪۸/۳

توصیف داده‌های نمرات کیفیت زندگی نشان داد که میانگین «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 کیفیت زندگی در مرحله پس آزمون بعد از حذف اثر پیش آزمون در گروه مداخله (مرد:۱۰۱/۳۳، زن۱۰۰/۵) نسبت به میانگین گروه شاهد (زن:۷۷/۱۷، مرد:۷۸/۳۳) افزایش داشت (جدول۳).

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی در دو مرحله ارزیابی به تفکیک گروه و جنسیت

متغیر	گروه	جنسیت	ارزیابی‌ها			
			پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
			میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
کیفیت زندگی	کنترل	زن	۷۱/۱۷	۸/۴۹	۷۷/۱۷	۵/۴۹
		مرد	۶۹/۸۳	۲/۶۴	۷۸/۳۳	۶/۱۵
	امید درمانی	زن	۷۰/۰۰	۶/۰۳	۱۰۱/۳۳	۶/۹۵
		مرد	۶۹/۶۷	۵/۸۹	۱۰۰/۵	۷/۳۹

به منظور تحلیل استنباطی داده‌ها و قبل از اجرای آزمون تحلیل کواریانس مفروضه‌های تحلیل کواریانس (نرمال بودن، همگنی واریانس‌ها و برابری شیب رگرسیون) مورد بررسی قرار گرفت.

با به‌کارگیری آزمون کولموگروف- اسمیرنوف (برای پیش-آزمون (p=۰/۸۴۳، Z=۰/۶۲) و پس آزمون (p=۰/۱۹۶، Z=۱/۰۸) نرمال بودن و آزمون لون Leven's test (p=۰/۱۰۸، $F_{(۳، ۲۰)}$=۲/۳۱) همگنی واریانس‌ها نشان داده شد. در عین حال بررسی خطوط رگرسیون در پیش‌آزمون کیفیت زندگی و پس‌آزمون آن نشان داد که شیب‌های خط رگرسیون در پیش‌آزمون و پس‌آزمون باهم موازی هستند. از این‌رو، برای کنترل اثر پیش‌آزمون بر نمرات پس‌آزمون از تحلیل کوواریانس استفاده شد.

نتایج تحلیل کواریانس نشان داد که اثر اصلی گروه یا مداخله معنادار بود (f.۶۷/۱۸۳) df۱۹/۱) و $P >$۰/۰۰۱) ولی اثر جنسیت و همچنین اثر تعاملی جنسیت و مداخله معنادارنبود به این معنا که متغییر رفتار افراد پس آزمون کیفیت زندگی در گروه‌های شاهد و مداخله بستگی به جنسیت آن‌ها نداشت بنابراین می‌توان گفت که افرادی که در گروه مداخله شرکت کرده‌اند. تفاوت معناداری به لحاظ آماری در کیفیت زندگی‌شان نسبت به گروهشاهد ایجاد شده است همچنین اندازه اثر این آموزش ۹۱٪ بوده است به این معنا که حضور در جلسات مداخله امید درمانی ۹۱٪ از واریانس نمرات پس آزمون را تعیین نمود (جدول ۴).

جدول ٤: نتایج تحلیل کوواریانس برای بررسی تأثیر آموزش امید درمانی بر کیفیت زندگی

منابع تغییرات	SS	df	MS	F	P-value	η^2	توان مشاهده شده
پیش آزمون	۵۰۷/۱۸	۱	۵۰۷/۱۸	۲۷/۷۱	<۰/۰۰۱	۰/۵۹	۰/۹۹
گروه	۳۳۶۲/۳۳	۱	۳۳۶۲/۳۳	۱۸۳/۶۷	<۰/۰۰۱	۰/۹۱	۱/۰۰
جنسیت	۴/۳۳	۱	۴/۳۳	۰/۲۴	۰/۶۳۲	۰/۰۱	۰/۰۷
تعامل گروه و جنسیت	۱۱/۹۲	۱	۱۱/۹۲	۰/۶۵	۰/۴۳	۰/۰۳	۰/۱۲
خطا	۳۴۷/۸۲	۱۹	۱۸/۳۱				
کل		۲۳					

بحث

بیماری‌های مزمن همانندام. اس باعث پایین آمدن کیفیت زندگی بیماران می‌شود (۳۹،۳۸). امروزه دولت‌ها و سیستم های بهداشتی در سراسر دنیا به بهبود کیفیت زندگی مردم توجه دارند و می‌کوشند تا با بهره گیری 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 (۳۹،۴۰).

بنابراین مطالعه حاضر با هدف تعیین تاثیر امید درمانی بر بهبودکیفیت زندگی بیماران به مولتیپل اسکروزیس 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 شاهدبالاتر گزارش شد.

افراد با امید بالا در یافتن راه‌های جایگزین برای دستیابی به اهداف خلاق ترند. 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 داردو به مهارت‌ها و اهداف خود اطمینان دارند و بر آنان تمرکز می‌کنند (۴۱).

Anthony, Ong, Bergman(۴۲) پیشنهاد می‌کند که امید، از طریق حفظ عاطفه منفی در سطح پایین فایده حمایتی برای افراد دارد و به بهبود سازگارانه فرد منجر می‌شود. همچنین یک ارتباط پویا بین امید واسترس و هیجان‌ها وجود دارد که در افراد با امید بالا،استرس ها 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 مولفه های 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 (۴۳).

نتایج تحقیقات Snyder (۴۴) نشان می‌دهد که مداخله کوتاه مدت امید درمانی می‌توانند برخی از توانایی‌های روان شناختی را افزایش دهد و علائم آسیب شناسی 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 برخور دارند 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 راتجربه می‌کندمی‌توان 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 (۴۵).

یکی از آسیب‌های روانی که بیماران MS را درگیر خود ساخته است افسردگی که خود بر کیفیت زندگی این بیماران اثر منفی دارد. Hankins 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 (۴۶).

همچنین cheavens و همکاران (۴۷) نشان دادند که امید درمانی می‌تواند تفکر عامل (یکی از مولفه های 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 Anderson, Snyder نیز نشان می‌دهد ارتقای امید را موثر برای بهبود کیفیت زندگی در بیماران مزمن است. از نظر این محققین، امید افزایی باعث افزایش سطح خود مراقبتی، کیفیت زندگی و ارتقای سلامت عمومی این دسته از بیماران می‌شود (۴۸).

در تبیین یافته‌های ذکر شده می‌توان گفت که امید همبسته‌های زیست شناختی متعددی دارد، مثل کارکرد موثر دستگاه ایمنی، افزایش اکسی توسین 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، کنارآمدن موثر(ارزیابی مجدد،حل مسئله اجتناب از رویدادهای فشارزای زندگی، جستجوی حمایت اجتماعی) منجر شده و رفتار ارتقا دهنده سلامت را پیش بینی می‌کند. نتایج تحقیقات Groopman (۴۹) و Snyder ,Rand (۵۰) روی بیماران مبتلا به اختلالات بدخیم نشان داد که باور و انتظار مانند دارو نما می‌تواند اثرات بالقوه مثبتی روی سیستم اعصاب مرکزی بگذارند 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 Snyder, lopez 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 فیزیو لوژی انسان می‌گردد(۲۸).

آنچه همه مطالعات مذکور بر آن تاکید دارند بهبود کیفیت زندگی از راه امید و امید درمانی می‌باشدمی‌توان گفت نتایج حاضر تاکید مجددی بر ضرورت پیوند شاخه‌های مختلف علوم از جمله علم پزشکی و روان شناسی و همکاران توام روان شناسی و متخصصان علوم پزشکی از جمله پرستاران به منظور افزایش اثر بخشی مداخله‌های درمانیدر بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزیس می‌باشد.

از محدودیت‌های پژوهش می‌توان به فقدان برنامه پیگیری با هدف ارزیابی میزان تداوم اثر درمان اشاره کرد.همچنین می‌توان از محدودیت‌های دیگر به ایکه امکان انتخاب تصادفی آزمودنی‌ها به صورت تصادفی وجود نداشت و نمونه از جامعه داوطلب انتخاب شد نام برد. 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 ا م اس اصفهان بودند و شامل سایر بیمارانی که عضو انجمن نبودند در این مطالعه مشارکت نداشتند.

نتیجه گیری نهایی

پژوهش حاضر نشان داد که بهره گیری از رویکرد درمانی امید محور توانسته است به بهبود کیفیت زندگی بیماران مولتیپل اسکروزیس کمک کند و کیفیت زندگی این بیماران را بهبود ببخشد. روان درمانی مثبت نگر نه تنها می‌تواند منابع مثبت را ایجاد نماید، بلکه می‌تواند تاثیر متقابلی بر نشانگان منفی داشته و نیز سری برای وقوع مجدد آن‌ها باشد. نتایج حاکی از همراهی امید و خود متکی بودن با انتظارات مطلوب می‌باشد که یکی از مهم‌ترین عوامل پیش بینی کننده برای درمان پذیری است .لذا استفاده از این رویکرد و سایر رویکردها روان درمانی و روان شناسی مثبت نگر که به نوعی با نیازهای درونی و فطری انسان عجین گشته‌اند و از مزایایی همچون آموزش آسان و کم هزینه بودن و مهم تر از همه توجه به نیازهای فطری همچون امید را در بر می‌گیرند. به منظورکمک به بیماران مزمن از جمله MS در جهت بهبود کیفیت زندگی مورد توجه قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره خانواده در دانشگاه خوارزمی است. از کلیه بیمارانی وخانواده های آنان که با وجود مشکلات فراوان ناشی از بیماری در این پژوهششرکت کردند تشکر می‌گردد.همچنین از تمام مسئولین محترم انجمن MS اصفهان و تمام اساتید و کارشناسانی دانشگاه خوارزمی تهران که در به ثمر رسیدن این مطالعه ما را یاری نمودندکمال تشکر وقدردانی را داریم.

منابع

1- Wering DJ, thampson AJ. Improving the quality of life of patients with multiple sclerosis. Drugs Today. 1998; 34(11): 145-156.

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

3- Amcconell E. Myths & facts, nursing education. 1999; 29(8): 6-25.

4- Adibnejad S. Comprehensive living guide disease multiple sclerosis, Tehran, Institute Publication Hayan - Abasalh, 2006 [Persian].

5- Taghizadeh M, Asemi M. Assess the nutritional status of patients with MS. 3Th International Congress of MS. Iran. 2006; 22(2): 152-153. [Persian].

6- Guinness MC, Peters S. The diagnosis of multiple sclerosis: peplau, s international relations model in practice. RehabilNurs. 1999; 24(4): 30-36.

7- TaggartHM. Multiple sclerosis update. OrthopNurs. 1998; 17(1): 23-29.

8- Haussleiter IS, Brune M, Juckel G. Review: Psychopathology in multiple sclerosis: diagnosis, prevalence and treatment. TheradvNeurolDisord. 2009; 2(1): 13-29.

9- Dennison L, Moss-Moris R, Chalder T. A review of psychological correlates of adjustment in patients with multiple sclerosis. ClinPsychol Rev. 2009; 29(2): 141-153.

10- Morgante L. Hope in multiple sclerosis, a nursing perspective.International Journal of ms care. 2000;2 (2): 3-7.

11- Chiaravalloti ND, Deluca J. Cognitive impairment in multiple sclerosis, Neurology.2008;7(11):39-51.

12- NejatS,MontazeriA,mohmmdK,MajdzadeR,nabaviN, Nejat F, Nabavi M, NaiMik.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).

13- HaresabadimM,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)

14- 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.

15- 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.

16- 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 Rehabil September.2003; 84(21): 1319-1323.

17- Geytenbeek J. Evidence for effective hydrotherapy. Physiotherapy.2002; 88 (9): 514-529.

18- Bowling A. Complementary and alternative medicine use in M.S. Rocky Mountain M.S. Center available at: http:// WWW.hyperspayce.com. Access: 15.8.2005.

19- Frisch MB. Quality of life therapy. New Jersey: Wiley press; 2006.

20- Atarimoghadam J. Assess the symptom prevalence and Diagnostic and therapeutic procedures in patients with MS. [M. A. Dissertation]. Iran Medical Sciences University; 2005. (Persian).

21- Nabavi SM, Iranpor A. Symptom’s treatment in multiple sclerosis. Tehran: Tayeb Press; 2006. (Persian).

22-Poser CM. The diagnosis and management of multiple sclerosis. Acta Neural Scand**.** 2005; 112 (3): 199- 201.

23-Stimpson RL. Developing IT relief for chronic illness**.** Journal of nursing management 2000; 31 (2): 10-14.

24-Merkelbach S, Sittinger H, Koenig J. Is there a differential impact of fatigue and physical disability on quality of life in multiple sclerosis? The Journal of nervous and mental disease .2002; 190(6): 233-8.

25-KarA.. Positive psychology: science of happiness and human's capabilities, translated by Pasha Sharifi et al, 2008Tehran, Sokhan publication.

26-Snyder CR. Handbook of hope: theory, measures, and applications. Academic Press: use; 2000.

27-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.

28-Snyder CR, Lopez S. Striking a balance: A complementary focus on human weakness and strength. In S. J. Lopez C. R. Snyder (Eds.), Models and measures of positive assessment. Washington, DC: American Psychological Association; 2003.

29-ZohreA,MohammadBagherK,Hosein M. The Effects of Group Hope-Therapy on Mental Health of Female Students in Isfahan University. Research in Psychological Health.2008;1(4):69-79. (Persian)

30-Sotodeh-Asl N, Neshat-Dust HT, Kalantari M, TalebiH,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)

31-GhezelsfeloM,Esbati M. Effectiveness hope therapy The quality of life in men HIV.Thougt and Behavior in clinical phycology. 2012; 2(6):89-90. (Persian)

32-Raesian A, golzariM,BorjAli A. Effectiveness hop therapy On depression and preventing relapse to drug-dependent women Journal. Research on Addiction. 2011;17(5):21-40. (Persian)

33-Bahari F, FatehizadehM,AhmadiSA,MolaviH ,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).

34-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

35-Eshaghi SR, Ramezani MA, Shahsanaee A, Pooya A. Validity and reliability of the Short Form-36Items Questionnaire as a measure of quality of Life in elderly Iranian population. American Journal of Applied Sciences. 2006; 3(2): 1763-1766. (Persian)

36-Montazeri A, Goshtasebi A, VahdaniniaM, Gandek B. The short Form Health Survey (SF-36); Translation and validation study of Iranian version, QOLRes. 2005:14(3):875-82. (Persian)

37-World Health Organization. Division of Mental Health: Field Trial WHOQOL-100. Geneva, WHO; 2006.

38-Beto JA, Bansal VK. Quality of life in treatment of hypertension. A meta–analysis of clinical trials. Am J Hyper tens. 1994 Mar; 7(3): 286-287.

39-Deyo RA. The quality of life and research and care. Ann IntMed. 2005; 7(1): 29-33.

40- 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.

41-Chan CY.Hope, Participation, and subjective well-being of people with spinal cord injuries in the community. Doctoral Dissertation, University of Wisconsin-Madison;2009.

42-Anthony D, Ong L, Bergeman E. Hope as a source of resilience in lather adulthood. Personality and Individual Differences. 2006; 41(2): 1263-1273.

43-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.

44-Snyder CR, Lopez SJ.Positive psychology the scientific and practical, explorations of human strengths. Sage publications, Inc; 2007.

45-- DelahaijR, Gaillard WD, Dam KV. Hardiness and the response to stressful situations: Investigating mediating processes. Personality and Individual Differences. 2010;49(1):386-390

46-- 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.

47-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.

48-Snyder CR, Irving L, Anderson JR. “Hope and Health: Measuring the Will and Ways”, In: C. R. Snyder D. R. Forsyth (Eds.), Handbook of Social and Clinical Psychology: The Health Perspective. New York: Pergamum Press; 1991;12(4): 285-305

49-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.

50- Snyder CR, Rand KL. Hopelessness and health. In N. Anderson (Ed.), Encyclopedia of health and behavior, Thousand Oaks, CA Sage. 2004; 120(3) 521-523.

The effect ofhope therapy on quality of life in multiple sclerosis patients

Rasouli[1] M (Ph.D) - **Bahramian[2] J** (MSc.) - **Zahrakar[3] K** (Ph.D)

Abstract

Introduction: Multiple sclerosis is one of the most common chronic diseases of central nervous system that can change people's life especially in youth. It causes serious loss of quality of life and gradually increases people's inability. One of the successful measures of therapeutic interventions in chronic patients is quality of life. Therefore, the present study was an attempt to investigate the effect of hope therapy on quality of life in multiple sclerosis patients.

Methods: In this study, one of the quasi- experimental designs called unequal control design was used. Sampling of this study was objective, voluntary and available. 24 subjects on voluntary basis in control and experimental groups were counted.

Questionnaire of quality of life was used to collect data.

After administering pre-test, experimental group participated in 8 sessions of 90 minutes of hope-therapy but control group received no interventions during the experiment.

Both groups were finally post–tested. Data were analyzed with SPSS software and ANOVA test.

Results: The results showed that after therapeutic sessions, quality of life in experimental group in comparison to control group found a significant difference, while, gender effect wasn't significant. The interactive effect of gender and intervention wasn't also significant. It means that behavioral change of subjects participating in post-test on quality of life in both groups didn't depend on their gender.

Conclusion: Hope-therapy improved quality of life in multiple Sclerosis patients. Therefore, using therapeutic approach in multiple sclerosis patients and other patients with chronic diseases is recommended.

Key words: Multiple sclerosis, quality of life, hope-therapy.

Received: 10 January 2014 Accepted: 6 March 2014

1- Assistant Professor, Department of counseling, University of kharazmi, Tehran, Iran.
2- MSc,Student in Family counseling, Department of counseling, University of kharazmi, Tehran, Iran. (**Corresponding author**)
e-mail: j.bahramian@gmail.com
3- Assistant Professor, Department of counseling, University of kharazmi, Tehran,Iran.

Iranian Nursing Scientific Association

Iranian Journal of Psychiatric Nursing

Vol. 1 No. 4 Winter 2014 ISSN: 2345 - 2501

The Effects of the Group Reminiscence on Cognitive Status of Mild Cognitive Impaired Elders....12
Ghanbarpanah I (MSc.) - Fallahi Khoshknab M (Ph.D) - Mohammadi F (Ph.D) - Seyed Bagher Maddah S - Khodaie Ardakani MR (MD)

The effect of supportive nursing care in reducing anxiety of patients receiving electroconvulsive therapy.....24
Ebrahimi H (Ph.D) - Navidian A (Ph.D) - Keykha R (MSc.)

The effect of partnership care Model on depression of adolescents with β-thalassemia.....35
Parviniannasab AM (MSc.) - Rosta S (MSc.) - Vojdani MA (MSc.) - Dehghani A (MSc.) - Keshtkaran Z (Msc.) - Shamsizade M - Abshorshori N (MSc.) - Hannan K (Msc.)

The relationship between (D) type of personality, and perceived stress with health behaviors in women with breast cancer.....44
Hashemi T (Ph.D) - Peymannia B (MSc.)

Survey of levels of anxiety and depression in parents of children with chronic illness.....53
Jafary Manesh H (MSc.) - Ranjbaran M (MSc.) - Vakilian K (Ph.D) - Rezaei K (MSc.) - Zand S (MSc) - Tajik R (Ph.D)

The effect ofhope therapy on quality of life in multiple sclerosis patients.....65
Rasouli M (Ph.D) – Bahramian J (MSc.) - Zahrakar K (Ph.D)

Correlation between family processes and self-esteem in depressed patients.....73
Ranjbar F (MSc) - Rahbari SH (MSc) - Mohtashami J (MSc) - Nasiri Oskuee N (Ph.D)

The effectiveness assertiveness skills training on students' mental health-related factors.....83
Khodabakhshi koolaee A (Ph.D) - Meherara M (MSc) - Navidian A (Ph.D) - Mossalanejad L (Ph.D)