فصلنامه ایده های نوین روانشناسی
دوره ۱۵، شماره ۱۹، زمستان سال ۱۴۰۱

اثربخشی امیددرمانی بر مدیریت استرس و سلامت روان بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس

مریم ثقفی[۱]

چکیده

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی امیددرمانی بر مدیریت استرس و سلامت روان بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس شهر تهران در سال ۱۴۰۱ انجام شد. روش پژوهشی حاضر نیمه آزمایشی است و برای جمع‌آوری داده‌ها از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شده است. جامعه‌آماری پژوهش را ۲۱۰۰۰ بیمار عضو جامعه ام اس شهر تهران تشکیل داده‌اند که از بین آن‌ها، ۵۴ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌طور تصادفی در گروه آزمایش (۲۹ نفر) و گروه کنترل (۲۵ نفر) گمارده شدند. گروه آزمایش امیددرمانی به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت آموزش قرار گرفتند و گروه کنترل در لیست انتظار ماندند. ابزارهای مورد استفاده در پژوهش حاضر شامل استرس ادراک شده کوهن (۱۹۸۳) و سلامت روان گلدبرگ (۱۹۷۲) بودند که در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون مورد استفاده قرار گرفتند. تجزیه‌وتحلیل اطلاعات به دست آمده از اجرای پرسشنامه از طریق نرم‌افزار SPSS24 در دو بخش توصیفی و استنباطی (تحلیل کوواریانس) انجام گرفت. یافته‌ها نشان داد که امیددرمانی باعث بهبود مدیریت استرس در بیماران مبتلا به ام اس شد. همچنین نتایج نشان داد که امیددرمانی باعث بهبود سلامت روان و مولفه‌های آن در بیماران مبتلا به ام اس گردید. بنابراین به نظر می‌رسد، امیددرمانی می‌تواند باعث کاهش استرس و تکنیک‌های موثری را برای بهبود سلامت روان در بیماران مبتلا به ام اس ارائه دهد.

واژگان کلیدی: مدیریت استرس، سلامت روان، امیددرمانی، مولتیپل اسکلروزیس

۱- کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد گرمسار، گرمسار، ایران (نویسنده مسئول) Marya.s1266@gmail.com

[Downloaded from jnip.ir on 2026-09-15]

مقدمه

ام اس یک بیماری التهابی، مزمن و خودایمن است که با از بین رفتن غلاف میلین دستگاه عصبی مرکزی همراه است (موسز رادریگوز[1] ۲۰۱۷). علامت این بیماری ترکیبی از عوامل ژنتیکی و محیطی است (پیچلر، خلیل، لانگ کامر، پینتر، روپلی[2] و همکاران، ۲۰۱۹). معمولاً اولین تظاهرات این بیماری در سنین ۲۰ تا ۴۰ سالگی با علائمی چون اضطراب، ضعف، اختلال در تعادل، اختلال بینایی و افسردگی بروز می‌یابد (لیموس، وارینگتون و رودریگوز[3] ۲۰۱۸). فصل تولد در آن تأثیرگذار است به‌گونه‌ای که بیشترین آمار مربوط به متولدین فصل بهار و کمترین مربوط به متولدین فصل پاییز می‌باشد (بکر، کالگارو، لاناپیکسوتو، فریرا، ملو، گاما[4] و همکاران، ۲۰۱۳). اپیدمیولوژی ام.اس در دهه‌های اخیر تغییر نموده است تا آنجا که روزانه گزارشات متعددی مبنی بر افزایش میزان شیوع این بیماری در سراسر جهان منتشر می‌شود، طبق برآورد مطالعات انجام شده، در سراسر جهان ۲/۵ میلیون نفر از بیماری ام.اس رنج می‌برند (وانگ و گرینبرگ[5] ۲۰۱۸). انجمن ملی ام.اس در سال ۲۰۱۱ اعلام کرده است که بیشتر از ۱/۲ میلیون نفر در سراسر جهان به آن مبتلا هستند. کشور ما، ایران یکی از مناطق نسبتاً شایع ام.اس است. میزان ابتلا به این بیماری در ایران، به‌رغم آمار کمتر گزارش شده در بین آسیایی‌ها (۳-۵ نفر در هر ۱۰۰ هزار نفر)، در حدود ۱۵ تا ۳۰ نفر در هر ۱۰۰ هزار نفر است. طبق گزارش انجمن ام.اس ایران در حدود ۴۰ هزار نفر بیمار در کشور وجود دارد که ۹۰۰۰ نفر آن‌ها ثبت شده‌اند، این رقم رو به افزایش است (عابدینی، قنبری هاشم‌آبادی و طالبیان شریف، ۱۳۹۵).

از جمله مشکلات رایج در بیماران مبتلا به ام.اس اختلال در تعادل و تحرک و نیز شکایت این بیماران از مشکلات مرتبط با استرس می‌باشد که مطالعات مختلف نشان داده است، این مشکلات کاملاً به هم مربوط بوده و بر هم تأثیرگذار است (وایت هاوس، فیسک، برنشتاین، بریگان، بولتون[6] و همکاران، ۲۰۱۹). سبب‌شناسی بیماری التهابی روده تا حدود زیادی شناخته شده نیست، ولی فرضیه مورد قبول این است که این بیماری ناشی از تعامل بین عوامل ژنتیکی و محیطی می باشد. در شناسایی نمودن ژن های مسئول ابتلا به این بیماری پیشرفت قابل ملاحظه‌ای صورت پذیرفته، اما عوامل محیطی که باعث ایجاد راه‌اندازی اولیه و عودهای مکرر می شوند، کمتر شناخته شده هستند (کمپ، دیبلی، چااوهان، گروسون[7] و همکاران، ۲۰۱۸). لذا استرس ادراک شده یکی از مهمترین عوامل محیطی در رابطه با فعالیت‌های بیماری التهابی روده است که پژوهش‌های زیادی در رابطه با آن صورت گرفته است. اصطلاح استرس را برای اولین بار هانس سلیه مطرح کرد، و به این نکته توجه کرد که مجرای گوارشی و سیستم ایمنی در افراد به طور خاص نسبت به استرس‌های زندگی پاسخگو هستن (پریان و لیمکتکیا[8] ۲۰۱۶). البته در پژوهش‌هایی که سلیه انجام داد وقایع فیزیکی از جمله آسیب‌های جسمانی، سرما و شوک الکتریکی تحت عناوین مرتبط با استرسورها تعریف شده بود و وولف برای اولین بار برای تبیین استرس، از فرمول‌بندی اجتماعی-روانی استفاده کرد. وی بر این اعتقاد بود که انسان‌ها نه فقط به تجارب واقعی خطرات، بلکه نسبت به تهدیدها و نشانه‌های خطر نیز از خود واکنش نشان می‌دهند و در واقع در خلال استرس، متغیرهای روانی اجتماعی و فیزیولوژیکی با هم در تعامل هستند و باعث ایجاد اختلال می‌گردند (انگلر، السنبروچ، ربرنیک، کوک[9] و همکاران، ۲۰۱۸). استرس به معنای فشار، اجبار و نیرو است که در زبان‌های گوناگون نیز به همین نام به کار برده شده است. در زبان فارشی، واژه فشار روانی به عنوان استرس نام نهاده شده که با مفهوم دقیق استرس سازگاری ندارد. چون استرس تنها در ارتباط با مولفه‌های روانشناختی موثر نیست، بلکه مولفه‌های جسمانی را نیز تحت تاثیر قرار می‌دهد. ارزیابی‌های شناختی افراد از استرس و داشتن منابع حمایتی که افراد را قادر به رویارو شدن با استرس‌های محیطی می‌نماید را حمایت اجتماعی می‌گویند. این اصطلاح به مکانیزم‌هایی اطلاق می‌گردد که به وسیله آن ارتباطات بین فردی، افراد را از اثرات آسیب‌رسان استرس‌ها محافظت می‌کند (قربانی تقلیدآباد و تسبیح‌سازان مشهدی، ۱۳۹۵).

[1] - Moses Rodriguez
[2] - Pichler, Khalil, Langkammer, Pinter, Ropele
[3] - Lemus, Warrington & Rodriguez
[4] - Becker, Callegaro, Lana-Peixoto, Ferreira, Melo & da Gama
[5] - Wang & Greenberg
[6] - Whitehouse, Fisk, Bernstein, Berrigan, Bolton
[7] - Kemp, Dibley, Chauhan, Greveson
[8] - Parian & N Limketkai
[9] - Engler, Elsenbruch, Rebernik, Köcke

[Downloaded from jnip.ir on 2026-09-15]

بنابراین بیماری بر چگونگی ایفای نقش آنان در زندگی و وضعیت شغلی بیماران و نهایتا سلامت روان آنها تاثیر شدیدی می‌گذارد که با کاهش عملکرد فردی و اجتماعی همراه است (گیل-گونزالز[1] و همکاران، ۲۰۲۱). افرادی که برای آنها ام اس تشخیص داده می‌شود، نیاز به تطابق و هماهنگی با چالش‌های بیماری مزمن دارند (ویلسکی[2] و همکاران، ۲۰۱۹) که البته کار ساده‌ای نیست و نیاز به آموزش دارد. بیماری ام اس علاوه بر ناراحتی‌های جسمانی، فشارهای روانی، اجتماعی و اقتصادی بر فرد و خانواده او تحمیل می‌سازد (گدیک و ایدمان[3] ۲۰۲۰) و روند رو به افزایش آن در دنیا لزوم توجه ویژه به آن را نشان می‌دهد (لی[4] ۲۰۲۲). به‌طوری که در جهان حدود ۲/۵ میلیون نفر مبتلا به این بیماری می‌باشند. تحقیقات یک همپوشانی در نشانه‌های بین و بیماری‌های وابسته به روان پزشکی مانند افسردگی و اضطراب یافته است. این می‌تواند اغلب بیماران را به این سمت هدایت کند که در ابتدای بیماری، تشخیص روان پزشکی برای شرایطشان دریافت کنند. به هر حال تفاوت‌های روان‌شناسی بین افسردگی بیماران ام اس و بیمارانی که بیماری‌های روان پزشکی نظیر افسردگی و اضطراب دارند، وجود دارد. افسردگی در بیماران ام اس شایع است و بیش از ۶۰ درصد از بیماران حداقل یک دوره از افسردگی عمده را در طی بیماری خود تجربه می‌کنند (گروس[5] و همکاران، ۲۰۲۱). افسردگی در این بیماران بیشتر با عصبانیت، تحریک پذیری، نگرانی و نداشتن شجاعت به جای انتقادپذیری، دوری و از دست دادن علاقه مشخص می‌شود (ژائو[6] و همکاران، ۲۰۲۱).

درمان امیدمحور[7] یکی از جدیدترین رویکردهای درمانی است که می‌تواند در ارتقای سطح کیفیت زندگی در بیماران صعب‌العلاج و مزمن نقش مهمی داشته باشد (اسنایدر[8] ۲۰۰۰؛ گراول و پورتر[9] ۲۰۰۷). بحث امید در اواخر سال ۱۹۶۰، در مجامع علمی مورد بحث واقع شده است (موحدی و همکاران، ۱۳۹۳). پژوهش در زمینه روانشناسی مثبت نشان داده، افرادی که هیجانات مثبت و خوش بینی بیشتری را تجربه کرده باشند، عمر طولانی‌تری خواهند داشت. همچنین، افراد امیدوار و شادمان روابط اجتماعی قوی تری با دوستان، همسر، همسایگان و بستگان خود دارند (دات، آحمد، لو و استروبر؛[10] ۲۰۲۰). در پژوهش‌ها امید عنصر معناداری در زندگی معرفی شده و به افراد برای سازگاری با بیماری، کاهش درد و رنج، افزایش کیفیت زندگی و سلامت روانی و اجتماعی کمک می‌کند. امید عنصری ضروری در زندگی بیماران مزمن با اثرات بالا در تطابق و سازگاری با بیماری بوده و نقش عمده‌ای در کیفیت زندگی ایفا می‌کند. امید می‌تواند مراحل مختلف بیماری را تحت‌تأثیر خود قرار داده و به‌عنوان یک نیروی درونی تعریف شده که می‌تواند زندگی را غنی ساخته و بیماران را به یک چشم‌انداز دورتر امیدوار سازد (عبدی، تقدیسی و نقدی، ۱۳۸۸). امید، انعطاف پذیری و نشاط می دهد و باعث افزایش رضایت از زندگی می شود (بوریک و سوریس[11] ۲۰۱۲). امید به عنوان پایه شخصیتی در نظر گرفته می شود و منبع زندگی انسان است. به علاوه یک نیروی التیام بخش است که بهزیستی و تندرستی را افزایش می‌دهد. همچنین روشن شده است که امید با کارایی درمانی ارتباط دارد و اصولا به عنوان یک عنصر ضروری برای بهبود بیماران در نظر گرفته می‌شود (ورنر[12] ۲۰۱۲). پژوهش جوبرت و گاس[13] (۲۰۲۱)، ارتباط بین امید و بهزیستی روانشناختی را تایید می‌کنند. کابورال[14] و همکاران (۲۰۱۳)، در پژوهش خود به این نتایج دست یافتند که امیددرمانی به افراد کمک می‌کند تا خود را برای دنبال کردن هدف‌هایشان برانگیزانند و گذرگاه های فراوان در جهت دستیابی به هدف و موانع را شناسایی کرده و برای رسیدن به هدف با موانع مقابله کنند. در واقع امید، کلیدی برای یافتن راه حل مسئله در موقعیت‌های سخت زندگی است. یک مطالعه مرورگر در سال (۲۰۰۸) یازده مطالعه را نشان داد که امیددرمانی را به عنوان یک متغیر پیش‌بین در شرایط سلامت روانی آزمایش کرده‌اند (اشراینگ[15] و همکاران،

---

1 - Gil-González
2 - Wilski
3 - Gedik & Idiman
4 - Lee
5 - Crouse
6 - Zhao
7 - Hope Therapy
8 - Snyder
9 - Grewel & Porter
10 - Dutt, Ahmed, Loo & Strober
11 - Burić, &. Sorić
12 - Werner
13 - Joubert & Guse
14 - Caboral
15 - Schrank

[Downloaded from jnip.ir on 2026-09-15]

۲۰۰۸). بایلی[1]و اسنایدر (۲۰۰۷) بیان کردند که میزان امیدواری با بهزیستی روانشناختی و شادکامی رابطه دارد. شروین[2]در سال (۲۰۰۶) در مطالعه خود بیان کرد که امیددرمانی، میزان شادکامی، انعطاف‌پذیری در افراد و عزت‌نفس را افزایش می‌دهد (به نقل از بهاری، ۱۳۸۹). نامداری و همکاران (۱۳۹۰) نیز نشان دادند که امید درمانی، مداخله‌ای موثر برای اصلاح و بهبود توانمندی‌های رفتاری است. با توجه به نتایج تحقیقات فوق می‌توان نتیجه گرفت که امیددرمانی می‌تواند هیجانات مثبت را افزایش داده و هیجان‌های منفی را کاهش دهد. امید با سلامت روانی و جسمانی و انعطاف‌پذیری در افراد که با انواع مقیاس‌ها مانند پاسخ مثبت به مداخله پزشکی، سلامت ذهنی، خلق مثبت، پرهیز از رویدادهای پرفشار زندگی، نشاط و شادکامی در امور زندگی و مسئله‌گشایی همبستگی مثبت دارد و آنها را پیش‌بینی می‌کند.

مطالعات زیادی بر روی عوامل روان‌شناختی مؤثر بر این بیماری در سراسر جهان انجام شده است، اما به نظر می‌رسد در ایران تعداد این مطالعات چندان زیاد نیست. پژوهش حاضر در نظر دارد وضعیت برخی از این متغیرها را در بیماران ایرانی مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس مطالعه کرده و با استفاده از آن‌ها میزان سازگاری در بیماران را پیش‌بینی نماید. با توجه به این‌که کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس، علاوه بر ناتوانی فیزیکی از عوامل روان‌شناختی و محیطی غیر مرتبط با بیماری، نیز تأثیر می‌پذیرد و در حال حاضر روش‌های درمانی غیر دارویی متعدد، از قبیل روش‌های مختلف روان‌درمانی، برای افزایش سازگاری وجود دارد و به این وسیله می‌توان به ارتقای بهزیستی روانی این افراد کمک کرد، توجه به این عوامل و اصلاح به‌موقع آن‌ها امری ضروری است که کارآمدی و استقلال افراد مبتلا را افزایش می‌دهد. در ضمن، هیچ‌یک از مطالعات بررسی‌شده، ترکیبی از عوامل شخصی و محیطی را در پیش‌بینی سازگاری افراد مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس بررسی نکرده‌اند و مشخص نیست سهم کدام دسته از این عوامل بیشتر است. بنابراین پژوهشگر به دنبال این مسئله است: امیددرمانی بر مدیریت استرس و سلامت روان بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس چه تاثیری دارد؟

روش

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی و طرح مورد استفاده در این پژوهش (طرح پیش آزمون-پس آزمون) همراه با گروه کنترل است. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس MS در سال ۱۴۰۱ که در انجمن ام اس ایران در شهر تهران بودند، تشکیل دادند. تعداد کل بیماران دارای ام اس در کشور که در انجمن ام اس پرونده داشتند، طبق آمار ام اس ایران ۲۱۰۰۰ نفر بودند. واحدهای پژوهش در این تحقیق بر اساس معیارهای ورود و با توجه به مطالعات مشابه مداخله‌ای که در زمینه ام اس انجام گردیده است ۵۴ نفر برآورد گردید که برای گروه آزمایش ۲۹ نفر و گروه کنترل ۲۵ نفر بیمار مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس مراجعه‌کننده به انجمن ام اس شهر تهران در سال ۱۴۰۱ تعیین گردید، معیارهای ورود به پژوهش شامل: محدوده سن ۲۰-۴۰ سال، حداقل سابقه شش ماهه بیماری مولتیپل اسکلروزیس، حداقل تحصیلات سوم راهنمایی و توانایی جسمانی و روانی کافی برای نوشتن و مبتلا به نوع متوسط مولتیپل اسکلروزیس از لحاظ شدت ناتوانی و علایم بیماری، داشتن بصیرت کافی و توانایی لازم برای همکاری در مطالعه در نظر گرفته شد. معیارهای خروج شامل عود بیماری و شدید شدن شدت ناتوانی از حالت ناتوانی متوسط به ناتوانی شدید بود. در این پژوهش بیماران با توجه به معیارهای ورود به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند، بدین طریق که محقق به مدت یک هفته در انجمن ام اس حضور یافت و با بیماران مراجعه‌کننده مذاکره و در صورت تمایل آنها، در گام بعدی معیارهای ورود به پژوهش را در بیمار موردبررسی قرار می‌داد بدین طریق که مراجعه‌کنندگانی که تمایل به ورود پژوهش را داشتند از نظر معیارهای ورود مورد بررسی قرار می‌گرفتند و در صورت واجد شرایط بودن وارد پژوهش می‌گردیدند، و سپس به‌صورت تخصیص تصادفی با استفاده از قرعه‌کشی در یک گروه آزمایش و یک گروه کنترل قرار می‌گرفتند، پس از انتخاب ۵۴ نفر نمونه‌گیری متوقف گردید.

ابزارهای پژوهش:

استرس ادراک شده کوهن (۱۹۸۳): این پرسشنامه در سال ۱۹۸۳ از سوی شلدون کوهن تهیه شده و ۳ نسخه ۴، ۱۰ و ۱۴ ماده ای دارد که برای سنجش استرس عمومی ادراک شده در طول یک ماه گذشته به کار می رود. فرم ۱۴ ماده‌ای از طریق بررسی پاسخ‌ها، به سنجش افکار و احساسات درباره حوادث استرس‌زا، کنترل، غلبه، کنارآمدن با فشارهای روانی و استرس‌های تجربه شده می‌پردازد. به هر پرسش بر اساس طیف پنج درجه‌ای لیکرت به هرگز (۰)، تقریبا هرگز (۱)، گاهی اوقات (۲)، اغب اوقات (۳)، بیشتر اوقات (۴) امتیاز تعلق می‌گیرد. پرسش‌های

1- Baily
2-Shevin

[Downloaded from jnip.ir on 2026-09-15]

۴، ۵، ۶، ۷، ۹، ۱۰ و ۱۳ به طور معکوس نمره‌گذاری می‌شود (هرگز =۴ تا بیشتر اوقات= ۰). نمره برش ۲۱/۸ و نمره کسب شده بالاتر نشان‌دهنده استرس ادراک شده بیشتر است. آلفای کرونباخ برای این مقیاس در سه مطالعه ۸۴/، ۰/۸۵ و ۰/۸۶ به دست آمده است (ثنایی و همکاران، ۲۰۱۷). میزان پایایی در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ محاسبه شد.

پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ (۱۹۷۲): پرسشنامهٔ سلامت عمومی یک پرسشنامهٔ سرندی مبتنی بر روش خودگزارش‌دهی است. هدف این پرسشنامه دستیابی به یک تشخیص خاص در سلسله مراتب بیماری‌های روانی نیست، بلکه منظور اصلی آن ایجاد تمایز بین بیماری روانی و سلامت است که برای تمام افراد جامعه طراحی شده است. این پرسشنامه دارای۴ زیرمقیاس است: زیرمقیاس نشانه‌های جسمی[1] اضطراب و بی‌خوابی[2] نارساکنش‌وری اجتماعی[3] و افسردگی.[4] روش نمره‌گذاری پرسشنامه سلامت عمومی بدین ترتیب است که ازگزینه الف تا ده نمره صفر، یک، دو و سه تعلق می‌گیرد. درنتیجه نمره فرد در هر یک از خرده مقیاس‌ها از صفر تا ۲۱ و درکل پرسشنامه از صفر تا ۸۴ خواهد بود. نمرات هر آزمودنی در هر مقیاس به طور جداگانه محاسبه شده و پس از آن نمرات ۴ زیر مقیاس را جمع کرده و نمره کلی را بدست می‌آوریم. در این پرسشنامه نمره کمتر بیانگر سلامت روانی بهتر می‌باشد. تا سال ۱۹۸۸ بیش از ۷۰ درصد مطالعه درباره روایی پرسشنامه GHQ در نقاط مختلف دنیا انجام رسیده بود. به منظور برآورد اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی این پژوهش‌ها فرا تحلیلی شده و نتایج نشان دادند متوسط حساسیت پرسشنامه GHQ-28 برابر با ۸۴٪ (بین ۷۷٪ تا ۸۹٪) و متوسط ویژگی آن برابر ۸۲٪ بین ۷۸٪ تا ۸۵٪ است (ویلیامز و گلدبرگ، ۱۹۸۸، به نقل از تقوی،۱۳۸۰). به منظور ارزشیابی اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی به اعتقاد گلدبرگ (۱۹۷۹)، بررسی همسانی درونی، که ازطریق ضریب آلفای کرونباخ اندازه گیری می‌شود برای کل پرسشنامه را ۹۵٪ گزارش کرده‌اند. ثبات درونی را باروش آلفای کرونباخ درمطالعه چان (۱۹۸۵) و کی یس (۱۹۸۴)، ٪۹۳ گزارش شده است.

جدول ۱. خلاصه جلسات آموزشی درمان امیدمحور اسنایدر (۲۰۰۰)

جلسات	محتوای جلسات آموزشی درمان امیدمحور
جلسه اول	معارفه، برقراری رابطه درمانی و ایجاد اعتماد، ارائه دستورالعمل‌های کار گروهی و بیان اهداف برنامه مداخله بر اساس نظریه امید
جلسه دوم	آشنایی با مفهوم امید، درک تفاوت امید با خوش‌بینی، آشنایی مقدماتی با مولفه‌های امید، درک چگونگی رشد امید و ضرورت آن در زندگی
جلسه سوم	افزایش جرات ورزی، آشنایی تکمیلی با مولفه های امید، مرور داستان زندگی و تبیین داستان زندگی بر اساس سه مولفه امید
جلسه چهارم	درک داشتن هدف در زندگی، تمرین عملی هدف‌گذاری، نوشتن اهداف برای حیطه‌های مهم زندگی و اولویت بندی اهداف
جلسه پنجم	شناخت ویژگی‌های اهداف مناسب، اولویت‌بندی نهایی اهداف جهت بیان در گروه و دفاع از مهم‌ترین اهداف
جلسه ششم	درک اهمیت اراده در زندگی، شناخت راه‌های افزایش قدرت اراده، شناسایی موانع ارتقای اراده و تلاش برای غلبه بر آنها
جلسه هفتم	ارائه راهکارهای متفاوت و متنوع برای رسیدن به اهداف، انتخاب بهترین راهکار برای تحقق اهداف و اجرای آن
جلسه هشتم	بحث درباره نقاط قوت و ضعف راهکارهای افراد، افزایش قدرت اراده برای تحقق اهداف در زندگی، جمع‌بندی جلسات و تقدیر و تشکر

1- physical symptoms
2- anxiety and insomnia
3- social dysfunction
4- depression

[Downloaded from jnip.ir on 2026-09-15]

تجزیه و تحلیل اطلاعات به دست آمده از اجرای پرسشنامه‌ها از طریق نرم افزار Spss-V24 در دو بخش توصیفی و استنباطی (تحلیل کوواریانس) انجام پذیرفت.

یافته ها

در جدول ۲ میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش (مدیریت استرس و سلامت روان) آورده شده است.

جدول ۲. توزیع فراوانی ، میانگین و انحراف استاندارد نمرات آزمودنی‌ها در متغیر مدیریت استرس

پیش آزمون				پس آزمون		
گروه‌ها	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
آزمایش (مدیریت استرس)	۲۹	۱۷,۵۷	۴,۵۰	۲۹	۲۶,۴۲	۴,۱۸
کنترل	۲۵	۱۸,۶۱	۵,۳۶	۲۵	۱۶,۹۳	۳,۵۴
آزمایش (سلامت روان)	۲۹	۴۱,۴۶	۵,۴۶	۲۹	۵۹,۱۲	۵,۴۲
کنترل	۲۵	۴۲,۱۸	۶,۳۱	۲۵	۴۰,۹۷	۴,۸۱

جدول ۲ نشان می‌دهد که میانگین نمرات مدیریت استرس و سلامت روانی در آزمودنی‌های گروه آزمایش نسبت به بیماران گروه کنترل افزایش یافته است.

به منظور تجزیه و تحلیل استنباطی داده‌های پژوهش و از بین بردن اثر پیش‌آزمون بر پس‌آزمون از تحلیل کواریانس استفاده گردید. البته ابتدا مفروضه‌های آن شامل (۱) نرمال بودن توزیع متغییر وابسته با استفاده از آزمون کولموگرف- اسمیرنوف و (۲) همگنی واریانس‌ها با استفاده از آزمون لوین مورد بررسی قرار گرفت. بررسی انجام شده نشان داد که به دلیل برقراری مفروضه‌ها استفاده از این روش آماری بلامانع است.

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل کواریانس پس آزمون نمرات مدیریت استرس در دو گروه آزمایش و کنترل با برداشتن اثر پیش آزمون

شاخص منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آماری
پیش آزمون	۹۴,۵۶	۱	۹۴,۵۶	۷,۸۱	۰,۰۰۰	۰,۲۲۴	۰,۷۹۶
بین گروه‌ها	۵۸۴,۱۸۳	۱	۵۸۴,۱۸۳	۴۸,۲۷	۰,۰۰۰	۰,۷۴۱	۱
خطا	۳۲۶,۷۶۷	۵۱	۱۲,۱۰۲				
کل	۱۴۲۳۱	۵۴					

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود پس از تعدیل نمرات پیش آزمون، اثر معنادار بین آزمودنی‌ها ($F_{(1,27)}= 48.27$ $p<0.05$ $Partial\eta^2=0.741$) دو گروه وجود داشت. نمرات میانگین تعدیل شده نشان می‌دهد که مدیریت استرس گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل پس از اجرای متغیر مستقل افزایش یافته است. بنابراین فرضیه صفر رد و فرضیه پژوهش تایید می‌گردد.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-09-15]

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل کواریانس پس آزمون نمرات سلامت روان در دو گروه آزمایش و کنترل با برداشتن اثر پیش آزمون

شاخص منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آماری
پیش آزمون	۳۶۳,۴۵۲	۱	۳۶۳,۴۵۲	۱۶۰,۸۳	۰,۰۰۰	۰,۲۶۳	۰,۵۹۲
بین گروه‌ها	۲۵۸,۱۱۴	۱	۲۵۸,۱۱۴	۱۱۴,۱۹	۰,۰۰۰	۰,۷۸۱	۱
خطا	۴۷,۴۶۵	۵۱	۲,۲۶۰				
کل	۲۱۷۱۹,۰۰	۵۴					

همانطور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود پس از تعدیل نمرات پیش آزمون، اثر معنادار بین آزمودنی‌ها ($F_{(1,27)}= 114.19$ $p<0.05$ $Partial\eta^2=0.781$) دو گروه وجود داشت. نمرات میانگین تعدیل شده نشان می‌دهد که سلامت روان گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل پس از اجرای متغیر مستقل افزایش یافته است. بنابراین فرضیه صفر رد و فرضیه پژوهش تایید می‌گردد. بنابراین طبق یافته‌ها و تجزیه و تحلیل داده‌ها فرضیات تحقیق تایید می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی امیددرمانی بر مدیریت استرس و سلامت روان بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد که امیددرمانی باعث بهبود استرس ادراک شده در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس شده است. در راستای نتایج بدست آمده نتایج پژوهش یاوری و همکاران (۱۳۹۵)، نشان داد که آموزش امید بر سرزندگی افراد موثر بوده است. موحدی و همکاران (۱۳۹۳)، نیز در پژوهش خود نشان دادند که امیددرمانی گروهی موجب افزایش امید و بهزیستی روان شناختی گروه آزمایش شده است. بنابراین شایسته است به منظور ارتقای کیفیت زندگی بیماران، ارائه خدمات آموزشی و برنامه‌های ارتقاء دهنده امید با روش‌های مناسبی مانند یادگیری براساس حل مسئله با مشارکت فعال بیماران در فرآیند بحث با برنامه‌ریزی مدون انجام پذیرد. امید یکی از سازه‌هایی است که به عنوان شاخص توانمندی در بهزیستی مثبت افراد مورد توجه قرار گرفته است. بک از ناامیدی به عنوان هسته‌ای افسردگی و کاهش استرس یاد کرده و یادآور می شود که ناامیدی هم فلج‌کننده اراده است و هم باعث تحمل‌ناپذیر شدن و میل به گریز از یک موقعیت می‌شود. از نظر اسنایدر امید یک هیجان انفعالی نیست که تنها در لحظات تاریک زندگی پدیدار می‌شود، بلکه فرآیندی شناختی است که افراد به وسیله آن فعالانه اهداف خود را دنبال می‌کنند. از نظر اسنایدر امید فرآیندی است که طی آن افراد اهداف خود را تعیین، انگیزه لازم برای به اجرا در آوردن راهکارها را ایجاد و در طول مسیر حفظ می‌کنند. بیمارانی که این ویژگی را داشته باشند بهزیستی بالاتری نیز دارد. امید به دنبال تحقق این هدف است که به بیماران کمک کند تا هدف‌های روشنی را مشخص، طبقه‌بندی و مسیرهای متعددی را برای رسیدن به این هدف‌ها ایجاد کنند و آنها را برانگیزد تا هدف را تعقیب کرده و مجددا موانع را به عنوان چالش‌هایی برای غلبه بر آنها چارچوب‌بندی کنند، بنابراین آموزش امید باعث کاهش استرس در بیماران می‌شود. اگر بیماری در زندگی طرز برخورد با مشکلات و ناکامی‌ها را فرا گرفته باشد، و یاد گرفته باشد امید خود را در هر شرایطی حفظ کند، به آسانی دست از تلاش نکشیده و امیدوارانه به فعالیت و زندگی خود ادامه می‌دهد. نشاط و انبساط و سرزندگی نیز موجب شکوفایی استعدادها می‌شود و انسان شاداب، پویا و پرتحرک به زندگی امیدوار شده و برای رسیدن به اهداف خود سرسختانه تلاش می‌کند. بنابر آنچه که بیان شد به نظر می‌رسد که آموزش امید توانسته است بر مدیریت استرس بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروز موثر باشد.

همچنین نتایج نشان داد که آموزش امید باعث افزایش سلامت روان در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس شده است. نتایج پژوهش با یافته‌های (سولیوان و رابک، ۲۰۲۰؛ مارین و همکاران، ۲۰۲۱؛ دو و همکاران، ۲۰۱۹) هم‌خوانی دارد. در تبیین نتایج بدست آمده از نظر اسنایدر می‌توان چنین گفت که اسنایدر معتقد است که افکار امیدوارانه احساس شکست را از دو طریق کاهش می‌دهد؛ اول این که تغییر ادراک فرد در یک هدایت امیداوارانه با تمرکز بر راه‌های فرعی که پیرامون هدف انسداد یافته هستند، طی آن شخص نرسیدن به هدف را به

[Downloaded from jnip.ir on 2026-09-15]

معنای شکست نمی‌داند و این می تواند درسی باشد برای دفعات بعدی که چطور می‌توان از یک راه کارآمدتر و بهتر به هدف رسید. دوم این که افکار امیدوارانه ادراک انسداد هدف را تغییر می‌دهند، یعنی فرد امیدوار به‌دنبال راه‌های مختلف می‌گردد و وقتی مانعی پیش می‌آید فرد امیدوار آن را به عنوان چالش درک می‌کند نه به عنوان یک نقطه توقف. بنابراین وقتی این دو دیدگاه کنار یکدیگر قرار می‌گیرند انسداد هدف که ممکن است به نشانه‌های افسردگی منجر شود در عوض به تلاشی برای یافتن راه جدید برای رسیدن به هدف تبدیل می‌شود (دات و همکاران، ۲۰۲۰). در امیددرمانی سعی بر آن است که این الگوها در مراجع اصلاح شود تا میزان سلامت روان در او افزایش یابد و به این منظور به آنها آموخته می‌شود که اهداف، گذرگاه‌ها و عامل بیشتری در خود ایجاد کنند و با تمرکز بر موفقیت‌های گذشته به تعمیم انتظار برای موفقیت بپردازند. در این مداخله به افراد آموزش داده می‌شود که با نگاه مجدد به حیطه‌های مهم و ارزشمند زندگی‌شان، اهدافی مهم، رضایت بخش، قابل دستیابی، متناسب با شرایط و امکانات و قابل اندازه‌گیری تعیین کرده و برای دستیابی به آنها گذرگاه‌های متعدد در نظر بگیرند. همچنین با تمرکز بر موفقیت‌ها و تعمیم انتظار برای آنها، تغییر خودگویی‌های منفی و... تفکر عامل و انگیزه بیشتری در خود ایجاد کنند. بنابراین اعتقاد و باور فرد مبنی بر این که می‌تواند مسیرهایی را به سمت اهداف مطلوب بیابد و خودش را به استفاده و بکارگیری این مسیرها برانگیزد، عواطف مثبت، بهزیستی و امید را بر می‌انگیزد.

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی نیز مواجه بود از جمله تک جنسیتی بودن اعضای نمونه، فقدان زمان کافی برای پیگیری نتایج درمان و کوچک بودن نمونه مورد بررسی. همچنین در تحلیل‌های این پژوهش نقش متغیرهایی مانند نوع داروهای مصرفی، تعداد عودها، شدت درد و به طور کلی وضعیت ناتوانی بررسی نگردید؛ در نتیجه قضاوت در مورد نقش مخدوش‌گر احتمالی این متغیرها در نتایج این پژوهش امکان پذیر نیست. پیشنهاد می‌شود پژوهش موردنظر در قالب طرح‌های تک آزمودنی و آزمایشی با نمونه‌های بزرگتر و همچنین بر روی گروه مردان اجرا شود تا اعتبار این روش با اطمینان بیشتری برآورد شود. همچنین بهتر است اثربخشی این روش بر روی سایر ناسازگاری‌های روان شناختی شایع در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس در مقایسه با روش‌های دیگر درمانی و در دوره پیگیری طولانی‌تری به منظور سنجش پایداری اثرات درمان بررسی شود. همچنین با توجه به نتایج به دست آمده در پژوهش حاضر، استفاده فراگیر از روش‌های کل‌نگر، تیمی و بین‌رشته‌ای در درمان بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس، به متخصصین و درمانگران پیشنهاد می‌شود.

منابع

بهاری، ف؛ فاتحی زاده،م .ا.؛ مولوی، ح ؛ بهرامی،ف. (۱۳۸۹). تاثیر مشاوره زناشویی مبتنی برامید، بخشش،وترکیبی از این دو بر میزان تحریف‌های شناختی بین فردی زوج‌های متقاضی طلاق. *دو فصلنامه تحقیقات علوم رفتاری*. ۸ (۱)، ۳۸-۱۹.

عابدینی، الهه؛ قنبری هاشم آبادی، بهرامعلی و طالبیان شریف، جعفر. (۱۳۹۵). اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر رویکرد امید بر امید و افسردگی زنان مبتلا به ام اس. *مجله روان‌شناسی بالینی*، سال هشتم، شماره ۲، صص: ۱-۱۱.

عبدی، نسرین؛ تقدیسی، محمدحسین و نقدی، سیران. (۱۳۸۸). بررسی اثربخشی مداخلات ارتقادهنده امید در بیماران مبتلا به سرطان شهرستان سنندج در سال ۱۳۸۶. *نشریه ارمغان دانش*، ۵۵ (۱۱)، ۶-۲۱.

قربانی تقلیدآباد، بهاره و تسبیح‌سازان مشهدی، رضا. (۱۳۹۵). رابطه مکانیزم‌های تنظیم شناختی هیجان و سبک زندگی با استرس ادراک شده در مبتلایان به سندرم روده تحریک پذیر. *مجله اندیشه و رفتار*، ۱۰ (۳۹)، ۱۷-۹۲.

موحدی، یزدان؛ باباپورخیرالدین، جلیل و موحدی، معصومه. (۱۳۹۳)، اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر رویکرد امید درمانی بر افزایش امید و بهزیستی روان شناختی دانش‌آموزان. فصلنامه روان‌شناسی مدرسه، ۹ (۵)، ۱۳۷-۱۱۶.

نامداری، کورش؛ مولوی، حسین؛ ملک پور، مختار و کلانتری، مهرداد. (۱۳۹۰). تاثیر آموزش ارتقا امید بر توانمندی‌های رفتاری مراجعین مبتلا به افسرده خویی. مجله دانشگاه علوم پزشکی شهر کرد، ۱۳ (۲)، ۶۰-۵۲.

یاوری، هانیه؛ درتاج، فریبرز و اسدزاده، حسن. (۱۳۹۵). بررسی اثربخشی آموزش امید بر سرزندگی تحصیلی دانش آموزان دوره دوم متوسطه. *پژوهش در نظام های آموزشی*، ۳۵ (۱۱)، ۳۳-۲۱.

Baily, T. C., & Snyder, C. R. (2007). Satisfaction with life and hope: a look at age and marital status. Psychological Record, 57, 2, 233-240.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-09-15]

Becker, J., Callegaro, D., Lana-Peixoto, M. A., Ferreira, M. L. B., Melo, A., da Gama, P. D., ... & Matta, A. P. (2013). Season of birth as a risk factor for multiple sclerosis in Brazil. *Journal of the neurological sciences*, *329*(1), 6-10.

Burić, I., & Sorić, I. (2012). The role of test hope and hopelessness in self-regulated learning: Relations between volitional strategies, cognitive appraisals and academic achievement. *Learning and Individual Differences*, *22*(4), 523-529.

Caboral, M. F., L. S. Evangelista, et al. (2013). "Hope in elderly adults with chronic heart failure. Concept analysis." *Investigación y Educación en Enfermería* 30(3): 406-411

Crouse, D. L., Foroughi, I., & Gupta, N. (2021). Neighbourhood environments and the risk of hospital admission for cardiometabolic and mental health comorbidities in multiple sclerosis: A population cohort analysis using linked administrative data. *Multiple Sclerosis Journal*, *27*(2), 315-319.

Do, T. P., Guo, S., & Ashina, M. (2019). Therapeutic novelties in migraine: new drugs, new hope?. *The journal of headache and pain*, *20*, 1-13.

Dutt, S., Ahmed, M. M., Loo Jr, B. W., & Strober, S. (2020, April). Novel radiation therapy paradigms and immunomodulation: heresies and hope. In *Seminars in radiation oncology* (Vol. 30, No. 2, pp. 194-200). WB Saunders.

Engler, H., Elsenbruch, S., Rebernik, L., Köcke, J., Cramer, H., Schöls, M., & Langhorst, J. (2018). Stress burden and neuroendocrine regulation of cytokine production in patients with ulcerative colitis in remission. *Psychoneuroendocrinology*, *98*, 101-107.

Gedik, Z., & Idiman, E. (2020). Health-related quality of life in multiple sclerosis: Links to mental health, self-esteem, and self-compassion. *Dusunen Adam: Journal of psychiatry & neurological sciences*, *33*(1).

Gil-González, I., Pérez-San-Gregorio, M. Á., Conrad, R., & Martín-Rodríguez, A. (2021). Predicting improvement of quality of life and mental health over 18-months in multiple sclerosis patients. *Multiple Sclerosis and Related Disorders*, *53*, 103093.

Grewel, H. T, & Porter, R. (2007). *A phenomenological study: The benefits of self-regulation regarding student achievement, social adjustment, and empowerment* (Doctoral dissertation, University of Phoenix).

Joubert, J., & Guse, T. (2021). Implementing solution-focused brief therapy to facilitate hope and subjective well-being among South African trauma survivors: A case study. *Counselling and Psychotherapy Research*.

Kemp, K., Dibley, L., Chauhan, U., Greveson, K., Jäghult, S., Ashton, K., ... & Bager, P. (2018). Second N-ECCO consensus statements on the European nursing roles in caring for patients with Crohn's disease or ulcerative colitis. *Journal of Crohn's and Colitis*, *12*(7), 760-776.

Lee, B. (2022). A serial mediation model of gratitude on life satisfaction in people with multiple sclerosis: The intermediary role of perceived stress and mental health symptoms. *Multiple sclerosis and related disorders*, *58*, 103421.

Lemus, H. N., Warrington, A. E., & Rodriguez, M. (2018). Multiple Sclerosis: Mechanisms of Disease and Strategies for Myelin and Axonal Repair. *Neurologic clinics*, *36*(1), 1-11.

Marian, I. R., Goff, M., Williams, J. A., Gulati, M., Chester-Jones, M., Francis, A., ... & Watt, F. E. (2021). Hand Osteoarthritis: investigating Pain Effects of estrogen-containing therapy (HOPE-e): a protocol for a feasibility randomised placebo-controlled trial. *Pilot and Feasibility Studies*, *7*(1), 1-14.

Moses Rodriguez, M. (2017). Multiple Sclerosis Mechanisms of Disease and Strategies for Myelin and Axonal Repair. *Multiple Sclerosis, An Issue of Neurologic Clinics, E-Book*, *36*(1), 1-11.

Parian, A., & N Limketkai, B. (2016). Dietary supplement therapies for inflammatory bowel disease: Crohn's disease and ulcerative colitis. *Current pharmaceutical design*, *22*(2), 180-188.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-09-15]

Pichler, A., Khalil, M., Langkammer, C., Pinter, D., Ropele, S., Fuchs, S., ... & Fazekas, F. (2019). The impact of vascular risk factors on brain volume and lesion load in patients with early multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis Journal*, *25*(1), 48-54.

Schrank, B., Stanghellini, G. & Slade, M. (2008). Hope in psychiatry: a review of the literature. *Journal of Acta Psychiatrica Scandinavica*, 118(22), 421–433.

Snyder, C. R. (Ed.). (2000). *Handbook of hope: Theory, measures, and applications*. Academic press.

Sullivan, H. C., & Roback, J. D. (2020). Convalescent plasma: therapeutic hope or hopeless strategy in the SARS-CoV-2 pandemic. *Transfusion medicine reviews*, *34*(3), 145-150.

Wang, C. X., & Greenberg, B. M. (2018). Pediatric Multiple Sclerosis: From Recognition to Practical Clinical Management. *Neurologic clinics*, *36*(1), 135-149.

Werner, S. (2012). Subjective well-being, hope, and needs of individuals with serious mental illness. *Psychiatry research*, *196*(2-3), 214-219.

Whitehouse, C. E., Fisk, J. D., Bernstein, C. N., Berrigan, L. I., Bolton, J. M., Graff, L. A., ... & Marrie, R. A. (2019). Comorbid anxiety, depression, and cognition in MS and other immune-mediated disorders. *Neurology*, *92*(5), e406-e417.

Wilski, M., Brola, W., & Tomczak, M. (2019). Health locus of control and mental health in patients with multiple sclerosis: Mediating effect of coping strategies. *Research in Nursing & Health*, *42*(4), 296-305.

Zhao, Z., Zhang, Y., Du, Q., Chen, H., Shi, Z., Wang, J., ... & Zhou, H. (2021). Differences in physical, mental, and social functions between males and females in multiple sclerosis: a multicenter cross-sectional study in China. *Multiple Sclerosis and Related Disorders*, *48*, 102693.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-09-15]

The Effectiveness of Hope Therapy on Stress Management and Mental Health of Patients with Multiple Sclerosis

Maryam Saghafi[1]

Abstract

The current research was conducted with the aim of the effectiveness of hope therapy on stress management and mental health of multiple sclerosis patients in Tehran in 1401. The current research method is semi-experimental and a pre-test-post-test plan with a control group was used to collect data. The statistical population of the study was made up of ۲۱.۰۰۰ patients who are members of the MS community in Tehran, and among them, ۵۴ people were selected by available sampling method and randomly assigned to the experimental group (۲۹ people) and the control group (۲۵ people). The experimental group of hope therapy was trained for ۸ sessions of ۹۰ minutes and the control group remained on the waiting list. The tools used in the present study included Cohen's perceived stress (۱۹۸۳) and Goldberg's mental health (۱۹۷۲), which were used in two stages, pre-test and post-test. The analysis of the information obtained from the implementation of the questionnaire was done through the SPSS۲۴ software in two descriptive and inferential sections (analysis of covariance). The findings showed that hope therapy improved stress management in patients with MS. Also, the results showed that hope therapy improved mental health and its components in patients with MS. Therefore, it seems that hope therapy can reduce stress and provide effective techniques to improve mental health in patients with MS.

Keywords: Stress Management, Mental Health, Hope Therapy, Multiple Sclerosis

۱ Master of Clinical Psychology, Islamic Azad University, Garmsar Branch, Garmsar, Iran (corresponding author) Marya.s1266@gmail.com

[Downloaded from jnip.ir on 2026-09-15]