

فصلنامه روانشناسی زن

بهار ۱۳۹۹، دوره ۱، شماره ۱، صفحه‌های ۱-۱۲

تأثیر درمان مبتنی بر کیفیت زندگی به شیوهی گروهی بر بهزیستی ذهنی و خوداثرمندی زنان مبتلا به ام اس

ساره احمدی^۱، امین‌الله فاضل^{۲*}

پذیرش مقاله: ۱۳۹۹/۰۳/۱۱

اصلاح مقاله: ۱۳۹۹/۰۲/۱۸

دریافت مقاله: ۱۳۹۹/۰۱/۲۰

چکیده

این پژوهش با هدف اصلی تبیین اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی بر خوداثرمندی و بهزیستی ذهنی بیماران ام. اس انجام پذیرفت. طرح پژوهش حاضر شبه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان عضو انجمن ام. اس شهرستان شیراز در سال ۱۳۹۶ بود که به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و با استفاده از انتساب تصادفی در دو گروه آزمایش (شامل ۱۵ نفر) و گروه کنترل (شامل ۱۵ نفر) قرار گرفتند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های خوداثرمندی اولندیک (۱۹۸۴) و بهزیستی ذهنی کی‌یز و ماگیارمو (۲۰۰۳) استفاده گردید. پس از اجرای پیش‌آزمون گروه آزمایش به مدت ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، تحت تأثیر درمان مبتنی بر کیفیت زندگی به شیوه گروهی قرار گرفت، اما گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها، داده‌های به دست آمده با استفاده از روش آماری تحلیل کوواریانس و به وسیله نرم‌افزار آماری (SPSS) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته‌های پژوهش نشان داد که بین دو گروه آزمایش و کنترل پس از اجرای گروه درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی تفاوت معناداری وجود دارد و آموزش گروه درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی به صورت معناداری باعث افزایش خوداثرمندی و بهزیستی ذهنی بیماران ام. اس شد. در خصوص ابعاد بهزیستی ذهنی نیز نتایج نشان داد گروه درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی بر بهزیستی هیجانی، روان‌شناختی و اجتماعی تأثیر مثبت معناداری داشت.

کلیدواژه‌ها: گروه درمانی، کیفیت زندگی، خوداثرمندی، بهزیستی ذهنی، ام. اس

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی، گروه روانشناسی، واحد ارسنجان، دانشگاه آزاد اسلامی، ارسنجان، ایران
۲. نویسنده مسئول: استادیار گروه روانشناسی، واحد ارسنجان، دانشگاه آزاد اسلامی، ارسنجان، ایران

مقدمه

و در کل احساس خوب بودن را در فرد به شدت تخریب می‌کند. ام اس از علل ناتوانی در زنان می‌باشد که باعث ایجاد اختلال حسی، ضعف، گرفتگی عضلات، اختلال بینایی، اختلال شناختی، خستگی، لرزش اندام‌ها، اختلال در دفع ادرار، مدفوع، عملکرد جنسی، کمرختی، تاری دید، دویینی و اختلال گفتاری در فرد بیمار می‌شود (انجمن ملی بیماران ام اس^۶، ۲۰۰۸) و با علائم و عوارضی مانند ضعف، اختلال در تعادل، ناامیدی و کاهش توانایی حل مسائل، کاهش بهبود کیفیت زندگی و خودکارآمدی ادراک شده پایین و کاهش شادمانی یا بهزیستی ذهنی همراه است و بر جنبه‌های مختلفی از زندگی بیماران تأثیر می‌گذارد (بروس، ۲۰۱۰).

بر اساس دیدگاه‌های شناختی، وقتی افراد با مشکلات سختی درگیر هستند، به دنبال تعیین و تبیین دلایلی برای رفتارهای خود و افراد دیگر هستند که با شناسایی آن پیامدهای انگیزشی و عاطفی مختلفی برای خود ایجاد می‌کنند، این پیامدها ممکن است به کاهش استرس آن‌ها منجر شود. یکی از عواملی که در سلامت روانی و کیفیت زندگی افراد مبتلا به ام اس نقش دارد بهزیستی ذهنی^۷ می‌باشد. بهزیستی ذهنی یکی از مؤلفه‌های کیفیت زندگی است که به چگونگی ارزیابی افراد از زندگی‌شان اشاره دارد و دارای دو جزء شناختی و عاطفی است. بعد شناختی، یعنی ارزیابی شناختی افراد از میزان رضایت از زندگی و بعد عاطفی، یعنی داشتن حداکثر عاطفه مثبت و حداقل عاطفه منفی (لوکاس، ۲۰۰۸). امروزه پژوهشگران معتقدند که ایجاد بهزیستی ذهنی و رضایت از زندگی، انسان‌ها را به سمت موفقیت بیشتر در زندگی، سلامت بهتر، ارتباط اجتماعی حمایت‌گرانه سالم‌تر و در نهایت سلامت روانی- جسمی بالاتر، رهنمون می‌سازد. همچنین عاطفه مثبت و منفی، مکانیسم‌های فکری متفاوتی را که بر سلامت روان، تأثیر دارند به راه می‌اندازد.

مالتیپل اسکلروزیس^۱ یا اسکروز چندگانه، یکی از بیماری‌های شایع سیستم خود ایمنی است که با التهاب و تخریب همراه است و بر سیستم عصبی مرکزی اثر می‌گذارد (یانگ^۲، ۲۰۱۲). به دلیل اینکه تخریب ناشی شده از این بیماری ممکن است در چندین نقطه اتفاق بیفتد به آن تصلب چندگانه یا مالتیپل اسکلروزیس می‌گویند که نام اختصاری آن ام اس می‌باشد (رولاند^۳، ۲۰۰۵). این بیماری‌های مزمن می‌باشد و علت مشخصی برای این بیماری یافت نشده است (اسمتلزر و بار^۴، ۲۰۱۰). سیستم ایمنی بدن به میلین (غلاف) محافظ سلول‌های سیستم اعصاب مرکزی مغز و طناب نخاعی حمله کرده و آن‌ها را تخریب می‌کند و به دنبال آن اختلال در انتقال پیام‌های عصبی ارسالی از مغز و طناب نخاعی به سایر قسمت‌های بدن و بالعکس صورت می‌گیرد که در پی آن علائم ویژه بیماری ام اس ظاهر می‌شود.

انجمن ملی ام اس در سال (۲۰۱۱) اعلام کرده است که بیشتر از ۱ 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، به رغم آمار کمتر گزارش شده در بین آسیایی‌ها (۵-۳ 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. بیماری ام اس مانند سایر بیماری‌های خود ایمنی در زنان شیوع بیشتری دارد. در واقع این بیماری در زنان دو برابر بیشتر از مردان می‌باشد. شایع‌ترین سن ابتلا به این بیماری بین ۲۰ تا ۴۰ می‌باشد (دنسون^۵، ۲۰۰۹). پیش‌آگهی این بیماری نامعلوم است و بیماران انواع اختلالات متغیر جسمی و روانی ناشی از بیماری را تجربه می‌کنند، این اختلالات عملکرد روزانه، زندگی اجتماعی و خانوادگی، استقلال عملکردی و برنامه‌ریزی فرد برای آینده را شدیداً تحت تأثیر قرار می‌دهد

5. Denyson
6. National MS Society
7. Subjective well_bing

1. Multiple sclerosis
2. Young
3. Rowland
4. Smeltzer & Bare

تئوری فعالیت سیکزیت میهالی^۶ با روان‌شناسی مثبت سلیگمن^۷ ۲۰۰۷، توسط مایکل فریش^۸ در سال ۲۰۰۶ طراحی شده است. گروه درمانی شناختی-رفتاری مبتنی بر کیفیت زندگی، به صورت ساختارمند و همراه با تکالیف و تمرین‌های شناختی-رفتاری به دنبال ایجاد بهزیستی ذهنی، شادمانی و رضایت از زندگی با ایجاد تحول در حوزه‌های اصلی زندگی است. اولین مطالعه درباره‌ی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بیماران ام. اس در سال ۱۹۹۹ به چاپ رسید، از آن سال تا به حال مطالعات زیادی بر روی کیفیت زندگی این بیماران انجام شده است. نتایج این مطالعات نشان می‌دهد که این بیماران در مقایسه با افراد سالم جامعه از کیفیت زندگی پایین‌تری برخوردارند، همچنین مطالعات دیگری که به منظور مقایسه کیفیت زندگی این بیماران با بیماران مبتلا به دیگر بیماری‌های مزمن مثل صرع، دیابت، آرتریت روماتوئید و بیماری‌های التهابی روده انجام شدند، نشان دادند که بیماران مبتلا به ام. اس به طور معنی‌داری از کیفیت زندگی پایین‌تری برخوردارند.

در بررسی عوامل تأثیرگذار بر کیفیت زندگی این بیماران نتایج پژوهش‌های مختلف نشانگر تأثیر مجموعه‌ای از عوامل زیستی، روانی و اجتماعی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ام. اس هستند. درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، تنها درمان شناختی-رفتاری است که افزایش شادی و رضایت از زندگی را در جنبه‌های مختلف (مثل ارتباطات، فعالیت‌های لذت‌بخش، عزت‌نفس و...) در مرکز اهداف خود قرار می‌دهد و نهایتاً هدف اصلی‌اش بهبود کیفیت زندگی به طور خاص است. بنابراین، برای غلبه واقعی بر ام. اس باید تا حد امکان بیماری را تعدیل و اصلاح کرد، علائم بیماری باید کنترل شوند و به فرد مبتلا کمک شده تا کیفیت زندگی را بهبود بخشد. داشتن یک زندگی مطلوب، همواره آرزوی بشر بوده است. با توجه به تحقیقات پیشین در زمینه اهمیت حفظ

در راستای بهزیستی ذهنی، خودآزمونی^۱ هم نتایج مفیدی بر کیفیت زندگی بیماران ام. اس می‌گذارد. خودآزمونی از نظریه شناخت اجتماعی بندورا^۲ (۲۰۰۲)، مشتق شده است که به باورها و احساس فرد درباره توانایی‌هایی خود در انجام وظایف و مسئولیت‌ها اشاره دارد. مطابق با مفهوم خودآزمونی، عملکرد یادگیری انسان متأثر از گرایش‌های شناختی، عاطفی و احساسات، انتظارات، باورها و ارزش‌هاست. لذا انسان موجودی فعال و اثرگذار بر رویدادهای زندگی است و کارکردهای روان‌شناختی، عملکرد، رفتار، محیط و محرکات آن را تعیین می‌کند. داشتن مهارت‌ها و دستاوردهای قبلی افراد پیش‌بینی‌کننده مناسبی برای عملکرد آینده افراد نیستند، بلکه باور انسان درباره توانایی‌های خود در انجام آن‌ها بر چگونگی عملکرد خویش مؤثر است. خودآزمونی از آنجایی برای بیماران ام. اس اهمیت زیادی دارد که تغییرات خودکارآمدی در داشتن سلامت جسمی و روانی تأثیر زیادی دارد؛ در این راستا مطالعه رگی^۳ و همکاران، ۲۰۰۳، بر اهمیت خودآزمونی و تأثیر آن بر سلامت روانی بیماران ام. اس تأکید کرده‌اند. متل^۴ و همکاران، ۲۰۱۴، گزارش کردند که خودآزمونی به عنوان متغیر میانجی در ارتقاء کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ام. اس محسوب می‌شود که فعالیت فیزیکی آن‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد. همچنین تحقیق فجلدتاد^۵ و همکاران، ۲۰۱۴، نشان داد که خودآزمونی بالاتر، با مسائل روان‌شناختی کمتر و توانایی بیشتر در تکالیف فیزیکی همراه است. اکنون به درمان‌هایی که در زمینه درمان ام. اس بکار رفته اشاره می‌شود، از جمله درمان‌هایی که در این زمینه بکار رفته، اثربخشی کیفیت زندگی به صورت گروهی می‌باشد.

درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، در کنار سایر رویکردهای درمانی جدید در حوزه روان‌شناسی مثبت، بر این اساس و با هدف ایجاد بهزیستی و افزایش رضایت از زندگی، از ترکیب رویکرد شناختی آرون تی بک در حوزه‌ی بالینی،

5. Fjeldstad
6. Csikszentihalyi
7. Seligman
8. Frisch

1. Self_efficacy
2. Bandura
3. Rigby
4. Motl

بهزیستی روان‌شناختی: در این قسمت سؤالات ۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۷، ۱۸ بر عکس نمره‌گذاری شد و مجموع نمرات مؤلفه‌ها، نمره کل بهزیستی روان‌شناختی محسوب می‌شود. این پرسشنامه توسط گلستانی بخت (۱۳۸۶) روی ۵۷ آزمودنی اجرا و اعتباریابی شد و ضریب همبستگی پرسشنامه بهزیستی ذهنی را ۰/۷۸ و مقیاس‌های فرعی آن شامل بهزیستی هیجانی، بهزیستی روان‌شناختی و بهزیستی اجتماعی را به ترتیب ۰/۷۶، ۰/۶۴ و ۰/۷۶ گزارش کرد. ضریب همسانی درونی بر اساس آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۰ و برای مقیاس‌های فرعی آن به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۰ و ۰/۶۱ به دست آمد. تمنایی فر و معتقدی فرد (۲۰۱۴) ضریب همسانی درونی بر اساس آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۶۳ و برای مقیاس‌های فرعی آن به ترتیب ۰/۲۵، ۰/۷۰ و ۰/۶۱ به دست آورد.

۲. پرسشنامه خوداثرمندی. این پرسشنامه توسط اولندیک ساخته شد و توسط اوزولد و کرو (۱۹۸۶) مورد تجدید نظر قرار گرفت. این پرسشنامه بر نظریه یادگیری بندورا مبتنی است. این پرسشنامه خودگزارشی دارای ۱۷ ماده است که ماده‌های آن از نظر فهم برای افراد بالای ۱۴ سال نوشته شده است. این پرسشنامه بر اساس طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای کاملاً موافقم=۵ و کاملاً مخالفم=۰ نمره‌گذاری می‌شود. بدیهی است حداقل نمره‌ای که یک فرد ممکن است بگیرد ۱۷ و حداکثر نمره ۸۵ خواهد بود. نقطه برش پرسشنامه ۵۱ می‌باشد، هرچه نمره فرد از این میانگین کمتر باشد نشان دهنده‌ی خود اثربخشی پایین و هرچه از حد میانگین بالاتر باشد نشان دهنده‌ی خود اثربخشی بالای فرد است؛ این پرسشنامه دارای دو نوع روایی است: ۱- روایی سازه: برای سنجش روایی سازه مقیاس خود اثربخشی با چندین ویژگی شخصیتی همبسته شده است که نتایج نشان داد دارای رابطه همبستگی بالای بود (حسن‌زاده و همکاران، ۱۳۸۹). ۲- روایی ملاکی: جهت بررسی ملاکی آزمون بر روی ۱۵۰ شرکت‌کننده در بخش الکی‌ها انجام شد، نتایج نشان داد نمرات خود اثربخشی عمومی پیش‌بینی کننده‌ی موفقیت فرد در رسیدن به اهداف است. جهت بررسی پایایی آزمون

سلامتی و کیفیت زندگی افراد بیمار، محقق را بر آن داشت تا در پژوهش پیش رو به بررسی تأثیر آموزش درمان مبتنی بر کیفیت زندگی به شیوه گروهی بر بهزیستی ذهنی و خود اثرمندی در بیماران ام اس بپردازد.

روش پژوهش

جامعه آماری و نمونه‌های پژوهش

پژوهش حاضر به روش نیمه آزمایشی بر اساس طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه می‌باشد. در این روش آزمودنی‌ها قبل از این که در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شوند و قبل از اجرای متغیر مستقل (گروه درمانی وجودی) اقدام به پر کردن دو پرسشنامه اضطراب مرگ و رشد فردی کردند. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زنان عضو انجمن ام اس شهرستان شیراز در سال ۱۳۹۶ می‌باشد. نمونه‌گیری در این پژوهش به صورت نمونه‌گیری هدفمند صورت گرفت. بدین منظور ابتدا پرسشنامه بهزیستی ذهنی و خود اثرمندی توسط ۱۰۰ نفر از بیماران زن مبتلا به ام اس که به انجمن ام اس شهرستان شیراز مراجعه کرده بودند تکمیل و ۳۰ نفر از کسانی که کمترین نمره را در پرسشنامه بهزیستی ذهنی و خود اثرمندی کسب نمودند و داوطلب شرکت در پژوهش بودند ۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل به‌طور تصادفی جایگزین شدند.

ابزار پژوهش

۱. پرسشنامه بهزیستی ذهنی. این پرسشنامه توسط کی‌یز و ماگیارمو در سال ۲۰۰۳ طراحی شد که شامل سه بعد بهزیستی هیجانی (۱۲ سؤال)، بهزیستی روان‌شناختی (۱۸ سؤال) و بهزیستی اجتماعی (۱۵ سؤال) می‌باشد. بهزیستی هیجانی: سؤالات بخش هیجانات مثبت (۶ سؤال اول) با سؤالات بخش هیجانات منفی (۶ سؤال دوم) با هم جمع می‌شوند و نمره کل بهزیستی هیجانی به دست می‌آید. البته، همه سؤالات بخش هیجانات منفی به غیر از سؤال ۵ از مقیاس بهزیستی هیجانی، بر عکس کدگذاری می‌شوند و سپس با یکدیگر جمع می‌گردند. با توجه به ارزش‌گذاری ۱ تا ۵ برای گزینه‌های اصلاً تا تمام مدت در این زیر مقیاس حداقل نمره ۱۶ و حداکثر نمره ۵۶ می‌باشد (گلستانی بخت، ۱۳۸۶).

روش اجرای پس از مراجعه به مراکز درمانی شهر شیراز و تهیه فهرستی از بیماران ام اس آزمون خوداثرمندی و بهزیستی ذهنی بر روی داوطلبین انجام شد. سپس ۳۰ نفر از کسانی که کمترین نمره را در آزمون خوداثرمندی و بهزیستی ذهنی کسب کرده بودند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و کنترل قرار گرفتند. سپس گروه آزمایش به مدت ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای مورد آموزش درمان گروهی مبتنی بر کیفیت زندگی قرار گرفت. گروه کنترل هیچ‌گونه آموزشی دریافت نکردند و بعد از اتمام جلسات گروهی مبتنی بر کیفیت زندگی مجدداً پس آزمون بر روی هر دو گروه اجرا گردید. برای اعضای گروه آزمایش، رویکرد مبتنی بر کیفیت زندگی به صورت گروهی به مدت ۹۰ دقیقه در هر جلسه ارائه شد که محتوای جلسات به شرح زیر بود:

سازندگان آن از روش دونیمه کردن استفاده نمودند. ضریب پایایی آزمون از طریق اسپیرمن-براون با طول برابر ۰/۷۶ و با طول نابرابر ۰/۷۶ و از روش گاتمن و آلفای کرونباخ ۰/۷۶ به دست آمد (به نقل از براتی بختیاری، ۱۳۷۵). در تحقیق مقدماتی (۱۳۸۷) جهت بررسی پایایی آزمون از دو روش آلفای کرونباخ و دونیمه کردن استفاده شد که به ترتیب برابر ۰/۸۵ و ۰/۸۲ به دست آمد (حسن‌زاده و همکاران، ۱۳۸۹). احمدی (۱۳۹۰) پایایی این پرسشنامه را به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۸۴، به روش تصنیف ۰/۷۴، به روش گاتمن ۰/۷۸ به دست آورد.

جدول ۱. شرح مختصر جلسات گروه درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی

جلسه	محتوای جلسه
اول	معارفه و آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، تعریف نقش کیفیت زندگی در زندگی شخص، معرفی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی و رویکردهای جدید درمانی در روان‌شناسی، آموزش مدل پنج راهه CASIO، تعیین رئوس و ساختار کلی جلسات، تکمیل نیمرخ کیفیت زندگی به صورت فردی، توافق بر حوزه‌های مهم از بین ۱۶ حوزه مشخص شده در درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، دریافت بازخورد
دوم	بررسی نقش متغیرهای مربوطه در سلامت روانی افراد، تعریف عزت نفس بر اساس مدل درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، اولین راه موفقیت در دستیابی به عزت نفس (کمک به بهبود عزت نفس افراد از طریق عمل کردن بر طبق استانداردهایی که افراد در حوزه‌های ارزشمند زندگیشان در نظر گرفته‌اند و از این طریق، افزایش رضایت خاطر)، آموزش و ارائه تکلیف «یادداشت موفقیت» برای اجرا در منزل، دومین راه موفقیت در دستیابی عزت نفس (مسیر «لطفاً سؤال نکنید!»)، سومین راه موفقیت در دستیابی عزت نفس (مسیر خود پذیری)، چهارمین راه موفقیت در دستیابی به عزت نفس (روابط اجتماعی سودبخش)، پنجمین راه موفقیت در دستیابی به عزت نفس (یاری‌رسانی)، آموزش و ارائه تکنیک BAT جهت تکمیل در منزل، آموزش استفاده از «لیست توانایی‌ها»، دریافت بازخورد
سوم	مرور تکلیف جلسه قبل؛ تعیین دستور جلسه، مروری کوتاه بر جلسه قبل و بررسی تکالیف جلسه قبل، تعریف سلامتی مطابق درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، ارتباط شادکامی با سلامت روانی و جسمانی، بررسی عادات غلط در مورد سلامتی، آموزش تمرین «سبد تخم‌مرغ» جهت تکمیل در منزل، آموزش برنامه شش مرحله‌ای کنترل عادات، مطابق با دستورالعمل درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، آموزش برنامه‌ریزی روزانه T(DAP) بررسی روند کمک به مسائل مزمن بهداشتی، اصل «پذیرش چیزهایی که نمی‌توانیم تغییر دهیم»، دریافت بازخورد
چهارم	تعیین دستور جلسه، مروری کوتاه بر جلسه قبل و بررسی تکالیف جلسه قبل، آشنایی با نقش اهداف، ارزش‌ها و زندگی معنوی در رضایت از زندگی، مشخص کردن فلسفه زندگی، اجرای تمرین هدف‌یابی، آموزش تکنیک نمایشنامه زندگی، کارکردهای مذهبی و معنوی بودن T آشنایی با اصول تعیین هدف، دریافت بازخورد

پنجم	تعیین دستور جلسه، مروری کوتاه بر جلسه قبل و بررسی تکالیف جلسه قبل، تعریف ارتباط در درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، آموزش انگاره‌های اصلی ارتباط در درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، آموزش مهارت‌های ارتقای رضایت خاطر از ارتباط، آموزش فن نامه‌نگاری ۱ و ۲، آشنایی و آموزش استفاده از فرهنگ لغات احساسات، دریافت بازخورد
ششم	مرور تکالیف جلسه قبل و بیان احساسات اعضا؛ تعیین دستور جلسه، مروری کوتاه بر جلسه قبل و بررسی تکالیف جلسه قبل، تعریف یادگیری در درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، آموزش مراحل ۵ گانه جهت افزایش یادگیری در حیطه‌های مورد علاقه، آموزش مهارت‌های مطالعه و یادگیری دریافت بازخورد
هفتم	تعیین دستور جلسه، مروری کوتاه بر جلسه قبل و بررسی تکالیف جلسه قبل، آموزش تفاوت بین «فعالیت‌های باید و خواستن»، نیاز به بازی و تفریح یعنی چه؟ مشخص کردن بازی‌هایی که باعث تخریب کیفیت زندگی می‌شود. بررسی رابطه شادی و تفریح، گام‌های مؤثر برای برقراری عادت کردن به بازی و تفریح، آموزش و ارائه تکالیف لیست بازی‌های جهت تکمیل در منزل، دریافت بازخورد
هشتم	تعیین دستور جلسه، مروری کوتاه بر جلسه قبل و بررسی تکالیف جلسه قبل، آموزش استفاده از فرم استرس‌های شخصی و چک‌لیست اضطراری عود به منظور حفظ نتایج درمان و پیشگیری از عود، دریافت بازخورد در خصوص درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، مروری بر مدل CASIO و تأیید بر استفاده از آن در تمام زندگی

یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد سن گروه آزمایش ۳۳/۴۶ (۲/۷۸) و گروه کنترل ۳۳/۸۷ (۲/۹۴) بود. همچنین ۴ نفر از زنان گروه آزمایش دارای مدرک تحصیلی دیپلم، ۳ نفر فوق‌دیپلم ۶ نفر لیسانس و ۲ نفر لیسانس و ۲ نفر فوق‌لیسانس و ۴ نفر از زنان گروه کنترل دارای مدرک تحصیلی دیپلم، ۵ نفر فوق‌دیپلم، ۴ نفر لیسانس و ۲ نفر بدون شغل و ۴ نفر بدون شغل بودند. همچنین ۱۰ نفر از زنان گروه آزمایش دارای شغل و ۵ نفر بدون شغل و از گروه کنترل نیز ۱۱ نفر دارای شغل و ۴ نفر بدون شغل بودند.

جدول ۲. شاخص‌های آماری بهزیستی ذهنی و خود اثرمندی و خرده مقیاس‌های آن در گروه‌های کنترل و آزمایش

متغیرها	آزمون	آزمایش		کنترل	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
بهزیستی هیجانی	پیش‌آزمون	۵۳/۳۸	۷/۲۵	۵۵/۰۷	۴/۷۴
	پس‌آزمون	۵۹/۵۴	۵/۹۱	۵۵/۴۲	۵/۵۴
بهزیستی روان‌شناختی	پیش‌آزمون	۴۸/۲۳	۱۰/۲۶	۵۳/۶۹	۶/۱۴
	پس‌آزمون	۵۵/۶۹	۷/۳۱	۵۷/۰۳	۶/۲۱
بهزیستی اجتماعی	پیش‌آزمون	۵۳/۳۸	۸/۲۸	۵۴/۵۳	۶/۳
	پس‌آزمون	۶۹/۷۶	۶/۱۳	۶۰/۶۳	۷/۴۱
خود اثرمندی	پیش‌آزمون	۲۷/۸۳	۴/۲۸	۳۲/۶۲	۴/۲۵
	پس‌آزمون	۳۵/۷۶	۴/۱۳	۳۲/۳۳	۴/۱۲

بیشتر است یعنی بعد از گروه درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی، میانگین بهزیستی ذهنی و ابعاد آن در گروه آزمایش به‌طور شهودی افزایش یافته است. همچنین مشاهده می‌شود در

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون (بعد از گروه درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی) میانگین بهزیستی ذهنی و ابعاد آن از پیش‌آزمون

میانگین رشد فردی در گروه آزمایش به طور شهودی افزایش یافته است. این تفاوت‌ها در گروه کنترل محسوس نیست.

گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون (بعد از گروه درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی) میانگین رشد فردی از پیش‌آزمون بیشتر است یعنی بعد از گروه درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی،

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس گروه درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی بر بهزیستی ذهنی بیماران ام. اس

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره آزمون	p	مجذور اتا
اثر پیش‌آزمون	۲۲۴۶/۹۰	۱	۲۲۴۶/۹۰	۱۶/۵۷۰	۰/۰۰	۰/۶۱
اثر متغیر مستقل	۶۱۰/۱۰۰	۱	۶۱۰/۱۰۰	۴/۴۹۱	۰/۰۴۳	۰/۱۶
خطا	۳۶۶/۰۹۱	۲۷	۱۳۵/۷۸۱			
کل تصحیح شده	۶۸۵۶/۸۰۰	۲۹				

تأثیر پیش‌آزمون تفاوت معنادار وجود دارد و گروه درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی بر بهزیستی ذهنی بیماران ام اس در مرحله پس‌آزمون تأثیر معناداری داشته است. میزان این تأثیر بنا به ستون مجذور ضریب اتا برابر با ۱۶ درصد می‌باشد.

همان‌گونه که در جدول فوق مشاهده می‌گردد مقدار آماره آزمون اثر متغیر مستقل بر بهزیستی ذهنی برابر با $(F=۴/۴۹)$ شده است؛ بنابراین بین بهزیستی ذهنی بیماران ام. اس در دو گروه کنترل و آزمایش در مرحله پس‌آزمون پس از حذف

جدول ۳. تحلیل واریانس نمرات افتراقی پیش‌آزمون و پس‌آزمون در خودآزمندی بیماران ام. اس

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	p	مجذور اتا
بین گروهی	۲۹۰/۴۳۷	۱	۲۹۰/۴۴۰	۱۳/۷۵۳	۰/۰۰۱	۰/۳۲۹
خطا	۵۹۱/۴۷۵	۲۷	۲۱/۹۰			
کل تصحیح شده	۸۸۱/۹۲۵	۲۹				

مازاد (نمره‌های تفاضل پس‌آزمون از پیش‌آزمون) در بین دو گروه آزمایش و کنترل بیانگر آن است که گروه درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی توانسته است بر خودآزمندی بیماران ام. اس تأثیر معنی‌دار بگذارد و موجب افزایش آن‌ها شود.

در جدول ۳ تحلیل واریانس یک عاملی نشان می‌دهد که بین تفاضل نمره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون خودآزمندی بیماران ام اس در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌دار $p < 0/01$ وجود دارد. میزان این تفاوت بنا به ستون مجذور برابر با ۳۳ درصد می‌باشد. تفاوت معنی‌داری میانگین نمره‌ی

جدول ۴ نتایج تحلیل کوواریانس گروه درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی بر ابعاد بهزیستی ذهنی بیماران ام. اس

ابعاد	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره آزمون	p	اتا
بهزیستی هیجانی	اثر پیش‌آزمون	۱۶۳/۷۳۲	۱	۱۶۳/۷۳۲	۱۳/۱۷۲	۰/۰۰۳	۰/۳۴۰
	اثر متغیر مستقل	۱۲۷/۴۱۳	۱	۱۲۷/۴۱۳	۷/۲۵	۰/۰۳۵	۰/۲۳۰

۰/۳۶۳	۰/۰۰۰	۱۷/۶۵۴	۱۸۲/۶۱۲	۱	۱۸۲/۶۱۲	اثر پیش‌آزمون	بهزیستی روان‌شناختی
۰/۲۴۵	۰/۰۰۳	۱۱/۱۳۶	۱۱۶/۵۱۲	۱	۱۱۶/۵۱۲	اثر متغیر مستقل	
۰/۰۴۶	۰/۲۶۶	۱/۲۹	۱۵/۸۸۳	۱	۱۵/۸۸۳	اثر پیش‌آزمون	بهزیستی اجتماعی
۰/۲۵۳	۰/۰۰۵	۹/۱۲۶	۱۱۲/۳۷۳	۱	۱۱۲/۳۷۳	اثر متغیر مستقل	

میشل و همکاران (۲۰۰۹)، عابدی و وستانیس (۲۰۱۰) همخوانی دارد.

ترک زبان (۱۳۹۵) نتیجه گرفت که روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر ارتقا بهزیستی روان‌شناختی و خودکارآمدی مؤثر بوده است. ولی (۱۳۹۳) نتیجه گرفت که آموزش مبتنی بر کیفیت زندگی موجب کاهش دلزدگی زناشویی و بهبود بهزیستی روان‌شناختی گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده است. صحت (۱۳۸۲) نشان داد که با افزایش شدت بیماری، سلامتی ذهنی بیماران بیشتر از سلامت فیزیکی آنها تحت تأثیر بیماری قرار می‌گیرد. خضری مقدم (۱۳۹۱) نتیجه گرفت که گروه درمانی باعث کاهش استرس و اضطراب در بیماران مبتلا به ام. اس می‌شود. قاسمی (۱۳۸۸) نشان داد که درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، میزان سلامت روان آزمودنی‌ها را در هر دو مرحله (پس‌آزمون و پیگیری) افزایش داده است. یکی از علل اثربخشی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر افزایش بهزیستی ذهنی افراد گروه آزمایش، آگاه کردن آنان درباره این موضوع بود که خود واقعی‌شان را بشناسند و به جای اینکه تنها بر ضعف‌های خود تمرکز کنند، توانایی‌های خود را نیز مورد شناسایی و تقویت قرار دهند تا بتوانند در حوزه‌هایی از زندگی خود که درباره آن نگران هستند، موفق‌تر عمل کرده و احساس بهتری نسبت به خودشان پیدا کنند. مالوکا (۲۰۰۰) در این ارتباط، مشخص کرد که مطابق با هرم نیازهای مزلو، داشتن خود پنداره مثبت، نقش بسیار زیادی در بهزیستی ذهنی دارد.

ارتباطات اجتماعی سالم و اصلاح الگوی ارتباطی، یکی از مواردی بود که در این دوره، بیماران ام. اس فرا گرفتند. افراد در چند مرحله یاد گرفتند که ابتدا با بازسازی شناختی و آگاه سازی، روابط معیوب خود را شناسایی کنند، سپس یک سری مهارت‌های ارتباطی را به صورت رفتاری، تمرین کنند.

همان‌گونه که در جدول فوق مشاهده می‌گردد چون در تمامی ابعاد بهزیستی ذهنی مقدار آماره آزمون اثر متغیر مستقل در مرحله پس‌آزمون معنادار شده ($p < 0/05$) است بنابراین بین ابعاد بهزیستی ذهنی بیماران ام. اس در دو گروه کنترل و آزمایش در مرحله پس‌آزمون پس از حذف تأثیر پیش‌آزمون تفاوت معنادار وجود دارد و گروه درمانی گروه درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی بر تمام ابعاد بهزیستی ذهنی بیماران ام. اس در مرحله پس‌آزمون تأثیر معناداری داشته است. میزان این تأثیر برای ابعاد بهزیستی هیجانی، روان‌شناختی و اجتماعی به ترتیب برابر با ۲۳، ۲۴ و ۲۵ درصد می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تبیین اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی بر خوداثرمندی و بهزیستی ذهنی بیماران ام. اس انجام گرفت. نتایج نشان داد که مقدار آماره آزمون اثر متغیر مستقل بر بهزیستی ذهنی برابر با $F=4/49$ شده است؛ بنابراین بین بهزیستی ذهنی بیماران ام. اس در دو گروه کنترل و آزمایش در مرحله پس‌آزمون پس از حذف تأثیر پیش‌آزمون تفاوت معنادار وجود دارد و گروه درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی بر بهزیستی ذهنی بیماران ام. اس در مرحله پس‌آزمون تأثیر معناداری داشته است. میزان این تأثیر بنا به ستون مجذور ضریب اتا برابر با ۱۶ درصد می‌باشد؛ بنابراین نتایج پژوهش حاضر فرضیه‌ی پژوهشگر، در خصوص تأثیر گروه درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی بر افزایش بهزیستی ذهنی بیماران ام. اس را تأیید نمود. نتایج به دست آمده با نتایج حاصل از پژوهش‌های صحت (۱۳۸۲)، قاسمی (۱۳۸۸)، خضری مقدم (۱۳۹۱)، محمودی و همکاران (۱۳۹۳)، ولی (۱۳۹۳)، ترک زبان (۱۳۹۵)، سین و لیوبومرسکی (۲۰۰۹)،

است و این حس و فرض را در افراد تقویت می‌کند که زندگی برای افراد قابل کنترل است و بدین طریق این بیماران را در تعیین اهداف برای زندگی تشویق و تقویت می‌کند. درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی با توجه به ذهنی بودن به بیماران ام. اس می‌آموزد که خود فرد عامل شکوفایی و پیشرفت می‌باشد و نه شخص جایگزین و بدین طریق به بیماران ام. اس می‌آموزد تا با روبرو شدن با شرایط سخت و مشکلات، سعی در شکوفا ساختن کلیه نیروها و استعدادهاى خود و پرورش و به دست آوردن توانایی‌های جدید داشته باشند، زیرا رویی با این شرایط باعث می‌شود توانایی زوجین در حل مشکلات افزایش یابد.

همچنین نتایج تحلیل واریانس یک عاملی نشان داد که بین تفاضل نمره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون خودآزمندی بیماران ام اس در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌دار ($p < 0/01$) وجود دارد. میزان این تفاوت بنا به ستون مجذور برابر با ۳۳ درصد می‌باشد. لذا مطابق با فرضیه پژوهشگر می‌توان نتیجه گرفت که گروه درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی توانسته است بر خودآزمندی بیماران ام. اس تأثیر معنی‌دار بگذارد و موجب افزایش آن‌ها شود. این نتایج با نتایج حاصل از پژوهش‌های ترک زبان (۱۳۹۵)، محمودی و همکاران (۱۳۹۳)، جارمیل و مارتینا (۲۰۱۱)، دیاکوبی و دیتریک (۲۰۱۲)، پاکرت و همکاران (۲۰۱۴)، رودریگو و همکاران (۲۰۱۶)، میلوکا (۲۰۱۵) همسو و هماهنگ است.

ترک زبان (۱۳۹۵) نتیجه گرفت که روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر ارتقا بهزیستی روان‌شناختی و خودکارآمدی مؤثر بوده است. محمودی و همکاران (۱۳۹۳) نتیجه گرفتند که گروه درمانی بر اضطراب و استرس بیماران ام. اس تأثیر معناداری دارد. دیاکوبی و دیتریک (۲۰۱۲) به این نتیجه رسیدند که کیفیت زندگی بیماران ام. اس با احساس کارآمدی و سلامت روان و خودمدیریتی‌شان رابطه مثبتی دارد. پاکرت و همکاران (۲۰۱۴) نشان دادند که درمان ترکیبی کیفیت زندگی با مذهب و معنویت باعث بهبود مهارت‌های مقابله‌ای و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب منتشر می‌شود. این نتیجه را می‌توان چنین تبیین کرد که درمان

بیماران مبتلا به بیماری ام. اس با استفاده از تکنیک سبد تخم‌مرغ‌ها، یاد گرفتند که یکی از دلایل نارضایتی آن‌ها در روابط، این است که تمام ارزش‌گذاری‌های روانی و احساسی خود را صرف یک رابطه کرده‌اند و به ارتباطات دیگر و یا فعالیت‌های دیگر، ارزشی نمی‌دهند. در این ارتباط، یافته‌های پژوهشی حاکی از آن است که عواطف و تأیید رفتاری از سوی دیگران با بهزیستی ذهنی به صورت مثبت در ارتباط است و تأیید رفتاری و پایگاه اجتماعی گسترده داشتن، روی عواطف مثبت، اثر مثبت و روی عواطف منفی، اثر منفی می‌گذارد. در همین رابطه لیمبومرسکی و دلاپورتا (۲۰۰۱) نیز معتقدند که بهزیستی ذهنی بلندمدت با فاکتورهای محیطی مانند تفریح و فعالیت همراه با کودکان، داشتن دیدی خوش‌بین، ابراز قدردانی‌ها و سپاسگزاری‌ها از خود و دیگران در ارتباط است.

یکی از عواملی که بر روی بهزیستی ذهنی تأثیر مثبت می‌گذارد، امیدواری می‌باشد و از آنجا که افراد امیدوار سالم‌تر و شادترند و دستگاه‌های ایمنی آنان کارکرد بهتری دارد، آنان با بهره‌گیری از راهبردهای کنار آمدن مؤثرتر مانند ارزیابی مجدد و مسئله‌گشایی، با فشارهای روانی بهتر کنار می‌آیند. لذا در گروه درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی روی امیدواری بیماران ام. اس کار شد. بیماران ام اس با برخورداری از سطوح بالای امید، این باور را در خود پرورش داده‌اند که می‌توانند با چالش‌ها سازش کنند و با ناملايمات کنار بیایند. آنان وقتی در زندگی با موانعی روبرو می‌شوند، هیجان‌های منفی کمتری را تجربه می‌کنند و در نتیجه از سلامت روان بیشتری برخوردارند و علائم روان‌شناختی مانند اضطراب، افسردگی و... در آن‌ها کمتر و بهزیستی ذهنی بیشتر است. در این راستا تکنیک‌های آموزش برنامه و تکنیک سبد تخم‌مرغ‌ها می‌تواند در برنامه‌ریزی روزانه ایجاد انگیزه برای فعالیت و داشتن هدف برای رفتارها کمک‌کننده باشد و در نتیجه به درمانجو برای داشتن امیدواری کمک کند. درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی با تأکید بر جنبه‌های مثبت و ابعاد مختلف زندگی بیماران ام. اس موجب به وجود آمدن ایده‌هایی می‌شود که نشان دهنده توانایی کنترل هیجانات در زندگی

دیگر از حیطه‌های مورد بررسی در درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، حیطه عزت نفس است و در این راستا از تکنیک‌های یادداشت موفقیت‌ها، تکنیک (توجه به نعمت‌ها) و توجه به توانایی‌های خود استفاده شد. در این تکنیک‌ها به بیماران ام. اس آموزش داده می‌شود که به توانایی‌ها و دستاوردهای خود توجه کنند و از این رهگذر به عزت نفس و خود اثرمندی بیشتری نائل شوند. پژوهش حاضر مانند هر پژوهش و تحقیق علمی دیگر در عمل با موانع و محدودیت‌هایی رو به رو بوده است؛ دسته‌ای از این محدودیت‌ها جنبه درونی و برخی جنبه بیرونی مسئله را شامل می‌شود و از جمله این محدودیت‌ها می‌توان محدودیت‌های مالی، اداری و اجرایی را نام برد. با توجه به این که در اجرای این پژوهش فرصت‌های زیادی برای بررسی متغیرهای موجود در آن فراهم آمد، اما اجرای چنین کاری با محدودیت‌هایی هم همراه بود در تحلیل‌های این پژوهش نقش متغیرهایی مانند نوع بیماری ام. اس، نوع داروهای مصرفی، تعداد عودها، شدت درد و به طور کلی وضعیت ناتوانی بررسی نگردید؛ در نتیجه قضاوت در مورد نقش مخدوش گر احتمالی این متغیرها در نتایج این پژوهش امکان‌پذیر نیست. همچنین برخوردار نبودن گروه گواه از جلسه‌ای مشاوره گروهی معمولی به منظور حذف اثر انتظار گروه درمانی که به علت محدودیت وقت و کمبود امکانات میسر نبود و فقدان دوره پیگیری برای ارزیابی میزان تداوم اثر درمانی یکی دیگر از محدودیت‌های این پژوهش است.

با توجه به اینکه پژوهش حاضر اثرگذاری مثبت دوره درمانی گروه درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی بر بهزیستی ذهنی و خود اثرمندی را در بیماران مبتلا به ام. اس مورد تأیید قرار داده است، پیشنهاد می‌گردد، امکان استفاده از این رویکرد در مراکز بهزیستی و توان‌بخشی برای معلولین و بیماران ام. اس فراهم شود. همچنین استفاده‌ی فراگیر از روش‌های کل‌نگر، تیمی و بین‌رشته‌ای در درمان بیماران ام. اس، تدوین برنامه‌های پیشگیرانه بر اساس نظریه‌ی امید شنایدر و استفاده از نقش پیشگیرانه‌ی آن با آموزش به دانش آموزان و نوجوانان به منظور حمایت از آن‌ها در برابر رویدادهای استرس‌زای زندگی، به متخصصین و درمانگران پیشنهاد می‌گردد و در

مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی، یکی از رویکردهای متعدد روان‌شناسی مثبت به منظور افزایش شادی و بهبود کیفیت زندگی است. در این درمان، به بیماران ام. اس، نظریه‌ها، انگاره‌ها و مهارت‌هایی آموخته شد، که به آن‌ها کمک کند؛ نیازها، اهداف و آرزوهای مربوط به حیطه‌ی ارزشمندی زندگی خود را تعیین، پیگیری و برآورده سازند. بر خلاف بقیه درمانگران و رویکردهای درمانی که تنها روی مشکلات، تأکید دارند، این درمان، روی یادگیری، کمک کردن و خلاقیت تأکید دارد. این رویکرد درمانی به درمان جویان آموزش می‌دهد که شادی نیز یک انتخاب است. مداخله‌ها در این روش، تنها بر خود فرد، تمرکز ندارد، بلکه در کمک به درمان جویان جهت تحول پیدا کردن، به وسیله یادگیری، همدردی و محبت ورزیدن، تمرکز می‌کند. این رویکرد بر نیاز درمان جویان، جهت تمرکز کردن و رسیدن به ارزش‌هایشان تأکید دارد. تجارب که توسط این درمان بنا شده است در مدل پنج راهه ترکیب شده است. این مدل شالوده و پایه اصلی درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی را تشکیل می‌دهد.

از طرفی پژوهش‌ها در رابطه با درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی خصوصاً نشان می‌دهد که بیماران ام. اس به علت این که در برآورده ساختن معیارهای عملکرد و موفقیت خودشان در حیطه‌های ارزشمند زندگی مثل کار، تحصیل، روابط عاشقانه، دوستی‌ها، عملکرد اخلاقی یا توانایی کنترل علائم اختلال روانی مثل افسردگی، اضطراب و اعتیاد احساس شکست و ناتوانی می‌کنند؛ دچار احترام به خویشتن کم یا به عبارتی خود اثرمندی پایین می‌شوند. راه‌های موفقیت برای کسب احترام به خویشتن و افزایش خودکارآمدی در این دیدگاه استفاده از تکنیک‌های بازسازی شناختی مثل دروغ‌سنج و ثبت روزانه استرس، همچنین تمرین موهبت‌ها/ دستاوردها/ استعدادها و ثبت موفقیت دو ابزار دیگری هستند که می‌تواند خود اثرمندی بیماران ام. اس را افزایش دهند. احتمالاً استفاده از همین تکنیک‌ها توانسته خودکارآمدی بیماران ام. اس را در مرحله پس‌آزمون افزایش داده و اثربخشی خود را در مراحل پی پیگیری نیز حفظ کند. یکی

محمودی و نصیری، ارزیابی ذهنیت سلامتی بیماران ام اس در دانشگاه علوم پزشکی مازندران، مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران ۱۸ (۶۸)، بهمن ۱۳۸۷، ۷۰-

۷۳

ولی علی. (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر کیفیت زندگی بر دلزدگی زناشویی و بهزیستی روان‌شناختی زوج‌های مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر پاره. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه شهید چمران اهواز. دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی.

Bandura, A. Adams, N. E. (2002). Analysis of self-efficacy theory in behavior change, *Cognitive theory ther & res.* 23 (1): 287-310.

Dennison, L. Moss-Morris, R. & Chalder, T. (2009). A review of psychological correlates of adjustment in patients with multiple sclerosis *clinical psychology review*, 29, 141-153.

Fjeldstad, C. Pardo, G. (2014). Self-efficacy, Physical Activity and QOL in People with MS. *Journal Neural Neurophysiol.* 5:194.

Frisch, M. B. (2006). *Quality of life therapy.* Hoboken, New Jersey: Wiley.

Keyes, C. L. M. (2002). The mental Health continuum: from languishing to flourishing in life. *Journal of health and social reasearch.* Vol 43, 207- 222.

Keyes, C. L. M. (2005). *Subjective well-being in mental health and human development research,* Washington. in positive psychological assessment. 411- 425.

Lucas, R. E. Diener, E. Suh, E. D. (1996). Criminate Validity of well-being measures. *Journal Per and SocPsychol;* (71): 616-628.

Lyubomirsky, S. Tkach, C. Dimmateo, M. R. (2007). What are the differences between happiness and selfesteem. *Journal Soc Iindic Res;* 78: 363-404.

Maluka, C. S. (2004). *Subjective well-being and self-esteem in a disadvantaged community [dissertation].* master thesis, UNISA.

Mitchell J, Stanimirovic R, Klein B, Vella-Brodric DA. (2009) Randomized controlled trial of a selfguided internet intervention promoting wellbeing. *Journal of Computers in Human Behavior.* 2009;25 (3):749-760.

Motl, R. W. McAuley, E., Snook, E. M., Gliottoni, R. C. (2014). Physical activity and quality of life in multiple sclerosis: Intermediary roles of disability, fatigue, mood, pain, self-efficacy and social support. *Psychol Health Med.* 14 (1): 111-24.

آخر پیشنهاد می‌گردد که از این پژوهش برای بهبود کیفیت زندگی زناشویی بیماران مبتلا به ام. اس در مراکز درمانی استفاده شود.

موازین اخلاقی

در این پژوهش موازین اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. با توجه به شرایط و زمان انجام مداخله آموزشی ضمن تأکید به محرمانه بودن فرایند مداخله، شرکت‌کنندگان در مورد خروج از پژوهش مختار بودند.

سپاسگزاری

از همه زنان شرکت‌کننده در پژوهش و همه کسانی که ما را در اجرای این پژوهش یاری کردند تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

منابع

ترک زبان، مهران. (۱۳۹۵). اثربخشی روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر ارتقاء بهزیستی روان‌شناختی و خودکارآمدی زنان سرپرست خانواده. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علامه طباطبایی. دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی.

قاسمی، نظام‌الدین. کجیاف، محمدباقر. ربیعی، محمد. (۱۳۹۰). اثربخشی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر بهزیستی و سلامت روان. *مجله روان‌شناسی بالینی،* سال سوم، شماره ۲: ۲۳-۳۵.

قاسمی، نظام‌الدین. (۱۳۸۸). بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر بهزیستی ذهنی و سلامت روان افراد مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه اصفهان. دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی.

صحت محمود (۱۳۸۲). ارتباط بین کیفیت زندگی بیمار و ام اس، نشریه پایگاه اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی روان‌شناسی بالینی: بهار ۱۳۹۱، ۴(۱)، ۲۲-۱۳

- Paukert AL, et al. (2014), Integration of religion into cognitive-behavioral therapy for geriatric anxiety and depression. *J Psychiatr Pract.* 2014; 15 (2): 103-12.
- Rigby, S. A., Domenech, C., Thornton, E. W., Tedman, S., Young, C. A. (2003). Development and validation of a self-efficacy measure for people with multiple sclerosis: the Multiple Sclerosis Self-efficacy Scale. *Mult Scler.* 9 (1):73-81.
- Rodrigue JR, Madel brot DA, and p. M. A, (2016). Psychological intervention to improve quality of life and reduce psychological distress in adults awaiting kidney trans plantation. *Nephrol Dial Transplant.* 2016; 26 (2): 709-15.
- Seligman, M. (2011). *Flourish: A new understanding of happiness, well-being and how to achieve them.* Nicholas B realy Pub.
- Seligman, M. E., Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: an introduction, *Am Psychol*; 55 (1): 5.
- Sin N, Lyubomirsky S. Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: A practice- friendly meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology.* 2009;65 (5):467-487.
- Yang. Y. (2012). Long and happy living: Trends and patterns of happy life expectancy in the US. *Journal Coc Sci Res*; 39: 224-235.