

The effect of hope based group therapy approach on the severity of depression in multiple sclerosis patients

*Bahramian J¹, Zahra Kar K², Rasouli M³

Abstract

Introduction: Multiple sclerosis is one of the most common chronic diseases of central nervous system. Chronic nature of the disease, uncertain prognosis, lack of definitive cure and involving mostly young people will cause multiple psychological disorders in these patients that depression is the most prevalent one. This study was conducted to investigate the effect of hope therapy on depression in multiple sclerosis patients.

Methods: this study had one of the quasi- experimental designs called unequal control design. Twenty multiple sclerosis patients affiliated with MS Association of Isfahan were selected based on purposive, convenient sampling, willingness of subjects to participate in the study and consideration of inclusion and exclusion criteria. After random allocation of patients to intervention and control groups, the intervention group participated in eight 90 minutes sessions of group hope therapy. Before and after intervention, demographic and beck depression inventory questionnaires were used for data collection. Data were analyzed with descriptive statistics (mean, standard deviation, and frequency), inferential statistics (ANOVA test) with SPSS software.

Results: After hope therapy intervention the severity of depression in intervention group in comparison to control group two groups showed a significant difference ($p < 0.0001$). So that the mean depression score in the intervention group was 5/6 and in the control group was 12/43.

Conclusion: The present study showed hope therapy can decrease depression severity in multiple sclerosis patients. So, using of this therapeutic approach in multiple sclerosis patients and other patients with chronic conditions is recommended.

Keywords: Multiple sclerosis, depression, hope therapy.

Received: 29 April 2014

Accepted: 19 July 2014

1- MSc. in Family counseling, Department of counseling, University of kharazmi, Tehran, Iran. (**Corresponding Author**)

E-mail: j.bahramian@gmail.com

2- Assistant Professor, Department of counseling, University of kharazmi, Tehran, Iran.

3- Assistant Professor, Department of counseling, University of kharazmi, Tehran, Iran.

تأثیر گروه درمانی مبتنی بر رویکرد امید درمانی بر میزان افسردگی بیماران مبتلا به مولتیپل

اسکلروزیس

* جاسم بهرامیان^۱، کیانوش زهراکار^۲، محسن رسولی^۳

چکیده

مقدمه: مولتیپل اسکلروزیس یکی از شایع ترین بیماری های مزمن سیستم عصبی مرکزی است. مزمن بودن ماهیت بیماری، پیش آگاهی نامعلوم و درمان غیرقطعی و درگیر ساختن فرد در سنین جوانی باعث ایجاد اختلالات روانی متعددی در این بیماران می گردد که در این میان افسردگی بیشترین شیوع را دارد. این پژوهش با هدف بررسی تأثیر امید درمانی بر افسردگی بیماران مولتیپل اسکلروزیس انجام شد.

روش: برای انجام پژوهش حاضر از یکی از طرح های نیمه تجربی به نام طرح کنترل نابرابر استفاده شده است. حجم نمونه شامل ۲۰ بیمار مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس بود که با نمونه گیری مبتنی بر هدف، از نوع در دسترس و بر مبنای داوطلبانه بودن آزمودنی ها و دارا بودن معیارهای ورود به پژوهش از میان بیماران عضو انجمن (MS) اصفهان انتخاب شدند. بعد از تقسیم تصادفی آزمودنی ها در دو گروه شاهد و مداخله، گروه مداخله به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای تحت مداخله امید درمانی قرار گرفتند. برای جمع آوری داده ها در قبل و بعد از مداخله درمانی از پرسشنامه های دموگرافیک و پرسشنامه افسردگی بک استفاده شد. داده ها با استفاده از آماره های توصیفی (میانگین، انحراف معیار و فراوانی) و آماره های استنباطی (تحلیل کواریانس) با نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته ها: نتایج نشان داد که بعد از اجرای جلسات امید درمانی میزان افسردگی در گروه مداخله و شاهد تفاوت معنی داری داشت و افسردگی گروه مداخله در مقایسه با گروه شاهد به طور معنی داری کاهش یافته بود ($p < 0.001$) به طوری که میانگین نمره افسردگی در گروه مداخله ۵/۶ و در گروه شاهد ۱۲/۴۳ بود.

نتیجه گیری: پژوهش حاضر نشان داد که امید درمانی در کاهش میزان افسردگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس مؤثر می باشد. بنابراین بهره گیری از این رویکرد درمانی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس و سایر بیماری های مزمن مشابه توصیه می گردد.

کلیدواژه ها: مولتیپل اسکلروزیس، افسردگی، امید درمانی.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۴/۲۸

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۲/۹

۱- کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، گروه مشاوره، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران. (نویسنده مسؤول)

پست الکترونیکی: j.bahramian@gmail.com

۲- استادیار، گروه مشاوره، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

۳- استادیار، گروه مشاوره، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

مقدمه

یکی از وقایع دردناک زندگی بشر بروز بیماری‌های مزمن می‌باشد. اگرچه با پیشرفت درمان‌های پزشکی، بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن نسبت به گذشته از طول عمر بیشتری برخوردار شده‌اند اما همچنان با مسائل مربوط به سازگاری روبه‌رو می‌باشند. از این‌رو چالش مهم بهداشت و درمان در قرن حاضر، توجه به زندگی توأم با کیفیت و شادکامی این بیماران است (۱).

مولتیپل اسکلروزیس (Multiple Sclerosis) یکی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن سیستم عصبی مرکزی است که با دمی‌لینه شدن نورون‌های عصبی همراه است و قطعات دمی‌لینه شده حاصل از بیماری، سرتاسر ماده سفید را فراگرفته و عملکرد حسی و حرکتی را تحت تأثیر قرار می‌دهند (۲،۳). شایع‌ترین سن ابتلا به این بیماری در سنین ۲۰ تا ۴۰ سالگی می‌باشد (۴،۳) که فرد بیشترین مسئولیت‌های خانوادگی و اجتماعی را بر عهده دارد (۵). در نتیجه این بیماری به نیروهای مولد جامعه آسیب رسانده و این ضایعه متوجه کل افرادی است که در اجتماع زندگی می‌کنند (۶). این بیماری در میان افرادی که در مناطق اقلیمی شمالی و آب‌وهوای معتدل زندگی می‌کنند شایع‌تر است (۸،۷).

این بیماری تقریباً یک نفر از هر ۱۰۰۰ نفر را مبتلا ساخته و میزان شیوع آن در حدود ۱/۱ میلیون نفر در جهان می‌باشد (۹). طبق گزارش انجمن MS ایران در سال ۱۳۸۷ حدود ۳۰ تا ۴۰ هزار نفر تعداد تقریبی مبتلایان به این بیماری بودند (۱۰). شیوع MS در اصفهان ۳۵ در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر است که از مناطق با شیوع بالا در کشور می‌باشد، به‌طوری‌که در پژوهشی دیگر این شیوع ۴۳/۸ در ۱۰۰۰۰۰ نفر برآورده شده است (۱۱).

پیش‌آگاهی این بیماری نامعلوم است و بیماران انواع علائم متغیر جسمی و روانی ناشی از بیماری را تجربه می‌کنند (۳)؛ که این اختلالات عملکرد روزانه، زندگی اجتماعی و خانوادگی، استقلال عملکردی و برنامه‌ریزی فرد برای آینده را شدیداً تحت تأثیر قرار می‌دهد و در کل احساس خوب بودن را در فرد به‌شدت تخریب می‌کند. در حدود ۸۰ درصد بیماران دچار درجاتی از ناتوانی

می‌شوند و تنها یک نفر از هر پنج نفر بیمار وضعیتش ثابت می‌ماند و به سمت ناتوانی پیش نمی‌رود. از موارد ذکر شده می‌توان نتیجه گرفت که این بیماری می‌تواند باعث ایجاد علائم و اختلالات خلقی و روانی ناشی از مزمن بودن ماهیت بیماری و نداشتن پیش‌آگاهی قطعی در بیمار گردد. به‌گونه‌ای که مطالعات نشان می‌دهند بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس نسبت به افراد سالم دارای سطوح بسیار بالاتری از اختلالات روانی همچون افسردگی، استرس و اضطراب می‌باشند (۳). این علائم ممکن است در نتیجه تأثیر مستقیم التهاب و دمی‌لینه شدن اعصاب و یا ناشی از تأثیرات روانی بیماری مزمن و غیرقابل پیش‌بینی مولتیپل اسکلروزیس باشد. تظاهرات روانی این بیماری شامل اضطراب، استرس، افسردگی، اختلالات شناختی، تحریک‌پذیری و عصبانیت می‌باشند که در این بین، افسردگی و استرس بیشترین شیوع را در این بیماران دارند (۱۲). مطالعات نشان داده است که حدود ۶۰-۵۰ درصد بیماران مبتلا به MS از افسردگی و حدود ۳۷-۴۰ درصد نیز از اضطراب رنج می‌برند که به شدت بر کیفیت زندگی این بیماران تأثیرگذار است (۱۳).

نتایج مطالعه Beiske و همکاران در نروژ، بر روی ۱۴۰ بیمار مبتلا به MS نشان داد، ۳۱ درصد بیماران مبتلا به MS از افسردگی شاکی بودند؛ به‌گونه‌ای که میزان شیوع افسردگی در این بیماران به طور معنی‌داری از جمعیت عادی بیشتر بود (۱۴). در مطالعه‌ای دیگر توسط Thornton و همکاران میزان نگرانی در بیماری MS و ارتباط بین نگرانی با اضطراب و افسردگی در این بیماران به‌صورت مشاهده‌موردی بررسی شد که نشان داد نمره افسردگی و اضطراب در این بیماران از گروه شاهد بالاتر است و نگرانی بیماران MS، شامل دو بخش نگرانی بیماران از تأثیر بیماری بر فعالیت فیزیکی و نگرانی آن‌ها از تأثیر شدت بیماری بر روابط اجتماعی، ارتباطات فامیلی و فعالیت روزانه در خانه یا محل کار می‌باشد (۱۵). با توجه به موارد ذکرشده و شیوع بالای افسردگی در بیماران MS به‌کارگیری درمان‌های روانی و اجتماعی غیر از درمان‌های دارویی متداول جهت کاهش این علائم، امری

ضروری می‌باشد (۹). چراکه درمان‌های دارویی متداول در تمام بیماران مولتیپل اسکلروزیس مؤثر نیست و از طرفی داروها دارای عوارض بسیار زیادی مانند خستگی و عدم تعادل روحی و روانی می‌باشند که برای بر طرف کردن این عوارض هیچ درمان شناخته‌شده‌ای که کاملاً مؤثر باشد وجود ندارد (۱۶).

از آنجایی که در بیماری‌های مزمن درمان قطعی و کامل نشانه‌های بیماری دور از دسترس است، تلاش می‌شود که عوامل قابل تعدیل مؤثر بر ناتوانی فرد شناسایی گردیده تا با پیشگیری، درمان و بازتوانی به موقع آن‌ها به ارتقاء کیفیت زندگی فرد کمک نمود (۱۷). نتایج حاصل از تحقیقات حاکی از آن است که بین روش‌هایی نظیر حفظ انرژی، ورزش، تعاملات رفتاری و مداخلات روان‌شناسی با علائم بیماری مولتیپل اسکلروزیس ارتباط متقابلی وجود دارد (۱۸، ۱۹، ۲۰). در چند دهه اخیر روان‌شناسی سلامت و روان‌شناسی مثبت نگر به افزایش شادمانی، سلامت و مطالعه علمی در مورد نقش توانمندی‌های شخصی و سامانه‌های اجتماعی مثبت در ارتقاء سلامت بهینه تأکید کرده است (۲۱). علی‌رغم اهمیت امید در سلامت جسمانی و روانی، در گذشته توجه چندانی به آن نشده است، اما در جنبش جدید روان‌شناسی مثبت، توجه ویژه‌ای به موضوع امید شده است. همچنین از دیگر حیطه‌های روان‌شناسی مثبت‌گرا شادمانی و خلاقیت را می‌توان نام برد (۲۲). تظاهرات بالینی بیماری MS نقش مهمی در سازگاری فرد با این بیماری ایفاء می‌کند. به همین جهت مداخلات روان‌درمانی که این تظاهرات را مورد هدف قرار می‌دهند می‌توانند به سازگاری فرد با این بیماری کمک کند (۲۳). از آنجایی که این بیماری یکی از عوامل تهدید کننده امید محسوب می‌شود از این‌رو پرداختن به نوعی از روان‌درمانی که امید را هدف اصلی تغییر قرار دهد، برای مبتلایان به MS حائز اهمیت خواهد بود. در بین درمان‌های روان‌شناختی، امید درمانی اسنایدر، تنها درمانی است که امید را به عنوان هدف اصلی مد نظر قرار داده است و با ترکیب اصول مداخلات مبتنی بر شرح حال و تمرکز بر حل مسئله مشکلات شناختی، رفتاری یک نظام درمانی کوتاه مدت، نیمه ساختاریافته و

جدید را ارائه می‌کند. بر اساس نظریه اسنایدر، امید از سه مؤلفه‌ی اصلی هدف، عامل و کارگزار تشکیل شده است. موفقیت در دستیابی به اهداف، هیجان‌های مثبت و شکست در آن هیجان‌های منفی ایجاد می‌کند. افراد امیدوار گذرگاه‌های بیشتری برای دنبال کردن اهداف خود دارند و وقتی با مانع برخورد می‌کنند می‌توانند انگیزه خود را حفظ کرده و از گذرگاه‌های جانشین استفاده کنند درحالی‌که افراد ناامید به دلیل محدود بودن عامل و گذرگاه‌هایشان 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 مؤلفه‌ی اصلی امید در اشخاص 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 (۲۴). از نظر Snyder افسردگی با عدم تحقق اهدافی که برای فرد حائز اهمیت است رابطه مستقیمی دارد و سطح امیدواری پایین می‌تواند سطح افسردگی و نقص روانی، اجتماعی پایین‌تر را پیش‌بینی کند (۲۵). نتایج مطالعه Cheavens و همکاران و Hankins نشان داد که این درمان منجر به کاهش علائم افسردگی و افزایش امید می‌شود (۲۶، ۲۷). همچنین Cheavens و همکاران (۲۸) در پژوهش خود نشان دادند که امید درمانی می‌تواند تفکر عامل، معنای زندگی و عزت‌نفس را افزایش داده و نشانه‌های افسردگی را کاهش دهد. نتایج بسیاری از مطالعات بیانگر آن است که امید درمانی علائم افسردگی را بهبود می‌بخشد و نتایج پاره‌ای از مطالعات دیگر نیز بیانگر رابطه منفی بین افسردگی و امید بوده‌اند (۲۹، ۳۰).

با توجه به اینکه در جامعه ما به مفهوم سلامت عمومی و نقش درمان‌های روان‌شناختی در بیماران MS کم‌تر پرداخته شده است و با عنایت به کاربرد مداخلات روان‌شناختی، در امر توانبخشی و بازگشت به زندگی معمول این بیماران و مراقبین خانواده‌های آن‌ها؛ استفاده بیش از پیش از خدمات روان‌شناسان و

استفاده از درمان‌های روان شناختی مانند امید درمانی در کنار درمان‌های طبی گامی مؤثر در بهبود وضعیت سلامت روان به‌خصوص افسردگی و توجه به توانبخشی بیماران MS تلقی می‌شود. لذا در راستای تحقق اهداف فوق پژوهش حاضر به بررسی اثربخشی امید درمانی بر افسردگی 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 اسکلروزیس استان 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 ابتلاء به بیماری بوده و معیارهای خروج نیز شامل شرکت هم زمان در کارگاه یا کلاس آموزشی مرتبط با کیفیت و سبک زندگی، ابتلا به اختلالات حاد روانی و جسمی (بیماری‌های ناتوان‌کننده قلبی، تنفسی و بیماری افسردگی شدید، اسکیزوفرنیا و ... داشتن اختلال در تکلم یا شنوایی بود. نمونه‌گیری این پژوهش مبتنی بر هدف، از نوع در دسترس و بر مبنای داوطلبانه بودن آزمودنی‌ها بوده است که سپس آزمودنی‌ها به صورت تصادفی در دو گروه شاهد و مداخله تخصیص داده شدند.

جدول شماره ۱: 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 افسردگی
جلسه اول و دوم	بیان رابطه MS با کیفیت زندگی و سلامت عمومی، بررسی و تعیین نحوه تأثیر MS بر سلامت روان بیمار، تعیین رابطه امید بر MS و افسردگی بیماران، انتخاب اهداف درمانی و تشخیص مشکلات برای مداخله، شناخت مشکل کلی بیمار در زمینه کیفیت زندگی، به‌کارگیری فنون امید محوری شامل اجرای روش‌های درمانی تسکینی گوش دادن توجه آمیز، درک همدلانه و طرح سؤالات بسته، باز، حلقوی و...، تعیین اهداف 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 و چهارم	ارائه اهداف و توافق بر سر دستور کار، حفظ اتحاد درمانی، استفاده از فنون مداخلاتی راه حل محور، معرفی مفهوم و اصول و مبانی امید درمانی و مؤلفه‌های امید، تمایز بین امید واقعی و امید واهی به بیماران با تأکید بر مثال‌هایی از فرهنگ ایرانی اسلامی
جلسه پنجم و ششم	استفاده از فنون روایتی و داستانی در زمینه امید با تأکید بر نقش امیددهی ادیان به‌خصوص دین اسلام به‌منظور امید سازی یا لقاء امید، تفسیر وقایع از منظر دین و روان شناسی مثبت، جهت دادن بیماران به زمان حال و آینده به‌جای ماندن در گذشته، تشویق بیماران به نوشتن مطالب از طریق گفتن داستان خود، رابطه آن با بیماری MS و ارائه آن در جلسه بعدی درمان
جلسه هفتم و هشتم	گوش دادن به داستان بیماران با توجه به تکلیف ارائه‌شده در جلسه قبل، ادامه امید افزایی در بیماران، تعیین اهداف درمانی امیدبخش و آشنایی با مراحل هدف‌گزینی در زندگی، استفاده از فنون مختلف هدف‌گزینی و خلق اهداف روشن و عملی، رفع موانع ذهنی امید با استفاده از فنون امید درمانی، تعیین میزان مداخلات امید محورانه با تأکید بر سلامت روانی و کیفیت زندگی، بررسی اظهار نظر بیماران درباره میزان دستیابی به اهداف تعیین‌شده، تحکیم اثر مداخلات درمانی متمرکز بر امید در بیماران، اجرای آزمون نهایی بود.

حجم نمونه شامل ۲۰ بیمار مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس بود که با نمونه‌گیری مبتنی بر هدف، از نوع در دسترس و بر مبنای داوطلبانه بودن آزمودنی‌ها و از میان داوطلبانی که با معیارهای ورود به پژوهش همخوانی داشتند انتخاب شدند و سپس آزمودنی‌ها به صورت تصادفی در دو گروه ۱۰ نفری (۵مرد و ۵ زن) شاهد و مداخله تخصیص داده شدند. گروه مداخله به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در معرض متغیر مستقل (امید درمانی) قرار گرفت (جدول ۱)، اما گروه شاهد هیچ مداخله‌ای را دریافت نکرد. تکنیک و مراحل اجرای روش درمانی مبتنی بر نظریه امید درمانی شامل معرفی امید و جنبه‌های مختلف آن، معرفی اهداف و انواع آن به‌عنوان بخشی از فرایند افزایش امید، ایجاد ساختاری برای کشف اهداف، ارائه راهکاری برای تنظیم اهداف واضح و عملی و تهیه لیست اهداف، اولویت‌بندی و انتخاب یک هدف برای کار و آشنایی گروه با شیوه‌های افزایش انگیزه و نیروی اراده روانی و جسمی در پی گیری اهداف، تغییر خود گویی‌های منفی، ساختن فیلم درونی با استفاده از تصویرسازی ذهنی مثبت گرایانه و ارائه جملات امیدبخش، 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 بود. لازم به ذکر است محتوای جلسات را گفتگو و بیان افکار و احساسات، بحث گروهی، تمرین و ارائه تکلیف تشکیل می‌داد.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها در این پژوهش شامل دو پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی و نسخه دوم پرسشنامه افسردگی بک بود. در پرسشنامه جمعیت‌شناسی سؤالاتی در مورد سن آزمودنی، وضعیت تأهل، مدت ابتلاء به بیماری، میزان تحصیلات و سابقه شرکت در کارگاه‌های آموزشی از بیماران پرسیده می‌شد. نسخه دوم پرسشنامه افسردگی بک یک ابزار خود گزارشی بود که در آن بعضی گویه‌ها با DSM-TV همخوان هستند. این پرسشنامه شامل ۲۱ سؤال با طیف پاسخ چهاردرجه‌ای است که کمترین نمره مربوط به هر سؤال صفر و بیشترین نمره آن ۳ می‌باشد.

نمره افسردگی و شدت افسردگی برابر استاندارد افسردگی بک به‌صورت فاقد افسردگی (۰-۹)، افسردگی خفیف (۱۰-۱۸)، افسردگی متوسط (۱۹-۲۹) و افسردگی شدید (۳۰-۶۳) تعیین شده است (۳۱). در بررسی ویژگی‌های روان سنجی نسخه فارسی پرسشنامه افسردگی بک یکی از مطالعات ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۸۷ و ضریب باز آزمایی را ۰/۷۴ گزارش کرده است همچنین روایی این پرسشنامه در داخل و خارج کشور مورد تأیید قرار گرفته است (۳۲، ۳۳). به‌منظور رعایت ملاحظات اخلاقی بعد از اخذ مجوز و معرفی‌نامه از سوی مدیریت دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی

جدول شماره ۲: مقایسه توزیع فراوانی ویژگی‌های جمعیت شناختی در دو گروه مداخله و شاهد

متغیرها	مداخله		شاهد	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
تحصیلات	۲	۲۰ درصد	۱	۱۰ درصد
	۳	۳۰ درصد	۲	۲۰ درصد
	۵	۵۰ درصد	۷	۷۰ درصد
	۰	۰	۰	۰
وضعیت تأهل	۹	۹۰ درصد	۹	۹۰ درصد
	۱	۱۰ درصد	۱	۱۰ درصد
	۷	۷۰ درصد	۸	۸۰ درصد
	۲	۲۰ درصد	۱	۱۰ درصد
مدت ابتلا به بیماری	۱	۱۰ درصد	۱	۱۰ درصد
	۱۰-۱۲ سال			

میانگین نمره افسردگی در مرحله پیش‌آزمون در گروه مداخله و شاهد به ترتیب $4/52 \pm 13/20$ و $12/90 \pm 3/71$ بودند که تفاوت قابل‌ملاحظه‌ای بین دو گروه مشاهده نشد. درحالی‌که میانگین نمره افسردگی در مرحله پس‌آزمون در گروه مداخله و شاهد به ترتیب با میانگین و

یافته‌ها

در این پژوهش تعداد ۲۰ بیمار مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس در دو گروه مداخله و شاهد که هر کدام ۱۰ نفر بودند مورد بررسی قرار گرفتند و تا آخر پژوهش نیز هیچ ریزشی مشاهده نشد، متغیرهای کیفی تحصیلات، مدت ابتلا به بیماری و وضعیت تأهل بین دو گروه مداخله و شاهد تفاوت معنی‌داری نداشتند و دو گروه از لحاظ سن، جنس و تحصیلات همگن بودند (جدول ۲).

انحراف معیار $3/96 \pm 5/61$ و $12/43 \pm 3/31$ با یکدیگر تفاوت معنی‌داری داشتند ($P < 0/05$) به‌طوری‌که میانگین نمره افسردگی در گروه مداخله کاهش معنی‌داری داشت (جدول ۳).

جدول شماره ۳: میانگین و انحراف معیار نمره‌های افسردگی در دو مرحله ارزیابی پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	گروه	ارزیابی‌ها	
		پیش‌آزمون	پس‌آزمون
افسردگی	شاهد	میانگین ۱۲/۹۰	میانگین ۱۲/۴۳
	مداخله	انحراف معیار ۱۳/۲۰	انحراف معیار ۳/۳۱

به‌منظور تحلیل استنباطی داده‌ها و قبل از اجرای آزمون تحلیل کواریانس مفروضه‌های تحلیل کواریانس (نرمال بودن، همگنی واریانس و برابری شیب رگرسیون) مورد بررسی قرار گرفت. آزمون لوین برای ارزیابی تحقق برابری و همگنی واریانس خطای گروه‌های مورد مطالعه نشان داد که خطای واریانس گروه‌های مورد مطالعه همگن و برابر بود. در عین حال در بررسی خطوط رگرسیون در پیش‌آزمون و پس‌آزمون نمره افسردگی نشان داد که شیب‌های خط رگرسیون در این دو آزمون باهم موازی هستند. از این‌رو بارعایت مفروضه‌های فوق برای بررسی تأثیر امید درمانی بر کاهش افسردگی از تحلیل کواریانس استفاده شد.

نتایج تحلیل کواریانس نشان داد پیش‌آزمون افسردگی با متغیر وابسته (پس‌آزمون افسردگی) رابطه‌ای ندارد ($F=0/405$, $P=0/533$) و اثر اصلی گروه یا مداخله معنی‌دار بوده است ($F=70/254$, $P=0/001$) همچنین ارزیابی مجذور اتا نشان می‌دهد که امید درمانی موجب ۶۱ درصد تغییرات در کاهش افسردگی شده است؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت امید درمانی موجب کاهش افسردگی در بیماران MS گردیده است (جدول ۴).

جدول شماره ۴: نتایج تحلیل کواریانس برای بررسی تأثیر آموزش امید درمانی بر میزان افسردگی

منابع تغییرات	SS	Df	MS	F	P-value	η^2	توان مشاهده شده
پیش‌آزمون	۱/۹۰۱	۱	۱/۹۰۱	۰/۴۰۵	۰/۵۳۳	۰/۵۷	۰/۹۹
گروه	۳۲۹/۷۷۸	۱	۳۲۹/۷۷۸	۷۰/۲۵۴	۰/۰۰	۰/۶۱	۰/۰۷
خطا	۷۹/۷۹۹	۱۷					
کل		۱۹					

بحث

کاهش میزان عزت‌نفس در بیماران مبتلا به MS امری قابل پیش‌بینی و با اهمیت است که می‌تواند منجر به بروز واکنش‌هایی از قبیل افسردگی، ترس و نفرت از خود شود (۳۶). مطالعات زیادی نشان داده‌اند که یکی از اختلال‌های روان‌پزشکی شایع در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس افسردگی است (۱۳، ۱۲، ۳).

در این پژوهش رویکرد امید درمانی باعث ایجاد تفاوت معنی‌داری در میزان افسردگی بعد از مداخله درمانی بین گروه شاهد و مداخله گردید و میزان افسردگی بیماران گروه مداخله که در جلسات امید درمانی حضور داشتند از گروه شاهد پایین‌تر گزارش شد. امروزه امید به عنوان عامل درمانی مهمی در پزشکی،

پرستاری و سلامت روان در نظر گرفته می‌شود و اخیراً به امید به عنوان یکی از مولفه‌های اصلی در بهبودی افراد توجه زیادی شده است (۳۷). تحقیقات نشان داده‌اند که علائم افسردگی و اضطراب در افراد امیدوار کمتر گزارش می‌شود. امید می‌تواند سطح افسردگی و نواقص روانی، اجتماعی را پیش‌بینی کند. افسردگی با عدم تحقق اهدافی که برای فرد اهمیت زیادی دارند مرتبط است. یک در نظریه خود از ناامیدی به‌عنوان علامت اصلی افسردگی یاد می‌کند و یادآور می‌شود که ناامیدی هم فلج‌کننده اراده است و هم باعث تحمل‌ناپذیر شدن و میل به گریز از یک موقعیت می‌گردد.

یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج تحقیقات Peterson مبنی بر رابطه امید و افسردگی در بیماران مبتلا به عوارض جسمانی،

بالینی می‌کند که شامل مسدود شدن یک هدف مهم یا اساسی، انتخاب اهدافی که رضایت‌بخش نیستند و انتظار تعمیم‌یافته برای شکست می‌باشد. همچنین از دست رفتن عامل با انسداد هدف و ناتوانی در ایجاد گذرگاه‌های مناسب می‌تواند فرد را مستعد افسردگی کند (۲۲). در امید درمانی سعی بر آن است که این الگوها در بیماران اصلاح شود تا میزان افسردگی و آسیب‌پذیری آن‌ها کاهش یابد. به این منظور به آن‌ها آموخته می‌شود تا اهداف، گذرگاه‌ها و عوامل بیشتری در خود ایجاد کنند و با تمرکز بر موفقیت‌های گذشته به تعمیم انتظار برای موفقیت بپردازند.

نتیجه‌گیری نهایی

پژوهش حاضر نشان داد که بهره‌گیری از رویکرد درمانی امید محور توانسته است به بهبود وضعیت افسردگی بیماران مولتیپل اسکلروزیس کمک نماید و سلامت عمومی آن‌ها را ارتقاء بخشد. نتایج حاکی از این بود که امید یکی از مهم‌ترین عوامل پیش‌بینی کننده درمان‌پذیری است. بنابراین می‌توان از این رویکرد که از مزایایی همچون آموزش آسان و کم‌هزینه بودن برخوردار است در جهت بهبود سلامت عمومی بیماران مزمن از جمله MS استفاده نمود. از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به فقدان برنامه پیگیری، با هدف ارزیابی میزان تداوم اثر درمان، عدم امکان انتخاب تصادفی آزمودنی‌ها از جامعه هدف و استفاده صرف از پرسشنامه جهت جمع‌آوری داده‌ها اشاره نمود زیرا پرسشنامه ممکن است نتواند به خوبی تجربه روانی آزمودنی‌ها را منعکس کند. لذا با توجه به نتایج حاصل از این پژوهش و اثرات مثبت این روش درمانی پیشنهاد می‌گردد این روش درمانی با حجم نمونه بزرگتر و با برنامه پیگیری مداوم تر و همچنین استفاده از سایر طرورق جمع‌آوری داده مانند مصاحبه انجام گردد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان این مقاله از کلیه کسانی که در به ثمر رساندن این پژوهش همکاری داشتند خصوصاً اساتید دانشکده روانشناسی دانشگاه خوارزمی و بیماران و خانواده‌هایی که صبورانه در جلسات درمانی شرکت کردند تشکر و قدردانی می‌نمایند.

همهانگ است. وی مطرح نموده که امید با شاخص‌های آسیب‌شناسی روانی فعلی شخص در ارتباط بوده و به‌طور خاص با افسردگی موجود وی همبستگی منفی دارد. امید پیش‌بینی کننده مناسبی برای رفتارهای نشان‌گر سلامت عمومی مانند پاسخ مثبت به مداخلات پزشکی، سلامت ذهنی، خلق مثبت و کنار آمدن با مشکلات محسوب می‌شود (۳۸).

همچنین نتایج مطالعه Owen نشان داد که ناامیدی و متعاقب آن افسردگی یک پیامد شایع در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن می‌باشد و با افزایش سطح امید در این بیماران، می‌توان تا حدود زیادی از بروز افسردگی به‌عنوان یکی از شاخص‌های سلامت عمومی جلوگیری کرد و بازهم بر اساس نتایج این پژوهش، افسردگی رابطه منفی معنی‌داری با نتایج درمان‌های صرف پزشکی دارد و همچنین بیماران تمایل دارند علاوه بر درمان‌های تخصصی پزشکی، به جنبه‌های روان‌شناختی آنان نیز اهمیت داده شود (۳۹).

از سوی دیگر نتایج تحقیق Raab نشان داد که امیدواری که نوع احساس امکان‌پذیر بودن یک رویداد یا رفتار مطلوب در آینده است، عامل مهمی در دوران درمان گری فردی و گروه‌درمانی به حساب می‌آید و نتایج مثبتی را در سلامت عمومی آینده بیماران پیش‌بینی می‌کند (۴۰). این برنامه درمانی منجر به کاهش افسردگی می‌گردد چون در آن به مراجعان آموزش داده می‌شود اهداف مهم، قابل‌دستیابی و قابل‌اندازه‌گیری تعیین کرده و برای دستیابی به آن‌ها گذرگاه‌های متعددی در نظر بگیرند. داشتن هدف و امید به دستیابی به آن به زندگی معنا داده و او را در مسیر خاصی قرار می‌دهد. از نظر Snyder و Feldman امید و معنای زندگی با یکدیگر رابطه دارند به‌طوری‌که امید را یکی از مؤلفه‌های معنای زندگی می‌دانند (۴۱). همچنین وجود راهبردهای رفتاری، گامی در جهت فعال کردن مراجعان است و به آن‌ها کمک می‌کند تا فعالانه اهداف تعیین‌شده را دنبال نمایند که این امر نیز به‌نوبه خود می‌تواند در کاهش افسردگی مؤثر باشد. از نظر Snyder سه الگوی انسداد اهداف وجود دارد که فرد را مستعد ابتلا به افسردگی

منابع

- 1- Strine TW, Chapman DP, Balluz L, Mokdad AH. Health- related quality of life and health behaviors by social and emotional support: Their relevance to psychiatry and medicine. *Sociatic Psychiatry Epidemiol.* 2007; 25:143-187.
- 2- Schulz KH, Gold MS, Witte J, Bartsch K, Lang EU, Hellweg R, et al. Impact of aerobic training on immune – endocrine parameters, neurotropic factors, quality of life and coordinative function in multiple sclerosis. *J Neurol Sci.* 2004; 225:11-18.
- 3- Mc Cabe PM. Mood and self-esteem of persons with multiple sclerosis following an exacerbation. *J Psychosomat Res.* 2005; 59:161-66.
- 4- Currie R. Spasticity: a common symptom of multiple sclerosis. *Nursing Standard.* 2001; 15(33):47-52.
- 5- K. Quality of life research: Rigor on rigor morits. *J Neuro Sci Nurs.* 1995; 31(4):26.
- 6- Braunwald E, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson L, editors. *Harrison's principle of internal Medicine.* 15th edition. New York: Mc Graw-Hill. 2001:2452-61.
- 7- Kasper DL, Branunwald E, Fauci AS, Longo DL, Jameson JL, Hauser FL. [Harrison, Medical- Principles, Neurorology]. 2nd ed (Sobhanian KH, Malek Aalayee M Trans). Tehran: Arjemand Publisher. 2006:69-90. [In Persian].
- 8- Brunner LS, Suddarth DS. [Medical-surgical nursing, neurorology]. 3th ed. (Moshtagh Z Trans). Tehran: Salemy Publisher. 2006: 242-253. [In Persian].
- 9- Mitchell A, Benito-Leon J, Morales Ganzalez MJ, Rivera-Navarro J. Quality of life and its assessment in multiple sclerosis: integrating physical and psychological components of wellbeing. *Lancet Neural.* 2005; (4):556-66.
- 10- Taghizadeh M, Asemi M. Assess the nutritional status of patients with MS. 3Th International Congress of MS. Iran. 2006; 22(2): 152-153. [In Persian].
- 11- Shaygan nejad V, Eetemadifar M, Ashtari F, Jangorban M. “Prevalence of Multiple sclerosis in Iran”: 2nd International congress on Multiple sclerosis. 2005 Nov. 20, (p.81). swTehran: Iranian MS society.
- 12- Liu XJ, Ye HX, Li WP, Dai R, Chen D, Jin M. Relationship between Psychosocial Factors and Onset of Multiple Sclerosis. *Eur J Neurol.* 2009; 62(3):130-6.
- 13- Ghaffari S, Ahmadi F, Nabavi M, Memarian R. The effect of progressive muscle relaxation on depression, anxiety and stress in patients with multiple sclerosis. *Shahid Beheshti Univ J Research Med.* 2008; 32(1):45-53. [In Persian].
- 14- Beiske AG, Serensson E, Sandanger I, Gzujko B, Pederson ED, Aarseth JH, Myhr KM. Depression and anxiety amongst multiple sclerosis patients. *Eur J Nerol.* 2008; 15 (3): 239-45.

- 15-Thornton EW, Tedman S, Rigby S, BashForth H, young C. worries and concerns of patients with multiple sclerosis: development of an assessment scale. *Mult Scler*.2006;12(2):196-203.
- 16-Crawford JR, Henry JD. The Depression Anxiety Stress Scales (DASS). Normative data and latent structure in a large non-clinical sample. *Br J Clin Psychol*.2003; 42(2):111-31.
- 17-Atarimoghadam J. Assess the symptom prevalence and Diagnostic and therapeutic procedures in patients with MS. [M. A. Dissertation]. Iran Medical Sciences University.2005. [In Persian].
- 18-Poser CM. The diagnosis and management of multiple sclerosis. *Acta Neural Scand*. 2005; 112 (3): 199- 201.
- 19-Stimpson RL. Developing IT relief for chronic illness. *Journal of nursing management*.2000; 31 (2): 10-14.
- 20-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.
- 21-Kar A. Positive psychology: science of happiness and human's capabilities, translated by Pasha Sharifi et al, 2008.Tehran, Sokhan publication.
- 22-Snyder CR. Handbook of hope: theory, measures, and applications. Academic Press: use; 2000.
- 23-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.
- 24-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.
- 25-Elliott TR, Witty TE, Herrick S, and Hoffman, JT. Negotiating reality after physical loss: Hope, depression and disability. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1991; 61,608 - 613.
- 26-Cheavens SJ, Gum A, Feldman BD, Micheal ST,and Snyder CR. A group intervention to increase hope in a community sample. Poster presented at American Psychological Association.2001; San Francisco.
- 27-Wells M. The effects of gender, age, and anxiety on hope differences in the expression of pathway and agency thought. A dissertation presented for the doctorate of philosophy. 2005;the University of Texas A&B.
- 28-Hankins SJ. Measuring the efficacy of the Snyder hope theory as an intervention with an inpatient population. A dissertation presented for the doctorate of philosophy. 2004;the University of Mississippi.

- 29-Chang EC, and Disimone SL. The influence of hope on appraisals, coping and dysphoria: a test of hope theory. *Journal of Social and Clinical Psychology*.2001;20, 2, 117-129.
- 30-Cheavens SJ, Feldman BD, Woodward JT. and Snyder CR. Hope in cognitive psychotherapies: on working with client strengths *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*.2006;20, 135-145.
- 31-Moradipanah F. [Impact of light Music on anxiety, stress and depression of cardiac catheterization patients]. Thesis of Master of Science in Nursing. Tarbiat Modarres University. 2005.18. [In Persian].
- 32-Aghebati N. [Impacts of touch therapy on level of pain and mental sign on inpatients cancer patients]. Thesis of Master of Science in Nursing. Tarbiat Modarres University. 2005. [In Persian].
- 33-Murphy N. Quality of life in multiple sclerosis in France, Germany, and the United Kingdom. Cost of Multiple Sclerosis Study Group. *Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry*. 1998; 65: 460-66.
- 34-Ghasemzadeh H. Psychometric properties of a Persian-language version of the beck depression inventory 2nd Ed: BDI II-persian. *Depression and Anxiety* 2005; 21: 185-92. [In Persian].
- 35-Aronson KJ. Quality of life among persons with multiple sclerosis and their caregivers. *Neurology*. 1997; 48: 74-80.
- 36-Noghani F, Monjamed H, Bahrani N, Ghodrati V. The comparison of self – esteem between male and female cancer patients. *Mag Nurs obset Fac Tehran med sci Fac*. 2006; 12 (2): 33-41. [In Persian].
- 37-Schrank B, Stanghellini G. Hope in psychiatry: a review of the literature. *Journal of American psychiatry*. 2008;11(2): 421-433
- 38-Peterson C. The future of optimism. *American Psychologist*. 2000; 55:44-55.
- 39-Owen D. Nurses: Perspective on the meaning og hope in patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*. 2000; 1:16-18.
- 40-Raab K. Fostering Hope in a psychiatric hospital. *Royal Ottawa health care*. 2007; 4:205-207.
- 41-Snyder CR, Feldman DB, Shorey HS, and Rand Hopeful choices: a school counselor's guide to hope theory. *Professional School Counseling*. 2002; 5:298- 306.