

## مقدمه

مالتیپل اسکلروسیس یا به اختصار ام اس (MS)، بیماری مزمن سیستم عصبی مرکزی (CNS) است. مشخصه آن وجود مناطق مجزای میلین‌زدایی شده و آسیب به آکسون است (اوکانر (O'Conner)، ۲۰۰۲). برخی علائم جسمانی، که در بیشتر موارد ام اس پیشرفته دیده می‌شود، عبارتند از: فلج موضعی انقباضی، ناهماهنگی حرکتی دست‌ها و پاها، فقدان بینایی مرکزی، دوبینی، بی‌حسی، مورمور شدن، نارساگویی عضوی، اختلالات جنسی و مثانه‌ای و خستگی (ر.ک: کسلرینگ (Kesselring)، ۱۹۹۷، ص ۷۱-۸۶). از این رو، زندگی با ام اس چالش‌برانگیز و چندبعدی است؛ زیرا همه جنبه‌های بدن را فرا می‌گیرد؛ بدن غیرقابل پیش‌بینی و غیرقابل اعتماد می‌شود. هویت و احساس خود فرد محک می‌خورد و روابط با دیگران اغلب تغییر می‌کند» (هولپر (Holper) و همکاران، ۲۰۱۰؛ سستکوا (Svestkova) و همکاران، ۲۰۱۰).

کاهش بهزیستی فاعلی در افراد مبتلا به ام اس، از عوارض روان‌شناختی عمده این بیماری است (ریان (Ryan) و همکاران، ۲۰۰۷). بهزیستی فاعلی عبارت است از: ارزیابی عاطفی و شناختی افراد از زندگی‌شان. این ارزیابی که درونی، شخصی و ذهنی است، شامل تجربه کردن هیجان‌های مطلوب، فقدان احساس هیجان‌های ناخوشایند و رضایت از زندگی است (دینر و همکاران، ۱۹۸۵). بر اساس پژوهش‌های مختلف، علائم رایج در ام اس، با بهزیستی فاعلی ارتباط معکوس داشته‌اند (نول (Noll)، ۲۰۱۱). مداخله‌های روان‌شناختی می‌توانند به بهبود بهزیستی روان‌شناختی و جسمانی افراد مبتلا به ام اس کمک کنند (ماینند (Minden)، ۱۹۹۲). یکی از این درمان‌های روان‌شناختی گروهی اخیر، که برای بیماری‌های مزمن، مانند سرطان (داگلیبی (Duggleby) و همکاران، ۲۰۰۷)، فشار خون اساسی (ستوده‌اصل و همکاران، ۱۳۸۹)، اچ آی وی مثبت (قزلسفلو و اثباتی، ۱۳۹۰)، اسکیزوفرنی (باکلند (Buckland)، ۲۰۱۰) و از جمله ام اس (نظام‌دوست سدهی، ۱۳۹۱، ص ۱؛ عابدینی، ۱۳۹۵؛ بهرامیان و همکاران، ۱۳۹۳؛ رسولی و همکاران، ۱۳۹۲) استفاده شده و تأثیر مثبت آن تأیید گردیده است، امیددرمانگری مبتنی بر نظریه اسنایدر و لویز (Snyder & Lopez) (۲۰۰۷) است.

تمرکز روان‌درمانگری‌های سنتی، مبتنی بر الگوی پزشکی بر دور کردن یا کاستن از ناامیدی بود، نه ساختن فعالانه تفکر امیدوارانه (چیونز (Cheavens) و همکاران، ۲۰۰۶). درحالی‌که، امید از دیرباز مؤلفه مهمی در رشد روان‌شناختی و تغییر بوده است (وایس و اسپریداکوس (Weis & Speridakos)، ۲۰۱۱).

## تأثیر امیددرمانگری اسلامی بر بهزیستی فاعلی افراد مبتلا به مالتیپل اسکلروسیس و مقایسه آن با امیددرمانگری مبتنی بر نظریه اسنایدر

mobinsalehi@yahoo.com

کعبه مبین صالحی / دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی پژوهشگاه حوزه و دانشگاه

مسعود جان‌بزرگی / دانشیار گروه روان‌شناسی پژوهشگاه حوزه و دانشگاه

سید کاظم رسول‌زاده طباطبایی / دانشیار گروه روان‌شناسی دانشگاه تربیت مدرس

دریافت: ۱۳۹۴/۱۲/۱۶ - پذیرش: ۱۳۹۵/۵/۷

## چکیده

هدف این پژوهش، بررسی تأثیر امیددرمانگری اسلامی بر بهزیستی فاعلی زنان مبتلا به ام اس و مقایسه تأثیر آن، با امیددرمانگری اسنایدر بود. برای مقایسه دو سبک درمان، پژوهش آزمایشی سه گروهی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به کار گرفته شد: گروه آزمایش امیددرمانگری اسلامی؛ گروه آزمایش امیددرمانگری اسنایدر؛ گروه گواه. جامعه آماری افراد مبتلا به ام اس در انجمن ام اس قم بودند. تعداد شرکت‌کنندگان هر گروه ۱۲ نفر بود و مداخله در ۸ جلسه هفتگی ۱۲۰ دقیقه‌ای صورت گرفت. متغیر وابسته بهزیستی فاعلی بود که با استفاده از دو مقیاس شادکامی و رضایت از زندگی، در سه مرحله بررسی گردید. تحلیل آماری نشان داد که هر دو روش درمانی، به طور معنادار ( $P < 0/05$ ) بهزیستی فاعلی بیماران مبتلا به ام اس را افزایش داده‌اند، اما تفاوت معناداری میان دو روش درمانگری یافت نشد. نتایج این پژوهش نشان داد که با استفاده از امیددرمانگری اسلامی، می‌توان نتایجی قابل‌مقایسه با امیددرمانگری اسنایدر انتظار داشت.

**کلیدواژه‌ها:** امید، امیددرمانگری اسلامی، امیددرمانگری اسنایدر، بهزیستی فاعلی، مالتیپل اسکلروسیس.

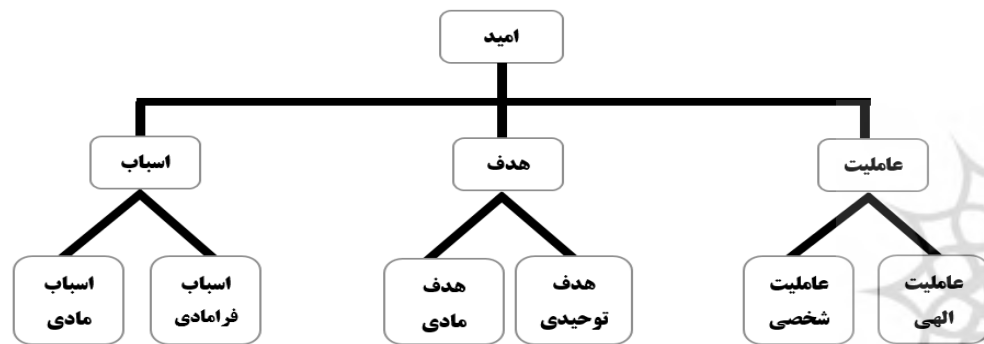
### عاملیت

عاملیت الهی: انتظار کسب هدف به واسطه تکیه بر قدرت الهی؛ عاملیت شخصی: انتظار کسب هدف به سبب اتکا بر توانمندی شخصی.

### اسباب

اسباب فرامادی: توجه به اصالت خواست خداوند در عمل کردن و طی کردن مسیر برای رسیدن به اهداف توحیدی؛ اسباب مادی: داشتن مسیر مشخص و تلاش کافی برای رسیدن به هدف.

شکل ۱. الگوی امید در اسلام



بر اساس الگوی مطرح شده، امید عبارت است از: حالت هیجانی مثبتی که شامل سه مؤلفه می‌شود: الف. انتظار کسب هدف به سبب اتکا بر توانمندی شخصی (عاملیت شخصی)، به واسطه تکیه بر توانمندی الهی (عاملیت الهی)؛ ب. داشتن مسیر مشخص و تلاش کافی (اسباب مادی) برای رسیدن به هدف، با توجه به اصالت خواست خداوند (اسباب فرامادی)؛ ج. در نظر گرفتن رضایت خداوند (هدف توحیدی)، حتی برای اهداف مادی (هدف مادی) (صالحی، ۱۳۹۵، ص ۱۹۱).

بر خلاف الگوی اسنایدر، که شخص صرفاً بر توانایی‌های خود و بر مسیری که خود تعیین می‌کند، تکیه دارد، در دیدگاه اسلامی باید به این نکته توجه کرد که هیچ عملی جز به خواست خداوند به وقوع نمی‌پیوندد (آل‌عمران: ۲۶). بنابراین، برای رسیدن به موفقیت و پیشرفت، باید از او کمک خواست که سبب همه اسباب است (ابن‌طاووس، ۱۴۱۱ق، ص ۴۵).

با توجه به رابطه دینداری و امید، با بهزیستی فاعلی (برای نمونه، وناک و مارسینکفسکی Wnuk & Marcinkowski)، ۲۰۱۴؛ یلچین و ملکچ (Yalcin & Malkoc)، ۲۰۱۵، بر اساس الگوی

البته سازه امید، پیچیده‌تر از آن است که بیشتر توصیف می‌شد. در الگوی دو مؤلفه‌ای امید/اسنایدر، امید عبارت است از: ادراک فرد از توانایی خود در: ۱. به دست آوردن راه‌هایی به سوی اهداف مطلوب؛ ۲. برانگیختن خود از طریق تفکر عاملیت برای شروع و استمرار حرکت در راستای این راه‌ها (اسنایدر و همکاران، ۲۰۰۰). تفکر عاملیت، به ادراک افراد از توانایی‌شان برای پیگیری هدف، به‌رغم موانع اشاره دارد و در خودگویی‌هایی مانند «من می‌توانم» و «متوقف نخواهم شد»، به روشنی مشاهده می‌شود. تفکر راه‌یابی نیز به ادراک افراد از توانایی‌شان، برای تولید مسیرهای ممکن به سوی اهداف اشاره دارد و در خودگویی‌هایی مانند «می‌توانم راهی برای انجام آن پیدا کنم» دیده می‌شود (اسنایدر، ۲۰۰۰).

کاربست نظریه امید/اسنایدر در روان‌دردمانگری، منجر به شکل‌گیری و طراحی برنامه‌های مداخلاتی برای افزایش نظام مند امید در مراجعان شده است (وایس و اسپریداکوس، ۲۰۱۱). اما در تأثیر امیدرمانگری، نباید از عوامل مؤثر مختلف غافل شد. یکی از این عوامل، دینداری مراجع است. پژوهش‌های مردم‌شناسی و کیفی نشان می‌دهند که ادیان در تجربه هیجان‌ها نقش دارند. اما ممکن است تجربه هیجان در پیروان ادیان گوناگون متفاوت باشد (کیم-پریئو و دینر (Kim-Prieto & Diener)، ۲۰۰۹). بنابراین، ممکن است به‌رغم وجود ارتباط مثبت میان دینداری و شادکامی (براون و تیرنی (Brown & Tierney)، ۲۰۰۹)، شیوه‌های ایجاد شادکامی و رضایت از زندگی، که از مؤلفه‌های بهزیستی فاعلی هستند (دینر، ۱۹۹۴)، برای افراد دارای ادیان مختلف متفاوت باشد. از این رو، لازم است برای مداخله در امید افراد، که از جمله عوامل تأثیرگذار بر بهزیستی فاعلی (کاتو (Kato) و اسنایدر، ۲۰۰۵) است، با نگاهی دینی وارد شد. سازه امید در پژوهش‌های اسلامی انجام شده (بهشتی و همکاران، ۱۳۸۹؛ پرچم و همکاران، ۱۳۹۰؛ خلیلیان شلمزاری و همکاران، ۱۳۹۲؛ صالحی، ۱۳۹۳، ص ۱۶۸)، با وجود مشترکاتی که با امید در نگاه/اسنایدر دارد، اما در مجموع با آن متفاوت است. الگوی امید بر اساس منابع اسلامی، در پژوهش صالحی (۱۳۹۵) دارای سه مؤلفه است (برای مشاهده مستندات اسلامی و روش تبیین مؤلفه‌ها، به سه پژوهش صالحی و همکاران (۱۳۹۳؛ ۱۳۹۵، زیر چاپ) مراجعه شود) که هر مؤلفه دو زیرمؤلفه دارد (شکل ۱).

### هدف

هدف توحیدی: در نظر گرفتن رضایت خداوند به عنوان نقطه پایانی؛ هدف مادی: داشتن اهدافی مادی برای پیگیری.

یافت شده، یک پروتکل امیددرمانگری اسلامی طراحی شده است (صالحی، ۱۳۹۵، ص ۱۹۱) که در آن عامل دینداری مراجعان در فرهنگ اسلامی ایران، مورد توجه قرار گرفته است. البته برای مشخص شدن تأثیرگذاری این پروتکل و مقایسه این تأثیرگذاری با پروتکل همتایش، یعنی امیددرمانگری/سنایدر، نیاز به یک پژوهش آزمایشی است که تأثیر این پروتکل در کنار رویکرد درمانی دیگر مقایسه شود.

از آنجاکه برای مقایسه دو نوع مداخله، نیاز به بررسی شاخص‌های پیامد درمان است و بیماران مبتلا به ام اس، از مشکلاتی در زمینه شادکامی و رضایت از زندگی رنج می‌برند و همچنین با توجه به رابطه مستقیم امیدواری و بهزیستی فاعلی، مسئله این پژوهش، این است که آیا اجرای پروتکل امیددرمانگری اسلامی در بیماران مبتلا به ام اس، به افزایش بهزیستی فاعلی این بیماران کمک می‌کند؟ کدام یک از دو الگوی درمانی اسلامی یا مبتنی بر نظریه/سنایدر تأثیر بیشتری بر بهزیستی فاعلی بیماران مبتلا به ام اس دارد؟

### روش پژوهش

روش تحقیق در این طرح، از نوع شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سه گروهی بود: یک گروه گواه و دو گروه آزمایش. در یکی از گروه‌های آزمایش، پروتکل امیددرمانگری اسلامی (همان) و در گروه دیگر، پروتکل امیددرمانگری مبتنی بر نظریه امید/سنایدر (۲۰۰۰) اجرا شد. پیش و پس از اجرای مداخلات انجام شده، که ۲ ماه (۸ جلسه، هفته‌ای یک جلسه) طول کشید، از هر سه گروه آزمون گرفته شد. پس از طی ۲ ماه از پایان مداخله، مجدداً آزمون پیگیری برای سه گروه اجرا گردید. به منظور عدم ارتباط افراد گروه‌های آزمایش و عدم تبادل تجربیات بین آنها، جلسات در روزهای متفاوت اجرا شد. برای رعایت اصول اخلاقی در این پژوهش، به گروه گواه گفته شد که پس از آزمون مرحله سوم، برای آنها نیز مداخله امیددرمانگری انجام خواهد شد.

جامعه آماری ۷۰۰ نفر از افراد مبتلا به ام اس بودند که در انجمن ام اس شهر قم عضو هستند. پس از اطلاع‌رسانی پیامکی و حضوری در جلسات ماهیانه انجمن، از میان اعضای انجمن، که بر اساس بررسی‌های پزشکی مبتلا به ام اس تشخیص داده شده بودند، تعداد ۶۵ نفر داوطلب شدند. پس از کنار گذاشتن ۲۰ نفر، که ملاک‌های ورود را نداشتند، یا واجد ملاک‌های

خروج بودند، ۴۵ نفر باقی ماندند. این افراد به صورت تصادفی، در سه گروه ۱۵ نفری جایگزین شدند. البته در طول اجرای طرح پژوهش، از هر گروه ۳ نفر کاسته شد. مداخلات به صورت گروهی و توسط پژوهشگر انجام شد.

### ملاک‌های ورود و خروج

ملاک‌های ورود عبارت بودند از: تبعیت از مداخلات پزشکی تحت مدیریت پزشک متخصص؛ بیماری از نوع عود-فروکش؛ مدت زمان بیماری حداقل ۱ سال و داشتن توانایی تحرک، تکلم و نوشتن.

ملاک‌های خروج عبارت بودند از: ابتلا به اختلال‌های روانی شدید که مانع همکاری در برنامه بود، اختلال شخصیت و بیماری‌های مزمن جسمانی دیگر، بودن در مرحله فعال بیماری ام اس.

برای شناسایی ملاک‌های خروج، از تست شخصیت MCMIII و مصاحبه تشخیصی بر اساس DSM-5 استفاده شد.

### روش اجرا و روش تحلیل آماری داده‌های پژوهش

با توجه به وجود متغیر تصادفی کمکی در طرح، به سبب انجام پیش‌آزمون، از روش تحلیل کواریانس یک‌راهه (ANCOVA) استفاده شد. همچنین با توجه به وجود سه مرحله اندازه‌گیری، برای مشخص شدن تأثیر مداخله در طول زمان، از روش اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده شد.

### ابزار پژوهش

بهزیستی فاعلی: آزمون‌هایی مانند مقیاس شادکامی فاعلی (لیوبمیرسکی و لپر (Lyubomirsky & Lepper)، ۱۹۹۹) و مقیاس رضایت از زندگی (دینر، ۲۰۰۹)، از مناسب‌ترین مقیاس‌ها برای بررسی بهزیستی فاعلی هستند (کاشدان (Kashdan)، ۲۰۰۴). برای سنجش بهزیستی فاعلی افراد مبتلا به ام اس، از این دو آزمون خودسنجی استفاده شد. بنابراین، مجموع نمره شادکامی و رضایت از زندگی، سطح بهزیستی فاعلی محسوب خواهد شد.

مقیاس شادکامی فاعلی، دارای ۴ ماده است. افراد در یک مقیاس هفت درجه‌ای به آن پاسخ می‌دهند. این مقیاس، شادکامی افراد را به صورت مستقل و در مقایسه با همتایان بررسی می‌کند. اعتبار درونی مقیاس، بر اساس آلفای کرونباخ از ۰/۸۵ تا ۰/۹۵ گزارش شده است (لیوبمیرسکی و همکاران، ۲۰۰۶). نسخه فارسی آن در ایران اعتباریابی شده است (آقابابایی و همکاران، ۱۳۸۸). ضریب آلفای

کرونباخ، نسخه فارسی برابر با ۰/۷۶ و همبستگی آن، با مقیاس رضایت از زندگی از ۰/۴۳ تا ۰/۴۷، گزارش شده است (بیانی و همکاران، ۱۳۸۶).

مقیاس رضایت از زندگی، پنج ماده دارد و تک عاملی است. این مقیاس، برای سنجش بُعد شناختی بهزیستی فاعلی ساخته شده است (دینر، ۲۰۰۹). اعتبار مقیاس، با روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۷ و با روش بازآزمایی، با فاصله دو ماهه برابر با ۰/۸۲ به دست آمد (دینر و همکاران، ۱۹۸۵). این مقیاس در ایران، توسط بیانی و همکاران (۱۳۸۶) اعتباریابی شده است. آنها اعتبار مقیاس را با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳ و با روش بازآزمایی ۰/۶۹ به دست آوردند.

### پروتکل امیددرمانگری اسنایدر

این پروتکل درمانی برای افزایش تفکر امیدوارانه طراحی شده است (چیونز و همکاران، ۲۰۰۶). در ابتدا شرکت کنندگان گروه، با اصول نظریه امید آشنا می‌شوند. سپس، پیشنهادهایی درباره چگونگی کاربست این اصول در زندگی خودشان ارائه می‌شود. بدین ترتیب، شرکت کنندگان می‌آموزند که چگونه: ۱. اهداف معنادار، قابل دسترسی و قابل اندازه‌گیری تعیین کنند؛ ۲. چند مسیر برای حرکت به سوی اهداف ایجاد نمایند؛ ۳. منابع انگیزشی را شناسایی نموده، مجاری کاهش انگیزه را ببندند؛ ۴. پیشرفت به سوی هدف را نظارت کنند؛ ۵. در صورت نیاز، اهداف و مسیرها را تغییر دهند.

راهنمای درمان که در یک قالب گروهی طراحی شده، دارای ۸ جلسه ۲ ساعته است و هر جلسه چهار بخش دارد. بخش اول (۳۰ دقیقه)، به بحث درباره هفته گذشته و تکالیف شرکت کنندگان اختصاص می‌یابد. در بخش دوم (۲۰ دقیقه)، به آموزش مهارت جدید و بحث گروهی درباره آن پرداخته می‌شود. بخش سوم (۵۰ دقیقه)، صرف بحث درباره شیوه‌های کاربست این مهارت‌ها در زندگی می‌شود. آخرین بخش (۱۰ دقیقه)، به تعیین تکلیف هفته آتی اختصاص می‌یابد.

این بسته درمانی، در تحقیقی توسط چیونز همکاران (۲۰۰۶) در قالب یک بررسی مقدماتی مورد استفاده قرار گرفته است. در ایران نیز از این پروتکل، برای بررسی تأثیر امیددرمانگری بر افسردگی مادران کودکان مبتلا به سرطان استفاده شده است (شکرایی اهری (Ahari Shekarabi) و همکاران، ۲۰۱۲). در هر دو تحقیق، مؤثر بودن این بسته درمانی تأیید شده است. در جدول ۱، به صورت اجمالی اهداف جلسات، محتوای آموزشی و تکالیف هر جلسه مطرح شده است.

جدول ۱. پروتکل امیددرمانگری مبتنی بر نظریه امید اسنایدر، اقتباس از شکرایی اهری و همکاران (۲۰۱۲)

اهداف جلسه	محتوای آموزشی	تکلیف
۱. معرفی امیددرمانگری	تعریف هدف و موانع یافتن راه‌های رسیدن به اهداف راهبردهای حفظ انگیزش	فهرست اهدافی که مهم هستند و به تعویق افتاده‌اند
۲. هیجان‌ها نتیجه اهداف مسدود شده و اهداف حاصل شده برانگیزاننده قدرت اراده ما	اهداف مسدود شده در تضاد با قدرت اراده ما و اهداف حاصل شده برانگیزاننده قدرت اراده ما	انتخاب یک هدف که دوست دارید شش هفته بعد روی آن تمرکز کنید
۳. اهداف عینی	اهداف باید مهم، عینی، دارای نقطه پایان و قابل دسترسی و اندازه‌گیری باشند	اهداف خود را با عباراتی عینی و نقطه پایان بیان کنید برای اهدافتان از چارچوب نزدیکی استفاده کنید هدف خود را به خرده‌اهداف تبدیل کنید
۴. قدرت روانی / جسمانی	اهمیت خودگویی مثبت برای رسیدن به اهداف	ثبت خودگویی‌ها هدایت خود گویی‌ها بازتعریف موقعیت بر اساس توانایی خود
۵. ترسیم نمودار هدف	تعیین گام‌هایی برای رسیدن به هدف و استفاده از تجسم ذهنی خرده‌اهداف (راهبردهای قدرت مسیر)	ترسیم نمودار اهداف برداشتن سیاهه‌ای از مهارت‌های لازم برای گذرگاه‌های خود تجسم ذهنی روزانه برای طی کردن گام‌ها و رسیدن به هدف نهایی
۶. قدرت جسمانی	تغذیه سالم و عادات ورزشی قدرت اراده را افزایش می‌دهد	ارزیابی عادات تغذیه‌ای و ورزشی خود باارزیابی اهداف خود برای اطمینان از اینکه هنوز مهم هستند
۷. موانع	معرفی موانع هدف	مقابله با موانع ارائه گزارش از پیشرفت هدف انتخاب شده
۸. لغزش و عود	شیوه اجتناب از تبدیل لغزش به عود	-

### پروتکل امیددرمانگری اسلامی

پروتکل امیددرمانگری اسلامی نیز که در یک قالب گروهی طراحی شده و روایی آن توسط متخصصان اسلام‌شناس و روان‌شناس تأیید شده است ( $W = 0/145$ ;  $p < 0/01$ ) (صالحی و همکاران، زیر چاپ)، از لحاظ ساختار و اجرا، همانند پروتکل امیددرمانگری اسنایدر است، اما تفاوت‌هایی از لحاظ محتوایی با آن دارد: در بخشی که به آموزش روانی اختصاص دارد، مهارت‌هایی بر اساس الگوی امید اسلامی آموخته می‌شود. این مهارت‌ها، در سه طبقه کلی

## یافته‌های پژوهش

## توصیف داده‌های جمعیت‌شناختی و پراکنندگی

میانگین و انحراف استاندارد سن گروه امیدرمانگری اسلامی، به ترتیب ۳۷/۲۵ و ۸/۳۳ گروه امیدرمانگری اسنایدر ۳۵/۳۳ و ۷/۱۹ و گروه گواه ۳۴/۷۵ و ۶/۲۱ بود. نسبت افراد متأهل به افراد مجرد، ۲ به ۱ بود. از لحاظ تحصیلات نیز ۳۰ درصد زیردیپلم، ۴۰ درصد دیپلم و ۳۰ درصد دارای تحصیلات دانشگاهی بودند.

جدول ۳. میانگین و انحراف استاندارد نمرات سه گروه در سه مرحله اندازه‌گیری

گروه	شاخص	بهزیستی فاعلی			رضایت از زندگی			شادکامی		
		پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
گروه اسلامی	میانگین	۳۲/۵	۳۵/۶۶	۳۹/۳۳	۱۸/۹	۲۰/۵	۲۲/۲۵	۱۳/۱۶	۱۵/۹۱	۱۷/۵
	SD	۹/۹۵	۹/۵	۹/۸۷	۷/۸۵	۷/۰۵	۶/۵۲	۴/۹۱	۳/۸۲	۳/۴۵
گروه اسنایدر	میانگین	۳۵/۵۸	۳۸/۸۳	۳۹/۳۳	۲۰/۲۵	۲۱/۰۸	۲۱/۰۸	۱۵/۳۳	۱۷	۱۸/۲۵
	SD	۱۰/۵۶	۱۰/۳۳	۹/۶۶	۶/۶۳	۶/۵۸	۶/۶۱	۴/۸۱	۴	۴
گروه گواه	میانگین	۴۱/۹۱	۳۶/۸۳	۳۸	۲۴/۵	۲۲/۷۵	۲۱/۸۳	۱۷/۴۱	۱۷/۰۸	۱۶/۴۱
	SD	۷/۴۶	۸/۹۱	۸/۸	۵/۰۷	۶/۱۵	۵/۸۵	۳/۷۷	۵/۰۵	۴/۲۵

جدول ۳، نشان‌دهنده تغییرات میانگین نمرات سه متغیر شادکامی، رضایت از زندگی و بهزیستی فاعلی در سه گروه پژوهش، در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری است. بر اساس مشاهده تغییرات میانگین مشخص می‌شود که در هر دو گروه آزمایش، تغییرات هر سه متغیر در سه مرحله اندازه‌گیری افزایشی بوده است. در مقابل، در گروه گواه تغییرات افزایشی مشاهده نمی‌شود.

## تحلیل داده‌ها

با توجه به وجود متغیر هم‌پراش پیش‌آزمون، برای تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس یک‌راهه (ANCOVA) استفاده شد.

## بهزیستی فاعلی (مقیاس کل)

ابتدا در بررسی همگنی ضرایب رگرسیون گروه‌ها مشخص شد که تعامل میان شرایط آزمایشی و متغیر هم‌پراش معنادار نیست ( $P = ۰/۹۲$ ). از سوی دیگر، در اجرای آزمون لوین نیز  $P = ۰/۲۱$  حاصل شد که معنادار نیست و نشان می‌دهد داده‌ها مفروضه، تساوی خطای واریانس را زیر سؤال نبرده‌اند.

جای می‌گیرند که هریک دو زیرمؤلفه دارد: عاملیت (شخصی، الهی)، اسباب (مادی، فرامادی)، هدف (مادی، توحیدی). در جدول ۲، به صورت اجمالی اهداف جلسات، محتوای آموزشی و تکالیف هر جلسه مطرح شده است.

جدول ۲. پروتکل امیدرمانگری مبتنی بر اساس منابع اسلامی

اهداف جلسه	محتوای آموزشی	تکلیف
۱. معرفی چرخه امید و ناامیدی در بیماری ام اس معرفی الگوی امید در اسلام ویژگی‌های هدف مناسب	بیان چرخه امید و ناامیدی در بیماری ام اس و مؤلفه‌های امید از دیدگاه اسلام و چهار ویژگی هدف (رتبه‌بندی چند هدف در چند حوزه زندگی با توجه به سعادت اخروی)	نوشتن فهرست اهدافی در حوزه‌های مختلف زندگی با توجه به سعادت و رتبه‌بندی آنها
۲. روش‌های تعیین اهداف مناسب	آموزش تعیین اهداف با توجه به رضایت خداوند، چالش‌برانگیز بودن و سودمندی	تنظیم فهرست اهداف بر اساس رضایت خداوند، چالشی بودن و سودمندی
۳. روش‌های تعیین اهداف مناسب	قابل دسترس نمودن اهداف با توجه به محدودیت عمر، عینی‌سازی اهداف، تعیین اهداف در چارچوب گرایشی و تعیین خرده‌اهداف	تنظیم مجدد فهرست اهداف بر اساس محدودیت عمر، عینی‌سازی، گرایشی بودن و داشتن خرده‌اهداف
۴. نیرومند شدن و بالنگیزه ماندن برای دنبال کردن اهداف	آموزش عاملیت شخصی، عاملیت الهی، به عنوان تکیه‌گاه مطمئن، ویژگی‌های تکیه‌گاه و وظایف شناختی، رفتاری و عاطفی فرد تکیه‌کننده	تمرین‌هایی برای افزایش انگیزه با استفاده از افزایش وظایف شناختی، رفتاری و عاطفی فرد تکیه‌گاه
۵. آموزش مؤلفه قدرت مسیر امید	آموزش اسباب مادی و فرامادی امید با استفاده از معرفی شش راهبرد	توجه به ویژگی‌های اسباب فرامادی، یاری‌جویی از خدا، انجام/ ترک اعمال متناسب/ مخالف با هدف، کمک به دیگران برای اهداف مشابه، داشتن چند مسیر، تجسم ذهنی طی کردن گام‌ها و رسیدن به هدف
۶. مقابله با موانع هدف	آموزش موانع درون‌زاد و برون‌زاد مسیر و روش‌های مقابله با آنها (مقابله‌های مسئله‌مدار و هیجان‌مدار)	انتخاب مسیر جایگزین، دور زدن مانع، یاری‌جویی از خدا، انتظار کشیدن برای موانع، لذت بردن از خود فرایند پیگیری هدف
۷. مقابله با موانع هدف	آموزش مفهوم صبر و معرفی دو راهبرد پذیرش بنیادین و ارزیابی خیرگرا	پذیرش بنیادین و ارزیابی خیرگرا
۸. آموزش لغزش و عود	شیوه‌های اجتناب از وقوع عود و تبدیل لغزش به عود، تکمیل پرسش‌نامه‌ها	-

جدول ۴. تحلیل کوواریانس برای اثرهای درمان بر بهزیستی فاعلی در پس‌آزمون

منبع تغییر	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	نسبت F	P	$\eta$
هم‌پراش	۲۰۷۰/۱۱	۱	۲۰۷۰/۱۱	۶۸/۰۲	۰/۰۰۱	۰/۶۸
اثر اصلی (درمان)	۳۴۴/۰۳	۲	۱۷۲/۰۱	۵/۶۵	۰/۰۰۸	۰/۲۶
خطای باقیمانده	۹۷۳/۸۸	۳۲	۳۰/۳۴			
کل	۵۲۸۶	۳۶				

همان‌طور که جدول ۴ نشان می‌دهد، تأثیر مداخله بر نمره‌های بهزیستی فاعلی در پس‌آزمون معنادار است ( $F(۳۲, ۲) = ۵/۶۵, P = ۰/۰۰۸$ ). برای تعیین اختلاف دقیق میان گروه‌های آزمایش از آزمون تعقیبی LSD استفاده شد.

جدول ۵. مقایسه‌های زوجی با استفاده از آزمون تعقیبی LSD برای بهزیستی فاعلی در فاصله پیش‌آزمون و پس‌آزمون

P	خطای استاندارد	تفاضل میانگین‌ها	گروه‌ها	
			J	I
۰/۸۰	۲/۲۷	-۰/۵۷	گروه اسنادر	گروه اسلامی
۰/۰۱	۲/۴۴	۶۷۴*	گروه گواه	گروه اسلامی
۰/۰۰۴	۲/۳۴	۷۳۲**	گروه گواه	گروه اسنادر

\*\* $P < ۰/۰۵$ ; \* $P < ۰/۰۱$ 

با توجه به یافته‌های جدول ۵، تفاضل میانگین‌های گروه امیددرمانگری اسلامی و گروه امیددرمانگری اسنادر، در فاصله پیش‌آزمون و پس‌آزمون معنادار نیست ( $P = ۰/۸۰$ ). بنابراین، تفاوت معناداری میان دو نوع مداخله بر بهزیستی فاعلی مشاهده نمی‌شود. از سوی دیگر، تفاضل میانگین‌های گروه امیددرمانگری اسلامی ( $P < ۰/۰۵$ ) و گروه امیددرمانگری اسنادر ( $P < ۰/۰۱$ )، با گروه گواه معنادار است. بنابراین، هر دو نوع امیددرمانگری اسلامی و امیددرمانگری اسنادر موجب افزایش بهزیستی فاعلی بیماران مبتلا به ام‌اس، در فاصله پیش‌آزمون و پس‌آزمون شده‌اند. برای بررسی پایداری نتایج در مرحله پیگیری، از تحلیل کوواریانس یک‌راهه در فاصله پیش‌آزمون و پیگیری استفاده شد.

جدول ۶. تحلیل کوواریانس برای اثرهای درمان بر بهزیستی فاعلی در پیگیری

منبع تغییر	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	نسبت F	P	$\eta$
هم‌پراش	۲۱۱۳/۴۶	۱	۲۱۱۳/۴۶	۸۰/۷۱	۰/۰۰۱	۰/۷۱
اثر اصلی (درمان)	۴۶۷/۵۵	۲	۲۳۳/۷۷	۸/۹۲	۰/۰۰۱	۰/۳۵
خطای باقیمانده	۸۳۷/۶۵	۳۲	۲۶/۱۸			
کل	۵۷۴۱۰	۳۶				

با توجه به نتایج جدول ۶ ( $F(۳۲, ۲) = ۸/۹۲, P < ۰/۰۱$ )، تفاوت گروه‌ها در مرحله پیگیری همچنان معنادار بوده و بیانگر پایداری تأثیرات مداخله بر بهزیستی فاعلی بیماران مبتلا به ام‌اس است.

## رضایت از زندگی

ابتدا در بررسی همگنی ضرایب رگرسیون گروه‌ها مشخص شد که تعامل میان شرایط آزمایشی و متغیر هم‌پراش معنادار نیست ( $P = ۰/۵۷$ ). از سوی دیگر، در اجرای آزمون لوین نیز  $P = ۰/۴۶$  حاصل شد، که معنادار نیست و نشان می‌دهد داده‌ها مفروضه تساوی خطای واریانس را زیر سؤال نبرده‌اند.

جدول ۷. تحلیل کوواریانس برای اثرهای درمان بر رضایت از زندگی در پس‌آزمون

منبع تغییر	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	نسبت F	P	$\eta$
هم‌پراش	۹۵۲/۶۴	۱	۹۵۲/۶۴	۶۲/۵۳	۰/۰۰۱	۰/۶۶
اثر اصلی (درمان)	۳۰/۲۶	۲	۱۵/۱۳	۰/۹۹	۰/۳۸	۰/۰۶
خطای باقیمانده	۴۸۷/۵۱	۳۲	۱۵/۲۳			
کل	۱۸۰۲۸	۳۶				

بر اساس جدول ۷، تحلیل کوواریانس یک‌راهه نشان داد که تأثیر مداخله بر نمره‌های رضایت از زندگی در پس‌آزمون معنادار نیست ( $F(۳۲, ۲) = ۰/۹۹, P = ۰/۳۸$ ).

در ادامه، برای بررسی احتمال تأثیر مداخله بر نمره رضایت از زندگی در مرحله پیگیری، از تحلیل کوواریانس یک‌راهه استفاده شد.

جدول ۸. تحلیل کوواریانس برای اثرهای درمان بر رضایت از زندگی در پیگیری

منبع تغییر	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	نسبت F	P	$\eta$
هم‌پراش	۸۹۷/۰۷	۱	۸۹۷/۰۷	۶۶/۷۹	۰/۰۰۱	۰/۶۷
اثر اصلی (درمان)	۱۲۳/۱۴	۲	۶۱/۵۷	۴/۵۸	۰/۰۲	۰/۲۲
خطای باقیمانده	۴۸۷/۵۱	۳۲	۱۵/۲۳			
کل	۱۸۰۲۸	۳۶				

بر اساس جدول ۸، تحلیل کوواریانس یک‌راهه نشان می‌دهد که تأثیر مداخله بر نمره‌های رضایت از زندگی در پس‌آزمون معنادار است ( $F(۲, ۳۲) = ۴/۵۸, P < ۰/۰۵$ ). این یافته، حاکی از مشخص شدن نتایج مداخله پس از گذشت دو ماه از پایان مداخله است. از این‌رو، برای تعیین اختلاف دقیق میان گروه‌های آزمایش از آزمون تعقیبی LSD استفاده شد.

جدول ۹. مقایسه‌های زوجی با استفاده از آزمون تعقیبی LSD برای رضایت از زندگی در فاصله پیش‌آزمون و پیگیری

P	خطای استاندارد	تفاضل میانگین‌ها	گروه‌ها	
			J	I
۰/۱۵	۱/۵	۲/۲۱	گروه اسنایدر	گروه اسلامی
۰/۰۱	۱/۵۹	۴/۸۱*	گروه گواه	گروه اسلامی
۰/۱۰	۱/۵۵	۲/۵۹	گروه گواه	گروه اسنایدر

\*P &lt; ۰/۰۱

با توجه به یافته‌های جدول ۹، تفاضل میانگین‌های گروه امیددرمانگری اسلامی و گروه امیددرمانگری اسنایدر، در فاصله پیش‌آزمون و پیگیری معنادار نیست ( $P = ۰/۱۵$ ). بنابراین، تفاوت معناداری میان دو نوع مداخله بر رضایت از زندگی مشاهده نمی‌شود. از سوی دیگر، تفاضل میانگین‌های گروه امیددرمانگری اسلامی، با گروه گواه معنادار است ( $P < ۰/۰۵$ ). اما تفاضل میانگین‌های گروه امیددرمانگری اسنایدر، با گروه گواه معنادار نیست ( $P = ۰/۱۰$ ). بنابراین، علت تفاوت یافته‌های جدول ۸ در مرحله پیگیری، تأثیر امیددرمانگری اسلامی است.

## شادکامی

ابتدا در بررسی همگنی رگرسیون‌ها هر چند مشخص شد که تعامل میان شرایط آزمایشی و متغیر هم‌پراش معنادار است ( $P = ۰/۰۴۶$ )، اما با توجه به تساوی حجم نمونه گروه‌های آزمایش و گواه، و برقراری مفروضه دیگر یعنی تساوی خطای واریانس با استفاده از آزمون لوین ( $P = ۰/۹۶$ )، امکان اجرای تحلیل کوواریانس یک‌راهه ممکن گردید.

جدول ۱۰. تحلیل کوواریانس برای اثرهای درمان بر شادکامی در پس‌آزمون

منبع تغییر	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	نسبت F	P	$\eta$
هم‌پراش	۴۹۰/۱	۱	۴۹۰/۱	۱۱۵/۱۶	۰/۰۰۱	۰/۷۹
اثر اصلی (درمان)	۴۳/۳۴	۲	۲۱/۶۷	۵/۰۹	۰/۰۱	۰/۲۵
خطای باقیمانده	۱۲۷/۶۷	۳۲	۴/۲۵			
کل	۱۰۶۲۸	۳۶				

همان‌طور که جدول ۱۰ نشان می‌دهد، تأثیر مداخله بر نمره‌های شادکامی در پس‌آزمون معنادار است ( $F(۳۲، ۲) = ۵/۰۹، P = ۰/۰۱$ ). برای تعیین اختلاف دقیق میان گروه‌های آزمایش، از آزمون تعقیبی LSD استفاده شد.

جدول ۱۱. مقایسه‌های زوجی با استفاده از آزمون تعقیبی LSD برای شادکامی در فاصله پیش‌آزمون و پس‌آزمون

P	خطای استاندارد	تفاضل میانگین‌ها	گروه‌ها	
			J	I
۰/۴۵	۰/۹۲	۰/۷۰	گروه اسنایدر	گروه اسلامی
۰/۰۲	۰/۹۷	۲/۳۴*	گروه گواه	گروه اسلامی
۰/۰۸	۰/۹۲	۱/۶۳	گروه گواه	گروه اسنایدر

\*P &lt; ۰/۰۵

با توجه به یافته‌های جدول ۱۱، تفاضل میانگین‌های گروه امیددرمانگری اسلامی و گروه امیددرمانگری اسنایدر در فاصله پیش‌آزمون و پس‌آزمون معنادار نیست ( $P = ۰/۴۵$ ). بنابراین، تفاوت معناداری میان دو نوع مداخله بر شادکامی مشاهده نمی‌شود. از سوی دیگر، تفاضل میانگین‌های گروه امیددرمانگری اسلامی، با گروه گواه معنادار است ( $P < ۰/۰۵$ ). بنابراین، امیددرمانگری اسلامی موجب افزایش شادکامی می‌شود. اما تفاضل میانگین‌های گروه امیددرمانگری اسنایدر، با گروه گواه معنادار نیست ( $P = ۰/۰۸$ ). بنابراین، امیددرمانگری اسنایدر موجب افزایش شادکامی نشده است. برای بررسی پایداری نتایج در مرحله پیگیری از تحلیل کوواریانس یک‌راهه، در فاصله پیش‌آزمون و پیگیری استفاده شد.

جدول ۱۲. تحلیل کوواریانس برای اثرهای درمان بر شادکامی در پیگیری

منبع تغییر	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	نسبت F	P	$\eta$
هم‌پراش	۱۸۵/۴۳	۱	۱۸۵/۴۳	۱۸/۸۱	۰/۰۰۰	۰/۳۸
اثر اصلی (درمان)	۹۴/۳۰	۲	۴۷/۱۵	۴/۷۸	۰/۰۲	۰/۲۴
خطای باقیمانده	۲۹۵/۶۵	۳۲	۹/۸۵			
کل	۱۱۴۱۲	۳۶				

با توجه به نتایج جدول ۱۲ ( $F(۳۲، ۲) = ۴/۷۸، P < ۰/۰۵$ )، تفاوت گروه‌ها در مرحله پیگیری همچنان معنادار بوده و بیانگر پایداری تأثیرات مداخله بر بهزیستی فاعلی بیماران مبتلا به ام اس است.

## بحث و نتیجه‌گیری

بر اساس یافته‌ها، تأیید شد که امیددرمانگری با رویکرد اسلامی موجب افزایش بهزیستی فاعلی افراد مبتلا به ام اس می‌شود. همسو با این یافته، عبدالخالک (Abdel-Khalek) نیز در پژوهش‌های خود (۲۰۱۱، ۲۰۱۲، ۲۰۱۴)، رابطه دینداری با بهزیستی فاعلی را در جوامع مختلف نشان داد. بیشتر پژوهش‌های دیگر نیز رابطه نگرش به دین، حضور در مراسم مذهبی، فعالیت‌های دینی، باورهای دینی،

جهت‌گیری دینی، رسش معنوی و تجربه دینی را با رضایت از زندگی و شادکامی مثبت گزارش کرده‌اند برای نمونه *ادای (Addai)* و همکاران (۲۰۱۴)، *جوشن‌لو (Joshanloo)* (۲۰۱۱)، *کشادان و نزلک (۲۰۱۲)* و *هولدر (Holder)* و همکاران (۲۰۱۰)، ارتباط دینداری را با شاخص‌های مختلف سلامت روان نشان داده‌اند.

گرچه پژوهش‌های تجربی دینی، دربارهٔ افزایش بهزیستی فاعلی بیماران مبتلا به ام اس یافت نشد، اما پژوهش‌هایی که از امید درمان‌گری مبتنی بر رویکرد *اسنایدر* استفاده کرده بودند، همسو با پژوهش کنونی، افزایش امید را در این بیماران، با کاهش مشکلات روان‌شناختی و افزایش سلامت روان همراه دانسته‌اند. برای نمونه، کاهش میزان اضطراب، افسردگی و افزایش کیفیت زندگی (نظام‌دوست سدهی، ۱۳۹۱، ص ۱)؛ افزایش امید، کاهش افسردگی و بهبود کیفیت زندگی (عابدینی و همکاران، ۱۳۹۵)؛ کاهش افسردگی (بهرامیان و همکاران، ۱۳۹۳)؛ افزایش کیفیت زندگی (رسولی و همکاران، ۱۳۹۲).

در تبیین یافته پژوهش حاضر می‌توان به موارد زیر اشاره نمود:

۱. یکی از مؤلفه‌های الگوی امید که محور دو مؤلفه دیگر نیز قلمداد می‌شود، هدف است. به گفته *تیلیچ (Tillich)* «هدف در زندگی بخش مهمی از جوهره دین است» (فرانسیس (Francis) و همکاران، ۲۰۱۰). هدف در زندگی، یکی از سازه‌هایی است که می‌توان آن را به عنوان میانجی، در رابطه دین با بهزیستی در نظر گرفت. از یک‌سو، دین مرگ را پایان زندگی نمی‌داند و هدف اصلی را در زندگی، پس از مرگ جست‌جو می‌کند. از سوی دیگر، هدف در زندگی رابطه نیرومندی با بهزیستی فاعلی دارد. *سیلیک و کتکارت (Sillick, & Cathcart)* (۲۰۱۴)، نقش واسطه‌ای هدف در زندگی را در رابطه جهت‌گیری دینی با شادی تأیید کردند. *کشادان و نزلک (۲۰۱۲)* نیز نقش واسطه‌ای هدف در زندگی را در رابطه معنویت با عاطفه مثبت تأیید کردند.

۲. زمینه‌یابی‌ها نشان می‌دهند ۷۰ تا ۸۰ درصد بیماران از باورها و فعالیت‌های دینی برای مقابله با مشکلات و ناکامی‌های روزمره استفاده می‌کنند. دین، به بیماران کمک می‌کند تا سازگاری هیجانی‌شان را ارتقاء دهند و معنا و امیدشان را حفظ کنند. بیماران تأکید می‌کنند که «در خدمت هدفی فراتر از خود بودن» زندگی در شرایط غیرقابل تحمل را ممکن می‌سازد (*هفتی (Hefiti)*، ۲۰۱۱). از این‌رو، معنادهی به افراد با تأکید بر داشتن هدف متعالی توحیدی در زندگی، می‌تواند تأثیرگذار باشد. در واقع افرادی که بیماری و محدودیت‌های مالی را تجربه می‌کنند، با توجه نمودن به آخرت و اینکه زندگی چیزی فراتر از زندگی دنیا است، به معنایی جدید و عمیق می‌رسند که به رضایت بیشتر آنها از زندگی‌شان

می‌انجامد. برای نمونه، در آموزش‌های این پروتکل به داشتن اهدافی تأکید می‌شود که فنا شدنی نیستند و به تکیه بر اسبابی توصیه می‌شود که نامتناهی و قادر متعال هستند.

۳. بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن، به‌ویژه وقتی درمان مشخصی برای بیماری‌شان وجود نداشته باشد، ممکن است بیشتر به مفهوم «مرگ» فکر کنند. مرگ، یکی از نقاط عطف زندگی انسان است که با بحث امید ارتباط تنگاتنگ دارد. *کول (Kooole)* و همکاران (۲۰۰۶)، مرگ را یکی از مهم‌ترین دغدغه‌های هستی‌شناختی می‌دانند. اما یکی از کارکردهای مهم دین، ارائه راهبردهای مقابله‌ای هنگام آگاهی از مرگ است. دین می‌گوید: زندگی با مرگ پایان نمی‌پذیرد. دین از این راه، حسی از امنیت روان‌شناختی و امید به جاودانگی را فراهم می‌آورد و موجب افزایش سطح بهزیستی فرد می‌شود (*ویل (Vail)* و همکاران، ۲۰۱۰)؛ زیرا دین بر محور مفهوم حقیقت غایی، سامان یافته است (آذربایجانی، ۱۳۸۲، ص ۴۱). بنابر منابع اسلامی، یکی از علل ناامیدی (یعنی حالت تفریط در امید) و امید کاذب (یعنی آرزوهای نشدنی یا حالت افراط در امید)، غفلت از مرگ و زندگی پس از مرگ است. به این ترتیب، به نظر می‌رسد گنجاندن مطالبی درباره اصلات زندگی پس از مرگ و ارتباط دادن سختی‌های فعلی با آسانی و پاداش‌های آخرت، نقش چشمگیری در افزایش رضایت‌مندی از زندگی فعلی، همراه با بیماری داشته باشد. افرادی که اضطراب مرگ پایینی دارند، امید بیشتر و اندوه کمتری (کلینی، ۱۴۰۷، ج ۲، ص ۳۲۰؛ مجلسی، ۱۴۰۳، ج ۴۵، ص ۵)، در زندگی دارند.

۴. *شیا (Shiah)* و همکاران، در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که گروه‌های دینی مختلف، از مسیرهای متفاوتی به بهزیستی فاعلی دست می‌یابند. یکی از مسیرهای عمده، امیدواری است. به این ترتیب، دین به افراد امید می‌دهد و امیدواری نیز پیش‌بینی‌کننده رضایت از زندگی و شادکامی است (وناک و مارسینکفسکی، ۲۰۱۴). در این پروتکل، با توجه به پژوهش‌هایی که رابطه امید بیشتر با سازگاری بهتر با ام اس را نشان داده‌اند، به جای مداخله مستقیم در زمینه بهزیستی فاعلی، پیش‌بین آن یعنی امید، با استفاده از ابزارهای دینی دست‌کاری شد. سرانجام حاصل آن، افزایش شادکامی و رضایت از زندگی در شرکت‌کنندگان مبتلا به ام اس گردید.

۵. تبیین دیگر برای این یافته، به مفهوم دلبستگی ایمن ارتباط دارد. افزایش احساس دلبستگی ایمن افراد، با فراهم آوردن پایگاهی ایمن به نام اسباب فرامادی، کمک می‌کند فرد با آرامش بیشتری به اهداف دنیوی خود پردازد و نگرانی کمتری داشته باشد. بر اساس پژوهش *دزموند موریس (Desmond Morris)* دین از سه میل انسان سرچشمه می‌گیرد: نیاز به یک رهبری که قادر مطلق است



(نیاز به تسلط)، نیاز به یک آبر-والد (دل بستگی) و نیاز به اینکه از خطر مرگ محافظت بشود (نیاز به بقاء) (به نقل از سایولی (Scioli) و بیلر، ۲۰۰۹). سایولی و بیلر (۲۰۰۹)، در بررسی خود گزارش نمودند که در اسلام هر سه وجه امید (یعنی تسلط، دل بستگی و بقاء) ابراز شده‌اند.

۶. از آنجاکه شرکت کنندگان مبتلا به ام اس بودند و با مشکلات مالی، اجتماعی، خانوادگی، جسمی و روان‌شناختی مزمن بسیاری روبه‌رو بودند. داشتن ابزارهایی از جمله مقابله‌های هیجان‌مدار و مسئله‌مدار، که در پروتکل پیشنهاد شد، به افزایش تحمل مشکلات کمک نموده و در نتیجه، با کاهش هیجان‌ها منفی و افزایش هیجان‌های مثبت به بهزیستی فاعلی آنها کمک می‌کند (دینر و همکاران، ۱۹۸۵). برای نمونه، در ارزیابی خیرگرا وجود موانع تبدیل به فرصتی برای افزایش هیجان‌های مثبت، کاهش هیجان‌های منفی و افزایش رضامندی از زندگی می‌شود (پسندیده و همکاران، ۱۳۹۱). فقدان هیجان‌های منفی نیز به نوبه خود، به تفکر منطقی و استوار اندیشی (حزم) کمک نموده، فرد می‌تواند به تصمیماتی منطقی برای رفع موانع اقدام کند (ابن‌ابی‌الحدید، ۱۴۰۴ق، ج ۲۰، ص ۳۴۳). در مجموع می‌توان گفت: که تمسک به دین از راهبردهای افزایش شادی و رهایی از غمگینی است (اریلماز (Eryilmaz)، ۲۰۱۴؛ تکاچ (Tkach) و لیوبومرسکی، ۲۰۰۶).

۶. یافته دیگر پژوهش این بود که تفاوت معناداری میان دو رویکرد امیددرمانگری بر بهزیستی فاعلی بیماران مبتلا به ام اس مشاهده نشد. برخی تحقیقات گذشته نیز تفاوت معناداری میان یک برنامه درمانی اسلامی و غیراسلامی نیافتند. در پژوهش سالاری‌فر (۱۳۹۳)، دو نوع زوج‌درمانی شناختی-رفتاری و اسلامی تأثیر معنادار داشتند، اما زوج‌درمانی اسلامی، بر مداخله دیگر برتری معنادار نداشت. در پژوهش انصاری (۱۳۹۵) نیز تفاوت معناداری میان درمان شناختی-رفتاری، با رویکرد اسلامی با درمان شناختی-رفتاری آبرامویتز بر مبتلایان به وسواس مشاهده نشد. همچنین مجاهد و همکاران (۱۳۸۸)، تفاوت معناداری بین دو روش شناختی رفتاری با و بدون توصیه‌های اسلامی در ارتقای سلامت روانی به دست نیاموردند. فراتحلیل مکالخ (۱۹۹۹) نیز تفاوت معناداری برای درمان شناختی-رفتاری مسیحی با غیرمسیحی نیافت.

اما تحقیقات دیگری، نتایجی ناهمسو با نتیجه پژوهش حاضر یافتند. نتیجه پژوهش عبدی (۱۳۹۴)، نشان داد که تأثیر الگوی تنظیم رغبت اسلامی بر اضطراب، به طور معناداری بیشتر از درمان شناختی-رفتاری است. جان‌بزرگی (۱۳۷۸) نیز در بررسی تأثیر روان‌درمانگری با و بدون جهت‌گیری مذهبی بر مهار اضطراب و تیدگی، نشان داد که تأثیر درمانگری با جهت‌گیری مذهبی بیشتر است.

در تبیین این نتیجه می‌توان گفت: به نظر می‌رسد سازوکارهای دو روش درمانگری اسلامی و اسنایدری، در سطح رفع نشانه‌ها یکسان عمل می‌کنند؛ به این معنا که هرچند که مبانی و محتوای دو پروتکل درمانی تفاوت‌های اساسی داشته‌اند، اما سازوکار اثر آنها بر نشانه‌های هیجانی و شناختی مراجعان مشابه بوده است.

۷. تبیین دیگر اینکه، ساختار امید در متون اسلامی با امید در نظریه اسنایدری، تشابه‌هایی از لحاظ ساختار و محتوا داشتند. هر دو درمان، از سه مؤلفه اصلی هدف، راهیابی و عاملیت تشکیل شده‌اند. این تشابه ممکن است نتایج مشابه را توجیه کند. البته با وجود تفاوت‌هایی که از لحاظ اسلامی بودن، میان دو نوع رویکرد درمانی وجود داشت، اما گروه امیددرمانگری اسنایدری در بحث‌های گروهی مثال‌های متعدد مذهبی ارائه می‌نمودند که موجب می‌شد بحث‌ها و به‌طور کلی جلسات این نوع رویکرد تا حدودی اسلامی شود. البته در این موارد، درمانگر از ارائه مثال‌ها یا توضیحاتی که جنبه اسلامی داشته باشد، خودداری می‌کرد و سعی می‌نمود به بحث‌های اسلامی شرکت‌کنندگان نیز دامن نزنند، اما در هر صورت ممکن است تأثیر گذاشته باشد.

۸. تبیین دیگر وجود دوره‌های آموزشی همزمان است. انجمن ام اس استان قم، فعالانه جلسات و دوره‌هایی را، به‌صورت ماهیانه و یا هفتگی برگزار می‌کند. اغلب شرکت‌کنندگان سه گروه، در این دوره‌ها شرکت می‌کردند. هرچند توزیع این افراد در جلسات و دوره‌های خود انجمن ام اس به طور تقریبی یکنواخت بود، ولی ممکن است تأثیر دو نوع مداخله فعلی را بر بهزیستی تحت تأثیر قرار داده باشد. البته وجود گروه گواه، و تصادفی بودن تا حد زیادی این محدودیت را رفع می‌کند، ولی ممکن است تأثیر آنها را به صفر نرساند.

محدودیت‌های پژوهش عبارت بودند از: احتیاط در تعمیم نتایج به سبب اجرا در شهر قم و ارتباط ناخواسته اعضای گروه‌های آزمایش، به سبب شرکت در جلسات دو ماهانه انجمن ام اس. در مجموع با توجه به تأثیرگذاری امیددرمانگری اسلامی بر افزایش شادکامی و رضامندی افراد مبتلا به ام اس، به ویژه با توجه به بومی بودن آن و ریشه داشتن در مبانی مذهبی افراد ایرانی، پیشنهاد می‌شود که از پروتکل امیددرمانگری اسلامی، به عنوان یک درمان مکمل در کنار سایر درمان‌های موجود برای بیماران مبتلا به ام اس استفاده شود.

## منابع

صالحی، مبین و همکاران، (زیر چاپ)، «الگوی امید بر اساس منابع اسلامی و ساخت پروتکل درمانی آن»، *اسلام و پژوهش‌های روان‌شناختی*.

صالحی، مبین، ۱۳۹۳، «امیدمحوری و نقش آن در پیشرفت با توجه به آیات و روایات و روان‌شناسی»، در: مجموعه مقالات نخستین همایش ملی الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت با موضوع «پیشرفت از منظر قرآن و حدیث»، قم، مدرسه امام خمینی علیه السلام.

\_\_\_\_\_، ۱۳۹۵، *طراحی مداخله امیددرمانگری اسلامی و مقایسه تأثیر آن با امیددرمانگری اسنادی بر بهزیستی فاعلی افراد مبتلا به مولتیپل اسکروسیس*، پایان‌نامه دکتری روان‌شناسی، قم، پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.

عابدینی، الهه و همکاران، ۱۳۹۵، «اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر رویکرد امید بر امید و افسردگی زنان مبتلا به بیماری ام‌اس»، *روانشناسی بالینی*، سال هشتم، ش ۲، ص ۱-۱۱.

عبدی، حمزه، ۱۳۹۴، *طراحی الگوی تنظیم رغبت بر اساس آموزه زهد اسلامی و تأثیر آن بر کاهش اضطراب در مقایسه با درمان شناختی- رفتاری*، پایان‌نامه دکتری روان‌شناسی عمومی، قم، پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.

قرلسفلو، مهدی و مهرنوش اثباتی، ۱۳۹۰، «گروه درمانی امیدمحور بر بهبود کیفیت زندگی مردان مبتلا به اچ آی وی مثبت»، *اندیشه و رفتار*، ش ۲۲، ص ۸۹-۹۶.

کلینی، محمدبن یعقوب، ۱۴۰۷ق، *کافی*، تهران، اسلامیه. مجلسی، محمدباقر، ۱۴۰۳ق، *بحارالانوار*، بیروت، دارالاحیاء التراث.

نظام دوست سدهی، معصومه، ۱۳۹۱، *اثربخشی امیددرمانی در کاهش میزان اضطراب، افسردگی و افزایش کیفیت زندگی مبتلایان به بیماری مولتیپل اسکروسیس (ام‌اس)*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی، تهران، دانشگاه خوارزمی.

Abdel-Khalek, A. M., 2011, Religiosity, subjective well-being, self-esteem, and anxiety among Kuwaiti Muslim adolescents, *Mental Health, Religion & Culture*, v. 14(2), p. 129-140.

\_\_\_\_\_ , 2012, Associations between religiosity, mental health, and subjective well-being among Arabic samples from Egypt and Kuwait, *Mental Health, Religion & Culture*, v. 15(8), p. 741-758.

\_\_\_\_\_ , 2014, Happiness, health, and religiosity: Significant associations among Lebanese adolescents, *Mental Health, Religion & Culture*, v. 17(1), p. 30-38.

Addai, I, & et al, 2014, Exploring predictors of subjective well-being in Ghana: A micro-level study, *Journal of Happiness Studies*, v. 15(4), p. 869-890.

Brown, P. H, & Tierney, B, 2009, Religion and subjective well-being among the elderly in China, *The Journal of Socio-Economics*, v. 38, p. 310-319.

Buckland, H. T, 2010, *Young adults with schizophrenia: Defining happiness*, building hope (Dissertation). Available from Request Dissertations and Theses database, (UMI No. 3370467).

Cheavens, J. S, et al, 2006, Hope therapy in a community sample: a pilot investigation, *Social Indicators Research*, v. 77, p. 61-78.

\_\_\_\_\_ , 2006, Hope in cognitive psychotherapies: on working with client strengths, *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, v. 20, p. 135-145.

آذربایجانی، مسعود، ۱۳۸۲، *تهیه و ساخت آزمون جهت‌گیری مذهبی با تکیه بر اسلام*، قم، پژوهشگاه حوزه و دانشگاه. آقابابایی، ناصر و همکاران، ۱۳۸۸، «معنویت و احساس شخصی روان‌درستی در دانشجویان و طلاب»، *علوم روان‌شناختی*، ش ۳۱، ص ۳۶۰-۳۷۲.

ابن ابی الحدید، عبدالحمید بن هبة الله، ۱۴۰۴ق، *شرح نهج البلاغه*، قم، مکتبه آية الله المرعشی النجفی.

ابن طاووس، علی بن موسی، ۱۴۱۱ق، *مهج الدعوات و منهج العبادات*، محقق / صحیح: ابوطالب کرمانی و محمدحسن محرر، قم، دار الذخائر.

انصاری، حسن، ۱۳۹۵، *طراحی روش درمان شناختی- رفتاری با رویکرد اسلامی و مقایسه اثربخشی آن با درمان شناختی- رفتاری آبرامویتز بر مبتلایان به OCD*، پایان‌نامه دکتری روان‌شناسی عمومی، قم، پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.

بهرامیان، جاسم و همکاران، ۱۳۹۳، «تأثیر گروه‌درمانی مبتنی بر رویکرد امیددرمانی بر میزان افسردگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروسیس»، *پژوهش توانبخش در پرستاری*، ش ۱، ص ۱۲-۲۲.

بهشتی، سعید و همکاران، ۱۳۸۹، «معنا و مؤلفه‌های امیدواری در متون اسلامی و روان‌شناسی مثبت‌گرا»، *دانشور رفتار، تربیت و اجتماع*، ش ۴۵، ص ۱۵۰-۱۷۰.

بیانی، علی اصغر و همکاران، ۱۳۸۶، «اعتبار و روایی مقیاس رضایت از زندگی (SWLS)»، *روانشناسان ایرانی*، سال یازدهم، ش ۳، ص ۲۵۹-۲۶۵.

پرچم، اعظم و همکاران، ۱۳۹۰، «بررسی تطبیقی ناامیدی در نظریه اسنادی و قرآن کریم»، *مطالعات اسلامی: علوم قرآن و حدیث*، ۸۷/۳، ص ۸۳-۱۰۸.

پسندیده، عباس و همکاران، ۱۳۹۱، «پایه نظری رضامندی از دیدگاه اسلام»، *روانشناسی دین*، ش ۴، ص ۸۵-۱۰۴. جان‌بزرگی، مسعود، ۱۳۷۸، *اثربخشی روان‌درمانگری کوتاه‌مدت، آموزش خودمهارگری، با و بدون جهت‌گیری مذهبی بر مهار اضطراب و تنیدگی*، پایان‌نامه دکتری روان‌شناسی، تهران، دانشگاه تربیت مدرس.

خلیلیان شلمزاری، محمود و همکاران، ۱۳۹۲، «ساخت و روایی سنجی مقیاس امید بر اساس منابع اسلامی»، *روانشناسی و دین*، سال ششم، ش ۱، ص ۵۹-۷۶.

رسولی، محسن و همکاران، ۱۳۹۲، «تأثیر امیددرمانی گروهی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروسیس»، *روان‌پرستاری*، ش ۱، ص ۵۴-۵۶.

سالاری‌فر، محمدرضا، ۱۳۹۳، *طراحی زوج‌درمانی شناختی‌رفتاری مبتنی بر متون اسلامی و مقایسه کارآمدی آن با زوج‌درمانی شناختی- رفتاری توسعه یافته در افزایش رضایت زناشویی*، پایان‌نامه دکتری روان‌شناسی عمومی، قم، پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.

ستوده اصل، نعمت و همکاران، ۱۳۸۹، «مقایسه دو روش دارودرمانی و امیددرمانی بر ابعاد کیفیت زندگی بیماران مبتلا به فشار خون اساسی»، *روانشناسی بالینی*، سال پنجم، ش ۱، ص ۲۷-۳۴.

- O'Connor, P, 2002, Key issues in the diagnosis and treatment of multiple sclerosis: an overview, *Neurology*, v. 59(3), p. 1-31.
- Ryan, K. A, et al, 2007, Predictors of subjective well-being among individuals with multiple sclerosis, *Clinical Neuropsychology*, v. 21(2), p. 239-262.
- Scioli, A, & Biller, H. B, 2009, *Hope in the Age of Anxiety*, Oxford: Oxford University Press.
- Shekarabi Ahari, G, & et al, 2012, The effectiveness of group hope therapy on hope and depression of mothers with children suffering from cancer in Tehran, *Iran Journal of Cancer Prevention*, v. 4, p.183-188.
- Shiah, Y, et al, (in press), Religion and subjective well-being: Western and Eastern religious groups achieved subjective well-being in different ways, *Journal of Religion and Health*.
- Sillick, W. J, & Cathcart, S, 2014, The relationship between religious orientation and happiness: The mediating role of purpose in life, *Mental Health, Religion & Culture*, v. 17(5), p. 494-507.
- Snyder, C. R, et al, 2000, The role of hope in cognitive-behavior therapies, *Cognitive Therapy and Research*, v. 24(6), p. 747-762.
- Snyder, C. R, & Lopez, S. J, 2007, *Positive psychology: the scientific and practical explorations of human strengths*, USA, sage publication.
- Snyder, C. R, 2000, *Handbook of hope: theory, measures, & applications*. San Diego, UAS, Academic.
- Svestkova, O, et al, 2010, Functioning and disability in multiple sclerosis, *Disability and Rehabilitation*, v. 1, p. 59-67.
- Tkach, C, & Lyubomirsky, S, 2006, How do people pursue happiness?: Relating personality, happiness-increasing strategies, and well-being, *Journal of Happiness Studies*, v. 7, p. 183-225.
- Vail, K. E, et al, 2010, A terror management analysis of the psychological functions of religion, *Personality and Social Psychology Review*, v. 14(1), p. 84-94.
- Weis, R, & Speridakos, E, 2011, *A meta-analysis of hope enhancement strategies in clinical*.
- Wnuk, M, & Marcinkowski, J. T, 2014, Do existential variables mediate between religious-spiritual facets of functionality and psychological well-being, *Journal of Religion & Health*, v. 53(1), p. 56-67.
- Yalcin, I, & Malkoc, A, 2015, The relationship between meaning in life and subjective well-being: Forgiveness and hope as mediators, *Journal of Happiness Studies*, v. 16(4), p. 915-929.
- منابع غیرمکتوب:
- مرکز تحقیقات کامپیوتری علوم انسانی، ۱۳۹۱، جامع التفاسیر ۲/۵: دایره المعارف چند رسانه‌ای قرآن کریم، قم، مرکز تحقیقات کامپیوتری علوم انسانی.
- مرکز تحقیقات کامپیوتری علوم انسانی (۱۳۹۱). جامع الاحادیث ۳/۵: فرهنگ جامع روایات پیامبر ﷺ و اهل بیت ﷺ. قم، مرکز تحقیقات کامپیوتری علوم انسانی.
- Diener, E, 1994, Assessing subjective well-being: progress and opportunities, *Social Indicator Research*, v. 31, p. 103-157.
- \_\_\_\_\_, 2009, *Assessing subjective well-Being: Progress and opportunities*. In E. Diener (Ed), *Assessing Well-Being: The Collected Works of Ed Diener* (pp. 25-65). New York: Springer.
- Diener, E, et al, 1985, The Satisfaction with Life Scale, *Journal of Personality Assessment*, v. 49(1), p.71-75.
- Duggleby, W, et al, 2007, Living with hope: Initial evaluation of a psychosocial hope intervention for older palliative home care patients, *Journal of Pain and Symptom Management*, v. 33, p. 247-257.
- Eryilmaz, A, 2014, Strategies adopted by Turkish adults for increasing happiness in daily life. *Mental Health, Religion & Culture*, v. 17(7), p. 680-689.
- Francis, L. J, et al, 2010, The relationship between religious orientation, personality, and purpose in life among an older Methodist sample, *Mental Health, Religion & Culture*, v. 13, p. 777-791.
- Hefti, R, 2011, Integrating religion and spirituality into mental health care, *psychiatry and psychotherapy. Religions*, v. 2, p. 611-627.
- Holder, M. D, et al, 2010, Spirituality, religiousness, and happiness in children aged 8-12 years, *Journal of Happiness Studies*, v. 11, p. 131-150.
- Holper, L, et al, 2010, Functioning in multiple sclerosis using the ICF, *Journal of Neurology*, v. 1, p. 103-113.
- Joshanloo, M, 2011, Investigation of the contribution of spirituality and religiousness to hedonic and eudemonic well-being in Iranian young adults, *Journal of Happiness Studies*, v. 12, p. 915-930.
- Kashdan, T. B, 2004, The assessment of subjective well-being (issues raised by the Oxford Happiness Questionnaire), *Personality and Individual Differences*, v. 36, p. 1225-1232.
- Kato, T, & Snyder C. R, 2005, [Relationship between hope and subjective well-being: reliability and validity of the dispositional Hope Scale, Japanese version]. *Shinrigaku Kenkyu*, v. 76, (3), p. 227-234. [in Japanese].
- Kesselring, J, 1997, Symptomology. In J. Kesselring (ed.), *Multiple sclerosis*, USA, Cambridge.
- Kim-Prieto, C, & Diener, E, 2009, Religion as a source of variation in the experience of positive and negative emotions, *The Journal of Positive Psychology*, v. 4(6), p. 447-460.
- Koole, S. L, et al, 2006, Introducing science to the psychology of the soul: Experimental existential psychology, *Current Directions in Psychological Science*, v. 15, p. 212-216.
- Lyubomirsky, S, et al, 2006, What are the differences between happiness and self-esteem? *Social Indicators Research*, v. 78, p.363-404.
- Lyubomirsky, S, & Lepper, H. S, 1999, A measure of subjective happiness: Preliminary reliability and construct validation, *Social Indicators Research*, v. 46(2), p. 137-156.
- Minden, S. L, 1992, Psychotherapy for people with multiple sclerosis, *Neuropsychiatry*, v. 4, p. 198-213.
- Noll, K. R, 2011, *Predictors of quality of life in multiple sclerosis: Relationships between cognitive, physical, and subjective measures of disease burden*. Unpublished dissertation for the degree of doctor of philosophy, School of Biomedical Sciences, the University of Texas Southwestern Medical Center at Dallas, USA.