

## اثربخشی مداخله مبتنی بر رویکرد تحلیل وجودی - معنویت بر کیفیت و معنای زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (MS)

\*زهرا عبدخدایی<sup>۱</sup>، شهریار شهیدی<sup>۲</sup>، محمدعلی مظاهری<sup>۳</sup>، لیلی پناغی<sup>۴</sup>، وحید نجاتی<sup>۵</sup>

۱. استادیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه شهید بهشتی.

۲. استاد، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه شهید بهشتی.

۳. استاد، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه شهید بهشتی.

۴. دانشیار، گروه پزشکی اجتماعی، دانشگاه شهید بهشتی.

۵. دانشیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه شهید بهشتی.

(تاریخ دریافت مقاله: ۹۸/۰۶/۰۹ - تاریخ پذیرش: ۹۹/۰۵/۰۵)

## Effectiveness of Existential Based Spiritual Intervention on Quality of Life and Life Meaning in Patients with Multiple Sclerosis

\*Zahra Abdekhodaie<sup>1</sup>, Shahriar Shahidi<sup>2</sup>, Mohammad Ali Mazaheri<sup>3</sup>, Leili Panaghi<sup>4</sup>, Vahid Nejati<sup>5</sup>

1. Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Shahid Beheshti University.

2. Professor, Department of Clinical Psychology, Shahid Beheshti University.

3. Professor, Department of Clinical Psychology, Shahid Beheshti University.

4. Associate Professor, Department of Community Medicine, Shahid Beheshti University.

5. Associate Professor, Department of Clinical Psychology, Shahid Beheshti University.

Original Article

(Received: Aug. 31, 2019 - Accepted: Jul. 26, 2020)

مقاله پژوهشی

### Abstract

**Objective:** This study aimed to investigate the effectiveness of existential based spiritual intervention on quality of life and life meaning in patients with multiple sclerosis (MS). **Method:** Qualitative single case method with multiple baseline was applied. 5 patients were selected through purposive convenience sampling and were interviewed. Intervention was developed in 12 topics and applied weekly in two one-hour sessions. The process and mechanisms of changes were evaluated using the quality of life and life meaning scales. After obtaining of baseline in pretest stage, the participants were evaluated during six stages treatment process and two stages follow-up. The data were analyzed via visuals inspection, reliable change index (RCI) and improvement percentage strategies. **Findings:** The percentage of improvement was calculated in two scales and at three stages for five participants. The average improvement rate in the intervention stage was 114.32% for the Meaning-in-Life and 79.4% for Quality of Life, and in the follow-up stage it was obtained 185.5% for the Meaning-in-Life and 123.28% for Quality of Life. Intervention has positive and stable effect on Quality and Meaning of Life, but the subscales changed in different manner. **Conclusion:** Existential based spiritual intervention, which had affections on different level in meaning life, enhanced the patients' quality of life in physical and psychological level. So this psychological intervention will be useful for MS patients.

**Keywords:** Multiple Sclerosis, Intervention, Existential Analysis, Spirituality, Single Case Study.

### چکیده

**مقدمه:** مطالعه حاضر با هدف بررسی اثربخشی مداخله مبتنی بر رویکردهای تحلیل وجودی و معنویت بر کیفیت و معنای زندگی مبتلایان به ام‌اس صورت پذیرفت. روش: پژوهش به روش تک شرکت‌کننده و طرح آزمایشی خط مبنا چندگانه، انجام شد. ۵ نفر به صورت نمونه‌گیری هدفمند در دسترس انتخاب و مورد مداخله قرار گرفتند. مداخله در ۱۲ مبحث، هفته‌ای دو جلسه یک‌ساعته برگزار شد. جهت بررسی فرآیند و مکانیسم تغییرات از مقیاس‌های معنای زندگی و کیفیت زندگی در مبتلایان به ام‌اس استفاده شد. بعد از به دست آوردن نمرات خط مبنا در مرحله پیش‌آزمون، شرکت‌کنندگان طی شش مرحله در فرآیند مداخله و دو مرحله پیگیری به مقیاس‌ها پاسخ دادند. داده‌ها به روش ترسیم دیداری، شاخص تغییر پایا (RCI) و فرمول درصد بهبودی تحلیل شدند. یافته‌ها: درصد بهبودی در دو مقیاس در سه مرحله و برای ۵ شرکت‌کننده محاسبه شد. میانگین درصد بهبودی در مرحله مداخله برای معنایابی زندگی ۱۱۴/۳۲٪ و برای کیفیت زندگی ۷۹/۴٪ به دست آمد و در مرحله پیگیری برای معنایابی زندگی ۱۸۵/۵٪ و برای کیفیت زندگی برابر با ۱۲۳/۲۸٪ برآورد شده است. مداخله بر کیفیت و معنای زندگی مبتلایان تأثیر مثبت و پایداری داشته، اما خرده مقیاس‌ها با مکانیسم متفاوتی تغییر کرده‌اند. نتیجه‌گیری: مداخله مبتنی بر تحلیل وجودی و معنویت با تأثیرگذاری بر سطوح مختلف معنای زندگی، کیفیت زندگی مبتلایان را در دو سطح جسمی و روانی ارتقا بخشیده است؛ بنابراین در مداخلات روانشناختی برای مبتلایان به ام‌اس می‌توان از این رویکرد سود جست.

**واژگان کلیدی:** مولتیپل اسکلروزیس، مداخله، تحلیل وجودی، معنویت، پژوهش تک شرکت‌کننده.

\* نویسنده مسئول: زهرا عبدخدایی

\*Corresponding Author: Zahra Abdekhodaie

Email: Z\_abdekhodaie@sbu.ac.ir

## مقدمه

تولیدکنندگی در سطوح شخصی، حرفه‌ای و اجتماعی است، همچنین به دلیل علائم گسترده بیماری و ناتوانایی‌های وسیعی که ایجاد می‌نماید (کوستا و همکاران، ۲۰۱۶) به شدت بر کیفیت زندگی، رفاه روان‌شناختی و امید زندگی فرد تأثیرگذار است (ون در هیله، اسپیلیاوف، روئیمشوتل، میددلکوپ و ویسر<sup>۸</sup>، ۲۰۱۲؛ پایپوس و استلماسیاک<sup>۹</sup>، ۲۰۱۲). افراد مبتلا با فقدان‌های متعددی در زندگی روزمره مواجه هستند که انطباق با آن‌ها، بیمار را مجبور می‌کند سبک زندگی خود را به‌طور قابل‌توجهی تغییر دهد (اولسون، لکسل و سودلبرگ<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۸). به‌عنوان یک داده جهانی، بیماران مبتلا به ام‌اس از کیفیت زندگی پایین برخوردارند به‌طوری‌که در پنج تا شش حوزه کیفیت زندگی نمرات بسیار پایینی به دست می‌آورند (پایپوس و استلماسیاک، ۲۰۱۲؛ جوردانو و همکاران، ۲۰۱۶، هیسن، شولتز، فایهلر، ون‌درمارک، اتته، یانگ، پوتگان، کریگر و گولد<sup>۱۱</sup>، ۲۰۱۰). این مسئله به‌قدری تأثیرگذار است که می‌تواند در روند بیماری نیز تسریع ایجاد کرده و علائم را تشدید نماید. عبدخدایی (۱۳۹۶) در مطالعه‌ای کیفی بر مشکلات مبتلایان به ام‌اس به این یافته دست یافت که عدم پیش‌بینی‌پذیری علائم در کنار عدم قطعیت درمان و پیش‌آگهی نامعلوم بیماری (بکیاس<sup>۱۲</sup>، ۲۰۱۶) منجر به فقدان

بیماری مولتیپل اسکلروزیس<sup>۱</sup> که به‌عنوان یکی از بیماری‌های مزمن سیستم ایمنی بدن (پومپیلی، فورته، پالرمو، استفانی، لمیس، سرافینی، آمور و جیراردی<sup>۲</sup>، ۲۰۱۲؛ جوردانو، سیمین، کامپانلا، مورونه، فوسکو، فارینوتی<sup>۳</sup>، ۲۰۱۶) یک بیماری التهابی با ماهیت تحلیل‌برنده مربوط به سیستم اعصاب مرکزی است (هیوز، لوکوک، زایلند<sup>۴</sup>، ۲۰۱۳). شیوع آن به سرعت در حال پیشرفت بوده به‌طوری‌که اطلس ام‌اس (۲۰۱۶) میزان شیوع این بیماری در دنیا را حدود دونیم میلیون نفر برآورد نموده است. در ایران نیز از هر صد هزار نفر، ۵.۷۸ نفر مبتلا به ام‌اس گزارش شده‌اند (حسینی، اصغری، راس سفانی، یزدانی و مزده، ۲۰۱۶). ام‌اس با اتیولوژی گسترده، چندعاملی و نامشخص، یک بیماری پیش‌رونده و برگشت‌ناپذیر محسوب شده و در افراد مختلف با تظاهرات بالینی متعدد مشاهده می‌شود (کوستا، مارکیوس و کلهیروس<sup>۵</sup>، ۲۰۱۳؛ آلبیوکیورکیو، جرالگو، مارتینس و ریبریو<sup>۶</sup>، ۲۰۱۵). با توجه به اینکه ام‌اس از شایع‌ترین

اختلالات نورولوژیکی در سنین جوانی است (بوئسچوتن، دکر، یوئیتدهاگ، پولمن، کولتته، کوئیچپرز و بیکن<sup>۷</sup>، ۲۰۱۲؛ پومپیلی و همکاران، ۲۰۱۲) یعنی دوره‌ای که اغلب مرحله

1. Multiple Sclerosis
2. Pompili, Forte, Palermo, Stefani, Lamis, Serafini, Amore & Girardi.
3. Giordano, Cimino, Campanella, Morone, Fusco, Farinotti.
4. Hughes, Locock, Ziebland.
5. Costa, Marques, Calheiros.
6. Albuquerque, Geraldo, Martins, Ribeiro.
7. Boeschoten, Dekker, Uitdehaag, Polman, Collette, Beekman, van Oppen,

8. Van der Hiele, Spliethoff-Kamminga, Ruimschotel, Middelkoop, Visser,
9. Papu 'c, Stelmasiak
10. Olsson, Lexell, & Söderberg
11. Heesen, Schulz, Fiehler, Von der Mark, Otte, Jung, Poettgen, Krieger, Gold.
12. Backus

هریسون، مک کراکن، بوگوسین و موس موریس<sup>۴</sup>، ۲۰۱۵؛ کوکیوک، کارا، پویراز و آیدیمان<sup>۵</sup>، ۲۰۱۶). پاک نیا، بهمنی، دادخواه، عظیمیان، نقیایی و مسعودی ثانی (۲۰۱۵) در مورد مبتلایان به ام اس به این نکته اشاره می کنند که؛ این افراد به دلیل رویارویی با ماهیت غیرقابل پیش بینی بیماری، عدم قطعیت در مورد آینده، ترس از ناتوانی، پیش بینی مرگ زودرس، با بی معنایی در زندگی مواجه می شوند و بنابراین تلاش می کنند تا اضطراب های وجودی خود را انکار و یا سرکوب نمایند. عبدخدایی (۱۳۹۶) بر این باور است که این فرآیند به احساس هایی از قبیل احساس پوچی، تنهایی، بی معنایی، خشم، غم و اندوه و تضعیف روحیه می گردد. از سوی دیگر بوسسینگ، استرمان و ماتیسین<sup>۶</sup> (۲۰۰۵) همچنین عبدخدایی و همکاران (۱۳۹۷) معتقدند بیماری منجر به ایجاد سؤالات معنوی/مذهبی جدی در مبتلایان، در جستجوی معنای زیستن و معنای بیماری می گردد. در این رابطه، مبتلایان اغلب از اطلاعات و باورهای مذهبی خود برای معنایابی استفاده می کنند (سیابایک، هاونسگارد و هودیت<sup>۷</sup>، ۲۰۱۳). اگرچه اهمیت اثرگذاری دغدغه های وجودی و معنوی بر مؤلفه های روانشناختی، مانند کیفیت زندگی در این بیماران مورد تأیید واقع شده است اما خلأ پژوهشی در زمینه اثربخشی درمان هایی بر این اساس در این مبتلایان وجود دارد. ازاین رو مطالعه حاضر به بررسی اثربخشی مداخله روانشناختی مبتنی بر رویکرد تحلیل وجودی-

معنا در زندگی این بیماران گشته تا جایی که این افراد تا سرحد افکار خودکشی و اقدام به خودکشی پیش می روند (عبدخدایی، ۱۳۹۶). ازاین رو مطالعات متعددی به بررسی اثربخشی مداخله های روانشناختی بر کیفیت و معنای زندگی پرداخته اند. بریسارت، دنیل، مورله، لروی، دبووری و دفر<sup>۱</sup> (۲۰۱۰) با تأکید بر تأثیر مشکلات شناختی بر کیفیت زندگی به توانبخشی های شناختی پرداخته و آن را در بهبود کیفیت زندگی بیماران اثربخش می دانند. فاران، آمارا و دارویش<sup>۲</sup> (۲۰۱۶) مشکل را در استراتژی های انطباقی مبتلایان دیده، به این نتیجه دست یافتند که آموزش استراتژی های انطباقی به این بیماران احتمال بروز دوره های جدید افسردگی را کاهش داده، کیفیت زندگی آنها را ارتقا می بخشد. سیفی و ابراهیمی مقدم (۲۰۱۷) درمان روان شناختی بر اساس تمرکز بر روی مدیریت خود با توجه به اصول نظریه های خودکارآمدی<sup>۳</sup> را مطرح نموده و اثربخشی آن را بر روی مبتلایان به ام اس که مبتنی بر تجربه تسلط یافتن، مدل سازی نقش، تفسیر علائم فیزیولوژیکی و حالت عاطفی، برای تسلط یافتن بر آنهاست، مورد آزمون قرار دادند. اگرچه رویکردهای متعدد مانند آموزش های رفتاری، شناختی، روانی، حمایت های گروهی، فردی و گروه درمانی فواید قابل توجهی برای این بیماران دارد، اما این رویکردها اغلب مبتنی بر علامت بوده اند

4.Harrison, McCracken, Bogosian, Moss-Morris  
5.Küçük, Kara, Poyraz, İdiman  
6.Bussing, Ostermann, Matthiessen  
7.Seibaek, Hounsgaard, Hvidt

1.Brissart, Daniel, Morele, Leroy, Debouverie,  
Defer,  
2.Farran, Ammara & Darwish  
3.Self- efficacy

معنویت بر مبتلایان به ام‌اس پرداخته است. تا به این سؤالات پاسخ دهد که؛ مداخله‌ای مبتنی بر دغدغه‌های وجودی بیماران و درمانی بر اساس رویکرد معنویت می‌تواند در ارتقا سطح کیفیت زندگی این بیماران مؤثر باشد؟ چنین درمانی می‌تواند به مبتلایان به ام‌اس در راستای خلق و کشف معنای زندگی‌شان کمک نماید؟ و درنهایت اینکه مکانیسم و فرآیند تأثیرگذاری مداخله بر هر یک از این متغیرها چگونه خواهد بود؟

## ابزار

الف: پرسشنامه‌ها

۱. پرسشنامه معنایی در زندگی (MLM)<sup>۱</sup>: این پرسشنامه که توسط مورگان و فارسیدز<sup>۲</sup> (۲۰۰۹) تهیه و اعتباریابی شد، شامل ۲۳ سؤال، ۵ خرده مقیاس و ۳ سؤال معکوس است. خرده مقیاس‌ها عبارت‌اند از؛ زندگی مهیج، زندگی کمال‌یافته، زندگی اصولی، زندگی هدفمند و زندگی ارزشمند. مقیاس پاسخگویی این پرسشنامه هفت‌درجه‌ای لیکرت و دامنه تغییرات بین ۲۳ تا ۱۶۱ در نوسان هست. مورگان و فارسیدز (۲۰۰۹) آلفای کرونباخ ۰/۸۷ و شاخص همسانی ۴۷ تا ۶۱ را برای این پرسشنامه گزارش کرده‌اند. این ابزار اولین بار در ایران در پژوهش نادری و همکاران (۱۳۹۱) ترجمه و اجرا شد، روایی سازه پرسشنامه با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی و به روش مؤلفه‌های اصلی با چرخش واریماکس، ۵ خرده مقیاس موردنظر سازندگان اولیه را تأیید کردند.

ضرایب پایایی این پرسشنامه برحسب آلفای کرونباخ برای ۵ زیر مقیاس به ترتیب زیر به دست آمدند؛ زندگی مهیج ۰/۸۸، زندگی کمال‌یافته ۰/۸۷، زندگی هدفمند ۰/۸۵، زندگی اصولی ۰/۸۶، زندگی ارزشمند ۰/۸۸.

۲. پرسشنامه کیفیت زندگی مبتلایان به ام‌اس (فرم ۵۴ گویه‌ای)<sup>۳</sup> (MSQOL-54): پرسشنامه ۵۴ سؤالی سنجش کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به ام‌اس دوازده بعد کیفیت زندگی این بیماران را بررسی می‌کند. این ابعاد دوازده‌گانه شامل دو بعد کلی سلامت جسمی و سلامت روانی است. این مقیاس توسط باربارا ویکری<sup>۴</sup> (۱۹۹۵) در دانشگاه دانشگاه کالیفرنیا برای بیماران ام‌اس طراحی گردید. نمره بالاتر نشان‌دهنده کیفیت زندگی بهتر است. نمره‌گذاری مقیاس برحسب بار وزنی است که برای هر خرده مقیاس در نظر گرفته می‌شود. اعتبار این پرسشنامه از طریق روایی محتوا و هم‌زمان در مطالعات خارجی با ۱۴/۱۵ مورد تأیید قرار گرفت. همچنین مسعودی و همکاران (۱۳۸۷) روایی محتوا و هم‌زمان این مقیاس را در ایران با ۱۷/۱۶ مورد ارزیابی و تأیید قرار دادند، ایشان پایایی ابزار را با ضریب همبستگی ۰/۸۶ تأیید نمودند. ترجمه و تطبیق فرهنگی این پرسشنامه به‌منظور روایی زبان‌شناختی آن نیز توسط برهانی و قائم (۱۳۸۴) انجام گرفته است که برای سنجش پایایی از روش دونیمه‌سازی استفاده شد و مقدار پایایی با میزان همسانی درونی ۰/۸۶ و محاسبه آلفای کرونباخ ۰/۸۸ به تأیید رسید (برهانی حقیقی و قائم، ۱۳۸۴).

ب: مداخله

برنامه مداخله‌ای مبتنی بر رویکرد تحلیل وجودی و متمرکز بر مفاهیم ذکرشده توسط رولومی<sup>۱</sup> (۱۳۸۹) همچنین معنویت بر مبنای آیات قرآن و مبتنی بر مشکلات و دغدغه‌های مبتلایان به ام‌اس طراحی و تدوین شده است. لازم به ذکر است که این مداخله، تدوین شده توسط نویسنده است و داده‌های ارائه شده در این مقاله بخشی از رساله دکتری تحت عنوان «طراحی و تدوین مداخله مبتنی بر رویکرد تحلیل وجودی و معنویت: اثربخشی روانشناختی و عصب‌شناختی بر بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس» (عبدخدایی، ۱۳۹۶) است. در این رساله در فاز اول به بررسی تجربه زیسته بیماران مبتلا به ام‌اس پرداخته شد تا از طریق واکاوی مشکلات و دغدغه‌هایی که خود این مبتلایان از آن حکایت می‌کنند نیازمندی ایشان برای مداخلات روانشناختی تعیین و تدوین گردد<sup>۲</sup>. دستاوردها حاکی از آن بود که مداخله‌ای مبتنی بر دغدغه‌های وجودی و مسائل مرتبط با معنویت دینی ضرورت جدی مداخلات روانشناختی برای این افراد است. همان‌طور که در مقدمه نیز ذکر آن گذشت مداخلات مبتنی بر علائم و یا سایر رویکردهای روانشناختی مسائل اصلی این بیماران را دربر نمی‌گیرد بنابراین به‌عنوان مسکنهای لحظه‌ای می‌تواند به ایشان کمک نماید. از این‌رو مداخله‌ای مبتنی بر رویکرد وجودی و معنویت قرآنی تدوین شد. جهت طراحی برنامه‌ای با توجه به آموزه‌های قرآنی از

روش تحقیق موضوعی قرآن کریم متمرکز بر کلیدواژه بهره‌برداری شده و آیات به‌وسیله روش تحلیل محتوا بر طبق رویکرد چندمرحله‌ای کلایزی، مورد ارزیابی قرار گرفتند. برای مطالعه بیشتر منطق زیربنایی مداخله قرآنی و نحوه استخراج مفاهیم مداخله‌ای از قرآن پیشنهاد می‌شود به منبع اصلی (عبدخدایی، ۱۳۹۶) مراجعه شود چراکه بیان آن از حوصله این مقاله خارج است. روایی صوری مداخله طراحی شده به‌وسیله متخصصین مورد ارزیابی و تأیید قرار گرفت. به این ترتیب که ۹ نفر از متخصصین فرآیند و محتوای جلسات را طی پرسشنامه‌هایی مورد ارزیابی قرار دادند. متخصصین دارای مدرک دکتری روانشناسی بالینی و روانشناسی سلامت بودند، حداقل ۱۰ سال سابقه کار بالینی داشته و سابقه انجام مداخلاتی با رویکردهای متعدد با بیماران به دردهای مزمن داشتند.

در طی این پرسشنامه، عناوین مباحثی که در جلسات مطرح می‌شود، اهداف مباحث و برخی از تمارینی که جهت پیشبرد اهداف کمک‌کننده هستند ذکر شد. از هر متخصص خواسته شد تا به هر مبحث طی جدولی از ۱ تا ۱۰ نمره دهند که نمره ۱ به مفهوم عدم کفایت‌مندی مبحث و ناهمخوانی اهداف با تمارین و مباحث بوده و نمره ۱۰ به معنای تأیید کامل مبحث و همخوانی اهداف و تمارین و شیوه اجرا است. در همان جدول از هر متخصص خواسته شد تا در هر مبحث در صورت لزوم پیشنهادات، انتقادات و نظراتی را ارائه کنند. برنامه مداخله‌ای

با  $CVI=94\%$  و  $CVR=87\%$  مورد تأیید

1. Rollo May

۲. اطلاعات این رساله علاوه بر رساله در چهار مقاله فارسی چاپ شده که قابل دسترسی است و در بخش منابع ذکر شده است.

قرار گرفت. در جدول ۲ عناوین مربوط به هر مبحث درمانی مشاهده می‌شود.

شیوه اجرای پژوهش: طی سه ماه فراخوان ۴۹ نفر برای شرکت در طرح مراجعه کردند. از این میان ۱۱ نفر به دلیل عدم حضور در تهران، ۵ نفر به دلیل اختلالات نورولوژیکی همراه، ۳ نفر به دلیل سابقه اختلالات سایکوتیک و ۵ نفر به دلیل عدم تمایل به انجام آزمون‌ها از طرح خارج شدند. از ۲۵ نفر باقی‌مانده ۱۸ نفر متقاضی شرکت در گروه و ۷ نفر متقاضی درمان انفرادی بودند؛ بنابراین ۷ نفر برای درمان انفرادی انتخاب شدند که پس از ریزش ۵ شرکت‌کننده مورد مداخله و ارزیابی قرار گرفتند. ملاحظات اخلاقی این نوع مداخله تحت تأیید کمیته پژوهشی دانشگاه شهید بهشتی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی قرار گرفت. به آزمودنی‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات شخصی ایشان محرمانه بوده و اصل رازداری در این پژوهش مورد تأکید است. همچنین تلاش شد شرایط برای رفت‌وآمد شرکت‌کنندگان با توجه به مشکلات حرکتی برخی از ایشان تسهیل گردد. به‌منظور تعیین خط مبنا، شرکت‌کننده‌ها پنج بار و در طی پانزده روز به مقیاس‌های روان‌شناختی پاسخ دادند. جلسات مطابق برنامه ارائه‌شده هفته‌ای دو بار و به مدت ۱ ساعت برگزار شد. از آنجا که برنامه جلسات مبتنی بر مباحث بود و بسته به توان جسمانی، خستگی و سطح اضطراب مراجع تداوم مباحث صورت می‌گرفت، به نظر ارائه‌کنندگان برنامه دو جلسه در هفته با فشردگی کمتر در هر جلسه از هفته‌ای یک‌بار سودمندتر ارزیابی شد. پس از تعیین

خط‌مبنا، با توجه به مباحث مطرح‌شده در برنامه مداخله‌ای تدوین‌شده، طی دوازده مبحث، شش بار شرکت‌کننده‌ها به مقیاس‌ها پاسخ دادند که آخرین بار به‌عنوان پس‌آزمون بلافاصله بعد از آخرین جلسه درمان صورت گرفت. اینکه آزمون‌ها در چه مراحل تکرار شوند بر اساس مباحث تعیین شدند (جدول ۲). پیگیری در طی دو مرحله با فاصله دو هفته صورت پذیرفت. به‌این‌ترتیب در این مطالعه هم فرآیند تغییرات و هم مکانیسم تغییرات مورد ارزیابی قرار گرفتند. برای تحلیل داده‌ها از روش ترسیم دیداری جهت مشاهده جلسه به جلسه تغییرات خرده مقیاس‌ها، از فرمول درصد بهبودی جهت ارزیابی میزان بهبودی بعد از درمان و ضریب شاخص تغییر پایا برای ارزیابی اینکه تغییرات بعد از درمان نسبت به پیش از درمان به لحاظ آماری پایا هستند یا خیر، استفاده شد. با توجه به این شاخص چنانچه قدر مطلق شاخص تغییر پایداری از ۱/۹۶ بزرگتر بود می‌توان با اطمینان ۹۵٪ گفت که تغییر مشاهده‌شده در نمره‌های پس‌آزمون، نسبت به پیش‌آزمون حاصل از تصادف نیست، بلکه نشانگر تغییری پایداری و واقعی ناشی از درمان است.

## روش

از آنجا که مطالعات از جمله ولری، دنلپ و لدفورد<sup>۱</sup> (۲۰۱۱) بر این باورند که طرح‌های تک شرکت‌کننده برای ارزیابی مداخله زمانی که متغیرهای مستقل به مرور زمان وارد درمان

شرکت‌کنندگان به صورت عادی حرکت می‌کردند و سه نفر دیگر با استفاده از عصا و واکر راه می‌رفتند. فقط یک نفر متأهل بودند، دو نفر مجرد و نفر نیز از همسران خود جدا شده بودند.

#### یافته‌ها

یافته‌ها حاکی از آن است که همه شرکت‌کننده‌ها روند تغییرات مثبتی را داشته‌اند اما مکانیسم تغییرات در دو مقیاس متفاوت است که در ادامه به تفصیل در مورد هر یک از شرکت‌کننده‌ها خواهد آمد. میانگین، درصد بهبود و شاخص تغییر پایا (RCI) هر یک از مقیاس‌ها در مراحل مختلف در هر شرکت‌کننده در جدول ۲ مشاهده می‌شود.

#### - شرکت‌کننده (۱)

مقیاس معنای زندگی: میانگین نمره این شرکت‌کننده در سه مرحله در نمودار ۱ مشاهده می‌شود. به این ترتیب درصد بهبود درمان در مرحله مداخله و پیگیری روند روبه‌پیشرفت معنای زندگی حتی بعد از درمان نیز ادامه داشته است در فرآیند درمان بیشترین تغییرات مربوط به مرحله دوم ارزیابی است. مکانیسم تغییرات خرده مقیاس‌ها در نمودار ۲ نشان داده شده است.

درصد بهبودی نشان می‌دهد که بیشترین تغییرات چه در مرحله مداخله و چه در مرحله درمان ناشی از دو خرده مقیاس زندگی مهیج و زندگی ارزشمند می‌باشد (جدول ۲، نمودار ۲).

می‌شود و جهت اثربخشی درمان در طی زمان مداخله سودمند هستند، مطالعه حاضر به صورت یک پژوهش کمی با روش پژوهش تک شرکت‌کننده<sup>۱</sup> و با استفاده از طرح آزمایشی خط مبنا چندگانه انجام شد. جامعه آماری این پژوهش شامل تمام بیماران ام‌اس دارای پلاک مغزی هستند. هیچ محدودیتی برای شرکت‌کنندگان از لحاظ سن، جنس و درجه<sup>۲</sup> EDSS در نظر گرفته نشد؛ اما گذشت حداقل یک سال از دریافت تشخیص قطعی بیماری و عدم شرکت هم‌زمان در برنامه مداخله‌ای روان‌شناختی شرکت از ملاک‌های عمده ورود به طرح برای شرکت‌کنندگان بود. سایر ملاک‌های خروج از طرح عبارت‌اند از؛ ابتلا به اختلالات سایکوتیک و یا سابقه بستری در بیمارستان روانی، ابتلا به سایر اختلالات نورولوژیک همراه. نمونه‌گیری به شیوه نمونه‌گیری در دسترس و هدفمند انجام شد. در دسترس به این معنا که نمونه از بین گروه داوطلبین انتخاب شدند و هدفمند به این معنا که بر اساس ملاک‌های ورود و خروج از بین نمونه داوطلب شرکت‌کنندگان انتخاب شدند. به این ترتیب دو مرد و سه زن، برای شرکت در طرح انتخاب شدند. نمونه انتخاب شده دارای ویژگی‌های زیر هستند: میانگین سنی آنها حدود ۲۹ سال است که از زمان ابتلا به بیماری به طور میانگین ۵ سال گذشته است. دو نفر از

1. Single case

2. Expanded Disability Status Scale

جدول ۱. مباحث جلسات درمان و مراحل ارزیابی

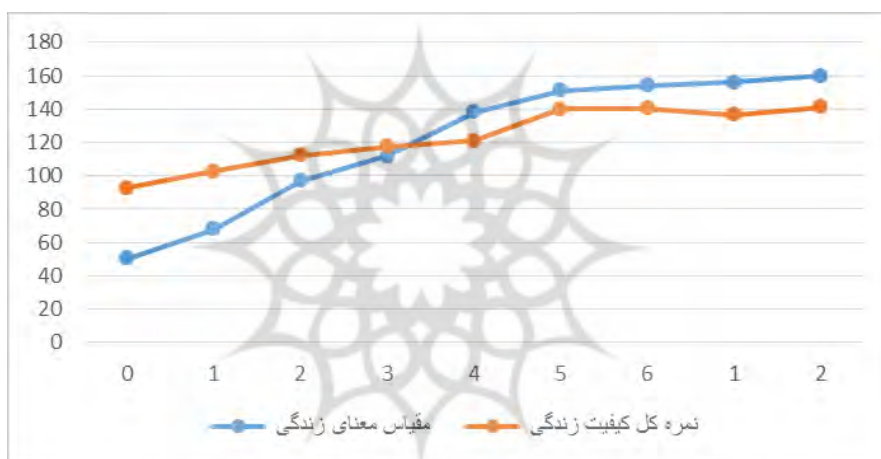
مرحله ارزیابی	عنوان مبحث مربوط به جلسات
مرحله اول ارزیابی	مبحث اول؛ خودآگاهی از طریق افزایش هوشیاری ✓ آشنایی با مفهوم خودآگاهی ✓ تمرکز بر روی جسم و هوشیاری جسمانی ✓ تمرکز بر مفهوم اینجا و اکنون
	مبحث دوم؛ خودآگاهی نسبت به سطوح بودن (دیگران، دنیا، خود و خداوند) ✓ بررسی تجربه خودآگاهی، هوشیاری ✓ خودنگری در مورد نحوه «بودن» مراجعین در سطوح مختلف ✓ توانایی تعریف رابطه «خود» در چهار سطح ✓ مشاهده ابعاد مثبت زندگی، بررسی نوع نگرش به «وجود و بودن»
	مبحث سوم؛ ارزشمند سازی وجود، پذیرش و همدلی با خود، ارتقا توان خود ✓ تبیین سطوح آگاهی اشنايدر ✓ تلاش برای فردیت یابی و رسیدن به خویشتن خود ✓ تأکید بر ارزشمندی وجود ✓ توانایی پذیرش و همدلی با خود ✓ نگرش در مورد کنترل خود
	مبحث چهارم؛ ارتقا توان خود، صبر، ذکر و الگوی دل بستگی نسبت به خداوند ✓ مفهوم صبر و راه کارهای ارتقا آن ✓ افزایش خودکنترلی ✓ بازنگری و آگاهی نسبت به نوع رابطه با خداوند ✓ ادغام مفاهیم صبر و توکل و استفاده روزمره از آنها (تمرین قالب صبوری)
مرحله دوم ارزیابی	مبحث پنجم؛ آزادی، اراده و انتخاب و قصدمندی ✓ توانایی دستیابی به آرامش با استفاده از مفهوم ذکر ✓ تلاش برای دستیابی به باور آزادی با توجه به خودآگاهی و فردیت یابی ✓ دستیابی به آگاهی نسبت به قدرت توانایی انتخاب و اراده
	مبحث ششم؛ مسئولیت پذیری در سطح هوشیاری، انتخاب و عمل ✓ نگرش نسبت به مفهوم آزادی ✓ تلاش برای پذیرش مسئولیت در حیطه های متعدد که از جسم آغاز می شود ✓ آگاهی از نقش و مسئولیت فرد در ابتلا به بیماری و درمان ✓ تلاش برای پذیرش بیماری و مواجهه با پدیده درد و رنج
	مبحث هفتم؛ تنهایی، آرزو ✓ مواجهه فرد با تنهایی و ترسها و اضطراب های ناشی از آن ✓ هدفمندسازی تنهایی ✓ هویت بخشی به خود ✓ توانایی آرزو کردن
	مبحث هشتم؛ تنهایی وجودی، هدفمندی ✓ توانایی رویارویی با تنهایی وجودی ✓ پیوند دادن تنهایی وجودی با حضور همیشگی خداوند (تبیین مفهوم توکل) ✓ تعیین اهداف کوتاه مدت و بلندمدت برای زندگی
مرحله سوم ارزیابی	مبحث نهم؛ هدفمندی، معنا بخشی، برقراری ارتباطی اصیل با دیگران مبتنی بر مهرورزی ✓ هدفمندی زندگی ✓ معنا بخشی به سایر روابط (دیگران) ✓ ایجاد تجربه برقراری ارتباطی اصیل با دیگران ✓ توانایی بخشودن، مهرورزی و محبت
	مبحث دهم؛ معنا بخشی به بیماری و معنایابی وجودی ✓ معنا بخشی به روابط معنوی و رابطه با دنیا ✓ برقراری رابطه ای اصیل با خداوند ✓ معنایابی وجودی ✓ تفکیک معنای وجود از هدفمندی زندگی ✓ معنایابی برای زندگی با حضور مرگ
	مبحث یازدهم؛ مرگ، تنظیم زندگی بعد از مرگ، بازگشت به زندگی با تجربه بودن جدید ✓ درک مرگ به عنوان یکی از مراحل حیات ✓ پذیرش مرگ به عنوان عامل معنا بخشی به زندگی ✓ هدفمندسازی زندگی با توجه به فرصت محدود حیات
	مبحث دوازدهم؛ تمرکز بر دستاوردهای درمان، روش های جلوگیری از بازگشت ✓ بازگشت فعال اعضا به جامعه ✓ بازبینی مجدد تجربیات ✓ بازسازی روایت زندگی بعد از بیماری
مرحله ششم ارزیابی	



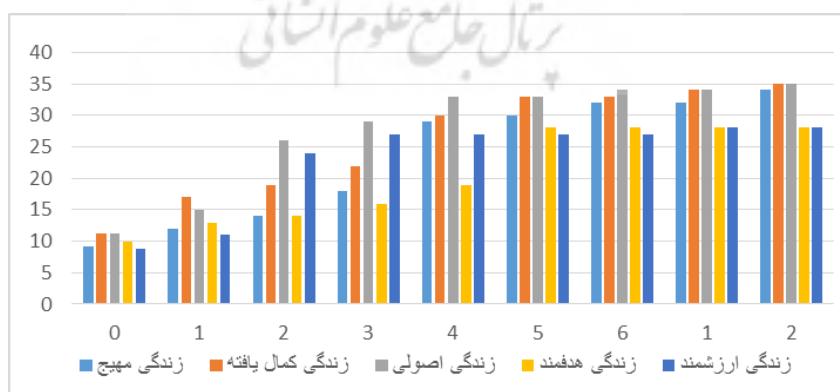
نشریه علمی روانشناسی سلامت، سال نهم، شماره دوم (پیاپی ۳۴)، تابستان ۱۳۹۹

جدول ۲. میانگین و درصد بهبود هریک از مقیاس‌ها در مراحل خط مبنا، مداخله و پیگیری (همه شرکت‌کننده‌ها)

شرکت کننده	RCI	ضریب اثر		میانگین		مبنا	مداخله	پیگیری
		مداخله	پیگیری	مداخله	پیگیری			
۱	معنا	۵۰/۴	۱۲۰	۱۵۸	۱۳۸	۲۱۳/۵	۱۰/۶۰	مداخله
	کیفیت	۴۶/۲۹	۶۳/۱۵	۶۹/۴۶	۳۶/۴۳	۵۰/۰۶	۱۰/۹۴	
۲	معنا	۴۸/۴	۱۱۷/۵	۱۵۷/۵	۱۴۲/۷۷	۲۲۵/۴۲	۱۰/۲۷	
	کیفیت	۳۲	۵۵/۵۹	۶۶/۲۸	۷۳/۷۳	۱۰۷/۱۲	۱۳/۹۶	
۳	معنا	۶۴/۲	۱۱۷/۸۳	۱۵۵/۵	۸۳/۵۴	۱۴۲/۲۱	۹/۹	
	کیفیت	۲۲/۷۹	۵۱/۹۴	۸۳/۵۶	۱۲۷/۹	۲۶۶/۶۷	۱۱/۴۵	
۴	معنا	۴۷/۴	۱۰۱/۸۳	۱۲۸/۵	۱۱۴/۸۴	۱۷۹/۱	۱۰/۰۲	
	کیفیت	۲۸/۷۱	۵۱/۱۷	۵۵/۸۴	۷۸	۹۵	۱۷/۵۶	
۵	معنا	۵۶/۸	۱۰۹/۳۴	۱۵۲	۹۲/۴۹	۱۶۷/۶	۹/۱۶	
	کیفیت	۲۸/۳۹	۵۰/۹۶	۶۷/۲۲	۸۰	۱۳۷	۹/۰۶	



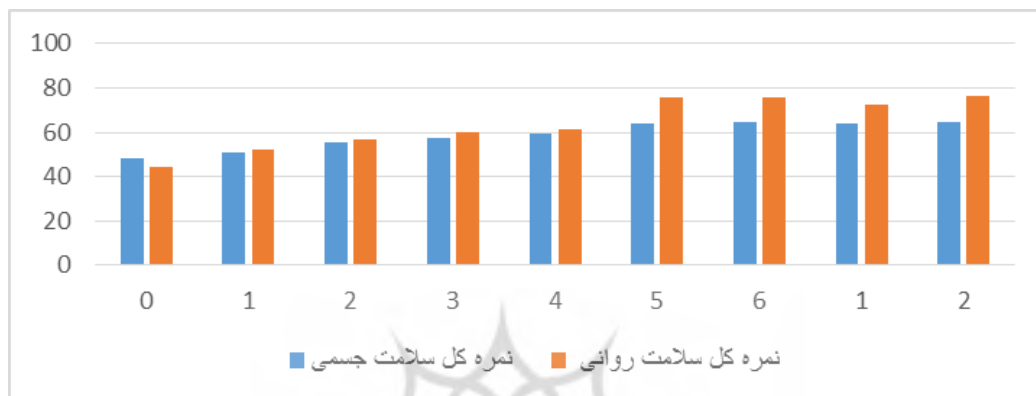
نمودار ۱. مقیاس‌های کیفیت زندگی و معنایابی زندگی در چهار مرحله (خط مبنا، مداخله، پی‌آزمون و پیگیری) (شرکت‌کننده ۱)



نمودار ۲. نمرات خرده مقیاس‌های معنایابی زندگی در چهار مرحله (خط مبنا، مداخله، پی‌آزمون و پیگیری) (شرکت‌کننده ۱)

همانطور که نمودار ۳ نشان می‌دهد و با توجه به درصد بهبودی بیشترین تغییرات مربوط به خرده مقیاس سلامت روانی در هر دو مرحله مداخله و پیگیری است.

مقیاس کیفیت زندگی: با توجه به درصد بهبود در مراحل مداخله و پیگیری (جدول ۲) مداخله به بهبود کیفیت زندگی این شرکت‌کننده انجامیده، طوری که حتی باوجود افت در مرحله پیگیری اول در مرحله پیگیری دوم افزایش کیفیت زندگی نشان داده شده است.



نمودار ۳. نمرات خرده مقیاس‌های کیفیت زندگی در مراحل خط مبنای مداخله، پس‌آزمون و پیگیری (شرکت‌کننده ۱)

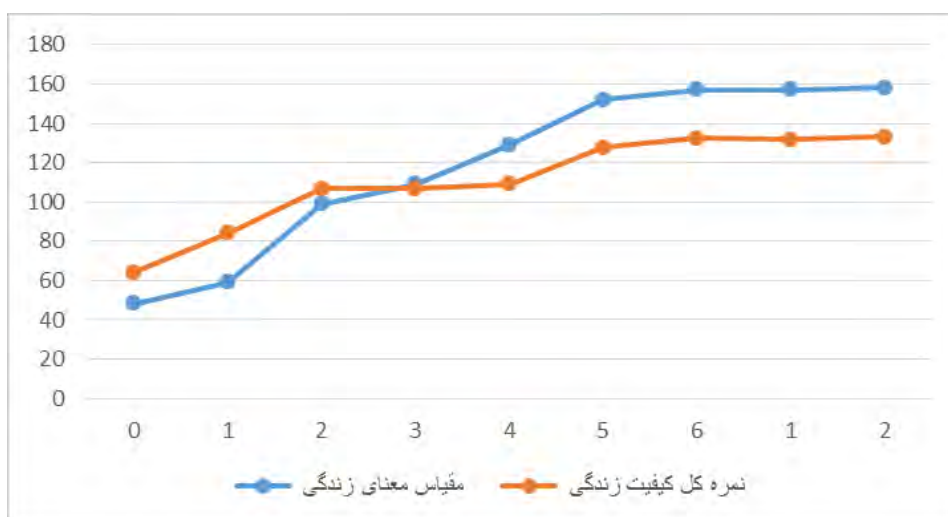
می‌گردد، اما افزایش نمره کیفیت زندگی بیشتر به واسطه افزایش نمره سلامت روان است که در مرحله اول و دوم مداخله بیشتر نمایان است (نمودار ۶).

با توجه به درصد بهبودی بالای مداخله بر کیفیت زندگی؛ مداخله کیفیت زندگی شرکت‌کننده را بهبود بخشیده است. اگرچه درصد بهبودی خرده مقیاس سلامت روانی در هر دو مرحله بیشتر از درصد بهبودی خرده مقیاس سلامت جسمانی است، اما ضریب تأثیرپذیری سلامت جسمانی از مداخله نیز قابل توجه می‌باشد.

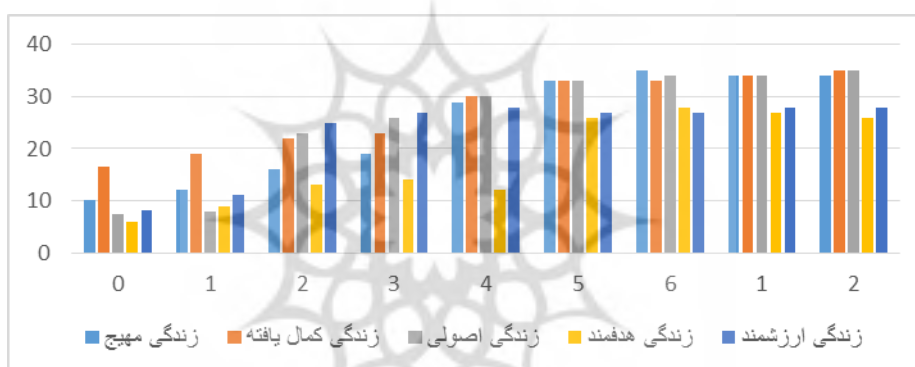
#### شرکت‌کننده (۲)

مقیاس معنای زندگی: نمودار ۴ نشان می‌دهد روند رو به رشد نمرات تا پس‌آزمون همچنین بعدازآن به‌طور خاص در پیگیری مرحله دوم نیز ادامه داشته است. بیشترین تغییرات در دو مرحله ارزیابی دوم و پنجم مشاهده می‌شود. روند تغییرات خرده مقیاس‌ها در هر مرحله از درمان در نمودار ۵ قابل مشاهده است.

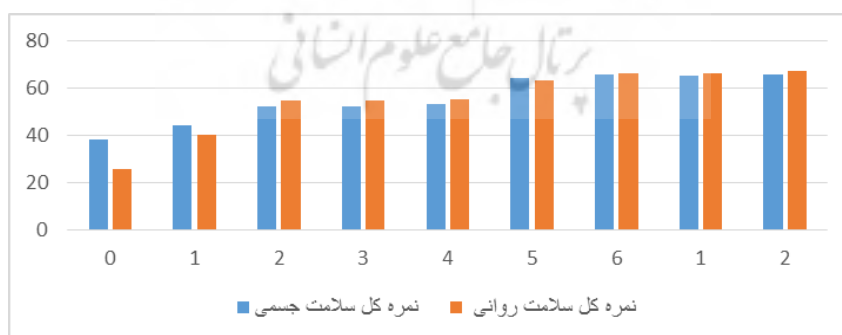
مقیاس کیفیت زندگی: همان‌طور که در نمودار ۶ مشاهده می‌شود اگرچه کیفیت زندگی در طی فرآیند درمان افزایش یافته اما طی سه مرحله ارزیابی؛ اول، دوم و پنجم بیشترین صعود صورت گرفته است. در مرحله پیگیری نیز همین روند تداوم یافته است. در روند مداخله تغییرات قابل توجهی در سلامت جسمانی فرد مشاهده



نمودار ۴. مقیاس‌های کیفیت زندگی و معنایابی زندگی در مراحل؛ خط مبنا، مداخله، پس‌آزمون و پیگیری (شرکت‌کننده ۲)



نمودار ۵. نمرات خرده مقیاس‌های معنایابی زندگی در مراحل خط مبنا، مداخله، پس‌آزمون و پیگیری (شرکت‌کننده ۲)

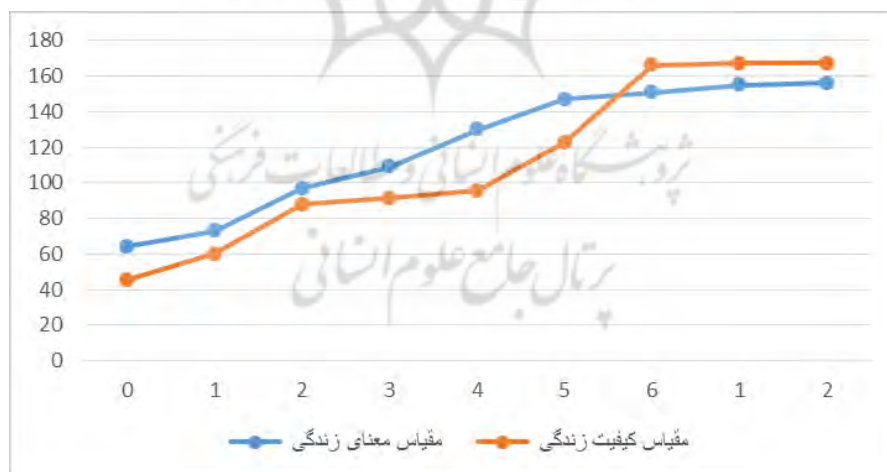


نمودار ۶. نمرات خرده مقیاس‌های کیفیت زندگی در مراحل خط مبنا، مداخله، پس‌آزمون و پیگیری (شرکت‌کننده ۲)

- شرکت‌کننده (۳)

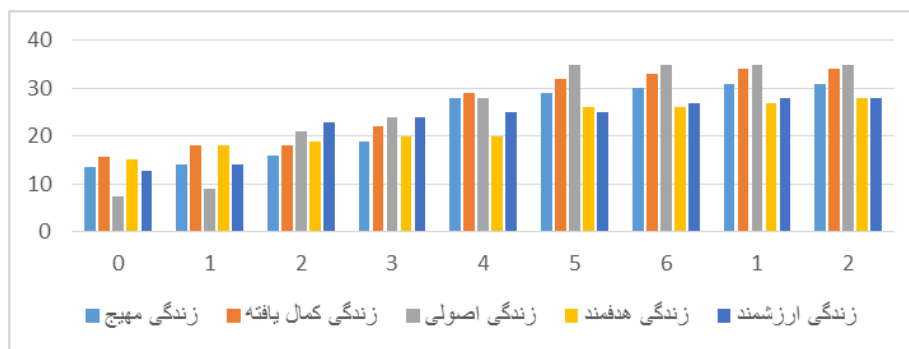
لازم به ذکر است که این شرکت‌کننده با فعال شدن یک پلاک مغزی، درمان روان‌شناختی را آغاز نمود و در هفته پایانی درمان مشخص شد که طبق تصویربرداری مغزی پلاک ایشان غیرفعال شده است. با توجه به اینکه باور شرکت‌کننده بر این بود که اثربخشی درمان روان‌شناختی که نهایتاً علاوه بر تغییر نگرش وی نسبت به زندگی نوع سبک زندگی وی را نیز تغییر داده است، منجر به غیرفعال شدن پلاک‌های مغزی بوده است، روند تغییرات مقیاس‌ها در مراحل بعد از تصویربرداری از مغز تحت تأثیر این مسئله قرار گرفته است. مقیاس معنای زندگی: روند روبه رشد معنای زندگی در این شرکت‌کننده حتی بعد از درمان نیز ادامه داشته است (نمودار ۷). به این معنی که

نمرات پیگیری از نمره پس‌آزمون بیشتر بوده است؛ اما نمودار ۸ نشان می‌دهد که این روند، با همین ثبات در تمام خرده مقیاس‌ها رخ نداده است. به این مفهوم که بیشترین تغییرات در خرده مقیاس زندگی کمال‌یافته در مراحل اول، چهارم و پنجم ارزیابی مشاهده می‌شود. زندگی هدفمند در مرحله پنجم ارزیابی مجدداً تغییر کرد و این تغییر نسبت به تغییری که در زندگی کمال‌یافته مشاهده می‌شود کمتر است. همان‌طور که در نمودارهای ۷ و ۸ مشاهده می‌شود بیشترین تغییرات مربوط به زندگی اصولی در دو مرحله مداخله و پیگیری در این شرکت‌کننده بوده است؛ اما بیشترین تغییر را در این مقیاس در مرحله ششم داشته است (نمودار ۷). روند تغییر دو خرده مقیاس با توجه به مراحل در نمودار ۹ مشاهده می‌شود.

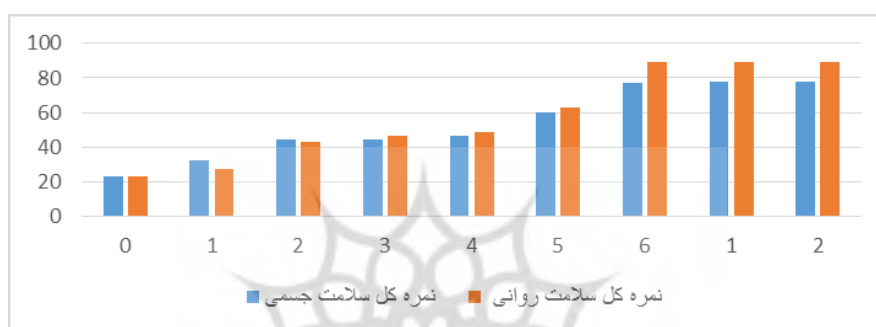


نمودار ۷. مقیاس‌های کیفیت زندگی و معنایابی زندگی در مراحل؛ خط مینا، مداخله،

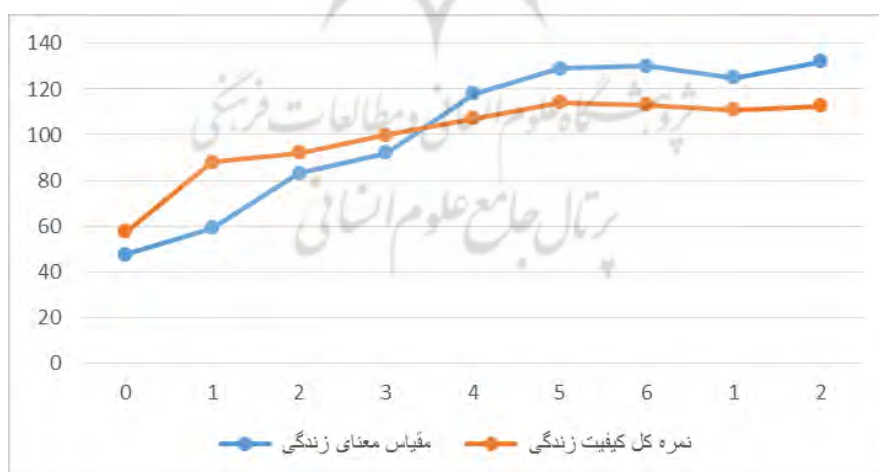
پس‌آزمون و پیگیری (شرکت‌کننده ۳)



نمودار ۸. نمرات خرده مقیاس‌های معنایابی زندگی در مراحل خط مبنا، مداخله، پس‌آزمون و پیگیری (شرکت‌کننده ۳)



نمودار ۹. نمرات خرده مقیاس‌های کیفیت زندگی در مراحل خط مبنا، مداخله، پس‌آزمون و پیگیری (شرکت‌کننده ۳)



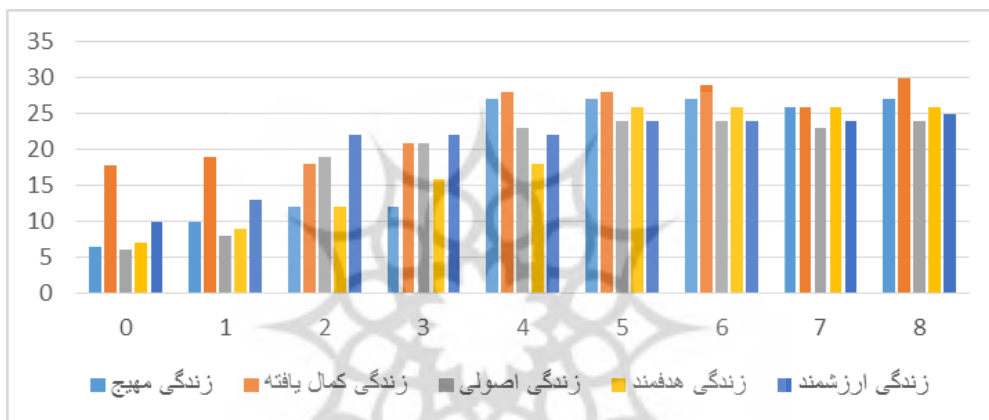
نمودار ۱۰. مقیاس‌های کیفیت زندگی و معنایابی زندگی در مراحل خط مبنا، مداخله، پس‌آزمون و پیگیری (شرکت‌کننده ۴)

- شرکت کننده (۴)

مقیاس کیفیت زندگی: بیشترین رشد در این

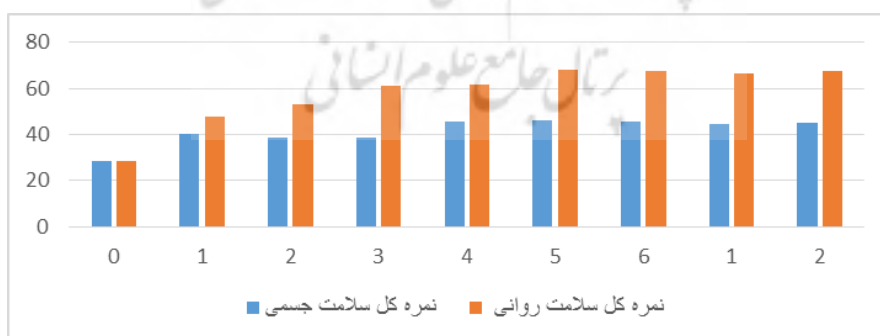
مقیاس در مرحله اول ارزیابی صورت گرفته و در ادامه با شیب ملایمی ادامه یافته است (نمودار ۱۰). اگرچه نمودار ۱۲ نشان می‌دهد بیشترین تغییر در این مقیاس ناشی از تغییرات خرده مقیاس سلامت روانی است، اما درصد بهبودی درمان بر خرده مقیاس سلامت جسمانی نیز قابل توجه است (جدول ۲).

مقیاس معنای زندگی: با توجه به نتایج جدول ۳ و نمودار ۱۰ شرکت کننده همراستا با اهداف مداخله توانسته به جستجوی معنای زندگی خویش بپردازد. در مرحله دوم و چهارم ارزیابی بیشترین تغییرات مشاهده می‌شود. در هر دو مرحله مداخله و پیگیری بیشترین تأثیرگذاری درمان ابتدا بر زندگی مهیج و بعدازآن زندگی اصولی بوده است.



نمودار ۱۱. نمرات خرده مقیاس‌های معنایابی زندگی در مراحل خط مبنا، طی فرآیند مداخله، پس از آزمون

و پیگیری (شرکت کننده ۴)



نمودار ۱۲. نمرات خرده مقیاس‌های کیفیت زندگی در مراحل خط مبنا، مداخله، پس از آزمون

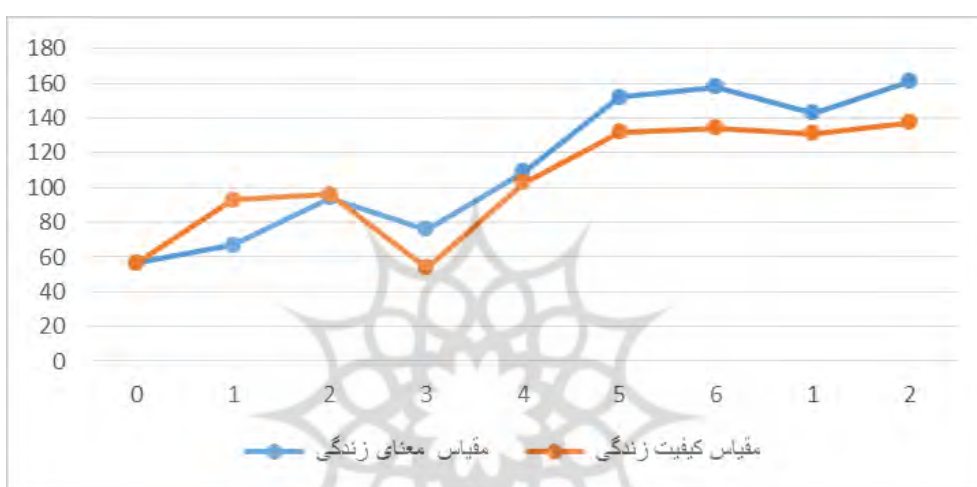
و پیگیری (شرکت کننده ۴)

– شرکت‌کننده (۵)

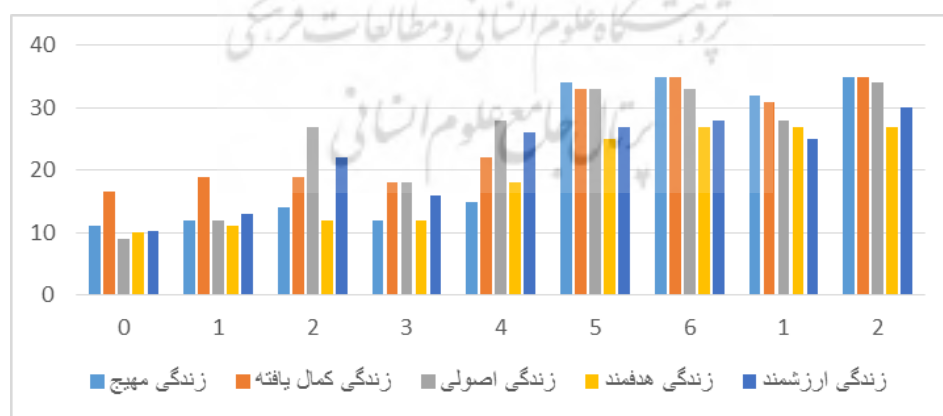
مقیاس معنای زندگی: روند روبه‌پیشرفت

معنای زندگی در این شرکت‌کننده مشاهده می‌شود (جدول ۲، نمودار ۱۳). روند تغییرات خرده مقیاس‌ها در هر مرحله در نمودار ۱۴ قابل مشاهده است. نتایج حاکی از آن است که بیشترین درصد بهبودی در هر دو مرحله مداخله و پیگیری مربوط به خرده مقیاس اصولی است.

در مورد این شرکت‌کننده لازم به ذکر است که افت مقیاس‌ها در مرحله سوم ارزیابی ناشی از بروز علامت جدید بیماری است که در ناحیه کتف این شرکت‌کننده ایجاد شده است؛ اما نتایج حاکی از آن است که باوجود تداوم درد خرده مقیاس‌ها بعد از یک افت، مجدداً روند رو به رشد را طی نموده‌اند.



نمودار ۱۳. مقیاس‌های کیفیت زندگی و معنایابی زندگی در مراحل؛ خط مبنا، مداخله، پس‌آزمون و پیگیری (شرکت‌کننده ۵)

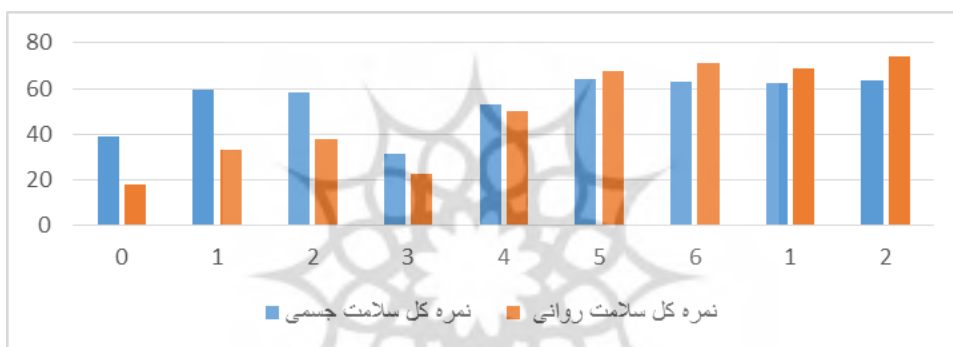


نمودار ۱۴. نمرات خرده مقیاس‌های معنای زندگی در مراحل؛ خط مبنا، مداخله، پس‌آزمون و پیگیری (شرکت‌کننده ۵)

عبدخدایی و همکاران: اثربخشی مداخله مبتنی بر رویکرد تحلیل وجودی- معنویت بر کیفیت و معنای زندگی...

اما نمره سلامت روانی او نیز افت کرده است. اگرچه شرکت‌کننده حتی تا پایان جلسات بهبود قابل توجهی در مورد درد کتف گزارش نداد اما همان‌طور که مشاهده می‌شود سلامت جسمانی وی ارتقا یافته است. همان‌طور که در مرحله ششم مشاهده می‌شود، روند سلامت روانی از سلامت جسمانی پیشی گرفته و همین نسبت تا پایان پیگیری دوم تداوم یافته است.

مقیاس کیفیت زندگی: اگرچه نمودارهای ۱۳ و ۱۵ روند صعودی در نمره کیفیت زندگی در فرآیند مداخله را نشان می‌دهد (با درصد بهبودی ۸۰٪) اما طی دو مرحله ارزیابی؛ یک مرحله ارزیابی دوم و دیگری مرحله ارزیابی پنجم بیشترین صعود صورت گرفته است. در مرحله پیگیری نیز همین روند تداوم یافته است. با توجه به نمودار ۱۵ اگرچه نمره کل سلامت جسمانی شرکت‌کننده در مرحله سوم ارزیابی (با توجه به بروز علامت جسمانی جدید) کاهش یافته است،



نمودار ۱۵. نمرات خرده مقیاس‌های کیفیت زندگی در مراحل خط مبنا، مداخله، پس‌آزمون و پیگیری شرکت‌کننده (۵)

### نتیجه‌گیری و بحث

آیدیمان<sup>۲</sup>، ۲۰۱۶؛ براون، کلبک، فوگارتی و فانک<sup>۳</sup>، ۲۰۱۶. اگرچه نتایج تحقیقات گویای تأثیرگذاری اغلب این مداخله‌ها بر متغیرهای موردنظر هست، اما آنچه در این مطالعه صوت پذیرفته و آن را نسبت به سایر مطالعات برجسته می‌نماید بهره‌برداری از مداخله‌ای مبتنی بر نیازمندی‌های خاص مبتلایان به ام‌اس است که بتواند کیفیت و معنای زندگی ایشان را تحت تأثیر قرار دهد.

اغلب مداخله‌های روانشناختی صورت پذیرفته بر مبتلایان به ام‌اس تلاش نموده‌اند تا به مدیریت استرس، بهبود کیفیت زندگی و آموزش مهارت زندگی باوجود بیماری در ایشان پردازند، این مداخلات در بسیاری از موارد علامت محور هستند (هریسون، مک‌کراکن، بوگوسین و موس‌موریس<sup>۱</sup>، ۲۰۱۵؛ کوکیوک، کارا، پویراز و

2.Küçük, Kara, Poyraz, İdiman  
3.Brown, Colbeck, Fogarty, Funk

1.Harrison, McCracken, Bogosian, Moss-Morris



تأثیرگذاری بر سلامت روان به بهبود کیفیت زندگی کمک می‌نماید. مطالعه حاضر با بررسی روند و مکانیسم تغییرات، بر این باور است که ناتوانی جسمانی اگرچه مسئله مهمی است که بر سلامت روان فرد تأثیر قابل توجهی دارد، اما افزایش سلامت روان می‌تواند در ادراک درد (با توجه به خرده مقیاس سلامت روانی) بیمار تغییراتی ایجاد نماید که کیفیت زندگی بیماران را بهبود بخشد. رابطه بین ادراک درد و کیفیت زندگی در این بیماران را مطالعه جنسن، موور، بوکو، ادو انگل<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۱۱) نیز تأیید می‌نماید.

مکانیسم تأثیرگذاری مداخله بر سلامت جسمانی مطابق با نمودارها از مرحله دوم قابل مشاهده است، بعد از این مرحله تغییرات در سلامت جسمانی یا ثابت مانده و یا با شیب بسیار ملایمی ادامه یافته است؛ اما در مورد سلامت روانی دو مرحله ارزیابی دوم و پنجم بیشترین تغییرات را نشان داده است که اغلب ناشی از تغییرات در خرده مقیاس سلامت روانی است. همانطور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود در چهار مبحث اول خودآگاهی متمرکز بر جسم و تمرینات تمرکز بر اینجا و اکنون اعضای بدن است، از این رو بهبود شرایط جسمی در این مرحله مشاهده شده است؛ اما در مراحل بعد کیفیت زندگی و حتی سلامت جسمانی بیشتر تحت تأثیر سلامت روانی ارتقا یافته است. نکته حائز اهمیت در اثرگذاری مداخله صورت پذیرفته، این نکته

نتایج به دست آمده از مطالعه حاضر گویای آن است که مداخله منجر به تغییرات مثبتی در کیفیت و معنای زندگی مبتلایان شده است؛ اما این تغییرات با مکانیسم متفاوتی صورت پذیرفته است؛ با توجه به نتایج مرحله پیش‌آزمون کیفیت پایین زندگی شرکت‌کننده‌ها بیشتر ناشی از کیفیت پایین سلامت روانی است تا سلامت جسمانی. به این معنی که بهزیستی روانی پایین بیش از حیطه جسمانی کیفیت زندگی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. به‌طورکلی مطالعات همسو با این یافته مطالعه حاضر است که مبتلایان به ام‌اس اغلب از کیفیت پایین زندگی برخوردارند (سیفی و ابراهیمی مقدم، ۲۰۱۷؛ ویلسکی، تاسیمسکی و دابروسکی<sup>۱</sup>، ۲۰۱۶؛ پایوس و استلماسیاک، ۲۰۱۲). اینکه کیفیت زندگی پایین در ایشان به چه عواملی بستگی دارد در مطالعات مختلف به عوامل متعددی نسبت داده شده است (ضابطی، تقی‌لو، تاجری، ۱۳۹۶) اما مطالعه حاضر صرفاً با توجه به مقیاس کیفیت زندگی آن را بیشتر ناشی از کاهش سلامت روان شناختی می‌داند. از این لحاظ می‌توان مطالعه حاضر را هم‌راستا با هریسون و همکاران (۲۰۱۵) و سیفی و ابراهیمی مقدم (۲۰۱۷) دانست که افسردگی کمتر، پذیرش بیماری بالاتر و حضور اجتماعی فعال‌تر را از عواملی می‌داند که منجر به کیفیت بالای زندگی در این بیماران می‌گردد.

این مطالعه همسو با یافته اورکی و سامی (۱۳۹۵) است که معتقدند مداخلات روانشناختی صرف‌نظر از تأثیری که بر سلامت جسم دارد، با

بیماران به سرویس‌های سلامت و به دنبال آن اعتماد به نفس بیشتر است؛ بنابراین همراستا با نظرات داوینسون و همکاران (۲۰۱۰ و ۲۰۱۳) مطالعه حاضر نیز تأیید می‌کند که با توجه به ماهیت وجودی دغدغه‌های بیماران، درمان‌های معنوی در سازگاری ایشان با بیماری بسیار سودمند است و معنویت سهم عمده در کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی در بیماری‌های مزمن و محدودکننده حیات ایفا می‌نماید. همراستا با نتایج عبدخدایی و همکاران (۱۳۹۷)، مطالعه ولترن لاوگل، ارنست، براسارت، منینگ، برنا<sup>۲</sup> (۲۰۱۶)، این پژوهش نیز نشان می‌دهد که مبتلایان به ام‌اس کفایت‌مندی خود را برای مدیریت و مقابله با مجموعه‌ای از علائم، عدم توانمندی‌ها و دغدغه‌ها نسبت به خود و آینده ازدست‌داده‌اند؛ بنابراین اولین چیزی که بیماری مورد هدف قرار می‌دهد هویت شخصی بیمار و معنای زندگی وی در اغلب ابعاد و روابط است. نوع نگرش فرد مبتلا نسبت به نوع «بودن» خویش، تعامل با دیگران، رابطه با خدا، هدفمندی زندگی، ارزشمندی خود و زندگی با حضور بیماری، از مواردی است که می‌توان رد پای بی‌معنایی و احساس پوچی زندگی را در آن‌ها جستجو نمود. نتایج پیش‌آزمون شرکت‌کننده‌ها گویای کاهش در تمامی ابعاد تعریف‌شده در مقیاس معنای زندگی است. نتایج پیش‌آزمون نشان می‌دهد با وجود بیماری، اهداف از پیش تعیین‌شده با مانع بزرگی روبرو شده‌اند که

کلیدی است که اگرچه درمان بر علامت خاصی تمرکز نداشته است اما به کاهش علائم خاص منجر شده به‌طور مثال می‌توان به عملکرد شناختی در این زمینه اشاره نمود. در طی فرآیند درمان در همه شرکت‌کننده‌ها بهبود قابل‌توجهی در عملکردهای شناختی (بر طبق خرده مقیاس عملکرد شناختی، مقیاس کیفیت زندگی) ایشان ایجاد شده است. این در حالی است که مداخله حاضر برای کاهش علائمی مانند کاهش توجه و تمرکز به‌طور مستقیم تمرینی نداشته است. در این رابطه می‌توان گفت مداخله مبتنی بر تحلیل وجودی- معنویت با افزایش تمرکز بر خود، ایجاد خودآگاهی، ارزیابی مداوم عملکرد خود و تلاش برای انتخاب و تغییر، به شرکت‌کننده کمک نموده تا از تمامی ابزار در دسترس خویش از جمله عملکردهای شناختی بهترین بهره‌برداری را نماید و تمرکز مدام به این مسائل فرآیندهای شناختی را بهبود بخشیده است.

همسو با نتایج مطالعه حاضر مطالعات قرون اخیر بر این باورند که بعد معنوی یکی از عمده‌ترین ابعاد تأثیرگذار در کیفیت زندگی مرتبط با سلامت است (مرحمتی و یوسفی، ۱۳۹۵). داوینسون و جانگری<sup>۱</sup>، ۲۰۱۰. صادقی، صفای‌نیا، سهرابی و علیپور، ۱۳۹۶). داوینسون و جانگری (۲۰۱۰) در مطالعه خود نشان دادند که افزایش توجه به بهزیستی معنوی در مراقبت‌های سلامت منافی به همراه دارد که از جمله آن‌ها ایجاد تطابق روان‌شناختی بهتر در بیماران، اتکا کمتر این

2. Voltzenlogel Ernst, de Sèze, Brassat, Manning, Berna

1. Davison, Jhangri

قدرت اراده‌اش را برای انتخاب بفهمد. فرانکل<sup>۳</sup> (به نقل از ون درزن، ۱۳۹۴، ص ۲۷) معتقد است درمان وجودی تلاش می‌کند تا خلأ چنین معنایی در زندگی انسان‌ها را که مانع از تجربه شور و اشتیاق زندگی است، پر نماید. فرانکل (به نقل از قرازیبایی و همکاران، ۱۳۹۱) بر این باور است که انسان وقتی با وضعیت تغییرناپذیری مانند یک بیماری درمان‌ناپذیر روبروست، این فرصت را یافته که به عالی‌ترین و ژرف‌ترین معنای زندگی دست یابد؛ بنابراین تمرکز بر خود در فرآیند مداخله، پی بردن و آگاهی لحظه‌به‌لحظه نسبت به خود و عملکردهای خود و دستیابی به ارزشمندی وجودی و معنای بودن خود در هستی به شرکت‌کننده‌ها کمک نموده است تا به باور ارزشمندی زندگی دست یابند.

ازاین‌رو مشاهده می‌شود که درمان تغییر در فرآیند معنای زندگی شرکت‌کنندگان ایجاد نموده است. چنانچه مکانیسم مداخله نشان می‌دهد در پایان مبحث چهارم که تأکید بر تفرد و ارزشمندی خود بوده است شرکت‌کننده‌ها زندگی را ارزشمندتر برآورد نموده‌اند و به زندگی اصولی و کمال‌یافته نسبت به قبل از درمان پایبندتر بودند. ایشان بعد از تجربه حرکت در مسیر دستیابی به ارزش وجودی خویش، خود را صرف‌نظر از هرگونه قضاوتی مشاهده نمود، در ادامه مداخله با انتخاب، تنهایی و مسئولیت‌پذیری نسبت به این انتخاب‌ها مواجه می‌شوند و به تمرین اتخاذ تصمیم‌های آگاهانه‌ای در مورد زندگی خود

عدم حرکت به سمت آن‌ها منجر می‌شود زندگی کمال‌یافته‌ای که فرد به دنبال آن بوده است رو به افول گذارد. این مسئله از احساس ارزشمندی وی کاسته، منجر به عدم پایبندی فرد نسبت به اصول و قواعد زندگی‌اش می‌گردد. فرد بیمار زندگی، هدفمندی و گاهی اوقات حتی فرآیند درمان را مورد غفلت قرار داده، ازاین‌رو هیجان زندگی رو به افول می‌رود. لودوینگ بینسوانگر<sup>۱</sup> (۱۹۶۳)، به نقل از ون درزن<sup>۲</sup> (۱۳۹۴، ص ۲۷) بر این باور بود که روان‌درمانی باید متمرکز بر کمک به انسان‌ها باشد تا روح، شور درونی و اشتیاق به زندگی را مجدداً کشف نمایند. همان‌طور که نتایج خرده‌مقیاس زندگی مهیج در مقیاس معنای زندگی در مرحله پیش‌آزمون شرکت‌کننده‌ها نشان می‌دهد، بیماری منجر به کاهش جدی میزان هیجان‌مندی زندگی می‌شود. ازاین‌رو این شرکت‌کننده‌ها از رکود و رخوت در زندگی رنج می‌برند و انگیزه و هیجانی برای ادامه زندگی ندارند که این بی‌معنایی و قرارگرفتن سیکل بی‌معنایی-تداوم شدت بیماری، یافته‌ای همسو با مطالعه ثمین و اخلاقی کوهپایی (۱۳۹۷) است. این نتایج گویای باور رولومی (۱۳۹۴، ص ۳۲) است که زندگی مهیج و پرشور از معنا شکل می‌گیرد. به پندارمی (۱۳۸۹۷، ص ۱۴۲) معنا یک تجربه درونی و کاملاً شخصی است و کسی به معنا دست‌یافته که بتواند با بالاترین ارزش‌هایش زندگی کند، قصدمندی خود را درک نماید،

1. Ludwig Binswanger

2. Van derzen

3. Frankle

باوجود بیماری و محدودیت‌ها می‌پردازند، نهایتاً طی جلسات مربوط به معنایابی و هدفمندی (مشخص شده در ارزیابی مرحله پنجم، جدول ۲) شرکت‌کننده‌ها علاوه بر تلاش در راستای هدفمندی زندگی به حرکت در مسیر معنایابی خود در دو سطح خود و وجود می‌پردازند.

همچنان که مشاهده می‌شود بعد از مباحث نهم و دهم و ارزیابی مرحله پنجم، زندگی هدفمندتر ارزیابی شده است؛ بنابراین به‌طور کلی دو مرحله عمده‌ترین مراحل تغییرات شرکت‌کنندگان را نشان می‌دهد که عبارت‌اند از؛ مرحله دوم و مرحله پنجم. در مرحله دوم ارزیابی بیشترین تغییرات در زندگی ارزشمند و مهیج مشاهده می‌شود، در ارزیابی مرحله پنجم بیشترین تغییرات مربوط به زندگی هدفمند و اصولی است؛ اما مشاهده می‌شود که از همان ابتدای درمان یعنی مباحث خودآگاهی، هیجان به زندگی شرکت‌کننده‌ها بازمی‌گردد. فرآیند آگاهی نسبت به خود، امید برای تغییر وضعیت، توجه و تمرکز به نقش‌ها و تعاملات و تلاش برای دریافت آرامش از یک منبع معنوی، منجر به ارتقاء هیجان در زندگی ایشان شده است. این نتایج همسو با مطالعه قرازیبایی و همکاران (۱۳۹۱) بر مبتلایان به ام‌اس است.

درمان تحلیل وجودی- معنویت یک فرآیند مداوم و مادام‌العمر خودآگاهی است. در تمام مراحل درمان به شرکت‌کننده‌ها کمک می‌شود تا به تمرکز بر خود مداومت داشته، خود را همواره و در شرایط گوناگون و در اینجا و اکنون ارزیابی

نمایند. علاوه بر خودآگاهی در فرآیند درمان بر ارزشمندی وجود نیز تأکید می‌شود و مطالعه حاضر نیز مانند سوسا، پستانا و تاوارس<sup>۱</sup> (۲۰۱۹) چنین نتایجی را تأیید می‌نماید. هم‌راستا با نتایج مطالعه داوینسون و جانگری (۲۰۱۰) مطالعه حاضر نیز بر این باور است که تأکید بر چنین فرآیندی در درمان را می‌توان عامل اصلی ثبات و پایداری درمان دانست. آن‌گونه که نتایج نشان می‌دهند روند نمرات شرکت‌کننده‌ها در مقیاس معنای زندگی یا باثبات مانده و یا سیر صعودی طی نموده است. با توجه به اهمیت معنایابی زندگی، ثبات در این فرآیند بر سایر توانمندی‌های بیماران تأثیر گذاشته و در مرحله دوم پیگیری به افزایش آگاهی، تعهد، استقلال و کنترل خود و در نهایت کیفیت زندگی انجامیده است. از این رو آنچه می‌تواند کارآمدی و کیفیت زندگی مبتلایان به ام‌اس را ارتقا بخشد باور به ارزشمند بودن و معنادار بودن وجود و زندگی حتی با حضور ناتوانایی‌های ایجاد شده از سوی بیماری است.

از سوی دیگر یکی از عمده‌ترین اهداف درمان دستیابی به معنایی برای زندگی و وجود است که کیفیت زندگی مبتلایان به ام‌اس را بهبود و ارتقا بخشد. بوسسینگ و همکاران (۲۰۰۵) بر این باورند که بیماری منجر به ایجاد سؤالات معنوی- مذهبی جدیدی در مبتلایان، در جستجوی معنای زیستن و معنای بیماری می‌گردد. از سوی دیگر بیماران دوست دارند به کمک خداوند، امید، اعتماد و ایمان داشته باشند.

1.Sousa, Pestana & Tavares

معناداری، تخفیف افسردگی، کاهش تنش و بهزیستی روانی بیشتر. در واقع این مطالعه تأکید موکدی است بر اینکه هر کس معنایی برای تحمل درد و رنج دارد بهتر می‌تواند با رویدادهای دشوار زندگی رویارو شود و کیفیت زندگی بالاتری را تجربه نماید.

مطالعه حاضر با محدودیت‌هایی مانند موقعیت مکانی خاص نمونه‌ها (ساکن در تهران)، محدودیت در دسترس بودن نمونه‌ها همچنین محدودیت زمانی برای اجرای جلسات و مباحث روبرو بود. یکی از پیشنهادات مهم پژوهش حاضر اجرای مباحث در گستره زمانی غیر محدود است. همچنین از آنجا که یکی از محدودیت‌های این روش پژوهشی عدم توانمندی در تعمیم‌پذیری داده‌ها به دلیل حجم نمونه محدود است پیشنهاد می‌شود که این نوع مداخله بر روی گروه وسیع‌تری از مبتلایان ام‌اس اجرا شود، افزون بر آن اثربخشی مداخله به صورت گروهی نیز می‌تواند مورد ارزیابی قرار گیرد از سوی دیگر ارزیابی کیفی معنا نیز یکی دیگر از پیشنهادات پژوهشی در این زمینه است که می‌تواند به دریافت عمیق‌تر از رخدادی که در درمان به وقوع پیوسته منجر شود.

در همین راستا بوسسینگ و همکاران (۲۰۰۵) در مطالعه خود دست یافتند که ایمان در بیماران نقش حائز اهمیت دارد به طوری که افرادی که از ایمان درونی بالاتر و غنی‌تری برخوردار هستند، معنای زندگی بهتری دریافتند همچنین برای درمان نیز بهتر اقدام می‌کنند. داوینسون و جانگری، (۲۰۱۳) در مطالعه خود دریافتند؛ بیمارانی که از ارتباطشان با خدا یا یک نیروی برتر ناراضی هستند، پریشانی‌ها و نگرانی‌های وجودی بیشتری را تجربه می‌نمایند، در حالی که بیمارانی که دارای بهزیستی معنوی هستند از تطابق روانشناسی بهتری با بیماری نیز برخوردارند. در تأیید این مطالعات پارگامنت، دارسکی، ونگ و اکسلین<sup>۱</sup> (۲۰۱۶) چنین یافتند که؛ تحت حوادث به شدت استرس‌آور زندگی از جمله بیماری‌های غیرقابل اجتناب و غیرقابل درمان جسمانی، شیوه‌های سازگاری مثبت دینی با کیفیت زندگی بهتر، کاهش میزان اضطراب، افسردگی و خشم، مرتبط است. به طور متضادی شیوه‌های انطباق‌پذیری منفی مذهبی تأثیرات روان‌شناختی منفی به دنبال دارد (مارکوس و مک کیب،<sup>۲</sup> ۲۰۰۳).

همان‌طور که پلنت و شرمن<sup>۳</sup> (۲۰۰۱)، ص ۲۷۷ معتقدند رفتارها و انطباق‌های دینی مانند دعا اثری فراتر از صرفاً حاجت‌های خاص، مثلاً شفای جسمانی، برای فردی که دعا می‌کند دارد. پیامدهای مثبتی مانند امید، امنیت، آرامش،

1. Pargament, Dworsky, Wong, Exline  
2. Makros & McCabe  
3. Plante & Sherman

## منابع

- اورکی، م. سامی، پ. (۱۳۹۵). بررسی اثربخشی مداخله شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی یکپارچه بر میزان بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. فصلنامه علمی-پژوهشی روانشناسی سلامت. ۴ (۲۰): ۱۹-۵.
- برهانی حقیقی، ا. و قائم، ه. (۱۳۸۴). «کیفیت زندگی در بیماران مالتیپل اسکلروزیس (MS): ترجمه و تطبیق فرهنگی پرسشنامه QoL-54 MS». فصلنامه علوم مغز و اعصاب ایران. ۴ (۱۱-۱۰): ۴۰-۵۶.
- ثمین، ط.، اخلاقی کوهپایی، ح. (۱۳۹۷). پیش‌بینی امید به زندگی بر مبنای کیفیت زندگی، استرس ادراک‌شده و خستگی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (MS). فصلنامه علمی-پژوهشی روانشناسی سلامت. ۸ (۲۹): ۱۰۱-۱۱۹.
- صادقی، ز.؛ صفاری نیا، م.؛ سهرابی، ف. و علیپور، ا. (۱۳۹۶). «اثربخشی معنا درمانی بر کاهش افسردگی زنهای آسیب‌دیده از عهدشکنی همسران». فصلنامه روانشناسی کاربردی. ۱۱ (۴۳): ۳۱۵-۳۳۲.
- ضابطی، ع.؛ تقی‌لو، ص. و تاجری، ب. (۱۳۹۶). «نقش میانجی‌گر عزت‌نفس در رابطه بین چشم‌انداز زمان و کیفیت زندگی». فصلنامه
- روانشناسی کاربردی، ۱۱ (۴۱): ۸۵-۱۰۱.
- عبدخدایی، ز. (۱۳۹۶). «طراحی و تدوین مداخله مبتنی بر رویکرد تحلیل وجودی و معنویت؛ بررسی اثربخشی روانشناختی و عصب‌شناختی بر مبتلایان به مولتیپل اسکلروزیس». رساله دکتری روانشناسی بالینی، دانشگاه شهید بهشتی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی.
- عبدخدایی، ز.؛ شهیدی، ش.؛ مظاهری، م. ع.؛ پناغی، ل.؛ و نجاتی، و. (۱۳۹۷). «الگوی معنوی/مذهبی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (MS): مطالعه کیفی». مجله روانشناسی. ۲۳ (۳): ۱۸۷-۳۰۷.
- قرازیبایی، ف.؛ علی‌اکبری دهکردی، م.؛ علیپور، ا.؛ و محتشمی، ط. (۱۳۹۱). «اثربخشی معنا درمانی به شیوه گروهی بر استرس ادراک‌شده و امید به زندگی در بیماران مبتلا به ام‌اس». فصلنامه پژوهش در سلامت روان‌شناختی. ۶ (۴): ۱۲-۲۰.
- مرحمتی، ز.؛ و یوسفی، ف. (۱۳۹۵). «رابطه ابعاد سبک زندگی اسلامی با بهزیستی روانشناختی در دانشجویان». فصلنامه روانشناسی کاربردی. ۱۰ (۳۹): ۳۲۹-۳۴۶.
- مسعودی، ر.؛ محمدی، ع.؛ نبوی، س. م.؛ و احمدی، ف. (۱۳۸۷). «تأثیر برنامه خود مراقبتی مبتنی بر الگوی اورم بر ابعاد جسمی کیفیت

- حیب، تهران، نشر دانژه.  
ون دورزن، ا. (۱۳۹۴). مشاوره و روان‌درمانی وجودی در عمل. ترجمه احمدرضا کیانی و یاسمن جمشیدیان. تهران، انتشارات ارجمند.  
یالوم، ا. (۱۳۹۰). روان‌درمانی گزیستانسیالیسم. ترجمه سپیده حیب. تهران، نشر نی.
- زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس». *مجله علوم پزشکی شهکرد*. ۱۰ (۲): ۲۱-۲۹.  
می، ر. (۱۳۸۹). انسان در جستجوی خویشتن. ترجمه مهدی ثریا. تهران، نشر دانژه.  
می، ر. (۱۳۹۴). عشق و اراده. ترجمه سپیده
- Albuquerque, C., Geraldo, A., Martins, R. & Ribeiro, O. (2015). Quality of life of people with multiple sclerosis: Clinical and psychosocial determinants. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 171, 359 – 365.
- Brown, CL., Colbeck, M., Fogarty, D. & Funk, S. (2016). Learning to live with multiple sclerosis cognitive impairment and how it influences readiness for group cognitive intervention. *Disability and Health Journal*, 9(4), 634-645.
- Backus, D. (2016). Increasing Physical Activity and Participation in People with Multiple Sclerosis: A Review. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 97 (9), 210-217.
- Bussing, A., Ostermann, T. & Matthiessen, PF. (2005). The role of religion and spirituality in medical patients in Germany. *Journal of Religion and Health*, 44 (3), 321-340.
- Boeschoten, R.E., Dekker, J., Uitdehaag, B.M.J., Polman, Ch.H., Collette, E.H., Cuijpers, P., Beekman. A.TF. & van Oppen, P. (2012). Internet-based self-help treatment for depression in multiple sclerosis: study protocol of a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 12 (137), 1-8.
- Costa, D. C., Marques Sa', M. J. & Calheiros, J. M. (2013). Social Characteristics and Quality of Life of Portuguese Multiple Sclerosis Patients. *Neurology Therapy*, 2, 43-56.
- Brissart, H., Daniel, F., Morele, E., Leroy, M., Debouverie, M. & Defer, G.L. (2011). Cognitive rehabilitation in multiple sclerosis: a review of the literature. *Review in the neuroscience*, 167 (4), 280-290.
- Davison, S.N., Gian, S. & Jhangri, G.S. (2010). Existential and Religious Dimensions of Spirituality and

- Their Relationship with Health-Related Quality of Life in Chronic Kidney Disease. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 15, 1969–1976.
- Davison, S.N. & Jhangri, G.S. (2013). The Relationship between Spirituality, Psychosocial Adjustment to Illness, and Health-Related Quality of Life in Patients with Advanced Chronic Kidney Disease. *Journal of Pain and Symptom Management*, 45 (1), 170-179.
- Farran, N., Ammara, D. & Darwish, H. (2016). Quality of life and coping strategies in Lebanese Multiple Sclerosis patients: A pilot study. *Multiple Sclerosis and Related Disorders*, 6, 21–27.
- Giordano, A., Cimino, V., Campanella, A., Morone, G., Fusco, A., Farinotti, M., Palmisano, L., Confalonieri, P., Lugaresi, A., Grasso, MG., Ponzio, M., Veronese, S., Patti, F. & Solari, A. (2016). Low quality of life and psychological wellbeing contrast with moderate perceived burden in carers of people with severe multiple sclerosis. *Journal of the Neurological Sciences*, 366, 139-145.
- Harrison, A.M., McCracken, L.M., Bogosian, A. & Moss-Morris, R. (2015). Towards a better understanding of MS pain: A systematic review of potentially modifiable psychosocial factors. *Journal of Psychosomatic Research*, 78, 12–24.
- Heesen, C., Schulz, K.H., Fiehler, J., Von der Mark, U., Otte, C., Jung, R., Poettgen, J., Krieger, T. & Gold, S.M. (2010). Correlates of cognitive dysfunction in multiple sclerosis. *Brain, Behavior, and Immunity*, 24, 1148–1155.
- Hosseini, S. M. S., Asgari, A., Rassafiani, M., Yazdani, F. & Mazdeh, M. (2016). Leisure time activities of Iranian patients with multiple sclerosis: a qualitative study. *Health Promotion Perspectives*, 6(1), 47-53.
- Hughes, N., Locock, L. & Ziebland, S. (2013). Personal identity and the role of 'carer' among relatives and friends of people with multiple sclerosis. *Social Science & Medicine*. 96, 78-85.
- Jensen, M.P., Moore, M.R., Bockow, T.B., Ehde, D.M. & Engel, J.M. (2011). Psychosocial factors and adjustment to chronic pain in persons with physical disabilities: a



- systematic review. *Arch Phys Med Rehabil*, 92, 146-60.
- Küçük, F., Kara, B., Poyraz, E. C. & İdiman, E. (2016). Improvements in cognition, quality of life, and physical performance with clinical Pilates in multiple sclerosis: a randomized controlled trial. *Journal of Physical Therapy Science*, 28 (3), 761-768.
- Makros, J. & McCabe, M. (2003). The Relationship between Religion, Spirituality, Psychological Adjustment, and Quality of Life among People with Multiple Sclerosis. *Journal of Religion and Health*, 42(2), 143- 159.
- Morgan, J & Farsides T. (2009). Psychometric evaluation of the Measuring Meaning in Life. *Journal of Happiness Studies*, 10 (2), 351- 366.
- Olsson, M., Lexell, J. & Söderberg, S. (2008). The Meaning of Women's Experiences of Living With Multiple Sclerosis. *Health Care for Women International*, 29 (4), 416-430.
- Pakniya, N., Bahmani, B., Dadkhah, A., Azimian, B., Naghiyae, M. & Masudi Sani, R. (2015). Effectiveness of Cognitive Existential Approach on Decreasing Demoralization in Women with Multiple Sclerosis. *Iranian Rehabilitation Journal*, 13 (4), 28-33.
- Papu'c, E. & Stelmasiak, Z. (2012). Factors predicting quality of life in a group of Polish subjects with multiple sclerosis: Accounting for functional state, socio-demographic and clinical factors. *Clinical Neurology and Neurosurgery*, 114, 341- 346.
- Pargament, K.I., Oemig Dworsky, C.K., Wong, S. & Exline, J.J. (2016). Suppressing Spiritual Struggles: The Role of Experiential Avoidance in Mental Health. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 5 (4), 258-265.
- Plante, T. & Sherman, A.C. (2001). *Faith and Health: Psychological Perspectives*. New York and London: The Guilford Press.
- Pompili, M., Forte, A., Palermo, M., Stefani, H., Lamis, D.A., Serafini, G., Amore, M. & Girardi, P. (2012). Suicide risk in multiple sclerosis: A systematic review of current literature. *Journal of Psychosomatic Research*, 73, 411-417.

- Seibaek, L., Hounsgaard, L. & Hvidt, N.C. (2013). Secular, Spiritual, and Religious Existential Concerns of Women with Ovarian Cancer during Final Diagnostics and Start of Treatment. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*. 2013, 1-11.
- Seifi, K. & Ebrahimi Moghaddam, H. (2018). The Effectiveness of Self-care Program on the Life Quality of Patients with Multiple Sclerosis in 2015. *Journal of the National Medical Association*, 110, 65-72.
- Sousa, D., Pestana, A. & Tavares, A. J. (2019). Self-Awareness, Verbalization and New Meanings as the Heart and Soul of Significant Events in Existential Psychotherapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 49 (3), 161-167.
- Van der Hiele, K., Spliethoff-Kamminga, N.G., Ruimschotel, R.P., Middelkoop, H.A. & Visser, L.H. (2012). Daily hassles reported by Dutch multiple sclerosis patients. *Journal of the Neurological Sciences*, 320, 85-90.
- Voltzenlogel, V., Ernst, A., de Sèze, J., Brassat, D., Manning, L. & Berna, F. (2016). Giving meaning to illness: An investigation of self-defining memories in patients with relapsing-remitting multiple sclerosis patients. *Consciousness and Cognition*, 45, 200-209.
- Wilski, M., Tasiemski, T. & Dabrowski, A. (2016). Body Esteem among Women with Multiple Sclerosis and its Relationship with Demographic, Clinical and Socio Psychological Factors. *International journal of behavioral medicine*, 23 (3), 340-347.
- Wolery, M., Dunlap, G. & Ledford, J.R. (2011). Single-Case Experimental Methods Suggestions for Reporting. *Journal of Early Intervention*, 33 (2), 103-109.