

دانشگاه پیام نور مرکز تهران

دانشکده علوم انسانی

گروه روان شناسی

پایان نامه جهت اخذ مدرک درجه کارشناسی ارشد

در رشته روان شناسی عمومی

مطالعه اثر بخشی معنویت درمانی گروهی بر تاب آوری و خودکارآمدی

زنان مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس (ام. اس) شهر اصفهان

استاد راهنما

دکتر محمد احسان تقی زاده

استاد مشاور

دکتر حسین زارع

نگارنده

مرضیه سادات میر علائی

زمستان ۱۳۹۱



دانشگاه پیام نور استان تهران



جمهوری اسلامی ایران
وزارت علوم، تحقیقات و فناوری

تاریخ: _____
شماره: _____
پیوست:

مرکز تهران جنوب

شماره پروژه:
۱۲۴۷۳

تصویب نامه

پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی گرایش عمومی
تحت عنوان:

مطالعه تأثیر معنویت در درمان گروهی از افراد مبتلا به خودکشی آلودگی و قلب آلودگی بهاران ام این استان

نام خانوادگی: میرعلایی
شماره پروژه: ۱۲۴۷۳
تاریخ دفاع: ۹۱/۱۲/۲۱
نمره: ۱۹۰۵
نام: مرضیه
شماره دانشجویی: ۸۸۰۳۳۹۳۲
ساعت: ۱۴_۱۵
درجه ارزشیابی: عالی

هیات داوران:

داوران	نام	نام خانوادگی	کد استادی	مرتبه علمی	امضاء
راهنما	محمد احسان	تقی زاده	۴۱۱۶۴۹		
راهنمای دوم	.	.	.	.
مشاور	حسین	زارع	۲۰۹۹۷۲		
مشاور دوم	.	.	.	.
داور	محمد	اورکی			
داور دوم	.	.	.	.

تهران، خیابان انقلاب، خیابان
استاد نصرت الهی، ترسیده به
چهار راه سینما، دانشگاه پیام نور
مرکز تهران جنوب، پلاک ۳۳
تلفن: ۸۳۳۲۴
۸۸۸۰۱۰۹۰
فکس: ۸۸۸۰۳۶۸۵
کد پستی: ۱۵۸۴۶۶۸۶۱۱

نشانی الکترونیک:

تقدیم به ساحت مقدس یوسف زهرا (عج)

که چشم‌ها برای زیارت صبحش بیدارند...

تقدیم به پدر و مادر عزیزم که بهترین آموزگاران پذیرش بی‌قید و شرطم بوده و هستند

تقدیم به برادران عزیزتر از جانم که مشوقین و همراهان من بوده و هستند

تقدیم به همسر برادرم که همچون خواهری مهربان در کنارم بود

و تقدیم به همه دوستانی که با همراهی‌های خود سختی‌های راه را بر من هموار ساختند

«من لم يشكر المخلوق لم يشكر الخالق»

خداوندا...

روشنایی بخش تاریکی جهان هستی. چگونه سپاس گویم مهربانی و لطف بیکرانت را که سرشار از عشق و یقین است. چگونه سپاس گویم تأثیر شوق به علم آموزی را که همچون چراغی روشن، نور هدایت را بر کلبه‌ی محقر وجودم فروزان ساخته است. آری در مقابل این همه عظمت و شکوه، مرا نه توان سپاس است و نه کلام وصف...

دانش حاصل تلاش انسان‌هایی مصمم و با اراده است که برای باورند بایستی وظیفه خود را به جامعه بشری ادا نمایند. بدون شک بزرگان تحقیق و پژوهش در هر دانش همچون چراغی فروزان و راهنمایی دلسوز آیندگان جامعه خود را در کمال آرامش بسوی اهدافی متعالی رهنمون می‌سازند. بر خود لازم می‌دانم به عنوان شاگردی بی ادعا اما علاقه‌مند نهایت تشکر و قدردانی از همه اساتید محترم به ویژه استادان گرانقدر جناب آقای دکتر تفی زاده و جناب آقای دکتر زارع و جناب آقای دکتر اعتمادی فرمبروز دارم.

و با سپاس از استاد محترم جناب آقای دکتر اورکی که زحمت داوری این پژوهش را پذیرفتند.

یارب دل ما را توبه رحمت جان ده در همه راه صابری درمان ده

این بنده چه داند که چه می‌باید جست داننده توئی هر آنچه دانی آن ده

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر بررسی تأثیر معنویت درمانی گروهی در افزایش خودکارآمدی و تاب آوری بیماران ام اس استان اصفهان بود. روش: در این پژوهش که از نوع نیمه آزمایشی بود، تمام زنان مبتلا به ام اس از نوع عودکننده و بهبودپذیر ۲۰-۴۰ سال استان اصفهان جامعه آماری آن را تشکیل داد. از مجموع ۴۸۵۰ بیمار ام اس استان اصفهان ۳۰ نفر (۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه کنترل) که بالاتر از دیپلم و فاقد اختلال روان‌شناختی بودند، با استفاده از شیوه نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شدند. افراد گروه آزمایش ۱۰ جلسه در مداخلات گروه درمانی معنویت شرکت کردند. ابزار جمع آوری داده‌ها شامل مقیاس خودکارآمدی عمومی شرر (۱۹۸۲) و پرسشنامه تاب آوری کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) بود. داده‌های بدست آمده با استفاده از نرم افزار SPSS و روش آماری کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته‌ها: نتایج به دست آمده از آماره آزمون F مربوط به بررسی تفاوت میانگین نمرات خودکارآمدی که برابر $۸/۷۱$ و سطح معناداری ($p \leq 0/006$)، و همچنین آماره آزمون F مربوط به بررسی تفاوت میانگین نمرات تاب آوری که برابر $۸/۰۴$ و سطح معناداری ($p \leq 0/0001$) نشان می‌دهد، تفاوت بین میانگین نمره خودکارآمدی در مرحله پس آزمون در گروه آزمایش و گواه پس از کنترل متغیر پیش آزمون معنی دار می‌باشد و می‌توان گفت که معنویت درمانی به شیوه‌ی گروهی میزان خودکارآمدی و تاب آوری مبتلایان به مالتیپل اسکلروزیس را در مقایسه با گروه کنترل افزایش می‌دهد. نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج آماری به دست آمده معنویت درمانی گروهی خودکارآمدی و تاب آوری بیماران ام اس را افزایش می‌دهد. می‌توان گفت، علت این اثربخشی پذیرش بی‌قید و شرط و به دور از قضاوت و همچنین احساس حضور و اتصال به نیروی لایزال الهی که ویژگی این شیوه درمانی است دانست که به موجب آن احساس ارزشمندی و خودکارآمدی و به تبع آن تاب آوری افزایش می‌یابد. لذا پیشنهاد می‌شود این شیوه درمانی در انجمن‌های ام اس سراسر کشور به عنوان درمان مکمل غیر دارویی انجام شود.

کلیدواژه‌ها: معنویت درمانی گروهی، خودکارآمدی، تاب آوری، بیماری ام اس.

فهرست مطالب

چکیده

فصل اول : کلیات پژوهش

- ۱-۱. مقدمه..... ۲
- ۱-۲. بیان مسأله..... ۴
- ۱-۳. اهمیت و ضرورت پژوهش..... ۶
- ۱-۴. اهداف پژوهش..... ۷
- ۱-۴-۱. هدف اصلی..... ۷
- ۱-۴-۲. اهداف فرعی..... ۸
- ۱-۵. فرضیات پژوهش..... ۸
- ۱-۵-۱. فرضیه‌ی اصلی..... ۸
- ۱-۵-۲. فرضیات فرعی..... ۸
- ۱-۶. متغیرها..... ۸
- ۱-۷. تعاریف مفاهیم نظری و عملیاتی متغیرها..... ۹
- ۱-۷-۱. تعاریف نظری..... ۹
- ۱-۷-۲. تعاریف عملیاتی..... ۱۱

فصل دوم : ادبیات پژوهش

- ۲-۱. مقدمه..... ۱۵
- ۲-۲. معنویت..... ۱۵
- ۲-۲-۱. تعریف واژه معنویت..... ۱۶

۱۸	..... ابعاد معنویت..... ۲-۲-۲
۲۰	..... تقابل معنویت و مذهب..... ۲-۲-۳
۲۲	..... تعامل معنویت و مذهب..... ۲-۲-۴
۲۳	..... رویکردهای روانشناسی به معنویت..... ۲-۲-۵
۲۳	..... ویلیام جیمز..... ۲-۲-۵-۱
۲۴	..... یونگ..... ۲-۲-۵-۲
۲۵	..... آلپورت..... ۲-۲-۵-۳
۲۵	..... فروید..... ۲-۲-۵-۴
۲۷	..... روان شناسی فرافردی..... ۲-۲-۵-۵
۲۷	..... الکینز..... ۲-۲-۵-۶
۲۸	..... رویکرد دانشمندان مسلمان به معنویت..... ۲-۲-۶
۳۰	..... منشأ معنویت..... ۲-۲-۷
۳۲	..... احیای دین و معنویت در چند دهه‌ی گذشته..... ۲-۲-۸
۳۴	..... معنویت درمانی..... ۲-۲-۹
۳۵	..... موافقان و مخالفان درمان های معنوی..... ۲-۲-۱۰
۳۷	..... دلایل التزام به درمان های معنوی..... ۲-۲-۱۱
۳۸	..... ارزیابی معنوی در مصاحبه بالینی..... ۲-۲-۱۲
۳۹	..... ادغام معنویت در روان درمانی برای گروههای خاص..... ۲-۲-۱۳
۴۱	..... مداخلات در درمان های معنوی..... ۲-۲-۱۴
۴۱	..... ملاحظات درمانهای معنوی و خطرات بالقوه..... ۲-۲-۱۵
۴۳	..... خطرات بالقوه درمانهای معنوی..... ۲-۲-۱۶

۴۴	..... پژوهش‌های انجام شده در این زمینه
۴۴	..... ۲-۱۷-۱. سوابق پژوهش خارجی
۴۷	..... ۲-۱۷-۲. سوابق پژوهش داخلی
۴۹	..... ۲-۳. مالتیپل اسکروزیس
۴۹	..... ۲-۳-۱. تعریف مالتیپل اسکروزیس
۵۰	..... ۲-۳-۲. تاریخچه
۵۱	..... ۲-۳-۳. همه گیر شناسی
۵۳	..... ۲-۳-۳-۱. همه گیر شناسی مالتیپل اسکروزیس در ایران
۵۳	..... ۲-۳-۳-۲. همه گیر شناسی مالتیپل اسکروزیس در اصفهان
۵۴	..... ۲-۳-۴. علت شناسی
۵۴	..... ۲-۳-۴-۱. استعداد ژنتیکی
۵۴	..... ۲-۳-۴-۲. نقش سیستم ایمنی
۵۵	..... ۲-۳-۴-۳. عفونت‌های ویروسی
۵۵	..... ۲-۳-۴-۴. عوامل محیطی و فشارهای روانی
۵۶	..... ۲-۳-۵. آسیب شناسی
۵۷	..... ۲-۳-۶. تظاهرات بالینی
۵۸	..... ۲-۳-۶-۱. ضعف اندام
۵۸	..... ۲-۳-۶-۲. علائم حسی
۵۹	..... ۲-۳-۶-۳. خستگی
۵۹	..... ۲-۳-۶-۴. علائم چشمی
۶۰	..... ۲-۳-۶-۵. سرگیجه

- ۶۰ ۲-۳-۶-۶. علائم درگیری سیستم اتونوم
- ۶۱ ۲-۳-۶-۷. خنده و گریه پاتولوژیک
- ۶۱ ۲-۳-۷. تشخیص پاراکلینیکی
- ۶۱ ۲-۳-۷-۱. MRI
- ۶۲ ۲-۳-۷-۲. آنالیز مایع CSF
- ۶۲ ۲-۳-۷-۳. پتانسیلهای برانگیخته مغزی
- ۶۲ ۲-۳-۸. تشخیص بالینی
- ۶۴ ۲-۳-۹. تشخیص افتراقی
- ۶۵ ۲-۳-۹. درمان
- ۶۵ ۲-۳-۹-۱. درمان دارویی
- ۶۷ ۲-۳-۱۰. درمان پروسه بیماری
- ۶۷ ۲-۳-۱۰-۱. درمان پیشگیری از عود حملات
- ۶۹ ۲-۳-۱۰-۲. درمان نوع پیشرونده (SPMS)
- ۷۱ ۲-۳-۱۰-۳. درمان نوع پیشرونده حاد (PPMS)
- ۷۳ ۲-۴. خودکارآمدی
- ۷۳ ۲-۴-۱. تعریف خودکارآمدی
- ۷۵ ۲-۴-۲. تفاوت بین خودکارآمدی و اطمینان
- ۷۵ ۲-۴-۳. اهمیت خودکارآمدی
- ۷۷ ۲-۴-۴. خودکارآمدی عمومی
- ۸۱ ۲-۴-۵. ویژگی‌های افراد با خودکارآمدی بالا و پایین
- ۸۲ ۲-۴-۶. چهارچوب نظری

- ۸۳ ۲-۴-۶-۱. سطح
- ۸۴ ۲-۴-۶-۲. تعمیم‌پذیری
- ۸۴ ۲-۴-۶-۳. شدت و قوت
- ۸۵ ۲-۴-۷. کاربرد منابع اطلاعات چهارگانه خودکارآمدی در بهبود عملکرد
- ۸۵ ۲-۴-۸. فرآیندهای واسطه‌ای خودکارآمدی
- ۸۶ ۲-۴-۸-۱. فرآیندهای شناختی
- ۸۶ ۲-۴-۸-۲. فرآیندهای انگیزشی
- ۸۷ ۲-۴-۸-۳. فرآیندهای عاطفی
- ۸۸ ۲-۴-۸-۴. فرآیندهای انتخابی
- ۸۸ ۲-۴-۹. رابطه بین قضاوت در مورد خودکارآمدی و عملکرد
- ۸۹ ۲-۴-۱۰. عوامل مؤثر در ناهماهنگی بین قضاوت در مورد خودکارآمدی و عملکرد
- ۸۹ ۲-۴-۱۱. جنبه‌های مختلف تأثیر باورهای خودکارآمدی بر عملکرد انسان
- ۸۹ ۲-۴-۱۱-۱. رفتار انتخابی
- ۹۰ ۲-۴-۱۱-۲. مقدار تلاش و پشتکار
- ۹۰ ۲-۴-۱۱-۳. الگوهای فکری و واکنش‌های هیجانی
- ۹۰ ۲-۴-۱۲. منابع و روش‌های افزایش خودکارآمدی
- ۹۱ ۲-۴-۱۲-۱. موفقیت عملکرد
- ۹۱ ۲-۴-۱۲-۲. تجربه‌های جانشینی
- ۹۲ ۲-۴-۱۳. مراحل رشد خودکارآمدی
- ۹۲ ۲-۴-۱۳-۱. کودکی
- ۹۳ ۲-۴-۱۳-۲. نوجوانی

- ۹۴ ۲-۴-۱۳-۳. بزرگسالی
- ۹۴ ۲-۴-۱۳-۴. پیری
- ۹۵ ۲-۴-۱۴. پیامدهای مثبت احساس خودکارآمدی
- ۹۶ ۲-۴-۱۵. خودکارآمدی جمعی
- ۹۶ ۲-۴-۱۶. ارتباط خودکارآمدی و اضطراب اجتماعی
- ۹۷ ۲-۴-۱۷. پیشینه پژوهشی
- ۹۷ ۲-۴-۱۷-۱. پژوهش‌های انجام شده در خارج از کشور
- ۱۰۳ ۲-۴-۱۷-۲. پژوهش‌های انجام شده در داخل از کشور
- ۱۰۷ ۲-۵. تاب‌آوری
- ۱۰۷ ۲-۵-۱. تعاریف تاب‌آوری
- ۱۰۹ ۲-۵-۲. ظهور تاب‌آوری
- ۱۱۰ ۲-۵-۳. عوامل تأثیرگذار بر تاب‌آور
- ۱۱۲ ۲-۵-۴. تاب‌آوری و آسیب‌پذیری
- ۱۱۳ ۲-۵-۵. الگوی تاب‌آوری و آسیب‌پذیری
- ۱۱۴ ۲-۵-۶. ارتباط بین تاب‌آوری، مراحل رشد روانی، شناختی، اجتماعی و سلامت روان
- ۱۱۷ ۲-۵-۷. "ویژگی‌های متعادل شده" در افراد تاب‌آور
- ۱۱۸ ۲-۵-۸. سخت‌رویی کلیدی برای تاب‌آوری
- ۱۱۹ ۲-۵-۹. مؤلفه‌های سخت‌رویی
- ۱۱۹ ۲-۵-۹-۱. کنترل
- ۱۲۰ ۲-۵-۹-۲. تعهد
- ۱۲۰ ۲-۵-۹-۳. مبارزه‌جویی

۱۰-۵-۲. نقش امید و خوش بینی در تاب آوری ۱۲۱

۱۱-۵-۲. پژوهش های انجام شده در این زمینه ۱۲۲

فصل سوم : روش پژوهش

۱-۳. مقدمه ۱۲۶

۲-۳. طرح تحقیق ۱۲۶

۳-۳. متغیرهای پژوهش ۱۲۷

۴-۳. جامعه آماری ۱۲۸

۶-۳. ابزار پژوهش ۱۲۹

۷-۳. شیوه اجرای پژوهش ۱۳۱

۸-۳. جلسات آموزش معنویت درمانی ۱۳۲

۹-۳. روش تجزیه و تحلیل داده ها ۱۳۳

۱۰-۳. جمع بندی و نتیجه گیری ۱۳۳

فصل چهارم : تجزیه و تحلیل داده ها

۱-۴. مقدمه ۱۳۵

۲-۴. آمار توصیفی ۱۳۶

۲-۴. آمار استنباطی ۱۳۹

فصل پنجم : بحث و نتیجه گیری

۱-۵. مقدمه ۱۴۹

۲-۵. بحث و تبیین فرضیه های پژوهش ۱۴۹

۳-۵. موانع و محدودیت های پژوهش ۱۷۵

۴-۵. پیشنهادهای کاربردی و پژوهشی ۱۷۶

۱۷۸..... منابع و مآخذ

۱۸۲..... منابع خارجی

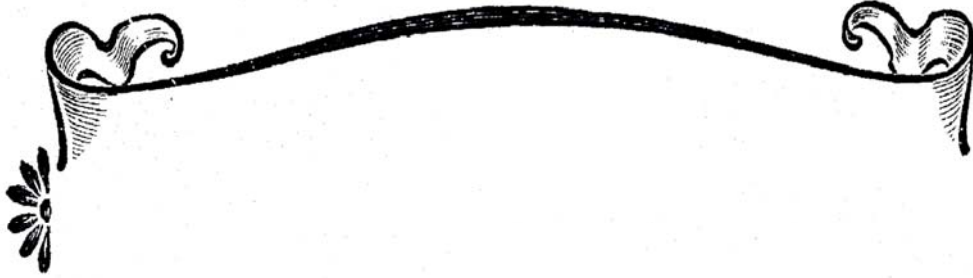
۱۸۸..... پیوست مطالب

فهرست جداول

- جدول ۱-۴. فراوانی و درصد فراوانی میزان تحصیلات افراد نمونه در دو گروه آزمایش و کنترل ۱۳۶
- جدول ۲-۴. فراوانی و درصد فراوانی شغل افراد نمونه در دو گروه آزمایش و کنترل ۱۳۷
- جدول ۳-۴. فراوانی و درصد فراوانی متغیر تاهل افراد نمونه در دو گروه آزمایش و کنترل ۱۳۸
- جدول ۴-۴. آزمون پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات خود کارآمدی ۱۳۹
- جدول ۵-۴. آزمون پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات تاب آوری ۱۴۰
- جدول ۶-۴. آزمون برابری واریانس‌های نمرات خود کارآمدی و تاب آوری در مرحله پس آزمون ۱۴۱
- جدول ۷-۴. تعداد، میانگین و انحراف معیار نمرات پس آزمون و پیش آزمون خود کارآمدی در دو گروه
آزمایش و کنترل ۱۴۲
- جدول ۸-۴. نتایج تحلیل کوواریانس مقایسه میانگین‌های نمرات خود کارآمدی دو گروه در مرحله پس
آزمون بعد از کنترل متغیر پیش آزمون ۱۴۳
- جدول ۹-۴. تعداد، میانگین و انحراف معیار نمرات پس آزمون و پیش آزمون تاب آوری در دو گروه
آزمایش و کنترل ۱۴۵
- جدول ۱۰-۴. نتایج تحلیل کوواریانس مقایسه میانگین‌های نمرات تاب آوری دو گروه در مرحله پس آزمون
بعد از کنترل متغیر پیش آزمون ۱۴۶

فهرست نمودارها

- نمودار ۱-۴. فراوانی میزان تحصیلات افراد نمونه در دو گروه آزمایش و کنترل ۱۳۶
- نمودار ۲-۴. فراوانی شغل افراد نمونه در دو گروه آزمایش و کنترل ۱۳۷
- نمودار ۳-۴. فراوانی متغیر تاهل افراد نمونه در دو گروه آزمایش و کنترل ۱۳۸



فصل اول

کلیات پژوهش



از سال ۱۸۶۸ که ژان مارتین شارکو^۱، نورولوژیست فرانسوی برای اولین بار مشخصات بالینی و ویژگی‌های آسیب شناسی بیماری مالتیپل اسکلروزیس (ام.اس)^۲ را با ارائه شواهد معتبر بافت شناسی به مجامع علمی معرفی کرد تا به امروز در حیطه‌های نشانه‌شناسی علت شناسی اپیدمیولوژی و درمان این بیماری تحولات بسیاری به وقوع پیوسته است.

مالتیپل اسکلروزیس جزء گروهی از بیماری‌های سیستم عصبی است که با تخریب غلاف میلین راه‌های عصبی همراه است. تخریب میلین (معمولاً در نواحی خاصی چون عصب بینایی، ساقه مغز و یا مخچه صورت می‌گیرد. مناطق ضایعه دیده پلاک^۳ نام دارند و این بیماری با مجموعه گسترده‌ای از علائمی نشانه‌ها همراه است (اعتمادی فر و اشتري، ۱۳۸۱).

عوارض بیماری به دلیل ماهیت ناتوان کننده آن تمام جنبه‌های زندگی فرد مبتلا را در برمی‌گیرد و در نتیجه روند طبیعی زندگی خانوادگی بیمار را مختل می‌کند؛ از طرفی اکثریت قریب به اتفاق مبتلایان را جوانان تشکیل می‌دهند و این خود مشکل را تا محدوده وسیع اجتماع گسترش می‌دهد. تنها در ایالات متحده بیماری مالتیپل اسکلروزیس سالانه ۲ تا ۵ میلیون دلار هزینه به دولت تحمیل می‌کند (سعادت نیا، ۱۳۸۴).

وجود دو عامل مذکور یعنی درگیر کردن جمعیت جوان یک جامعه و ایجاد از کارافتادگی، این بیماری و انواع مشابه را در کانون توجهات علمی قرار می‌دهد. هدف تمام تحولات علمی و عملی در این حیطه فراهم کردن شرایطی است که تا حد امکان کیفیت زندگی بیماران دچار افت نشود و حداقل آسیب متوجه خانواده بیمار و جامعه گردد.

¹-Jean-Martin Charcot

²-Multiple Sclerosis(M.S)

³-Plaque

همانند دیگر بیماری‌های مزمن در مبتلایان به مالتیپل اسلکروزیس نیز واکنش‌های روانشناختی نظیر واپس روی، انکار، اضطراب، افسردگی و خشم بسیار شایع است. در ابتدا تمامی این واکنش‌ها طبیعی است و حتی به فرد مبتلا کمک می‌کند که با ماهیت موقعیت جدید که همان بیمار بودن است بهتر سازگار شود. ولی اگر این واکنش‌ها ادامه یابند و زندگی بیمار را کاملاً تحت تأثیر قرار دهد، لزوم پیگیری و توجه ویژه را مطرح می‌سازد (کاتلر^۱ و مارکوس^۲، ۱۹۹۹).

در این میان کاهش تاب آوری و خود کارآمدی از سایر واکنش‌های روانشناختی عمومیت بیشتری دارد. وجود احساس غمگینی دائمی، احساس ناامیدی نسبت به آینده، تصورات مکرر درباره معلولیت و از کار افتادگی، اشتغال ذهنی مداوم با افکار منفی از عواقب نامطلوب کاهش خودکارآمدی و تاب-آوری در فرد مبتلا هستند که حتی می‌توانند باعث رفتارهای افراطی نظیر اقدام به خودکشی شوند. موارد یاد شده می‌تواند کیفیت زندگی فرد مبتلا را تحت تأثیر قرار دهد، او را از پیگیری درمان‌ها طبی برای بیماری‌اش دلسرد کند و علائم خطرناک بیماری را شدت بخشد. علاوه بر این کاهش تاب آوری و خود کارآمدی بر روند سازگاری و انطباق با شرایط جدید نیز تأثیر سوء دارد (شریفی، ۱۳۹۱).

بنابراین در چنین شرایطی هر اقدام عملی برای افزایش خود کارآمدی و تاب آوری بیماران می‌تواند مستقیماً در پیشبرد درمان‌های طبی و کنار آمدن بیمار با شرایط جدید کارساز باشد؛ کیفیت زندگی بیمار را افزایش دهد و مسائل منفی کمتری را متوجه اجتماع سازد.

در پژوهش حاضر تلاش شده است گامی در راستای ارزیابی یک برنامه روان درمانی معنوی در افزایش خودکارآمدی و تاب آوری بیماران ام. اس برداشته شود.

^۱-Katler
^۲-Marcus

۱-۲. بیان مسأله

ام اس شایعترین اختلال تحلیل برنده غلاف ملین اعصاب مرکزی است. این بیماری در سنین اولیه جوانی با تخریب یاتکه تکه شدن میلین در سلسله اعصاب مرکزی شروع می شود و با دوره های نامنظم بهبود و عود علائم همراه است. از سال ۱۸۶۸ که ژان مارتین شارکو^۱، نورولوژیست فرانسوی برای اولین بار مشخصات بالینی و ویژگی های آسیب شناسی بیماری مالتیپل اسکلروزیس (ام. اس)^۲ را با ارائه شواهد معتبر بافت شناسی به مجامع علمی معرفی کرد تا به امروز در حیطه های نشانه شناسی، علت شناسی، اپیدمیولوژی و درمان این بیماری تحولات بسیاری به وقوع پیوسته است. مالتیپل-اسکلروزیس جزء گروهی از بیماری های سیستم عصبی است که با تخریب غلاف میلین راه های عصبی همراه است. تخریب میلین (معمولاً در نواحی خاصی چون عصب بینایی، ساقه مغز و یا مخچه صورت می گیرد. مناطق ضایعه دیده پلاک^۳ نام دارند و این بیماری با مجموعه گسترده ای از علائم و نشانه ها همراه است (دنيسون^۴، موريس^۵ و چالدر^۶، ۲۰۰۸؛ دیاموند^۷، جانسون^۸، کافمن^۹ و گراوز^{۱۰}، ۲۰۰۸). عوارض بیماری به دلیل ماهیت ناتوان کننده آن تمام جنبه های زندگی فرد مبتلا را در بر می گیرد و در نتیجه، روند طبیعی زندگی خانوادگی بیمار را مختل می کند، از طرفی اکثریت قریب به اتفاق مبتلایان را جوانان تشکیل می دهند و این خود مشکل را تا محدوده وسیع اجتماع گسترش می دهد (سعادت نیا، ۱۳۸۴). وجود دو عامل مذکور یعنی درگیر کردن جمعیت جوان یک جامعه و ایجاد از کارافتادگی، این بیماری و انواع مشابه را در کانون توجهات علمی قرار می دهد. هدف تمام

¹-Jean-Martin Charcot

²-Multiple Sclerosis(M.S)

³-Plaque

⁴- Dennison

⁵-Morris

⁶-Chalder

⁷-Diamond

⁸-Janson

⁹-Kaufman

¹⁰-Graves

تحولات علمی و عملی در این حیطه فراهم کردن شرایطی است که تا حد امکان کیفیت زندگی بیماران دچار افت نشود و حداقل آسیب، متوجه خانواده‌ی بیمار و جامعه گردد (کوهن^۱ و رادیک^۲، ۲۰۰۳). همانند دیگر بیماری‌های مزمن در مبتلایان به مالتیپل اسلکروزیس نیز واکنش‌های روانشناختی نظیر واپس روی، انکار، اضطراب، افسردگی و خشم بسیار شایع است. در ابتدا تمامی این واکنش‌ها طبیعی است و حتی به فرد مبتلا کمک می‌کند که با ماهیت موقعیت جدید که همانا بیمار بودن است بهتر سازگار شود. ولی اگر این واکنش‌ها ادامه یابند و زندگی بیمار را کاملاً تحت تأثیر قرار دهد، لزوم پیگیری و توجه ویژه را مطرح می‌سازد (کاتلر^۳ و مارکوس^۴، ۱۹۹۹). در این میان افسردگی از سایر واکنش‌های روانشناختی عمومیت بیشتری دارد. وجود احساس غمگینی دائمی، احساس ناامیدی نسبت به آینده، تصورات مکرر درباره معلولیت و از کار افتادگی و اشتغال ذهنی مداوم با افکار منفی و در نتیجه کاهش خودکارآمدی و تاب آوری در مقابل عوارض بیماری از عواقب نامطلوب افسردگی در فرد مبتلا هستند که حتی می‌توانند باعث رفتارهای افراطی نظیر اقدام به خودکشی شوند. این موارد می‌تواند کیفیت زندگی فرد مبتلا را تحت تأثیر قرار دهد، او را از پیگیری درمان‌ها طبی برای بیماری‌اش دلسرد کند و علائم خطرناک بیماری را شدت بخشد. علاوه بر این کاهش مؤلفه‌های شناختی مثل خودکارآمدی و تاب آوری بر روند سازگاری و انطباق با شرایط جدید نیز تأثیر سوء دارد (دنيسون و همکاران، ۲۰۰۸؛ لوینسون^۵، ۲۰۰۰).

بنابراین در چنین شرایطی هر اقدام عملی برای افزایش خلق و کاهش افسردگی بیماران و به دنبال آن افزایش احساس خودکارائی و تاب آوری بیمار می‌تواند مستقیماً در پیشبرد درمان‌های طبی و کنار

¹-Kohen

²-Rudick

³-Katler

⁴-Marcus

⁵-Levenson