

اثر درمان شناختی-رفتاری و امیددرمانی در کاهش اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس

لاله دشتیان^{۱*}، سید موسی گلستانه^۲، ناصر امینی خوبی^۳^۱ کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر^۲ گروه روانشناسی، دانشگاه خلیج فارس بوشهر^۳ گروه مشاوره خانواده، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بوشهر

چکیده

بیماری مولتیپل اسکلروزیس یک بیماری مزمن در سیستم اعصاب مرکزی است که علاوه بر تحت تأثیر قرار دادن عملکرد حسی-حرکتی، با علائم روانشناختی بروز می‌کند. بنابراین آموزش شناختی-رفتاری و امیددرمانی می‌تواند به بیماران در خصوص مقابله با شرایط پیش‌رونده بیماری کمک نماید. تعداد ۲۱ نفر از بیماران مولتیپل اسکلروزیس به روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب و پس از اجرای پیش‌آزمون، به سه گروه ۷ نفری آزمایش جهت آموزش شناختی-رفتاری و امیددرمانی و گواه تقسیم شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه اضطراب و افسردگی بک بود. یافته‌ها بیانگر اثر آموزش شناختی-رفتاری و امیددرمانی بر کاهش اضطراب و افسردگی بیماران مولتیپل اسکلروزیس بود.

کلید واژه‌ها: آموزش شناختی-رفتاری؛ امیددرمانی؛ اضطراب؛ افسردگی؛ مولتیپل اسکلروزیس

مقدمه

بیماری مزمن مولتیپل اسکلروزیس یک مشکل سلامت در دنیای امروز است و موقعیت تهدیدکننده‌ای برای وضعیت سلامتی، اقتصادی و اجتماعی فرد مبتلا، خانواده و جامعه‌ی او محسوب می‌گردد. این بیماری مزمن و ناتوان کننده سیستم عصبی است که میلیون دستگاه اعصاب مرکزی (مغز و نخاع) را تخریب می‌کند و به دنبال آن به تدریج بخش عضلانی بدن توانایی خود را از دست می‌دهد. تظاهرات بالینی آن از یک بیماری خوش خیم تا یک بیماری پیش‌رونده و ناتوان کننده متغیر است (۱۴). مولتیپل اسکلروزیس علاوه بر اختلالات عصبی-حرکتی با علائمی چون اضطراب، ضعف و کاهش قدرت حل مسئله بروز می‌کند و اختلالات جسمی و روانی متعددی را موجب می‌شود. علائم مختلف این بیماری عبارت اند از فقدان ناگهانی، تاری دید در یک چشم، دوبینی، عدم تعادل، اختلال عملکرد مثانه، ایجاد اختلال حسی، ضعف، گرفتگی عضلانی، اختلال شنوایی، خستگی، لرزش اندام‌ها، اختلال در دفع مدفوع و عملکرد جنسی، ضعف تعادل، فراموشی، کاهش شنوایی، کرختی و اختلال گفتاری در این بیماران دیده می‌شود. این بیماری در افراد مختلف، متفاوت است. بسیاری از این بیماران تنها تعداد کمی از این علائم را تجربه می‌کنند و بسیار بعید است که بیماری به همه‌ی این‌ها دچار شود (۱۰).

بطور کلی هر زمانی که فرد مبتلا به ام اس در موقعیت استرس زا قرار بگیرد علائم بیماری تشدید می‌شود بنابراین به کارگیری روش‌های مقابله‌ای سالم و مهارت‌هایی که با تغییر نگرش فرد نسبت به توانایی‌های خود و امید به ادامه زندگی همراه با سازگار شدن با علائم پیش‌رونده بیماری می‌باشد می‌تواند کمک کننده فرد بیمار باشد. برخی بیماران در طول زندگی شان تنها دچارگونه‌ای خفیف از ام اس می‌باشند در حالی که برای سایرین این اثرات به سرعت ظاهر می‌گردد کارایی افراد مبتلا به ام اس را پایین می‌آورد در حالی که هزینه‌ی بالایی صرف درمان خود می‌کنند که این مسئله مشکلات خانوادگی و اقتصادی برای فرد بوجود می‌آورد (۲). بنابراین مجهز شدن افراد مبتلا به ام اس به تکنیک‌های شناختی-رفتاری و مهارت‌های امید درمانی می‌تواند به آن‌ها در خصوص مقابله با شرایط پیش‌رونده بیماری کمک نماید و احتمالاً پیامد طبیعی سبب چنین مهارت‌هایی کاهش مشکلات روانشناختی خواهد بود. در پژوهش حاضر اثربخشی آموزش شناختی-رفتاری و امیددرمانی را در کاهش اضطراب و افسردگی بیماران مولتیپل اسکلروزیس مورد بررسی قرار گرفت.

درمان شناختی-رفتاری، محدودهای از روش‌های درمانی را در برمی‌گیرد که بر پایه مفاهیم و اصول برآمده از مدل‌های روانشناختی هیجان‌ات و رفتارهای انسان قرار دارند. فلسفه‌ای که در پشت این نوع درمان قرار دارد این است که افکار و احساسات ما نقش کلیدی و بنیادی در رفتار ما دارند. مردم غالباً افکار و احساساتی را تجربه می‌کنند که باعث تشدید یا تقویت باورهای معیوب و نادرست آنان می‌گردد. چنین باورهایی می‌تواند به رفتارهای مشکل زا منجر گردد. درمانگر شناختی رفتاری، برای مبارزه با این افکار و رفتارهای مخرب، ابتدا به بیمار کمک می‌کند تا باورهای مشکل زای خود را شناسایی کند و گام به گام به سمت تغییر رفتار حرکت کند (۱۰). کسانی که امیدوارند، معتقدند که در تولید افکار امیدبخش، خلق راه‌های موثر منتهی به حصول به هدف، حفظ افکار اراده‌مند برای فراهم سازی انگیزش کافی در پیگیری هدف، و رفع موانعی که ظاهر می‌شوند عملکرد خوبی دارند. طبق اصول اساسی امید درمانی، فنون امید درمانی برای کمک به درمانگران در شناسایی نقاط قوت موجود در مراجعان و افزایش دادن شایستگی‌های آن‌ها در حیطه‌های نیازمند بهبود طراحی شده‌اند (۱۱). یک هدف در امید درمانی این است که راه‌های عادت وار و بی حاصل نزدیک شدن به اهداف مشکل ساز قبلی تعدیل شوند. درمانگر فقط با استفاده از بینش و بصیرت نمی‌تواند این جریان را در مراجع تسهیل کند. عمل/تمرین برای تغییر دادن الگوهای خودکار و مزمن تفکر ضروری است و محققانی که به تازگی در حیطه تفکر خوش بینانه کار کرده‌اند، ثابت کرده‌اند که افراد می‌توانند با افزایش افکار خوش بینانه تغییر کنند (۱۳). در بین درمان‌های روانشناختی، امیددرمانی اسنادر تنها درمانی است که امید را به عنوان هدف اصلی مد نظر قرار می‌دهد.

* e-mail: m.kariminejad99@yahoo.com

در پژوهشی که با عنوان اثربخشی گروه درمانی بر کاهش علائم روانشناختی بیماران ام اس توسط خضری مقدم، قربانی، بهرامی و رستمی در سال ۱۳۹۰ انجام شد نتایج نشان داد که گروه درمانی مبتنی بر بیان احساسات در تعاملات گروهی بر افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به ام اس، موثر است (۳). گروه مداخله که تحت مداخله بیان احساسات در تعاملات گروهی قرار گرفته بود نسبت به گروه گواه که مداخله‌ای دریافت نکرده بود، در علائم افسردگی و اضطراب کاهش معناداری را نشان داد. همچنین نتایج حاصل در پیگیری یک ماهه نیز ادامه داشت. با این وجود گروه مداخله نسبت به گروه گواه در علائم خستگی تفاوت معناداری را نشان نداد. شواهد مقدماتی نشان می‌دهد که کاربرد روش‌های مداخله‌ای که به منظور کاهش بسامد یا شدت افکار افسردگی‌زا وضع شده‌اند، می‌تواند اثربخشی و سودمندی بر خلق داشته باشد. این موارد شامل توجه برگردانی و چالش در تقابل با تمرکز صرف بر افکار افسردگی‌زا و یا کندو کاو در آن افکار می‌شوند. در پژوهشی با عنوان «رابطه کیفیت زندگی با امید در بزرگسالان دارای نقص در آنتی بادی های اولیه» نشان داده شد که بین عدم اشتغال و کیفیت زندگی در این بیماران ارتباط نزدیکی وجود دارد. و چنین استنباط می‌شود که اگر شرایط کاری این افراد دچار اختلال شود و امید به آینده آن‌ها کاهش یابد، شاخص کیفیت زندگی آن‌ها نیز پایین می‌آید. در پژوهشی دیگر جو کی وی کیم (۱۹۹۷) در کره جنوبی به این نتیجه رسیدند که بین کیفیت زندگی و امید در بیماران مبتلا به سرطان رابطه وجود دارد. همینطور بیماران که در خانه از آن‌ها مراقبت می‌شود به مراتب ارتباط قوی‌تری بین کیفیت زندگی و امید نسبت به بیمارانی که در بیمارستان بستری اند، نشان می‌دهند. علاء الدینی، کجیاف، مولوی (۱۳۸۷) در پژوهش خود با عنوان بررسی اثربخشی امیددرمانی گروهی بر میزان امید و سلامت روانی که بر روی دانشجویان دختر دانشگاه اصفهان انجام شد نشان داد که این مداخله درمانی منجر به افزایش امید و سلامت روانی و کاهش نارسا کنش‌وری اجتماعی و افسردگی شده است (۹). این یافته‌ها بسیار نوید بخش بوده و نشان دهنده‌ی ارزش بالقوه درمان‌های مبتنی بر روانشناسی مثبت به طور عام و امید به طور خاص است. در پژوهشی که با عنوان تاثیر امیددرمانی گروهی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ام اس انجام شد نتایج نشان داد که بهره‌گیری از رویکرد درمانی امید محور توانسته است به بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس کمک کند و کیفیت زندگی این بیماران را بهبود ببخشد. روان درمانی مثبت نگر نه تنها می‌تواند منابع مثبت را ایجاد نماید، بلکه می‌تواند تاثیر متقابلی بر نشانگان منفی داشته و نیز سری برای وقوع مجدد آن‌ها باشد. نتایج حاکی از همراهی امید و خود متکی بودن با انتظارات مطلوب می‌باشد که یکی از مهم‌ترین عوامل پیش بینی کننده برای درمان پذیری است. لذا، استفاده از این رویکرد و سایر رویکردهای روان درمانی و روانشناسی مثبت نگر که به نوعی با نیازهای درونی و فطری انسان عجین گشته‌اند و از مزایایی چون آموزش آسان و کم هزینه بودن و مهم‌تر از همه توجه به نیازهای فطری همچون امید را در بر می‌گیرند.

پژوهش حاضر به دنبال مقایسه آموزش شناختی رفتاری و امیددرمانی در کاهش اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس بود. به عبارت دیگر، سؤال تحقیق حاضر این بود که آیا شرکت در طرح مداخله‌ای (آموزش شناختی رفتاری، آموزش امیددرمانی) به کاهش اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس منجر می‌شود؟ و آیا آموزش امیددرمانی در مقایسه با آموزش شناختی رفتاری از اثربخشی بالاتری برخوردار بوده است؟

روش

شرکت کنندگان

تعداد کل نمونه مورد مطالعه در این پژوهش ۲۱ نفر بود که به ۳ گروه آزمایشی، شناختی رفتاری و امیددرمانی و گروه گواه تقسیم شدند. ابتدا لیست و شماره تماس بیماران ام اس مراجعه کننده به مددکاری بیمارستان شهدای خلیج فارس گرفته شد و بعد به روش نمونه گیری تصادفی ساده و به صورت داوطلبانه تعداد ۲۱ نفر جهت اجرای مداخله درمانی انتخاب شدند. آزمودنی‌های این پژوهش به صورت کاملاً تصادفی انتخاب و به همین روش در سه گروه ۷ نفری آزمایش و کنترل تقسیم شدند سپس یکی از آن سه گروه در معرض متغیر آزمایشی شناختی رفتاری و دیگری در معرض متغیر امیددرمانی پژوهش قرار گرفته شد. در نهایت گروه سوم به عنوان گروه کنترل انتخاب و هیچ نوع متغیر آزمایشی برای آنان اجرا نشد. جلسات آموزشی در مددکاری بیمارستان شهدای خلیج فارس بوشهر برگزار شد و در صورت لزوم به صورت انفرادی هم آموزش داده میشد پس از تعیین اعضای گروه آزمایشی و کنترل، گروه آموزش شناختی رفتاری و امیددرمانی فرایند طرح مداخله ای هشت هفته ای را طی نمودند، در حالی که اعضای گروه کنترل مداخله ای را دریافت نمودند.

ابزار

پرسشنامه اضطراب و افسردگی بک: ۲۱ سوالی می باشند و هر سه گروه پیش از اجرای پژوهش بوسیله پرسشنامه های فوق ذکر مورد ارزیابی و سنجش قرار گرفتند. در پایان اجرای طرح درمان نیز بار دیگر سنجیده شدند. اعتبار وروایی پرسشنامه اضطراب و افسردگی در سطح بالایی گزارش شده است. در این پژوهش اعتبار پرسشنامه اضطراب از طریق بازآزمایی به فاصله دوماه ۰/۹۴ و همسانی درونی آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به دست آمد. و همچنین اعتبار پرسشنامه افسردگی بعد از یک هفته ۰/۷۵ بوده است. همبستگی کل ماده ها از ۰/۳۰ تا ۰/۷۶ متغیر می باشد. در این پژوهش اعتبار از طریق آلفای کرونباخ محاسبه گردید..

شیوهی اجرا

مباحث و فعالیت گروه آموزش شناختی رفتاری در پنج بخش و طی هشت جلسه اجرا، شامل اجزاء مختلف شناختی و رفتاری بوده. در آغاز جلسات مؤلفه‌های شناختی مانند بالا بردن خود هوشیاری و تشخیص موقعیت‌های اضطراب آور و در انتها مؤلفه های رفتاری مانند تکنیک‌های رشد و سازگاری فردی مورد توجه و بررسی قرار گرفت. □ بخش اول، درمانگر به توضیح هدف و جهت گیری عمومی درمان پرداخته و سپس از اعضاء درباره خود و دیگران سؤال شد و هر عضوی به بیان فاکتورهای دموگرافیک خود، توانایی‌ها و علایق خود پرداخت. □ بخش دوم (شامل دو جلسه)، خود هوشیاری افراد ارتقاء داده شد و در جلسه دوم درباره زندگی و مشکلات افراد صحبت شد و تجربیات منفی و مثبت اعضاء در روبرویی با این مشکلات بررسی گردید. در جلسه سوم مشکلات محیطی و عوامل ناخوشایند در رابطه با بیماری که بر روحیه آنان تأثیر گذار بوده است، بررسی شده و اعضای گروه به تلاش‌ها و کوشش‌هایی که جهت کنترل آن نموده اند، اشاره کردند.

□ بخش سوم جهت شناسایی موقعیت های اضطراب آور(طی دو جلسه درمانی) عوامل شناختی که می تواند به رفتار ناسازگارانه منجر شود پرداخته شد و نحوه شکل گیری افکار مخرب و احساسات و تجربیات ناخوشایند بررسی شد. در جلسه چهارم به بررسی دلایلی که به تخریب و از هم گسیختگی احساسات و هیجانات منفی منجر می شود پرداخته شد و در جلسه پنجم توجه آزمودنی ها به رفتار ناسازگارانه و مخربی که از این احساسات نشأت می گیرد، معطوف گردید. □ بخش چهارم، به توسعه روش های سازگاری اختصاص داده شد که شامل دو جلسه درمانی بود. در جلسه ششم بر روش ها و مدل های فکر کردن و مدیریت سازگاری با هیجانات منفی و آموزش نحوه جایگزینی رفتار لذت بخش و تفکر سازگار با آن ها پرداخته شد. جلسه هفتم به تفکر درباره زندگی آینده و نحوه تغییر رفتار فعلی و انتقال آموزش به آینده اختصاص یافت.

برای گروه آزمایشی دوم که در معرض متغیر آزمایشی امید درمانی قرار گرفته شده بود.

□ جلسه اول: آشنایی اعضا گروه با همدیگر و مشاور و توضیحاتی درباره ساختار جلسات، اهداف برنامه، برنامه آموزش گروهی بر اساس نظریه امید شنایدر و توضیح کوتاهی در مورد امید به زندگی، کیفیت زندگی، تاب آوری، سطح اضطراب و افسردگی، ارائه تکلیف.

□ جلسه دوم: مرور موضوع جلسه قبل، چگونگی ایجاد امید و ضرورت وجود آن در اعضا و ارائه تکلیف.

□ جلسه سوم: مرور موضوع جلسه قبل، کمک به اعضا در یافتن امید، ارائه تکلیف.

□ جلسه چهارم: مرور موضوع جلسه قبل، شناخت دیدگاه اعضا و شناخت و از بین بردن منفی گرایی و بالا بردن امید به زندگی، سطح کیفیت زندگی و تاب آوری و کاهش اضطراب و افسردگی بیماران، ارائه تکلیف.

□ جلسه پنجم: مرور موضوع جلسه قبل، آشنایی بیماران با افراد دارای امید به زندگی، کیفیت زندگی و تاب آوری بالاتر و سطح اضطراب و افسردگی پایین تر و فهرست و آرسای راه ها (باید ها و نباید ها) برای رسیدن به هدف، ارائه تکلیف.

□ جلسه ششم: مرور موضوع جلسه قبل، تبیین داستان های اعضا بر اساس سه مولفه اصلی نظریه امید و قالب بندی مجدد داستان ها، ارائه تکلیف.

□ جلسه هفتم: مرور موضوع جلسه قبل، مطرح کردن لیستی از اتفاقات جاری و ابعاد مهم زندگی و میزان رضایت افراد از هریک از اتفاقات مطرح شد، ارائه تکلیف.

□ جلسه هشتم: مرور موضوع جلسه قبل، هدف در این جلسه امید افزایی در بیماران می باشد، ارائه تکلیف.

□ جلسه نهم: مرور موضوع جلسه قبل، ویژگی های گذرگاه های مناسب مطرح شد. هدف در این جلسه حفظ و بقای امید در اعضا و افزایش آن در گروه بود.

پس از جمع آوری پرسشنامه ها، تجزیه و تحلیل داده ها به وسیله نرم افزار SPSS انجام شد. روش های آماری به کار رفته برای تحلیل فرضیه ها در دو بخش آمار توصیفی و استنباطی صورت گرفت. آمار توصیفی شامل میانگین، انحراف معیار و توزیع فراوانی و نیز آمار استنباطی کوواریانس استفاده شد.

نتایج

جدول ۱ میانگین و انحراف معیار گروه آزمایش و کنترل را در متغیر اضطراب و افسردگی در مرحله پیش آزمون و پس آزمون نشان می دهد.

جدول ۱

میانگین و انحراف معیار آموزش شناختی-رفتاری و امیددرمانی بر اضطراب و افسردگی در مراحل پیش آزمون و پس آزمون

متغیر	زمان	M	SD
امیددرمانی	پیش آزمون	۱۷/۲۹	۵
	پس آزمون	۱۳/۱۴	۵/۰۸
	پیش آزمون	۲۹	۱/۵۰
	پس آزمون	۶/۱۴	۱/۳۵
شناختی رفتاری	پیش آزمون	۲۳/۲۹	۶/۱۰
	پس آزمون	۱۹/۵۷	۶/۸۰
	پیش آزمون	۱۶/۵۷	۱۳/۱۳
	پس آزمون	۱۳	۱۱/۳۰

به منظور تعیین اثر آموزش شناختی-رفتاری و امیددرمانی در میزان اضطراب و افسردگی شرکت کنندگان از تحلیل واریانس استفاده شد که نتایج آن در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲

اثر درمان شناختی-رفتاری و امیددرمانی در کاهش اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس

تحلیل واریانس بین میزان افسردگی، اضطراب بر اساس گروه شناختی رفتاری و امیددرمانی

گروه	منبع تغییرات	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری	تفاوت میانگین
شناختی رفتاری	اضطراب	۱۴۴/۶۴۳	۴/۰۱۳	۰/۰۴۸	۶/۴۲۸
امیددرمانی	افسردگی	۱۶۴/۵۷۱	۲/۵۴۲	۰/۰۱	۴/۸۵۷

همانطور که در جدول ۲ نشان می دهد که هر دو آموزش شناختی-رفتاری و امیددرمانی در افسردگی و اضطراب شرکت کنندگان تأثیر معنادار دارد ($p < 0/01$).

بحث

نتایج یافته نشان داد که امیددرمانی در مقایسه با شناختی رفتاری در کاهش افسردگی و اضطراب موثرتر بوده است. بنابراین می توان گفت که افراد امیدوار گذرگاه های بیشتری برای دنبال کردن اهداف خود دارند. وقتی با مانع برخورد می کنند می توانند انگیزه خود را حفظ کرده و از گذرگاه های جانشین استفاده می کنند. اما افراد ناامید به دلیل اینکه عامل و گذرگاه های کمی دارند در برخورد با موانع به راحتی انگیزه خود را از دست داده و دچار هیجان های منفی می شود که این امر به نوبه خود منجر به افسردگی می شود. روان شناسان اجتماعی نیز اعتقاد دارند اضطراب که عاملی مخرب و نابودکننده است، از طریق یادگیری و الگوبرداری آموخته می شود و می تواند باعث کاهش رضایت از زندگی افراد باشد. امید درمانی می تواند بر متغیرهای استرس و اضطراب تأثیرگذار باشد. همه ی انسان ها در هنگام استرس و اضطراب و گرفتاری ها به حمایت بخشی اطرافیان و دوستان خود نیاز دارند تا احساس امنیت کنند. لذا هر چه امیددهی و حمایت اطرافیان بیشتر باشد امیدواری شان نیز در غلبه بر مشکلات مانند اضطراب و استرس نیز بیشتر است. بنابراین حمایت، دلگرمی و پشتگرمی، تأثیر غیر مستقیم یا تأثیر میانجی بر میزان امید افراد در مقابل اثرات منفی در شرایط استرس زا دارد و از آنها محافظت می کند. در امید درمانی تاکید و تکیه اصلی بر خود فرد و تحریک و بکارگیری توانمندی های وی است. چنانکه کوری (۲۰۰۹) اشاره می کند که درمان گشتالتی توجه خاصی به فرد به عنوان یک کلیت موجود می بخشد که دارای ظرفیت های بشری فراوانی جهت رشد و شفا در فرایند نحوه برخورد خود با دیدگاه و جهان بینی اش است. یعنی نحوه کنترل و عمل در قبال اضطراب و ناراحتی های جسمانی و روانی ناشی از آن، در ارتباط مستقیم با چگونگی دیدگاه فرد به امید، درمان، اضطراب، دلهره و استرس است. امید در صورتی می تواند کارساز باشد که فرد در چارچوب فلسفی و دیدگاهی اش حاضر به پذیرش تغییر و تأثیر آن در ابعاد مختلف زندگی باشد که به مرور این مهم به وی قبولانده شود. بنابراین می توان گفت که امید به زندگی و شادی، باعث بهبودی و سلامتی و رفع تنش می شود و مطابق دید منفی، فرد بیمار، بیمارتر و طول عمرش کاهش می یابد. در دیدگاه مثبت، فرد خود را پیروز و موفق و ارزشمند و ثروتمند و مقبول می داند و در دیدگاه منفی، فرد خود را دایم شکست خورده، ضعیف و فقیر و مردود تصور می کند و همانند همین الگوی ذهنی نیز زندگی خواهد کرد. در این پژوهش برای گردآوری داده ها فقط از پرسشنامه استفاده شده است. توجه به مسائل اجتماعی در تحلیل مشکلات عاطفی، خانوادگی و فردی ضروری است، که بررسی تأثیر مسائل دور از دسترس و خارج از اهداف بوده است. به دلیل محدودیت زمانی از تحقیق طولی استفاده نشد. چنانچه این نوع تحقیق انجام می شد شاید امکان مقایسه بیشتر فراهم می گردید. پیشنهاد می شود متخصصان از آموزش گروهی مبتنی بر رویکرد امیددرمانی در کار با بیمارانی که دچار اختلالات خلقی یا افسردگی هستند استفاده کنند و اجرای این طرح درمانی به صورت جداگانه بر روی گروه های مختلف بیماران مبتلا به MS که از لحاظ سیر بیماری متفاوت هستند، پیشنهاد می گردد. همچنین مسئولین بیش از پیش به آگاهی بخشی و تحلیل مشکلات و مسائل بیماران توجه نموده و زمینه پیشگیری از بروز آسیب ها را فراهم نمایند.

منابع

- آقاباقری، حامد؛ محمدخانی، پروانه؛ عمرانی، سمیرا و فرهنگ، وحید (۱۳۹۱). اثربخشی گروه درمانی شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر افزایش بهزیستی ذهنی و امید بیماران مبتلا به ام اس استان یزد. *مجله روانشناسی بالینی*، ۴، ۲۵-۳۰.
- بخشانی، نورمحمد؛ خسروی، معصومه و رقیعی، مهوش (۱۳۸۹). وضعیت عملکردشناختی بیماران مبتلا به ام اس. *کنگره انجمن روانشناسی ایران*. ؟.
- بهاری، فرشاد (۱۳۹۰). *مبانی امید و امیددرمانی (راهنمای امیدآفرینی)*. تهران: انتشارات دانژه.
- خضری مقدم، نوشیروان؛ قربانی، نیما؛ بهرامی احسان، هادی و رستمی، رضا (۱۳۹۱). بررسی اثربخشی کاهش استرس بهوشیاری محور بر علائم روانشناختی بیماران ام اس. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۰(۷)، ۵۹۷-۶۰۸.
- سلامت نیا، آسیه و گلستانه، سید موسی (۱۳۹۲). *بررسی اثربخشی آموزش گروهی امید به شیوه آشنایدر بر افزایش اعتماد به نفس و خودکارآمدی دانش آموزان دختر مقطع دبیرستان شهر اهواز*. پایان نامه ی منتشر نشده. ؟.
- علاءالدینی، زهره؛ کجیاف، محمدباقر و مولوی، حسین (۱۳۸۷). بررسی اثربخشی امیددرمانی گروهی بر میزان امید و سلامت روانی. *فصلنامه پژوهش در سلامت روانشناختی*، ۴(۱)، ۶۸-۷۴.
- کیانی، جمیله؛ پاکیزه، علی و استوار، افشین (۱۳۸۹). *بررسی تاثیر گروه درمان شناختی- رفتاری بر افزایش عزت نفس و کاهش ناامیدی نوجوانان مبتلا به تالاسمی*. پایان نامه منتشر نشده. ؟.
- کرک، ج. و کلارک، س. (۲). *رفتار درمانی شناختی*. ترجمه ی حبیب اله قاسم زاده (۱۳۸۹)، جلد اول. تهران: ارجمند.

Cabe, P. M., Kern, S., & Donald, E. (2004). Coping and psychological adjustment among people whit multiple sclerosis. *Journal of Psychosomatic Research*, 56, 355-361.

Murray, T. J. (2005). *Multiple sclerosis*. New York: Demos medical publishing.

- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1992). Effects of optimism on psychological and physical well-being: Theoretical overview and empirical update. *Cognitive therapy and research*,??.
- Seligman, M. E. P. (1998). *Learned optimism*. New York: Alfred A. Knopf.
- Synder , C. R., & Lopez, S. J. (Eds.) (2003). *Handbook of positive psychology*. New York: Oxford university press.