

Effectiveness of a Family-Oriented Psychological Intervention Program on Improving Spiritual Vitality in Patients with Multiple Sclerosis

Negar Mota¹, Seyed Said Pournaghash-Tehrani^{2*}, Masoud Gholamali lavasani³,
Gholamali Afrooz⁴

1- PhD Student, Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Kish International Campus, University of Tehran, Kish, Iran.

2- Associate Professor. Department of Psychology, Faculty of Psychology and Education, University of Tehran, Tehran, Iran.

3- Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran.

4- Professor, Department of Psychology and Education of Exceptional Children, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran.

Corresponding Author: Seyed Said Pournaghash-Tehrani, Associate Professor. Department of Psychology, Faculty of Psychology and Education, University of Tehran, Tehran, Iran.

E-mail: spnaghash@ut.ac.ir

Received: 17 Dec 2023

Accepted: 19 May 2024

Abstract

Introduction: Research about the development and effectiveness of the family-centered psychological intervention program on the importance of promoting spiritual vitality in patients with multiple sclerosis is limited. Therefore, the aim of the current research, in addition to developing a program, was to determine the effectiveness of family-oriented psychological intervention in improving spiritual vitality in patients with multiple sclerosis.

Methods: The research design included two qualitative and quantitative parts. In the qualitative part, a family-centered intervention program was developed and in the quantitative part of this research, it was a semi-experimental type with a pre-test-post-test design with a three-month follow-up along with a control group. In the qualitative part, the statistical population included psychology professors, multiple sclerosis patients, and psychologists living in Tehran who had experience working with multiple sclerosis patients. The sample included 4 psychology professors, 4 psychologists who had experience working with multiple sclerosis patients, and 4 patients with multiple sclerosis who were selected in a targeted manner. In the quantitative part, the statistical population of the study includes all patients with multiple sclerosis living in Tehran who were members of the MS Association and in the spring of 2023, they referred to the MS Association. In order to form two groups using the purposeful sampling method, first, 32 people were selected and then they were randomly grouped into two experimental and control groups. Questionnaires and surveys were used to collect qualitative data. also, the Afrooz spiritual vitality questionnaire (2015) was used to collect data in the quantitative part. The research data were analyzed in the qualitative part by the Laushe method and the data in the quantitative part by using mixed variance analysis tests with repeated measurements in SPSS software version 22.

Results: The results of the validation of the developed program showed that the family-oriented psychological program has high validity ($r=0.84$). Other results showed that between spiritual vitality ($F = 5.730, P = 0.023$) and its components including feelings and behavior ($F = 5.395, P = 0.027$) and beliefs ($5.754, F, P=0.023$) There is a significant difference between the experimental and control groups, and this difference is the result of the implementation of the family-oriented psychological program intervention in the experimental group.

Conclusions: According to the results of this research, the developed family-centered intervention program is an effective method in improving spiritual vitality in patients with multiple sclerosis, therefore, multiple sclerosis therapists and centers are advised to use family-oriented psychological intervention programs to improve the psychological status of these patients.

Keywords: Psychological Intervention, Spirituality, Multiple Sclerosis.



اثربخشی برنامه مداخله روان شناختی خانواده محور بر بهبودی نشاط معنوی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس

نگار مطاع^۱، سیدسعید پورنقاش تهرانی^{۲*}، مسعود غلامعلی لواسانی^۳، غلامعلی افروز^۴

۱- دانشجوی دکتری، روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، پردیس بین المللی کیش دانشگاه تهران، کیش، ایران.

۲- دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران، تهران، ایران.

۳- دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

۴- استاد گروه روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

نویسنده مسئول: سیدسعید پورنقاش تهرانی، دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران، تهران، ایران.
ایمیل: spnaghash@ut.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۲/۳۰

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۹/۲۶

چکیده

مقدمه: پژوهش‌ها درباره تدوین و اثربخشی برنامه مداخله روان شناختی خانواده محور بر اهمیت ارتقای نشاط معنوی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس محدود است. لذا هدف پژوهش حاضر علاوه بر تدوین برنامه، تعیین اثربخشی مداخله روان شناختی خانواده محور بر بهبودی نشاط معنوی در مبتلایان به مولتیپل اسکلروزیس بود.

روش کار: طرح پژوهش شامل دو بخش کیفی و کمی بود. در بخش کیفی برنامه مداخله خانواده محور تدوین شد و در بخش کمی این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با پیگیری سه ماهه به همراه گروه کنترل بود. در بخش کیفی جامعه آماری شامل اساتید روانشناسی، بیماران مولتیپل اسکلروزیس و روانشناسان ساکن تهران بود که سابقه کار با بیماران مولتیپل اسکلروزیس را داشتند. نمونه شامل ۴ نفر از اساتید روانشناسی، ۴ نفر از روانشناسان ساکن تهران بود که تجربه کار با بیماران مولتیپل اسکلروزیس را داشتند و ۴ بیمار مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس بود که به روش هدفمند انتخاب شدند. در بخش کمی جامعه آماری پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس ساکن تهران که عضو انجمن ام اس بودند و در بهار ۱۴۰۲ به انجمن ام اس مراجعه کردند. به منظور تشکیل دو گروه با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند، ابتدا ۳۲ نفر انتخاب شدند و سپس به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گروه کنترل گروه‌بندی شدند. از پرسشنامه و نظرسنجی به منظور گردآوری داده‌های بخش کیفی استفاده شد، همچنین از پرسشنامه نشاط معنوی افروز (۱۳۹۵)، برای جمع‌آوری داده‌ها در بخش کمی استفاده شد. داده‌های پژوهش در بخش کیفی به وسیله روش لاوشه و داده‌ها در بخش کمی با استفاده از آزمون‌های تحلیل واریانس مختلط با اندازه‌گیری‌های تکراری در نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج بررسی روایی برنامه تدوین شده نشان داد، برنامه روانشناختی خانواده محور از روایی بالایی برخوردار است ($F=0/84$). دیگر نتایج نشان داد، بین نشاط معنوی ($F=5/730$ ، $P=0/023$) و مولفه‌های آن شامل احساس و رفتار ($F=5/395$ ، $P=0/027$) و باورها ($F=5/754$ ، $P=0/023$) در گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنادار وجود دارد و این تفاوت در نتیجه اجرای مداخله برنامه روانشناختی خانواده محور در گروه آزمایش است.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج یافته‌های این پژوهش، برنامه مداخله خانواده محور تدوین شده روشی موثر در بهبود نشاط معنوی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس است لذا به درمانگران و مراکز مولتیپل اسکلروزیس بر لزوم استفاده از برنامه‌های مداخله روانشناختی خانواده محور جهت بهبود وضعیت روانشناختی این بیماران پیشنهاد می‌شود.

کلیدواژه‌ها: مداخله روانشناسی، معنویت، مولتیپل اسکلروزیس.

مقدمه

مالتیپل اسکلروزیس (MS) اختلالی مزمن، غیرقابل درمان و خود ایمنی در سیستم عصبی مرکزی با پاتوفیزیولوژی نامشخص است که سیستم عصبی مرکزی را با استفاده از فرایندهای التهابی، تجزیه میلین و در نتیجه آسیب به آکسون ها درگیر می کند. اختلال MS اغلب با یک مرحله ۱۵-۱۰ سال به مرحله پیشرفته تبدیل می شود. این اختلال عمدتاً زنان را بیشتر از مردان با نسبت ۳ به ۱ مبتلا می کند و در افراد ۲۰-۴۰ ساله بیشتر مشاهده می شود (۱). تظاهرات بالینی این اختلال شامل خستگی، نقایص حسی و حرکتی، اختلال در عملکرد شناختی (۲) و اختلالات روانی همچون افسردگی و اضطراب است و اغلب کیفیت زندگی بیمار (۳)، تعاملات اجتماعی و شایستگی شغلی آنها را کاهش می دهد (۳). برخی از اختلالات روانی خاص همچون افسردگی، اضطراب، اختلال در عملکرد جنسی و تغییرات شناختی از جمله مشکلات روانشناختی رایج در بیماران مبتلا به MS هستند که بر فرایند درمان، بهزیستی و سلامت روان این بیماران تاثیر می گذارند (۴). کاهش نشاط به عنوان یکی از مهمترین پیامدهای نامطلوب MS نادیده گرفته شده است در حالی که یکی از مهمترین پارامترها در سیر اختلال و اثربخشی درمان است (۵).

پژوهشگران نشاط معنوی را به عنوان یکی از شاخص های کلیدی بهزیستی می دانند که تاثیرات مثبت زیادی بر کاهش استرس و افسردگی، بهبود وضعیت سلامت روان، تاب آوری روانی و بهزیستی دارد (۶). در حقیقت نشاط و سلامت معنوی جدیدترین بعد سلامت می باشد. که در کنار ابعاد دیگر سلامتی همچون سلامت جسمی، روانی و سلامت اجتماعی قرار گرفته است. حتی برخی عقیده دارند که بدون نشاط معنوی، ابعاد دیگر سلامتی نمی توانند حداکثر عملکرد مورد نظر را داشته باشند و رسیدن به سطح بالای کیفیت زندگی امکان پذیر نیست (۷). نشاط معنوی یک رضایت و شادی عمیق است که در زیر تمامی امواج مصنوعی و سطحی زندگی است (۸).

نشاط معنوی معرف احساس آرامش، مهرورزی، امیدبخشی یا وارستگی و بخشایش گری و برخورداری از طراوت و زلالی درون و باور قلبی به خالق هستی است. نشاط معنوی زمینه های باروری خرد و اندیشه را فراهم می کند و نوعی رضایت عمیق و لذتی است که فرد در خلال زندگی روزانه تجربه می کند. این نشاط همواره توأم با ایمان و شکر

است که از درون نشئت می گیرد و شامل رشد از خلال پستی و بلندی های زندگی و حاوی سه عنصر اساسی لذت، خرسندی و رضایت از زندگی است (۹). داشتن نشاط معنوی در زندگی پیامدهای مثبتی نظیر ارتقای بهزیستی ذهنی، ارتقای سلامت روان و افزایش تاب آوری در مواجهه با بحران زندگی دارد (۱۰).

نشاط معنوی در فرد انگیزه ایجاد می کند تا در جهت ایجاد جهت مندی و خلق معنا در زندگی خود اقدام کند و بر این مبنای دستیابی به اهداف شخصی علی رغم مشکلات و مصائب زندگی تلاش نماید. علاوه بر این وجود معنا در زندگی با عاطفه مثبت، رضایت از زندگی بالا، خوش بینی، کیفیت زندگی، سلامت و بهزیستی روان شناختی همراه است (۱۱).

همچنین پژوهشگران در مورد اثرات نشاط معنوی بر سلامت فرد، دریافتند که نشاط معنوی بالا با بیماری های کمتر و طول عمر بیشتر و بهبود وضعیت سیستم ایمنی بدن همراه است (۱۲). دوئارته و همکاران (۲۰۲۰) نیز در تحقیقی نشان دادند: معنویت با کیفیت زندگی بالاتر در بیماران ارتباط دارد. بیمارانی که سطح معنویت بالاتری گزارش کردند در متغیرهای نشاط، بهزیستی و سلامت روان امتیاز بالاتر داشتند و با تاب آوری بیشتری در مقابل مشکلات مربوط به بیماری مقابله می کردند (۱۳). با توجه به وضعیت جسمانی بیماران مبتلا به MS و همچنین بالا بودن سطوح اضطراب و استرس و پایین بودن سطح امیدواری در مقابله با بیماری، مداخله و تلاش برای بهبود متغیر نشاط معنوی می تواند بر بهبود روند بیماری بسیار تاثیرگذار باشد (۱۴).

مداخله روانشناختی برای کمک به بیماران MS به دلیل شرایط سخت بیماری، پیچیده است. زیرا این بیماری الگوی ارتباطی خانواده را تغییر داده و به دلیل ماهیت پیش رونده بیماری نقش ها را در خانواده ها تغییر می دهد. علاوه بر این در خانواده های با ارتباطات ضعیف و دارای مشکلات زناشویی، بیماری می تواند بهانه ای برای مشکلات جنسی، عاطفی و ارتباطی باشد، از این رو توجه به مداخلات روانشناختی خانواده محور می تواند در این زمینه راهگشا باشد (۱۵).

مداخله خانواده محور به معنای ارائه اطلاعات به خانواده ها درباره مسائل مختلف و یا اختلالات روانی و روش های پیشگیری، مقابله و مواجهه با آنها است. هدف اصلی در مداخلات آموزشی خانواده محور ارتقاء نگرش و تغییر رفتار

نگار مطاع و همکاران

در تحقیقات انجام شده، عدم استفاده از برنامه های خانواده محوری که از نظر فرهنگی و بافت روانی به جامعه ی ایرانی نزدیک باشد، اثرگذاری این مداخلات را پایین می آورد. می توان گفت با وجود داشتن منابع معنوی عمیقی مانند قرآن، احادیث و ادعیه در فرهنگ شیعی- ایرانی و تاثیرگذاری این داشته های معنوی بر سلامت و نشاط معنوی، ولی استفاده کاربردی از این منابع در قالب برنامه های روانشناسی مدون صورت نگرفته است (۲۳). از اینرو لزوم طراحی مداخله های خانواده محوری که مبتنی بر فرهنگ و مذهب ایرانی باشد به منظور بهبود متغیر نشاط معنوی بیماران می توان گامی نو در مداخلات روانشناختی برداشت. از اینرو مساله اصلی این پژوهش تدوین و بررسی اثربخشی برنامه مداخله ی روانشناختی خانواده محور به منظور بهبود نشاط معنوی در بیماران مبتلا به MS است.

روش کار

پژوهش حاضر دارای دو بخش کیفی و کمی بود. در بخش کیفی هدف؛ تدوین یک برنامه مداخله روانشناختی خانواده محور بود و در بخش کمی هدف؛ بررسی اثربخشی برنامه تدوین شده بر نشاط معنوی بیماران مبتلا به MS بود. بخش کیفی؛ ابتدا مولفه های برنامه مداخله بر اساس مطالعات گذشته استخراج و تدوین شد. به این صورت که در زمستان ۱۴۰۱ تحقیقات، کتب و منابعی که در زمینه مداخلات روانشناختی خانواده محور و همچنین برنامه های بهبود نشاط معنوی کار شده بود بررسی و مولفه های اصلی برنامه ها از مطالعات گذشته استخراج شد و سپس با روش دلفی به تایید ۶ نفر از اساتید روانشناسی دانشگاهی رسید. هدف اصلی روش دلفی، دستیابی به قابل اطمینان ترین اجماع گروهی خبرگان به واسطه ارائه پرسشنامه و نظرسنجی، ارائه بازخورد و در نهایت جمع بندی است (۲۴). -مراحل تدوین برنامه مداخله خانواده محور در شش گام و به شکل زیر بود:

گام اول: بررسی مبانی نظری؛ در این گام مبانی نظری و منابع مربوط به پژوهش گردآوری، بررسی و انتخاب شد. گام دوم: مرور نظام مند در حوزه مداخلات روان شناختی خانواده محور و بررسی برنامه های موجود. در این گام با بررسی دقیق منابع، عوامل و مولفه های موثر آموزشی و اثربخش مربوط به برنامه های خانواده محور استخراج شد. گام سوم: شناسایی محورها و مولفه های برنامه و نیازسنجی

اعضای خانواده است. در سطح فردی، هدف این مداخلات ایجاد حالت های روانشناختی مثبت است. در سطح خانوادگی نیز هدف اصلی، افزایش سطح تحمل و نیز دانش چگونگی مواجهه و پاسخ دهی عقلانی و مبتنی بر روابط عاطفی بین همسران می باشد. بنابراین انتظار می رود مداخلات روانشناختی خانواده محور بتواند به واسطه آموزش مهارت- های مورد نیاز به ارتقای بهداشت روانی و افزایش نشاط معنوی در زوجین منتهی شود (۱۶).

در واقع ایجاد نشاط معنوی در زوجین، می تواند بر حالات روحی و روانی آنها تاثیر بسیاری گذاشته و زمینه ساز سلامت جسمی- روانی و ارتقای بهداشت روانی در خانواده شود، از اینرو ارتقاء نشاط معنوی به واسطه مداخله ی خانواده محور و با مشارکت خانواده یکی از راهکارهای بهبود وضعیت سلامت روان در افراد است (۱۷). در این زمینه زمان نامیان، یعقوبی و محمدی آریا (۱۴۰۱) در تحقیقی نشان دادند که مداخله روان شناختی تکریمی- معنوی خانواده محور بر سلامت روان و نشاط معنوی تاثیر معناداری دارد (۱۸). باقری، افشار و سادات (۱۴۰۰) نیز نشان دادند مداخلات روانشناختی که بر اساس معنویت طراحی شده اند منجر به بهبود نشاط بیماران مبتلا به MS می شود (۱۹). اله بخشیان و همکاران (۱۳۸۹) نیز در تحقیقی با عنوان: ارتباط سلامت معنوی و کیفیت زندگی در مبتلایان به MS نشان دادند بین سلامت معنوی در بعد مذهبی و کیفیت زندگی در بعد روانی ارتباط معنی داری وجود دارد (۲۰). در این زمینه اسپارکو و همکاران (۲۰۲۲) در تحقیقی که انجام دادند نشان دادند: بین ابراز درد در بیماران MS و میزان گرایش به معنویت و اعمال مذهبی رابطه ی منفی وجود دارد. نتایج نشان می دهد بیماران مبتلا به MS که گرایش معنوی بیشتری دارند و به انجام اعمال مذهبی می پردازند احساس آرامش بیشتری دارند (۲۱).

کوزوپیس و همکاران (۲۰۱۰) در تحقیقی نقش خانواده و مداخلات خانواده محور را در بهبود وضعیت روانی بیماران MS ضروری و اساسی می دانند و حمایت خانواده از بیماران در فرایند بیماری را مهمترین عامل بهبود وضعیت روانی- جسمانی بیماران MS می دانند (۲۲).

آنچه که در بررسی پیشینه تحقیق مشاهده شد، کمبود تحقیقات انجام شده در زمینه به کارگیری مداخله خانواده محور در بیماران مبتلا به MS در خارج و داخل کشور است. علاوه براین با بررسی تحقیقات انجام شده مشخص شد،

از اساتید و بیماران؛

محورها و اهداف برنامه در این گام مشخص شد و با اساتید و بیماران و روانشناسانی که مستقیم با بیماران ارتباط داشتند در مورد نیازهای برنامه ی مداخله، مصاحبه به عمل آمد.

گام چهارم: تدوین برنامه مداخلات روانشناختی

در این گام تعداد، اهداف، محتوای جلسات آموزشی و مدت زمان جلسات بر اساس مولفه های استخراج شده از منابع و همچنین صحبت هایی که با اساتید و نیازسنجی که از بیماران و روانشناسان انجام شد طراحی شد.

گام پنجم: اعتباریابی محتوای برنامه: اعتباریابی برنامه مداخله بر اساس روش آماری لاوشه تعیین شد.

روش لاوشه به این صورت است که بر مبنای برنامه تدوین شده پرسشنامه نظرسنجی تهیه و در اختیار خبرگان و متخصصان قرار داده می شود و آنها بر اساس کیفیت و تطابق برنامه با اهداف مورد نظر پاسخ خواهند داد. ابتدا اهداف آزمون برای خبرگان توضیح داده شد سپس متخصصان در مورد محتوای برنامه به شکل های زیر پاسخ دادند:

(۱) محتوای هر جلسه آیا ضروری است، (۲) مفید است ولی ضرورتی ندارد و (۳) ضروری نیست پاسخ می دهند. بر اساس درجه بندی متخصصان ممکن است محتوای جلسه ای حذف یا تایید شود. چنانچه دو نفر از سه متخصص یا دو سوم متخصصان هدف و محتوای جلسه ای را غیرمفید بدانند آن جلسه حذف می شود. در روش لاوشه حداقل تعداد متخصصان پنج نفر است به این معنا که می توان با نظر سنجی از ۵ متخصص اقدام به بررسی روایی یک برنامه کرد (۲۵)، اما در این تحقیق از تعداد متخصصان بیشتری استفاده شد. در نهایت متخصصان شامل ۸ نفر؛ ۴ نفر از اساتید دانشگاه با درجه دکتری روانشناسی و ۴ نفر روانشناسی که سابقه کار با بیماران مبتلا به MS را داشتند. همچنین ۴ بیمار مبتلا به MS نیز در فرایند نظر سنجی در مورد برنامه شرکت داشتند. اساتید دانشگاهی از دانشگاه های تهران انتخاب شدند و شامل اساتیدی بودند که سابقه کار و تحقیق در زمینه مداخلات روانشناسی برای بیماران MS داشتند. روانشناسان از بین روانشناسانی که با انجمن MS همکاری داشتند و بیماران نیز از بین بیماران مراجعه کننده به انجمن MS که شرایط ورود به تحقیق را داشتند، انتخاب شدند.

گام ششم: انجام تعدیل های لازم و اصلاحات. در این مرحله

اصلاحات نهایی بر روی برنامه تدوین شده لحاظ شده و نسخه نهایی برنامه ارائه می شود.

بخش کمی: در این مرحله بعد از تدوین برنامه به ارزیابی اثرات برنامه تدوین شده پرداخته شد. این بخش با روش نیمه آزمایشی و طرح پیش آزمون-پس آزمون-پیگیری سه ماهه با گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری این پژوهش را بیماران ۳۰ تا ۴۰ سال مبتلا به MS متاهل اهل تهران که دارای فرزند بودند، و در بهار ۱۴۰۲ به انجمن MS مراجعه کرده بودند تشکیل داد. از آنجایی که برای انجام پژوهش های تجربی و نیمه تجربی، حجم نمونه حداقل ۱۵ نفر است (۲۶)، از بین جامعه، ۳۲ نفر بر اساس ملاک های ورود و به صورت نمونه گیری هدفمند انتخاب و به طور تصادفی، ۱۶ نفر در گروه آزمایش و ۱۶ نفر در گروه کنترل قرار گرفتند.

سپس در مورد موضوع، دوره های درمان و اهداف آنها برای آزمودنی ها توضیح داده شد و فرم رضایت آگاهانه توسط آزمودنی ها پر شد. ملاک های ورود به مطالعه عبارت بودند از: حداقل مدت زمان از تاریخ ازدواج ۵ سال، سن بین ۳۰ تا ۴۰ سال، گرایش مذهبی-معنوی، حداقل سابقه تشخیص ابتلا به MS، ۳ سال. ملاک های خروج از مطالعه عبارت بودند از: دریافت برنامه های مداخله روانشناختی دیگر همزمان با اجرای پژوهش، عدم شرکت در برنامه مداخله بیش از سه جلسه، بدتر شدن شرایط مبتلایان، دلزدگی از حضور در پژوهش و عدم تمایل به انجام تمرینات و تکالیف مداخله.

ارائه مداخله برای گروه آزمایش به مدت ۱۲ جلسه (هفته-ای ۱ جلسه ۷۵ دقیقه ای) در مطب دکتر سلطان زاده در منطقه ۱ تهران انجام شد. به این صورت که هر کدام از گروه ها به صورت جداگانه و در روزهای متفاوتی به مطب مراجعه می کردند. ذکر این نکته ضروری است که هیچکدام از گروه ها و نفرات گروه ها با هم ملاقاتی نداشتند. پرسشنامه مورد استفاده در این پژوهش قبل از شروع مداخله به منظور گردآوری داده های مرحله ی پیش آزمون توسط پژوهشگر توزیع شد. در کنار پژوهشگر، یک نفر دکتری روانشناسی که در انجام مداخلات روانشناختی برای بیماران MS تجربه و تبحر داشت در فرایند برگزاری جلسات مشارکت داشت. پس از اتمام جلسات پرسشنامه ها در اختیار هر دو گروه قرار گرفت و در نهایت بعد از گذشت سه ماه از آخرین روز مداخله به منظور گردآوری داده ها در

نگار مطاع و همکاران

پژوهش برای توصیف داده‌ها از شاخص‌های آماری مانند میانگین و انحراف استاندارد و در سطح استنباطی، از آزمون تحلیل واریانس مختلط با اندازه‌گیری‌های تکراری استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها در این پژوهش با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ انجام شد.

مرحله پیگیری پرسشنامه‌ها در اختیار آزمودنی‌های هر دو گروه قرار گرفت. داده‌های به دست آمده از هر دو گروه به منظور تجزیه و تحلیل آماری ثبت شد. مطالعه حاضر با کد اخلاق IR.UT.PSYEDU.REC.1402.033 ثبت گردید. در این

جدول ۱. پروتکل تدوین شده مداخله خانواده محور

جلسات	عنوان و محتوا
عنوان	آشنایی با برنامه خانواده محور بر پایه تقویت نشاط معنوی و رضایت مندی زوجین، آشنایی اعضای گروه
جلسه ۱	محتوا ایجاد رابطه‌ی امن بین اعضا و دادن اطمینان در مورد رازداری و حفظ اسرار و اطلاعات بیماران، آشنایی با مفاهیم مربوط به درمان خانواده محور، نشاط معنوی و رضایت مندی زوجین، آشنایی با هدف‌های مداخله، تعداد جلسات و زمان آن،
عنوان	آشنایی با اهمیت مهارت‌های ارتقا نشاط معنوی، خداپاوری، دعا، شکرگزاری
جلسه ۲	محتوا بررسی منطق کارکرد معنویت، روش‌های انجام اعمال معنوی و مذهبی، همدلی و رضایت از اعمال و فرایض دینی، پایداری به ارزش‌ها، شکرگزاری روزانه از نعمت‌ها با برشمردن داشته‌ها، انجام دعا
عنوان	بهبود مهارت‌های ارتباطات زناشویی
جلسه ۳	محتوا شناخت و بیان احساسات به همدیگر بدون قضاوت، آشنایی با مهارت همدلی در روابط زناشویی، انجام برخی وظایف زناشویی در کنار یکدیگر، مقابله با کمال‌گرایی، دوری از ذهن‌خوانی
عنوان	بهبود مهارت‌های حل مساله
جلسه ۴	محتوا مرور جلسه قبل، تشریح مراحل و مولفه‌های حل مساله شامل درک احساسات، درک انگیزه، یافتن راه حل‌های جایگزین، در نظر گرفتن عواقب و نتایج کار و برنامه‌ریزی گام به گام برای حل مساله
عنوان	بهبود مهارت‌های مثبت‌اندیشی و امیدواری
جلسه ۵	محتوا آشنایی با مفاهیم مثبت‌اندیشی و امیدواری، تمرکز بر تجارب مثبت، تمرکز بر نقاط قوت خود و همسر، هدایت آزمودنی‌ها به سمت تفکر امیدوارانه و نقش آن در نشاط معنوی
عنوان	بهبود مهارت‌های فرزند پروری
جلسه ۶	محتوا تعریف فرزندپروری و اهمیت آن در زندگی اعضای خانواده، معرفی سبک‌های فرزندپروری، معرفی اشتباهات شایع والدین در فرزند پروری، آشنایی با روش‌های تنبیه و تقویت
عنوان	بهبود مهارت‌های ارتباطات اجتماعی موثر
جلسه ۷	محتوا مهارت‌های برقراری ارتباط بین فردی، آموزش تکنیک‌ها برقراری ارتباط (ارتباط چشمی، ابراز دوستی، احترام، گشاده رویی)،
عنوان	بهبود سبک زندگی، اوقات فراغت و تفریحات سالم
جلسه ۸	محتوا بیان فوائد ورزش، تفریح و گذران اوقات فراغت سالم، تعامل اعضای خانواده در انتخاب و انجام تفریح، بازی و مسافرت، استفاده صحیح از اوقات فراغت و داشتن برنامه‌های متنوع گروهی در زمان انجام
عنوان	بهبود مهارت‌های تاب‌آوری، صبر و توکل
جلسه ۹	محتوا آشنایی با مفهوم تاب‌آوری، انجام تمرین تاب‌آوری، آشنایی با مفاهیم صبر و توکل و تمرینات آن
عنوان	بهبود مهارت‌های مدیریت خانواده (زمان، امور مالی، ارتباط با آشنایان و دوستان)
جلسه ۱۰	محتوا آشنایی با مهارت‌های مدیریت زمان، مشخص کردن وضعیت اقتصادی منابع درآمد و هزینه‌ها و جلوگیری از هزینه‌های غیر ضروری؛ مشخص کردن و برقراری ارتباط بیشتر با دوستان و آشنایان شاد و مثبت
عنوان	بهبود مهارت‌های ابراز عشق و محبت به همسر، صمیمیت
جلسه ۱۱	محتوا قدرشناسی و سپاس‌گزاری از شریک زندگی، دادن هدیه تبریک مناسبت‌ها، تقدیر و تشکر زبانی به بهانه‌های مختلف
عنوان	جمع‌بندی مطالب، پرسش و پاسخ
جلسه ۱۲	محتوا مرور کلی آنچه آموخته شد، جمع‌بندی مهمترین نکات جلسات، پرسش و پاسخ و رفع ابهامات، قدردانی و تشکر

۰/۹۴ به دست آمد.

یافته ها

در بخش کیفی؛ برای بررسی روایی برنامه مداخله خانواده محور از روش لاشه استفاده شد. مقدار روایی کل برنامه تدوین شده در این روش ۰/۸۴ برآورد شد که نشان دهنده ضریب روایی بالای برنامه تدوین شده می باشد. همچنین پایایی محاسبه شده که میانگین توافق نمرات متخصصان در مورد جلسات برنامه تدوین است شده ۰/۸۵٪ گزارش شد که نشان دهنده پایایی بالا برای برنامه مداخله خانواده محور بود. در جدول ۲ آمار توصیفی مربوط به متغیرهای جمعیت شناختی ارائه شده است.

جدول ۲. آمار توصیفی متغیرهای جمعیت شناختی

متغیر	گروه	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف استاندارد
سن	آزمایش	۳۲	۳۹	۳۵,۳۱۲	۲,۲۱۲
	کنترل	۳۱	۳۹	۳۴,۹۳۷	۲,۳۲۲
سابقه ازدواج	آزمایش	۶	۱۷	۹,۱۲۵	۳,۲۴۲
	کنترل	۶	۱۶	۹,۰۶۲	۲,۴۳۴
سابقه بیماری	آزمایش	۴	۸	۵,۱۲۵	۱,۳۶۰
	کنترل	۴	۸	۵,۱۸۷	۱,۲۷۶
مدت زمان تحت درمان	آزمایش	۳	۸	۴/۹۵۸	۲/۱۴۸
	کنترل	۳	۷	۴/۶۸۰	۲/۰۱۵
تعداد فرزندان	آزمایش	۱	۳	۱/۳۷۵	۰/۵۱۵
	کنترل	۱	۲	۱/۲۵۰	۰/۳۷۵

بود. در متغیر مربوط به تعداد فرزندان نیز میانگین تعداد فرزندان گروه آزمایش بالاتر از گروه کنترل بود. در جدول ۳ نتایج مربوط به اندازه گیری نشاط معنوی و مولفه های آن در مراحل مختلف اندازه گیری ارائه شده است

ابزارها؛ پرسشنامه نشاط معنوی افروز (۱۳۹۵): این مقیاس ۶۰ سوالی توسط افروز (۱۳۹۵) طراحی شد که دارای دو بعد باورها (۲۰ سوال) و احساس و رفتار (۴۰ سوال) است. در این مقیاس از آزمودنی خواسته می شود تا در قالب طیف لیکرت چهار گزینه ای (کاملاً مخالف ۰، مخالف ۱، موافق ۲ و کاملاً موافق ۳) در مورد نشاط معنوی پاسخ بدهد. نقطه برش کل پرسشنامه برابر ۶۰ است یعنی امتیاز زیر ۶۰ نشاط معنوی بسیار پایین و کسب امتیاز بالای ۱۶۰ عالی است. روایی این پرسشنامه با استفاده از روایی صوری تایید شد. همچنین پایایی به روش همسانی درونی از طریق ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۹ گزارش شده است (۲۰). در این تحقیق پایایی پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ

در متغیرهای جمعیت شناختی میانگین سنی و سابقه ازدواج گروه آزمایش اندکی بیشتر از میانگین سن و سابقه ازدواج در گروه کنترل بود. ولی سابقه بیماری در گروه کنترل اندکی بیشتر از گروه آزمایش بود. همچنین مدت زمان تحت درمان در گروه آزمایش مقدار اندکی بیشتر از گروه کنترل

جدول ۳. آمار توصیفی متغیرهای پژوهش در مراحل مختلف اندازه گیری

مراحل	گروه ها	احساس و رفتار		باورها		نشاط معنوی	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
پیش آزمون	آزمایش	۶۱,۶۰	۴/۸۸۱	۳۳	۲,۹۲۰	۹۵,۴۰	۸,۸۲۰
	کنترل	۶۲,۸۰	۴,۵۲۰	۳۳,۶۰	۲,۲۸۰	۹۷,۸۰	۶,۷۸۰
پس آزمون	آزمایش	۷۱,۲۰	۵,۶۰۰	۳۷,۶۰	۲,۹۲۰	۱۰۹,۸۰	۸,۱۰۰
	کنترل	۶۴,۰۰	۴,۸۴۰	۳۴	۲,۳۰۰	۹۹	۶,۹۶۰
پیگیری	آزمایش	۷۰,۸۰	۵,۴۰۰	۳۷,۶۰	۲,۹۲۰	۱۰۹,۲۰	۸,۱۶۰
	کنترل	۶۴,۴۰	۵,۶۰۰	۳۳,۸۰	۲,۳۶۰	۹۹	۷,۲۶۰

نگار مطاع و همکاران

است. در بخش آمار استنباطی به منظور انجام تحلیل داده ها، ابتدا نرمال بودن داده با استفاده از آزمون کولموگروف-اسمیرنف بررسی شد. نتایج نشان داد توزیع داده ها برای نشاط معنوی و مولفه های آن برای هر دو گروه آزمایش و کنترل نرمال است ($P=0,200$).

نتایج جدول ۳ نشان می دهد در مرحله پیش آزمون میانگین نمرات نشاط معنوی و مولفه های آن شامل؛ احساس و رفتار و باورها در گروه کنترل کمی بیشتر از گروه آزمایش است ولی در مرحله پس آزمون و پیگیری میانگین نمرات نشاط معنوی و مولفه های آن در گروه آزمایش بیشتر از گروه کنترل است. به منظور بررسی نتایج تغییرات بایستی از آمار استنباطی استفاده نمود که در ادامه به آن پرداخته شده

جدول ۴. نتایج آزمون کرویت موچلی

متغیر	آزمون موچلی	خی دو	درجه آزادی	سطح معناداری	اپسیلون		
					گرین هاوس-گیسر	هویت-فلت	حد پایین
نشاط معنوی	۰/۸۱۶	۵/۸۹۱	۲	۰/۰۵۳	۰/۹۱۹	۰/۵۰۰	
احساس و رفتار	۰/۸۸۴	۳/۵۸۴	۲	۰/۱۶۷	۰/۹۸۱	۰/۵۰۰	
باور	۰/۹۶۵	۱/۰۴۱	۲	۰/۵۹۴	۰/۹۶۶	۰/۵۰۰	

از آزمون پارامتریک تحلیل واریانس آمیخته با اندازه تکراری به منظور تجزیه و تحلیل داده ها استفاده کرد ($p>0,05$).

نتایج جدول ۴ در مورد مفروضه کرویت موچلی جهت بررسی همسانی ماتریس کواریانس خطای آزمون نشان داد ماتریس های واریانس-کواریانس یکسان هستند. از این رو می توان

جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس چند متغیری برای متغیر نشاط معنوی و زیر مقیاس های آن

نام آزمون	مقدار	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	F	سطح معناداری
اثر پیلاپی	۰/۹۴۲	۲	۲۹	۲۳۶,۱۶۶	۰,۰۰۰
لامبدای ویلکز	۰/۰۵۸	۲	۲۹	۲۳۶,۱۶۶	۰,۰۰۰
اثر هاتلینگ	۱۶,۲۸۷	۲	۲۹	۲۳۶,۱۶۶	۰,۰۰۰
بزرگترین ریشه روی	۱۶,۲۸۷	۲	۲۹	۲۳۶,۱۶۶	۰,۰۰۰

بررسی اثر زمان و گروه و تفاوت های بین گروهی در نتیجه مداخله روانشناختی خانواده محور در جدول ۶ ارائه شده است.

نتایج جدول ۵ مربوط به تحلیل واریانس چند متغیری نشان می دهد بین نمرات نشاط معنوی و زیر مقیاس های آن در دو گروه آزمایش و کنترل و در سه مرحله ی پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد ($P=0,000$).

جدول ۶. نتایج تحلیل واریانس مختلط با اندازه گیری مکرر در متغیر نشاط معنوی و مولفه های آن

متغیر	عوامل	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معناداری	مجذورات
نشاط معنوی	عامل درون گروهی	زمان	۰,۳۴۸	۲	۰,۱۷۴	۲۱۵,۷۷۲	۰,۰۰۰	۰,۸۷۸
		زمان*گروه	۰,۲۳۳	۲	۰,۱۱۷	۱۴۴,۵۳۵	۰,۰۰۰	۰,۸۲۸
		خطا	۰,۰۴۸	۶۰	۰,۰۰۱			
احساس و رفتار	عامل بین گروهی	گروه	۰,۲۷۷	۱	۰,۲۷۷	۵,۷۳۰	۰,۰۲۳	۰,۱۶۰
		خطا	۱,۴۵۱	۳۰	۰,۰۴۸			
		زمان	۰,۳۷۴	۲	۰,۱۸۷	۵۷,۹۰۲	۰,۰۰۰	۰,۶۵۹
احساس و رفتار	عامل درون گروهی	زمان*گروه	۰,۲۲۰	۲	۰,۱۱۰	۳۴,۰۶۰	۰,۰۰۰	۰,۵۳۲
		خطا	۰,۱۹۴	۶۰	۰,۰۰۳			
		گروه	۰,۲۵۵	۱	۰,۲۵۵	۵,۳۹۵	۰,۰۲۷	۰,۱۵۲
		خطا	۱,۴۱۵	۳۰	۰,۰۴۷			

۰,۹۹۰	۰,۰۰۰	۲۸۹۵,۷۲۷	۰,۱۶۱	۲	۰,۳۲۳	زمان	عامل درون گروهی	باورها
۰,۹۸۷	۰,۰۰۰	۲۲۱۷,۳۲۸	۰,۱۲۴	۲	۰,۲۴۷	زمان*گروه		
			۵,۵۷۰	۶۰	۰,۰۰۳	خطا		
۰,۱۶۱	۰,۰۲۳	۵,۷۵۴	۰,۳۰۱	۱	۰,۳۰۱	گروه	عامل بین گروهی	
			۰,۰۵۲	۳۰	۱,۵۶۸	خطا		

ی احساس و رفتار در گروه آزمایش داشته است ($P=0,027$) دیگر نتایج برای مولفه ی باورها نشان داد عامل درون گروهی، برای اثر زمان معنادار است ($P=0,000$). نتایج درون گروهی در مورد تعامل زمان و گروه نیز نشان داد اثر برنامه مداخله بر مولفه ی باورها معنادار است ($P=0,000$). همچنین نتایج نشان داد برنامه مداخله خانواده محور بر بهبود مولفه باورها تاثیر معناداری دارد ($P=0,023$).

به دلیل معنادار بودن اثرات بین گروهی و درون گروهی در نشاط معنوی و مولفه های آن و به منظور آگاهی از تفاوت میانگین ها در مراحل مختلف از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۷ ارائه شده است.

نتایج جدول ۶ نشان می دهد که نشاط معنوی در رابطه با عامل درون گروهی، برای اثر زمان معنادار است ($P=0,000$). همچنین در بررسی تعاملی زمان و گروه نیز نتایج نشان داد اثر گروه-زمان در متغیر نشاط معنوی معنادار است ($P=0,000$). دیگر نتایج نشان نتایج نشان داد برنامه مداخله تاثیر معناداری بر بهبود نشاط معنوی در گروه آزمایش داشته است ($P=0,023$). نتایج تحقیق در مولفه ی احساس و رفتار در رابطه با عامل درون گروهی، و همچنین نتایج درون گروهی در مورد تعامل زمان و گروه نشان داد اثر متغیر مستقل (برنامه مداخله) معنادار است ($P=0,000$). همچنین نتایج نشان داد برنامه مداخله تاثیر معناداری بر بهبود مولفه

جدول ۷. خلاصه نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی نشاط معنوی و مولفه های آن

متغیر	مراحل	تفاوت میانگین ها	خطای استاندارد	سطح معناداری
نشاط معنوی	پیش آزمون-پس آزمون	-۰,۱۲۸	۰,۰۰۶	۰,۰۰۰
	مراحل	-۰,۱۲۷	۰,۰۰۷	۰,۰۰۰
	پس آزمون-پیگیری	۰,۰۰۲	۰,۰۰۸	۱,۰۰۰
احساس و رفتار	پیش آزمون-پس آزمون	-۰,۱۳۳	۰,۰۱۲	۰,۰۰۰
	مراحل	-۰,۱۳۲	۰,۰۱۴	۰,۰۰۰
	پس آزمون-پیگیری	۰,۰۰۱	۰,۰۱۶	۱,۰۰۰
باورها	پیش آزمون-پس آزمون	-۰,۱۲۴	۰,۰۰۲	۰,۰۰۰
	مراحل	-۰,۱۲۲	۰,۰۰۲	۰,۰۰۰
	پس آزمون-پیگیری	۰,۰۰۲	۰,۰۰۲	۰,۵۲۴

تاثیر معناداری بر متغیر نشاط معنوی و مولفه های آن دارد. این یافته ها همسو با نتایج احقر، افروز و اکبری زردخانه (۱۴۰۲) و برخی یافته های باقری، افشار و سادات (۱۴۰۰) مبنی بر بهبود نشاط بیماران مبتلا به MS در اثر مداخلات روانشناختی بود (۲۷، ۱۹). در توجیه این نتایج می توان بیان کرد بیماری های مزمن و غیرقابل درمان، حیات بیماران را با مجموعه سوالاتی از معنا و هدف زندگی مواجه می نمایند. در پاسخ به این سوالات و برای ایجاد و تدوام احساساتی مانند معناداری و هدفمندی زندگی برنامه های مداخله که مبتنی بر معنویت و دادن امید به زندگی می باشد اثربخش است. معمولاً خیلی از بیماران به مذهب و مفاهیم معنوی

با توجه به جدول ۷ نتایج نشان می دهد در متغیر نشاط معنوی و مولفه های آن (احساس و رفتار، باورها) در مراحل پیش آزمون با پس آزمون و مراحل پیش آزمون با پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد ($P=0,000$). نتایج نشان می دهد بین مراحل پس آزمون با پیگیری در متغیر نشاط معنوی ($P=1$)، مولفه ی احساس و رفتار ($P=1$) و مولفه ی باورها ($P=0,524$) تفاوت معناداری وجود ندارد که به این معنا می باشد تغییرات متغیرها در طول زمان پایدار بوده است.

بحث

نتایج نشان داد برنامه مداخله خانواده محور تدوین شده

نگار مطاع و همکاران

مداخلات روانشناختی باید به آن توجه کرد، ویژگی‌ها و شرایط فردی و خانوادگی بیماران است. به نظر می‌رسد عوامل جمعیت‌شناختی، عوامل فردی، محیطی و خانوادگی از مهمترین عوامل موثر بر نشاط معنوی باشند (۳۱). البته در این تحقیق به دلیل همسان‌سازی گروه‌های آزمایش و کنترل، از تاثیر این متغیرها بر نتایج تحقیق تا حد زیادی جلوگیری شد تا بتوان نتایج حاصل را به برنامه مداخله نسبت داد.

با توجه به یافته‌های این پژوهش؛ مراکز درمانی، روانشناسی و مشاوره می‌توانند از برنامه مداخله روانشناختی خانواده محور به منظور کمک به بهبود نشاط معنوی در بیماران مبتلا به MS استفاده نمایند. نظر به اینکه پژوهش حاضر در شهر تهران انجام شده، شرایط محیطی و زمینه‌های فرهنگی - اقتصادی متفاوتی بر این تأثیر گذار بوده است و همین امر تعمیم‌پذیری یافته‌ها را به دیگر شهرها و مناطق با زمینه‌های فرهنگی - اقتصادی دیگر سخت می‌کند، لذا در تعمیم یافته‌ها احتیاط ضروری است.

نتیجه‌گیری

با توجه به شرایط سخت روانی و جسمانی بیماران مبتلا به MS و تاثیر متغیرهای مهم روانی مانند نشاط معنوی بر بهبود وضعیت روانی، تاب‌آوری در برابر بیماری و افزایش امید در بیماران در فرایند درمان، مداخلات روانشناختی مانند مداخله خانواده محور با تکیه بر فرهنگ ایرانی می‌تواند راهگشای بسیاری از مشکلات و چالش‌های روانی بیماران شود. از آنجایی که نتایج نشان می‌دهد برنامه طراحی شده در این پژوهش تاثیر معناداری بر بهبود نشاط معنوی دارد می‌توان امید داشت با توجه به طراحی مداخلات روانشناختی بومی اثرگذاری مداخله‌های روانشناختی خانواده محور را بهبود بخشید.

سپاسگزاری

این مقاله برگرفته از رساله دکتری روانشناسی عمومی پردیس بین‌المللی کیش دانشگاه تهران و با کد اخلاق IR.UT.PSYEDU.REC.1402.033 مجوز انجام گرفت. در آخر پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند که از کلیه شرکت‌کنندگان در پژوهش و سایر اساتید و عزیزانی که یاری‌گرما در این پژوهش بودند تشکر و قدردانی نمایند.

تضاد منافع

هیچگونه تضاد منافی بین نویسندگان وجود ندارد.

روی می‌آورند که با توجه به جامعه‌ی ایرانی و پیشینه مذهبی و سنتی آن این امر بیشتر از کشورهای غربی است از اینرو می‌توان بخشی از اثرگذاری و پذیرش برنامه مداخله‌ی تدوین شده را در نتیجه‌ی بافت فرهنگی - مذهبی جامعه‌ی ایرانی دانست.

مطابق با نظر آیرونسون و کرمس (۲۰۱۱) در مورد سازوکار اثر مولفه‌های معنوی/مذهبی می‌توان با ارائه مداخلات روانشناختی مبتنی بر الگوهای معنوی مانند عشق، محبت، امید و حمایت، به ارتقا سلامت جسمانی و روانی مبتلایان به MS کمک کرد (۲۸). نشاط معنوی امیدبخشی و باور قلبی به خالق هستی را در فرد نشان می‌دهد و فرد با داشتن گرایش‌های معنوی کمتر تحت تاثیر شرایط نامناسب قرار می‌گیرد از اینرو معنویت می‌تواند هدایت‌کننده افراد در تصمیم‌گیری در فشارهای روانی باشد. در حقیقت نشاط معنوی یک رضایت و شادی عمیق است که بینشی جدا نشدنی به فرد می‌دهد تا فرای مشکلات و مسائل مادی بی‌اندیشد (۲۸). اهمیت باور به معنایی فراتر از دنیای مادی در بیماران MS به دلیل کشمکش‌های وجودی مرتبط با معنا و هدف و به دلیل آسیب‌هایی که در نتیجه بیماری دیده‌اند بیشتر خود را نشان می‌دهد، چرا که پیدا کردن معنایی برای ادامه زندگی و تحمل رنج‌ها برای یک بیمار مبتلا به MS اهمیت بیشتری در مقایسه با یک فرد سالم دارد، چرا که رنج و درد ناشی از بیماری نیاز به هدفی بالاتر از مسائل مادی و زندگی روزمره دارد و اگر بیمار هدفی برای ادامه زیستن و معنایی برای زندگی نیابد دچار مشکلات متعدد روانشناختی خواهد شد (۱۸).

یکی دیگر از علل اثرگذاری برنامه را شاید بتوان به بافت و جوهره اصلی رویکرد خانواده-محور نسبت داد، چرا که دخیل کردن خانواده در تصمیم‌گیری‌ها و سهیم کردن خانواده‌ها در تلاش جهت توانمند کردن بیماران می‌تواند منجر به امید بیشتر در جهت درمان باشد، لذا بخشی از اثرگذاری برنامه را می‌توان در نتیجه رویکرد انتخابی و راهبردهای آموزش خانواده محور دانست (۲۹). شهبابیان و همکاران (۱۳۹۹) در تبیین شرایط روانی بیماران MS بیان می‌کنند؛ تقویت بعد معنوی در این بیماران به عنوان عاملی تاثیرگذار بر کیفیت زندگی آنها است چرا که در ایران هم به دلیل اهمیت خانواده در همه شئون زندگی و هم به دلیل وجود زمینه‌های فکری، فرهنگی، مذهبی قوی، می‌توان برای طراحی مداخلات روانشناختی بر این ویژگی‌های (خانواده و معنویت) تکیه کرد (۳۰).

موضوع مهم دیگر که در بحث اثرگذاری برنامه‌های

References

1. Dadashian P, Rajabi M, Jafari H. Suicidal ideation in patients with multiple sclerosis: a systematic review. *Clin Exc* 2021; 10 (4) :1-11. <http://ce.mazums.ac.ir/article-1-556-en.html>
2. Strober LB, Arnett PA. Depression in multiple sclerosis: The utility of common self-report instruments and development of a disease-specific measure. *Journal of clinical and experimental neuropsychology*. 2015;37(7):722-32. <https://doi.org/10.1080/13803395.2015.1063591>
3. Lo LM, Taylor BV, Winzenberg T, Palmer AJ, Blizzard L, Ahmad H, Hussain MA, van der Mei I. Estimating the relative contribution of comorbidities in predicting health-related quality of life of people with multiple sclerosis. *Journal of Neurology*. 2021;268:569-81. <https://doi.org/10.1007/s00415-020-10195-w>
4. Chen J, Taylor B, Blizzard L, Simpson-Yap S, Palmer AJ, Kirk-Brown A, Van Dijk P, van der Mei I. Risk factors for leaving employment due to multiple sclerosis and changes in risk over the past decades: Using competing risk survival analysis. *Multiple Sclerosis Journal*. 2021;27(8):1250-61. <https://doi.org/10.1177/1352458520954167>
5. Eichhorn J. Happiness for believers? Contextualizing the effects of religiosity on life-satisfaction. *European sociological review*. 2012;28(5):583-93. <https://doi.org/10.1093/esr/jcr027>
6. Bieda A, Hirschfeld G, Schönfeld P, Brailovskaia J, Lin M, Margraf J. Happiness, life satisfaction and positive mental health: Investigating reciprocal effects over four years in a Chinese student sample. *Journal of Research in Personality*. 2019;78:198-209. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2018.11.012>
7. Rice F, Riglin L, Lomax T, Souter E, Potter R, Smith DJ, Thapar AK, Thapar A. Adolescent and adult differences in major depression symptom profiles. *Journal of affective disorders*. 2019;243:175-81. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.09.015>
8. Abrishamkar H, Afroz G, Vaez Mousavi M, Moghadamzadeh A. (2022). The effect of spiritual vitality training program on athletes' fear of failure and psychological security. *Journal of Psychological Science*. 21(117), 1729-1742. <https://doi.org/10.52547/JPS.21.117.1729>
9. Malekiha M, Olyanasab SZ. Prediction of Spiritual Happiness Based on Meaning in Life and Psychological Capital with the Mediation of Students' Sense of Coherence during the Covid-19 Epidemic. *JRRH*. 2024;10(1):96-109. <https://journals.sbmu.ac.ir/jrrh/article/view/40087>
10. Niemiec RM. Character strengths beatitudes: A secular application of ancient wisdom to appreciate strengths for spiritual happiness and spiritual growth. *Religions*. 2021 Nov 15;12(11):1000. <https://doi.org/10.3390/rel12111000>
11. Coștanza A, Di Marco S, Burrone M, Corasaniti F, Santinon P, Prelati M, Chytas V, Cedraschi C, Ambrosetti J. Meaning in life and demoralization: a mental-health reading perspective of suicidality in the time of COVID-19. *Acta Bio Medica: Atenei Parmensis*. 2020;91(4).
12. Røen I, Brenne AT, Brunelli C, Stifoss-Hanssen H, Grande G, Solheim TS, Kaasa S, Knudsen AK. Spiritual quality of life in family carers of patients with advanced cancer—a cross-sectional study. *Supportive Care in Cancer*. 2021;29:5329-39. <https://link.springer.com/article/10.1007/s00520-021-06080-5> <https://doi.org/10.1007/s00520-021-06080-5>
13. Duarte, A.A.M., Lucchetti, G., Teixeira, P.J.Z. et al. Spirituality and Religiosity are Associated with Quality of Life in Patients with Lung Disease. *J Relig Health*. 2020; 59: 1843-1854. <https://doi.org/10.1007/s10943-018-0735-7>
14. Drenska K, Drenski T, Kaprelyan A. Feeling of happiness in patients with multiple sclerosis and comorbidity. *Journal of IMAB-Annual Proceeding Scientific Papers*. 2019; 25(1):2390-5. <https://doi.org/10.5272/jimab.2019251.2390>
15. Gil-González I, Martín-Rodríguez A, Conrad R, Pérez-San-Gregorio MÁ. Quality of life in adults with multiple sclerosis: a systematic review. *BMJ open*. 2020;10(11):e041249. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-041249>
16. Eskandari Z, dashtbozorgi B, fakhri A, latifi S M. the effect of family-based Model education with telephone follow-up on drug Adherence and re-hospitalization of patients with mental disorders. *IJPN* 2021; 9 (1) :19-31. <http://ijpn.ir/article-1-1620-en.html>
17. Dadkhah Kalashemi Z, Asaseh M, Vakili S, Afroz GA, Hassanzadeh S. Modelling Structural Equations of Marital Satisfaction and Spiritual Vitality, Based on Personality Properties with the Mediating Role of Oppositional Behaviors

- of Parents of Teenage Girls Aged 14 to 18 Years with Conduct Disorder. MEJDS, 2022; 12 :39-39. <http://jdisabilstud.org/article-1-2772-fa.html>
18. Zaman namian, K., Yaghoobi, A., mohammadi arya, A. Efficacy of Family-Oriented Respectful-Spiritual Psychological Intervention on the Emotion Regulation of the Male Adolescents in the Puberty Period. *medical journal of mashhad university of medical sciences*, 2022; 65(2):871-883. https://mjms.mums.ac.ir/article_22535.html?lang=en
 19. Bagheri M, Afshar M, Sadat Z. the effect of spiritual counseling on happiness among patients with multiple sclerosis. *Feyz* 2021; 25 (2) :876-883. <http://feyz.kaums.ac.ir/article-1-4289-fa.html>
 20. Allahbakhshian M, Jaffarpour M, Parvizy S, Haghani H. A survey on relationship between spiritual wellbeing and quality of life in multiple sclerosis patients. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences*. 2010;12(3): 29-33. <https://repository.brieflands.com/items/dba75ea2-cb86-4496-bba1-ca8fb83b75f8>
 21. Sparaco M, Miele G, Abbadessa G, Ippolito D, Trojsi F, Lavorgna L, Bonavita S. Pain, quality of life, and religiosity in people with multiple sclerosis. *Neurological Sciences*. 2022; 1:1-8. <https://link.springer.com/article/10.1007/s10072-021-05759-1>
 22. Kouzoupis AB, Paparrigopoulos T, Soldatos M, Papadimitriou GN. The family of the multiple sclerosis patient: A psychosocial perspective. *International review of psychiatry*. 2010;22(1):83-9. <https://doi.org/10.3109/09540261003589588>
 23. Asadzandi M, Seyed Kalal A. How Spirituality Affects Mental Health: From Religious to Secular Spirituality. *Iran J Cult Health Promot*. 2022; 6(3) :403-411. <http://ijhp.ir/article-1-625-fa.html>
 24. Noee, Z., Moatamedy, A., Eskandari, H., Farrokhi, N., Poshtmashhadi, M. Designing and Validating a Social Responsibility-based Educational Program for at-risk Youth. *Ferdowsi University of Mashhad Journal of Social Sciences*, 2020; 16(2): 274-247.
 25. Kalhor M, Karampour MR, ASADI M. The Role of Researching, Creativity, Professional Ethics, Professional Development and Use of Technology in the Effective Teaching of Teachers. *Ethics in Science and Technology* 2020; 14 :116-124. <http://ethicsjournal.ir/article-1-1674-fa.html>
 26. Delawar, A. *Research Methods in Psychology and Educational Sciences*. Fourth Edition, 2018. Tehran: Virayesh. [Persian].
 27. Ahghar G, Afroz G, Akbari Zardkhaneh S. Designing a model of family-oriented psychological strategies and evaluating its effectiveness on the spiritual vitality of secondary school students. *JAYPS* [Internet]. 2023 Jun. 1 [cited 2024 May 12];4(5):1-19. Available from: <https://journals.kmanpub.com/index.php/jayps/article/view/1252> <https://doi.org/10.61838/kman.jayps.4.5.1>
 28. Ironson G, Kremer H. Coping, spirituality, and health in HIV. *The oxford handbook of stress, health, and coping*. 2011:289-318. <https://psycnet.apa.org/record/2010-25086-015> <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780195375343.013.0015>
 29. Tarantino S, Proietti Checchi M, Papetti L, Monte G, Ferilli MA, Valeriani M. Parental Experiences in Pediatric Multiple Sclerosis: Insights from Quantitative Research. *Children*. 2024;11(1):71. <https://doi.org/10.3390/children11010071>
 30. Shahabian M, Majidi A, Ashjaei E, Allahyari F, Hosseini Nejad S J. Relationship Between Spiritual Health and Quality of Life in Patients with Multiple Sclerosis. *JRH* 2020; 8 (1) :11-18. <http://jrh.mazums.ac.ir/article-1-788-en.html>
 31. Araghian-Mojarrad F, Heydari-Gorji M, Yaghoobi T. Factors affecting students' spiritual vitality: a narrative review study. 2021; 12 (1): 12-21. <http://ndhj.lums.ac.ir/article-1-283-fa.html>