

Effectiveness of Brief Solution-focused Group Therapy on Quality of Life and Self-efficacy of Multiple Sclerosis Women

Gameian, D., Hosseinsabet, *F., Motamedi, A.

Abstract

Introduction: Multiple sclerosis is considered as a chronic, autoimmune disease that its divers physical and psychological symptoms and drawbacks may decrease the patients' life satisfaction. The aim of current study was to determine the efficacy of a group Brief Solution-focused Therapy (BSFT) on patients' quality of life and self-efficacy of MS women.

Method: The present research applied a semi-experimental design with pre-post-test with 2 months follow-up period. Population of the study include all female MS patients referred to MS Association of Tehran. Firstly, 64 available patients completed Quality of Life and Self-Efficacy Questionnaires. Then, 22 patients with minimum self-efficacy scores were selected and randomly allocated to control and experimental groups.

Results: The results of a Multivariate Analysis of Covariance indicated that the BFS group therapy increased patients' quality of life and self-efficacy mean scores in post-test stage. In the 2 months follow up period the efficacy means was still stable.

Conclusion: The Brief Solution-focused Therapy, could increase the MS patients' quality of life and self-efficacy due to emphasis on the role of private-speech and the transfer of successful past experiences to the present.

Keywords: Brief Solution focused therapy, Self-efficacy, Quality of life, Multiple sclerosis.

اثربخشی درمان راه‌حل‌مدار کوتاه مدت گروهی بر خودکارآمدی و کیفیت زندگی زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس

دلارام جمعیان^۱، فریده حسین ثابت^۲، عبدالله معتمدی^۳

تاریخ دریافت: ۹۶/۱۲/۰۱ تاریخ پذیرش: ۹۷/۱۱/۰۱

چکیده

مقدمه: بیماری مولتیپل اسکلروزیس بیماری مزمن و خودایمنی است که با نشانگان فراوان و عوارض جسمی و روانی متعدد، میزان رضایت مبتلایان را نسبت به زندگیشان کاهش می‌دهد. هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان راه‌حل‌مدار گروهی کوتاه مدت بر خودکارآمدی و کیفیت زندگی بیماران زن مبتلا به ام‌اس، شهر تهران بود.

روش: طرح پژوهش حاضر نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل با دوره‌ی پیگیری دو ماهه بود. جامعه پژوهش کلیه بیماران زن مبتلا به ام‌اس بودند که در سال ۱۳۹۴ به انجمن ام‌اس شهر تهران مراجعه کردند. ابتدا به صورت در دسترس ۶۴ نفر از بیماران زن پرسشنامه‌های خودکارآمدی و کیفیت زندگی مربوط به بیماری ام‌اس را تکمیل کردند. از میان کسانی که نمره خودکارآمدی کمتری را کسب کرده بودند، ۲۲ نفر به صورت تصادفی انتخاب و در دو گروه (۱۱ نفر گروه آزمایش و ۱۱ نفر گروه کنترل) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره نشان داد که گروه درمانی راه‌حل‌مدار کوتاه مدت بر افزایش خودکارآمدی و کیفیت زندگی بیماران اثرگذار است. نتایج تجزیه و تحلیل داده‌ها در پیگیری دو ماهه نیز، تنها نشان از کارآمدی این درمان در متغیر خودکارآمدی داشت.

نتیجه‌گیری: از درمان راه‌حل‌مدار کوتاه مدت به علت تأکید بر نقش خودگویی‌ها و انتقال تجارب موفقیت‌آمیز گذشته به زمان حال، می‌توان برای افزایش خودکارآمدی و بهبودی کیفیت زندگی زنان مبتلا به بیماری ام‌اس استفاده کرد.

واژه‌های کلیدی: درمان راه‌حل‌مدار کوتاه‌مدت، خودکارآمدی، کیفیت زندگی، مالتیپل اسکلروزیس.

۱- کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

۲- نویسنده مسئول: استادیار، گروه روانشناسی بالینی دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

۳- دانشیار، گروه روانشناسی بالینی دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

مقدمه

زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (ام.اس) از نظر جسمی و روانی از هنگامی که این بیماری در آن‌ها تشخیص داده می‌شود بسیار سخت، دردناک و ناامیدکننده می‌شود. حتی موارد متوسط این بیماری می‌تواند بر تمام جنبه‌های زندگی اثر بگذارد که شامل راه رفتن، دویدن، کار، رانندگی و ارتباطات اجتماعی می‌شود. بیماران جوانی که این بیماری را در حد شدیدی دارند ممکن است دیگر نتوانند تحصیل و یا شغل خود را ادامه دهند و در انتخاب و ادامه‌ی اهداف آن‌ها اختلال ایجاد می‌کند (۱). بیماران مبتلا به ام.اس به دلایل نقص بدنی از احساس امنیت و احساس خودکارآمدی پایینی برخوردارند (۲). با توجه به مزمن بودن بیماری ام.اس خودکارآمدی عامل درونی مهم برای کنترل طولانی مدت بیماری‌های مزمن می‌باشد و با ارتقا توانایی سازگاری در بیماران مرتبط است و این سازگاری بهبود یافته به کاهش ناپه‌نجماری‌های روان‌شناختی منجر می‌گردد (۳). همچنین یکی از علائم شایع در این بیماری احساس مفرط خستگی است که می‌تواند بر عملکرد روزانه‌ی بیمار اثر بگذارد و باور آن‌ها را از خودکفایی و خودکارآمدیشان زیر سؤال ببرد (۴). محدودیت در زندگی مستقل این افراد و افزایش عوارض ثانویه که ناشی از مشکلات وابسته به بیماری افراد مبتلا به ام.اس است، تأثیری منفی بر کیفیت زندگی آنها دارد (۵).

از آنجایی که در بیماری‌های مزمن درمان قطعی و کامل نشانه‌های بیماری دور از دسترس می‌باشد، تلاش می‌شود که عوامل قابل تعدیل مؤثر بر ناتوانی فرد شناسایی شود تا با پیش‌گیری، درمان و بازتوانی به موقع آن‌ها به ارتقاء کیفیت زندگی فرد و خودکارآمدی و بازتوانی آنها کمک شود. درمان راه‌حل‌مدار کوتاه مدت به عنوان رویکردی پست مدرن، به جای تأکید بر رویدادهای گذشته، مراجعان را بر تمرکزگذاری بر توانایی‌ها و استعدادهایشان و جستجو برای یافتن راه‌حل برای مشکلاتشان ترغیب می‌کند (۶). همچنین شناخت توانایی‌ها و امکانات مراجع و متعاقب آن تسهیل‌سازی ایجاد تغییرات مثبت در مراجع را باعث می‌شود (۷). این رویکرد دیدگاهی آینده‌نگرانه دارد و برای یافتن راه‌حل‌ها تأکید بر موقعیت کنونی در زمان حال دارد. در این فرآیند یاری‌گرانه درمانگر و درمانجو با همکاری یکدیگر در پی یافتن شاه کلیدها و تعریف و تبیین آن‌ها می‌باشند (۸). این درمان با دوری جستن از گذشته به نفع زمان حال و آینده با درمان‌های سنتی تفاوت دارد. این درمان به قدری روی آن

چه امکان‌پذیر است تمرکز دارد که به کسب آگاهی از مشکل علاقه‌ای ندارد (۹، ۱).

اصول درمان راه‌حل‌مدار کوتاه مدت به شرح زیر است:
 ۱- زبان: اعتقاد بر این است که در گفتگوهای درمانی مسائل و تقسیمات که تابع مشاهدات و ادراکات افراد است، انعکاس می‌یابد و فرآیند تغییرات را تسهیل می‌سازد. ۲- گفتگوی آزاد از مسائل: برای به تصویر کشیدن توانایی‌ها و شایستگی‌های افراد، سوالات زنجیره‌وار توسط درمانگر از زندگی آنان به عمل می‌آید. ۳- استثنائات: ردیابی زمان‌هایی که این مسئله در زندگی مراجع وجود داشته، و او توانسته از عهده آن برآید و یا حداقل از تشدید شدن این مسئله توانسته جلوگیری کند. ۴- اهداف: در این روند اهداف قابل مشاهده، واضح، واقعی، اختصاصی و دست‌یافتنی توسط مراجع و درمانگر تعیین می‌شود. ۵- آینده پیشنهادی: نگرش فرد از آینده ایده‌آلی که در نظر دارد و به شیوه‌های گوناگون استنباط می‌شود. سؤال معجزه نیز برای این هدف طراحی شده. ۶- مقیاس‌های درجه‌بندی شده: از مراجع خواسته می‌شود خودش را در مقیاسی از بدترین حالت که داشته است قرار دهد. سوالاتی که در این باره از او به عمل می‌آید نیز در مورد چگونگی آینده او و این که چه چیز باعث شده خود را در این مقیاس قرار دهد؟ و یا چگونه او می‌تواند به نقطه‌ای بالاتر از این مقیاس برسد؟ و آن را در زندگی مشاهده کند؟ در این مقیاس‌ها تغییر ارزیابی می‌شود. ۷- وظایف و تعارفات: امکان دارد درمانگر برای قالب‌بندی درمان یک وقفه‌ای اتخاذ کند، تعارفات، مشاهداتی از استثنائات، توانایی‌ها، امکانات و انگیزش‌ها هستند. وظایف، در داخل جلسه برای فرد در کنار هم قرار می‌گیرند که شامل مشاهدات، استثنائات، انجام کاری که در زمان بروز مشکل متفاوت از عرف و یا تلاش بیش از حد معمول بوده است (۷).

دشوار به عنوان چهره پیشگام این درمان معتقد است که زبان جهان انسان را بنا می‌دهد و جهان انسان همه هستی را بنا می‌نهد و هیچ چیز خارج از زبان وجود ندارد. اگر شخصی بپذیرد که زبان واقعیت است درمان تبدیل به روش نسبتاً ساده‌ای می‌شود. تمام آن چیزی که نیاز داریم تغییر شیوه بیان مشکل است و از این اندیشه هدف راه حل مداری شکل می‌گیرد و مراجعان را از حرف زدن از مشکل به حرف زدن در مورد راه حل هدایت می‌کند. آن گاه که انسان به توضیح توانایی خود و منابعی که در اختیار دارد و آنچه به طور مؤثر در گذشته انجام داده، می‌پردازد به

زندگی خود را بالا ببرند (۱۵). این پژوهش قصد آن دارد که دریابد آیا درمان راه‌حل‌مدار کوتاه مدت با توجه به تأکیدی که بر توان‌مندی‌ها و برداشت آن‌ها از راه‌حل‌ها و موارد استثنا دارد و تقویت‌کننده‌ی خودکارآمدی است، می‌تواند به این بیماران کمک کند؟ در نتیجه با پی بردن به این مسئله می‌توان با برجسته کردن موقعیت‌های موفق قبلی و بازسازی و بازتولید راه‌حل‌های متناسب با شرایط فعلی باور این بیماران را به توان‌مندی‌های باقیمانده در خودشان افزایش دهند. علاوه بر این، با وجود هزینه‌های سنگین درمان و ناپه‌نجاری‌های روانی عصبی، خودکارآمدی بیماران مبتلا به ام‌اس را که دارای ناتوانی‌های حسی و شناختی هستند، را افزایش داد و منجر به ارتقاء کیفیت زندگی آنها شد.

روش

طرح پژوهش: طرح پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی یا پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل و دوره‌ی پیگیری دوماهه بود.

آزمودنی‌ها: جامعه آماری پژوهش را کلیه بیماران زن مبتلا به ام‌اس که عضو انجمن ام‌اس شهر تهران هستند، تشکیل می‌دهند که به منظور نمونه‌گیری ابتدا پرسشنامه‌های پژوهش به ۶۴ بیمار مبتلا به ام‌اس حاضر در انجمن ام‌اس تهران در اسفند ماه سال ۱۳۹۴ ارائه شد و از میان آن‌ها افرادی که نمرات پایین‌تر از نقطه برش در ملاک‌های خودکارآمدی گرفته بودند، مشخص و به طور تصادفی از میان آن‌ها ۲۲ نفر انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایشی و گواه جای‌گذاری شدند. در ضمن قبل از شروع پژوهش از تمامی آزمودنی‌ها رضایت آگاهانه و کتبی گرفته شده است. پروتکل پژوهش مورد تایید انجمن بیماران ام‌اس قرار گرفت.

لازم به ذکر است که با توجه به پژوهش توماس و کرستن (۱۷) که ۱۴۲ بیمار مبتلا به ام‌اس را مورد مطالعه قرار داد، نقطه برش ۴۹ برای سطح خودکارآمدی در نظر گرفته شده است. همچنین با توجه به پژوهش باربوساسیلوا، سوارز، گیوماراس و سیلوا (۱۸) که به منظور دستیابی به نقطه برش برای فرم کوتاه پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی انجام شد، نمره ۶۴ نقطه برش متغیر کیفیت زندگی قلمداد گردید. از آنجایی که تمامی ۶۴ نفر موجود در پژوهش نمرات بالایی از این نمره را داشته‌اند، این متغیر به

پردازش راه‌حل‌هایی دست می‌باید که از درون مکالمات خوشبینانه و امیدساز بین درمانگر و مراجع می‌جوشد (۱۰). هدف اصلی درمان راه‌حل‌مدار کوتاه مدت این است که به درمانجویان کمک کند نگرش و نحوه‌ی بیان خود را از صحبت کردن درباره مشکلات به صحبت کردن درباره‌ی راه‌حل‌ها تغییر دهند. چون در این رویکرد فرض می‌شود که آنچه ما درباره‌ی آن صحبت می‌کنیم همان چیز است که به وجود می‌آوریم؛ در این رویکرد درمانی درمانجویان ترغیب می‌شوند به جای صحبت کردن راجع به مشکلات، در مورد راه‌حل‌ها صحبت کنند (۶، ۱۱). همچنین، کاربست درمانی که در کوتاه‌مدت (حداکثر ۶ جلسه) بتواند مشکلات این بیماران را کاهش دهد دارای اهمیت زیادی است زیرا وضعیت روانی و جسمانی این افراد درمان‌های کوتاه مدتی را می‌طلبد. از دیگر سو، این درمان با کمک "زبان" به بیماران کمک می‌کند تا توانایی‌های خود را برجسته کرده و احساس خودکارآمدی بیشتری داشته باشند (۱۲).

در همین راستا، شواهد محدود پژوهشی کارآمدی درمان راه‌حل‌مدار کوتاه مدت بر افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن را نشان داده شده است (۳، ۱۳، ۱۴، ۱۵). اما در داخل کشور به طور مستقیم هیچ پژوهشی بنا به کارآمدی درمان راه‌حل‌مدار کوتاه مدت بر کیفیت زندگی و خودکارآمدی بیماران ام‌اس انجام نشده است و تنها درمان‌هایی که کارآمدی آنها بر خودکارآمدی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ام‌اس بررسی شد، درمان‌های شناختی رفتاری و معنادرمانی بوده است. پژوهش‌های اندکی در زمینه‌ی موضوع پژوهش حاضر انجام شده است. در یک پژوهشی کارآمدی درمان راه‌حل‌محور بر افزایش شادکامی و کیفیت زندگی زنان مبتلا به ام‌اس نشان داده است (۱۶). با نگاهی به پژوهش‌های صورت گرفته در مورد خودکارآمدی و کیفیت زندگی بیماران ام‌اس می‌توان دریافت که این دو متغیر از شاخص‌های سلامت‌زا هستند و افزایش کارآمدی بیماران نقش بسیار مهمی در افزایش کیفیت زندگی آن‌ها داشته است. در عین حال به نظر می‌رسد در شرایطی که بیماران بتوانند از توانمندی‌ها و موقعیت‌های پیشین خود بگویند و تمرکزشان به واسطه‌ی استفاده از زبان بر کشف راه‌حل‌ها باشد می‌تواند نقش فعالانه‌ی خود در مدیریت عملکرد روزانه‌شان پررنگ‌تر جلوه دهند و به تبع همین امر کیفیت

جسمی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط را می‌سنجد (۲۰). این پرسشنامه در ایران توسط نجات در سال ۱۳۸۷ استانداردسازی شده است که روایی محتوا و تشخیص این پرسشنامه را مطلوب گزارش کرده و پایایی آن را با استفاده از روش بازآزمایی برای حیطه‌های جسمی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط به ترتیب ۰/۷۷، ۰/۷۷، ۰/۸۴ به دست آورده و همبستگی درونی حیطه‌های مختلف آن را با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای افراد سالم و بیمار بین ۰/۵۲ تا ۰/۸۴ اعلام کرده‌اند. نجات (۲۱) با اجرای این پرسشنامه بر روی افراد مبتلا به ام‌اس آن را برای سنجش کیفیت زندگی این افراد مناسب دانسته‌اند. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ این تست ۰/۷۹ برآورد شد.

روش ارائه‌ی آموزش: محتوی مداخله درمان راه‌حل مدار به طور خلاصه ایجاد یک راه‌حل مثبت و منطقی با موضعی متمرکز، بررسی راه‌حل‌های مثبت قبلی، جستجوی استثنائات، پرسیدن سوال در مقابل دستور یا تفسیر، سوالات حال و آینده‌محور در مقابل سوالات گذشته محور را شامل می‌شود (۲۲). خلاصه‌ای از جلسات درمان در جدول ۱ آمده است.

روند اجرای پژوهش: دو پرسشنامه خودکارآمدی و کیفیت زندگی بین بیماران ام‌اس در انجمن ام‌اس تهران توزیع گشت و از بین کسانی که خودکارآمدی و کیفیت زندگی پایین‌تری داشتند ۲۲ نفر به صورت تصادفی انتخاب شدند و در دو گروه ۱۱ نفره و ۱۰ نفره (۱) تقسیم شدند و درمان راه‌حل مدار کوتاه مدت در طی ۶ جلسه‌ی ۷۵ دقیقه‌ای به طور هفتگی به اجرا درآمد. در پایان به منظور پس‌آزمون و نیز دو ماه بعد به منظور پیگیری پرسشنامه‌های مذکور مجدداً اجرا گردید. در پایان با استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیری با بهره‌گیری از نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۹ داده‌های حاصل مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

در جدول ۲ فراوانی مصرف داروهای مصرفی در بیماران نشان داده شده است که بررسی با آزمون دقیق فیشر حاکی از عدم تفاوت بین دو گروه بود ($p = ۰/۹۲۹$). یافته‌های مربوط به میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش برای هر

عنوان ملاک ورود به پژوهش در نظر گرفته نشد ولی تغییرات آن و ارتقا این متغیر بعد از مداخله درمانی مورد توجه قرار گرفت. ملاک‌های ورود به مطالعه عبارت بودند از: تحصیلات دیپلم به بالا، سن در زمان پژوهش بین ۲۵-۳۵ سال و حداقل داشتن ۵ سال سابقه‌ی ابتلا به بیماری ام‌اس بود. ملاک خروج از مطالعه عدم حضور در یک جلسه از جلسات درمان بود. میانگین و انحراف استاندارد سن نمونه به ترتیب ۲۸/۸ و ۹/۴۱ بود.

ابزار

۱- پرسشنامه خودکارآمدی بیماران ام‌اس: این ابزار جهت سنجش خودکارآمدی بیماران ام‌اس توسط ریوی ساخته شد. این مقیاس ابزاری چند بعدی و خودگزارشی است که برای بزرگسالان تدوین شده و با ۱۴ عبارت چهار بعد استقلال و فعالیت (۵ عبارت)، نگرانی‌ها و علائق (۴ عبارت)، کنترل شخصی (۳ عبارت) و کارآمدی اجتماعی (۲ عبارت) را می‌سنجد و این مقیاس در لیکرت شش درجه‌ای (کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) نمره‌گذاری می‌شود. اعتبار این مقیاس در مطالعه اصلی با محاسبه همسانی درونی ضرایب آلفای کرونباخ (۰/۸۱)، دو نیمه کردن (۰/۸۳) و بازآزمایی با فاصله یک هفته (۰/۸۱) به دست آمده است. همچنین ویژگی‌های روان‌سنجی در نمونه ایرانی آن با بررسی پایایی عامل‌های استخراج شده و نمره کل مقیاس با محاسبه آلفای کرونباخ و ضریب تصنیف گاتمن صورت گرفت که نتایج برای استقلال و فعالیت به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۸۰، کنترل شخصی ۰/۹۰ و ۰/۷۸، نگرانی‌ها و علائق ۰/۷۸ و ۰/۷۲ و نمره کل مقیاس ۰/۹۰ و ۰/۸۷ بود. تحلیل مولفه‌های اصلی با چرخش پرومکس ۷۱٪ واریانس را تبیین می‌کرد (۱۹). آلفای کرونباخ به دست آمده از پرسشنامه‌ها در این پژوهش ۰/۷۶ می‌باشد.

۲- فرم کوتاه پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی: این پرسشنامه از ۲۶ سوال پنج گزینه‌ای تشکیل شده است که پاسخ‌ها به صورت «اصلاً، خیلی کم، در حد متوسط، زیاد و خیلی زیاد» می‌باشد که به ترتیب برابر با نمره‌ی ۱ تا ۵ هستند. البته لازم به ذکر است که سوالات ۳، ۴ و ۲۶ به صورت منفی نمره‌گذاری می‌شوند و کسب نمره بالاتر در این پرسشنامه به معنای کیفیت زندگی مطلوب‌تر است. همچنین دو سوال اول حالت کلی داشته و ارتباط با رضایت از زندگی مرتبط با سلامت و کیفیت زندگی به طور کلی می‌باشد و ۲۴ سوال باقی‌مانده نیز چهار حیطه سلامت

1- MSSS

2- WHOQOL-BREF

یک از مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۳ نمایش داده شده است.

جدول (۱) محتوای آموزشی جلسات درمان راه حل مدار کوتاه مدت

| جلسه | محتوا |
|-------|--|
| اول | معارفه، بیان ویژگی‌های شخصی و علائق شرکت‌کنندگان و ایجاد ارتباط و اطمینان‌دهی به بیماران در مورد اجرای اصل رازدازی تکلیف: بیماران اهداف خود را برای جلسه آینده به صورت مکتوب بنویسند. |
| دوم | شناسایی و بیان مشکلات توسط مراجعان (فراوانی وقوع مشکل و طول مدت آن و نحوه برخورد با مشکل) کشف نقاط قوت و توانمندی مراجعان (دستاورد‌های گذشته، چه زمانی مشکل کم‌رنگ می‌شود) کشف موارد استثنا (مواردی که با وجود مشکل، مراجع احساس خوبی دارد) تکلیف: بیان مواردی که در طول هفته احساس بهتری داشتند و گزارش فعالیت‌هایی که با وجود مشکل، احساس بهتری داشتند |
| سوم | حذف الگوی مخل رفتاری با استفاده از پرسش معجزه‌آسا (اگر مشکل به طور معجزه‌آسا حل شود، چه کاری انجام می‌دهید؟)، پاسخ‌ها نمایانگر اهداف افراد هستند تنظیم اهداف به گونه‌ای که: آن اهداف مثبت باشند به طوری که متمرکز بر فعالیت باشند و نه متمرکز بر علت، مربوط به حال حاضر باشند، در دسترس و کوچک باشند بحث و تبادل نظر در مورد پاسخ‌ها و راه‌حل‌های بیماران تکلیف: در مورد پاسخ‌ها به سئوالات معجزه بیاندیشند و آنها را مکتوب نمایند |
| چهارم | کمک به مراجعان برای ایجاد راه حل‌ها و اهدافی که ویژگی‌های ذکر شده در جلسه قبل را دارند تکلیف: مراجعان راه‌حل‌هایی را به سایرین که مشکلات مشابه دارند، پیشنهاد کنند |
| پنجم | ایجاد راه‌حل‌ها و تحسین شدن بیماران برای یافتن راه‌حل‌های متفاوت و بدیع برای اهداف جدید تکلیف: بیماران کارهای متفاوتی که می‌توانند انجام دهند تا احساس توانمندی و خودکارآمدی بیشتری داشته باشند را یادداشت کنند |
| ششم | جمع‌بندی و نتیجه‌گیری از درمان و آماده کردن شرکت‌کنندگان برای اتمام جلسات |

جدول (۲) داروهای مصرفی بیماران در گروه آزمایشی و کنترل

| داروهای مصرفی | آزمایش | | کنترل | |
|---------------|--------|------|-------|------|
| | تعداد | درصد | تعداد | درصد |
| آوونکس | ۱ | ۹/۱ | ۱ | ۹/۱ |
| ریف | ۱ | ۹/۱ | ۲ | ۱۸/۲ |
| بتافرون | ۵ | ۲۷/۳ | ۳ | ۲۷/۳ |
| رسیژن | ۲ | ۱۸/۲ | ۳ | ۲۷/۳ |
| سینوکس | ۲ | ۱۸/۲ | ۲ | ۱۸/۲ |

جدول (۳) میانگین و انحراف استاندارد گروه آزمایش و کنترل از نظر خودکارآمدی و کیفیت زندگی

| متغیر | مراحل | گروه | میانگین | انحراف استاندارد |
|-------------|-----------|--------|---------|------------------|
| خودکارآمدی | پیش‌آزمون | آزمایش | ۴۳/۱۸ | ۷/۲۹ |
| | | کنترل | ۴۴/۰۹ | ۶/۲۲ |
| | پس‌آزمون | آزمایش | ۴۹/۴۹ | ۶/۳۳ |
| | | کنترل | ۴۳/۴۱ | ۶/۱۶ |
| | پیگیری | آزمایش | ۴۶/۰۲ | ۷/۳۲ |
| | | کنترل | ۴۳/۱۸ | ۶/۰۸ |
| کیفیت زندگی | پیش‌آزمون | آزمایش | ۷۸/۴۵ | ۱۲/۹۸ |
| | | کنترل | ۸۲/۶۳ | ۱۱/۹۴ |
| | پس‌آزمون | آزمایش | ۸۴/۱۸ | ۱۲/۸۷ |
| | | کنترل | ۸۰/۸۱ | ۱۱/۷۳ |
| | پیگیری | آزمایش | ۸۱/۸۶ | ۱۲/۵۶ |
| | | کنترل | ۸۰/۴۹ | ۱۱/۸۵ |

می‌باشد و همچنین متغیر کیفیت زندگی در گروه‌های آزمایش و کنترل به ترتیب با مقدار آماره آزمون $0/41$ و $0/26$ نیز دارای توزیع نرمال است ($p < 0/01$). همچنین برای بررسی همسانی ماتریس‌های واریانس کواریانس متغیرهای مورد بررسی در گروه‌ها، آزمون ام‌باکس استفاده شد که با توجه به ($F = 0/755$ و $p < 0/08$) می‌توان نتیجه گرفت ماتریس واریانس-کوواریانس متغیرهای وابسته در گروه آزمایش و کنترل همسان است. جهت بررسی مفروضه همسانی واریانس‌ها از آزمون همسانی واریانس‌های لوین استفاده شد. نتایج آزمون مذکور در جدول ۴ نشان داده شده است.

همان‌طور که نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد، در مرحله پیش‌آزمون، میانگین و انحراف استاندارد متغیر خودکارآمدی در دو گروه نسبتاً مشابه است ولی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری، تفاوت بیشتری بین دو گروه مشاهده می‌شود. در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری میانگین و انحراف استاندارد متغیر کیفیت زندگی در گروه کنترل و آزمایش متفاوت است. در اجرای نتایج کوواریانس چندمتغیره پیش از تحلیل، مفروضه‌های زیربنایی این آزمون را مورد بررسی قرار گرفت. به منظور ارزیابی توزیع بهنجار متغیرهای وابسته، از آزمون شاپیرو - ویلک استفاده شد که نتایج حاصل نشان داد متغیر خودکارآمدی در گروه‌های آزمایش و کنترل به ترتیب با مقدار آماره آزمون $0/34$ و $0/35$ دارای توزیع نرمال

جدول ۴) نتایج آزمون لوین جهت بررسی مفروضه همسانی واریانس خطاهای متغیرهای وابسته در هر دو گروه

| متغیر | مرحله | F | df1 | df2 | sig |
|-------------|----------|------|-----|-----|-------|
| خودکارآمدی | پس‌آزمون | 3/75 | 1 | 20 | 0/067 |
| | پیگیری | 1/56 | 1 | 20 | 0/226 |
| کیفیت زندگی | پس‌آزمون | 4/04 | 1 | 20 | 0/056 |
| | پیگیری | 4/62 | 1 | 20 | 0/044 |

در وهله اول برای تعیین معناداری اثر متغیر مستقل بر متغیرهای وابسته یعنی خودکارآمدی و کیفیت زندگی، هم در مرحله پس‌آزمون و هم در مرحله پیگیری، از آزمون لامبدای ویلکز استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ نشان داده است که نشان دهنده این موضوع است که تفاوت میان گروه آزمایش و کنترل از لحاظ متغیرهای وابسته، معنی دار است. (پس‌آزمون: $F(18, 2) = 128/65$ ، $P = 0/001$ ، $\eta^2 = 0/89$ و پیگیری: $F(18, 2) = 22/09$ ، $P = 0/001$ ، $\eta^2 = 0/61$) بنابراین می‌توان گفت که حداقل در یکی از مراحل پس‌آزمون یا پیگیری، پس از تعدیل تفاوت‌های مربوط به متغیرهای همپراش (پیش‌آزمون)، ترکیب خطی متغیرهای وابسته از متغیر مستقل (روش آموزشی) تأثیر پذیرفته است. بر این اساس، می‌توان نتیجه گرفت که بین دو گروه، در متغیرهای وابسته (خودکارآمدی و کیفیت زندگی) حداقل در یکی از مراحل تفاوت معناداری وجود دارد.

با توجه به اینکه نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری معنادار بود، در مرحله بعد به منظور بررسی جداگانه هر یک از متغیرهای وابسته در زمان پس‌آزمون و پیگیری از تحلیل

همان‌گونه که نتایج موجود در جدول ۴ نشان می‌دهند، سطح معناداری آزمون لوین در اکثر موارد برای هر دو گروه، بیش از $0/05$ است. بنابراین مفروضه همسانی واریانس‌ها نیز تأیید شده و می‌توان گفت که واریانس نمرات خطای متغیرهای وابسته در گروه آزمایش و کنترل تقریباً یکسان است. به منظور بررسی رابطه بین متغیرهای همپراش و وابسته از تحلیل همبستگی استفاده شد و نتایج حاکی از همبستگی مثبت، معنادار و نسبتاً نیرومندی (دامنه $0/73$ تا $0/91$) میان متغیرهای همپراش (نمرات پیش‌آزمون‌ها) و نمرات پس‌آزمون و پیگیری متغیرهای وابسته بود و به منظور بررسی همگونی ضرایب رگرسیون، نتایج نشان داد که تعامل این پیش‌آزمون‌ها با متغیر مستقل، هم در مرحله پس‌آزمون و هم در مرحله پیگیری، معنادار نیست. به عبارتی، با آماره‌ی F برای پس‌آزمون $0/836$ و برای پیگیری $0/772$ بود که سطح معناداری آزمون آن‌ها بیش از $0/05$ بود. بنابراین مفروضه همگونی ضرایب رگرسیون نیز تأیید شد. با توجه به برقراری مفروضه‌های تحلیل کوواریانس چند متغیری، استفاده از این آزمون آماری را مجاز دانسته شد.

کوواریانس تک متغیری استفاده شد. به عبارتی، به منظور مقایسه میانگین نمرات پس‌آزمون و پیگیری خودکارآمدی و کیفیت زندگی بعد از زدودن اثر پیش‌آزمون در دو گروه، از آزمون تحلیل کوواریانس ساده در درون تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شد که نتایج آن در جدول ۶ قابل مشاهده است.

جدول ۵) نتایج آزمون لامبدای ویلکز تحلیل کوواریانس چندمتغیری متغیرهای وابسته

| آزمون | مرحله | مقدار | F | Df فرض | خطا Df | سطح معناداری | مجذور نسبی اِتا |
|---------------|----------|-------|--------|--------|--------|--------------|-----------------|
| لامبدای ویلکز | پس‌آزمون | ۰/۱۱ | ۱۲۸/۶۵ | ۱۸ | ۲ | ۰/۰۰۱ | ۰/۸۹ |
| | پیگیری | ۰/۳۹ | ۲۲/۰۹ | ۱۸ | ۲ | ۰/۰۰۱ | ۰/۶۱ |

جدول ۶) نتایج تحلیل کوواریانس جهت مقایسه نمرات پس‌آزمون و پیگیری متغیرهای وابسته در دو گروه آزمایشی و کنترل

| مرحله پس‌آزمون | | | | | | |
|----------------|-------|---------------|-----------------|--------|--------------|-----------------|
| متغیر | منابع | مجموع مجذورات | میانگین مجذورات | F | سطح معناداری | مجذور نسبی اِتا |
| خودکارآمدی | گروه | ۱۱۲/۱۱ | ۱۱۲/۱۱ | ۱۱۵/۶۴ | ۰/۰۰۱ | ۰/۸۵ |
| | خطا | ۱۵/۹۷ | ۰/۸۸ | | | |
| کیفیت زندگی | گروه | ۵۹/۳۰ | ۵۹/۳۰ | ۳۵/۴۲ | ۰/۰۰۱ | ۰/۶۶ |
| | خطا | ۳۰/۱۳ | ۱۸ | | | |
| مرحله پیگیری | | | | | | |
| خودکارآمدی | گروه | ۴۱/۲۶ | ۴۱/۲۶ | ۴۹/۲۹ | ۰/۰۰۱ | ۰/۷۳ |
| | خطا | ۱۵/۰۶ | ۰/۸۳ | | | |
| کیفیت زندگی | گروه | ۹/۸۳ | ۹/۸۳ | ۳/۹۵ | ۰/۱۵ | ۰/۱۷ |
| | خطا | ۳۸/۹۰ | ۲/۱۶ | | | |

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی کارآمدی درمان راه‌حل‌مدار کوتاه مدت بر خودکارآمدی و کیفیت زندگی بیماران زن ام‌اس شهر تهران صورت گرفت و همان‌طور که دیده شد، کارآمدی این نوع درمان بر خودکارآمدی و کیفیت زندگی بیماران زن ام‌اس تأیید شد ولی کارآمدی درمان بر کیفیت زندگی در مرحله پیگیری مشاهده نگردید. این یافته‌ها با پژوهش کار و همکاران (۱۴) همسو می‌باشد. از جمله عوامل مؤثر در تغییر و ارتقا سلامت روان خودکارآمدی است که بر درک شخص از توانایی‌ها و مهارت‌های خود در انجام عملکرد مناسب تأکید دارد و همچنین این درک شخصی نیز تحت تأثیر وضعیت جسمانی فرد است (۲۳). بنابراین باورهای خودکارآمدی فرد از طریق تأثیر بر رفتارهای مرتبط با تندرستی بر فرآیند بهبود تأثیرگذار می‌باشد (۲۴). از سویی دیگر می‌توان گفت که این درمان از طریق تجربه ماهرانه‌ی موفقیت‌آمیز قبلی و ترغیب اجتماعی و کلامی و نیز تأکیدی که بر شرایط معجزه و استثنا دارد، بر خودکارآمدی اثر می‌گذارد.

همان‌گونه که نتایج مندرج در جدول ۶ نشان می‌دهند، بین میانگین نمرات پس‌آزمون خودکارآمدی پس از زدودن اثر پیش‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد، به این معنا که میانگین نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش در خودکارآمدی به طور معناداری بالاتر از گروه کنترل است. همچنین، بین میانگین نمرات پس‌آزمون کیفیت زندگی پس از زدودن اثر پیش‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد، به این معنا که میانگین نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش در کیفیت زندگی به طور معناداری بالاتر از گروه کنترل است. بر این اساس، می‌توان گفت که آموزش کوتاه مدت راه‌حل‌مدار به طور معناداری موجب افزایش خودکارآمدی و کیفیت زندگی در مرحله پس‌آزمون شده است. همان‌گونه که نتایج مندرج در جدول بالا نشان می‌دهند، بین میانگین نمرات پیگیری خودکارآمدی پس از زدودن اثر پیش‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد، به این معنا که میانگین نمرات پیگیری گروه آزمایش در خودکارآمدی به طور معناداری بالاتر از گروه کنترل است. با این حال، بین میانگین نمرات پیگیری کیفیت زندگی پس از زدودن اثر پیش‌آزمون تفاوت معناداری (۰/۰۵) وجود ندارد. ($p <$)

گروه نسبت به چگونگی برخورد خود در اجتماع بیش کسب نموده، تجارب جدیدی یادگرفته، از حمایت اجتماعی بهره‌مند شده و در ارتباطات خود با دیگران موفق‌تر عمل کنند. همه‌ی این موارد سبب افزایش اعتماد به نفس و خودکارآمدی آن‌ها می‌شود (۲۷). گروه درمانی فرصتی برای بیماران جسمی فراهم می‌نماید تا با همدیگر در یک نشست حمایتی برای مقابله با تأثیری که بیماری روی آن‌ها می‌گذارد، گرد هم آیند. بنابراین این مداخله با به یادآوری موفقیت‌های قبلی بیماران (سؤالات استثنا) و خودگویی‌های مثبت و ایجاد هدف‌های عینی و قابل دسترس و منطبق بر شرایط اکنون آن‌ها و با استفاده از قوه خلاقیت آن‌ها و تمرکز بر ایده‌سازی (سؤالات معجزه) می‌تواند خودکارآمدی و احساس خودمدیریتی بیماران را با بازسازی عزت نفسشان در انجام فعالیت‌ها را افزایش دهد. بارش فکری بیماران برای کشف راه‌حل‌های جدید زمینه را برای بسط و پرورش دیگر منابع خودکارآمدی شامل تجربه‌های غیر مستقیم یا نیابتی، ترغیب کلامی و خلاقیت فراهم می‌آورد.

به علت محدودیت‌های حرکتی موجود در این بیماری، وابستگی فرد به دیگران در انجام کارهای شخصی روزانه افزایش می‌یابد و این وابستگی می‌تواند در احساس خوب بودن و رضایت از خویش و در نتیجه کیفیت زندگی فرد، اثرات منفی زیادی را بر جای بگذارد (۲۸). بنابراین تمرکز بر مؤلفه‌های هدف و ایجاد تغییرات تدریجی (از کوچک به بزرگ) در ابعادی که قابلیت تغییر دارند در جهت هدفمند کردن زندگی در جریان یک فعالیت پویا و آموزش راه‌حل‌ها جهت پیدا کردن راه‌های مختلف منتهی به هدف که از جمله تکنیک‌های درمانی درمان راه‌حل‌مدار کوتاه مدت است، در این پژوهش به منظور افزایش کیفیت زندگی بیماران به اجرا درآمد.

از سوی دیگر افزایش خودکارآمدی می‌تواند به طور غیر مستقیم به عنوان یکی از فاکتورهای محافظت‌کننده از کیفیت زندگی وارد عمل بشود و کیفیت زندگی را تحت تأثیر مثبت خود قرار دهد (۲۸). برای بسیاری از افراد، بیماری یا ناتوانی مانعی برای دسترسی به کیفیت زندگی بوده و عامل اصلی وابستگی مادی و روانی آن‌ها محسوب می‌شود (۲۹). بنابراین گروه‌درمانی مبتنی بر درمان راه‌حل‌مدار کوتاه مدت به دلیل تأکیدی که بر نقش سازندگی و تولیدگری زبان دارد،

اما در راستای دومین یافته پژوهش حاضر، که درمان راه‌حل‌مدار کوتاه مدت می‌تواند کیفیت زندگی را افزایش دهد. باید گفت که با یافته‌های پژوهش‌هایی که ذکر آن رفت (۱۲، ۱۴، ۱۵)، همسو است. در تبیین این یافته باید به یافته‌ی کلووس، کلیبر و سیوپر (۲۵) اشاره کرد که یکی از عواملی که کیفیت زندگی فرد را به خطر می‌اندازد را عدم وجود مهارت‌های انطباقی در فرد برای استفاده از راه‌حل‌ها در مواجهه با بحران‌های زندگی می‌داند. با توجه به این نوع مداخله‌ی درمانی که از طریق تمرکز بر کشف راه‌حل‌های مختلف و نه مشکلات و ایجاد تفاوت در نوع پاسخ‌دهی بیماران به محدودیت‌های ناشی از بیماریشان و ایجاد تفاوت در دید آن‌ها نسبت به بیماری ام.اس، نگرش بیماران نسبت به موقعیت‌های دشوار پیش‌روی‌شان را تغییر می‌دهد و سپس همسو با این تغییر نگرش، به تدریج، توانمندی آن‌ها را برای مقابله با مشکلات بالا می‌برد و با ایجاد شرایط و سؤالات معجزه، آن‌ها را به متفاوت عمل کردن ترغیب می‌کند و به تبع آن احساسی متفاوت که شامل رضایتمندی و امید باشد را برایشان به همراه می‌آورد که این امر احساس آن‌ها را نسبت به کیفیت زندگی‌شان تغییر می‌دهد. لازم به ذکر است که درمان حاضر نتوانست اثرات درمانی خود را در راستای بهبودی و ارتقا کیفیت زندگی در مرحله‌ی پیگیری حفظ کند. این موضوع می‌تواند ناشی از این باشد که حضور بیماران در یک گروه درمانی متشکل از همتایان و درمانگر منجر به درک بهبودی در کیفیت زندگی شده باشد که با اتمام درمان کیفیت زندگی به سطح اولیه خود برگشته است. از سوی دیگر پژوهشگران سایر متغیرهای همراه با بیماری ام.اس مانند افسردگی را در این پژوهش ارزیابی نکردند که این متغیرهای همراه می‌تواند بر افت کیفیت زندگی با اتمام جلسات درمان تأثیر گذار باشد (۲۶). علاوه بر این نمونه ما در زمان شروع مطالعه نمرات پایین در مقیاس کیفیت زندگی نداشتند، و در زمان پس آزمون این نمره افزایش پیدا کرده و در زمان پیگیری به حد قبلی خود که پایین نبوده است بازگشته است.

در پایان باید گفت که گروه‌درمانی یکی از درمان‌های مکمل جامع‌نگر است که برای بیماران مزمن جسمی مورد استفاده قرار می‌گیرد. این روش به دلیل اینکه تعاملات اجتماعی افراد را آماج درمان قرار می‌دهد، سبب می‌شود تا اعضای

- 5- Morgante L. Hope in multiple sclerosis: a nursing perspective. *International Journal of MS Care*. 2000; 2(2): 9-15.
- 6- Seedall RB. Enhancing change process in solution-focused brief therapy by utilizing couple enactments. *The American Journal of Family Therapy*. 2009; 37(2): 99-113.
- 7- Lloyd H, Dallos R. First session solution-focused brief therapy with families who have a child with severe intellectual disabilities: mothers' experiences and views. *Journal of Family Therapy*. 2008; 30(1): 5-28.
- 8- Langdrige D. Solution Focused Therapy. *Existential Analysis: Journal of the Society for Existential Analysis*. 2006; 17(2).
- 9- De Shazer S. *Clues: Investigating solutions in brief therapy*: WW Norton & Co. 1988.
- 10- Nichols MP, Schwartz RC. *Family therapy: Concepts and methods 7th*: Boston: Allyn & Bacon. 1998.
- 11- Corey G. *Theory and practice of counseling and psychotherapy*: Nelson Education. 2015.
- 12- Kvarme LG, Helseth S, Sørnum R, Luth-Hansen V, Haugland S, Natvig GK. The effect of a solution-focused approach to improve self-efficacy in socially withdrawn school children: A non-randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*. 2010; 47(11): 1389-96.
- 13- Neilson-Clayton H, Brownlee K. Solution-focused brief therapy with cancer patients and their families. *Journal of psychosocial oncology*. 2002; 20(1): 1-13.
- 14- Carr, M.S. Smith, c. I. Simm, R. Effect of solution-focused brief therapy on mental health and quality of life of long term physical patients. *Journal Psychology, Health & medicine*. 2013; 19(4): 245-64.
- 15- Dargan JPS, R. Murray, C. Effect of solution focused brief therapy on quality of life of patients with chronic pain. *British journal of pain*. 2013; 14(2): 125-36.
- 16- Akbari S. *The efficacy of group-based treatment for the happiness and quality of life of women with MS*. Ahwaz: Chamran University. 2015.
- 17- Thomas S, Kersten P, Thomas PW. The Multiple Sclerosis-Fatigue Self-Efficacy (MS-FSE) scale: initial validation. *Clinical rehabilitation*. 2015; 29(4): 376-87.
- 18- Silva PAB, Soares SM, Santos JFG, Silva LB. Cut-off point for WHOQOL-bref as a measure of quality of life of older adults. *Revista de saude publica*. 2014; 48: 390-7.
- 19- Tanhaye Reshvanlo F, Soleimanian AA. Psychometric examination of Multiple Sclerosis selfefficacy scale. *Journal of Research in Behavioral Sciences*. 2014; 12(1): 9-18. [in persian].

بیماران مبتلا به ام.اس را در جوی مناسب و گروهی همگن شده قرار می‌دهد و باعث می‌شود با بهره‌مندی از حمایت اعضای گروه و ارائه و دریافت بازخوردهای مثبت و ایجاد فرصت برای ابراز وجود به شیوه‌ی مثبت و همفکری اعضا به منظور رسیدن به بهترین راه‌حل، زمینه برای بهبود کیفیت زندگی اجتماعی آن‌ها فراهم شود.

اما هر پژوهشی با توجه به امکانات و موقعیتی که در آن به اجرا درآمده است دارای محدودیت‌هایی است که تعمیم‌پذیری آن را به جامعه با مشکلاتی همراه می‌سازد. از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به مشارکت حضور داوطلبانه بیماران ام.اس در این پژوهش اشاره کرد که انگیزه درونی این بیماران می‌تواند عاملی باشد که تا حدی آن‌ها را از جامعه هدف متمایز سازد.

همچنین پیشنهاد می‌شود که حضور و به کارگیری مستمر روان‌شناسان متخصص و مسلط بر درمان راه‌حل‌محور در مؤسسات و انجمن‌های حامی از این بیماران می‌تواند این آموزش‌ها و مداخلات را در اختیار مبتلایان به ام.اس قرار دهند. برگزاری جلسات آموزشی هفتگی با حضور روان‌شناسان به منظور پاسخگویی به سؤالات بیماران و خانواده‌هایشان و برگزاری گارگاه‌های مستمر در این مراکز به منظور ارائه راهکارهایی برای افزایش خودکارآمدی و به تبع آن کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ام.اس مثر ثمر خواهد بود.

منابع

- 1- Longo DL, Fauci A, Kasper D, Hauser S, Jameson J, Loscalzo J. *Harrison's principles of internal medicine*. 18th. New York: Mc Grow-Hill. 2012.
- 2- Bruce JM, Hancock LM, Arnett P, Lynch S. Treatment adherence in multiple sclerosis: association with emotional status, personality, and cognition. *Journal of behavioral medicine*. 2010; 33(3): 219-27.
- 3- Salimian S, Esmaili R, Dabirian A, Mansoorin S, Anboohi SZ. The survey of factors related to self-efficacy based on Orem's theory in patients with coronary artery bypass surgery in Tehran in 2014. *Advances in Nursing & Midwifery*. 2015; 25(90): 9-16.[in persian].
- 4- Young C, Mills R, Woolmore J, Hawkins C, Tennant A. The unidimensional self-efficacy scale for MS (USE-MS): developing a patient based and patient reported outcome. *Multiple Sclerosis Journal*. 2012; 18(9): 1326-33.

- 20- Lucas-Carrasco R, Pascual-Sedano B, Galán I, Kulisevsky J, Sastre-Garriga J, Gómez-Benito J. Using the WHOQOL-DIS to measure quality of life in persons with physical disabilities caused by neurodegenerative disorders. *Neurodegenerative Diseases*. 2011; 8(4): 178-86.
- 21- Nedjat S, Mohammad K, Majdzadeh R, Nabavi N, Nedjat F, et al . Quality of life in multiple sclerosis compared to the healthy population in Tehran. *Iranian journal of epidemiology* 2006; 2 (3 and 4) :19-24.[in persian]
- 22- De Shazer S, Coulter M. *More than miracles: The state of the art of solution-focused brief therapy*: Routledge. 2012.
- 23- Iskender M. The relationship between self-compassion, self-efficacy, and control belief about learning in Turkish university students. *Social Behavior and Personality: an international journal*. 2009; 37(5): 711-20.
- 24- SoltaniNejad S, Abbasi Dolatabadi Z, Mahmoudi M. Effect of quality of life education on self-efficacy of hemodialysis patients. *Quarterly Journal of Internal-Surgical Nursing*. 2013; 2(1 and 2): 33-8. [in persian]
- 25- Kolovos S, Kleiboer A, Cuijpers P. Effect of psychotherapy for depression on quality of life: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*. 2016; 14(2): 452-67.
- 26- Patten SB, Marrie RA, Carta MG. Depression in multiple sclerosis. *International Review of Psychiatry*. 2017; 29(5): 463-72.
- 27- Khezmoghadam NG, Bahrami E, Rostami R. The effectiveness of group therapy on reducing psychological symptoms in ms patients. *Journal of Clinical Psychology*. 2012; 4(1): 8-15. [in persian]
- 28- Newsom JT, Schulz R. Social support as a mediator in the relation between functional status and quality of life in older adult. *Psychology and Aging*. 2006; 11(1): 34-44.
- 29- Van der slot W, Nie uwenhuijsen C, Van den Berg-Emons R. Participation and health-related quality of life in adult with spastic bilateral cerebral palsy and the role of self-efficacy. *Journal of Rehabilitation medicine*. 2010; 42(6): 528-35.