

اثر بخشی روان درمانی مبتنی بر شادی بر کیفیت زندگی، امیدواری و شفقت خود در بین بیماران مبتلا به MS

فاطمه اسماعیل بیگی^۱

^۱ کارشناس ارشد گروه روان شناسی عمومی، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران

چکیده

هدف از پژوهش حاضر اثر بخشی روان درمانی مبتنی بر شادی بر کیفیت زندگی، امیدواری و شفقت خود در بیماران مبتلا به MS شهرستان کرمانشاه در سال ۱۴۰۳ بود. روش پژوهش از نوع نیمه تجربی میدانی با پیش آزمون و پس آزمون با گروه آزمایش و گروه کنترل می باشد نمونه آماری شامل ۳۰ نفر (۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه کنترل) از بیماران مبتلا به MS شهرستان کرمانشاه بود که به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه کیفیت زندگی WHO (۲۰۰۶)، پرسشنامه امیدواری میلر (۱۹۹۸) و پرسشنامه شفقت خود نف (۲۰۰۳) بود. برای تحلیل داده ها از روش های آمار توصیفی، آزمون لوین، آزمون کلموگروف-اسمیرنف، تحلیل کوواریانس یک متغیری (آنکوا)، تحلیل کوواریانس چند متغیری (مانکوا)، ضریب همبستگی پیرسون و روش های آلفای کرونباخ و تنصیف جهت محاسبه ضرایب پایایی ابزار پژوهش استفاده شد. آزمودنی های گروه آزمایش به مدت ۱۱ جلسه ۴۵ دقیقه ای تحت آموزش روان درمانی مبتنی بر شادی قرار گرفتند، اما گروه گواه مداخله ای دریافت نکرد. نتایج نشان داد روان درمانی مبتنی بر شادی بر کیفیت زندگی در زمینه های سلامت جسمانی، سلامت روانی، سلامت روابط اجتماعی و سلامت محیط تأثیر مثبت دارد؛ همچنین روان درمانی مبتنی بر شادی بر افزایش امیدواری و شفقت خود بیماران مبتلا به MS تأثیر مثبت دارد.

واژه های کلیدی: روان درمانی مبتنی بر شادی، کیفیت زندگی، امیدواری، شفقت خود

مقدمه

مولتیپل اسکلروزویس (ام.اس)، بیماری مزمن خود ایمنی سیستم عصبی مرکزی است. این بیماری ماده سفید مغز را درگیر می کند و میلین دار شدن ماده سفید سبب ایجاد اختلالات و عوارضی در دستگاه عصبی میشود. معمولاً بین سنین ۲۰ تا ۴۰ سال بروز می کند. زنان را بیشتر از مردان گرفتار می سازد. علت آن به درستی شناخته نشده است ولی مطالعات نشان داده اند که فاکتورهای محیطی، ایمونولوژیک و ژنتیکی نقش مهمی در بروز ام اس دارند. ام اس معمولاً درمان قطعی ندارد، هدف اصلی درمان ام اس متوقف کردن ناتوانی پیشرونده ناشی از حملات حاد، ام اس عودکننده، بهبود یابنده یا پیشرونده مزمن است و به این منظور از داروهایی مانند کورتیکواستروئیدها و اینترفرون هایی چون آونکس، بتاسرون و نواترون استفاده می شود (محمودی عالمی، نصیری و نیازآذری، ۱۴۰۲). کاهش یا ناتوانی کار کردن، بار اقتصادی زیادی را به جامعه تحمیل می کند. مؤسسه ملی بیماری اعصاب و سکتة مغزی در آمریکا تخمین می زند که هزینه ناشی از ام اس در آمریکا سالیانه بیش از دو و نیم بلیون دلار است. افراد مبتلا به بیماری ناتوان کننده و مزمن ام اس با مشکلات زیادی روبرو هستند؛ این مشکلات شرکت بیماران را در فعالیتهای ارتقای سلامتی محدود نموده و در نتیجه سبب افزایش عوارض ثانویه و محدودیت در زندگی مستقل گردیده است که در نهایت تأثیر منفی در زندگی آنها دارد (علی پور، ۱۴۰۰).

طبق بسیاری از تئوری های هیجان، شادی یکی از شش هیجان بزرگ یعنی تعجب، ترس، خشم، شادی، تنفر، ونگرانی است. آیزنگ^۱ (۱۹۴۵) بعنوان یکی از اولین روانشناسانی که بر روی شادی مطالعه نمود، شادی را به عنوان برونگرایی پایدار در نظر گرفت و خاطر نشان ساخت از زمانی که عواطف مثبت در شادی مورد توجه واقع شدند، شادی با جامعه پذیری آسان و تعامل مطلوب و لذت بخش با دیگران مرتبط دانسته شد. برخی دیگر از محققان پیشنهاد کرده اند که شادی را در صورتی می توان به عنوان صفت در نظر گرفت که سه ملاک پایداری زمان، همسانی بین موقعیت و علیت درونی را دارا باشد. شادی حالتی هیجانی است که منجر به سرزندگی، علاقه مندی، و کیفیت زندگی مطلوب در افراد جامعه می شود. همچنین برخی از روانشناسان معتقدند روابط مثبت و سازنده با دیگران، هدفمند بودن زندگی، دوست داشتن دیگران و زندگی از مؤلفه های شادی و نشاط هستند. احساس شادی نیز نیازمند مهارت های روانی و اجتماعی است (آرگایل^۲، ۲۰۰۴؛ ترجمه گوهری، ۱۳۹۹). همچنین کیفیت زندگی برداشت و پنداری است که فرد از موقعیتش در زندگی در زمینه فرهنگی و ارزشی، اهداف، انتظارات، استانداردها و علائق، دارد این مفهوم یک مفهوم ذهنی و پویا است، ذهنی به این معنا است که حتماً باید توسط خود فرد و براساس نظر او نه دیگران جایگزین تعیین گردد و پویا یعنی در طول زمان تغییر خواهد کرد و ضروری است در دوره ای از زمان اندازه گیری شود (درویش پور کاخکی، ۱۳۹۹).

به دلیل اهمیت تحت تأثیر قرار گرفتن سلامت جسمی، روحی، رفاه اجتماعی در اثر استرس، مفهوم کیفیت زندگی اهمیت خاص می یابد. پژوهش های نشان می دهد از جمله عواملی که بر کیفیت زندگی تأثیر منفی دارد شفقت خود و راهبردهای مقابله با استرس می باشد (زندیه، ۱۴۰۰). از طرف دیگر امیدواری یکی از ویژگیهای روانشناختی انسان هاست که فرد را به جستجوی فردایی بهتر و او را برای موفقیت و آینده بهتر داشتن و داشتن دلایلی برای زیستن و می دارد (زندیه، ۱۴۰۰). لاری^۳ (۲۰۰۹) در پژوهشی نشان داد کیفیت زندگی را حس خوب بودن فرد تعریف می کنند که می تواند بر موقعیتهای استرس زا تأثیر بگذارد، ادراک های مردم، بسته به اینکه یک موقعیت معین را تا چه حد استرس زا ادراک می کنند، می تواند بر ظرفیتهای مقابله ای آنها تأثیر بگذارد. استرس، یکی از حالت های روان شناختی است و انواع مختلفی از

^۱ Iseng^۲ Argayle^۳ Larry

پیشانی جزئی در یک فعالیت روزانه تا موارد حاد استرس را در بر می گیرد (لوین^۴، ۲۰۲۰؛ ترجمه کریمی، ۱۴۰۰). پژوهش های نشان می دهد که استرس واکنش های فیزیکی، ذهنی و عاطفی را در بر می گیرد که در نتیجه تغییرات و نیازهای زندگی فرد و بیماری جسمی تجربه می شوند. این تغییرات می توانند بزرگ یا کوچک باشند، پاسخ افراد به تغییرات بسیار متفاوت است (کلارک^۵، ۲۰۲۰؛ نقل از زندیه، ۱۴۰۰). با توجه به مطالب ذکر شده در زمینه ی عوامل موثر بر کیفیت زندگی، امیدواری و شفقت خود، در این پژوهش محقق به دنبال پاسخگویی به این سؤال است که آیا روان درمانی مبتنی بر شادی بر کیفیت زندگی، امیدواری و شفقت خود در بیماران مبتلا به MS تاثیر مثبت دارد؟

روش پژوهش

در این پژوهش از روش پژوهش نیمه تجربی میدانی از نوع طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل استفاده شده است. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه بیماران مالتیپل اسکلروزیس هستند که به انجمن MS شهر کرمانشاه که در سال ۱۴۰۳ مورد بررسی قرار گرفتند. نمونه مورد نظر با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس و هدفمند ۳۰ نفر در دو گروه آزمایشی و گواه (۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه گواه) قرار گرفت. بعد از انجام هماهنگی های لازم و انتخاب نمونه به تعداد آزمودنی های گروه آزمایشی و گروه کنترل برگه سؤال و پاسخ نامه آماده گردید و با اطمینان از محرمانه بودن اطلاعات، با تشریح کلی کار و توجیه افراد جهت شرکت در این آزمون و تحقیق، از آنها خواسته شد که نهایت همکاری را با پژوهشگر داشته و سپس به تعداد آنها که ۳۰ نفر بود برگه سؤالات پیش آزمون خودتنظیمی هیجان و شفقت خود توزیع گردید.

ابزار اندازه گیری

در این پژوهش به منظور اندازه گیری متغیرهای مورد نظر از ابزارهای زیر استفاده شده است:

پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۶)

پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی ۲۶ سوالی (WHOQOL-BREF)^۶ یک پرسشنامه ۲۶ سوالی است که کیفیت زندگی کلی و عمومی فرد را می سنجد. این مقیاس در سال ۱۹۹۶ توسط گروهی از کارشناسان سازمان بهداشت جهانی و با تعدیل گویه های فرم ۱۰۰ سوالی این پرسشنامه ساخته شد. این پرسشنامه دارای ۴ زیرمقیاس و یک نمره کلی است. این زیرمقیاس ها عبارتند از: سلامت جسمی، سلامت روان، روابط اجتماعی، سلامت محیط اطراف و یک نمره کلی. در ابتدا یک نمره خام برای هر زیرمقیاس به دست می آید که باید از طریق یک فرمول به نمره ای استاندارد بین ۰ تا ۱۰۰ تبدیل شود. نمره بالاتر نشان دهنده کیفیت زندگی بیشتر است. این پرسشنامه چهار حیطه سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط را با استفاده از ۲۴ سؤال مورد سنجش قرار می دهد (چهار حیطه به ترتیب دارای ۷ و ۶ و ۳ و ۸ سؤال می باشند). در ضمن این پرسشنامه دو سؤال دیگر نیز دارد که به هیچ یک از حیطه ها تعلق ندارد و وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را به شکل کلی ارزیابی قرار می دهد. در این پژوهش از این دو سؤال برای بررسی روایی چهار حیطه پرسشنامه استفاده شده است. نمره گذاری این پرسشنامه در یک طیف لیکرت و در دامنه ای بین ۱ تا ۵ می باشد. این پرسشنامه توسط گروهی از کارشناسان سازمان بهداشت جهانی در بیش از ۴۰ کشور جهان ترجمه و مورد اعتبارسنجی واقع شده است. در ایران ساعتچی (۱۳۷۷) این

^۴ Levine

^۵ Clarke

^۶ WHOQOL-BREF

پرسشنامه را به فارسی ترجمه کرد برای اعتبارسنجی این ابزار ۱۱۶۷ نفر از مردم تهران را بصورت تصادفی انتخاب و مورد ارزیابی قرار داد. شرکت کنندگان براساس وجود یا عدم وجود بیماری مزمن یا غیرمزمن به ادعای خود، به چهار گروه تقسیم گردیدند. پایایی پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ و همبستگی درون خوشه‌ای حاصل از آزمون مجدد سنجیده شد. روایی پرسشنامه با قابلیت تمایز این ابزار در گروه‌های سالم و بیمار با استفاده از رگرسیون خطی مورد ارزیابی واقع شد و جهت سنجش عوامل ساختاری از پرسشنامه ماتریس استفاده شد. مقادیر همبستگی درون خوشه‌ای و آلفای کرونباخ در تمامی حیطه‌ها بالای ۰/۷ ولی در حیطه روابط اجتماعی مقدار آلفای کرونباخ ۰/۵۵ بود که می‌تواند به علت تعداد سؤالات کم در این حیطه یا حساس بودن سؤالات آن باشد. از طرفی در ۰/۸۳ موارد همبستگی هر سؤال با حیطه اصلی خود از سایر حیطه‌ها بالاتر بود. امتیازهای گروه‌های سالم و بیمار در حیطه‌های مختلف اختلاف معنی‌دار داشتند. همچنین در پژوهش شبکی (۱۳۹۸) ضرایب پایایی این پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ و تنصیف محاسبه گردید که برای کل مقیاس به ترتیب ۰/۸۹ و ۰/۸۳ می‌باشد (نقل از ساعتچی، ۱۳۹۸).

پرسشنامه امیدواری میلر (۱۹۹۸)

آزمون میلر^۷ (۱۹۹۸) آزمونی از نوع آزمونهای تشخیصی است این آزمون شامل چهار وهشت جنبه از حالت‌های امیدواری و درماندگی می‌باشد که ماده‌های قید شده در آن بر مبنای تظاهرات آشکار یا پنهان رفتاری در افراد امیدوار یا نا امید برگزیده شده‌اند در برابر هر جنبه که نماینده یک نشانه رفتاری است جملاتی بدین شرح نوشته شده‌اند (بسیار مخالف=۱، مخالف=۲، بی تفاوت=۳، موافق=۴، بسیار موافق=۵) هر فرد با انتخاب جمله‌ای که در رابطه با او صدق می‌کند امتیازی کسب می‌کند. ارزش‌های نمره‌ای هر دامنه امتیازات کسب شده از ۴۰ تا ۲۰۰ متغیر می‌باشد و چنانچه فردی امتیاز ۴۰ را کسب کند کاملاً درمانده تلقی می‌شود، نمره ۲۰۰ حداکثر امیدواری را نشان می‌دهد. میلر عقیده دارد که امید باعث سلامتی روانی بوده و کسی که امیدوار باشد مفهوم درستی از زندگی خواهد داشت در پایان قابل توضیح است که دوازده شماره از پرسشنامه میلر از ماده‌های منفی تشکیل شده که این شماره‌ها عبارت‌اند از ۳۱-۲۸-۲۷-۲۵-۱۸-۱۶-۱۳-۱۱-۳۹-۳۸-۳۴-۳۳ در ارزشیابی و نمره‌گذاری این شماره‌ها برعکس نمره می‌گیرند. همانطور که گفته شد آزمون میلر آزمون از نوع تشخیصی است که اولین بار جهت سنجش امیدواری در بیماران قلبی در آمریکا بکار رفت تا میزان امیدواری را در آن‌ها نشان دهد. در ایران نیز برای اولین بار سمیعی و عشایری (۱۳۶۸) این آزمون را به فارسی ترجمه کردند، برای تعیین اعتبار این پرسشنامه از نمره سؤال ملاک استفاده شد به این ترتیب که نمره کل پرسشنامه را با نمره ملاک همبسته نمودیم و مشخص شد که بین این دو رابطه مثبت معنی داری وجود دارد ($P=0/001$, $r=0/16$). سمیعی و عشایری (۱۳۶۸)، برای سنجش اعتبار این پرسشنامه از روش اعتبار محتوای استفاده شده از نتایج بدست آمده که کاملاً رضایت بخش بود. محققان مذکور برای تعیین پایایی آزمون از روش آزمون مجدد استفاده کرده‌اند، بدین ترتیب که بعد از آزمایش‌های اولیه پرسشنامه را به ۳۰ نفر از دانشجویان پرستاری، ارائه دادند و به فاصله یک هفته بعد سؤال هایی، مجدداً به همان گروه عرضه شد و بعد از محاسبه نمره پاسخ‌ها در دو نوبت ضریب همبستگی پیرسون بین دو نوبت ۰/۷۵ درصد به دست آمد که پایایی آزمون را نشان می‌دهد. آنان بیان داشتند که پرسشنامه میلر به طور مکرر مورد آزمایش و بررسی‌های مختلف قرار گرفته است. از جمله بر روی ۷۵ نفر از دانشجویان در آمریکا که با سنین مختلف، از ۲۰ تا ۵۴ سال انتخاب شده بودند بکار رفت که ضریب پایایی در این بررسی ۰/۹۵ و پایایی به روش تست مجدد به فاصله دو هفته ۰/۸۷ بوده است (نقل از ساعتچی، ۱۳۹۸). در پژوهش حاضر، ضرایب پایایی پرسشنامه امیدواری با استفاده از روش آلفای کرونباخ محاسبه گردید که برای کل مقیاس برابر با ۰/۹۶، که بیانگر ضرایب مطلوب پرسشنامه یاد شده است.

^۷ Miller

پرسشنامه خود شفقت ورزی

این مقیاس خود گزارشی در سال ۲۰۰۳ توسط نف ساخته شد که دارای ۲۶ ماده است و جنبه های مثبت و منفی سه بعد اصلی خود شفقت ورزی را می سنجد: مهربانی به خود (۵ گویه) در برابر قضاوت در مورد خود (۵ گویه)، اشتراکات انسانی (۴ گویه). پاسخدهی به سوالات به صورت مقیاس لیکرت ۵ درجه ای از تقریباً هرگز تا تقریباً همیشه است. میانگین نمرات این ۶ مؤلفه (با احتساب نمرات معکوس) نمره ی خودشفقت ورزی را به دست می دهد.

روش اجرا

بعد از مشخص کردن نمونه به روشی که ذکر شد به تعداد آزمودنی های گروه آزمایشی و گروه کنترل برگه سؤال و پاسخ نامه آماده گردید و با هماهنگی به عمل آمده در موعد مقرر در انجمن MS شهر کرمانشاه ، با تشریح کلی کار و توجیه افراد جهت شرکت در این آزمون و تحقیق، از آنها خواسته شد که نهایت همکاری را با پژوهشگر داشته و تا پایان دوره انصراف ندهند سپس به تعداد آنها که ۳۰ نفر بودند برگه سؤالات پیش آزمون کیفیت زندگی، امیدواری و شفقت خود توزیع گردید. پس از اتمام پیش آزمون مداخله روان درمانی مبتنی بر شادی به گروه دو آزمایشی که شامل هر گروه ۱۵ نفر هستند داده شد و بعد از پایان جلسات از هر دو گروه پس آزمون گرفته شد. در این پژوهش طی چند مرحله مداخله روان درمانی مبتنی بر شادی به صورت گروهی برگزار شد.

جدول شرح جلسات روان درمانی مبتنی بر شادی (گودوین، ۲۰۱۰)

جلسات	هدف	شرح جلسه
جلسه اول	آشنایی گروه باهم دیگر	ایجاد رابطه حسنه مبتنی بر همکاری-آشنایی با نحوه کار
جلسه دوم	معرفی، مرور کلی و بیان سه اتفاق خوب	-ارائه کلیاتی از پروتکل گروهی، معرفی اعضا و انتظارات گروه -مراقبه ذهن آگاهی مختصر -تمرین کتبی تأیید خویشتن و بیان ارزشها -شرح تمرین (تکلیف خانگی) -سه اتفاق خوب -مراقبه ذهن آگاهی
جلسه سوم	استفاده از نقاط قوت خود	-بحث راجع به تمرین سه اتفاق خوب -بحث راجع به نتایج -شرح تمرین (تکلیف خانگی) استفاده از نقاط قوت خود -مراقبه ذهن آگاهی
جلسه چهارم	لذت بردن	-بحث راجع به تمرین استفاده از نقاط قوت -معرفی تمرین (تکلیف خانگی) لذت بردن -مراقبه ذهن آگاهی
جلسه پنجم	داشتن یک روز خوب	-بحث راجع به تمرین (تکلیف خانگی) لذت بردن -معرفی تمرین (تکلیف خانگی) داشتن یک روز خوب -مراقبه ذهن آگاهی
جلسه ششم	دیدار قدردانی	-بحث راجع به تمرین داشتن یک روز خوب -معرفی تمرین (تکلیف خانگی) دیدار قدردانی -مراقبه ذهن آگاهی

جلسه هفتم	پاسخ فعال/سازنده	-بحث راجع به تکلیف خانگی دیدار قدردانی -معرفی تمرین (تکلیف خانگی) پاسخ فعال/سازنده -مراقبه ذهن آگاهی
جلسه هشتم	صندلی داغ	-بحث راجع به تمرین پاسخ فعال/سازنده -معرفی تکلیف صندلی داغ -مراقبه ذهن آگاهی
جلسه نهم	نوشتن بیوگرافی	-بحث راجع به تمرین صندلی داغ -معرفی تمرین نوشتن بیوگرافی -مراقبه ذهن آگاهی
جلسه دهم	خدمات مثبت	-بحث راجع به تکلیف نوشتن بیوگرافی -معرفی تکلیف خدمات مثبت -مراقبه ذهن آگاهی -بحث راجع به جلسه پایانی
جلسه یازدهم	خاتمه	-بحث راجع به گروه -پر کردن مقیاسها -مراقبه نهایی

یافته‌ها

یافته‌های توصیفی این پژوهش شامل شاخص‌های آماری مانند میانگین، انحراف معیار و تعداد آزمودنی‌های نمونه برای کلیه متغیرهای در این پژوهش در جدول ۱ نشان داده شده است.

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار نمره کیفیت زندگی، امیدواری و شفقت خود گروه‌های آزمایش و گواه در مراحل پیش آزمون و پس آزمون

متغیر	مرحله	گروه	میانگین	انحراف معیار	تعداد
کیفیت زندگی	پیش آزمون	آزمایش	۸۳/۸۰	۸/۸۶	۱۵
		گواه	۷۲/۴۷	۱۶/۷۲	۱۵
	پس آزمون	آزمایش	۹۶/۷۳	۷/۴۹	۱۵
		گواه	۷۳/۲۷	۱۳/۸۴	۱۵
کیفیت زندگی در زمینه سلامت جسمانی	پیش آزمون	آزمایش	۲۵/۷۳	۳/۳۶	۱۵
		گواه	۲۱/۳۳	۵/۷۰	۱۵
	پس آزمون	آزمایش	۲۸/۸۷	۲/۸۷	۱۵
		گواه	۲۰/۶۷	۴/۷۹	۱۵
کیفیت زندگی در	پیش آزمون	آزمایش	۲۱/۸۷	۳/۳۷	۱۵

۱۵	۵/۱۴	۱۸/۸۰	گواه		زمینه سلامت روانی
۱۵	۲/۵۵	۲۵/۴۰	آزمایش	پس آزمون	
۱۵	۴/۵۰	۱۹/۰۰	گواه		
۱۵	۱/۴۵	۱۰/۱۳	آزمایش	پیش آزمون	کیفیت زندگی در زمینه سلامت روابط اجتماعی
۱۵	۲/۸۱	۸/۹۳	گواه		
۱۵	۱/۵۵	۱۱/۸۷	آزمایش	پس آزمون	
۱۵	۲/۵۴	۹/۲۰	گواه		
۱۵	۳/۶۵	۲۶/۰۷	آزمایش	پیش آزمون	کیفیت زندگی در زمینه سلامت محیط
۱۵	۵/۲۷	۲۳/۴۰	گواه		
۱۵	۲/۹۲	۳۰/۶۰	آزمایش	پس آزمون	
۱۵	۴/۵۷	۲۴/۴۰	گواه		
۱۵	۲۰/۰۲	۱۹۲/۲۶	آزمایش	پیش آزمون	امیدواری
۱۵	۳۰/۰۶	۱۷۲/۲۰	گواه		
۱۵	۱۵/۸۵	۱۹۹/۶۰	آزمایش	پس آزمون	
۱۵	۲۶/۸۴	۱۶۶/۸۷	گواه		
۱۵	۶/۹۷	۳۸/۸۷	آزمایش	پیش آزمون	شفقت خود
۱۵	۸/۲۱	۴۵/۶۰	گواه		
۱۵	۶/۳۷	۲۹/۱۳	آزمایش	پس آزمون	
۱۵	۸/۰۷	۴۵/۹۳	گواه		

همان طوری در جدول ۱ ارائه شده است در مرحله پیش آزمون میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی هر یک از گروه‌ها به ترتیب گروه آزمایش ۸۳/۸۰ و ۸/۸۶، گروه گواه ۷۲/۴۷ و ۱۶/۷۲، در مرحله پس آزمون میانگین و انحراف معیار، گروه آزمایش ۹۶/۷۳ و ۷/۴۹، گروه گواه ۷۳/۲۷ و ۱۳/۸۴، در متغیر کیفیت زندگی در زمینه سلامت جسمانی در مرحله پیش آزمون میانگین و انحراف معیار هر یک از گروه‌ها به ترتیب گروه آزمایش ۲۵/۷۳ و ۳/۳۶، گروه گواه ۲۱/۳۳ و ۵/۷۰، در مرحله پس آزمون میانگین و انحراف معیار، گروه آزمایش ۲۸/۸۷ و ۲/۸۷، گروه گواه ۲۰/۶۷ و ۴/۷۹، در متغیر کیفیت زندگی در زمینه سلامت روانی در مرحله پیش آزمون، گروه آزمایش ۲۱/۸۷ و ۳/۳۷، گروه گواه ۱۸/۸۰ و ۵/۱۴، در مرحله پس آزمون، گروه آزمایش ۲۵/۴۰ و ۲/۵۵، گروه گواه ۱۹/۰۰ و ۴/۵۰، در متغیر کیفیت زندگی در زمینه سلامت روابط اجتماعی در مرحله پیش آزمون میانگین و انحراف معیار هر یک از گروه‌ها به ترتیب گروه آزمایش ۱۰/۱۳ و ۱/۴۵، گروه گواه ۸/۹۳ و ۲/۸۱، در مرحله پس آزمون میانگین و انحراف معیار، گروه آزمایش ۱۱/۸۷ و ۱/۵۵، گروه گواه ۹/۲۰ و ۲/۵۴، در متغیر کیفیت زندگی در زمینه سلامت محیط در مرحله پیش آزمون، گروه آزمایش ۲۶/۰۷ و ۳/۶۵، گروه گواه ۲۳/۴۰ و ۵/۲۷، در مرحله پس آزمون، گروه آزمایش ۳۰/۶۰ و ۲/۹۲، گروه گواه ۲۴/۴۰ و ۴/۵۷ می‌باشد. همچنین در مرحله پیش آزمون میانگین و انحراف معیار امیدواری هر یک از گروه‌ها به ترتیب گروه آزمایش ۱۹۲/۲۶ و ۲۰/۰۲، گروه گواه ۱۷۲/۲۰ و ۳۰/۰۶، در مرحله پس آزمون میانگین و انحراف معیار، گروه آزمایش ۱۹۹/۶۰ و ۱۵/۸۵، گروه گواه ۱۶۶/۸۷ و ۲۶/۸۴ و در متغیر شفقت خود هر یک از

گروه‌ها به ترتیب گروه آزمایش ۳۸/۸۷ و ۶/۹۷، گروه گواه ۴۵/۶۰ و ۸/۲۱، در مرحله پس آزمون میانگین و انحراف معیار، گروه آزمایش ۲۹/۱۳ و ۶/۳۷ و گروه گواه ۴۵/۹۳ و ۸/۰۷ می‌باشد.

جدول ۲: نتایج آزمون لوین در مورد پیش فرض تساوی واریانس‌های نمره‌ها متغیرهای پژوهش دو گروه در جامعه

متغیر	F	درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم	سطح معنی داری
کیفیت زندگی	۳/۴۰	۱	۲۸	۰/۰۷۶
کیفیت زندگی در زمینه سلامت جسمانی	۴/۸۱	۱	۲۸	۰/۰۳۷
کیفیت زندگی در زمینه سلامت روانی	۴/۶۶	۱	۲۸	۰/۱۲۴
کیفیت زندگی در زمینه سلامت روابط	۳/۲۲	۱	۲۸	۰/۰۶۵
کیفیت زندگی در زمینه سلامت محیط	۰/۷۸۲	۱	۲۸	۰/۳۸۴
امیدواری	۲/۳۰	۱	۲۸	۰/۱۴۰
شفقت خود	۰/۹۵۶	۱	۲۸	۰/۳۳۷

همان گونه که در جدول ۲ ملاحظه می‌شود، فرض صفر برای تساوی واریانس‌های نمره‌ها دو گروه در کلیه متغیرهای اصلی پژوهش (تأیید می‌گردد). یعنی پیش فرض تساوی واریانس‌های نمره‌ها در دو گروه آزمایش و گواه تأیید گردید. با این حال وقتی که حجم نمونه‌ها مساوی باشد معنی دار شدن آزمون لیون تأثیر قابل ملاحظه ای بر سطح آلفای اسمی نخواهد داشت.

جدول ۳: نتایج آزمون کلموگروف - اسمیرنوف در مورد پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات کیفیت زندگی، امیدواری و شفقت خود

نرمال بودن توزیع نمرات	گروه‌ها	کلموگروف - اسمیرنوف			گروه‌ها	کلموگروف - اسمیرنوف		
		آماره	درجه آزادی	معنی داری		آماره	درجه آزادی	معنی داری
کیفیت زندگی	آزمایش	۰/۱۷۸	۱۵	۰/۲۰۰	گواه	۰/۱۰۵	۱۵	۰/۲۰۰
کیفیت جسمانی	آزمایش	۰/۱۸۶	۱۵	۰/۱۷۱	گواه	۰/۱۴۸	۱۵	۰/۲۰۰
کیفیت روانی	آزمایش	۰/۲۰۱	۱۵	۰/۱۰۴	گواه	۰/۱۳۳	۱۵	۰/۲۰۰
کیفیت روابط	آزمایش	۰/۱۹۷	۱۵	۰/۱۲۲	گواه	۰/۱۶۹	۱۵	۰/۲۰۰
کیفیت محیط	آزمایش	۰/۱۲۶	۱۵	۰/۲۰۰	گواه	۰/۱۳۶	۱۵	۰/۲۰۰
امیدواری	آزمایش	۰/۱۴۸	۱۵	۰/۲۰۰	گواه	۰/۱۷۸	۱۵	۰/۲۰۰
شفقت خود	آزمایش	۰/۱۲۸	۱۵	۰/۲۰۰	گواه	۰/۱۲۹	۱۵	۰/۲۰۰

همانگونه که در جدول ۳ ارائه شده است، فرض صفر برای نرمال بودن توزیع نمرات دو گروه در متغیرهای کیفیت زندگی، امیدواری و شفقت خود تأیید می‌گردد. یعنی پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات در پیش‌آزمون و در هر دو گروه آزمایش و گواه تأیید گردید.

جدول ۴: نتایج آزمون بررسی پیش فرض همگنی شیب های رگرسیون متغیرهای پژوهش دو گروه در جامعه

متغیر	منبع تغییرات	F	سطح معنی داری
کیفیت زندگی	تعامل گروه * پیش آزمون	۲/۸۷	۰/۱۰۲
کیفیت زندگی در زمینه سلامت جسمانی		۲/۰۸	۰/۱۶۱
کیفیت زندگی در زمینه سلامت روانی		۱/۴۶	۰/۲۳۷
کیفیت زندگی در زمینه سلامت روابط		۲/۰۸	۰/۱۶۱
کیفیت زندگی در زمینه سلامت محیط		۲/۴۸	۰/۱۲۷
امیدواری		۳/۷۶	۰/۰۶۳
شفقت خود		۳/۴۲	۰/۰۷۶

همان گونه که در جدول ۴ ملاحظه می شود، مقدار F تعامل برای کلیه متغیرهای پژوهش غیرمعنی دار می باشد. بنابراین، مفروضه همگنی رگرسیون تأیید می شود.

جدول ۵: نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری (مانکوا) بر روی میانگین نمرات پس آزمون کیفیت زندگی، امیدواری و شفقت خود بیماران مبتلا به MS گروه های آزمایش و گواه با کنترل پیش آزمون

نام آزمون	مقدار	DF فرضیه	DF خطا	F	سطح معنی داری (p)	مجذور اتا	توان آماری
آزمون اثر پیلاپی	۰/۶۸۳	۳	۲۳	۱۶/۵۱	۰/۰۰۰۱	۰/۶۸	۱/۰۰
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۳۱۷	۳	۲۳	۱۶/۵۱	۰/۰۰۰۱	۰/۶۸	۱/۰۰
آزمون اثر هتلینگ	۲/۱۵	۳	۲۳	۱۶/۵۱	۰/۰۰۰۱	۰/۶۸	۱/۰۰
آزمون بزرگ ترین ریشه روی	۲/۱۵	۳	۲۳	۱۶/۵۱	۰/۰۰۰۱	۰/۶۸	۱/۰۰

همان طوری که در جدول ۵ مشاهده می شود با کنترل پیش آزمون سطوح معنی داری همه آزمون ها، بیانگر آن هستند که بین بیماران مبتلا به MS گروه های آزمایش و گواه حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته (کیفیت زندگی، امیدواری و شفقت خود) تفاوت معنی داری مشاهده می شود ($p < ۰/۰۰۰۱$ و $F = ۱۶/۵۱$). برای پی بردن به این نکته که از لحاظ کدام متغیر بین دو گروه تفاوت وجود دارد، سه تحلیل کواریانس یک راهه در متن مانکوا انجام گرفت که نتایج حاصل در جدول ۴-۶ ارائه شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۶۸ می باشد، به عبارت دیگر، ۶۸ درصد تفاوت های فردی در نمرات پس آزمون کیفیت زندگی، امیدواری و شفقت خود مربوط به تأثیر روان درمانی مبتنی بر شادی (عضویت گروهی) می باشد. توان آماری برابر با ۱/۰۰ است، به عبارت دیگر، امکان خطای نوع دوم وجود نداشته است.

فرضیه اول: روان درمانی مبتنی بر شادی بر افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به MS تأثیر دارد.

جدول ۶: نتایج تحلیل کواریانس یک راهه در متن مانکوا بر روی میانگین نمرات پس آزمون کیفیت زندگی، بیماران مبتلا به MS گروه های آزمایش و گواه با کنترل پیش آزمون

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری p	مجذور اتا	توان آماری
پیش آزمون	۱۵۹۳/۷۵	۱	۱۵۹۳/۷۵	۴۳/۷۸	۰/۰۰۰۱	۰/۶۳	۱/۰۰

گروه	۱۴۴۲/۴۲	۱	۱۴۴۲/۴۲	۳۹/۶۳	۰/۰۰۰۱	۰/۶۱	۱/۰۰
خطا	۰۹۰۹/۹۲	۲۵	۳۶/۳۹				

همان طوری که در جدول ۴ - ۶ نشان داده شده است با کنترل پیش آزمون بین بیماران مبتلا به MS گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ کیفیت زندگی تفاوت معنی داری وجود دارد ($F=39/63$ و $p<0/0001$). بنابراین فرضیه اول تأیید می گردد. به عبارت دیگر، روان درمانی مبتنی بر شادی با توجه به میانگین کیفیت زندگی بیماران مبتلا به MS گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه گواه، موجب افزایش کیفیت زندگی گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۶۱ می باشد، به عبارت دیگر، ۶۱ درصد تفاوت های فردی در نمرات پس آزمون کیفیت زندگی مربوط به تأثیر روان درمانی مبتنی بر شادی (عضویت گروهی) می باشد. توان آماری برابر با ۱/۰۰ است، به عبارت دیگر، امکان خطای نوع دوم وجود نداشته است.

جدول ۷: نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری (مانکوا) بر روی میانگین نمرات پس آزمون مؤلفه های کیفیت زندگی بیماران مبتلا به MS گروه های آزمایش و گواه با کنترل پیش آزمون

نام آزمون	مقدار	DF فرضیه	DF خطا	F	سطح معنی داری (p)	مجذور اتا	توان آماری
آزمون اثر پیلاپی	۰/۶۸۷	۴	۲۱	۱۱/۵۴	۰/۰۰۰۱	۰/۶۸	۱/۰۰
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۳۱۳	۴	۲۱	۱۱/۵۴	۰/۰۰۰۱	۰/۶۸	۱/۰۰
آزمون اثر هتلینگ	۲/۱۹	۴	۲۱	۱۱/۵۴	۰/۰۰۰۱	۰/۶۸	۱/۰۰
آزمون بزرگ ترین ریشه روی	۲/۱۹	۴	۲۱	۱۱/۵۴	۰/۰۰۰۱	۰/۶۸	۱/۰۰

همان طوری که در جدول ۷ نشان داده شده است با کنترل پیش آزمون سطوح معنی داری همه آزمون ها، بیانگر آن هستند که بین بیماران مبتلا به MS گروه های آزمایش و گواه حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته (مؤلفه های کیفیت زندگی) تفاوت معنی داری وجود دارد ($F=11/54$ و $p<0/0001$). برای پی بردن به این نکته که از لحاظ کدام متغیر بین دو گروه تفاوت وجود دارد، چهار تحلیل کواریانس یک راهه در متن مانکوا انجام گرفت که نتایج حاصل در جدول ۸ ارائه شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۶۸ می باشد، به عبارت دیگر، ۶۸ درصد تفاوت های فردی در نمرات پس آزمون مؤلفه های کیفیت زندگی مربوط به تأثیر روان درمانی مبتنی بر شادی (عضویت گروهی) می باشد. توان آماری برابر با ۱/۰۰ است، به عبارت دیگر، امکان خطای نوع دوم وجود نداشته است.

جدول ۸: نتایج تحلیل کواریانس یک راهه در متن مانکوا بر روی میانگین نمرات پس آزمون مؤلفه های کیفیت زندگی بیماران مبتلا به MS گروه های آزمایش و گواه با کنترل پیش آزمون

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری p	مجذور اتا	توان آماری
سلامت جسمانی	پیش آزمون	۱۵۳/۰۴	۱	۱۵۳/۰۴	۲۹/۱۷	۰/۰۰۰۱	۰/۵۵	۰/۹۹۹
	گروه	۱۵۷/۶۶	۱	۱۵۷/۶۶	۳۰/۰۵	۰/۰۰۰۱	۰/۵۵	۱/۰۰
	خطا	۱۲۵/۸۸	۲۴	۵/۲۴				

سلامت روانی	پیش آزمون	۱۸/۰۰	۱	۱۸/۰۰	۳/۰۱	۰/۰۹۶	۰/۱۱	۰/۳۸۴
	گروه	۹۴/۳۶	۱	۹۴/۳۶	۱۵/۷۸	۰/۰۰۱	۰/۴۰	۰/۹۶۸
	خطا	۱۴۳/۴۹	۲۴	۵/۹۷				
سلامت روابط	پیش آزمون	۴۸/۳۷	۱	۴۸/۳۷	۵۷/۴۷	۰/۰۰۰۱	۰/۶۹	۱/۰۰
	گروه	۱۵/۵۴	۱	۱۵/۵۴	۱۷/۵۰	۰/۰۰۰۱	۰/۴۲	۰/۹۸۰
	خطا	۲۱/۳۱	۲۴	۰/۸۸۸				
سلامت محیط	پیش آزمون	۱۸۷/۳۱	۱	۱۸۷/۳۱	۳۹/۱۴	۰/۰۰۰۱	۰/۶۲	۱/۰۰
	گروه	۱۴۸/۲۹	۱	۱۴۸/۲۹	۳۰/۹۸	۰/۰۰۰۱	۰/۵۶	۱/۰۰
	خطا	۱۱۴/۸۵	۲۴	۴/۷۸				

همان طوری که در جدول ۸ مشاهده می شود با کنترل پیش آزمون بین بیماران مبتلا به MS گروه های آزمایش و گروه گواه از لحاظ کیفیت زندگی در زمینه سلامت جسمانی تفاوت معنی داری مشاهده می شود ($p < 0/0001$ و $F=3/05$). به عبارت دیگر، روان درمانی مبتنی بر شادی با توجه به میانگین کیفیت زندگی در زمینه سلامت جسمانی بیماران مبتلا به MS گروه آزمایش در پس آزمون نسبت به میانگین بیماران مبتلا به MS گروه گواه، موجب افزایش کیفیت زندگی در زمینه سلامت جسمانی گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با $0/55$ می باشد، به عبارت دیگر، ۵۵ درصد تفاوت های فردی در نمرات پس آزمون کیفیت زندگی در زمینه سلامت جسمانی مربوط به تأثیر روان درمانی مبتنی بر شادی (عضویت گروهی) می باشد. توان آماری برابر با $1/00$ است، به عبارت دیگر، امکان خطای نوع دوم وجود نداشته است. همچنین با کنترل پیش آزمون بین بیماران مبتلا به MS گروه های آزمایش و گروه گواه از لحاظ کیفیت زندگی در زمینه سلامت روانی تفاوت معنی داری وجود دارد ($p < 0/0001$ و $F=15/78$). به عبارت دیگر، روان درمانی مبتنی بر شادی با توجه به میانگین کیفیت زندگی در زمینه سلامت روانی بیماران مبتلا به MS گروه آزمایش در پس آزمون نسبت به میانگین بیماران مبتلا به MS گروه گواه، موجب افزایش کیفیت زندگی در زمینه سلامت روانی گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با $0/40$ می باشد، به عبارت دیگر، ۴۰ درصد تفاوت های فردی در نمرات پس آزمون کیفیت زندگی در زمینه سلامت روانی مربوط به تأثیر روان درمانی مبتنی بر شادی (عضویت گروهی) می باشد. توان آماری برابر با $0/968$ است، به عبارت دیگر، اگر این پژوهش ۱۰۰۰ مرتبه تکرار شود فقط ۵ مرتبه ممکن است فرضیه صفر اشتباهاً تأیید شود. با کنترل پیش آزمون بین بیماران مبتلا به MS گروه های آزمایش و گروه گواه از لحاظ کیفیت زندگی در زمینه سلامت روابط اجتماعی تفاوت معنی داری مشاهده می شود ($p < 0/0001$ و $F=17/50$). به عبارت دیگر، روان درمانی مبتنی بر شادی با توجه به میانگین کیفیت زندگی در زمینه سلامت روابط اجتماعی بیماران مبتلا به MS گروه آزمایش در پس آزمون نسبت به میانگین بیماران مبتلا به MS گروه گواه، موجب افزایش کیفیت زندگی در زمینه سلامت روابط اجتماعی گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با $0/42$ می باشد، به عبارت دیگر، ۴۲ درصد تفاوت های فردی در نمرات پس آزمون کیفیت زندگی در زمینه سلامت روابط اجتماعی مربوط به تأثیر روان درمانی مبتنی بر شادی (عضویت گروهی) می باشد. توان آماری برابر با $0/980$ است، یعنی اگر این پژوهش ۱۰۰۰ مرتبه تکرار شود فقط ۲۰ مرتبه ممکن است فرضیه صفر اشتباهاً تأیید شود. با کنترل پیش آزمون بین

بیماران مبتلا به MS گروه های آزمایش و گروه گواه از لحاظ کیفیت زندگی در زمینه سلامت محیط تفاوت معنی داری وجود دارد ($F=30/98$ و $p<0/001$). به عبارت دیگر، روان درمانی مبتنی بر شادی با توجه به میانگین کیفیت زندگی در زمینه سلامت محیط بیماران مبتلا به MS گروه آزمایش در پس آزمون نسبت به میانگین بیماران مبتلا به MS گروه گواه، موجب افزایش کیفیت زندگی در زمینه سلامت محیط گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با $0/56$ می باشد، به عبارت دیگر، 56 درصد تفاوت های فردی در نمرات پس آزمون کیفیت زندگی در زمینه سلامت محیط مربوط به تأثیر روان درمانی مبتنی بر شادی (عضویت گروهی) می باشد. توان آماری برابر با $1/00$ است، به عبارت دیگر، امکان خطای نوع دوم وجود نداشته است.

جدول ۹: نتایج تحلیل کواریانس یک راهه در متن مانکوا بر روی میانگین نمرات پس آزمون امیدواری بیماران مبتلا به

MS گروه های آزمایش و گواه با کنترل پیش آزمون

منبع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معنی داری p	مجذور اتا	توان آماری
پیش آزمون	۵۹۸۳/۰۶	۱	۵۹۸۳/۰۶	۱۰۱/۲۳	۰/۰۰۰۱	۰/۸۰	۱/۰۰
گروه	۱۲۱۳/۹۹	۱	۱۲۱۳/۹۹	۲۰/۵۴	۰/۰۰۰۱	۰/۴۵	۰/۹۹۲
خطا	۱۴۷۷/۵۲	۲۵	۵۹/۱۰				

همان طوری که در جدول ۹ نشان داده شده است با کنترل پیش آزمون بین بیماران مبتلا به MS گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ امیدواری تفاوت معنی داری وجود دارد ($F=20/54$ و $p<0/001$). بنابراین فرضیه دوم تأیید می گردد. به عبارت دیگر، روان درمانی مبتنی بر شادی با توجه به میانگین امیدواری بیماران مبتلا به MS گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه گواه، موجب افزایش امیدواری گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با $0/45$ می باشد، به عبارت دیگر، 45 درصد تفاوت های فردی در نمرات پس آزمون امیدواری مربوط به تأثیر روان درمانی مبتنی بر شادی (عضویت گروهی) می باشد. توان آماری برابر با $0/992$ است، به عبارت دیگر، اگر این پژوهش 1000 مرتبه تکرار شود فقط 8 مرتبه ممکن است فرضیه صفر اشتباهاً تأیید شود.

جدول ۱۰: نتایج تحلیل کواریانس یک راهه در متن مانکوا بر روی میانگین نمرات پس آزمون شفقت خود بیماران مبتلا به

MS گروه های آزمایش و گواه با کنترل پیش آزمون

منبع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معنی داری p	مجذور اتا	توان آماری
پیش آزمون	۴۳۵/۷۰	۱	۴۳۵/۷۰	۲۰/۵۷	۰/۰۰۰۱	۰/۴۵	۰/۹۹۲
گروه	۵۶۸/۱۴	۱	۵۶۸/۱۴	۲۶/۸۳	۰/۰۰۰۱	۰/۵۲	۰/۹۹۹
خطا	۵۲۹/۳۶	۲۵	۲۱/۱۷				

همان طوری که در جدول ۱۰ - ۴ نشان داده شده است با کنترل پیش آزمون بین بیماران مبتلا به MS گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ شفقت خود تفاوت معنی داری وجود دارد ($F=26/83$ و $p<0/001$). به عبارت دیگر، روان درمانی مبتنی بر شادی با توجه به میانگین شفقت خود بیماران مبتلا به MS گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه گواه، موجب کاهش شفقت خود گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با $0/52$ می باشد، به عبارت دیگر، 52 درصد تفاوت های فردی

در نمرات پس آزمون شفقت خود مربوط به تأثیر روان درمانی مبتنی بر شادی (عضویت گروهی) می باشد. توان آماری برابر با ۰/۹۹۹ است، به عبارت دیگر، اگر این پژوهش ۱۰۰۰ مرتبه تکرار شود فقط ۱ مرتبه ممکن است فرضیه صفر اشتباهاً تأیید شود.

بحث و نتیجه گیری

نتایج نشان داد با کنترل پیش آزمون بین بیماران مبتلا به MS گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ کیفیت زندگی تفاوت معنی داری وجود دارد ($p < ۰/۰۰۱$ و $F = ۳۹/۶۳$). به عبارت دیگر، روان درمانی مبتنی بر شادی با توجه به میانگین کیفیت زندگی بیماران مبتلا به MS گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه گواه، موجب افزایش کیفیت زندگی گروه آزمایش شده است. در تبیین این یافته ها می توان اظهار داشت که ماهیت ناتوان ساز بیماری ام اس که زندگی فردی، اجتماعی، شغلی و سلامت جسمی و روانی بیمار را شدیداً تحت تأثیر قرار می دهد، هم از نقطه نظر خود بیمار به دلیل نگرانی های جدی مربوط به بیماری حائز اهمیت است و هم از دیدگاه متخصصان و پژوهشگران که همچنان مغلوب ابهام ها و ناتوانایی های نظری و عملی در زمینه های شناخت بیماری، مخصوصاً علت شناسی، پیشگیری، پیش آگهی و درمان این بیماری هستند. بر اساس دیدگاه وینهوون (۱۹۸۸) شادی به قضاوت فرد از درجه یا میزان مطلوبیت کیفیت کلی زندگی اطلاق می گردد و شادی به این معناست که فرد چقدر زندگی خود را دوست دارد، به عبارتی شادی عبارت است از ارزشیابی مثبت افراد از خود و زندگیشان، از طرفی

روان درمانی مبتنی بر شادی بر افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به MS تأثیر مثبتی داشته باشد. در ادامه به تفکیک خرده متغیرهای کیفیت زندگی و اثر روان درمانی مبتنی بر شادی، تبیین می گردد. با توجه به اساس فیزیولوژیکی احساس شادی، می توان اظهار داشت که شادی واکنشی است برای تخلیه هیجانات و در واقع از طریق احساس شادی، انرژی ذخیره شده ناشی از شرایط مختلف مانند کنترل محیط، کنترل ذهن فرد و حوادث زندگی از ذهن و بدن تخلیه می شود، پژوهش های کروز و لندرز (۲۰۲۰) نشان می دهد درحالی که افسردگی به دستگاه ایمنی بدن در برابر بیماری ها آسیب می رساند، شادی با کاهش کورتیزول، افزایش هموگلوبین، افزایش فعالیت سلول های کاهنده درد و افزایش سیتوکینین، دستگاه ایمنی را تقویت می کند و باعث ترشح هورمون دوپامین^۸ (هورمون شادی و سرخوشی) در بدن می شود و سبب می شود که فرد احساس سرخوشی و آسودگی نماید و بر جسم او نیز اثر مستقیم دارد؛ از طرفی دیگر آنچه به بعد جسمانی کیفیت زندگی مربوط می شود، بصورت احساس سلامتی و تندرستی، عدم احساس نیاز به داروهای تقویتی، عدم احساس ضعف و سستی، عدم احساس بیماری، عدم سردرد، عدم احساس فشار به سر، عدم احساس داغ شدن و سرد شدن، از نشانه های جسمانی کیفیت زندگی مطلوب هستند و با مداخله روان درمانی مبتنی بر شادی، احساسات مثبت تری را فرد تجربه می کند و طبیعتاً از نظر جسمی نیز انرژی بیشتری را دارا خواهد بود؛ بنابراین می توان پذیرفت که روان درمانی مبتنی بر شادی بر افزایش کیفیت زندگی در زمینه سلامت جسمانی بیماران مبتلا به MS تأثیر مثبتی دارد.

در تبیین این یافته می توان گفت که سلامت روانی، قدرت آرام زیستن و با خود و دیگران در آرامش و سازگاری و صلح بودن، آگاهی از درون و احساسات خویشتن، قدرت تصمیم گیری در بحران ها و مقابله با فشارهای زندگی است. شخص سالم از کار و زندگی و کیفیت زندگی خود احساس رضایت می کند، از طرفی دیگر مداخله درمانی مبتنی بر شادی نیز باعث کاهش واکنش های منفی روانشناختی از قبیل خشم، خصومت، اضطراب و افزایش حالت های هیجانی مثبت از قبیل آرامش، نگرش مثبت، بهزیستی کلی و تقویت احساس در صلح بودن با خود و جهان بیرونی در فرد گشته و کیفیت زندگی در زمینه سلامت

^۸ Dopamine

روانی را تقویت می کند؛ بنابراین قابل قبول است که روان درمانی مبتنی بر شادی بر افزایش کیفیت زندگی در زمینه سلامت روانی بیماران مبتلا به MS تأثیر مثبتی دارد. در تبیین این یافته می توان گفت که با استناد به دیدگاه مازلو (۱۹۸۱)، روابط اجتماعی در سطح سوم نیازهای اساسی انسان مطرح می شود و بیانگر نیاز انسان به احساس تعلق و محبت و روابط اجتماعی می باشد، چرا که انسان موجودی اجتماعی است و هنگامی که نیازهای اجتماعی اوج می گیرد، آدمی برای روابط معنی دار با دیگران، سخت می کوشد؛ این مسئله بخوبی در زمینه سلامت روابط اجتماعی به عنوان یکی از مهم ترین ابعاد کیفیت زندگی از سوی (۲۰۰۰) انعکاس یافته است، سلامت روابط اجتماعی به معنای توانایی در ایجاد و حفظ روابط مطلوب اجتماعی، داشتن عملکرد موفق شغلی و تحصیلی، حل موفق مشکلات در روابط بین فردی و خانوادگی و ... می باشد که لازمه ی این توانایی ها داشتن روحیه مثبت است، از طرفی دیگر مداخله درمانی مبتنی بر شادی با آموزش صمیمیت، خوش بینی، تفکر مثبت، باعث بهبود نگرش نسبت به خود، محیط و روابط اجتماعی می گردد؛ بنابراین معقولانه است که بپذیریم روان درمانی مبتنی بر شادی بر افزایش کیفیت زندگی در زمینه سلامت روابط اجتماعی بیماران مبتلا به MS تأثیر مثبت دارد. سلامت محیطی بیشتر معطوف به حفظ آراستگی و بهداشت ظاهری، رعایت بهداشت محیط فیزیکی پیرامون، داشتن تفریحات سالم و ... اشاره دارد، از طرفی در پژوهشی مایرز (۲۰۰۴) نشان داد که مداخله درمانی مبتنی بر شادی، واکنش های منفی هیجانی را کاهش و حالت های مثبت را در منش افراد افزایش می دهد و هیجانات مثبت ناشی از این امر می تواند در درمان نشانگان ظاهری افراد دچار افسردگی، مانند عدم آراستگی و رعایت بهداشت و نظافت شخصی مؤثر باشد، با اشاره به این نکته که داشتن ارزیابی مثبتی از وضعیت محیطی که فرد در آن زندگی می کند در مقابل حالتی که این ارزیابی منفی است یا برای فرد تفاوتی ندارد که آیا محیط پیرامونش مطبوع است یا خیر، می توان گفت که شادی و هیجان مثبت ناشی از مداخله درمانی مبتنی بر شادی، می تواند باعث ایجاد سرزندگی و در اولویت قرار دادن تفریحات سالم همچون ورزش، رعایت بهداشت محیط فیزیکی و پیراستگی ظاهری در فرد شود، بنابراین قابل قبول است که بگوییم روان درمانی مبتنی بر شادی بر افزایش کیفیت زندگی در زمینه سلامت محیط بیماران مبتلا به MS تأثیر مثبتی دارد.

نتایج نشان داد با کنترل پیش آزمون بین بیماران مبتلا به MS گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ امیدواری تفاوت معنی داری وجود دارد. به عبارت دیگر، روان درمانی مبتنی بر شادی با توجه به میانگین امیدواری بیماران مبتلا به MS گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه گواه، موجب افزایش امیدواری گروه آزمایش شده است. در تبیین این یافته می توان گفت با استناد به دیدگاه اشنايدر (۱۹۹۱؛ نقل از رضا زاده، ۱۳۷۶) که نبود انگیزه های شادکامی و رویارویی با رویدادهای سخت و دشوار منجر به بروز ناامیدی و افسردگی در فرد می شود و ناامیدی حالت تکان دهنده ای است که با احساس عدم امکان توانایی و بی علاقهگی به زندگی آشکار می شود؛ در عین حال امیدواری به معنای احساس امکان داشتن و ممکن بودن هر چیز غیرممکن، قبول داشتن تمامیت خود، زیستن به طور سالم و داشتن یک زندگی با مفهوم می باشد، از سوی دیگر مداخله درمانی مبتنی بر شادی، هیجانات مثبت، امید به موفقیت، سطوح فعالیت اجتماعی، روابط مثبت با دیگران، هدفمند بودن از زندگی، رشد شخصی، دوست داشتن دیگران و طبیعت (که از اجزای شاد می باشند) را تقویت نماید و با کاهش هیجانات منفی از قبیل افسردگی و ناامیدی، فرد را نسبت به توانایی های خود آگاهی داشته تا در مواجهه با موقعیت های گوناگون، به تنظیم و مدیریت صحیح احساسات خود بپردازند؛ بنابراین می توان پذیرفت که روان درمانی مبتنی بر شادی بر افزایش امیدواری بیماران مبتلا به MS تأثیر مثبتی دارد.

نتایج نشان داد با کنترل پیش آزمون بین بیماران مبتلا به MS گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ شفقت خود تفاوت معنی داری وجود دارد. به عبارت دیگر، روان درمانی مبتنی بر شادی با توجه به میانگین شفقت خود بیماران مبتلا به MS گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه گواه، موجب کاهش شفقت خود گروه آزمایش شده است. در تبیین این یافته می توان گفت که شفقت به خود، به طور طبیعی حساسیت فرد نسبت به سلامت دیگران را افزایش می دهد، زیرا فرد تجارب خود را در راستای تجارب نوع انسان می بیند. او در اینجا متوجه می شود که ناراحتی، ناکامی و کمبودها بخشی از ویژگی عمومی همه انسان هاست و او هم یکی از آنان است، بنابراین نتیجه می گیرد که مهربانی و شفقت ارزشمند است. زمانی که می پذیریم انسانی

هستیم که به کل انسان ها تعلق و وابستگی داریم، دیگر نیازی به مقایسه خود نسبت به دیگران که بهتر یا بدتر هستیم، نداریم. پس عامل کلیدی در جریان رشد همدلی، تربیت شفقت به خود است که به طور طبیعی از طریق مراقبه یا ذهن آگاهی بدست می آید. رشد شفقت به خود و دیگران، راهبردی برای افزایش سلامتی و خوشبختی تلقی می شود که با هدف ارتقا سلامتی در تمرین های بودایی برای هزاران سال رونق داشته است. احساس مراقبت پذیرش و دارا بودن نوعی حس تعلق و وابستگی به دیگران، پایه ای برای بلوغ روانی و خوشبختی است (سعیدیان، ۱۳۹۶). گیلبرت (۲۰۱۰) معتقد است: با شفقت به خود، می توان بر خوشبختی و سلامت خود و روابط اجتماعی اثر گذاشت. فردریکسون (۲۰۰۹) یکی از پژوهشگران روان شناسی مثبت گرا از مداخله «مراقبه عشق - شفقت» نام می برد. هدف این مداخله تقویت هیجانات مثبت بویژه در زمینه ارتباطات است. این رویکرد نوعی راهبرد عملی به منظور افزایش احساسات گرم و لطف و مهربانی در حق خود و دیگران است این رویکرد همچون مراقبه ذهن آگاهی، از تمرین های تربیت ذهن بودایی الهام گرفته است. در تصویرسازی ذهنی هدایت شده، بیمار ابتدا این گرمی و شفقت را در خود خلق می کند و سپس آن ها را به سمت دیگران به جریان می اندازد (ابتدا نسبت به افراد آشنا، سپس غریبه ها و در نهایت حتی به سمت افرادی که با آن ها روابط منفی دارد. در حالی که بسیاری از نظریه های روان شناختی بر این فرض تأکید دارند که افراد اساساً علاقمند به خود هستند و توجه بیش از حدی به خودشان دارند تا به دیگران، اما تجارب بالینی نشان می دهد که افراد دارای آسیب روانی اغلب نسبت به خود سخت گیرتر و نامهربان تر برخورد می کنند تا نسبت به دیگران و حتی غریبه ها. بنابراین ضرورت دارد، این افراد نگاهی دلسوزانه و مهربانانه نسبت به خود و موقعیت خود داشته باشند. با شفقت، فرد بهتر می تواند سلامت هیجانی مورد نیاز خود را بدون ترس از محکومیت خود فراهم کند. و این امر به فرد فرصتی می دهد تا خود را بهتر درک کند و افکار، هیجانات و رفتارهای ناسازگار خود را اصلاح کند. یقیناً مراقبت درونی برای دلسوزی، انگیزش فرد را برای رشد و تغییر تقویت می کند. شفقت به خود نوعی حالت هیجانی مثبت را نسبت به خود فراهم می کند که در آن فرد نسبت به خود احساس مهربانی و مراقبت بیش تری می کند. این رویکرد به انگیزش رفتار مثبت و سازنده کمک می کند و فرد را در برابر ناتوان سازی، ضعف و خود قضاوتی منفی همچون اضطراب و افسردگی محافظت می کند. «شفقت به خود» ممکن است از لحاظ مهارت برخورد با استرس با خود تنظیمی در ارتباط باشد. شفقت به خود نوعی نگرش مثبت هیجانی است که فرد را در مقابل پیامدهای منفی خود قضاوتی، تنهایی و نشخوار گری همچون افسردگی، مراقبت می کند (کرد، ۱۳۹۵). بنابراین می توان پذیرفت که روان درمانی مبتنی بر شادی بر کاهش شفقت خود بیماران مبتلا به MS تأثیر مثبتی دارد.

منابع

۱. آرگایل، میکی (۱۹۹۵). روانشناسی شادی. ترجمه یدالله گوهری (۱۳۹۹). اصفهان: انتشارات جهاد دانشگاهی.
۲. آزادحسینی، رضا (۱۳۹۶). آسیب شناسی روانی. تهران: انتشارات بعثت.
۳. آقاباقری، حسنا؛ محمدخانی، پروانه؛ عمرانی؛ سارا؛ فرهنگ، وحید. (۱۴۰۱). اثربخشی گروه درمانی شناختی مبتنی بر حضور ذهن برافزایش بهزیستی ذهنی و امید بیماران مبتلا به ام اس، روان شناسی بالینی، سال چهارم، شماره ۳۲-۱: ۲۳.
۴. آیزینگ، موس (۱۹۹۶). همیشه شاد باش. ترجمه زهرا چلونگر (۱۳۹۷). تهران: انتشارات نسل نو اندیش.
۵. آقای فیشانی، حسین (۱۳۹۷). خلاقیت و نوآوری در انسان ها و سازمان ها. تهران: انتشارات ترمه.
۶. اتکینسون، ریتا، ل، ریچارد، س؛ هیلگارد، ارنست. ر. (۱۹۹۸) زمینه روان شناسی (جلد اول و دوم) ترجمه محمد تقی براهانی، سعید شاملو، یوسف کریمی، کیانوش هاشمیان (۱۳۸۱). تهران. انتشارات رشد، چاپ هشتم.
۷. احمدی پور، الهه. جرفی، حمزه (۱۳۹۷). مقایسه احساس تنهایی زنان ورزشکار و غیر ورزشکار شهرستان کرمانشاه. پایان نامه کارشناسی، روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمانشاه.
۸. افصلی، رضا (۱۴۰۲). اثر بخشی روان درمانی مبتنی بر شادی بر افزایش کیفیت زندگی و کاهش استرس بیماران مبتلا به MS کرمانشاه. پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه شهید چمران کرمانشاه.

۹. انصاری، مجتبی (۱۴۰۱). عنوان بررسی تأثیر برنامه‌ی روان درمانی مبتنی بر شادی بر میزان کیفیت زندگی سالمندان ساکن در مجتمع خدمات بهزیستی معلولین و سالمندان شهید هاشمی نژاد تهران. فصلنامه اندیشه و رفتار، سال بیستم، شماره ۲، صص: ۲۱-۲۵.
۱۰. اسلامی نسب، علی (۱۳۹۹). روان‌شناسی اعتماد به نفس. تهران: مهرداد.
۱۱. استورا، نجمین. (۱۹۹۱). تنیدگی یا استرس. مترجم پریخ دادستان (۱۳۷۷). تهران: انتشارات رشد
۱۲. بزرگیان، رامش (۱۳۹۹). بررسی رابطه فرا شناخت، کمال‌گرایی و خود کارآمدی با شفقت خود در دانشجویان دانشگاه آزاد کرمانشاه: پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی کرمانشاه.
۱۳. پرند، محمد (۱۳۹۹). بررسی اثر مداخله روان درمانی مبتنی بر شادی بر کیفیت زندگی دانشجویان دختر ورزشکار دانشگاه علوم کشاورزی و منابع طبیعی گرگان. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده تربیت بدنی و علوم ورزش، دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرگان.
۱۴. جوادی، هادی (۱۴۰۲). تأثیر روان درمانی مبتنی بر شادی بر شفقت خود در بیماران مبتلا به MS مرد کرمانشاه. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه شهید چمران.
۱۵. جوادی، سارا (۱۳۹۵). رابطه‌ی باورهای دنیای عادلانه با سلامت عمومی، رضایت از زندگی، عاطفه مثبت و منفی و افکار خودکارآمد، پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد واحد خوراسگان.
۱۶. حارث آبادی مهدی، کریمی مونقی حسین، فروغی پور محسن، مظلوم سیدرضا. (۱۳۹۹). کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس، مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، دوره ۲، شماره ۴ (پیاپی ۶).
۱۷. حسینی، رسول (۱۳۹۵). در پژوهشی تحت عنوان بررسی رابطه امید به زندگی و سازگاری اجتماعی را در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمانشاه، پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمانشاه.
۱۸. حمایت، حامد (۱۴۰۰). بررسی و مقایسه میزان شادکامی دانشجویان دختر ورزشکار و غیرورزشکار دانشگاه تهران (دولتی - پیام نور). پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده تربیت بدنی و علوم ورزش، دانشگاه شهید بهشتی تهران.
۱۹. خداپناهی، مریم؛ با عزت، فریبا؛ شهیدی، سمیرا؛ وحیدی، مریم (۱۳۹۹) نقش راهبردهای شناختی و انگیزش در پیشرفت تحصیلی و کاهش مشکلات روانشناختی دانشجویان. مجله روان‌شناختی. ۴(۴). صص: ۳۳۱.
۲۰. خواجه پور، سمیرا (۱۴۰۰). مطالعه اثر مداخله روان درمانی مبتنی بر شادی در امیدواری دانشجویان پسر ورزشکار دانشگاه گیلان. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده تربیت بدنی و علوم ورزش، دانشگاه گیلان.
۲۱. دبیری، سولماز؛ دلاور، علی (۱۴۰۱). بررسی رابطه خشنودی شغلی و کیفیت زندگی در معلمان ابتدایی شهرستان تهران، فصلنامه خانواده پژوهشی، سال هشتم، شماره ۳۰.
۲۲. درخشان، میترا (۱۴۰۱). بررسی اثر مداخله روان درمانی مبتنی بر شادی مدیران ورزشکار تهران. پایان نامه‌ی کارشناسی ارشد. دانشگاه علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه شهید بهشتی.
۲۳. درویش پور کاخکی، علی (۱۳۹۹). کیفیت زندگی و ابزار اندازه‌گیری سازمان بهداشت جهانی، نشریه کیفیت زندگی، شماره ۲، ۲۵-۲۲.
۲۴. دیناری، علی (۱۴۰۲). تأثیر روان درمانی مبتنی بر شادی بر امیدواری بیماران مبتلا به MS کرمانشاه. پایان نامه کارشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمانشاه.
۲۵. رضائی، اکبر (۱۴۰۲). تأثیر روان درمانی مبتنی بر شادی بر امیدواری و اعتماد به نفس دانشجویان ورزشکار و غیرورزشکار. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه تربیت مدرس.
۲۶. زندیه، فریبرز (۱۴۰۰). بیماری آسم و چگونگی برخورد با آن در منزل، اصفهان: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان.

۲۷. ساعتچی، محمود (۱۳۹۸). نظریه های روانشناسی. تهران: انتشارات نگاه.
۲۸. سهرابی، فرهاد، جعفری فرد، سجاد، زارعی، سپیده، اسکندری، حمزه. (۱۴۰۲). اثربخشی گروه درمانی شناختی مبتنی بر کاهش استرس برافزایش بهزیستی بیماران مبتلا به ام اس، مطالعه موردی، مجله روان شناسی بالینی، سال چهارم، شماره ۴: ۳۹-۳۱.
۲۹. شولتز، دوان پی؛ شولتز، سیدنی آلن (۱۹۹۸). نظریه های شخصیت. ترجمه یحیی سید محمدی (۱۳۷۷). تهران: نشر ویرایش.
۳۰. صبوری مقدم، حمید؛ براهنی، محمد (۱۳۷۶) تأثیر منبع کنترل و امکان مهار استرس بر عملکرد یادگیری فرد، پژوهش های روانشناختی، ۴ (۴ و ۳)، ۴۳.

۱. Argyle, M, & Martin, M.lu.l (۱۹۹۵). Testing for stress and happiness. the role of social and cognitive factors. Inc. D. spilberger& sarason (EDS),strees and emotion(pp.۱۷۳-۱۸۷) Washington: Taylor.
۲. Argyle, M (۲۰۰۶). Causes and correlates of happiness. IND. kahenman. E Diner & N.
۳. Argyle, M. (۲۰۰۱). The psychology of happiness London: Routledge.
۴. Bridges, I, Margie, N.G & Zaff, J.F (۲۰۰۲) Background for community level work on emotional well-being in Adolescence: Reviewing the literature on contributing factors. [Http://www.childrens.org/ files/ kemptonal. PDF](http://www.childrens.org/files/kemptonal.PDF).
۵. Brown, Robert. M. (۲۰۲۰).The development of family violence as a field of study and contributors to family and community violence among low-income fathers Original Research Article Aggression and Violent Behavior, Volume ۷, Issue ۵, September–October ۲۰۲۰, Pages ۴۹۹-۵۱۱.
۶. Buss, D.M (۲۰۰۸)The evolution of happiness. American psychologist, ۵۵(۱), ۱۵ -۲۳.
۷. Cohen, M.A. (۲۰۱۶) Emotion: Happiness unpacked: positive Emotions in crease life.
۸. Crews. D. A & Landers. D.M. (۲۰۲۰). "Ameta- analytic review of aerobic Fitness and reactivity to Psychosocial stressors", medicine and scinece in sports and Exercise, Vol ۱۹. Pages ۱۱۴-۱۲۰.
۹. Crisne.P.T. (۲۰۰۳). Revised NEO pewsonality Inventory (NEO-PR-I) and the five factor inventory (NEO-FFI); professional Manul psychological Asse۳۵ ment Resources, Odessa, FL.
۱۰. Dessler, K.G. (۲۰۰۲). Priming a New Identity: Self Monitoring Moderates the Effects of Nonself Primes on Self- Judgments and Behavior "Journal of Personality and Social Psychology, ۸۹, No. ۵:۶۵۷-۶۷۱.
۱۱. Diner, E. (۲۰۰۵). Personality, culture and subjective well-being emotional and cognitive evaluation of life. Annual Reviews psychology,۵۴, ۴۰۳-۴۱۸.
۱۲. Freedman, R (۲۰۰۲) Health psychology, New York tims.
۱۳. Freedman, J. (۲۰۲۱) Happy people: what happiness is, who has it, and why. New York: Harcourt. Brace Jovanovich.
۱۴. Georgios. k & Stefan szymanski August. (۲۰۲۱). The widely proclaimed economic benfits of hostina maior sportina events have Ins.
۱۵. Grants. S, Todd. K, Aitchison. P, Stoddart, K, Stoddart. D. (۲۰۲۱). "The effect of a ۱۲-week psychotherapy is based on happiness on physiological and psychological variables and function in overweight women". Public Health, Vol ۱۱۸, Page ۳۱-۴۲.
۱۶. Kate Hays. P. (۲۰۲۲). Happiness, introversion- extraversion and happy introverts, Personality and Individual Differences, ۳۰, ۵۹۵-۶۰۸.

۱۷. Lachman, M.E, Weaver, S.L (۲۰۰۳). The sense of control as a moderator of social class differences on health and well-being. *Journal of personality and social psychology*, ۷۱, (۳), ۷۶۳-۷۷۳.
۱۸. Larry, W. H (۲۰۰۹). The Effects of Different conflict Management styles on Job satisfaction in Rural Healthcare settings. *Economic and Business Journal. Inquiries and perspectives*, volume number.
۱۹. Lazarus, R. S. (۱۹۹۳). *Coping theory and research: past, present, and future*.
۲۰. Lazarus, R.S., Folkman, S. (۱۹۸۴). *Stress. appraisal and coping*. New York: Springer.
۲۱. Lupri, E, Freideres, J. (۲۰۰۹). *Happiness: what studies on twins show us about nature and happiness set point?* New York: Golden Books.
۲۲. Fabio, Sabatini, May (۲۰۲۱), The relationship between happiness and health: evidence from Italy. ۲۱, ۲۰۰-۲۰۶.
۲۳. Marian Di Giacinto, Francesco Ferrante, and Domenico Vistocco, June (۲۰۲۱), paper prepared for the international conference, policy for Happiness Siena.
۲۴. Maraki. M. Tsofliou. F, Pitsiladis Y. P, Malkova. D. (۲۰۲۱), "The effect of psychotherapy is based on happiness on quality of life, hope and mood", *Appetite Journal*, Vol ۴۵ pages ۲۷۲-۲۷۸.
۲۵. McNally, L. M. (۲۰۰۲), A longitudinal analysis of the association between emotion regulation, job satisfaction, and intentions to quit. *Journal of Organizational Behavior*. doi.
۲۶. Muller, C. W. (۲۰۰۳). Determinants of employee job satisfaction, *Journal of Human Relations*. ۴۶ (۸), ۲۲۵-۲۲۸.
۲۷. Myers, D.G. (۲۰۰۴). *Happiness. Excerpted From Psychology. ۷th edition*. New York: Worth Publishers.
۲۸. Perry, A. C. (۲۰۲۰). The effects of an exercise physiology program on physical fitness variables, body satisfaction, and physiology knowledge. *The Journal of Strength and Conditioning Research*, ۱۶:۲۱۹-۲۲۶.
۲۹. Porter, E.L. (۲۰۲۱). *Gestalt therapy integrated*. New York: Brunner/Mazel.
۳۰. Searpello, J. (۲۰۰۵). Job satisfaction are all the parts there? *Personal Psychology*. ۲۶, ۵۷۷-۶۰۰.

Abstract

The purpose of this research was the effectiveness of psychotherapy based on happiness on quality of life, hope and self-compassion in patients with MS in Kermanshah city in ۱۴۰۳. The research method is a semi-experimental field type with a pre-test and post-test with an experimental group and a control group. The statistical sample included ۳۰ people (۱۵ people in the experimental group and ۱۵ people in the control group) from patients with MS in Kermanshah city. Available were selected. The research tools included the WHO Quality of Life Questionnaire (۲۰۰۶), Miller's Hope Questionnaire (۱۹۹۸) and Neff's Self-Compassion Questionnaire (۲۰۰۳). Descriptive statistics, Levin's test, Kolmogorov-Smirnov test, univariate analysis of covariance (ANCOVA), multivariate covariance analysis (MANCOVA), Pearson's correlation coefficient, and Cronbach's alpha methods were used to calculate the reliability coefficients of the research instrument. Subjects in the experimental group underwent ۱۱ ۴۵-minute sessions of happiness-based psychotherapy, but the control group did not receive any intervention. The results showed that happiness-based psychotherapy has a positive effect on the quality of life in the fields of physical health, mental health, social relationship health, and environmental health; Also, happiness-based psychotherapy has a positive effect on increasing the hope and self-compassion of MS patients.

Keywords: psychotherapy based on happiness, quality of life, hope, self-compassion