

Research Article

The effectiveness of an intervention based on multidimensional spiritual therapy on hope and happiness in patients with multiple sclerosis (MS).

Authors

Mohammad reza Ahmadi¹, Hamid Faraji^{2*}, محمد محمد حسين آياشم³

1. Associate Professor, Department of Psychology, Imam Khomeini Educational and Research Institute, Qom, Iran. m.r.ahmadi@iki.ac.ir 0009-0007-2410-2799

2. M.Sc. in General Psychology, Department of Psychology, Imam Hussein (AS) Specialized Center, Shiraz, Iran (Corresponding Author) h.hamid.farajiqwe@gmail.com 0009-0006-5450-9488

3. PhD student in Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran. Mh.Ayashm72@Tabrizu.ac.ir 0009-0001-1980-6050

Abstract

Receive Date:
00/00/0000

Accept Date:
00/00/0000



Introduction: The present study was conducted to investigate the effectiveness of multidimensional spiritual therapy intervention on hope and happiness in patients with multiple sclerosis (MS).

Methods: This study was a quasi-experimental study with a pre-test-post-test design and a control group. The population included MS patients in Shiraz who were members of the MS Association in 1403, from whom 40 people (19 women and 21 men) were selected by random sampling method and randomly divided into two experimental and control groups (20 people in each group). The experimental group received an intervention on the Jan Bozorgi multidimensional spiritual therapy model (with understanding the concept of monotheism, trust, meaning, hope, and self-regulation) during 12 60-minute sessions, while the control group did not receive any intervention. Data collection tools included the Snyder et al. (1991) Hope Information Questionnaire and the Oxford Happiness Questionnaire (1990). Data were analyzed using multivariate and univariate analysis of covariance.

Results: The results showed that the intervention significantly increased hope ($\eta^2 = 0.625$) and happiness ($\eta^2 = 0.892$) in the experimental group. The findings indicate that multidimensional spiritual therapy, as a perspective based on Islamic principles, can be an intervention for health and improve MS psychiatry.

Discussion and Conclusion: The present researcher provides evidence that the intervention on spiritual therapy, as indigenous and Islamic perspectives, is presented in improving happiness and hope in MS patients. These findings indicate that spiritual integration in medical treatments can improve the quality of life of patients and reduce the psychological burden of the disease. Given the prevalence of MS in Iran, policymakers need to pay attention to this issue in health services. This research can be a basis for national support programs and promotion of community mental health.

Keywords

multidimensional spiritual therapy, well-being, hope, multiple sclerosis (MS).

Corresponding
Author's E-mail

Hamid Faraji
h.hamid.farajiqwe@gmail.com

Extended Abstract

Introduction

Multiple sclerosis (MS) is a chronic, unpredictable autoimmune disease affecting the central nervous system, imposing significant physical disability and psychological distress, including depression, anxiety, and diminished hope and well-being. While pharmacological treatments address biological aspects, they often overlook the profound psychological and existential challenges faced by patients, necessitating complementary, holistic interventions. Within positive psychology, hope and well-being are recognized as key components of psychological capital crucial for resilience in chronic illness. Concurrently, from an Islamic worldview, spirituality provides a framework for finding meaning in suffering, viewing trials as divine tests that can foster growth and connection with God. The Multidimensional Spiritual Therapy (MDST) model, developed by Jan Bozorgi, integrates this perspective into a structured psychotherapeutic approach. It posits that activating the innate spiritual dimension—through concepts like monotheism, trust in God, meaning, hope, and self-regulation—can correct maladaptive perceptions, restore psychological balance, and enhance overall well-being. This culturally congruent model offers a promising avenue for supporting MS patients in Iran, where the disease prevalence is notably high and cultural-religious beliefs are deeply held. Therefore, this study aimed to investigate the effectiveness of a protocol-based intervention grounded in the Jan Bozorgi MDST model on enhancing hope and well-being among patients with MS.

Method

This study employed a quasi-experimental design with a pre-test-post-test and a control group. The statistical population consisted of all MS patients who were members of the Shiraz MS Association in 2024. Using convenience sampling, 40 patients (19 women and 21 men) were selected and randomly assigned to either an experimental group (n=20) or a control group (n=20). The inclusion criteria were: a confirmed MS diagnosis for at least two years, no acute psychotic symptoms or severe physical exacerbation at the time of the study, a minimum education level of high school diploma, and provision of written

informed consent. The experimental group received a 12-session (60-minute each) group intervention based on the Jan Bozorgi Multidimensional Spiritual Therapy model. Sessions focused on spiritual health, God-centeredness, the meaning of suffering, realistic religious hope, gratitude, trust in God combined with active effort, emotional regulation, family relationships, purposeful living, and spiritual mindfulness. The control group received no intervention during this period. Data collection tools included the Snyder Hope Scale (1991) and the Oxford Happiness Questionnaire (1990). The reliability of these scales was confirmed in the current study, with Cronbach's alpha coefficients of 0.81 and 0.85, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics (mean, standard deviation) and inferential statistics, specifically multivariate analysis of covariance (MANCOVA) and univariate analysis of covariance (ANCOVA), after confirming the required assumptions. Ethical considerations were strictly observed, including obtaining approval from the institutional ethics committee, ensuring confidentiality, and securing informed consent. Post-study, the intervention materials were provided to the control group.

Results

The study sample included 40 participants with a mean age of 40 years (range: 28–55), whose demographic and clinical characteristics were comparable across groups. Independent samples t-tests confirmed no significant baseline differences in well-being or hope scores between groups ($p > .05$), establishing initial equivalence. The assumptions for analysis of covariance were met.

Descriptive statistics are presented in Table 1. The experimental group showed significant score increases from pre-test to post-test, while the control group showed minimal change. Specifically, the mean well-being score in the experimental group rose from 43.05 (SD = 3.91) to 57.41 (SD = 5.09), and the mean hope score increased from 30.91 (SD = 1.59) to 41.85 (SD = 2.56). In the control group, the mean well-being score shifted slightly from 43.80 (SD = 3.60) to 43.50 (SD = 3.69), and the mean hope score remained stable from 30.65 (SD = 1.60) to 30.50 (SD = 1.76).

Table 1: Mean and Standard Deviation of happiness and Hope Scores

Variable	Group	Pre-test Mean (SD)	Post-test Mean (SD)
happiness	Experimental	43.05 (3.91)	57.41 (5.09)
	Control	43.80 (3.60)	43.50 (3.69)
Hope	Experimental	30.91 (1.59)	41.85 (2.56)
	Control	30.65 (1.60)	30.50 (1.76)

Multivariate analysis of covariance (MANCOVA) revealed a significant overall effect of the intervention on the combined dependent variables (Pillai's Trace = 0.98, $F(2, 37) = 10.98$, $p < .001$).

Separate univariate ANCOVAs confirmed significant effects for each outcome. For well-being, there was a significant group effect ($F(1, 37) = 222.08$, $p < .001$) with a very large effect size ($\eta^2 = 0.892$). For hope, there was also a significant group effect ($F(1, 37) = 44.99$, $p < .001$) with a large effect size ($\eta^2 = 0.625$). These results demonstrate that the multidimensional spiritual therapy protocol led to significant and substantial improvements in both psychological well-being and hope in the experimental group compared to the control.

Conclusion

The findings of this study provide robust evidence that a group intervention protocol based on the Jan Bozorgi Multidimensional Spiritual Therapy model is highly effective in increasing hope and well-being among patients with MS. The large effect sizes suggest that this culturally and religiously grounded approach can serve as a powerful complementary intervention alongside standard medical care. The therapy likely worked by helping patients reframe their illness within a spiritual context, fostering gratitude, realistic hope, and a sense of purpose, which collectively improved their psychological well-being. These results align with and extend previous research on the benefits of spiritually integrated therapies. However, the study has limitations, including the use of a convenience sample from a single city, which limits generalizability; the lack of a long-term follow-up to assess the sustainability of effects; and the absence of an active control group, which prevents ruling out attention or placebo effects. Future research should employ longitudinal designs with larger, more diverse samples and include active control groups (e.g., cognitive-behavioral therapy) to compare efficacy. Investigating the impact of this intervention on physiological variables such as fatigue and pain, and adapting it for online delivery, are also recommended. In conclusion, this study underscores the importance of integrating the spiritual dimension into holistic care for chronic illnesses like MS. Policymakers and healthcare providers in Iran and similar cultural contexts should consider training professionals in this approach and incorporating it into supportive care services to provide more comprehensive psychological support for patients, thereby reducing the disease's psychological burden and improving overall quality of life.

Compliance with ethical guidelines: The study was conducted in accordance with ethical principles, including obtaining approval from the relevant institutional ethics committee, securing written informed consent from all participants, and ensuring the confidentiality of their information. The study procedures also respected participants' right to withdraw from the study at any stage.

Funding: This research received no specific grant from any funding agency in the public, commercial, or not-for-profit sectors.

Conflict of interest: The authors declare no conflict of interest.

Authors' contribution: All authors contributed to the study. All authors read and approved the final manuscript.

اثربخشی مداخله مبتنی بر درمان چندبعدی معنوی بر امیدواری و شادکامی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (ام اس)

نویسندگان

محمد رضا احمدی^۱، حمید فرجی^{۲*}، محمد حسین آیشم^۳

۱. دانشیار، گروه روانشناسی، مؤسسه آموزشی و پژوهشی امام خمینی، قم، ایران m.r.ahmadi@iki.ac.ir
۰۰۰۹-۰۰۰۷-۲۴۱۰-۲۷۹۹

۲. کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی، مرکز تخصصی امام حسین ع، شیراز، ایران (نویسنده مسئول)
h.hamid.farajiqwe@gmail.com ۰۰۰۹-۰۰۰۶-۵۴۵۰-۹۴۸۸

۳. دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران
mh.ayashm72@tabrizu.ac.ir ۰۰۰۹-۰۰۰۱-۱۹۸۰-۶۰۵۰

چکیده

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی مداخله مبتنی بر درمان چندبعدی معنوی بر امیدواری و شادکامی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (ام اس) انجام شد.

روش: این مطالعه از نوع شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل بیماران مبتلا به ام اس عضو انجمن ام اس شهر شیراز در سال ۱۴۰۳ بود که از میان آنان، ۴۰ نفر (۱۹ زن و ۲۱ مرد) به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۲۰ نفر) تقسیم شدند. گروه آزمایش طی ۱۲ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای، مداخله مبتنی بر الگوی درمان چندبعدی معنوی جان بزرگی (با تمرکز بر مفاهیم توحید، توکل، معنا، امید و خودنظم جویی) دریافت کرد، در حالی که گروه کنترل هیچ مداخله‌ای نداشت. ابزارهای جمع آوری داده‌ها شامل پرسشنامه مقیاس امید اسنایدر و همکاران (۱۹۹۱) و شادکامی آکسفورد (۱۹۹۰) بودند. داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیره و تک متغیره تحلیل شدند.

نتایج: نتایج نشان داد که مداخله به طور معناداری امیدواری ($\eta^2=0/625$) و شادکامی ($\eta^2=0/892$) را در گروه آزمایش افزایش داد. یافته‌ها حاکی از آن است که درمان چندبعدی معنوی به عنوان رویکردی مبتنی بر مبانی اسلامی، می‌تواند مداخله‌ای مؤثر و مکمل در ارتقای سلامت روان بیماران ام اس باشد.

بحث و نتیجه گیری: پژوهش حاضر شواهد محکمی ارائه می‌دهد که مداخله مبتنی بر درمان چندبعدی معنوی، به عنوان رویکردی بومی و اسلامی، در ارتقای شادکامی و امیدواری بیماران ام اس مؤثر است. این یافته‌ها نشان می‌دهد که ادغام بعد معنوی در درمان‌های پزشکی می‌تواند کیفیت زندگی بیماران را بهبود بخشد و بار روانی بیماری را کاهش دهد. با توجه به شیوع ام اس در ایران، توجه سیاست‌گذاران به ادغام این رویکرد

تاریخ دریافت:

....../.../...

تاریخ پذیرش:

....../.../...



کلید واژه‌ها: درمان چندبعدی معنوی، شادکامی، امید، مولتپل اسکلروزیس (ام‌اس).

h.hamid.farajiqwe@gmail.com

حمید فرجی

پست الکترونیکی
نویسنده مسئول

مقدمه

بیماری مولتپل اسکلروزیس (MS)، یک بیماری خودایمنی مزمن است که سیستم عصبی مرکزی (CNS) را تحت تأثیر قرار می‌دهد [۱]. و سیر بالینی غیرقابل پیش‌بینی دارد [۲]. در این بیماری، سیستم ایمنی به غلاف میلین (پوشش محافظتی رشته‌های عصبی) حمله می‌کند و باعث التهاب، تخریب میلین و در نهایت آسیب عصبی می‌شود [۳]. براساس آمار بهداشت جهانی تقریباً ۲٫۹ میلیون نفر در سراسر جهان (یک نفر از هر ۳۰۰۰ نفر) به MS مبتلا هستند [۴] که از سال ۲۰۱۳ روند افزایشی پیدا کرده است [۵]. در ایران، شیوع MS حدود ۱۳۷٫۶ نفر در هر ۱۰۰ هزار نفر [۶]، و در تهران حدود ۲۵۲٫۶۵ مورد در هر ۱۰۰ هزار نفر [۷] و در شهر شیراز ۱۸۸ نفر در هر ۱۰۰ هزار نفر [۸] گزارش شده است. این بیماری عمدتاً بین سنین ۲۰ تا ۵۰ سالگی تشخیص داده می‌شود، و زنان بیش از مردان به آن مبتلا می‌گردند. [۹].

علت قطعی MS هنوز ناشناخته است [۱۰]. اما پژوهش‌ها نشان می‌دهند که ظهور آن از ترکیب آسیب‌پذیری ژنتیکی و عوامل محیطی از دوران رشد تا بزرگسالی ناشی می‌شود [۱۱]. عوامل محیطی مرتبط با استعداد ژنتیکی شامل کمبود ویتامین D، فصل تولد، مصرف دخانیات و قرارگیری در معرض ویروس اپشتین‌بار است [۱۲]. علاوه بر از دست دادن عملکردهای حرکتی، حسی و شناختی بسته به ناحیه آسیب‌دیده، افراد مبتلا به ام‌اس علائم مرتبط و متفاوتی مانند افسردگی، اضطراب، استرس، خستگی و درد را تجربه می‌کنند که بر سلامت روان آن‌ها تأثیر می‌گذارد [۱۳]. این بیماری باعث پیشرفت ناتوانی می‌شود [۱۴] و بر تمامی ابعاد کیفیت زندگی خانوادگی، شغلی، جسمی، شناختی و اجتماعی اثر می‌گذارد [۱۵]. حدود ۳۰ درصد مبتلایان از افسردگی و حداقل ۷۵ درصد از خستگی شدید رنج می‌برند [۷]. خستگی یکی از علائم شایع و ناتوان‌کننده MS است و حتی در موارد خوش‌خیم

بالینی نیز ظاهر می‌شود. بار روانی ناشی از درمان‌های طولانی‌مدت در ام‌اس بالاست [۳]. یکی از استرس‌زاترین جنبه‌های MS، نامعلوم بودن آینده آن است که علاوه بر ابعاد جسمانی، سلامت روان را مختل می‌کند [۱۶]. با وجود پیشرفت‌های پزشکی، ناکارآمدی درمان‌های دارویی در MS باعث بی‌اعتمادی به پزشکان و گرایش به درمان‌های تکمیلی غیردارویی شده است. روان‌شناسی مثبت‌گرا و سلامت، با تمرکز بر سرمایه روان‌شناختی (امیدواری، تاب‌آوری، خوش‌بینی و خودکارآمدی)، مورد توجه قرار گرفته است [۶].

در جهان‌بینی اسلامی، رنج و سختی نه پدیده‌هایی بی‌معنا، بلکه بخشی از نظام هدفمند آفرینش تحت عنوان ابتلا یا آزمون الهی هستند [۱۷]. در سال‌های اخیر، برای افزایش توان مقابله‌ای و ارتقای سلامت روان، «معنویت» به مثابه مؤلفه‌ای مهم وارد ادبیات نظری و پژوهشی شده است [۱۸]. از سویی دیگر، پزشکان و متخصصان سلامت روان در حال یافتن شواهد بیشتری درباره ارتباط بین زندگی معنوی افراد با سلامت جسمی و روانی‌اند؛ به این معنا که اعتقادات مذهبی عملاً در خدمت سلامت روانی و جسمی‌اند [۱۹]. معنویت با بیماری کمتر و طول عمر بیشتر همراه است. افرادی که دارای جهت‌گیری معنوی هستند، هنگام مواجهه با رنج و سختی بهتر به درمان پاسخ می‌دهند و به شکل مناسب‌تری با آسیب‌دیدگی و بیماری کنار می‌آیند [۲۰].

به نظر می‌رسد روان‌درمانگری‌هایی که بعد معنوی را در نظر می‌گیرند، می‌توانند کارایی بیشتری داشته باشند. در این راستا، روان‌درمانگری چندبعدی معنوی که محور درمان روان‌شناختی را فعال‌سازی بعد معنوی می‌داند، می‌تواند در ارتقای سلامت روان [۲۱] و افزایش میزان معنادگی در زندگی موثر باشد [۲۲]. این درمان یک رویکردی جامع‌تر است که افزون بر پرداختن به جنبه‌های شناختی و رفتاری، به ابعاد معنوی و وجودی فرد نیز توجه می‌کند [۲۳]. روان‌درمانگری چندبعدی معنوی یک رویکرد یکپارچه و معنویت‌محور است که بر اساس بسط نظریه چندبعدی لازاروس شکل گرفته و با تلفیق بعد معنوی به عنوان بعدی

اصیل و فطری، تکامل یافته است [۲۴]. این رویکرد درمانی، محور اصلی فرآیند درمان را بر فعال‌سازی بعد معنوی قرار می‌دهد [۲۵]. و بر پایه اصل توحید یافتگی روانی استوار است [۲۶]. درمان چندبعدی معنوی، انسان را موجودی دارای دو بعد مادی (طبیعی) و معنوی می‌داند [۲۷]. که کلیت وجود او را تشکیل می‌دهند. این رویکرد با تمرکز بر چهار حوزه ادراکی اصلی: مبدأ (خداوند)، خود، هستی و معاد (غایت)، به سازماندهی فرآیند درمان می‌پردازد [۲۸]. سازوکار اصلی این درمان، فعال‌سازی نظام تشخیص‌گر درونی عقل طبیعی و خودنظم‌جویی است [۲۹]. با هدایت این مکانیسم‌ها به سوی خداوند و استفاده از فن پنداره‌زدایی، ادراک فرد اصلاح شده و وی برای بازگشت به تعادل روانی و دستیابی به تعالی آماده می‌شود [۲۵]. فرض این رویکرد آن است که غیرفعال بودن یا ضعف در بعد معنوی، می‌تواند منجر به ارزیابی‌های نادرست از موقعیت‌ها، خود و جهان شود و زمینه‌ساز آسیب‌پذیری روان‌شناختی و حتی جسمانی گردد [۲۴]. در مقابل، فعال‌سازی درست این بعد، به ویژه از طریق اصلاح خداپنداره و شکل‌گیری شناخت صحیح از صفات خداوند (چون خالقیت و ربوبیت)، سبب می‌شود فرد به جای احساس تصادفی بودن وجود، برای زندگی خود مأموریت و معنایی اصیل بیابد. این امر به وحدت‌یابی در اعمال و رفتارهای فرد منجر شده و کلیت شخصیت او را یکپارچه می‌سازد [۲۷].

شادکامی افراد از مهم‌ترین مؤلفه‌های زندگی است و تحت تأثیر عوامل مرتبط زیادی مانند سلامت جسمی و روانی [۳۰]، حمایت اجتماعی [۳۱]، ویژگی‌های شخصی و خانوادگی [۳۲]، سبک زندگی سالم، احساسات مثبت، مشارکت در فعالیت‌های خاص، آرزوهای زندگی، تحصیلات، سن، شغل، درآمد، شخصیت و غیره قرار دارد [۳۳]. این پدیده به عنوان یک نیاز اساسی انسان در فرهنگ‌های مختلف شناخته می‌شود [۳۴]. شادمانی ماهیتی ذهنی و وابسته به زمینه دارد؛ بنابراین، نمی‌توان آن را به صورت تک‌بعدی (مانند افزایش درآمد) سنجید [۳۵]. رایج‌ترین رویکرد برای سنجش آن، ارزیابی‌های ذهنی افراد از کیفیت زندگی‌شان است [۳۶]. در تبیین مفهومی این سازه، اگرچه اصطلاحات «شادکامی» و «بهبودی ذهنی» اغلب به صورت مترادف به کار می‌روند، اما ادبیات روان‌شناسی مثبت‌گرا دو موضع متمایز را زیرمجموعه آن تبیین می‌کند:

رویکرد لذت‌گرایانه و رویکرد سعادت‌گرایانه. رویکرد لذت‌گرا مبتنی به‌زیستی ذهنی است که بر تجربه عواطف مثبت، کاهش عواطف منفی و رضایت کلی از زندگی تمرکز دارد [۳۷]. در مقابل، شادکامی سعادت‌گرا به مفاهیمی چون رفتارهای فضیلت‌مندانه، تلاش برای تعالی، خودشکوفایی و پیگیری معنا در زندگی گره خورده است [۳۸]. شواهد پژوهشی نشان می‌دهند که هر دو جهت‌گیری لذت‌گرا و سعادت‌گرا به عنوان ابعاد متمایز شادکامی، با الگوهای رفتاری سازگارانه و به‌زیستی روان‌شناختی (نظیر هدفمندی در زندگی، استقلال و رشد شخصی) ارتباط نزدیکی دارند و به عنوان یک سپر روانی، میزان استرس ادراک‌شده و نشانه‌های افسردگی را به شدت کاهش می‌دهند [۳۹]. معنای شادکامی از فردی به فرد دیگر متفاوت است. فرهنگ لغت انگلیسی آکسفورد آن را حالتی از احساس یا ابراز لذت تعریف می‌کند [۴۰]. این حالت شامل احساسات امید، خوش‌بینی و رضایت است و از درک زندگی به عنوان امری معنادار و پاداش‌دهنده ناشی می‌شود [۴۱]. این سازه در مدل‌های نوین چهار بُعد دارد که عبارتند از لذت، مشارکت، معنا و زندگی متعادل [۴۲]. به گفته سلینگمن، شادمانی مجموع تمام شادی‌های کوچک هر روز است. این دیدگاه بر اهمیت بررسی کلی آن تأکید می‌کند، جایی که از طریق تجربیات متعدد روزانه ساخته می‌شود [۴۳]. از منظر اسلامی و با استناد به آیات قرآن کریم، این حالت به عنوان احساس گشایش و انبساط خاطر تعریف شده که ناشی از دریافت نعمت‌ها یا پیروزی‌های معنوی و مادی است. شادی حقیقی در قرآن با رضایت پایدار، آرامش و گسترش روحی همراه است [۴۴]. شادکامی نه تنها به عنوان یک جزء ذاتی از رفاه فردی در نظر گرفته می‌شود، بلکه با پیامدهای اجتماعی قابل توجهی نیز مرتبط است [۴۵]. بطوری‌که تمام فعالیت‌های اقتصادی، اجتماعی، زیست‌محیطی و سیاسی انسان در راستای دستیابی به این هدف قرار دارند [۴۶]. تحقیقات مختلف نشان داده‌اند که شادی مزایایی در طیف وسیع‌تری دارد [۴۷]؛ علاوه بر مزایای فردی، افرادی که شادمانی بیشتری را تجربه می‌کنند، از رفاه بهتر و طول عمر طولانی‌تری نیز برخوردارند [۴۲].

با توجه به ماهیت غیرقابل پیش‌بینی وقوع احتمالی، زمان، شدت، محل و میزان بهبودی علائم و درمان بیماری MS، افراد مبتلا در معرض درجات مختلفی از عدم قطعیت

برای روشن شدن ارتباط مداخلات معنوی با امید و شادکامی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس، یافته‌های مطالعات خارجی و داخلی مرور می‌شود. در سطح بین‌المللی، ویرت و همکاران [۶۰] منابع امید مبتنی بر ایمان مذهبی را در بیماران ام‌اس شناسایی کردند و مقصودی و همکاران [۶۱] در یک کارآزمایی تصادفی‌شده با ۷۰ بیمار ام‌اس اثربخشی مراقبت معنوی را بر افزایش معنادار امید تأیید کردند ($p < 0/001$). در حیطه شادکامی، بوئن و همکاران [۶۲] نشان دادند مداخله «ساخت معنا» بهزیستی معنوی بیماران ام‌اس را بهبود می‌بخشد. و واد و همکاران [۶۳] در مطالعه بر روی ۳۵۴ بیمار عصبی رابطه قوی باورهای معنوی وجودی با شادکامی را گزارش کردند. در ایران، افشار و همکاران [۶۴] و رهنما و همکاران [۶۵] اثربخشی مشاوره و مراقبت معنوی را بر افزایش امید بیماران ام‌اس تأیید کرده‌اند. همچنین حاجی‌بابایی و همکاران [۶۶] نشان دادند مداخله وجودی-معنوی کیفیت زندگی و معنای زندگی زنان مبتلا به ام‌اس را به طور معناداری افزایش می‌دهد.

بر اساس مطالب ارائه‌شده در مقدمه، بیماری MS با ماهیت پیش‌رونده و غیرقابل پیش‌بینی خود، به طور مستقیم مؤلفه‌های شناختی-انگیزشی امید را تضعیف کرده و تجربه عواطف مثبت و شادکامی را کاهش می‌دهد. از آنجا که بیماران MS در مواجهه با عدم قطعیت در سیر بیماری، تشدید علائم و محدودیت‌های جسمانی، به طور فزاینده‌ای دچار کاهش امید به آینده و افت شادکامی می‌شوند، نیاز به مداخلات روان‌شناختی مکمل که بتواند این دو مؤلفه حیاتی را به طور هم‌زمان هدف قرار دهد، ضروری است. با این حال، علی‌رغم اثربخشی مداخلات روان‌شناختی متداول بر این متغیرها، تاکنون هیچ مطالعه‌ای اثربخشی «پروتکل مدون درمان چندبعدی معنوی جان‌بزرگی» (مبتنی بر منابع اسلامی و بومی‌شده برای فرهنگ ایرانی) را بر امید و شادکامی بیماران مبتلا به MS بررسی نکرده است. این شکاف پژوهشی با توجه به شیوع روزافزون MS در ایران و ظرفیت رویکردهای معنوی-اسلامی برای بازتعریف رنج و تقویت امید مبتنی بر توکل، ضرورت پرداختن دارد. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی مداخله مبتنی بر درمان چندبعدی معنوی بر امیدواری و شادکامی بیماران مبتلا به MS انجام شد.

قرار دارند. برخی عدم قطعیت را یکی از چالش‌های اصلی زندگی با این بیماری می‌دانند [۴۸]. در این شرایط، امیدواری به عنوان یک شاخص کلیدی سلامت روان و کیفیت زندگی، متغیری مهم است [۴۹] که می‌تواند با نگرش به بیماری در بیماران رابطه داشته باشد [۵۰]. در روان‌شناسی معاصر، امید به عنوان یک قدرت روان‌شناختی مهم برای مقابله با استرس، سختی و آسیب شناخته می‌شود [۵۱]. نظریه امید اسنایدر، امید را به عنوان یک منبع انگیزشی شناختی متشکل از دو مؤلفه متقابل عاملیت (انگیزش و اراده برای دستیابی به اهداف) و مسیریابی (توانایی شناسایی و به‌کارگیری راه‌های رسیدن به اهداف) مفهوم‌سازی می‌کند. افرادی که سطح بالایی از امید دارند، هر دو مؤلفه را به‌طور مکرر و مؤثر برای دستیابی به نتایج مورد انتظار به کار می‌گیرند [۵۲]. بر اساس دیدگاه اسنایدر، افراد با امید زیاد، راه‌های بیشتری برای رسیدن به اهداف پیدا می‌کنند و عزم بیشتری برای پیگیری آنها دارند. در مقابل، افراد با امید کم، انگیزه و عزم ضعیفی برای پیگیری اهداف و یافتن مسیرهای مؤثر نشان می‌دهند [۵۳]. امیدواری، انرژی، تعهد و استقامت لازم برای حفظ درگیری افراد را در شرایط ابهام، سختی و عدم قطعیت فراهم می‌کند، [۵۴]. با این حال، امید پدیده‌ای دوگانه است: هم می‌تواند منبع انگیزش و «بهترین چیز» باشد و هم می‌تواند خطرناک، دروغین و طولانی‌کننده رنج قلمداد شود [۵۵]. با استناد به نظریه شناختی-انگیزشی اسنایدر، امید سازه‌ای آینده‌نگر و شادکامی از نوع بهزیستی ذهنی سازه‌ای حال‌نگر است [۵۶]. این دو سازه علی‌رغم تمایز در کرانه زمانی، دارای تعامل معناداری هستند به‌گونه‌ای که شواهد تجربی نقش امید را به عنوان پیش‌بین قوی برای شادکامی و رضایت از زندگی تأیید کرده‌اند [۵۷]. افزون بر این، یک فراتحلیل اخیر با ۲۷۵,۰۰۷ شرکت‌کننده نشان داد که امید با ضریب همبستگی ۰/۵۲، قوی‌ترین رابطه را با بهزیستی و شادکامی دارد [۵۸]. به عبارت دیگر، افراد دارای امید بالا با بهره‌مندی از مؤلفه‌های عاملیت و مسیریابی، احساس کنترل و کارآمدی بیشتری تجربه می‌کنند که به نوبه خود بستر تجربه عواطف مثبت و رضایت از زندگی (مؤلفه‌های اصلی شادکامی از نوع بهزیستی ذهنی) را فراهم می‌آورد [۵۹].

روش پژوهش

روش پژوهش پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی و از نظر روش گردآوری داده‌ها، شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (ام‌اس) عضو انجمن ام‌اس شهر شیراز در سال ۱۴۰۳ بودند. از این جامعه، ۴۰ نفر (۱۹ زن و ۲۱ مرد) به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش (۲۰ نفر) و گروه کنترل (۲۰ نفر) گمارده شدند.

معیارهای ورود عبارت بودند از: حداقل دو سال سابقه ابتلا به ام‌اس (تأییدشده بالینی)، نداشتن علائم روان‌پریشی یا تشدید حاد جسمانی در زمان پژوهش و ارائه رضایت آگاهانه کتبی. معیارهای خروج شامل غیبت بیش از دو جلسه، عدم تکمیل پرسش‌نامه‌ها، یا تشدید علائم بیماری در طول مداخله بود. هیچ شرکت‌کننده‌ای به دلایل خروج از پژوهش کنار گذاشته نشد.

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه امیدواری اسنایدر: مقیاس امید اسنایدر در سال ۱۹۹۱ با هدف سنجش میزان امید و جنبه‌های شناختی مرتبط با آن طراحی شد. این مقیاس شامل ۱۲ گویه است که با مقیاس لیکرت چهاردرجه‌ای از "کاملاً مخالفم" تا "کاملاً موافقم" نمره‌گذاری می‌شود. از میان گویه‌ها، چهار مورد به عنوان پرسش‌های انحرافی (برای افزایش دقت آزمون) در نمره‌گذاری منظور نمی‌شوند بنابراین دامنه نمرات این آزمون بین ۸ تا ۳۲ متغیر است و نمرات بالاتر نشان‌دهنده میزان بیشتر امید فرد است. این ابزار دارای دو خرده‌مقیاس اصلی است: عامل‌مندی^۲ که بیانگر توانایی فرد در پیگیری اهداف و انگیزش درونی برای دستیابی به آن‌هاست، و مسیریابی^۳ که به مهارت طراحی مسیرهای مؤثر برای رسیدن به اهداف اشاره دارد. اسنایدر و همکاران [۶۷] پایایی این مقیاس را از طریق روش باز آزمایی بعد از سه هفته برای کل مقیاس ۰/۸۵، برای خرده مقیاس تفکر عامل ۰/۸۱، و برای خرده مقیاس مسیریابی ۰/۷۴ گزارش نمودند. در پژوهش‌های ایرانی، پایایی درونی

کل مقیاس با آلفای کرونباخ بین ۰/۷۴ تا ۰/۸۵ گزارش شده است که از اعتبار قابل‌قبول ابزار در بستر فرهنگی ایران حکایت دارد [۴۹]. میزان ضریب پایایی به روش آلفای کرونباخ در این پژوهش ۰/۸۱ به‌دست آمد.

پرسش‌نامه شادکامی آکسفورد: مقیاس شادکامی آکسفورد توسط آرگیل و لو در سال ۱۹۹۰ با هدف سنجش میزان شادکامی کلی افراد طراحی شد. این مقیاس شامل ۲۹ گویه است که با مقیاس لیکرت چهار درجه‌ای از «کاملاً مخالفم» تا «کاملاً موافقم» نمره‌گذاری می‌شود. پرسش‌نامه ابعاد مختلف شادکامی، از جمله رضایت از زندگی، شادی، عزت‌نفس، آرامش، کنترل و کارآمدی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. نمره کل بین صفر تا ۸۷ متغیر است و نمرات بالاتر بیانگر سطح شادکامی بیشتر در فرد است. این ابزار دارای شش خرده‌مقیاس اصلی است: رضایت از زندگی که بیانگر ارزیابی کلی فرد از کیفیت زندگی خود است، شادی که به عواطف مثبت و نشاط روانی اشاره دارد، عزت‌نفس که توانایی فرد در ارزش‌گذاری به خود را نشان می‌دهد، آرامش که بیانگر حالت تعادل هیجانی است، کنترل که به مهارت مدیریت موقعیت‌ها اشاره دارد، و کارآمدی که انگیزش درونی برای دستیابی به اهداف را ارزیابی می‌کند. آرگیل و لو [۶۸] پایایی این مقیاس را با آلفای کرونباخ ۰/۹۰ گزارش نمودند که نشان‌دهنده قابلیت اعتماد بالای ابزار است. همچنین در ایران همسانی درونی این پرسشنامه توسط میرشاهی و همکاران [۶۹]، با استفاده از آلفای کرونباخ محاسبه و ۰/۸۶ گزارش شد. میزان ضریب پایایی به روش آلفای کرونباخ در این پژوهش ۰/۸۵ به‌دست آمد.

روش اجرا

درمان به‌کاررفته در این پژوهش بر اساس الگوی روان‌درمانگری چندبعدی معنوی خداسو تدوین‌شده توسط جان‌بزرگی طراحی شد. این الگو بر تعامل میان پنج بُعد خدامحوری، معناجویی، هدف‌مندی، امید و خودنظم‌جویی معنوی تأکید دارد. جلسات درمانی با رویکرد اسلامی اجرا شد و شامل آموزش، گفت‌وگوی گروهی، تمرین‌های عملی و تکالیف خانگی بود. برنامه آموزشی در ۱۲ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای به‌صورت گروهی برگزار شد. خلاصه محتوای مداخله درمانگر معنوی چندبعدی در جدول ۱ بیان شده است. ابتدا از هر دو گروه پیش‌آزمون گرفته شد. سپس

۴/۰۹ با دامنه ۳/۸۳ تا ۴/۳۲ (از ۵) و ضرورت و اهمیت آن‌ها را با میانگین ۴/۴۳ با دامنه ۴/۲۸ تا ۴/۵۶ (از ۵) ارزیابی کردند که نشان‌دهنده‌ی اعتبار بالینی قابل‌قبول این رویکرد است.

ملاحظات اخلاقی

پژوهش حاضر پس از اخذ مجوز از کمیته اخلاق مؤسسه مربوطه با رعایت موازین اخلاقی انجام شد که شامل موارد زیر است: الف) اصل تحقیق و انتشار، بدین معنا که اهداف پژوهش برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد؛ ب) رعایت حریم خصوصی و محرمانگی، از جمله حفظ اطلاعات شرکت‌کنندگان در پژوهش؛ ج) اخذ رضایت آگاهانه و آگاه‌سازی درباره امکان انصراف شرکت‌کنندگان در هر مرحله از پژوهش؛ د) گروه کنترل در این مدت هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد لذا برای رعایت اصول اخلاقی، محتوای جلسات پس از پایان پژوهش در اختیار گروه کنترل قرار گرفت.

گروه آزمایش مداخله را دریافت کرد و بلافاصله پس از جلسه آخر، پس‌آزمون از هر دو گروه اجرا گردید. تمام مراحل در محیط انجمن ام‌اس شیراز و با رعایت محرمانگی و اصول اخلاقی انجام شد.

اعتباریابی این پروتکل در پژوهشی مستقل توسط جان‌بزرگی [۷۰] انجام شده است. در این مطالعه، روایی محتوایی پروتکل با استفاده از دو شاخص استاندارد نسبت روایی محتوا (CVR) و شاخص روایی محتوا (CVI) و با نظر ۱۰ متخصص بالینی مورد ارزیابی قرار گرفت. نتایج نشان داد که میانگین CVR برای تمام تکنیک‌ها ۰/۹۵ با دامنه ۰/۹۲ تا ۰/۹۷ و میانگین CVI نیز ۰/۹۵ با دامنه ۰/۹۰ تا ۰/۹۷ بوده است که هر دو بالاتر از حداقل سطوح قابل‌قبول $CVI=0/79$ و $CVR=0/62$ قرار دارند و حاکی از روایی محتوایی مطلوب پروتکل هستند. همچنین ۳۳ روان‌شناس متخصص که در این رویکرد درمانی آموزش دیده بودند، تأثیر بالینی تکنیک‌ها را با میانگین ۴/۰۶ با دامنه ۳/۸۵ تا ۴/۲۹ (از ۵) و میزان فعال‌سازی معنوی آن‌ها را با میانگین

جدول ۱. خلاصه جلسات آموزشی درمان چندبعدی معنوی خداسو

جلسه‌های درمان	محتوای جلسات
جلسه اول	سلامت معنوی به عنوان احساس ارتباط عمیق و معنادار با خدا، خود و جهان تعریف شد و ابعاد آن (ارتباط با خدا، خود، دیگران و طبیعت) توضیح داده شد. سپس نشان داده شد که چگونه تقویت این ابعاد می‌تواند سطح شادکامی، امید به آینده و تاب‌آوری در برابر بیماری را افزایش دهد.
جلسه دوم	در این جلسه، مفهوم خدامحوری و تفاوت آن با خودمحوری و دنیامحوری تبیین شد و به نقش آن در تفسیر دوباره بیماری پرداخته شد. همچنین توکل صحیح و سپردن نتیجه امور به مشیت الهی، در عین تلاش فعال درمانی، به عنوان منبع آرامش و کاهش اضطراب معرفی شد.
جلسه سوم	مفهوم رنج از منظر دینی و معنوی بررسی شد و به جایگاه آن در پاک‌سازی درون، رشد ایمان و تعمیق ارتباط با خدا پرداخته شد. شرکت‌کنندگان تشویق شدند تا تجربه بیماری را به عنوان فرصتی برای بازنگری در زندگی، اصلاح ارزش‌ها و نزدیکی بیشتر به خدا بازتعریف کنند.
جلسه چهارم	آیات و روایاتی درباره نهی از یأس و تأکید بر امید به رحمت و نصرت الهی مرور شد. سپس تفاوت امید واقع‌بینانه دینی با خوش‌بینی سطحی و نیز نقش امید الهی در تحمل درد، پیگیری درمان و حفظ انگیزه زندگی تبیین گردید.
جلسه پنجم	در این جلسه با استفاده از پرسش‌های تأملی، نوشتن تجربه‌ها و گفت‌وگوهای گروهی، شرکت‌کنندگان به شناسایی معنای شخصی زندگی و بیماری خود پرداختند. همچنین تمرین‌هایی برای افزایش خودآگاهی معنوی، توجه به حضور خدا در رویدادهای روزمره و بازشناسی ارزش‌های اصلی زندگی ارائه شد.
جلسه ششم	مفهوم شکر قلبی، زبانی و عملی توضیح داده شد و تأثیر آن بر کاهش تمرکز افراطی بر درد و کمبودها مورد بحث قرار گرفت. تمرین‌هایی مانند نوشتن فهرست نعمت‌ها، شکرگزاری روزانه و به اشتراک‌گذاری

جلسه هفتم	تجربه‌های سپاسگزاری برای تقویت نگاه قدردانانه تمرین شد.
جلسه هشتم	در این جلسه بر پیوند توکل با تلاش مسئولانه تأکید شد و با مثال‌های عینی تفاوت «توکل سالم» با «تسلیم‌طلبی منفعلانه» روشن شد. شرکت‌کنندگان تمرین کردند که در عین پیگیری فعال درمان و مراقبت از خود، نگرانی بیش از حد درباره نتیجه را به خداوند واگذار کنند.
جلسه نهم	احساساتی چون ترس، خشم، غم و ناامیدی در مواجهه با بیماری شناسایی و عادی‌سازی شد و راهبردهای تنظیم آن‌ها در پرتو باورهای دینی مطرح گردید. مفهوم پذیرش واقعیت بیماری، بدون تسلیم شدن در برابر آن، و استفاده از دعا، ذکر و تنفس عمیق برای آرام‌سازی هیجان‌ها تمرین شد.
جلسه دهم	نقش روابط گرم و حمایتگر خانواده و اطرافیان در تحمل بیماری و تقویت امید بررسی شد. شرکت‌کنندگان به بازنگری در کینه‌ها، دلخوری‌ها و سوءتفاهم‌ها دعوت شدند و تمرین‌هایی برای عفو، ابراز محبت، طلب حلالیت و اصلاح روابط ارائه گردید.
جلسه یازدهم	ایده زندگی هدفمند و داشتن رسالت شخصی، حتی در شرایط بیماری مزمن، مورد بحث قرار گرفت. هر فرد تشویق شد اهداف کوتاه‌مدت و بلندمدت واقع‌بینانه و معنوی برای خود تعریف کند و نقش امید به پاداش الهی و آخرت در جهت‌دهی به آینده توضیح داده شد.
جلسه دوازدهم	شیوه‌هایی برای حضور ذهن معنوی مانند تنفس آگاهانه همراه با ذکر، توجه قلبی در نماز، و لحظات سکوت همراه با یاد خدا آموزش داده شد. همچنین خواندن و تأمل بر دعاها و مناجات‌ها به‌عنوان راهی برای تخلیه هیجانی، احساس هم‌صحبتی با خدا و کسب آرامش درونی تمرین شد.
جلسه دوازدهم	در جلسه پایانی، محتوای جلسات مرور و دستاوردهای فردی و گروهی شرکت‌کنندگان جمع‌بندی شد. سپس هر فرد برای تداوم تمرین‌های معنوی، حفظ امید و به‌کارگیری آموخته‌ها در زندگی روزمره، یک برنامه شخصی تنظیم کرد و بازخورد خود را درباره دوره درمان بیان نمود.

آزمون پرسشنامه شادکامی آکسفورد و امید شناسی مورد استفاده قرار گرفت.

یافته‌ها

از بین ۴۰ نفر شرکت‌کننده، ۱۹ نفر زن (۴۷/۵٪) و ۲۱ نفر مرد (۵۲/۵٪) بوده‌اند. از نظر تحصیلات، ۶ نفر (۱۵٪) زیر دیپلم، ۲۲ نفر (۵۵٪) دیپلم، ۷ نفر (۱۷/۵٪) کارشناسی و ۵ نفر (۱۲/۵٪) دارای مدرک کارشناسی ارشد بودند. میانگین سنی شرکت‌کنندگان ۴۰ سال (با دامنه ۲۸ تا ۵۵ سال) بود. همچنین، مدت ابتلا به بیماری ام‌اس به شرح زیر توزیع شده است: ۱۲ نفر (۳۰٪) با مدت ۱ تا ۳ سال، ۲۰ نفر (۵۰٪) با مدت ۳ تا ۶ سال و ۸ نفر (۲۰٪) با مدت بیش از ۶ سال.

به منظور بررسی داده‌ها و تجزیه و تحلیل نتایج از روش‌های آمار توصیفی از قبیل میانگین، انحراف معیار و ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌ها از روش‌های آمار استنباطی از قبیل تحلیل کوواریانس تک متغیره (ANCOVA) و تحلیل چند متغیره (MANCOVA) استفاده شد. همچنین قبل از اجرای آزمون تحلیل کوواریانس برای رعایت پیش فرض‌های این آزمون از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف و آزمون لون استفاده شد. بر اساس آزمون کولموگروف-اسمیرنوف پیش فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها در دو نوبت برقرار است و نتایج آزمون لون نشان داد که شرط برابری واریانس‌ها رعایت شده است. پس از اطمینان از برقراری این مفروضه‌ها آزمون تحلیل کوواریانس به منظور بررسی معناداری آماری تفاوت نمرات

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد شادکامی و امیدواری در گروه‌ها

متغیر	گروه	پیش‌آزمون				پس‌آزمون		
		میانگین	انحراف	کمترین	بیشترین	میانگین	انحراف	بیشترین

		استاندارد				استاندارد			
شادکامی	آزمایش	۴۳/۰۵	۳/۹۱	۳۵	۵۰	۵۷/۴۱	۵/۰۹	۴۹	۶۷
	کنترل	۴۳/۸۰	۳/۶۰	۳۵	۶۱	۴۳/۵۰	۳/۶۹	۳۴	۵۰
امیدواری	آزمایش	۳۰/۹۱	۱/۵۹	۲۸	۳۳	۴۱/۸۵	۲/۵۶	۳۷	۴۸
	کنترل	۳۰/۶۵	۱/۶۰	۲۸	۳۴	۳۰/۵۰	۱/۷۶	۲۸	۳۳

نمرات امیدواری از ۳۰/۹۱ به ۴۱/۸۵ افزایش یافت، درحالی که در گروه کنترل تغییرات معناداری مشاهده نشد. این نتایج نشان دهنده تأثیر مثبت مداخله چندبعدی معنوی بر افزایش سطح شادکامی و امیدواری در بیماران مبتلا به ام اس است.

جدول ۲ میانگین و انحراف معیار نمرات شادکامی و امیدواری را در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون برای دو گروه آزمایش و کنترل نشان می‌دهد. در مرحله پیش‌آزمون، میانگین نمرات شادکامی و امیدواری در دو گروه مشابه و فاقد تفاوت چشمگیر بود. پس از اجرای مداخله، میانگین نمرات شادکامی در گروه آزمایش از ۴۳/۰۵ به ۵۷/۴۱ و

جدول ۳. نتایج مربوط به آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره

نام آزمون	مقدار	F	درجه آزادی	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	توان آماری
اثر پیلایی	۰/۹۸	۱۰/۹۸	۲/۳۸	۳۸	۰/۰۰۰	۰/۹۷۱
لامبدای ویلکز	۰/۸۹۹	۱۰/۹۸	۲/۳۸	۳۸	۰/۰۰۰	۰/۹۷۱
اثر هتلینگ	۰/۹۸	۱۰/۹۸	۲/۳۸	۳۸	۰/۰۰۰	۰/۹۷۱
بزرگترین ریشه ری	۰/۹۸	۱۰/۹۸	۲/۳۸	۳۸	۰/۰۰۰	۰/۹۷۱

تفاوت معناداری وجود دارد ($p = ۰/۰۰۰$)، توان آماری = ۰/۹۷۱. این یافته حاکی از آن است که مداخله مبتنی بر روان درمانگری چندبعدی معنوی تأثیر کلی معنی داری بر بهبود هم‌زمان شادکامی و امیدواری داشته است.

نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره (با استفاده از چهار شاخص پیلایی، لامبدای ویلکز، اثر هتلینگ و بزرگترین ریشه ری) نشان داد که بین دو گروه آزمایش و کنترل از لحاظ ترکیب متغیرهای شادکامی و امیدواری

جدول ۴. تحلیل کوواریانس تک متغیره برای بررسی شادکامی

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	ضریب نسبی ایتا
پیش‌آزمون	۱۱۵/۳۰۴	۱	۱۱۵/۳۰۴	۱/۶۰۹	۰/۲۱۵	۰/۰۵۶
اثر گروه	۱۵۹۸۳/۷۶۵	۱	۱۵۹۸۳/۷۶۵	۲۲۳/۰۸	۰/۰۰۰	۰/۸۹۲
خطا	۱۹۳۴/۵۶۳	۳۹	۷۱/۶۵			

تأثیر بسیار قوی مداخله بر افزایش شادکامی در گروه آزمایش است. این نتیجه نشان می‌دهد که بسته آموزشی درمان چندبعدی معنوی مبتنی بر درمانگری چندبعدی معنوی به‌طور چشمگیری سطح شادکامی بیماران را ارتقا داده است.

تحلیل کوواریانس تک‌متغیره برای نمرات شادکامی پس از کنترل اثر پیش‌آزمون نشان داد که تفاوت بین دو گروه از نظر آماری معنادار است ($p = ۰/۰۰۰$)، $F = ۲۲۳/۰۸$ اندازه اثر به‌دست آمده ($\eta^2 = ۰/۸۹۲$) بیانگر

جدول ۵. تحلیل کوواریانس تک متغیره برای بررسی امیدواری

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	ضریب نسبی ایتا
پیش‌آزمون	۹۰/۰۰۴	۱	۹۰/۰۰۴	۲۶/۴۵۴	۰/۰۰۰	۰/۴۹۵
اثر گروه	۱۵۳/۰۷۲	۱	۱۵۳/۰۷۲	۴۴/۹۹۱	۰/۰۰۰	۰/۶۲۵
خطا	۹۱/۸۶۳	۳۹	۹۱/۸۶۳			

نظر بهبود شادکامی، بهزیستی معنوی و کیفیت زندگی مبتنی بر مداخلات معنوی و وجودی-معنوی با پژوهش‌های بوئن و همکاران [۶۲]، واد و همکاران [۶۳] و حاجی‌بابایی و همکاران [۶۶] همسو است.

تفسیر نتایج حاکی از آن است که بیماران MS، که اغلب با چالش‌های متعددی مانند عدم قطعیت در سیر بیماری، خستگی مزمن، محدودیت‌های حرکتی، دردهای مداوم و کاهش کیفیت زندگی اجتماعی و شغلی مواجه هستند [۱۵]، از طریق این مداخله گروهی می‌توانند ارزیابی‌های منفی از بیماری و زندگی خود را به طور قابل توجهی کاهش دهند. به عبارت دیگر، بیماری MS با ماهیت پیش‌رونده و غیرقابل پیش‌بینی خود، به طور مستقیم مؤلفه‌های شناختی-انگیزی امید را تضعیف کرده و تجربه عواطف مثبت و شادکامی را کاهش می‌دهد [۴۸]، اما مداخله چندبعدی معنوی با فعال‌سازی بعد معنوی فطری، این روند را معکوس می‌کند. این رویکرد به بیماران کمک می‌کند تا شادکامی را به عنوان حالتی پایدار و چندبعدی تقویت کنند. شادکامی در این پژوهش، بر اساس پرسشنامه آکسفورد، شامل عواطف مثبت، رضایت از زندگی، نشاط روانی و احساس معنا ارزیابی شده است [۶۸]. برای مثال، تأکید بر شکرگزاری در جلسات - که شامل نوشتن فهرست نعمت‌ها و به‌اشتراک‌گذاری تجربیات سپاسگزاری بود - تمرکز بیماران را از محدودیت‌های جسمانی و علائم منفی به جنبه‌های مثبت زندگی، مانند روابط خانوادگی، حمایت‌های اجتماعی و نعمت‌های الهی منتقل می‌کند. این تغییر دیدگاه نه تنها با کاهش علائم افسردگی و اضطراب مرتبط است [۱۳]، بلکه سطح شادکامی را به طور چشمگیری افزایش می‌دهد، زیرا بیماران احساس گشایش خاطر، آرامش درونی و رضایت پایدار بیشتری تجربه می‌کنند [۴۴]. گفت‌وگوهای گروهی در جلسات، که بر پایه

بر اساس نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیره برای متغیر امیدواری، پس از حذف اثر پیش‌آزمون، تفاوت بین گروه‌ها معنادار بود ($F = 44/991, p = 0/000$) اندازه اثر مداخله ($\eta^2 = 0/625$) در حد قوی ارزیابی می‌شود. این یافته نشان می‌دهد که پروتکل چندبعدی معنوی اجرا شده به‌صورت معنی‌داری موجب افزایش امیدواری در بیماران گروه آزمایش شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که پروتکل مداخله‌ای مبتنی بر روان‌درمان‌گری چندبعدی معنوی بر اساس الگوی جان‌بزرگی (۱۳۹۴)، به‌طور معناداری شادکامی و امیدواری بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (ام‌اس) را افزایش می‌دهد. این نتایج با فرضیه پژوهش همخوانی دارد و بیانگر آن است که مداخله مبتنی بر فعال‌سازی بعد معنوی، با تمرکز بر مفاهیم کلیدی مانند توحید، توکل، معنا، امید و خودنظم‌جویی، می‌تواند به عنوان یک رویکرد مکمل مؤثر در حمایت روان‌شناختی از بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن عمل کند. اندازه اثر بالا برای شادکامی ($\eta^2 = 0/892$) و امید ($\eta^2 = 0/625$) نشان‌دهنده تأثیر قوی و پایدار این مداخله است، که فراتر از تغییرات تصادفی یا اثر پیش‌آزمون عمل کرده است. این یافته‌ها تأکید می‌کنند در شرایطی که درمان‌های دارویی ام‌اس اغلب بر جنبه‌های جسمانی تمرکز دارند، مداخلات معنوی می‌توانند خلأهای روانی را پر کنند و به بهبود کلی کیفیت زندگی کمک نمایند.

این نتایج به لحاظ افزایش امیدواری مبتنی بر مداخله معنوی با یافته‌های حاصل از پژوهش‌های مقصودی و همکاران [۶۱]، رهنما و همکاران [۶۵]، افشار و همکاران [۶۴] و ویرت و همکاران [۶۰] همسو می‌باشد. همچنین از

این پروتکل بومی در مقایسه با رویکردهای صرفاً روان‌شناختی است و می‌تواند به کاهش نرخ ترک درمان یا افسردگی در بیماران MS کمک کند. در مجموع، یافته‌ها نشان می‌دهند که این مداخله با تأثیر همزمان بر ارزیابی شناختی (بازتعریف بیماری و تقویت عاملیت) و تجارب عاطفی (شکرگزاری و عواطف مثبت)، توانسته است هم امید و هم شادکامی بیماران را به طور پایدار ارتقا بخشد.

با وجود نقاط قوت، پژوهش حاضر محدودیت‌هایی دارد. نخست، نمونه‌گیری در دسترس از اعضای انجمن ام‌اس شیراز، تعمیم‌پذیری نتایج به سایر جوامع یا بیماران غیرعضو را محدود می‌کند. دوم، عدم پیگیری بلندمدت (مانند شش‌ماهه) مانع از ارزیابی پایداری اثرات مداخله می‌شود. سوم، تمرکز بر جنبه‌های روان‌شناختی بدون بررسی متغیرهای جسمانی مانند سطح ناتوانی یا درمان‌های دارویی، ممکن است تأثیر عوامل مداخله‌گر را نادیده بگیرد. علاوه بر این، گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد، که ممکن است اثر پلاسبو یا توجه را در گروه آزمایش برجسته کند.

برای تحقیقات آینده، پیشنهاد می‌شود مطالعات طولی با پیگیری‌های طولانی‌مدت و نمونه‌های بزرگ‌تر انجام شود تا پایداری اثرات بررسی گردد. همچنین، مقایسه این مداخله با رویکردهای دیگر مانند درمان شناختی-رفتاری یا ذهن‌آگاهی می‌تواند کارایی نسبی آن را روشن کند. علاوه بر این، بررسی تأثیر این درمان بر متغیرهای جسمانی مانند خستگی یا درد، و نیز در گروه‌های سنی یا جنسیتی خاص، می‌تواند افق‌های جدیدی باز کند. در نهایت، توسعه نسخه‌های آنالین یا فردی این مداخله برای دسترسی بیشتر بیماران در مناطق دورافتاده توصیه می‌شود.

در نتیجه‌گیری، پژوهش حاضر شواهد محکمی ارائه می‌دهد که پروتکل مداخله‌ای مبتنی روان‌درمان‌گری چندبعدی معنوی، به عنوان یک رویکرد بومی و مبتنی بر مبانی اسلامی، در ارتقای شادکامی و امیدواری بیماران مبتلا به ام‌اس اثربخش است. این یافته‌ها تأکید می‌کنند که ادغام بعد معنوی در برنامه‌های درمانی می‌تواند کیفیت زندگی این بیماران را بهبود بخشد و به عنوان مداخله‌ای مکمل در کنار درمان‌های پزشکی به کار گرفته شود. با توجه به شیوع روبه‌رشد ام‌اس در ایران، سیاست‌گذاران سلامت باید بر تربیت متخصصان در این رویکرد و ادغام آن در

مفاهیم توحید و معناجویی بنا شده بودند، بیماران را تشویق به بازتعریف بیماری به عنوان یک آزمون الهی می‌کرد؛ این بازتعریف از آن جهت حائز اهمیت است که جایگاه بیماری را از یک پدیده صرفاً نامطلوب و بی‌معنا به موقعیتی برای رشد ایمان، صبر و نزدیکی به خدا ارتقا می‌بخشد. چنین تغییری در تفسیر رنج، می‌تواند منبع عمیقی برای معنا و به تبع آن، شادکامی پایدار فراهم آورد. در واقع، شرکت‌کنندگان در این پژوهش یاد گرفتند که به جای تمرکز بر فقدان‌های ناشی از بیماری، به نعمت‌های باقی‌مانده توجه کنند و این تغییر نگرش، نشاط روانی آن‌ها را که در اثر بیماری مزمن تحلیل رفته بود، احیا نمود.

علاوه بر این، افزایش امیدواری، بیماران را برای مقابله فعالانه با چالش‌های بیماری توانمند می‌سازد. امیدواری در این پژوهش، به عنوان یک منبع شناختی-انگیزشی کلیدی، نقش محافظتی ایفا می‌کند و بیماران را در شرایط عدم قطعیت مانند MS که سیر غیرقابل پیش‌بینی دارد [۲] به سمت استقامت، تاب‌آوری و چشم‌انداز مثبت آینده سوق می‌دهد [۵۴]. برای نمونه، در جلسات، با مرور آیات و روایات مرتبط با امید به رحمت الهی و تمرین‌های عملی مانند تعریف اهداف کوتاه‌مدت معنوی، بیماران یاد می‌گیرند که حتی در میان محدودیت‌ها، مسیرهای جایگزین برای دستیابی به اهداف زندگی پیدا کنند. این فرآیند نه تنها انگیزش درونی را افزایش می‌دهد، بلکه مهارت‌های مسئله‌گشایی را تقویت کرده و از احساس درماندگی جلوگیری می‌کند [۵۳]. نکته قابل تأمل این است که برخلاف مداخلات سکولار که صرفاً بر مؤلفه‌های شناختی امید تمرکز دارند، در این رویکرد، امید از منبعی متعالی - یعنی اتکا به مشیت الهی و باور به این که آینده نزد خداوند رقم می‌خورد - تغذیه می‌شود. این ویژگی، امید ایجادشده را در برابر فراز و نشیب‌های بیماری مقاوم‌تر می‌سازد، زیرا دیگر تمام بار موفقیت صرفاً بر دوش توانایی‌های فردی بیمار نیست، بلکه حس توکل، آرامش ناشی از سپردن نتیجه به خداوند را نیز به همراه دارد. نتایج نشان می‌دهد که این مداخله، با ایجاد تعادل بین تلاش مسئولانه و توکل، امید را به عنوان پلی بین واقعیت فعلی و آینده‌ای روشن تبدیل می‌کند. این تعادل دوگانه - که هم فعال‌سازی تلاش شخصی (عاملیت) و هم توکل به پروردگار را شامل می‌شود - یکی از جنبه‌های منحصربه‌فرد

prevalence of multiple sclerosis worldwide: Insights from the Atlas of MS. *Multiple Sclerosis Journal*. 2020 Dec;26(14):1816-21.

<https://doi.org/10.1177/1352458520970841>

Ghanbari Borzian, A., Lotfi forushani, Z. Resilience in Women with Multiple Sclerosis: A Systematic Review. *Health Psychology*, 2025; 13(52): 125-138. doi: 10.30473/hpj.2025.70392.5999 <https://doi.org/10.30473/hpj.2025.70392.5999>

Aber P, Rezaei Jamaloui H, Taheri M. Comparison of the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy and Narrative Therapy on Death Anxiety and Body Image of Multiple Sclerosis Patients. *North Khorasan University of Medical Sciences* 2025; 17 (1) :46-55. DOI: [10.32592/nkums.17.1.46](https://doi.org/10.32592/nkums.17.1.46)

Shiraz University of Medical Sciences. From every 100,000 people in Fars, 188 people get MS / 9,654 MS patients identified in Fars [Internet]. 2026 [cited 2026 Jun 9]. Available from: <https://sums.ac.ir/ZnKE>

McGinley, M. P., Goldschmidt, C. H., & Rae-Grant, A. D. Diagnosis and treatment of multiple sclerosis: a review. *Jama*. 2021. 325(8): p. 765-779. doi:10.1001/jama.2020.26858

Heydari, M., Ghadiri, F., Yaali, R., Bahram, A. The Effect of Dual-Task Training and Rhythmic Aerobics on Cognitive Function in Women With MS. *The Scientific Journal of Rehabilitation Medicine*, 2025. 14(3): 388-403. doi: [10.32598/SJRM.14.3.3323](https://doi.org/10.32598/SJRM.14.3.3323)

Haki M, Al-Biati HA, Al-Tameemi ZS, Ali IS, Al-Hussaniy HA. Review of multiple sclerosis: Epidemiology, etiology, pathophysiology, and treatment. *Medicine*. 2024 Feb

خدمات حمایتی تمرکز کنند تا حمایت روان‌شناختی جامع‌تری ارائه شود و بار روانی بیماری را کاهش دهند. این پژوهش می‌تواند پایه‌ای برای توسعه برنامه‌های حمایتی ملی باشد و به بهبود سلامت روان جامعه کمک کند.

منابع

Ramaglia V, Rojas O, Naouar I, Gommerman JL. The ins and outs of central nervous system inflammation—lessons learned from multiple sclerosis. *Annual review of immunology*. 2021 Apr 26;39(1):199-226. <https://doi.org/10.1146/annurev-immunol-093019-124155>

Calabrese M, Preziosa P, Scalfari A, Colato E, Marastoni D, Absinta M, Battaglini M, De Stefano N, Di Filippo M, Hametner S, Howell OW. Determinants and biomarkers of progression independent of relapses in multiple sclerosis. *Annals of Neurology*. 2024 Jul;96(1):1-20. DOI: [10.1002/ana.26913](https://doi.org/10.1002/ana.26913)

Androdias G, Lünemann JD, Maillart E, Amato MP, Audoin B, Bruijstens AL, Bsteh G, Butzkueven H, Ciccarelli O, Cobo-Calvo A, Derfuss T. De-escalating and discontinuing disease-modifying therapies in multiple sclerosis. *Brain*. 2025 May;148(5):1459-78. <https://doi.org/10.1093/brain/awae409>

Ganjgahi H, Häring DA, Aarden P, Graham G, Sun Y, Gardiner S, Su W, Berge C, Bischof A, Fisher E, Gaetano L. AI-driven reclassification of multiple sclerosis progression. *Nature Medicine*. 2025 Oct;31(10):3414-24. <https://www.nature.com/articles/s41591-025-03901-6>

Walton C, King R, Rechtman L, Kaye W, Leray E, Marrie RA, Robertson N, La Rocca N, Uitdehaag B, van Der Mei I, Wallin M. Rising

- 10.30491/jmm.2025.1006959.1411
Faraji, F., Nouhi, S., Peiade-koohsar, A., Janbozorgi, M. The Effectiveness of God-Given Multidimensional Spiritual Therapy on Perceived Spirituality and Selfconcept-Godconcept among Red Crescent Staff with Symptoms of Post-Traumatic Stress Disorder. *Studies in Islam and Psychology*, 2021; 15(28): 185-201. [doi: 10.30471/psy.2021.7276.1785](#)
- 19 Shamsolahrari Mina, NOUHI SHAHNAZ, ALIPOUR AHMAD. Effectiveness of Multidimensional Spiritual Therapy with a Focus on Weight Loss and its effect on Emotional Stability, Self-Control, and Body Mass Index in Overweight Women. *KNOWLEDGE & RESEARCH IN APPLIED PSYCHOLOGY*[Internet]. 2021;22(3 (85)):62-70. <https://sid.ir/paper/961310/en>
- 20 Janbozorgi A., Janbozorgi M. Therapeutic Lifestyle regulation: A Short-Term Intervention to Prevent and Treat Anxiety Based on Multidimensional God-oriented Spiritual Therapy1. *Journal of Lifestyle*, 2021; 6(2): 125-141. [DOI: 20.1001.1.24763101.1399.6.2.7.3](#)
- 21 Hosseini Semnani, S., Janbozorgi, M., Ansari, H., Shaterian Mohammadi, F. Developing a treatment protocol for narcissistic personality disorder based on multidimensional spiritual therapy and Islamic sources. *Studies in Islam and Psychology*, 2024; 18(34): 187-216. [doi: 10.30471/psy.2024.9687.2181](#)
- 22 Davari, M. M. The effectiveness of a spiritual multidimensional therapy on the hope of mothers with children with cancer. *Journal of Islamic Psychology*, 2025; 11(22): 33-42. [doi: 10.22034/psy.2025.51603.1425](#)
- 23 Ardestani, T., haroon rashidi, H., 23;103(8):e37297. [DOI: 10.1097/MD.00000000000037297](#)
- 12 Abolhasani, Z., Hejazi Dinan, P., Shamsipour, P., Heydari, M. Effect of Auditory-Motor and Cognitive Exercises on the Spatial Gait Parameters of Women With MS in Tehran City, Iran. *The Scientific Journal of Rehabilitation Medicine*, 2025. 14(3): 464-479. [doi: 10.32598/SJRM.14.3.3350](#)
- 13 Sohrabi P, Mahmoudfakhe H. Effectiveness of Mindfulness Training Program on the Perception of Pain Experience and Self-Compassion in MS Patients. *Iranian Journal of Health Psychology*. 2024 Aug 22;7(3):21-32. <https://doi.org/10.30473/ijohp.2025.66478.1291>
- 14 Selmaj K, Hartung HP, Mycko MP, Selmaj I, Cross AH. MS treatment de-escalation: review and commentary. *Journal of Neurology*. 2024 Oct;271(10):6426-38. <https://link.springer.com/article/10.1007/s00415-024-12584-x>
- 15 Hughes, S. E., & Macaron, G. *Fast facts: Multiple sclerosis: A new era of disease modification and treatment* (5th ed.). S. Karger AG. 2021: <https://doi.org/10.1159/isbn.978-3-318-06799-6>
- 16 Idiculla PS, Govindarajan R. A Case of cervical spondylotic amyotrophy mimicking amyotrophic lateral sclerosis. *Case Reports in Neurology*. 2021 Jan 7;12(3):314-20. <https://doi.org/10.1159/000509684>
- 17 Mahdi Yousefi Taha, Mohammadamin Akbariqomi, Amir Vahedian-Azimi , A Community-Based Model of Spiritual Resilience Based on the Quran and Nahj al-Balagha with a Military Medicine Approach: A Thematic Analysis, *Journal of Military Medicine*, 2025; 27(4): 102-111. [DOI:](#)

- with Spiritual Constructs of Personality Based on Religious Resources. *Clinical Psychology and Personality*, 2020; 14(2): 173-189. doi: [10.22070/14.2.173](https://doi.org/10.22070/14.2.173)
- Farhoush M, Najafi M. Designing a behavioral-emotional-spiritual therapy for obsessive-compulsive disorder: a qualitative study. *_Religion and Health_*. 2024;12(1):25-37. <https://www.sid.ir/paper/1382762/fa>
- Samavati, S., Desmet, P. M., & Ranjbar, E. Happy urban public spaces: a systematic review of the key factors affecting citizen happiness in public environments. *Cities & health*. 2025. 9(1): p. 112-128. DOI: [10.1080/23748834.2024.2358600](https://doi.org/10.1080/23748834.2024.2358600)
- Helliwell, J. F., Huang, H., Shiplett, H., & Wang, S. Happiness of the younger, the older, and those in between. 2024. <https://ora.ox.ac.uk/objects/uuid:22aaf9c-3a7a-42aa-9e0b-e68d9990dea4/files/r6h440t415>
- Wei, B., Zhao, C., & Luo, M. Online markets, offline happiness: E-commerce development and subjective well-being in rural China. *China Economic Review*. 2024. 87, 102247. <https://doi.org/10.1016/j.chieco.2024.102247>
- Majauskiene, D., Istomina, N., Valanciene, D., Dadelienė, R., Sidlauskienė, A., Aukstikalnis, T., ... & Skurvydas, A. Factors influencing students' happiness, vitality, and self-esteem. *Frontiers in psychology*. 2024. 15, 1463459. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1463459>
- Roy, R., & Konwar, J. Workplace happiness: a conceptual framework. *International Journal of*
- Jahangiri, M. M. Effectiveness of multidimensional spiritual therapy and cognitive behavioral therapy on rejection domain schemas and severity of clinical symptoms. *Islamic Psychological Research*, 2022; 5(1): 7-28. https://ri.journals.miu.ac.ir/article_9615.html?lang=en
- Janbozorgi, M. Principles of Spiritually Multidimensional Psychotherapy (SMP). *Journal of Islamic Psychology*, 2016; 1(1): 9-45. doi: 10.22034/psy.2016.12393. DOI: [10.22034/psy.2016.12393](https://doi.org/10.22034/psy.2016.12393)
- Hosseini Semnani, S., Janbozorgi, M., Ansari, H., Shaterian Mohammadi, F. The Effectiveness of an Intervention Protocol Based on Multidimensional Spiritual Therapy on Reducing Narcissistic Symptoms and Improving Personality Functions in Narcissistic Personality Disorder: A Case Study. *Studies in Islam and Psychology*, 2025; 19(36): 1-31. doi: [10.30471/psy.2024.9947.2219](https://doi.org/10.30471/psy.2024.9947.2219)
- Aghamir Mohammad Ali Z, Janbozorgi M, Mirzahosseini H. Development and Content Evaluation of a Therapeutic Protocol for Prolonged Grief Disorder Based on Spiritually Multidimensional Psychotherapy and Islamic Texts. *J Spritual Health* 2025; 3 (4) :497-510. <https://www.sid.ir/paper/1552568/fa>
- Panahi S, Ataeifar R, Bahrami-Hidaji M, Havassi-Soomar N, Tajeri B. The Effect of Spiritually Multidimensional Psychotherapy on Grief Experience and Grief Intensity in the Bereaved during the COVID-19 Pandemic. *Journal of Pizhuhish dar Din va Salamat*. 2023;9(1):134-149. <https://www.magiran.com/p2553422>
- Janbozorgi, M. Spiritual Multidimensional Therapy: Explanation of Psychological Phenomena (Health and Disorder)

- Kraus S. Promoting well-being through happiness at work: a systematic literature review and future research agenda. *Management decision*. 2024 Jul 15;62(13):332-69. <https://doi.org/10.1108/MD-08-2023-1492>
- Hamja MA, Hasan M, Rashid MA, Shourov MT. Exploring happiness factors with explainable ensemble learning in a global pandemic. *Plos One*. 2025 Jan 2;20(1):e0313276. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0313276>
- Cuesta-Valiño P, Penelas-Leguía A, López-Sanz JM, Ravina-Ripoll R. Job satisfaction and happiness keys in the prosocial behavior of citizens in Europe. *BMC psychology*. 2024 Oct 1;12(1):524. <https://link.springer.com/article/10.1186/s40359-024-01972-7>
- Heidari Raziabad, N., Rahimzadeh, V., Khaleghkhan, A. The Effectiveness of Instruction Based on the Four-Component Instructional Design (4C-ID) Model on Meaningful Learning and Critical Thinking in Sixth-Grade Students of Ardabil. *New Educational Approaches*, 2025; 19(2): 79-106. [doi: 10.22108/nea.2024.142142.2053](https://doi.org/10.22108/nea.2024.142142.2053)
- Veenhoven, R., Chiperi, F., Kang, X., & Burger, M. Happiness and consumption: A research synthesis using an online finding archive. *Sage Open*. 2021. 11(1). <https://doi.org/10.1177/2158244020986239>
- Agrawal, S., Sharma, N., Dhayal, K. S., & Esposito, L. From economic wealth to well-being: exploring the importance of happiness economy for sustainable development through systematic literature review. *Quality & Quantity*. 2024. 58(6): p. 5503-5530. <https://link.springer.com/article/10.1007/s11229-024-06239-7>
- Scientific & Technology Research. [Link](https://doi.org/10.1016/j.socsciresearch.2020.09.001)2020. 9(1): p. 4452-4459.
- Behera, D. K., Padmaja, M., & Dash, A. K. Socioeconomic determinants of happiness: Empirical evidence from developed and developing countries. *Journal of Behavioral and Experimental Economics*. 2024. 109, 102187. <https://doi.org/10.1016/j.socsciresearch.2024.102187>
- Choi, H., & Choi, E. Unraveling Why Happiness Levels Vary Across Cultures: Mechanisms Underlying East-West Differences. *Social and Personality Psychology Compass*. DOI: 2025. 19(9), e70078. [10.1111/spc3.70078](https://doi.org/10.1111/spc3.70078)
- Singh K, Saxena G, Bandyopadhyay S. Development and validation of the Pursuit of Happiness Scale. *International Journal of Wellbeing*. 2026 Jan 12;16(1):1-28. <https://doi.org/10.5502/ijw.v16i1.4807>
- Yang F. Being good and feeling good: What happiness means to children. *Child Development Perspectives*. 2025 Mar;19(1):38-44. <https://doi.org/10.1111/cdep.12522>
- Chen H, Zeng Z. Know yourself, be yourself: Self-concept clarity as a mediator between parental psychological control and happiness orientations. *Personality and Individual Differences*. 2026 Jun 1;255:113686. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2026.113686>
- Jung, S., Shin, H., & Lee, H. Longitudinal analysis of happiness changes in nature-based travel. *Annals of Tourism Research*. 2025. 114, 104017. <https://doi.org/10.1016/j.annals.2025.104017>
- Jaswal N, Sharma D, Bhardwaj B,

- [10.1002/jclp.70068](https://doi.org/10.1002/jclp.70068)
Jahanchi R, Pasandideh MM. ۵۳
Comparison of social anxiety, self-efficacy, emotional cognitive regulation, and hope in obese and normal-weight individuals. *Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences*. 2025;68(2):513-522.
[doi:10.22038/mjms.2025.84207.4838](https://doi.org/10.22038/mjms.2025.84207.4838)
- Hultin, L., & Mähring, M. ۵۴
Reimagining AI for sustainability: Cultivating imagination, hope, and response-ability. *Information and Organization*. 2025. 35(3), 100586.
<https://doi.org/10.1016/j.infoandorg.2025.100586>
- Cohen-Chen, S., & Pliskin, R. Hope: ۵۵
The experience and functions of a seemingly-positive group-based emotion. *European Review of Social Psychology*. 2025. 36(1): p. 35-70.
DOI:
[10.1080/10463283.2024.2347815](https://doi.org/10.1080/10463283.2024.2347815)
- Arsalan G, Jarden A, Yıldırım M, ۵۶
Jarden R, Silapurem L. Longitudinal associations between life events, hope, life satisfaction, happiness, and depressive symptoms. *Cognitive Therapy and Research*. 2025 Jul 9:1-4.
<https://doi.org/10.1007/s10608-025-10630-0>
- Seema Vijayvargiya, Chanchal ۵۷
Thakre and Bhupinder Singh. Relationship of hope and subjective well-being among adults. *Int. J. Social Sci. Educ. Res*. 2025;7(1):662-666.
<https://doi.org/10.33545/26649845.2025.v7.i1h.280>
- Casali N, Feraco T. Bridges over ۵۸
troubled water: A meta-analysis of the associations of character strengths with well-being and common mental health disorders. *European Journal of Personality*. 2025 Nov;39(6):878-96.
<https://doi.org/10.1177/08902070251366765>
- Easterlin RA. Happiness and ۴۷
economic growth—the evidence. In *Global handbook of quality of life: Exploration of well-being of nations and continents 2014 Nov 28* (pp. 283-299). Dordrecht: Springer Netherlands.
https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-94-017-9178-6_12
- van Reenen, E. C., van Nistelrooij, I. ۴۸
A., Visser, L. H., de Beukelaar, J. W., Frequin, S. T., & Niemeijer, A. R. The liminal space between hope and grief: The phenomenon of uncertainty as experienced by people living with relapsing-remitting multiple sclerosis. *PloS one*. 2025. 20(1), e0315501.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0315501>
- Hatami Nejad M, Nofaresti A. The ۴۹
role of religious orientation and perceived social support in hope, with the mediating role of sense of coherence among university students. *Journal of Positive Psychology Research*. 2025;10(4):23-46.
[doi:10.22108/ppls.2025.144080.2603](https://doi.org/10.22108/ppls.2025.144080.2603)
- Talebi G, Rezaei Jamaloui H, ۵۰
Bagherian-Sararoudi R, Oreyzi H. Effectiveness of emotional schema therapy on death attitude and distress tolerance of breast cancer patients. *RBS* 2023; 21 (3) :550-562.
<https://www.sid.ir/paper/1161944/en>
- Sadeghi Z, Badih Pimay J, Hajjat M. ۵۱
The effect of Sacred Heart-based spiritual care on pain, fatigue, and hope in hemodialysis patients (a clinical trial protocol). *Education and Ethics in Nursing*. 2025;14(1):148-155.
<https://doi.org/10.22034/ethic.2024.2043799.1136>
- Richardson, A. L., Long, L. J., & ۵۲
Gallagher, M. W. Hope and Anxiety: A Meta-analytic Review. *Journal of Clinical Psychology*. 2025. DOI:

- in patients with multiple sclerosis: A randomized clinical trial. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*. 2021 Oct;9(4):313. <https://doi.org/10.30476/ijcbnm.2021.88605.1523>
- Rahnama M, Rahdar M, Taheri B, .۶۵ Saberi N, Afshari M. The effect of group spiritual care on hope in patients with multiple sclerosis referred to the MS Society of Zahedan, Iran. *Neuropsychiatra i Neuropsychologia/neuropsychiatry and Neuropsychology*. 2021 Mar 26;16(3):161-7. <https://doi.org/10.5114/nan.2021.113317>
- Hajibabaei M, Kajbaf B, Esmaeili M, .۶۶ Harirchian MH, Montazeri A. Impact of an existential-spiritual intervention compared with a cognitive-behavioral therapy on quality of life and meaning in life among women with multiple sclerosis. *Iranian journal of psychiatry*. 2020 Oct;15(4):322. <https://doi.org/10.18502/ijps.v15i4.4298>
- Snyder, C. R., Harris, C., Anderson, .۶۷ J. R., Holleran, S. A., Irving, L. M., Sigmon, S. T., Yoshinobu, L., Gibb, J., Langelle, C., & Harney, P. The will and the ways: development and validation of an individual-differences measure of hope. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1991. 60(4): p. 570-585. <https://doi.org/10.1037//00223514.60.4.570>
- Argyle M, Lu L. The happiness of .۶۸ extraverts. *Personality and individual differences*. 1990 Jan 1;11(10):1011-7. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(90\)90128-E](https://doi.org/10.1016/0191-8869(90)90128-E)
- Mirshahi F, Ahmadi E, Samadi M. .۶۹ The effectiveness of acceptance and commitment therapy on social responsibility, psychological well-being and happiness of the Elderly Murphy ER, Senger AR, Ayers ZS, .۵۹ Gallagher MW. Hope and Health. In *Handbook of Concepts in Health, Health Behavior and Environmental Health* 2025 Jan 11 (pp. 1-20). Singapore: Springer Nature Singapore. https://doi.org/10.1007/978-981-97-0821-5_7-1
- Wirth AG, Büssing A. Utilized .۶۰ resources of hope, orientation, and inspiration in life of persons with multiple sclerosis and their association with life satisfaction, adaptive coping strategies, and spirituality. *Journal of religion and health*. 2016 Aug;55(4):1359-80. <https://doi.org/10.1007/s10943-015-0089-3>
- Maghsoudi Z, Oshvandi K, .۶۱ Mohammadi Y, Motavakel N. The effect of spiritual care on hope in patients with multiple sclerosis referred to the MS association of Hamadan in Iran. *Journal of religion and health*. 2024 Oct;63(5):3410-8. <https://doi.org/10.1007/s10943-024-02020-9>
- Bowen MR, Augustyn J, Fisher L, .۶۲ Lawson LM. Feasibility of Addressing the Spiritual Well-Being of Persons With Multiple Sclerosis: A Mixed-Methods Program Evaluation. *The American Journal of Occupational Therapy*. 2024 Jan 1;78(1):7801205120. <https://doi.org/10.5014/ajot.2024.050323>
- Wade JB, Hayes RB, Wade JH, .۶۳ Bekenstein JW, Williams KD, Bajaj JS. Associations between religiosity, spirituality, and happiness among adults living with neurological illness. *Geriatrics*. 2018 Jun 23;3(3):35. <https://doi.org/10.3390/geriatrics3030035>
- Afshar M, Sadat Z, Bagheri M. The .۶۴ effect of spiritual counseling on hope

2022;13(49):37-54.
<https://doi.org/10.22054/jcps.2023.71975.2886>

people with substance use disorders.
 Rooyesh. 2025. 14(8), 59-68.
<http://frooyesh.ir/article-1-5954-fa.html>

Janbozorgi M. God- Oriented .۷۰
 Spiritual Psychotherapy: A
 multidimensional approach (Protocol
 Validation). Clin Psychol Stud.

زودآیند ویرایش نشده

زود آیند ویرایش نشده