مقاله
پژوهشی

# اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر رویکرد امید بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به ام.اس

الهه عابدینی[1]*، بهرامعلی قنبری هاشم آبادی[2]، جعفر طالبیان شریف[3]، شیوا کریمی ترشیزی[1]

[1]کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، ایران
[2]استاد گروه روانشناسی دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، ایران
[3]مربی گروه روانشناسی دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، ایران
*نویسنده مسئول: مشهد، میدان آزادی، پردیس دانشگاه فردوسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی
پست الکترونیک: elaheabedini37168@yahoo.com

## چکیده

**زمینه و هدف:** *ام.اس از شایع ترین بیماری های مزمن سیستم عصبی مرکزی در بزرگسالان جوان است و مانند هر بیماری مزمن دیگر، جنبه های مختلف زندگی فرد مبتلا و کیفیت زندگی وی را تحت تأثیر قرار می دهد. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر رویکرد امید بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به ام.اس انجام شد.*

**مواد و روش کار:** *این پژوهش یک مطالعه ی شبه تجربی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل می باشد. تعداد ۲۴ بیمار به عنوان نمونه از بین زنان مبتلا به ام.اس عضو انجمن حمایت از بیماران ام.اس شهر زاهدان ، انتخاب شده و به دو گروه مداخله و کنترل تقسیم شدند. گروه مداخله تحت گروه درمانی مبتنی بر رویکرد امید قرار گرفتند. ابزار مورد استفاده مقیاس کیفیت زندگی مخصوص بیماران ام.اس (MSIS-29) بود. داده های پژوهش با استفاده از نرم افزار آماری SPSS 16 و با استفاده از آزمون های تی مستقل، کای اسکوئر و تحلیل کوواریانس چند متغیری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.*

**یافته ها:** *گروه درمانی مبتنی بر رویکرد امید سبب تفاوت معنی داری ($P<۰/۰۰۱$) بین گروه مداخله و کنترل در شاخص کلی کیفیت زندگی شد. همچنین به طور معنی داری ($P<۰/۰۰۱$) موجب بهبود بعد روانی کیفیت زندگی در زنان مبتلا به ام.اس در مقایسه با گروه کنترل شده است، اما در بهبود بعد جسمانی کیفیت زندگی اثربخشی معنی داری نداشته است.*

**نتیجه گیری:** *گروه درمانی مبتنی بر رویکرد امید در بهبود بعد روانی کیفیت زندگی زنان مبتلا به ام.اس مؤثر است. بنابراین می توان آن را به عنوان یک روش مداخله ای مفید برای بهبود بعد روانی کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به ام.اس به کار برد.*

**واژه های کلیدی:** *گروه درمانی، کیفیت زندگی، ام.اس*

مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی سال ۹۴؛ دوره ۷ (۳): ۶۲۳-۶۳۶
Journal of North Khorasan University 2015;7(3):623-636

وصول: ۹۳/۲/۳۱
اصلاح: ۹۳/۳/۳۱
پذیرش: ۹۳/۵/۱۱

[ Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-29 ]

## مقدمه

بیماری مولتیپل اسکلروزیس یا ام.اس[1] یک بیماری خودایمنی، التهابی، مزمن و پیشرونده است که به صورت ضایعات عصبی با میلین[2] تخریب شده در جسم سفید مغز، طناب نخاعی و اعصاب بینایی بروز می کند [۵-۱]. ام.اس از مهمترین بیماری های سیستم عصبی مرکزی[3] و از شایعترین بیماری های نورولوژیک در انسان و شایعترین بیماری منجر به ناتوانی در جوانان است [۶]. انجمن ملی ام.اس[4] در سال ۲۰۱۱ اعلام کرده است که بیشتر از ۲/۱ میلیون نفر در سراسر جهان به آن مبتلا هستند [۷]. کشور ما، ایران یکی از مناطق نسبتاً شایع ام.اس است. میزان ابتلا به این بیماری در ایران، به رغم آمار کمتر گزارش شده در بین آسیایی‌ها (۵ ـ۳ نفر در هر ۱۰۰ هزار نفر)، در حدود ۱۵ تا ۳۰ نفر در هر ۱۰۰ هزار نفر است [۸]. طبق گزارش انجمن ام.اس ایران در حدود ۴۰ هزار نفر بیمار در کشور وجود دارد که ۹۰۰۰ نفر آن‌ها ثبت شده‌اند، این رقم رو به افزایش است [۹]. بیماری ام.اس مانند سایر بیماری‌های خودایمنی در زنان شیوع بیشتری دارد. در واقع این بیماری در زنان دو برابر بیشتر از مردان بروز می‌کند [۱۲-۱۰]. شایع ترین سن ابتلا به این بیماری نیز ۲۰ تا ۴۰ سال است [۱۳،۳]. بنابراین ام.اس با توجه به ماهیت خاصی که دارد، از جمله علت نامشخص، پیش آگهی نامعلوم و دوره های عود غیر قابل پیش بینی [۱۴] و شیوع بالا در سنین جوانی که در آن فرد بیشترین مسئولیت های خانوادگی و اجتماعی را بر عهده دارد و در واقع در سنین باروری است [۱۵]؛ به شدت کیفیت زندگی[5] فرد و سطوح سازگاری روانشناختی با بیماری را تحت تأثیر قرار می دهد [۲۱-۱۶]. به طوری که کیفیت زندگی مرتبط با سلامت[6] در مولتیپل اسکلروزیس بسیار بیشتر از سایر بیماری‌های عصب شناختی مورد مطالعه قرار گرفته است. در یک تعریف کلی ارائه شده توسط سازمان جهانی بهداشت (۲۰۰۶)، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بستگی به میزان تأثیرپذیری سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی فرد از یک بیماری یا درمان آن دارد. در این تعریف بر ذهنیت فرد و چند بعدی بودن کیفیت زندگی تأکید می شود [۲۲]. اولین مطالعه درباره‌ی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بیماران ام.اس در سال ۱۹۹۰ به چاپ رسید، از آن سال تا به حال مطالعات زیادی بر روی کیفیت زندگی این بیماران انجام شده است [۲۰]. نتایج این مطالعات نشان می دهد که این بیماران در مقایسه با افراد سالم جامعه از کیفیت زندگی پایین تری برخوردارند، همچنین مطالعات دیگری که به منظور مقایسه کیفیت زندگی این بیماران با بیماران مبتلا به دیگر بیماری‌های مزمن مثل صرع، دیابت، آرتریت روماتوئید و بیماری‌های التهابی روده انجام شدند، نشان دادند که بیماران مبتلا به ام.اس به طور معنی داری از کیفیت زندگی پایین تری برخوردارند [۱۶،۲۳،۲۰]. در بررسی عوامل تأثیرگذار بر کیفیت زندگی این بیماران نتایج پژوهش های مختلف نشانگر تأثیر مجموعه ای از عوامل زیستی، روانی و اجتماعی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ام.اس هستند. از جمله ی این عوامل، خستگی [۱۶]، شدت ناتوانی جسمی [۲۵،۲۴]، راهکار های مقابله، خلق، خودکارآمدی و حمایت دریافتی [۲۰] هستند. بر مبنای همین شواهد تمام پژوهش های اخیر درباره ی ام.اس بر این باور هستند که درمان ام.اس باید به صورت کل نگر و تیمی انجام شود و ارتقاء کیفیت زندگی این بیماران منوط به همکاری بین رشته ای متخصصان در امور جسمی، روانی و اجتماعی است.

از طرفی نیز در روانشناسی عصر حاضر با ظهور روانشناسی مثبت[7] و روانشناسی سلامت[8] به جای توجه صرف به آسیب‌ها یا اختلالات روانی، عواملی مثل شادکامی، خوش بینی، خلاقیت، معنا در زندگی، خویشتنداری[9]، حمایت اجتماعی و امید[10] و به کارگیری روش‌های مبتنی بر همین عوامل در پیشگیری و درمان بیماری‌های جسمانی مورد توجه قرار گرفته است [۲۷،۲۶]. در این میان سازه‌ی امید توجه فزاینده ای را به خود جلب کرده است.

1 - Multiple Sclerosis (MS)
2- myelin
3 - CNS
4 - National MS Society
5 - Quality of life
6 - Health – related quality of life (HRQOL)

7 - Positive Psychology
8 - Health Psychology
9 - self control
10 - Hope

[ Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-29 ]

اشنایدر[1] بنیانگذار نظریه امید و درمان مبتنی بر آن، امید را به عنوان سازه ای شامل دو مفهوم این گونه تعریف می‌کند: "توانایی طراحی مسیرها یا گذرگاه‌هایی به سوی اهداف مطلوب به رغم موانع موجود و عامل انگیزش برای استفاده از این گذرگاه‌ها". او بیان می کند که کاربرد امید به خاطر تأثیرات شگرف در پدیدآیی و درمان عمده‌ی بیماری‌های جسمانی و روانی در مراکز درمانی مرتبط با سلامت، می‌تواند یک مرکز بیمارنگر را به مرکزی سلامت نگر، تبدیل نماید. امید درمانی این هدف را در نظر دارد که به درمانجویان کمک کند تا هدف های روشنی را مشخص و طبقه بندی کنند و مسیرهای متعددی را برای این اهداف ایجاد نمایند و آن ها را برمی انگیزاند تا هدف ها را تعقیب نموده و موانع را به عنوان چالش هایی که باید بر آن ها غلبه کرد، چارچوب بندی کنند. این مداخله از اندیشه‌های برگرفته از درمان شناختی – رفتاری[2]، درمان راه حل مدار[3] و درمان داستانی یا روایتی[4] مشتق شده و به صورت گروهی انجام می شود زیرا در نظریه اشنایدر فرض بر این است که تفکر امیدوارانه در فرایند تبادلی[5] منعکس می شود. نتایج تحقیقات اشنایدر نشان می دهد که امیددرمانی قادر است سلامت روانی و کیفیت زندگی بیماران را بهبود بخشد [۳۱-۲۷]. تا کنون تأثیر ارتقاء امید بر بهبود کیفیت زندگی در بیماری های مزمن همچون مبتلایان به سرطان [۳۴-۳۲]، مردان مبتلا به اچ آی وی مثبت [۳۵] و بیماران مبتلا به فشار خون اساسی [۳۶] در تحقیقات مختلف نشان داده شده است. با توجه به چنین نتایجی به نظر می رسد که امیددرمانی می تواند به عنوان یک روش مؤثر در بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ام.اس به کار گرفته شود.

بنابراین با توجه به روند رو به افزایش ام.اس در ایران خصوصا در میان زنان جوان و نیز از آن جا که تاکنون تحقیقات اندکی در زمینه تأثیر امیددرمانی در بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ام.اس انجام شده است، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر رویکرد امید برکیفیت زندگی زنان مبتلا به ام.اس عضو انجمن حمایت از بیماران ام.اس شهر زاهدان انجام شد.

1 - Snyder
2 - Cognitive – behavior therapy
3 - Solution – focused therapy
4 - Narrative therapy
5 - transactional

## روش کار

روش پژوهش حاضر شبه تجربی[6] با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل بود [۳۷]. جامعه ی این پژوهش کلیه زنان مبتلا به ام.اس شهر زاهدان بودند. برای انتخاب نمونه از این جامعه به انجمن حمایت از بیماران ام.اس شهر زاهدان مراجعه شد و با استفاده از اطلاعیه و فراخوان و معرفی کلی طرح و اهداف آن در طی چندین جلسه، از زنان مبتلا به ام.اس عضو انجمن حمایت از بیماران ام.اس شهر زاهدان، دعوت به همکاری به عمل آمد. سپس از میان افرادی که تمایل اولیه ی خود را برای شرکت در این طرح اعلام کردند، ۲۸ نفر به عنوان نمونه انتخاب شدند. لازم به ذکر است برای برآورد حجم نمونه از نرم افزار G.Power استفاده شد. برای این مطالعه ما اندازه اثر را ۰/۶ و مقدار آلفا را ۰/۰۵ در نظر گرفتیم و با توجه به اینکه آزمون مورد نظر برای تجزیه و تحلیل داده ها، تحلیل کوواریانس چندمتغیری بود، حجم نمونه پیشنهادی برای هر گروه ۱۴ نفر بدست آمد. شایان ذکر است که این تعداد افراد نمونه با آنچه که در ادبیات بالینی آمده است نیز تطابق نسبی دارد، به این ترتیب که در منابع مختلف تعداد مناسب اعضای یک مداخله ی گروه درمانی بین ۷ تا ۱۰ عضو و در مواردی بین ۱۰ تا ۱۵ عضو پیشنهاد شده است [۳۹،۳۸]. برای انتخاب نمونه، معیارهای ورود به طرح عبارت بودند از: ۱) تکمیل فرم رضایت آگاهانه مبنی بر داوطلبانه بودن شرکت در جلسات، ۲) داشتن سن بیشتر از ۱۵ سال و حداقل تحصیلات کلاس پنجم به منظور توانمندی برای پاسخگویی به پرسشنامه ها و ۳) داشتن نمره ی بالاتر از ۲۰ در بعد جسمانی و نمره بالاتر از ۹ در بعد روانی مقیاس کیفیت زندگی مخصوص بیماران ام.اس[7] (MSIS-29) – به منظور ورود آن دسته از بیمارانی به طرح که شرایط مطلوبی از نظر کیفیت زندگی ندارند.

6 - quasi - exprimental
7 - Multiple Sclerosis Impact Sscale (MSIS-29)

[ Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-29 ]

معیارهای خروج از طرح نیز عبارت بودند از: ۱) مبتلا بودن به بیماری های جسمی و روانی همزمان که به نوعی نتایج پژوهش را تغییر می داد، ۲) داشتن غیبت بیش از دو جلسه به دلایل مختلف از جمله عود نشانه های بیماری در صورتی که فرد را از پیگیری جلسات گروه درمانی باز می داشت. در نهایت حجم نمونه ی ۲۸ نفره به دلیل ناتوانی دو نفر از افراد گروه مداخله برای تکمیل جلسات درمان (داشتن بیش از دو جلسه غیبت) و متعاقبا حذف تصادفی دو نفر از افراد گروه کنترل به منظور رعایت تساوی تعداد افراد دو گروه، به ۲۴ نفر (۱۲ نفر در گروه مداخله و ۱۲ نفر در گروه کنترل) تقلیل یافت.

روند انجام پژوهش بدین گونه بود که با همکاری مدیریت انجمن حمایت از بیماران ام.اس شهر زاهدان، از بیماران زن مبتلا به ام.اس عضو انجمن به صورت فراخوان، دعوت به شرکت در یک جلسه توجیهی شد. در این جلسه در مورد بیماری ام.اس، طرح کلی پژوهش حاضر، اهداف و مدت زمان آن، محرمانه ماندن اطلاعات شخصی افراد، حق خروج از پژوهش در هر زمانی که می خواهند و زمان و مکان تشکیل جلسات توضیح داده شد. سپس افرادی که تمایل به شرکت در این طرح را داشتند، پرسشنامه دموگرافیک (محقق ساخته)، فرم رضایت آگاهانه مبتنی بر داوطلبانه بودن شرکت در جلسات و همچنین مقیاس کیفیت زندگی مخصوص بیماران ام.اس (MSIS-29) را برای اطمینان از حائز بودن معیارهای ورود به پژوهش تکمیل کردند. برای تکمیل گروه نمونه، چنین جلسه ای سه بار تکرار شد. در نهایت تعداد افرادی که معیارهای ورود به پژوهش را داشتند ۲۸ نفر بودند، که البته همانطور که در بالا ذکر شد حجم نمونه به دلیل ریزش، به ۲۴ نفر تقلیل یافت؛ سپس این افراد به دو گروه مساوی مداخله و کنترل تقسیم شدند. با توجه به این که مقیاس کیفیت زندگی مخصوص بیماران ام.اس (MSIS-29) به عنوان یکی از معیار های ورود به پژوهش از افراد شرکت کننده در پژوهش گرفته شده بود، نتایج آن به عنوان پیش آزمون ثبت گردید و سپس جلسات گروه درمانی مبتنی بر پروتکل نظریه امید برای گروه مداخله به مدت ۸ جلسه ی هفتگی دو ساعته یعنی به مدت ۲ ماه برگزار گردید. با توجه به تأثیر گرمای هوا در عود علایم ام.اس و متعاقبا اثرگذاری آن بر روی کیفیت زندگی افراد که در منابع مختلف به آن اشاره شده است [۱۴] و همچنین با مشورت با یک متخصص نورولوژیست، جلسات گروه درمانی از نیمه ی مهرماه تا نیمه ی آذرماه اجرا شد تا از اثرگذاری گرمای هوا بر روی نتایج پژوهش و همچنین از ریزش حجم نمونه جلوگیری شود. پس از خاتمه جلسات گروه درمانی، مقیاس کیفیت زندگی مخصوص بیماران ام.اس (MSIS-29) به عنوان پس آزمون مجددا در هر دو گروه اجرا شد. پس از پایان مدت مقرر (۲ ماه) به منظور رعایت اصول اخلاقی، ۳ جلسه ی درمانی هم برای گروه کنترل برگزار شد.

به منظور گردآوری داده ها از پرسشنامه ی خودگزارش دهی ۲ قسمتی به شرح ذیل استفاده شد: قسمت اول، پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک ( محقق ساخته ) بود. در این پرسشنامه اطلاعاتی مانند سن، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل، وضعیت شغلی و مدت ابتلا به بیماری ام.اس از زمان تشخیص توسط پزشک متخصص، از بیماران گرفته شد. قسمت دوم، مقیاس کیفیت زندگی مخصوص بیماران ام.اس (MSIS-29) بود. استفاده از روش‌های استاندارد در طراحی MSIS-29، موجب دقت بیشتر و خطای کمتر نتایج آن نسبت به سایر پرسشنامه‌های اختصاصی ام.اس شده است. این پرسشنامه حاوی ۲۹ سؤال می‌باشد که ۲۰ سؤال اول، تأثیر فیزیکی و ۹ سؤال آخر، تأثیر روانی ام.اس بر بیمار را می‌سنجد. هر یک از سؤالات، حاوی ۵ گزینه (با نمره ۱ تا ۵) است. مجموع اعداد مربوط به پاسخ‌های بیمار به این دو گروه سؤالات به اعداد صفر تا صد تبدیل می‌شود و در نهایت دو مقیاس برای سنجش ابعاد فیزیکی و روانی کیفیت زندگی به دست می‌آید. نمره‌های بالاتر نشان دهنده‌ی سلامت پایین تر بیمار می‌باشد. حداکثر نمره در بعد جسمانی ۱۰۰ و حداقل آن ۲۰ و حداکثر نمره در بعد روانی ۴۵ و حداقل آن ۹ است [۴۰]. لازم به ذکر است که این پرسشنامه نمره ی کلی ندارد و نتایج پژوهش های مختلف بر روی آن از جمع همه ی ماده های آن به منظور تشکیل یک مقیاس کلی حمایت نمی کنند [۴۱]. در خصوص روایی و پایایی MSIS-29، نتایج مطالعه ی مک گویگان و

[ Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-29 ]

هتکینسون[1] (۲۰۰۴) نشان داد که پایایی آن با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ بیشتر از ۰/۸۰ است. روایی همگرای زیرمقیاس فیزیکی MSIS-29 با سایر مقیاس‌های اندازه گیری ناتوانی فیزیکی نشانگر ضرایب همبستگی بالایی است. در بررسی روایی واگرا، همبستگی زیرمقیاس فیزیکی MSIS-29 و پرسشنامه افسردگی بک – ویرایش دوم (BDI-II) برابر ۰/۴۹ بود. زیرمقیاس روانی MSIS-29 نیز با BDI-II همبستگی بالای موردانتظاری داشت (۰/۸۰) [۴۲]. همچنین برای نسخه ی فارسی این پرسشنامه، ضریب آلفای بیشتر از۰/۷۰ و همچنین ضریب بازآزمایی بیشتر از ۰/۷۰ گزارش شده است [۴۳]. روش درمانی به کار گرفته شده در این طرح پژوهشی بر مبنای پروتکل درمانی طراحی شده برای افزایش تفکر امیدوارانه و بالا بردن فعالیت های پیگیری هدف در نظریه ی امید است که توسط چیونس و همکارانش[2] (۲۰۰۶) ارائه شده است [۳۱]. این پروتکل درمانی و تکالیف خانگی آن برای هشت جلسه‌ی هفتگی ۲ ساعته طراحی شده که در آن ابتدا به اعضای شرکت کننده در گروه اصول نظریه‌ی امید و چگونگی به کارگیری این اصول در زندگی شان توضیح داده می‌شود. هر جلسه شامل ۴ بخش است. در اولین بخش که تقریبا ۳۰ دقیقه به طول می‌انجامد، اعضای گروه در مورد موضوعات جلسه‌ی پیش بحث می‌کنند و تکلیف داده شده‌ی جلسه‌ی پیش مرور می‌شود و اعضا ترغیب می‌شوند که به همدیگر برای رفع مشکلات انجام تکلیف کمک کنند. در بخش دوم که تقریبا ۲۰ دقیقه طول می‌کشد، به اعضای گروه یک مهارت جدید مرتبط با امید که شامل سه بعد اهداف، مسیرها و تفکر عامل است، آموزش داده می‌شود. محتوای این بخش به تفکیک جلسات درمانی به این ترتیب است: جلسه اول مبتنی بر تعیین هدف و انواع آن، لزوم داشتن هدف در حوزه های مختلف زندگی، راه های رسیدن به هدف و انگیزه ی لازم برای پیگیری اهداف؛ جلسه دوم، ترسیم رابطه ی تفکر و احساس، بیان شیوه های افزایش تفکر عامل از طریق تنظیم اهداف، توضیح پیوستار پیشرفت و بیان لزوم ارزیابی مجدد اهداف؛ جلسه سوم شامل بیان سه راهکار برای تنظیم اهداف به شیوه ی عملی (تنظیم اهداف عینی با درنظر گرفتن نقطه پایان، در قالب رویکرد گرایشی و شکستن اهداف بزرگ به خرده هدف ها) می باشد؛ جلسه چهارم مبتنی بر بیان دو حوزه ی اصلی انگیزش (انگیزش فیزیکی و روانی)، توضیح درباره ی خودگویی ها به عنوان یک فاکتور مهم نیروی اراده ی ذهنی، بررسی دلایل کاربرد خودگویی های منفی و بیان راهکارهای تغییر خودگویی های منفی؛ جلسه پنجم مبتنی بر بیان نیروی مسیر برای رسیدن به اهداف و ارائه ی دو راهکار برای تقویت نیروی مسیر (داشتن مسیرهای متعدد و لیست برداری از آن ها و تجسم کردن موفقیت در طی کردن مسیرها) می باشد؛ جلسه ی ششم بیان روش دیگری برای افزایش سطح نیروی اراده روانی (ارزیابی مجدد اهداف) و در نهایت بیان دو راهکار برای افزایش سطح نیروی اراده ی فیزیکی (اصلاح رژیم غذایی و ورزش منظم متناسب با شرایط جسمانی و زیرنظر متخصص)؛ جلسه ی هفتم مبتنی بر صحبت درباره ی موانع رسیدن به هدف و بیان راهکارهای برخورد با موانع (داشتن راه های مختلف برای رسیدن به هدف، فکر کردن به موانع قبل از پیش آمدن آن ها و غیره)؛ جلسه ی هشتم مبتنی بر بیان احتمال عود و لغزش و فرصت دادن به اعضا تا درباره ی تجربه ی شرکت در گروه و احساساتی که از خاتمه ی گروه دارند صحبت کنند. در بخش سوم که تقریبا ۵۰ دقیقه است، اعضای گروه در مورد چگونگی به کارگیری این مهارت ها در زندگیشان بحث می‌کنند و تشویق می‌شوند که مشکلاتشان را بیان کنند و به یکدیگر در مورد چگونگی استفاده از این مهارت‌ها در حل مشکلاتشان کمک کنند. در طول این قسمت از گروه درمانی، درمانگر گروه را به نحوی هدایت می‌کند که در رابطه با مهارت طرح شده به عنوان موضوع اصلی گروه به بحث بپردازند. در نهایت، در ۱۰ دقیقه‌ی پایانی گروه به اعضا برای جلسه‌ی بعد یک تکلیف خانگی ارائه می‌شود با این هدف که اعضای گروه مهارت‌های مرتبط با امید را در زندگی روزمره‌ی خود به کار ببندند. در آغاز گروه نیز به عنوان یک تکلیف کلی از اعضا خواسته می شود که هدف خاصی را برای کار در جلسات گروه انتخاب کنند تا در هر جلسه مهارت های یادگرفته شده را بر روی آن هدف خاص به کار ببندند.

1 - McGuigan & Hutchinson
2 - Cheavens & etal

[ Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-29 ]

تجزیه و تحلیل داده‌های این پژوهش با استفاده از نرم افزار SPSS 16 و آزمون های آماری تی مستقل، کای اسکوئر و تحلیل کوواریانس چند متغیری[1] صورت گرفت.

## یافته ها

یافته های مربوط به شاخص های دموگرافیک اعضای نمونه ی تحقیق شامل سن، مدت ابتلا به بیماری ام.اس از زمان تشخیص قطعی توسط متخصص، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل و وضعیت شغلی در دو گروه مداخله و کنترل در جدول ۱ آمده است. نتایج آزمون تی مستقل نشان داد از جهت سن و مدت زمان ابتلا به بیماری بین دو گروه تفاوت معنی داری وجود ندارد. همچنین نتایج آزمون کای اسکوئر نشان داد از جهت وضعیت تأهل، سطح تحصیلات و وضعیت اشتغال بین دو گروه مداخله و کنترل تفاوت معنی داری وجود ندارد. این یافته ها نشانگر تناسب بالای بین اعضای دو گروه در شاخص های دموگرافیک است. یافته های جدول ۲، میانگین و انحراف معیار نمرات مؤلفه های کیفیت زندگی (بعد جسمانی و بعد روانی) برای آزمودنی های دو گروه مداخله و کنترل را قبل و بعد از مداخله نشان می دهد.

به منظور مقایسه نمرات آزمودنی‌های دو گروه مداخله و کنترل در مؤلفه های کیفیت زندگی در مرحله بعد از مداخله، از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شد. لازم به ذکر است قبل از انجام تحلیل، مفروضه‌های این آزمون آماری شامل نرمال بودن داده ها و همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس بررسی شد. نتایج آزمون کالموگروف اسمیرنوف برای نمرات هر کدام از مؤلفه های

جدول ۱: ویژگی های دموگرافیک زنان مبتلا به ام.اس در دو گروه مداخله و کنترل

| متغیر مورد بررسی | گروه مداخله (میانگین ± انحراف معیار) | گروه کنترل (میانگین ± انحراف معیار) | P value |
|---|---|---|---|
| سن (سال) | (۳۲/۸۳ ± ۷/۳۵) | (۳۲/۳۳ ± ۷/۸۷ ) | ۰/۸۷ |
| مدت زمان ابتلا به ام.اس (سال) | ( ۶/۷۵ ± ۵/۸۹) | ( ۶/۵۰ ± ۶/۱۷) | ۰/۹۲ |
| | گروه مداخله | گروه کنترل | |
| | (درصد) تعداد | (درصد) تعداد | |
| وضعیت تأهل | | | ۰/۶۶ |
| مجرد | ۴ (۳۳/۳) | ۴ (۳۳/۳) | |
| متأهل | ۸ (۶۶/۷) | ۸ (۶۶/۷) | |
| سطح تحصیلات | | | ۰/۶۱ |
| سیکل | ۳ (۲۵) | ۲ (۱۶/۷) | |
| دیپلم | ۱ (۸/۳) | ۲ (۱۶/۷) | |
| فوق دیپلم | ۴ (۳۳/۳) | ۳ (۲۵) | |
| لیسانس | ۴ (۳۳/۳) | ۴ (۳۳/۳) | |
| فوق لیسانس | ۰ (۰) | ۱ (۸/۳) | |
| وضعیت شغلی | | | ۰/۴۷ |
| کارمند | ۳ (۲۵) | ۲ (۱۶/۷) | |
| خانه دار | ۵ (۴۱/۷) | ۴ (۳۳/۳) | |
| بازنشسته | ۱ (۸/۳) | ۲ (۱۶/۷) | |
| بیکار | ۳ (۲۵) | ۴ (۳۳/۳) | |

1 -multivariate analysis of covariance (MANCOVA)

[ Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-29 ]

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار مؤلفه های کیفیت زندگی قبل و بعد از مداخله در دو گروه مداخله و کنترل

| متغیر | | گروه مداخله | گروه کنترل |
|---|---|---|---|
| | | انحراف معیار±میانگین | انحراف معیار±میانگین |
| بُعد روانی | قبل از مداخله | ۳۲/۳۳± ۷/۱۱ | ۳۲ ±۱۱/۸۳ |
| | بعد از مداخله | ۲۴ ± ۶/۸۱ | ۳۱/۹۲ ± ۸/۸۵ |
| بُعد جسمانی | قبل از مداخله | ۵۳/۲۵ ±۱۸/۸۸ | ۵۱ ±۱۵/۷۹ |
| | بعد از مداخله | ۵۰/۴۲ ±۱۵/۱۰ | ۵۲/۴۲±۱۶/۹۵ |

جدول۳: نتایج آزمون‌های اثرات بین آزمودنی‌ها جهت مقایسه عملکرد آزمودنی‌های دو گروه در هر یک از مؤلفه های کیفیت زندگی

| متغیر | منبع تغییرات | میانگین مجذورات | درجه آزادی | مجموع مجذورات | F | سطح معناداری |
|---|---|---|---|---|---|---|
| بُعد روانی | گروه | ۴۰۵/۳۶ | ۱ | ۴۰۵/۳۶ | ۲۱/۸۳ | ۰/۰۰۱ |
| | خطا | ۳۷۱/۳۱ | ۲۰ | ۱۸/۵۶ | | |
| بُعد جسمانی | گروه | ۸۷/۷۳ | ۱ | ۸۷/۷۳ | ۱/۵۷ | ۰/۲۲ |
| | خطا | ۱۱۱۶/۷۰ | ۲۰ | ۵۵/۸۳ | | |

[ Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-29 ]

کیفیت زندگی نشان داد هیچ گونه تخطی از این مفروضه صورت نگرفته است و داده ها نرمال می باشند (p>۰/۰۵). نتایج آزمون باکس جهت بررسی مفروضه همگنی ماتریس واریانس- کوواریانس نیز از لحاظ آماری معنی دار نبود (p>۰/۰۵) و این به معنای برقراری مفروضه فوق می‌باشد. بنابراین، استفاده از آزمون آماری تحلیل کوواریانس چند متغیری بلامانع می باشد. در ادامه نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری با کنترل نمرات مؤلفه های کیفیت زندگی در مرحله قبل از مداخله، نشان داد بین دو گروه مداخله و کنترل از جهت متغیر وابسته جدیدی که از ترکیب نمرات مؤلفه‌های کیفیت زندگی در مرحله بعد از مداخله ایجاد شده تفاوت معنی داری وجود دارد (۰/۴۷= لامبدای ویکلز، p<۰/۰۰۱ ,۱۰/۵۸=$F_{(19,2)}$).

همچنین جهت مقایسه دو گروه مداخله و کنترل در هر یک از مؤلفه های کیفیت زندگی به عنوان یک متغیر وابسته، آزمون‌های اثرات بین آزمودنی‌ها در متن آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری انجام شد که نتایج آن‌ها در جدول ۳ نشان داد تنها در بُعد روانی (۰/۰۰۱ > p ,۲۱/۸۳=$F_{(20,1)}$ ) دو گروه با هم تفاوت معنی دار دارند؛ به گونه‌ای که آزمودنی های گروه مداخله نسبت به آزمودنی های گروه کنترل ، بعد از دریافت مداخله در بُعد روانی به طور معنی دار نمرات کمتری کسب نموده‌اند که به معنای بهبودی بیشتر است. با این وجود از جهت نمرات بُعد جسمانی بعد از دریافت مداخله، بین دو گروه تفاوت معنی داری مشاهده نشد (p>۰/۰۵).

## بحث

یافته های مطالعه ی حاضر نشان داد که مداخله ی گروه درمانی مبتنی بر رویکرد امید تفاوت معنی داری را در شاخص کلی کیفیت زندگی بین گروه مداخله و کنترل ایجاد کرده است. این یافته همسو با گزارش پژوهش های ساناتانی و همکاران[1] (۲۰۰۸)[۳۲]، دوگلبی و همکاران[2] (۲۰۰۷)[۳۳] و شعاع کاظمی و مؤمنی جاوید (۱۳۸۸)[۳۴] در مورد تأثیر ارتقای امید و هدف دار بودن زندگی در بهبود کیفیت زندگی در بیماری‌های مزمن به خصوص بیماران مبتلا به سرطان است. تأثیر امید درمانی در ارتقای کیفیت زندگی بیماران در این پژوهش نشان می دهد که بیماری که تحت مداخله ی امید درمانی قرار می گیرد، می آموزد به رغم وجود ناتوانی های گسترده با نگاه مجدد به حیطه های مهم و ارزشمند زندگی، اهدافی مهم، رضایت بخش، قابل دستیابی و متناسب با شرایط و امکانات موجود خود تعیین کند. همچنین اعتقاد و باور او به این که می تواند مسیرهایی را به سمت اهداف مطلوب بیابد و خودش را به استفاده و به کارگیری این مسیرها برانگیزد، عواطف مثبت و بهزیستی را در او برمی انگیزاند.

همچنین نتایج پژوهش حاضر نشانگر آن بود که گروه درمانی مبتنی بر رویکرد امید به طور معنی داری موجب بهبود بعد روانی کیفیت زندگی در زنان مبتلا به ام.اس در مقایسه با گروه کنترل شده است. این نتیجه با پژوهش قزلسفلو و اثباتی(۱۳۹۰) [۳۵] که اثربخشی گروه درمانی امیدمحور را بر همه‌ی ابعاد از جمله بعد روانی کیفیت زندگی مردان مبتلا به اچ آی وی مثبت گزارش می‌کنند و پژوهش ستوده اصل و همکاران (۱۳۸۹) [۳۶] که نشانگر اثربخشی بیشتر امیددرمانی نسبت به دارو درمانی بر بهبود همه‌ی ابعاد از جمله بعد روانی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به فشارخون اساسی است، همسو است. البته باید توجه داشت که ابزار سنجش کیفیت زندگی در این پژوهش ها با پژوهش حاضر تفاوت دارد. در تبیین یافته ی فوق باید گفت که داشتن هدف و امید دستیابی به آن به زندگی فرد معنا داده و او را در مسیر خاصی قرار می‌دهد. از نظر فلدمن[3] و اشنایدر (۲۰۰۵) [۴۴]، امید و معنای زندگی با یکدیگر رابطه دارند به طوری که امید را یکی از مؤلفه‌های معنا می‌دانند. همچنین وجود راهبردهای رفتاری در این مداخله، گامی در جهت فعال کردن مراجع است و به او کمک می‌کند تا فعالانه اهداف تعیین شده را دنبال کند که این امر نیز به نوبه‌ی خود می‌تواند در ارتقاء بعد روانی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ام.اس مؤثر باشد.

اما یافته ی قسمت پایانی پژوهش حاکی از آن بود که مداخله ی صورت گرفته در مطالعه ی حاضر در بهبود بعد جسمانی کیفیت زندگی در زنان مبتلا به ام.اس در مقایسه با گروه کنترل اثربخشی معنی داری نداشته است. این

1 - Sanatani & et al
2 - Duggleby & et al
3 - Feldman

[ Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-29 ]

نتیجه با عقیده ی دنیسون و همکاران[1] (۲۰۰۹) [۴۵] مبنی بر این که عوامل بیماری در مبتلایان به ام.اس شامل میزان ناتوانی عصب شناختی، شدت نشانگان، وضعیت بهبودی و طول مدت بیماری، بر خلاف عوامل روانشناختی از طریق مداخلات روانشناختی تعدیل نمی شوند؛ به طور ضمنی همسو است. همچنین با پژوهش علاءالدینی و همکاران (۱۳۸۶) [۴۶] که در آن نتیجه می‌گیرند امیددرمانی گروهی در نمرات نشانه‌های جسمانی دانشجویان تغییر معنی داری ایجاد نکرده و نیز با پژوهش های بهرام خانی و همکاران (۱۳۹۱) [۴۷]، خضری مقدم و همکاران (۱۳۹۱) [۴۸]، مختاری و همکاران (۱۳۸۷) [۴۹] که اثربخشی سایر درمان‌های روانشناختی – به ترتیب، درمانگری چندوجهی لازاروس، گروه درمانی مبتنی بر بیان احساسات و گروه درمانی شناختی رفتاری – بر بیماران مبتلا به ام.اس را مورد بررسی قرار داده‌اند و در آن نتیجه گرفته‌اند که این درمان‌ها اثر معنی داری بر نشانه‌ها و شکایات جسمانی این بیماران ندارند، همسویی دارد. اما با مطالعات گام[2] و اشنایدر (۲۰۰۲) [۵۰]، اشنایدر (۲۰۰۲) [۳۰]، اشنایدر و همکاران (۲۰۰۲) [۵۱] و اشنایدر، ریچل، رند و برگ[3] (۲۰۰۶)[۵۲]، که وجود رابطه بین امید و سلامت جسمانی را تأیید کرده‌اند و آن را در فرایند توانبخشی جسمانی بیماران مؤثر دانسته اند؛ همچنین با پژوهش قزلسفلو و اثباتی (۱۳۹۰)[۳۵] که اثربخشی گروه درمانی امیدمحور را بر همه‌ی ابعاد از جمله بعد جسمانی کیفیت زندگی مردان مبتلا به اچ آی وی مثبت گزارش می‌کنند و پژوهش ستوده اصل و همکاران (۱۳۸۹) [۳۶] که نشانگر اثربخشی بیشتر امیددرمانی نسبت به دارو درمانی بر بهبود همه ابعاد از جمله بعد جسمانی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به فشارخون اساسی است، همسو نیست. در تبیین این یافته ی ناهمسو باید در نظر گرفت که مطالعات ذکر شده در فوق گرچه به بررسی اثربخشی امید درمانی پرداخته اند اما این مطالعات بر روی بیماران مبتلا به ام.اس انجام نشده است و باید به این موضوع توجه داشت که ماهیت علایم و مشکلات جسمانی بیماران مبتلا به ام.اس با مشکلات جسمانی بیماران بررسی شده در مطالعات مورد مقایسه در فوق، تفاوت دارد. علاوه بر این ابزار سنجش کیفیت زندگی در این پژوهش ها با پژوهش حاضر تفاوت دارد. در نتیجه این موارد می تواند در عدم همسویی نتیجه ی پژوهش حاضر با پژوهش های ذکر شده تأثیرگذار باشد. در تفسیر و تبیین عدم معنی داری تأثیر گروه درمانی مبتنی بر رویکرد امید بر بعد جسمانی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ام.اس در این پژوهش باید گفت که احتمالا چون برخی از علایم جسمانی مربوط به بیماری ام.اس در اثر تخریب ساختاری دستگاه عصبی مرکزی به وجود می‌آید، نمی توان انتظار داشت که تمام علایم جسمانی این بیماران منشأ روانشناختی داشته باشد و تحت تأثیر مداخلات روانشناختی باشند. با این وجود بیماران مبتلا به ام.اس نیز مانند بیماری‌های مزمن دیگر نمی توانند بدون علایم جسمانی با منشأ روانشناختی باشند، که البته برای تعدیل این نوع از علایم جسمانی احتمالا به مداخله‌ی طولانی مدت تری از مدت زمان پژوهش حاضر و همچنین دوره های پیگیری نیاز است. در واقع تبیین دیگری که می‌توان برای این یافته ارائه داد، کوتاه بودن مدت زمان گروه درمانی مبتنی بر رویکرد امید است که سبب عدم تأثیر احتمالی این رویکرد بر بهبود بعد جسمانی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ام اس می شود.

پژوهش حاضر با محدودیت هایی نیز مواجه بود، از جمله: تک جنسیتی بودن اعضای نمونه و عدم امکان گمارش تصادفی افراد نمونه به گروه های مداخله و کنترل. همچنین در تحلیل های این پژوهش نقش متغیرهایی مانند نوع بیماری ام.اس، نوع داروهای مصرفی، تعداد عودها، شدت درد و به طور کلی وضعیت ناتوانی بررسی نگردید؛ در نتیجه قضاوت در مورد نقش مخدوش گر احتمالی این متغیرها در نتایج این پژوهش امکان پذیر نیست.

## نتیجه گیری

گروه درمانی مبتنی بر رویکرد امید گر چه در بهبود بعد جسمانی کیفیت زندگی زنان مبتلا به ام.اس در مقایسه با گروه کنترل اثربخشی معنی داری نداشته است، اما در بهبود بعد روانی کیفیت زندگی آن ها به طور معنی داری

1 - Dennison & et al
2 - Gum
3 - Snyder, Ritschel, Rand & Berg

[ Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-29 ]

تأثیر دارد و می توان از آن به عنوان یک روش مداخله ای مفید و مؤثر برای بهبود بعد روانی کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به ام.اس بهره برد.

با توجه به نتایج به دست آمده در پژوهش حاضر؛ توصیه می شود مطالعات آتی، پایداری اثرات درمان در دوره های ۳ ماهه یا ۶ ماهه، تأثیر امید درمانی بر روی سایر ناسازگاری های روانشناختی در بیماران مبتلا به ام.اس، نقش تعدیلگر احتمالی نوع بیماری ام.اس (شامل: عودکننده- فروکش کننده، پیشرونده اولیه، پیشرونده ثانویه و عودکننده- پیشرونده) و میزان گستردگی ناتوانی را مورد بررسی قرار دهند. همچنین استفاده ی فراگیر از روش های کل نگر، تیمی و بین رشته ای در درمان بیماران ام.اس، تدوین برنامه های پیشگیرانه براساس نظریه ی امید اشنایدر و استفاده از نقش پیشگیرانه ی آن با آموزش به دانش آموزان و نوجوانان به منظور حمایت از آن ها در برابر رویدادهای استرس زای زندگی، به متخصصین و درمانگران پیشنهاد می گردد.

## تشکر و قدردانی

از مدیریت انجمن حمایت از بیماران ام.اس شهر زاهدان و کلیه بیمارانی که در انجام این پژوهش ما را یاری نمودند، کمال سپاس و قدردانی را داریم. پژوهش حاضر با کد ۳۱۵ در تاریخ ۱۳۹۲/۴/۴ مورد تصویب شورای آموزشی دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه فردوسی مشهد قرار گرفته است.

[ Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-29 ]

## References

1. Strober LB, Arnett PA, An examination of four models predicting fatigue in multiple sclerosis, Arch Clin Neuropsychol 2005; 20(5): 631-46.
2. Joffe RT, Depression and multiple sclerosis: a potential way to understand the biology of major depressive illness, J Psychiatry Neurosci 2005; 30(1): 9-10
3. McCabe MP, Mood and self-esteem of persons with multiple sclerosis following an exacerbation, J Psychosom Res 2005; 59(3): 161-66
4. Schulz KH, Gold SM, Witte J, Bartsch K, Lang UE, Hellweg R, "et al", Impact of aerobic training on immune-endocrine parameters, neurotrophic factors, quality of life and coordinative function in multiple sclerosis, J Neurol Sci 2004; 225(1): 11-18
5. Ozakbas S, Cagiran I, Ormeci B, Idiman E, Correlations between multiple sclerosis functional composite, expanded disability status scale and health-related quality of life during and after treatment of relapses in patients with multiple sclerosis, J Neurol Sci 2004; 218(1): 3-7
6. Koopman W, Schweitzer A, The journey to multiple sclerosis: a qualitative study , J Neurosci Nurs 1999; 31(1): 17-26
7. Moss-Morris R, McCrone P, Yardley L, van Kessel K, Wills G, Dennison L, A pilot randomised controlled trial of an Internet-based cognitive behavioural therapy self-management programme (MS Invigor8) for multiple sclerosis fatigue, Behav Res Ther 2012; 50(6): 415-21
8. Sahraian MA, Khorramnia S, Ebrahim MM, Moinfar Z, Lotfi J, Pakdaman H, Multiple sclerosis in Iran: a demografic study of 8,000 patients and changes over time, Eur Neurol 2010; 64(6): 331-6
9. Aleyasin H, Sarai A, Alaedini F, Ansarian E, Lotfi J, Multiple Sclerosis: A Study of 318 Iranian Cases, Arch Iran Med 2002; 5(1): 24-7
10. McReynolds CJ, Koch LC, Rumrill PD, Psychosocial adjustment to multiple sclerosis: Implications for rehabilitation professionals, J Vocat Rehabil 1999; 12(2): 83-91
11. Noseworthy JH, Wolinsky JS, Lublin FD, Whitaker JN, Linde A, Gjorstrup P, "et al", Linomide in relapsing and secondary progressive MS Part I: Trial design and clinical results, Neurol 2000; 54(9): 1726-33
12. Kenner M, Menon U, Elliott DG, Multiple sclerosis as a painful disease, Int Rev Neurobiol 2007; 79: 303-21
13. Currie R. Spasticity: a common symptom of multiple sclerosis, Nurs Stand 2001; 15(33): 47-52
14. Landoni MG, Giordano MT, Guidetti GP, Group psychotherapy experiences for people with multiple sclerosis and psychological support for families, J Neurovirol 2000; 6(2): 168-71
15. Kinney MR, Quality of life research: rigor or rigor mortis, Cardiovasc Nurs 1995; 31(4): 25-8
16. Janardhan V, Bakshi R, Quality of life in patients with multiple sclerosis: the impact of fatigue and depression, J Neurol Sci 2002; 205(1): 51-8
17. Ghaffari S, Ahmadi F, Nabavi SM, Memarian R, Effects of applying progressive muscle relaxation technique on depression, anxiety and stress of multiple sclerosis patients in Iran National MS Society,J Med Shahid Beheshti university 2008; 32(1): 45-53 [Peraian].
18. Hart S, Fonareva I, Merluzzi N, Mohr DC, Treatment for depression and its relationship to improvement in quality of life and psychological well-being in multiple sclerosis patients, Qual Life Res 2005; 14(3): 695-703
19. Ayatollahi P, Nafissi S, Eshraghian MR, Kaviani H, Tarazi A, Impact of depression and disability on quality of life in Iranian patients with multiple sclerosis, Mult Scler 2007; 13(2): 275-7[Peraian].
20. Mitchell AJ, Benito-León J, González JM M, Rivera-Navarro J, Quality of life and its assessment in multiple sclerosis: integrating physical and psychological components of wellbeing, Lancet Neurol 2005; 4(9): 556-66
21. Noy S, Achiron A, Gabbay U, Barak Y, Rotstein Z, Laor N," et al", A new approach to affective symptoms in relapsing-remitting multiple sclerosis, Compr Psychiatry 1995; 36(5): 390-5
22. Yousefi A, Shaghaghi F, Dehestani M, Barghi Irani Z, The relationship between Quality of Life (QoL) and psychological capital with illness perception in MS Patients, Health Psychol 2012; 1(1): 1-15 [Peraian].

[ Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-29 ]

23. Beiske AG, Naess H, Aarseth JH, Andersen O, Elovaara I, Farkkila M, "et al", Health-related quality of life in secondary progressive multiple sclerosis, Mult Scler 2007; 13(3): 386-92
24. Delgado-Mendilivar JM, Cadenas-Diaz JC, Fernandez-Torrico JM, Navarro-Mascarell G, Izquierdo G, A study of the quality of life in cases of multiple sclerosis, Rev Neurol 2005; 41(5): 257-62
25. Pfaffenberger N, Pfeiffer KP, Deibl M, Höfer S, Günther V, Ulmer H, Association of factors influencing health-related quality of life in MS, Acta Neurol Scand 2006; 114(2): 102-8
26. Snyder CR, McCullough ME, A positive psychology field of dreams:"If you build it, they will come…", J Soc Clin Psychol 2000; 19(1): 151-60
27. Seligman ME, Csikszentmihalyi M, Positive psychology: an introduction, Am Psychol 2000; 55(1): 5
28. Snyder CR, editors, Handbook of hope: Theory, measures, and applications. USA: Academic Press; 2000.
29. Snyder CR, Rand KL, Hopelessness and health. In: Anderson N, editors, Encyclopedia of health and behavior, Thousand Oaks (CA): Sage; 2004, Vol 2 p. 521-3.
30. Snyder CR. Hope theory: Rainbows in the mind, Psychol Inq 2002; 13(4): 249-75
31. Cheavens JS, Feldman DB, Gum A, Michael ST, Snyder CR, Hope therapy in a community sample: A pilot investigation, Soc Indic Res 2006; 77(1): 61-78
32. Sanatani M, Schreier G, Stitt L, Level and direction of hope in cancer patients: an exploratory longitudinal study, Support Care Cancer 2008; 16(5): 493-9
33. Duggleby WD, Degner L, Williams A, Wright K, Cooper D, Popkin D, "et al", Living with hope: initial evaluation of a psychosocial hope intervention for older palliative home care patients, J Pain Symptom Manage 2007; 33(3): 247-57
34. Shoae Kazemi M, Momeni Javid M, Relationship between quality of life & hope in breast cancer patients after surgery, J Breast Dis of Iran 2009; 2(3,4): 20-7.[Persian].
35. Gezelseflo M, Esbati M, The effectiveness of Hope-oriented group therapy in improving quality of life of male HIV+ patients, Thought & Behavior in Clinical Psychology 2012; 6(22): 89-97 [Persian] .
36. Sotodeh-Asl N, Neshat-Dust HT, Kalantari M, Talebi H, Khosravi AR, Comparison of effectiveness of two methods of hope therapy and drug therapy on the quality of life in the patients with essential hypertension, J Clin Psychol 2010; 2(1(5)): 27-34 [Persian] .
37. Gall MD, Borg WR, Gall JP, Educational Research: An Introduction, 6 th ed.Traslated by Ahmad Reza Nasr, Hmid Reza Oreizy, Mahmood Abolghasemi, Mohammad Jafar Pakseresht, Ali Reza Kiamanesh, Khosro Bagheri, "et al", Tehran: SAMT; 2010 [Persian] .
38. Biyabangard E, Research Methodology in psychology & education, Tehran: doran company; 2008. P. 110-113 [Persian] .
39. Ballinger B, Yalom I, Group therapy in practice, In: Bongar B, Beutler LE, editors, Comprehensive text book of psychotherapy, New York: Oxford university press; 1995, p. 187-204.
40. Hobart J, Lamping D, Fitzpatrick R, Riazi A, Thompson A, The multiple sclerosis impact scale (MSIS-29) a new patient-based outcome measure, Brain 2001; 124(5): 962-73
41. Ramp M, Khan F, Misajon RA, Pallant JF, Rasch analysis of the multiple sclerosis impact scale (MSIS-29), Health Qual Life Outcomes 2009; 7(1): 58-68
42. McGuigan C, Hutchinson M, The multiple sclerosis impact scale (MSIS-29) is a reliable and sensitive measure, J Neurol Neurosurg Psychiatry 2004; 75(2): 266-9
43. Ayatollahi P, Nafissi S, Eshraghian MR, Tarazi A, Cross-cultural adaptation of the Multiple Sclerosis Impact Scale (MSIS-29) for Iranian MS patients, evaluation of reliability and validity, Tehran university J Med 2006; 64(1): 68-2 [Persian].
44. Feldman DB, Snyder CR, Hope and the meaningful life: Theoretical and empirical associations between goal–directed thinking and life meaning, J Soc Clin Psychol 2005; 24(3): 401-21
45. Dennison L, Moss-Morris R, Chalder T, A review of psychological correlates of adjustment in patients with multiple sclerosis, Clin Psychol Rev 2009; 29(2): 141-53
46. Alaeddini Z, Kajbaf MB, Molavi H, The effects of group Hope-therapy on mental health of female students in Isfahan university, Res psychol Health 2007; 1(4): 67-76 [Persian].

[ Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-29 ]

47. Bahramkhani M, Jonbozorgi M, Alipoor A, The effectiveness of Lazarus Multimodal therapy on enhancing general health in patients with multiple sclerosis, J Clin Psychol 2012; 4(1(13)): 1-12 [Persian].
48. Khezri Moghaddam N, Ghorbani N, Bahrami Ehsan H, Rostami R, Efficiacy of group therapy on reduction of psychology signs of multiple sclerosis patients, J Clin Psychol 2012; 4(1(13)): 13-22 [Persian].
49. Mokhtari S, Neshatdoust HT, Moulavi H, The effect of cognitive-behavior therapy on depression and dogmatization of patients with multiple sclerosis, J Psychol 2008; 12(3(47)): 242-51 [Persian] .
50. Gum A, Snyder CR. Coping with terminal illness: The role of hopeful thinking, J Palliat Med 2002; 5(6): 883-94
51. Snyder CR, Feldman DB, Shorey HS, Rand KL, Hopeful choices: A school counselor's guide to hope theory, J Pers Soc Psychol 2002; 65: 1061-70
52. Snyder CR, Ritschel LA, Rand KL, Berg CJ, Balancing psychological assessments: Including strengths and hope in client reports, J Clin Psychol 2006; 62(1): 33-46

[ Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-29 ]

# Effectiveness of Hope-based Group Therapy on the Quality of Life in Women With Multiple Sclerosis

*Abedini E[1]*, Ghanbari Hashem Abadi BA[2], Talebian Sharif J[3], Karimi Torshizi S[1]*

[1]M.A Clinical Psychology, Faculty of Education and Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Iran
[2]Professor Department of Clinical Psychology, Faculty of Education and Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Iran
[3]Lecturer Department of Clinical Psychology, Faculty of Education and Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Iran
* **Corresponding Author**: Ferdowsi University of Mashhad, Faculty of Education and Psychology, Iran
Email: elaheabedini37168@yahoo.com

## Abstract

**Background & Objectives:** *Multiple Sclerosis(M.S) is one of the most common chronic disease of the central nervous system in young adults and like any other chronic disease can effect various aspects of life of patients and their quality of life. This study was conducted to evaluate the effectiveness of Hope-based group therapy on the quality of life in women with multiple sclerosis.*

**Material & Methods:** *This research is a quasi-experimental study with control group pretest- posttest design. Number of 24 patients as the sample was selected among women with M.S and divided into two groups as intervention and control group. Hope-based group therapy was performed in the intervention group. The instrument used in this study was Multiple Sclerosis Impact Scale (MSIS-29). Research data were analyzed using SPSS 16 software and statistical tests of independent t-test, chi-square and multivariate analysis of covariance (MANCOVA).*

**Result:** *Hope-based group therapy caused a significant difference ($p<0.001$) between intervention and control groups in the overall scale of quality of life. It also significantly ($p<0.001$) improved psychological aspect of quality of life in women with M.S, compared to control group, but this intervention showed no significant effect on improvement of physical aspect of quality of life.*

**Conclusion:** *Hope-based group therapy is effective in improvement of psychological aspect of quality of life in women with M.S. So it can be applied as a useful method of intervention for improvement of psychological aspect of quality of life in patients with M.S.*

**Keywords:** *Group therapy, Quality of life, Multiple Sclerosis (M.S)*

Original Article

*Journal of North Khorasan University 2015;7(3): 623-636*

Recivied:21 May 2014
Revised: 21 Jun 2014
Accepted: 2 Aug 2014

[ Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-29 ]