

اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر رویکرد امید بر امید و افسردگی زنان مبتلا به بیماری ام.اس

تاریخ دریافت: ۹۳/۵/۱۶

تاریخ پذیرش: ۹۵/۲/۲۸

الهه عابدینی*، بهرامعلی قنبری هاشم آبادی**، جعفر طالبیان شریف***

چکیده

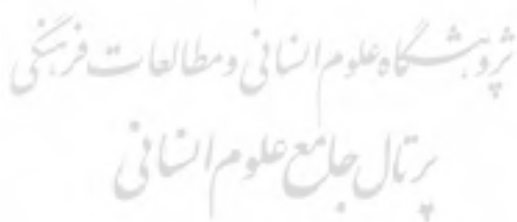
مقدمه: ام.اس از شایعترین بیماری‌های مزمن سیستم عصبی مرکزی است. این بیماری باعث ایجاد اختلالات روانی متعددی در بیماران می‌گردد که در میان آن‌ها افسردگی از شیوع بالایی برخوردار است. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر رویکرد امید بر امید و افسردگی زنان مبتلا به ام.اس انجام شد.

روش: این پژوهش یک مطالعه‌ی شبه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد. با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس و ملاک داشتن حداقل نمره ۱۴ در پرسشنامه افسردگی بک-ویرایش دوم، تعداد ۲۴ بیمار از بین جامعه‌ی آماری شامل زنان مبتلا به ام.اس که عضو انجمن حمایت از بیماران ام.اس شهر زاهدان بودند، انتخاب شده و به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. گروه آزمایش تحت گروه درمانی مبتنی بر رویکرد امید قرار گرفتند. ابزارهای مورد استفاده پرسشنامه افسردگی بک-ویرایش دوم و مقیاس امید شنایدر بود. داده‌های پژوهش با نرم افزار آماری SPSS 16 و با استفاده از آزمون آماری تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: گروه درمانی مبتنی بر رویکرد امید به طور معناداری ($P < 0/001$) موجب افزایش امید و کاهش افسردگی زنان مبتلا به ام.اس در مقایسه با گروه کنترل شده است.

نتیجه‌گیری: گروه درمانی مبتنی بر رویکرد امید در افزایش امید و کاهش افسردگی زنان مبتلا به ام.اس مؤثر است. بنابراین می‌توان آن را به عنوان یک روش مداخله‌ای مفید برای بهبود نشانگان افسردگی در بیماران مبتلا به ام.اس به کار برد.

واژه‌های کلیدی: گروه درمانی، امید، افسردگی، ام.اس



مقدمه

پیش‌بینی‌کننده‌های بهتری برای تفاوت‌های موجود در سازگاری با بیماری هستند تا عوامل بیماری همچون میزان ناتوانی عصب شناختی، شدت نشانگان، طول مدت بیماری و... [۱۵]، توجه به مؤلفه‌های روانی این بیماری و مداخله در این خصوص می‌تواند نقش مؤثری در سازگاری بیمار با شرایط جسمانی خود ایفا کند. خصوصاً مداخلاتی که افسردگی را هدف قرار می‌دهند، زیرا حدود ۵۰٪ بیماران مبتلا به ام‌اس از افسردگی رنج می‌برند و میزان افسردگی در این بیماران بیش از جمعیت عادی و سایر بیماری‌های مزمن جسمانی دیگر است [۱۳]. شدت افسردگی بیمار بر کیفیت زندگی، توانمندی‌های بدنی [۱۸]، و بازگشت دوباره‌ی بیماری [۱۹] تأثیر ویران‌کننده‌ای می‌گذارد. الگوی بیماری و شیوه‌ی برخورد با آن در بیمار ام‌اس که دچار افسردگی شده است در برابر بیماری که به افسردگی دچار نشده یا آن را مهار کرده، بسیار ناهمساند است [۲۰]. افسردگی شدید خطر اقدام به خودکشی با هدف پایان دادن به دشواری‌های ناشی از بیماری را نیز بالا می‌برد [۲۱-۲۳]. افکار خودکشی در بیماران مبتلا به ام‌اس ایرانی ۳۰ درصد است که از این میان اقدام به خودکشی ۵ برابر بیشتر از جمعیت عادی است و این میزان به ویژه در ۵ سال نخست بیماری و در سنین ۴۰ تا ۵۰ سال نمایان می‌شود [۲۴]. در روانشناسی عصر حاضر با ظهور روانشناسی مثبت^۵ و روانشناسی سلامت^۶ به جای توجه صرف به آسیب‌ها یا اختلالات روانی، عواملی مثل شادکامی، خوش‌بینی، خلاقیت، معنا در زندگی، خویشنداری^۷، حمایت اجتماعی، امید^۸ و به‌کارگیری روش‌های مبتنی بر همین عوامل در پیشگیری و درمان بیماری‌های جسمانی مورد توجه قرار گرفته است [۲۵، ۲۶]. در این میان سازه‌ی امید توجه فزاینده‌ای را به خود جلب کرده است. اشنايدر^۹ بنیانگذار نظریه امید و درمان مبتنی بر آن، امید را به عنوان سازه‌ای شامل دو مفهوم این‌گونه 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 می‌کند که کاربرد امید به خاطر تأثیرات

بیماری مولتیپل اسکلروزیس یا ام‌اس^۱ یک بیماری خودایمنی، التهابی، مزمن و پیشرونده است که به صورت ضایعات عصبی با میلیون^۲ تخریب شده در جسم سفید مغز، طناب نخاعی و اعصاب بینایی بروز می‌کند [۵-۱]. ام‌اس از مهمترین بیماری‌های سیستم عصبی مرکزی^۳ و از شایعترین بیماری‌های نورولوژیک در انسان و شایعترین بیماری منجر به ناتوانی در جوانان است [۶]. انجمن ملی ام‌اس^۴ در سال ۲۰۱۱ اعلام کرده است که بیشتر از ۱/۲ میلیون نفر در سراسر جهان به آن مبتلا هستند [۷]. کشور ما، ایران یکی از مناطق نسبتاً شایع ام‌اس است. میزان ابتلا به این بیماری در ایران، به رغم آمار کمتر گزارش شده در بین آسیایی‌ها (۳-۵ نفر در هر ۱۰۰ هزار نفر)، در حدود ۱۵ تا ۳۰ نفر در هر ۱۰۰ هزار نفر است [۸]. طبق گزارش انجمن ام‌اس 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 ام‌اس مانند سایر بیماری‌های خودایمنی در زنان شیوع بیشتری دارد. در واقع این بیماری در زنان دو برابر بیشتر از مردان بروز می‌کند [۱۰-۱۲]. شایع‌ترین سن ابتلا به این بیماری نیز ۲۰ تا ۴۰ سال است [۱۳]، یعنی سال‌هایی که در آن فرد بیشترین مسئولیت‌های خانوادگی و اجتماعی را برعهده دارد و در واقع در سنین باروری است [۱۴]. در نتیجه این بیماری به نیروهای مولد جامعه آسیب رسانده و این ضایعه متوجه کل افرادی است که در اجتماع زندگی می‌کنند. از طرفی ادبیات تجربی به میزان بالای افسردگی و پریشانی، اضطراب، بهزیستی فاعلی و کیفیت زندگی پایین و مشکلات نقش و روابط اجتماعی در این بیماران اشاره دارد [۱۵، ۱۶]. این علایم روانی علاوه بر این که ممکن است در نتیجه تأثیرات مستقیم التهاب و تخریب غلاف عصبی باشد، ناشی از ناتوانی‌ها و مسائل روانی اجتماعی منتج از یک بیماری مزمن، ناتوان‌کننده، با علت نامشخص، پیش‌آگهی نامعلوم و دوره‌های عود غیر قابل پیش‌بینی است [۱۷]. بنابراین از آن جا که تحقیقات نشان می‌دهند که عوامل روانشناختی اغلب

5- Positive Psychology
6- Health Psychology
7- self control
8- Hope
9- Snyder

1- Multiple Sclerosis (M.S)
2- myelin
3- CNS
4- National MS Society

افزایش امید و کاهش افسردگی بیماران مبتلا به ام.اس نیز بهره برد.

بنابراین با توجه به روند رو به افزایش ام.اس در ایران خصوصاً در میان زنان جوان و نیز از آن جا که تاکنون تحقیقاتی در زمینه تأثیر درمان‌های روانشناختی در کاهش نشانگان افسردگی بیماران مبتلا به ام.اس در مناطق محروم کشور انجام نشده است، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر رویکرد امید بر افزایش امید و کاهش افسردگی زنان مبتلا به ام.اس عضو انجمن حمایت از بیماران ام.اس شهر زاهدان انجام شد.

روش

طرح پژوهش: طرح پژوهش حاضر شبه آزمایشی^۶ از نوع پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل است.

آزمودنی ها: جامعه‌ی این پژوهش کلیه زنان مبتلا به ام.اس شهر زاهدان بودند. برای نمونه گیری در این پژوهش از روش نمونه گیری در دسترس و با توجه به ماهیت مطالعه (مطالعه تجربی) که دارای مداخلات است، از روش نمونه گیری داوطلبانه استفاده شد، به این ترتیب که برای انتخاب نمونه به انجمن حمایت از بیماران ام.اس شهر زاهدان در سال ۱۳۹۲ مراجعه شد و با استفاده از اطلاعاتی 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 اولیه‌ی 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 داده‌ها، تحلیل کوواریانس یک راهه^۷ 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 مداخله‌ی گروه درمانی بین ۷ تا ۱۰ عضو و در مواردی بین ۱۰ تا ۱۵ عضو پیشنهاد شده است [۴۱،۴۲]. برای انتخاب نمونه، معیارهای ورود به طرح

شگرف در پدیدآیی و درمان عمده‌ی بیماری‌های جسمانی و روانی در مراکز درمانی مرتبط با سلامت، می‌تواند یک مرکز بیمارنگر را به مرکزی سلامت‌نگر، تبدیل نماید. مطابق با تبیین نظریه امید از دلایل ابتلا به افسردگی، افسردگی با عدم تحقق اهدافی که برای فرد اهمیت زیادی دارند مرتبط است لذا امیددرمانی این هدف را در نظر دارد که به درمانجویان کمک کند تا هدف‌های روشنی را مشخص و طبقه بندی کنند و مسیرهای متعددی را برای این اهداف ایجاد نمایند و آن‌ها را برمی‌انگیزاند تا هدف‌ها را تعقیب نموده و موانع را به عنوان چالش‌هایی که باید بر آن‌ها غلبه کرد، چارچوب‌بندی کنند. این مداخله از اندیشه‌های برگرفته از درمان شناختی - رفتاری^۱، درمان راه حل مدار^۲ و درمان داستانی یا روایتی^۳ مشتق شده و به صورت گروهی انجام می‌شود، زیرا در نظریه اشنایدر فرض بر این است که تفکر امیدوارانه در فرایند تبادلی^۴ منعکس می‌شود [۲۷-۲۹].

وجود رابطه منفی بین افسردگی و امید در تحقیقات مختلفی نشان داده شده است [۳۴-۳۰، ۲۰]. همچنین وندر، اورس، گانگن و بلیجنبرگ^۵ (۲۰۰۳) نشان دادند که ناامیدی به طور فزاینده‌ای در افزایش افسردگی و دشواری‌های عصبی بیماران مبتلا به ام.اس تأثیر دارد. این پژوهشگران مداخلات روانشناختی با هدف افزایش امید، معنی و هدف در زندگی در این بیماران را پیشنهاد کرده اند [۳۵]. با توجه به این که تاکنون اثرات مثبت امیددرمانی در بهبود مؤلفه‌های روانی بیماران جسمانی و روانی از جمله افزایش امید، معنای زندگی و عزت نفس و کاهش در نشانگان افسردگی و اضطراب [۳۶،۳۷]؛ کاهش ناامیدی، اضطراب و افسردگی و افزایش میزان شادکامی و کارکرد اجتماعی بزرگسالان افسرده [۳۸]؛ کاهش میزان افسردگی و پیشگیری از عود در زنان درمانجوی وابسته به مواد مخدر [۳۹] و افزایش امید به زندگی و کاهش افسردگی در زنان مبتلا به سرطان پستان [۴۰]؛ در تحقیقات مختلف نشان داده شده است؛ قابل تأمل است که بتوان از آن برای

1- Cognitive ° behavior therapy

2- Solution ° focused therapy

3- Narrative therapy

4- transactional

5- Vander, Evers, Gongen & Bleijenber

6- quasi - experimental

7- ANCOVA

۰/۷۴ تا ۰/۸۴ است و پایایی آزمون - بازآزمون ۰/۸۰ و در دوره‌های بیشتر از ۸ تا ۱۰ هفته، از این میزان نیز بالاتر است [۴۴]. کرمانی و همکاران (۱۳۹۰) نیز در پژوهش خود پایایی حاصل از شیوه‌ی آلفای کرونباخ را برای کل مقیاس ۰/۸۶ گزارش کرده‌اند [۴۵]. گروال و پورتر (۲۰۰۷) بیان می‌کنند که هماهنگی سؤال‌های این مقیاس با نظریه امید شناسیدر نشان دهنده‌ی روایی محتوای خوب آن است [۴۶]. در پژوهش شناسیدر و لویز (۲۰۰۲) همبستگی این پرسشنامه با پرسشنامه نامیدی بک برابر با ۰/۵۱- و با پرسشنامه افسردگی بک برابر با ۰/۴۲- است که نشان دهنده‌ی روایی همزمان این پرسشنامه است [۴۷].

۳- پرسشنامه‌ی افسردگی بک- ویرایش دوم: شکل بازنگری شده‌ی پرسشنامه‌ی افسردگی بک است که جهت سنجش شدت افسردگی تدوین شده است. فرم تجدیدنظر شده‌ی پرسشنامه‌ی افسردگی بک در مقایسه با فرم اولیه بیشتر با DSM-IV همخوان است. علاوه بر آن ویرایش دوم این پرسشنامه، تمامی عناصر افسردگی را براساس نظریه‌ی شناختی افسردگی نیز پوشش می‌دهد. این پرسشنامه همانند ویرایش نخست از ۲۱ ماده تشکیل شده که علایم جسمانی، رفتاری و شناختی افسردگی را اندازه گیری می‌کند. هر ماده دارای ۴ گزینه است که بر مبنای ۰ تا ۳ نمره گذاری می‌شود و درجات مختلفی از شدت علامت افسردگی را تعیین می‌کند. حداکثر نمره در این پرسشنامه ۶۳ و حداقل آن صفر است. نقاط برش تشخیص افسردگی در این آزمون به این شرح است: ۰ تا ۱۳ = افسردگی جزئی^۴، ۱۴ تا ۱۹ = افسردگی خفیف^۵، ۲۰ تا ۲۸ = افسردگی متوسط^۶ و ۲۹ تا ۶۳ = افسردگی شدید^۷. بک، استیر و براون^۸ (۲۰۰۰) ثبات درونی این ابزار را ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ با میانگین ۰/۸۶ و ضریب آلفا برای گروه بیمار ۰/۸۶ و غیربیمار ۰/۸۱ گزارش کرده‌اند [۴۸]. همچنین دابسون و محمدخانی (۱۳۸۶) ضریب آلفای ۰/۹۲ را برای بیماران سرپایی، ۰/۹۳ را برای دانشجویان و ضریب بازآزمایی به فاصله‌ی یک هفته را ۰/۹۳ به دست آورده‌اند [۴۹].

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 پرسشنامه‌ها و ۳) داشتن حداقل نمره ۱۴ در پرسشنامه افسردگی بک- ویرایش دوم^۱ به منظور ورود افرادی به طرح که در طیف افسردگی خفیف تا شدید قرار دارند. معیارهای خروج از طرح نیز عبارت بودند از: ۱) مبتلا بودن به بیماری‌های جسمی و روانی همزمان که به نوعی نتایج پژوهش را تغییر می‌داد، ۲) داشتن غیبت بیش از دو جلسه به دلایل مختلف از جمله عود نشانه‌های بیماری در صورتی که فرد را از پیگیری جلسات گروه درمانی باز می‌داشت و ۳) عدم تمایل به ادامه درمان. در نهایت حجم نمونه ی ۲۸ نفره به دلیل ناتوانی دو نفر از افراد گروه آزمایش برای تکمیل جلسات درمان (داشتن بیش از دو جلسه غیبت) و متعاقباً حذف تصادفی دو نفر از افراد گروه کنترل به منظور رعایت تساوی تعداد افراد دو گروه، به ۲۴ نفر (۱۲ نفر در گروه آزمایش و ۱۲ نفر در گروه کنترل) تقلیل یافت.

ابزار

۱- پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک (محقق ساخته): 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.

۲- مقیاس امید شناسیدر: مقیاسی ۱۲ سؤالی است که برای به دست آوردن نمرات امید افراد توسط شناسیدر و همکاران (۱۹۹۱) برای سنین ۱۵ سال به بالا طراحی شده و شامل دو زیر مقیاس تفکر عامل^۲ و تفکر گذرگاه^۳ می‌باشد و مدت زمان کوتاهی (۲ تا ۵ دقیقه) برای پاسخ دادن به آن کفایت می‌کند. برای پاسخ دادن به هر عبارت پیوستاری از ۱ (کاملاً غلط) تا ۴ (کاملاً درست) در نظر گرفته شده است. نمره‌ی امید کلی فرد حاصل جمع دو زیرمقیاس مذکور است. طیف نمرات این آزمون بین ۸ تا ۶۴ قرار دارد، که امتیاز ۸ نشانگر پایین‌ترین سطح امید و امتیاز ۶۴ حاکی از بالاترین سطح امید است [۴۳]. همسانی درونی کل آزمون

- 4- minimal
- 5- mild
- 6- moderate
- 7- severe
- 8- Beck, Steer, Brown

- 1- Beck Depression Inventory ° II (BDI-II)
- 2- Agency thinking
- 3- Pathway thinking

روند اجرای پژوهش: 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 می‌خواهند 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 پرسشنامه افسردگی بک- ویرایش دوم 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 آزمایش و کنترل تقسیم شدند. و هر دو گروه مقیاس امید اشناپدر^۱ و پرسشنامه افسردگی بک- ویرایش دوم (البته پرسشنامه افسردگی بک قبلاً به عنوان معیار ورود به پژوهش اخذ شده بود) را به عنوان پیش آزمون تکمیل کردند. 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 علائم ام.اس که در منابع مختلف به آن اشاره شده است [۱۴] و همچنین با مشورت با یک متخصص نورولوژیست، جلسات گروه درمانی از نیمه‌ی مهرماه تا نیمه‌ی 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، پرسشنامه‌های ذکر شده به عنوان پس آزمون مجدداً در هر دو گروه اجرا شد. پس از پایان مدت مقرر (۲ماه) به منظور رعایت اصول اخلاقی، ۳ جلسه‌ی درمانی هم برای گروه کنترل برگزار شد.

روش درمانی به کار گرفته شده در این طرح پژوهشی بر مبنای پروتکل درمانی طراحی شده برای افزایش تفکر

امیدوارانه و بالا بردن فعالیت‌های پیگیری هدف در نظریه‌ی امید است که توسط چپونس و همکارانش^۲ (۲۰۰۶) ارائه شده است [۳۶]. 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 زندگی‌شان توضیح داده می‌شود. هر جلسه شامل ۴ بخش است. در اولین بخش که تقریباً 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 تقریباً 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 در جدول ۱ آمده است. در بخش سوم که تقریباً ۵۰ دقیقه است، اعضای گروه در مورد چگونگی به کارگیری این مهارت‌ها 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، به اعضای گروه 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 جلسه نیز به عنوان یک تکلیف کلی از اعضا خواسته می‌شود که هدف خاصی را برای کار در جلسات گروه انتخاب کنند تا در هر جلسه مهارت‌های یادگرفته شده را بر روی آن هدف خاص به کار ببندند.

تجزیه و تحلیل داده‌های این پژوهش با استفاده از نرم افزار SPSS 16 و آزمون‌های آماری تی مستقل، کای اسکور و تحلیل کوواریانس یک راهه صورت گرفت.

جدول ۱) خلاصه محتوای جلسات گروه درمانی مبتنی بر رویکرد امید

جلسات	محتوا
جلسه اول	تعیین هدف و انواع آن، لزوم داشتن هدف در حوزه‌های مختلف زندگی، راه‌های رسیدن به هدف و انگیزه‌ی لازم برای پیگیری اهداف.
جلسه دوم	ترسیم رابطه‌ی تفکر و احساس، بیان شیوه‌های افزایش تفکر عامل از طریق تنظیم اهداف، توضیح پیوستار پیشرفت و بیان لزوم ارزیابی مجدد اهداف.
جلسه سوم	بیان سه راهکار برای تنظیم اهداف به شیوه‌ی عملی (تنظیم اهداف عینی با در نظر گرفتن نقطه پایان، در قالب رویکرد گرایشی و شکستن اهداف بزرگ به خرده هدف‌ها).
جلسه چهارم	بیان دو حوزه‌ی اصلی انگیزش (انگیزش فیزیکی و روانی)، توضیح درباره‌ی خودگویی‌ها به عنوان یک فاکتور مهم نیروی اراده‌ی ذهنی، بررسی دلایل کاربرد خودگویی‌های منفی و بیان راهکارهای تغییر خودگویی‌های منفی.
جلسه پنجم	بیان نیروی مسیر برای رسیدن به اهداف و ارائه‌ی دو راهکار برای تقویت نیروی مسیر (داشتن مسیرهای متعدد و لیست برداری از آن‌ها و تجسم کردن موفقیت در طی کردن مسیرها).
جلسه ششم	بیان روش دیگری برای افزایش سطح نیروی اراده روانی (ارزیابی مجدد اهداف) و در نهایت بیان دو راهکار برای افزایش سطح نیروی اراده‌ی فیزیکی (اصلاح رژیم غذایی و ورزش منظم متناسب با شرایط جسمانی و زیر نظر متخصص).
جلسه هفتم	صحبت درباره‌ی موانع رسیدن به هدف و بیان راهکارهای برخورد با موانع (داشتن راه‌های مختلف برای رسیدن به هدف، فکر کردن به موانع قبل از پیش آمدن آن‌ها و ...).
جلسه هشتم	بیان احتمال عود و لغزش و فرصت دادن به اعضا تا درباره‌ی تجربه‌ی شرکت در گروه و احساساتی که از خاتمه‌ی گروه دارند صحبت کنند.

یافته‌ها

گروه تفاوت معناداری وجود ندارد. همچنین نتایج آزمون کای اسکور نشان داد از جهت وضعیت تأهل، سطح تحصیلات و وضعیت اشتغال بین دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود ندارد. این یافته‌ها نشانگر تناسب بالای بین اعضای دو گروه در شاخص‌های دموگرافیک است.

یافته‌های مربوط به شاخص‌های دموگرافیک اعضای نمونه‌ی 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 آزمایش و کنترل در جدول ۲ آمده است. نتایج آزمون تی مستقل نشان داد از جهت سن و مدت زمان ابتلا به بیماری بین دو

جدول ۲) ویژگی‌های جمعیت شناختی زنان مبتلا به ام.اس در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر	گروه آزمایش		گروه کنترل		P Value
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
سن	۳۲/۸۳	۷/۳۵	۳۲/۳۳	۷/۸۷	۰/۸۷
مدت ابتلا به ام.اس به سال	۶/۷۵	۵/۸۹	۶/۵۰	۶/۱۷	۰/۹۲
فراوانی	درصد	درصد	فراوانی	درصد	
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	

پیش آزمون نشان می‌دهد، اما گروه کنترل چنین تغییری را در میانگین‌های پس آزمون نشان نمی‌دهد. در هر حال استنتاج تفاوت‌های معنادار در این متغیرها مستلزم به کارگیری آزمون مناسبی است.

میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش شامل متغیر امید و افسردگی مندرج در جدول ۳، نشانگر آن است که میانگین نمره‌های پس آزمون گروه آزمایش افزایش در متغیر امید و کاهش در متغیر افسردگی را در مقایسه با

جدول ۳) میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در گروه آزمایش و کنترل

گروه کنترل		گروه آزمایش				گروه
پس آزمون		پیش آزمون		پس آزمون		پیش آزمون
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	متغیر شاخص
۸/۲۵	۳۷/۸۳	۹/۶۹	۳۸/۵۸	۸/۱۸	۵۰/۱۷	امید
۱۲/۶۶	۳۱/۸۳	۱۰/۸۷	۳۰/۲۵	۹/۵۱	۲۰/۵۸	افسردگی

نرمال می‌باشند ($P > 0.05$). همچنین نتایج آزمون لوین جهت بررسی مفروضه همگنی واریانس‌ها و آزمون همگنی شیب خط رگرسیون از لحاظ آماری معنادار نبود ($P > 0.05$) که این نیز به معنای برقراری مفروضه‌های فوق می‌باشد. بنابراین، استفاده از آزمون آماری تحلیل کوواریانس یک راهه بلامانع می‌باشد.

جهت بررسی استنباطی داده‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس یک راهه استفاده شد. لازم به ذکر است قبل از انجام تحلیل، مفروضه‌های این آزمون آماری شامل نرمال بودن توزیع متغیرها بررسی شد. نتایج آزمون کولموگروف اسمیرنوف برای نمرات هر یک از متغیرها نشان داد هیچ گونه تخطی از این مفروضه صورت نگرفته است و داده‌ها

جدول ۴) تحلیل کوواریانس برای مقایسه دو گروه آزمایش و کنترل از نظر امید

منابع شاخص	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذورات (ا) (اندازه اثر)
پیش آزمون	۱۰۲۸/۸۲	۱	۱۰۲۸/۸۲	۴۷/۳۳	۰/۰۰۰	۰/۶۹
گروه	۱۲۳۸/۰۸	۱	۱۲۳۸/۰۸	۵۶/۹۵	۰/۰۰۰	۰/۷۳
خطا	۴۵۶/۵۱	۲۱	۲۱/۷۳			

*با در نظر گرفتن آلفای ۰/۰۵

(F) یعنی گروه درمانی مبتنی بر رویکرد امید در مقایسه با گروه کنترل به طور معناداری موجب افزایش امید در زنان مبتلا به ام.اس شده است.

براساس یافته‌های جدول چهار، نتایج تحلیل کوواریانس نشان می‌دهد که با در نظر گرفتن اثر نمره‌های امید پیش آزمون به عنوان متغیر پراش، اثر اصلی متغیر درمان بر نمره‌های امید معنادار است ($P < 0.001$ و $56/95 = (1, 21)$)

جدول ۵) تحلیل کوواریانس برای مقایسه دو گروه آزمایش و کنترل از نظر افسردگی

منابع شاخص	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذورات (ا) (اندازه اثر)
پیش آزمون	۲۲۵۸/۰۸	۱	۲۲۵۸/۰۸	۹۴/۷۵	۰/۰۰۰	۰/۸۲
گروه	۱۰۵۶/۶۵	۱	۱۰۵۶/۶۵	۴۴/۳۳	۰/۰۰۰	۰/۶۸
خطا	۵۰۰/۴۹	۲۱	۲۳/۸۳			

*با در نظر گرفتن آلفای ۰/۰۵

($F_{(1, 21)}$) یعنی گروه درمانی مبتنی بر رویکرد امید در مقایسه با گروه کنترل به طور معناداری موجب کاهش افسردگی در زنان مبتلا به ام.اس شده است.

براساس یافته‌های جدول پنج، نتایج تحلیل کوواریانس نشان می‌دهد که با در نظر گرفتن اثر نمره‌های افسردگی پیش آزمون به عنوان متغیر پراش، اثر اصلی متغیر درمان بر نمره‌های افسردگی معنادار است ($P < 0.001$ و $44/33$)

بحث

پس آزمون آن‌ها به طور معناداری کاهش یافته است. همچنین نتیجه‌ی پژوهش حاضر با سایر پژوهش‌هایی که نشان دهنده‌ی تأثیر روان‌درمانی و مشاوره‌های گروهی بر کاهش افسردگی بیماران مبتلا به ام‌اس می‌باشند، از جمله مطالعه‌ی دنیسون و همکاران^۸ [۱۵]، موهر و همکاران^۹ [۵۲] و مختاری و همکاران [۲۳] مبتنی بر به کارگیری تکنیک‌های شناختی- رفتاری؛ مطالعه‌ی خضری مقدم و همکاران [۵۳] با عنوان اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر بیان احساسات در بیماران ام‌اس؛ پژوهش رضایی و شفیع آبادی [۲۴] مبتنی بر معنادرمانی فرانکل؛ پژوهش بهرام‌خانی و همکاران [۵۴] مبتنی بر درمان چند وجهی لازاروس؛ پژوهش حمید و همکاران [۵۵] مبتنی بر روش ایمنی‌سازی در مقابل استرس و مطالعه‌ی هریزچی قدیم و همکاران [۵۶] مبتنی بر برونریزی احساسات به صورت نوشتن؛ همسویی دارد. در تبیین اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر رویکرد امید در ارتقاء امید و کاهش افسردگی در بیماران زن مبتلا به ام‌اس باید گفت که الگویی که نظریه امید‌شنایدر از دلایل ابتلا به افسردگی ارائه می‌دهد، بسیار با فرایند ابتلا به نشانگان افسردگی در بیماران ام‌اس مطابقت دارد. از دیدگاه نظریه پردازان امید درمانی سه الگوی انسداد هدف وجود دارد که فرد را مستعد ابتلا به افسردگی بالینی می‌کند، ۱) مسدود شدن یک هدف مهم و اساسی، ۲) انتخاب اهدافی که رضایت بخش نیستند و ۳) انتظار تعمیم یافته برای شکست. همچنین از نظر آن‌ها، از دست رفتن عامل با انسداد هدف و ناتوانی در ایجاد مسیرهای مناسب می‌تواند فرد را دچار افسردگی کند [۲۷]؛ یعنی درست شبیه همان شرایطی که بیمار ام‌اس با آن مواجه می‌شود؛ افسردگی در این بیماران بیشتر با عوامل روانی- اجتماعی مرتبط بوده و عمدتاً واکنشی بر سیر ناتوان‌کننده‌ی بیماری، فرایند پایان‌ناپذیر درمان، پیش‌بینی‌ناپذیر بودن حمله‌های بیماری، کاهش توانمندی‌های پیشین و مشکلاتی نظیر محدودیت در ایفای نقش، اختلال در روابط زناشویی، از دست دادن کار و ... است [۵۷]. به دلیل این ناتوانی‌های گسترده، فرد بیمار بسیاری از اهداف خود را مسدود شده می‌بیند و با از دست رفتن انگیزه، بیمار توانایی ایجاد اهداف و مسیرهای متناسب با شرایط فعلی

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر رویکرد امید بر افزایش امید و کاهش افسردگی زنان مبتلا به ام‌اس بود. یافته‌های مطالعه‌ی حاضر نیز نشان داد که مداخله‌ی گروه درمانی مبتنی بر رویکرد امید تفاوت معناداری را در شاخص امید بین گروه آزمایش و کنترل ایجاد کرده است. این نتیجه با پژوهش‌های چیونس و همکاران [۳۶]، دوگلی و همکاران^۱ [۵۰]، کلاسور و همکاران^۲ [۳۸]، بیجاری و همکاران [۴۰] و علاءالدینی و همکاران [۵۱]، که در آن‌ها نشان داده‌اند گروه درمانی مبتنی بر رویکرد امید به طور معناداری سبب افزایش در تفکر عامل و گذرگاه مرتبط با امید و معنای زندگی می‌شود، همسو است. همچنین با نظریه‌ی اشنايدر [۲۷] که معتقد است گرچه امید ماهیتاً یک صفت سرشتی است و وابسته به موقعیت نیست، اما می‌توان با استفاده از مداخلات موقعیتی مانند مشاوره و آموزش میزان آن را تغییر داد و سطح آن را در افراد بالا برد؛ مطابقت دارد.

همچنین یافته‌های مطالعه‌ی حاضر نشان داد که گروه درمانی مبتنی بر رویکرد امید موجب کاهش معنادار در افسردگی زنان مبتلا به ام‌اس در مقایسه با گروه کنترل شده است. این نتیجه‌ی پژوهش حاضر نیز با پژوهش‌های اشنايدر [۲۷]، کلاسور و همکاران [۳۸]، چیونس و همکاران [۳۶]، رئیس‌یان و همکاران [۳۹] و بیجاری و همکاران [۴۰] که در آن‌ها نشان داده‌اند گروه درمانی مبتنی بر نظریه‌ی امید موجب کاهش نشانه‌های افسردگی می‌شود، همسو است. همچنین به طور ضمنی با نتایج پژوهش‌هایی از جمله اشنايدر و همکاران [۳۰]، چانگ و دسیمون^۳ [۳۱]، پاتن و متز^۴ [۳۲]، لینچ و همکاران^۵ [۲۰]، فلدمن^۶ و اشنايدر [۳۳] و ولون و همکاران^۷ [۳۴] که نشانگر وجود رابطه‌ی منفی بین افسردگی و امید می‌باشند، مطابقت دارد. چرا که در پژوهش حاضر شاهد هستیم که با اعمال مداخله‌ی امیددرمانی به شیوه‌ی گروهی در گروه آزمایش، همزمان با افزایش معنادار در نمرات امید، نمرات افسردگی

- 1- Duggleby & et al
- 2- Klausner & et al
- 3- Chang & DeSimone
- 4- Patten & Metz
- 5- Lynch & et al
- 6- Feldman
- 7- Vellone & et al

- 8- Dennison & et al
- 9- Mohr & et al

منابع

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, Moifar Z, Lotfi J, Pakdaman H. Multiple sclerosis in Iran: a demographic 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. Kinney MR. Quality of life research: rigor or rigor mortis. *Cardiovasc Nurs*. 1995; 31(4): 25-8
15. 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..

خود را که متفاوت از شرایط زمان سلامتی است، ندارد. در حالی که در امیددرمانی سعی بر این است که این الگوها در مراجع اصلاح شود تا میزان افسردگی او کمتر شده و آسیب پذیری او نسبت به این اختلال کاهش یابد. در این مداخله به افراد آموزش داده می‌شود که با نگاه مجدد به حیطه‌های مهم و ارزشمند زندگی‌شان، اهدافی مهم، رضایت بخش، قابل دستیابی، متناسب با شرایط و امکانات و قابل اندازه گیری تعیین کرده و برای دستیابی به آن‌ها گذرگاه‌های متعدد در نظر بگیرند. همچنین با تمرکز بر موفقیت‌ها و تمهیم انتظار برای آن‌ها، تغییر خودگویی‌های منفی و... تفکر عامل و انگیزه بیشتری در خود ایجاد کنند. بنابراین اعتقاد و باور فرد مبنی بر این که می‌تواند مسیرهایی را به سمت اهداف مطلوب بیابد و خودش را به استفاده و به کارگیری این مسیرها برانگیزد، عواطف مثبت، بهزیستی و امید را برمی‌انگیزد. پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی نیز مواجه بود، از جمله: تک جنسیتی بودن اعضای نمونه، فقدان زمان کافی برای پیگیری نتایج درمان و کوچک بودن نمونه‌ی مورد بررسی. همچنین در تحلیل‌های این پژوهش نقش متغیرهایی مانند نوع داروهای مصرفی، تعداد عودها، شدت درد و به طور کلی وضعیت ناتوانی بررسی نگردید؛ در نتیجه قضاوت در مورد نقش مخدوش‌گر احتمالی این متغیرها در نتایج این پژوهش امکان پذیر نیست. پیشنهاد می‌شود پژوهش موردنظر در قالب طرح‌های تک آزمودنی و آزمایشی با نمونه‌های بزرگتر و همچنین بر روی گروه مردان اجرا شود تا اعتبار این روش با اطمینان بیشتری برآورد شود. همچنین بهتر است اثربخشی این روش بر روی سایر ناسازگاری‌های روانشناختی شایع در بیماران مبتلا به ام.اس، در مقایسه با روش‌های دیگر درمانی و در دوره‌ی پیگیری طولانی‌تری به منظور سنجش پایداری اثرات درمان بررسی شود. همچنین با توجه به نتایج به دست آمده در پژوهش حاضر، استفاده‌ی فراگیر از روش‌های کل نگر، تیمی و بین رشته ای در درمان بیماران ام.اس، به متخصصین و درمانگران پیشنهاد می‌شود.

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، تشکر و قدردانی می‌شود.

32. Patten SB, Metz LM. Hopelessness ratings in relapsing-remitting and secondary progressive multiple sclerosis. *Int J Psychiatry Med.* 2002; 32(2): 155-65
33. 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
34. Vellone E, Rega ML, Galletti C, Cohen MZ. Hope and related variables in Italian cancer patients. *Cancer Nurs.* 2006; 29(5): 356-66
35. Vander WSP, Evers A, Gongen PJ, Bleijenberg G. The role of hopelessness as mediator between neurological disability, emotional instability, Experienced fatigue and depression in patient with multiple sclerosis. *Mult Scler.* 2003; 9(1): 89-94
36. 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
37. Cheavens JS, Feldman DB, Woodward JT, Snyder CR. Hope in cognitive psychotherapies: On working with client strengths. *J Cogn Psychother.* 2006; 20(2): 135-45
38. Klausner EJ, Clarkin JF, Spielman L, Pupo C, Abrams R, Alexopoulos GS. Late-life depression and functional disability: the role of goal-focused group psychotherapy. *Int J Geriatr Psychiatry.* 1998; 13: 707-16
39. Raeseian AS, Golzari M, Borjali A. Effectiveness of Hope therapy on reducing depressive symptoms and preventing of relapse in cure-seeker women with dependency to Narcotic drugs. *J Res Addict.* 2011; 17: 21-40. [Persian].
40. Bijari H, Ghanbari HashemAbadi BA, Aghamohammadian Sherbaf HR, Homayee Shandiz F. Effectiveness of Hope-based group therapy on the promotion of hope in life in women with breast cancer. *Motaleate tarbiati va ravanshenasi Ferdowsi university.* 2009; 10(1): 171-84. [Persian].
41. Biyabangard E. Research Methodology in psychology & education. Tehran: doran company. 2008; P. 110-113. [Persian].
42. 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.
43. Snyder CR, Harris C, Anderson JR, Holleran SA, Irving LM, Sigmon ST, et al. The will and the ways: Development and validation of an individual-differences measure of hope. *J Pers Soc Psychol.* 1991; 60(4): 570-85
44. Snyder CR, Lopez SH. *Positive psychology.* USA: Sage Publications. 2007.
45. Kermani Z, Khodapanahi MK, Heidari M. Psychometrics features of the Snyder Hope Scale. *J Appl Psychol.* 2011; 5(3): 7-23. [Persian].
16. Mitchell AJ, Benito-León J, González JMM, 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
17. 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
18. Pittion-Vouyovitch S, Debouverie M, Guillemin F, Vandenberghe N, Anxionnat R, Vespignani H. Fatigue in multiple sclerosis is related to disability, depression and quality of life. *J Neurol Sci.* 2006; 243(1): 39-45
19. Lopes SM, Perez T, Barco AN, Ribal J. Multiple Sclerosis and Depression. *Neurol Rev.* 2004; 38(6): 524 ° 9
20. Lynch SG, Kroencke DC, Denney DR. The relationship between disability and depression in multiple sclerosis: the role of uncertainty, coping, and hope. *Mult Scler.* 2001; 7(6): 411-16
21. Timonen M, Viilo K, Hakko H, Sarkioja T, Ylikulju M, Meyer-Rochow VB, et al. Suicides in persons suffering from rheumatoid arthritis. *Rheumatol.* 2003; 42: 287 ° 91
22. Pompili M, Forte A, Palermo M, Stefani H, Lamis DA, Serafini G, et al. Suicide risk in multiple sclerosis: A systematic review of current literature. *J Psychosom Res.* 2012; 73: 411-17
23. 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): 242-51. [Persian].
24. Rezaee H, Shafi Abadi A. The effect of group Logo therapy on multiple sclerosis patient's depression. *J Educ Res Bojnourd univ.* 2008; 16: 53-71. [Persian].
25. Snyder CR, McCullough ME. A positive psychology field of dreams: fl you build it, they will come. *J Soc Clin Psychol.* 2000; 19(1): 151-60
26. Seligman ME, Csikszentmihalyi M. Positive psychology: an introduction. *Am Psychol.* 2000; 55(1): 5
27. Snyder CR, editors. *Handbook of hope: Theory, measures, and applications.* USA: Academic Press. 2000.
28. Snyder CR, Rand KL. Hopelessness and health. In: Anderson N, editors. *Encyclopedia of health and behavior.* Thousand Oaks (CA): Sage; 2004. 521-3.
29. Snyder CR. Hope theory: Rainbows in the mind. *Psychol Inq.* 2002; 13(4): 249-75
30. Snyder CR, Cheavens J, Sympson SC. Hope: An individual motive for social commerce. *Group Dyn.* 1997; 1(2): 107- 18
31. Chang EC, DeSimone SL. The influence of hope on appraisals, coping, and dysphoria: A test of hope theory. *J Soc Clin Psychol.* 2001; 20(2): 117-29

46. Grewal PK, Porter JE. Hope theory: A framework for understanding suicidal action. *Death Stud.* 2007; 31(2): 131-54
47. Snyder CR, Lopez SJ. 2002. The future of positive psychology: A declaration of independence. In: Snyder CR, Lopez SJ, editors. *Handbook of positive psychology*. London: Oxford University Press. 2002; P. 751-67.
48. Beck AT, Steer RA, Brown GK. *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio(TX): The Psychological Corporation. 2000;
49. Dabson KS, Mohammadkhani P. Psychometrics characteristic of Beck Depression Inventory-II in a large sample of patients with major depression. *J Rehabil.* 2007; 8(2): 80-6.[Persian].
50. 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
51. 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].
52. Mohr DC, Hart SL, Goldberg A. Effects of treatment for depression on fatigue in multiple sclerosis. *Psychosom Med.* 2003; 65(4): 542-7
53. Khezri Moghaddam N, Ghorbani N, Bahrami Ehsan H, Rostami R. Efficiency of group therapy on reduction of psychology signs of multiple sclerosis patients. *J Clin Psychol.* 2012; 4(1): 13-22. [Persian].
54. 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): 1-12. [Persian].
55. Hamid N, Mehrabi Zadeh Honarmand M, Sadeghi S. The effect of Stress Inoculation Training (SIT) on depression and quality of life in Multiple Sclerosis (MS) patients with control of duration of disease in Esfahan city. *Jundi Shapur J Med.* 2012; 11(1): 77-84.[Persian].
56. Herizchi Ghadim S, Ranjbar Kouchaksaraei F, Talebi M, Pezeshki MZ, Akbari M. Effects of written emotional expression on anxiety and depression in patients with multiple sclerosis. *J Neurol Sci Iran.* 2009; 8(25): 465-75.[Persian].
57. Feinstein A. Multiple sclerosis, disease modifying treatments and depression: a critical methodological review. *Mult Scler.* 2000; 6(5): 343-8.

Effectiveness of Group Therapy Based on Hope Approach on Hope and Depression in Women with Multiple Sclerosis

Abedini, E. *M.A., Ghanbari-Hashem-Abadi, B.A. Ph.D., Talebian-Sharif, J. Ph.D.

Abstract

Introduction: Multiple Sclerosis (M.S) is one of the most common chronic diseases of central nervous system. The disease may cause numerous psychological maladjustment in patients that depression has high prevalence among them. This study was conducted to investigate effectiveness of group therapy based on hope approach on hope and depression in women with Multiple Sclerosis.

Method: This research is quasi-experimental study with pretest- posttest design and control group. 24 patients were selected among statistical population included women with M.S in Zahedan s M.S Society by using convenience sampling method and criterion of minimum score of 14 in Beck Depression Inventory-II and sample were divided into two groups as experimental and control groups. Group therapy based on hope approach was performed in the experimental group. The instruments were Beck Depression Inventory-II (BDI-II) and Snyder's Hope Scale. Data were analyzed by using analysis of covariance (ANCOVA) and SPSS 16 software.

Results: Group therapy based on hope approach promoted hope and reduced depression in women with Multiple Sclerosis in comparison to the control group significantly ($P < 0.001$).

Conclusion: Group therapy based on hope approach is effective in promotion of hope and reducing of depression in women with M.S. So it can be applied as useful method of intervention for improving depression symptoms in patients with Multiple Sclerosis.

Keywords: Group therapy, Hope, Depression, Multiple Sclerosis (M.S)



*Correspondence E-mail:
elaheabedini37168@yahoo.com