MEJDS. 2018; 8:38.
Published online 2018 Nov. **Research Article**

Effect of Positive Psychotherapy on the Symptoms of Mental Disorders and Well-being in Multiple Sclerosis Patients

*Lale Javidan[1], Jalil Aslani[2]

Author Address
1. MA. of General Psychology, Department of Psychology, Borujerd Branch, Islamic Azad University, Borujerd, Iran;
2. PhD of Educational Psychology, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Education Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.
***Corresponding Author Address:** Department of Psychology, Borujerd Branch, Islamic Azad University, Borujerd, Iran.
Email: lale_javidan@yahoo.com

Received: 2017 August 22; **Accepted:** 2017 September 13

Abstract

Background & Objective: Multiple sclerosis is one of the most important and most common diseases of the central nervous system caused by inflammation and degeneration of the myelin neural sheath and, as a result, the electrical conductivity of the impulses of the central nervous system. Depending on the location of the conflict, different clinical symptoms of the nervous system are created in the patients. In addition to physical health, multiple sclerosis affects the health and psychological well-being of individuals. Given that psychological well-being of patients with multiple sclerosis is important and due to the challenges facing these patients, they must be supported psychologically and socially. Positive psychology emphasizes the enhancement of human abilities and virtues and allows individuals and communities to succeed. The present study aimed studying the effect of Positive Psychotherapy on symptoms of mental disorders and well-being in multiple sclerosis patients in Hamedan-Iran.

Methods: This study employed a two group pretest-post quasi-experimental design. The population was all the MS patients of Sina hospital (Farshchian) of Hamedan in 2016. The participants were 40 MS patients chosen randomly after taking SCL-25-R test designed by Dragotis et al, (1973). The reliability coefficients of this scale were calculated using Cronbach's, Spearman-Brown's and Gutmann's alpha methods. These coefficients were 0.92, 0.88, and 0.87 respectively, which indicates a relatively good test reliability. The reliability of the questionnaire was based on the internal consistency and through the Cronbach's alpha index, the total test was 0.90, as well as each of its three sub-scales for emotional well-being (0.90), social well-being (0.75), and psychological well-being (0.87). The participants were assigned to two experimental and one control groups randomly (20, experimental group and 20 control group). First experimental group received Positive Psychotherapy in 8 sessions but control group did not receive any intervention. Data was analyzed through one-way ANOVA.

Results: The results showed a statistically significant difference between the experimental and control groups ($P < 0.05$). Therefore, 33 percent of the changes in well-being and 46 percent of the changes mental disorder can be explained through an independent variable (positive learning). Also, the results at the follow up stage showed that the experimental group showed significant difference in the symptoms of psychological and welfare disorders through positive training with the control group at the level of 0.05 ($P < 0.05$). And 0.1% of welfare changes and 0.25% of changes in mental health can be explained by independent variable (positive learning).

Conclusion: The findings of this study show that positive psychotherapy as an effective short-term treatment not only reduces the symptoms of psychological disorders but also strengthens psychological well-being. The findings of this study also support the belief that positive-thinking psychotherapy can effectively enhance the well-being by enhancing the sense of pleasure, empowerment, and increasing meaning.

Keywords: Mental Disorders, Mental Disorders, Positive Psychotherapy, Well-being.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.24.9]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۳۹۷؛ (۸):۳۸.

انتشار برخط آبان‌ماه ۱۳۹۷ مقاله پژوهشی اصیل

اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر بر نشانه‌های اختلالات روانی و بهزیستی بیماران مبتلا به تصلب چندگانه (ام.اس.)

*لاله جاویدان[۱]، جلیل اصلانی[۲]

توضیحات نویسندگان

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، گروه روان‌شناسی، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران؛

۲. دکتری روان‌شناسی تربیتی، دانشکدهٔ روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

***آدرس نویسندهٔ مسئول:** دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران.

***رایانامه:** lale_javidan@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۳۱مرداد۱۳۹۶ ؛ **تاریخ پذیرش:** ۲۲شهریور۱۳۹۶

چکیده

هدف: بیماری تصلب چندگانه یکی از بیماری‌های سیستم عصبی مرکزی بسیار مهم و شایع است که در اثر التهاب و تخریب غلاف عصبی میلین ایجاد می‌شود. تصلب چندگانه علاوه بر سلامت جسمانی، سلامت و بهزیستی روان‌شناختی افراد را نیز با مشکل مواجه می‌کند. هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌گرا بر کاهش نشانه‌های اختلالات روانی و افزایش بهزیستی بیماران مبتلا به تصلب چندگانه بود.

روش‌بررسی: پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل نابرابر بود. نمونهٔ پژوهش شامل ۴۰ نفر از بیماران مبتلا به تصلب چندگانه (ام.اس.) بیمارستان سینا (فرشچیان) در شهر همدان بود که به‌صورت هدفمند انتخاب گردیده و در دو گروه آزمایش (۲۰ نفر) و کنترل (۲۰ نفر) گمارده شدند. گروه آزمایش طی ۸ جلسهٔ ۹۰ دقیقه‌ای تحت روان‌درمانی مثبت‌نگر قرار گرفتند. پس از اتمام جلسات پس‌آزمون و یک‌ماه بعد از اتمام جلسات آزمون پیگیری اجرا شد. ابزارهای استفاده‌شده در این پژوهش، پرسشنامهٔ نشانه‌های اختلالات روانی دراگوتیس و همکاران (۱۹۷۳) و مقیاس نشانه‌های سلامت روانی کیز (۲۰۰۵ ـ ۲۰۰۲) بود. جهت تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از تحلیل کواریانس استفاده شد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که روان‌درمانی مثبت‌نگر به‌صورت معناداری نشانه‌های اختلالات روانی را کاهش و سطح بهزیستی گروه آزمایش را افزایش داده است ($P\leq ۰/۰۱$).

نتیجه‌گیری: یافته‌های به‌دست‌آمده از این پژوهش نشان می‌دهد که روان‌درمانی مثبت‌گرا به‌عنوان درمان کوتاه‌مدت مؤثر، نه‌تنها باعث کاهش علائم و نشانه‌های اختلالات روانی می‌شود، بلکه می‌تواند باعث افزایش بهزیستی روان‌شناختی گردد. همچنین یافته‌های این پژوهش از این باور که روان‌درمانی مثبت‌گرا می‌تواند به‌طور مؤثری از طریق افزایش احساس لذت، تقویت توانمندی‌ها و افزایش معنا باعث افزایش بهزیستی شود، حمایت می‌کند.

کلیدواژه‌ها: اختلالات روانی، بهزیستی، تصلب چندگانه، روان‌درمانی مثبت‌نگر.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار- غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.24.9]

۱ مقدمه

بیماری تصلب چندگانه (ام.اس.)[1] یکی از بیماری‌های بسیار مهم و شایع سیستم عصبی مرکزی است که در اثر التهاب و تخریب غلاف عصبی میلین ایجاد می‌شود؛ در نتیجهٔ آن، قابلیت هدایت الکتریکی ایمپالس‌های عصبی در سیستم عصبی مرکزی دچار مشکل شده و بسته به محل درگیری، علائم بالینی مختلف عصبی در بیماران ایجاد می‌شود (۱). ام.اس. معمولاً در افراد بین ۲۰ تا ۴۰ سال تشخیص داده شده و زنان بیشتر از مردان به نسبت ۲ تا ۴ برابر به این بیماری مبتلا می‌شوند. برآورد می‌شود بیش از چهل هزار نفر در ایران به این بیماری مبتلا باشند (۲). این بیماری غیرقابل پیش‌بینی و از بیماری‌های بسیار مهم تغییردهندهٔ زندگی فرد محسوب می شود، زیرا که معمولاً به بهترین دوران زندگی فرد صدمه می‌زند و به‌تدریج به سمت ناتوانی پیش می‌رود و درمان قطعی ندارد (۳). ضایعات تصلب چندگانه پس از تروما دومین علت شایع ناتوانی عصبی در اوایل و اواسط بزرگسالی است و تظاهرات آن از یک بیماری خوش‌خیم تا یک بیماری سریعاً پیش‌رونده و ناتوان‌کنندهٔ متغیر است. تصلب چندگانه علاوه بر سلامت جسمانی، سلامت و بهزیستی روان‌شناختی افراد را نیز با مشکل مواجه می‌کند (۴). نتایج تحقیقات حاکی از این است که علائم روان‌شناختی شایع‌تر در بیماران تصلب چندگانه، افسردگی، خستگی و اضطراب است که به میزان زیادی به ناتوانی‌ها و وضعیت نامناسب زندگی در این بیماران مربوط می‌شود. همچنین این بیماران نظم هیجانی کمتری دارند و کیفیت زندگی‌شان به شدت تحت تأثیر علائم بیماری قرار می‌گیرد (۵). در ۸۰ درصد از این بیماران خستگی یکی از علائم اصلی را تشکیل می دهد و در طول روز بدتر می شود. وقوع افسردگی و همچنین بروز علائم بیماری تابع شدت بیماری، محل گرفتاری ضایعات، نوع علائم نورولوژیک و شدت ناتوانی بیمار است و افسردگی موجب ناتوانی بیشتر بیمار و وخامت بیشتر بیماری می‌گردد (۶). یوسفی‌پور و راسخی در مطالعه‌ای، ۶۷ درصد ابتلا به افسردگی را در میان زنان مبتلا به تصلب چندگانه گزارش نمودند (۶). مطالعات حاکی از آن است، علاوه بر خستگی و اختلالات خلقی، طیف وسیعی از علائم روان‌پزشکی نظیر سایکوز، سندرم‌های هذیان، اضطراب، اختلالات شخصیت و اختلالات شناختی نیز م‌تواند در مبتلایان به تصلب چندگانه تظاهر نمایند(۶،۷).

عوامل روانی نه‌تنها در ظهور تصلب چندگانه مؤثرند بلکه ممکن است در درمان این اختلال نیز تأثیر داشته باشند. علائم روانی ناشی از بیماری همچون خستگی و افسردگی می‌تواند در نتیجهٔ پیگیری و مداخلات روان‌درمانی بهبود یابد و امیدواری بیشتری به این بیماران برای مقابله با بیماری‌شان بدهد (۸)؛ بنابراین با توجه به اینکه بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به تصلب چندگانه اهمیت زیادی دارد و به‌دلیل چالش‌های بسیاری که این بیماران با آن مواجه هستند، باید حمایت روانی و اجتماعی شوند (۹). بهزیستی روان‌شناختی شامل دریافت‌های فرد از میزان هماهنگی بین هدف‌های معین و ترسیم‌شده با پیامدهای عملکردی است که در فرایند ارزیابی‌های مستمر به دست می‌آید و به رضایت درونی و نسبتاً پایدار در توالی زندگی منتهی می‌شود (۱۰).

به تازگی مجموعه‌ای از درمان های جدید برای برخی اختلال های روان‌پزشکی و همچنین افزایش هیجان‌های مثبت که مبتنی بر رویکردهای مثبت‌گرا هستند به وجود آمده‌اند که به دلیل مقرون‌به‌صرفه بودن و اثرات مناسب، مورد توجه قرار گرفته‌اند. روان‌شناسی مثبت‌گرا[2] رویکردی است که به طور رسمی در سال ۲۰۰۰ توسط مارتین سلیگمن معرفی شد و این موضوع را هدف قرار داد که تمرکز روان‌شناسی بالینی را به فراتر از بیماری و تسکین مستقیم آن گسترش دهد. روان‌شناسی مثبت‌نگر بر افزایش توانایی‌ها و فضیلت‌های انسانی تأکید دارد و این امکان را برای افراد و جوامع فراهم می‌آورد که به موفقیت دست یابند (۱۱). روان‌درمانی مثبت‌نگر در عمل، بر اساس روش‌های علمی سنتی جهت فهم و آسیب‌شناسی روانی رفتار طراحی شده است. این رویکرد بر فرایند مثبت و توانایی‌های افراد تأکید دارد و به درمانگران توصیه می‌کند که به فرایند مثبت مراجعین‌شان که به ندرت در زندگی‌شان جریان دارد، توجه کنند (۱۱). همچنین روان‌درمانی مثبت، از لحاظ تجربی، رویکردی معتبر به روان‌درمانی است که توجه ویژه‌ای به بنا نهادن توانمندی‌ها و هیجان‌های مثبت مراجع دارد (۱۱). مرور ادبیات روان‌شناسی مثبت، بیانگر کاربردهای بالقوهٔ این رویکرد برای طیف وسیعی از افراد است (۱۲) و اثربخشی آن در پژوهش های چندی تأیید شده است. برای مثال رویینی و همکاران در پژوهشی بر روی ۱۱۱ دانش‌آموز تأثیر بهزیستی درمانی را بررسی کردند و دریافتند که این مداخله در بهبودی علائم بهزیستی روان‌شناختی مؤثر است. در مطالعهٔ دیگری پژوهشگران تأثیر روان‌درمانی مثبت‌گرا را که از طریق اینترنت اجرا می‌شد بررسی کردند. آن‌ها دریافتند که تمرین‌های روان شناسی مثبت‌گرا علائم افسردگی را برای حداقل ۶ ماه کاهش داد (۱۱) . سنف و لیا نیز طی پژوهشی که در آن بر روی ۱۲۲ آزمودنی با عنوان تأثیر مداخله های مثبت‌گرا بر شادکامی و علائم افسردگی مطالعه کردند، دریافتند که مداخله‌های مبتنی‌بر توانایی ها و قدردانی در افزایش شادکامی و کاهش علائم افسردگی در مقایسه با گروه کنترل مؤثرتر است (۱۳). یافته‌های یک پژوهش فراتحلیل که به بررسی ۴۰ پژوهش در حوزهٔ روان‌شناسی مثبت‌نگر پرداخته است، نشان داد که مداخلات مثبت‌نگر موجب افزایش بهزیستی روانی و کاهش علائم افسردگی می‌شود (۱۴). مطالعهٔ دیگری با عنوان اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌گرای گروهی در کاهش افسردگی زنان مبتلا به تصلب چندگانه، به این نتیجه دست یافت که روان‌درمانی مثبت‌گرا در کاهش افسردگی زنان مبتلا به تصلب چندگانه مؤثر است (۷). روان‌شناسی مثبت‌نگر می‌تواند علائم مشکلات روان‌شناختی افراد دارای بیماری‌های خاص همچون سرطان را بهبود بخشد (۷). هدف بنیادین بسیاری از مداخلات روان‌شناختی در بیماران مبتلا به تصلب چندگانه، افزایش توانایی آنان برای روبه‌رویی با اضطراب، درد و تحمل شیوه‌های تشخیصی و درمان پزشکی است. یکی از موضوعاتی که در این پژوهش بررسی شد، موضوع روان‌درمانی مثبت‌نگر و تأثیر آن بر کاهش اختلالات روانی و

[1] Multiple Sclerosis (MS)

[2] positive psychology

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.24.9]

افزایش بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به تصلب چندگانه بود. در سال‌های اخیر رویکرد روان شناسی مثبت با شعار توجه به استعدادها و توانمندی‌های انسان توجه پژوهشگران حوزه‌های مختلف روان‌شناسی را جلب کرده است. این رویکرد معنا را در زندگی مراجعان به‌منظور تسکین آسیب‌شناسی روانی و تقویت شادی، افزایش می‌دهد. با توجه به اهمیت کنترل این بیماری و اثرات آن در خانواده، هدف پژوهش حاضر بررسی تأثیر روان‌درمانی مثبت‌نگر بر کاهش اختلالات روانی و افزایش بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به تصلب چندگانه بود.

۲ روش بررسی

روش پژوهش نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعهٔ آماری پژوهش شامل تمامی بیماران مبتلا به تصلب چندگانهٔ مراجعه‌کننده به بیمارستان سینای همدان در سال ۱۳۹۵ به تعداد ۱۶۴۷ نفر بودند. با توجه به شرایط اُفت آزمودنی‌ها، تعداد ۴۰ نفر از بیماران مبتلا به تصلب چندگانه با درجات مختلف بیماری، به‌صورت هدفمند انتخاب شده و به‌منظور همتاسازی آزمودنی‌ها از نظر شرایط بیماری، سن و تحصیلات، پرسشنامهٔ نشانه‌های اختلال روانی و پیوستار سلامت روان اجرا گردید. آزمودنی‌ها در دو گروه کنترل (n=۲۰) و آزمایش (n=۲۰) همتا شدند. آزمودنی‌های گروه آزمایش در ۸ جلسهٔ ۹۰ دقیقه ای روان‌درمانی مثبت‌نگر شرکت کردند. جلسات به‌صورت پرسش و پاسخ و بحث گروهی اجرا شد و در پایان هر جلسه تکلیف خانگی ارائه گردید. محتوای جلسات در جدول (۱) ارائه شده است. پس از گذشت یک ماه از اتمام جلسات درمانی، دورهٔ پیگیری صورت گرفت. تجزیه‌وتحلیل داده‌ها به‌وسیلهٔ نرم‌افزار SPSS و با انجام آزمون تحلیل کواریانس صورت گرفت.

ابزار پژوهش: ـ پرسشنامهٔ نشانه‌های اختلالات روانی[1]: این مقیاس فرم کوتاه نسخهٔ تجدیدنظرشدهٔ فهرست ۹۰ نشانه‌ای یعنی SCL-90-R است که توسط نجاریان و داودی تهیه گردید (۱۵). SCL-90-R ابزاری خودگزارشی و رایج برای سنجش آسیب‌شناسی روانی است. این ابزار اختصاصاً برای سنجش آن دسته ناراحتی‌های جسمی و روانی ساخته شده که آزمودنی‌ها اخیراً تجربه کرده‌اند. نسخهٔ اولیه فهرست ۹۰ نشانه‌ای یعنی SCL-90 با استفاده از ماده‌های اصلی فهرست نشانهٔ هاپکینز[2] و اضافه کردن ماده‌های جدید به مقیاس مذکور و همچنین ایجاد تغییرات در شیوهٔ درجه‌بندی و روش اجرا توسط دراگاتیس و راک، ساخته شد. براساس تجارب بالینی و نتایج تحلیل‌های روان‌سنجی که روی SCL-90 انجام گردید، اصلاحاتی در آن اعمال و SCL-90-R نامیده شد (۱۶).

نجاریان و داودی براساس مقیاس SCL-90-R ، مقیاس SCL-25 را تهیه کردند. این مقیاس نیز ابزاری خودگزارشی برای سنجش آسیب‌شناسی روانی عمومی است. این مقیاس شامل ۲۵ ماده می‌باشد که نمره‌گذاری هر سؤال بر روی یک پیوستار از ۱ (برای هیچ) تا ۵ (برای اکثر اوقات) است (۱۵). در این پرسشنامه نمرهٔ بین ۲۵ تا ۵۰، بیان‌کنندهٔ نشانه‌های اختلالات روانی کم، نمرهٔ بین ۵۰ تا ۷۵، دارای نشانه‌های اختلالات روانی متوسط و نمرهٔ بالاتر از ۷۵، نشان‌دهندهٔ نشانه‌های اختلالات روانی زیاد در افراد است. سؤالات پرسشنامه ۹ بُعد مختلف شامل (شکایات جسمانی، وسواس‌ـ اجباری، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی و روان‌پریشی) را دربرمی‌گیرد. در پژوهش موحد (۱۳۸۳) ضرایب پایایی این مقیاس به روش‌های آلفای کرونباخ، اسپیرمن‌ـ براون و گاتمن محاسبه گردید. این ضرایب به ترتیب برابر ۰/۹۲، ۰/۸۸ و ۰/۸۷ بودند که نمایانگر پایایی نسبتاً خوب آزمون است (۱۷). جهت بررسی روایی این آزمون نیز مطالعه‌ای صورت گرفته است (۱۵). در این مطالعات، همبستگی پرسشنامهٔ نشانه‌های اختلالات روانی ۲۵ سؤالی با مقیاس اضطراب عمومی ANQ برابر ۰/۶۹، با پرسشنامهٔ افسردگی بک برابر ۰/۴۹، با مقیاس کمال‌گرایی اهواز برابر ۰/۶۶ و با مقیاس سرسختی برابر ۰/۵۶ ـ گزارش شده است که همگی در سطح ۰/۰۱ معنادارند. همچنین همبستگی بین این مقیاس با پرسشنامه نشانه‌های اختلالات روانی۹۰ سؤالی برابر ۰/۹۷ گزارش شده است (۱۵،۱۷).

برای اندازه‌گیری بهزیستی روانی از فرم کوتاه پیوستار سلامت روان[3] استفاده شد (۱۸). این فرم در سال ۲۰۰۲ توسط کیز، از فرم بلند پیوستار سلامت روان مشتق شد و شامل ۱۴ سؤال (آیتم) از ۴۰ سؤال فرم بلند است. این فرم دارای روایی و ثبات درونی ۰/۸۰ است. نمره‌گذاری فرم به‌صورت پاسخ «هرگز» با امتیاز ۱ و «هرروز» با امتیاز ۶ محاسبه می‌شود. در آن ۳ مقیاس (خوشحالی، علاقه‌مندی به زندگی و رضایت) برای نشان دادن احساسات و هیجانات (بهزیستی هیجانی)، شش آیتم: پذیرش خود، چیرگی بر مسئولیت‌ها در محیط، روابط مثبت با دیگران، رشد شخصی، خودمختاری و هدفمندی در زندگی، برای سنجیدن سلامت روانی و ۵ آیتم: مشارکت و کمک در اجتماع، انسجام با جامعه، شکوفایی اجتماعی، پذیرش اجتماعی و توجه و درک اجتماعی، جهت نشان دادن سلامت اجتماعی انتخاب شدند. علاوه‌برآن بر اساس مدل سلامت روان کیز، افراد در سه سطح شکوفایی، متوسط و پژمردگی تقسیم‌بندی شده‌اند.

جهت نمره‌گذاری و تشخیص به‌وسیلهٔ مقیاس فوق، برای اینکه فرد در حال پژمردگی تشخیص داده شود باید در یکی از سه مقیاس بهزیستی هیجانی (۱تا۳) و شش مقیاس از ۱۱ مقیاس (۴تا ۱۴) کنش‌وری مثبت دارای سطح کمتر باشد.

تشخیص شکوفایی فرد نیز مستلزم داشتن سطوح بالایی در حداقل یکی از سه مقیاس بهزیستی هیجانی و شش مقیاس از ۱۱ مقیاس کنش‌وری مثبت است و نهایتاً افراد فاقد شکوفایی و پژمردگی، سلامت نسبی دارند.

براساس نتایج تحقیق جهانگیری و همکاران، میانگین کل بهزیستی روانی ۵۱/۵۱، میانگین زنان ۴۹/۱۶ و میانگین مردان برابر ۵۴/۲۱ بود. میانگین کل نمرات به تفکیک سه عامل سلامت روان در بهزیستی هیجانی ۱۱/۳۳، بهزیستی اجتماعی ۱۵/۹۷ و بهزیستی روانی ۲۴/۲

[1] . Symptom CheckList – 90- Revised

[2] . Hopkins Symptom Checklist

[3] . Mental Health Continuum- Short Form

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.24.9]

محاسبه شد. علاوه‌برآن میانگین نمرات به تفکیک جنس در عامل بهزیستی هیجانی، در زنان ۱۰/۹۲ و مردان برابر ۱۱/۸۰ و در عامل بهزیستی اجتماعی، در زنان ۱۴/۸۶ و مردان ۱۷/۲۴ و در عامل بهزیستی روانی، زنان ۲۳/۳۶ و مردان برابر ۱۱/۸۰ برآورد شد. همچنین براساس مدل سلامت روان کیز و با توجه به ابعاد سلامت روان (هیجانی، روانی و اجتماعی) افراد در سه سطح از سلامت روان تقسیم‌بندی شدند: شکوفایی، سلامت روانی متوسط و پژمردگی، ۲۵/۶ درصد متناسب با مقیاس شکوفایی، ۴۸/۶ درصد در حد متوسط سلامت روان و ۱۱/۳ درصد افراد در مرحلهٔ پژمردگی قرار داشتند و اعتبار آزمون در قالب همسانی درونی سؤالات و آلفای کرونباخ ۹۰درصد بود (۱۹).

ضریب آلفای کرونباخ فرم کوتاه پیوستار سلامت روان معادل ۰/۹۰ بود و نشان‌دهندهٔ این‌که پرسشنامه از اعتبار کافی برخوردار است. یعنی که پاسخ‌های داده شده، ناشی از شانس و تصادف نبوده و نشانگر اعتبار زیاد پرسشنامه است. آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌های هیجانی ۰/۸۲، اجتماعی ۰/۷۶ و روانی برابر ۰/۸۴ محاسبه شد (۱۹).

پایایی پرسشنامه براساس همسانی درونی و از طریق شاخص آلفای کرونباخ کل آزمون ۰/۹۰ و همچنین هر یک از زیرمقیاس‌های سه‌گانهٔ آن برای بهزیستی هیجانی،۰/۹۰، بهزیستی اجتماعی، ۰/۷۵ و بهزیستی روان‌شناختی، ۰/۸۷ گزارش شد (۱۹).

با توجه به لزوم انجام ملاحظات اخلاقی، بعد از توضیح موضوع و اهداف پژوهش، به آزمودنی‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات آنان محرمانه خواهد ماند. در نهایت به آزمودنی‌ها گفته شد که هر زمان که تمایل داشته باشند می‌توانند از پژوهش خارج شوند.

جدول ۱. خلاصهٔ ساختار و محتوای جلسات درمانی مداخلات روان‌شناسی مثبت‌گرا

جلسه	محتوا و تمرین‌های جلسه	اهداف
اول	معرفی و جهت‌دهی	جهت‌دادن مراجعین
دوم	فرمول‌بندی طرح خاص مراجعان برای به‌کارگیری پرورش توانمندی‌ها	توانمندی‌ها، ثبت توانمندی‌های هر فرد توسط خود
سوم	ذکر نعمت‌ها و امور خوب در زندگی روزانه، توضیح کاشت هیجان مثبت و تسهیل بخشش	بخشش و تمرین نامهٔ بخشش
چهارم	بررسی تأثیرات نوشتن نعمت‌ها و امور خوب، قصد و تأکید بر میراث شخصی و هدف در زندگی	معناداشتن در زندگی، استفاده از فن میراث شخصی
پنجم	بررسی مجدد نقش خاطرات بد و خوب، تمرین	شکرگزاری و قدرشناسی
ششم	آشنایی با روابط مثبت اجتماعی و آموزش و کاربرد روابط اجتماعی مثبت و شادکامی زندگی	فن پاسخ‌دهی سازنده و فعال
هفتم	آشنایی با نحوهٔ پایداری لذت‌ها، کار با طمأنینه و نقش آن در پرهیز از شتابزدگی	خشنودی از زندگی
هشتم	بازخورد دورهٔ آموزشی، جشن شادی	پایدارسازی شادکامی

۳ یافته‌ها

آزمودنی‌های این پژوهش را ۴۰ نفر از بیماران مبتلا به تصلب چندگانه تشکیل دادند که در دو گروه آزمایش (۲۰ آزمودنی) و کنترل (۲۰ آزمودنی) قرار گرفتند. میانگین سن گروه آزمایش ۲۹/۴۵ سال و گروه کنترل ۳۰/۸۹ سال بود. وضعیت تحصیلات شرکت‌کنندگان در هر دو گروه همتا و متشکل از ۳ نفر سیکل، ۱۲ نفر دیپلم، ۵ نفر فوق دیپلم، ۱۵ نفر لیسانس و ۵ نفر فوق‌لیسانس و بالاتر بودند.

برای ارزیابی تأثیر روان‌درمانی مثبت‌گرا بر کاهش نشانه‌های اختلال روانی و بهزیستی بیماران مبتلا به تصلب چندگانه قبل از انجام تحلیل کواریانس، نرمال‌بودن توزیع نمرات با استفاده از آزمون کولموگروف ـ اسمیرنف و همگنی واریانس‌ها با آزمون لون بررسی شد. نتایج آزمون لون نشان داد که تفاوت معناداری بین واریانس‌های دو گروه در دو متغیر وابستهٔ پژوهش وجود ندارد و واریانس‌ها همگن هستند. همچنین نتایج آزمون کولموگروف ـ اسمیرنف، نرمال‌بودن توزیع داده‌ها را نشان داد.

نتایج تحلیل کواریانس در جدول شماره ۲ نشان داد که با حذف اثر پیش‌آزمون، نمرات پس‌آزمون نشانه‌های اختلال روانی و بهزیستی بین دو گروه آزمایش و کنترل، تفاوت معناداری وجود دارد (P≤۰/۰۰۱)؛ بنابراین ۰/۳۳ تغییرات بهزیستی و ۰/۴۶ از تغییرات نشانهٔ اختلال روانی از طریق متغیر مستقل (آموزش مثبت‌نگر) قابل تبیین است. همچنین نتایج در مرحلهٔ پیگیری در مقایسه با پیش‌آزمون نشان داد که گروه آزمایش در نشانه‌های اختلال روانی (P≤۰/۰۰۱) و بهزیستی (P=۰/۰۰۳) بر اثر آموزش مثبت‌نگر با گروه کنترل تفاوت معناداری دارند و به ترتیب ۰/۲۱ از تغییرات بهزیستی و ۰/۲۵ از تغییرات اختلال روانی با متغیر مستقل (آموزش مثبت‌نگر) قابل تبیین است.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.24.9]

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمرات اختلال روانی و بهزیستی آزمودنی‌ها به تفکیک دو گروه آزمایش و کنترل به همراه نتایج تحلیل کوواریانس

متغیر	ẋ, s		آزمایش	کنترل	Fمقدار	Pمقدار	مجذور اتا
اختلال روانی	پیش‌آزمون	میانگین	۵۹/۰۰	۵۷/۹۰	۱۳/۱۲	۰/۰۰۱ >	۰/۴۶
		انحراف معیار	۱۱/۷۶	۱۶/۳۴			
	پس‌آزمون	میانگین	۴۶/۷۵	۶۷/۱۰			
		انحراف معیار	۱۰/۳۹	۱۹/۴۰			
	پیگیری	میانگین	۴۷/۱۵	۵۵/۴۶	۱۲/۸۲	<۰/۰۰۱	۰/۲۵
		انحراف معیار	۹/۴۶	۱۵/۲۳			
بهزیستی	پیش‌آزمون	میانگین	۴۳/۵۵	۵۳/۸۰	۱۸/۵۷	<۰/۰۰۱	۰/۳۳
		انحراف معیار	۱۰/۷۷	۱۶/۹۵			
	پس‌آزمون	میانگین	۵۹/۷۰	۴۸/۵۵			
		انحراف معیار	۱۲/۲۰	۱۵/۹۴			
	پیگیری	میانگین	۵۷/۳۰	۵۴/۳۰	۱۰/۱۵	۰/۰۰۳	۰/۲۱
		انحراف معیار	۱۱/۶۳	۱۵/۳۴			

۴ بحث

یافته‌های این پژوهش نشان داد، آموزش مثبت‌نگری در مرحلهٔ پس‌آزمون و پیگیری بر کاهش نشانه‌های اختلالات روانی و ارتقای بهزیستی بیماران مبتلا به تصلب چندگانه مؤثر بوده است. براساس نظر سلیگمن (۱۱) شادی شامل زندگی لذت‌مند، متعهدانه و معنادار است. آموزش روان‌درمانی مثبت‌گرا موجب می‌شود تا افراد به زندگی خود تعهد بیشتری داشته و فعالانه و با انگیزهٔ بیشتری در آن درگیر شوند و چون لازمهٔ این درگیری فعال‌تر، شناسایی توانمندی‌های ذاتی و استفادهٔ بهتر از آن‌ها در زندگی و تعیین هدف یا اهداف زندگی مبتنی بر آن‌ها بوده، بنابراین آموزش‌های فوق می‌تواند گامی به سمت بهزیستی و خالی از تهی‌بودن بردارد. این رویکرد با به‌وجودآوردن هیجان‌های مثبت، توانایی‌های منش و ساختن معنا در زندگی بیمار، می‌تواند به‌عنوان سپری در مقابل افسردگی عمل نماید و حتی از عود مجدد آن جلوگیری کند (۱۱).

مداخله‌های روان‌شناسی مثبت به افراد کمک می‌کند تا توجه، حافظه و انتظارات خود را از وقایع منفی و فاجعه‌آمیز به سمت وقایع مثبت و امیدوارکننده سوق دهند. به‌عنوان مثال وقتی فرد تمرین «سه اتفاق مثبت» را قبل از خواب انجام می‌دهد، خطای افسرده‌ساز نشخوار فکری دربارهٔ آنچه که بد اتفاق افتاده است به چالش کشیده می‌شود؛ بنابراین احتمال زیادی وجود دارد که آزمودنی روزش را به جای یادآوری مشکلات با یادآوری وقایع مثبت شروع کند. این تمرین می‌تواند علاوه بر پرت‌کردن حواس بیمار از رویدادهای منفی زندگی، سبب توجه به بُعد مثبت آن نیز شود. همچنین توانمندی‌های منشی که به‌شکل بالقوه در افراد وجود دارد، در صورت افزایش می‌توانند مقاومت افراد را در برابر بیماری افزایش دهند (۲۰). برشمردن نقاط مثبت باعث تجربهٔ احساسات مثبت و در نهایت گسترش آنی فهرست اعمال و افکار فرد می‌شود.

روان‌درمانی مثبت‌نگر فقط بر شناسایی نقاط مثبت تأکید نمی‌کند، بلکه برای شکست‌های مراجعان تکنیک‌هایی همچون بخشش پیشنهاد می‌کند. همچنین با انجام تمرین‌های روان‌شناسی مثبت از جمله نوع‌دوستی، شکرگزاری و نوشتن نقاط قوت میزان بهزیستی افراد افزایش می‌یابد (۱۱).

روان‌شناسان مثبت‌نگر، در مباحث خود به هیجان‌ها و خاطرات مثبت توجه می‌کنند. همچنین به موضوعات مرتبط با مشکلات مراجعان با هدف یکپارچه‌کردن هیجان‌های مثبت و منفی می‌پردازند، در نتیجه افراد یاد می‌گیرند در جهان، موضعی فعال انتخاب کنند و زندگی خود را شخصاً شکل دهند. در چنین شرایطی افراد وضعیت روانی بهتر و بهزیستی بیشتری را تجربه خواهند کرد (۱۲). نتایج پژوهش حاضر را باید در سایهٔ یک‌سری ملاحظه‌ها و محدودیت‌ها قرار داد، از جمله محدودیت‌های این پژوهش، نمونه‌گیری محدود به بیمارستان سینای همدان و حضور شرکت‌کننده‌های خانم برای نمونهٔ پژوهش بودند؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود پژوهش بر روی مردان مبتلا به تصلب چندگانه و در سایر شهرهای دیگر و روی نمونهٔ بزرگتر بررسی گردد.

۵ نتیجه‌گیری

یافته‌های به‌دست‌آمده از این پژوهش نشان می‌دهد که روان‌درمانی مثبت‌گرا به‌عنوان درمان کوتاه‌مدت مؤثر، نه‌تنها باعث کاهش علائم و نشانه‌های اخلالات روانی می‌شود؛ بلکه از این باور که روان‌درمانی مثبت‌گرا می‌تواند به‌طور مؤثری از طریق افزایش احساس لذت، تقویت توانمندی‌ها و افزایش معنا باعث افزایش بهزیستی شود، حمایت می‌کند. بنابر آنچه گفته شد، می‌توان از این شیوهٔ درمانی که هم از لحاظ زمانی و هم از نظر اقتصادی مقرون‌به‌صرفه است، به‌طور گسترده در مراکز درمانی بیماران مبتلا به ام.اس. استفاده نمود.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.24.9]

References

1. Holland N, Halper J. multiple sclerosis: a self-care guide to wellness. New York Demos Medical Publishing; 2005, pp:1-10. [link]
2. Aghabbagheri H, Mirzaeean B, Mohammadkhani P, Omrani S. Effectiveness of cognitive-based cognitive group therapy on the reduction of depression in patients with multiple sclerosis. Thought and Behavior. 2012;6(23):75-82. [link]
3. Werfel PB, Franco Duran RE, Trettin LJ. Multiple Sclerosis, a new volume in the Advances in Psychotherapy, Evidence Based Practice series. [Mishawaka]: Hogrefe Publishing; 2016. [link]
4. Mahmoudi Alami G, Nasiri A, Nyazazari K. Mental Health Study in MS Patients in Mazandaran University of Medical Sciences in 2007. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences. 2008;18 (68):70-3. [Persian][link]
5. Schirda B, Nicholas JA, Prakash RS. Examining trait mindfulness, emotion dysregulation, and quality of life in multiple sclerosis. Health Psychology. 2015 Nov;34(11):110-7. [link]
6. Aghayousefi A, Shaghaghi F. Relationship between quality of life and psychological capital with perceived illness among patients with MS. Journal of Health Psychology. 2012;1 (1) :29-41. [Persian] [link]
7. Khayatan T. The Effectiveness of Group Positive Psychotherapy on Depression Women with MS [Thesis]. [Tehran]: University of Welfare and Rehabilitation Sciences;2014. [Persian] [link]
8. Pagnini F, Bosma CM, Phillips D, Langer E. Symptom changes in multiple sclerosis following psychological interventions: a systematic review. BMC neurology. 2014 Dec;14(1):222. [link]
9. Ryff CD, Keyes CL. The structure of psychological well-being revisited. Journal of personality and social psychology. 1995 Oct;69(4):719-27. [link]
10. Bahadori Khosroshahi J. The Role of Psychological Capital in Psychological Well-being [Regarding the Modalities of Social Capital Master's thesis]. [Tabriz]: Tabriz University; 2011. [Persian] [link]
11. Seligman ME, Rashid T, Parks AC. Positive psychotherapy. American psychologist. 2006 Nov;61(8):774. [link]
12. Sutton GW. Positive psychology: The scientific and practical explorations of human strengths. Journal of Psychology and Christianity. 2007;26(4):370. [link]
13. Senf K, Liau AK. The effects of positive interventions on happiness and depressive symptoms, with an examination of personality as a moderator. Journal of Happiness Studies. 2013 Apr 1;14(2):591-612. [link]
14. Bolir L, Haverman M, Westerhof GJ, Riper H, Smit F, Bohlmeijer E. Positive psychology interventions: A meta-analysis of randomized controlled studies. BMC Public Health. 2013;13 (3):119-30. [link]
15. Najarian B, Davoudi A. Construction and Crediting SCL-25 (Shortened Form SCL-90). Journal of psychoanalysis 2001;5 (2): 136-149. [Persian] [link]
16. Derogatis LR, Rickels K, Rock AF. The SCL-90 and the MMPI: A step in the validation of a new self-report scale. The British Journal of Psychiatry. 1976 Mar;128(3):280-9. [link]
17. Sadeghi Movahhed F. Prevalence of Psychiatric Disorders in People Referred to Psychiatry Commission of Fatemi Hospital, Ardabil . J Ardabil Univ Med Sci. 2006; 6 (4) :387-391 [link]
18. Keyes CL. The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. Journal of health and social behavior. 2002 Jun 1;43:207-22. [link]
19. Jahangiri F, Jafarin Roshan M. The validity and reliability of the short form of mental health on adults in Tehran. Iranian Conference on psychology & biohavioral sciences; Tehran,2015. [link]
20. Lu Q, Zheng D, Young L, Kagawa-Singer M, Loh A. A pilot study of expressive writing intervention among Chinese-speaking breast cancer survivors. Health Psychology. 2012 Sep;31(5):548-51. [link]

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.24.9]