



## اثربخشی درمان حمایتی بر سرمایه روانشناختی و رشد پس از سانحه در زنان مبتلا به مولتیپل اسکروزیس

دانشجوی دکتری، گروه مشاوره و روانشناسی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.  
استاد، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران.  
دانشیار، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

سهیلا ابراهیمی <sup>id</sup>

خدابخش احمدی\* <sup>id</sup>

نورعلی فرخی <sup>id</sup>

kh\_ahmady@yahoo.com

ایمیل نویسنده مسئول:

پذیرش: ۱۴۰۲/۰۲/۰۴

دریافت: ۱۴۰۱/۰۷/۲۶

فصلنامه علمی پژوهشی  
خانواده درمانی کاربردی

شاپا (الکترونیکی) ۲۴۳۰-۲۷۱۷  
<http://Aftj.ir>

دوره ۴ | شماره ۱ پیاپی ۱۵ | ۲۶۸-۲۸۵  
بهار ۱۴۰۲

نوع مقاله: پژوهشی

به این مقاله به شکل زیر استناد کنید:  
درون متن:

(ابراهیمی، احمدی و فرخی، ۱۴۰۲)

در فهرست منابع:

ابراهیمی، سهیلا، احمدی، خدابخش، و فرخی، نورعلی. (۱۴۰۲). اثربخشی درمان حمایتی بر سرمایه روانشناختی و رشد پس از سانحه در زنان مبتلا به مولتیپل اسکروزیس. *خانواده درمانی کاربردی*. ۴(۱)، ۲۶۸-۲۸۵.

### چکیده

**هدف:** زندگی با بیماری ام.اس اثرات منفی و مثبت بسیاری بر سلامت جسم و ذهن بیماران دارد. هدف این پژوهش بررسی اثربخشی درمان حمایتی بر سرمایه روانشناختی و رشد پس از سانحه در زنان مبتلا به ام.اس بود. **روش پژوهش:** پژوهش شبه آزمایشی (پیش آزمون- پس آزمون - پیگیری با گروه گواه) می‌باشد، شرکت کنندگان پژوهش ۳۰ نفر از زنان مبتلا به ام.اس بودند که به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب شده و به تصادف در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و گواه قرار گرفتند. ابزار اندازه گیری متغیرها، پرسشنامه سرمایه روانی (۲۰۰۷) و رشد پس از سانحه (۱۹۹۶) بود که توسط شرکت کنندگان تکمیل شد. سپس شرکت کنندگان گروه آزمایش در ۱۰ جلسه ۵۰ دقیقه‌ای پروتکل درمان حمایتی وینستون، روزنتال و پینکسر (۲۰۰۴) شرکت کردند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر استفاده شد. **یافته‌ها:** تحلیل داده‌ها نشان داد که درمان حمایتی بر سرمایه روانشناختی ( $F=۱۶/۵۰, P \leq ۰/۰۰۱$ ) و رشد پس از سانحه ( $F=۱۴/۴۰, P \leq ۰/۰۰۱$ ) موثر بوده و این اثربخشی در طول زمان پایدار بوده است. **نتیجه‌گیری:** استفاده از روش درمان حمایتی مداخله مناسبی برای افزایش سرمایه روانشناختی و رشد پس از سانحه در بیماران ام.اس می‌باشد و می‌تواند برای بهبود وضعیت روانشناختی و مقابله بهتر با بیماری استفاده شود.

**کلیدواژه‌ها:** بیماری مولتیپل اسکروز، درمان حمایتی، رشد پس از سانحه، سرمایه روانشناختی.

## مقدمه

مولتیپل اسکلروزیس<sup>۱</sup> یک بیماری عصبی پیش رونده است که با التهاب اعصاب و فرآیندهای عصبی در کل سیستم اعصاب مرکزی<sup>۲</sup> مشخص می‌شود (تابلریون، وود، کادرین، هسیه، روپنگ، هرناوند و سوناف، ۲۰۱۹). علت بیماری مشخص نیست اما به نظر می‌رسد فعال شدن مکانیسم‌های ایمنی علیه آنتی ژن میلین که سلول‌های عصبی را احاطه کرده است در ایجاد بیماری دخالت داشته باشد (قزاق و زادحسن، ۱۳۹۸). مولتیپل اسکلروزیس (MS) در جهان به طور کلی در زنان شیوع بیشتری نسبت به مردان دارد. این امر ممکن است ناشی از اثرات هورمون‌های غدد جنسی، اختلافات ژنتیکی و قرار گرفتن در معرض محیط زیست مختلف و شیوه زندگی مدرن در زنان و مردان باشد (مرفات خوبی، قادری، امینی و حقانی، ۱۳۹۱). بیماری ام.اس باعث اختلال در وضعیت روانشناختی، درد، سرگیجه، عملکرد جنسی، خستگی، وضعیت مالی و اشتغال می‌شود، که همه این موارد زمینه ساز کاهش کیفیت زندگی در این بیماران می‌باشد. رابطه نشانگان روانشناختی با ام.اس بسیار پیچیده است و شیوع آن ممکن است واکنش به عوامل بی شماری باشد (سعادت، کلانتری، کجباف و حسینی نژاد، ۱۳۹۸). ماهیت مزمن این بیماری، وجود حوادث استرس‌زای زندگی و چگونگی واکنش افراد در مقابل این حوادث درکنار یکدیگر، باعث وخیم شدن و تسریع حملات بیماری می‌گردد (تقی لو، مکوند، حسینی و صداقت، ۱۳۹۶). بیماری مزمن<sup>۳</sup> اغلب یک تجربه دشوار و حتی پر خطر برای افراد است با این وجود میزان پیامدهای منفی استرس به چگونگی درک فرد از استرس بستگی دارد. در مبتلایان به ام اس عموماً پریشانی به سرعت و پس از آشکار شدن علائم بیماری و همان هنگامی که در توانایی‌های جسمی و شناختی چالش پیدا می‌شود، شروع می‌شود. (لمیز و همکاران، ۲۰۱۸). تحقیقات در ارتباط با بیماری‌های مزمن نشان می‌دهند که پیامدهای روان شناختی و پزشکی تحت تاثیر باورهای بیماران در مورد علائم، علت، اثرات و پیامدها، طول مدت، کنترل یا درمان بیماریشان، همراه با سبک‌های مقابله‌ای آنها است (باغستان، شیبانی و مسرور، ۱۳۹۵). تحقیقات نشان می‌دهد اختلالات عاطفی که همراه با بیماری ام اس ایجاد می‌شود، برخی ارتباط مستقیم با بیماری دارد و به دلیل اختلالات ارگانیک در مغز است و برخی از آنها به دلیل واکنش روانی فرد نسبت به بیماری، می‌باشد و استرس و نگرش منفی به زندگی باعث می‌شود فرد مسائل به وجود آمده را با تحریف و بزرگنمایی مطرح کند (پفاف و همکاران، ۲۰۱۹). تشخیص یک بیماری تهدید کننده زندگی می‌تواند یک تجربه فوق العاده استرس‌زا و آسیب‌زا باشد. با این حال، بسیاری از بازماندگان نیز تغییرات مثبت مختلفی را گزارش می‌کنند که در ادبیات تجربی به عنوان رشد پس از سانحه<sup>۴</sup> ذکر شده است. بررسی‌های زیادی نشان داده است ساز و کارهای زیادی زمینه ساز رابطه رشد پس از سانحه و روند بیماری و نقاهت آن می‌باشد از جمله آن‌ها، می‌توان به کیفیت حمایت اجتماعی، استراتژی‌های مقابله‌ای بیماران و چندین شاخص بهداشت روانی و جسمی اشاره کرد و رشد پس از سانحه منجر به تقویت سازگاری مثبت با بیماری‌های مزمن از جمله بیماری ام.اس می‌شود (براسکو و استریچ، ۲۰۰۹). رشد پس از سانحه به عنوان تغییرات شخصی مثبتی تلقی می‌شود که فرد در روابط، سبک زندگی

<sup>1</sup> Multiple sclerosis

<sup>2</sup> Central nerves

<sup>3</sup> Chronic diseases

<sup>4</sup> Post Trauma Growth

و دیدگاهش نسبت به زندگی پیدا می‌کند و در واقع باعث کاهش افسردگی و افزایش بهزیستی فرد می‌شود، در واقع ضربه باعث می‌شود فرد جهان بینی اش را مجددا ارزیابی کند، در تحقیقات به وضوح نشان داده شده است که افرادی که رشد پس از سانحه را تجربه می‌کنند همزمان جنبه‌های منفی سانحه را هم گزارش می‌دهند. تحقیقات نشان می‌دهد که بیماران ام.اس تغییرات مثبتی را در زندگیشان تجربه می‌کنند که با تجربه رشد پس از سانحه مرتبط هستند. در پژوهش مور و همکارانش سال ۱۹۹۹ نشان داده شد که بیماران ام اس بعد از بیماری روابطشان عمیق تر شد، احساس قدردانی از زندگی داشتند و معنویتشان زیاد شد (اسپسیتو، ۲۰۱۶). رشد پس از سانحه به عنوان تجربه تغییرات مثبتی که فرد در نتیجه کشمکش با ضربه و تروما کسب می‌کند، تعریف می‌شود (گرولیا، کالهن، کن و تدسچی، ۲۰۱۳). مطالعات پنج دسته پیامد رشدی را مطرح می‌کنند که شامل: (۱) تغییرات ادراکی در خویشتن، (۲) تغییر در روابط با دیگران، (۳) افزایش معنویت یا تغییرات در فلسفه زندگی، (۴) افزایش آگاهی از احتمالات جدید و (۵) قدردانی بیشتر از زندگی می‌شوند (نیک منش، امام هادی و میرعبداللهی، ۱۳۹۲). عوامل متعددی بر روی پاسخ به بیماری‌های مزمن، مثل میزان رشد و تکامل، سن بیماران، نوع شخصیت بیماران، رفتارهای مقابله‌ای، عوامل تنش‌زای مداخله‌گر، نظام‌های حمایتی و ماهیت بیماری موثر است. امروزه واکنش افراد در برابر مسائل و مشکلات مورد مطالعه وسیع قرار گرفته است و مباحث مربوط به تنش، بیماری و سلامت مفاهیمی مانند سازگاری، راهبردهای مقابله را به همراه داشته است. در واقع بیماری موقعیتی در زندگی فرد ایجاد می‌کند که فرد مجبور به کسب توانایی جدید برای مقابله با موقعیت تنش‌زا و تطابق با شرایط موجود است (نادری روش، عابد سعیدی، محمدعلی، درویش و علوی مجد، ۱۳۹۳). در روانشناسی مثبت، فرض بر این است که سرمایه روانشناختی به عنوان سپر علیه بیماری‌ها عمل می‌کند (نصرتی، مومنی، مهردخت و کرمی، ۱۳۹۸). در مورد بیماری مزمن ام.اس نیز این مولفه می‌تواند کمک کننده باشد و به همین دلیل در این پژوهش مورد بررسی قرار می‌گیرد. از سرمایه روانشناختی می‌توان برای درمان بیماری‌های روانی، بالابردن امید، تلاش و مقاومت روانی، تقویت نیروی دفاعی و افزایش سطح بهزیستی روانشناختی استفاده کرد. سرمایه روانشناختی یک حالت روانی مثبت در فرد است که چهار مولفه دارد شامل خودکارآمدی (اعتماد به خود در رابطه با توانمند بودن هنگام روبرویی با چالش‌ها)، خوشبینی<sup>۱</sup> (داشتن اسنادهای مثبت در رابطه با موفقیت‌های حال و آینده)، امیدواری<sup>۲</sup> (مقاومت برای دستیابی به اهداف و تغییر مسیر در راستای رسیدن به اهداف در صورت لزوم) و در آخر تاب آوری<sup>۳</sup> (هنگام احاطه شدن با درد و رنج و مشکلات پایداری کردن و تلاش کردن برای رسیدن به موفقیت)، (لوتانز، کارولین، یوسف، اوولیا، ۲۰۰۷). سرمایه روانشناختی یک ساخت مفهومی سطح بالاست و نشان می‌دهد این سازه‌ها نه تنها جمع پذیر هستند بلکه با یکدیگر هم افزایی دارد (لوتانز، کارولین، یوسف، اوولیا، بروس، ۲۰۱۵). پژوهش‌های اخیر نشان می‌دهد که راهبردهای مقابله‌ای و تاب آوری بیماران ام.اس می‌تواند سلامت روانی و جسمانی آن‌ها را تحت تاثیر قرار دهد این پژوهش‌ها اشاره می‌کنند که بهزیستی روانی از عوامل فردی همچون سرمایه روانشناختی تاثیر می‌پذیرند (توکلی، فرجی خیایوی، سلیمی

---

<sup>1</sup> Self-efficacy<sup>2</sup> Optimism<sup>3</sup> Hope<sup>4</sup> Resilience

جدا، مجدی نسب، و حقیقی زاده، ۱۳۹۵). مطالعاتی که به تجارب آسیب‌زای مختلف پرداخته است، نشان داده که گزارش‌های رشد پس از آسیب نیز شایع می‌باشد (نیک منش، امام هادی و میرعبداللهی، ۱۳۹۲). به منظور افزایش بهزیستی و سرمایه روانشناختی، یکی از روش‌های درمانی که برای افسار آسیب دیده، مثل بیماران مزمن استفاده می‌شود، درمان حمایتی است. درمان حمایتی از روش‌های مشاوره‌ای مستقیم برای بهبود علائم استفاده می‌کند و به دنبال حفظ و احیای اعتماد به نفس، ایجاد امید، احساس کارایی و آموزش مهارت‌های سازگاری و حفظ ارتباط فرد با واقعیت است (پینکسر، ۲۰۱۳). حمایت‌های عاطفی و اجتماعی، آموزش‌های مقابله‌ای مثبت، افزایش مهارت‌های زندگی در این درمان بر علائم استرس پس از ضربه، چالش‌های روانی و اجتماعی و مشکلات سلامت روان به ویژه برای افرادی که شرایط زندگی نامطلوبی دارند موثر است (ناکیمولی، موسیس، وامالا، اکلو، ندینبگی، بیرونگی و میلز، ۲۰۲۰). مداخلات حمایتی بر بهبود و بازتوانی تمرکز دارند و با حمایت روانشناختی و عملکردی انجام می‌گیرد. در حمایت روانشناختی باید این ایده در فرد شکل بگیرد که توانایی کنترل امور را دارد. (پیروی، پرویزی و حقانی، ۱۳۹۱). با توجه به اینکه در پژوهش‌های گذشته به جنبه‌های رشدی بیماری ام‌اس کمتر توجه شده در این پژوهش به دنبال پاسخ به این سوال هستیم که آیا درمان حمایتی بر سرمایه روانشناختی و رشد پس از سانحه تاثیر دارد و این تاثیر در مرحله پیگیری پایدار است؟

### روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع شبه تجربی (پیش آزمون - پس آزمون - پیگیری با گروه گواه) می‌باشد، جامعه مورد مطالعه بیماران زن مبتلا به مولتیپل اسکلروز در شهر تهران هستند. روش نمونه‌گیری در این پژوهش روش نمونه‌گیری هدفمند است. با توجه به اینکه حجم نمونه در تحقیقات مداخله‌ای در هر گروه حداقل ۱۵ نفر توصیه شده است (دلور، ۱۳۸۵). حجم نمونه ۳۰ نفر در نظر گرفته شد که به طور تصادفی، در گروه آزمایش ۱۵ نفر و ۱۵ نفر هم در گروه گواه قرار داده شدند. نمونه از میان زنان مراجعه کننده به انجمن مولتیپل اسکلروز ایران با توجه به ملاک‌های ورود و خروج انتخاب شدند، ملاک ورود به پژوهش، نداشتن بیماری زمینه‌ای مزمن جسمی و روانی بر اساس اطلاعات و پرونده‌های درمانی، نبود بیماری مولتیپل اسکلروز در دیگر اعضای خانواده، گذشتن حداقل شش ماه و حداکثر سه سال از زمان تشخیص بیماری و همچنین رضایت برای شرکت در پژوهش و جلسات درمان بود. ملاک خروج عدم امکان و یا رضایت برای ادامه حضور در پژوهش یا غیبت بیش از دو جلسه بود. پس از هماهنگی با انجمن مولتیپل اسکلروز ایران، گروه نمونه انتخاب شد و به طور تصادفی در گروه گواه و آزمایش جایگزین شدند. جهت انجام مطالعه، ملاحظات اخلاقی پژوهش در نظر گرفته شد که شامل دادن اطمینان خاطر جهت محرمانه بودن نتایج پرسشنامه‌ها، گرفتن رضایت نامه و داشتن کد اخلاق برای شرکت در پژوهش، اطلاع رسانی راجع به رعایت اصول رازداری و اطمینان دهی راجع به در دسترس بودن درمانگران، در صورت نیاز مراجعین بعد از اتمام پژوهش بود. سپس ابزارهای جمع آوری داده‌ها در اختیار آنها قرار داده شد. از هر دو گروه گواه و آزمایش، پیش آزمون گرفته شد و پس از آن برای گروه آزمایش، یک جلسه توجیهی فردی بیست دقیقه‌ای برای افراد در رابطه با فرآیند درمان گذاشته شد و توضیحات لازم داده و رضایت آنها کسب شد.

## ابزار پژوهش

۱. **پرسشنامه رشد پس از سانحه:** از پرسش‌نامه رشد پس از سانحه تدسچی و کالهن برای سنجش رشد پس از سانحه استفاده شد. این پرسشنامه توسط، تدسچی و کالهن در سال ۱۹۹۶ ساخته شده است و شامل ۲۱ ماده است. در این پرسشنامه فرد باید جواب‌های خود را در یک مقیاس شش نقطه‌ای از صفر "هیچ تغییری تجربه نکرده ام" تا ۵ "تغییر خیلی زیادی را تجربه کرده ام" قرار دهد، کل نمرات پرسشنامه ۱۰۵ و نمره بیشتر نشان‌دهنده رشد پس از سانحه بالاتر است پرسشنامه از پنج مؤلفه که شامل (۱) ارتباط (۲) قدرت شخصی (۳) شیوه‌های جدید زندگی (۴) ارزش زندگی (۵) تغییر معنوی تشکیل شده است (محمودی، رحیمی و محمد جابر، ۱۳۹۲). در پژوهشی که توسط محمودی و همکاران به منظور بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه انجام شد، در بررسی پایایی، ضریب آلفای کرانباخ برای کل پرسشنامه در حد مطلوب ( $\alpha = 0.92$ ) بود، همچنین دامنه ضریب آلفای کرانباخ برای عوامل بین ۰/۶۶ تا ۰/۹۰ بود. برای بررسی روایی همگرا و واگرا بین مؤلفه‌های این پرسشنامه با پرسشنامه‌های خوشبینی، عاطفه مثبت خصلتی و عاطفه منفی خصلتی ضریب همبستگی پیرسون محاسبه شد و نتایج نشان داد که هر سه متغیر با نمره کلی رشد پس از سانحه رابطه معنادار داشتند. تحلیل عوامل نیز در پژوهش ذکر شده، بررسی و برای نمونه ایرانی مطلوب برآورد شده است.

۲. **پرسشنامه سرمایه روانی:** برای سنجش سرمایه روانشناختی از پرسشنامه سرمایه روانی استفاده شد که توسط لوتانز و همکاران در سال ۲۰۰۷ ساخته شده است. این پرسشنامه شامل ۴ مؤلفه: (۱) خودکارآمدی، (۲) خوش بینی، (۳) امید و (۴) تاب‌آوری است و هر مؤلفه شامل ۶ گویه است که هر گویه مقیاس ۶ درجه‌ای از "کاملاً مخالفم" تا "کاملاً موافقم" دارد. نمره‌ها در مقیاس لیکرت است که به ترتیب از ۱ تا ۶ نمره گذاری می‌شود. هر کدام از ۶ جمله این آزمون یکی از مؤلفه‌های امید، خوشبینی، خودکارآمدی و تاب‌آوری را می‌سنجد. تمام گویه‌ها مستقیم نمره گذاری می‌شود. به این ترتیب که به کاملاً موافقم نمره ۶، موافقم نمره ۵، تا حدودی موافقم نمره ۴، تا حدودی مخالفم نمره ۳، مخالفم نمره ۲ و کاملاً مخالفم نمره ۱ تعلق می‌گیرد. برای به دست آوردن نمره سرمایه روانی ابتدا نمره هر مؤلفه جداگانه محاسبه شده و سپس مجموع آنها نمره کل سرمایه روانشناختی را مشخص می‌کند. نمره بیشتر نشان‌دهنده سرمایه روانشناختی بالاتر است. در ایران علی پور و همکاران، در سال ۱۳۹۳ این پرسشنامه را اعتبار یابی کردند و برای سنجش پایایی، ثبات درونی و تعیین اعتبار پرسشنامه سرمایه روانی از ضریب آلفای کرانباخ استفاده شد. با محاسبه ضریب آلفای کرانباخ برای کل پرسشنامه سرمایه روانی عدد ۰/۸۵ به دست آمد. (علیپور، آخوندی، صرامی فروشانی، و اعراب شیبانی، ۱۳۹۵).

۳. **مداخله حمایتی:** آزمودنی‌ها در ده جلسه ی پنجاه دقیقه‌ای که به مدت ده هفته به طول انجامید، تحت درمان حمایتی بر اساس پروتکل تهیه شده با استفاده از کتاب وینستون و همکاران ۲۰۰۴، ترجمه سیگارودی، ۱۳۹۳ قرار گرفتند. جدول شماره ۱ محتوا و شرح جلسات درمانی می‌باشد که انجام شده است.

## جدول ۱. محتوای درمان

<p><b>مرحله آغاز</b> جلسه اول: گرفتن شرح حال، تاکید ایجاد ارتباط یاری بخش با بیماران و ویژگی‌های خاص درمان حمایتی نقش یاری گر درمانگر با حفظ تعادل در نزدیکی به بیمار، مرزهای رابطه و قوانین رابطه و جلسات توضیح داده شد این قوانین و مرزها در درمان حمایتی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است.</p> <p>جلسه دوم تا پنجم: در چند جلسه اول درمانگر سعی کرد تا به فهم معقولی از شکایات هدف و نشانه‌های مطرح شده بیمار برسد و سطح کلی عملکرد خود و ارتباط ابژه بیمار و نقاط قوت و ضعف انطباقی وی از نظر عملی را بشناسد. در این مرحله درمانگر از فنون حمایتی مثل تحسین، اطمینان بخشی و تشویق که به سمت عزت نفس هدف گیری شده اند استفاده می‌کند و درمانگر فرمول بندی موردی انجام داد و در مورد حوزه‌های ضعف حاد و مزمن عملیات دفاعی، مهارت‌های انطباقی و عملکرد من، که باید با مداخلات حمایتی مستقیماً مورد توجه قرار بگیرند، فرضیه سازی کرد. وقتی درمانگر و بیمار در اهداف و مقاصد به توافق رسیدند، درمانگر موضوعات حدود و زمانبندی را در نظر گرفت.</p>	
<p><b>مرحله میانی</b> جلسه ششم تا نهم: در این مرحله بیمار کم کم می‌تواند قبول کند که درمانگر واقعا توان فهم و حمایت از او را دارد، این قبول کردن، تجربه هیجانی اصلاحی را انجام می‌دهد. در این مرحله درمانگر اجازه داد انتقال مثبت و احترام به درمانگر در حساب درمانگر پس انداز شود. این مرحله طولانی تر است به ویژه در بیمارانی که حمایت به آن‌ها کمک می‌کند تا مهارت‌های انطباقی یا عملکردهای من شان را حفظ کنند. در این مرحله درمانگر از آموزش روان شناختی و مداخلات مهارت ساز و ساختارمند استفاده کرد و بیمار را ترغیب کرد تا انگیزه‌ها و علائقش را دنبال کند. در این مرحله درمان حمایتی از فنونی نظیر اطمینان بخشی، توضیح، هدایت، تشویق و تلقین استفاده شد.</p>	
<p><b>مرحله پایان</b> جلسه دهم: در پایان دست آوردها جمع بندی شدند و برنامه ادامه کار بیمار، بدون ویزیت‌های منظم با درمانگر، به روشنی بیان شد و بیمار مکلف شد بروی پیشرفت‌های مهمی که به دست آورده است تامل کند و ارزش آن‌ها را بررسی کند و آن‌ها را ارزشمند بشمارد و در حفظ آن تلاش کند.</p>	

## روش اجرا

در مرحله اجرا بعد از گمارش تصادفی، افراد در گروه گواه و آزمایش جایگزین شدند (از طریق انتخاب مکعب‌های عدد زوج یا فرد، اگر آزمودنی عدد زوج را به طور تصادفی برمی داشت در گروه آزمایش و اگر عدد فرد را برمی داشت در گروه گواه جایگزین می‌شد). آزمودنی‌های گروه آزمایش، در ده جلسه ی پنجاه دقیقه‌ای که به مدت ده هفته به طول انجامید، تحت درمان حمایتی قرار گرفتند، در همین زمان گروه گواه هیچگونه درمانی دریافت نکردند. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر در نرم افزار SPSS نسخه ۲۳ استفاده گردید.

## یافته‌ها

برای بررسی اطلاعات توصیفی میانگین و انحراف معیار مؤلفه‌های هر دو متغیر سرمایه روانشناختی و رشد پس از سانحه محاسبه شد. که نشان دهنده افزایش میانگین سرمایه روانشناختی و رشد پس از سانحه پس از اجرای مداخله در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه در مرحله پس آزمون و پیگیری بود. همچنین برای مقایسه نسبت‌های نمونه‌های مطالعه در زیر گروه‌ها بر اساس سن و وضعیت تاهل و تحصیلات از آزمون کای دو استفاده شد. بررسی اطلاعات دموگرافیک نشان داد که دامنه سنی شرکت کنندگان از ۲۵ تا ۴۰ سال بود و میانگین سنی ۳۰ سال بود، مشاهده فراوانی‌ها و شاخص‌های مرکزی و پراکندگی دو گروه آزمایش و گواه نشان داد که بیشترین فراوانی سن شرکت کنندگان در درمان حمایتی بین ۲۵ تا ۳۰ سال بوده و در

گروه گواه نیزبیشترین محدوده سنی در همین محدوده بوده است. در رابطه با وضعیت تاهل، در درمان حمایتی ۴۲/۹ درصد شرکت کنندگان مجرد و ۴۷/۱ درصد متأهل بودند و در گروه گواه ۵۳/۳ درصد متأهل و ۴۶/۷ مجرد بوده اند. دامنه تحصیلی از دیپلم تا دکتری بود که در درمان حمایتی بیشترین فراوانی تحصیلات مربوط به کارشناسی با ۵۰/۰ درصد و سپس کارشناسی با ۲۸/۶ درصد و همچنین در گروه گواه بیشترین فراوانی دیپلم با ۴۶/۷ بوده است و سپس کارشناسی با ۳۳/۳ بود. آزمون خی دو در سطح ۰/۰۵ معنادار نبود که نشان داد که بین شاخص‌های دموگرافیک پژوهش در دو گروه تفاوت معناداری وجود ندارد. آزمون کای دو در سطح ۰/۰۵ معنادار نبود که نشان می‌دهد توزیع (نسبت) نمونه‌های مطالعه در زیرگروه‌ها بر اساس سن، وضعیت تاهل و تحصیلات همسان بود ( $P > 0/05$ ). لازم به ذکر است که در فرآیند درمان با افت نمونه روبرو شدیم و یک آزمودنی به دلیل مهاجرت از گروه آزمایش خارج شد. جهت بررسی اثربخشی درمان حمایتی بر سرمایه روانشناختی و رشد پس از سانحه و ماندگاری نتایج اثربخشی در طول زمان از تحلیل واریانس مختلط استفاده شد. در ابتدا نتایج اندازه‌گیری مکرر جهت اثربخشی نتایج در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در دو گروه آزمایش و گواه و سپس آزمون تعقیبی بونفرونی برای بررسی اثربخشی و تفاوت بین گروه‌ها انجام شده است.

### جدول ۲. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

پیگیری	پس آزمون	پیش آزمون	شاخص‌های آماری
انحراف	انحراف	انحراف	متغیر
میانگین	میانگین	میانگین	گروه
معیار	معیار	معیار	
۹۴/۰۰	۱۳/۳۷	۱۳/۷۲	سرمایه
۱۶/۵۹	۶۶/۵۳	۶۸/۶۷	روانشناختی
۱۲/۷۰	۱۱/۶۱	۱۱/۹۲	گواه
۱۱/۲۳	۱۰/۱۹	۸/۲۰	رشد پس از سانحه
۱۱/۸۵	۱۲/۳۳	۱۱/۱۵	گواه

یافته‌ها در جدول ۲ نشان می‌دهد که میانگین نمرات سرمایه روانشناختی و رشد پس از سانحه در گروه آزمایش در پس آزمون افزایش داشته است و این تغییر در پیگیری نیز تداوم داشته است.

### جدول ۳. نتایج آزمون مفروضه‌های آماری برای متغیرهای پژوهش

موتلی	لوین	کالموگراف-اسمیرونف	گروه	متغیر
سطح معناداری	$\chi^2$ مقدار	F	Z	
۰/۰۱	۰/۷۱	۲/۹۲	۰/۱۵	سرمایه روانشناختی
۹/۰۰	۰/۱۰	۰/۱۰	۰/۱۱	گروه
۲۴	۰/۹۰	۳/۸۹	۰/۱۱	رشد پس از سانحه
			۰/۱۶	گروه

از جمله مفروضه‌های تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر، نرمال بودن توزیع‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری است که با آزمون کالموگراف-اسمیرنوف بررسی شدند. نتایج در جدول ۳ نشان می‌دهد که سطح معنی‌داری در آزمون ذکر شده از ۰/۰۵ بزرگ‌تر است که می‌توان نتیجه گرفت که توزیع نمرات متغیرهای وابسته نرمال است ( $P \geq 0/05$ ). از آنجایی که در آزمون لون سطح معنی‌داری آماره F تمامی متغیرها بزرگتر از ۰/۰۱ است، بنابراین واریانس خطای دو گروه با هم برابر بوده و تفاوتی بین آنها مشاهده نمی‌شود. این یافته‌ها نشان داد که واریانس خطاهای این متغیرها در گروه‌ها همگن می‌باشد. برای بررسی برقراری شرط کرویت نتایج آزمون کرویت موخلی بررسی شده است و فرض کرویت در متغیر رشد پس از سانحه برقرار بود ( $P \geq 0/05$ )، ولی در سرمایه روانشناختی این فرض برقرار نبود ( $P \leq 0/05$ ) به همین دلیل از آزمون تصحیح گرینهاوس-گیسر برای انجام آزمون اندازه‌گیری مکرر و در مورد اثرات درون‌آزمودنی‌ها استفاده شد.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس درون و بین‌آزمودنی‌ها با اندازه‌گیری مکرر برای مقایسه سرمایه

روانشناختی و رشد پس از سانحه

متغیر	منبع	مجموعه مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آزمون
سرمایه روانشناختی	زمان	۲۱۹۶/۵۴	۱/۵۵	۱۴۱۹/۵۲	۴۰/۲۰	۰/۰۰۱	۰/۶۰	۱/۰۰
	زمان و گروه	۲۶۹۰/۳۳	۱/۵۵	۱۷۳۸/۶۳	۴۹/۲۴	۰/۰۰۱	۰/۶۵	۱/۰۰
درون‌آزمودنی	خطا(زمان)	۱۴۷۵/۳۲	۴۱/۷۸	۳۵/۳۱				
	گروه	۷۹۵۲/۸۷	۱	۷۹۵۲/۸۷	۱۶/۵۰	۰/۰۰۱	۰/۳۸	۰/۹۷
بین‌آزمودنی	خطا	۱۳۰۱۳/۲۰	۲۷	۴۸۱/۹۷				
	زمان	۱۱۰۸/۰۹	۲/۰۰	۵۵۴/۰۵	۴۱/۴۷	۰/۰۰۱	۰/۶۱	۱/۰۰
درون‌آزمودنی	زمان و گروه	۲۶۷۵/۲۶	۲/۰۰	۱۳۳۷/۶۳	۱۰۰/۱۱	۰/۰۰۱	۰/۷۹	۱/۰۰
	خطا(زمان)	۷۲۱/۵۰	۵۴/۰۰	۱۳/۳۶				
بین‌آزمودنی	گروه	۴۷۸۶/۰۵	۱	۴۷۸۶/۰۵	۱۴/۴۰	۰/۰۰۱	۰/۳۵	۰/۹۶
	خطا	۸۹۷۲/۸۴	۲۷	۳۳۲/۳۳				

با توجه به جدول ۴ مقدار F محاسبه شده برای اثر بخشی عامل زمان و گروه در متغیر سرمایه روانشناختی و همچنین متغیر رشد پس از سانحه معنادار بوده است، ( $P \leq 0/05$ )، که بیانگر تفاوت اثر شرایط آزمایش بر



متغیرها در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه‌ها می‌باشد. همچنین همان‌گونه که در جدول نتایج تحلیل واریانس بین آزمودنی‌ها مشاهده می‌شود مقدار  $F$  محاسبه شده متغیر سرمایه روانشناختی و همچنین متغیر رشد پس از سانحه معنادار بوده است ( $P \leq .05$ )، که بیانگر تفاوت اثر شرایط آزمایش بر متغیرها در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه‌ها می‌باشد.

جدول ۵. آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه زوجی سرمایه روانشناختی و رشد پس از سانحه در گروه

#### آزمایش و گواه

متغیر	گروه	تفاوت میانگین	خطا	سطح معناداری	فاصله اطمینان ۹۵٪
سرمایه روانشناختی	آزمایش و گواه	۱۹/۱۳	۴/۷۱	۰/۰۰۱	۹/۴۷
رشد پس از سانحه	آزمایش و گواه	۱۴/۸۴	۳/۹۱	۰/۰۰۱	۶/۸۲

نتایج حاصل از مقایسه زوجی در جدول ۵ در دو گروه از طریق آزمون تعقیبی بونفرونی نشان می‌دهد که اختلاف میانگین متغیرهای سرمایه روانشناختی و رشد پس از سانحه در گروه آزمایش و گواه معنادار است که نشانگر تفاوت بین آنهاست. ( $p \leq .001$ ).

#### بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان حمایتی بر افزایش سرمایه روانشناختی و رشد پس از سانحه در زنان مبتلا به مولتیپل اسکروز بود. یافته‌ها نشان داد که درمان حمایتی بر افزایش نمره کل سرمایه روانشناختی و رشد پس از سانحه تاثیر معنادار داشته است. نتایج این پژوهش با پژوهش‌های (پروواتا، تسولاکی، مایکمسوس، کوکو لوتدیس و کوتسوراکی، ۲۰۲۰)، افلاک سیر و منافی (۲۰۱۸)، (زلیگمن، وارنی، گراد و هوفستید، ۲۰۱۸) (بروکز، گراهام، رایینسون و لائو و همکاران، ۲۰۱۹)، همسو می‌باشد.

در تبیین نتایج می‌توان گفت برای افزایش مولفه‌های سرمایه روانشناختی نیاز است که مداخله‌های مستقیم درمانی انجام شود، برای افزایش امید باید به فرد برای هدف‌گذاری کمک کرد و به او آموزش داد و در هنگام تغییرات پاداش‌های کلامی و غیر کلامی داد (زلیگمن و همکاران، ۲۰۱۸). با افزایش مهارت‌هایی مانند مهارت‌های ارتباطی، مقابله، جرات بخشی و ابراز وجود می‌توان تاب‌آوری و به دنبال آن سطح سلامت افراد را گسترش داد. برای افزایش خوشبینی سعی در کمک به فرد برای کمک به ایجاد سبکی تفسیری، است که اتفاقات مثبت را به علل دائمی، شخصی و فراگیر و اتفاقات منفی را به علل خارجی، موقتی و شرایط خاص نسبت می‌دهد (لوتانز، کارولین و یوسف، ۲۰۱۷). بر اساس نظریه شناختی اجتماعی بندورا خودکارآمدی مبتنی بر پنج فرآیند شناختی است که در واقع جزء سازه‌های حیاتی خودکارآمدی نیز محسوب می‌شوند که عبارتند از: نمادسازی، دوراندیشی، مشاهده، خودتنظیمی و خودارزیابی. و تغییر در آنها منجر به تغییر در خودکارآمدی می‌شود (ابراهیمی، ۱۳۹۱). درمان حمایتی روش مداخله‌ای مستقیم است و در درمان حمایتی درمانگر مجاز است که از آموزش روانشناختی و مداخلات مهارت ساز ساختارمند استفاده کند و همچنین بیمار را ترغیب کند که علایق و انگیزه‌هایش را دنبال کند، آرام کردن، آرامش بخشی،

تشویق، تحسین، اطمینان بخشی، افزایش عزت نفس و پرورش، تعیین حدود و رویارویی با رفتارهای خود مخرب از فنون این درمان است در حالی که در تمام مدت رشد و متکی به نفس بودن بیمار ترغیب شود (برآبادی، ۱۳۸۶). این مداخلات، باتوجه به آنچه گفته شد می‌تواند بر افزایش مولفه‌های سرمایه روانشناختی تاثیر گذار باشد. تاثیر روانی یا پریشانی روانی پس از ضربه، به عنوان یک هسته و مرکز رشد فرد در نظر گرفته می‌شود. که این پریشانی روانی حاصل چالش با اعتقادات، ایده‌ها و طرحواره‌های موجود در ذهن شخص است و شخص را به سوی نشخوار فکری سازنده و ارادی سوق می‌دهد. در طول این نشخوار ذهنی این عقاید و طرحواره‌های شخص مورد تجدید نظر قرار می‌گیرد و عقاید جدیدی جایگزین عقاید قبلی می‌شود. رشد در اثر به وجود آمدن طرحواره‌ها و باورهای جدید و استفاده از روش‌های مقابله‌ای کارآمد به وجود می‌آید (جانفوبولمن، ۲۰۰۶). در مشاوره با رویکرد حمایتی به بیمار کمک می‌شود که با بحران‌های ناشی از مسائل جسمی و اجتماعی روبرو شود و از آنجا که هدف روان درمانی حمایتی تغییر ناخودآگاه فرد نیست بلکه، هدف برای مراجع، ارزیابی "خود" در هر جلسه درمان است تا او به آگاهی و بینش برسد. در واقع این روش درمانی تمرکز بر بهبود اعتماد به نفس، مهارت‌های سازشی و شناسایی افکار و رفتارهای نادرست از طریق تبیین الگوهای بین فردی است (دی جانگ، دی میت، وان، هندریکسن، کول و دیگر، ۲۰۱۳). افزایش آگاهی نسبت به خود، افکار و روش‌های مقابله‌ای با بحران در درمان حمایتی، بر رشد پس از سانحه و مولفه‌های آن که ابعاد مختلف زندگی فرد را دربرمی‌گیرد موثر می‌باشد. افراد اغلب الگوهای رفتاری را دنبال می‌کنند که مناسب زمانی است که در آنها نهادینه شده اند اما این الگوها حالا غیرمفید هستند، درمان حمایتی آنها را به چالش می‌کشد و همین باعث می‌شود فرد نگاهی نو به زندگی داشته باشد، نحوه ارتباطش با خود، افراد و جهان تغییر کند که این‌ها همه از عناصر رشد پس از سانحه هستند و در فرآیند درمان حمایتی می‌توانند تغییر کنند. با توجه به اینکه درمان حمایتی بر افزایش رشد پس از سانحه موثر بوده و همچنین بر مولفه‌های سرمایه روانشناختی نیز افزایش آن در بیماران ام.اس تاثیر معنا دار داشته، می‌تواند به عنوان یک روش مشاوره‌ای به منظور بهبود سلامت روانی و افزایش توان مقابله بیماران ام.اس استفاده شود. از محدودیت‌های پژوهش حاضر با توجه به اینکه روش پژوهش نیمه آزمایشی بوده امکان کنترل تمامی متغیرهای مزاحم وجود نداشت و ممکن است آزمودنی‌ها تحت تاثیر آن قرار گرفته باشند، همچنین با توجه به شرایط کرونا درمان به صورت فردی اجرا شد، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی گروه درمانی مبتنی بر درمان حمایتی برای بیماران ام.اس انجام شود.

### موازین اخلاقی

این پژوهش دارای کد اخلاق از دانشگاه آزاد اسلامی- واحد علوم تحقیقات با شناسه IR.IAU.SRB.REC.1399.068 می‌باشد. گروه آزمایش و همچنین گواه با رضایت آگاهانه وارد پژوهش شدند، پس از پایان پژوهش به هر دو گروه گواه و آزمایش اطمینان داده شد که در صورت نیاز، پاسخگویی به آن‌ها انجام می‌شود. و یک پکیج آموزشی مهارت‌های زندگی به هر دو گروه داده شد. ملاحظات اخلاقی شامل رعایت اصل رازداری، استفاده از داده‌ها فقط در راستای اهداف پژوهش بدون ذکر نام افراد، آزادی و اختیار کامل شرکت کنندگان برای انصراف از ادامه مشارکت در پژوهش در نظر گرفته شد.

### سپاسگزاری

با تشکر از همکاری بیماران ارجمند ام.اس و انجمن ام.اس و همکاری‌های بی دریغشان.

### مشارکت نویسندگان

این مقاله برگرفته از رساله دکتری مشاوره مصوب نویسنده اول در دانشگاه آزاداسلامی، واحد علوم تحقیقات تهران است و همه نویسندگان در مراحل مختلف انجام این رساله و تدوین و ارسال مقاله نقش داشته‌اند.

### تعارض منافع

بنا بر اعلام نویسندگان، این مقاله از هیچ موسسه یا سازمانی حمایت مالی دریافت ننموده و دارای تعارض منافع نمی‌باشد.

### منابع

- باغبان باغستان، آسیه؛ اعراب شیبانی، خدیجه؛ جاودانی مسرور، مژگان. (۱۳۹۶). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به ادراک بیماری سرمایه روان شناختی در افراد مبتلا به دیابت نوع دو، ۲ (۲): ۱۴۰-۱۳۵.
- برآبادی، حامد. (۱۳۸۳). بررسی میزان اثربخشی روان درمانی حمایتی به شیوه گروهی بر کاهش اختلالات روانی افراد مبتلا به سرطان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی دانشگاه علامه طباطبایی تهران.
- برقی ایرانی، زیبا؛ زارع، حسین؛ و عابدین، مریم. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سرمایه روانشناختی در بیماران مبتلا به سرطان مری. روانشناسی سلامت، ۱۴: ۱۲۸-۱۱۳.
- پیروی، حمید؛ پرویزی، سرور؛ و حقانی، حمید. (۱۳۹۰). مشاوره حمایتی برای دانشجویان با پیشرفت تحصیلی ضعیف: مطالعه مداخله‌ای. آموزش در علوم پزشکی، ۱۱(۲): ۸۳-۷۵.
- تقی لو، لیلا؛ مکوند حسینی، شاهرخ؛ و صداقت، مستوره. (۱۳۹۶). بررسی اثر بخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش استرس ادراک شده در بیماران مبتلا به ام اس. پرستار و پزشک در رزم، ۵ (۱۵): ۵-۱۰.
- توکلی، مجتبی؛ فرجی خیاوی، فرزاد؛ سلیمی جدا، ولی؛ مجدی نسب، نسترن؛ و حقیقی زاده، محمد حسین. (۱۳۹۵). ارتباط سرمایه های روانشناختی با ادراک بیماری در افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس، پژوهش در سلامت روانشناختی، ۱۰ (۱): ۲۰-۱۲.
- دلاور، علی. (۱۳۸۵). مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی. تهران: رشد.
- سعادت، سجاد؛ کلانتری، مهرداد؛ کجیاف، محمدباقر و حسینی نژاد، مظفر. (۱۳۹۸). بررسی مقایسه‌ای نشانگان روانشناختی در بیماران مولتیپل اسکلروزیس و افراد بهنجار. مجله علوم پزشکی رازی، ۲۶(۷): ۷۳-۸۳.
- شفیع زاده، رقیه. (۱۳۹۱). رابطه تاب آوری با پنج عامل بزرگ شخصیت. دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی، ۱۳ (۳): ۹۵-۱۰۲.

علیپور، احمد؛ آخوندی، نیلا؛ صرامی فروشانی، غلامرضا؛ و اعراب شیبانی، خدیجه. (۱۳۹۳) اعتباریابی و بررسی ساختار عاملی پرسشنامه سرمایه روانی در کارشناسان شرکت ایران خودرو دیزل. مطالعات روان شناختی. ۱۰ (۳): ۹۵-۱۱۰.

قزاق، مرسته؛ و زادحسن، زهره. (۱۳۹۸). اثربخشی برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی به شیوه گروهی بر کیفیت زندگی و شدت خستگی زنان مبتلا به ام اس، مراقبت پرستاری و مامایی، ۲۷ (۱): ۳۵-۴۴.

سیدمحمودی، سیدجواد؛ رحیمی، چنگیز و محمدی، نوراله. (۱۳۹۲). ویژگی های روان سنجی پرسشنامه رشد پس از سانحه (PTGI). روشها و مدل های روان شناختی، ۳ (۱۲): ۹۶-۱۰۸.

مرقات خوبی، عفت؛ قادری، کوثر؛ امینی، لیلا؛ و حقانی، حمید. (۱۳۹۱). بررسی عملکرد جنسی و کیفیت زندگی زنان مبتلا به ام اس ایران در تهران در سال ۱۳۸۹. مجله زنان مامایی و نازایی. ۱۵ (۵): ۷-۱۴. نادری روش، نادره؛ عابد سعیدی، ژیلا؛ بشارت، محمدعلی؛ درویش، علی؛ و علوی مجد، حمید. (۱۳۹۳). مروری بر الگوها و نظریه های سازگاری با بیماری. مجله پایش، ۱۳ (۶).

نصرتی، رقیه؛ مومنی، خدا مراد؛ مهردخت، مژده؛ و کرمی، جهانگیر. (۱۳۹۷). رابطه سرمایه روانشناختی و پذیرش بیماری با رضایت از زندگی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. مجله سلامت و مراقبت، ۲۰ (۲): ۱۱۴-۱۲۲.

نیک منش، زهرا؛ میرعبداللهی، نسرین؛ و امام هادی، علی. (۱۳۹۲). پیش بینی رشد پس از آسیب بر اساس معنویت و حمایت های اجتماعی در افراد مبتلا به سرطان سینه، بیماری های پستان ایران، ۲ (۶). وینستون، آرنولد؛ روزنتال، ریچارد؛ و پینکسر، هنری. (۱۳۹۸). راهنمای فراگیری روان درمانی حمایتی، ترجمه ع. خلیقی سیگارودی. تهران: انتشارات ارجمند. (تاریخ انتشار به زبان اصلی ۲۰۱۲).

## References

- Aflakseir, A., Manafi, F. (2018). Posttraumatic Growth and its Relationship With Cognitive Emotion Regulation Strategies in Patients With Multiple Sclerosis in Shiraz Iran. *Journal of practice in clinical psychology*, 6 (1): 57-62.
- Alipour, A., Akhundi, N., Sarami Forushani, Gh., & Arab Sheybani, Kh. (2014) Validation and investigation of the factor structure of psychological capital questionnaire in experts of Iran Khodro Diesel Company. *Psychological studies*. 10 (3): 95-110.
- Bagheban Baghestan, A., Arabi Sheybani, Kh., & Javdani Masrou, M. (2017). Treatment based on acceptance and commitment to disease perception, psychological capital in people with type 2 diabetes, 2 (2):140-135.
- Bandura, A. (1997). *Self- efficacy: The exercise of control*. New yourk :freeman
- Barabadi, H. (2004). Investigating the effectiveness of supportive psychotherapy in a group manner on reducing mental disorders of people with cancer. Master's thesis in Psychology, Allameh Tabatabai University, Tehran.
- Barghi Irani, Z., Zare, H., & Abedin, M. (2015). The effectiveness of treatment based on acceptance and commitment on psychological capital in patients with esophageal cancer. *Health Psychology*, 14:128-113.
- Barskova, T., & Oesterreich R. (2009). Post-traumatic growth in people living with a serious medical condition and its relations to physical and mental health: A systematic review. *Disability and Rehabilitation*. 31, (21): 1709-1733.
- Brooks, M., Graham-Kevan, N., Robinson, S., & Lowe, M. (2019). Trauma characteristics and posttraumatic growth: The mediating role of avoidance coping, intrusive thoughts,

- and social support. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 11(2): 232–238.
- Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G., Cann A., Hanks, E. (2010). Positive outcomes following bereavement. Paths to posttraumatic growth. *Psychological Belgic*, 50: 125-143.
- De Jonghe, F., de Maat, S., Van, R., Hendriksen, M., Kool, S., van A. G., Dekker J.(2013). Short-term, psychoanalytic supportive psychotherapy for depressed patients. *Psychoanalytic Inquiry*, 33,(6): 614-625.
- Delavar, A. (2006). *Theoretical and practical foundations of research in humanities and social sciences*. Tehran: Roshd.
- Esposito, J., (2016). *Understanding Unpredictable Chronic Illness and its Links to Posttraumatic Stress and Growth, The Case of Multiple Sclerosis*. [Submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy. School of Arts and Sciences, COLUMBIA UNIVERSITY.
- Ghazagh, M., & Zadhassan, Z. (2019). The effectiveness of a group-based mindfulness-based stress reduction program on the quality of life and fatigue of women with MS, *Nursing and Midwifery Care*, 27 (1): 35-44.
- Groleau, J.M., Calhoun, L.G., Cann, A., and Tedeschi, R. G. (2013). The Role of Centrality of Events in Posttraumatic Distress and Posttraumatic Growth. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice*, 5 (5): 477– 483.
- Janoffbulman, R. (2006). Schemachanges perspective on posttraumatic growth. In *Handbook of posttraumatic growth. Research and Practice*. New Jersey: Lawrence Erlbaum, 81-99.
- Lamis ,D., A, Hirsch, J. K., Pugh, K. C., Topciu, R., Nsameng, Sh. A. ,Goodman, A., Duberstein, P. R.(2018). Perceived cognitive deficits and depressive symptoms in patients with multiple sclerosis: Perceived stress and sleep quality as mediators. *Multiple Sclerosis and Related Disorders*, 25: 150-155.
- Luthans, F., Carolyn, M., Youssef, M. (2017). Psychological Capital: An Evidence-Based Positive. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 4: 339-366.
- Luthans, F., Carolyn, M., Youssef, M., AVOLIO, J. (2007). *Psychological Capital: Developing the Human Competitive Edge*. New York: Oxford University Press.
- Luthans, F., Youssef, M., Carolyn M., Avolio, J., & Bruce J. (2015). *Psychological capital and beyond*, Oxford university, New York: USA.
- Merghat Khoi, E., Ghaderi, K., Amini, L., & Haghani, H. (2012). Investigating the sexual performance and quality of life of Iranian women with MS in Tehran in 2019. *Journal of Obstetrics and Infertility Women*. 15 (5): 7-14.
- Miller, A. (2017). *Handbook of Relapsing- Remitting Multiple Sclerosis*. New York: Adis Cham.
- Naderi Ravesh, N., Abed Saedi, Z., Besharat, M. A., Darvish, A., & Alavi Majd, H. (2014). A review of models and theories of adaptation to illness. *Monitoring Journal*, 13(6).
- Nakimuli-Mpungu, E., Musisi, S., Wamala, K., Okello, J., Ndyabangi, S., Birungi, J., & Mills, E. J. (2020). Effectiveness and cost-effectiveness of group support psychotherapy delivered by trained lay health workers for depression treatment among people with HIV in Uganda: a cluster-randomized trial. *The Lancet Global Health*, 8(3): 387-398.
- Nik Menesh, Z., Mir Abdullahi, N., & Imam Hadi, A. (2013). Predicting post-traumatic growth based on spirituality and social support in people with breast cancer, *Iranian Breast Diseases*, 2 (6).

- Nosrati, R., Momeni, K. M., Mehrdokht, M., & Karami, J. (2018). The relationship between psychological capital and disease acceptance with life satisfaction in patients with multiple sclerosis. *Journal of Health and Care*, 20(2): 114-122.
- Peyravi, H., Parvizi, S., & Haghani, H. (2011) Supportive counseling for students with poor academic progress: an intervention study. *Education in medical sciences*. 11(2): 83-75.
- Pfaff, A. L., Lamy, a. J., Noblet, a. V., Gounot, A. D., Chanson, b. J, Seze, b. J. , Blanc F.(2019) Emotional disturbances in multiple sclerosis: A neuropsychological and fMRI. study. *Cortex*, 117: 205-216.
- Pinsker, H. (2013) primer of supportive psychotherapy, New York, USA: Routledge.
- Provata, L., Tsolaki, M., Michmizos, D., Koukoulidis, T.H., Koutsouraki, E. (2020). Individual Supportive Psychotherapy in Multiple Sclerosis: A Single-Case Study. *Journal of Psychiatry and Psychiatric Disorders*, 4, 256-269.
- Saadat, S., Kalantari, M., Kajbaf, M. B. & Hosseininejad, M. (2019). Comparative study of psychological symptoms in multiple sclerosis patients and normal people. *Razi Journal of Medical Sciences*, 26(7): 73-83.
- Seyed Mahmoudi, S. J., Rahimi, Ch., & Mohammadi, N. (2013). Psychometric properties of post-traumatic growth questionnaire (PTGI). *Psychological Methods and Models*, 3(12): 96-108.
- Shafizadeh, R. (2012). Resilience relationship with big five factors of personality. *Knowledge and research in applied psychology*. 13 (3): 95-102.
- Tablerion, J. M., Wood, T.A., Katherine, L., Hsieh, A, Ruopeng, S.B., Hernandez, M., Ruopeng, A., Sosnoff J. (2019). Motor Learning in People with 117- Multiple Sclerosis: A Systematic Review and Meta- analysis. *Journal of psychological medicine and rehabilitation*. 01, (3): 512-523.
- Taghi Lo, I., Makvand Hosseini, Sh., & Sedaghat, M. (2017). Investigating the effectiveness of cognitive therapy based on mindfulness in reducing perceived stress in patients with MS. *Nurse and doctor in battle*, 5 (15): 5-10.
- Tavakli, M., Faraji Khiavi, F., Salimi Joda, V., Majdi Nasab, N., & Haghigizadeh, M. H. (2016). The relationship between psychological capital and disease perception in people with multiple sclerosis, *research in psychological health*, 10 (1): 12-20.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth: conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15, (1): 1-18.
- Winston, A., Rosenthal, R., & Pinkser, H. (2019). Supportive psychotherapy learning guide, translated by A. Khaliki Sigourodi. Tehran: Arjmand Publications.
- Zeligman, M., Varney, M., Grad, R. I., & Huffstead, M. (2018). Posttraumatic growth in individuals with chronic illness: The role of social support and meaning making. *Journal of Counseling & Development*, 96,(1):53-63.



۱۷	من می‌توانم بر مشکلاتم غلبه کنم، زیرا که قبلاً تجربه چنین مشکلاتی را داشته‌ام.	
۱۸	من احساس می‌کنم که می‌توانم در حین انجام امور تحصیلی چند فعالیت دیگر را نیز انجام دهم.	
۱۹	من انتظار بهترین عملکرد را دارم، حتی زمانی که اهداف کاری ام در حین انجام آنها نامشخص باشند.	۱ ۳ ۳ ۱
۲۰	اگر چیز اشتباهی برایم پیش آید، سعی می‌کنم عملکردم عاقلانه و بهتری را از خود نشان بدهم.	
۲۱	من همیشه جنبه‌های مثبت کارم را می‌بینم.	
۲۲	من راجع به آنچه که برایم در آینده در ارتباط با کار و تحصیلم اتفاق می‌افتد خوشبین هستم.	
۲۳	در امور تحصیلی کارها هیچ وقت در مسیری که من می‌خواستم پیش نرفته است.	
۲۴	من به امور تحصیلی ام به عنوان بهترین وجه زندگی ام، نگاه می‌کنم.	

\*\*\*

### پرسشنامه رشد پس از سانحه

عبارات	۵	۴	۳	۲	۱	۰
۱. اولویت‌هایم را درباره آنچه که در زندگی مهم است، تغییر دادم.						
۲. بیشتر تمایل دارم تلاش کنم تا چیزهایی را تغییر دهم که لازم است تغییر کند.						
۳. احترام و ارزش زیادی برای زندگی شخصی ام قائل هستم.						
۴. احساس اعتماد به نفس بیشتری دارم.						
۵. درک بهتری از مسائل معنوی دارم.						
۶. به طور روشن‌تری متوجه شدم که می‌توانم در زمان‌های سختی به مردم تکیه کنم.						
۷. احساس نزدیکی بیشتری با دیگران دارم.						
۸. به خوبی می‌دانم که می‌توانم مشکلات را مدیریت کنم.						
۹. علاقه بیشتری به بیان هیجانم دارم.						
۱۰. بهتر می‌توانم راهکارهای کامل کاری را بپذیرم.						
۱۱. بهتر می‌توانم قدر هر روز را بدانم.						
۱۲. دلسوزی بیشتری نسبت به دیگران می‌کنم.						
۱۳. می‌توانم کارهای بهتری را در زندگی ام انجام دهم.						
۱۴. فرصت‌های جدیدی دارم که هیچ زمان دیگری نداشته‌ام.						
۱۵. تلاش بیشتری برای بهبود روابطم با دیگران می‌کنم.						
۱۶. اعتقادات مذهبی ام پایدارتر شده است.						
۱۷. متوجه شدم که قوی‌تر از آنچه که فکر می‌کردم، هستم.						
۱۸. به میزان بیشتری درباره اینکه مردم چگونه شگفت‌انگیزند، یاد گرفتم.						
۱۹. علایق خودم را گسترش داده‌ام.						
۲۰. بهتر کمک دیگران را می‌پذیرم.						





## The effectiveness of supportive therapy on psychological capital and post traumatic growth in women with multiple sclerosis

Soheila. Ebrahimi<sup>1</sup>, Ahmad. Khodabakhsh<sup>2\*</sup> & Norali. Farokhi<sup>3</sup>

### Abstract

**Aim:** Multiple sclerosis is a neurological and progressive disease. Living with MS has many negative and positive effects on patients' physical and mental health. This study aimed to investigate the effect of supportive therapy on post-traumatic growth and psychological capital in women with MS. **Methods:** This study used quasi-experimental method (a pretest-posttest and follow up plan with a control group). Participants consisted of 30 women with MS who were selected using convenience sampling method and were randomly divided into two groups of experimental and control groups. The measuring tool was psychological capital questionnaire (2007) and post-traumatic growth questionnaire (1996) which was completed by the participants. Then, the participants in the experimental group participated in 10 sessions of 50 min of intervention based on Winston, Rosenthal, & Pinsker (2004) supportive therapy protocol. Repeated-measures mixed-model analysis of variance (ANOVA) was used to analyze data. **Results:** Data analysis showed that supportive therapy had significantly increased the psychological capital ( $F=16/50$ ,  $P \leq 0/001$ ) and post traumatic growth ( $F=14/40$ ,  $P \leq 0/001$ ) in the experimental group, compared to the control group and the effects of intervention over time remained constant. **Conclusion:** Based on the findings of this study, supportive therapy can be an effective intervention to increase psychological capital and post traumatic growth in MS patients and can be used to improve the psychological state and better cope with the disease.

**Keywords:** Multiple sclerosis, Post trauma growth, Supportive therapy, Psychological capital.

---

1. PhD student, Department of Counseling and Psychology, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

2. \*Corresponding author: Professor, Behavioral Sciences Research Center, Baqiyatullah University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Email: [kh\\_ahmady@yahoo.com](mailto:kh_ahmady@yahoo.com)

3. Associate Professor, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabatabai University, Tehran, Iran.