مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد
دوره بیست و هفتم، شماره چهار، تیر ۱۳۹۸

تاریخ دریافت:۱۳۹۷/۹/۱
تاریخ پذیرش:۱۳۹۸/۲/۱۴

مداخلات مبتنی بر توانمندسازی در افراد مبتلا به مولتیپل‌اسکلروزیس: یک مطالعه مروری ساختاریافته

سجاد سعادت[۱]، مهرداد کلانتری[۲*]، محمدباقر کجباف[۳]، مظفر حسینی‌نژاد[۴]

مقاله مروری

مقدمه: مولتیپل اسکلروزیس، یک بیماری مزمن در سیستم اعصاب می‌باشد که به سبب مزمن و پیش‌رنده بودن، مشکلات متعددی را به‌همراه دارد. درمان این بیماری شامل مراقبت‌های دارویی و مداخلات توانمندسازی برای مدیریت علائم می‌باشد. هدف از این مطالعه بررسی مروری مداخلات توانمندسازی در این بیماران می‌باشد.

روش بررسی: این مطالعه به‌روش مروری ساختار یافته در محدوده زمانی ژانویه ۲۰۰۰ تا جوئن ۲۰۱۸ میلادی انجام شد. واژگان کلیدی مولتیپل اسکلروزیس، بیماری مزمن، کیفیت زندگی، خودمراقبتی، خودمدیریتی، توانبخشی، توانمندسازی، روان‌درمانی، مداخلات روان‌شناختی، تحقیقات بالینی و کارآزمایی بالینی تصادفی در پایگاه‌های نمایه‌سازی Magiran، PubMed، Google Scholar و Science Direct جست‌وجو شدند. از مجموع ۱۸۵۵ مقاله یافت شده، ۳۳ مقاله جهت بررسی مروری انتخاب شدند.

نتایج: نتایج بررسی نشان داد که مداخلات توانمندسازی در افراد مبتلا به ام.اس را می‌توان به چهار دسته از مداخلات خودمراقبتی، خودمدیریتی، توانبخشی و روان‌درمانی تقسیم نمود. کم‌توجهی به مداخلات توانمندسازی در افراد مبتلا به ام.اس به‌ویژه در داخل کشور، توجه کم به بیماران مرد در اجرای مداخلات، عدم در نظرگرفتن چارچوب نظری در تدوین مداخلات، نبود آزمون پیگیری و عدم استفاده از روش‌های مداخله‌ای غیرحضوری (مثل استفاده از DVD، مشاوره و آموزش تلفنی و ...) در مطالعات ایرانی از جمله نکات قابل تامل در مطالعات پیشین می‌باشد.

نتیجه‌گیری: مطالعات توانمندسازی، نتایج قابل توجه‌ای در کاهش علائم بیماری و بهبود کیفیت زندگی بیماران ارائه کرده‌اند، که با درنظر گرفتن برخی نکات می‌توان به بهتر شدن این مداخلات کمک کرد..

واژه‌های کلیدی: مولتیپل اسکلروزیس، خودمراقبتی، خودمدیریتی، توانبخشی، روان‌درمانی

ارجاع: سعادت سجاد، کلانتری مهرداد، کجباف محمد باقر، حسینی نژاد مظفر. **مداخلات مبتنی بر توانمندسازی در افراد مبتلا به مولتیپل‌اسکلروزیس: یک مطالعه‌مروری ساختار یافته.** مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد ۱۳۹۸؛ ۲۷ (۴): ۵۲-۱۴۳۶

۱- دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.
۲- استاد تمام، گروه روانشناسی، دانشکده علوم‌تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.
۳- استاد تمام، گروه روانشناسی، دانشکده علوم‌تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.
۴- دانشیار، گروه مغز و اعصاب، واحد توسعه تحقیقات بالینی پورسینا، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران
*(نویسنده مسئول)؛ تلفن: ۰۹۱۳۱۱۵۱۵۲۹، پست الکترونیکی: mehrdadk@edu.ui.ac.ir، کدپستی: ۸۱۷۴۶-۷۳۴۴۴۱

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.18502/ssu.v27i4.1354]

مقدمه

بیماری مولتیپل‌اسکلروزیس یا ام.اس (Multiple Sclerosis) از شایع‌ترین بیماری‌های عصبی می‌باشد و درگیرکردن مناطق متعدد سیستم اعصاب مرکزی از نشانه‌های از مشخصه‌های اصلی این بیماری مزمن می‌باشد. این بیماری در جوانان در فاصله سنی ۲۰ تا ۴۰ سال شیوع فراوان دارد و با ایجاد علائم ناتوان کننده سال‌ها تداوم می‌یابد و در نهایت باعث ایجاد مشکل جدی در سلامت فردی و اجتماعی می‌شود. اگرچه مطالعات همه‌گیرشناسی (Epidemiology) و تحقیقات ایمونولوژی مولکولی (Molecular Immunology) کلیدهای تشخیصی مهمی را برای این بیماری ارائه کرده‌اند، اما هنوز علت دقیق بیماری در ابهام است. امروزه آگاهی چگونگی تخریب سیستم‌های عصبی و شکل‌گیری علائم زمینه ارائه خدمات درمانی برای بیماران ام.اس را فراهم کرده است (۱). بیماران ام.اس، نیاز به سازگاری و هماهنگی با چالش‌های بیماری مزمن دارند؛ زیرا این بیماری درمان قطعی ندارد (۲).

افراد مبتلا به ام.اس به خاطر ماهیت بیماری، چه از نظر پیشرفت ناتوانی و چه از نظر وسعت درگیری دچار مشکلات حرکتی، حسی و شناختی متعدد می‌شوند و امکان اختلال در جنبه‌های مختلف فعالیت‌های خودمراقبتی، برای این افراد وجود دارد (۳). پیشرفت در مراقبت‌های بهداشتی موجب شده است که تعداد بیشتری از افراد مبتلا به بیماری مزمن برای دوره‌های طولانی‌تر زندگی کنند. با توجه به این تغییر، در حال حاضر بیماری‌های مزمن تمرکز اصلی خود را بر مراقبت‌های بهداشتی متمرکز ساخته‌اند و توجه بیشتری به رویکردهای مدیریت علائم بیماری برای حفظ استقلال بیمار و کیفیت زندگی در طولانی‌مدت انجام شده است (۴).

بیماری‌های مزمن همچون ام.اس به‌سبب طولانی و پیشرونده بودن، زندگی فرد را تحت تاثیر قرار می‌دهند، بر این اساس در کنار مداخلات پزشکی، یک‌سری مداخلات تکمیلی که مبتنی بر اصول روان‌شناختی و سبک‌زندگی می‌باشد، معرفی شده است. مطالعات در این زمینه بیماران ام.اس نشان داده است که این بیماران در مقایسه با افراد سالم جامعه و دیگر بیماران مزمن همچون صرع، دیابت، آرتریت‌روماتوئید و بیماری‌های التهابی روده، کیفیت زندگی پایین‌تری را گزارش کرده‌اند (۵). افراد مبتلا به ام.اس به‌طور شایع درگیر مشکلات روان‌شناختی افسردگی و اضطراب و مشکلات شناختی می‌باشند، علاوه بر این، افزایش وابستگی بیمار به افراد جهت انجام فعالیت‌های روزمره و کاهش مشارکت بیمار در فعالیت‌های اجتماعی، باعث کاهش کیفیت زندگی در بیماران ام.اس شده است (۶). پژوهشگران زیادی در تلاش برای تحقیق و توسعه مداخلاتی برای کنترل مشکلات این بیماران هستند و همواره تلاش دارند در کنار درمان دارویی، برنامه‌هایی جهت کنترل مشکلات ناتوان‌کننده و توانمندسازی این بیماران، طراحی کنند (۷). از طریق مداخلات توانمندسازی، نه تنها تأکید بر نقاط ضعف نیست، بلکه تشویق و توانایی‌های افراد با توجه به امکانات موجود در محیط زندگی مدنظر است (۸). توانمندسازی شامل یادگیری و آموزش رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و تمرین این رفتارهای می‌باشد. توانمندسازی، فرایندی است که افراد را برای تصمیم‌گیری آگاهانه در مورد سلامتی‌شان و اتخاذ رفتار متناسب با شرایط موجود همراه با مسؤولیت‌پذیری در قبال سلامت، قادر می‌سازد (۹). فرایند توانمندسازی شامل سه مفهوم کلیدی دانش معلومات، مهارت‌های رفتاری و مسؤولیت‌پذیری در قبال سلامت است (۱۰). توانمندسازی با هدف ایجاد ظرفیت در بیماران مزمن پایه‌گذاری شده است. به‌طوری‌که فرد بیمار، عضوی فعال در فرایند خودمراقبتی باشد و قادر باشد در اتخاذ تصمیمات بالینی خود سهیم شود و به‌صورت گسترده در سیستم بهداشتی درمانی همکاری و مشارکت فعال داشته باشند (۱۱). توانمندسازی بیماران فرایندی است که بیماران این فرصت را پیدا می‌کنند که در مورد بیماری خود دانش و مهارت‌های لازم را به دست آورند و در مورد مراقبت از خود تصمیمات آگاهانه بگیرند (۱۲).

مطالعات مختلف در شهرهای ایران دلالت بر این دارند که در سال‌های اخیر شیوع بیماری ام.اس رشد فزاینده‌ای داشته است. در مطالعه‌ای نشان داده شد که ایران از ناحیه با شیوع متوسط خارج شده و در حال تبدیل شدن به مناطق با شیوع

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.18502/ssu.v27i4.1354]

بالا می‌باشد. با توجه به نتایج این مطالعه، شیوع تخمینی این بیماری را در تهران ۵۲ مورد در صدهزار نفر را نشان می‌دهد که ۷۲/۳٪ را زنان و ۲۷/۷٪ را مردان تشکیل می‌دهند. هم‌چنین در این مطالعه نشان داده شد که نسبت زنان به مردان در حال افزایش است، به‌طوری که این نسبت ار ۲ به ۳۴/۱۴ در طول سال ۲۰۰۲ تا ۲۰۰۷ تغییر یافته است. هم‌چنین میانگین سنی این بیماری نیز ۲۷/۲۴ گزارش شده است (۱۳). در مطالعه دیگری در ایران نشان داده شد که شیوع بیماری ام. اس در سال ۲۰۱۰ به ترتیب در زنان و مردان ۱۳/۹۶ و ۲/۶۷ در صدهزار نفر و نسبت شیوع در زنان به مردان ۲/۱۸ گزارش شده است. هم‌چنین بر اساس گزارش این مطالعه، بیماری ام. اس در سال‌های اخیر روند رو به افزایش تندی داشته است (۱۴). جهت مدیریت بیماری ام. اس با دو رویکرد دارویی و غیردارویی مواجه هستیم، بر اساس پیشینه می بایست در کنار مداخلات پزشکی و دارویی به مداخلات غیر دارویی توجه شود (۱۵). این مداخلات می‌تواند شامل فعالیت‌های ورزشی، جسمانی، روان‌شناختی، شناختی و یا ترکیبی از آن‌ها باشد (۱۶). رویکردهای فیزیکی شامل تمرین‌های هوازی، فیزیوتراپی و درمان الکترومغناطیسی باشد. رویکردهای روان‌شناختی شامل درمان شناختی- رفتاری، تکنیک آرام‌سازی، روان درمانی، آرام‌سازی عضلانی، ذهن‌آگاهی و مشاوره آموزشی است (۱۷). با توجه به افزایش چشمگیر بیماران ام. اس، در جهت توانمندسازی این بیماران برای داشتن یک زندگی پایدار مطالعات متنوعی انجام شده است. با توجه به اهمیت این موضوع، این مطالعه به بررسی مروری این مطالعات پرداخته است.

روش بررسی

این مطالعه به‌روش مروری ساختاریافته (SystematicReview) در مطالعات منتشر شده در محدوده زمانی سال‌های January ۲۰۰۰ تا June ۲۰۱۸ میلادی انجام شد. پایگاه‌های نمایه‌سازی Magiran، PubMed، Google Scholar و Science Direct مورد بررسی قرار گرفتند. به‌منظور جست‌وجوی مقالات، واژگان کلیدی مولتیپل‌اسکلروزیس (Multiple Sclerosis)، بیماری مزمن (Chronic disease)، کیفیت زندگی (Quality of Life)، خودمراقبتی (Self-care)، خودمدیریتی (Self management)، توانبخشی (Rehabilitation)، توانمندسازی (Empowerment)، روان-درمانی (Psychotherapy)، مداخلات روان‌شناختی (Psychological Interventions)، تحقیقات بالینی (Clinical Trials) و کارآزمایی بالینی تصادفی (Randomized Clinical Trial) مورد جست‌وجو قرار گرفتند. به‌منظور بررسی دقیق واژگان کلیدی، هر یک از واژگان به‌صورت ترکیبی با پسوند بیماران ام. اس یا مولتیپل‌اسکلروزیس جست‌جو شدند و در نهایت ۱۸۵۵ مورد مقاله یافت شد که واژگان کلیدی جست‌وجو شده در عنوان و یا در محتوای مقاله موجود بود. عناوین مقالات، چکیده‌ها توسط دو پژوهشگر مورد بررسی قرار گرفتند و تعداد زیادی از مقالات به‌دلیل تکراری و غیرمرتبط بودن و عدم دریافت معیارهای ورود از بررسی حذف شدند، در نهایت ۳۳ مقاله انتخاب شدند و بررسی مروری بر روی آن‌ها انجام شد، در نمودار ۱ مراحل بررسی منابع ارائه شده است. انتشار مقالات در دوره زمانی مشخص، انتشار به زبان‌های فارسی یا انگلیسی و اجرا شده در بیماران ام. اس از جمله معیارهای ورود مقالات بود. مقالات کیفی و موردی و مقالاتی که مبتنی بر مداخلات دارویی و پزشکی بودند، از جمله معیارهای خروج در نظر گرفته شدند. به‌منظور بررسی مقالات از چارچوب نقد استاندارد مقالات حوزه سلامت (۱۸) و رویکرد Sidant و Braden در بررسی و ارزیابی مداخلات پرستاری (۱۹) بهره گرفته شد. جهت تحلیل مروری مقالات شاخص‌های نام آخر نویسندگان و سال انتشار، نوع مداخله یا چارچوب نظری، کشور اجرای پژوهش، تعداد مشارکت‌کنندگان در پژوهش، روش اعمال مداخله و برآمد یا پیامد مطالعه، مدنظر بود.

نتایج

در این مطالعه ۳۳ مقاله مورد بررسی قرار گرفت. مداخلات توانمندسازی در چهار دسته مداخلات خودمراقبتی (۲۵-۲۰)، خودمدیریتی (۳۱-۲۶)، توانبخشی (۳۹-۳۲) و روان‌درمانی (۵۲-۴۰) به‌صورت مجزا مورد بررسی قرار گرفتند.

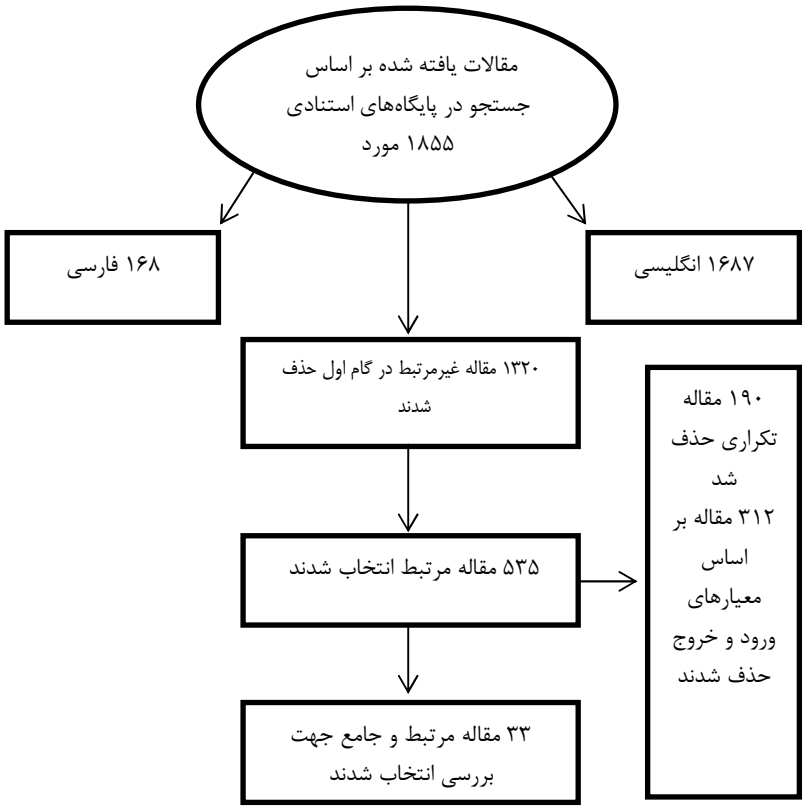
[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.18502/ssu.v27i4.1354]

از مجموع ۶ مطالعه که در زمینه مداخلات خودمراقبتی بود، دو مطالعه در خارج از کشور انجام شده بود (۲۱-۲۰) و ۴ مطالعه در داخل کشور اجرا شده بود (۲۵-۲۲). پنج مطالعه به زبان انگلیسی (۲۴-۲۰) و یک مطالعه به زبان فارسی منتشر شده بود (۲۵). از مجموع ۶ مطالعه که در زمینه مداخلات خودمدیریتی بود، ۵ مطالعه در خارج از کشور اجرا شده بود (۳۱-۲۹،۲۶) و یک مطالعه در داخل کشور اجرا شده بود (۳۰). هر شش مطالعه به زبان انگلیسی منتشر شده بود.

از هشت مطالعه بررسی شده در زمینه مداخلات توانبخشی، ۴ مطالعه در خارج کشور و چهار مطالعه در داخل کشور انجام شده است. ۶ مطالعه به زبان انگلیسی (۳۷-۳۲) و ۲ مطالعه به زبان فارسی (۳۹، ۳۸) بود.

از ۱۳ مطالعه بررسی شده در زمینه مداخلات روان‌درمانی، ۹ مطالعه در خارج کشور و چهار مطالعه در داخل کشور انجام شده است. ۱۲ مطالعه به زبان انگلیسی و ۱ مطالعه به زبان فارسی (۵۲) بود.



نمودار ۱: مراحل انتخاب مقالات

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.18502/ssu.v27i4.1354]

جدول ۱: بررسی مداخلات خودمراقبتی

نویسندگان و سال انتشار	نوع مداخله و چارچوب نظری	کشور	مشارکت-کنندگان	روش اعمال	پیامد و برآیند
O'Hara و همکاران (۲۰۰۲) (۲۰)	آموزش خودمراقبتی حرفه‌ای/ فاقد چارچوب نظری	انگلیس	۷۳ نفر در گروه مداخله و ۹۶ نفر در گروه شاهد	کارآزمایی بالینی تصادفی (ارائه جزوه آموزشی)	افزایش سلامت روان و سرزندگی در گروه مداخله
Wassem و Dudley (۲۰۰۳) (۲۱)	آموزش پرستاری فشرده/ در چارچوب نظریه شناخت اجتماعی بندورا	امریکا	۱۴ نفر در گروه مداخله و ۱۳ نفر در گروه شاهد	کارآزمایی بالینی غیر تصادفی (چهار جلسه آموزشی گروهی دو ساعته)	بهبود علائم بیماری، بهبود کیفیت خواب، کاهش خستگی مزمن، افزایش خودکارآمدی
صاحب‌الزمانی و همکاران (۲۰۱۲) (۲۲)	آموزش خودمراقبتی/ فاقد چارچوب نظری	ایران	۵۳ نفر در گروه مداخله/ عدم وجود گروه شاهد	مطالعه نیمه‌تجربی (برنامه آموزشی سه ماهه شامل شش جلسه آموزشی ۵۰ دقیقه گروهی)	میانگین کیفیت زندگی ابعاد سلامت جسمانی، درد، خستگی، تصور سلامت، تغییر وضعیت سلامت، فعالیت های جنسی و همچنین نمره کلی کیفیت زندگی به-طور معنادار افزایش یافت
افراسیابی‌فر و همکاران (۲۰۱۶) (۲۳)	آموزش خودمراقبتی/ مدل نظری اورم	ایران	۳۲ نفر در گروه مداخله و ۳۱ نفر در گروه شاهد	کارآزمایی بالینی تصادفی (شش جلسه آموزشی گروهی ۴۵ تا ۶۰ دقیقه‌ای در طول یک ماه)	کاهش خستگی مزمن در گروه مداخله
فرجی و همکاران (۲۰۱۸) (۲۴)	آموزش خودمراقبتی/ فاقد چارچوب نظری	ایران	۲۵ نفر در گروه مداخله و ۲۵ نفر در گروه شاهد	کارآزمایی بالینی تصادفی (آموزش گروهی به مدت ۵ جلسه در طول ۵ هفته)	افزایش سازگاری اجتماعی در گروه مداخله
مسعودی و همکاران (۱۳۸۸) (۲۵)	آموزش خودمراقبتی/ مدل نظری اورم	ایران	۳۵ نفر در گروه مداخله و ۳۵ نفر در گروه شاهد	کارآزمایی بالینی تصادفی (آموزش گروهی به مدت ۸ جلسه در طول ۲ هفته)	بهبود ابعاد روانی کیفیت زندگی در گروه مداخله

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.18502/ssu.v27i4.1354]

جدول ۲: بررسی مداخلات خودمدیریتی

نویسندگان و سال انتشار	نوع مداخله و چارچوب نظری	کشور	مشارکت‌کنندگان	روش اعمال	پیامد و برآیند
Kos و همکاران (۲۰۰۷) (۲۶)	برنامه مدیریت خستگی چندگانه/ فاقد چارچوب نظری	بلژیک	۲۸ نفر در گروه مداخله و ۲۳ نفر در گروه شاهد	کارآزمایی بالینی تصادفی (۴ جلسه آموزش گروهی ۲ ساعته در طول چهار هفته)	کاهش خستگی و بهبود مدیریت خستگی
Barlow و همکاران (۲۰۰۹) (۲۷)	دوره خودمدیریتی بیماری مزمن/ چارچوب نظریه خودکارآمدی بندورا	انگلیس	گروه مداخله: ۷۸ لیست انتظار: ۶۴ گروه شاهد: ۷۴	کارآزمایی بالینی تصادفی سه گروه (۶ جلسه آموزش گروهی ۲ ساعته در طول ۶ هفته)	بهبود خودکارآمدی خودمدیریتی و افسردگی
Hugos و همکاران (۲۰۰۹) (۲۸)	برنامه خودمدیریتی تحت عنوان (خستگی: کنترل کن)/ فاقد چارچوب نظری	امریکا	۱۳ نفر در گروه مداخله و ۱۱ نفر در گروه شاهد	کارآزمایی بالینی تصادفی (شش جلسه مشاوره گروهی ۲ ساعته با مشاهده DVD، بحث و تکالیف و همراه با مطالعه کتاب در طول دو ماه)	کاهش خستگی
Finlayson و همکاران (۲۰۱۱) (۲۹)	برنامه تلفن کنفرانس مدیریت خستگی/ فاقد چارچوب نظری	امریکا	۹۴ نفر در گروه مداخله و ۹۶ نفر در گروه شاهد	کارآزمایی بالینی تصادفی (مداخله در طول ۶ هفته، در قالب تلفن کنفرانس گروهی ۷۰ دقیقه‌ای در طی ۶ جلسه)	کاهش خستگی
همتی مسلک‌پاک و رئیسی (۲۰۱۴) (۳۰)	آموزش خودمدیریتی/ فاقد چارچوب نظری	ایران	۴۰ نفر در گروه مداخله و ۴۰ نفر در گروه شاهد	نیمه تجربی (۴ جلسه آموزش گروهی در طول یک ماه)	افزایش استقلال، کنترل اضطراب و نگرانی و کنترل شخصی و بهبود خودکارآمدی
Blikman و همکاران (۲۰۱۷) (۳۱)	مدیریت حفاظت از انرژی / فاقد چارچوب نظری	هلند	۴۲ نفر در گروه مداخله و ۴۴ نفر در گروه شاهد	کارآزمایی بالینی تصادفی (۱۲ جلسه آموزشی در ۴ ماه توسط پرستار)	کاهش خستگی

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.18502/ssu.v27i4.1354]

جدول ۳: بررسی مداخلات توانبخشی

نویسندگان و سال انتشار	نوع مداخله و چارچوب نظری	کشور	مشارکت‌کنندگان	روش اعمال	پیامد و برآیند
Wiles و همکاران (۲۰۰۱) (۳۲)	فیزیوتراپی	انگلیس	۴۲ نفر تحت مداخله قرار گرفتند.	کارآزمایی بالینی (۸ هفته، هر هفته دو جلسه ۴۵ دقیقه‌ای فیزیوتراپی)	بهبود تحرک، بهزیستی ذهنی و خلق در گروه مداخله
Mostert و Kesselring (۲۰۰۲) (۳۳)	ورزش‌های هوازی	سوئیس	۲۶ نفر در گروه مداخله و ۲۶ نفر در گروه شاهد	نیمه تجربی (برنامه تمرینی هوازی بین ۵ تا ۳۰ دقیقه در هر هفته در طول چهار هفته)	بهبود سلامتی اداک شده، افزایش سطح فعالیت و کاهش خستگی در گروه مداخله
شیخ و همکاران (۲۰۱۷) (۳۴)	آموزش‌های روانی و جسمی و ترکیب آن‌ها	ایران	گروه آموزش جسمی: ۱۰ گروه آموزش روانی: ۱۱ گروه آموزش‌های ترکیبی روانی و جسمی: ۱۱ گروه شاهد: ۹	نیمه تجربی آموزش برای ۸ هفته (سه جلسه ۱۵ دقیقه ای در هفته)	بهبود دقت در پرتاب دارت به ویژه در گروه مداخله ترکیبی
جان علی‌پور و همکاران (۲۰۱۷) (۳۵)	یوگا درمانی	ایران	۱۵ نفر در گروه مداخله و ۱۵ نفر در گروه شاهد	آزمایشی برنامه تمرینی گروهی (۲۴ جلسه یوگا ۶۰ تا ۷۵ دقیقه‌ای)	کاهش علائم اضطراب، استرس و افسردگی
Nauta و همکاران (۲۰۱۷) (۳۶)	توانبخشی شناختی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی/رویکرد شناختی و ذهن-اگاهی	هلند	درمان توانبخشی شناختی: ۳۰ شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی:۳۰ گروه شاهد: ۳۰	کارآزمایی بالینی تصادفی (جلسات گروهی در ۹ هفته برای گروه های مداخله)	کاهش مشکلات شناختی در گروه های مداخله
Mikuľáková و همکاران (۲۰۱۸) (۳۷)	برنامه توانبخشی اعصاب	اسلواکی	۳۲ نفر در گروه مداخله و ۳۳ نفر در گروه شاهد	کارآزمایی بالینی (مداخلات توانبخشی شامل تمرین ۳ بار در هفته برای ۱۲ هفته (۳۶ جلسه) بود)	بهبود عملکرد جسمی روان‌شناختی و شناختی
شانظری و همکاران (۱۳۹۱) (۳۸)	تمرینات پیلاتس و ورزش در آب	ایران	پیلاتس: ۱۵ آب: ۱۵ کنترل: ۱۵	کارآزمایی بالینی (ورزش در آب و پیلاتس به مدت ۱۲ هفته و هفته‌ای سه جلسه ۱ ساعته)	کاهش خستگی در دو گروه مداخله
نزاکت الحسینی و همکاران (۱۳۹۳) (۳۹)	تمرین های پیلاتس	ایران	۱۸ نفر در گروه مداخله و ۱۵ نفر در گروه شاهد	برنامه تمرینی گروهی گروه تجربی به مدت هشت هفته (سه جلسهٔ یک ساعته در هفته)	بهبود حافظه گروه مداخله

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.18502/ssu.v27i4.1354]

جدول ۴: بررسی مداخلات روان‌درمانی

نویسندگان و سال انتشار	نوع مداخله و چارچوب نظری	کشور	مشارکت‌کنندگان	روش اعمال	پیامد و برآیند
Langenmayr و Schöttes (۲۰۰۰) (۴۰)	ترکیب روان‌نمایشی-گری و مراجع‌محوری	آلمان	۴۶ نفر در گروه مداخله و ۲۴ نفر در گروه شاهد	نیمه تجربی (تشکیل گروه‌های درمانی ۸ نفره، هفته ای یک جلسه)	گروه درمان، خوش بینی بیشتر و بهبود جسمی (کاهش احساس خستگی و کمبود انرژی) را نشان داد.
Tesar و همکاران (۲۰۰۳) (۴۱)	راهبردهای شناختی رفتاری، آموزش تن-آرامی و تمرینات جسمانی	استرالیا	۱۴ نفر در گروه مداخله و ۱۴ نفر در گروه شاهد	نیمه تجربی (گروه درمانی: تشکیل گروه‌های درمانی ۷ نفره، هفته ای یک جلسه)	بهبود طولانی مدت در سبک مقابله با استرس افسردگی و بهبود کوتاه مدت در شور و نشاط و پویایی بدن
Stuifbergen و همکاران (۲۰۰۳) (۴۲)	برنامه تغییر سبک زندگی/ فاقد چارچوب نظری مشخص	امریکا	۵۶ نفر در گروه مداخله و ۵۷ نفر در گروه شاهد	کارآزمایی بالینی تصادفی (برنامه مداخله دو مرحله ای شامل کلاس های تغییر شیوه زندگی برای ۸ هفته "۹۰ دقیقه‌ای" و سپس پیگیری های تلفنی به مدت ۳ ماه بود. شرکت کنندگان در یک دوره ۸ ماهه دنبال شدند)	بهبودرفتارهای ارتقاءدهنده سلامت و کیفیت زندگی گروه مداخله
Mohr و همکاران (۲۰۰۳) (۴۳)	درمان شناختی-رفتاری/ گروه درمانی حمایت‌گرانه/ مصرف سرترالین	امریکا	مداخله CBT: ۲۲ نفر روان درمانی گروهی: ۲۲ مداخله سرترالین: ۱۶ نفر	مداخله آموزشی درمان شناختی رفتاری/ گروه درمانی حمایت‌گرانه/ مصرف سرترالین (هریک ۱۶ هفته، مداخلات روان‌شناختی هفته‌ای یک بار و مصرف سرترالین تجویز روزانه)	کاهش علائم افسردگی و خستگی (هر سه نوع مداخله با کاهش خستگی همراه بودند که به-عنوان یک عامل واسطه‌ای منجر به کاهش علائم افسردگی شد)
Bombardier و همکاران (۲۰۰۸) (۴۴)	مصاحبه انگیزشی	امریکا	۷۰ نفر در گروه مداخله و ۶۰ نفر در گروه شاهد	کارآزمایی بالینی تصادفی (مشاوره تلفنی در ۵ جلسه ۶۰ تا ۹۰ دقیقه‌ای)	بهبود رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت HPLP-II در گروه مداخله
Van Kessel و همکاران (۲۰۰۸) (۴۵)	درمان شناختی-رفتاری و تن‌آرامی	نیوزلند	مداخله CBT: ۳۵ مداخله تن‌آرامی: ۳۷ گروه شاهد: ۷۲	کارآزمایی بالینی تصادفی (۸ جلسه مداخله در دو ماه)	کاهش خستگی در مداخله CBT به‌طور معنادار از گروه تن‌آرامی بیشتر بود. اما کاهش خستگی در هر دو گروه مداخله نسبت به شاهد معنادار بود.
Grossman و همکاران (۲۰۱۰) (۴۶)	مداخله ذهن‌آگاهی	سوئیس	۷۶ نفر در گروه مداخله و ۷۴ نفر در گروه شاهد	کارآزمایی بالینی تصادفی (۸ جلسه مداخله در ۸ هفته)	ارتقاء کیفیت زندگی و بهزیستی و کاهش خستگی و افسردگی در گروه مداخله
Thomas و همکاران (۲۰۱۳)	استفاده از تکنیک-های موثر انرژی و	انگلیس	گروه مداخله اول تکنیک‌های شناختی	کارآزمایی بالینی تصادفی گروه مداخله اول: شش	میزان خودکارآمدی خستگی در گروه مداخله اول به‌طور

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.18502/ssu.v27i4.1354]

(۴۷)	شناختی رفتاری در سبک زندگی		رفتاری و ...: ۸۴ نفر گروه تمرین‌های عادی: ۸۰ نفر	جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در ۷ هفته گروه مداخله دوم: ارائه اطلاعات معمولی در شش جلسه	معنادار افزایش یافت.
بهرام‌خانی و همکاران (۲۰۱۳) (۴۸)	روان‌درمانی چندوجهی لازاروس	ایران	۲۰ نفر در گروه مداخله و ۱۶ نفر در گروه شاهد	نیمه‌تجربی (دوازده جلسه ۹۰ دقیقه ای در یک دوره ۳ ماهه به شیوه گروهی)	کاهش استرس ادراک شده منفی در گروه مداخله
خیاطیان و همکاران (۲۰۱۴) (۴۹)	روان‌درمانی مثبت	ایران	۱۵ نفر در گروه مداخله و ۱۵ نفر در گروه شاهد	نیمه‌تجربی (شش جلسه گروه درمانی مثبت)	کاهش افسردگی
Calandri و همکاران (۲۰۱۷) (۵۰)	درمان شناختی رفتاری	ایتالیا	۵۴ نفر در گروه مداخله و ۳۱ نفر در گروه شاهد	نیمه‌تجربی (۵ جلسه آموزشی در دو ماه)	در سنجش پیگیری سه ماهه و شش ماهه سلامت روان و خوش‌بینی در گروه مداخله افزایش یافت.
برجی و همکاران (۲۰۱۸) (۵۱)	مصاحبه انگیزشی	ایران	۳۲ نفر در گروه مداخله و ۲۸ نفر در گروه شاهد	نیمه‌تجربی (۷ گروه ۵ نفره در ۵ جلسه هفتگی ۴۵ تا ۶۰ دقیقه‌ای)	کاهش خستگی در گروه مداخله
نوروزی و زنده‌طلب (۱۳۹۳) (۵۲)	آموزش‌های روان‌شناختی/ فاقد چارچوب نظری	ایران	۳۷ نفر در گروه مداخله و ۳۸ نفر در گروه شاهد	نیمه‌تجربی (سه جلسه ۴۵ دقیقه‌ای و پیگیری تلفنی در طول ۴ هفته)	افزایش عزت‌نفس در گروه مداخله

بحث

این مطالعه به روش مروری ساختاریافته با هدف بررسی مداخلات مبتنی بر توانمندسازی در افراد مبتلا به مولتیپل‌اسکلروزیس انجام شد. در این بررسی مجموع مطالعات یافت شده در چهار دسته از مداخلات خودمراقبتی، خودمدیریتی، توانبخشی و روان‌درمانی مورد بررسی قرار گرفت. اگرچه این چهار مفهوم نقاط مشترکی دارند اما از دیدگاه نظری بایکدیگر متفاوت می‌باشند، در ادامه به بررسی این مفاهیم پرداخته شده است. برآیند مداخلات خودمراقبتی گویای این است که این‌گونه مداخلات موجب بهبود سلامت روان و افزایش سرزندگی (۲۰)، بهبود علائم بیماری و کیفیت خواب، کاهش خستگی مزمن، افزایش خودکارآمدی (۲۱)، کاهش خستگی مزمن (۲۳)، افزایش سازگاری اجتماعی (۲۴) و بهبود کیفیت زندگی (۲۵ ، ۲۲) در افراد مبتلا به ام.اس شده است.

فعالیت‌های خودمراقبتی، مجموعه رفتارهایی هستند که افراد به‌منظور حفظ خویشتن و کسب استقلال در زندگی روزمره انجام می‌دهند. فعالیت‌های خودمراقبتی و استقلال در آن تا حد امکان، برای تمام بیماران یکی از مهم‌ترین مسائل می‌باشد (۵۳). افراد مبتلا به ام.اس، نیاز به سازگاری و هماهنگی با چالش‌های بیماری مزمن دارند؛ زیرا این بیماری درمان قطعی ندارد (۵۴). یکی از راه‌های تطابق صحیح با بیماری و عوارض ناشی از آن، خودمراقبتی می‌باشد و برای این‌که افراد رفتارهای ارتقاء سلامت را به‌کار گیرند، باید تشویق شوند که مسئولیت سلامتی خودشان را برعهده بگیرند (۵۵).

برآیند مداخلات خودمدیریتی گویای این است که این‌گونه مداخلات موجب کاهش خستگی و بهبود مدیریت خستگی (۲۶)، بهبود خودکارآمدی خودمدیریتی و افسردگی (۲۷)، کاهش خستگی (۳۱، ۲۹، ۲۸) و افزایش استقلال، کنترل

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-22]
[DOI: 10.18502/ssu.v27i4.1354]

اضطراب و نگرانی و کنترل شخصی و بهبود خودکارآمدی (۳۰) در افراد مبتلا به ام. اس شده است. خود مدیریتی به‌عنوان یک فرآیند فعال در مقابله با بیماری، از طریق پایبندی به درمان و مصرف داروها، مشارکت در تصمیم‌گیری درمانی، مراقبت از خود، جستجوی فعال در مورد بیماری و گزینه‌های درمانی جدید، حفظ روابط اجتماعی و تعادل عاطفی، تعریف می‌شود (۵۶). Bishop و Frain (۲۰۱۱) خودمدیریتی در بیماران ام. اس را مشتمل بر پنج مولفه، ارتباط و رابطه با ارائه‌دهندگان خدمات درمانی، پایبندی به درمان/مقابله با موانع، حمایت اجتماعی/خانواده، اطلاعات و دانش درمورد ام.اس و رفتار نگهدارنده سلامت معرفی کردند (۵۷). هر دو مفهوم خودمدیریتی و خودمراقبتی شامل فرایند فعال، جهت مقابله با شرایط سلامت و پایبندی به درمان پزشکی تعریف می‌شوند اما تفاوت اصلی بین این دو مفهوم در این است که خودمدیریتی یک مفهوم اختصاصی‌تر است و به‌شناخت فعال علائم و پیگیری توصیه‌های پزشکی اشاره دارد (۵۸).

برآیند مداخلات توانبخشی گویای این است که این‌گونه مداخلات موجب بهبود تحرک، بهزیستی ذهنی و خلق (۳۲)، بهبود سلامتی اداک شده، افزایش سطح فعالیت و کاهش خستگی (۳۳)، بهبود دقت در پرتاب دارت (۳۴)، کاهش علائم اضطراب، استرس و افسردگی (۳۵)، کاهش مشکلات شناختی (۳۶)، بهبود عملکرد جسمی روان‌شناختی و شناختی (۳۷)، کاهش خستگی (۳۸)، بهبود حافظه (۳۹) در بیماران ام.اس شده است. در تعریف توانبخشی می‌توان گفت: توانبخشی یک فرآیند آموزشی حل‌مسئله با هدف کاهش ناتوانی و معلولیت است و فردی که از یک بیماری و جراحت رنج می‌برد، برای داشتن زندگی بهتر آن را تجربه می‌کند. هدف اصلی مداخلات توانبخشی کاهش علائم و محدودیت‌ها در فعالیت‌های روزمره است، از طریق مداخلاتی که شامل عوامل فردی و محیطی است، برای دستیابی به حداکثر استقلال و بهترین کیفیت زندگی و کمترین محدودیت ناشی از بیماری، در افراد مبتلا به ام.اس اجرا می‌شود (۵۹). از لحاظ تاریخی، مراقبت‌های ویژه ام.اس بر توانبخشی و مدیریت علائم متمرکز شده است؛ با این حال، این تمرکز با توسعه درمان‌های اصلاح‌کننده بیماری، گسترش یافته است و در کنار درمان‌های دارویی به ارتقاء کیفیت زندگی افراد مبتلا به ام.اس کمک کرده است. در نتیجه، درمان‌های اصلاح کننده بیماری در بسیاری از بحث‌های مربوط به مراقبت از ام.اس حائز اهمیت است و باعث کاهش هزینه‌های درمانی می‌شود. این اقدامات به‌عنوان مجموعه‌ای از درمان‌های توانبخشی با هدف کاهش اثرات منفی بیماری انجام می‌شود (۶۰).

برآیند مداخلات روان‌درمانی گویای این بود که این‌گونه مداخلات موجب خوش‌بینی و بهبود جسمی (کاهش احساس خستگی و کمبود انرژی) (۴۰)، بهبود سبک مقابله با استرس، افسردگی و افزایش شور و نشاط و پویایی بدن (۴۱)، بهبودرفتارهای ارتقاءدهنده سلامت و کیفیت زندگی (۴۴، ۴۲)، کاهش علائم افسردگی و خستگی (۴۵، ۴۳)، ارتقاء کیفیت زندگی و بهزیستی و کاهش خستگی و افسردگی (۵۱، ۴۹، ۴۶)، افزایش خودکارآمدی خستگی (۴۷)، کاهش استرس ادراک شده منفی (۴۸)، افزایش سلامت روان و خوش‌بینی (۵۰)، افزایش عزت‌نفس (۵۲) در افراد مبتلا به ام. اس شده است. نقش عوامل روان‌شناختی در بیماری ام.اس بسیار پیچیده است. عوامل روان‌شناختی ممکن است پیش‌بینی کننده شروع ام. اس باشند و ممکن است نقش مهمی در پیشرفت بیماری داشته باشند. در دوران بیماری، عوامل روان‌شناختی و علائم ام.اس اغلب با یکدیگر در ارتباط هستند و بر پیشرفت و نتیجه بیماری تأثیر می‌گذارند. در نتیجه، همان‌گونه که عوامل روان‌شناختی می‌توانند علائم بیماری را کم کنند و بهبود بخشد. برعکس، عود علائم نیز می‌توانند، وضعیت روانی بیماران را تحت تأثیر قرار دهند. به‌عنوان مثال، علائمی هم‌چون: درد، خستگی، تغییرات هیجانی و اختلال شناختی با عوامل روان‌شناختی در ارتباط هستند (۶۱). مطالعات روش‌های مختلفی برای درک اثرات عوامل روان‌شناختی بر پیشرفت بیماری ام.اس، مورد بررسی قرار داده‌اند. اکثر مطالعات نشان داده‌اند که استرس کوتاه‌مدت اثرات منفی بر پیشرفت ام.اس

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.18502/ssu.v27i4.1354]

ندارد. با این حال، تنش‌های روانی-اجتماعی مزمن مانند درگیری‌های بین‌فردی، از دست دادن دوستان، عدم حمایت اجتماعی، اضطراب و افسردگی به‌عنوان عوامل خطرساز برای تشدید علائم بیماران مبتلا به ام.اس شناخته شده است (۶۲). رابطه بین مسائل روان‌شناختی و علائم ام. اس در مباحث پیشین مورد بررسی قرار گرفت، در جهت بررسی این رابطه تعدادی از مطالعات آینده نگر نشان دادند که استرس نقش به-سزایی در عود علائم بیماری دارد (۶۳). بر اساس پیشینه، استدلال شده است که می‌بایست در کنار مداخلات پزشکی و دارویی به مداخلات غیر دارویی توجه شود. این مداخلات می-تواند شامل فعالیت‌های ورزشی، روان‌شناختی، شناختی و یا ترکیبی از آن‌ها باشد (۱۶).

در مجموع می‌توان نتیجه گرفت که همه مداخلات انجام شده که با هدف توانمندسازی افراد مبتلا به ام.اس انجام شده‌اند، تاثیر معناداری بر بهبود کیفیت زندگی، میزان خستگی، علائم افسردگی و دیگر جنبه‌های مثبت روان‌شناختی داشته‌اند و می‌توان از آن‌ها در کنار درمان‌های دارویی جهت بهبود شرایط زندگی مزمن استفاده کرد. همه مداخلات غیردارویی با وجود تفاوت‌هایی که از بعدنظری با یکدیگر دارند، اما همه آن‌ها با هدف توانمندسازی این بیماران می‌باشند که بیماران بتوانند با وجود یک بیماری مزمن، زندگی معناداری داشته باشند و عملکرد مثبتی در زندگی ایفا کنند و ناتوانی‌های ناشی از بیماری مانع روند زندگی نشود. اما در کنار نقاط قوتی که همه این مطالعات داشتند، جهت بهبود روند این‌گونه مطالعات، چندین نکته مطرح می‌باشد.

جست‌وجو در پیشینه داخلی نشان داد که نسبت به پیشینه خارجی، مطالعات خیلی کمی در داخل کشور انجام شده است که در این بررسی سعی شد جامع‌ترین و به‌روزترین آن‌ها بررسی شوند (۵۲، ۵۱، ۴۹، ۴۸، ۳۹، ۳۸، ۳۵، ۳۴، ۳۰، ۲۵، ۲۲)، این در حالی است که شیوع بیماری ام.اس در ایران نسبتاً بالا می‌باشد و آمار فزاینده‌ای دارد (۱۳)، بر این اساس لازم است که جهت بهبود وضعیت بیماران ام.اس به برنامه‌های مداخله‌ای توانمندسازی توجه بیشتری شود. بررسی پیشینه داخلی نشان داد که مشارکت‌کنندگان بیشتر زنان بودند (۴۸، ۳۴، ۳۰، ۲۵، ۲۲) و در برخی از مطالعات مشارکت‌کننده مرد وجود نداشت (۵۲، ۴۹، ۳۹، ۳۸، ۳۵) و فقط در یک مطالعه حضور مردان پررنگ‌تر بود (۵۱)، با توجه به این‌که مردان مبتلا به ام. اس حداقل یک سوم جامعه بیماران را تشکیل می‌دهند، لازم است که در مطالعات آینده به‌صورت اختصاصی مورد بررسی قرار گیرند، به‌ویژه در مطالعاتی که به‌شیوه گروه درمانی انجام می‌شوند و تخلیه هیجانی از مسائل مهم در پویایی یک گروه درمانی می‌باشد.

در مطالعات خارج از کشور نیز همین مسئله قابل بحث می-باشد و حضور زنان پر رنگ‌تر از مردان می‌باشد و بین ۶۰ تا ۷۰ درصد از مشارکت‌کنندگان را زنان تشکیل دادند. نکته بسیار مهم دیگر، عدم وجود چارچوب و مدل نظری در طراحی مدل‌های توانمندسازی می‌باشد که در مطالعات داخلی کمتر به آن توجه شده است (۵۲، ۳۴، ۳۰، ۲۴، ۲۲)، چارچوب نظری در مطالعات حوزه توانبخشی بیشتر مشهود می‌باشد و در مطالعات خارج از کشور در زمینه روان‌درمانی بیشتر مورد توجه بوده است و مدل درمانی شناختی- رفتاری (۵۰، ۴۷، ۴۵، ۴۳، ۴۱) سپس نظریه خودکارآمدی بندورا و مصاحبه انگیزیشی (۵۱، ۴۴، ۲۷، ۲۱) بیشتر مورد توجه پژوهشگران بوده است. لزوم طراحی مداخلات بر اساس چارچوب‌های نظری یکی از مهم‌ترین مسائلی می‌باشد که می‌بایست در مطالعات آینده بیشتر مورد توجه قرار گیرد. نبود آزمون پیگیری در مطالعات داخل کشور از جمله نکات بسیار مهمی می‌باشد که در مقابل در مطالعات خارجی بیشتر به آن توجه شده است، در مطالعات خارج از کشور پیگیری‌های دو ماهه (۴۰) تا ۴ ساله (۲۱) وجود دارد، حتی در برخی از مطالعات آزمون پیگیری بیش از یک‌بار اجرا شده است (۴۷، ۴۵) اما در مطالعات داخلی فقط در مطالعه (۲۳) پیگیری وجود داشت. با توجه به اینکه اثر گذر زمان می‌تواند نقش مداخلات را کم‌رنگ و حتی پررنگ‌تر کند، این ضرورت وجود دارد که در مطالعات آینده، ترجیحاً به آزمون پیگیری توجه شود. متناسب بودن مداخله با مشکلات خاص

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.18502/ssu.v27i4.1354]

افراد مبتلا به ام.اس یکی از عواملی است که می تواند به اثربخشی طولانی‌مدت آن مداخله کمک کند، بر این اساس پیشنهاد می‌شود که در مطالعات آینده به بررسی مشکلات خاص افراد مبتلا به ام.اس و مداخلات مبتنی بر نیاز در چارچوب‌های نظری مناسب توجه بیشتر شود. نکته ارزشمند در مطالعات خارج از کشور، استفاده از تکنولوژی در اجرای مداخله می‌باشد، استفاده از DVD آموزشی و مطالعه کتاب (۲۸)، تلفن و ویدیو کنفرانس (۲۹)، آموزش‌های تلفنی (۵۲، ۴۴، ۴۲). با توجه به این‌که افراد مبتلا به ام.اس از ناتوانی جسمانی و حرکتی رنج می‌برند و امکان رفت‌وآمد به جلسات مداخله مشکل می‌باشد، می‌توان در مطالعات آینده با ترکیب جلسات حضوری و آموزش‌های تلفنی و استفاده از دیگر روش‌های نوآورانه جدید به ارائه مداخلات پرداخت. از مجموع بررسی‌ها می‌توان این‌گونه استنباط کرد که مداخلات توانمندسازی در کنار مداخلات دارویی می‌توانند اثر سودمندی در افراد مبتلا به ام.اس داشته باشد که با در نظر گرفتن نکات مطرح شده می‌توان به اثربخشی هر چه بیشتر مداخلات و ارتقاء کیفی مطالعات کمک کرد. در این مطالعه، به‌منظور بررسی و درک بهتر مداخلات توانمندسازی به تقسیم‌بندی چهارگانه مداخلات (خودمراقبتی، خودمدیریتی، توانبخشی و روان‌درمانی) پرداخته شد، اما در واقع تعیین مرز دقیق بین این مداخلات دشوار است. با توجه به این‌که مداخلات چهارگانه توانمندسازی همه در جای خود به برآیندهای مثبتی متنهی شده‌اند، بر این اساس پیشنهاد می‌شود که در موقعیت‌های پژوهشی و بالینی به مداخلات تیمی توجه بیشتری شود.

سپاس‌گزاری

این مقاله برگرفته از رساله دکتری در رشته روانشناسی دانشگاه اصفهان می‌باشد. در این‌جا جای دارد از معاونت پژوهشی دانشگاه اصفهان به‌سبب تصویب این رساله تشکر به عمل آید. هم‌چنین از دانشگاه علوم پزشکی گیلان به سبب اختصاص کداخلاق (IR.GUMS.REC.1397.087) تشکر و سپاس داریم.

تعارض در منافع: وجود ندارد.

References:

1- Krupp LB, Tardieu M, Amato MP, Banwell B, Chitnis T, Dale RC, et al. ***International Pediatric Multiple Sclerosis Study Group Criteria For Pediatric Multiple Sclerosis And Immune-Mediated Central Nervous System Demyelinating Disorders: Revisions To The 2007 Definitions***. Mult Scler 2013; 19(10): 1261-7.

2- Woods JM. ***Reflections on 50 Years of Neuroscience Nursing: Movement Disorders, Neuromuscular Disease, and Multiple Sclerosis***. J Neurosci Nurs 2018; 50 (1): 5-12.

3- Umphred DA, Lazaro RT, Roller M, Burton G, editors. ***Neurological Rehabilitation-E-Book***. Elsevier Health Sciences; 2013.

4- Vann JC, Hawley J, Wegner S, Harward DH, Falk RJ, Kshirsagar AV. ***Nursing Intervention Aimed At Improving Self-Management For Persons With Chronic Kidney Disease In North Carolina Medicaid: A Pilot Project.*** Nephrol Nurs J 2015; 42(3): 239-55.

5- Shamili F, Zare H, Oraki M. ***The Predicting Quality Of Life Based On Illness Perception In Multiple Sclerosis Patients***. J Urmia Univ Med Sci 2013; 24(6): 379-92. [Persian]

6- Algahtani HA, Shirah BH, Alzahrani FA, Abobaker HA, Alghanaim NA, Manlangit JS. ***Quality Of Life among Multiple Sclerosis Patients In***

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.18502/ssu.v27i4.1354]

Saudi Arabia. Neurosciences (Riyadh) 2017; 22(4): 261-66.

7- Von Krogh G, Dale C, Nåden D. ***A Framework For Integrating NANDA, NIC, And NOC Terminology In Electronic Patient Records.*** J nurs Scholarsh 2005; 37(3): 275-81.

8- Sigurdardottir AK, Jonsdottir H. ***Empowerment In Diabetes Care: Towards Measuring Empowerment.*** Scand J Caring Sci 2008; 22(2): 284-91.

9- Funnell MM, Anderson RM. ***Empowerment and Self-Management of Diabetes.*** Clinical Diabetes 2004; 22(3): 123-7.

10- Cheng VC, Wong SC, Wong IW, Chau PH, So SY, Wong SC, et al. ***The Challenge Of Patient Empowerment In Hand Hygiene Promotion In Health Care Facilities In Hong Kong.*** Am J Infect Control 2017; 45(5): 562-5.

11- Tol A, Azam K, EsmaeilShahmirzadi S, Shojaeizadeh D, Mohebbi B, Asfia A, et al . ***Relation between Empowerment of Diabetes Control and Adoption of Self-Management Behaviors and Its Related Factors among Type 2 Diabetic Patients***. RJMS 2012; 19(98): 11-8. [Persian]

12- Pan SC, Tien KL, Hung IC, Lin YJ, Yang YL, Yang MC, et al. ***Patient Empowerment in a Hand Hygiene Program: Differing Points Of View between Patients/Family Members and Health Care Workers in Asian Culture.*** Am J Infect Control 2013; 41(11): 979-83.

13- Sahraian MA, Khorramnia S, Ebrahim MM, Moinfar 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.

14- Moghtaderi A, Rakhshanizadeh F, Shahraki-Ibrahimi S. ***Incidence and Prevalence of Multiple Sclerosis in Southeastern Iran.*** Clin Neurol Neurosurg 2013; 115(3): 304-8.

15- Costello K, Harris C. ***Differential Diagnosis and Management of Fatigue in Multiple Sclerosis: Considerations for the Nurse.*** J Neurosci Nurs 2003; 35(3): 139-48.

16- Tur C. ***Fatigue Management In Multiple Sclerosis***. Curr Treat Options Neurol 2016; 18:26.

17- Perry M, Swain S, Kemmis-Betty S, Cooper P. ***Multiple Sclerosis: Summary Ofnice Guidance***. BMJ 2014; 349: g5701.

18- Yarmohamadian M, Mohammadi E, MovahediF. ***Standards for Writing Review Articles***. HealthInf Manage 2011; 8(8): 1226-34. [Persian]

19- Sidani S, Braden C. ***Evaluating Nursing Interventions: A Theory-Driven Approach. 1998.*** Ravensdale, WA: Sage Publications.

20- O'Hara L, Cadbury H, De Souza L, Ide L. ***Evaluation of the Effectiveness of Professionally Guided Self-Care For People With Multiple Sclerosis Living In The Community: A Randomized Controlled Trial.*** Clin Rehabil 2002; 16(2): 119-28.

21- Wassem R, Dudley W. ***Symptom Management and Adjustment of Patients with Multiple Sclerosis: A 4-Year Longitudinal Intervention Study.*** Clin Nurs Res 2003; 12(1): 102-17.

22- Sahebalzamani M, Zamiri M, Rashvand F. ***The Effects of Self-Care Training On Quality Of Life in Patients with Multiple Sclerosis***. Iran J Nurs Midwifery Res 2012; 17(1):7-11.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.18502/ssu.v27i4.1354]

23- Afrasiabifar A, Mehri Z, Sadat SJ, Shirazi HR. ***The Effect of Orem's Self-Care Model on Fatigue in Patients with Multiple Sclerosis: A Single Blind Randomized Clinical Trial Study.*** Iran Red Crescent Med J 2016; 18(8).

24- Faraji F, Khosravi S, Sajadi M, Farahani Z, Rafiei F. ***Effect Of Self-Care Education On Social Adaptability In Patients With Multiple Sclerosis.*** Iran Red Crescent Med J 2018; 20(1): e55634.

25- Masoudi R, Mohammadi I, Ahmadi F, Hasanpour-Dehkordi A. ***The Effect of Self-Care Program Education Based OnOrem's Theory on Mental Aspect of Quality Of Life in Multiple Sclerosis Patients.*** IJN 2009; 22(60): 53-64. [Persian]

26- Kos D, Duportail M, D'hooghe M, Nagels G, Kerckhofs E. ***Multidisciplinary Fatigue Management ProgrammeIn Multiple Sclerosis: A Randomized Clinical Trial.*** Mult Scler 2007; 13(8): 996-1003.

27- Barlow J, Turner A, Edwards R, Gilchrist M.***A Randomised Controlled Trial of Lay-Led Self-Management for People with Multiple Sclerosis.*** Patient EducCouns 2009; 77(1): 81-9.

28- Hugos CL, Copperman LF, Fuller BE, Yadav V, Lovera J, Bourdette DN. ***Clinical Trial Of A Formal Group Fatigue Program In Multiple Sclerosis.*** Mult Scler 2010; 16(6): 724-32.

29- Finlayson M, Preissner K, Cho C, Plow M. ***Randomized Trial of A Teleconference-Delivered Fatigue Management Program for People with Multiple Sclerosis.*** Mult Scler 2011; 17(9): 1130-40.

30- Maslakpak MH, Raiesi Z. ***Effect of A Self-Management And Follow-Up Program On Self-Efficacy In Patients With Multiple Sclerosis: A Randomized Clinical Trial.*** Nurs Midwifery Stud 2014; 3(4): e25661.

31- Blikman LJ, van Meeteren J, Twisk JW, de Laat FA, de Groot V, et al.***Effectiveness of Energy Conservation Management on Fatigue and Participation in Multiple Sclerosis: A Randomized Controlled Trial*** .Mult Scler 2017; 23(11): 1527-41.

32- Wiles CM, Newcombe RG, Fuller KJ, Shaw S, Furnival-Doran J, Pickersgill TP, et al. ***Controlled Randomised Crossover Trial Of The Effects Of Physiotherapy On Mobility In Chronic Multiple Sclerosis.*** J Neurol Neurosurg Psychiatry 2001; 70(2): 174-9.

33- Mostert S, Kesselring J. ***Effects of a Short-Term Exercise Training Program on Aerobic Fitness, Fatigue, Health Perception and Activity Level of Subjects with Multiple Sclerosis.*** Mult Scler 2002; 8(2): 161-8.

34- Man Sheikh K, Kolahdouzi S, Pour HF, Rad MT. ***Effect Of Combined Mental And Physical Training On The Targeting Accuracy Of Patients With Multiple Sclerosis.*** J Res Health 2017; 7(2): 695-702.

35- Janalipour K, Kafi M, Hatamian H, Rezapour P. ***The Effectiveness of Yoga Therapy in Reducing Anxiety, Stress and Depression in Women with Multiple Sclerosis.*** Caspian J Neurol Sci 2017; 3(3): 151-8.

36- Nauta IM, Speckens AEM, Kessels RPC, Geurts JJG, de Groot V, Uitdehaag BM, et al.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.18502/ssu.v27i4.1354]

Cognitive Rehabilitation And Mindfulness In Multiple Sclerosis (REMIND-MS): A Study Protocol For A Randomised Controlled Trial. BMC Neurol 2017; 17(1): 201.

37- Mikuľáková W, Klímová E, Kendrová L, Gajdoš M, Chmelík M. ***Effect of Rehabilitation on Fatigue Level in Patients with Multiple Sclerosis.*** Med Sci Monit 2018; 24: 5761-71.

38- Shanazari Z, Marandi S M, Minasian V. ***Effect Of 12-Week Pilates And Aquatic Training On Fatigue In Women With Multiple Sclerosis***. J Mazandaran Univ Med Sci 2013; 23(98): 257-64. [Persian]

39- Nezakatolhosseini M, Esfarjani F, Mohamadi Z. ***The Effect of Pilates Training on Memory Quotient (MQ) In Multiple Sclerosis Patients***. Advances in Cognitive Sci 2015; 16(4): 32-41. [Persian]

40- Langenmayr A, Schöttes N. ***Psychotherapy With Multiple-Sclerosis Patients***. Psychol Rep 2000; 86(2): 495-508.

41- Tesar N, Baumhackl U, Kopp M, Günther V. ***Effects Of Psychological Group Therapy In Patients With Multiple Sclerosis.*** Acta Neurol Scand 2003; 107(6): 394-9.

42- Stuifbergen AK, Becker H, Blozis S, Timmerman G, Kullberg V.***A Randomized Clinical Trial of a Wellness Intervention for Women with Multiple Sclerosis.*** Arch Phys Med Rehabil 2003; 84(4): 467-76.

43- Mohr DC, Hart SL, Goldberg A. ***Effects of Treatment for Depression on Fatigue in Multiple Sclerosis***. Psychosom Med 2003; 65(4): 542-7.

44- Bombardier CH, Cunniffe M, Wadhwani R, Gibbons LE, Blake KD, Kraft GH. ***The Efficacy of Telephone Counseling For Health Promotion in People with Multiple Sclerosis: A Randomized Controlled Trial.*** Arch Phys Med Rehabil 2008; 89(10): 1849-56.

45- VanKessel K, Moss-Morris R, Willoughby E, Chalder T, Johnson MH, Robinson E. ***A Randomized Controlled Trial of Cognitive Behavior Therapy for Multiple Sclerosis Fatigue.*** Psychosom Med 2008; 70(2): 205-13.

46- Grossman P, Kappos L, Gensicke H, D'Souza M, Mohr DC, Penner IK, et al. ***MS Quality Of Life, Depression, And Fatigue Improve After Mindfulness Training A Randomized Trial.*** Neurology 2010; 75(13): 1141-9.

47- Thomas S, Thomas PW, Kersten P, Jones R, Green C, Nock A, et al. ***A Pragmatic Parallel Arm Multi-Centre Randomised Controlled Trial To Assess The Effectiveness And Cost-Effectiveness Of A Group-Based Fatigue Management Programme (FACETS) For People With Multiple Sclerosis.*** J Neurol Neurosurg Psychiatry 2013; 84(10): 1092-9.

48- Bahramkhani M, Mohammadkhani P, Janbozorgi M, Keshavarz Z, Darvishi N, Azizi A. ***Multimodal Psychotherapy In Patients With Multiple Sclerosis (Ms).*** PCP 2013; 1(3): 169-75.

49- Khayatan T, Azkhosh M, Bahmani B, Azimian M, Dolatshahi B. ***Group Positive Psychotherapy And Depression of Females Affected By Multiple Sclerosis.*** IR J 2014; 12(4): 49-53.

50- Calandri E, Graziano F, Borghi M, Bonino S. ***Improving The Quality Of Life And Psychological Well-Being Of Recently Diagnosed Multiple Sclerosis Patients: Preliminary Evaluation Of A Group-Based***

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.18502/ssu.v27i4.1354]

Cognitive Behavioral Intervention. Disabil Rehabil 2017; 39(15): 1474-81.

51- Borji M, Taghinejad H, Salimi AH. ***The Effect of Motivational Interviewing on Fatigue in Patients with Multiple Sclerosis.*** Archives of Neuroscience 2018; 5(3).

52- Zendehtalab H, Norouzi H. ***Effects of Educational Interventions on Self-Esteem of Multiple Sclerosis Patients***. Horizon Med Sci 2014; 20 (2): 121-6. [Persian]

53- Dickson VV, Melkus GD, Dorsen C, Katz S, Riegel B. ***Improving Heart Failure Self-Care Through A Community-Based Skill-Building Intervention: A Study Protocol.*** J Cardiovasc Nurs 2015; 30(4Suppl 1): S14-24.

54- Koopman W, Schweitzer A. ***The Journey to Multiple Sclerosis: A Qualitative Study***. J Neurosci Nurs 1999; 31 (1): 17-26.

55- Acton GJ, Malathum P. ***Basic Need Status and Health-Promoting Self-Care Behavior in Adults***. West J Nurs Res 2000; 22 (7): 796-811.

56- Bishop M, Frain M. ***Development and Initial Analysis of Multiple Sclerosis Self-Management Scale.*** Inter J MS Care 2007; 9 (2): 35-42.

57- Bishop M, Frain MP. ***The Multiple Sclerosis Self-Management Scale: Revision and psychometric analysis.*** Rehabil Psychol 2011; 56(2): 150-9.

58- Riegel B, Dickson VV. ***A Situation-Specific Theory Of Heart Failure Self-Care.*** J Cardiovasc Nurs 2008; 23 (3): 190-6.

59- Kesselring J, Beer S. ***Symptomatic Therapy And Neurorehabilitation In Multiple Sclerosis.*** Lancet Neurol 2005; 4(10): 643-52.

60- Sutliff MH, Bennett SE, Bobryk P, Halper J, Saslow LA, Skutnik LT, et al. ***Rehabilitation In Multiple Sclerosis Commentary On The Recent AAN Systematic Review.*** Neurol Clin Pract 2016; 6(6): 475-9.

61- Osborne TL, Jensen MP, Ehde DM, Hanley MA, Kraft G. ***Psychosocial Factors Associated With Pain Intensity, Pain-Related Interference, And Psychological Functioning In Persons With Multiple Sclerosis And Pain.*** Pain 2007; 127(1-2): 52-62.

62- Briones-Buixassa L, Milà R, Mª Aragonès J, Bufill E, Olaya B, Arrufat FX. ***Stress and Multiple Sclerosis: A Systematic Review Considering Potential Moderating and Mediating Factors and Methods of Assessing Stress.*** Health Psychol Open 2015; 2(2): 2055102915612271

63- Pagnini F, Bosma CM, Phillips D, Langer E. ***Symptom Changes In Multiple Sclerosis Following Psychological Interventions: A Systematic Review.*** BMC Neurol 2014; 14: 222.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.18502/ssu.v27i4.1354]

Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences
Vol 27| NO 4 | July 2019

Received: 22 Nov 2018
Accepted: 4 May 2019

Empowerment-based interventions in people with multiple sclerosis: a review study

Sajjad Saadat[1], Mehrdad Kalantari[†2], Mohammad Bagher Kajbaf[3], Mozaffar Hosseininezhad[4]

Original Article

Introdution: Multiple sclerosis is a chronic disease in the nervous system; It has many problems due to its chronic and promising nature. The treatment of this disease includes medical care and empowerment interventions for symptom management. The purpose of this study was to review the empowerment interventions in these patients.

Methods: This study was conducted in a Systematic Reviewperiod from January 2000 to June 2018. On indexing sites "Magiran, PubMed, Google Scholar and Science Direct" searched the key words of Multiple Sclerosis, Chronic Disease, Quality of Life, Self-care, Self-management, Rehabilitation, Empowerment, Psychotherapy, Psychological interventions, Clinical Trials, and Randomized Clinical Trial. Out of 1855 articles found, 33 articles were selected for review.

Results: The results of this study showed that empowerment interventions in people with MS can be divided into four categories of self-care, self-management, rehabilitation and psychotherapy interventions. Lack of attention to empowerment interventions in people with MS, especially in the Iran, low attention to male patients in implementing interventions, failure to consider the theoretical framework in the formulation of interventions, lack of follow-up test and non-use of virtual intervention methods (Such as using DVDs, consulting and telephone training, etc.) in Iranian studies, is one of the most respected points in previous studies.

Conclusion: Empowerment studies have provided significant results in reducing symptoms and improving the quality of life of patients, which can help improve these interventions by considering some of the points.

Keywords: Multiple Sclerosis, Self-care, Self-management, Rehabilitation, Psychotherapy.

Citation: Saadat S, Kalantari M, Bagher Kajbaf M, Hosseinine zhad M. **Empowerment-based interventions in people with multiple sclerosis: a review study.** J Shahid Sadoughi Uni Med Sci 2019; 27(4): 1436-52

[1]Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran.
[2]Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran.
[3]Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran.
[4]Department of Neurology, Clinical Research Development Unit Poursina, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran.
***Corresponding author: Tel:** 0913-1151529, **email:** mehrdadk@edu.ui.ac.ir

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.18502/ssu.v27i4.1354]