اثربخشی روان‌درمانی مثبت نگر بر تاب‌آوری، امید به زندگی و کاهش هیجانات منفی (افسردگی، اضطراب و استرس) زنان مبتلابه اسکلروز چندگانه: یک پیگیری دوماهه

فائزه پور امیرارسلانی[۱]، آنیا نهانی[۲]، پرستو خوش‌خبری[۳]، فرناز پور امیرارسلانی[۴]

۱. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد بوئین‌زهرا، بوئین‌زهرا، ایران (نویسنده مسئول).
۲. کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ملارد، ملارد، ایران.
۳. کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ملارد، ملارد، ایران.
۴. کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ملارد، ملارد، ایران.

مجله پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری، دوره ششم، شماره پنجاه و پنجم، سال ۱۴۰۰، صفحات ۲۸۱-۲۶۴

تاریخ وصول: ۱۳۹۹/۰۹/۰۹ **تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۱۰/۱۶**

چکیده

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی روان‌درمانی مثبت نگر بر تاب‌آوری، امید به زندگی و کاهش هیجانات منفی (افسردگی، اضطراب و استرس) زنان مبتلابه اسکلروز چندگانه: یک پیگیری دوماهه بود. در این پژوهش جامعه آماری کلیه زنان مبتلابه اسکلروز چندگانه مراجعه‌کننده انجمن اسکلروز چندگانه شهر تهران در سال ۱۳۹۸ بودند که با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده تعداد ۳۰ نفر انتخاب و در یک گروه آزمایش (۱۵ نفر) و یک گروه کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. گروه آزمایش تحت روان‌درمانی مثبت نگر (۱۴ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای) قرار گرفت؛ اما گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکردند و در لیست انتظار باقی ماندند. از مقیاس تاب‌آوری (RISC) کانر و دیویدسون (۲۰۰۳)، مقیاس امید به زندگی (ADHS) اشنایدر و همکاران (۱۹۹۱) و مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS) لویباند و لویباند (۱۹۹۶) به‌منظور گردآوری اطلاعات استفاده شد. تجزیه‌وتحلیل اطلاعات به‌دست‌آمده از اجرای پرسشنامه‌ها از طریق نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ در دو بخش توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و استنباطی (تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر) انجام پذیرفت. نتایج بیانگر این بود که روان‌درمانی مثبت نگر، تاب‌آوری، امید به زندگی و هیجانات منفی (افسردگی، اضطراب و استرس) زنان مبتلابه اسکلروز چندگانه به‌طور معناداری بهبود بخشیده است و نتایج در دوره پیگیری نیز از ثبات لازم برخوردار بوده است ($P<۰/۰۵$). بر اساس نتایج پژوهش حاضر، می‌توان گفت که روان‌درمانی مثبت نگر می‌تواند به‌عنوان یک گزینه مداخله‌ای در افزایش تاب‌آوری، افزایش امید به زندگی و کاهش هیجانات منفی (افسردگی، اضطراب و استرس) زنان مبتلابه اسکلروز چندگانه مورداستفاده قرار گیرد.

کلیدواژه: مثبت نگر، تاب‌آوری، امید به زندگی، هیجانات منفی، اسکلروز چندگانه.

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-02-16]

مقدمه

اسکلروزیس چندگانه[1](اماس) یکی از بیماری‌های شایع بوده (فامبیاتوس[2] و همکاران، ۲۰۲۰) که به علت تحلیل غلاف میلین سلول‌های عصبی موجود در دستگاه عصبی مرکزی رخ می‌دهد (هائوسر[3] و همکاران، ۲۰۲۰). اسکلروزیس چندگانه یک بیماری التهابی است (بسته[4] و همکاران، ۲۰۲۰) که عوارض جسمانی (کارلینو[5] و همکاران، ۲۰۲۰) و روانشناختی (والیس، بول، کوهلر و ونهائوگتن[6]، ۲۰۲۰) متعددی را به همراه دارد که مزمن بودن ماهیت آن (ناپولی[7] و همکاران، ۲۰۲۰)، نداشتن پیش‌آگهی و درمان قطعی (کوهن[8] و همکاران، ۲۰۲۰) و درگیر ساختن فرد در سنین جوانی باعث ایجاد مشکلات روان‌شناختی متعددی در بیماران مبتلابه اسکلروزیس چندگانه می‌گردد که یکی از این مشکلات در این افراد ضعف در تاب‌آوری[9] است (گرومیسچ[10] و همکاران، ۲۰۱۸). تاب‌آوری به‌عنوان یک ویژگی شخصیتی به‌عنوان توانایی سازش یافتگی موفقیت‌آمیز با شرایط تنیدگی زا و تهدیدزا توصیف‌شده است. به‌عبارتی‌دیگر، بر اساس نظریه کانر و دیویدسون، تاب‌آوری به‌عنوان قدرت و توانایی فرد برای رویارویی و مواجهه با مشقّت‌ها[11] و سختی‌ها تعریف‌شده است (کاچون-زاگالاز[12] و همکاران، ۲۰۲۰).

بر اساس پیشینه پژوهش بیماران مبتلابه اسکلروزیس چندگانه به دلیل علائم بیماری و شدت آن تاب‌آوری خود را در برابر علائم این بیماری از دست می‌دهند (نتو، گرومیسچ، سلوان، تری و فولی[13]، ۲۰۲۰). این ضعف در تاب‌آوری می‌تواند امید به زندگی این بیماران را پایین آورد؛ به طوری که بر اساس نتایج یک پژوهش ضعف در تاب‌آوری می‌تواند امید به زندگی این افراد را کاهش دهد (دوگال، ساکس-زیمرمن و لیبرتا[14]، ۲۰۱۶). امید به زندگی به‌عنوان یک میل شدید توصیف‌شده است که به‌طور فعال توسط فرد پیگیری می‌شود، به طوری که بر اساس نظریه امید به زندگی اشنایدر[15]، امید به‌عنوان یک الگوی فکری عمدتاً شناختی و هدفمند تعریف‌شده است که در آن افراد برای رسیدن به اهداف خود مسیرهای مختلفی را طی می‌کنند و برای پیروی از این مسیرها با انگیزه باقی می‌مانند و در صورت لزوم فعالانه به دنبال مسیرهای جایگزین برای این اهداف می‌گردند (اشنایدر، ۲۰۰۲؛ به نقل از پلگینگ، بورگر و وان اکسل[16]، ۲۰۲۰).

---

1. multiple sclerosis
2. Fambiatos
3. Hauser
4. Bsteh
5. Carlino
6. Wallis, Bol, Köhler & van Heugten
7. Napoli
8. Cohen
9. resiliency
10. Gromisch
11. adversity
12. Cachón Zagalaz
13. Neto, Gromisch, Sloan, Tyry & Foley
14. Duggal, Sacks-Zimmerman & Liberta
15. Snyder
16. Pleeging, Burger & Van Exel

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-02-16]

بر اساس نتایج یک پژوهش افراد مبتلابه اسکلروزیس چندگانه به واسطه بیماری‌شان از میزان هیجانات (افسردگی[1]، اضطراب[2] و استرس[3]) بیشتری نسبت به دیگران برخوردار هستند (قیلن[4] و همکاران، ۲۰۱۹). بر اساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی-ویراست پنجم (DSM-5) افسردگی اساسی به عنوان خلق افسرده، فقدان علاقه یا لذت، اختلال در عملکرد اجتماعی، شغلی یا دیگر عملکردها، ناشی نبودن آن از تأثیرات فیزیولوژیکی مواد یا بیماری جسمی و توجیه نشدن آن با اختلالات روان‌پریشی دیگر بهتر تعریف و توصیف‌شده است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). بر اساس پیشینه پژوهش بیماران مبتلابه اسکلروزیس چندگانه به خاطر پیگیری درمان و وجود درمان‌شان از میزان افسردگی قابل‌توجهی نسبت به افراد سالم برخوردار هستند (اندرس[5] و همکاران، ۲۰۲۰). افزون بر این افسردگی در این بیماران می‌تواند همراه با اضطراب در آنان باشد (لئاویت[6] و همکاران، ۲۰۲۰). اضطراب، احساس ناخوشایند بدون علت مشخص است که اغلب با نشانه‌هایی از سیستم عصبی خودکار همراه بوده و علامت هشداردهنده‌ای است و نشانه‌هایی مشابه ترس در انسان ایجاد می‌کند با این تفاوت که ترس، واکنش انسان به تهدید شناخته‌شده مشخص و خارجی است. به‌عبارتی‌دیگر اضطراب یکی از هیجانات اساسی انسان است که در واکنش به بخشی از هیجانات و حالات فیزیولوژیکی انسان به وجود می‌آید و مسئول آگاه کردن ارگانسیم برای وجود یک خطر قریب‌الوقوع است (دورادو[7] و همکاران، ۲۰۲۰). همچنین بیماران مبتلابه اسکلروزیس چندگانه استرس فراوانی را نیز به خاطر بیماری شان تجربه می‌کنند (تیلور، دروستین و پریور[8]، ۲۰۲۰). استرس شرایطی است که در نتیجه تعامل میان فرد و محیط به وجود می‌آید و موجب ایجاد ناهماهنگی میان ملزومات یک موقعیت و منابع زیستی، روانی و اجتماعی فرد می‌شود. استرس ادراک‌شده به‌عنوان پاسخ عمومی و غیراختصاصی بدن در جهت حفظ تعادل به هر عاملی که موجب تهدید توانایی‌های جبرانی بدن گردد. استرس ادراک‌شده یک پاسخ فیزیولوژیک به فشارزاهای زیستی مانند تروما و فشارزاهای روانی مانند نگرانی، ترس و تنش‌های اجتماعی تعریف‌شده است (هرینله[9]، ۲۰۰۰؛ به نقل از قاصدی قزوینی و کیانی، ۱۳۹۷). به خاطر وجود این مشکلات ارائه مداخلات روان‌درمانی برای این افراد اهمیت دارد. یکی از این مداخلات روان‌درمانی مثبت نگر[10] است که در پیشینه پژوهش نشان داده‌شده است که روان‌درمانی مثبت‌نگر به‌صورت معناداری نشانه‌های اختلالات روانی را در این بیماران را کاهش می‌دهد (جاویدان و اصلانی، ۱۳۹۷).

روان‌درمانی مثبت نگر بر این فرض استوار است که اختلالات خلقی (افسردگی) و اضطرابی می‌توانند به طور مؤثر نه فقط با کاهش علائم منفی، بلکه به طور مستقیم با ایجاد هیجان مثبت، تقویت توانمندی‌های فرد و ایجاد معنی درمان شوند. این منابع مثبت احتمالاً

1. depression
2. anxiety
3. stress
4. Ghielen
5. Endres
6. Leavitt
7. Dourado
8. Taylor, Dorstyn & Prior
9. Hirnleh
10. positive psychotherapy

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-02-16]

با علائم منفی مقابله کرده و سدی در برابر تشدید و بازگشت اختلال یا مشکل می‌شود (سلیگمن[1]، ۲۰۰۲؛ به نقل از کیامرثی، نریمانی، صبحی قراملکی و میکائیلی، ۱۳۹۷). با توجه به آنچه گفته شد و بر اساس ادبیات موجود تاکنون پژوهشی که از مهارت مثبت اندیشی برای کاهش علائم روانشناختی و بهبود هیجانات منفی بیماران اسکلروز چندگانه استفاده کرده باشد انجام‌نشده است، لذا پژوهش حاضر به‌منظور بررسی تأثیر این روش بر تاب‌آوری، امید به زندگی و کاهش هیجانات منفی زنان مبتلابه اسکلروز چندگانه پرداخته است. از طرفی با توجه آمارهای به‌دست‌آمده، زنان بیشتر از مردان به بیماری اسکلروز چندگانه مبتلا می‌شوند، لذا در این پژوهش به طور ویژه بر روی زنان مبتلابه اسکروز چندگانه انجام‌گرفته است. لذا در این پژوهش به دنبال بررسی این سوال است که آیا آموزش روان‌درمانی مثبت نگر می‌تواند باعث افزایش تاب‌آوری، افزایش امید به زندگی و کاهش هیجانات منفی زنان مبتلابه اسکلروز چندگانه گردد؟

مواد و روش‌ها

این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی و با طرح پیش‌آزمون – پس‌آزمون با گروه همراه با پیگیری دوماهه بود. جامعه آماری شامل زنان مبتلابه اسکلروز چندگانه در انجمن اسکلروز چندگانه شهر تهران در سال ۱۳۹۸ بودند. ۳۰ بیمار با دامنه سنی۲۰ تا ۵۰ سال بر اساس معیارهای ورودی پژوهش و به طور در دسترس، برای شرکت در این پژوهش انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی ساده به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. گروه آزمایش به مدت ۱۴ جلسه و هر جلسه ۹۰ دقیقه، مثبت‌نگری را آموزش دیدند. گذشتن حداقل یک سال از بیماری فرد نمونه، داشتن حداقل دیپلم، نداشتن سوءمصرف مواد و اختلالات شدید روانی بر اساس گزارش خود زوجین و عدم شرکت همزمان در دوره‌های مداخلات روانشناختی دیگر از ملاک‌های ورود بودند. غیبت بیش از دو جلسه و عدم رعایت مقررات گروه از ملاک‌های خروج از پژوهش بود. این پژوهش برخی اصول اخلاقی ازجمله توضیح اهداف پژوهش برای زوجین، کسب رضایت آگاهانه از آن‌ها، اختیاری بودن پژوهش، حق خروج از مطالعه، بدون ضرر بودن مداخله درمانی، پاسخ به سوالات و در اختیار قرار دادن نتایج در صورت تمایل به افراد نمونه و ارائه جلسات مداخله به‌صورت فشرده به افراد گروه کنترل بعد از اجرای مرحله پیگیری را رعایت نمود. در این پژوهش از آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و استنباطی (تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر) و نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ استفاده شد.

ابزار پژوهش

مقیاس تاب‌آوری (RISC) کانر و دیویدسون[2](۲۰۰۳): این مقیاس ۲۵ سوال دارد و ۵ خرده مقیاس تصور از شایستگی فردی[3] با سوالات ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۶، ۱۷، ۲۳، ۲۴ و ۲۵؛ تحمل عاطفه منفی[4] با سوالات ۶، ۷، ۱۴، ۱۵، ۱۹، ۱۸ و ۲۰؛ پذیرش مثبت تغییر[5] با

[1]. Seligman
[2]. Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC)
[3]. personal competence
[4]. tolerance of negative affects
[5]. positive acceptanceof change

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-02-16]

سوالات ۱، ۲، ۴، ۵ و ۸؛ کنترل[1] با سوالات ۱۳، ۲۱ و ۲۲؛ تأثیرات معنوی[2] با سوالات ۳ و ۸ را اندازه‌گیری می‌کند (خدابخشی کولایی، متین، فلسفی‌نژاد و ثناگو، ۱۳۹۸). نمره‌گذاری مقیاس به‌صورت پنج‌درجه‌ای لیکرت می‌باشد به این صورت که برای کاملاً مخالفم نمره ۰، مخالفم نمره ۱، نظری ندارم نمره ۲، موافقم نمره ۳، کاملاً موافقم نمره ۴ در نظر گرفته‌شده است (مرادی و قدرتی میرکوهی، ۱۳۹۹). حداقل نمره صفر و حداکثر نمره ۱۰۰ می‌باشد. نقطه برش این مقیاس نمره ۵۰ می‌باشد. به طوری که نمره بالاتر از ۵۰ نشانگر افراد دارای تاب‌آوری خواهد بود (روحانی و اشراقی، ۱۳۹۸). در داخل ایران بر روی کارکنان دانشگاه‌های شهید بهشتی، علامه طباطبایی و دانشگاه یزد مقدار آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۹ به دست آمده است (پورحسین، خرسندی یامچی و فیروز کوهی برنج آبادی، ۱۳۹۷). ضریب همبستگی بین مقیاس با سیاهه تجدبد نظر شده پنج عامل شخصیت[3] (NEO-PI-R) کاستا و مک کری[4](۲۰۰۸) ضرایب در دامنه بین ۰/۱۸ تا ۰/۲۸ و معنی‌دار در سطح ۰/۰۱ به دست آمده است که نشان‌دهنده روایی همگرایی مقیاس است (جنادله، بساک نژاد، یونسی و سعادتمند، ۱۳۹۷). در یک پژوهش برای بررسی اعتبار پرسشنامه از آلفای کرونباخ استفاده‌شده است که ضریب ۰/۷۱ به دست آمده است (حسینی نیا و حاتمی، ۱۳۹۸). همچنین در یک پژوهش آلفای کرونباخ ۰/۸۲ گزارش‌شده است (صابری فرد و حاجی اربابی، ۱۳۹۸). در خارج کشور سازنده پرسشنامه آلفای کرونباخ ۰/۸۷(کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳) و در دیگر پژوهش‌ها آلفای کرونباخ ۰/۹۰(سالمینن، پرتولا و پورو[5]، ۲۰۲۰)، آلفای کرونباخ ۰/۹۳ (سانچز-زابالوس و موستریو-دایاز[6]، ۲۰۲۰) و در یک مطالعه دیگر ضریب ۰/۹۴ به دست آمده است (لی، یو و کیم[7]، ۲۰۲۰). در پژوهش حاضر ضریب پایایی آلفای کرونباخ ۰/۸۱ به دست آمد.

مقیاس امید به زندگی[8](ADHS) اشنایدر و همکاران (۱۹۹۱): این مقیاس ۱۲ سوالی برای بزرگسالان بیش از ۱۵ سال ساخته‌شده است و شامل دو خرده مقیاس تفکر عاملی[9] با سوالات ۲، ۹، ۱۰ و ۱۲؛ تفکر راهبردی[10] با سوالات ۱، ۴، ۶ و ۸ را اندازه‌گیری می‌کند (چانگ[11] و همکاران، ۲۰۱۸). همچنین سوالات ۳، ۵، ۷، ۱۱ به‌عنوان سوالات انحرافی در نظر گرفته‌شده‌اند. به هر یک از سوالات در مقیاس ۷ گزینه‌ای لیکرت صورت می‌گیرد به این صورت که به کاملاً مخالفم ۱ نمره، بسیار مخالفم ۲ نمره، مخالفم ۳ نمره، کمی مخالفم ۴ نمره، کمی موافقم ۵ نمره، موافقم ۶ نمره و بسیار موافقم ۷ نمره پاسخ داده می‌شود (صمدی‌فرد و نریمانی، ۱۳۹۷)؛ بنابراین دامنه نمرات بین ۱۲ تا ۴۸ خواهد بود؛ و نمره ۲۲ در این مقیاس به‌عنوان نقطه برش پیشنهادشده است. برای بررسی همسانی درونی مقیاس از آلفای کرونباخ استفاده‌شده است که ضریب ۰/۷۴ تا ۰/۸۴ به دست آمده است و جهت اعتبار همبستگی

1. control
2. spirituality
3. The Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R)
4. McCrae & Costa
5. Salminen, Perttula & Puro
6. Sánchez-Zaballos & Mosteiro-Díaz
7. Lee, Yu & Kim
8. Adult Dispositional Hope Scale (ADHS)
9. agency
10. pathways
11. Chang

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-02-16]

نمرات آن با نمرات مقیاس‌های خوش‌بینی، انتظار دستیابی به هدف و عزت‌نفس محاسبه و ضرایب بین ۰/۵۰ تا ۰/۶۰ به دست آمده است که نشان‌دهنده اعتبار همگرایی مقیاس است (اورکی، بیات، نجفی و نورمحمدی، ۱۳۹۷). در یک پژوهش دیگر بر روی بیماران مبتلابه مولتیپل اسکلروزیس عضو انجمن تصلب بافت چندگانه شهر همدان همسانی درونی مقیاس با آلفای کرونباخ، ضریب اعتماد مقیاس ۰/۷۳ به دست آمده است (نصرتی، مومنی، مزده و کرمی، ۱۳۹۷). در یک پژوهش دیگر در ایران اعتماد مقیاس با آلفای کرونباخ ضریب ۰/۸۰ به دست آمده است (صمدی‌فرد و نریمانی، ۱۳۹۷). در خارج از کشور برای بررسی اعتبار مقیاس از اعتبار همگرایی استفاده‌شده است که همبستگی امید به زندگی با مقیاس جهت‌گیری زندگی[1] شی یرو و کارور[2](۱۹۸۵)۰/۵۰، با خودکارآمدی جروسلم و شوارزر[3] (۱۹۹۲) ۰/۶۸ و رضایت از زندگی داینر، امونز، لارسون و گریفین[4](۱۹۸۵) ۰/۵۶ و معنی‌دار در سطح ۰/۰۱ به دست آمده است که نشان دهنده اعتبار همگرایی مقیاس است (گالیان، هروتی، باراک و گوتکین[5]، ۲۰۱۸). برای بررسی اعتبار مقیاس از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضرایب برای تفکر عاملی ۰/۶۳، تفکر راهبردی ۰/۸۰ و کل سوالات ۰/۸۴ گزارش‌شده است (پنانت[6] و همکاران، ۲۰۲۰). در پژوهش حاضر ضریب پایایی آلفای کرونباخ ۰/۹۰ به دست آمد.

مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS)[7] لویباند[8] و لویباند (۱۹۹۶): این مقیاس شامل ۲۱ سوال و سه خرده مقیاس افسردگی با سوالات ۳، ۵، ۱۰، ۱۳، ۱۶، ۱۷ و ۲۱؛ اضطراب با سوالات ۲، ۴، ۷، ۹، ۱۵، ۱۹؛ استرس یا تنیدگی با سوالات ۱، ۶، ۸، ۱۱، ۱۲، ۱۴ و ۱۸ را اندازه‌گیری می‌کند (آتیا و سالام[9]، ۲۰۲۰). سوالات این مقیاس به صورت ۴ گزینه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شود به این صورت که اصلاً ۰ نمره، کم، ۱ نمره، زیاد ۲ نمره و خیلی زیاد ۳ نمره تعلق می‌گیرد (زانون[10] و همکاران، ۲۰۲۰). در داخل کشور برای بررسی همسانی درونی مقیاس از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضرایب افسردگی ۰/۹۴، اضطراب ۰/۹۲، استرس ۰/۸۹ محاسبه‌شده است (زارعی‌پور، زارعی‌پور، علی‌نژاد، محرمی و عبدالکریمی، ۱۳۹۸). در یک پژوهش روایی مقیاس با پرسشنامه ذهن آگاهی پنج عاملی[11] بائر، اسمیت، هاپکینز، کریتمه یر، تونی[12](۲۰۰۶) بررسی و ضرایب همبستگی نمره کل ذهن‌آگاهی با اضطراب ۰/۳۳-، افسردگی ۰/۳۶- و استرس ۰/۳۵- گزارش شده است که نشان دهنده روایی همگرایی مقیاس است (اخوان عبیری، شعیری و فشارکی، ۱۳۹۸). در خارج از کشور برای بررسی همسانی درونی مقیاس از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضرایب افسردگی ۰/۹۱، اضطراب ۰/۸۸، استرس ۰/۸۷ و کل مقیاس ۰/۹۴ به دست آمده است (تورتون، کاردی، تراسوری و هیرسچ[13]،

1. life orientation test–revised (LOT-R)
2. Scheier & Corver
3. Jerusalem & Schwarzer
4. Diener, Emmons, Larsen & Griffin
5. Galin, Heruti, Barak & Gotkine
6. Pennant
7. Depression Anxiety Stress Scale (DASS)
8. Lovibond
9. Atia & Sallam
10. Zanon
11. Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ)
12. Smith, Hopkins, Krietemeyer & Toney
13. Turton, Cardi, Treasure & Hirsch

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-02-16]

۲۰۱۸). همچنین در یک پژوهش دیگر آلفای کرونباخ مقیاس در دامنه ۰/۸۴ تا ۰/۹۲ گزارش شده است (هالیون، استینمن، تولین و دیفنباچ[1]، ۲۰۱۸). در پژوهش حاضر ضریب پایایی آلفای کرونباخ ۰/۸۲ به دست آمد.

جلسات روان‌درمانی مثبت نگر

در این پژوهش مثبت‌نگری تعداد ۱۴ جلسه روان‌درمانی مثبت نگر بر اساس آموزه‌های روانشناسی مثبت نگر سلیگمن، راشید و پارکز[2] (۲۰۰۶) است که گروه آزمایش آموزش می‌بینند که شامل سه مولفه لذت، تعهد و معنا می‌باشد. روایی این جلسات در پژوهش سهرابی اسمرود و جعفری روشن (۱۳۹۵) تائید شده است. همچنین روایی این پروتکل آموزشی بر اساس پژوهش بهراد، مکوند حسینی، نجفی، رضایی و رحیمیان بوگر (۱۳۹۷) و ذاکری و یوسفی (۱۳۹۹) مورد تائید قرارگرفته است.

جدول ۱. جلسات روان‌درمانی مثبت نگر اقتباس از سلیگمن، راشید و پارکز (۲۰۰۶)

ردیف	محتوی جلسه	توصیف
۱	جهت‌گیری	**فقدان منابع مثبت افسردگی را تداوم می‌بخشد:** نقش غیبت یا فقدان هیجانات مثبت، توانمندی‌های منش و معنا در تداوم افسردگی و تهی بودن زندگی؛ چارچوب مهارت‌های مثبت اندیشی، نقش آموزشگر و مسئولیت‌های افراد آزمودنی بحث خواهد شد. **تکلیف منزل:** افراد آزمودنی یک صفحه (حدود ۳۰۰ کلمه) مقدمه مثبت درباره داستانی عینی از توانمندی‌های منش خودشان باید می‌نویسند.
۲	تعهد	**توانمندی خاص را تعیین کنید:** افراد آزمودنی توانمندی‌های خاص خودشان را از مقدمه مثبت تعیین و موقعیت‌هایی که این توانمندی‌های خاص درگذشته به آن‌ها کمک کرده است را بحث می‌کنند و همچنین سه مسیر منتهی به شادکامی (لذت، تعهد و معنا) بحث می‌شود. **تکلیف منزل:** آزمودنی‌ها توانمندی‌های خاص خود را تعیین می‌کنند.
۳	تعهد / لذت	**پرورش توانمندی‌های خاص و هیجانات مثبت:** از رشد توانمندی‌های خاص بحث شود. افراد آزمودنی برای شکل دادن رفتارهای خاص به‌منظور پرورش توانمندی‌های خاص آماده می‌شوند و نقش هیجان مثبت در بهزیستی بحث می‌شود. **تکلیف منزل (پیش‌رونده):** افراد آزمودنی شروع به روزنگار موهبت‌ها می‌کنند، به این شکل که آنان باید سه چیز خوب (بزرگ یا کوچک) را که در خلال روز رخ‌داده است را ثبت می‌کنند.
۴	لذت	**خاطرات خوب در برابر خاطرات بد:** نقش خاطرات خوب و بد برحسب نقش آن‌ها در حفظ علائم افسردگی بحث می‌شود و افراد آزمودنی تشویق به بیان احساسات توأم با خشم و تلخی شدند. اثرات ماندن در حالت خشم و تلخی بر افسردگی و بهزیستی بیان می‌شود. **تکلیف منزل:** افراد آزمودنی درباره سه خاطره بد، خشم مرتبط به آن‌ها و فشار ناشی از آن در حفظ افسردگی می‌نوشتند.
۵	لذت / تعهد	**بخشش:** بخشش به عنوان وسیله قدرتمندی که می‌تواند خشم و تلخی را به احساسات خنثی و حتی برای برخی افراد به هیجانات مثبت تبدیل کند، معرفی می‌شود. **تکلیف منزل:** افراد آزمودنی باید یک نامه بخشش را که جریان یک خطا (گناه) مربوط به هیجانات را توصیف می‌کند، نوشته و التزام به بخشیدن فرد خطا کار (اگر لازم باشد) باشند اما می‌توان آن نامه را تحویل نداد.
۶	لذت / تعهد	**قدردانی:** قدردانی به عنوان تشکر با دوام مورد بحث قرار می‌گیرد و خاطرات خوب و بد مجدداً با تأکید بر قدردانی برجسته می‌شوند.

[1]. Hallion, Steinman, Tolin & Diefenbach
[2]. Seligman, Rashid, & Parks

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-02-16]

		تکلیف منزل: آنان باید نامه‌ای را درباره قدردانی از شخصی که هرگز به‌گونه‌ای مناسب از او قدردانی نکرده‌اند نوشته و ارائه دهند.
۷	لذت / تعهد	**بررسی میان‌دوره‌ی درمان:** تکالیف منزل بخشش و قدردانی هردو پیگیری می‌شوند. این کار معمولاً بیش از یک جلسه لازم دارد، اهمیت هیجانات مثبت بحث می‌شود. افراد آزمودنی تشویق به مشارکت در بحث درباره روزنگار موهبت‌ها می‌شوند. اهداف مرتبط به توانمندی‌های خاص مرور می‌شود، فرایند و پیشرفت به طور جزئی بحث و بازخورد افراد آزمودنی درباره منافع درمانی فراخوانده و بحث می‌شود. **تکلیف منزل:** افراد آزمودنی راه‌های افزایش قناعت را نوشته و برنامه‌ای عملیاتی برای قانع بودن می‌نویسند.
۸	معنا / تعهد	**قناعت در برابر بیشینه‌سازی:** قناعت (به‌اندازه کافی خوب) در برابر بیشینه‌سازی در بافت کار پرزحمت لذت‌بخش مورد بحث قرار می‌گیرد. قناعت به‌واسطه تعهد در برابر بیشینه‌سازی تشویق می‌شود. **تکلیف منزل:** افراد آزمودنی راهه‌ای افزایش قناعت را نوشته و برنامه‌ای عملیاتی برای قانع بودن می‌نویسند.
۹	تعهد / معنا	**خوش‌بینی و امید:** افراد آزمودنی به فکر کردن درباره زمانی که در یک کار مهم شکست می‌خورند، زمانی که یک برنامه بزرگ تخریب می‌شود و زمانی که توسط یک شخص پذیرفته نمی‌شوند، هدایت می‌شوند و سپس از افراد آزمودنی خواسته می‌شود که توجه کنند که وقتی یک دربسته می‌شود چه درهای دیگری باز می‌شود. **تکلیف منزل:** افراد آزمودنی باید سه‌دری که بسته‌شده و سه‌دری که پس‌ازآن بازشده را تعیین می‌کنند.
۱۰	تعهد / معنا	**عشق و دل‌بستگی:** پاسخ‌دهی فعال–سازنده بحث می‌شود. افراد آزمودنی دعوت می‌شوند به شناسایی توانمندی‌های خاص سایر افراد بامعنا برای آنان. **تکلیف منزل ۱(در حال پیشرفت)** : بازخورد فعال- سازنده: افراد آزمودنی آماده می‌شوند برای پاسخ‌دهی فعال و سازنده به رویدادهای مثبت که توسط دیگران گزارش می‌شوند. **تکلیف منزل ۲:** افراد آزمودنی قراری را برای تجلیل از توانمندی‌های خاص خودشان و فرد موردعلاقه ترتیب می‌دهند.
۱۱	معنا	**شجره‌نامه‌ی توانمندی‌ها:** اهمیت شناسایی توانمندی‌های اعضا خانواده بحث می‌شود. **تکلیف منزل:** از افراد آزمودنی خواسته می‌شود که اعضای خانواده یک درخت ترسیم نمایند که شامل توانمندی‌های اعضای خانواده و کودکان باشد. خانواده جمع شده و درباره توانمندی‌های هریک از اعضا بحث می‌شود.
۱۲	لذت	**لذت همراه با تانی:** لذت همراه با تانی به عنوان آگاهی از لذت و ایجاد عمدی آن درگذشته معرفی می‌شود. کار پر زحمت لذت‌بخش به عنوان تهدید لذت همراه با تانی و نحوه حفاظت در برابر آن تصریح می‌شود. **تکلیف منزل:** افراد آزمودنی فعالیت‌های لذت‌بخش را طراحی و اجرا می‌کنند. فنون لذت همراه با تانی فراهم می‌شود.
۱۳	معنا	**موهبت زمان:** صرف‌نظر از اوضاع مالی، افراد آزمودنی قدرت اعطای یکی از بزرگ‌ترین موهبت‌ها را از میان همه موهبت‌ها به دیگران دارند یعنی موهبت زمان. راه‌های استفاده از توانمندی‌های خاص برای پیشنهاد موهبت زمان در خدمت به شخص دیگری خیلی بیشتر از خود، بحث می‌شود.. **تکلیف منزل:** افراد آزمودنی موهبت زمان را از طریق انجام کاری که مستلزم لحظات زیبای زمان است هدیه کرده و فراخوانی توانمندی‌های خاص را خلق می‌کنند، از قبیل مربی‌گری کودک و انجام خدمات اجتماعی.
۱۴	انسجام	**زندگی کامل:** مفهوم زندگی کامل که لذت، تعهد و معنا را منسجم می‌سازد، بحث می‌شود. پیشرفت مرور شده و منافع و ماندگاری توانمندی‌ها بحث می‌شود. در پایان جلسات ضمن مرور جلسات قبلی و جمع‌بندی جلسات قبلی به اجرای پس‌آزمون در شرایط یکسان برای افراد آزمودنی پرداخته می‌شود.

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-02-16]

یافته‌ها

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار تاب‌آوری، امید به زندگی و هیجانات منفی به تفکیک گروه و مرحله

متغیر وابسته	سنجش	میانگین ± انحراف معیار		متغیر وابسته	سنجش	میانگین ± انحراف معیار	
		آزمایش	کنترل			آزمایش	کنترل
شایستگی فردی	پیش‌آزمون	۲/۰۵۲±۲۰/۰۷	۲/۷۱۲±۱۹/۷۳	تفکر عاملی	پیش‌آزمون	۰/۹۴۱±۶/۸۰	۰/۸۸۴±۶/۹۳
	پس‌آزمون	۲/۱۴۵±۲۲/۸۰	۲/۲۶۱±۲۰/۴۰		پس‌آزمون	۱/۷۴۰±۱۰/۲۰	۱/۲۹۸±۷/۴۰
	پیگیری	۲/۲۹۳±۲۲/۶۰	۲/۲۱۹±۲۰/۲۷		پیگیری	۲/۱۰۰±۹/۸۷	۱/۶۳۹±۷/۶۰
تحمل عاطفه منفی	پیش‌آزمون	۰/۷۴۳±۱۸/۱۳	۰/۹۷۶±۱۷/۶۷	تفکر راهبردی	پیش‌آزمون	۰/۹۴۱±۷/۸۰	۰/۸۸۴±۷/۹۳
	پس‌آزمون	۲/۱۶۰±۲۳/۶۷	۲/۲۶۴±۱۸/۸۷		پس‌آزمون	۱/۶۸۵±۱۱/۱۳	۱/۳۳۵±۷/۹۳
	پیگیری	۲/۲۳۰±۲۳/۴۰	۱/۸۸۲±۱۸/۶۰		پیگیری	۱/۹۰۷±۱۱/۰۷	۱/۹۷۱±۷/۸۰
پذیرش مثبت تغییر	پیش‌آزمون	۰/۹۶۱±۱۲/۹۳	۰/۹۲۶±۱۳/۰۰	افسردگی	پیش‌آزمون	۱/۶۳۱±۱۳/۲۷	۱/۹۹۵±۱۴/۸۷
	پس‌آزمون	۰/۹۹۰±۱۷/۸۷	۲/۱۹۷±۱۴/۶۰		پس‌آزمون	۱/۹۱۲±۱۰/۲۰	۱/۹۲۲±۱۴/۵۳
	پیگیری	۱/۰۱۴±۱۷/۸۰	۲/۱۶۷±۱۴/۵۳		پیگیری	۱/۵۵۲±۱۰/۴۷	۲/۳۲۶±۱۴/۴۵
کنترل	پیش‌آزمون	۰/۶۱۷±۷/۶۷	۰/۴۸۸±۸/۳۳	اضطراب	پیش‌آزمون	۲/۴۱۰±۱۴/۳۳	۲/۲۶۴±۱۴/۸۷
	پس‌آزمون	۰/۷۹۹±۱۱/۰۷	۰/۹۹۰±۸/۸۷		پس‌آزمون	۲/۰۲۸±۱۱/۴۰	۲/۴۰۴±۱۴/۰۷
	پیگیری	۱/۱۰۰±۱۰/۹۳	۱/۱۰۰±۸/۷۳		پیگیری	۰۲۴۲±۱۱/۶۷	۲/۴۳۴±۱۴/۰۷
تأثیرات معنوی	پیش‌آزمون	۱/۰۱۴±۳/۸۰	۰/۴۱۴±۳/۸۰	استرس	پیش‌آزمون	۳/۰۴۳±۱۴/۴۰	۲/۲۹۵±۱۵/۱۳
	پس‌آزمون	۱/۱۸۳±۷/۴۰	۱/۴۸۶±۴/۷۳		پس‌آزمون	۲/۲۴۲±۱۱/۲۰	۲/۴۰۴±۱۴/۰۴
	پیگیری	۱/۳۳۵±۷/۲۷	۱/۴۵۴±۴/۶۰		پیگیری	۲/۳۸۴±۱۱/۴۰	۲/۴۴۹±۱۱/۰۰

جدول ۲ میانگین و انحراف معیار هیجانات منفی، امید به زندگی و تاب‌آوری به تفکیک گروه و مرحله اندازه‌گیری را نشان می‌دهد. در ادامه برای دانستن این مطلب که این تغییرات حاصل‌شده در پس‌آزمون و پیگیری به لحاظ آماری معنادار می‌باشند یا خیر، از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده گردید. استفاده از این آزمون مستلزم رعایت چند پیش‌فرض اولیه است، این پیش‌فرض‌ها شامل نرمال بودن توزیع نمرات و همگنی واریانس‌ها می‌باشد که ابتدا به بررسی این پیش‌فرض‌ها پرداخته شد. برای بررسی نرمال بودن از آزمون شاپیرو-ویلکز استفاده شد. از آنجایی که مقادیر آزمون شاپیرو-ویلکز در هیچ‌یک از مراحل معنی‌دار نبود (P>۰/۰۵)، لذا می‌توان نتیجه گرفت که توزیع نمرات نرمال می‌باشد. جهت بررسی همگنی واریانس‌ها نیز از آزمون لوین استفاده شد. طبق نتایج، شاخص آماره آزمون لوین در سه مرحله ارزیابی به لحاظ آماری معنی‌دار نبود (P>۰/۰۵) و بدین ترتیب پیش‌فرض برابری واریانس‌ها تائید شد. داده‌های تحقیق فرض همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس (ام باکس) را زیر سؤال نبرد؛ بنابراین این پیش‌فرض نیز رعایت شده است (P>۰/۰۵). سطح معنی‌داری اثر تعامل گروه و پیش‌آزمون بزرگ‌تر از ۰/۰۵ بود و این نشان دهنده همگنی شیب‌خط رگرسیون بود. با توجه به اینکه پیش‌فرض‌های استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر رعایت شده است، می‌توان از این آزمون آماری استفاده نمود.

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-02-16]

جدول ۳. نتیجه آزمون کرویت موچلی متغیرهای پژوهش

متغیرهای پژوهش	کرویت موچلی	آماره‌ی کای دو	درجه آزادی	معنی‌داری
شایستگی فردی	۰/۲۴۱	۳۸/۴۲۲	۲	۰/۰۰۱
تحمل عاطفه منفی	۰/۳۰۲	۳۲/۳۶۹	۲	۰/۰۰۱
پذیرش مثبت تغییر	۰/۰۵۲	۸۰/۰۳۰	۲	۰/۰۰۱
کنترل	۰/۳۸۰	۲۶/۱۵۹	۲	۰/۰۰۱
تأثیرات معنوی	۰/۳۰۹	۳۱/۷۰۲	۲	۰/۰۰۱
تفکر عاملی	۰/۳۰۷	۳۱/۸۵۰	۲	۰/۰۰۱
تفکر راهبردی	۰/۴۹۵	۱۸/۹۹۲	۲	۰/۰۰۱
افسردگی	۰/۲۱۵	۴۱/۵۰۲	۲	۰/۰۰۱
اضطراب	۰/۱۹۳	۴۴/۴۰۰	۲	۰/۰۰۱
استرس	۰/۱۹۴	۴۴/۲۴۸	۲	۰/۰۰۱

بر اساس جدول ۳ آزمون کرویت موچلی مقدار سطح معناداری برای متغیرهای پژوهش برابر ۰/۰۰۱ به دست آمده است. لذا فرض کرویت رد می‌شود. در نتیجه از فرض یکسان بودن واریانس‌ها و به‌گونه‌ای دقیق‌تر شرط همگنی ماتریس کوواریانس اطمینان حاصل نشد و لذا تخطی از الگوی آماری F صورت گرفته است. در نتیجه از آزمون‌های جایگزین بنابراین از آزمون محافظه کارانه گرین هاوس-گیرز[1] برای بررسی اثرات درون آزمودنی درمان استفاده شد که نتایج در جدول ۴ آمده است.

جدول ۴. نتایج اثرات بین آزمودنی واریانس اندازه‌گیری مکرر متغیرهای وابسته در سه مرحله اجرا

متغیرهای پژوهش	منابع تغییر	آماره F	معنی‌داری	ضریب تاثیر	توان آماری
شایستگی فردی	زمان	۳۴/۰۸۰	۰/۰۰۱	۰/۵۴۹	۰/۹۹۹
	گروه	۴/۵۲۵	۰/۰۴۲	۰/۱۳۹	۰/۵۳۷
	زمان×گروه	۱۳/۳۸۲	۰/۰۰۱	۰/۳۲۳	۰/۹۶۰
تحمل عاطفه منفی	زمان	۶۲/۶۲۹	۰/۰۰۱	۰/۶۹۱	۰/۹۹۹
	گروه	۳۸/۶۸۳	۰/۰۰۱	۰/۵۸۰	۰/۹۹۹
	زمان×گروه	۲۷/۹۸۰	۰/۰۰۱	۰/۵۰۰	۰/۹۹۹
پذیرش مثبت تغییر	زمان	۸۲/۱۵۰	۰/۰۰۱	۰/۷۴۶	۰/۹۹۹
	گروه	۲۵/۴۳۰	۰/۰۰۱	۰/۴۷۶	۰/۹۹۸
	زمان×گروه	۲۱/۸۲۰	۰/۰۰۱	۰/۴۳۸	۰/۹۹۵
کنترل	زمان	۷۸/۷۱۴	۰/۰۰۱	۰/۷۳۸	۰/۹۹۹
	گروه	۲۴/۷۴۹	۰/۰۰۱	۰/۴۶۹	۰/۹۹۸
	زمان×گروه	۴۴/۶۳۱	۰/۰۰۱	۰/۶۱۴	۰/۹۹۹
تأثیرات معنوی	زمان	۶۲/۶۵۶	۰/۰۰۱	۰/۶۹۱	۰/۹۹۹
	گروه	۲۵/۳۶۸	۰/۰۰۱	۰/۴۷۵	۰/۹۹۸
	زمان×گروه	۲۲/۹۵۱	۰/۰۰۱	۰/۴۵۰	۰/۹۹۹
تفکر عاملی	زمان	۲۹/۵۶۴	۰/۰۰۱	۰/۵۱۴	۰/۹۹۹

[1]. Greenhouse-Geisser

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-02-16]

	گروه	۱۴/۱۷۱	۰/۰۰۱	۰/۳۳۶	۰/۹۵۳
	زمان×گروه	۱۴/۹۸۲	۰/۰۰۱	۰/۳۴۹	۰/۹۷۹
تفکر راهبردی	زمان	۲۰/۵۱۳	۰/۰۰۱	۰/۴۲۳	۰/۹۹۸
	گروه	۲۳/۰۵۷	۰/۰۰۱	۰/۴۵۲	۰/۹۹۶
	زمان×گروه	۲۲/۱۸۳	۰/۰۰۱	۰/۴۴۲	۰/۹۹۹
افسردگی	زمان	۱۶/۴۹۰	۰/۰۰۱	۰/۳۷۱	۰/۹۸۴
	گروه	۲۶/۸۱۷	۰/۰۰۱	۰/۴۸۹	۰/۹۹۹
	زمان×گروه	۱۰/۰۷۴	۰/۰۰۱	۰/۲۶۵	۰/۸۹۲
اضطراب	زمان	۳۷/۹۵۶	۰/۰۰۱	۰/۵۷۵	۰/۹۹۹
	گروه	۵/۷۱۹	۰/۰۲۴	۰/۱۷۰	۰/۶۳۶
	زمان×گروه	۱۱/۸۲۲	۰/۰۰۱	۰/۲۹۷	۰/۹۳۲
استرس	زمان	۳۸/۱۴۰	۰/۰۰۱	۰/۵۷۷	۰/۹۹۹
	گروه	۹۳۴۵	۰/۰۲۱	۰/۱۷۵	۰/۶۵۲
	زمان×گروه	۸/۷۵۷	۰/۰۰۱	۰/۲۳۸	۰/۸۴۳

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که اثر متغیر درون‌گروهی (عامل زمان) بر متغیرهای وابسته معنادار است ($P\leq$۰/۰۰۱)؛ یعنی بین نمرات تاب‌آوری، امید به زندگی و هیجانات منفی گروه‌ها در پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون تفاوت معنادار وجود دارد. اثر متغیر بین گروهی مداخله نیز در افزایش تاب‌آوری و امید به زندگی و کاهش هیجانات منفی معنادار است؛ یعنی ارائه روان‌درمانی مثبت نگر بر توانسته تاب‌آوری، امید به زندگی و کاهش هیجانات منفی (افسردگی، اضطراب و استرس) زنان مبتلابه اسکلروز چندگانه را نسبت به گروه گواه بهبود بخشد. در ادامه مقایسه‌ی دوبه‌دوی میانگین تعدیل مراحل آزمون (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) در متغیرهای پژوهش در جدول ۵ آمده است.

جدول۵. نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی متغیرهای پژوهش در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیرهای پژوهش	میانگین تعدیل شده		آزمون‌ها	تفاوت میانگین	معنی‌داری
شایستگی فردی	پیش‌آزمون	۱۹/۹۰	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	-۱/۷۰۰*	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۲۱/۶۰	پیش‌آزمون-پیگیری	-۱/۵۳۳*	۰/۰۰۱
	پیگیری	۲۱/۴۳	پس‌آزمون-پیگیری	۰/۱۶۷	۰/۱۸۴
تحمل عاطفه منفی	پیش‌آزمون	۱۷/۹۰	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	-۳/۳۶۷*	۰/۰۰۳
	پس‌آزمون	۲۱/۲۷	پیش‌آزمون-پیگیری	-۳/۱۰۰*	۰/۰۰۶
	پیگیری	۲۱/۰۰	پس‌آزمون-پیگیری	۰/۲۶۷	۰/۱۸۷
پذیرش مثبت تغییر	پیش‌آزمون	۱۲/۹۷	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	-۳/۲۶۷*	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۱۶/۲۳	پیش‌آزمون-پیگیری	-۳/۲۰۰*	۰/۰۰۱
	پیگیری	۱۶/۱۷	پس‌آزمون-پیگیری	۰/۰۶۷	۰/۵۰۵
کنترل	پیش‌آزمون	۸/۰۰	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	-۱/۹۶۷*	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۹/۹۷	پیش‌آزمون-پیگیری	-۱/۸۳۳*	۰/۰۰۱
	پیگیری	۹/۸۳	پس‌آزمون-پیگیری	۰/۱۳۳	۰/۰۹۴
تأثیرات معنوی	پیش‌آزمون	۳/۸۰	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	-۲/۲۶۷*	۰/۰۰۱

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-02-16]

	پس‌آزمون	۶/۰۷	پیش‌آزمون-پیگیری	-۲/۱۳۳*	۰/۰۰۱
	پیگیری	۵/۹۳	پس‌آزمون-پیگیری	۰/۱۳۳	۰/۵۰۵
تفکر عاملی	پیش‌آزمون	۶/۸۷	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	-۱/۹۳۳*	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۸/۸۰	پیش‌آزمون-پیگیری	-۱/۸۶۷*	۰/۰۰۱
	پیگیری	۸/۷۳	پس‌آزمون-پیگیری	۰/۰۶۷	۰/۹۹۹
تفکر راهبردی	پیش‌آزمون	۷/۸۸	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	-۱/۶۶۷*	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۹/۵۳	پیش‌آزمون-پیگیری	-۱/۵۶۷*	۰/۰۰۱
	پیگیری	۹/۴۳	پس‌آزمون-پیگیری	۰/۱۰۰	۰/۹۹۹
افسردگی	پیش‌آزمون	۱۴/۰۷	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۱/۷۰۰*	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۱۲/۳۷	پیش‌آزمون-پیگیری	۱/۶۰۰*	۰/۰۰۱
	پیگیری	۱۲/۴۷	پس‌آزمون-پیگیری	-۰/۱۰۰	۰/۹۹۹
اضطراب	پیش‌آزمون	۱۴/۶۰	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۱/۸۶۷*	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۱۲/۷۳	پیش‌آزمون-پیگیری	۱/۷۳۳*	۰/۰۰۱
	پیگیری	۱۲/۸۷	پس‌آزمون-پیگیری	-۰/۱۳۳	۰/۲۷۹
استرس	پیش‌آزمون	۱۴/۷۷	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۲/۱۳۳*	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۱۲/۶۳	پیش‌آزمون-پیگیری	۲/۰۶۷*	۰/۰۰۱
	پیگیری	۱۲/۷۰	پس‌آزمون-پیگیری	-۰/۰۶۷	۰/۹۹۹

* در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار است.

به‌منظور مشخص نمودن اینکه تاب‌آوری، امید به زندگی و هیجانات منفی در کدام مرحله با هم تفاوت معنی‌داری دارند از آزمون تعقیبی بن فرونی استفاده شد که به مقایسه دوبه‌دو میانگین‌ها پرداخته‌شده است. جدول ۵ نشان می‌دهد که روان‌درمانی مثبت نگر بر متغیرهای وابسته در هر دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری تاثیر معنی‌داری داشته است. همان‌گونه که نتایج جدول نشان می‌دهد «تفاوت میانگین پیش‌آزمون با پس‌آزمون» و «تفاوت میانگین پیش‌آزمون با پیگیری» بیشتر و معنادارتر از «تفاوت میانگین پس‌آزمون و پیگیری» است که این نشان دهنده آن است که روان‌درمانی مثبت نگر بر در مرحله پس‌آزمون تاثیر داشته است و تداوم این تاثیر در مرحله پیگیری در طول زمان را در برداشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی روان‌درمانی مثبت نگر بر تاب‌آوری، امید به زندگی و کاهش هیجانات منفی (افسردگی، اضطراب و استرس) زنان مبتلابه اسکلروز چندگانه: یک پیگیری دوماهه بود. نتایج بیانگر این بود که روان‌درمانی مثبت نگر، تاب‌آوری، امید به زندگی و هیجانات منفی (افسردگی، اضطراب و استرس) زنان مبتلابه اسکلروز چندگانه به‌طور معناداری بهبود بخشیده است و نتایج در دوره پیگیری نیز از ثبات لازم برخوردار بوده است. بر اساس نتایج پژوهش حاضر، می‌توان گفت که روان‌درمانی مثبت نگر می‌تواند به‌عنوان یک گزینه مداخله‌ای در افزایش تاب‌آوری، افزایش امید به زندگی و کاهش هیجانات منفی (افسردگی، اضطراب و استرس) زنان مبتلابه اسکلروز چندگانه مورداستفاده قرار گیرد. این نتیجه با یافته‌های قبلی که اثربخشی روان‌درمانی مثبت نگر را بر روی مبتلابه اسکلروز چندگانه نشان داده‌اند همسویی دارد (جاویدان و اصلانی، ۱۳۹۷). در تبیین

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-02-16]

اثربخشی روان‌درمانی مثبت نگر بر تاب‌آوری زنان مبتلابه اسکلروز چندگانه می‌توان گفت که روان‌درمانی مثبت نگر بر اهمیت تقدم هیجانات مثبت بر هیجانات منفی تأکید دارد، و با تأکید بر تقویت هیجان‌های مثبت و درک توانمندی‌ها، در افزایش تاب‌آوری مؤثر است. روان‌درمانی مثبت نگر بر این باور است که مقابله با شرایط استرس‌زا و سخت باعث رشد فرد می‌باشد و فرد تحت این آموزش‌ها شرایط استرس‌زا و دشوار را بهتر تحمل می‌کند و قدرت تاب‌آوری بیشتری از خود بروز می‌دهد. همچنین در تبیین اثربخشی روان‌درمانی مثبت نگر بر افزایش تاب‌آوری می‌توان گفت بر طبق مدل حفاظتی تاب‌آوری، عوامل مثبت در زندگی فرد می‌توانند جبران کننده‌ی برخی از خطرات باشند و همزمان با سایر عوامل جهت کاهش پیامدهای منفی به تعامل بپردازند. روان‌درمانی مثبت نگر نه‌تنها می‌تواند منابع مثبت را ایجاد نماید، بلکه می‌تواند تاثیر متقابلی بر نشانگان منفی داشته و نیز سدی برای وقوع مجدد آن‌ها باشد. زنان مبتلابه اسکلروز چندگانه در شرایط خطر قرار دارند و در پژوهش حاضر مداخلات روان‌درمانی مثبت نگر تاب‌آوری آن‌ها را ارتقا داد بنابراین می‌توان گفت نتایج پژوهش حاضر تائید کننده آموختنی بودن مهارت‌های تاب‌آوری به‌واسطه مداخلات مثبت‌گرا است. لذا منطقی است که گفته شود روان‌درمانی مثبت نگر بر تاب‌آوری زنان مبتلابه اسکلروز چندگانه اثربخش است.

همچنین در تبیین اثربخشی روان‌درمانی مثبت نگر بر امید به زندگی زنان مبتلابه اسکلروز چندگانه می‌توان گفت که روان‌درمانی مثبت نگری و هیجان‌های مثبت بر چشم‌اندازهای مثبت در زندگی تأکید می‌کند و قدرت تحمل شرایط دشوار را در فرد بیمار بالا می‌برد و فرد بیمار سعی می‌کند با نگاهی امیدوارانه به شرایط خود نظر داشته باشد و بر استرس ناشی از بیماری غلبه کند. داشتن چشم‌اندازهای مثبت در زندگی به فرد در مقابله با مشکلات و امید به بهبود سلامتی باوجود سختی‌ها کمک می‌کند. فرد دارای امید به زندگی معتقد است که باید در زندگی دارای چارچوب یا هدفی باشد که به زندگی او معنای ارزشمندی دهد و روان‌درمانی مثبت نگری این اعتقاد را در افراد بیمار ایجاد می‌کند که باید به زندگی خود معنای ارزشمندی دهند وزندگی را فرصتی ارزشمند تلقی کنند و امید به زندگی داشته باشند. امید به زندگی اشاره به داشتن هدف در زندگی، تعقیب و نیل به اهداف باارزش و رسیدن به تکامل دارد، که همگی این موارد در روان‌درمانی مثبت اندیشی موردتوجه قرار می‌گیرد. امید به زندگی در اصل ماهیت شناختی دارد و روان‌درمانی مثبت نگری بر روی باورها و شناخت‌های افراد بیمار کار می‌کند و سعی دارد هدفمندی و داشتن امید را جزئی از زندگی بیماران کند تا با بیهودگی اوقات خود را سپری نکنند. با لذا منطقی است که گفته شود روان‌درمانی مثبت نگر بر امید به زندگی زنان مبتلابه اسکلروز چندگانه اثربخش است.

افزون بر این در تبیین اثربخشی روان‌درمانی مثبت نگر بر هیجانات منفی زنان مبتلابه اسکلروز چندگانه می‌توان گفت که مطلع شدن تشخیص بیماری اسکلروز چندگانه در فرد می‌تواند ازلحاظ جسمی و روانی برای بیمار بسیار تنش‌زا باشد و موجی از هیجانات منفی چون افسردگی، استرس و اضطراب را در آن‌ها ایجاد کند؛ به‌طوری‌که آن را به صورت غلتیدن یک سنگ بزرگ در دریای آرام توصیف نموده اند. بیماران پس از مواجه با تشخیص بیماری دچار واکنش‌های روحی و روانی شدیدی می‌شوند. به دلیل وضعیت نامناسب و وخیم بودن وضعیت بیمار و تحلیل رفتن قوای جسمی و روانی او، بیمار خود را به مرگ نزدیک می‌بیند و هیجانات منفی مانند افسردگی، استرس و اضطراب بالایی را تجربه می‌کند و روان‌درمانی مثبت نگری می‌تواند تا حدی نگرش بیمار را تعدیل کند و افسردگی، استرس و اضطراب را در او کاهش دهد. روان‌درمانی مثبت نگری مهارت‌هایی ازجمله خوش‌بینی و انعطاف‌پذیری

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-02-16]

را در فرد ایجاد می‌کند و او را در برابر مسائل و مشکلاتی چون افسردگی، استرس و اضطراب ایمن می‌کند و همین می‌تواند باعث شود فرد وقایع زندگی‌اش را به شیوه‌ی مثبت‌تری تفسیر کند و هیجانات منفی پایین‌تری از خود نشان دهد می‌کنند. روان‌درمانی مثبت‌نگری به افراد بیمار کمک می‌کند تا خود را بهتر بشناسند و تشویق می‌شوند تا تجربه‌های مثبت و خوب خود را بازشناسند و نقش آن‌ها را در افزایش و ارتقای احترام خود و عزت‌نفس بازشناسی کنند، در این صورت بیمار زندگی خود را ارزشمند ارزیابی می‌کند و از رویارویی با بیماری هراسی ندارد، در این صورت فرد بیمار هیجانات منفی کمتری را تجربه خواهد کرد. روان‌درمانی مثبت نگری منجر به پرورش توانمندی‌هایی چون بخشش، قدردانی، شکر گذاری و توجه به گشایش‌های جدید در زندگی می‌شود و مقابله با شرایط استرس‌زا و سخت را به فرد می‌آموزد و باعث رشد فردی و بالا رفتن توانایی تحمل فرد بیمار می‌شود. روان‌درمانی مثبت نگری ریشه در افکار سلیگمن دارد که بیان می‌کند شادی شامل زندگی لذتمند، هدفمند، متعهدانه و معنادار است. تجربه‌ی هیجان‌های مثبت که روان‌درمانی مثبت نگری بر آن تأکید دارد، اغلب توانایی بهتری برای سازگاری فرد بیمار با شرایط استرس‌زا ایجاد می‌کند. با روان‌درمانی مثبت نگری توانایی تحمل شرایط دشوار در فرد بیمار رشد می‌یابد و افسردگی، استرس و اضطراب وی کاهش پیدا می‌کند. لذا منطقی است که گفته شود روان‌درمانی مثبت نگر بر هیجانات منفی زنان مبتلابه اسکلروز چندگانه اثربخش است.

با توجه به اینکه در این پژوهش از ابزارهای خود سنجی (پرسشنامه) استفاده شد، نتیجه‌ی پژوهش به‌دقت و صداقت آزمودنی‌ها در پاسخگویی به مواد آزمون بستگی دارد. در این پژوهش نیز بااینکه ابزارها از روایی و پایایی مناسب برخوردار بودند ولی ممکن است آزمودنی‌ها سعی داشته باشند خود را بهتر ازآنچه هستند جلوه دهند و نتیجه‌ی پژوهش تحت تاثیر پاسخ‌های آن‌ها قرارگرفته باشد. از آنجایی که این پژوهش بر روی زنان بیمار مبتلابه اسکلروز چندگانه انجام شد، امکان تعمیم نتایج به مردان و دیگر بیماری‌ها چون سرطان، نقص ایمنی، بیماران روانی را ندارد و در تعمیم نتایج باید جوانب احتیاط را رعایت کرد. همچنین محدود بودن جامعه‌ی پژوهش به یک شهر تعمیم نتایج به سایر شهرها را با محدودیت مواجه می‌کند. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی برای افزایش دقت نتیجه‌ی پژوهش علاوه بر پرسشنامه از ابزارهای دیگری مانند مشاهده و مصاحبه نیز استفاده گردد. همچنین پژوهشی مشابه در سایر شهرها و بر روی دیگر بیماران مانند بیماران مبتلابه سرطان، بیماران دچار نقص ایمنی، بیماران خود ایمن و بیماران روانی انجام شود و نتیجه‌ی آن با نتیجه‌ی پژوهش حاضر مقایسه گردد. به پژوهشگرانی که به موضوع روان‌درمانی مثبت نگر علاقه‌مندند پیشنهاد می‌شود تاثیر روان‌درمانی مثبت نگری را در سایر حوزه‌ها مانند پیشگیری و درمان افسردگی، سازگاری، ارتقای بهداشت روانی، مقابله با استرس، تغییر منبع کنترل و خودکارآمدی موردبررسی و مطالعه قرار دهند. از نتایج حاصل از این پژوهش می‌توان برای ایجاد تاب‌آوری، امید به زندگی و غلبه بر هیجانات منفی چون افسردگی، استرس و اضطراب بیماران مبتلابه اسکلروز چندگانه استفاده کرد و در کنار دارودرمانی به روان‌درمانی مثبت نگری نیز اهمیت داد و کارگاه‌های آموزشی با محوریت آموزش مثبت نگری برای آن‌ها ترتیب داد.

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-02-16]

منابع

- اخوان عبیری، فاطمه؛ شعیری، محمدرضا؛ و غلامی فشارکی، محمد. (۱۳۹۸). رابطه سبک دلبستگی و پریشانی روان‌شناختی باتوجه به نقش واسطه ای ذهن آگاهی *دوماهنامه علمی ـ پژوهشی فیض*، *۲۳*(۱)، ۱۰۱-۹۸.
- اورکی، محمد؛ بیات، شهره؛ نجفی، محمدتقی؛ و نورمحمدی، احمد. (۱۳۹۷). رابطه باورهای فراشناخت، امید به زندگی و کیفیت زندگی با افسردگی بیمارستانی در بیماران کلیوی تحت همودیالیز شهر کرج. *مجله علوم پزشکی صدرا*، *۶* (۲)، ۱۰۰-۸۷.
- بهراد، مژگان؛ مکوند حسینی، شاهرخ؛ نجفی، محمود؛ رضایی، علی محمد؛ و رحیمیان بوگر، اسحق. (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر و درمان پذیرش و تعهد بر ابعاد درد بیماران مبتلابه میگرن. *فصلنامه مطالعات روانشناختی*، *۱۴*(۱)، ۲۲-۷.
- پورحسین، مهشید؛ خرسندی یامچی، اکبر؛ و فیروز کوهی برنج آبادی، مجید. (۱۳۹۷). تحلیل رابطه تاب‌آوری با ابعاد استرس شغلی در کارکنان نظام دانشگاهی (مورد مطالعه: دانشگاه‌های شهید بهشتی، علامه طباطبائی، یزد). *فصلنامه نامه آموزش عالی*، *۱۱*(۴۳)، ۹۲-۶۹.
- جاویدان، لاله؛ و اصلانی، جلیل. (۱۳۹۷). اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر بر نشانه‌های اختلالات روانی و بهزیستی بیماران مبتلابه تصلب چندگانه (ام.اس.). *مجله مطالعات ناتوانی*، *۸*(۱)، ۴۸-۳۸.
- جنادله، جالد؛ بساک نژاد، سودابه؛ یونسی، عیدان؛ و سعادتمند، خدیجه. (۱۳۹۷). رابطه‌ی حساسیت اضطرابی، اجتناب تجربی و تاب‌آوری با اضطراب امتحان در دانش‌آموزان. *مجله علمی و پژوهشی روانشناسی بالینی*، *۱۰*(۱)، ۷۸-۷۱.
- حسینی‌نیا، نرگس؛ و حاتمی، حمیدرضا. (۱۳۹۸). پیش‌بینی کیفیت زندگی بر مبنای بهزیستی روان‌شناختی و تاب‌آوری در بازنشستگان. *دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*، *۲۰*(۱)، ۹۷-۸۱.
- خدابخشی کولایی، آناهیتا؛ متین، لیلا؛ فلسفی‌نژاد، محمدرضا؛ و ثناگو، اکرم. (۱۳۹۸). بررسی بسته آموزشی آگاهی افزایی تغییرات بلوغ بر تاب‌آوری و تحمل پریشانی نوجوانان دختر. نشریه روان پرستاری، ۷(۱)، ۸-۱.
- ذاکری، حمیدرضا؛ و یوسفی، فریده. (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش مثبت بر احساس معنا در زندگی و لذت همراه با تأنی در دانش‌آموزان دبیرستانی. *مجله مطالعات روانشناسی تربیتی*، *۱۷*(۳۷)، ۷۶-۵۳.
- روحانی، عباس؛ و اشراقی، حمید. (۱۳۹۸). اثربخشی استعاره درمانی گروهی بر رضایت از مدرسه و تاب‌آوری دانش آموزای دارای اُفت تحصیلی. *مجله مطالعات روانشناسی تربیتی*، *۱۶*(۳۳)، ۷۴-۴۹.
- زارعی‌پور، مرادعلی؛ زارعی‌پور، قربانعلی؛ علی‌نژاد، مهین؛ محرمی، فاطمه؛ و عبدالکریمی، مهدی. (۱۳۹۸). بررسی استرس، اضطراب، افسردگی و ارتباط آن با موفقیت تحصیلی در نوجوانان شهرستان سلماس. *مجله پرستاری کودکان*، *۵*(۳)، ۴۲-۳۷.
- سهرابی اسمرود، فرامرز؛ و جعفری روشن، فریبا. (۱۳۹۵). اثربخشی روان‌درمانی گروهی مثبت‌نگر بر تاب‌آوری، شادکامی و سلامت عمومی زنان دارای همسر وابسته به مواد مخدر. *پژوهشنامه روانشناسی مثبت*، ۲(۱)، ۴۶-۳۱.
- صابری فرد، فرشته؛ و حاجی اربابی، فاطمه. (۱۳۹۸). رابطه جو عاطفی خانواده با خود تنظیمی هیجانی و تاب‌آوری در دانشجویان دانشگاه آزاد مشهد. *مجله روانشناسی و روان‌پزشکی شناخت*، *۶*(۱)، ۶۳-۴۹.
- صمدی‌فرد، حمیدرضا؛ و نریمانی، محمد. (۱۳۹۷). امید به زندگی در همسران جانبازان. *طب جانباز*، *۱۰* (۳)، ۱۵۶-۱۵۱.

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-02-16]

- قاصدی قزوینی، شادی؛ و کیانی، قمر. (۱۳۹۷). رابطه نمایه توده بدنی با استرس ادراک شده و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت و مقایسه آن در بین نوجوانان دختر و پسر. *علوم تغذیه و صنایع غذایی ایران*، *۱۳* (۱)، ۳۹-۳۱.
- کیامرثی، آذر؛ نریمانی، محمد؛ صبحی قراملکی، ناصر؛ و میکائیلی، نیلوفر. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان‌های مثبت نگر و شناختی-رفتاری بر بهزیستی روانشناختی دانش‌آموزان کمال‌گرا. *فصلنامه مطالعات روانشناختی*، *۱۴*(۲)، ۱۶۰-۱۴۳.
- مرادی، شهرزاد؛ و قدرتی میرکوهی، مهدی. (۱۳۹۹). مقایسه نقش امید و تاب‌آوری در پیش‌بینی رضایت از زندگی سالمندان. *نشریه سالمندشناسی*، *۵*(۱)، ۸۱-۷۱.
- نصرتی، رقیه؛ مومنی، خدامراد؛ مزده، مهردخت؛ و کرمی، جهانگیر. (۱۳۹۷). رابطه سرمایه روان‌شناختی و پذیرش بیماری با رضایت از زندگی در بیماران مبتلابه مولتیپل اسکلروزیس. *مجله سلامت و مراقبت*، ۲۰ (۲)، ۱۲۲-۱۱۴.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC. American Psychiatric Press
- Atia, M. M., & Sallam, L. E. (2020). The Effectiveness of Mindfulness Training Techniques on Stress, Anxiety, and Depression of Depressed Patient. *American Journal of Nursing*, *8*(1), 103-113.
- Baer, R.A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using Self-Report Assessment Methods to Explore Facets of Mindfulness. *Assessment*, *13*(1), 27-45.
- Bsteh, G., Berek, K., Hegen, H., Teuchner, B., Auer, M., Wurth, S., & Berger, T. (2020). Smelling multiple sclerosis: Different qualities of olfactory function reflect either inflammatory activity or neurodegeneration. *Multiple Sclerosis Journal*, *26*(1), 57-68.
- Cachón Zagalaz, J., López Manrique, I., San Pedro Veledo, M. B., Zagalaz Sánchez, M. L., & González Mesa, C. G. D. (2020). The Importance of the Phoenix Bird Technique (Resilience) in Teacher Training: CD-RISC Scale Validation. *Sustainability*, *12*(3), 1-14.
- Carlino, M., Lanzillo, R., Chiodi, A., Vitelli, R., Lavorgna, L., Morra, V. B., & Margherita, G. (2020). Multiple Sclerosis and Maternity: A Psychological Explorative Qualitative Research. *The Qualitative Report*, *25*(5), 1279-1292.
- Chang, E. C., Chang, O. D., Lee, J., Lucas, A. G., Li, M., Castro, K. M., & Wu, K. (2018). Going beyond ethnoracial discrimination and social support in accounting for psychological adjustment: Evidence for the importance of hope as a positive psychological construct in multiethnoracial adults. *The Journal of Positive Psychology*, 1-13.
- Cohen, J. A., Trojano, M., Mowry, E. M., Uitdehaag, B. M., Reingold, S. C., & Marrie, R. A. (2020). Leveraging real-world data to investigate multiple sclerosis disease behavior, prognosis, and treatment. *Multiple Sclerosis Journal*, *26*(1), 23-37.
- Conner, K.M., & Davidson, J, R. (2003). Development of a new resilience scale. *Depression and Anxiety*, 18, 76-82.
- Costa Jr, P. T., & McCrae, R. R. (2008). *The Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R)*. Sage Publications, Inc.
- Diener, E. D., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of personality assessment*, *49* (1), 71-75.
- Dourado, D. M., Rolim, J. A., Machado, N., de Souza Ahnerth, N. M. G., & Batista, E. C. (2020). Anxiety and Depression in the Caregiver of the Family Member with Mental Disorder1. *Anxiety*, *3*(1).
- Duggal, D., Sacks-Zimmerman, A., & Liberta, T. (2016). The impact of hope and resilience on multiple factors in neurosurgical patients. *Cureus*, *8*(10).

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-02-16]

- Endres, D., Rauer, S., Venhoff, N., Süß, P., Dersch, R., Runge, K., & Domschke, K. (2020). Probable autoimmune depression in a patient with multiple sclerosis and antineuronal antibodies. *Frontiers in Psychiatry*, *11*, 745.
- Fambiatos, A., Jokubaitis, V., Horakova, D., Kubala Havrdova, E., Trojano, M., Prat, A., & Grand'Maison, F. (2020). Risk of secondary progressive multiple sclerosis: A longitudinal study. *Multiple Sclerosis Journal*, *26*(1), 79-90.
- Galin, S., Heruti, I., Barak, N., & Gotkine, M. (2018). Hope and self-efficacy are associated with better satisfaction with life in people with ALS. *Amyotrophic Lateral Sclerosis and Frontotemporal Degeneration*, 1-8.
- Ghielen, I., Rutten, S., Boeschoten, R. E., Houniet-de Gier, M., van Wegen, E. E., van den Heuvel, O. A., & Cuijpers, P. (2019). The effects of cognitive behavioral and mindfulness-based therapies on psychological distress in patients with multiple sclerosis, Parkinson's disease and Huntington's disease: Two meta-analyses. *Journal of psychosomatic research*, 122*(1)*, 43-51.
- Gromisch, E. S., Sloan, J., Zemon, V., Tyry, T., Schairer, L. C., Snyder, S., & Foley, F. W. (2018). Development of the Multiple Sclerosis Resiliency Scale (MSRS). *Rehabilitation psychology*, *63*(3), 357.
- Hallion, L. S., Steinman, S. A., Tolin, D. F., & Diefenbach, G. J. (2018). Psychometric Properties of the Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) and its Short Forms in Adults with Emotional Disorders. *Frontiers in Psychology*, *9*, 539.
- Hauser, S. L., Bar-Or, A., Cohen, J. A., Comi, G., Correale, J., Coyle, P. K., & Selmaj, K. (2020). Ofatumumab versus teriflunomide in multiple sclerosis. *New England Journal of Medicine*, *383*(6), 546-557.
- Jerusalem, M., & Schwarzer, R. (1992). Self-efficacy as a resource factor in stress appraisal processes. *Self-efficacy: Thought control of action*, *195213*.
- Leavitt, V. M., Brandstadter, R., Fabian, M., Katz Sand, I., Klineova, S., Krieger, S., & Buyukturkoglu, K. (2020). Dissociable cognitive patterns related to depression and anxiety in multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis Journal*, *26*(10), 1247-1255.
- Lee, D., Yu, E. S., & Kim, N. H. (2020). Resilience as a mediator in the relationship between posttraumatic stress and posttraumatic growth among adult accident or crime victims: the moderated mediating effect of childhood trauma. *European Journal of Psychotraumatology*, *11*(1), 1704563.
- Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (1996). *Manual for the depression anxiety stress scales*. Psychology Foundation of Australia.
- Napoli, V., Berchiolli, R., Carboncini, M. C., Sartucci, F., Marconi, M., Bocci, T., & Morganti, R. (2020). Percutaneous venous angioplasty in patients with multiple sclerosis and chronic cerebrospinal venous insufficiency: a randomized wait list control study. *Annals of Vascular Surgery*, *62*, 275-286.
- Neto, L., Gromisch, E. S., Sloan, J., Tyry, T., & Foley, F. W. (2020). The Relationship Between Aspects of Resiliency and Intimacy-Related Illness Intrusiveness in Males with Multiple Sclerosis. *Sexuality and Disability*, *38*(1), 135-145.
- Pennant, S., C Lee, S., Holm, S., Triplett, K. N., Howe-Martin, L., Campbell, R., & Germann, J. (2020). The Role of Social Support in Adolescent/Young Adults Coping with Cancer Treatment. *Children*, *7*(1), 2.

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-02-16]

- Pleeging, E., Burger, M., & Van Exel, J. (2020). The relations between hope and subjective well-being: A literature overview and empirical analysis. *Applied Research in Quality of Life*, 1-23.
- Salminen, S., Perttula, P., & Puro, V. (2020). Psychological Resilience and Occupational Injuries. *Psychology*, *11*(03), 461.
- Sánchez-Zaballos, M., & Mosteiro-Díaz, M. P. (2020). Resilience Among Professional Health Workers in Emergency Services. *Journal of Emergency Nursing*, 1(1), 1-10.
- Seligman, M. E. P., Rashid, T., & Parks, A. (2006). Positive psychotherapy. American psychologist, 61 (8), 86-774.
- Snyder, C. R., Harris, C., Anderson, J. R., Holleran, S. A., Irving, L. M., & Sigmon, S. T. (1991). The will and the ways: Development and validation of an Individual-differences measure of hope. *Journal of Personality and Social Psychology*, *60*, 570–585.
- Taylor, P., Dorstyn, D. S., & Prior, E. (2020). Stress management interventions for multiple sclerosis: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Health Psychology*, *25*(2), 266-279.
- Turton, R., Cardi, V., Treasure, J., & Hirsch, C. R. (2018). Modifying a negative interpretation bias for ambiguous social scenarios that depict the risk of rejection in women with anorexia nervosa. *Journal of affective disorders*, *227*, 705-712.
- Wallis, O., Bol, Y., Köhler, S., & van Heugten, C. (2020). Anxiety in multiple sclerosis is related to depressive symptoms and cognitive complaints. *Acta Neurologica Scandinavica*, *141*(3), 212-218.
- Zanon, C., Brenner, R. E., Baptista, M. N., Vogel, D. L., Rubin, M., Al-Darmaki, F. R., & Topkaya, N. (2020). Examining the Dimensionality, Reliability, and Invariance of the Depression, Anxiety, and Stress Scale–21 (DASS-21) Across Eight Countries. *Assessment*, 1073191119887449.

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-02-16]