Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing Original Article

Winter 2026, Volume 12, Issue 2 10.22034/ijrn.12.2.1

The Effectiveness of Positive Psychology-Based Therapy on Quality of Life and Emotional Dysregulation in Patients with Multiple Sclerosis

Somayeh Mouri[1], Javad Khalatbari[2*], Jalil Fath Abadi[3], Shohreh Ghorban Shiroodi[2], Mehrdad Sabet[4]

1- Department of Psychology, UAE Branch, Islamic Azad University, Dubai, United Arab Emirates.
2- Department of Psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran.
3- Department of Psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.
4- Department of Psychology, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran.

***Corresponding Author:** Javad Khalatbari, Department of Psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran.
Email: jkhalatbari@tiau.ac.ir

Received: 2025/07/2 Accepted: 2025/12/26

Abstract

Introduction: Multiple Sclerosis has widespread effects on patients' quality of life and emotional regulation, highlighting the need for effective psychological interventions. This study aimed to determine the effectiveness of positive psychology-based therapy on quality of life and emotional dysregulation in patients with MS.

Methods: This quasi-experimental study employed a pretest-posttest design with a control group and follow-up. The statistical population consisted of Multiple Sclerosis patients in Tehran who were members of the Iranian MS Society or referred to neurology clinics in the second half of 2023, with a confirmed diagnosis by a neurologist. Thirty eligible participants were selected via purposive sampling and randomly assigned (by lottery) to either an experimental group (n=15) or a control group (n=15). Data collection tools included the World Health Organisation Quality of Life Questionnaire (1996) and the Gratz and Roemer Emotional Dysregulation Scale (2004). The intervention group received ten 90-minute group sessions over two months, while the control group received routine care. Data were analysed using SPSS 22 and a repeated-measures ANOVA, and the assumptions were met.

Results: The findings revealed significant differences in the posttest and follow-up stages between the mean scores for quality of life and emotional dysregulation and the pretest ($p<0.01$), with effects sustained through follow-up. Thus, positive psychology-based therapy improved quality of life and emotional dysregulation in MS patients.

Conclusion: Given the efficacy of positive psychology-based therapy in enhancing quality of life and emotional regulation in patients with Multiple Sclerosis, it is recommended that this intervention be integrated into comprehensive rehabilitation and care programs in clinical and specialised treatment centres.

Keywords: Emotional Dysregulation, Multiple Sclerosis, Positive Psychology-based Therapy, Quality of Life.

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-10-15]

[DOI: 10.22034/ijrn.12.2.1]

نشریه پژوهش توانبخشی در پرستاری
مقاله پژوهشی

زمستان ۱٤۰٤، دوره ۱۲، شماره ۲

10.22034/ijrn.12.2.1

اثربخشی درمان مبتنی بر روانشناسی مثبت گرا بر کیفیت زندگی و بدتنظیمی هیجانی در بیماران مولتیپل اسکلروز

سمیه موری [۱]، جواد خلعتبری [۲*]، جلیل فتح آبادی [۳]، شهره قربان شیرودی [۲]، مهرداد ثابت [٤]

۱- گروه روانشناسی، واحد امارات، دانشگاه آزاد اسلامی، دبی، امارات متحده عربی.
۲- گروه روان شناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران.
۳- گروه روانشناسی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.
۴- گروه روان شناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.

*نویسنده مسئول: جواد خلعتبری، گروه روان شناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران.
ایمیل: jkhalatbari@tiau.ac.ir

دریافت مقاله: ۱۴۰۴/۰۴/۱۱ پذیرش مقاله: ۱۴۰۴/۱۰/۵

چکیده

مقدمه: بیماری مولتیپل اسکلروز با تأثیرات گسترده بر کیفیت زندگی و تنظیم هیجانی بیماران همراه است، که ضرورت مداخلات روانشناختی مؤثر را بیش از پیش آشکار می سازد، مطالعه حاضر باهدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر روانشناسی مثبت گرا بر کیفیت زندگی و بدتنظیمی هیجانی در بیماران مولتیپل اسکلروز انجام شد.

روش کار: روش پژوهش حاضر، نیمه تجربی از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل به همراه دوره پیگیری بود. جامعه آماری در تحقیق حاضر شامل مبتلایان به مولتیپل اسکلروز واقع در شهر تهران و عضو انجمن مولتیپل اسکلروز ایران و مراجعه‌کننده به مطب های پزشکان متخصص در تهران در نیمه دوم سال ۱۴۰۲ بودند که تشخیص بیماریشان توسط نورولوژیست محرز شده بود از افراد واجد شرایط ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به‌صورت تصادفی ساده (روش برداشتن گوی زوج و یا فرد داخل جعبه) در دو گروه (۱۵ نفر آزمایش و ۱۵ نفر گروه کنترل) جای داده شدند. ابزار گردآوری اطلاعات شامل پرسش‌نامه‌های کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی و بدتنظیمی هیجانی بودند. گروه مداخله در ده جلسه حضوری ۹۰ دقیقه‌ای در مدت دو ماه به‌صورت گروهی تحت مداخله قرار گرفت و گروه کنترل مداخله معمولی را دریافت نمود. جهت تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد بین میانگین نمرات کیفیت زندگی و بدتنظیمی هیجانی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروز در مراحل پس‌آزمون و پیگیری در مقایسه با مرحله پیش‌آزمون، تفاوت وجود داشت و این نتایج تا مرحله پیگیری پایدار مانده بود ($P<۰/۰۱$)؛ بنابراین درمان مبتنی بر روانشناسی مثبت گراموجب بهبود کیفیت زندگی و بدتنظیمی هیجانی مبتلا به مولتیپل اسکلروز شد.

نتیجه‌گیری: با توجه به اثربخشی درمان مبتنی بر روانشناسی مثبت‌گرا در بهبود کیفیت زندگی و تنظیم هیجانی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروز، پیشنهاد می‌شود این مداخله به‌عنوان بخشی از برنامه‌های توانبخشی و مراقبت‌های جامع این بیماران در مراکز درمانی و کلینیک‌های تخصصی گنجانده شود.

کلیدواژه ها: بدتنظیمی هیجانی، درمان مبتنی بر روانشناسی مثبت گرا، کیفیت زندگی، مولتیپل اسکلروز.

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-10-15]

[DOI: 10.22034/ijrn.12.2.1]

مقدمه

مولتیپل اسکلروز یا تصلب چندگانه که به اختصار به آن اماس گفته می‌شود، یک بیماری مزمن دستگاه عصبی مرکزی است (۱) که در میان بزرگسالان جوان شیوع بالایی دارد و حدود ۳۰هزار نفر را در ایالات متحده مبتلا کرده است (۲). ابتلا به این بیماری می‌تواند کیفیت زندگی فردی و میان‌فردی را تحت تأثیر قرار دهد (۳). مطالعات انجام شده از سال ۱۹۹۰ تاکنون، کاهش کیفیت زندگی و بهزیستی روان‌شناختی بیماران اماس را نشان داده‌اند (۴, ۵). از دیرباز دانشمندان بر این عقیده بوده‌اند که بین بیماری جسمانی و آسیب‌های روان‌شناختی رابطه‌ای دوسویه وجود دارد. حوزه‌ای نسبتاً جدید در روانشناسی سلامت به نام ایمنی‌شناسی روانی عصبی به این موضوع می‌پردازد که چگونه عوامل روان‌شناختی، دستگاه ایمنی را تغییر داده و خطر ابتلا به بیماری را افزایش می‌دهد (۶). موارد متعددی وجود دارد که نشان می‌دهد؛ درماندگی، ناامیدی و رویدادهای تنش‌زای زندگی با تغییر ایمنی در افراد موجب بیماری می‌شوند(۷). همچنین در متون روانشناسی، بیماری جسمانی به‌عنوان یکی از منابع تنش در نظر گرفته می‌شود که قادر است علائم متعدد روان‌شناختی ایجاد کند (۸).

افراد مبتلا به اماس به‌دلیل ماهیت مزمن و ناتوان‌کننده بیماری با مشکلاتی مواجه‌اند که مشارکت آن‌ها در فعالیت‌های ارتقاء سلامت را کاهش داده و کیفیت زندگی‌شان را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۹). شدت و طول مدت بیماری و درمان‌ها نیز بر کیفیت زندگی آن‌ها اثر می‌گذارد. شناسایی عوامل محافظ مانند بدتنظیمی هیجانی می‌تواند در کاهش اثرات منفی بیماری و ارتقاء سازگاری مؤثر باشد (۱۰).

بدتنظیمی هیجانی به عنوان یکی دیگر از مسائل روان‌شناختی رایج در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروز شناخته می‌شود. این اختلال شامل دشواری در شناسایی، درک، بیان و مدیریت مناسب هیجانات است که اغلب منجر به افزایش مشکلات روانی مانند اضطراب، افسردگی و مشکلات بین فردی می‌شود (۷). مطالعات نشان داده‌اند که بدتنظیمی هیجانی می‌تواند پاسخ‌های ایمنی را تحت تأثیر قرار داده و در نهایت موجب تشدید علائم بیماری و کاهش کیفیت زندگی شود. از این‌رو، توجه به مداخلات روانشناختی که بر تنظیم هیجانی تمرکز دارند، برای بهبود سلامت روان و عملکرد کلی بیماران اماس ضروری است (۹). یکی از مداخلاتی که احتمالاً بر سطح روان‌شناختی بیماران مبتلا به اماس مؤثر خواهد بود، مداخلات مبتنی بر روان‌شناسی مثبت‌گرا است. روان‌شناسی مثبت‌گرا، رویکردی در روان‌درمانی است که اعتبارش تجربی و به طور خاص و با ایجاد توانمندی‌ها و هیجانات مثبت همراه است. یکی از روش‌های مؤثر در روان‌درمانی مثبت‌نگر، تأکید بر توانایی‌ها و نقاط قوت افراد است (۱۱). در این نوع روان‌درمانی، هدف چیزی بیش از بهبود علایم منفی یک اختلال است و در پی افزایش بهزیستی در افراد است (۱۲). روان‌درمانی مثبت‌گرا، با ایجاد و گسترش هیجان‌های مثبت، دامنه تفکر مثبت را گسترش داده و همزمان فرد را برای انجام کارهای مثبت آماده می‌سازد (۱۳). روان‌درمانی مثبت‌گرا با افزایش معنا در زندگی مُراجع به تخفیف و تسکین آسیب‌های روانی و افزایش شادکامی می‌پردازد (۱۴). به رویکرد روان‌شناسی مثبت‌گرا با توجه به استعدادها و توانمندی‌های انسان (به جای پرداختن به نابهنجاری‌ها و اختلال‌ها)، در سال‌های اخیر از سوی روان‌شناسان توجه شده است. کوترا و همکاران (۱۵) نشان دادندکه تقویت ساختارهای روانشناختی مثبت، تأثیر بالایی بر تاب‌آوری و شفقت به خود دارد.

با توجه به کمبود پژوهش‌های تطبیقی و کنترل‌شده در زمینه مداخلات روان‌شناختی در بیماران مولتیپل اسکلروز و اهمیت شناسایی روش‌های مؤثر در ارتقای کیفیت زندگی و تنظیم هیجانی این بیماران، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر روان‌شناسی مثبت‌گرا بر کیفیت زندگی و بدتنظیمی هیجانی در بیماران مبتلا به ام اس طراحی و اجرا شده است. پژوهش حاضر در صدد

[Downloaded from ijrm.ir on 2026-10-15]

[DOI: 10.22034/ijrm.12.2.1]

پاسخگویی به این سؤال است که آیا درمان مبتنی بر روانشناسی مثبت‌گرا بر کیفیت زندگی و بدتنظیمی هیجانی در بیماران مبتلا به ام اس مؤثر است؟

روش کار

روش پژوهش حاضر، نیمه تجربی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل به همراه دوره پیگیری بود. جامعه آماری در تحقیق حاضر شامل مبتلایان به ام اس واقع در شهر تهران و عضو انجمن ام اس ایران و مراجعه‌کننده به مطب های پزشکان متخصص مغز و اعصاب در مناطق ۱ و ۲و ۳ شهر تهران در نیمه دوم سال ۱۴۰۲ بودند، که تشخیص بیماریشان توسط نورولوژیست محرز شده بود. ازآنجایی‌که متخصصان برای طرح‌های تجربی و نیمه تجربی حداقل حجم نمونه را ۱۵ نفر پیشنهاد داده و آن را کافی می‌دانند (۱۶). افراد واجد شرایط ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به‌صورت تصادفی ساده (روش برداشتن گوی زوج و یا فرد داخل جعبه) در دو گروه (۱۵ نفر آزمایش و ۱۵ نفر گروه کنترل) جای‌داده شدند. ملاک‌های ورود شامل: سن فرد بین ۲۰ تا ۵۰ سال(به دلیل کنترل متغیر سن به ویژه در مورد توانایی های شناختی)، نداشتن اختلالات روانی (افسردگی شدید، اختلالات اضطرابی مزمن، اختلال استرس پس ازضربه و اختلالات روانپزشکی) که توسط مصاحبه تشخیصی مورد بررسی قرار گرفت، عدم سوء مصرف مواد، الکل و داروهای روانپزشکی، داشتن حداقل تحصیلات سیکل (به دلیل توان درک و پاسخگویی به سؤالات پرسشنامه ها) و سکونت در تهران بودند. ملاک‌های خروج شامل عدم تمایل به همکاری در جلسات درمانی، غیبت بیش از دو جلسه در جلسات گروه‌درمانی و عدم پاسخ به بیش از ۲۰ درصد سؤالات پرسشنامه بود.

روش پژوهش حاضر، نیمه تجربی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل به همراه دوره پیگیری بود. جامعه آماری در تحقیق حاضر شامل مبتلایان به ام اس واقع در شهر تهران و عضو انجمن ام اس ایران و مراجعه‌کننده به مطب های پزشکان متخصص در تهران در نیمه دوم سال ۱۴۰۲ بودند که تشخیص بیماریشان توسط نورولوژیست محرز شده بود. ازآنجایی‌که متخصصان برای طرح‌های تجربی و نیمه تجربی حداقل حجم نمونه را ۱۵ نفر پیشنهاد داده و آن را کافی می‌دانند(۱۶). افراد واجد شرایط ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به‌صورت تصادفی ساده (روش برداشتن گوی زوج و یا فرد داخل جعبه) در دو گروه (۱۵ نفر آزمایش و ۱۵ نفر گروه کنترل) جای‌داده شدند. ملاک‌های ورود شامل: سن فرد بین ۲۰ تا ۵۰ سال، نداشتن اختلالات روانی (افسردگی شدید، اختلالات اضطرابی مزمن، اختلال استرس پس ازضربه و اختلالات روانپزشکی) که توسط مصاحبه تشخیصی مورد بررسی قرار گرفت، عدم سوء مصرف مواد، الکل و داروهای روانپزشکی، داشتن حداقل تحصیلات سیکل و سکونت در تهران بودند. ملاک‌های خروج شامل عدم تمایل به همکاری در جلسات درمانی، غیبت بیش از دو جلسه در جلسات گروه‌درمانی و تکمیل ناقص پرسش‌نامه (عدم پاسخ به بیش از ۲۰ درصد سؤالات پرسشنامه) بود.

ابزار گردآوری اطلاعات شامل پرسش‌نامه‌های بدتنظیمی هیجانی و کیفیت زندگی بودند. پرسشنامه کیفیت زندگی ۳۶ سوالی (SF-۳۶) مشهورترین و پراستفاده‌ترین ابزار برای سنجش کیفیت زندگی است. پرسشنامه کیفیت زندگی ۳۶ سوالی (SF-۳۶) دارای ۳۶ سؤال است (۱۷). شیوه نمره گذاری بدین صورت است که در سؤالات ۱-۲-۲۰-۲۲-۳۴-۳۶ به گزینه ۱ نمره ۱۰۰، به گزینه ۲ نمره ۷۵، به گزینه ۳ نمره ۵۰، به گزینه ۴ نمره ۲۵ و به گزینه ۵ نمره صفر داده می شود. در سؤالات ۳-۴-۵-۶-۷-۸-۹-۱۰-۱۱-۱۲ به گزینه ۱ نمره صفر، به گزینه ۲ نمره ۵۰ و به گزینه ۳ نمره ۱۰۰ داده می شود. در سؤالات ۱۳-۱۴-۱۵-۱۶-۱۷-۱۸-۱۹ به گزینه ۱ نمره صفر و به گزینه ۲ نمره ۱۰۰ داده می شود. در سؤالات ۲۱-۲۳-۲۶-۲۷-۳۰ به گزینه ۱ نمره ۱۰۰، به گزینه ۲ نمره ۸۰، به گزینه ۳ نمره ۶۰، به گزینه ۴ نمره ۴۰، به گزینه ۵ نمره ۲۰ و به گزینه ۶ نمره صفر داده

[Downloaded from ijrm.ir on 2026-10-15]

[DOI: 10.22034/ijrm.12.2.1]

مـی شـود. در سـؤالات ۲۴-۲۵-۲۸-۲۹-۳۱ بـه گزینـه ۱ نمـره صفـر، بـه گزینـه ۲ نمـره ۲۰، بـه گزینـه ۳ نمـره ۴۰، بـه گزینـه ۴ نمـره ۶۰، بـه گزینـه ۵ نمـره ۸۰ و بـه گزینـه ۶ نمـره ۱۰۰ داده مـی شـود. در سـؤالات ۳۲-۳۳-۳۵ بـه گزینـه ۱ نمـره صفـر، بـه گزینـه ۲ نمـره ۲۵، بـه گزینـه ۳ نمـره ۵۰، بـه گزینـه ۴ نمـره ۷۵ و بـه گزینـه ۵ نمـره ۱۰۰ داده مـی شـود. نمـره کل مقیـاس از میانگیـن کل پاسـخ سـؤالات بدسـت مـی آیـد. بـر اسـاس پژوهـش مـک هورنـی و همـکاران (۱۸) ایـن ابـزار از روایـی و پایایـی مطلوبـی برخـوردار اسـت. در پژوهـش حاضـر پایایـی بـه روش آلفـای کرونبـاخ ۰/۷۵ بـه دسـت آمـد. لازم بـه ذکـر اسـت کـه ضریـب پایایـی مقیـاس کیفیـت زندگـی در نمونـه پژوهـش حاضـر ۰/۸۳ محاسـبه شـد.

مقیـاس اولیـه بدتنظیمـی هیجانـی یـک ابـزار سـنجش ۴۱ آیتمی خودگـزارش دهـی بـود کـه بـرای ارزیابـی دشـواری درتنظیـم هیجانـی از لحـاظ بالینـی تدویـن شـد. آیتم‌هـای ایـن مقیـاس بـر اسـاس نظـر متخصصـان حـوزه تنظیـم هیجـان تدویـن و انتخـاب شـده اسـت (۱۹). بـه منظـور بـد تنظیمی هیجانـی ظرف دوران آشـفتگی (هنگامـی کـه راهبردهـای تنظیـم هیجانـی لازم و ضـروری می‌باشـند)، بسـیاری از عبـارات بـا عبـارت هنگامـی مـن آشـفته هسـتم آغـاز می‌گردنـد. گسـتره پاسـخ‌ها در مقیـاس لیکـرت ۱ تـا ۵ قـرار می‌گیـرد. یـک بـه معنـای تقریبـاً هرگـز (۱۰-۰ درصـد)، دو بـه معنـای گاهـی اوقـات (۱۱ تـا ۳۵ درصـد)، سـه بـه معنـای نیمـی از مواقـع (۳۶ تـا ۶۵ درصـد)، چهـار بـه معنـای اکثـر اوقـات (۶۶ تـا ۹۰ درصـد) و پنـج بـه معنـای تقریبـاً همیشـه (۹۱ تـا ۱۰۰ درصـد) می‌باشـد. سـؤالات ۲،۶،۱،۸،۱۰،۱۷،۲۰،۲۲،۲۴،۳۴، ۷ دارای نمـره گـذاری معکـوس می‌باشـند. نمـرات بالاتـر بـه معنـای شـرایط بدتـر در تنظیـم هیجانـی می‌باشـند. نتایـج پژوهـش گراتـز و رومـر حاکـی از ایـن اسـت کـه ایـن مقیـاس از همسـانی درونـی بالایـی، ۰/۹۳ برخـوردار می‌باشـد (۱۹). همچنیـن DERS[1] دارای همبسـتگی معنـاداری بـا مقیـاس NMR[2] و پرسشـنامه پذیـرش و عمـل AAQ[3] هیـز[4] و همکارانـش (۲۰) دارد بـر اسـاس داده‌های حاصل از لـی و گایـو (۲۱) میـزان آلفـای کرونبـاخ ایـن پرسشـنامه ۰/۹۲ بـرآورد شـد. همچنیـن پایایـی همسـانی درونـی ترجمـۀ فارسـی ایـن مقیـاس، طـی یـک مطالعـه مقدماتی بـر روی ۴۸ دانشـجوی دانشـگاه فردوسـی و علـوم پزشـکی مشـهد (۳۱ زن و ۱۷ مـرد) توسـط بوسـتانی و همـکاران (۲۲) مـورد محاسـبه قـرار گرفتـه اسـت. نتایـج ایـن مطالعـه همسـانی درونـی بالایـی را بـرای کل مقیـاس (۰/۸۶) نشـان داد. لازم بـه ذکـر اسـت کـه ضریـب پایایـی مقیـاس بدتنظیمـی هیجانـی در نمونـه پژوهـش حاضـر ۰/۷۹ محاسـبه شـد.

پـس از تخصیـص گروه‌هـا و قـرار گرفتـن افـراد نمونـه در گـروه مداخلـه و کنتـرل و توضیحـات مقدماتـی دربـاره پرسشـنامه‌ها و هـدف از اجـرای آزمـون، نحـوه پاسـخگویی آزمودنی‌هـا بـه آزمون‌هـا شـرح داده شـد و پیش‌آزمـون در جلسـه اول در محـل مرکـز مشـاوره انجمـن ام اس ایـران بـر روی افـراد اجـرا گردیـد. روش درمانـی بـه کار گرفتـه شـده بـر مبنـای پروتـکل درمانـی گروه‌درمانـی مبتنـی بـر درمـان مبتنـی بـر روانشناسـی مثبـت مبتنـی بـر پروتـکل رشـید (۲۳) بـود. بـر ایـن اسـاس مداخلـه در ده جلسـه حضـوری ۹۰ دقیقـه‌ای در مـدت دو مـاه و به‌صـورت گروهـی بـرای گـروه آزمایـش اجـرا شـد، در حالی‌کـه گـروه کنتـرل تنهـا آمـوزش هـای معمـول را دریافـت کـرد. ایـن مداخلـه توسـط پژوهشـگر، کـه دارای تخصـص در روان‌شناسـی اسـت، و زیـر نظـر اسـاتید راهنمـا(بـا تاییـد روایـی محتوایـی) انجـام گرفـت. در پایـان جلسـات درمانـی، پس‌آزمـون بـرای هـر دو گـروه در جلسـه‌ی پایانـی اجـرا شـد. دوره‌ی پیگیـری نیـز دو مـاه پـس از پایـان جلسـات درمانـی، طـی یـک جلسـه توسـط پژوهشـگر برگـزار گردیـد. یـک مـاه پـس از پایـان دوره پیگیـری، به‌منظـور رعایـت اصـول اخلاقـی، دو جلسـه‌ی درمانـی هـم برای گـروه کنتـرل در مـدت یـک هفتـه انجـام شـد. خلاصـه جلسـات درمانـی مطابـق جـدول ۱. بـود.

1- Difficulties in Emotion Regulation Scale

2- Negative Mood Regulation

3- Acceptance and Action Questionnaire

4- Hayes

[Downloaded from ijrm.ir on 2026-10-15]

[DOI: 10.22034/ijrm.12.2.1]

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان درمان مبتنی بر روانشناسی مثبت گرا

جلسه	شرح مختصر جلسه
۱	بیان معایب طرحواره مسلط حل مسئله، فرا رفتن از طرحواره مذکور به سمت طرحواره -نقاط قوت و راه حل ها یادداشت پاسخ های متداول مراجعان به یک موقعیت دشوار اهداف: جهت دادن مراجعین در چارچوب روان درمانی مثبت، مفروضه های این دیدگاه و نقش فعال مراجع گسترش دیدگاه مراجع به فلسفه توانمندی و حق انتخاب
۲	ثبت یک معرفی مثبت از خود در یک صفحه توسط مراجعین-تاکید بر نقاط قوت، شناخت واره ها و باورهای مفید-پرسش های مبتنی بر امید در موقعیت های بحرانی. اهداف: شناسایی توانمندی های شخصی، آشنایی با دسته بندی توانمندی ها و فضیلت های اخلاقی و استفاده از توانمندی های شخصی به شکلی نوین.
۳	ثبت توانمندی هر فرد توسط خود-تقویت نقاط مثبت و عوامل تاثیر گذار برآن-افزایش مشارکت مراجع و کاهش مقاومت -چهار راهبرد برای بیرون آمدن از موضع شاکی»-ذکر نعمت ها یا یاداوری سه امر خوب (مثبت) در زندگی روزانه اهداف: سرمایه گذاری بر هیجان های مثبت و ذکر نعمت ها و امور خوب در زندگی. تمرکز بر آینده به جای گذشته
۴	تکرار تکلیف انجام شده در جلسه قبل، انعطاف پذیری، خودکارآمدی وخوش بینی، تجسم آینده-اهداف روی آوری و رویگردانی اهداف: مرور این که آیا این نوشتن سه چیز خوب یا سه نعمت و تأکید بر یادآوری ها و حافظه مثبت در طول هفته گذشته اثر مثبتی هم داشته است یا خیر. ارتقاء آگاهی و توان رویارویی با موقعیت های چالش بر انگیز
۵	خودنظارت گری مثبت-ارائه جدول ثبت افکار اهداف: خود نظارت گری به جای تکیه کردن بر یادآوری و حافظه
۶	استفاده از کاربرگ مربوط به شکرگزاری اهداف: تمرکز بر شکرگزاری
۷	بررسی میانه درمان، تغییر دیدگاه-تغییر توجه مراجع، تغییر سوگیری شناختی اهداف: بررسی پیشرفت مراجعان در نوشتن دفترچه و نامه های بخشش و شکرگزاری و به کار بردن توانمندی هایشان در عمل بر اساس برنامه های فعالیت شان در جلسات قبل
۸	خوش بینی آموخته شده و اکتسابی، تمرین افزایش خوش بینی در پایان روز، تغییر نقش از قربانی به «نجات یافته» اهداف: تمرکز بر موضوع های امیدواری، ایمان و خوش بینی- افزایش حس کنترل بر زندگی و رها شدن از احساس درماندگی
۹	استفاده از فن بهبود روابط و ایجاد روابط مثبت اجتماعی و شادکامی در زندگی-ارایه کاربرگ پنج ساعت جادویی برای افزایش و تقویت روابط، جمعبندی و فرمول بندی دستاوردهای دوره آموزشی-«غرقگی» در زندگی هر روزه، پاسخ به سوالات اهداف: آموزش سبک پاسخ دهی و آموزش برای بهبود روابط. تکمیل پرسش نامه ها توسط شرکت کنندگان. انسجام و یکپارچگی آموزه های مثبت گرایی، آماده کردن افراد برای ادامه دادن و به کارگیری آموزه ها پس از پایان دوره
۱۰	جمع بندی و اجرای پس آزمون.

جهت تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ و آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر بین گروهی با رعایت پیش‌فرض‌های آماری استفاده شد.

یافته ها

نتایج تحلیل داده های جمعیت شناختی نشان داد که در گروه آزمایش ۱۱ نفر زن (۷۳/۳ درصد)، و در گروه کنترل ۱۰ نفر زن (۶۶/۷ درصد) بودند. در گروه آزمایش بیشتر شرکت کنندگان بین ۳۱ تا ۴۰ سال(۸ نفر، ۵۳/۳ درصد) و در گروه کنترل نیز بیشتر شرکت کنندگان بین ۳۱ تا ۴۰ سال (۶ نفر،۴۰ درصد) بودند.

در جدول۲. یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش گزارش‌شده است و بر اساس نتایج جدول ۲. نمرات میانگین نمرات متغیرهای کیفیت زندگی و بدتنظیمی هیجانی در گروه درمان مبتنی بر روانشناسی مثبت گرا نسبت به گروه کنترل در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون بهبودیافته است.

[Downloaded from ijrm.ir on 2026-10-15]

[DOI: 10.22034/ijrm.12.2.1]

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیرهای کیفیت زندگی و بدتنظیمی هیجانی در گروه‌های پژوهش

گروه	متغیر	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
کنترل	کیفیت زندگی	۸۶.۲۰	۹.۶۵	۸۶.۲۰	۹.۶۷	۸۵.۲۰	۸.۳۴
	بدتنظیمی هیجانی	۱۲۱.۴۰	۱۱.۷۴	۱۲۰.۸۶	۱۲.۲۴	۱۱۹.۲۷	۱۲.۸۳
درمان مبتنی بر روانشناسی مثبت گرا	کیفیت زندگی	۸۵.۲۷	۱۰.۲۲	۹۶.۸۶	۸.۴۰	۹۷.۶۶	۸.۴۷
	بدتنظیمی هیجانی	۱۲۱.۶۰	۱۳.۶۷	۱۰۲.۵۳	۱۲.۳۹	۱۰۲.۹۳	۱۱.۲۷

قبل از اجرای آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر بین گروهی، پیش‌فرض نرمال بودن داده‌ها با آزمون شاپیرو ویلک انجام شد. این پیش‌فرض حاکی از آن است که تفاوت مشاهده‌شده بین توزیع نمرات گروه نمونه و توزیع نرمال در جامعه برابر با صفر است. نتایج این آزمون نشان داد که تمام متغیرها در پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری از توزیع نرمال پیروی می‌کنند. همچنین به‌منظور بررسی پیش‌فرض یکنواختی کوواریانس‌ها یا برابری کوواریانس‌ها با کوواریانس کل از آزمون کرویت ماچلی استفاده شد. اگر معنی‌داری در آزمون کرویت ماچلی بالاتر از ۰/۰۵ باشد به‌طورمعمول از آزمون فرض کرویت و در صورت عدم تأیید از آزمون محافظه‌کارانه گرینهاوس-گیسر برای تحلیل واریانس اندازه‌های تکراری استفاده می‌شود. در این پژوهش نتایج آزمون ماچلی متغیرهای پژوهش برقرار نبود (p>۰/۰۵)؛ بنابراین نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌های تکراری برای مقایسه دو گروه در متغیرهای کیفیت زندگی و بدتنظیمی هیجانی در سه مرحله پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری براساس اصلاح گرینهاوس-گیسر در جدول ۳. گزارش‌شده است.

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌های تکراری با اصلاح گرین هاوس گیزر جهت بررسی تفاوت گروه‌ها در متغیرهای کیفیت زندگی و بدتنظیمی هیجانی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	منبع تغییر	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	میزان تأثیر
کیفیت زندگی	مراحل	۶۹۰.۰۲	۱.۳۹	۴۹۷.۱۳	۲۷.۰۰	۰.۰۰۱	۰.۴۹
	مراحل * گروه	۲۰۴۵.۶۰	۱.۸۳	۱۱۲۰.۱۶	۴۸.۰۹	۰.۰۰۱	۰.۶۳
	گروه‌ها	۱۱۸۰.۸۴	۱.۰۰	۱۱۸۰.۸۴	۵.۹۴	۰.۰۲	۰.۱۸
بدتنظیمی هیجانی	مراحل	۷۷۱.۶۲	۱.۳۹	۵۵۵.۹۲	۳۰.۱۹	۰.۰۰۱	۰.۵۲
	مراحل * گروه	۱۵۵۲.۰۹	۱.۸۳	۸۴۹.۹۱	۳۶.۴۹	۰.۰۰۱	۰.۵۷
	گروه‌ها	۲۹۶۹.۸۸	۱.۰۰	۲۹۶۹.۸۸	۶.۶۸	۰.۰۲	۰.۱۹

بر اساس نتایج جدول ۳. تفاوت بین نمرات متغیرهای کیفیت زندگی (p<۰/۰۵) و بدتنظیمی هیجانی (p<۰/۰۵) در سه مرحله از پژوهش معنی‌دار است. همچنین میانگین نمرات متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایش و کنترل معنی‌دار به‌دست‌آمده است (P<۰/۰۵). نتایج نشان می‌دهد که به ترتیب نزدیک به ۱۸ و ۱۹ درصد از تفاوت‌های فردی در متغیرهای کیفیت زندگی و بدتنظیمی هیجانی به تفاوت بین دو گروه مربوط است. علاوه بر این تعامل بین مراحل پژوهش و عضویت گروهی نیز در متغیرهای کیفیت زندگی و بدتنظیمی هیجانی معنی‌دار است (p<۰/۰۵)؛ به‌عبارت‌دیگر تفاوت بین نمرات متغیرهای کیفیت زندگی و بدتنظیمی هیجانی در سه مرحله از پژوهش در دو گروه معنی‌دار است، بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر روانشناسی مثبت گرادر بهبود کیفیت زندگی و بدتنظیمی هیجانی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروز مؤثر بوده است. با توجه به نتایج به‌دست‌آمده در جدول بالا، تفاوت بین مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در متغیرهای پژوهش معنی‌دار است؛ بنابراین نتایج مقایسه‌های زوجی میانگین‌های سه مرحله پژوهش با

[Downloaded from ijm.ir on 2026-10-15]

[DOI: 10.22034/ijm.12.2.1]

استفاده از آزمون بونفرونی در جدول ۴. گزارش‌شده است.

جدول ٤. مقایسه زوجی میانگین گروه‌های درمان مبتنی بر روانشناسی مثبت گرا و کنترل در سه مرحله پژوهش در متغیرهای کیفیت زندگی و بدتنظیمی هیجانی

گروه	متغیر وابسته	مرحله	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	سطح معنی داری
کنترل	کیفیت زندگی	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	-۰.۴۷	۱.۰۵	۰.۹۹
		پیش‌آزمون-پیگیری	۱.۰۰	۱.۲۶	۰.۹۹
		پس‌آزمون-پیگیری	۱.۴۷	۰.۹۷	۰.۴۶
	بدتنظیمی هیجانی	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۰.۵۳	۱.۲۰	۰.۹۹
		پیش‌آزمون-پیگیری	۲.۱۳	۱.۷۹	۰.۷۶
		پس‌آزمون-پیگیری	۱.۶۰	۱.۹۷	۰.۹۹
درمان مبتنی بر روانشناسی مثبت گرا	کیفیت زندگی	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	-۱۱.۶۰	۱.۶۴	۰.۰۰۱
		پیش‌آزمون-پیگیری	-۱۲.۴۰	۱.۸۹	۰.۰۰۱
		پس‌آزمون-پیگیری	-۰.۸۰	۰.۵۹	۰.۵۸
	بدتنظیمی هیجانی	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۱۹.۰۷	۱.۵۸	۰.۰۰
		پیش‌آزمون-پیگیری	۱۸.۶۷	۱.۸۶	۰.۰۰
		پس‌آزمون-پیگیری	-۰.۴۰	۱.۶۰	۰.۹۹

نتایج جدول ۴. نشان می‌دهد که تفاوت مرحله پیش‌آزمون با دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری در گروه درمان مبتنی بر روانشناسی مثبت گرامعنی‌دار به دست آمده است ($p<۰/۰۱$) اما در گروه کنترل تفاوت بین نمرات مرحله پیش‌آزمون با مراحل پس‌آزمون و پیگیری و همچنین تفاوت بین نمرات مرحله پس‌آزمون با نمرات پیگیری معنی‌دار نیست ($p>۰/۰۵$).

بحث

مطالعه حاضر باهدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر روانشناسی مثبت گرابر بدتنظیمی هیجانی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروز انجام شد. نتایج نشان داد با کنترل اثر پیش‌آزمون تفاوت معناداری بین پس‌آزمون گروه آزمایش و کنترل در بدتنظیمی هیجانی بیماران مولتیپل اسکلروز بود و نتایج در دوره پیگیری تداوم داشت، بنابراین درمان مبتنی بر روانشناسی مثبت گرابرافزایش بدتنظیمی هیجانی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروز مؤثر بوده است. یافته‌های این مطالعه همسو با پژوهش‌های جدید روی بیماران مبتلا به اماس هستند و نشان می‌دهند که مداخلات مبتنی بر روان‌شناسی مثبت، تأثیر قابل‌توجهی بر بهبود تنظیم هیجانی و ارتقای کیفیت زندگی دارند. به‌عنوان مثال، مطالعه فریدمن (۲۴) در قالب آزمایش تصادفی نشان داده است که یک برنامه روان‌شناسی مثبت، پذیرفتنی است و می‌تواند احساس مثبت، کاهش افسردگی و بهبود کیفیت زندگی بیماران MS را تقویت کند .

مطالعه گلیجانی و همکاران (۲۵) نشان داد که مداخلات گروهی ۵ هفته‌ای روان‌شناسی مثبت برای بیماران MS قابل اجرا و مؤثر در کاهش خستگی و افسردگی هستند، اگرچه نیاز به آزمون‌های تصادفی بزرگ‌تر وجود دارد .

درک این نتایج با توجه به نظریه سیالی نیز قابل توجیه است. طبق نظریه میهالی، سیالی زمانی رخ می‌دهد که فرد چالش و مهارت را به‌طور متعادل تجربه کند، به‌طوری که زمان درک نشود (۲۶)؛ این وضعیت در نظریه سلیگمن نیز با مفهوم تعهد هم‌پوشانی دارد (۲۷). در نتیجه، شناسایی و استفاده منظم از نقاط قوت، مانند آنچه رشید (۲۳) پیشنهاد می‌دهد، با ایجاد تعهد و معنا، می‌تواند کیفیت زندگی بیماران را بهبود دهد.

رویکرد مثبت‌گرا، از طریق تقویت هیجانات مثبت، تمرکز بر نقاط قوت فردی، و ایجاد معنا و هدف در زندگی، بیماران اماس را قادر می‌سازد تا منابع روان‌شناختی درونی خود را بازیابی کنند. تمرین‌هایی مانند قدردانی روزانه، یادداشت خاطرات مثبت، پرورش امید و شناسایی ارزش‌ها، نگرش

[Downloaded from ijrm.ir on 2026-10-15]

[DOI: 10.22034/ijrm.12.2.1]

بیمـار نسـبت بـه بیمـاری را از مسـیر آسیب‌شناسـانه بـه مسـیر رشـد و تغییـر هدایـت می‌کننـد.

مطالعـات مـرور نظام‌منـد اخیـر نیـز نتایـج مشـابهی ارائـه داده‌انـد؛ بولیـر و همـکاران (۲۸) گـزارش دادنـد کـه مداخلات روان‌شناسـی مثبـت به‌طـور مؤثـری موجـب افزایـش بهزیسـتی و کاهـش پریشـانی روان‌شـناختی می‌شـوند. همچنیـن کار و همـکاران (۲۹) نشـان دادنـد کـه ایـن مداخـلات در بیمـاران مزمـن مؤثـر و کارآمدنـد. عـلاوه بـر ایـن، مطالعـه تورخانـی و همـکاران (۳۰) نشـان داده اسـت کـه ترکیبـی از فعالیـت فیزیکـی و مداخـلات ذهن‌آگاهـی می‌توانـد باعـث بهبـود تحـرک و کاهـش تأثیـر بیمـاری بـر زندگـی بیمـاران شـود. در مجمـوع، شـواهد پژوهشـی نشـان می‌دهنـد کـه مداخـلات مبتنـی بـر روان‌شناسـی مثبـت، از طریـق ایجـاد تعهـد، جریـان سـیالی، و تمرینـات راهبـردی، نـه تنهـا قابـل اجـرا هسـتند بلکـه پیامدهـای قابـل توجهـی در کاهـش خسـتگی، افسـردگی و افزایـش رضایتمنـدی در زندگـی بیمـاران اماس دارنـد.

از محدودیـت هـای پژوهـش حاضـر محـدود بـودن نتایـج بـه جامعـه موردپژوهـش یعنـی انجـام مطالعـه بـر روی بیمـاران مبتلا بـه مولتیپـل اسـکلروز بـود، همچنیـن اسـتفاده از پرسشـنامه برای گـردآوری داده‌هـا کـه ممکـن اسـت سـوگیری هـای پاسـخ‌دهی در آنـان وجـود داشـته باشـد، از دیگـر محدودیت‌هـای مطالعـه حاضـر بـود. لـذا پیشـنهاد می‌شـود در تعمیـم نتایـج بـه دیگـر گروه‌هـای جامعـه احتیـاط شـود و در مطالعـات آینـده از دیگـر روش‌هـای جمع‌آوری اطلاعـات ازجملـه مصاحبـه اسـتفاده شـود. بـا توجـه بـه یافته‌هـای پژوهـش حاضـر پیشـنهاد می‌شـود کـه متخصصـان سـلامت و افـراد فعـال در حـوزه بهداشـت، بـا طراحـی و کاربـرد روش هـای مناسـب برگرفتـه از درمـان مبتنـی بـر روانشناسـی مثبـت گرابـر بدتنظیمـی هیجانـی و کیفیـت زندگـی بیمـاران مبتـلا بـه مولتیپـل اسـکلروز بیافزاینـد. همچنین وزارت بهداشـت بایـد بـه نیازهـای اساسـی بیمـاران مبتـلا بـه ام اس در زمینـه مداخـلات روانشناسـی بـرای ارائـه خدمـات مشـاوره و روانشـناختی بـه آنـان و خانـواده هـای آن‌هـا در سیاست‌گذاری‌هایشـان، برنامه‌ریـزی لازم داشـته باشـند.

نتیجه‌گیری

بـا توجـه بـه اثربخشـی درمـان مبتنـی بـر روانشناسـی مثبت‌گـرا در بهبـود کیفیـت زندگـی و تنظیـم هیجانـی بیمـاران مبتـلا بـه اماس، پیشـنهاد می‌شـود ایـن مداخلـه به‌عنـوان بخشـی از برنامه‌هـای توانبخشـی و مراقبت‌هـای جامـع ایـن بیمـاران در مراکـز درمانـی و کلینیک‌هـای تخصصـی گنجانـده شـود.

سپاسگزاری

از تمامـی شـرکت کنندگانـی کـه در انجـام ایـن پژوهـش همراهـی نمودنـد، کمـال تقدیـر و تشـکر را داریـم.

ملاحظات اخلاقی

ایـن مقالـه برگرفتـه از رسـاله دکتـرای روان‌شناسـی و دارای کـد مصـوب IR.IAU.SRB.REC.1402.044 از کمیتـه اخـلاق در پژوهـش دانشـگاه آزاد اسـلامی واحـد علـوم تحقیقـات می‌باشـد. به‌منظـور رعایـت اصـول اخـلاق پژوهـش، پـس از پایـان مطالعـه، درمـان مبتنـی بـر روانشناسـی مثبـت گـرا بـرای گـروه کنتـرل نیـز اجـرا گردیـد.

تعارض منافع

نویسـنده ایـن مقالـه هیچ‌گونـه تعـارض منافـع بـا اشـخاص یـا سـازمان‌های مرتبـط نـدارد. همچنیـن بـرای انجـام ایـن مطالعـه، هیچ‌گونـه حمایـت مالـی دریافـت نشـده اسـت.

References

1. Altieri M, Cerciello F, Gallo A, Santangelo G. The relationship between depression and cognitive performance in multiple sclerosis: a meta-analysis. The Clinical Neuropsychologist. 2024;38(1):21-41. https://doi.org/10.1080/13854046.2023.2192963
2. Safiri S, Ghaffari Jolfayi A, Mousavi SE, Nejadghaderi SA, Sullman MJ, Kolahi A-A. Global burden of multiple sclerosis and its attributable risk factors, 1990–2019. Frontiers in Neurology. 2024;15:1448377. https://doi.org/10.3389/fneur.2024.1448377
3. Marzban A, Fereidooni-Moghadam M, Ghezelbash S. Coping strategies among family caregivers of patients with chronic mental

[Downloaded from ijm.ir on 2026-10-15]

[DOI: 10.22034/ijm.12.2.1]

disorders: A cross-sectional study. Jundishapur Journal of Chronic Disease Care. 2024;13(2):102-10. https://doi.org/10.5812/jjcdc-120635
4. Wang L-Y, Wang W-F, Hui S-Y, Yang L, Liu Y, Li H-j. Emerging epidemiological trends of multiple sclerosis among adults aged 20-54 years, 1990–2021, with projections to 2035: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study. Frontiers in Neurology. 2025;16:1616245. https://doi.org/10.3389/fneur.2025.1616245
5. Rovaris M, Toselli E, Mendozzi L, Di Tella S, Pirastru A, Blasi V, et al. Eye movement desensitization and reprocessing for depressed individuals with multiple sclerosis: A pilot study. Multiple Sclerosis Journal. 2024;30(6):747-50. https://doi.org/10.1177/13524585241230236
6. Prnjak K, Hay P, Mond J, Bussey K, Trompeter N, Lonergan A, et al. The distinct role of body image aspects in predicting eating disorder onset in adolescents after one year. Journal of Abnormal Psychology. 2021;130(3):236. https://doi.org/10.1037/abn0000537
7. Vadakkiniath IJ. Prevalence and correlates of stress, anxiety, and depression in patients with chronic diseases: a cross-sectional study. Middle East Current Psychiatry. 2023;30(1):1-14. https://doi.org/10.1186/s43045-023-00340-2
8. Morris T, Moore M, Morris F. Stress and chronic illness: The case of diabetes. Journal of Adult Development. 2011;18(2):70-80. https://doi.org/10.1007/s10804-010-9118-3
9. Margoni M, Preziosa P, Rocca MA, Filippi M. Depressive symptoms, anxiety and cognitive impairment: emerging evidence in multiple sclerosis. Translational psychiatry. 2023;13(1):264.
10. Nazari N. The effectiveness of hope therapy on improving marital adaptation in women with multiple sclerosis (MS). Journal of Advanced Pharmacy Education & Research| Jan-Mar. 2020;10(S1).
11. Linley PA, Joseph S. Applied positive psychology: A new perspective for professional practice. Positive psychology in practice. 2004:3-12. https://doi.org/10.1002/9780470939338
12. Hong Y, Huang Y, Jiang J, Liu Q, Hu J, Tan W, et al. The effects of positive psychology theory in the rehabilitation nursing of Chinese patients with schizophrenia: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Frontiers in Psychiatry. 2025;16:1515028. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2025.1515028
13. Blasco-Belled A, Tejada-Gallardo C, Alsinet C. Positive psychology interventions can improve mental health for chronic pain patients: a systematic review and meta-analysis. Psychology & health. 2025;40(4):635-51. https://doi.org/10.1080/08870446.2023.2250382
14. Leclaire K, Cecil A, LaRussa A, Stuart F, Hemond CC, Healy BC, et al. A pilot study of a group positive psychology intervention for patients with multiple sclerosis. International journal of MS care. 2018;20(3):136-41. https://doi.org/10.7224/1537-2073.2017-002
15. Kotera Y, Green P, Sheffield D. Positive psychology for mental wellbeing of UK therapeutic students: relationships with engagement, motivation, resilience and self-compassion. International Journal of Mental Health and Addiction. 2022;20(3):1611-26. https://doi.org/10.1007/s11469-020-00466-y
16. Eng J. Sample size estimation: how many individuals should be studied? Radiology. 2003;227(2):309-13. https://doi.org/10.1148/radiol.2272012051
17. Framework IC. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). Med Care. 1992;30(6):473-83.
18. Ca M. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs. Med Care. 1993;31(3):247-63.
19. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. Journal of psychopathology and behavioral assessment. 2004;26(1):41-54. https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94
20. Hayes SC, Strosahl K, Wilson KG, Bissett RT, Pistorello J, Toarmino D, et al. Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. The psychological record. 2004;54(4):553-78. https://doi.org/10.1007/BF03395492
21. Li J, Han ZR, Gao MM, Sun X, Ahemaitijiang N. Psychometric properties of the Chinese version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS): Factor structure, reliability, and validity. Psychological assessment. 2018;30(5):e1.

[Downloaded from ijrm.ir on 2026-10-15]

[DOI: 10.22034/ijrm.12.2.1]

https://doi.org/10.1037/pas0000582
22. Boostani M, Ezadikhah Z, Sadeghi M. Effectiveness of group-based acceptance and commitment therapy on the difficulty emotional regulation and distress tolerance patients with essential hypertension. International Journal of Educational and Psychological Researches. 2017;3(3):205. https://doi.org/10.4103/2395-2296.204118
23. Rashid T. Positive psychotherapy: A strength-based approach. The Journal of Positive Psychology. 2015;10(1):25-40. https://doi.org/10.1080/17439760.2014.920411
24. Freedman ME, Healy BC, Huffman JC, Chitnis T, Weiner HL, Glanz BI. An at-home positive psychology intervention for individuals with multiple sclerosis: a phase 1 randomized controlled trial. International journal of MS care. 2021;23(3):128-34. https://doi.org/10.7224/1537-2073.2020-020
25. Golijani-Moghaddam N, Dawson DL, Evangelou N, Turton J, Hawton A, Law GR, et al. Strengthening Mental Abilities with Relational Training (SMART) in multiple sclerosis (MS): study protocol for a feasibility randomised controlled trial. Pilot and Feasibility Studies. 2022;8(1):195. https://doi.org/10.1186/s40814-022-01152-7
26. Csikszentmihalyi M, Csikzentmihaly M. Flow: The psychology of optimal experience: Harper & Row New York; 1990.
27. Seligman ME. Authentic happiness: Using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment: Simon and Schuster; 2004.
28. Bolier L, Haverman M, Westerhof GJ, Riper H, Smit F, Bohlmeijer E. Positive psychology interventions: A meta-analysis of randomized controlled studies. BMC public health. 2013;13(1):119. https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-119
29. Carr A, Cullen K, Keeney C, Canning C, Mooney O, Chinseallaigh E, et al. Effectiveness of positive psychology interventions: a systematic review and meta-analysis. The journal of positive psychology. 2021;16(6):749-69. https://doi.org/10.1080/17439760.2020.1818807
30. Torkhani E, Dematte E, Slawinski J, Csillik A, Gay M-C, Bensmaïl D, et al. Improving health of people with multiple sclerosis from a multicenter randomized controlled study in parallel groups: preliminary results on the efficacy of a mindfulness intervention and intention implementation associated with a physical activity program. Frontiers in Psychology. 2021;12:767784. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.767784

[Downloaded from ijm.ir on 2026-10-15]

[DOI: 10.22034/ijm.12.2.1]