J TOLOO E BEHDASHT, School of Public Health, Yazd Shahid Sadoughi Univ Med Sci

ORIGINAL ARTICLE
Received:2024/08/13 *Accepted:2024/12/11*

Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy on Resilience, Distress Tolerance, and Quality of Life Improvement of Women with Multiple Sclerosis in Acute Phase: A Clinical Trial Study

Seyed Fatemeh Ahmadi mahali(M.A)[1], Seyed Mohammad Baghbanian(Ph.D.)[2], Afsane Fendreski(Ph.D.)[3], Maede Bagheri(Ph.D)[4]

1.MA of clinical psychology ,Sari branch , Islamic Azad University of Sari, Sari, Iran
2.Associate Professor Medical Department , Faculty of Medicine, University of medical sciences-medical services of Mazandaran, sari , Iran
3.Assistant Professor of Biostatistics, Department of Epidemiology and Biostatistic, School of Health, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
4.Corresponding Author :Assistant Professor of Health psychology, Department of psychiatry and psychosomatic research center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
Email:bagheri.ma@mazums.ac.ir Tel: +98 -9113546225

Abstract

Introduction: Multiple sclerosis (MS) is a disabling neurological disorder that affects patients not only physically but also cognitively. Therefore, the aim of the present study was to investigate the effectiveness of of cognitive-behavioral therapy on (CBT) resilience, distress tolerance and improving the quality of life of women with acute MS phase.

Methods:This study was a semi-experimental intervention design with a pre-test and post-test, including a control group. Thirty women with acute MS attending the specialized clinic of Bou Ali Sina Hospital in Sari from 2023 to 2024 were selected through convenience sampling based on inclusion and exclusion criteria. They were randomly assigned (using a lottery method) into two groups of 15: an intervention group and a control group. Both groups completed the Connor-Davidson Resilience Scale, the Simmons and Gaher Distress Tolerance Scale, and the quality of life questionnaire for MS patients by Hobart et al. before the intervention and after its completion. The therapeutic intervention was conducted over eight sessions according to the Himbergh and Becker protocol. Pre-test and post-test data were analyzed using Analysis of Covariance (ANCOVA) with SPSS software version 26.

Results: Cognitive-behavioral therapy had a significant impact on resilience (P<0/001, B=9/51), distress tolerance (P<0/001, B=0/245), and quality of life (P<0/001, B=-15/31) in women with MS in the acute phase of the disease.

Conclusion: It is suggested that psychological interventions such as cognitive-behavioral therapy be provided for patients in the acute phase of the disease.

Keywords: Cognitive-Behavioral Therapy, Multiple Sclerosis, Resilience, Distress Tolerance, Quality of Life

Conflict of interest: The authors declared no conflict of interest.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-20]

[DOI: 10.18502/tbj.v23i6.18189]

This Paper Should be Cited as:
Author: Seyed Fatemeh Ahmadi mahali, Seyed Mohammad Baghbanian,Afsane Fendreski ,Maede Bagheri,. Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy on Resilience, Distress…..……Tolooebehdasht Journal. 2025;23(6)1-15.[Persian]

اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر تاب‌آوری، تحمل پریشانی و ارتقای کیفیت زندگی زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس در مرحله ی فاز حاد؛ مطالعه کارآزمایی بالینی

نویسندگان: سیده فاطمه احمدی محلی[۱]، سید محمد باغبانیان[۲]، افسانه فندرسکی[۳]،مائده باقری[۴]

۱.کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران

۲.دانشیار گروه پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی - خدمات درمانی مازندران، ساری، ایران

۳.استادیار آمار زیستی،گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی ، دانشکده بهداشت ، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۴.نویسنده مسئول: استادیار روانشناسی سلامت، مرکز تحقیقات روانتنی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

شماره تماس:۰۹۱۱۳۵۴۶۲۲۵-۹۸+ Email:bagheri.ma@mazums.ac.ir

طلوع بهداشت

دو ماهنامه علمی پژوهشی دانشکده بهداشت یزد
سال بیست و سوم
شماره ششم
بهمن و اسفند
شماره مسلسل:۱۰۸

تاریخ وصول:۱۴۰۳/۰۵/۲۳

تاریخ پذیرش:۱۴۰۳/۰۹/۲۱

چکیده

مقدمه: مولتیپل اسکلروزیس(MS) از اختلالات ناتوان‌کننده عصبی است که بیماران مبتلا به آن علاوه بر مشکلات جسمانی، مشکلات شناختی متعددی را نیز تجربه می‌کنند. بر همین مبنا هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری بر تاب‌آوری، تحمل پریشانی و ارتقای کیفیت زندگی زنان مبتلا به MS در مرحله ی فاز حاد انجام شد.

روش بررسی: مطالعه حاضر از نوع مداخله نیمه آزمایشی پیش آزمون-پس آزمون همراه با گروه کنترل بود. تعداد ۳۰ نفر از زنان دارای بیماری MS در مرحله حاد بیماری مراجعه کننده به درمانگاه فوق تخصصی بیمارستان بوعلی سینا شهر ساری در سال ۱۴۰۲ تا ۱۴۰۳ به روش نمونه گیری در دسترس و بر اساس معیارهای ورود و خروج انتخاب و به صورت تصادفی (روش قرعه کشی) در دو گروه ۱۵ نفره مداخله و کنترل گمارده شدند. هر دو گروه قبل شروع مداخله و پس از آن به پرسشنامه‌های تاب‌آوری کانر و دیویدسون، تحمل‌پریشانی سیمونز وگاهر و کیفیت زندگی مربوط به بیماران MS هوبارت و همکاران پاسخ دادند. مداخله درمانی طی ۸ جلسه بر طبق پروتکل هیمبرگ و بکر انجام شد. داده‌های پیش آزمون و پس آزمون با استفاده از تحلیل واریانس(ANCOVA) و نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: درمان شناختی‌رفتاری بر تاب‌آوری (B=۹/۵۱،p<۰/۰۰۱)، تحمل پریشانی (p<۰/۰۰۱، B=۰/۲۴۵) و کیفیت زندگی (B=- ۱۵/۳۱،p<۰/۰۰۱) زنان مبتلا به MS در مرحله حاد بیماری تاثیر معناداری داشته‌است.

نتیجه گیری: پیشنهاد می گردد برای بیماران در مرحله حاد بیماری نیز مداخلات روانشناختی از قبیل درمان شناختی- رفتاری صورت پذیرد.

واژه های کلیدی: درمان شناختی رفتاری، مولتیپل اسکلروزیس، تاب‌آوری، تحمل پریشانی، کیفیت زندگی

این مقاله حاصل پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری در سال ۱۴۰۳ می باشد.

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-20]

[DOI: 10.18502/tbj.v23i6.18189]

مقدمه

افزایش روزافزون بیماری‌های مزمن یکی از بزرگترین چالش‌هایی است که نظام‌های بهداشتی در سراسر جهان در قرن ۲۱ با آن مواجه هستند(۱). یکی از بیماری‌های مزمن، بیماری اسکلروزیس چندگانه(Multiple sclerosis) است که با نام اختصاری ام.اس(MS) شناخته می‌شود(۲). اماس نوعی بیماری التهابی خودایمنی نورودژنراتیو است که با آسیب درغلاف میلین نورون های دستگاه عصبی مرکزی همراه است(۳). دمیلینه شدن(Demyelinating) سیستم عصبی موجب مختل شدن ارتباط مغز و سایر اندام‌های بدن شده و در نهایت به این اعصاب آسیب می‌رساند(۴). این بیماری شامل انواع مختلفی از قبیل سندرم رادیولوژیکال ایزوله، سندروم بالینی ایزوله، عودکننده فروکش کننده، پیشرونده اولیه و پیشرونده ثانویه می شود؛ گرچه سندرم رادیولوژیکال ایزوله به عنوان یک فنوتایپ جدا در نظر گرفته نمی شود(۵).

آمارهای جهانی و منطقه‌ای در زمینه اماس نشان دهنده شیوع فزاینده این بیماری در تمام کشورهای جهان از جمله ایران می‌باشد(۶). این بیماری تقریباً ۲/۸ میلیون نفر را در سراسر جهان تحت تأثیر خود قرار داده و میزان شیوع آن تقریباً ۱ در ۳۰۰ می‌باشد(۷). در ایران نیز حدود هفتادهزار بیمار مبتلا به اماس شناسایی شده است(۸). همچنین شایع‌ترین زمان پیدایش بیماری بین سنین ۲۵ تا ۳۵ سالگی است و شیوع این بیماری درزنان دو الی سه برابر بیشتر از مردان است(۹). تا به امروز علت مشخصی برای اماس شناخته نشده‌است(۱۰)؛ اما ویروس ها، سیگار کشیدن، چاقی و تغذیه به عنوان عوامل خطرساز موثر شناخته شدند(۱۱).

ابتلا به بیماری های مزمن از قبیل ابتلا به بیماری ام اس به عنوان یک عامل استرس زا می‌تواند به طور بالقوه پریشانی روان‌شناختی ایجاد کند(۱۲). از طرفی دیگر تایید شده است که افراد مبتلا به بیماری ام اس، تاب‌آوری پایینی(۱۳) و کاهش تحمل پریشانی را نیز تجربه می‌کنند(۱۴). در نتیجه ی کاهش تاب‌آوری، ظرفیت بازگشتن از دشواری پایدار و ادامه‌دار و توانایی در ترمیم خود نیز کاهش می یابد(۱۵) که مصون سازی در برابر مشکلات روانی و اجتماعی کاهش یافته و کارکردهای مثبت زندگی را تحت تاثیر قرار می‌دهد(۱۶). هم چنین کاهش تحمل پریشانی به معنای این است که توانایی یک فرد برای تجربه و تحمل حالت‌های هیجانی منفی یا توانایی رفتاری برای انجام رفتار هدفمند هنگام پریشانی هیجانی کاهش می یابد(۱۷). افرادی که تحمل پریشانی پایین دارند هیجان را غیر قابل تحمل می‌دانند و وجود هیجان را انکار می‌کنند(۱۸) که این مسائل منجر به کاهش کیفیت زندگی در این افراد می گردد(۱۹) تا جایی که مبتلایان به ام اس نسبت به جمعیت عمومی و نسبت به کسانی که سایر بیماری‌های مزمن از قبیل صرع، دیابت، آرتریت روماتوئید و بیماری‌های روده تحریک پذیری دارند کیفیت زندگی پایین‌تری را تجربه می‌کنند(۲۰).

در همین راستا، بهبود تاب‌آوری و افزایش توانایی تحمل پریشانی احتمالاً منجر به کاهش حساسیت در برابر بیماری‌ها و انطباق بیشتر با بیماری‌های مزمن مانند اماس شود؛ اما با توجه به مشکلات و عوارض زیاد ناشی از دارودرمانی، استفاده از روش‌های غیردارویی به عنوان درمان‌های مکمل که بتواند علائم روان‌شناختی بیماران را کاهش دهد، مناسب تر به نظر می رسد(۲۱). از جمله درمان‌های مؤثر بـر سازه‌های روانشناختی

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-20]
[DOI: 10.18502/tbj.v23i6.18189]

ذکر شده، درمان شناختی‌رفتاری می‌باشد که یک مداخله روان‌شناختی است و هدف آن کمک به بازسازی تفکرات، احساسات، رفتارها و نشانه‌های جسمانی بیماران است(۲۲).

گرچه تایید شد که درمان شناختی-رفتاری بر افزایش تاب‌آوری و کاهش نشخوار ذهنی(۲۳)، افزایش خودکارآمدی و کیفیت زندگی در زنان مبتلا به ام اس موثر است(۲۴)؛ اما با توجه به افزایش میزان شیوع بیماری اماس در زنان ایرانی و مشکلات جسمانی و شناختی متعاقب آن و نظر به اینکه مشکلات روان شناختی ذکر شده به طور قابل توجهی در دوره عود بیماری افزایش پیدا کرده و بر کیفیت زندگی آن ها تاثیر می‌گذارد، این سوال بررسی شد که آیا درمان شناختی‌رفتاری در مرحله ی حاد بیماری نیز می تواند بر افزایش تاب‌آوری، تحمل پریشانی و ارتقای کیفیت زندگی زنان مبتلا به ام اس موثر باشد یا خیر؟

روش بررسی

مطالعه ی حاضر از نوع مداخله ای نیمه تجربی به صورت پیش آزمون و پس آزمون همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری در پژوهش حاضر شامل کلیه زنان دارای بیماری ام اس مراجعه کننده به درمانگاه تخصصی و فوق تخصصی بیمارستان بوعلی سینای شهر ساری در سال ۱۴۰۲ تا ۱۴۰۳ بود. پس از کسب کد اخلاق و کسب مجوز از دانشگاه آزاد اسلامی و با مراجعه حضوری به بیمارستان بوعلی سینای شهر ساری و پس از رایزنی و اخذ مجوزهای لازم برای اجرای مطالعه و پس از بررسی معیارهای ورود و تکمیل فرم رضایت آگاهانه، تعداد ۳۰ بیمار که مایل به شرکت در جلسات درمانی بودند انتخاب شدند و با روش نمونه گیری در دسترس و توزیع تصادفی در دو گروه مداخله (۱۵نفر) و گروه کنترل (۱۵نفر) قرار گرفتند.

در راستای رعایت اصول اخلاقی پژوهش به منظور حفظ حقوق شرکت‌کنندگان، اهداف اصلی و فرایندهای مداخله برای گروه مداخله شرح داده شد و نسبت به رعایت اصول محرمانگی داده ها و داوطلبانه بودن تمامی فعالیت های مداخله اطمینان لازم داده شد. پس از اخذ موافقت و رضایت کتبی، پرسشنامه‌های تاب‌آوری، تحمل پریشانی و کیفیت زندگی در بین آزمودنی‌ها در قالب پیش آزمون و پس از اتمام دوره مداخله پرسشنامه های پس آزمون نیز توزیع، تکمیل و جمع آوری گردید.گروه مداخله به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان شناختی‌رفتاری را توسط یک کارشناس ارشد روان شناسی بالینی آموزش دیده در مکان درمانگاه تخصصی و فوق تخصصی بیمارستان بوعلی سینا شهر ساری دریافت نمودند اما گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای را دریافت نکردند.

معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از: مبتلا بودن حداقل ۶ ماه به بیماری‌ام اس درفاز عود کننده با تشخیص یک پزشک متخصص مغز و اعصاب(فلوشیپ ام اس) همراه با پرونده پزشکی و گواهی یا کارت بیماری، سن بین۲۰ الی ۵۰ سال، عدم سابقه ابتلا به اختلالات روانپزشکی سایکوتیک، عدم سابقه شرکت در درمان‌های روان‌شناختی طی ۶ ماه گذشته، تکمیل موافقت نامه رضایت آگاهانه در خصوص شرکت در طرح پژوهش و نداشتن سابقه مصرف مواد و معیارهای خروج عبارت بودند از: غیبت بیش از دو جلسه در درمان و عدم انجام تکالیف بیش از دو جلسه. در راستای رعایت اصول اخلاقی پژوهش به منظور حفظ حقوق شرکت‌کنندگان، علاوه بر اخذ فرم رضایت آگاهانه از بیماران مبتلا، توضیحات لازم در زمینه اهداف

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-20]
[DOI: 10.18502/tbj.v23i6.18189]

پژوهش و روال انجام آن به همه شرکت‌کنندگان ارائه شد. حق شرکت یا عدم شرکت در پژوهش و نبودن اجبار برای همه شرکت‌کنندگان تصریح شد. همچنین به همه آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات فردی آن‌ها طبق اصل رازداری پژوهش محرمانه می‌ماند و داده‌هایی که انتشار می‌یابند بدون درج شناسه خصوصی بوده و به صورت گروهی تحلیل می‌شوند و پس از سه ماه بعد از انتشار مقاله تمامی داده ها از بین خواهند رفت.

در بخش آمار توصیفی جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات دموگرافیک از شاخص های میانگین و انحراف استاندارد و در بخش آمار استنباطی از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره (ANCOVA) در جهت مقایسه تفاوت نمرات پیش آزمون و پس آزمون استفاده شد.در این راستا از نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ جهت تجزیه و تحلیل داده ها استفاده شد.حجم نمونه مورد نیاز در سطح خطای ۱ درصد و توان ۹۵ درصد بر اساس فرمول زیر حداقل برابر ۱۱ نفر محاسبه شد که در این مطالعه ۳۰ نفر در نظر گ فته شد.

$$n = \frac{\left(Z_{1-\frac{\alpha}{2k}} + Z_{1-\beta}\right)^2 \times (\sigma_1^2 + \sigma_2^2)}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

که در آن k تعداد گروه های مورد مقایسه است و میانگین ها و واریانس ها نیز بر اساس مقدار تاب آوری در مطالعه طبیب زاده و همکاران (۲۳)محاسبه شد.

در این مطالعه از ۵ ابزار جهت جمع آوری داده ها استفاده شد:

۱-چک‌لیست اطلاعات جمعیت‌شناختی برای جمع آوری اطلاعات زمینه ای بیماران از قبیل سن و میزان تحصیلات، وضعیت اشتغال و ... و بررسی معیارهای ورود و خروج استفاده شد.

۲-پرسشنامه تاب آوری (CD-RSC): پرسشنامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون در سال ۲۰۰۳ طراحی شده دارای ۲۵ سؤال بوده و هدف آن سنجش میزان تاب آوری در افراد مختلف می‌باشد. شیوه نمره گذاری این ابزار لیکرت بوده که شامل گزینه‌های کاملاً نادرست=۱ تا همیشه درست=۵ است. برای بدست آوردن امتیاز کلی پرسشنامه، مجموع امتیازات همه سؤالات را باهم جمع می‌کنید. این امتیاز دامنه ۰ تا ۱۰۰ را خواهد داشت. هرچه این امتیاز بالاتر باشد بیانگر میزان تاب‌آوری بیشتر فرد پاسخ دهنده خواهد بود و برعکس. نقطه برش این پرسشنامه نمره ۵۰ است؛ به عبارتی نمره بالاتر از ۵۰ نشانگر افراد دارای تاب‌آوری خواهد بود و هرچه این امتیاز بالاتر از ۵۰ باشد به همان میزان شدت تاب‌آوری فرد نیز بالاتر خواهد بود و برعکس. در مطالعه کانر و دیویدسون آلفای کرونباخ این پرسشنامه، ۰/۸۹ و روایی ۰/۸۱ به دست آمده است(۲۵). همچنین در ایران محمدی برای تعیین پایایی مقیاس تاب آوری کانر و دیویدسون از روش آلفای کرونباخ بهره گرفته و ضریب پایایی ۰/۸۹ و روایی ۰/۸۱ را گزارش کرده است(۲۶).

۳-پرسشنامه تحمل پریشانی هیجانی(DTS): این پرسشنامه توسط سیمونز و گاهر در سال ۲۰۰۵ طراحی شده است که ۱۵ ماده دارد و روی یک مقیاس پنج امتیازی (۱=کاملاً موافق، ۲=اندکی موافق، ۳=نه موافق نه مخالف، ۴= اندکی مخالف و ۵=کاملاً مخالف) پاسخ داده می‌شوند. مقیاس دارای یک نمره کلی تحمل پریشانی هیجانی و چهار خرده مقیاس تحمل (تحمل پریشانی هیجانی): سؤالات ۱، ۳ و ۵؛ جذب (جذب شدن به وسیله هیجانات منفی): سؤالات ۲، ۴ و ۱۵؛ ارزیابی (برآورد

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-20]
[DOI: 10.18502/tbj.v23i6.18189]

ذهنی پریشانی): سؤالات ۶، ۷، ۹، ۱۰، ۱۱ و ۱۲؛ تنظیم (تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی): ۸، ۱۳ و ۱۴ است. برای به دست آوردن نمره تحمل پریشانی هیجانی باید هر یک از این گزینه‌ها که به ترتیب ۱، ۲، ۳، ۴ و ۵ امتیاز دارند با هم جمع شوند. عبارت ۶ به صورت معکوس نمره گذاری می‌شود. نمرات بالا در این مقیاس نشان دهنده تحمل پریشانی بالا می‌باشد. برای به دست آوردن تحمل پریشانی کلی نمره تمام سؤالات با هم جمع می‌شود و برای به دست آوردن نمره هر یک از ابعاد، نمره سوالات هر بعد مطابق آنچه که در بالا ذکر شد با هم جمع می‌شوند. در نسخه اصلی، ضرایب آلفا برای این مقیاس را به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۸۲ و ۰/۷۰ و برای کل مقیاس ۰/۸۲ را گزارش کرده‌اند. همچنین گزارش شده است که این پرسشنامه دارای روایی ملاک و همگرایی اولیه خوبی می‌باشد(۲۷). جهت بررسی روایی و پایی در ایران، علوی در پژوهش خود نشان داد که کل مقیاس داری پایایی همسانی درونی بالا (a=۰/۷۱) و خرده مقیاس‌ها دارای پایایی متوسطی (برای تحمل ۰/۵۴، جذب ۰/۴۲، ارزیابی ۰/۵۶ و تنظیم ۰/۵۸) هستند(۲۸) و همچنین در پژوهش دکانی و همکاران میزان آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۷۹ و برای تحمل ۰/۸۶، جذب ۰/۶۲، ارزیابی ۰/۵۸ و تنظیم ۰/۷۴ بدست آمد(۲۹).

پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اماس (MASIS-29): این پرسشنامه در سال ۲۰۰۱ توسط هوبارت و همکاران برای ارزیابی سنجش کیفیت زندگی بیماران اماس ابداع شده است. این مقیاس شامل ۲۹ است که ۲۰ سؤال اول تأثیر فیزیکی و ۹ سؤال آخر تأثیر روانی اماس را روی بیماران می‌سنجند. هر یک از سؤالات، پنج گزینه با نمره ۱ تا۵ جهت پاسخ‌دهی دارد. نمره کل بین ۲۹ تا ۱۴۵ به‌دست می‌آید که نمره‌های بالاتر نشان دهندهٔ کیفیت زندگی پایینتر بیمارهستند. حداکثر نمره در بعد جسمانی ۱۰۰ و حداقل آن ۲۰ و حداکثر نمره در بعد روانی ۴۵ و حداقل آن ۹ است(۳۰). مک گیگن و هاچینسون در مطالعات خود نشان دادند که پایایی آن با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ بیشتر از ۰/۸۰ است و روایی همگرای زیر مقیاس‌های فیزیکی و روانی MASIS-29 با سایر مقیاس‌های اندازه گیری ناتوانی فیزیکی و روانی نشانگر ضرایب همبستگی بالایی است(۳۱). در ایران ضرایب آلفای کرونباخ که برای بررسی سازگاری درونی هر یک از مقیاس‌های فیزیکی و روانی محاسبه شده به ترتیب ۰/۹۵ و ۰/۸۹ گزارش شده است(۳۲). در پژوهشی دیگر نیزاعتبار کل پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۱ به‌دست آمده است(۳۳).

۴-پروتکل درمانی: مداخله درمانی به کار گرفته شده در پژوهش حاضر پروتکل درمانی هیمبرگ و بکر (۲۰۰۲)(۳۴) بود. محتوای جلسات درمانی به شرح ذیل بود؛ جلسه اول و دوم : آشنایی با قوانین جلسات و توضیح در مورد شیوه و روش درمان؛ دسته بندی و شناسایی تحریفات شناختی و ارزیابی میزان اعتقاد به آن جلسه سوم و چهارم: آشنایی و آموزش راهبردهای شناختی و به کار بردن آن (جایگزینی افکار منفی با افکار مثبت)، جلسه پنجم و ششم: آموزش مهارت اجتماعی، سبک حل مسأله، آموزش واحد ناراحتی ذهنی، آموزش ایفای نقش و مواجهه تصویری و جلسه هفتم و هشتم: ادامه آموزش تصویرسازی ذهنی و مواجهه واقعی با پیامدهای بیماری مزمن، آموزش راهبردهایی برای پیشگیری از تجربه عواطف منفی و استفاده مناسب از راهبردهای هیجان مدار و خلاصه جلسه.

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-20]
[DOI: 10.18502/tbj.v23i6.18189]

یافته ها

در پژوهش حاضر ۳۰ بیمار مبتلا به MS شرکت داشتند. میانگین و انحراف استاندارد سن آزمودنی گروه کنترل به ترتیب ۳۶/۷ و ۸/۵ و گروه مداخله به ترتیب ۳۸/۵ و ۹/۱ بود. به طور کلی بازه سنی شرکت کنندگان بین ۲۲ تا ۵۲ سال با میانگین ۸/۷۷ ± ۳۷/۶سال بود. حداقل تحصیلات شرکت کنندگان دیپلم و حداکثر کارشناسی ارشد بود. ویژگی های متغیرهای دموگرافیک دو گروه در جدول ۱ گزارش شده است. تحلیل داده های مربوط به خصوصیات دموگرافیک توسط آزمون کای دو و دقیق فیشر بررسی شد که تفاوت معناداری را در بین دو گروه آزمایش و کنترل نشان نداد. با توجه به آزمون شاپیرو ویلک Shapiro-Wilk ، فرض نرمالیتی هیچ یک از متغیرها در هر دو گروه برقرار نبود. بنابراین از آزمون های ناپارامتری برای مقایسات استفاده خواهد شد.

جدول ۳ میانگین، انحراف معیار و نتایج آزمون تی مستقل و آزمون ناپارامتری من-ویتنی نمرات پیش‌آزمون و پس آزمون برای مقایسه عملکرد گروه مداخله و کنترل در متغیر تاب آوری و تحمل پریشانی و کیفیت زندگی را نشان می‌دهد. یافته های جدول شماره دو بیان می کند که بین پیش‌آزمون دو گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای مورد پژوهش تفاوت معناداری وجود ندارد.

به نظر می‌رسد که افراد شرکت کننده در پژوهش از نظر تاب‌آوری، تحمل پریشانی و کیفیت زندگی در یک سطح بوده و با هم اختلاف معناداری ندارند. بنابراین می‌توان ادعا نمود قبل از اجرای کاربندی آزمایشی گروه‌ها همتا می‌باشند. همچنین جدول ۲ میانگین و انحراف معیار نمرات پس‌آزمون دو گروه مداخله و کنترل در متغیرهای تاب‌آوری، تحمل پریشانی و کیفیت زندگی را نیز نشان می‌دهد. یافته‌ها نشان می‌دهد که بین پس‌آزمون دو گروه مداخله و کنترل در متغیرهای ذکر شده تفاوت وجود دارد

در جدول ۴، پیش فرض های روش تحلیل کوواریانس چند متغیره با مدل خطی تعمیم یافته انجام شد. مقایسه میانگین نمرات تاب‌آوری و کیفیت زندگی بعد از مداخله با کنترل نمره قبل در دو گروه مداخله و کنترل با استفاده از آنالیز کواریانس ومقایسه میانگین نمره تحمل پریشانی بعد از مداخله در دو گروه مداخله و کنترل با استفاده از مدل های خطی تعمیم یافته انجام شد. مقایسه میانگین نمرات پیش آزمون و پس آزمون متغیر ها نشان داد که نمره تاب آوری با توجه به ضریب رگرسیونی مثبت گروه مداخله نسبت به گروه کنترل (B=۹/۵۱) در گروه مداخله به طور معنی داری بیشتر بود؛ بنابراین انجام مداخله تأثیر مثبتی در میزان تاب آوری افراد داشته است (p<۰/۰۰۱). همچنین با توجه به ضریب رگرسیونی گروه مداخله نسبت به کنترل در تحمل پریشانی (B=۰/۲۴۵)، نمره تحمل پریشانی نیز در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل به طور معنی‌داری بیشتر بود؛ بنابراین انجام مداخله تأثیر مثبتی درمیزان تحمل‌پریشانی افراد، داشته‌است(p<۰/۰۰۱).

در بررسی تأثیر مداخله بر کیفیت زندگی با توجه به ضریب رگرسیونی منفی گروه مداخله نسبت به گروه کنترل (B=-۱۵/۳۱)، نمره کیفیت زندگی در گروه مداخله به طور معنی داری کمتر بود و از آنجایی که در این بخش نمره کمتر به مفهوم کیفیت زندگی بالاتر است؛ بنابراین انجام مداخله تأثیر مثبتی در کیفیت زندگی افراد نیز داشته است (p<۰/۰۰۱).

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-20]
[DOI: 10.18502/tbj.v23i6.18189]

جدول۱: ویژگی های متغیر های دموگرافیک در دو گروه مداخله و کنترل

متغیر	گروه مداخله (n=۱۵)	گروه کنترل (n=۱۵)	p-value
سن (میانگین± انحراف معیار)	۳۸/۵ ±۹/۱۶	۳۶/۷ ±۸/۵۷	۰/۵۸۳
سطح تحصیلات			۰/۹۹۹[a]
دیپلم	۴ (۲۶/۶٪)	۳ (۲۰٪)	
کارشناسی	۹ (۶۰٪)	۱۰ (۶۶/۶٪)	
کارشناسی ارشد	۲ (۱۳/۳٪)	۲ (۱۳/۳٪)	
وضعیت اشتغال			۰/۲۴۵[b]
خانه دار	۷ (۴۶/۶٪)	۳ (۲۰٪)	
شاغل	۸ (۵۳/۳٪)	۱۲ (۸۰٪)	

جدول ۲: بررسی نرمال بودن توزیع اختلاف نمرات گروه مداخله و کنترل

Shapiro-Wilk	گروه مداخله		گروه کنترل	
متغیر	آماره آزمون	p-value	آماره آزمون	p-value
تاب آوری	۰/۸۳۸	۰/۰۱۲	۰/۹۵۲	۰/۵۵۲
تحمل پریشانی	۰/۸۴۲	۰/۰۱۳	۰/۹۵۵	۰/۶۱۱
کیفیت زندگی	۰/۹۶۰	۰/۶۹۱	۰/۸۲۴	۰/۰۰۸

جدول۳:شاخص های آماری مرتبط با بررسی متغیرهای پژوهش

متغیر	گروه کنترل		گروه مداخله		p-value
	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	
	میانگین±انحراف معیار	میانگین±انحراف معیار	میانگین±انحراف معیار	میانگین±انحراف معیار	
تاب آوری	۵۱/۴±۱۰/۱	۴۹/۶±۱۱	۵۷/۴±۱۷/۶	۶۳/۸±۱۲/۵	۰/۱۴۸[a]
تحمل پریشانی	۳۵/۱±۶/۳۶	۳۳/۷±۷/۳	۳۷±۶/۵۴	۴۴±۵/۷	۰/۴۳۴[b]
کیفیت زندگی	۸۰/۱±۱۹/۸	۸۱/۸±۲۰/۳	۷۰/۵±۲۴/۹	۵۸/۶±۱۸/۷	۰/۳۲۵[a]

[a] آزمون من ویتنی

[b] آزمون تی مستقل

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-20]
[DOI: 10.18502/tbj.v23i6.18189]

جدول۴: بررسی تاثیر مداخله بر نمره های تاب آوری، تحمل پریشانی و کیفیت زندگی

			ضریب رگرسیونی	خطای استاندارد	آماره آزمون	
تاب آوری	تاب آوری قبل مداخله		۰/۷۸۲	۰/۰۴۸	۱۶/۲۰۴	p<۰/۰۰۱[a]
		مداخله	۹/۵۰۹	۱/۳۷۱	۶/۹۳۷	p<۰/۰۰۱[a]
		کنترل	مرجع			
تحمل پریشانی	تحمل پریشانی قبل مداخله				۴۴/۷۳۸	p<۰/۰۰۱[b]
			۰/۰۲۳	۰/۰۰۳۴		
		مداخله	۰/۲۴۵	۰/۰۴۲۱	۳۳/۸۱۵	p<۰/۰۰۱[b]
		کنترل				
کیفیت زندگی	کیفیت زندگی قبل مداخله		۰/۸۲۹	۰/۰۴۹	۱۶/۸۴۲	p<۰/۰۰۱[a]
		مداخله	-۱۵/۳۰۵	۲/۱۹۵	-۶/۹۷۲	p<۰/۰۰۱[a]
		کنترل				

a آنالیز کواری

b مدل‌های خطی تعمیم یافته انس

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری بر تاب‌آوری، تحمل پریشانی و ارتقای کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (MS) انجام شد. نتایج حاصل از یافته‌ها نشان داد که درمان شناختی‌رفتاری بر افزایش تاب‌آوری بیماران اماس مؤثر است. این مطالعه با پژوهش گائو و همکاران(۳۵)که تاثیر درمان شناختی‌رفتاری بر تاب‌آوری شناختی،سازگاری اجتماعی و اثربخشی بالینی بیماران مبتلا به تومورهای استخوانی را بررسی کردند همسو بود.

مطالعات قبلی از جمله مطالعه بابا واجارلا و جاسمین دبورا(۳۶)که اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر تاب‌آوری بیماران مبتلا به سندروم کرونر حاد را بررسی کردند، ایسوند و همکاران (۳۷)که مقایسه درمان شناختی‌رفتاری با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشخوار فکری، انعطاف‌پذیری شناختی، تاب‌آوری و استرس ادراک شده در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی بررسی کردند و تقی زاده (۳۸) که تاثیر درمان شناختی‌رفتاری گروهی را بر تاب‌آوری زنان مبتلا به سرطان پستان را بررسی کرد در همین راستا بود.

در تبیین یافته‌های پژوهش می‌توان این‌گونه بیان کرد که بیماران مزمن به خصوص بیماران مبتلا به اماس در برابر حوادث ناگوار در زندگی و در موقعیت‌های حل مسئله، معمولاً تاب‌آوری پایینی را از خود نشان می‌دهند و از این موضوع رنج می‌برند. به نظر می‌رسد دلیل مؤثر بودن درمان شناختی رفتاری بر افزایش تاب‌آوری، یادگیری چگونگی مواجه با مشکلات و دشواری‌های زندگی و کنار آمدن بهتر با موقعیت‌های استرس‌زا (از جمله بیماری اماس) و رویدادهای ناخوشایند از بعد عملکردی باشد. درمان شناختی‌رفتاری موجب شد که بیماران سطح کمتری از اجتناب از بیماری‌شان را نشان دهند و با درد ناشی از آن بهتر کنار بیایند(۳۹). همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان شناختی رفتاری بر افزایش تحمل پریشانی

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-20]

[DOI: 10.18502/tbj.v23i6.18189]

بیماران اماس نیز مؤثر است. یافته‌های این پژوهش با یافته‌های پژوهش علیاری و همکاران(۴۰) که اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری بر اضطراب و تحمل پریشانی بیماران عروق کرونر قلبی را بررسی کردند و پژوهش درتاج و همکاران(۲۱) که در راستای مقایسه اثربخشی آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی‌رفتاری و درمان پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی و ادراک درد بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس انجام شد همسو بود.

در تبیین یافته‌های پژوهش می‌توان این‌گونه بیان کرد که در زندگی درد اجتناب ناپذیر و پیشبینی نشدنی است. برخی افراد که با این دردها رو به رو می‌شوند واکنش‌های ناسالمی از خود نشان می‌دهند. بسیاری از بیماران مبتلا به درد مزمن به خصوص اماس با نیز با این مشکل مواجه هستند. بالا بودن تحمل پریشانی می‌تواند نقطه مثبتی برای غلبه بر استرسور های زندگی این بیماران باشد(۴۱). درمان شناختی‌رفتاری می‌تواند با تقویت فرایند مقابله‌ای شناختی مانند ارزیابی مجدد مثبت و تقویت مهارت های تنظیم هیجان مانند تحمل پریشانی و آموزش فنون نادیده گرفتن در زمان شروع استرس از فرد در مقابل عملکرد بد محافظت کند که این مسئله در پژوهش حاضر تایید شده است.

نتایج حاصل از پژوهش حاضر نشان داد که درمان شناختی‌رفتاری بر افزایش کیفیت زندگی بیماران اماس موثر است. یافته های این پژوهش با یافته های پژوهش با پژوهش حیدری و همکاران (۲۴)که اثربخشی طرحواره درمانی و درمان شناختی‌رفتاری بر خودکارآمدی وکیفیت زندگی در زنان مبتلا به اماس را بررسی کردند همسو و هم‌جهت بود. در تبیین یافته های پژوهش می‌توان این‌گونه بیان کرد که بیماری‌های مزمن و پیشرونده مانند ام اس می‌تواند تهدیدی برای کیفیت زندگی باشد؛ زیرا بیماری‌ام اس، زندگی خانوادگی و اجتماعی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد و می‌تواند پیامدهای اجتماعی، روانی و فیزیکی برای بیمار ایجاد کند که تهدید کننده زندگی فرد است. در واقع بیماران مبتلا به اماس به علت استرس‌های زیادی که به خاطر بیماری دارند و رفت و آمد های زیاد به مراکز بیمارستانی و مشکلات اقتصادی فراوانی که این بیماری به وجود می‌آورد به میزان معنی داری کیفیت زندگی در مقایسه با افراد بهنجار پایین‌تر می‌باشد و عملکردهای آن‌ها را محدود می‌کند(۲۴).آموزش شیوه های مختلف چالش با افکار ناکارآمد می‌تواند بر کیفیت زندگی بیماران موثر باشد که این مسئله در فرایند درمان تایید گردید. روابط اجتماعی یکی از مولفه های موثر در کیفیت زندگی این بیماران می‌باشد؛ زیرا بعد از بروز بیماری این افراد ترجیح می‌دهند از اجتماع فاصله بگیرند. با آموزش شیوه های ابراز وجود به بیمار این مهارت که چگونه در روابط اجتماعی به گونه جرات ورزانه با دیگران ارتباط برقرار کند آموزش داده می‌شود.

این پژوهش همانند سایر پژوهش ها با محدودیت هایی همراه بوده‌است؛ از جمله محدودیت های پژوهش این بود که با در نظر گرفتن شرایط جسمانی نامساعد بیماران گروه مداخله و با توجه به محل سکونت آن‌ها که شهر های مختلف استان مازندران بود؛ در حالی که محل برگزاری جلسات درمان شهر ساری بوده، رفت و آمد این بیماران دشوار بوده وجلسات درمانی برخی از بیماران به صورت آنلاین برگزار شد. بعضی از جلسات درمانی به سبب بستری شدن بیمار و دریافت دارو لغو و

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-20]
[DOI: 10.18502/tbj.v23i6.18189]

به هفته آینده موکول می‌شد. همچنین به سبب اینکه بیماران در مرحله‌ی عود بیماری قرار داشتند و دچار حملات عود می‌شدند، تشکیل جلسات با دشواری همراه بود.

برای رفع این محدودیت ها پیشنهاد می‌شود پژوهش گسترده تر در سایر استان های کشور نیز انجام شود. همچنین کارگاه های آموزشی برای بیماران مبتلا به اماس و خانواده های آن ها برای بهبود روابط(افزایش سطح تحمل پریشانی) و کیفیت زندگی برگزار شود و با توجه به اثربخش بودن این نوع درمان در سایر بیماران مزمن نیز مورد بررسی قرار گیرد. همچنین پیشنهاد می‌گردد این روش درمانی به صورت فردی و گروهی در مراکز مشاوره نیز استفاده گردد.

ملاحظات اخلاقی

برای انجام این مطالعه کد IR.IAU.SARI.REC.1402.190 از کمیته اخلاق و کد ثبت مداخلات کارآزمایی بالینی IRCT20240616062145N1 اخذ شد.

در این پژوهش، اخلاق پژوهش کاملا رعایت و به شرکت‌کنندگان در زمینه محرمانه ماندن اطلاعات، اطمینان خاطر داده شد و شرکت‌کنندگان با رضایت کامل، پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند.

سهم نویسندگان

سیده فاطمه احمدی محلی در طراحی پژوهش و جمع آوری داده ها و مائده باقری در طراحی پژوهش و نگارش مقاله، افسانه فندرسکی در تجزیه و تحلیل داده ها و محمد باغبانیان در نظارت در جمع آوری داده ها و نگارش مقاله مشارکت داشته اند.

حمایت مالی

در انجام این پایان نامه از حمایت مالی هیچ سازمان یا موسسه ای استفاده نکردیم.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می دارند هیچ گونه تضاد منافعی در این مقاله وجود ندارد.

تقدیر و تشکر

بدین وسیله از تمامی شرکت‌کنندگان در این مطالعه (بیماران مبتلا به MS مراجعه کننده به درمانگاه تخصصی بیمارستان بوعلی سینا) که ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند؛ بالاخص کارکنان محترم کلینیک اماس درمانگاه تخصصی و فوق تخصصی بیمارستان بوعلی سینا صمیمانه تشکر و قدردانی می‌کنم.

References

1-Roozbeh B, Azimi M, Pourmovahed Z. Spiritual Health of Mothers of Children with Cancer and Other Chronic Diseases: A Comparative Study. Journal of Pizhūhish dar dīn va Salāmat (ie, Research on Religion & Health). 2023;9(2):38-49.

2-Mehraban S, Bahmani B, Azkhosh M & et al. Facilitators and Barriers to Adapting to the Disease: The Lived Experience of Patients With Multiple Sclerosis. Archives of Rehabilitation. 2023;24(3):328-45.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-20]

[DOI: 10.18502/tbj.v23i6.18189]

CC BY-NC 4.0

3-McGinley MP, Goldschmidt CH, Rae-Grant AD. Diagnosis and treatment of multiple sclerosis: a review. Jama. 2021;325(8):765-79.

4-Florea A, Maurey H, Le Sauter M & et al, depression, and quality of life in children with multiple sclerosis: a comparative study with other demyelinating diseases. Developmental Medicine & Child Neurology. 2020;62(2):241-4.

5-Lublin FD, Reingold SC, Cohen JA & et al. Defining the clinical course of multiple sclerosis: the 2013 revisions. Neurology. 2014;83(3):278-86.

6-Afrozeh M, Heidarzadeh A, Moghadam-Ahmadi A & et al. The Effectiveness of Stress Control Training on the Quality of Life of Female Patients with Multiple Sclerosis. Community Health Journal. 2023;17(2):84-94.

7-Zhou R, Li H, Yang H & et al. Serological markers exploration and real-world effectiveness and safety of teriflunomide in south Chinese patients with multiple sclerosis. Multiple sclerosis and related disorders. 2022;58:103446.

8-Amini P, Almasi-Hashiani A, Sahraian MA & et al. Multiple sclerosis projection in Tehran, Iran using Bayesian structural time series. BMC neurology. 2021;21(1):235.

9-Frahm N, Fneish F, Ellenberger D & et al. SARS-CoV-2 vaccination in patients with multiple sclerosis in Germany and the United Kingdom: Gender-specific results from a longitudinal observational study. The Lancet Regional Health–Europe. 2022;22.

10-Jahantigh D, Moghtaderi A, Narooie NM. Association between Polymorphism in XRCC7 Gene (G6721T) and Risk of Multiple Sclerosis: A Case-control Study. 2023.

11-Saravani S, Poursamimi J. Comparative Evaluation of Nutritional Pattern and Quality of Life the Subjects with Multiple Sclerosis as an Autoimmune Disease and Some of Its Risk Factors in Zabol City. Journal of Zabol Medical School. 2023.

12-Hale S, Myerson J, Strube MJ & et al. Distress signals: Age differences in psychological distress before and during the COVID-19 pandemic. International journal of environmental research and public health. 2023;20(4):3549.

13-Aboutalebi H, Yazdchi N, Smkhani Akbarinejhad H. Effectiveness of compassion-focused therapy on death anxiety and quality of life among women with multiple sclerosis. Medical Science Journal of Islamic Azad Univesity-Tehran Medical Branch. 2022;32(1):92-101.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-20]

[DOI: 10.18502/tbj.v23i6.18189]

14-Molton IR, Koelmel E, Curran M & et al. Pilot intervention to promote tolerance for uncertainty in early multiple sclerosis. Rehabilitation psychology. 2019;64(3):339.

15-Abdollahi R, Rajabi FH, Farkhojasteh VS. Influence of training the skills of establishing an effective communication on resilience and social adjustment in One of the military universitys students. 2021.

16-Tajbakhsh R, Haddadi S, Zeighami Mohammadi S & et al. Comparison of the Effect of" Acceptance and Commitment Therapy" and" Metacognitive Therapy" on the resilience of Women Undergoing Hemodialysis. Journal of Health Promotion Management. 2023;12(3):82-94.

17-Rette DN, Arnold MS, McDonald EM & et al. Influences on childhood depressive symptoms: The effects of trauma and distress tolerance across age and sex groups. Journal of affective disorders. 2021;283:373-6.

18-Shahidi S, Hasanzadeh R, Mirzaian B. The effectiveness of metacognitive therapy on psychological toughness and distress tolerance in female patients with psoriasis. Applied Family Therapy Journal (AFTJ). 2022;3(5):374-88.

19-Haghparast Nasrabadi E, Mirza M, Hoseini M & et al. The effectiveness of mindfulness-based stress reduction on quality of life and anxiety tolerance of heart patients. medical journal of mashhad university of medical sciences. 2021;64(4):3661-72.

20-Kidd T, Carey N, Mold F & et al. A systematic review of the effectiveness of self-management interventions in people with multiple sclerosis at improving depression, anxiety and quality of life. PloS one. 2017;12(10):e0185931.

21-Dortaj A, Aliakbari Dehkordi M, Nasermoghaddasi A & et al. Comparison of the Effectiveness of Cognitive-behavioral Stress Management Training and Acceptance and Commitment Therapy in Distress Tolerance and Perception of Pain in Patients with Multiple Sclerosis: A two-month Follow-up. Journal of Modern Psychological Researches. 2020;14(56):191-212.

22-Ghafari F, Agah S, Irani S & et al. Relationship between demographic and pathological characteristics on the 5-year survival rate of gastric cancer patients in Tehran province. Tehran University of Medical Sciences Journal. 2022;80(8):670-8.

23-Tabibzadeh F, Azar FS. The Effect of Cognitive-Behavioral Therapy on the Resilience and Obsessive Rumination among Multiple Sclerosis (MS) Patients. Middle Eastern Journal of Disability Studies. 2017;7(1):45.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-20]

[DOI: 10.18502/tbj.v23i6.18189]

 CC BY-NC 4.0

24-Heidari M, Mami S, Ahmadi V & et al. The effectiveness of schema therapy with cognitive behavioral therapy on self-efficacy and quality of life in women with MS: a clinical trial study. Journal of Applied Family Therapy. 2023;4(1):554-70.

25-Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). Depression and anxiety. 2003;18(2):76-82.

26-Mohammadi M, Jazayeri A, Rafiei A & et al. Investigating the factors affecting resilience in people at risk of substance abuse. Tehran: University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences. 2005.

27-Simons JS, Gaher RM. The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. Motivation and emotion. 2005;29:83-102.

28-Alavi K, Modarres GM, Amin Y & et al. Effectiveness of group dialectical behavior therapy (based on core mindfulness, distress tolerance and emotion regulation components) on depressive symptoms in university students. 2011.

29-Dakani M, Fakhri MK, Hassanzadeh R. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on anxiety tolerance and cognitive flexibility in patients with type 2 diabetes. 2021.

30-Hobart J, Lamping D, Fitzpatrick R & et al. The multiple sclerosis impact scale (MSIS-29) a new patient-based outcome measure. Brain. 2001;124(5):962-73.

31-McGuigan C, Hutchinson M. The multiple sclerosis impact scale (MSIS-29) is a reliable and sensitive measure. Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry. 2004;75(2):266-9.

32-Ayatollahi P, Nafissi S, Eshraghian M & et al. Cross-cultural adaptation of the multiple sclerosis impact scale (msis-29) for iranian ms patients, evaluation of reliability and validity. Tehran University of Medical Sciences Journal. 2006;64(1):62-8.

33-Rostamnezhad M, Tayyebi PD, Abolghasemi PD & et al. Presentation of a Structural Model Explaining MS Patients' Quality of Life based on their Lifestyle with the Mediating Role of Psychological Capital. Quarterly Journal of Family and Research. 2021;18(1):87-104.

34-Heimberg RG, Becker RE. Cognitive-behavioral group therapy for social phobia: Basic mechanisms and clinical strategies: Guilford Press; 2002.

35-Gao L, Yu W, Wang C. Effects of Cognitive-Behavioral Therapy on Psychological Resilience, Social Adaptation and Clinical Efficacy of Patients with Bone Tumors. Pakistan Journal of Medical Sciences. 2023;39(4):1045.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-20]

[DOI: 10.18502/tbj.v23i6.18189]

36-Baba Vajrala D, JasminDebora MS. The Efficacy of Cognitive Behavior Therapy on Resilience in Acute Coronary Syndrome Patients. Journal of Positive School Psychology. 2022;6(2):5272-9.

37-Isvand M, Baghouli H, Javidi HA & et al. Comparing the effectiveness of cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy for rumination, psychological flexibility, resilience, and perceived stress among the women suffering from depression. Psychological Achievements. 2023.

38-Taghizadeh M. Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy group on the resilience of Women with Breast Cancer. Scientific Journal of Nursing, Midwifery and Paramedical Faculty. 2023;8(3):1-12.

39-Weiss LA, Westerhof GJ, Bohlmeijer ET. Can we increase psychological well-being? The effects of interventions on psychological well-being: A meta-analysis of randomized controlled trials. PloS one. 2016;11(6):e0158092.

40-Aliyari Khanshan Vatan F, Ahadi H, Kalhornia Golkar M & et al. The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy in Anxiety and Distress Tolerance in Patients with Coronary Heart Diseases. Iranian Journal of Rehabilitation Research. 2022;8(3):54-65.

41-Hosein Esfand Zad A, Shams G, Pasha Meysami A & et al. The role of mindfulness, emotion regulation, distress tolerance and interpersonal effectiveness in predicting obsessive-compulsive symptoms. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2017;22(4):270-83.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-20]

[DOI: 10.18502/tbj.v23i6.18189]

 CC BY-NC 4.0