



The Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy on the Hope and Resilience of Patients with Multiple Sclerosis

Somayeh Mouri¹, Javad Khalatbari^{2*}, Jalil Fath Abadi³, Shohreh Ghorban Shiroodi⁴,
Mehrdad Sabet⁵

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, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran.

5- Department of Psychology, Roudheh Branch, Islamic Azad University, Roudheh, Iran.

Corresponding Author: Javad Khalatbari, Department of Psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran.

Email: jkhalatbari@tiau.ac.ir

Received: 2024/11/11

Accepted: 2024/12/14

Abstract

Introduction: Multiple sclerosis (MS) is one of the most common neurological diseases in humans, impacting the psychological and social dimensions of affected individuals, including their hope and resilience. Therefore, the present study aimed to determine the effectiveness of dialectical behavior therapy on the hope and resilience of patients with multiple sclerosis.

Methods: This semi-experimental research used a pretest-posttest design with a control group and a follow-up period. The study population included MS patients residing in Tehran, members of the MS Association of Iran, and patients visiting neurologists' clinics in Tehran during the second half of 2023, all of whom had been diagnosed by neurologists. From eligible individuals, 30 patients were selected through purposive sampling and randomly assigned to two groups (15 in the experimental group and 15 in the control group) using a simple random method (placing even and odd balls in a box). Data collection tools included the Hope Scale by Snyder et al. (1991) and the Connor-Davidson Resilience Scale (2003). The intervention group participated in twelve 90-minute group sessions over two months, while the control group received routine care. Data were analyzed using SPSS version 22 and repeated measures analysis of variance, with adherence to statistical assumptions.

Results: The findings indicated significant differences in the mean scores of hope and resilience of MS patients in the post-test and follow-up phases compared to the pre-test phase, with these results remaining stable through the follow-up period ($P < 0.01$). Thus, dialectical behavior therapy improved the hope and resilience of MS patients.

Conclusions: Based on the results of this study, dialectical behavior therapy can be considered an effective therapeutic approach to improving the health and psychological well-being of patients with multiple sclerosis.

Keywords: Dialectical Behavior Therapy, Hope, Resilience, Multiple Sclerosis.



اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر امیدواری و تاب آوری بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس

سمیه موری^۱، جواد خلعتبری^{۲*}، جلیل فتح آبادی^۳، شهره قربان شیروودی^۴، مهرداد ثابت^۵

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 تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران.

۵- 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

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۹/۲۴

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۸/۲۱

چکیده

مقدمه: مولتیپل اسکلروزیس یکی از شایع ترین بیماری های عصبی در انسان است که ابعاد روانی و اجتماعی و ازجمله امیدواری و تاب آوری فرد مبتلا را تحت تأثیر قرار می دهد، بنابراین مطالعه حاضر باهدف تعیین اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر امیدواری و تاب آوری بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس انجام شد.

روش کار: روش پژوهش حاضر، نیمه تجربی از نوع پیش آزمون- پس آزمون 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 مراجعه کننده 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 نمونه گیری هدفمند انتخاب و به صورت 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 پرسش نامه های امیدواری اشنایدر و همکاران (۱۹۹۱) و تاب آوری کونر و دیویدسون (۲۰۰۳) بودند. گروه مداخله در دوازده جلسه حضوری ۹۰ دقیقه ای در مدت دو ماه به صورت گروهی تحت مداخله قرار گرفت و گروه کنترل مداخله معمولی را دریافت نمود. جهت تحلیل داده ها از نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ و آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر بین گروهی با رعایت پیش فرض های آماری استفاده شد.

یافته ها: نتایج نشان داد بین میانگین نمرات امیدواری و تاب آوری بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس در مراحل پس آزمون و پیگیری در مقایسه با مرحله پیش آزمون، تفاوت وجود داشت و این نتایج تا مرحله پیگیری پایدار مانده بود ($P < 0.01$)؛ بنابراین رفتار درمانی دیالکتیکی موجب بهبود امیدواری و تاب آوری بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس شد. **نتیجه گیری:** بر اساس نتایج این مطالعه، می توان از رفتار درمانی دیالکتیکی به عنوان یک روش درمانی تأثیرگذار در بهبود سلامت و وضعیت روانشناختی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس استفاده کرد.

کلیدواژه ها: رفتار درمانی دیالکتیکی، امیدواری، تاب آوری، مولتیپل اسکلروزیس.

کرد: آرام ماندن در برابر فشار، انعطاف‌پذیر بودن در برابر موانع، اجتناب از استراتژی‌های خورنده، و حفظ خوش‌بینی و احساسات مثبت در هنگام نامایمات و غلبه بر مشکلات (۱۴). موانع داخلی یک فرد تاب آور معمولاً قادر است در حل مشکلات خلاقانه و انعطاف‌پذیر فکر کند. یعنی هر زمان نیاز به کمک داشته باشد از دیگران کمک می‌گیرد و در حل مشکلات مربوط به خود و دیگران همکاری نشان می‌دهد (۱۵). افراد تاب آور درجاتی از سلامت و استقلال را نشان می‌دهند. آنها قادرند خودشان فکر کنند و آن را اجرا کنند (۱۶). زمانی که نسبت به محیط خود انتقاد دارند، می‌توانند نظرات خود را به دیگران منتقل کنند آنها احساسات خوبی نسبت به اطرافیان خود دارند و به توانایی خود در تغییر محیط خود اعتقاد دارند (۱۷).

با توجه به پیامدهای روانشناختی بیماری مولتیپل اسکلروزیس، لزوم ارائه مداخلات درمانی به این دسته از بیماران ضروری به نظر می‌رسد (۱۸). یکی از درمان‌های موثر در این زمینه رفتار درمانی دیالکتیکی است (۱۹). این درمان می‌تواند کمک بزرگی برای مقابله موثر بیمار ام اس با این تصور که بیماری خطرناک و تهدید کننده و غیر قابل درمانی وجود دارد و سرنوشت او را دچار این بیماری کرده جلوگیری کند به طوری که افراد از فرایند مدیریت بیماری آگاه شوند و بتوانند به طور جدی به بهبود بیماری و عملکرد اجتماعی بیاورند و به تغییر سبک زندگی فکر کنند (۲۰). پیشگیری از عود و کنترل عوامل خطر هدف از این نوع درمان این است که بیماران تغییرات مورد نظر خود را در زندگی خود ایجاد کنند و از خزانه یادگیری های جدید خود جدید در فضای خارج از جلسات درمانی استفاده کنند (۲۱). می‌توان گفت تمرکز اصلی رفتاردرمانی دیالکتیکی، یادگیری، بکارگیری و تعمیم مهارت‌های انطباقی خاص آموزش داده شده در این روش درمانی است و هدف نهایی کمک به بیمار در شکستن و مقابله با این چرخه معیوب است (۲۲). چهار نوع مهارتی که در رفتار درمانی دیالکتیکی آموزش داده می‌شود: ۱. مهارت‌های ذهن آگاهی ۲. مهارت‌های عملکرد رابطه بین فردی ۳. تنظیم هیجان‌ها ۴. مهارت‌های تحمل پریشانی (۲۳). در مطالعات پیشین تأثیر رفتار درمانی دیالکتیکی بر تنظیم هیجانی (۲۴)، پریشانی روانشناختی (۲۵)، مدیریت درد در بیماران مولتیپل اسکلروزیس (۲۶)، افسردگی زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (۲۷)، خودتنظیمی هیجانی بیماران دچار نارسایی

مولتیپل اسکلروزیس (Multiple Sclerosis) یکی از شایع‌ترین بیماری‌های عصبی در انسان و ناتوان کننده ترین بیماری در جوانان است و در زنان دو برابر مردان رخ می‌دهد (۱). شروع مولتیپل اسکلروزیس بین ۲ تا ۴۰ سالگی است و بر اساس MRI تشخیص داده می‌شود (۲). بر اساس آمار انجمن مولتیپل اسکلروزیس ایران، ۵۰۰۰۰ نفر مبتلا به ام اس در ایران وجود دارد و شیوع آن تقریباً ۹ نفر در ۱۰۰۰۰۰ نفر است (۳). افراد مبتلا به این بیماری اغلب اختلالات خواب، کاهش فعالیت‌های روزانه، عفونت‌های دستگاه ادراری، اختلال عملکرد ادرار و روده، آسیب پوست، گرفتگی عضلات، افسردگی، از دست دادن شغل، و به طور کلی تغییر در کیفیت زندگی را تجربه می‌کنند (۴).

یکی از مواردی که در بیماران مولتیپل اسکلروزیس مورد توجه قرار گرفته امید است (۵). امید عنصر اساسی زندگی و مظهری از چشم انداز ما از آینده است. وجود امید برای کسی که دچار بیماری است، میتواند انرژی لازم را برای ارتقای سلامت و افزایش بهزیستی فراهم کند (۶). از طرف دیگر احساس ناامیدی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس رایج است و تهدیدی جدی برای استقلال و احساس شایستگی فرد به شمار می‌رود و میتواند منجر به از دست دادن احساس شایستگی و اطمینان فرد از خود شود (۷). از نظر سلیگمن و اشنایدر، ناامیدی باعث بروز بیماری‌های جسمی و روانی می‌شود (۸). از این رو تحقیقات پیشین بر نقش امید بعنوان عامل مثبت در شرایط بحرانی و تهدید کننده زندگی تمرکز کرده اند (۹). از نظر بالینی، امید عاملی است که دارای ارزش درمانی در حیطه مقابله با دردهای مزمن یا وقایع تهدید کننده زندگی مورد توجه قرار می‌گیرد (۱۰). یافته‌های تجربی این مشاهدات بالینی را تایید می‌کنند و پیشنهاد میکنند که امید فرایند مقابله را تسهیل می‌کند، موجب بهبود درمان و افزایش کیفیت زندگی می‌شود (۱۱).

از سوی دیگر یکی از عوامل تأثیرگذار در افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس میزان تاب‌آوری در بیماران است (۱۲). تاب‌آوری به عنوان مهارت‌ها، ویژگی‌ها و توانایی‌هایی تعریف می‌شود که فرد را قادر می‌سازد تا خود را با مشکلات، مشکلات و چالش‌ها سازگار کند (۱۳). اگرچه برخی از ویژگی‌های مرتبط با تاب‌آوری را می‌توان آموزش داد و تقویت کرد، اما می‌توان تاب‌آوری را این‌گونه تصور

قلبی (۲۸) و انعطاف پذیری روانشناختی بیماران دیابتی (۲۹) تأیید شده است.

بررسی اثربخشی مداخله روانشناختی رفتار درمانی دیالکتیکی در بیماران مولتیپل اسکلروزیس، می‌تواند گام مهمی در مسیر به کارگیری درمان‌های نوین در حیطه روانشناسی بالینی و سلامت باشد. روشن است که یافته‌های به‌دست‌آمده از چنین مطالعاتی در زمینه پیشگیری و درمان بیماری‌ها، راهبردهای نوینی را در اختیار پژوهشگران این حیطه قرار می‌دهد. نظر به پژوهش‌های اندکی که در زمینه اثربخشی این روش‌های درمان بر بیماران مزمن در جمعیت ایرانی انجام‌شده و با توجه به اهمیت بالینی که این دیدگاه می‌تواند در درمان این بیماری مؤثر باشد و با توجه به افزایش شمار بیماران مولتیپل اسکلروزیس و نقش مسائل روانی در فرایند بهبودی این بیماران و همچنین با در نظر گرفتن اینکه تاکنون پژوهشی به طور مستقیم در زمینه تأثیر رفتار درمانی دیالکتیکی بر امیدواری و تاب‌آوری در بیماران مولتیپل اسکلروزیس انجام نشده مطالعه حاضر به دنبال پاسخ به این سؤال است که آیا رفتار درمانی دیالکتیکی بر امیدواری و تاب‌آوری در بیماران مولتیپل اسکلروزیس تأثیرگذار 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 ام‌اس واقع در شهر تهران و عضو انجمن ام‌اس ایران و مراجعه‌کننده به مطب‌های پزشکان متخصص در تهران در نیمه دوم سال ۱۴۰۲ بودند که تشخیص بیماریشان توسط نورولوژیست محرز شده بود. از آنجایی که متخصصان برای طرح‌های تجربی حداقل حجم نمونه را ۱۵ نفر پیشنهاد داده و آن را کافی می‌دانند (۳۰). 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، رضایت آگاهانه به شرکت در مصاحبه بالینی، نداشتن اختلالات روانی (افسردگی شدید، اختلالات اضطرابی مزمن، اختلال استرس پس از ضربه 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 گروه درمانی و تکمیل ناقص پرسش‌نامه بود.

ابزار گردآوری اطلاعات شامل پرسش‌نامه‌های امیدواری و تاب‌آوری بودند. مقیاس ۱۲ سؤالی امیدواری توسط اشنایدر و همکاران (۱۹۹۱) طراحی شده که سازه امیدواری را بر اساس طیف لیکرت هشت گزینه‌ای (کاملاً مخالف: یک، کاملاً موافق: هشت) می‌سنجد و سؤالات (۳-۵-۶-۱۱) به عنوان دروغ سنج در نظر گرفته شده‌اند، دامنه نمرات بین ۹۶ تا ۱۲ هست و نمرات بیشتر نشان‌دهنده امیدواری بیشتر هست. اشنایدر و همکاران، روایی محتوایی آن را تأیید و پایایی آن را از طریق بازآزمایی بعد از سه هفته ۰/۸۵ گزارش کردند (۳۱). در مطالعه پروندی و عارفی (۱۳۹۸) روایی سازه به روش تحلیل عاملی تأیید شد و پایایی با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۶ و از طریق بازآزمایی ۰/۸۱ به دست آمد (۳۲). در پژوهش حاضر پایایی به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۵ به دست آمد. پرسشنامه تاب‌آوری را کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) با مرور منابع پژوهشی ۱۹۹۱-۱۹۷۹ حوزه تاب‌آوری تهیه کردند. این مقیاس ۲۵ عبارت دارد که در یک مقیاس لیکرتی بین صفر (کاملاً نادرست) تا چهار (همیشه درست) نمره گذاری می‌شود بنابراین طیف نمرات آزمون بین ۰ تا ۱۰۰ قرار دارد. نمرات بالاتر بیانگر تاب‌آوری بیشتر آزمودنی است. نمرات مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون با نمرات مقیاس سرسختی کوباسا همبستگی مثبت معنادار و با نمرات مقیاس استرس ادراک شده و مقیاس آسیب‌پذیری نسبت به استرس شیپان همبستگی منفی معناداری داشتند که این نتایج حاکی از اعتبار همزمان این مقیاس است. همسانی درونی سؤالات برای تعیین روایی این مقیاس نخست همبستگی هر عبارت با نمره کل مقوله محاسبه و سپس از روش تحلیل عاملی بهره گرفته شد. محاسبه همبستگی هر نمره با نمره کل به جز عبارت ۳، ضریب‌های بین ۰/۴۱ تا ۰/۶۴ را نشان داد (۳۳). در پژوهش حاضر پایایی به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۲ به دست آمد.

پس از تخصیص گروه‌ها و قرار گرفتن افراد نمونه در گروه مداخله و کنترل و توضیحات مقدماتی درباره پرسشنامه‌ها و هدف از اجرای آزمون، نحوه پاسخگویی آزمودنی‌ها به آزمون‌ها شرح داده شد و پیش‌آزمون در جلسه اول در محل

سمیه موری و همکاران

بعد از پایان جلسات آموزشی و پس‌آزمون توسط محقق در یک جلسه برگزار شد. یک ماه پس از پایان دوره پیگیری، به‌منظور رعایت اصول اخلاقی، دو جلسه‌ی درمانی هم برای گروه کنترل در مدت یک هفته انجام شد. روش درمانی به کار گرفته شده بر مبنای پروتکل درمانی گروه‌درمانی مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیکی بلیر و همکاران (۱۹) بود خلاصه جلسات درمانی مطابق جدول ۱. بود.

مرکز مشاوره انجمن ام اس ایران بر روی افراد اجرا گردید. گروه مداخله در هشت جلسه حضوری ۹۰ دقیقه‌ای در مدت دو ماه به‌صورت گروهی تحت مداخله قرار گرفت و گروه کنترل مداخله معمولی را دریافت نمود. مداخله توسط محقق که متخصص روان‌شناسی هست، زیر نظر اساتید انجام شد. پس از خاتمه جلسات درمانی، پس‌آزمون در جلسه آخر درمان برای هر دو گروه اجرا شد. دوره پیگیری دو ماه

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان رفتار درمانی دیالکتیکی

جلسه	شرح مختصر جلسه
۱	تعریف دیالکتیک، ارائه اهداف درمانی دیالکتیکی و اینکه هدف عمده ی DBT کاهش رنج افراد درگیر در مشکلات هیجانی است.
۲	آشنایی با مهارت های بنیادین تحمل آشفتگی، تمرین پذیرش بنیادین از طریق خودگویی مقابله ای، تمرین توجه برگردانی شامل: (توجه برگردانی از رفتارهای خود آسیب رسان، توجه برگردانی از طریق فعالیت های لذت بخش، توجه برگردانی از طریق معطوف کردن توجه به کار با موضوعی دیگر، توجه برگردانی از افکار، توجه برگردانی از طریق ترک موقعیت، توجه برگردانی از طریق تکالیف و کارهای روزمره، توجه برگردانی از طریق شمارش و در نهایت تدوین برنامه توجه برگردانی)
۳	آموزش دسته ی دوم مهارت های تحمل آشفتگی. مهارت های خودآرامش بخشی شامل: (خودآرامش بخشی با استفاده از احساس بویایی، خودآرامش بخشی با استفاده از احساس بینایی، خودآرامش بخشی با استفاده از احساس شنوایی، خودآرامش بخشی با استفاده از احساس چشایی، خودآرامش بخشی با استفاده از احساس لامسه و در نهایت تدوین طرح آرمیدگی است.
۴	تعریف مهارت های پیشرفته ی تحمل آشفتگی، آموزش تمرین های تصویرسازی از مکان امن، آرامش وابسته به نشانه، کشف ارزش ها، عمل متعهدانه و شناسایی قدرت برتر و ارتباط بهتر با قدرت برتر است.
۵	آموزش تمرین های فعالیتهای قدرت برتر، تعیین وقت استراحت، ذهن تان الان کجا است، گوش سپاری به زمان حال، تنفس آگاهانه است.
۶	تمرین های استفاده از افکار مقابله ای خود تشویق گرایانه، پذیرش بنیادین خودگویی هایی تاییدگرایانه، تدوین راهبردهای مقابله ای جدید (در موقعیت های آشفته ساز بین فردی و شخصی)، تدوین طرح مقابله ای برای شرایط ضروری (به منظور کنار آمدن با موقعیت های آشفته ساز بین فردی و شخصی) است.
۷	تعریف توجه آگاهی، مهارتهای توجه آگاهی و مهارتهای بنیادین توجه آگاهی. در این جلسه مهارتهای بنیادین توجه آگاهی که شامل مهارتهای مفهومی است آموزش داده شد.
۸	آموزش مهارتهای بنیادین توجه آگاهی که شامل «مهارتهای مفهومی» است. تمرین تمرکز به جریان لحظه به لحظه آگاهی (جایگشت توجه)، تمرین مجزا کردن افکار از هیجانات و احساسات بدنی که شامل: (تنفس آگاهانه و توجه آگاهانه به هیجانها) است.
۹	آموزش مهارتهای پیشرفته ی توجه آگاهی که شامل «مهارتهای کاربردی» است. در این جلسه تمرین مراقبه ذهن خردمند، قضاوت های منفی، ذهن آغازگر، ناهمجوشی قضاوت، قضاوت کردن یا بودن در زمان حال و «جملات» من «همراه با توجه آگاهی» آموزش داده شد.
۱۰	آموزش انجام کار موثر (چگونه دست به کارهایی بزنیم که موثر است)، طراحی برنامه‌ی روزانه مبتنی بر توجه آگاهی، آشنا شدن با مقاومتها و موانعی که بر سر راه انجام تمرینات توجه آگاهی وجود دارد و فائق آمدن بر این موانع در مسیر اجرای شیوه توجه آگاهی.
۱۱	کاوش بیشتر درباره ی توجه آگاهی. در این جلسه، فعالیت مراقبه ی مهرورزی نسبت به خویشتن و دیگران، فعالیت مراقبه برای دستیابی به توجه آگاهانه نسبت به فضای درونی و بیرونی افراد و فعالیت مراقبه برای رسیدن به آرامش و سکوت آموزش داده شد.
۱۲	جمع بندی و اجرای پس آزمون.

نتایج تحلیل داده های جمعیت شناختی نشان داد که در گروه آزمایش ۴ نفر مرد (۲۶/۷ درصد) و ۱۱ نفر زن (۷۳/۳ درصد) هستند، اما در گروه کنترل ۵ نفر مرد (۳۳/۳ درصد) و ۱۰ نفر زن (۶۶/۷ درصد) بودند. در گروه آزمایش ۳ نفر (۲۰ درصد) بین ۲۰ تا ۳۰ سال، ۵ نفر (۳۳/۳ درصد) بین ۳۱ تا ۴۰ سال و ۷ نفر (۴۶/۷ درصد) بین ۴۱ تا ۵۰ سال بودند. در گروه کنترل ۳ نفر (۲۰ درصد) بین ۲۰ تا ۳۰ سال، ۶ نفر (۴۰ درصد) بین ۳۱ تا ۴۰ سال و ۶ نفر (۴۰ درصد) بین ۴۱ تا ۵۰ سال بودند.

در این پژوهش تمامی اصول اخلاقی مرتبط ازجمله محرمانه بودن پرسشنامه‌ها، رضایت آگاهانه و اختیار خروج از پژوهش رعایت شده است. همچنین کد اخلاق IR.IAU.SRB.REC.1402.044 برای انجام پژوهش اخذ شد. 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

در جدول ۲. یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش گزارش شده است و بر اساس نتایج جدول ۲. نمرات میانگین نمرات متغیرهای تاب آوری و امیدواری در گروه رفتار درمانی

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیرهای تاب آوری و امیدواری در گروه‌های پژوهش

گروه	متغیر	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	انحراف معیار
کنترل	تاب آوری	۴۸.۲۰	۷.۴۱	۴۷.۲۲	۷.۷۵	۷.۷۸
	امیدواری	۲۰.۶۷	۲.۹۱	۱۸.۴۷	۳.۸۸	۳.۷۷
رفتار درمانی دیالکتیکی	تاب آوری	۴۸.۸۷	۸.۵۳	۶۰.۰۱	۸.۴۰	۷.۰۲
	امیدواری	۲۱.۶۶	۳.۳۳	۲۷.۴۰	۳.۲۷	۲.۵۵

معنی‌داری در آزمون کرویت ماچلی بالاتر از ۰/۰۵ باشد به طور معمول از آزمون فرض کرویت و در صورت عدم تأیید از آزمون محافظه‌کارانه گرینه‌هاوس-گیسر برای تحلیل واریانس اندازه‌های تکراری استفاده می‌شود. در این پژوهش نتایج آزمون ماچلی متغیرهای پژوهش برقرار نبود ($P > 0.05$)؛ بنابراین نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌های تکراری برای مقایسه دو گروه در متغیرهای تاب آوری و امیدواری در سه مرحله پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری براساس اصلاح گرینه‌هاوس-گیسر در جدول ۳. گزارش شده است.

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

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌های تکراری با اصلاح گرینه‌هاوس جهت بررسی تفاوت گروه‌ها در متغیرهای تاب آوری و امیدواری در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	منبع تغییر	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	میزان تأثیر
تاب آوری	مراحل	۱۹۰۳.۱۷	۱.۳۲	۱۴۴۰.۴۳	۲۵.۳۱	۰.۰۰۱	۰.۳۸
	مراحل * گروه	۱۲۳۳.۷۲	۲.۶۴	۴۶۶.۸۸	۸.۲۱	۰.۰۰۱	۰.۲۸
	گروه‌ها	۲۹۹۸.۹۹	۲.۰۰	۱۴۹۹.۵۰	۱۱.۹۷	۰.۰۰۱	۰.۳۶
امیدواری	مراحل	۵۰۵.۶۴	۱.۳۳	۳۷۹.۳۱	۳۲.۱۸	۰.۰۰۱	۰.۴۳
	مراحل * گروه	۴۰۷.۱۱	۲.۶۷	۱۵۲.۷۰	۱۲.۹۶	۰.۰۰۱	۰.۳۸
	گروه‌ها	۱۶۱۶.۸۴	۲.۰۰	۸۰۸.۴۲	۲۹.۰۶	۰.۰۰۱	۰.۵۸

امیدواری در سه مرحله از پژوهش در دو گروه معنی‌دار است، بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که رفتار درمانی دیالکتیکی در بهبود تاب آوری و امیدواری بیماران مبتلا به مولتیپل اسکیزوفرنی مؤثر بوده است. با توجه به نتایج به‌دست آمده در جدول بالا، تفاوت بین مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در متغیرهای پژوهش معنی‌دار است؛ بنابراین نتایج مقایسه‌های زوجی میانگین‌های سه مرحله پژوهش با استفاده از آزمون بونفرونی در جدول ۴. گزارش شده است.

بر اساس نتایج جدول ۳. تفاوت بین نمرات متغیرهای تاب آوری ($P < 0.01$) و امیدواری ($P < 0.01$) در سه مرحله از پژوهش معنی‌دار است. همچنین میانگین نمرات متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایش و کنترل معنی‌دار به دست آمده است ($P < 0.05$). نتایج نشان می‌دهد که به ترتیب نزدیک به ۳۶ و ۵۸ درصد از تفاوت‌های فردی در متغیرهای تاب آوری و امیدواری به تفاوت بین دو گروه مربوط است. علاوه بر این تعامل بین مراحل پژوهش و عضویت گروهی نیز در متغیرهای تاب آوری و امیدواری معنی‌دار است ($P < 0.05$)؛ به عبارت دیگر تفاوت بین نمرات متغیرهای تاب آوری و

جدول ۴. مقایسه زوجی میانگین گروه‌های رفتار درمانی دیالکتیکی و کنترل در سه مرحله پژوهش در متغیرهای تاب آوری و امیدواری

گروه	متغیر وابسته	مرحله	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	سطح معنی داری
کنترل	تاب آوری	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۱.۰۰	۱.۲۲	۰.۹۹
		پیش‌آزمون-پیگیری	۱.۰۰	۱.۷۹	۰.۹۹
		پس‌آزمون-پیگیری	۰.۰۱	۱.۳۱	۰.۹۹
	امیدواری	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۲.۲۰	۰.۶۴	۰.۳۲
		پیش‌آزمون-پیگیری	۰.۱۳	۰.۷۲	۰.۹۹
		پس‌آزمون-پیگیری	-۲.۰۷	۰.۴۹	۰.۱۲
رفتار درمانی دیالکتیکی	تاب آوری	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	-۱۱.۱۳	۲.۷۲	۰.۰۰۱
		پیش‌آزمون-پیگیری	-۱۳.۱۳	۲.۶۰	۰.۰۰۱
		پس‌آزمون-پیگیری	-۲.۰۰	۱.۰۷	۰.۲۵
	امیدواری	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	-۵.۷۳	۱.۱۷	۰.۰۰۱
		پیش‌آزمون-پیگیری	-۷.۰۰	۱.۱۲	۰.۰۰۱
		پس‌آزمون-پیگیری	-۱.۲۷	۰.۵۶	۰.۱۲

نتایج جدول ۴. نشان می‌دهد که تفاوت مرحله پیش‌آزمون با دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری در گروه رفتار درمانی دیالکتیکی معنی‌دار به دست آمده است ($p < 0.01$) 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 ($p > 0.05$).

بحث

مطالعه حاضر باهدف تعیین اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر امیدواری و تاب آوری بیماران مبتلا به مولتیپل اسکیزوزیس انجام شد. نتایج نشان داد با کنترل اثر پیش‌آزمون تفاوت معناداری بین پس‌آزمون گروه آزمایش و کنترل در امیدواری بیماران مولتیپل اسکیزوزیس بود و نتایج در دوره پیگیری تداوم داشت، بنابراین درمان رفتار درمانی دیالکتیکی برافزایش امیدواری بیماران مبتلا به مولتیپل اسکیزوزیس مؤثر بوده است. یافته فوق با نتایج مطالعات پیشین در این زمینه که در ارتباط با بیماران مبتلا به مولتیپل اسکیزوزیس هست، همسو است، به‌طور مثال مطالعه عبدالقادر و همکاران (۱۳۹۹) نشان داد رفتار درمانی دیالکتیکی بر کیفیت خواب مدیریت درد بیماران مبتلا به مولتیپل اسکیزوزیس تأثیر دارد (۲۶). در تبیین این یافته می‌تواند گفت که دیالکتیک به عنوان فلسفه اساسی رفتار درمانی دیالکتیک توصیف شده است. فرایندی که باعث رشد و پیشروی درمان می‌شود و تناقضات را برطرف می‌کند. رفتار درمانی دیالکتیک بر سه فرضیه منطقی تمرکز میکند و واقعیت را

در سه حالت روابط متقابل و کلیت، قطبیت و تغییر مداوم توصیف می‌کند واقعیت، ایستا نیست، بلکه بر تنش ذاتی و سنتز بین نیروهای متضاد متمرکز است. هنگامی که این نیروهای متضاد به سمت سنتز حرکت میکنند، پیشرفت روی می‌دهد و مجموعه جدیدی از نیروهای متضاد از درون سنتز به وجود می‌آید. لذا، یکی از مهم ترین دیالکتیک های اصلی در رفتار درمانی دیالکتیکی بین پذیرش و تغییری استوار است که در ترکیبی از راهبردهای ذهن آگاهی، پذیرش و اعتباریابی با راهبردهای تغییر رفتار منعکس می‌شود (۲۲). بدین ترتیب که درمانگر با حرکت سریع، بین راهبردهای پذیرش که طی آن مراجع را در لحظه کنونی می‌پذیرد و راهبردهای تغییر که طی آن رفتار مراجع تغییر می‌یابد، تعادل برقرار می‌کند. توانمندی درمانگر در ترکیب پذیرش و تغییر به واسطه ترکیب جنبه های ذهن آگاهی با رفتارگرایی ممکن می‌شود.

چنانچه در این پژوهش مشخص شد، تکنیک های رفتار درمانی دیالکتیکی، مهارتهای شناختی و رفتاری مورد نیاز برای افزایش تاب آوری را در اختیار بیماران مولتیپل اسکیزوزیس می‌گذارد. رفتار درمانی دیالکتیکی با تأکید بر توجه آگاهانه در زمان حال، قرار گرفتن در معرض احساسات و افکار خوشایند، عدم اجتناب از احساسات و پذیرش آنها، فراگیری مهارتهای کارآمدی بین فردی و اصلاح باورهای غلط هیجانی باعث تغییرات شناختی شده و با به کارگیری روش های مبتنی بر اصل تغییر و همچنین با بهره گیری از آموزه ها و فنون فلسفه شرقی که مبنی بر اصل پذیرش

هستند، می‌تواند با افکار مولد احساس تاب‌آوری، همسو باشد (۲۰) و در نتیجه تاب‌آوری بیماران مولتیپل اسکلروزیس را افزایش دهد. علاوه بر این، برخی از مطالعات به شناسایی فرایندهای تغییر در رفتاردرمانی دیالکتیکی پرداخته‌اند. برای مثال، شواهد نشان داده‌اند که اجتناب تجربی به لحاظ کاربردی در فرایند تغییر رفتاردرمانی دیالکتیکی اهمیت دارد از دیگر فرایندهای با اهمیت می‌توان به پردازش هیجانی و تغییر و تعدیل پذیرش اشاره کرد (۲۱)، که به نظر می‌رسد این فرایندها می‌توانند افزایش تاب‌آوری بیماران مولتیپل اسکلروزیس را توجیه کنند.

هدف اصلی رویکرد رفتاردرمانی دیالکتیکی، اکتساب، تقویت و تعمیم دهی مجموعه وسیعی از مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی است و به طور اخص، رفتاردرمانی دیالکتیکی به دنبال تقویت استفاده مؤثر از چهار دسته از مهارتها می‌باشد: ذهن‌آگاهی، تحمل پریشانی، تنظیم هیجان و کارآمدی بینفردی. در رفتاردرمانی دیالکتیکی، بیماران مولتیپل اسکلروزیس می‌آموزند که در هر لحظه از حالت هیجانی خود آگاهی داشته و توجه خود را به شیوه‌های مختلف بر ابراز و بیان هیجانات متمرکز سازد و رفتار خود را براساس آنها تنظیم نماید (۲۲). در نتیجه این رویکرد، به بیماران مولتیپل اسکلروزیس کمک می‌کند با پذیرش حالت هیجانی خود، به دور از هرگونه قضاوتی و تغییر عواملی که نیاز به تغییر دارند، امیدواری خود را افزایش دهند. تمرینات ذهن‌آگاهی، تنظیم هیجان و تحمل پریشانی با زیر نظر گرفتن دائم و بدون قضاوت حس‌های بدنی، بدون سعی در فرار یا اجتناب از آنها می‌توانند باعث کاهش واکنش‌های هیجانی گردند. مشاهده بدون قضاوت افکار مرتبط با بیماری ممکن است منجر به فهم و درک این نکته گردد که اینها «فقط افکارند» و نمایانگر واقعیت یا حقیقت نیستند و لزوماً نباید باعث فرار یا رفتار اجتنابی شوند (۲۴). در فرایند آموزش رفتاردرمانی دیالکتیکی از افراد خواسته می‌شود با تجارب ناخوشایند خود رابطه‌ای متفاوت ایجاد کنند و با پذیرش و اعتباربخشی به احساسات ناخوشایند، در مورد تصمیم درباره چگونگی پاسخ به هیجانات، آگاهی داشته باشند. متعاقباً این فرایند به بهبود امیدواری بیماران مولتیپل اسکلروزیس منجر می‌شود (۲۵).

در مجموع باید گفت که رفتاردرمانی دیالکتیکی با تمرکز بر پذیرش واقعیت و همزمان تشویق به تغییر، به بیماران

کمک می‌کند تا با چالش‌های ناشی از بیماری، مانند اضطراب، افسردگی و احساس ناتوانی، بهتر مواجه شوند. همچنین، این روش با آموزش تکنیک‌های تحمل پریشانی و ذهن‌آگاهی، استرس و افکار منفی مرتبط با بیماری را کاهش داده و به بیماران احساس کنترل و امیدواری بیشتری نسبت به زندگی می‌بخشد (۲۷). در عین حال، رفتاردرمانی دیالکتیکی با آموزش تکنیک‌های تغییر رفتار و تقویت مهارت‌های ارتباطی، حس کنترل و هدفمندی را در بیماران افزایش می‌دهد. این ترکیب از پذیرش و تغییر، به افزایش امیدواری و تاب‌آوری بیماران منجر می‌شود و به آنها انگیزه می‌دهد که با وجود چالش‌ها، کیفیت زندگی خود را حفظ کنند یا بهبود بخشند (۲۶).

از محدودیت‌های پژوهش حاضر محدود بودن نتایج به جامعه مورد پژوهش یعنی انجام مطالعه بر روی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس بود، همچنین استفاده از پرسشنامه برای گردآوری داده‌ها که ممکن است سوگیری‌های پاسخ‌دهی در آنان وجود داشته باشد، از دیگر محدودیت‌های مطالعه حاضر بود. لذا پیشنهاد می‌شود در تعمیم نتایج به دیگر گروه‌های جامعه احتیاط شود و در مطالعات آینده از دیگر روش‌های جمع‌آوری اطلاعات از جمله مصاحبه استفاده شود. با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر پیشنهاد می‌شود که متخصصان سلامت و افراد فعال در حوزه بهداشت، با طراحی و کاربرد روش‌های مناسب برگرفته از رفتاردرمانی دیالکتیکی بر امیدواری و تاب‌آوری بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس بیافزایند. همچنین وزارت بهداشت باید به نیازهای اساسی بیماران مبتلا به ام‌اس در زمینه مداخلات روانشناسی برای ارائه خدمات مشاوره و روانشناختی به آنان و خانواده‌های آنها در سیاست‌گذاری‌هایشان، برنامه‌ریزی لازم داشته باشند.

نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد رفتاردرمانی دیالکتیکی موجب بهبود امیدواری و تاب‌آوری بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس شد. بر اساس نتایج این مطالعه، می‌توان از رفتاردرمانی دیالکتیکی به عنوان یک روش درمانی تأثیرگذار در بهبود سلامت و وضعیت روانشناختی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس استفاده کرد.

References

- McGinley MP, Goldschmidt CH, Rae-Grant AD. Diagnosis and treatment of multiple sclerosis: a review. *Jama*. 2021;325(8):765-79. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.26858>
- Walton C, King R, Rechtman L, Kaye W, Leray E, Marrie RA, et al. Rising prevalence of multiple sclerosis worldwide: Insights from the Atlas of MS. *Multiple Sclerosis Journal*. 2020;26(14):1816-21. <https://doi.org/10.1177/1352458520970841>
- Hajmanouchehri R, Tabesh A. Multiple Sclerosis (MS) and Legal Medical Doctrines. *Iranian Journal of Forensic Medicine*. 2024;30(2):126-38.
- Kuhlmann T, Moccia M, Coetzee T, Cohen JA, Correale J, Graves J, et al. Multiple sclerosis progression: time for a new mechanism-driven framework. *The Lancet Neurology*. 2023;22(1):78-88. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(22\)00289-7](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(22)00289-7)
- Hassani SF, Tizdašt T, Zarbakhsh MR. The role of self-compassion and hope in the relationship between psychological wellbeing, maladaptive schemas, resilience, and social support in women with multiple sclerosis. *Journal of client-centered nursing care*. 2021;7(3):195-204. <https://doi.org/10.32598/JCCNC.7.3.372.1>
- Celius EG, Thompson H, Pontaga M, Langdon D, Laroni A, Potra S, et al. Disease progression in multiple sclerosis: a literature review exploring patient perspectives. *Patient preference and adherence*. 2021;15-27. <https://doi.org/10.2147/PPA.S268829>
- Gil-González I, Martín-Rodríguez A, Conrad R, Pérez-San-Gregorio MÁ. Quality of life in adults with multiple sclerosis: a systematic review. *BMJ open*. 2020;10(11):e041249. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-041249>
- Lee B, Tansey TN, Chan F, Bishop M, Hoyt WT, Hancock LM. Exploration of the effects of protective person-environment factors between functional impairments and stress in individuals with multiple sclerosis: mediation and moderation analyses. *Rehabilitation Counseling Bulletin*. 2022;65(2):95-107. <https://doi.org/10.1177/00343552211025534>
- Smedema SM, Bhattarai M. The unique contribution of character strengths to quality of life in persons with multiple sclerosis. *Rehabilitation Psychology*. 2021;66(1):76. <https://doi.org/10.1037/rep0000363>
- Løkkeberg ST, Thoresen G. Experiences of quality of life in people with Multiple Sclerosis who are in a wheelchair. *Nursing Open*. 2022;9(4):2217-26. <https://doi.org/10.1002/nop2.956>
- Lee B, Rumrill P, Tansey TN. Examining the role of resilience and hope in grit in multiple sclerosis. *Frontiers in Neurology*. 2022;13:875133. <https://doi.org/10.3389/fneur.2022.875133>
- Fayand J, Akbari M, Moradi O, Karimi Q. Investigating the effectiveness of resiliency pattern on improving the quality of life of multiple sclerosis patients: a follow up study. *Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing (IJRN)*. 2020;6(3):51-104.
- Gromisch ES, Neto LO, Sloan J, Tyry T, Foley FW. Using the multiple sclerosis resiliency scale to identify psychological distress in persons with multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis and Related Disorders*. 2021;53:103079. <https://doi.org/10.1016/j.msard.2021.103079>
- Mašten AS, Lucke CM, Nelson KM, Stallworthy IC. Resilience in development and psychopathology: Multisystem perspectives. *Annual review of clinical psychology*. 2021; 17 (1):521-49. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-081219-120307>
- Van Breda AD. Resilience theory: A literature review. Pretoria, South Africa: South African Military Health Service. 2001;613.
- Mašten AS. Resilience theory and research on children and families: Past, present, and promise. *Journal of Family Theory & Review*. 2018;10(1):12-31. <https://doi.org/10.1111/jftr.12255>
- Southwick SM, Bonanno GA, Mašten AS, Panter-Brick C, Yehuda R. Resilience definitions, theory, and challenges: interdisciplinary perspectives. *European journal of psychotraumatology*. 2014;5(1):25338. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.25338>
- Hollen CW, Soldán MMP, Rinker JR, Spain RI. The future of progressive multiple sclerosis therapies. *Federal Practitioner*. 2020;37(Suppl 1):S43.
- Blair M, Ferreria G, Gill S, King R, Hanna J, Deluca D, et al. Dialectical behavior group therapy is feasible and reduces emotional dysfunction in multiple sclerosis. *International Journal of Group Psychotherapy*. 2017;67(4):500-18.

- <https://doi.org/10.1080/00207284.2016.1260457>
20. Hughes AJ, Botanov Y, Beier M. Dialectical behavior therapy skills training for individuals with multiple sclerosis and their support partners: A pilot randomized controlled trial. *Multiple Sclerosis and Related Disorders*. 2022;59:103481. <https://doi.org/10.1016/j.msard.2021.103481>
21. Koerner K. Doing dialectical behavior therapy: A practical guide: Guilford Press; 2011.
22. Lynch TR, Chapman AL, Rosenthal MZ, Kuo JR, Linehan MM. Mechanisms of change in dialectical behavior therapy: Theoretical and empirical observations. *Journal of clinical psychology*. 2006;62(4):459-80. <https://doi.org/10.1002/jclp.20243>
23. Robins CJ, Rosenthal MZ. Dialectical behavior therapy. Acceptance and mindfulness in cognitive behavior therapy: Understanding and applying the new therapies. 2011:164-92. <https://doi.org/10.1002/9781118001851.ch7>
24. Asarnow JR, Berk MS, Bedics J, Adrian M, Gallop R, Cohen J, et al. Dialectical behavior therapy for suicidal self-harming youth: Emotion regulation, mechanisms, and mediators. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2021;60(9):1105-15. e4. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2021.01.016>
25. Zeifman RJ, Boritz T, Barnhart R, Labrish C, McMain SF. The independent roles of mindfulness and distress tolerance in treatment outcomes in dialectical behavior therapy skills training. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. 2020;11(3):181. <https://doi.org/10.1037/per0000368>
26. Abdolghaderi M, Narimani M, Atadokht A, Abolghasemi A, Hatamian H, Kafie M, et al. The Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy on Sleep Quality and Pain Management in Multiple Sclerosis. *Caspian Journal of Neurological Sciences*. 2020;6(4):205-13. <https://doi.org/10.32598/CJNS.6.23.1>
27. Sepehri S, Zandnia F, Rad M, Ghahari S, Hasanzadeh R. Effectiveness of Group Dialectical Behavior therapy (DBT) in reducing depressive symptoms in women with Multiple Sclerosis in IRAN. *Journal of Evidence-Based Psychotherapies*. 2017;2:120-5.
28. Lapvandani GM, Migoon AKM, Malihialzackerini S, Golkar MK. Comparing the Effectiveness of Group Dialectical Behavior Therapy with Group Schema Therapy on Emotional Dysregulation in Women with Coronary Heart Disease. *Journal of Adolescent and Youth Psychological Studies (JAYPS)*. 2021;2(2):483-95.
29. Aghili SM, Farhang A. Investigating the Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy on Resilience, Psychological Flexibility, and Glycemic Control of Diabetic Patients. *Internal Medicine Today*. 2022;28(4):514-29. <https://doi.org/10.32598/hms.28.4.3866.2>
30. Tabachnick BG, Fidell LS, Ullman JB. Using multivariate statistics: pearson Boston, MA; 2013.
31. Snyder CR. Hope theory: Rainbows in the mind. *Psychological inquiry*. 2002;13(4):249-75. https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1304_01
32. Parvandi A, Arefi M. Prediction of psychological well-being based on hope and perceived social support among women-headed households. *Journal of Woman and Family Studies*. 2019;7(2):89-114.
33. 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. <https://doi.org/10.1002/da.10113>