



Effectiveness of Emotion-Focused Therapy on Psychological Capital and Post Traumatic Growth in Women with Multiple Sclerosis

Ebrahimi Soheila¹, Ahmadi khodabakhsh^{2*}, Farokhi Noorali³

1- PhD student of counselling, Department of Counselling, faculty Literature Humanities and Social Science, Science and Research Branch, Islamic Azad University Tehran, Iran. ORCID: 0000-0002-8307-9361

2- Professor, Behavioral Sciences Research Center, Baqiyatallah University of Medical, Sciences, Tehran, Iran. ORCID: 0000-0001-8969-8449

3- Associated Professor, Department of Psychometric, Faculty of Education Science and Psychology, Allameh Tabatabaib University, Tehran, Iran. ORCID: 0000-0002-5941-2750

*Corresponding author: Ahmadi Khodabakhsh, Professor, Behavioral Sciences Research Center, Baqiyatallah University of Medical, Sciences, Tehran, Iran.

Email: kh_ahmady@yahoo.com.

Received: 17 Nov 2022

Revised: 24 June 2022

Accepted: 9 July 2022

Abstract

Introduction: Multiple sclerosis is a neurological and progressive disease. Living with MS has many negative and positive effects on patients' physical and mental health. This study aimed to investigate the effect of emotion-focused therapy on post-traumatic growth and psychological capital in women with Multiple Sclerosis.

Methods: This study used a quasi-experimental method (a pretest-posttest plan with a control group). Participants consisted of 30 women with Multiple Sclerosis who were selected using a convenience sampling method and were randomly divided into two groups of experimental and control groups. Our measuring tool was a psychological capital inventory and posttraumatic growth inventory which was completed by the participants. Then, the participants in the experimental group participated in 10 sessions of 60 min of emotion-focused therapy in 10 weeks but the control group didn't receive any therapy. Analysis of covariance method was used to analyze data.

Results: Analysis of data showed that there was significant difference in psychological capital and posttraumatic growth in the experimental group, compared to the control group. ($P \geq 0/05$) There was a significant difference in all the subscale of psychological capital (self-efficacy, hope, resilience and optimism) and the fourth posttraumatic growth subscale (communication, personal strength, value of life and new ways) in women with MS in the experimental group ($P \geq 0.05$), but no significant difference in the spiritual change subscale.

Conclusions: The result showed, emotion-focused therapy can be an effective intervention to increase psychological capital and posttraumatic growth in MS patients and can be used to improve the psychological state and better cope with the disease.

Keywords: Women, Multiple sclerosis, psychological capital, Posttraumatic growth, Emotion-focused therapy.

Issn/ © 2022 The Authors. Published by Iranian Nursing Association.

This is an open access article under the CC BY license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Ebrahimi S, Ahmadi kh, Farokhi N A. Effectiveness of Emotion-Focused Therapy on Psychological Capital and Post Traumatic Growth in Women with Multiple Sclerosis. Journal of Nursing Education (JNE). p: 85-96, 2022.

[Persian].



<https://doi.org/10.22034/JNE.11.3.85>

اثربخشی درمان هیجان مدار بر سرمایه روانشناختی و رشد پس از سانحه در زنان مبتلا به مولتیپل اسکروز

سهیلا ابراهیمی^۱، خدابخش احمدی^{۲*}، نورعلی فرخی^۳

۱- دانشجوی دکتری مشاوره، گروه مشاوره، دانشکده ادبیات و علوم انسانی و اجتماعی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

ORKID:0000-0002-8307-9361

۲- استاد مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران. ORKID:0000-0001-8969-8449

۳- دانشیار گروه سنجش و اندازه گیری، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران. ORKID:0000-0002-5941-2750

*نویسنده مسئول: خدا بخش احمدی، استاد مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران.

ایمیل: kh_ahmady@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۴/۱۸

تاریخ بازبینی: ۱۴۰۱/۴/۳

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۸/۲۶

چکیده

مقدمه: مولتیپل اسکروز بیماری عصبی و پیش رونده است. این بیماری اثرات منفی و مثبت بسیاری بر سلامت جسمی و روانی بیماران دارد. هدف این پژوهش بررسی اثربخشی درمان هیجان مدار بر سرمایه روانشناختی و رشد پس از سانحه در زنان مبتلا به مولتیپل اسکروز بود.

روش کار: این پژوهش شبه تجربی (پیش آزمون و پس آزمون با گروه گواه) می باشد، شرکت کنندگان پژوهش شامل ۳۰ نفر از زنان مبتلا به مولتیپل اسکروز بودند که به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شده و به تصادف در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و گواه قرار گرفتند. ابزار اندازه گیری متغیرها، پرسشنامه سرمایه روانی و رشد پس از سانحه بود که توسط شرکت کنندگان تکمیل شد. سپس شرکت کنندگان گروه آزمایش در ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه ای که ده هفته به طول انجامید در درمان هیجان مدار شرکت کردند. ولی برای گروه گواه جلسات درمانی اجرا نشد، برای تجزیه و تحلیل داده ها از روش تحلیل کواریانس استفاده شد.

یافته ها: تحلیل داده ها نشان داد که پس از اجرای مداخله تفاوت معناداری بین گروه گواه و آزمایش در هر دو متغیر رشد پس از سانحه و سرمایه روانشناختی به وجود آمد ($P \leq 0/05$). تفاوت معنادار در مؤلفه های سرمایه روانشناختی (خودکارآمدی، امیدواری، تاب آوری و خوش بینی) و چهار مؤلفه رشد پس از سانحه (ارتباط، قدرت شخصی، ارزش زندگی و شیوه های جدید) بین زنان مبتلا به مولتیپل اسکروز در گروه آزمایش و گواه مشاهده شد ($P \leq 0/05$) ولی در مؤلفه تغییر معنوی تفاوت معناداری مشاهده نشد.

نتیجه گیری: استفاده از روش درمان هیجان مدار مداخله مناسبی برای افزایش سرمایه روانشناختی و رشد پس از سانحه در بیماران مولتیپل اسکروز می باشد و می تواند برای بهبود وضعیت روانشناختی و مقابله بهتر با بیماری استفاده شود.

کلیدواژه ها: زنان، مولتیپل اسکروز، سرمایه روانشناختی، رشد پس از سانحه، درمان هیجان مدار.

مولتیپل اسکروز، بیماری عصبی و پیش رونده ای است که با التهاب اعصاب و فرآیندهای عصبی در کل سیستم اعصاب مرکزی مشخص می شود [۱]. این بیماری مزمن باعث اختلال در انتقال پیام های عصبی می شود [۲]. همانند سایر بیماری های خود ایمنی، در این بیماری نیز زنان بیشتر در معرض هستند، این تفاوت به احتمال زیاد به دلیل تفاوت های هورمونی است [۳]. در مبتلایان به مولتیپل اسکروز عموماً ناراحتی به سرعت و پس از آشکار شدن علائم بیماری و همان هنگامی که در توانایی های جسمی و شناختی مشکلاتی پیش می آید، شروع می شود [۴]. بیماری مولتیپل اسکروز اثرات مثبت و منفی بسیاری بر سلامت جسمی و ذهنی بیماران مبتلا به این بیماری دارد که در نتیجه یک بیماری مزمن ناتوان کننده و غیر قابل پیش بینی، اتفاق می افتد [۵]. در واکنش بیماران نسبت به تشخیص و عواقب حاصل از آن، تنوع قابل ملاحظه ای وجود دارد، شواهد حاکی از آن است که این تنوع در نحوه مقابله با مشکلات در سطوح زندگی، تنها به دلیل ماهیت و شدت بیماری نیست بلکه تا حدودی به عوامل روانشناختی و شخصیتی مرتبط است. آنچه در برخورد با این بیماری ضروری به نظر می رسد پرداختن به مسائل روانشناختی است که این بیماران با آن مواجه هستند [۶]. تحقیقات نشان می دهد برخی از مشکلات عاطفی که برای این بیماران ایجاد می شود، به دلیل واکنش روانی فرد نسبت به بیماری می باشد و استرس و نگرش منفی به زندگی باعث می شود فرد مسائل به وجود آمده را با تحریف و بزرگنمایی مطرح کند [۷]. در روانشناسی مثبت، فرض بر این است که سرمایه روانشناختی به عنوان سپر علیه بیماری ها عمل می کند [۸]. در مورد این بیماری مزمن، نیز مؤلفه سرمایه روانشناختی می تواند کمک کننده باشد و به همین دلیل در این پژوهش مورد بررسی قرار می گیرد. سرمایه روانشناختی یک حالت روانی مثبت در فرد است و شامل خودکار آمدی (اعتماد به خود در رابطه با توانمند بودن هنگام روبرویی با چالش ها)، خوشبینی (داشتن اسناد های مثبت در رابطه با موفقیت های حال و آینده)، امیدواری (مقاومت برای دستیابی به اهداف و تغییر مسیر در راستای رسیدن به اهداف در صورت لزوم) و در آخر تاب

آوری (هنگام احاطه شدن با درد و رنج و مشکلات پایداری کردن و تلاش کردن برای رسیدن به موفقیت) می باشد [۹]. سرمایه روانشناختی می تواند سبب سازگاری فرد در شرایط دشوار زندگی شود و افراد را قادر سازد تا علاوه بر مقابله بهتر در برابر موقعیت های استرس زا، کمتر دچار تنش شوند و در برابر مشکلات از توان بالایی برخوردار باشند [۱۰].

تروما یا آسیب روانی واقعه ای است که فرد را درگیر احساساتی مانند، ترس و درماندگی و سردرگمی در برابر تغییرات پیش آمده می کند [۱۱]. یافته هایی وجود دارد که نشان می دهد ضربه های روانی مثل بیماری مولتیپل اسکروز می تواند بر سلامت روان و رضایت از زندگی تاثیر مثبت بگذارد، آسیب روانی می تواند مانند کاتالیزور عمل کند و رشد و بهزیستی را تقویت کند این رشد مرتبط با تجارب تاب آوری، معنا بخشی و تغییرات مثبت است که تحت عنوان رشد پس از سانحه شناخته می شود [۵]. رشد پس از سانحه به عنوان تجربه تغییرات مثبتی تعریف می شود که فرد در نتیجه کشمکش با سانحه و تروما کسب می کند [۱۲]. مطالعات پنج دسته پیامد رشدی را مطرح می کنند. روابط با دیگران یا ایجاد روابط گرم و صمیمی با دیگران، فرصت ها یا امکانات جدید، قدرت شخصی یا درک افزایش یافته از توانایی شخصی، قدردانی از زندگی یا تغییر در اولویت های زندگی و رشد در مسائل معنوی از ابعاد رشد پس از سانحه می باشند [۱۳، ۱۴]. بر اساس پژوهش ها تقریباً نیمی از بیماران مولتیپل اسکروز حد متوسطی از رشد پس از سانحه را گزارش کرده اند، همچنین قدردانی از زندگی مؤلفه ای است که بیشترین افزایش را در بیماران داشته است [۱۵]. یکی از روش های مشاوره و روان درمانی که می توان برای بیماران مولتیپل اسکروز استفاده کرد، درمان هیجان مدار است. درمان هیجان مدار به دلیل تاکید بر همدلی یکی از روش های درمانی مناسب برای کار با آسیب روانی ناشی از بیماری های مزمن است. در این نوع درمان تمرکز بر احساسات و عواطف است و در واقع هیجانات منبع اطلاعات در مورد انگیزه و عملکرد بیمار می باشد [۱۶]. باورها و شناخت ها در مقابله با استرس و درد را باید به عنوان یک عامل مهم در تعیین سلامت کلی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروز پس در

نظر گرفت و رویکرد درمانی هیجان مدار، با تاکید بر ارتباط پیچیده بین شناخت و احساس می تواند میزان پذیرش رنج در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروز را تحت تاثیر قرار دهند [۱۷]. در رویکرد هیجان مدار که یک رویکرد تلفیقی از رویکردهای سیستمی، دل بستگی مدار و تجربی نگر است، به از جای تمرکز بر موضوعات و عوامل برون فردی، بیشتر بر عوامل درون فردی و فرآیندهای بروز تعارض متمرکز است [۱۸]. پژوهش ها نشان می دهد که درمان هیجان مدار بر عزت نفس و عملکرد جنسی، افسردگی و بهبود کارکردهای شناختی و تنظیم هیجان بیماران مولتیپل اسکلروز تاثیر دارد [۱۹،۲۰]. مطابق با تحقیقات انجام شده به دلیل مشکلات فیزیولوژیکی مغز، بیماران مولتیپل اسکلروز از نظر جسمی و فیزیولوژی مغزشان نیز دچار مشکلاتی در پردازش و ابراز احساساتشان می شوند که متعاقباً موجب پایین آمدن کیفیت زندگی فردی، بین فردی و اجتماعی شان نیز می شود [۷] به نظر می رسد کمک به بیماران مولتیپل اسکلروز از طریق کار با هیجانانشان بسیار کمک کننده می باشد. سرمایه روانشناختی با افزایش بهزیستی روانی و بهبود راهبردهای مقابله ای و تاب آوری بیماران مولتیپل اسکلروز می تواند سلامت روانی و جسمانی آن ها را تحت تاثیر قرار دهد [۶]. تشخیص یک بیماری تهدید کننده زندگی می تواند یک تجربه فوق العاده استرس زا و آسیب زا باشد. با این حال، بسیاری از بیماران، تغییرات مثبت مختلفی را گزارش می کنند که در ادبیات تجربی به عنوان رشد پس از سانحه (PTG) ذکر شده است. در پژوهش Barskova & Oesterreich به بررسی مطالعات تجربی پرداخته شده است که استرس پس از سانحه و رشد پس از سانحه را در بیماران و بازماندگان بیماری های مزمن و تهدید کننده، ثبت کرده اند، این مطالعات روابط بین رشد پس از سانحه و شاخص های سلامت روان و تاثیر رشد پس از سانحه در روند بهبودی بیماری بررسی کرده اند و نتایج نشان داد که کیفیت حمایت اجتماعی، استراتژی های مقابله ای بیماران و چندین شاخص بهداشت روانی و جسمی به طور مداوم با رشد پس از سانحه ارتباط دارد [۲۱]. در پژوهش های دیگر از جمله نیک (۲۰۱۹) و Erhabor و همکاران (۲۰۲۰) یکی از مؤلفه های پیش بینی کننده و مرتبط با رشد پس از سانحه سرمایه روانشناختی عنوان شده است [۲۲،۲۳]. همانطور که

اشاره شد پژوهش های زیادی در کشورهای مختلف مرتبط با روش درمان هیجان مدار بر روی مؤلفه هایی همچون عزت نفس، عملکرد جنسی و برخی دیگر از مؤلفه های سلامت روان در بیماران مولتیپل اسکلروز انجام شده است اما کمتر به رشد پس از سانحه و سرمایه روانشناختی در این بیماران پرداخته شده است، مطالعه حاضر در راستای کاربرد روش های روان درمانی بر روی بیماران مولتیپل اسکلروز به بررسی این فرضیه می پردازد که درمان هیجان مدار باعث افزایش مؤلفه های سرمایه روانشناختی و رشد پس از سانحه در بیماران زن مبتلا به مولتیپل اسکلروز می شود.

روش کار

پژوهش حاضر از نوع شبه تجربی (پیش آزمون و پس آزمون با گروه گواه) می باشد، جامعه مورد مطالعه بیماران زن مبتلا به مولتیپل اسکلروز در شهر تهران هستند. روش نمونه گیری در این پژوهش روش نمونه گیری در دسترس است. با توجه به اینکه حجم نمونه در تحقیقات مداخله ای در هر گروه حداقل ۱۵ نفر توصیه شده است [۲۴]. حجم نمونه ۳۰ نفر در نظر گرفته شد که به طور تصادفی، در گروه آزمایش ۱۵ نفر و ۱۵ نفر هم در گروه گواه قرار داده شدند. نمونه از میان زنان مراجعه کننده به انجمن مولتیپل اسکلروز ایران با توجه به ملاک های ورود و خروج انتخاب شدند، ملاک ورود به پژوهش، نداشتن بیماری زمینه ای مزمن جسمی و روانی بر اساس اطلاعات و پرونده های درمانی، گذشتن حداقل شش ماه و حداکثر سه سال از زمان تشخیص بیماری و همچنین رضایت برای شرکت در پژوهش و جلسات درمان بود. ملاک خروج عدم امکان و یا رضایت برای ادامه حضور در پژوهش یا غیبت بیش از دو جلسه بود. پس از هماهنگی با انجمن مولتیپل اسکلروز ایران، گروه نمونه انتخاب شد و به طور تصادفی در گروه گواه و آزمایش جایگزین شدند.

جهت انجام مطالعه، ملاحظات اخلاقی پژوهش در نظر گرفته شد که شامل دادن اطمینان خاطر جهت محرمانه بودن نتایج پرسشنامه ها، گرفتن رضایت نامه و داشتن کد اخلاق برای شرکت در پژوهش، اطلاع رسانی راجع به رعایت اصول رازداری و اطمینان دهی راجع به در دسترس بودن درمانگران، در صورت نیاز مراجعین بعد از اتمام

روانی استفاده شد که توسط Luthanz و همکاران در سال ۲۰۰۷ ساخته شده است. این پرسشنامه شامل ۴ مؤلفه: (۱) خودکارآمدی، (۲) خوش بینی، (۳) امید و (۴) تاب آوری است و هر مؤلفه شامل ۶ گویه است که هر گویه مقیاس ۶ درجه ای از «کاملاً مخالفم» تا «کاملاً موافقم» دارد. نمره ها در مقیاس لیکرت است که به ترتیب از ۱ تا ۶ نمره گذاری می شود. هر کدام از ۶ جمله این آزمون یکی از مؤلفه های امید، خوشبینی، خودکارآمدی و تاب آوری را می سنجد. تمام گویه ها مستقیم نمره گذاری می شود. به این ترتیب که به کاملاً موافقم نمره ۶، موافقم نمره ۵، تا حدودی موافقم نمره ۴، تا حدودی مخالفم نمره ۳، مخالفم نمره ۲ و کاملاً مخالفم نمره ۱ تعلق می گیرد. برای به دست آوردن نمره سرمایه روانی ابتدا نمره هر مؤلفه جداگانه محاسبه شده و سپس مجموع آنها نمره کل سرمایه روانشناختی را مشخص می کند. نمره بیشتر نشان دهنده سرمایه روانشناختی بالاتر است. در ایران صرامی فروشان و همکاران، در سال ۱۳۹۳ این پرسشنامه را اعتبار یابی کردند و برای سنجش پایایی، ثبات درونی و تعیین اعتبار پرسشنامه سرمایه روانی از ضریب آلفای کرانباخ استفاده شد. با محاسبه ضریب آلفای کرانباخ برای کل پرسشنامه سرمایه روانی عدد ۰/۸۵ به دست آمد. [۲۶]. در مرحله اجرا بعد از گمارش تصادفی، افراد در گروه گواه و آزمایش جایگزین شدند (از طریق انتخاب مکعب های عدد زوج یا فرد، اگر آزمودنی عدد زوج را به طور تصادفی برمی داشت در گروه آزمایش و اگر عدد فرد را برمی داشت در گروه گواه جایگزین می شد). آزمودنی های گروه آزمایش، در ده جلسه ی شصت دقیقه ای که به مدت ده هفته به طول انجامید، تحت درمان هیجان مدار قرار گرفتند. و در همین زمان گروه گواه هیچگونه درمانی دریافت نکردند. محتوای جلسات با اقتباس از پروتکل درمانی هیجان مدار و با استفاده از کتاب جانسون و همکاران، ترجمه معینی و ارشادی، ۱۳۹۴ تنظیم شده است [۲۷] و در (جدول ۱) آورده شده است.

پژوهش بود.

سپس ابزارهای جمع آوری داده ها در اختیار آنها قرار داده شد. از هر دو گروه گواه و آزمایش، پیش آزمون گرفته شد و پس از آن برای گروه آزمایش، یک جلسه توجیهی فردی بیست دقیقه ای برای افراد در رابطه با فرآیند درمان گذاشته شد و توضیحات لازم داده و رضایت آن ها کسب شد. اندازه گیری متغیر های وابسته این چنین بود که برای سنجش سرمایه روانشناختی از پرسشنامه سرمایه روانشناختی Luthanz و همکاران و همچنین از پرسش نامه رشد پس از سانحه Tedeschi & Chaloun برای سنجش رشد پس از سانحه استفاده شد.

پرسشنامه رشد پس از سانحه توسط، Tedeschi & Chaloun در سال ۱۹۹۶ ساخته شده است و شامل ۲۱ ماده است. در این پرسشنامه فرد باید جواب های خود را در یک مقیاس شش نقطه ای از صفر «هیچ تغییری تجربه نکرده ام» تا ۵ «تغییر خیلی زیادی را تجربه کرده ام» قرار دهد، کل نمرات پرسشنامه ۱۰۵ و نمره بیشتر نشان دهنده رشد پس از سانحه بالاتر است پرسشنامه از پنج مؤلفه که شامل (۱) ارتباط (۲) قدرت شخصی (۳) شیوه های جدید زندگی (۴) ارزش زندگی (۵) تغییر معنوی تشکیل شده است [۲۵]. در پژوهشی که توسط محمودی و همکاران به منظور بررسی ویژگی های روانسنجی این پرسشنامه انجام شد، در بررسی پایایی، ضریب آلفای کرانباخ برای کل پرسشنامه در حد مطلوب (α= ۰/۹۲) بود، همچنین دامنه ضریب آلفای کرانباخ برای عوامل بین ۰/۶۶ تا ۰/۹۰ بود. برای بررسی روایی همگرا و واگرا بین مؤلفه های این پرسشنامه با پرسشنامه های خوشبینی، عاطفه مثبت خصلتی و عاطفه منفی خصلتی ضریب همبستگی پیرسون محاسبه شد و نتایج نشان داد که هر سه متغیر با نمره کلی رشد پس از سانحه رابطه معنادار داشتند. تحلیل عوامل نیز در پژوهش ذکر شده، بررسی و برای نمونه ایرانی مطلوب برآورد شده است [۲۵]. برای سنجش سرمایه روانشناختی از پرسشنامه سرمایه

جدول ۱. محتوای جلسات درمان هیجان مدار

<p>مرحله یک: شناسایی و کند سازی چرخه می باشد این مرحله در ۵ جلسه انجام می شود:</p> <p>جلسه اول و دوم: ایجاد اتحاد درمانی و روشن کردن موارد تعارض ساز را شامل می شود و احساس پذیرفته شدن و درک شدن از طریق مهارت های انعکاس و اعتبار بخشی</p> <p>جلسه سوم: شناخت و بررسی چرخه تعاملی که فرد را به دام می اندازد و او را از افراد صمیمی زندگی اش به دور می کند. فرآیندی جاری است و شامل مصاحبه متقاعد کننده و صمیمی بین درمانگر و مراجعین است.</p> <p>جلسه چهارم: دستیابی به هیجانات شناسایی نشده ی زیر بنای جایگاه تعاملی افراد، درمانگر از طریق ردگیری و نشانه گذاری و آگاهی از هیجانات ثانویه، اعتبار بخشی و دقت به رفتار کلامی و غیر کلامی مراجع او را به سمت هیجان اولیه سوق می دهد.</p> <p>جلسه پنجم: قابگیری مجدد مشکل مرتبط با چرخه به همراه هیجانات زیربنایی و نیازهای دلبستگی، از طریق توجه به چرخه منفی و تأثیرات منفی آن بر روابط و قابگیری مجدد چرخه</p>
<p>مرحله دو: تغییر جایگاه های تعاملی که در سه جلسه انجام می شود:</p> <p>جلسه ششم: مهمترین مرحله درون روانی است که افزایش همانند سازی با هیجانات دلبستگی انکار شده، نیازها و جنبه هایی از خود را شامل می شود که اغلب ترس و شرم و سوگ را دربر می گیرد و درمانگر به فرد کمک می کند هیجانات را ابراز کند.</p> <p>جلسه هفتم: کمک به مراجع در پذیرش تجارب هیجانی جدید خود و اطرافیان و همچنین گسترش راه های بینش و شناخت و پاسخ به دیگران، در این گام به افراد کناره گیر و یا سرزنشگر کمک می شود تا به بازسازی روابط شان بپردازند.</p> <p>جلسه هشتم: تسهیل ابراز نیازها و تعاملات به منظور بازساختاردهی تعامل بر اساس تجارب و برداشت های جدید است. افراد کناره گیر در روابط درگیر می شوند و نیازها و خواسته هایشان را مطرح می کنند و افراد سرزنشگر، ملایم تر می شوند و چرخه های تعاملی مثبت جدید اتفاق می افتد.</p>
<p>مرحله سه: تحکیم و یکپارچگی که در دو جلسه انجام می شود:</p> <p>جلسه نهم: تسهیل پیدایش و خلق راه حل های جدید برای مشکلات قدیمی است و تمرکز جلسات عمل گرایانه تر است و مراجعین درباره نگرانی های مالی و شغلی و تأثیر آن بر روابط و زندگی شان صحبت می کنند و راه کارهای تازه برای مسائل کهنه استفاده می کنند.</p> <p>جلسه دهم: تحکیم مواضع جدید و چرخه های رفتارهای دلبستگی است، در این مرحله که پایان درمان است، حل نگرانی های مراجعین درباره بازگشت به چرخه منفی مورد تأکید است و مشاور تلاش می کند تا مراجعین در مسیر بمانند و آن را بهبود بخشند و امنیت روانی روابط شان افزایش پیدا کند.</p>

بررسی اطلاعات دموگرافیک نشان داد که دامنه سنی شرکت کنندگان از ۲۵ تا ۴۰ سال بود، همانگونه که در (جدول ۲) مشاهده می شود، بیشترین فراوانی سن شرکت کنندگان در درمان هیجان مدار بین ۲۵ تا ۳۰ سال بوده و در گروه گواه نیز بیشترین محدوده سنی در همین محدوده بوده است. در درمان هیجان مدار ۵۰ درصد متاهل بودند و در گروه گواه ۵۳/۳ درصد متاهل بوده اند. دامنه تحصیلی از زیر دیپلم تا کارشناسی ارشد بود که در درمان هیجان مدار بیشترین فراوانی تحصیلات مربوط به کارشناسی و در گروه گواه بیشترین فراوانی دیپلم و زیردیپلم بوده است. آزمون کای دو در سطح ۰/۰۵ معنادار نبود که نشان می دهد توزیع (نسبت) نمونه های مطالعه در زیرگروه ها بر اساس سن، وضعیت تاهل و تحصیلات همسان بود ($p > 0/05$). لازم به ذکر است که در فرآیند درمان با افت نمونه روبرو شدیم و یک آزمودنی به دلیل مهاجرت از گروه آزمایش خارج شد.

در این پژوهش ابزار تحلیل داده ها نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ می باشد. برای بررسی اطلاعات توصیفی میانگین و انحراف معیار مؤلفه های هر دو متغیر سرمایه روانشناختی و رشد پس از سانحه محاسبه شد. همچنین برای مقایسه نسبت های نمونه های مطالعه در زیر گروه ها بر اساس سن و وضعیت تاهل و تحصیلات از آزمون کای دو استفاده شد. به منظور بررسی فرضیه، از تحلیل کواریانس چند متغیره در سطح معناداری ($\alpha = 0/05$) استفاده شده است. ابتدا جهت بررسی پیش فرض های تحلیل کواریانس نتایج آزمون کالموگروف - اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن داده ها، آزمون لون برای سنجش برابری واریانس ها سپس آزمون ام باکس برای آزمون برابری ماتریس کواریانس انجام شده است و سپس جدول نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری مؤلفه های سرمایه روانشناختی و رشد پس از سانحه ارائه شده است.

یافته ها

جدول ۲. بررسی معنی داری شاخص های دموگرافیک

P	χ ²	گواه		آزمایش		متغیر
		درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
.۰/۰۷	۶/۹۵	۳۳/۳	۵	۴۲/۹	۶	۳۰-۲۵
		۳۳/۳	۵	۲۸/۶	۴	۳۵-۳۱
		۱۳/۳	۲	۲۸/۶	۴	۴۰-۳۶
		۲۰	۳	۰	۰	۴۰ به بالا
.۰/۶۵	۲۱	۴۶/۷	۷	۵۰	۷	مجرد
		۵۳/۳	۸	۵۰	۷	متاهل
		۴۶/۷	۷	۳۵/۷	۵	دیپلم و زیردیپلم
.۰/۱۰	۴/۵۱	۳۳/۳	۵	۵۰	۷	کارشناسی
		۲۰	۳	۱۴/۳	۲	کارشناسی ارشد

مؤلفه های سرمایه روانشناختی و رشد پس از سانحه نمرات بیشتری به دست آورده اند که این افزایش در گروه گواه مشاهده نمی شود.

میانگین و انحراف معیار متغیرهای سرمایه روانشناختی و رشد پس از سانحه در دو گروه آزمایش و گواه در (جدول ۳) ارائه شده است. همانگونه که از اطلاعات توصیفی مشخص است آزمودنی ها در گروه آزمایش در مرحله پس از آزمون در

جدول ۳: شاخص های توصیفی نمرات پیش آزمون-پس آزمون سرمایه روانشناختی و رشد پس از سانحه در گروه آزمایش و گواه

متغیر	مؤلفه	گروه	پیش آزمون میانگین ± انحراف معیار	پس آزمون میانگین ± انحراف معیار
سرمایه روانشناختی	خودکارآمدی	آزمایش گواه	۴/۴۵ ± ۱۸/۰۷	۳/۹۳ ± ۲۹/۰۷
	امیدواری	آزمایش گواه	۵/۴۴ ± ۱۸/۲	۶/۲۷ ± ۲۱/۷۹
رشد پس از سانحه	تاب آوری	آزمایش گواه	۵/۲۹ ± ۱۸/۴۷	۴/۲۳ ± ۱۸/۲۷
	خوشبینی	آزمایش گواه	۵/۸۲ ± ۲۰	۵/۳۲ ± ۲۵/۵۰
رشد پس از سانحه	نمره کل	آزمایش گواه	۱۰/۵۱ ± ۸۴/۳۷	۱۲/۱۱ ± ۹۹/۵۰
	قدرت شخصی	آزمایش گواه	۳/۰۵ ± ۸/۸۰	۳/۰۸ ± ۱۲/۱۴
رشد پس از سانحه	ارزش زندگی	آزمایش گواه	۲/۶۷ ± ۷/۴۰	۳/۸۶ ± ۱۰
	تغییر معنوی	آزمایش گواه	۱/۵۵ ± ۴/۴۷	۱/۶۵ ± ۴/۵۰
رشد پس از سانحه	شیوه های جدید	آزمایش گواه	۴/۸۸ ± ۱۱	۶/۲۵ ± ۱۳
	ارتباط	آزمایش گواه	۴/۴۵ ± ۱۵/۲۷	۵/۲۲ ± ۱۷/۸۸
رشد پس از سانحه	نمره کل	آزمایش گواه	۱۲/۰۹ ± ۴۶/۹۳	۱۱/۳۱ ± ۵۴/۱۴

مقدار F محاسبه شده برای مؤلفه های رشد پس از سانحه، شامل ارتباط ($F=39/09, P<0/001$)، قدرت شخصی ($F=16/04, P<0/001$)، ارزش زندگی ($F=19/24, P<0/001$)، تغییر معنوی ($F=1/19, P=0/19$) و شیوه های جدید ($F=12/62, P<0/001$) می باشد. مؤلفه های ارتباط، قدرت شخصی، ارزش زندگی و شیوه های جدید در سطح معناداری ($P \leq 0/05$) می باشد، که بیانگر تفاوت اثر شرایط آزمایش بر متغیر وابسته می باشد، ولی در مؤلفه تغییر معنوی ($P > 0/05$) است و معنادار نمی باشد.

با توجه به یافته های (جدول ۴) این فرضیه که درمان هیجان مدار باعث افزایش مؤلفه های سرمایه روانشناختی و مؤلفه های رشد پس از سانحه در زنان مبتلا به مولتیپل اسکروز می شود، در سطح معناداری ($\alpha = 0/05$) تایید شد و نشان دهنده اثربخشی درمان هیجان مدار بر افزایش میزان نشانه های خود کارآمدی، امیدواری، تاب آوری و خوش بینی و نشانه های ارتباط، قدرت شخصی، ارزش زندگی و شیوه های جدید است ولی در افزایش نشانه های تغییر معنوی تاثیری معناداری مشاهده نشده است. نتایج تحلیل ها در (جدول ۴) قابل مشاهده می باشد.

به دلیل آن که سطح معنی داری در آزمون کالومگروف - اسمیرنوف از $0/05$ بزرگ تر است، در نتیجه توزیع نمرات متغیرهای وابسته نرمال است. در نتایج آزمون لون، سطح معنی داری آماره F تمامی مؤلفه های سرمایه روانشناختی و رشد پس از سانحه بزرگتر از $0/01$ می باشد، بنابراین وارینانس خطای دو گروه با هم برابر بوده و تفاوتی بین آنها مشاهده نمی شود. آزمون ام باکس برای مؤلفه های سرمایه روانشناختی با مقدار $13/76$ و شاخص $F=1/15$ در سطح $0/05$ معنادار نیست که برابری ماتریس کوواریانس ها را برای متغیرهای فرضیه تایید می کند. آزمون ام باکس برای مؤلفه های رشد پس از ضربه با مقدار $18/84$ و شاخص $F=1/00$ در سطح $0/05$ معنادار نیست که برابری ماتریس کوواریانس ها را برای متغیرهای فرضیه تایید می کند. پس از تحلیل کواریانس چند متغیری، مقدار F محاسبه شده برای مؤلفه، خود کارآمدی ($F=27/72, P<0/001$)، امیدواری ($F=14/13, P<0/001$)، تاب آوری ($F=17/52, P<0/001$) و خوش بینی ($F=12/96, P<0/002$) به دست آمد، مؤلفه های خود کارآمدی، امیدواری، تاب آوری و خوش بینی در سطح معناداری ($P \leq 0/05$) می باشد که بیانگر تفاوت اثر شرایط آزمایش بر متغیر وابسته می باشد.

جدول ۴: نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری سرمایه روانشناختی و رشد پس از سانحه

متغیر	نام مؤلفه	مجموع مجذورات	Df	میانگین مجذورات	F	P value	اندازه اثر
آزمایش	خودکارآمدی	219/46	1	219/46	27/72	0/001	0/55
	امیدواری	144/25	1	144/25	14/13	0/001	0/38
	تاب آوری	78/12	1	78/12	17/52	0/001	0/43
	خوش بینی	97/81	1	97/81	12/96	0/002	0/36
سرمایه روانشناختی	خطا	182/12	23	7/92	-	-	-
	خودکارآمدی	234/74	23	10/21	-	-	-
	امیدواری	102/57	23	4/46	-	-	-
	تاب آوری	173/55	23	7/55	-	-	-
کل	خودکارآمدی	22270	29	-	-	-	-
	امیدواری	11721	29	-	-	-	-
	تاب آوری	12870	29	-	-	-	-
	خوش بینی	17126	29	-	-	-	-
آزمایش	ارتباط	176/95	1	176/95	39/09	0/001	0/63
	قدرت شخصی	85/90	1	85/90	16/04	0/001	0/41
	ارزش زندگی	83/42	1	83/42	19/24	0/001	0/46
	تغییر معنوی	1/51	1	1/51	1/19	0/19	0/07
	شیوه های جدید	185/75	1	185/75	12/62	0/001	0/35
رشد پس از سانحه	خطا	104/11	23	4/53	-	-	-
	ارتباط	123/16	23	5/35	-	-	-
	قدرت شخصی	99/71	23	4/34	-	-	-
	ارزش زندگی	18/37	23	0/81	-	-	-
	تغییر معنوی	338/54	23	14/72	-	-	-
کل	ارتباط	8339	29	-	-	-	-
	قدرت شخصی	3510	29	-	-	-	-
	ارزش زندگی	2124	29	-	-	-	-
	تغییر معنوی	695	29	-	-	-	-
	شیوه های جدید	4726	29	-	-	-	-

باعث می شود که حمایت اجتماعی بیشتر و بهتری داشته باشد و در نتیجه باعث اثر گذاری بر رشد پس از سانحه در فرد می شود [۳۱]. درمان هیجان مدار علاوه بر اینکه بر احساسات متمرکز است، درمانی ساختار یافته و گام به گام است و به بیماران کمک می کند که احساسات منفی شان را کنترل کنند و سازگاری شان از طریق آگاه شدنشان نسبت به احساساتشان، افزایش پیدا می کند [۳۲]. همانطور که در نتایج آماری مشخص است درمان هیجان مدار بر افزایش نمره کل سرمایه روانشناختی و همه مؤلفه های سرمایه روانشناختی شامل خود کارآمدی، تاب آوری، امید و خوشبینی تاثیر معنادار داشته است، نتایج این پژوهش با پژوهش های نصرتی و همکاران [۳۳]، توکلی و همکاران [۳۴]، اسکندری و همکاران [۳۵] همسو می باشد. نصرتی و همکاران در سال ۲۰۱۸ در پژوهشی، رابطه بین سرمایه روانشناختی و پذیرش بیماری و رضایت از زندگی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروز را مورد پژوهش قرار داده اند. پس از تحلیل داده ها، نتایج نشان داد که ارتباط معناداری میان سرمایه روانشناختی و رضایت از زندگی وجود دارد و افزایش سرمایه روانشناختی، افزایش رضایت از زندگی را در آن ها نشان می دهد [۸]. نتایج پژوهش توکلی و همکاران سال ۲۰۱۷ که بر روی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروز در اهواز انجام شد، نشان داد که افرادی که سرمایه های روانشناختی مطلوب تری دارند با درک عمیق تر بیماری خود این سرمایه ها را برای تقویت و سازگاری با وضعیت بیماری خود به کار می گیرند [۶]. در پژوهش اسکندری و همکاران که در سال ۲۰۲۰ بر روی بیماران مولتیپل اسکلروز به منظور بررسی اثربخشی درمان مثبت گرا بر سبک های ابراز هیجان و سرمایه روانشناختی انجام شد، نتایج نشان داد که مؤلفه های سرمایه روانشناختی و ابراز هیجان مثبت افزایش و ابراز هیجان منفی کاهش پیدا کرد [۳۵]. در تبیین نتایج می توان مطرح کرد که از دیدگاه تئوری هیجان مدار، هیجان برای شکل گیری خوشتن، امری اساسی و عامل اصلی خود سازماندهی است. برای آن که افراد دارای تروما تغییر کنند، باید یاد بگیرند که چگونه خود را ترمیم کنند و به تنظیم عمیق ترین هسته های ترس، شرم، خشم و غم در خود بپردازند [۳۶]. از طرف دیگر برای افزایش خود کارآمدی که از مؤلفه های سرمایه روانشناختی است فرآیند شناختی خود تنظیمی ضروری است و یکی از مهمترین مؤلفه های رشد آن برانگیختگی فیزیولوژیکی و

مطالعه حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان هیجان مدار بر افزایش سرمایه روانشناختی و رشد پس از سانحه انجام شد. یافته های پژوهش نشان داد که بین دو گروه آزمایش و گواه در همه مؤلفه های سرمایه روانشناختی و همه مؤلفه های رشد پس از سانحه به جز تغییر معنوی تفاوت معناداری وجود دارد. بدین صورت که درمان هیجان مدار باعث افزایش در این مؤلفه ها در زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروز در گروه آزمایش شده بود. نتایج این پژوهش با پژوهش های شناگویی و همکاران [۱۷]، Barskova. & Oesterreich [۲۱]، افلاک سیر و منافی [۱۵]، اسدپور و ویسی [۱۹] و Greenman & Johanson همسو می باشد [۲۸]. در پژوهش شناگویی و همکاران که با هدف تعیین تأثیر درمان هیجان مدار بر کاهش علائم اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروز انجام شد، نتایج نشان داد که درمان هیجان مدار، به کاهش اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروز کمک می کند [۱۷]. در پژوهشی اسدپور و ویسی در سال ۲۰۱۷، زوج درمانی هیجان مدار و تاثیر آن بر عزت نفس جنسی و کارکرد جنسی، زنان بیست تا پنجاه سال مبتلا به مولتیپل اسکلروز بررسی شد و نتایج نشان داد که میزان عزت نفس جنسی و همچنین کارکرد جنسی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروز پس از مشاوره هیجان مدار در گروه آزمایشی به طور معنی داری نسبت به گروه کنترل افزایش یافت [۱۹]. Greenman & Johanson پژوهشی با عنوان بررسی اثربخشی درمان هیجان مدار برای زوج ها بر روی اختلال پس از سانحه در سال ۲۰۱۲ انجام دادند. این پژوهش بر روی زوج هایی که اختلال استرس پس از سانحه داشتند انجام شد و نتایج نشان داد که درمان هیجان مدار با تاکید بر حمایت اجتماعی می تواند راهکار مناسبی برای مقابله و غلبه بر ترس و درد ناشی از ضربه های روانی باشد [۲۸]. در تبیین نتایج می توان گفت که ماهیت رشد پس از سانحه شامل ارزیابی مجدد رویداد و تسکین یا کاهش واکنش های عاطفی است [۲۹]. شکل دهی و ارزیابی مجدد مشکل از گام های اصلی درمان هیجان مدار است و فرد با آگاهی از احساساتش در فضایی امن و همدلانه می تواند احساساتش را ابراز کند و تسکین دهد [۳۰]. این آگاهی از احساسات و ارزیابی مجدد مساله یا بیماری به فرد کمک می کند تا سازگاری بیشتری با بیماری پیدا کند و همچنین بهبود کیفیت ارتباطی فرد

از آسیب و اغلب مؤلفه های آن موثر بوده و همچنین بر مؤلفه های سرمایه روانشناختی نیز و افزایش آن در بیماران مولتیپل اسکلروز تاثیر داشته، می تواند به عنوان یک روش مشاوره ای به منظور بهبود سلامت روانی و افزایش توان مقابله بیماران مولتیپل اسکلروز استفاده شود، پیشنهاد می شود، در پژوهش های بعدی زوج درمانی و گروه درمانی بر روی زنان و مردان مبتلا به مولتیپل اسکلروز با نمونه بیشتر، انجام شود.

سیاسگزاری

مقاله حاضر از رساله دکتری نویسنده اول مقاله در رشته مشاوره دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات تهران استخراج شده و دارای کد اخلاق از دانشگاه آزاد اسلامی - واحد علوم تحقیقات با شناسه IR.IAU.SRB.REC.1399.068 می باشد. نویسندگان از کلیه پرسنل انجمن ام.اس ایران، مسئولین مرکز مشاوره و تمامی آزمودنی ها و کسانی که ما را در اجرای پژوهش یاری دادند، تشکر و قدردانی می کنند. تضاد منافع: در انجام این پژوهش هیچگونه تضاد منافی بین نویسندگان وجود ندارد.

هیجانی یعنی یادگیری به حداقل رساندن میزان استرس به هنگام مواجهه با وظایف دشوار و چالش برانگیز می باشد. همچنین ترغیب کلامی می تواند باعث رشد خود کارآمدی شود [۳۷]. همانطور که قبلا گفته شد در درمان هیجان مدار دستیابی به الگوهای ناسازگار هیجانی و تنظیم آن ها از وظایف اصلی درمانگر هست، علاوه بر این مشاور با همدلی، اعتبار بخشی و انواع تکنیک های کلامی به ترغیب ابراز احساسات مراجع و اعمال او می پردازد [۳۶]. در درمان هیجان مدار فضای امن درمانی برای مواجهه فرد با هیجانات ایجاد می شود که می تواند منجر به افزایش تاب آوری شود. در درمان و گام های تسهیل راه حل های جدید برای مشکلات کهنه و قدیمی و تحکیم موقعیت های جدید و چرخه رفتار دلبستگی، درمانگر دستاوردهای مراجع را با استفاده از پر رنگ کردن چرخه تعاملات منفی اولیه و جایگزین تعاملات مثبت جدید مرور می کند، این مراحل می تواند امید و خوش بینی را در فرد افزایش دهد [۳۰]. محدود بودن نمونه به زنان و شهر تهران و عدم برگزاری دوره پیگیری از محدودیت های پژوهش حاضر می باشد.

نتیجه گیری

با توجه به اینکه درمان هیجان مدار بر افزایش رشد پس

References

1. Tablerion Jake M, Wood Tyler A, Katherine L, Hsieh Alka, Ruopeng Sun Bishnoi, Hernandez Manuel, Ruopeng An, Sosnoff Jacob J. Motor Learning in people with multiple sclerosis: a systematic review and meta- analysis. *Journal of Psychological Medicine and Rehabilitation*. 2019; 101(3):512-523. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2019.09.014>
2. Hajilou M, Ahadi H, Seirafi M, Shahbeigi S, Rafiee Poor A. The effectiveness of stress management training based on cognitive-behavioral model on quality of life in patients with MS. *Journal Of Psychological Science*. 2019; 17(72):893-897.
3. Miller, Aaron. *Handbook of relapsing- remitting multiple sclerosis*. New York: Adis Cham. 2017. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-40628-2>
4. Lamis Dorian A, Hirsch Jameson K, Pugh Kelley C, Topciu Raluca, Nsamenang Sheri A, Goodman, Andrew, Duberstein Paul R. Perceived cognitive deficits and depressive symptoms in

- patients with multiple sclerosis: Perceived stress and sleep quality as mediators. *Multiple Sclerosis and Related Disorders*. 2018; 25:150-155. <https://doi.org/10.1016/j.msard.2018.07.019>
5. Esposito J, Understanding unpredictable chronic illness and its links to posttraumatic stress and growth, the case of multiple sclerosis. submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy. School of Arts and Sciences Columbia University; 2016.
6. Tavakol M, Faraji Khiavi F, Salimi Jeda V, Majdinasab N, Haghghi Zadeh MH, The relationship between psychological capitals and disease perception in people with MS. *Research in Psychology Health* . 2016; 10(1):12-20.
7. Pfaff A L, Lamy a J, Noblet a V, Gounot A D, Chanson b J, Seze b J, and Blanc Frederic. Emotional disturbances in multiple sclerosis: A neuropsychological and MRI. study. *Cortex*. 2019; 117. 205-216. <https://doi.org/10.1016/j.cortex.2019.02.017>
8. Nosrati R , Momeni KH, Mazdeh M, Karami

- J. The Relationship between psychological capital and acceptance of the disease with life satisfaction in patients with multiple sclerosis. *Journal of Health Care*. 2018; 20 (2): 114-122. <https://doi.org/10.29252/jhc.20.2.114>
9. Luthans F, Carolyn M, Youssef M. Psychological capital: an evidence-based positive. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*. 2017; 4: 339-366. <https://doi.org/10.1146/annurev-orgpsych-032516-113324>
 10. Rostamnezhad M, Tayyebi A, Abolghasemi S, EbrahimiRad R. 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.
 11. Schauer M, Schauer M, Neuner F, Elbert T. Narrative exposure therapy: A short-term treatment for traumatic stress disorders. Boston: Hogrefe Publishing; 2011.
 12. Groleau J M, Calhoun L G, Cann A, and Tedeschi R G. The role of centrality of events in posttraumatic distress and posttraumatic growth. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice*. 2013; 5. (5) :477- 483. <https://doi.org/10.1037/a0028809>
 13. Nikmanesh Z, Mirabdollahi N, Emamhadi M A. Prediction of posttraumatic growth base on of spirituality and social support in patients with breast cancer. *Iranian Quarterly Journal of Breast Disease*. 2013; 6. (2):35-42.
 14. Calhoun L G, Tedeschi R G, Cann A, Hanks E. Positive outcomes following bereavement. Paths to posttraumatic growth. *Psychological Belgic* 2010; 50. 125-143. <https://doi.org/10.5334/pb-50-1-2-125>
 15. Aflakseir A, Manafi F. Posttraumatic growth and its relationship with cognitive emotion regulation strategies in patients with multiple sclerosis in shiraz, Iran. *Journal of Practice in Clinical Psychology*. 2018; 6 (1):57-62. <https://doi.org/10.29252/nirp.jpccp.6.1.57>
 16. Greanberg L S & Goldman R N. *Clinical hand book of emotion focused therapy*. Washington, DC: American psychological assosiathion.2019.
 17. Sanagavi Moharrar G, Shirazi M, Mohammadi R, Maghsoodloo F. Effectiveness of emotional therapy on reducing anxiety and depression in patients with multiple sclerosis. *Journal of Mashhad University Medical Science*. 2019; 61(6.1): 190-200.
 18. Seidabadi S, Noranipour R, ShafiAbadi A. The comparison of the effectiveness of solution-focused couple therapy and imago relationship therapy (imago) on the conflicts of the couples referring to counseling centers in Tehran city. *Journal of counseling research Iranian Counseling association*. 2021; 19 (76.)4-23. <https://doi.org/10.29252/jcr.19.76.4>
 19. Asadpour E, Veisi S. The effectiveness of emotionally focused couple therapy on sexual self-esteem and sexual function in women with multiple sclerosis. *Journal of Arak University Medical Science*. 2017; 20 (7): 1-12.
 20. Kinsinger S.W, Lattie, E. & Mohr, D.C. Relationship between depression, fatigue, subjective cognitive impairment, and objective neuropsychological functioning in patient with multiple sclerosis. (2010); *Neuropsychology*, 24(5), 573-580. <https://doi.org/10.1037/a0019222>
 21. Barskova T. & Oesterreich R. Post-traumatic growth in people living with a serious medical condition and its relations to physical and mental health: A systematic review. *Disability and Rehabilitation*. (2009); 31. (21): 1709-1733. <https://doi.org/10.1080/09638280902738441>
 22. Naik AR. Perceived stress, social support and psychological capital as predictors of post traumatic growth among youth (Doctoral dissertation, Aligarh Muslim University, Aligarh). 2019.
 23. Erhabor S I, Babatola D O, Gail EW, &Norweeta M. Pre-displacement stressors, psychological morbidity, and PTSD symptoms among displaced women by Boko-Haram in North-East Nigeria: The buffering roles of psychological capital. 2020; 30 (4),307-314. <https://doi.org/10.1080/14330237.2020.1796032>
 24. Delavar A. *Theoretical and practical foundations of research in humanities and social sciences*. Tehran: Roshd. (2007).
 25. Mahmudi J, Rahimi Ch, Mohammadijaber N. psychometric properties of posttraumatic growth inventory in an iranian sample. *Journal of Psychological Methods and Models*. 2016; 3. (12):93-108.
 26. Sarami Forushi G R, Akhundi N , Alipor A, Arab Shibani Kh. Validation and verification of factor structure of psychological asset questionnaire in

- Iran Khodro diesel experts. Psychological Science Alzahra University Faculty of Psychology. 2015; 10(3):96-108.
27. Johnson S.M, Bradley B, Furrow J, Lee A, Palmer G, Tilley D, Woolley S. Becoming an Emotionally Focused Couple Therapist. Moeeni Z, Ershadi farsaani M. Tehran: Andishe. (2016).
 28. Greenman P. & Johanson M S. emotionally focus therapy for couple in the treatment of posttraumatic stress disorder. Journal of Clinical Psychology. 2012; 68(5): 561-569. <https://doi.org/10.1002/jclp.21853>
 29. Martz E, Livneh H , Southwick S M, Pietrzak R H. Posttraumatic growth moderates the effect of posttraumatic stress on quality of life in US. military veterans with life-threatening illness or injury. Journal of Psychosomatic Research. 2018; 109. 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2018.03.004>
 30. Harvey M. hand book of couple therapy .Ahmadi Kh, akhavi Z, Rahimi A. Tehran: Danjeh. 2010.
 31. Chawla N, Kafescoglu N. Evidenced-based couple therapy for chronic illnesses: Enriching the emotional quality of relationships with emotionally focus therapy. Journal Of Family Psychology. 2012; 23 (1):42-53. <https://doi.org/10.1080/08975353.2012.654080>
 32. Gili Sh, Haghayegh A, Sadeghi Firoozabadi V, Alizadeh Ghavidel A, Rezayi Jamalooi H. Effectiveness of emotionally-focused therapy on depression of patients with coronary heart disease. Iranian Journal of Health Psychology 2020; 3(1):91-98.
 33. Nosrati R, Momeni KH, Mazdeh M, Karami J. The relationship between psychological capital and acceptance of the disease with life satisfaction in patients with multiple sclerosis. Journal of Health and Care. 2018; 20 (2): 114-122. <https://doi.org/10.29252/jhc.20.2.114>
 34. Tavakoli M, Faraji Khiavi F, Salimi Jeda V, Majdinasab N, Hoseyn Haghghi Zadeh M. The relationship between psychological capitals and disease perception in people with Ms. Journal of Reaserch in Psychology Health. 2017; 10 (1): 12-20.
 35. Eskandari M, Rezakhani S, Behboodi M. The effectiveness of positive therapy on psychological capital and emotion expression styles among women with multiple sclerosis: a pilot study. Community Health. 2021; 8(2): 298-303.
 36. Elliott R, Watson J C, Goldman R N, Greenberg L S. Learning emotion-focused therapy. Washington, DC: American Psychological Association. 2004.
 37. Bandura, A. Self- efficacy: The exercise of control. 1977; New York: freeman.