



Comparing the Effectiveness of Meaning Therapy and Education Based on Acceptance and Commitment to the Resilience and Quality of Life of Patients with Multiple Sclerosis

Elahe Najafi¹, Saied Mosavipour^{2*}, Marziyeh Sadat Sajadi Nezhad³

1-PhD Student, Department of Psychology, Sanandaj Branch, Islamic Azad University, Sanandaj, Iran.

2-Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Arak University, Arak, Iran.

3-Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Arak University, Arak, Iran.

Corresponding Author: Saied Mosavipour, Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Arak University, Arak, Iran.

Email: s-mosavipour@araku.ac.ir

Received: 2022/11/13

Accepted: 2023/4/8

Abstract

Introduction: The present study was conducted to compare the effectiveness of meaning therapy and education based on acceptance and commitment to the resilience and quality of life of patients with multiple sclerosis.

Methods: The research method was semi-experimental with a pre-test and post-test design with a control group and a one-month follow-up. The statistical population of this research included all the patients with multiple sclerosis in Arak City in 2021, which were selected as an available sampling of 45 patients and randomly assigned to 3 groups of 15 people (two experimental groups and one control group) meaning therapy, therapy group based on commitment and acceptance and the control group were replaced. The measurement tools in this research were the Connor-Davidson Resilience Questionnaire (2003) and the World Health Organization Quality of Life (1998). The experimental groups were respectively subjected to meaningful therapy and education based on acceptance and commitment for 14 sessions of 45 minutes, and the control group received the usual treatment. Statistical data analysis was done using the analysis of covariance method and SPSS version 23 software.

Results: The findings showed that after the intervention, both treatment methods improved resilience and quality of life compared to the control group, and the treatment results were maintained in the follow-up period ($p < 0.001$); However, there was no significant difference between the two treatment methods in improving resilience and quality of life ($p < 0.001$).

Conclusions: Based on the research results, it can be concluded that meaning therapy and education, which are based on acceptance and commitment, along with other treatment methods, are effective intervention techniques for enhancing the resilience and quality of life in patients with multiple sclerosis.

Keywords: Logotherapy, Acceptance and commitment therapy, Resiliency, Quality of life, Multiple Sclerosis.



مقایسه اثربخشی معنا درمانی و آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب آوری و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس

الهه نجفی^۱، سعید موسوی پور^{۲*}، مرضیه السادات سجادی نژاد^۳

۱- دانشجوی دکتری، گروه روان شناسی، واحد سنندج، دانشگاه آزاد اسلامی، سنندج، ایران.

۲- دانشیار، گروه روان شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه اراک، اراک، ایران.

۳- استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه اراک، اراک، ایران.

نویسنده مسئول: سعید موسوی پور، دانشیار، گروه روان شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه اراک، اراک، ایران.
ایمیل: s-moosavipour@araku.ac.ir

پذیرش مقاله: ۱۹ / ۱ / ۱۴۰۲

دریافت مقاله: ۲۲ / ۸ / ۱۴۰۱

چکیده

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی معنا درمانی و آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب آوری و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس انجام شد.

روش کار: روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه گواه و پیگیری یک ماهه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس شهر اراک در سال ۱۴۰۰ بودند که به صورت نمونه گیری در دسترس ۴۵ بیمار انتخاب شده و به صورت تصادفی در ۳ گروه ۱۵ نفره (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) معنادرمانی، گروه درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش و گروه گواه جایگزین شدند. ابزار اندازه گیری در این پژوهش پرسشنامه تاب آوری کانر- دیویدسون (۲۰۰۳) و کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۸) بود. گروه های آزمایش به ترتیب به مدت ۱۴ جلسه ۴۵ دقیقه ای تحت معنا درمانی و آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفتند و گروه کنترل درمان معمول را دریافت کرد. تجزیه و تحلیل داده های آماری با استفاده از روش تحلیل کواریانس و با نرم افزار SPSS نسخه ۲۳ صورت گرفت.

یافته ها: یافته ها نشان داد که بعد از مداخله، هر دو روش درمان در مقایسه با گروه کنترل باعث ارتقای تاب آوری و کیفیت زندگی شدند و نتایج درمان در دوره پیگیری نیز حفظ شد ($p < 0/001$)؛ اما بین دو روش درمانی در ارتقای تاب آوری و کیفیت زندگی تفاوت معناداری وجود نداشت ($p < 0/001$).

نتیجه گیری: بر اساس نتایج پژوهش می توان گفت رویکرد معنادرمانی و آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد در کنار سایر روش های درمانی، روش مداخله ای مناسبی برای ارتقای تاب آوری و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروز است.

کلیدواژه ها: معنادرمانی، پذیرش و تعهد، تاب آوری، کیفیت زندگی، مولتیپل اسکلروزیس.

مقدمه

مزمّن است که میلین سیستم اعصاب مرکزی و نخاع را تخریب می کند. بیماران ام اس دارای مشکلات رایجی مثل اختلال در تعادل و تحرک هستند و نیز شکایت این بیماران از مشکلات خواب و خستگی بسیار زیاد می باشد (۲). تا به امروز، اکثر مطالعات قبلی منتشر شده در ایران در مورد شیوع بیماری ام اس در یک شهر یا در مقیاس منطقه ای

امروزه افزایش بیماری های مزمّن، یکی از بزرگترین چالش های سیستم بهداشتی سراسر جهان می باشد (۱)، لذا افراد مبتلا به بیماری های مزمّن ناچارند در برخی موارد تا پایان عمر، با این بیماری دست به گریبان باشند. ام اس، یکی از این بیماری هاست و این بیماری، یک بیماری ناتوان کننده

تا آنان در موقعیت های حساس و ناگوار زندگی واکنش مثبت تر و قوی تری را انجام دهند (۱۱). همچنین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نیز یکی از رفتاردرمانی های مبتنی بر ذهن آگاهی است که اثربخشی آن برای درمان طیف گسترده ای از وضعیت های بالینی معلوم شده است. درمان اکت شش فرایند زیربنایی دارد که منجر به انعطاف پذیری شناختی می شود. این شش فرایند عبارتند از: پذیرش، گسلش، خود به عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال و اکنون، ارزش ها، عمل متعهدانه (۱۲). در این درمان ابتدا سعی می شود تا پذیرش فرد نسبت به تجارب ذهنی (افکار، احساسات و غیره) افزایش یابد و اعمال کنترلی ناموثر کاهش یابد (۱۳). اسمخانی (۱۴) در مطالعه ای نشان دادند معنادرمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با گروه کنترل، در پس آزمون، منجر به کاهش اضطراب مرگ و ناامیدی، و افزایش تاب آوری زنان مبتلا به مولتیپل اسکروز شد و این نتایج در مرحله پیگیری نیز نشان از ماندگاری اثر داشت. میرمعینی و همکاران (۱۵) دریافتند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر شفقت هر کدام به تنهایی نسبت به گروه کنترل تفاوت معنی داری را نشان دادند و در بهبود احساس تنهایی و شدت نگرانی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزیس مؤثر بودند. همچنین عظیمی (۱۶) به این نتیجه رسیدند که معنادرمانی و اکت به یک میزان در کاهش علائم افسردگی، اضطراب و استرس زنان مبتلا به اسکروز چندگانه نوع عودکننده - فروکش یابنده مؤثر بود.

بر همین اساس ارتقای تاب آوری و کیفیت زندگی در میان افراد مبتلا به مولتیپل اسکروز، نسبت به سایر جمعیت های آماری نیازمند توجه بیشتری می باشد. بررسی ادبیات پژوهشی نشان می دهد، مطالعه ای که به مقایسه اثربخشی معنا درمانی و آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب آوری و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزیس پرداخته باشد؛ وجود ندارد. بنابراین خلاء پژوهشی اساسی در این زمینه وجود دارد که با انجام مداخلات روانشناختی بر روی این متغیرها بتوان آن ها را ارتقاء داد. لذا انجام این پژوهش می تواند دست آوردهای تلویحی مهمی برای مراکز مشاوره و بهداشت به دنبال داشته باشد. در نهایت پژوهش حاضر با توجه به مطالب ارائه شده در بالا با هدف مقایسه اثربخشی معنادرمانی و آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب آوری و کیفیت زندگی بیماران مبتلا

انجام شده است. کشور ایران از نظر شیوع اگرچه جزء مناطق با ریسک پایین قرار گرفته؛ اما شیوع این بیماری در برخی از استانها از جمله تهران و اصفهان افزایش یافته است (۳). این علائم تأثیر منفی قابل توجهی بر تاب آوری و کیفیت زندگی این افراد برجای می گذارد (۴، ۵). نظریه های جدید روانشناسی مثبت نگر رویکرد جدیدی به نام تاب آوری را مطرح می کنند. در نظریه تاب آوری به افراد نه به عنوان موجود منفعل پاسخ دهنده در برابر محرک ها، بلکه به عنوان تصمیم گیرنده های دارای حق انتخاب و امکان تسلط و ثمربخش نگرینسته می شود. تاب آوری ظرفیتی برای مقاومت در برابر استرس و فاجعه است (۶). تاب آوری به ظرفیت سازگاری موفقیت آمیز با وجود چالش ها اشاره دارد. تاب آوری به معنای توانایی بهبود یافتن می باشد. از لحاظ روانشناسی، تاب آوری در یک فرد حاکی از مقابله با استرس و سختی، سپس بازگشت به تندرستی و حالت طبیعی، شاید حتی بهتر از قبل باشد (۷). در کنار تاب آوری، مطالعات نشان داده که کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزیس به شدت آسیب می بیند (۵). کیفیت زندگی در یک مفهوم وسیع اجتماعی تعریف می شود که در آن فرد بر اساس تجربه و خصوصیات ژنتیکی با درک ذهنی از خوب یا بد بودن، کیفیت زندگی را معنا می کند (۸). پژوهش ها نشان می دهند، بیماری ام اس به کیفیت زندگی افراد مبتلا آسیب می رساند و با مقایسه میانگین کیفیت زندگی بیماران ام اس و افراد عادی، مشخص می گردد که نمره کیفیت زندگی افراد عادی بیشتر از این بیماران می باشد (۹). در واقع آن گروه از بیمارانی که سطح بالاتری از فعالیت های ارتقاءدهنده سلامت را گزارش کرده اند، سطح پایین تری از خستگی، درد، اختلال خواب و سطح بالاتری از عملکرد شناختی را نشان داده اند. این امر نشان دهنده کیفیت زندگی بهتر در این گروه از بیماران مبتلا به ام اس بود (۱۰).

در سال های اخیر دانش بالینی بشر از اختلالات رفتاری تحولی افزایش یافته است و درمان ها به سمت مداخلات بالینی التقاطی کشیده شده است. از جمله درمان های غیر دارویی برای افراد مبتلا به ام اس، معنا درمانی و پذیرش و تعهد است. معنادرمانی یک روش درمانی است که به عنوان محرک نمودن زندگی افراد سبب می گردد تا دلیل قانع کننده ای برای زندگی کردن افراد ایجاد نماید. معنا درمانی به واسطه بهبود وضعیت ذهنی افراد سبب می گردد

به مولتیپل اسکلروزیس انجام شد.

روش کار

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل و پیگیری یک ماهه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس موسسه نیکوکاری رعد مهربانی شهر اراک در سال ۱۴۰۰ بودند که به صورت نمونه گیری در دسترس ۴۵ بیمار انتخاب شده و به صورت گمارش تصادفی در ۳ گروه ۱۵ نفره (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) معنادرمانی، گروه درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش و گروه کنترل جایگزین شدند. گروه آزمایش اول به مدت ۱۴ جلسه ۴۵ دقیقه ای تحت معنادرمانی قرار گرفت و گروه آزمایش دوم به مدت ۱۴ جلسه ۴۵ دقیقه ای تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفت و گروه کنترل هیچ مداخله ای دریافت نکرد. ملاک ورود به پژوهش ابتلا به اسکلروز چندگانه پیش رونده اولیه، جنسیت خانم، دامنه سنی ۲۰ تا ۵۰ سال، حداقل سواد خواندن و نوشتن جهت تکمیل پرسشنامه ها، شرکت در جلسات آموزشی، تمایل شرکت کنندگان و رضایت کتبی بود و همچنین ملاک خروج از پژوهش غیبت بیش از دو جلسه در جلسات پروتکل درمانی، ابتلا به اختلالات روانشناختی و بیماری های مزمن جسمانی، شرکت همزمان در سایر گروه های مشاوره ای و درمانی، نداشتن اعتماد کافی نسبت به گروه، تمایل نداشتن به ادامه همکاری، عدم انجام تکالیف گنجانده شده در پروتکل درمانی و عدم تکمیل پرسشنامه های بود و جهت جمع آوری داده ها از پرسش نامه ذیل استفاده شد.

پرسشنامه تاب آوری کانر و دیویدسون (۲۰۰۳): این مقیاس توسط کانر و دیویدسون تدوین شد و شامل ۲۵ گویه می باشد و برای هر گویه طیف لیکرت درجه بندی شده پنج گزینه ای (از کاملاً نادرست تا همیشه درست) در نظر گرفته شده است. دامنه ی امتیاز قابل کسب بین ۰ تا ۱۰۰ می باشد و هر چه امتیاز به دست آمده به ۱۰۰ نزدیکتر باشد، نشان دهنده ی تاب آوری بیشتر است. سازندگان این مقیاس بر این باورند که این پرسشنامه به خوبی می تواند افراد تاب آور را از غیر تاب آور در گروه های بالینی و غیر بالینی جدا کند و می تواند در موقعیت های پژوهشی و بالینی به کار برده شود. در مطالعات روانسنجی خارج از کشور پایایی ابزار با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۱ و روایی این

پرسشنامه نیز با استفاده از روایی محتوایی ۰/۸۴ بدست آمد که نشان دهنده ی روایی و پایایی مناسب ابزار بود (۱۷). در ایران این پرسشنامه توسط کیهانی و همکاران در سال ۱۳۹۳ ترجمه و اعتبار یابی گردید؛ که به منظور احراز پایایی از روش آلفای کرونباخ و برای تعیین روایی از روش تحلیل عاملی استفاده شد که نتایج آن، بیانگر تک عاملی بودن مقیاس بود و آلفای کرونباخ مقیاس، ۰/۶۶ محاسبه گردید (۱۸). در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ بدست آمد.

پرسشنامه ی کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۸): مقیاس فرم کوتاه کیفیت زندگی (WHOQOL) در سال ۱۹۹۸ تدوین شده است. این پرسشنامه دارای ۲۶ سوال است که چهار حیطه سلامت جسمانی، سلامت روانی و روابط اجتماعی، سلامت محیطی را می سنجد. پاسخ به سؤالات به صورت لیکرتی و ۵ گزینه ای می باشد. در پایان، مجموع کل نمره های این پرسشنامه بصورت ۰ تا ۱۳۰ در نظر گرفته می شود که برحسب امتیازهای کسب شده، کیفیت زندگی آنها در یکی از سه گروه نامطلوب، متوسط، مطلوب قرار می گیرد (۱۹). در ایران نجات و همکاران (۲۰). این مقیاس را هنجاریابی کرده اند. ضریب آلفای پرسشنامه را برای جمعیت سالم در حیطه سلامت جسمانی ۰/۷۰، سلامت روانی ۰/۷۳، روابط اجتماعی ۰/۵۵ و ارتباطات محیطی ۰/۸۴ بدست آورده اند. ضریب پایایی روش بازآزمایی را پس از دو هفته ۰/۷۰ گزارش کرده اند. در پژوهش حاضر میزان پایایی پرسشنامه از طریق روش آلفای کرونباخ ۰/۷۷ بدست آمد. در پژوهش حاضر با مطالعه یافته های پیشین نظری و تجربی در مورد پروتکل های درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (۴، ۲۱-۲۳) و معنادرمانی (۱۴، ۱۶، ۲۴، ۲۵) استفاده شده در درمان مبتلایان به مولتیپل اسکلروزیس، برنامه ی آموزشی پروتکل های درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و معنادرمانی تدوین شده و پس از تدوین برنامه و پیش از اجرا جهت بررسی روایی محتوا به تایید ۶ نفر از متخصصان که در زمینه روانشناسی تخصص کافی داشتند، رسید و برنامه تایید شده به صورت آزمایشی بر روی بیماران مبتلا به ام اس اجرا شد و پس از اجرای آزمایشی برنامه تدوین شده مبتنی بر پذیرش و تعهد و معنادرمانی به مدت ۱۴ جلسه ۴۵ دقیقه ای (هفته ای دو جلسه) به گروه آزمایش ارائه شد و گروه کنترل هیچ مداخله ای دریافت نکرد. روایی محتوای (Content validity) در خصوص اهداف و محتوای

الهه نجفی و همکاران

(Index) نشان می‌دهد، برنامه‌های تدوین شده به صورت همه جانبه سازه مورد نظر را مورد سنجش قرار می‌دهد. خلاصه محتوای جلسات آموزشی و فعالیت‌های انجام شده در گروه آزمایش ۱ و ۲ در جداول زیر ارائه شده است.

جلسات بسته تدوین شده در پژوهش مورد تایید واقع شد. به طور مشخص در روایی محتوایی مقادیر بدست آمده از پاسخ‌های گروه متخصصین در دو شاخص ضرورت (Content Validity Ratio: CVR) و ارتباط (Validity Ratio: CVR)

جدول ۱. جلسات آموزش معنادرمانی

| تکالیف | محتوا | جلسه (هدف) |
|--|---|---|
| تهیه فهرستی از وقایع معنا ساز در زندگی | آشنایی مشاور و اعضای گروه با یکدیگر، بیان اهداف، قوانین و مطالبی در مورد ام اس و پیامدهای آن و شرح مختصری از معنا درمانی فرانکل | جلسه اول: آشنایی اعضا با یکدیگر و برگزاری پیش آزمون |
| تهیه فهرستی از تحولات مثبت و منفی ناشی از ام اس | بررسی تکلیف آماده‌سازی اعضا برای در نظر آوردن بیماری ام اس به عنوان یک رویداد معنا ساز در زندگی آنها | جلسه دوم: تعریف بیماری ام اس به عنوان رویداد معنا ساز در زندگی |
| تمرینی از خود فاصله گیری و از خود فراروندگی و یادداشت تاثیر آن بر عوامل روانشناختی | توضیح اینکه انسان با از خود فاصله گیری قادر است خود را نه تنها از موقعیت، بلکه از خود نیز جدا کند و با خود فراروندگی به سوی فراتر از خود حرکت کند و استعدادهای خود را به فعلیت رساند. | جلسه سوم: آموزش تکنیک از خود فاصله گیری و از خود فراروندگی |
| جستجو و ثبت مصادیقی از این سه منبع در جریان زندگی خود | بررسی تکلیف جلسه پیش و آموزش منابع معنا در رویکرد فرانکل (ارزش‌های خلاق، ارزش‌های تجربی، ارزش‌های نگرشی) و شرح هر یک از آنها با استفاده از بیان نمونه‌هایی در زندگی هر یک از اعضا | جلسه چهارم: آموزش منابع معنا در رویکرد فرانکل (ارزش‌های خلاق، ارزش‌های تجربی، ارزش‌های نگرشی) |
| تهیه فهرستی از موقعیت‌های استرس زا و اضطراب آور در زندگی خود | بررسی تکلیف جلسه قبل و ارائه پیشنهادهایی در خصوص عملی نمودن چگونگی ساختن مصادیق معنا از بافت تاریخی زندگی و گفتگوی گروهی پیرامون مسئولیت‌پذیری آزادی و قدرت اراده | جلسه پنجم: گفتگوی گروهی پیرامون مسئولیت‌پذیری آزادی و قدرت اراده |
| تمرین این فنون در هفته پیش رو | در قصد متضاد، ظرفیت انسان برای از خودفاصله گیری به کار می‌افتد. بازتاب زدایی (تحریک توانایی فرد برای از خود فراروندگی) | جلسه ششم: آموزش فنون معنا درمانی مانند فن قصد متضاد و بازتاب زدایی، |
| تمرین این فنون در هفته پیش رو | هدف از اصلاح نگرش در اصل، اصلاح نگرش‌های بیماری زا است و استفاده از گفتگوی سقراطی برای کشف معنا در زندگی | جلسه هفتم: آموزش فنون معنا درمانی مانند اصلاح نگرش و گفتگوی سقراطی |
| به کار بستن فن فراخوانی در موقعیت‌های استرس و اضطراب آور و نوشتن تجربه | تشریح فن فراخوانی و به کار بستن اصول فرا گرفته در زمینه‌های استخراج شاخصه‌های معنویت و ایجاد نگرش متفاوت نسبت به شرایط اضطراب آور در آن و کمک به مراجع برای تغییر مثبت شرایط فعلی | جلسه هشتم: توضیح درباره آموزش فن قدرت تلقین برگرفته از معنویت و تشریح فن فراخوانی |
| تفکر مجدد در زمینه مجموعه پنج مرحله ای سوالات | توضیح روش حساس شدن برای معنا از طریق مجموعه ای پنج مرحله ای از سوالات و مشخص نمودن میدان عمل آزادانه برای مراجع و کمک به جهت‌گیری معنایی و اتخاذ موضع قهرمانانه در برابر رنج | جلسه نهم: آموزش روش حساس شدن برای معنا |
| نوشتن تجارب پیشین خود در مورد احساس غم و عشق و نحوه واکنش قبلی و اکنون خود | بررسی تکلیف، گرفتن معنا از میان تجربه ارزشها و گرفتن معنا از آرزوها و امیدها، گفتگوی گروهی در زمینه غم و عشق و معنایی که می‌توان از آن گرفت. | جلسه دهم: دریافت معنای عشق |
| یادآوری و ثبت تجارب پیشین خود در واکنش به احساس مرگ و مقایسه با واکنشی که اکنون به این احساس دارند | بررسی تکلیف گفتگو جمعی در مورد درک و دریافت معنای مرگ به عنوان یک واقعیت هستی‌گریز ناپذیری مرگ بیان تجربه‌هایی که در واکنش به احساس مرگ در گذشته داشته‌اند | جلسه یازدهم: دریافت معنای مرگ |
| جره‌هایی را به یاد آورید و بنویسید که چگونه با بخش مقدسستان ارتباط برقرار کردید | گفتگوی گروهی در زمینه حضور خدا در ژرف‌ترین لایه‌های وجودی انسان (خدای ناخودآگاه) و بیان تجربه‌های شخصی در این زمینه، جمع بندی درمانگر | جلسه دوازدهم: توضیح در مورد خدای ناخودآگاه |
| بارش اندیشه برای گرفتن معنا از بیماری مولتیپل اسکلروزیس | آموزش حمایت عاطفی اعضا از یکدیگر، تکمیل جملات ناتمام (اگر دوباره به دنیا بیایم... مرگ برای من... من میتوانم...) برای تعامل و حمایت عاطفی اعضا و تشویق اعضا برای درخواست حمایت عاطفی از یکدیگر | جلسه سیزدهم: دریافت معنا از بیماری مولتیپل اسکلروزیس |
| | خلاصه و جمع بندی جلسات و اختتام صحبت در مورد آموخته‌های خود در گروه و اجرای پس آزمون | جلسه چهاردهم: اجرای پس آزمون |

جدول ۲. جلسات آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

| تکالیف | محتوا | جلسه (هدف) |
|---|---|---|
| | آشنایی و معارفه اعضای گروه و درمانگر، بیان احساسات و تجربه مشابه قبلی افراد قبل از ورود به جلسه، انتظارات افراد در جلسات و بیان قواعد جلسات و اجرای پیش آزمون | جلسه اول: آشنایی اعضا با یکدیگر و برگزاری پیش آزمون |
| تأثیر عوامل روانشناختی بر وضعیت جسمی بیماران در هفته پیش رو | ارائه اطلاعاتی در مورد بیماری ام اس و بیان تأثیر عوامل روان شناختی بر کنترل و عود بیماری و مفاهیم درمان اگت | جلسه دوم: آشنایی با تأثیر عوامل روانشناختی بر بیماری ام اس |
| روشهای درمانی تاکنون به کار گرفته شده و ارزیابی میزان تأثیر آنها | بحث درباره موقتی و کم اثر بودن درمان های قبلی و ایجاد انگیزه در بیماران برای امتحان راهبردهای جدید و ایجاد آمادگی برای تغییر | جلسه سوم: مقدمه ای بر ناامیدی خلاقانه |
| تجارب هفتگی خود را بر اساس این مدل یادداشت نمایید. | معرفی مدل سه بعدی به منظور بیان ارتباط مشترک رفتار، احساسات و رفتار قابل مشاهده و بحث درباره تلاش برای تغییر رفتار بر اساس آن | جلسه چهارم: معرفی مدل سه بعدی فکر، احساس، رفتار |
| نوشتن تجربیات مورد استفاده در راهبردهای کنترلی و نام بردن آنها | کمک به مراجع برای تشخیص راهبردهای ناکارآمد کنترل و پی بردن به بیهودگی آنها | جلسه پنجم: کمک به مراجع برای تشخیص راهبردهای ناکارآمد کنترل |
| نوشتن تجربیات در زمینه اجتناب تجربه ای در هفته پیش رو | کار کردن روی اجتناب تجربه بیماران به ویژه اجتناب از افکار و احساساتی که ارزیابی منفی از بیماری ام اس دارند. | جلسه ششم: جلوگیری از اجتناب تجربه ای |
| نوشتن تجربیات ناهمجوشی شناختی در هفته پیش رو | توضیح قرآیند ناهمجوشی شناختی به عنوان پدیده ای که در آن تجارب گلامی و رویدادهای محیطی با هم ترکیب شده اند. | جلسه هفتم: بیان تعریفی از گسستگی شناختی |
| تغییر نگاه به خود به عنوان زمینه در تجارب قبلی و یادداشت تغییر احساس خود نسبت به آن تجارب | توضیح مفاهیم نقش و زمینه مشاهده، خویشتن به عنوان زمینه برقراری ارتباط با خود با استفاده از تمثیل آگاهی از دریافت های حسی مختلف و جدایی از حس هایی که جزء محتواهای ذهنی هستند. | جلسه هشتم: مشاهده خویشتن به عنوان زمینه |
| تغییر نگاه به تجارب قبلی از تحمل به پذیرش و یادداشت تغییر احساس خود | پذیرش بدون قضاوت افکار و احساسات | جلسه نهم: لزوم پذیرش به جای تحمل در بیماری های صعب العلاج |
| نوشتن ارزشهای فردی | ایجاد انگیزه در شناسایی ارزش ها و انتخاب آنها و بحث راجع به موانع موجود در مسیر ارزش ها، اهداف و عمل | جلسه دهم: مشخص نمودن ارزشهای فردی |
| قراردادن اتفاقات دردآور هفته پیشرو داخل نردبان | بررسی مواجهه با موقعیت دردآور، طبقه بندی موقعیتهای دردآور از شدت زیاد تا کم، استفاده از نردبان موقعیتهای دردآور | جلسه یازدهم: مواجهه (بعد نظری) |
| مواجهه با موقعیتهای دردآور از شدت کم به زیاد | به اجرا گذاشتن موقعیتهای موجود در نردبان موقعیتهای دردآور با توجه به قاعده ی شدت درد و قاعده ی تکرار | جلسه دوازدهم: مواجهه (بعد عملی) |
| مرور جلسات قبلی و تکرار تمرین جلسات قبل | تاکید بر تعهد بیمار جهت انجام فعالیت های خود مراقبتی و تعهد دادن برای ادامه پذیرش بیماری، جلوگیری از عود و عقب نشستن | جلسه سیزدهم: عمل متعهدانه |
| | جمع بندی درمان و پس آزمون | جلسه چهاردهم: جمع بندی |

یافته‌ها

ارشد و بالاتر (۱۳/۳۳ درصد) بودند. در گروه کنترل نیز ۱۰ نفر فوق دیپلم و به پایین (۶۶/۷۳ درصد)، ۴ نفر لیسانس (۲۶/۶۶ درصد) و ۱ نفر ارشد و بالاتر (۶/۶۶ درصد) بود. همچنین در دو گروه آزمایش ۱۳ نفر متاهل (۸۶/۶۶) و ۲ نفر (۱۳/۳۳) مجرد بودند و در گروه کنترل ۱۴ نفر متاهل (۹۳/۳۳ درصد) و ۱ نفر (۶/۶۶ درصد) مجرد بودند و نهایتاً در دو گروه آزمایش بیماران با سابقه ابتلا بین ۱ تا ۴ سال ۶ نفر (۴۰ درصد) و بیشتر از ۴ سال ۹ نفر (۶۰ درصد) بودند و همچنین در گروه کنترل بیماران با سابقه ابتلا بین ۱ تا ۴ سال ۷ نفر (۴۶/۶۶ درصد) و بیشتر از ۴ سال ۸ نفر (۵۳/۳۳ درصد) نفر بودند.

داده ها در دو بخش توصیفی و استنباطی تحلیل شدند. اطلاعات جمعیت شناختی مربوط به گروه نمونه نشان داد که میانگین و انحراف معیار سنی شرکت کنندگان گروه معنادرمانی $5/72 \pm 35/22$ ، میانگین و انحراف معیار سنی شرکت کنندگان گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد $5/93 \pm 35/87$ و همچنین میانگین و انحراف معیار سنی شرکت کنندگان گروه کنترل $4/32 \pm 34/73$ بود. از نظر سطح تحصیلات در هر دو گروه آزمایش ۹ نفر فوق دیپلم و به پایین (۶۰ درصد)، ۴ نفر لیسانس (۲۶/۶۶ درصد) و ۲ نفر

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار تاب آوری و کیفیت زندگی در گروه ها و مراحل اندازه گیری

| متغیرها | گروه | پیش آزمون | | پس آزمون | | پیگیری یک ماهه |
|-------------|-------------------------|-----------|------------------|----------|------------------|----------------|
| | | میانگین | انحراف استاندارد | میانگین | انحراف استاندارد | |
| تاب آوری | گروه معنا درمانی | ۵۶/۴۶ | ۱۰/۹۵ | ۶۴/۵۳ | ۱۱/۰۹ | ۶۳/۵۳ |
| | گروه درمان پذیرش و تعهد | ۵۳/۶۰ | ۹/۱۴ | ۶۷/۲۰ | ۱۲/۳۲ | ۶۶/۴۰ |
| | گروه کنترل | ۵۵/۰۰ | ۱۱/۱۶ | ۵۴/۴۶ | ۹/۳۲ | ۵۴/۷۵ |
| کیفیت زندگی | گروه معنا درمانی | ۷۲/۲۰ | ۱۴/۶۶ | ۸۳/۷۳ | ۱۵/۱۲ | ۸۱/۳۳ |
| | گروه درمان پذیرش و تعهد | ۷۳/۶۰ | ۱۳/۲۶ | ۸۵/۸۰ | ۱۶/۷۱ | ۸۲/۲۰ |
| | گروه کنترل | ۷۲/۲۷ | ۱۴/۵۹ | ۷۱/۲۶ | ۱۳/۷۳ | ۷۱/۸۷ |

پیش آزمون - پس آزمون و پیگیری از توزیع نرمال پیروی می کنند ($p > 0.05$). همچنین با توجه به نتایج تحلیل واریانس آزمون لوین، سطح معنی داری بدست آمده بیشتر از ۰/۰۵ می باشد، بنابراین به طور کلی، می توان گفت پیش فرض همگونی واریانس در گروه ها از تجانس برخوردار بود ($p > 0.05$) و در نهایت نتایج آزمون فرض همگنی شیب رگرسیون نشان داد که پیش فرض همگنی شیب رگرسیون مبنی بر معنی دار نبودن تعامل گروه پیش آزمون تایید شد ($p > 0.05$).

همانطور که نتایج جدول ۳ نشان می دهد میانگین و انحراف معیار گروه های کنترل و آزمایش در مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری به تفکیک ارائه شده است. میانگین نمرات تاب آوری و کیفیت زندگی در گروه های معنا درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مراحل پس آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش آزمون افزایش یافته است.

قبل از اجرای آزمون تحلیل کواریانس، پیش فرض نرمال بودن داده ها با استفاده از آزمون شاپیرو ویلکز انجام شد. نتایج این آزمون نشان داد که تمام متغیرها در

جدول ۴. نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیری

| آزمون | مقدار | F | DF فرضیه | DF خطا | Sig | ضریب اتا | توان آماری |
|-------------------------|-------|--------|----------|--------|--------|----------|------------|
| آزمون بزرگترین ریشه روی | ۳/۳۴۱ | ۴۲/۳۱۴ | ۳ | ۳۸ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۷۷۰ | ۱/۰۰۰ |

معنادارمانی و آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر متغیر تاب آوری و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به ام اس تفاوت معناداری وجود دارد.

نتایج جدول ۴ نشان می دهد که مقدار F محاسبه شده معنی دار است، به عبارتی، نتایج آزمون کواریانس چند متغیره نشان می دهد که بین اثربخشی رویکرد

جدول ۵. نتایج تحلیل کواریانس یک طرفه برای اثرهای هردو مداخله بر تاب آوری و کیفیت زندگی

| متغیر | منبع تغییرات | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F | Sig | ضریب اتا |
|-------------|---------------|---------------|------------|-----------------|---------|--------|----------|
| تاب آوری | اثر پیش آزمون | ۴۵۰۵/۵۷۳ | ۱ | ۴۵۰۵/۵۷۳ | ۳۸/۵۳۱ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۴۹۷ |
| | اثر گروه | ۱۴۲۰/۱۹۴ | ۲ | ۷۱۰/۰۹۷ | ۶/۰۷۳ | ۰/۰۰۵ | ۰/۲۳۷ |
| | خطا | ۴۵۶۰/۳۸۹ | ۳۹ | ۱۱۶/۹۳۳ | | | |
| | مجموع | ۱۸۴۲۰/۰۰۰ | ۴۵ | | | | |
| کیفیت زندگی | اثر پیش آزمون | ۱۸۴۵۱/۶۰۱ | ۱ | ۱۸۴۵۱/۶۰۱ | ۱۱۳/۷۶۸ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۷۴۵ |
| | اثر گروه | ۴۰۷۷/۹۲۰ | ۲ | ۲۰۳۸/۹۶۰ | ۱۲/۵۷۲ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۳۹۲ |
| | خطا | ۶۳۲۵/۲۷۶ | ۳۹ | ۱۶۲/۱۸۷ | | | |
| | مجموع | ۹۳۶۸۹۱/۰۰۰ | ۴۵ | | | | |

با توجه به این که مقدار F محاسبه شده برای تأثیر گروه ها برای متغیرهای تاب آوری ($F=6/073$) و کیفیت زندگی ($F=12/572$) در سطح $0/001$ معنی دار است، بنابراین می توان گفت که بین سه گروه در نمرات پس آزمون بعد از تعدیل نمرات پیش آزمون تفاوت معنی داری وجود دارد.

جدول ۶. نتایج آزمون تعقیبی LSD فیشر

| متغیر وابسته | گروه (۱) | گروه (۲) | تفاوت میانگین ها | خطای استاندارد | Sig |
|--------------|------------------|------------------|------------------|----------------|--------|
| تاب آوری | معنادرمانی | درمان پذیرش تعهد | -۵/۵۰۳ | ۴/۰۲۸ | ۰/۱۸۰ |
| | | کنترل | ۸/۲۳۴* | ۳/۹۸۸ | ۰/۰۴۶ |
| | درمان پذیرش تعهد | معنادرمانی | ۵/۵۰۳ | ۴/۰۲۸ | ۰/۱۸۰ |
| | | کنترل | ۱۳/۷۳۶* | ۳/۹۷۲ | ۰/۰۰۱ |
| کیفیت زندگی | معنادرمانی | درمان پذیرش تعهد | -۶/۹۹۲ | ۴/۷۴۴ | ۰/۱۴۹ |
| | | کنترل | ۱۵/۸۵۵* | ۴/۶۹۷ | ۰/۰۰۲ |
| | درمان پذیرش تعهد | معنادرمانی | ۶/۹۹۲ | ۴/۷۴۴ | ۰/۱۴۹ |
| | | کنترل | ۲۲/۸۴۶* | ۴/۶۷۸ | ۰/۰۰۰۱ |

بباززاده و همکاران (۲۶) و مسلم خوانی و همکاران (۲۷) همسو بود. اسمخانی، بایرام پور و فاروقی (۱۴) در پژوهشی دریافتند که معنادرمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با گروه کنترل، در پس آزمون، منجر به کاهش اضطراب مرگ و ناامیدی، و افزایش تاب آوری زنان مبتلا به ام اس شد و این نتایج در مرحله پیگیری نیز نشان از ماندگاری اثر داشت. اما تأثیر معنادرمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب مرگ، تاب آوری و ناامیدی زنان مبتلا به ام اس در مراحل پس آزمون و پیگیری متفاوت نبود. همچنین بباززاده و همکاران (۲۶) نشان دادند که معنادرمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش تاب آوری دختران فرار و بد سرپرست تحت مراقبت سازمان بهزیستی تأثیر معناداری داشتند و بین اثربخشی معنادرمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، در متغیر تاب آوری دختران فرار و بد سرپرست تفاوت معناداری مشاهده نشد. در تبیین اثربخشی معنادرمانی بر تاب آوری می توان گفت معنا درمانی با آموزش مفاهیمی مانند پیدا کردن معنا در رنج و پذیرفتن آن به عنوان قسمتی از زندگی به این بیماران کمک کرده که تاب آوری بیشتری در برابر بیماری داشته باشند (۲۸). یکی از اهداف مهم این دیدگاه کمک به افراد برای پیدا کردن معنی در موقعیت های دشوار است، از نظر این دیدگاه عدم تاب آوری به علت آن است که افراد باور ندارند زندگی با معناست و زندگی پوچ و بی هدف ایجاد شده به دنبال بی معنایی روی می دهد. از این روی در معنادرمانی با بازنگری در تعاریف رنج افراد، آنها را برای مواجهه با چالش های زندگی آماده

نتایج حاصل از آزمون تعقیبی LSD نشان داد که هر دو رویکرد درمانی معنا درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش نمرات تاب آوری و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس اثر مثبت دارند. نتایج در مورد مقایسه اثر دو رویکرد درمانی نشان داد که بین اثر دو رویکرد درمانی معنا درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب آوری و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس، تفاوت معناداری وجود ندارد و هر دو درمان به یک اندازه در بهبود نمرات تاب آوری و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس موثر بوده اند.

بحث

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی رویکرد معنا درمانی و آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب آوری و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس در شرایط کووید ۱۹ انجام شد. نتایج در مورد مقایسه اثر دو رویکرد درمانی نشان داد که بین اثر دو رویکرد معنا درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب آوری و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس، تفاوت معناداری وجود ندارد و هر دو درمان به یک اندازه در بهبود نمرات تاب آوری و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس موثر بوده اند. یافته ی اول مبنی بر اثربخشی معنادرمانی و پذیرش و تعهد بر تاب آوری با نتایج اسمخانی، بایرام پور و فاروقی (۱۴)،

است که هر رخدادی هر چند توان فرسا، اتفاق بیفتد انسان می تواند توان بیشتری را از خود نشان دهد و در نتیجه کیفیت زندگی افزایش می یابد (۳۶). همچنین در تبیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می توان گفت که این درمان با تأثیراتی که در تغییرات تنظیم هیجان و تغییرات رفتاری فرد داشته است، منجر به تغییراتی در سبک زندگی و نگرش به زندگی افراد خواهد شد. در رویکرد پذیرش و تعهد برخلاف روش های درمانی دیگر، هیچگونه ارزش یا سبک خاص زندگی به افراد تحمیل نمی شود. در عوض، مراجع طبق نظام ارزشی خود به تصمیم گیری درباره تغییر می پردازد (۳۷). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد کیفیت زندگی را از طریق عواملی چون پذیرش بدون قضاوت، بودن در لحظه حال، کنار آمدن با تجارب درونی بدون اجتناب، سرکوب و یا تلاش برای تغییر هیجانات منفی را بهبود بخشیده است (۳۸) و در تبیین اثربخشی یکسان بودن تأثیر دو درمان می توان اظهار کرد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به شیوه های گوناگونی ریشه های فلسفی خود را بازتاب می دهد. در این درمان بر پذیرش رنج به عنوان معیار سلامتی تأکید شده و ارزش های انتخاب شده مؤلفه اصلی در ارزیابی اثربخشی است. چون ارزش ها معیاری برای سنجش کیفیت کارایی درمان است. این درمان تمرکز آگاهانه را هدف قرار می دهد. این در حالی است که در معنا درمانی نیز مفاهیمی چون خود آگاهی، بررسی دیدگاه خط عمر، مواجهه تجسمی اعضا با مرگ، تشریح نقش مرگ در زندگی و پذیرش رنج و محدودیت ها همگی بر حضور آگاهانه مراجع تأکید دارند، بنابراین، به نظر می رسد که هر دو رویکرد ابعاد روانشناختی را به هم پیوند می دهند، از اینرو ممکن است تأثیر مشابه ای بر دست آوردهای درمان داشته باشند (۳۹).

محدودیت های پژوهش حاضر عبارت بودند از: تمرکز بر روی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس موسسه نیکوکاری رعد مهربانی شهر اراک که تعمیم یافته ها را به جنس و به بقیه ی شهرها با محدودیت همراه می کند. همچنین حجم نمونه پایین و بهره گیری از روش نمونه گیری در دسترس از محدودیت های اصلی پژوهش بود. که پیشنهاد می شود در مطالعات بعدی این محدودیت ها برطرف شود و همچنین پژوهش مشابه در شهرها و جامعه های آماری دیگر نیز انجام شود و در مطالعات آتی از روش های تحقیقاتی مانند مصاحبه و مشاهده برای بررسی استفاده شود تا نتایج حاصل

نموده و درصدد یافتن تغییر نگرش خود در دنیایی پیرامون خود می کند (۲۹). همچنین در تبیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب آوری نیز می توان گفت افرادی که با آموزش روانی، تربیتی و عملکردی رویکرد پذیرش و تعهد تحت مشاوره یا درمان قرار می گیرند به مشکلات پذیری بیشتری دست پیدا می کنند و در مقابله با مشکلات و سختی ها از تاب آوری بالاتری برخوردار می شوند (۳۰). در واقع درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ذهن بیمار را نسبت به درد و رنج و بیماری خود تغییر داده است و احساسات و ارزش های وی تغییر کرده است، خودکارآمدی وی افزایش و در نتیجه نسبت به درمان خود، تعهد بیشتر و تاب آوری بالاتر خواهد داشت (۳۱) و در تبیین اثربخشی یکسان بودن تأثیر دو درمان می توان اظهار کرد دو رویکرد با برنامه ها و نگرش های منحصر به فرد خود توانسته اند به این دسته از بیماران کمک کنند تا با مشکلات خود مقابله کنند و بر آنها فائق آیند. بنابراین، این درمان ها هر کدام با روش های مختص به خود در افزایش تاب آوری بیماران مبتلا به ام اس اثربخش بوده اند.

یافته ی بعدی مبنی بر اثربخشی معنادرمانی و پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی با یافته های جاوید نسب و همکاران (۳۲) شریفیان قاضی جهانی و همکاران (۳۳) همسو و با نتایج نوروزی و همکاران (۳۴) نا همسو می باشد. شریفیان قاضی جهانی و همکاران (۳۳) نشان دادند که تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و معنادرمانی بر کیفیت زندگی و نشانگان افت روحیه در مراحل پس آزمون و پیگیری زنان مبتلا به بیماری ایدز یکسان بود. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و معنادرمانی سبب افزایش پذیرش بیماری و در نتیجه مقابله بهتر با آن شده و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ایدز را افزایش، و نشانگان افت روحیه را کاهش داده است. در راستای اثربخشی معنا درمانی می توان اظهار کرد که معنا بخشیدن به زندگی افراد، باعث کاهش رنج آنها و تخفیف فشارهای روانی و پیامدهای ناگوار ناشی از مراقبت و بهبود کیفیت زندگی و سازگاری آنان می شود. معنادرمانی نقش مهمی به عنوان یک عامل واسطه در نشانه های بهبودی بیماران دارد و نتایج مثبتی را به دنبال شرکت مشارکت کنندگان در برنامه درمانی به همراه دارد، بنابراین معنادرمانی موجب افزایش کیفیت زندگی افراد می شود (۳۵). معناداری، هدفمندی و امیدواری در زندگی از اجزای تحکیم بخش سلامت روان هستند. پس چنانچه زندگی هدفمند و معنادار باشد طبیعی

از آن در مقایسه با یافته های این پژوهش قرار گیرد.

افراد شود.

نتیجه گیری

نتایج پژوهش حاضر حاکی از اثربخشی هر دو روش معنا درمانی و آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ارتقای تاب آوری و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس بود. این نتایج برای درمانگران، متخصصان حوزه سلامت و کلینیک های روانشناختی و توانبخشی جهت ارتقای متغیرهای تاب آوری و کیفیت زندگی توصیه می شود. بنابراین بکارگیری دو روش معنا درمانی و آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد به تنهایی یا در ترکیب با سایر برنامه های مداخله ای مربوط به بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس می تواند موجب بهبود تاب آوری و کیفیت زندگی در این

سیاسگزاری

بدینوسیله از تمامی شرکت کنندگان در این مطالعه (بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس موسسه نیکوکاری رعد مهربانی شهر اراک) که ما را در انجام این پژوهش یاری کردند، صمیمانه تشکر و قدردانی می گردد.

تعارض منافع

مقاله حاضر برگرفته از رساله دکتری رشته روانشناسی با کد اخلاق IR.IAU.SDJ.REC.1400.034 در دانشگاه آزاد اسلامی واحد سنجند می باشد و به نبود تضاد منافع نویسندگان اشاره می شود.

References

- Bopp T, Stollefson M, Weatherall B, Spratt S. Promoting physical literacy for disadvantaged youth living with chronic disease. *American Journal of Health Education*. 2019;50(3):153-8. <https://doi.org/10.1080/19325037.2019.1590263>
- Fleming KM, Coote SB, Herring MP. The feasibility of Pilates to improve symptoms of anxiety, depression, and fatigue among people with Multiple Sclerosis: An eight-week randomized controlled pilot trial. *Psychology of Sport and Exercise*. 2019;45:101573. <https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2019.101573>
- Hosseini-zhad M, Saadat S, Bakhshpour H, Nasiri P. Prevalence and incidence of multiple sclerosis (MS) in Guilan Province. *Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences*. 2021. <https://doi.org/10.18502/ssu.v29i1.5887>
- Tavakoli Saleh S, Ebrahimi ME. Effectiveness of acceptance-commitment therapy on the resilience and psychological well-being of female patients with multiple sclerosis in Hamadan, Iran. *Avicenna Journal of Clinical Medicine*. 2021;28(2):126-33. <https://doi.org/10.52547/ajcm.28.2.126>
- Roostamnezhad M, Tayyebi PD, Abolghasemi PD, EbrahimiRad PD. 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.
- Killgore WD, Taylor EC, Cloonan SA, Dailey NS. Psychological resilience during the COVID-19 lockdown. *Psychiatry Research*. 2020;291:113216. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113216>
- Košt GJ, Curtis CM. Optimizing global resiliency in public health, emergency response, and disaster medicine. *Point of Care*. 2012;11(2):94. <https://doi.org/10.1097/POC.0b013e31825a2409>
- Amraei K, Papi F, Tahooni M. Predicting the quality of life in women with Multiple Sclerosis based on coping styles, social support and sexual perversion mediated by resilience. *Scientific Journal of Nursing, Midwifery and Paramedical Faculty*. 2021;7(1):12-24.
- Mitchell AJ, Benito-León J, González J-MM, Rivera-Navarro J. Quality of life and its assessment in multiple sclerosis: integrating physical and psychological components of wellbeing. *The Lancet Neurology*. 2005;4(9):556-66. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(05\)70166-6](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(05)70166-6)
- Becker H, Stuijbergen A, Zhang W. Functional and health promotion predictors of PROMIS® scores in people with multiple sclerosis. *Health Psychology*. 2019;38(5):431. <https://doi.org/10.1037/hea0000650>
- Ghasemi N, Ghamari M, Pouyamanesh J, FathiAghdam G. The Effectiveness Of Group Meaning Therapy And Meta-Cognitive Therapy On Resilience And Student Advancement Motivation. *Studies in Medical Sciences*. 2019;30(6):428-42.
- Davoodi M, Shameli L, Hadianfard H. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on chronic fatigue syndrome and pain perception in people with multiple sclerosis. *Iranian Journal of Psychiatry and*

- Clinical Psychology. 2019;25(3):250-65. <https://doi.org/10.32598/ijpcp.25.3.250>
13. Aalami M, Taimory S, Ahi G, Bayazi MH. Comparison Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and an Integrated Approach of Schema Therapy based Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Reduction of Marital Conflicts in Divorce Applicant Couples. *Journal of Excellence in counseling and psychotherapy*. 2020;9(33):58-71.
 14. Smkhani Akbarinejad H, Bayrampour O, Faroughi P. Comparison of the effectiveness of logotherapy and treatment based on acceptance and commitment on the death anxiety, resilience and hopelessness of women with multiple sclerosis. *Medical Science Journal of Islamic Azad University-Tehran Medical Branch*. 2021;31(1):97-106.
 15. Mirmoeini P, Bayazi MH, Khalatbari J. Comparing the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Compassion Focused Therapy on Worry Severity and Loneliness Among the Patients With Multiple Sclerosis. *Internal Medicine Today*. 2021;27(4):534-49. <https://doi.org/10.32598/hms.27.4.3426.1>
 16. Azimi A, Makvandhoseini S, Najafi M, Rafieenia P. A comparative study on effectiveness of acceptance and commitment therapy and logotherapy on symptoms of depression, anxiety and stress of women suffering relapsing remitting multiple sclerosis: A randomized controlled trial study. *Koomesh*. 2018;20(4):612-9.
 17. Connor KM, Davidson JR, Lee L-C. Spirituality, resilience, and anger in survivors of violent trauma: A community survey. *Journal of traumatic stress*. 2003;16:487-94. <https://doi.org/10.1023/A:1025762512279>
 18. Keyhani M, Taghvaei D, Rajabi A, Amirpour B. Internal consistency and confirmatory factor analysis of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) among nursing female. *Iranian journal of medical education*. 2015;14(10):857-65.
 19. HOSSEINDOKHTA, FATHIAA, TAQIZADEH ME. The relationship of spiritual intelligence and spiritual well-being with life quality and marital satisfaction. 2013.
 20. Nejat S, Montazeri A, Holakouie Naieni K, Mohammad K, Majdzadeh S. The World Health Organization quality of Life (WHOQOL-BREF) questionnaire: Translation and validation study of the Iranian version. *Journal of school of public health and institute of public health research*. 2006;4(4):1-12.
 21. Dortaj A, Aliakbari Dehkordi M, Naser Moghadasi A, Alipour A. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Distress Tolerance, Pain Perception and Interleukin-12 in patients with Multiple Sclerosis. *Quarterly of Applied Psychology*, 15 (1): 49. 2021;72:2. <https://doi.org/10.52547/apsy.2021.216250.0>
 22. Safari Mousavi SS, Ghazanfari F, Mirderikvandi F. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on death anxiety in women with multiple sclerosis in Khorramabad. *Journal of Clinical Nursing and Midwifery*. 2019;7(4):234-41.
 23. Shidai Aghdam, Shawan, Shams Aldini, Salvi, Abbasi, Samia, Yousefi, Sara, Abdullahi, Safia, Moradijo, Mohammad. The effectiveness of treatment based on acceptance and commitment on reducing distress and dysfunctional attitudes in patients with MS. *Thought and behavior in clinical psychology*, 2014; 9(34): 57-66.
 24. Sanagovi Mohrar Gh, Kohrazai F, Shirazi M, Maqsoodlou F, Mohammadi R. The effectiveness of cognitive therapy based on mindfulness on stress coping styles and reducing depression of MS patients (a case study of MS patients in Tehran). *Journal of the Faculty of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences*, 2018; 62(3): 1575-1586.
 25. Rezaei H, Shafiabadi A. The effectiveness of meaning therapy in a group way in depression of multiple sclerosis (MS) patients. *Scientific Quarterly Journal of Educational Research, Azad University, Bojnord Branch*, 2017; 4(16): 1-14.
 26. Babazadeh A, Musazadeh T, Taklavi S. Comparing the Effects of Logotherapy and Acceptance and Commitment Therapy on Resilience in Girls Who Escaped and Had Bad Caregivers. *Middle Eastern Journal of Disability Studies*. 2021;11(0):70-.
 27. Moslem Khani M, Ebrahimi ME, Sahebi A. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Happiness and Hope of Hamedanian Multiple Sclerosis Patients. *Pajouhan Scientific Journal*. 2019;17(2):15-23. <https://doi.org/10.21859/psj.17.2.15>
 28. Kahrizi S, Afrooz G, Hassanzadeh S, Sherkat R, Ghasemi R. Developing a Logo Therapy Based

- Program for Individual with Common Variable Immunodeficiency(CVID): Efficacy on Quality of Life, and Resilience. *Razi Journal of Medical Sciences*. 2021;28(10):12-24.
29. Frouzande Z, Mami S, Amani O. The Effectiveness of group logotherapy on resiliency, depression and quality of life in elderly. 2020.
 30. Razmpush M, Ramezani K, Maredpour A, Koulivand PH. The effect of acceptance and commitment training on quality of life and resilience of nurses. *The Neuroscience Journal of Shefaye Khatam*. 2019;7(1):62-51. <https://doi.org/10.29252/shefa.7.1.62>
 31. TALEBI M, Teymuri H. The Effectiveness of Online Training in Acceptance and Commitment Therapy on Psychological Distress and Resilience of Nurses with Covid-19. 2022.
 32. Javidnasab Y; Behbodi M & Hoseini J. Comparing the effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) and meaning therapy on the job performance of cultural women referring to education counseling centers. *Quarterly Journal of Cognitive Analytical Psychology*, . 2021;12(45):151-63.
 33. Sharifiyan M, Akbarpour M, Smkhani Akbarinejhad H. Comparison of the Effectiveness of Acceptance & Commitment Therapy with Logotherapy on the Quality of Life & Demoralization Syndrome of Women with AIDS. *Community Health Journal*. 2020;14(2):9-19.
 34. Noruzi A, MORADI A, Zamani k, Hasani J. Impacts of Logo Therapy based on Rumi's Thoughts compared to Acceptance and Commitment Therapy in Social Health of Elderly People. *Journal of Clinical Psychology*. 2020;11(4):53-66.
 35. Heydari A, Meshkinyazd A. The Effectiveness of Group Logo-Therapy Training on the Quality of Life of Spouses of Veterans with Post-Traumatic Stress Disorder. *Journal of Military Medicine*. 2020;22(8):829-36.
 36. Armani K. The Effectiveness of Group Logotherapy on Resiliency and Quality of Life of Students. *journal of Psychology new Ideas*. 2019;3(7):1-14.
 37. Osmani H & Najari M. The effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on the quality of life and marital satisfaction of mothers of deaf and hard of hearing children. *New developments in behavioral sciences*, 2022; 7 (55):112-121.
 38. Ahmadi V & Walizadeh H. The effectiveness of treatment based on acceptance and commitment on the quality of life and death anxiety of the elderly. *Psychology of Aging*. 2021;7(2), 153-166.
 39. Ayn Beygi A, Soleimanian AA, Jajarmi M. The Comparison of the effectiveness of acceptance and commitment therapy and existentialism therapy on increasing psychological capital in the elderly. *Aging Psychology*. 2020;6(2):165-78.