

Comparing the Effectiveness of Logotherapy Approach and Education Based on Acceptance and Commitment on the General Wellbeing of Patients with Multiple Sclerosis During COVID-19 Pandemics

Najafi E¹, *Moosavipour S², Sajadi Nezhad MS³

Author Address

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's E-mail: s-moosavipour@araku.ac.ir

Received: 2023 January 1; Accepted: 2023 January 17

Abstract

Background & Objectives: The pandemic of COVID-19 disease and the implementation of preventive policies have greatly impacted society from a psychological and physical point of view. Accordingly, the general wellbeing of multiple sclerosis (MS) patients was affected during this period. In other words, the mental health of multiple sclerosis patients has declined due to the daily stresses of this disease, frequent visits to hospital centers, and economic problems caused by this disease. The wellbeing and quality of life of MS patients significantly decreases compared to normal people and limits their functions. In treating MS, it seems logical to use non-pharmacological methods that can reduce the problems and improve the quality of life of these patients. The present study aimed to compare the effectiveness of the logotherapy approach and education based on acceptance and commitment to the general wellbeing of patients with MS.

Methods: The research method was quasi-experimental with a pretest-posttest design and a control group. The statistical population included all patients with MS at the Raad Mehrabani Charitable Institute in Arak City, Iran, in 2021. A total of 45 patients were included in the study with available sampling and then were randomly assigned to 3 groups of 15, including two experimental groups, logotherapy and commitment and acceptance therapy group, and one control group. The experimental groups received logotherapy and acceptance and commitment therapy for 14 sessions of 45 minutes. The inclusion criteria were as follows: suffering from primary progressive MS, female gender, age range from 20 to 50 years, sufficient reading and writing literacy to complete the questionnaires, participation in training sessions, participants' willingness and written consent, not suffering from psychological disorders and chronic physical diseases, not participating in other counseling and therapy groups at the same time (based on the participant's medical record and self-report). The exclusion criteria were as follows: the absence of more than two sessions in the treatment protocol, not having enough trust in the group, unwillingness to continue cooperation, not doing the tasks included in the treatment protocol, and not completing the questionnaire. The measurement tool in this research was the General Wellbeing Scale (Dupuy, 1978). To statistically analyze the data, descriptive statistics and inferential statistics methods were used. For descriptive data analysis, percentage, frequency, mean, and standard deviation were used. For inferential analysis of data, 1-way analysis of variance, analysis of covariance, and Bonferroni's post hoc test were used in SPSS version 23. The significance level of the tests was 0.05.

Results: After adjusting for the pretest effect, there was a significant difference between the average scores of the experimental groups and the control group in the posttest in the general wellbeing variable ($p < 0.001$). Also, the eta square value indicated that 53.7% of the changes in the scores of the groups in the general wellbeing variable (difference between the groups in the posttest) was due to the implementation of the independent variable (logotherapy and acceptance and commitment therapy). Both intervention of logotherapy and acceptance and commitment therapy significantly affected general wellbeing in patients with MS compared to the control group ($p < 0.001$). Regarding the effectiveness of the two treatment methods, there was a statistically significant difference in the general wellbeing variable between the groups of logotherapy and acceptance and commitment therapy ($p < 0.001$).

Conclusion: Based on the research findings, both logotherapy and acceptance and commitment therapy effectively improve the general wellbeing of patients with MS. However, in terms of comparison, acceptance and commitment therapy is significantly more effective than logotherapy.

Keywords: Logotherapy, Acceptance and commitment therapy, General wellbeing, Patients with MS.

مقایسه اثربخشی رویکرد معنادرمانی و آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی عمومی بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس در شرایط کووید ۱۹

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

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی، واحد سنندج، دانشگاه آزاد اسلامی، سنندج، ایران؛
 ۲. دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه اراک، اراک، ایران؛
 ۳. استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه اراک، اراک، ایران.
 *رایانامه نویسنده مسئول: mosavipour@araku.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۱ دی ۱۴۰۱؛ تاریخ پذیرش: ۲۷ دی ۱۴۰۱

چکیده

زمینه و هدف: مطالعات پیشین نشان داد، معنادرمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس مؤثر است؛ براین اساس هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی رویکرد معنادرمانی و آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی عمومی بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس در شرایط کووید ۱۹ بود.

روش بررسی: روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش را تمامی بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس مؤسسه نیکوکاری رعد مهربانی شهر اراک در سال ۱۴۰۰ تشکیل دادند. از بین افراد داوطلب واجد شرایط، ۴۵ بیمار با نمونه‌گیری دردسترس وارد مطالعه شدند و با گمارش تصادفی در سه گروه پانزده نفره (گروه آزمایش معنادرمانی، گروه آزمایش درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، گروه گواه) قرار گرفتند. گروه‌های آزمایش، معنادرمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را به مدت چهارده جلسه ۴۵ دقیقه‌ای دریافت کردند؛ اما برای گروه گواه درمانی ارائه نشد. ابزار اندازه‌گیری در این پژوهش مقیاس بهزیستی عمومی (داهوی، ۱۹۷۸) بود. تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه، آزمون تحلیل کوواریانس و آزمون تعقیبی بونفرونی در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ صورت گرفت. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که بعد از مداخله، هر دو روش معنادرمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ارتقای بهزیستی عمومی بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس مؤثر بودند ($p < ۰/۰۰۱$)؛ اما درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد درمقایسه با معنادرمانی در ارتقای بهزیستی عمومی این بیماران تأثیر بیشتری داشت ($p < ۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های پژوهش نتیجه گرفته می‌شود، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد درمقایسه با معنادرمانی بر ارتقای بهزیستی عمومی بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس اثربخش‌تر است.

کلیدواژه‌ها: معنادرمانی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بهزیستی عمومی، بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس.

در زمینه درمان بیماری مالتیپل اسکلروزیس، استفاده از روش‌های غیردارویی که بتواند سبب کاهش مشکلات و ارتقای کیفیت زندگی این بیماران شود، منطقی به نظر می‌رسد. امروزه روش‌های غیردارویی، توجه اکثر بیماران از جمله مبتلایان به مالتیپل اسکلروزیس را به سمت خود جلب کرده است که با عنوان درمان‌های تکمیلی^۸ شناخته می‌شوند (۹).

از جمله درمان‌های غیردارویی، معنادرمانی^۹ و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^{۱۰} است. معنادرمانی، روشی درمانی است که به‌عنوان روش مداخله‌ای مناسب در زندگی افراد باعث می‌شود تا دلیل قانع‌کننده‌ای برای ادامه زندگی همراه امید در شخص ایجاد کند. معنادرمانی به‌واسطه ارتقای وضعیت ذهنی افراد سبب می‌شود آنان در شرایط بحرانی و ناگوار زندگی، درقبال مسائل واکنش مثبت‌تر و قوی‌تری از خود بروز دهند (۱۰). هدف معنادرمانی این است که بیمار را برای کشف معنای منحصر به فرد زندگی خود توانا سازد و حدود و اختیارات و آزادی‌های بیمار را برای وی ترسیم کند (۱۱). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌عنوان یکی از رفتاردرمانی‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی^{۱۱}، برای درمان طیف گسترده‌ای از وضعیت‌های بالینی معلوم شده است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد این فرض را دارد که فرایندهای روان‌شناختی ذهن انسان اغلب مخرب است و موجب رنج روان‌شناختی می‌شود. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شش فرایند زیربنایی دارد که منجر به انعطاف‌پذیری شناختی^{۱۲} می‌شود. این شش فرایند شامل پذیرش، گسلش، خود به‌عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال و اکنون، ارزش‌ها و عمل متعهدانه می‌شود (۱۲). در واقع هدف این درمان، پذیرش افراد درقبال افزایش و ارتقای تجارب ذهنی (افکار، احساسات و غیره) و نیز کاهش اعمال کنترلی نامؤثر است (۱۳).

صفاوری‌نیا و همکاران نشان دادند، تفاوت معنادار میان گروه‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و معنادرمانی و گواه در متغیرهای پریشانی روان‌شناختی و مؤلفه‌های امید به زندگی وجود دارد (۱۴). منتظری و همکاران به مقایسه اثربخشی مدیریت شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روان‌شناختی^{۱۳} در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس پرداختند. آن‌ها دریافتند، هر دو شیوه درمانی سبب افزایش نمره کل بهزیستی روان‌شناختی می‌شود (۱۵). نیکونژاد و همکاران در پژوهشی با مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت^{۱۴} و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودشفقتی زنان مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس به این نتیجه رسیدند که بین گروه‌های آزمایش با گروه گواه در متغیر خودشفقتی و مؤلفه‌های آن تفاوت معنادار وجود دارد (۱۶).

معنادرمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد دو روش درمانی جدید به‌شمار می‌آیند که نتایج مطالعات متعدد همان‌گونه که ذکر شد، کارایی آن‌ها را در حل مسائل و مشکلات بالینی مربوط به بیماران

شیوع بیماری کووید ۱۹ از دسامبر سال ۲۰۱۹ در کشور چین آغاز شده و مناطق مختلفی مانند آفریقا، قاره آمریکا، مدیترانه شرقی، اروپا، آسیای جنوب شرقی و اقیانوس آرام غربی را با خود همراه کرده است. در ایران نیز بیماری کووید ۱۹ شیوع فراوانی دارد و سلامت جسمی و روانی^۲ مبتلایان را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱). حدود ۱۵ درصد از افراد مبتلا به کووید ۱۹ دچار مشکلات و نارسایی‌های جدی و حاد می‌شوند و در حدود ۵ تا ۱۰ درصد به دلیل جدی بودن علائم و خطر زیاد مرگ و میر نیاز به مراقبت ویژه دارند (۲). در واقع همه‌گیری بیماری کووید ۱۹ و اجرای سیاست‌های پیشگیرانه تأثیر فراوانی از نظر روانی و جسمانی روی آحاد جامعه گذاشته است (۳). در کنار این وضعیت در جامعه، امروزه افزایش بیماری‌های مزمن، از چالش‌های بسیار بزرگ سیستم بهداشتی دسراسر جهان است. این مفهوم به بیماری‌هایی اشاره دارد که دوره‌ای طولانی از زندگی فرد را در بر می‌گیرد و نمونه‌هایی از آن شامل بیماری‌های قلبی-عروقی، ایدز، سرطان^۳، بیماری‌های مزمن تنفسی، دیابت، ناتوانی ذهنی^۴، بیماری‌های گوارشی، اختلالات عصبی-شناختی و بیماری‌های خودایمنی است (۴)؛ بنابراین افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن ناگزیر هستند در برخی موارد تا پایان عمر خود، با آن بیماری دست به‌گریبان باشند. مالتیپل اسکلروزیس (ام‌اس)^۵، یکی از این بیماری‌ها است. این بیماری، بیماری ناتوان‌کننده مزمنی است که میلیون سیستم اعصاب مرکزی و نخاع را تخریب می‌کند و به‌همین دلیل بخشی از عضلات بدن به تدریج توانایی خود را از دست می‌دهند. بیماران ام‌اس دارای مشکلات رایجی مثل اختلال در تعادل و تحرک هستند و نیز شکایت این بیماران از مشکلات خواب و خستگی بسیار زیاد است (۵). این علائم تأثیر منفی و مخرب چشمگیری بر بهزیستی عمومی^۶ و کیفیت زندگی^۷ افراد مذکور به‌جا می‌گذارد (۶).

بهزیستی عمومی در بیماران مالتیپل اسکلروزیس کمتر از افراد عادی است. به‌عبارتی می‌توان اظهار کرد، بیماران مالتیپل اسکلروزیس به‌علت فشارها و استرس‌های زیاد روزانه ناشی از بیماری و رفت‌وآمدهای فراوان به مراکز بیمارستانی و مشکلات اقتصادی به‌وجودآمده توسط این بیماری، از سلامت روانشان کاسته می‌شود و به‌میزان معناداری بهزیستی و کیفیت زندگی آن‌ها درمقایسه با افراد بهنجار کاهش می‌یابد و عملکردهای آنان را محدود می‌کند (۷). در واقع هزینه‌های نگهداری بیمارستانی از یک‌سو و تمایل افراد برای ادامه زندگی در شرایط غیربیمارستانی از سوی دیگر، موجب شده است تا امروزه تقاضا برای مراقبت‌های غیربیمارستانی رو به افزایش باشد؛ از این رو، ابتلا به بیماری‌های مزمن، علاوه بر اینکه مشکلاتی برای فرد مبتلا ایجاد می‌کند، می‌تواند دربرگیرنده مشکلاتی برای سایر اعضای خانواده نیز باشد. این عوامل منجر به کاهش کیفیت زندگی و بهزیستی عمومی در آنان و به‌خصوص در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس می‌شود (۸).

8. Complementary therapies

9. Logotherapy

10. Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

11. Mindfulness

12. Psychological flexibility

13. Psychological well-being

14. Compassion-Focused Therapy (CFT)

1. COVID-19

2. Physical and mental health

3. Cancer

4. Intellectual disability

5. Multiple Sclerosis (MS)

6. General well-being

7. Quality of life

که تمامی اطلاعات محرمانه هستند و برای امور پژوهشی استفاده خواهند شد. به منظور رعایت حریم خصوصی، نام و نام خانوادگی شرکت‌کنندگان ثبت نشد.

برای جمع‌آوری داده‌ها ابزار و جلسات درمانی ذیل به‌کار رفت.

مقیاس بهزیستی عمومی^۱: این مقیاس در سال ۱۹۷۸ توسط داپوی به منظور ارزیابی بهزیستی عمومی تهیه و طراحی شد (۱۸). مقیاس دارای هیجده سؤال است. چهارده سؤال اول آن از مقیاس‌های پاسخ شش‌ماده‌ای (تمامی اوقات=۱، اغلب مواقع=۲، اوقات بسیار زیادی=۳، برخی مواقع=۴، خیلی کم=۵ و هیچ‌وقت=۶) استفاده می‌کند که شدت تکرار را نشان می‌دهد. چهار سؤال باقیمانده از مقیاس‌های درجه‌بندی صفر تا ۱۰ استفاده می‌کند؛ برای نمونه «طی ماه گذشته چقدر نگران سلامتی خود بوده‌اید». فرد در پایان هر سؤال نزدیک‌ترین پاسخ به احساس کلی خود طی یک ماه گذشته را با نمره‌گذاری از صفر تا ۱۰ توصیف می‌کند. دامنه نمرات بین صفر تا ۱۱۰ است. نمرات بیشتر در این پرسش‌نامه نشانه بهزیستی عمومی بیشتر است و برعکس نمرات کمتر، بهزیستی عمومی کمتر افراد را نشان می‌دهد. امتیازهای موجود بین صفر تا ۶۰ بهزیستی ضعیف و ۶۱ تا ۷۲ بهزیستی متوسط و ۷۳ تا ۱۱۰ بهزیستی قوی را منعکس می‌کند (۱۸). فازبوی برای ۱۹۵ دانشجوی پس از مدت سه ماه ضریب بازآزمایی ۰/۸۵ را برای دو گروه مختلف گزارش داد. در پژوهش فازبوی، ضرایب ۰/۹۱ برای ۷۹ مرد و ۰/۹۵ برای ۱۱۶ زن محاسبه شد و نتایج پایایی پرسش‌نامه با روش آزمون بازآزمون در طی سه ماه ۰/۸۵ به دست آمد (۱۹). در مطالعات دیگری ضرایب سازگاری درونی را بیش از ۰/۹۰ گزارش کردند (به نقل از ۱۹). این مقیاس در ایران توسط قربانی و همکاران هنجاریابی شد. همسانی درونی این آزمون با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۵ بود. همچنین به منظور بررسی روایی مقیاس، همبستگی نمره‌های آن با پرسش‌نامه سلامت عمومی^۲ ۰/۷۱ و با مقیاس رضایت از زندگی^۳ ۰/۵۴ به دست آمد (۲۰).

در پژوهش حاضر با مطالعه یافته‌های پیشین نظری و تجربی درباره پروتکل‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (۲۴-۲۱) و معنادرمانی (۲۸-۲۵) استفاده شده در درمان مبتلایان به مالتیپل اسکلروزیس، برنامه‌های آموزشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و معنادرمانی تدوین شد. پس از تدوین برنامه‌ها و پیش از اجرا به منظور بررسی روایی محتوا به تأیید شش نفر از متخصصان دارای تخصص کافی در زمینه روان‌شناسی، رسید. برنامه‌های تأیید شده به‌طور آزمایشی روی بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس اجرا شد. بعد از اجرای آزمایشی، برنامه‌های تدوین شده درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و معنادرمانی به مدت چهارده جلسه ۴۵ دقیقه‌ای (هفته‌ای دو جلسه) به گروه‌های آزمایش ارائه شد و گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. روایی محتوایی^۴ در خصوص اهداف و محتوای جلسات بسته‌های تدوین شده در پژوهش تأیید شد. به‌طور مشخص در روایی محتوایی مقادیر به دست آمده از پاسخ‌های گروه متخصصان در دو شاخص ضرورت^۵ و ارتباط^۶ نشان داد، برنامه‌های تدوین شده به‌صورت همه‌جانبه سازه

مالتیپل اسکلروزیس تأیید کرده است. از یک سو بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس در معرض مشکلات متعددی قرار دارند و این مشکلات تأثیرات مخربی بر زندگی شخصی، روابط بین‌فردی، امور روزمره و روابط زناشویی این بیماران می‌گذارد و در صورتی که کمک‌های روان‌شناختی مؤثر به این بیماران ارائه نشود، زندگی آن‌ها تحت تأثیر قرار خواهد گرفت و در حل مسائل موجود با مشکل روبه‌رو خواهند شد. از سوی دیگر ارتقای سلامت روان و بهبود بهزیستی عمومی در تمامی اقصای جامعه باید به‌طور ویژه مدنظر قرار گیرد و در این میان افراد در معرض بیماری مالتیپل اسکلروزیس در مقایسه با سایر جمعیت‌های آماری نیازمند توجه بیشتری در زمینه ارتقای بهزیستی عمومی هستند. بررسی ادبیات پژوهشی مشخص کرد، مطالعه‌ای وجود ندارد که مقایسه اثربخشی رویکرد معنادرمانی و آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر بهزیستی عمومی بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس نشان دهد؛ بنابراین خلأ پژوهشی اساسی در این زمینه وجود دارد که با انجام مداخلات روان‌شناختی بر متغیر بهزیستی عمومی می‌توان مشکلات ناشی از کمبود این متغیر را پوشش داد؛ از این رو انجام این پژوهش در جامعه آماری مبتلایان به مالتیپل اسکلروزیس ضروری به نظر رسید. هدف پژوهش حاضر براساس مطالب مطرح شده، مقایسه اثربخشی رویکرد معنادرمانی و آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی عمومی بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس در شرایط کووید ۱۹ بود.

۲ روش بررسی

روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش را تمامی بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس مؤسسه نیکوکاری رعد مهربانی شهر اراک در سال ۱۴۰۰ تشکیل دادند. در روش‌های آزمایشی حداقل پانزده نفر برای هر گروه توصیه شده است (۱۷)؛ از این رو از بین افراد داوطلب واجد شرایط، ۴۵ بیمار با نمونه‌گیری دردسترس وارد مطالعه شدند و با گمارش تصادفی در سه گروه پانزده نفره (گروه آزمایش معنادرمانی، گروه آزمایش درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، گروه گواه) قرار گرفتند. گروه‌های آزمایش، معنادرمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را به مدت چهارده جلسه ۴۵ دقیقه‌ای دریافت کردند؛ اما برای گروه گواه درمانی ارائه نشد. ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها به پژوهش عبارت بود از: ابتلا به بیماری اسکلروز چندگانه پیش‌رونده اولیه؛ جنسیت خانم؛ دامنه سنی ۲۰ تا ۵۰ سال؛ حداقل سواد خواندن و نوشتن برای تکمیل پرسش‌نامه‌ها؛ شرکت در جلسات آموزشی؛ تمایل شرکت‌کنندگان و رضایت کتبی؛ مبتلانی بودن به اختلالات روان‌شناختی و بیماری‌های مزمن جسمانی؛ شرکت نکردن هم‌زمان در سایر گروه‌های مشاوره‌ای و درمانی (براساس پرونده پزشکی و خوداظهاری شرکت‌کننده). ملاک‌های خروج آزمودنی‌ها از پژوهش، غیبت بیش از دو جلسه در جلسات پروتکل درمانی، نداشتن اعتماد کافی به گروه، تمایل نداشتن به ادامه همکاری، انجام ندادن تکالیف گنجانده شده در پروتکل درمانی و تکمیل نکردن پرسش‌نامه پژوهش بود. این اطمینان به افراد داده شد

4. Content validity

5. Content Validity Ratio: CVR

6. Content Validity Index: CVI

1. General Well-Being Scale

2. General Health Questionnaire (GHO)

3. Satisfaction with Life Scale (SWLS)

مدنظر را می‌سنجند. خلاصه محتوای جلسات آموزش معنادرمانی و آزمایش در جداول ۱ و ۲ ارائه شده است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و فعالیت‌های انجام‌شده در گروه‌های

جدول ۱. جلسات آموزش معنادرمانی

جلسه (هدف)	محتوا	تکالیف
جلسه اول: آشنایی اعضا با یکدیگر و برگزاری پیش‌آزمون	آشنایی مشاور و اعضای گروه با یکدیگر، بیان اهداف، قوانین، مطالبی درباره‌ی آماس و پیامدهای آن و شرح مختصری از معنادرمانی فرانکل	تهیه فهرستی از وقایع معناساز در زندگی
جلسه دوم: تعریف بیماری آماس به‌عنوان رویداد معناساز در زندگی	بررسی تکلیف آماده‌سازی اعضا برای در نظر آوردن بیماری آماس به‌عنوان رویدادی معناساز در زندگی آن‌ها	تهیه فهرستی از تحولات مثبت و منفی ناشی از آماس
جلسه سوم: آموزش تکنیک از خود فاصله‌گیری و از خود فراروندگی	توضیح اینکه انسان با از خود فاصله‌گیری قادر است خود را نه تنها از موقعیت، بلکه از خود نیز جدا کند و با خود فراروندگی به‌سوی فراتر از خود حرکت کند و استعداد‌های خود را به فعلیت رساند	تمرین از خود فاصله‌گیری و از خود فراروندگی و یادداشت تأثیر آن‌ها بر عوامل روان‌شناختی
جلسه چهارم: آموزش منابع معنا در رویکرد فرانکل (ارزش‌های خلاق، ارزش‌های تجربی، ارزش‌های نگرشی) و شرح هرکدام از آن‌ها با استفاده از بیان نمونه‌هایی در زندگی هریک از اعضا	بررسی تکلیف جلسه پیش، آموزش منابع معنا در رویکرد فرانکل (ارزش‌های خلاق، ارزش‌های تجربی، ارزش‌های نگرشی) و شرح هرکدام از آن‌ها با استفاده از بیان نمونه‌هایی در زندگی هریک از اعضا	جست‌وجو و ثبت مصادیقی از این سه منبع در جریان زندگی خود
جلسه پنجم: گفت‌وگوی گروهی درباره مسئولیت‌پذیری آزادی و قدرت اراده	بررسی تکلیف جلسه قبل، ارائه پیشنهادهایی در خصوص عملی‌کردن چگونگی ساختن مصادیق معنا از بافت تاریخی زندگی و گفت‌وگوی گروهی درباره مسئولیت‌پذیری آزادی و قدرت اراده	تهیه فهرستی از موقعیت‌های استرس‌زا و اضطراب‌آور در زندگی خود
جلسه ششم: آموزش فنون معنادرمانی مانند فن قصد متضاد و بازتاب‌زدایی	به‌کارافتادن ظرفیت انسان برای از خود فاصله‌گیری در قصد متضاد، تحریک توانایی فرد برای از خود فراروندگی در بازتاب‌زدایی	تمرین این فنون در هفته پیش رو
جلسه هفتم: آموزش فنون معنادرمانی مانند اصلاح نگرش و گفت‌وگوی سقراطی	اصلاح نگرش برای اصلاح نگرش‌های بیماری‌زا و استفاده از گفت‌وگوی سقراطی برای کشف معنا در زندگی	تمرین این فنون در هفته پیش رو
جلسه هشتم: توضیح درباره آموزش فن قدرت تلقین برگرفته از معنویت و تشریح فن فراخوانی	تشریح فن فراخوانی، به‌کار بستن اصول فراگرفته در زمینه‌های استخراج شاخصه‌های معنویت، ایجاد نگرش متفاوت درباره شرایط اضطراب‌آور و کمک به مراجع برای تغییر مثبت شرایط فعلی	به‌کار بستن فن فراخوانی در موقعیت‌های استرس و اضطراب‌آور و نوشتن تجربه
جلسه نهم: آموزش روش حساس شدن برای معنا	توضیح درباره روش حساس شدن برای معنا از طریق مجموعه‌ای پنج‌مرحله‌ای از سؤالات، مشخص کردن میدان عمل آزادانه برای مراجع، کمک به جهت‌گزینی معنایی و اتخاذ موضع قهرمانانه در برابر رنج	تفکر مجدد در زمینه مجموعه پنج‌مرحله‌ای سؤالات
جلسه دهم: دریافت معنای عشق	بررسی تکلیف، گرفتن معنا از میان تجربه ارزش‌ها و گرفتن معنا از آرزوها و امیدها، گفت‌وگوی گروهی در زمینه غم و عشق و گرفتن معنا از آن	نوشتن تجارب پیشین خود درباره احساس غم و عشق و نحوه واکنش قبلی و اکنون خود
جلسه یازدهم: دریافت معنای مرگ	بررسی تکلیف، گفت‌وگوی جمعی درباره درک و دریافت معنای مرگ به‌عنوان یک واقعیت هستی، گریزناپذیری مرگ، بیان تجربه‌هایی در واکنش به احساس مرگ در گذشته	یادآوری و ثبت تجارب پیشین خود در واکنش به احساس مرگ و مقایسه با واکنش اکنون خود به این احساس
جلسه دوازدهم: توضیح درباره خدای ناخودآگاه	گفت‌وگوی گروهی در زمینه حضور خدا در ژرف‌ترین لایه‌های وجودی انسان (خدای ناخودآگاه) و بیان تجربه‌های شخصی در این زمینه، جمع‌بندی درمانگر	به‌یاد آوردن تجربه‌هایی و نوشتن درباره چگونگی برقراری ارتباط با بخش مقدس خود
جلسه سیزدهم: دریافت معنا از بیماری آماس	آموزش حمایت عاطفی اعضا از یکدیگر، تکمیل جملات ناتمام (اگر دوباره به دنیا بیایم... مرگ برای من... من می‌توانم...) به‌منظور تعامل و حمایت عاطفی اعضا و تشویق اعضا برای درخواست حمایت عاطفی از یکدیگر	پرواز اندیشه برای گرفتن معنا از بیماری آماس
جلسه چهاردهم: اجرای پس‌آزمون	خلاصه و جمع‌بندی جلسات و اختتام صحبت درباره آموخته‌های خود در گروه، اجرای پس‌آزمون	

جدول ۲. جلسات آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسه (هدف)	محتوا	تکالیف
جلسه اول: آشنایی اعضا با یکدیگر و برگزاری پیش‌آزمون	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، اجرای پیش‌آزمون	
جلسه دوم: آشنایی با تأثیر عوامل روان‌شناختی بر بیماری ام‌اس	ارائه اطلاعاتی درباره بیماری ام‌اس و بیان تأثیر عوامل روان‌شناختی بر کنترل و عود بیماری و مفاهیم درمان اکت	نوشتن درباره تأثیر عوامل روان‌شناختی بر وضعیت جسمی خود در هفته پیش رو
جلسه سوم: مقدمه‌ای بر ناامیدی خلاقانه	بحث درباره موقتی و کم‌اثربودن درمان‌های قبلی و ایجاد انگیزه در بیماران برای امتحان راهبردهای جدید و ایجاد آمادگی برای تغییر	نوشتن درباره روش‌های درمانی تاکنون به‌کاررفته و ارزیابی میزان تأثیر آن‌ها
جلسه چهارم: معرفی مدل سه‌بعدی فکر، احساس، رفتار	معرفی مدل سه‌بعدی به‌منظور بیان ارتباط مشترک افکار، احساسات و رفتار قابل مشاهده و بحث درباره تلاش برای تغییر رفتار براساس آن	یادداشت تجارب هفتگی خود براساس این مدل
جلسه پنجم: کمک به مراجع برای تشخیص راهبردهای ناکارآمد کنترل	کمک به مراجع برای تشخیص راهبردهای ناکارآمد کنترل و پی‌بردن به بهبودی آن‌ها	نوشتن تجارب استفاده‌شده در راهبردهای کنترلی و نام‌بردن آن‌ها
جلسه ششم: جلوگیری از اجتناب تجربه‌ای	کارکردن روی اجتناب تجربه بیماران به‌ویژه اجتناب از افکار و احساسات دارای ارزیابی منفی از بیماری ام‌اس	نوشتن تجارب در زمینه اجتناب تجربه‌ای در هفته پیش رو
جلسه هفتم: بیان تعریفی از گسستگی شناختی	توضیح فرایند ناهم‌جوشی شناختی به‌عنوان پدیده‌ای که تجارب کلامی و رویدادهای محیطی با هم ترکیب شده‌اند.	نوشتن تجارب ناهم‌جوشی شناختی در هفته پیش رو
جلسه هشتم: مشاهده خویشتن به‌عنوان زمینه	توضیح مفاهیم نقش و زمینه، مشاهده خویشتن به‌عنوان زمینه، برقراری ارتباط با خود با استفاده از تمثیل آگاهی از دریافت‌های حسی مختلف و جدایی از حس‌های جزو محتوای ذهنی	تغییر نگاه به خود به‌عنوان زمینه در تجارب قبلی و یادداشت تغییر احساس خود درباره آن تجارب
جلسه نهم: لزوم پذیرش به‌جای تحمل در بیماری‌های صعب‌العلاج	پذیرش بدون قضاوت افکار و احساسات	تغییر نگاه به تجارب قبلی از تحمل به پذیرش و یادداشت تغییر احساس خود
جلسه دهم: مشخص کردن ارزش‌های فردی	ایجاد انگیزه در شناسایی ارزش‌ها و انتخاب آن‌ها و بحث راجع به موانع موجود در مسیر ارزش‌ها و اهداف و عمل	نوشتن درباره ارزش‌های فردی
جلسه یازدهم: مواجهه (بعد نظری)	بررسی مواجهه با موقعیت دردآور، طبقه‌بندی موقعیت‌های دردآور از شدت زیاد تا کم، استفاده از نردبان موقعیت‌های دردآور	قراردادن اتفاقات دردآور هفته پیش رو داخل نردبان
جلسه دوازدهم: مواجهه (بعد عملی)	به‌اجرا گذاشتن موقعیت‌های موجود در نردبان مواجهه‌ای دردآور با توجه به قاعده شدت درد و قاعده تکرار	مواجهه با موقعیت‌های دردآور از شدت کم به زیاد
جلسه سیزدهم: عمل متعهدانه	تأکید بر تعهد بیمار برای انجام فعالیت‌های خودمراقبتی و تعهد دادن برای ادامه پذیرش بیماری، جلوگیری از عود و عقب‌نشستن	مرور جلسات قبلی و تکرار تمرین‌های جلسات قبل
جلسه چهاردهم: جمع‌بندی	جمع‌بندی درمان و اجرای پس‌آزمون	

۳ یافته‌ها

براساس اطلاعات جمعیت‌شناختی مربوط به گروه نمونه، میانگین و انحراف معیار سنی شرکت‌کنندگان در گروه معنادرمانی $35/2 \pm 25/72$ سال و در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد $35/87 \pm 5/93$ سال و در گروه گواه $34/73 \pm 4/32$ سال بود. نتایج آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه نشان داد، از لحاظ سن بین سه گروه تفاوت معناداری وجود

به‌منظور تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها، روش‌های آمار توصیفی و آمار استنباطی به‌کار رفت. برای بررسی توصیفی داده‌ها از درصد، فراوانی، میانگین و انحراف معیار و برای بررسی استنباطی داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه، آزمون تحلیل کوواریانس و آزمون تعقیبی بونفرونی به‌کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ استفاده شد. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ بود.

نداشت ($p=0/195$). افراد از لحاظ سطح تحصیلات، وضعیت تأهل و سابقه ابتلا به بیماری در سه گروه معنادرمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گواه همتا شدند. از نظر سطح تحصیلات، در هر دو گروه آزمایش، ۹ نفر (۶۰ درصد) فوق دیپلم و کمتر، ۴ نفر (۲۶/۶۶ درصد) لیسانس، ۲ نفر (۱۳/۳۳ درصد) کارشناسی ارشد و بیشتر و در گروه گواه، ۱۰ نفر (۶۶/۷۳ درصد) فوق دیپلم و کمتر، ۴ نفر (۲۶/۶۶ درصد) لیسانس، ۱ نفر (۶/۶۶ درصد) کارشناسی ارشد و بیشتر داشتند. در هر دو گروه آزمایش، ۱۳ نفر (۸۶/۶۶ درصد) متأهل

و ۲ نفر (۱۳/۳۳ درصد) مجرد و در گروه گواه، ۱۴ نفر (۹۳/۳۳ درصد) متأهل و ۱ نفر (۶/۶۶ درصد) مجرد بودند. همچنین در دو گروه آزمایش، بیماران با سابقه ابتلا به مالتیپل اسکلروزیس بین یک تا چهار سال، ۶ نفر (۴۰ درصد) و بیشتر از چهار سال، ۹ نفر (۶۰ درصد) و در گروه گواه، بیماران با سابقه ابتلا به مالتیپل اسکلروزیس بین یک تا چهار سال، ۷ نفر (۴۶/۶۶ درصد) و بیشتر از چهار سال، ۸ نفر (۵۳/۳۳ درصد) بودند.

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی متغیر بهزیستی عمومی در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون به تفکیک دو گروه آزمایش و گروه گواه به همراه نتایج آزمون تحلیل کوواریانس

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		مقایسه پس‌آزمون مقدار p	مجذوراتا
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار		
بهزیستی عمومی	معنادرمانی	۵۷/۴۶	۹/۳۷	۷۲/۶۰	۱۱/۵۸		
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۵۵/۴۶	۱۰/۱۹	۷۹/۴۶	۱۲/۲۹	<0/001	0/537
	گواه	۵۴/۶۰	۹/۱۴	۵۴/۴۰	۹/۸۹		

همان‌طور که نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد، میانگین و انحراف معیار متغیر بهزیستی عمومی در گروه‌های آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون به تفکیک ارائه شده است. میانگین نمرات متغیر بهزیستی عمومی در گروه‌های معنادرمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مرحله پس‌آزمون در مقایسه با مرحله پیش‌آزمون افزایش یافت. برای انجام آزمون تحلیل کوواریانس، ابتدا پیش‌فرض‌های آن بررسی شد. به منظور ارزیابی نرمال بودن داده‌ها قبل از استفاده از این آزمون، آزمون شاپیرو-ویلک به کار رفت. نتایج مشخص کرد، فرض نرمال بودن برای داده‌های متغیر بهزیستی عمومی برقرار بود ($p=0/095$). آزمون لون برای بررسی همگنی واریانس متغیر وابسته بهزیستی عمومی به کار رفت که نتایج نشان داد، تفاوت معناداری در واریانس گروه‌ها مشاهده نشد و پیش‌فرض تساوی واریانس‌ها برقرار بود ($p=0/157$). فرض همگنی شیب رگرسیون در گروه‌ها برای متغیر

بهزیستی عمومی برقرار بود ($p=0/122$) که مشخص شد، پیش‌فرض همگنی شیب رگرسیون مبنی بر معنادار نبودن اثر متقابل گروه-پیش‌آزمون رد نشد؛ بنابراین می‌توان اطمینان حاصل کرد که داده‌های این پژوهش مفروضه‌های زیربنای تحلیل کوواریانس را برآورده کردند. بر اساس یافته‌های جدول ۳، پس از حذف اثر پیش‌آزمون، اختلاف معناداری بین میانگین نمرات گروه‌های آزمایش و گروه گواه، در پس‌آزمون در متغیر بهزیستی عمومی وجود داشت ($p<0/001$).

به بیان دیگر، معنادرمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توانستند این متغیر را بهبود بخشند. همچنین مقدار مجذوراتا نشان‌دهنده آن بود که ۵۳/۷ درصد از تغییرات نمرات گروه‌ها در متغیر بهزیستی عمومی (تفاوت گروه‌ها در پس‌آزمون) ناشی از اجرای متغیر مستقل (معنادرمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) بود. برای اینکه تعیین شود بین کدام یک از سه گروه تفاوت معنادار وجود داشت، از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد نتایج در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. نتیجه آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه نمره پس‌آزمون متغیر بهزیستی عمومی در بین گروه‌ها

متغیر وابسته	گروه	گروه	تفاوت میانگین‌ها	خطای معیار	مقدار p
بهزیستی عمومی	معنادرمانی	پذیرش و تعهد	-۸/۰۳۶	۲/۸۶۶	<0/001
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	گواه	۱۶/۱۹۲	۲/۸۳۸	<0/001
		گواه	۲۴/۲۲۸	۲/۸۲۷	<0/001

۴ بحث

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی رویکرد معنادرمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی عمومی بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس در شرایط کووید ۱۹ انجام شد. بر اساس نتایج پژوهش، رویکرد معنادرمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس موجب ارتقای بهزیستی عمومی شد؛ همچنین اثر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با معنادرمانی بیشتر است و در افزایش نمرات بهزیستی عمومی در بیماران مبتلا به

باتوجه به نتایج جدول ۴، هر دو مداخله معنادرمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی عمومی در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس در مقایسه با گروه گواه دارای تأثیر معناداری بودند ($p<0/001$). در مقایسه اثربخشی دو رویکرد درمانی مشخص شد، در متغیر بهزیستی عمومی بین گروه‌های معنادرمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از نظر آماری تفاوت معناداری وجود داشت ($p<0/001$)؛ به طوری که تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ارتقای بهزیستی عمومی به طور معناداری بیشتر از معنادرمانی بود.

مالتیپل اسکروزیس اثربخشی بیشتری دارد. یافته‌های حاصل با نتایج مطالعات نیکونژاد و همکاران مبنی بر اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودشفقتی زنان مبتلا به مالتیپل اسکروزیس (۱۶)، توکلی صالح و ابراهیمی مبنی بر اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سطح تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی بیماران زن مبتلا به مالتیپل اسکروزیس (۲۲)، خورانی و همکاران مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر معنای زندگی، رضایت از زندگی، انعطاف‌پذیری شناختی و افکار خودکشی افراد مبتلا به افسردگی (۲۹) و نوش‌کیا و همکاران مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیک و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان و کاهش نشخوار فکری بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر (۳۰)، همسوست.

در تبیین اثربخشی معنادرمانی بر افزایش بهزیستی عمومی می‌توان اظهار کرد، معنادرمانی به افراد می‌آموزد درجایی‌که با موقعیتی روبه‌رو می‌شوند که به هیچ‌وجه قادر به تغییر آن نیستند، واکنش‌های مناسب با آن موقعیت را از خود بروز دهند؛ این موضوع به افراد کمک می‌کند با توجه به خودارزیابی و نگرش مثبت به موقعیت از عزت‌نفس خود حمایت و دفاع کنند؛ این امر ارتقای بهزیستی روان‌شناختی را به دنبال دارد (۳۱). معنادرمانی به فرد کمک می‌کند با داشتن معنا و هدف در زندگی بتواند بر نشانه‌های اضطراب و افسردگی و ناامیدی غلبه کند و با کمک به اشخاص در مواجهه با واقعیت مرگ و آگاهی از آن، حس مسئولیت‌پذیری و شوق رویارویی با فعالیت‌های مخاطره‌آمیز را در آنان افزایش دهد. با دوری افراد از افسردگی و اضطراب، بهزیستی و سلامت روانی آن‌ها تضمین خواهد شد (۱۴). همچنین معنادرمانی به بیماران کمک می‌کند تا با وجود ناامیدی، بر ازدست‌رفته‌ها متمرکز نشوند؛ بلکه در جست‌وجوی معنا باشند؛ در نتیجه، زندگی از نگاه معنادرمانی تحت هر شرایطی معنادار است. آنچه در معنادرمانی درخور توجه و حائز اهمیت است، گواه‌بودن بر توانایی بالقوه و منحصربه‌فرد انسان به‌بهترین نحو آن است که می‌تواند شکست را به پیروزی شخصی مبدل سازد و موقعیت ناگوار را به موقعیت انسانی تغییر دهد و ارتقای بهزیستی روانی و اجتماعی را در پی داشته باشد (۳۲).

در تبیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش بهزیستی عمومی می‌توان گفت، این درمان به‌جای تغییر دادن افکار و احساسات فرد به دنبال تغییر رابطه بیمار با این افکار و احساسات است. برای این منظور با استفاده از روش‌های پذیرش افکار و احساسات به‌جای اجتناب از آن‌ها و روش‌های ذهن‌آگاهی به‌منظور افزایش توجه و آگاهی فرد درقبال افکار و هیجان‌ها و تمایلات، باعث افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، هماهنگ‌شدن رفتارهای سازگارانه فرد و افزایش توانایی فرد در جهت فعالیت‌های انفرادی و اجتماعی می‌شود و اضطراب، افسردگی، تاب‌آوری، ناامیدی و پریشانی روانی را بهبود می‌بخشد (۳۳). در واقع هدف این است که به بیماران کمک شود افکار و احساساتشان را بپذیرند و درقبال تغییرات به‌وجودآمده متعهد باشند؛ همچنین افکار آزارنده خود را فقط به‌عنوان یک فکر تجربه کنند و از ماهیت ناکارآمد برنامه فعلی‌شان آگاه شوند و به‌جای پاسخ به آن به

انجام آنچه در زندگی برای آن‌ها مهم و هم‌راستا با ارزش‌هایشان است، گام بردارند (۱۶). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به افراد می‌آموزد هرگونه عملی به‌منظور اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی ناخواسته، بی‌اثر است یا اثر معکوس دارد. همچنین در این میان بر آگاهی روانی فرد در لحظه افزوده می‌شود؛ یعنی فرد از تمام حالات روانی و افکار و رفتار خود در لحظه حال آگاهی می‌یابد و به فرد آموخته می‌شود خود را از این تجارب ذهنی جدا کند. در نهایت آموزش‌های اصلی خود را بشناسد و به‌طور واضح مشخص‌شان کند و آن‌ها را به اهداف رفتاری خاص تبدیل نماید (۲۹). در واقع درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد کمک می‌کند تا بیماران، بیماری و شرایط برآمده از آن را آگاهانه بپذیرند و درقبال آن، اعمال متعهدانه‌ای داشته باشند تا به معنای جدیدی درباره وضعیت و بیماری خود برسند (۲۴). درمانگر با استفاده از تکنیک ناامیدی‌سازنده، آن طبقه از رفتارهایی را آشکار می‌کند که در خزانه رفتاری شرکت‌کنندگان است و همگی درجهت گریز یا اجتناب از احساسات اضطرابی عمل می‌کند؛ بنابراین انتظار می‌رود که ایجاد و پرورش پذیرش در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکروزیس سبب کاهش اجتناب شناختی و رشد زندگی مبتنی بر ارزش باعث افزایش عملکرد فرد در حوزه‌های مختلف زندگی شود (۱۵).

در تبیین یافته پژوهش درباره اثربخشی بیشتر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد درمقایسه با معنادرمانی بر افزایش بهزیستی عمومی بیماران می‌توان اظهار کرد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد افراد را درقبال خواسته‌های خویش متعهد می‌سازد؛ به عبارتی فرد خود را متعهد می‌کند همواره سطح خواسته‌های زندگی خویش را افزایش دهد؛ این امر زمینه‌ساز امیدواری و افزایش روحیه است. این درمان تنش‌ها و استرس را کم می‌کند و به‌نوبه خود، روحیه و سرزندگی را در افراد افزایش می‌دهد (۳۴) و منجر به بهبود بهزیستی عمومی بیماران می‌شود.

پژوهش حاضر دارای محدودیت‌هایی بود؛ این پژوهش روی بیماران مبتلا به مالتیپل اسکروزیس مؤسسه نیکوکاری رعد مهربانی شهر اراک تمرکز داشت که تعمیم یافته‌ها را به جنس و شهرهای دیگر با محدودیت همراه می‌کند. حجم نمونه کم و بهره‌گیری از روش نمونه‌گیری دردسترس از محدودیت‌های اصلی پژوهش بود. پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی این محدودیت‌ها برطرف شود و پژوهش‌های مشابه در شهرها و جامعه‌های آماری دیگر نیز انجام گیرد. همچنین در مطالعات آتی از روش‌های تحقیقاتی مانند مصاحبه و مشاهده برای بررسی استفاده شود تا نتایج حاصل از آن درمقایسه با یافته‌های این پژوهش قرار گیرد.

۵ نتیجه‌گیری

براساس یافته‌های پژوهش نتیجه گرفته می‌شود، هر دو روش معنادرمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ارتقای بهزیستی عمومی بیماران مبتلا به مالتیپل اسکروزیس اثربخشی دارند؛ اما درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد درمقایسه با معنادرمانی به‌طور معناداری دارای اثربخشی بیشتری است؛ بنابراین استفاده از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌عنوان رویکردی کارآمد و مداخله‌ای اثربخش تأثیر بیشتری بر ارتقای بهزیستی عمومی بیماران مبتلا به مالتیپل اسکروزیس دارد. مداخله درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کمک به مراجع برای

حاضر از طریق آدرس اینترنتی najafelaheh@gmail.com در دسترس است.
رضایت برای انتشار
این امر غیرقابل اجرا است.

تضاد منافع

مقاله حاضر برگرفته از رساله دکتری رشته روان‌شناسی با کد اخلاق IR.IAU.SDJ.REC.1400.034 در دانشگاه آزاد اسلامی واحد سنندج است. نویسندگان اعلام می‌کنند که تضاد منافع ندارند.

منابع مالی

این پژوهش بدون حمایت مالی سازمان خاصی صورت گرفته و توسط نویسندگان تأمین شده است.

مشارکت نویسندگان

همه نویسندگان مقاله در تدوین و تحلیل و تفسیر داده‌های نسخه پیش‌نویس و دست‌نویس مقاله همکاری داشتند و آن را خواندند و تأیید کردند.

تشخیص راهبردهای ناکارآمد، کنترل و پی‌بردن به بیهودگی آن‌ها، کارکردن روی اجتناب تجربه بیماران به‌ویژه اجتناب از افکار و احساسات دارای ارزیابی منفی از بیماری ام‌اس، تمرکز می‌کند که این امر سبب اثربخشی بیشتر درمان مذکور می‌شود.

۶ تشکر و قدردانی

از بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس مؤسسه نیکوکاری رعد مهربانی شهر اراک که در پژوهش شرکت داشتند و در انجام آن یاری کردند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌شود.

۷ بیانیها

تأییدیه اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

فرم کلی رضایت آگاهانه توسط شرکت‌کنندگان تکمیل شد که نزد محقق محفوظ است.

در دسترس بودن داده‌ها و مواد

تمامی نسخه‌های دست‌نوشته و داده‌ها و اطلاعات مربوط به پژوهش

References

1. Aziziaran S, Basharpour S. The role of rumination, emotion regulation and responsiveness to stress in predicting of corona anxiety (Covid-19) among nurses. Quarterly Journal of Nursing Management. 2020;9(3):8–18. [Persian] <http://ijnv.ir/article-1-729-en.html>
2. Alipour A, Ghadami A, Alipour Z, Abdollahzadeh H. Preliminary validation of the Corona Disease Anxiety Scale (CDAS) in the Iranian sample. Health Psychology. 2020;8(32):163–75. [Persian] https://hpj.journals.pnu.ac.ir/article_6571_en.html
3. Najari M, Bibak F, Khezmezhad A, Khezmezhad A, Mam Ghaderi K. Covid-19 anxiety in teachers of the university of applied science and technology: the effect of job satisfaction and work engagement. Tibbi-i-Kar Journal. 2022;13(4):17–24. [Persian] <http://dx.doi.org/10.18502/tkj.v13i4.9141>
4. Bopp T, Stelfelson M, Weatherall B, Spratt S. Promoting physical literacy for disadvantaged youth living with chronic disease. Am J Health Educ. 2019;50(3):153–8. <https://doi.org/10.1080/19325037.2019.1590263>
5. 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. Psychol Sport Exerc. 2019;45:101573. <https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2019.101573>
6. Rezaei Langroodi R, Ghiasian M, Roozbehani M, Shamsaei F. Comparison of the effectiveness of yoga and psychotherapy group therapy based on acceptance and commitment on fatigue and quality of life of multiple sclerosis patients. Avicenna J Nurs Midwifery Care. 2020;28(4):63–73. [Persian] <http://dx.doi.org/10.30699/ajnm.28.4.63>
7. Bani Hashemi S, Hatami M, Hasani J, Sahebi A. Comparing effectiveness of the cognitive-behavioral therapy, reality therapy, and acceptance and commitment therapy on quality of life, general health, and coping strategies of chronic patient's caregivers. Clinical Psychology. 2020;12(1):63–76. [Persian] https://jcp.semnan.ac.ir/article_4584.html?lang=en
8. Beighton C, Victor C, Carey IM, Hosking F, DeWilde S, Cook DG, et al. 'I'm sure we made it a better study...': experiences of adults with intellectual disabilities and parent carers of patient and public involvement in a health research study. J Intellect Disabil. 2019;23(1):78–96. <https://doi.org/10.1177/1744629517723485>
9. Dehestani Ardakani M. Effect of aerobic exercise program on quality of life in male patients with multiple sclerosis. Shahid Sadoughi University of Medical Sciences. 2020;28(8):2971–81. [Persian] <http://dx.doi.org/10.18502/ssu.v28i8.4454>
10. Ghasemi N, Fathi Aghdam Gh, Ghamari M, Pouyamanesh J. Comparison of the effectiveness of group meaning therapy and group metacognitive therapy on resilience of female students. Sports Psychology Studies. 2019;9(34):197–214. [Persian] <https://doi.org/10.22089/spsvj.2020.9221.2002>
11. Barlow SE. Gestalt therapeutic practice, physiotherapists and people with chronic pain: a literature review. Gestalt Journal of Australia and New Zealand. 2016;12(2):47–70.
12. 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. [Persian] <http://dx.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. Psychotherapy. 2020;9(33):58–71. [Persian] https://journal-counselling.islamshahr.iau.ir/article_674196.html?lang=en
14. Saffarinia M, Ramezani Shirin M, Solgi Z. Effectiveness of commitment and logotherapy on psychological distress and life expectancy of breast cancer patients. Iran J Cult Health Promot. 2022;5(4):489–96. [Persian] <http://ijhp.ir/article-1-490-en.html>
15. Montazeri S, Aghaei A, Golparvar M. Comparison of the effectiveness of cognitive-behavioral management based on mindfulness and treatment based on acceptance and commitment on psychological wellbeing in multiple sclerosis patients. Sadra Medical Journal. 2019;7(1):59–74. [Persian] https://smsj.sums.ac.ir/article_44755.html?lang=en

16. Nikonejad N, Khajevand Khoshli A, Hosseinaei A. Comparing the effectiveness of compassion-focused therapy and acceptance and commitment therapy on self-compassion of women with multiple sclerosis. *Middle Eastern Journal of Disability Studies*. 2022;12:90. [Persian] <http://jdisabilstud.org/article-1-2063-en.html>
17. Delavar A. Educational and psychological research. Tehran: Virayesh Pub; 2015. [Persian]
18. Dupuy HJ. Self-representations of general psychological well-being of American adults. In: Presented at American Public Health Association Meeting [Internet]. Los Angeles, CA; 1978.
19. Fazio AF. A concurrent validation study of the NCHS general well-being schedule. *Vital Health Stat 2*. 1977;(73):1-53.
20. Ghorbani E, Mousavi R, Sajedi H. Barrasiye vizhegi haye ravan sanji behzisti omumi (GWB-18) dar yek nemoone Irani [Investigating the psychometric properties of the General Wellbeing Questionnaire (GWB-18) in an Iranian sample]. In: International Congress of Mental Health and Psychological Sciences [Internet]. Chaloos: Azad University; 2016. [Persian]
21. Dortaj A, Aliakbar 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. *Journal of Applied Psychology*. 2021;15(1):72-49. [Persian] <https://doi.org/10.52547/apsy.2021.216250.0>
22. Tavakoli Saleh S, Ebrahimi ME. Effectiveness of acceptance-commitment therapy on the resilience and psychological wellbeing of female patients with multiple sclerosis in Hamadan, Iran. *Avicenna J Clin Med*. 2021;28(2):126-33. [Persian] <http://dx.doi.org/10.52547/ajcm.28.2.126>
23. 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. [Persian] <http://78.39.35.47/article-1-650-en.html>
24. Sheydayi Aghdam Sh, Shamseddini Lory S, Abbasi S, Yosefi S, Abdollahi S, Moradi Joo M. The effectiveness of treatment based on acceptance and commitment in reducing distress and inefficient attitudes in patients with MS. *Thought and Behavior in Clinical Psychology*. 2014;9(34):57-66. [Persian] https://jtbcpriau.ac.ir/article_108.html?lang=en
25. 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*. 2021;31(1):97-106. [Persian] <https://tmuj.iautmu.ac.ir/article-1-1723-en.html>
26. Sanagoo Moharar Gh, Kahrazei F, Shirazi M, Maghsoudlou F, Mohammadi R. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on stress coping styles and depression in patients with MS. *Medical Journal of Mashad University of Medical Sciences*. 2018;62(3):1574-86. [Persian] https://mjms.mums.ac.ir/article_17406.html?lang=en
27. Azimi A, Makvand Hoseini 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):612-19. [Persian] <http://koomeshjournal.semums.ac.ir/article-1-4595-en.html>
28. Rezaei H, Shafiabadi A. The effect of group logo therapy on multiple sclerosis patients' depression. *Journal of Education Research*. 2016;4(16):1-14. [Persian] https://edu.bojnourdu.iau.ir/article_518256.html?lang=en
29. Khorani J, Ahmadi V, Mami S, Valizadeh R. The effects of acceptance and commitment therapy on the meaning of life, life satisfaction, cognitive flexibility, and suicidal ideation in individuals with depression. *Middle Eastern Journal of Disability Studies*. 2020;10:112. [Persian] <http://jdisabilstud.org/article-1-1813-en.html>
30. Nooshkia M, Rasooli M, Zare Bahram Abadi M. Comparison of the effectiveness of dialectical behavior therapy and acceptance and commitment therapy on cognitive emotion regulation and reduction of rumination in patients with generalized anxiety disorder. *Islamic Life Style*. 2020;4(1):26-34. [Persian] <http://islamiclifej.com/article-1-393-en.html>
31. Chamani Ghalandari R, Dokaneifard F, Rezaei R. The effectiveness of semantic therapy training on psychological resilience and psychological wellbeing of mourning women. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*. 2019;6(4):26-36. [Persian] <http://dx.doi.org/10.29252/shenakht.6.4.26>
32. Saffarinia M, Dortaj A. Effect of group logotherapy on life expectancy and mental and social wellbeing of the female elderly residents of nursing homes in Dubai. *Salmand*. 2018;12(4):482-93. [Persian] <http://dx.doi.org/10.21859/sija.12.4.482>
33. Hayes SC. Acceptance and commitment therapy: towards a unified model of behavior change. *World Psychiatry*. 2019;18(2):226-7. <https://doi.org/10.1002/wps.20626>
34. Javidnasab Y, Behboodi M, Hasani J. Comparison of the effectiveness of acceptance and commitment-based therapy (ACT) and semantic therapy on job performance of cultural women referred to education counseling centers. *Analytical Cognitive Psychology*. 2021;12(45):151-63. [Persian]