Medical Science Journal of Islamic Azad University Vol. 31, No. 1, Spring 2021 ORIGINAL ARTICLE

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

***Hadi Smkhani Akbarinejhad*[1], *Ozra Bayrampour*[2], *Paria Faroughi*[3]**
1 Department of Psychology, University College of Nabi Akram, Tabriz, Iran
[2]Bachelor of Psychology, Department of Psychology, University of Charkhe Niloufari Azarbaijan, Tabriz, Iran
[3]Assistant Professor, Department of Psychology, University College of Nabi Akram, Tabriz, Iran

Abstract

Background: It seems that logotherapy and acceptance and treatment based on acceptance and commitment can affect on death anxiety, resilience and hopelessness in women with multiple sclerosis (MS). The purpose of this study was to compare the efficacy of logotherapy and treatment based on acceptance and commitment on death anxiety, resilience and hopelessness in pattern with MS.
Materials and methods: The method of this study was semi-experimental with pre-test, post-test and follow up with the control group. The population of this study consisted of all women with MS in Tabriz City who were members of MS Society of Tabriz in 2019. In total, 30 women were selected by purposive sampling method, and randomly divided into three groups of logotherapy and treatment based on acceptance and commitment and control group. Members of both experimental groups received their own treatment respectively in 8 sessions of 1.5 hours. Data were analyzed by repeated measures ANOVA and Bonferroni post hoc test.
Results: Logotherapy and treatment based on acceptance and commitment led to reduce death anxiety and hopelessness, and increase resilience compared to the control group in post-test of MS patients ($P<0.001$). In the follow-up phase, the effect of logotherapy and treatment based on acceptance and commitment on the death anxiety, resilience and hopelessness persisted ($P<0.001$). The effect of logotherapy and treatment based on acceptance and commitment on the death anxiety, resilience and hopelessness was not different at posttest and follow-up period.
Conclusion: Logotherapy and treatment based on acceptance and commitment are likely to reduce death anxiety, thereby they lead to better cope with disease, increase resiliency, and reduce hopelessness in patients with MS.
Keywords: *Logotherapy, Treatment based on acceptance and commitment, Death anxiety, Resilience, Hopelessness, Multiple Sclerosis.*

Cited as: Smkhani Akbarinejhad H, Bayrampour O, Faroughi P. Comparison of the Effectiveness of Logotherapy and Treatment Based On Acceptance & Commitment on the Death Anxiety, Resilience & Hopelessness of Women with Multiple Sclerosis. Medical Science Journal of Islamic Azad University, Tehran Medical Branch 2021; 31(1): **97-106.**

Correspondence to: Hadi Smkhani Akbarinejhad
Tel: *+98 9369943438*
E-mail: Hadiakbarinejhad@yahoo.com
ORCID ID: 0000-0001-5997-1790
Received: 4 May 2020; **Accepted:** 10 Aug 2020

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-10-15]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1400.31.1.4.2]
[DOI: 10.52547/iau.31.1.97]

مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی
دوره ۳۱، شماره ۱، بهار ۱۴۰۰، صفحات ۹۷ تا ۱۰۶

Original Article

مقایسه اثربخشی معنادرمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب مرگ، تاب‌آوری و ناامیدی زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس

هادی اسمخانی اکبری‌نژاد[۱]، عذرا بایرام‌پور[۲]، پریا فاروقی[۳]

[۱] گروه روان‌شناسی، موسسه آموزش عالی نبی اکرم (ص)، تبریز، ایران
[۲]کارشناس روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، موسسه آموزش عالی چرخ نیلوفری آذربایجان، تبریز، ایران
[۳]استادیار، گروه روان‌شناسی، موسسه آموزش عالی نبی اکرم (ص)، تبریز، ایران

چکیده

سابقه و هدف: *به‌نظر می‌رسد معنادرمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌توانند بر اضطراب مرگ، تاب‌آوری و ناامیدی زنان مبتلا به ام اس تأثیر بگذارند. پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی معنادرمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب مرگ، تاب‌آوری و ناامیدی زنان مبتلا به ام اس صورت گرفت.*

روش بررسی: *روش این پژوهش، نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش را زنان مبتلا به ام اس شهر تبریز که در سال ۱۳۹۸ عضو انجمن ام اس این شهر بودند تشکیل دادند. ۳۰ نفر با استفاده از نمونه‌گیری هدفمند انتخاب، و به‌صورت تصادفی در سه گروه معنادرمانی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه کنترل قرار گرفتند. گروه‌های آزمایشی درمان مختص گروه خود را در ۸ جلسه دریافت کردند. داده‌ها توسط آزمون تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی تحلیل شدند.*

یافته‌ها: *معنادرمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با گروه کنترل، در پس‌آزمون، منجر به کاهش اضطراب مرگ و ناامیدی، و افزایش تاب‌آوری زنان مبتلا به ام اس شد ($p<۰/۰۰۱$) و این نتایج در مرحله پیگیری نیز نشان از ماندگاری اثر داشت ($p<۰/۰۰۱$). تأثیر معنادرمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب مرگ، تاب‌آوری و ناامیدی زنان مبتلا به ام اس در مراحل پس‌آزمون و پیگیری متفاوت نبود.*

نتیجه‌گیری: *معنادرمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد احتمالاً سبب کاهش اضطراب مرگ و در نتیجه مقابله بهتر با بیماری و افزایش تاب‌آوری و کاهش ناامیدی بیماران مبتلا به ام اس می‌شود.*

واژگان کلیدی: *معنادرمانی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، اضطراب مرگ، تاب‌آوری، ناامیدی، ام اس.*

مقدمه

ام اس (multiple sclerosis) یک بیماری ناتوان‌کننده مزمن است که میلین سیستم اعصاب مرکزی و نخاع را تخریب می‌کند و به‌همین علت بخشی از عضلات بدن به‌تدریج توانایی خود را از دست می‌دهند (۱). زنان سه برابرِ مردان به این بیماری مبتلا می‌شوند و میانگین سنی ابتلا به آن ۳۰ سال است (۲). اضطراب مرگ بالا (۳)، تاب‌آوری کم (۴) و کاهش سطح امیدواری و شادکامی (۵) از شایع‌ترین علائم بیماران مبتلا به ام اس هستند. این علائم تأثیر منفی و مخرب قابل‌توجهی بر کیفیت زندگی این افراد دارد، عملکردهای آن‌ها را محدود کرده و هزینه‌های سنگینی را به آن‌ها و اعضای خانواده‌شان تحمیل می‌کند (۶).

مواجهه با مرگ و اضطراب ناشی از آن به عنوان یکی از مهم‌ترین عوامل سلامت روانی افراد به‌شمار می‌رود (۷).

آدرس نویسنده مسئول: تبریز، گروه روان‌شناسی، موسسه آموزش عالی نبی اکرم (ص)، هادی اسمخانی اکبری‌نژاد (**email**: Hadiakbarinejhad@yahoo.com)
ORCID ID: 0000-001-5997-1790
تاریخ دریافت مقاله: ۹۹/۲/۱۵
تاریخ پذیرش مقاله: ۹۹/۵/۲۰

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-10-15]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1400.31.1.4.2]
[DOI: 10.52547/iau.31.1.97]

طبق تعریف سازمان خدمات بهداشت ملی بریتانیا (british national health service) اضطراب مرگ (death anxiety) عبارت است از «نوعی احساس وحشت، هراس یا نگرانی زیاد، هنگام فکر کردن در مورد فرآیند مردن یا قطع ارتباط خود با دنیا و یا آن‌چه که بعد از مرگ رخ می‌دهد» (۸). از آنجایی که مرگ هرگز تجربه نشده و هیچ کس آن را به‌وضوح لمس نکرده، همه به‌نوعی در مورد آن دچار اضطراب هستند و این ترس و اضطراب در افراد مبتلا به بیماری‌هایی نظیر سرطان و ام اس شاید به‌مراتب بیش‌تر از سایر افراد جامعه باشد (۹).

تاب‌آوری (resilience) یکی از سازه‌های شخصیت برای فهم انگیزش، هیجان، رفتار و ظرفیتی برای مقاومت در برابر استرس و فاجعه است. تاب‌آوری، به‌عنوان قدرت یا توانایی برگشتن به زندگی اولیه و شروع وضعیت جدید از طریق کاهش فشار عصبی یا تحریف آن و جایگزینی نشاط نیز تعریف می‌شود. عوامل تاب آوری باعث می‌شود که فرد در شرایط دشوار با وجود عوامل خطر از ظرفیت‌های موجود خود در دست‌یابی به‌موفقیت و رشد زندگی استفاده کند و از این چالش و آزمون‌ها به‌عنوان فرصتی برای توانمند کردن خود بهره جوید و از آن‌ها سربلند و پیروز بیرون آید (۱۰). تاب‌آوری چون سدی در برابر استرس، نشانه‌های افسردگی را کاهش می‌دهد (۱۱). مطالعات حاکی از این است که افراد با تاب‌آوری زیاد سطح کم‌تری از اجتناب را نشان می‌دهند و با درد ناشی از بیماری‌شان بهتر کنار می‌آیند و نگرش فاجعه‌آمیزی درباره درد ندارند یا کم‌تر به فاجعه‌سازی روی می‌آورند (۱۲).

بیماران مبتلا به ام اس به‌دلیل احساس متفاوت بودن با دیگران دچار حالت‌هایی از احساس تنهایی، انزوا و ناامیدی (hopelessness) می‌شوند (۱۳). ناامیدی، نظامی از طرحواره‌های منفی است که فرد نسبت به خود و آینده‌اش دارد (۱۴) و دل‌مردگی ناشی از افسردگی است که می‌تواند خود را در قالب از دست رفتن امید به آینده نشان دهد؛ در این شرایط فرد احساس نامطلوب نسبت به خود و آینده دارد (۱۵).

چون بیماری ام اس هم جسم و هم روان را درگیر می‌کند، باید در درمان و پرداختن به‌مشکلات افراد مبتلا به ام اس، هم مداخلات دارویی و فیزیولوژیکی، و هم مداخلات روان‌شناختی (۱۶) را مورد توجه قرار داد. به‌عنوان مثال، Rattue (۱۷) نشان داد که علاوه بر مصرف داروهای ام اس، درمان مدیریت استرس می‌تواند مفید واقع شود. درمورد مداخلات روان‌شناختی، می‌توان به انواع رویکردهای مشاوره و روان‌درمانی (counseling & psychotherapy)، ازجمله معنادرمانی (logotherapy) و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (treatment based on acceptance and commitment) اشاره کرد.

ویکتور فرانکل (Viktor Frankl) در سال ۱۹۲۶ در یک سخنرانی عمومی، برای اولین بار از اصطلاح معنادرمانی استفاده کرد. او دو سطح از معناجویی را مطرح می‌کند. سطح اول، معنای حاضر یا معنا در زمان حال است و سطح دوم، «فرامعنا» (meta-meaning) نام دارد که هر شخصی به‌دنبال زندگی خود است (۱۸). معنادرمانی با در نظر گرفتن گذرایی زندگی و وجود انسانی به‌جای بدبینی و انزوا، انسان را به‌تالش و فعالیت فرامی‌خواند و بیان می‌کند که آن‌چه انسان‌ها را از پای درمی‌آورد، رنج‌ها و سرنوشت نامطلوبشان نیست، بلکه بی‌معناشدن زندگی است که مصیبت‌بار است. اگر رنج شجاعانه پذیرفته شود تا واپسین دم، زندگی معنا خواهد داشت و معنای زندگی می‌تواند حتی معنای بالقوه درد و رنج را نیز شامل شود (۱۹). از این‌رو، معنایابی در زندگی می‌تواند تأثیرات عمیقی بر کاهش مشکلات روان‌شناختی گروه‌های مختلف بیماران داشته باشد (۲۰). پژوهش‌های مختلف حاکی از این است که معنادرمانی بر بهبود وضعیت روانی و جسمی (۲۱)، تاب‌آوری (۲۲)، کیفیت زندگی (۱۵)، افسردگی (۲۳)، استرس ادراک‌شده و امید به زندگی (۲۴) و کاهش اضطراب و افزایش اعتماد به نفس (۲۵) بیماران مبتلا به ام اس موثر است.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک مداخله روان‌شناختی مبتنی بر شواهد است که راهبردهای پذیرش و ذهن‌آگاهی (mindfulness) را به‌شیوه‌های مختلفی با راهبردهای تعهد و تغییر رفتار درمی‌آمیزد. این امر با هدف افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی انجام می‌شود. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به این معنی است که فرد به‌طور کامل با لحظات کنونی تماس داشته باشد و براساس مقتضیات وضعیتی که در آن قرار دارد متعهد شود که رفتار خود را در راستای ارزش‌هایی که برگزیده است تغییر یا ادامه دهد (۲۶). با کمک این درمان افراد می‌توانند با پذیرش افکار و احساسات به‌جای اجتناب از آن‌ها و با آگاهی و شناخت از ارزش‌های اصلی شخصی در زندگی در بین گزینه‌های مختلف عملی را انتخاب کنند که مناسب‌تر باشد و به ارزش‌هایشان نزدیک‌تر باشد، نه این‌که عملی صرفاً جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطرات یا تمایلات آشفته به فرد تحمیل شود (۲۷). پژوهش‌های مختلف حاکی از این است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شادکامی و امیدواری (۲۸)،

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-10-15]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1400.31.1.4.2]
[DOI: 10.52547/iau.31.1.97]

اضطراب مرگ (۲۹) و تعهد و تاب‌آوری (۳۰) بیماران مبتلا به ام اس اثربخش است.

لذا به‌نظر می‌رسد معنادرمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌توانند بر اضطراب مرگ، تاب‌آوری و ناامیدی زنان مبتلا به ام اس تأثیر بگذارند. با این‌حال در خصوص مقایسه میزان اثربخشی این دو درمان پژوهشی صورت نگرفته است. از این‌رو، هدف پژوهش حاضر این بود که اثربخشی معنادرمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب مرگ، تاب‌آوری و ناامیدی زنان مبتلا به ام اس را مورد مطالعه قرار دهد. متغیرهای مستقل پژوهش شامل معنادرمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، و اضطراب مرگ، تاب‌آوری و ناامیدی، متغیرهای وابسته پژوهش حاضر بود.

مواد و روشها

روش پژوهش حاضر، نیمه‌تجربی و طرح آن از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه زنان مبتلا به ام اس شهر تبریز بود که در سال ۱۳۹۸ عضو انجمن ام اس این شهر بودند. جهت نمونه‌گیری از روش نمونه‌گیری غیراحتمالی در دسترس مبتنی بر هدف استفاده شد. پس از کسب رضایت مسئولین انجمن و بیماران، پرسشنامه‌های اضطراب مرگ Templer، تاب‌آوری Davidson & Connor و ناامیدی Beck در بین ۱۰۲ بیمار توزیع شد که ۶۹ نفر در پرسشنامه اضطراب مرگ نمره بالای ۷، در مقیاس تاب‌آوری نمره ۴۰ تا ۶۰ و در پرسشنامه ناامیدی نمره ۹ الی ۱۳ کسب کردند. از این بین، ۳۰ نفر با در نظر گرفتن معیارهای ورود (سن ۲۳ تا ۳۸ سال، متأهل بودن، ابتلا به بیماری ام اس بیش از ۲ سال، شرکت کامل در جلسات درمانی) و معیارهای خروج از مطالعه (ابتلا به بیماری جدی دیگری به‌غیر از ام اس، استفاده از داروهای روان‌پزشکی، شرکت در جلسات مشاوره و روان‌درمانی فردی و گروهی) انتخاب، و به‌صورت تصادفی (به‌شیوه قرعه‌کشی) به دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل تقسیم شدند. جهت تعیین حجم نمونه از معادله برآورد فرمول حجم نمونه Fleiss استفاده شد. بر اساس مطالعه Javadian Saraf و Emami (۳۱)، σ=۱/۰۱، d^2=۳/۱۰۲، Power=۰/۷۱ و α=۰/۰۵ در نظر گرفته شد. در مطالعه مذکور σ انحراف معیار است که میزان پراکندگی، و d بازه اطمینان است که میزان قابل اغماض بودن بالاتر یا پایین‌تر میانگین نمونه از میانگین جامعه را نشان می‌دهد. بر اساس معادله، حجم نمونه ۹/۱۱ به‌دست آمد که برای هر گروه ۱۰ نفر در نظر گرفته شد. همه اصول اخلاقی در این مقاله رعایت شده است. شرکت‌کنندگان اجازه داشتند هر زمان که مایل بودند از پژوهش خارج شوند. اطلاعات آن‌ها محرمانه نگه داشته شدند و در پایان درمان، گروه کنترل نیز تحت مداخله قرار گرفتند. کد اخلاق پژوهش حاضر (IR.IAU.Z.REC.1397.141) بود.

پرسشنامه اضطراب مرگ Templer: پرسشنامه ۱۵ سؤالی Templer ابزاری برای اندازه‌گیری اضطراب مربوط به‌مرگ است که بیش‌ترین کاربرد را در نوع خود داشته است. این مقیاس، پرسشنامه‌ای خودسنجی متشکل از ۱۵ سوال بله/ خیر است و پاسخ بله نشانه وجود اضطراب در فرد است. دامنه نمره‌های این مقیاس از صفر تا ۱۵ است و نمره بیش‌تر از ۸، معرف درجه زیادی از اضطراب مرگ است. ضریب پایایی بازآزمایی مقیاس ۰/۸۳، روایی همزمان به‌وسیله همبستگی آن با مقیاس اضطراب آشکار ۰/۲۷ و با مقیاس افسردگی ۰/۴۰ گزارش شده است (۳۲). Kline & Saggino (۳۳) ضرایب آلفای کرونباخ را برای عامل‌های سه‌گانه‌ای که با روش تحلیل عوامل و ویرایش ایتالیایی این مقیاس به‌دست آمده است، به ترتیب ۰/۶۸، ۰/۴۹ و ۰/۶۰ گزارش کرده‌اند.

مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون Connor & Davidson: این مقیاس ۲۵ گویه دارد که در یک دامنه لیکرتی بین صفر (کاملاً نادرست) تا پنج (همیشه درست) نمره‌گذاری می‌شود. حداقل نمره تاب‌آوری آزمودنی در این مقیاس صفر و حداکثر ۱۰۰ است (۳۴). روایی و پایایی این مقیاس بر روی ۲۰۰ نفر از نوجوانان مبتلا به سرطان تهران، ارومیه و اصفهان بررسی شد که روایی محتوایی این مقیاس با استفاده از روش تعیین شاخص روایی محتوا ۰/۹۸، و پایایی کل ابزار با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۲ گزارش شد (۳۵).

پرسشنامه ناامیدی Beck: مقیاس Beck برای بررسی و اندازه‌گیری میزان انتظارهای منفی فرد درباره حوادث آینده ساخته شده است. این آزمون ۲۰ جمله دارد که طرز فکر و روحیه فرد را بیان می‌کنند. جملات، به‌صورت صحیح یا غلط پاسخ داده می‌شوند. دامنه نمرات بین صفر تا ۲۰ است. اعتبار این مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۷۹ به‌دست آمده است (۲۸).

پس از اجرای پیش‌آزمون، اعضای گروه آزمایش اول، طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (۲ ماه، هفته‌ای یک جلسه) معنادرمانی را به‌صورت گروهی، طبق برنامه درمانی Andreson (۳۶) دریافت کردند (جدول ۱). اعضای گروه آزمایش دوم نیز، طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (۲ ماه، هفته‌ای یک جلسه) از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌صورت گروهی، طبق برنامه درمانی Hayes & Lillis (۲۶) برخوردار شدند (جدول ۲). برای جلوگیری از تبادل اطلاعات بین افراد گروه‌های آزمایش، از آن‌ها خواسته شد تا ۴

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-10-15]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1400.31.1.4.2]
[DOI: 10.52547/iau.31.1.97]

جدول ۱. جلسات معنادرمانی به‌صورت گروهی طبق برنامه درمانی Andreson (۳۶)

جلسه	هدف
اول	آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و با مشاور و فرآیند مشاوره
دوم	آشنایی با رویکرد معنادرمانی
سوم	پذیرش مسئولیت فرد نسبت به خود و دیگران
چهارم	یافتن هدف در زندگی
پنجم	بررسی موضوع مرگ و زندگی؛
ششم	غلبه بر یأس و ناامیدی
هفتم	نگرش و احساسات افراد در زندگی
هشتم	خلاصه و پایان جلسات گروهی، اجرای پس‌آزمون

جدول ۲. جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌صورت گروهی طبق برنامه درمانی Hayes & Lillis (۲۶)

جلسه	محتوا
اول	برقراری رابطه درمانی، آشناکردن افراد با موضوع پژوهش، پاسخ به‌پرسشنامه‌ها و بستن قرارداد درمانی
دوم	کشف و بررسی روش‌های درمانی بیمار، ارزیابی میزان تأثیر آن‌ها، بحث درباره موقتی وکم‌اثر بودن درمان‌ها با استفاده از تمثیل، دریافت بازخوردها و ارائه تکالیف
سوم	کمک به‌مراجع برای تشخیص راهبردهای ناکارآمد کنترل و پی بردن به‌بیهودگی آن‌ها، پذیرش وقایع شخصی دردناک بدون کشمکش با آن‌ها با استفاده از تمثیل، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف
چهارم	توضیح درباره اجتناب از تجارب دردناک و آگاهی از پیامدهای آن‌ها، آموزش گام‌های پذیرش، تغییر مفاهیم زبان با استفاده از تمثیل، آموزش تن‌آرامی، دریافت بازخورد و ارائه تکالیف
پنجم	معرفی مدل سه‌بُعدی به‌منظور بیان ارتباط مشترک رفتار/ احساسات، کارکر دهای روان‌شناختی و رفتار قابل مشاهده و بحث درباره تلاش برای تغییر رفتار بر اساس آن، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف
ششم	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 حس‌هایی که جزء محتوای ذهنی هستند، دریافت بازخورد و ارائه تکالیف
هفتم	توضیح مفهوم ارزش‌ها، ایجاد انگیزه برای تغییر و توانمندکردن مراجع برای زندگی بهتر، تمرین تمرکزآگاهی، دریافت بازخورد و ارائه تکالیف
هشتم	آموزش تعهد به‌عمل، شناسایی طرح‌های رفتاری مطابق با ارزش‌ها و ایجاد تعهد برای عمل به آن‌ها، جمع‌بندی جلسات و اجرای پس‌آزمون

ماه پس از اتمام درمان، درباره محتوای جلسات با یکدیگر گفتگویی نداشته باشند. جلسات درمانی، توسط ۲ متخصص مشاوره و روان‌شناسی با درجه دانشیاری در یک مرکز مشاوره خصوصی در شهر تبریز برگزار شدند. بعد از اتمام جلسات (پس‌آزمون)، و ۴ ماه پس از اتمام درمان (پیگیری)، اعضای هر سه گروه با استفاده از ابزار اندازه‌گیری ارزیابی شدند.

فرضیه پژوهش: تأثیر معنادرمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب مرگ، تاب‌آوری و ناامیدی زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس متفاوت است.

برای تحلیل آماری از نسخه ۲۴ نرم‌افزار SPSS استفاده شد. جهت بررسی فرضیه پژوهش از آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر و آزمون تعقیبی بونفرنی استفاده شد. بررسی پیش‌فرض‌های این آزمون (شاپیرو ویلک، آزمون ام باکس، آزمون لوین و آزمون کرویت موخلی) نشان داد که همه آن‌ها برقرارند و می‌توان از آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده کرد. در این پژوهش سطح معنی‌داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن شرکت‌کنندگان در مطالعه ۳۰/۵۷±۴/۹۵ سال و میانگین و انحراف معیار مدت زمان ابتلا به بیماری ام اس ۴/۵۰±۱/۱۹ سال بود. در جدول ۳، میانگین و انحراف معیار سن و مدت زمان ابتلا به بیماری آزمودنی‌ها مقایسه شده است. نتایج نشان می‌دهد که بین سه گروه از نظر سن و مدت زمان ابتلا به بیماری ام اس تفاوت معنی‌داری وجود ندارد.

جدول ۴ نشان می‌دهد که بین نمرات متغیرهای اضطراب مرگ، تاب‌آوری و ناامیدی در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، تفاوت معنی‌داری وجود دارد (P<۰/۰۰۱). همچنین نتایج نشان می‌دهد نمرات اضطراب مرگ، تاب‌آوری و ناامیدی گروه‌های آزمایش در پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون تفاوت معنی‌داری دارد (P<۰/۰۰۱). علاوه بر آن، تأثیر معنادرمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب مرگ، تاب‌آوری و ناامیدی زنان مبتلا به ام اس بعد از چهار ماه پیگیری نیز ماندگار بود (P<۰/۰۰۱).

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-10-15]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1400.31.1.4.2]
[DOI: 10.52547/iau.31.1.97]

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار سن و مدت زمان ابتلا به بیماری آزمودنی‌ها

متغیر	گروه	انحراف معیار ± میانگین	p
سن	معنادرمانی	۳۰/۸۰±۵/۴۵	۰/۵۹۰
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۲۹/۳۰±۴/۸۵	
	کنترل	۳۱/۶۰±۴/۷۶	
	کل	۳۰/۵۷±۴/۹۵	
مدت زمان ابتلا به بیماری	معنادرمانی	۴/۷۰±۱/۱۶	۰/۸۲۲
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۴/۴۰±۱/۳۵	
	کنترل	۴/۴۰±۱/۱۷	
	کل	۴/۵۰±۱/۱۹	

جدول ۴. نمرات متغیرهای اضطراب مرگ، تاب‌آوری و ناامیدی در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در سه گروه

متغیر	گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	تغییرات داخل گروهی	تغییرات بین گروهی
اضطراب مرگ	معنادرمانی	۱۱/۶۰±۲/۸۷*	۸/۴۰±۱/۹۵	۸/۵۰±۱/۹۰	**P<۰/۰۰۱**	**P<۰/۰۰۱**
	درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش	۱۱/۱۰±۲/۶۰	۶/۶۰±۰/۸۴	۶/۹۰±۰/۸۷	**P<۰/۰۰۱**	
	کنترل	۱۱/۴۰±۲/۶۳	۱۱/۷۰±۲/۴۹	۱۱/۶۰±۲/۵۴	P>۰/۹	
	سطح معنی‌داری بین گروه‌ها	p>۰/۹۱۷	**p<۰/۰۰۱**	**p<۰/۰۰۱**	-	-
تاب‌آوری	معنادرمانی	۵۱/۴۰±۷/۰۴	۷۵/۱۰±۴/۷۲	۷۴/۵۰±۴/۱۱	**P<۰/۰۰۱**	**P<۰/۰۰۱**
	درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش	۵۰/۸۰±۶/۷۹	۷۶/۶۰±۱/۷۱	۷۶/۳۰±۱/۵۶	**P<۰/۰۰۱**	
	کنترل	۵۱/۹۰±۷/۰۷	۵۲/۱۰±۷/۱۲	۵۱/۷۰±۷/۲۲	P>۰/۸	
	سطح معنی‌داری بین گروه‌ها	p>۰/۹۴۰	**p<۰/۰۰۱**	**p<۰/۰۰۱**	-	-
ناامیدی	معنادرمانی	۱۱/۰۰±۱/۴۹	۶/۸۰±۱/۷۵	۶/۹۰±۱/۸۵	**P<۰/۰۰۱**	**P<۰/۰۰۱**
	درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش	۱۰/۹۰±۱/۵۹	۶/۶۰±۱/۵۷	۶/۸۰±۱/۵۴	**P<۰/۰۰۱**	
	کنترل	۱۱/۵۰±۱/۵۰	۱۱/۶۰±۱/۴۳	۱۱/۷۰±۱/۴۱	P>۰/۸	
	سطح معنی‌داری بین گروه‌ها	p>۰/۶۴۹	**p<۰/۰۰۱**	**p<۰/۰۰۱**	-	-

* میانگین ± انحراف معیار

نتایج آزمون تحلیل واریانس آمیخته نشان داد اختلاف میانگین نمره اضطراب مرگ، تاب‌آوری و ناامیدی گروه‌های درمانی با گروه کنترل معنی‌دار است (P<۰/۰۰۱)؛ نتایج مقایسه‌های زوجی برای مرحله پیگیری نیز نشان داد اختلاف میانگین نمرات اضطراب مرگ، تاب‌آوری و ناامیدی در گروه‌های درمانی با گروه کنترل معنی‌دار است (P<۰/۰۰۱). آزمون تعقیبی بونفرونی نشان داد معنی‌داری تغییرات بین‌گروهی به‌دلیل تفاوت تغییرات گروه‌های درمانی با گروه کنترل است؛ به‌طوری که هم در پس‌آزمون و هم پیگیری، نمرات اضطراب مرگ، تاب‌آوری و ناامیدی گروه‌های درمانی بیش‌تر از نمره گروه کنترل است، ولی نمره اضطراب مرگ، تاب‌آوری و ناامیدی گروه معنادرمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد متفاوت از هم نیست. بنابراین، معنادرمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش اضطراب مرگ و ناامیدی و افزایش تاب‌آوری برتری نسبت به هم ندارند. جهت مقایسه اثربخشی معنادرمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب مرگ، تاب‌آوری و ناامیدی بیماران مبتلا به ام اس از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. نتایج نشان داد که تأثیر معنادرمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب مرگ، تاب‌آوری و ناامیدی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری متفاوت از هم نیست، و تأثیر هر دو درمان بر اضطراب مرگ، تاب‌آوری و ناامیدی بیماران مبتلا به ام اس یکسان است.

بحث

هدف از پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی معنادرمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب مرگ، تاب‌آوری و ناامیدی بیماران مبتلا به ام اس بود. تحلیل داده‌ها نشان داد که

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-10-15]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1400.31.1.4.2]
[DOI: 10.52547/iau.31.1.97]

معنادرمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش اضطراب مرگ و ناامیدی، و افزایش تاب‌آوری زنان مبتلا به ام اس تأثیر دارند، اما تأثیر این دو درمان در پس‌آزمون و پیگیری با هم متفاوت نیست. همچنین، یافته‌ها نشان داد که تغییرات نمره اضطراب مرگ، تاب‌آوری و ناامیدی در زمان‌های مورد بررسی در گروه‌ها متفاوت بوده و اثر زمان معنی‌دار است؛ یعنی اثر متقابلی بین زمان و مداخله وجود دارد و با گذشت زمان از شروع مداخله، نمرات اضطراب مرگ، تاب‌آوری و ناامیدی ارتقاء یافتند و تأثیرات ناشی از حضور در گروه‌های آزمایشی با نزدیک شدن به پایان مداخله بر روی نمرات اضطراب مرگ، تاب‌آوری و ناامیدی افراد در هر دو گروه آزمایشی مثبت بود.

در راستای اثربخشی معنادرمانی بر اضطراب مرگ، تاب‌آوری و ناامیدی زنان مبتلا به ام اس می‌توان به نتایج پژوهش‌های Bruce و Lynch (۲۱)، Hosseini و همکاران (۲۲)، Mardani و Valandani و Ghafari (۱۵)، Rezaei (۲۳)، Ghara Zibaei و همکاران (۲۴) و Rasuli و Burjali (۲۵) اشاره کرد که نشان دادند معنادرمانی بر اضطراب مرگ، تاب‌آوری و ناامیدی زنان مبتلا به ام اس اثربخش است که در نتیجه پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های مذکور همسو است.

در تبیین اثربخشی معنادرمانی بر اضطراب مرگ می‌توان گفت که هدف معنادرمانی تواناساختن بیمار برای کشف معنای منحصربه‌فرد خود است. معنادرمانی می‌کوشد تا حدود اختیارات و آزادی‌های بیمار را ترسیم کند. معنادرمانی در شکستن چرخه‌های معیوب روان‌آزردگی مؤثر است. معناجویی به زندگی مفهوم واقعی می‌بخشد، از این‌رو گذرابودن و انتقال زندگی از معنای آن نمی‌کاهد و آن‌چه اهمیت بسیار دارد، شیوه نگرش فرد به‌رنج است و همچنین شیوه‌ای که این رنج را به‌دوش می‌کشد. به‌همین دلیل انسان‌ها درد و رنجی را که معنا و هدفی دارد، با میل تحمل می‌کنند. فرجام‌پذیری و گذرابودن نه‌تنها از ویژگی‌های اصلی زندگی انسان است، بلکه عامل واقعی بامعنی‌بودن آن نیز به‌شمار می‌رود. معنادرمانگر می‌کوشد تا به‌مراجع کمک شود که در زندگی خود هدف و منظوری را جستوجو کند؛ هدف و منظوری که با وجود و هستی او متناسب باشد و برایش معنا داشته باشد. مشاور کمک می‌کند تا مراجع به‌عالی‌ترین فعالیت حیاتی ممکن دسترسی پیدا کند. به‌مراجع کمک می‌شود تا نه‌تنها به‌تجربه هستی بپردازد و کوشش پیگیری در بالفعل کردن ارزش‌ها را از خود نشان دهد، بلکه او را متعهد به انجام کاری می‌کند که مسئولیتی را بپذیرد و تکلیف معینی را عهده‌دار شود. اگر فرد بیمار دستورالعمل «همواره چنان رفتار کن که گویی بار دومی است که زندگی می‌کنی و طوری عمل کن که به‌نظر آوری بار اول که در آن مورد عمل کردی، بسیار غلط عمل کرده بودی» را سرمشق رفتار خود قرار دهد، مسئولیت شگرفی احساس خواهد کرد و اضطراب نیستی و فانی شدن کاهش خواهد یافت (۳۷).

اگر بپذیریم که جهانی که ما در آن زندگی می‌کنیم جهان مفاهیم و نشانه‌هاست، پس هر رویداد پیامی است برای انسان هوشیار تا آن را خوب ببیند و پیام نهفته‌اش را درک کند. اگر افراد میدان دید خود را وسعت دهند تا معنا و ارزش نهفته شده در آن مصیبت را ببینند آن‌گاه قادر خواهند بود شجاعانه آن را بپذیرند و با آن مبارزه کنند و به مسئولیت‌های خود رسیدگی کنند. انسان باید دریابد غم‌ها و مرگ است که واقعیت بودن و زندگی را توجیه می‌کند و وجود انسان را شکوفا می‌سازد و او را به‌تعالی می‌رساند، پس باید این‌ها را از منظری متفاوت دید (۱۸). فرانکل اطمینان می‌دهد که ناامیدی بیماری نبوده و نوعی موفقیت محسوب می‌شود. این موضوع علامت عمق فکری فرد است و به‌هیچ وجه به‌سطحی بودن وی مربوط نمی‌شود، بلکه همین نقطه آغاز برای یافتن معناست که هر جامعه به آن نیاز دارد. افراد در اجتماع نیاز دارند برای زندگی خود معنایی را پیدا کنند، اگر نتوانند این معنا را پیدا کنند دچار خلأ وجودی می‌شوند که منشأ اغلب ملالت‌هاست که روزگار ما به‌شدت از این خلأ رنج می‌کشد و ما آن را به‌شکل افسردگی‌ها و وابستگی به‌داروهای روان‌گردان (مخدر و آرام‌بخش) و خشم می‌بینیم. می‌توان گفت تاب‌آوری «یک فرآیند، توانایی یا پیامد سازگاری موفقیت‌آمیز با شرایط تهدیدکننده» است. به‌بیان دیگر، تاب‌آوری، سازگاری مثبت در واکنش به‌شرایط ناگوار است. البته تاب‌آوری تنها پایداری در برابر آسیب‌ها یا شرایط تهدیدکننده نیست و حالتی انفعالی در رویارویی با شرایط خطرناک نیست؛ بلکه شرکت فعال و سازنده در محیطی پیرامونی خود است. افراد تاب‌آور قادر هستند بر اَعمال خود کنترل داشته باشند، خود را از سردرگمی برهانند و نظام‌های حمایت اجتماعی و روابط خانوادگی گسترده‌تری فراهم کنند تا به آنان برای سازگاری بهتر کمک کنند (۳۷).

در تبیین اثر معنادرمانی بر ناامیدی بیماران ام اس می‌توان اشاره کرد که معنادرمانی می‌تواند به‌بیماران در داشتن هدف و جهت در زندگی، معنی‌دادن به زندگی در حال و گذشته، داشتن عقیده و باوری را که به زندگی هدف می‌دهد، آموزش دهد. معناها به‌عنوان دلایل و انگیزه‌های رفتار، آدمی را جذب می‌کنند و به زندگی او نشاط می‌بخشند. این انگیزه به اندازه‌ای قوی است که انگیزه‌های دیگر را تحت‌الشعاع قرار می‌دهد. اراده معطوف به معناداربودن زندگی، سلامت روانی شخص را تضمین

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-10-15]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1400.31.1.4.2]
[DOI: 10.52547/iau.31.1.97]

می‌کند. در زندگی بی‌معنا، دلیلی برای ادامه زیستن باقی نمی‌ماند. بیماران وقتی ناامیدند و هدف خاصی ندارند، احساس پوچی و بی‌معنایی می‌کنند و در خلئی بدون گریز گرفتار می‌آیند. درحقیقت، این معناست که به انسان جرئت بودن و شدن می‌دهد و از اضطراب‌هایی که در زندگی با آن روبه‌رو می‌شود، می‌کاهد. وقتی از بیماری پرسیده می‌شود: «برای چه زنده‌ای؟» جواب این سؤال همان چیزی است که به‌معنی اشاره دارد. بنابراین تنها راه گریز انسان از پوچی و احساس یأس و ناامیدی و افزایش امید به زندگی، خلق معنی و ارزش برای خود در هر لحظه و حرکت به‌سوی آن است و این جستوجوی ارزش فعالیت هر لحظه‌ای انسان است، یعنی با رسیدن به‌هدف مدنظر هدفی دیگر خلق می‌شود و ارزشی دیگر در نظر گرفته می‌شود. پس انسان هر لحظه در حال شدن، تعیین هدف و حرکت به‌سوی آن است (۳۷). تمامی این موارد در جلسات مداخله‌ای معنادرمانی ارائه می‌شود.

درباره اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هم می‌توان نتیجه گرفت که این درمان بر اضطراب مرگ، تاب‌آوری و ناامیدی زنان مبتلا به ام اس اثربخش است. پژوهش‌های Moslem Khaniو همکاران (۲۸)، Safari Mousavi و همکاران (۲۹) و Farahani و Heydari (۳۰) نشان دادند که این درمان بر اضطراب مرگ، تاب‌آوری و ناامیدی بیماران مبتلا به ام اس تأثیر دارد. نتیجه پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های مذکور همسو می‌باشد. هیچ پژوهشی مبنی بر ناهمسو بودن با نتیجه پژوهش حاضر پیدا نشد، تا بتوان علت شباهت و تفاوت نتایج مطالعات را بحث و بررسی کرد.

درحقیقت، ارزش‌ها مفاهیمی کلی و انتزاعی هستند که جهت‌های مهم فرد در زندگی را به او نشان می‌دهد. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمانگر مراجعان را با چالش مواجه می‌کند تا آن‌چه را که در حوزه‌های زندگی برایشان مهم است، مشخص کنند که عبارت از ازدواج و صمیمیت، روابط خانوادگی، روابط دوستی و اجتماعی، حرفه و شغل، رشد و توسعه شخصی و آموزشی، تفریح و اوقات فراغت، مذهب و معنویت، رفتار شهروندی و رفاه جسمی، روانی و بهداشتی هستند (۳۸). در مطالعات مختلفی رابطه منفی بین معنویت و اضطراب مرگ تأیید شده است؛ به این معنی که هرچه فرد اعتقادات معنوی بیش‌تری داشته باشد، اضطراب مرگ پایین‌تری را تجربه می‌کند (۳۸). بیرون‌راندن مرگ از شمار مسائل مربوط به زندگی و بی‌اعتنایی به‌جنبه‌های مردن، انزوا و دوری‌گزینی، باعث رنج و تشدید ترس در افراد می‌شود و هیچ‌گونه آرامشی برای انسان به ارمغان نخواهد آورد (۲۶). این‌گونه رفتارها از دیدگاه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، نوعی اجتناب محسوب می‌شود. این درمان به‌جای تغییردادن افکار و احساسات فرد به‌دنبال تغییر رابطه بیمار با این افکار و احساسات است و به این‌منظور با استفاده از تکنیک‌های پذیرش افکار و احساسات به‌جای اجتناب از آن‌ها و تکنیک‌های ذهن‌آگاهی به‌منظور افزایش توجه و آگاهی فرد نسبت به افکار، هیجانات 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 (۳۸).

این پژوهش نشان داد که تأثیر معنادرمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب مرگ، تاب‌آوری و ناامیدی بیماران مبتلا به ام اس متفاوت از هم نیست. هیچ پژوهشی اثربخشی این دو درمان را بر اضطراب مرگ، تاب‌آوری و ناامیدی بیماران مبتلا به ام اس مقایسه نکرده است؛ از این‌رو نمی‌توان نتایج متناقض را استخراج و آن‌ها را مورد مقایسه و بحث قرار داد. این دو رویکرد با نگرش‌های خاص خود توانسته‌اند به این دسته از بیماران کمک کنند تا با مشکلات خود مقابله کنند و آن‌ها را کاهش دهند. بنابراین، این رویکردها هر کدام با روش‌های منحصر به فرد خود در افزایش تاب‌آوری و کاهش اضطراب مرگ و ناامیدی بیماران مبتلا به ام اس اثربخش بوده‌اند.

نمونه پژوهش حاضر را زنان متأهل ۳۸-۲۳ ساله مبتلا به ام اس شهر تبریز تشکیل دادند که این مورد یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر است و تعمیم یافته‌ها به زنان مبتلا به ام اس جوان‌تر و مسن‌تر، و زنان غیرمتأهل که از حمایت همسر و خانواده برخوردار نیستند را دشوار می‌سازد. همچنین، در این پژوهش جمع‌آوری داده‌ها توسط پرسش‌نامه انجام شد که به‌دلیل خودگزارشی‌بودن ابزارها، سوگیری در پاسخ‌دهی محتمل است. پیشنهاد می‌شود پژوهش حاضر در جوامع آماری مختلف و در سایر شهرها اجرا گردد و از سایر روش‌های گردآوری اطلاعات نظیر مشاهده و مصاحبه نیز استفاده شود.

با توجه به نتایج پژوهش می‌توان گفت که معنادرمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، با کاربرد فرآیندهای خود، سبب کاهش اضطراب مرگ و ناامیدی و افزایش تاب‌آوری بیماران مبتلا به ام اس شده است. با توجه به نقش مهم زنان در خانواده و جامعه و از طرفی، لزوم توجه به سلامت جسمانی و روان‌شناختی آن‌ها پیشنهاد می‌شود در انجمن‌های ام اس، و در کلینیک‌های روان‌شناسی بیمارستان‌ها و کلنیک‌های دولتی و خصوصی، از این درمان‌ها به‌صورت فردی و گروهی در زمینه

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-10-15]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1400.31.1.4.2]
[DOI: 10.52547/iau.31.1.97]

کاهش اضطراب مرگ و ناامیدی و افزایش تاب‌آوری زنان مبتلا به ام اس استفاده شود.

تشکر و قدردانی

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر تقدیر و تشکر کنند.

سهم نویسندگان

امور مربوط به گردآوری داده‌ها و نگارش و تجزیه و تحلیل داده‌ها به عهده هادی اسمخانی اکبری‌نژاد بود. پریا فاروقی اصلاحات مقاله و عذرا بایرام‌پور شناسایی نمونه متشکل از افراد ام اس را بر عهده داشت و پیش‌آزمون و پس‌آزمون را اجرا کرد.

REFERENCES

1. National Multiple Sclerosis Society. What is MS? (cited 2019 Oct 22). Available from: https://www.nationalmssociety.org
2. Tsang BK, Macdonell R. Multiple sclerosis: Diagnosis, management and prognosis. AFP 2011;40:948-955.
3. Grabler MR, Weyen U, Juckel G, Tegenthoff M, Mavrogiorgou-Juckel P. Death anxiety and depression in amyotrophic lateral sclerosis patients and their primary caregivers. Front. Neurol 2018;9:1035. doi.org/10.3389/fneur.2018.01035
4. Ziaian T, De Anstiss H, Georgia A, Baghurst P, Sawyer M. Resilience and its association with depression, emotional and behavioral problems, and mental health service utilization among refugee adolescents living in South Australia. Int J Popul Res 2012;22:9-17.
5. Brown FL, Whittingham K, Boyd RN, McKinlay L, Sofronoff K. Does Stepping Stones Triple P plus Acceptance and Commitment Therapy improve parent, couple, and family adjustment following paediatric acquired brain injury? A randomised controlled trial. Behav Res Ther 2015;73:58-66.
6. Oraki M, Sami P. The Effect of Mindfulness Integrated Behavior- Cognitive Therapy on psychological well-being and quality of life among multiple sclerosis patients. Health Psychology 2017;5:34-47. [In Persian]
7. Bahrami N, Moradi M, Soleimani M, Kalantari Z, Hosseini F. Death Anxiety and its Relationship with quality of life in Women with Cancer . IJN 2013;26:51-61. [In Persian]
8. Venes D, Taber CW, Eds. Taber's cyclopedic medical dictionary. 23rd ed. Philadelphia: F.A. Davis Company; 2017. P.55-56.
9. Degi CL. Non-disclosure of cancer diagnosis: an examination of personal, medical and psychosocial factors. Support Care Cancer 2009;17:1101-1107.
10. Sarbandi Farahani M, MohammadKhani S, Moradi A. The Effect of Maternal Education Program on Mental Awareness on Pregnancy Existence and Marital Satisfaction in Pregnant Women. J Behav Sci 2014;4:375-381. [In Persian]
11. Catalano D, Chan F, Wilson L, Chiu CY, Muller VR. The buffering effect of resilience on depression among individuals with spinal cord injury: a structural equation model. Rehabil Psychol 2011;56:200-211.
12. Toby RO, Newton-John CM, Mick H. The Role of Resilience in Adjustment and Coping with Chronic Pain Rehabilitation. Psychology. 2014;59:360-365.
13. Leonavicius R, Adomaitiene V. Impact of depression on multiple sclerosis patients' life activities and treatment quality. Biologine Psichiatrijair Psycho Farmakologija 2012; 14:8-12.
14. Ipek N. The levels of anxiety and hopelessness of primary education children with speech disorders and of their parents. Journal of Elementary Education Online (IEJEE). 2010; 9:23-30.
15. Mardani Valandani M, Ghafari Z. The Effectiveness of Logotherapy on Quality of Life among MS Patients in Shahrekord. SJIMU 2015;23:47-56. [In Persian]
16. Schapiro RT, Ed. Managing the symptoms of multiple sclerosis. 6th ed. New York: Demos; 2014. P.123-124.
17. Rattue P. Stress reduction therapy could significantly help MS patients. Medical News Today. Available from: http://www.MedicalNewsToday.Com/Articles/247866.php.
18. McDonald MJ, Wong PTR, Gingras DT. Meaning-in-life measures and development of a Brief Version of the Personal Meaning Profile. In: Wong PTP, Ed. Personality and clinical psychology series. The human quest for meaning: Theories, research, and applications. London: Routledge/Taylor & Francis Group; 2012. P.357-82.

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-10-15]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1400.31.1.4.2]
[DOI: 10.52547/iau.31.1.97]

19. Frankel V, Ed. Man's search for meaning. 56th ed. New York: Basic Books; 2019. P.23-24.

20. Prochaska J, Norcross, J, Eds. Theories of Psychotherapy (Psychotherapy Systems): An Interdisciplinary Analysis. 56th ed. Tehran: Ravan; 2016. P.219-220. [In Persian]

21. Bruce J M, Lynch S G. Personality traits in multiple sclerosis: Association with mood and anxiety disorders. J Psychosom Res 2011;70:479-85.

22. Hosseini A, Amini N, Deira E. The Effectiveness of Group Logotherapy Based on Frankl's Logotherapy Approach on Improving Resiliency in Multiple Sclerosis Patients in Shiraz. Fifth International Conference on Psychology and Social Sciences, Tehran, Iran; 2016. [In Persian]

23. Rezaei H. A Comparison of the Effectiveness of Group-Based Rational-Emotive Behavior Therapy (REBT) and Logotherapy in Reducing Depression in Multiple Sclerosis (MS) Patients. JCPS 2015;16:49-77. [In Persian]

24. Ghara Zibaei F, Aliakbari Dehkordi M, Alipour A, Mohtashami T. Efficacy of Group logo Therapy in the perceived Stress and life Expectancy in MS patients. RPH 2013;6:12-20. [In Persian]

25. Rasuli L, Burjali A. The efficiency of group logo therapy in decreasing anxiety and increasing self esteem in patients with multiple sclerosis. JCPS 2012;1:42-60. [In Persian]

26. Hayes SC, Lillis J, Eds. Acceptance and Commitment Therapy. 2nd ed. Washington, DC: American Psychological Association; 2016. P.134-135.

27. Burckhardt R, Manicavasagar V, Batterham PJ, Hadzi-Pavlovic D. A randomized controlled trial of strong minds: A school-based mental health program combining acceptance and commitment therapy and positive. J Sch Psychol 2016;57:41-52

28. 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;17:15-23. [In Persian]

29. Safari Mousavi SS, Ghazanfari F, Mirderikvandi F. Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Death Anxiety in Women with Multiple Sclerosis in Khorramabad. J Clin Nurs Midwife 2019;7:234-241. [In Persian]

30. Farahani M, Heydari H. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on resiliency of MS patients. Frooyesh 2018;7:149-162. [In Persian]

31. Javadian SN, Emami T. The comparison of the effect of the number of aerobic and yoga sessions on physical self–description components of female university students. Harakat 2009; 2:127-45. [In Persian]

32. Rajabi GHR, Bohrani M. Item Factor Analysis of The Death Anxiety Scale. J Psychol 2002;4:331-344. [In Persian]

33. Saggino A, Kline P. Item factor analysis of the Italian version of the Death Anxiety Scale. J Clin Psychol 1996;52:329-33.

34. Conner KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: The Conner – Davidson Resilience Scale (CD-RISC). Depress Anxiety 2003;18:76-82.

35. Ahangarzadeh Rezaei S, Rasoli M. Psychometric Properties of The Persian Version Of "Conner-Davidson Resilience Scale" in adolescents with cancer. J Urmia Nurs Midwifery Fac 2015;13:739-747. [In Persian]

36. Andreson A. Logotherapy and spirituality, a course in Victor Frankls Logotherapy. [cited 2007 Oct 11]. Available from: Available at www.workshaper.org.uk.

37. Hajiazizi A H, Bahmani B, Mahdi N, Manzari Tavakoli V, Barshan A. Effectiveness of Group Logotherapy on Death Anxiety and Life Expectancy of the Elderly Living in Boarding Houses in Kerman. Salmand: Iranian Journal of Ageing 2017;12:220-31. [In Persian]

38. Hayes SC, Pistorello J, Levin ME. Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change . Couns Psychol 2012;40: 976-1002.

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-10-15]

[DOR: 20.1001.1.10235922.1400.31.1.4.2]

[DOI: 10.52547/iau.31.1.97]