رویش روان شناسی، سال۱۱، شماره۱۲، شماره پیاپی ۸۱، اسفند ۱۴۰۱
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),11(12), 2023

اثربخشی برنامه معنادرمانی بر بهزیستی عمومی، تاب‌آوری و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس

The effectiveness of meaning therapy program on general well-being, resilience and quality of life of patients with multiple sclerosi

الهه نجفی
دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی، واحد سنندج، دانشگاه آزاد اسلامی، سنندج، ایران.
سعید موسوی پور (نویسنده مسئول)
دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه اراک، اراک، ایران.
مرضیه السادات سجادی‌نژاد
استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه اراک، اراک، ایران.

چکیده
پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی برنامه معنادرمانی بر بهزیستی عمومی، تاب‌آوری و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس انجام شد. روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون ـ پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل تمامی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس مؤسسه نیکوکاری رعد مهربانی شهر اراک در سال ۱۴۰۰ بودند که از طریق روش نمونه‌گیری در دسترس و بر اساس معیارهای ورود و خروج تعداد ۳۰ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و گواه جایگزین شدند. ابزار اندازه‌گیری در این پژوهش پرسشنامه بهزیستی عمومی داپوی (GWD، ۱۹۷۲)، تاب‌آوری کانر و دیویدسون (CD-RIS، ۲۰۰۳) و کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHOQOL، ۱۹۹۸) بود. گروه آزمایش به مدت ۱۴ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای تحت برنامه معنا درمانی قرار گرفت و گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. تجزیه و تحلیل داده‌های آماری با استفاده از روش تحلیل کوواریانس چند متغیره صورت گرفت. یافته‌ها نشان داد که با کنترل اثر پیش آزمون تفاوت معناداری بین پس آزمون گروه آزمایش و گواه در بهزیستی عمومی، تاب‌آوری و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس وجود دارد (p=۰/۰۱). بر اساس نتایج پژوهش می‌توان گفت معنادرمانی روش مداخله‌ای مناسبی برای ارتقای بهزیستی عمومی، تاب‌آوری و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس است.

واژه‌های کلیدی: *بهزیستی عمومی، تاب‌آوری، کیفیت زندگی، معنادرمانی.*

Elahe Najafi
PhD student, Department of Psychology, Sanandaj Branch, Islamic Azad University, Sanandaj, Iran.
Saied Mosavipour*
Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Arak University, Arak, Iran.
s-moosavipour@araku.ac.ir
Marziyeh sadat Sajadi Nezhad
Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Arak University, Arak, Iran.

Abstract
The present study was conducted to determine the effectiveness of the meaning therapy program on the general well-being, resilience, and quality of life of patients with multiple sclerosis. The research method was semi-experimental with a pre-test-post-test design with a control group. The statistical population included all the patients with multiple sclerosis of the Raad Mehrabani Charitable Institute in Arak City in 2021, who were selected through the available sampling method and based on the entry and exit criteria, 30 people were randomly selected into two groups of 15 people, experimental and alternative evidence. became The measurement tools in this research were Dapuy's general well-being questionnaire (1972), Connor and Davidson's resilience (2003), and the World Health Organization's quality of life (1998). The experimental group underwent the meaning therapy program for 14 sessions of 45 minutes, and the control group did not receive any intervention. Statistical data analysis was done using the multivariate covariance analysis method. The findings showed that by controlling the effect of the pre-test, there is a significant difference between the post-test of the experimental group and the control in the general well-being, resilience, and quality of life of patients with multiple sclerosis (p=0.01). Based on the results of the research, it can be said that meaningful therapy is a suitable intervention method to improve the general well-being, resilience, and quality of life of patients with multiple sclerosis.
Keywords: *general well-being, resilience, quality of life, meaning therapy.*

نوع مقاله : پژوهشی | **دریافت : آذر ۱۴۰۱** | **پذیرش: دی ۱۴۰۱** | **ویرایش نهایی: اسفند ۱۴۰۱**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.12.8.7]

مقدمه

امروزه افزایش بیماری‌های مزمن، یکی از بزرگترین چالش‌های سیستم بهداشتی سراسر جهان می‌باشد (باپ[1] و همکاران، ۲۰۱۹)، لذا افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن ناچارند در برخی موارد تا پایان عمر، با این بیماری دست به گریبان باشند. ام اس[2]، یکی از این بیماری‌هاست و این بیماری، یک بیماری ناتوان‌کننده مزمن است که میلـین سیستم اعصاب مرکزی و نخاع را تخریب می‌کند. 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 می‌باشد (فلمینگ[3] و همکاران، ۲۰۱۹). سبب‌شناسی بیماری مولتیپل اسکلروزیس هنوز ناشناخته است. مکانیزم‌های احتمالی آسیب شناختی آن شامل از بین بردن میلین، تخریب نورون و سیناپتوپاتی است. شواهد جدید نشان می‌دهد که این بیماری نتیجه عوامل ویروسی، ژنتیکی، محیطی، ایمنی شناختی و روانشناختی می‌باشد (ماریس و هارنونگ[4]، ۲۰۲۰). در واقع علائم این بیماری ترکیبی از عوامل ژنتیکی و محیطی است (آل حسین[5] و همکاران، ۲۰۲۰) و می‌تواند تأثیر منفی قابل ملاحظه‌ای بر بهزیستی عمومی[6] (رضاییان لنگرودی و همکاران، ۱۳۹۹)، تاب‌آوری[7] (توکلی صالح و ابراهیمی، ۱۴۰۰) و کیفیت زندگی[8] (رستم نژاد و همکاران، ۱۴۰۰) مبتلایان بگذارد.

بهزیستی به عنوان توانایی هر فرد جهت برقراری تعادل فکری، هیجانی و موقعیتی برای حل مسائل و پاسخ به استرس به شیوه‌ای سالم تعریف شده است و می‌توان گفت که ویژگی‌های افراد با بهزیستی بالا، سازگاری رفتاری، سلامت عمومی، پذیرش ویژگی‌های خوب و بد، مقاومت و احساس تسلط و شایستگی و موفقیت در برابر چالش‌های زندگی است (حسن‌زاده و همکاران، ۱۳۹۸). معمولاً بهزیستی عمومی در بیماران ام. اس پائین‌تر از افراد عادی است؛ به عبارتی می‌توان گفت بیماران ام اس به علت استرس‌های زیادی که به خاطر بیماری دارند و رفت و آمدهای زیاد به مراکز بیمارستانی و مشکلات اقتصادی فراوانی که این بیماری به وجود می‌آورد، از سلامت روانشان کاسته می‌شود و به میزان معنی داری بهزیستی عمومی‌شان در مقایسه با افراد بهنجار پایین‌تر می‌باشد و عملکردهای آن‌ها را محدود می‌کند (بنی هاشمی و همکاران، ۲۰۲۰). از سوی دیگر، همچنین با تشخیص و رشد بیماری، بهزیستی عمومی در افراد مبتلا کاهش می‌یابد و بهزیستی به آنچه فرد برای سلامت به آن نیاز دارد، اشاره دارد و پژوهشگران به معیارهایی از جمله دیدگاه مثبت نسبت به خود، پذیرش خود، توانایی ایجاد بافت‌هایی منطبق با وضعیت روانشناختی خود، تسلط بر محیط، توانایی برقراری روابط گرم و قابل اعتماد با دیگران، هدفمندی و احساس جهت‌گیری، رشد مداوم توانایی‌های بالقوه فردی و مستقل بودن اتفاق نظر دارند (هداوند و همکاران، ۱۳۹۹).

علاوه بر بهزیستی پایین افراد مبتلا به ام اس، تاب‌آوری این بیماران نیز در مقایسه یا افراد عادی پایین‌تر است. مطالعات نشان می دهد که بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس در برابر حوادث ناگوار زندگی و در موقعیت های حل مسئله تاب آوری پایینی را از خود نشان می دهند و در واقع از نرخ پایین تاب آوری رنج می برند (میرمعینی و همکاران، ۱۴۰۱؛ کاویانی و همکاران، ۱۳۹۹). نظریه‌های جدید روانشناسی مثبت نگر رویکرد جدیدی به نام تاب‌آوری را مطرح می‌کنند. در نظریه تاب‌آوری به افراد نه به عنوان موجود منفعل پاسخ‌دهنده در برابر محرک‌ها، بلکه به عنوان تصمیم گیرنده‌های دارای حق انتخاب و امکان تسلط و ثمربخش نگریسته می‌شود. تاب‌آوری ظرفیتی برای مقاومت در برابر استرس و فاجعه است (کیلگور[9] و همکاران، ۲۰۲۰). تاب‌آوری روشی است که برای اندازه‌گیری توانایی فرد در مقابله با عوامل استرس‌زا مشخص می‌گردد و عواملی که سلامت روان فرد را تهدید می‌کند، را کاهش می‌دهد و قدرت فرد را برای مقابله بهتر با یک مشکل یا مسأله افزایش می‌دهد (کارل[10]، ۲۰۱۸) و نتایج پژوهش‌ها نشان داده است که افراد تاب‌آور رفتارهای خودشکنانه ندارند، از نظر هیجانی آرام هستند و توانایی مقابله با شرایط ناگوار را دارند و تاب‌آوری با تعدیل و کم‌رنگ کردن عواملی چون استرس و افسردگی، بهزیستی افراد را تضمین می‌کند (نجاری و همکاران، ۱۴۰۰).

1. Bopp
2. multiple sclerosis
3. Fleming
4. Mares J, Hartung
5. Al Hussein
6. general well-being
7. Resilience
8. quality of life
9. Killgore
10. Carle

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.12.8.7]

همچنین کیفیت زندگی نیز در یک مفهوم وسیع اجتماعی تعریف می‌شود که در آن فرد بر اساس تجربه و خصوصیات ژنتیکی با درک ذهنی از خوب یا بد بودن، کیفیت زندگی را معنا می‌کند (امرائی و طاعونی، ۲۰۲۱). در واقع کیفیت زندگی افراد یکی از گام‌های ضروری و مثبت در برخورد با موقعیت‌های متفاوت زندگی نظیر چالش‌ها و مشکلات متعدد به شمار می‌رود و می‌تواند از تشدید آن‌ها جلوگیری کند. کیفیت زندگی، ادراک فرد از میزان رضایت و خشنودی در زندگی، سلامت خانوادگی، جسمانی و اجتماعی، امید به زندگی و سلامت روانی افراد مبتلا به اختلال یا بیمار است (عثمانی و نجاری، ۱۴۰۱). پژوهش‌ها نشان می‌دهند، بیماری‌ام اس به کیفیت زندگی افراد مبتلا آسیب می‌رساند و با مقایسه میانگین کیفیت زندگی بیماران ام اس و افراد عادی، مشخص می‌گردد که نمره کیفیت زندگی افراد عادی بیشتر از این بیماران می‌باشد (میشل و همکاران، ۲۰۰۵). در واقع آن گروه از بیمارانی که سطح بالاتری از فعالیت‌های ارتقادهندهٔ سلامت را گزارش کرده‌اند، سطح پایین‌تری از خســـتگی، درد، اختلال خواب و سطح بالاتری از عملکرد شناختی را نشان داده‌اند. این امر نشان‌دهنده کیفیت زندگی بهتر در این گروه از بیماران مبتلا به ام اس بود (بیکر و همکاران، ۲۰۱۹).

امروزه روش‌های غیردارویی، توجه کلیه بیماران از جمله مبتلایان به مولتیپل‌اسکلروزیس را به خود جلب نموده است که تحت عنوان درمان‌های تکمیلی[1] شناخته می‌شوند (دهستانی اردکانی، ۲۰۲۰). از جمله درمان‌های غیر دارویی، معنا درمانی[2] است. احساس معنا در زندگی یکی از عواملی است که می‌تواند فشارهای روانی مرتبط با بیماری‌های روان‌تنی را تعدیل نماید و معنادرمانگران می‌توانند به مراجعان کمک کنند تا از دفاع‌های اضطراب بی‌معنایی آگاهی بیشتری پیدا کرده و دریابند که تا چه اندازه جستجوی مراجعان برای ثروت، لذت، قدرت، شهرت و مقام از عدم موفقیت در رویارویی با موضوعات وجودی بی‌معنایی سرچشمه می‌گیرد و درنهایت مسأله این است که تنهایی، انزوا و رنج مشکل اکثر مردم است (فرهنگی، ۱۳۹۹). معنادرمانی یک روش درمانی است که به عنوان محرک نمودن زندگی افراد سبب می‌گردد تا دلیل قانع‌کننده‌ای برای زندگی کردن افراد ایجاد نماید. معنا درمانی به واسطه بهبود وضعیت ذهنی افراد سبب می‌گردد تا آنان در موقعیت‌های حساس و ناگوار زندگی واکنش مثبت‌تر و قوی‌تری را انجام دهند (قاسمی و همکاران، ۲۰۱۹). هدف معنادرمانی این است که بیمار را برای کشف معنای منحصربه فرد زندگی‌اش توانا کند و حدود و اختیارات و آزادی‌های بیمار را برایش ترسیم کند (بارلو[3]، ۲۰۱۶).

حق جو و جوانبخت کشیکانی (۱۴۰۰) در مطالعه‌ای تحت عنوان اثربخشی معنادرمانی گروهی بر عملکرد جنسی و رضایت زناشویی بیماران مولتیپل اسکلروزیس به این نتیجه رسیدند که معنادرمانی گروهی، باعث کاهش معنادار تعارضات زناشویی و عملکرد جنسی در مرحله پس آزمون نسبت به پیش آزمون در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شد. بنابراین می‌توان از این درمان به عنوان یک درمان مکمل در کنار دارودرمانی برای بهبود زندگی این بیماران استفاده کرد. فرهادی و همکاران (۱۴۰۰) در پژوهشی با عنوان بررسی اثربخشی ذهن آگاهی، معنادرمانی و طرحواره درمانی بر استرس، اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس دریافتند که درمان ذهن آگاهی، معنا درمانی و طرحواره درمانی هر سه در کاهش استرس، اضطراب و افسردگی مؤثر بودند. اکبری نژاد و همکاران (۱۴۰۰) در مطالعه‌ای تحت عنوان مقایسه اثربخشی معنادرمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب مرگ، تاب‌آوری و ناامیدی زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس نشان دادند که 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 به‌ام اس شد و این نتایج در مرحله پیگیری نیز نشان از ماندگاری اثر داشت.

بنابراین، با وجود ضرورت‌هایی که در زمینه ایجاد سلامت روان، ارتقای بهزیستی عمومی، تاب‌آوری و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس احساس می‌شود، خلاء پژوهشی اساسی در این زمینه وجود دارد و همچنین کاهش و کمبود این متغیرها در زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس باعث بروز مشکلات زیادی در این جامعه‌ی آماری خواهد شد و چالش‌ها و مشکلات فراوانی را می‌تواند هم برای جامعه و هم برای این گروه از بیماران به دنبال داشته باشد. تاکنون مطالعه‌ای در داخل کشور به تعیین اثربخشی برنامه‌ی مداخله‌ای معنادرمانی بر بهزیستی عمومی، تاب‌آوری و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس نپرداخته است. لذا انجام این پژوهش می‌تواند دست آوردهای تلویحی مهمی برای نظام پزشکی، مراکز مشاوره و توانبخشی به دنبال داشته باشد. در نهایت پژوهش حاضر با توجه به مطالب ارائه شده در بالا با هدف تعیین اثربخشی برنامه معنادرمانی بر بهزیستی عمومی، تاب‌آوری و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس انجام شد.

1. Complementary therapies
2. meaning therapy
3. Barlow

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.12.8.7]

روش

پژوهش حاضر جزء تحقیقات کاربردی به شمار می‌رود و از نظر روش تحقیق یک مطالعه نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس مؤسسه نیکوکاری رعد مهربانی شهر اراک در سال ۱۴۰۰ بودند که به صورت نمونه‌گیری در دسترس ۳۰ بیمار انتخاب شده و به صورت گمارش تصادفی در ۲ گروه ۱۵ نفره آزمایش و گواه جایگزین شدند. گروه آزمایش به مدت ۱۴ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای (هفته ای ۲ جلسه) تحت معنا درمانی قرار گرفت و گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. ملاک ورود شرکت‌کنندگان به پژوهش ابتلا به اسکلروز چندگانه پیش رونده اولیه، جنسیت خانم، دامنه سنی ۲۰ تا ۵۰ سال، حداقل سواد خواندن و نوشتن جهت تکمیل پرسشنامه‌ها، شرکت در جلسات آموزشی، تمایل شرکت‌کنندگان و رضایت کتبی، عدم ابتلا به اختلالات روانشناختی و بیماری‌های مزمن جسمانی، عدم شرکت همزمان در سایر گروه‌های مشاوره‌ای و درمانی (بر اساس پرونده پزشکی و خود اظهاری شرکت‌کننده) بود و همچنین ملاک خروج از پژوهش غیبت بیش از دو جلسه در جلسات پروتکل درمانی، نداشتن اعتماد کافی نسبت به گروه، تمایل نداشتن به ادامه همکاری، عدم انجام تکالیف گنجانده شده در پروتکل درمانی و عدم تکمیل پرسشنامه‌ها بود. در آخر با رعایت ملاحظات اخلاقی و بیان اهداف پژوهش و کسب اجازه از افراد شرکت کننده در پژوهش، رضایت آنها جهت شرکت در پژوهش اخذ گردید و این اطمینان به افراد داده شد که تمام اطلاعات محرمانه هستند و برای امور پژوهشی استفاده خواهند شد؛ به منظور رعایت حریم خصوصی، نام و نام خانوادگی شرکت کنندگان ثبت نشد. در نهایت داده‌ها با روش تحلیل کوواریانس چند متغیره و به کمک نرم افزار SPSS نسخه ۲۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ابزار سنجش

مقیاس بهزیستی عمومی داپوی[1] (GWD): این مقیاس در سال ۱۹۷۲ توسط داپوی طراحی شده است و دارای ۱۸ سؤال است که ۱۴ سؤال اول آن از مقیاس‌های پاسخ ۶ ماده‌ای استفاده می‌کند که شدت تکرار را نشان می‌دهد و ۴ سؤال باقیمانده از مقیاس‌های درجه‌بندی صفر تا ۱۰ استفاده می‌کند که در انتهای هر یک صفاتی وجود دارد که تعریف‌کننده آن است. دامنه نمرات بین ۰ تا ۱۱۰ می‌باشد. نمرات بالا در این پرسشنامه نشانه‌ی بهزیستی عمومی بالاست. امتیازهای موجود بین ۰ تا ۶۰ ناشی از بهزیستی پایین، ۶۱ تا ۷۲ بهزیستی متوسط و ۷۳ تا ۱۱۰ جنبه بهزیستی بالا را منعکس می‌کند (داپوی، ۱۹۷۸). در مطالعات روانسنجی خارج از کشور، همسانی درونی پرسشنامه از طریق روش آلفای کرونباخ ۰/۹۱ برای تعداد ۷۹ نفر مرد و ۰/۹۵ برای ۱۱۶ زن محاسبه شد و نتایج پایایی پرسشنامه با روش بازآزمایی در طی سه ماه ۰/۸۵ گزارش شده است (فازیو، ۱۹۷۷). این پرسشنامه در ایران توسط حسینی (۱۳۸۹) هنجاریابی شده است که پایایی این آزمون با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳ بدست آمده است. به منظور سنجش روایی این پرسشنامه نیز از روش روایی ملاکی همزمان استفاده شده و روایی این پرسشنامه ۰/۸۷ محاسبه شد. در پژوهش حاضر میزان پایایی پرسشنامه از طریق روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳ بدست آمد.

پرسشنامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون[2] (CD-RIS): این مقیاس در سال ۲۰۰۳ توسط کانر و دیویدسون تدوین شد و شامل ۲۵ گویه می‌باشد و برای هرگویه طیف لیکرت درجه‌بندی شده پنج گزینه‌ای (از کاملاً نادرست تا همیشه درست) در نظر گرفته شده است. دامنه‌ی امتیاز قابل کسب بین ۰ تا۱۰۰ می‌باشد و هر چه امتیاز به دست آمده به ۱۰۰ نزدیکتر باشد، نشان‌دهنده‌ی تاب‌آوری بیشتر است. سازندگان این مقیاس بر این باورند که این مقیاس به خوبی می‌تواند افراد تاب‌آور را از غیر تاب‌آور در گروه‌های بالینی و غیربالینی جدا کند و می‌تواند در موقعیت‌های پژوهشی و بالینی به کار برده شود (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳). 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 نشاندهنده ی روایی و پایایی مناسب ابزار بود (آریاس گنزالس و همکاران، ۲۰۱۵). در ایران پایایی و روایی این پرسشنامه توسط آهنگرزاده رضایی و رسولی (۱۳۹۴) مورد بررسی قرار گرفته است. که پایایی ابزار بر اساس روش آلفای کرونباخ ۰/۸۲ بدست آمد و روایی پرسشنامه نیز با استفاده از روایی محتوایی ۰/۹۸ محاسبه گردید که نشان از روایی و پایایی مطلوب ابزار می باشد. در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ بدست آمد.

1. Dupoy general well-being Scale
2. Connor -Davidson Resilience Scale

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.12.8.7]

پرسشنامه‌ی کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی[1] (WHOQOL): پرسشنامه فرم کوتاه کیفیت زندگی در سال ۱۹۹۸ تدوین شده است. این پرسشنامه دارای ۲۶ سؤال است کـه چهار حیطه سلامت جسمانی، سلامت روانی و روابط اجتماعی، سلامت محیطی را می‌سنجد. پاسخ به سؤالات به صورت لیکرتی و ۵ گزینه‌ای می‌باشد. در پایان، مجموع کل نمره‌های این پرسشنامه بصورت ۰ تا ۱۳۰ در نظر گرفته می‌شود که برحسب امتیازهای کسب شده، کیفیت زندگی آن‌ها در یکی از سه گروه نامطلوب، متوسط، مطلوب قرار می‌گیرد. نمرات بهتر نشان از کیفیت زندگی بالاتر و بالعکس کسب نمره پایین کیفیت زندگی نامطلوب را نشان می دهد. در مطالعات روانسنجی خارج از کشور ترومپنارس و همکاران (۲۰۰۵) پایایی به روش آلفای کرونباخ را سلامت جسمانی ۰/۸۰، سلامت روانی ۰/۷۴، روابط اجتماعی ۰/۶۶ و ارتباطات محیطی ۰/۷۳ گزارش کردند. و ضریب روایی همزمان آن با پرسشنامه حمایت اجتماعی ادراک شده دی وریس (۱۹۹۸) برای سلامت جسمانی ۰/۲۲، سلامت روانی ۰/۳۱، روابط اجتماعی ۰/۵۶ و ارتباطات محیطی ۰/۳۰ گزارش شد. در ایران نجات و همکاران (۱۳۸۵) این مقیاس را هنجاریابی کردند. ضریب آلفای کرونباخ 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 آورده‌اند و ضریب پایایی روش بازآزمایی را پس از دو هفته ۰/۷۰ گزارش کرده‌اند. همچنین غفاری و رضایی (۱۳۹۲) روایی همزمان کل ابزار را با پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ ۰/۴۸ گزارش کردند. در پژوهش حاضر میزان پایایی پرسشنامه از طریق روش آلفای کرونباخ ۰/۷۷ بدست آمد.

در پژوهش حاضر با مطالعه یافته‌های پیشین نظری و تجربی در مورد پروتکل معنادرمانی (باتیستا و همکاران، ۲۰۲۲؛ لیفورت و همکاران، ۲۰۲۲؛ اکبری نژاد و همکاران، ۱۴۰۰؛ حق جو و جوانبخت کشیکانی، ۱۴۰۰؛ فرهادی و همکاران، ۱۴۰۰؛) استفاده شده در درمان مبتلایان به‌ام اس، برنامه‌ی آموزشی پروتکل معنادرمانی تدوین شده و پس از تدوین برنامه و پیش از اجرا جهت بررسی روایی محتوا به تأیید ۶ نفر از متخصصان که در زمینه روانشناسی تخصص کافی داشتند، رسید و برنامه تأیید شده به صورت آزمایشی بر روی بیماران مبتلا به‌ام اس اجرا شد و پس از اجرای آزمایشی برنامه تدوین شده معنادرمانی به مدت ۱۴ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای (هفته‌ای دو جلسه) به گروه آزمایش ارائه شد و گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. روایی محتوای (Content validity) در خصوص اهداف و محتوای جلسات برنامه ی تدوین شده در پژوش مورد تأیید 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 (CVI: Content Validity Index) نشان داد، برنامه‌ی تدوین شده به صورت همه جانبه سازه موردنظر را مورد سنجش قرار می‌دهد. خلاصه محتوای جلسات آموزشی و فعالیت‌های انجام شده در گروه آزمایش در جدول زیر ارائه شده است.

جدول ۱: جلسات آموزش معنادرمانی

جلسه (هدف)	محتوا	تکالیف
جلسه اول: آشنایی اعضا با یگدیگر و برگزاری پیش آزمون	آشنایی مشاور و اعضای گروه با یکدیگر، بیان اهداف، قوانین و مطالبی در موردام اس و پیامدهای آن و شرح مختصری از معنا درمانی فرانکل	تهیه فهرستی از وقایع معناساز در زندگی
جلسه دوم: تعریف بیماری‌ام اس به عنوان رویداد معناساز در زندگی	بررسی تکلیف آماده‌سازی اعضا برای در نظر آوردن بیماری‌ام اس به عنوان یک رویداد معنا ساز در زندگی آن‌ها	تهیه فهرستی از تحولات مثبت و منفی ناشی ازام اس
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 به سوی فراتر از خود حرکت کند و استعدادهای خود را به فعلیت رساند.	تمرنی از خود فاصله‌گیری و از خود فراروندگی و یادداشت تأثیر آن بر عوامل روانشناختی
جلسه چهارم: آموزش منابع معنا در رویکرد فرانکل (ارزش‌های خلاق، ارزش‌های تجربی، ارزش‌های نگرشی)	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	جستجو و ثبت مصادیقی از این سه منبع در جریان زندگی خود
جلسه پنجم: گفتگوی گروهی پیرامون مسئولیت‌پذیری آزادی و قدرت اراده	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	تهیه فهرستی از موقعیت‌های استرس‌زا و اضطراب‌آور در زندگی خود

1. World Health Organization quality of Life

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.12.8.7]

جلسه ششم: آموزش فنون معنا درمانی مانند فن قصد متضاد و بازتاب زدایی،	در قصد متضاد، ظرفیت انسان برای از خودفاصله‌گیری به کار می‌افتد. بازتاب زدایی (تحریک توانایی فرد برای از خود فراروندگی)	تمرین این فنون در هفته پیش رو
جلسه هفتم: آموزش فنون معنا درمانی مانند اصلاح نگرش و گفتگوی سقراطی	هدف از اصلاح نگرش در اصل، اصلاح نگرش‌های بیماری‌زا است و استفاده از گفتگوی 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 و به کار بستن اصول فرا گرفته در زمینه‌های استخراج شاخصه‌های معنویت و ایجاد نگرش متفاوت نسبت به شرایط اضطراب‌آور در آن و کمک به مراجع برای تغییر مثبت شرایط فعلی	به کار بستن فن فراخوانی در موقعیت‌های استرس و اضطراب‌آور و نوشتن تجربه
جلسه نهم: آموزش روش حساس شدن برای معنا	توصیح روش حساس شدن برای معنا از طریق مجموعه‌ای پنج مرحله‌ای از سؤالات و مشخص نمون میدان عمل آزادانه برای مراجع و کمک به جهت گزینی معنایی و اتخاذ موضع قهرمانانه در برابر رنج	تفکرمجدد درزمینه مجموعه پنج مرحله‌ای سؤالات
جلسه دهم: دریافت معنای عشق	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.	نوشتن تجارب پیشین خود در مورد احساس غم و عشق و نحوه واکنش قبلی و اکنون خود
جلسه یازدهم: دریافت معنای مرگ	بررسی تکلیف گفتگو جمعی در مورد درک و دریافت معنای مرگ به عنوان یک واقعیت هستی گریز ناپذیری مرگ بیان تجربه‌هایی که در واکنش به احساس مرگ در گذشته داشته‌اند	یادآوری و ثبت تجارب پیشین خود در واکنش به احساس مرگ و مقایسه با واکنشی که اکنون به این احساس دارند
جلسه دوازدهم: توضیح در مورد خدای ناخودآگاه	گفتگوی گروهی در زمینه حضور خدا در ژرف‌ترین لایه‌های وجودی انسان (خدای ناخودآگاه) و بیان تجربه‌های شخصی در این زمینه، جمع‌بندی درمانگر	جربه‌هایی را به یادآورید و بنویسید که چگونه با بخش مقدستان ارتباط برقرار کردید
جلسه سیزدهم: دریافت معنا از بیماری‌ام اس	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	پرواز اندیشه برای گرفتن معنا از بیماری‌ام اس
جلسه چهاردهم: اجرای پس آزمون	خلاصه و جمع‌بندی جلسات و اختتام صحبت در مورد آموخته‌های خود در گروه و اجرای پس آزمون	

یافته‌ها

اطلاعات جمعمیت شناختی مربوط به گروه نمونه نشان داد که میانگین و انحراف معیار سنی شرکت‌کنندگان گروه معنادرمانی ۵/۳۵±۷۲/۲۲ و میانگین و انحراف معیار سنی شرکت‌کنندگان گروه گواه ۴/۳۴±۳۲/۷۳ بود. همچنین نتایج آزمون تی مستقل نیز نشان داد که از لحاظ سن بین دو گروه آزمایش و گواه تفاوت معنی داری وجود نداشت (p=۰/۱۳۶). از نظر سطح تحصیلات در گروه آزمایش ۹ نفر فوق دیپلم و به پایین (۶۰ درصد)، ۴ نفر لیسانس (۲۶/۶۶ درصد) و ۲ نفر ارشد و بالاتر (۱۳/۳۳ درصد) بودند. در گروه گواه 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. نتایج آزمون خی دو نشان داد که از لحاظ سطح تحصیلات بین دو گروه آزمایش و گواه تفاوت معنی داری وجود نداشت (p=۰/۲۱۰). همچنین در گروه آزمایش ۱۳ نفر متاهل (۸۶/۶۶) و ۲ نفر (۱۳/۳۳) مجرد بودند و در گروه کنترل ۱۴ نفرمتاهل (۹۳/۳۳ درصد) و ۱ نفر (۶/۶۶ درصد) مجرد بودند و نتایج آزمون خی دو نشان داد که از لحاظ وضعیت تاهل بین دو گروه آزمایش و گواه تفاوت معنی داری وجود نداشت (p=۰/۱۸۷) و نهایتاً در گروه آزمایش بیماران با سابقه ابتلا بین ۱تا ۴ سال ۶ نفر (۴۰ درصد) و بیشتر از ۴ سال ۹ نفر (۶۰ درصد) بودند و همچنین در

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.12.8.7]

گروه کنترل بیماران با سابقه ابتلا بین ۱ تا ۴ سال ۷ نفر (۴۶/۶۶ درصد) و بیشتر از ۴ سال ۸ (۵۳/۳۳ درصد) نفر بودند و نتایج آزمون خی دو نیز نشان داد که از لحاظ سابقه ابتلا بین دو گروه آزمایش و گواه تفاوت معنی داری وجود نداشت (p=۰/۴۲۰).

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار متغیرها در مراحل اندازه گیری

متغیرها	گروه	پیش آزمون		پس آزمون	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
بهزیستی عمومی	معنادرمانی	۵۴/۴۶	۹/۷۸	۷۲/۶۰	۱۰/۵۸
	گواه	۵۴/۶۰	۹/۱۴	۵۴/۴۰	۱۰/۸۴
تاب‌آوری	معنادرمانی	۵۶/۴۶	۱۰/۹۵	۶۴/۵۳	۱۱/۰۹
	گواه	۵۵/۰۰	۱۱/۱۶	۵۴/۴۶	۹/۳۲
کیفیت زندگی	معنادرمانی	۷۲/۲۰	۱۴/۶۶	۸۳/۷۳	۱۵/۱۲
	گواه	۷۲/۲۷	۱۴/۵۹	۷۱/۲۶	۱۳/۷۲

همانطور که نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد میانگین و انحراف معیار گروه‌های گواه و آزمایش در مرحلهٔ پیش آزمون، پس آزمون به تفکیک ارائه شده است. میانگین نمرات بهزیستی عمومی، تاب‌آوری و کیفیت زندگی در گروه معنا درمانی در مراحل پس آزمون نسبت به مرحله پیش آزمون افزایش یافته است.

قبل از تحلیل استنباطی ابتدا نرمالیتی داده‌ها در متغیر بهزیستی عمومی در پیش آزمون (P=۰/۰۷۱) و پس آزمون (P=۰/۰۷۸)، تاب‌آوری در پیش آزمون (P=۰/۰۸۱) و پس آزمون (P=۰/۱۱۲) و کیفیت زندگی در پیش آزمون (P=۰/۲۰) و پس آزمون (P=۰/۱۷۰) توسط آزمون شاپیرو ویلکز تأیید شد. همچنین در آزمون لوین با توجه به سطح معناداری بدست آمده بهزیستی عمومی (P=۰/۱۲۱)، تاب‌آوری (P=۰/۰۹۱) و کیفیت زندگی (P=۰/۲۱۰) همسانی خطای واریانس نیز تأیید شد و پیش فرض همگنی شیب رگرسیون مبنی بر معنی دار نبودن تعامل گروه پیش آزمون با توجه به سطح معناداری بدست آمده بهزیستی عمومی (P=۰/۱۷۳)، تاب‌آوری (P=۰/۲۱۰) و کیفیت زندگی (P=۰/۰۶۴) تأیید شد. نتایج آزمون ام باکس برای همگنی ماتریس های کوواریانس نیز سطح معناداری (P=۰/۰۶۷) را نشان می دهد که حاکی از برقراری این مفروضه می باشد. بنابراین داده‌های پژوهش مفروضه‌های زیر بنای کوواریانس را فراهم می‌کند.

جدول۳. نتایج شاخص‌های چندمتغیره

نام آزمون	مقدار	F	فرضیه DF	خطای DF	سطح معنی داری
اثر پلایی	۰/۵۷۰	۱۹/۲۴۵	۳	۲۳	۰/۰۰۱
لامبدایی ویلکز	۰/۶۴۳	۱۹/۲۴۵	۳	۲۳	۰/۰۰۱
اثر هتلینگ	۲/۴۵۳	۱۹/۲۴۵	۳	۲۳	۰/۰۰۱
بزرگترین ریشه خطا	۲/۴۵۳	۱۹/۲۴۵	۳	۲۳	۰/۰۰۱

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که بین نمرات بهزیستی عمومی، تاب‌آوری و کیفیت زندگی در مراحل پیش آزمون، پس آزمون بین دو گروه آزمایش و گواه تفاوت معنی داری وجود دارد (P=۰/۰۱). بر این اساس می‌توان بیان داشت شروط انجام تحلیل برقرار است.

جدول ۴. نتایج تحلیل کواریانس جهت تعیین اثر معنادرمانی بر بهزیستی عمومی، تاب‌آوری و کیفیت زندگی

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	Sig	ضریب اتا
بهزیستی عمومی	اثر پیش آزمون	۴۱۲/۹۳۴	۱	۴۱۲/۹۳۴	۶۰/۰۹۲	۰/۰۰۰۱	۰/۷۳۲
	اثر درمان	۴۱/۱۱۹	۱	۴۱/۱۱۹	۵/۹۸۴	۰/۰۲۳	۰/۲۱۴
	خطا	۱۵۱/۱۷۸	۲۵	۶/۰۴۷			
	کل	۴۶۸۸/۰۰۰	۳۰				
	اثر پیش آزمون	۴۵۲۲/۸۸۴	۱	۴۵۲۲/۸۸۴	۷۲/۰۶۴	۰/۰۰۰۱	۰/۷۲۷

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.12.8.7]

تاب‌آوری	اثر درمان	۵۲۴/۳۹۲	۱	۵۲۴/۳۹۲	۸/۳۵۱	۰/۰۰۸	۰/۲۳۶
	خطا	۱۶۹۴/۵۸۲	۲۵	۶۷/۷۸۳			
	کل	۱۱۳۱۸۵/۰۰۰	۳۰				
	اثر پیش آزمون	۲۲۷۴/۱۳۴	۱	۲۲۷۴/۱۳۴	۹۶/۹۹۵	۰/۰۰۰۱	۰/۱۰۳
کیفیت زندگی	اثر درمان	۲۳۷/۰۷۶	۱	۲۳۷/۰۷۶	۱۰/۱۱۲	۰/۰۰۴	۰/۳۱۶
	خطا	۵۶۲/۷۰۰	۲۵	۲۲/۵۰۸			
	کل	۴۳۱۳۱/۰۰۰	۳۰				

براساس نتایج جدول ۴ مداخله معنادرمانی بر بهزیستی عمومی، تاب‌آوری و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس تأثیر مثبت و معنادار داشته است و همچنین با توجه به اندازه اثر محاسبه شـده اتا و معنادار بودن آن می‌توان گفت که ۲۱ درصد از واریانس بهزیستی عمومی، ۲۳ درصد از واریانس تاب‌آوری و همچنین ۳۱ درصد از واریانس کیفیت زندگی به وسیله مداخله معنادرمانی تبیین می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی برنامه معنادرمانی بر بهزیستی عمومی، تاب‌آوری و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس انجام شد. نتایج بدست آمده نشان داد که برنامه معنادرمانی تأثیر معناداری بر ارتقای بهزیستی عمومی، تاب‌آوری و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس داشت.

یافته اول پژوهش مبنی بر تأثیر برنامه معنادرمانی بر بهزیستی عمومی با نتایج نیکونژاد و همکاران (۱۴۰۱)، توکلی صالح و ابراهیمی (۱۴۰۰)، نوری و جلودار (۱۳۹۹)، خورانی و همکاران (۱۳۹۹) نوش کیا و همکاران (۱۳۹۹) همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان اظهار کرد که در حقیقت یکی از کارکردهای معنایابی آن است که انسان را از احساس پوچی و سر درگمی نجات دهد و به آرامش یافتن انسان کمک کند و در نتیجه سبب سلامت روان و بهزیستی فرد شود (امانی و همکاران، ۱۳۹۸). معنادرمانی با تأکید بر جنبه‌های مثبت و ابعاد گوناگون زندگی افراد زمینه بوجود آوردن افکار و اندیشه‌هایی حاکی از هدفمندی در زندگی می‌شود و این احساس را در افراد تقویت می‌کند که زندگی برای افراد هدفمند، معنادار است و از این طریق افراد را در تعیین اهداف برای زندگی خود تشویق و تقویت می‌کند. در نتیجه افراد کوشش‌هایی منظم برای راهبرد افکار، احساسات و رفتار خود جهت دستیابی به هدف سازماندهی می‌کنند و فعالیت‌های هدفمند خود را در طی زمان و شرایط متغیر هدایت می‌نمایند. بنابراین معنادرمانی از طریق افزایش احساس رضایت، استقلال، هدفمندی، ارزشمندی، ارتباط مناسب با دیگران، مسلط بودن و پیشرفت شخصی می‌تواند باعث افزایش بهزیستی شود (اصالتی و همکاران، ۱۳۹۷).

یافته بعدی پژوهش مبنی بر تأثیر برنامه‌ی مداخله‌ای معنادرمانی بر تاب‌آوری بود که این یافته با نتایج بابازاده و همکاران (۱۴۰۰)، اسمخانی و همکاران (۱۴۰۰)، نوری و جلودار (۱۳۹۹) و مسلم خوانی و همکاران (۱۳۹۷) همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان اظهار کرد که معنادرمانی همواره افراد را جهت تلاش بیشتر و مقابله با سختی‌ها و دشواری‌های فعالیت‌های مختلف برانگیخته می‌نماید (گلشن و همکاران، ۲۰۲۰). در واقع معنا درمانی باعث می‌شود که فرد در مواجهه با سختی‌ها و چالش‌های زندگی درصدد یافتن معنایی هستی بخش بوده و با این رنج‌ها به شکل مطلوبی مقابله نماید. درصورتیکه فرد بتواند به شکلی موفقیت‌آمیز برای روی دادهای تلخ و مأیوس‌کننده زندگی معنایی بیابد، قادر به تحمل ناملایمات زندگی خواهد بود. بنابراین رو شن ا ست که معنا درمانی می‌تواند نگرش فرد در قبال سختی‌ها و مشکلات را تحت تأثیر قرار داده و قدرت تحمل و تاب‌آوری آنان را بیفزاید (قاسمی و همکاران، ۱۳۹۸).

یافته دیگر پژوهش مبنی بر تأثیر برنامه‌ی مداخله‌ای معنادرمانی بر کیفیت زندگی بود که این یافته با نتایج جاوید نسب و همکاران (۱۳۹۹)، اسمخانی و همکاران (۱۳۹۹)، شریفیان قاضی جهانی و همکاران (۱۳۹۹) همسو بود. در تبیین این یافته نیز می‌توان گفت که در این درمان تلاش می‌شود تا میدان دید افراد گسترش یافته و از این نگاه معنا و ارزش‌های موجود در مشکلات، مصیبت‌ها و تنهایی‌ها را ببینید تا بتوانند شجاعانه با مشکلات رو به رو شده و آن‌ها را بپذیرند. یکی از اهداف این درمان توانا ساختن افراد برای غلبه کردن بر مثلث غم‌انگیز زندگی همچون درد، گناه و رنـج است تا شرکت‌کنندگان بتوانند به کشف معنای منحصر به فرد زندگی خود دست پیدا کنند. به

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.12.8.7]

بیانی دیگر آن چه در معنادرمانی مورد توجه است، منحصر به فرد انسان بوده و تأکید بر این نکته است که انسان به بهترین نحو می‌تواند یک تراژدی را به پیروزی شخصی مبدل ساخته و یک موقعیت ناگوار را به یک موقعیت انسانی تغییر دهد. هنگامی که قادر به تغییر یک وضعیت نیستند باید به آن‌ها یاد داد که خود را تغییر دهند (فروزنده و همکاران، ۱۳۹۹).

در مجموع استفاده از معنادرمانی به عنوان رویکردی کارآمد و مداخله‌ای اثربخش می‌تواند بر ارتقای بهزیستی عمومی، تاب‌آوری و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروز مؤثر باشد. به طور کلی نتایج پژوهش نشان داد بین نمرات بهزیستی عمومی، تاب‌آوری و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروز در دو گروه آزمایش و گواه تفاوت معناداری وجود داشت. بنابراین بکارگیری برنامه‌ی مداخله‌ای معنادرمانی به تنهایی یا در ترکیب با سایر برنامه‌های مداخله‌ای مربوط به بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروز می‌تواند موجب ارتقای بهزیستی عمومی، تاب‌آوری و کیفیت زندگی شود.

محدودیت‌های پژوهش حاضر عبارت بودند از: عدم وجود مرحله پیگیری به علت همکاری تکردن تعداد زیادی از افراد نمونه، تمرکز بر روی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس مؤسسه نیکوکاری رعد مهربانی شهر اراک که تعمیم یافته‌ها را به بقیه‌ی طیف بیماران و شهرها با محدودیت همراه می‌کند. با عنایت به این نکته که پژوهش حاضر روی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس مؤسسه نیکوکاری رعد مهربانی شهر اراک انجام شده است و تنها ارتباط برخی از متغیرها در اثربخشی برنامه‌ی مداخلاتی معنادرمانی مورد بررسی قرار داده است در نتیجه نمی‌توان نتایج این یافته را به افراد دیگر تعمیم داد. همچنین حجم نمونه پایین و بهره‌گیری از روش نمونه‌گیری در دسترس از محدودیت‌های اصلی پژوهش بود. لذا پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی این محدودیت‌ها برطرف شود و مرحله ی پیگیری لحاظ گردد و همچنین پژوهش مشابهی بر اساس برنامه مداخلاتی معنادرمانی در شهرها و جامعه‌های آماری دیگر نیز صورت گیرد تا نتایج حاصل از آن در مقایسه با یافته‌های این پژوهش قرار گیرد.

منابع

اصالتی، پ، عرب، ع و مهدی‌نژاد، و. (۱۳۹۸). تأثیر معنادرمانی فرانکل بر بهزیستی روانشناختی و شفقت خود دانشجویان. *نشریه پژوهش توانبخشی در پرستاری*، ۵ (۳)، ۷-۱. https://ijrn.ir/article-۱-۴۰۵-fa. html

اکبری نژاد، ه، بایرام پور، ع و فاروقی، پ. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی معنادرمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب مرگ، تاب‌آوری و ناامیدی زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. *فصلنامه علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد پزشکی تهران*، ۳۱(۱)، ۹۷-۱۰۶. https://tmuj. iautmu.ac.ir/browse. php?a_id=۱۷۲۳&sid=۱&slc_lang=fa

امانی، ا؛ احمدی، س و حمیدی، ا. (۱۳۹۷). اثربخشی معنادرمانی به شیوه گروهی، بر عزت نفس و بهزیستی روانشناختی دانشجویان دختر دارای نشانگان ضربه عشق. *پژوهش نامه روانشناسی مثبت*، ۴(۳)، ۷۱-۸۶. https://ppls. ui.ac.ir/article_۲۳۷۱۲ .html

بنی هاشمی، س؛ حاتمی، م؛ حسنی، ج و صاحبی، ع. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی‌شناختی، واقعیت درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر راهبردهای مقابله‌ای، کیفیت زندگی و سلامت عمومی مراقبین بیماران مزمن. *روان‌شناسی بالینی*، ۱۲(۱)، ۶۳-۷۶. https://jcp. semnan.ac.ir/article_۴۵۸۴. html

توکلی صالح، ش و ابراهیمی، م. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سطح تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی بیماران زن مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس در شهرستان همدان. *مجله پزشکی بالینی ابن سینا*، ۲۸ (۲)، ۱۲۶-۱۳۳. http://sjh. umsha.ac.ir/browse. php?a_id=2253&sid=1&slc_lang=fa

حسن‌زاده نمین، ف؛ پیمانی، ج؛ رنجبری پور، ط و ابوالمعالی الحسینی، خ. (۱۳۹۸). مدل پیش‌بینی بهزیستی روانشناختی بر اساس تاب‌آوری با در نظر گرفتن نقش می‌انجی استرس ادراک شده. *فصلنامه علمی پژوهشی علوم روانشناختی*. ۱۸(۷۷): ۵۷۸-۵۶۹. https://psychologicalscience.ir/article-۴۴۶-fa. html

حق جو، ف. و جوانبخت کشیکانی، س. (۱۴۰۰). اثربخشی معنادرمانی گروهی بر عملکرد جنسی و رضایت زناشویی بیماران مولتیپل اسکلروزیس. *فصلنامه پژوهش‌های کاربردی در مشاوره*، ۴(۱)، ۸۳-۱۰۲. http://www.jarci.ir/article_۲۴۴۳۹ .html

رستم نژاد، م؛ طیبی، ا، ابوالقاسمی؛ ش و ابراهیمی راد، ر. (۱۴۰۰). ارائه الگوی ساختاری تبیین کنندۀ کیفیت زندگی افراد مبتلا به‌ام اس بر اساس سبک زندگی با می‌انجیگری سرمایه روانشناختی. *فصلنامه علمی- پژوهشی خانواده و پژوهش*، ۱۸ (۱)، ۱۰۴-۸۷. http://qjfr.ir/article-۱-۱۸۲۷. -fa. html&sw=%D۸۷%D۸۶%D۸۹%DA%۸۶%۹+%D۸۵%۹AA%D۸%D۸%۳B%۸D%۱B%۸D%۷A%۸D%AF

رضائیان لنگرودی، ر؛ غیاثیان، م؛ روزبهانی، م و شمسایی، فرشید. (۱۳۹۹). مقایسه اثر بخشی تمرینات یوگا و روان درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خستگی و کیفیت زندگی بیماران مولتیپل اسکلروزیس. *مجله مراقبت پرستاری و مامایی ابن‌سینا*، ۲۸ (۴)، ۶۲-۷۳. https://nmj. umsha.ac.ir/article-۲۱۹۱-۱-fa. html&sw=%D۸AF%DB۸%D۹%۸۸%D۱%B۸%DA%AF%D۹%۸۶%D۹%۸۴%C

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.12.8.7]

عثمانی، حسام و نجاری مسعود. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر کیفیت زندگی و رضایت زناشویی مادران کودکان کم‌شنوا و ناشنوا. *پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری*. ۷ (۵۵)، ۱۲۱-۱۱۲.https://ijndibs.com/article-۶۶۵۱-fa. html

فرهادی، م، وزیری، ش و پسندیده، م. م. (۱۴۰۰). بررسی اثربخشی ذهن آگاهی، معنا و طرحواره درمانی بر استرس، اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. *مجله ایرانی روانشناسی سلامت*، ۴(۲)، ۲۱-۳۲.https://ijohp. journals. pnu.ac.ir/article_۷۸۲۴ . html?lang=fa

فرهنگی، ع. (۱۳۹۹). اثربخشی معنادرمانی بر میزان شادکامی و احساس تنهایی همسران نابارور جانبازان. *نشریه روانشناسی نظامی*، ۱۱(۴۲)، ۵۵- ۶۵. https://jmp. ihu.ac.ir/article_۲۰۵۵۸۸ . html

فروزنده، ز؛ مامی، ش و امانی، ا. (۱۳۹۹). اثربخشی معنادرمانی فرانکل به شیوه گروهی بر تاب‌آوری، افسردگی و کیفیت زندگی سالمندان. *سالمندشناسی*، ۵ (۱)، ۲۹-۱۹.https://joge.ir/article-۳۷۴-۱-fa. html

قاسمی، ن. ا، قمری، م؛ پویامنش، ج و فتحی اقدم، ق. (۱۳۹۸). اثربخشی معنادرمانی گروهی و فراشناخت درمانی بر تاب‌آوری و انگیزه پیشرفت دانشجویان. *مجله مطالعات علوم پزشکی*، ۳۰ (۶)، ۴۴۲-۴۲۸.http://umj. umsu.ac.ir/browse. php?a_code=A-۱۰-۴۱۰۰-۱&slc_lang=fa&sid=۲

کاویانی، ز؛ بختیارپور، س؛ حیدری، ع.ر؛ عسکری، پ و افتخارصعادی، ز. (۱۳۹۹). بررسی تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)، بر تاب‌آوری و نگرش‌های ناکارآمد زنان مبتلا به اماس شهر تهران. *دانش و پژوهش در روان شناسی کاربردی*، ۲۱(۱)، ۸۴-۹۲. https://jsr-۶۶۷۸۰۷vp.isfahan.iau.ir/article_ .html

گلشن، ا؛ ضرغام حاجبی، م و صبحی قراملکی، ن. (۱۳۹۸). تأثیر آموزش گروهی معنادرمانی بر افسردگی، عزت نفس و نگرش‌های صمیمانه زنان معلول جسمی- حرکتی. *مجله ایرانی روانشناسی سلامت*، ۲(۲)، ۱۰۱-۱۱۲.https://ijohp. journals. pnu.ac.ir/article_۶۷۷۹ .html

میرمعینی، پ؛ بیاضی، م.ح؛ خلعتبری، ج. (۱۴۰۱). مقایسه تأثیر درمان پذیرش و تعهد با درمان متمرکز بر شفقت بر شدت نگرانی و تاب‌آوری بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. *مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک*، ۲۵(۱)، ۸۸-۱۰۳. http://jams.arakmu.ac.ir/browse.php?a_id=۷۰۲۶&ftxt=۱&slc_lang=fa&sid=۱&html=۱

نجاری، م؛ جدیدی، ه؛ مرادی، ا و کریمی، ک. (۱۴۰۰). مدل‌یابی علّی سازگاری اجتماعی براساس هوش هیجانی، تاب‌آوری و تفکر انتقادی در میان دانش‌آموزان پسر. *مطالعات ناتوانی*، ۱۱(۴۹)، ۱-۱۰.https://jdisabilstud.org/article-۲۱۶۶-۱-fa.html&sw=%D۹%۸۵%D۸/%B۳%D۸/%۹B%D۹/%۸۸%D۸/%AF۹%D۸/%۸۶%D۸/%AC۸%D۸/%۷A%D۸/%DB۸%

Arias González, V. B., Crespo Sierra, M. T., Arias Martínez, B., Martínez -Molina, A., & Ponce, F. P. (2015). An in -depth psychometric analysis of the Connor -Davidson Resilience Scale: calibration with Rasch -Andrich model. Health and quality of life outcomes, 13, 154. https://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12955-015-0345-y

Amraei K, Papi F, Tahoonei M. (2021). Predicting the quality of life in women with Multiple Sclerosis based on coping styles, social support and sexual perversion mediated by resilience. *SJNMP*, 7 (1): 12-24.https://sjnmp. muk.ac.ir/article-1-437-

Barlow, S. E. (2016). Gestalt therapeutic practice, physiotherapists and people with chronic pain: A literature review. *Gestalt Journal of Australia and New Zealand*, ;12(2): 47-70.
https://researchportal. scu.edu. au/esploro/outputs/journalArticle/Gestalt-therapeutic-practice-physiotherapists-and-people-with-chronic-pain-a-literature-review/۹۹۱۰۱۲۸۲۰۸۷۰۰۲۳۶۸

Batista, A. R. , Silva, S. , Lencastre, L. , & Guerra, M. P. (2022). Biopsychosocial Correlates of Quality of Life in Multiple Sclerosis Patients. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*(21), 14431.
https://www.mdpi.com/1660-4601/19/21/14431

Becker, H. , Stuifbergen, A. , & Zhang, W. Functional and health promotion predictors of PROMIS scores in people with multiple sclerosis. *Health Psychology*, 2019; 38(5), 431-434.https://psycnet. apa.org/record/2019-23038-012

Bopp, T. , Stellefson, M. , Weatherall, B. , & Spratt, S. (2019). Promoting physical literacy for disadvantaged youth living with chronic disease. *American Journal of Health Education*, 50(3): 153-158.
https://www.tandfonline.com/doi/abs/۱۹۳۲۵۰۳۷,۲۰۱۹,۱۵۹۰۲۶۳/۱۰,۱۰۸۰

Connor K M, Davidson JRT, Lee LC. (2003). Spirituality, resilience, and anger in survivors of violent trauma: A community survey. *Journal of Traumatic Stress*, 16:487–494.
. https://jhu. pure. elsevier.com/en/publications/spirituality-resilience-and-anger-in-survivors-of-violent-trauma--3

Dehestani Ardakani M. (2020). Effect of Aerobic Exercise Program on Quality of Life in Male Patients with Multiple Sclerosis. *JSSU*, 28 (8): 2971-2981.https://jssu. ssu.ac.ir/article-1-4672-en. html

Dupoy H J. Self – Representations of general Psychological well – being of American adults Losangeles California: paper presented at American public Health Association Meeting 1978.

Fazio AF. (1977). A concurrent validational study of the NCHS General well – being schedule. Hyattsville: MD: DHEW. National Center for Health Statistics. https://stacks. cdc.gov/view/cdc/13079

Fleming, K. M. , Coote, S. B. , & Herring, M. P. (2019). 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*, 45:101573. https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S۱۷۵۵۲۹۶۶۲۰۳۰۰۲۵۹

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.12.8.7]

Ghasemi N. E, Fathi Aghdam Gh, Qamari M, Puya Menesh J. (2019). Comparing the effectiveness of group meaning therapy and group metacognition therapy on the resilience of female students. *Sports psychology studies*, 9(34): 197-214. https://spsyj. ssrc.ac.ir/article_2189. html?lang=en

Hossein Dokht, A; Fathi Ashtiani, A & Taghizadeh, M. E. (2012). The relationship between spiritual intelligence and spiritual well-being with quality of life and marital satisfaction. *Quarterly Journal of Psychology and Religion*, 6(2), 57-74.https://www.sid.ir/paper/99424/en

Kayhani M, Taghvaei D, Rajabi A, Amirpour B. (2015). Internal consistency and confirmatory factor analysis of Connor Davidson scale in female nursing students. *Journal of Medical Education*. 14(10): 851-859. https://ijme. mui.ac.ir/browse. php?a_id=3254&sid=1&slc_lang=en

Killgore WDS, Taylor EC, Cloonan SA, Dailey NS. (2020). Psychological resilience during the COVID-19 lockdown. *Psychiatry Res*. 219:113216.https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S016517812031742X

Lefort, M. , Vukusic, S. , Casey, R. , Edan, G. , Leray, E. , OFSEP investigators, ... & Nifle, C. (2022). Disability Progression in Multiple Sclerosis Patients using Early First-line Treatments. *European Journal of Neurology*. 29(9), 2761-2771. https://onlinelibrary. wiley.com/doi/full/10.1111/ene. 15422

Mares J, Hartung H-P. (2020). Multiple sclerosis and COVID-19. Biomedical Papers [Internet]. *Palacky University Olomouc*, 164(3): 217–25. https://biomed. papers. upol. cz/getrevsrc. php?identification=public&mag=bio&raid=2599&type=fin&ver=1

Mitchell AJ, Bentio-Leon J, Gonzalez JM, Rivera-Navarro J. (2005). Quality of life and its assessment in multiple sclerosis: integrating psychological components of wellbeing. *Lancet Neural*, 1(4): 556-66. https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1474442205701666

Nejat S, Montazeri A, Holakouie Naieni K, Mohammad K, Majdzadeh S. (2006). The World Health Organization quality of Life (WHOQOL-BREF) questionnaire: Translation and validation study of the Iranian version. *Sjsph*, *4*(4): 1-12.https://sjsph. tums.ac.ir/browse. php?a_id=187&sid=1&slc_lang=en

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.12.8.7]

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-17]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.12.8.7]