Journal of Research in Behavioral Sciences

Year 2024, Volume 21, Issue 4

Evaluation of the Effectiveness of Treatment Based on Lived Experiences of Social Stigma on the Mental Toughness of Patients with Multiple Sclerosis

Yaghoob Harooni Jamalooei[1], **Maryam Esmaeili**[2], **Ahmad Abedi**[3], **Mohammad Reza Najafi**[4]

1. PhD student of psychology, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran.

2.(Corresponding author) * Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran.

3. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran.

4. Porefessor, Department of Neurologist, Neurologist Research Center. Faculty of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

Abstract

Aim and Background: Multiple sclerosis is a demyelinating disease of the central nervous system. This disease is one of the most common neurological diseases in humans and is the most debilitating disease of young people. In this regard, the aim of this research was to evaluate the effectiveness of treatment based on lived experiences of social stigma on the Mental Toughness of multiple sclerosis patients in Isfahan city.

Methods and Materials: The research method was a pre-test and post-test with a control group and a one-month follow-up. The statistical population of the research was all patients with multiple sclerosis who referred to the neurologist's office in Isfahan city in 2019. The society was informed that 30 patients with MS were selected by available sampling and randomly divided into two treatment groups based on lived experiences of social stigma and the control group (15 people in each group). The subjects underwent 8 weekly 90-minute sessions. The treatment was based on the lived experiences of social stigma and the control group did not receive any treatment. The data in this research was collected by the mental toughness questionnaire (MTQ48) (Clough et al., 2007) in three stages: pre-test, post-test and follow-up and were analyzed using variance analysis with repeated measurements in SPSS software version 22.

Findings: The results of mixed variance analysis with repeated measurements showed that the treatment based on the lived experiences of social stigma has created a Pnificant difference in the inter-group stage (P<0/05).

Findings: The results of mixed variance analysis with repeated measurement showed that the treatment based on the lived experiences of social stigma has created a Pnificant difference in the post-test stage compared to the follow-up and the pre-test (P<0/05).

Conclusion: Treatment based on lived experiences of social stigma has increased mental toughness in people with multiple sclerosis. Therefore, these results are recommended for clinical experts and health care workers.

Keywords: Treatment based on lived experiences, Mental Toughness, multiple sclerosis.

Citation: Harooni Jamalooei Y, Esmaeili M, Abedi A, Najafi M.R. **Evaluation of the effectiveness of treatment based on lived experiences of social stigma on the mental toughness of patients with multiple sclerosis** Res Behav Sci 2024; 21(4): 707-718.

* **Maryam Esmaeili,**
Email**:** m.esmaili@edu.ui.ac.ir

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-28]

[DOI: 10.48305/21.4.707]

ارزیابی اثربخشی درمان مبتنی بر تجارب زیسته انگ اجتماعی بر استحکام روانی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس

یعقوب هارونی جمالویی[۱]، مریم اسماعیلی[۲]، احمد عابدی[۳]، محمدرضا نجفی[۴]

۱- دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

۲- (نویسنده مسئول)* استادیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

۳- دانشیار گروه روانشناسی و آموزش کودکان با نیازهای خاص، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

۴- استاد، گروه نورولوژی، مرکز تحقیقات نوروساینس، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: مولتیپل اسکلروزیس یک بیماری میلین زدای عصبی مرکزی است. این بیماری یکی از شایع‌ترین بیماری‌های نورولوژیک در انسان بوده و ناتوان کننده‌ترین بیماری سنین جوانی است در این راستا هدف از پژوهش حاضر ارزیابی اثربخشی درمان مبتنی بر تجارب زیسته انگ اجتماعی بر استحکام روانی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس شهر اصفهان بود.

مواد و روش‌ها: روش پژوهش از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری یک‌ماهه بود، جامعه آماری پژوهش کلیه بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس در سال ۱۳۹۹ به مطب متخصص مغز و اعصاب شهر اصفهان مراجعه کردند بود و همچنین افرادی که از طریق آگاهی در شبکه‌های اجتماعی مطلع شدند که ۳۰ بیمار مبتلا به ام اس به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه درمان مبتنی بر تجارب زیسته انگ اجتماعی و گروه کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند آزمودنی‌ها به مدت ۸جلسه هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای تحت درمان مبتنی بر تجارب زیسته انگ اجتماعی قرار گرفتند و گروه کنترل هیچ درمانی دریافت نکردند. داده‌ها در این پژوهش، توسط پرسش‌نامه استحکام روانی (MTQ48) (کلاف و همکارانش، ۲۰۰۷) در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گردآوری شد و با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج تحلیل واریانس مختلط با اندازه‌گیری مکرر نشان داد درمان مبتنی بر تجارب زیسته در مرحله بین‌گروهی تفاوت معنی‌داری ایجاد کرده است ($P<۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: درمان مبتنی بر تجارب زیسته انگ اجتماعی موجب افزایش استحکام روانی در افراد مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس گردیده است؛ بنابراین این نتایج برای متخصصین بالینی و مراقبین بهداشتی توصیه می‌گردد.

واژه‌های کلیدی: درمان مبتنی بر تجارب زیسته، استحکام روانی، مولتیپل اسکلروزیس.

ارجاع: یعقوب هارونی جمالویی، مریم اسماعیلی، احمد عابدی، محمدرضا نجفی. **ارزیابی اثربخشی درمان مبتنی بر تجارب زیسته انگ اجتماعی بر استحکام روانی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس.** مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۴۰۲؛ ۲۱(۴): ۷۰۷-۷۱۸.

*- **مریم اسماعیلی،**

رایانامه: m.esmaili@edu.ui.ac.ir

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-28]

[DOI: 10.48305/21.4.707]

مقدمه

مولتیپل اسکلروزیس (ام اس) شایع‌ترین بیماری دمیلینه کننده التهابی سیستم عصبی مرکز و علت اصلی ناتوانی عصبی دائمی در بزرگسالان جوان است (۱). شروع ام اس می‌تواند در هر سنی رخ دهد، اما معمولا در حدود ۲۰ و ۴۰ سالگی رخ می‌دهد. احتمال ابتلای زنان به ام اس دو برابر مردان است با توجه به دوره بالینی، ام اس را می‌توان به ام اس سندروم مجزای بالینی، عودکننده – فروکش‌کننده، پیشرونده‌اولیه و پیشرونده ثانویه طبقه‌بندی کرد (۲).

شواهد علمی برای گزینه‌های درمانی در مرحله پیشرونده اولیه و انتقال آن به پیشرونده ثانویه ام اس نادر است. به طور خاص، هنوز هیچ کارآزمایی بالینی برای پرداختن به سیر صعودی بیماری انجام نشده است (۳). از این روی ناتوانی جسمی تأثیر منفی بر تجربه روانشناختی، نگرش و احساسات افراد نسبت به بدن خود دارد. پیشرفت بیماری با از دست دادن یا تغییر در عملکردهای حرکتی، حسی و شناختی باعث افزایش علائم آسیب شناختی روانی مربوط به از دست دادن احتمالی خودمختاری و ترس از کاهش قابلیت اطمینان بدن فرد می‌شود (۴). که این امر افراد را مستعد اضطراب زیاد و افسردگی در مقایسه با جمعیت عمومی می‌کند (۵). بار روانی ناشی عدم درمان قطعی بیماری نبود حمایت‌های اجتماعی لازم بیماران را در برابر بحران‌ها آسیب پذیر می‌کند که با تقویت سازه‌های مثبت ذهنی مانند استحکام روانی تا حدی افراد را مصون کرد.

استحکام یا سرسختی اولین بار توسط کوباسا به عنوان یک حالت شخصیتی توصیف شده است که دارای سه گرایش کلی مرتبط تعهد، کنترل و چالش است (۶). در صورتی که استحکام روانی علاوه بر این سه گرایش کلی به وضوح در تأکید اضافی آن بر اعتماد به توانایی‌ها و روابط بین فردی متفاوت است (۷). و از آنجایی که بیماران ام اس آسیب پذیری بالایی دارند استحکام روانی در ایجاد شفقت به خود در برابر آسیب‌ها نقش مؤثری دارد (۸). افراد مبتلا به ام اس به طور مداوم در معرض انواع موقعیت‌های چالشی هستند. زندگی با چنین بیماری ناتوان کننده‌ای مستلزم کنار آمدن مداوم با ناتوانی‌ها و ناکارآمدی‌ها به صورت روزانه است و راهبردهای مقابله را ایجاد می‌کند (۹) که راهبردهای مقابله‌ای مستلزم استحکام روانی لازم است (۱۰). به نظر می‌رسد نیاز مبرم به ایجاد درمان‌های نوین و خلاقانه مناسب با چالش‌های روانی بیماران مبتلا به ام اس ضروری است درمان هایی متناسب بیماران ام اس تا جایی که ما می‌دانیم در ایران یافت نشد اما در خارج از کشور جیونتی و همکاران (۲۰۱۸) در یک مطالعه کیفی و کمی بررسی نیازهای خاص افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس برای راه حل‌های سلامتی برای فعالیت بدنی لازم و مثبت ارزیابی کرد (۱۲). در یک رویکرد خلاقانه دیگر سیپل و همکاران (۲۰۲۲) توسعه و ارزیابی یک وب سایت با تجربیات بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس صورت گرفت را مثبت ارزیابی کرد (۱۳).

درمان‌های کنونی و مدل غالب مراقبت از سلامت روان به‌اندازه کافی چالش‌های پیچیده بیماری روانی را که تقریباً یک‌سوم ناتوانی‌های بزرگسالان را در سطح جهان تشکیل می‌دهند، بررسی نمی‌کنند. این شرایط مستلزم تغییر اساسی در پارادایم و شیوه‌های مراقبت از سلامت روان است، از جمله بهبود استانداردهای آموزش پزشکان، توسعه روش‌های تحقیقاتی جدید، و بازبینی مدل‌های فعلی ارائه مراقبت‌های بهداشت روان است (۱۴).

کاوش در تجارب بیماران بینش‌هایی را در مورد فرآیندهای تغییر فراهم می کند، زیرا آنها را با تجربه خود از درمان‌های روانشناختی که در آن شرکت می‌کنند مرتبط می‌کنند (۱۵). از این روی اهمیت محوری تجارب زیسته بیماران ام اس در بهبود سلامت روان آنها نقش اساسی دارد در این راستا به تدوین بسته درمان مبتنی بر تجارب زیسته انگ اجتماعی براساس داده‌های تجارب زیسته با طرح پدیدار شناسی به روش کلایزی انجام شده است (۱۶و۱۷). که دارای تکنیک‌های درمانی که بر پایه نیازهای روانی تجارب زیسته بیماران ام اس گرفته شده است در توسعه و بالابردن کیفیت مداخلات مؤثر است (۱۸). این تکنیک‌ها شامل توانمندسازی درونی، خود ارزشمندسازی، ارزیابی مثبت، راهبردهای سازنده و رفتارهای سازنده در برابر تخریب است. محققان حوزه سلامت در بیماری‌های مزمن با چالش‌های مداومی روبرو هستند زیرا اکثر پروتکل‌های درمانی تدوین شده بر پایه دغدغه‌های اصلی بیماری‌های مزمن مانند ام اس طراحی نشده است و این موضوع تأثیر تحقیقاتشان را محدود می‌کنند و مهم‌تر از آن، توانایی آن در بهبود نتایج سلامتی بیماران را محدود می‌کنند. به‌همین دلیل، سیاست گذاران در ارائه خدمات بهداشتی، باید اطمینان حاصل کنند که ارزش‌ها و ترجیحات آنها به ویژه افراد با تجربه زیسته غنی، در طراحی و اجرای برنامه‌ها و خدماتی که تأثیرگذار هستند گنجانده شود تا زندگی روزمره آنها، بهبود یابد و پایبندی به درمان افزایش یابد رویکردهای مشارکتی ممکن است به ویژه در تحقیقات بهداشت روانی بیماران ام اس ارزشمند باشد، جایی که بیماران ام اس به طور کلی، با معضلات ناتوانی های جسمانی تا برچسب‌های که جامعه به آنها می‌زند مواجهند.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-28]

[DOI: 10.48305/21.4.707]

پروتکل مبتنی بر تجارب می‌تواند انگیزه قوی برای بهبود و پذیرش شرایط موجود شود. اما با این حال درمان‌های مبتنی بر مشارکت واقعی بیماران که تجربه زیسته بیماری ام اس را در برمی‌گیرد همچنان در تحقیقات دانشگاهی محدود است.

ازآنجایی‌که بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس با نگرانی هایی مانند استرس، بی‌قراری و ترس از انگ مواجه هستند و برای غلبه بر این نگرانی‌ها نیاز به حمایت و درک خانواده و جامعه دارند. جامعه باید سیاست‌های بهداشتی خود را بر اساس رسیدگی به چالش‌های پیش روی بیماران قرار دهد (۱۹). ازاین‌روی بر اساس تجارب زیسته بیماران مبتلا به ام اس به تدوین پروتکل درمانی پرداختیم. آیا درمان مبتنی بر تجارب زیسته بیماران مولتیپل اسکلروزیس بر افزایش استحکام روانی تأثیرگذار است؟

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر به روش نیمه آزمایش که در آن از طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل (گواه) استفاده شد. جامعه آماری این پژوهش شامل همه مراجعه‌کنندگان به مطب مغز و اعصاب اصفهان و همچنین بیمارانی که از طریق آگهی در شبکه‌های اجتماعی مطلع شدند روش نمونه‌گیری در این پژوهش روش نمونه‌گیری در دسترس بود. معیارهای ورود: تشخیص ابتلا به ام اس توسط پزشک متخصص، دامنه سنی بین ۱۸ تا ۵۵ سال، تمایل و امضای رضایت کتبی فرم رضایت به شرکت در طرح پژوهشی، عدم ابتلا به یکی از بیماری‌های شدید جسمانی، اختلالات عصب‌شناختی وخیم یا وجود نشانه‌های روان گسستگی و معیارهای خروج: عود بیماری و عدم توانایی ادامه جلسات، غیبت بیش از دو جلسه. اما باتوجه‌به امکان افت شرکت‌کنندگان پس از ملاک‌های ورود ۳۶ تن انتخاب شدند که در نهایت ۳۰ تن تا انتهای پژوهش در هر گروه ادامه دادند حجم نمونه موردنیاز با استفاده از نرم‌افزار G*Power 3/1 برآورد شد (۲۰). که با توجه به مقادیر خطای نوع اول (α err prob = 0/05) و خطای نوع دوم (Power (1-β err prob) =0/95)و اندازه اثر (Effect size f =0/5) حجم نمونه برای هر کدام از دو گروه درمان مبتنی بر تجارب زیسته و گروه کنترل ۱۵ نفر بدست آمد که توان آماری (Actual power = 0/9807332) گویای معناداری این مقدار می‌باشد.

این پژوهش بر اساس دستورالعمل کونسورت انجام شد جلسات درمان مبتنی بر تجارب زیسته انگ اجتماعی، به‌صورت یک جلسه در هفته ۹۰ دقیقه طی هشت هفته برگزار شد. گروه کنترل (گواه) هیچ درمانی دریافت نکردند. در اتمام جلسات نیز شرکت‌کنندگان دوباره پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند و در نهایت داده‌های به‌دست‌آمده از این گروه‌ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر در نسخه ۲۲ نرم‌افزار SPSS تحلیل شد. روایی پروتکل درمان مبتنی بر تجارب زیسته انگ اجتماعی، به دو روش بازخورد بیماران ام اس و CVR و CVI اعتباریابی شده است.

پرسشنامه استحکام روانی (Mental Toughness Questionnaire):

پرسشنامه استحکام روانی (MTQ48) یک ابزار خود گزارشی ۴۸ ماده ای برای اندازه‌گیری سطح سرسختی ذهنی فرد است که توسط کلاف و همکارانش ساخته شد (۲۱). این مقیاس دارای ۴۸ سوال و شش خرده مقیاس است. ابعاد این پرسشنامه عبارتند از: چالش، کنترل، تعهد و اعتماد. مطالعات بسیاری برای بررسی ویژگی‌های روانسنجی این پرسشنامه انجام گرفته است. پری و همکاران در مطالعه‌ای را بر روی ۸۲۰۷ نفر انجام دادند و روایی و پایایی این پرسشنامه را مناسب گزارش دادند (۲۲). در مطالعه‌ای دیگر آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰/۸۷ و پایایی باز آزمون آن ۰/۹۰ بدست آمد (۲۳). در یک مطالعه دیگر نیز لوی و همکاران در سال ۲۰۱۲ دریافتند که پنج زیرمقاس این پرسشنامه دارای آلفای کرونباخ قابل قبول از ۰/۶۰ تا ۰/۸۰ هستند اما مولفه کنترل هیجانی دارای آلفای کرونباخ ۰/۵۱ و غیر قابل قبول بود (۲۴). روایی و پایایی این پرسشنامه در ایران نیز مورد تایید قرار گرفته است و نمره کل آلفای کرونباخ ۰/۹۳ برای آن به دست آمد (۲۵). برای نمره‌گذاری این پرسشنامه ابتدا به هر ماده به ترتیب زیر نمره بدهید: کاملا مخالفم=۱، مخالفم=۲، نظری ندارم=۳، موافقم=۴، کاملا موافقم=۵. سوالات زیر به صورت وارونه نمره‌گذاری می شوند: ۶- ۱۴- ۱۱- ۲۲- ۲۹- ۳۵- ۴۲- ۴۷- ۲۱- ۲۶- ۲۷- ۳۷- ۹- ۱۵- ۳۳- ۴۱- ۱۰- ۱۸- ۳۲- ۳۶- ۲۸- ۴۶ هر چه فرد نمره بیشتری کسب کند دارای استحکام روانی بیشتری است

شرح جلسات درمان مبتنی بر تجارب زیسته انگ اجتماعی.

اولین جلسه: آشنایی با درمان. آشنایی شرکت‌کننده‌ها و درمانگر با یکدیگر، تعریف مختصری از بیماری مولتیپل اسکلروزیس، توضیح تأثیر انگ بر روند بیماری، برقراری رابطه درمانی، گوش سپردن به روایت‌های اعضای گروه و همدلی اعضا با یکدیگر آموزش همدلی (درک فرآیندها و عوامل به‌وجودآورنده انگ درک شده) انجام شد (کاربرگ: شناسایی منشأ انگ‌های دریافت شده و بیان احساسات و هیجانات به نحوه مؤثر در روابط بین‌فردی)

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-28]
[DOI: 10.48305/21.4.707]

جلسه دوم: آموزش توانمندسازی درونی در برابر ایزوله اجتماعی، تبعیض و طرد. افزایش کنترل درونی در جهت تبعیض و طرد (تأثیرپذیری کمتر از دیگران، تمایل به سخت‌کوشی برای اهداف، اعتمادبه‌نفس بالا در رویارویی با چالش‌ها، تمایل بیشتر به حفظ سلامت جسمانی) در برابر کنترل بیرونی موردبحث قرار گرفت (کاربرگ: مسئولیت‌پذیری، چالش- پذیری، غلبه بر سرزنش).

جلسه سوم: آموزش ارزشمندسازی درونی در برابر ایزوله اجتماعی و بی‌ارزشی. تمرکز بر نقاط قوت. پرورش ارزشمندسازی خود، باورها و قوت‌های درک شده می‌تواند تهدید را به موفقیت تبدیل کند تأکید این نکته غلبه بر سختی‌ها همچنین می‌تواند افراد را به انعطاف‌پذیری و تواناتر شدن در برابر چالش‌های آینده تبدیل کند (کاربرگ: نگرش مثبت، اهداف معقول، خودگویی مثبت).

جلسه چهارم: آموزش بازسازی شناختی در برابر پیامدهای افسردگی. آموزش بازسازی شناختی برای آگاهی بیشتر از افکار مرتبط با انگ درک شده منجر به افسردگی و ناامیدی از آینده، جایگزینی رفتارهای مثبت ارائه گردید (کاربرگ: باطل سازی سندهای منفی، جایگزینی افکار).

جلسه پنجم: آموزش بررسی دوباره مثبت در برابر آینده مبهم و ترس. ارزیابی مجدد مثبت شامل قالب‌بندی مجدد رویدادهای استرس‌زا و هیجانات منفی به‌عنوان موقعیتی برای رشد، توسعه ابعاد شخصیت در زمینه یادگیری و توسعه انعطاف‌پذیری در مواجهه با ناملایمات آموزش داده شد (کاربرگ: بررسی شواهد، ذهنیت باز، شناسایی زبان افراطی).

جلسه ششم: آموزش راهبردهای سازنده در مقابله با راهبردهای مخرب و پنهان‌کاری. آموزش راهبردهای تجربی از طریق برقراری گفتگو و ارتباط با افراد مبتلا به ام اس و تصویرسازی ذهنی مثبت در برابر تصویر نادرست از بیماری و خشم خود در برابر انگ بیرونی و انگ درونی آموزش داده شد (کاربرگ: تصویرسازی ذهنی مثبت، بهبود تعاملات، تقویت تعادل عاطفی مثبت در زندگی روزمره).

جلسه هفتم: آموزش رفتارهای سازنده در مقابله با راهبردهای مخرب و پنهان‌کاری. آموزش تکنیک‌های رفتاری سازنده در برابر انگ و دوری از واکنش‌های افراطی، خودافشایی برای افراد مهم و حامی خود آگاهی‌سازی بیماری برای اطرافیان در مقابله کلیشه های اشتباه نسبت به اماس آموزش داده شد (کاربرگ: خودافشایی، جداسازی بیماری از هویت).

جلسه هشتم: جمع‌بندی و بازخورد. هدف: جمع‌بندی جلسه و فنون مورداستفاده از اولین جلسه تا به امروز، بازخورد، بحث و تبادل نظر، ارائه خلاصه‌ی مطالب جلسات برگزار شده و مروری بر آنها، پاسخ‌گویی به پرسش‌های اعضای گروه و بررسی نقاط ضعف و قوت جلسات بود.

یافته‌ها

یافته‌های حاصل از داده‌های جمعیت‌شناسی در دو گروه درمان مبتنی بر تجارب زیسته و گروه کنترل در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌ها به تفکیک گروه‌های درمانگری

متغیرها	گروه‌ها	
	درمان مبتنی بر تجارب زیسته (تعداد= ۱۵)	کنترل (گواه) (تعداد= ۱۵)
سن: (میانگین/انحراف معیار)	(۴/۶۵)۳۳	(۵/۲۷)۳۳/۶۷
زن (تعداد/درصد)	(۴۶)۷	(۵۴)۸
مرد (تعداد/درصد)	(۵۴)۸	(۴۶)۷
متأهل (تعداد/درصد)	(۲۰)۳	(۴۰)۶
مجرد (تعداد/درصد)	(۶۰)۹	(۲۶/۶۶)۴
طلاق‌گرفته (تعداد/درصد)	(۲۰)۳	(۳۳/۳۳)۵
ابتدایی و سیکل (تعداد/درصد)	(۳۳/۳۳)۵	(۳۳/۳۳)۵
دیپلم و فوق‌دیپلم (تعداد/درصد)	(۲۶/۶۶)۴	(۴۰)۶
لیسانس (تعداد/درصد)	(۲۶/۶۶)۴	(۲۶/۶۶)۴

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-28]
[DOI: 10.48305/21.4.707]

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌ها به تفکیک گروه‌های درمانگری

متغیرها	گروه‌ها	
	درمان مبتنی بر تجارب زیسته (تعداد= ۱۵)	کنترل (گواه) (تعداد= ۱۵)
فوق‌لیسانس و بالاتر (تعداد/درصد)	(۱۳/۳۳)۲	(۰)۰
پیشرونده اولیه	(۴۰)۶	(۲۶/۶۶)۴
عودکننده فروکش	(۴۰)۶	(۴۶)۷
پیشرونده ثانویه	(۲۰)۳	(۲۶/۶۶)۴
مدت‌زمان ابتلا (میانگین و انحراف معیار)	(۳/۲۹)۶/۴	(۴/۱۳)۷/۳۳

همان‌طور که در جدول ۱ ارائه شده است تعداد ۱۵ نفر تحت درمان مبتنی بر تجارب زیسته و تعداد ۱۵ نفر نیز در گروه کنترل قرار گرفتند که هیچ درمانی دریافت نکردند. میانگین مدت زمان ابتلا به بیماری ام اس در گروه درمان مبتنی بر تجارب زیسته ۶/۴ سال و در گروه کنترل ۷/۳۳ سال می‌باشد.

میانگین و انحراف معیار متغیر استحکام روانی و زیرمقیاس‌های آن (چالش، تعهد، کنترل و اعتماد) در گروه درمان مبتنی بر تجارب زیسته و گروه کنترل در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار متغیراستحکام روانی و زیرمقیاس‌های آن (چالش، تعهد، کنترل و اعتماد)

متغیرها		مرحله	گروه تجارب زیسته		گروه کنترل (گواه)	
			میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
زیرمقیاس‌های استحکام روانی	چالش	پیش‌آزمون	۱۹/۴۷	۷/۰۳	۲۰/۸۰	۶/۵۳
		پس‌آزمون	۲۵/۵۳	۵/۳	۲۰/۸۷	۶/۹۴
		پیگیری	۲۸/۲۶	۵/۴۷	۲۰/۶۶	۶/۸۷
	تعهد	پیش‌آزمون	۲۸/۷۳	۹/۷۵	۲۶/۲۷	۸/۶
		پس‌آزمون	۳۳/۹۳	۹/۵۵	۲۶/۵۳	۹/۳۵
		پیگیری	۳۱	۸/۳۳	۲۵/۸۰	۹/۶۵
	کنترل	پیش‌آزمون	۳۱/۴	۹/۶۴	۳۳/۹۳	۱۴/۶۸
		پس‌آزمون	۴۲/۷۳	۱۰/۶۷	۳۶	۱۴/۱۴
		پیگیری	۴۳/۲۶	۱۰/۵۳	۳۵/۹۳	۱۲/۵۶
	اعتماد	پیش‌آزمون	۳۴/۹۳	۱۱/۶۸	۳۶/۸	۱۳/۷۱
		پس‌آزمون	۴۴/۴	۸/۸۵	۳۷/۳۳	۱۴/۶۰
		پیگیری	۴۴/۶۶	۸/۸۴	۳۶/۰۶	۱۵/۰۴
استحکام روانی		پیش‌آزمون	۱۱۸/۱۳	۳۵/۰۵	۱۱۷/۸۷	۳۹/۹۷
		پس‌آزمون	۱۴۴	۲۶/۹۳	۱۲۰/۷۳	۴۳/۷۷
		پیگیری	۱۴۵/۶۷	۲۷/۲۲	۱۱۸/۹۹	۴۴/۱۲

جدول ۲ نشان می‌دهد میانگین استحکام روانی در گروه تجارب زیسته نسبت به گروه کنترل در هر سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌داری وجود دارد و میزان استحکام روانی در پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون افزایش معنی‌داری را نشان می‌دهد. به منظور بررسی هم توزیع بودن داده‌ها با توزیع نرمال در گروه‌های درمان‌گری در سه مرحله پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری آزمون کولموگروف - اسمیرنوف انجام شد که نتایج در جدول ۳ درج شده است.

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود با توجه به بزرگ‌تر بودن مقدار احتمال یا P-Value متغیر آماری استحکام روانی و زیر مقیاس‌های آن از احتمال خطای نوع اول ۰/۰۵= αفرض صفر که معتبر بودن توزیع نرمال برای داده‌ها است رد نمی‌شود به عبارت دیگر توزیع داده‌ها یکنواخت است. بنابراین برای ارزیابی

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-28]

[DOI: 10.48305/21.4.707]

اثربخشی درمان مبتنی بر تجارب زیسته ننگ اجتماعی بر استحکام روانی از آزمون پارامتریک واریانس مختلط با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد که قبل از ارائه نتایج آزمون، آزمون لوین که از پیش فرض آزمون‌های پارامتریک می‌باشد مورد سنجش قرار گرفت که نتایج در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۳. آزمون کولموگروف- اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها به تفکیک گروه‌های درمان‌گری

			گروه تجارب زیسته		گروه کنترل (گواه)	
		مرحله	Z	*P*	Z	*P*
زیرمقیاس‌های استحکام روانی	چالش	پیش‌آزمون	۰/۶۶۴	۰/۷۷۰	۰/۸۳۹	۰/۴۸۲
		پس‌آزمون	۱/۰۱۴	۰/۲۵۵	۰/۸۱۱	۰/۵۲۶
		پیگیری	۰/۸۱۸	۰/۵۱۶	۰/۸۳۹	۰/۴۸۲
	تعهد	پیش‌آزمون	۰/۸۴۸	۰/۴۶۸	۱/۰۰۱	۰/۲۶۹
		پس‌آزمون	۰/۹۲۵	۰/۳۶۰	۰/۷۳۹	۰/۶۴۶
		پیگیری	۱/۲۹۱	۰/۰۷۱	۰/۶۴۵	۰/۷۹۹
	کنترل	پیش‌آزمون	۰/۵۶۲	۰/۹۱۰	۱/۳۱۷	۰/۰۶۲
		پس‌آزمون	۰/۸۳۹	۰/۴۸۲	۰/۹۴۷	۰/۳۳۲
		پیگیری	۰/۹۵۹	۰/۳۱۷	۰/۶۷۸	۰/۷۴۸
	اعتماد	پیش‌آزمون	۱/۰۱۵	۰/۲۵۴	۰/۶۰۲	۰/۸۶۱
		پس‌آزمون	۰/۷۳۵	۰/۶۵۳	۰/۸۹۲	۰/۴۰۴
		پیگیری	۱/۰۳۳	۰/۲۳۶	۰/۹۶۲	۰/۳۱۳
استحکام روانی		پیش‌آزمون	۰/۵۴۸	۰/۹۲۵	۰/۵۷۸	۰/۸۹۲
		پس‌آزمون	۰/۴۴۴	۰/۹۸۹	۰/۵۲۰	۰/۹۵۰
		پیگیری	۰/۵۶۲	۰/۹۱۰	۰/۶۴۷	۰/۷۹۶

جدول ٤. آزمون لوین جهت بررسی تساوی واریانس داده‌ها

			آزمون لوین	
		مرحله	F	*P*
زیرمقیاس‌های استحکام روانی	چالش	پیش‌آزمون	۰/۰۰۴	۰/۹۴۹
		پس‌آزمون	۰/۵۰۲	۰/۴۸۴
		پیگیری	۰/۴۲۴	۰/۵۲۰
	تعهد	پیش‌آزمون	۰/۰۰۰	۱/۰۰۰
		پس‌آزمون	۰/۰۴۷	۰/۸۲۹
		پیگیری	۱/۴۹	۰/۲۳۲
	کنترل	پیش‌آزمون	۲/۶۴	۰/۱۱۵
		پس‌آزمون	۱/۸۶	۰/۱۸۳
		پیگیری	۰/۵۳۲	۰/۴۷۲
	اعتماد	پیش‌آزمون	۰/۳۱۱	۰/۵۸۱
		پس‌آزمون	۲/۴۳	۰/۱۳۰
		پیگیری	۲/۷۸	۰/۱۰۶
استحکام روانی		پیش‌آزمون	۰/۷۶۵	۰/۳۸۹
		پس‌آزمون	۲/۹۵	۰/۰۹۷
		پیگیری	۴/۲۷	۰/۰۴۸

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-28]

[DOI: 10.48305/21.4.707]

نتایج آزمون لوین جهت بررسی تساوی واریانس‌ها در متغیر استحکام روانی و زیرمقیاس‌های آن در جدول ۴ نشان داد فرض تساوی واریانس‌ها رعایت شده و پیش فرض این آزمون مبنی بر برابری واریانس در هر سه مرحله تائید می‌شود(P<۰/۰۵).

برای ارزیابی اثربخشی درمان مبتنی بر تجارب زیسته ننگ اجتماعی بر استحکام روانی از آزمون پارامتریک تحلیل واریانس مختلط با اندازه‌گیری مکرر استفاده گردید که نتایج در جدول ۵ ارائه شده است.

نتایج تحلیل واریانس مختلط با اندازه‌گیری مکرر در جدول ۵ نشان می‌دهد نسبت آماره (F) و سطح معنی‌داری (P) برای نمره کل استحکام روانی در مرحله درون گروهی و بین گروهی تفاوت معنی‌داری با هم دارند که در مرحله بین‌گروهی مقدار آماره و سطح معنی‌داری بدست آمده (F=۶۵۷/۰۱ و P=۰/۰۰۱) که کمتر از سطح معنی‌داری مورد مطالعه می‌باشد رابطه معنی‌دار می‌باشد(P<۰/۰۵) و توان آماری ۱ حاکی از دقت معنی‌داری این تاثیرات می‌باشد. به منظور بررسی دقیق‌تر این تفاوت‌ها از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده گردید. جدول ۵ نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه میانگین استحکام روانی و زیرمقیاس‌های آن را در دو گروه درمان مبتنی بر تجارب زیسته و گروه کنترل در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری را نشان می‌دهد.

جدول ۵. تحلیل واریانس بین آزمودنی‌ها و درون آزمودنی‌ها با سه اندازه‌گیری پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری برا استحکام روانی

	مقیاس	منبع	SS	df	MS	F	*P*	اتا	توان آماری
استحکام روانی	درون‌گروهی	عامل	۲۰/۸۳	۱	۲۰/۸۳	۰/۰۵۳	۰/۸۲۰	۰/۰۱۴	۱
		اثر تعاملی	۷۱۲۸/۹۰۰	۱	۷۱۲۸/۹۰۰	۶/۸۴	۰/۰۲۰	۰/۳۲۸	۱
		خطا	۵۴۵۳/۶۶	۱۴	۳۸۹/۵۴				
	بین‌گروهی	گروه	۸۳۱۵۰۴/۲	۱	۸۳۱۵۰۴/۲	۶۵۷/۰۱	۰/۰۰۱	۰/۹۷۹	۱
		خطا	۱۲۶۵/۵۸	۱۴	۱۲۶۵/۵۸				

جدول ٦. آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه‌ی میانگین استحکام روانی و زیرمقیاس‌های آن به‌صورت زوجی در سری‌های زمانی

متغیرها		گروه‌ها	مرحله A	مرحله B	اختلاف میانگین (A-B)	خطای استاندارد	*P*	فاصله اطمینان ۹۵ درصدی	
								حد پائین	حد بالا
زیرمقیاس‌های استحکام روانی	چالش	درمان مبتنی بر تجارب زیسته	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۶/۰۶۶*	۲/۱۸	۰/۰۲۵	-۱۱/۵۱	-۰/۶۱۳
				پیگیری	۸/۸۰*	۲/۱۸	۰/۰۰۱	-۱۴/۲۵	-۳/۳۴
			پس‌آزمون	پیگیری	-۲/۷۳	۲/۱۸	۰/۶۵۵	-۸/۱۸	۲/۷۱
		کنترل	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۰/۰۶۶	۲/۴۷	۱/۰۰۰	-۶/۲۴	۶/۱۱
				پیگیری	۰/۱۳۳	۲/۴۷	۱/۰۰۰	-۶/۰۴	۶/۳۱
			پس‌آزمون	پیگیری	۰/۲۰۰	۲/۴۷	۱/۰۰۰	-۵/۹۸	۶/۳۸
	تعهد	درمان مبتنی بر تجارب زیسته	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۵/۲۰	۳/۳۷	۰/۳۹۲	-۱۳/۶۱	۳/۲۱
				پیگیری	-۲/۲۶	۳/۳۷	۱/۰۰۰	-۱۰/۶۷	۶/۱۴
			پس‌آزمون	پیگیری	۲/۹۳	۳/۳۷	۱/۰۰۰	-۵/۴۷	۱۱/۳۴
		کنترل	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۰/۲۶۶	۳/۳۶	۱/۰۰۰	-۸/۶۶	۸/۱۲
				پیگیری	۰/۴۶۶	۳/۳۶	۱/۰۰۰	-۷/۹۲	۸/۸۶
			پس‌آزمون	پیگیری	۰/۷۳۳	۳/۳۶	۱/۰۰۰	-۷/۶۶	۹/۱۲
	کنترل	درمان مبتنی بر تجارب زیسته	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۱۱/۳۳*	۳/۷۵	۰/۰۱۳	-۲۰/۷۰	-۱/۹۶
				پیگیری	-۱۱/۸۶*	۳/۷۵	۰/۰۰۹	-۲۱/۲۳	-۲/۴۹
			پس‌آزمون	پیگیری	۰/۵۳۳	۳/۷۵	۱/۰۰۰	-۹/۹۰	۸/۸۳
		کنترل	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۱۱/۴۰	۴/۶۱	۰/۰۵۳	-۰/۱۱۲	۲۲/۹۱
				پیگیری	۲/۰۰	۴/۶۱	۱/۰۰۰	-۹/۵۱	۱۳/۵۱
			پس‌آزمون	پیگیری	-۹/۴۰	۴/۶۱	۰/۱۴۴	-۲۰/۹۱	۲/۱۱

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-28]

[DOI: 10.48305/21.4.707]

جدول ٦. آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه‌ی میانگین استحکام روانی و زیرمقیاس‌های آن به‌صورت زوجی در سری‌های زمانی

متغیرها		گروه‌ها	مرحله A	مرحله B	اختلاف میانگین (A-B)	خطای استاندارد	P	فاصله اطمینان ۹۵ درصدی	
								حد پائین	حد بالا
اعتماد		درمان مبتنی بر تجارب زیسته	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	*-۹/۴۶	۳/۶۰	۰/۰۳۶	-۱۸/۴۶	-۰/۴۶۵
				پیگیری	-۹/۷۳	۳/۶۰	۰/۰۳۰	-۱۸/۷۳	۰/۷۳۲
			پس‌آزمون	پیگیری	-۰/۲۶۶	۳/۶۰	۱/۰۰۰	-۹/۲۶	۸/۷۳
		کنترل	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۰/۵۳۳	۵/۲۸	۱/۰۰۰	-۱۳/۷۰	۱۲/۶۳
				پیگیری	۰/۷۳۳	۵/۲۸	۱/۰۰۰	-۱۲/۴۳	۱۳/۹۰
			پس‌آزمون	پیگیری	۱/۲۶	۵/۲۸	۱/۰۰۰	-۱۱/۹۰	۱۴/۴۳
استحکام روانی		درمان مبتنی بر تجارب زیسته	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	*۲۷/۵۳	۱۱/۷۹	۰/۰۴۱	۱/۰۳۱	۵۴/۰۳
				پیگیری	۱/۶۶	۱۱/۷۹	۱/۰۰۰	-۱۷/۹۲	۲۱/۲۵
			پس‌آزمون	پیگیری	-۲۵/۸۶	۱۱/۷۹	۰/۱۳۷	-۵۷/۹۱	۶/۱۸
		کنترل	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۱/۳۳	۱۵/۹۰	۱/۰۰۰	-۳۸/۳۲	۴۰/۹۹
				پیگیری	۴/۶۰	۱۵/۹۰	۱/۰۰۰	-۳۵/۰۵	۴۴/۲۵
			پس‌آزمون	پیگیری	۳/۲۶	۱۵/۹۰	۱/۰۰۰	-۳۶/۳۹	۴۲/۹۲

جدول ۶ نشان می‌دهد اختلاف میانگین در گروه کنترل تفاوت معنی‌داری در مرحله پیش‌آزمون نسبت به مراحل پس‌آزمون و پیگیری ندارد. اما در گروه درمان مبتنی بر تجارب زیسته اختلاف میانگین در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون تفاوت داشته و در مرحله پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون و پیگیری به لحاظ آماری رابطه معنی دار بوده است($P<۰/۰۵$).

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر اثربخشی درمان مبتنی بر تجارب زیسته انگ اجتماعی بر استحکام روانی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس بود. نتایج به‌دست‌آمده نشان داد درمان مبتنی بر تجارب زیسته بر افزایش استحکام روانی تأثیر معنی‌داری داشته است. بررسی پژوهش‌هایی در ایران و خارج از این کشور نشان می‌دهد که تاکنون هیچ مطالعه‌ای بر مبنای درمان مبتنی بر تجارب زیسته انگ اجتماعی بیماران طراحی نشده است که مطابقت و یا عدم همخوانی پژوهش حاضر را به بحث بگذاریم و به همین دلیل به اهمیت پرداختن به تجارب زیسته در توسعه مداخلات روان‌درمانی می‌پردازیم.

شیلدر (۲۰۲۳) در مطالعه‌ای بیان کرد نیاز اساسی به دیدگاه‌های تجربه زیسته در توسعه و ارزیابی روان‌درمانی را مهم تلقی کرد و با تأکید بر این نکته که اهداف حرفه‌ای اولیه روان‌شناسی بالینی خدمت به افراد و جوامعی است که در معرض خطر بیماری روانی هستند (۱۸). تا به امروز، علیرغم دهه‌ها تحقیق در مورد درمان‌های مبتنی بر شواهد و نوآوری‌های بی‌شمار در تحقیقات روان‌درمانی، این رشته به‌طور مداوم از این هدف فاصله گرفته است. ویت و همکاران (۲۰۱۹) در پژوهشی با تأکید فزاینده‌ای بر تحقیقات بیمار محور برای حمایت از توسعه، تأیید و بازپرداخت مداخلات بهداشتی که به بهترین نحو نیازهای بیماران را برآورده می کند، از طریق تجربیات کاربردی و گفتگوی گسترده با بیماران است. این راهنمای عملی نقطه شروعی را تشکیل می دهد که از آنجا می توان رویکرد متناسب با بیماری‌های مزمن مختلف را انجام داد (۲۶).

در تبین پروتکل درمان مبتنی بر تجارب زیسته اغلب پژوهش‌های سنتی، متغیرهای فردی مانند ویژگی‌های فرهنگی و قومیتی، برچسب‌های جامعه اجتماعی، ویژگی‌های شخصیتی، سبک‌های مقابله، حمایت اجتماعی، مشکلات درمان و تبعات جسمی و روانی لحاظ نمی‌شود در تأکید این متغیرها اخیراً در یک مرور سیستماتیک نشان داده شد که اگر مداخلات مؤثری که عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت را هدف قرار می‌دهند، در دسترس باشند، می‌توانند اثرات قابل‌توجهی بر پیامدهای ام اس داشته باشند (۲۷) و این پتانسیل در درمان مبتنی بر تجارب زیسته وجود دارد که قالب نیازهای روانی و مطابق با چالش‌های بیماری تدوین شده است و این در موضوع در برابر نقطه ضعف همه کارآزمایی‌ها مراحل مختلف فرآیند ام اس را در نظر نگرفته‌اند اهمیت ویژه‌ای دارد. معمولاً اکثر بیماران نادیده گرفتن

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-28]

[DOI: 10.48305/21.4.707]

را دغدغه‌های اصلی خود می‌دانند اکثر بیماران اذعان دارند چه از جانب کادر درمان و چه از سوی جامعه را بسیار حمایت‌های لازم از آنها صورت نمی‌گیرد(۲۸). یکی دیگر از اثرات مثبت این رویکرد نوین موجب دلگرمی آنها در بهبود انسجام روانی آنها می‌شوند زیرا متناسب‌سازی شدن درمان‌های مربوط با دغدغه روانی آنها موجب امنیت روانی بالا می‌شود و زمینه را در جهت بهزیستی و بالا بردن کیفیت زندگی بیماران ام اس می‌شود.

در ادامه به چگونگی اثربخشی پروتکل درمانی در استحکام روانی به ساختار تأثیرگذاری این درمان می‌پردازیم به طور مثال یکی از تکنیک‌های درمانی توانمندسازی در کنترل درونی است که باتوجه‌به اینکه یک از مولفه‌های اصلی استحکام روانی است موجب تقویت این متغیر می‌شود در تازه‌ترین مطالعه اهمیت باورهای کنترلی را در کیفیت زندگی افراد مبتلا به ام اس با ناتوانی بالاتر نشان دهد. پیامدهای بالینی یافته مورد بررسی قرار گرفته و زمینه‌هایی برای تحقیقات بیشتر پیشنهاد شده است (۲۹). تکنیک دیگر درمانی بازسازی شناختی که فرد را در رویاروی با چالش‌های پیش رو پذیرش می‌کنند و به جای دلیل تراشی و اجتناب از مواجهه شدن با موقعیت‌های بحران آنها را به چالش پذیری می‌رساند که از مولفه‌های مهم استحکام روانی است در پژوهش ناتا و همکاران (۲۰۱۷) تأکید تأثیر مثبت مداخله بازسازی شناختی بر شکایات شناختی گزارش‌شده توسط بیماران ام اس بلافاصله پس از اتمام درمان در مقایسه با گروه کنترل است در مجموع درمان مبتنی بر تجارب زیسته این ویژگی بارز و مهم را دارد که متناسب با دغدغه‌های روانی و جسمانی بیماران ام اس مؤثر باشد و به نوعی مختص این بیماران طراحی شده است و این نقطه قوت درمان است از سوی افراد را نه تنها در برابر فشارهای روانی پیش آمده از پیامدهای بیماری بلکه در برابر فروپاشی روانی حاصل از تنش‌های پیش آمده مصون کند و فرد دارای استحکام روانی بالایی باشد (۳۰).

نهایتاً می‌توان نتیجه گرفت درمان مبتنی بر تجارب زیسته انگ اجتماعی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس می‌تواند نقش مهمی در بهبود کیفت زندگی بیماران ام اس داشته باشد و نویددهنده نخستین رویکرد متناسب با چالش‌های روانی این بیماران باشد. از جمله محدودیت‌های پژوهش این است که تفاوت‌های فرهنگی موجود در شهرهای مختلف ایران را در نظر نگرفته است و مطالعه تنها در شهر اصفهان صورت‌گرفته است. در تعمیم این پژوهش باید جانب احتیاط لحاظ شود. تعداد کم شرکت‌کنندگان و نبود پیگیری با مدت‌زمان بیشتر و همچنین عدم کنترل عوامل مزاحم اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی از دیگر محدودیت‌های این پژوهش است.

تعارض منافع

تضاد منافع نویسندگان مقاله حاضر هیچ‌گونه تضاد منافعی را گزارش نکردند.

حمایت مالی

این پژوهش در قالب رساله دکتری و بدون حمایت مالی می‌باشد.

ملاحظات اخلاقی

مقاله حاضر برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول مقاله و دارای کد کمیته اخلاق IR.UI.REC.1399.082 گروه روانشناسی دانشگاه اصفهان می‌باشد. همچنین لازم به ذکر است که این پژوهش با کد IRCT20210808052113N1 در سایت کار آزمایی بالینی ایران ثبت شده است.

مشارکت نویسندگان

نویسنده اول محقق اصلی این پژوهش است. نویسنده دوم استاد راهنما و نویسندگان سوم و چهارم استادان مشاور رساله می‌باشند.

تقدیر و تشکر

با سپاس و قدردانی از دانشگاه و بیماران شرکت‌کننده که برای شرکت در جلسات آموزشی نهایت همکاری را داشتند، و همه کسانی که در انجام این مطالعه کمک کردند.

References

1. Kuhlmann T, Antel J. Multiple sclerosis: 2023 update. Free Neuropathology. 2023 Mar 9;4:3
2. Barile B, Ashtari P, Stamile C, Marzullo A, Maes F, Durand-Dubief F, et al. Classification of multiple sclerosis clinical profiles using machine learning and grey matter connectome. Frontiers in Robotics and AI. 2022:250.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-28]

[DOI: 10.48305/21.4.707]

3. Dimitriou NG, Meuth SG, Martinez-Lapiscina EH, Albrecht P, Menge T. Treatment of Patients with Multiple Sclerosis Transitioning Between Relapsing and Progressive Disease. CNS drugs. 2023:1-24.
4. Lo Buono V, Bonanno L, Corallo F, Cardile D, D'Aleo G, Rifici C, et al. The Relationship between Body Image, Disability and Mental Health in Patients with Multiple Sclerosis. Journal of Clinical Medicine. 2023;12(10):3606.
5. Zhang X, Song Y, Wei Z, Chen X, Zhuang X, Yi L. The prevalence and risk factors of anxiety in multiple sclerosis: A systematic review and meta-analysis. Frontiers in Neuroscience. 2023;17:606.
6. Kobasa SC. Hardiness in Lindsey. Psychology (3rd Ed), New York, Worth Publication. 1988:112-8.
7. Clough, P., Earle, K., Perry, J. L., and Crust, L. Comment on "Progressing measurement in mental toughness: a case example of the Mental Toughness Questionnaire 48" by Gucciardi, Hanton, and Mallett (2012). Sport Exerc. Perform. Psychol. 1, 283–287
8. Johnson KL, Cormier DL, Kowalski KC, Mosewich AD. Exploring the Relationship Between Mental Toughness and Self-Compassion in the Context of Sport Injury. Journal of sport rehabilitation. 2023;32(3):256-64.
9. Vanotti S, Cabral N, Eizaguirre MB, Marinangeli A, Roman MS, Alonso R, et al. Coping strategies: Seeking personalized care in relapsing-remitting multiple sclerosis. A patient reported measure–coping responses inventory. Multiple Sclerosis Journal–Experimental, Translational and Clinical. 2021;7(1):2055217320987588.
10. Dagnall N, Drinkwater KG, Denovan A, Walsh RS. The Potential Benefits of Non-skills Training (Mental Toughness) for Elite Athletes: Coping With the Negative Psychological Effects of the COVID-19 Pandemic. Front Sports Act Living. 2021 Sep 24;3:581431.
11. Fatemi M, Dyariyan M, Mosavi M .Analyzing indicators predicting marital dissatisfaction based on the lived experiences of couples referring to counseling centers and providing a desirable model. Applied family therapy 2022; 3(3): 154-175. [In Persian]
12. Giunti G, Kool J, Romero OR, Zubiete ED. Exploring the specific needs of persons with multiple sclerosis for mHealth solutions for physical activity: mixed-methods study. JMIR mHealth and uHealth. 2018;6(2):e8996.
13. Sippel A, Scheiderbauer J, Eklund D, Arnade S, Schmidt S, Kleiter I, et al. Development and evaluation of a website with patients experiences of multiple sclerosis: a mixed methods study. BMC neurology. 2022;22(1):1-14.
14. Lake J, Turner MS. Urgent Need for Improved Mental Health Care and a More Collaborative Model of Care. Perm J. 2017;21:17-024.
15. Davis BE, Lakin L, Binns CC, Currie KM, Rensel MR. Patient and Provider Insights into the Impact of Multiple Sclerosis on Mental Health: A Narrative Review. Neurol Ther. 2021 Jun;10(1):99-119.
16. Northall T, Chang E, Hatcher D, Nicholls D. The application and tailoring of Colaizzi's phenomenological approach in a hospital setting. Nurse Researcher. 2020;28(2).
17. Öhlén J, Friberg F. Empirical Phenomenological Inquiry: Guidance in Choosing Between Different Methodologies. Global Qualitative Nursing Research. 2023;10:23333936231173566.
18. Schleider JL. The fundamental need for lived experience perspectives in developing and evaluating psychotherapies. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2023;91(3):119.
19. Pourhaji F, Peyman N, Taraghdar MM, Jamali J, Tehrani H. Explaining the burden of psychosocial factors on the worsening symptoms of MS: a qualitative study of patients' experiences. BMC neurology. 2023 Mar 6;23(1):98.
20. Erdfelder E, Faul F, Buchner A. GPOWER: A general power analysis program. Behavior research methods, instruments, & computers. 1996;28:1-11.
21. Clough, P. J., Marchant, D. C., & Earle, K. (2007). Mental toughness Questionnaire 48: Technical manual. Wrexham: AQR.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-28]

[DOI: 10.48305/21.4.707]

22. Perry JL, Clough PJ, Crust L, Earle K, Nicholls AR. Factorial validity of the mental toughness questionnaire-48. Personality and individual differences. 2013;54(5):587-92.
23. Sheard M, Golby J, Van Wersch A. Progress toward construct validation of the Sports Mental Toughness Questionnaire (SMTQ). European Journal of Psychological Assessment. 2009;25(3):186-93.
24. Levy AR, Polman RC, Clough PJ, Marchant DC, Earle K. Mental toughness as a determinant of beliefs, pain, and adherence in sport injury rehabilitation. Journal of Sport Rehabilitation. 2006;15(3):245-54.
25. Purk, A.; Vaez Mousavi, SA; Kazem, S. M. Validity and reliability of Persian version of Mental Toughness Questionnaire 48 (MTQ48). Journal of sports management and movement behavior, 2013;10 (19), 39-54.
26. De Wit M, Cooper C, Tugwell P, Bere N, Kirwan J, Conaghan PG, et al. Practical guidance for engaging patients in health research, treatment guidelines and regulatory processes: results of an expert group meeting organized by the World Health Organization (WHO) and the European Society for Clinical and
27. Economic Aspects of Osteoporosis, Osteoarthritis and Musculoskeletal Diseases (ESCEO). Aging clinical and experimental research. 2019;31:905-15.
28. Dobson R, Rice DR, D'hooghe M, Horne R, Learmonth Y, Mateen FJ, et al. Social determinants of health in multiple sclerosis. Nature Reviews Neurology. 2022:1-12.
29. Jahromi N, Eskandarieh S, Maleki N, Sistany-Allahabadi N, Sahraian MA. Challenges of patients with multiple sclerosis in receiving health care services in Iran. Current Journal of Neurology. 2023:16-22.
30. Bijoux Leist J, Leist TP. Multiple sclerosis: relationship between locus of control and quality of life in persons with low versus high disability. Health Psychology and Behavioral Medicine. 2022;10(1):316-34.
31. Nauta IM, Speckens AE, Kessels RP, Geurts JJ, de Groot V, Uitdehaag BM, et al. Cognitive rehabilitation and mindfulness in multiple sclerosis (REMIND-MS): a study protocol for randomised controlled trial. BMC neurology. 2017;17(1):1-10.

© 2022 The Author(s). Published by Isfahan University of Medical Sciences. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-28]

[DOI: 10.48305/21.4.707]